

平成24年9月修了
博士（学術）学位論文

（和文題目）

医療の価値を高める和の戦略
－2つの地域医療支援病院の比較より－

（英文題目）

Japanese strategy for increasing the medical value.
-Comparison of two community medicine support hospitals-

平成24年6月14日

高知工科大学大学院工学研究科 基盤工学専攻（起業家コース）

学籍番号 1138011

都築 五明

Itsuaki TSUZUKI

目次

はじめに 1

1 第一章 日本の医療機関ではこれから何が問題となってくるのか？ 4

1.1 第一節 日本の医療の現状 4

1.1.1 本章の目的 4/1.1.2 日本の医療制度 5/

1.1.3 主要各国の比較 6/1.1.4 医師、看護師の雇用 8/

1.1.5 日本の医療費 9/

1.2 第二節 日本の医療の仕組み 14

1.2.1 保健医療制度 14/1.2.2 DPC（包括払い） 16/

1.2.3 高齢化の影響 19/1.2.4 病院の財務 24/

1.2.5 資本コスト 26/1.2.6 財務構造 27/

1.2.7 医療サービスの収益性 29/

1.3 第三節 第一章のまとめ 29

2 第二章 従来戦略 31

2.1.1 日本の医療業界での戦略 31/2.1.2 競争の評価 35/

2.1.3 医療サービス情報の性質 35/2.1.4 病院の選択 36/

2.1.5 第二章のまとめ 39

3 第三章 財務モデル 42

3.1.1 新規開業の検討 42/3.1.2 フリー・キャッシュ・フロー（FCF） 45

4 第四章 社会医療法人ペガサスと医療法人鉄蕉会の事例 48

4.1 第一節 地域医療支援病院とは 48

4.2 第二節 社会医療法人ペガサス 50

4.2.1 社会医療法人ペガサスの概要 50/4.2.2 運営方法の特徴 52/

4.2.3 外来患者の排除 52/4.2.4 病診連携 53/

4.2.5 救急患者の受入れ 55/4.2.6 患者が集まるシステム 57/

4.2.7 社会医療法人ペガサスの財務 59/

4.3 第三節 医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター 62

4.3.1 亀田メディカルセンターの概要 62/

4.3.2 亀田メディカルセンターの特徴 63/4.3.3 人事 64/

4.3.4 信用の補完 66/4.3.5 広域医療圏の効果 66/

4.3.6 亀田メディカルセンターの財務 68/4.3.7 外来クリニック 69

5 第五章 分析と考察 71

5.1.1 事例の相違点 71／5.1.2 戦略的選択 71／5.1.3 信頼の形成 74

5.1.4 戦略と手法 75／5.1.5 大型病院のポジショニング 78

6 第六章 結論と今後の課題 79

参考文献 81

はじめに

日本でも生活水準が上がってくるにつれて、医療への関心は高まってきた。関心が高まってくるとともに、世間に浮上してきた問題もあったものの、医療環境が問題視されることはあまりなかった。耳にしたのは、外来にかかっているときの待ち時間が長いことであったり、他の医療機関にかかる時にもう一度、同じような検査をされることであったり、給料から健康保険料として差し引かれる金額が決して少ない額ではないなどといった不満に過ぎなかった。医療が聖域視されていたために隠れてしまった事件や事故もあったと思われるものの、それでも日本の医療システムはよく機能して、患者に医療を提供しており、医療環境が社会的な問題として取り上げられるようなことは、昔はほとんどなかった。

いまでは、医療技術も進化し、日本で暮らしていて手術のために海外に行こうと考える人は、特殊な症例を除けばほとんどなく、日本の医療技術は治療を受けようとする者の考える水準を十分に満たしている。実際のところ、世界的にみても質は高く、治療にかかる時の費用は安いと言われている。

しかし近年では、救急車の受け入れ要請を何件もの病院に断られ続けた挙句に、結局治療が間に合わず死亡に至るような出来事が起きている。あるいは担当医師がほとんど経験のない手術を無理に行ったために医療事故が起きたケースにみられるように、医療サービスの質の低下がみられる。

あるいは、日常生活をとりまく医療環境を見たときに、医師が退職したために小児科など一部の診療科が閉鎖になってしまったケースや、場合によっては病院そのものが廃院せざるを得ない事態に追い込まれ、住んでいる地域の医療がほころびたケースを聞くこともある。

これらは、たまたま運が悪かったと片づけられる個別のケースではなく、日本の環境の変化と併せて捉え、日本の医療システムの一構成要素として見れば、改善されていくものではないかと考える。

もともと日本では、医療は公共財としての性格で強く扱われており、自由資本市場下での完全競争とは縁遠い環境で作られていたものである。

例を挙げると、国が医療システムの制度を設計し、国民皆保険制度のもと、診療報酬算定表に基づいた価格を割り当て、一方でサービス提供者に対しては、医師数や病床数の規制により、需要と供給をコントロールし、競争を排除していたのである。

いまもって、病院の市場競争は激しいものではない。日本では高齢化を迎えて、その需要は増加し続けている。ところが既に医師不足、看護師不足と、世間でいわれており、需要に対応する医療資源は不足しているとみえる。医師、看護師の育成には時間がかかるために、しばらくの間は不足している状態は改善しない。

供給が不足する市場は、通常価格が上昇して需要が減少することで、需給がバランスするのだが、現在の医療制度では、価格は市場に影響を受けることなく、需給バランスが崩

れたまま需要が増加することで、日本の国民医療費は増加し、その結果社会保険の財源が不足することが予想されている。

日本の医療機関が抱える大きな問題は質と量の2つの面がある。質の面では、国民医療費が高騰することを放置すれば、診療報酬単価を引き下げざるを得なくなり、結果として病院の財務が悪化することで診療の継続ができなくなる。その結果、その地域医療が崩壊することになる場合や、あるいは医療の質を下げても安かろう悪かろうという対処をしなければならぬ状況が発生する可能性を持っていることである。量の面では、いまのままでは医療サービスの供給不足から、十分な診療が提供できずに診療できない患者がでてくる可能性があることである。

そこでこの課題に対して本論文は、それぞれの医療機関が持つ医療資源を最大限に活用するために、ケア・サイクルに注目し、それぞれの医療機関ではケア・サイクルのなかで最も得意とする局面に資源を集中させ、他の医療機関と連携してケア・サイクル全体に対応する（本論文では「和の戦略」としている）ことが重要となっていることを示している。

そして、この「和の戦略」によって「良質な医療」が実現し、医療の価値を高めることができるような日本の医療問題解決のための方向性を明らかにする。

なお、英文タイトルは「**Japanese strategy for increasing the medical value.**」としている。ここで示した「**Japanese strategy**」とは、単なる日本的戦略ではなく、秘めた意味もたせている。ある目的を果たすためには敵やライバルであっても、和をもって「互いに相手を大切に、協力し合う関係」を作り出すことは、日本人が得意としているところである。本論文では、一見競合とも思われる相手と連携することを一つの戦略としており、ここから「和の戦略」と題目をつけている。それゆえ日本が得意とする「和」と日本の「和」の意味をかけて「**Japanese strategy**」としたものである。

さて、第一章と第二章では、現在の日本の医療機関の現状を分析し、そこでは良質な医療をめぐる価値形成の競争がなされていないことを明らかにする。

その上で、良質な医療とは病態ごとに特化して各ケア・サイクルが有効に機能することによって達成されることを明らかにし、日本医療のかかえる問題解決の方向性を明らかにする。

第三章では、平均的な日本の中規模病院を新規開業した場合の財務シミュレーションを行い、キャッシュ・フロー上の問題点を明らかにする。

第四章では、ケア・サイクルの特定の局面に特化して、良質な医として価値形成を行なっている二つの病院のケースを分析する。ここでは、ケア・サイクルに特化するとともに、各ケア・サイクル間の優れた調整のシステム（和の戦略）が機能していることを明らかにする。

以上の結果を受けて、第五章ではより日本の医療環境と医療機関にとって本質的な分析と考察および仮説の検証を行い、第六章で、結論と今後の課題を述べる構成を取っている。

本研究は、地域医療の中核を担う地域医療支援病院の2つの事例をとりあげ、分析することにより、これからの日本の医療サービス提供者が進むべき道を示唆する一助となるものとする。

1 第一章 日本の医療業界ではこれから何が問題となってくるのか？

1.1 第一節 日本の医療の現状

1.1.1 本章の目的

今日の日本では、医師の現場離れ、救急患者の受け入れ拒否、病院の閉鎖、病院の財政破綻、医療事故など、医療サービスの供給に支障が出始めている。なぜこのようなことが起きているのだろうか。

日本の現在の医療界で起きている現象は、以前にも取り上げられたことがあり、1983年当時の厚生省保険局長の吉村仁が書いた「医療費亡国論」と呼ばれている「社会保険旬報」に掲載された「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」（医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方、1983）でも論じられている。

ここで、吉村は主に次の3つの点を指摘している。①「医療費亡国論」：このままでは国民医療費が増大すれば、日本社会の活力が失われる。②「医療費効率逡減論」：治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導などに重点を置いたほうが効率的に国民の健康が向上する。③「医療費需給過剰論」：医療サービスの需給ともに過剰となっており、医師や看護師の数は足りており、病床数や高額医療機器導入数は世界的に見て多い。一方で、医療の受けやすさも世界一というように、需給が無秩序な過剰となった結果、医療費を増大させており、その効果は上がっていない。

この中で、①「医療費亡国論」と②「医療費効率逡減論」には同意するものの、③「医療費需給過剰論」は一部異論がある。当時の論調では医師が過剰になるとされていたようであるが、現実にはOECD平均と比較してみると、国民の数に対して医師数が少ない。

しかし需要過剰と設備供給過剰の結果、国民医療費が増加してきたことは同意できる。少なくとも医師の数も増加していれば、医師不足による医療の質の低下を招くことは、なかったかもしれない。

我々が手に入れたいのは健康であり、病気やけがをしたときに納得のいく治療を行ってもらえる医療環境である。そのためには、現在の環境を踏まえて、患者にとって医療の価値が向上するように改革が進む仕掛けが必要となってくる。

その方法について、マイケル・E・ポーターは、医療を真に改革する唯一の方法は、競争の本質そのものを改革することであり、医療を転換するには、患者にとっての医療の価値を向上させるような競争を起こすことが必要だと述べており、日本においてもこの方法は同じであると筆者も考える。

なお、医療における価値とは、マイケル・E・ポーターが医療戦略の本質の中で、「経費1ドルあたりの健康上のアウトカムのことである」（ポーター、2009）と言っており、日本では「経費10円あたりの健康上のアウトカム」と定義する。ここで経費10円としたのは、診療報酬上での計算が1点10円の点数制であり、単位当たりとして把握しやすいからである。

さらにポーターは、医療における競争は、実際にその価値が生み出される場で行わなければならない、これが問題の大部分を占めているといい、医療における価値は、「モニタリングや予防から、治療や継続的な疾病管理に至るまでのケア・サイクル全体を通して、その患者固有の病態(medical condition)に対処する中で決まる」(ポーター, 2009)のである。

つまり、手術だけあるいは疾病管理だけといったようなケア・サイクルの一部だけを取り上げて短期的なコストをどのように下げるかというような議論には、意味はないのである。

個別の医療行為ごとの競争ではなく、ケア・サイクル全体を通して医療の価値が定まることを前提としてこれから進めていく。

まずは日本の医療制度、日本の医療で使われている医療費、そして医療供給資源としての、人、設備、機器などの実態を、国際的な比較をすることで、いまの日本医療環境の位置づけを確認する。その後、病院の現状を把握することで、それぞれの要素を関連付けして、そこに内在する問題を見出すことが本章の目的である。

1.1.2 日本の医療制度

日本の医療制度を需要と供給の面からみよう。医療の供給側には、医療機関があり、そこには大学病院、公的病院、民間病院、診療所がある。需要者側には、被保険者と保険者がおり、被保険者として本人とその家族で構成されている。需要と供給のマッチする場が市場であり、ここに介在するものが診療報酬制度である。価格は自由競争による需要と供給から定まるのではなく、国が診療報酬を決めている公定価格である。

この診療報酬は「中央社会保険医療協議会（略して中医協）」で決められる。それぞれの診療報酬単価は、基本的に物価の動向や医師看護師の給与水準、医薬品などの価格をもとに決められるのであるとともに、価格決定要素はそれだけではなく、国の医療政策の観点が入ってくる。

大きくは3つの観点があり、1. 需給の調整、2. 医療機関の経営安定化、3. 総医療費伸び率の抑制を考慮しながら診療報酬表が2年に一度改定される。

このうち1. 需給の調整では、ある特定の医療サービスを増加させようとする場合には、診療報酬を高く設定し、逆に広く一般に普及したサービスに対しては引き下げを行う形で、サービスの誘導を行う。ただし、必要な医療サービスの提供に支障をきたす価格になるようなこともありえるので、適切な価格であることは必要である。

次に2. 医療機関の経営安定化では、国が「医療経済実態調査」という医療機関の実態調査を行い、医業経営が存続できるように配慮される。

最後の3. 総医療費伸び率の抑制は、高齢化や医療サービスの高度化によっても、医療費が野放しに増加することのないよう国や保険者の財政状況を考慮して抑制が行われるのである。

これらは、保険者、医師の代表者がそれぞれの立場で議論をする場で決められるのであるが、無駄に医療費を膨らますことが無く、医療サービスの需給バランスをとりながら、妥協点が見出されるものの、若干はどちらかの思惑に偏る傾向がある。

さて、需要側も供給側も公定価格に影響を受けながら行動している。患者は、医療機関の選択は自由にできることから、国内であれば他の市や県であっても、受診が可能である。また公定価格であるから、医療機関に価格の裁量はなく、どの医療機関にかかっても同じ受診内容であれば、ほぼ価格に相違はない¹。医療サービスの取引そのものは、公定価格であることを除けば、患者と医療機関との間に一般的な市場と異なるところはない。

国は、供給側には病床数などの規制を行い、需要側には補助金等で被保険者の保険料や一部負担金により調整を図り、診療報酬制度によって医療サービスの価格を定めることで、需要と供給のバランスをコントロールしているのである。

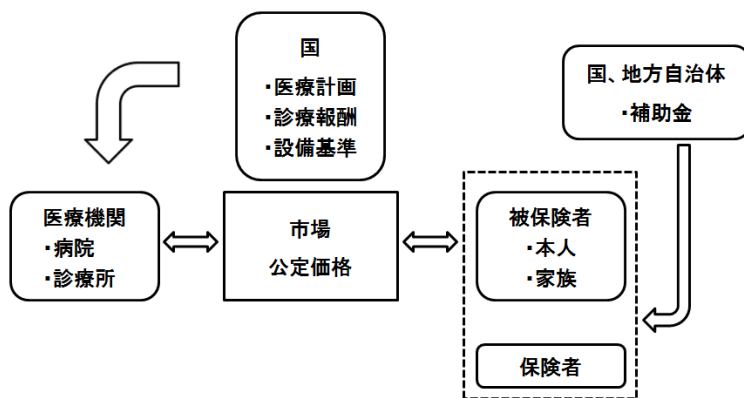


図 1 日本医療の市場

市場の動きを需要と供給者に完全に任せることなく、そこに価格や規制をもってコントロールする場合に、国の目論見通りに市場参加者が行動するとは限らない。そこには、国が予見しなかった事項があり、時間の経過による環境の変化が起こるのであり、そもそも国がすべての事柄を把握しているわけではなく、需要と供給の過不足は起こり得る。

需給バランスは、施設の過不足や検査、医療機器の過不足、あるいは偏在という形で現れる。

1.1.3 主要各国の比較

では主要な世界の国と比較して、日本の医療資源に過不足はあるのだろうか。おおまかには表 1 にみられるように、日本は他国に比べて、人口当たりの病床数が多く、医師

¹ 病院と診療所といった違いや、あるいは制度上の指定の有無により算定できる診療報酬が異なるために、まったくの同一価格ではない

の数が少なく、入院日数が長く、外来受診率が高いことが顕著に表れている。これらのデータからは、設備に重点が置かれて、少ない医療スタッフで患者を診ながら、長期間ベッドに寝かせておくといった傾向が見えてくる。

表 1 主要各国の医療比較²

国名	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり医 師数	人口千人 当たり医 師数	病床百床 当たり看 護職員数	人口千人 当たり看 護職員数	平均在院 日数	外来受診 率
日本	14.3	13.7 (2002年)	2.0 (2002年)	54.0 (2002年)	7.8 (2002年)	36.4	14.5 (2002年)
ドイツ	8.9 (2002年)	37.6 (2002年)	3.4	108.6 (2002年)	9.7	10.9 (2002年)	7.3 (2000年)
フランス	7.7	42.5 (2002年)	3.4	91.1 (2002年)	7.3	13.4	6.9 (2001年)
イギリス	4.2	49.7 (2002年)	2.2	224.0 (2002年)	9.7	7.6	4.9 (2000年)
アメリカ	3.3	66.8 (2002年)	2.3 (2002年)	233.0 (2002年)	7.9 (2002年)	6.5	9.0 (2001年)

このようなことが起きた原因には、日本の診療報酬制度の問題がある。医師一人あたり、あるいは看護師やその他の医療スタッフの数に対して診療報酬は決まるわけではない。従来は出来高報酬であり、処置、手術、検査、入院など行ったことに対して診療報酬が設定されていた。患者に対して長時間の説明や診察を行っても同じ診療報酬であったために、短時間でこれらを済ませたほうが、利益になる仕組みであった。さらに医師の給与は高いので、入院させる設備を作り、医師以外のスタッフにより稼働させた方が、より利益につながりやすかったためである。

さらに、検査機器の設置状況を確認しても同様の傾向がみられる。

²出典：「OECD Health Data 2005」

表 2 人口百万人当たりの医療機器保有台数³

単位：台

	MR I	C T
日本	40.1	92.6
アメリカ	25.9	34.3
イギリス	8.2	7.6
フランス	5.7	10.3
ドイツ	8.2	16.3

2007年のデータが無いため日本は2002年(CT)と2005年(MRI)、イギリスは2006(CT)年の値を使用

日本は他国に比べて、高額医療検査機器であるMRI、CTともに人口当たりの保有台数が多い。日本の高額医療機器保有率は、世界最高となっており、このことは吉村仁の「医療費亡国論」も指摘をしているところである。

これらを使用して検査することは、比較的高額の診療報酬制度が設定されていたことと、出来高報酬制のため、検査をすればただ見合う収益がついたので、医療機関は設備投資を推し進め、その結果として需要と供給のバランスが崩れた傾向が生まれたと思われる。

さらに、MRIやCTを保有していないことは、患者からも弱小の医療機関とみなされ、劣った医療サービスしか提供できない印象を患者に持たれることを恐れて、積極的に投資が行われたとも言える。

結果として、これら機器に投資した資金を回収するために、医療費が過度に支払われたと考えられる。もし設置台数が抑制されていれば、これらの検査に対して診療報酬単価の引き下げを行うことは十分考慮できたと考えられる。このように規制がかからないままに多額の投資が行われたことは、過剰な供給バランスが生まれた一因である。

1.1.4 医師、看護師の雇用

医療機器やベッド数に対して医師看護師の割合が少ないことは、病院運営側として、医師、看護師の雇用の難しさも物語っている。特に田舎やへき地において医師を確保することは、医療機関だけの問題ではなく、自治体の課題となっている。従来は大学の医局とのつながりで、若手医師を送ってもらっていた医療機関も、現在では制度が変更され、困難な状況にある。

都会の人気のある病院などを除けば、募集に苦勞しているところは多く、日ごろから医師、看護師の募集を常にかけている医療機関もある。

³出典：OECD Health Data 2009

さらに、民間病院では公立病院と地域内での獲得競争が起こっている。国公立病院では一般的に看護師の給料や公休の点で待遇がよく、優位な立場にあることが多く、民間病院の悩みにもなっている。

医師、看護師の数の増減の要因は、新規資格獲得者の数で増加する一方で、減少の原因としては定年や死亡による退職による。しかし減少要因はこのほか、女性の出産後の育児を行うために休職してしまい、そのまま現場を離れてしまう場合が少なくない。

最近はそのために、復職支援にも力は入れられている。育児のために、医療現場を長期離れてしまうと、その間の医療技術の進歩に対して遅れを取ってしまっていることによる不安を持っていたり、勘どころを失っているという心配から、復職を断念したりするケースが多い。

そのために、復職支援のためのカリキュラムを用意し、復職しやすい環境を整えることで、雇用につなげる動きがある。しかしこれらの復職支援もまだまだ浸透しているとは言い難く、特に免許を持っていながらその職についていない医師、看護師が現場に戻ってくるだけでも、現場にかなりの数が増加されるだけに、今後の動きを期待したいところである。

また一部の意見として、外科医の減少が挙げられる。一つには医療訴訟の数が増え、その賠償額も高額になってきていることから、外科医になることを望まなくなってきた傾向がみられるとのことである。

もう一つの理由として、現在医師国家試験の合格者のうち女性医師が3割を占めるようになったことが言われている。これは女性が医師としてのキャリア形成を考えた場合に、出産、育児のために一時職場から離れてしまうと、外科は戻ることが難しいと敬遠されている傾向にあり、必要な科に対する医師の雇用確保が困難な事態も出てきている。

1.1.5 日本の医療費

国の政策により、医療費については一定の抑制を考慮されながらも、日本の国民医療費は、増加してきた。医療費が個人の負担の範囲だけであれば、個人の懐事情との話で終わってしまうが、公的医療保険制度のもとでは、医療サービスを受けた場合には、被保険者が窓口で支払う一部負担金のほか、別途被保険者が普段支払っている保険料、その時の事業主が負担している保険料、そして国と地方の公費によって負担されている。その構成割合は次のようになっている。

平成19年度国民医療費 34兆1360億円

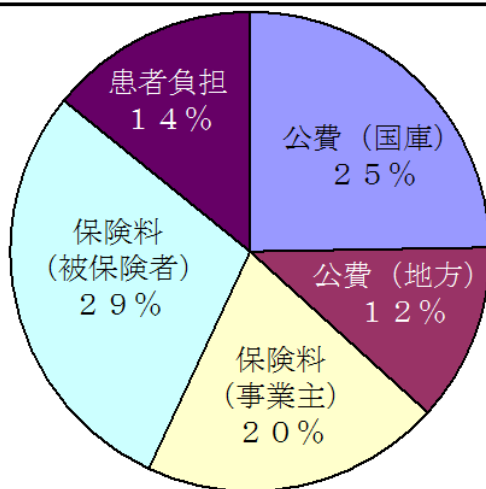


図2 平成19年度国民医療費負担割合⁴

日本の医療費の財務的な問題は、被保険者、保険者だけの話ではなく、国や地方の税金を含む話であるところから、医療費の増大はそれぞれがどの程度まで負担すべきか、しなければならないのか、という観点が必要である。

ここでいう国民医療費は、日本の国民が一年間に使った傷病の治療に要する費用を示している。公的医療保険の負担範囲のなかの支払金額である。そのため、公的医療保険の対象外となる健康診断や予防接種、正常な妊娠や分娩、固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢の費用、差額ベッド代金、美容目的の整形などは、国民医療費に含まれない。

次のグラフをみると、所得があがれば、それ以上に医療費の支出に振り向けられてきたことがわかる。このように所得が上がるにつれて、医療費に振り向ける割合はどの程度まで可能であり、妥当なのであろうか。

⁴平成19年度国民医療費の概況 大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 発行年 2009

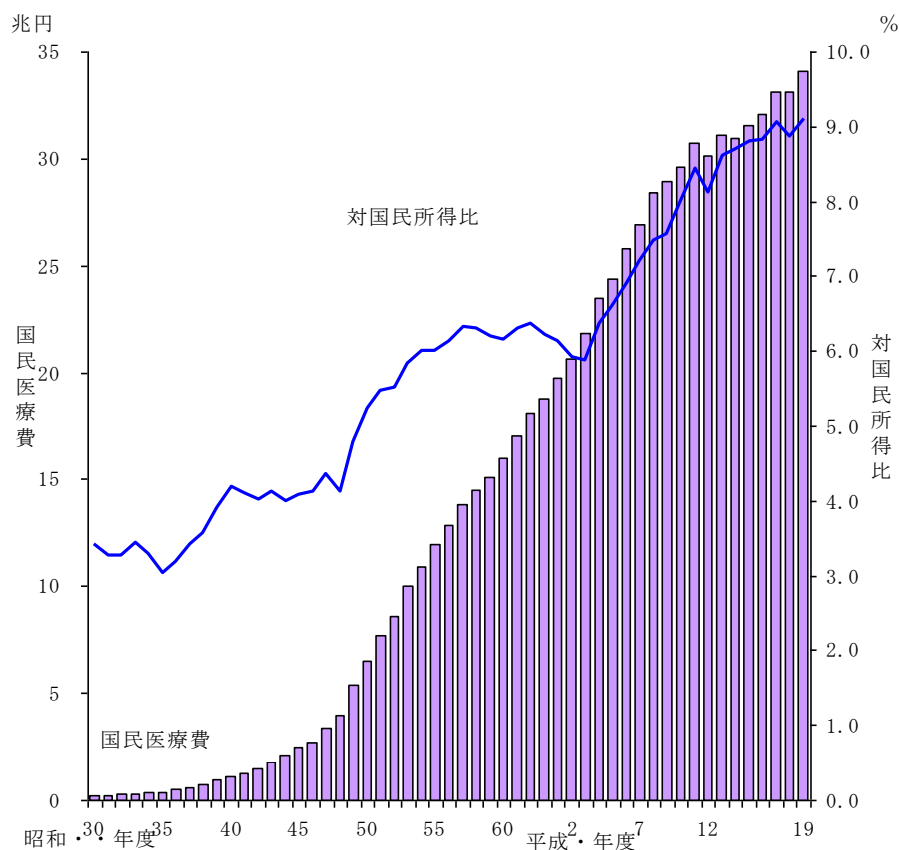


図 3 国民医療費と対国民所得比の推移⁵

医療サービスが増加することは、国民の健康状態が改善することにつながる。GDP（国内総生産）そのものが低ければ、国民は、衣食住といった支出が優先され、医療費のGDP比率は低い水準にあるが、GDPが上がってくると生活の向上に振り向ける余裕が出てくるため、その支出の割合は高くなると考えられる。しかし、ある一定水準を超えて医療サービスを受容しても、費用対効果は上がらない状態になる。

GDPは国内で年間に新たに生産されたモノやサービスの付加価値総額であり、生産された付加価値は所得として分配されていると考えれば、所得の中からどれだけが医療費に使われているかが、国ごとの物価水準の差異を考慮せずに比較できる。

そこで適正な医療費を考えるうえで、国際的な比較をGDPに対する国民医療費の比率をみる方法で、日本の医療費の水準を確認してみる。

⁵平成19年度国民医療費の概況 大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 発行年 2009

単位%

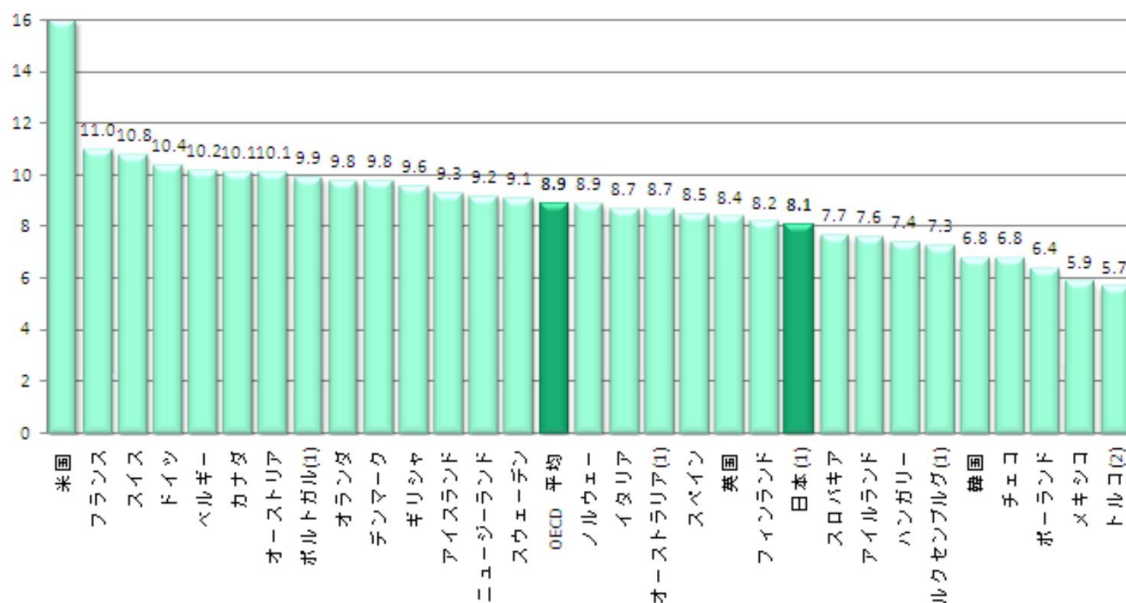


図 4 OECD 加盟国の保健医療支出が GDP に占める割合、2007 年⁶

図 3 をみると米国の医療費の割合は突出して高いことが目に付く。米国の医療費は抜きんで高く、民間保険で対応している人も多いものの、個人破産の原因の筆頭とも言われていて、それを示しているともいえる。

各国と比べてみると、日本は OECD 平均を下回っており、先進諸国の中では決して医療費への支出割合は高くない。

しかし、平均を下回っているから許容されるものではなく、日本では医療費の額は増加している事実をもって、今後の日本の医療財政に危機感を抱くことは当然のことである。

では、同じ手術を行ったときに、国別でどの程度の差があるのだろうか。医療費は医療機関ごとに異なるため国別の比較は困難である上、物価にも差があることから、直接比較することには無理があるが、おおまかな参考にはなると思えるので、一つの資料として 2008 年に AIU が調査した虫垂炎になった場合に予想される治療費のデータを出しておく。

⁶ OECD ヘルス・データ 2009, 6 月版 (1)は 2006 年、(2)は 2005 年のデータを使用し、筆者グラフ化

単位：千円

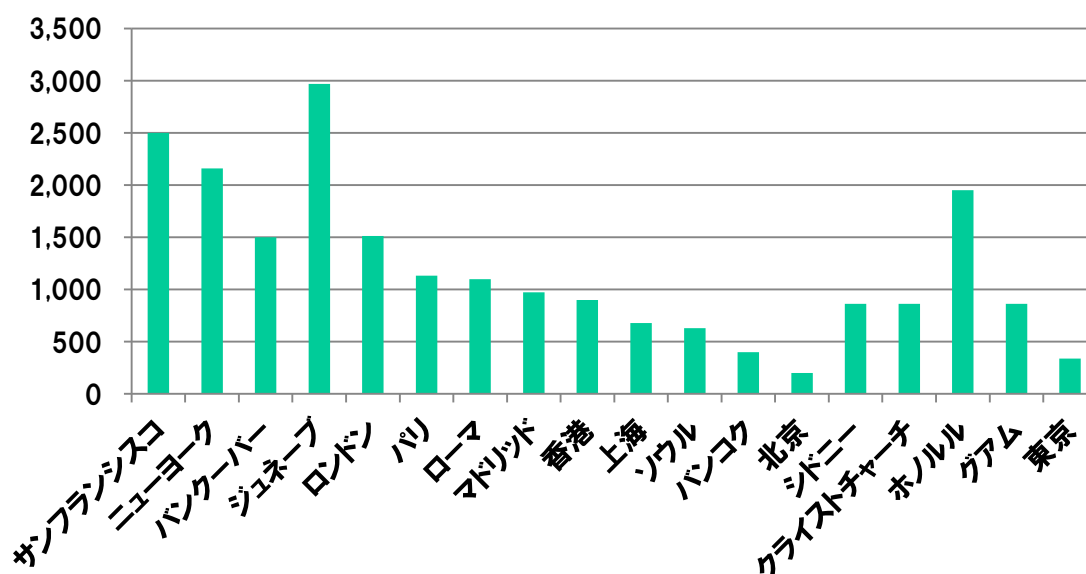


図 5 虫垂炎（盲腸）手術入院の都市別総費用例⁷

ジュネーブ、マドリッドの入院日数は3泊4日、東京は6泊7日、その他の国は入院日数2泊3日である。総費用は、私立病院の個室を利用し、手術も複雑でない場合を想定し、費用は手術費のほか、看護費用、技術料などおよび平均入院日数の病室代を含んだものである。

これをみると、やはり日本の医療費はかなり安い方に位置している。生活水準が向上してくるにつれて、医療費への支出割合が増えてきてはいるが、少ない医療スタッフで設備に依存した診療を、国際的に低い報酬体系のもとで、日本の医療は続けられてきたのである。すでに、医療費の高騰を抑えようとする動きの中において、今まで以上に診療報酬単価が上昇する余地は少ないと思える。

⁷ AIU ホームページ <http://aienu.jp/relation/expense.html> 2008 筆者加筆、グラフ化

1.2 第二節 日本の医療の仕組み

1.2.1 保健医療制度

日本は国民皆保険制度であり、またどこかの病院や診療所にかかることもできる。日本に生まれ育った環境にある人にとっては、これは当然の医療環境のように思われがちであろうが、しかし世界的にみれば特別な環境である。

医療システムは世界的にみると、大きく3つに分類することができる。国家管理方式（イギリス）、民間保険方式（アメリカ）、社会保険方式（日本、フランス、ドイツ）、である。

表 3 医療システムの比較

	医療の供給	医療の価格	消費者の選択
イギリス型	病院は原則国家が管理を行う。 民間保険のみを対象とした病院・診療所が存在する。	無料	選択の自由はない。 疾病によっては手術までに長期間待たされることがある。 民間保険対象の病院を選択は可能。
アメリカ型	病院・診療所ともに設立・廃止は原則自由。 市場競争がある。	保険者と病院の交渉で決定される。 加入している保険により、カバーされる範囲が異なる。	消費者の選択の自由はあるが、加入している保険により保険対象外となる医療機関が存在する。
日本型	病院・診療所ともに設立・廃止は原則自由。 市場競争がある。	診療報酬表に基づく公定価格。	どこの医療機関も選択可能。

イギリスは、病院の管理を国家が行っているが、一部の地域、疾病では需要と供給のバランスが著しく崩れており、手術のために長期間の待機している患者が発生している。

民間保険に限った病院ではすぐに医療サービスが受けられるために、消費者によっては、お金を払ってでもこちらの病院を選択することが希ではない。

アメリカ型では消費者が病院を選ぶことは自由であるが、治療費が高額であることから、一般的には民間保険に加入している。その際に利用できる医療機関は、自分が加入している民間保険が契約している医療機関に限られることがほとんどである。幅広く医療機関に対応している保険ほど保険料が高額なために、ほとんどの場合、実質的に選択肢が狭められている。

日本の場合、自由診療でなければどこの医療機関にかかっても、国が決めた診療報酬のうちの一定割合（通常3割）の支払いで済む。またどこの医療機関でも制限なく受診できるフリーアクセスとなっている。

イギリスでは、医療を福祉として国が完全にコントロールし、アメリカでは自由市場に任せている正反対のシステムである。日本は、自由市場をベースにおきながら、制度と価格の決定権を国が握ることで、医療に対するコントロールを行っているところに特徴がある。

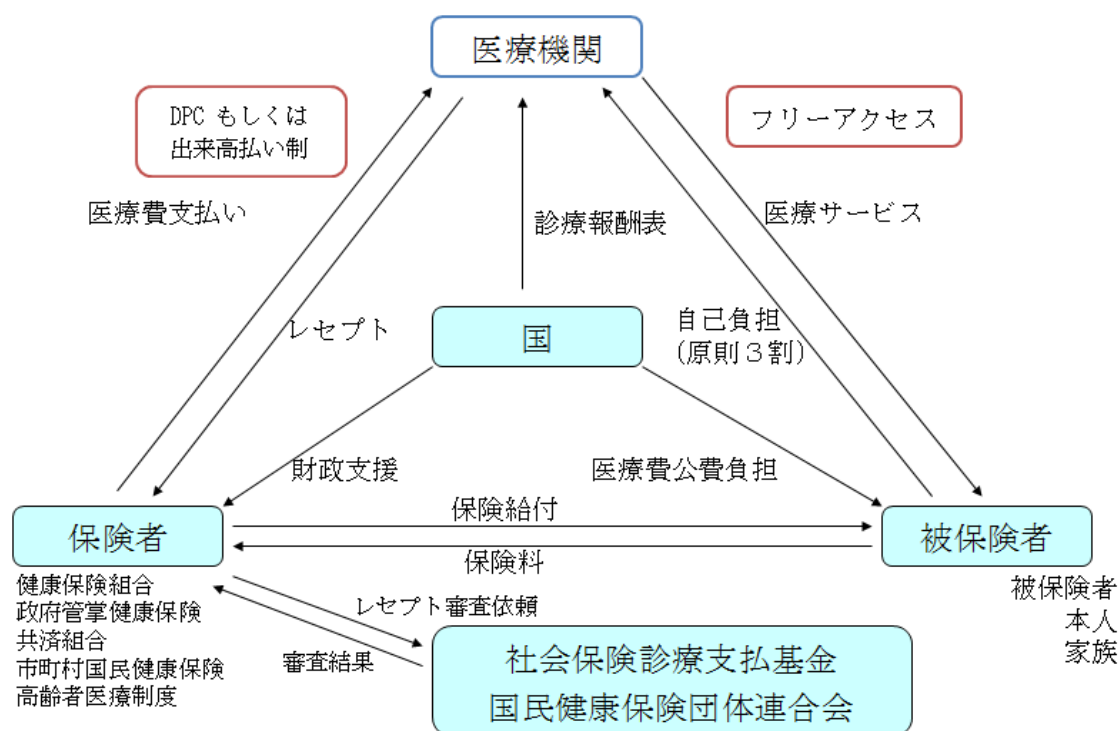


図 6 日本の公的医療制度の概要⁸

ここで日本の公的医療制度のもとでのお金と業務の流れをみてみる。まず被保険者が医療機関で医療サービスを受けると、窓口でかかった費用の一部負担金（通常は3割だが、高齢者や幼児の場合は負担額が異なる場合がある）を支払う。医療機関は、各被保険者について、毎月の診療報酬請求を保険者に請求する。この請求書はレセプトと呼ばれており、診療報酬明細書のことである。保険者は受け取ったレセプトを社会保険診療支払基金（以下支払基金と略す）や国民健康保険団体連合会（以下国保連合会と略す）で審査してもらい、正当な請求であれば医療費の支払いを行う。

支払基金や国保連合会は、これらのレセプトに記載されている内容が、診療報酬制度で認められている基準に合っているか、傷病名と治療の内容が一致しているか、架空請

⁸ 吉田あつし(2009)P19 筆者一部修正

求や不正ではないかを審査している。支払基金は政府管掌健康保険や組合健康保険、共済組合の被保険者のレセプトを審査し、国保連合会はそれぞれ都道府県に属する国民健康保険の被保険者のレセプトの審査を行う。またこの後に保険者が審査を行うところもある。

レセプト上で不備があれば、これらは指摘され、支払いは行われぬ。しかし指摘に対して、医療機関側でコメントを追加することで再度請求を行える場合もある。

この図で特徴的なのは、医療機関にとって診療報酬を決めているところが、保険者ではなく、国ということである。例えば、アメリカでは、それぞれの保険者と医療機関の間で、個別に契約を行なって価格を設定している。そのため、治療にかかる費用も病院ごとに異なるのである。しかし日本の場合であれば、国がある意図をもって決めた診療報酬単価が共通の価格として決められている。

また日本において保険者は、被保険者が医療サービスを受ける病院を指定することや、あるいは医療サービスの質や量を制限することはできない。

しかしアメリカでは、被保険者に対して受診できる医療機関を制限しているだけでなく、治療内容についても医療機関への介入を行って、制限している事実がある。

このように、被保険者が医療機関を自由に選択できることを「フリーアクセス」と呼ぶ。そして、アメリカと同様に、イギリスの医療システムにおいてもアクセスに制限がある。

日本では「フリーアクセス」であることにより、被保険者が医療サービスを受ける頻度が増え、あるいは複数の医療機関を渡り歩く重複受診が起これることで、医療費が増えていることが指摘されている。

1.2.2 DPC（包括払い）

従来は、診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式であった。近年増加しているDPCは、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚生労働省が定めた1日当たりの診断群分類点数をもとに医療費を計算する方式である。

DPCはDiagnosis Procedure Combinationの略称であり、診断群分類別包括支払方式と呼ばれている。

出来高払い方式では、行われた医療行為に対して請求が起これるので、患者側、医療側ともに分かりやすいメリットがある。ただし「出来高払い」では、行った医療行為が多ければ多いほど医療報酬が増えるため、患者の回復が早くなるような治療を行った医療機関より、回復を長引かせた医療機関への医療報酬が増えると言う欠点がある。

DPC（包括払い）であれば、診療報酬が診断群分類により包括点数が定められており、一方で投薬、注射、検査等の費用が包括されるため、過剰診療は起きにくい。ただし、コストへの意識が働きやすいので、本来必要なサービスの投入量が抑えられるあるいは、重症患者の門前払いが起きる可能性が指摘されている。

表 4 「出来高払い」と「DPC」の比較

	出来高払い	DPC（包括払い）
診療報酬請求対象	医療行為、薬剤の 質や量による	診断群ごとに相対係数を使っ て1入院あたりの定額値
コストに対する意識	収益と結びついている (過剰診療になりやすい)	医師の自由裁量権がコストに 左右されやすい
量的拡大誘因	働きやすい	むしろ縮小
在院日数への影響	働きにくい	影響は大きい (短期化)

DPC 実施後の調査結果については、中医協から

- ①平均在院日数の減少
 - ②救急車による搬送、緊急入院及び他院からの紹介の患者数の増加
 - ③後発医薬品などの使用割合の増加
 - ④検査・画像診断の外来診療への移行
 - ⑤癌の化学療法・放射線療法のための計画的再入院の増加
 - ⑥粗診・粗療は見られない
 - ⑦高度医療の提供の増加
 - ⑧クリニカルパスの導入が進んだ
- という結果がでてきているようである。

DPC においては、診断群分類ごとの1日あたりの診療報酬は、入院日数に応じて4段階に分かれている。入院が長期になれば、1日あたりの診療報酬が下がるために、医療機関が在院日数を短縮しようとする傾向が認められるのは当然である。

良い面をみれば、これは単純に退院の日を早めているだけではない。医療機関が、より早期に退院できるような治療方針をたてるようになった例がある。例えば、手術後のリハビリテーションをすぐに開始することは、回復を早めることになり、患者にとって早期に退院ができるメリットがある。しかし手術後すぐのリハビリテーションは患者の体力が落ちていることから、事故やけがにつながりやすい。そこで医療スタッフの数を増やすことで細やかに目をくばり手厚いサポートをすることで、患者の事故を無くす体制を作りだしているのである。結果として、患者は在院日数が短くなり短期で退院することができるだけでなく、医療機関側では、在院日数が長期化することによる一日あたりの診療報酬の低下を防ぐことにつながるのである。

このように、人員増がそのままコスト増、利益の圧迫という図式にはならず、コストは増加するものの、それを上回る収益となる例があり、DPC の使い方によっては、病院の運営方法に影響を与えることができる。

平成21年度 病院経営管理指標によると、一般病院について、DPCの準備をしている病院を含めて、DPCを実施している病院とまったく実施していない病院を比較すると、医業利益率はほとんどの場合、DPCを実施している病院の方が高く、あるいはマイナスの幅が小さい結果となっている。また、室料差額を除く患者1日当たり入院収益も、DPCを実施している病院が、実施していない病院の収益を上回っていることから、収益、利益ともに貢献がみられる。

従来の出来高制であれば、病態によらず検査や治療を行った分だけ報酬が発生するが、利益はそれぞれの項目の利幅の合計であり、そこに早く治癒させる仕掛けにはなっていなかったが、DPCではその治療行為の内容については医療機関の判断で幅広く取ることができ、ある病気を治療し退院させることが目標であり、原価構成は医療機関の裁量範囲が大きいのである。

1.2.3 高齢化の影響

現在の日本では、少子高齢化が進んでいるだけでなく、少子高齢化率は世界で最も高くなっている。少子高齢化は労働力の減少や貯蓄率の低下など経済的に影響を与えるが、医療費への影響も大きい。

単位：千人

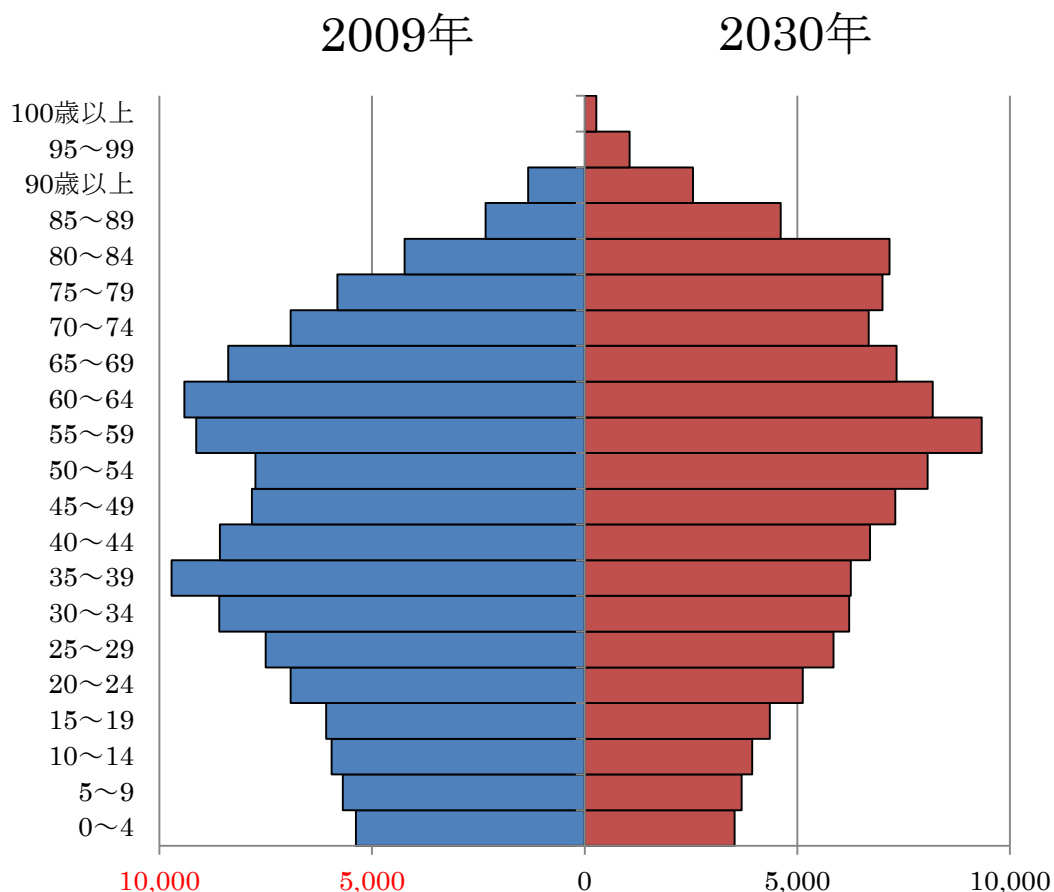


図 7 2009年と2030年の人口比較

出典： http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2011.asp?fname=T02
 国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料よりグラフ化

図 7 では、2009 年の年齢別人口数が 2030 年にどのように変化するかを示している。さらにこれを、次の図のように差分で示す。

単位：千人

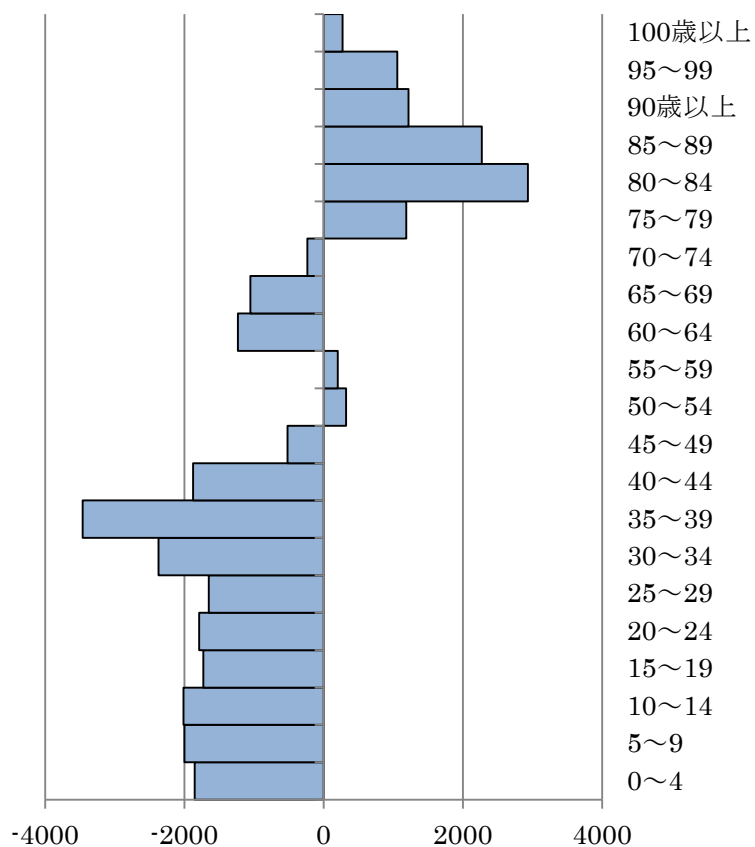


図 8 2009年と2030年の人口差分

これにより、若年層の減少と、高齢者層の増加が明確に分かる。公定医療保険の財源を支える保険料の支払いと納税側から見ても、若年層の減少と、高齢者層の増加は今後の保険制度に影響を与える。そればかりではなく、若年層の医療費と高齢者層の医療費を比較すると、高齢者層では一般的に一人あたりの医療費が高額になることから、影響は大きい。そこで、年齢階級別に医療費を示したグラフが次の図である。

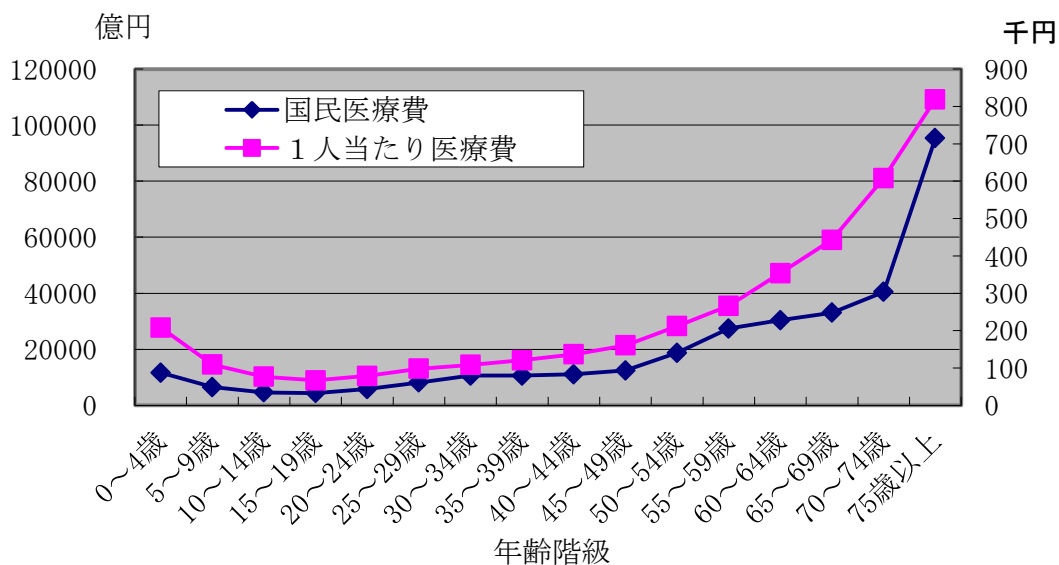


図 9 年齢階級別平成 17 年度国民医療費⁹

特に、60 歳を超えるあたりから一人当たり国民医療費は増加し始め、75 歳以上では若年層の 10 倍以上の医療費を必要としている。コンサルティング会社のマッキンゼー&カンパニーでは、国民医療費は 2006 年の 33 兆円から 2035 年には 90 兆円を超え、GDP の 13% に達すると予測しているようである。

ここで少し検証を試みる。前述の 2009 年と 2030 年の年齢階級別人口の変動分に、年齢階級ごとの 1 人当り国民医療費を掛け合わせることで、医療費の増加が見えてくる。

⁹出典：平成 17 年度国民医療費の概況 第 5 表 年齢階級、一般診療－歯科診療別国民医療費、構成割合及び国民一人当たり医療費 厚生労働省大臣官房統計情報部 発行年 2007 筆者グラフ化

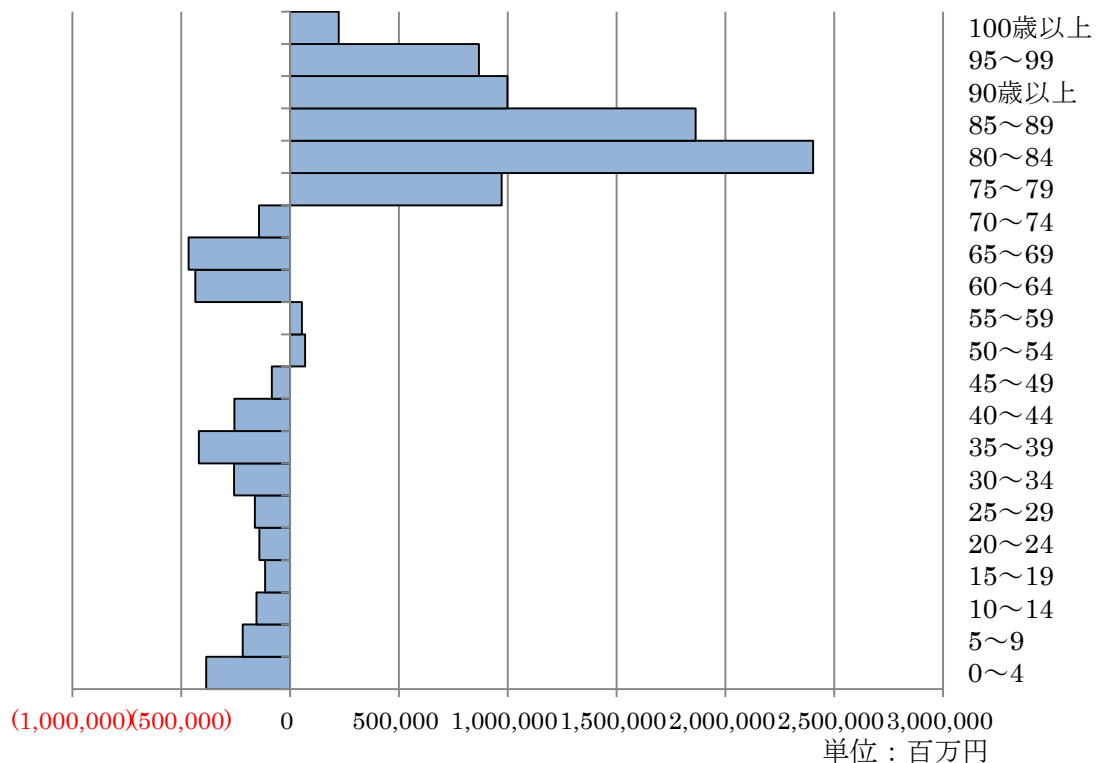


図 10 高齢化により増加する医療費

高齢者層で増加する医療費から若年層の減少する医療費を引いて計算すると、42兆2千億円と見積もることができる。2005年(H17年)の医療費は33兆3千億円であるから、2030年には75兆5千億円となる試算である。

これは、なんの手立てもない場合を条件として、増加する傾向を試算したものであるが、この増加する医療費をどこから捻出するかは、公的保険医療制度にとって大きな問題である。この対応政策は本論文では触れないが、現在の日本国民が受けることができている医療サービスの質の低下は免れたい。

高齢化にみられる課題は医療費にとどまらない。体力や回復力が低下している高齢者の在院日数は長くなりがちである。データを確認してみると65歳以上の在院日数は、総数の1.3倍と長い。これは医療費が増加するだけでなく、高齢者が入院するためのベッドがその分必要になるということである。平成21年度病院経営管理指標では一般病院の病床稼働率は、医療法人で78.7%であるから、若年層の人口の減少と在院日数の短期化を進め、稼働率が高まれば対応はできると思われる。しかし実は医療機関と人口のマッチングができている場合の話であって、現在のように病院や医師が偏在している状況においては、ベッ

ドに空きがない医療機関がでてくる可能性は高い。

人口千人あたりの病床数は前述のとおり、国際比較でも多く、また国の方針としてもこれ以上の病床数の増加は考えられない。空床なしということで、必要な入院が断られることのないように、在院日数の短縮や在宅による看護の必要性はさらに高まる。

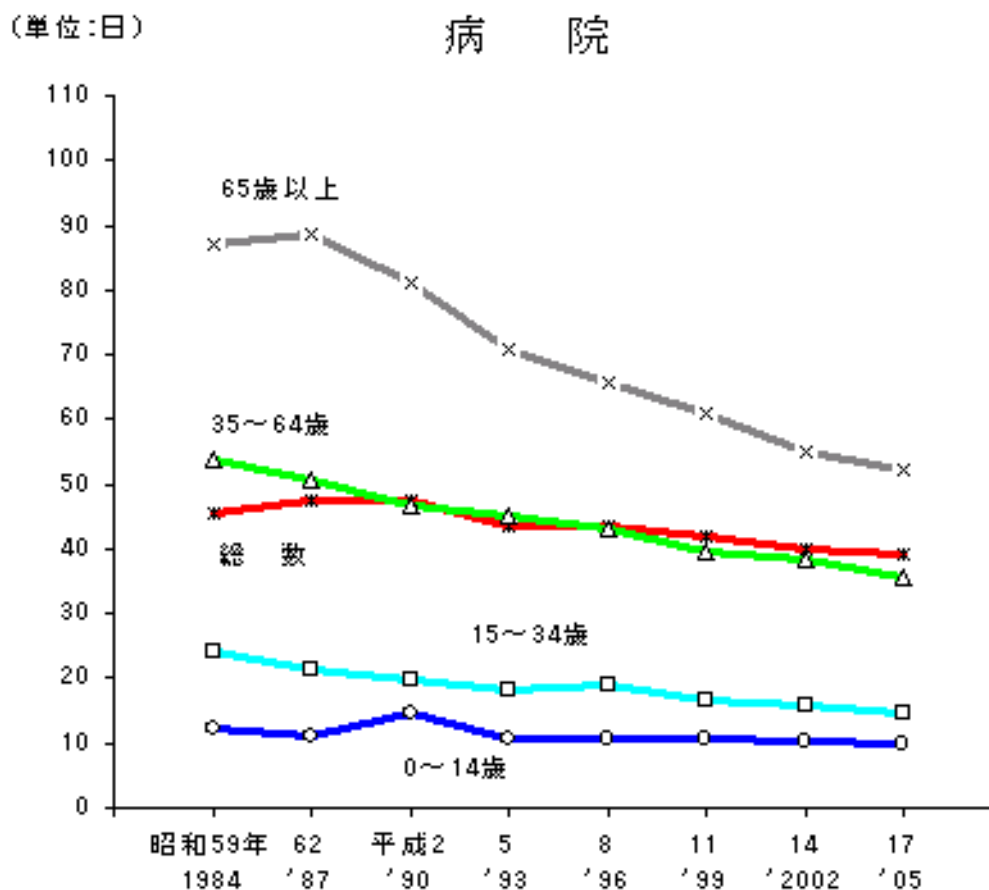


図 11 年齢階級別にみた退院患者平均在院日数の年次推移¹⁰

¹⁰厚生労働省：平成 17 年患者調査の概要 図 8 年齢階級別にみた退院患者平均在院日数の年次推移より 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/04-01a.html>

1.2.4 病院の財務

ここまでは、医療機関を取り巻く環境についてみてきたが、次に医療機関の財務について確認をしていく。

日本においては、病院は営利事業ではないとされるために、儲けることを良しとしない風習が見受けられてきた。医療法の開設許可で確認してみると、以下のようになっている。

(開設許可) 第7条 第5項

営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第1項の許可を与えないことができる。

注. 公共的なかたちでの医療サービスを提供するという特性からみて、営利を目的としての開設は適切でない。しかし会計学上の概念としての利益、剰余金までは否定しない。医療法 昭和23年7月30日 法律第205号 (直近改正:平成19年7月6日 法律第110号)

昔は、「医療は儲け仕事ではなく、病人を助けることが目的であり、赤字でもいい」とまて言い切る医師もいた。しかし過去においては、十分な診療報酬が得られる医療保険制度に守られており、よほどの放漫経営で無い限り、経営破綻がなかった。ところが、近年は診療報酬の引き下げが行われるなど経営環境が変わってきたために、倒産件数は増加の傾向にある。

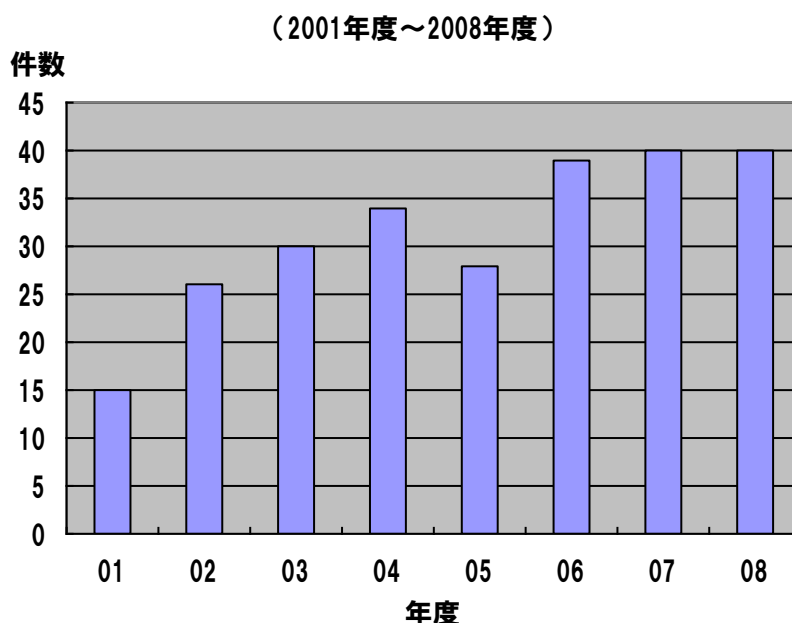


図 12 医療機関の倒産件数¹¹

¹¹出典：(帝国データバンク、2009)、老人福祉事業者・医療機関の倒産動向調査より

表 5 診療報酬と消費者物価指数の推移

	1981年	1996年	1998年	2006年
診療報酬	100.00	107.93	105.28	98.35
消費者物価指数	100.00	125.06	128.16	124.44

直近においては、デフレであり、ここ数年は診療報酬のプラス改正もあったために、やや上向きであるが、1981年から診療報酬の推移をみると、長年に渡り、診療報酬は実質的に下がってきている。

さらに、医療が社会的インフラとされてきただけでなく、補助金や自治体による財政支援がある。特に国公立病院では年度の赤字は補てんがあり、資本コストの概念以上に利益を求める意識ですら薄かったことがあげられる。近年は医療法人の3割、自治体立病院の7割が赤字であるといわれているように、次表のように、年度をさかのぼってみても同じ傾向にある。

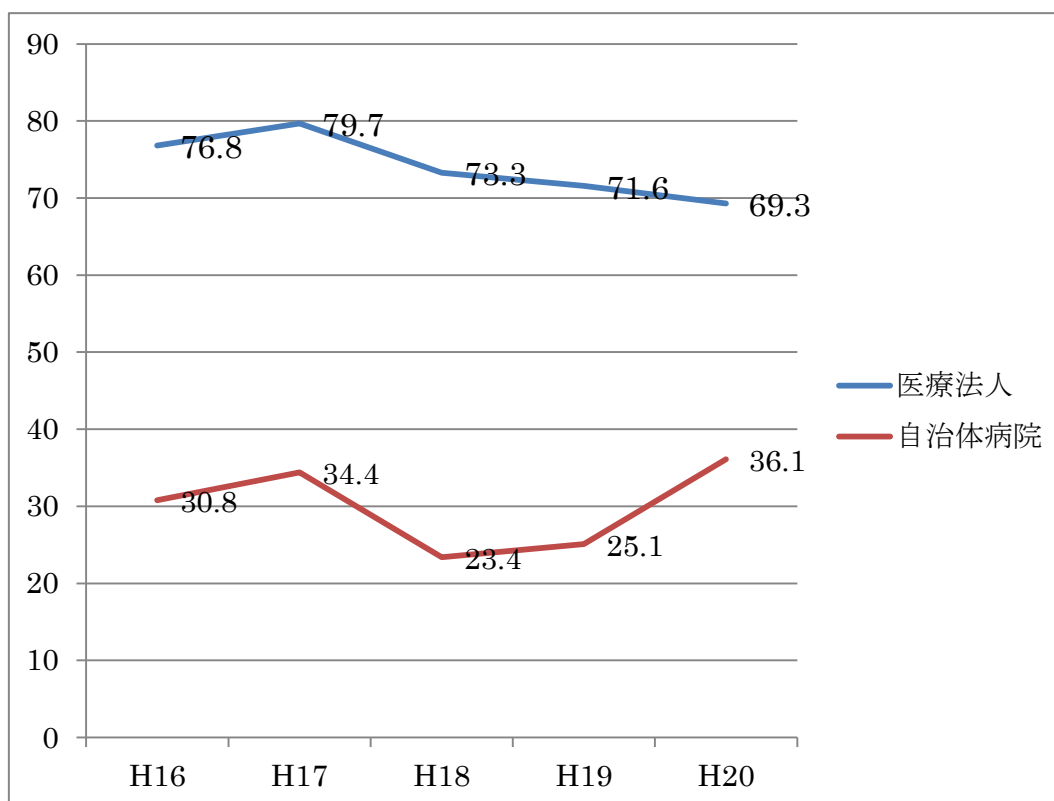


図 13 医療法人と自治体病院の一般病院の黒字病院比率¹²

¹²出典：厚生労働省医政局委託（2011）医療施設経営安定化推進事業 平成20年度 病院経営管理指標

加えて、直接金融での調達方法がほとんどないために、資金の調達方法はほとんど銀行からの借り入れという間接金融に頼っていた。公立病院では、建設時の予算は別途に立てられるために、診療報酬で得た利益から返済を行う必要はないが、一般民間病院では借入金の返済を行う必要があり、財務基盤の弱さにつながるとともに、診療報酬に対する民間と公立の不公平な部面として指摘されている。

表 6 医療機関の資金調達方法

方法	特徴
手持ち資金	通常少額
株式発行	株式会社化は制限が多い 配当禁止
出資金（基金拠出型）	配当禁止 出資額相当が返還の上限
病院債、プロジェクト・ファイナンス、 診療報酬流動化債権	手続きが面倒 コスト高、要返済
銀行借入	要返済
(独) 福祉医療機構などの融資	要返済

1.2.5 資本コスト

病院は自己資金の調達方法に大きな制限があり、株式の発行による調達は基本的にできない。事業であれば、資本コストを考慮してある一定の期待値を投資に求める。しかし日本の医療機関には、資本コストの概念がほとんど入ってこない。しかし、健全な財務運営を行うには、最低限、どの程度の資本コストであるか考慮が必要であり、そのコストの意味するところは考えておきたい。

以下は大雑把な捉え方ではあるが、おおよその意味合いはこれで掴めると考える。

自治体病院については、管轄の地方自治体が建設を行い、また不足するキャッシュを補てんしていることから、資本コストは自治体の発行する地方債（高知県の場合 1.7%）と同等とみなすことができる。

また、民間病院の場合は、債務超過に陥るような過大な負債に対する破たんリスクも、あまり考慮されていないケースもあったことを鑑みると、銀行の貸出金利と同等とみなすことができる（ex. 亀田メディカルセンター：試算年 3.4%）。

医療法人が開設した病院の収益性は、他に比べて高い傾向にあるものの、それでも経常

利益率は一般病院で1.5%（平成20年度）（株式会社日本経済研究所，2010）¹³にすぎない。

金利負担率は1.1%、税率は30%、減価償却相当分は設備投資として再投資し、収益は今後も現状維持かつ、運転資本の増減もないことを前提とする。すると医業収益に対するフリー・キャッシュ・フロー比率を試算してみると、 $(1.5\%+1.1\%)\times(1-30\%)=1.82\%$ となる。当時のリスクフリー・レートに相当する10年物国債の利回りが1.3%~1.5%程度であるのでこれと比較すると、リスク・プレミアムがほとんど加算されていないことがわかる。つまり、リスクがほとんど無い業種とみられているか、もしくは市場がゆがんでおり、経済的な意味合いだけで投資を行う意義は認められず、社会の公益性などを考慮することで、資本投資が成り立つ事業と言える。

ただし、米国やタイ国においては民間病院が上場して、十分な収益をあげている例が挙げられるので、以上の例は日本の場合に限定される。

1.2.6 財務構造

大型病院の財務構造は、どのようになっているのだろうか。
まずは平均的な財務内容のみてみる。

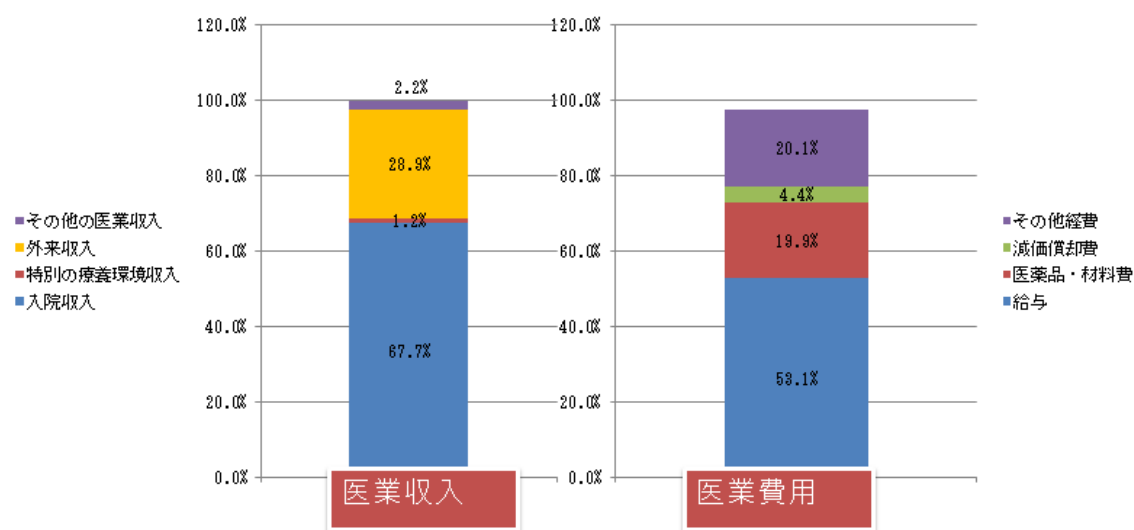


図 14 日本の平均的な病院の財務構造¹⁴

おおまかに、収入は入院から7割、外来から3割を得ている。病院の医業収益を分解すると

¹³ 「平成19年6月実施 第16回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」より

¹⁴ 平成20年度 病院経営管理指標 P1 1.病院種別比較 開設者別 資料参照筆者グラフ化

$$\begin{aligned}
& \text{外来患者 1 人あたり診療報酬単価} \times \text{外来患者数} \\
& \quad + \\
& \text{入院患者 1 人あたり診療報酬単価} \times \text{病床数} \times \text{病床稼働率} \\
& \quad + \\
& \text{その他の医業収入}
\end{aligned}$$

である。

このうち、外来患者数は医師の数に大きく依存する。また病床数は施設に依存して変更が困難である。病床稼働率は 100%が上限となる。収益を向上させるには、対応する患者数を増やすか、外来患者 1 人あたり診療報酬単価あるいは、入院患者 1 人あたり診療報酬単価を増やすことが必要である。

ここに病院経営の舵取りが一つ出てくる。収益だけをみれば診療報酬単価の高い患者を集めて、数をこなすことで向上するように見えるが、病態に関わらず広い診療科の範囲で患者を集めてしまうと、効率が悪くなり、また対応に必要なコストが上がってしまうのである。

医業費用は、5割強が人件費であり、費用の 7,8割が固定費である。病院では、多くの職種の人が働いている。

病院スタッフとしては、医師や看護師のほか検査技師など医療技術者など、医療の現場で働く者のほかに、窓口での受付の業務、治療費や在院時にかかった費用を計算し、請求する会計や、レセプト請求事務関係の業務をする者がいる。これ以外にも、清掃作業を行う医療現場をサポートする者や、病院内での利便性を考慮して売店などを設置している場合は、そこにもスタッフが付いている。

これらの職種をどのように配置し、人員数をどのようにするかについては、病院の意図のほかに、一定の施設基準で評価を得るためには、その基準に照らし合わせた人員配置を行う必要がある。

例えば、日本の看護師の人員配置の基準とは、医療法によって定められている、患者の人数に対する看護職員（看護師・准看護師・看護補助者）の人数のことである。これは診療報酬との関係が深く、15対1、13対1、10対1、7対1と看護体制が厚くなるにつれて、患者の1日あたりの入院診療報酬が高くなる仕組みである。

急性期医療に対応する施設と、回復期に対応する施設とでは、人の配置が変わる。急性期では、根幹部分では患者数が限られるが、医療には高い質が求められる。そのため人員も密度の濃い配置となり、各医療従事者のすりあわせも頻度が増す。回復期になると、患者数は増えるが、様態が急変する患者が少なく、施設に依存した運営になる。ルーティンワークで処理できる業務も急性期と比較すると多くなり、時間的には急性期に比べ余裕があるとされている。

この運営の差から、急性期医療では、高度医療機器の必要性和、多くの人員配置させる

必要からイニシャルコスト及び維持運営コストが、回復期医療より高額になるのである。

1.2.7 医療サービスの収益性

医療サービスは、健康診断や病気、けがをしたときに受けるのであるが、最近ではかかりつけ医をもって常日頃は総合診療的に診察を行ってもらい、必要な場合に他の医療機関を紹介してもらうようになってきている。

医療機関は他の医療機関に患者を紹介すると、いわゆる紹介状を書くことで、収益上は「B009 診療情報提供料（I） 250点」（平成24年度診療報酬点数表）が適用となり、2,500円が収入となる。

紹介する医療機関の中には、他の医療機関へ紹介することをあまり歓迎しない向きがみられるところがあるが、これは診療情報提供料を得る以上に失うものがあると感じているからで、次のように説明できる。

他の医療機関への紹介が必要な状況とは、診療科対象外である場合や、設備などが不十分で対応できないなど、自分の医院では対処できない処置や手術、検査が必要な場合である。そのため、紹介を行うことは、患者への対応としても本来ありうる。

しかし、紹介した先の医療機関に、いわゆる「取り込まれてしまう」ことがある。その経緯はそれぞれあるが、取り込まれた場合に失う収益は、以下に示す「ハーバードの第三の公式」から算出できる。公式は

$$\text{サービスの収益性} = \frac{\text{マージン} \times \text{再利用回数}}{\text{投資額}}$$

である。

この公式では、サービス事業ではリピーターから得られる利益は新規顧客に比べて大きく、再利用顧客が収益源であると主張しているのである。

医療サービスでは、提供するサービスと患者の間に信頼関係を築き、患者のロイヤリティを醸成し確保するために、実は大きな努力と費用を必要としている。

例えば、再診の患者と初診の患者への対応を比べても、初診の患者にはより多くの時間がかかる。なぜなら、患者の持病やこれまでにかかった病気やその治療結果を新たに聞き出す必要があり、そこにかかる時間もコストである。

紹介した結果「取り込まれる」ことになれば、新規患者を失う以上に大きな損失となり、これから先、その患者から得られる生涯収益を失うことになるために、歓迎しないことがあると考えられる。

1.3 第三節 第一章のまとめ

日本では、医療は公共財として扱われてきた。そのために、日本の医療は自由資本市場下での完全競争とは異なる環境にあった。国民皆保険制度のもと、診療報酬算定表に基づいた請求を行うことや、診療所の設立は自由であるものの、病院は病床規制により自由に

設立することはできないような制度であり、一部は国のコントロール下にある。

医療サービスを受ける側にとって質が高く安いことは、好ましい状態であるものの、しかしながら、既に医療崩壊が起きていると言われていることを考えれば、このまま改善が無いとすれば、これからも質の高い十分な医療が提供され続けることは困難に思われる。

医療崩壊の原因としては、医師看護師といった人材の不足、十分な収益をあげられないための財務的破綻などいくつもあると思われる。

医療の制度も万全ではない。例えば、自治体立病院の7割は赤字であり、その補てんは自治体から行われているが、自治体の財政が悪化し補てんができなくなった場合には、病院の運営は立ち行かなくなる。そして、その病院が受け持っている医療圏に暮らしている患者は、医療サービスが不足する事態に直面している。

あるいは、従来病院の倒産は数が少なく、倒産の原因も放漫経営によるものがほとんどであった。ところが近年では、医師が退職したために、診療を継続できなくなるケースが増えてきている。

しかし、日本における病院の競争は決して激しいものではない。むしろ高齢化を迎えて、その需要は膨れ上がり、市場は拡大している。この医療需要に対して、現在の医療資源だけでは賄いきれなくなることを懸念する。特に医師、看護師はその育成にも時間がかかるために、このまま十分な医療サービスの供給を行うために、質を落として量を供給するようなことは避けがたいところである。

さらに、この膨らむ市場に対して、支出される医療費に対する財政は危機に陥るとみられており、需要を賄う医師、看護師と財源が不足するなかで、考えなければならない。増加している市場も、無制限に拡大するものではないと考えられる。

本研究ではここから、将来の日本の環境変化を踏まえて、人々が満足できる医療を提供するために、これから日本の病院はどのような戦略を持てばよいか、特に地域医療の中核を担う病院について進めていく。

2 第二章 従来の戦略

2.1.1 日本の医療業界での戦略

いままで見てきた日本の医療環境、事情においてこれから医療機関は、どのように経営をしていけばよいのであろうか。

国民は、よりよい質の医療サービスを求めることは明白であり、安かろう悪かろうの医療サービス環境に落とされることには、だれも賛成しない。

一方医療サービスの提供側では、過酷な労働環境からは解放されたいと願っているだろう。しかし医療人は、本来医療が果たすべき使命である、人の命を守る、助けることに対してはより一層の努力は惜しまないと思われるし、我々はそれを願う。

日本の医療制度は、他国に比較すると質の良い医療を、安価に提供してきたといえるが、今まで見てきたように、その制度は疲弊し、これ以上そのまま放置すれば、医療崩壊が進むことは必至である。

医療崩壊を止め、患者にとって質が向上し、医療に振り向けるコストが下がるような仕組みはどのように作ればよいのかを、ここでみていく。

通常の世界では、競争によって品質とコストが絶え間なく改善される(ポーター2009)。医療の世界は特別だったから、この競争原理が働かなかったというわけではない。もちろん医療の持つ福祉的役割、あるいは公的医療保険制度のもとで、例えば診療報酬は公定価格になっているといったような競争要因が限定されている面はある。ただ競争が思いのほか、品質とコストの向上に貢献しなかったのは、ポーターが、米国の医療に対して「競争の種類が間違っている¹⁵」と指摘しているように、日本においても必要以上の患者の囲い込みが行われていたり、コストの押し付けが起きていたと考えられる。

まずは、日本で起きている競争と米国の競争を比較してみる。

¹⁵ 医療の関係者は、ゼロ・サム競争に引き寄せられ、競って互いにコストを押し付け合い、自分の交渉力を高め、サービスを制限し合っている。(ポーター, 2009) P5

表 7 日米の競争の比較

項目	米国	日本
保険者 VS 医療 機関	価格競争あり。 力の強い方が主導権を持った価格設定を行う。 保険者は、治療方針について医師に大きく関与。	価格は国が決定する公定価格。 治療方針について医師に間接的に一部関与。
患者 VS 医療機 関	保険者の提携している医療機関に限定された診療（囲い込み）。 自由価格設定。	フリーアクセス。 公定価格、皆保険制度。
被保険 者 VS 保 険者	数の多い企業などには保険者は譲歩した交渉。損失は弱小の被保険者に押し付けられている。	国保、社会保険など、国民皆保険制度に基づき加入。基本的に被保険者の保険者に対する選択肢はない。
医療機 関 VS 医 療機関	排他的。 規模、診療科の拡大により、保険者、患者に自医院を優勢にしている。	病診連携、病病連携を目指す、必ずしも上手くいっていない。 公的病院の民間圧迫。
保険者 VS 保険者	排他的、競合関係。	競合なし。

保険者と医療機関の関係において、日本では、国が価格を定める公定価格のもとでの競争となるため、価格競争はない。しかし米国では医療機関が自由に価格を設定するため、価格競争が起こり得る。またその価格は、医療機関と保険者との間で結ばれるため、米国では力関係が保険者が強い場合には、コストを転嫁するために、医療提供者と治療に対する患者の選択肢を制限されており、医療の価値を下げる原因となっている。

日本の場合は、診療報酬の請求において、処方仕方などで指導が入ることがあり、制限が若干はあるが、基本的に一般的な診療を行うことに外からの関与はない。

米国におけるように、力関係において保険者の側が強い場合には、コストを転嫁するために、医療提供者と治療に対する患者の選択肢には制限が付されており、医療の価値を下げる原因となっている。

日本の場合は、診療報酬の請求において、処方仕方などで指導が入ることがあり、若干の制限はあるが、基本的に一般的な診療について外部からの関与はない。

患者が医療機関を選択する場合にも、米国では加入している保険が指定する病院以外では保険が適用されないことから、実質的に制限されている。患者からすると、自分の医療に最も合った病院にかかれない不都合も起きる。

日本の場合は、制限がなく、自らの意思で医療機関を選択することができる。患者側の

メリットは大きいですが、同じ疾病でも複数の医療機関で同時受診をしたり、医療機関を転々と渡り歩き、継続した治療を受けないため治癒が遅くなったり、結果として医療費が増加するようなことも起きている。

被保険者と保険者の関係が、米国では保険者内でも同一ではない。大企業の保険を獲得したい保険会社は、割り引いて契約を受けることが行われる。その結果弱小の被保険者が高い保険加入料を支払うことを強いられているために、同一のサービスを受けながら不平等が起きている。一方、日本の公的健康保険では加入する保険は定められている。ただし、公的健康保険では、健康保険組合の保険や国民健康保険など、それぞれ自分が加入する保険者によって支払う保険料は異なっている。

医療機関同士の競争関係についてみると、米国では医療機関同士が排他的である。規模を大きくし、診療科を広くそろえることで、患者を獲得する競争が行われている。しかしこの結果が、非効率化を招き、また症例数が少なく、医療技術が低くても来院患者には対応することで、医療の価値が下がっている。

日本においても、医療機関同士の競争は行われている。規模の大きな医療機関では、民間と公立病院間との競争が激しい。病診連携を進めようとする国の方針があり、どのレベルの病態であるかによって、ある程度差別化を図ろうとしていることから、競争ではなく連携も行われている。この場合でも、診療所と中小規模病院の競争は起きている。

保険者間の競争も米国では起こっており、これが被保険者の受ける医療サービスを制限される要因となっている。

米国では、基本的に医療を取り巻くステイクホルダーが自由市場で競争を行っているが、さまざまな競争において、コストの押し付け合いや、自由度の制限による囲い込みで勝つことを試みている。そのため、患者にとってより価値が生み出される競争となっていない。日本は、患者にとっての自由度は高いが、そのしわ寄せが医療機関にきて医療崩壊を起こしており、結果として患者の不利益につながる現象が起きている。

いままで見てきたように、米国と日本では医療機関を取り巻く環境が異なっている。では、その中で医療機関の立てる戦略の基本的な部分は変わるのだろうか。実はどの国においても、その基本は同じである。特に「医療の世界では、優れた提供者がより効率的なのが普通なのである（ポーター 2009）」。

早期に病気を発見できること。もっとも適した治療を選択できること。その治療に対して医療技術力が高いこと。これらを満たす医療機関に係ることができれば、患者の回復は早く、治療も最小限で済むことから、結果としてコストも最少で抑えられる。

病態レベルでの医療の価値を向上させる競争を行っていくことが、医療機関の正しいあり方である。優れた医療サービスを提供するためには、選択した病態において、また診療科において絞り込むことで、運営・医療にあたる能力を高めていくことである。医療提供における好循環が起こるサイクルをポーター（2009）は次の図のように示している。

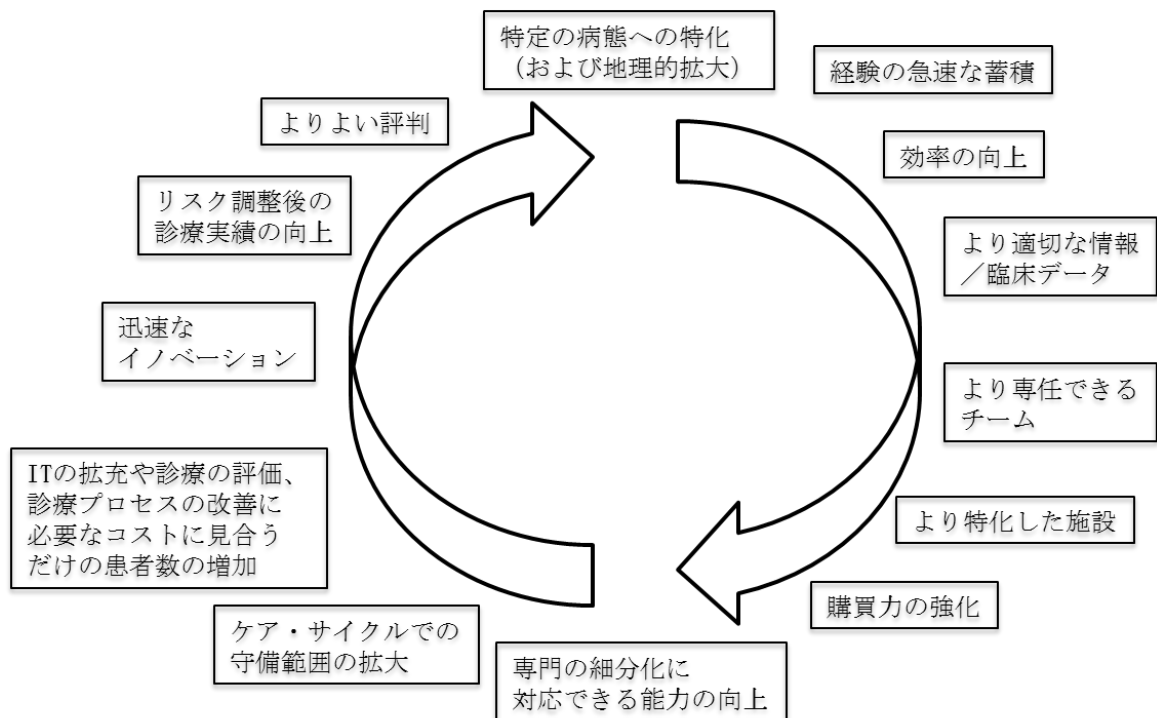


図 15 医療提供における好循環¹⁶

医療機関でまず決定することは、特定の病態に特化することであり、ここから好循環が生まれる。特化したことで、同じ病態に対する経験は急速に増加する。それはスタッフが慣れることもあるが、同じ病態を見るのであれば、施設をその病態に沿った診療に合わせて、効率的なレイアウトにすることもできる。このように効率的で優れた医療機関の進化は、最終的に患者からよりよい評判を得て、その評判によりさらに遠方からも患者が来るようになる。

¹⁶Michael E. Poter, (2009) P243 図より筆者作成

2.1.2 競争の評価

医療提供者に競争をさせることで、改善され、より高い価値が生まれると気が付いたときに、その競争の指標はどのように設定すればいいのだろうか。ポーター（2009）はここで「患者に対する診療実績が良かったかどうかである」としている。同時に医療の繊細で複雑さから、その評価の難しさも指摘している。

ここで気になるのは、この評価軸が世間で認知されなければ、機能しないということである。さてどのように世間に知らしめていくかであろう。医療に長けた医師同士の評価と、それほど医療には詳しくない、あるいは医療に疎い患者の評価のアプローチは異なるのではないかということである。例えばある病気による死亡率から、医師の間では、その理由まで考えて評価するであろうし、そもそも死亡率だけを捉えてそれを評価軸とすることは意味がないことを知っている。しかし一般人は、重病になった時の病院を選択する指標として、かなり気になる数字であろう。市場のメカニズムに正しい競争のルールが組み込まれれば、正しい競争の結果、医療の価値が上がっていくのである。

2.1.3 医療サービス情報の性質

しかし医療において、いままで市場のメカニズムはどのように働いてきたのだろうか。市場原理が働くのであれば、正しいルールを確立すれば質の悪いものの排除が進むはずだが、「医療業界はもともと完全市場での競争が行われにくい性質がある(大森正博 2008)」と言っている。市場メカニズムが機能するには前提条件がそろうことが要件である。「完全競争の条件」とは、①市場に多くの売り手と買い手がいる、②財の同質性、③情報の完全性、④市場への参入・退出の自由性である。これらが満たされることで、市場は経済を効率的に動かす。

しかし医療は、情報の非対称性が大きいとしばしばいわれる。情報の非対称性とは、生産者と消費者のどちらか、もしくは両者が、それぞれ生産と消費に必要な情報を十分に持ち得ていない状態をいう。このうち、患者はいつ病気になるか分からない。そして医師と一般社会人では医療に対する知識が通常大きく異なる。同じ病気に見えても、医療を実際に行うレベルでは、さまざまな違いがあり、この情報を得て、理解することは一般人には困難である。この結果として、患者はその治療が正しいのか、あるいは適正な価格なのかの判断が付かない。さらに、医師と患者の間は、将来生じうる事項を網羅的に契約書に書き込めない契約（不完備契約）なので、医師を信頼して治療を受けるしかない。

さらに病院の内部から出る情報は限定的である。これは、医療機関の広告に制限があり、特定の内容しか広告できないことも手伝っている。マスメディアを通じて伝えられる情報もあるが、正確にもれなく伝えているとはいえない。病院の実力を比較した書籍もあり、症例数など分かるが、これらのデータを解釈しても、自分の病気を治すためにどの病院が最も適しているかという、患者が欲しい評価結果はなかなかでてこない。

また、財の同質性において、医師免許を取得したばかりの医師と熟練医師では、提供で

きる医療サービスの質に違いは起こり得るが、日本ではどちらの医師にかかっても医療費は同じであり、条件が満たされていない。

このように、医療は、「市場の失敗」、完全競争下での市場メカニズムによるコントロールがもともと効きにくい性質がある。

医療機関が、医療の価値を高める競争をする一方で、医療機関は、それをどのように伝え、患者はどのような認識で病院を選択するのであろうか。

2.1.4 病院の選択

患者が医療機関に行こうとするときのニーズは、疾病の程度によって変化する。次の図のように、例えば風邪や簡単な処置であれば、近くて便利であるとか、親切な医師であるといった医療サービスそのものよりも、付帯するサービスに依存度が高い傾向がある。風邪などの軽症であれば、医療機関に行く頻度が高いため、ときどき医療機関を変えて自分の気に入るところを探すことは可能である。多少医療技術に難があっても許容度は高いかもしれない。

ハーバードの第一の公式に当てはめてみると分かりやすい。

$$\text{サービス価値} = \frac{\text{サービスの品質（結果+過程）}}{\text{価格+利用コスト}}$$

前提となるのは、サービス価値は患者がサービスを主観的に感じ評価した価値であって、サービス提供者の企画ではなく第三者機関の審査でもないことである。

医療の場合、公的保険であれば医療機関の違いによる価格の大きな相違はない。遠方の医療機関に通う場合は、交通費が高くなることや、そのために費やされる時間を考慮するためよりサービスの品質が高いと感じる医療機関でなければ、足は向かないであろう。

品質としては、結果を重視するか、過程を重視するかにより選択が異なる。

ここでいう医療サービスの過程とは、待ち時間が短いとか、待合室がきれいであるとか、医師やスタッフが親切であるといった診療以外のサービスであり、結果とは治癒する、あるいは後遺症が残るといった疾病に関する治療結果を示している。

もしこれらをすべて同時に満たす医療機関があればそこに決まるが、どちらかを優先する場合に、軽症の場合は「過程」を重視し、重度の疾病では「結果」を重視することが多いと考えられる。

実際重度の疾病では、医療サービスの結果の質を問うことが多い。ところが、普段かかっている医療機関と異なる高度な医療に対応する大病院であれば、どのようなところか事前に知らないこともある。しかしこの場合、病院選びに失敗はしたくない。

診療所	第一次、第二次、第三次救急病院	
	地域医療支援病院	
高い	来院頻度	低い
軽症	症 状	重症
安い	費 用	高い
患者ニーズ		
利便性（近い、便利）	治癒率、成功率が高い	
低い	不安度	高い

図 16 疾病の程度に対応する医療機関と患者ニーズ

ただ疾病の程度とともに、緊急性がどこまで高いかによっても選択肢は変化する。緊急性が高い場合は、すぐに対応してくれる病院であることが第一条件である。例えば救急車で搬送される場合は、受け入れ可能な近くの病院に決まってしまうような例である。

このように、対応する医療技術の難度と、緊急性の高い低いにより、対応する医療機関を選ぶ理由が変化するのである。

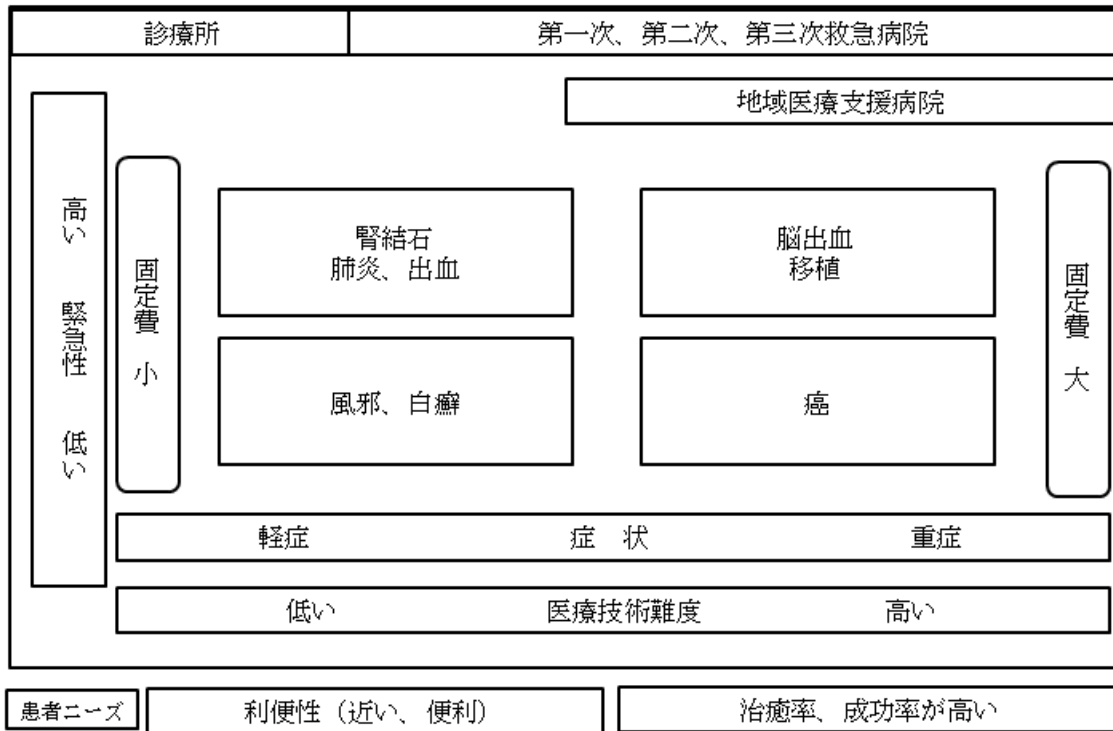


図 17 疾病と対象医療機関の分類

提供されているサービスは、本質サービスと表層サービスとに分けられる。ここに本質サービスとは、顧客が払う対価に対して当然受けうると期待しているサービス属性をさす。また表層サービスとは、対価に対して必ずしも当然と思わないが、あればあるにこしたことはない期待サービスをさす(Swan & Combs, 1976)。

医療サービスでは、検査、診断、処置、手術、リハビリテーションが本質サービスである。表層サービスとしては、病室や院内のレストランなどに見られる高級な空間の提供や、案内や相談を受け付けるメディカル・コンシェルジュによる対応、待ち時間が短いこと、丁寧でかつ分かりやすい説明をすることなどがあげられる。

またサービスは、定常業務サービスと特別業務サービスに切り分けることができる。定常業務サービスとは、サービスを提供する機関がどこも内在させている業務であり、特別業務サービスは、独自あるいは、差別化のために併せて提供しているサービスである。

医療における本質サービスでは、その疾病に対して対応可能な技術水準をもった医療機関で提供されなければならない。そうでなければ、十分な治療が行われないことになる。もし、本質サービス部分が不足しているようであれば、リソースは本質サービスに振り向けて、まずは医療技術を高めなければならない。

風邪を治療する医療機関と、癌を治療する医療機関では、提供するサービスの難易度が異なる。そこで、より難易度の高い医療サービスを受けて、満足する場合はより満足度が高いと考える。

すると、患者の満足度を指標とした場合に、本質サービスと表層サービスのどちらにウェイトをおいて運営していくかが、競争戦略を立てる上での要素となる。

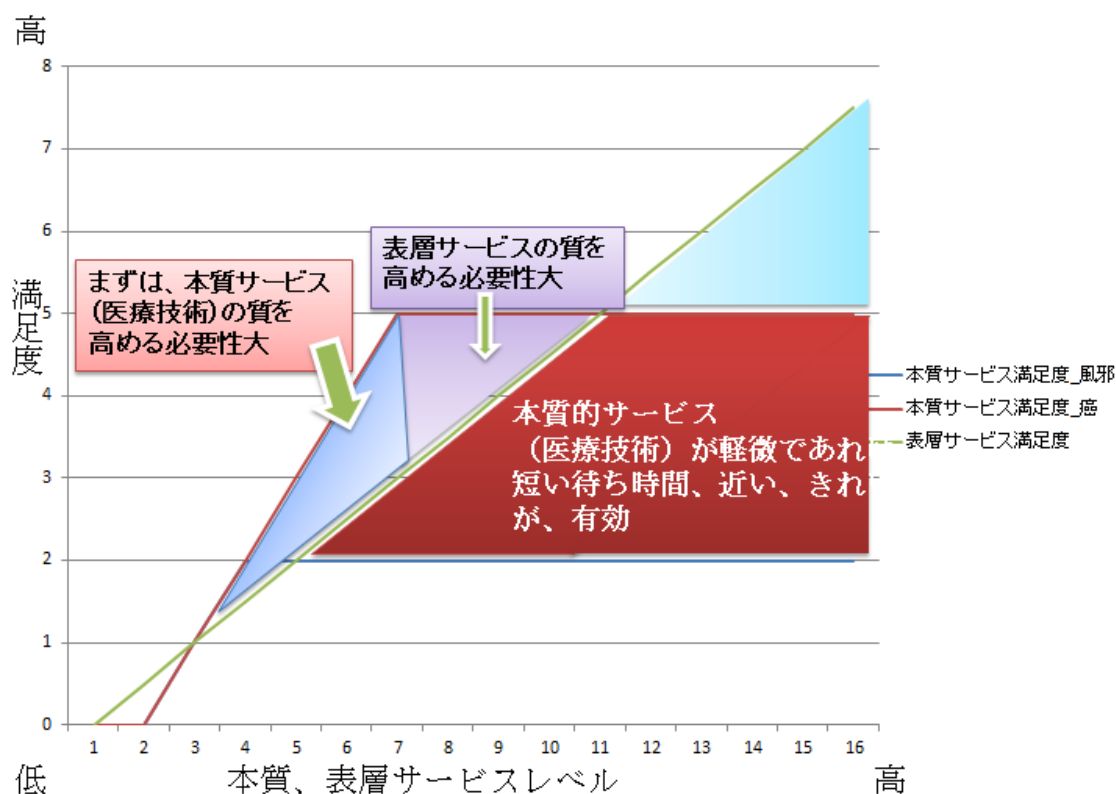


図 18 サービスと満足度の関係

2.1.5 第二章のまとめ

いまの、日本の医療には非効率な運営がみられる。それは、病院が立ち並んでいる地域でさえサービスの供給量がさほど過剰とまでにはなっておらず、競争が緩かったことにより、ほどほどでよしとされていたことによる。

また医療の技術を比較するにも、診療の結果のデータが発表されることがなく、優劣をつける基準がなかったことも原因である。

通常サービスであれば、市場で取引され、それぞれのサービスに見合った価格が付けられ、またより価値の高いサービスが競争に勝ち残っていくのである。現在の日本の医療機関は、価値の高い医療を提供しているところが勝ち残っているとはいえない。

患者にとっての価値とはどのようなものであろうか。いい病院、いい医師と言われていたときの評価はどのようなものなのかも考えなおす必要がある。

医療サービスは、診療報酬単価が国によって定められているために、価格競争は起こらない。競争は医療技術や医療に付随するサービスで行われる。待ち時間が短いとか、職員の愛想がいいとか、近くて便利といった要素は分かりやすいが、医療技術の評価は難しい。治癒するかしないかだけでなく、より早く回復するかあるいは不安なく治療が続けられるかという部分については、個人個人で病態が異なることから、一元的な評価で済ませることができないからである。

医師をはじめとした医療にかかわるほとんどのスタッフは、よい治療を行おうとして努力していると思う。しかし日本では、その努力が報われるような医療環境になってはいない。

現在の日本では、医療崩壊が続いていると言われている。現象としては、医師の現場離れや看護師不足、救急患者の受け入れ拒否といった形で表れている。

これは診療報酬が引き下げられてきたことからキャッシュ・フローの悪化が起これ、その対応策として人件費を削減したことによる労働環境の悪化が、一つの原因である。病院では、人員削減により、残った職員には過酷な勤務状態がおこり、その環境に耐えきれなくなった医師がまた現場を離れるといった事態が起こっている。その結果、夜間の救急の対応が不十分となったり、地域に必要な診療科が閉鎖になるなど、明らかに医療サービス提供側の環境が悪化している。

その中でも特に高度な医療を提供する医療機関においては採算がとりにくい。病院の建設や高度医療機器の導入に係るイニシャルコストが大きく、またこれらが十分活用できる人員を配置すれば、その人件費をはじめとする維持コストも比例的に大きくなる。

消費財メーカーであれば、新製品を投入した際に、スキミングプライスつまり上澄吸収価格戦略を用いて、新商品発売の際に、初期に高価格を設定し、早期に資金を回収し、売上が低下し始めた段階で価格を徐々に引き下げていく戦略を取ることで、投資資金の早期回収を狙うこともできる。

しかし医療機関の診療報酬は、中央社会保険医療協議会という第三者によって定められており、提供するサービスにおいても、医療サービス以外の付加価値により報酬を引き上げることができない。

投資した資金を回収するために、収益の向上が必要だと考えれば、できるだけ稼働率を上げることが必要となってくる。

もし計画当初の段階で、病院の診療圏に対する市場の大きさを見誤ると、稼働率が上がらず、財政的破綻リスクが大きくなる。

もし診療圏に十分な患者数があっても、同じ診療圏に複数の病院があれば、どの病院を選択するかは、病院が決めることではない。

さらに、十分な患者数を受入れて診察、治療を行うためには、それを可能ならしめるオペレーションができていなければならない。

オペレーションがうまく機能せず、患者を診る機能が低下していると、医療過誤が起きることも考えられる。また効率的な運営ができず、時間がとられるようであれば、長時間労働という形でしわ寄せが起これ、医療スタッフの疲弊が起これる。

このように病院の破綻や経営難による医療体制の不備は、人々の日常生活に混乱をきたすものである。

本来市場には、競争によってサービスや品質、コストといったものが、改良・改善される機能がある。ところが、日本の医療業界において、この競争がほとんど機能してこなかった。

その結果、必ずしも競争優位性の高くない医療機関が存続することで、競争による価値の向上が報いられていないことが起こっている。例えば、効率の悪いコスト高の医療を提供し続けていても、補助金の投入により存続するような場合もある。

その一方で現在、高度な医療サービスの提供を行うも、病床過剰地域においてさえ、健全な経営を行い、継続して価値の高い医療を提供している医療機関が少なからず存在している。

経営資源を効率的に使用しながら、かつ患者にとっても、信頼できる良質の医療を提供できるのであれば、これから目指すべき医療機関の姿としてこれからも、また我々がより良質の医療を手にするために、成功事例の経営戦略をモデル化することにより学ぶべき点は大きいと考えるものである。

3 第三章 財務モデル

3.1.1 新規開業の検討

現在の日本において、病院の運営の資金繰りは楽とは言えない状況にある。既存の病院であれば、減価償却が進んだ古い設備を利用して利益を出すような構造でしばらく持続可能かもしれない。

これに対して新規設立の場合、特別に特徴のない一般的な中規模病院の設立については、資金繰り上の大きな問題が生じる。この場合をモデルにて病院の財政問題を確認しよう。

日本では、病床規制があるために、既存の病院を取り壊してその病床数を引き継ぎ運営すると仮定している。

この内容は、「医療施設における設備投資判断の基準」－中規模病院の新規開設時の考察－筆者が2010年09月2日に映像情報メディア学会2010年次大会アントレプレナーエンジニアリング研究会で発表した資料から引用する。

前提は

- ・病床数 150 床
- ・外来患者数 最大 550 人／日
- ・建設総事業費 37 億円
- ・減価償却：建物 50 年、設備 10 年、機器 7 年
- ・金利 1.4%（全額借入）
- ・民間一般病院の損益計算書（P/L）構成に準じた
- ・平成 20 年度病院経営管理指標を参照
- ・医療法人である 100 床以上 199 床以下の民間一般病院
- ・運転資本（ワーキングキャピタル）増減なし
- ・フリー・キャッシュ・フロー（FCF）における赤字は、自己資金で補填とした。

減価償却についての資料は以下の通りである。

表 8 減価償却表

項目	金額	償却年数	年間償却額
建物建設費	15億円	50年	30百万円
設備費	10億円	10年	100百万円
医療機械費	8億円	7年	114百万円
外構工事費	3億円	50年	6百万円
解体費	1億円	単年度	100百万円

この規模の病院の損益計算書（以下 P/L とする）は、厚生労働省医政局から公表されている「医療施設経営安定化推進事業 平成 20 年度 病院経営管理指標」から「医療法人である 100 床以上 199 床以下の一般病院」の平均的な財務構造の値を図にしてみよう。

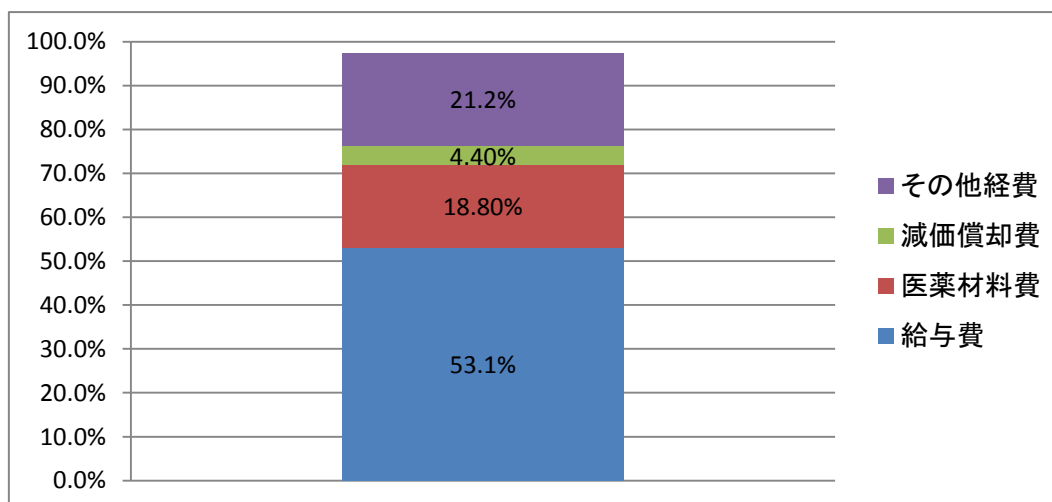


図 19 一般医療法人 PL 構造 (株式会社日本経済研究所, 2010)

この値をもとに、キャッシュ・フローを計算する。公的病院の場合は、自治体等からの予算により建物や設備が調達されるものの、民間の医療法人の場合、自己資本の調達手段がきわめて限られており、設備投資のために調達する資金は、ほとんどの場合借入金である。病院等医療施設が公立であるか、民間であるかの設立経緯による診療報酬上の差異はなく、また建物や設備投資の回収を目的とした分類は無いために、民間の場合は初期投資のコストが公的機関に比べて大きくなっているものの、報酬は同じであることから、開業後のキャッシュ・フローはタイトなものとなる。

今回は、平成 22 年に建設コスト 37 億円で開業した 150 床の病院の実例を参考に全額借り入れたものとして検証する。医業収益については、今後病床稼働率が 91.1%の推

移と見込まれており、これに基づく収益を使用する。診療報酬の改定や人件費、物価の変動は考慮していない。

またワーキングキャピタルの増減は考慮せず、建物、設備については、法定耐用年数による減価償却を行った。

借入金利は1.4%として、償還期限まで毎年元本均等返済を行うとする。

税金については、医療法人に課せられる税率を使用する。

参考として第二年度の損益計算書（P/L）は以下のようになる。

表 9 第2年度損益計算書

科目		金額(百万円)	収益比率
医業収益	料金収入	2,436	98.4%
	その他医業収益	39	1.6%
	医業収益計	2,475	100.0%
医業費用	給与費	1,314	53.1%
	材料費	465	18.8%
	経費	505	20.4%
	減価償却費	250	10.1%
	その他医業費用	17	0.8%
	医業費用計	2,551	103.2%
医業利益		-76	
医業外費用	支払利息（20年）	48	1.9%
	医業外費用計	48	
経常利益		-124	-5.0%

結果は次の通りである。

収益は2,475百万円で推移する。費用は初年度2,675百万円から、減価償却の変動額と元本返済による支払金利の減少分が費用の変化となる。

開業8年目に62百万円の単年度黒字となる。累積赤字の解消は15年目となり、当年3百万円の黒字となった。

3.1.2 フリー・キャッシュ・フロー (FCF)

税引き後の総収支に減価償却の戻し入れを行い、借り入れた37億円の償還期限を変化させた。償還期限11年未満では、開業後30年経ってもフリー・キャッシュ・フロー(FCF)がプラスに転じない。15年では22年目に2百万円のプラスとなり、20年では8年目にプラスマイナス0となる。25年より長い償還期限を設定した場合に、フリー・キャッシュ・フロー (FCF) は初年度よりプラスとなる。

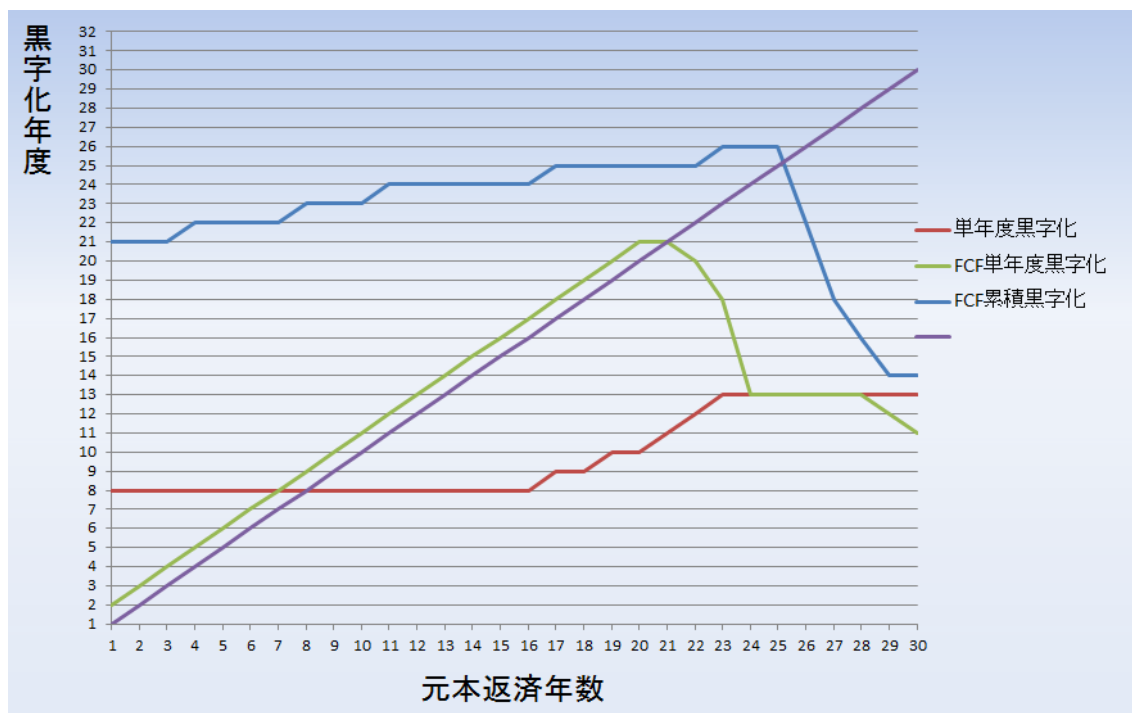


図 20 返済年数と黒字化までの期間対応グラフ

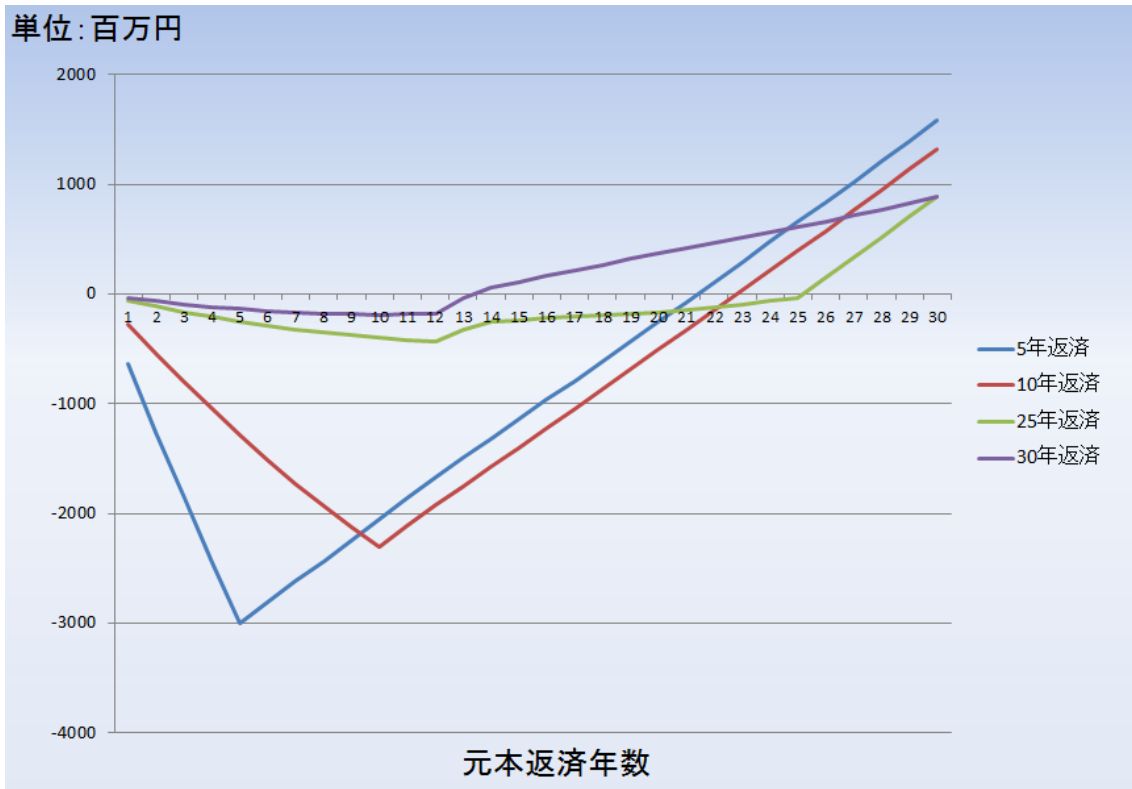


図 21 累積フリー・キャッシュ・フロー (FCF) の推移

民間で設備投資として借入を行う場合は最長で15年、一般的には10年であるため、現在の診療報酬をもとに、新たに病院を建設し、設備資金も含めて全額借り入れた場合には、長期の償還期限を設定しなければ、返済途中で新たな借り入れの必要がある。

今回は償還期限が短い場合に必要となる運転資金までは考慮せず算出したが、手元資金を用意せずに開業すると、資金不足に陥ることは明白である。

また、今回は開業後改装や、新たな設備導入は考慮していないが、実際には必要だと考えると、借入金など、設備に投下する資金の調達は、慎重にするべきであろう。

民間病院の資金調達方法には制限が多いため、設備投資時には借入を行うことが多い。あたかも資本金のような一定の借入額を保つことができれば、安定した経営は行いやすいが、現実的ではない。

現在の医療機関の財務モデルからみると、よりキャッシュ・フローが改善されるような方針が必要であることが分かる。

病院経営の問題点は、固定費比率が高いために、手段を明確にして固定費の負担を克服しなければならないことにある。そのためには、自己の保有する医療資本を最大限に活用しなければならない。このことは稼働率を上げるだけでなく、それぞれの医療機関において診療報酬の適応の中心をどこに置くのかが重要である。

そのためには医療機関がケア・サイクルの特定部面に特化することが必要となる。次の章では、ケース・スタディとして「社会医療法人ペガサス」と「亀田メディカルセンター」を取り上げて、運営方法をみていく。

4 第四章 社会医療法人ペガサスと亀田メディカルセンターの事例

4.1 第一節 地域医療支援病院とは

この章では、2つの地域医療支援病院を取り上げる。医療機関は規模、診療科、立地が異なることで、経営戦略は変化する。日本の医療を見ていく場合に、その地域の核となる医療機関の戦略から学ぶことで、一病院から広がる価値の高い医療の取組が見えてくるためである。

日本の医療制度では、「医療は患者の身近な地域で提供されることが望ましい」との観点から、かかりつけ医を地域における第一線の医療機関として位置づけて、入院、手術などの設備を有する医療機関との機能分化を図ろうとしている。

地域医療支援病院は、その地域の病院、診療所などを後方支援するという形で医療機関の機能の役割分担と連携を目的に創設されたものである。

地域医療支援病院の承認を受ける要件は医療法第4条に述べられており、また具体的には医療法と厚生労働省令に記されている。

承認を受ける要件としては、おおまかに

- ① 他の医療機関からの紹介患者数の比率が80%以上であること。(医療法第4条第1項第一号関連)
- ② 当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること。(医療法第4条第1項第一号関連)
- ③ 救急医療を提供する能力を有すること。(医療法第4条第1項第二号)
- ④ 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。(医療法第4条第1項第三号)
- ⑤ 病床規模は原則として病床数が200床以上の病院であること。(医療法第4条第1項第四号関連)

この中で、紹介患者率が高く設定されている理由は、地域医療支援病院が、紹介外来性を原則としているためである。また、紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる病院については、地域の実情に応じて具体的な年次計画の提出を求めたうえで承認することができる」とされている。

また、平成16年7月の紹介率の見直しにより、次のいずれかを満たしていれば「紹介外来性を原則としている」と取り扱われることとなった。(「医療法の一部を改正する法律の施行について」等の一部改正について、平成16.7.22医政発第0722003号)

- ① 紹介率が60%を上回り、かつ、逆紹介率が30%を上回ること

② 紹介率が40%を上回り、かつ、逆紹介率が60%を上回ること
なお、地域医療支援病院紹介率は次式により求められる。

$$\text{地域医療支援病院紹介率} = \frac{\text{紹介患者の数} + \text{救急患者の数}}{\text{初診患者の数} - \text{休日または夜間に受診した救急患者の数}} \times 100$$

次に取り上げる病院は、都会の病床過剰地域に立地する病院と、過疎高齢化が進む地域に立地する病院であり、それぞれの地域の特徴にあった運営を行っている。都会型としては、馬場記念病院を中核とする病院グループである大阪府堺市の社会医療法人ペガサスであり、もう一つは、亀田総合病院を中核に千葉県鴨川市にある医療法人鉄蕉会亀田メディカルセンターである。

両病院をケース・スタディに取り上げた理由は、日本におけるケア・サイクルの特定部面に特化し、ケア・サイクル全体を効率的に動かす経営モデルを作っているケースだからである。

この2つのケースから日本の医療問題の解決の方向性を明らかにする。

4.2 第二節 社会医療法人ペガサス

4.2.1 社会医療法人ペガサスの概要

社会医療法人ペガサスは、昭和52年に60床の馬場病院を開設することで始まっている。大阪府堺市西区にある馬場記念病院を中心として、ペガサスリハビリテーション病院や介護療養型老人保健施設ペルセウスなどの医療サービスをグループで運営している。また居宅介護支援事業や訪問看護事業、訪問リハビリ事業、訪問介護事業といった在宅支援事業を併せて地域社会で必要な医療環境の構築に取り組んでいる。

社会医療法人ペガサスの歴史は以下のとおりである。

表 10 社会医療法人ペガサスの歩み

年月	出来事
昭和 52 年 8 月	馬場病院開設(60床)
昭和 59 年 11 月	馬場記念病院開設(300床)
平成元年 1 月	馬場記念病院南館増設 総病床数(542床)
平成 7 年 1 月	医療法人ペガサス許可
平成 7 年 7 月	馬場記念病院医薬分業開始
平成 7 年 10 月	馬場病院 老人デイケア開始
平成 7 年 12 月	ペガサス訪問看護ステーション開設
平成 8 年 8 月	馬場記念病院 老人デイケア開始
平成 8 年 9 月	ペガサス訪問看護ステーション和泉開設
平成 15 年 2 月	地域医療支援病院承認
平成 18 年 4 月	馬場記念病院 DPC 対象病院承認
平成 19 年 4 月	馬場記念病院 150床をペガサスリハビリテーション病院へ分割移転 総病床数 392床へ(回復期リハビリテーション病棟 89床含む)
平成 19 年 4 月	ペガサスリハビリテーション病院開設(150床)
平成 21 年 1 月	社会医療法人認可
平成 21 年 4 月	高齢者専用賃貸住宅ペガサスロイヤルリゾート石津開設
平成 21 年 10 月	馬場記念病院 92床をペガサスリハビリテーション病院へ移転 総病床数 392床から 300床へ(回復期リハビリテーション病棟 52床含む)

中核となる馬場記念病院は二次救急指定病院（内科、外科、脳神経外科、整形外科）であり、医療設備としては手術室3室・MRI2台・マルチCT1台・アンギオ2台・CRシステム・RIなどを保有している。

平均来院患者数は一日当たり350人程度で、ここにいる職員数は520名程度である。紹介率は85.6%、逆紹介率は67.7%（平成20年4月1日から平成21年3月31日実績）と、紹介率が極めて高い。

この馬場記念病院のある大阪府堺市は平成22年9月1日現在において、人口約838千人、面積約154平方kmの、大阪府では人口面積ともに第二の都市であるが、ベッドタウンという一面を持っている。



図1 馬場記念病院所在地地図 Google map

この地域は、二次救急指定病院は23あるが、一方で大阪府内唯一、三次救急指定病院が無い地域でもある。地域医療支援病院は、二次医療圏当たり一つ以上存在することが望ましいとされている中において、馬場記念病院は、その意義を果たしている。

さらに二次救急指定病院が23あるとはいえ、その中には大病院もあれば、中小病院もあり、またそれぞれの病院の事情もあり、救急への対応体制にはばらつきがある。医

療スタッフの獲得競争も起きる地域でもあり、ドクターの引き上げにあった病院もあると聞き、救急への対応を、縮小しているところもあると聞いている

また公的病院はこの地域の十数%しか救急を受けておらず、8割以上を民間病院が受けている地域でもある。

4.2.2 運営方法の特徴

馬場記念病院の経営上の特徴は、医療のケア・サイクルの中でも、自分たちでしかできない部分にリソースを集中させた医療サービスを提供しているところにある。それは、救急を断らない医療と病病・病診連携（病院と病院の連携、病院と診療所の連携）の運営に見られる。

馬場記念病院は救急の患者受入数が多く、一日平均 20 件を受け入れている。受入れが多い月では 720~730 件ということもあったと聞いている。この救急患者の受入れを断らないことを一つの目標に掲げて、実行している。

そのためには、なんでもかんでも引き受けるのではなく、医療の機能分化を明確に行い、自らが機能を持たない部分については、他の医療機関と連携をすることによって、まかなっている。そのためケア・サイクル全体で見たときにも、馬場記念病院が診ていない部分を含めて質は向上しており、患者にとってよい医療環境が作り出されている。

4.2.3 外来患者の排除

以前の馬場記念病院では、十年以上前の外来患者が最も多かった頃には、午前中の三時間の診療時間で、1100 人から 1200 人を診ていた。これは、一般によく言われる「患者の大病院指向」と言われる傾向を示していると思われる。より安心できる医院は、より大きい病院だという思い込みから来たものである。

そのため、馬場記念病院には、一般外来に本来診療所での診察、治療の対象であろうと思われる患者も多く来ていた。大病院で揶揄される三分診療の時間も取れず、「二分診療、一分診療みたいなことを地でやっていた時代」（2010 年田中恭子）であった。

この状況では、軽症患者を診る一方で、救急患者も受入れ、場合によっては、手術を行わなければならない状態も発生する。

この時は、地域医療支援病院という基準もまだ無かった。しかし、このままでは、馬場記念病院でしか診ることができない、本当に診なければならない重症の救急患者を診ることができなくなるという恐れを職員が感じはじめ、自然発生的に、役割分担をしていかねばならないと考え始めたようである。十分な診察ができずに見落としがあると、医療過誤につながるリスクも生まれる。

実際には患者に対して、基本的には「急性期の外来で無い方は全部かかりつけの先生のところに行きましょう」という啓もうを、総合案内で注力して行ったようである。

見かけ上は、断る側の病院にとって、このような啓蒙は一銭の得にもならない。

外来は自院で薬を処方すれば、そこで差益もある。また外来の患者が来れば、当然外来の診療報酬がある。しかし、「やはり正しい医療をするためには、そういうところですごく忙しい思いをして医療の質を浅くしてしまうよりは、私たちの役割をちゃんとしましょう」との方針を打ち出し、このことを早くから目指していた。

このような経緯をたどり、地域で連携をした、自己完結型でない医療が一番適しているのではないかという意識が院内で醸成されていたと田中は述べている。

4.2.4 病診連携

馬場記念病院では、財団法人日本医療機能評価機構から2008年の受審とその前の回の受審では病診連携で採点が5点の模範的だという評価を受けている。これは、紹介率および逆紹介率が高いだけでなく、連携をとるインセンティブが働く仕組みを作り出していることにある。

馬場記念病院の診療対象域をみると、設立当初から脳神経外科や循環器、複雑な骨折を対象としており、もともと一般的な診療所や中小病院ではほとんどが対象としていない診療をおこなう、専門性の高い疾患を対象にしている病院であった。

本来的にこのような疾患を扱っていたからこそ、救命救急に対応している。また診療所の範疇でない、専門性が高い診療が対象であったために、近隣の病院や診療所との患者の取り合いもなく、病病・病診連携を取り入れやすかったと言える。

過去にさかのぼってみても、医薬分業もこの地域で一番早くに取り入れている。外来の調剤は調剤薬局に委ね、薬剤師は服薬指導に徹底することとして、労力は自分たちでなければできないところに集中させるという方針は引き続いているものである。

しかし、いわゆる総合病院では、地域医療支援病院を目指すとか、病病・病診連携を始めようとする、いままで行っていた診療を止めなければならず、院内外からの反発や、患者数の減少などを考えると実行に移すことは容易ではないと考えられる。

馬場記念病院でも、「病病・病診連携」の素地はあったと言え、職員全員が容易に外来を断ることを受け入れたわけではない。

そのために方針をまず職員に啓もうするために、院内機関誌の「つばさ」をツールの一つとして使っている。

院外向けでもあるが、実際には院内向けの役割も大きく担っている。そこで職員にも「この病院は、専門性が高い治療をする、また救命救急を担当する役割であるから、一次診療、いわゆるかかりつけ医が診ることができる部分については、かかりつけ医にお願いする。」ことをまず理解してもらう必要がある。

かかりつけ医にゲートキーパーになってもらい振り分けを行い、そこで重症だとなれば、紹介をしてもらうのだが、この時に徹底したことが、紹介患者は絶対に断わらないということである。

そして、患者を紹介してもらい、診療を行ったら必ず紹介状への返事をすることを怠

らないように日々チェックをしている。

このようにして、一次診療の医師とも連携をしながら役割分担をすることで、本来の役割に注力できるようにしている。さらにこの連携がスムーズに行えるように、職員にも連携のための研修を行うだけでなく、地域の患者にも理解してもらえるように院内機関誌も活用して説明をしている。

職員や患者に十分理解してもらい、逆紹介も可能な限り行っている。逆紹介は月によっては90%を超えたこともあるという。

患者を他医院に紹介するとき、診療所の医師の心配の一つに患者が取り込まれ、自分の診療所に返ってこないことを心配する。

馬場記念病院でも、開放型病院の承認を得るときに、20の登録医が必要であるところから、登録医になってもらえるように地域を回ったようであるが、グループによる囲い込みのような印象を持つ、あるいは紹介した患者がその後どのようなようになったか分からずに不安がる医師が当初はいたようである。

馬場記念病院では、紹介に対して、確実な返信を行うことで信頼を得るようにしている。そのために、必ず紹介状には全て返事をつけるという意識だけでなく、確かに紹介状への返信が行われているか、あるいは患者を取り込んでいないかといったチェックも行っている。実際、他の医院では、担当の医師任せにしてしまうことで、漏れが生じているケースは、少なくない。

この業務は、地域医療支援室が行っている。

ここでは、毎日の紹介に対して、例えば20件受けたら、20件分の紹介状が一次対応の簡易な内容であっても、紹介状の返事をその日のうちに書いているかどうかチェックを全てし、書かれていなければ、その日のうちに担当の医師に依頼して書かしている。

業務の流れにおいて、きめの細かい、患者を取りこんでないか、頂いた紹介状に対して返事しているかとか、方針に基づいた現実の現場のことは、チェックリストで全部チェックしていく形で、職員の啓もうを徹底したことが成功の要因となっている。

馬場記念病院で診療を行った後は、患者が帰るタイミングで必ず連絡を入れている。しかし単に紹介状の返事を持って帰った患者や来院者について、個別に追跡や確認をするまでは行っていない。

登録医のところには、地域医療支援室の担当者が、別途回って情報の交換を行っている。おおよそ、一日10件程度を訪問しているとのことである。

その時に、帰した患者の話題も出すことで、確認を取り、また患者のフォローも聞き、問題があれば修正できる対応を敷いている。

この連携の別の形としては、検査業務の共同利用が挙げられる。

例えば、診察は診療所で対応できるが、診療所では対応していないCTの検査を行い

たい場合などに、その診療所の医師のオーダーだけで、馬場記念病院は受け入れを行っている。馬場記念病院の職員が、自らこのような検査の依頼を受けに行き、その後は撮ったフィルムを診療所まで届けにも行っている。

さらに、登録医専門サービスというものを提供している。馬場記念病院の登録医になれば、高額医療機を使う検査の依頼があった場合に、依頼してきた診療所と離れている場合には、患者を迎えにその診療所まで無料で送迎している。

それと同時に医師が、馬場記念病院での診察は不要と判断する場合でも、フィルムが必要な場合は、フィルムだけを持って行く、あるいは放射線科の職員の同行の依頼があれば、これにも対応し、あたかも診療所の放射線科のようなサービスを提供している。

介護保険事業所についても、医療系の運営が少なくため、様態が急変した場合や、転倒した際のすぐに連絡が取れる先として連携をとっているだけでなく、また職員の感染症の勉強会や、医療的な観点からの情報提供をすることで、良好な関係を作りだしている。

必要な時だけ患者が紹介され、あるいは紹介をするだけの関係に留まらず、日常においても連携を取っている医療機関とのつながりを持っていることが、このネットワークをより強くしている。

また患者との連携も密に行われている。医療においては、診療所をゲートキーパーとして患者から普段は離れたところにいるように見える馬場記念病院であるが、院内機関紙を活用することで、日常のコミュニケーションをとっている点は見逃せない。

4.2.5 救急患者の受入れ

馬場記念病院では、救急患者を受け入れることができなかった理由として、「空床無し」が一番多く、続いて「重症患者対応中」、「診療科適応外」と続く。

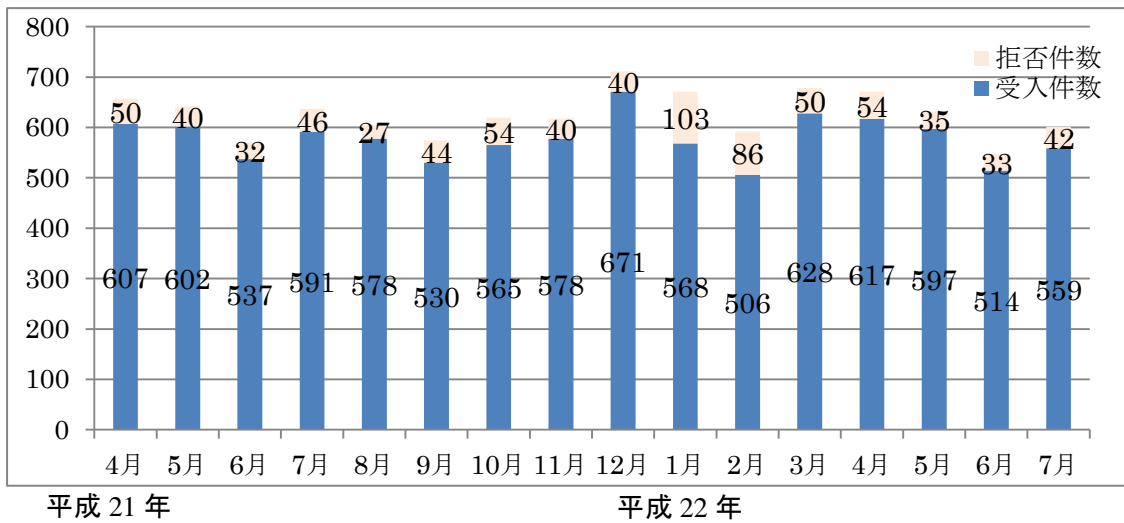


図 23 馬場記念病院の救急受入れ件数の推移

(出典：2010 年度第 2 回高知県病院診療所事務長連絡協議会資料より筆者作成)

そこで「救急を断らない」ことを掲げ、そのオペレーションの重要な一つとして、ベッドコントロールが挙げられる。

メディカルソーシャルワーカーが中心となり、急性期担当者と療養担当者が毎日の打ち合わせを行っているが、時期にもよって予測が必要となっている。

例えば、寒くなり始めた時期では、救急で運ばれてくる患者は増えてくるが、重症患者が多くない時期となり、在院日数が短く、急性期からの入退院する患者が多くなる。もしなにかの事情で入院患者数が増えてしまうと、一気にベッドが埋まってしまう。

そのようなときは、グループ病院であるペガサスリハビリテーション病院などに急性期病棟から移すことで対応している。

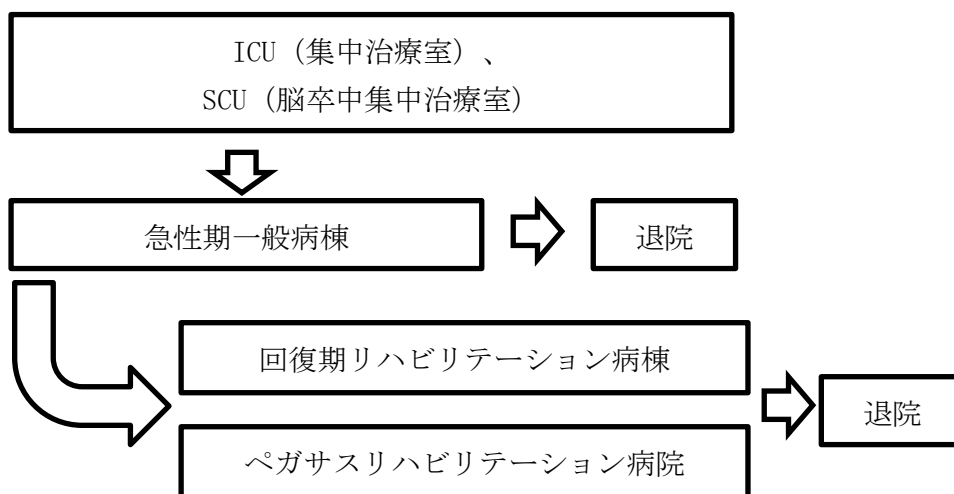


図 24 ベッドコントロールの仕組み

逆に退院する患者数が急に増えてしまった場合は、回復期病棟が空いてしまう。ここは病床稼働率を高く保つことが重要であるが、一方で急性期病棟は空けておく必要がある。

このコントロールは不確定要素が多いために、経験による予測に頼らざるを得ない。しかし、患者の状態のアップデートを1日2回行うことで、急性期病棟から回復期病棟への移動のタイミングを増やすことで対応している。

このシステムは人力に頼らざるを得ず、院内での意識づけが重視される。意識的なコントロールを行わない場合は、急性期病棟から回復期病棟では、一日当たりの入院患者を受けられるキャパシティが異なることから、急性期病棟ばかりが忙しくなりバランスを欠いてしまう結果となる。業務量の平準化もできなくなる。

患者にとって病床の移動は特別なことではないように、急性期の入院治療が終了したら次のステージに移ることを伝えているに過ぎない。実際には、回復期病棟の場合もあれば、自宅の場合もある。急性期の段階で、それぞれの病棟の役割を説明しておき、自宅で療養するか希望を聞くようにしている。

基本は、入院治療の必要がなくなれば、次のステージに移ってもらうのであるが、場合によっては次の救急患者のためにベッドを空けることが必要である旨の説明をすることもしている。

患者にも、土曜日でなければ家族が迎えに来ることができない、あるいは大安の日がいいなど、退院の日を変えたいそれぞれの理由があるが、医療機関としての役割を明確に説明することで、理解を求めている。

ただし、慢性期になり、リハビリテーションの実行を長めに行いたいとか、自宅では介護が必要なので難しい場合などもあり得るので、その場合にはソーシャルワーカーがそれぞれのケースに対応して、患者の心理や社会的な要求の相談を受けながらベッドコントロールを行っている。

4.2.6 患者が集まるシステム

いままで見てきたように、馬場記念病院では、開放型病床の登録医 550 人をはじめとする病病・病診連携がお互いの中でメリットを享受できる仕掛けになっている。またパートナー事業所と呼んでいる介護、福祉施設 220 か所との連携も作り上げている。

これは、本質サービスでは緊急性の高い疾病において質の高いサービスを提供するとともに、表層サービスとしては、連携をとる診療所他に、きめ細かいサービスを提供することで、成り立っている。

その結果、患者が病院を選ぶのではなく、かかりつけ医が本病院を選択し、患者を送るシステムが機能している。

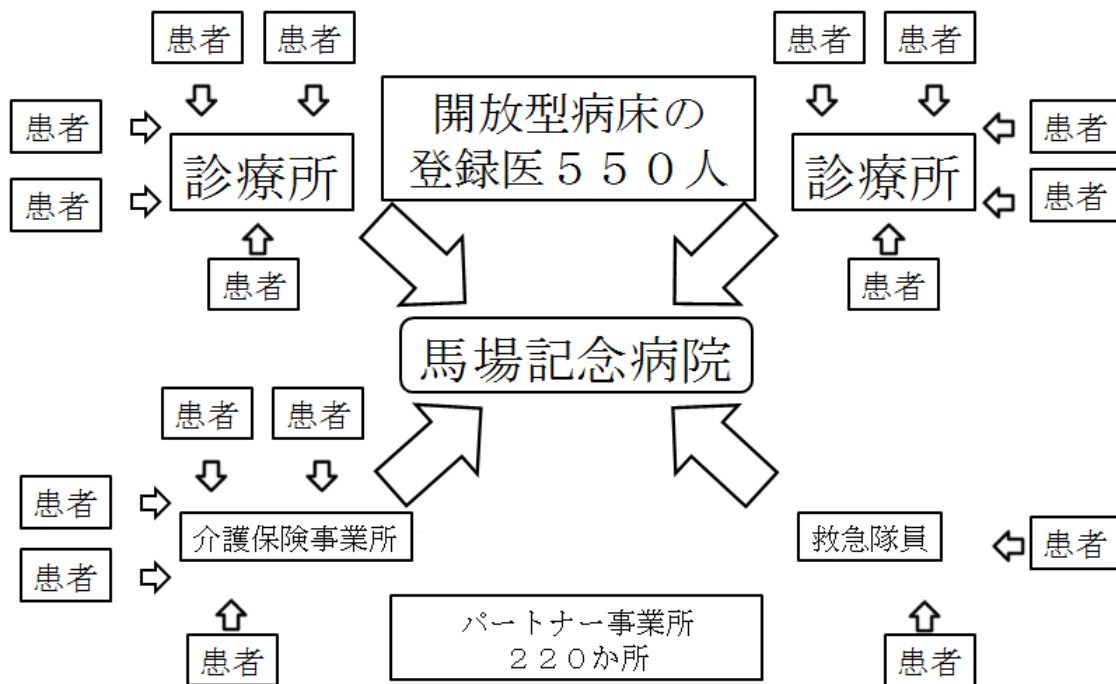


図 2 患者を集めるシステム

患者は医療の特性の一つである情報の非対称性から、十分な判断を行っているとはいえない。治療したい疾病の程度を把握し、いくつかある治療方法の中からもっとも適した治療方法を選択し、その治療方法に対する一定以上の医療技術を持っている医療機関を探しだすことは、たいへんな労力となる。また患者も、実際どのように判断すればよいか分らず不安になるだろう。しかしこのような場合に、普段から付き合いのある信頼できる医師から紹介される病院であれば、心理的に受け入れやすいと言える。

さらに、救急車で搬送されるときには、ほとんどの場合において患者に選択肢はなく、必要な時間内において受け入れは可能かという点が判断基準になる。

このシステムは、病院を選択する際意思決定者が、医師、ケアマネージャー、救急隊員など、医療に関わる専門の人であることに特徴を持つ。医療に優れているかどうかは、同じ医療従事者同士であれば評価はたやすい。重症である場合は、本質サービスである医療の質が高いことが、患者が病院を選択する理由である。日常において信頼して付き合っている診療所が紹介する医療機関であれば患者は安心できる。医療が分っているから評価も確かであろうと推察するのである。このように患者にとって初めての病院であっても、連携をとっている診療所等の信頼を介して、患者は安心を持てるのである。

4.2.7 社会医療法人ペガサスの財務

社会医療法人ペガサスの財務を確認しておく。なお、従来3月末決算であったが、平成21年1月1日に医療法人から社会医療法人に法人格を変更したために、変則会計期間になっている。

表 11 社会医療法人ペガサス財務諸表¹⁷

損益計算書

単位：千円

社会医療法人ペガサス 損益計算書	医療法人		社会医療法人		
	H19.4.1 ~H20.3.31	H20.4.1 ~H20.12.31	H21.1.1 ~H21.3.31	H21.4.1 ~H22.3.31	H22.4.1 ~H23.3.31
I. 事業収益					
A. 本来業務事業損益					
1. 事業収益	7,730,778	5,876,972	1,913,434	7,973,330	9,030,611
2. 事業費用	7,448,906	5,828,373	1,750,096	7,802,946	8,470,931
本来業務事業利益	281,872	48,599	163,338	170,384	559,679
B. 付帯業務事業損益					
1. 事業収益	260,666	293,671	99,505	570,550	747,320
2. 事業費用	258,164	316,701	110,204	626,431	698,296
付帯業務事業利益	2,502	23,030	10,699	55,880	49,024
事業利益	284,374	25,569	152,639	114,503	608,704
II. 事業外収益	93,109	91,986	16,385	57,324	71,532
III. 事業外費用	95,329	75,681	20,918	103,164	113,471
経常利益	282,154	41,874	148,106	68,663	566,764
IV. 特別利益	13,144	6,798	58,095	86,405	95,495
V. 特別損失	8,170	271,041	20,133	1,828	951
税引前当期純利益	287,128	222,369	186,068	153,241	661,308
法人税・住民税及び事業 税	107,475	1,215	229	280	11,421
当期純利益	179,653	223,584	185,839	152,961	649,887
税引後利益率	2.25%	3.62%	9.23%	1.79%	7.20%

¹⁷医療法第51条の2に基づく閲覧：大阪府医療法人グループ医事看護課にて2011年11月10日閲覧

貸借対照表

平成 23 年 3 月 31 日

単位：千円

資産の部		負債の部	
I 流動資産	2,486,433	I 流動資産	1,377,162
現金及び預金	704,321	支払手形	159,815
事業未収金	1,521,652	買掛金	53,604
たな卸資産	49,574	短期借入金	92,000
前払費用	36,052	未払金	905,809
その他の流動資産	174,834	未払法人税等	11,421
		未払消費税等	5,392
II 固定資産	4,904,933	前受金	12,062
1 有形固定資産	4,722,140	預り金	72,406
建物	1,814,109	リース債務	64,364
建物付属設備	505,349	その他流動負債	289
構築物	34,488		
医療用機械備品	195,148	II 固定負債	3,382,068
その他の器械備品	15,929	医療機関債	159,750
車輛及び船舶	6,267	長期借入金	3,186,504
土地	1,858,519	その他の固定負債	35,814
建設仮勘定	225,171		
リース資産	61,299	負債合計	4,759,230
その他の有形固定資産	5,861		
2 無形固定資産	6,335	純資産の部	
ソフトウェア	1,473	I 利益剰余金	2,632,136
その他の無形固定資産	4,862		
		利益剰余金合計	2,632,136
3 その他の資産	176,459		
その他の固定資産	176,459		
資産合計	7,391,366	負債・純資産合計	7,391,366

税引き後の利益は黒字であり、特に直近では診療報酬改定がプラスであったことも影響していると思われるが、7.20%と医療機関としては比較的高い利益率である。

以上、馬場記念病院のケースを見てきた。当病院のマネジメントシステムの総括は以下のところにある。

当病院では、救急の受入れを確実にするためにベッドコントロールを行っているが、これは急性期病棟と回復期病棟の使い分けによっていた。入退院計画を立てやすく運営コストの安い回復期病棟をバッファとして使用することで、入退院計画を立てることが難しいコストの高い急性期病棟の稼働率を上げることが可能であった。この背景には、常に救急の受入れが可能な、十分な数の医師を常においていた。

また、かかりつけ医をゲートキーパーとすることで軽症の患者をみることなく、馬場記念病院が得意とする病態を集中させることで、ポーターの「医療提供における好循環」を起こしている。

医療の本質サービスとして、救急の受入れを確実に行うことと、表層サービスとして連携医療機関にとって価値の高い検査受託時の送迎などを軸として、患者が集まってくる。その結果効率的な運営が行われ、医療の質を向上させるとともに、高度な専門領域に特化することは、診療報酬単価の高い層に焦点をあてた財務運営を可能としている。

4.3 第三節 医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター

4.3.1 亀田メディカルセンターの概要

亀田メディカルセンターは、亀田総合病院を中心とした、亀田クリニック、亀田リハビリテーション病院などの医療サービス施設の総称であり、2011年10月現在の標榜科目は32科で、一日平均3,000人の外来患者を診ている。

日本で初めて国際医療機能評価の「JCI」(Joint Commission International)の認証を受けている。2011年現在においても日本にはNTT東日本 関東病院の2か所しか認定されていない。

亀田総合病院は、千葉県南部の鴨川市にある地域医療支援病院であり、第三次救急医療、周産期などの高度医療に対応している。



図 3 亀田メディカルセンター所在地地図 Google map

従業員数は2010年4月1日現在において、2,675名であり、その内訳は医師431名、看護師1001名、他医療専門職702名、事務等462名、専任技能職79名であった。

亀田総合病院のある鴨川市は、人口36,475人(平成17年国勢調査)であり、平成18年度の高齢化率は29.1%の過疎化高齢化地区である。面積は191.30平方km、鴨川市の平成22年の一般会計予算は15,191百万円である。

ここに、許可病床数925床、医業収益約380億円(2010年度)の亀田メディカルセンターが存在している。

亀田メディカルセンターの使命には、「我々は、すべての人々の幸福に貢献するために愛の心をもって、つねに最高水準の医療を提供し続けることを使命とする」とあるが、実際にこれが実行されていることにより、医師も患者も集まる病院になっている。

亀田メディカルセンターでは、次のような価値観を掲げている。

その最も尊ぶところ：患者様のために全てを優先して貢献すること

その最も尊ぶ財産：職員全員との間をつなぐ信頼と尊厳

その最も尊ぶ精神：固定概念にとらわれないチャレンジ精神

4.3.2 亀田メディカルセンターの特徴

亀田メディカルセンターの特徴でもっとも顕著なのは、医療の技術レベルの高さもさることながら、附随するサービスの質の高さである。特にKタワーと呼ばれる2005年4月にグランドオープンした新病棟は、13階建て、病床は全室個室であり、264室あるうち、四階、五階は女性専用フロアとなっている。女性専用フロアには、Kタワーに入院中の女性限定のリラクゼーションサロンとビューティーサロンも備わっている。

Kタワーの一般病室は比較的広い空間が確保されており、21㎡の病室では、ベッドスペースは両サイドからケアできるようレイアウトで、付き添い人も休めるようにソファークラウドが用意されている。この室料は12,600円であるが決して安くはない。このほかに、45㎡エグゼクティブルームが6室、一番大きいエグゼクティブルームは60㎡の個室が1室用意されている。

面会は24時間自由であり、お見舞いする人にはセキュリティカードが渡される。1回限りのものと、24時間いつでも繰り返し使えるカードがあり、患者が見舞客に応じて、選択して決めている。

ベッドには、タッチパネル式の端末があり、テレビやインターネットのほかに、食事制限がなければ、14種類のメニューの中から好きな食事をここから発注することもできる。13階には、和食とイタリアンが選べるレストランがあり、眼下に広がる海を見ながら食事をとることができる。

これら自由な空間の提供は、「患者は病気であるだけで、それ以外は通常の暮らしをするべきである」という考え方からきている。亀田総合病院院長の亀田信介は、「未来ビジョン元気出せ！ニッポン！#12『本来の医療と病院とは？』」のインタビューに対して、「日本の医療のスタンダードを示したかった」と答えている。従来、日本人は病院に固定観念を持っていて、入院することで生活レベルが落ちることを当然と受け入れている。しかし治療を行う医療機関においては、生活レベルを落とさない、ストレスを取り除くことが本来の姿であり、例えば社会人は新人であっても出張に行けばホテルは個室を使うのに、病院は大部屋であることのおかしさを指摘している。その人の人生の質を向上させるためのサービスを提供することが医療の責務だと言っている。

4.3.3 人事

400名を超える医師がここでは働いているが、医師の採用には、他の病院と比較して苦労は少ないとのことである。

2008年くらいには、医師の臨床研修では、倍率が10倍ほどにもなったことがあり、人気の高さが伺える。

人気の理由はいくつもあるが、高度医療設備があること、また高度な研究を行う施設があることは大きい。これからさらに腕を磨こうとしている医師が、田舎の病院に行くことを嫌う要因に、日々進んでいる医療界から遅れをとることがあげられる。古い設備では、できないこともでてくる。

つねに最高水準の医療を提供し続けることを使命としていることを謳い、設備、臨床数、コメディカルスタッフの充実が、医師を引き付ける要因である。医師の研修も、熟練医師、中堅医師、若手医師間の連携により、病院内で医療技術を高める仕掛けができています。

これが一方で、人件費の構成に影響をしている。一流を目指して高名な医師ばかりを雇えば、医師の人件費は高くなる。日本の場合、医師の技量や知名度が高くとも、診療報酬に差はないため、人件費率は高くなるのである。しかし、高名な医師を雇用することで、その医師のもとで学びたい、共に働きたいと考える医師にとっては、給与の優先順位が下がり、病院側も比較的抑えた給与で雇用することが可能となっている。

簡単な計算式で示すと下記のようなになる。ただしこれは、架空の数字であり、実際の状況とは異なることを承知いただきたい。

10名の医師を雇用する場合の年収を計算すると

4000万円(高名な医師)×1名+1000万円×9名=1億3000万円

1500万円×10名=1億5000万円

実際には、これほど単純な計算ではなく、それぞれの評定にもよるが、おおまかな形態はこのようになる。

医師の募集はホームページでも行っているが、「海外で活躍する日本人」を採用基準として、実際にはいわゆるヘッドハンティングである一本釣りが多いようである。ある程度技量と素性が分っており、その後の組織への馴染みも予想できる。

医師は診療科の部長の面接だけでなく、院長を面接が通常行われる。これは、新たにこの病院で職に就こうとする者にとっても、組織のトップを見ることで、職場の環境や文化が捉えやすくなっており、その後の勤続に影響がでる。

一方で看護師の募集については、難儀がある。以前は、グループの看護学校ではほぼ100%賄うことができていたが、十年ほど前から外部での採用を開始し、全国の看護学校などに募集をかけるようになり、担当者を配置し、採用活動をしている。

看護師の採用は、どこの病院でも難しくなっている。一つには、従来から需要が多く、常に募集がかかっている職種ではあるが、入院看護体制に7対1が取り入れられて、さらに需要が高まっていることもあげられる。

この病院でも、「看護師が増やせると、在院日数を減らせるので、もっと採用したい」と考えているが、入院や救急を持つ病院では、夜間の勤務のたいへんさから、職場として敬遠する傾向があるうえ、鴨川市では外食する場所も少なく都会志向から敬遠される向きもあると聞いている。

2011年の事業報告書に、前年は看護師の確保困難から、病室を一部稼働させることができなかったと記されている。

亀田メディカルセンターの財務諸表をみると、人件費率の低さが明確である。病院では、人件費率のコントロールが、利益を大きく左右する。自治体病院に赤字病院が多いのは、人件費率が高いことであると「まちの病院がなくなる!？」（伊関友伸, 2007）の中でも指摘されている。この点で亀田メディカルセンターは、人件費のコントロールに勝れているとも言える。

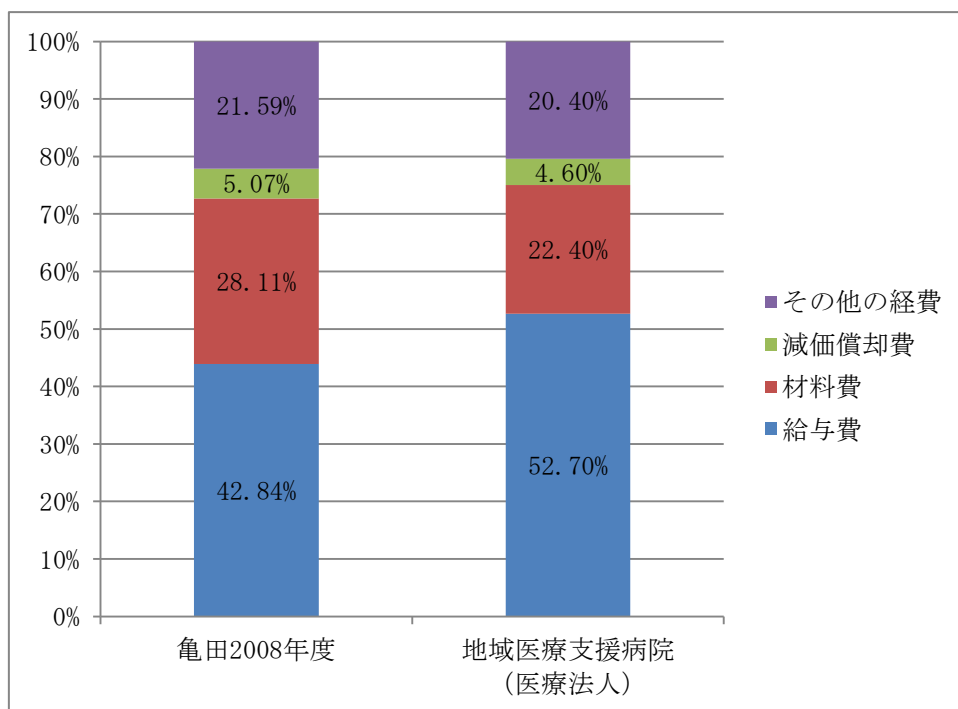


図 27 亀田メディカルセンターと地域医療支援病院の平均比較

4.3.4 信用の補完

亀田メディカルセンターは、一般人に対してマスメディアを使うことで、患者の不安を取り去っている。次の表は亀田メディカルセンターがメディアに取り上げられた数である。

表 12 メディア掲載数¹⁸

	雑誌	新聞	テレビ	ラジオ
2011年	18件	54件	13件	11件
2010年	18件	36件	15件	13件
2009年	36件	38件	13件	21件
2008年	26件	17件	9件	7件

医療機関の広告は、アクティブリストによる広告の制限があるため医療機関では、あまり有効な手段として利用されない。しかし第三者がメディアに掲載することに制限はない。亀田メディカルセンターのメディアへの露出度は、日本の医療機関の中ではトップクラスだと思われる。

このメディアの活用により、医療の情報の非対称性による不安を減らす効果をあげている。

4.3.5 広域医療圏の効果

「亀田総合病院に関する報告書 医療法第12条の2の規定に基づく報告 H21.10.5届出」によると亀田総合病院の紹介率は88.4%、逆紹介率22.67%（H20.4.1～H21.3.31）と、紹介率は高い一方で、逆紹介率の低さが目に付く。

これは亀田メディカルセンターの医療圏との関わりもあると思われる。亀田メディカルセンターの二次医療圏は安房医療圏であるが、この医療圏の中の患者は半分程度であり、残りは他の医療圏からきていることになる。

表 13 地域別患者割合¹⁹

地域	安房	夷隅	君津	長生	他県内	県外
2007年	49.2%	18.0%	13.1%	6.4%	6.8%	6.3%
2006年	51.0%	18.1%	12.5%	6.2%	6.3%	5.9%

地域医療のために存在する病院として、地元患者の受け入れができなくならないように、圏外からの受け入れ比率は15%を超えないようにしているとのことであった。またKタワーを希望する圏外患者のニーズは9割程度とみられており、わざわざ圏外から来る患者が

¹⁸亀田メディカルセンターホームページ テレビ放映・新聞/雑誌掲載情報を筆者カウント

¹⁹2008年インタビューより

その設備の良さゆえに選択するのは当然と思われるが、意外と地元患者の利用も多いようである。

亀田メディカルセンターは、圏外からも治療目的で患者が来ているように、広い医療圏を持っているが、経営上はどのような意味となるのであろうか。

救命救急病院としての役割では、近隣もしくはヘリを利用した緊急性の高い患者への対応である。しかしいつ来るか分からない救急患者だけを頼りにすると、ベッドが空いたままになる恐れがある。また反対に満床で受入れができないことが起きる。

患者の数に波があると、設備およびベッドの稼働率は上がらない。ここで、医療圏外からの患者を呼び込むことで、ベッドの計画的な稼働が期待できる。遠方からの患者であれば、ある程度入院予約でコントロールができる。また、地元は農業が盛んな地域であるが、この農繁期には患者数が減少するところを、圏外患者で補うことも可能である。結果として、稼働率を上げることになるのである。

4.3.6 亀田メディカルセンターの財務

表 8 医療法人鉄蕉会亀田メディカルセンターの財務諸表

単位：千円

科目	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度
入院収益	17,651,851	17,994,484	17,984,179	19,406,320
外来診療収益	13,607,078	14,033,426	14,567,045	15,381,781
保健予防活動収益	2,319,877	2,411,674	2,471,321	2,612,132
その他医業収益	906,327	993,774	999,503	976,966
医業収益合計	34,485,132	35,433,358	36,022,048	38,377,199
材料費	9,867,241	9,958,832	10,377,174	10,751,263
給与	14,515,381	15,180,968	16,107,047	16,933,920
減価償却費	1,913,144	1,798,009	1,794,450	1,843,543
その他の経費	7,421,949	7,649,268	7,521,199	7,611,968
医業費用合計	33,717,715	34,587,076	35,799,871	37,140,694
医業利益	767,417	846,282	222,177	1,236,505
医業外収益	1,772,330	2,109,832	2,556,412	2,318,728
医業外費用	2,439,608	2,700,848	2,585,401	2,501,960
経常利益	100,140	255,267	193,188	1,053,274

経常利益率	0.29%	0.72%	0.54%	2.74%
-------	-------	-------	-------	-------

出典：亀田メディカルセンター2010年度事業報告

経常利益率は低く見えるが、黒字を確保している。これより前の期には債務超過になったこともあったが、現在では診療報酬のプラス改定の影響とみられるが、2.74%の経常利益率となっている。

亀田メディカルセンターの病棟はKタワーだけではないが、Kタワーの差額ベッド代は、Kタワーの全ての病室が稼働すれば、室料が年間12億7千万円（一日当たり3,479,700円）の収入となるが、付帯するサービスでも収益は上がるため、収益に対する効果は大きい。

亀田総合病院の亀田俊忠名誉理事長に聞くと、診療科目を特定に絞ることでの経営資源の効率化を図る、あるいは収益向上を図ろうという意識はないようである。病院を大型化したいきさつは、医療過疎地域に対して必要な地域に医療を提供できることへの貢献であったとのことである。

4.3.7 外来クリニック

亀田メディカルセンターでは、独立型の外来専用施設として、亀田クリニックを亀田総合病院に隣接して運営をしている。総床面積約 22,000 m²、診察室は 110 室、手術室は 4 つあり、大規模な外来専用施設に充実した専門スタッフと診療設備を用意することにより、入院と外来を分離している。今まで入院を必要としていた医療を、外来で行えるようになる大きなメリットを生み出しているが、外来の質を上げる意図があったとのことである。従来は、入院患者を診るついでに、外来患者も診ているといった印象もまぬがれなかったことへの改善を狙っていた。

また現在では一般的に入院期間の短縮が謳われているが、亀田理事長は入院医療から外来医療にシフトすると読んでいるための設立でもあった。

以上、亀田メディカルセンターのケースをみてきた。当センターのマネジメントシステムの特徴は、以下のところにある。

過疎地高齢化の地域において、高度な救急医療体制を維持することは通常困難である。なぜなら、稼働率を高く保つことが困難であるため、高度な救急医療の維持コストの割合が高くなり、利益を圧迫するからである。亀田メディカルセンターのモデルは、特定の病態への特化から医療提供における好循環を作り出したのではない。

南房総の地域は、医療サービスが過疎となっており、これに応えるべく施設拡大をした結果である。

医療の本質サービスは、医師たちが学習と研究が十分に行える体制を作り出すことで、優秀な医師を雇用し、質を高めていた。しかも医師の数も十分に多い。また表層サービスでは、Kタワーに代表されるような高級な施設において、高い質のサービスを行うことで徹底的な差別化をはかり、広い診療圏をもつことで、多くの患者を集め稼働率を高めていた。

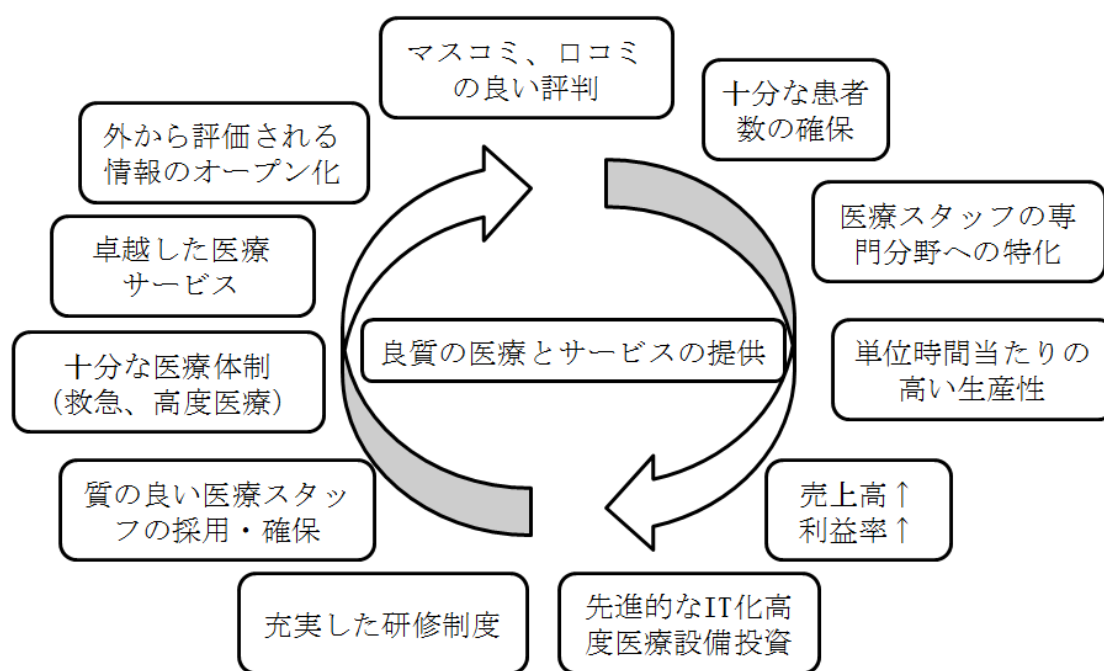


図 28 亀田メディカルセンターのプロセス

しかしその結果は、地理的拡大を伴い、診療科別にみると特定の病態への特化することが可能になり、医療提供における好循環が起きている。

5 第五章 分析と考察

5.1.1 事例の相違点

本章では2つの事例から、医療の価値を高めるための戦略をより詳細に考えていくが、2つの医療機関について、4 P 3 Rでまとめておく。

表 9 二つの病院比較 4 P 3 R

項目	馬場記念病院	亀田総合病院
製品	高度医療（特に脳外）	高度医療＋高度付帯サービス
価格	診療報酬規定	診療報酬規定
販促	新聞、院内情報誌	新聞、雑誌、TV
場所	都市部、競合多い	過疎高齢化地域
保持	地元住民	地元を中心に、全国、世界（中国）
関連販売	地元密着 リハビリ、訪問介護、デイケア	教育（看護学校）
口コミ	地元住民＋救急隊員＋患者	地元住民＋メディア＋患者

4 P 製品 (Product)、価格 (Price)、販売促進 (Promotion)、場所 (Place)

3 R 保持 (Retention)、関連販売 (Related sales)、口コミ (Referrals)

立地による差が大きく影響しており、また診療圏広さの違いから情報を得る受け手のツールが異なっていた。

5.1.2 戦略的選択

医療提供における価値の好循環の強化には、医療提供者が病態と診療科を戦略的に選択することであった。日本でこれを実行することが難しいのは、患者が診療を希望した場合には、基本的に対応しなければならず、断れないからである。

特に日本においては、フリーアクセスゆえに患者は、直接に大病院に来院することができる。まだまだ一般には、患者が大病院の方が安心だと思い込んで来院する傾向があり、本来であれば診療所レベルの軽症時の治療の際にも訪れることがあるため、病院としてはその症状に応じた診療所や病院に向かわせることで、医療資源を集約できるようになる。

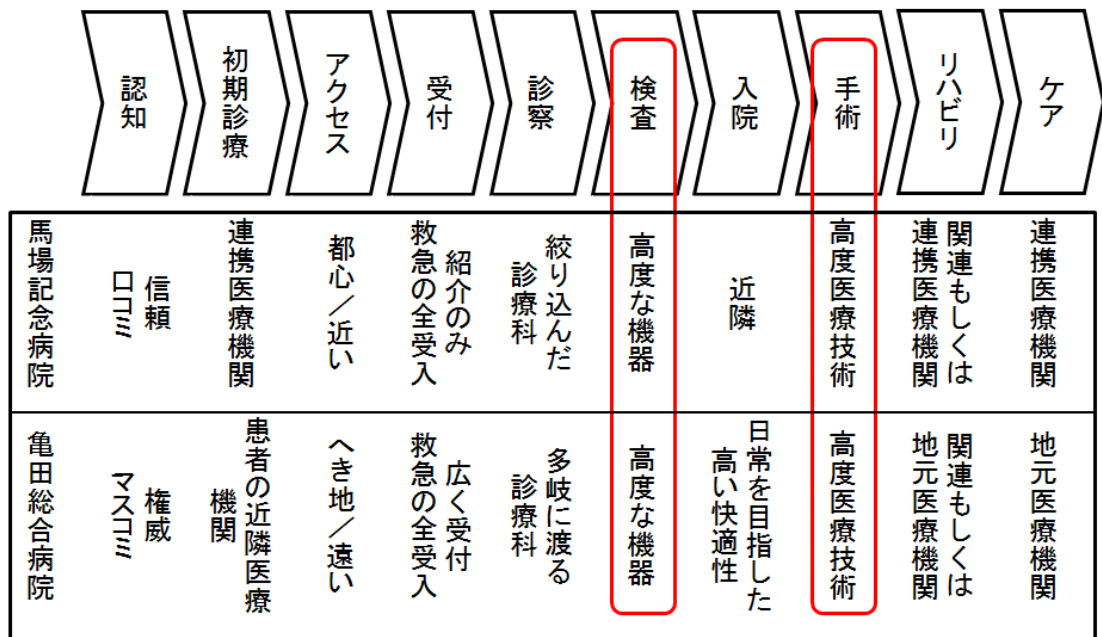


図 29 2病院のバリューチェーン

そのために来院する患者をフィルターにかけておくことが重要である。2つの事例では、共通するポイントとして、他の医療機関から紹介されるシステムにあった。他の医療機関で既に診察をしている患者の場合は、必ずその医療機関で対応できない場合に紹介が行われ、その理由は診療科目以外であるか、そこで対応できないレベルの手術や精密な検査が必要だからである。

ゆえに紹介患者を受け入れる場合には、医師が地域医療支援病院等での治療や検査が必要だと判断した、本来診るべきカテゴリーの患者が来院することになるために、フィルタリングがうまく機能するのである。

ただし、病診・病病連携がそれぞれの信頼関係が成り立った上でなければ、この紹介機能はうまく働かないが、特に紹介元となる医療機関が紹介先の医療機関を選択する場合には、治療だけでなくその後患者が送った先の医療機関に取り込まれることなく、戻ってくるかどうかを重視するのは、既に述べたところである。

特に馬場記念病院では入院の前工程のほとんどを他の医療機関との連携によっているために、日ごろから連携を意識したネットワークづくりを目指すことで、集患を可能にしていた。

もう一つのフィルターは、亀田総合病院でみられる。亀田総合病院は、医療過疎地域にあるために、広い医療圏をカバーしていた。亀田総合病院の近隣の患者は別として、遠方の患者にとって、頻繁に通うには距離があり時間がかかってしまう病院である。よって、自然ととりあえずの軽症の診療については、近隣の診療所や病院を選択し、必要に応じて医療機関あるいは、患者自身が選択して亀田総合病院での診療となるのである。

この2つ目のフィルターが亀田総合病院でみられ、馬場記念病院ではみられない要因は患者の持つ時間であり、病院を選ぶ場合の時間について考察する。

まず時間の経過により短時間で状態が悪化する場合と、緩やかに変化する場合では、意思決定にかける時間が変わる。また、患者自身が判断できる場合と、意識を失っている場合や、心肺停止状態のように、患者自身に選択の余地が無い場合でも変わる。

そして、より高度な医療技術を持つ病院を選択によってアウトカムが向上する程度が大きい場合には、病院を選択する理由としてアウトカムを優先すると考えられる。

これらの意味は、急性心筋梗塞により心肺停止を起こした場合には、最優先されるのは時間であり、結果として対処できる近隣の病院を選択する。病院を選択する時間と、選択した結果のアウトカムを比較すると、蘇生できなくなる率が高くなるため、もっとも受け入れまでの時間が短い医療機関を選択するのであり、そこに技術を比較する意味はない。

次に、摘出のむつかしい癌が発見され、この治療を行う場合を考えてみる。ある程度、その手術に適した病院を様々な方法で探す時間はある場合、かつ手術の結果が医療技術の差によりアウトカムに差が出るようであれば、時間をかけて患者は病院を選択するであろう。

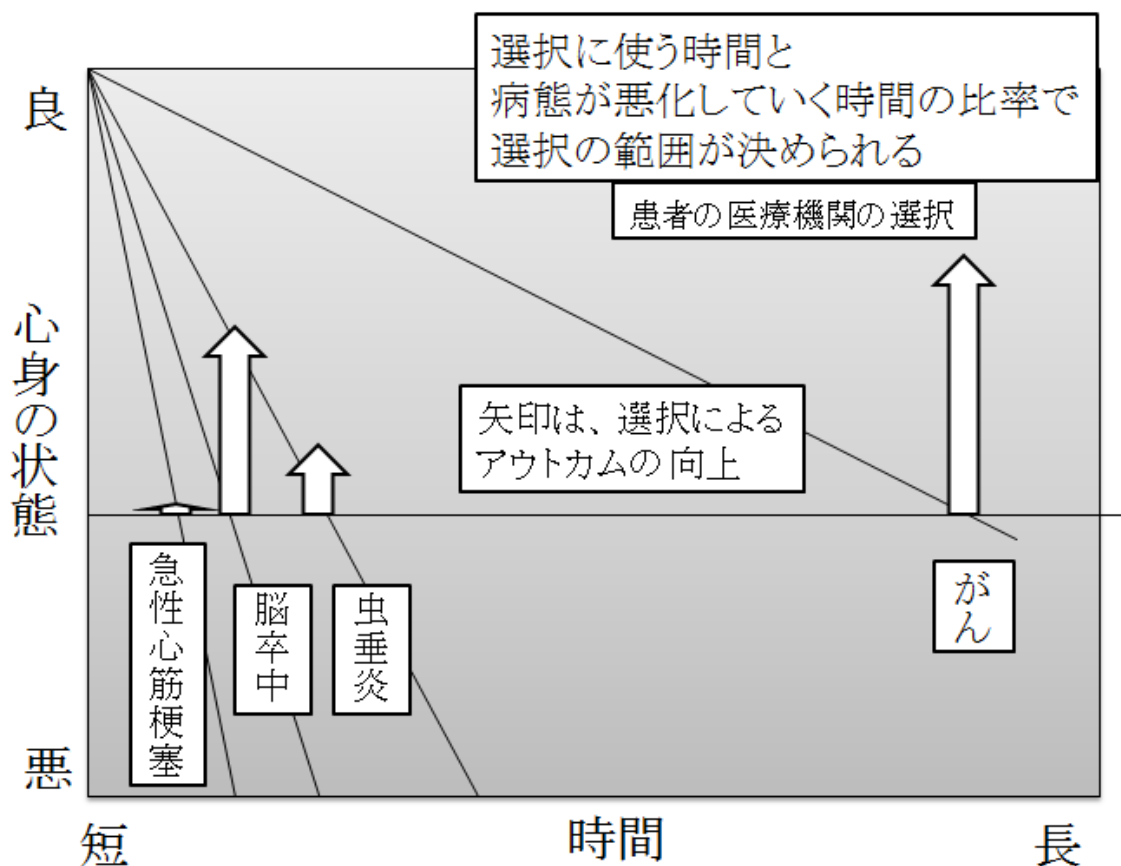


図 30 患者の時間の配分

5.1.3 信頼の形成

ところで、既にこれらの病院にかかったことがあれば、患者はどのような病院であるかを認識して、評価しているのであるが、まだ行ったことも見たこともない場合には、どのような意思決定になっているのであろうか。

医療サービスは、患者と医師の持っている情報の格差が大きいことから事前の評価が難しく、事後であっても受けたサービスの結果としての代替比較が困難であり、結果は評価しづらい。常日頃かかっている医療機関であれば、担当の医師をある程度よく理解し、もしその医療機関に不安があれば、別の所にかかることもできる。しかし、大きな手術を行うような場合には、失敗したから別の病院を探すというようなことはできない。そこでなんらかの情報をもとに、安心できる医療機関に頼ることになる。

情報源としては、口コミや専門家の意見、テレビ、ラジオ、雑誌、新聞といったマスメディアである。

医療情報においては、かかりつけ医のような医療機関が、大きな役割を果たすことになる。日常において、かかりつけ医として選択されているということは、その医師の技量に満足をしており、少なくとも不満は通常ないはずである。もし不満があるようなら、ドクターショッピングが可能な日本においては、別の医療機関にかかっているはずだからである。ここに医師と患者の間には一定の信頼関係が形成されていると考えられる。信頼関係があることで、治療に関して患者は医師の情報を信用できるのである。もし手術や他の医療機関にかからなければならないような場合に、患者は自分に不足している情報に対して、信用による補完を行うと考えられる。つまり信用している医師が言うことだから「信頼できる情報である」として、安心して受け入れることで、情報不足による不安を、情報を得るのではなく信頼によって解消するのである。

特に近隣地域の医療機関の場合は、医師同士のコミュニケーションが日ごろから取られていることもあり、より詳しい情報をもとに、医師が評価しやすいことも挙げられる。

もう一つ、マスメディアの情報も患者にとって大きな影響を持っている。通常医療機関で行える広告は限られており、すべての医療機関の比較は難しいものの、第三者が告知する場合には特別な制限はない。マスメディアとしては、視聴者の気を惹く内容を打ち出すので、医療機関の場合も、良いか悪いかどちらかに偏った内容となるが、例えば「従来にない良いサービス」「高度な医療技術」「通常見られない治療方法」といったものが、良い内容のもの例で報道されている。

これらマスメディアの権威づけの威力は大きくまた広い範囲に影響を及ぼす。難しい手術ができると報道されれば、他に比較する方法が無いために、遠方であっても、当該患者はその医療機関を訪ねていこうと考えるであろう。また口コミと異なり、全国放送などで取り上げられれば、その影響範囲は日本全国である。

この報道が特に有効なのは、難しいあるいは高度な医療技術が必要な手術あるいは医療以外のサービスを重視している場合などで、移動の時間や距離よりも別のその医療機関が持っている強みとなっているサービスを受けるメリットが大きいと患者が考える場合である。この場合も、患者が多くの情報の中から選択するのではなく、マスメディアの権威付けのもとに、権威を信頼することによって情報不足による不安を解消するのである。

医療は情報の非対称性から、患者は情報不足による不安を抱えがちである部分を、医師による信用の補完や、マスメディアの権威づけにより解消しているのである。

患者の病態の絞り込みを行いながら患者数を増加させる方法として、連携先の医療機関から良い評価を得て、患者を送ってもらう方法と、マスメディアの権威づけにより患者が自らの選択肢の一つに入れることで来院する2つの手法がある。それぞれの手法は、選択した診療科や病態から関連する医療圏の広い狭いとの関係性も大きい。

日本の医療環境では、現在医療の供給が不足していることは既に述べた。供給量を増やすためには、医師看護師を増やすか、医師看護師の一人あたりの効率を上げて、より多くの患者を診ることができるようにする選択肢がある。また、需要を減らして需要と供給のバランスを取るいずれか、もしくはこれらの組み合わせである。

医師看護師をすぐに増やすことは、人員の育成が必要であることから難しい。

5.1.4 戦略と手法

2つの事例では、立地も、診療科目も集患の手法も異なっていた。

馬場記念病院では、脳神経外科の急性期に特化して価値の高い医療を提供し、ケア・サイクル上で、自らが保有しない部分は他の医療機関と連携をとっていた。

亀田メディカルセンターは、特に注力する診療科を持ち、高い医療技術を確保する一方で、医療以外のサービスの高さを作り出し、広い診療圏を持つことで地元に対して、公的な幅広い診療科と、高度な救急医療の提供を可能としている。

この二つの相違は、それぞれの病院がある地域から与えられたミッションが異なっており、地域医療を守るためには、経済合理性だけで判断できない公益性を同時に考えなければならないことが理由である。

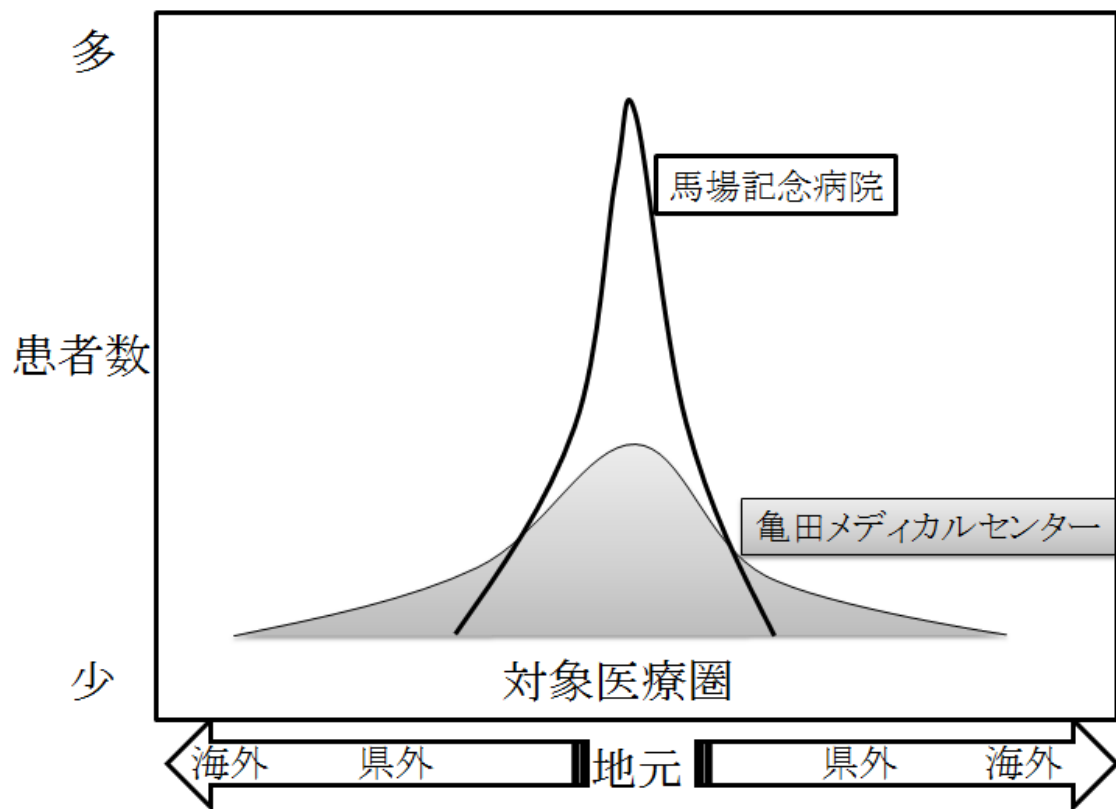


図 31 医療圏の比較

このように、医療技術を向上させることにより医療圏を広げ、患者が遠方からも診療に来る場合と、搬送の時間に制限があり、そこに限界がみられる病態が存在する。どちらの病態を扱うかによって、医療戦略が変化する。

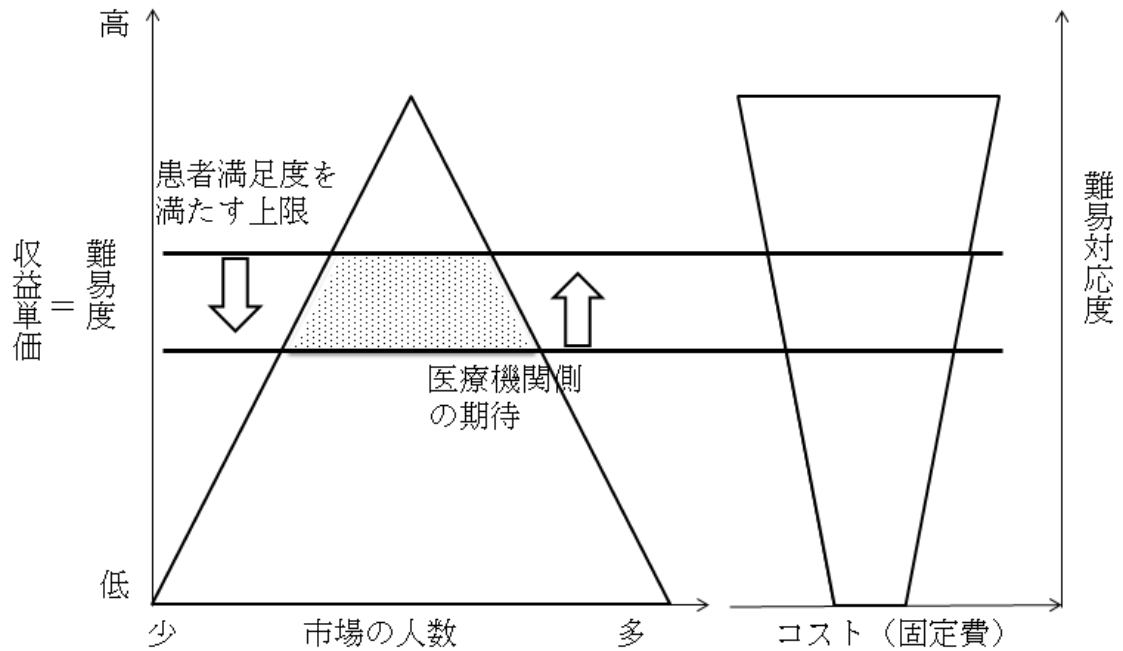


図 32 収益と患者満足度の関係

その際に、医療技術の難易度が高い場合にはコストが高いため、その病態に特化し、高い収益を確保すべきである。医療機関は難易度の高いサービスを提供したほうが収益は上がるが、提供できる医療サービスが患者の期待値を下回ってしまえば、長期的にみて不利益を被る。かといって難易度の低いサービスを提供しては、固定費で抱えるコストが回収できずに財務を悪化させてしまう。

5.1.5 大型病院のポジショニング

高度な医療を継続的に提供できる医療機関とは、医療提供における好循環を起こすことを背景として、もう一つ、他と大きく異なるサービスを軸として作り上げ、明確に世間に伝えていくモデルである。そのサービスは、医療の価値を高めている本質サービスと、表層サービスのそれぞれが必要である。馬場記念病院では、救急を断らないことと、連携医療機関への検査受託時の送迎などの多様なサービスが軸であった。亀田メディカルセンターでは、世界のトップを目指す医療とKタワーに象徴される高級なサービスの提供である。

そして、提供しているサービスを、病院のポジショニングを世間に明確に伝える必要がある。これは結局どのように質の高い医療サービスを提供しているかを、医療に関する情報が不足しがちな患者へ、信用を補うことで不安感を取り除くものである。

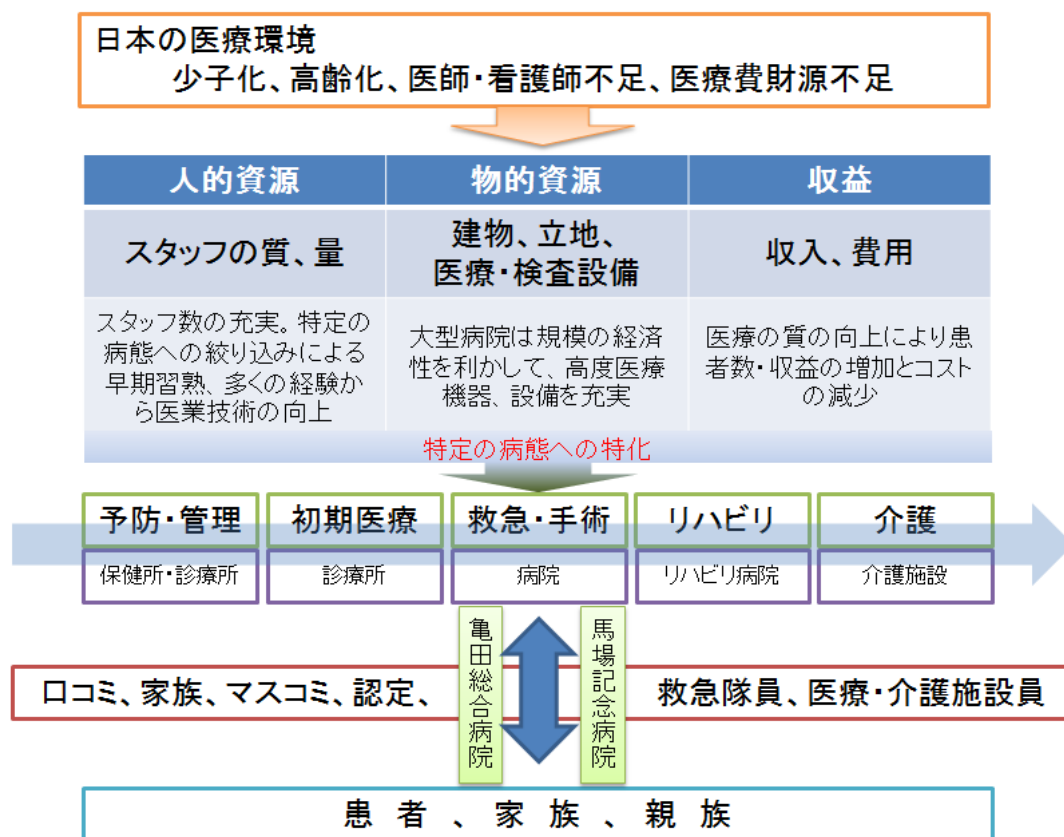


図 33 大型病院のモデル図

6 第六章 結論と今後の課題

日本の医療は、市場競争が少なかったために、提供する価値を十分に高めてこなかった。そのため、需要が急速に高まる環境となった現在において、資源の不足が起きている。しかも国民医療費は増加している。

需要に見合った医療サービスを供給するには、現在よりも効率の良い医療を、質を下げることなく提供する仕組みを作り上げる必要があった。日本の医療機関では、他の医療機関と連携をとる方が、少ない医療資源を最大限に活用することにつながる。

つまり、医療提供者は、コストを下げ、質の高い、価値の高い医療を提供するにあたり、病態を選択するとともに、その病態に対するケア・サイクルの中で、自らの病院をどこに位置づけるかということが戦略決定としては重要なのである。

他の医療機関との連携をはかることで、医療資源をより集中させることができ、医療の質が上がり、コストを下げ、よりよい評判が生まれる好循環を生み出すことができるのである。医療提供側の資源が少ない日本においては、ケア・サイクル全体を一つの病院で診ようとするのではなく、病態の中でもそれぞれのステージに応じた医療機関で対応することで、さらに医療資源が有効に活用される。

日本では医師、看護師はまだまだ貴重な資源である。彼らを囲い込むのではなく、医療機関同士が相互に連携する中で、もっとも得意な分野に集中することにより、価値あるサービスを提供できる環境を作ることが大切である。そしてそれぞれの得意分野、ケア・サイクルの局面で、最大のパフォーマンスを発揮できるようになれば、今後も需要に対応できるようになると思われる。

排他的競争を行っても日本では勝者は残らず、選択をした病態と診療科以外は、他医療機関との連携により、患者にとってのケア・サイクル全体が最適となる仕組みを作る「和の医療戦略」が、これからの日本で必要な競争である。

「和の戦略」を進めていく場合に、過剰診療地域においては診療科や病院の規模の変更を行わなければならない医療機関は必ずでてくる。診療科の選択とポジションを決める際に、ほとんどの医療機関では縮小あるいは廃止を選択すべき診療科を内在させているためである。

しかしその結果は、医療の質の向上と、収益向上につながり、それぞれの医療機関がより高い価値を生み出すことになるはずである。また日本の医療全体をみた場合でも、コストが下がるとともに、よりの確なケア・サイクルの中において質の高い医療を受ける環境が整っていくものと考えられる。

本研究では、まず地域医療支援病院の今後の戦略によって日本の医療の価値を高める方法を研究している。医療を取り巻く環境は、冒頭にしたように、医療機関以外に被保険者、保険者、国、地方自治体に関わっており、それぞれの行動が変わっていかなければ、長い将来を見据えたときに、少子高齢化を医療資源不足の状態で乗り切ることが難しい。

日本の医療制度も過去においては、十分に機能を果たしていたことを評価して、これからも高齢化社会環境により適した医療制度に変わっていくことを期待したいし、研究において貢献したいと考えている。

さらに、今回取り上げた地域医療支援病院以外に、プライマリケアとしての総合診療を行う診療所から専門科の診療所があり、もう少し規模が大きい小中規模病院もある。これらも和の戦略の中に位置づけられるため、より詳しい手法を考えていきたい。

参考文献

- ・伊関友伸(2007)『まちの病院がなくなる！？地域医療の崩壊と再生』時事通信社
- ・伊藤元重＋総合研究開発機構【編著】(2009)『日本の医療は変えられる』東洋経済新報社
- ・医療法人鉄蕉会亀田メディカルセンターホームページ
<http://www.kameda.com/index.html>
- ・AIU 保険会社ホームページ 海外での盲腸手術の総費用
<http://aienu.jp/relation/expense.html>
- ・OECD Health Data 2009
- ・OECD Health Data 2005
- ・大森正博(2008)『医療経済論』岩波書店
- ・厚生労働省医政局委託 委託先株式会社日本経済研究所(2011) 医療施設経営安定化推進事業 平成21年度 病院経営管理指標
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokukeiei/keieisihyou/21kannri.html>
- ・厚生労働省医政局委託 委託先株式会社日本経済研究所(2010) 医療施設経営安定化推進事業 平成20年度 病院経営管理指標
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokukeiei/keieisihyou/20kannri.html>
- ・厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 平成19年度国民医療費の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/07/index.html>
- ・厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 平成17年度国民医療費の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/05/toukei5.html>

- ・厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 傷病統計係 平成
17年（2005）患者調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/04-01a.html>
- ・嶋口充輝(1994) 『顧客満足型マーケティングの構図』有斐閣
- ・社会医療法人ペガサス馬場記念病院ホームページ
<http://www.pegasus.or.jp/index.html>
- ・杉本恵申(2009) 『診療報酬Q & A』医学通信社
- ・Swan, J. E. & L. J. Combs(1976), “Product Performance and Consumer Satisfaction:A
New Concept,” *Journal of Marketing Vol. 40*
- ・真野俊樹(2004) 『医療マネジメント』日本評論社
- ・Michael E. Potter & Elizabeth O. Teisberg 翻訳山本雄士(2009) 『医療戦略の本質 価値を向上させる競争』日経BP社
- ・吉田あつし(2009) 『日本の医療のなにかが問題か』NTT出版
- ・吉村仁(1983) 「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』 社会保険研究所、1424号、p12 - p14