

With COVID-19時代における医療経営についての考察

The considerations on medical management in with COVID-19 era

藤高 美海

Mimi FUJITAKA

要 旨

2020年以降、世界中で猛威を振るってきた新型コロナウイルス感染症（以下「COVID-19」という）は、変異株の出現などにより、2022年末現在も継続的に感染が拡大し、収束にはほど遠い状況下にある。COVID-19拡大やこれに伴う様々な対策により、社会経済に大きな打撃と変容がもたらされ、あらゆる分野に多大な影響を与えている。

本稿では、COVID-19が世界と日本の社会に与える影響と、COVID-19への対策とその効果、医療提供体制の状況などについて公式統計、公的機構の調査報告書、各種報道並びに筆者が行ったヒアリング調査をもとに整理し、現下の医療機関の経営が直面する諸課題とその発生原因を分析する。これらを踏まえて医療経営の課題に関わる解決策と持続可能な医療経営に必要な提言を試みた。

<キーワード>: COVID-19、医療提供体制、医療経営、医療崩壊、地域医療

1. はじめに

2020年から発生したCOVID-19のパンデミックは、多くの悲劇的な死と世界中の都市のロックダウン（閉鎖）、そして医療崩壊や経済活動の停滞による失業率の急増などをもたらしてきた。医療崩壊とは¹、医療サービス（安心安全な医療行為・医療技術など）や医療資源（医療従事者・薬品・医療機器など）の需要と供給バランスの崩れによって、医療システムが機能不全に陥る状態である。日本は国民皆保険を支える医療政策のもとで経営を行わざるを得ないが、人口減少・資金不足・後継者難などに加え、With COVID-19によって病院の生き残り競争が加速している。

医療の本質は、人の命を助ける重要な社会サービスであり、コストや収益が先に立つものではない。しかし、現実には公的資金の投入にも限度があり、利益が出なければ持続的経営もできない。

本稿の狙いは、COVID-19が世界と日本の社会に与える影響およびCOVID-19への対策

とその効果について考察したうえ、現下の医療経営の諸課題と発生の原因を分析し、これらを踏まえて日本の持続可能な医療経営に必要な提言を行うことを目的としている。

経営とは、事業目的を達成するために、計画的・継続的に意思決定を行って、組織や資源を効率的に配分管理し、事業遂行することである。一方、医療経営とは、医療の質を確保しながら医療サービスを提供し、それを継続するのに見合った収益をもたらすための管理・運営を行うことである。すなわち、医療の質のマネジメントとビジネスマネジメントの両立を図り、持続的に医療の実践を行えるよう目標と戦略を定め、組織を支えて目的を達成することである。

アプローチ方法として、世界及び日本国内のCOVID-19感染状況、感染拡大危機と日本の対応に関する各種公開資料や先行研究成果を収集し、医療機関への人脈を活かした現下の病院経営の実態に関するインタビュー・ヒアリング調査の実施と分析を行うことを通じて、医療提供体制の実状・課題とその発生要因について探求を進め、医療経営の課題に関わる解決策の提言を試みていく。

2. COVID-19が世界と日本社会に与える影響

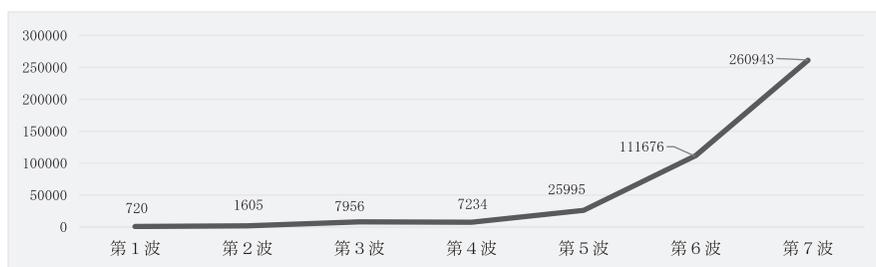
2019年末、原因不明の肺炎がWHO（世界保健機関）に報告されて以来、COVID-19の感染の影響により、世界経済や社会など大恐慌以来の大きな打撃を受けている。感染拡大を抑制または遅延させるための公衆衛生戦略では、Social Distancing（社会的距離戦略）がとられ、企業・個人の活動を強制的に制限するLockdown（都市封鎖）の措置を講じる国・地域も相次いだ。WHOの集計によると、2022年9月10日現在、全世界の累積感染者数（陽性者数）は6.08億人を超え、累積死者数は651万人を超えている²。日本は、累積感染者数は2005万人を超え、死亡者数累計4万人を超えている³。

本章では、COVID-19が社会に与える影響を概観する。

2-1. 日本国内の感染状況

現在、COVID-19の第7波（BA.5株）が襲っている。2022年8月19日には全国で26万人超の新規感染者が確認され単日では過去最多を更新した。日本がこれまでに経験した感染の「波」を振り返る。「波」とは、メディアなどでは新規陽性者数が急激に増えた感染のヤマと表現している（図2-1）。

図2-1 COVID-19の最多感染者数の推移（第1波～第7波）



出所：厚生労働省「新規陽性者数の推移（日別）」に基づき筆者作成。
https://www.mhlw.go.jp/stf/COVID-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1

COVID-19感染の最初の第1波は、1日あたりの新規感染者数が720人を記録した2020年4月11日がピークで、第2の波は2020年8月7日に記録した1605人である。2021年1月には全国で7956人まで急増し、第3波に入った。その後、3月下旬からは再び感染が拡大して第4波が襲来し、5月8日に全国で7234人の感染者が報告された。第5波は8月20日に全国で2万5995人と当時の過去最多を記録となった。3年目に突入した2022年2月3日いわゆる第6波は全国で10万人を突破し過去最多を更新した。6月になると感染状況はやや落ち着きを見せるも7月23日に全国で20万人を突破し、再び爆発的な感染が始まった。その後第7波では8月19日には26万943人の感染が確認され、過去最多を記録した（図2-1）。

COVID-19検査陽性者数について、これまで（2022年9月10日時点）は累積1952万1310人、一週間平均陽性者数は10万3190人である。検査陽性者数累積2005万161人、死亡者数累積4万2502人である（表2-1）。特に第7波では、感染者数の減少傾向が続く一方で、死亡する人の数は連日200人を超えて、依然として多い状況が続いている。

表2-1 国内感染の状況（2022年9月10日時点）

項目	人数
新規陽性者数	92,721人
一週間平均陽性者数	103,190人/週間（2022年9月3日～10日）
検査陽性者数（累積）	20,050,161人
人口10万人当たり新規陽性者数	73.5人/10万人
重症者数	419人
死亡者数（累積）	42,502人
入院治療等を要する者	1,083,907人（2022年9月9日時点）
退院・療養解除者数（累積）	18,753,088人（同上）
PCR検査人数（累積）	71,337,668人（同上）
PCR検査件数（累積）	90,297,642人（同上）

出所：図2-1に同じ。

一方、COVID-19による肺炎が悪化して重症化するケースが多かった第5波までとは異なり、第7波は基礎疾患や全身状態が悪化して亡くなる高齢の患者が多く、死者が過去最多を更新する勢いで増え続けている。厚生労働省のデータによると、第7波が本格化した8月に入り15日までの死者数は2786人。第6波が本格化した2月の1日～15日までの死者1925人を大きく上回っている⁴。

また、COVID-19死亡者性別について、2022年9月5日時点で、累積4万1314人である（男性1万6700人、女性1万2391人、非公表1万2223人）。死亡性比は135で、全年齢で男性がやや多くなっていることが分かる（表2-2）。死亡者年齢階級構造について、最も多いのは80代である（男性は6313人、女性は4713人）。男性の重症化リスクは10歳以上年上の女性と同等ということが、国立国際医療研究センターが全国の患者のデータを分析した結果で分かった⁵。

表2-2 COVID-19感染後の死亡者性別・年齢階級構造状況（2022年9月5日時点）

年齢区分	男性（人）	女性（人）	非公表（人） ^{※1}
<10	9	6	0
10s	8	3	1
20s	32	12	3
30s	90	32	5
40s	294	96	11
50s	812	216	40
60s	1,572	472	71
70s	4,253	1,823	186
80s	6,313	4,713	282
90+	2,787	4,522	279
小計	16,170	11,895	878
高齢者	397	407	2,738
非公表	133	89	8,607
合計	16,700	12,391	12,223
総計	41,314		
死亡性比 ^{※2}	135		

出所：国立社会保障・人口問題研究所「新型コロナウイルス感染症について」に基づき筆者作成。
www.ipss.go.jp/projects/j/Choju/covid19/index.asp

^{※1} COVID-19感染後の死亡者の性別について、遺族の同意が得られず非公表となっている。

^{※2} 死亡性比＝年間の男子死亡数/年間の女子死亡数×100

COVID-19が流行する前から、日本は深刻な医療課題に直面しており、これらの課題を乗り越えていくかが重要な政策課題となっている。

2-2. 世界の感染状況

NHK特設サイドCOVID-19『世界の感染状況』発表により、世界最多累計感染者数5つの国を見てみると（2022年9月12日時点）、アメリカ9524万2750人、次はインド4449万5359人、ブラジル3451万6739人、フランス3371万8369人とドイツ3245万2250人である。日本は世界の感染者数の9位となり、2007万4857である。また、累計死者の数はアメリカ105万318人、ブラジル68万4813人、インド52万8150人の順で最も多く、日本の累計死者数は4万2554人で、隣の国である韓国（2万7476人）と中国（5226人）より上回っている（表2-3）。

表2-3 COVID-19による国別累積感染者数と死亡者数（2022年9月12日時点）

国名	累積感染者数(人)	累積死亡者数(人)
アメリカ	95,242,750	1,050,318
インド	44,495,359	528,150
ブラジル	34,516,739	684,813
フランス	33,718,369	150,991
ドイツ	32,452,250	148,299
日本	20,074,857	42,554
韓国	24,004,887	27,476
中国	971,903	5,226

出所：NHK特設サイド新型コロナウイルス『世界の感染状況』2022年9月11日に基づき筆者作成。

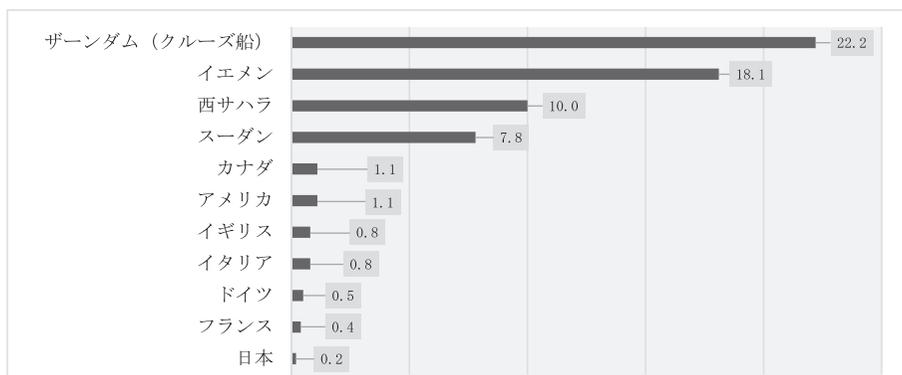
<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/world-data/>

原資料：JOHNS HOPKINS University & Medicineの発表により。

<https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases>

一方、その致死率（死亡者数/感染者数）では、数値が高いのはザーンダム（クルーズ船）22.2%、イエメン18.1%、西サハラ10%とスーダン7.8%である。日本は0.2%で、G7各国より低く、韓国（0.1%）を上回っている（図2-2）。COVID-19の検査方法と記録方法は統一した国際基準がないので、実態はさらに深刻であると考えられる。

図2-2 COVID-19累積致死率上位国とG7各国 (%) (2022年9月10日時点)



出所：Corona Board 『COVID-19リアルタイム情報』に基づき筆者作成。
<https://coronaboard.kr/ja/>

また、WHOの集計によると2022年9月5日～11日の週間感染者数は、日本は前週（8月29日～9月4日）比54%減って53万7181人に上り、8週連続で世界最多となった。同期間の死者数は2306人の米国が最多で、日本は1681人で2番目に多かった⁶。2022年8月は、日本で平均感染者数と死亡者数が最も多い月である。

なぜ重症者数や死亡者数も高止まりとなったが、各国によってその共通の要因の一つは、患者の急増による保健医療サービスの需要拡大に供給が追いつかないために、医療システムの機能不全を起こしたことである。本来は重症患者を救える病院でも、十分な医療サービス（医療従事者）と医療資源（PCR検査キット・防護具・人工呼吸器・人工肺のECMO・医薬品など）を確保できず、患者を死なせてしまうという悲惨な事態を招いた。コロナの感染患者と非感染患者のいずれにも十分な対応ができず、医療危機が起っている。

感染者統計がどのようにして作られているか。日本の場合は、毎日の患者診断から保健所への報告までは以下のとおりとなっている。①医療機関又は保健所で検体を採取、②検査機関で検査、③結果判明、④医療機関が感染症法に基づく発生届を作成し、医療機関所在地の管轄保健所に送付する（保健所が検体を採取した場合は、保健所が発生届を作成）、⑤保健所から発生を各都道府県に報告（発生届の送付）する。各都道府県では、発生届を保健所から受理し、新規患者数として発表している。この発生届は、毎朝9時の段階で、前日の9時からの24時間を取りまとめて、当日分としている。毎日夕方に、当日の発生状況を各都道府県のホームページに掲載される。

現在、COVID-19感染者等情報把握・管理支援システムHER-SYS（ハーシス）を全国

保健所において導入し、患者情報の管理を行っている。HER-SYSは、COVID-19感染者等の情報を保健所・医療機関・検査機関・患者等が電子的に入力、一元的に管理し、医療機関・保健所・都道府県等の関係者間で共有する国のシステムで、インターネットを経由して情報をクラウド上に蓄積するものである。各保健所において、医療機関から報告された患者発生情報をHER-SYSうえで確認し、発生情報の管理している。

2-3. 社会に与える影響の考察

2019年12月にCOVID-19の最初の症例が確認された。2020年3月、WHOのテドロス事務局長はCOVID-19がパンデミックに至っているとの認識を表明し、4月に安倍前首相が緊急事態宣言を発した。その後、IMF（国際通貨基金）のゲオルギエバ専務理事の声明において、世界経済は世界金融危機と同程度かそれ以上の景気後退に陥ると警鐘を鳴らした。その年の世界の実質GDP成長率はマイナス3.3%とされ、統計が開始された1980年以降で最低の成長率と分かる。

2020年3月にOECD（経済協力開発機構）のアンヘル・グリア事務総長は、BBC（英国放送協会）の取材に対し、今回のコロナショック（世界的経済危機）はすでに2008年のリーマンショック（金融危機）よりも大きなものになっていると指摘した。日本の場合は、経済成長率（実質GDP伸び率）についてIMFデータによると、2019年と2021年はG7の中で経済成長率が最低レベルとなっている（表2-4）。

表2-4 G7の経済成長率ランキング（2019年～2021年）

順位	2019年		2020年		2021年	
	国名	単位 (%)	国名	単位 (%)	国名	単位 (%)
1位	アメリカ	2.3	アメリカ	-3.4	イギリス	7.4
2位	カナダ	1.9	日本	-4.5	フランス	7.0
3位	フランス	1.8	ドイツ	-4.6	イタリア	6.6
4位	イギリス	1.7	カナダ	-5.2	アメリカ	5.7
5位	ドイツ	1.0	フランス	-8.0	カナダ	4.6
6位	イタリア	0.5	イタリア	-9.0	ドイツ	2.8
7位	日本	-0.2	イギリス	-9.2	日本	1.6

※ 経済成長率 = (当年のGDP - 前年のGDP) ÷ 前年のGDP × 100

出所：IMF - World Economic Outlook Databases 2019 2020 2021。

<https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/world-economic-outlook-databases#sort=%40imfdate%20descending>

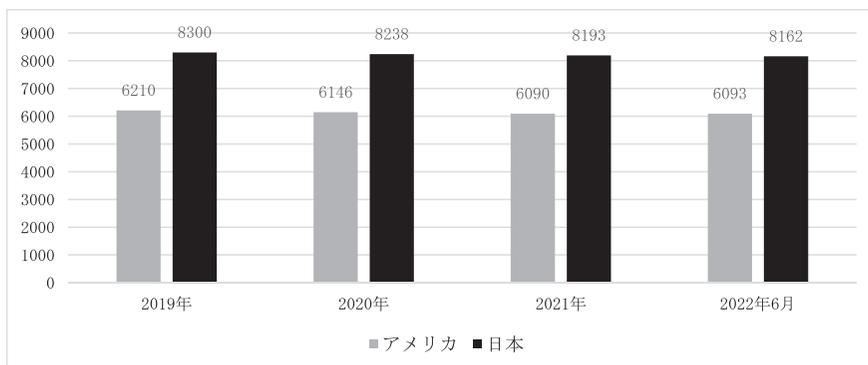
日本と多くの国は、感染防止のため渡航制限や外出制限等が実施されるなど、経済活動や人の移動が制限により経済への打撃は大きいものとなった。世界経済の停滞、人や物の移動の制限により世界貿易も急速に縮小した。ほとんどの国や地域において、2020年の貿易量は前年比で減少幅は10%を超えている⁷。外出制限や生産活動の停滞等により資源への需要が減退したことや、原油の貯蔵が限界に近づいていることにより、資源価格にも影響を与えた。

コロナショックの産業界への影響は業種ごとに異なっている。感染拡大抑制のための自粛や外出制限、渡航制限などに伴い、Face to Faceサービスの需要が減少し、航空・宿泊・飲食・観光などの産業では前例の無い規模で縮小や廃業をしている。一方、COVID-19のなかでも需要が継続しているのは社会インフラに関係する業種である。例えば、コンビニやスーパー・ドラッグストア・宅配業・個人向けのネット配信動画サービス・オンライン会議システムなども好調だ。

COVID-19感染予防行動によってCOVID-19患者以外の感染症の受診と入院（受療行動）数が大きく減少し、医療機関の収益（診療報酬や医療費）減少で経営にも大きな影響が出ている。帝国データバンクの調査報告書によると⁸、2021年の医療機関（病院、診療所、歯科医院）の倒産は33件、負債総額は94億300万円である。病院倒産の件数は2000年以降、2015年と並び最低水準であったが、診療所は2009年の27件に次ぐ高水準の22件であった。2021年のCOVID-19関連倒産は13件で前年比3倍を超えていることも明らかになった。

COVID-19の感染拡大前後（直近4年）の日米病院数の変化について、図2-3を参照されたい。アメリカの場合は、COVID-19前と比べると117の病院が減少し、日本は138の病院減を記録した。アメリカ病院減少の原因は、日本と同様に高齢化と患者数減少により病院閉鎖や病院破産である。また、アメリカの医療保険未加入者は約が2800万人（2020年の比率は8.6%である）⁹となり、医療費が高騰したり景気が悪化したりすると無保険患者は多額の治療費の支払い困難や、上昇する医療コスト・病院のグループ化により病院数が減り続けている。

図2-3 アメリカと日本の病院数比較 (2019年～2022年)



出所：AHA（アメリカ病院協会）のホームページより、“Fast Facts on U.S. Hospitals, 2019～2022”、厚生労働省「医療施設動態調査、2019～2020」に基づき筆者作成。
<https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m21/is2101.html>

また、同年度の日本の医療機関（診療所・病院・歯科医院）の休廃業・解散は過去最高水準の567件となった。その80%の471件が診療所の休廃業・解散で、前年に比べて14.6%も増えている。休廃業・解散で閉院するのは、倒産と違って借入金などの負債がなく、財務状況は健全なうちに事業をやめるということである。その代表的な理由として後継者不足が挙げられる。2018年の厚生労働省の調査資料「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」によると、60～69歳が約35%、70歳以上が約21%である。クリニック経営者の過半数は60歳を越えていると考える。この調査は2018年のものなので、2022年現在では、60歳超の院長の割合はさらに増えている。したがって、高齢の院長がCOVID-19対策の設備投資や人材確保の負担が大きいことを理由に閉院時期を早めているケースもあると考える。

日本は、2021年からワクチン接種の感染拡大防止と社会経済活動の両立で、物価上昇圧力が強まるなかでも高めの成長率となった。2022年に入り第6波と第7波の感染急拡大によるも、外出行動の抑制等から拡大ペースが鈍化している。重症化率や死亡率の低さを踏まえ、防疫措置を緩和する動きも広がっている。

3. COVID-19の拡大と日本の取り組み

日本においては、2020年1月15日に最初のCOVID-19感染者が確認されてから2年8か月が経過した。2022年9月10日までに、合計20,050,161人の感染者、42,502人の死亡者が確認されている。COVID-19は世界的にも未だ終息するに至っていないが、その感染性

といった特性の異なる多様な変異株にも対応してきた日本の取り組みを振り返る。

3-1. COVID-19の拡大危機と日本の対応

これまでCOVID-19の感染症株は、最初のアルファ株からデルタ株、そして現在流行しているオミクロン株へ変化してきた。政府がCOVID-19発生以降の対応を表3-1に簡潔にまとめる。

表3-1 政府によるCOVID-19発生以降の対応

感染株種類	感染拡大防止のこれまでの取組
アルファ株 (第1～4波)	感染者の特定と隔離によりウイルス封じ込める（ゼロコロナ政策）、最初の緊急事態宣言を発令、外出自粛・営業自粛により感染拡大の抑制など
デルタ株 (第5波)	感染力強いと重症化しやすいため、保健と医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保など
オミクロン株 (第6～7波)	社会経済活動をできる限り維持しながら、効果が高いと見込まれる対策を機動的・重点的に取り組むことを旨として、以下の感染防止策に取り組んでいる。 ①国民への周知等（黙食・マスクの着用・外出を避ける・換気・手洗い・高齢者や基礎疾患のある者はワクチンの4回目接種促進など） ②学校等（リスクが高い教育活動を控え・マスクの着用・熱中症対策・時差登校・分散登校・オンライン学習・教職員に対するワクチンの3回目接種促進など） ③保育所、認定こども園等（地域の保育機能を維持・発熱等がある児童の登園自粛・感染リスクが高い活動を避ける・少人数保育・マスク着用を一律には求めないなど。） ④高齢者施設（感染制御・早期に介入と支援する体制を強化・マスク着用・換気・職員や高齢者に対するワクチン4回目接種促進など） ⑤事業者（在宅勤務、業務継続計画の確認等を進めるなど）

出所：内閣官房『新型コロナウイルス感染症対策』に基づき筆者作成。
<https://corona.go.jp/emergency/>

政府は、感染対策の取り組みにおいて、最初から感染リスクが高いとされた飲食の場面を極力回避するため、飲食店の時短営業及び酒類提供の停止の措置を講じている。また、人流や人と接触機会を削減するため、外出と移動の自粛・イベントと集客施設への時短要請・クラスター防止・水際対策などの取組みを実施している。さらに、PCR（Polymerase Chain Reaction/ポリメラーゼ連鎖反応）検査の強化や高齢者施設と学校対策の強化、抗原簡易キットの配布、検査観察アプリの推進などを行ってきた。

しかし、変異ウイルス繰り返しの流行等を背景とする感染拡大は、国内様々な業種に大きな経済的打撃を与え、国民生活や各産業活動に重大な影響となっている。政府においては、

この暗いトンネルを抜け出す方策は、ワクチンによる集団免疫の獲得と考えている。厚生労働省は、「日本で接種が行われているCOVID-19ワクチンは、感染症の発症を予防する高い効果があり、感染や重症化を予防する効果も確認されている。時間の経過とともに感染予防効果や発症予防効果が徐々に低下する可能性はあるが、重症化予防効果は比較的高く保たれている」と報告されている¹⁰。また、The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE¹¹の論文報告によると、ワクチン接種した人の発症を予防する効果や、感染を予防する効果もあると報告されている¹²。

ワクチンの接種進展は、総接種回数約3億2041万9,327回である(2022年9月14日時点)。第1回目の接種人数の全人口に占める割合は81.5%である。第2回目の全人口に占める割合は80.4%で、第3回目は65.1%である¹³。第4回目は5月25日から追加接種を始め、重症化の予防を主な目的としているため対象は、60歳以上の人のほか、18歳以上の基礎疾患のある人か、重症化リスクが高いと判断した人に限定されている。

また、国立感染症研究所が医療機関の調査により死亡した20歳未満の感染者の調査結果は、41人のうち29人が感染死亡(5歳未満が14人、5歳以上が15人)で、多くの人々がワクチンを接種していなかったことなどが分かった¹⁴。そこで、政府はファイザー社のCOVID-19ワクチン(5~11歳用)の追加免疫について薬事承認(2022年8月10日)し、ワクチン接種に関する対策を進めている。

さらに、COVID-19感染者のために、病床やホテル・臨時医療施設の確保や、自宅療養などを行う場合の診療体制の整備を行っている。症状悪化時に酸素の投入や治療など体制の整備や、HER-SYSにおけるMy HER-SYSの導入も進められている。

3-2. 医療提供体制の状況

日本の医療機関は民間病院が約8割を占めている。病床百床当たりの医師・看護職員数は、欧米と比較して少ないことは統計からも明らかである¹⁵。例えば、WHOの調査データにより、人口千人当たり病床数(13.2)は米国(2.8)と比較して多く、千人当たり医師数は(2.3)米国(2.4)とほぼ同じ、千人当たり看護師(10)も米国(9)とほぼ同じである。つまり、医療提供体制全体へと視野を広げると、日本の病床総数は多いものの、病床数あたりの医療従事者が少ないことが分かる。特に、COVID-19感染拡大する中で、都道府県が病床等の確保計画を立案したが、医療人材の確保困難や発熱外来の医療体制が不十分などから医療体制の脆弱さを見せつけることになった。

各医療機関は避難訓練や防災管理など取組みが進めているが、感染症急速拡大事態を想定して救急搬送・緊急治療・入院調整などを含めた具体的な訓練は行われていないため、救急体制や搬送体制などの立ち上げに時間がかかっている。感染症指定医療機関はCOVID-19感染症の入院患者を受け入れきれず、保健医療サービスの需要拡大に供給が追い付かないために、医療システムの機能不全を起こしている。本来は重症患者を救える病院でも、十分な医療サービス（医療従事者）と医療資源（PCR検査キット・防護具・人工呼吸器・人工肺のECMO・医薬品など）を確保できず、患者を死なせてしまうという悲惨な事態を招いた¹⁶。

海外では、国がワクチン接種の記録と管理システムを導入している国（イギリスや韓国など）もある。日本では、各自治体が住民票をもとに対象者に接種券を郵送し、接種を希望する人は電話やネットで予約をしたうえで接種場所に接種券を持って接種を受けるという仕組みが採用されている。また、COVID-19感染拡大に歯止めがかからない中、公衆衛生の最前線である保健所の業務の逼迫や自治体職員の人手不足など、保健・医療体制の逼迫が深刻化していた。

COVID-19（デルタ株・オミクロン株）感染拡大で病床が逼迫したことにより、宿泊療養施設や自宅での療養が急増している。健康観察や訪問診療体制が整っていないため、自宅などで症状が悪化して亡くなる方もいた。これは、訪問診療領域や電話・オンラインによる診療と処方について、医療機関が果たすべき役割が十分に果たせていないと考える。

一方、COVID-19感染症の患者の発生届は、各市町村の保健所がファックスで医療機関から情報を集めて集計した。その後（2020年5月より）、保健所の業務負担軽減及び保健所・行政・医療機関のあいだの情報共有・把握の迅速化を図り、COVID-19感染者の情報把握・管理するため、HER-SYSを導入し、発生届や自宅療養中の患者も携帯で健康報告することができた。

そのほか、ワクチン接種記録は、最初に市町村保有する予防接種台帳で時間をかけて記録されている。その後（2021年1月より）、VRS（Vaccination Record System/ワクチン接種記録システム）が新たに構築された。しかし、医療提供体制の状況については、医療機関や保健所から電話等を用いて情報を集めて集計していたが、G-MIS¹⁷（Gathering Medical Information System/医療機関等情報支援システム）による医療提供体制の整備状況等の把握が開始され、病床の確保や利用率状況等の見える化ようになった。

COVID-19第1波当初のPCR検査やマスク等の防護具の不足、保健所機能の崩壊や医療

機関による診察・治療・入院対応の不備などは、今後同じような感染症パンデミックに対する大きな教訓となっている。また、医療用のマスクや手袋・ガウンなどの物資がほとんど日本製より安価な輸入品に依存していたために、輸出国が輸出禁止すると、医療必須品の需要と供給のバランスが崩れている。

こうしたことから、平時・緊急時における医療機関・医療行政などの役割・機能の見直しやそれを通じた都道府県調整本部、保健所、救急医療機関、消防機関などが協働して最強な医療提供体制の仕組みづくりが重要である。

4. 現下の病院経営の考察

医療機関の経営者はそれぞれの工夫と善処によって、質の高い医療サービスの提供とコスト削減を図ってきた。しかし、少子高齢化や政府による公的医療費の削減、COVID-19の影響などで病院を取り巻く経営環境の悪化は常態化している。

以下では、医療経営が直面する課題を挙げてみる。

4-1. 医療経営が直面する課題

病院の病床は基本的に、精神病床・感染症病床・結核病床・療養病床・一般病床に分かれ、合計で5区分となっている。これまでは、一般病床に対して病床利用率の向上や平均在院日数の短縮など多くの医療経営者が対応してきたが、2019年1月と2020年1月を比べると2021年1月の病床利用率や外来患者数が大幅低下し、新規患者の獲得に多くの病院が苦勞している。2022年1月からは、COVID-19前と比べ徐々に患者数が戻ってきているが、「入院」では患者数減からの回復が遅れている。こうした状況が、厚生労働省より公表されている日本全国の病院における「1日平均患者数」・「月末病床利用率」・「平均在院日数」の病院報告より明らかになった（表4-1）。COVID-19前と比べると、入院・外来とも大幅に患者数が減少していることが再確認できる。

表4-1 一日平均患者数※（2019年～2022年比較）

項目	一日平均患者数（人）			
	2019年1月	2020年1月	2021年1月	2022年1月
病院在院患者総数	1,234,144	1,222,998	1,155,071	1,153,902
精神病床	213,237	278,200	271,247	268,470
感染症病床	73	未掲載	9,112	7,548
結核病床	1,474	1,336	1,203	1,122
療養病床	270,979	264,611	247,389	243,151
一般病床	680,292	678,772	626,119	633,610
外来患者数	1,324,829	1,248,972	1,096,091	1,167,384
診療所の療養病床	4,186	3,878	3,289	2,827

出所：厚生労働省「医療施設動態調査（毎月末概数）（平成31年～令和4年）」に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m22/dl/2201kekka.pdf>

※ COVID-19の患者は含まれている。

また、表4-2「月末病床利用率」（月末病床利用率＝月末在院患者数/月末病床数×100）を見ると、2022年1月病院全体では77.1%で、前年同期（2021年1月末）と比べて1.9ポイント増加、コロナ本格化前の前々年同期（2020年1月末）と比べて3.8ポイント低下（悪化）している。さらに2019年1月末と比べて5.2ポイントの低下（悪化）という状況が分かる。

2021年1月の感染症病床の月末病床利用率は478.3%となり、2022年1月の感染症病床の月末病床利用率は737.2%となっている。これは、COVID-19流行前（2020年1月）と比較すると、とりわけ一般病床で利用率が低い（空床が目立つ）ことが分かる。一般病床（とりわけ急性期病床）の一部については「COVID-19の重症患者が発生した場合に、すぐ受け入れられる」ように事実上の空床にしておく（即応病床¹⁸）ことも求められており、そうした点も大きく影響している。

表4-2 月末病床利用率※（2019年～2022年比較）

項目	月末病床利用率（%）			
	2019年1月	2020年1月	2021年1月	2022年1月
病院全体	82.3	80.9	75.2	77.1
精神病床	85.4	85.1	83.1	82.6
感染症病床	病院の総数に含む	病院の総数に含む	478.3	737.2
結核病床	31.8	31.9	27.7	29.1
療養病床	87.3	87.1	85.2	85.9
一般病床	79.8	77.6	68.4	71.2
診療所・療養病床	54.3	52.2	50.2	47.0

出所：表4-1に同じ。

※ 月末病床利用率＝月末在院患者数/月末病床数×100

表4-3 平均在院日数（2019年～2022年比較）

項目	平均在院日数*（日）			
	2019年1月	2020年1月	2021年1月	2022年1月
病院総数	29.0	28.6	30.2	28.7
精神病床	287.4	282.5	308.1	299.8
感染症病床	未掲載	未掲載	11.5	7.3
結核病床	64.9	67.7	49.7	48.8
療養病床	143.4	138.8	141.3	136.2
一般病床	17.0	16.8	17.8	17.2
介護療養病床	336.8	332.7	未掲載	未掲載
診療所・療養病床	100.7	105.9	109.4	108.3
診療所・介護療養病床	129.3	160.8	未掲載	未掲載

出所：表4-1に同じ。

* 平均在院日数＝在院患者延数/1 / 2（新入院患者数＋退院患者数）]

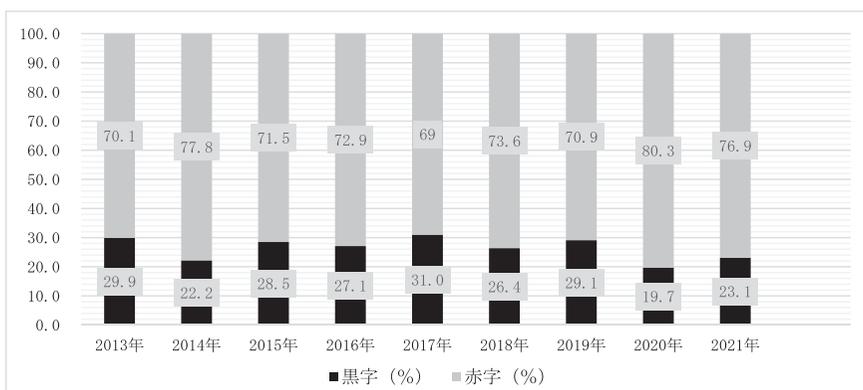
さらに、表4-3の「平均在院日数」のデータから、2022年1月の病院全体では28.7日で、2020年1月（28.6日）と2019年1月（29.0日）と比べるとそれぞれ0.1日の増加と0.3日の減少を見せ、2021年1月（30.2）より1.5日減少していることがうかがえる。外来患者が戻ってきている状況であるが、入院ではCOVID-19病床確保のための病棟一部閉鎖なども続いており、患者減が続いているため、医療経営にも大きな影響を及ぼしている。

病床種別では、2022年1月の一般病床の平均在院日数では17.2日で、2020年1月（16.8日）と2019年1月（17.0日）と比べてそれぞれ0.4日と0.2日増加し、2021年1月（17.8）より0.6日減少しているという状況が分かる。

COVID-19流行前と比べると、入院と外来ともに、病院に患者は十分には戻ってきていない。COVID-19流行下では、当初（2020年度初期）に比べて外来患者は増加してきているが、入院患者の増加は顕著ではない。COVID-19拡大防止に伴う受診控えや予定入院の延期、予定手術の延期などにより、一日平均在院患者数や月末病床利用率など低下させ、医療現場の混乱が続いていることが再確認できる。

一方、全国公私病院連盟の『2021年の病院運営実態分析調査の概要』によれば、全国の病院の23.1%が黒字経営、76.9%が赤字経営となっている。黒字病院・赤字病院の割合の推移を見たものが図4-1である。そのなか、公立病院は8.1%が黒字経営、91.9%が赤字経営となっている。また、日赤・済生会・厚生連等の公的病院は31.5%が黒字経営、68.5%が赤字経営、医療法人などの民間病院では38.0%が黒字経営、62.0%が赤字経営となっている。

図4-1 日本における黒字病院・赤字病院の割合の推移



出所：一般社団法人全国公私病院連盟（2022）『2021年の病院運営実態分析調査の概要』に基づき筆者作成。
<https://www.byo-ren.com/voice/>

また、WAM（福祉医療機構）による病院経営動向調査結果（表4-4）を見ると、2022年3月一般病院の医業収益¹⁹のDI（Diffusion Index/景気変動の判断指標）²⁰は13ポイント、2021年3月（△24）から37ポイント上昇し、2020年12月（14）と2019年3月（14）から1ポイント低下している。

2022年3月の医業費用のDIは38ポイント、2021年3月（37）から1ポイント上昇し、2020年3月（53ポイント）と2019年12月（53ポイント）比べて15ポイント減少している。また、2022年3月の医業利益のDIはマイナス4ポイント、2021年3月（△35ポイント）から31ポイント上昇し、2020年3月（△20ポイント）と2019年12月（△20ポイント）比べて16ポイント上昇している。しかし、療養型病院や精神科病院においても、減収となったところもある。

表4-4 病院経営動向調査2019年～2022年比較（医業収益・医業費用・医業利益）

単位：DI^{※1}（%ポイント）

項目	一般病院				療養型病院				精神科病院			
	19年 12月	20年 3月	21年 3月	22年 3月	19年 12月	20年 3月	21年 3月	22年 3月	19年 12月	20年 3月	21年 3月	22年 3月
医業 収益	14	14	△24	13	1	△4	△12	20	△27	△31	△39	△33
医業 費用	53	53	37	38	33	32	13	48	34	35	43	50
医業 利益	△20	△20	△35	△4	△24	△28	△16	△13	△44	△46	△45	△30

出所：独立行政法人福祉医療機構「病院経営動向調査（2019年、2020年、2021年、2022年）」に基づき筆者作成。
<https://www.wam.go.jp/hp/hp-survey/>

※1 DI=[（プラスの数×1＋保ち合いの数×0.5）/採用系列数^{※2}〕×100

※2 採用系列数は、調べたい系列に採用されている指標のこと

そして、同機構は医療法人に関する経営上の課題の比率調査結果（表4-5）では、2019年年度末の3月から2022年3月まで比率が高いのはすべて人件費の増加である。次は、職員確保難（平均約62.4%）である。人件費の増加により医業費用が増加になり、医業収益を圧迫し、病院の経営の先行きの厳しさを示唆している。

これらのデータを見る限り、医療経営は、減収の状態が新しい常態になってしまう可能性があり、今後も厳しい状況が続くことが予測される。また、医療経営上大きな課題では人件費の増加と職員確保難が明らかである。2020年4月「緊急事態宣言」が発令された後は、病院の経営動向はさらに悪化した。

病院の経営者は業務効率の向上を図り、改善に注力することが経営であると捉えていることが多い。しかし、一時的な赤字であれば、補助金の活用や金融機関から融資などで解決できるが、患者減が長期化すれば、慢性的な赤字経営から抜け出すことは難しくなる。経営者は直面している課題に基づいて経営しなければ、厳しい環境下で生き残ることは難しい。

表4-5 医療法人に関する経営上の課題の比率（2019年～2022年比較）

単位：%

課題項目	2019年	2020年	2021年	2022年
	3月	3月	3月	3月
患者単価の低下	13.5	8.5	9.1	7.5
需要の低下	23.6	24.9	36.4	32.1
人件費の増加	72.6	71.4	63.3	60.4
他の経費の増加	33.2	42.3	45.5	34.0
資金調達難	6.3	6.3	6.7	9.4
職員確保難	70.7	65.1	51.5	62.3
事業継承 出資持分	12.0	8.5	7.3	3.8
その他	7.7	8.5	7.9	15.1

出所：表4-4に同じ。

病院が提供する医療も患者・利用者から医療報酬を受け取ってサービスを提供する点からビジネスでもある。患者が満足する上質な医療サービスを提供していても利益がないと病院が持続できない。資産や資源は有限であり、競争も存在する以上、医療サービス業を営むビジネスも一般民間企業と同じ経営戦略や競争戦略なども欠かせない。

しかし、日本の多くの病院の経営者や管理者は医療経営の専門教育を受けていない医療のプロフェッショナルがほとんどである。また、激しい経営環境の変化の下で、多くの病

院が赤字経営に陥り、医療サービスの縮小や廃業・破産リスクを抱える病院は少なくない。したがって、次の節は病院を取り巻く環境の変化に対して、経営者や管理者が抱える医療経営に関する課題などを、経営関係者のヒアリングを通して把握する。

4-2. 病院経営に関するヒアリング調査

COVID-19での医療機関の経営状況などについてどのような対策を行っているのか。本ヒアリング調査は、公的病院と民間病院の医師経営者を対象としたWith COVID-19の医療経営の現状・問題点を解明し、課題解決につながる対策、改革の方向性の検討を目的として実施した。

① ヒアリング調査対象

公的病院・民間病院計8機関を対象としてヒアリング調査計画を立案したが、実際には調整不調2機関と経営危機の1機関を除いた5機関(公的病院2機関・民間病院3機関)の経営者に実施することができた。医療は専門性と特殊性の高い業界であるため、ヒアリング調査の回答向上に留意して、公的病院及び民間病院の継続調査のバランスも考慮し、対象者を抽出することに努めた。

② 実施方法：電話方式、オンラインインタビュー

③ 実施期間：2022年8月1日～10月28日

* 8月1日～9月19日は準備期間とし、質問項目の作成、ヒアリング日程調整に取り組んだ。

④ ヒアリング調査内容

COVID-19の感染拡大を踏まえ、医療機関の経営状況についてヒアリングする。医療現場で困っていることは何か、外来診療数・医業収入・医業利益の増減・医療危機の真因と経営の課題などについて前年と比較しながら、計12項目を調査することにした。

⑤ その他

個人情報保護、経営情報保全のため、医療機関名と医師名はアルファベットとしている。

With COVID-19 時代における医療経営についての考察

表4-6 病院経営に関する医療従事者（経営者）向けヒアリング調査

項目	公的病院	民間病院
調査対象	A 医師兼副院長 男・50代 (前歴：本院勤務医) B 医師兼副院長 男・60代 (前歴：本院勤務医)	C 医師兼副院長 男・50代 (前歴：他院勤務医) D 医師兼院長 女・40代 (前歴：他院勤務医) E 経営マネジャー 男・50代 (前歴：本院職員)
実施日時と方式	A 医師兼副院長 9月20日 18:30～19:00 Zoom方式 B 医師兼副院長 9月22日 17:00～17:40 電話方式	C 医師兼副院長 10月22日 18:00～19:00 電話方式 D 医師兼院長 9月22日 20:00～20:50 Zoom方式 E 経営マネジャー 10月28日 14:00～15:10 Zoom方式
医療施設の 類型と規模	都立A病院 東京都 500床以上 国立B病院 福岡県福岡市 300床以上	医療法人C病院 福岡県北九州市 200床以上 クリニックD病院 福岡県福岡市 無床 医療法人E病院 東京都 500床以上
COVID-19の検査業務 は実施しているか	A病院 している B病院 している	C病院 している D病院 していない E病院 している
オンライン診療 について	A病院 していない B病院 していない	C病院 保険外診療のみ していない D病院 していない E病院 外国人診療のみ(コロナ前)
前年(2020)と比べて 外来診療数の増減	A病院 減少 B病院 減少	C病院 増加 D病院 増加 E病院 減少
前年と比べて 医業収入の増減	A病院 減少 B病院 減少	C病院 未回答 D病院 増加 E病院 減少
前年と比べて 医業利益の増減	A病院 減少 B病院 減少	C病院 未回答 D病院 増加 E病院 減少
医療現場で困って いることは何か	A 医師 病院内でクラスターが発生し、救急を制限せざるを得ない。または、経営の効率化や、人材流出(勤務医から開業医へ)、人材確保が困難(慢性的な医師不足の状態が続いている)。 B 医師 医療従事者の負担大、職員の疲弊、医師不足、医師の時間外労働規制への対応によりさらに厳しい状況が見込まれる。	C 医師 慢性的な人員の不足。 D 医師 スタッフの確保困難。 E マネジャー 人材流出、医師不足、採用費が高騰、病床稼働率と設備活用率の減少など。
自院で解決すべき 課題は何か	A 医師 業務の効率化と人材の不足。 B 医師 人材不足と人件費コントロールが困難。	C 医師 人材確保と育成。 D 医師 夕方以後のスタッフ確保、スタッフのスキルアップ、広い敷地への移転。 E マネジャー 人件費の削減、不採算部門から赤字脱却。
医療経営に対する 危機を感じているか	A 医師 感じている B 医師 少し感じている	C 医師 感じていない D 医師 感じている E マネジャー 非常に感じている
医療経営危機 の主な原因は何か	A 医師 病院の老朽化、患者数の減少。 B 医師 医師の転出や人件費の高止まり。またスタッフ感染による稼働率低下とそれに伴う収益の減少、不測事態による疾病構造の変化に伴い、従前の戦略・経営資源の適正配分ができなくなった。	C 医師 施設数と就労者数のミスマッチによる低効率性。 D 医師 新患確保のためのクリニックの広報方法模索。 E マネジャー 保険点数の付け方に問題があるので、弱体化した日本経済のもとでは仕方ない。病院の個別努力では限界が近い。
持続可能な医療経営 に必要なことは何か	A 医師 老朽化病院の大規模改修、紹介率と逆紹介率の向上、病床と職員数の削減など。 B 医師 地域医師会との連携強化、人件費の削減など。	C 医師 地域内における自施設のポジション確立、人材の確保と育成。 D 医師 医師の患者対応の良さ、優秀なスタッフの確保、クリニックのブランディング。 E マネジャー 効率化と質の向上、競争力アップ、公的資金投入が必要。

出所：ヒアリングを基に筆者作成。

まずは、医療現場で困っていることは何かについて確認を行った。公的病院は、病院内でクラスターが発生し、救急を制限せざるを得ない状況である。さらに、人材流出や人材確保難、時間外労働規制などにより医療従事者の負担は大きい。民間病院は、慢性的な人員の不足、スタッフの確保困難、採用費が高騰、病床稼働率と設備活用率の減少などを挙げた（表4-6）。

自院で解決すべき課題については、公的病院は、業務の効率化と人件費の削減や、人材不足と人件費コントロールが困難、と回答。民間病院は、人材確保と育成や、スタッフ確保・スタッフのスキルアップ・人件費の削減、不採算部門から赤字脱却などという結果となった。With COVID-19における医療機関の現場は、人材流出や人材確保難など厳しい状況にある。

また、医療経営に対する危機意識については、公的病院の2機関と民間病院の2機関（1機関は非常に感じている）も感じていると回答。医療経営危機の認識に関わって、公的病院は、病院の老朽化・患者数の減少・医師の転出・人件費の高止まり・スタッフ感染による稼働率低下と収益減少など、民間病院は、施設数と就労者数のミスマッチによる低効率性・新患確保・保険点数の付け方問題などを主要因として挙げた。患者数減少や人件費の高騰など、With COVID-19における医療機関の経営状況は依然として厳しいということが理解できる。

さらに、持続可能な医療経営に必要なことについては、公的病院は病院の改修・紹介率の向上・病床と職員数の削減・地域医師会との連携強化・人件費の削減など。民間病院は、地域内に自施設のポジション確立・人材の確保と育成・スタッフの確保、病院のブランディング・効率化と質の向上、競争力アップ、公的資金投入が必要などと回答した。医療経営に伴うマネジメントの強化や医療従事者の処遇改善が緊急課題となり、少子高齢化の進行や消費税増税・円安・COVID-19蔓延の拡大などに伴う景気下降の影響を考えれば、リスク分散も重要だと考えられる。

前節は、医療経営が直面する課題の概況を関連調査報告書のデータで整理し、近年の経営変化の特徴を確認した。本節は、医療経営に関する現状・問題点を経営者に直接ヒアリング調査・整理した。COVID-19の感染拡大を受け、病院での感染を恐れて受診を控える人や予定入院・手術の延期などが増え、医療設備・機能の一部で遊休現象が発生し、病院の多くは減収となった。また、感染防止策による施設整備や備品購入などのコストが生じ、原価費用管理の欠落、医療収益に対して人件費（固定費）の割合が高いほど、病院経営の赤字になりやすいものである。公的病院と小規模民間病院の経営者は、人事管理制度の仕

組みが不十分で、人材流出・人材不足・患者数減少・人件費コントロール困難・課題を解決予算がないなど、危機感を持つに至り、経営に深刻な影響を及ぼしていることが調査の結果、判明した。

4-3. 医療経営の課題に関わる調査による気付き

With COVID-19の医療経営に関する現状及び課題を把握するに当たって、上述の専門調査機構、団体によるアンケートの結果や自らのヒアリング調査の実施結果により、問題点を整理した。COVID-19によって、病院の経営は大きな打撃を受けている。更なる深掘りが必要と思われるが、現時点で気付いた諸課題に関わり以下の解決策が有効と考えられる。

第一に、With COVID-19の人材流出・人材不足に対して、地域医療における役割分担の明確化が必要である。公的病院と民間病院の役割を明確に規定し、患者の紹介・逆紹介が円滑に進むようなシステムを構築し、医療資源の価値の最大化を図る。そのため、医療従事者の待遇を向上させるべく、インセンティブシステムの整備と地域における新規クリニック開業の制限を工夫することが必要と考えられる。

第二に、人件費（固定費）の高止まりに対して、適正な人員配置を工夫することによって解決を図る。例えば、看護助手や医療クラーク（医師が行う事務的作業をサポートするスタッフ）を雇用し、人件費の高い医師や看護師が本来の業務に集中できる環境を整備する。勤務時間内における生産性向上と時間外勤務の制限を徹底的にさせることで給与費が削減できる。また、With COVID-19のITなどによる業務省力化の推進²¹により、一人あたりの収益性が上がり、黒字経営に近づけることも期待できる。

第三に、COVID-19拡散による一般受診者の減少対策として、オンライン診療の活用や類別患者の受診時間の区分け、感染対策の詳細掲示などで受診者に安心感を与え、増患することにつながる。また、オンライン診療により患者との接触を避け感染予防もできる。さらに、地域や患者の医療ニーズに応えるための病院機能の変革や、必要に応じて機能転換や体制構築を図ることで、患者数の確保ができると考えられる。すなわち、マーケティング戦略の活用によって改善を図っていく²²。

第四に、COVID-19により医療経営改善には現場の問題点を十分に把握し、的確に施策を講じることが管理人材が不可欠と考えられる。また、すべての経営意思決定がトップダウンだけでいくのが必ずしも合理的な組織運営に繋がらず、現場医療従事者のモチベーションを高め、知恵を結集するボトムアップ組織構造の構築も求められる。例えば、実際

に医療現場の問題点に関わる各医療従事者が意見や提案をトップ層とシェアし、そしてその現場の意見を、上層部が吟味して了承する。最終的な意思決定はトップが行うが、現場からの意見やアイデアを基に遂行する組織の利点があると考えられる²³。

第五に、COVID-19は次々と新たな変異株が出現し、引き続き長い闘いが見込まれるとともに、今後も新たな感染症が発生することを想定し、その危機に備えるための対応策が重要である。医療人材と病床の確保や、検査体制の強化とワクチン接種の促進、自宅・宿泊療養者への医療提供体制の確保、緊急時の対応訓練と感染拡大時における役割分担を明確にすることが必要と考えられる。

以上五点は、本稿執筆に関わる調査分析で気づいた課題とその解決策に関する感想、提言である。

まとめ

本稿のねらいは、COVID-19が世界と日本の社会に与える影響や、日本のCOVID-19対策とその効果、現下の医療経営が直面する諸課題と改善策に関する考察であった。分析を通して医療システムの機能分化や連携の強化が、医療経営の持続性に重要な課題であることが分かった。

初めに、テーマと課題設定に関する問題意識を述べた。まず、世界や日本国内におけるCOVID-19の感染状況と社会に与える影響について論じた。次に、日本政府によるCOVID-19の対処方針と医療提供体制の状況について考察を行った。医療経営が直面する課題・病院経営関連の調査報告書やヒアリング調査など、実態調査の実施結果からWith COVID-19時代における病院経営の課題について分析を行う。最後に、病院経営の課題の解決策について方向性を示唆した。

COVID-19の長期化に伴い医療ニーズの変化や人材不足、または未曾有の人口減少・超高齢化の時代が到来し、医療費の伸びの抑制など、病院の経営者が直面する課題はさらに多様化する。実態調査によって、安定的な病院経営を維持するにはどうしたらよいかについて、下記の諸点を提言した。①人材流出・人材不足に対して、地域医療よる役割分担の明確化が必要。②人件費の高とまりに対して、適正な人員配置を図ることが必要。③患者数の減少に対して、オンライン診療の活用や患者の受診時間の分散化、感染対策の掲示などが必要。④医療経営改善には、ボトムアップ組織を構築することが必要である。⑤新たな感染症が発生することを想定し、その危機に備えるための対応策が重要である。

さらに、With COVID-19時代の病院を取り巻く環境は激動し続けているなか、持続可能な地域医療提供体制を確保するための病院経営の強化策として、患者を中心として医療施設間の連携の推進をしながら、継続的に一定の投資や、経済的利益を獲得することの必要性を提言した。病院は既存の医療資源を、新しいサービス・事業分野や市場などへ投入した成功経験を医療業界に広く共有することが社会の持続発展を促進する意義を有するものとする。

筆者は、着実に進む少子化や高齢者人口の急増と、COVID-19が長期化している日本において、今後、病院の経営を取り巻く環境が一層厳しくなっていく、そのため、医療機関は明確な経営戦略の策定にさらに注力するべきであるとする。

本研究の課題として以下数点をあげておく。まず、With COVID-19時代の医療経営の課題の存在を確認し、日本の持続可能な医療経営に必要な提言を行うことを狙ったが、医療機関の経営責任者へのヒアリング調査については、COVID-19の感染の収束が見込めず取まらず、多忙極まる現場を抱える医療機関に協力してもらうのに大きな困難に直面し続けた。次いで、国際比較が大きな意義を有すると確認しながら、海外へのアプローチも困難を極め、今後に預けざるを得ない。また、この領域の研究は学際的なアプローチが求められるため、政策科学や統計学など総合的な知識・分析能力の不足を痛感している。

With COVID-19時代における医療供給体制の危機や、医療経営の危機に関わる課題と解決策の研究は、社会的責任の遂行、地域社会への貢献につながる重要な研究テーマとなり得る。今後、国民に信頼される医療と持続可能な医療を実現するために、医療経営の多角化という新しい分野において、より一層の研究を展開していきたい。

<注 釈>

¹ 藤高美海 (2021) 「北九州市立大学大学院社会システム研究科」『社会システム研究』、第19号、39頁。

² WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (ダッシュボード) を参照。
<https://covid19.who.int/>

³ 厚生労働省「新規陽性者数の推移(日別)」を参照されたい。
https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1

⁴ 厚生労働省 (2022) 『データからわかる—新型コロナウイルス感染症情報』。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html>

⁵ 松下由美 ほか (2022) 『We should pay more attention to sex differences to predict the risk of severe COVID-19: men have the same risk of worse prognosis as women more than 10 years older (和訳: COVID-19の重症化リスクを予測するために男女差にもっと注目すべきである: 男性の重症化リスクは10歳以上年上の女性と同等)』、J-STAGE、1頁。
<https://covid-registry.ncgm.go.jp/achievements/#section03>

- ⁶ WHOのコロナウイルス (COVID-19) ダッシュボード (2022年9月11日)。
<https://covid19.who.int/region/wpro/country/jp>
- ⁷ 世界貿易機関「Trade set to plunge as COVID-19 pandemic upends global economy」より。
- ⁸ 帝国データバンク (2021)『医療機関の倒産動向調査』報告書、2頁。
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/pdf/p220102.pdf>
- ⁹ “Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2020”, United States Census Bureau (September 14,2021).
<https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2021/income-poverty-health-insurance-coverage.html>
- ¹⁰ 厚生労働省「新型コロナワクチンについて」。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_00184.html
- ¹¹ The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE (ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン)は、マサチューセッツ内科外科学会によって発行される、英語で書かれた査読制の医学雑誌である。
- ¹² “Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant”, Jamie Lopez Bernal,F.F.P.H.al (July 21, 2021).
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2108891>
- ¹³ 2022年9月14日時点、総接種回数3億2041万9,327回である。第1回目の接種人数は1億0417万5,105人の全人口に占める割合は81.5%である。第2回目 (102,767,314人) の全人口に占める割合は80.4%で、第3回目 (8195万1,221人) は65.1%である。
 首相官邸『新型コロナワクチンについて』により、2022年9月14日。
<https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html>
- ¹⁴ 国立感染症研究所実地疫学研究センター (2022)『新型コロナウイルス感染後の20歳未満の死亡例に関する積極的疫学調査 (第一報) : 2022年8月31日現在』、2頁。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000990106.pdf>
- ¹⁵ WHOのGlobal Health Observatory Data Repository (2017) 調査データにより。
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>
- ¹⁶ 藤高美海 (2022)『医療法人の多角化経営モデルに関する研究』、博士学位請求論文 (北九州市立大学大学院、甲第113号)、67頁。
- ¹⁷ G-MISでは、全国の医療機関 (約38,000) から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器 (人工呼吸器等) や医療資材 (マスクや防護服等) の確保状況等を一元的に把握・支援する。
- ¹⁸ 即応病床とは、COVID-19感染症患者の受入要請があれば、空床にしておくなどにより、いつでも即時受入れ可能な病床である。
- ¹⁹ 患者1人1日当たり医療収益は、診療行為の対価としての収益額の多寡を判断するために用い、WAMによる「値が高いほど収益単価が高いため、収益増加に寄与する」指標である。
 計算式: (入院診療収益+室料差額収益) /年間延べ入院患者数
- ²⁰ DI (diffusion indexes : ディフュージョン・インデックス) とは、景気動向の方向性を示す指数である。各経済部門 (例えば人材採用関連部門、住宅関連部門、機械や設備などの投資関連部門、証券投資関連部門など) について、各指標の数値が上昇しているのか低下しているのかを調べ、景気がどれくらい波及しているかを把握するためのものである。DI=拡張系列数/採用系列数×100 (%)
- ²¹ With COVID-19のITなどによる業務省力化の推進により、業務省力化の推進医師と看護基準の緩和もできると考えられる。問い合わせや受付・案内の業務を減らすことができる。例えば、HPやLINEで最新情報やQ&Aなどのサービス提供を徹底すると電話による問い合わせや診察時の質問が激減し、一人ひとりの生産性を高めることができる。
- ²² 藤高美海 (2022)『医療法人の多角化経営モデルに関する研究』、博士学位請求論文 (北九州市立大学大学院、甲第113号)、104頁、193頁。
- ²³ 藤高美海、上掲、197頁～198頁。

<主要参考文献>

01. 池上直己 (2018)『医療管理：病院のあり方を原点からひもとく』、医学書院。
02. 井上貴裕 (2014)『戦略的病院経営マネジメント』、清文社。
03. 今村知明ほか (2006)『医療経営学 病院倒産時代を生き抜く知恵と戦略』、医学書院。
04. 岡久ほか (2010)『医療・福祉施設安定経営のための「人材確保」と「多角化」戦略』、同友館。

05. 川村一彦（2015）『超高齢化時代を生き抜く病院経営10の戦略』、幻冬舎。
06. 中田範夫ほか（2018）『東アジアの医療福祉制度－持続可能性を探る』、中央経済社。
07. 日本ヘルスケア（2020）『ウィズコロナ時代の医療・介護経営：逆境下のリスク管理と増患・増収策の実践法』、日経BP。
08. マイケル・E・ポーターほか（2009）『医療戦略の本質-価値を向上させる競争』、日経BP社。
09. マイケル・E・ポーター（1985）『競争優位の戦略－いかに高業績を持続させるか－』、土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社。
10. 松本勝明ほか（2015）『医療制度改革ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』、旬報社。
11. 真野俊樹（2018）『医療で「稼ぐ」のは悪いことなのか？』、薬事日報社。
12. 真野俊樹（2012）『医療が日本の主力商品となる』、ディスカヴァー・トゥエンティワン。
13. 真野俊樹（2003）『21世紀の医療経営-非営利と効率の両立を目指して-』、薬事日報社。
14. 吉原健二（2021）『医療経営白書2021年度版-コロナ後に問われる病医院経営の戦略と戦術』、日本医療企画。