

医療法人の多角化経営モデルに関する研究

2022年3月

北九州市立大学大学院社会システム研究科

博士（学術）学位請求論文

藤高 美海

## 医療法人の多角化経営モデルに関する研究

### 論文要旨

日本は世界一の超高齢化社会になるに伴い、医療保険の「収入」と「支出」のアンバランスが深刻化し、優れた国民皆保険の持続性が揺らいでおり、医療制度の構造的課題・医療体制の危機・医療機関の経営不振など、少子高齢化社会がもたらす負の連鎖が顕著になっている。激しい経営環境の変化のもとで、医療経営を安定的に維持することの重要性はますます高まり、医療法人の持続と発展の維持は重要な課題と考えられる。

本研究の目的は、日本の急速な少子高齢化の進展、高齢者医療需要の急増に反する、財政難による医療費削減や過疎地域医師不足など医療制度の構造的課題、病床分布の偏在や救急医療のキャパシティ不足などによる医療システムの機能不全（医療崩壊）、医療経営視点の欠落などの課題を分析し、その回避策の提言を行うこと、さらに具体的に経営戦略論の視点から、医療法人の多様な新規事業分野への進出を図る多角化経営戦略の機能と役割、（筆者が発掘した）多角化成功モデルの仕組みと経営改善効果に対する考察を行い、今後の医療業界に経営の課題解決策を提言することにある。

筆者は自身の医療職勤務の経験と、旅行業国家資格保有者としての医療インバウンド事業の経営実務経験を基に、修士課程（MBA 大学院）における研究では、ハイレベルの健診や観光・温泉・旅館などおもてなしサービスを海外富裕層向けに提供するビジネスモデルの構築を試み、実態調査を通じて海外顧客から高い評価を受け、根強い需要があることを判明した。海外から多くの健診者・患者が来日すれば、医療機関にとっては収益増加が期待でき、経営業績の改善につながると同時に、関連サービス産業にも波及効果が見込まれている。それにより、国税の増収に繋がり、最終的に国民にその恩恵が巡ってくるとの好循環が期待できる医療観光産業振興の重要性を示した。

多角化経営戦略とは、企業の経営資源を新しい製品やサービス、新しい市場への組み合わせによって新しい分野へ投入することで、事業の拡張を目指す戦略の一つである。医療経営の場合、多角経営戦略によって、コスト面や付加価値面におけるシナジー効果が期待できる。経営戦略の仕組みと多角化経営の成功経験を医療産業に広く共有することがその持続発展の促進につながると確信している。

アプローチの方法として、医療制度の構造的課題、医療崩壊に関する各種公開資料、先行研究成果を収集し、危惧されている医療崩壊の実状・真因と回避策の探求を進めたうえ、経営戦略論の視点から医療法人の経営戦略立案の重要性を提示し、また、医療機関の人脈を活かした医療法人の多角化経営の実態に関するインタビュー・ヒアリング調査・アンケート調査の実施と分析を行い、経営改善のための政策提言を試みた。

本論文の構成は以下のとおりに記しておく。

序章では、本研究テーマ設定の目的、研究の背景と問題意識、先行研究の整理、研究方法の提示、本論文の構成について述べている。

第一章では、「日本医療制度の構造的課題分析」をテーマに、OECD（経済協力開発機構）先進諸国における医療制度を対象に、国際比較を通して日本の医療制度の特徴と構造的課題を分析している。

第二章では、「日本における医療崩壊に対する考察」をテーマに、最初に医療崩壊を医療システムの機能不全と定義したうえで、代表的な OECD 先進国と国際比較しながら、日本の医療崩壊の特徴を掴み、その発生の真因を分析し、医療崩壊に歯止めをかける政策提言を行った。

第三章では、「医療機関の経営戦略に関する考察」をテーマに、マイケル・ポーターの競争戦略論に代表される経営学の先行研究を整理し、経営戦略の分析視点（SWOT 分析、5 フォース分析、バリューチェーン分析、ポーターの 3 つの基本戦略など）と多角化経営思考（アンゾフのマトリクスやドラッカーの多角化戦略など）を用いて、医療経営の特性も考慮に入れた医療機関の経営戦略構築の枠組みを提示した。

第四章では、「日本の医療法人の多角化経営戦略に関する実態調査分析」をテーマに、医療法人の多角化経営の成功モデルを発掘するべく経営者インタビュー並びに質問紙を用いたサーベイ調査を試み、医療法人の多角化経営の現状と課題を考察した。

第五章では、本論各章での分析によって得られた研究の発見を整理し、総合的な考察を行ったうえで、課題の解決策を提言した。

むすびでは、本研究を通じて得られた研究成果・限界・課題をまとめるとともに、医療法人の多角化経営領域に関するさらなる展開の道筋を提示した。

医療の多角化経営戦略は、今後も With COVID-19 時代における医療法人の持続発展に促進効果があることと考えられる。それについてさらなる探求を継続していくことを今後の研究課題としたい。

# A Study on the Business Diversification of Medical Corporations in Japan

## Abstract

As Japan becomes the world's worst super aging country, the imbalance between the incomes and spending on health insurance is growing, the sustainability of national health insurance has been shaken. Furthermore, the trend of declining birthrate and aging population has caused a crisis of the medical system and the difficulties within medical institutions. Moreover, under the rapid changing of the business environment it is even more important for medical institutions to maintain stable operations. Therefore, the sustainable development of medical corporations has become an even more important subject.

The purpose of this study is to analyze the structural issues of the medical system such as the reduction of medical expenses due to financial difficulties and the shortage of doctors in depopulated areas, issues such as dysfunction of the medical system (collapse of medical care) due to lack of medical capacity and lack of medical management perspective, under the rapid progress of Japan's rapidly declining birthrate and aging population, and the rapid increase in medical demand for the elderly, and make policy recommendations for the workaround. Furthermore, this paper aims to comprehensively consider the functions and roles of diversified management strategies aimed at expanding into various new business fields of medical corporations, the mechanism of the diversification success model discovered by the author, and the effects of management improvement, from the perspective of management strategy theory, and propose solutions to management issues for the medical industry in the future.

Based on the author's experience in medical clinical work, national qualifications in the tourism industry, and experience in operating inbound medical service industries, research paper in my business school conducted analysis on the business models of overseas VIPs for high-level health check-ups, tourism, hot springs, hotels, etc., and the actual survey confirmed that overseas customers have a high evaluation and strong demand for medical tourism. At the same time, the importance of revitalizing the medical tourism industry has been studied. If more health examiners and patients come to Japan for medical examinations and medical treatment from overseas, not only it can increase the income of medical institutions and improve business performance, but it can also generate a good chain reaction in related service industries. The author also showed that the medical tourism industry can increase national taxation and is expected to achieve a virtuous circle that will ultimately benefit the people.

The diversified business strategy combines the company's operating resources with new products, new services, and new markets to invest in new areas and expand the business. As far as medical management is concerned, diverse business strategy can synergize cost and added value. Therefore, having a wide range of standard business strategy mechanisms and successful experience of multiangled operation is of great significance to promote the sustainable development of the medical industry.

As a method of approach, this paper collects structural issues of the medical system, various public materials on medical collapse, and the results of previous research, and pursues the actual situation, root cause, and avoidance measures of the feared medical collapse. It presented the importance of medical corporations management strategy planning from the perspective of management strategy theory. In addition, we conducted interviews and hearing surveys on the actual situation of diversified management of medical corporations utilizing the personal connections of medical institutions, conducted and analyzed questionnaire surveys, and tried to make policy proposals for management improvement.

The composition of this paper is as follows.

The preface discusses the purpose, research background and problem consciousness of setting the subject of this study, the compilation of literature review, tips of research methods and the composition of this thesis.

In chapter 1, with the theme of "Analysis of structural issues of Japan's medical system" the author analyzes the characteristics and structural issues of the medical system in the advanced representative countries of OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) member countries through international comparison.

In chapter 2, with the theme of "Examining the Medical Collapse in Japan," the author first defines the medical collapse as the dysfunction of the medical and health care system, and combines the representative OECD to join the developed countries from the perspective of international comparison, grasp the characteristics of the medical collapse in Japan, analyzes the real causes of its occurrence, and puts forward policy recommendations to avoid the medical collapse.

In chapter 3, has the theme of "Investigating the Business Strategy of Medical Institutions" and sorting out related research on the business management represented by Michael Porter's competitive strategy theory, it analyzes the perspective of business strategy (as SWOT Analysis, Five Force Analysis, Value Chain, Porter's Three Generic Strategies, etc.) and the thinking of diversification management (as Drucker's Diversification Strategy, Ansoff's Matrix, etc.) to analyze, proposes the construction framework of medical institution management strategy that incorporates the

characteristics of medical management.

In chapter 4, with the theme of " case study and survey analysis on diversified management strategy of medical corporations in Japan," the author makes an interview and practical investigation into the successful models of multi angled operation of medical corporations, and based on the strategic framework of medical management, combined with the questionnaire survey results, discusses and analyzes the status quo and existing problems of the diversified operation of medical corporations.

In chapter 5, the research results from the analysis of each chapter of this thesis are collated and comprehensively examined, and the strategies for solving the problem are put forward.

In the end, the author summarizes the research results, limitations and topics obtained through this study, and points out the direction for developing the multiangled operation field of medical corporations.

In the future, the multi corner management strategy of medical care will continue to promote the sustainable development of medical institutions in the With COVID-19 era. Therefore, further in-depth discussion of this thesis will also become a future issue.

# 医療法人の多角化経営モデルに関する研究

## 論文目次

序章 本論文の目的と構成 .....	1
第1節 テーマ設定の目的 .....	1
第2節 研究の背景と問題意識 .....	1
第3節 先行研究と研究方法 .....	2
第4節 本論文の構成 .....	8
第一章 日本の医療制度の構造的課題分析 .....	12
第1節 問題提起 .....	12
1.1 医療制度とは .....	12
1.2 本章テーマ設定の背景と狙い .....	13
1.3 内容構成 .....	15
第2節 世界の代表的な医療制度 .....	15
2.1 国営タイプの代表国イギリスの医療制度の特徴 .....	15
2.2 民間保険タイプの代表国アメリカの医療制度の特徴 .....	16
2.3 社会保険タイプの代表国日本の医療制度の特徴 .....	18
2.4 世界の代表的な医療制度の特徴に関する比較考察 .....	19
第3節 日本における医療制度の構造的な課題 .....	20
3.1 日本の医療制度に対するプラス評価 .....	20
3.2 OECDにおける先進国の医療制度の国際比較 .....	21
3.3 日本医療制度の構造的な課題 .....	24
第4節 日本医療制度の構造的な課題の発生要因と解決方策 .....	27
4.1 人口構造の変容 .....	27
4.2 医療提供体制にみるジレンマ .....	28
4.3 課題解決の方策 .....	31
本章のまとめ .....	37
第二章 日本における医療崩壊に対する考察 .....	41

第1節	問題提起	41
1.1	医療崩壊とは	41
1.2	本章テーマ設定の背景と狙い	42
1.3	内容構成	43
第2節	医療崩壊のパターン分析	43
2.1	イギリス型医療崩壊の特徴	43
2.2	アメリカ型医療崩壊の特徴	47
2.3	日本型医療崩壊の特徴	49
2.4	医療崩壊に関する国際比較考察	52
第3節	日本における医療崩壊発生你真因	54
3.1	行政による過剰な規制	54
3.2	医療現場専門人材の供給不足	56
3.3	医療機関における事業経営視点の欠落	59
3.4	COVID-19感染拡大の影響	64
3.5	医療崩壊に関するヒアリング調査	69
第4節	医療崩壊がもたらす緊急課題と回避策の提言	72
4.1	医療崩壊がもたらす緊急課題	72
4.2	医療崩壊回避策の提言	73
	本章のまとめ	74
<b>第三章 医療法人の経営戦略に関する考察</b>		<b>79</b>
第1節	医療経営の特性	79
1.1	医療機関と医療法人の特殊性	79
1.2	医療経営の特徴	86
1.3	医療経営が直面する課題	94
第2節	医療経営をめぐる戦略的思考	102
2.1	企業法人と医療法人にとっての経営戦略	102
2.2	競争戦略論の視点から	106
第3節	多角化の経営戦略	113
3.1	多角化経営とは何か	113
3.2	多角化の動機と分類	116

3.3 医療法人にとっての多角化戦略と組織形態 .....	119
本章のまとめ .....	124
<b>第四章 日本の医療法人の多角化経営戦略に関する実態調査分析 .....</b>	<b>126</b>
第1節 事例Ⅰ 地域住民のニーズに応じた持続可能な医療・介護の取り組み ～ふらて会グループ～ .....	126
1.1 地域医療福祉の現状と課題 .....	127
1.2 ふらて会グループの沿革と現況 .....	130
1.3 ふらて会グループ経営戦略の特徴と実践 .....	132
1.4 多角化経営戦略の分析 .....	143
第2節 事例Ⅱ インバウンド客を対象とした医療の国際化に向けた取り組み ～聖路加国際病院～ .....	146
2.1 医療インバウンドの現状と課題 .....	146
2.2 聖路加国際病院の沿革と現況 .....	152
2.3 聖路加国際病院における経営戦略の特徴と実践 .....	157
2.4 多角化経営戦略の分析 .....	163
第3節 医療法人の多角化経営に関するアンケート調査 .....	168
3.1 アンケート調査の目的 .....	168
3.2 アンケート調査実施の概要 .....	168
3.3 アンケート調査結果の整理 .....	169
3.4 結果からの考察 .....	183
本章のまとめ .....	185
<b>第五章 総合考察と提言 .....</b>	<b>188</b>
第1節 本研究の発見と課題の析出 .....	188
1 日本における医療制度の特徴及び課題 .....	188
2 日本における医療崩壊発生の特徴と真因及び課題 .....	189
3 日本における医療法人の多角化経営の実態及び課題 .....	190
第2節 課題に関わる解決策の提言 .....	192
本章のまとめ .....	195

むすび .....	<b>197</b>
1 本研究の成果と含意 .....	197
2 積み残した課題 .....	198
3 今後の展望 .....	199
主要参考文献.....	<b>200</b>
付録Ⅱ .....	<b>205</b>
謝辞.....	<b>208</b>

## 序章 本論文の目的と構成

今までになく医療制度、医療業界全体をめぐる環境は激変し、医療法人の経営は今後さらに厳しさを増していくと予想されている。経営環境の変化に適応できなければ存続そのものが危ういことになり、したがって医療機関には、かつてなく質の高い医療サービスを提供することや経営面における競争力の強化が強く求められている。すなわち戦略的医療経営に関する総合的な調査研究、政策提言が緊急を要し、かつ有意義な領域であるとの認識から、自らの研究テーマに選んだ。本章では、研究テーマ設定の目的、研究の背景と問題意識、先行研究の整理、研究方法の提示、本論文の構成について要約的に整理することにする。

### 第1節 テーマ設定の目的

本研究は、医療法人の多角化経営モデルに関する研究である。

日本は世界一の超高齢化社会になるに伴い、医療保険の「収入」と「支出」のアンバランスが深刻化し、優れた国民皆保険の持続性が揺らいでいる。医療制度の構造的危機・医療システムの崩壊・医療経営の不振など、少子高齢化社会がもたらす負の連鎖が顕著になっている。また、激しい経営環境の変化の下で、医療経営を安定的に維持することの重要性は高まり、医療法人の持続と発展は大きな困難に直面している。

そこで、本研究の目的は、高齢化社会がもたらす医療制度の課題、医療システムの機能不全（医療崩壊）を分析し、その回避策の提言を行うのにあわせて、医療法人の多角化経営の成功事例を発掘し、具体的な成功モデルにどのようなパターンが存在するかを考察し、今後の医療経営の課題解決の方策を探る提言をすることである。

本論文においては、修士論文よりもさらに調査研究を拡大するとともに、具体的に複数の視点から医療法人の多角化経営戦略を体系的に考察することに決め、なかでも多角化医療経営の課題と解決策について明らかにしたい。

医療機関の経営を取り巻く環境の急変化のなか、明確な経営戦略がすべての医療機関に求められている。本研究により、医療法人に多角化経営を周知したいと考える。少子超高齢化社会を迎える中では、医療法人が生き残るため、事業体として成長を続けるため、そして社会と地域によりよく貢献するためには、多角化が経営戦略の一つとして重要であると考えられる。

### 第2節 研究の背景と問題意識

21世紀初頭に日本が世界一の超高齢化社会になるに伴い、国民医療費の増加や医療機関の赤字経営と医療事故の多発により国民の不信感が強まっている。国民の健康生活を支えてきた医療制度を維持するためには、医療制度の構造的な課題に対する考察と政策提言が

強く求められている。

また、少子高齢化の進行による「肩車社会」の到来に伴い、様々な社会問題が噴出するなか、COVID-19（新型コロナウイルス感染症）の蔓延が、かねてから危惧されてきた「医療崩壊」の課題を更に顕在化させた。医療崩壊の現状がありのままにクローズアップされ、これから超高齢化社会を迎えることをふまえ、持続可能な保健医療システムの再構築が極めて重要な課題だと考える。

さらに、今までになく急速に医療経営環境は変化し、今後さらに加速すると予想される。医療機関にはいつでも質の高い医療サービスを提供することや経営面でも競争力の強化が求められる。経営環境の変化に適応できなければ存続は危ういことになり、戦略的医療経営を行うことが求められる。

医療法人の経営戦略は、競合他機関を出し抜いて自分だけ利益を独占するのではなく、患者を中心として地域と連携し、地域を支え続ける戦略である。患者に対し安心、安全な医療を提供し、継続的に一定の投資もしつつ経営戦略を活かし経済的利益を得る事も必要であろう。

世界的人口増加、経済成長に伴う医療ニーズの増大が続くなか、①少子高齢化に伴う病床過剰、②過疎地域医師不足、③医療システムの崩壊、④医療経営視点の欠落など問題が深刻化しているなかで、医療法人の多様な新規事業分野へ進出を行う多角化経営戦略はどのような機能と役割を果たすのか、具体的成功モデルはどのようなパターンが存在するのかを明らかにすることが喫緊の課題である。本テーマに関わる研究は、筆者自らの実務経験と今までの調査研究の体験から成り立っている。

### 第3節 先行研究と研究方法

まずは、医療制度、医療保健システム機能不全に関する国内外先行レビューや公開資料を収集と分析し、枠組みを定める。次に、医療機関の人脈を活かした医療法人の多角化経営の実態に関するサーベイ調査と分析をする。さらに、事例研究対象の医療法人に対するインタビュー、ヒアリング調査による情報収集と分析をする。最後に、医療法人の多角化経営戦略の枠組みを抑え、実態調査の成果をふまえた多角化経営モデルを考察する。

ここでは、医療制度に関する代表的先行研究成果を簡潔に紹介しておく（表1）。

島崎（2015）は、地域医療構想の策定や在宅医療、地域包括ケアの推進など医療制度改革が進められているなか、国民皆保険の考察と医療提供体制の課題・人口構造の変容・介護など医療制度に及ぼす影響の分析を行った。島崎は医療制度の財政制約が厳しく、生産年齢人口の激減、医療制度などが細部まで整っていないと述べている<sup>1</sup>。それと類似する真野（2017）は日本の財政が危機に瀕するなか、高齢化と技術進歩に起因する医療費の高額化問題で、旧来の日本の医療が達成してきた「医療の高い質」・「安いコスト」・「素早いアクセス」の三つの併存は不可能であるとして、今後患者と医療提供者に求められるイノベーションの観点

から、今後起こりうる医療崩壊を防ぐ方策を述べた<sup>2</sup>。

ブルーノ（2010）は、先進国の医療制度の機能と改革を分析して医療費の膨張を抑え込むことは可能であると主張した。先進国の医療制度の歴史や医療成果の国際比較と具体的改革事例を通して、医療サービス利用の平等性・高度な医療技術・均衡のとれた公的財源を同時に担保することは可能と述べた<sup>3</sup>。そして、高岡（1993）はアメリカ医療の光と陰を制度面から指摘した。スウェーデン・デンマーク・オランダ・フランス・ドイツ・イギリス・オーストラリア七先進国の医療制度を分析した結果、日本と違って、七先進国の看護師配置密度の高さと診療スタッフ数・病院職員数のバランスに着眼し、それらが医療制度合理性の基本であると評価している。また、七先進国の医師というプロフェッショナルに対して相応の処遇を保障し、医療現場ではその裁量権を幅広く認め、優遇している点に注目している<sup>4</sup>。

また、松本・他（2015）は近年医療制度に関する多くの問題が積み重ねられ、様々な改革が実施されているドイツ・フランス・イギリスを対象として、医療制度が直面する課題やその解決方法について考察分析した。日本の医療制度も高齢化進展と医療技術の進歩など同様の問題に直面している。質の高い医療を効率的に提供し、財政的な安定と医療費の公平な負担を実現することが共通する課題であると述べた。これら3カ国の改革は、そのすべてが直接的に日本に適用できるわけではなく、その考え方や手段を活かして日本の実情をふまえた日本の医療制度への選択的取り込みが現実的であると示唆した<sup>5</sup>。

さらに、田中・他（2007）は、各国医療制度の改革の手法を国際的に比較し、日本の医療制度の歩むべき道を考察した。先進諸国の医療保障や患者負担などプライマリーケア<sup>6</sup>の国際比較をし、英米の医療政策評価分析を通じて、日本の医療制度改革の必要性がさらに高まると示した<sup>7</sup>。さらに、加藤（2018）は、医療4.0は第4次産業革命に関連し、テクノロジー（ロボットを使った遠隔手術・AIによる画像診断・VRを用いたリハビリ・オンライン診療の普及など）が医療現場でも活用されるような時代になると述べた。現役世代の減少と社会保障費の増大、「団塊の世代」が70歳を超え、その子どもの団塊ジュニア世代も45歳間近になるという現実のなか、2030年に向けてのマンパワーの確保や業務負担の見直し、生産性向上など、テクノロジーの最大活用が今後求められていると主張した<sup>8</sup>。

島崎と真野は、日本の人口減少と高齢化が加速する現在、高齢化が進めば医療費の増加は避けられないことを予見した。国の医療制度は細部まで整っておらず、地域医療構想は現状のままとなっている。医療給付負担の不均衡による高齢者負担をどう見直すべきか、今後の課題である。ブルーノ・高岡・松本・田中は先進国の医療制度と改革を比較考察した結果、低医療費問題、医師看護師不足、医療機関の経営危機など日本の医療制度にひそむ具体的な問題をクローズアップさせた。日本医療のパフォーマンスは比較的の高い評価を与えられたが、人口の高齢化や財政の行き詰まりなど解決が容易ではない状況に直面し、診療所と病院の地域連携の効率化問題も問われている。

これまでの医療制度に関する文献資料では、医療保険・医療危機・年金・介護・福祉などサービスや医療政策改革の展開に対する関心が高まっているが、医療制度の特徴、構造的課

題に関する先行研究成果が少ないことが分かった。

表1 医療制度に関する先行研究\*

氏名	日本における具体的な医療制度の課題	政策提言の有無
島崎謙治	医療提供体制改革（地域医療構想の策定、医療スタッフの確保、医師の養成）	有
真野俊樹	高齢化の医療財政の影響、高額医薬品、高度技術の医療財政への影響	有
ブルーノ・パリエ	公的費用増加（支出が収入より急速増加）、医療保険の改革（医療制度を取り巻く政治・経済環境）、医療費の増加	有
高岡善人	看護師不足、医師優遇税制（開業医増え）、中央社会保険医療協議会の弊害（医療費の審議）、公的病院の独立採算性（赤字経営）	有
松本勝明	医療費自己負担（3割）はドイツより高率・高額、高齢化進展と医療技術の進歩、地域医療提供体制（医師偏在）、入院診療報酬（在院日数が長い）、医療保障体制（高齢者の医療保険制度）	有
田中滋	厚生労働省の政策評価制度、グローバル化のもとの医療政策の影響	有
加藤浩晃	現役世代の減少、社会保障費の増大	有

※日本における具体的な医療制度の課題を中心に整理。

出所：筆者作成。

続いて、国内外における医療崩壊をめぐる先行研究レビューを進めることによって分析の枠組みを定めることとする。医療崩壊に関わる政策や現場の課題、医療の再生に関する調査研究は徐々に増えているが、医療崩壊の定義について、専門家の間でも明確に定まっていない状況である。ここでは、医療崩壊に関する代表的な先行研究成果を簡潔にまとめておく（表2）。

保坂（2001）は、日本の国民医療費がすでに30兆円を超え、介護保険も暗雲立ちこめる悲惨な状況の中、医師が集まらない・医療機器の導入失敗・経営方針の曖昧などが医療機関倒産の原因になっていると主張している<sup>9</sup>。本田（2015）は、日本の社会保障制度が年々悪化しているにも関わらず、防衛費や公共事業などには巨額の資金を投じており、医療環境は先進国で最低水準までに悪化したと指摘している<sup>10</sup>。

日本の医療機関にとって深刻な危機になった原因について、様々な視点からの研究が行われてきている。佐野（2009）は、日本の医療クライシス（崩壊）を引き起こした原因は、医師や看護師不足・医療過誤と訴訟の増加・救急医療の崩壊・医療費の無駄遣い・終末期医療の不備などを指摘している<sup>11</sup>。小松（2006）は、大病院の現場にみる医療費抑制と安全要求は日本の医療機関にとって二つの強い圧力となり、労働環境の悪化と医師の病院離れを強調している<sup>12</sup>。鈴木（2006）は、過疎地の医師不在による名義貸し、地方と都市の医療格差・臨床医の研修制度・全国的な医師不足・産婦人科の減少・小児科医の不足等が原因で日本の医療を崩壊させたと主張している<sup>13</sup>。また、上（2012）は、「名義貸し」報道から地域医

療の崩壊が始まって、新臨床研修制度による崩壊の加速、医療訴訟の増加などが構造的な医療崩壊をもたらしていると論じている<sup>14</sup>。

表 2 医療崩壊に関する先行研究

氏名	明確な定義の有無	分析方法	医療崩壊の具体的な側面	政策提言の有無
保坂正康	無	実態調査 報道情報	①病院・医師の密室性、②医療事故隠蔽、③IT時代の医療不安、④病院経営の二極化など。	有
本田宏	有	実態調査 報道情報 内部報告	①たらい回し・医師不足・後期高齢者医療制度・患者負担増により国民皆保険制度崩壊、②医療費の削減、③医療者が正しい情報調査・発信できず、④厚労省の統制強化、⑤医師数不足未解決など。	有
佐野継男	無	報道情報 内部報告	①医師・看護師不足、②医療訴訟の増加、③救急医療の崩壊、④医療費の無駄遣いと経営赤字、⑤専門医の養成とチーム医療不足など。	有
小松秀樹	無	実態調査 報道情報	①医療費の抑制、②労働環境の悪化による医師の離職、③医療事故、④大学・医局・厚生労の問題など。	有
鈴木厚	有	実態調査 報道情報	①臨床医の研修制度、②医師・看護師不足、③産婦人科減少、④小児科医不足など。	有
上昌広	無	実態調査 報道情報 内部報告	①医師不足・医師偏在・名義貸し報道による地域医療崩壊、②新臨床研修制度による崩壊加速、③医療訴訟の増加、④医師賠償責任保険の破綻、⑤患者のたらい回しなど。	有
村上正泰	有	実態調査 報道情報 内部報告	①救急医療たらい回し、②医療事故多発で医患不信、③医師不足、④病院閉鎖と病床削減で地域医療崩壊、⑤患者負担増、⑥医療費の削減、⑦社会保障費削減など。	有
勝又健一	無	実態調査 報道情報	①医局崩壊、②地方医師不足、③診療科偏在など。	有
笹井恵里子	無	実態調査 報道情報	①高齢者増、②医師不足など。	有
マイケル E.ポーター	無	報道情報 内部報告	①アメリカ医療費の高さや質のばらつき、②医療ミス の頻発、③医療へのアクセス制限など。	有

出所：筆者作成。

一方、元財務官僚の村上（2009）は、医療制度のゆがみとそれを生んだ政策決定について述べ、医療崩壊の究極的な責任は国民自身にあり、医療費抑制政策にもあり、「これまでの医療政策は、医療費削減をすべてに優先させてきた悪しき財政再建至上主義の上に成り立ってきた」と指摘している<sup>15</sup>。勝又（2009）は、医療人材コンサルタントの視点から、医師の絶対数不足の問題が医療崩壊の主因であると強調している<sup>16</sup>。笹井（2019）は、救急車の現場到着時間が年々延び続けるなかで、搬送される高齢者は増え、患者を診ることのできる救急医師が少ないため、助けるべき命が万全の治療を受けられないことにより救急医療崩壊につながっていると主張している<sup>17</sup>。

マイケル E. ポーター（2009）は、アメリカの医療は医療費の高さや質のばらつき、ミス の頻発、医療へのアクセス制限といった多くの問題を抱え、危機的状況にあると指摘した上で、患者にとって医療の価値との間にある根本的なずれである医療競争を改革するには、医療技術や医療の法制度の問題ではなく、医療におけるマネジメントや組織の問題を解決する必要があると強調している<sup>18</sup>。

これまでの医療崩壊に関する文献資料まとめ（表 3）では、医療政策問題から医療現場の医師不足・偏在・救急医療の崩壊、医療の安全性と政策改革や提言に対する関心が高まっているが、国際比較と医療マネジメントの視点を持つ医療崩壊の真因に関する先行調査研究の成果が少ない。また、医療崩壊については明確な定義や判断基準が存在していない。

表 3 医療再生に関する先行研究

崩壊の主因	医療再生に関する主な提言	著者
医療政策	医療費増額、医師配置体制の確立、皆保険高負担の高医療、研修医の徴医制度、傷病手当金廃止、医療証の IT 化など。	保坂、本田 佐野、上 村上、小松、鈴木
医師不足 医師偏在	医師増員、医学部定員増、メディカルスクール創設、女性医師の待遇改善、医師配置、開業医は地域で不足する医療機能を担う、チーム医療など。	保坂、本田 佐野、上 村上、鈴木、勝又
医療訴訟	医療審判所設置、無過失医療保障制度、医療行為を透明に、医療過誤の予防策を構築、訴訟専用医療保険制度、医療機関・医師のオーデジット、診療報酬体系の改革、医師の技術料引き上げるなど。	保坂、本田 佐野、上、小松
救急崩壊	救急専門医養成、救急専門医の相応報酬、救急医療システムの全国普及、病診連携など。	本田、佐野 村上、笹井
その他	患者と住民の協力、優秀な指導者の養成、医療機構の民間経営など	

出所：筆者作成。

表 4 経営戦略に関する先行研究

専門家名	経営戦略に関する論点	医療経営 関連の 有無
ホファー& シエンデル <sup>19</sup>	経営戦略は企業がその経営目的を達成する方法を示すような、現在ならびに予定した資源展開と環境との相互作用の基本的パターンである。 4つの構成要素：領域、資源展開、競争優位性、シナジー。	無
アルバート・ ハンフリー <sup>20</sup>	SWOT 分析 企業が環境適応的に自社の営むべき事業を決定するにあつたては、これまで事業活動を通じて蓄積してきた資源や能力を分析するとともに、外部環境の変化を予測する手法である。4つのカテゴリ：強み、弱み、機会、脅威。	無
真野俊樹 <sup>21</sup>	SWOT 分析（日本の医療機関） ①人口減少地域で高齢者が増加しているエリアの医療機関の SWOT 分析と、②比較的都会であり人口減少がさほど目立たないエリアの医療機関も多くある場所に位置する高機能医療機関との2パターンに分けて、SWOT 分析を行った。	有
マイケル E. ポーター <sup>22</sup>	ファイブフォース分析 <sup>23</sup> 経営戦略を策定するために、事業の特性を分析する手法である。5つの競争要因：新規参入者の脅威、売り手の交渉力、買い手の交渉力、代替品の脅威、競争企業間の敵対関係。  バリューチェーン分析 <sup>24</sup> 企業の全ての活動が最終的な価値にどのように貢献するのかを体系的かつ総合的に検討する手法である。 主活動：購買、製造、出荷物流、販売、マーケティング、アフターサービス。支援活動：主活動を支えるインフラ管理、人事や労務、技術管理など。  ポーターの3つの基本戦略分析 <sup>25</sup> 顧客にとっての価値を中心に競争優位性を築くための手法である。 3つの基本戦略：コスト・リーダーシップ戦略、差別化戦略、集中戦略。  医療競争戦略の本質—価値を向上させる競争 <sup>26</sup> レベルの高い医療を患者に提供した医療従事者が正当に評価され、国民に適切な情報が伝わるポジティブサムゲームにやり方を改めれば、最もコストパフォーマンスの高い医療が実現できると主張している。ポジティブな競争を実現するために医療経営が価値を向上させる競争が必要である。	有
デイビット・ ティース <sup>27</sup>	ダイナミック・ケイパビリティ理論 企業が技術・市場変化に対応するために、資源ベースの形成・再形成・配置・再配置を実現していく、模倣不可能な能力のことであると主張している。すなわち、環境に適応して、組織を柔軟に変化させる企業変革力である。3つの能力は、感知・捕捉・変容である。	無
イゴール・ アンゾフ <sup>28</sup>	多角化戦略 事業経営の多角化による成長には戦略性が必要と考え、製品・市場という点から事業成長の分析を行う方法論として考案している。どのような製品や市場分野を選択すべきかに関する決定は、事業の拡大や多角化に関する戦略的決定であると主張している。4つのタイプは、水平型多角化・垂直型多角化・集中型多角化・集成型多角化である。	有
ドラッカー <sup>29</sup>	多角化戦略 企業がその専門化から可能なかぎり多くの成果を得なければならない。そのような意味で多角化をしなければならないと主張している。ドラッカーの指す多角化とは、自社の強みと共通の技術が共通の分野への進出であり、これを「選択と集中」と表し、推奨するのは選択と集中を前提とした多角化である。	無

出所：筆者作成。

以上の先行研究の結果を参考にしながら、厚生労働省や OECD Health Statistics（医療関連データの国際比較）、帝国データバンクなどにより公開されている関連領域の調査報告書・統計資料を用いて、必要に応じて一部ヒアリング調査も実施し、日本の保健医療システム不全の特徴とその要因を分析し、医療崩壊の課題を考察していく。

これまで先行研究で述べたように、今までになく急速に医療経営環境は変化し、今後さらに加速すると予想される。医療機関としてはいつでも質の高い医療サービスを提供すること、経営面でも競争力の強化が求められる。経営環境の変化に適応できなければ存続は危ういことになる。したがって、医療経営戦略をめぐる国内外先行研究成果を収集・分析し、自らのアプローチの枠組みを定める。代表的な先行研究として、経営戦略（SWOT 分析・ファイブフォース分析・バリューチェーン分析・ポーターの3つの基本戦略分析）、競争戦略（マイケル・ポーターの医療競争戦略の本質、ダイナミック・ケイパビリティ理論）、多角化戦略（イゴール・アンゾフのマトリックス・ドラッカーの多角化戦略）の基本文献、医療経営の複合化・チェーン化、医療機関の機能分化に関する成果の研究を表4にあげられる。自らのアプローチとして、これら先行研究成果の解説・分析することによって、経営戦略、特に多角化戦略の仕組みを提示し、さらに関係領域の調査報告書・統計資料の整理、実態調査（ヒアリング、インタビュー、アンケート調査など）を実施し、効果・実績のある多角化経営のモデル（パターン）を見出すことによって、医療産業に向けに政策提言を行い、医療法人の持続発展の促進に貢献したいと考えている。

#### 第4節 本論文の構成

序章では、本研究テーマ設定の目的、研究の背景と問題意識、先行研究の整理、研究方法の提示、本論文の構成について述べる。

第一章では、日本の医療制度の構造的課題について分析する。第1節では、医療制度とは何か、医療制度の現状と問題点、本章テーマ設定の背景と狙いを要約的に説明する。第2節では、世界の代表的な医療制度供給の概要・分類・特徴・比較考察別に先行研究をふまえて整理する。そして、第3節では、OECDにおける医療制度の国際比較とヒアリングなど調査の結果から医療制度の構造的な課題を説明する。第4節では、人口構造の変容などに伴う医療提供体制の見直しに関する評価をふまえ、医療制度の構造的な課題の発生要因を分析し、将来展望を示す。まとめでは、本章の成果と意義を要約し、医療制度の構造的課題に対する解決の方策を提示する。

第二章では、日本における医療崩壊に対する考察を行なう。第1節では、医療崩壊とは何か、医療危機の現状と問題点、本章テーマ設定の背景と狙い、論点を分類整理しながら説明する。第2節では、世界の代表的な先進国であるアメリカとイギリスの医療崩壊の特徴を日本と比較考察しながら整理する。そして、第3節では、関連調査報告書・統計資料・医療現場向けのヒアリング調査の結果などから医療崩壊の真因を抽出する。第4節では、医療崩壊

の要因に関する検証をふまえ、緊急課題に対する回避策を提言する。まとめでは、本章の成果と意義を要約し、安心と信頼できる保健医療システムの構築への方向を示す。

第三章では、医療機関の経営戦略に関する考察を行なう。第1節では、医療機関と医療法人の特殊性、医療経営の特徴と医療経営が直面する課題など、医療経営の特性を説明する。第2節では、企業法人と医療法人にとっての経営戦略、競争戦略の視点から医療経営をめぐる戦略的思考を整理する。第3節では、多角化経営とは何か、多角化の動機と分類、医療法人にとっての多角化戦略と組織形態など、多角化の経営戦略について研究する。まとめでは、本章の成果と意義を要約し、多角化経営戦略の実行を促進するような制度的・政策的対応が必要と提示する。

第四章では、実態調査をふまえて、医療法人の多角化経営戦略の成功事例を研究する。第1節では、地域住民のニーズに応じた持続可能な医療・介護に取り組んでいる、ふらて会グループの経営戦略の特徴と実践を整理し、多角化経営戦略を分析する。第2節では、インバウンド客を対象とした医療の国際化に向けて取り組んでいる、聖路加国際病院の経営戦略の特徴と実践を整理し、多角化経営戦略を分析する。第3節では、医療法人の多角化経営に関するアンケート調査を実施、経営者が抱えている経営課題を把握する。第4節では、医療法人の多角化経営に関するアンケート調査結果から考察する。まとめでは、本章の成果と意義を要約し、医療法人の多様な新規事業分野へと進出を行う多角化経営戦略の構築への方向を示す。

第五章では、本論文各章の分析から得られた研究の所見を整理し、総合的な考察を行い、合わせて課題の解決策を提言する。

むすびでは、上述の結果に基づいて本研究の成果と限界、課題及び今後の展望について述べる。

- <sup>1</sup> 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおすー国民皆保険の将来』 筑摩書房。
- <sup>2</sup> 野俊樹 (2017) 『医療危機ー高齢社会とイノベーション』 中央公論新社。真野氏は、医学博士と経済学博士の両方の学位を持つ。医療経済と医療経営の研究者であり、中央大学ビジネススクール教授でもある。真野氏は、医師のみならず患者自身のイノベーションも不可欠だと主張している。
- <sup>3</sup> ブルーノ・パリエ (2010) 『医療制度改革ー先進国の実情とその課題』 白水社。
- <sup>4</sup> 高岡善人 (1993) 『病院が消えるー苦悩する医者への告白』 講談社。高岡氏は、医学部教授や病院長を経験し、日本の医療の危機的状況の深刻な実状を早期に告白した。
- <sup>5</sup> 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。
- <sup>6</sup> プライマリーケア (Primary care) とは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される。
- <sup>7</sup> 田中滋ほか (2007) 『医療制度改革の国際比較』 勁草書房、44 頁。
- <sup>8</sup> 加藤浩晃 (2018) 『医療 4.0』 日経 BP 社。
- <sup>9</sup> 保坂正康 (2001) 『医療崩壊 私たちの命は大丈夫か』 講談社。保坂氏は、昭和史研究の第一人者であり、医学・医療と社会の関係性を研究し、最も早く医療崩壊に警鐘を鳴らした。
- <sup>10</sup> 本田宏 (2015) 『本当の医療崩壊はこれからやってくる!』 洋泉社。本田氏は医師・院長補佐での立場から、日本の医師不足や医療政策の問題点などを訴えている。  
本田宏 (2009) 『「医療崩壊」のウソとホント』 PHP 研究所。  
本田宏 (2008) 『医療崩壊はこうすれば防げる!』 洋泉社。  
本田宏 (2007) 『誰が日本の医療を殺すのか』 洋泉社。
- <sup>11</sup> 佐野継男 (2009) 『医療制度崩壊の原因と再生』 早稲田出版。
- <sup>12</sup> 小松秀樹 (2006) 『医療崩壊「医療方かい立ち去り型サボタージュ」とは何か』 朝日新聞社。
- <sup>13</sup> 鈴木厚 (2006) 『ポケット解説 崩壊する日本の医療』 秀和システム。
- <sup>14</sup> 上昌広 (2012) 『日本の医療 崩壊を招いた構造と 再生への提言』 蔭書房。上氏は医学博士、医療ガバナンスを研究し、医療制度の欠陥や医師不足などが招く深刻な医療崩壊が来ると論じている。
- <sup>15</sup> 村上正泰 (2009) 『医療崩壊の真犯人』 PHP 研究所。村上氏は医学博士、元財務官僚である。財務、厚生労働の両省での経験をふまえて、医療崩壊の原因が医療費抑制政策にあると指摘している。
- <sup>16</sup> 勝又健一 (2009) 『医療崩壊の事実』 アスキー・メディアワークス。
- <sup>17</sup> 笹井恵里子 (2019) 『救急車が来なくなる日：医療崩壊と再生への道』 NHK 出版。
- <sup>18</sup> マイケル・E ポーターほか (2009) 『医療戦略の本質ー価値を向上させる競争ー』 山本雄士訳、日経 BP 社。
- <sup>19</sup> Charles W. Hofer & Dan Schendel (1978). *Strategy Formulation: Analytical Concepts*. West Publishing Co. 奥村昭博ほか訳 (1981) 『戦略策定ーその理論と手法ー』 千倉書房。
- <sup>20</sup> アルバート・ハンフリー (Albert Humphrey) 教授は、1960 年代にアメリカスタンフォード大学で企業の長期計画失敗の研究プロジェクトから SWOT 分析を開発した。当初は「SOFT 分析」(S=satisfactory, O=opportunity, F=fault, T=threat) という名称であったが、1964 年 Fault を Weakness に変更し、「SWOT 分析」という名称になった。
- <sup>21</sup> 真野俊樹 (2020) 『はじめての医療経営論』 有斐閣。
- <sup>22</sup> マイケル・E ポーター (Michael E. Porter) はハーバード・ビジネス・スクール教授である (経済学博士、経営学者)。アメリカの国民は 7 人に 1 人は無保険者で、国全体では先進国中で最低と評価される医療システム経営学の第一人者である。ポーター教授による医療改革の提言は、日本でこそ有効に活用されると考えられる。
- <sup>23</sup> M. E. ポーター (1982) 『新訂 競争の戦略』 土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社。
- <sup>24</sup> M. E. ポーター (1985) 『競争優位の戦略ーいかに高業績を持続させるかー』 土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社。
- <sup>25</sup> M. E. ポーター (1982) 『競争の戦略』 土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社。
- <sup>26</sup> M. E. ポーター (2009) 『医療戦略の本質 価値を向上させる競争』 山本雄士訳、日経 BP。
- <sup>27</sup> デイビット・ティース (David J. Teece) 氏は、アメリカのカリフォルニア大学バークレー校ハース・ビジネススクール教授、経営学者。ダイナミック・ケイパビリティは、ティース教授が 1997 年に「ストラテジック・マネジメント・ジャーナル」の論文で提唱した理論である。
- <sup>28</sup> H. I. アンゾフ (1965) 広田寿亮訳 (1969) 『企業戦略論』 産業能率短期大学出版部。  
Ansoff, H. Igor (アンゾフ, H. イゴール)、1918~2002。応用数学者および企業マネジャーという経歴の持ち主であり、戦略経営の父として著名である。アンゾフは 1965 年に出版された『戦略経営論』のなかで、市場における競合という概念をもちい、長期的な計画とその実施による企業経営の重要性を主張している。企業の成長戦略の方向性を分析し、評価するためのツールとして「アンゾフの成長マトリク

---

ス」を使用している。それは、製品（既存・新規）と市場（既存・新規）を軸とした図で示され、「市場浸透」、「市場開拓」、「製品開発」、「多角化」といった4つの方向性に成長戦略を分類する手法である。

<sup>29</sup> ドラッカー, P. F. (2007) 『創造する経営者』ダイヤモンド社。

## 第一章 日本の医療制度の構造的課題分析

グローバル化が進むなか、社会経済の基礎条件が変化すれば、医療制度の改革も求められる。高齢者人口の増加、高価な医療技術の発展、医療に対する需要の増加などによって、医療費は増加しつづけている。人口構造の変容のインパクトは非常に大きく、少子化対策・医師や看護師不足の解決・高齢者医療費・医療提供体制の見直しなどは喫緊の課題である。

本章では、医療経営環境分析の一環として、OECD（経済協力開発機構）に加盟した主要先進国における医療制度に関わる国際比較を通して、日本の医療制度の特徴と構造的課題について分析する。

### 第1節 問題提起

#### 1.1 医療制度とは

医療とは住民の健康状態を回復、保持、増進させることを目的とした各種のサービスをい、これを実現していくための仕組みが医療制度といえる。こうした制度はそれぞれの国や地域の実情を反映し、経済に連動するように運営される場合もあれば、中央集権的に運営される場合もある。WHO<sup>1</sup>の World Health Report 2000 より、医療制度の目標は、高い健康水準の達成・市民の期待への対応・公平な財政負担の3つとしている。その評価には、達成度と達成に要した医療資源の効率性の二つの軸で評価される<sup>2</sup>。

医療制度の分析手法の一つにハーバード式分析（図 1-1）がある。これによると、医療制度はEnd（目的）ではなく、Means（手段）であり、その要素には「財政」「支払」「組織」「規制」「行動」の5つがある。これらの要素を「技術」「倫理」「政治」の側面から、医療制度のパフォーマンス目標である「健康指標」「満足度」「財政保障」の3項目について評価するものである<sup>3</sup>。

図 1-1 ハーバード式医療制度分析



出所：マイケル・R・ライシュ「日本の医療制度のパフォーマンス」より筆者加筆作成。

<https://www.med.or.jp/nichikara/jmari10/190413/kiroku/ki2.pdf>

日本の医療制度は明治時代から欧米の制度を取り入れ発展し、1960年代には国民皆保険を実現し全ての日本国民がいつでも・どこでも平等に医療機関にかかり、進歩した医療技術サービスを受けることができるようになった。その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現し、WHOでも医療の質や平等性という観点から評価して、日本の医療制度は世界一位となっている（表 1-1）。

表 1-1 医療成果の国際比較

項目	イギリス	アメリカ	日本
世界平均寿命（歳）（2021年）	81.4	78.5	84.3
世界平均寿命順位（2021年）	24	40	1
世界男女健康寿命（歳）（2021年）	70.4	66.1	74.1
世界健康寿命順位（2021年）	28	68	1
新生児死亡率（出生千人当たり）（2018年）※ <sup>1</sup>	2.6	3.7	0.8（2019年）
妊産婦死亡率（出産10万人当たり）（2018年）※ <sup>2</sup>	9	14	3.3

※1・※2：引用元の最新資料では2018年度までアップデートされていない。

出所：WHO World Health Statistics（世界保健統計）2018～2021年により筆者加筆作成。

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/world-health-statistics>

## 1.2 本章テーマ設定の背景と狙い

世界的に人口が増加し、経済成長に伴う医療ニーズの増大が続く中、日本では少子高齢化がもたらす負の連鎖が顕著である。医療保険の加入者が保険料を支払い、病気やけがの場合に安心して医療機関で受けられるように相互扶助の精神に基づいて、1958年に日本国民健康保険法<sup>4</sup>が制定され、1961年に国民健康保険事業が始まった。これはすべての国民を医療保険に加入させる制度である。1973年までこの制度は順調に機能したが、その後高齢化の進展等に伴い国民医療費は急速に増大した。

医学と医療技術の進歩により人々が人生を長くエンジョイできるようになった。しかし、21世紀初頭に日本は世界一の超高齢社会になるに伴い、治療のため医療費用も掛るようになった。ガンや慢性病の増加など医療機関は継続的医療を提供する体制が必要である。高額新薬や治療法など新たな医薬・新技術で治療するため従来に比べて多大の費用がかかるようになった。国民の医療費負担が増加し続ける一方、医療機関の経営難問題もクローズアップされている。2018年度の医療機関の倒産件数40件、負債総額140億円<sup>5</sup>、医療事故発生数377件<sup>6</sup>が示しているように、医療機関の経営難、医療事故の多発による国民の医療不信が強まっている。

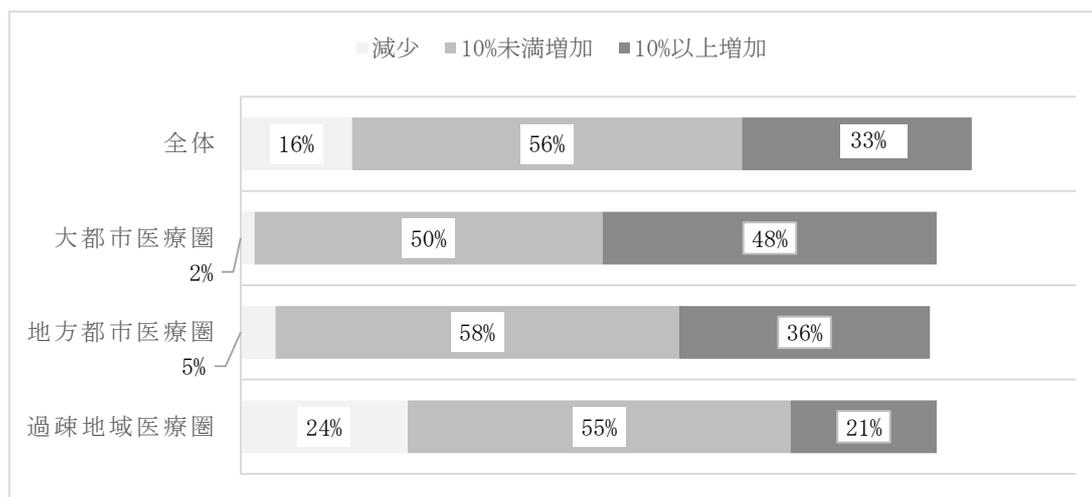
こうした背景をもとに、医療費の問題を解決するため、2000年代初頭より小泉政権の下で医療制度改革が行われてきたが、医療問題は多くの因子が絡んでおり、制度を変更することで様々な新しい問題が浮上してきた。具体的には国民医療保険の医療費負担が2割から3

割への増額、70歳以上の高所得者の負担も2割から3割への増額が行われた。また、2008年は75歳以上の高齢者を対象に後期高齢者医療制度が発足したが、医療の収入と支出のバランスが崩れつつあり、優れた国民皆保険の持続性が揺らいでいる。

また、医療を取り巻く環境は近年大きく変化している。2004年に新医師臨床研修制度の導入を契機として産科・小児科をはじめ麻酔・救急科などでも医師不足が顕在化し、特に医師が大都市部に集中し、地方の医師不足が深刻化している。厚生労働省医政局による二次医療圏<sup>7</sup>ごとに見た人口10万人対医療施設従事医師数の増減調査結果報告（2018年）によると、2008年から2014年まで日本全体の人口10万人あたり医療従事医師数は10%増加している（212.32人→233.56人）が、人口等で2次医療圏を分類すると、その増減に大きく違いが生じている。特に過疎地域医療圏では全体と比較した場合、「減少」が全体16%に対し24%と減少数が多く、「10%以上増加」が全体33%に対し21%と増加割合も少ないことがわかる<sup>8</sup>（図1-2）。

この医師不足によって過疎地域医療の崩壊が更に進めば、医療制度崩壊の可能性も強まるであろう。医療制度を継続するためには国民皆保険の基本と特質を押さえ、これからの医療制度に影響する超高齢化・国民医療費の高騰・地域医療提供体制・病院赤字経営などの要素を正確に把握したうえで、医療制度の構造を問い直す必要がある。

図1-2 二次医療圏ごとに見た人口10万人対医療施設従事医師数の増減



出所：厚生労働省医政局「医師偏在対策について」2018年版より。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194394.pdf>

注：全体数値の合計が100を超えており、ミスがあると思われる。

今後、先進医学と医療技術を効率的に提供するとともに安定かつ公平に賄える医療制度を構築していくことが重要な課題と考える。以下では、近年OECD先進国における医療制度と比較しながら、日本の医療制度の特徴と構造的課題に関する考察を試みる。

### 1.3 内容構成

本章の内容構成は以下のとおりである。

第1節では、医療制度とは何か、日本医療制度の現状と問題点、背景と狙いを要約的に説明する。第2節では、世界の代表的な医療制度供給の概要・分類・特徴・比較考察別に先行研究をふまえて整理する。そして、第3節では、OECDにおける医療制度の国際比較とヒアリングなど調査の結果から医療制度の危機と構造的な課題を説明する。さらに、第4節では、人口構造の変容などに伴う医療提供体制の見直しに関する評価をふまえ、医療制度の構造的な課題の発生要因を分析し、将来展望を示す。まとめでは、本章の成果と意義を要約し、日本の医療制度の構造的課題に対する解決の方策を提示する。

## 第2節 世界の代表的な医療制度

医療制度は、歴史・経済・政治・文化・風土などの所産であり、国によりさまざまな実態をとる。本節では、欧米諸国との比較を交えながら日本の医療制度の特徴を明らかにする。

いわゆる先進国の医療制度は、一般的にイギリス・北欧諸国の国営タイプ、アメリカの民間保険タイプとフランス・ドイツ・日本などの社会保険タイプの3つに分けることができる。ここでは、イギリス、アメリカと日本の三ヶ国間の比較を簡潔に試みる。

### 2.1 国営タイプの代表国イギリスの医療制度の特徴

イギリスの保健医療は、1946年に制定された「National Health Service ACT（国民保健サービス法）」に基づいて、「揺りかごから墓場まで」という有名な言葉に象徴されるように、基本的に国民の医療費負担なしに生まれてから死ぬまで疾病の予防・治療・機能回復を含む包括的なサービスを提供するものである。イギリス国内在住者は地域にある近くの診療所に登録され、病気になった場合はまず登録した診療所を受診、入院が必要または専門医療が必要と判断された場合に、病院を紹介される。診療所の開業医は、患者の登録数に応じて報酬が決定されるので、医師の収入には相当の開きが生じてくるが、公的病院への入院はすべて開業医からの紹介制である<sup>9</sup>。病院はすべて国営で、病院の勤務医はすべて国から給料を受ける公務員である。

イギリスにおける私的保険は、企業が従業員の福祉として契約することが多く、PMI/Private Medical Insurance（民間医療保険）<sup>10</sup>と、それより安価で個人契約主体のHCP/Health Cash Plan（健康キャッシュプラン）<sup>11</sup>の2種類がある（表1-2）。前者は入院・手術を伴う特定の病気と深刻な健康状態を補償し、後者は理学療法や歯科・視力に関するケアの費用を対象として金銭給付をしている。PMIは、専門医への迅速な紹介と病院への迅速な入院・自分の都合にあわせた治療を可能にする。また、私的診療所や病院宿泊施設の利用ができ、専用病室でのプライバシー保護、テレビなどの家庭的なアメニティおよび快適さ・清潔さなどを享受することができる。

表 1-2 イギリスの私的保険 PMI と HCP の比較

項目	PMI (民間医療保険)	HCP (健康キャッシュプラン)
目的	病気の診察・治療に関する補償を提供	日常的なヘルスケアニーズと 予防的治療に関する補償を提供
補償範囲	通常入院・手術を伴う 特定の病気と深刻な健康状態	日常的なヘルスケア治療、 理学療法・歯科・視力に関するケア
購入費用	包括的な保険商品では 医療サービスに応じて高額になる	月額 7.35 ポンドの負担で 現金での払戻し、PMI 保険料の約 10%
年齢・健康状態	保険料を算出する重要な要素	保険料を算出する要素にならない
治療開始時期	事前に健康保険者に承認を得る	治療前に GP <sup>12</sup> の紹介は不要
支払方式	一般的には医師等に支払われる	利用者の口座に現金を振り込む

出所：小林篤（2016）「英国の民間健康保険と高齢者ケアサービス」27 頁に基づき筆者作成。

先進国であるイギリスでは、疾病構造の変化が起きていると言われている。病院へ入院し完治する疾患数が低下し、完治できない慢性疾患数が高まっている。慢性疾病の糖尿病では、生活習慣の改善とその維持なしに治療は不可能である。生活習慣の改善とその維持には、医師の診察指導だけでなく、身体障害を有する成人に対して援助・ケアを提供する Social Care (ソーシャルケア) が不可欠になる。このため、イギリスでは、Health Care (ヘルスケア) と Social Care (ソーシャルケア) との統合が進められた<sup>13</sup>。

イギリスでは税収の減少に伴い医療に使われる資金も減った結果、患者は病院への入院を何ヵ月も待たされる事態が生じている。1980 年代後半以後の NHS 改革では、サービスの購入者と供給者を分離することによって医療サービス提供の効率化を目指していた。イギリスの医師の診療時間は平均 6 分間といわれ、この医療事情は日本と類似する一面があるが、景気の低迷による医療費抑制につながった日本と違い、経済不況でも看護師を増員した<sup>14</sup>。現在、医療サービスの質の管理にも熱心に取り組んでいる。

## 2.2 民間保険タイプの代表国アメリカの医療制度の特徴

アメリカの医療は質が高く、高い対価が支払われるからこそ、医師間の競争があり医学も発達している。世界一の財力を持つ医学教育プログラムも充実し、腕のいい医師を輩出した。良い医療には高い報酬が支払われて、よく効く薬には高い値段が付くため、アメリカの医療費は比較的に高額である。

アメリカは全国民を対象とした公的保障のない国である。多くの国民は民間保険会社によって医療費を賄っている。保険料負担の難しい国民については、連邦政府・州が運営するメディケア (65 歳以上の高齢者・65 歳未満の障害者・末期腎不全患者を対象とする制度) やメディケイド (貧困者を対象とする制度) といった公的制度も存在する。さらに、軍人向け公的医療保険のトライケアもある。メディケアは 4 つのプログラムに分かれている (表 1

ー3)。それらは、パート A（病院保険）、パート B（補足的医療保険）、パート C（メディケア・アドバンテージ）、パート D（外来処方薬給付）である<sup>15</sup>。それぞれ財源が異なって、各パートとも支出の増大が加速し、今後も増加が予想される。

表 1-3 メディケア 4つのプログラム内容

パート A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院保険（病院・専門的看護を行う老人ホーム、在宅訪問サービス、ホスピスを負担）</li> <li>・強制加入</li> </ul>
パート B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・補足的医療保険（医師報酬・在宅治療・検査・医療用具・外来診療などの費用を保障）</li> <li>・半強制加入、月額保険料がある</li> </ul>
パート C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認可された民間医療保険会社が運営</li> <li>・任意加入、パート A 及び B、D のサービスを含む</li> </ul>
パート D	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋薬剤給付保険</li> <li>・任意加入、認可された民間医療保険会社が運営</li> </ul>

出所：上野まな美「米国の公的医療保険、メディケア（その 1）」3 頁に基づき筆者作成。

[https://www.dir.co.jp/report/research/economics/usa/20141027\\_009074.pdf](https://www.dir.co.jp/report/research/economics/usa/20141027_009074.pdf)

原資料：<http://www.medicare.gov>、<http://fas.org/sgp/crs/misc/R40425.pdf>

BC&BS (Blue Cross and Blue Shield) はアメリカの民間保険の代表的存在で、現物給付方式に対する第 3 者支払いの役割を果たしている。BC は一般に病院医療費の支払いを、BS は外業医の診療及び処方箋などの医療費の支払いを行う<sup>16</sup>。アメリカには HMO (Health Maintenance Organization)、PPO (Preferred Provider Organization) と EPO (Exclusive Provider Organization) 3 種類の医療保険がある。HMO は、管理医療・医療ケアの品質と費用効率性向上を目的に、医師・病院などの医療供給者を組織化したマネージドケアである。医療供給者の医師・病院・その他の医療専門職と契約を結び、会員は包括的医療サービスを HMO 参加医から受けるよう要請される。PPO は保険会社と契約したネットワーク内から好きな医療機関を選べ、ネットワーク外の医療機関を利用した場合には自己負担が通常より高くなる。EPO は医療機関をネットワーク内から好みに選べるが、ネットワーク外の医療機関には保険が非適用となっている<sup>17</sup>。

アメリカでは医師の診察・治療手技・手術料（ドクターフィー）と病院施設使用料（ホスピタルフィー・看護師などの人件費も含む）は分離されている。患者への医療費請求は DRG や PPS といった方式で行われる。DRG (Diagnosis Related Group) 方式とは、急性期入院医療において同じだけの医療資源と費用を要する同質なグループが形成されるように、患者をグループ分けすることである。要するに入院してから退院するまでにかかる費用が、同じ金額になるグループを形成することが第一の目的である。PPS (Prospective Payment System) 方式は、定額払い方式・包括払い方式・支払額事前決定方式・支払額は事前に決定され包括されている<sup>18</sup>。ただし、包括される費用は、人件費・薬・検査・食事・医療材料など入院医

療のランニングコストで医師の技術料は含まれない。

アメリカの医療保険は、雇用主が提供する形を取っているため、景気が悪化して失業者が増加すると無保険者の数も増加する。失業した場合は収入を失うだけではなく、高額な保険料が全額自己負担となる。その結果、医療保険に加入することが困難となり無保険者となる。日本では、雇用主が提供している医療保険を2年間任意継続することができ、期間が終了すると自治体の国民健康保険に加入することになる。一方、アメリカでは、18か月の雇用主提供医療保険の継続期間終了後、65歳未満であれば民間医療保険を購入するか、メディケイドに加入するかの選択肢となる。前者の場合は高額の費用を負担する必要があり、後者の場合は収入の上限が厳しく設定され、いずれにしても失業者にとっては厳しい状況である。

### 2.3 社会保険タイプの代表国日本の医療制度の特徴

日本の医療制度は、①国民全員を公的医療保険で保障、②医療機関を自由に選べる、③高度な医療、④社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため公費を投入、といった特徴を持つ。

イギリスと違って、日本の国民と在留資格を持つ外国人は自分の選択で、どこでもどの医療機関でも受診することができる。医師もどこでも開業できるし、医療行為が多いほど多くの報酬を受けることができる。日本の医療制度では、国民は公的保険に強制加入し、保険料を納付する義務があり、医療機関の窓口で保険証を提示することで、一定割合の自己負担で医療を受けることができる。一部負担金は、原則的にかかった医療費の3割となっている。義務教育就学前の子どもでは2割、70歳以上の者では所得に応じて2割または3割となっている<sup>19</sup>。入院した場合は保険から給付が出るので、高額医療費を全額支払う必要がない。給与が低い人は少ない保険料で済むため、保険料負担に困ることがほとんどない。または、医師の腕の違いに関係なく、診療報酬は同じである。腕の良い医師も悪い医師も同じ報酬を受け、医療レベルは向上しにくいと考える。

日本もイギリスも全国民を対象としたヘルスケアサービス提供体制となっているが、イギリスは主として税金を財源とするシステムを採用しているのに対して、日本は皆保険制度の健康保険・介護保険システムである。イギリスは皆保険的社会保険制度ではないために統一的な決定ができないのに対して、日本の場合高齢者ケアサービス提供は健康保険か介護保険のいずれかを統一的に決定できる。

アメリカでは医療保険に未加入の人が多く、実際に高い医療費を払うことができずに踏み倒してしまうこともある。回収できない医療費を、払える人から補填する形で医療費率の設定を工夫しているのに対して、日本は全国どこの病院で治療を受けても、治療費に大きな差はない。診療報酬制度や薬事法によって、医療費や薬代も決まっている。イギリスとアメリカにはホームドクター制がある。これはまずかかりつけ医診てもらわなければいけないという仕組みに対して、日本はフリーアクセス制である。患者本人は開業医・総合病院・大



による医療費負担を意味する。また、医療供給体制の「公」とは、国立病院や県立病院などの公的医療機関を指している。「私」とは株式会社などの民間が設置した医療機関を指す。たとえば、アメリカの株式会社病院は医療供給体制の「私」である。

日本では、公的医療保障に必要な財源を社会保険方式によって調達され各種医療保険（公的医療保険）への加入が強制されている。この公的医療保険は治療の必要性が認められる病気を保険給付対象とする。日本の民間医療保険は、ガンや先進医療治療など疾患対象に、手術や入院治療をした場合に契約内容に応じて定額現金給付を支給する。つまり、特定疾患の治療費を負担しなければならない時に、民間保険の機能は自己負担を補完する。アメリカとイギリスの医療制度の果たす機能はそれぞれ異なり、公的医療制度と民間保険の公私関係の反映は多様である。日本と比較した場合、日本の民間医療保険が特異性を持っている。

以上では、世界の代表的な医療制度の比較を行なう、日本との違いを確認した。第3節では、同じく OECD おける医療制度の国際比較を通じて、特に日本の医療制度の現状と課題、その構造的な特色をクローズアップさせてみる。

### 第3節 日本における医療制度の構造的な課題

#### 3.1 日本の医療制度に対するプラス評価

日本の医療制度は、全ての国民に医療サービスを提供するための基盤である。1958年に国民健康保険法が制定され、1961年に全国の市町村で国民健康保険事業が始まり、国民健康保険・被保険者・全国健康保険協会など複数の健康保険が併存し、その構造的な特徴は国民皆保険・フリーアクセス・自由開業医制である。

フリーとは「自由に」、アクセスとは「つながる」との意味で、フリーアクセスはすなわち患者が自分で医療機関を自由に選ぶ仕組みである。必要な時に誰でも自分で医療機関を選んで受診することができる。日本では大病院と中小病院、診療所との機能分化を進める一環として、2016年より特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院では、紹介状を持たない患者に対する定額負担の徴収が義務化されている。紹介状のない初診料負担は5,000円である。定額負担の徴収義務化は、風邪などの軽症患者などが突発的に大病院を受診することが引き起こす医療機関窓口の混乱を防ぐことを目的としている。

日本の医師は原則として自由に開業することができる。自由開業医制度では施設基準を満たせば医師はどこでも自由に病院を開業・経営し、自由に診療をすることができる制度である。医療法に基づき医療計画は全国約350の2次医療圏<sup>21</sup>単位で作成され、特定の医療圏に存在する病院と診療所の病床数の合計が基準病床数を超える場合は、新しい病院の開設や増床することはできない。但し、病床を持たない診療所やクリニックは自由に開業できる。医師の偏在対策として、どこにどんな診療科の診療所を開業するかについて、厚生労働省は見える化を進めている。公立だけでなく、公的及び民間の医療機関によって医療サービスが提供されている。

また、日本は他の国と比べて高度な医療であるにもかかわらず医療費が安い。特に高額療養費制度は健康保険法<sup>22</sup>等に基づき、同じ月にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、自己負担限度額を超えた分は後で払い戻される制度である。上限額は年齢と年収によって決められている。例えば、70歳未満または年収約370万円～約770万円の人で、医療費100万円なら、窓口負担は30万円だが、高額療養費として21万円支給され、実際の自己負担額は約9万円である。医療制度の目的は、国民の健康維持と患者の治療であり、国民の健康状態を改善することにある。しかし、国民の健康状態は、医療制度だけに依存しているわけではなく、個人の所得レベル・教育レベル・生活環境・生活習慣など個人の健康状態によって左右される。

世界保健機関(WHO)が公表した、2018年版世界各国の保健医療制度の比較結果を通して、更なる日本の医療成果を見ることができる(表1-1)。まず、日本は世界最長寿国となっている。男女の平均寿命は84.2歳で、2位のスイスに1歳近い差をつけて1位となった。同じ年に発表した統計によると、健康寿命1位はシンガポールで76.2歳、2位の日本に1.4歳の差をつけている<sup>23</sup>。健康寿命とは、2000年にWHOが提唱した「健康に生活できる期間」のことである。心身ともに自立し、健康的に生活が送れる状態で、病気や体の衰えによる介護が必要としない期間を指している。

さらに、世界保健統計(2018年)によると、新生児死亡率では、世界で最も高い国はパキスタンで、千人出産当たり45.6人(4.56%)、前回1位だったアンゴラは死亡率が29.3に下がり19位となっている。一方、最も新生児死亡率が低い国はサンマリノで0.6人(0.06%)、日本は千人出産当たり0.8人(0.08%・2019年)で、サンマリノに次いで世界2位の低さとなっている。また、最も妊産婦死亡率が高い国はシエラレオネで10万人出産当たり1,360人(1.36%)。一方、妊産婦死亡率が低い国はフィンランド、ギリシャ、アイスランド、ポーランドの4カ国で10万人当たり3人(0.003%)となっている。日本の妊産婦死亡率は10万人出産当たり5人(0.005%)で、ノルウェー、スペイン、スイスなどと並んで低い水準である<sup>24</sup>。男女平均寿命・健康寿命・新生児死亡率などの指標から、国際比較により、日本の医療成果が高いことがうかがえる。

### 3.2 OECDにおける先進国の医療制度の国際比較

日本は世界で一番高齢者の割合が高い国である。そのために病気や怪我で医療にかかる支出が非常に多くなってきている。今、高齢者の医療費を若い世代が支えるというシステムになっている。しかし、少子化が続き、高齢者の医療費を、国民健康保険の保険料収入と他の保険からの補填でまかなうことが難しくなっている。

2012年の日本の対GDP保健医療支出は10.3%でOECD加盟国中10位である。2019年には11.1%に上昇したが、世界先進国中に比較的低い値である(表1-5)。日本の1人当たり医療費支出は、高齢化率の高さから見ると比較的に低い(表1-6)。OECDが公表している各国比較統計では、総医療費の対GDP比でも、国民一人当たり医療費でも、アメリカはいちばん高

く、日本は高齢化率が高い割には医療費や年金・介護関係の社会支出が高くない。

表 1-5 OECD 加盟主要国の総医療費の対 GDP 比

国名	2019 年 (%)	順位 (番)	2012 年 (%)	順位 (番)
アメリカ	17.0	1	16.9	1
スイス	12.1	2	11.4	4
ドイツ	11.7	3	11.3	5
フランス	11.2	4	11.6	3
日本	11.1	5	10.3	10
スウェーデン	10.9	6	9.6	12
カナダ	10.8	7	10.9	8
ノルウェー	10.5	8	9.3	16
オーストリア	10.4	9	11.1	6
ベルギー	10.3	10	10.9	8
イギリス	10.3	11	9.3	16
デンマーク	10.0	12	11.0	7
オランダ	10.0	13	11.8	2

出所：厚生労働省「OECD 加盟国の医療費の状況」（2012 年、2019 年）に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000076442.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19-2/kousei-data/siryou/xls/sh0201-02-b1.xls>

原資料：「OECD HEALTH DATA 2014」、「OECD HEALTH DATA 2020」

表 1-6 OECD 加盟主要国の 1 人当たり医療費

国名	2019 年 (ドル)	順位 (番)	2012 年 (ドル)	順位 (番)
アメリカ	11,071.7	1	8,745	1
スイス	7,732.4	2	6,080	3
ノルウェー	6,646.7	3	6,140	2
ドイツ	6,645.8	4	4,811	6
オーストリア	5,851.8	5	4,896	5
フランス	5,375.7	12	4,288	11
日本	4,822.8	15	3,649	15
イギリス	4,653.1	17	3,289	18
フィンランド	4,578.4	18	3,536	17

出所：表 1-5 に同じ。

アメリカは医療費の対 GDP 比が高いにも関わらず、死亡率が他の先進国に比べて高い。その結果、平均寿命は3カ国中最も短い。アメリカの新生児死亡率は日本の2倍であり、妊産婦死亡率は日本の約3倍となっている。これはアメリカでは10代及び40代以上の女性の妊娠の割合が高く、新生児死亡率や妊産婦死亡率を押し上げる要因<sup>25</sup>となっている。日本は医療費の対 GDP 比が低いにも関わらず、新生児死亡率や妊産婦死亡率は世界的に低く、平均寿命は主要国の中で男女とも長い。したがって、日本医療制度の効率性は良いように見えるが、一方、平均寿命の伸びがQLD<sup>26</sup>（クオリティ・オブ・ライフ）の犠牲を伴っているかどうかを見極めるには、障害のない健康寿命が伸びているかどうかをみることも必要である。健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費を消費する期間が増大することになる。疾病予防と健康増進、介護予防などによって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できる。

2000年6月にWHOが発表したDALY<sup>27</sup>（Disability Adjusted Life Years、障害調整生存年数）では、日本・オーストラリア・フランスで長く、アメリカは短かった<sup>28</sup>。DALYは、1990年代初めにハーバード大学のクリストファー・マーレー教授らが開発した、障害の程度や障害を有する期間を加味することによって調整した生存年数のことである。WHOや世界銀行が、疾病や障害に対する負担を総合的に勘案できる指標としてDALYを公表し、世界的に注目されつつある。早死により失われた期間と疾病により障害を余儀なくされた期間の、双方の期間を慢性疾患による影響として最も妥当な指標であるとみなしている。1DALYは、1年間の健康生活が失われたことと同等である。日本人の平均余命は医療費が少ないにも関わらず、長寿であり、さらには健康水準も高い。

日本の医師数が少ないことは統計からも明らかである。世界全体で見ると、日本の医師数は61番目で、上位3ヶ国はキューバ7.52人/1千人、モナコ6.65人/千人、サンマリノ6.36人/千人である。キューバの人口1,120万人中医師数は、日本の3倍以上にのぼる。表1-7は、人口1,000人当たりの医師数では、イギリスの2.5人、国民皆保険がないアメリカの2.4人と比べ、日本は2.3人と先進国の中でも特に少ない、OECD加盟代表国の35ヶ国中30位と最低に近い<sup>29</sup>。医療崩壊で話題となったイタリアでさえ4.0人と日本よりも多い。一方、医師数が多い国は看護師・助産師の数も多いわけではない。

日本は病床数も多く、平均在院日数も国際的に見て長く、外来受診回数も多い（表1-7）。患者が自由に医療機関を選択できる国は日本以外にもあるが、日本の外来受診率の高さを説明するにはアクセスの良さだけでは不十分である。日本の医療制度は社会保険方式のフランスやドイツと似ている。しかし、政府のコントロールが強いために医療費が低い水準で収まっている点はイギリスと似ているが、イギリスのNHSとは大いに異なっている。

表 1-7 日米英の医療制度関連指標

項目	発表年	日本	アメリカ	イギリス
千人当たり医師数(人)/順位(番)	2017	2.3/30	2.4/28	2.5/25
千人当たり看護・助産師数(人)	2017	10	9	8
百万人当たりPET保有数(台)/順位(番)	2017	4.3/3	5.1/2	0.6/31
人口一人当たり年間外来診察回数(回)	2017	12.6	4.0	5.0
千人当たり総病床数(ベッド)	2015	13.2	2.8	2.6
千人当たり急性期医療病床数(ベッド)	2015	7.9	2.5	2.3
平均在院日数(日)	2015	16.5	6.1	7.0
急性期平均在院日数(日)	2015	16.9	5.4	6.8

出所：WHOのGlobal Health Observatory Data Repository データに基づき筆者作成。

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>

OECD、WHOと世界銀行の共著となる新報告書によると、医療サービスの質が悪いとその国の所得水準に関わらず、医療の進歩が妨げられている。今日の誤診・医療ミス・不適切または不必要な治療・不適切または安全でない医療設備や臨床診療・適切な訓練と知識を持たない医療従事者が、どの国にも見られる。その状況は低・中所得国で特に悪く、入院患者の10%が院内感染する恐れがあり、先進国でもその割合は7%もある。

OECDのアンヘル・グリア事務総長は「医療サービスの質が低いと、皆医療は空手形になってしまう。その経済的、社会的便益は明白で、医療サービスへの信頼を創出するために医療の質の向上にもっと投資を集中させ、誰もが質の高い患者本位の医療サービスを受けられるようにする必要がある。」<sup>30</sup>と述べた。政府は国内の医療の質を向上させる政策と戦略を主導すべきである。医療制度は適切な診療と患者の意見に重点を置いて、医療制度への信頼を確保すべきである。

### 3.3 日本医療制度の構造的な課題

日本の医療制度には、現在以下のような構造的な課題があると考えられている。

#### ① 医療費抑制と高い公的負担

1950年代から人口当たりの医師数は増加している。1980年代に「医療費亡国論」<sup>31</sup>を提唱し、経済界と厚労省が一体となって医療費抑制に動くことになった。当時は医師が増えると医療費が増えると考えた時代だった。しかし、医師増加と医療費増との相関関係は小さく医療費増には医療の進歩と高額医療機器などの導入が大きいことが分かった。

日本の医療費は先進国中最低レベルである。これは日本だけ医療費を抑制に次ぐ抑制を

してきた結果である。日本の医療が抱える制度の基本課題として医療費の伸びと経済成長との間にギャップがある。前述にあるように先進医学・医療技術に伴い高価格の医療機器導入の負担や、新病院建設にかかった債務、医療制度改革による診療報酬減少に伴う医療収入減少等により、病院の経営危機、倒産、自主廃業に追い込まれるケースも多くなっている。地域の医療提供が成り立たなくなり、地域や診療科によっては身近なところに診療できる医院・病院が無くなるという事態が起こっている。一方、人件費負担は医療での支出の最大項目となる。赤字病院が増えている最大の原因は医療費を抑制する政策による収入減と、人手不足や働き方改革などによる人件費増が理由と考えられる。厚生労働省（2019年）が発表している「病院経営管理指標」を見ると、医院や病院の人件費率は55%を超えている<sup>32</sup>。病院で最も人件費がかかっているのは、人数の多い看護師である。政府から運営費交付金の削減により大学病院の経営は近年悪化している。最先端医療を提供する、医師を育てる使命を果たせなくなる悪循環に陥っている。長年にわたる医療費抑制政策によって、医療経営の専門家にとってもきわめて厳しい経営環境の中で、地方自治体が運営する公立病院の赤字拡大が止まらない。

COVID-19 感染拡大が進む中日本の財政状況の厳しさがさらにクローズアップされている。IMF（国際通貨基金）の公表によると、日本政府による債務残高は2021年のGDP（国内総生産）比で264.0%とアメリカのほぼ2倍に達し、主要先進国の中で最も高い水準にある<sup>33</sup>。国の2021年度予算の編成では、社会保障給付費は約129.6兆円（対GDP比23.2%）に達している。その内訳は年金が約58.5兆円（45.1%）、医療が約40.7（31.4%）兆円、福祉その他が約30.5兆円（23.5%）となっている<sup>34</sup>。75歳以上となる後期高齢者は2021年度から2025年度を含め、医療費や介護費が増加していくことが予測されている。2019年の日本の対GDP医療支出は11.1%で、OECD加盟36か国中5位であり、G7のなかでは、アメリカ・ドイツ・フランスよりも低い<sup>35</sup>（表1-5）。これまで18年以上わたって医療制度改革の問題に取り組まれてきたが、現状は極めて深刻である。

## ② 医師不足

日本では、1990年代後半から医療政策・医療行政に対する疑念が医療従事者の間で生まれ始めた。1980年半ば以降の医師数抑制政策、医療費抑制政策や、医師不足に陥った。2004年に新医師臨床研修制度導入などの影響で導入されて以降、全国各地で医師不足が問題となり、近年医師の地域偏在と診療科偏在が進んだ結果、一部の地域・診療科の医師不足が顕著となっている。2008年以後、医学部定員を増員したが、医師の地域偏在・診療科偏在は解消されず、地域・診療科によっては医師不足が深刻であることが厚生労働省医政局の調査で分かった。

厚生労働省が公表した「2018年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」によると、2018年の医師数は32万7,210人で、2年前に比べて7,730人、2.4%増加している<sup>36</sup>。また、同省は、同年に実施した「必要医師数実態調査」では、全国の病院などに勤務する医師が24,000

人不足していることが明らかとなっていた<sup>37</sup>。

こうした事態を招いた原因として、まず 2000 年代初頭から医療事故が警察の捜査対象となり、マスメディアの過剰な報道の結果、主として急性期医療の現場を離れた医師が増加したことがあげられる。次に、2004 年より始まった「新医師臨床研修制度」の影響が考えられる。大学を卒業した医師が研修病院を選択できるようになった結果、症例の多い都会の大病院に研修医が集中した。そのため、特に地方の病院で医師不足が顕著となった。筆者の訪問調査によれば、地方病院では医師が足りなくなり、病院によっては特定の診療科を閉鎖せざるを得なくなったこと、患者数が減少していくと多くの地域で再編と淘汰は避けられないことが分かった<sup>38</sup>。

また、日本の複数の大学の医学部が、女子や浪人生を不利に扱う、特定の受験生を優遇する、といった不正入試を行っていたことが 2018 年に発覚した。文部科学省は、2018 年以前の入試で本来なら合格していたはずの元受験生のうち 43 人を計 8 大学に 2019 年春に追加入学させたことを発表した。追加合格を出す代わりに募集人員を削ったため、2019 年度入試で定員を超過した人数分について、2020 年～2024 年度の最長 5 年かけて募集人数を削減する措置が取られた。マクロの医師数には影響が出ている。

さらに、近年女性の社会的進出や地位の上昇とともに、医学部入学者における女性比率が増加した影響もあげられる。女性医師が結婚・出産・育児等と医師業務とを両立させる環境整備はいまだ進んでおらず、第一線を離脱もしくは医業そのものを辞めざるを得ない女性医師もまだまだ多い。

こうした要因が重なり、現在の医師不足の状況が生じている。

### ③ 調査結果

日本の医療制度が抱えている問題に関しては、資料などは幅広く公開されているので、それを中心に整理したうえ、さらに医療現場で医師の視点からどう認識されているのかを、複数医療従事者を対象にオンラインでヒアリング調査した。結果を以下にコンパクトに示す。

調査対象：院長または医師。地域は北部九州・関東・関西地方。

調査対象の勤務先：公立病院・大学病院・民間病院・診療所。

調査時期：2019 年月 5 月～9 月。

医師不足と人件費増加、訴訟の増加や負担増等による医師の心理や価値観の変化があると北部九州の A 公的病院の X 院長（男性・50 代）が語ってくれた。また、関東 B 大学病院の Y 医師（女性・40 代）から、女性医師の増加に対応した労働環境が整備されていない、医師の専門細分化による医療機関の連携不足があることを、関西 C 民間病院の Z 医師（男性・60 代）が地方・分野別の必要医師数の確保ができていない、外科と産婦人科医師が少ない、法的に医師数が守れていない等の現実を語ってくれた。その他の問題点として、自治

体病院は 9 割が赤字、医療法人は 3 割が赤字であること、その背景として診療報酬が伸びず収益力低下、時間外・救急受診の患者の受療行動や患者減少で競争激化が生じていることなどがヒアリング調査で分かった。

日本医療労働組合連合会が病院に勤務する医師を対象に行った調査によると、3 割の医師が「過労死ライン」である月 80 時間以上の時間外労働を行っている実態が明らかとなった。近年続発している医療事故や勤務医の過労死寸前の厳しい現実と直面して、医療安全対策は緊急の課題となっている。医療制度の改善、改革が求められ、どのような方策が考えられるかについて次の節で整理することとする。

## 第 4 節 日本医療制度の構造的な課題の発生要因と解決方策

### 4.1 人口構造の変容

日本の医療制度は、その時代に依りて何度も改正された。時代が移りゆく度に新たな問題点が浮上し、特に今、歴史的に見ても少子高齢化の急進展に見られる急激な人口変化が起きている。1872 年ごろ、日本の人口は約 3500 万人、終戦時 1945 年ごろは 7200 万人、1 億人を越えたのが 1967 年、2008 年には 1 億 2800 万人となった。明治時代から見ると実に 4 倍近くの人口急増であり、2008 年にはピークを迎え、現在は速いスピードで減少している。現在のペースで行けば、2008 年から約 50 年後の 2060 年には人口が 4000 万人ほど減の約 8674 万人になるが、100 年後の 2100 年には、4959 万人になると推測された<sup>39</sup>。日本の総人口（特に生産年齢人口）の減少、高齢化の進展などによって、高齢者の医療需要の増加を招き効率的な医療提供体制の維持が困難になる。今後も医療機関間の競争激化が進むと考えられている。

高齢化の進展には地域差がある。都道府県別に 65 歳以上の高齢者人口の増加数は、東京都・大阪府・神奈川県・埼玉県・愛知県・千葉県・北海道・兵庫県・福岡県の順に増加幅が大きく、この 9 県を中心に高齢化が進むことが予想される<sup>40</sup>。高齢化の影響により、医療費は増加の一途をたどっている。医療費だけではなく、年金や福祉を合わせた社会保障給付費も年々増えつつある<sup>41</sup>。1970 年に年間 3.5 兆円の社会保障給付費が 2004 年に 86 兆円に、2016 年には更に 118.3 兆円に急増してきた。2025 年度には 152 兆円に増大すると予想されている。この社会保障給付費は、年金費用が約 50%、医療費用が 30%、介護費用が約 20%の割合で構成されている<sup>42</sup>。今後とも、年金給付の増大や老人医療費を中心とした医療保険給付、介護給付の増大などが見込まれている。はじめに述べたように、国民医療費の増加は医療が発展していく中で不可避である。医療介護費用をできるだけ抑制するためには、医療機関の収支の改善を図ることを経営目標として設定することが必要である。

日本の将来の人口構造については、出生率の改善が見込めない中、少子化の進行は生産年齢人口の減少をもたらす、長期的に労働力の制約要因となる。定年の延長・高齢者の継続雇用、また、非婚化・晩婚化の進展による共働き世帯の増加、企業側の受け入れ体制の対応も

変化し、当然医療供給者等の確保も年々厳しくなると思われる。

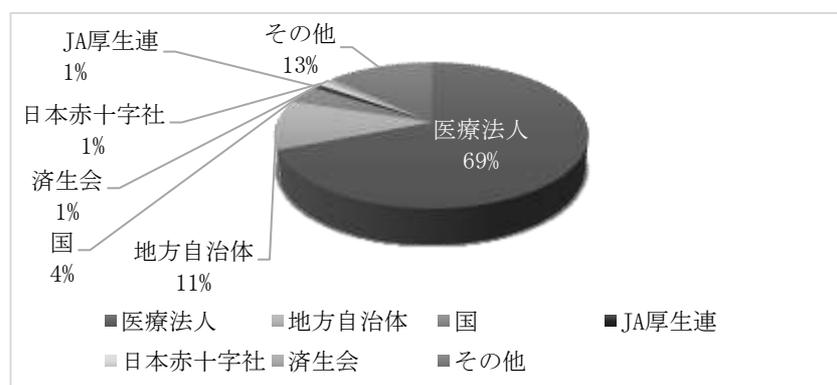
## 4.2 医療提供体制にみるジレンマ

医療については患者と医師の考え方に大きな不一致がある。患者は医療が万能で、すべての病気はすぐ見つけられ、治療できると思っている。医師は、医療限界と危険な病気を知っており、多忙な業務の中で、優先順位を付けて行動せざるをえない。日本の医療機関は医療費適切化と安全医療要求の二つの圧力にさらされている。この二つの圧力により労働環境が悪化し、医師の離職が増加すると考えられている。

医療経営は企業経営と違い、急速な少子高齢化や医療技術の高度化などにより医療費の増加につながっているのではないかと考えられる。そもそも病院と言うとき、入院機能のある病院を指すときもあれば、入院機能のないクリニックを指すときもある。入院用ベッドが20床以上ある医療機関が病院で、それ未満はクリニックと呼ぶ。病院分類としては、機能別に急性期病院・回復期病院・慢性病病院という分類がなされ、経営主体別に国や独立行政法人が運営している国立病院に加えて都道府県立や市町村立の公立病院があり、民間病院の多くは医療法人という形態をとっている。日本は医療施設約8365ヵ所、そのうち医療法人が全体の約7割である。その他は公益法人・社会福祉法人・個人などである（図1-3）。

株式会社の経営は利益をより多く上げることが大きな目標で、儲けは株主に配分することができる。しかし、医療経営は民間の医療法人であっても非営利が特徴で、利益を医療法人への出資者に配分することもできない。医療法人の理事長は原則的に医師もしくは歯科医師になるというルールがあって、企業経営のプロにトップ交代することはできない。医療収入は外来患者と入院患者からの支払いが主であるが、医療経営安定化は病院の収益拡大のカギとなる。

図1-3 日本医療機関の開設者別の施設数比



出所：厚生労働省「医療施設動態調査（平成30年10月末）」1頁に基づき筆者加筆作成。

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m18/dl/is1810\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m18/dl/is1810_01.pdf)

一方、人件費負担は医療での支出の最大項目となる。赤字病院が増えている最大の原因は

医療費を抑制する政策による収入減と、人手不足や働き方改革などによる人件費増が理由と考えられる。病院で最も人件費がかかっているのは、人数の多い看護師である。政府から運営費交付金の削減により大学病院の経営は近年悪化している。最先端医療を提供する、医師を育てる使命を果たせなくなる悪循環に陥っている。

日本の病院の現状を見ると、2017年の医業収支率は2016年と比較して1.7%増加し、総収支率は2016年と比較して2.0%増加している。東京では、医業収支率が1.2%減少し、総収支率が1.0%減少している(表1-8)。2017年の医業収支は、33%の病院が赤字であり、2016年(39%)より減少している。地域別では、東京は35%の病院が赤字である(表1-9)。業界全体として厳しい状況にある。

表1-8 医業収支率・地域別

項目	医業収支率 (%)		総収支率 (%)	
	2017年	2016年	2017年	2016年
合計	103.0	101.3	103.6	101.6
東京	100.0	101.2	100.4	101.4
指定都市	102.8	100.6	103.7	100.8
その他	103.5	101.6	104.0	102.0

出所：公益社団法人 全日本病院協会 (2018)、「2017年度病院経営調査報告」5頁。

<https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/h29keieichousa.pdf>

表1-9 病院数の%・医業収支率別

項目	総数		東京		指定都市		その他	
	2017年	2016年	2017年	2016年	2017年	2016年	2017年	2016年
合計	100	100	100	100	100	100	100	100
100%未満	33	39	35	45	34	40	32	38
100%以上	67	61	65	55	66	60	68	62

出所：公益社団法人全日本病院協会 (2018)、「2017年度病院経営調査報告」6頁。

<https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/h29keieichousa.pdf>

また、全日本病院協会の調査では、東京の病院はその他の地域よりも赤字比率が高く、一般の公共サービスのような地方だけの問題とも違い、構造的な要因があると考えられる。長年にわたる医療費抑制政策によって、医療経営の専門家にとってもきわめて厳しい経営環境となり、地方自治体が運営する公立病院の赤字拡大につながった。自治体の補填を除いた本業の赤字総額は2017年度に4782億円となり、12年度比で5割増えたことが日本経済新聞の調べで分かった。最終的な損失も膨らんでおり、公的負担が急増する恐れがある。公費投入が増えると、過剰病床の縮小・集約など医療の効率化が遅れる懸念が強まる。総務省が

集計する公立病院決算に関して、日本経済新聞は12～17年度に比較できる671病院を対象に医業収入から自治体の補助を除いた「純医業収支」を算出した。「隠れた赤字」が膨らんでいて、純医業収支が黒字の病院数は5年で45から19に減り、合計赤字額は5割増、公費投入は5%増に留まり15年度以降は借入金に頼っている。厚生労働省の調べでも、17年度の一般病院の経常利益率は民間2.3%、公立はマイナス1.5%であった<sup>43</sup>。総務省は2019年9月、厚生労働省が公立などの全国424病院に再編や縮小を検討するよう求めたことに関連し、都道府県や市町村から意見を聞く協議の場を設けると発表した。地域ごとの病院ベッド数を再編する国の政策を進めるにあたって、地方の意見を反映させる狙いがある<sup>44</sup>。

表1-10 外来患者数の比較（2020年2月と2021年2月）

調査病院数 1,221 (単位：平均人数)	2020年			2021年		
	1月	2月	3月	1月	2月	3月
外来患者延数	9,760	9,035	9,568	8,559	8,261	10,140
初診患者数	1,023	869	814	770	729	905
紹介状あり	345	323	326	284	289	370

出所：一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会（2021）

「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」6頁。

[https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/210603\\_2.pdf](https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/210603_2.pdf)

表1-11 入院患者数の比較（2020年2月と2021年2月）

調査病院数 1,221 (数値は平均値)	2020年			2021年		
	1月	2月	3月	1月	2月	3月
月間日数（日）	31	29	31	31	28	31
在院患者延数（人）	6,961	6,657	6,811	6,436	5,886	6,559
新入院患者数（人）	422	385	401	370	333	397
退院患者数（人）	378	398	405	339	339	394
入院患者延数（人） <sup>※1</sup>	7,339	7,055	7,216	6,776	6,225	6,952
病床利用率（%） <sup>※2</sup>	80.7	82.0	79.0	75.4	76.3	76.2

※1：入院患者延数＝在院患者延数＋退院患者数

※2：病床利用率＝在院患者延数÷（月間日数×許可病床数\_合計）×100

出所：一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会（2021）

「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」7頁。

[https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/210603\\_2.pdf](https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/210603_2.pdf)

さらに、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会は、COVID-19感染拡大による病院経営状況の合同調査を実施し、外来患者数と入

院患者数の減少が継続していることが明らかとなった（表 1-10、表 1-11）。医業利益率〔(医業収益－医業関係費用) ×100%/医業収益〕<sup>45)</sup>は、COVID-19 患者を受け入れていない病院はほぼ前年度の水準への回復が認められたが、COVID-19 患者を受入れ病院等は対前年での赤字が継続していることが分かった（表 1-12）。現在、第五波（2021 年 6 月下旬から）の COVID-19 感染拡大による患者の急増により各医療機関や医療従事者は懸命に感染者の命を守るために戦っている。

表 1-12 COVID-19 患者受入状況における医業収支の比較（2020 年 2 月と 2021 年 2 月）

医業利益	2020 年 2 月				2021 年 2 月			
	病院数	赤字	病院数	黒字	病院数	赤字	病院数	黒字
全病院（調査数 1,221）	581	47.6%	640	52.4%	788	64.5%	433	35.5%
COVID-19 患者受入なし(646)	279	43.2%	367	56.8%	358	55.4%	288	44.6%
COVID-19 患者受入あり(574)	301	52.4%	273	47.6%	429	74.7%	145	25.3%
一時的外来病棟閉鎖(194)	96	49.5%	98	50.5%	156	80.4%	38	19.6%

出所：一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会（2021）

「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」4 頁。

[https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/210603\\_2.pdf](https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/210603_2.pdf)

前述のように、1961 年に全国の市町村で国民健康保険事業が始まり、誰でも・どこでも・いつでも保険医療を受けられる皆保険体制が確立した。現在、組織に雇用されている人はその組織の健康保険に加入することが多く、それ以外の人は国民健康保険という、国が運営する保険に加入することを義務づけられている。保険に加入すると、収入に応じた支払い義務が生じ、それぞれの人が支払った保険料は保険業者に集めて蓄えられ、保険の加入者が医療にかかるとその蓄えから医療機関に支払われる。国民が保険業者に保険料を支払い、保険業者が医療提供者に医療費を支払い、医療提供者は国民に医療を提供するというサイクルが形成されている。しかし、過剰な投薬や診療行為につながりやすく医療費の無駄を生み出しやすいことや、超高齢化社会を迎える中で、保険収入が増えないことが明白である。高齢化などが進む現在では、保険の収入が増えず、高齢者の医療費が増えているため赤字の国民保険だけでなく従来は黒字だった企業の健康保険にも影響が出るなどにより、日本の保険制度は危機に瀕していると考えられている<sup>46)</sup>。

#### 4.3 課題解決の方策

目前に控えた少子超高齢社会において、国民が安心して生活していくためには、良質で効率的な医療の確保が不可欠である。少子超高齢化の進展とともに、経済の基調が大きく変化している。これに関わる医療制度の構造的な課題の発生要因分析が求められている。

国民生活レベルは急にアップし、社会が豊かになればなるほど健康意識が重視される。健

康は最大の財産と言われるように、医療サービスに対する需要は生活水準と共に高まる。日本の医療制度を取り巻く政治・経済環境が変化し、人口構造の変容による多くの社会問題が生み出された。医療制度の構造的な課題について最大の発生原因は高齢者医療費の増大である。個人の医療費は、幼少期は多額であるが、青年期から成人期の大半の期間まで減少し、50歳を超えると急増する。人生の初期と後期に集中し、特に亡くなる前3-6ヵ月の期間が最も多額となる<sup>47</sup>。しかしながら、80歳以上の高齢者人口の増加により、医療費だけではなく、高齢者に対する介護サービスの需要も増える。

医療サービス提供側からは、医療技術の発展が医療費増大原因の一つとなっている。ガンや慢性病を治療するため、高額新薬や陽子線・重粒子線治療、免疫療法など新たな医薬・医療技術で治療するため従来の方法に比べて多大の費用がかかることは前述した。これは医療の進歩が原因で医療サービスのパフォーマンスが向上すると共にその費用も増加したからである。革新的な医療技術により、医療費を削減することができないのか。医療技術が効率化すればよりよい治療が可能となり、医療費は削減できるはずである<sup>48</sup>。

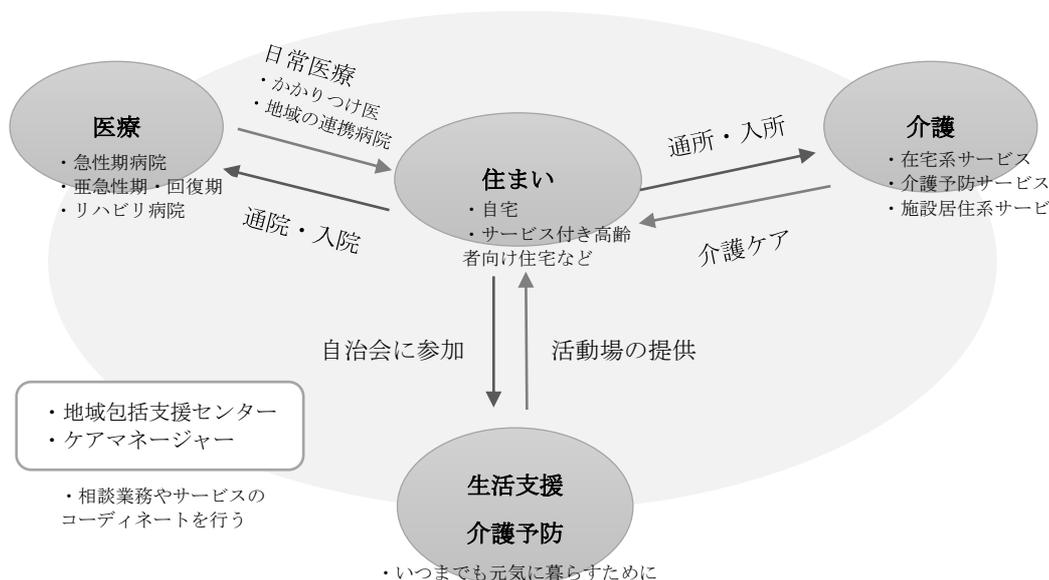
アメリカの医療制度は、医学の研究キャパシティ、革新的な医療技術で魅力を増す一方、医療サービスの利用面で不平等があり、国民の健康状態・財務状況からみると先進国のなかで最も悪いほうである。イギリスでは、国家が国民医療サービス（NHS）の予算を厳格に管理することで、医療費の増加要因を抑え込むことができた。スウェーデンでは、地方分権の推進で、医療サービスの供給主体病院から通院診療所や看護ケアへの移転による予算や医療費も大幅削減することができた。日本の医療制度では、患者と医療関係者の自由と快適さは世界トップである。一方で重複受診・検査・多剤投入などの非効率化を生じさせている。また、財政が健全でないと医療費の支払ができず、改革後の3割自己負担は公的保険として限界がある。欧米の先進国に比較するとかなり低い水準の保険料に頼っている。

日本戦後のベビーブームで生まれた世代、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上を迎える2025年を目途に、厚生労働省は住まい・生活支援・介護・医療・予防が一体となる地域包括ケアシステムの構築を推進している<sup>49</sup>（図1-4）。地域包括ケアは1980年代に提唱され、国家的なサービスだけでなく、各都道府県や区市町村が、それぞれの自主性・主体性に基づいて、地域の力も存分に使って高齢者を支える仕組みである<sup>50</sup>。これが実現すれば、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで継続することが可能と考えられる。

高齢者の保健医療品質の向上と福祉の増進を包括的に支えるために、区市町村に中核的な機関として地域包括支援センターを設置されている。おおむね2万から3万人に1カ所を目安に設置し、運営主体は市町村または市町村から委託された法人（在宅介護支援センターを運営する社会福祉法人、医療法人等）である。地域包括支援センターは、介護保険法で定められている機関であり、介護・医療・保健・福祉などの側面から高齢者を支える「総合相談窓口」でもある。専門知識を持った職員が介護サービスや介護予防サービス・保健福祉サービス、日常生活支援などの相談に応じてくれ機関である。同省によると、2021年4月

時点で、地域包括支援センターは全国で5,270か所設置され<sup>51</sup>、福岡県では216か所も設置され<sup>52</sup>、人員配置や総合相談件数とも年々増加しているが、業務量が増える一方、業務内容の精査や業務・人員体制の強化が必要。本論の第四章で研究事例に取り上げられるふたて会グループでは、地域包括ケアシステムに沿った医療介護サービス支援に取り組まれている。

図1-4 地域包括ケアシステムイメージ



※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定。

出所：厚生労働省（2021）『地域包括ケアシステムの実現に向けて』により。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/)

また、高齢者の人口増加は著しく、老人福祉制度・老人医療制度は限界を迎えたため、介護保険制度が1997年12月に公布され、制度自体は2000年4月から導入された。多種多様なニーズに対応するため、3年に1度介護保険法は改正されている。直近（2021年）の改正では、「地域包括支援システムの構築及び支援体制の強化」、「認知症対策・介護サービス提供体制の強化」、「医療・介護レセプト情報を管理するデータベースの強化」、「介護業界の人材確保・業務効率化支援」、「社会福祉連携推進法人制度の新設」の5つのポイントが具体的に盛り込まれた。しかし、「介護保険料支払い開始年齢を30才へ引き下げ」「居宅介護支援の自己負担1割の導入」「居宅介護支援の自己負担1割の導入」などの提案が先送りされたが、今後も介護保険法の改正情報に注目を続けたい。

さらに、地域包括ケア研究会が2008年に、同省老人保健健康増進等事業の一環として、高齢者政策の専門家によって設立された。地域ケア会議の実施に当たっては、それぞれの目

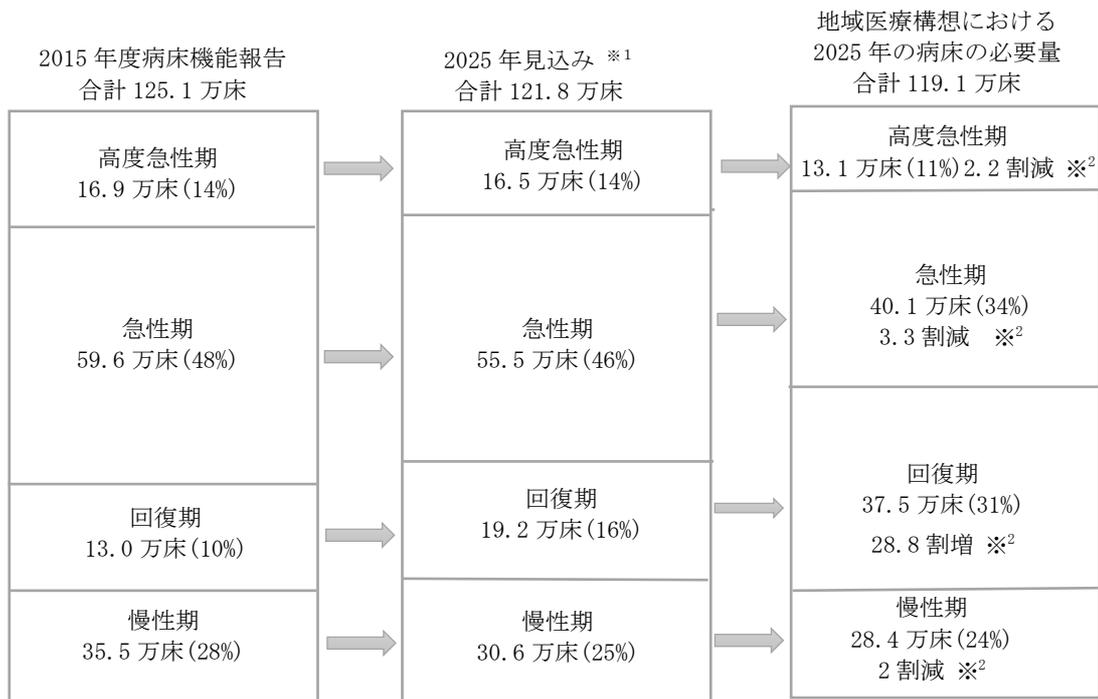
的や機能に応じて、個別ケースや生活圈域レベルの地域課題を検討する会議は地域包括支援センターが市町村と協力して開催し、地域づくりや政策形成等につなげる会議は市町村レベルで開催するなど、地域の実情に応じた役割分担のもと行うこととなっており、地域ケア会議は、これら一連の取り組みが連動することにより最大の効果が期待できるものと認識されている。しかし、現実課題として地域包括ケアシステムの低い認知度やサービスの地域間格差、担い手不足などの課題解決が求められている。

医療費を抑制するためには、過剰な病床の削減が求められている。また、在宅での療養を望む国民が増加するとともに、疾病の慢性期への変化に対応するためには、病院中心の医療から在宅生活を支える医療（医学モデル→生活モデル）への転換が必要となっている。超高齢社会にも耐える医療提供体制を構築するため、2014年6月に「医療介護総合確保推進法」の成立によって、「地域医療構想」が制度化された。2017年度から地域医療構想の推進が始まり、各都道府県が2025年時点の必要病床数を機能別に明らかにし、現在の病床数とのギャップを解消するために、地域の実情に応じた急性期病床の削減や回復期病床の充実などを図るべく病床の機能分化・連携を進めている。

地域医療構想では、二次医療圏（一般の入院に係る医療を提供）を基本に2020年9月時点全国で335、福岡県は13の構想区域を設定し、構想区域ごとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能ごとの病床の必要量を推計している<sup>53</sup>。図1-5は、地域医療構想による2025年の病床機能ごとの病床数の推移を示している。2025年見込の病床数は121.8万床となっている。2015年に比べると3.3万床減少する見込みだが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べまだ2.7万床開きがある。同期間に、高度急性期+急性期は4.6万床減少、慢性期は4.9万床減少する見込みである。また、2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数の合計は72万床であり、地域医療構想における2025年の高度急性期及び急性期の病床必要量と比べ18.8万床の開きがある。一方で回復期については18.3万床不足し、「急性期」からの転換を進める必要がある<sup>54</sup>。

地域医療構想策定後に構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」において、毎年度構想の達成状況を確認するとともに、構想の実現に向けた課題等について協議を行い、その協議結果をふまえて病床の機能分化・連携を進めていくことが必要である。図1-6は福岡県における地域医療構想策定後の取り組みが示されている。しかし、関係する病院の利害調整の困難さや調整会議の議論の具体性確保の問題、地域包括ケアシステム構築との整合性の確保問題など、地域医療構想の議論が進みにくいことも考えられる。

図 1-5 地域医療構想による 2025 年の病床機能ごとの病床数の推移



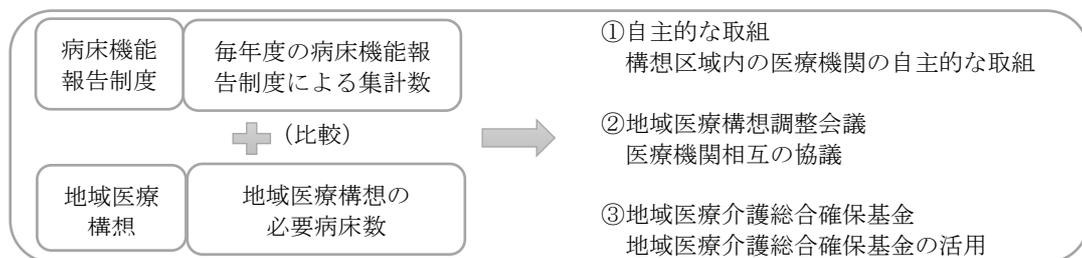
※1：2018 年度病床機能報告において、「2025 年 7 月 1 日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2：2015 年の病床数との比較

出所：厚生労働省医政局地域医療計画課（2019）「地域医療構想について」50 頁に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000516866.pdf>

図 1-6 構想策定後の取り組みイメージ



出所：福岡県（2017）「福岡県地域医療構想」283 頁に基づき筆者作成。

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/28661.pdf>

現在進められている日本医療制度改革は、社会保障制度改革国民会議が 2013 年にまとめた「国民会議報告書」で被用者保険の一部負担率の引き上げなどが盛り込まれたが、2015 年に財政制度など審議会財政制度分科会で議論された「医療提供体制改革などスケジュール」

は政策意図があると考えられる（表 1-13）。このスケジュール表に従い、都道府県の医療計画や都道府県医療費適正化計画、医療報酬改定などが 2018 年から遂行された。それぞれの改革は互いに関連しあうもので、今後数年日本にとって医療制度の整備と改善が正念場を迎える重要な時期であろう。

表 1-13 医療提供体制改革のスケジュール

項目	2014 年-2017 年	2018 年-2025 年
地域医療 構想	国：ガイドライン策定 都道府県：地域医療構想策定	①都道府県医療計画 ②必要病床数
医療費 適正化計画	国：基本方針策定 都道府県：地域医療構想策定後前倒し策 定	①都道府県医療費適正化計画 ・地域医療構想と医療費目標の設定 ・実績と不一致場合の分析と対策検討 ②目標設定
国保改革	—	①都道府県が財政運営の責任主体 ②各都道府県国保の医療費適正化を推進 国保への財政支援 3400 億円
報酬改定	医療報酬改定	医療報酬改定

出所：島崎謙治（2015）「医療政策を問いなおす」筑摩書房、130 頁に基づき筆者加筆作成。

今後、信頼できる国民皆保険制度を将来の世代につなげるためには、少子化対策・医療費増加の抑制及び高齢者医療費負担などの構造改革や医療機関の経営力アップを中心とした医療制度の抜本的改革が必要である。政府をはじめ、皆保険制度すべての関係者には意識改革と努力が求められる。国として、医療安全確保・医療機関の連携促進による医療利用者の立場に立った効率的・安心かつ質の高い医療の提供が求められている。

## 本章のまとめ

本章では、世界の主要先進国における医療制度の比較を通じて日本の医療制度の特徴と構造的課題を考察した。

グローバル化が進むなか、社会経済の基礎条件が変化すれば、医療制度も変わる。高齢者人口の増加、高価な医療技術の発展、医療に対する需要の増加などによって、医療費は増加しつづけている。人口構造の変容のインパクトは非常に大きく、少子化対策・医師や看護師不足の解決・高齢者医療費・医療提供体制の見直しなどは喫緊の課題であると問題提起した。高度成長期から地域医療拠点の整備を進め、その後に拠点と拠点を結ぶ機能分化・連携の強化施策を経て、地域包括ケアを代表する地域医療時代を迎えている。持続可能な地域医療を支える組織の統合や健康・疾病・医療情報の統合が求められている。また、少子高齢化と人口減少のほかに、大規模災害リスクも高まりつつある。行政や医療機関は、課題を次世代に先送りしないためにも、リスクに備える体制の整備が不可欠である。災害時における避難行動、要支援者を含めた防災に強い地域づくりは、医療強化策と共に避けてはならないテーマでもある。

新型コロナの継続蔓延を契機に、医療福祉に関わるセフティネットの在り方が再び注目を集めている。本章で取り上げた医療制度の課題、日本の先行的な取り組みが、高齢化が進む中国や他東アジア諸国にとってベンチマークとなることを確信している。今後、医療安全に対する社会的要求や医療への期待の増大、医療費抑制政策の遂行などを背景とした医療崩壊発生の可能性と対応策について次章で分析したい。

- <sup>1</sup> WHO(World Health Organization)は、人間の健康を基本的人権の一つと捉え、その達成を目的として1948年に設立された国際連合の専門機関である。
- <sup>2</sup> WHO (2000), *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. 23 頁。  
[https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)
- <sup>3</sup> マイケル・R・ライシュ「日本の医療制度のパフォーマンス ハーバード式医療制度分析一」3 頁、7 頁。  
<https://www.med.or.jp/nichikara/jmari10/190413/kiroku/ki2.pdf>
- <sup>4</sup> 国民健康保険法とは、国民の疾病、負傷、出産または死亡に関して必要な保険給付を行なう法律。1938年に公布、1998年の改正を経て現在に至る。
- <sup>5</sup> 帝国データバンク (2018年)「医療機関の倒産動向調査」。  
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p190102.html>
- <sup>6</sup> 一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター (2018 年年報)」6 頁。  
<https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/nenpou-h30-all.pdf>
- <sup>7</sup> 日常生活に密着した保健医療を提供する一次医療圏 (基本的に市町村単位) と健康増進・疾病予防から入院治療まで一般的な保健医療を提供する二次医療圏 (複数の市町村)、先進的な技術を必要とする特殊な医療に対応する三次医療圏 (基本的に都道府県単位) がある。
- <sup>8</sup> 厚生労働省医政局 (2018)「医師偏在対策について」8 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194394.pdf>
- <sup>9</sup> 高岡善人 (1993)『病院が消える一苦悩する医者告白』講談社、65 頁。
- <sup>10</sup> PMI (Private Medical Insurance) は、イギリスの民間医療保険である。NHS (公的な医療保障制度) に代わって、民間の医療機関から医療サービスを受ける場合に利用される。外来での受診から、入院による治療費、ベッド代、手術費などを幅広く保険の対象としている。治療費、ベッド代、手術費などを幅広く保険の対象としている。
- <sup>11</sup> HCP (Health Cash Plan) は、健康キャッシュプランである。主として比較的所得の高い個人向けおよび大手企業の従業員を対象とする職域向けの保険商品として販売されている。
- <sup>12</sup> GP (General Practitioner) とは、かかりつけ医または総合診療医である。
- <sup>13</sup> 小林篤 (2016)「英国の民間健康保険と高齢者ケアサービス」損保ジャパン興亜総研レポート、27 頁。  
<http://www.sompo-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt74-2.pdf>
- <sup>14</sup> 高岡善人、前掲書、66 頁。
- <sup>15</sup> 府川哲夫「アメリカの年金制度—1983年の大改正を経て」2 頁。  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/14138401.pdf>
- <sup>16</sup> 田中滋ほか (2007)『医療制度改革の国際比較』勁草書房、80 頁。
- <sup>17</sup> 今田忠「アメリカの医療保険代替制度 (HMO、PPO)」61 頁、66 頁。  
[http://www.jili.or.jp/research/search/pdf/C\\_78\\_3.pdf](http://www.jili.or.jp/research/search/pdf/C_78_3.pdf)
- <sup>18</sup> 迫井正深 (2014)「DPC はいかに誕生したか—DRG と DPC の違い—」保健医療科学 Vol. 63 P488-489。  
<https://www.niph.go.jp/journal/data/63-6/201563060002.pdf>
- <sup>19</sup> 厚生労働省 (2012)「社会保障を考える」44 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/1-03.pdf>
- <sup>20</sup> THE LANCET (2017) とは、1990 年から 2015 年までの 195 の国と地域での個人医療の影響を受けやすい原因による死亡率に基づくヘルスケアアクセスおよび品質指標である。  
<https://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>
- <sup>21</sup> 医療圏とは、病床の整備を図るために都道府県が定める地域区分である。1 次医療圏は市町村が単位で日常的な医療が提供される区域。2 次医療圏は、専門性がある入院を含む医療の提供が求められる区域で、健康増進・疾病予防から入院治療まで一般的な保健医療を提供する。3 次医療圏は、先進的な技術を必要とする特殊な医療に対応する。
- <sup>22</sup> 健康保険法とは、労働者及びその被扶養者の業務災害以外の疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関する医療保険給付等について定めた日本の法律である。1922 年法律第 70 号。
- <sup>23</sup> WHO (世界保健機関) World Health Statistics (世界保健統計) 2018 年版。  
[https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/)
- <sup>24</sup> WHO World Health Statistics (世界保健統計) 2018~2021 年により。  
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/world-health-statistics>
- <sup>25</sup> 田中滋ほか、前掲書、81 頁。
- <sup>26</sup> QOL(Quality of Life) とは、クオリティ・オブ・ライフである。一般に一人一人の人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指し、つまりある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、

- 
- 人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念である。
- <sup>27</sup> DALY(障害調整生命年英)とは、病的状態、障害、早死により失われた年数を意味した疾病負荷を総合的に示すものである。
- <sup>28</sup> 田中滋ほか、前掲書、82頁。
- <sup>29</sup> WHOのGlobal Health Observatory Data Repositoryデータにより。  
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>
- <sup>30</sup> OECD ニュースルーム(2018年)「質の低い医療は疾病と医療費の負担を増やす」。  
<https://www.oecd.org/tokyo/newsroom/>
- <sup>31</sup> 医療費亡国論とは、日本で当時の厚生省保険局長吉村仁が1983年の全国保険・年金課長会議において発表した「医療費増大は国を減ぼす」という論のことである。
- <sup>32</sup> 厚生労働省(2019)「令和1年度 病院経営管理指標」13～18頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000633949.pdf>
- <sup>33</sup> IMF(2021年10月)“World Economic Outlook Database”  
<https://www.imf.org/en/Publications/WEO>
- <sup>34</sup> 厚生労働省(2021)「社会保障の給付と負担の現状(2021年度予算ベース)」。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000799946.pdf>
- <sup>35</sup> 厚生労働省(2019年)「OECD加盟国の医療費の状況」。  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19-2/kousei-data/siryou/xls/sh0201-02-b1.xls>
- <sup>36</sup> 厚生労働省(2018)「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」4頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/gaikyo.pdf>
- <sup>37</sup> 厚生労働省(2019)『必要医師数実態調査』。  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/dl/03.pdf>
- <sup>38</sup> 調査概要：福岡市内にある医療法人X病院、A医師。調査時期は2019年6月。
- <sup>39</sup> 厚生労働省(2015)「厚生労働白書—人口減少社会を考える—我が国の人口推移」。  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/backdata/01-00-01-002.html>
- <sup>40</sup> 国立社会保障・人口問題研究所(2018)「日本の地域別将来推計人口」。  
[http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/2gaiyo\\_hyo/gaiyo.asp](http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/2gaiyo_hyo/gaiyo.asp)
- <sup>41</sup> 社会保障給付費は、年金や医療保険等の社会保障制度を通じて国民に提供される年間の給付総額である。
- <sup>42</sup> 内閣府「社会保障負担等の増加、社会保障の給付と負担の見通し」。  
[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2004/html\\_h/html/g1332010.html](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2004/html_h/html/g1332010.html)
- <sup>43</sup> 「“日経新聞1面” 過大な公費に頼る公立病院の経営改革は喫緊の課題」2019年4月26日、ヤフーフアイナンス。  
<https://m.finance.yahoo.co.jp/news/detail/20190426-00935702-fisf-stocks>
- <sup>44</sup> 「424病院は“再編検討を”厚労省、全国のリスト公表」2019年9月26日、日本経済新聞電子版。  
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZ050232120W9A920C1MM8000/>
- <sup>45</sup> 医業利益率は病院経営指標で、臨床指標の一つとされている。病院が健全経営していくためには一定以上の利益を産むことが必要であり、医療法人での医業利益率は3%程度とされている。
- <sup>46</sup> 藤高美海(2017)「日本における医療観光ビジネスモデルに関する考察」北九州市立大学大学院マネジメント研究科研究成果物、28～29頁。
- <sup>47</sup> ブルーノ・パリエ(2010)『医療制度改革—先進国の実情とその課題』白水社、68頁。
- <sup>48</sup> ブルーノ・パリエ、前掲書、72頁。
- <sup>49</sup> 厚生労働省(2021)『地域包括ケアシステムの実現へ向けて』により。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- <sup>50</sup> 地域包括ケアの起源は、1980年代広島県御調町(現在は尾道市)の「公立総合病院 みつぎ総合病院」である。同病院の医師山口昇氏は、「寝たきりゼロ」を目的に、医療・行政が連携した実践的な取り組みを主導し、その取り組みに「地域包括ケアシステム」という名前がつけられている。2008年には介護分野のほか、医療分野も協働し、さらに予防・生活支援・住まいといったジャンルまで統合している。2014年に施行された「医療介護総合確保推進法」のなかには、医療・介護を同等に取り扱い、地域包括ケアシステムを構築することが明記されている。
- <sup>51</sup> 前掲注(49)に同じ。
- <sup>52</sup> 福岡県(2021)「地域包括支援センター」。  
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/tiiki-houkatsu.html>
- <sup>53</sup> 地域医療構想においては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能ごとに、将来の医療需要を推計している。その推計方法は4つの機能を医療資源投入量(出来高点数)によって区分しているのが特徴である。2025年の医療需要の推計方法は、構想区域の2025年の医療需要=(当該構想区域の

---

2013年度の性・年齢階級別の入院受療率×当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口)を総和したものである。

全日本病院協会「地域医療構想」より。

<https://www.ajha.or.jp/guide/28.html>

<sup>54</sup> 厚生労働省医政局地域医療計画課（2019）「地域医療構想について」50頁に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000516866.pdf>

## 第二章 日本における医療崩壊に対する考察

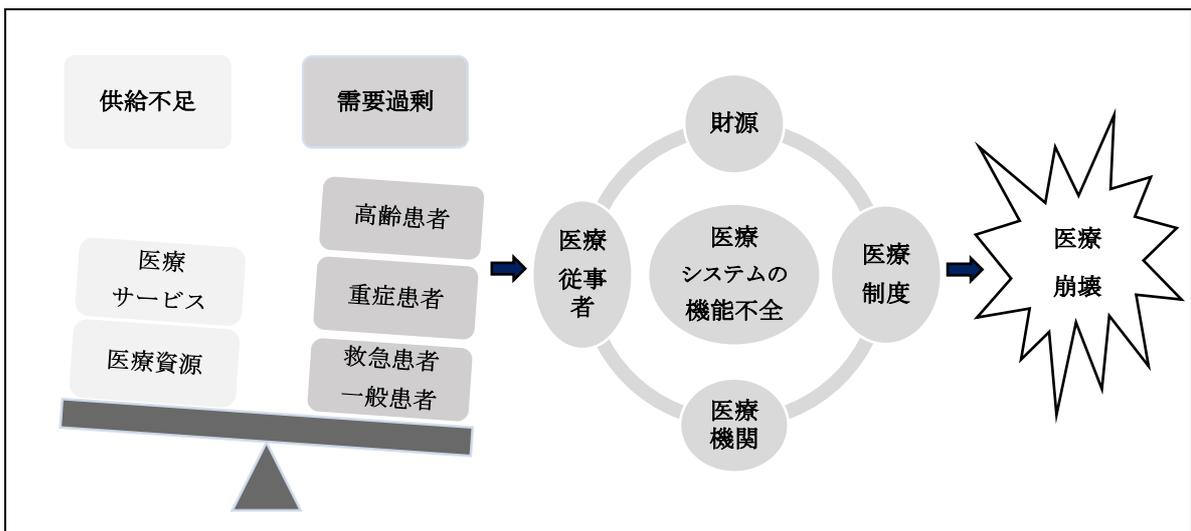
前章では、OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development/経済協力開発機構) に加盟した主要先進国における医療制度に関わる国際比較を通して、日本の医療制度の特徴と構造的課題について分析した。これをふまえて本章では、社会構造の変化に伴う医療制度の見直しをもたらす「医療崩壊」の課題と対応策を同じくイギリス・アメリカと国際比較しながら考察する。具体的に前半では医療崩壊に関する概念規定を明白にした上、日本における医療崩壊の特徴と発生の真因を分析し、後半では医療崩壊に歯止めをかける政策提言を試みたい。

### 第1節 問題提起

#### 1.1 医療崩壊とは

医療崩壊に関する概念規定は専門家によって様々で、厳密な定義は存在しない。ここでは医療崩壊とは「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具現される医療システムの機能不全の状態」と定義することとしたい（イメージは図2-1を参照）。直近では、COVID-19の蔓延により患者が急増して医療保健機関が対応しきれない事態が多数の国で発生したことが、分かり易い医療崩壊の具体例として挙げられている。

図2-1 需要と供給のアンバランスによる医療崩壊



出所：筆者作成

日本では最初に「医療崩壊」という言葉を使用したのは保坂正康氏（2001）である。「医療事故の真因は病院・医師側の密室性にある」、「医師の保身・医療の面子が医療事故を隠蔽

している」、「病院経営は二極化現象で生き残りをかけて戦う時代」<sup>1</sup>など、具体的な医療崩壊の現象を取り上げて議論した。また、「国の医療行政の進む方向は明確ではない。高齢社会での老人医療費の膨脹を抑えることは必至である」「医療費の膨脹により国家財政が苦しくなり、結果的に自己負担率を上げざるをえなくなる」<sup>2</sup>と保坂は指摘し、いち早く日本の医療崩壊の危機に警告を発した。

日本の医療は「費用・アクセス・治療の質」の諸点で、世界一と評価されているが、真野俊樹氏によれば、「日本の財政が危機に瀕するなか、医療費の高額化が問題になっている。その主因は高齢化と技術進歩であるが、人口の多い団塊の世代の高齢化もあいまって、日本の国民医療費は毎年数千億円から 1 兆円ずつ増加している。旧来の日本の医療が達成してきたとされる医療の良い質・安いコスト・良いアクセスの三つの併存は不可能になる」<sup>3</sup>。現在、外来診察や会計の長い待ち時間、有名病院では紹介状が必要で予約がないとすぐに受診できないなど、決して受診しやすさや質の高い医療システムとは言えなくなっている。

さらに、大学病院の医師が僻地の医療機関に名前を貸すという医師の「名義貸し」行為はマスメディアによって十分には報道されず、このような行為の放置が地域医療崩壊を引き起こした原因の一つとして考えられる。国民の命に関わる医療の安全性に対する過度な社会的要求や期待、医療費抑制政策の遂行などを背景とした医療現場の勤務環境の悪化や医師離職の増加・医療経営の悪化などに象徴される状況が恒常化した。特に 2020 年、COVID-19 の感染が拡大した日本では、医療従事者や医療資源が不足するなど保健医療システムの機能不全が発生し、重症者の治療に手が回らなくなり、マスコミがこのような状態を総括して医療崩壊と繰り返し表現するようになったため、印象深いものになった。

## 1.2 本章テーマ設定の背景と狙い

1980 年半ば以降、医療費抑制政策・医師数抑制政策の採用により、日本では医師不足に陥り、勤務医の労働環境が悪化し、その結果、病院の経営も悪化した。1990 年代後半からマスコミ等による医師・医療現場への批判が日常化してきた。例えば 2001 年、東京女子医大による心臓手術中における人工心肺装置の瑕疵による事故発生、2005 年、佐賀大学医学部附属病院で起きた患者体内にガーゼを置き忘れた医療過誤・医療訴訟の発生によって、医療崩壊はメディアで取り上げられる頻度が激増した。

2006 年、小泉内閣が実施した診療報酬の改定は、「三方一両損」という政府と医療機関と国民患者が一定の割合で「損」を受諾することで、その医療制度の安定化を求めた。しかし、医療現場が荒廃し、地域の中核病院も閉鎖・倒産に追い込まれ、医療事故も頻発するようになり医療崩壊が社会問題となった。具体的になって現れたのが、受け入れ先の病院が見つからない救急搬送のたらい回し事例の増加、民間病院における医師不足の深刻化、診療科と病棟閉鎖によって小児科の激減、出産難民の急増などである。廃院や地域医療の荒廃については閉院などの事象もある。さらに、国や地方の財政悪化により、補助金が削減された公立病院は経営難に陥っていった。

本章の狙いは、アメリカ・イギリスと国際比較しながら、日本の医療崩壊の特徴を掴み、その発生の真因を分析したうえで、医療崩壊に歯止めをかける政策提言を行うことを目的としている。

### 1.3 内容構成

本章の内容構成は以下のとおりである。

本節では、医療崩壊の概念規定、日本医療危機の現状と問題点・背景と狙い・論点を分類整理しながら先行研究と研究方法を要約的に説明した。第2節では、世界の代表的な先進国であるイギリスとアメリカの医療崩壊の現状を日本と比較考察しながら整理する。そして、第3節は、関連調査報告書・統計資料・医療現場向けのヒアリング調査の結果などから日本における医療崩壊の真因を探る。さらに、第4節は、日本における医療崩壊の要因を検証し、緊急課題に対する回避策を提言する。まとめでは、本章の成果と意義をまとめ、日本における安心・信頼できる保健医療システムの構築への方向を示す。

## 第2節 医療崩壊のパターン分析

医療崩壊は程度の差こそあれ、ほか先進諸国でも発生している。本節では、国内外官公庁の公開資料と一部先行研究から、医療先進国イギリス・アメリカ両国との比較を行い、日本の医療崩壊の特徴をクローズアップしていきたい。

### 2.1 イギリス型医療崩壊の特徴

#### ① 医療費抑制政策

イギリスの医療保障制度である NHS（国民保健サービス）は 1948 年に発足し、すべての国民に予防医療、リハビリも含めた包括的保健医療を原則無料で提供しており、社会保険方式ではなく、一般税を主たる財源としている。日本のように被保険者から徴収した保険料を主たる財源として保険者が運営する「社会保険方式」ではなく、一般税を主たる財源（税方式）として必要なサービスを供給するものである。

保守党サッチャー政権時代（1979 年～1990 年）は NHS を 400 余りの独立行政法人に分割し、経済の行き詰まりに起因する財政難に対応するため、市場型の競争メカニズムを利用した効率化改革を推進した。しかし、価格競争のみに焦点が当てられ、効率化も不十分のため、公平性は失われた。必然的に医療事故や待機日数も増加し、医療の質は悪化した。小松は「効率と競争を求め、医療費を抑制した結果、イギリスの医療は崩壊した」と指摘し、近藤は「医療費抑制政策はイギリス医療崩壊をさせた大きな原因の一つ」と主張している<sup>4</sup>。労働党ブレア政権時代（1997 年～2007 年）には、医療支出を増額や医療従事者の人員増などを改革プランに盛り込ませて、医療サービス提供者に対してはガイドラインを規定し、公正な成果を求めたことが極めて革命的と評価されている。公平と福祉が重視されたうえで、膨

大な予算が投入された。しかし、結果として社会の効率が落ち、経済的に行き詰まった<sup>5</sup>。

表 2-1 では、2018 年のイギリスの対 GDP 保健医療支出は 9.8% (36 カ国中 13 位) で、1 人当たり医療費は 4,070 米ドル (同 18 位) である。アメリカ・ドイツ・フランス・日本よりも低い。これはイギリスの医療費抑制政策の結果である。

表 2-1 OECD 加盟国の保健医療支出状況

国名	総医療費の 対 GDP 比 (%)	順位	1 人当たり 医療費 (米ドル)	順位	国名	総医療費の 対 GDP 比 (%)	順位	1 人当たり 医療費 (米ドル)	順位
United States	16.9	1	10,586	1	Spain	8.9	19	3,323	21
Switzerland	12.2	2	7,317	2	Italy	8.8	20	3,428	20
Germany	11.2	3	5,985	4	Iceland	8.3	21	4,349	16
France	11.2	4	4,965	12	Korea	8.1	22	3,192	22
Sweden	11.0	5	5,447	5	Slovenia	7.9	23	2,859	25
Japan	10.9	6	4,766	15	Greece	7.8	24	2,238	29
Canada	10.7	7	4,974	11	Israel	7.5	25	2,780	26
Denmark	10.5	8	5,299	7	Czech Republic	7.5	26	3,033	23
Belgium	10.4	9	4,944	13	Ireland	7.0	27	4,869	14
Austria	10.3	10	5,395	6	Lithuania	6.8	28	2,416	27
Norway	10.2	11	6,187	3	Slovak Republic	6.7	29	2,290	28
Netherlands	9.9	12	5,288	8	Hungary	6.6	30	2,047	33
United Kingdom	9.8	13	4,070	18	Estonia	6.4	31	2,231	30
New Zealand	9.3	14	3,923	19	Poland	6.3	32	2,056	32
Australia	9.3	15	5,005	10	Latvia	5.9	33	1,749	34
Portugal	9.1	16	2,861	24	Mexico	5.9	34	1,138	36
Finland	9.1	17	4,236	17	Luxembourg	5.5	35	5,070	9
Chile	8.9	18	2,182	31	Turkey	5.4	36	1,227	35
					OECD AVERAGE	8.8		3,992	

出所：“OECD Health Statistics 2019”2 頁、6 頁に基づき筆者作成。

原資料：<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

また、COVID-19 のパンデミック発生から間もなく、NHS 医療機関は医師用防護具、医療ガウン、納体袋などが不足し、医療費抑制政策により医療資源確保が、深刻な事態に陥ったことが注目された。WHO の公式データによると、2020 年 6 月 5 日現在、イギリスの COVID-19 による死者が約 4 万人超え、欧州では最多で、世界ではアメリカに次いで 2 番目に多い<sup>6</sup>。このままの状況で行けば、医療システムが崩壊する可能性が高い。

## ② 医師の不足

サッチャー政権時代は、福祉支出の財政への圧迫が深刻となり方針転換を図るため大幅な削減が行われた。これに伴い、医療従事者の給与も減少し、全体的な士気の低下を招いた。治療は安価で時間短縮されたため、手遅れになる患者も出てきた。国民保健サービスは機能不全に陥り、医療危機を招いた。その後も状況は改善されず、2000年代からはイギリスの医療従事者の国外流出が増えている。表2-2は、イギリスの人口千人当たり医師数はOECD平均3.5人に対して2.8人となっており、OECD加盟国35カ国中28位で、アメリカ・日本と同じ下位になっている。

表2-2 OECD加盟国の人口千人当たり医師数（2017年）

順位	国名	医師数（人）	順位	国名	医師数（人）
1	Greece	6.1	18	Hungary	3.3
2	Austria	5.2	19	New Zealand	3.3
3	Portugal	5.0	20	Finland	3.2
4	Norway	4.7	21	Latvia	3.2
5	Lithuania	4.6	22	France	3.2
6	Switzerland	4.3	23	Israel	3.1
7	Germany	4.3	24	Slovenia	3.1
8	Sweden	4.1	25	Belgium	3.1
9	Denmark	4.0	26	Ireland	3.1
10	Italy	4.0	27	Luxembourg	3.0
11	Spain	3.9	28	United Kingdom	2.8
12	Iceland	3.9	29	Canada	2.7
13	Czech Republic	3.7	30	United States	2.6
14	Australia	3.7	31	Chile	2.5
15	Netherlands	3.6	32	Japan	2.4
16	Estonia	3.5	33	Mexico	2.4
17	Slovak Republic	3.4		OECD AVERAGE	3.5

出所：表2-1に同じ。

原資料：表2-1に同じ。

患者は医師がすべての病気を治療できると過剰に期待している。しかし、イギリスで起きた医師不足が原因で、医師の長時間労働と患者の待機時間の増加により医師も患者も忍耐の限界に達している。BMJ (British Medical Journal/イギリス医師会雑誌) には「Doctors are unhappy (医師は不幸である)」と書かれている<sup>7</sup>。イギリスの医療システムは医師のサポートとならず、所定労働時間を超えた過剰な労働や事務的業務量の増加などの要因で、医師

私たちは医療現場から離れ、深刻な医師不足によって医療は崩壊を招いている。

### ③ 医療待機者

イギリスでは、患者は受診する医療機関を自由に選べない。GP (General Practitioner/家庭医又はかかりつけ医) とよばれる一般医の中から主治医を選択して登録する。風邪や発熱したときにまずは GP に電話で相談し、GP が市販の風邪薬や解熱剤を内服させて、しばらく様子を見るように言われることが多い。熱が下がらない場合は GP からの紹介と予約で、早くて2~3日、遅ければ2週間以上、大きい病院なら約1ヶ月も待機して専門医のところを受診することになる。表2-3では、2016~2017年イギリス救急医療・専門医療・予約入院・がん治療の平均待機時間を示している。GPの紹介から治療開始までの平均待機時間は5週間である。

表2-3 イギリスの救急医療・専門医療・予約入院・がん治療の平均待機時間 (2016年~2017年)

分類	平均待機時間
救急医療	診察、検査まで4時間内
専門医療	GPの紹介から専門治療開始まで5週間
予約入院	GPの紹介から入院まで9週間
がん治療	GPの紹介から入院治療まで8.8週間

出所：NHS統計“Referral to Treatment Waiting Times Data 2016-17”により筆者補足作成。

原資料：<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/rtt-data-2016-17/>

表2-4は、2019年3月NHS統計“Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times Data 2019~2020 (コンサルタンต์主導の治療待機時間データへの紹介 2019~2020 専門治療待機時間)”によると、待機時間が最も長いのは8.3週 (脳神経外科)、最も短いのは5.1週 (老年病科) である。平均は6.9週間もあり長い期間を患者は待たなくてはならない。がん患者は待機中に病状が進行して、手遅れで手術不可能になる場合もある。「2019年の冬だけで、約20万人の患者が、救急部門での診察後に4時間以上も病床が見つかるまでストレッチャーで待たされていた」とBBC (British Broadcasting Corporation/英国放送協会) の調査で分かった。人口6,700万人に対し20万人の入院待機救急患者が存在するという事態が深刻である。

表 2-4 2019 年 3 月 専門治療待機時間(イギリス全国レベルデータ)

治療科目	待機患者 総数 (名)	18 週待機患者		平均待機期間 (週)
		総数 (名)	割合 (%)	
General Surgery	314,079	266,003	84.7	7.0
Urology	236,562	201,278	85.1	7.5
Trauma&Orthopaedics	498,869	415,759	83.3	7.5
Ear, Nose&Throat (ENT)	304,551	257,365	84.5	7.2
Ophthalmology	432,827	371,359	85.8	7.0
Oral Surgery (口腔外科)	172,218	143,334	83.2	7.9
Neurosurgery (脳神経外科)	33,234	27,018	81.3	<b>8.3</b>
Plastic Surgery (形成外科)	52,660	43,380	82.4	7.7
Cardiothoracic Surgery	8,781	7,275	82.8	7.5
General Medicine	42,512	38,697	91.0	6.5
Gastroenterology	222,784	197,186	88.5	6.8
Cardiology	207,407	185,693	89.5	6.9
Dermatology	201,482	180,555	89.6	6.2
Thoracic Medicine	100,552	90,895	90.4	6.4
Neurology	128,155	109,996	85.8	7.5
Rheumatology	89,105	80,082	89.9	6.4
Geriatric Medicine	20,190	19,301	95.6	5.1
Gynaecology	274,298	239,960	87.5	6.5
Other	893,148	795,301	89.0	6.3
Total	4,233,414	3,670,437	86.7	6.9

出所：NHS 統計 “Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times Data 2019~2020” により筆者作成。

<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/rtt-data-2019-20/>

## 2.2 アメリカ型医療崩壊の特徴

### ① 医療費抑制政策

アメリカの医療水準は世界最高である一方、国民医療費は高騰を続けている。2018 年アメリカの一人当たり国民医療費は 10,586 ドルで、GDP に対する国民医療費の比率とともにトップになっている(表 2-1)。例えば、ICU に心筋梗塞で 1 週間入院すれば約 1,000 万円、出産でも 150 万円、虫歯 1 本抜いただけで 6 万円もかかっている。国民を対象とする公的医療費保障制度はないが、高齢者などの特定の人を除いて、民間医療保険の原則任意加入を勧めている。

勤務者は職場を通じて、職域単位で民間の団体医療保険に加入している。UCB(US Census

Bureau/アメリカ国勢調査局)の最新の統計結果によると、2018年医療保険未加入者は約2,750万人、全人口の約8.5%に上り、前年度より200万人も増加している。病院は運び込まれた無保険救急患者に対し、治療費用は一時的に医療機関が負担するが、最終的には患者負担となる。高額な医療費を請求された患者は止むを得ず破産し、ホームレスなどが急増し、医療機関の経営が負担を強いられることにもなる。

2009年～2016年のアメリカのオバマ政権時代は、医療保険制度改革を内政の最重要課題に位置づけ、2010年に医療保険制度改革法を成立させた。いわゆるオバマケア（患者保護並びに医療費負担適正化法）である。この法律は、中・低所得者層に対する政府の補助を拡大し、保険会社が持病を理由に加入を拒否できない法律となっている。しかし、「オバマケアは増税政策だった」とMIT（マサチューセッツ工科大学）のジョナサン・グルーバー教授は言う<sup>8</sup>。中間層はこれ以上の増税は耐えられず、オバマケアへの反対は加速していった。その後、2017年からトランプ政権はオバマケアを廃止したが、現状は手が回らずにそのままで、オバマケア自体は現在も継続されている。

また、医療費抑制政策のなか、過去10年間新興感染症の対策関連予算を削減してきた。現在、無保険者はCOVID-19が感染した場合、自己負担が4万～7.5万ドルにのぼる。無保険者は適切な検査や治療を受けられず、さらに感染を広めることになりアメリカの医療崩壊が起こりつつある。

## ② 医療訴訟

医療には常に進歩があつて、それと同時に新しいリスクも発生する。患者の病状・手術方法・医療者の技量・医療器械などによって、最悪の場合は死亡するなどリスクがある。医療訴訟は医事関係訴訟、医療過誤訴訟とも呼ばれる。医療行為で、少しでも不都合があれば医療事故と疑われ、医療従事者に過失があれば訴えられ、過失がなくても結果が悪ければ訴えられる場合もある。

アメリカの医療訴訟は1970年代から、患者の権利を守るという名目で増えるようになった。前述した通り1980年代に、政府が医療費抑制の切り札としてDRG（Diagnosis Related Group/疾病分類の一つ）が登場した。DRGにより患者は入院せずに日帰り手術を受けられるが結果は医療的なミスが続出し、医療訴訟が急増した。特に産婦人科は訴訟が一番多く、医師2人のうち1人は訴えられる。優秀な医師でも年3万ドル（約321万円）、年収の1～2割くらいの医療過誤保険料を支払っている<sup>9</sup>。

アメリカでは年間約1,500万人の患者が病院で医療ミスに遭い、そのうち年間約12万人の患者が死亡している<sup>10</sup>。そして、NPDB（National Practitioner Data Bank/全米医師データバンク）によると、賠償による医療訴訟だけで年間1万件を超える医療訴訟大国である。1件当たりの平均賠償額は、2009～2014年に支払いが発生した28万件超の訴訟のうち、100万ドル（約1.1億円）の賠償を超えるものが約8%もあり、28万件の訴訟のうち、約1/3は患者の死亡に関連するものであった。全体として最も多い訴えの内容は誤診である<sup>11</sup>。医師

は自己の安全のために防衛医療や保身医療などに加入し、やむなく過剰な診療を行う事になる。一方、医師損害賠償保険料は高騰し、医師が医療現場から離れるケースもある。

### ③ 医師不足

アメリカは近い将来に深刻な医師不足になることが分かっている。その原因は、医療水準の高度化、高齢者の増加に伴う介護ニーズの増加、医師退職数の増加などである。AAMC (Association of American Medical College/アメリカ医科大学協会) と COGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education/アメリカ卒後医学教育認定評議会)、HRSA (Health Resources and Services Administration/アメリカ合衆国保健社会福祉省) 3団体の調査によると、2020年は約8.5万人、2025年は約12.4万人の医師不足が予測されている<sup>12</sup>。

この医師の需給予測の研究を分析してみると、第2次世界大戦後1960～1970年代に、医科大学を拡充し、積極的に医師の養成をしていた。1980年代に医師の過剰が予測され、医科大学の定員や研修医に対する予算は減らされていく。そして、1990年代には医師の養成を抑制し始めた。2000年代に入ると、医師の退職数の増加などによって医師不足の時代が到来した。

表2-2は、2017年人口千人当たりの医師数ではOECD平均3.5人に対して2.6人、OECD加盟国35か国中30位でイギリス・日本と同じ下位になっている。アメリカも高齢化が進んでおり、日本と同じ問題が起きている。また、2020年3月にCOVID-19感染者が爆発的に増えたアメリカは、患者が待合室や廊下にあふれ、遺体を安置する場所もなく、医療従事者の不足や医療機器の不足を、医師が動画で訴えるなど、医療現場の深刻な状況が浮き彫りになっている。さらに、WHOの公式情報によると、現時点は(2020年6月5日)アメリカCOVID-19による感染者数(185万人)、死者数(10.7万人)、世界最多である。医療現場の感染拡大に伴う医師不足や医療資源不足から医療崩壊を起こしてしまっている。

## 2.3 日本型医療崩壊の特徴

### ① 医療費抑制政策の遂行

1980年代より医療費抑制政策を強力に推し進め、30年以上経った現在も医療制度の構造改革を続けている。元財務官僚の村上によれば、医療崩壊の最大の原因はこれまでの医療費抑制政策にあると言う<sup>13</sup>。政府は構造改革の名の下に、医療費抑制政策を優先させてきた。

厚生労働省「医療費の動向」によると、2018年度に医療機関に支払われた概算医療費は42兆6,000億円となり、前年度より3,000億円増えて2年連続で過去最高を更新している<sup>14</sup>。医療費の増加の主な原因は、自然増加(高齢化、医療新技術の導入など)と特有増加(入院日数が長い、受診回数が多いなど)であり、今後も増え続けると予想している。

このまま医療費を削減すれば、医療現場は十分な診療報酬を確保できず、医療従事者たちが次々と病院を離れ、医療供給不足や救急対応ができず、経営困難に陥る病院がさらに増加

する。全国公私病院連盟「令和元年(2019年)病院運営実態分析調査の概要」によれば、2019年6月の100床当たりの医業損益差額は1,370万円の赤字となり、2年連続で赤字幅を拡大している。赤字病院数の割合は全体の70.9%、自治体病院では88.9%である<sup>15</sup>ことが明らかになっている。

## ② 医師不足の発生

1980年代は「医療費亡国論」や「医師過剰論」を提唱するなど、世界的にも医師が増えると医療費が増えると考えられた時代である。当時の政府は1982年、医学部入学定員数の抑制、1986年には入学定員の10%削減、1997年にはさらに定員削減を続けることを閣議決定した。この結果、1984年に8,280人だった医学部定員は、2003年に7,625人まで削減されていた<sup>16</sup>。その後、2006年の「新医師確保総合対策」により医師不足が深刻な都道府県について各10人、2007年の「緊急医師確保対策」により全都道府県について各5人などの入学定員の増員を実施した<sup>17</sup>。表2-2は、2017年人口千人当たり医師数ではOECD平均3.5人に対して日本は2.4人、OECD加盟国35か国中32位で、アメリカと同じく下位になっている。アメリカの医師数は医師免許があっても働いていない人はカウントしないのに対し、日本の医師数は、働いていない医師でも医師免許をもっていれば医師数にカウントされている。

表2-5 必要医師数(2018年)

項目	現在 医師数 A	必要医師数 B=C+D	必要求人 医師数 C	必要非求人 医師数 D	充足率 A / (A+B)
正規雇用	132,937	21,588	16,488	5,100	0.86
短時間正規雇用	3,532	817	617	200	0.81
非常勤	30,594	1,628	1,184	444	0.94
計	167,063	24,033	18,289	5,744	0.87

出所：厚生労働省(2019)『必要医師数実態調査』により筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/dl/03.pdf>

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧：医師・歯科医師・薬剤師調査)」によると、医療施設の従事医師数は2018年311,963人と、10年間で25,264人、年平均では約2,500人増加している<sup>18</sup>。しかし、現在では医師全体の相当数が確保されているが、必要な医師数24,033人(充足率0.87)は供給されていないといったミスマッチが発生している(表2-5)。特に分娩取扱い医師は1,124人(充足率0.87)不足している(表2-6)。病院の勤務医や夜間救急医の不足、診療科別、地域別、時間帯別の領域における医師の絶対数不足も起きている。

表 2-6 分娩取扱い必要医師数 (2018 年)

項目	現在 医師数 A	必要医師数 B=C+D	必要求人 医師数 C	必要非求人 医師数 D	充足率 A / (A+B)
正規雇用	5,988	944	683	261	0.86
短時間正規雇用	201	64	41	23	0.76
非常勤	1,123	116	72	44	0.91
計	7,312	1,124	796	328	0.87

出所：表 2-5 に同じ。

医療従事者の負担はますます大きくなり、厳しい医療経営を強いられ、赤字の病院は年々増加している。帝国データバンク（図 2-2）によると、2019 年の病院・医院の倒産件数は 45 件（病院 8 件、診療所 22 件、歯科医院 15 件）となり、2010 年以後の 10 年間では最多となっている<sup>19</sup>。2021 年、「診療所」の倒産は前年比 1.8 倍に急増し、総倒産数は 33 件である。さらに、勤務医の働き方改革により、救急医療や産科・小児科の撤退、診療の縮小など医療経営は厳しくなり、医療システム機能不全を招いている。

図 2-2 医療機関の倒産件数推移 (2010 年～2021 年)



出所：帝国データバンク「医療機関の倒産動向調査（2019 年）」データに基づき筆者補足作成。

原資料：<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p200101.html>

### ③ 医療訴訟の増加

日本の医療訴訟事件については、2017 年新規提訴された事件数は 857 件で、2013 年以来 5 年連続 800 件台で推移している<sup>20</sup>。社会的影響をもたらした代表的な事件としては、福島県立大野病院産科医逮捕事件、杏林大病院割りばし死事件、群馬大学病院腹腔鏡手術後 8 人死亡事故などがある。

医療事故がマスメディアに報道される機会が多くなり、医療機関の風評被害や士気の低

下など、辞めていく医師が後を絶たない。病院は辞めた医師の補充を医局に要求するも、新研修医制度によって医局医師の確保は困難であり、病院の要求に十分に答えることができない。医局に残っている医師は勤務条件の悪い病院への就職を拒み、辞められた病院は欠員を埋める事が出来ず、診療科の縮小・病棟閉鎖・閉院までつながることもある。医療訴訟は医療危機の深刻化を招いているもう一つの要因である。

医療ミスによる医療訴訟の原因はさまざまである。人為的ミスに起因するものとして、医師の診断・手術・治療ミス、看護師や医療スタッフなどの連携ミスがあげられる。医療事故は、医療の過程で発生する人身事故である。2017年以來5年連続で医療訴訟件数年間約800件台を推移している<sup>21</sup>。

## 2.4 医療崩壊に関する国際比較考察

これまで述べてきたように、医療費抑制政策や医師不足、医療訴訟などにより医療崩壊を招いているが、それ以外にも数多くの問題がある。イギリスにおいては、サッチャー政権で実行された医療費抑制政策によって医療制度の荒廃が進んだ。アメリカでは、オバマ政権で目指したオバマケアが実現不可能となり、最先端医療技術と高い医療サービスを提供した結果、医療費の高騰が止まらなくなった。日本の場合は、急速な少子超高齢化で、医療提供の資金と人材の不足が深刻化しつつある。

日本の総医療費の対GDP比はOECD加盟国中6位となっているが、アメリカは1位、イギリスは13位である(表2-1)。イギリスの医療費は国際的に見ると大変に少ない。医療費の対GDP比は、日本の10.9%より少ない9.8%であり、世界先進国中で最も低い値である。日本の医療保険は原則30%の自己負担となっているが、イギリスのNHSは医療費が無償である。一見するとイギリスの方が良い制度であるが、歯科・眼科・薬剤の費用については自己負担となっている。

日本の医師はどの程度不足しているのか。2019年OECD加盟国の統計データ(表2-2)によれば、人口千人当たり医師数は2.4人(32位)であり、世界先進国中で最も低い値である。OECDの医師数の平均3.5(35万人)と比べると日本の医師数は1.1(11万人)も不足している。イギリスの場合は7万人、アメリカの場合は9万人の医師が不足していることを明らかにする。

アメリカは1970年代に医学部の定員を増やしたが、1980年代に医師の過剰が懸念された結果、1990年代まで実際に医師養成の抑制策が採られたことは、日本と酷似している。人口10万人当たりの医学部卒業生は、2018年OECDの統計データでは、首位のアイランドが24.9人、日本が6.9人(34位)となっている。イギリスは12.9人(18位)、アメリカが医療先進国ながら7.8人(31位)<sup>22</sup>と低迷しているものの、日本の医学部卒業生数は世界的にも低い割合であることになる。

日本の医療現場では、多くの医師が過労死ライン<sup>23</sup>を越えて働いている。厚生労働省「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(2019年)によると、週90~100時間勤務

比率は 18.4%である<sup>24</sup>。アメリカの場合は、レジデント（研修医）の勤務時間は 1 週間 80 時間までと制限がある。一方、日本は 40 時間、イギリスは 48 時間までと上限が決められている。しかし、どの国でもレジデントと新米医師は、診療の継続性と技術を磨くため、過酷な長時間労働をこなしている。このような過労や睡眠不足が、医療事故・ミス引き金になる。

医療の安全性に対する社会からの過度な要求や期待などを背景として、医療機関が過酷な職場が避けるようになっていく。医療の質を落とさないために過酷な勤務環境を早急に改善する必要がある。でなければ、医療事故の多発や関係訴訟が増加し、医師は戦々恐々と訴訟の影に怯え、リスクを伴う治療を避けることになる。同時に、医療従事者は精神的に疲弊し、士気は一層低下することにつながる。したがって、これらの影響で病院の受入れ拒否や経営の赤字が拡大し、医療崩壊が現実化する一因をなすと考える。

イギリスとアメリカの医療崩壊のパターンと日本のそれと比較し、日本の医療崩壊の特徴を表 2-7 に整理した。イギリスの医療崩壊の特徴は、1. 医療費抑制政策 2. 医師不足 3. 医療待機患者問題である。一方、アメリカの医療崩壊の特徴は、1. 医療費抑制政策 2. 医療訴訟 3. 医師不足である。日本の医療崩壊の根本的特徴は、イギリスとアメリカと同じく医療費抑制政策に起因する医療収益の減少、特に医師不足の深刻化、それらがもたらす医療体制の脆弱さにあることが分かった。

表 2-7 医療崩壊の特徴：国際比較考察結果の要約

国名	医療崩壊の特徴
イギリス	1. 医療費抑制政策 2. 医師不足 3. 医療待機患者問題
アメリカ	1. 医療費抑制政策 2. 医療訴訟 3. 医師不足
日本	1. 医療費抑制政策 2. 医師不足 3. 医療訴訟

出所：筆者作成。

医療の高度化による需要と供給のバランスの崩壊はどの先進国も抱える問題である。医療行政による過剰な規制や現場への専門的人材の供給不足などにより、医療従事者と国民の不満は高まっている。イギリスでは医療待機患者問題、アメリカでは医療訴訟問題、さらに COVID-19 世界的なパンデミックで医療崩壊が一気に加速した。

これからは病院淘汰の激動時代が到来し、患者から選ばれ、魅力あふれる病院に変革できた病院のみが生き残れる時代となる。日本は国民皆保険を支える医療政策の下で経営を行わざるを得ないが、病院は持続的な発展を目指すために経営戦略が必要となる。特に 2025 年問題（超高齢化社会の介護・医療費急増）と COVID-19 による医療システム機能不全が叫ばれる中、患者中心の医療と病院の効率的経営を両立させることが重要である。第三節では、日本における医療崩壊の真因は何かについて整理することとする。

## 第3節 日本における医療崩壊発生の真因

### 3.1 行政による過剰な規制

2019年度、日本の医療費の対GDP比は11.1%、世界先進国中で低い値である（表1-5）。国民医療費は44兆3,895億円（前年度に比べて9946億円・2.3%の増加）のうち、国が支出しているのは25.4%の約11兆円である。人口1人当たりの国民医療費（国民医療費÷日本の総人口）は35万1800円で、前年度に比べて8600円・2.5%増加している<sup>25</sup>。医療費が増加する要因としては、医療技術の高度化や人口の高齢化などをあげることができる。また、人口当たりの医師数はOECD加盟国の平均より低く（表2-2）、2025年問題（2025年までに団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる）を目前に、これ以上医療費を削減すれば、医療システムの改善は難しくなる。

1982年の鈴木内閣時代は、「健康保険」「国鉄」「米」は日本の経済発展の足を引っ張る3Kと挙げられていた。そのような時代背景の中で「医療費総額の抑制を図る」とともに、「医師については合理的な医師養成計画を樹立する」との閣議決定がなされた。翌年、前述にしたように元厚生省保険局長吉村仁氏は、医療費がそのまま増加すれば、日本の財政を圧迫し、国家を滅ぼすと「医療費亡国論」や「医療費需要過剰論」で述べ、医療予算を増額することで、経済発展の邪魔になると指摘した。以後、医療政策は医療費と医師の養成を抑制し続けた。日本は先進国トップレベルの1~3割負担を国民に強いる一方で、医療費は先進国の中で低いランクに抑制している（表2-1）。表2-4のように、日本の人口当たりの医師数はOECD加盟国の平均より低く、2025年問題を目前に、医療費をこれ以上削減すれば、医療崩壊を改善することが難しい。

日本には救急車を中心とした救命医療のシステムがある。阪神淡路大震災の時に地上での救助活動が遅れたことを教訓に、1999年「ドクターヘリ」試行的事業をはじめた。2001年から2020年までは58施設<sup>26</sup>（高度救命センター42施設、地域救命救急センター16施設）で救命救急センター基地としてドクターヘリを運航されている。2007年「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」、いわゆる「ドクターヘリ法」が登場した。

ドクターヘリは出動要請から3~4分で救急医師を乗せて離陸し、時速200kmで飛行するという利点がある。しかし、夜間や天候不良時には運航を行うことが出来ない。ドクターヘリは基地病院とヘリコプター運航会社が契約を結び、運航費用は全額公費（税金）で運営している。年間運航経費は人件費や機材の償却費などすべてを含めて、1機当たり約2億円である。救急車の年間運用経費が1台当たり約8千万円程度と比べてかなり割高で、現状では運航会社が赤字になるほど公費補助の額が不足している。医療費を削減している中、巨額を投じている措置といえる。また、救急科の医師は全国的に不足状況で、救急専門医がドクターヘリでたびたび出勤すれば、肝心要の病院が医師不足になってしまう。

2014年に安倍内閣は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係

法律の整備等に関する法律、いわゆる「医療介護総合確保推進法」が制定された。厚生労働省の調査によると、2025年には高齢者世帯は約1,843万、高齢者一人暮らし世帯は約680万、夫婦のみ世帯は609万人、認知症高齢者数は約470万に達すると推計されている<sup>27</sup>。現状では、核家族や高齢者夫婦だけの世帯や独居の高齢者も少なくない(表2-8)。国の推進法が制度化されると、国民は医療や介護保険制度を使えず、病院は赤字となり、医療・介護難民、漂流高齢者が大量に発生することは間違いなく起こり得る。

表2-8 高齢者人口見通し(万人)

項目	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者	3,395	3,657	3,626
75歳以上高齢者	1,646	2,179	2,401
65歳以上単独世代	6,008	7,007	7,622(2035年)
65歳以上夫婦のみ世帯	6,209	6,453	6,254(2035年)
65歳以上認知症患者	345	410	470

出所：厚生労働省「高齢者施策について」に基づき筆者補足作成。

原資料：<http://www.moj.go.jp/content/000123298.pdf>

2017年に「医師の働き方改革」に関する検討会が発足以後22回の議論を重ね、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討された。働き方改革関連法による一般の労働者の残業時間罰則付き上限規制(年間1,860時間)は2019年4月から始まっている。医師は5年遅れの2024年4月からの適用になる<sup>28</sup>。しかし、救急などの地域医療を担う病院の勤務医は、2035年度までの特例で年間1,860時間とした。「医師だけは過労死レベルを超えてもいい」というメッセージに近いのではないかと笹井は言う<sup>29</sup>。多くの病院で医師事務作業補助者の増員やチームが医療の推進などに取り組んでいるが、外来診療の制限や勤務医不足の解消はできず、医療の質の低下、救急医療の撤退・崩壊・経営破綻など課題も変わらない。

1946年から医師の教育・研修制度が始まり、1968年には「(旧)医師臨床研修制度(インターン制度)」が施行された。当時、2年間の初期研修プログラムの不明確や研修施設の格差で2000年に医師法・医療法が改正された。2004年に「新医師臨床研修制度」がスタートし、2年以上の臨床研修が義務化された。研修医は研修先の病院を自由に選べるようになり、研修医と研修病院の希望から最適な組み合わせを実現するマッチングシステムも導入された。しかし、このマッチング制度の導入により大学医局の指導力と絶対的人事権が崩れはじめ、都市部の大学病院や臨床研修病院の研修医が増えた。一方、医師不足地域への医師派遣機能が低下し、医師の地域偏在が加速した。

医師は医療の進歩とともに高度な技能や知識が求められ、一人の医師が患者のすべて病

に対して専門的に対応するのは難しい。自分の専門以外の診療に対して、知識や関心を持たない医師が増えた。総合診療の専門医（多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供できる医師）をつくるため、2017年に「新専門医制度」がスタートした。この後期研修医管理制度は、研修医の身分保障や給与の不透明性、女性医師のキャリア形成への無配慮など、制度に欠陥があり、研修医にとってデメリットが極めて大きい。診療にも支障があるため、医師の絶対数不足は総合医育成だけでは解決できない。

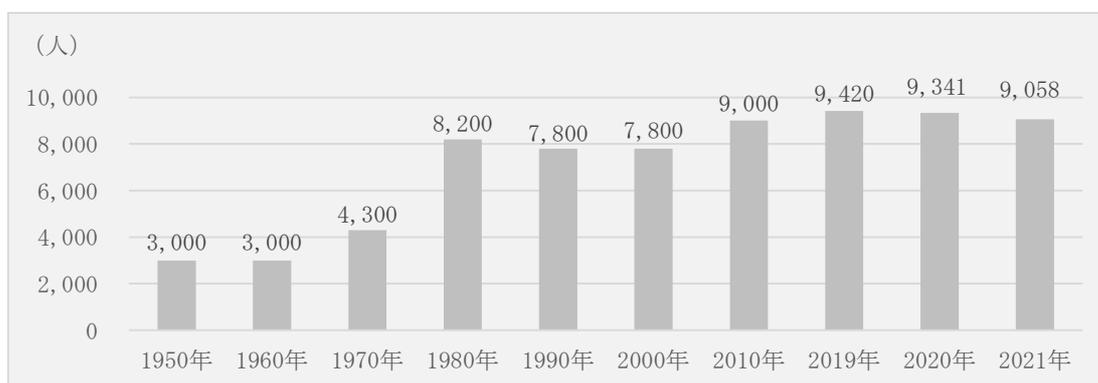
これからの日本は、厳しい国際経済競争に直面する中で、心身が健康な人や疾患を有する人も、共に健全な生活を営むために、新たな公正な医療制度の構築が不可欠である。

### 3.2 医療現場専門人材の供給不足

日本看護協会の「2019年病院看護実態調査」によると、全国の病院8,300施設を対象とした2018年度の正規雇用看護職員離職率は10.7%（前年度比0.2ポイント減）、新卒採用者の離職率は7.8%で（前年度比0.3ポイント増）ある<sup>30</sup>。厚生労働省の統計によると2018年末時点の看護職員の数、121万8,606人とどまっている<sup>31</sup>。今後仮に年間3万人のペースで増加したとしても2025年の看護職員就労者見込みは約142万人だが、医療需要がピークを迎える2025年には175～182万人の看護職員が必要になる<sup>32</sup>。

図2-3は、日本の医師国家試験合格者数の年次推移を示している。日本の医師国家試験は1946年からスタート以来、2021年に行われた第115回試験までに46万4,128人の合格者を輩出した。1950年から1974年までは毎年3,000～4,000人の医師が資格を取得した。1975年から約40年間医師国家試験の合格者数は約7,000～8,000人に急増し、2018年から9,000人程度の合格者を輩出した。日本の医師数は増えているように見えるが、先進国の平均水準に照らし合わせれば、実情は医師不足である。絶対的医師不足は、OECDの報告に基づいたものである。OECD加盟国36カ国中100病床当たりの医師数では日本は下位の32位である（表2-2）。

図2-3 医師国家試験合格者数の年次推移



出所：厚生労働省「医師国家試験の合格発表」データに基づき筆者補足作成。

原資料：[https://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku\\_shiken/goukaku.html](https://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku_shiken/goukaku.html)

また、厚生労働省が2020年公表している「医師・歯科医師・薬剤師統計」では、2018年末時点の医師の数は32万7,210人である<sup>33</sup>。同省の「医師の需給推計について」により2025年の医師必要数は34万2,192万人と推定している<sup>34</sup>。2008年以後10年間で日本全体の人口10万人当たりの医療施設従事医師数は212.3人から258.8人に増加しているが、人口等で2次医療圏<sup>35</sup>を分類すると、大都市医療圏41%増、地方都市医療圏30%増、過疎地4%増で、地域偏在により地域医療崩壊を招く可能性がある。

表2-9 三次医療圏別医師偏在指標

上位順位	医療圏名	医師偏在指標	上位順位	医療圏名	医師偏在指標
1	東京都	329.0	25	福井県	230.9
2	京都府	314.9	26	鹿児島県	229.8
3	福岡県	300.5	27	愛知県	225.3
4	沖縄県	279.3	28	北海道	222.0
5	岡山県	278.8	29	栃木県	216.7
6	大阪府	274.4	30	山梨県	216.4
7	石川県	270.4	31	富山県	216.2
8	徳島県	265.9	32	宮崎県	210.6
9	長崎県	259.4	33	山口県	210.3
10	和歌山県	257.2	34	三重県	208.8
11	鳥取県	255.0	35	群馬県	208.2
12	高知県	254.3	36	岐阜県	204.7
13	佐賀県	251.3	37	千葉県	200.5
14	熊本県	248.5	38	長野県	199.6
15	香川県	247.8	39	静岡県	191.1
16	滋賀県	243.5	40	山形県	189.4
17	兵庫県	243.0	41	秋田県	180.6
18	奈良県	241.1	42	茨城県	179.3
19	広島県	240.4	43	埼玉県	178.7
20	大分県	238.0	44	福島県	177.4
21	島根県	235.9	45	青森県	172.1
22	宮城県	232.7	46	新潟県	169.8
23	神奈川県	231.8	47	岩手県	169.3
24	愛媛県	231.0	全国平均		238.3

出所：厚生労働省（2019年4月）「三次医療圏医師偏在指標（暫定）」1頁。

医師偏在指標は5つの要素で設計されている。それは、①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②患者の流入、③地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在である。医師偏在指標について厚生労働省は2019年に初めて公表した(表2-9)。都道府県別で医師が多い地域は、上位から東京都(329.0)、京都府(314.9)、福岡県(300.5)、沖縄県(279.3)、岡山県(278.8)と続く。一方、医師が少ない地域は、下位から岩手県(169.3)、新潟県(169.8)、青森県(172.1)、福島県(177.4)、埼玉県(178.7)<sup>36</sup>という結果で、医師少数3次医療圏<sup>37</sup>として、下位33.3%(基準値)に当たる16県が暫定で設定された。現状では、医師が最も多い東京都と、最も少ない岩手県では1.9倍の格差がある。解消できない医師の地域偏在により地域医療崩壊を招く可能性がある。

さらに、診療科偏在調査について、厚生労働省は2019年に初めて診療科ごとの将来必要な医師数について公表した(表2-10)。2024年最も医師増員が必要なのは内科で12万7,446人分である。同省2019年の「産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について」調査データによると、15~49歳女性人口10万人に対する産婦人科医師数、医療施設従事医師数のうち産科・産婦人科医師数割合は、それぞれ都道府県間で約2倍の格差がある。15歳未満小児の人口10万人に対する小児科医師数、医療施設従事医師数のうち小児科医師数割合は、それぞれ都道府県間で約2倍の格差がある。小児科及び産科は偏在解消ではなく、小児科と産科に限った地域偏在の解消をすることが課題である。

表2-10 診療科ごとの将来必要医師数(人)

項目	2016年 医師数	2024年 必要医師数	2036年 必要医師数	2036年必要医師数 達成するため年間養成数
内科	112,978	127,446	127,167	2,978
外科	29,085	34,916	33,448	1,217
整形外科	22,029	24,374	24,022	613
脳神経外科	7,713	9,789	10,235	292
麻酔科	9,496	10,126	9,701	265
泌尿器科	7,426	8,599	8,429	260
救急科	3,656	4,302	4,164	129
病理診断科	1,887	2,187	2,097	63
リハビリテーション科	2,399	2,519	2,439	57
臨床検査	567	639	619	25

出所：厚生労働省(2019年)「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて」データに基づき筆者補足作成。

原資料：<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000483903.pdf>

さらに、総務省消防庁「2019年版救急救助の現況」により、救命救急センターのなかで

75歳以上の高齢者が飛躍的に増加していることが分かった。表2-11によると、1998年は高齢者の占める割合が約35.1%であったが、2013年には高齢者約54.3%と救急搬送の半分を超えた。2018年は59.4%まで上昇し、約6割を占めた。年を取るほど病気になる確率が高くなる、しかし救命救急医療や高度急性期医療の現場では救急専門医の不足が原因で救急患者を受け入れできず、救急医療のたらい回し問題は今も続いている。医師の働き方改革が実行されれば、さらに救急専門医不足が進行する。2025年問題に向けて、救急部門の救急専門医を充実させることも緊急課題である。

表2-11 5年ごと救急車で搬送された患者の年齢区分別構成比 (%)

年	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計患者数 (人)
1998年	0.4	6.1	5.3	53.1	35.1	3,540,978
2003年	0.3	6.3	4.6	47.4	41.4	4,575,325
2008年	0.3	5.1	4.1	42.2	48.3	4,678,636
2013年	0.3	4.7	3.8	36.9	54.3	5,346,087
2018年	0.2	4.5	3.5	32.5	59.4	5,960,295

出所：総務省消防庁「2019年版救急救助の現況」に基づき筆者補足作成。

原資料：[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r01\\_01\\_kyukyuu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r01_01_kyukyuu.pdf)

### 3.3 医療機関における事業経営視点の欠落

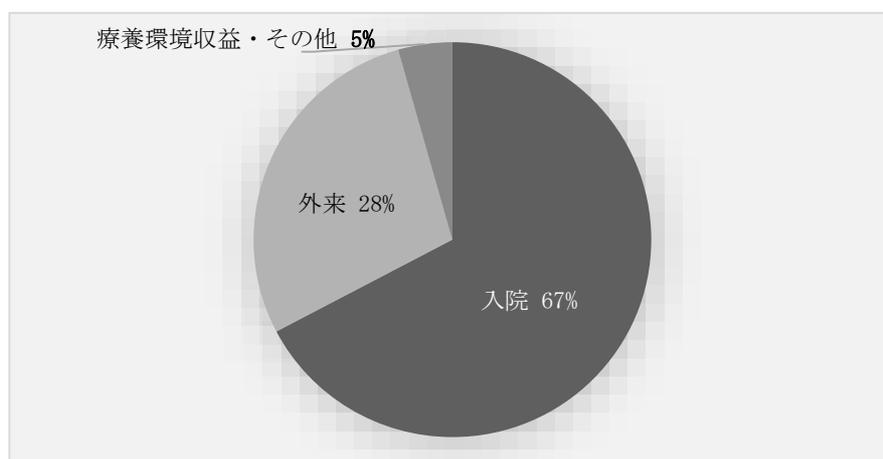
医療経営は医療の質を確保しながら、継続のために見合った利益をもたらす運営をすることである。しかし、診療報酬のマイナス改定（診療報酬本体プラス0.55%、薬価マイナス0.99%、材料価格マイナス0.02%）、消費税増税、医療法改正、地域包括ケアシステムなど、今までにない速度で医療経営環境は変化している。この12年間（2010年～2021年）で、日本の病院は507施設が減少している。2019年の倒産件数は45件となり、2010年以降の12年間では最多となった（図2-2）。

「病院は東京から破綻する」と、医療ガバナンス研究所上昌広理事長は言う。「赤字22億円「東京女子医大」の危機的状況、2年間で19万人も患者が減った」<sup>38</sup>という記事があった。また、日本最古の私立医大、日本医科大学付属病院の経営危機も深刻で、2016年度有利子負債は629億円である<sup>39</sup>。多くの医療経営者にとって医業と経営の両立は難しく、経営計画の再考は現実に追われ先送りにされている。また、勤務環境が改善されないには勤務医不足の課題も解消できない。さらに、診療報酬は伸び悩み、先端医療機器を導入すればするほど固定費の負担は増える。医療は存続の危機に瀕し、廃院や倒産も増加している。結果として、患者の利益が大きく損なわれることになる

日本の医療経営は厳しい。厚生労働省「平成28年（2016年）度病院経営管理指標」医業損益における黒字、赤字の割合を見ると、医療法人全体の約3割が赤字経営である。公的医

療機関（国立・公立・自治体運営等）で7割、自治体病院は自治体からの繰入金を含めなければ9割が赤字であり、業界全体として厳しい状況である。また、全国公私病院連盟「平成30年（2018年）病院運営実態分析調査の概要」の結果によると、医療機関は73.6%が赤字経営となっている。医業収益を100とした場合の医業費用（給与費・薬品費・材料費・その他の経費など）は106.7であり、経費に対して収益が追いついていない実態が明らかとなっている。

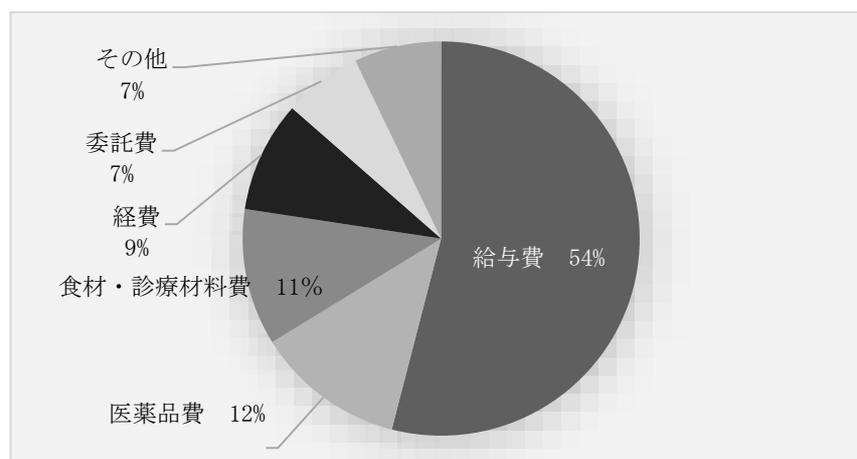
図2-4 1病院当たりの医業収入の内訳



出所：公益社団法人全日本病院協会病院経営調査報告（2017年）のデータに基づき筆者補足作成。

原資料：<https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/h29keieichousa.pdf>

図2-5 1病院当たりの医業支出の内訳



出所：図2-4に同じ。

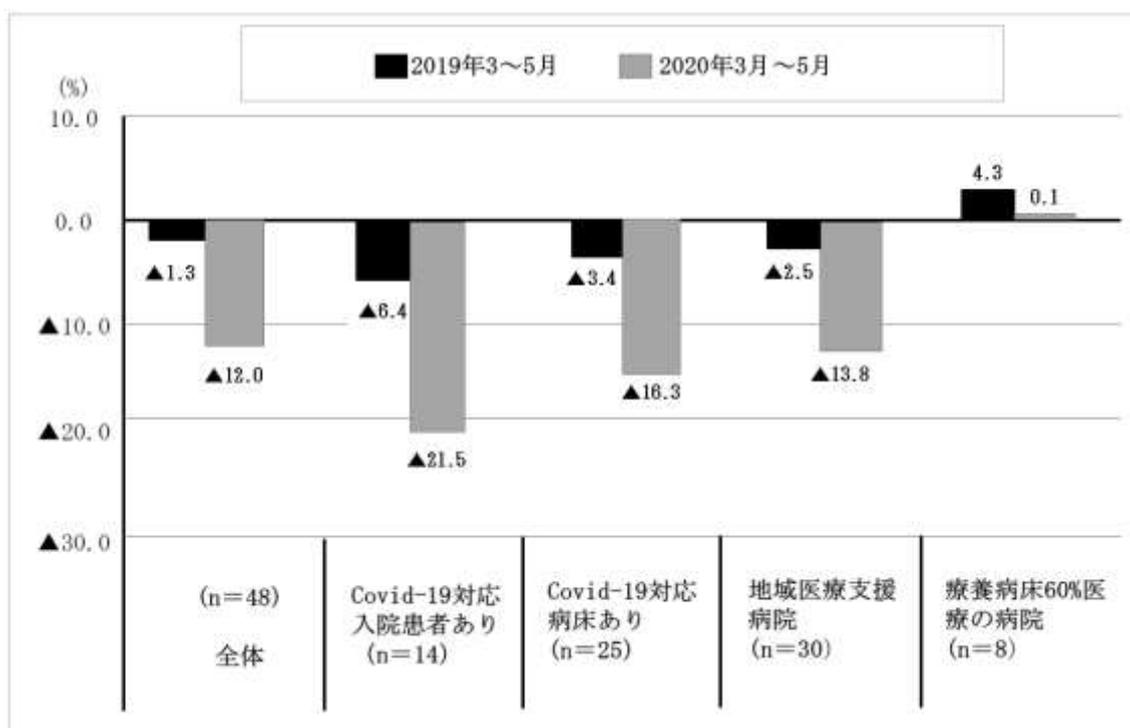
原資料：図2-4に同じ。

全日本病院協会医療経営調査報告（2017年）のデータによれば、病院全体の約7割を入

院による収入が占め、約3割を外來の患者から獲得している(図2-4)。病院の収益拡大は、病床の回転率を上げることがカギである。一方、病院の医業支出費用は大きく分けると、医業費用と医業外費用と臨時費用の3つに区分される。給与費・医薬品費・食材・診療材料費・経費・委託費・その他(水道光熱費や広告費、消耗品等)など6つに中区分している。同調査報告では、2017年度の給与費負担が総費用の5割で最大である(図2-5)。病院の収益は増加しでも、コストが上ることによって赤字幅は拡大する見込みだ。

また、日本医師会の調査によると、COVID-19拡大により、医師会病院の医業利益率は医業収入の減少が影響して、全体で2019年3~5月のマイナス1.3%から、2020年3~5月はマイナス12.0%となった。COVID-19入院患者「あり」の病院は、2019のマイナス6.4%から2020年のマイナス21.5%~15.0ポイント悪化し、COVID-19対応病床「あり」の病院は、マイナス3.4%からマイナス16.3%~12.9ポイント悪化したことが分かった<sup>40</sup>(図2-6)。

図2-6 医師会病院における医業利益率<sup>\*</sup>の比較(2019年と2020年3~5月)



※医業利益率 = (医業収入 - 医業支出) / 医業収入 × 100 (医業支出: 医療材料、人件費、減価償却費、教育・管理費)

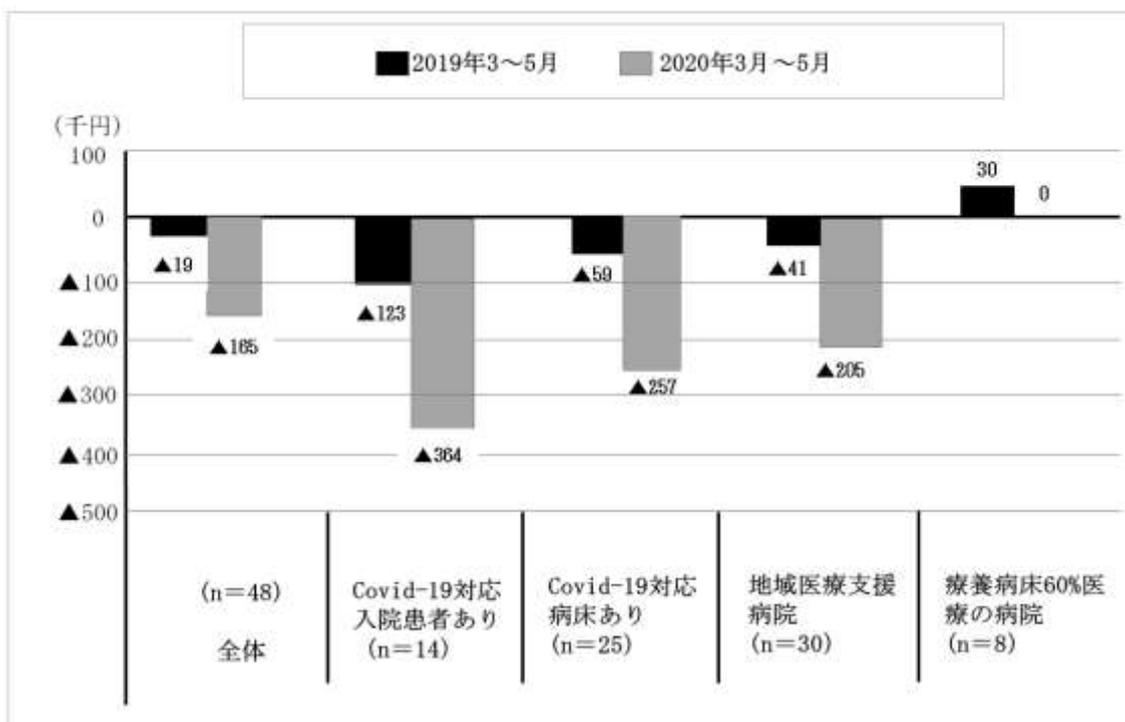
出所: 公益社団法人日本医師会(2020年)「新型コロナウイルス感染症の病院経営への影響-医師会病院の場合-」16頁に基づき筆者作成。

[https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200708\\_2.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200708_2.pdf)

さらに、当該医師会の調査により、許可病床1床当たりの医業利益は、全体で2019年3

～5月にはマイナス1.9万円であったが、2020年3～5月にはマイナス16.5万円になった。COVID-19の感染症入院患者「あり」の病院はマイナス12.3万円からマイナス36.4万円へ、24.1万円悪化、COVID-19の感染症対応病床「あり」の病院は、マイナス5.9万円からマイナス25.7万円へ19.8万円悪化した<sup>41</sup>（図2-7）。

図2-7 医師会病院における許可病1床当たり医業利益\*の比較（2019年と2020年3～5月）



※医業利益＝医業収益－医業費用

出所：公益社団法人日本医師会（2020年）「新型コロナウイルス感染症の病院経営への影響－医師会病院の場合－」17頁に基づき筆者作成。

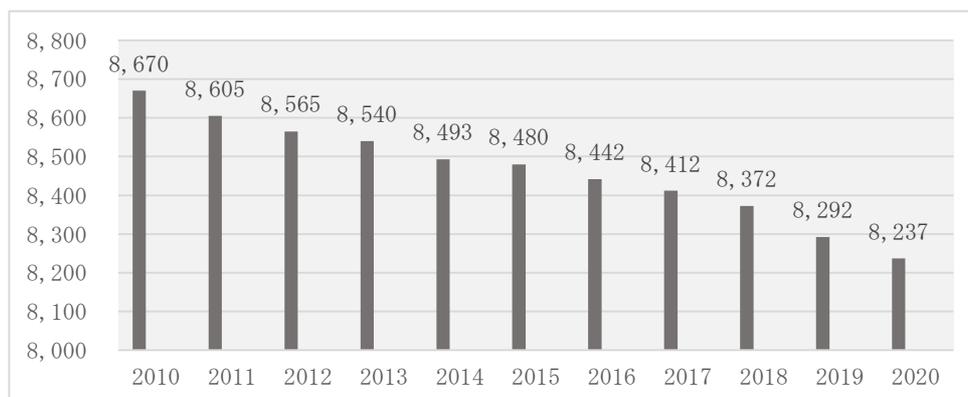
[https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200708\\_2.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200708_2.pdf)

この10年間（2010年～2020年）で、日本の病院は433施設が減少し（図2-8）、倒産件数が増加傾向を続けている（図2-2）。2019年に倒産した医療機関の負債総額は223億7100万円（病院137億8700万円、クリニック75億9400万円、歯科医院9億9000万円）、1件当たりの負債額の平均値はクリニックが3億4500万円、歯科医院が6600万円となっている<sup>42</sup>。2021年8月、「松本病院」を運営する医療法人友愛会が約52億円の負債を抱え、民事再生法の適用を申請していることを明らかにした<sup>43</sup>。

また、身近なかかりつけ医も廃業が急増傾向にある。厚生労働省の医療施設動態の調査によると、2020年度入院施設を持たないクリニック（無床診療所）の休廃業や解散、倒産が267件と過去最多となった。さらに、2021年6月までに廃業や倒産の累計が250件を超え、

このペースが続いた場合、2021年は過去最多となった2019年(406件)を大きく上回る500件超のクリニックが消失する可能性がある<sup>44</sup>。医療経営現場が悲鳴を上げている状態である。

図2-8 病院数の推移(2010年~2020年)



出所：厚生労働省「医療施設動態調査(毎月末概数)」のデータに基づき筆者補足作成。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>

医療経営が逼迫しているケースが多く見られるが、その原因も様々である。日本の医療法46条の3第1項本文は、「医療法人の理事のうち一人は理事長とし、定款又は寄附行為の定めるところにより、医師又は歯科医師である理事のうちから選出する。」と定めている。また、2019年10%消費増税によって、薬剤費など病院が払うコストには消費税がかかるが、患者が支払う医療費には消費税がかからないため、病院側のコスト負担が増える。さらに、先端医療機器を導入すればするほど消費税の負担が増える。日本の医療機関が経営困難に陥り、廃院になったり倒産、撤退したりすれば、地域住民の利益が大きく損なわれることになる。

日本と違って、アメリカと欧米諸国の医師は、大学院で2年間の経営学修士(MBA)または公衆衛生学士(MPH)を取得してからCEO(病院理事長)に就任するのが原則となっている。また、高度多様化する医療ニーズへ対応するためのサービスや、基盤制度の構築、いわゆる「医療イノベーション」を支えるしくみが整備され、医療経営に生産管理システムの導入(待ち時間など無駄を減らす取り組み)も盛んである。日本の医療は「どちらかという閉鎖的で、ビジネス的な思考を嫌う傾向にある。」と、多摩大学大学院真野教授は言う<sup>45</sup>。日本の医療経営が発展するためには、効果的につなげる医療マネジメント・医療イノベーションシステムの構築が求められる。

今後、より良い医療サービスを提供しながら、より多くの利益をあげるために、どのような治療を行い、どのような人材の管理を行うかという、具体的な経営戦略が求められている。マイケル・E・ポーター(以下、ポーター)は「業界平均よりも優れた収益性を得る戦略は、競合より高い価格であるか、低コストを実現することである」<sup>46</sup>と述べている。医療

法人の経営戦略として、地域住民のニーズに応じた持続可能な医療、介護への経営多角化やインバウンド客を対象とした医療新事業の国際的展開などが注目されている。

医療サービスを持続して提供するためには、継続的な投資が必要であり、そのため病院の収益（診療報酬など）の確保は安定的経営にとって必要不可欠である。医療法人は利益だけを追求するにあらずといえども、適切な利益を確保するためのシステムの創出・導入は欠かせない。経営者はこういう医療経営感覚を持っていないと、より赤字が増える危険性が高くなる。その結果、経営危機で病院閉鎖による医療崩壊を招きかねない。

以上の観点から、医療は経済学的や経営学的、または医療の価値財とサービス財からの思考が必要である。今後、日本の医療法人は、患者待ちの体勢から、患者のニーズに積極的に応えていくのが今後の医療経営の重要な戦略となる。

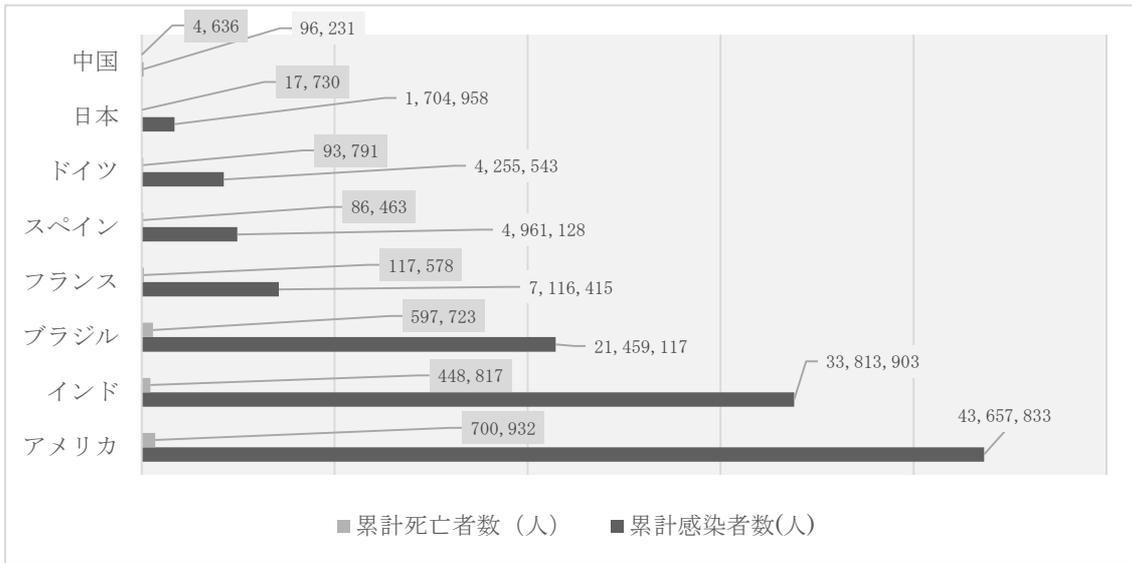
### 3.4 COVID-19 感染拡大の影響

COVID-19 のパンデミック（世界的な流行）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）、そして医療の崩壊や経済の麻痺、失業率の急増などをもたらしてきた。世界保健機関（WHO）の集計によると、2021年9月26日現在、全世界の累積感染者数は2億3,100万人を超え、累積死者数は470万人を超えている。人口10万人当たりの新規感染者数が多いのは、アメリカ地域（124.6人）とヨーロッパ地域（117.6人）で、人口10万人当たりの新規死者数が多いのは、アメリカ地域（2.3人）とヨーロッパ地域（1.6人）である<sup>47</sup>。日本国内の場合は（9月30日時点）、COVID-19の感染者は83,013例、死者は1,564名となった<sup>48</sup>。

WHO発表による（図2-9）、国別の累計感染者の数を見ると（2021年9月28日時点）、世界最多はアメリカ（4,366万人）、次はインド（3,381万人）とブラジル（2,145万人）である。日本は欧米主要国よりは少ない（170万）ものの、中国（9.6万）や東アジア諸国よりは多い。また、累計死者の数はアメリカ（70万人）、インド（44.8万人）の順で最も多く、日本の累計死者数は1.7万人で、同じように先進諸国の中では少なく、中国（4,636人）より上回っている。感染者の急増で医療現場が対応できず、特に第五波にあたる2021年7月以降、死者の増加が目立った<sup>49</sup>。

一方、その致死率（死者数/感染者数）（図2-10）では、数値が高いのはメキシコ（7.6%）、中国（4.8%）とイタリア（2.8%）である。日本は1%で比較的到低く、韓国（0.8%）を上回っている。人口10万人当たりの感染者数（図2-11）を見ると、アメリカ（13,197人）・イギリス（11,693人）・ブラジル（10,100人）・イタリア（7,744人）に比べて、日本（1,349人）・韓国（621人）・中国（7人）から分かるように、東アジア諸国が低い<sup>50</sup>。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。

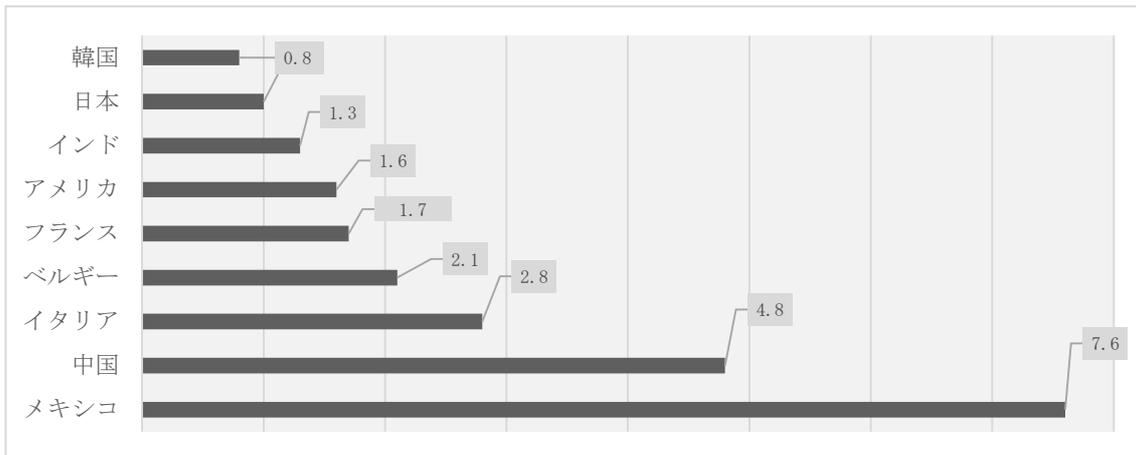
図 2-9 COVID-19 による国別累計感染者数と死亡者数 (2021 年 9 月 28 日時点)



出所：WHO “COVID-19 Weekly Epidemiological Update” Edition 59, published on 28 September 2021  
に基づき筆者補足作成。

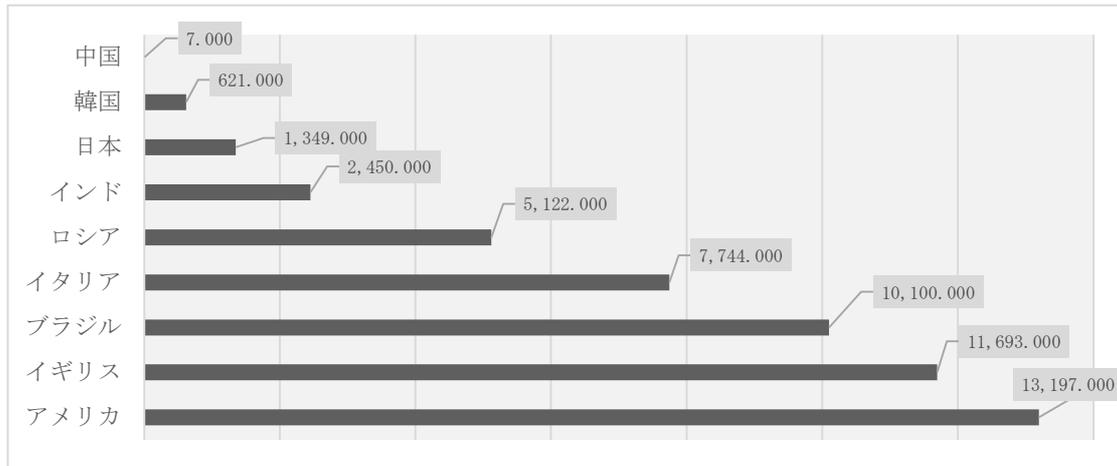
file:///C:/Users/Mi/Downloads/20210928\_Weekly\_Epi\_Update\_59.pdf

図 2-10 COVID-19 国別累計致死率 (%) (2021 年 9 月 28 日時点)



出所：図 2-9 に同じ。

図 2-11 人口 10 万人当たりの感染者数（人）（2020 年 6 月 29 日時点）



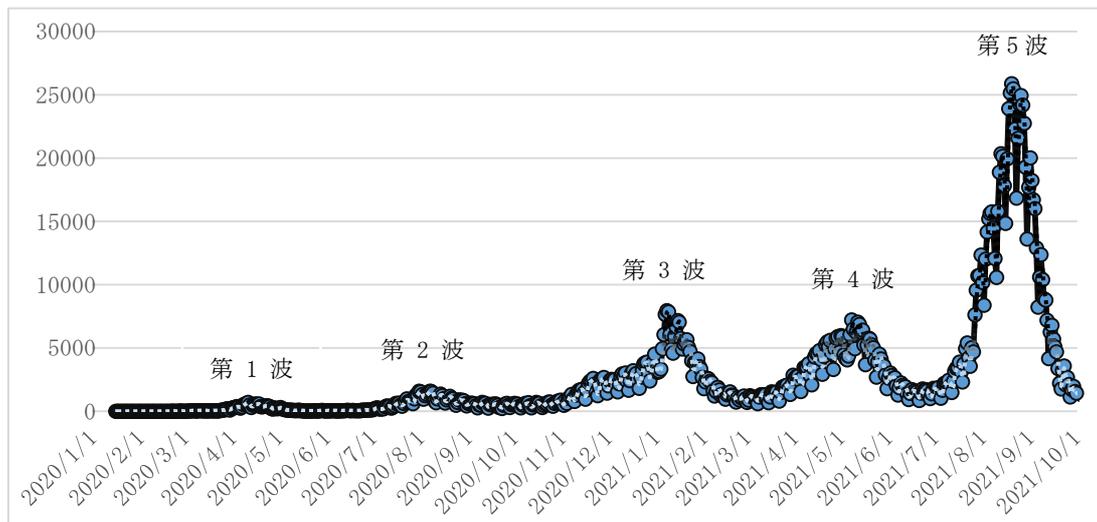
出所：図 2-9 に同じ。

元々 COVID-19 が原因の医療崩壊を起こしたケースとして、中国の武漢とイタリアのミラノを上げることができる。コロナ患者が急増して、感染者用の病床の不足・人工呼吸器の不足・医療従事者の不足などによって十分な治療が受けられず、命の選別をせざるをえない状況に追い込まれていた。

なぜ感染者数・死亡者数・致死率にこれほどの違いがあるのか、国によって様々な原因が考えられる。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付かないために、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、医療崩壊が起った。

日本の場合は、2021 年 6 月下旬頃から始まったコロナ感染第 5 波は、全国では 8 月 20 日に過去最多となる 25,851 人の新規感染者数を記録した（図 2-12）。また、感染患者の入院数は過去最大を記録し、一時は 20 万人を超え、第 5 波の累計入院患者数においては 80 万人に達している。現時点（2021 年 10 月 1 日）累計死者数は 1 万 7734 人となり、1 日当たりの死者数は 2021 年 5 月 18 日の 216 人が過去最多である（図 2-13）。

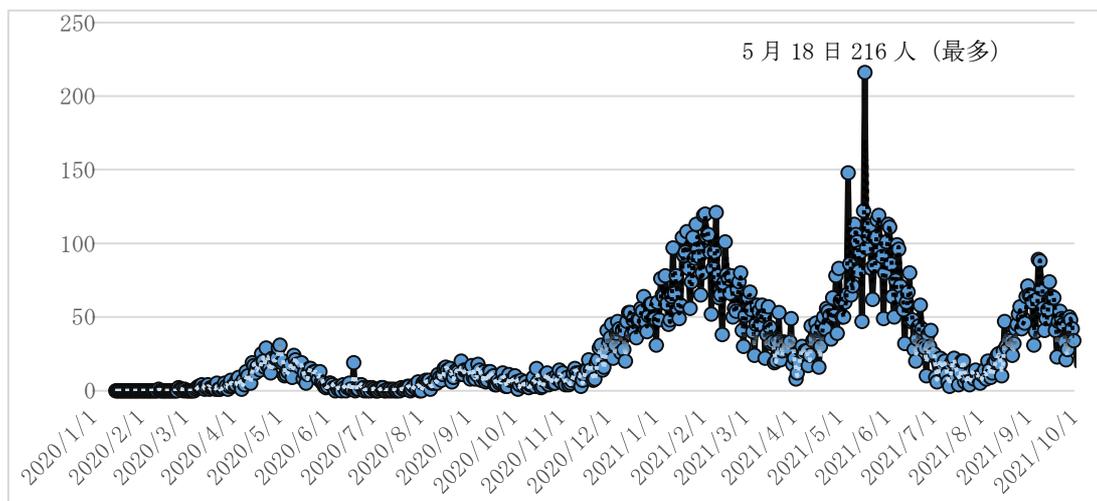
図 2-12 COVID-19 新規感染者数の推移 (第 1 波～第 5 波)



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/seisakunitsuite/bunya/0000164708\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html)

図 2-13 COVID-19 感染死者数推移



出所：図 2-12 に同じ。

デルタ株、ラムダ株など感染力が増した変異ウィルスが出現しているなか、人口当たりの感染者数や死亡者数を見ると、日本は欧米諸国に比べて COVID-19 による被害が明らかに小さい。第一章で示したとおり（表 1-7）、人口当たりの病床数は、日本は世界で突出して多い。厚生労働省の「医療施設調査（2019 年 10 月時点）」によれば、日本の病院と有床診療所、歯科診療所の合計病床数が 162 万 97 床に上ると確認できる。そのなか、感染症病床 1,888 床と一般病床 88 万 7847 床の合計 88 万 9735 床が、COVID-19 患者の入院に対応可能な病床数と考えられる<sup>51</sup>。しかし、それに対して、実際にコロナ患者の入院に使われた病床

数は少ない。たとえば、感染者数ピークに近い第5波の2021年8月18日の入院確保病床数は3万7723床（使用率4.2%）、重症者用の確保病床数は5,530床（使用率0.6%）しかない<sup>52</sup>。第4波は病床逼迫のため51人が自宅や宿泊療養施設で亡くなり、第5波では受け入れ拒否で自宅での死亡など、感染拡大に伴う重傷者の急増により救急搬送の受け入れがままならない状態で、医療現場からは医療崩壊を叫ぶ悲鳴が聞こえる<sup>53</sup>。その直接的な理由は、日本の病床は余裕あるのに、COVID-19病床として利用できる割合が非常に少ないことにあると推察される。

厚生労働省2020年5月6日の発表では（表2-14）、日本の人口10万人当たりのICU等病床数は、4.3床と主要先進国と比べて最も少なく、ICUに準じた機能を持つ病床（特定集中治療室やハイケアユニットなど）を含んだ場合でも、10万人当たり13.5床とアメリカの半分にも満たない状況である。日本集中治療医学会より、「患者が増え続けた場合、集中治療体制の崩壊は非常に早く訪れ、死者が急増する」との声明が発された<sup>54</sup>。日本の集中治療の体制は欧米より弱く、看護師1人が患者2人をみている。先進国の集中治療患者は1人に看護師1人の施設も多く、ICUなど合計病床数も日本と比べてアメリカは13倍、ドイツは4倍、医療崩壊が起きているイタリアでも1.3倍ある。COVID-19による医療崩壊が報じられたスペインやイタリアよりも、実は日本の方が最もICU病床は少ない。

表2-14 ICU病床数の国際比較

国名	ICUなど合計病床数	ICU等病床数（人口10万人当たり）
アメリカ	77,809	34.7
ドイツ	23,890	29.2
イタリア	7,550	12.5
フランス	7,540	11.6
スペイン	4,479	9.7
イギリス	4,114	6.6
日本	5,630	4.3
日本 <sup>※</sup>	<u>17,034</u>	<u>13.5</u>

※日本については、ICUに準じた機能を持つ病床数については、特定集中治療室管理料5,211床・救命救急入院料

6,411床・ハイケアユニット入院医療管理料5,412床である。最大合計は17,034床で、10万人当たり13.5床

出所：厚生労働省医政局「ICU等の病床に関する国際比較について」2頁に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000627782.pdf>

また、ICU病床数が少ない施設ほど専従医が配置されていないことを意味すると思われる。「患者が増えればマンパワー不足で、あっという間に崩壊」と、日本集中治療医学会の理事長西田修は指摘している<sup>55</sup>。

これまでの指定医療機関の感染症病床の削減や医師数と看護師数を抑制してきた日本の

医療費抑制策の影響により医療崩壊が起こることもあった。今後、COVID-19 の感染拡大で再び外出自粛や休業が続けば、医療機関の経営がますます厳しい状況になる。

### 3.5 医療崩壊に関するヒアリング調査

本ヒアリング調査は、福岡県内の病院・クリニック（医院・診療所）の医師を対象とした医療崩壊に関する現状・問題点を整理し、今後の課題を把握するとともにその方向性について検討することを目的として実施した（表 2-15）。

#### ①ヒアリング調査対象

福岡県内の病院・クリニック（医院・診療所）計 5 機関（医師兼院長）を対象としてヒアリング調査計画を立案したが、実際には調整不調と経営危機の 2 機関を除いた 3 機関（総合病院 2 院、眼科医院 1 院）からの回答を得ることができた。

#### ②実施方法

電話、対面方式、オンラインインタビュー

#### ③実施期間

2020 年 5 月 15 日～6 月 30 日

#### ④ヒアリング調査内容

COVID-19 の感染拡大をふまえ、医療崩壊危機に直面している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、医療崩壊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 11 項目を調査する。

#### 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。

表 2-15 医療崩壊に関する医療従事者（経営者）向けヒアリング調査（2020年）

調査対象	A 医師兼副院長 男・50代	B 医師兼副院長 男・60代	C 医師兼院長 女・40代
実施日時と方式	5月23日 14:00～15:00 Zoom方式	5月27日 18:30～19:50 電話方式	6月19日 19:00～20:30 対面方式
医療施設の類型と規模	地域医療支援病院 1,000床以上	救急指定・開放型病院 200床未満	診療所 無床
COVID-19の検査はしているか	している	していない	していない
オンライン診療について	していない	している	眼科なので実施難
医療現場で困っていることは何か	治療経験者がいない。未知の病気に対する不安や医療資材が不足している。	感染制御チームがないので、面会による院内感染を懸念している。	無症状患者の来院による、他患者・医療従事者へのクラスター感染を警戒している。
前年と比べて外来診療数の増減	減少	減少	減少
前年と比べて医業収入の増減。	減少	減少	減少
前年と比べて医業利益の増減	減少	減少	減少
自院で解決すべき課題は何か	高額医療機器の購入と維持に掛る費用負担が大きい。	コスト削減と患者満足度アップの両方を実現すること。	一時的な休診や患者の減少による急速な経営悪化
医療崩壊に対する危機を感じているか	入院体制を縮小や、緊急性の低い手術を延期したこと、経営面での医療崩壊を意識した。	院内感染を避けるために、受診を控える患者が増え、今後が不安である。	収入が低迷する中、家賃や人件費などの経費の負担を強く感じ、危機感を持った。
医療崩壊の主な真因は何か	①人材不足（医師・看護師の離職）②質の維持と経済性の両立が困難であること。	①医療費抑制政策による病院経営の赤字化。②新医師臨床研修制度による、医師の絶対数不足と偏在。	①後期高齢者の急増と介護の人手不足。②COVID-19の影響で患者数が減少し、経営困難に陥っている。
インバウンド客の受入れ実績について	がん健診のみ (2019年 47名)	健診・診察・治療 (2019年約 120名)	診察・治療 (2019年 15名)
今後多角化経営を考えているか	地域介護福祉分野への展開の機会を窺っている。	考慮しているが、今のところはインバウトのみである。	考慮しているが、時間とコストに余裕がない。

出所：ヒアリングを基に筆者作成。

まず医療崩壊の真因に関するヒアリング調査を実施により調査対象から得た回答は下記通りである。

A 医師：①人材不足（医師・看護師の離職）②医療供給体制問題（長期在院患者と医療供給体制のバランス）③質の維持と経済性の両立が困難。

B 医師：①医療費抑制政策による医療経営の赤字化。②新医師臨床研修制度による、医師絶対数不足と偏在。

C 医師：①少子高齢化を起因とする、後期高齢者の急増と介護の人手不足。②COVID-19の影響で患者数が減少し、経営困難に陥っている。感染を懸念し外来患者が減少したほか、病院が手術や健康診断の受入れを控えたため、「前年と比べて外来診療数・医業収入・医業利益とも減少し、医療崩壊状態に直面している。

また、「今後多角化経営を考えているか」との問いに対して、A 医師は、地域介護福祉分野への展開の機会を窺っていること、B 医師は、考慮しているが、今のところはインバウトのみであること、C 医師は、考慮しているが、時間とコストに余裕がない、または通訳手配などのルートがないことを、回答してきた。

そして、COVID-19 の感染拡大を受け、一部の診療科は「一斉休校要請」や「不要不急の診療休止」などの事情により休止したため、医療設備・機能の一部で遊休現象が発生し、医療機関の多くは減収となったが、家賃や人件費などの経費を支払う必要がある。特に小規模医療機関の経営者は、強い危機感を持つに至り、経営にも深刻な影響を及ぼしていることが調査の結果、判明した。

さらに、高度医療化に伴い高額医療機器の導入費用や維持費の負担、人材の確保など経営危機や倒産に追い込まれるなど、深刻な医療状況に陥る医療機関が少なからずあった。COVID-19 感染拡大の影響で医療機関は大きな打撃を受け、外来患者の減少による病床利用率の低下や、一時的な休診、患者診療収入の減少による経営悪化など、極めて差し迫った経営状況に直面している。

## まとめ

医療崩壊の最大の原因は、COVID-19 感染拡大が始まる前から医療政策・医療行政による過剰な規制や少子高齢化の進展に伴う医療需給のバランスの崩れにあることが明らかになった。これは、財政再建のために医療費削減を優先させた結果である。また、医療費抑制政策を背景とした病院の経営悪化により医師不足に陥った勤務医が、過酷な労働を強いられている。医療現場での専門人材の供給不足、特に医師の地域偏在や診療科偏在などは医療システム機能不全の直接の原因となっている。さらに、医療機関の医療経営視点の欠落やCOVID-19 感染拡大などが医療崩壊を加速させた。日本医療の成果に対する評価は世界的にみても高いが、調査結果によれば、国民は決して日本の医療に満足していないのが現状である。ヒアリング調査では、COVID-19 の感染拡大に起因する、医療機関の減収が続けば、多くの医療機関は立ち行かなくなり、経営危機回避は遠のくこととなる。上記をふまえて、日

本の医療崩壊を救うための緊急課題の整理と回避策の提言を第4節で行う予定。

## 第4節 医療崩壊がもたらす緊急課題と回避策の提言

### 4.1 医療崩壊がもたらす緊急課題

医師の高齢化は深刻な状況となっている。厚生労働省2018年の「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」によると、医療施設の勤務医総数は2018年時点の31万1,963人になり、年齢構成別に見ると、29歳以下の勤務医は2万9,378人、30～39歳の勤務医は6万4,508人、40～49歳の勤務医は6万7,384人、50～59歳の勤務医は6万7,274人、60～69歳の勤務医は5万3,016人、70歳以上の勤務医は3万403人である<sup>56</sup>。今後、医師の高齢化による医療従事者の負担がさらに大きくなると考えられる。

また、救命救急医療や高度急性期医療の現場では救急患者の受け入れを断るケースが増加している。特に2020年のCOVID-19の感染者急増で医療機関が逼迫するなか、救急搬送された患者について、五つ以上の病院で受け入れを拒否され、20分以上受け入れ先が見つからないといったケースが931件に上り、前年よりも3割増えた<sup>57</sup>。このように受け入れ先が見つからない救急医療のたらい回し問題は現在も続いている。

現在、救命救急センターのなかで高齢患者が飛躍的に増加している。高齢救急患者の急増に対して、救急病院や救急医師の数は増えていない。このことから、救急医療サービスや医療資源の需要と供給のバランスが崩れ、救急医療体制が崩壊していると思われる。日本では、一次救急（軽症患者に救急医療を提供）、二次救急（24時間体制で救急患者を受け入れ）、三次救急（さらに高度な救急医療を提供）の3段階に分けた救急医療体制があるが、現場では、患者や住民たちへの周知不足による認識の乖離による混乱を引き起こし続けている。過酷な救急医療の現場を改善しなければ、救急患者の「たらい回し」は今後もますます増え続けるであろう。救急医療の現場は医療界全体の問題の縮図を表している。

さらに、前述したように、医療訴訟の多くは、医療者と患者のコミュニケーション不足という背景もある。医療従事者は、患者に関する十分な知識や情報などが提供されていないことや、また患者の家族に対して適切な心理的ケアを行っていないために、医療ミスが発生しやすくなっている。そもそも医療に100%の安全性を要求するのが無理なことであるが、現に医療ミスの疑いで医療現場に警察が介入した結果、医療従事者が逮捕されているケースもある。医療従事者はその医療ミスを恐れ、特にリスクの大きい小児科や産婦人科の医師たちは病院を辞め、病棟閉鎖が増加してきた。このまま行けば、医療崩壊の深刻化につながり、医療訴訟の回避は緊急課題となる。

## 4.2 医療崩壊回避策の提言

### ① 医師不足の回避策

医療現場は業務の分担可能な医療助手を増やすことで多くの患者を診察できる。医療助手の導入による多職種と連携したチーム医療をつくるのが、医師不足の解決策の一つである。僻地の医師不足に対しては、医学部を卒業したのち、3年～5年間僻地での病院勤務を義務付けるなど、医師配置体制の確立を図ることが重要であり、必要に応じ、国費の投入も考慮すべきである。また、オンライン診療を活用すれば、患者と医師の負担を軽減できる。遠隔医療の普及は、医師の偏在や僻地の医師不足を解消し、高齢者や僻地に在住などの理由で移動が困難な方に対しても、診察することができる。

さらに、医療費抑制政策を見直した上で、開業医の1次救急への参加により救急医の負担軽減を図るとともに開業医の報酬水準を維持することもできる。勤務医への勤務時間軽減のみならず、能力評価制度による報酬の改善も重要である。一方、女性医師に対しては結婚・妊娠・出産後も働き続けることができるよう、子育てや家事支援などと連携させた包括的地域環境の整備など、医療現場にとどまれるような対策が必要である。

医師不足を改善するためには患者と住民の協力も必要である。医師会・学会などは、診療所と病院の役割の違いや休日夜間の救急外来の利用方法など、住民への周知を徹底し、意識と受診行動を変える事で混沌とした医療秩序を整理し、地域の医師や病院を守ることができる。医師不足の問題を解決すれば、医師に医療技術・知識の向上のための時間的余裕が生まれ、過労死という悲惨なケースも激減できる。さらに、医療事故・ミスを低減でき、患者満足度を高め、安定経営への近道になる。

### ② 救急医療崩壊の回避策

まず、救急患者を治療する救急専門医の養成が急務である。救急医学は病名の把握できない患者が搬送されてきたとき、瞬時に適切な診療と治療を判断する能力が要求されている。強力な奨励制度（5年以上の勤務が見込まれる救急医師に対して500万円を上限に奨励）によって、救急指導医と救急専門医の養成に本格的に取り込む必要がある。

救急医療は国民の命の安全保障の最先端分野である。より質の高い医療を提供するための環境と情報化が必要である。医療の情報化を進める上で、インターネットもしくは専用ネットワークを活用した救急医療情報システムが整備することで、救急搬送の現場で、特定診療科や手術の対応状況、病床の空き状況などの情報を瞬時に把握可能であり、効率的に受け入れ可能な医療機関を見つけることができる。特に、大規模な広域災害における人命の救援・救助では、素早く傷患者を救急治療でき、負傷の程度と緊急度に応じて判別できる救急医療情報システムの導入と活用が重要である。

小児科・産科・内科系の急患に対しては、アメリカに多い病院の形態であるオープン病院制で救急医療の目的を達成することができる。オープン病院制は、病院の施設・病床・検査機器などを、地域の開業医が利用できるように開放した病院である。高額医療機器の共同利

用や、かかりつけ医と救急医とが共同して診療を行い、患者が安心して応急処置を受けることができる。アメリカの救急病院では、救急患者に対して無診察でのたらいまわしに対する禁止条例(EMTALA Law)がある。医療ミスの発生リスクが高まり、医療訴訟も頻繁になりつつある現在の日本には、このような制度が必要不可欠である。

### ③ 医療ミスと訴訟の回避策

医療従事者の勤務環境の改善とモチベーションの向上が重要である。勤務環境の改善を通じて、人材の確保と生産性の向上ができ、質の高い医療を効率的に提供することができる。また、患者の満足度を上げることで経営も安定する。医療従事者・患者・経営者にとってともに Win-Win となる。

また、医療行為を透明化することが必要である。今まで、日本の医療機関はリスク・マネジメントを通して、医療ミスが回避できるように努力してきた。そのなか、医師と患者、医師同士のコミュニケーションをとることも重要である。医師は患者に病状を告げ、同意書をとるだけではなく、大切なのはインフォームド・コンセントである。これは、医師から患者にばかりでなく、患者の家族・友人などを治療のパートナーとして全員に患者の病状や治療方法を紹介・相談し、最終的に皆で合意した治療案を決める。インフォームド・コンセントをすることで、治療後に起きる様々な状況に対して、患者やその家族、友人はより理解しやすく、医療訴訟も回避できる。

さらに、医師と AI (人工知能) の協働により、医療ミスや医療訴訟を防ぐことができる。日本医師会の学術推進会議の報告書(2018)によると、転移性乳癌診断コンテストにおいて、AI の誤診率は 7.5%、病理医の誤診率は 3.5%だったが、AI と医師を併用診断した場合には、誤診率が 0.5%まで減少したという報告がある<sup>58</sup>。今後、医療と情報テクノロジーの融合で、医療技術の個人差による医療ミスの回避も期待できる。それから、医療ミスの原因究明と再発防止をするためには、医療保険補償制度も必要である。2009 年から、「産科医療補償制度」という日本初の周産期医療無過失補償制度がスタートした。この補償制度が他科へも拡大していくことが必要と考えられる。

これらの対策を医療に取り込むことによって、医療従事者と患者の間に望ましい信頼関係を構築することができる。医療ミスや医療訴訟を防ぐことができ、患者により安心安全な治療の提供につながる。

### 本章のまとめ

超高齢化社会を迎える日本の医療を中心に、代表的な先進国と国際比較しながら、医療崩壊の特徴と発生真因について考察を試みた。その結果、持続可能な保健医療システムの再構築が極めて重要な課題であることが分かった。

日本の医療は世界に誇るべき実績をあげてきたが、その医療の基盤は比較的脆弱なも

のであることが分かった。これまでの医療では先進国型医療を提供するための体制整備が進む一方で、長年に渡って医療費の抑制政策も続けられた。1980年代から医療費の削減は著しく強化され結果、医師不足・救急医療の疲弊・医療訴訟の増加などが顕在化し、特に2020年のCOVID-19のパンデミックにより医療従事者・患者・国民に医療崩壊に対する不安を呼び起こさせた。限られた医療資源が一層不足し、負担感と不安感がさらに増大するという悪循環が生まれている。

イギリスの分析に見たとおり、医療費を抑制した結果が医療崩壊につながる事が判明した。長期にわたる医療費抑制政策遂行の結果、日本の医療もすでに限界点に達している。このまま放置すれば、崩壊した医療の修復が困難となる。進みつつある崩壊から医療を守るためには、情報の整理と周知による医療秩序の構築、医療従事者の継続的育成と医療知識及び技術の承継、救急医療情報システムの構築と整備など、長期的イノベーションが必要である。また、日本では医療訴訟が増加するなど、アメリカに近い過程をたどりつつある。このままでは、救急医療のたらい回しや医療訴訟を起因とする医療制度の崩壊が懸念される。この状況を回避するためには、医療従事者と患者・国民間の信頼関係を再構築することが不可欠である。さらに、勤務医の労働環境を現状のまま放置すれば、救急患者や重症患者を受入れられる医療機関が減少する。患者や国民も日本の医療を守る一員であるとの意識を持ち、かかりつけ医との信頼関係を築くことが大切である。

国民の生命・健康が守られるべき医療機関における医療ミスや事故が相次いでいるなか、医療の安全を確保するためには、行政・医療機関・医療関係団体が各々の役割に応じて医療の安全対策に向けて積極的に取り組むことが必要である。このような医療崩壊の環境要因を分析した結果、医療機関にとっては一般企業のように経営戦略の構築が必要不可欠であると認識するようになった。

医療崩壊を喰いとめるためには、日本の医療システムの変革や、医療イノベーションに加え、医療経営の合理化と多角化を促進するような制度及び政策的対応がますます求められることになる。今後、信頼に支えられる医療と持続可能な医療を実現するために、医療再生の追求と、医療法人の経営戦略の再構築に焦点を絞った考察が必要であり、本研究の後半（第三章、第四章）に委ねる。

## 注釈

- <sup>1</sup> 保坂正康 (2001) 『医療崩壊 私たちの命は大丈夫か』 講談社、26 頁～66 頁、145 頁～202 頁。
- <sup>2</sup> 保坂正康 (2001) 前掲書、245 頁。
- <sup>3</sup> 真野俊樹 (2017) 『医療危機－高齢社会とイノベーション』 中央公論新社、1 頁。
- <sup>4</sup> 小松秀樹 (2006) 『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』 朝日新聞社、142 頁。  
原資料：近藤克規 (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えて イギリスの医療・福祉改革』、医学書院。
- <sup>5</sup> 小松秀樹 (2006) 前掲書、142 頁。
- <sup>6</sup> WHO 公式情報特設ページ『新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)』に参照。  
[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/ja/news/COVID19\\_specialpage](https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/news/COVID19_specialpage)
- <sup>7</sup> Smith R “Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep.”  
*THE BMJ*, May 2001,  
<https://www.bmj.com/content/322/7294/1073>
- <sup>8</sup> ジュンコ・グッドイヤー (2017) 「オバマケアが機能不全に陥っている理由」東洋経済オンライン。  
<https://toyokeizai.net/articles/-/161060?page=4>
- <sup>9</sup> 三浦清春『日本の医療はどうなる』に参照。  
<http://www13.plala.or.jp/yamagata-hok/i-miura.htm>
- <sup>10</sup> 佐野継男 (2009) 『医療制度崩壊の原因と再生』 早稲田出版、31 頁。
- <sup>11</sup> HealthDay (2017) “Fewer Successful Malpractice Claims in U.S., But Higher Payouts.”, Dennis Thompson.  
<https://consumer.healthday.com/general-health-information-16/medical-errors-983/fewer-successful-malpractice-claims-in-u-s-but-higher-payouts-721033.html>
- <sup>12</sup> 日経メディカル (2011) 『アメリカの医師需給、2025 年に 12.4 万人が不足?』 2011 年 2 月 23 日。  
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/blog/kurofunet/snagamatsu/201102/518602.html>
- <sup>13</sup> 村上正泰 (2009) 『医療崩壊の真犯人』 PHP 研究所、197 頁。
- <sup>14</sup> 厚生労働省 (2019) 『平成 30 (2018 年度) 医療費の動向』 1 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000550870.pdf>
- <sup>15</sup> 一般社団法人全国公私病院連盟 (2020) 『令和元年 (2019) 病院運営実態分析調査の概要』、9～10 頁。  
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/pdf/R1-gaiyou.pdf>
- <sup>16</sup> 文部科学省『これまでの医学部入学定員増等の取組について』 3 頁。  
[https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/\\_icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/_icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372_1.pdf)
- <sup>17</sup> 前掲注、3 頁。
- <sup>18</sup> 厚生労働省 (2018) 「医師・歯科医師・薬剤師統計 (旧：医師・歯科医師・薬剤師調査)」に参照。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/08/index.html>
- <sup>19</sup> 帝国データバンク (2019) 「医療機関の倒産動向調査」に参照。  
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p200101.html>
- <sup>20</sup> 医療事故情報センター「平成 29 年 (2017 年) 医事関係訴訟統計から見た集中部型審理の現況」。  
<https://www.mmic-japan.net/2018/09/01/diary/>
- <sup>21</sup> 医療事故情報センター (2018) 「新受は 5 年連続で 800 件台、4 年連続で未済が増加」。  
<https://www.mmic-japan.net/2018/09/01/diary/>
- <sup>22</sup> OECD 公式ページ “Health Statistics 2019” に参照。  
<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- <sup>23</sup> 過労死ラインとは、1 ヶ月の時間外労働時間数が 100 時間を超える場合、または、月 80 時間を超える時間外労働が 6 か月以上続いた場合にあたる。
- <sup>24</sup> 厚生労働省 (2019) 「時間外労働規制のあり方について」 3 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000467710.pdf>
- <sup>25</sup> 厚生労働省「国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移」、「制度区別にみた国民医療費・対前年度増減率・構成割合の年次推移」。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/dl/toukei.pdf>
- <sup>26</sup> 一般社団法人日本救急医学会「全国救命救急センター設置状況」に参照。  
<https://www.jaam.jp/about/shisetsu/qq-center.html>
- <sup>27</sup> 高橋謙司 (2014) 「厚生労働省における高齢者施策について」 1 頁。  
<http://www.moj.go.jp/content/000123298.pdf>

- 
- <sup>28</sup> 厚生労働省 (2019) 「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」 2 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>
- <sup>29</sup> 笹井恵里子 (2019) 『救急車が来なくなる日：医療崩壊と再生への道』 NHK 出版、40～41 頁。
- <sup>30</sup> 日本看護協会 「2019 病院看護実態調査」。  
[https://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20200330151534\\_f.pdf](https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200330151534_f.pdf)
- <sup>31</sup> 厚生労働省 「平成 30 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況」。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18/>
- <sup>32</sup> 厚生労働省 「看護職員需要供給推計」。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000129707\\_00011.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000129707_00011.html)
- <sup>33</sup> 厚生労働省 「平成 30 年 (2018 年) 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html>
- <sup>34</sup> 厚生労働省 「医師の需給推計について」 13 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000203368.pdf>
- <sup>35</sup> 2 次医療圏は、大都市型・地方都市型・過疎地域型 3 つのタイプに分けている。
- <sup>36</sup> 厚生労働省 「三次医療圏 医師偏在指標」。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480270.pdf>
- <sup>37</sup> 3 次医療圏とは、精神病棟や感染症病棟、結核病棟などの専門的な医療、または高度で最先端の医療を提供する医療圏のこと。原則として都道府県が 1 単位とされる。
- <sup>38</sup> 上昌広 (2017) 『赤字 22 億円「東京女子医大」の危機的状況』 PRESIDENT Online、2017 年 7 月 6 日。  
<https://president.jp/articles/-/22523>
- <sup>39</sup> 上昌広前掲書、14 頁。
- <sup>40</sup> 公益社団法人日本医師会 (2020 年) 「新型コロナウイルス感染症の病院経営への影響－医師会病院の場合－」 16 頁。  
[https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200708\\_2.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200708_2.pdf)
- <sup>41</sup> 同上掲資料、17 頁。
- <sup>42</sup> 帝国データバンク 「業界情報記事 (医療機関の倒産動向調査) 2019 年」 2020 年 1 月 8 日。  
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p200101.html>
- <sup>43</sup> 帝国データバンク 「倒産・動向速報記事 (医療法人友愛会)」 2021 年 8 月 27 日。  
<https://www.tdb.co.jp/tosan/syosai/4809.html>
- <sup>44</sup> 厚生労働省 「医療施設動態調査 (毎月末概数)」。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>
- <sup>45</sup> 真野俊樹 (2016) 「視察レポート：アメリカの医療イノベーション・経営システム」 リクルートドクターズキャリアより。  
[https://www.recruit-dc.co.jp/contents\\_feature/no1703b/](https://www.recruit-dc.co.jp/contents_feature/no1703b/)
- <sup>46</sup> マイケル・E・ポーター (1999) 『競争戦略論 I』 竹内弘高訳、ダイヤモンド社、6 頁。
- <sup>47</sup> 厚生労働省検疫所 FORTH 「新型コロナウイルス感染症の世界の状況報告」、2021 年 9 月 28 日。  
[https://www.forth.go.jp/topics/20211001\\_0001.html](https://www.forth.go.jp/topics/20211001_0001.html)
- <sup>48</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (ダッシュボード) に参照。  
<https://covid19.who.int/>
- <sup>49</sup> 同上掲資料に参照。
- <sup>50</sup> 日本経済新聞オンライン 「チャートで見る世界の感染状況新型コロナウイルス」、2020 年 7 月 2 日。  
<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/coronavirus-chart-list/>
- <sup>51</sup> 厚生労働省 (2019) 「医療施設調査」 13 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/02sisetu01.pdf>
- <sup>52</sup> 厚生労働省 「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」、2021 年 8 月 18 日。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000856149.pdf>
- <sup>53</sup> 「第五波までは確保病床数を増やすことができていない。確保病床の中には、COVID-19 患者用に病床を確保するための補助金を受け取りながら、実際には患者を受け入れず、いわゆる「幽霊病床」が存在していることも判明している。」と学習院大学経済学部鈴木亘教授は指摘している。医療提供体制の総動員体制を作ることができていないといえる。
- <sup>54</sup> 朝日新聞 DIGITAL 『日本の集中治療の崩壊「非常に早く訪れる」学会が声明』 2020 年 4 月 3 日。  
<https://www.asahi.com/articles/ASN426TLYN42ULBJ00G.html>
- <sup>55</sup> 同上掲資料。
- <sup>56</sup> 厚生労働省 (2018) 「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」 5 頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/gaikyo.pdf>

- 
- <sup>57</sup> 『救急搬送受け入れ拒否、都内3割増 コロナ感染疑い敬遠』2020年4月16日、朝日新聞DIGITAL。  
<https://www.asahi.com/articles/ASN4H75WVN4HUTIL04K.html>
- <sup>58</sup> 日本医師会学術推進会議（2018）『第IX次学術推進会議報告書「人工知能（AI）と医療」』7頁。  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180620\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180620_3.pdf)

### 第三章 医療法人の経営戦略に関する考察

これまで述べたように、今までになく急速に医療経営環境は変化し、今後さらに不確実性が増すと予想される。医療法人としては常態的に質の高い医療サービスを提供すること、経営面でも競争力の強化が求められる。経営環境の変化に適応できなければ存続は危ういことになる。したがって、戦略的に医療経営に力を入れることが求められる。

医療法人の経営戦略は、競合他機関を出し抜いて自分だけ利益を独占するのではなく、患者を中心として地域と連携し、地域を支え続け、結果的に利益に繋がる戦略である。患者に安心、安全な医療を提供しつつ、継続的に一定の投資が必要であり、その中で経営戦略を生かして経済的利益を得ることも至極当然と認識している。

本章では、①医療経営の特性、②医療経営をめぐる戦略的思考、特に③多角化経営戦略の3つの視点に分けて医療機関の経営戦略の構築について論じていく。

#### 第1節 医療経営の特性

##### 1.1 医療機関と医療法人の特殊性

医療機関とは、医療行為を提供する施設のことを指す。病院・診療所・介護老人保健施設・薬局などである。医療法人とは、病院・診療所・介護老人保健施設又は介護医療院の開設を目的として設立された法人である（医療法第39条1項）。

表3-1 開設者別にみた日本の医療施設数及び病床数（2021年6月）

	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8,215	1,504,269	103,924	84,749	68,059
国※1	321	124,597	539	2,167	3
公的機関※2	1,240	322,953	4,272	2,328	267
医療法人	5,686	840,270	44,933	65,452	15,563
個人	140	12,549	40,360	13,650	51,881
その他	828	203,900	13,820	1,152	345

※1 厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構など

※2 都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、厚生連、国民健康保険団体連合会など

出所：厚生労働省「医療施設動態調査(令和3年6月末概数)」に基づき筆者作成。

表3-1は、施設数と病床数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が5,686か所(69%)と最も多く、一般診療所も「医療法人」が44,933か所(43%)と最も多くなっている。歯科診療所の「医療法人」は「個人」より少なく15,563か所(23%)となっている。また、厚生労働

省の調査データによると、2021年6月まで日本の施設総数は180,198カ所（病院と一般診療所と歯科診療所の合計）で、「病院」は8,215カ所で、2019年同月に比べ103カ所減少している。そのうち、「医療法人」は5,686カ所で、2019年同月に比べ51カ所減少している<sup>1</sup>。

病院と診療所は法律上の規定により、役割はそれぞれ分担され（表3-2）、一般的に、病院は入院ベッドが20床以上、診療所は入院ベッドが19床以下とされている。病院の特徴は、診療科医師が多く、外来患者も多く、手術を伴う入院治療が中心になっている。更に、専門性も高く検査治療設備も充実し、重症や救急患者にも対応できる。一方、診療所の特徴は、外来が中心ではあるものの、比較的軽い病気を診ることや専門治療が必要な場合は、病院を紹介し、通いやすいかかりつけ医の役割を担っている。医院、クリニックや診療所は一般的に「病院」と称することはできない。病院あるいは診療所と介護老人保健施設等とを併設する場合においては、患者や利用者に対する治療・介護などに支障がでないように病院、診療所や介護老人保健施設等との表示区分を明確にすることと医療法上で求められている。

表3-2 病院と診療所の違い

項目	病院	診療所
病床数	入院ベッド20床以上	・入院設備がない ・入院ベッド数19床以下
最低医師数	・医師3人、薬剤師1人 ・患者3人に対して看護師1人（一般病床）	医師1人
特徴	・入院治療が中心、診療科と医師が多い ・専門性が高い、重症や救急患者に対応 ・高度な検査治療設備が充実など	・外来医療が中心、かかりつけ医 ・軽い病気を診る、外来が中心 ・専門治療必要の場合は病院を紹介 ・地域にあり、通いやすいなど
名称	〇〇病院、〇〇総合病院	〇〇医院、〇〇歯科 〇〇診療所、〇〇クリニック
施設数 (表3-1)	8,215カ所	一般診療所103,924カ所 歯科診療所68,059カ所

出所：筆者作成。

医療機関の設立主体は、国・公的機関・社会保険関係団体・公益法人・医療法人などがある（表3-3）。例えば、国立ハンセン病療養所（厚生労働省）、国立病院（独立行政法人国立病院機構）、国立大学医学部等の附属病院（国立大学法人）、労災病院（独立行政法人労働者健康安全機構）、国立がん研究センター中央病院（国立高度専門医療研究センター）、JCHO病院（独立行政法人地域医療機能推進機構）、自衛隊病院・防衛医大病院（防衛省）、医療刑務所・医療少年院（法務省）、宮内庁病院（宮内庁）、国立印刷局東京病院（国立印刷局）などの設立主体は国である。さらに、設立主体により運営方法も様々で、大きくは公と民に分けられている。

表 3-3 医療機関の設立主体による区分

設立主体	具体例
国	国立ハンセン病療養所（厚生労働省）
	国立病院（独立行政法人国立病院機構）
	国立大学医学部等の附属病院（国立大学法人）
	労災病院（独立行政法人労働者健康安全機構）
	国立がん研究センター中央病院（国立高度専門医療研究センター）
	JCHO 病院（独立行政法人地域医療機能推進機構）
	自衛隊病院、防衛医大病院（防衛省）、医療刑務所、医療少年院（法務省）、宮内庁病院（宮内庁）、国立印刷局東京病院（国立印刷局）など
公的機関	都道府県立病院（都道府県）
	市町村立病院（市町村）
	公立大学医学部等の附属病院など（地方独立行政法人）
	赤十字病院（日本赤十字社）
	済生会病院（社会福祉法人・恩賜財団・済生会）
	J A 厚生連病院（厚生農業協同組合連合会）
	北海道内 7 つの病院無料低額診療事業（北海道社会事業協会）
	国民健康保険団体連合会（各都道府県に 1 団体）
社会保険 関係団体	社会保険病院（全国社会保険協会連合会）
	厚生年金病院（厚生年金事業振興団）
	船員保険病院（船員保険会）
	健保立病院（健康保険組合及びその連合会）
	共済病院（国家公務員共済組合連合会）、警察病院（警察共済組合）
	都道府県ごとに「〇〇医師国保組合」（国民健康保険組合）
公益法人	医師会病院（一般社団・財団法人立又は公益社団・財団法人立の病院）
医療法人	「医療法人」の名が付く医療施設
その他	私立大学医学部等の附属病院（私立学校法人）
	障害者・高齢者を対象とした病院・診療所（社会福祉法人）
	医療生協病院（医療生協）
	JR 病院、NTT 病院、通信病院（日本郵政）など（会社）
	宗教法人の病院（その他の法人） 個人病院（個人）

出所：厚生労働省「2018 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」3 頁に基づき筆者整理作成。

医療機関の設立主体の施設数において、前述したように 2021 年 6 月時点で、病院は「医

療法人」が5,686か所と最も多く、一般診療所も「医療法人」が44,933か所と最も多くなっている。医療法人は社団と財団の2つの分類があり、どちらの形態でも設立できる。厚生労働省2021年5月31日発表の「医療法人数の推移について」によると、現在は設立・運営されている医療法人総数は56,303か所あり、99%以上が医療法人社団(55,931)である(表3-4)。

表3-4 医療法人の総数(2021年)

	医療法人	特定医療法人	社会医療法人	特別医療法人*
総数	56,303	337	325	0
財団	372	51	35	0
社団	55,931	286	290	0
1人医師の医療法人	46,761	0	0	0

\* 特別医療法人は、2012年3月末に制度廃止された。

出所：厚生労働省「医療法人・医業経営のホームページ」、8統計データ「医療法人数の推移(令和3年3月31日)」に基づき筆者整理作成。

医療法人社団・財団とは、法人の実体による区分のことで、つまり社団とは人の集まりを基盤にした法人のところで、財団とは提供された財産を運営するためにつくられる法人である。医療法人の場合、どちらの種類でも設立できる。医療法人社団は、持分の有無という観点から、「持分あり医療法人」と「持分なし医療法人」に区分されている。また、持分あり医療法人のなかには、「持分の定めのある法人」・「出資額限度法人」という類型があり、持分なし医療法人のなかには、「持分の定めのない法人」・「基金拋出型法人」・「社会医療法人」・「特定医療法人」という類型がある(表3-5)。

表3-5 医療法人の分類

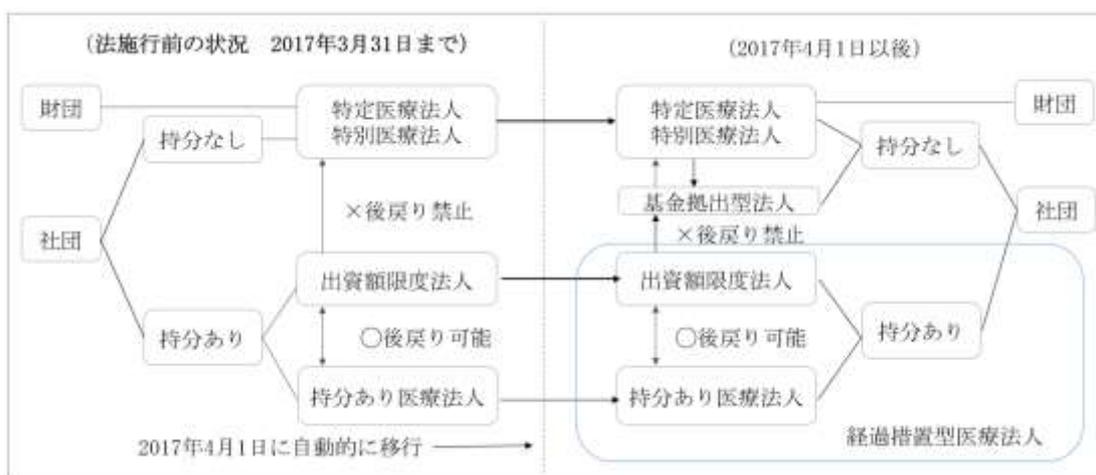
医療法人社団		医療法人財団
持分あり医療法人	持分なし医療法人	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・持分の定めのある法人</li> <li>・出資額限度法人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持分の定めのない法人</li> <li>・社会医療法人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基金拋出型法人</li> <li>・特定医療法人</li> </ul>

出所：一般社団法人日本医療法人協会(2019)「医療法人の定義と種類」に基づき筆者作成。

医療機関の名称表記で「医療法人〇〇会」と、「社団」又は「財団」の表記を省略している場合がある。つまり、医療法人〇〇会=医療法人社団(財団)〇〇会ということである。医療法人は設立に際し、出資者を社員(働いている従業員とは異なる)として、資格は設立総会(社員総会)の承認を得て取得できる。2007年4月より新しく許可される医療法人は基

金拠出型法人となり、改正医療法施行に伴う医療法人の移行の概念図は図 3-1 となる。元々社団たる医療法人は「出資持分なし」法人と「出資持分あり」法人の両方を設立することができる。新法改正以降、「出資持分なし」法人しか新たに設立することは出来ないが、現在ほとんどの社団医療法人は「出資持分あり」法人である。一方、財団では、元々「出資持分あり」法人を設立することは出来ず、財団設立のために法人が寄付した資金は、解散などがあつたとしても戻されることができない。新法改正以降はこの点で社団と財団との差がなくなっている。

図 3-1 改正医療法施行に伴う医療法人の移行概念図



出所：厚生労働省（2017年）『医療法人制度の概要』「改正医療法施行に伴う医療法人の移行」に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000207155.pdf>

医療法人が行っている業務は、財団・社団に関わらず、「医療施設の経営」と「医療に附帯する業務の実施」この2つに限られている。表 3-6 は医療法人の業務範囲を示している。医療法人は、病院・診療所・介護施設の経営のほか、医療関係者の養成・研究所の設置なども該当する。例えば、医療施設内の売店・患者用の駐車場運営など、一見直接医療行為が行われるような業務ではないが、確実に医療に関係している事業であれば経営可能である。その収益は本来の業務（医療提供行為）へ再投資することが要求されている。また、財団たる医療法人ではより公益性を求められるのが特徴である。

表 3-6 医療法人の業務範囲

法人種別（可能範囲）		業務	内容
社会 医 療 法 人	一般医療法人 ・ 特定医療法人	本来業務	病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の運営による医療行為の提供
		附帯業務	医療提供行為に附帯する業務 例：医療関係者の養成又は再教育・研究所の設置、薬局、介護保険法に規定する訪問（通所）介護、有料老人ホーム、訪問看護ステーションなど
		付随業務	本来業務と附帯業務に附随して行う業務 例：医療施設内の売店、自販機、患者用の駐車場運営、通院する患者の搬送業務など（収益業務の規模にならないもの）
		収益業務	知事の許可及び定款などの記載のもとで行う収益の業務 例：医療介護療養用品の販売、一般駐車場経営など（収益は本来業務へ再投資する）
	医療法人	社会福祉事業	第1種 ① ケアハウスの設置・運営 ② 知的障害者施設など児童入所施設の設置・運営 ③ 身体障害者療護施設など障害者入所施設の設置・運営 ④ 授産施設の設置・運営（社会福祉法人限定の特別養護老人ホーム等は対象外） 第2種 ① 保育所、児童家庭支援センターなど通所施設の設置・運営 ② 老人居宅介護、老人デイサービスなど適所施設の設置・運営 ③ 障害福祉サービス、一般相談支援など適所施設の設置・運営

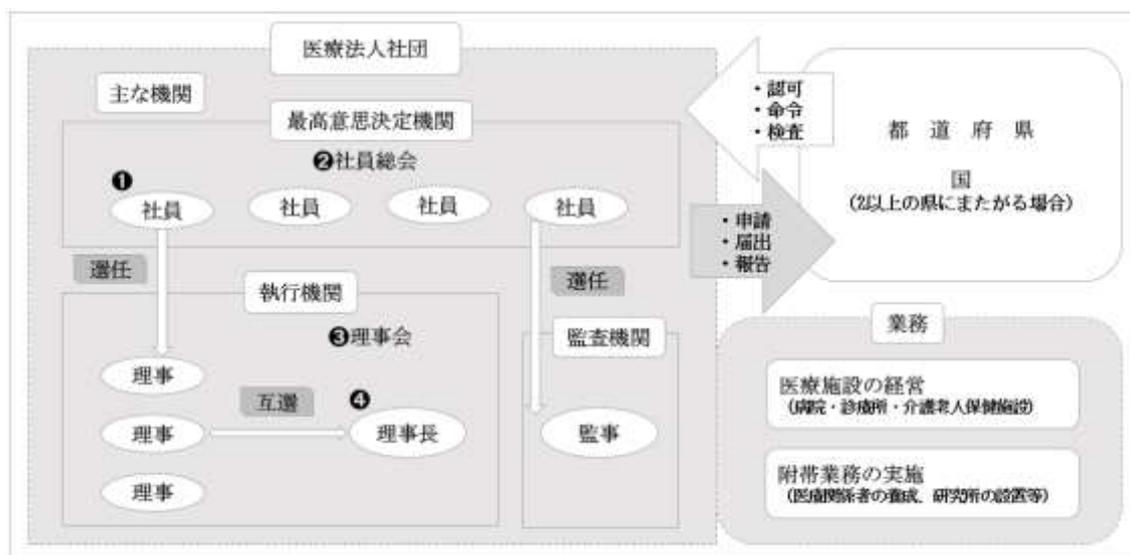
出所：厚生労働省（平成 30 年 3 月）「医療法人の業務範囲」に基づき筆者整理作成。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000207159.pdf>

医療法人社団の運営面では、構成員である社員のほか、医療法の定めにより社員総会・理事・監事・理事長などが置かれることになっている。図 3-2 は、医療法人社団における社員総会と社員、理事会と理事の関係性を表したものである。図のなか、①社員とは、医療法人社団の構成員である。社員たる資格の得喪については、定款で規定されることになっている。出資持分のある医療法人においても、社員の地位は出資持分と結合しておらず、出資持分を全く有しない社員も存在し得る。②社員総会とは、社員によって構成される合議体で、医療法人社団における最高意思決定機関である。社員総会においては、株式会社等のような資本多数決の原理はとられておらず、社員は持分の有無や額等に関わりなく、各 1 個の議決権を有する。③理事会とは、理事によって構成される合議体である。医療法上の機関ではないが、改正前モデル定款や寄附行為例にも定めがあることから、多くの医療法人において設

置されている。④理事長とは、医療法人を代表し、その業務を総理する理事である。社員総会の招集権限等も有している。理事長は、通常、理事の互選により選出されているが、原則として医師又は歯科医師である理事のうちから選出される必要がある。ただし、都道府県知事の認可を受ければ、医師又は歯科医師以外の理事でも理事長になることができる<sup>2)</sup>。

図 3-2 医療法人社団のイメージ図



出所：厚生労働省「医療法人の基礎知識」10 頁に基づき筆者整理作成。

[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho\\_shusshi\\_09.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho_shusshi_09.pdf)

医療法人の特徴は非営利性である。このため医療法人は営利を目的としないよう、剰余金の配当をしてはならないと厳格に規制されている。健全かつ安定した経営を維持していくうえで、経営上の問題の改善はもとより、経営方針や経営戦略を策定することが必要である。医療経営者は、一定の医療知識を要し、経営戦略や財務に関する知識も兼ね備え、透明性の確保及び組織管理などが求められている。その業務執行は理事長と理事が担って、医療の質を高めながら付加価値を最大限にするという責任は大きいといえる。

医療法人は事業体としてどのような目標を目指すのか、明確な戦略に基づく経営を行う必要がある。介護産業や健康産業などとの融合といった多角化は、医療法人が新規参入ではなく、自院の既存医療サービス事業と、関連性が高い事業へ進出することで持続的に成長していく戦略だともいえる。医療法人にとって、今後の地域や時代の需要を読み取り、それに合った医療経営戦略で価値を創造し、こうした多角化医療経営はますます加速するものと考えられる。

## 1.2 医療経営の特徴

医療法人を取り巻く経営環境の変化のなか、医療経営者は進歩した医療技術を取り入れ、より質の高い医療サービスの提供とコスト削減を図っている。従来、医療は命を救い、医療経営の視点からお金儲けはマイナスイメージを持たれる。決してそうではない。医療法人は非営利組織であり、収益ばかり第一に考えてはいけませんが、良い医療ばかりを行っていても患者が来てくれるという時代は終幕を迎えている。

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。その基本的要素はヒト・モノ・カネ・情報を的確に運営することで利益を創出することである。一方、医療経営とは医療法人において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。以下、理念と目標、リーダーシップ、組織・人事管理、マーケティング、医療安全管理と医療経営分析など、経営学の枠組みに沿って医療経営の特徴を分析する。

### ① 理念と目標

医療機関の方向性を内外に示し、根本的に考えたものが理念であり、その理念を達成する計画に沿うものが目標である。公的医療機関は、国民に必要な医療を確保するとともに、保健、予防、医療関係者の養成など、医療の向上を進める役割を担うものとされている。私的医療機関はそれぞれの理念と目標を立てている。

例えば、第四章では研究事例に取り上げる対象でもある聖路加国際病院の経営理念をここで紹介する。その経営理念は、“This hospital is a living organism designed to demonstrate in convincing terms the transmuting power of Christian love when applied in relief of human suffering. Rudolf B. Teusler (1933)”である。翻訳文は、「キリスト教の愛の心が人の悩みを救うために働けば、苦しみは消えて、その人は生まれ変わったようになる。この偉大な愛の力をだれもがすぐわかるように計画されてできた生きた有機体がこの病院である。ルドルフ・ボリング・トイスラー (1933)」である<sup>3</sup>。

また、当該病院創立以来の目標は、「キリスト教精神の下に、患者との協働医療を行っている。特に医師、看護師その他の診療補助職、並びに事務職間での統合をはかり、総合病院として組織医療の実をあげることに最大限の努力を重ねている」ことである。さらに、当該病院運営の目的として、すべての職員の専門性を結集し、あらゆる患者に寄り添う質の高い医療を提供するとともに、教育・研究活動による医療の進歩への貢献を通じ、キリスト教の愛の心を具現化することにある。運営の基本方針は表 3-7 である<sup>4</sup>。

表 3-7 聖路加国際病院の運営方針

運営方針
1. 「患者との協働医療」を実現するため、患者の価値観に配慮した医療を行う。
2. 医療の質を高めるため、「根拠に基づいた医療」を実践する。
3. 全人的医療を行うため、全職員の専門性を結集する。
4. 地域住民の医療・介護・保健・福祉に貢献するため、地域の医療者・施設と連携する。
5. 国内外の医療の発展に資するため、優れた医療人を育成する。
6. 医療の発展に寄与するため、現場に根ざした研究を行う。
7. 国際病院としての役割を果たすため、海外からの患者の受け入れ態勢を整える。
8. 健全な医療経営を行うため、適切な資源配分を行う。

出所：聖路加国際病院のホームページにより。

<http://hospital.luke.ac.jp/about/philosophy/index.html>

この理念を果たすことが、長期の視点では法人の継続性と成長性を担保するに繋がると考えられている。聖路加国際病院における理念、目標及び運営方針は経営の重要な要素であるといえる。経営者は患者の心身の苦痛を軽減し、健康や機能を維持及び向上させることによって、医療提供の継続性を確保する。今は、患者の医療に対する期待や医療安全、権利意識が急速に高まっており、その意思を尊重しなければならない。医療法人は、地域や患者が安心と信頼ができるように情報開示を行い、安全かつ質の高い医療を継続して提供することが求められている。理念と目標の設定は、医療経営の継続的な成長を図るとともに、存在価値を地域に示し、尊敬と信頼される組織になるためでもある。

## ② リーダーシップ

リーダーシップという言葉は、古くから人間関係学や経営学において議論されてきた。歴史上の重要な論著として、プラトンの『国家論』では英知を持ったリーダーが国を治めよという理論が主張された。また、マキャベリの『君主論』では権謀術数に長けたリーダー像の必要性が主張された。19世紀トーマス・カーライルが『リーダーシップ偉人説』を発表し、他より優れた何らかの資質を持ち合わせた偉人だけがリーダーと成り得ると主張した。これがリーダーシップの先天性という特性理論の基礎となった。

リーダーシップの特性は、持っているパワーを使い、単に目標を達成するのではなく、組織の構成員の能力や行動を引き出す能力を持つ者であるし、5つの特性（誠実さ・謙虚さ・情熱・適応力と精神力）<sup>5</sup>を有していることが前提条件である。つねに、経営理念と戦略を打ち出す能力を持ち、共通の目標のために職員各自の能力を発揮する環境を作り上げる力である。これらは言わば、統率力である。医療法人に目を向けると、どんなに立派な理念と目標を掲げても、トップ経営者のリーダーシップなくして理念と目標の実現は困難である。

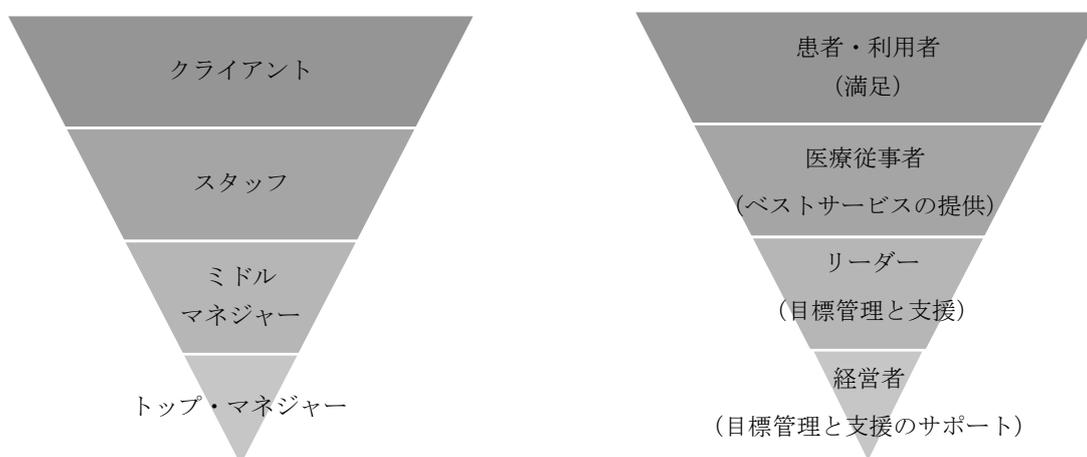
多くの医療法人では、トップ経営者は常に診療が中心であり、リーダーシップの取り組み

には疎遠になりがちである。特に、医療をめぐる環境は大きく変化しているなか、それに対応するために、医療法人の組織を変革することが必要である。その変革の主体として、リーダーシップが非常に重要だと考える。経営者のリーダーシップは単に管理するものではなく、常に変革を生み出すことが求められる。

図3-3の逆さまのピラミッド（左図）では、一番上のクライアントに対して、スタッフが目標管理しながら、上質なサービスを提供する。それに対して管理職は、スタッフによる目標管理の過程をサポートする。最近では、サーバント・リーダーシップといったリーダーに対する新しい考えがある。サーバント・リーダーシップは、1970年にロバート・グリーンリーフが提唱した哲学で、部下を支配するようなものではなく、まず相手に奉仕し、その後チームを先導するリーダーシップを指す。医療法人の場合は、サーバント・リーダーシップという考え方も通用する（右図）。スタッフ（医療従事者）の一人一人がリーダーとなり、目標で設定・計画・実行・評価を自ら主体的に行い、それを管理職（リーダーや経営者）がサポーターとなって支えるというモデルである。主役は現場の医療従事者である<sup>6</sup>。

また、医療法人は、お互いに専門分野を有する有資格者と専門家からなる組織である。組織メンバーがお互いを認め、それぞれの強みを活かしながら一人一人の患者・利用者にあった質の高い医療を提供していくためには、組織運営に特別に長ったリーダーが必要不可欠である。

図3-3 逆さまのピラミッドと医療法人のサーバント・リーダーシップ



出所：真野俊樹（2020）『はじめての医療経営論』88頁に基づき筆者作成。

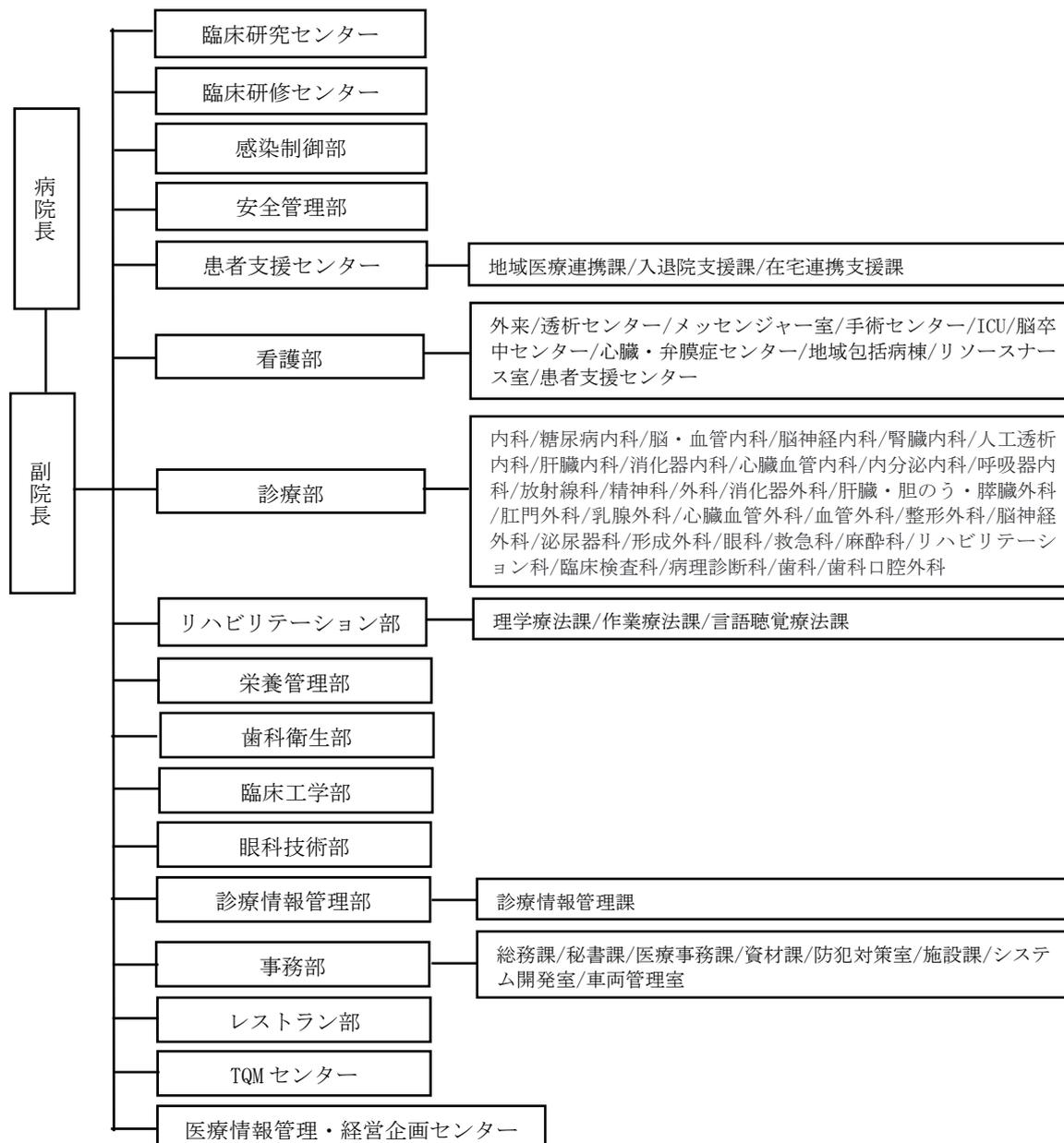
### ③ 組織・人事管理

組織は、共通の目標を達成するために、複数の人を集めて、協働によって構成されるシステムのことである。

医療法人の組織は、目標が達成しやすいように診療部門・看護部門・医療技術部門と事務部門の4つの機能別に構築されている。しかし、医療業務のプロセスからみると、一人の患

者に対する一連の診察・診断・治療を行う医師・看護師・検査技術士や、またカルテの調達、搬送職員、予約案内、さらに医事請求の職員など多くの者が関与している。医療従事者と各職員は非常に順序よく合理的に組み込まれている。この機能間の協働、相互補完の関係は医療経営における組織の特徴である。

図 3-4 社会医療法人白十字会白十字病院の組織図 (2020 年)



出所：社会医療法人白十字会白十字病院ホームページに基づき筆者作成。

<https://www.fukuoka.hakujujikai.or.jp/about/organization.html>

医療法人のなかには、機能別の組織にとられる場合が多い。各診療運営組織や運営支援組織との連携を密にし、スピーディーで円滑な病院運営に取り組んでいる社会医療法人白十字会白十字病院では、同じ機能の専門性を担当する医療従事者が1つの組織に集結するため、スキル・知識の伝達・共有化がしやすく、専門性を重視する機能別組織を運営している好例である（図3-4）。

マトリックス組織の場合には、組織内部のバランス配慮や調整をするなどコストがかかるが、コミュニケーションが多くとれるような方式で医療経営上はふさわしいと考える。また、専門分野に特化した部門の方がマネジメントはしやすくなると考えられる。

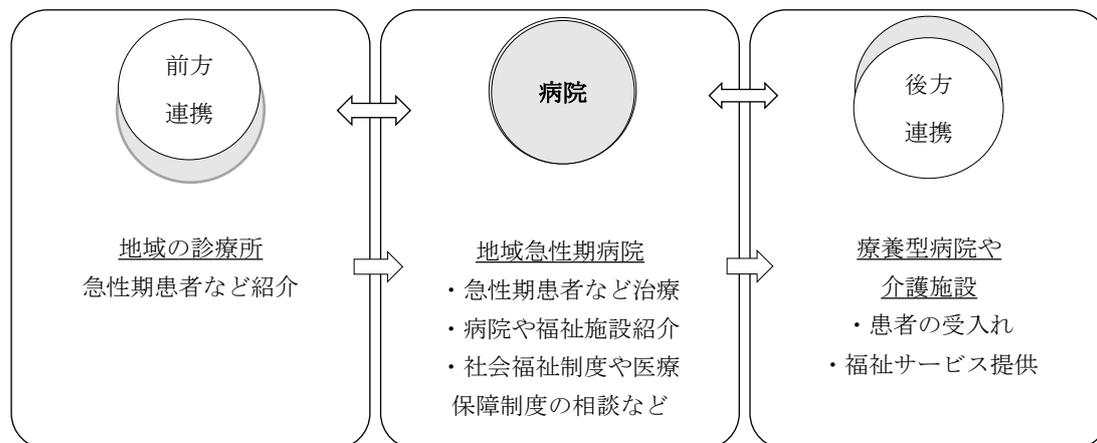
#### ④ マーケティング

経営学におけるマーケティングの領域は、市場・消費者・広告宣伝を超え、価格・販売・開発など戦略まで拡張している分野である。医療法人でもマーケティングという競争概念が一定程度浸透しつつあるが、患者の満足度調査や医療サービス需要分析、広告宣伝についての活動はそれほど活発ではない。医療は、教育・金融・通信・小売などと同様に、第三次のサービス産業である。その特徴は、国民に平等な医療サービスを普遍的に提供し、ある程度自由な営業競争も行われていることにある。また、営業競争条件が比較的に穏やかである一方、患者からみると医療サービスに対する期待は大きいものである。

情報化が進んだ現在、患者の医療機関選択の幅が広がっている。医療経営は厳しい競争条件に入り、マーケティング活動の目標として患者の満足度を得ることである。そのため、医療従事者と患者や地域社会とのコミュニケーション力の向上が求められている。例えば、ホームページ以外に相談会や公開セミナー、他団体と連携して健康や栄養教室を開催するなど、患者と地域社会とのコミュニケーションを深めながら彼らを啓発し、正しい健康知識を普及することで、広報・広告より大きな宣伝効果をあげられるのも医療経営の一つの特徴といえる。

また、医療法人は地域医療連携マーケティングを行うため、地域医療連携室を設置されている場合が多い。医療法人のポジションを明確にし、他の医療機関と機能分化しながら連携をとることも医療経営の一つの特徴である。例えば、急性期病院として、外来や入院患者の確保につながる前方医療機関と連携したり、退院した患者の在宅医療、看護への移行や療養病床を有する後方医療機関や介護施設と連携したりすることも必要である（図3-5）。さらに、高齢少子化社会の到来により「予防医療のマーケティング」も医療経営の一つの特徴である。既存の未病から急性期患者、生活習慣病患者の予備軍に対して生涯価値を最大化するマーケティングの構築をすることも医療経営にとっては重要である。

図 3-5 地域医療の連携マーケティング



出所：筆者作成。

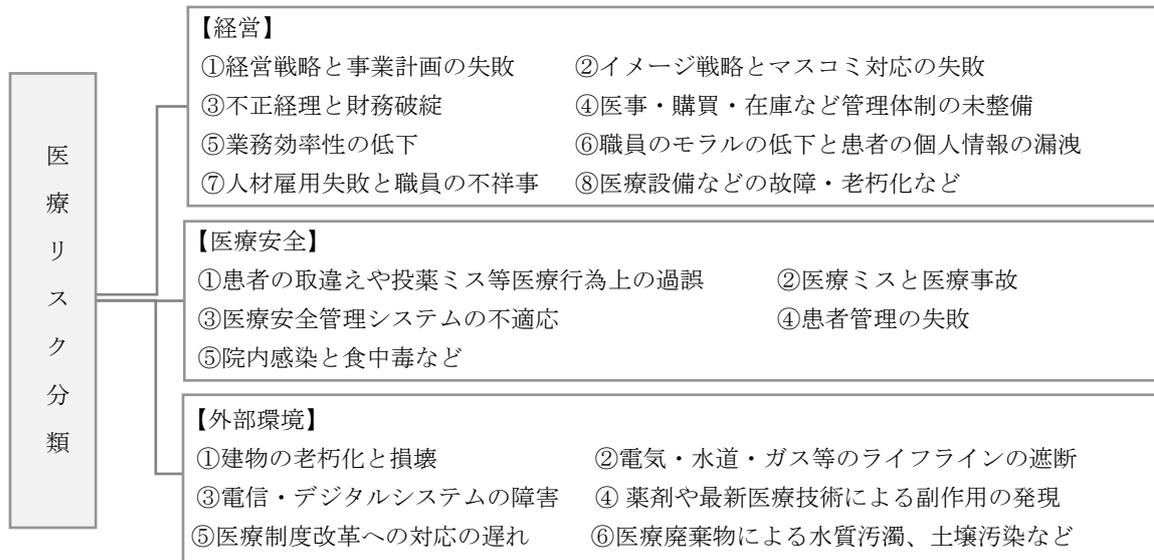
### ⑤ 医療安全管理

医療法人経営において遭遇するリスクは単一ではなく、経営や医療安全・外部環境などが関わっている（図 3-6）。特に、経営戦略と事業計画の失敗によって、医療リスクは高くなる。医療サービスは一般的な産業と比べ、相対的に経営戦略面の不確実性が低いという特徴がある。しかし、対象とする患者の状態は日々変化し、患者による医療機関の選別や要求が徐々に推移している。医療従事者には技術レベルや心身状態などに個人差があり、判断や実行の不確実性も高く、人的要因によるミスや事故を起こしやすい側面がある。

医療事故を防止するためには、個々の医療従事者のレベルや医療法人の事故防止体制のレベルなどと関係がある。医療安全管理は、患者の安全を最優先に考え、満足を損なわないための取組である。医療法人は、常に医療経営に影響するリスクを把握し、分析と対策を行うことは重要である。特に、潜在的リスクを早めに発見し対処することは経営上非常に重要なこととなっている。

医療法人にとって、リスク・マネジメントとはリスクの対応・チェック・改善をすることである。企業ではリスクを特定し、リスク分析では発生率と損失額を確認できるが、医療の場合はわずか一件の医療事故が医療経営の根幹を揺るがしてしまう。リスク発生率が低くても、いったん発生したら患者への傷害が大きいというリスクを優先的に回避すべきである。しかし、複数の医療機関が同時にリスク回避する行動をとると、患者を受け入れることができず、結果的に大きな事故を招く事になる。事故発生要因や費用効果を分析し、最善の予防対策を講じることは医療経営のリスク・マネジメントでは最も重要である。

図 3-6 医療機関経営におけるリスク



出所：経済産業省（2006）医療経営人材育成テキスト「リスク管理」13 頁に基づき筆者作成。

また、医療安全管理を効果的に実施しているのは、病院長を責任者とした組織体制を整備し、各科と部門にリスクマネージャーを配置していることである。近年、多くの医療法人では、安全管理委員会を設置し、組織全体での医療安全の共通意識の形成を図っている。定期的にチェックも行われている。例えば、医療現場で潜在的リスクの発見や医療安全管理の対策方針が組織に浸透しているのか、医療従事者間のコミュニケーションが低下していないのか、情報伝達は速やかであるかなどに最大の注意を払う必要がある。

医療行為は人間が行うもので、必ずミスや事故が起きると考えられる。経営者にとって医療安全管理は、医療ミスや事故につながらないような体制を講じるだけでなく、事故が起きた時やその後も医療経営に大きなダメージを与えないような観点も必要となる。

## ⑥ 医療経営分析

医療経営の主体は官民が混在しているが、経営者が抱える諸問題を以下に例示しておく。

- ・病院は老朽化し、建て替えたならばやっていけるだろうか。
- ・人件費比率が 50%を超え、経営は大丈夫だろうか。
- ・外来患者は半減、新規入院患者は 3 割減少、手術件数も 4 割の減少となり、病院の収益は大きく悪化し、果たしてこのまま経営を続けられるだろうか。
- ・団塊世代の医師が急速に退職する一方で、医師になる人数は年々減少し、このまま医師の数が減少すれば医療経営は成り立つだろうか。

これらの問題は、医療法人の経営責任者に経営について「機能性」「費用の適正性」「生産性」「収益性」「安定性」などの視点で医療経営状況の分析を行なわせることになる（表 3-1

8)。各医療法人が様々な経営指標を算出した時に、自院の過去のデータと比較することで経営状態の分析や改善が図れることになる。この 5 つの指標で分析しているのが医療経営の特徴と言える。通常、独立行政法人福祉医療機構はこの「病医院の経営分析指標」を参照し、医療法人の財務・収支の比較分析を行い、定期的に経営診断を行う。

表 3-8 医療機関の医療経営分析指標

指標	内容
機能性	病床利用率、平均在院日数、入院外来比、新患率、病床 1 床当たり医業収益、入院患者 1 人 1 日当たり入院収益、外来患者 1 人 1 日当たり外来収益、患者規模 100 人当たり従業者数
費用の適正性	人件費率、医療材料費率、給食材料費率、経費率、減価償却費率、従事者 1 人当たり人件費、経常収益対支払利息率
生産性	従事者 1 人当たり事業収益、労働生産性、労働分配率、従事者 1 人当たり人件費、資本生産性、付加価値率、病床 1 床当たりの付加価値額
収益性	医業収益対医業利益率、経常収益対経常利益率、収益率、総資本回転率、固定資産回転率、建物回転率、総資本医業利益率、自己資本比率
安定性	固定長期適合率、流動比率、借入金比率

出所：西田在賢「医療経営学」172～175 頁に基づき筆者作成。

表 3-9 TKC 医業経営指標 (M-BAST) 医療機関の分類

指標分類	内容
機関分類	経営形態（個人・法人）の分類、黒字機関と赤字機関の分類、病床区分の分類
診療科別分類	診療科の分類：内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、精神科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、血液透析科、歯科の 12 診療科に分類 経営形態（個人・法人）の分類、病床区分（有床・無床）の分類 院内処方・院外処方の別による分類（一般診療所、歯科診療所） 地域の分類：北海道・東北、関東、東海・北陸、近畿、中国・四国、九州、三大都市、全国平均に分類 MS 法人の有無による分類、介護施設の有無による分類、美容外科治療の有無による分類
病院分類	経営形態（個人・法人）の分類、黒字機関と欠損機関の分類、一般病院と精神病院の分類
診療系統別の分類	診療系統の分類：診療系統は、内科系、外科系（整形外科系、眼科系、耳鼻咽喉科系を含む）、精神科、産婦人科の 4 つに分類集計した。 経営形態（個人・法人）の分類、規模（医業収益高）別の分類

出所：TKC グループ「TKC 医業経営指標 (M-BAST)」に基づき筆者作成。

[https://www.tkc.jp/cc/system/m\\_bast](https://www.tkc.jp/cc/system/m_bast)

また、株式会社 TKC が刊行する医業版「TKC 医業経営指標」(M-BAST) がある。表 3-9 は

診療所全機関と診療科別分類である。2019年版TKC医業経営指標では、診療所8,470件、歯科4,207件、病院831件、介護保険施設215件、合計13,723件である。M-BASTは、TKC医業会計システム研究会の税理士・会計士がこの指標を使って、医療法人の経営改善を支援している。医業版では経営指標として、「経営分析表」「要約貸借対照表」「要約損益計算書」などが表示されている。中堅以上の医療機関は情報処理部門を持っているが、TKC医業経営指標の対象は比較的に規模の小さいものである。

### 1.3 医療経営が直面する課題

医療法人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の影響などで医療法人を取り巻く経営環境の悪化は常態化していることである。

以下、医療経営が直面する課題を挙げてみる。

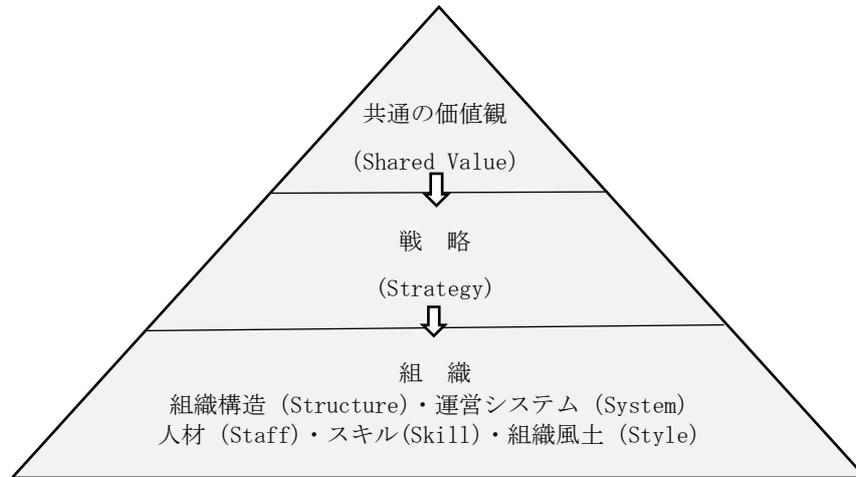
#### ① 組織・人材の問題

「医療法人の経営方針はなにか」「院内の安全管理をどう行っているか」といった管理レベルの問題から、「人事制度をどのように改善しているのか」「人材の採用と育成をどのように行っているのか」「助け合う職場環境がないことはなぜなのか」といった現場で起こっている問題に至るまで、医療法人で起きる問題はすべて組織の問題である。例えば、医療ミスや事故の問題は、医療安全管理・リスク管理に関する組織全体の仕組みに起因する問題だと考えられる。組織内の医師は医師だけ、看護師は看護師だけ、検査技術士は検査技術士だけで、組織全体のことを考えず閉鎖的なグループを作っている現象は組織にとっては危険である。

さらに、1つの経営戦略や1人の医療従事者は組織が支えているが、医療法人内有資格者は他の職員に比較すると組織に対するロイヤリティは低く、他の医療機関へ転職する比率が高いと考えられる。医療経営者としては、組織に対するロイヤリティが低い有資格者のグループを把握し、組織への求心力を高めていくことが重要な課題となっている。

組織の要素は4つのSとなっている。それは、組織構造 (Structure)、運営システム (System)、人材・スキル (Staff・Skill)、組織風土 (Style) (図3-7) である<sup>7</sup>。医療法人の組織構造では、それぞれの専門性チームを作り、患者の治療や看護に最適な医療サービスを提供し、治療が完了後にチームは解散する。チームメンバーの教育や専門性ある医療の提供ができる工夫をしないと患者が離れていくことになり、医療経営に影響するであろう。また、医療法人の運営システムでは、標準化できる治療プランを作成しなければ、目標を共有化できず、効率が良い医療サービスを提供することができない。

図 3-7 医療機関の組織像と組織要素



出所：遠山峰輝など（2003）『病院経営を科学する！』246 頁に基づき筆者作成。

医療現場は次から次へとプロとして優秀な人材を育成していくシステムが必要である。そこで医療法人の価値が広く認められなければ、優秀な人材を確保できず、医療勤務希望者や患者は来ない。経営者としては、医療従事者の能力を発揮できる最大限の気配りが必要である。さらに、医療法人の組織風土は、患者や利用者のことを最優先に考え、最高の医療価値を提供できる環境、医療従事者が成長しつつ学び続けられる環境にすることある。長期的に時間をかけて人材、スキル、社風等価値観の共有が必要であろう。

医療法人の組織をまとめる経営者にとって、組織の使命を示す 4 つの S がある。その内訳は、患者・利用者の満足 (Customer Satisfaction)、医療従事者・従業員の満足 (Employee Satisfaction)、協力医療法人の満足 (Partner Satisfaction)、地域社会の満足 (Community and Society Satisfaction) である。経営者は常に組織が持つ使命をチェックしていく必要がある。そうしなければ、経営が抱える本質的な問題が解決できない危険性がある。

## ② 病床稼働率・医業収益の低下

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。療養病床は、症状は安定し長期の療養を要する慢性疾患の患者を対象とするベッドであり、一般病床は急性疾患の患者を対象とするベッドのことである。病床の区分や患者の病状に応じた医療サービスを提供するため、病床ごとの人員配置や治療設備などの基準が定められている。

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と多くの医療経営者が努力してきたが、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労している。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」の病院報告から明らかになった。

表 3-10 からみると、2021 年 1 月の 1 日平均患者数は、病院全体で入院数は 115 万 5071 人、2020 年 1 月(122 万 2998 人)と 2019 年 1 月 (123 万 4144 人) 比べてそれぞれ 6 万 7927 人 (5.5%減) と 7 万 9073 人 (6.4%減) が減少している。2021 年 1 月の外来患者数は 109 万 6091 人、2020 年 1 月(124 万 8972 人)と 2019 年 1 月 (132 万 4829 人) 比べてそれぞれ 15 万 2881 (12.2%減) 人と 22 万 8738 人 (17.2%減) が悪化しているという状況である。

表 3-10 一日平均患者数 (2019 年～2021 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
病院在院患者総数	1, 234, 144	1, 222, 998	1, 155, 071
精神病床	213, 237	278, 200	271, 247
感染症病床	73	未掲載	9, 112
結核病床	1, 474	1, 336	1, 203
療養病床	270, 979	264, 611	247, 389
一般病床	680, 292	678, 772	626, 119
介護療養病床	30, 226	25, 464	未掲載
外来患者数	1, 324, 829	1, 248, 972	1, 096, 091
診療所の療養病床	4, 186	3, 878	3, 289

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 3 年）」に基づき筆者作成。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>

また、表 3-11「月末病床利用率」では、2021 年 1 月の病院全体の月末病床利用率では 75.2%で、2020 年 1 月(80.9%)と 2019 年 1 月 (82.3%) 比べてそれぞれ 5.7%と 7.1%が減少している。病床種別から見ると、2021 年 1 月の一般病床の月末病床利用率では 68.4%で、2020 年 1 月(77.6%)と 2019 年 1 月 (79.8%) 比べてそれぞれ 9.2%と 11.4%が減少している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 478.8%となっている。これは、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含めている。

表 3-11 月末病床利用率 (2019 年～2021 年比較)

項目	月末病床利用率* (%)		
	2019 年 1 月	2020 年 1 月	2021 年 1 月
病院総数	82.3	80.9	75.2
精神病床	85.4	85.1	83.1
感染症病床	病院の総数に含む	病院の総数に含む	478.3
結核病床	31.8	31.9	27.7
療養病床	87.3	87.1	85.2
一般病床	79.8	77.6	68.4
介護療養病床	90.3	88.4	未掲載
診療所・療養病床	54.3	52.2	50.2
診療所・介護療養病床	71.3	66.7	未掲載

※ 月末病床利用率＝月末在院患者数/月末病床数×100

出所：表 3-10 に同じ。

表 3-12 平均在院日数 (2019 年～2021 年比較)

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

※ 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)]

出所：表 3-10 に同じ。

さらに、表 3-12 の「平均在院日数」のデータからみると、2021 年 1 月の病院全体では 30.2 日で、2020 年 1 月(28.6 日)と 2019 年 1 月(29.0 日)比べてそれぞれ 1.6 日と 1.2 日が増加している。病床種別から見ると、2021 年 1 月の一般病床の平均在院日数では 17.8 日で、2020 年 1 月(16.8 日)と 2019 年 1 月(17.0 日)比べてそれぞれ 1.0 日と 0.8 日が増加しているという状況が分かる。

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る、一日平均在院患者数や月末病床利用率などさらに低下させ、医療現場の混乱が続いていることが再確認できる。

WAM（福祉医療機構）による病院経営動向調査結果（表 3-13）を見ると、2021 年 3 月一般病院の医業収益の DI (Diffusion Index、医業収益に関する経営判断指標) はマイナス 24、2020 年 3 月 (14) と 2019 年 12 月 (14) 比べてマイナス 38 ポイントが低下している。2021 年 3 月の医業費用の DI は 37、2020 年 3 月 (53) と 2019 年 12 月 (53) 比べて 16 ポイントが減少している。2021 年 3 月の医業利益の DI はマイナス 35、2020 年 3 月 (マイナス 20) と 2019 年 12 月 (マイナス 20) 比べてさらにマイナス 15 ポイントに落ち込んでいることがわかる。

表 3-13 病院類型別の医業収益・費用・利益（2019 年～2021 年比較）

単位：DI（%ポイント）

項目	一般病院			療養型病院			精神科病院		
	2019 年 12 月	2020 年 3 月	2021 年 3 月	2019 年 12 月	2020 年 3 月	2021 年 3 月	2019 年 12 月	2020 年 3 月	2021 年 3 月
医業収益	14	14	△24	1	△4	△12	△27	△31	△39
医業費用	53	53	37	33	32	13	34	35	43
医業利益	△20	△20	△35	△24	△28	△16	△44	△46	△45

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）」に基づき筆者作成。

<https://www.wam.go.jp/hp/hp-survey/>

また、表 3-14 では、2021 年 3 月の一般病院の病床利用率 DI はマイナス 22 で、2019 年 12 月 (マイナス 14) と 2020 年 3 月 (1) より大幅に低下し、患者一人 1 日当たり入院単価 DI は 23 で、2019 年 12 月 (12) と 2020 年 3 月 (マイナス 18) より増大している。特に精神科病院の病床利用率 DI はマイナス 45 で、2019 年 12 月 (マイナス 39) と 2020 年 3 月 (マイナス 42) より低下し、患者一人 1 日当たり入院単価 DI はマイナス 14 で、2019 年 12 月 (マイナス 12) と 2020 年 3 月 (マイナス 8) より低下しており、これから先は不安視されている。

表 3-14 病院類型別の病床利用率と入院単価（2019 年～2021 年比較）

単位：DI（%ポイント）

項目	一般病院			療養型病院			精神科病院		
	2019 年 12 月	2020 年 3 月	2021 年 3 月	2019 年 12 月	2020 年 3 月	2021 年 3 月	2019 年 12 月	2020 年 3 月	2021 年 3 月
病床利用率	△14	1	△22	△22	△13	6	△39	△42	△45
患者 1 人 1 日入院単価	12	△18	23	5	△7	12	△12	△8	△14

出所：表 3-13 に同じ。

さらに、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 3-15）では、2019 年 3 月から 2021 年 6 月まで比率が高いのは人件費の増加である（平均約 67.3%）。次は職員確保難（平均約 57.3%）とその他経費の増加（平均約 39.3%）である。表 3-16 は、一般病院に関する経営上の課題の比率を示している。2019 年 3 月から 2021 年 6 月まで比率が高いのは人件費の増加である（平均約 64.2%）、次は職員確保難（平均約 45.5%）とその他経費の増加（平均約 34.8%）である。医療法人の経営の先行きの厳しさを示唆している。

表 3-15 医療法人に関する経営上の課題の比率（2019 年～2021 年比較）

単位：%

課題項目	2019 年		2020 年		2021 年	
	3 月	6 月	3 月	6 月	3 月	6 月
患者単価の低下	13.5	12.2	8.5	22.0	9.1	10.7
需要の低下	23.6	27.3	24.9	48.2	36.4	38.7
人件費の増加	72.6	68.3	71.4	61.3	63.3	67.3
他の経費の増加	33.2	38.5	42.3	41.4	45.5	34.7
資金調達難	6.3	5.9	6.3	10.5	6.7	2.7
職員確保難	70.7	63.9	65.1	41.9	51.5	50.7
事業継承・出資持分	12.0	4.9	8.5	6.3	7.3	7.3
その他	7.7	2.4	8.5	9.4	7.9	7.3

出所：表 3-13 に同じ。

表 3-16 一般病院に関する経営上の課題の比率（2019 年～2021 年比較）

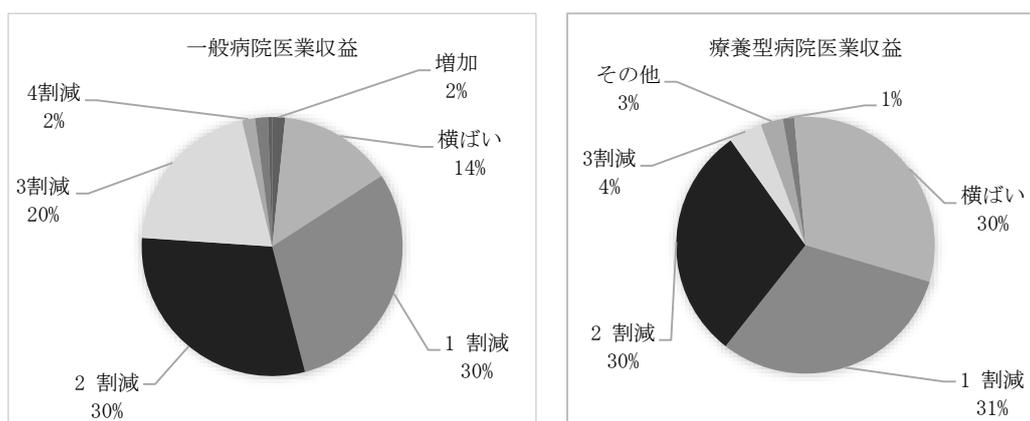
単位：%

課題項目	2019 年		2020 年		2021 年	
	3 月	6 月	3 月	6 月	3 月	6 月
患者単価の低下	12.2	10.7	14.6	25.1	11.7	12.0
需要の低下	22.0	22.9	24.5	54.6	35.2	38.0
人件費の増加	71.2	69.3	70.8	53.0	59.9	61.3
人材紹介手数料の増加	28.8	28.8	28.1	22.4	21.0	27.3
他の経費の増加	36.6	36.1	34.4	24.6	38.9	38.0
資金調達難	6.8	6.3	8.3	15.3	4.9	3.3
職員確保難	60.0	48.8	58.3	26.8	42.6	36.7
事業継承・出資持分	4.4	4.9	4.7	2.2	1.9	4.0
その他	7.3	10.7	8.3	12.6	10.5	6.0

出所：表 3-13 に同じ。

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、医療法人の経営動向はさらに悪化した。WAM の調査結果（2020 年 5 月）によると、前年同月比で一般病院の医業収益 1 割減が 30%、2 割減は 30%、横ばいは 14%である。療養型病院医業収益では 1 割減が 31%、2 割減は 30%、横ばいは 30%である（図 3-8）。

図 3-8 医業収益（一般病院と療養型病院 2020 年 5 月診療分の前年同月比）



出所：独立行政法人福祉医療機構「病院経営動向調査（2020 年）」に基づき筆者作成。

<https://www.wam.go.jp/hp/hp-survey/>

医療法人経営の場合は、2019年12月から2021年3月まで、医業利益はマイナス23からマイナス44となり（表3-17）、医療経営は壊滅的な状況と危機感を示した。原因はCOVID-19の影響で、特に2020年5月の医業収益率は4月よりさらに悪化し、6月はわずかに回復したが、7月以降の感染拡大によって不良状況が続いている。

表3-17 医療法人の医業収益・費用・利益の動向（2019年～2021年比較）

単位：DI（%ポイント）

項目	2019年12月	2020年3月	2021年3月
医業収益	1	2	△34
医業費用	50	50	38
医業利益	△23	△24	△44

出所：表3-13と同じ。

全日・日本病院会・日本医療法人協会の3団体調査結果（表3-18）によると、赤字病院の割合は4月で2019年度の47.1%から69.4%に、5月は34.8%から62.8%に、6月は55.5%から67.7%に増えた。COVID-19患者受入れ・受入れ準備病院に限ると、4月は54.4%から82.1%、5月は40.9%から80.0%、6月は68.2%から82.1%まで高まっている<sup>8</sup>。また、独立行政法人福祉医療機構の調査により、2020年度収益（前年度比）は、「減収」となった施設・法人の割合は、病院で43.6%、法人で37.3%と分かった<sup>9</sup>。

医業利益率の調査結果（表3-19）は2020年4月がマイナス9.1%、5月がマイナス8.4%、6月がマイナス2.1%だった。2019年度と比べると、4月は10.5ポイント、5月は12.3ポイント、6月は5.8ポイントの落ち込みとなった。COVID-19患者受入れ・受入れ準備病院の医業利益率は2020年4月がマイナス11.4%、5月がマイナス11.1%、6月がマイナス14.8%。2019年度と比べると、4月は12.4ポイント、5月は14.8ポイント、6月は7.1ポイントの落ち込んでいる<sup>10</sup>ことが分かる。医療機関は全体的に医業収益が低下していることが明らかである。

表3-18 赤字病院の割合に関する調査結果（2020年4月～6月）

項目	全病院			COVID-19患者受入れ病院 受入れ準備病院		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
2019年	47.1%	34.8%	55.5%	54.4%	40.9%	68.2%
2020年	69.4%	62.8%	67.7%	82.1%	80.0%	82.1%

出所：全日病ニュース「5月の医業収益率は4月より悪化、6月はわずかに回復」2020年9月1日、

No. 970、6頁に基づき筆者作成。

表 3-19 医業利益率に関する調査結果（2020年4月～6月）

単位：DI（%ポイント）

項目	全病院			COVID-19 患者受入れ病院 受入れ準備病院		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
2020年	△9.1%	△8.4%	△2.1%	△11.4%	△11.1%	△14.8%
2019年度と比較	10.5 低下	12.3 低下	5.8 低下	12.4 低下	14.8 低下	7.1 低下

出所：表 3-18 に同じ。

医療法人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。

医療法人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というビジネスである。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医療法人が持続できない。資産や資源が有限であり、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欠かせない。しかし、日本の多くの医療法人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、医療法人の存続・発展のための戦略思考が求められ、次の節では経営戦略の枠組みを説明した上、医療法人の経営戦略について具体的に論じて行く。

## 第2節 医療経営をめぐる戦略的思考

### 2.1 企業法人と医療法人にとっての経営戦略

法人は、利益や公益などを目的に形成された法的に人格が付与された組織体である。例えば、会社・労働組合・私立学校などは法人である。企業法人は、法人が営んでいる事業や集団で資金を募って形成された組織など経済的な活動をしている形態である。法人には、「公法人」と「私法人」に分類され、公法人は国や地方公共団体も含む法人であり、例えば、公社・公団・公庫・公共組合などである。私法人は「営利法人（例えば、会社）」と「非営利法人（例えば、NPO 法人・医療法人・一般社団法人）」などがある（図 3-9）。

図 3-9 法人の種類



出所：筆者整理作成。

医療機関は、医療を提供する施設のことである。開設者による国・公的医療機関・社会保険関係団体・医療法人・個人（医院・クリニック）など区分されている。医療法人は企業法  
人と違い、病院・診療所・介護老人保健施設または介護医療院の開設、所有を目的とする法  
人である。医療法人は「社団医療法人」（一定の目的をもとに集合した団体である）と「財  
団医療法人」（財産を法人格の基盤として、個人又は法人が無償で寄付する財産に基づいて  
設立されている）の2種類があり、2019年3月末時点では財団医療法人数は374、社団医療  
法人数は54,416で、医療法人全体の99%以上を占めている。医療法人が企業法  
人と異なる特徴的な点は、表3-20のような項目がある。

表 3-20 医療法人と企業法人の規定・属性の違い

医療法人		企業法人	
理事	3人以上	取締役	1人以上
理事任期	2年 再任可能	取締役任期	2年 再任可能
理事登記	理事長のみ必要	役員登記	必要
代表者の資格	医師または歯科医師	代表者の資格	特に制限なし
法人の業務	医業以外の事業は一定の制約あり	法人の業務	会社法上は特に制限なし
理事要件	原則医師	代表取締役要件	特に制限なし
監事	1人以上	監査役	任意
監事業務	医療法に規定	監査役業務	会社法に規定
資金提供者	社員（資金提供しなくてもなれる）	出資者	株主
社員議決権	一社員一議決権	株主議決権	一株式一議決権
出資者への配当	不可	出資者への配当	可
残余財産の帰属	医療法で規定	残余財産の帰属	特に制限なし
自己株買い	規定なし	自己株買い	規定あり
事業承継税制	対象外	事業承継税制	対象

出所：佐久間賢一「医療法人と一般法人の違いについて」株式会社 MMS ホームページに基づき筆者作成。

[https://www.mms-g.co.jp/mail\\_magazine/page10.php](https://www.mms-g.co.jp/mail_magazine/page10.php)

企業法人の代表者資格は特に制限がないが、医療法人の代表者資格は理事長であり、原則として医師または歯科医師としている。企業法人の出資者は株主に対して、医療法人の資金提供者は社員である。企業法人は出資者への配当することができる一方、医療法人は出資者への配当ができない。また、残余財産の帰属について、企業法人は特に制限が無いのに対し、医療法人は医療法の規定で制限されている。事業承継税制について、企業法人は適用対象とされているが、医療法人は対象外となっている。

営利企業または非営利組織にとって経営というのは、方針を定め、組織を整えて、顧客に価値を持続的に提供し、その報酬を受け取る行為といえる。医療法人にとっても企業法人にとっても、一番大事な存在は顧客であること。そのため、顧客に対してどんな価値を提供するのが第一となる。企業法人と同じように、医療法人にも競合が存在している。医療法人も、組織の存続と成長、経営の黒字を追求する必要がある。企業法人と同じように、競合の状況・自院資源・顧客のニーズや課題というものを把握し、経営戦略を立案しなければならない。

事業に関する意思決定はどんな事業を営むべきかに関わる戦略的決定、また、営んでいる事業を継続的に遂行するべきかに関わる戦術的決定に分かれる。戦略的決定の結果として経営戦略が編成される<sup>11</sup>。企業法人と医療法人の経営戦略は、ビジョンを達成するために何を行うか、どのように行うかの方策を論理的に示したものであり、組織に関与するすべての関係者の指針でもある。

ホファー&シェンデル(Charles W. Hofer & Dan Schendel)によれば、経営戦略は企業がその経営目的を達成する方法を示すような、現在ならびに予定した資源展開と環境との相互作用の基本的パターンである。この戦略の構成要素を4つに分類している。①領域。組織の現在と予定した環境との相互作用の程度。この要素は、組織のドメイン (domain) と呼ばれる。②資源展開。組織の目標と目的の達成を助ける過去と現在の組織の資源ならびにスキルの展開のレベルとパターン。この要素は、組織の独自能力 (distinctive competences) と呼ばれる。③競争優位性。組織が資源展開のパターンや領域の決定を通じて、競合者に対して展開する独自のポジションである。④シナジー (synergy)。すなわち、組織の資源展開や領域決定から発生するプラス  $\alpha$  あるいは相乗効果である<sup>12</sup>。

また、経営戦略は下記のように階層別に全社戦略、事業戦略、機能分野別戦略に分けられる。まず、全社戦略 (corporate strategy) は、企業全体にかかわる戦略である。例えば、トップマネジメントが組織全体の視点でどの事業と資源どう配分するか、撤退するか、多角化を行うか、人材育成計画、新規事業企画などの戦略である。次に、事業戦略 (business strategy) は、多角化した企業戦略によって決定された各事業分野の戦略である。例えば、事業分野においてどのように競争するか、競争優位をどう構築するか、差別化などの戦略である。事業戦略の重要な戦略構成要素は、資源展開と競争優位性である。最後に、機能別戦略 (competitive strategy) は、生産戦略、マーケティング戦略、研究・開発戦略、人事戦略などといった部署ごとの戦略である<sup>13</sup>。

企業が環境適応的に自社の営むべき事業を決定するにあつたては、これまで事業活動を通じて蓄積してきた資源や能力を分析するとともに、外部環境の変化を予測しなければならない。これを経営戦略ではSWOT分析である。SWOT分析は、スタンフォード大学のアルバート・ハンフリー(Albert Humphrey)教授<sup>14</sup>により構築された<sup>15</sup>。目標達成のために意思決定が必要な組織や個人に対して、「強み」(Strength)、「弱み」(Weakness)、「機会」(Opportunity)、「脅威」(Threat)の4つのカテゴリで要因を軸に、事業の評価や目標達成のための戦略を策定方法の1つである。ここでは、まずSWOT分析を使って、日本の医療法人が置かれている状況を示してみる。

S: Strength 強み

日本の医療の優れた特徴としては、質の高い医療サービスへのアクセスや病院のベッド数が多い、平均寿命やがん患者の5年生存率は世界トップなどである。医療法人として、人口減少地域には競合する病院が少ないため、地元の患者は1か所の病院に集まって利用することが多い。

W: Weakness 弱み

日本の高齢化や財政状況の悪化などを受けて、医療費を含めた社会保障費の増大している。また、医療分野におけるICT化の進展は不十分である。医療法人として、僻地の医師の確保が困難であり、各地の診療科の偏在も課題として未解決である。

O: Opportunity 機会

日本の医療マーケットは海外に拡大し、特に医療インバウンドとしてアジアからの需要が増加している。医療法人にとって、大きな機会である。

T: Threat 脅威

働き改革により医療従事者を安く雇用することが難しくなった。また、労働基準法の勤務時間の上限は決まっていることで、医師数を増やさなければならない。さらに、少子高齢化による人口動態の変化は大きな脅威要素となる<sup>16</sup>。

次に、表3-21のように医療法人についてSWOT分析を行ってみる。

S: Strength 強み

自院の強みを活かして機会を活用する戦略を考える。例えば、①地域医療支援病院 ②救急診療体制を強化している ③接遇サービスが行き届いている ④健診センターを整備している ⑤地域に根差した医療の提供

W: Weakness 弱み

自院の弱みで機会の逃さない戦略を考える。例えば、①看護師離職が多い ②立地環境が良くない ③外来患者の減少 ④管理層のマネジメント能力不足 ⑤医療従事者のインセンティブシステムの不備

O: Opportunity 機会

自院の強みで脅威に対抗する戦略を考える。例えば、①優秀な医師採用 ②高齢者患者の増加 ③国内健診需要の増加 ④医療インバウト ⑤医療圏で支配的ポジション

T : Threat 脅威

自社の弱みが脅威にさらされない戦略を考える。例えば、①人口減少と少子化 ②競合病院の存在 ③女性医師増加（出産による休暇など）④診療報酬改定の圧力 ⑤廃業による企業健診の依頼減少

表 3-21 医療法人の SWOT 分析

	強み (Strength)	弱み (Weakness)
内部環境	① 地域医療支援病院	① 看護師離職が多い
	② 救急診療体制を強化している	② 立地環境が良くない
	③ 接遇サービスが行き届いている	③ 外来患者の減少
	④ 健診センターを整備している	④ 管理層のマネジメント能力不足
	⑤ 地域に根差した医療の提供	⑤ 医療従事者のインセンティブシステムの不備
	機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
外部環境	① 優秀な医師採用	① 人口減少と少子化
	② 高齢者患者の増加	② 競合病院の存在
	③ 国内健診需要の増加	③ 女性医師増加（出産による休暇など）
	④ 医療インバウンド（訪日健診者増加）	④ 診療報酬改定の圧力
	⑤ 医療圏で支配的ポジション	⑤ 廃業による企業健診の依頼減少

出所：真野俊樹（2020）『はじめての医療経営論』55～62 頁に基づき筆者作成。

この分析の最大の目的は、医療法人の事業環境変化に対応した経営資源の最適活用を図って、経営戦略策定していくことである。また、SWOT 分析における「強み」、「弱み」、「機会」、「脅威」の状況をふまえて、機会を強みで活かすための戦略、機会を弱みで取りのがさない戦略、脅威を強みで好機にする戦略、脅威と弱みで状況を切迫させない戦略が必要である。

以上では、医療法人と企業法人の規定・属性の違いや医療法人も企業法人と同じように自院を取り巻く外部環境と内部環境を客観的な事実情報から正確に把握し、経営戦略を立案するために経営環境分析の必要性を述べた。

## 2.2 競争戦略論の視点から

経営環境分析の次に考えることは競争戦略の視点からみる経営戦略の策定である。経営戦略を策定するために、事業の特性を分析する最も有名な手法は、ポーターが提唱した、競争分析モデルとしてファイブフォース分析（5 Forces analysis）である。

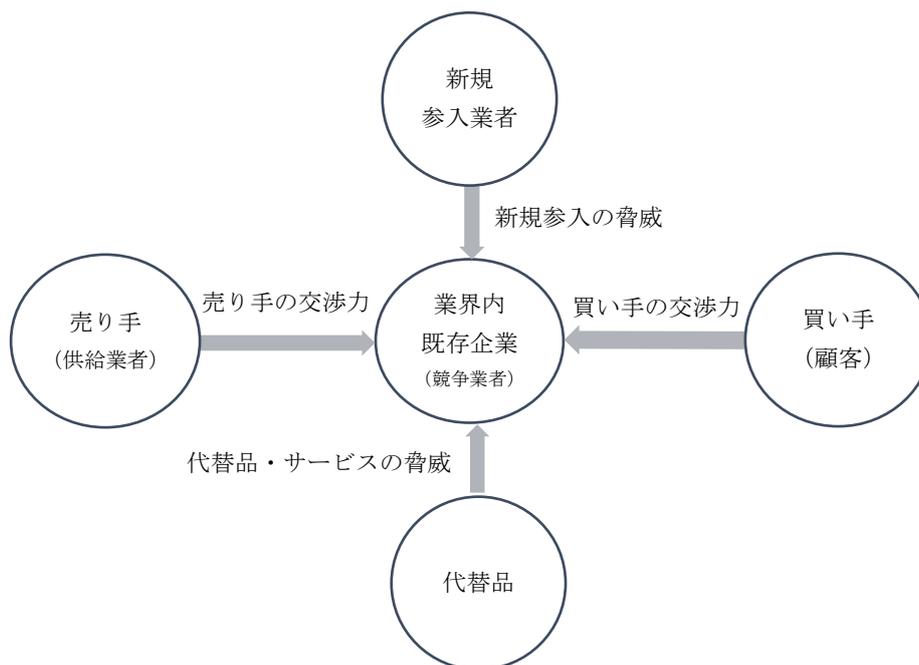
このファイブフォース分析は5つの力の分析である。事業の収益性を分析するため、ポーターが「threat of new entrants(新規参入者の脅威)」「bargaining power of suppliers

（売り手の交渉力）」「bargaining power of buyers（買い手の交渉力）」「threat of substitute products（代替品の脅威）」「rivalry between existing competitors（競争企業間の敵対関係）」の競争要因を挙げている<sup>17</sup>。

このファイブフォース分析のなか、「売り手の交渉力」「買い手の交渉力」「競争企業間の敵対関係」という内的要因と、「新規参入業者の脅威」「代替品の脅威」という外的要因に分けて全体の収益性を測ることが議論されている。分析の目的としては、収益性の向上のほか、新規参入・事業撤退の判断、経営資源の最適配分などが挙げられている。

企業の場合、図 3-10 のように、業界に新しい企業が参入すると、競争が激化して収益性が低下する。売り手の交渉力は、原材料などのサプライヤーからの要求のことである。買い手の交渉力は、商品とサービスなど値下げや品質など、顧客からの要求のことである。また、代替品の脅威は、費用対効果がより高いものが登場すると市場を奪われ、収益性が低下することとなる。企業競争間の敵対関係は、業界における企業間の競合による業界の収益性を決めることとなる。

図 3-10 ポーターの 5 つの競争要因



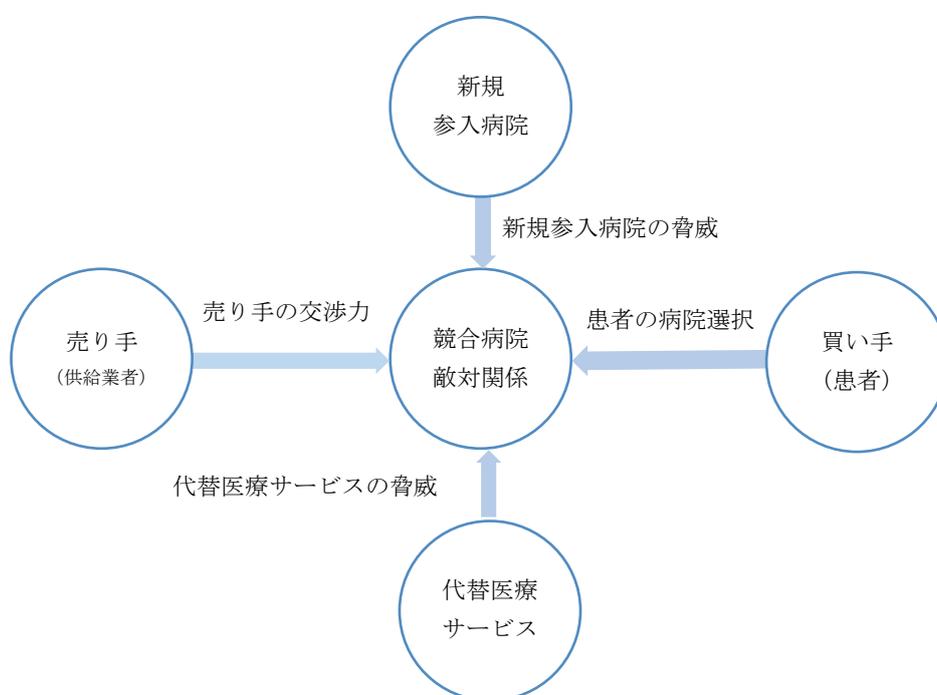
出所：M. E. ポーター（1982）『新訂 競争の戦略』土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社、18 頁に基づき筆者作成。

一方、医療法人において収益性を測る場合、自院がどんな脅威に晒されるのかをファイブフォースで分析できる。図 3-11 のように、新規参入の脅威は新規参入病院、売り手の交渉力は供給業者、買い手の交渉力は患者、代替品の脅威は代替医療サービス、当該市場の敵対関係は競合病院を指す。

新規参入の脅威は、自院と違う医療機関の市場への新規参入のしやすさに関する分析が

重要となる。そのなかで、新しい医療機関を新規参入者、既存の医療法人を競争業者とする。つまり、自院の商圈に入る医療機関のことで、脅威となるのが患者を取り合うことである。また、医療機関に対する売り手（供給業者・医療従事者）の交渉力が強まると、医薬品・医療材料など販売額は高くなる。医療機関側は調達している物品とサービスはどのような市場環境にあるのか分析する必要がある。続いて、買い手の交渉力は、医療サービスを受ける患者さんがサービスを提供する医療機関に対して交渉力を持つことである。医療法人の場合は、患者または他の医療機関が顧客に当たる。顧客（患者）にとって、医療サービスの価格交渉することできないが、他の医療機関に変えたりも出来るし、紹介元のかかりつけ医が他の医療機関に紹介先を変更したりすると脅威となる（図 3-11）。

図 3-11 医療法人の 5 つの競争要因モデル



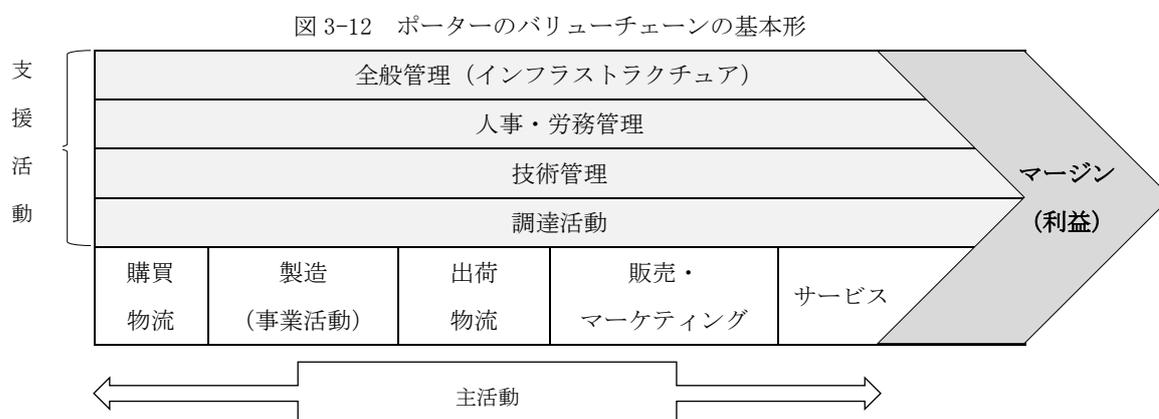
出所：図 3-10 に同じ。

そして、代替医療サービスの脅威は、予防関連サービスや補完医療、栄養食品やスポーツクラブなどが代替品となる。例えば、熱や咳が出ても、OTC（Over The Counter/薬局やドラッグストアなどで無処方購入できる医薬品）で済ませる患者が増えれば、医療機関への患者数が減って、脅威となる。最後に、競合病院間の敵対関係では、既存の近隣の病院との敵対関係は挙げられる医療法人の成長速度が遅くなる場合は、業界内では敵対関係が激化となる。ほかに、市場に活動に影響及ぼすこともある。例えば、都市部医師の供給が過剰になれば、競争は激しくなる可能性がある。

上記は、ファイブフォース分析の枠組みで医療法人がどんな競争脅威に晒されているか

を分析行った。また、ポーターは、バリューチェーン（Value Chain/価値連鎖）という考え方も提唱している。これは、企業の全ての活動が最終的な価値にどのように貢献するのかを体系的かつ総合的に検討する手法である。

図 3-12 のように、事業活動の総価値を表し、どの部分で付加価値があるのか、どの部分に強み・弱みがあるのかを分析し、事業戦略の有効性や改善の方向を探るものである。ポーターはモノの流れに沿って企業の主活動と支援活動に分け、それに利益を加えて全体の付加価値を表している。主活動は、購買・製造・出荷物流・販売・マーケティング、アフターサービスなどがある。支援活動は、主活動を支えるインフラ管理・人事や労務・技術管理などの間接部門がこれに該当する。バリューチェーンを用いて、顧客に届けられるまでに、どのような主活動と支援活動があるのかを分析でき、さらに、利益を加えて全体の付加価値を表すことが出来る<sup>18</sup>。

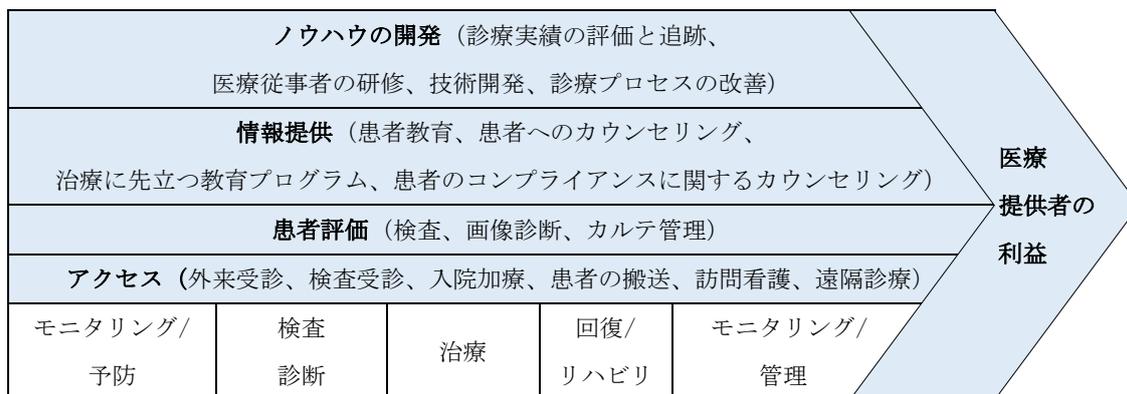


出所：M. E. ポーター（1985）『競争優位の戦略－いかに高業績を持続させるか－』土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社、49 頁に基づき筆者作成。

医療法人の経営におけるバリューチェーンは応用できると考えられる。この考え方は、購買した原材料などに対して、各プロセスにて価値（バリュー）を付加していくことが企業の主活動であるというコンセプトに基づいたもので、つまり提供するサービス・商品がどこで付加価値を出しているのかを分析する方法である<sup>19</sup>。

例えば、ある疾病を持つ患者にケア・サイクルを通して診療する場合の各種医療サービスを提供するもので、初期段階の診断と治療→高度専門医療→回復期治療・リハビリテーション→モニタリングと管理で終了する。主活動は、ノウハウの開発・情報提供・患者評価・アクセスからなる（図 3-13）。それらの情報をもとに、各部門の強みと弱み、そこで付加価値が生まれているのかどうかを検討できる。また、このバリューチェーンのどこに自院の中核となる強みや、競争優位性を見極めるか重要なことである。

図 3-13 医療法人のバリューチェーン



出所：Michael E. Porter & Elizabeth O. Teisberg (2009)『医療戦略の本質 価値を向上させる競争』山本雄士訳、308 頁に基づき筆者作成。

企業法人と医療法人にとって競争優位が生ずる可能性がある経営資源の一つは、バリューチェーン分析を行うことである。バリューチェーン分析が企業の競争優位性をもたらす理由は、企業内部のさまざまな活動を相互に結びつけることで、市場ニーズに柔軟に対応することが可能になり、結果として顧客に価値がもたらされることに求められる。企業法人と医療法人が生き残るために、価値を向上させる競争は原則である。つまり、顧客にとっての価値を中心に競争優位性を見るのがポーターの考え方である。この競争優位を築くためのフレームワークはポーターの3つの基本戦略である<sup>20</sup> (表 3-22)。

表 3-22 ポーターによる3つの基本戦略

基本戦略		戦略の有利性 (優位性)	
		顧客から特異性が認められる	低コスト地位
ターゲット戦略	業界全体	差別化戦略	コスト・リーダーシップ戦略
	特定セグメントだけ	集中戦略 (差別化集中・コスト集中)	

出所：M. E. ポーター (1982)『競争の戦略』土岐坤ほか訳、61 頁に基づき筆者作成。

コスト・リーダーシップ戦略とは、同業者よりも低いコストを実現する戦略である。また差別化戦略とは、業界の中で、特異だと思われる何かを創造しようとする戦略である。最後に集中戦略とは、特定の買い手や、製品の種類や、特定の地域市場などに、企業の資源を集中させる戦略である<sup>21</sup>(表 3-23)。

表 3-23 ポーターによる 3 つの基本戦略の考え方

基本戦略	考え方
コスト リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コストを抑えて商品やサービスを提供する</li> <li>・競争優位性を確立し、集客する戦略</li> </ul>
差別化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自社の商品やサービスなど他社と差別化を図る</li> <li>・業界内で独自のポジショニングを築く、固定顧客を獲得する戦略</li> </ul>
集中	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターゲット市場を絞り込んで集中的に自社の経営資源を投入する戦略</li> <li>・「コスト集中戦略」と「差別化集中戦略」がある</li> </ul>

出所：M. E. ポーター（1982）『競争の戦略』土岐坤ほか訳、56～63 頁に基づき筆者作成。

一方、日本の医療法人は非営利が前提となっているが、医療の質を高め適切な収益を確保するならば、競争自体が否定されてはいない<sup>22</sup>。医療法人にとって、コスト・リーダーシップは自院の収益性には役立つと考えられる、しかしながら、医療サービスは労働集約的産業であり、人件費が大きく占め、経営の効率化やコスト削減は重要な課題である。また、医療法人にとって、患者を積極的に増やすということも難しいし、競合他機関に対する競争優位としてできる機会が少ない。コスト・リーダーシップ戦略事業モデルとして、図 3-14 のように患者数・症例数を増やすや卓越したコスト管理、圧倒的な資源調達力があれば、この戦略は医療経営に適応できる戦略であると考えられる。

図 3-14 医療法人におけるポーターの 3 つの基本的戦略に基づく事業モデル

項目	コスト優位性	差別化
広範囲	<b>コスト・リーダーシップ戦略事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大規模な取扱い患者数・症例数</li> <li>・卓越したコスト管理</li> <li>・圧倒的な資源調達力</li> </ul>	<b>業界全体差別化戦略事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の専門性を追求による差別化</li> <li>・療養環境の高度化による差別化</li> <li>・ブランドやテクノロジーによる差別化</li> </ul>
集中	<b>コスト集中戦略事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスや技術が他院と同等し、コストを下げること（歯科医院など）</li> </ul>	<b>差別化・集中型戦略事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域集中の特定市場による差別化</li> <li>・患者治療と退院後のケアサービスなどによる差別化</li> </ul>

出所：経済産業省「医療経営人材育成テキスト③経営戦略」51 頁に基づき筆者作成。

コスト・リーダーシップ戦略に代わって、医療法人は他院でされていない治療法を提供するなど医療サービスの差別化を図ることができる。例えば、ホームページで病院の特徴を伝

えたり、健康疾病に関する講演会を開催したり、医療従事者の対応を良くしたりで、他院と差別化した病院を築くことができる。また、先端の医療機器を導入し、他院ではできない検査や手術ができ、患者が増えて、医療経営の競争を優位に展開できる戦略である。

集中戦略では、特定地域や小さいエリアに限定する特化した事業を行うことで競争を優位に進めることができる。例えば、医療機関が少ない地域や高齢者が多く住む地域を選び進出する。また、画像診断やリハビリテーションなど特定の診療機能の強化や、内視鏡手術など特定の手技に特化するという戦略が考えられる。

差別化・集中型戦略事業モデルとして、医療サービスの専門性を追求したり、療養環境を高度化したり、地域に特化するのも戦略と考えられる。

ポーターの競争戦略の「コスト・リーダーシップ」「差別化戦略」「集中戦略」などは、それぞれメリットとデメリットがある。例えば、差別化を実施するために、先端医療機器を導入後に、患者が来ない場合は、先端医療機器の購入資金により経営状況が圧迫される。また、ある特定の疾患に経営資源が集中し治療センターを開設した結果、その疾患の患者数は増える一方、他の疾患の患者数は減ってしまう可能性がある。このように、競争戦略にはメリットとデメリットがあるので、病院の置かれた状況に応じて適切な戦略を選択することが重要である。

以上、経営戦略の視点から戦略環境分析と戦略策定について概観してきた。医療法人にとって、自院がどのような方向へ目指すのか、明確な戦略に基づく経営を行う必要がある。患者にとって診療を受けるだけでなく、付加価値があり、満足を高めていくオンリーワンのポジションを戦略として立案する時代がやってきた。また、差別化や専門特化など競争優位性を意識した戦略の立案も必要になる。近年、医療サービス市場のニーズも外部環境も加速しながら変わっていきながら、医療を提供するグループが「複合体」や「多角化」を戦略する流れが強まってきている。こうした医療経営戦略はますます必要と考えられる。

さらに今、ダイナミック・ケイパビリティ論は経営戦略分野で注目されている。ダイナミック・ケイパビリティ (Dynamic Capabilities) 論は、アメリカのカリフォルニア大学のデイビット・ティース<sup>23</sup>によって提唱された戦略経営の分析枠組みである。ティース氏は、「ダイナミック・ケイパビリティとは、企業が技術・市場変化に対応するために、資源ベースの形成・再形成・配置・再配置を実現していく、模倣不可能な能力のことである」と概念規定しており、すなわち、環境に適応して、組織を柔軟に変化させる企業変革力として説明されている<sup>24</sup>。ダイナミック・ケイパビリティは、以下の3つの能力に区分されている。

① 感知 (Sensing) : 環境変化に伴う脅威を感知する能力。

② 捕捉 (Seizing) : 機会を捉え、既存の資源・ルーティン・知識を応用し、再利用する能力。

③ 変容 (Transforming) : 持続的競争優位を確立するために組織内外の既存の資源や組織を体系的に再編成し、変容する能力<sup>25</sup>。

ここではダイナミック・ケイパビリティを備えている企業法人は、脅威や危機を敏感に感知し、適切な時期で組織を再編成し、新たな組織への変容を実現できる存在であるとされる。しかし、既存のダイナミック・ケイパビリティに替わり、新しいダイナミック・ケイパビリティを導入することが、果たして企業の成功に繋がるのかは、理論的に不可知である。また、ダイナミック・ケイパビリティへの投資は、コストのかかるものであり、あくまでもこの問題解決の良し悪しは、かけたコストと得られる収益の両面から測らなければならない<sup>26</sup>。これは、ダイナミック・ケイパビリティ論にとって最も重要な課題である。

内外の激烈な競争環境の変化にさらされている一般ビジネス分野の戦略経営の分析に適しているが、制度や政策の制約を強く受けている医療分野に関わる経営戦略の分析には適用し難いと認識している。筆者はデイビット・ティースによって批判されているマイケル・ポーターの競争戦略論の枠組みが医療経営戦略のあり方を論じるに特に説得力があると考え、本研究分析のコアにおくことにした。

### 第3節 多角化の経営戦略

#### 3.1 多角化経営とは何か

この節においては競争戦略の視点から医療経営の戦略について論じた上で、経営戦略の経営資源と戦略の代表的なものとして多角化経営を位置づける。多角化とは、従来の主力事業とは別に、新しい業界などにおいて新製品やサービスを進出・シェアの拡大することで、自社の成長を加速させ、なおかつ安定させるための事業戦略を指す言葉である。最近では、企業や医療法人を取り巻く環境の変動が激しさを増している。この急変する環境を乗り越えるためには、早期に経営戦略を立て、持続的な経営を維持・存続させていくことが重要である。このため、既存の事業分野と関連新事業分野へ資源を拡大していくことが必要である。このように関連する新しい事業分野への展開は、経営における一つの戦略である。

表 3-22 アンゾフ・製品と需要のマトリックス (多角化成長戦略)

		製 品	
		既存製品/Present Products	新規製品/New Products
需 要 (市 場)	既存市場 Present Markets	拡大化 ①市場浸透/Market Penetration (既存製品の売上拡大)	③製品開発/Product Development (既存顧客に新しい製品を売る)
	新規市場 New Markets	②市場開拓/Market Development (新規顧客に既存製品を売る)	④多角化/Diversification (新規顧客に新しい製品を売る)

出所：H. I. アンゾフ (1965) *Corporate Strategy*. 広田寿亮訳 (1969) 『企業戦略論』160 頁に基づき筆者作成。

戦略経営論の創始者であるイゴール・アンゾフ<sup>27</sup>は、企業の事業を展開する領域について経営戦略上の位置づけを行うために、市場と製品を2軸とした成長マトリックスを提唱された。アンゾフによれば、多角化とは新規市場において新規製品の売上げを成長させる戦略であるとしている。具体的には、製品と市場の二軸から既存と新規に分け、成長戦略を4つのマトリックスで分析している<sup>28</sup>（表3-22）。

このマトリックスにある4つの戦略内容は、市場浸透戦略（market penetration strategy）・市場開拓戦略（market development strategy）・製品開発戦略（product development strategy）・多角化戦略（diversification strategy）で構成されている。

① 市場浸透戦略（既存の市場×既存の製品）は、既存市場において既存製品の売上高やマーケット・シェアの拡大を目指す戦略である。

② 市場開拓戦略（新規の市場×既存の製品）は、新規市場と新しい顧客を開拓し、既存製品を展開して交渉力・スケールメリットを狙う戦略である。

③ 製品開発戦略（既存の市場×新規の製品）は、既存市場において既存顧客に新規製品を提供し、売上げの拡大を狙う戦略である。

④ 多角化（新規の市場×新規の製品）は、新規市場において新規製品を投入して新たな収益機会を狙う戦略を表している。

なかでもアンゾフが注目したのは多角化である。アンゾフは事業経営の多角化による成長には戦略性が必要と考え、製品・市場という点から事業成長の分析を行う方法論として考案している。どのような製品や市場分野を選択すべきかに関する決定は、事業の拡大や多角化に関する戦略的決定である。アンゾフは多角化戦略について、さらに次のようなタイプがあると主張している（表3-23）。

表3-23 多角化戦略の4つのタイプ

		新製品・新サービス	
		関連技術・関連サービス	非関連技術・非関連サービス
新しい顧客・新しい市場	同領域	①水平型多角化戦略（同じ分野で既存市場へ事業拡大する）	
	自社が顧客	②垂直型多角化戦略（バリューチェーンの上流・下流へ事業を拡大）	
	類似領域	③集中型多角化戦略 （既存技術や主要顧客に関連する分野に進出する）	
	新領域	④集成型多角化戦略 （完全に新しい製品を新しい市場に投入する）	

出所：H. I. アンゾフ（1965）*Corporate Strategy*。広田寿亮訳（1969）『企業戦略論』165頁に基づき筆者作成。

#### ① 水平型多角化 (horizontal diversification)

既存の市場・顧客と同じタイプの市場を対象として、新しい製品やサービス領域に進出する。例えば、乗用車メーカーがバイクの生産にも乗り出し、既存のサプライチェーンやマーケティング戦略等を活かすと既存事業とのシナジー効果も得やすいし、リスクを比較的軽く抑えることが可能となっている。医療法人の場合は、医療インバウンドによる同じ医療分野での外国人患者・外国人受診者を受け入れることがこれに当たる。

#### ② 垂直型多角化 (vertical diversification)

現在の製品やサービスのバリューチェーンの上流や下流に向けて事業を展開させる。例えば、自動車完成メーカーが部品製造（上流）関連に関わったり、販売会社（下流）を作ったりもする。製造業においては、上流側へ事業進出して自社で部品を生産する事が可能となれば、調達コストの削減かつ安定的な部品の確保もできる。病院・介護施設・在宅支援という上流・下流を意識し、事業経営を行うような場合である。

#### ③ 集中型多角化 (conglomerate diversification)

既存製品・サービスと新製品・新サービスの間で、技術とマーケティングへ関連性を持たせるように行うものである。例えば、デジタルカメラに使用しているレンズを医療用内視鏡機器に転用する。一見既存の事業とは関わりの薄い新規事業に見えるものの、企業内に蓄積されたコア技術的な資源や能力を活かした戦略である。

#### ④ 集成型多角化 (collective diversification)

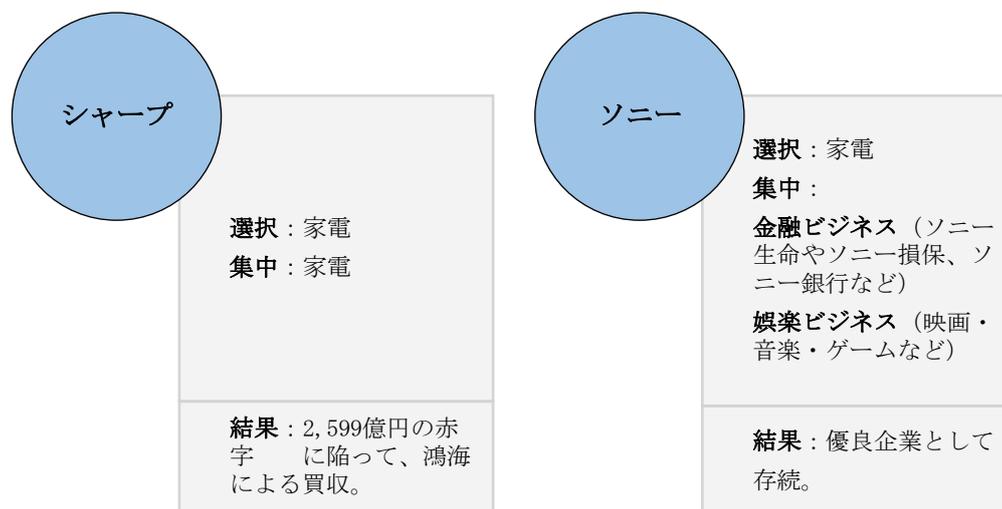
製品も市場の両方に関連性のない全く新しい事業に進出する戦略である。例えば、自動車メーカーが介護ロボット事業に進出する。最も難易度が高いこの戦略は、シナジー効果が期待できないため、単一事業としてはリスクが高くなるかもしれない。しかし、企業経営全体で見た場合には収益性を高めることで、本業と異なる複数事業を持つことは、リスク分散が狙える戦略でもある。

さらに、マネジメントを発明したピーター・ドラッカー (Peter Ferdinand Drucker) 氏は、「あらゆる企業が、その専門化から可能なかぎり多くの成果を得なければならない。そのような意味で多角化をしなければならない。」また、「専門化と多角化に関連がなければ、生産的とはいえない。専門化だけでは個人営業の自由業に毛が生えただけのことである。通常、そのような事業は成長できず、一人の人間が死ねば消滅する。しかし逆に、専門化せず、いかなる卓越性もなく、単に多角化しているだけでは、マネジメントできなくなる。」<sup>29</sup>と主張している。ドラッカーの指す多角化とは、自社の強みと共通の技術か共通の分野への進出であり、これを「選択と集中」と表し、推奨するのは選択と集中を前提とした多角化である。さらに、「多角化のマネジメント」という戦略のマネジメントが必要であると主張している。

例えば、同じ家電会社でも、事業領域を家電（液晶テレビ）としたシャープは亀山、堺両液晶関連施設への相次ぐ巨額投資より負債を増やし、製造を続けざるを得ないことで在庫過剰により、巨額赤字となった。一方、事業領域を家電と金融・娯楽ビジネスを選択したソニーは3つの強みを生かせる事業に集中し存続している（図3-15）。強みは、差別化を生

み出す、利益をあげる能力のことであり、事業展開の核と進出可能な事業の範囲も同時に決めることである。この事例のように、自社の強みを理解し、強みをいかせる事業の選択と集中が多角化戦略の成功の要因といえる。

図 3-15 シャープ社とソニー社の選択と集中



出所：筆者作成。

これまで様々な多角化に関する研究が企業の実際の多角化の進展とともに試みられてきた。多角化戦略は、本業で十分成長した企業が内部の余剰経営資源を、ほかの新しい事業に振り向けることにより企業価値の最大化を目指す過程である。企業が成長していくためには多角化は必要な経営戦略であることも否定することができないと考えられる。本論では多角化経営戦略を「医療法人が成長していくために、蓄積した経営資源を展開することにより新しい関連事業分野へと取り組んでいくこと」と定義する

### 3.2 多角化の動機と分類

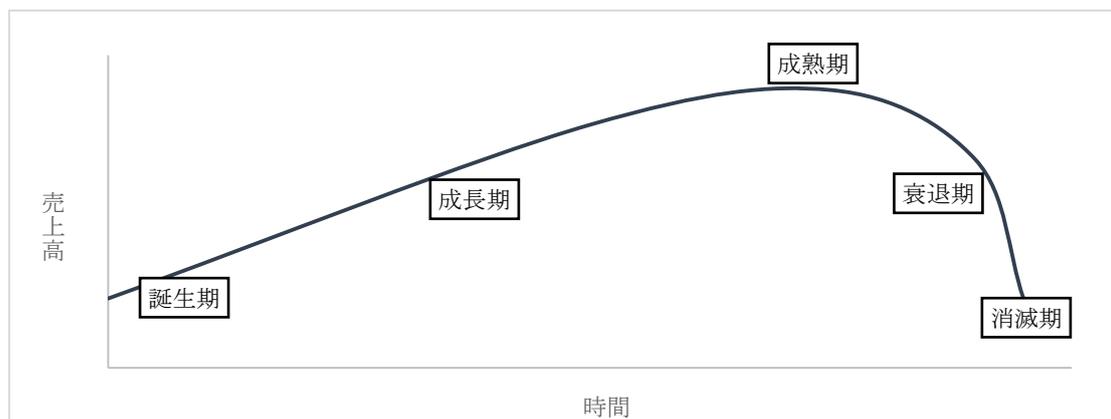
どのような事業も誕生期—成長期—成熟期—衰退期—消滅期というライフ・サイクル<sup>30</sup>（図 3-16）がある。単一の事業のみ経営していたのでは、何時の日かライフ・サイクルと命を共にして市場から撤退せざるをえない事になる。市場や顧客のニーズは大きく変化し続けるなかで、企業や医療法人はこの環境変化の激しさに応じ、変化しない事には生き残りが難しくなっていると見える。持続的な成長を続けるために、新しい分野へ多角化を展開していくことが必要となる。

多角化はチャンスでもリスクでもない。その取り組み方でチャンスにもなり、リスクにもなると考えられる。企業はなぜ多角化するのか、その動機付けは以下の2点に集約できる。

企業が多角化を行う最も本質的な動機として、経営資源の有効活用と経済の追求である。企業は既存の事業から経営資源の活用と蓄積を行い、その過程で生み出した未利用資源を

有効に活用するのが多角化である<sup>31</sup>。また、企業成長することで昇進やFRINGE BENEFITを得る機会が増え、従業員にインセンティブを与え、より大きな貢献をしようとする意欲を引き出せる。この未利用資源の有効活用により競争優位を獲得できる場合がある。

図 3-16 事業のライフ・サイクル



出所：筆者作成。

多角化の第 2 の動機はシナジー効果である。企業が既存の経営資源と新しい事業との間で生じる相乗効果のことである。新・旧製品市場の間で経営管理上のノウハウを利用する事により生じるマネジメント（経営）シナジーである。また、既存の事業のマーケティングシステム・倉庫・販売促進などを共通利用することにより生じる販売シナジーである。さらに、複数事業の間で生産技術・生産施設を共通利用することにより生じる操業シナジーである。そして、複数事業の間で工場・設備・部品などの共通利用や、類似する製品の研究開発費用の節約により生じる投資シナジーである<sup>32</sup>。表 3-24 のように、企業はこうした複数の事業が経営資源や事業活動を共有することによって、創造する価値の合計が大きいという効果を期待して多角化を図ろうとしている。シナジー効果を存分に発揮させれば、企業の持続的な成長をもたらすというものである。

ライフ・サイクルが存在する限り、将来的には成熟期を迎え衰退するし、経営環境の変化により経営が急激に悪化することも考えられる。多角化経営によって新規事業に失敗するリスクを抱えることも、単独事業の場合はライフ・サイクルや経営環境変化に対して影響を受けるリスクをも抱えることにもなる<sup>33</sup>。このように、企業は既存事業のライフ・サイクルの延ばしを図るとともに、多角化によって存続と成長が期待できる事業を探すことで経営環境変化によるリスクを軽減できる。単独事業より複数の事業を行うことで、ある事業が不調になってもほかの事業でカバーすることが可能となり、リスクの分散ができる。

表 3-24 多角化のシナジーのタイプ

販売シナジー (Sales synergy)	販売に流通経路の統合や製品の広告などの販売促進の統合
操業シナジー (Operation synergy)	設備・要員の稼働率の向上、原材料を共同で仕入れや同じ施設を共通利用するなどのコストダウン
投資シナジー (Invest synergy)	設備の共同活用、原材料の共同保有と管理、類似した製品の研究成果の統合
マネジメントシナジー (Management synergy)	新しい事業の過去の戦略、業務や管理などの経験の統合

出所：H. I. アンゾフ（1990）中村元一ほか訳『最新・戦略経営』105 頁に基づき筆者作成。

表 3-25 企業の多角化経営例

企業名	多角化種類	多角化事業内容
オリンパス	関連	デジタルカメラ製造+レンズ関連医療機器製造事業など
Google（米）	関連	インターネット検索サービス+動画共有（YouTube）事業など
オリックス	関連	機械設備のリース事業+関連分野の金融事業など
イーロンマスク （米）	関連・非関連	オンライン決済事業+Paypal、電気自動車、宇宙開発、ソーラー発電事業など
ヴァージングループ （英）	関連・非関連	レコードの販売+シネマ、航空会社、宇宙事業など
セブンイレブン	関連・非関連	コンビニエンスストア+メーカー、金融事業など
トヨタ自動車	非関連	自動車事業+金融事業、住宅事業など
ソニー	非関連	音楽・映画・ゲーム事業+生命保険事業、金融事業など
ヤマハ	非関連	楽器メーカー+AV 機器開発、英語教室、リゾート開発事業など

出所：筆者整理作成。

企業は存続成長をするために新しい事業分野へと多角化をしていく過程で、大きく二種類に分けられる。それは、既存事業との関連がある新事業へ進出する「関連多角化」と、逆に事業と関連がない新事業へ進出する「非関連多角化」である。表 3-25 示したように、各企業の本業における国内シェアと収益はトップクラスであるにも関わらず、積極的に本業以外の事業に参入している。

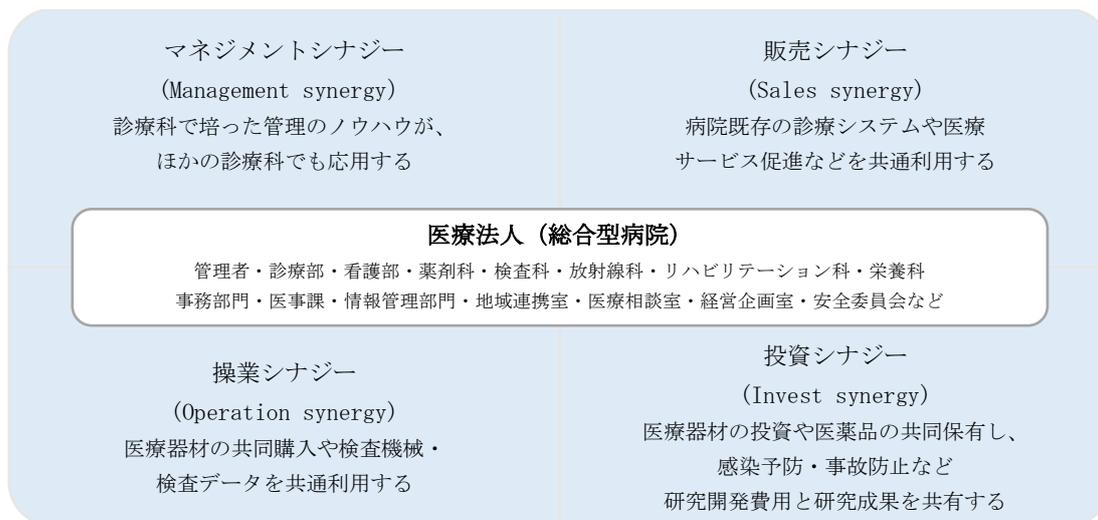
このように、複数の事業から収益が得られることで、経営基盤の強化や経営の安定化が見込めることに繋がる。つまり、主力事業が収益減少した場合でも、多角化によって新規事業の利益で企業全体の収益を安定させることができる。既存事業の衰退に備えるためにリスク分散ができる戦略と言える。一方、新たな資金と資源が必要のため、コストの効率化や削減などは難しくなると考えられる。

### 3.3 医療法人にとっての多角化戦略と組織形態

日本の医療法人病院多角化戦略はいくつかある。複数診療科による総合型医療経営戦略、保健・医療・福祉による複合型医療経営戦略、医療の国際化と外国人患者の受入れ戦略などである。

総合型病院は病床数 100 床以上で、少なくとも内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科の 5 科を含む病院のことである。1996 年の医療法の改正により、病院名に総合病院を冠名する制約が廃止されている。総合型病院は複数の診療科を設置することによって、医療多角化経営運用のシナジー効果を期待できる。

図 3-17 総合型病院の経営シナジー効果



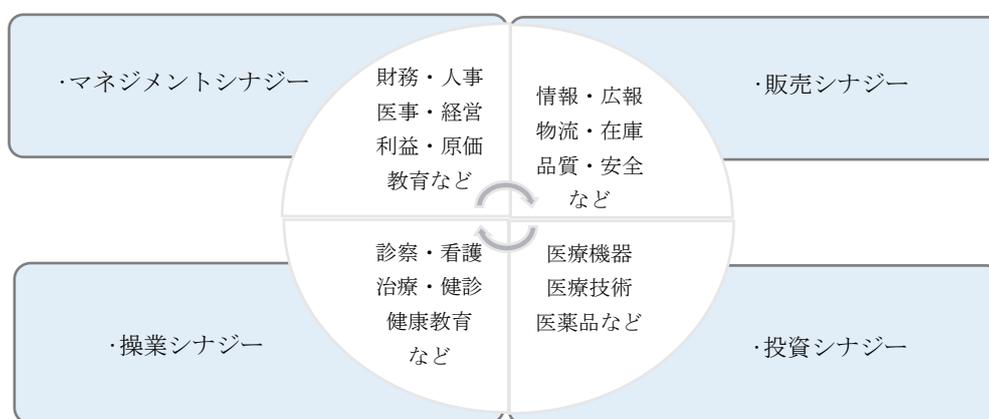
出所：筆者作成。

図 3-17 のように、診療科で培った管理のノウハウが、ほかの診療科でも応用することにより生じるマネジメントシナジーがある。そして、病院既存の診療システムや医療サービス促進などを共通利用することにより生じる販売シナジーがある。また、医療器材の共同購入や検査機械・検査データの共通利用により生じる操業シナジーがある。さらに、医療器材の投資や医薬品の共同保有で、感染予防・事故防止など研究開発費用と研究成果を共有することにより生じる投資シナジーがある。したがって、総合型病院において、救急で来た患者が治療や回復期リハビリテーションに移動し、そこで医療サービスを受けるというケースが

多い。このように患者を一連の流れとして見る必要があり、それぞれのデータを整備し、相互関連する共通の経営資源の利用が可能であれば、シナジー効果による経営の効率化が期待できる。

前述したように、複数の事業を同時に企業の内部で行うほうが、各々別個の企業で行うコストの合計より節減できるということである。総合型病院の場合（図 3-18）、同じ病院のなかで、異なる診療科であっても共有可能な資源を持っている場合がある。既存資源の多重利用ということではシナジー効果を得られるし、医療サービスコストと患者のコストの減少によって、病院の利益率を向上させることができる。総合型病院こそ拡大「範囲の経済」を追求するメリットがあり、代表的な多角化戦略となりうる。

図 3-18 総合型病院の「範囲の経済」



出所：筆者作成。

また、資本集約型・労働節約型産業である病院の経営戦略は病院の病床数と密接な関係がある。表 3-26 は、医療法人病院を対象にまとめた売上高上位ランキングと病床数である。病床数(1,097床)が多いのは聖マリア病院で、年間売上は290億円である。売上高上位の松原徳洲会病院（徳洲会グループ）は人材を融通し合うことで人件費を抑え、消耗品等の共同購入によって材料費も抑えている。全国公私病院連盟の調査によると、病床数や規模が大きい病院は総じて財務の安定性が高く、規模の小さい病院ほど人件費と設備費負担が重く赤字が膨らむ傾向がある<sup>34</sup>。

医療法人の多角化戦略のなかには、保健・医療・福祉をカバーする複合型医療経営戦略もある。複合型病院とは、同一法人または関連法人で、保健・医療・福祉施設のいくつかを併設し、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供するグループである（図 3-19）。政府が高齢者医療への取り組みと法整備のため介護保険制度（2000年）を導入し、以来複合型医療経営が本格化した。その後、介護保険改定（2005年）により医療保険給付が縮小し、保健・医療・福祉施設の連携や統合を推進している。

表 3-26 2018 年度医療法人の売上高上位ランキングと病床数

順位	病院名	売上高 (億円)	病床 数	順位	病院名	売上高 (億円)	病床 数
1	松原徳洲会病院	2,272	189	26	浅ノ川総合病院	225	220
2	南部徳洲会病院	1,207	345	27	片倉病院	223	229
3	上尾中央総合病院	673	733	28	釧路孝仁会記念病院	222	232
4	吉川中央総合病院	554	272	29	新座志木中央総合病院	220	402
5	千船病院	516	292	30	豊見城中央病院	209	378
6	千葉・柏リハビリテーション病院	501	436	31	新古賀病院	195	242
7	千葉中央メディカルセンター	491	272	32	近森病院	191	512
8	亀田総合病院	471	865	33	立川メディカルセンター	190	481
9	府中病院	422	380	34	守口生野記念病院	183	199
10	千葉西総合病院	400	903	35	土谷総合病院	178	394
11	福岡和白病院	378	369	36	相澤病院	178	460
12	手稲溪仁会病院	370	656	37	所沢ロイヤル病院	174	332
13	洛和会音羽病院	354	548	38	中頭病院	173	355
14	医誠会病院	353	327	39	名古屋共立病院	171	156
15	戸田中央総合病院	334	517	40	木沢記念病院	170	452
16	海老名総合病院	331	469	41	日鋼記念病院	164	479
17	刈谷豊田総合病院	324	704	42	上坂橋病院	164	150
18	阪和記念病院	296	135	43	南東北春日リハビリテーション病院	163	60
19	聖マリア病院	290	1097	44	日高病院	162	287
20	茅ヶ崎中央病院	288	100	45	鶴巻温泉病院	160	505
21	北九州総合病院	280	360	46	総合大雄会病院	159	379
22	協立病院	260	313	47	東大和病院	158	284
23	一宮西病院	249	465	48	代々木病院	157	150
24	佐世保中央病院	229	312	49	多根総合病院	156	304
25	赤穂中央病院	226	265	50	藍野病院	150	957

出所：「病院が消える」（2019）『週刊東洋経済』2/9、28頁により筆者整理作成。

複合型病院の経営戦略は、患者と利用者にとって安心感と利便性があるほか、経営側にとって資金調達を行いやすく人材配置の効率化も追求しやすいなどのメリットがある。また、病床数の制約により規模の拡大が見込めない医療法人は、市場創出の一環として事業の拡大という範囲の経済を追求し、新しいビジネスチャンスの拡大を可能にしている。複合型病院は、患者・利用者を中心に、保健・医療・福祉との医療関連分野への乗り入れにより新し

い範囲の経済を展開している。このように保健・医療・福祉という上流、そして下流市場を意識し、事業経営を行うことは垂直型多角化戦略と言える。

図 3-19 保健・医療・福祉による複合型病院



出所：筆者作成。

複合型病院は国民の医療費の増加を分散しようとする政府の政策と合致しているものの、高度なマネジメントも求められている。さらに、医療サービスの特徴として、医療事故や医療ミスの問題がある。そのため、リスク・マネジメントと人間関係のマネジメントを重視することで、多角化経営により期待できる効果を考えていく。

以上、総合型病院と複合型病院の多角化戦略のパターンについて検討を行った。多くの場合、関連・非関連新規事業の開始時には戦略と組織を議論されているが、既存事業では戦略だけを議論し、組織を変えようとしない。しかし、これからの競争環境はさらに激化する時代となり、患者・利用者の価値観やニーズの多様化、医療技術の加速発展に伴って医療経営の舵取りの難しさが増していくに違いない。このような厳しい経営環境のもとでは、組織に適合した戦略で臨まないと存続と成長は困難である。

したがって、組織のなかでは複数のメンバーがさまざまな業務を担い、分業することが一般てきである。分業が設立するからこそ、各メンバーは任せられた業務に必要な専門知識を深めることができるのである。そして、組織構造を設計するためには、「誰がどのような業務を担当するか」を決めなければならない<sup>35</sup>。組織構造には以下の5つのタイプがある。

1つ目は職能別組織(Functional organization)である。経営層を上位に、研究開発・生産販売・総務財務・人事管理など専門の職能ごとに大きな枠組みを設ける組織であり、最もスタンダードな組織構造である。医療法人においては職能別組織をとっていることが多い。

2つ目は事業部制組織(Divisional organization)である。地域や製品グループごとに枠組みを事業部としてとらえ、組織を分割する形態である。それぞれに研究・開発・生産・営業・販売などが設けられ、各事業部での意思決定が迅速に行え、規模が大きい企業に最適な組織形態である。医療法人においては、事業部ごとで完結することが多くなり、他事業部とのコミュニケーションが取りづらくなる。

3つ目はカンパニー制組織(Company system)である。事業部制組織における事業部よりもさらに自立性、独立性を強めた事業部門を配置した組織形態。企業の責任を明確化し、内部競争力を高め業務効率化によるコスト削減と収益力の向上を図るのに適する。医療法人においては、各事業部の独立性が強く、お互いが競争する面はいいが、情報や人の囲い込みが起きやすくなる。

4つ目はマトリックス組織(Matrix organization)である。一人の従業員が同時に職能・事業分野・所管地域など二つの指揮命令系統を持つ組織である。部門間の壁が無くなり、組織の一体感が生まれやすくなり、事業部制と職能別の利点を合わせ持つことが期待できる。

5つ目はプロジェクト組織(Projectized organization)である。プロジェクトを遂行する時に、各部門から横断的に選り出していく形態である。専門人材を集めてチームを構成し、構成員はプロジェクトに専念することが出来る半面、組織に復帰した後の業務遂行に関する課題が残る可能性がある。プロジェクトが完了すると解散する方式である。チーム内の一体感と機敏さを持たせやすいし、目的と責任が明確である、モチベーションが高まりやすくなる。

医療法人の組織は職能別組織に近い縦割り構造が多く見られる。病院の方針や理念を発信する病院長を中心とした管理組織があり、その下に医師組織、看護師組織、コメディカル組織、事務組織などの専門職で病院組織が作られている。また、管理組織に直轄している医療安全組織、感染対策組織、診療情報組織など医療法人を横断する組織も存在している。しかし、近年ではチーム医療が重視され、マトリックス組織に近い構造になっている。例えば、第四章で研究事例を取り上げるふらて会グループでは、チームアプローチ強化のためマトリックス組織を採用している。また、同章の研究事例として聖路加国際病院は100年近く続いた職能別組織から最近多角化によって事業部制組織に移行している。

どの組織形態でも、責任や権限を明確にするための形態であるが、それぞれのメリットとデメリットも存在している。経営者の経営戦略により医療法人は大きく変わる。すでにほぼ完成した戦略でも、現代の経営環境は常に変化し、自院の戦略やプロセスなどは常に改善しないと維持できない。次の章は、経営戦略の視点から、成功事例研究対象の医療法人が実践している多角化経営モデルについて考察する。

## 本章のまとめ

本章は、良質な医療を提供するための基盤をつくるために、医療経営の特性、医療経営戦略の基本、多角化経営戦略のパターンなど3つの視点から論じている。戦略的に医療経営を進めるためには、いずれの視点も重要である。

日本の超高齢化と人口減少社会を前提に、医療法の改正、診療報酬マイナス改定、消費税増税、保健医療計画改定、7対1入院基本料の算定病院の絞り込み、地域包括ケアシステム、COVID-19 など、医療法人を取り巻く環境は激動し続けている。この荒波を乗り越えることができなければ、今後さらに赤字経営が深刻化し、地域医療崩壊を招くこととなろう。

戦略的医療法人の経営は、業務効率の向上を図り、患者を中心として連携・協業しながら、地域を支え続けていくことともに、良質な医療サービスを提供するため、継続的に一定の投資が必要であり、経済的利益を獲得することも必要である。そのなか、医療法人の戦略策定の基本のステップである SWOT 分析手法は、重要な成功要因を抽出することができる。また、ポーターのバリューチェーン分析では、医療法人が患者と利用者に対して提供している情報が、具体的にどの機能や活動の流れにより構成されているのかを分析し、効果的なアプローチにつなげる。バリューチェーン分析は、単独で使うのではなく、ポーターの基本戦略、5フォース分析などをうまく組み合わせながら、その効果を発揮するものである。

企業が成長していくためには多角化は経営戦略の中で特に重要なものとなってくる。医療法人は自院の医療資源を新しいサービス・新しい市場などとの組み合わせによる新しい分野への投入、所謂多角化することで、医療経営の拡張や黒字経営を目指す戦略の一つである。多角化の動機と組織形態を分析した結果、医療法人が成長と進化していくために、戦略的に多角化経営を行うことがますます必要と考えられる。

近年、医療サービス市場のニーズも外部環境も加速度的に変わっていくなか、医療を提供するグループは多角化戦略を推進する流れに乗ってきている。次の章では、発掘した医療法人の多角化経営の成功モデルにどのようなパターンが存在するのかを考察し、今後の医療経営の課題解決のための方策を探り、提言する。

- <sup>1</sup> 厚生労働省 (2019) 「医療施設動態調査」 1 頁。  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m19/dl/is1906\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m19/dl/is1906_01.pdf)
- <sup>2</sup> 厚生労働省 「医療法人の基礎知識」 22～23 頁。  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000084153\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000084153_3.pdf)
- <sup>3</sup> 聖路加国際病院のホームページにより。  
<http://hospital.luke.ac.jp/about/philosophy/index.html>
- <sup>4</sup> 前掲 HP。
- <sup>5</sup> 井上貴裕 (2014) 『戦略的病院経営マネジメント 医療の質と経済性の両立をめざす』 清文社、15 頁。
- <sup>6</sup> 真野俊樹 (2020) 『はじめての医療経営論』 有斐閣、88 頁。
- <sup>7</sup> 遠山峰輝など (2003) 『病院経営を科学する！』 日本医療企画、247 頁。
- <sup>8</sup> 全日病ニュース 「5月の医業収益率は4月より悪化、6月はわずかに回復」 2020年9月1日、No. 970、6 頁。
- <sup>9</sup> 独立行政法人福祉医療機構 「病院経営動向調査の概要」 2021年7月16日、40 頁。  
[https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/hp\\_survey\\_202106.pdf](https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/hp_survey_202106.pdf)
- <sup>10</sup> 全日病ニュース 「5月の医業収益率は4月より悪化、6月はわずかに回復」 2020年9月1日、No. 970、6 頁。
- <sup>11</sup> 中橋国蔵 (2008) 『経営戦略の基礎』 東京経済情報出版、4～5 頁。
- <sup>12</sup> Charles W. Hofer & Dan Schendel (1978). *Strategy Formulation: Analytical Concepts*. West Publishing Co. 奥村昭博ほか訳 (1981) 『戦略策定—その理論と手法—』 千倉書房、30～31 頁。
- <sup>13</sup> 大滝精一ほか (1997) 『経営戦略 (新版) 論理性・創造性・社会性の追求』 有斐閣、16 頁。
- <sup>14</sup> アルバート・ハンフリー (Albert Humphrey) 教授は、1960 年代に企業の長期計画失敗の研究プロジェクトから SWOT 分析を開発した。
- <sup>15</sup> 真野俊樹、前掲書、55 頁。
- <sup>16</sup> 真野俊樹、前掲書、55～62 頁。
- <sup>17</sup> M. E. ポーター (1982) 『新訂 競争の戦略』 土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社、17～19 頁。
- <sup>18</sup> M. 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、48～51 頁。
- <sup>19</sup> 真野俊樹、前掲書、67 頁。
- <sup>20</sup> M. E. ポーター (1982) 『競争の戦略』 土岐坤ほか訳、61 頁。
- <sup>21</sup> M. E. ポーター、前掲書、56～63 頁。
- <sup>22</sup> 経済産業省 「医療経営人材育成テキスト③経営戦略」 KPMG ヘルスケアジャパン、18 頁。
- <sup>23</sup> デイビット・ティース (David J. Teece) 氏は、アメリカのカリフォルニア大学バークレー校ハース・ビジネススクール教授、経営学者。専攻は経営戦略論、イノベーション論、知財戦略などである。ダイナミック・ケイパビリティ (企業変革力) は、ティース教授が 1997 年に「ストラテジック・マネジメント・ジャーナル」の論文で提唱した理論である。
- <sup>24</sup> 菊澤研宗 (2018) 『ダイナミック・ケイパビリティの戦略経営論』 中央経済社、30 頁。
- <sup>25</sup> 菊澤研宗、前掲書、30 頁。
- <sup>26</sup> デビッド・J・ティースほか (2010) 『ケイパビリティの組織論・戦略論』 渡辺直樹編著、中央経済社、85 頁。
- <sup>27</sup> Ansoff, H. Igor (アンゾフ, H. イゴール)、1918 - 2002。応用数学者および企業マネジャーの経歴の持ち主であり、戦略経営の父として著名である。ブラウン大学で博士号を取得した後、カーネギーメロン大学経営大学院の創設に貢献し、ユナイテッド・ステイツ国際大学 (現アリアント国際大学) やブラツセルズ (ベルギー) にある欧州戦略研究経営大学院の教授を務めた。
- <sup>28</sup> H. I. アンゾフ (1965) 広田寿亮訳 (1969) 『企業戦略論』 産業能率短期大学出版部、160 頁。
- <sup>29</sup> ドラッカー, P. F. (2007) 『創造する経営者』 ダイヤモンド社、278～279 頁。
- <sup>30</sup> プロダクト・ライフサイクルは、1950 年にジョエル・ディーンが提唱した理論で、製品が市場に投入されてから、寿命を終え衰退するまでのサイクルを体系づけたものである。製品の売上と利益の変遷を、導入期、成長期、成熟期、衰退期の 4 つに分類している。
- <sup>31</sup> 安熙錫 (1996) 『多角化戦略の日韓比較』 税務経理協会、35 頁。
- <sup>32</sup> 安熙錫、前掲書、58～61 頁。
- <sup>33</sup> 安熙錫、前掲書、37～38 頁。
- <sup>34</sup> 井艸恵美など (2019) 「病院が消える」 『週刊東洋経済』 2/9、東洋経済新報社、28～29 頁。
- <sup>35</sup> 真野俊樹、前掲書、83 頁。

## 第四章 日本の医療法人の多角化経営戦略に関する実態調査分析

前章では、医療経営の特性、医療経営の戦略、多角化経営の戦略を分析し、医療法人の経営戦略の構築を考察した。戦略的医療法人の経営は、業務効率の向上を図り、患者を中心として連携・協業しながら、地域を支え続けていき、良質な医療サービスを提供するためには、継続的に一定の投資が必要であり、経済的利益を獲得することも必要であることを明らかにした。

本章では、インタビューによる実態調査をふまえて、医療法人の多様な新規事業分野へと進出を行う多角化経営戦略の機能、役割、存在するパターンを明らかにする。医療法人の多角化経営の成功事例として、地域住民のニーズに応じた持続可能な医療・介護の取り組みを行っているふらて会グループとインバウンド客を対象とした医療の国際化に向けた取り組みを行っている聖路加国際病院について考察し、さらにアンケート調査をふまえて、医療法人の多角化経営の現状や課題について分析する。

### 第1節 事例Ⅰ 地域住民のニーズに応じた持続可能な医療・介護の取り組み ～ふらて会グループ～

インタビュー日時：2020年10月2日15:00～17:00

インタビュー場所：医療法人西野病院内

インタビュー対象：ふらて会グループの理事長、西野憲史先生

ふらて会グループは、福岡県北九州市西部に位置する。鹿児島本線 JR 八幡駅から車で15分、JR 小倉駅から車で20分と、自然に恵まれた約10,000坪の広大な敷地にある。そこでグループ内の西野病院は、高齢化が進む世帯が多いという地域特性から生じているニーズに対して、「やりたい医療よりも、必要な医療」を考えて、新たな展開を確立していくことを志向した。病院の役割を果たしながら、介護老人保健施設、在宅支援、ケアハウス、グループホーム、デイサービス・デイケア、NPO 法人生きがい創造塾などの時勢を先取りしたサービスを提供している。

ふらて会グループは地域に存在する満たされないニーズを敏感に観察し、他の医療機関や介護施設等と差別化したサービスを早期に事業化し提供している。グループの西野理事長の強いリーダーシップの下で、病院の基本理念に沿った戦略を具体的な計画に取り込み、内部体制とマネジメント体制を構築するなど、地域ケアサポートとチーム医療における医療法人経営基盤を固めている。「ふらて (Frate)」はラテン語で仲間を意味する。同じ理念を持って共に歩いていく仲間という意味である。グループの職員と患者・利用者は仲間であり共に手を取り合って、病気の治療と予防など前向きに取り組んでいくとの意味である。

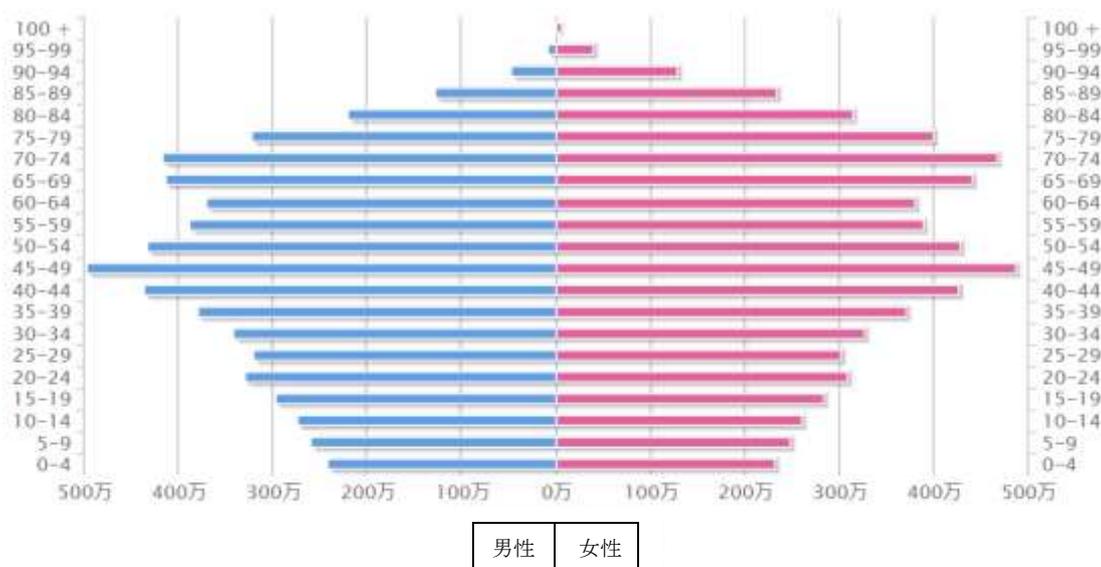
## 1.1 地域医療福祉の現状と課題

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。総人口は戦後の第1次（1947～1949年）と第2次（1971～1974年）ベビーブームを経て、2008年に1億2,808万人の人口ピークに達した以降は減少傾向にある。内閣府「令和元年版高齢社会白書」によると、日本の総人口は2053年には1億人を割って9,924万人となり、2065年には8,808万人になると推計されている<sup>1</sup>。

図4-1は、総務省統計局の「人口推計」2020年1月報により、日本の人口ピラミッドである。2020年1月1日、日本の総人口数は1億2,602万人で、前年同月に比べ30万人減少している。男性総数は6,133万人、女性総数は6,469万人である。同局同年10月報により、日本の総人口は1億2,588万人で、前年同月に比べ29万人減少し、65歳以上人口は3,607万9千人で、前年同月に比べ30万4千人（0.85%）増加している<sup>2</sup>。

福岡県の場合、2020年9月時点で総人口は511万人、北九州市の総人口は96万人になり、前年同月と比べ4,863人減少している。65歳以上の高齢者人口は福岡県140万人、高齢化率は27.4%で、北九州市の高齢者人口は29万人、高齢化率は30.7%で、過去最高の更新が続いている。

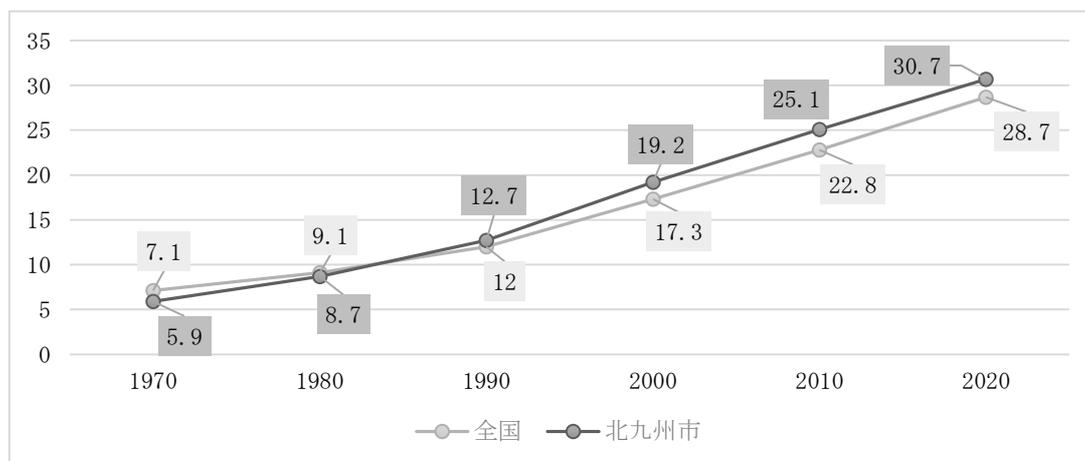
図4-1 日本の人口ピラミッド（2020年1月1日）



出所：総務省統計局「人口推計」2020年1月報に参照。

図4-2は、1970年から2020年まで50年間で、全国・北九州市ともに高齢化率は高まっていく傾向になっていることが分かる。北九州市では、高齢者人口は増加を続け、高齢化率は全国平均と比較しても高く、今後もこの状況は継続することが見込まれている。

図 4-2 全国・北九州市 50 年間高齢化率比較 (1970 年～2020 年)



出所：北九州市（2020 年）「北九州市の少子高齢化の現状」に基づき筆者作成。

政令市の総人口及び高齢化率で比較してみると、北九州市の高齢化率がトップとなっている（表 4-1）。さらに、高齢化率が高い都市は、今後人口も減少傾向になると予測される。一方、北九州市の 65 歳以上の高齢者人口は、2025 年にはピークを迎え 30 万人となり、75 歳以上高齢者の人口は増加していき、2040 年には 23%を超える見込みである（表 4-2）。75 歳以上人口が増加を続けると、認知症や介護を必要とする高齢者も増加すると推測される。このため、厚生労働省は、2025 年を目途に、高齢者の自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、いわゆる「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。

表 4-1 政令市の総人口及び高齢化率（2019 年 1 月 1 日）

	総人口	高齢化率
北九州市	961,024	30.2%
静岡市	706,287	29.8%
新潟市	796,773	28.7%
京都市	1,415,775	27.9%
堺市	840,622	27.8%

出所：総務省（2019）「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」に基づき筆者作成。

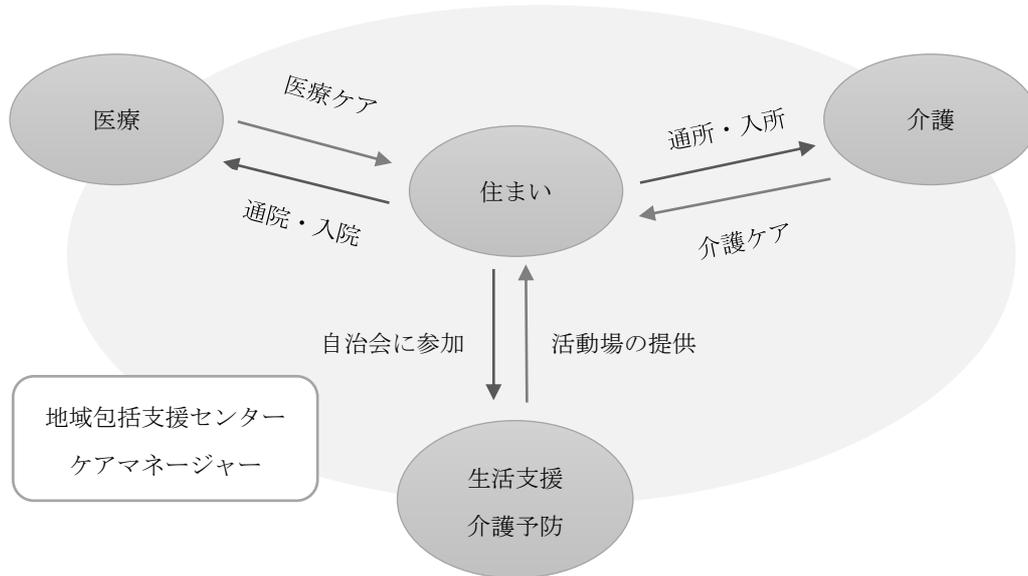
表 4-2 全国・北九州市の今後の高齢者人口の見通し（2025 年・2040 年）

	2025 年		2040 年	
	全国	北九州市	全国	北九州市
65 歳以上高齢者人口 (割合)	3,657 万人 (30.3%)	30 万人 (33.5%)	3,867 万人 (36.1%)	29.5 万人 (37.7%)
75 歳以上高齢者人口 (割合)	2,179 万人 (18.1%)	18,6 万人 (20.7%)	2,401 万人 (26.1%)	18 万人 (23%)

出所：図 4-2 に同じ。

地域包括ケアシステムは 5 つの要素で構成されている。それは、①医療・看護、②介護・リハビリテーション、③予防・保健、④生活支援・福祉サービス、⑤住まいと住まい方である（図 4-3）。特に、高齢者本人の選択や、本人と家族の心構えはこれらのサービスを受ける大前提として必要である。また、地域包括ケアシステムにおいては、4 つの「助」の力を連携し、さまざま生活課題を解決していくことが求められている。それは、自助（自分自身で自分を助ける）、共助（制度化された相互扶助）、互助（人間同士が助け合い）、公助（困窮問題対応するための制度）である<sup>3</sup>。

図 4-3 地域包括ケアシステムイメージ



出所：ふらて会グループへインタビューに基づき筆者作成。

地域包括ケアシステムの構築を求められる背景は、急速に進む少子高齢化である。厚生労働省が公表している「介護保険事業状況報告（2019 年 4 月暫定版）」によると、2019 年 4 月末時点の介護保険の第 1 号被保険者数は 3,528 万人、要介護・要支援認定者数は 659 万 4,000

人（男性 207 万 4,000 人、女性 452 万人）であり、第 1 号被保険者に対する 65 歳以上の認定者数の割合は約 18.3%になった<sup>4</sup>。北九州市の場合は、2020 年 8 月末時点の介護保険の第 1 号被保険者数は 29 万 8000 人、要介護・要支援認定者数は 6 万 7,000 人である<sup>5</sup>。

一方、東京商工リサーチの 2020 年 1-9 月「老人福祉・介護事業の倒産状況調査」の結果によると、全国倒産は 94 件（前年同期比 10.5%増）で、2019 年同期の 85 件を上回り、最多記録を更新した。業種別の倒産件数は、「通所・短期入所介護事業」が 30 件と前年同期（24 件）の 1.2 倍増に達した。また、ヘルパー不足が続く「訪問介護事業」も 46 件と前年同期（43 件）から 6.9%増加した。さらに、2020 年 1-8 月の「老人福祉・介護事業」全国休業・解散は 313 件（前年同期比 19.0%増）と明らかになった<sup>6</sup>。高齢者の介護サービスの経営スキルと介護の知識不足のほか、住宅型有料老人ホームの急増や COVID-19 で業績が悪化し、事業意欲が喪失したことも背景にある。

北九州市は、高齢社会対策のなかで、「いのちをつなぐネットワーク」や「保健・医療・福祉・地域連携推進協議会」など、地域のネットワークづくりに取り組んできたが、福岡県の「地域医療構想調整会議」における病床の機能分化・連携の推進の議論は、北九州市は必要病床数の推計値と現状の病床数との比較では回復期が 2,411 床不足する見込みである<sup>7</sup>。

今後、高齢化の進展に伴い増加する慢性期、在宅医療、認知症の予防とケアなどの医療需要に適切に対応することが課題である。特に、高齢者の急性期・回復期・慢性期疾病の治療、維持期の在宅復帰訓練、在宅日常生活復帰支援、認知症高齢者の予防から重度認知症まで多様な対策を推進することが重要である。

また、少子高齢化の進展が原因で、地域活動の担い手や介護人材の不足が深刻化している。2035 年には約 79 万人の介護職員が不足すると経済産業省より発表された<sup>8</sup>。発表当時の 2015 年の 4 万人の介護職員不足だったが、20 年後の 2035 年の不足数は 20 倍に昇る。2017 年度介護労働実態調査の結果では、66%の介護施設で人手不足が問題になっていると明らかになった<sup>9</sup>。北九州市の場合、2000 年から 2035 年まで総人口推移は 101 万人から 84 万人に減少し、今後は総人口より生産年齢人口の減少率の方が大きく、将来的に介護人手不足が加速していくことが懸念される。したがって、介護分野における人材確保力の強化も今後の重要な課題である。

## 1.2 ふらて会グループの沿革と現況

ふらて会グループは、現理事長西野憲史の父西野憲次院長が設立した西野医院（1950 年）をその前身とする。現在の西野病院から約 1 キロ離れた場所であった。当時は高度成長時代が始まった頃で、北九州工業地帯が近隣に位置していることもあり、患者さんも多かったそう。西野憲次院長は 30 数年にわたり、多くの患者さんを診てきたが、高齢となり、現西野理事長に後を託した。西野理事長は大学卒業後、山梨県内で勤務医生活を送っていたが、1983 年に帰郷し、西野医院を継ぐこととなる。

地元に戻った西野理事長は高齢者の患者さんが非常に多いことに驚いた。自分の育った

場所で高齢化が進んでいる現状をみて「やりたい医療よりも、必要な医療」がここにはあると痛感する。また医局では循環器を専攻していたので、循環器疾患を中心に、慢性期医療や老人医療で何が必要かを考えて新たな展開を図ることを模索した。

そして1986年に西野病院を設立し、1995年に医療法人ふらて会西野病院として新しく出発した。2001年の第4次医療法改正により、慢性期病床と急性期病床を分ける必要が出てきた。さらに一般病床の病床面積の問題など、老人医療を取り巻く環境が一変した。

表 4-3 様々の施策とふらて会グループの沿革

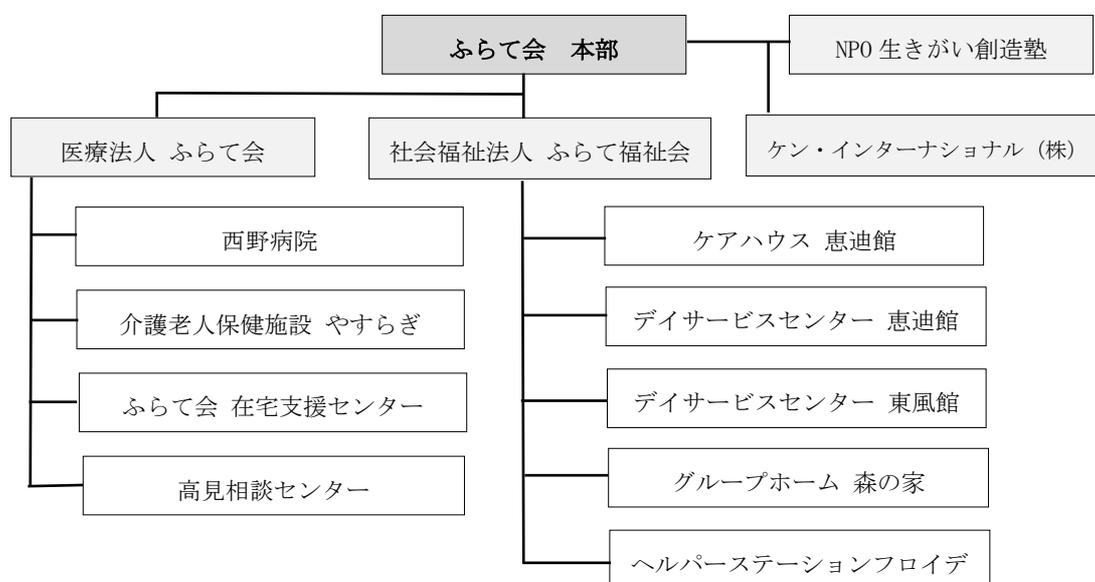
国や地方の施策	年	年	ふらて会グループ沿革
		1950	西野医院 開設
老人保健法	1982		
地域医療計画と病床規制	1985		
		1986	西野病院 開設
シルバーサービス振興会	1987		
高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略	1990		
北九州市八幡東区 保健・医療・福祉連携推進協議会	1992		
高齢者保健福祉推進5ヵ年戦略	1995	1995	医療法人ふらて会 設立 ・訪問看護ステーション ・ヘルパーステーションフロイデ
		1997	介護老人保健施設やすらぎ開設
介護保険開始 ゴールドプラン21 医療計画制度の見直し	2000		
		2003	やすらぎの森 西野病院 開設 社会福祉法人ふらて福社会 設立 ・ケアハウス恵迪館・グループホーム森の家 ・デイサービスセンター恵迪館
		2006	在宅支援センター設立 NPO 生きがい創造塾開設
オレンジプラン	2012		
新オレンジプラン	2015		
		2016	社会福祉法人ふらて福社会 ・デイサービスセンター東風館
認知症施策推進大綱	2019	2018	高見相談センター設立

出所：ふらて会グループに関する基礎資料に基づき筆者作成。

そこで西野理事長は病院を新築することを決意し、約 10,000 坪の土地を取得して、2003 年に新築移転を完了する。従来の場所から約 1.3 km 離れた場所であるが、都市高速道路のインターチェンジも近いため利便性も良く、かつ広大な敷地を取得できたこともあり、この地に決めた。新病院は一般病棟 120 床、特殊疾患療養病棟 50 床、医療療養型病棟 50 床で構成される。表 4-3 は、国による様々な施策の公表時期とふらて会グループの沿革との関係を示している。

現在、同グループは 1 病院（120 床）、1 介護老人保健施設、1 在宅支援センター、1 相談センター、1 ケアハウス、2 デイサービス、1 グループホーム、1 ヘルパーステーションのほかに、認知症予防支援事業を擁する複合体へと成長している。グループ中核である西野病院は、70 年にわたり、地元で医療を提供してきた歴史を持つ。同病院が地域社会と十分な信頼関係を構築していたことから、新たな事業展開も順調に進み、今ではグループ全体の職員数は 450 人、グループ事業に毎日約 700 人近く関わっている（図 4-4）。

図 4-4 ふらて会グループの組織図



出所：ふらて会グループへインタビュー及び基礎資料に基づき筆者作成。

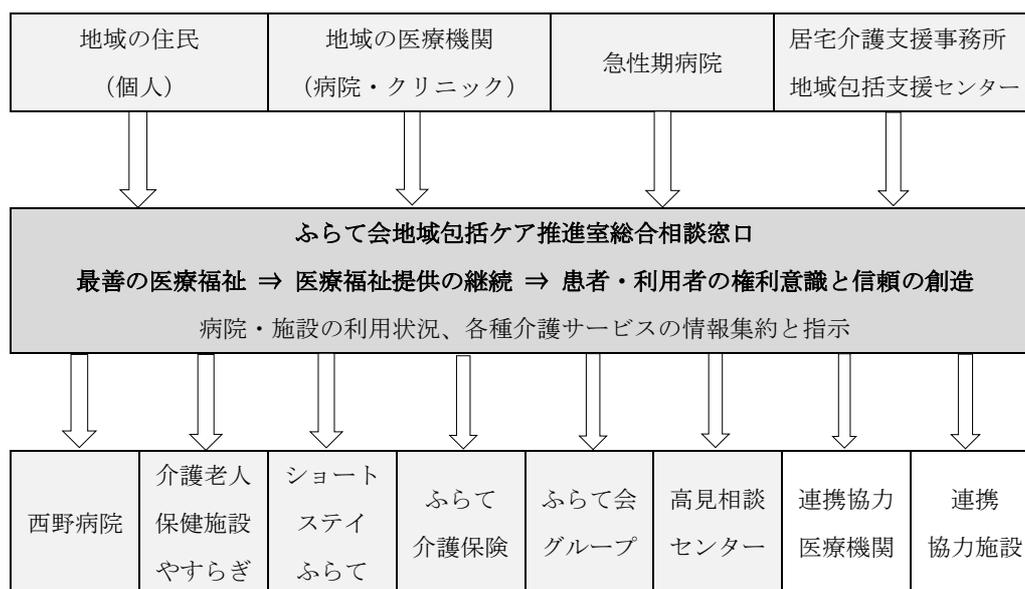
### 1.3 ふらて会グループ経営戦略の特徴と実践

ふらて会グループでは、高齢化社会が進む北九州市民のニーズに応じて、医療・福祉・介護の充実を図り、地域包括ケアシステムの構築へ向けた取り組みが進められている。拠点地域である北九州市の八幡東区周辺に在住する高齢者にターゲットを絞り、様々なニーズに対応した複合的なサービスを提供するという経営戦略を選択した。経営ビジョンは、「やりたい医療」から「求められる医療」へという大きな経営戦略で、中長期のふらて会グループのあるべき姿を見据えて、グループの関係者はもちろん、地域の医療機関や住民が納得でき

る戦略である。そのために、グループは徹底した情報収集、データ分析による現状把握し、複合的なサービスを提供することで、エリア内の対象市場は広がり、複数のサービス提供スキルを持った職員の時間を有効活用することができるし、各サービスの管理業務を集約して行えるなどの規模の経済を活用もできている。グループ内既存の医療、介護など事業所間だけでなく、地域のクリニック、救急病院をはじめとした各医療機関、行政などとも密接な連携を行い、切れ目のない質の高いサービスを提供しながら、地域包括ケアを目指し、地域の住民がどんな状況になっても安心して暮らせる環境と信頼される組織を継続して提供している。

図 4-5 は、ふらて会グループの地域包括ケアの取り組みイメージ図である。グループは常に最善の医療福祉サービスを提供することで、地域における医療福祉の継続性を確保している。地域連携による医療の提供、介護、社会復帰まで一連のサービスの継続性確保のために、グループは機能分担・連携や患者の要望に応じた継続性確保へ対応している。ふらて会グループのビジョンと同じく、経営戦略も明確に感じられ、目指す方向性がはっきりと分かるもので、地域の患者・利用者が安心して、信頼できるような種々の情報開示を行い、わかりやすく、質の高い医療福祉サービスを継続して提供している。

図 4-5 ふらて会グループ地域包括ケアの取り組みイメージ図



出所：図 4-4 に同じ。

施設介護については、1990 年高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略発表、1992 年に北九州市八幡東区保健・医療・福祉連携推進協議会と 1995 年高齢者保健福祉推進 5 ヶ年戦略発表の

あとに、同年に西野病院が医療法人ふらて会を設立、訪問介護ステーションとホームヘルパーステーションフロイデが開設された。2年後の1997年に、地域介護老人保健施設やすらぎを介護事業として始められた。2000年から介護保険開始とともにゴールドプラン21や医療計画制度見直し（療養病床・一般病床の創設）を経て、同グループは2003年にはやすらぎの森西野病院を開設し、社会福祉法人ふらて福祉会を設立した。同時に、ケアハウス恵迪館、デイサービス恵迪館、グループホーム森の家を開設した。その後、2006年に在宅機能特化型複合事業所として、ふらて会在宅支援センターを開設した。政府による2012年オレンジプランと2015年新オレンジプラン発表後に、2016年グループの社会福祉法人ふらて福祉会のデイサービスセンター東風館を開設し、2018年は地域住民の健康や介護に関する不安、困り事を相談できるように高見相談センターが設立された。

また、地域に居住する子供から高齢者までの住民を対象として、健康や介護予防をテーマとした事業を行うことにより、個々人の日常生活での生きがいを創造することを目的としてNPO法人生きがい創造塾が2006年に開設された。

加えて、様々に変わっていくそれぞれの日常健康状態に不安があるという地域住民に対して、ふらて会グループは既存の医療、介護の制度を活かして、より適切なサービスを提供している。経営特徴と実績のある3つの取り組みを以下に取り上げる。

## ① 医療法人ふらて会

医療法人ふらて会は、「医療法人ふらて会西野病院」（表4-4）、「介護老人保健施設やすらぎ」（表4-5）と「ふらて会在宅支援センター」（表4-6）の3つの施設から構成されている。

表4-4 医療法人ふらて会西野病院の概要

概要	主な内容
基本理念	・適切な医療と、優れた環境を提供する。 ・一人ひとりにやさしさと、やすらぎを提供する。 ・生涯にわたる健康の支援である
診療科目	一般内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、呼吸器外科、整形外科、放射線科、小児科、リハビリテーション科（理学療法、作業療法、言語療法など）
病床数	120床（一般病棟20床、特殊疾患療養病棟50床、医療療養型病棟50床）
検査	CT、MRI、胃カメラ気管支鏡、腹部エコー、心エコー、頸動脈エコー、血管進展性検査、骨塩定量検査など
その他	訪問診察、物忘れ外来、生活習慣病外来、認知症予防活動、生活意欲活性化活動、各種ミニ講座、イベント行事、戸外活動（院内グローバー園）など

出所：ふらて会グループの基礎資料に基づき筆者作成。

素晴らしい自然のなかにある、回復期リハビリテーション病棟を持つ西野病院では、回復期リハビリテーション病棟だけでなく、すべての入院患者に対し、365日のリハビリテーシ

ョンを行うことによって、入院による身体能力低下で、寝たきり状態を防ぐための取り組みをしている。患者には活気ある入院生活を送れるように、病院のリビングで、折り紙、塗り絵などアクティビティ活動や音楽サロン、ロビーコンサート、クリスマス会などイベント行事を積極的に行っている。また、ワンボックスカーを所有し、救急車としていざという時のため傷病者搬送や転院搬送などのニーズに応えている。

表 4-5 介護老人保健施設やすらぎのサービスの概要

種類	最大人数	主な内容
入所	90名	・介護老人保健施設である。・西野病院で治療したりハビリテーションの質を落とさず、早期復帰させる。・専任の医師と看護師の常駐により、患者の病状をこまめに把握し、管理する。・近隣の保育園との交流により、喜びを感じさせる。
短期入所	空床利用	・短期入所療養介護である。・要支援、要介護認定された方の一時的入所サービスの提供。・毎日アクティビティ活動やリハビリテーションサービスの提供。・家族の介護負担軽減の目的で、入所・退所時の送迎も提供。
デイケア	80名	・介護老人保健施設やすらぎ内にある通所リハビリテーション。・要支援、要介護認定された方を対象に、心身機能の維持向上を目的としたリハビリテーションをはじめ、交流や趣味を楽しめるサービスの提供。・施設専任の医師と看護師の常駐により、患者や利用者のことをこまめに把握し、医学管理する。・デイケア専任の療法士が配置され、退院後の方や麻痺等の障害がある方に対して、集中的にリハビリテーションや身体機能の回復に取り組む。・特に趣味がない方に対して、芸達者なスタッフや楽しいスタッフが、親子のように孫のように仲の良いサービスを提供。
特徴		・ゆとりある家庭的雰囲気の中かで365日介護サービスの対応。・患者と利用者を楽しみと喜びを提供するように、プログラムが充実。・季節に応じた様々な行事。・施設中庭は全面ガラス張り、利用者が施設内から四季折々の花々を眺めながら、癒しを感じ治療力を高める。

出所：表 4-4 に同じ。

また、「家族と住み慣れた家で暮らしたい」「障害があっても安心な生活を送りたい」という強い要望から、医療法人ふらて会は、自立支援と生きがいつくりに基づく喜びを一人ひとりに合ったケアを提供するために、介護老人保健施設やすらぎを開設した。

やすらぎは病状が比較的安定期に入り、入院の必要はなくても医療を必要とする方、在宅介護だけでは支えていくことに困っている方、ケアプランに沿った看護・介護・リハビリテーションのサービスを受けながら在宅復帰を目的として療養サービスを提供される方の施設である。更に患者・利用者は、家庭的な雰囲気療養しながら、医師・看護師等による健康管理、専門スタッフによる介護や入浴、機能回復・医事を目的としたリハビリテーション

や栄養士による栄養バランスを考えた食事など、自分にあったケアを受けられている。

表 4-6 ふらて会在宅支援センターの概要（2020年10月時点）

概要	主な内容
ふらて会 介護保険センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援事業所である。</li> <li>・ 介護保険を利用しながら自宅で生活をしている方に対する支援の窓口である。</li> <li>・ 介護保険の申請からケアプラン作成、介護サービス事業所との連絡・調整・相談など総合的に引き受ける。</li> <li>・ 介護支援専門員（ケアマネージャー）15名を配置している。</li> <li>・ サービス内容：ケアプラン作成、サービス事業者の紹介・手続き、介護保険の給付管理、福祉用具・レンタルに関する代行手続、住宅改修等の相談・代行手続、医療・看護・介護でのアドバイス、施設入所に関する相談・紹介、更新認定に関する申請手続の代行業務など。</li> <li>・ 利用無料</li> </ul>
利用者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅支援事業所：予防給付 202 件/月、要介護 460 件/月</li> <li>・ 訪問看護ステーション：訪問看護 20 名/日（登録者数 100 名） 訪問リハビリテーション 18 名/日（登録者数 83 名）</li> <li>・ デイサービスセンター（通所者）：40 名/日（登録者数 109 名）</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ふらて会グループの施設だけでなく、利用者の希望に沿ったプランを提案し、他の事業所との連携も密に行っている。</li> <li>・ 十数名の介護支援専門員が配置し、緊急時に関わらず必要な場合は随時に利用者の自宅へ訪問、特に一人住まいの高齢者の方に対して、在宅生活のサポートをしている。</li> <li>・ 600 名の要介護要支援の方が介護保険センターを利用している。</li> </ul>

出所：表 4-4 に同じ。

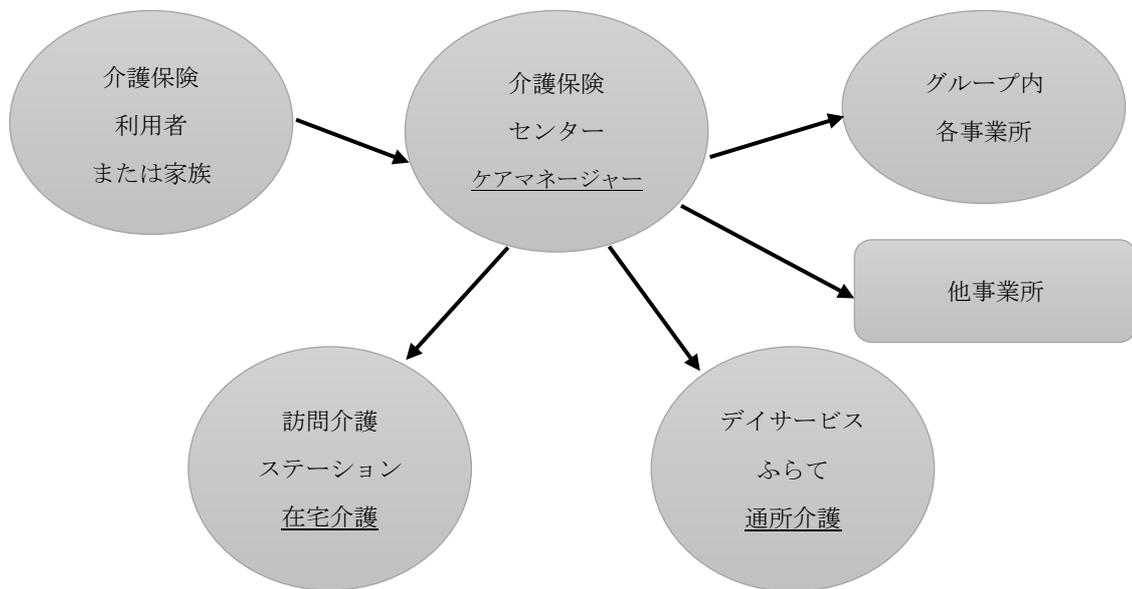
さらに、ふらて会在宅支援センターでは、「自立支援と生きがいづくりに基づく生きる喜びの提供」を理念に掲げ、地域に密着し、一人ひとりにあったケアサービスを提供することで充実した在宅生活を支援する。たとえ障害があっても住み慣れた家や地域で安心した生活が送れるよう地域の住民を総合的にサポートする地域包括ケアの一角となる在宅機能特化型複合事業所である。

在宅支援センターでは自宅で生活を続けるための様々なサービスが受けられる。例えば、医療・介護に関わるサービス利用の相談を受け、その相談に応じて実際のサービス利用プランをたて、サービスの提供まで、トータルにサポートしている。また、センター内には3つの医療保険・介護保険サービス事業所を配置し、各事業所が連携して、適切かつ必要なサー

ビスを提供している。

ふらて会在宅支援センターの特徴として、一ヶ所で、総合的・連続的に医療・介護サービスが提供できるほかに、ゆとりある家庭的な雰囲気の中でサービスが提供できるような工夫もされている。また、関連の医療・介護施設（病院・介護老人保健施設・デイサービス等）により、状況の変化に迅速に対応できる（図4-6）。

図4-6 ふらて会在宅支援センターの特徴に関するイメージ図



出所：ふらて会グループへインタビュー及び基礎資料に基づき筆者作成。

図4-7は、リハビリテーションにおける医療法人ふらて会の経営特徴と実践のイメージ図である。医療法人ふらて会の経営戦略としては患者・利用者の主体的選択に基づく社会サービスが変化しているなか、市場シェア（占有率）や競争優位、需要の掘り起こし、年代や状態に応じた疾病予防と管理による生涯にわたる健康づくり、回復期から在宅、施設への看護、リハビリテーションの連続的関わり、安心できる生活支援、生きる意欲を高める環境の設定による安心して暮らせる生活支援などである。

図 4-7 リハビリテーションにおける医療法人ふらて会の経営特徴と実践に関するイメージ図

医療法人ふらて会			
施設	西野病院	介護老人保健施設 やすらぎ	在宅支援センター
財源	医療保険	介護保険	医療・介護保険
機能	入院 外来（医療保険のみ）	介護保険・長期入所 通所リハビリテーション	短期入所・通所介護 訪問看護・リハビリテーション 居宅介護支援
特色	急性期・回復期・慢性期 （疾病の治療）	維持期 （在宅復帰訓練）	在宅復帰支援 （日常生活の支援）
 患者・利用者回復の流れ			

出所：図 4-6 に同じ。

## ② 社会福祉法人ふらて福祉会

社会福祉法人ふらて福祉会では、軽費老人ホームの「ケアハウス恵迪館」、通所介護の「デイサービスセンター恵迪館」「デイサービスセンター東風館」、認知症対応型共同生活介護「グループホーム森の家」と訪問介護「ヘルパーステーションフロイデ」の5つの事業所で構成されている。表 4-7 は社会福祉法人ふらて福祉会の利用者数のデータである。

表 4-7 社会福祉法人ふらて福祉会の概要（2020年10月時点）

概要	主な内容
理念	一人ひとりのその人らしさを大切にし、生きる力を高める関わりを提供する。個別評価に基づく適切で質の高いサービスを提供する。生涯にわたる健康的な生活を支援する。
入所者数	長期入居施設：ケアハウス/20名、グループホーム/27名
通所者数	デイサービスセンター：恵迪館/70名（登録180名）、東風館/40名（登録104名）
訪問介護数	訪問介護：34回/日＋要支援：11回/日（登録205名）、障害：15回/日（登録50名）

出所：表 4-4 に同じ。

ケアハウス恵迪館は、体機能の低下などのため、自立した生活を送るには不安がある高齢者のため、日常生活上必要な便宜を提供する施設である。西野病院と同じ敷地内にあり、利用者にとって、定期健診や薬の受け取りをスムーズに行い、専任の看護師が日勤帯に常駐し、夜間はオンコール体制が主治医に早急に連絡し緊急対応することもできる。また、浴室・トイレ・台所など完備し、完全個室なので利用者のプライベート空間も大事にしている。

入浴困難な利用者はスタッフが付き添って個室での入浴のお手伝いサービスも行っている。

デイサービスセンター恵迪館と第2の恵迪館として誕生した東風館では、利用者の日常生活のお世話、孤独感の解消、心身機能の維持向上を図るほかに、利用者家族の身体的・精神的負担を軽減することも目的としている。利用者の自宅に送迎し日中、入浴、食事、排泄などの介護、相談、援助、アクティビティ活動、機能訓練、健康管理、栄養上の介助などを行っている。また、専任の療法士によるリハビリテーションや、やすらぎの森での歩行訓練など提供している。

表 4-8 グループホーム森の家の概要

概要	主な内容
理念	1人ひとりを大切に、尊厳のある生活。私たちはゆっくり、楽しく、生きる喜びを実感できる森の家を目指す。
定員	27名（1ユニット9名×3ユニット）
利用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・北九州市に在住し認知症と診断された被保険者</li> <li>・要介護認定を受けられた方（要支援1は除く）、軽度～中等度の認知症高齢者</li> <li>・少人数による共同生活が可能の方、ある程度自立した生活が送れる方</li> </ul>
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活援助：健康管理、療養上の世話、24時間その利用者にあった生活支援する。</li> <li>・医学的管理：日頃の健康管理に加え、緊急時はご家族と相談の上、協力医療機関による迅速な対応をする。</li> <li>・生活相談：利用者の家族からの相談・苦情を受ける。</li> <li>・アクティビティ活動：季節行事やバスバイク、園芸の他にも個々人のペースに合った趣味活動を継続できるように支援する。</li> </ul>
居室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全室個室で提供する。</li> <li>・全部屋にトイレ、洗面、クローゼット、机、冷暖房、ナースコール、電話線、TVアンテナ線を完備。</li> </ul>
居間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・部屋から庭や畑が見渡せる。</li> <li>・洗濯室、浴室は共用で提供する。</li> <li>・グループホーム専用の畑があり、野菜や花を育てることができる。</li> <li>・散歩道で散策することもできる。</li> </ul>
台所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・野菜の皮をむいたり、切ったり、盛りつけたり、利用者みんなで食事が作れるため、3面にシンクを設置している。</li> <li>・お味噌汁やごはんの炊ける匂いや野菜を刻む音など、また一緒に頂くことで、利用者にとさらにおいしく、達成感を感じさせる。</li> </ul>
その他	自然療法、社会福祉法人ふらて福祉会合同行事など

出所：表 4-4 に同じ。

グループホーム森の家では、認知症高齢者を対象に、習慣やこだわってきたものが守れる暮らしを継続していく生活全般サポートを提供している。施設は、認知症による様々な機能低下を補い、安心と意欲を生み出し、利用者らしい生き方を支援する取込みをしている。アクティビティ活動の充実により、利用者は人生の喪失感を感じることなく楽しみながら脳機能や身体機能の維持改善、行動障害の緩和を図り、生き生きとした生活を再構築していく

ことは理念の実践である。また、地域密着型の施設であるグループホーム森の家では、地域交流の場を広げ、認知症の方を支えていくネットワーク作り、入居者の社会性の継続と共に、認知症の正しい理解の啓発活動をもしている。表 4-8 は、グループホーム森の家の概要である。

家事活動を通して役割や自信につながる場面作りをし、生活の再構築を図っている。生活の基本活動を共同で行うことで、入居者同士のなじみを深くし、認め合っていく人間関係作りを進めている。また、西野理事長は、経営戦略のなか、自然療法を取り入れ積極的に活動している。植物は人の心を癒したり、穏やかにしたり和ませる力があるので、植物を育てる園芸作業はこころや感情に自信や自尊心・達成感・満足感・期待や喜びを利用者に与えることができる。さらに、自然療法のなかは、「見て楽しんで」「風の音を聞いて」「時には食べて」「花のにおいをかいで」「実際手にとって感じてみる」など、利用者に五感で感じさせる工夫を凝らされている。

表 4-9 ヘルパーステーションフロイデの概要

概要	主な内容
人員と営業	サービス提供責任者：8名、相談支援専門員：2名、訪問介護員：40名。年中無休。
質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパーはヘルパー1級・2級、介護福祉士のいずれかの資格を有している。</li> <li>充実した研修制度により、一人ひとりのスキルアップに努めている。</li> </ul>
チーム体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動を行うヘルパー、サービス全体を取りまとめるサービス提供責任者、各種相談に応じるソーシャルワーカーの三者が一体となり、利用者にやすらぎのある在宅生活を各方面から支援する。</li> </ul>
包括的な在宅生活の支援	ふらて会グループの全面協力により、各種サービスの紹介や緊急時の対応など利用者の多様なニーズに応じている。
サービス種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者福祉サービス：〈介護保険〉訪問介護・介護予防訪問介護、〈北九州市委託事業〉在宅高齢者生活援助事業。</li> <li>障害福祉サービス：〈障害者自立支援〉介護給付（居宅介護）、地域生活支援事業（移動支援）、相談支援事業。</li> <li>保険外契約：生活のなかでお困りのこと、高齢者福祉サービスや障害者福祉サービス以外のこと御相談に応じている。</li> </ul>

出所：表 4-4 に同じ。

ヘルパーステーションフロイデでは（フロイデとは、ドイツ語で歓喜を意味する）在宅で生活している利用者に対し、継続してうるおいのある生活ができるよう喜びを提供している。介護保険法に基づくサービスや障害者総合支援法に基づくサービスにおいて、買い物、おむつ交換、入浴会介、外出支援を行い、利用者が住み慣れた地域で自立した在宅生活が安心して健やかに維持できるよう支援サービスを提供している。表 4-9 は、ヘルパーステーショ

ンフロイデの概要である。

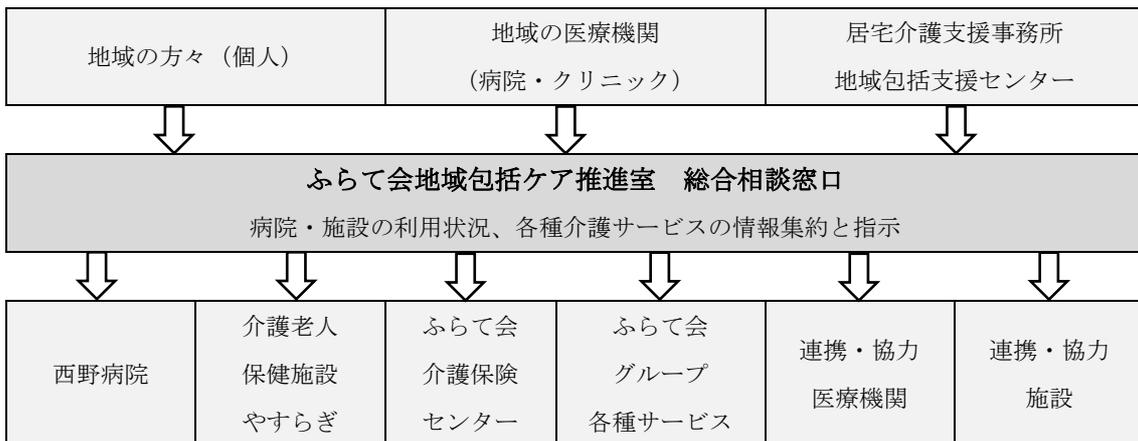
西野病院では、1998年より訪問医療部を設立し、訪問介護、在宅医療を行った。その流れを組んでこのヘルパーステーションフロイデは介護保険が開始される前の1994年に設立された歴史ある事業所である。今日まで培ってきた経験と知識を継続的に地域住民の在宅生活を支えている。

社会福祉法人ふらて福祉会の経営戦略として、西野理事長が理念を制定し、地域の患者・利用者や職員に明示し、理念に基づいた医療福祉サービスを提供する。職員に組織の理念を明文化し、組織構成員の全員に明示し、常に組織が向かうべき方向を確認しながら内外に示し続けている。また、ふらて福祉会の経営においても各事業所の組織管理が対応している。組織の統制や指揮・監督に限らず、長期の戦略目標と計画の策定も行っている。その目標を達成するためには、日頃より全職員に対して、質の高い医療福祉の提供、事業成果の追求、法令の遵守、社会的責任の教育など適切な管理教育を行っている。

### ③ その他のサービス

ふらて会グループは、医療保険・介護保険に関わらず、地域住民に対し、医療・介護、全ての相談を「ふらて会地域包括ケア推進室総合相談窓口」で受付けている。図4-8は、ふらて会地域包括ケア推進室総合相談窓口の役割イメージ図である。相談内容として、例えば、「退院が決まったけれど、このまま自宅に戻るのとはとても不安」、「今の病院は遠くて通院が大変だから、近くに良い病院はないか」「施設を探しているけど、どんな種類の施設があるの」「介護保険を使うにはどうしたら良いのか」など、すべての相談に無料に対応している。

図4-8 ふらて会地域包括ケア推進室総合相談窓口の役割に関するイメージ図



出所：図4-6に同じ。

また、地域に居住する子どもから高齢者までの住民を対象として、健康や介護予防をテーマとした事業を行うため、2006年にNPO法人生きがい創造塾を設立し、地域住民の人々の日々の生きがい活動を提供している。主な活動では、年間7回のウォーキングや未就学児対

象の子ども体操教室、自然療法の一環として野菜栽培などがある。また、定期的に病院内での各種講座・講演会を行い、認知症の予防や地域住民を支える役に立つ情報を伝えている。さらに、地域住民に元気を届けるために、西野病院のログハウス「西風庵」にFMKITAQ（周波数 FM78.5MHz）のサテライトスタジオを設置し、生放送にて「やすらぎの森から」を放送している。

医療法人は営利を目的としない組織ではあるが、事業を継続するために必要な収益を出すことも大事であり、ふらて会グループでは、得られた利益が質の高い医療福祉サービスを提供するために使われている。

2020年10月2日に、筆者はふらて会グループを訪ね、西野理事長に事業と経営の具体的な実践についてインタビューを行った。経営の特徴について、以下の通りにポイントを整理しておく。

- ・ふらて会グループは地域住民に安心できかつ持続可能な医療介護の実現のために、幅広くサービスを提供している。

- ・地域医療に熱心な医療法人というイメージを出し、医療を軸にして介護事業も手広く展開し、「生涯にわたる健康づくり、安心して暮らせる生活支援」を理念としているリハビリを重視した入居系と在宅系とした介護・認知症予防・生活支援サービスが特徴である。

- ・医療と介護の両方のサービスが得られることは、患者・利用者と家族に大きな安心感を与えている。地域では「高齢者専門のお医者さん」という印象が定着している。

- ・敷地内の庭園は、花と緑の力で患者・利用者を癒すことを目的とし、園芸療法として実施されており、心身のリハビリの作業療法の一環として積極的に用いられているし、認知症やうつ症状の緩和やQOL（生活の質）の向上など患者・利用者の生活にメリハリを与えている。

- ・各事業所がシステム化し内容が充実していると感じるし、ゴールは全ての年齢層の方々に地域密着型の医療福祉サービスを届けることがゴールとして目指されている。

- ・ふらて会グループの安全委員会の会議を週1回開き、安全に関わるさまざまなリスクアセスメントに対応している。

- ・課題として、医療福祉事業所は縦割り組織であり複数の部門で、データ、リソース、ステークホルダー、意思決定者が、医療福祉サービスの提供においてそれぞれの役割を担っているが更により良い医療福祉サービスを目指すためには事業を効率化し、一元化された運用および管理のデジタル化を検討する。

また、事業所の老朽化や耐震化への対応、省エネ対策など問題を抱えている。さらに人件費比率が50%を超えるなか、医師や職員の確保などが医療経営上重要な課題である。これらの諸問題は、「機能性」「費用の適正性」「生産性」「収益性」「安定性」など経営の視点で医療経営状況を分析しふらて会グループの各経営責任者にて解決策を検討している。

インタビューで分かったことは、西野理事長のリーダーシップの特性（統率力）は非常に高く、経営理念と戦略を打ち出す能力を持ち、共通の目標のために職員各自が能力を発揮す

る環境を作り上げているという事である。

健全な経済的基盤がなければ、事業所の経営・設備の整備や良質な人材の確保ができず、上質な医療福祉サービスを提供することは出来ない。ふらて会グループは、社会的な使命や役割を果たすためには既存資源を効率的に使って、営利事業・非営利事業にも理念・目標を達成させて、質の向上とともに経営の効率化に努めている。

#### 1.4 多角化経営戦略の分析

ふらて会グループは、複数診療科による病院と複数事業所による経営複合化戦略を行っている医療法人である。地域の患者・利用者を中心に、医療・福祉との医療関連分野への乗り入れにより新しい範囲の経済を展開している。このように医療の提供といった上流、そして在宅支援といった下流市場などを意識し、老人介護福祉事業経営を行うことは、医療法人ふらて会の垂直型多角化戦略と言える（図 4-9）。

図 4-9 医療法人ふらて会の垂直型多角化戦略に関するイメージ図



出所：筆者作成。

医療法人ふらて会は、共通する患者・利用者に対し、保健・医療・福祉サービスを提供することにより共通の利益を得る（バリューネットワーク）ことができる。このバリューネットワークが担ってきた上流・下流の分野を一つの医療法人が全て網羅する戦略である。

また、ふらて会グループの多角化戦略のなか、保健・医療・福祉をカバーする複合型経営戦略もある。ふらて会の複合型経営は、NPO 法人・医療法人・社会福祉法人で、保健・医療・福祉施設のいくつかを併設し、保健・医療・福祉サービスを地域の住民に一体的に提供している（図 4-10）。

図 4-10 ふらて会グループによる複合型多角化経営戦略に関するイメージ図



出所：筆者作成。

ふらて会グループの複合型経営戦略は、患者と利用者にとって安心感と利便性を提供するほか、経営側にとっては人材配置の効率化やマネジメント機能強化で資金調達が行いやすくなるメリットがある。病床数による規模の拡大と共に他事業の拡大という経営範囲の経済を追求でき、新しいチャンスが生まれてくる。

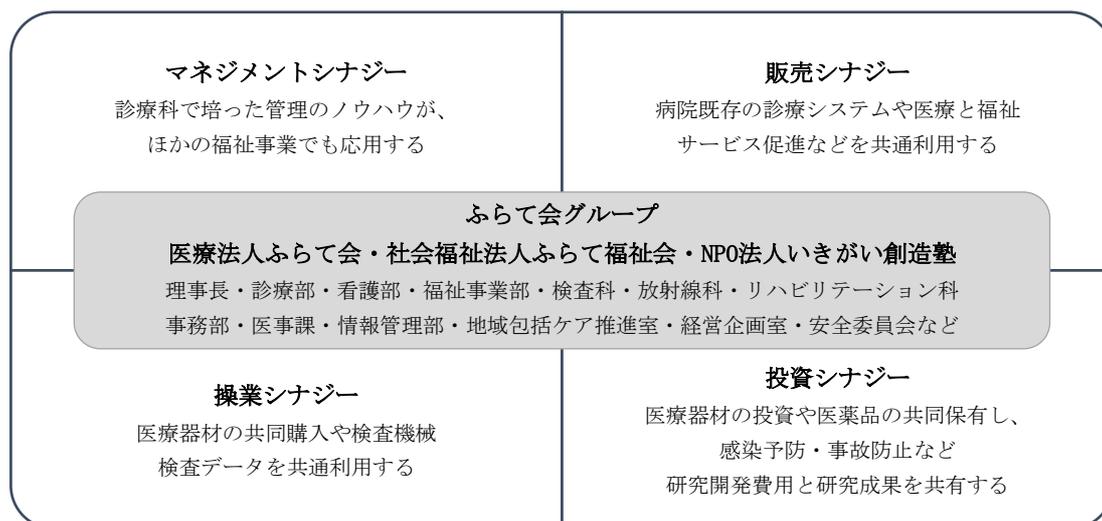
さらに、同グループの医療法人ふらて会の西野病院では、病床数 120 床で、内科・外科・小児科・放射線科・リハビリテーション科を含む病院であるが、社会福祉法人ふらて福祉会では、ケアハウス・デイサービスセンター・グループホーム・ヘルパーステーションなど複数の事業所が設置され、多角化経営のシナジー効果を果たしている。

図 4-11 のように、診療科で培った管理のノウハウが、ほかの福祉事業でも応用することにより生じるマネジメントシナジーがある。病院既存の診療システムや医療と福祉サービスの促進などを共通利用することにより生じる販売シナジーや医療器材の共同購入や検査機械・検査データの共通利用により生じる操業シナジー、医療器材の投資や医薬品の共同保有で、感染予防・事故防止など研究開発費用と研究成果を共有することにより生じる投資シナジーなどがある。さらには患者の治療や回復期のリハビリテーションを一連の流れとして見る必要があり、それぞれのデータを整備することにより、相互関連する共通の経営資源の利用が可能であり、シナジー効果による経営の効率化のなかで大きな役割を果たしている。

ふらて会グループ内で、異なる診療科・福祉事業所であっても共有可能な資源を持っている場合が多い。既存資源の多重利用ということでは医療サービスコストや患者・利用者の減少に左右されず、グループの利益率を向上させるシナジー効果が生まれていることをヒア

リング調査で判明した。今回のケース研究では財務データの入手、分析には至らなかったが、今後の継続研究の中で補強できることに努めたい。

図 4-11 ふらて会グループの経営シナジー効果に関するイメージ図



出所：筆者作成。

ふらて会の医療、福祉分野への取り組みは、結果として時代の流れを先取りしたものとなっている。地域に存在する満たされないニーズを敏感に新たに事業化したことで、他医療機関が真似や制度の後追いが出来ない、いわゆる差別化された事業となっている。このような経営が実現できたのは、西野理事長が医療・福祉事業環境を冷静に把握し、的確な経営戦略を素早く立案したことにある。

また、戦略実行において、西野理事長の経営ビジョンが組織の各部門の職員まで浸透したことで、患者・利用者のため、さらに、ふらて会グループのために今、何をなすべきか現場職員が取り組み、プランを立てていることが成功の要因である。2015年にピークを迎えた日本の人口は現在少子高齢化と人口減少へ向け、その傾向は年々強くなってきている。これからの大きな社会変化に向けた具体的で明確な戦略の再構築が必要であるという理事長の考え方に注目を続けたい。

医療法人の適切な多角化経営戦略を立案・実行することで、中小規模医療法人でありながらも地域の医療福祉サービスの一部を分担することができるという点で、参考となる成功事例である。

## 第2節 事例Ⅱ インバウンド客を対象とした医療の国際化に向けた取り組み ～聖路加国際病院～

インタビュー日時：2020年10月9日16:00～18:00

インタビュー場所：カフェ・ベローチェ博多（福岡）※

インタビュー対象：聖路加国際病院予防医療推進室 原茂順一マネジャー

※COVID-19の感染拡大のため、現地インタビューができず中止したが、メールで依頼し、数回の電話にてヒアリングを行い、原茂マネジャーが来九した機会をとらえ、インタビューを行った。

聖路加国際病院は、20世紀初頭1901年に、外国人居留地であった東京築地にアメリカ聖公会のルドルフ・トイスラー博士によって設立された小さな診療所が起源である。関東大震災による倒壊、第二次世界大戦後米軍による接収、その後数回の病院建替えにより総合病院に発展してきた。設立当初から現在に至るまで、患者の目線に立った医療サービスを提供し、時代の変化とともに、常に患者の価値観に配慮した医療や国際病院としてのあり方を追求し続けている。

近年、医療法人の経営が厳しいが、さらに将来的には技術革新・人口減少により先細り傾向の国内医療需要を補うため、新たな柱として医療インバウンド事業の開拓に取り組み始めている。「保険診療のみで病院が将来への投資を含めた利益を確保することは難しい」と聖路加国際病院の医療インバウンド担当・予防医療推進室のマネジャー原茂氏は言う。聖路加国際病院は医療インバウンドに対し積極的に体制を整え、訪日外国人に対する医療サービスの提供による収益性の向上に注力し、インバウンド客を含む外国人患者の受け入れ対応を病院の成長事業の柱に位置づけている。

### 2.1 医療インバウンドの現状と課題

前述の通り、2030年に日本の総人口は2015年と比べて7%減少（12,564万人→11,662万人）と予想される。特に地方は都市部より最大19%減少する可能性がある。一方、高齢者人口の割合は26%から32%へ増加する見通しである。この環境の下で、日本はがんや生活習慣病など得意分野で培った知識やノウハウを生かせば、医療インバウンド成功の可能性は十分あると考えられ、それを国家戦略として持続的に推進していく必要がある。

医療インバウンドが日本で注目され始めたのは2010年頃である。当時、すでにタイ・シンガポール・韓国・アメリカなどは日本より早い段階で、医療インバウンドに国策として取り組み、成長産業のニュービジネスとして重視してきた。アジア各国では医療観光産業が展開しているが、日本ではそれらの国を上回る高い医療技術・サービスを持ちながらやや出遅れている傾向が見られる。

表 4-10 医療の国際展開の位置づけの変遷

日付	事項	概要
2010年 6月18日	「新成長戦略～『元気な日本』復活のシナリオ～」閣議決定	医療の国際化について「2020年には日本の高度医療および健診に対するアジアトップ水準の評価・地位の獲得を目指す。」とされた。
2011年 12月14日	「日本再生の基本戦略～危機の克服とフロンティアへの挑戦～」閣議決定	「我が国の優れた医療サービス・技術を海外に展開する拠点整備等を図る。」と明記。
2013年 2月22日	内閣官房に「健康・医療戦略室」設置	目的は、「我が国が世界最先端の医療技術・サービスを実現し、健康寿命延伸を達成すると同時に、それにより医療、医薬品、医療機器を戦略産業として育成し、日本経済再生の柱とすることを目指す。」とされた。
2013年 6月14日	「日本再興戦略」閣議決定	医療の国際展開について、「財務状況の健全性など一定の要件を満たす医療法人が、現地法人に出資可能であることを明確化する。」と明記。
2013年 7月11日	「医療国際展開タスクフォース」開催決定	健康・医療戦略に基づき、医療技術・サービスの国際展開に係る取組を関係府省庁が連携して推進するため開催。
2013年 8月2日	「健康・医療戦略推進本部」の設置	「日本再興戦略」及び関係閣僚申合せによる「健康・医療戦略」に基づき、医療分野の研究開発の司令塔の本部として設置。
2015年 6月30日	「日本再興戦略改訂2015」閣議決定	医療国際展開タスクフォースのインバウンドで策定した「医療渡航支援企業の認証及び渡航受診者受入医療機関の外国への情報発信に関する考え方」などと明記。
2016年 6月2日	「日本再興戦略2016」閣議決定	「医療通訳・医療コーディネーターの配置支援、院内資料の多言語化等の支援、外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)の病院の認証を拡大する。」などと明記。
2017年 6月9日	「未来投資戦略2017」閣議決定	「外国人患者受入れ体制が整備された医療機関を2020年までに100か所で整備する目標を2017年度中の達成を目指す。基幹となる医療機関に加え、地域の実情をふまえながら外国人患者の受入れ体制の裾野拡大に着手し、受入環境の更なる充実を目指す。」などと明記。
2018年 6月15日	「未来投資戦略2018」閣議決定	「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループの議論をふまえ、観光客自身の適切な費用負担を前提に、旅行中に病気やけがをした場合でも、不安を感じることなく適切な医療を受けられる環境整備を行う。」などと明記。
2019年 6月21日	「成長戦略2019」閣議決定	「医療インバウンド及び訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策に則った医療提供を一体的に推進することで、日本の医療の国際的対応能力を向上させる。」などと明記。

出所：厚生労働省（2013）「医療の国際展開について」3頁、同省（2018）「外国人患者受入体制に関する厚生労働省の取組」10頁、同省（2019）「成長戦略」9頁に基づき筆者加筆作成。

医療インバウンドは、日本の医療機関による外国人患者の受け入れのなかでも、受診を目的に渡航してくる外国人患者の受け入れを促進する取り組みである。日本の医療技術は優れており、特に世界屈指の医療機器保有率から治療・健診の分野での注目度は非常に高いものがある。日本の病院で診察や治療を受けたい外国人を受け入れることは、大きな経済効果をもたらすことが期待できる。特に、地方にある病院が医療インバウンドに取り組むことは、外国人の集客により、地域全体の活性化につながる可能性が高い。したがって、日本政府は2010年に新成長戦略で医療観光客の受け入れを国家戦略として位置付け、日本政府は医療滞在ビザの発行を始めた。経済産業省が音頭を取り、来日する外国人に日本の医療（健

診・治療・美容など）環境が充実していることをPRし、積極的に日本への医療渡航（医療インバウンド）を促している。2013年7月に、健康・医療戦略推進本部（本部長・安倍前総理大臣）の下に「医療国際展開タスクフォース」を設置し、政府と医療業界が一体となって「医療の国際展開」を推進してきた。日本政府における医療の国際展開の位置付けの変遷は表4-10のとおりである。

経済産業省の「海外における日本医療拠点の構築に向けた研究会」資料により、日本の医療機器市場規模は440億ドルなのに対し、医療と医療周辺サービス（介護・福祉など）市場の規模は1兆2,000億ドル（2014年）である<sup>10</sup>。医療機器のマーケットより医療サービスマーケットの方がはるかに大きいことが分かる。医療機器・医療サービスを海外に提供（アウトバウンド）していくと同時に、医療機関が訪日外国人患者を受け入れる（医療インバウンド）ことは、保険診療以外での収入が獲得でき、保険診療内の患者により良い医療サービスを提供することにつながると考えられる。

表4-11 JCI認定医療機関（2020年9月時点）

医療法人鉄蕉会亀田 メディカルセンター	東京ミッドタウン クリニック	日本赤十字社 名古屋第二赤十字病院	彩の国東大宮 メディカルセンター
医療法人社団愛優会 老健リハビリよこはま	埼玉医科大学 国際医療センター	国際医療福祉大学 三田病院	社会福祉法人 三井記念病院
NTT 東日本関東病院	葉山ハートセンター	南部徳洲会病院	岸和田徳洲会病院
<b>聖路加国際病院</b>	順天堂大学病院	倉敷中央病院	中部徳洲会病院
湘南鎌倉総合病院	札幌東徳洲会病院	湘南藤沢徳洲会病院	福岡徳洲会病院
社会福祉法人 聖隷浜松病院	メディポリスがん粒子 線治療研究センター	社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	日本赤十字社 足利赤十字病院
社会医療法人財団 慈泉会相澤病院	東京女子医科大学 八千代医療センター	沖縄徳洲会 千葉西総合病院	医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院
藤田医科大学病院	石巻赤十字病院	マックシール巽病院	千葉西総合病院

出所：Joint Commission International（医療施設認定合同機構）に基づき筆者作成。

原資料：<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/#q=Japan>

医療インバウンドを意識し JCI 認証を取得する医療機関も増加している。JCI（Joint Commission International）とは、1994年にアメリカの病院評価機構（JC：The Joint Commission）から発展して設立された、医療の質と患者の安全性を国際的に審査する機関である。JCIの認定には現在8つのプログラムがあり、日本では2009年に取得した亀田メディカルセンターを筆頭に、2020年9月時点で32の医療機関（表4-11）が、病院プログラム・大学医療センタープログラム・外来診療プログラム・長期ケアプログラム・アカデミック・メディカルセンター病院プログラムで取得している<sup>11</sup>。国別トップ3は、UAE（アラブ首長国連邦）192施設、サウジアラビア103施設と中国98施設である。JCIの基準を満たして認定された病院は、患者のケアや安全面などに関して、アメリカやヨーロッパのトップクラスの病院と同水準であることを意味する。日本はすでに32の医療施設が認証され、世界で

最高クラスの医療サービス提供者という好評価獲得の一因となっており、今後もさらに増えると考えられる。

表 4-12 訪日外国人旅行者に対する医療提供に関する政府支援の枠組み（2018 年）

実施主体	事業 リスト名	事業の内容	対象患者	医療 機関数
観光庁	訪日外国人 旅行者・受入 医療機関リ スト	都道府県に医療機関の選定を依頼し、訪日外国人旅行者が滞在中の病気やケガ等の際に、安心して受診できる体制が整備された医療機関をリスト化。政府観光局のホームページを通して情報を発信する。同ページでは対応言語、診療科目、使用可能なクレジットカード等で医療機関の検索が可能。	訪日外国 人旅行者	1,255
厚生 労働省	外国人患者 受入れ環境 整備推進事 業	医療機関への医療通訳者・コーディネーターの配置や、院内体制整備（院内案内表示や院内資料の多言語化）への財政的支援	外国人患 者	111
一般社団 法人 日本医療 教育財団	外国人患者 受入医療機 関認証制度 (JMIP)	在留、訪日外国人へ安心・安全な医療を提供するための環境が整備された医療機関を認証する。	在留外国 人訪日外 国人	48
一般社団 法人 MEJ	ジャパニ ンターナシ ョナルホス ピタルズ (JIH)	高度な医療を目的に、医療ビザを取得し渡航する外国人患者の受入に意欲があり、適切な受入体制を整備した医療機関を推奨し、海外に発信する。	治療・健 診を目的 に渡航す る外国人 患者	45

出所：厚生労働省医政局総務課医療国際展開推進室（2018 年）「外国人患者の受入拠点となる医療機関」  
2 頁に基づき筆者作成。

また、JMIP 制度（外国人患者受入れ医療機関認証制度）は、訪日受診者の円滑な受入れを推進する国の事業の一環として、厚生労働省が 2011 年度に実施した「外国人患者受入れ医療機関認証制度整備のための支援事業」を基盤に策定した。さらに、訪日受診者へ優れた医療を提供する実績がある病院を JIH（Japan International Hospitals）に認証する認証機関 MEJ（Medical Excellence Japan）が、経済産業省との連携により 2016 年に設立され、訪日受診促進を図ることを目的に海外への情報発信を行っている。このように、政府の一連支援により、訪日受診者の受け入れを積極的に促進し、訪日外国人の診察や治療を引き受けることで、医療技術や医療サービス水準の引き上げや医療資源の稼働率の向上など、将来的

に国民に高度な医療サービスの提供を保証するとともに経済効果も期待できる。表 4-12 は、これまで訪日外国人旅行者に対する医療サービスの提供に関する政府の支援の枠組みである。

日本における在留外国人、訪日外国人は年々増加しており、法務省入国管理局の発表（2020 年）によると、2019 年末外国人中長期在留者数は 262 万 636 人、10 年前に比べ、49 万 5,065 人増加し、過去最高となった。国別では、中国人 81 万 3,675 人（27.7%）、10 年前に比べ 14 万 2,992 人増加した。上位の 5 か国・地域のうち、増加が顕著な国では、ベトナムが 41 万 1,968 人、10 年前に比べ、37 万 1,475 人増加した（表 4-13）。

表 4-13 日本における主要国の外国人中長期在留者数（2009 年と 2019 年）

国名	人数（2009 年度） （人）	構成比（%）	人数（2019 年度） （人）	構成比（%）
中国	67 万 683	31.6	81 万 3,675	27.7
韓国	57 万 1,598	26.9	44 万 6,364	15.2
ベトナム	4 万 493	1.9	41 万 1,968	14.0
フィリピン	19 万 7,971	9.3	28 万 2,798	9.6
ブラジル	26 万 4,649	12.5	21 万 1,677	7.2
在留外国人総数	212 万 5,571	100.0	262 万 636	100.0

出所：法務局出入国在留管理庁（2009 年）「国籍・地域別在留外国人数の推移」及び（2020 年 3 月）「中長期在留者数について」に基づき筆者作成。

原資料：<http://www.moj.go.jp/content/001234017.pdf>

[http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\\_00003.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00003.html)

訪日外国人数は急速に増え、2008 年ごろまで毎年 600～700 万人だったが、2017 年には 2800 万人を超えた。JNTO（日本政府観光局）2020 年 1 月の公表により、2019 年の訪日外国人旅行者の推計値が前年比 2.2%増の 3,188 万人で、JNTO が統計を取り始めた 1964 年以降最多となった。国別では、アジア全体で 2,637 万人（全体の 82.7%）なか、訪日中国人は 959 万人（30.1%）・韓国人 558 万人（17.5%）・台湾人 489 万人（15.3%）で、韓国以外の国は過去最高を記録した<sup>12</sup>。

また、観光庁「訪日外国人消費動向調査」によると、2019 年の訪日外国人旅行消費額は、過去最高の 4 兆 8,135 億円（前年比 6.5%増）、1 人あたりは 3.6%増の 15 万 8531 円で、7 年連続で過去最高を更新した。国別最多は中国 17,704 億円（36.8%）・台湾 5,517 億円（11.5%）・韓国 4,247 億円（8.8%）と続いている<sup>13</sup>。

観光庁は、2030 年に訪日外国人旅行者数が 6,000 万人、消費額は 15 兆円と目標値を設定している。表 4-14 では、2017 年は観光目的の訪日外国人数は 2,869 万人、医療目的の訪日外国人数は 6,914 人である<sup>14</sup>。

表 4-14 外国人の分類とその医療機関受診の分類（2017 年）

項目	人数	受診理由	受診する医療機関
訪日外国人 (観光目的)	2,869 万人	救急診療 (急病・怪我等)	観光地の医療機関 (どこの医療機関にも受診する可能性)
訪日外国人 (医療目的)	6,914 人	健診・検診* 先進的治療等	外国人受入に取組んでいる 医療機関
在留外国人	247 万人	日常診療	地域の医療機関

※健診は健康状態を調べること。検診は特定の病気を早期に発見し、早期に治療することが目的である。

出所：厚生労働省（2018 年）「外国人患者受入体制に関する調査」3 頁に基づき筆者作成。

厚生労働省は外国人患者の受入れ実態に関する調査（2018 年 10 月 1 日～31 日）によると、2,174 病院（調査対象の約 50%）で外国人患者の受入れがあった。外国人患者の受入実績のある病院のなかでは、1 ヶ月の外国人患者受入れ数が 10 人以下の病院が最も多いものの(1,171 病院)、1,001 人以上の外国人患者受入れ病院が全国で 7 病院もあった。また、外務省の統計により、医療滞在ビザの発給数は 2011 年の 70 件から、2018 年の 1,650 件に急増し、わずか 7 年間で需要が 20 倍以上に増えている。今後、がん・糖尿病・心臓・脳疾患など長期の治療が必要のために健診や治療などで来日するケースが考えられる。さらに、日本政策投資銀行レポートによると、医療サービスが目的の訪日外国人数は、2020 年時点で年間 43 万人程度の需要が潜在的にあると見込まれ、医療インバウンドの市場規模は約 5,500 億円、経済波及効果は約 2,800 億円と試算されていた<sup>15</sup>。訪日受診者に対する先進的な医療や最先端の医療機器等による健診の実施など、日本の優れた医療技術を提供することにより医療の国際化を進めることができる。

しかしながら、2020 年 1 月以降、COVID-19 の世界的な拡大により、各国政府は国内に加え海外への団体旅行等を禁止したのをはじめ、全世界的にも旅行者の往来が大幅に減少した。同年 4 月の入国者数は、前年同月比 99.9%減の 2,900 人となり、1964 年の統計開始以降、単月として過去最大の下げ幅となった。同年の 1～3 月期の訪日外国人旅行消費額は、前年同期比 41.6%減の 6,727 億円となり、大きく減少した<sup>16</sup>。この状態は 2022 年まで続くと考えられる。今後、COVID-19 感染拡大が収束し、訪日観光や医療の需要が回復するまでの動向を見極めることが必要である。

医療インバウンドの需要が拡大している理由は様々であるが、高品質で最先端の医療サービスの受診・待機時間の短さ・医療費の安さが主な理由である。しかしこの取り組みには、課題も少なくない。

課題 1 つ目、訪日外国人患者・受診者に対する受入れ体制については、適切な医療サービスを提供すると共に総合的な受入体制整備も緊急課題である。政府や各都道府県は訪日外国人患者・受診者受け入れに関する対応指針や事例集などをホームページに公開したり、パンフレットを配布したりして、最近になり対策に本腰を入れ始めた。訪日外国人患者・受診

者の受入体制の整備には、地域における多様な関係機関による協働が不可欠である。行政（入国管理局・社会福祉事務所・保健所など）、保健医療（医療機関・救急センター・薬局など）、宿泊業者・観光業者・運輸事業者・通訳者・医療コーディネーター事業者など各機関の連携で効果的な受け入れ体制を構築していくことが必要である。

課題の 2 つ目、医療インバウンドに関する多くの医療コーディネーター事業者については、医療インバウンド支援が可能な医療に関する専門知識を持つ事業者が数少なく、ベストマッチングできる機能が少ない状況である。2019 年 3 月時点で 80 の医療コーディネーター事業者を認定したが、そのうち医療機関による登録はわずか 8 施設で、残り 72 施設は民間の医療コーディネーター事業者という現状である<sup>17</sup>。今後、医療コーディネーター事業者に集約することが質的改善を図る可能性があり、担当者の知識やスキルを向上させる仕組みや制度の策定なども必要である。

課題の 3 つ目、医療インバウンドに関する各種専門人材育成については、訪日受診者が大幅に増加すれば、必然的に再訪者数も増加傾向にあると考えられる。国内の地域間での訪日客の誘客競争の更なる激化が想定されるなか、来日受診者のニーズへの対応や能力に応じた人材育成は緊急課題になるであろう。また、受診者が満足するような医療サービスを受けるためには、様々な支援が必要である。そのなかでも、単に受診者の母国語と日本語のバイリンガルというだけでなく、日本と当該国との文化の相違点を理解し、専門的な医療知識を備えた通訳者が必要である。医療通訳専門家の存在は、医療インバウンドの成否にかかわる重要な要素である。訪日受診者が不安なく快適に診察・治療を受け、医療機関は訪日患者・健診者の期待に最大限応えられるために医療通訳者を核とする人材育成は緊急課題である。その他は、健診以外の市場開発や、病院内職員全体の協力体制とモチベーション向上、国際間遠隔診療体制の確立なども課題である。

以上、医療インバウンドの現状と課題を取りあげた。医療インバウンドの課題を解決すれば、訪日受診者の受入れがスムーズに進展し、日本経済の発展に寄与するだけでなく、医療費の抑制傾向が続き、赤字経営を余儀なくされている医療機関にとっても、医療検査機器等の稼働率向上や保険外収入の増加による経営改善が期待できる。また、医療機関と自治体の連携による医療関連産業の発展は、医療インバウンドの呼び込みに効果的であるだけでなく、地域経済の活性化につながる側面もあると考えられる。さらに、医療インバウンドの市場が拡大し、医療の国際化が世界的に進展するなかで、高度な医療技術・設備と豊富な観光資源を有する日本も、多くの医療インバウンドの客を呼び込める可能性は十分にあり、今後の展開が注目される。

## 2.2 聖路加国際病院の沿革と現況

1900 年 2 月に、聖路加国際病院（St Luke's International Hospital）設立者ルドルフ・ボリング・トイスラー（当時 26 歳）がアメリカ聖公会より日本に派遣された。翌年、1901 年に聖路加国際病院は、東京の明石町で開院し、今日まで 120 年の歴史を有する病院

である。病院は、地上 10 階・地下 2 階の本館（1992 年竣工）と、地上 7 階・地下 1 階の旧館（1933 年竣工）、地上 3 階の管理棟（2010 年竣工）と地上 7 階のマタニティケアホーム（2010 年竣工）から構成されている。2014 年に、病院と聖路加国際大学（看護学部主体）は組織を一体化し、2020 年には看護教育 100 年を迎えた。表 4-15 は病院の沿革である。

表 4-15 聖路加国際病院の沿革（1900 年～2019 年）

年	沿 革
1901	聖路加病院創立、院長：ルドルフ・ボリング・トイスラー（Rudolf B. Teusler）
1917	聖路加国際病院に改称
1920	聖路加国際病院附属高等看護婦学校開設
1933	ロックフェラー財団から女子専門学校に 40 万ドル寄付、新病院完成（地上 6 階・地下 1 階）
1934	トイスラー院長逝去（享年 58 歳）、最後の言葉：“Let the work go on.”
1936	財団法人聖路加国際メディカルセンター設立
1943	聖路加国際病院を、大東亜中央病院に改名
1945	大東亜中央病院を、聖路加国際病院に名を戻す
1964	日本最初の 4 年制聖路加看護大学開設
1980	日本最初の聖路加看護大学大学院博士前期課程設置
1992～ 2004	救急部開設新病院移転、腎センター・予防医療センター・ハートセンター開設 100 周年記念式典、SMILEIII（電子カルテ）導入、予防医療センター聖路加タワーに移転
2005～ 2011	小児総合医療センター・プレストセンター・消化器センター・オンコロジーセンター 国際外来・聖路加産科クリニック心血管センターオープン、総合医療相談室開設
2012	St. Luke’s MediLocus オープン、Joint Commission International (JCI) の認証取得
2013	財団法人聖路加国際病院を、一般財団法人聖路加国際メディカルセンターと改称
2014	学校法人聖路加国際大学に変更、聖路加国際病院と法人一体化 リエゾンセンター・呼吸器センターオープン
2015	JCI 認証更新、JCEP 認定更新
2016	2016 年欧州ベストプラクティス賞を受賞
2017	ロボット手術センター・がんゲノムセンター・スポーツ総合医療センターオープン
2018	周術期センターオープン、JCI の認証更新、ISO15189 認証取得
2019	AYA サバイバーシップセンターオープン、マグネット認証 <sup>18</sup> 取得

出所：聖路加国際病院のホームページに基づき筆者作成。

聖路加国際病院は（2018 年 4 月時点）、病床数 520 床、マタニティケアホーム 19 床、1

日平均外来患者数約 2,700 人である。医師は 415 名・看護師 931 名・薬剤師 52 名・看護助手 70 名・事務職 272 名・コメディカ 313 人・教員 89 名で、合計常勤従業員 2,142 名の病院組織である。2018 年度の実績として、平均病床稼働率は 90.1%、平均在院日数は 8.3 日、救急車受入れ台数は 1 万を超え、手術件数 9,524 件、分娩件数 1,581 件で病床稼働の維持、外来診療単価・医療インバウンドの増加により、売上高は約 400 億円（2018 年度）<sup>19</sup>となっている。

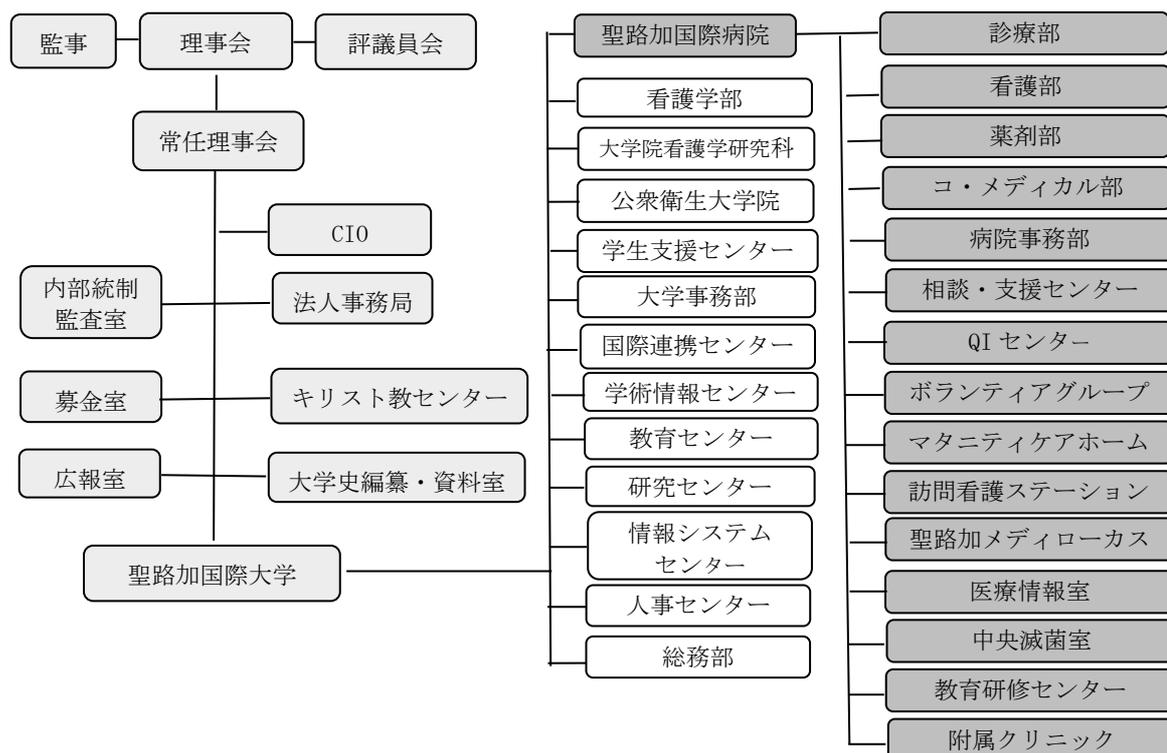
同病院は、2012 年に JCI (Joint Commission International/病院機能評価機構) 認証と、2015 年に JCEP (Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training/卒後臨床研修評価機構)<sup>20</sup>の認定を取得し、OECD (Organization for Economic Co-operation and Development/経済協力開発機構) の「医療の質のレビュー日本」において、QI (Quality Indicator/医療の質を示す指標) に関する取り組みが高く評価され、国際病院連盟より会長賞 (Dr. Kwang Tae Kim Grand Award) を受賞された。また、2016 年欧州ベストプラクティス賞<sup>21</sup>を受賞し、2019 年にマグネット認証<sup>22</sup>も取得した。

同病院の理念は、“This hospital is a living organism designed to demonstrate in convincing terms the transmuting power of Christian love when applied in relief of human suffering. Rudolf B. Teusler(1933)” (和訳は、キリスト教の愛の心が人の悩みを救うために働けば、苦しみは消えて、その人は生まれ変わったようになる。この偉大な愛の力をだれもがすぐわかるように計画されてできた生きた有機体がこの病院である。ルドルフ・ボリング・トイスラー) である<sup>23</sup>。病院創立以来の目標は、キリスト教精神の下に、患者との協働医療を推進することに置かれてきた。特に医師、看護師その他の診療補助職、並びに事務職間での統合をはかり、総合病院として組織医療の実をあげることに最大限の努力を重ねている。

同病院運営の目的として、すべての職員の専門性を結集し、あらゆる患者に寄り添う質の高い医療を提供するとともに、教育・研究活動による医療の進歩への貢献を通じ、キリスト教の愛の心を具現化することあげられている。運営の基本方針は、①「患者との協働医療」を実現するため、患者の価値観に配慮した医療を行う。②医療の質を高めるため、「根拠に基づいた医療」を実践する。③全人的医療を行うため、全職員の専門性を結集する。④地域住民の医療・介護・保健・福祉に貢献するため、地域の医療者・施設と連携する。⑤国内外の医療の発展に資するため、優れた医療人を育成する。⑥医療の発展に寄与するため、現場に根ざした研究を行う。⑦国際病院としての役割を果たすため、海外からの患者の受け入れ態勢を整える。⑧健全な医療経営を行うため、適切な資源配分を行うなどである<sup>24</sup>。特に、近年年間外国人患者数約 2~3 万人 (外来)、約 500~800 人 (入院) を超える聖路加国際病院は、国際病院としての役割を果たすため、海外からの患者の受け入れ態勢を整え、国際的な認証や認定を積極的に取得している。聖路加国際病院は 120 年の病院史のなかで、最初の組織デザインではトイスラー院長と他の医師による単一の診療チームから始まり、増床に伴う病院の規模拡大によって早い段階で機能別組織に移行している。図 4-12 は、聖路加国

際病院の組織図である。

図 4-12 聖路加国際病院の組織図 (2020年6月)



出所：聖路加国際病院(2020年)『2019年度年次報告書』「組織図」に基づき筆者整理作成。

表 4-16 聖路加国際病院の診療科 (2018年4月)

一般内科	内分泌・代謝科	消化器・一般外科	小児外科
感染症科	神経内科	乳腺外科	眼科
血液内科	心療内科	心臓血管外科	耳鼻咽喉科
循環器内科	腫瘍内科	呼吸器外科	形成外科
呼吸器内科	緩和ケア科	脳神経外科	皮膚科
腎臓器内科	人間ドック科	神経血管内治療科	内分泌外科
消火器内科	免疫・細胞治療科	整形外科	ヘルニアセンター
アレルギー・膠原病科	遺伝診療部	麻酔科	放射線腫瘍科
小児科	救急部	集中治療科	臨床検査科
児童精神科	精神科	放射線科	病理診断科
女性総合診療部	泌尿器科	歯科口腔外科	

出所：聖路加国際病院のホームページに基づき筆者作成。

<http://hospital.luke.ac.jp/index.html>

聖路加国際病院と聖路加国際大学は日本の医療・看護を常にリードし、病院と大学は長らく別々の組織体であったが、2014年4月に一つの組織体となり、それぞれが持っている力を互いに活かし、より相乗効果を発揮できるように編成されている。現在は、43の診療科と17の専門センターを併設している（表4-16、表4-17）。

表4-17 聖路加国際病院の専門センター（2018年4月）

心血管センター	小児総合医療センター	周術期センター <sup>25</sup>
消化器センター	リウマチ膠原病センター	ロボット手術センター
呼吸器センター	ヘルニアセンター	スポーツ総合医療センター
脳神経センター	腎センター	リハビリセンター
プレストセンター	救急救命センター	がんゲノムセンター <sup>26</sup>
リエゾンセンター <sup>27</sup>	オンコロジーセンター <sup>28</sup>	

出所：聖路加国際病院のホームページに基づき筆者作成。

<http://hospital.luke.ac.jp/index.html>

同病院は高度急性期病院としての機能を強化している。2018年度救急医療、周産期医療、高度がん治療など、地域の高度急性期病院として機能強化を進めた。救急医療については、2018年度の救急車受入れ台数が1.05万件となり、2013年度以降6年連続で1万台を超える救急車の受入れ実績となっている。周産期医療については、ニーズの多様化に対応し無痛分娩提供により、分娩件数が大幅に増加し、前年度283件増の1,581件と目標の1,400件を大幅に上回っている。また、厚生労働省より全国135か所に設置された「がんゲノム医療連携病院」に指定され、「がんゲノム医療中核拠点病院」と連携して、遺伝子パネル検査による医療の提供、遺伝カウンセリングの実施やがんゲノム医療に関する情報提供などの役割を担う病院となっている。ほかには、ロボット支援手術や周術期管理の実施体制も整えている。

聖路加国際病院は様々な国際認証・認定を積極的に取得し、日々改善を努力している。特にJCI認証は、患者の安全性が担保されているか、高品質な医療が提供されているか、院内に継続した改善活動が行われる仕組みを有しているかを評価する認証機構であり、世界のなかで最も厳しい基準を持つ医療施設評価機構とされている。同病院は、2012年にJCI取得以来、3年ごとに認定更新を行っている。聖路加国際病院・予防医療センター・訪問看護ステーション・マタニティケアホーム・メディローカスの5施設に対して、1,199の審査項目が審査され、患者安全に対する現場での持続的な努力の成果が確認されている。また、2018年7月に、同病院がISO15189（臨床検査室の品質と能力に関する特定要求事項から構成される国際評価規格）を取得した。これにより、グローバルスタンダードに沿った安全で信頼性の高い検査データを提供することになった。

また、同病院は、2019年11月に日本初のマグネットホスピタル認証を取得した。マグ

ネット認証とは、ANCC (The American Nurses Credentialing Center/アメリカ看護認証センター) が看護の卓越性および質の高い患者ケアを提供する医療機関を認証するものである。国際的に高く評価され、看護のノーベル賞とも呼ばれている。日本のリーディングホスピタルとして、聖路加国際病院の看護部からの発信をさらに増やしていくと考えられる。他には、難病診療連携拠点病院として指定され、難病全般の早期診断・専門治療を実施し、遺伝性疾患の診断等に対応可能な病院となった。これにより難病医療ネットワークを構築し、難病患者を早期診断から地域での療養生活まで支える体制の充実を図ることになる。

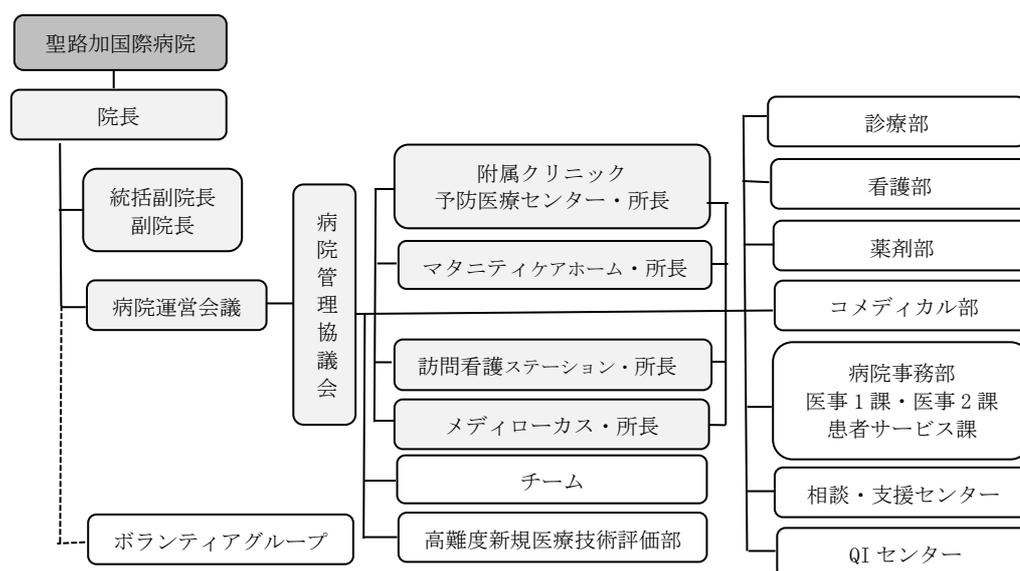
さらに、外国籍患者は引き続き増加すると予測され、2018年11月に同病院の本館1階に International Service Desk (国際係窓口) を設置し、具体的な業務内容や外国籍患者をコーディネートする上での工夫を行い、訪日外国人や訪日受診者に新たなサービス提供を始めている。

以上では、聖路加国際病院の沿革と現況について述べた。次は、聖路加国際病院経営戦略の特徴と実践について述べる。

### 2.3 聖路加国際病院における経営戦略の特徴と実践

聖路加国際病院では、管理組織と事業組織を分化している (図 4-13)。経営戦略では3つの特徴を持ち、全体戦略として医療経営体制の強化を、競争戦略では医療の質のさらなる洗練を、機能別戦略としては国際対応力の強化を柱としている。

図 4-13 聖路加国際病院の経営管理組織と事業組織



出所：聖路加国際病院(2020年)『2019年度年次報告書』4頁に基づき筆者作成。

## ① 全体戦略 医療経営体制の強化

聖路加国際病院では持続的な病院運営を実現するため、全体戦略として、収支の改善を目標に掲げ、検査エリアの拡張と改修、メディローカスの黒字化、マタニティケアホームの運営、訪問看護ステーション採算性の向上などにより経営体制を強化している。

### ・費用改善の取り組み

職種・部署ごとの適正人員数の再検討により、人件費率の目標値 48.4%に対して、実績値は 48.1%、達成度は 100.6%である。また、診療材料の共同購買やディーラー統合・価格交渉の強化により、診療材料費率目標値の 107.1% (9.0%→8.4%) を達成している。さらに、薬剤使用保険請求の整合性と適正在庫の確認により、薬剤費率目標値の 93.2% (13.8%→14.8%) を達成している<sup>29</sup>。これらにより、費用の改善を図っている。

### ・収益向上の取り組み

2018 年度には、入院収益は 197.5 億円と外来収益は 112.7 億円で、過去最高額を更新した。ほかには、手術件数 9,524 件、救急車受入台数 10,502 件、特に分娩件数は 1,400 件/年を目標としているが、手術室稼働と無痛分娩法実施により、実績は 1,581 件/年となり、目標値の 112.9%を達成している。また、救急車ホットライン応需率と病床稼働率の目標値達成度は 100.3%と 100.7%となり、収益向上を達成している<sup>30</sup>。

### ・附属クリニック予防医療センターのフロア改修による増収策実施の取り組み

人間ドックは、1954 年に日本で初めて、国立東京第一病院（現国立国際医療センター）と聖路加国際病院で始まった。1997 年に、予防医療センターと名称を改め、多くの受診者に対応可能な専用施設をオープンした。2004 年、聖路加タワーの 3・4・5 階へ移転し、「聖路加国際病院附属クリニック予防医療センター」としてオープンした。

近年、在留外国人や訪日外国人・訪日受診者が増加しているなか、更に多くの外国籍患者に対して高品質な国際基準の医療を安全・快適に提供することを目的として、2017 年に検査エリアの拡張と改修を実施し増収を図っている。

予防医療センターでは、前年度の改修工事で新しくなった施設を有効活用した実績として、2018 年度、総健診数は 50,259 名（うち、人間ドック受診者数 41,520 名）、収入は約 31 億 2 千万円で前年度比 106.6%であった<sup>31</sup>。また、閑散期への対策や受診者ニーズに対応した施策、センターの予約率、稼働率を高め、収益向上につながっている。

### ・聖路加メディローカス黒字化への取り組み

外国人ビジネスマンをメインターゲットにしたクリニック兼会員制医療支援施設として、2014 年に聖路加メディローカスを大手町に開設した。主な事業内容は、健康増進事業（健診）とクリニック（診療）、高度検査の受託（ダイレクト検査）である。その他に、誰でも

受診できる外来診療をはじめ、禁煙外来・SAS（睡眠時無呼吸症候群）外来・女性専門の健診・PET-CT によるがん健診も行っている聖路加国際病院附属クリニックである。業務提携先を活用した会員紹介制度やネット広告等により、2019年3月末で会員数は199名となっている。また、会員外健診（訪日健診者・役員・女性）の件数が増加し、提携先との連携を強化することで、目標の黒字（実績は12,325,389円/月）<sup>32</sup>を達成している。さらに、診療部門の診察枠ならびに検査枠を増やすことで増収を図っている。

#### ・聖路加助産院マタニティケアホームの運営の取り組み

マタニティケアホームは、2017年に聖路加産科クリニックから診療・ケア体制を変更し設立された。事業内容は、妊産褥婦の健康診査・保健指導・産褥早期の母児の入院管理・産後ケア・母乳外来などであり、助産師が専門的支援を行っている（産褥入院/生後10週間未満の健康な赤ちゃんとその母親）。

産後（宿泊）ケア事業の実施施設として、2017年4月に産褥入院への助成開始以来、助成利用者は増加している。2017年度の165名から、2018年度には227名に増え、1日当たり29,000円の産褥入院費用が最大7日間、1日1万円の自己負担金のみで利用可能となっている。利用者の分娩施設は聖路加国際病院が最も多く、利用期間は助成適応期間の6泊7日が最も多かった。利用者に対し、退院時に行ったアンケートの集計で、ケアへの満足度は、「とても満足」「満足」と答えた方は97%である<sup>33</sup>。また、自然分娩を希望する経産婦への教育的関わりと広報や産後ケアの事例を集め周知した結果、ケアホームにおける病床稼働率は目標値の97.8%<sup>34</sup>を達成している。

#### ・訪問看護ステーション採算性の向上の取り組み

訪問看護ステーションは、患者の退院後も24時間オンコール体制の在宅治療のサポートとして、2007年に開設している。主な事業内容は、訪問看護・訪問リハビリ・新生児訪問・子育て授乳訪問であり<sup>35</sup>、スタッフは、所長・副所長・職員19名・アルバイト2名である。採算性向上のために適正な配置で、人員一人当たりの収益の向上を図ったことで、目標値の達成度は120%<sup>36</sup>となっている。

## ② 競争戦略 医療の質のさらなる洗練

聖路加国際病院は、2007年より他院に先駆け、QIの公表を行っている。これは、競争優位性の構築と、他院と差別化するための戦略である。QI（Quality Indicator）とは、医療の質を評価する目安となる指標であり、患者に提供している医療サービスの質や課題などに対して、改善状況を数値として示すことにより質の高い医療サービスの提供につなげるものである。病院の施設課・人事課・看護師部・薬剤部・教育研修部などの兼務を含む14人でQIセンターを構成し、医療の質と安全性を向上させるため、部門間の横断的な取り組みをしている。活動内容については、JCIの認証更新に関する業務・Hospital Manual（病

院マニュアル)の改訂・RCA (Root Cause Analysis/根本原因解析) および対策案実施の支援・FMEA (Failure Mode and Effect Analysis/トラブルの未然防止) および対策実施の支援・患者満足度調査の支援・職員満足度調査の支援・QIに関する業務などである。

同病院では、国際的医療施設評価機関である JCI (Joint Commission International) 認定を、2012年7月に初めて取得し、2015年7月に続き、現在、3回目の更新を受けている。聖路加国際病院・附属クリニック・マタニティケアホーム・訪問看護ステーション聖路加メディロークスの5施設で、「患者安全」「感染管理」「医療の質と改善」など、14分野1,199項目について評価された。これは、国際基準の質を担保し、安全な医療を提供していると認められた施設に与えられる認定である。2020年6月時点で、日本では32施設(表4-12)、世界では1,154医療施設がJCIの認定を受けている。JCI認定は、海外からの患者の受入体制の整備と、国際水準の医療サービスを提供している施設であることの証明となる。

また、聖路加国際大学学長・聖路加国際病院院長の福井次矢氏は研究代表者として、2016年に厚生労働省の「医療の質指標に関する国内外レビュー及び、より効果的な取り組みに関する研究」を行った。2018年、聖路加国際病院は、72項目のQI指標を測定し、業務改善と提供する医療の質の向上に努めた。福井氏は、将来全国の医療機関が「医療の質」を測り改善するための指標一式を提唱している。同年には、臨床検査室の品質と能力に関する特定要求事項から構成される国際評価規格である「ISO15189」の認定を取得した。これによりグローバルスタンダードに沿った安全で信頼性の高い検査データを提供するとともに、入院患者に実施する臨床検査に関して「国際標準検査管理加算」が保険点数として認められることになった<sup>37</sup>。

さらに、同病院は2019年11月に、看護の専門性・チームワーク・優れた患者ケアの反映である Magnet Recognition (マグネット認証) を日本で初めて取得し、国際的な看護の質を評価された。このマグネットとは、看護師を磁石のように患者のそばから離さないという意味で使われている。マグネット認証は、ANCC (The American Nurses Credentialing Center/アメリカ看護師認証センター) が、看護の卓越性を評価する厳しい基準を満たした医療機関を認証するものである<sup>38</sup>。看護師がナイチンゲールの精神で働き、患者にベストなケアを提供する病院は、患者にとっても信頼できる魅力的な医療機関と言える。

これまで国内と海外の患者に、国際的高水準の医療サービスと看護ケアを提供してきた。質指標QIの測定と改善・JCIの認証更新・マグネット認証の獲得などにより、2020年3月、国際ニュース週刊誌「Newsweek」に掲載された、よい病院の世界ランキング「THE WORLD'S Best Hospitals 2020」において、聖路加国際病院は日本国内で1位、世界で16位に位置づけられた他、東京大学医学部附属病院が18位でトップ20にランクインした<sup>39</sup>。世界トップは、アメリカのメイヨークリニック (Mayo Clinic - Rochester) であった。

このように、医療・看護における質をさらに洗練することで、患者に対する集客施策の積極的展開と、病院の収益性の確保が可能となり、戦略的な医療経営に一つの方向性を示すことができた。

### ③ 機能別戦略 国際対応力の強化

COVID-19 によるパンデミック以前は健診・人間ドック・先進治療といった医療サービスを受ける外国人数は著しい増加傾向にあった。また、歴史的な経緯から、東京在住の外交官または外国公館職員や外資系企業職員、外国人家族の多くが聖路加国際病院を利用していた。また、他院に先駆け、各種説明文書・同意書・掲示物の日英二か国語版を作成している。これまで培ってきた外国人患者に提供する医療サービスのノウハウを活かし、機能別戦略として医療インバウンド客を対象とした国際対応力を強化している。「月約 700 人の外国人を自由診療で受け入れている。近年、訪日患者・健診者が急速に増加しているなか、中国籍患者が約 7 割、ロシア籍患者は約 2 割である。」と原茂氏言う。

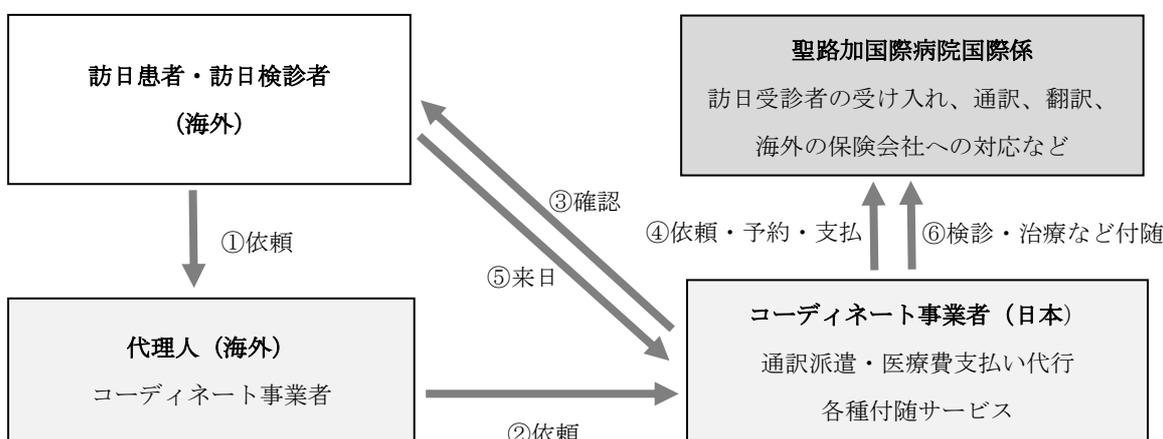
聖路加国際病院は、運営方針の一つに「国際病院としての役割を果たすため、海外からの患者の受け入れ態勢を整える」と掲げている。地域に在住している住民や外国人に安心安全で充実した医療体制を整えたうえで、医療インバウンドに積極性をもって取り組んでいる。様々な医療・看護など国際認証・認定を取得し、短期滞在の外国人医療のほか、検査・治療目的の訪日患者・健診者の増加への対応を強化するため、国際係を設置し、外国語に対応可能なスタッフ 4 名（英語 2 名、中国語・韓国語 1 名、ロシア語 1 名）体制で、通訳とコーディネーター役を担っている。また、医師（ロシア籍）免許所持のコーディネーターがいて、外部から医療情報の問い合わせや患者のお迎え、帰国搬送の飛行機や医療ケアの手配なども行っている。また、2017 年度より、アメリカ政府が開発した HCAHPS (Hospital consumer Assessment of Healthcare Providers Systems/患者評価指標)を参考にした、外国語（英語・中国語・ロシア語など）の調査票を作成し、外国籍患者にも患者満足度調査を実施している。調査結果では、「病院を推薦する程度」が「高い」となっている<sup>40</sup>。

同病院は、患者サービス課国際係を設置している。患者サービス課国際係は、訪日患者・健診者の受け入れ体制を整備するため、インターナショナルクリニック・旅行会社・大使館・外資系企業等への広報活動や、海外の展示会に出展するなど、日本に利用者を紹介するエージェントに働きかけ、営業活動にも力を入れている。その結果、2018 年度外国籍患者数は、外来 32,178 人（前年比 106%）、入院 844 人（前年比 95%）<sup>41</sup>と増加した。また、メディローカスクラブの会員獲得のため、業務提携先・代理店との連携を強化し、海外居住者健診の申し込み増に向けて取り組んでいる。その結果、2018 年度メディローカス 2,681 人（前年比 101%）、メディローカス海外在住者健診者 287 人（前年比 137%）<sup>42</sup>とこちらも増加し、メディローカスの収支は開設以来の黒字化を達成した。また、「2019 年度訪日健診者数は 323 名、収益は 1 億 6,900 万円、訪日治療者数は 122 名、収益 2 億 1,400 万円に達し、その内、95%は中国籍である。」と原茂氏は言う。今後、COVID-19 が落ち着けば、訪日健診者や治療者が一気に増加すると考えられる。

また、海外から訪日患者・健診者の受入れを円滑に行うため、コーディネーター事業者あるいは医療（観光）コンサルティング社と病院との連携は不可欠である。その役割は、訪日患者・健診者やその代理人から、健診・診察・治療に関する問い合わせや受診依頼があった場

合に、事前に問診票や各種検査データ等を収集して患者の要望や症状、身体状況を把握し、受入れの可否や治療方針・入院期間・費用等を患者に伝えることである。図 4-14 は、聖路加国際病院の医療インバウンド実施イメージである。訪日健診者が受ける 1~2 日の人間ドック費用は 30~50 万円で、手術や治療が必要な場合は 200 万~300 万円である。なかには、毎月 100 万円かかる通院治療を 1 年以上続けている訪日患者や 1,000 万円を超える手術を受ける訪日患者もいる。すべての健診や治療内容は訪日前に決め、病院は費用を事前に受け取る体制で、医療費未払い対策もしっかり行っている。

図 4-14 聖路加国際病院の医療インバウンド実施イメージ



出所：筆者作成。

日本政府が主導する日本医療展開推進事業として、海外でのプロモーション・営業活動として、「第 7 回中国国際医療観光展示会（中国・北京・2017）」等に積極的に参加し、集客活動にも力を入れている。多くの訪日患者・健診者が、聖路加国際病院を選ぶ理由は、東京という都市とそこにある病院の環境、先進医療設備と優れた医療サービスなどである。また、外国籍患者への満足度向上に取り組んできた国際系の貢献と、医療サービスや院内環境設備への評価の表れであると言える。

ここまで、全体戦略・競争戦略・機能別（国際）戦略の特徴と実践を取り上げてきたが、聖路加国際病院の経営戦略は、病院と地域住民の相互利益にとどまることなく、医療の国際化が有力な民間外交手段の一つとして、日本の医療、ひいては国民全体に利益をもたらすことが可能であり、更なる国際社会へのアピール効果が期待できると高く評価したい。

以下では、当該病院の経営戦略について具体的な取り組みを分析してみたい。

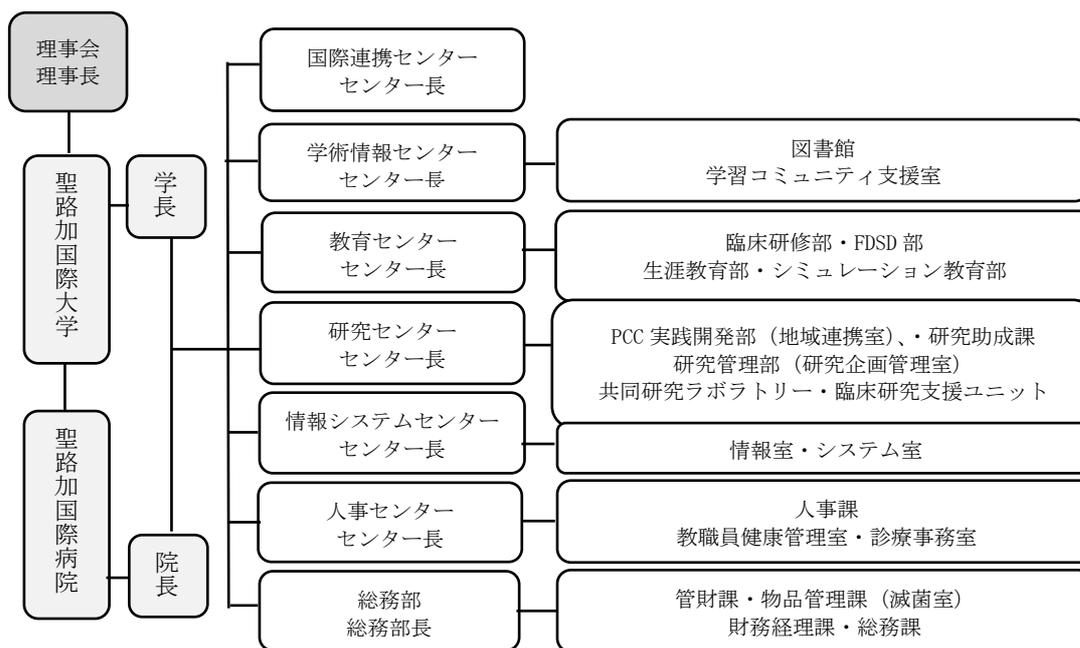
## 2.4 多角化経営戦略の分析

### ① 法人一体化策の経営シナジー効果

聖路加国際病院は1901年の創立以来、キリスト教を基盤とし、のちに看護学校を併設し、病院と学校は長らく別々の組織体であったが、2014年に聖路加国際病院と学校の一体化を進め、一つの組織体、学校法人聖路加国際大学に名称変更した。日本の医療・看護の水準を代表する存在となってきた。図4-15は聖路加国際病院と聖路加国際大学との一体化共管組織図である。

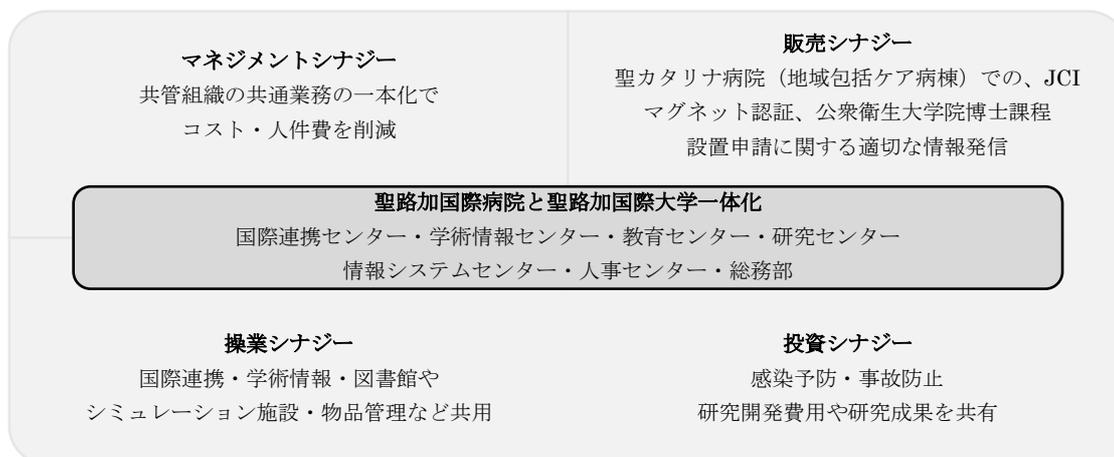
聖路加国際病院と聖路加国際大学の一体化が、経営多角化戦略によるシナジー効果を生んだ。学内・院内各所との連携によるウェブ広報の基盤整備及び情報収集体制の構築、品質の向上に努め、特に医療・教育担当者とメディア関係者との信頼関係を築くことで、社会への効果的な広報力を強化することができた。また、JCI・マグネット認証・公衆衛生大学院博士課程の設置申請などに関する情報を適切に発信することにより生じる販売シナジー効果や、病院と大学における共管組織の共通業務を一本化することでコストと人件費の削減につながり、マネジメントシナジー効果を生む。さらに、国際連携・学術情報・図書館やシミュレーション施設・物品管理などを、共同利用することによる操業シナジー、研究開発費用や研究成果を共有することによる投資シナジーがともに生じた。(図4-16)。

図4-15 聖路加国際病院と聖路加国際大学一体化共管組織図



出所：聖路加国際病院(2020年)『2019年度年次報告書』3頁に基づき筆者作成。

図 4-16 聖路加国際病院と聖路加国際大学との一体化による経営シナジー効果



出所：筆者作成。

一体化した病院事業と大学教育事業はシナジー効果を持ち、グループ組織全体の競争力を高めることが期待できる。シナジー効果は  $1+1=2$  ではなく、 $1+1=3$  以上の効果を発揮し、安定的かつ強固な財務基盤を築くことにもつながるため、法人の持続的成長につなげることができる。

## ② 医療インバウンドを取り込む水平型多角化戦略の展開

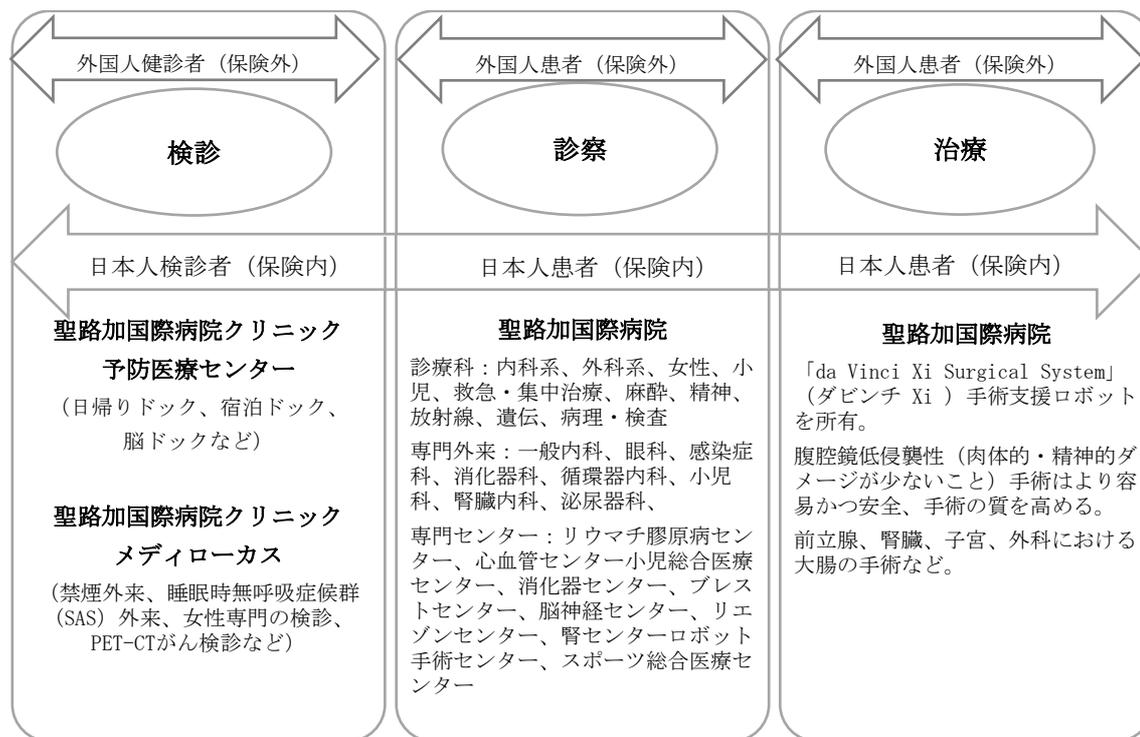
聖路加国際病院は、人口減少で先細りする国内の需要を補う新しい柱として、医療インバウンドに注目し、体制を整えてきた。医療機関の報酬は、すべての医療行為に対して国が定めた点数をもとにしている。保険診療の場合は 1 点 10 円で計算されているが、同病院は保険外診療の場合は 1 点 30 円に設定している。医療インバウンド利用者は保険外自費診療になるため利益率が高く、インバウンドを含む外国人患者の受け入れ対応を、病院の経営戦略の柱の一つとして育てている。医療インバウンドは、同じ医療分野における外国人患者・外国人受診者を対象とする新事業部門を拡張することとなるから、水平型多角化戦略の一環として捉えることができる（図 4-17）。

聖路加国際病院は、既存の医療サービス・医療資源を活かして、保険内の患者のほかに、保険外の新規外国人患者・外国人健診者を増やすことで事業収入を継続的に伸ばしている。この水平型多角化戦略は、同じ医療サービス面のシナジー効果が期待でき、リスクが低く、成長性・収益性が大きく改善される可能性が高い。企業にとっての水平型多角化は、一般的にハイリスク・ハイリターン型戦略といわれるが、医療サービスの場合は相対的にローリスク・ハイリターン型の多角化と考えられる。

医療インバウンドのなか、新規外国人患者・外国人健診者の開拓は、既存の患者と良好な関係を維持しながら、適切なターゲットに対する適切なアプローチが必要である。聖路加国際病院の新規外国人患者・外国人健診者の獲得経路には、病院を利用したことのある外国人

患者からの口コミによる紹介が 40%、病院ホームページなどにより直接的コンタクトが 30%、国内コーディネーター事業者の紹介が 20%、海外コーディネーター事業者の紹介が 10%である。近年、中国生保では、「日本で医療が受けられる」特約付き保険への加入が可能となり、今後、より多くの外国人患者が予想される。新規外国人患者・外国人健診者を開拓するためには、Web マーケティングや、国内外のコーディネーター事業者との関係強化が不可欠である。

図 4-17 聖路加国際病院の水平型多角化戦略：医療インバウンドの受け入れ



出所：聖路加国際病院の組織図を参考して筆者作成。

また、医療サービスを購入した外国人患者・外国人健診者の支払意思に見合う価格設定を行う必要がある。その支払意思には、サービスに対する対価で、外国人患者・外国人健診者の出身国やその国の医療サービス価格等の影響がある。したがって、外国人患者・外国人健診者が納得できる価格を設定するには、参照価格を把握する必要もある。表 4-18 は医療インバウンド受入サービスの費目である。

表 4-18 医療インバウンド受入れサービスの費目

		提供サービス	発生する費用
来日まで	事前準備	要望確認と必要書類準備、医療情報入手、保険加入手続き	受付スタッフ費、患者情報確認費用、医療情報翻訳費、保険契約代行費用
	医療機関決定契約	医療機関との日程調整、スケジュール確定、契約手続き、支払い代行、身元保証判断	医療機関と連絡費用、医師のスケジュール調整作業費用、必要書類作成費用、契約医療者・仲介人への手数料、支払い代行費用、与信調査費用
	来日準備	ビザ申請、渡航手配、病院との最終確認、来日の準備	発給身元保証費用、宿泊手配代行費用、必要書類送付費用、医療機関との連絡作業費用、書類作成送付費用
日本滞在中	来日	アテンド(家⇄空港⇄医療機関)	車両手配費用、人件費(看護師、運転士等)
	健診診察治療	付随通訳、同行者向けサービス、各種相談サービス、余暇オプションサービス	医療通訳費用、一般通訳費用、人件費、食事手配料、同行者の食事手配費用、宿泊費用、24時間コールセンター人件費、観光プラン提供サービス
	帰国	事務手続、アテンド(医療機関⇄空港)	診断書・入院証明書作成料、現地医療機関への紹介状作成費用、文書翻訳手数料、カルテ開示の手数料
帰国後	フォロー	現地医療機関との連携、家族サポート	現地医療機関への連絡・手続き費用、治療経過の確認と再診サポート、費用関病コンサルティング費用

出者：経済産業省（2010）「外国人患者の支払う医療費の取り扱い」、5頁に基づき筆者作成。

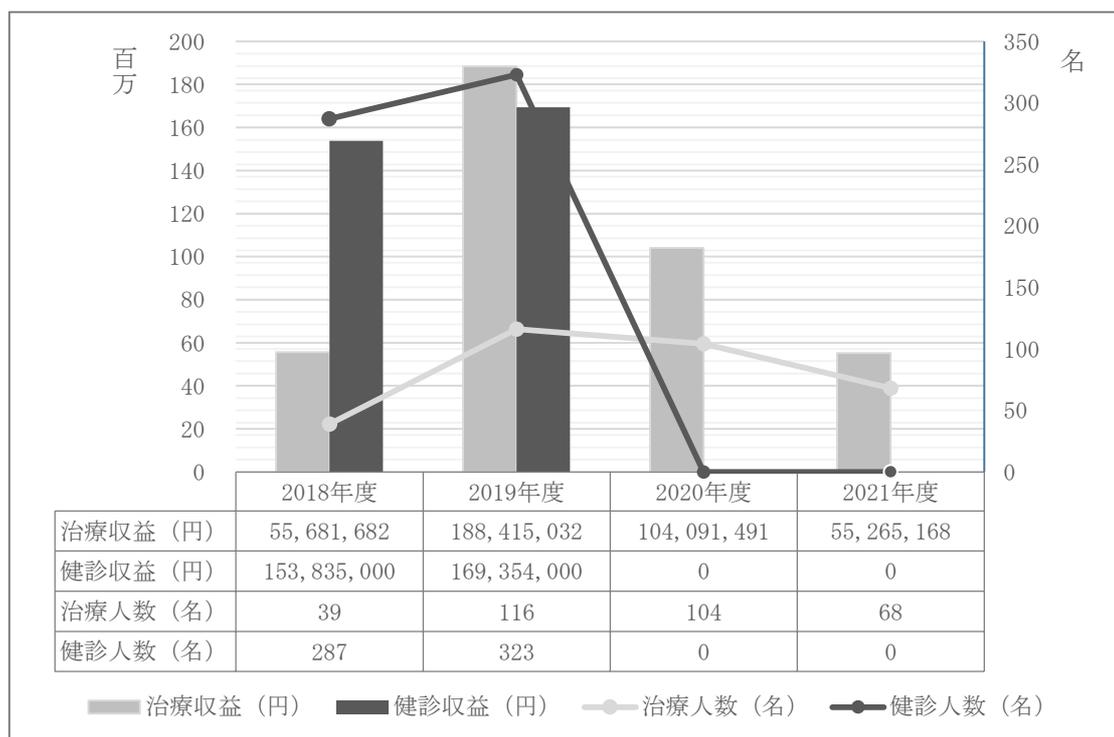
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/22fy\\_iryuuhi\\_kentoukekka.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/22fy_iryuuhi_kentoukekka.pdf)

聖路加国際病院は、外国人患者・外国人健診者が安心して受診できるように、院内表示の多言語化、全職員への英語学習支援などに力を入れている。外国人患者・外国人健診者の来院数の統計を始めたのは2004年である。来院数は2004年に12,955人であったが、2018年には3万2,000人に。入院患者は2004年に282人であったが、2018年には844人にまで増加し、それぞれ全体の患者数の5.0%、4.3%を占めている。外国人患者・外国人健診者の国籍は136カ国ほどで、多い順に中国、アメリカ、韓国、イギリス、インドで、外来患者の20人に1人は外国籍である。

2018年度から2020年度まで、当該病院の医療インバウンドの収益は全院収益のそれぞれ0.6%、1.11%、0.31%である<sup>43</sup>。図4-18は、当該病院医療インバウンド治療と健診収益の年次推移である。2018年から2021年10月まで医療インバウンド治療総人数は327名、健診総人数は610名である。推移を見れば、2018年の医療インバウンド治療人数はわずか39名であったが、2019年の治療人数は約3倍の116名に増加させた。その収益も3.4倍増となった。2020年と2021年の医療インバウンド治療人数はそれぞれ104名と68名である(COVID-19拡大する前に医療滞在ビザを所持)。また、2018年の医療インバウンド健診人数は287名、2019年は36名増の323名となっている。しかし、COVID-19の影響で2020年以後の健診人数は0となっている(政府の入国禁止措置によるもの)<sup>44</sup>。中国・韓国・台湾・香港など、主にアジアのなかでも日本と地理的に近く、アクセスの良い国と地域からの医療需要が

旺盛である。現在では、ワクチン接種が広がり、COVID-19 が落ち着くことによる今後の医療インバウンド需要の増加を期待しているとのこと、この新事業を堅持し、拡大させていく戦略に変更がないことはヒアリングを通して確認した。

図 4-18 医療インバウンド収益の年次推移（治療収益・健診収益）



※2021年度は2021年1月～10月までである。

出所：聖路加国際病院へインタビュー及び資料に基づき筆者作成。

医療の国際化を促進するための取り組みは、世界の様々な健康課題に貢献しながら、日本の経済成長に資するものであり、医療インバウンドは、国を挙げて取り組むべき施策の一つである。医療インバウンドを成功に導くためには、外国人患者・外国人健診者の満足度を高める価格設定であることはもちろん、病院が持続的に事業収入を生み出す価格設定が必要である。

聖路加国際病院の医療インバウンドへの取り組みは、結果として自院の事業増収と日本経済に多大な恩恵をもたらしている。優れた医療サービスには、市場創出の一環として事業の多角化という範囲の経済を追求し、事業増収が可能になった。収益事業の選択と意思決定において、経営者には、経営戦略論に基づく理性的判断と、情熱的、感性的な感覚が重要だといえる。今後、COVID-19 後の訪日外国人患者のニーズはますます高まっていくとの観点で、戦略として医療インバウンド受入れ体制さらに強化を図る。医療インバウンドと、医療サービスについて、医療で蓄積した技術やノウハウを活かし、外国人患者・外国人健診者の

受入れや医療の国際化へのPRなど、多角化経営を展開した本ケースは、当該病院自身の経営革新にとどまらず、医療産業全体にとってもベンチマークとなる成功事例であると確信している。

### 第3節 医療法人の多角化経営に関するアンケート調査

#### 3.1 アンケート調査の目的

医療法人を取り巻く環境の変化に対して、経営者が抱えている経営課題を掘むとともに、多角化をはじめとする経営戦略の活用状況などの実態を把握するために、日本の医療法人を対象に調査を実施した。本章前半における個別成功ケースに対するヒアリング調査は、経営者と対面して具体的に質問し、現場視察も行う定性的なものであるのに、アンケート調査は多数のサンプルから共通性や相異性、傾向を抽出する、定量分析の一環である。

#### 3.2 アンケート調査実施の概要

医療経営の現状分析に際して、個人名、機関や法人名の明記、掲示が本研究の進捗ににとって大きな壁となっていることを痛感した。今回のアンケート調査でも関係医療団体の協力を得るに至らなかったため、自治体が公表した医療法人の名簿をもとに個別にアプローチし、同意を得た上、質問紙の発送をする方法をとった。

医療は専門性と特殊性の高い業界であるため、アンケート調査の回収率向上に留意して、公的機関のホームページに掲載された病院名簿のなかから、地域・規模・診療科目などのバランスを考慮し、対象法人を抽出することに努めた。また、調査で得られた個人情報等の取り扱いについて本学の守秘義務規定を厳守し、学術研究使用目的を協力者に周知した上でアンケート調査を行った。このような工夫が功を奏し、限られたアンケート送付数となったが、回収率は想定外の高さであった。

##### ① 調査期間

2020年12月～2021年2月28日実施

##### ② 調査方法

質問紙の郵便郵送及びWeb送付

##### ③ 調査数・回収率

送付数：60件

回収数：45件

回収率：75%

④質問紙の内容について（詳細は本論文末付録Ⅰと付録Ⅱ参照）

大項目		小項目
A	サンプルの基本情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・役職形態</li> <li>・施設の属性</li> <li>・総病床数</li> <li>・常勤職員数</li> <li>・施設開設年数と所在地</li> </ul>
B	収支の状況について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2019年度の決算状況と経常利益率</li> </ul>
C	経営課題について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療経営の課題と収益向上の課題</li> </ul>
D	医療機関を取り巻く外部環境について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期的な課題と長期的な課題</li> </ul>
E	医療多角化経営の基本情報について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療多角化経営実施状況と事業種類</li> </ul>
F	医療多角化経営の取り組みについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療インバウンドとアウトバウンドの取り組み状況</li> <li>・他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への参入状況</li> <li>・介護事業との融合の取り組み状況</li> <li>・医療以外の収益事業の取り組み状況</li> </ul>
G	医療多角化経営の課題について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主な問題点と課題</li> </ul>

出所：筆者作成。

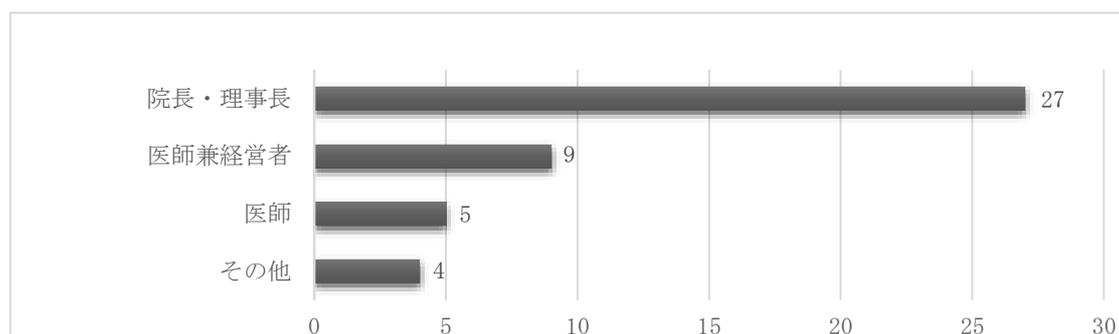
### 3.3 アンケート調査結果の整理

#### A. 協力者の基本情報について

##### 1. 役職形態について

「院長・理事長」が60%、「医師兼経営者」が20%で、「医師」が11%で、「その他」が9%であった（図4-19）。「その他」は、理学療法士兼施設経営者が1名、理事長補佐が1名、薬剤師兼経営補佐が1名、施設経営アドバイザーが1名であった。医療経営に関わっている回答者は全体の8割を占めている。

図4-19 役職形態（45件の回答）

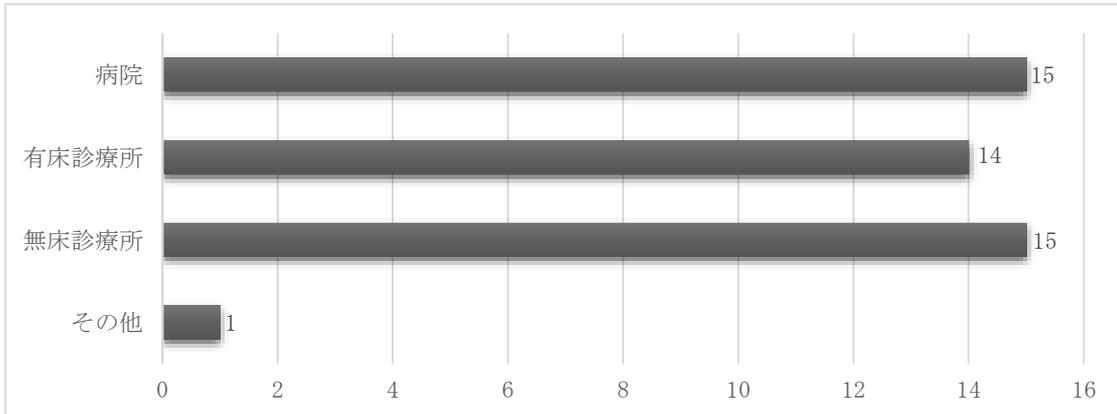


出所：筆者作成。

## 2. 施設の属性について

「病院」が33.3%、「有床診療所」が31.1%、「無床診療所」が33.3%、「その他」（健診機関）が1か所となっている（図4-20）。

図4-20 施設の属性（45件の回答）

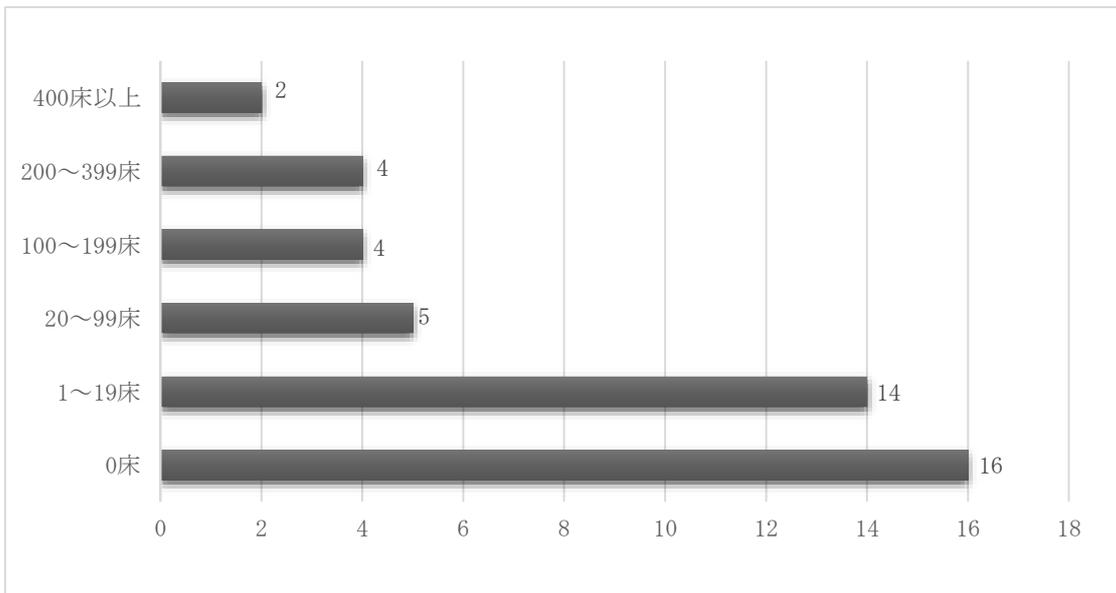


出所：筆者作成。

## 3. 総病床数について

「1～19床」が31%、「20～99床」が11%、「100～199床」・「200～399床」が各8.8%（地域医療支援病院4か所）、「400床以上」が4.4%（特定機能病院2か所）、「無床診療所」が36%となっている（図4-21）。

図4-21 総病床数（45件の回答）

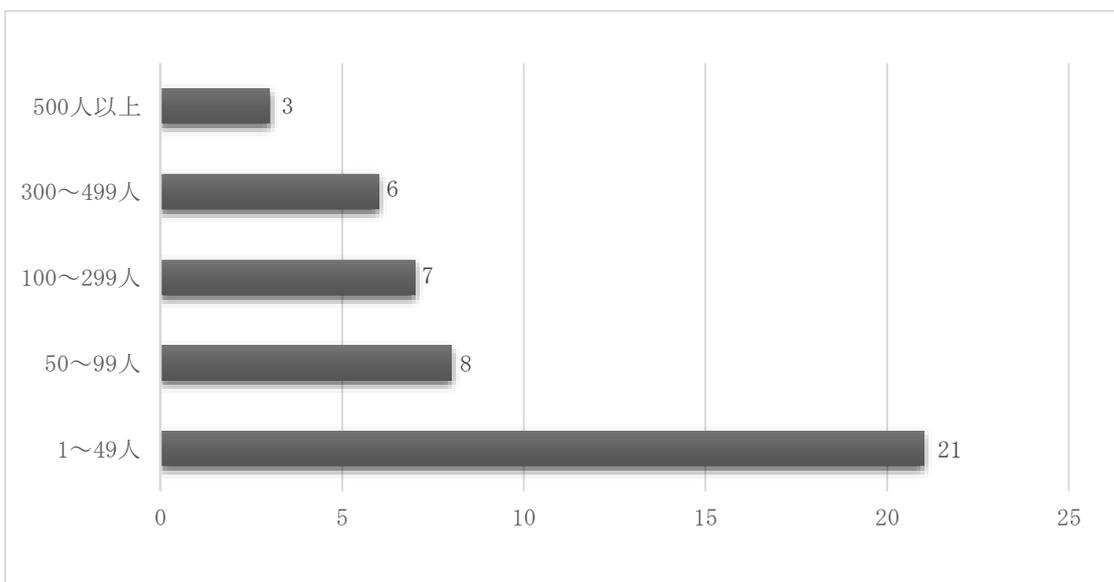


出所：筆者作成。

#### 4. 常勤職員数について

「1～49人」が47%、「50～99人」が18%、「100～299人」が16%、「300～499人」が13%、「500人以上」が6%となっている（図4-22）。

図4-22 常勤職員数（45件の回答）

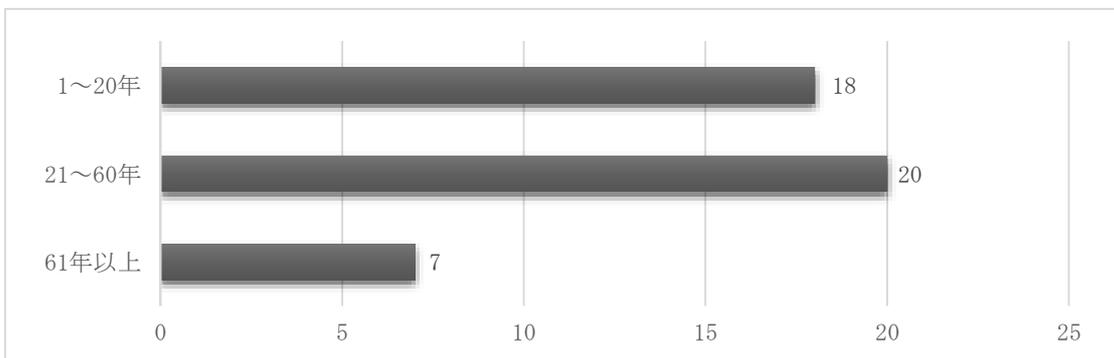


出所：筆者作成。

#### 5-1. 開設年数について

「21～60年」が44.4%、「1～20年」が40%、「61年以上」が15.6%となっている（図4-23）。1960年代から国民が医療を受けやすいように、国民皆保険制度を実現とともに医療機関も増えた。

図4-23 開設年数（45件の回答）

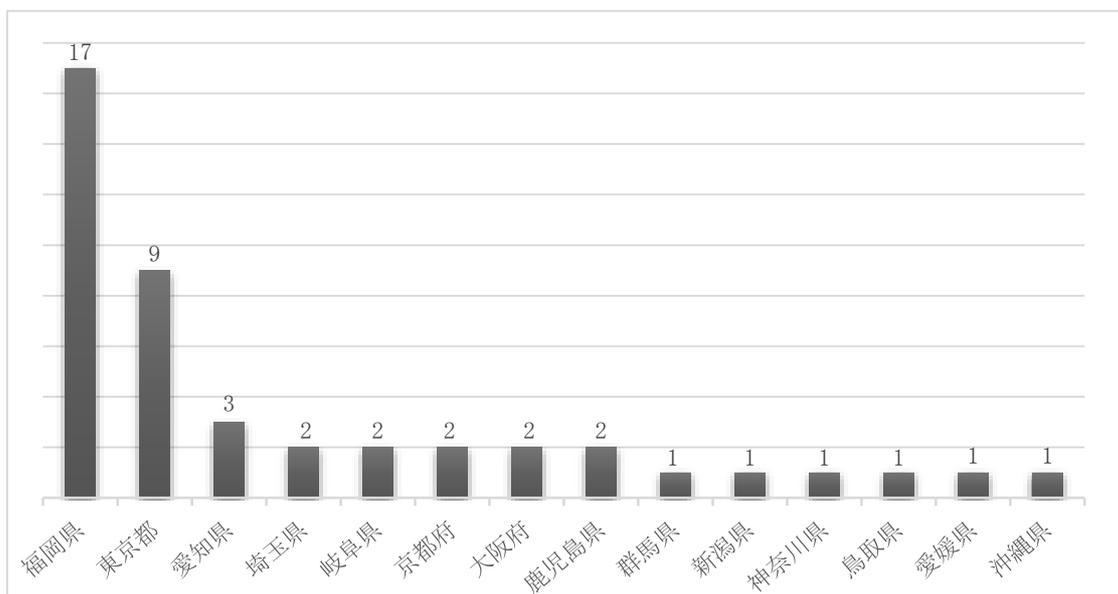


出所：筆者作成。

## 5-2. 所在地について

「福岡県」が17か所、「東京都」が9か所、「愛知県」が3か所、「埼玉県」・「岐阜県」・「京都府」・「大阪府」・「鹿児島県」が各2か所、「群馬県」・「新潟県」・「神奈川県」・「鳥取県」・「愛媛県」・「沖縄県」が各1か所から回答を得た（図4-24）。

図4-24 所在地（45件の回答）



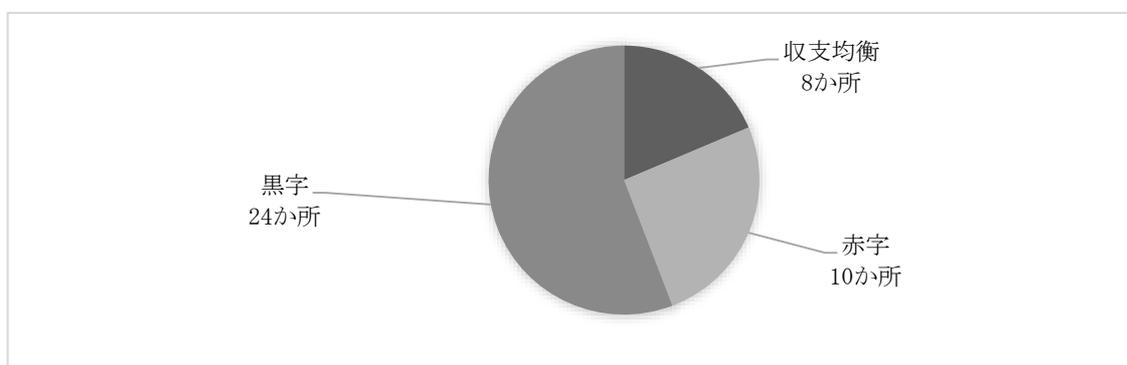
出所：筆者作成。

## B. 収支状況について

### 1. 2019年度の決算状況（医業収益）について

COVID-19発生する直前年度に、「黒字」経営が24か所（57%）、「収支均衡」が8か所（19%）、「赤字」経営が10か所（24%）となっている（図4-25）。

図4-25 2019年度の決算状況（42件の回答）

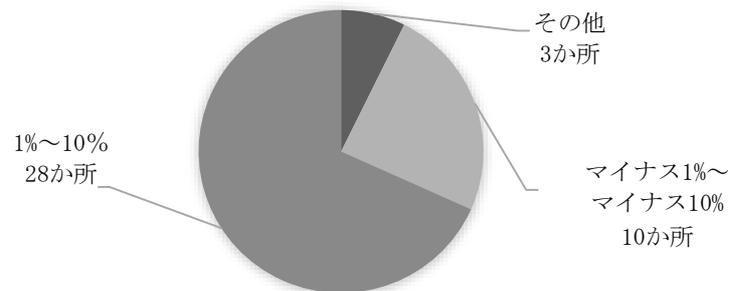


出所：筆者作成。

## 2. 2019年度の経常利益率について

COVID-19発生する直前年度に、「1%～10%」が28か所（68.3%）、「マイナス1%～マイナス10%」が10か所（24.4%）、「その他」が3か所（7.3%）となっている（図4-26）。

図4-26 2019年度の経常利益率\*（41件の回答）



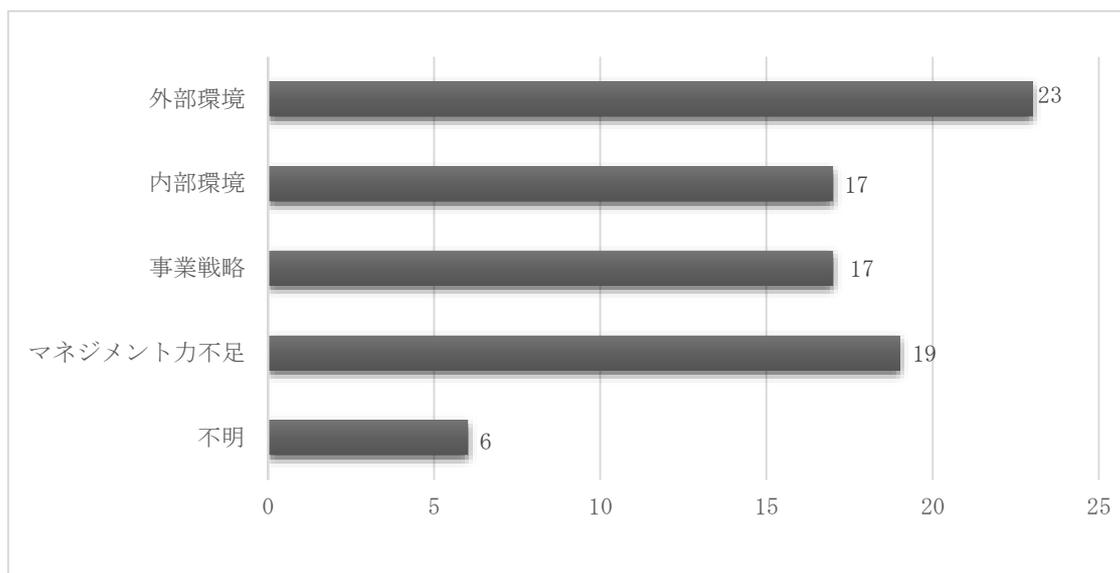
※経常利益率：医療事業収益と別に、ほかの事業収益も加算された結果と認識して設問を追加  
出所：筆者作成。

## C. 経営管理の課題と収益向上の課題について

### 1. 経営管理の課題について

「外部環境」が55%を占め、「内部環境」・「事業戦略」が各40%、「マネジメント力不足」が45%となっている（図4-27）。（複数回答なので、回答数合計は82件である。）

図4-27 経営管理の課題（42件の複数回答）

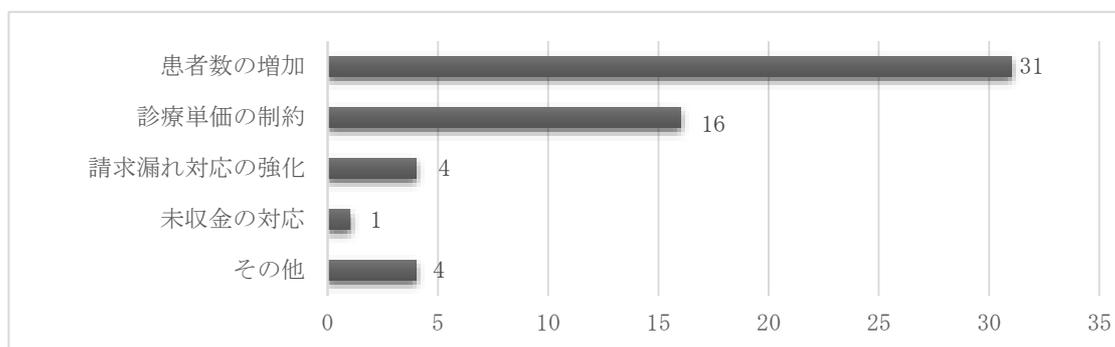


出所：筆者作成。

## 2. 収益改善の課題について

COVID-19 の拡大により「患者数の増加」が 31 か所 (72%)、「診療単価の制約」が 16 か所 (37%)、「請求漏れ対応の強化」が 4 か所、「未収金の対応」が 1 か所、「その他」が 4 か所となっている (図 4-28)。収益改善の課題「その他」は、「人材の育成」、「診療密度の向上」、「COVID-19 の収束」、「専門性の高い医師不足」がそれぞれ 1 か所と回答している。(複数回答なので、回答数合計は 56 件である。)

図 4-28 収益改善の課題 (43 件の複数回答)



出所：筆者作成。

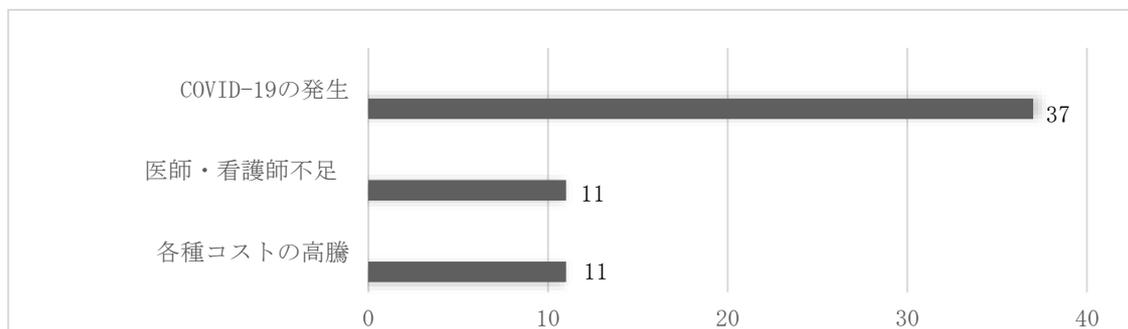
## D. 外部環境について (①～⑦まで影響の大きなものから順に 3 個選択)

- ①診療報酬改定 ②各種コストの高騰 ③医師・看護師不足 ④少子高齢化の進展  
⑤機能分化と連携を推進する制度改革 ⑥COVID-19 発生 ⑦地域医療介護福祉資源の不足

### 1. 短期的 (1 年以内) に影響が大きいものについて

「COVID-19 の発生」が 82% を占め、COVID-19 感染拡大による厳しい環境にあるといえる。ほかは、「医師・看護師不足」と「各種コストの高騰」が各 24%となっている (図 4-29)。(複数回答なので、回答数合計は 59 件である。)

図 4-29 短期的 (1 年以内) に一番影響が大きいもの (45 件の複数回答)

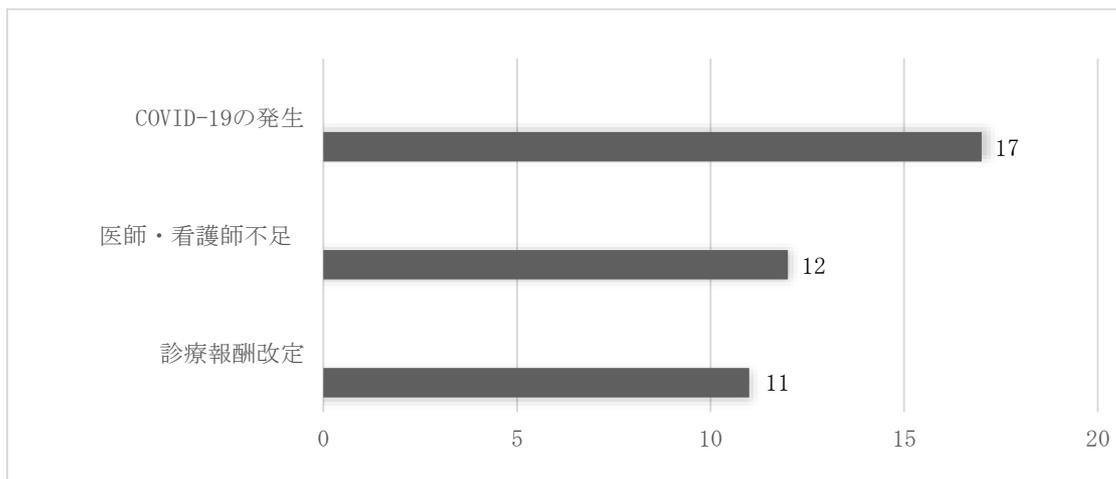


出所：筆者作成。

## 2. 長期的（5年程度）に影響が大きいものについて

図4-30をみると、「COVID-19の発生」が17か所（38%）、「医師・看護師不足」が12か所（27%）、「診療報酬改定」が11か所（24%）であった。

図4-30 長期的（5年程度）に一番影響が大きいもの（40件の回答）



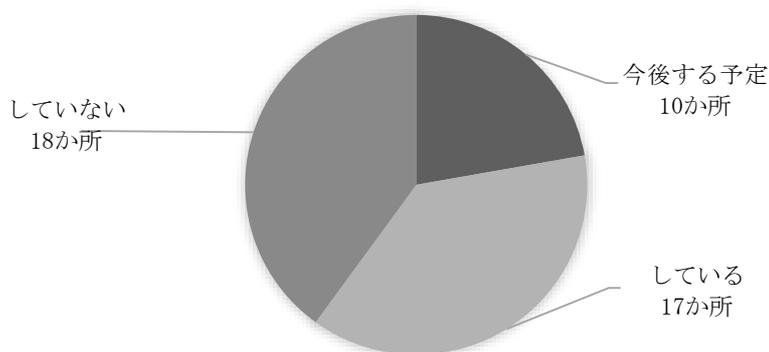
出所：筆者作成。

## E. 医療多角化経営の取り組みについて

### 1. 実施状況について

「多角化経営をしている」が17か所（37.8%）、「多角化経営をしていない」が18か所（40%）、「今後する予定」が10か所（22.2%）となっている（図4-31）。

図4-31 医療多角化経営の実施状況（45件の回答）

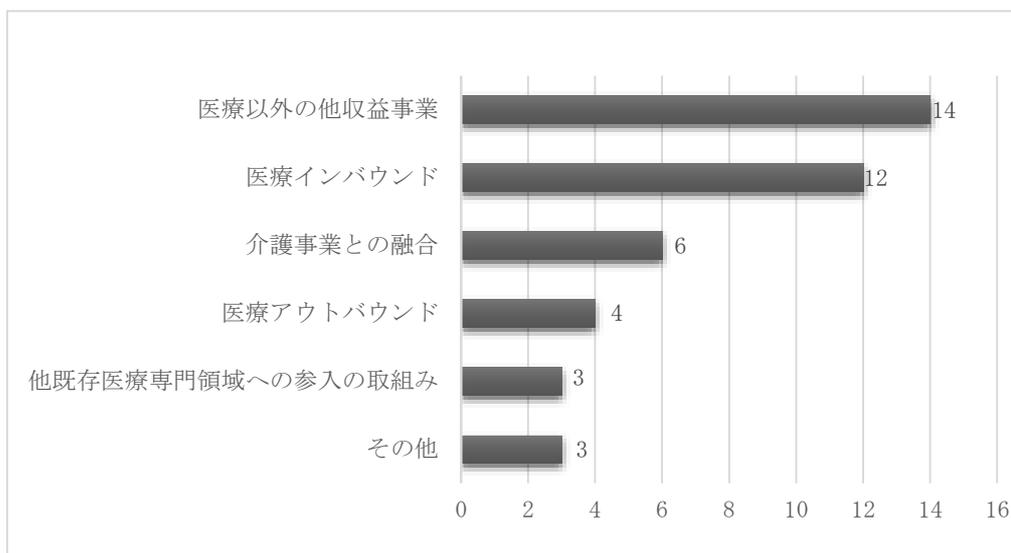


出所：筆者作成。

## 2. 種類について

「医療以外の他収益事業」が14軒(33%)、「医療インバウンド」が12軒(29%)、「介護お取り組み事業との融合」が6軒(14%)、「医療アウトバウンド」が4軒(10%)、「他既存医療専門領域への参入の取り組み」と「その他」がそれぞれ3軒(7%)となっている(図4-32)。

図4-32 医療多角化経営の種類(42件の回答)



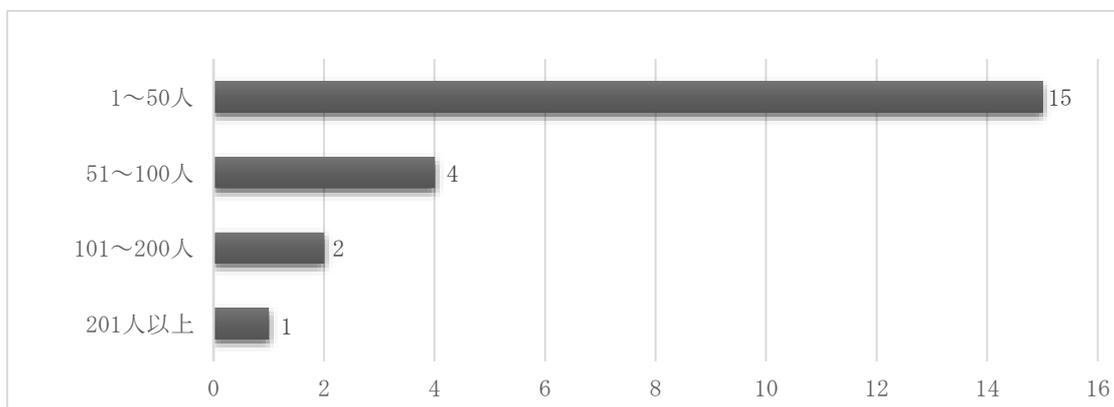
出所：筆者作成。

### F-1. 医療インバウンドの取り組みについて(健診または検査・治療)

#### 1. これまで受け入れた外国人患者数について

「1~50人」が68%、「51~100人」が18%、「101~200人」が9%、「201人以上」が5%となっている(図4-33)。

図4-33 受け入れた外国人患者数(22件の回答)

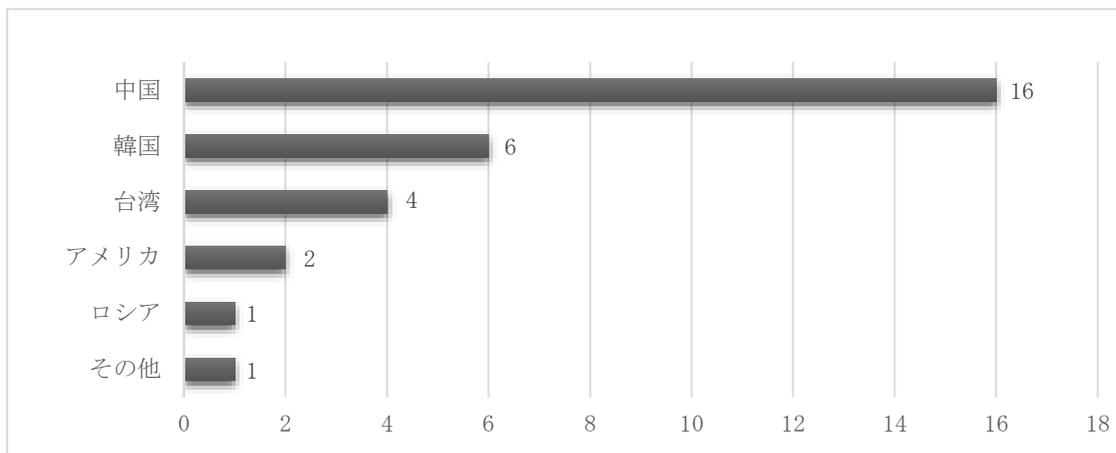


出所：筆者作成。

## 2. これまで受け入れた外国人患者の国籍について

「中国」が16か所(70%)、「韓国」が6か所(26%)、「台湾」が4か所(17%)、「アメリカ」が2か所、「ロシア」と「その他(ベトナム)」がそれぞれ1か所となっている(図4-34)。

図4-34 受け入れた海外患者の国籍(23件の回答)

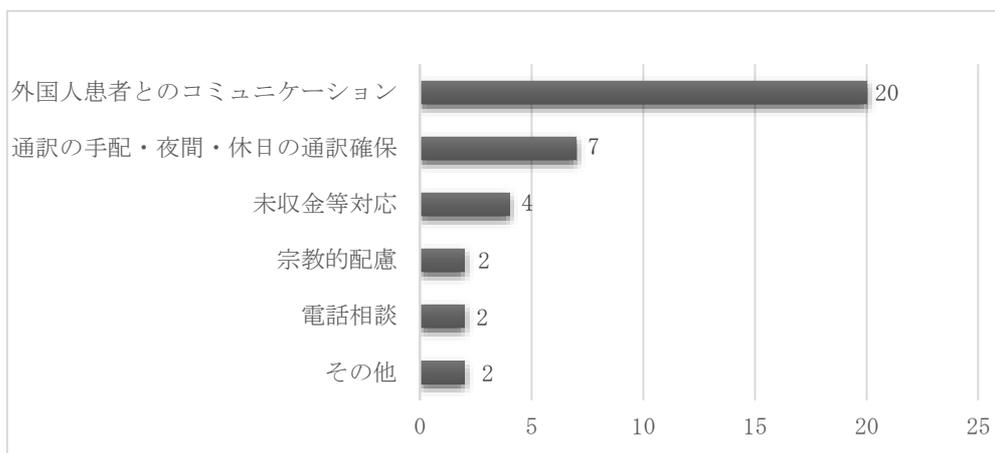


出所：筆者作成。

## 3. 医療インバウンドのなか、外国人患者受入れに関する問題点・課題について

「外国人患者とのコミュニケーション」が20か所(80%)、「通訳の手配・夜間・休日の通訳確保」が7か所(28%)、ともにコミュニケーションの問題と考えている。「未収金等対応」が4か所(16%)、「宗教的配慮」と「電話相談」と「その他」がそれぞれ2か所となっている(図4-35)。「その他」は「集患」と「費用」が各1か所であった。

図4-35 外国人患者受入れに関する問題点・課題(25件の複数回答)



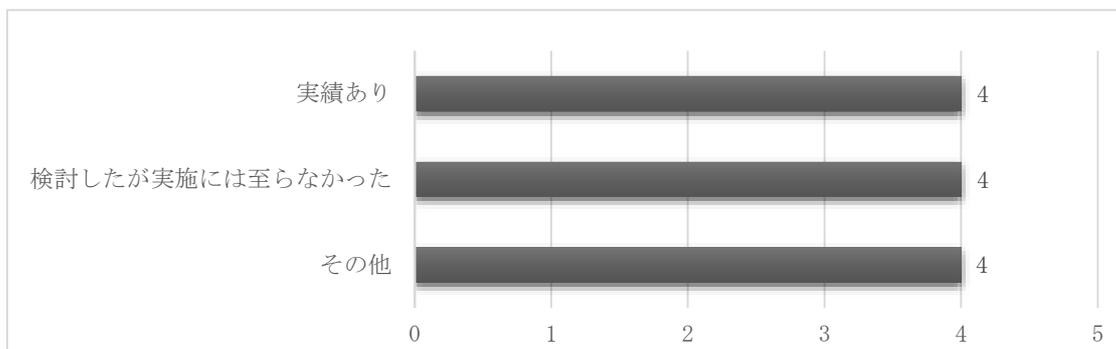
出所：筆者作成。

## F-2. 医療アウトバウンドの取り組みについて

### 1. 実績について

「実績あり、検討したが実施には至らなかった、その他」がいずれも 4 か所、それぞれ 33.3%となっている（図 4-36）。

図 4-36 医療アウトバウンドの実績（12 件の回答）

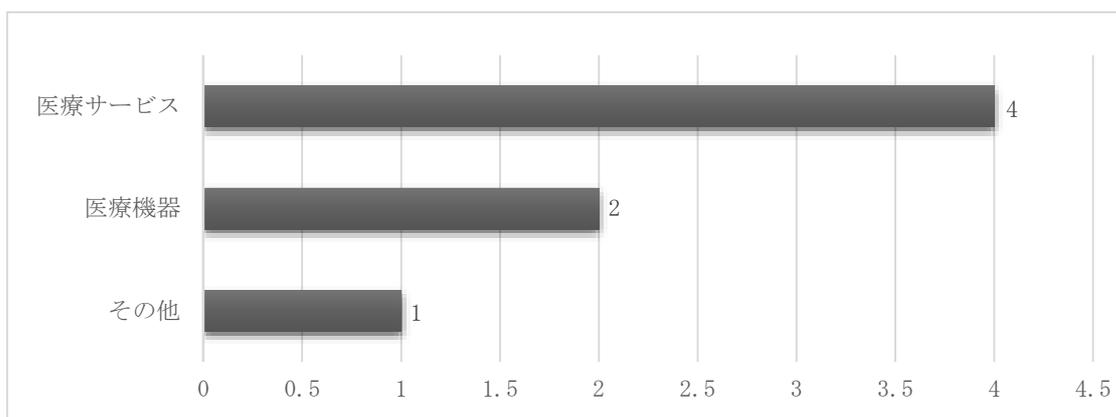


出所：筆者作成。

### 2. 種類について

「医療サービス」が 4 か所、「医療機器」が 2 か所、「その他」が 1 か所となっている（図 4-37）。

図 4-37 医療アウトバウンドの種類（7 件の回答）

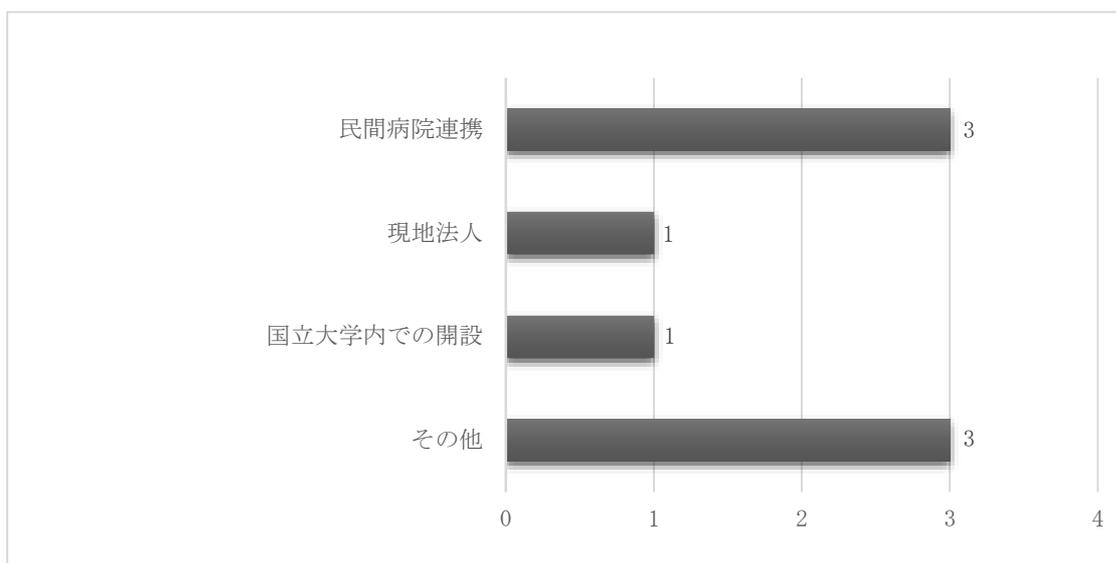


出所：筆者作成。

### 3. 組織について

「民間病院連携」が3か所、「現地法人」と「国立大学内での開設」が各1か所、「その他」が3か所となっている。「その他」は、1か所は現地とコネクションある会社に販売委託)であった(図4-38)。

図4-38 医療アウトバウンドの組織 (8件の回答)



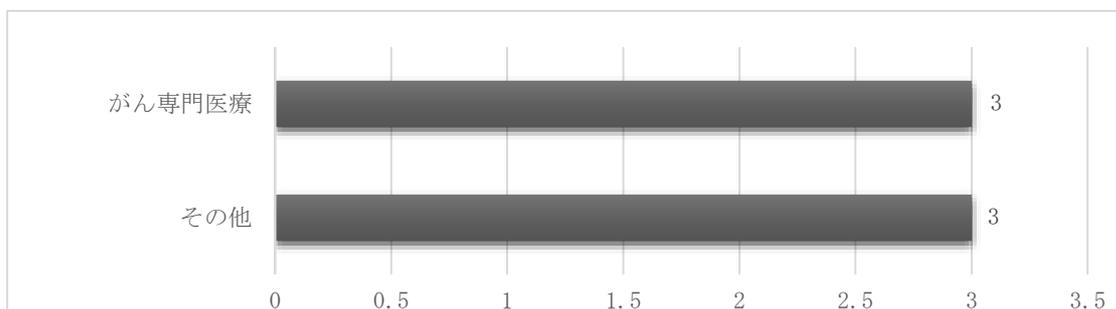
出所：筆者作成。

### F-3. 他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への参入の取組事業について

#### 1. 参入事業について

「がん専門医療」が3か所、「その他」が3か所となっている(図4-39)。「その他」は、「拡張方針がなし」が2か所と「訪問診療」が1か所であった。

図4-39 他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への参入事業 (6件の回答)

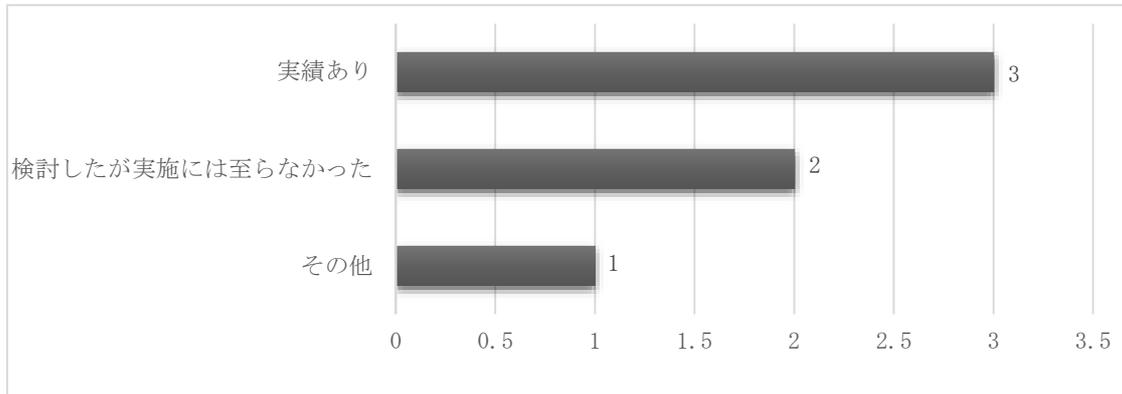


出所：筆者作成。

## 2. 参入事業の実績について

「実績あり」が3か所、「検討したが実施には至らなかった」が2か所、「その他」が1か所となっている（図4-40）。「その他」は、検討中であった。

図4-40 参入事業の実績（6件の回答）



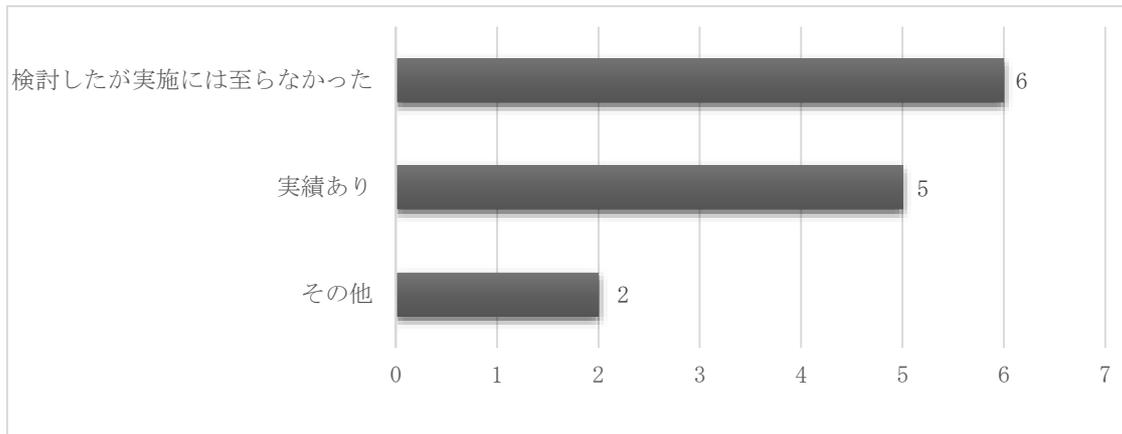
出所：筆者作成。

## F-4. 介護事業との融合の取り組みについて

### 1. 実績について

「検討したが実施には至らなかった」が6か所、「実績あり」が5か所、「その他」が2か所となっている（図4-41）。

図4-41 介護事業との融合の取り組み実績（13件の回答）

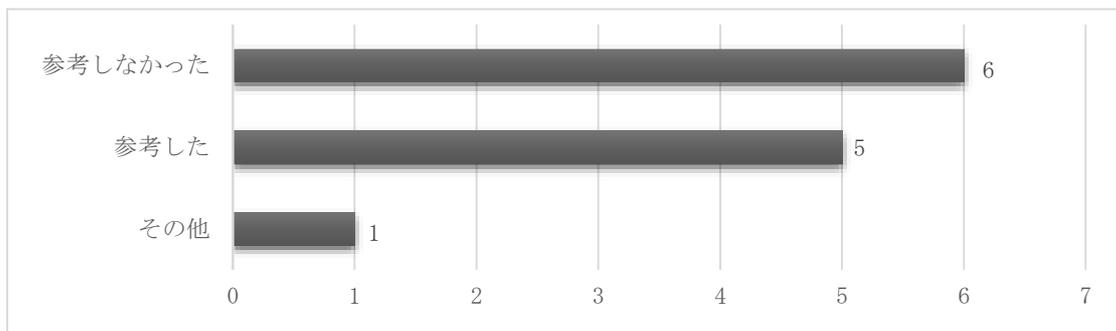


出所：筆者作成。

## 2. 同業他社のノウハウ等の活用状況について

「参考しなかった」が6か所、「参考した」が5か所、「その他」が1か所となっている（図4-42）。

図4-42 同業他社のノウハウ等の活用状況（12件の回答）

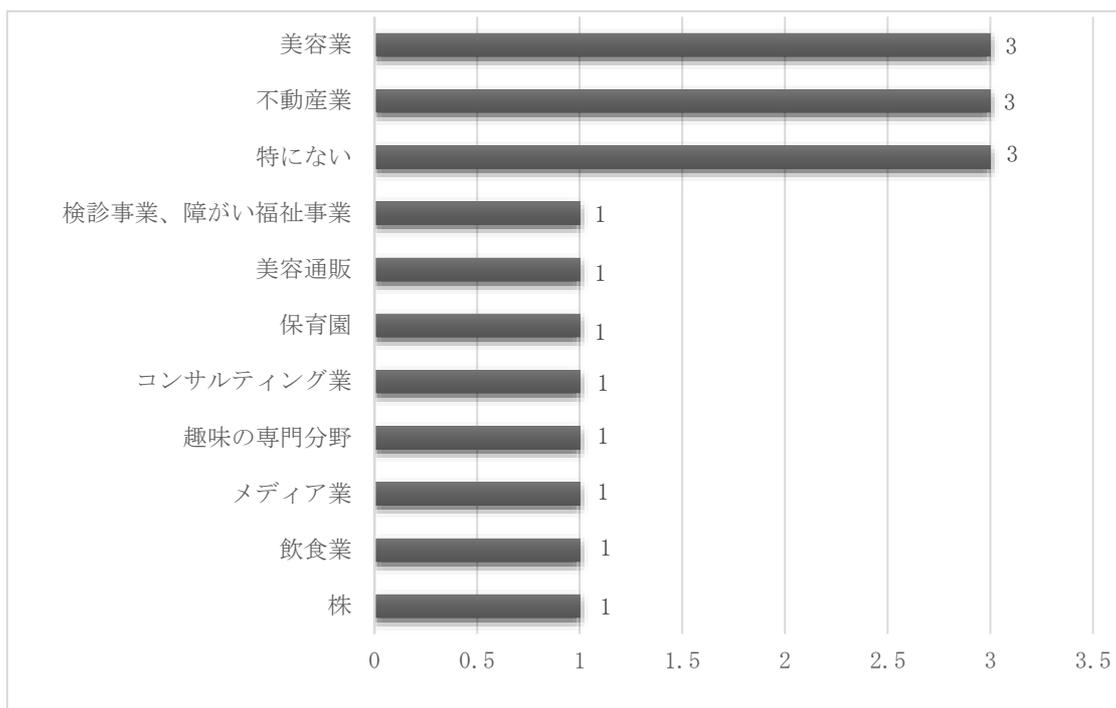


出所：筆者作成。

## F-5. 医療以外の収益事業の取り組みについて（自由記入）

「美容業」・「不動産業」が各3か所、ほかには「健診事業・障がい福祉事業」・「美容通販」・「保育園」・「コンサルティング業」・「趣味の専門分野」・「メディア業」・「飲食業」・「株」各1か所と答えている（図4-43）。

図4-43 医療以外の事業の取り組み（17件の回答）



出所：筆者作成。

G. 医療多角化経営の課題について、影響の重要度別に整理した。(自由記入 37 件の回答)

(1) 医療多角化経営の戦略に関する課題

- ① ヒト・モノ・カネ・情報など資源不足。
- ② 競合の開院 (環境分析・競合分析)。
- ③ 遠隔診療の取り組み方や COVID-19 後のインバウンド取り組み方。
- ④ 増収したいが、何をやっていけば良いか分からない。
- ⑤ 多角化経営の経験や知識不足。
- ⑥ 新人では出来るまでに時間がかかり、ベテランではコストがかかるため。優秀な人材を獲得難。
- ⑦ スタッフのモチベーションを刺激することが簡単ではない。
- ⑧ 研修や教育へのサポートができず、スタッフの養成難。
- ⑨ 優秀な資格者だけなら給料か有休制度で事足りる。しかし、優秀な人材を確保するためには、それを取り巻く環境が必要。
- ⑩ 医療従事者の確保と資質の向上。
- ⑪ 医療通訳者が現状で機能できない。
- ⑫ 知識不足、相談するところがわからない。
- ⑬ コスト・価格設定・集客・相談窓口など情報不明。
- ⑭ 高い価格を設定出来ない。
- ⑮ 情報収集能力で明暗を分ける。
- ⑯ マネジメント能力・マーケティング能力・ブランディング能力必要。

(2) 医療多角化経営のリスク・マネジメントに関する課題

- ① COVID-19 感染拡大により、病院と医療スタッフの負担は増え続けている。
- ② 診療報酬改定や法的な制約。
- ③ 国の医療・介護に関する中長期政策の方針転換や診療報酬改定による収益減。
- ④ 資金繰り困難。
- ⑤ ある程度の組織の規模を伴うので、通常の規模の診療所・クリニックでは難しい。
- ⑥ 競合の開院。

(3) 医療多角化経営の人間関係のマネジメントに関する課題

- ① 人間関係のマネジメントとチーム医療のコミュニケーション能力不足。
- ② スタッフのモチベーションを刺激することが簡単ではない。

(4) その他

- ① 日々の診療、手術が多忙。
- ② 多角化経営について医療関係者の認識が乏しい。

③ 医療法人は、基本的に非営利であり、営利目的ではない。

### 3.4 結果からの考察

本アンケート調査への回答は、筆者の地元北部九州中心にアンケート実施したため、17か所約4割の回答者の所在地は福岡県であった。図4-25と図4-26は、回答者の経営収支状況を示している。COVID-19発生する前の、2019年度の医療収支黒字の施設は約6割、経常利益率黒字の施設は約7割であった。図4-31と図4-32が示すように、約4割の施設が医療多角化経営をしている。その内訳の約4割の施設が医療インバウンドの取り組みを行っている。これによって、医療法人の経営の黒字化と経営多角化との関係が正の相関を有することがわかる。

本アンケート実施中に、世界も日本もCOVID-19感染第1波の最中にあつたため、医療法人の経営管理課題について、図4-27が示すように約6割の施設が外部環境に関するものであった。図4-28は、医療法人の収益向上の課題について、約7割の施設は増患（患者数の増加）であった。図4-29と図4-30は、外部環境における短期的（1年以内）・長期的（5年以内）に影響が一番大きいものは、ともにCOVID-19の発生であった。これは、COVID-19の感染拡大によって、患者や利用者は感染を避けて医療機関や介護施設などに行けない「受診控え」や「利用控え」と考える。また、患者の検査や手術の延期・中止、通常外来や入院体制の縮小など様々な問題も起きているし、減収に苦しむ医療機関や介護事業所の経営が大きな影響を及ぼしていると考えられる。今、COVID-19第4波の直後に変異型が猛威を振るっており、重症となるリスクが従来型に比べて1.4倍高い。With COVID-19時代の医療・介護の経営はますます厳しくなる。しかし、COVID-19の影響は突発的で、経営体制と直結しない側面があると考えられる。

図4-31から図4-38までは、医療多角化経営の取り組みにおける調査結果のなかで、約4割の施設は医療インバウンドを行っている。約5割の施設は外国人患者の受入れ経験がある。外国人患者受入れにおける問題点・課題としては、約8割の施設は外国人患者とのコミュニケーションであると回答した。近年、医療ツーリズムに代表される医療インバウンドは、日本の医療施設が外国人患者を受け入れる機会が増加している。2019年度訪日外国人者数は3,188万人（前年比2.2%増）となり、日本での旅行消費額は4.8兆円であり<sup>45</sup>、医療ツーリストと医療サービス消費額も入っている。医療インバウンドの受入れは、2010年に政府は『新成長戦略』を国家戦略と位置付け、外務省は医療滞在ビザの発行を始め、JCI認証を取得する医療機関も現れ始めている。

国家戦略でも重視される医療ツーリズムの推進は、アウトバウンドも入っている。今回の調査結果では、3か所の施設は医療アウトバウンドを行っている。その内容は、海外の民間病院との連携し、医療サービスや医療機器を提供している。医療インバウンドとアウトバウンドの成功には、相応の経営戦略が必要だが、本格化する可能性は十分あると調査で分かった。日本の医療サービスや医療機器の強みを海外に発信し、培った知識やノウハウを生かせ

ば、医療多角化経営の成功の可能性も十分あると考える。

一方、医療ツーリズムに伴い医療機関では、国籍が多様化の患者に対して、配慮した医療を提供することが求められている。外国人患者たちは日本語能力不足のため、医療機関も患者も受診時に感じたコミュニケーション上の不安や不満があると考ええる。この不安と不満はただの「言葉の壁」ではなく、国と国の習慣や文化の違い・治療方の違い・説明と理解の違いなどに関係がある。どのようなコミュニケーション能力を医療従事者が養うべきであるか。それは、慣習と文化の理解、通訳者に論理的かつ簡潔な説明・共感・思いやり・優しい言葉遣いを心がけるなどと考ええる。そのほか、医療従事者の語学教育や、医療コーディネーターの充足が必要と考えられる。

図 4-39 から図 4-42 は、他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への取り組み状況として、3 か所の施設は「がん専門医療」、1 か所の施設は「訪問診療」、3 か所の施設は「実績があり」と回答が寄せられた。一方、介護事業との融合の取り組み実績として、5 か所の施設は「実績があり」、6 か所の施設は「検討したが実施に至らなかった」。そのなかには、5 か所の施設は「同業他社のノウハウ等の活用をしている」。他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への取組み施設は多くはなかったが、自院の状況や強みをふまえて、ニーズに合わせた医療専門領域や高付加価値領域への拡張も多角化経営の成功の可能性は十分あると考える。

また、医療以外の収益事業として取り組んでいることは、「美容業」「不動産業」「健診事業」「障がい福祉事業」「美容通販」「保育園」「コンサルティング業」「趣味の専門分野」「メディア業」「飲食業」「株」といった回答が寄せられた（図 4-43）。医療法人は、法令により認められていないものを除き、収益事業を営むことができる。医療法第 39 条、第 42 条による、医療法人は本来業務（医療の提供）以外に、附帯業務（薬局・保育園・老人ホームなど）、収益業務（農業・林業・製造業・小売業など）、附随業務（院内売店・敷地内の駐車場など）を行うことができる。COVID-19 により医療経営環境の悪化は一時的なものと考ええるが、COVID-19 収束後の病院を取り巻く経営環境の悪化はしばらく継続的なものと予想される。厳しい経営情勢のなか、保健・医療・福祉分野にとどまらず、多角化によって病院の使命を達成し続けていくのも一つの対策と考える。

さらに、医療多角化経営の課題について、37 件のコメントが寄せられた（自由記入方式）。課題の重要度別に 3 点整理した。

- ① 医療多角化経営の戦略に関する課題（16 件）。
- ② 医療多角化経営のリスク・マネジメントに関する課題（6 件）。
- ③ 医療多角化経営の人間関係のマネジメントに関する課題（2 件）。

医療多角化経営の目的は、自院の使命を達成し続けるためである。そして、医療経営の拡張や黒字経営を目指す戦略として、具体的な計画と目標管理に細分化しなければならない。

以上では、多角化経営戦略の策定に際して、明確なミッションを意識したビジョンの提

示が最優先課題であると考え。しかしながら、リスク・マネジメントも多角化戦略の遂行にとって重要である。医療事故や医療ミスが発生するとその医療機関の患者は減少し、医療収入の減少にも繋がるし、経営上の大きなリスクとなる。特に病院の規模が大きいほど様々な課題が発生しやすい。

上記をふまえて、医療法人の多角化経営に関する主な課題の改善策と提言を次の章で述べたい。

## 本章のまとめ

本章は、医療法人の多角化経営の成功モデルのインタビューによる実態調査をふまえて、具体的な経営多角化パターンを検証し、更にアンケート調査をふまえ、医療法人の多角化経営の現状や課題の分析にウェイトを置いた。

成功モデルケースⅠとしては、ふらて会グループの医療、福祉分野への取り組みについては、結果として時代の流れを先取りしたものとなっている。グループによる地域に存在する満たされないニーズを敏感に新たに事業化したことで、他医療機関が真似や制度の後追いが出来ない、という差別化された事業であることが判明した。医療法人は適切な多角化経営戦略を立案・実行することで、中小規模医療法人でありながらも地域の医療福祉サービスに大きな影響を与えることができたという意味において、参考となる成功事例である。

また、成功モデルケースⅡとして、聖路加国際病院は、インバウンド客を対象とした医療の国際化に向けた取り組みにより、市場創出の一環として事業の多角化という事業の拡大を追求し、事業増収が可能になり、各国の様々な人々の健康課題に貢献しながら、日本の経済成長に資するものであることが判明した。医療多角化経営の成功経験やモデルを、医療産業に広く共有することによって持続発展を促進する意義があり、参考となる成功事例と考える。

インタビュー調査により医療多角化経営の具体的な成功モデルを考察し、更にアンケート調査を実施した結果、医療法人の多様な新規事業分野へと進出を行うことは、経営黒字化実現にとって重要な要素と認識できたし、医療多角化経営のマネジメントの強化や医療従事者の処遇改善などについても非常に重要な課題となってくる。

少子高齢化や消費税増税、COVID-19の発生などを考慮すれば、今後も医療経営の条件がいつそう厳しくなることは明らかである。しかし、多角化経営の成功経験を医療産業に広く共有することによって、医療機関の経営改善だけでなく、持続発展促進が重要であると認められる。

次の章では、本論の分析枠組みに沿った各章発見の再整理とともに、医療マネジメントの強化策により医療多角化経営の解決策を提言する。

- <sup>1</sup> 内閣府「平成30年度（2018）令和元年版高齢社会白書高齢化の状況」3頁。
- <sup>2</sup> 総務省統計局の「人口推計」2020年10月報。  
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html>
- <sup>3</sup> 厚生労働省（2013年）「地域包括ケア研究会報告書」1頁。
- <sup>4</sup> 厚生労働省（2019）「介護保険事業状況報告（暫定）」1頁。
- <sup>5</sup> 北九州市保健福祉局地域福祉部介護保険課（2020）「介護保険制度の実施状況について」2020年8月分、1頁。
- <sup>6</sup> 東京商工リサーチ（2020）『2020年1-9月「老人福祉・介護事業」の倒産状況』。  
[https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20201008\\_01.html](https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20201008_01.html)
- <sup>7</sup> 福岡県（2017年）「地域医療構想」概要版、18頁。
- <sup>8</sup> 経済産業省（2015）「将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会」報告書、2頁。
- <sup>9</sup> 公益財団法人介護労働安定センター（2017）「介護労働実態調査の結果」1頁。
- <sup>10</sup> 経済産業省（2016）「海外における日本医療拠点の構築に向けた研究会」8頁。
- <sup>11</sup> 一般社団法人メディカルツーリズム協会「JCI認定医療機関」。  
[https://www.medical-tourism.or.jp/jci\\_list/](https://www.medical-tourism.or.jp/jci_list/)
- <sup>12</sup> 日本政府観光局（2020年）「訪日外客数2019年12月及び年間推計値」1頁。
- <sup>13</sup> 国土交通省観光庁（2020年）「2019年の訪日外国人旅行消費額」1～4頁。
- <sup>14</sup> 国土交通省観光庁（2018年）「観光庁資料」1頁。
- <sup>15</sup> 日本政策投資銀行レポート（2010年）「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向～」4頁。
- <sup>16</sup> 日本政府観光局（2020年）「訪日外客数」2頁。
- <sup>17</sup> IMCOホームページ「医療ツーリズムの現状」より。  
<https://i-mco.co.jp/medical-tourism>（2021年8月21日）
- <sup>18</sup> マグネット認証プログラムは、アメリカ看護師認証センター（The American Nurses Credentialing Center, ANCC）が、看護の卓越性を評価する厳しい基準を満たした医療機関を認証するものである。
- <sup>19</sup> 学校法人聖路加国際大学（2018年度）『年次報告書（聖路加国際病院）』2020年6月発行。
- <sup>20</sup> 卒後臨床研修評価機構（JCEP）は、国民に対する医療の質の改善と向上をめざすため、臨床研修病院における研修プログラムの評価や人材育成等を行い、公益の増進に寄与することを目的とするNPO法人である。
- <sup>21</sup> 聖路加国際病院は、「医療の質を表す指標の測定・公開と改善活動」が高く評価され、ESQR(European Society for Quality Research/欧州質研究学会)より、2016年欧州ベストプラクティス賞を受賞した。同賞は、Quality CultureならびにQuality Improvementを促進することを目的とした、スイスのローザンヌ地方を拠点とするESQRが主催し、世界中の企業、組織の中で様々な分野における顕著な質改善の取り組みの功績が認められた団体を表彰するものである。
- <sup>22</sup> 聖路加国際病院は、2019年11月に、看護の専門性・チームワーク及び優れた患者ケアの反映である、Magnet Recognition（マグネット認証）を日本で初めて取得した。マグネット認証プログラムは、アメリカANCC（The American Nurses Credentialing Center/看護師認証センター）が、看護の卓越性を評価する厳しい基準を満たした医療機関を認証するものである。マグネット認証を受けている医療機関では、医療の質や患者満足度、看護師の職務満足度などに関するいくつかの指標で、他の医療機関よりも良い結果を示しているとされている。
- <sup>23</sup> ルドルフ・ボリング・トイスラー（1933）、聖路加国際病院記念碑より。
- <sup>24</sup> 聖路加国際病院ホームページより。  
<http://hospital.luke.ac.jp/about/philosophy/index.html>
- <sup>25</sup> 周術期センターは、患者が早く元の生活に戻れるように、安全に手術が行われる体制を手術の前から患者と一緒に整えていくことである。例えば、手術予定患者の術前評価・入院後の術前・術中管理・術後集中治療室や病棟での術後鎮痛・術後回復強化などを、多職種チームにより円滑な医療を行うことである。
- <sup>26</sup> 近年、がん組織を用いて一度に複数の遺伝子変異を調べる検査（がん遺伝子パネル検査）が可能になり、患者一人一人のがんの性質に合わせて治療薬を選択できるようになっている。これら一連のがん患者を対象にした遺伝子変異に基づく医療をがんゲノム医療と意味する。
- <sup>27</sup> リエゾンとは連携を意味するフランス語である。身体と精神・メンタル関連科と身体各科のつながりと連携を意味している。聖路加国際病院は、2014年に心療内科・精神科・精神腫瘍科の3科が「リエゾンセンター」となり、メンタルないし心身相関の治療に協同・分担している。
- <sup>28</sup> オンコロジー（oncology）とは腫瘍学、すなわちがんの医学と意味する。聖路加国際病院のオンコロジー

---

ーセンターは、特に化学療法に特化したがん診療部門として2009年にスタートしている。がんの専門知識を持つ様々な分野のプロが結集し、抗がん剤療法を中心としたがん診療を行っている。

- <sup>29</sup> 聖路加国際病院(2019年)『2018年度事業年次報告書』全体報告02、12頁。
- <sup>30</sup> 福井次矢(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』診療部事業総括。
- <sup>31</sup> 増田勝紀(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』予防医療センター事業総括。
- <sup>32</sup> 藤田善幸(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』聖路加メディローカス事業総括。
- <sup>33</sup> 山内淳子(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』聖路加助産院マタニティケアホーム事業総括。
- <sup>34</sup> 聖路加国際病院、前掲註(29)12頁。
- <sup>35</sup> 佐々木佳子(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』訪問看護ステーション事業総括。
- <sup>36</sup> 聖路加国際病院、前掲註(29)12頁。
- <sup>37</sup> 福井次矢(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』事業総括。
- <sup>38</sup> ANCC(アメリカ看護師認証センター)ホームページより。  
<https://www.nursingworld.org/magnet>
- <sup>39</sup> Nancy Cooper. (2020) 'The World's Best Hospitals 2020 - Top 100 Global' *Newsweek web site*.  
<https://www.newsweek.com/best-hospitals-2020>
- <sup>40</sup> 聖路加国際病院で行われた、QI指標を用いた医療の質改善事例の考察により。  
<http://hospital.luke.ac.jp/about/graph/index.html>
- <sup>41</sup> 久保田純子(2019)『聖路加国際病院2018年度年次報告書』患者サービス課。
- <sup>42</sup> 同上掲資料。
- <sup>43</sup> 聖路加国際病院へのインタビュー及び資料に基づく計算結果である。
- <sup>44</sup> 政府は、COVID-19拡大する前に、日本において治療等を受けることを目的として訪日する外国人患者に対し医療滞在ビザを発給されている。2020年と2021年の医療インバウンド治療人数はそれぞれ104名と68名はその医療滞在ビザを所持している。また、2020年以後は、COVID-19の影響で政府の入国禁止措置による医療インバウンド健診人数は0となっている。
- <sup>45</sup> 観光庁(2020)「令和2年版観光白書について」7~8頁  
<https://www.mlit.go.jp/kankochu/content/001348279.pdf>

## 第五章 総合考察と提言

日本は世界の先進諸国中最も高齢化が進んだ国となるに伴い、国民医療費負担が増加の一途を辿ってきた。少なからずの医療機関も前述の制度上の構造的な課題により、医療資源の不足に代表される厳しい経営環境に直面し、医療事故の多発に見舞われ、赤字経営を強いられてきた。また、COVID-19 の蔓延が、かねてから危惧されてきた医療崩壊の課題を更に顕在化させた。今までになく急速に医療経営環境は厳しくなり、今後さらに悪化するのではと危惧されている。したがって、国民の健康生活を支えてきた医療制度を維持するためには、医療制度の構造的な課題の解決や持続可能な保健医療システムの再構築、戦略的医療経営などに対する考察と政策提言が強く求められている。

本研究の狙いは、世界的な人口の増加や、経済成長に伴う医療ニーズの増大が続くなか、日本の少子高齢化の定着がもたらす医療制度の課題、需要と供給の不均衡により引き起こされる医療システムの機能不全（医療崩壊）、医療機関における医療経営視点の欠落などの課題を分析し、その回避策の提言を行うとともに、医療法人の多角化経営戦略の機能と役割、存在する具体的な成功モデルのパターンを明らかにすることにあつた。特に日本における医療法人の多角化経営モデルに関する考察をふまえて、経営革新に関する政策提言を行うことを目指している。

アプローチの方法としては、複合的な視点から日本における医療制度・医療システム・経営戦略領域に関する各種公開資料、先行研究成果の収集と分析を行ったうえ、特に経営戦略分析の枠組みを定めること、医療機関に通じる人脈を活用した医療法人の多角化経営の実態に関するサーベイ調査を進め、モデル発掘をすることにした。具体的に、一部医療法人を抽出し、経営者ヒアリング調査による事例研究を行い、合わせて広域の医療機関に対するアンケート調査を実施した。これらをふまえて、マクロとミクロの多角的な視点から医療機関を取り囲む多種多様な経営課題の解決につながる、現存する多角化経営の成功的な取り組みを経営戦略論の視点から探った。

第一章では日本医療制度の構造的課題分析、第二章では日本における医療崩壊に対する考察、第三章では医療機関の経営戦略の枠組みに関する考察、第四章ではケース調査とアンケート調査をふまえて、日本の医療法人の多角化経営戦略の考察を行った。

本章では、本論文各章の分析から得られた研究の所見を整理し、総合的な考察を行い、合わせて課題の解決策を提言する。

### 第1節 本研究の発見と課題の析出

#### 1 日本における医療制度の特徴及び課題

日本における医療機関の経営戦略を取り囲む環境要因として、医療制度の現状及び OECD 先進国の医療制度供給の実態に関する国際比較を行い、医療制度の特徴と構造的な課題を

明らかにした。

日本医療制度の特徴としては、次の4点を挙げるができる。

- ①国民全員を公的医療保険で保障（社会保険方式）。
- ②安い医療費で高度な医療が受けられる（国は医療費負担70～90%、高額療養費制度）。
- ③医療機関を自由に選べる（フリーアクセス制）。
- ④医療機関は開業が自由である（民間医療機関中心の医療提供体制）。

日本の医療制度が健康寿命の延伸に貢献している一方、超高齢者増加に伴い増え続ける財政負担、医療財政の圧迫による医療費の削減が医療崩壊や医療機関の経営難を誘発したことを構造的な課題としてクローズアップさせた。具体的に1980年代から政府が総医療費抑制の名目の下、国公立大学を中心に医学部定員は削減され、並びに2000年代から新医師臨床研修制度の実施により大学医学部の医師派遣機能低下、女性医師の増加、診療所開業の増加などの影響により過疎地域の医師不足、救急医療のキャパシティ不足の課題がもたらされたことを明らかにした。

現在、先端医療技術の発展、医療に対する需要の増加などによって、さらに医療費負担が増加しつづけている。特に、COVID-19の感染拡大により医師の偏在や不足をはじめ、病床機能の不備や患者の在宅支援体制・自宅療養体制の未整備など、国民の命を守る医療提供体制の基盤が脆くなっている状況が明らかになった。今後、限定的な資源の中で、国民が安心でき、持続可能で高質な医療提供体制を構築することが重要な課題である。

## 2 日本における医療崩壊発生の特徴と真因及び課題

日本における医療機関の経営戦略を取り囲む環境要因として、医療制度の特徴と構造的な課題をマクロ分析した上、同じくイギリス・アメリカと国際比較しながら、日本の医療崩壊の特徴を掴み、ミクロ分析で医療崩壊の発生の真因及び課題の解明に努めた。

筆者は医療崩壊を医療サービスや医療資源の需要と供給バランスが崩壊した医療システムの機能不全の状態と定義した。医療サービスは、安心安全な医療行為と医療技術などによって代表されるもの。さらに、医療資源としては、医療従事者だけでなく、薬品や医療機器なども挙げられる。高齢患者や重症患者、救急患者、一般患者の医療サービスの需要が過剰している一方、医療サービスや医療資源の供給不足により、医療制度・財源・医療従事者・医療機関など複数の要因がお互いに影響しあって、医療システム全体の機能不全がさらに深刻化している現実をクローズアップさせた。

特に、COVID-19の感染拡大によって、治療の最前線で戦っている医療機関が医師不足や病床不足、さらに経営難に陥った結果、従来の医療提供体制が維持できなくなって、一部医療崩壊が起きてしまったことがクローズアップされている。

医療制度や医療経済の専門家真野（2021）は、「日本は、HCU（高度治療室）などもうまく使いながらなんとか医療崩壊せずに、2020年の感染拡大の難局を乗り切った」と主張している<sup>1</sup>。2021年1月、日本医師会会長である中川氏は日医定例記者会見で、「緊急事態宣言が

発令された地域では通常の入院患者の受け入れ先がないケースが生じており、COVID-19 の医療と通常医療が両立できない、まさに医療崩壊の状態にある」と危機感を表明している<sup>2</sup>。

イギリス・アメリカ・日本の医療崩壊のパターンを整理した。イギリスにおいては、サッチャー政権で実行された医療費増の抑制政策によって医療制度の荒廃が進んだ。アメリカでは、オバマ政権で目指した無保険者を削減するためのオバマケアが、トランプの大統領当選で実現不可能となり、さらに高齢化の進展と医療技術の進歩の結果、医療費の増大が止まらなくなった。日本の場合は、急速な少子超高齢化で、財政難や医師不足などがもたらす医療提供体制の脆弱さが露呈した。

日本における医療崩壊発生の主な真因としては、財政再建を優先させた医療費削減策、医療政策・医療行政による過剰な規制の存在を明らかにした。また、医療費抑制政策を背景とした経営悪化により勤務医が過酷な労働を強いられ、医療現場での専門人材の供給不足、特に医師の地域偏在や診療科偏在などは医療システムの機能不全（医療崩壊）を深刻化させた。さらに、医療機関には医療経営視点の欠落が普遍的にあり、COVID-19 感染拡大などが追い討ちをかけたことを明らかにした。

日本医療の成果に対する評価は世界的に見ても高いが、調査結果によれば、国民は決して医療サービスに満足していないのが実状である。ヒアリング調査の結果として、COVID-19 の感染拡大に起因する医療機関の減収が続けば、多くの医療機関の経営は立ち行かなくなり、さらに経営危機が現実を帯びてきている。特に小規模医療機関は大きな打撃を受け、外来患者の減少による病床利用率の低下や、一時的な休診、患者診療収入の減少による経営悪化など、極めて差し迫った経営状況に直面していることが判明した。

今後も予見される COVID-19 の変異株感染拡大の影響への対応は喫緊の課題である。さらに、COVID-19 に負けない強い組織の作り方や災害時の医療対策、With COVID-19 時代の医療経営戦略立案も重要な課題である。

### 3 日本における医療法人の多角化経営の実態及び課題

日本における医療機関の経営を取り巻く環境要因として、医療制度の課題と医療システムの機能不全（医療崩壊）の実態に関する分析を本論文の前半において集中的に行った。現に、なかには経営状態が急速に悪化し、倒産した医療機関が増加してきたため、このような苦しい状況から脱却し、良質な医療を継続的に提供できる黒字医療経営が強く求められる。後続の章節では、経営戦略論の視点から、経営改善をもたらす方策を探るため、特に医療法人の多角化経営の実情調査を行った。具体的にはヒアリング調査とアンケート調査をふまえ、医療法人の多角化経営の成功モデルを発掘し、パターン別にその仕組み・経営改善効果と含意について考察を行った。

医療多角化経営とは、既存の医療領域に加えて、新しい事業領域に進出することである。多角経営には複数事業間の相乗効果や未利用資源の有効活用、リスク分散や共通費用の節減などの利点がある。先行研究では、特に経営戦略論の世界的権威であるマイケル・E・ポ

ーターと経営学の重鎮ピーター・ドラッカーの論点を整理し、そこからヒントを得て本論の分析枠組みを固めた。ポーターの著書『医療戦略の本質—価値を向上させる競争』において、「アメリカの医療システムを真に改革するために必要な、診療実績に基づいて医療の価値を向上させる競争の原則を説明する。」新たな医療ビジネスモデルを採り入れるために、医療提供者・保険者・そのほかの医療システム関係者（医療関係メーカー・消費者・雇用主）、政府が、それぞれ自らの役割・戦略・方針を変える必要があると主張している<sup>3</sup>。ピーター・ドラッカーの指す多角化とは、「専門化と多角化に関連がなければ、生産的とはいえない。専門化せず、いかなる卓越性もなしに多角化しているだけでは、マネジメントできなくなる。この専門化と多角化のバランスが、事業の範囲を規定する。推奨するのは選択と集中を前提とした多角化である」<sup>4</sup>と主張している。

多角化の動機と組織形態を分析した結果、医療法人が成長と進化していくために、戦略的に多角化経営を行うことがますます必要となってくる。近年、医療サービス市場のニーズも外部環境も加速度的に変わっていくなか、医療を提供する医療機関は多角化戦略を推進する流れに乗ってきている。以下は、これらの理論的枠組みをふまえて、対象とする医療機関に移し替えて、経営戦略の視点から、成功事例研究対象の医療法人が実践している多角化経営モデルを発掘し、深掘りした。

医療多角化経営の成功モデルケース研究Ⅰでは、ふらて会グループを取り上げ、そのグループ内で、既存資源の多重利用で医療サービスのコスト増加や患者・利用者の減少に左右されず、グループの利益率を向上させる多角化のシナジー効果を検証した。このケースでは経営者が事業環境を冷静に把握し、的確な経営戦略を立案し、医療・福祉事業複合型多角化展開を推進し、顕著に経営改善を実現した。さらに、長期的な事業展開を見据えた適切な多角化経営戦略を立案・実行することで、中小規模の医療法人でありながら地域の医療・福祉サービスに大きな影響を与えることができた、地域医療機関の経営改善にとってベンチマークとなる成功事例である。

医療多角化経営の成功モデルケース研究Ⅱとしては、経営多角化戦略によるシナジー効果を生み出した聖路加国際病院と聖路加国際大学の経営一体化の事例を取り上げたものである。人口減少で先細りする国内の需要を補う新しい柱として、医療インバウンドに注目し、新事業として取り込む体制を整えてきた。今後、医療インバウンドのニーズはますます高まっていくなかで、既存の医療サービス・医療資源を活かして、保険外の新規外国人患者・外国人健診者を増やすことで事業収入を継続的に伸ばすことができる。同じ医療分野での外国人患者・外国人受診者を受け入れる事業の拡充は水平型多角化戦略の一環である。医療インバウンド・医療サービス対象の拡充について、医療で蓄積した技術やノウハウを活かし、外国人患者・外国人健診者の受入れや医療の国際化へのPRなど、多角化経営の視点を取り入れることで、当該病院の事業増収だけでなく、医療産業全体にもプラス効果が波及する、同分野の総合病院にとってはベンチマークとして大いに参考となる。今後、海外で行う医療サービスというアウトバウンドも更なる医療多角化経営分野として取り込むことも考えられ

る。

アンケート調査によって、将来にわたって激しい経営環境変化が予想される今日、医療経営の多角化への取り組みは、リスク分散やシナジー効果、経営黒字化の達成の面で有効な手法であることが判明した。優れた医療サービスには、市場創出の一環として事業の多角化という範囲の経済の追求による、事業増収が可能であること、収益事業の選択と意思決定において、経営者には、経営戦略論に基づく理性的判断と決定力が重要であることが明らかになった。また、医療多角化経営の推進に伴うマネジメントの強化や医療従事者の処遇改善が喫緊の課題となり、少子高齢化の進行や消費税増税、COVID-19 蔓延の拡大などに伴う景気下降の影響を考慮すれば、リスク分散の重要性も再確認できた。さらに、社会環境変動に強い、安定した事業を業務のなかに組み込むことが、医療法人の経営改善効果が期待できるとともに、更なる持続発展につながることを調査分析で判明した。

以上のように、経営戦略論の視点から、ベンチマークとなる医療法人の多角化経営の成功事例を発掘し、パターン別にその仕組み、経営改善効果と含意についてヒアリング調査とアンケート調査をふまえた本研究において、医療法人の多角化経営の現状と課題を探ったことは、いずれも新規性と独創性がある研究であり、医療法人の持続的経営と地域社会に与える影響があると考えられる。

## 第2節 課題に関わる解決策の提言

医療多角化経営の実態及び課題を把握するに当たって、ヒアリング調査とアンケート調査の実施、収集データの検証分析を試みた。更なる深掘りが必要と思われるが、現時点で気づ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、医療費増大の課題に対して、医療費削減策と医療イノベーションの並行推進が必要不可欠である。これは、着実に進む少子超高齢社会を持続発展可能なものにするのに、良質で効率的な医療の確保が求められるからである。国はすでに診療報酬の改定、在宅医療推進やジェネリック医薬品の活用など医療費削減策を取り始めている。しかし、43.6兆円にも及ぶ医療費の削減には限界があり、医療経営を大きく進化させる医療イノベーションが必要である。これに対して、全ての国民が健診により早い段階で病気の芽を摘み取り、健康寿命を伸ばし、未来の医療費を減らすことができる。または、ICTによる遠隔診療、AIによる診断、PET-CTの精密診断による身体内部病変の早期発見など検査のスピード化などが挙げられ、さらには検査機関にアクセスしやすい医療環境の整備も必要と考えている。これらに代表される医療イノベーションの有効活用などで、患者のQOL（Quality of Life/生活の質・人生の質）と生存年数が伸びて、合わせて医療費削減も実現できる。

第二に、医師の確保難と地域偏在の課題克服に対して、複合的な取り組みが必要である。例えば、専門医を認定する仕組みのなかでも、どの地域で何の診療科の専門医を何名養成するかは、具体的な基準として作成することが求められる。また、医学部の地域枠として、奨

学金・学費一部免除などを条件に地域での勤務を義務づけることや、地域病院の院長に将来就くための条件として地域勤務の義務付けが、地域、診療科の偏在解消の一方策となる。さらに、医師の業務負担軽減のため、タスク・シフティング（業務の移管）の積極的実行や、女性医師の出産・育児を保障した上での臨床業務の従事、短時間勤務など柔軟な働き方を実行すると同時に、退職した医師のセカンドキャリアとして医師不足地域への転職、月 80 時間超えの時間外労働の制限（調査監督）、労働契約時間外の手当支払いなど実行することで医師不足と地域偏在解消の壁を乗り越えることができる。

第三に、少子高齢化の進展に重なる医療経営環境の変化がもたらす経営難の課題に対して、患者のニーズに立脚した医療経営戦略を立てるべきである。

医療機関の組織マネジメントにおいては、組織の目標と医療従事者の目標の方向性を統一することが重要である。例えば、明確な経営目標を立てることで、組織文化の醸成や仕事に対する協働意欲の向上やコミュニケーション、モチベーションの向上などが促進され、組織としての士気が高まり、経営業績が向上すると考えられる。

どのような優れた戦略や組織を立案しても、それを動かす人がいなければ医療経営は成り立たない。医療機関の人材マネジメントにおいては、組織のビジョンや目標の達成に向けて、優秀な医療従事者の獲得・活用・確保・管理が非常に重要である。経営者は自院の勤務環境の現状を把握し、創意工夫により魅力的な職場となることが重要である。

高度情報化社会や診療のさらなる専門化に伴い、医療機関を取り巻く経営環境は大きく変化しているなか、医療機関の経営戦略には、マーケティング思考も欠くことができない。マーケティングを顧客の創造ととらえるとすれば、医療分野または健康分野においては範囲の限定が必要である。医療マーケティングは、「交換」を促進するためのもので、患者を起点とする組織の戦略である。来院患者数を集めることや新たな分野の患者のニーズに応えることなどが考えられる。例えば、健康診断で病気による悩みやストレスを抱え込む患者のニーズに対して、医療機関が具体的な解決策を提示し、対応行動を起こすことが医療マーケティングの戦略となる。

また、マーケティング戦略の患者取込みの施策として、SNS (Social Networking Service/ソーシャルネットワーキングサービス) を通じて第三者が発信することでより高い集患・増患効果が見込まれる。さらに、診察中に提案をしたり、医師や看護師の信頼感、優しい言葉遣いや態度を通して患者のロイヤリティを高めたり、DM や電話を通して積極的に追客したりする取り組みが必要である。

このような患者のニーズから医療経営戦略を立てることは、医療機関の持続的な発展につなげることが期待できる。

第四に、本研究の調査に基づく医療多角化経営の医療従事者の不足に関する課題に対して、インセンティブシステムの導入をすべきである。具体的には、経営者が医療従事者たちの行動を守る強い姿勢で、医療従事者のモチベーションとパフォーマンスに影響を与えるためには、インセンティブシステムの導入が重要である。

インセンティブシステムは、誘因により医療多角化経営の関係人材に動機付けすることで働く意欲を高め、病院の業績を向上させるためのものである。例えば、金銭的インセンティブシステムでは、ボーナス・特別賞・手当・研究費用などを支給、授業料の払い戻しなどがある。非金銭的インセンティブシステムでは、医療従事者の適切な労務時間管理や健康支援、働きやすい環境整備（安心安全清潔な職場）・研修のサポート・勤務時間の柔軟性（ワーク・ライフ・バランス）やキャリア形成の支援、昇格と昇進の運用、持続可能な雇用、カウンセリングなどの提供、機会均等政策、妊婦保護、育児休暇などもある。

これらの導入により、医療従事者のモチベーションアップや職場全体の雰囲気改善が期待できる。現場職員同士の一体感作り、医療従事者による地域医療を自分たちで支えようとする強い意識の醸成できる。医療従事者のモチベーションが向上することで、結果的に医療現場で提供される医療サービスの質が高まり、患者の満足度の向上につながる。インセンティブシステムの効果的な活用は、医療従事者がより満足して働ける環境を築く手助けとなることが期待できる。

第五に、COVID-19の長期化に伴い大規模災害発生時は、感染症拡大を防ぐ課題に対して、予防策を徹底とする医療提供の対応力強化を図る必要がある。

世界に爆発的な感染が広がり、甚大な影響を被った医療機関もある。日本は2020年春の第1波から、2021年の第5波の到来が鮮明な中での五輪開催となった。この突発的に発生したCOVID-19の影響は長期化することが考えられる。

このように日本でも日々感染が拡大している状況において、医療機関の感染予防対策のレベルが向上するため、患者受け入れ時は感染リスクに合わせたBCP（Business Continuity Plan：事業継続計画）を策定することが重要である。COVID-19等の感染症や、地震などの災害が発生した際に、通常業務を中断することないように準備し、あらかじめ想定されるリスクと対策をBCPにまとめておく。例えば、医療機関内に感染者が発生していない流行期に、標準予防策と経路別感染予防策の医療従事者と患者・利用者への周知徹底をし、有症状者を早期に発見する医療体制を整える。濃厚接触者が発生した時期に、早期発見する体制が計画通りに機能し、感染対策が実践できるのかを確認する。また、感染者が拡大している時期に、感染者の個室管理対策を積極的に運用し、クラスターの続発を防ぐ体制をも整備する。感染収束期に、感染発生の影響や予防実績の評価を行う。さらに、次の感染症拡大を防ぐため、予防策の改善を再準備することで、医療提供の対応力強化を図ることが必要である。

さらに、医療機関の緊急対応担当組織を設置するのも重要である。的確な情報を確保した上で、①患者の受入れ能力と受入れ体制の確認、②必要な医薬品・物品の確保、③関係者の緊急連絡体制の整備、④医療従事者の健康管理、⑤地域の医療機関・行政機関との連携設定など、医療従事者がこれらの流れに沿って対策訓練を実施し、新たな課題を発見し、強化した対策なども検討した上で、残留リスクを識別することも重要である。

COVID-19を機に改めて医療の緊急対応を見つめ直し、いつか必ず来るリスクに向けて予防策を徹底とする医療提供の対応力強化を図るべきである。

以上五点は、本論の課題に関わる解決策の提言である。

### **本章のまとめ**

本論文各章の分析から得られた所見を整理し、総合的な考察を行ったうえ、諸課題の解決策を政策提言した。

本論の第一章から第四章までの部分では、医療制度の構造的特徴・課題と医療システムの機能不全により、医療機関の経営戦略を取り囲む環境要因の分析を行い、医療経営戦略の構築の重要性を認識した。特に多角化経営戦略の実行を促進するような制度的・政策的対応の重要性を明らかにした。さらに、医療法人の多角化経営の成功経験やモデルを医療産業に広く共有することによる持続発展を促進する意義を明らかにした。

## 注釈

---

- <sup>1</sup> 真野俊樹 (2021) 『新たな医療危機を超えて』 日本評論社、167 頁。
- <sup>2</sup> 中川俊男 (2021) 「新型コロナウイルス感染症の最近の動向について」 日医 on-line、日医定例記者会見 1 月 13・20 日。  
<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009807.html>、2021 年 8 月。
- <sup>3</sup> マイケル・E・ポーターなど (2009) 『医療戦略の本質』 日経 BP 社、15 頁、223 頁。
- <sup>4</sup> ドラッカー, P. F. (2007) 『創造する経営者』 ダイヤモンド社、280～281 頁。

## むすび

本章では、本研究を通して得られた成果、意義、並びに積み残した課題をまとめるとともに、医療法人の多角化経営領域に関する今後の継続研究に関する展望を述べる。

### 1 本研究の成果と含意

第1は、高齢化社会がもたらす医療制度の構造的な課題について、人口構造の変容による高齢者医療費の増大・医療提供体制に見るジレンマを明らかにした。その課題解決の方策として、少子化対策・医療費増加の抑制及び高齢者医療費負担などの構造改革、または医療機関の経営力アップを中心とした医療制度の改革が必要であると提言した。

第2は、先進国の医療関連の調査報告書・OECDにおける国際比較・医療機構へのヒアリングなどによる実態調査結果から、日本の医療システムの機能不全（医療崩壊）の発生真因について、行政による過剰な規制・医療現場における専門人材の供給不足・医療機関における事業経営視点の欠落・COVID-19感染拡大の影響など、複合的な要素の影響に切り込み、解明することができた。

これら要因毎に関わる解決策として次の4点を提言した。

① 医師不足の回避策として、医療現場は業務分担が可能な医療助手を増やし、医療費抑制政策を見直した上で、開業医の1次救急への参加により勤務医の負担軽減を図り、開業医の報酬水準を維持・向上させること。医師不足を改善するため患者および住民の理解と協力も重要であること。

② 救急医療崩壊の回避策として、救急専門医の養成が急務であるとともに、より質の高い救急医療を提供するための環境と情報化が必要である。小児科・産科・内科系の急患に対しては、アメリカの病院に多い形態であるオープン病院制で救急医療の目的を達成する。救急患者に対して無診察でのたらいまわしに対する禁止条例の制定などが急務である。

③ 医療ミスと訴訟の回避策として、医療従事者における勤務環境の改善とモチベーションの向上を図り、医療行為の透明化や、医師とAI（人工知能）の協働により、医療ミスやおよび医療訴訟を防ぐことができる。

④ COVID-19の長期化に伴い、大規模災害発生時の感染症拡大の回避策として、予防策を徹底することと、医療提供の対応力強化を図ることが必要である。

第3は、医療機関の経営を戦略的に進め、良質な医療を提供する基盤をつくるため、医療経営の特性と戦略が、それぞれの視点で重要だと明らかにした。医療機関は競争力強化のため、常態的に質の高い医療サービスを提供することが求められるほか、様々な経営環境の変化に適応できなければ、これからの存続は危うい。医療経営難に関わる解決策として、次の3点を提言した。

① 経営者が医療従事者たちの行動を守る強い姿勢で、組織の成果を最大に発揮するには、適切なマネジメントに関わる工夫が必要である。

② 組織のビジョンや目標の達成に向けて、優秀な医療従事者の獲得・確保・活用・育成・管理など人材マネジメントの重要性を認識することが必要である。

③ 患者数の増加や新たな医療分野の患者を引き付けるために価値を創造するマーケティング戦略や、ブランディング戦略の強化など、組織に浸透しやすい効果的な経営戦略の推進による持続可能な保健医療システムの再構築が重要であることを明らかにした。

第4は、インタビュー及びアンケートによる実態調査をふまえて、医療法人の多様な新規分野の事業へ進出を行う多角化経営戦略の機能・役割・存在するパターンを明らかにした。ベンチマークとなる成功事例として、①医療法人ふらて会グループによる地域住民のニーズに応じた持続可能な医療・介護の取り組みは、時勢に先駆けしたものとなっている。地域で満たされていないニーズを新たに事業化したことで、他の医療機関にとって模倣できない、工夫に満ちた差別化事業であることを明らかにした。②聖路加国際病院は、インバウンド客を対象とした医療の国際化、事業の多角化という範囲の経済を追求することで、事業増収・増益を実現した。

さらに、アンケート調査の分析結果から、医療法人による多様な新規事業分野への進出・参入は、経營業績の改善（黒字化）を実現する上で重要な要素であると認識することができた。また、医療多角化経営における医療従事者不足の解決策として、インセンティブシステムの導入・改善への工夫が必要不可欠であると提言した。医療機関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ことを明らかにした。

筆者は、着実に進む少子高齢化、高齢者人口急増の日本においては、今後ますます医療機関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力を入れるべきであると考えた。本研究では、多くの医療機関に対し経営の諸課題の存在を確認し、多角化経営の効果や意義を共有することを狙った。少子超高齢化社会が加速する中で、医療機関が生き残るため、社会・地域に貢献する事業体として持続発展を維持するため、多角化戦略は有効かつ重要であると結論づけたい。

## 2 積み残した課題

本調査研究は経営戦略論の視点から医療機構が抱えてきた経営課題の分析、持続発展のための方策の解明・提言に努め、一定の成果をあげたが、限界と少なからずの課題を積み残していることを認識している。以下に整理しておく。

### ① 本研究の限界

医療多角化経営に関する本研究は、新領域であり、学際的なアプローチが求められるため、統計学・法学・政策科学などに関わる総合的な知識・分析能力の不足を痛感している。また、医療機関における多角化経営のパターン発掘を更に広げる余地があったこと、アンケート調査については、調査対象を無作為に抽出して実施することを検討したが、協力的な医療機

関を束ねる組織からの支援を得るのに苦労したため、アプローチしうる限定的な対象に偏った回収となったことから、異なるパターンの医療機関を対象に更なる工夫と調査が必要であると認識している。同様にヒアリング調査も更に対象を増やし、深化するための計画を立てるも、COVID-19の拡大により実行できなかった。医療機関の経営者のプライバシー保護のため、または関係医療機関の経営の機密保持やイメージ保全のため、実施したヒアリング調査を研究内容と比較した結果について十分に書き出せなかったこともある。さらに、海外の医療機関向けの実態調査、比較研究において、やはりCOVID-19による影響で計画を断念せざるを得なかった。特にアジア域内における国際的比較分析は不十分であると認識している。

## ② 今後の継続研究課題

以上の限界を意識したうえで、今後の継続研究の課題と合わせて、全国的な医療供給メカニズムと医療経営の実態を調査のほか、海外患者の需要について、患者側の視点で捉える必要がある。また、多角化経営の成功事例について事業展開の実態調査するにあたっては、組織構造・財務構造などに焦点を絞ったさらなる研究の深化が求められる。さらに、COVID-19が長期化する中、地域医療の再生及び地域住民のQOL向上の支援に関連する調査研究、アメリカなどの先進国での医療デジタル化の調査研究提案も極めて重要なテーマであるとの認識がありながらも、時間を割く余裕がなかった。これらは継続研究の課題として立案し、今後の取り組みとしたい。

## 3 今後の展望

本研究を通じて、医療制度の構造的な課題の解決、持続可能な保健医療システムの再構築に関わる一部の提言を試みたうえで、個々の医療法人が戦略的医療経営、多角化医療経営を実行することにより、持続と発展の促進が可能であることを実証した。なお、上述の継続研究が必要な諸課題も提起した。

医学の専門家である医師は、現場業務に追われ、直接的な情報発信が、まだまだ少ないと言える。今後も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。今回の研究で得られた問題意識、分析方法、今まで自ら蓄積してきた医療支援サービスの提供と事業経営などの経験と情報を活かして、医療経営の多角化という新しい分野において、さらなる研究を深めてしていきたい。

## 主要参考文献

01. 荒井耕著 (2021) 『病院の財務実態：多角経営時代の医療法人』中央経済社。
02. 「医学部&医師バブル人気の実情」(2017)『週刊東洋経済』6/10、第6730号、東洋経済新報社。
03. 石井正三 (2016) 『だれが医療を殺すのか』ビジネス社。
04. 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。
05. 一色清ほか (2015) 『日本の大問題「10年後」を考える』加藤製本。
06. 井上貴裕 (2021) 『病院マネジメントの教科書 病院経営28のソリューション』ロギカ書房。
07. 井上貴裕 (2014) 『戦略的病院経営マネジメント』清文社。
08. 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。
09. 浦上克哉、西野憲史ほか (2018) 『認知症予防フレンドテキストブック 開かれた地域社会をめざして』メディア・ケアプラス。
10. H. イゴール・アンゾフ (1979) 『アンゾフ戦略経営論』中村元一訳 (2015)、中央経済社。
11. 榎木英介 (2013) 『医者ムラの真実』ディスカヴァー・トゥエンティワン。
12. 大滝精一 (1997) 『経営戦略新版 理論性・創造性・社会性の追求』有斐閣。
13. 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。
14. 勝又健一 (2009) 『医療崩壊の事実』角川グループパブリッシング。
15. 加藤浩晃 (2018) 『医療4.0』日経BP社。
16. 上昌広 (2012) 『日本の医療 崩壊を招いた構造と再生への提言』路書房。
17. 川渕孝一 (2014) 『“見える化”医療経済学入門』医歯薬出版。
18. 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。
19. 菊澤研宗 (2018) 『ダイナミック・ケイパビリティの戦略経営論』中央経済社。
20. クレイトレ・M・クリステンセンほか (2015) 『医療イノベーションの本質』碩学舎。
21. グローバルタスクフォース株式会社 (2004) 『ポーター教授「競争の戦略」入門』総合法令出版。
22. 「ここまで来たAI医療」(2018)『ニューズウィーク日本版』11、20、1620号、CCCメディアハウス。
23. 小松秀樹 (2006) 『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社。
24. 小松本悟 (2019) 『いまさら聞けない病院経営』経営書院。
25. 石見陽ほか「最新・病院のウラ側」(2016)『プレジデント』5.16、第54巻第16号、プレジデント社。
26. 佐藤文彦 (2021) 『コーチングで病院が変わった：目に見えない道具で「医師の働き方改革」は進化する』ディスカヴァー・トゥエンティワン。
27. 佐野継男 (2009) 『医療制度崩壊の原因と再生』早稲田出版。
28. 萩原俊彦 (2007) 『多角化戦略と経営組織』税務経理協会。
29. 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおすー国民皆保険の将来』筑摩書房。
30. 鈴木厚 (2006) 『ポケット解説 崩壊する日本の医療』秀和システム。
31. 鈴木竣平 (2019) 「地域枠を考慮した都道府県別医師数の将来推計」『日本医療・病院管理学会誌』第56巻242号、笹氣出版。
32. 笹井恵理子 (2019) 『救急車が来なくなる日 医療崩壊と再生への道』NHK出版。

33. 「全国病院ランキング」(2016)『週刊ダイヤモンド』3/19、第104巻12号、ダイヤモンド社。
34. 「先端医療ベンチャー」(2019)『週刊東洋経済』4/20、第6852号、東洋経済新報社。
35. 高岡善人(1993)『病院が消えるー苦悩する医者への告白』講談社。
36. 高尾洋一(2017)『鉄腕アトムのような医師』日経BP社。
37. 高橋淑郎(2021)『バランスト・スコアカードによる持続可能な病院経営』中央経済社。
38. 田中滋ほか(2007)『医療制度改革の国際比較』勁草書房。
39. 津川友介(2020)『世界一わかりやすい「医療政策」の教科書』医学書院。
40. デビッド・J・ティースほか(2010)『ケイパビリティの組織論・戦略論』渡辺直樹編著、中央経済社。
41. DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部(2010)『戦略論1957-1993』ダイヤモンド社。
42. DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部(2010)『戦略論1994-1999』ダイヤモンド社。
43. ドラッカー, P.F.(2007)『創造する経営者』ダイヤモンド社。
44. 遠山峰輝ほか(2003)『病院経営を科学する』日本医療企画。
45. 中田範夫ほか(2018)『東アジアの医療福祉制度ー持続可能性を探る』(中央経済社)。
46. 中橋国蔵(2008)『経営戦略の基礎』東京経済情報出版
47. 西田在賢(2011)『ソーシャルビジネスとしての医療経済学』薬事日報社。
48. 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。
49. 橋本英樹ほか(2011)『医療経済学講義 補訂版』東京大学出版会。
50. 羽田明浩(2015)『競争戦略論から見た日本の病院』創成社。
51. Harvard Business Review(2001) DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー訳『経営戦略論』ダイヤモンド社。
52. 林田正光(2009)『ホスピタリティが生まれる瞬間-広畑センチュリー病院の挑戦』あさ出版。
53. 「病院が消える」(2019)『週刊東洋経済』2/9、第6839号、東洋経済新報社。
54. 廣岡久生ほか(2007)『ケースで学ぶ経営管理』中央経済社。
55. 藤井正弘ほか(2017)『病院のマネジメント』建帛社。
56. 藤屋伸二(2015)『ドラッカーから学ぶ多角化戦略』クロスメディア・パブリッシング。
57. 増川いづみほか(2014)『大崩壊渦巻く「今ここ日本」で慧眼をもって生きる!』ヒカルランド。
58. 船瀬俊介(2016)『医療崩壊ーもう、クスリはのめない医者にはいけない』共栄書房。
59. ブルーノ・パリエ(2010)『医療制度改革ー先進国の実情とその課題』白水社。
60. 米国医療の質委員会/医療研究所(2002)、『医療の質ー谷間を越えて21世紀システムへ』日本評論社。
61. 保坂正康(2001)『医療崩壊 私たちの命は大丈夫か』講談社。
62. 細谷圭ほか(2018)『医療経済学15講』新世社。
63. 本田宏(2015)『本当の医療崩壊はこれからやってくる!』洋泉社。
64. 本田宏(2010)『なぜ、病院が大赤字になり、医師たちは疲れはててしまうのか!?』合同出版。
65. 本田宏(2009)『「医療崩壊」のウソとホント』PHP研究所。
66. 本田宏(2008)『医療崩壊はこうすれば防げる!』洋泉社。

67. 本田宏 (2007) 『誰が日本の医療を殺すのか』、洋泉社。
68. マイケル・E・ポーターほか (2000) 『日本の競争戦略』ダイヤモンド社。
69. 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。
70. マイケル・E・ポーター (1999) 『競争戦略論 I』ダイヤモンド社。
71. 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。
72. マイケル・E・ポーター (1982) 『新訂 競争の戦略』土岐坤ほか訳、ダイヤモンド社。
73. 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。
74. 真野俊樹 (2020) 『はじめての医療経営論』有斐閣。
75. 真野俊樹 (2018) 『医療で「稼ぐ」のは悪いことなのか?』薬事日報社。
76. 真野俊樹 (2017) 『日本の医療、くらべてみたら 10勝5敗3分けで世界一』講談社。
77. 真野俊樹 (2017) 『医療危機-高齢社会とイノベーション』中央公論新社。
78. 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。
79. 真野俊樹 (2006) 『入門医療経済学』中央公論新社。
80. 真野俊樹 (2004) 『医療マネジメント』日本評論社。
81. 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。
82. 真野俊樹 (2003) 『医療マーケティング』日本評論社。
83. 村上正康 (2009) 『医療崩壊の真犯人』PHP 研究所。
84. 村田幸生 (2009) 『「スーパー名医」が医療を壊す』、祥伝社。
85. 山井和則 (1991) 『世界の高齢者福祉』岩波書店。
86. 山地章夫 (2021) 『新規事業と多角化経営』クロスメディア・パブリッシング。
87. 兪炳匡 (2006) 『「改革」のための医療経済学』、メディカ出版。
88. 横山寛美 (2011) 『経営戦略 ケーススタディ~グローバル企業の興亡』シグマベイスキャピタル。
89. 吉田太郎 (2007) 『世界がキューバ医療を手本にするわけ』筑地書館。
90. 渡辺さちこほか (2015) 『日本医療クライシス』幻冬舎。
91. Ansoff, H. Igor. (1965), *Corporate Strategy: An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion*. New York, NY: McGraw Hill. 広田寿亮訳 (1969) 『企業戦略論』産業能率短期大学出版部。
92. Ansoff, H. Igor. (1988), *The New Corporate Strategy*. New York, NY: Wiley. 中村元一ほか訳 (1990) 『最新・戦略経営-戦略作成・実行の展開とプロセス』産能大学出版部。
93. Drucker, Peter F. (1985), *Innovation & Entrepreneurship*. Harper & Row. 上田惇生ほか訳 (1985) 『イノベーションと企業家精神』ダイヤモンド社。
94. Hofer, Carles W. & Schendel, Dan (1978), *Strategy Formulation: Analytical Concepts*. St. Paul, West Publishing Company. 奥村昭博ほか訳 (1981) 『戦略策定: その理論と手法』千倉書房。
95. “The power of analytics” (2019), *Medical Economics*, July 25, VOL.96 NO.14, Multimedia Healthcare LLC.

## 付録 I

### 「医療機関の多角化経営に関する研究」へのご協力をお願い

令和3年1月吉日

医療法人 [ ] 病院 [ ] 病院長  
[ ] 御机下

#### アンケートのお願い

謹啓 新春の候、先生におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は突然のご連絡となりましたこと、ご容赦下さい。わたくしは、北九州市立大学大学院社会システム研究科博士後期課程に在学しております藤高美海と申します。現在、「医療法人の多角化経営モデルに関する研究」をテーマとして博士論文に取り組んでいます。もともとは医療職として勤務しており、または旅行業国家資格保有者として医療インバウンド事業の経営を行っております。

日本はこれまで世界有数の良質な医療を低コストで提供してきた国ですが、高齢化の進行に伴う医療費の増大と、人口減少や景気低迷に伴う財政上の課題、さらには働き方改革や COVID-19 ウィルス感染症の影響で、医療機関の経営状況は非常に厳しいものとなっております。この問題を解決するためには経営改善につながる財源の確保が必須であると考えます。そのような問題意識のもと、修士課程 (MBA) での研究において自身のこれまでの経験をもとに研究を行い、日本の医療受診を希望する訪日患者の増加により病院の収益増加、関連サービス産業への波及効果が見込め、好循環が期待できる可能性があることを実態調査により検証しました。

これらをふまえて、博士後期課程では医療機関の経営戦略に積極的な方向付けを試み、日本の医療機関における多角化経営戦略のあり方について体系的に考察することをテーマにしております。

つきましては、大変ご多忙とは存じますが本研究の趣旨をご理解いただき、同封しておりますアンケート調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。



アンケート回答ページは左の QR コードまたは

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9WEQngqVWmmpSmDNXqEUkpMuYtRAkhBNZt1PyVczd3ZGAqQ/viewform> からアクセスいただけます。

Fax にてご返信の場合は、[ ] まで宜しく願いいたします。

なお、調査で得られた個人情報等の取り扱いについて本学の守秘義務規定を厳守いたします。病院名、個人名、大学名等が特定されることは一切ないことを申し添えておきます。

謹白

北九州市立大学大学院社会システム研究科 2年 藤高 美海  
指導教員:北九州市立大学大学院マネジメント研究科 元研究科長  
同大学院 社会システム研究科博士後期課程教授 王 効平

- このアンケート調査は日本国内の医療経営関係者を対象として行います。
- 令和3年2月28日(日)までにご回答をお願いします。
- ご記入は該当項目前の口に✓を入れてください。
- この調査へのお問い合わせは下記までお願いいたします。

研究代表者:藤高 美海 所属:北九州市立大学大学院 社会システム研究科 2年  
所在地:〒802-8577 北九州市小倉南区北方 4-2-1  
連絡電話: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

## 付録Ⅱ

### 「医療法人の多角化経営」に関するアンケート調査票

#### A. 基本情報について

1. 貴方の役職形態はどちらですか。

- 1) 院長・理事長などの経営者 2) 医師兼経営者 3) 医師 4) その他

2. 施設の属性を教えてください。

- 1) 病院 2) 有床診療所 3) 無床診療所 4) 健診機関 5) その他

3. 総病床数を教えてください。

- 1) 0床 2) 1～19床 3) 20～99床 4) 100～199床 5) 200～399床  
6) 400床以上

4. 常勤職員数を教えてください。

- 1) 1人～49人 2) 50～99人 3) 100～299人 4) 300～499人  
5) 500人以上

5. 開設年数と所在地を教えてください。

施設開設から\_\_\_\_\_年、所在地\_\_\_\_\_

#### B. 収支状況について

1. 2019年度の決算状況を教えてください。

- 1) 黒字 2) 収支均衡 3) 赤字

2. 経常利益率〔経常利益/（医業収益+医業外収益）×100%〕を教えてください。

- 1) 10%～ 2) 6～10% 3) 0～5% 4) 1～マイナス5%  
5) マイナス6～マイナス10% 6) マイナス10%以下

#### C. 経営課題について

1. 医療経営の課題を教えてください。（複数回答可）

- 1) 外部環境 2) 内部環境 3) 事業戦略 4) マネジメント力不足  
5) その他\_\_\_\_\_

2. 収益改善の課題を教えてください。（複数回答可）

- 1) 患者数の増加 2) 診療単価の制約 3) 請求漏れ対応の強化  
4) 未収金の対応 5) その他\_\_\_\_\_

#### D. 外部環境について

- ①診療報酬改定 ②各種コストの高騰 ③医師・看護師不足 ④少子高齢化の進展  
⑤機能分化と連携を推進する制度改革 ⑥COVID-19 の発生 ⑦地域の医療介護福祉資源  
の不足

1. 短期的（1年以内）な課題を教えてください。

（上記①～⑦ 影響の大きなものから順に3個選択）

\_\_\_\_\_ その他があれば： \_\_\_\_\_

2. 長期的（5年程度）な課題を教えてください。

（上記①～⑦ 影響の大きなものから順に3個選択）

\_\_\_\_\_ その他があれば： \_\_\_\_\_

#### E 医療多角化経営の取り組みについて

1. 多角化経営をしていますか。

- 1) している  2) 今後する予定  3) していない

2. 1)と2) 選択の方は多角化事業の種類を教えてください。（複数回答可）

1) 医療関連多角化(医療分野)

- ①医療インバウンド (F-1 へ)  ②医療アウトバウンド (F-2 へ)

- ③他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への参入の取り組み

（例：がん専門医療、温泉療養事業など）(F-3 へ)

2) 医療非関連多角化（医療以外の新たな分野）

- ①介護事業との融合 (F-4 へ)  ②医療以外の他収益事業 (F-5 へ)

#### F-1. 医療インバウンドの取り組みについて

①これまで受け入れた外国人患者数を教えてください。

- 1) 1～50人  2) 51～100人  3) 101～200人  4) 201人以上

②これまで受け入れた外国人患者の国籍、最も多いのは。

- 1) 中国  2) 台湾  3) 韓国  4) ロシア  5) その他 \_\_\_\_\_

③外国人患者受入れに関する問題点・課題を教えてください。

- 1) 外国人患者とのコミュニケーション  2) 通訳手配・夜間・休日の通訳確保

- 3) 宗教的配慮  4) 未収金等対応  5) 電話相談  6) その他 \_\_\_\_\_

## F-2. 医療アウトバウンドの取り組みについて

①実績の有無を教えてください。

1) 実績あり 2) 検討したことはあるが実施には至らなかった

②アウトバウンドの種類を教えてください。

1) 医療機器 2) 医療サービス 3) その他 \_\_\_\_\_

③アウトバウンドの組織について教えてください。

1) 現地法人 2) 民間病院連携 3) 国立大学内での開設

## F-3. 他既存医療専門領域の拡張・高付加価値領域への参入の取り組みについて

①その事業を教えてください。

1) がん専門医療 2) 温泉療養事業 3) その他 \_\_\_\_\_

②実績の有無を教えてください。

1) 実績あり 2) 検討したことはあるが実施には至らなかった

## F-4. 介護事業との融合の取り組みについて

①実績の有無を教えてください。

1) 実績あり 2) 検討したことはあるが実施には至らなかった

②同業他社のノウハウ等の活用状況を教えてください。

1) 参考した 2) 参加しなかった 3) 無回答

## F-5. 医療以外の事業の取り組みがあれば教えてください。

(例：不動産業、ホテル業、美容業など)

---

## G. 多角化経営に関する主な問題点と課題を教えてください。

(例：多角化経営の知識不足、資金繰り困難、人材の獲得難、マネジメント能力不足、マーケティングのやり方分からないなど)

---

ご回答いただき誠にありがとうございます。

## 謝辞

本研究を遂行するに当たり、終始貴重なご指導とご高配を賜りました指導教官である王効平教授に深く感謝申し上げます。王教授には、研究のテーマの設定と先行研究資料の収集と活用、研究方法の確定などを丁寧にご教示賜りました。また、特に MBA コースにおける研究と博士後期課程の研究の違いについて早い段階で気づかせていただきました。これらはこのたびの研究活動への心構えに繋がり、励みとなりました。副指導教官をお引き受けいただいた林田実教授には、医療統計資料の活用法や分析視角について有益なご示唆を賜りました。林田教授に深く感謝申し上げます。

本論文を仕上げていく過程におきまして、社会保障および地域医療政策についてご助言を賜りましたマネジメント研究科の工藤一成教授、有益なご指摘を賜りました松田憲教授、調査票の設計や自由記述回答の分析において有益なるご助言を賜りました石井義輝特任教授、紀要論文の査読やご助言を賜りました地域戦略研究所の吉村英俊教授に心より感謝申し上げます。さらに、大学院担当の諸先生、大学関係者、折にふれ励ましを頂いた学友の皆様に、この場を借りて厚くお礼申し上げます。

そして、本研究の趣旨を理解し快く協力して頂いた、ふらて会グループ理事長の西野憲史先生、聖路加国際病院予防医療推進室の原茂順一マネージャー、東京大学医学部附属病院国際検診センター長の飯塚陽子先生、大原ちか眼科の大原千佳院長、調査対象の医療機関の経営者の皆様にも心より深感謝申し上げます。

本研究で得られたものは、今後の経営実務と研究者生活において、極めて貴重な財産となるものです。最後にいつも温かく見守ってくれる家族に感謝します。