

経営する時代の病院経営

事業戦略研究クラスター 主任研究員 近藤 修申

1. はじめに

病院経営を巡る環境が大きく変化している。すなわち、少子・高齢化の進展による疾病構造の変化、医療保険財政の悪化、生活者の医療に対する意識の変化等が表面化するなかで、厚生省は毎年増え続ける医療費抑制に向けて、患者の一部自己負担などをはじめとして、抜本的な医療制度の見直しに乗り出している。

民間病院の約4割、自治体病院の9割が赤字といわれている状況下での一連の制度改革は、病院淘汰の時代をも予感させるものとなりつつある。とりわけ、病院全体の8割を占める200床以下の病院（中堅病院）は、受療率の激減も加わり経営危機に直面している。ここへきて病院は、国民（患者）の視点に立った医療サービスを提供する方向に向けて経営の視点から根本的見直しを迫られているといつてよい。

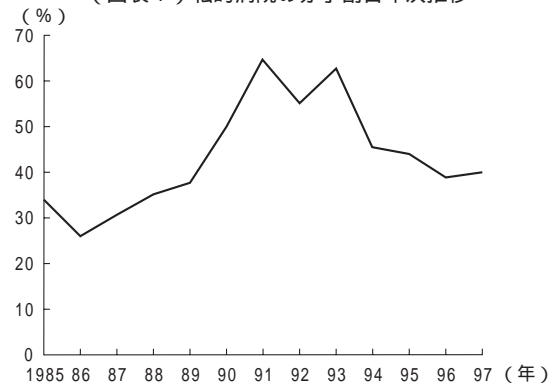
本稿では、少子・高齢化を目前に控え、見直しが急務となりつつある中堅病院について、現制度下での経営を前提としつつ今後の取り巻く環境動向変化を見据え、病院経営の新たな視点を探る。

2. なぜ病院経営は苦しくなったのか

国民医療費は、毎年増加している。病院経営からすれば、需要増を意味するものであり、経営環境としては好材料とも位置づけられる。しかし、1990年に入り病院の経営環境悪化が叫ばれるようになった。医療現場では、病院

の平成不況とも言われ、民間病院の約6割が赤字に陥った。その後若干改善の方向に向かっているものの、依然苦しい経営状況にある（図表1）。そこで、以下では、病院経営が苦しくなった理由を整理しておくことにする。

（図表1）私的病院の赤字割合年次推移

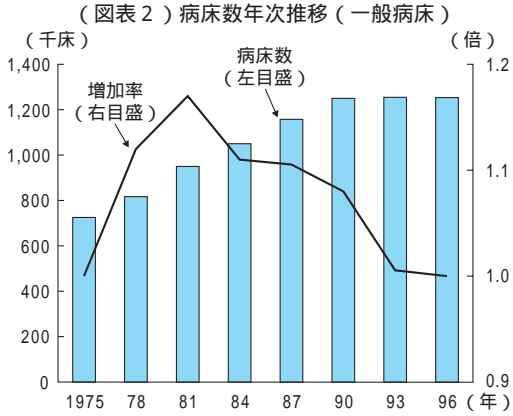


（資料）病院経営実態調査報告（97年6月調査）

（注）私的病院は、医療法人、個人、公益、社会福祉法人等を示す。

受療率の成熟化と過剰設備投資による収益力の低下

病院経営が苦しくなった第1の理由として、受療率の成熟化のなかでの過剰設備投資が挙げられる。78～81年にかけて各医療機関は、大型病院建設を中心に積極的な設備投資を進め、増床を図ってきた（図表2）。その当時の経営環境として、患者受診行動をみれば、65歳未満の層の受療率は、横ばいか低下傾向にあったものの、65歳以上の高齢者受療率の伸びが顕著であった。また、70年代から80年初頭にかけて物価・賃金スライド制に基づいて診療報酬の大幅な引き上げが行われたこともあり、各医療機関にとっては、老人入院患



(資料) 医療施設調査
(注) 増加率は、75年より3年間の伸び率(算出平均)である。

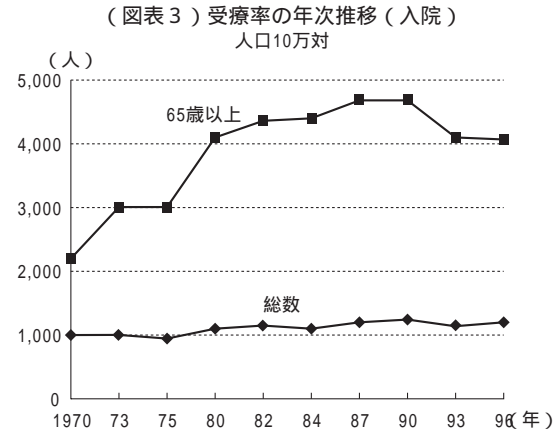
者を中心に、ベッドを増やせば患者が増え、収入増が見込め、投資意欲を高揚させる状況にあった。

しかし、81年に物価・賃金スライド方式の診療報酬は廃止され、医療費抑制型の診療報酬制度の導入(例えば検査については、一定回数以上は保険給付上の対象外扱い)により、経営環境は悪化に転じた。さらに、84~87年は、老人の入院受診率もほぼ横ばいになっており、実質的な需要増はほとんどない状態になっていた(図表3)。

そうした状況変化にもかかわらず、病院は85年の病床規制実施を控え駆け込み増床を図った。

つまり、病院は、これまでの取り組みでは増収が見込めない経営環境下で供給拡大を図ったのである。それが結果的に一病院当たりの患者数の減少、病床利用率の低下を引き起こし、収益の減少を招いた。

他方、駆け込み増床は、看護婦を中心に医



(資料) 患者調査、厚生省資料

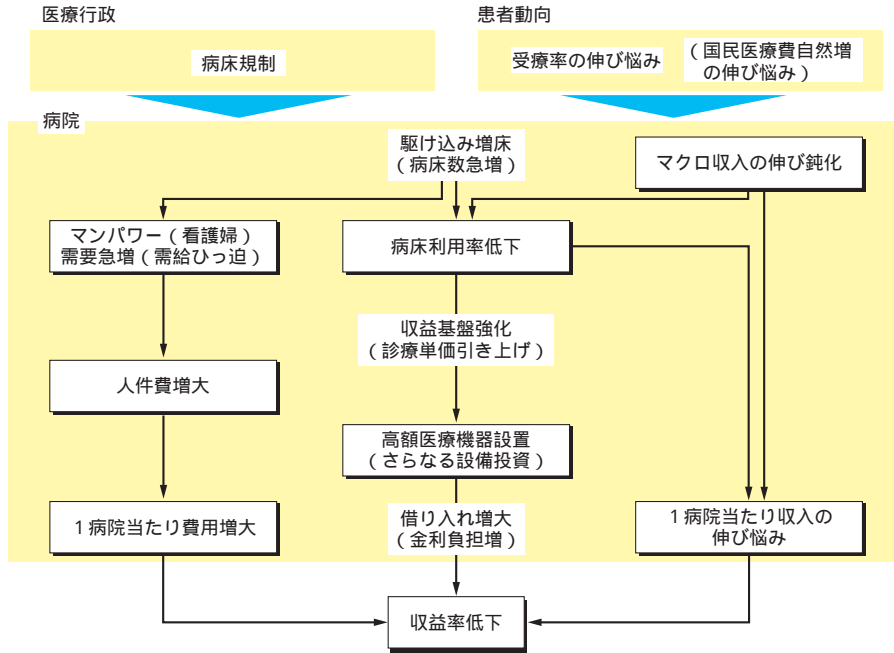
療従事者の需要急増を招き、人件費の上昇をもたらし、費用面にも影響を与えた。

また当時病院のなかには、病床規制による事業拡大が望めなくなったのを背景に、MRI(磁気共鳴画像装置)やCTスキャナー(コンピューター断層撮影装置)など高額医療機器を設置し、検査などを中心として診療報酬単価の引き上げを図ったものもある(いわゆる検査漬け)。このように、医療費抑制型に転じた診療報酬改定や実需を十分把握せずに進めた過剰な投資が結果的に償却負担増を引き起こし、低自己資本による借入れ増大(金利負担増)も相まって収益率を低下させたのである(図表4)。

老人患者の割合の高まりがもたらした収益力低下

第2に、84年に成立した健康保険法改正に盛り込まれた「特定療養費制度」導入に伴う老人患者の割合の高まりが挙げられる(注1)。

(図表4) 駆け込み増床による病院経営悪化の構図

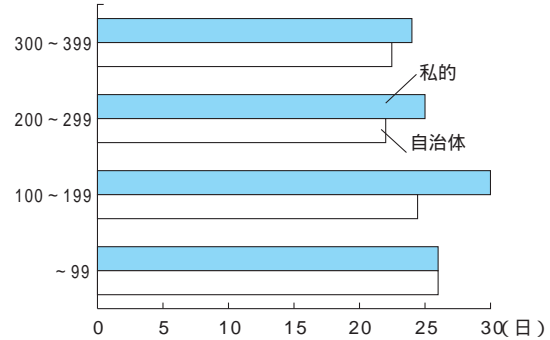


(資料) 日本総合研究所作成

一般に老人患者の入院期間はその他の患者と比較すると長期に及ぶとされており、老人患者の割合が高まれば、それだけ入院患者の在院日数が長くなる(図表5)。現行の診療報酬点数は、在院日数が長いほど点数が低くなるように設定されているため、患者の入院期間が長くなれば、それだけ稼働1病床当たりの収益力は低下してしまう。

また、老人患者は、慢性疾患を有していることが多く、そのため外来で老人患者が増えなくても、医業収入の飛躍的な増加にはつながらず、入院の赤字を外来で補うといった構造が描きにくくなってしまった。このように、中堅病院における収益力低下の原因は、老人患者を中心とした収益構造是正の遅れにある。

(図表5) 一般病院病床規模別平均在院日数(病床数)



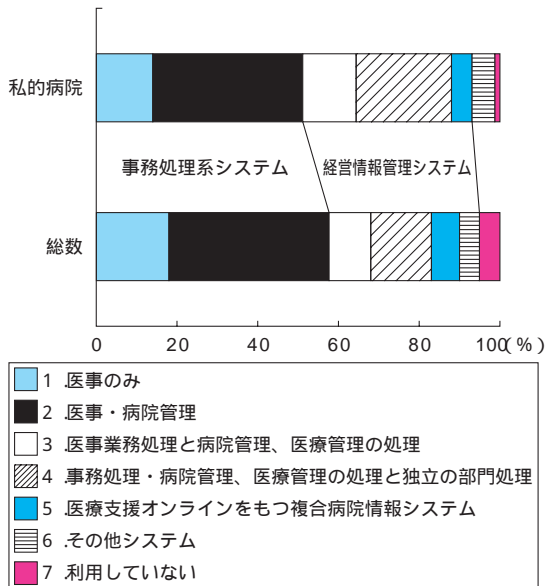
(資料) 病院経営実態調査報告(97年6月調査)
 (注) 平均在院日数 = $\frac{6\text{月中在院患者数}}{(6\text{月中新入院患者数} + 6\text{月中退院患者数}) * 1/2}$

経営効率化の遅れ

第3に、病院運営の効率化の遅れが挙げられる。例えば、経営効率化への取り組みとして情報化の現況をみてみよう。図表6の97年

における一般病院のコンピューター利用状況では、半数以上の民間病院が医事・病院管理（医事+給与、財務）分野で情報システム化（図表6項目1、2）を図っているが、病院経営管理情報システムの導入（図表6項目3、4、5）は、まだ少数にとどまっている。民間病院は公的病院と比較して若干情報装備は進んでいるものの、その内容、水準は、事務処理レベルにとどまっているといえる。一般企業では、80年代前半から情報を経営資源とし、経営効率化、競争力強化の要に位置づけ、MISやSISと称される経営情報システムの構築を推進してきたのに比して、病院は、そうした経営管理の情報化を軽視してきた感は否めない。病院は、労働集約型と施設依存型という経営上の特性を持ち、情報化の推進によ

（図表6）一般病院コンピューター利用状況



（資料）病院経営実態調査報告（97年6月調査）

って、人員（人件費）の削減や施設の有効利用、医療材料などの物品管理による経費削減を図ることができる。しかし、厚生省が経営の近代化を重要課題として掲げるものの現実的には病院の経営効率化は遅れているのである。

その原因として病院の非営利組織という組織特性が挙げられるが、それ以上に病院・医療サービスの本質的性格のひとつである、「医療は、生命に直接関連しており、医療サービスは公的性格をもつものとされ、効率よりも公平性が重んじられる（注2）」ことの影響が大きい。こうした性格が現場医師において資源制約の概念を欠落させてしまい、出来高払いの診療報酬制度下では、医療サービス量と給付金額は比例関係にあるため当初から費用の概念が無視されているのである。

例えば、図表7の公私病院連盟がまとめた主要部門収支状況をみてもわかるように、私的病院において、入院、外来ともに原価割れの診療行為が少なくなく、医療提供サービス量が増え給付金額（収入）が増加しても、収益は悪化する構造が定着している。

病院組織と意思決定システム

さらに病院は、専門職（医師）による組織運営が前提となっており、病院経営トップの権限は相対的に低いという組織固有の特徴を有している。

そうした特徴が、セクショナリズムと組織の硬直性、病院組織間のネットワークの弱さ

(図表7) 一般病院の主要部門収支状況(93年6月)

	総数	入院部門	外来部門	手術部門	
総数	(1) 1病院当たり収益(千円)	327,472	121,663	35,953	23,100
	(2) 1病院当たり原価(千円)	338,150	131,982	51,753	22,435
	(3) 損益額(1)-(2)(千円)	10,678	10,319	15,800	665
	(4) 収益100対損益	3.3	7.8	43.9	2.9
	(5) 収益構成比(%)	100.0	37.3	11.0	6.7
	(6) 影響率(4)×(5)	3.3	2.9	4.8	0.2
私的	(1) 1病院当たり収益(千円)	195,947	85,171	22,802	18,259
	(2) 1病院当たり原価(千円)	231,047	103,379	41,242	11,135
	(3) 損益額(1)-(2)(千円)	35,100	18,208	18,440	7,124
	(4) 収益100対損益	17.9	21.4	80.9	39.0
	(5) 収益構成比(%)	100.0	43.5	11.6	9.3
	(6) 影響率(4)×(5)	17.9	9.3	9.4	3.6

(資料) 病院部門別原価計算報告

(注1) 集客体数: 総数62、私的病院4

(注2) 1病院当たり収益(医業収益): 入院・外来収入、室料差額収入、給食料、その他医業収入の合計

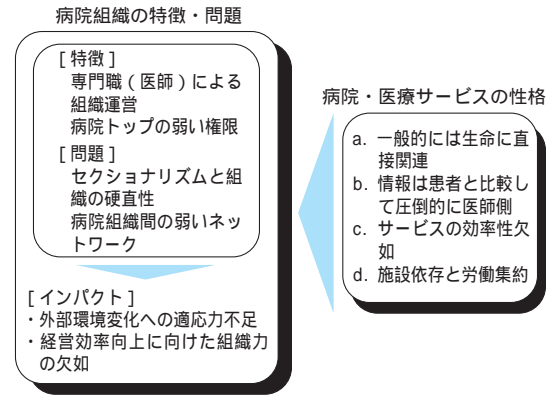
1病院当たり原価(医業経費): 給与費、材料費、経費、減価償却、資産減耗費、研究・研修費、役員報酬、補助部門費用の合計

などの問題を生み出し、経営効率向上の阻害要因を作りだしている(図表8)。例えば、医師の雇用は、その医師の出身大学などが大きいかかわり進められることが多く、経営トップの意向に反して別に決定されることがある。さらに、専門家集団の組織運営では、過去実績を重視する前例主義や経費の一律カットといった行動が一般的になってしまう。

一般企業では、環境変化に対応して、戦略的意思決定を行い、戦略推進に向けた人事や予算策定が行われるが、病院の専門家による自律的・分散的な意思決定システム下では戦略的意思決定は望めない。

(注1) 中堅病院における老人患者比率の高まりは、84年に成立した健康保険法改正に盛り込まれた「特定療養費制度(大学病院等で特に都道府県知事の承認を受けたもの 特定承認保険医療機関)が行う高度の

(図表8) 病院組織の特徴・問題



(資料) 日本総合研究所作成

医療および、特別の病室等のサービスや、特別の治療材料を用いた診療について、保険でみることのできる基礎的部分を対象として療養費を支給するもの」によるところが大きい。本制度の導入に伴い、大学病院等(いわゆる大病院)は、積極的に高度医療技術を取り入れ、医療施設の拡大および、サービスの充実を進め、患者ニーズの対応強化を図った。これにより、大病院と中堅病院間の格差がさらに拡大し、結果一般患者は、大病院志向を一層強めるようになった。

(注2) 「組織としての病院」印南一 [1998] によれば、医療サービスの本質的性格について、「医療サービスは、公的性格をもち、医療は権限である。医療については、社会保障というナショナル・ミニマムが適用されない。医療においては、効率よりも公平性が重んじられるべきである」等は、医療の生命財的性格(生命の尊厳)から派生するとしている。

3. 病院経営を取り巻く環境変化

患者や保険者は、市場原理、競争原理下でのサービス評価を強めるとともに、利用者本位の提供システムを求めている。このもとで、医療行政は、医療費抑制と医療サービスの質的向上を志向すべく、次世代の潮流である「自由と自己責任の原則」を前面に打ち出し、

病院の経営効率化に向け要請を強めつつある。

このように、医療を取り巻く環境が大きく変わろうとしているなかで、環境に対応した新しい医療サービスとそれを支える医療システムが必要になりつつある。そこで以下では、新たな医療システム構築に向けた課題(視点)の抽出を行うために、外部環境の変化とそれらによる病院経営へのインパクトについてみておくことにする。

(1) 医療保険制度改革と病院経営(医療行政の動向)

外部環境の変化の第1として、医療保険制度改革が挙げられる。保険財政の危機的状況の回避に向けて、定額支払い方式の活用による診療報酬体系の見直し、薬価差益解消を狙った薬価基準制度の見直し、老人保健制度の抜本的改革を意図する介護保険制度の導入等の制度改革が図られている。

定額払い方式

出来高払い方式中心の診療報酬体系から定額払い方式への転換(定額化)が図られつつある。すでに、老人の慢性疾患患者や精神病院の慢性入院患者などに対して、定額方式が導入されてきているが、この結果、医薬分業の促進、薬価差益を狙った過剰投薬を抑制するといった面で少なからず効果を上げている。さらに、現在、一般診療に対してもアメリカで採用されている診断群別包括支払方式DRG /

PPS(Diagnostic Related Groups / Prospective Payment System (注3))の考えを中心に検討が重ねられており、近い将来導入される可能性が強い。仮にわが国でDRG / PPSが導入されると、各疾病別に定められた診療報酬しか保険が給付されないため、過剰な診療行為が削減されよう。

定額化は、病院経営に対して、これまでの出来高払い方式とは逆転した発想に基づく取り組みを求めるものである。定額化は、患者の疾患によってあらかじめ給付される金額が決められているため、極論すれば、医療サービスを提供しないほど利益が上がることになるのである。

この制度下で病院経営の安定化を図るためには、「医業収入(定額) - 経費 = 利益」の考えが必要となり、サービス品質を維持しつつ経費をいかに抑えるかが重要になってくる。医療現場では、安易な過少サービス(手抜きサービス)は認められないことから、コストマネジメントは、病院の収益基盤形成の重要な鍵を握るといえる。病院経営は、これまであまり重視されなかった医事および業務標準化と連動した疾病別の原価管理(さらには患者別原価管理への発展)など、新たなコスト管理手法に取り組みなければならなくなる。

参照価格制度

いわゆる薬価差益は、約1兆3,000億円とも指摘されているが、参照価格制度(注4)

が導入された場合、医療機関は収入の柱を失うことになる。また参照価格制度は、単に収入のみならず病院の薬剤使用にかかるコストと効能の評価という患者サービスの品質に多大な影響を与えると考えられる。例えば、病院は、患者の経済的負担を軽減するために、安価な薬剤を使用し、処方するケース（図表9B、C）や、薬剤の効能を重視し、その分患者負担を求めるケース（図表9A）など、患者の要望や状況に応じてその都度使用する薬剤の方針を決定していく必要が生じる。

一方患者は、病院に対して一貫した対応や明確な医療サービス提供の方針を迫ってくるものと予想される。

仮に医師の間で対応にばらつきがあれば、患者（間）の評価、評判に大きな影響を与え、不信感を抱かせてしまう。高齢者の比率の高い中堅病院では、複数の疾病を有している患者が多い。そのため、病院内での診療サービス方針の明示と一貫性（＝組織的方針・対応）

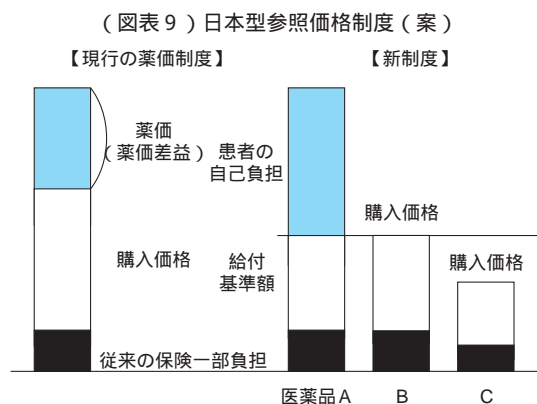
を継続することは、結果として医療サービスの質的評価につながるのである。参照価格制度の導入により病院は、製薬メーカー（MR）からの情報に依存することなく、他病院や海外の症例などを収集する幅広い情報ネットワークの構築を図るとともに、独自の判断能力を醸成させる必要に迫られるものと考えられる。

介護保険制度

介護保険制度は、2000年4月の導入を目標に整備が進められている。福祉施設機能の脆弱性から、社会的入院といわれるように医療による福祉機能の一部代行が結果として医療費増大を招く原因とされてきた。医療行政は、公的介護保険導入により老人医療負担を抑制し、医療保険の老人保健拠出金の軽減を目指している。

公的介護保険制度導入を控え民間病院を中心に療養型病床群（注5）への転換、移行が進められている。

一般に民間病院の療養型病床群への転換は、医療、介護サービスの複合化により、施設や人的コストの効率化を促進し、収入基盤の安定化に有効であるとされている（図表10）。しかし、多くの老人病院や特別養護老人ホームの現状を踏まえ、将来を見据えたならば、本格的な在宅介護時代が到来するに従い、重篤な患者が病院（施設）に入所する割合が高まるものと予想される。そのため病院は、患



（資料）厚生省資料

者が満足するサービスを提供するために基準以上の従事者を確保せざるを得ない状況に迫られる。こうした状況を避けるためには、より積極的に情報化技術などを活用し合理化・省力化を図り、効率的な施設運営を実現させなければならない。

病院間格差を生み出す特別医療法人制度
98年4月より施行された改正医療法において、特別医療法人制度（注6）が導入され、医療法人は、a. 収益業務が営める（図表11）
b. 相続税が課税されず、出資持分の払戻請求が起り得ない、c. 公的な運営が保証される（財団または出資持分を定めない社団医療法人であることなど、いわゆる“医療の継続性”が保証される）、d. 補助金・助成金は優先的に交付される、などのメリットを受けることができるようになった。これにより、

戦略的な経営方針をもって収益源を確保していくという経営環境が整ったといえる。特別医療法人制度は、移行への手続きの厳格さや同族による私的な経営ができなくなるという側面はあるものの、医療の継続という病院経営の基本使命には意義があると考えられる。また、医療機関の社会から信用を獲得するという意味において、特別医療法人制度の導入は期待されることは大きい。

しかし今回の制度は、多少穿った見方をすれば、医療行政が病院に、独自による経営努力を促したものだといえる。特別医療法人制度の導入は、経営努力を行い経営安定化に成功している病院にとって本制度の活用、展開は、経営基盤の強化に有効である。病院は、経営多角化を図ることにより、収益環境の整備を進めることができ、また異業種との交流促進により病院経営の外部情報・ノウハウ吸収な

（図表10）病院における療養型病床群の基準について

区分	病 院		
	一般病床	療養型病床群	
		完全型	転換型
病室定員		4人以内	5人以上可
病室面積	1人当たり 4.3m ² 以上	1人当たり 6.4m ² 以上	1人当たり 6.0m ² 以上
廊下幅	1.2m (両側居室の場合1.6m)	1.8m (両側居室の場合2.7m)	1.2m (両側居室の場合1.6m)
機能訓練室		40m ² 以上 必要な器械・器具	機能訓練を行うために十分な広さ 必要な器械・器具
食堂		1人当たり1m ² 以上	なくても可
談話室		談話を楽しめる広さ	なくても可
浴室		身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	なくても可
人員配置	医師 16 : 1 看護婦・准看護婦 4 : 1	医師 48 : 1 看護婦・准看護婦 6 : 1 看護補助者 6 : 1	医師 48 : 1 看護婦・准看護婦 6 : 1 看護補助者 6 : 1

（資料）厚生省資料より日本総合研究所作成

（注1）診療所における基準は、割愛した。

（注2）印のある基準については、2000年度からは完全型の基準と同一の基準が適用となる。

(図表11) 特別医療法人に関する事項(抜粋)

<p>特別医療法人が行うことができる収益業務の範囲に関する事項(告示)</p> <p>(1)特別医療法人の行うことができる収益業務は、(2)に掲げるものであって、次に掲げる要件に該当するものでなければならないものとする。</p> <p>一定の計画の下に収益を得ることを目的として反復継続して行われる行為であって、社会通念上事業と認められる程度のものであること。</p> <p>医療法人の社会的信用を傷つけるおそれがあるもの、または投機的なものでないこと。</p> <p>当該事務を行うことにより、当該医療法人の行う病院等の業務の円滑な遂行を妨げるおそれのないものであること。</p> <p>名義貸等不当な方法での経営でないこと。</p> <p>(2)収益業務は次に掲げるものとする。</p> <p>医薬品販売業、医療用具販売業その他病院等の運営により得られる知見の活用が図られる物品販売業</p> <p>寝具貸付業、おむつ貸付業その他病院等の運営により得られる知見の活用が図られる物品貸付業</p> <p>飲食店業(一般飲食店にかかわるものに限る)</p> <p>配食サービス業、医業経営相談業その他病院等の運営により得られる知見の活用が図られる請負業</p> <p>医療に関する情報サービス業</p> <p>運送業(患者搬送にかかるものに限る)</p> <p>出版業(保健医療福祉に関する書籍の出版に限る)</p> <p>理容業</p> <p>美容業</p> <p>クリーニング業</p> <p>公衆浴場業その他病院等の運営により得られる知見の活用が図られる浴場業</p> <p>当該法人が所有する遊休資産を活用した駐車場業</p> <p>(3)病院等の業務に付随して行われる(2)の から までに掲げる業務は、収益事業としないものとする。</p>

(資料) 厚生省資料

ど経営の質をより一層高めることができる。

一方、赤字病院は、自己資本の不十分さと収益力の低下、組織体制整備、そしてスタッフ育成の遅れなどを抱えており、本制度の活用は必ずしも有効ではない。結果的に同一規模、内容の民間病院間でも経営格差が今後はより顕著になると考えられる。経営安定化に成功した病院は、さらなる医療サービスの充実へ投資(戦略投資)を進め、各地域での地位を確保していくであろうし、経営基盤の脆弱な病院は、患者離れが加速しさらに厳しい

局面を迎えるであろう。結果として、これまで巷で言われている「よい医療サービス提供=よい病院」に「よい病院=経営(基盤)の安定」の評価軸が加わり、それらが連動し市場原理の下で病院整理を進展させると考えられる。病院は、経営(マネジメント)を提供サービス品質の一指標として捉え、「サービス高質化=(高品質)経営」を目指した取り組みが求められる。

(2) 選択行動を強める生活者

外部環境の変化の第2として、国民の病院、医療サービスにおける選択意識の高まりが挙げられる。医療制度の見直しが進みつつあるなかで国民(患者)の病院に対する意識も変わりつつある。これまで病院は、住居、会社との物理的距離や患者間の口コミをもとに選択されてきた。

しかし、自己負担の増加や病院側の情報開示の進展により、患者のなかには、同じ治療をしてもらうなら、自分にとって少しでも「よい病院」を選択(差別化)するという消費行動も起こると考えられる。さらに、前述の薬価制度の見直しも加わり生活者は、「おまかせ医療」から目覚めるのではないかと考える。

そうした状況で病院経営にとっては、リピーターをいかに増やし、経営の安定化を図っていくかがポイントとなってくる。医療サービスの特徴は、比較対照評価の難しさにある

ことから、国民に対して、いかにわかりやすくサービスを認知させるかという視点が重要になる。また、時代のニーズの提供サービスを適合させていくことが求められる。

一部の先進的な病院では、戦略的な取り組みを進めている。例えば、日帰り手術を導入し、患者の時間拘束解消や経済的負担軽減への対応を狙ったり、また説明や複写など細かな点に留意しカルテを開示するなど、患者のニーズに応えるようにしている病院も出現している。

今後病院経営においては、患者満足度を高めるために定期的なサービス品質管理や顧客との関係づくりに主軸を置いたりレーショナル・マーケティング手法の導入が必須となる。

さらに、中堅病院が患者から選ばれる（差別的競争優位の確立）ためには、病院単独ではなく他の医療機関との連携を前提とした志向が求められる。医療機関の連携の時代を迎え中堅病院は、相対的に患者吸引力低下を余儀なくされることから、他の医療機関と共同して、地域全体で品質の向上に努める必要がある。これからの病院経営には、手法を駆使する手腕が求められている。

(3) 医療評価機能を取り込む健康保険組合

外部環境の変化の第3として、健康保険組合の評価機能醸成による病院経営へのかかわりの強まりが挙げられる。健康保険組合は、97年度の健康保険法の改正で収支はとりあえ

ず好転したが、加入者からの保険料の伸び悩み、高齢者向け医療費負担（老人保健への割当拠出金）の拡大という構造は変わっておらず、このまま放置すれば破綻する組合も続発すると予想される。

健康保険組合は、危機的状況回避に向けて、レセプトの点検強化などを実施しており、将来的には、今後被保険者の健康管理から病院選定までを一貫して管理する「マネージドケア」の考えが取り入れられると予想される。ある健康保険組合連合会支部では、組合員からの病院情報とこれまでのレセプト請求状況などを勘案して病院のランクづけを行い、健康保険組合協力病院として組合員（被保険者）に公開している。今後は、アメリカで実施されているHMO（会員制健康医療団体）の考えを取り入れ、患者と医療機関との間に入って、医療サービスの内容、質、コストを管理する仕組みを構築していくであろう。現下の日本の医療システムは、フリーアクセスが原則になっているが、近い将来、病院選別を本格化させ、各健康保険組合（連合会レベルでも同様）が連携して地域あるいは医療圏で病院を選択することもありうる。一昔前のホテル業界の登録制のようなものをイメージすればよいのではないかと。業界団体に加盟するためには、施設やサービス（ソフト）、経営内容で一定条件を満たさなくてはならなかった。各ホテルは、条件充足に向けて経営努力を図った。同じようなことが病院業界でも動き出

してくるかもしれない。こうした組織団体による病院選別の動きのもと、今後病院は、健康保険組合（組織）や諸団体との関係構築、戦略的投資（重点型投資）の具体化が求められる。

（注3）DRG/ PPS(Diagnostic Related Groups/ Prospective Payment System)とは、「国際疾病分類で1万件以上ある病名をマンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から統計上で意味のある500程度の病名グループに整理し分類する方法」をいう。

その目的は、病院運営において適切な資源投入を行い生産性を上げるためのマネジメント手法の開発であった。

具体的には、マンパワー、薬剤、医療材料、入院日数、コストなどのデータを多くの病院から集め、一定の患者ごとに分析することで、それぞれの病院の改善点を明確にすることであった。

また、アメリカでは、さらにPPS(包括支払方式)を加え、疾病分類に基づく定額支払方式を導入している。

（注4）参照価格制度は、薬効等が同じグループごとに給付基準（参照価格）を設定し、価格の上限・下限により患者負担と医療保険の双方に負担を求めるものである。

（注5）療養型病床群とは、病院の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのものをいう。

（注6）医療法人制度は、1950年の医療法改正により創設された。当時の目的は、医療機関の開設主体を個人（医師）から法人化することによる資金の集積性確保および、医療の永続性・継続の保証にあった。しかし昨今では、医療法人総数23,000件のうち97%を超える（持ち分あり）社団医療法人のなかで出資社員の任意退社による持分払戻請求にかかわる事件や訴訟が続発している。また、前述のように社会環境変化や疾病構造変化などから、保健・医療・福祉の垣根がなくなりつつあり、公共性の高い医療法人の出現が求められるようになってきた。特別医療法人制度は、そうした経緯から第3次医療法改正において創設されたものである。

4. 今後の展開に向けて

これからの新しい医療システムが具備すべき要件は、良質の医療を効率的にサービスすることである。中堅病院が今後展開するに当たっては、前述した外部環境変化および組織の特性から、行政主導による管理医療の枠を超えた「独自性、地域性を備えたオンデマンド型（需要者主導型）医療サービス提供体制」を基本テーマとして推進していくべきであると考えられる。実施に向けては、大きく2つの段階（フェーズ）により進めていくことが得策であろう。

[フェーズ1]経営基盤の安定化と差別化の追求（短～中期的）

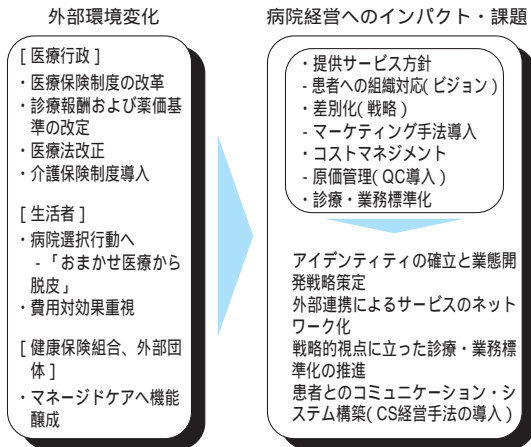
まず病院は、経営の健全化を最重要課題とするとともに、実現に向けた独自の経営システムを構築していくべきである。主たる経営システム構築の視点を以下の4項目に集約する（図表12）。

アイデンティティの確立と業態開発戦略策定

病院は、医療サービスを基軸として病院経営スタイルに一貫性および独自性（アイデンティティ）を持たせ、患者のセグメント化を志向した体制構築を図らなければならない。

例えば、競争の激しい都市型病院では、民間企業との提携を強め、それら企業の管

(図表12) 外部環境変化と病院経営へのインパクト



(資料) 日本総合研究所

理者を重点顧客とする方法が考えられる。この場合、病院は、診療行為だけではなく、健康管理（プライマリーケア）やメンタル面でのカウンセリングなど自由診療を含めたサービス・ミックスへの対応が重要になってくる。経営者は、ニーズを軸に医療サービスの再定義とサービス範囲を再考し、サービス（事業）の再構築を求められる。また、生命保険会社などとの関係を強め、医療サービスの商品化を検討することも有効であろう（商品化とは、たとえばA生命保険協力病院として、検査、治療、健康管理などをパッケージにして提供するものである）。

外部連携によるサービスのネットワーク化

病院は、病院間をはじめとして福祉施設や健康管理サービス事業者などを含めたサ

ービス・インフラの構築を図り、外部サービス活用を前提とした経営手法をとるべきである。

例えば、在宅医療サービスでは、地域に密着して活動するクリニックやOT（作業療法士）、PT（理学療法士）などと積極的に連携する。また、針灸サービスや整体整骨など理学療法や健康関連サービスとの連携も有効であろう。

戦略的視点に立った診療・業務標準化の推進

病院経営の一層の効率化・合理化に向けて、連携先との協業を前提に診療・業務の「共通プラットフォーム化」を促進させなければならない。

例えば、病名を共通化し、電子カルテなどを活用した医療機関同士で患者情報の共有を図れば重複診療や検査は回避できる。また、医療材料を共通化することで、共同購入によるバーゲニング・パワーを創り出すことも可能となる。さらに、クリティカル・パス（疾病別の診療内容基準の設定）などを活用した診療、看護計画作成ツールを共通化することで、高度医療機器の共有化と高稼働へと発展させることができる。共通プラットフォーム化を目指した業務標準化は、結果としてサービス・コンテンツの安定化と差別化に寄与し、経営効率化とサービス品質の両面追求を可能とする。

患者とのコミュニケーション・システム構築（CS経営手法の導入）

病院は、一般企業同様、顧客との関係を樹立し、これを競争力の源泉とする経営手法（CS経営手法）組織展開力を図るべきである。

一部のサービス事業者が病院単位で患者満足度調査サービスなどを提供しており、そうしたサービスも活用して仕組み形成のきっかけを作ることも重要となろう。

[フェーズ2] 地域グループ医療・福祉システム構築による成長基盤の獲得（中～長期的）

医療と福祉の垣根がなくなりつつあることから、「地域における自己完結型医療・福祉システム（地域グループ医療・福祉システム）の構築」を検討していくべきであろう。病院が中心となり、地域の医療および福祉機関と連携を図り、地域や生活者との信頼関係を基盤に従来の医療サービスのみならず、予防分野（プライマリーケア）や福祉サービスなど提供サービスを完結させる領域（ドメイン）を設定し、効果的な医療・福祉資源・機能の集積を推進していくのである。

ドメイン形成については、医療・福祉施設、設備の共同利用にとどまらず、グループをひとつの組織として運営する「地域医療福祉法人（グループ）の設置（＝共同経営スタイルの構築）」が鍵を握るかもしれない。欧米で

は、すでにグループ・メディシン（注7）として個人開業医師の相互間協力形態として存在しているが、同様に日本でも、今後の医療・福祉サービスの在り方から新しいグループ・メディシン（システム）構築を検討していくべきであろう。中堅病院は、今後一層環境悪化が想定されるなか、医療機能の再編（分化と連携）を通して、いかに地域の主導権を握るかが重要な課題となるであろう。そのために病院は、競合から協調へと経営の基本方針を転換するとともに、生活者と共生を図る新たな医療提供システムに向けた展開が求められよう。

（注7）「医療システムの将来戦略」藤咲 [1996] によると、欧米のグループ・メディシンの形態は次のように分類される。

- ・技術設備、例えば臨床検査機器やX線機器などを共同利用するもの。
- ・診療所敷地を共同利用するもので、多くの場合に共通の部門を共同機能としてもつことになる。
- ・狭義のグループ・プラクティスでひとつの組織体として運営される。具体的にはすべての収益をプールして平等配分、仕事量に応じた配分など契約に基づいて配分する。
- ・外来診療部門と入院診療部門とが相互協力関係にあるもの。
- ・高度な検査機能や入院機能をもつセンター施設を共同出資してもち、共同経営するもの。

主要参考文献

- ・厚生省「平成10年版厚生白書」
- ・西村周三「医療制度改革の展望」日本経済新聞社 1998年4月
- ・「米国の疾病分類を使った看護資源の適正

配分に関する研究」(財)医療経済研究機構 1998年3月

- ・「患者の医療に対する現状認識と意識」健康保険組合連合会 1998年3月
- ・印南一路「組織としての病院」組織科学 VOL .31 .NO .31 1998 P 16 ~ 26
- ・「病院の経営持続性に関する研究(報告書)」(財)医療経済研究機構 1997年3月
- ・広井良典「医療保険改革の構想」日本経済新聞社 1997年1月
- ・「医療 98 4 8月号」メディカルフレンド社
- ・藤咲 進「医療システムの将来戦略」医学書院 1996年2月