

SCBSHINKIN
CENTRAL
BANK**産業企業情報****20 - 2****(2008.7.9)****信金中央金庫****SCB****総合研究所**

〒103-0028 東京都中央区八重洲 1-3-7

TEL.03-5202-7671 FAX.03-3278-7048

URL <http://www.scbri.jp>

押し寄せる構造改革の荒波と医療機関経営

- 成長・注目分野シリーズ -

視点

わが国の国民医療費は、今後も見込まれる人口構成高齢化の進展による増大傾向に歯止めをかけるべく、近年の構造改革(医療制度改革)の流れのなかで、診療報酬のマイナス改定など、行政によるさまざまな抑制政策が実施されてきた。これにより、医療機関(病院・診療所)の経営も年々厳しさを増している状況にあるが、本稿では、最近の医療費抑制政策の流れにあらためて注目するとともに、今後の医療機関が目指すべき方向性などについても考察してみた。

なお、本稿は平成18年度より継続している「成長・注目分野シリーズ」の第7弾として取り上げるものである。

要旨

- 国民医療費の増大傾向は将来の財政圧迫要因となることが懸念されるため、政府は歳出抑制を意図した構造改革路線の一環として「医療制度改革」を推進しており、医療機関(病院・診療所)をとりまく収益環境は基本的に厳しさを増している。
- 地方の救急医療現場などにおける“医療崩壊”の顕在化などを受けて、08年度診療報酬改定で病院勤務医の負担軽減策などが盛り込まれたり、行政による医師数抑制スタンスの転換などの動きも見られるようになった。しかし、どこまで実効性をあげられるかなどについてはまだまだ未知数の部分も多い。
- 今後の「医療制度改革」は、08年4月からスタートした「後期高齢者医療制度」の大幅見直しや、療養病床削減計画の目標水準見直しなどで混迷の度合いを強める展開となっており、医療費抑制政策の行方と合わせて、今後の動向を注視していく必要がある。
- 近年の医療費抑制政策は、「診療所」に比べて固定費のウエイトが高い「病院」の収益に対してより大きな圧迫要因となっているとみられる。いずれにしても、今後の医療機関はこれまで以上にマネジメント意識の重要性が増していくとみられる。

キーワード

医療費、医療制度改革、診療報酬改定、医療機関、医療崩壊、病院、診療所、経営

目次

1. 医療制度改革や診療報酬改定を巡る最近の動き
 - (1) 医療費増大の抑制を意図した構造改革の動きが継続中
 - (2) 勤務医対策などが盛り込まれた 08 年度診療報酬改定も全体ではマイナス改定
 - (3) 「後期高齢者医療制度」の見直しなどで混迷の度合いが強まる医療制度改革
 2. 実際のわが国医療を担う医療機関等の動向
 - (1) 近年の医療施設数は「病院」の微減傾向と「診療所」の増加基調が顕著
 - (2) 産科などの“医師不足”も指摘されるなか統計上の医師数は一貫して増加基調
 - (3) 診療報酬マイナス改定は「病院」の収益をより圧迫か
 3. 最近の診療所開設事例
 - (1) メディカルフィットネスクリニック武蔵境（東京都武蔵野市）
 - (2) 浦島メディカルクリニック（静岡県静岡市）
 4. むすび
 - (1) 医療費増大の抑制政策継続の中で医療機関のとれる対応にも限界か
 - (2) 今後は医療機関にも期待される企業経営的なマネジメント意識の高揚
- おわりに

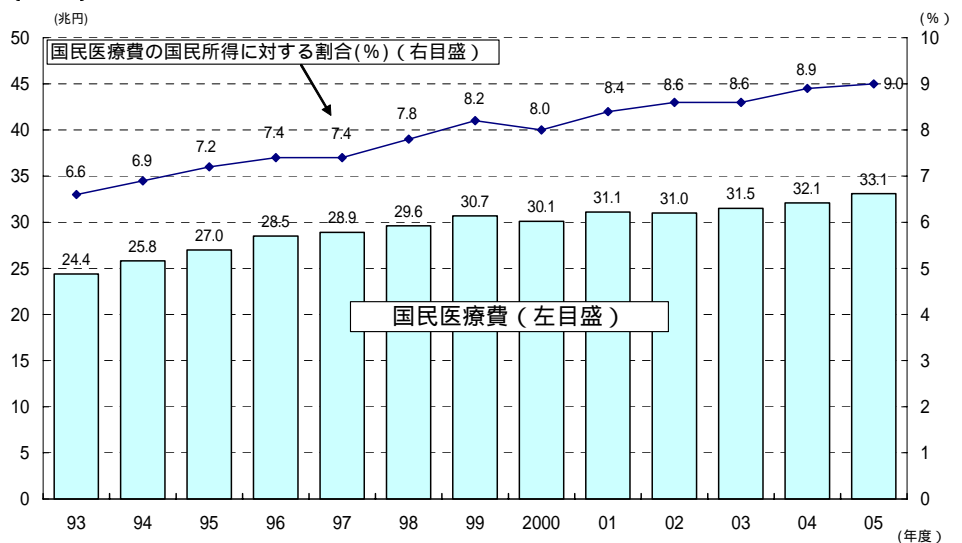
1. 医療制度改革や診療報酬改定を巡る最近の動き

(1) 医療費増大の抑制を意図した構造改革の動きが継続中

わが国人口構成の高齢化の進展による疾病構造変化などを背景に、国民医療費の増加傾向が続いている。2005 年度の国民医療費は 33.1 兆円、国民所得に占める割合は 9.0% と、ともに過去最高水準を更新した（図表 1）。また今後についても、わが国の国民医療費については、2025 年度には 56 兆円に達するといった試算もあるほど、高齢化の一層の進展などで中長期的にも増大の傾向は不可避との見方が一般的となっている。

こうした医療費の増大傾向に対して、21 世紀の成長市場として前向きに捉えるケースもあるが、むしろ、財政再建を目指すわが国政府にとっては、社会保障関係費の歳出増大という形で中長期的な財政圧迫要因となることが懸念される、と

（図表 1）国民医療費等の推移

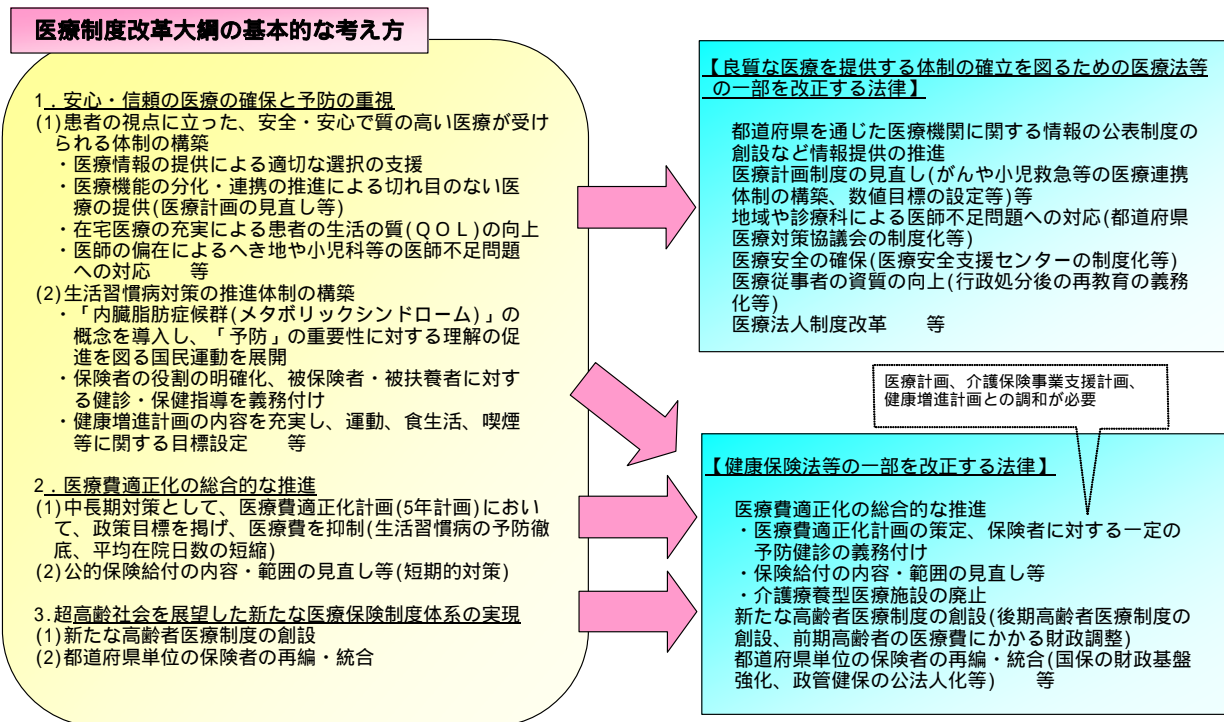


（備考）1. 厚生労働省「我が国の医療保険制度について」をもとに信金中央金庫総合研究所作成
 2. 2000年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移したものが、これらは2000年度以降、国民医療費に含まれていない。

いうネガティブな現象として取り上げられるケースも少なくない。実際、近年では、医療費の増大傾向についても、公共工事縮減の動きなどとほぼ同様に、政府の“歳入歳出一体改革”の中で、基本的には歳出抑制の方向で増大に歯止めをかけようという政策が中心となって現在に至っている。

例えば、わが国経済社会において小泉政権（当時）の構造改革路線が加速していくなかで 05 年 12 月にとりまとめられた政府・与党の「医療制度改革大綱」では、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」と併せて「医療費適正化の総合的な推進」や「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」といった改革の方向性が明記された。これに沿って政府は 06 年の通常国会にいわゆる医療構造改革関連法案を提出、同年 6 月には可決成立させるに至っている（図表 2）。

（図表 2）医療制度改革大綱の基本的な考え方と医療構造改革関連法の概要



（備考）厚生労働白書（2007年版）をもとに信金中金総合研究所作成

さらに、いわゆる“官邸主導”のもとで 06 年 7 月に打ち出された「骨太方針 2006」では、高齢化の進展などを背景に膨らみ続ける医療や介護などの社会保障関係費の伸びを、2007 年度から 2011 年度までの 5 年間で 1 兆 1,000 億円（国費ベース）抑制するという数値目標まで盛り込まれ、その後の財政政策に大きな影響を及ぼし続けるなど、改革路線の具体化に拍車がかかる展開となった。

こうしたなかで、翌 2007 年 5 月には、政府の改革路線を継承する経済財政諮問会議において厚生労働省から公表された「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」において、医療や介護を中心とした社会保障費の抑制（効率化）へ向けて、これまで以上に具体的な目標・指標や政策手段が示された（図表 3）。その後、安倍政権下（当時）で 2007 年 6 月に打ち出された「骨太方針 2007」にもその流れに沿って効率化を進めていくことが明記されるなど、医療費抑制を意図した構造改革の動きが一段と加速した。

（図表 3）「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」に示された具体的取組み

(1) 予防重視の観点
1. 生活習慣病対策の推進
2. 介護予防の推進
(2) サービスの質向上・効率化の観点
3. 平均在院日数の短縮
4. 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策の連携
5. 往診・訪問診療、休日・時間外診療の重視、診療所と病院の役割の明確化
6. EBM(Evidence-based-Medicine: 根拠に基づく医療)の推進、医療の標準化
7. 重複・不要審査の是正や健診の標準化
8. 後発医薬品の使用促進
9. 不正な保険医療機関、介護サービス事業者等への指導・監査の強化
10. 医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し
(3) 診療報酬体系等の見直し
11. 診療報酬・薬価の見直し
12. 診療報酬の包括払いの促進
13. 後期高齢者の心身の特性に応じた診療報酬の創設
14. 介護報酬の見直し
(4) 国民の利便性向上の観点
15. 健康情報の効率的な利活用等のための IT 化の推進
16. 健康 IT カード(仮称)の導入に向けた検討
(5) 国民の安全・安心を支える良質かつ適正なサービスの確保の観点
17. 医師確保対策など地域医療提供体制の整備
18. 患者に対する医療情報の提供の推進
19. 医療・介護の安全体制の確保
20. 公立病院等の果たすべき役割を踏まえた重点化、効率化

（備考）1. 経済財政諮問会議資料（07.5.15）をもとに信金中金総合研究所作成

現・福田政権下で 2008 年 6 月 27 日に打ち出された「骨太方針 2008」でも、社会保障費の抑制を軸とした歳出削減路線は堅持されており、高齢化の進展により今後も増大が見込まれる国民医療費は、引き続き財政圧迫要因とみなされるなかで厳しい抑制圧力にさらされ続けることが避けられない情勢となっている。

（2）勤務医対策などが盛り込まれた 08 年度診療報酬改定も全体ではマイナス改定

一方、基本的に 2 年に 1 回の割合で見直される診療報酬（保険診療の際に医療行為等について「診療報酬点数表」に基づいて計算される報酬の対価）についても、近年では財務省や厚生労働省の主導のもとで医療費増大の抑制を念頭に置いた改定を実施する傾向（全体的に診療の“単価”を引下げる方向での改定）が定着している（図表 4）。

とりわけ、前出の「医療制度改革大綱」が打ち出された直後の実施となった 06 年度診療報酬のマイナス改定幅は、全体で過去最大の 3.16%にも及び、医療関係者の間で

は“3.16 ショック”と呼ばれるほどに、大きな衝撃を与えた。言うまでもなく、診療報酬は医療機関（病院や診療所）の医業収入（一般企業の売上高に相当）に直結しているため、診療報酬のマイナス改定は、基本的には減収という形で医療機関経営の圧迫要因となる。06年度改定の“3.16 ショック”は、それまでの度重なる診療報酬マイナス改定をギリギリの努力によって乗り切ってきた医療現場、とりわけ救急医療を担う病院勤務医に対して、いわばとどめを刺すような形となり、これによって、近年、社会問題化しつつある“医療崩壊”¹が加速されたとの指摘も一部にある。

(図表4) 診療報酬改定率の推移

	1998年度	2000年度	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度
本体部分	1.50%	1.90%	-1.30%	0.00%	-1.36%	0.38%
医科	1.50%	2.00%	-1.30%	0.00%	-1.50%	0.42%
歯科	1.50%	2.00%	-1.30%	0.00%	-1.50%	0.42%
調剤	0.70%	0.80%	-1.30%	0.00%	-0.60%	0.17%
薬価・材料部分	-2.70%	-1.60%	-1.40%	-1.05%	-1.80%	-1.20%
診療報酬全体	-1.20%	0.30%	-2.70%	-1.05%	-3.16%	-0.82%
1998年度=100	100.0	100.3	97.6	96.6	93.5	92.7

(備考) 日本医師会資料(2007.10.30)をもとに信金中金総合研究所作成

これに続く08年度の診療報酬改定では、緊急課題として「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」が前面に掲げられるなど、“医療崩壊”に歯止めをかけようという意図も一部に織り込みながら、勤務医対策を進める病院への加算等により、医療本体は8年ぶりのプラス改定(+0.38%)となった。ただ、薬価等も含めた全体では依然としてマイナス改定(-0.82%)の基調が継続されるなど、医療費の総額の増大傾向は何とか抑制したいという行政サイドの姿勢は堅持された。

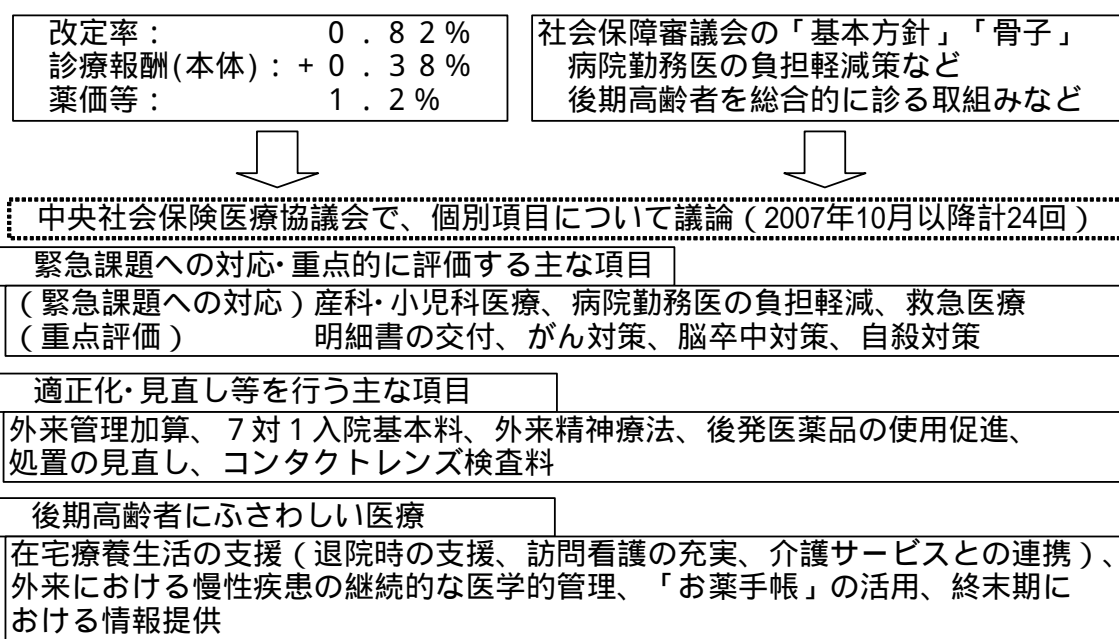
ちなみに、産科・小児科への重点評価策として08年度診療報酬改定に織り込まれた具体的な内容としては、緊急搬送されてきた妊産婦を受け入れた病院への加算、あるいは常勤の小児科または小児外科医を一定数以上擁している病院への加算、などがあげられる。また、病院勤務医の負担軽減策としては、医師の事務作業を補助する専従職員を配置している病院等への加算、軽症の救急患者を地域の身近な診療所で受け止めることを

¹“医療崩壊”とは、それまで相応に回っていた医療体制が何らかの原因で立ち行かなくなることの総称である。診療報酬改定による医療費抑制政策のみならず、過酷さを増す勤務環境に見切りをつける病院勤務医の独立開業急増や看護師の集団退職、患者側の医療不信や権利意識の高まりを背景とした医療訴訟リスクの増大（モンスターペイシエントの台頭）、「新医師臨床研修制度」の導入などによる大学医局弱体化に伴う病院勤務医の流動化、など、さまざまな要因が複雑に絡み合っている。結果として、勤務環境が特に厳しいとされる「産婦人科医」「外科医」「小児科医」などを中心に病院勤務医が現場を去るなどの事態が顕在化し、当直医不在による救急医療現場の機能不全（特に地方部）、出産難民の増加などが表面化するなど、重大な社会問題となりつつある。

意図した診療所の夜間・早朝対応への評価の創設、などがあげられる（図表5）。

こうした新しい診療報酬体系が、現下の“医療崩壊”に対してどこまで実効性をあげられるかなどについては、まだまだ未知数の部分も多いが、いずれにしても各医療機関は、限られたパイ（＝医療費）の“争奪戦”のごとく、今後も医療制度改革の行方なども踏まえながら、新しい診療報酬体系への対応を迫られている状況に置かれ続けていく。

（図表5）2008年度の診療報酬改定の概要



（備考）厚生労働省保険局医療課資料「平成20年度診療報酬改定について」をもとに信金中央金庫総合研究所作成

（3）「後期高齢者医療制度」の見直しなどで混迷の度合いが強まる医療制度改革

今般の08年度診療報酬改定は、当然のことながら前出の医療構造改革関連法案（06年通常国会で可決成立）とも密接にリンクしており、改革の流れのなかで08年4月より一斉にスタートしている「医療費適正化計画」「地域医療計画」「地域ケア整備構想」「後期高齢者医療制度（長寿医療制度）」などに対応した内容が、今般の診療報酬改定にも随所に織り込まれている（図表6）。

ただし、医療制度改革の一翼を担うはずだった「後期高齢者医療制度」が、行政等のPR不足や事務ミスなどに端を発するような形で急速に“政治問題化”し、医療現場も含めた各方面から制度の不備が相次いで指摘されるなど、序盤から大幅な見直しを余儀なくされる大波乱のスタートとなっている。

また、「地域ケア整備構想」のひとつとして進められている「療養病床」²の削減計画についても、介護療養型医療施設（療養型病院）の介護施設（“新型老健”）等への転換などで2012年度末をメドに大幅削減を見込んでいたが、医療・介護現場の実態との摺り合わせが進むにつれて、当初計画水準を大幅に見直す必要性に迫られている。

08年度に入って明らかになりつつある各都道府県の医療型療養病床の必要量の総計は、当初削減目標（2012年度末をメドに現行約25万床を約15万床まで削減）には遠く及ばない見通しにある。一方、全廃の計画下にある介護型療養病床（現行約13万床）についても、介護施設等への転換は、目下の介護報酬体系のもとでは採算面などから現実的な選択肢となり得ないとの見方が多く、行政の当初の思惑どおりに転換が進まないという事態に直面している。

(図表6) 医療制度改革に基づく主な計画・構想・制度創設等の概要

<p>【医療費適正化計画】</p> <p>～特定健診・特定保健指導の概要～ 実施主体：保険者。医療機関に委託可 特定健診対象者：40～74歳の医療保険加入者。 全対象者が受診する「基本的な健診項目」と、医師の判断で受診する「詳細な健診項目」がある。 特定保健指導対象者：メタボリックシンドロームと判定された人。リスクや年齢に応じ「積極的支援」「動機付け支援」「情報提供」が行われる。 結果は、電子データで定められたファイル形式に基づき管理される など</p>	<p>【地域医療計画】</p> <p>～地域医療計画の概要～ 4疾病5事業（がん・脳卒中・心疾患・糖尿病 / 救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）：それぞれの連携体制について、必要な医療機能・施設の具体的な名称などを公表 在宅医療：診療所や訪問看護ステーション、薬局、介護施設等の連携体制を推進。在宅医療を担う医療機関の名称を公表</p>
<p>【地域ケア整備構想】</p> <p>～地域ケア整備構想の概要～ 療養病床削減目標値：各都道府県で設定 療養病床転換促進のための支援措置 介護療養型保健施設の創設 医療法人による有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅の運営 2008年5月から、本体施設とサテライト型施設について、組み合わせを多様化し、人員・施設基準等の規制を緩和 その他：「小規模老人保健施設の人員基準等の緩和」「老人保健施設等への転換費用の助成」など</p>	<p>【後期高齢者医療制度(長寿医療制度)】</p> <p>～後期高齢者医療制度の概要～ 被保険者：75歳以上および65歳以上の一定以上の障害のある人。 保険料：被保険者から徴収(原則、年金天引き) 管理・運営等 市区町村：窓口業務、保険料の徴収事務 後期高齢者医療広域連合：被保険者の資格管理、保険料の賦課、給付、財政運営などの事務</p>

(備考)TKC「Medical Practice News」(2008.6)などをもとに信金中金総合研究所作成

医療制度改革の柱のひとつであった療養病床削減計画も、ここへきて早くも目標水準の見直しが必至の情勢となっており、「後期高齢者医療制度」の見直し問題と合わせて、医療制度改革の行方はここへきて一段と混迷の度合いを強めている。

²療養病床とは、慢性病など長期療養を必要とする患者が入院するための病床。急性期の患者が入院する一般病床とは医療法に基づいて区別される。この療養病床がいわゆる「社会的入院」の受け皿となって医療費膨張の一因となっているとの指摘から、医療型（約25万床）と介護型（約13万床）合わせて約38万床あった療養病床を、2012年度末までに医療型は15万床へ、介護型は全廃へと、それぞれ削減する計画だったが、ここへきて計画は大幅な見直しを迫られている。

2. 実際のが国医療を担う医療機関等の動向

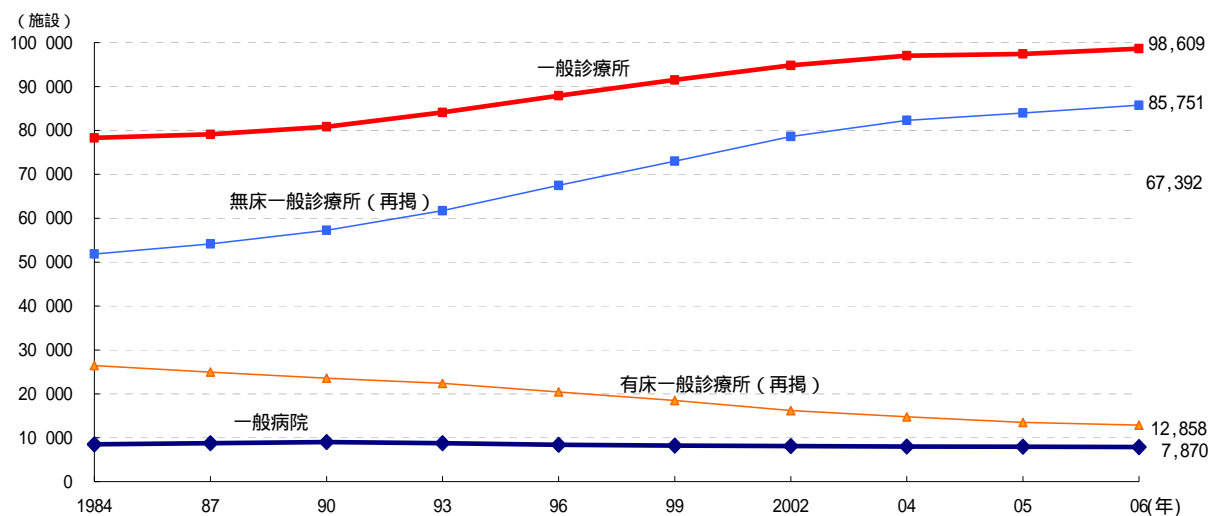
(1) 近年の医療施設数は「病院」の微減傾向と「診療所」の増加基調が顕著

実際の医療行為の担い手である医師等が医業を行う場所である医療施設は、医療法第1条の区分により、病床20床以上の「病院」と、同19床以下の「診療所」に大別される。なお、「診療所」は一般に“クリニック”と称されることも多い。

最近の医療施設数の動向をみると(図表7)、病院(精神病院を除く一般病院)の数は、90年の9,022カ所を直近のピークに、現在に至るまで緩やかな減少傾向が続いている。これは、経営不振による廃業・倒産・経営統合などが主因とみられる。ちなみに、病院が廃業や倒産に至る原因として、かつては、放漫経営、設備過多、売上減少、の順にあるとされてきたが、近年では、売上減少、放漫経営、設備過多、の順へ変化してきたといわれており、医療費増大の抑制政策の継続などで収益確保が困難化するなど、病院にとっての経営環境が年々厳しさを増している様子がうかがえる。

一方、診療所(歯科を除く一般診療所)の数は、ほぼ一貫して増加する傾向にある。とりわけ施設基準や医師・看護師の配置基準などで制約を受けにくい無床の診療所(無床一般診療所)の増加傾向が顕著となっている。近年の“医療崩壊”の象徴のひとつともいわれる“病院勤務医の独立開業ラッシュ”という大きな潮流を裏付ける結果とも言えるが、患者にとって身近な診療所には、目下の医療行政が進める“在宅診療”や“病-診連携”(病院と診療所の連携)の中で、地域医療の担い手として“かかりつけ医”のような役割を期待される面も強まっており、こうした政策の流れに的確に対応していくことの重要性も増している。なお、今後も診療所の増加傾向が続くようであれば、将来的には患者獲得競争の激化などによって業績不振に陥る診療所が増えてくる可能性が懸念される点には注意が必要であろう。

(図表7) 医療施設数の推移



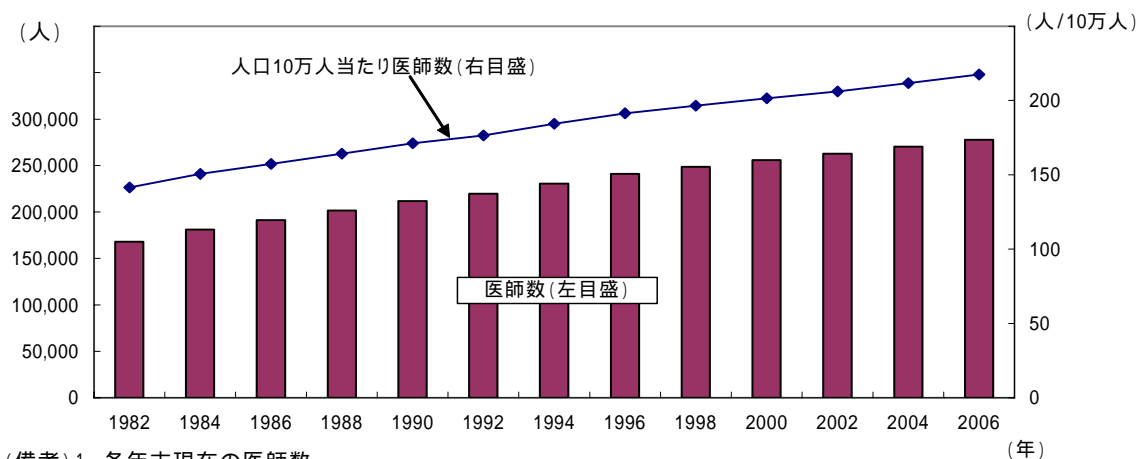
(備考) 1. 各年の10月1日現在の施設数

2. 厚生労働省「平成18年医療施設(動態)調査の概況」をもとに信金中金総合研究所作成

(2) 産科などの“医師不足”も指摘されるなか統計上の医師数は一貫して増加基調

実際の医療行為を担う医師の数は、直近の統計(06年)で約27万人(人口10万人当たり医師数で217名)に及び、毎年3,500~4,000人程度の純増が続くなど、着実な増加傾向にある(図表8)。

(図表8) 医師数の推移



(備考) 1. 各年末現在の医師数
2. 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」をもとに信金中金総合研究所作成

統計上は“医師不足”という状況にあてはまらないように見えることもあり、医療費の“膨張”を警戒する行政サイドは、医師数については「不足ではなく偏在」という認識のもとで、基本的には医師数抑制の政策スタンスにあった。

しかし、ここへきて産科や小児科などの診療分野や、地方の救急医療現場などにおいて“医師不足”が顕在化していることなどを踏まえ、行政サイドでは医師数抑制の政策スタンスを転換する方向へ動き始めた。

08年6月18日に公表された厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」会議の最終報告書では、これまで抑制されてきた医師養成数を、今後は大学医学部定員数の拡大などで増加させていくという方針転換が明記された。このほか、医師不足問題に関連して、女性医師の離職防止・復職支援(現状で医師国家試験合格者の3分の1を占める女医が働きやすい環境を整備)、診療科バランスの改善(産科や小児科などに数値目標)、総合的な診療能力を持つ医師の育成(過疎地などの医師不足を解消)、などの提言も盛り込まれるに至っている。

また、同会議の最終報告書では、安心して医療サービスを受けられる体制づくりを進めていくうえで、利用者である患者側にも対応すべき点があることを指摘している。具体的には、夜間・救急利用の適正化(小児救急電話相談(#8000)の活用など)、

医療者と患者・家族等の協働の推進(安易な時間外受診等(いわゆる“コンビニ受診”)を控えるなど適切な受診行動について普及・啓発)、などについて、その必要性を訴える内容となっている。これらが“医療崩壊”を食い止めるきっかけになるのか、今後の動向があらためて注目される。

(3) 診療報酬マイナス改定は「病院」の収益をより圧迫か

厚生労働省の「医療経済実態調査」(07年6月実施)から足元の医療施設の収益状況をみると、病院(一般病院(国公立病院を含む))が総じて収益面で苦戦している様子がみられるのに対して、診療所(一般診療所)は厳しい事業環境の中でもある程度の利益を確保しているという状況を認識することができる。限られたサンプル数の中で、しかも6月のみの調査というデータ上の制約はあるものの、診療報酬が引き下げ基調で推移するなかで、医療施設としての収益状況については、病院と診療所で明暗が分かれていた可能性もある(図表9)。

(図表9) 病院と診療所の収支状況

(単位:千円、%)

	一般病院			一般診療所		
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
			法人・その他	個人	有床	無床
			構成比	構成比	構成比	構成比
・ 医療収入	236,929	100.0	244,735	100.0	8,978	100.0
・ 医療費用	250,087	105.6	258,731	105.7	7,199	80.2
給与費	130,499	55.1	135,033	55.2	3,619	40.3
医薬品費	34,886	14.7	36,042	14.7	1,564	17.4
材料費	25,606	10.8	26,585	10.9	225	2.5
委託費	16,383	6.9	17,006	6.9	378	4.2
減価償却費	13,710	5.8	14,286	5.8	377	4.2
その他	29,002	12.2	29,780	12.2	1,037	11.6
・ 収支差額	-13,158	-5.6	-13,996	-5.7	1,779	19.8
(-)					2,086	14.3
施設数	414		395		1,024	
平均病床数	190		195		-	
					139	
					885	

(備考) 1. 厚生労働省「第16回医療経済実態調査(平成19年6月実施)」をもとに信金中金総合研究所作成

2. 一般病院の医療費用の「材料費」は、「給食用材料費」と「診療材料費・医療消耗器具備品費」の合計額とした。また、同じく「一般病院」の医療費用の「その他」は、「設備関係費」と「経費」と「その他の医療費用」の合計額とした。

なお、「医療経済実態調査」の中の「一般病院」と「一般診療所」について、「医療費用」の内訳(「医療収入」に対する構成比)を比較してみると、「医療費用」のおよそ半分を占める「給与費」において14.8ポイントもの開きがあり、これが両者の収益状況に差異を生じさせた大きな要因であるといえる。一般に、病院は高度な医療技術への対応を求められたり、救急医療体制を構築していなければならないケースも多いことなどから、医師のみならず看護師や臨床検査技師などをはじめとしたコ・メディカル(Co-medical:医療従事者)などの専門スタッフについても一定数が必要とされることが多い。一般に、病院や診療所は“労働集約的”な側面が強いともいわれるが、特に病院については「給与費」の部分にこうした特質が顕著にみられた形となった。

ちなみに、「給与費」と「減価償却費」と「その他」を仮に“固定費”に、「医薬品費」と「材料費」と「委託費」を仮に“変動費”に、それぞれ見立てながら損益分岐点比率³を試算してみると、「一般病院」では108.2%、「一般診療所」では73.9%という結果となった。前述したように、データに制約があることなどから、この試算結果をそのまま一般化することには困難もあるとみられるが、いずれにしても病院は固定費の

³損益分岐点比率 = 医療収入 / 損益分岐点医療収入 × 100 (%)

なお、損益分岐点医療収入とは、現在の費用構造の中で収支が均衡する(ゼロとなる)医療収入のことと、本稿では、損益分岐点医療収入 = 固定費 / [1 - (変動費 / 医療収入)] の算式で計算した。

ウエイトが比較的高い（損益分岐点比率が高い）業態とみられ、診療報酬改定（単価引下げ）などによる「医業収入」の伸び悩みが、診療所以上にストレートに利益（収支差額）を圧迫しやすい財務体質にある、ということはいえそうだ。

【参考】

前出の「医療経済実態調査」における「一般診療所」について、主たる診療科別の収支状況と、これに基づいて前出と同様の損益分岐点比率を試算してみたものは図表 10 のとおり。いずれの診療科においても 20%前後の利益（収支差額）を確保しているなかで、特に「皮膚科」、「耳鼻咽喉科」、「精神科」、などにおいて、相対的に高い利益率を示すデータが散見された。

前述したように、「一般診療所」の財務体質は、「一般病院」と比較すると、相対的に“固定費”のウエイトが低いことから、「医業収入」の伸び悩みによる利益面への影響についても、病院に比べれば軽微という面はあるとみられる。ただし、診療所経営については、医療制度改革の動向もさることながら、むしろ一般の個人商店等と同様に、“顧客（患者）獲得”が収益確保の上での生命線となっている側面も強い。「いかに患者さんに足を運んでいただくか」といった部分では、一般の個人商店等にも準じた顧客（患者）サービスの視点（患者から選ばれるための視点）が極めて重要な差別化要因となるケースも少なくない。“病院勤務医の独立開業ラッシュ”の動きが近年顕著となっていくなかで、来たるべき競争激化時代へ向けて、診療所の“顧客（患者）獲得”のための戦略の重要性も、ますます高まっていくことは必至といえよう。

(図表10)診療所の収支状況（診療科目別） (単位：千円、%)

	内科		小児科		精神科		外科		整形外科	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
・医業収入	9,438	100.0	6,136	100.0	9,302	100.0	10,216	100.0	9,384	100.0
・医業費用	7,700	81.6	5,260	85.7	6,744	72.5	8,924	87.4	7,480	79.7
給与費	3,595	38.1	3,106	50.6	4,413	47.4	3,975	38.9	4,066	43.3
医薬品費	2,066	21.9	879	14.3	370	4.0	1,982	19.4	1,339	14.3
材料費	251	2.7	55	0.9	96	1.0	297	2.9	241	2.6
委託費	404	4.3	208	3.4	368	4.0	694	6.8	252	2.7
減価償却費	457	4.8	225	3.7	288	3.1	423	4.1	331	3.5
その他	927	9.8	786	12.8	1,209	13.0	1,553	15.2	1,250	13.3
・収支差額 (-)	1,738	18.4	876	14.3	2,558	27.5	1,292	12.6	1,904	20.3
施設数	505		82		24		51		83	
損益分岐点比率	74.1%		82.4%		69.8%		82.2%		74.8%	
	産婦人科		眼科		耳鼻咽喉科		皮膚科		その他	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
・医業収入	9,894	100.0	9,532	100.0	6,726	100.0	7,828	100.0	9,732	100.0
・医業費用	8,224	83.1	7,201	75.5	4,863	72.3	5,366	68.5	7,686	79.0
給与費	4,616	46.7	4,106	43.1	2,660	39.5	2,702	34.5	3,803	39.1
医薬品費	823	8.3	818	8.6	598	8.9	1,293	16.5	1,851	19.0
材料費	378	3.8	227	2.4	160	2.4	108	1.4	283	2.9
委託費	802	8.1	303	3.2	250	3.7	170	2.2	423	4.3
減価償却費	264	2.7	344	3.6	304	4.5	231	3.0	235	2.4
その他	1,341	13.6	1,403	14.7	891	13.2	863	11.0	1,091	11.2
・収支差額 (-)	1,670	16.9	2,331	24.5	1,863	27.7	2,462	31.5	2,046	21.0
施設数	48		85		68		53		25	
損益分岐点比率	78.8%		71.5%		67.4%		60.7%		71.5%	

(備考) 1. 厚生労働省「第16回医療経済実態調査（平成19年6月実施）」をもとに信金中金総合研究所作成

3. 最近の診療所開設事例

以下では、近年増加傾向にある診療所（クリニック）のなかで、特色のある経営などで堅実なスタートを果たしている経営事例（2件）を紹介した。

（1）メディカルフィットネスクリニック武蔵境（東京都武蔵野市、06年12月開設）

当クリニックは、東京都青梅市や埼玉県所沢市といった多摩地区エリアを中心に“自立と予防”に主眼を置いた「多摩リハビリテーション病院」などを展開する医療法人社団和風会（東京都青梅市：理事長 石田信彦氏）が、従前より注力している“健康増進”を具現化するもののひとつとして、2006年12月に東京都武蔵野市のJR武蔵境駅前に開設した、フィットネスクラブ併設の新しいタイプの診療所（クリニック）である。

和風会は、厚生労働省認可の疾病予防施設「メディカルフィットネスセンタープラム」を併設する「多摩リハビリテーション病院」（東京都青梅市：病床数199床）や、365日・年中無休の救急体制（二次救急指定）を備えている「所沢中央病院」（埼玉県所沢市：病床数80床）を中核施設としながら、介護老人保健施設（2カ所）や有料老人ホームなど、「日常の健康増進から疾病予防、病気の治療・介護、病後のリハビリ・介護まで」をモットーに、医療・保健・在宅ケアに関する複数の専門施設をバランスよく展開している医療法人である。

一般に、高血圧・糖尿病・高脂血症などの生活習慣病の人や、肥満・ストレス過多などの生活習慣病予備軍の人などに対して“適度な運動”を勧める医師は多いが、「メディカルフィットネスクリニック武蔵境」では、日本医師会が認定するスポーツドクターの資格を持つ専門の医師1名が院長として常駐し、なるべく薬を使わずに健康増進を図るために、1人1人の病状に応じて“有酸素運動”を軸とした適切な“運動処方”を指導し、トレーニングジムやスイミングプールを備えている併設のフィットネスクラブ（メディカルフィットネスクラブ武蔵境）において、割安な利用料金でそれらを実践していただける場所に最大の特徴がある。

当クリニックでは、院長と同様にスポーツドクターの資格を持つ石田理事長も非常勤医師として対応するなど、医療とフィットネス機能を融合させた「メディカルフィットネス」の実践の場のひとつとなっている。

和風会では、医療行政の動きを先取りするような「予防とケア」の一貫した事業展開で、今後も理想の地域医療を実践していく意向である。



(2) 浦島メディカルクリニック（静岡県静岡市清水区、07年3月開設）

当クリニックは、地元JA系の総合病院で外科診療副部長を務めていた現院長の浦島哲郎氏が、2007年3月に開設した、消化器科・外科・内科・肛門科を標榜科目とする地域密着型のクリニックである。スタッフは、医師1名（院長）のほか、看護師4名、その他事務職3名を擁し、地域の外来患者等に対して精力的に対応している。

院長の専門分野である“消化器外科”の領域においては、近年、最新の電子スコープ（内視鏡）やCT（コンピュータ断層撮影装置）、超音波検査機器、レントゲンなどの装備が必須の情勢となってきた。こうした流れに対応するため、当クリニックでは、開業時から最新の医療機器をひと通り装備し、クオリティの高い医療を実践している。これらの医療機器は、がん検診などの検査受託増大という形で、当クリニックの収益にも大きく寄与しているほか、相互に電子カルテシステムと連動させることで、CTなどによる画像情報の一括管理はもちろんのこと、保険点数の計算から会計までを終了させることができるなど、経営効率化にも威力を発揮している。また、軽度の肛門疾患に対しては日帰り手術もできる体制を備えるなど、専門分野も活かしながら地域住民のニーズに対応している。

なお、クリニックの経営にあたっては「いかに患者待ち時間を短縮させるか」にも留意しており、前出の電子カルテシステムの有効活用に加え、待ち時間を活用して看護師が患者情報を事前に聞き取るなど、きめ細かい対応を実践している。

今後についても、地域住民に信頼されるクリニックを目指し、地域の“かかりつけ医”として、消化器一般・乳腺の病気、がん検診、肛門疾患の専門領域を軸としながらも、幅広い診療を実践することで、地域医療に貢献していく意向である。

なお、当クリニックの開業にあたっては、地元・しずおか信用金庫が資金面などで支援、地域金融機関の立場から地域医療の発展に一定の役割を果たしている。



4. むすび

(1) 医療費増大の抑制政策継続の中で医療機関のとれる対応にも限界か

これまで述べてきたように、わが国の医療費については、今後も見込まれる高齢化の

進展などを背景とした“膨張”を抑制すべきという観点から、構造改革の流れのなかでさまざまな“抑制政策”が展開され、それらの一環として診療報酬についても“単価引下げ”の方向で改定が繰り返されて現在に至っている。

この状況を一般の産業（企業）にあてはめて考えると、今後も数量増大（需要増大）が見込まれる成長市場において、サービスの単価を段階的に引き下げることによって、全体の市場規模（売上高）の拡大が半ば意図的に抑制されている、というような状況にほかならない。

一般に、企業経営を進めていくうえで、単価の引下げは、ほぼストレートに利益の減少要因となる。これに対して、固定費削減などの経営努力によって利益確保を図っていかなければ、やがては収支面で赤字転落、という事態も避けられないものとなる。とはいえ、固定費削減には自ずと限界もあることから、事業存続を前提とした企業経営的マネジメントの発想に立てば、付加価値戦略などで単価の回復（引上げ）を図るか、数量増によって全体売上水準の維持に努めるか、新分野進出などで新たな収益の柱を育成するか、など、患者ニーズを先取りするような“マーケティング感覚”もフルに発揮しながら対応策を模索していくのが一般的と考えられる。

目下のところで個々の医療機関（病院や診療所）が置かれている状況も、まさにこういった厳しい局面にあるものと思われるが、一方で医療分野独特の特殊事情などもあり、一般の企業経営的マネジメントと同様の対応が図りにくい状況があるのが現実の姿といえる。

たとえば、現行の診療報酬体系の下では、単価の回復を図る、という対応は事実上難しい。もちろん、改定によって高い点数の配分された領域へ傾注する、という対応も考えられなくはないが（行政サイドもある面でそれを意図している。）、それだけでは医療機関として幅広い患者ニーズに対応しきれない状況が生まれてしまうことも確かだ。

また、数量増（受入患者増など）でこれをカバーする、という対応についても、現行のスタッフ数がフル稼働中という現実のなかで、さらなる数量増をこなしていくことは、事実上、不可能なケースが大半とみられる。そもそも新たなスタッフ増強は固定費増にもつながるものであり、慎重に対応せざるを得ないばかりでなく、医師や看護師の不足が社会問題化しているなかで、新たなスタッフを確保していくことは極めて困難といえる。

新分野進出などの対応についても、医療機関にとってはさらに現実的とはいえない。医療機関が医業以外の事業分野へ展開していくことは、非営利を前提とした現行の制度的枠組みの中では極めて限定的なのが実情だ。

ではどうすればいいのか。“医療崩壊”が止まらないという状況の中で、その答えを見出していくのは容易ではない。

(2) 今後は医療機関にも期待される企業経営的なマネジメント意識の高揚

近年、わが国経済社会が“医療崩壊”という由々しき現実と直面するなかで、「そもそも医療費の増大をここまで抑制しなければならないのか」という議論があらためて注目されつつある。

たしかに、限られた財源の中で医療費だけが増大していく、という展開は、財政の健全化を阻害するものとして、好ましい姿ではないようにも見える。しかし、OECD(経済協力開発機構)の統計からわが国医療費のGDP対比をみると、OECD主要国の中でわが国は現状で最も低い水準にあり、その事実はそもそも医療費は本当に財政圧迫要因なのか、という議論の出発点として引用される機会が徐々に増えている(図表11)。

ちなみに、人口対比の医師数についても、わが国はOECD諸国のなかで最も低い水準にあるが、本文中でもすでに述べてきたとおり、昨今の“医師不足”が強く認識されながら政策的に医師を増やす方向へ転換し始めた流れも勘案すれば、中長期的にはこれが増加に転じていく展開も十分に予想される。

(図表11) OECD主要国の医療関連の統計指標比較

	日本	英国	米国	ドイツ	フランス	スウェーデン
総医療費支出のGDP比	8.0%	8.3%	15.3%	10.7%	11.1%	9.1%
医師数(人口千人対)	2.0人	2.4人	2.4人	3.4人	3.4人	3.4人
看護師数(人口千人対)	9.0人	9.1人	7.9人	9.7人	7.7人	10.6人
急性期病床数(人口千人対)	8.2床	3.1床	2.7床	6.4床	3.7床	2.2床
CT設置数(人口百万対)	92.6	7.5	32.2	15.4	7.5	14.2
MRI設置数(人口百万対)	40.1	5.4	26.6	7.1	4.7	7.9

(備考) 1. OECD日本政府代表部「OECDヘルスデータ2007」をもとに信金中金総合研究所作成
2. 調査結果公表時点で比較可能な統計数字を採用しているため、国ごとに調査時点が異なる場合がある。

こうしたことも踏まえた場合、今後も引き続き医療費全体の抑制政策を続けることが果たして現実的といえるのか、本当に“限られた財源”の中で考えていかなければならないことなのか、あるいは、前述したような特殊事情の下に置かれている個々の医療機関の経営が構造的に立ち行かなくなること(医療崩壊)が、結果的に良質な医療の提供を受けられなくなっていくという国民全体のリスクを増大させることにつながっていないか、などについて、あらためて議論していくことが必要な局面にさしかかっているのかもしれない。

個々の医療機関においても、医療費抑制政策が今後も継続していくなかで、引き続き難しい経営面での舵取りを迫られることは間違いないとみられるが、現体制下での設備

投資が妥当なものか、固定費を削減する余地は本当はないのか、あるいは前出のクリニック2件の事例にもみられるように、先見性を発揮しながら特色のある経営を実践することなどで地域社会における存在感を高めていくような“攻めの対応”なども含めて、あらためて企業経営手法にも準じたようなマネジメント意識の高揚に期待したい。

おわりに

医療機関にとって企業経営的なマネジメント意識の重要性が高まるのと歩調を合わせるかのように、医療機関向けの経営支援サービスを手がける事業者のすそ野も着実に広がっている。金融業界においても、医療機関向け金融商品の開発や専担者（チーム）の設置、あるいは開業医支援体制の強化など、資金調達面を軸としながらも医療機関経営を幅広く支援しようとする動きが、ここ数年の間に急速に広がっているのも、その一環といえよう。

ただ、金融機関にとって“医療業界”の動きは実につかみづらいというのが実情だ。すなわち、医療機関に直接関連する領域は、高度先端医療のような非日常的なジャンルから、患者満足度向上という極めて身近なジャンルまで、極めて幅広いうえに、ひとつひとつの奥が深く、しかも主たる監督官庁（厚生労働省）がそれぞれについてキメ細かく管理監督の網を張り巡らせているため、全体感がなかなかつかめない。しかも、事業環境変化のスピードが極めて速く、常に最新の動向を押さえておかなければ、医療機関における資金調達ニーズの動向や、その経営に内在する潜在的リスクなどを見極めることができない。

こうした“医療業界”の動きのすべてを、“業界外”に身を置く金融機関職員の立場から理解していくのは極めて困難なことのようと思われるが、逆にいえば、こうした状況に対して個々の医療機関がどのように対応していくかによって、当該医療機関の資金調達事情も今後は大きく変わっていく可能性があるものと考えられる。

すなわち、資金提供を受ける医療機関側のスタンスとして、数値的に把握させることが比較的容易な財務・経理などの定量情報のみならず、今後は医療機関をとりまく事業環境等の定性情報も含めて金融機関サイドに分かりやすく伝えるような“情報開示戦略”の重要性が増していくのではないと思われる。

近年の金融機関サイドにおいて、“医療業界”を正しく理解しようという動きが広がってきていることは上述のとおりであるが、これに対して医療機関サイドにおいても、自らの経営状態もさることながら、その前提にある“医療業界”そのものをも理解させようという努力も惜しまないことが、中長期的には医療機関サイドの金融調達円滑化に繋がっていくものと思われる。今後の相互理解の進展を期待したい。

以上
(鉢嶺 実)

《参考文献》

- ・厚生労働省 『厚生労働白書』 (2007年版)
- ・中小企業庁 『中小企業白書』 (2008年版)
- ・TKC出版 『Medical Practice News』 (2008年6月号ほか)
- ・独立行政法人福祉医療機構 『病医院の経営分析参考指標』 (2007)
- ・日本医療企画 『2008年度診療報酬改定 ポイント解説と病医院経営シミュレーション』

本レポートのうち、意見にわたる部分は、執筆者個人の見解です。投資・施策実施等についてはご自身の判断によってください。