

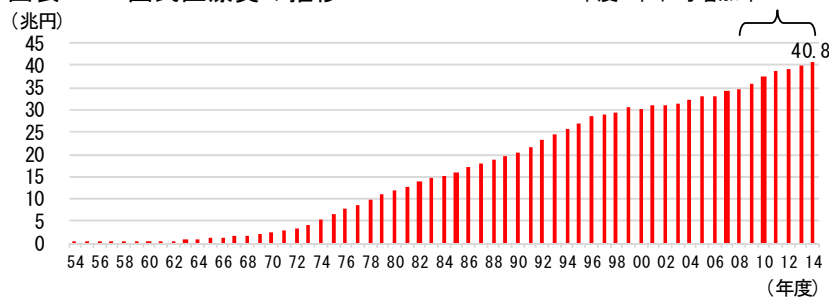
医療経営の今後の方向性について

1. 医療経営を取り巻く方向感

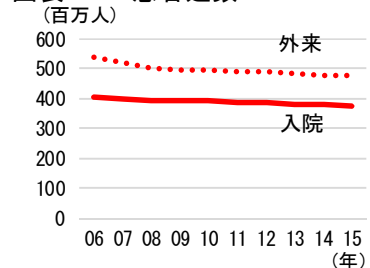
- ・今回のトピックスは医療経営の今後の方向性について検討を行うものである。前回トピックス「連携時代の医療経営」（今月のトピックス No. 248）では、現時点での医療資源の地域分布状況などを考察したが、今回は、地域の医療需要予測や医療機関の財務指標などもふまえた上で、今後重要だと思われる点を考えていきたい。
- ・まず、医療経営を取り巻く環境を簡単にまとめておきたい。図表1-1にあるように国民医療費自体は漸増傾向であり、財政的な側面ではこの抑制が一つの課題である（これは介護費についても同様のことが言える）。
- ・こうした費用の増大に関するソフトランディングの方法としては、いわゆる「2025年モデル」の構築や「地域包括ケアシステム」の推進などの方向性がある。
- ・2025年モデルというのは、団塊の世代が皆75歳以上となる2025年を一つのピーク期と考え、その際の最適な病院機能の構成を考えていく際の俗称であり、具体的には2016年度に各都道府県が「地域医療構想」（註）を策定し、その地域での医療需要の予測を見極めて、具体的な医療計画に反映させていくことなどが求められている。この中でポイントとなるのは役割分担の強化であり、高度な急性期医療を担う機関をある程度集約しつつ、リハビリテーションなど現在不足している機能を充実させていこう、というのが大きな流れである。
- ・同時に図表1-2にあるような「地域包括ケアシステム」という概念をより浸透させ、在宅での医療・介護のポジションを高めていくことも、QOLの観点含め求められているところである。
- ・こうした全体感の中、医療機関自身も適切な対応をしていく必要がある。実際、医療費は増加しているものの、入院患者数が増加し続けているわけではなく、在院日数の短期化をはかりつつ、一定の入院患者数で回しながら今に至っている（図表1-3及び1-4）。

註. 地域医療構想：地域のニーズを反映させた医療計画を策定するため、「2025年の医療需要に見合った機能別病床数の目標値を定めて共有すること」が標榜された。医療施設は病床機能の報告を行い、自治体は報告されたデータに基づいて2025年までの将来展望を検討した上で、地域に必要な医療提供体制の在り方をまとめて「地域医療構想」を策定し、新たに医療計画に盛り込む。需給状況の検討は二次医療圏を原則としつつも、地域の実情に合わせて柔軟に設定することも可能である。

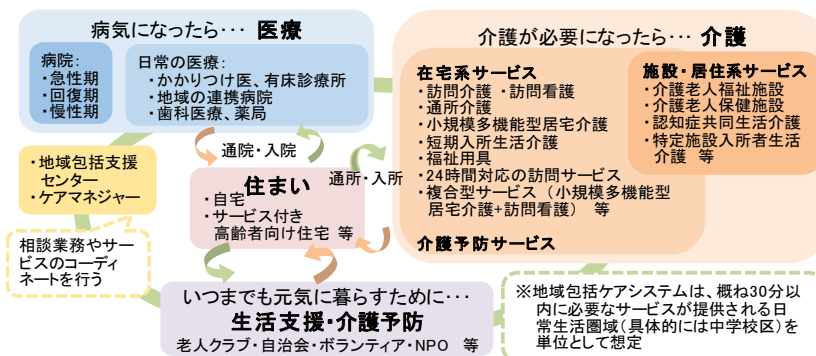
図表1-1 国民医療費の推移



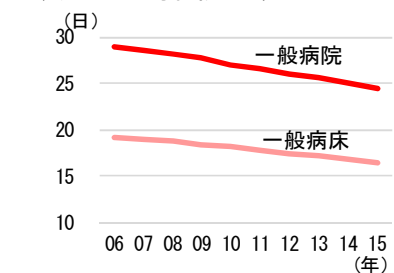
図表1-3 患者延数



図表1-2 地域包括ケアシステム



図表1-4 平均在院日数



(備考) 1. 図表1-1は、厚生労働省「平成26年度 国民医療費の概況」により作成
2. 図表1-2は、同「日本の介護保険制度について」(2016年11月)により作成
3. 図表1-3, 4は、同「病院報告」により作成

2. 日本の医療経営データ

- ・次に経営データについて見ていきたい。本稿では、赤字基調の自治体病院を除いた形で加重平均を取り、民間病院などの経営データの過去10年程度の推移を見てみよう。図表2-1は(一社)全国公私病院連盟、(一社)日本病院会、図表2-2は厚生労働省(比率のみ)のデータであり、サンプルは異なる。
- ・図表2-1で注目すべきポイントは、経常損益が2006~08年は赤字期を含め停滞する中、2010~11年は回復、一方で足元の2014~15年は大幅に停滞している、という状況である。ただし、この期間においても売上高自体は上昇を続けており、同時に増加するコストとのバランスで、収益性は左右されている。足元の数字の推移で見ると材料費がここ10年間の中では高止まりしている状況が見て取れる。一方、一番大きな割合を占める人件費は、2012~14年は高い水準で来ていたが、2015年は若干低下している。
- ・なお、図表2-2は比率だけの推移であるが、経常利益率の推移自体は図表2-1と近い部分がある(ただしコストの動きは若干異なる)。同時に、図表2-1及び2-2を併せて一番のポイントとなるのが、過去はある程度利益を生んできた一般病院においても、現時点では利益率で0~1%程度の水準で推移しているという点である。
- ・日本の医療は、収入自体は診療報酬という公定単価で決まっている。故に、自らの診療体制に見合った収入が獲得出来ているか、という点が重要なポイントとなる。過去10年の数字の動きを見ると、図表1-3及び4でも見られるように患者数自体は抑えるオペレーションが為されているが、一方で収入が伸びている状況を見るとわかる通り、医療の高度化が進んでいることは確かであろう。そうした中、人的にも材料的にも一人の入院患者に投入されるコストは増加するわけであり、民間病院といえどもぎりぎりのバランスで健全な経営を維持している、というのが現状と言えよう。
- ・なお、少し角度を変えて、200床未満の病院の数字だけ整理をしたのが図表2-3及び図表2-4である。このデータはあくまでサンプル値であるが、日本全体で言えば、全8,480病院のうち200床未満の病院は68.8%の5,836病院である(2015年10月1日現在)。そうした意味では、量的には非常に大きな割合を占める病院群である。経常利益率は小規模病院でも低いわけではないのだが、例えば2015年で人件費比率56.3%、材料費比率19.2%という形であり、費用の比率は異なる。図表2-4にあるように入院患者数自体は若干増加傾向にあり、図表1-3及び1-4との比較でいうと規模の小さい病院にとっては稼働維持という点が重要な要素を占めていることがわかる。これがどのような理由なのかは後述の「役割分担」の観点からも重要なポイントとなるであろう。

図表2-1 1床当たり収支金額、医業収益100に対する割合 (千円、各年6月)

	2006		2007		2008		2009		2010	
医業収益	1,458	100.0%	1,479	100.0%	1,466	100.0%	1,588	100.0%	1,690	100.0%
医業費用	1,465	100.5%	1,469	99.3%	1,495	102.0%	1,565	98.6%	1,628	96.3%
人件費	737	50.5%	754	51.0%	771	52.6%	810	51.0%	838	49.6%
材料費	407	27.9%	388	26.3%	389	26.5%	413	26.0%	434	25.7%
減価償却費	80	5.5%	78	5.3%	81	5.5%	84	5.3%	89	5.3%
その他	241	16.5%	249	16.8%	255	17.4%	258	16.3%	268	15.8%
医業収支差額	-7	-0.5%	10	0.7%	-30	-2.0%	22	1.4%	62	3.7%
医業外収益	20		21		22		24		23	
医業外費用	24		25		25		25		27	
経常損益	-11	-0.8%	7	0.4%	-33	-2.2%	21	1.3%	58	3.4%
	2011		2012		2013		2014		2015	
医業収益	1,778	100.0%	1,747	100.0%	1,813	100.0%	1,863	100.0%	1,996	100.0%
医業費用	1,720	96.7%	1,731	99.1%	1,798	99.2%	1,907	102.4%	1,997	100.0%
人件費	883	49.7%	908	52.0%	946	52.2%	979	52.5%	1,018	51.0%
材料費	462	26.0%	447	25.6%	465	25.6%	503	27.0%	541	27.1%
減価償却費	97	5.4%	104	5.9%	102	5.6%	113	6.1%	115	5.8%
その他	278	15.6%	272	15.6%	285	15.7%	312	16.8%	323	16.2%
医業収支差額	58	3.3%	16	0.9%	15	0.8%	-44	-2.4%	-1	0.0%
医業外収益	25		26		25		25		30	
医業外費用	26		23		23		27		24	
経常損益	56	3.2%	19	1.1%	17	0.9%	-45	-2.4%	5	0.3%

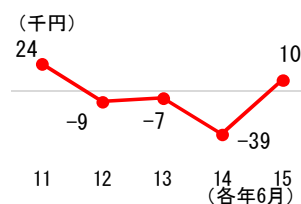
(備考)1. (一社)全国公私病院連盟、(一社)日本病院会「病院経営実態調査報告」により作成
2. 一般病院+精神科病院+結核病院。自治体を除く

図表2-2 医業収益100に対する割合 (年度)

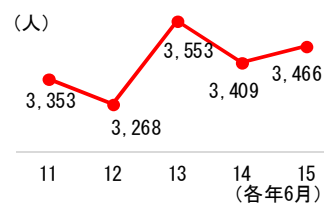
	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014
人件費比率	52.7%	52.5%	53.0%	52.5%	52.5%	52.6%	53.1%
材料費比率	25.3%	24.2%	23.9%	22.6%	23.6%	23.2%	22.7%
減価償却費比率	5.1%	5.3%	5.3%	5.1%	5.3%	5.1%	5.5%
医業利益率	-0.7%	-0.6%	0.0%	2.4%	1.3%	0.8%	-0.6%
経常利益率	-0.3%	-0.4%	0.7%	3.0%	3.1%	1.5%	0.8%

(備考)1. 厚生労働省「病院経営管理指標」により作成(2012年度はデータなし)
2. 一般病院。自治体を除く

図表2-3 1床当たり経常損益 (200床未満)



図表2-4 1病院当たり入院患者数 (200床未満)



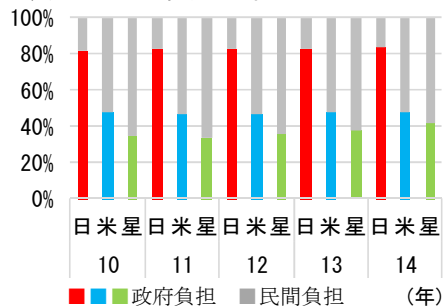
(備考)1. 図表2-3, 4は、(一社)全国公私病院連盟、(一社)日本病院会「病院経営実態調査報告」により作成
2. 一般病院。自治体を除く

3. 医療環境の日・米・星比較

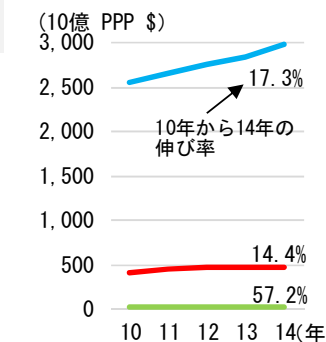
- ・次に直接的な比較が難しいことを理解した上で、米国及びシンガポールの医療環境・経営状況をレファレンス材料として用いて日本の医療経営状況を相対化してみたい。この両国を選んだ理由はシンプルであり、医療機関が株式会社により運営されるケースがあり、その中では上場している企業もある故、経営に関するデータを参照することが出来るからである。
- ・とはいえ、各国の医療制度は異なり、日本は国民皆保険、米国はメディケア・メディケイド及び民間保険、シンガポールは医療貯蓄口座という形で、官民負担割合も大きく異なっているので、その点をまず念頭におく必要がある(図表3-1)。
- ・一方、医療費の増嵩というのはどの国でも非常に難しい課題であり、その点は共通している。参考までにWHOデータから総保健医療支出の推移を示す(図表3-2)。なお、同支出の対GDP比率は、日10.2%、米17.1%、星4.9%となっている(2014年)。そして、図表3-2は総支出であるが、これを「一人当たり」という角度から見たものが図表3-3である。医療・介護などを全て含んだ数値である為、前項までの病院経営の数字とそのままリンクさせるわけにはいかないのだが、重要な点は一人当たりの医療・介護の「価格」が大きく異なるという点である。当然国民所得とのバランスもあり、その評価は難しい。例えば国民所得の一人当たり水準という意味は、シンガポールが米日を上回っているが、この水準及び伸びに牽引されるように総保健医療支出も日本を上回る水準となったのが2014年である。
- ・一方で、こうした支出と対比する意味で、病院数及び医師数の水準を記載しておきたい。米星と比べ、比較的抑制的に推移している総保健医療支出と比較し、日本の病院数はかねてから言われている通り相対的に多く、病院が果たしている機能の違いも透けて見えるところである。米では日本の慢性期病院が対応する領域がナーシングホームなどで対応されていたり、シンガポールでは急性期的な役割の病院は全体で26施設と限定的であるが、その施設の平均的な病床数は450床を越える規模であることなど、各国で「病院」機能の担う役割は異なる。ただし、図表3-5記載の通り、どの国でも施設数の増減にかかわらず医師数自体は増加傾向にあり、先進国における高度医療の進展に伴い、医療技術者の必要性が増し続けていることは確かである。

■ 日本 ■ 米国 ■ シンガポール
 THE: Total Health Expenditure (総保健医療支出)
 GNI: Gross National Income (国民所得)
 PPP: Purchasing Power Parity (購買力平価換算ドル)

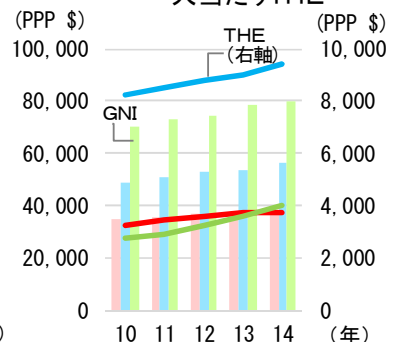
図表3-1 THE官民比率



図表3-2 THE

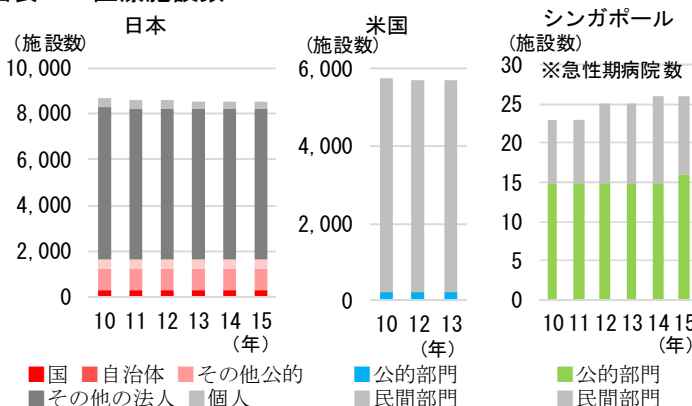


図表3-3 一人当たりGNIと一人当たりTHE

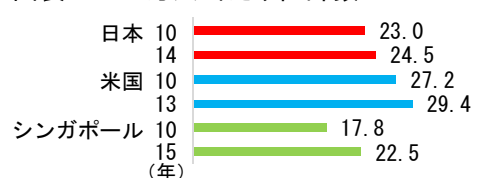


(備考) 1. 図表3-1, 2は、WHO“Global Health Expenditure Database”により作成
 2. 図表3-3は、WHO“Global Health Expenditure Database”, World bank“World DataBank”により作成

図表3-4 医療施設数



図表3-5 一人当たり医師数



(備考) 1. 図表3-4は、厚生労働省「医療施設調査」、米国疾病管理予防センター“Health, United States, 2015” (以下(a))、シンガポール保健省“Singapore Health Facts” (以下(b))により作成
 2. 図表3-5は、厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「人口推計」、(a)、(b)、シンガポール統計局“Population Trends 2016”により作成

4. 医療経営の日・米・星比較

- ・本項では、米・星の上場医療機関の数字を見ていく。ただし前項で記載のように制度そのものが大きく異なる為、単純比較に大きな意味はない。あくまで「構造的な違い」を確認するという趣旨での整理である。
- ・まず図表4-1は米国の上場企業5社合算の損益推移である。例えばこの5社でIR資料に含まれる病院は760施設であるが、それらの平均在院日数は4~5日程度であり、これ自体が大きく日本と異なる（公表されているベースで言えば病床稼働率も40~60%である）。一方、図表3-3の一人当たりTHE官民比率の水準差でも明確であるが、例えばベッド数あたりの売上金額を概算して比較しても米国のサンプルの方が2~3倍高くなっている。ただし、米国は極めて短い在院日数で発生する売上高でもあり、一方で日本は施設数も多く、在院日数も長いため、その単純比較自体はあまり意味はない。
- ・コスト面について言えば、対売上高人件費比率は46.5%、同材料費比率は15.7%という形になっている。売上水準が2~3倍あるに足らず大きな構成比の違いがないことを考えると、投入される人材・材料のコストが相応に高いことは想像が出来る。これに加え、株式会社立という建て付け上、株主還元の要素が入ってくる。金利負担（長期借入金/総資産は5社で68.2%）も勘案すると、必要となる売上高水準がどうしても高くなるという要素はあろう。
- ・一方、シンガポールは、二つの図表を載せた。図表4-2はシンガポール証券市場で上場しているということのみで実際の医療機関はアジア各所に存在している「アジアの大手医療グループ」の数字である。図表4-3は、病院というよりはプライマリケア主体の医療グループの損益推移を示している。医療の高度化が進展する中、必然的に最大手の医療グループとプライマリケア主体のグループでは損益水準が異なっているという点は重要であろう。
- ・医療の場合、本来、利益を生み出すことが目的ではなく、高すぎない費用で、一定の質の医療行為の提供がなされ、かつこれを担う機関が持続可能である、というバランスが重要である。翻って日本の医療環境及び収益構造を考えた場合、1.2億人の人口を抱えながらも寿命は83.7歳（米79.3歳・星83.1歳。いずれも2015年）と世界的にも高い水準を維持しつつ、一人当たりの支払いはある程度合理的な水準に抑えてきている（OECD35カ国中15位。2015年）。そして、高すぎるコストは投入しえない公定価格としての診療報酬体系の下で、質を保ちつつ、何とか組織経営も実施してきた。人口規模も加味して考えると、このバランスの取り方自体は、十分評価出来るものと思われる。

図表4-1 米上場企業損益推移(大手5社合算)

	2010		2015	
売上高	61,705	100.0%	92,007	100.0%
人件費	25,315	41.0%	42,826	46.5%
材料費	9,485	15.4%	14,438	15.7%
減価償却費	2,797	4.5%	4,551	4.9%
営業利益	6,771	11.0%	9,997	10.9%
税引前利益	3,567	5.8%	5,960	6.5%
入院患者数	3,380,533		4,528,780	
病院数	618		760	
ベッド数	92,658		128,783	

(備考) 1. 経年での比較可能な以下5社のIR資料により、日本政策投資銀行作成
 2. HCA Holdings, Inc.,
 COMMUNITY HEALTH SYSTEMS, INC.,
 TENET HEALTHCARE CORP,
 UNIVERSAL HEALTH SERVICES, INC.,
 LifePoint Health, Inc.

図表4-2 シンガポール上場企業損益推移(大手2社合算)

	2010		2015	
売上高	297,702	100.0%	541,469	100.0%
人件費	131,529	44.2%	230,273	42.5%
材料費	38,080	12.8%	68,801	12.7%
減価償却費	9,976	3.4%	18,966	3.5%
税引前利益	54,655	18.4%	102,374	18.9%

(備考) 1. 以下2社のIR資料により日本政策投資銀行作成
 2. Raffles Medical Group Ltd,
 Health Management International Ltd (マレーシアリングギ
 トでの公表のため、シンガポールドルに換算した)

図表4-3 シンガポール上場企業損益推移(プライマリケア主体3社合算)

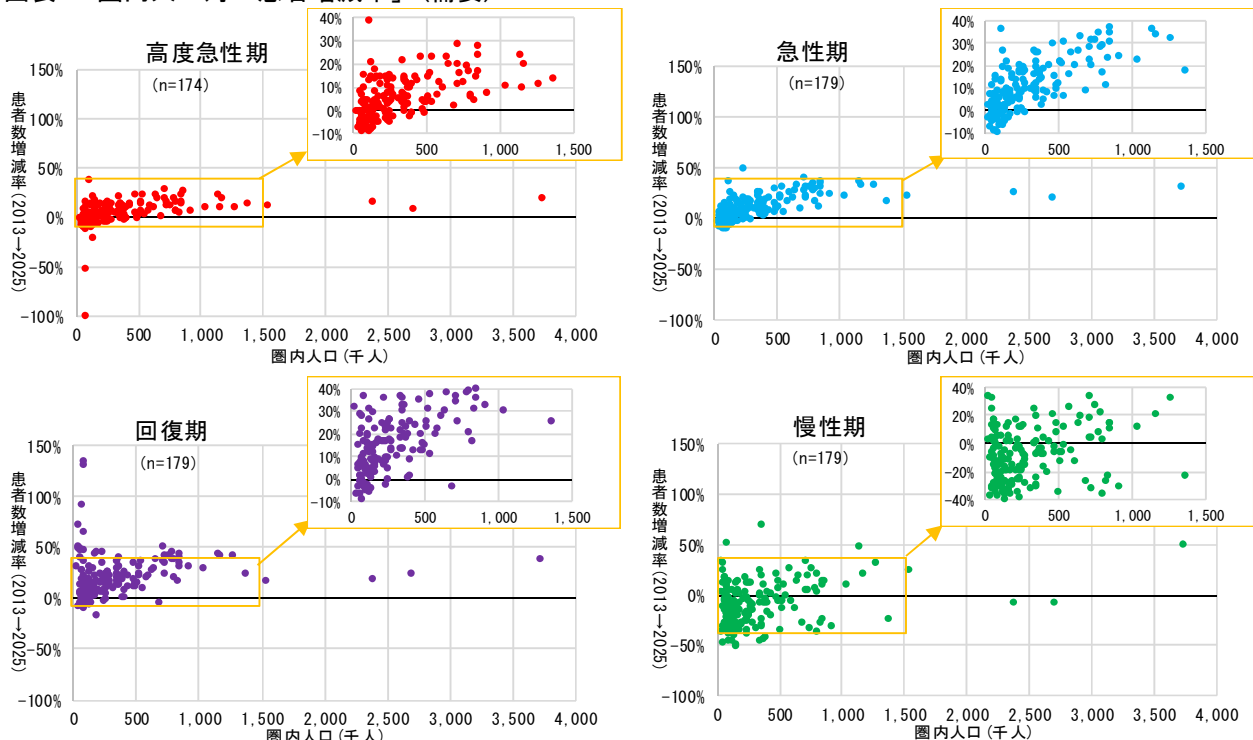
	2010		2015	
売上高	132,021	100.0%	145,439	100.0%
人件費	66,124	50.1%	79,764	54.8%
材料費	23,137	17.5%	24,955	17.2%
減価償却費	4,490	3.4%	4,252	2.9%
税引前利益	6,457	4.9%	866	0.6%

(備考) 1. 以下3社のIR資料により日本政策投資銀行作成
 2. Healthway Medical Corporation Limited,
 Singapore Medical Group Limited,
 AsiaMedic Limited

5. 地域医療構想分析 (その1)

- ・ここまでは医療経営について経営的なデータを中心にきてきたが、ここからは地域の観点をを入れていく。2016年1月26日に公表した「連携時代の医療経営」で、医療資源などの地域毎のバランスを分析したが、本稿後半はこれを引き継ぐ形で、2016年度中に発表された各都道府県の地域医療構想における患者数推計などの数字を幾つかの図表に整理し、今後の方向性を検討してみたい。
- ・まずここでは各々の区分について解説をしておこう。「病床」の機能という意味では、現状、以下の4つの機能に分けて需要推計がなされている。なお、現時点(2015年7月1日)での各々の病床数は、高度急性期169,472床、急性期599,272床、回復期130,633床、慢性期357,526床である。
 - 高度急性期：急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
 - 急性期：急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
 - 回復期：急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
 - 慢性期：長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- ・次に、二次医療圏の規模毎に、2025年迄のその区分における患者数の増加幅を見ていく。なお、以下では各機能を分離して見ているが、当然ながら各二次医療圏において各区分の病床が併存しており、あくまで便宜的に病床毎の特徴を切り取っているということをご理解頂きたい。
- ・まず、高度急性期について見ると、都市の規模によらず患者は増加傾向にあり、平均して4.4%程度の伸び幅となっている。同時に高度急性期といえども需要が現状より減少するエリアが30.5%程度見られる。特に規模の小さい二次医療圏ほど患者数の減少傾向が強い。急性期もほぼ同様の傾向が見られるが、この区分では需要が現状より減少するエリアが19.0%あり、特に人口規模の大きいエリアほど患者の増加率が高い。一方、回復期については他区分と状況が異なり、まず患者数の平均値としての増加幅が20.8%と高く、同時に幾つかの小人口エリアでは突出して大きな増加が想定されている。逆に慢性期については全体として今後の患者が減っていくという姿が示されている(平均▲8.3%)。特にエリア規模が小さい程マイナス幅が大きく、この点は次項以降の「供給体制」も加味しながら議論をしていくことが重要であり、体制の再構築の必要性があろう。
- ・総じていえば2025年まで患者数はまだ伸びていく区分が多いわけだが、回復期についてはかなりイレギュラーな動きをしており、今回の地域医療構想での調査をふまえ、その必要性がより認識されたエリアが多いものと思われる。

図表5 圏内人口対「患者増減率」(需要)

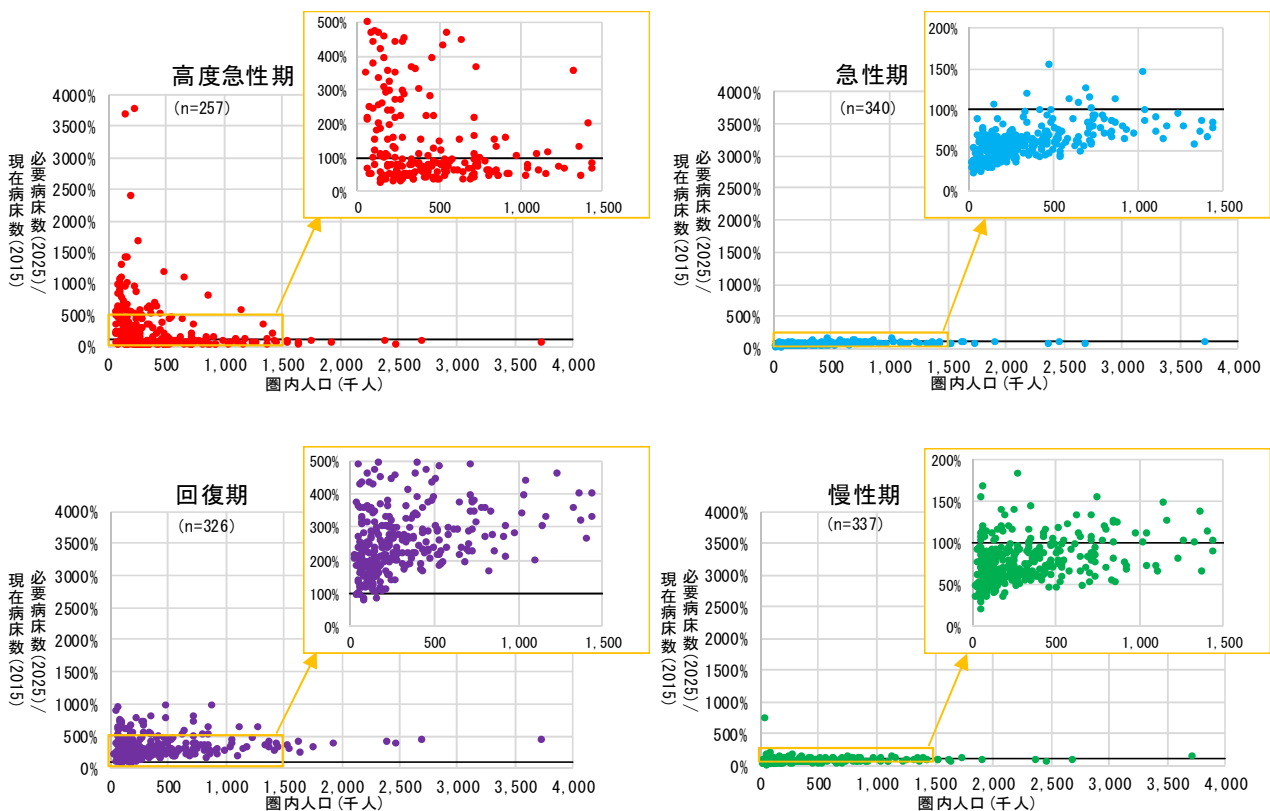


(備考)各都道府県「地域医療構想」、総務省「平成27年国勢調査」により作成

6. 地域医療構想分析 (その2)

- ・一方、病床数の過不足はどのような形になっているだろうか。これを図表6で見たい。
- ・前項同様、病床区分毎に、各都道府県の病床機能報告に基づく「現在の病床数」と地域医療構想に基づく「2025年時点での必要病床数」との比率を記載してみた。なお、この数字については図表5とサンプル数が異なってくることを留意頂きたい。
- ・まず高度急性期について見ると、人口の規模によらず現状より高度急性期の病床が少なくても良い(100%未満)というエリアが全体の49.0%に及んでいる。一方、必要病床数が現状より多いというエリアは比較的50万人規模以下のエリアに集中している。
- ・急性期は、多くのエリアで現状より必要病床数が減少するという想定をしている。図表5との対比で言えば、全体として患者数が増加する傾向の数字が示されながら、必要病床数は少ないという結果になっており、各地で病床機能の転換・分化の必要性が認識されているものと推測される。
- ・回復期は、急性期とは逆にどのエリアでも現状より大幅な病床の必要性が提示されている。図表5の患者の増減数と、図表6の必要病床数の形状は近いものがあり、現状の施設が今後の需要増との対比では整っていない為、今後の必要性が表明されていることが良くわかる。これは回復期という区分自体が整理されてからの歴史が浅いからでもあり、新たな区分が定義されると将来需要と必要な供給についての想定がリンクしてくることがわかる。
- ・最後に慢性期について見ると比較的急性期病床と形状が似ており、80.1%のエリアで現状より必要病床数が減少するという結果が出ている。既存病床数の多寡という議論ともリンクしており、介護療養病床の転換の議論が継続的に為されてきていることと密接に繋がっている。急性期病床との対比で言えば、必要病床数の減少を想定する意味では同じなのだが、図表5で整理したように将来患者数自体の減少幅が大きいのも慢性期の特徴である。こうして考えると、患者の増減と想定される必要病床数の増減は各病床区分毎に少しずつ異なっていることがわかる。この点を次項で見たい。

図表6 圏内人口対「必要病床数/現在病床数」(供給)

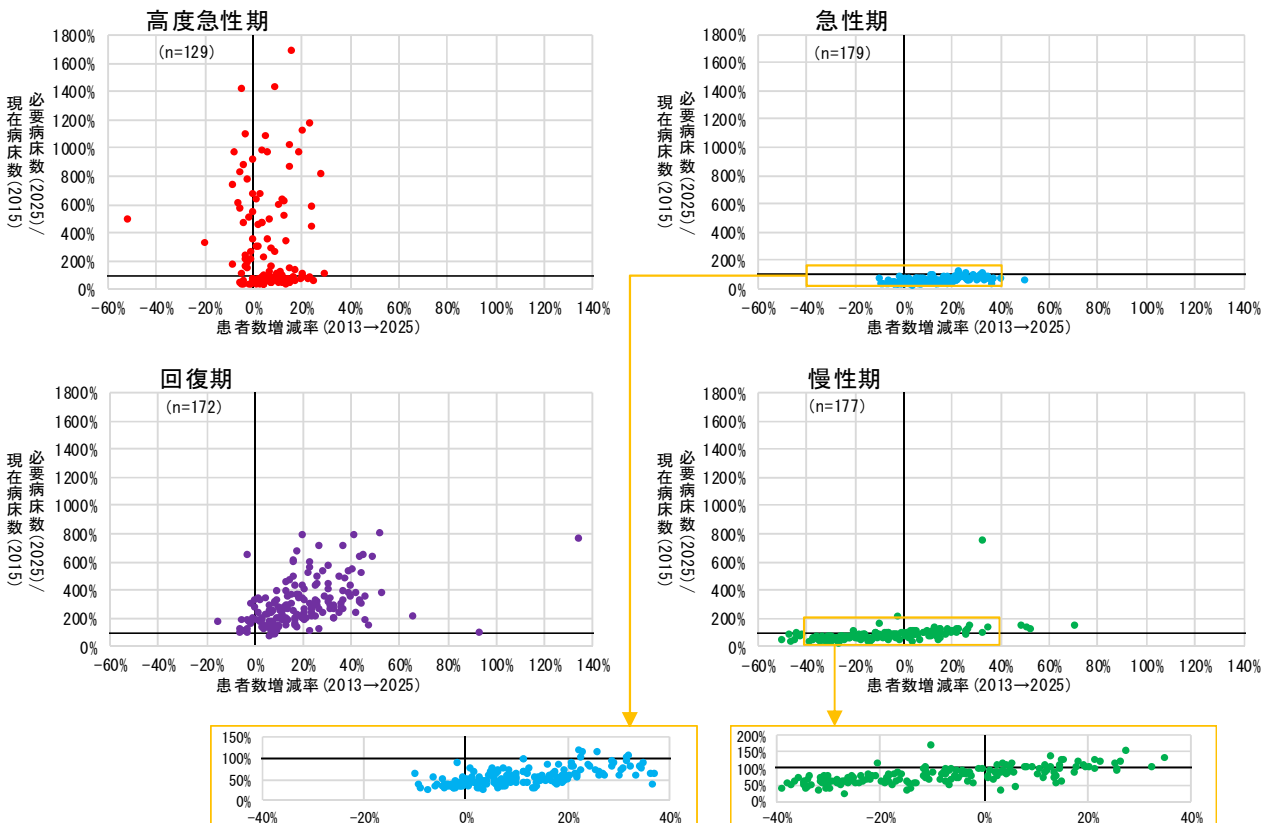


(備考) 各都道府県「地域医療構想」及び「平成27年度病床機能報告」、総務省「平成27年国勢調査」により作成

7. 地域医療構想分析 (その3)

- ・患者の増減と想定される必要病床数の増減を重ねあわせる形で作成したのが図表7である。高度急性期についていえばほぼ傾向が把握出来ない図表になっているが、他の図表は若干右肩上がりの状況とはなっている。ただし、それが起こっている象限が異なる為、少し状況を見ていこう。
- ・まず回復期は、前項でも述べたように非常にシンプルな形であり、患者数の増加と必要病床数の増加が重なるような形状となっている。一方、急性期についていえば、基本的に「患者数は増加する」が「必要な病床数は現状より減る」という象限での話である。ただし、患者数の増加幅の大きいエリアは、病床数がほぼ現状維持で良いというバランスになっている。逆に慢性期は、患者数の減少するエリアも多く、その領域では必要病床数も比例して少なくなる形となっている。
- ・ここで重要なのは、現時点においてボリュームの大きい「急性期」「慢性期」の動きであろう。ある程度「将来患者数の増加幅が大きいほど必要病床数の増加幅も大きい」またはその逆、ということも出来なくはないが、全体として見ると患者増減と必要病床数の増減があまりリンクしていないという言い方も出来る図表となっている。
- ・医療の場合、地域毎にそもそも医師・看護師の偏在などが見られ（介護人材についても同様である）、医療機関も既存の設備投資・負債などが存在しており、収益性も現時点では限定的な中で、病床機能の転換を需要の変化に応じて迅速に行うことがなかなか難しい、という点は現場感として良くわかるところである。
- ・同時に、急性期や慢性期は病床数が多く、恐らく過去においても需要が変化する中でその役割を徐々に変えながら機能の変化を行ってきた可能性が高い。逆に「高度急性期」「回復期」といった区分は近時になり出て来た概念である為、ある程度わかりやすい整理が出来る、という側面はあろう（在宅についても同様である）。
- ・しかし、より柔軟に需要の変化に対応した動きを医療機関自身が選択し、実行していくことは、高齢者数も減少していく可能性がある地域も多い現状を考えると今やはり重要であり、最終項ではこの点についても整理をしておきたい。

図表7 「必要病床数/現在病床数」(供給)と「患者増減率」(需要)



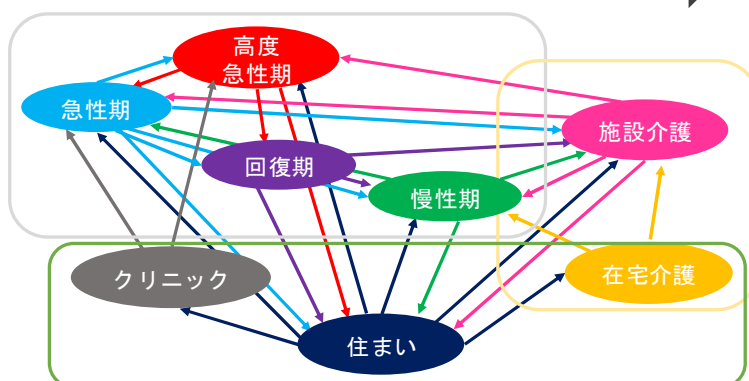
(備考) 各都道府県「地域医療構想」及び「平成27年度病床機能報告」により作成

8. 今後の医療経営において重要な点

- ・最後にここまでの話をふまえ、今後の医療経営における課題を整理しておきたい。まず、1~2で述べてきた日本の病院の損益状況について言えば、その収益の調整は足元では人件費比率で為されている側面がある。これは2008年頃に看護師集めなどで人件費が高騰した時期とは逆の傾向にある。収益性が厳しい中、材料、システムなどについては削れない状況で、人件費が調整弁になるのは「質の確保」という意味で留意すべきである。今後もそうした局面が強まる可能性はある為、敢えて留意点として述べておきたい。
- ・また、紙幅の関係から貸借対照表（バランスシート）について図表の整理を行っていないが、実は2016年がある種の転換点にあったことを補足しておきたい。2014年後半以降顕著に表れた医療関連施設の建築単価上昇をふまえ着工床面積が減少している中、従来大幅に増加基調にあった医療・福祉向けの金融機関貸出額（フロー）が2016年に入り減少に転じている。収益の低下・大型設備投資のスローダウンという中ではおかしくはない話ではあるが、久方ぶりの反転であり、この点も留意事項としてあげておきたい。
- ・一方、少し大括りの話ではあるが、3~4で整理した一人当たりの総保健医療支出水準（や平均寿命）などを考えると、日本の医療は比較的合理的な「値段」を維持しつつ、経営面でも中長期で見れば上手くバランスを取ってきており、その安定度は評価出来る部分もあろう。社会保障費抑制の中で、厳しい運営状況は続く可能性もあるが、過度に厳しくその状況を見るのではなく、日本の医療機関の運営能力は評価しながら、変化への対応を検討することは重要であると考え。
- ・一方、5~7で記載してきたように患者の増減、地域の医療資源のバランスなどを踏まえると、需要の変化に応じた機能の見直しをどのように実現していくかは、今後更に大きなテーマになってくるものと思われる。その意味での留意事項として、患者の流れ自体が「高度急性期→急性期→回復期→慢性期→介護（施設・在宅等）／診療所／住まい」という形でストレートに流れている訳ではなく、現状は各々のプレイヤーの中で複雑な動きを取っている点は理解しておくことが必要であろう。
- ・結局のところ、各々の医療機関が硬直的でない形で協同的に事業構築出来ること＝「柔軟な経営」、が理想と言えるだろう。そして、それはまさに地域包括ケアでうたわれるような「医療・在宅・福祉」の相互連携の中で描かれていくべき話である。
- ・それを実施していく上では、①患者の流れや医療機関の経営動向などをサンプル値ではなく、しっかりと開示していく体制を構築すること、②最適な医療・福祉体制の構築を患者ベースで議論出来る状況を構築していくこと（その役割を地域の中核医療機関群やかかりつけ医などがどのように担うかがポイントとなろう）、③各医療機関でそれらの検討が出来る医療経営スタッフの育成、などが今後の医療経営において一層重要である。以上をふまつつ、地域状況に対応した事業計画の組立・実践を各医療機関が行っていくことが今後の医療体制の安定化に不可避であることを結論としたい。
- ・関連文献：
 - 『医療機関の経営力－事業性評価の基礎－』（2017年3月・きんざい）
 - 『医療経営データ集2016』（2016年10月・日本医療企画）
 - 「連携時代の医療経営」（2016年1月）（DBJ HP掲載）
 - 「ヘルスケア業界ミニブック」（2017年2月）（DBJ HP掲載）

図表8 今後の医療経営において重要な点

【患者等の流れは複層的／想定患者数も変化】



【「柔軟な経営」の為に必要なもの】

- ①患者の流れや医療機関の経営動向などの開示
- ②患者ベースでの最適な医療・福祉体制の構築を議論出来る協議体の構築
- ③医療経営スタッフの育成

以上をふまえた上で、「地域状況に対応した事業計画の組立・実践」を各医療機関が行っていくこと

(備考) 日本政策投資銀行作成

©Development Bank of Japan Inc. 2017

本資料は情報提供のみを目的として作成されたものであり、取引等を勧誘するものではありません。本資料は当行が信頼に足ると判断した情報に基づいて作成されていますが、当行はその正確性・確実性を保証するものではありません。本資料のご利用に際しましては、ご自身のご判断でなされますようお願い致します。本資料は著作物であり、著作権法に基づき保護されています。本資料の全文または一部を転載・複製する際は、著作権者の許諾が必要ですので、当行までご連絡下さい。著作権法の定めに従い引用・転載・複製する際には、必ず、『出所：日本政策投資銀行』と明記して下さい。

お問い合わせ先 株式会社日本政策投資銀行 産業調査部

Tel: 03-3244-1840

E-mail: report@dbj.jp