

# 医療経営におけるマーケティングの視点

## a Marketing Viewpoint of Medical Facilities Operation

鐘井輝経営事務所 鐘井 輝

Kanei Akira

### 【目次】

はじめに

- 1 医療費の現状と将来推計
  - 2 医療サービス供給体制
  - 3 医療経営におけるマーケティングの視点
- 結びにかえて

### 【概要】

将来、わが国の医療費の大幅な増加が予測される。そのなかでも税金での負担が大きく増えるため、医療費の伸びを抑える施策が求められている。わが国の病院の特徴は人口に比して病院数と病床数が多いことであり、平均在院日数が欧米に比べ長いことが指摘されている。一方、病院・診療所の倒産が発生しており、小規模な医療機関の生き残りが厳しさを増している。今後はどのような医療を行うのか、どのような患者を対象にするのか、といった存在領域を明確にする事が必要になってきている。

### 【キーワード】

老人医療費、生活習慣病、診療報酬制度、診療圏、介護保険、「健康日本21」

### はじめに

2003年度版『厚生労働白書』によれば近年、国民医療費は経済(国民所得)の伸びを上回って伸びており、国民所得の約8%を占めるに至っている。その中でも国民医療費の3分の1を占める老人医療費の伸びが著しいものになっている。

今後も高齢者の増加に伴い老人医療費が増加していくことが見込まれるが、経済(国民所得)の伸びを大きく上回って医療費が伸び続ければ、これを支える国民特に保険料の主たる負担者である若年層の負担が過重なものになる点を同白書は指摘した。

2004年5月30日付け日本経済新聞によると「厚生労働省は、自己負担分を含む医療費が2025年度に今年度の2.1倍となる69兆円程度に膨らむとの試算をま

とめた。医療費のかさむ高齢者が増えるのが大きな理由。老人医療費は同3倍に増え、医療費全体に占める割合もほぼ5割に達する。老人医療を中心に医療費の抑制が今後の大きな課題となる」と報じている。

一方、病院の数は1990年の1万96施設をピークに毎年減り続け、2003年には約9200施設にまで減った。毎年約70戸の病院が減少しているのである。

今後、質の高い医療の確保と医療保険制度の安定的運営との調和を図っていくためには医療需要に見合った適正かつ効率的な医療提供体制の確立が求められる。

そこで本稿は現状の医療経営における問題点や課題を整理したうえで、今後医療経営に求められる幾つかのマーケティングの視点を明らかにすることを課題としている。

## 1 医療費の現状と将来推計

### (1)医療費の現状

「医療システムは日本が世界一」。これは2000年6月に行われたWHOにおいての加盟国191カ国中で日本が医療(保健)システムの総合到達度が第1位だったことの報告である。健康レベル、健康への対応、費用負担の細やかな分析の結果からイギリスの9位、アメリカの15位に対して日本が1位となった。

国民の医療システムへの満足度は決して低くはない。受療行動調査などでも半数以上が満足と答え非常に不満は少数であった。

しかし国民医療費は年々増加の一途をたどっている。2000年度の国民医療費は30兆3,586億円、国民1人当たり22.9万円、老人医療は医療費全体の37.2%を占める。

2000年の医療費減少は2000年4月の介護保険法の施行により、それまで国民医療費に含まれていたものが介護保険に移行したことによるものである。

各医療保険とも低迷する経済状況を反映して保険料収入が伸び悩む一方、医療費支出が確実に増加し続けているため大幅な赤字となっている。特に政府管掌健康保険は1993年度から7年連続の赤字決算であり、1999年度も3,163億円の赤字となっている。そのため政府管掌健康保険では毎年積立金から医療費を支出しなければならない状況に陥っている。このまま赤字が続けば2002年度には積立金が枯渇して医療費の支払いができなくなってしまう恐れがあるとの試算も出されていた。こうした深刻な財政状況は他の健康保険でも同様であり、組合管掌健康保険の健康保険組合も約7割の1,243組合が赤字となっている。また市町村が運営する国民健康保険組合の60.6%の1,967市町村が赤字であることが報告されている。

## (2)将来推計

厚生労働省は 2004 年度の予算を基に、過去一人当たりの医療費の伸びや人口の将来予測に沿って医療費を推計した。

医療費全体と老人医療費を比較すると、2004 年度予算ベースでは 31 兆 1 千億円に対し 11 兆 5 千億円で老人医療費の割合は 36%である。2025 年には 69 兆円に対し、34 兆円となり比率は 49%に上昇する。60 歳代と 30 歳代では 1 人当たり医療費は 4 倍ほどの差がある。これから高齢者の数が増えるうえに 1 人当たりの医療費も高齢者ほど大きいことが原因である。

医療費を負担する内訳をみると、税金、保険料、自己負担に分けられる。医療費全体の伸びと比べ、部門別の負担額の推移で伸が目立つのは税金である。2004 年度予算ベースの 10 兆円が 2025 年度には 2.8 倍の 28 兆円に急増することが予測される。

税金の大きな伸びにも高齢化が響いている。大企業の社員が加入する健保保険や主として中小企業の社員向けの政府管掌保険に比べて老人医療費は税金で負担する部分が多い。さらに老人医療費のうち税金で負担する割合は現在除々に引き上げられており 2006 年 10 月には 5 割となる予定である。

一方、原則 3 割の自己負担分は 6 兆円から 10 兆円程度へ、保険料は 16 兆円から 31 兆円に増える。税金での負担が大きく増えるため、約 2.1 倍の総額の伸びより増加幅は小さくなる。

老人医療費の対象となるのは従来 70 歳以上だったが 2007 年 10 月以降、原則 75 歳以上の高齢者になる。基準を徐々に引き上げ対象を絞っている。それでも急速に進む高齢化の影響は色濃く現れてくる。今後、少予化が進むと 1 人当たりの税金や保険料の負担はさらに高まる。老人医療費を軸に医療費の伸びを抑える施策が求められている。

## 2 医療サービス供給体制

OECD29 力国(OECD HealthData'98)における 1980～96 年にわたる 17 年間の人口千人当たりの病床数推移を見ると OECD 平均は 9.1 床から 7.4 床へと減少しているが、わが国では 11.3 床から 13.2 床へと増加した。地域的な病床分布の問題はあるが、マクロ的には諸外国に比べて病床数が多いことが日本の医療供給体制の特徴になっている。

以下簡単に医療法改正によるとサービス供給体制の変化をみてみよう。

### (1)医療法とサービス供給体制

**図表1 医療法改正年度と主たる内容**

年度	主たる内容
1948年 医療法制定	結核など感染症等の急性期患者が中心の時代、医療機関の量的整備と医療水準の確保を図る
1985年の第一次医療法改正	医療施設の量的整備がほぼ達成され、医療資源の地域偏在の是正や医療施設連携の推進、都道府県医療計画制度の導入
1992年 第二次医療法改正	人口構造、疾病構造の変化等に対応し、適切な医療を効率的に提供するため医療施設機能の体系化、患者への情報提供等を導入
1997年 第三次医療法改正	要介護者の増大、医療の質の向上に対応し、介護体制の整備、医療提供体制、情報提供体制、医療機関連携促進等を行う
2000年 第四次医療法改正	高齢化の進展に対応して良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療体制の整備及び医療従事者の資質の向上を図る

諸外国に比べて平均在院日数が長いことや、逆に1床当たりの医療従事者数が少ないことが関係していると考えられる。すでに1985年の第1次医療法改正により「供給が需要を生む」現実に対して事実上病床規制の役割を持つ「地域医療計画」の策定を義務づけたことによって、病床増加傾向に歯止めがかかった。1990～92年の13.6床からは減少に入っている。

他に類を見ない速度で高齢化が進むわが国の医療は、急性期疾患から慢性疾患・生活習慣病へ疾病構造の変化し、さらに高齢者ケアに対応する供給体制への構造変革が求められてきた。1993年の第2次医療法改正では医療提供の理念規定として医療の基本法的性格が打ち出された。医療施設機能の体系化として高度先進医療を受け持つ「特定機能病院」と長期慢性型疾患の療養を受け持つ「療養型病床群」が制度化されたのである。

1998年の第3次改正では療養型病床群の診療所設置や地域医療支援病院が制度化され体系化が進められた。これは従来からある地域の民間病院・診療所の分布に対して公的病院を地域中核病院とする医療施設を再編成しようとする考え方である。医師の生涯研修も含めた病院間および病院と診療所の連携、かかりつけ医と高次医療との連携(病診連携、病病連携等機能連携)を基盤とする地域医療ネッ

トワーク医療への転換と理解することができる。

1989年のゴールドプラン「高齢者保健福祉推進10か年戦略」は「寝たきりゼロ」作戦による「特別養護老人ホーム」や「老人保健施設の整備」とともにホームヘルプサービス、デイケアサービス、ショートステイサービスの「在宅三本柱」が在宅生活支援サービス政策として初めて打ち出されている。

2000年4月、高齢者ケアを在宅で行うことを市町村単位で支援する「介護保険」制度の実施に踏み切った。その結果、新たに「介護保険施設」として「介護療養型医療施設」、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」が新設された。

2001年3月施行の第4次医療法改正では高齢社会での医療とケアサービスの機能区分と連携を一層進めるために病床区分を見直して入院医療の適正化を図ることとなった。医療法では従来、精神・結核・感染症病床以外の病床をまとめて「その他の病床」と規定していたが、これを「一般病床」と「療養病床」に分けて合計5種類としたのである。療養病床は病状が安定した慢性期の患者に長期にわたる療養を提供することを目的とし、一般病床は病状が不安定な急性期の患者に集中的医療と手厚い看護を提供することを目的としている。しかも今回の改正では施行より2年6カ月以内の2003(平成15)年8月までに一般・療養どちらかの病床を選択して都道府県に届け出なくてはならない。

## (2)病院によるサービス供給体制

20床以上の入院施設を有する医療施設の病院の新設・増床については地域医療計画(2次医療圏単位)によって制限されている。

わが国の病院の特徴は人口に比して病院数と病床数が多いことであり、先進国の中で最高位を占めている。また、中小病院(100床未満)が約4割を占め、私的病院の占める割合が高いのも特徴としてあげられる。入院患者に対する看護師数など病院職員の配置は少ない。さらに平均在院日数が欧米に比べ長いことが医療費や医療資源の有効利用の面から問題が指摘されている。その要因として従来から急性期と慢性期の患者が混在して高齢者のケア(福祉)についても医療がカバーしていた実態やシステム上の遅れが指摘されていた。

2000年「医療施設調査」の結果では病院は私的医療法人立が58.1%、個人立12.7%と私的施設が約70%を占めていることが報告されている。

一方、国立4%、公的医療機関14.8%となっている。国立病院は近年減少傾向にあるものの359施設ある。一般病床数は10%弱を占めておりほとんどが不採算・赤字経営を続けているのが現状である。

## (3)病院の倒産

帝国データバンクの調査によると1990～2002年の期間中、医療機関の倒産は

450件発生している。その推移を見るとバブル崩壊後、92年には過去2番目となる44件の倒産が発生し、94年も42件の倒産が発生した。これはバブル期に財テクや過大な設備投資を行ったことが背景にある。このことは1件当たりの負債額が10億円超(91～93年)と膨らんでいることから明らかである。

以降、97年(39件)を除いて20～30件台前半と落ち着きを見せていたが、2000年に43件と過去3番目を記録した。1件当たりの負債額も94年以来の7億円超を記録している。2001年には件数・負債ともに減少に転じたが、2002年に入って、47件の倒産が発生し過去最悪を記録した。大型倒産としては、大阪の医療法人育和会(負債200億円・民事再生法)をはじめとして負債額10億円以上の倒産が5件発生した。ここ数年92～94年以来の第2次倒産ブームの様相を呈している。

今後、医療機関の大型倒産が発生するのか、するとしたらそれはどのくらいの頻度になるのか。2000年4月に施行された民事再生法がその可能性を高めている。2000年3月から2002年12月までに倒産した医療機関で負債額10億円以上のものは13件である。そのうち同法申請によるものは7件と過半数を占め、さらに負債額30億円以上で見ると4件中4件とも民事再生法により倒産している。

**図表2 医療機関の倒産件数**

年度	病院	診療所	歯科	合計
1990年	7	8	11	26
1991年	5	11	9	25
1992年	13	13	18	44
1993年	8	9	18	35
1994年	9	14	19	42
1995年	1	8	16	25
1996年	4	11	9	24
1997年	8	13	18	39
1998年	7	9	17	33
1999年	5	15	13	33
2000年	9	14	20	43
2001年	5	17	12	34
2002年	8	20	19	47
合計	89	162	199	450

(出所) 帝国データバンク

医療機関における資金管理については、とかく「どんぶり勘定」あるいは「医薬品や医療機器などの業者に対する支払いがルーズ」などと言われる。従来倒産法のもとでは債務超過や支払不能など破綻状態に陥らないと法的手続きの申請ができなかった。民事再生法では、「早期申請、早期再生」をスローガンとしており、破綻前でも支払いによって事業継続に支障問題があれば申請が認められている。法的申請のハードルが低くなったことで、支払が延滞しているような医療機関が今後同法申請により倒産する可能性は否定できない。

また、これまでなんとか支援を続けてきた銀行も不良債権の最終処理を迎えており、銀行自らの経営も厳しさを増す中であって融資姿勢がさらに厳しくなることは避けられない。

民事再生法では第三者(債権者)による申請も認められている。これまでのところ第三者が医療機関に対して民事再生法を申し立てるといった事例は発生していないが、支払いの延滞、返済条件の緩和措置を受けているような医療機関に対し今後、銀行や仕入先といった債権者が申し立てることも考えられなくはない状況にある。

一方、医療機関の倒産を施設別に見ると病院は 89 件(構成比 19.8%)、診療所は 162 件(同 36.0%)、歯科医院は 199 件(同 44.2%)である。歯科医院が全体の約 4 割を占める一方で、病院の占める割合は 2 割弱にとどまる結果となっている。

しかし、その推移を見ると 99 年以降、診療所の倒産が増加傾向にあることがわかる。特に 2001 年には診療所の倒産が 17 件(構成比 50.0%)と件数、構成比ともに過去最高を記録した。2002 年も 20 件(同 42.6%)の倒産が発生しており、小規模な医療機関の生き残りが厳しさを増している姿が浮き彫りになっている。

厚生労働省は一般病床数について 3 割削減の約 60 万床が妥当としており、その達成のためには病床数 70 床前後の弱小病院が 3,300 件整理・淘汰されることになるという試算もしている。こうした動きは病床数が少なく特段の特徴もない医療機関から進められていくことが予測される。

### 3 医療経営におけるマーケティングの視点

過去において病院は 1 ベッド当たりの収益を基準にする経営を行ってきた。しかし、最近では単に規模の追求をしても、安定した利益を確保することが容易ではなくなってきた。現在はその地域において自院はどのような特徴をもつ医療貢献が可能かといった原点に立ち返ることが求められている。

具体的には都市のように同一医療圏内、あるいは近隣に 200 床以上の規模の病院が数多く存在している場合にその病院独自の特徴ある診療科を中心に据え、地

域における病院の存在感を示していくことが可能か否かが重要になっている。

### (1)生存領域の選択

「第4次医療法改正」では急性期病床と慢性期病床が区分される。現に2000年4月の診療報酬改定では、上記のどちらかを選択しないと収入が改定前より減少する方向が示されていた。病院としても様々な病院業務内容を組み合わせ、どのような性格の医療サービス(特に入院治療)を行うのかを明確にしないと今後の展望が見えなくなってきた。中途半端な性格の病院が次第に淘汰されていく可能性が高くなってきている。

淘汰の波に飲み込まれないためにはどのような医療を行うのか、どのような患者を対象にするのか、といった存在領域を明確に持つ必要がある。病院の経営理念と診療圏の事情、および自分の病院の歴史や経営資源をインプットして存在領域を選択しなくてはならない。これは一般企業の経営戦略策定に業界特性を加味したものである。特に中小規模の病院であればなおさらこれが強く求められる。医療機関は今一度経営理念から見直してみる必要がある。

通常環境要因の具体的内容は以下のようなものが考えられる。

診療科、在籍する医師のプロフィールや専門性、救急体制などの医療の内容

診療圏内の急性期、慢性期、医療のバランスなどの診療圏

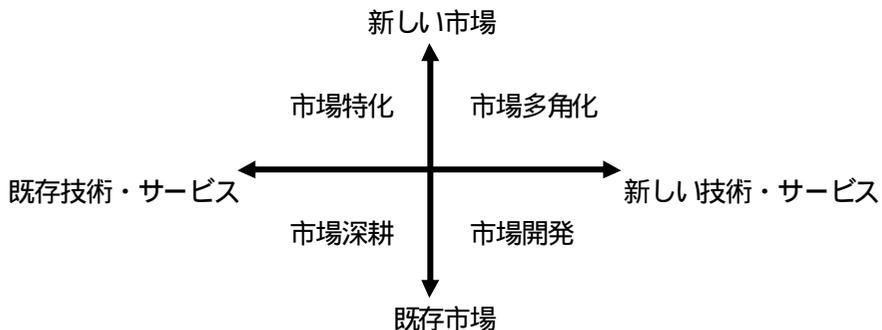
看護婦の数、正看の割合、看護助手の数などの看護体制

建物の構造、設置機器、ICU存在など設備

### (2)環境変化への対応

外部環境への対応はいかに自分の病院を都合(条件)のよい環境に位置づけるかということ強く意識する考え方であり、通常ポジショニング・アプローチと呼ばれる。

**図表3 ポジショニングマップ**



図表3は4つの方向性を示す位置マップである。どのセグメントを標的にすべきかという医療機関の基本的な決定によってその方向性が決まる。その場合、医療機関は競争的な市場位置設定に関して決定を行う。

どんな方向性を決めるにしてもその位置づけを明確にしたうえで焦点を絞ることが大切である。これらを明確にすることによって、最短の時間と最小の費用で目的を達成することができる。経営資源を効果的に活用することにもなる。この方向性を決めるのは技術やサービスを提供する医療機関ではなく顧客となる患者なのである。

医療機関の評価は市場や顧客の観点からなされる。この観点から提供する技術やサービスをしっかりと検討する事を怠ると失敗につながってしまうであろう。

病院の利益は診療報酬による定価の診療行為から発生する。それも通常の価格の決定方法と異なっている。科学的根拠もなく政治的に決められることが多い診療報酬制度内で病院経営は各費用の削減にも限界があることが考えられる。

構造的問題を分析・理解して自分の組織の位置づけを行うことが外部環境への対応である。病院の外部環境構造を分析して目標達成にとって最も良好な環境に自院を位置づけることを戦略の中心として考えるのである。

成功しているといわれている病院の成功要因の外部環境を分析して病院の経営システムや能力の高い人材による知識や技能の蓄積を行うという視点である。その代表的な考え方に「コア・コンピタンス経営」や「資源ベースの戦略」などがある。人に真似されない独自の資源を持ち、育成し、蓄積していこうという考え方である。したがって、その企業や病院の核となる目には見えない独自能力の強みであるコア・コンピタンスを認識し、理解し、育て、利用して利潤を確保していかなければならない。

たとえばブランド力、企業文化、他社にないノウハウなどは見えない資産であり、他院から購入することはできない。

自院がよりよい外部環境に位置することで自分の組織の独自の見えざる能力を蓄積し、外の力をうまく利用したりしながら状況に応じた「駆け引き」を行ない自分の組織が有利なように行動するのである。

## (2)アメリカでの医療マーケティングの展開

米国の病院は競争激化のなか、医療費抑制(1983年DRG導入)の際にはマーケティング戦略を展開して生き残りを図った。

当時アメリカにおいてもマーケティングの意義についてはその本質が理解されず、以下のように誤解される場合が多かった。

医療・福祉機関は、もともとマーケティングとは関係がない。別の分野の人達

が扱う技法である。マーケティングとは経済社会環境のみを扱うものであると思われがちであった。

効果的な広報・収益や利用者を増やすための単なる PR・セールスであると思われがちであった。

しかしこれらの販売促進はマーケティングのごく一部である。マーケティングとは経営組織や医療機関の目標を達成することを目的に狙った市場とサービス価値を任意に交換するため、慎重に形成された調査・分析、計画、実行、管理の一連のプログラムである。

マーケティングの成果は組織が狙った市場のニーズにいかに応えているか、また狙った市場に対しての情報提供、動機づけ、サービス提供を行い効果的なコミュニケーションおよびルート開発をしているかにかかっている。

米国の病院経営は以下のような状況によりわが国より 25 年早く厳しい環境に置かれ熾烈な競争を経験してきた。医療機関の置かれた状況は以下のように整理することができる。

公的保険メディケアの支払い抑制のため生涯に入院 150 日、高度看護ホームは入所 100 日まで自己負担なし。医療・福祉への給付制限の実施。

1983 年に医療費の疾患別定額払い方式 DRG が導入された。

1965 年に 37 万人であった医師が 1999 年には 76 万人に急増した。

医療事故の急増に伴い、年間約 10 万件に医療訴訟が増加した。

インフレにより各種経費が高騰した。

民間健康保険機構 HMO、病院・医師が緊密に連携してマネジドケアを推進した。

これらの病院経営に対するインパクトはきわめて厳しく過当競争で過去 10 年間に約 450 の病院の経営が破綻した。そして 1,000 以上の病院の経営が行き詰まっている。生き残った病院の共通点は顧客情報の収集と分析を行って、ケア需要の伸びる分野へ近代的マーケティング戦略を展開したことであった。

もともと米国の医療機関では 1970 年代まで専門医の重点的な育成による専門特化が進んでいた。しかし、それでも消費者の求める医療・福祉サービスの需要と提供する医療サービスには大きなギャップがあり、いち早く気がついた病院や施設ではマーケティング技法を適用して徹底的に調査していた。そして持てる経営資源をフルに活用して積極経営に転じ、自ら難問を解決して活路を切り拓いたのである。

取り組まれた戦略の方向性には次のようなものがあった。

既存市場の深耕，市場占拠率の拡大戦略

- 1) 地域のプライマリケア・福祉を重視する。
- 2) 現在の医療圏、対象市場、患者層に対してのマーケティング活動の強化、誘致を図る。
- 3) 主治医が親切に説明し診察を行う。
- 4) 外来を明るくしてのイメージアップ。

実施された具体例として夜間・日曜・休日の診察、緊急医療の診療体制を拡大、アレルギー、喘息、ストレス教室、訪問リハビリ、デイケアなどを地域にオープン、老人保健施設への進出などがあった。

#### 特化した市場への専門化戦略

現在の医療圏・診療体制で細分化した特定の市場を選び、サービスを特化する。

実施された具体例としてストーマケア、熱傷治療などがあった。

#### 市場開発戦略

新しい医療技術サービスをセグメントした市場に投入して新市場を作る。

実施された具体例として外来ベース日帰り手術などがあった。

#### 市場多角化戦略

新しい医療技術・サービスをセグメントした新市場の患者や利用者へ提供する。

実施された具体例としてMRIなどを利用する脊椎・腰痛の専門診療科、PET、遺伝子による診断やドックなどがあった。

### (3) 医療経営へのマーケティング導入の必要性

医療経営においては営利が第一の目的ではないが、マーケティングを導入していくことは重要である。国・公立病院や社会福祉法人は投下資本の利益率をあげることが目標ではない。しかし、医療・福祉サービスの報酬を直接利用者からでなく、第三者の健康保険、介護・労災保険など公的基金や生命保険から受けるようになり診療・福祉の効率化に目を向け始めた。

#### 患者・利用者に変化を与える要因

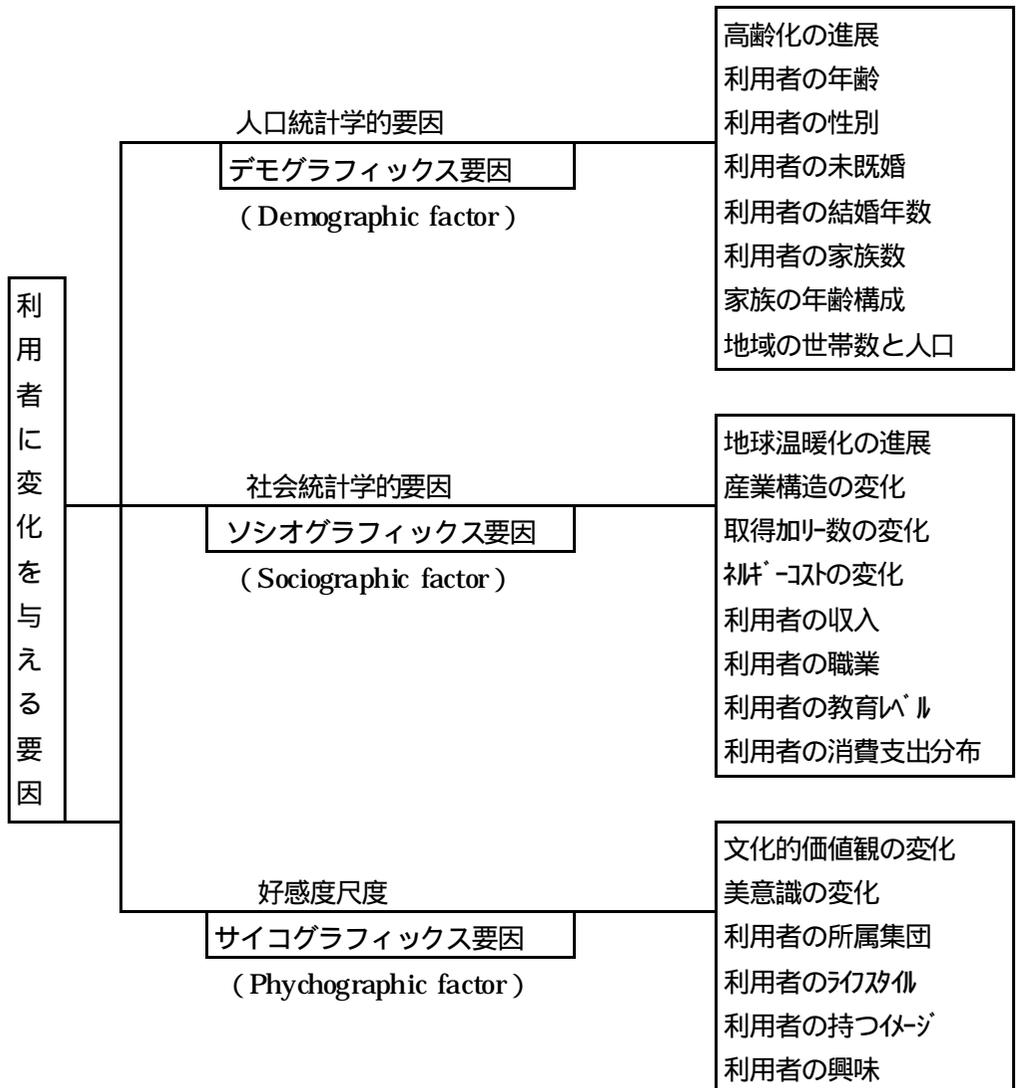
この変化の主たる要因としてデモグラフィックス要因 (Demographic factor)、ソシオグラフィックス要因 (Sociographic factor)、サイコグラフィックス要因 (Psychographic factor) がある。また、ときには医療圏の主たる産業が何であるかが、医療経営に大きな影響を与えることになる。したがって、これらは人々のライフスタイル決定要因の中で大きな比重を占めることになる。

今後は特にサイコグラフィックス要因がより大きなウエイトを持つ可能性がある。高度な技術が導入と情報化が進展すればするほど、その反動として精神面の充実が強く求められる。

基本戦略の設計は細分化した情報を整備し、専門スタッフ、施設、総合技術力、

資金力、市場環境などを適正に評価して基本パターンを参考にすることで経営戦略を策定できる。

**図表4 患者・利用者の変化に影響を与える要因**



(4)医療ビジネスの方向性の選択

最後にこれからのわが国における2つの医療ビジネスの方向性を挙げてみよう。  
 老人福祉分野への進出

90年代、政府の老人福祉分野への傾斜を受けて病院経営は老人福祉分野を巻き込んだ複合体化へと向かった。

転機となったのが大都市圏での病院新設を事実上規制した87年の病床規制(地域医療計画)であった。病院と老人福祉施設の間態にあたる老人保健施設の新設、およびゴールドプランによる老人福祉予算の拡大の三つだった。経営の傾いた病院を買収して事業規模を拡大するよりも老人保健施設を新設した方が利益が大きかった。

経営手腕のある病院は関連・系列法人とともに、老人保健施設や特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションなどを開設し、保健・医療・福祉のサービスを事実上一体的に提供する「保健・医療・福祉複合体」化を進めた。そして2000年に創設された介護保険制度がこの流れを一気に加速している。

#### 健康分野への進出

国をあげての国民健康づくり運動である「健康日本21」にあわせた、健康増進施設への進出である。健康増進の一環である予防活動には保険の適用が認められていない。全額が利用者の自己負担で現金収入が見込めるため、事業者にも魅力的である。しかも高齢者の健康増進活動は、将来の患者の囲い込みにもつながる可能性がある。

これまで厚生労働省は事実上予防活動を保健所や健康保険組合に限っていたが、今では逆に医療機関の参入を奨励している。いわば行政のお墨付きを得た健康増進活動を前面に押し出せば、ブランドの育成も可能になるであろう。

## 結びに変えて

以上、わが国における医療制度から生じる医療経営の問題点、課題について概観してみた。現在、わが国は他に類を見ない速度で高齢化が進行中である。

過去においてわが国の医療は急性期疾患から慢性疾患・生活習慣病へ疾病構造の変化に対応する供給体制への構造変革が求められた。さらに高齢者ケアに対応する供給体制への構造変革も求められてきた。

勿論、医療経営においては営利が第一の目的ではないとは言うまでもない。また国・公立病院や社会福祉法人は投下資本の利益率をあげることを目標としていないことは当然である。

しかし、医療経営を取り巻く環境の変化は3節で紹介した米国での医療機関の置かれた状況を単に他人事ではすまされない段階にまできているとも思われる。

マーケティングの視点からの医療経営には様々な可能性があると考えられる。それらの問題点・課題・方向性については今後の研究課題としていきたい。

参考・引用文献

池上直己（2002）『日本の医療』中公新書。

鐘井輝（2001）『新規事業開発』評言社。

苅田吉富（2004）『医療法人経営ハンドブック』経営情報出版社。

国際医療福祉大学医療経営管理学科編（2003）『医療・福祉経営管理入門』国際医療福祉大学出版会。

二木立（2004）「病院改革」エコノミスト2月号。

西田在賢（2004）「病院改革」エコノミスト2月号。

西村周三編（2003）『医療経営白書』日本医療企画。

水野肇（2003）『医療・保険・福祉改革のヒント』中公新書。

（社）中小企業診断協会大阪支部（2001）「医療福祉ビッグバンと中小企業診断士の役割」企業診断ニュース 2001,7,NO505。

渡辺孝雄（2002）『医療・福祉サービスの経営戦略』（株）じほう。