

ウィズコロナ時代と10年後を見据えた 病院・診療所経営支援のあり方



小松 大介 株式会社メディヴァ 取締役

COVID-19 拡大が 医療機関経営に与えた影響

2020年に、日本そして世界に大きな影響を与えた新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、2021年になっても引き続き、世界中で大きな影響を与え続けている。日本においても、本稿執筆の1月初旬時点で、2回目の緊急事態宣言が発令されるなど、引き続き医療界、そして日本中を巻き込んだ災いとなりつつある。

この先どのように事態が移り変わり、また収束するか未知の状況だが、現時点までで判明していることを基に、COVID-19の拡大が医療機関経営に与えてきた影響をまとめると次のようになる。

- ①中核病院では、COVID-19患者の入院受け入れを決めたことで、人員体制強化等、様々なコストがかかり、スタッフに多大なストレスがかかるなど厳しい状況となった。一時的には補助金によって一息つけているが、持続性には疑問がつく状況である。
- ② COVID-19の入院患者受け入れを行わない多くの中小病院やクリニックでは、感染拡大に応じて、受診控えと感染対策強化による全面的な患者数減が顕著になった。
- ③外来患者は、多くの医療機関で一時的に3～4割減少し、その後も1割減が継続中。
- ④入院患者については、リハビリ・療養・精神科への影響は軽微で、また感染収束に伴いがんや整形の手術が復活してきた。ただし、肺炎や胃腸炎は減少した。
- ⑤臨時的に規制緩和されたオンライン診療は、外来に代わるものとはならなかった

ものの、感染拡大期には発熱患者や生活習慣病の定期受診患者の受け皿となった。

これらは、全体として平均的に医療機関経営が受けた影響を示している。しかし、全体ではなくもう少しセグメントに分けて見てみると、入院においてリハビリ・療養・精神科への影響が軽微であったように、外来でもオンライン診療を活用しつつも生活習慣病の定期受診患者は減らなかった。その一方で、感染性疾患は夏の胃腸炎や冬のインフルエンザ等、あらゆる疾患で患者数が大きく減少している。

“患者が感じる”重症度・緊急度を 4つのセグメントで分析

こうした疾患や診療科によって患者数に与える影響度の違いは、**図表1**のように整理して捉えることができる。縦軸を“患者が感じる”重

●図表1 COVID-19による重症度×緊急度と患者数減少の構造

		“患者が感じる”緊急度	
		高	低
患者が感じる重症度	高	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 (脳卒中、心筋梗塞…) 進行性がん 脳/心臓血管系疾患 高齢者の肺炎の一部 透析 疾患別リハビリテーション 	<ul style="list-style-type: none"> 早期がんの一部 整形外科系疾患の手術 眼科、耳鼻科系疾患の手術 各種難病
	低	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の肺炎の一部 急性胃腸炎の一部 急性発熱の一部 急性外傷の一部 尊麻疹の一部 各種検査 (採血、CT…) 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病等の毎月の診察 軽症の風邪症状 軽症の胃腸炎 消炎鎮痛/慢性疼痛 各種検査 (内視鏡、エコー…) 健康診断/人間ドック

このセグメントの一部で、需要先送りなされた

このセグメントでは、受入側の混乱(救急車たらい回し等)がみられた

このセグメントの一部で、需要蒸発が起こった

症度、横軸を“患者が感じる”緊急度とし、それぞれの高低に応じて4つのセグメントに分けている。各セグメントを説明する前に、あえて“患者が感じる”と付したのは、受診控えを想定して患者自身の受診行動が変化したという視点を重視しているためである。その上で4つのセグメントをそれぞれ整理してみると次のようになる。

「重症度が高く、緊急度も高い」セグメントでは、COVID-19の拡大状況と関係なく患者の受診はみられた。たとえば、脳卒中や心筋梗塞などの救命救急患者や進行性のがん患者、また週3回の処置が必要な透析や術後早期の疾患別リハビリテーションなどは、いずれもそれらの疾患への対応を見逃すことによる生命や健康に与える影響が多いため、患者も受診を続け各医療機関も優先的に対応を行っている。

一方で、「重症度は高いものの緊急度が低い」セグメントでは、手術や検査・処置等の先送りが行われた。早期がんで進行が遅いものや整形外科系の手術、また眼科や耳鼻咽喉科などの手術の一部は、できるだけ早い対応が望ましいものの、1、2カ月程度ならば先送り可能と判断され、一時的な需要減が発生した。ただし、感染が収束し始めると、こうした患者への対応が優先的に行われたため、一定期間を通じてはある程度取り戻しつつある。

次に「重症度が低く、緊急度が高い」セグメントへの対応は、感染拡大時に大きな問題となり、また本稿執筆時点でも大きな問題となりつつある。高齢者の熱発等の肺炎疑いや胃腸炎疑い等で、一部の医療機関は目の前の患者対応を優先し、COVID-19を含めた発熱患者対応のキャパシティが不足して、受け入れ困難となってしまうことがあった。各種高度検査も、やむを得ず先送りされるケースもあった。これらの対応は、第1・第2波を踏まえて、ホテル等における軽症患者の療養環境整備や指定感染症としてのCOVID-19の扱いを柔軟に変更することで、患者容体に応じた対応と需給調整が行われてきて一定の成果を出してきたが、第3波が

予想外に広がりを見せ再び厳しい状況におかれつつある。

最後に「重症度が低く、緊急度が低い」セグメントについては、まず日本全国で手洗い・マスク、消毒といった感染症対策が功を奏したことと、通院でCOVID-19に罹ることを恐れた一群によって、患者数の減少につながっている。これらは、そもそもCOVID-19の感染拡大前から、日頃の手洗い徹底がインフルエンザ等の予防と言われていたことや、風邪の一部は薬よりも自宅で療養する方がよいといったセルフメディケーションの考えが顕在化したものとも捉えることができ、おそらく今後、COVID-19の押さえ込みに成功した後でも、ある程度継続して患者数が戻ってこない「需要蒸発」の状況が続くと考えられる。

COVID-19であぶり出された 医療機関のコアバリュー

また、これらのセグメントとは別に、小児科や耳鼻咽喉科などではもともと感染症の患者が多いことと、子どもが新型コロナに罹ることを恐れた親による受診抑制がより強く働いて、患者数が大きく減少し、またその後の戻りも厳しい状況が続いている。

さらに、社会的にリモートワークを推進する流れもでき、今後、オフィスに定時出勤する人も一定数減ったままであることが見込まれ、オフィス街で会社員等を対象にしてきた診療所では、この先も患者の戻りが見込めない可能性も出てきている。

これらが、COVID-19が医療機関の経営に、特に患者数の側面から与えた影響だと考えている。その感染拡大により、あらゆる医療機関が経営的に影響を受けているが、影響の範囲は手がけている医療内容やCOVID-19との向き合い方でかなり異なることが理解いただけると思う。これはつまり、COVID-19によって各医療機関が必要とされるコアバリュー（中核となる付加価値）があぶり出されたとも見ることができる。一時的に100%近くの需要減に見舞われた飲食や

宿泊、観光業とは異なり、最も減った医療機関で▲50%だったとはいえ、現在は多くの医療機関が前年比▲10%程度までで収まっているということは、9割前後の患者の需要がいまだに存在し、その患者が求めているものが各医療機関にはあるということを示している。当然、これ以外に院内の感染管理強化や資金繰りの逼迫、様々な要因によるスタッフへのストレス等も医療機関の経営に与えた影響となるが、筆者は今回のCOVID-19拡大によって、各医療機関の本質的な価値があぶり出されてきたと考えている。

ウィズコロナ時代における 病院・診療所経営支援のあり方

では、前述の分析を背景に、COVID-19の影響は中長期に続くという視点に立って、ウィズコロナ時代における病院・診療所経営支援のあり方を提示したい。それが、「筋肉質な経営」「集患強化」「資金繰り安定化」の3つの施策である(図表2)。

これら3つの施策の前提に立つのは、COVID-19の感染拡大にもかかわらず、引き続き残った患者を大事にし、その残った患者と共に生きていく経営を実現することである。

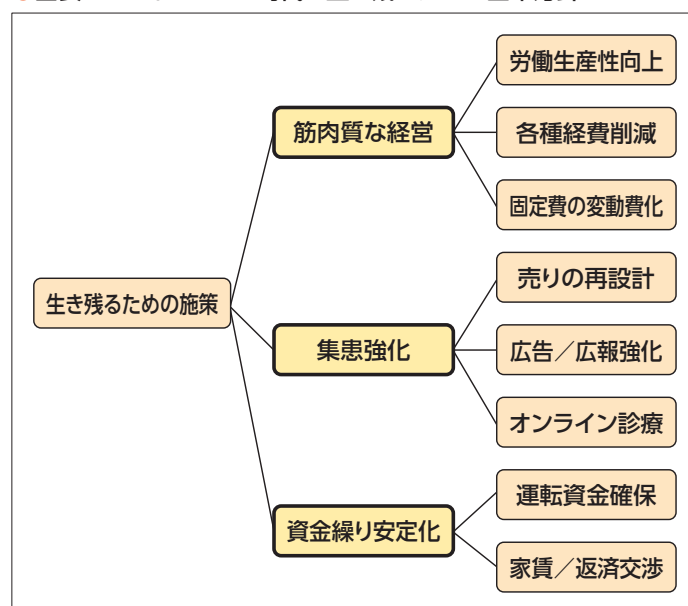
残っている患者がいて、前年比よりも減ったものの一定の収益を確保できているということであれば、最初に検討すべきはその減った収益でも「利益」を上げられるような経営の実現である。より具体的には、各種経費の削減と人件費を抑制するための労働生産性の向上であり、また、それらとは少し手法は異なるが、固定費の変動費化による収益減への対応力向上である。経費と人件費が下がればその分、利益を確保でき、また検査機器購入を委託に切り替え、非常勤医師の時間コストを「1件当たりいくら」の外注化すること等で収益減におけるコストのインパクトを抑えることが可能となる。当社支援先でも、あらためて消耗品や保守料などの経費を見直し、病棟における業務改善を進めて看護配置を抑えるための施策を打ち出しはじめたところがある。また、稼ぎが十分でない非常勤

医師にお引き取りいただくことを選択した施設もある。コロナ禍による経営不振を理由に、これまで手をつけにくかった人件費に対しても手を打ちやすくなったと考えることができるため、聖域なく取り組むよいタイミングだとも言える。

次に検討したいのが集患強化である。コロナ禍で患者が減っている中での集患強化は一見無謀な選択肢に見えるが、対策のヒントはある。それは前項で整理した、今でも“残ってくれている患者”だ。コロナ禍でも通院している患者を分析によって明らかにできれば、その患者に焦点を合わせて、広報やマーケティング、また体制整備をしていくことが重要にある。たとえば、当社支援先でも外来・在宅の両方を手がけている診療所の多くは、外来は減少したままでも、在宅は横ばいか微増のところが多い。背景には、病院がCOVID-19への対応で混乱する中、患者と家族が病院への入院による感染可能性を疑い、在宅を選ぶ傾向があるという点がある。そのため外来の人員を在宅に割り当て、在宅を強化した施設が複数存在している。

最後は資金繰り安定化だ。これは、すでに一度は検討して、福祉医療機構(WAM)やメインバンクと相談してある程度落ち着いたところ

●図表2 ウィズコロナ時代に生き残るための基本方針



がほとんどだと思われる。ただし、この先、中長期的に COVID-19 への対応をしなければならない可能性と、その間、前述した筋肉質な経営への転換と集患強化を行うためには、一時的に予想よりも費用がかかる可能性もある。そのあたりも見越して、まだコロナ対策融資等を受けやすい状況を利用して、先を見越した資金調達も検討してもらえたらと思う。

10年後を見据えた病院・診療所経営のあり方

さて今の時期、COVID-19 対策が病院・診療所経営支援の中心となりがちだが、やがては落ち着くはずで、またそれとは関係なく少子高齢化や働き手不足、また 2024 年の働き方改革はやってくる。COVID-19 によって国の財政はいままでに悪化しているため、その財政健全化に向けてこれまで以上に医療費抑制などの動きも始まる可能性は否定できない。

私見ではあるが、種々の統計やこれまでの制度の流れを見てきた中で、この先 10 年を見据えたとき、医療界は次のような課題を抱えていると考える。

- ①人口減少と少子高齢化の進展によって、医療・介護・福祉ニーズの高い高齢者および死亡患者の増加と、それを支える働き手不足という課題に直面している。
- ②医療費も、高齢化によって今後の増加が見込まれる一方で、生産年齢人口減少による歳入減および財政健全化の圧力が増して、抑制が働く可能性が高い。
- ③医療そのものは、戦後になって感染症による死亡患者の大幅減や全年齢におけるがん死亡率の低減、その他死亡率の減少と精度・技術・施設整備等で成果を上げてきているが、次はがんと生活習慣病対策、また手術後のリハビリ強化、そして認知症および自殺対策が重要となる。
- ④今後、全国的に高齢化により入院患者の数は増えるが、増える入院患者を減少する病院・病床で支えるため、病院は平均在院日数短縮

による回転率向上と提供医療密度の強化を迫られ続けていく。

- ⑤また上記によって大規模病院の回転率が上がることで、手術および重症救急は大規模病院への集約化が進む。中小病院では手術ニーズは減り、リハビリや療養、認知症対応と在宅医療の支援・提供等、地域包括ケア機能が求められる。
- ⑥後期高齢者の増加により、入院患者や施設入所者が増え、また自力でのアクセスが困難になることから外来患者数は減少し、在宅患者が増加する。
- ⑦診療所は施設数が増えニーズが減るため、外来だけで生き残るのが困難となることが見込まれ、在宅やその他ニーズ（健診、産業保健等）に対応する必要がある。
- ⑧医師数、看護師数は全国的にはあと数年で需給関係が逆転する可能性がある。2024 年の働き方改革で需要は増えるが、その分医師 1 人当たりの報酬は減る可能性が高い。

各医療機関はこれらの対応に迫られることとなるだろう。医療機関は、どれだけ素晴らしい医療を提供しても、日本中から患者が集まってくることは稀で、むしろそれぞれの地域において、地域住民に働いてもらいながら患者を支えていく必要がある。そのため自院が置かれている地域の先行きを見極め、対策を練る必要がある。COVID-19 で明らかになった各医療機関のコアバリューを 1 つのヒントにして、10 年先の経営を描いてもらえたらと考える。

PROFILE

こまつ だいすけ：神奈川県出身。東京大学教養学部卒業／総合文化研究科広域科学専攻修了。人工知能やカオスの分野を手がける。マッキンゼー・アンド・カンパニーのコンサルタントとして、データベース・マーケティングとビジネス・プロセス・リデザインを専門とした後、(株)メディヴァを創業、取締役就任。150 カ所以上のクリニック新規開業・経営支援、200 カ所以上の病院コンサルティング、50 カ所以上の介護施設のコンサルティング経験を生かし、コンサルティング部門のリーダーを務める。近年は、医療機関（大規模病院から中小規模病院、急性期・回復期・療養・精神各種）の再生実務にも取り組んでいる。主な著書に『診療所経営の教科書（第 1、2 版）』『病院経営の教科書』『医療承継の教科書』（日本医事新報社）、『医療経営を“最適化”させる 36 メソッド』（医学通信社）など。