

医療サービス産業
—医療サービスの吟味と関連ビジネス—

羽 田 昇 史

Health Service Industries
—A Close Look at Health Services and Related Business—

Nobuhito Hata

Summary

This paper will explain the present situation and problems on health service industries in Japan. In the first half, this paper surveyed the studies about health services so far, added a writer's opinion. Analyzing National Health Care Costs, this paper cleared component of Health Care Costs and the role of suppliers and carriers of health service.

In the chapter 5 th, this paper stated the present situation and outlook about seven major health service industries.

Received Oct. 31, 1996

Key words: Health Care Costs, Health Services, Health Quality, Hospital Management.

目 次

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| はじめに | 3. 医療サービスの経済的特性と法的形態 |
| 1. 医療産業の規模—国民医療費を中心に— | (1) 医療サービスの特性 |
| (1) 国民医療費 | (2) 医療サービスの法的形態 |
| (2) 医療産業の規模 | 4. 医療関連サービス |
| (3) 国民医療費の将来 | (1) 医療（業務）の分解と周辺ビジネス |
| 2. 産業分類と医療（業）の吟味 | (2) 医療関連ビジネスの現況と将来 |
| (1) 産業分類での位置 | 5. 今後の展望と若干の兆し |
| (2) 医療また医療機関の吟味 | |

は じ め に

平成8年4月22日、厚生大臣の諮問機関である老人保険福祉審議会において、「高齢者介護保険制度の創設について一審議の概要・国民の議論を深めるために一」と題する報告書がとりまとめられ厚生大臣に提出された。厚生省では、この報告書を踏まえて具体的な高齢者介護保険制度試案を作成した（平成8年5月30日発表、内容は『厚生』96年6月号を参照）。しかし、この公的介護保険制度については運営主体（財政面）、介護保険負担金の分担（徴収）をめぐっても関係者の利害が一致せず法案づくりは難航しておる（96年10月現在）。国会解散・総選挙により新内閣が臨時国会に法案提出することで与党合意が成立しているが国民の関心を高めている処である。

近年、健康保険組合の財政悪化、自治体病院また私立病院の赤字、さらに、昨今、エイズ薬害問題、病原性大腸菌O157による感染など、国民の医療・保健に対する関心が高まっている。

医療機関が提供する医療の質や患者サービスの内容を第三者の立場から評価する（財）日本医療機能評価機構が平成7年7月27日に認可され、平成7～8年度の運用調査を踏まえて平成9年度から本格的な評価事業を展開すると見られている（(31)『病院管理』54ページ）。なお、『医療』の「特集 評価の対象としての医療—医療機能評価を考える」（『医療'95』VOL.11 No.11 1995.11）は多方面にわたり検討しており、今後の展開についてもふれている。本制度（機構）は第三者評価であり、昨今の大学の「自己点検・評価」（制度）より格段の先行といえる。この評価機構に対し、医療はサービス業であるとの視点で、ミシュラン（ガイドブック）の調査が2回公表されているが、この採点対象に注目したい（(49) 中原・富永、318～319ページ）。近年、よい病院や治療法を自分で選びたいという患者のニーズの反映として医療関連書や医療機関のガイドブックが良く売れている。また、後述のISO9000シリーズの認証も進めるべきである。

1. 医療産業の規模

—国民医療費を中心に—

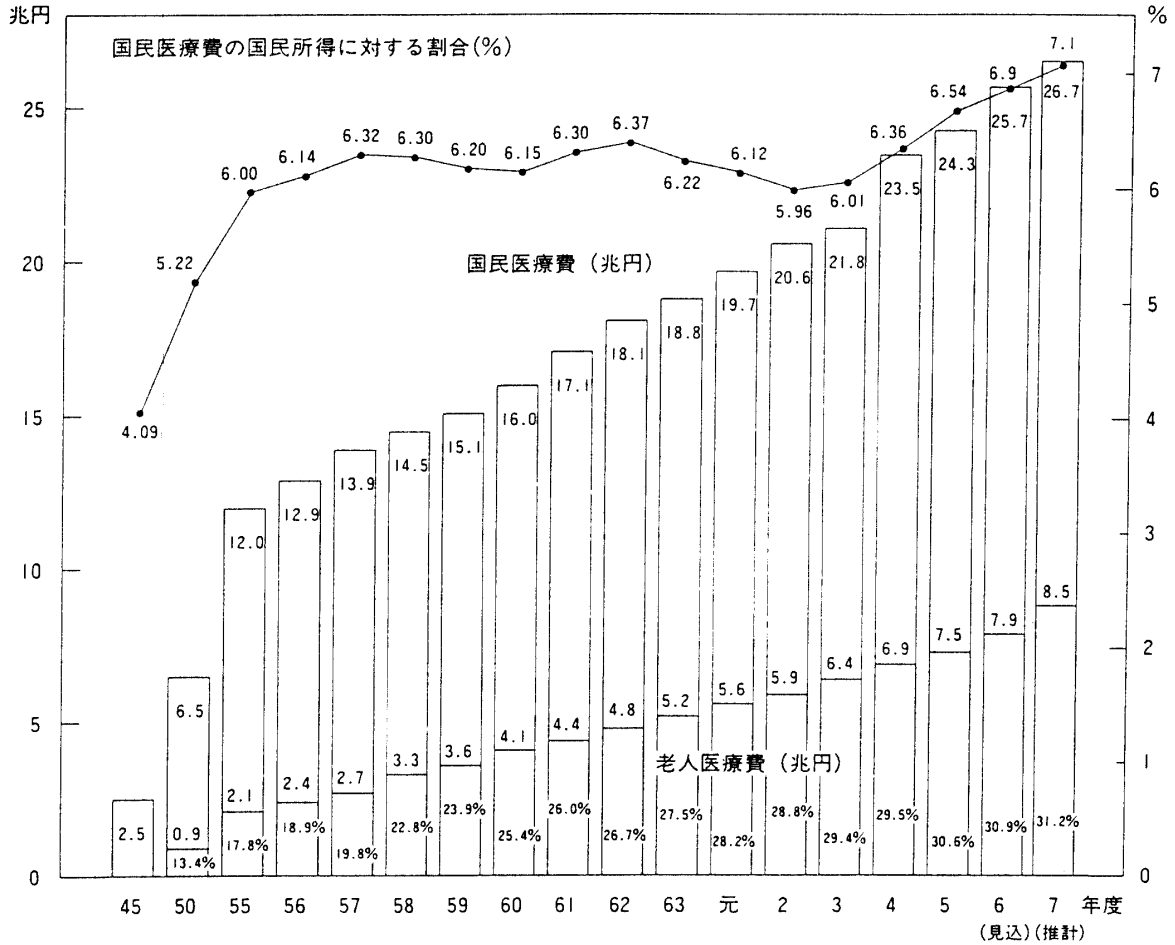
次項で医療業また保健衛生（業）はサービス業に分類されることを明らかにするが（後掲表4）、この分野は具体的な統計が集計・整備されているわけではない。

このため、産業統計より医療関係の実態を知ることは、その枠組み（どの業種まで含めるかについては論者により異なろう）の規定もからみきわめて困難である。なお、産業連関の医療費統計は「国民医療費」データより広い範囲をカバーしている（(81) 宮沢173ページ）。

しかし、保険でまかなわれている分野については厚生省の国民医療費調査から推計するこ

とができる（注、雨森孝悦、太田美緒、山田 武、跡田直澄『民間非営利セクターの規模推計—その1：推計方法について—』『同一—その2：推計方法と推計結果—』『オイコノミカ』第32巻 第3・4合併号、1996.3、第33巻 第1号、1996.9）が医療・保健についてアプローチしている。）

図1 国民医療費の推移



- (注) 1. 昭和58年1月以前の老人医療費は、旧老人医療費支給制度の対象者に係わるものであり、この前後年は単純に比較できない。
 2. 老人医療費の下の%は老人医療費の国民医療費に対する割合である。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」、厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」

(出所) (22)『厚生白書平成8年版』431ページ

(筆者注) 平成6年度の確定値は25兆7908億円（平成8年8月3日厚生省発表）。国民一人当りの医療費は206、300円で、初めて20万円台に（国際比較は後掲図5を参照）。平成7年度の見込み額は27兆1600億円、国民所得に対する比率は7.2%、国民一人当りは217、000円（平成8年5月9日同発表）。

(1) 国民医療費

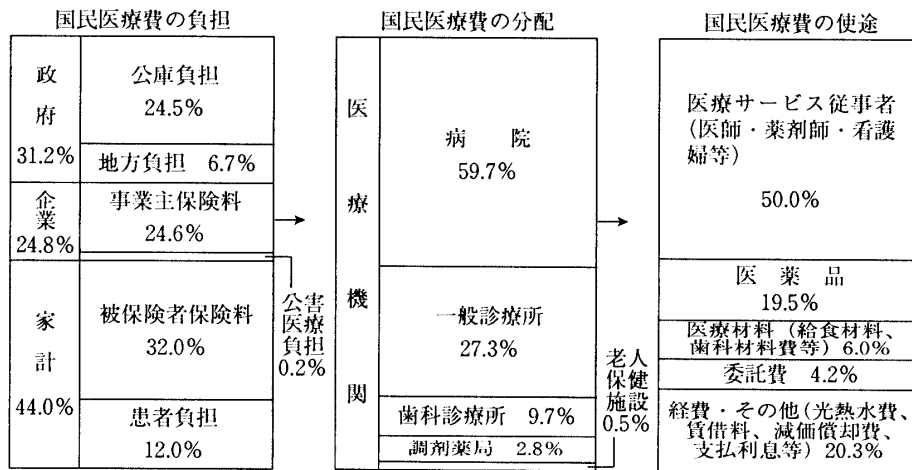
図1は国民医療費の推移と国民所持に対する割合また老人医療費を図示したものである。(筆者注)にてみられるごとく、平成7年度では27兆1,600億円(前年比5.3%)、国民所得に対する比率は7.2%(同比0.3%)と初めて7%台に乗り、国民一人当たりの医療費は11,000円増の217,000円になっている(後掲図5も参照)。これが理由は人口の高齢化などが要因である(図1の老人医療費の推移も参照されたい)。ちなみに、平成7年度では、原則70歳以上の高齢者の医療費を負担する老人保健制度に使った分は8兆3,300億円で全体の30%を占め前年度比6.4%増であった。なお、平成6年度の確定値では、老人保健制度は医療費全体の約3割の7兆8,412億円であるが前年度比は9.2%増であった。

国民医療費とは、国民が医療機関で病気やケガの治療に使った費用の金額(分娩、予防接種、人間ドック、歯科の自由診療、市販薬の購入費などは含まれない)である。

なお、医療経済研究機構(厚生省所管の公益法人)は、93年度の医療にかかわる国民の総支出(国民総医療支出)が30兆円程度になったとの試算結果をまとめた。病気やけがの治療費だけでなく、正常な出産費用や人間ドッグの費用などを含んだ国民総医療支出を初めて算出した。93年度の国民総医療支出は国民医療費の約1.2倍(日本経済新聞96.12.9)。

小稿は医療また関連サービス(業)も解明せんとするものであり、ここで国民医療費の用途につき解明したい。

図2 国民医療費のマネーフロー(1991年度推計)



(出所) (12) 伊東 77ページ

図2は厚生省菊池隆俊氏による「国民医療費の構造分析」(「医療経済研究機構レター」No. 8 1994、May、『ヘルスケアの経済学』所収)であるが、マネーフローとしての負担、分配、用途の三区画が明らかにされており、経済的視点からみたわが国の医療の全体像が理解

できよう。

まず、国民医療費の負担についてみれば、家計は病院にかかった時に支払う患者負担と月々支払う保険料（国民皆保険、昭和36年以降）との二つよりなるが、前者は医療費全体の12%程度で、これは過去10年間ほとんど変わっていない。なお、患者負担（比）は1965年には20.6%であり、1970年では19.3%であった。

保険料で支払われた部分は、家計と事業主としての企業負担の合計であり、1991年度は56.6%であるが、1970年度53.0%、1980年度53.2%で1993年度57.5%とやや上昇傾向であるが50%台である。問題は、国と地方自治体の負担であり、その大部分は組合健保を除く保険に投入されているが、この割合は国家財政の悪化も反映して、国庫負担が減少し、地方の負担が増加傾向をみせている。ちなみに国庫負担は1970年24.2%、1980年30.4%、1993年23.7%である。地方負担の推移を同年度でトレースすれば、3.5%、5.1%、7.0%と増加してきている。

国民医療費の増加（図1参照）の要因に、診療報酬改定（値上げ）と薬価の変動がある。

日本で医療保険から支給される薬は約13,000品目。これらの品目や公定価格（以下薬価）は原則として厚生省が調査して決め、「薬価基準」と呼ぶリストに載せている。このため市場原理は働きにくい。厚生省は平成8年春、この薬価の根本的見直しに着手し、まず、二年に一回の薬価改定に当たる同年4月、薬価を平均8.6%、金額6,000億円と大幅な引き下げを実施した。平成7年度国民医療費（27.1兆円）で薬剤費は約三割を占め「諸外国と比較してかなり高い」（厚生省）とみられる（日本経済新聞96.6.17、「値段のナゾー“薬価、不透明な決定基準”」）。厚生省の薬価抑制策に対し、日本製薬団体連合会会長・森岡茂夫氏は「薬剤費を抑制するだけの論議はおかしい」「薬価の行き過ぎた引き下げは、日本生まれの新薬の開発を阻害する。」と強調するが（『NIKKEI BUSINESS』1996年9月2日号 64ページ）、医療費全体の枠組みで検討する必要がある。

診療報酬の改定は1～3年ごと（後掲表9も参照）に引き上げられている。この引上げ率は1960年代から81年までは大きく上昇（8%～19%）しているが、80年代（昭和50年後半）以後改定率が低く（3%～5.7%）なっている。これは日本経済が低成長時代に入ると、政府の医療への財政支出が大きな負担になり、医療費抑制の要請が求められ医療費の上昇を国民所得の伸び率にリンクしようという政府の抑制措置が働いているためである。

医療費抑制政策は国民的コンセンサスがあるか、問題が多いとみているが、二木立教授は厳しく批判するが（(52)第1章、同稿『経済教室』「医療費・高齢化で増加は誤解」日本経済新聞95.12.13）聞くべき点が多い。

この診療報酬点数制度は国民皆保険（前記のごとく昭和36年）と一体になって登場したものである。この点数制度は良い制度かと云えば、かなり問題があると指摘されている。

(26)『世界』の座談会での指摘をみておきたい。

①点数制度をすべての医療施設に適用した。この制度は歴史的にみれば、診療所（後掲表4を参照）という小さい医療施設の診療に対しての報酬を目的として一中略一大病院にも適用されてしまった（中本雅彦）②全国一律で、規模格差、地域格差、あるいは診療科間の格差を全部平均化（今井 澄）③医学的最適性と経営的最適性が大きく乖離している（宇沢弘文）、などが挙げられている。医療サービスの本質また価格については次項にて考察するが、ここでは治療行為に対する価格であっても、治療の時も治療しないケース（具体的には死亡）も支払いが発生することだけを指摘しておきたい（後述3.（1）医療サービスの特性にて考察）。

次に図2の分配面をみれば、1991年度では約60%が病院は、27.3%が一般診療所、10%弱が歯科診療所に分配されている。

この分配面で注目しなければならないのは病院と一般診療所との比率の変化である。1973年（昭和48年）と1994年（平成5年）を比較してみれば、病院48.9%→59.2%、一般診療所42.3%→26.9%と明確にしかも年々診療所から病院にシフトが進行しているのである。これは高齢化にともなう高次医療の増大という要因が大きく働いている点があげられる。

しかし、問題はそれだけではない。一般診療所のウエイトの低下は、日本の医療を考えるうえで、大きな問題を内蔵している。

戦前を思いだしてみよう。たしかに検査の水準も医療技術も低かったが、各々の家には「かかりつけ」の医者というようなものが、自然と生まれており、往診には人力車が利用されていたのを見聞していた（昭和10年代）。この「かかりつけ医」は患者の家族の状態（家計も含めて）を十分知っており、その上で診断し、治療にあたっていた。これが診断に役立ち、初期の治療で病気を発見することを可能にしていたのである。開業医の近年の実態については、38年間の開業医生活を踏えた関根博（『開業医だからできること』リヨン社1996）が興味深く、また、医院（一般診療所）のあるべき姿を提供しているとみられる。

こうした患者と医者との関係が戦後くずれた。その結果、第一次医療と第二次医療（専門医療）の分業関係がくずれ、高次医療の病院（第三次医療（高度医療））に第一次医療（プライマリケア）（注）に行くべき患者が通常訪れ、これによって高次医療病院が経済的に支えられるという、資源配分の不合理が生じている。

（注）プライマリケアとは、風邪などの通常疾患や初期段階の疾患を扱ういわば医療の入り口であり、ここから高次の医療機関への紹介、振り分けがなされる。

また、一般診療所の医師の多くを組織している日本医師会に所属する医師の平均年齢が1992年では60.2歳になっている（注、開業医には“定年なし”も要因。最近定年制も浮上している）ことからわかるように、一般診療所の医師の高齢化が進み、それが将来の第一次医療を不安定なものにしている（一・二・三次の区分については、(7)池上・キャンベル64ページも参照）。なお、平成6年12月末現在で医師数は230,519人で平均年齢は男47.7、女43.9

平均47.2才であるが、老人保健施設では61.5歳である。

歯科はそのほとんどが診療所であって、病院は極めて少ない。この分野では新規開業がさかんで一般診療所とちがって平均年齢は男45.9、女42.9と低い（注、平成6年12月末現在、歯科医師数81,055人）。ちなみに1975年の歯科診療所数（32,565）を100とすると1994年（平成6）は57,213で176と伸びている。同じ年次で、一般診療所をみれば73,114（100）が85,588（117）と20年間の伸びとしては小さい。歯科の国民医療費に占める比率は10%弱（平成5年度は9.5%）でそれが国民医療費の増加への寄与率はほぼ9%である。

国民医療費の支出面は小稿で検討する産業論には大きなウエイトを持つものである。1991年度（図2）では、その50%が医療関係者の所得になっている。医療サービスは高度に労働集約型であり、人件費比率が高く、しかも医療機関を経営サイドで見ればそのほとんどが固定費である。この点で人件費を変動費とする従来の経済学は医療サービスには適合しない。人件費は建物やますます高額化する医療機器（このためリース導入が普及）の減価償却費、支払利子とともに固定費を構成し、損益分岐点を高めている（つまり、患者数を多くし、かなりの診療報酬でないと収支が一致しない）。このことから、数多くの患者をみることになり、「三時間待ちの三分診療」の体質が常態化（主として病院）してきた。

人件費に次いでウエイトの高いのが医薬品の20%弱である。産業界の企業経営ではコスト削減が至上命令であり、原材料費の削減にメスを入れる。しかし、医療サービスにおける薬剤費用の場合には、こうした力が働かず、逆にこの費用を増大させる力が働いている。この理由は健康保険が支払う薬の値段（先記の薬価基準）と現実の購入価格の差（薬価差益）が存在し、それが医療機関の利益となっているからである（後掲図11の薬剤部門を参照されたい）。

「医薬分業」は、わが国最初の医療法である医制（1874年・明治7年）には、すでに医薬分業の原則がうたわれている（(18)川上・小坂 86ページ）。

だが、医療制度としては、医薬分業はその後もずっと定着してこなかった。診療報酬（治療費）が、一般に<薬代>といわれてきたことでもわかるように、診療料（技術料）と投薬（薬）との分離はおこなわれてこなかったのである。その後、薬剤士の身分確保を目的とした医薬分業運動が再三おこったが、終戦後のGHQの圧力をもってしても、医薬分業はわが国の医療システムのなかに定着することはなかった（(18)前掲 87ページ）。ちなみに、欧米では後掲表9のごとく分業が100%である。

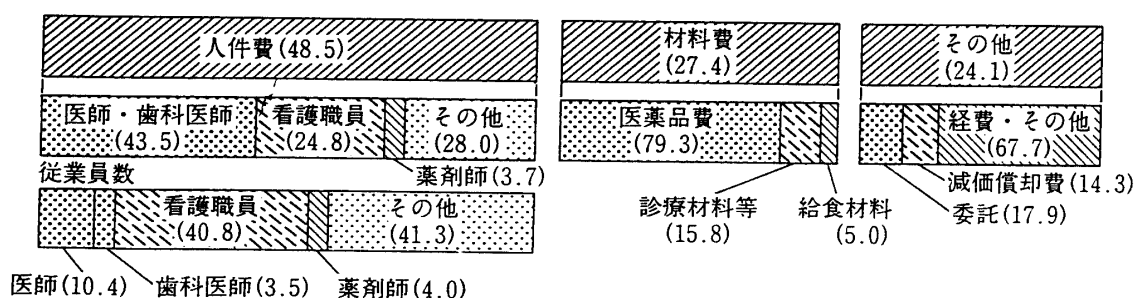
ところが、近年になり、急に厚生省サイドから医薬分業（30%目標、95年度20.3%、後掲表9も参照）が提唱され、製薬メーカーもこれに同調の気配である。この背景には製薬メーカーをとりまく新薬開発と薬価の矛盾、日米貿易摩擦、医薬品企業の多国籍化といった、医療システムの枠内では了解しにくい事態が発生し、その圧力が強くなっている事情がある。そのため、ここにいたって医薬分業（医療機能の外部化）は急速に現実化してきた。少し口

ングスパンでみると、今後は医薬分業が病院レベルでは主流になり、徐々に都市の無床診療所にも及んでくると予想される。

なお、1993年（平成4）6月時点での厚生省の調査では薬価差益は28.8%であり、医療機関の薬価差益による利益追求という体質は変わっていないとみられる。

図2（1991）での使途面はおおまかなので、1993年（平成5年）の使途の詳細に分解した図3をみたい。

図3 医療費（使途）の内容



資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成5年度国民医療費」より推計。

人件費内約については中央社会保険医療協議会「平成5年6月医療経済実態調査」及び「平成4年保険薬局実態調査」より推計。

従業員数については、病院、一般・歯科診療所は「医療施設（静態・動態）調査（平成5年）」、薬局は「平成4年保険薬局実態調査」、「平成5年衛生行政業務報告」より推計。

（出所）（13）医療経済研究機構編35ページ

前述のごとく人件費が48.5%とウエイトが高いが、この内訳をみれば従業員数では13.9%の医師・歯科医師が全人件費の43.5%を占め、同じ40.8%を占める看護職員とのギャップ（24.8%）が目につく。薬剤費は全材料費の80%弱を占め、国民医療費に占める比率で見れば28.9%とやはりウエイトが大きい。

図3で注目してほしいのは、材料費のなかの診療材料費・給食材料、さらにその他で見られる委託（17.9%）であり、これは医療関連ビジネスの所在を浮上させている点である（小稿の論点の1つ）。

なお、石弘光教授の連載＜高齢社会と財政の役割＞（1～6回、『書齋の窓』、96.6～11）は、欧米とわが国の比較もなすもので、その指摘は示唆に富むとみている。

（2）医療産業の規模

国民医療費の推移また国民所得に占めるウエイトについては図1を中心に考察した。

次に、医療を産業としてみる視点で他の産業規模と対比してみたい（表1）。

なお、医療は営利を目的とする他の産業とは目的を異にするとされており、さらにサービ

ス業（大分類）に分類される医療（後掲表4を参照）といわゆる“メーカー”とでは付加価値のあり様が違うので、産業規模を比較するにも金額のオーダーは異なる点に留意すべきである。

金額面では外食産業（28兆円）には及ばないものの百貨店の2.14倍であり、鉄鋼業（14兆円）の生産高をはるかに超えている。

雇用面をみれば、病院、一般診療所、歯科診療所合計の従業員は約218万人（注、内訳は前掲図3の構成比も参照）であり、スーパーの2倍で飲食店に迫る雇用規模になっている。

表1 主要産業との比較

流通・サービス業	売上 (10億円)	雇用 (千人)	備 考
医 療	25,791	2,181	94年度国民医療費実績
百 貨 店	10,640	205	94年通産省、商業統計速報
ス ー パ ー	30,490	1,115	〃 (総合、専門、その他)
外 食 産 業	28,257		
う ち 一 般 飲 食 店	13,135	2,448	92年通産省、商業統計（一般飲食店）
旅館・その他の宿泊所	8,448	880	94年サービス業基本調査（速報）
製 造 業	生産額 (10億円)		
鉄 鋼	13,3514	307	94年通産省、工業統計速報（平6年12月末調査）
自 動 車（含 部 品）	39,523	790	〃
電子計算機及び関連装置	8,132	150	〃
医 薬 品 製 造	5,750	141	94年厚生省、薬事工業生産動態統計年報
医 療 機 械・用 品	1,317	60	〃

- (注) 1. 医療の雇用者は病院、一般診療所、歯科診療所の従業員数（93年）
 2. 先記「民間非営利セクターの規模推計その1」（『オイコノミカ』）では民間医療機関（法人・個人）の収入を11.1兆円と推計している。21ページ
 3. 医薬品製造のうち、医療用医薬品は48,543億円

表1で医薬品生産（5兆7,500億円）を表示しておいたが、日本の医薬品生産額（約6兆円）は全世界の生産額の約2割を占め、アメリカ（約8兆円、世界の30%強のシェア）に次ぐ規模であることを付記しておきたい。

ちなみに、病院（Hospital）とホテル（Hotel）は、ともに語源は同じで中世ラテン語のHospitaleに始まっている。巡礼者や旅人の宿泊所を指す言葉で、キリスト教の修道院の姿にその原形がある。表1にて、最近の市場規模を示したが、サービス業の特徴たる労働集約性

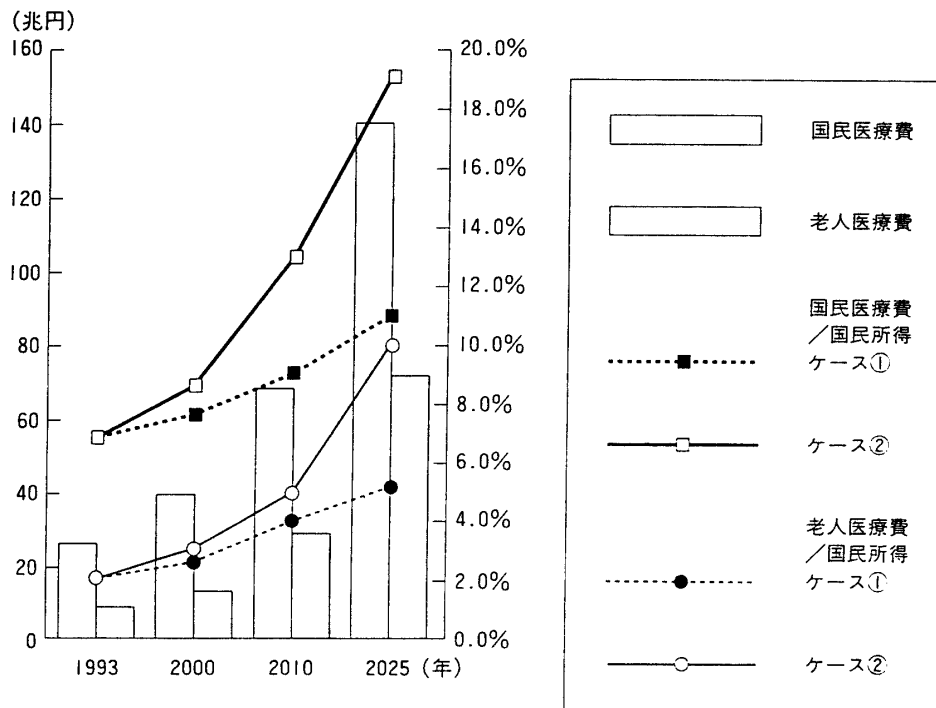
が半ば理解できるものであろう。

次に、年間従業員1人当り事業収入額を表1より試算すれば、医療は1,180万円だが旅館その他は959万円（「平成元年サービス業基本調査」では784万円）であり類似性が認められる。なお、「平成6年サービス業基本調査」では、一人当り事業収入は全業種平均（営利・非営利）で1,510万円（平成元年は1,038万円）であるので、医療はサービス業の中では生産性の高い業種とは認定できない。

(3) 国民医療費の将来

わが国の医療産業の展望をなす立場で医療費の将来（予測）について紹介しておきたい。

図4 国民医療費の将来推計



資料：厚生省保険局調べ
 (出所) (22)『厚生白書(平成8年版)』433ページ

図4は厚生省が平成2年度から4年度(1992)までの3年間の実績をもとにして将来の医療費を推計したものである。平成12年度(2000年)には38兆円、老人医療費は13兆円、平成22年(2010年)には68兆円、老人医療費は28兆円と近年の国民医療費(27兆円)を上廻る。

また、国民所得に占める国民医療費の割合は、平成12年度には現在の1.1~1.3倍、平成22年度には1.4~1.8倍と推計しているが増加傾向は急ピッチとみられる。

これが推計のベースとして、表2のごとく、人口増とりわけ高齢者の数を取りあげ、さら

表2 医療費の将来推計における伸びの内訳

年度	平成5年度から平成12年度までの平均	平成12年度から平成22年度までの平均	平成22年度から平成37年度までの平均
計	6.5%	6.0%	5.0%
人口増	0.3%	0.2%	▲0.2%
人口の高齢化	1.6%	1.2%	0.7%
その他	4.5% (注)	4.5%	4.5%

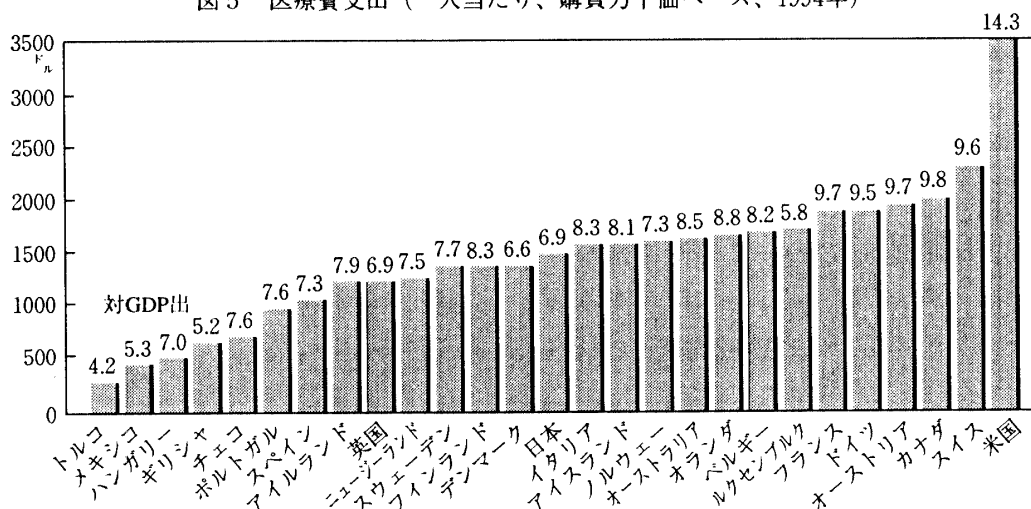
(注) 平成2年度から平成4年度までの3年度間の実績の傾向を基に算定した一人当たり医療費の伸び(高齢化分を除く)

(出所) 図4に同じ

に、医療技術の進歩とその高額化、完治が困難な慢性疾患の増加(表2ではその他にて推計)などをあげている。

次に将来推計(図4)に関連して、世界各国の医療費支出(対GDP比)と一人当たり支出についてのOECDの集計(1994年)をみておきたい(図5)。94年の医療費支出は平均でGDPの

図5 医療費支出(一人当たり、購買力平価ベース、1994年)



資料: OECD

(出所) 『週刊ダイヤモンド』96・8・17、24合併号138ページ

8%をやや下回ったが、93年の水準に比べてほとんど変わっていない。最大の支出国はアメリカで、94年は対GDP比で14.3%(93年は14.1%)、一人当たりで換算すれば3,500ドルを超える。日本はGDP比6.9%、一人当たり約1,500ドルであるが先進国の大半は日本より両者とも高位にある(とくにGDP比)。表3は山内直人教授が紹介された非営利セクターの国際比較である。健康医療の経常支出(筆者注、国民経済計算の算出高に近い)の構成比はアメリカ(53.4%)、ドイツ(34.8%)、日本(27.7%)であり、フランス、イギリスよりはるかに高い。

表3 非営利セクターの国際比較 (1990年)

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	イタリア	ハンガリー	全体
雇用者数 (フルタイム換算、1000人)	1,440	7,120	946	1,018	803	417	33	a) 11,777
総雇用者数に占める比率 (%)	2.5	6.8	4.0	3.7	4.2	1.8	0.8	b) 4.5
経常支出金額 (10億ドル)	94.9	340.9	46.6	53.7	39.9	21.6	3.9	a) 601.5
通常支出のGDP (%)	3.2	6.3	4.8	3.6	3.3	2.0	1.2	b) 4.6
経常支出の分野別構成 (%)								
文化芸術娯楽	1.2	3.2	20.6	7.4	17.8	8.6	56.6	16.5
教育研究	39.5	23.1	42.7	12.0	24.8	21.9	4.0	24.0
健康医療	27.7	53.4	3.5	34.8	14.5	16.6	0.9	21.6
社会サービス	13.7	10.1	11.6	23.4	28.9	24.6	25.0	19.6
環境保護	0.2	0.7	2.2	0.3	0.7	0.2	1.5	0.8
コミュニティ開発・住宅・雇用	0.3	3.1	7.9	14.1	6.4	1.7	1.4	5.0
市民運動	0.9	0.3	0.7	1.1	2.9	2.2	0.4	1.2
フィンランソロピー活動 (助成財団など)	0.3	0.4	0.7	0.2	0.0	1.0	0.7	0.5
国際的活動	0.5	0.1	3.7	1.5	1.1	1.3	0.1	1.2
業界団体・労働組合等	11.5	5.2	7.1	5.3	2.9	22.9	9.5	9.2
その他	4.5	0.9						0.8
収入源の構成 (%)								
政府補助	38.3	29.2	39.8	68.2	59.5	43.1	23.3	43.1
民間寄付	1.3	18.5	12.1	3.9	7.1	4.2	19.7	9.5
事業・会費収入	60.4	52.3	48.2	27.9	33.5	52.7	57.0	47.4

(注) 全体欄の a) は合計値、b) は加重平均値、それ以外は単純平均値である。

(データ) Salamon and Anheier (1994)

(出所) 山内直人稿「経済セミナー」、1995年5月号97ページ。

なお、表3は非営利セクターの分野を例示した雇用者数の比較をなしており興味深い。さらに、同セクターの収入源をみれば日本は事業・会費収入が世界でトップの反面、民間寄付は最小(1.3%)であり、各国の国民性の反映ともみられる。

2. 産業分類と医療(業)の吟味

(1) 産業分類での位置

世界的に各種統計の表章のため、世界共通また各国ごとに、標準産業分類、標準職業分類、標準商品分類が制定され適用されている。しかし、広く市民(研究者でも)に周知されているとはみられない。

標準産業分類は、物財またサービス財を生産する経済単位(事業所)として表章するものであり、公営また私営をとくに区分しない。

表4にて「日本標準産業分類」(JSIC、Japan Standard Industry Classification)「国際標準産業分類」(ISIC、International Standard Industry Classification)「中央生産物分類」(CPC、Central Product Classification)での医療保健について大・中・小・細分類に区分して対比してみた

医療サービス産業—医療サービスの吟味と関連ビジネス—

表4 医療の産業分類 (対比表)

日本標準産業分類 (JSIC) (1993.10) 第10回改訂)	国際標準産業分類 (ISIC) (1989.2、第3次改訂)	中央生産物分類 (CPC) (1989.2 制定)
大分類L サービス業 中分類88—医療業 小分類 881 病院 882 一般診療所 883 歯科診療所 884 助産所 885 療術業 886 歯科技工所 887 医療に附帯するサービス業 (別掲を除く) 889 その他の医療業 細分類 8891 看護業 8892 老人保健施設 8899 他に分類されない医療業 中分類89—保健衛生 891 保健所 892 健康相談施設 899 その他の保健衛生 8991 検査業 8992 消毒業 8999 他に分類されない保健衛生	大分類N. Health and Social Work (医療、社会福祉) 中分類85 同上 小分類851 医療活動 細分類 8511 Hospital activities 8512 Medical and dental practice activities 8519 Other human health activities	Section 9 Community, Social and personal Services (コミュニティ、社会的対個人サービス活動) 中分類93 保健、ソーシャルサービス 小分類931 医療サービス 細分類 9311、93110 Hospital services 9312 Medical and dental practice services 9319 Other human health services

(注) (1) 保健衛生 (89) の保健所、検査業、消毒業も医療関連サービス業とみたい (筆者)

(2) ISICの産業大分類は次のとおりである (17分類)

①農業、狩猟業および林業、②漁業③鉱業および採石業、④製造業⑤電気・ガスおよび水道業、⑥建設業⑦卸売業・小売業；オートバイ並びに個人・家庭用品修理業、⑧ホテルおよびレストラン、⑨運輸、倉庫および通信、⑩金融業⑪不動産および賃貸業対ビジネス支援業、⑫公務、防衛：強制加入社会保障、⑬教育⑭保健およびソーシャルワーク、⑮他の対コミュニティ、対社会および対個人サービス、⑯雇用による対個人家庭サービス⑰治外法権による組織と団体

(3) CPCはSection、Divison、3ケタ、4ケタ、5ケタの5分類であり、大分類は次の通り (10分類)

①農業、林業、漁業および生産物、②鉱石、鉱物：電気、ガスおよび水道、③食料品、野菜、タバコ：繊維、アパレルおよび皮製品、④その他の運搬可能な財 (金属製品、機械器具を除く)、⑤金属製品および機械器具、⑥建設工事、建設物；土地、⑦販売サービス：ホテルとレストランサービス、⑧運輸、倉庫および通信サービス、⑨対ビジネス支援サービス：農業、鉱物および製造業サービス、⑩他のコミュニティ、対社会および対個人サービス

(JSIC、ISIC、CPCの制定、改訂また内容については (65) (66) 羽田を参照されたい)。

まず、日本標準産業分類では医療また保健衛生も大分類ではサービス (L) 業に位置づけられており、ISICでは、大分類 (N) に位置づけ、CPCでは中分類 (93) に配する。これら三つ

の産業分類ともサービス業に位置づけている点に注目してほしい。

わが国では、「医業」という言葉と「医療」という言葉がよく混同して使用される。この両者の区別を明確にしておきたい。

まず、「医業」とは、医師法（昭和23年7月30日法律201号）の第7条②（医業の停止）、第17条（医師以外の者の医業禁止）、歯科医師法（17条、同禁止）、に定められた医師の独占業務である。なお、(11) 磯崎・高島では「医業」とは、「医というのは行為の内容を示し、業というのは行為の行なわれ方を示す」（同184ページ）としている。

これに対して「医療」は医師以外の医療従事者を含めた医療機関自体が提供する“サービス”を指す。ちなみに医療法第1条（目的）にて「医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする」としていることから明瞭であろう。

判りやすくいえば、病院や診療所が提供するサービスが「医療」であり、表4でみられるごとく（JSIC）、その提供主体が医療業（中分類88）である。

両者の区分について「医師行為だけを示す場合を診療、それを中心としてその周辺行為まで含めた場合を医療と言葉を使い分けることにすると、その表示する内容がはっきりして誤解を与えない。」（(37) 高橋、13ページ）の解説を紹介しておきたい。

医療費また医療業という言葉から理解できるように、「医療」は経済行為を意味するが、「医業」は必ずしも経済行為を意味するものではなく、“医は聖なる職業”“医の倫理”にみられるような、医師の任務（医師法第1条）の面が強い。JSICの中分類88医療業の総説にて「この中分類には、医師又は歯科医師等が患者に対して医業又は医業類似行為を行なう事業所及びこれに直接関連するサービスを提供する事業所が分類される。」（傍点は筆者）と解説しているのを紹介しておきたい。

JSICの分類はISICまたCPCより小分類さらに細分類でも例示的に区分していることが分かるしより例示的と言えよう（表4）。

以上みたごとく両者の違いは明確ではあるが、「医業」という言葉が明らかに「医療」を意味する場合でも、そのまま慣習として用いられている。ちなみに、先年、厚生省の認可のもとに発足した日本医業経営コンサルタント協会という団体があるが、これはドクターの業務のみをコンサルティングしているわけではないはずで（医療業を対象）、「医業」としたのは慣用にしたがったものとみられる。

わが国では広義の医療問題を議論また検討する時、医業（医師）と医療が区別されずに論議され、いたずらに混乱を招いているケースが多いとみていた。経済行為＝医療と非経済行為＝医業に区分しての検討が必要であることを強調しておきたい。

平成8年6月24日日本医師会の第四次生命倫理想談会（座長・森亘日本医学会会長）が「医師に求められる社会的責任」と題し医師の倫理についてまとめた報告書が明らかになった。

日医が1951年（昭26）に作成した「医師の倫理」を45年ぶりに全面改正した新しい倫理指針といえる（『日本医師会雑誌』平8年7月号に全文掲載）。

報告書は医師への信頼が揺らいでいる現状を厳しくとらえたうえで、患者の利益を最優先するために、医師としての責任の自覚と、医療をめぐる変化への正しい対応を求めている。

医学・医療評論家水野肇の著作は多くのファンがいるとみている。近著での“医の倫理”のコメントは関係者に反省を求めるものである（(79)第2章医の倫理を問う）。

(2) 医療また医療機関の吟味

表4（産業分類）に関連して付言していたが、わが国のみならず世界的に病院（医療）は非営利事業としての扱いがなされている（前掲表3も参照）。

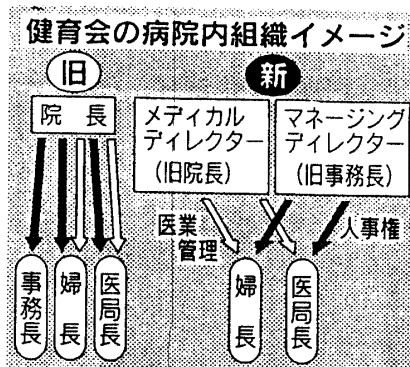
加えて国立（大学を含む）、公立（自治体）、その他公的、私的による医療機関が併存し、競合と提携をしており、営利事業と異なった産業特性をもつ。この産業特性は、同じくサービス業（L）に配置される教育（中分類91）の分野でも同様にみられる（(66)羽田第3章を参照）。

小橋では、医療サービス（L）を“産業”として把握する立場であるが、医療関係者（とくに医師）にはかなり抵抗があるとみられる。僅か10年前ぐらいまでは、「医業」という言葉にさえ抵抗があると見聞していたもので、“医師は聖職”が根本にあるからとみられる。以上の背景は教育（とくに大学関係者）でも観察されている。

医療は経済行為であるが、わが国では医療法（第10条病院等の管理者）で病院・診療所の管理者（トップ）は医師と定めている。医師法で「医業」を規定しているのは正しいが、医療法のこの規定（第10条）は不合理である。

これからの医療マネジメントの現場では、経営を学んだことのない医師がトップで一経営の素人一運営できる時代ではない。世界の先進国で病院管理者が医師としているのは日本だけで、欧米の実態は病院長の九割以上は非医師で占められており、経営の専門家として運営している（後掲表5解説④も参照）。

図6



（出所）日本経済新聞96.2.17夕刊

最近わが国でも病院経営で管理機能を医療行為から切り離す「医経分離」の動きが広がってきた。日鋼記念病院（北海海室蘭市）の西村昭男、河北総合病院（東京・杉並）の河北博文、鉄薫会（千葉県鴨川市）の亀田俊忠の三氏は医療法人のトップ（理事長）でありながら、臨床には一切かかわらない「白衣を着ない医師」が病院経営を仕切り始めている。

健育会（東京・板橋）は傘下の病院など七施設で院

長制を廃止し、医療と経営のそれぞれの専門担当者を同格で置いた。クロス病院（東京・渋谷）も経営分析や企画を受け持つ事務局長職を新設した。規制緩和の一環として企業による病院経営の解禁が論議されているが、病院側も企業経営に学ぶ姿勢を鮮明にしている（日本経済新聞、96.8.6、巻末の（補記）も参照されたい）。

図6は前記健育会の（東京・板橋）の新組織を示すものであるが、医療活動と病院経営を完全に分離し、院長を「医業担当マネジャー」として医療活動に専念することが理解できよう（(58)日経産業新聞編、医経分離52～54ページも参照）。

なお、この分離方式は、学校法人における理事会（長）（経営）と学長・校長（教学）の二元性と同じスタイルである（詳しくは（66）羽田、第3・4章を参照）。

3. 医療サービスの経済的特性と法的形態

(1) 医療サービスの特性

医療行為が、「医者は仁術」（わが国では江戸時代より戦前まで）から「医療機関ないしシステムによる医療サービス」へと転換をとげた時点で、医療経済学は医療サービスの経済的特性を明白にすることから、その分析が始まった。この問題の先駆者とされるアローは、すでに1963年に医療サービスの特性を整理し、そのことによって最適保険の利益を確立し、公的医療保険導入の必然性を理論づけた。以来30年が経過し、Health Economics は経済学の一領域として定着し、現在欧米では多数のアカデミックな専門誌が刊行され、独立した研究所（シンクタンク）や学部も設立され、多面にわたり研究されている。表5はアメリカにおける医療経済学の研究体制を紹介するものであるが、研究機関の多様化と研究テーマが多面にわたり、かつ競合して着手されている点に注目すべきである（後掲表6研究テーマも参照されたい）。

なお、『厚生白書』（平成7年版）にて“医療はサービスのひとつである”と規定しており、全編これをベースに展開（第1章、序章、第3章医療サービスの現状と課題、第4章医療サービスの提供のあり方）しているが、この面の研究の深化を期待したい。

ノーベル賞を受賞したアローの説く「医療市場の特性」とは次のような諸点である（(5) Arrow、(36)高島學司編、宮永昌男教授稿「日本医療システム改革の総合政策的課題」を参照）。

① 需要の性格

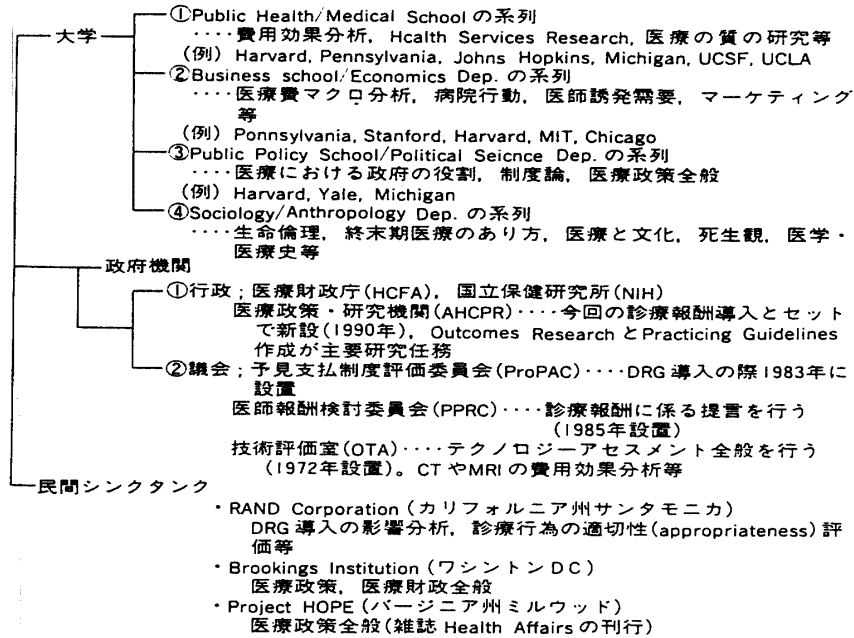
個人の医療需要は、食料や衣服に対する需要と違って、不安定で、不規則であり、予測できない。さらに、医療需要は時として、死亡の危険性や所得の重大な損失を伴う。

② 医師に期待される行動

医療サービスの供給の中心である医師は、利潤動機を強く持たないことが期待される。医療サービスにはより厳しい道義的制約が求められ、その行動関心は消費者（患者）の福祉

医療サービス産業—医療サービスの吟味と関連ビジネス—

表5 アメリカにおける医療経済学研究体制



(解説) アメリカにおいては、第8章で紹介した「医療の質」に関する研究のみならず、「医療経済学」に関わる研究がきわめて活発に行われており、一大ディシプリンを形成している。特にわが国と比較した場合、アメリカにおいて医療経済学の研究が活発に行われている背景として、次の4点が少なくとも指摘できるとと思われる。

- ①経済全体に占める医療費の規模の相違
日本の1992年度の医療費対GNP比5.0%は、アメリカの1960年の数字(5.2%)より低い水準である。ちなみに、アメリカにおいて最初の「医療経済学」に関する学会が開かれたのは1962年のことである(ミシガン大学における Conference on the Economics of Health and Medical Care)。
- ②「研究大國」アメリカ
アメリカは特に大学を中心として明らかな「研究大國」であり、このことは医療経済学といった特定の研究分野に限らない一般的なものである。なお、政府の研究開発予算がGNPに占める割合はアメリカ1.2%に対し日本は0.6%である(1989年, NSB, Science and Engineering Indicators)。
- ③医療・保険システムの多様性・市場性
民間保険中心でより「市場メカニズム」が働くアメリカの医療システムは経済学的分析の対象としてなじみやすい。例えば、アメリカの医療経済学でのポピュラーな話題である患者自己負担と受診率の相関関係などは、様々な保険商品が融合し合うシステムであればこそより重要な研究課題となる。
- ④医療経営の担い手
わが国においては1985年の医療法改正により医療法人の理事長は医師でなければならぬ。アメリカの病院は経営部門は事務スタッフが担当する。そこで、ビジネススクールすなわち大学院修了者が病院運営を担当するという、「医療経営」に関するわが国との根本的な相違が生まれ、医療経済学(特に病院経営を中心としたミクロ面)を学ぶということについての現実的なニーズやメリットが発生する。

(出所) (70) 広井256ページ

におかれる。したがって、一般事業家(私的企業)の場合と次のような点で異なる。

- a 公告および公然たる価格競争はない。
- b 医師の与える治療に関するアドバイスは利己心を含まない。
- c 治療は、疾患の客観的ニーズによるもので、金銭的事情によって影響をうけないものと考えられる。

③生産物の不確実性

医療の場合、生産物の質に関する不確実性が、他の生産物より強く現れる。他の商品と違

って、自分や他人の経験から学ぶ可能性が限られているケースも多く、疾患と医療の関係そのものもつ、本来的な予測困難性がある。

④供給の条件

医療の供給の質と量とは、社会的・非市場的な力によって強く影響される。医療サービスの市場は、一般の競争的な生産要素市場の競争という条件がみたされず、これがいくつかの点で重要な問題を引起す。

第一に医師という職業について、サービスの質の最低限を保障するため、免許制によって供給が制限されている。免許制による参入の制限は、他にも弁護士や理髪師その他の職種にも見られるが、医師の場合はその教育に高額のコストを要することが特徴的である。

第二に、医学教育のコストは一般にきわめて高いが、教育を受けるものがそのすべてを負担するのではなく、多くの場合多額の公的補助がなされる。

⑤価格形成

医療の場合の価格の形成は、一般の財・サービスと異なり、所得の高さによる差別価格である。価格競争は敬遠され、道義性が要請される特殊な決め方である。

アローは、以上のように当時の状況をも反映した医療サービスの特性を抽出した上で、医療経済の焦点を、疾病の不確実性に対する「保険」の問題にあてて理論的展開を行なった。

その後のアメリカにおける医療経済学における研究テーマは、前掲表5と、後掲表6にて承知できよう。

わが国では、伊藤光晴教授が医療における市場の特殊性として、市場が「資源配分」の合理性を実現するための四項の前提にからめて、同教授は次の論点を提示する（(12)伊東59～60ページ）。

- ① 市場メカニズムを働かせる前提の完全知識は一方の側（患者）にはなく、知識の非対称が現実なのである。
- ② 需要サイドと供給サイドが独立しているという前提は現実妥当性を持たない。患者の医療サービスに対する需要曲線は、医者の行動によって大きくシフトするものであり、市場メカニズムが資源の合理的配分をもたらすという理論の前提である相互の独立性が満たされない世界なのである。
- ③ 需要曲線の特質、つまり需要の弾力性の値である。わが国の戦前は医療保険が存在せず一中略一、いかに医療費が高くても他を犠牲にしてもそれをまかなうというように、その需要の弾力性は小さい。しかも供給者による需要曲線のシフトが可能であることも手伝って、市場メカニズムが資源の合理的で適正な配分機能を発揮できる余地は少ない。
- ④ 医療と日常生活に必要な財とは市場の役割が大きく異っている。これら財は消費者主権も守れるが、医療の場合（市場）は、消費者を守り、その安全を守るために規則が必要なのである。

医療・医療関連分野を「コア医療」と「周辺医療」に分化する視点（後掲図9を参照）で、「コア医療」の市場特性を、①需要の予測困難性②供給の緊急性③需供者間の情報ギャップ④需要者側の判断能力の不完全性、の四点を挙げる（(62) ニュービジネス協議会編70ページ）。②以外は一般に指摘されておるが、②は人命・健康にかかわるので需要（傷病）の発生に際し、供給者主導のサービス提供が主体になることが多いこと、などを抽出する。

以上、市場との関連で三説をみてきたが、次に「医療サービス」に限定してサーベイしておきたい。

江見康一教授は、医療サービスの特性を、経済的側面からのみでなく、より広い立場から次の6項を列挙されていた（(43) 統計研究会）。

- (1) 公共性
- (2) 不確実性
- (3) 人間性
- (4) 学術性
- (5) 個別性
- (6) 地域性

サービス労働の研究者である刀田和夫教授はその著作（44）のなかで、医療サービスについて摘出（但し一括でなく各章で）されている。

- (1) 情報の提供（病状の診断や薬剤の処方箋の発行と治療の助言（同120ページ）
- (2) 非無形生産物提供サービス業（同130ページ）
- (3) 外科医などの治療行為においてはそれに責任を負うケースが非常に多い。対象を変化させる医療行為（健康の回復）も生産である（同140ページ）
- (4) 治療という有用な効果が生じないケース（筆者注、例えば死亡）でも、治療行為が行われた以上（商品の提供が伴わなかった）代価が支払われる。なお、類似のサービスとして敗訴した場合の訴訟の弁護をあげる（同154ページ）

ちなみに、患者が医師を訴える医療過誤訴訟は毎年400件前後も起き、年間2000件以上が法廷で争われている（日本経済新聞“閉ざされた情報”96.11.3）。

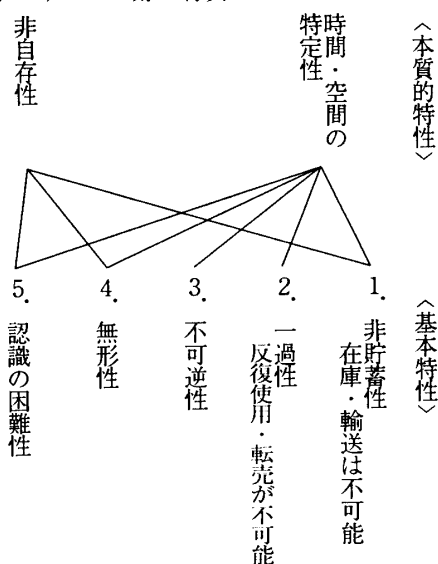
また、鴨田忠彦教授は、前記伊東教授の特徴のうち、①医師と患者との間に医療について情報の非対称性（かい離）が存在、②需要の発生の不確実性、の二点を医療サービスに固有また本来的なものとする（「日本の医療制度」日本経済新聞96.2.17）。しかし、アローの③、刀田教授の④にみられる“生産物の不確実性”も、本来的なもので、鴨田説には不足を感じずる。

また、サービス企業における生産性を分析する視点から医療サービスの特徴を次のごとく抽出する（(24) サービス企業生産性研究委員会編121～122ページ）。

- ①需要予測が困難で多品種生産
 - ②供給者側に情報が偏在
 - ③サービスの評価は医者などの態度（代用尺度）
 - ④非効率的な資源配分
 - ⑤競争は価格競争でなく威信獲得を目的とした競争
- これに加えて（6）生産の緊急性（(25) 同上54ページ）。

筆者はサービス研究において、サービス財に共通する本質的な特性は、①時間・空間の特定性②非自存性、の二つに集約できると考えている。さらに、サービス財と物財の特性の差

図7 サービス財の特質



(注) <本質的特性><基本特性>の詳細については(65)第3章サービス財の特性を参照。

(出所) (66) 羽田36ページ

異を両者を比較した視点で、基本特性を図7で見られる非貯蓄性などを抽出している((65)羽田)。

図7はこの本質的特性と基本特性を関連を図示するものである。基本特性は医療サービス(ここでは前記「医業」に限定)にも適合するものである。

わが国における医療経済学は近年、研究者も増えつつある。

広井良典助教授が著作(70)にてアメリカの主要研究テーマ(例)と研究者を紹介されており、前厚生官僚(キャリア)の立場からの解説(私見)をなしている(表6)。近年、筆者の関心は“医療サービスの特質”と“病院組織”であること付記しておきたい。

イギリスに端を発した国際品質保証規格ISO9000シリーズ(注)は、今や世界の品質標準となり、世界の国々に定着しつつありわが国でもメーカーを中心に認証取得企業は1000社を超えた。このシリーズはサービス企業も対象としているが、病院のケーススタディ((64)萩原120~130ページ)はヒントになるし、既に大阪・淀川キリスト教病院も取得しており品質保証のため認証取得が増えることを期待したい。

(注) ISO (International Organization for Standardization) 国際標準化機構。日本工業標準調査会 (JISU) が加入している国際的な単位・用語などの標準化を推進する機構。

なお、中島明彦の「医療サービスに関する基礎的考察—病院経営論の構築に向けて—」(『オイコノミカ』第32巻第3・4合併号、1996.3)は経営論サイドの総括的アプローチであるが、経済学の視点で検証すればやや不足の点も感ずる。しかし、図表化(フローチャート)は関係者に参考になるし、医療サービスにおける消費者と顧客の区分(概念、図1、130ページ)はユニークな提言とみる。また、大日康史助教授「需要サイドからみた医療」(『経済教室』97.1.16~1.22)は、従来の供給側の医療経済学に反旗を翻して、需要側の医療経済学を展開するものだが賛意を表するものであり、今後研究の深化に期待したい。

(2) 医療サービスの法的形態

医療は各国とも非営利(前掲表3)と前述していたが、医療サービス産業の検討には法制面の扱いを明らかにしておかねばならない。

医療法によるかぎり医療(業)は非営利性であることはまちがいない。医療法第7条4項

医療サービス産業—医療サービスの吟味と関連ビジネス—

表6 アメリカにおける医療経済学の主要研究テーマ (例)

- (1) ミクロ経済学的分析
 - ①医療需要
 - ・医療需要の所得弾力性
 - ・患者自己負担との関係
 - ex. Newhouse らによる RAND Health Insurance Study (HIS) が最も著名 (7,700万ドルのプロジェクト)
 - ・医師誘発需要 (医師数と受診率の相関, 医師数と外科手術数の相関等)
 - ex. Fuchs & Kramer (1973) 等より非常に活発
 - ②医師・病院行動
 - ・病院行動モデル (Feldstein ら)
 - ・生産関数, 費用分析
 - ・病院組織 (Harris ら)
 - ③市場分析
 - 医療における規制と競争
 - ・managed competition (Enthoven)
 - (2) テクノロジーアセスメント関連
 - ①費用効果分析
 - ・がん等各種スクリーニング
 - ・各種新薬 等
 - ②Outcomes Research, Practicing Guidelines, 医療の質
 - ・診療パターンの地域的偏差 (Wennberg が代表的)
 - ・治療行為の適切性研究 (Brook が代表的)
 - (3) Health Services Research
 - ・医療供給体制のあり方 (Luft ら)
 - ・医療マンパワー (Reinhardt ら)
 - ・医師報酬のあり方 (Hsiao, Lee ら)
 - (4) その他
 - ・医療費増加要因分析 (Seitovsky ら)
 - ・医療サービスの特質 (Arrow, Pauly ら)
 - ・定額制のもたらす影響 (RAND)
- (解説) アメリカにおいては医療経済に関する様々な理論的・実証的研究がここに例示したようなかたちで活発に行われている。ただし、当然のことながら、研究テーマはその国における医療システムや政策上の重要課題を反映したものとなる。私見では、わが国にとって現在もっとも学ぶべき点が多いのは(2)のテクノロジーアセスメント関係、とくに「医療の質」問題に関連する②ではないかと思われる。他は、医療システムの前提が違いすぎ、そのままでは日本に適用しにくい面があると考えられるが、(3)及び(4)の中にも示唆に富む研究は見られる。

(出所) (70) 広井257ページ

には、「営利を目的として病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、……許可を与えないことができる」と定められている。この営利性の否定の背景には、日本の医師の伝統的な「医業は営業ではない」という考えがある。また、医師は人命を対象としており、医療の需要者が医療の内容を正しく評価できない（前記の“情報の非対称性”）という理由もあるやに思われる。ちなみに、医師法第1条（医師の任務）は、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって、……もって国民の健康な生活を確保するものとする。」と定

めており、先記の「医業」の面を強調しているとみられる。

公共事業の特殊性（とくに民間病院）により、医療機関は公益法人（例えば、社団法人日本赤十字社）のほかに、三人の医師の出資が前提になる「医療法人」、(医療法第4章、後掲表7を参照)が認められているが、同法では剰余金配当の禁止（第54条）を明示している。

その一方で、医療法人制度（財団と社団の二種、この区分、また運用については(27)実藤、3、また7～10ページを参照されたい)は私的医療機関の非営利性をそこなうことなく、資金の集積を容易にし、経営の長期安定をはかるために、1950年（昭25）、医療法の一部改正（法律第26号）によって設けられたシステムであり法制面また実態面でも定着している。

なお、社団法人または財団法人で、大蔵大臣の承認を受けた（公共性が高いと認定）法人を「特定医療法人」といい、法人税法上公益法人の収益事業と同様に27%の軽減税率の適用を受ける。また、医師が一人又は二人常勤するような診療所を開設する法人を「一人医師医療法人」と言う（昭60の医療法の改正より）。

このシステムでは、利潤を医療のなかの再生産への投資を否定するものではなく、ここに営利性を前提とした「企業化」への足場があるとみることができる（(18)川上・小坂29ページ）。

また、医師（個人）の所得の運用は自由であり、別分野の株式会社、関連ビジネスに関与したり、投資をしてもかまわない。

このようにみえてくると、医療は法制面ではたしかに公共性、非営利性がうたわれており、個々の医療行為のなかでは、その理念は生きているが、“医療経営”においては、その根底にある医療ニーズの多様化、医療の高度化の流れによって、現実には有名無実化してきているとも指摘できる。

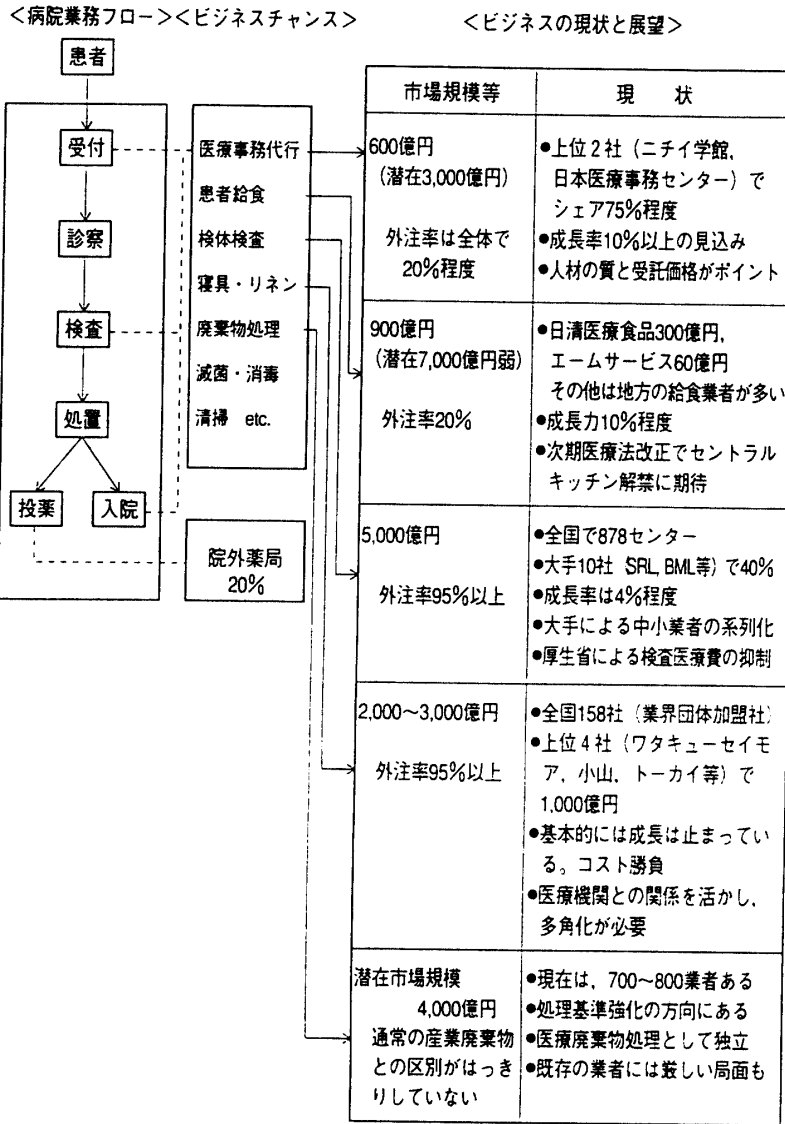
なお、医療法人の理事長には医師また歯科医師からと規定するも、都道府県知事の許可を受けた場合は、医師でない理事のうちから選出できる（同法第46条の3①）、としており、この面より経営プロパーの理事長が今後ふえることも予想される。これについては、前掲図6を中心に昨今の動向を紹介しておいた。

さらに、1985年（昭60）の医療法改正により、いわゆる一人医師医療法人制度が創設されたことにより医療法人数は飛躍的に伸びており、95年3月現在では23,404になっている。医療法人のわが国における医療供給体制での比重は飛躍的に高まっており、93年には病院の46.2%、診療所の15.5%、歯科の7.8%が医療法人となっている。また、民間病院は全国で7,200あるうち、63%ぐらいが医療法人になっている（95年）。

4. 医療関連ビジネス

病院・診療所のまわりには様々な医療関連ビジネスがある。大別すると医薬品、医療機器といった従来からある伝統的な医療関連ビジネスと比較的新しい臨床検査、病院給食等の病

図8 病院周りビジネスマップ



(出所) (63) 野村総合研究所202ページ 一部筆者補正

(筆者注) 本図では経営管理面は表示また分解されていない。業者については後掲表8も参照されたい。

院業務代行ビジネスになる。

小稿は医療サービス産業も解明せんとするものであり、まず医療関連また周辺医療の枠組みを明らかにしたい。

表7 医療法人の業務範囲（医療法第42条）（昭23.7制定）

<p>(1) 本来業務</p> <p>①病院、②診療所、③老人保健施設（注、表4 中分類88-医療業）</p> <p>(2) 付帯業務</p> <p>①看護婦等の医療関係者の養成又は再教育（昭25.8）</p> <p>②医学又は歯学に関する研究所の設置（昭25.8）</p> <p>③精神障害者社会復帰施設の設置（昭63.7）</p> <p>④疾病の予防のための有酸素運動を行う施設であって診療所が付設され、その職員、設備及び運営の方法が厚生大臣の定める基準に適合する施設及び疾病の予防のために温泉を利用させる施設であって、有酸素運動を行う場所を有し、その職員、設備及び運営方法が厚生大臣の定める基準に適合する施設の設置、（平4.7）</p> <p>⑤その他保健衛生に関する業務で以下のもの</p> <p>（イ）薬局（昭42.4）</p> <p>（ロ）施術所（昭42.4）</p> <p>（ハ）衛生検査所（昭42.4）</p> <p>（ニ）在宅介護支援センター（平2.5）</p> <p>（ホ）介護福祉士養成施設（平3.12）</p> <p>（ヘ）軽費老人ホーム（ケアハウス）（平6.2）</p> <p>（ト）老人訪問看護事業（平6.10）</p> <p>（チ）在宅介護支援センター併設型のホームヘルプサービス事業（平4.10）</p> <p>（リ）ホームヘルパー養成研修事業（平7.6）</p> <p>（ヌ）老人デイサービスセンター等（D型・E型）の運営（平7.6）</p>
--

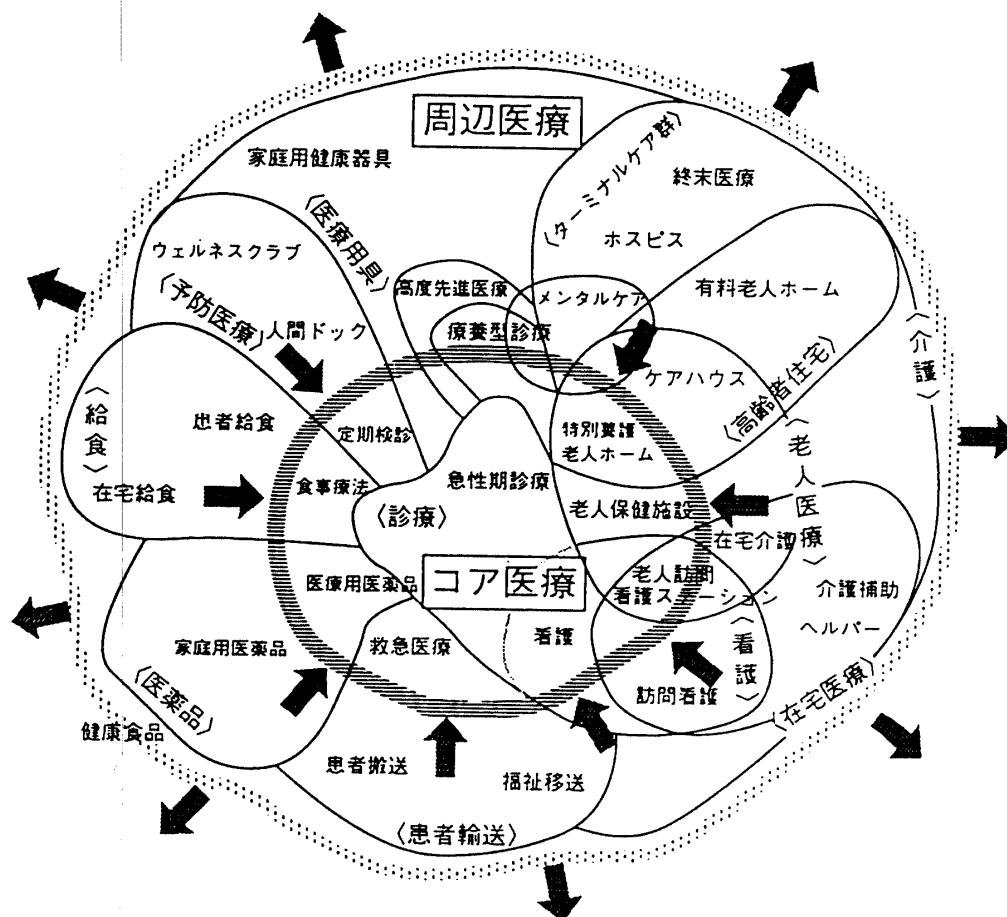
（注）（ ）は法改正による追加、(32) 杉山幹夫・石井孝宜7ページも参考にした。

(1) 医療（医業）の分解と周辺ビジネスの関係

病院業務とフローを図8に示すが、患者の受付から始まり、診察・検査・処置、そして投薬（通院者）か入院に分れる。しかし、その業務を全て自院のスタッフで対応（内生）すべき規制はない。優秀な医師と看護婦を擁し、診察処理を行なうことであり、その他の業務は法律との兼ね合い（表7医療法第42条業務の範囲）もあるが、効率化の観点から外部に委託（外生化、昨今の用語ではアウトソーシング=out-sourcing）しても問題はない。外部委託（ビジネスチャンス）を行なうには病院業務（たとえば、保険点数計算、検体検査）に精通し、かつ効率的に外注できるという業務のプロの存在が不可欠である。図8の<ビジネスの現状と展望>にて外注率（外生化）も付記されているが、今後の成長力の高い（10%以上）のビジネスもある（(58) 日経産業新聞編、4. アウトソーシングの活用戦略54～64ページも参照）。

先に、医療法人につきふれたが、医療法で規定する業務範囲を表7に示した。本来業務（「医業」）に加えて付帯業務も限ぎられ（限定列举）、一般企業に認められているような、定

図9 「コア医療」・「周辺医療」の概念図



(出所) (63) ニュービジネス協議会編 76ページ

款における包括的な業務範囲規定（例「〇〇に付随する行為等の抽象的表現）を設けることは認められていない。

院外薬局（図8参照）は、叙上の医薬分業にみられる調剤薬局である。処方せん枚数は85年度の106百万枚から93年度には201百万枚とほぼ倍増し、調剤金額も2,674億円から7,695億円と約3倍となっている。この背景となっている処方せんが外部に出されている度合いを示す処方せん受取率は89年度の11.3%から毎年1%程度ずつ増加し、93年度には15.8%に達した（日本薬剤師会「平成5年度医薬分業の動向」）。95年度は年間13億回の投薬機会のうち20.3%となり、薬代も1兆1,293億円と初めて1兆円を突破した（日本薬剤師会）。なお、医薬品について、病院・診療所また薬局に対する支援活動が進展しているがハンディターミナルが活用されている（三品広美「携帯端末の営業支援活動への利用」『龍谷大学経営学論集』第36巻第3号96.12）。

医療業務の枠組みを従来の考えで行なうには、高齢化・情報化が本格化する今後では対応しきれない。

医療業務を病状によって分類すると、①予防医療、②急性期医療、③療養型医療、④終末医療の四つに大別される（図9も参照）。これまでの医療は②の急性期医療に重点が置かれ、急速な医療技術の進歩に伴い、現在ではICU（intensive care unit、集中治療病室）にみられるような高度で複雑な治療が可能となった（(63) ニュービジネス協議会編60ページ）。

しかし、高齢化の進展により療養型医療、終末医療のウエイトが高まり、情報化の進展と国民医療費抑制の必要性から予防医療の重要性が再認識されるなかで、今まで急性期医療の一時的な通過点でしかなかった病院を、長期滞在の場あるいは日常的な健康増進の場としてとらえるステージに入っていると指摘できる。このため、日本では医療機関にはアメニティ（快適な生活空間）としての総合機能が期待されるが（日本病院管理学会96年第34回学術総会の論調）、現行の付帯業務の範囲（表7参照）ではケアのサポートや情報サービスの提供は認められていない。しかし、アメリカでは「マネージドケア」（管理による低コストの医療）の進展により「外来」がない病院がふえつつある。

米国の民間医療保険は、①伝統的な出来高払い②マネージドケア——に大別できる。マネージドケアは企業・患者と病院・医師の間に入り込み、医療サービスの内容とコストを管理するのが基本的な発想。医療費上昇に歯止めをかけるため考えられた。具体的にはHMO（会費制健康医療団体）が提供する「前払い方式で定額制の医療保険」などの形で機能する（(58) 日経産業新聞編13ページ）。

こうした健康医療団体は90年代になって勢力を急拡大した。加入者数は90年の3,800万人から、95年には1.7倍の6,450万人に膨らんだ。2000年には1億1,600万人に達するといわれている。企業や自治体が雪崩をうって医療保険をHMOに切り替えているからである。

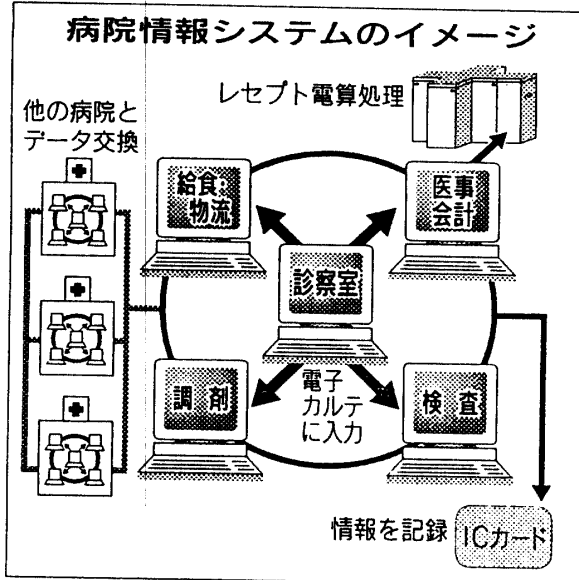
以上述べてきた医療業務は図9にみられる「コア医療」に相応する（終末医療を除く）。

図9の概念図は医療・医療関連分析を、①診療、看護等、患者が差別化されることなく等しくサービスを楽しむことができる「コア医療」と、②患者給食、在宅サービス、人間ドック等、患者の置かれた状況また患者の選択により差別化が可能な「周辺医療」に分けられる。この二分化は医療・医療関連分析における規制撤廃・緩和のあり方を検討するにあたって、各分野は別のアプローチが必要（(63) ニュービジネス協議会編70ページ）とするが、達見であり賛意を表しておきたい。

現代は情報化・システム化の時代である。

厚生省は病院の経営効率化などを目指して、カルテ（診療録）の作成から検査、会計まで患者の情報を電子化する標準システムづくりに官民一体で乗り出す。医師と調剤、会計の窓口が瞬時にデータを共有するので、病院の事務量の軽減につながるほか、患者の病院内での待ち時間が大幅に短縮できる。システムを導入した病院間で患者情報をやり取りすることで、

図10



(出所) 日本経済新聞96.9.16

重複検査などの無駄を省く効果も期待できる。

システムの研究・開発は NTT データ通信、NEC、富士通など248社で組織する「日本保健医療情報システム工業会」(会長=金井務・日立製作所社長)と共同で実施する。

この病院情報システムをイメージしたのが図10であるが、システムの中核となる電子カルテはオランダ、スウェーデンなどで導入が進んでいる。国内でも亀田クリニック(千葉県)、IBM健康保険組合(東京都)、三重大学病院、佐賀医科大学病院などで取り組みが始まっており、本格的な普及を前に、標準システムの開発が課題となっていた。

なお、図10は前掲図8(病院業務フロー)を補完するもので病院の運営がよりクリアに理解することができよう。病院の情報化の現状については(28)澤田(第6章)が分析と提言をしている((71)病院・医院経営実務研究会も参照)。

また、(85)渡辺はアメリカのケース紹介を中心にわが国の導入状況を紹介 (§11~§14)しているが部外者には参考になる。さらに、1996年12月発行の社団法人ニュービジネス協議会編『情報ビジネス最前線 ニュービジネス白書1997年版』(東洋経済新報社)第2章第5節医療分野における情報化、では患者情報管理システム、患者-医師間の情報化、病院間の情報化などのケースを紹介している。

(2) 医療関連ビジネスの現状と今後

前掲図8にて、病院業務に関連するビジネスについて多少デッサンしている。本図にて提示のビジネスは且つては内生化が主体であったもので、この視点で見れば“病院業務代行ビジネス”とも規定できよう。(内生化、外生化については(65)羽田、代替財86~87ページを参照)。

さらに、前掲図9の「周辺医療」のフィールドも近年、話題またニーズがあり早急な対応を必要とする分野も少なくない。

ここでは、“病院業務代行ビジネス”を主体に現状と今後についてデッサンしたい。

取り上げるビジネスは①医療事務代行②病院給食③検体検査④リネンサプライ⑤院内清掃

⑥医療廃棄物処理⑦患者・高齢者輸送である（前掲図8・9にて各ポジションを参考にされたい）。

各ビジネスに入る前に、近年、外部委託による病院業務代行ビジネスが注目を集めるようになってきた要因をあげれば次の3点である。

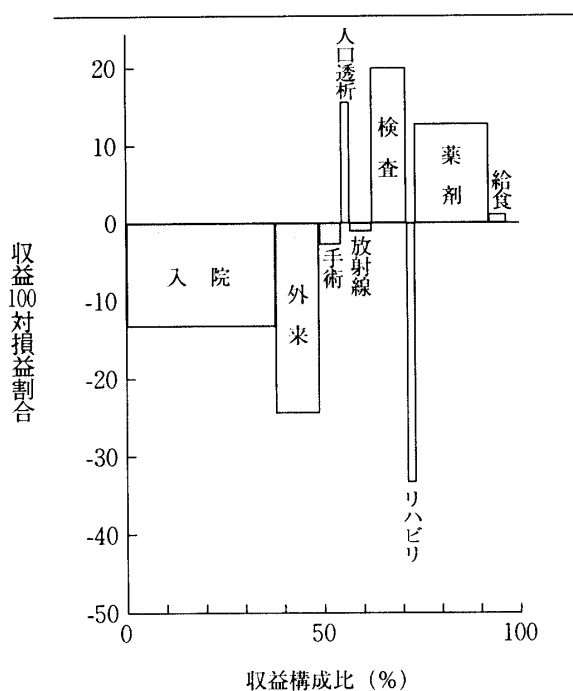
- ①病院経営の悪化
- ②医師、看護婦を雑多な業務から開放すること
- ③診療以外の病院の仕事も専門性が求められるようになってきたこと

である。

病院経営の悪化について全国公私病院連盟の実態調査（2000病院を対象とし、1194病院より回答）によれば、95年は赤字病院は69.7%で前年に比べ4.4%低下したとする。ちなみに93年調査では80%強が赤字であり、92年の倒産も40件を超えている（帝国データバンク調べ）。

帝国データバンクによれば90年以降、病院や診療所（歯科を除く）の倒産は約120件に上っている。主な原因は放漫経営、収入の不足、設備投資の失敗などとする（日本経済新聞“ゆがむ病院経営”96.11.2）。

図11 病院の部門別収益性



(出所) 全国公私病院連盟「平成2年10月病院部門別原価計算調査報告」1992年2月

(出典) (63) 野村総合研究所編203ページ

95年調査を形態別にみれば自治体立は86.6%、私立病院は44.7%が赤字となっている。赤字病院の割合が減ったのは2年連続（95年）であるが、同連盟は「94年度の診療報酬（医療保険から医療機関に支払う報酬）の引き上げの影響が続いているのではないか」と分析している。

病院の収支状況の理解のために部門別収益（図11）をみておきたい。

まず、検査と薬剤部門が黒字なのに対し、入院・外来・手術などの診療行為そのものの部門が赤字となっている事実がある。つまりこれまでの診療報酬体系では、医師の診療行為という技術への評価が低く、その代わりに、出来高払いの制の中で、薬を出せば出すほど、また検査を行なえば行なうほどもうかるという体制が出来上がっていた。そしてこれが、

世間でいう「薬漬け」「検査漬け」の原因ともなっていた。この現状に対し、厚生省は、前述のごとく国民医療費の伸びをGNPの伸び以内に抑える政策をとっている。この観点から薬価基準が引き下げられ、検査費も伸びず、その結果、薬価差益や検査の差益が減少し、病院は収益源を失いつつある。

図11の赤字部門の黒字化のために、94年4月の診療報酬改定が意図され、前述のごとく赤字病院が減少を見せていた。97年4月より消費税改定に伴い診療報酬を平均1.7%引き上げ、薬価は平均で4.4%引き下げることが政府は96年12月決めた。

しかし、病院自身の経営努力によって経営改善に努めなければならない。この視点から費用の内訳をみると、医師以外の給与費（95年の全国公私病院連盟の調査では、医師の平均給与月額が92.9万円、看護婦は同33.8万円）や補助部門費が効率化できれば、収益が改善できる可能性が高い。そのため、周辺業務（図8の〈ビジネスチャンス〉を参照）の外注化が進められている。これには看護婦の不足に対して、看護婦業務以外の彼女たちの負担を減らし、医療に集中できる環境をつくり上げる必要性も含まれる。厚生省も改正医療法（第15条の2）では、一定基準を満たした業者への外注を認めるようになっており、この面が参入業者のパワーになっているとみられる。

以上の要因を踏えて、各ビジネスにつき、デッサンしてみたい。

[1] 医療事務代行

これは、レセプト作成等の保険請求業務、医事会計、診療・薬局窓口の交付業務等一般的に病院の医事課と呼ばれるところで行なわれる業務の代行である。病院ごとに委託業務の中は自由であり、特徴は、委託価格（料金）は保険点数の制限を受けず、病院サイドとの相対で決定できることである。

業界団体として全国医事業務事業団体連合会が89年に設立され、加入企業は現在20社。市場規模は600億円（加盟20社）といわれるが、加盟企業が市場の90%を占めているとすると市場全体は約700億円と見込まれる。

現在病院内の機械化による人員削減の動きはあまりない。従って今後は新規に外部委託する病院の先行き増加とともに一病院の中で委託される業務の増加も期待される。

外注率は私立大病院は7割程度、中小病院は数パーセント、診療所（歯科を含む）は1割程度とかなりバラツキがある。

市場の将来について、一つの見方として外部委託率は現在の臨床検査業務の水準、すなわち60%位までにはなるという考えがある（(60)日本債券信用銀行調査部64ページ）。

[2] 病院給食

病院給食の外部委託は86年の医療法の一部改正により認可され、86年には福祉施設での委

託も認可、さらに93年の同法改正によって病院、診療所の外部委託の範囲が拡大された。病院給食の外注化は、業務効率化の一環としてこれまで多くの病院で実施されてきた。しかし、96年3月までは、病院内の給食設備を使った「院内厨房方式」の提供が認められているに過ぎず、病院外で調理した給食を持ち込む「院外厨房方式」（セントラルキッチン、図8も参照）は認められていなかった。しかし、96年3月末に規制が緩和され院外で調理した食事の病院内への持ち込みが認められた。

給食業務は材料購入から調理、盛り付け、配膳、下膳、食器洗浄の6つの業務にわけられるが、病院により給食業務のどこまでを委託しているかの範囲は異なる。

病院給食には「基準給食制度」（単価1日1人1,900円）があり、この給食費が病床数により支給給付され病院の取り分と委託企業の受け取り分（市場規模）に分けられるという他にみられない特徴をもつ。この制度の承認にあたっては事業組織、栄養量管理から盛り付けに至るまで細かな指示が出され、これを満たした事業者に承認が与えられる。さらに、給食の診療報酬加算には基準給食加算、特別管理加食加算、特別食加算、医療用食品加算などのさまざまなランクがある。このうち医療用食品（1日1人180円、78年導入）は「日本医療食協会」（医療用食品の検査権限を持つ）などが新規参入をさまたげたとし、平成8年4月公正取引委員会より独占法違反の疑いで排除勧告を受け、厚生省はこれを平成9年3月に解散することを明らかにした。

さらに、医療食に対する診療報酬の加算も平成8年秋までに全廃する。

関係業界の団体として日本メディカル給食協会が89年に設立され、現在加盟企業は106社である。市場規模は外注率と相関（図8を参照）するが、委託企業の受取り（分）を一般的水準といわれる1,300円（相対で決定）で試算すれば、1,450億円ともみられ、外注率は最終的に90%まで高まり、約6,500億円となる（日本経済新聞96.5.8）。

今後の市場規模については外注率その他の状況変化も大きく関連する。94年10月の診療報酬の改定による患者の一部負担（600円）となり、名称も給食費から入院時食事療養費に変わり、96年10月よりは800円の増額が予定されている。これにより患者サイドより質のアップの要望が高まるとみられる。

前記のセントラルキッチンは（院外調理）は96年3月末に認められた。しかし、厚生省が院外調理については病院への補助金の一部を外すことを決めたため普及は遅れそうだ（日経流通新聞96.10.17）。

厚生省は病院外で入院患者向けの食事を調理する「院外調理」の衛生管理に、国際基準「HACCP（ハセップ）」を導入する。来春までにHACCPに基づいた運営マニュアルを策定、病院給食の委託業者に対してこのマニュアルに従って自社の衛生基準をつくるよう求める。病原性大腸菌「O（オー）157」騒動を受け、かなり詳細な規定になる見通しだが、業者には新たなコスト負担を強いる可能性もある（日経流通新聞96.10.24）。

大きな流れとしては外注率30~40%も予想され、市場規模は、2,500~3,000億円も推計される。今後、かなりの、新規参入企業も予想される分野であるが（後掲表8も参照）、病院給食では高い利益率が期待できなかつたこともあり、病院給食専業という企業は例外である。専業でない企業の総売上高に占める病院給食の構成比は10~20%程度が多いという特徴をもつ業界である。

給食サービスに関しては、在宅ケアサービスでも認められ、厚生省の調査では、年間60億円（90年度）としている。これをベースに長銀総合研究所が将来1,700億円の需要規模を試算している。

[3] 検体検査

わが国の医療は「薬づけ」と「検査づけ」と指摘され、後者は患者サイドでも各種検査は恒常的に受け入れられている。前掲図8でみられる様に検査と薬剤は収益部門である。

ここで治療における検査の内容をみておきたい。大きくは臨床検査と呼ばれ、患者の生体（からだ）そのものに医療機器を直接あてて検査をする「生体検査」と「検体検査」（臨床病理検査ともいう）に区分される。臨床検査はもともと病院の中に設けられた「検査室」で、医師自身が行っていた。昭和33年（1958）に臨床検査に関する法律ができ、認定された有資格者のみが臨床検査できるように変わった。

検体検査には、一般検査と特殊検査と大きく二種類に区分される。明確な定義はないが、前者は尿、血液検査などの大量に行なわれる検査で、後者はウイルスや免疫検査などの技術的に高度なものが要求される検査とみられる。検査の単価はそれぞれ保険点数で決まっており、業者の取り分はその中の実施料部分（7割強）だが、実際の委託料は実施料全額でなく、平均でさらに50%程度とみられる。これは、経営の厳しい病院の値引攻勢と業者の競争激因が原因と考えられ、さらに検査の保険点数は医療費抑制の対象なので、今後もこの傾向は続くと思われる。

市場規模を検討すれば、1兆2千億円の検体検査実施料に対し院内実施（内生化）分は40%、外部委託分60%として、値引分も換算すれば約5,000億円とみられる。

今後について検討すれば、委託する検査件数では95%と成熟化段階である。

新規参入では魅力ある分野ではなく、中小企業は業界大手と提携あるいは系列化になる動きがみられ、今後この動きは加速化すると予測される。

業界団体として日本衛生検査所協会が73年に設立され、現在登録検査所数は878である。この中で協会加盟の検査所は422であり、企業数では325社でこの協会加盟企業で業界全体の売上の95%をカバーしている。なお、検査所数878（94年2月現在）の経営主体をみれば、会社585、公益法人112、医師会69（当初のスタート）、個人64、公立32などであるが、民間会社が約66%とウエイトが高い分野である。さらに、臨床検査を受託するセンターは平成8

年2月1日現在909カ所に増加している。

[4] リネンサプライ

リネンサプライは1950年米国から導入されホテルブームとともに成長してきた。病院での入院患者用の寝具類を対象としたこの業界は62年という早い時期から厚生省通達により外部委託が可能になり、現在では検体検査と同じ成熟市場であり、病院との契約関係では新規参入は困難といえる。

供給サイドの条件として、医療法で病院向けリネンはホテル向け等その他リネンと工場と別にしなければならない。病院との契約方法は競争入札であるが、契約年数はふとんなどの原価回収期間もあり1年ではなく複数年であり、それだけに各社のシェアもほとんど変わらない。94年3月に公正取引委員会から独禁法第3条（カルテルの禁止）違反で排除勧告が発動されたので、競争激化の可能性はあるが、現存大手業者（上位4社）の有利性は不変とみられている。外部委託は基準寝具（保険点数対象）は100%、患者の病衣（同上）については60%とみられている。

今後の市場拡大また収益源としては、病院内の売店、保険点数の対象にならない医師の白衣、カーテン、あるいは入院患者の私物など、利益率の高いものの洗濯の確保などがみられる。

「平成6年サービス業基本調査」では、リネンサプライ業の売上高は8,066億円、従業員は約9万人であるが、病院向けリネンサプライは4割弱を占めると推定される。

業界団体としては日本病院寝具協会（64年設立）があり加盟業者は約160社であるが、この他非加盟業者が20~30社とみられている。

[5] 院内清掃

ビル・メンテナンスは戦後1950年代頃から米軍の接收したビルを対象に始まった。ビル・メンテナンスはオフィスビルの清掃からスタートし、その後病院清掃にも広がっていったものである。

ビル・メンテナンス業務は一般清掃から始まり建物の設備管理、保安整備、受付け等のその他のサービスと分野を拡げてきている。

サービス業基本調査（平6年）の建物サービス業が、これに相当し、事業収入は2兆4,666億円である。69年設立のビルメンテナンス協会はオフィスビルを含めたビル全体が対象であり、特に病院だけの業界団体はない。同協会の加盟事業所は約3,000（先記平6年基本調査の事業所数は15,643）、企業数では約2,500社である。

（財）医療関連サービス振興会（厚生省に代わり、医療関連サービスの質に一定の基準を設け、これを満たす事業者を優良事業者として認定）の91年末現在では院内清掃の外部委託

は約70%であった。市場規模は90年厚生省調査では約600億円とみられていた。福祉サービスに関しても厚生省所管の公益法人シルバーサービス振興会が在宅介護や福祉用具販売、有料老人ホームなどの業者に、認定証「シルバーマーク」発行している。しかし、昨今の規制緩和の動きのなかで経済審議会は「マーク取得業者にカルテル的な利益を保障し、意欲のある事業者の新規参入の大きな障壁となっている」として、マーク制度の廃止を提言した。消費者保護のための最低限のルールづくりは必要だとしても、マーク制度は抜本的な見直しを求められている。

清掃は保険点数の対象にならないコストである。しかしMRSA（メチンシリン [抗生物質] 耐性黄色ブドウ球菌）などの院内感染問題以降、市場規模は拡大しており、今後共伸びが期待できる。ちなみに、先記、医療関連サービス振興会のサービスマーク認定の施設・事業所・事業者1,443（95年2月現在）のうち、院内清掃は556事業者と4割弱を占め、普及率の伸びが想定できる。

[6] 医療廃棄物処理

廃棄物は家庭からでて処理責任が市町村の自治体である一般廃棄物と、排出者（家庭以外）にある産業廃棄物に分けられる。日本標準産業分類では前者（小分類871）、後者（同872）に分け、各種統計が表章される。医療関係も後者の扱いになるが、前記平成6年基本調査では事業収入は7,304億円、事業所数は2,870、従業員は38,538人である。

89年まで、医療機関からの廃棄物は危険物としての認識が低く、一般廃棄物として処理されてきた。しかし、院内や処事業者の感染問題などから、その危険性が認識され始め、89年には廃棄物処理法（昭45、法137号）が適用され、「医療廃棄物処理ガイドライン」が公付された。92年改正廃棄物処理法では、医療廃棄物は基本的には産業廃棄物となり、とくに感染性廃棄物（92年8月処理マニュアルが公示）が特別管理廃棄物に指定されるなど、全面的により厳しい処理管理が必要となった。その結果、感染性廃棄物を中心に院内処理（内生）では手に見えなくなり、コスト面と職員の負担の軽減、院内感染への対応強化などの要因から、適正業者への委託の必要性が増しており成長分野とみられる。

現在、全国の医療機関から1日に出される廃棄物は約3,600トンで、このうち血液がついた注射針など、感染の危険がある感染性医療廃棄物は約10%とみられ、年率5%程度で増加中である。

医療廃棄物処理は文書（先記処理マニュアルなど）では厳しい管理を要求されているが、数値などのはっきりした基準がない。そのため、自治体によって解釈に差があるなど、全てが適正に処理されているとはいいがたい。さらに経営の苦しい医療機関がコスト削減のため安価事業者を選び不法投棄の原因にもなっている。93年末に不法投棄絡みで院長ら病院関係者が起訴された事件を機に、中央社会保険医療協議会でも議論が起こっている。

医療廃棄物は1キログラム当たり平均400円で処理業者に委託されているようであり、これにより市場規模も推定できる。しかし、すべてが医療廃棄物として適正業者に委託処理されているわけではなく、未だはっきりと医療廃棄物処理業界として把握できる状況にない。現在、外注業者は700～800社とみられるが旧態依然とした体質の業者も多く、これから整備されるべきが実態である（全国産業廃棄物連合会・医療廃棄物専門部会）。

[7] 患者・高齢者輸送

民間の患者・高齢者輸送システムは大きく分けて、医療サポート的色彩の強い「患者搬送サービス」と、福祉サービス的色彩の強い「福祉輸送サービス」の二つに分類される。（図9も参照）。いずれも「緊急性」（生命に危険があり、または症状が悪化すると認められる状況）を要しないことが、消防庁の行う「救急医療活動」と一線を画すうえでの条件になっている。

市場規模は、厚生省の調査（「平成2年健康福祉関連サービス産業統計調査」1993.5）に

表8 関連分野への進出状況（◎=本業、○=新たに進出、△=計画中）

	リネン サプライ	院内 清掃	臨床 検査	滅菌 代行	病院 給食	医療 事務	調剤 薬局	備 考
ワタキューセイモア	◎				◎		○	
ト カ イ	◎	○			○		△	
エスアールエル			◎				○	
第一臨床検査センター			◎				◎	
日本医療事務センター						◎	○	
朝日メデイコ				○			○	本業ドラッグストア
住友金属			○	○				
三井物産					○		○	
ニチイ学館					△	◎		給食はニッコトラストと 共同出資 院外調理を採用
三菱商事					○			ソデックスヘルスケアを設 立・資本金2億円

(注) ワタキューセイモア：病院給食は日清医療食品
住友金属：臨床検査は住友金属バイオサイエンス
ク ：滅菌代行は日本ステリ
三井物産：給食はエームサービス
ク ：調剤薬局はアイン・メディカル・システムズ（第一臨床検査センターとの合併）

(資料) 各種新聞記事等より当部作成

(出典) (60) 日本債券信用銀行68ページをベースに筆者補正、日本経済新聞95.11.29、同96.5.8、96.9.25
など

よれば、81.2億円であるが今後高齢化時代に対抗し、成長分野といえる。

しかし、このサービスの提供（参入）には、タテ割りに行政による許認可手続きの煩雑性（手続きの長期化と重複性）が指摘できる。運輸省は、88年12月に従来のバス、タクシー等の免許に加え、患者・高齢者輸送のみに業務範囲を特定した「民間患者等輸送事業免許」を新設した。申請から聴聞会を経て許可されるまで1年程度、その後消防本部の認定を得るまでさらに1年程度と、長期の審査期間が必要となっている。

これら現行の許認可に加え、厚生省では「患者搬送」、「福祉輸送」それぞれに新たな事業認定制度の導入を検討している。

昨今の規制緩和推進に逆行するものであり、一元化する事業認定がこのサービス（事業）を進展させるキイとみる。

この分野の参入企業として異色な企業としてセコムがある。緊急通報・輸送サービスのアメリカ・類似業種企業を買収（現在は、ノウハウ吸収を完了したとして売却済）するなど、堅実に取り組み、さらに救急救命士（国家資格）の登場もあり本格的な参入を準備している。

救急救命士は91年8月救急救命士法が施行され、最初の国家試験が92年4月実施された。第7回試験（95.3）までの合格者は男性4,592人、女性4,533人、合計9,125人である。なお、平8年7月現在、消防職員の救急救命士は全員で3,338人のみが活動中。

以上、7業種についてデッサンしてみたが、大手では複数分野の兼業もみられる。表8はこれを抽出したものであるが、わが国の代表的企業が進出・参入していることが知られ（会社名は前掲図8も参照）、今後、大手産業（資本）が有望分野として参入するとみられよう。

5. 今後の展望と若干の兆し

小稿で、医療関連ビジネスの若干をとりあげた。しかし、これ以外にも調剤薬局、滅菌代行、院内物流（病院で使う診療材料などの購買や医療管理を含めた物品管理システム）、医療機器の保守点検、医療機器リースなどがある。この分野の最近の動向については、「介護機器レンタル・販売業界の動向」（三菱信託『調査情報』1996年10月号）がレポートしている。レンタル料（売上）は平成6年度51.7億円であるが、平成12年（2,000年）には250億円の市場規模と推計している。

なお、院内物流については、様々な企業が関心を示し手掛けはじめている。医薬品卸（クヤマ薬品他）、医療機械メーカー（サクラ精機他）、大手商社（三菱商事、伊藤忠他）等である。

96年に入り、日本病院サービス（東京・豊島）が病院の在庫管理を始め、98年度には200病院、100億円の売り上げを目指す（日本経済新聞96.2.11）。

『厚生白書（平成7年版）』では、「医療はサービス産業の中でも成長産業としてとらえられ、一中略—さらに、直接間接に300万人以上の雇用を生み出すなど、経済の安定にも貢献

している」(同7ページ)としていたが、国民生活また経済の中でウエイトの高いことは事実である。

先に、全国公私病院連盟の95年調査で約7割の病院が赤字と紹介していた。

全国自治体病院協議会の調査によれば、94年度経常収支は364億円の赤字となり、赤字病院数の割合は69%を占めた(94年度末で228施設)。このため各県立病院が相次いで経営改善計画の策定に乗りだした(日本経済新聞96.9.6)。

この計画では、臨床検査や給食などの外部委託による経費削減が柱だが、病院の統合や市町村への移転を検討するケースもあり、地域医療機関の再編・統合を加速するともみられる。さらに、同協議会の95年度決算見込み状況によれば(96.4発表)、回答のあった737病院(市町村立を含む1,001病院)の63.1%が赤字病院で、前年度に比べ1.8%増加している。

一方、国立病院・診療所(95年10月現在93・133計226)は、慢性赤字体質で一般会計より赤字を穴埋めしてきた。このため、96年度中に同施設を自治体に委託するほか、今後4年間で10施設を統合により5施設に削減する。優遇策を盛り込んだ「再編成特別措置法」改正案を提出している(日本経済新聞96.3.12)。

国民医療費の増大に対処するための薬価引き下げ、あるいは設備投資負担や病院間の競争で、病院の経営は各種機関の調査にみられるごとく悪化を続けている。

このような中で先行き考えられることは4つある。これまで述べてきた①外部委託の更なる進展に加えて、②病院の機能分化③病院のチェーン化④外部評価機関による病院の機能評価——である。

小稿にて若干の関連ビジネスについて個別にみてきた。

病院業務代行ビジネスが伸びてきた要因は、①病院運営の経費削減につながる②医師や看護婦などを本来の業務に専念させられる③周辺業務にも専門性が求められてきた——の三点である。基本的にこの状況は当面、変わらないだろう。

従って、病院業務代行ビジネスの中には、開始時期が比較的早く、成熟化してきた分野もあるが、総じて拡大を続けるだろう。

中でも今後の成長が期待されるのは、既に立ち上がっている業務の中では、病院給食、医療事務代行、そして業務代行ビジネスと性格は異にするが調剤薬局とみられる。

また、院内物流代行や医療機器の保守点検サービスも今後、盛んになると思われる。さらに新しい代行ビジネスが起こることも期待される。

またこれまでは、寝具はリネンサプライ会社、食事は給食会社というように、一つの業務を一企業が委託することが多かったが、今後は問題解決のため、いくつかの企業が協力体制を組むケースも出てくるだろう。

例えば、MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)対策には、リネンサプライ会社、滅菌代行会社及び院内清掃会社といった具合である。

医療サービスの研究に手をそめて以来筆者の問題意識がある。

小稿でも医療業は非営利（事業）であることを紹介してきた。しかし、医療サービスを分解すれば、「医業」プラス周辺ビジネスの併合した内容にて“医療サービス”が提供（生産）されていることを小稿でも明らかにした。今後、病院を中心に業務の一部—将来は増々拡大—を外部委託（アウトソーシング）する傾向（拡大）は確実である。

この外部委託の業者は営利的サービス業（大半は民間）である。つまり、非営利的サービス業（ここでは「医業」を意識）と営利的サービス業が複合して「医療サービス」が提供（生産）されていると指摘できる。この分担あるいは構成については現在より将来においては営利的サービス業のウエイトが高くなることは確実である。この視点で考えれば医療（業）を非営利的サービス業と規定する理論的根拠がどう組み立てられるのだろうかという疑問である。

私見ではあるが、医療サービスの営利・非営利部分の実証的分析を踏まえて、いずれ医療サービスを営利的サービス業と規定すべき時代を予測したい。この規定（または認定）の変更により、各種法律、医療政策（保険制度を含む）、税制、各種補助金などわが国における医療問題を検討する時のベースが根本より変更を求められると考えるにはほかならない。

ここで、非営利セクター（民間）の定義を巡ってふれておきたい。現在でも各国により定義また概念が混乱しているが、共通項として「非配当の原則」があげられている。アメリカでは民間の非営利組織をNPO（non-profit organization）法人として一括し、州法により設立が認められている。NPOは法的には「非配当の原則」である（(42)電通総研編40ページ）。また(84)レスター・アンハイアーは12カ国を分析した上で、共通の定義を7項を抽出したが、“利益配分しないこと”を三番目にあげている（同22ページ）。

なお、同著(84)にて、アメリカの全病院の半分以上が、かたちの上では民間の非営利組織であるが、公的施設は三分の一で、残り（約17%）は営利組織であるが（同132ページ）営利の病院が少なくないことに注目したい。

さらに、同著（(84)34～36ページ）に病院関係の営利と非営利の各国比較（図表2～11非営利サービス）を紹介している。ドイツでは各10入院日のうち4日が非営利の病院、アメリカでは病院ベッドの過半数（51%）が非営利病院（注、営利が49%）、日本では入院日の40%超が非営利の病院で費やされている。なお、同著のベースであるジョーンズ・ホプキンス大学を中心とした最新の共同研究の成果を利用して、北村裕明助教授は「公益団体の財政分析——日英比較を中心に——」と題する論文を公表し（『彦根論叢』第299号、1996.1）、非営利団体の国際比較を行った。

以上を紹介したのは、私見のいずれ医療サービスを営利的サービス業と規定すべき時代に関する現時点での補強（実状）とも思うからである。

医療保障について市場原理を検討する大野吉輝教授は、「人口高齢化度の上昇につれて公

表9 主要国別の医療制度

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	日本	
価格設定	自由	自由	自由	公定	公定	
価格改定	自由	自由	自由	3年ごと	2年ごと	
医薬分業	分業	分業	分業	分業	20%	
医療保険	公定保険	メディケア	公的制度 (一般財源)	法定保険 (任意)	公的保険 (強制)	公的保険 (強制)
		メディケード				
	民間保険					
支払い方式	包括		包括	日額定額	包括または 日額定額	出来高払い (一部包括)
その他	自由診療の伝統			参照価格 (上限)制	償還制	

(出所)『週刊ダイヤモンド』96.11.9「薬価自由化で医・製薬・官の癒着が崩れる」133ページ

共部門の守備範囲が減少する可能性が大きいだろう。一中略—社会保険を補完するタイプの各種の私的医療保険がすでに提供されている」と指摘する((16) 24～5ページ)。

つまり、医療保障分野でサービスや商品が市場ベースでの供給が増加すれば、この供給機関(主体)が営利事業が中心になるわけである。この視点も、拙提言の“営利的サービス業”と認定変更の実態面と推移と考えるものである。

病院もサービス産業と規定する動きを厚生省が進めている。

厚生省は平成8年10月15～17日の3日間、病院の診察に対する満足度や待ち時間などを患者から直接聴取する初の「受療行動調査」を実施する。全国650病院の約28万人が対象。患者の視点から診察の実態を調べ、医療サービスの向上や公的介護保険制度の創設に役立てる。結果は一年後をめどに公表する。

調査はアンケート形式で実施する。質問項目は、治療内容、診察時間、投薬などに関する満足度の五段階評価や病院を選んだ理由、病名告知の有無など(日本経済新聞96.10.15)。

これは、近年わが国でも急浮上している「CS経営」(Customer Satisfaction、顧客満足)という産業界の手法を導入するものであるが、非営利から営利事業への移行のステップと認定できるとも云えよう。

滝上宗次郎氏も「コスト意識面よりみれば営利の株式会社が優れており、医療サービスでも民間企業の経営手法の取り入れなど、民間活力の導入が必要である」と強調する(「官僚支配の医療制度打破」日本経済新聞96.10.23)。

わが国の将来の医療(制度)を検討するには諸外国の制度よりも学ぶ点があろう。表9は欧米先進国と日本を対比するものである。価格設定また改定には自由が公定より多い。保険制度も強制と任意があり、アメリカでは自由診療がみられ、支払い方式も多様である。

ガビン・ムーニー教授（Gavin Mooneyシドニー大学医療経済学）は「日本では外国を見る場合にアメリカを参考にする場合が多いが、一中略一医療に関してはもっと他の国の状況を見るべきである。日本での医療サービスの将来を考えるのは、日本人自身に他ならない。」と指摘（「医療制度改革における国際的展望」『病院管理』33巻2号96.4、109ページ）しているが、同感であり、研究者のスタンスにすべきものであろう。

小稿は医療について内外のファクト・ファイディングに務めこれを理論構築のベースにした試論の域を出ないものだが、今後、さらなる研究の深化に務めたい。

（補記）小稿脱稿後、日本経済新聞（97.1.5）が「規制緩和で変わる生活（下）医療」にて、まず医療分野に残る主な規制として次の5項を挙げる。

- ▽企業など営利法人による病院経営の禁止
- ▽医療機関の広告制限
- ▽医薬品販売での薬剤師等の配置義務
- ▽遠隔診療の可否が不明確
- ▽医薬品の公定価格（薬価）制度

これを前段として、199X年1月の規制の変化を予想した生活をデッサンしているが、“病院経営会社”の姿がメインになっている。このデッサンは私見の医療の非営利→営利（サービス）を具現化した姿とも言える。

〔付記〕 聖徳学園 平成8年度研究助成金による研究の一部である。

なお、別共稿「医療の利益概念についての一考察」も参照賜われれば幸甚です。

参 考 文 献

- (1) アキ吉川『医療に技術評価制度必要』日本経済新聞社1996
- (2) 足立忠夫『患者対医師関係論—患者の「医学概論」—』東洋書店1994
- (3) 柿崎正平・池上直己編『世界の医療改革』勁草書房1991
- (4) Amboselli, C., L'Ethique Médicale, Collection QUE SAIS JE? N2422. (中川米造訳『医の倫理』文庫クセジュ (738)、白水社、1993)
- (5) Arrow Kenneth J. "Uncertainty and the Wellare Economics of Medical Care" Am Econ Rev. vol.53, 1963.
- (6) 飯田修平『病院とのつきあい方—患者の疑問にズバリ院長が答える—』東洋経済新報社1995
- (7) 池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療』中公新書 中央公論社1996
- (8) 池上直己「日本における検査と薬剤使用—現状と改革試案—」『医療経済研究』2：5—16、1995.
- (9) 池村俊郎『医療行政の内幕』三一書房1995
- (10) 石崎忠司・木下照嶽・堀井照重編『政府・非営利企業会計』創成社1995
- (11) 石崎辰五郎・高島學司『医事・衛生法』新版（補訂）有斐閣1986
- (12) 伊東光晴『サービス産業論—サービス産業と公共政策—』放送大学教育振興会1996
- (13) (財) 医療経済研究機構編『医療白書1996年版』日本医療企画1996
- (14) Estelle James and Susan Rose Ackerman, The Nonprofit Enterprise in Market Economics, Harwool Academic

- Publishers (imbl), 1986 (田中敬文訳『非営利団体の経済分析：学校、病院、美術館、フィランソピー』多賀出版1993)
- (15) 太田富雄編『現代医療の光と影』晃洋書房1996
 - (16) 大野吉輝「国民生活の安定における社会保障と市場」『経済セミナー』1996年10月号
 - (17) 岡崎昭『医療保障とその仕組み』晃洋書房1995
 - (18) 川上武・小坂富美子『医療改革と企業化』勁草書房1991
 - (19) 川原邦彦『アメリカの病院改革』日本経済新聞社1986
 - (20) 川淵孝二『医療ビジネス最前線—広がるニューサービス—』日本経済新聞社1996
 - (21) 患者が権利法をつくる会編『あなたが病院の主人公』大月書店1992
 - (22) 厚生省編『厚生白書』(平成8年版) ぎょうせい1996
 - (23) 厚生省健康政策局編『図説日本の医療 (平成7年版)』ぎょうせい1995
 - (24) サービス企業生産性研究委員会編『サービス企業生産性向上のために』社会経済生産性本部1994
 - (25) サービス企業生産性研究委員会編『サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足』社会経済生産性本部1995
 - (26) <座談会>日本の医療は崩壊するのではないか『世界』平成8年6月号
 - (27) 実藤秀志『医療法人ハンドブック』税務経理協会1994
 - (28) 澤田善次郎『CIMと経営管理』日刊工業新聞社1994
 - (29) 社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会1996
 - (30) 自治体病院経営研究会編集『自治体病院経営ハンドブック (第3次改訂版)』ぎょうせい1996
 - (31) <シンポジウム>病院医療の質の評価『病院管理』第33巻・第3号1996.7
 - (32) 杉山幹夫・石井孝宣『新版医療法人の会計と税務 [改訂増補版]』同文館1996
 - (33) 杉山章子『占領期の医療改革』勁草書房、1995
 - (34) 田尾雅夫『ヒューマン・サービスの組織—医療・保健・福祉における経営管理—』法律文化社1995
 - (35) 高木安雄『医者と患者の経済学』勁草書房1994
 - (36) 高島學司編『医療とバイオエシックスの展開』法律文化社1994
 - (37) 高橋政祺編『医療学入門』(第3版) 医学書院1994
 - (38) 滝上宗次郎『厚生行政の経済学』勁草書房1993
 - (39) 田中勝・高月紘編『医療廃棄物—その適正処理を考える—』中央法規出版1990
 - (40) 地方公営企業制度研究会編『やさしい公営企業会計』ぎょうせい1995
 - (41) 通商産業省生活産業局監修『高齢社会対応型産業の研究』通産資料調査会1996
 - (42) 電通総研編『民間非営利組織 NPO とは何か』日本経済新聞社1996
 - (43) 統計研究会『国民医療のマクロ経済分析』1983.3
 - (44) 刀田和夫『サービス論争批判—マルクス派サービス理論の批判と克服—』九州大学出版会1993
 - (45) 鴫田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社1995
 - (46) 中川晶輝監修『医療サービスを上手に使う本』時事通信社1993
 - (47) 中川米造『医療の原点』岩波書店1996
 - (48) 長島総一郎『病院経営合理化・改善の戦略的手順』経営実務出版1996
 - (49) 中原英臣・富家孝「最新全国有名病院ミシュラン—前回調査から一年、53病院を徹底再調査—」『文芸春秋』平成8年3月号
 - (50) 二木立『医療経済学』医学書院1985

医療サービス産業—医療サービスの吟味と関連ビジネス—

- (51) 二木立『複眼で見る90年代の医療』勁草書房1991
- (52) 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房1995
- (53) 二木立『日本の医療費—国民比較の視覚から』医学書院1995
- (54) 西田存賢・ケイミン・ワング『医療経営革命』日経BP出版センター1995
- (55) 西村周三『医療の経済分析』東洋経済新報社1982
- (56) 西村周三「保険医療のシステム化」社会保険福祉協会編『日本経済と社会保障』社会保険福祉協会1994
- (57) 西村周三「医療産業」産業学会編『戦後日本産業史』東洋経済新報社1995
- (58) 日経産業新聞編『医療ビジネス新時代』日本経済新聞社1996
- (59) 日本医師会編『国民医療年鑑』（平成7年度版）春秋社1996
- (60) 日本債券信用銀行調査部「外部委託で拡大する医療関連ビジネス」『調査時報』（No.134）平成7年10月
- (61) 日本創造経営協会編『病院経営小百科』同友館1984
- (62) ニュービジネス協議会編『規制緩和で伸びる住宅・医療・情報通信 ニュービジネス白書1995年版』東洋経済新報社1994
- (63) 野村総合研究所編『産業ニューウェーブ』野村総合研究所1994
- (64) 萩原睦幸『サービス産業のためのISO9000セミナー』オーム社1995
- (65) 羽田昇史『サービス経済論入門』（改訂版）同文館1993
- (66) 羽田昇史『サービス経営の研究』学文社1994
- (67) 羽田春免『現代の医療』ベクトル・コア1987
- (68) Peter F. Drucker. 1990. *Management The Nonprofit Organization*, Harper Collins Publishers, N.Y., U.S.A.（上田 惇生、田代正美訳『非営利組織の経営—原理と実践—』ダイヤモンド社、1991）
- (69) 広井良典『アメリカの医療政策と日本』勁草書房1992
- (70) 広井良典『医療の経済学』日本経済新聞社1994
- (71) 病院・医院経営実務研究会編集『病院・医院の経営実務 法務編・経営編・会計編』第一法規出版1990
- (72) Victor R. Fuchs 1974. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice.*. New York: Basic Books.（『生と死の経済学—誰のための医療か』江見康一訳、日本経済新聞社、1997）
- (73) ———1986. *The Health Economy*. Cambridge, MA : Harvard University Press.（『保健医療の経済学』江見康一・田中滋・二木立訳、勁草書房、1990）
- (74) ———1993 *THE FUTURE OF HEALTH POLICY* the President and Fellows of Harvard College（江見康一・二木立・権丈善一 訳『保健医療政策の将来』勁草書房1995）
- (75) 別冊宝島206号『病院の不思議』宝島社1994.9
- (76) 保坂正康『医学医療界の内幕』朝日文庫 朝日新聞社1995
- (77) 星野一正『医療の倫理』岩波新書 岩波書店1991
- (78) 毎日新聞科学部『大学病院ってなんだ』新潮社1994
- (79) 水野肇『現代医療の論点—水野肇の辛口コラム』法研1996
- (80) 宮沢健一編『医療と福祉の産業連関』東洋経済新報社1992
- (81) 宮沢健一『高齢化産業社会の構図』有斐閣1992
- (82) 向井承子『看護婦の現場から』講談社1993
- (83) 森脇晴記・森浩志『図解地方公営企業の財政制度』ぎょうせい1995
- (84) Lester M. Salamon and Helmut K. Anheier 1994. *The Emerging Sector*, The Johns Hopkins University（『台頭する非営利セクター—12カ国の規模・構成・制度・資金源の現状と展望』今田忠監訳 ダイヤモンド社1996）

(85) 渡辺孝雄『医療新時代の病院経営—収支改善と患者本位の医療の事例と技法』中央経済社1989

〈統計、雑誌、新聞〉

厚生省『医師・歯科医師、薬剤士調査』（平成6年度）厚生統計協会

『病院部門別原価計算調査報告』（3年刊）全国公私病院連盟（平成8年5月）

『病院経営実態調査報告』（年刊）全国公私病院連盟

厚生省大臣官房政策課調査室監修『平成8年版 社会保障便利辞典』法研

日本医師会『第21回医療経済実態調査』、1995年8月

月刊『厚生』中央法規出版

『医療』メジカルフレンド社

『月刊保団連』全国保健医団体連合会

『日経ヘルスケア』日経BP社

『日経メディカル』日経BP社

『病院管理』日本病院管理学会雑誌

『日本医師会雑誌』（月2回刊）（社）日本医師会

『日本病院会雑誌』（社）日本病院会

『病院』医学書院

日本経済新聞『医療関連ニュービジネス』（95.11.14—95.12.3）

日本経済新聞『病める医療』（96.11.1～11.5）

日本経済新聞『病める医療—病院の憂うつ①～⑤』（97.1.19～1.23）

日本経済新聞『やさしい経済学』大日康史『需要サイドからみた医療』（97.1.16～1.22）