

# 令和3年度医療関連サービス実態調査が語る 『医療関連サービス事業の課題と将来の展望』

令和4年6月17日(金) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会

## ～全般的内容～



## 講師

菅原 琢磨

(すがはら たくま)

法政大学 経済学部 教授

### 講師略歴

#### ■略歴

1971年 東京生まれ。学習院大学大学院経済学研究科博士後期課程修了(博士(経済学))。国際医療福祉大学医療福祉学部准教授、国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官等を経て、2012年4月より現職。現在の主な公職として、厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会委員、中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織「入院・外来医療等の調査・評価分科会」保険医療専門審査員、「セルフメディケーション推進に関する有識者検討会」座長、全国健康保険協会(協会けんぽ) 運営委員会委員、東京都医師会「TMA 近未来医療会議」委員、医療経済学会理事、(公財)医療科学研究所 理事。

#### ■受賞経歴

医療経済学会 2009年度 学会論文賞(最優秀論文)受賞

#### ■主な著書

『医療機器産業論』(編著、日本評論社(2021))

『薬価の経済学』(編著、日本経済新聞社(2018))

共著 Predictors of (in)efficiencies of Healthcare Expenditure Among the Leading Asian Economies - Comparison of OECD and Non-OECD Nations. Risk Management and Healthcare Policy. Dove Press Ltd 13, 2261-2280. 2020/10/21 10.2147/RMHP.S266386.

共著 Cost-effectiveness and resource allocation (CERA) 18 years of evolution: maturity of adulthood and promise beyond tomorrow. Cost Effectiveness and Resource Allocation. Springer Nature 18/15 2020/04/02 1478-7547 10.1186/s12962-020-00210-2.

#### ■関連学会

日本経済学会、医療経済学会、国際医療経済学会(iHEA)、日本医療・病院管理学会、日本公衆衛生学会

#### ■専門分野

医療経済学、社会政策、社会保障論、医薬品・医療機器産業の経済分析

～補足・総括～



講師

高木 安雄

(たかぎ やすお)

慶応義塾大学 名誉教授

講師略歴

■略歴

- 1973年 千葉大学教育学部卒業
- 1973年 (株)社会保険研究所入社、「社会保険旬報」編集部勤務、厚生省専門誌記者クラブ所属
- 1990年 特殊法人・社会保障研究所入所、調査部研究員、同主任研究員(1991年)、調査部長(1993年)
- 1996年 仙台白百合女子大学人間学部人間生活学科教授
- 2000年 日本福祉大学経済学部経営開発学科教授
- 2001年 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授
- 2005年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
- 2016年 慶應義塾大学名誉教授

■受賞経歴

- 1987年 第一回吉村賞(吉村記念厚生政策研究助成基金)受賞

■主な著書

- 『医者の患者の経済学』1983年、勁草書房
- 『社会保障の財源政策』(共著)1993年、東大出版会
- 『医療保障と医療費』(共著)1995年、東大出版会等
- 『高齢者ケアをどうするか：先進国の悩みと日本の選択』(監訳)2002年、中央法規出版

■関連学会

- 日本医療・病院管理学会、介護経営学会、医療経済学会等

■専門分野

- 医療保障論、医療政策論、医療経営論、高齢者ケア論



## 《菅原講師》

皆さん、こんにちは。ただ今、ご紹介にあずかりました法政大学経済学部の菅原です。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。私自身のももとの専門は、社会保障政策だとか、医療経済学ですが、特に医療関連の産業という意味では、医薬品産業や、医療機器産業などについて、幅広くこれまで研究を進めてきました。

今回、この医療関連サービス実態調査に関わらせていただく中で浮かび上がった、医療関連サービス事業の課題、これからの展望、最後に高木先生から、総括的な課題と展望をいただきますが、特に全体の調査の中から見えてきたことなどを、概観しながら皆さんにお話をさせていただければと思っています。1時間ほど、お時間を頂戴しています。少し長丁場になりますが、どうぞよろしくお願いいたします。

客席との間にだいたい距離もありますし、話しづらいのと、若干暑いので、すみませんが、マスクを取ってお話をさせていただきたいと思います。ご了解いただければと思います。

それでは話を始めます。この医療関連サービス実態調査は、3年に1回行われているものです。実は私は大学の講義の中で、医療関連サービス事業を扱うコマを大体1コマ設けており、そのたびごとに、過去の調査報告書を見ながら、今日、お話をするような内容について、学生に話をしてきた経緯があります。

医療関連サービスは、これから先も、そしてこれまでも、非常に大事な産業ではあるのですが、正直言って、アカデミアの中で、これを体系的に、あるいは経時的に扱ってこられた方は、本当に高木先生以外にいないのではないかという気がします。そういった意味では、われわれ研究者サイドとしても、これから先、社会的な重要性に鑑みて、さまざまな政策提言も行っていくことは大事なことでしょうから、こういった事業、あるいは実態調査の重要性をますます社会に対してアピールしていく必要があるのではないかと考えています。

まず、私自身は経済学者なものですから、そもそもの医療関連サービスマーク制度、認証制度をどうして、医療関連サービス業に対して適用しなければいけないのかというそもそも論にまず少し立ち返って、合理的な根拠、理由があることを皆さんに説明したいと思います。それに照らして、本当にこれからの認証制度はどうあるべきか、必要なのか、あるいは広げていくべきなのか、あるいはその在り方はどうなのかを考えることが一番最初の基本になるのではないかと考えています。まずそこを話をさせていただきたいと思います。

## ■ I (1) 医療関連サービスマーク制度の目的と根拠規定

まず医療関連サービスマーク制度については、「医療の特質や国民の生命・身体への影響を踏まえ」と書かれています。ここの部分が大事です。ただ、これ以上、医療の特質についての記述はここにありません。

一体、この医療の特質は何なのかということが大事です。医療関連サービスマーク制度、俗にいう認証制度の関連で言えば、医療の特質は、恐らく情報の非対称性というところに結び付くのだろうと解釈ができます。皆さんはあまり聞いたことがないと思いますが、医療経済学、経済学の世界では、この情報の非対称性というものが、医療、あるいは医療関連事業に関しての顕著な特徴と言われるわけです。これは非常に大事なポイントです。

少し情報の非対称性についてお話します。簡単に言うと、サービスの担い手と受け手との間に、特に顕著な知識や情報の差が存在している場合に、一般のサービスや財の取引と同じような、単純な市場による取引によって最適な、最も社会的に望ましい資源配分が達成できないということを言います。経済学的な言葉を少し混ぜてしまいましたが、要は私たちが例えばラーメン屋に行って、このラーメンがおいしいかおいしくないかということは自分で判断ができます。普通の足裏マッサージでもそうですが、行くまでは分からないかもしれませんが、行ってサービスを受ければ、それが上手いか、上手くないか、そして価格に見合っているかどうかは自分で判断ができますから、少なくとも次の回、そこの店に行くか行かないかは自分で決定することができるわけです。

ところが、医療サービス、一番顕著な例は医師の行う医療サービスだと思いますが、私が今、壇上で突然腹痛で倒れてしまって、近くの病院へ搬送されたとします。その搬送された先で、私が必要な処置かどうか、これから受けるべき処置を決めることはできないし、受けた処置について、それが適切だったかどうかについても、私は判断ができません。

つまり、情報の非対称性とは医師や看護師や医療従事者の方々は、十分な知識や経験を持っていて、「先生、今、すぐ開腹手術をしなければ、命が危ないです」と言われれば、私はそれをそのまま受け入れてそのサービスを受けるでしょう。こういうサービスの提供の在り方は、ある意味では特異なのです。普通のサービスとは全く違うものだと言えるわけです。ここは非常に大事なポイントです。

では皆さんが行っている事業である、医療関連サービスとはどうかと考えることが必要なわけです。これに関しても、ある一定の情報の非対称性があるかと思えます。簡単に言えば、やはり医療関連サービスの中にもさまざまなものがあります。例えばこの場合には、患者ではなく、今度は医療関連サービスの受け手は医療機関になるかもしれません。医療機関側がどの事業者から適切なサービスを受けられるだろうかということを、事前に判断することができるかが問題です。先ほどの医療サービスと一緒にです。

そうすると、提供する側と、サービスを受ける側との間に、やはりかなりの情報や知識の差があるとすると、それが適切に判断ができないということになります。社会的にはそういう状況が生まれるときに、どういう対応をするかということ、いくつかやり方があります。分かりやすく言えば、一定の基準、サービスを満たしたものだけに認証や許可を与えます。最も顕著な例は医師免許のようなもので縛って、その一定の基準を満たす方にだけサービス提供を認めます。業務独占はまさしく最も強いもので、法的にそれを保障してしまうというのですが、そういうやり方があります。

望ましい事業提供者が選べなかったり、あるいはどれぐらいのサービスが提供されるべきかが自分で判断できない場合には、もう1つのやり方として、例えば医療の例で言うと一番分かりやすいと思います

---

が、セカンドオピニオンというものがあります。

例えば私が不幸にして、がんの末期になってしまい、ずっとかかりつけの専門の先生に見てもらっているのだけれども、もうこれから先、治療法としては、抗がん剤にしる、これしかないというオプションを示されたとき、私としてはもう少し他のやり方がないものだろうかと考えたいわけです。

その際に、これまで長くお世話になってきているし、信頼をしている先生ではあるけれども、もう1人や2人の意見を聞いてみたいと思います。他に選択肢はないのか、正しい判断、要するに同等な知識を持っている人たちで判断をしてもらって、その判断がリーズナブルなものか、妥当なものかを判断してもらうというやり方があります。これが広く言えば、第三者評価だとか、認証につながる考え方だと思われます。

皆さんがやっている事業について、もちろんさまざまなものがあります。そしてそのサービス提供の水準を一時的には事前に判断ができない、高度な医療機器の保守点検だとか、かなり難しいものも当然含まれています。そういうものについて、あらかじめこの事業者は適切なサービス提供事業者である、質が保証できる、もう1つ大事な点は、ただ単に質が保証できる体制を整えているだけではなく、高いモラルを有していることを保証する、つまりある意味では、サービスの受け手の利害関係をきちんと考えて、そのサービスの受け手の求めるものをそこに寄り添って提供できる事業者だということも織り込んだ上で事業認定するのが、医療関連サービスマーク制度の基本的な考え方でしょう。

認証の制度をこれからどういうふうにするか、あるいは事業者として、そこにどういうふうに関わるべきかの原点になる話だと思っています。

もう1つ、法律の話です。先ほど医療関連サービスの中でもいろいろなものがあると言いました。特にやはりこの2番目のポイントとして「国民の生命・身体への影響」が書かれています。今は、医療の特質について話をしました。ここの「生命・身体への影響」が次の大事なところです。

医療関連サービスは、やはり医療事業の一体として行われるものですから、その提供の在り方によっては、生命や身体に影響を及ぼしたり、あるいは患者の快適な療養生活を通じて、予後に関係したりだとか、あるいは今回はコロナの感染症で大変な災禍というか、社会的なさまざまな影響を受けたわけですが、感染防止だとか、事業者が医療機関の中で果たすべき役割は、これまで以上に厳しく問われるようになったと思います。それと同時に社会的重要性も認識されたと思うわけです。

それゆえ、この「国民の生命・身体への影響」の程度が少なくともこれまでも非常に大きいと考えられた検体検査だとか、それ以外のいくつかの事業に関しては、法律で決められています。こういう認証を取った事業者には基本的にはやらせなさいという決まり、くくりを考えているということになるわけです。

「医療機関が医師等の診療などに著しい影響を与えるものとして政令で定めるものを委託するときは、厚生労働省令で定める基準に適合するものに委託しなければならない」とあります。ここはだから、今、医療関連サービスの中にも複数のサービスがありますが、ここの命、それから体にとりわけ甚大な影響を及ぼすものに関しては、政令だとか省令、あるいは法律で縛るという建て付けになっています。

どうですか。まさしくここの最初の一文なのですが、医療の特質、それから生命・身体への影響というところにきちんと経済学的なフレームワークをはめ込むと、この認証制度がこれから先、本当に果たすべき役割だとか、そもそもどうあるべきなのかということクリアに理解することができるのではないかと思います。冒頭ですが、ここは非常に大事だと思います。(資料1)

### I (1) 医療関連サービスマーク制度の目的と根拠規定

■医療関連サービスマーク制度は、医療関連サービスに関して、医療の特質や国民の生命・身体への影響を踏まえ、一定の認定要件を定め、この要件に適合する良質の医療関連サービスに対して交付するものです。

■医療法第15条の3第1項第一号では、検体検査の業務を委託するときは、臨床検査技師等に関する法律第20条の3第1項の登録を受けた衛生検査所の開設者に委託しなければならないと規定しており、また、医療法第15条の3第2項では、医療機関が医師等の診療などに著しい影響を与えるものとして政令で定めるものを委託するときは、厚生労働省令で定める基準に適合するものに委託しなければならないと規定しています。

資料 1



月例セミナー  
(菅原講師)

## I (2) 医療関連サービスマーク制度の対象業務

2枚目の対象業務です。以上の考え方に基づくると、認証が必要なサービスがそもそもきちんと選択をされているか、それからこれからの課題にあります。新たに加えていく必要性のあるサービスは何かあるかということについては、絶えざる検証が必要だと思います。

というのは後でも話をしますが、医療関連サービスは、結局、医療の進歩とともに必要な需要と新しいニーズというものが生まれてきます。例えば在宅診療だとか、あるいはさまざまなデジタル化が医療の中で現在進んできています。

その中で必要となる新たな市場だとか、デマンドというのは当然生まれてくるでしょう。その中で、最初の原点に立ち返って、情報の非対称性が発生したり、なかなかその質をきちんと把握できなかつたり、あるいは命や身体に影響を与えるものを鑑みた上で、サービスマークの対象業務を考えていくということが必要だと思います。

もう1点、今回、この調査に関わらせていただいて、私自身が思っているのは、このサービスマークというものの考え方です。このサービスの受け手は、単純に言えば、事業者サイドからすると、今、目の前にいる多くは医療機関ではないかと思うわけです。しかし、後ほど強調しますが、今、企業の経営はESGという言葉でよく言われていますが、環境だとか、社会だとか、ガバナンスというもの、自分の利益だけではなく、より広義の社会環境も踏まえた上で、そういったものとのバランスや、あるいは利害関係を一致させていかなければ、これから先の経営はできないと言われていたことは皆さんはよくご存じだと思います。

そういう意味では、このESGという考え方、あるいはSDGsでもいいですが、そういう考え方に一番近

いのは医療関連サービス産業ではないかと私自身は思います。というのは、ただ単に、目の前にいる医療機関に対して、良質なサービスをするという考え方から、本当に自分たちのやっているサービス提供が、その背後にある、患者の福利厚生やあるいは地域社会、国全体の社会厚生にどれだけきちんと貢献できているかということ、やはりアピールしなければいけません。目の前の自分たちの事業だけ、病院の顧客満足度を上げるだけという状況からは、ある意味では当然脱却していかなければいけないだろうと思います。

そのプロセスの中で、恐らくこのサービスマーク制度の認証基準をうまく使っていけば、社会的な価値と、自分たちがこれまで追及してきているような価値との間のベクトル合わせができるのではないかと、今回の調査を通じて感じた次第です。

そういった意味で、この認証評価を受けているという情報を今後、どのように使っていくのか、単純に病院との取引契約のときに、「うちの事業者はこういう認証を受けている。最低限の認証を受けている」という普通の使い方ではなく、もう少し幅広い意味での情報発信に使えるものにしていくべきだし、そういうふうに使っていけることができたらいいののではないかとというのが私見です。(資料2)

I (2) 医療関連サービスマーク制度の対象業務	
① 在宅酸素療法における酸素供給装置の保守点検業務	平成 3年 9月発足
② 院外滅菌消毒業務	平成 3年11月発足
③ 寝具類洗濯業務	平成 4年 1月発足
④ 院内調理患者等給食業務	平成 5年 2月発足
⑤ 患者搬送業務	平成 5年 3月発足
⑥ 院内清掃業務	平成 5年 9月発足
⑦ 衛生検査所業務	平成 5年 9月発足
⑧ 医療用ガス供給設備の保守点検業務	平成 6年 5月発足
⑨ 医療機器の保守点検業務	平成 8年10月発足
⑩ 院内滅菌消毒業務	平成18年 6月発足
⑪ 院外調理患者等給食業務	令和 2年 4月発足

資料 2

## I (3) 医療関連サービスマーク認定数の推移

では、次に行きます。今回の調査の全体的な報告に入っていきますが、認定数はどうだったかということです。ぱっと見ますといろいろあるわけですが、全体的な認証数は横ばいではないかと思えます。ただ全体的には漸減とも見えるかと思えます。横ばいのものもありますし、減っているものもあります。

個別で見ていくと、これは全体の事業所数の増減がまず1つあり、その中での医療関連サービスマーク認定数がどうなのかということ、両方考える必要があります。まず事業所数が増えているのか、減っているのか、その中でこういった横ばいとか、漸減傾向が認められるかということ、をまず考えなければ当然いけないと思えます。

しかしとりわけ、在宅酸素はマイナス44ですか。在宅酸素などは、これを見ていただくと、かなり大幅に減ってきているのが分かります。あるいは院内給食なども若干減っている傾向が見て取れるかと思えます。一時期、院内給食は増えたのですが、ここの直近の調査では若干減っています。もちろんコロナの

影響も多少織り込んでいるのでしようけれども、これは各々の提供事業者の総数が、例えば合併等々によって少数が減っているのではないかとすることも勘案する必要があるかと思えます。

ただし、事業者数が仮に増加しているにもかかわらず、認証数が増えていないという状況がこの中で認められるとするならば、今回、先ほど申し上げた認証の意義とか、取得メリットを実感できていないということがありますので、この認証の考え方を、する側も、それから使う側も少し変えなければいけないということになるかもしれません。(資料3)

I (3) 医療関連サービスマーク認定数の推移

業 界	医療関連サービスマーク認定数(業種別認定数毎年度ごとの推移)										
	平成31年度	4年度	5年度	12年度	13年度	14年度	21年度	24年度	27年度	30年度	令和3年度
全 業	88	1,443	1,884	2,058	2,310	2,412	2,479	2,612	2,823	2,549	2,498
医 療 業	75	153	200	227	231	227	226	230	218	203	188
国内医療機関	13	29	31	36	42	48	48	51	50	51	48
医療施設業	201	222	228	228	218	224	221	248	249	251	252
国内医療機関等	100	110	120	147	151	172	182	183	176	175	170
医療関連業	8	7	8	7	7	5	5	3	3	3	3
注 内 漢 語	556	785	971	1,189	1,302	1,367	1,466	1,487	1,465	1,435	
厚生労働省	283	331	270	256	162	148	145	131	122	115	
医療用医薬	97	169	198	208	238	254	252	259	254	244	
医 療 器 器	0	4	2	2	3	3	3	4	4	6	
国内医療機関							25	32	39	35	34
医療用医薬製品											3

(注)各年度1月1日現在認定数

資料 3

## II 令和3年度医療関連サービス実態調査調査対象①病院

では次です。このスライドは、調査対象病院の全体像です。さまざまな病床規模がありますが、全体として幅広く比較的偏りなく回収ができていないかと思えます。また開設主体についても、かなりのバラエティーを持って、公的、国公立病院から民間病院まである程度のサンプルを回収できているということになります。

大規模病院はやはり国公立病院が多いです。中小規模病院、俗にいう200床以下の病床を持つ病院は、民間病院が多いというのはそのとおりだろうと思えます。(資料4)

II 令和3年度医療関連サービス実態調査 調査対象 ①病院

■開設主体 × 病床数規模	件数	構成比(%)					
		20-49床	50-99床	100-199床	200-299床	300-499床	500床以上
全 体	972	11.6	21.2	33.0	11.6	13.8	7.2
国	42	0.0	0.0	19.0	21.4	23.8	35.7
公立	173	9.2	20.8	21.4	10.4	24.9	13.3
その他公的	58	0.0	10.3	29.3	15.5	27.6	17.2
医療法人	586	14.0	25.4	39.4	11.3	8.4	1.4
個人	13	61.5	15.4	7.7	7.7	7.7	0.0
その他私的	85	8.2	15.3	31.8	10.6	17.6	16.5
無回答	15	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	93.3

資料 4

## II 令和3年度医療関連サービス実態調査調査対象②事業者

これは事業者調査の中でどれぐらいの回答があったかを示しているものです。この調査の中でも、やはり調査対象の選定の中で、サンプリングバイアスといって、私たちが調査を掛けるときに常に直面するものがあります。戻ってくる回答がそもそも毎回同じところからしか返ってきていないのではないか、つまり返ってくる場所は、例えば経営状況がいいだとか、人員に余裕があるだとかになっていないか。そもそも戻ってくるものが代表性を持っていないことをサンプリングバイアスといい、非常に大きな問題としてあるわけです。それを勘案したとしても、全体として、これだけの事業者数からのご回答をいただいています。

少し気になるのは、患者搬送と、医療機器保守点検ですか。数は少なく実施が12なのですが、取得が5で未取得が5ということで、基本的には患者搬送に関しては、認証を取っている事業者にやらせなさいという建て付けになっていると思うので、未取得率が高いのはどうしてなのか、あるいは医療機器保守点検についても同じです。医療法の第15条の3に定められている一定の基準を満たしたこういった認証を取っているところに事業をやらせるという話になっているところが、どうもまだ未取得のところ、少ないサンプルの中でも一定程度の割合で存在する。どういう事情なのかという点については少し気になるところです。

一方で、少し理由もあるのではないかと思います。例えば患者搬送サービスに参入する際には、この本会がやっている認証制度以外に、患者搬送の場合は大体、消防局ですか。各都道府県だとか、市区町の消防局でサービスの参入の時点で、一定の認証というか、認定をしているのです。だから言い方は悪いのですが、改めてこのサービスマークを取得しなくても、そういう業者は、事前にある一定の基準に達しているということが、既に周知されていて、その場合にはこういう状況が起こり得るのではないかと思います。

今の話が示すところは、さまざまなサービスにさまざまな認証基準だとか、さまざまな部署の認証というものが入ってきてしまうと、ある意味では社会的に若干混乱をするという部分もあるわけです。この辺りの統一も、社会全体として、今後1つ考えなければいけないポイントになるのではないかと思います。

改めて、その認証を誰がどこでどういう認証をやっていくのか、そしてそれが総体として、社会全体として、きちんと情報としてまとまっていればいいのですが、今、それが個々別々だと恐らく今後も、こういう状況が起こりやすいのではないかと思います。(資料5)

II 令和3年度医療関連サービス実態調査 調査対象 ②事業者

事業種別調査事業者数(複数回答)	実態調査事業者数	医療関連サービスマーク取得状況		※数は実数 無回答
		取得	未取得	
①検体検査	65	45	7	3
②滅菌消毒	24	24	0	0
③患者等搬送	57	53	2	2
④患者搬送	12	5	5	2
⑤医療機器保守点検	18	9	7	2
⑥医療用ガス供給設備保守点検	91	85	1	4
⑦器具洗滅	116	105	3	8
⑧院内清掃	245	238	2	5
⑨医療廃棄物処理	11			
⑩医療事務	2			
⑪院内情報コンピュータシステム	8			
⑫医療情報サービス	1			
⑬院内物品管理	9			
⑭医療経営コンサルティング	3			
⑮在宅医療供給設備保守点検	72	68	2	2
⑯検査実施サポート	7			

注) 複数のサービスを実施している事業者があるため、有効回収数とは異なる(実態事業者数の合計は有効回収数を上回る)

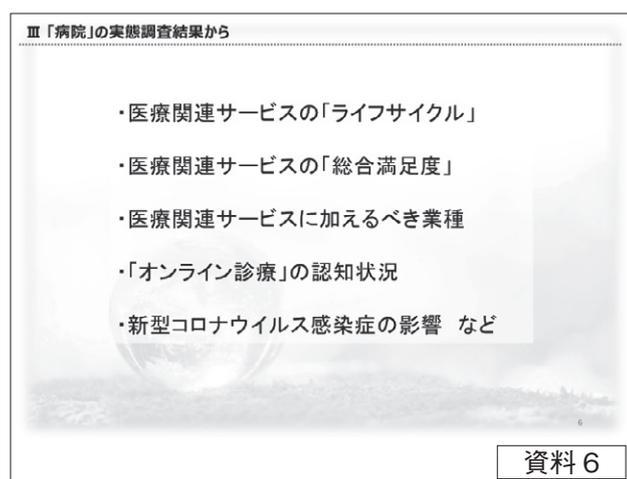
資料5

## ■ III 「病院」の実態調査結果から

では次へ行きます。今回の調査は、事業所の調査と病院の調査と2つやっています。大きくパート、調査票が2つあり、要するにサービスの受け手である病院と、それからサービスをやっている事業者の2つに対して行っています。

病院の実態調査の中からいくつかの項目をご紹介しますと思っています。特に今回の調査で、注力したのはこの部分です。大事なポイントであるオンライン診療だとか、新型コロナウイルス感染症の影響です。この3年間、医療現場においては、この新型コロナの影響は非常に大きかったわけです。病院だけではなく、当然事業所にも大きな影響が及んでいますが、ここについては、これまでの調査よりも深掘りをするということで、調査を実施しました。

特に今回、初診からのオンライン診療についてです。従来もオンライン診療はあったのですが、かなり縛りがきつくて、あまり大きく普及していませんでした。しかし、皆さんもご承知のとおり、新型コロナのまん延というか、遷延が進む中で、初診からのオンライン診療が認められたという経緯がありますので、この辺りの取り組み状況や、どのような事業上の影響が出たかについても調査を行いました。(資料6)



### ■ III(1) 委託率からみた医療関連サービスのライフサイクル

次です。これは、委託率です。恐らく今日は、皆さんの多くは事業者の方が多いと思いますが、病院からの委託率です。どのぐらいのものを外注しているか、事業者へ委託しているかです。この委託率の高さで、導入期にあるのか、成長期にあるのか、成熟期にあるかという市場のライフサイクルを表しています。

この図は毎回の調査の中で出てきて、すごく興味深く拝見しています。新しい市場は、当初導入されたときの市場シェアというか、使われる率は当然低いわけです。だんだんそれがいいサービスだということで、みんなが使いやすくなると、どんどん普及をしていくわけです。医療関連サービスで言いますと、病院に徐々にそのサービスが浸透していくと、利用率、ここでいう委託率が上がってくるわけです。みんなが使いやすくなって、他もやっていて、自分もそれを使う、外注するとメリットがある、こういうサービスは事業者にお任せするのがいいという話になってくると、委託率は上がってきます。

---

最終的には、導入期から、当然、紆余曲折(うよきょくせつ)はあるでしょうけれども、徐々にサービスが社会的な浸透、医療機関への浸透が進んでいくと、成熟期に至って、ほとんどが外注をされるということになるわけです。

当然、この成熟期になりますと、ほとんどの医療機関がもう既に外注を済ませているという話になります。例えば医療廃棄物処理は97.5%、寝具類の洗濯は98.5%ともうほとんどほぼ全ての医療機関がこれらについては事業者を使っている、委託をしているということになりますから、医療機関がむしろ増えない限りは、マーケットは増えないわけです。もう既にほぼみんなやっちゃっているわけです。

昨今の状況から言うと、これから先、医療機関の数が劇的に増えていくかということ少し考えづらいということになりますと、これについてはもう将来的な伸びしろはあまり見込めないということになると思います。

伸びしろがないからもう事業として駄目かということはありません。要は今度はそのサービスのクオリティーを上げて、単価を上げることができれば、事業として、もちろん存続は可能ですが、量的な拡大は見込みづらいということが言えるかと思います。

ここに書かれている検体検査、機器の保守点検、寝具洗濯、在宅酸素等々については、一般的な経済学や経営学のマーケットの考え方で言えば、8割から9割がもう既に市場で外注されている状況だとすると、かなり成熟化が進んでいる事業だと思います。

一方で、これから先の事業としてどういうところが有望かということなのですが、これは比較的、今、揺らん期というか、徐々に上がってきているのは、滅菌消毒だとか、こういった分野です。感染症がまん延したわけですから、非常に大事な分野になったわけです。

それから在宅医療のこれから先の進展を、政策上考えますと、患者搬送です。やはり一人暮らしの高齢者が増えてくると、同居家族もいなければ、医療機関への送り迎えだとか、そういう通いは大変な事態になるわけです。これまでのように医療機関に誰もが通えるという通院型のモデルから、在宅医療を充実させていく、こちらからアウトリーチを掛けていくという医療の在り方が、大きく方向性としては志向されています。そういった意味では、まさしく今、医療のデジタル化も進んでいますから、院内、あるいは医療情報システムには、これから先も社会的な強い需要が見込まれていくと考えられます。

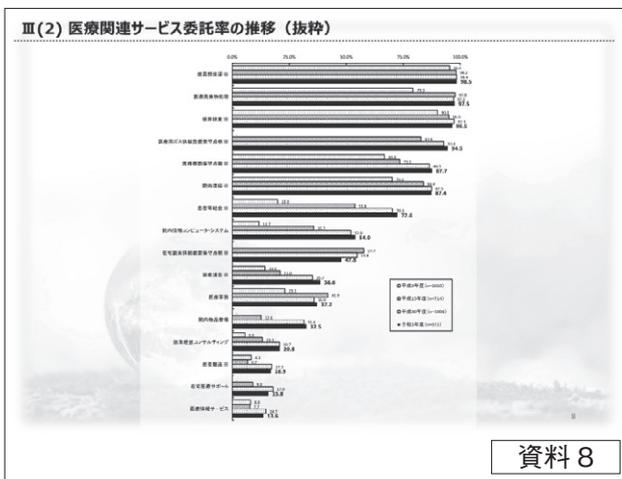
この図は非常に今後の事業展開を考える上で重要だと思います。成熟しているところで事業をやっていた方々はもう既に病院とのつながりだとか、関わり、どういうふうな契約をするかだとか、どこにディビジョンメーカーがいるのかを分かっているわけですから、新たな事業には参入しやすいはずで、全くこれまでと違うところに入るにしても、素人が入ってくるのと比べると、既にもうある程度入っている事業者は、新しい事業に多角化するにもやりやすいだろう、アドバンテージがあるだろうと思います。

ということを見ると、少し成熟したところでこれまでやってこられたところも、これから先、そこが伸びないとするならば、何をやっていくかということを考える上でも非常に有益な図であると思います。(資料7)



要するにわれわれが転職するときに、自分の持っているスキルが、その会社の中でしか通用しないものだ、外に売れないわけです。要するにそれと全く同じパターンで、病院の中で独自のやり方が長年の間にきちんと決まってしまうと、それが特に特定の人にもう特化してしまっている、特定の事務のやり方だとか、こういうやり方で、この人にもう全て、というやり方をしているような医療機関では、なかなか外注が進みません。一般論ですが、大体想像がつかます。そういうものが、こういった委託の外注の阻害要因になっているのだらうと思います。

とは言いつつも、時代がそういう状況を許さなくなってきましたから、こういった個別性の高い事業が徐々に一般化されて、統一化されて、特に情報化が進めば、横串を刺されます。他の医療機関はどのぐらいやっているのか、どうなっているのかが、つまびらかになります。そういった事業も今、国では進めていますけれども、そのときに自分たちのこれまでのやり方を見直すという機運も生まれてくるだらうと思います。(資料8)



### III(3) 病床数規模別にみた各種医療関連サービスの委託率(%)

では次です。これは病床規模別の委託率です。お手元の資料を見ていただいたほうがいいと思いますが、これは500床以上のものです。これは非常に高い委託率になっています。寝具類だとか、医療廃棄物処理などは、100～199床みたいな比較的小規模のところではかなり割合は高くなっています。

これはどういうふうに見ていくかですが、多くの医療関連サービス業において、恐らく規模の経済性というものがあるだらうと思います。規模の経済性というのは何かというと、やはりたくさん受注をすれば、たくさん受ければその単価を抑えることができるということです。こういう事業の性格はある程度あるのではないかと思います。

やはり500床以上のところで委託率がどんどん上がってきています。それは余力があるだとか、国公立の病院だとか、さまざまな要因はあるのですが、基本的に大規模なものが受注できると自分の単価が少し下げられるという性格を持っていることも相当あるのではないかと思います。

ただ一方で、寝具類の洗濯だとか、そういったものは比較的小さいものでも、委託率が高いものがあります。寝具類の洗濯と医療廃棄物は少し事情が違う気がしますが、寝具類の洗濯はもう要するに病床規

模にかかわらず、多分引き受けの単価が非常に下がっているのではないですか。だから受注量に依存せず、ある程度取ってしまっているのでしょうか。

廃棄物だとか、検体検査だとか、保守点検は、自前の処理コストが多分それなりにかかるのです。自分のところでやろうとすると、それなりにコストがかかってしまいます。しかも専門性もあって、何かあると、ESGの関係で、自分の医療機関に関する評判にも関わってしまう。リスクもあるので、できれば小規模でも外注しておこうというような意思決定がされるのは、経営サイドとしては分かるのではないかと思います。これはあくまでも私の私見ですが、一般のさまざまな企業経営だとか、意思決定を総括的に考えると、そのようなことが、もしかしたらあるのではないかという読み解きをさせていただきました。(資料9)

Ⅲ(3) 病床数規模別に見た各種医療関連サービスの委託率(%)

n	※経理は非業種、異性区分で集計し、選定サービス先を ※1:各業種の「業種別」詳細は表9-1を参照してください								
	医薬品 調達 ※	医療機器 保守 ※	検査 委託 ※	検査 委託 ※	検査 委託 ※	検査 委託 ※	検査 委託 ※	検査 委託 ※	
全体	97.2	98.5	97.5	96.5	94.5	87.7	87.4	72.4	54.0
20~49床	113	97.3	97.3	96.5	96.5	91.2	83.2	68.1	50.4
50~99床	206	99.0	96.6	95.6	94.2	85.0	84.5	70.4	49.5
100~199床	321	99.4	98.8	96.0	93.8	86.6	87.5	72.6	50.5
200~299床	113	96.5	96.5	97.3	94.7	91.2	86.7	73.5	54.0
300~499床	134	97.8	97.0	95.5	94.0	84.3	91.0	73.9	59.7
500床以上	70	98.6	97.1	98.6	95.7	92.0	98.6	84.3	84.3

n	※経理は非業種、異性区分で集計し、選定サービス先を ※1:各業種の「業種別」詳細は表9-1を参照してください							
	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※	院内検査 委託 ※
全体	47.8	38.6	37.2	32.5	20.8	16.9	15.8	13.6
20~49床	46.0	28.3	23.0	14.2	20.4	23.0	9.7	10.6
50~99床	51.0	21.4	21.8	16.5	16.5	11.7	12.6	13.1
100~199床	48.6	33.3	29.0	25.5	20.9	16.3	14.6	13.1
200~299床	38.1	38.9	39.8	36.3	15.9	18.6	12.4	8.8
300~499床	47.0	65.4	63.4	58.2	24.6	16.4	22.4	15.7
500床以上	60.0	90.0	88.6	87.1	37.1	28.6	35.7	28.6

資料9

### Ⅲ(4) 病床数規模別に見た平均利用サービスの種類数 (過去調査との比較)

次に行きます。これは利用サービスの種類です。何種類使っているかということです。大規模な病院ほどきれいに数が上がっていますが、より多くの外注サービスを使っています。

これは既にお話をした事情におおよそ一致するということかと思えます。恐らく、大規模な病院であれば、多くの仕事を出してくれますから、多くの事業者も来るでしょうし、逆に大量に出すので単価も抑えられるという事情があると思えます。(資料10)

Ⅲ(4) 病床数規模別に見た平均利用サービスの種類数（過去調査との比較）

	平成 9年度	平成 12年度	平成 15年度	平成 18年度	平成 21年度	平成 24年度	平成 27年度	平成 30年度	令和 3年度 今回調査	
全体	7.2	7.3	7.9	8.0	7.8	8.1	8.5	9.1	9.1	
病床 数	20～49床	6.4	6.3	7.2	7.3	7.1	7.3	7.4	8.2	8.6
	50～99床	6.6	6.7	7.6	7.8	7.8	7.6	8.0	8.6	8.4
	100～199床	7.3	7.4	8.0	7.9	7.6	8.0	8.1	8.8	8.9
	200～299床	7.1	8.0	7.6	8.2	7.5	7.8	8.2	8.7	9.0
	300～499床	7.8	8.4	8.8	8.6	8.3	9.3	10.1	10.7	10.0
	500床以上	9.0	9.8	10.1	11.0	10.9	10.8	11.4	11.8	12.1

資料 10

## Ⅲ(5) 全面委託、一部委託の別

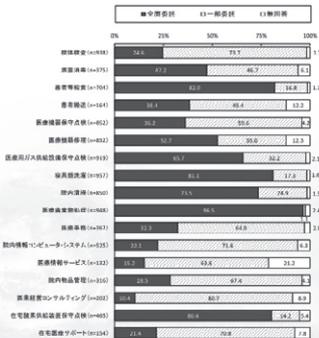
次です。全面委託と一部委託です。私は昨晚、これも見ながらいろいろ考えていましたが、「比較的単純」で、「サービスの量がある程度出る」、そして「病院内の本質的な医療提供サービスからはやや遠いサービス」、多分この3つが一部委託か、全面委託かを説明する要因ではないかと思えます。

要するに、提供しているサービスが単純か、複雑かというのは難しいですが、やはり寝具類の洗濯だとか、院内清掃だとか、比較的医療サービスの複雑性から考えると単純なもの、そしてある一定量が出るもの、そして本質的な医療サービスからの距離感があるもの、この3つの観点を兼ね合わせると、大体この全面委託か、一部委託かを説明する要因になっている気がします。

やはり本質的な医療サービス、例えば本当に医者しかできないようなところには入れないわけですが、その関わりが強いところはなかなか全面委託は行けません。

検体検査とか、滅菌は、もちろん医療の本質的なところに近いのですが、日常的な医療サービス提供に近い部分が当然あります。多分、検体検査の中でも、非常にルーチンの部分と、本当に今、このがん患者の特定の物を調べなければいけないという部分は全然タイプが違います。ルーチンの部分に関しては、基本的には外に出すということは当然あるでしょう。(資料11)

Ⅲ(5) 全面委託、一部委託の別



資料 11

## Ⅲ(6) 医療関連サービスへの満足度

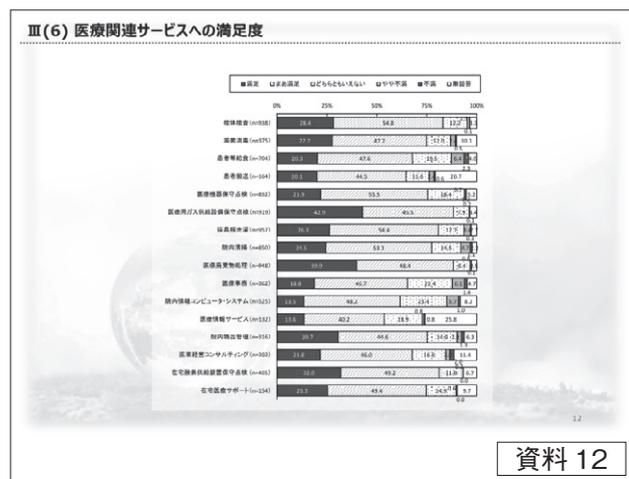
次です。満足度です。これは事業者にとっては非常に大事なポイントだと思います。7～8割がおおむね満足しているのですが、少し低い割合になっているのはどこかという、医療事務、それから情報関連サービス、医療情報サービス、院内情報システム。この辺りは、他に比べて少し低いです。総じて完全に満足している人たちの割合は低いのではないかと思います。「まあ満足」まで含めたとしても、他に比べると若干低いのではないかと思います。

これはどういうふうに考えるのか。簡単に言うと、恐らく一般の産業界と医療界の考え方は少し違います。病院の経営者の方々とか、自分が昔は医療系の大学でも教えたこともあるので、実習先でいろいろな事務長と結構、話をしていると、やはり考え方が一般の企業と少し違います。それはやはり診療報酬が決まっていることがあります。

医者が手術をこれだけやると何点でいくら入ってくるということが分かっている世界ですから、医療情報システムを組んで、それは相当お金を取られるけれども、実際それでどれぐらいのメリットが生まれてくるのかというサービスバリューの分かりにくさが、医療界にあるのではないかと思います。これは明らかに他の企業の土壌、考え方と違うと思います。

つまり情報投資だとか、人の投資、医療事務ということに対して、どれだけのお金をかけるのか、そこにお金、診療報酬が正直付いているわけではありません。必要なサービスなのだけれども、残念ながら、わが国の医療提供体制では、基本的には医師だとか、医療従事者が稼ぐお金しかないのです。だから、提供されるサービスバリューが分かりにくいので、そういうものを提供したとしても、総体的には「何かよく分からない」と、なかなか満足してもらえないということが恐らくあるのだと思います。

画期的に何か経費が下がるとか、そういうものを示せばいいですが、なかなかそういうシステムは難しいです。だから、公定価のないサービスに対する対価が、要するに高いのか、低いのか、バリューに見合っているのかどうかという判断が医療界は他に比べてそういう土壌がないので、厳しい評価になりやすいということ。これから先、事業として考える上では、結構その辺りをどう説明していくのかということがポイントになるかもしれません。(資料12)



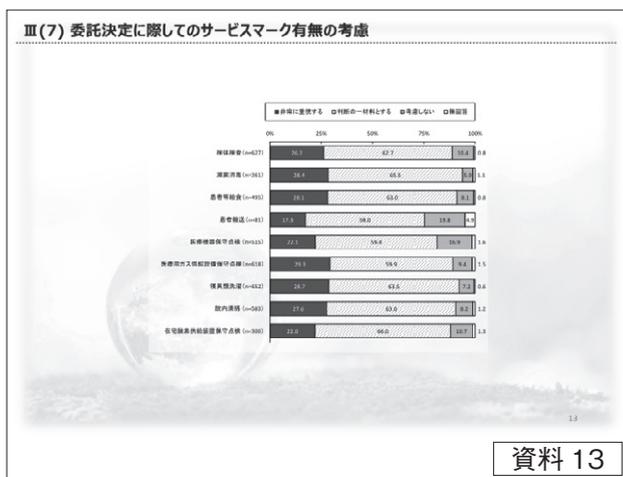
## Ⅲ(7) 委託決定に際してのサービスマーク有無の考慮

では、次に行きます。委託決定に対して、そのサービスマークがあったことを考慮したかどうかについてです。これを見ていただくと「非常に重視する」というものが2～3割あって、他の方々も「判断の一材料とする」ということで、一定程度、このサービスマークというものが質確保の基準だとか、安心できる判断材料の1つとみなされていると、これを見て思いました。非常にご同慶というか、よかったと思います。

しかし、これを見てもう1つ考えたのは、逆にほぼ全ての事業者があるサービスマークを取得するようになってしまった場合、この事業者の行うサービスについて、このサービスマークが付いているということは、最低保証にはなっても、よりよい事業者を選定するための選定基準にはもうならないということです。ここがまた難しいところなのです。

つまり、国が求める最低基準であることは認めているのでこれはいいでしょう。しかしこの認証は、ほとんどもう100%が取っているといたときには、これは当たり前の世界ですから、逆にいうと選んでもらえるための制度とはだんだんなりづらくなっていってしまいます。だからこれはサービスマークを作る側が次にもうひと工夫しなければいけないのです。

最低保証から次に事業者は、「さらに私たちはもっと努力して、もっといいクオリティーをやっているのだから、そこもきちんと評価していける認証制度はないか」とか、そういう展開が今後、必要になってくるのではないかと、示唆している結果ではないかと思いました。(資料13)



## Ⅲ(8) 委託決定に際しサービスマーク有無を考慮する理由／考慮しない理由(%)

では次です。サービスマークを考慮する理由です。冒頭、お話しした情報の非対称性の解消というのが、認証制度の目的だということと、もう見事に合致する結果がここに出ている気がします。サービスマーク制度を、例えばなぜ考慮しないのか、考慮しない理由で、「信用できない」とかは少ないです。「自

院で事業者のサービスの質を評価できる」というものがやはり多いわけです。

何度も言いますが、要するに認証の制度の目的は、情報の非対称性の解消なのです。だからいくらサービスマークが付いても、そういうものはもともと自分で評価ができる、だったら別にサービスマークが付いていようが付いていまいが関係ないということがまさしく見事に書かれているわけです。

サービスマークをやはり付与するかどうか、その事業の選定のところもそうですし、それを持っているから、判断できるというところが確保されなければいけないわけです。みんな持っていて、最低保証はされているけれども、もっとさらに上の次元でよりよいサービスをやっている事業者かどうかというところの判断基準を、病院がもう欲しているの、そこに応える何らかの訴求を考えなければいけないのではないかと、この結果は示唆していると思います。

全体として見てみれば、この図を見れば、現在の認証マークは非常にうまく機能しているのです。きちんと評価もされていると思います。ただ一方で、こういったものを取得しない、あるいは考慮しないという、これは病院側の答えですが、なぜ考慮しないのかということ、「自分で評価ができる」というものがあります。ここがかなりの一定割合、高い割合を持っているということについては、今後、きちんと検討をする必要があると思います。(資料14)



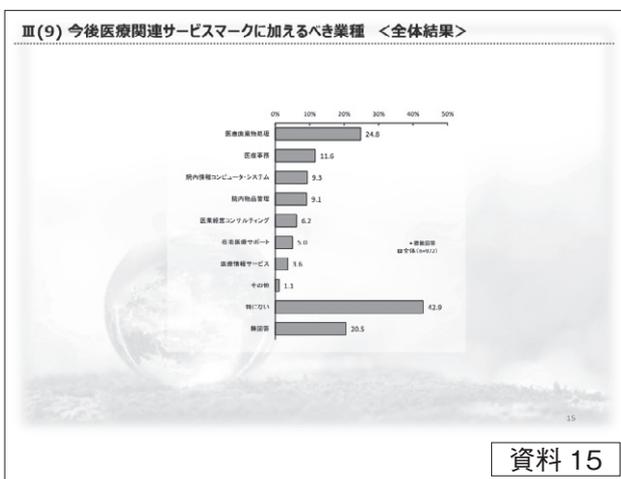
## Ⅲ(9) 今後医療関連サービスマークに加えるべき業種 ＜全体結果＞

次です。今後サービスマークに加えるべき業種ですが、「特になし」が最多です。それが「十分、自分たちで判断もできる」ということなのか、あるいは「これから先、必要になってくるものがまだ見えてこない」というその2つの要因があるのではないかと思います。

今、街に出ると足裏マッサージでも、私も肩こりで体を押しってもらったりと、そういうところは無数にあります。口コミを見れば、どこの業者がどうだということもはっきり言って、かなりたくさんの情報を得ることができます。たくさんの選択肢があって、情報も自分で取れる場合、特に体に対する影響だとかが少ない場合には、市場競争で質と価格の最適化が両立できるだろうということも、一方では言えるわけです。

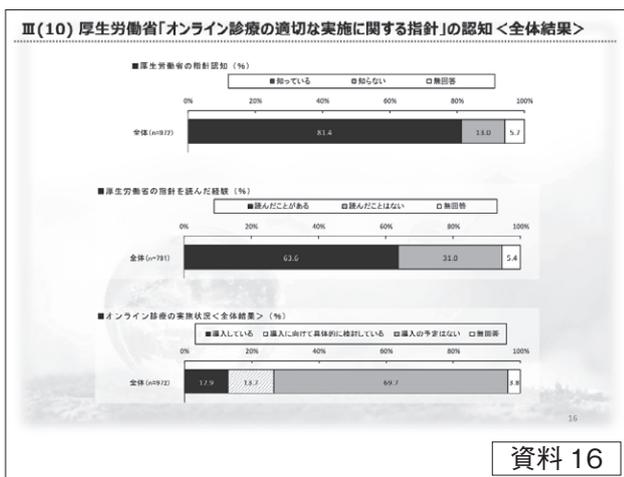
あと少し気になっているのは、「サービスマークを信頼できない」というものが先ほどありましたが、ここはなぜそういうことになったのかについては、1枚スライドを戻しますが、やはり大事なポイントではないかと思えます。ここです。

「特にない」、「無回答」が特に多かったことも大事です。医療廃棄物処理は、先ほど言ったESGの流れの中で、医療機関が自ら出した廃棄物についても、外注はしているけれども、やはり外に出したからもうOKではないということです。「適切にきちんと処理をしてください。処理がされていますね」と、要するに自分のところを出したらおしまいではなく、もう少し自分たちがやっていることに対して、入ってくるところから出るところまで、作っている人たちがきちんとした待遇を受けて、きちんとしたサービスをやられているのか、そして自分たちが出したものがそこでおしまいではなく、最後まできちんと処理をされているのかということまで見ていきたい、あるいは見ていかなければいけないという社会的なすう勢にも関わっている気がします。特に医療廃棄物処理などが、高い回答に出てきたことは非常に好ましい傾向ではないかと、個人的には思っています。(資料15)



## Ⅲ(10) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の認知<全体結果>

オンライン診療が行われたことについて、どのぐらい医療機関が認知しているかです。今回、正直言うと、全体の実施調査の中で7割ぐらいは導入をしないということでした。あくまでもオンライン診療をどうというふうに考えたのかということ調査項目を入れたのですが、7割ぐらいの医療機関は導入予定なしという結果でした。これはコロナ対応をした病院は当然考えたでしょうけれども、そうでない医療機関も当然たくさんあったということだと思います。(資料16)



## Ⅲ(11) 病床数規模別にみた新型コロナウイルス感染症の委託業務への影響(%)

実際に新型コロナウイルス感染症が委託業務にどのような影響が及んだのかという部分です。見ていただくと、ここの「衛生材料などが不足しサービスの提供や品質に影響」がほぼ半数になりました。これはまさしく病床規模を問わず、このような事態が発生したということになります。

国の政策の中でも、これまで病床数の削減という形ですと政策が進められてきました。一方で、こういう不測の医療需要が発生するのはある意味では、医療需要の特異性でもあります。突発的にそういう需要が発生してしまいます。こういったときに対して、どれだけの医療提供体制のバッファを整えておくべきかについては、やはり今、真剣な議論が行われているところだと思います。ただ単に、病床数をそのまま確保したほうがいいという話ではなく、やはり機能分化を図って、受け入れ先がきちんと確保されるようにするということです。

単に病床の数の話だけではないという議論が当然行われているわけですが、それと同じ議論が恐らく医療関連サービスに関しても言えます。やはり今回の1つの学びは、医療関連サービスというのは「医療」関連という当たり前のことなのですが、もう1回それが再確認された。医療提供体制をきちんと支えるためには、こういった医療関連サービス業も不測の事態に対してきちんとした対応ができる体制を取っておかなければいけないという当然のことが確認をされたのだと思います。

今回、そういった意味では非常にいいレッスンというか、教訓をわれわれは得たわけです。突然コロナで例えば診療所の外来患者が大幅に減りましたが、これから先、人口が減っていけば、2040年の医療需要の姿は今回に近い。われわれはいち早く、大体20年ぐらい前に1回体験することができたわけです。「将来こういうふうになっていくのか。医療需要が減っていくというのはこういうことなのか」と、そういうときに、私たちはその状況下で、どうやって事業の存続を図ったり、あるいは安定的な提供をしていくのかを考えなければいけない。1つの大きな自然実験と言ったら少し言い過ぎですが、教訓を得る機会だったと思います。

ですからこの中で当然、医療に必須な物を提供する、あるいはそういうサービスを提供する物として、

不測事態の発生の際にそれを継続して行うための体制づくりを行っていくことは大事です。(資料17)

Ⅲ(11) 病床数規模別に見た新型コロナウイルス感染症の委託業務への影響 (%)

	〃	発生材料などが 平素サービスに の提供や品質に 影響	新型コロナウイルス 感染症の発生 によるサービス の提供や品質に 影響	行政との連携 が実現し、業務 の継続に貢献	サービス事業者 への人材派遣 が実現し、業務 の継続に貢献	行政からの補助 金が補助金 として実現し、業務 の継続に貢献	特に発生はな かった	その他	無回答
全体	972	49.5	28.6	13.0	11.0	2.0	28.1	2.3	4.6
20~49床	113	41.6	12.4	19.0	7.1	1.8	43.4	0.0	1.8
50~99床	206	48.5	15.0	8.7	9.7	1.9	35.0	4.4	3.4
100~199床	221	52.0	26.8	15.3	9.3	2.3	27.1	0.9	5.6
200~299床	113	50.4	33.6	12.4	15.0	3.5	23.0	1.8	3.5
300~499床	134	53.0	46.3	15.7	13.4	0.0	18.7	2.2	5.2
500床以上	70	47.1	62.9	4.3	15.7	1.4	12.9	7.1	10.0

資料 17

## Ⅳ 「事業者」の実態調査結果から

次へ行きます。最後に「事業者」調査をまとめておきます。報告事項は、この5つです。(資料18)

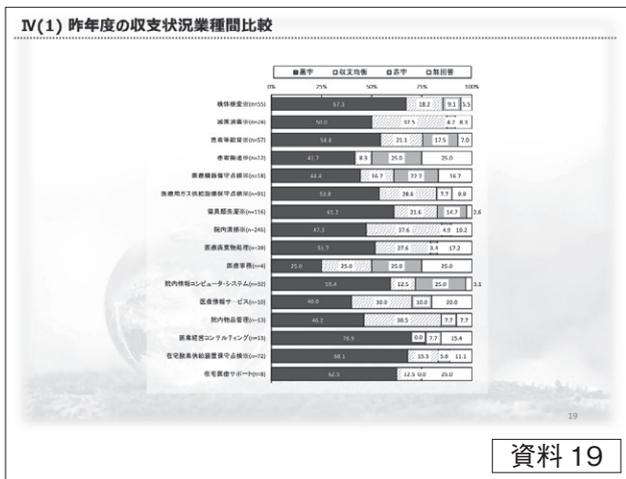
- Ⅳ 「事業者」の実態調査結果から
- ・医療関連サービス各業種の「収支状況」
  - ・医療関連サービスの「事業拡大・縮小の予定」
  - ・医療関連サービスマークの取得動機
  - ・新型コロナウイルス感染症の影響 など
- 資料 18

### Ⅳ(1) 昨年度の収支状況業種間比較

収支の状況なのですが、患者搬送、医療事務、システム系、患者給食の部分についての赤字が高くなっています。この状況をどう考えるかなのですが、コロナ禍の中での調査ですので、先ほど言ったように、例えば患者給食など、なかなか出せなくなった医療機関も多いと思います。ですから事業数そのものが減少してしまったのではないかとということもあります。

患者搬送についても、特定の地域でやっている患者搬送事業者だとすると、患者自体の数が減ったのではないかとということもあります。

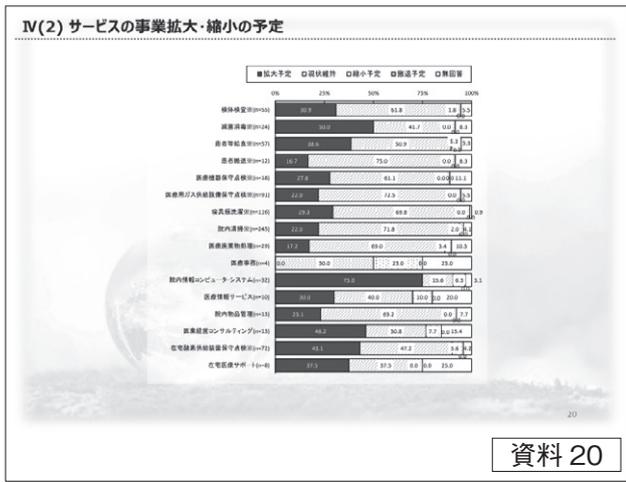
事務系については、人件費の高騰が恐らく原因です。なかなか人を探しても出てきません。先ほど言いましたけれども、単価もなかなかもらえないし、人件費も高騰しているので、収支が悪化しているのではないかと考えられます。(資料19)



## IV(2) サービスの事業拡大・縮小の予定

それから事業展開です。医療事務がなかなか厳しいです。ほとんど拡大予定がなく、ゼロです。医療のデジタル化に伴う医療情報システム系の関連事業については、院内情報システムだとかこの辺ですが、この辺についてはかなり高い数値が出ています。期待感があるのではないかと思います。

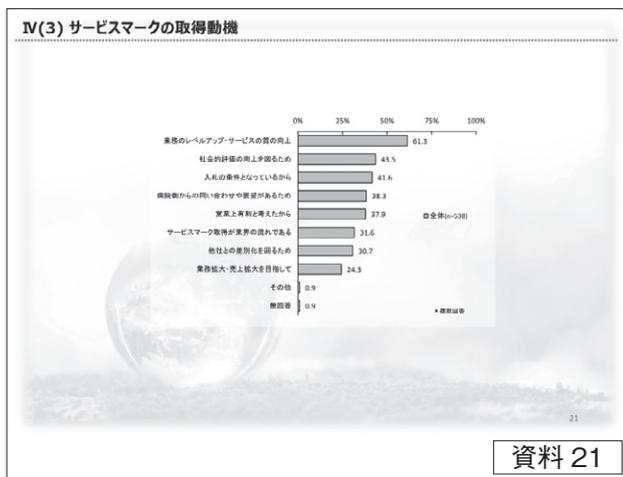
あと個人的には、この在宅医療のサポートだとか、在宅酸素の供給みたいなところは、これは本当に強調しておきますが、これから地域包括ケアだとか、さまざまな医療提供体制づくりが進む中で、最も有望で、国として最も発展を期待したい分野でもあります。この在宅分野に対しての取り組みをぜひ関連サービス業としても、今後真剣にご検討をいただくことは、望ましい方向性ではないかと思います。(資料20)



## IV(3) サービスマークの取得動機

では次です。取得動機です。なぜ取得をしたかですが、「業務のレベルアップ・サービスの質の向上」が一番高いです。それから「社会的評価の向上を図るため」等々、こういったことがきちんと挙げられているのは素晴らしいと思います。認証制度が一定の質保証に貢献をしていることの証左だと思います。

当然、一言で言えば、各々の回答割合が、これよりももっと過半数を超えていくこと、7割、8割になっていくことを期待をしたい、逆にいうと、これをやっていくのが振興会の役割ではないかと思います。(資料21)



## IV(5) 業種別にみた新型コロナウイルス感染症の委託業務への影響(%)

それから、委託業務への影響状況です。これは見ていただくと分かるのですが、ほぼ全ての業務について、何らかの影響が及んだと考えられます。特に「新型コロナウイルス感染症が原因となり委託業務の内容、範囲が変更になった」です。当然、医療機関の診療内容とか、治療内容がさまざまな制約を受けたわけですので、それに付随して動いていた関連事業者の方々も影響を受けたということだと思います。

特にコロナが感染症で対人サービス提供に全面的に影響を及ぼしたので、院内への立ち入りに関して、非常に厳しい制約があったのではないかと思います。そういった部分で、事業者が相当苦勞をされて、従来のサービス水準を維持することがかなり厳しい状況だったと個人的には理解しています。(資料22)

**IV(5) 業種別に見た新型コロナウイルス感染症の委託業務への影響 (%)**

業種	n	経営者に対するアンケート結果		経営者に対するアンケート結果		経営者に対するアンケート結果		経営者に対するアンケート結果		委託業務への影響	委託業務への影響
		市場規模	事業拡大・縮小	市場規模	事業拡大・縮小	市場規模	事業拡大・縮小	市場規模	事業拡大・縮小		
全体	602	36.5	23.5	19.1	8.7	6.9	1.6	0.7	23.9	8.9	7.3
医療機器	25	23.0	25.0	1.0	3.0	3.0	0.0	0.0	25.1	16.4	7.3
医療機器保守点検	24	30.0	0.0	16.7	4.2	4.2	0.0	0.0	25.0	16.7	4.2
患者等給食	27	24.6	17.6	33.3	8.8	12.3	1.8	0.9	21.1	3.5	5.3
消毒業務	12	16.7	6.3	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	6.3	41.7
医療機器保守点検	18	27.8	33.3	5.6	0.0	0.0	5.6	0.0	33.3	11.1	5.6
医療用ガス	91	41.8	24.2	2.2	5.5	4.4	0.0	0.0	28.6	7.7	7.7
医療機器保守点検	116	34.5	29.3	27.6	13.1	7.8	2.8	0.8	19.0	4.0	4.3
院内感染対策	243	49.4	30.5	29.8	11.4	9.4	1.6	1.5	18.8	8.6	4.3
消毒業務	79	31.0	24.1	13.8	6.9	6.9	0.0	3.4	34.5	10.3	3.4
医療機器	4	0.0	25.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	75.0	0.0	0.0
院内感染対策	70	29.0	18.8	0.0	6.3	0.0	0.0	3.1	17.6	18.8	3.1
医療用ガス	16	20.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	10.0	0.0
院内感染対策	11	38.6	40.9	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	21.1	7.7	7.7
医療機器保守点検	11	30.8	7.7	7.7	0.0	0.0	7.7	0.0	38.5	15.4	0.0
医療機器保守点検	72	26.4	31.9	4.2	9.7	5.6	0.0	0.0	27.8	6.6	6.9
医療機器保守点検	8	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	17.5	12.5	0.0

※各サービスのうち最も高い割合を示す

資料 22

## IV(6) 「医療関連サービス事業」ごとの主な特徴

それから、これから先、23、24、25が各業態の今後の展望、主な特徴です。

どうですか。検体検査は基本的に拡大傾向がかなり増えました。拡大予定も増えています。滅菌消毒は、赤字が前回多かったのですが、大幅減になりました。やはりこういった滅菌消毒については、今回、当然ですが、大きな需要が生まれました。また今後も大きくしていく、これはやはり一種、新型コロナ禍がもたらした大きな変化ではないかと思えます。

患者等給食は、特筆すべきは、人材の確保です。94.7%ですから、やはり難しい状況です。(資料23)

**IV(6) 「医療関連サービス事業」ごとの主な特徴**

(1) 検体検査  
『市場規模』は「拡大傾向」が前回6.4%から16.4%へと増加。  
『事業拡大・縮小予定』は「拡大予定」が前回19.1%から30.9%へと大幅増。

(2) 滅菌消毒  
『収支状況』は「赤字」が前回34.6%から4.2%へと大幅減。  
『事業拡大・縮小予定』は「拡大予定」が前回38.5%から50.0%へと大幅増。

(3) 患者等給食  
『収支状況』は「黒字」が前回47.0%から54.4%へと増加。  
『問題点・課題』は「人材の確保」が94.7%と突出して高い。

資料 23

医療機器保守点検については、黒字が44%あるのですが、その半分の例の赤字も22%ということで、これは事業者間の差がかなり大きいと思えます。これはどんな医療機器なのかによっても、かなり違うのではないかと思います。

医療用ガスについても、現状維持は72.5%なので、この辺についてはもうほとんど需要が動いていないのでしょうか。ある一定の需要という形で、コンスタントにあるものだと思います。

寝具類洗濯については、若干ですが、黒字が増えて、現状維持です。もうマーケットがほぼ成熟していますので、あまり大きな要因とはなりません。(資料24)

(4) 医療機器保守点検  
『従業員数』は「10人未満」が38.9%、「20人未満」との合計が55.6%となり、比較的小規模の事業者が多い。  
『収支状況』は「黒字」が44.4%、「赤字」が22.2%。

(5) 医療用ガス供給設備保守点検  
『従業員数』は「10人未満」が前回62.5%から81.3%へと大幅増となり、小規模事業者が多い状況がうかがえる。  
『事業拡大・縮小予定』は「現状維持」が72.5%と高い。

(6) 寝具類洗濯  
『収支状況』は「黒字」が前回57.5%から61.1%へと増加。  
『事業拡大・縮小予定』は「現状維持」が69.8%と高い。

資料 24

院内清掃については、黒字事業者が47.3%で赤字に比べてかなり多いです。事業としてはきちんと成り立っていると思いますが、人材確保がやはり難しくなっています。

在宅酸素供給装置保守点検については、拡大意向が非常に増えているのは、将来的な需要の拡大を見越してのことだと思っています。

(9)の患者搬送ですが、これはまだ「10人未満」が58.3%で、細々と介護タクシーの延長線上で認証を受けて、患者搬送をやっているところが非常に多いと私自身は認知をしています。今後、需要が拡大をすることが見込める分野だということで、75%が現状維持です。ただこれはもっと大きくなっていいのではないかと個人的には思っています。(資料25)

(7) 院内清掃  
『収支状況』は「黒字」が47.3%、「赤字」が4.9%で、黒字事業者が多い。  
『問題点・課題』は「人材の確保」が84.9%と高い。

(8) 在宅酸素供給装置保守点検  
『収支状況』は「黒字」が68.0%、「赤字」が5.6%で、黒字事業者が圧倒的に多い。  
『事業拡大・縮小予定』は「拡大予定」が47.2%、「縮小予定」が5.6%と、拡大意向が強い。

(9) 患者搬送  
『従業員数』は「10人未満」が58.3%となり、小規模の事業者が多い。  
『事業拡大・縮小予定』は「現状維持」が75.0%と高い。

資料 25



以上が全体の報告になります。大体時間が来ましたので、こちらで締めさせていただきたいと思います。やはり今の各事業別の展開を見ると、人材不足が非常に大きな問題になっていたと思います。

魅力的な職場として、きちんと人材を確保できるかの重要性は、何も医療関連サービス業だけでなく、他の企業でも同様です。社会全体のESGみたいな考え方を事業者として取り入れていかないと、社会全体の方向性とそぐわないというレッテルを貼られてしまいます。そうするとやはり魅力的な職場としてそこを選んでもらえなくなることもあるかと思いますが、そういった社会全体の動き、考え方とやはり事業者としての方向性を合わせていくことが大事だと思います。

最後に、これから先、医療全体が、当然残業規制だとか、厳しい変革の波にさらされるのがもう分かっているわけです。国の審議会でも非常に大きな問題になっています。どうやってタスクシフトしていくのか、業務の省力化をどういうふうにするのか、それから中にいる医療従事者の当然、ワークライフバランスをどういうふうにするのかです。そういう中で、当然アウトソーシングだとか、委託が1つの大きなポイントになってくるのではないかと思います。業務の省力化、医療界全体の生産性の向上と、その課題をどうやって医療関連サービス産業として受け止めることができるのかが、まず1つの大きな課題です。

かつ、自分たちの事業者内での話も考えなければいけません。人材確保もあります。ワークライフバランスも従業員の中で考えなければいけません。つまり医療界全体の中で、期待されるアウトソーシング、委託業者としての役割、どういうふうそこに貢献していくかもあるのですが、この調査結果を見ると、自分達の事業者内でも人を確保するのが難しいし、ワークライフバランスをどういうふう考えていくのかという課題も多々あるのではないかと。

今回の調査では、それに対する具体的なサジェスションはもちろん与えられるわけではないのですが、調査全体を通じてさまざまな課題は発見できたのではないかと考えています。全体として報告は以上です。

ここからまたさらに、深みのあるお話で高木先生がさまざまな読み解き方や総括をしていただけたと思います。また、その後、何かあれば、私自身の課題や展望についても、少し話をさせていただければと思います。少し時間を超過しましたが、以上です。ご清聴をありがとうございました。

## 《高木講師》

高木です。歳を取ったので、座らせて話をさせていただきます。菅原先生の話の後ろで聞いていて、やはり彼の力を借りてよかったと正直思いました。どういうことかということ、やはりもう今の時代、どう見ても、世の中は変わり過ぎて、私はつい火曜日に72歳になったのですが、ウクライナ侵攻などを見ても、生きている時代に第三次世界大戦の予兆があるようなことに出くわすとは思っておらず、非常に、メンタルでも落ち込みました。70年間何をやってきたのかということが正直な思いです。

もう若い力で世の中を解き明かしてもらおうということで、強引に忙しい菅原先生をこの実態調査のパートナー、アドバイザーに呼び、もう私はバトンタッチしたいから、ぜひ協力してほしいということで、彼に引き受けていただきました。

今、後ろで聞いていて、やはり彼の使うワードが時代の変化を指し示しているという気がしました。

あまり時間もありませんので、全体的な報告は菅原先生の話で十分ですので、いくつか強調したいところだけを私のほうで話して、責任を果たしたいと思います。ここにサービスマークの平成3年からこれまでの推移が載っています。今までも私は強調してきたのですが、医療関連サービスマークといっても、圧倒的多数は院内清掃の1,436なのです。

先ほどのライフサイクルモデルで見ても、寝具とか、検体検査とか、医療廃棄物処理に次ぐ位置にいますが、事業者としては圧倒的に院内清掃が多いというのが、まだ医療関連サービスの現状だと思っています。

私はこのサービスマークの認定の委員会にも30年ずっと付き合っていますが、この院内清掃は、参入する人も多ければ、撤退する人も多いのです。サービスマークを取っても、更新をしないで撤退して取らないという人、逆にいうとメリットがないということなのです。

医療サービスはもっと専門性が高いので、なかなか参入できません。先ほど菅原先生が話したように、アウトソーシングがこれからの医療の省力化の中で問われます。しかし片方で、ワークライフバランスという働き方改革でストッパーが掛かるわけです。そういう意味では、医療サービスは、参入するのは大変、しかしここが重要なのですが、では医療サービスは撤退できるかということできません。だからこそ、国民皆保険で支えているわけです。

しかし片方で省力化が必要です。何を言いたいかというと、参入するのが大変で、なかなか撤退するのも大変という業種は、一生懸命、省力化して生き残らなければ共食いになってしまうわけです。私は専門性が低いというのは悪いことではなくて、もっと成長性のある産業に移っていけるという意味、機動的に自分で変えられるという意味では、撤退障壁が低いのもいいことだと思っています。

しかしそれにしても、この院内清掃を横で見ていると、専門性をもっとあってもいいのではないかと思っているときに、今回のコロナの中で、院内清掃は実はエッセンシャルワーカーではないかという議



論が起き、なるほどと思いました。

昨年12月のこの振興会の月例セミナーで、「エッセンシャルワーカーとしての新たなステージへの挑戦」と題し、要するに「院内清掃事業者がチームの一員となるためには」という話を、全国ビルメンテナンス協会の矢野さんが講演しています。これは振興会の雑誌に載っていますので、ぜひお読みいただければと思います。

掃除と洗濯は主婦のメインの仕事で、誰も評価しない部分があるわけではないですか。しかし掃除なのか、消毒なのか、きれいにすることの社会的な意味では、エッセンシャルワーカーとしての清掃業者、事業というものを非常に的確に述べています。

ご存じかどうか、そこで述べている2つだけをお話しします。1つは、破れた窓ガラスの理論があります。ニューヨークのジュリアーニ元市長が、ブローケン・ウインドウズ・セオリーというものを言いました。窓ガラスが破れたビルを見付けたら、すぐ出動して窓ガラスを直すのです。ニューヨークの地下鉄も落書きをされたら、すぐその落書きを消し取ります。お客さんに乗せる前に消し取るのですが、消せなかった場合は、その車両だけを車庫に入れて、きれいな車両しか走らせないという取り組みをジュリアーニ市長がやりました。

どうしてそういうことをやったかという、1枚割れた窓を放っておくと、誰かが2枚目を割る、誰かが3枚目を割る、だから1枚目が重要だという、ジュリアーニ市長の有名な取り組みですが、それを非常に強調し、きれいにすることの社会的な意義を強調しています。

もう1つ、ナイチンゲールの病院清掃の3つの目的を強調して示していました。清潔にすること、感染症の拡大を抑えること、患者の命を守ること、生命力の回復です。要するに清掃をすることはそういう目的から大切なのだということです。今から見れば当然ですが、私はコロナという不幸な事態の中で、逆に医療関連サービスの最大多数のあの院内清掃の意義がこのように強調されたというのは、ぜひお読みいただければと思います。

もう1点、強調しますと、この辺に寝具とか、先ほど菅原先生も強調していた委託率の高い業種、それから成長期の業種、このライフサイクルで医療サービスを見えています。ここに患者等給食が72.4%の委託率で載っています。

全面委託が高いのが、患者給食、それから医療廃棄物処理で、一部委託とか、いくつかのパターンで分けています。給食も全面委託が高いです。先ほど、掃除、洗濯、調理という家庭生活の主婦の仕事だと、医療関連サービスでも示されていますが、とはいえ、この患者給食は、病院でどうして委託するかというと、正直言うと、面倒くさいのです。それなりの人間をたくさん雇って、地下の給食のところで給食を作って、大切なだけけれども、大変です。それならアウトソーシングで外部に任せちゃえということです。検体検査とか、医療サービスに直結する委託と違う分野なのです。

そういう意味では、院内清掃と患者等給食は似ているところがあります。この患者給食は、とはいえ、入院生活のアクセントにはなるけれども、病院評価にはあまりつながりません。これは当たり前なのですが、病院生活の満足度調査をすると、もう絶対最初のクレームは給食にきます。まずい給食だということです。しかしでは給食が病院全体の評価につながっているかということ、つながらないのです。

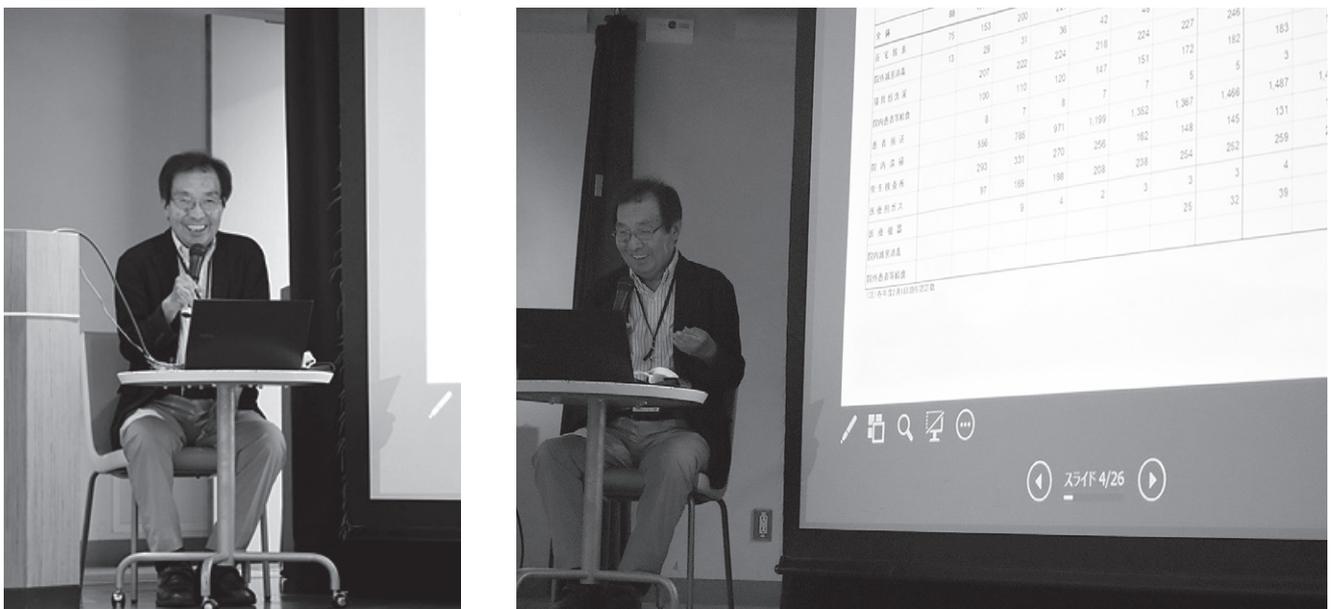
どうしてかということ、当たり前で、最初から食事を目当てに入院する人はいません。やはり医療サービスを選んでここに入院するわけです。食事をメインに選ぶ人はいないということは、病院の満足度調査からも分かっています。そういう意味では、この病院給食は不満の対象になりやすいけれども、食事に期待する人は少ないのです。

この辺の問題が、実は中小病院が集まった日本病院界の給食の特別検討委員会というものがあります。これも幸い、『社会保険旬報』の6月11号という直近の一番最近の号に載っており、これも参考になります。

ということかという、ある意味では、病院は非常にやっかいな給食に苦勞をさせられていることがよく分かります。一般食、特別食、医療食、それから3分とか5分とかのおかゆとか、きざみとか、食の形態です。パンにするかとか、ご飯にするかとか、その一般食、特別食、食形態で、3掛けるの掛け算で、病院では毎日150から200種類の給食が出るのです。私はこれはやっかいだと思いました。

しかもそれをきちんと出すことと、栄養管理というもう1つの評価が必要です。そこにも書いてありますが、1960年とか、1970年は、病院に入ると低栄養で、栄養障害が起きるという問題が、ヨーロッパでもありました。実は日本でもあります。ですから最近、食の栄養サポートチームというものがあります。

この給食の問題は結構根が深く、今まできちんと考えてきませんでした。先ほどの院内清掃にしても、この患者給食にしても、これまで炊事、洗濯とか、要するに主婦の当然の仕事が、だんだん女性の社会進出の中で、男も参加せざるを得なくなり、その中で今までの縁の下の力持ち的なシャドーワークの主婦の仕事がもっと効率化とか、社会的評価とかの時代になってきたのは、私はいいことだと思っています。



今回のこの調査を行って、コロナという問題も、それはそれなりに大病院などにちゃんと影響をしています。もう1つ強調したいのは、先ほど、事業者の回答の話が載っていましたが、人材の確保です。要するに高度経済成長が続いて、日本がここまで頑張ってきたものが、もう少子高齢化になって、人もいなくなり、特に患者給食と院内清掃で人手不足の問題が大きくなっています。

それは実は、製造業が駄目になって、サービス業もいま一つで、日本が今、全然元気がなく、円高がこれだけ続き、どうするかというときに、それはそれなりに今回の調査は深く読んでいけばそのとおりに出たという意味で、これからもっと課題解決に向けて、この調査を生かした取り組みが必要だということを最後に、私の話を終わらせていただきます。ご清聴をどうもありがとうございました。

## 《講師による補足説明》

菅原講師：ありがとうございます。本当に今、後ろで高木先生のお話を伺っていて、これまでのさまざまな長いこの業界の歴史だとか、あるいはこれから先、本当にどうしていくのかということについて、日本全体もそうなのですが、かなり大きく変わらなければいけないということは実感しました。

最後に少し、今後の展望と課題ということで、私自身、こういう感じではないかと最後に少しまとめたものを5つぐらいぱっと言います。1つはやはり医療関連サービス業は、本当に先ほども言いましたが、「医療」関連サービスであるということをもう1回、再確認しました。今回、コロナ禍の中でさまざまなことを経験しました。先ほど高木先生もおっしゃっていましたが、医療界の中でエッセンシャルワーカーとして自分たちもやはり医療を支えるためにどういう体制を作っておくべきかをもう1回再構築するのは大事なことなのだろうと思いました。

それからサービスの本当の受け手、自分たちがやっていることの受け手は、医療機関だけではないという話を何度もしました。患者とか、あるいは地域社会だとか、広い意味でのステークホルダーだとか、顧客という捉え直しが必要だと思います。どのようにして自らの存在意義を、そういった方々、広い意味での顧客に対して、存在意義を訴求していくかをもう1回、真剣に考えるべきだろうと思います。その中でESGを意識した経営の必要性だとかも強調しましたが、それが大事になってくると思います。

技術的な問題を1つ言いたいのですが、やはりどんどんサービスの高度化だとか、デマンドが変わってきている中で、認証制度の在り方そのものも変わっていかねばいけません。つまり最低限の質保証というところで、みんながそれを達成できるようになったら、さらにその上を目指すようなグレードを考えなければいけません。つまり内容変化に応じた認証基準というものを適合させていく可能性、必要性を考えなければいけません。

それから4番目です。これは事業者にとって大事なことなのですが、何やかんや言ってもやはり収益を確保しなければいけません。この収益確保のための取り組みをどうするかなのですが、市場全体は縮んでいくとは言いつつも、医療需要、それから医療と介護まで含めればまだ伸びます。そういった新たな医療需要、あるいは介護事業の拡大領域に積極的に取り組んでいくことです。今まで既存のところ安定してやってきたのは、もう成熟化していて、これから放っておくと、すぐなくなってしまうのです。だからやはり新たな取り組みです。

その1つのポイントは、規模の経済性と範囲の経済性です。今日は少し規模の経済性の話はしましたが、範囲の経済性の話はできませんでした。要は今の事業を足掛かりにして、やはり他の領域に入っていくことのメリットは、今までの知見があるところは強いのです。だからそういう現事業の再構築を、業界全体で考えるべきだし、やはり大手の商社が入ってきたりだとか、いろいろなこともあるのかもしれませんが、全体としてやはりサービス事業全体の複合体化というか、いろいろなことをやっていくという動きは今後進んでいくのではないかと思います。いい悪いではなく、全体論として、私としては鳥瞰(ちょうかん)としてそういうことがあるのではないかと思います。

最後にやはり人手不足は深刻です。それと同時に生産性向上が、今、非常に大きな社会的なテーマになっています。最後に、これから先、医療機関内での働き方改革だとか、省力化、生産性向上が大きなテーマになる中で、やはり皆さん、サービス事業者にとって、1つの大きなビジネスチャンスも来ると思います。これは要するに委託だとか、アウトソーシングがそれにどういうふうに応えていくかという問題でもあります。

これはビジネスチャンスでもあるのだけれども、ただそれを受け止めようとすると、自分たちの企業内、事業所内で抱えている人材確保の問題だとか、ワークライフバランスを同時に考えなければいけません。要するにここの連立方程式を事業者としてどういうふうに解消していくかは非常に大きな問題です。



そのために社会全体の大きなベクトルに企業経営を合わせていく、やはりSDGsでもいいですが、ESGというその部分の考え方を医療関連サービス事業者だからこそ、強調して社会的な理解を得るということです。

私は今の学生を相手にしていると思うのですが、社会的共感、社会的に意義のある仕事をやりたいという人は、はっきり言うと多いです。だから給料も大事だけれども、やはりやりがいがあって、社会の役に立っていて、そういう理念を持っている企業だったら働きに行きたいという学生は、私のゼミ生にもたくさんいます。だからそういう若い人たちにも訴求できるような、社会的共感を得られるような事業運営を果たしていくことは大事ではないかと思います。

すみません。少し長くなりましたが、以上の点を指摘させていただきます。

高木 安雄 先生は、本セミナーご講演後の令和4年7月21日にご逝去されました。  
当振興会では、医療関連サービス実態調査や委員会等、大変お世話になりました。  
ここに、感謝を申し上げますと共にご冥福をお祈りいたします。