

わが国における医療モールの推進整備状況とマネジメント課題

Current Situation of Medical Complex in Japan – Its Growth and Managerial Problems –

伊 藤 敦

Atsushi Ito

抄 録 わが国の医療モールの推進整備状況とマネジメント課題を解明するために実態調査を企画・実施した。推進整備状況については①医療モールの併設機能が診療所機能に限定している, ②構築場所が鉄道や地下鉄等の最寄り駅付近等に集中している, ③グループ診療を行っている診療所機能ユニットは全体の1割強である, ④2004年を起点に医療モールの開業ラッシュが生じている。したがって, 医療モールの全体総数は増加傾向にあるがプライマリケアを提供できる機能は有していない。続いて, マネジメント課題については医療モールの中で開業することで①診療所機能ユニット同士の紹介連携が容易になる, ②患者を増加させる等の効果面がある一方で①賃料が高く固定費負担が大きい, ②運営方針の不一致で診療所機能ユニット同士の相互交流に不和が生じる等の問題面がある。さらに, 医療法が診療所機能ユニット同士による経営資源の共同利用を阻害していることが判明した。したがって, これらの課題解決のために医療モールのマネジメントに対応した医療法及び診療報酬請求点数を整備すること, 医療モールの構築段階からマネジメントの仕組みを導入する必要がある。

キーワード 医療モール, 推進整備状況, マネジメント課題, 医療機能ユニット統合システム, 全国調査

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. はじめに | 4-3. 構築者分析 |
| 2. 方法 | 4-4. マネジメント課題分析 |
| 2-1. 研究方法 | 5. 考察と結論 |
| 2-2. 調査方法 | 5-1. 医療モールの推進整備状況に関する考察と結論 |
| 3. 概念整理 | 5-2. 医療モールのマネジメント課題に関する考察と結論 |
| 3-1. 医療モールの特徴 | 謝辞 |
| 3-2. 医療モールの構築者 | 脚注 |
| 3-3. 医療モールのマネジメント課題 | 参考文献 |
| 4. 結果 | |
| 4-1. 回収成績 | |
| 4-2. 属性分析 | |

1. はじめに

最近の診療所開業は賃貸化が進んでおり¹⁾、特に医療モール^{注1)}の中で開業する事例が増加している²⁾。人口集中地区の駅前周辺には、複数の診療所が集合した医療モールが相次いで建設され、集合住宅や商業施設等の一画には診療所の複合体を併設する動きが見られている³⁾。

本稿では、これら医療モールの推進整備状況を解明するために医療機能ユニット統合システム（統合システムとする）の視点から全国調査を企画・実施したので報告する⁴⁾。ここで述べる統合システムとは「複数の医療機能ユニットがある建物や限定された区画等の一定の物理的空間に集合し連携・統合したシステム」をいい⁵⁾、医療機能ユニットとは「医療の目的を特定し、その目的を達成する機能を維持する人員・施設基準、マネジメント機能を有するシステム単位」をいう⁶⁾。ここでは「医療モールとは2件以上の診療所機能ユニットを含む3件以上の医療機能ユニットが同じ建物や物理的空間に集合し開業している拠点をいう」と定義する^{注2)}。この医療モールは、必ずしも医療機能ユニット同士が連携していないので、連携している統合システムと区別して用いる。

既に様々な医療連携モデルの事例が報告されているが^{7) - 9)}、この医療モールは医療機能ユニット同士の物理的距離が近接している点で、近接していない既存の医療連携モデルと区別でき、①利便性、②バリアフリー対応等の面で優れている¹⁰⁾。さらに、この統合システムの基準を満たすことで③プライマリケアの提供¹¹⁾、④資源利用効率¹²⁾、⑤自治体の財政基盤の弱体化への対応等¹³⁾の面でも効果を

発揮することができるため、患者、医療機関、保険者の双方に利点がある¹⁴⁾。既に、欧米諸国ではこの統合システムを制度の中で適用することで高齢社会のニーズに対応しているため¹⁵⁾、わが国でもプライマリケアセンター¹⁶⁾や福祉のまちづくりの拠点¹⁶⁾として推進整備する意義は大きいと解決すべき課題も多い^{18) 19)}。

第1に、医療モールは医療法上の定義や基本情報がないため、推進整備状況が把握されていない²⁰⁾。このため、実態調査が必要である。第2に、医療モールが医療雑居ビルとして運用され、プライマリケアを提供できていない²¹⁾。このため、統合システムの視点から医療モール構築のあり方を見直す必要がある。第3に、医療モールに対応した診療報酬やマネジメントの仕組みが確立されていない²²⁾。このため、医療モール自体が空中分解したり機能ユニットが廃業・転居したりする問題が生じている²¹⁾。これらの問題を放置すればリロケーションダメージを与えるため、問題解決が求められる。

したがって、本研究では、医療モールの推進整備状況とマネジメント課題を明確にすることを目的とする。

2. 方法

2-1. 研究方法

初めに、文献研究によって医療モールの①特徴、②構築者、③マネジメント課題の3項目について概念整理を行う^{注3)}。次に、日本グループ診療研究会（代表大道久）が構築した基本情報を活用して全国の医療モールに郵送実態調査を行う。さらに、医療モールの推進整備状況を解明するために①特徴、②構築者、③マネジメント課題の3つの視点から分析す

る。①の特徴については医療モールに関する規模、類型、利便性、診療所機能ユニット1件当りの医師従事者数、診療所機能ユニットの標榜科、機能ユニットの開業年数の6つを分析することで属性を解明する。②の構築者については、呼びかけ人と参加者に関する種類と頻度を分析することで解明する。③のマネジメント課題については、効果面、問題面、医療法上の阻害要因の3項目の頻度を分析することで解明する。最後に、これらの分析結果に考察を加えることで、医療モールの推進整備状況とマネジメント課題を明確にする。

2-2. 調査方法

初めに、医療モールについて実態調査する前に基本情報（名簿録）が必要であるため、日本グループ診療研究会から研究協力を得て探索調査を実施した^{注4)}。探索調査の前提条件として①3件以上の医療機能ユニットが同じ物理的空間及び建物の中に集合していること、②医療機能ユニットの中に2件以上の診療所機能ユニットが存在していること、の2点を定めた^{注5)}。これらの前提条件に該当する

医療モールをWebページ検索^{注6)}、文献検索^{注3)}により調べて418件の医療モールとそれを構成する2008件の診療所機能ユニットを発見し基本情報を整備した。次に、7W2H2Eの視点から医療モール（医療型統合センター）調査に対応した質問紙調査票を開発した^{注7)}。最後に、これらの基本情報を活用して2009年7月下旬から8月末日までの1ヶ月間、郵送実態調査を実施した。調査では各機能ユニットの責任者に対して質問紙調査票を郵送し、自答式により回答を得ている。

3. 概念整理

3-1. 医療モールの特徴

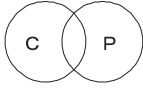
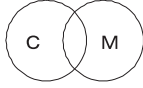
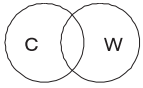
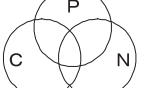
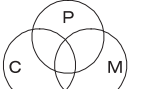
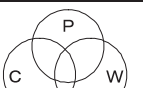
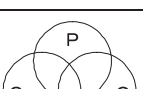
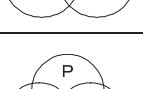
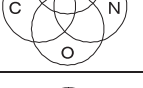
(1) 機能ユニットの類型

医療モールを構成する事業所の機能を明確にするために、機能ユニットの視点から6つに分類し表1の中で整理した^{注8)}。第1に、一般診療所や歯科診療所は診療所機能ユニット（C）と定義した。第2に、調剤薬局は薬局機能ユニット（P）と定義した。第3に、訪問看護事業所は訪問看護機能ユニット（N）と定義した。第4に、医療関連サービスを提

表1 機能ユニットの定義

単位	種類	適用事業所
H	医療機能ユニット	診療所機能ユニット、薬局機能ユニット、訪問看護機能ユニット、医療関連機能ユニット等を含めて捉えたもの。
	C 診療所機能ユニット	一般診療所、歯科診療所が該当する。
	P 薬局機能ユニット	調剤薬局等が該当する。
	N 訪問看護機能ユニット	訪問看護事業所が該当する。
	M 医療関連機能ユニット	診療所と薬局以外の医療関連の事業所で整骨院、検査機関、助産所、健康管理センター等が該当する。
W	介護機能ユニット	介護保険適用の事業所が該当する。訪問介護事業所、在宅介護支援事業所、グループホーム等。
O	その他の事業所機能ユニット	上記以外の事業所が該当する。コンタクトレンズ販売店、介護用品販売店、医療事務代行会社等。

表2 医療モールの類型

類型	類型モデル図	適用事例
C型		医療モールの構成が診療所機能ユニットに限定している。単にテナントビルとして運用している場合が多い。
C+P型		診療所機能ユニットに薬局機能ユニットを併設した医療モールや商業施設に併設したメディカルフロア等。
C+M型		診療所機能ユニットに、健康管理センター、整骨院や医療事務会社等の医療関連機能ユニットを併設した医療モール。
C+W型		診療所機能ユニットに、介護機能ユニットが集合した医療モールや医療福祉複合施設。
C+P+N型		診療所機能ユニットに、薬局機能ユニット、訪問看護機能ユニット等が集合した医療モール。
C+P+M型		診療所機能ユニットに、薬局機能ユニット、医療関連機能ユニットが集合した医療モール。
C+P+W型		診療所機能ユニットに、薬局機能ユニット、介護機能ユニット等が集合した医療モール。
C+P+O型		診療所機能ユニットに、薬局機能ユニット、その他の事業所機能ユニットが集合した医療モール。
C+P+N+O型		診療所機能ユニットに、薬局機能ユニット、訪問看護機能ユニット、その他の事業所機能ユニット等が集合した医療モール。
C+P+M+O型		診療所機能ユニットに、薬局機能ユニット、医療関連機能ユニット、その他の事業所機能ユニット等が集合した医療モール。
C+W+M+O型		診療所機能ユニットに、介護機能ユニット、医療関連機能ユニット、その他の事業所機能ユニットが集合した医療モール。

供する助産所や整骨院、臨床検査会社等の事業所は医療関連機能ユニット（M）と定義した。これら第1から第4の機能ユニットを包括して医療機能ユニット（H）と定めた。第5に、介護保険を適用した在宅介護事業所、在宅介護支援事業所、グループホーム等の事業所は介護機能ユニット（W）と定義した²³⁾。第6に、これらの事業所以外のコンタクトレンズ、介護用品、生活用品等の販売店をその他の事業所機能ユニット（O）と定義した。

（2）医療モールの類型

次に、医療モールの類型を明確にするために、機能ユニットの組合せの視点からベン図を用いた類型モデル（以下類型モデルとする）を11種類に分類し、その適用事例を表2の中に示した²⁴⁾。この表は上から下の類型モデルにかけて医療モールの併設機能が発展していく状態を示している。

①のC型とは、診療所機能ユニットのみが集合した類型モデルをいう。②のC+P型とは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニットを併設させた類型モデルをいう。③のC+M型とは、診療所機能ユニットに医療関連機能ユニットを併設させた類型モデルをいう。④のC+W型とは、診療所機能ユニットに介護機能ユニットを併設させた類型モデルをいう。⑤のC+P+N型とは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニット、訪問看護機能ユニットを併設させた類型モデルである。⑥の

C+P+M型とは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニット、医療関連機能ユニットを併設させた類型モデルである。⑦のC+P+W型とは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニット、介護機能ユニットを併設させた類型モデルである。⑧のC+P+O型とは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニット、その他の事業所機能ユニットを併設させた類型モデルである。⑨のC+P+N+O型とは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニット、訪問看護機能ユニット、その他の事業所機能ユニットを併設させた類型モデルである。⑩のC+P+M+O型とは診療所機能ユニット、薬局機能ユニット、医療関連機能ユニット、その他の事業所機能ユニットを併設させた類型モデルである。⑪のC+W+M+O型とは、診療所機能ユニット、介護機能ユニット、医療関連機能ユニット、その他の事業所機能ユニットを併設させた類型モデルである。

（3）医療モールの規模

医療モールの規模を明確にするために機能ユニットの統合数の大きさ（機能ユニット統合数とする）の視点から小規模型、中規模型、大規模型の3つに基準を定め、表3の中で整理した。

第1の小規模型とは、機能ユニット統合数が3件以上5件未満で構成される医療モールの大きさをいう。第2の中規模型とは、機能ユニット統合数が5件以上9件未満で構成さ

表3 医療モールの規模

規模	基準
小規模型	機能ユニット統合数が3件以上5件未満の医療モールの大きさをいう。
中規模型	機能ユニット統合数が5件以上9件未満の医療モールの大きさをいう。
大規模型	機能ユニット統合数が9件以上の医療モールの大きさをいう。

表 4 医療モールの構築者

団体領域	構築者
医療関係者	①医師や歯科医師等の個人、②医療法人、③薬局(薬剤師を含む)
医療関連企業	④福祉サービス会社、⑤医薬品会社、⑥医療機器会社、⑦臨床検査会社
その他の企業・団体	⑧金融機関、⑨コンサルティング会社、⑩不動産会社、⑪建設会社、⑫地方自治体、⑬その他

れる医療モールの大きさをいう。第3の大規模型とは機能ユニット統合数が9件以上で構成される医療モールの大きさをいう。

3-2. 医療モールの構築者

医療モールの構築者を明確にするために文献研究を行い、医療関係者、医療関連企業、一般企業・団体の3つの団体領域から13の構築者を抽出し、表4の中で整理した^{注3)}。

初めに、医療関係者として①医師や歯科医師等の個人、②医療法人、③薬局(薬剤師)の3者に分類した。次に、医療関連企業として④福祉サービス会社、⑤医薬品会社、⑥医療機器会社、⑦臨床検査会社の4者に分類した。最後に、一般企業・団体として⑧金融機関、⑨コンサルティング会社、⑩不動産会社、⑪建設会社、⑫地方自治体、⑬その他の6者に分類した。これらの構築者は呼びかけ人となる場合と呼びかけ人からの依頼で参加者となる場合の2つがある。

3-3. 医療モールのマネジメント課題

医療モールのマネジメント課題を明確にするために文献研究を行い、該当項目を30個抽出した。効果面、問題面、医療法上の阻害要因の3項目に分けて表5の中で整理した^{注3)}。

効果面については①「患者の紹介連携が容易である」、②「患者の増加が期待できる」、

③「医療モール(センター内)の雰囲気活気が出る」、④「専門性が発揮できる」、⑤「精神的な面で心強い」、⑥「サービスの質が向上する」、⑦「経営資源の共同利用」、⑧「カンファレンスを行いやすい」、⑨「患者への診療時間の確保」、⑩「その他の効果」の10項目に整理した。

続いて、問題面については①「テナント料(家賃)が高い」、②「運営方針の不一致で相互交流がうまくいかない」、③「期待していたよりも患者を紹介してくれない」、④「予想よりも事業所があつまらない」、⑤「患者1人当たりの診療時間が確保できない」、⑥「運営規則の拘束で機能ユニットとしての意思決定が不自由」、⑦「患者の奪い合いが生じる」、⑧「来院患者が集中してしまう」、⑨「医療法上の問題で開業の利点が発揮できない」、⑩「その他の問題」の10項目に整理した。

最後に、医療法上の阻害要因については①「機器・設備、建物等の共同利用」、②「患者情報(診療録)の共有」、③「情報システムの共同利用」、④「診療所機能ユニット間の患者紹介手続き」、⑤「コーディネート機能の整備」、⑥「医療モールの設計・開発」、⑦「患者紹介連携に伴う診療報酬評価」、⑧「病院との連携・手続き処理」、⑨「システム・建物等の共同利用に伴う診療報酬評価」、⑩

表5 マネジメント課題

	効果面	問題面	医療法上の阻害要因
①	患者の紹介連携が容易である	テナント料(家賃)が高い	機器・設備、建物等の共同利用
②	患者の増加が期待できる	運営方針の不一致で相互交流が機能しない	患者情報(診療録)の共有
③	建物内の雰囲気活気が出る	期待していたよりも患者を紹介してくれない	情報システムの共同利用
④	専門性が発揮できる	予想よりも事業所が集まらない。	診療所機能ユニット間の患者紹介手続き
⑤	精神的な面で心強い	患者1人当たりの診療時間が確保できない	コーディネート機能の整備
⑥	サービスの質が向上できる	運営規則の拘束で意思決定が不自由である。	医療モールの設計・開発
⑦	経営資源の共同利用	患者の奪い合いが生じる	患者紹介連携に伴う診療報酬評価
⑧	サービスの質が向上できる	来院患者が集中してしまう	病院との連携・手続き処理
⑨	患者への診療時間の確保	医療法上の問題で開業の利点が発揮できない	システム・建物等の共同利用に伴う診療報酬評価
⑩	その他の効果	その他の問題	その他の要因

「その他の要因」の10項目に整理した。

続いて薬局機能ユニットが29件（10%）、最後がそれ以外の機能ユニットで7件（2%）であった。

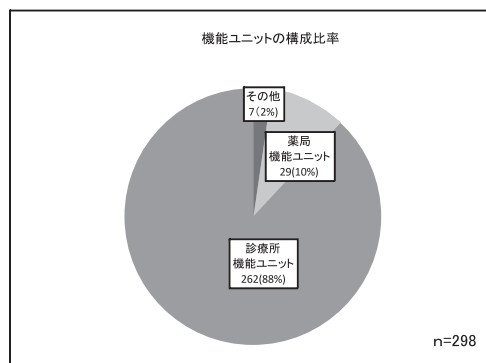
4. 結果

4-1. 回収成績

回収成績については医療モール別では418件中196件（47%）、機能ユニット別では2008件中298件（15%）であった。ただ、機能ユニット2008件中101件（5%）が転居・廃業している。今回、調査に用いた基本情報は2007年度版で、本調査を実施した時点（2009年度7月末日）で既に2年が経過しているため、この2年間で5%の機能ユニットが転居・廃業していることが判明した。

続いて、回答が得られた機能ユニットの構成比率について図1に示した。最も回答が多いのは診療所機能ユニットで262件（89%）、

図1 回答機能ユニットの構成比率



4-2. 属性分析

(1) 医療モールの規模

機能ユニット統合数の視点から医療モールの規模に関する基本統計量を算出し表6に示した。機能ユニット統合数の平均値は6.3件、中央値は5件、標準偏差は6.12、最頻値は5件、最小値は3件、最大値は43件であった。

したがって、医療モールの平均的な規模は、機能ユニット統合数が5件程度であるが、規模の分散が大きいことが判明した。

表6 機能ユニット統合数の基本統計量

機能ユニット統合数	
平均	6.33
標準誤差	0.35
中央値	5
最頻値	5
標準偏差	6.12
範囲	40
最小	3
最大	43
標本数	298件

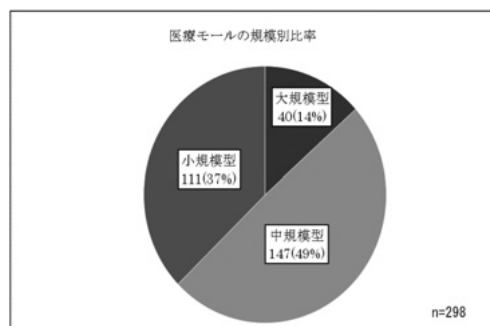
続いて、医療モールの規模別頻度について分析し図2に示した。最も頻度が多いのは中規模型の医療モールで147件（49%）、続いて小規模型の医療モールが111件（37%）、大規模型の医療モールが40件（14%）の順番であった。

したがって、わが国の医療モールは小規模型から中規模型の医療モールが全体の9割を占めており、大規模型の医療モールは1割程度しか存在していないことが判明した。

(2) 医療モールの類型

医療モールの類型モデルの頻度について分析し表7に示した。最も頻度が多い類型モデル

図2 医療モールの規模別比率



ルはC+P型で130件（44%）、第2位がC型で126件（42%）であった。第3位はC+P+M+O型で12件（4%）、第4位がC+P+M型で9件（3%）、第5位がC+P+W型6件（2%）、第6位がC+P+O型5件（2%）、第7位がC+W+M+O型で3件（1%）、第8位がC+P+N型、C+W+N+O型、C+W型で3タイプ共に2件（0.6%）、第9位がC+M型で1件（0.3%）であった。

表7 医療モールの類型

類型モデル	件数 (%)
C+P型	130 (44%)
C型	126 (42%)
C+P+M+O型	12 (4%)
C+P+M型	9 (3%)
C+P+W型	6 (2%)
C+P+O型	5 (2%)
C+W+M+O型	3 (1%)
C+P+N型	2 (0.6%)
C+P+N+O型	2 (0.6%)
C+W型	2 (0.6%)
C+M型	1 (0.3%)
合計	298 (100%)

わが国の医療モールの類型モデルは、診療所機能ユニットに薬局機能ユニットを併設したC + P型と診療所機能ユニットに限定したC型が主流で全体の約9割を占めているが、第3位以降の多機能化した類型モデルになると極端に頻度が少なくなることが判明した。

(3) 医療モールの利便性

J R, 私鉄, 地下鉄等の鉄道駅（以下最寄り駅とする）から医療モールの所在地までの通院時間と通院動線距離について分析し表8に示した^{注10)}。通院手段は徒歩で換算している。

最寄り駅から医療モールの所在地までの通院時間は平均10分程度、通院距離は平均794メートルである。最も通院時間が短い場所では徒歩1分、通院距離では63メートルであった。最も通院時間が長い場所では徒歩63分、通院距離では5000メートルであった。

したがって、わが国の医療モールは鉄道や地下鉄等の最寄り駅付近に建設される傾向が高いことが判明した。

表8 医療モールから最寄り駅までの通院時間と通院距離

	通院時間(分)	動線距離(m)
平均	10.41	794.35
中央値	5	356
最頻値	3	205
標準偏差	12.29	981.88
範囲	62	4937
最小	1	63
最大	63	5000
標本数	295 件	295 件

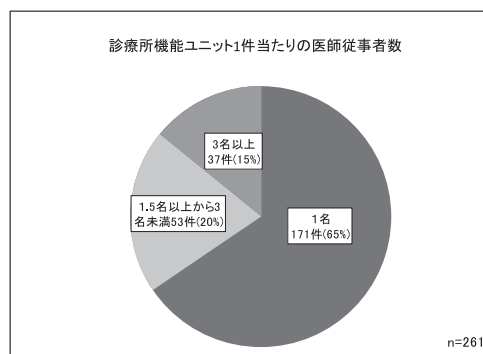
(4) 診療所機能ユニット1件当りの医師従事者数

診療所機能ユニット1件当りの医師従事者

数について分析し図3に示した。診療所機能ユニットを医師が1人で開業している頻度は171件（65%）である。医師1人以上2人未満で開業している診療所機能ユニットは53件（20%）、医師3人以上で開業している診療所機能ユニットは37件（15%）であった。

したがって、3人以上の医師が集まってグループ診療を行っている診療所機能ユニットは全体の1割強しか存在しておらず、実際には医師1人で開業しているか、あるいは医師1人に数名の非常勤医師を雇って開業している診療所機能ユニットが大半を占めることが判明した。

図3 診療所機能ユニット1件当たりの医師従事者数



注) 非常勤医師は1名に付き0.5人としてカウントしている。

(5) 診療所機能ユニットの標榜科

診療所機能ユニットの標榜科について分析し表9に示した^{注11)}。

診療所機能ユニットの標榜科の種類について見ると、大きく22の診療科に分類される。

続いて、標榜科上位10項目を見ると第1位が内科で53件（20%）、第2位は歯科で42件（16%）、第3位は小児科で32件（12%）、第4位が耳鼻咽喉科で23件（9%）、第5位が

表9 診療所機能ユニットの標榜科 (n=261)

標榜科	件数 (%)	標榜科	件数 (%)
内科	53 (20%)	形成外科	4 (2%)
歯科	42 (16%)	外科	3 (1%)
小児科	32 (12%)	循環器科	2 (1%)
耳鼻咽喉科	23 (9%)	麻酔科	2 (1%)
眼科	20 (8%)	消化器科	1 (0.4%)
皮膚科	19 (7%)	神経科	1 (0.4%)
産婦人科	18 (7%)	糖尿病専門科	1 (0.4%)
整形外科	18 (7%)	乳腺外科	1 (0.4%)
泌尿器科	9 (3%)	脳神経外科	1 (0.4%)
精神科	5 (2%)	美容外科	1 (0.4%)
胃腸科	4 (2%)	放射線科	1 (0.4%)

眼科で20件 (8%) の順番であった。続いて、第6位が皮膚科19件 (7%)、第7位が産婦人科、整形外科の2つで18件 (7%)、第8位が泌尿器科で9件 (3%)、第9位が精神科で5件 (2%)、第10位が胃腸科で4件 (2%) の順番であった。一方、消化器科、糖尿病専門科、乳腺外科、脳神経外科、美容外科、放射線外科等の標榜科は1件 (0.4%) と極端に頻度が少ない。

したがって、医療モールの中の診療所機能ユニットには、内科や外科等のプライマリケア機能に適した標榜科が少なく標榜科の種類が分散していることが判明した。

(6) 機能ユニットの開業年数

機能ユニットの開業年数に関する基本統計量について分析し表10に示した。開業年数の平均値は10.84年、標準偏差が7.69、最低値が1年、最高値が35年であった。機能ユニットの平均開業年数は10年程度であるが、開業年数の分散が非常に大きい。

そこで次に、機能ユニットの開業年数の分布について分析し図4に示した。機能ユニットの開業年数の頻度を見ると、1998年 (11年前) から2006年 (3年前) に開業している場

表10 機能ユニットの開業年数

開業年数	
平均	10.84
標準誤差	0.45
中央値	8
最頻値	5
標準偏差	7.69
最小	1
最大	35
標本数	290

合が多い。特に、2004年 (5年目) の31件を頂点に、2005年 (4年目) の29件、2003年 (6年目) の26件の順番で頻度が多く、左側に歪んだ山型になっていることが判明した。

4-3. 構築者分析

(1) 医療モール構築の呼びかけ人

医療モール構築の呼びかけ人の種類と頻度について分析し図5に示した。呼びかけ人は主に11種類に分類される。

各呼びかけ人の頻度について分析すると、第1位はコンサルティング会社で28件 (25%)、第2位は個人 (医師・歯科医師) で18件 (16.1%)、第3位は薬局で13件 (11.6%)、第4位は不動産会社と医療法人で各12件 (10.7%)、第5位は建設会社で6件 (5.4%)

図4 開業年数別に見た機能ユニットの頻度

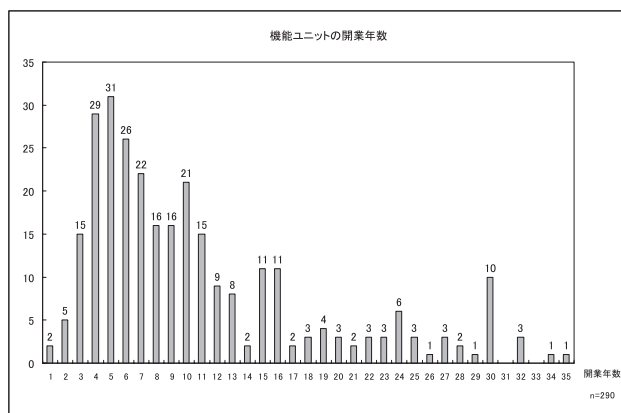
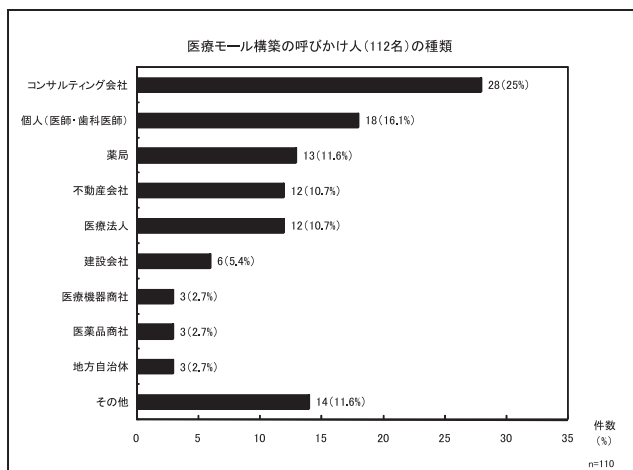


図5 医療モール構築の呼びかけ人



注) 回答結果を、医療モール単位で呼びかけ人1名を算出したが、2か所の医療モールのみ2件の呼びかけ人を選択しているため112名となっている。

あった。一方、6位は医療機器商社、医薬品商社、地方自治体の3者で3件(2.7%)と頻度が非常に少ないことが判明した。最後に、その他の呼びかけ人が14件(11.6%)存在している^{注12)}。

したがって、医師・歯科医師個人や医療機関等の当事者の呼びかけで医療モールを構築するケースは3割弱しかなく構築者の7割が

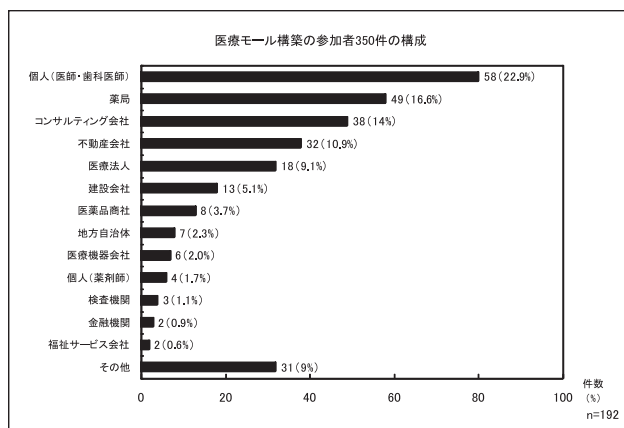
医療関連企業や一般企業・団体等であることが判明した。

(2) 医療モール構築の参加者

医療モール構築の参加者の頻度について分析し図6に示した。192件の医療モールに対し、構築に参加した主体(以下参加者とする)は350件で13種類に分類される。

各参加者の頻度を分析すると、第1位は個

図6 医療モール構築の参加者350件の構成比率



人（医師・歯科医師）で58件（22.9%）、第2位は薬局で49件（16.6%）、第3位はコンサルティング会社で38件（14%）、第4位は不動産会社で32件（10.9%）、第5位は医療法人で18件（9.1%）の順番であった。

続いて、第6位は建設会社13件（5.1%）、第7位は医薬品商社で8件（3.7%）、第8位は地方自治体で7件（2.3%）、第9位は医療機器商社6件（2%）、第10位は個人（薬剤師）で4件（1.7%）、第11位は検査機関で3件（1.1%）、第12位は金融機関で2件（0.4%）、第13位は福祉サービス会社2件（0.6%）である。最後に、どれにも属さないその他の構築者が31件（9%）存在していた^{注10）}。

したがって、医師・歯科医師個人や医療機関等が参加する割合は全体の3割弱である。参加者の7割が医療関連企業やその他の企業・団体であることが判明した。

4-4. マネジメント課題分析

（1）効果面

医療モールのマネジメント効果面の頻度に

ついて分析し図7に示した。第1位は「患者の紹介連携が容易」で191件（64%）であった。第2位は「患者増加が期待できる」で148件（50%）、第3位は「センター内の雰囲気活気が出る」で116件（39%）、第4位は「専門性が発揮できる」で106件（36%）、第5位は「精神的な面で強い」で100件（34%）であった。

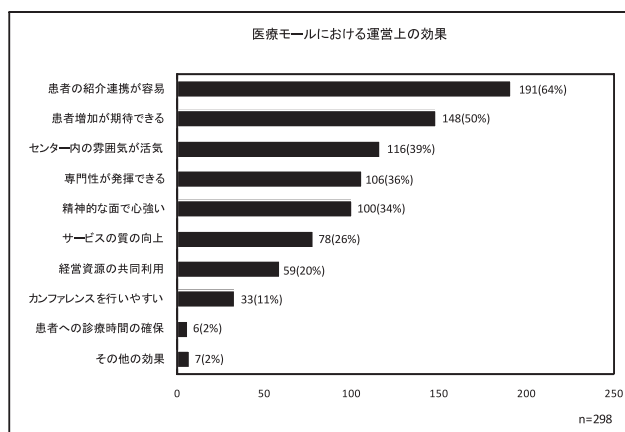
第6位が「サービスの質が向上する」で78件（26%）、第7位が「経営資源の共同利用」で59件（20%）、第8位は「カンファレンスを行いやすい」で33件（11%）、第9位は「患者への診療時間の確保」で6件（2%）であった。最後に、「その他の効果」が7件（2%）である。

したがって、機能ユニットが医療モールの中で開業することによって、紹介連携を容易にすること、患者を増加させること、医療モール内の雰囲気を活気付けること等のシナジー効果を発揮することが判明した。

（2）問題面

医療モールのマネジメント問題面に関する

図7 マネジメント効果面



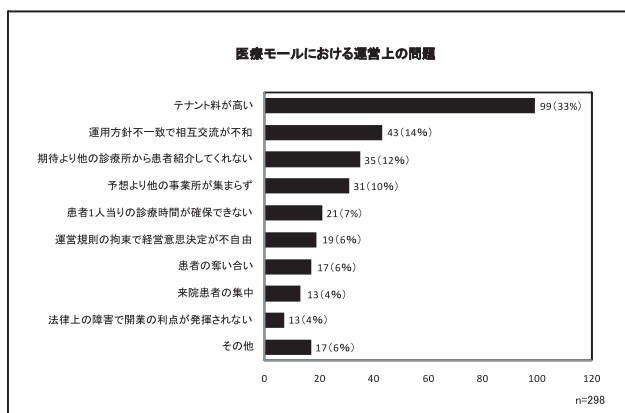
注) この設問は複数回答である。

頻度について分析し図8に示した。問題面の第1位は「テナント料が高い」で99件(33%)であった。第2位は「運営方針の不一致で相互交流に不和が生じる」で43件(14%)、第3位は「期待したより他の診療所から患者紹介してくれない」で35件(12%)、第4位は「予想よりも他の事業所が集まらない」で31件(10%)であった。第1位のテナント料の問題は、第1位以外の上位3項目と比べて頻

度差があり医療モールのマネジメントに与える影響が最も大きい。

第5位は「患者1人当りの診療時間が確保できない」で21件(7%)であった。第7位は「運営規則の拘束で経営意思決定が不十分」で17件(6%)、第7位は「患者の奪い合い」で17件(6%)、第8位は「来院患者の集中」で13件(4%)、第9位は「医療法が障害となって開業の利点が発揮できない」で13件

図8 マネジメント問題面



注) この設問は複数回答である。

(4%)であった。これに加えて「その他の問題」が17件(6%)存在する。第5位以降の6項目は頻度が10%未満であるため、医療モールマネジメントに与える影響は非常に小さい。

したがって、機能ユニットが医療モールの中で開業することによって、賃料等の固定費負担が大きくなること、他の機能ユニットとの相互の連携や交流が難しい等の問題面を抱えていることが判明した。ただ、効果項目と問題項目の頻度を比べると機能ユニットに与える影響は効果面の方が大きいことが示唆された。

(3) 医療法上の阻害要因

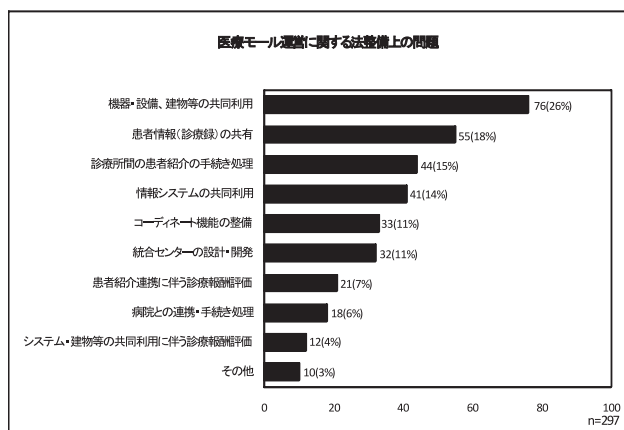
医療法上の阻害要因の頻度について分析し図9に示した。阻害要因の第1位は「機器・設備、建物等の共同利用」で76件(26%)であった。第2位は「患者情報(診療録)の共有」で55件(18%)、第3位は「診療所機能ユニット間の患者紹介手続き」で44件(14%)、第4位は「情報システムの共同利用」で41件

(14%)であった。

第5位は「コーディネート機能の整備」で33件(11%)であった。第6位は「医療モールの設計・開発」で32件(11%)、第7位は「患者紹介連携に伴う診療報酬評価」で21件(7%)、第8位は「病院との連携・手続き処理」で18件(6%)、第9位は「システム・建物等の共同利用に伴う診療報酬評価」で12件(4%)、第10位は「その他」で10件(3%)であった。

したがって、診療所機能ユニット同士が医療経営資源を共有することができないことが医療法上の阻害要因であることが判明した。つまり、診療機器・設備、廊下・窓口、待合室等の施設、電子カルテや診察券等の医療情報等については利用規制があるため、医療モールマネジメントを阻害していることを示唆している。

図9 医療法上の阻害要因



注) この設問は複数回答である。

5. 考察と結論

5-1. 医療モールの推進整備状況に関する考察

わが国で推進整備されている医療モールを見ると、4つの特徴とそれに伴う課題があることが判明した。

第1に、わが国の医療モールの平均的な規模は機能ユニット統合数が5件程度で、中規模型と小規模型の医療モールが全体の9割を占めていた。さらに、医療モールの類型について見ると、診療所機能ユニットに薬局機能ユニットを併設したC+P型や診療所機能ユニットに限定したC型が主流であることが示唆された。

医療モールがプライマリケア・ニーズに応需するためには24時間診療、在宅医療、在宅介護、生活支援等の機能を一体的に運用提供していくことが求められるが、実際に推進整備されている医療モールは規模が大きいものにも関わらず、併設機能が診療所機能に限定している。したがって、プライマリケア・ニーズに応需することが難しいという課題がある。

第2に、わが国の医療モールの構築場所が偏在していることが判明した。構築場所が鉄道や地下鉄の最寄り駅付近、すなわち利便性の良い場所に集中している。これは医療モールの構築が地域医療計画と無関係に民間企業を中心となって推進整備していることに起因している。実際には構築者の7割が医療関連企業や一般企業・団体等で、医師や医療機関は勿論、自治体が介入する頻度は少ない。医療モールの構築件数は年々増加傾向にあるが、地域に適正配置されているわけではなく、必ずしもプライマリケア・ニーズに対応することを目的としていないという課題がある。

第3に、グループ診療を行っている診療所機能ユニットは全体の1割強しか存在しておらず、医師が単独で開業している診療所機能ユニットが約7割を占めていることが判明した。したがって、診療所機能ユニットが医療モールの中で開業しても開業形態が単独開業であるため医師1人で24時間診療、急変対応、在宅医療等を実施することは物理的、精神的に不可能である。

このため、医療モールを構築する際に内部システムの導入も同時に実施することを義務付けるべきである。ただ、この課題を構築者の自助努力で対応することは難しいため、まちづくりと地域医療計画の観点から構築のあり方を見直し制度面、政策面から支援していく必要がある。

第4に、機能ユニットの開業年数の頻度を見ると1998年頃から2006年頃に医療モールでの開業ラッシュが発生し、特に2004年前後に開業した機能ユニットが多いことが示唆された。このような開業ラッシュの動きは、長年の診療報酬マイナス改定の影響により、病院勤務医が医療モールの中で独立開業していることを示している。ただ、このような開業ラッシュが今後も増加し続けることで勤務医の病院離れが加速するので、慢性的な病院勤務医不足を招く恐れがある。

5-2. 医療モールのマネジメント課題に関する考察

医療モールのマネジメント課題について見ると、問題面よりも効果面の方が大きいですが、医療モールを発展させるためには、解決すべき課題があることが示唆された。

初めに、医療モールのマネジメント効果面

について分析した結果、診療所機能ユニット同士による紹介連携を容易にしたり、患者を増加させたりする等の効果を発揮することが判明した。このような効果を発揮する要因は3つあると考えられる。

第1に、医療モールの中で開業すると診療所機能ユニット同士の距離が物理的に近接しているため利便性や受診環境が良い。診療所機能ユニット同士で紹介連携を行っても患者の動線負担が少ないため、患者から見ても利点は大きい。特に、患者が高齢者の場合は、合併症等のリスクを抱え複数の診療科を受診する必要があるため、医療モールのような受診環境は高齢者のニーズに適している。第2に、診療所機能ユニット同士が相互に連携し役割分担することで、医師は持ち前の診療に専念することが出来るため医療の質を向上させることができる。第3に、診療所機能ユニット同士で経営資源を共同利用することで規模の経済が発揮されるため、診療所の経営規模でありながら病院並みの医療技術やサービスを提供することができる。そのため、患者からの評価も高まるため集患力を向上させることができる。

次に、医療モールのマネジメント問題について分析した結果、機能ユニットの固定費負担を増加させること、他の機能ユニットとの連携や相互交流が難しい等の面があることが判明した。これらの課題は、医療法とマネジメントの仕組みの2つが障害要因となっていると考えられる。

医療法上の阻害要因としては、診療所機能ユニット同士による経営資源の共同利用が医療法で認められていない点がある。実際に窓口、廊下、機器・設備、システム等が共同利

用できるか否かの裁量権は各都道府県に委ねられ対応が統一されていない。仮に、経営資源の共同利用が認められないと個々の機能ユニットの資源稼働率を向上させることができないため医療モールの中で開業する利点が享受できない。したがって、診療所機能ユニット同士が経営資源を共同利用できるように医療法を整備する必要がある。さらに、現行の診療報酬請求点数には診療所機能ユニット同士の連携やコーディネート機能の整備を促すようなインセンティブがない。したがって、寺崎（2006）が提案する診療所機能ユニット同士の機能連携を評価する「包括医療管理料」や、コーディネート機能の整備を評価する「コーディネート機能ユニット管理料」等の包括管理料を新設することが求められる。また、医療モールは今後も最寄り駅付近等の利便性の良い場所に構築されることが予想されるため、診療所機能ユニットが負担すべき固定費（賃料）も上昇していくことが考えられる。岡本（2009）が提案するように医療版RIETを育成して手頃な賃貸料の優良な医療モールを構築できるような環境整備が必要である。

マネジメントの仕組みについては、これまで医療モールの構築者が医療モールの建築面には注目してきたが内部システムの構築面には関心を示さなかった結果、マネジメント上で様々な問題が露呈している。医療モールに関する運営理念、運営規則等を整備していないため、適切な診療所機能ユニットが入居しない、医療モールの中に入居しても他の診療所機能ユニットとの相互関係が悪化する、機能ユニットの経営状況が悪くなり転居・廃業に追い込まれる、医療モールが空中分解し構

築者も採算が取れず倒産する等の問題が生じている。しかしながら、医療モールの構築後に事後対応でマネジメントや内部システムを導入しようとしても、入居機能ユニットから同意を得ることは難しく、反発を受ける可能性もある。したがって、構築者はシステムやマネジメントの面を中心に資源投入のあり方を見直すべきである。医療モールの構築段階からあらかじめ①運営理念、②運営規則、③運営理念に基づいた適切な機能ユニットの選択、④意思決定方法等のマネジメントの仕組み、⑤コーディネート機能の整備、が必要である。

謝辞

本稿は2009年度自由が丘産能短期大学研究助成（個人研究）「わが国の医療機能ユニット統合システムの運用実態に関する調査研究」の中で行われた研究成果の一部である。

本研究の成果の一部は、2009年10月31日に第8回日本医療経営学会学術集会（宮城県仙台市）で報告した。

脚注

注1) 医療モールは医療法上の定義がないため、これ以外にもメディカルモール、クリニックモール、医療複合施設、メディカルフロア、医療ビル等の名称で呼ばれている。

注2) 医療モールの概念はグループ診療や医療型統合センターと類似しているが、次の点で相違するので独自に定義した。寺崎（2006）によれば、グループ診療とは「複数の医師が勤務する診療所、もしくは複数

の診療所が連携して、地域住民や患者に良質な医療を提供するために、ある一定のルールに基づいて相互に機能を補完しながら、患者情報を共有するなどして協力診療を行うこと。」をいう。また、伊藤（2009年）によれば「医療型統合センターは「複数の医療機能ユニットがある建物や限定された区画等の一定の物理的空間に集合し連携・統合したシステムを適用した拠点」をいう。したがって、この2つは協力診療は勿論、プライマリケアを提供できる機能・役割を備えているが、医療モールの場合は、単に診療所機能ユニット同士が同じ建物の中に集合しているだけなので、協力診療やプライマリケアを提供することはできていない。これらの点で医療モールよりも、グループ診療や医療型統合センターの方が優れており、マネジメントも発展している。

注3) 文献研究及び文献検索は、この研究分野の代表的な文献を利用した。①日本グループ診療研究会のジャーナル「グループ診療研究」の第1巻から第13巻まで、②大道久編、明日のグループ診療、社会保険研究所、1996年、③関田康慶、グループ診療、介護の統合化による経済効果に関する研究、厚生科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）総合研究報告書、2002年、等を参考に調べて概念及び該当項目を抽出した。

注4) 医療機能情報公表制度が2007年4月から施行されているため、各自治体が提供している基本情報を調べることで診療所機能ユニットの情報を個別に収集することはできる。ただ、医療モールのように同じ空間や建物の中に集合した診療所機能ユニット、薬局機能ユニット等の情報を調べるこ

とはできないため、独自に探索調査した。

注5) 例えば、医療モールを構成する医療機能ユニットが3件存在し診療所機能ユニットが2件、薬局機能ユニットが1件の場合は調査条件をクリアしているが、診療所機能ユニット1件で、それ以外の医療機能ユニットが2件から構成される場合は調査条件をクリアできていないので調査対象から省いた。

注6) Webページ検索は、検索エンジン「Google」「Yahoo」「WAMネット」を用いてキーワード検索、住所検索を行った。キーワード検索ではグループ診療(所)、医療モール、クリニックモール、メディカルモール、医療ビル、医療複合施設、クリニックフロア、ビル診療所等のキーワードを用いて調べた。住所検索は病院を除く診療所等の複数の医療機関が同じ空間に集合している拠点を探索した。さらに文献調査も行った。この分野の主要な文献を用いた。日本グループ診療研究会のジャーナルでグループ診療研究の第1巻から第13巻まで、日経ヘルスケア過去10年間(1997年から2007年まで)を用いて調べた。

注7) 質問調査項目の詳細は次の通りである。

- ①診療所の属性(有床無床、経営形態、開業年数、診療分野、提供サービス、医師数)、
- ②医療モール(統合センター)の属性(事業所間関係、運営管理者、運営管理体制、構築者)、
- ③コーディネートの仕組(コーディネーター、コーディネート内容)、
- ④運営の仕組(共同利用している機能・経営資源・運営規則、経営資源の共同利用の効果面と問題面)、
- ⑤医療モール(統合センター)運営(効果面と問題面、医療法上の

問題面、開業満足度、経営状況)等。

注8) 機能ユニットの種類は、この限りではない。実際には介護機能ユニットはさらに数種類に細分化され、配食サービス等を行う生活支援機能ユニット、高賃貸住宅、有料老人ホーム等の居宅機能ユニットも存在する。

注9) 統合システムの視点から見た類型はこの限りではない。実際には医療・福祉型、医療・居宅型、福祉・居宅型、医療・福祉・居宅型等の類型も存在するが、医療モールの定義・前提条件から外れてしまうので、今回は調査対象から省いた。

注10) 医療モールの所在地から最寄り駅までの通院距離及び時間は検索エンジン「Google」のルート検索によって算出した。最寄り駅が複数個所存在する場合は最短距離、最短時間の駅をカウントしている。

注11) 診療所は、一般的に診療科を複数標榜している傾向があるため第1番目に記載されている標榜科のみをカウントした。第2、第3の標榜科は便宜上省きカウントしていない。

注12) 「その他」の呼びかけ人については、本調査で業種(職種)に関する詳細な回答を求めたが、回答者の都合で回答していないため不明である。

参考文献

- 1) 岡本悦司, 医療機関の賃貸化と医業費用に占める賃貸料割合の動向, 第8回日本医療経営学会学術集会・総会抄録集, p19, 2009年
- 2) 伊藤敦, 関田康慶, 二瓶洋子, わが国の医療機能ユニット統合センターの特徴と運

- 用実態, 日本マネジメント学会学術大会第8回東京地方会抄録集, p16, 2008年
- 3) 伊藤敦, 関田康慶, 二瓶洋子, Webページ情報公開の観点から見た医療モールの連携運用の実態, 医療マネジメント学会雑誌, 第9巻第1号, p145, 2009年
- 4) 伊藤敦, 関田康慶, 寺崎仁, 大道久, 医療型統合センターの運営の仕組みと効果面と問題面, 第8回日本医療経営学会学術集会・総会抄録集, p17, 2009年
- 5) 伊藤敦, 医療機能ユニットの視点から見たわが国の病院構造の問題点と医療機能ユニットの効果・効率, 自由が丘産能短期大学, 第40号, p1-19, 2007年
- 6) 関田康慶, 伊藤敦, 阿部真奈美, 医療機能ユニットを導入した場合の医療の質の安定性に及ぼす影響分析, 病院管理, 第41巻 supplement, p98, 2004年
- 7) 寺崎仁, 事例報告 地域基幹病院の勤務医が多科で一緒に開業した沖縄の事例－メディカルプラザ牧港(沖縄県浦添市)－, グループ診療研究第12巻・第2号, p44-47, 2006年
- 8) 田城孝雄, 医療連携 生き残るための戦略と戦術, SCICUS, 2009年
- 9) 経営スタイルの革命! 激動の時代を切り開くグループ診療, CLINIC BAMBOO, p36-43, 2008年
- 10) 関田康慶, グループ診療, 介護の統合化による経済効果に関する研究, 厚生科学研究補助金(長寿科学総合研究事業) 総合研究報告書, 2002年
- 11) 関田康慶, 高齢社会の医療・福祉・居宅機能のユニット化・統合化の効果と効率に関する研究, 平成14年～16年度科学研究費補助金報告書, 2005年
- 12) 藤咲進, 関田康慶, 医療システムと将来戦略, 医学書院, 1989年
- 13) 伊藤敦, わが国における医療・福祉・居宅機能ユニット統合センターの現状と今後の課題, 患者のための医療, No.13, p62-64, 2007年
- 14) 伊藤敦, 関田康慶, 医療・福祉・居宅機能ユニット統合システムの視点から考察したとグループ診療の効果と問題点, グループ診療研究, 第11巻第1号, p27-49, 2005年
- 15) 伊藤敦, 関田康慶, 機能ユニット統合システム指数と利用者評価指数の考案－ドイツ, 北欧諸国の医療・福祉・居宅機能ユニット統合システムの発展度に関する事例研究－, 福祉のまちづくり研究, Vol.11 No.1, p27-39, 2009年
- 16) 濃沼信夫, プライマリケアのグローバルスタンダード, グループ診療研究, 第12巻・第1号, p2-12, 2006年
- 17) 伊藤敦, 関田康慶, 医療型統合センターにおける利用者行動分析－利用者は医療型統合センターを受診する際にどの点を評価しているのか－, 日本福祉のまちづくり学会第12回全国大会概要集, p234-237, 2009年
- 18) 大道久, わが国におけるグループ診療の可能性, 明日のグループ診療, 社会保険研究所, p13-20, 1996年
- 19) 大道久, 増加する診療所開業と望まれる経営形態, グループ診療研究, 第10巻・第1号, p4-14, 2004年
- 20) 伊藤敦, 関田康慶, 寺崎仁, 大道久, コーディネーターの相違が医療・福祉・居宅

型統合センターのシステム資源運用に与える影響，日本医療経営学会誌，Vol.3， p 19-28， 2009年

- 21) 伊藤敦，グループ診療の存続状況と機能ユニットの統合状況－医療・福祉・居宅機能ユニット統合システムの基本情報を活用した追跡調査と現状分析－，グループ診療研究，第14巻・第2号，p34-42，2009年
- 22) 寺崎仁，わが国におけるグループ診療の課題，グループ診療研究，p24-32，第12巻・第1号，2006年
- 23) 柿沼利弘，関田康慶，介護保険制度における小規模多機能福祉システムの設計・構築と実験的検証，介護経営，第1巻第1号，3，p37-51，2006年