

15 病院・診療所

1. 業種の特徴

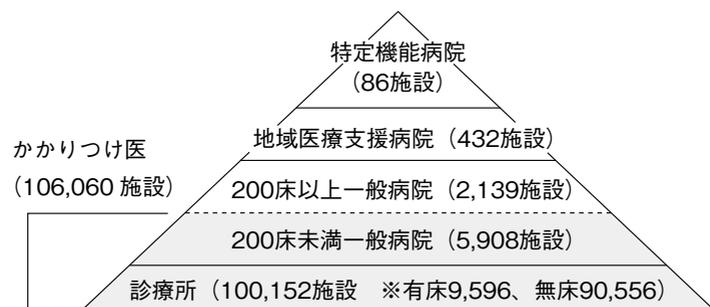
1.1 概要

ここでは、200床未満の病院（以下「中小病院」という）と診療所を扱うが、公立病院は除外する。この規模の医療機関は、患者を幅広く診察して初期治療を担う、かかりつけ医・家庭医、または専門医という特色を持っている。

1.2 業界構造

医療業界は、400床以上の入院設備を持った大学病院などの特定機能病院を頂点として、200床以上の地域医療支援病院や総合病院、および「中小病院と診療所」がある。それぞれの医療機関が、かかりつけ医から高度医療まで、その機能分担を的確にできるように地域で医療連携ができる構造を目指している。

図表15-1 医療施設の種類



出典：厚生労働省『平成24年 医療施設調査（動態調査）病院報告』

このような病院の区分だけでなく、病床の種類が、一般病床、療養病床、感染病床、精神病床、結核病床に分けられている。一般病床は、短期入院用の急性期病床と長期入院用の慢性期病床に区分され、医療を適切に提供できる体制を作ろうとしている。高齢化のピークである2025年に向けて、急性期病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期に機能分化させる改革である。医療機関の診療報酬の金額は、このような医療施設の種類の種類、病床の種類、看護体制などで異なる。

1.3 市場規模・動向

(1) 国の医療費全体

国民の医療費全体は、2013年度は約42兆円で、1990年の21兆円から約2倍になっている。この主な原因は、医療で高払い制度と医療技術の高度化、後述する高齢者医療費である。この医療費の増加だけでなく、疾病構造の変化、患者ニーズの多様化、医療技術・サービスの高度化、医師・看護師などの人材不足など医療を取り巻く経営環境は、激しく変化している。国は、医療費を適正化するために、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮、またDPCなどのさまざまな施策によって抑制しようとしている。しかし、現在ごく一部で実施されている「混合診療の対象」は、拡大させる。混合診療とは、公的保険が使える診療と保険外の診療を併用できる診療で、国内未承認抗がん剤などが使えるメリットがある。しかし、丸山ワクチンに代表される科学的根拠が証明されない薬剤の使用も増えて、医療費を増加させる危険も指摘されている。

(2) 中小病院の市場規模・動向

中小病院数は5,908施設で、2002年から2012年の10年間に92%に減少した。その中でも100床未満の施設は84.5%に減少している。また、中小病院数は全病院数の69%であるが、在院患者延べ数は1億8,059万人で、全在院患者数の38.3%である。2011年度

DPC：医療費を診断群分類（Diagnosis Procedure Combination）に基づいて評価する「入院1日あたりの医療費の定額支払い制度」のこと。

の病院開設数は96件で、廃止数は133件である。また開設者を変更した病院が54件あり、M&Aがあると考えられる。この廃止と変更の合計は187件で、事実上の倒産に近いものが含まれるが、前年度比0.5%増加している。

(3) 診療所の市場規模・動向

診療所数は、10万152施設で2002～2012年の10年間に106%に増加した。19床未満の有床診療所は、9,596施設で前年に比べ338施設減少した。しかし、無床診療所は、9万556施設で前年に比べ943施設増加している。診療報酬の優遇もあり、増加率は10年間で115%である。ただし、最近では、医薬品卸や建設業者が設立した医療モールで失敗する事例が出てきた。医薬品の販売や建物分譲を目的に設立した施設では、競争に勝ち残れない時代になった。

(4) 年齢別の医療費と増加要因

国民の年齢階級別の総医療費は、65才以上が55%を占めている。

加入者平均年齢が34.3歳の組合健保の加入者一人当たりの医療費は14.4万円である。これに対して、平均年齢が82.0歳の後期高齢者医療制度の一人当たりの医療費は91.9万円で、6倍以上の医療費がかかっている。この高齢者の増加が、医療費全体を圧迫している。今後の医療問題の焦点は、高齢者の在宅診療や介護を含めた包括的なケア対策でもある。

1.4 関連法

(1) 主要な法律

①医療施設・体制関係

「医療法」は、医療業界の根幹に関する法律であり、病院・診療所の開設・管理・整備の方法などを定めている。

②医療資格関係

「医師法」は、医師の資格、義務、処分などを定めている法律である。

「保健師助産師看護師法」は、保健師・助産師・看護師・准看護師の医療資格を規定する法律である。

③医療薬品関係

「薬事法」は、医薬品、医薬部外品および医療機器に必要な、調剤・輸入の規制や研究開発の促進を規定した法律である。

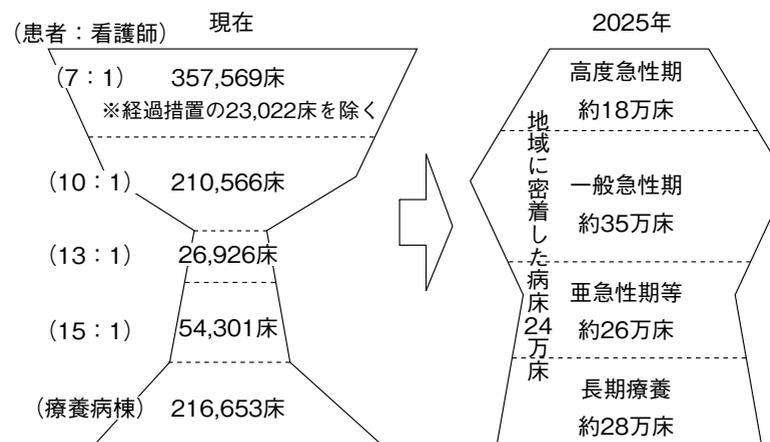
④公的医療保険関係

公的医療保険は、大きく分けると職域保険と地域保険がある。「健康保険法」は、サラリーマンなどの雇用された者が入る職域保険に関する法律で、保険を主催する全国健康保険協会（協会健保）や健康保険組合がある。「国民健康保険法」は、自営業者、非正規雇用労働者などが入る地域保険で、保険を主催するのは、特別区を含む市町村などの自治体である。また「高齢者の医療確保に関する法律」がある。

(2) 注目される法と今後の展開

厚生労働省は、基本的に「医療法」と「診療報酬」の2つの手段

図表15-2 病床数の現在と今後の予想



出典：厚生労働省『平成26年度診療報酬改定の概要』

で、医療業界をコントロールしている。

医療法の第6次改正では、2025年の高齢化のピークを踏まえて、大きな医療政策転換が打ち出された。中小病院・診療所に関係が深いのは、次の3点である。

①病床機能分化の強化

病床の現状は、急性期の手厚い看護をする7:1（患者：看護師）病床が、診療報酬上で有利なために約36万床と増えすぎて過多となっている。今後は、需要が多くなる生活復帰を目指す亜急性期などの病床を約26万床に増床して充実させる。そのために病床機能報告制度を創設して、機能分化を促進させる。中小病院に関係が深いのは、新設された地域包括ケア病棟への誘導である。これには、有利な加算があるが、在宅復帰率7割以上、看護配置13:1などの12項目の評価基準に適合する必要がある。

ただし、第6次医療法改正が成立した直後に、厚労省は2017年に完全廃止する予定であった介護療養病床を存続すると発表して、早くも軌道修正をしている。2006年に13万床あった介護型療養病床は、老人保健施設などの介護施設や在宅看護に移すべきであったが、在宅看護体制などが不十分で移行できないからである。在宅看護を支える訪問診療報酬は、2012年の改定で大幅に引き上げられたが、2014年改定では逆に介護施設関係の訪問診療報酬が4分の1に大幅に引き下げられた。これにより訪問診療から撤退する医療施設が出るなどの混乱が起きている。

②地域医療ビジョンによる介護を含めた施策

地域医療圏ごとの疾病構造の変化に対応しながら、介護を含めたシームレスな体制にすることである。中小病院・診療所では、「外来医療における主治医機能、地域包括ケアでの役割、顔の見える病院連携」などの視点が大切である。

③地域特性を重視した都道府県の権限強化

高齢化や5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）や5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、産期医療、小児救急医療を含む小児医療）の対応には、地域特性に合った医療資源の配分が必要である。したがって、都道府県の権限が強化され、補助金も各県で重点が異なることになる。

これは医療費抑制も目的としている。後期高齢者一人当たり医療費は、最も多い福岡県は115.3万円で、最も少ない岩手県の73.3万円の約1.6倍になる。そこで、都道府県ごとの医療費抑制目標が導入されることになった。したがって、医療機関では、各県や各診療科目により経営の舵取りの厳しさが異なってくる。

1.5 外部交流

外部交流の地域医療連携は、専門分化した各医療機関の間の機能連携である。中小病院・診療所は、かかりつけ医・家庭医としての役割を持っている。したがって、地域医療支援病院や特定機能病院の高度医療との医療連携を行いながら治療を効率的に行う。これが地域連携パスである。地域医療支援病院は、法律でかかりつけ医から一定の紹介数を迎えることが、求められている。

また、高齢化が進む中で、介護施設との連携が重要になる。中小病院では、治療が終わった高齢者を受け入れる介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、また在宅医療との連携をスムーズに行うことが、病床効率を高めるためにも肝要である。

2. 融資実務

2.1 融資

(1) 創業期

診療所の資金需要は、診療科目によって異なる。土地・建物を別

にすれば、精神科・心療内科は、400万円程度の資金で開業できるが、高額医療機器を使用する眼科・外科などは、3500万程度の資金が一般的である。ただし、心臓専門の診療所では7億円以上という事例もある。

(2) 成長期・成熟期

この時期の病院の資金需要には、病床転換がある。しかし、全般としては高度急性期病床から一般急性期・亜急性期病床に転換することが多く、看護師数や高額医療機器などの必要性が低いため資金需要としては、比較的少ないと考えられる。

ただし、病院は1980年代に建てられた施設も多く、建て替え資金や、介護部門に進出のための資金需要も少なくない。

(3) 医師会協定融資

各地区の医師会では、金融機関と協定を結んで会員を対象に開業資金から設備・運転資金に至るまで、低利の融資制度を設けているところがある。開業資金では、限度を1億円とする医師会もある。

(4) 公的融資

病院・診療所に対する公的融資では、独立行政法人福祉医療機構がある。融資対象は、新築資金、増改築資金、高額な医療機器の購入資金、経営安定化のための長期運転資金など充実している。中小病院・診療所は、大病院より融資条件が優遇されている。また、病院の耐震化整備事業、津波対策としての高台移転事業、自家発電設備の導入事業などがある。

これらは、(独)福祉医療機構の直接貸付と、受託金融機関による代理貸付があり、地域医療圏の病床不足地域の融資が優先される。この貸付では、最大の融資枠は12億円以上も可能で、標準建設費の80%以内、償還期間30年以内で、低金利(財投+0.5%)などの優遇されたものである。しかし、独法見直しや民業圧迫批判により縮小傾向にあるので、民間金融にとってチャンスである。

図表15-4 病院・診療所の融資実務

	創業期	成長期	成熟期	再生期
融資 (資金ニーズ)	・高額医療機器資金 ・医師会協定融資		・建て替え資金	・運転資金 ・リストラ資金等
公的補助金・助成金	・独立行政法人福祉医療機構		・病床転換に関する公的補助金	
ファンド	・ドクターズ・ファンド	・コンサル系商社系ファンド		

2.2 公的補助金・助成金

(1) 補助金・助成金

医療機関の代表的な補助金は、地域における医療問題の解決を図るための医師確保、救急医療、小児医療、周産期医療の強化に取り組むものである。大学病院などの特定機能病院や公的医療機関が主に対象となる。

中小病院・診療所には、在宅医療供給体制支援、有床診療所スプリングラ等設備支援、女性医師の離職防止・復職支援、地球温暖化対策施設事業、院内感染対策施設などの補助がある。各県を通じ行われるので、各県の医療関係担当課のホームページを参考にするとうい。

(2) 医療法改正による病床転換の補助

今後の中小病院と有床診療所に対する大きな補助金は、第6次医療法改正による病床転換の公的補助金・助成金である。これは、消費税財源と新たな財政支援制度創設による904億円の基金が確保され、2015年度の後半以降に、各県で都道府県の地域医療計画が策定された後に補助内容が具体化される。

(3) 診療報酬の国庫補助と加算

医療業界の補助金は他業界と異なり、日常の収入に補助金が大きく含まれている。診療報酬の約4割近くが、国庫と地方費の補助である。診療報酬は、一定の条件を満たした場合に、金額を加算する仕組みが数多く設定されている。この加算は、厚生労働省が医療業界を改革に誘導する方向に組まれている。

したがって、同じ医療行為でも、高い診療報酬を得られることが、数多くある。ある意味で診療報酬の加算の収入は、手間のかからない日常の国庫補助金の獲得である。ただし、加算を忘れずに請求することは当然である。重要なのは、地域医療の中の役割分担・ポジションを考察しながら戦略的に必要な加算を取る体制作りである。

たとえば、亜急性期入院医療管理料が廃止され地域包括ケア病棟入院料が新設されたが、救急告示病院や在宅療養支援病院などの要件を満たしていれば、医療管理料1の2,558点(=25,580円)が、加算できる。この取得のネックとなるのが、在宅復帰率7割以上である。これには、認定を受けた介護老人保健施設や居住系介護施設とのスムーズな連携が必要になる。そのためには、医療コンシェルジュ(案内係)の戦略的配置による介護施設などの紹介業務も重要であり、従来の病院のたらい回し方式では、獲得できない。

つまり、医療機関の地域医療における経営戦略が明確でないと効率的な加算は獲得できない。金融関係者は、まずこの点を医療機関の経営者に確認することが大切である。

2.3 ファンド

病院再編に向けて、医療法人の持ち株会社制度を政府が検討しているが、2014年現在、株式会社参入は認められない。大手居酒屋チェーンの会長が、大阪の岸和田盈進会病院の理事長に収まったのは、個人的な出資である。例外的に通信病院、JR病院、東芝病院などは、会社が従業員などの健康管理を目的とした企業設立である。

医療法人は、株式公開、株式譲渡などのイグジットはできないので、医療ファンドは、土地・建物・運転資金などを通じて関与している。

①不動産

ファンドが病院の土地・建物を買取り、その後に病院に賃貸するリースバック方式をする。ただし、セコムが関与したセコメディック病院(千葉県船橋市)の場合は、REITで医療収益を吸い上げる医療法に違反する形になっていないか、国会で問題になった。

②事業再生

病院に資金を提供する場合に、ファンドが提携する大手医療法人と協力して買収する方法がある。この関係で、全国にネットを持って活動をしている医療関係グループには、徳洲会グループ、中央医科3グループ、カマチグループ、錦秀会グループ、亀田メディカルグループ、セコム医療システムなどが多数ある。

③不良債権

ファンドが金融機関から病院の不良債権を安く買い取って、病院の収益力を高めて回収を図る。この場合にも、ヘルスケアパートナーズのような病院運営ノウハウを持つコンサルタント会社や、医療関連会社を持つ三菱商事などがバックについていることが多い。

④診療所

医師が後輩医師の診療所開業を支援する投資ファンドの仕組みが診療所にはある。診療所の専門コンサルタントであるFPサービス(株)が大半の実績を持つが、経済産業省が推進するエンジェル税制を活用したドクターズ・ファンド投資事業有限責任組合の方式である。

④銀行

常陽銀行・千葉銀行・横浜銀行・福岡銀行・西日本シティ銀行の地銀5行が、営業圏の枠を超えて医療・介護分野に出資するファンドを共同で設立した。政府系ファンドの地域活性化支援機構が仲介し、みずほ銀行も出資した。ただし、投資先には、病院だけでなく

1次医療圏：身近な医療を提供する医療圏で、通常は市町村を単位として考える。

2次医療圏：医療法で設定が規定され地理的条件や社会的条件を考慮して、複数の市町村を単位として全国で349の医療圏が認定されている。

介護施設や介護ロボットまで含まれ、将来は100億円の規模になる。

3. コンサルティング

医療市場は、医療費の金額だけを見ると増大する成長期のように見える。しかし、少子・高齢化が進み周産期・小児医療などは衰退している。その中でも、周囲の病院が周産期医療を取りやめた医療圏では、そのニーズが高まるなど1次医療圏、2次医療圏の特徴を考察して、市場の状況を適切に判断することが大切である。

医療業界では、厚労省の施策の方向性を見ることは重要である。しかし、その方向性は、二転三転している。したがって、一方で厚労省を見ながら、他方で地域の医療圏の機能分化と競合状態を分析することが肝要である。その上で、自分の医療組織の強みと位置づけを行うことである。それは、一般の企業のマーケティングと同じ視点である。そこでは、医療圏内の地域 No.1 の機能を持つようにマネジメントが求められているのであり、病院機能評価や ISO9000 の認証は、その経営改善の PDCA を回している証になる。

医療の特殊用語に惑わされることなく、マーケティング視点を明確に持って、患者満足に向けて経営することをコンサルティングしてほしい。

3.1 ビジネスマッチング

医療機関が、外部に最も求めるビジネスマッチングは、医師・看護師・コメディカルなどの人材獲得である。特に、専門病院では、ドクターズガイドや専門誌のランキングに載る医師は、医療施設の信頼性を高める。金融機関が、その紹介に成功すれば病院・診療所経営の安定にもつながる。ただし、医療はサービス業で人材が命であるから、人材の入れ替わりが激しいところ、または減少している

図表15-5 病院・診療所のコンサルティング

	創業期	成長期	成熟期	再生期
ビジネス マッチング	・医師・看護師・コメディカル紹介 ・医療周辺事業			・全国病院ネットワークを持った医療法人の紹介
海外支援		・一部の専門病院のメディカルツーリズム		
外部連携	・地域医療連携、介護施設との連携			・コンサルタントの紹介
事業承継支援			・後継医師探し、売却・賃貸	

施設は要注意である。

人材に関する過疎地の不足問題は、全国一律の診療報酬制度の欠点でもある。研修医制度が、地方の医師不足を招いたというのは一面的な見方である。亀田病院などの地方でも人材を集めている施設を見れば、魅力のない病院が若い医師に見捨てられたことがわかる。看護師不足には、前述の7:1看護問題がある。しかし、根本的には、医療施設のマネジメントの問題である。第6次医療法改正では、勤務医や看護師の勤務環境改善の義務が明記された。社会保険労務士会は、医療労務コンサルタントという資格を作り推進する。金融関係者は、病院に足を運び、働いている医療スタッフの満足度を考察することも、医療機関の将来性を見る上で大切である。

医療周辺の専門事業には、医療事務代行、レセプト点検サービス、滅菌代行サービス、臨床検査などがあるが、固定化しているケースが多い。むしろ給食事業、リネン事業、清掃業、警備業、医療廃棄物処理業、民間救急車の搬送業などで、優良な企業を紹介することは、中小病院・診療所との関係を継続的に深めることになる。

3.2 海外支援

コメディカル：和製英語で、医師や看護師の指示の下に業務を行う医療従事者の「薬剤師、検査技師」などのこと。

病院機能評価：日本医療機能評価機構による審査。ISO9000との大きな差異は「再審査が5年で、その間の審査なし、見直し制度的なものはない」こと。

〈参考財務データ〉

	有床診療所〈8321〉	無床診療所〈8322〉
企業数(社)	159	894
平均従事員数(人)	24.9	12.2
売上高	売上高(千円) 266,192	135,830
	前年比(%) 99.7	102.1
成果配分	限界利益率(%) 80.0	80.8
	労働分配率(%) 62.8	65.5
	一人当たり人件費(千円) 448	491
収益性	経常利益(千円) 13,792	6,762
	売上高経常利益率(%) 5.2	5.0
	総資本経常利益率(%) 5.2	5.2
還債能力	自己資本比率(%) 63.1	68.4
	債務償還年数(年) 3.1	2.3

〈業界団体〉

- 厚生労働省
東京都千代田区霞が関1-2-2
Tel.03-5253-1111
- (公社)全日本病院協会(全日病)
東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3234-5165
- (公社)日本医師会
東京都文京区本駒込2-28-16
Tel.03-3946-2121
- (独行)福祉医療機構
東京都港区虎ノ門4-3-13
Tel.03-3438-9940
- (公社)日本看護協会
東京都渋谷区神宮前5-8-2
Tel.03-5778-8831
- (公財)日本医療機能評価機構
東京都千代田区三崎町1-4-17
Tel.03-5217-2320

〈参考文献〉

- 泉谷渉編『病院計画総覧』産業タイムズ社(2013)
- 木村憲洋(委員会代表)+医療現場を支援する委員会編・著『病院経営のしくみ』日本医療企画(2010)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成24年医療施設(動態調査)病院報告(上巻・全国編)』厚生統計協会(2014)
- 厚生労働省編『平成25年度版 厚生労働白書』日経印刷(2013)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成23年 国民医療費』厚生統計協会(2013)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成23年 患者調査(上・下巻)』厚生統計協会(2013)
- 全国公私病院連盟著『病院経営実態調査報告』全国公私病院連盟(2013)
- 日本看護協会出版会編『2013看護協会調査研究報告』日本看護協会出版会政策企画部(2013)
- 広瀬輝夫監『医療・医療経営統計データ集2012年版』三冬社(2012)
- 吉原健二編集委員代表『医療経営白書』日本医療企画(2013)

大手商社が中心となり、アジアに高度医療を行う病院事業設立の計画があるが、関係できるのは一部の専門病院に限られている。

また、海外の富裕層を呼び込むメディカルツーリズムは、安い手術料金などを武器に、アジア地域の国が先行している。今後は、日本でもプロモーション、多言語対応、異文化対応、アフターフォロー問題などがあるが、専門病院を中心に戦略的に実施されるであろう。医療事務関係では、2012年より(一財)日本医療教育財団による「外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)」が始まっている。

3.3 外部連携

外部連携の専門家としては、税理士、社会保険労務士などの専門家が関係してきた。しかし、これからは、医療機能分化の中で、医療圏の特徴と自組織のポジショニングを考察できる中小企業診断士などの経営コンサルタントの紹介が、金融機関としても大切になる。

3.4 事業承継支援

医療法人の事業継承では、理事長の交代という形で個人の診療所より比較的簡単に継承できる。個人の診療所では、親子間の継承でも、現院長の廃業と新院長の開業の手続きが必要で、各官庁に所定の届出が必要である。

診療所の9割以上で後継する医師がいないので、他の医師へ診療所を売却や賃貸しなければならない。問題は、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科などの特定の診療機材が異なり、適合させなければ成立しないことである。金融機関として、診療所の購入・賃貸予定者の紹介は、次の融資にもつながる大切な情報提供である。

事業継承でも、経営理念やビジョンを明確に策定した計画が基礎である。しかし、医療機関では慣れないことが多いので、金融機関として、計画作成のサポートが大切になる。