

# YCOG

YAMADA Consulting Group

vol,12

2018.4

## 人口減少時代の病院経営と制度改定 - 診療・介護報酬同時改定、新認定医療法人制度、働き方改革 -

### I 人口減少時代における病院の経営戦略

「人口減少時代における病院の経営戦略」  
増井 浩平

### II 制度変化と病院経営への影響

「診療報酬改定の最新動向と対応策」  
海内 志保

「介護報酬改定の最新動向と対応策」  
泉 真一

「新たな認定医療法人制度について」  
島崎 明・深澤 博隆

「病院における働き方改革の論点と対策」  
渡辺 茂徳

### III 病院経営に関する最近の論点

「医療介護分野における社会的責任(CSR)と経営戦略」  
渋谷 弘幸

「報酬改定・人口減少に伴う連携・M&Aの意義」  
川村 和人

「医療業界における地域再編・面的連携の必要性」  
増井 浩平

### IV 病院事業者の分析の進め方

「病院事業者の分析の進め方」  
山本 大貴



## 基本理念

### 健全な価値観

私たちは、信頼される人間集団として健全な価値観を共有します

### 社会貢献

私たちは、高付加価値情報を創造・提供し、顧客と社会の発展に貢献します

### 個と組織の成長

私たちは、個と組織の成長と調和を目指し、高い目標を掲げる個を尊重します

## 目次

### ごあいさつ

増田 慶作 3

**I** 人口減少時代における病院の経営戦略

増井 浩平 4

**II** 制度変化と病院経営への影響

診療報酬改定の最新動向と対応策

海内 志保 10

介護報酬改定の最新動向と対応策

泉 真一 20

新たな認定医療法人制度について

島崎 明・深澤 博隆 28

病院における働き方改革の論点と対策

渡辺 茂徳 34

**III** 病院経営に関する最近の論点

医療介護分野における社会的責任 (CSR) と経営戦略

渋江 弘幸 40

報酬改定・人口減少に伴う連携・M&Aの意義

川村 和人 46

医療業界における地域再編・面的連携の必要性

増井 浩平 50

**IV** 病院事業者の分析の進め方

病院事業者の分析の進め方

山本 大貴 56

### ごあいさつ



山田コンサルティンググループ株式会社  
代表取締役社長 増田 慶作

早春のみぎり、ますますご健勝のほどお慶び申し上げます。日頃は私共、山田ビジネスコンサルティング株式会社をご愛顧くださり誠にありがとうございます。

2018年4月1日、弊社山田ビジネスコンサルティング株式会社は、弊社グループ会社である山田不動産コンサルティング株式会社、株式会社東京ファイナンシャルプランナーズとともに、持株会社である山田コンサルティンググループ株式会社に合併・統合いたします。各社の事業は山田コンサルティンググループ株式会社が引継ぎを行います。

高い専門性と現場主義のビジネスコンサルティングに教育研修・不動産コンサルティングが加わり、お客様のあらゆる課題にワンストップでお応えいたします。皆様におかれましては、より一層のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

なお、これを機に、弊社情報誌はYBCからYCGへと名称変更いたします。引き続き、皆様に有益な情報を発信して参ります。

Vol.12では、「人口減少時代の病院経営と制度改定・診療・介護報酬同時改定、新認定医療法人制度、働き方改革」というテーマで執筆いたしました。

人口減少時代を迎え、病院経営は大きな転換期に差し掛かっています。2025年には団塊の世代が全て75歳以上となり、医療需要がピークを迎えます。他面、社会保障費の抑制という国家的課題に対応するため、厚生行政は、医療提供体制の効率化を目指しています。

2018年4月は、6年に1度のタイミングである診療、介護報酬の同時改定が行われます。今回の改定は、2025年を控えた実質的な最後の同時改定と言われ、病院経営に多大な影響を与えることが想定され、関係者はその動向に注目しています。本号では、執筆時点で入手できた最新の動向と影響見込みについて触れています。加えて、2017年度（平成29年度）税制改正及び平成29年4月施行改正医療法で導入された新認定医療法人制度や、日本全体で議論となっている働き方改革についても解説しています。

病院経営は、国内需要の動向に大きく左右されます。人口減少および人口構造の変化による医療需要への影響は多大であり、多くの病院において、経営戦略の見直しが迫られています。医療業界としては2025年に照準を当てて制度の見直しが図られていますが、病院経営においては、さらに中長期的な視点で考える必要があります。本号では、2025年以降に予測されている人口変化が先行して発生している地域を事例として取り上げ、中長期的な病院経営を考えるポイントについて解説しています。

医療サービスは地域に必要なインフラ機能であり、維持し続ける必要があります。人口減少による供給過剰で共倒れになるリスクを回避するために、地域における業界再編をいかに進めていくのか、という視点が重要です。地域の業界再編を推進するための動きについては本号の後段で解説しています。

本号では、病院経営を取り巻く制度環境変化を概括的に整理し、環境変化を背景として増えてきている主要な経営課題とその対応方針を紹介しています。加えて、ご相談が増えているテーマも取り上げています。どの病院においてもある程度共通して発生している課題例を掲載しておりますので、多少であれお役立て戴ければ幸いです。

2018年4月吉日

# 人口減少時代における 病院の経営戦略

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 部長

増井 浩平

医療機関・介護施設の事業計画の策定、業績改善、事業承継、M&A、組織再編、病棟・事業モデルの見直し、建替計画の基本構想の立案、新規事業計画立案等の支援実績多数。



## POINT

病院を取り巻く制度・環境変化は日々目まぐるしく変わっています。一例として、6年に一度の診療・介護報酬同時改定が2018年4月に行われます。改定は医療・介護事業者に多大な影響を与えるため、その動向が注目されています。加えて、認定医療法人に関する改正や医師の働き方改革など、多岐に渡る制度動向の把握が必須となっています。

業界的には医療需要がピークを迎えるとされる2025年を見据えて各種の制度が改定、見直されています。しかしながら、より長期的に起こり得る医療需給の構造変化を捉え、中長期的な事業規模、機能のありかた、すなわち経営戦略の見直し・転換を検討するという視点が必要です。

将来方針はマクロ的な制度・環境変化とミクロ的な地域環境の動向の双方を押さえる必要がありますが、本稿ではマクロ的な制度・環境変化について触れ、近年起こりつつある価値観の変化、ならびに経営戦略の考え方について解説いたします。

## 1 制度の変化

病院は規制業種と言われ、その運営には様々な基準・制度を遵守する必要があります。加えて、基準・制度は定期的に改正・改定されるため、その動向をいち早くキャッチアップし、自院への影響を予測することが重要です。本誌では、近年における重要な制度の見直しについて大きく3点取り上げています。

### (1) 診療・介護報酬同時改定

一つ目は診療・介護報酬同時改定です。診療報酬制度、介護報酬制度およびその改定についてはII章で詳細に解説しますので本稿では簡単に触れます。診療報酬は主に医療機関で提供されるサービス、介護報酬制度は介護事業者によるサービス提供の料金表のことで、かつ、公定されています。さらに、定期的に改定されるため、プライシング(サービスの価格を決めること)の余地が事業者にはほぼなく、改定のたびに運営方針の点検・見直しを余儀なくされます。改定のタイミングは、診療報酬は2年、介護報酬は3年ごとに行われています。

2018年4月は二つの制度改定が同時になされる6年に1度の

タイミングであり、2025年を見据えた重要な同時改定と言われ、その動向が注目されています。

### (2) 認定医療法人制度

医療機関経営者は高齢化が進んでいると言われ、経営者の交代の時期が近いうちに到来する、あるいはいつ到来しても不思議でないような経営者が多く見られています。民間部門における病院の運営主体の大部分は医療法人立であり、経営者は原則医師(または歯科医師)でなければならないということが医療法で定められています。従って、法律的に、承継者に制約があるという特徴が医療法人にはあると言えます。

加えて、医療法人は配当が禁止されていることもあいまって、相続の際に発生する税金の対応に追われるケースが散見されます。厚生労働省としては、病院経営が安定的に継続できるよう、見直しを図っているところです。

詳細はII章で解説するように、2017年の税制改正にて創設された新認定医療法人制度が相続対策でクローズアップされています。

### (3) 医師の働き方改革

日本全体として生産年齢人口が減少し人材不足が叫ばれています。加えて、長時間労働の抑制、ワークライフバランス等の働き方に関する見直しが進められています。労働基準監督署のチェックも厳しくなっている業界もあり、働き方改革への対応は待ったなしという状況であり、そして、病院経営も例外ではありません。

ただし、医師の提供しているサービスの特殊上、その検討には時間を要することから、他の業界に比べて一定期間の猶予が設

けられています。業界としての議論も今後詰める必要があるところですが、今のうちに検討を進めていく必要があるテーマであると思われます。その動向についてはII章にて説明します。

## 2 環境の変化

病院経営は、概ね患者を対象としたサービスであり、人口動態、構造変化の影響に大きく左右されます。そして、日本は、世界でもまだ例のない人口の変化を、今後十数年で迎えると言われて、病院経営に多大なインパクトを与えられていると考えられています。

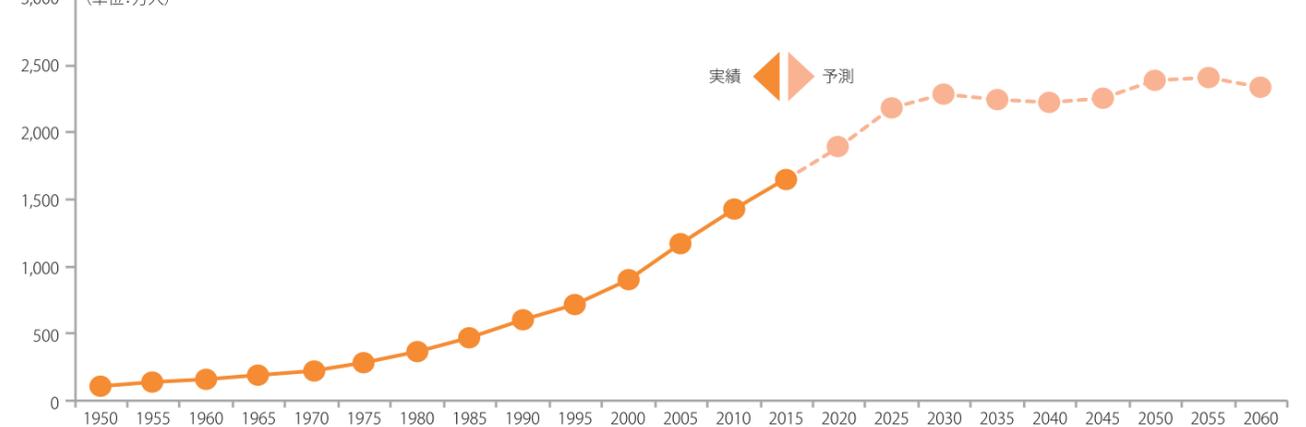
### (1) 2025年問題

医療・介護業界では2025年をマイルストーンとして様々な制度が創設、見直しされています。なぜか。2025年は、団塊の世代とされる人口ボリュームが全て75歳以上に該当し終わる年であるためです(正確には2024年で75歳以上となります)。

75歳以上になるというのはどういうことか。一般的に年齢を重ねるにつれて病気に懸かりやすくなると言われています。統計データに基づくと、75歳以上と全体平均の患者一人当たり医療費は約3倍の差があるとされています。65歳以下人口で比較すると5倍超です。従って、2025年前後において、医療需要が爆発的に増加すると予測されています。言い換えると、財政負担がさらに重くなるということから、医療提供体制を効率化するための施策や、健康意識を高め予防を推進する啓蒙活動、自己負担を見直す議論等々がなされています。

2025年は75歳以上人口が急増すると述べましたが、もうひとつ指摘できる事項があります。

図表1 75歳以上人口推移・予測  
(単位:万人)



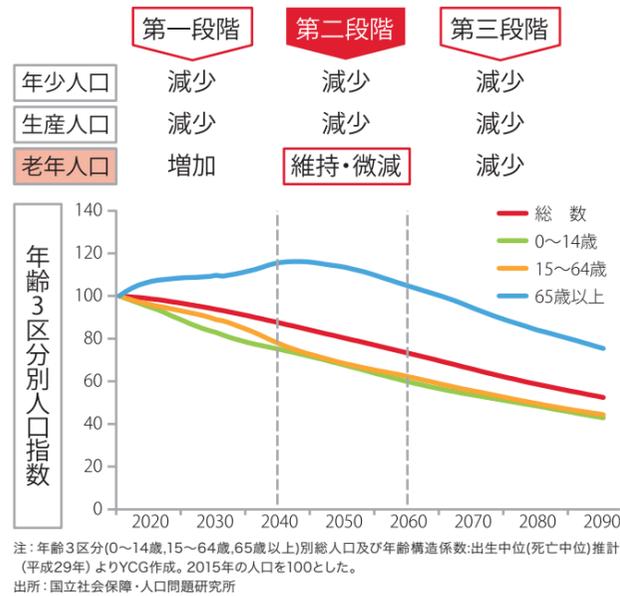
注: 2005年まで国勢調査、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所のデータ 推計値は出生中位(死亡中位)推計  
出所: 国立社会保障・人口問題研究所、総務省

図表1は75歳以上の人口予測を示しています。これを見ると、2025年付近まで75歳以上人口は急速に増加しています。しかし、2025年付近を転換点としてそれ以降は横ばいで推移しています。つまり、75歳以上人口は、2025年以降は増えないということです。長らく高齢(化)社会と言われ、感覚的に、高齢者人口は今後も増加すると捉えられることがあります。2025年および次に触れる2040年前後までの期間において、大きな構造変化を迎える点を改めて認識する必要があると思われます。端的に述べると、人口の構造変化に基づく医療需要の増加は今後見込めなくなる、ということです。

## (2) 2040年を見据える

図表2は年齢3区分別の超長期の人口予測を示しています。現在から2040年付近までは人口の構造変化の第一段階と言われています。すなわち、総人口としては減少するものの、65歳以上人口(老年人口)という区分では、いまだ人口は増加すると推計されています。

図表2 年齢3区分別の将来人口動向の長期推移



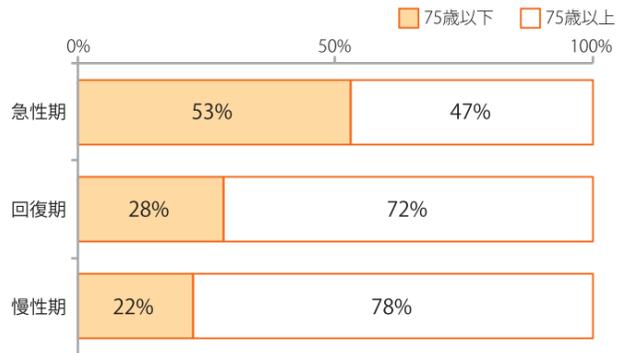
第二段階は65歳以上人口の増加も止まります。先に説明した点も踏まえると、2025年以降、75歳以上人口の減少が止まっていますが、65歳以上人口はまだ増加しています。しかし、その65歳以上人口の増加も止まり、高齢者人口全体も維持・微減となる、ということです。第三段階となると、いよいよ、65歳以上人口含め全ての年齢区分で減少していくと見られています。

業界的には2025年問題がクローズアップされることはありますが、2040年を見据えた議論があまりされていないように思われます。しかし、病院経営は2025年以降も継続する必要があるため、さらにその先の構造変化を見据えた経営判断が必要であると考えられます。

## (3) 人口構造変化の影響

繰り返し述べているように人口動態・構造変化は病院経営に大きな影響を与えます。第一に、医療需要は、今後、確実に減少するというです。特に、急性期入院医療の患者が先行して減少すると見られます。図表3は医療機能ごとの年齢区分別入院患者の割合を示して示しています。これを見ると、急性期の入院患者の約半数は75歳以下です。一方、回復期および慢性期は7割超が75歳以上と対照的となっています。

図表3 医療機能別の年齢別入院患者割合



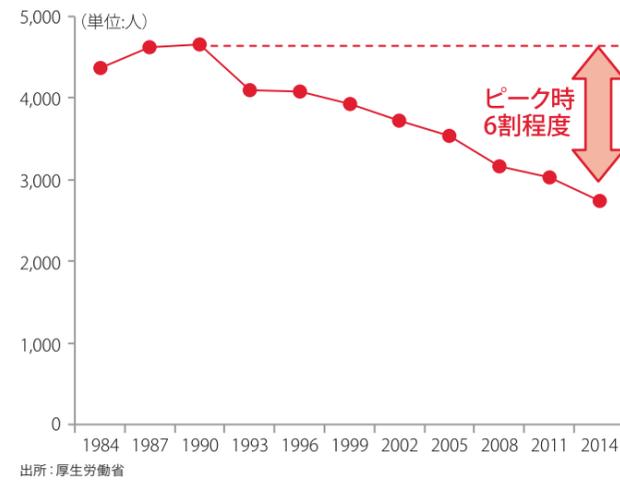
注：年齢階級別分布(5歳区分)をYCGにて一部改変  
一般病床7対1を急性期、地域包括ケア病床・病室を回復期、療養病床を慢性期とした。  
出所：厚生労働省

年齢3区分別の人口予測で示した通り、日本全体としては、既に65歳未満人口は減少局面に差し掛かっていて、また、今後はさらに規模縮小すると見込まれています。先ほど触れたことと合わせて考えると、急性期における入院医療の対象マーケットが縮小することを意味しています。

回復期、慢性期の医療ニーズについては、今後増える見込みかどうかという、必ずしもそうではないかもしれません。図表4は65歳以上の人口10万人対入院受療率を示しています。受療率とは、調査日の1日に、どれだけの人口が外来または入院医療サービスを利用したか、を表す数値であり、人口10万人に対しての割合で表記されています。これを見ると65歳以上は1990年をピークに一貫して低下傾向にある、ということです。つまり、人口当たりの入院患者数が減っていることを意味しています。

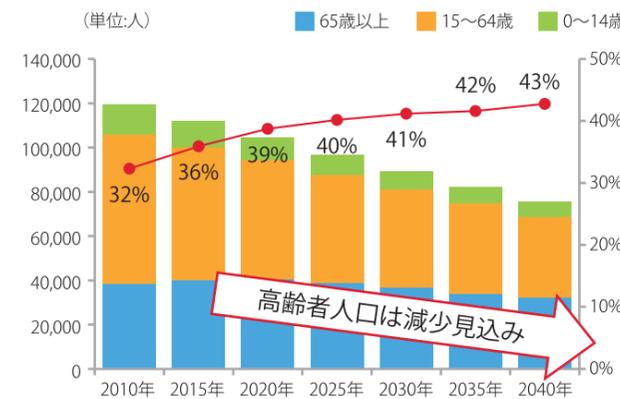
患者数が減少傾向にある理由は複合的であり、例えば1983年以降、段階的に高齢者の自己負担額が増加していったことや、診療報酬改定による退院の促進、予防・健康増進、入院施設以外の受け皿の多様化などが考えられます。ともあれ、高齢者人口においても入院医療ニーズが段階的に減ってきているということです。65歳以上人口総数はまだ数年増加する見通しであるため、受療率の低下が患者数の減少に直結することはないかもしれませんが、いずれは高齢者の入院医療ニーズも減少局面を迎えることになると思われます。

図表4 人口10万人当たり65歳以上人口における入院受療率

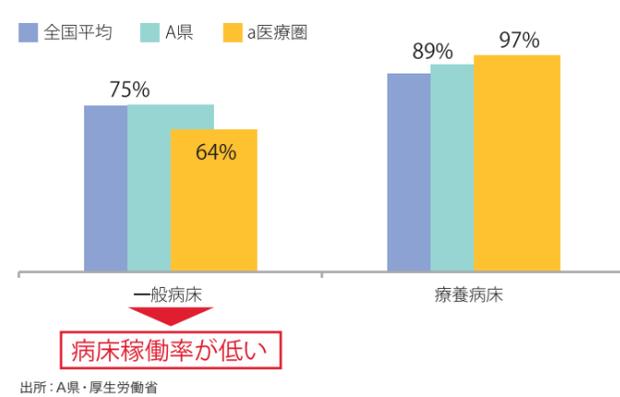


例えば、人口減少が先行して第二段階に差し掛かっている地域(a医療圏)に位置する病院の平均病床稼働率をみてみると、一般病床において、全国または当該地域を含む都道府県(A県)の値に比べて1割程度低くなっています。他方、療養病床においては県平均を上回っています(図表6)。この地域は、図表5をみると、高齢化割合36%、高齢者人口が2015年時点で既に維持、以降は微減となると見込まれ、これまでの議論を踏まえると、既に急性期入院医療に関する需要はピークアウトしていると考えられます。

図表5 a医療圏の人口推計



図表6 a医療圏・A県・全国の平均稼働率



加えて、人口の構造変化に関する論点としては医療提供側にもあります。働き手が減少するというです。医療業界に限らず既に労働者不足は指摘されていることですが、特に、病院経営は、多様な資格者で構成される人的資源を必要とするため、人口減少による労働力の減少は重要な問題です。先ほど触れたa医療圏の人口10万人対医師・看護師数では、看護師こそ全国平均を上回っていますが、肝心の医師数は6割程度です。医師の需給は、人口問題だけでなく地域的な偏在も指摘されるため、人口減少だけの議論には留まりませんが、ともあれ、人口減少は供給不足の一要因になると考えられます。

人口動態・構造変化は医療サービスの需給に多大な影響があることを見てきました。本稿では触れませんでした。介護サービスも含めてマーケットを捉える場合は、今後も規模は増大していくと見られています。しかし、入院医療だけに絞ってみると、高齢者人口が増加する、イコール市場規模が増大するというわけではありません。都心部は人口構造の変化が異なる傾向を示しているため、まだ課題として認識するには至らないかもしれませんが、既に人口減少が進んでいるエリアでは先行して問題が顕在化しているため、足元の課題として取り組んでいく必要が生じています。

# 3 価値観の変化

## 病床を持つことの意義

これまで見てきたように、入院医療の需要動向は、急性期では減少、回復期・慢性期では、増加しつつも次第に減少すると考えられます。加えて、働き手の減少も影響し、また、医療業界固有の人的資源の偏在という課題も相まって病院のベッドを維持・保有することが難しくつつあります。なぜかという、入院医療を提供するには夜間も含めて一定の医師や看護師等を配置する必要がありますが、その人材を雇用するための各種コスト負担が重くなるためです。詳細はIII章で触れている通り、特に民間の中小病院において、ベッドの維持コスト増による経済性の悪化が問題となっています。多少強調して言うと、ベッドを保有し続けること自体が経営リスク化しつつあるということです。

## 最近の傾向変化

筆者は、全国の病院経営者と接する機会がありますが、人口構造の変化およびそれに対応する各種制度の見直しの動向を踏まえて、経営者の価値観・考え方に変化が起きていると感じています。以前に比べて、病院のベッド数を維持することに対して考えが柔軟になってきているという点です。具体的には、病床数

を減らしたり、あるいは医療機能を転換させたりすること、また、極端なケースで言うと病床を返上し無床クリニック化することも検討対象となることが増えてきています。以前は、病床規模・機能を維持することが各種経営判断の半ば前提条件となっていたため、経営者の考えが変わりつつあると感じています。

病院のベッド数は、人口動態や構造変化を踏まえて推計される医療需要に対応できるよう、供給量を都道府県側が計画・調整しています。基準病床制度と言いますが、仮に当該地域(二次医療圏という地理的範囲を指す。IV章参照。)で、既に存在している病院のベッド数が基準病床数より多ければ、その地域では既に医療需要に対応できるベッド数が供給されていると都道府県側は判断します。その場合は、当該地域で病院を新設しようと思っても都道府県側は新規開設を認めないことができると法律で定められています。総量規制と言われ、実質的な参入障壁であると指摘されてきました。

日本全国の多くの地域では、いまだ既存病床数は基準病床数を超えているため、既存病床は既得権益化してきました。当該地域への新規参入を考える場合は、既存の病院を買収するしかないためです。いわば、病床に価値があったと言えます。従って、病床規模を変更するような経営判断は、自院の価値を低下させるため検討されてこなかったように思われます。加えて、経営者の専門領域への志向・こだわりから、例えば急性期機能から回復期または慢性期機能(および介護)へ転換することは、そもそも検討自体されないことも多くあったと考えられます。

しかしながら、これまで見てきたように、ベッドを保有・維持することが難しくなり、維持すること自体が経営を危うくすることにもなっていることを鑑みると、そもそもとして病床を保有すべきかどうか、少なくとも現状の規模・機能のあり方を見直すべき時期に差し掛かってきていると考えられます。

## 4 経営戦略の見直しと課題

### 経営戦略のパターン例

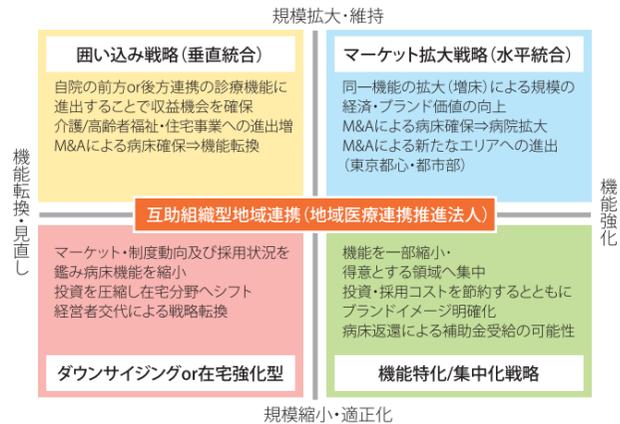
これまでの議論を踏まえた経営戦略の方向性については、図表7のように整理できます。検討の視点としては「事業規模」と「機能」があり、これまでは、規模を維持または拡大することを前提として、同一機能の規模拡大(増床、病院新設または買収)を目指すマーケット拡大戦略(水平統合)か、患者フローに応じて提供サービスを整備し、同じ患者に対して継続的に医療サービスを提供することで患者を囲い込む垂直統合戦略のいずれかを志向する経営者が多かったように考えられます。マーケット拡大戦略を実現する手

段として、東京都心部または各都道府県の都市部への進出を狙った地方有力グループにおいてM&Aが盛んに行われていると見受けられます。また、垂直統合戦略においても、中核病院と連携可能な範囲内の病院を買収し、中核病院の機能強化のために機能転換させてシナジー効果を狙うような動きも見られます。

近年においては、従来見られることが少なかった規模縮小ないし適正化を見据えた経営戦略が検討されるようになってきていると感じます。例えば、ベッドをダウンサイジングし、自院のコア領域に特化する集中化戦略です。総合病院を志向して多くの診療科を標榜していたところ、専門医等を確保する人的コスト、専門診療のための設備機器等コストなど診療科を維持するコスト負担を回避するために選択と集中を行う、というケースなどが想定されます。また、さらにドラスティックに、ベッド保有を断念し無床クリニック化し、経営者自身の裁量の範囲で経営・運営できる規模までダウンサイズさせる方針も検討されるが増えてきていると感じています。全て介護施設へ機能転換し、必要医師数・看護師数を大幅に抑制するパターンも本領域に該当します。

従来は図表7の下段部分の戦略について、検討すること自体されていないケースもありましたが、先に触れたような外部環境変化により経営者の考えが徐々に変わりつつあるように見受けられます。

図表7 経営戦略のパターン



### 戦略検討時のポイント

規模縮小や機能転換という選択肢が検討されるケースはどのような時でしょうか。筆者の経験によると、内部環境における重大イベントが発生する際によく起こると見えています。一つは経営者の交代、もう一つは建替えです。従って、近い将来にこのような経営イベントが発生する、または、検討する必要がある病院経営者においては、幅広く戦略を検討する視点が必要であると考えられます。

経営者は原則医師である必要があることは先に触れた通りです。近年、医療技術は高度に専門分化しているため、後継者候補の医師は、専門領域や医師として目指す姿に関して、承継予定の病院が提供している医療サービスとの間でギャップを感じるような場合があります。同じ専門領域であっても急性期だけを志向している場合はケアミックスの病院(急性期以外の患者も対象とする病院)を承継することを敬遠することがあります。加えて、職員の雇用維持や債務者としての責務、救急時の対応など、責任の重さも、敬遠される理由に挙げられることがあります。従って、

図表8 建替え検討の初期段階における簡易財務シミュレーション  
t期のキャッシュフロー見込み

勘定科目	t期見込
医業収益	1,500
(抜粋) 給与費	900
給与費比率	60%
(抜粋) 減価償却費	75
医業費用	1,450
事業利益	50
医業外損益	▲20
税引前当期純利益	30
法人税等	10
税引後当期純利益	20
減価償却費	75
設備投資	ゼロと仮定
フリーキャッシュフロー	95

## 5 おわりに

以上、マクロ的な環境変化とその病院経営への影響と対策の傾向について触れてまいりました。結論としては、人口減少時代における病院経営は、これまでの延長では考えることは非常に

経営者が交代するタイミング、交代を検討するタイミングは戦略見直しのきっかけになります。

第二に建替えの検討時です。図表8は、建替えの初期検討時における簡易財務シミュレーションです。近年においては、投資コストの上昇に伴い、現状のベッド数を前提とした建替え検討が財務上難しいケースが増加しています。詳細は割愛しますが、人件費管理などの経営管理体制における課題もあいまって、規模の縮小や一部の機能転換を盛り込んだ病棟構成案を立案することも珍しくなくなってきています。建替えの検討は中長期的な時間軸で進める必要があり、自院が位置するエリアの将来人口予測を踏まえるとベッドの稼働率を維持することが難しくなる懸念なども考慮せざるを得なくなっているためです。また、中長期的に考えるということは、一点目で触れた経営者の交代も同時検討する必要性が生じます。建替えは多面的・時間軸的な検討が求められ、高度な経営判断が求められる重大な経営イベントですので、当然ながら慎重な検討・分析が必要であると言えます。◀

必要投資額シミュレーション		
	現状維持	縮小
病床数	200床	150床
病床当り面積	15坪/床	15坪/床
必要延床面積	3,000坪	2,250坪
建築単価	1百万円/坪	1百万円/坪
建物投資額	3,000百万円	2,250百万円
土地		+α
医療機器等		+α
要弁済借入金	2,700百万円	1,950百万円
借入返済年数	28.4年	20.5年
目標返済年数		20年~25年

(参考) 投資額100百万円増加すると返済年数1年延長  
出所: 弊社クライアント事例を改変して作成

スクを伴う、ということが言えると考えられます。II章以降では、本稿では割愛した制度環境変化について、診療報酬・介護報酬同時改定、新認定医療法人制度、医師の働き方改革について解説します。III章以降では、病院経営における最近の注目テーマについて事例を交えながら触れてまいります。

# 診療報酬改定の最新動向と対応策

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 シニアコンサルタント

海内 志保

救命救急センター・急性期病棟等の経験を元に、収支改善、事業計画策定、人事制度策などを現場観点から支援。



## POINT

2018年度の診療報酬改定率は、診療報酬本体ではプラスの改定となりましたが、薬価部分を含めた全体ではマイナス改定となっています。

本体部分がプラスであるとしても、報酬点数の配分次第では医療機関にとってマイナスの影響となる可能性もあり、詳細を確認する必要があります。

改定の詳細は今後明らかになりますが、速やかに自院への影響を定量化し、対応策を検討していく必要があります。

本稿では診療報酬改定の近年の動向と、今回の診療報酬改定が病院経営に与える影響と対応策について解説していきます。

## 1 診療報酬制度・改定とは

### (1) 診療報酬制度

#### (ア) 診療報酬制度

診療報酬は、国が定める医療サービスの価格であり、その内容や改定は病院経営を考える上での必須事項です。診療報酬は、全国どの医療機関も等しく、同じ診療行為であれば同じ価格が設定されています。

診療報酬は、点数形式で表記され、「1点=10円」と換算され、保険者や患者に請求されます。点数は、診療行為ごとに設定されており、大きく分けると、基本診療料、特掲診療料、加算の3

つで成り立っています(図表1参照)。

図表1 診療報酬の項目

基本診療料	初診料	+ 特掲診療料	医学管理等	リハビリテーション	+ 加算
	再診料等		在宅医療	精神科専門療法	
	入院基本料		検査	処置	
	入院基本料等加算		画像診断	手術	
	特定入院料		投薬	麻酔	
	短期滞在手術基本料		注射	放射線治療等	

#### ①基本診療料

基本診療料は、1日に1度算定するベース料金のような料金体系となっており、「1日当たり〇円」のように請求する診療報酬をさします。

#### ②特掲診療料

特掲診療料は、個々の診療行為に対する点数(料金単価)

であり、たとえば「検査1回〇円」や「リハビリ1回(1単位)〇円」のような料金体系となっています。

#### ③加算

加算は、基本診療料や特掲診療料で定められている基本的な施設基準や要件を上回る場合に算定できるオプション料金であり、人員や設備を手厚く配置・整備すること等によって、より高い料金単価を請求することができるようになります。

#### (イ)施設基準

施設基準とは、安全面やサービス面等を評価する、医療機関の機能や設備、診療体制等の基準のことです。この基準は、健康保険法等の規定に基づき厚生労働大臣によって定められています。診療報酬を請求するためには、施設基準を満たす必要があります。

施設基準は、供給側の要件(有資格者の人数・割合、設備面の整備、組織体制の構築等)と需要側の要件(患者の疾患や状態、処置の状況等)、実績要件などで構成されています。

基本診療料である入院基本料の施設基準は、人員の手厚い配置や、重症度(看護必要度)の高い患者の割合などで、より高い料金単価を算定できるようになっています。

### (2) 診療報酬改定

診療報酬制度は、原則2年に1回改定されています。今回改定は2018年4月です。

改定の内容は、既存の点数を増減または新設・廃止する改

定と、施設基準の変更の大きく2つに分かれます。近年の改定では、施設基準を厳しくする傾向が見られます。

診療報酬改定は、病院経営に大きな影響を与えます。その理由は、第一に、一般的に、保険診療収益(診療報酬制度で定められている医療サービスによる収益)の収益全体に占められる割合が9割以上と極めて大きいこと、第二に、診療報酬改定は、当該医療サービスの提供に必要な原価構成に全く関係なく行われるため、改定の増減はそのまま利益の増減に直結するということです。したがって、自院の医療サービスの報酬がマイナス改定につながった場合は、コスト削減や更なる増収機会を見つけなければ、「収益低下イコール利益低下」となります。

## 2 2016年度診療報酬改定の概要と影響

### (1) 2016年度診療報酬改定の概要

2016年度診療報酬改定(以下、前回改定)は、病床の医療機能の分化や連携の充実、アウトカム評価を重視した改定が行われました。なお、医療機能は4つに区分され、それぞれの医療機能と対応する病棟(算定入院料)は、図表2の通りです。

注1:7対1、10対1とは、入院患者に対して配置されている看護師の人数を示しています。7対1であれば、入院患者7人に対して、常時看護師1人が配置されている、ということになります(図表9参照)。

図表2 医療機能の名称と該当病棟

医療機能の名称	医療機能の内容	算定する入院料(管理料)	実際の医療内容の観点から判断されるもの
高度急性期	急性期(病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで)の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	○救命救急入院料 ○特定集中治療室管理料 ○ハイケアユニット入院医療管理料 ○脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ○小児特定集中治療室管理料 ○新生児特定集中治療室管理料 ○総合周産期特定集中治療室管理料 ○新生児治療回復室入院管理料	○一般病棟入院基本料(7対1) ○特定機能病院入院基本料(7対1) ○専門病院入院基本料(7対1)
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	○地域包括ケア病棟入院料	○一般病棟入院基本料(7対1、10対1) ○特定機能病院入院基本料(7対1、10対1) ○専門病院入院基本料(7対1、10対1) 【一般病棟入院基本料(13対1)、専門病院入院基本料(13対1)】
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)	○地域包括ケア病棟入院料 ○回復期リハビリテーション病棟入院料	○一般病棟入院基本料(10対1、13対1、15対1) ○特定機能病院入院基本料(10対1) ○専門病院入院基本料(10対1、13対1)
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能	○療養病棟入院基本料 ○特殊疾患入院医療管理料 ○特殊疾患病棟入院料	○一般病棟入院基本料(13対1、15対1) ○専門病院入院基本料(13対1)

注2:「実際の医療内容の観点から判断されるもの」に記載の病棟は、実際に受け入れている患者がどの医療機能に該当するか、によって判断されます。例えば一般病棟入院基本料10対1の病棟であっても、急性期の患者を多く受け入れているか、実態として回復期の患者を多く受け入れているかによって該当する医療機能が異なることを意味しています。

では次に、それぞれの医療機能における改定内容と影響見通しについて解説します。

### (ア)急性期機能における改定

前回改定における一般病棟入院料で注目された内容として「重症度、医療・看護必要度」(以下、看護必要度)の要件見直し、基準引き上げがありました。「重症度、医療・看護必要度」とは、入院患者の重症度や高度な医療提供の評価を数値化した指標のことで、看護必要度を測定する評価項目には、「医学的な処置の必要性を示す」A項目、「患者の日常生活機能を示す」B項目という二項目があり、前回改定にて、「手術等の医学的状況」としてC項目が加わりました。そして、前回改定では、それぞれの項目の内容も見直されました。

A項目では「無菌室治療室での治療」や「救急搬送」、B項目では「危険行動(治療・検査中のチューブ類などを患者自身で引き抜く、転倒やベッド等からの転落、自傷行為または看護師等により、そのまま放置すれば危険行動に至ると判断した行動のこと)」や「診療・療養上の指示が通る」という項目が追加され、重症者の定義も「A項目3点以上の患者」と「C項目1点以上の患者」が追加されました。また、重症者に該当する患者割合は15%から25%に引き上げられました。つまり、重症とされる入院患者が全体の25%を占める必要があるということです。

この改定により、より重症度の高い患者を多く受け入れることが必要となるとともに、救急の受け入れや危険行動が起りやすい、せん妄状態(一時的に意識混濁が起こって、頭が混乱した状態のこと)の患者の受け入れを評価した形となりました。

### (イ)慢性期機能における改定

療養病棟における基本診療料である療養病棟入院基本料は2つの観点で評価されています。1つ目は看護師の配置数です。20対1(患者20人に対して看護師1人を配置)と25対1という2種類の看護配置があります。2つ目に、入院患者の疾患・状態又は医療処置の内容に応じた必要度合いを「医療区分」として3区分、日常生活送る上でどの程度の動作が可能かを判別する「ADL区分」の3区分をマトリックスに分け、9段階で点数評価されています(図表3)。医療区分は、3が最も患者の状態または処置の程度が重いとされ、ADL区分は3が最も重く、介助無しでは生活ができないことを意味しています。2016年の改定では、その

医療区分の判定基準が一部見直されたこと(図表4)と療養病棟入院料2に医療区分の割合基準の導入が行われました。つまり、以前に比べ、より重症に区分される患者の入院割合を高めないと、減収になるような措置が取られました。

図表3 療養病棟入院基本料別の点数マトリックス

療養病棟入院基本料1(20対1)			
医療区分2・3の割合が80%			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	9,670	14,120	18,100
ADL区分2	9,190	13,840	17,550
ADL区分1	8,140	12,300	14,680

例①:療養病棟入院基本料1で医療区分2、ADL区分2の場合の1日当たり入院料…13,840円

療養病棟入院基本料2(25対1)			
医療区分2・3の割合が50%			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	9,020	13,470	17,450
ADL区分2	8,540	13,200	16,910
ADL区分1	7,500	11,650	14,030

例②:療養病棟入院基本料2で医療区分3、ADL区分1の場合の1日当たり入院料…14,030円

※療養1、療養2入院基本料共に2016年度診療報酬改定時の入院料です。

図表4 医療区分の一部項目の見直し

<b>医療区分3</b> 酸素療法を実施している状態
<b>医療区分2</b> 頻回の血糖測定検査を実施している状態 糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態 うつ症状に対する治療を実施している状態 ○うつ症状に薬を投与している場合 ○精神科専門療法を算定している場合

### 改定後

<b>医療区分3</b> 酸素療法を実施している状態のうち ○常時酸素流量3l/分以上を必要とする場合 ○肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合 ○NYHA重症度分類のⅢ度またはⅣ度の心不全
---

<b>医療区分2</b> 酸素療法を実施している状態(上記以外) 頻回の血糖測定検査を実施している状態 糖尿病に対するインスリン製剤またはソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態 うつ症状に対する治療を実施している状態 ○精神保健指定医がうつ症状に薬を投与している場合 ○精神科専門療法を算定している場合
--

### (ウ)回復期機能における改定

回復期領域の基本診療料は2つに分かれます。回復期リハビリテーション病棟と、地域包括ケア病棟です。

一つ目の回復期リハビリテーション病棟とは、脳血管の病気や、大腿骨頸部骨折(足の骨折)等の患者に対して、寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーション(以下、リハビリ)を集中的に行うための病棟のことです。この回復期リハビリテーション病棟入院料においては、日常生活動作(ADL)の改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価(リハビリテーションによって、ケガや病気による機能障害が、どの程度改善や回復したかを数値化すること)が導入されました。それぞれの用語の定義については図表5の通りです。

回復期リハビリテーション病棟では、状態改善のためリハビリを毎日行います。1日に1人の患者に実施できるリハビリには制限があります。リハビリの実施単位は、1単位20分として計算され、患者1人当たり1日のリハビリ算定の上限は、9単位(180分)です。

リハビリの効果実績が一定の水準に満たない場合、算定可能な疾患別リハビリは1日6単位までに制限されました。一定の水準とは、①リハビリの提供実績(1日平均6単位以上)、②FIMの改善度合いなどから計算した実績指数が27以上という要件を満たすことです。仮に6単位以上実施していたとしても効果が認められない場合、7単位目以上はサービスを提供していたとしても請求することができなくなりました。つまり、収益計上することができない、ということです。この背景には、一定以上のリハビリを提供した場合においても、ADLが向上しないという結果報告があったためと言われていいます。サービス提供が実際に効果に結びついていることが必要であり、アウトカムによる評価が重要視されていると言えます。

二つ目の地域包括ケア病棟とは、高度急性期・急性期医療から在宅療養までを結ぶ役割を担う病棟のことです。地域包括ケア病棟には、高度急性期病院等から患者を受け入れ(ポストアキュート)、在宅療養患者あるいは介護施設等入所者の急性増悪時の受け入れ(サブアキュート)、在宅への復帰支援の3つの機能があります。この地域包括ケア病棟入院料(管理料)においては、多様な患者の受け入れを促進するため、入院料の包括範囲のうち手術と麻酔を出来高算定(入院料とは別に実施した手術や麻酔の点数を算定請求できる)とすること、500床以上の大病院に対しては、地域包括ケア病床の保有病棟数規制(500床以上の病院で導入できる地域包括ケア病棟数を制限すること)を導入し、急性期病棟との機能分化の促進を図りました。この背景には、地域包括ケア病棟の入院患者は、急性期病院・病棟から入棟(当該病棟に入院すること)している割合が高いため、より多様な患者の受け入れを可能として、在宅や介護施設等からの受け入れを促進することや、高度急性期機能を持つ病院が、自院の中だけで患者の囲い込むことを防ぐことが目的と推測します。

図表5 ADLとFIMの用語解説

名称	用語解説
ADL	日常生活動作(Activities of Daily Living)の略。食事、排泄、入浴、整容、衣服の着脱、移動、起居動作などの生活を送るために必要な動作のこと。
FIM	機能的自立度評価表(Functional Independence Measure)の略で、ADL評価法。特に介護負担度の評価が可能。食事や移動などの“運動ADL”13項目と“認知ADL”5項目から構成され、1点が介護時間1.6分と設定されており、110点で介護時間0分となる。

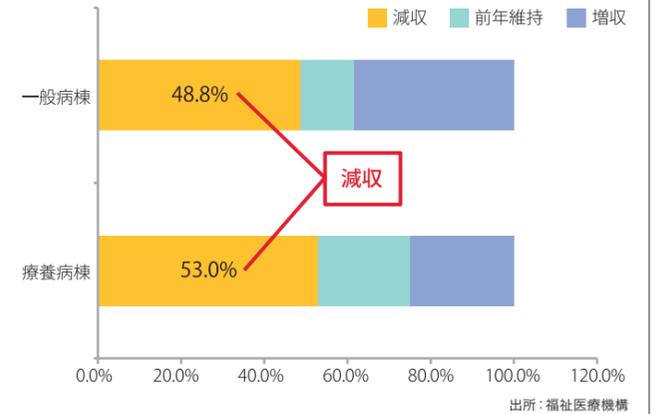
## (2) 2016年度診療報酬改定の影響

### (ア)診療報酬改定の影響

前回改定の影響は、病院経営にどのように影響したのでしょうか。図表6をみると、一般病棟における医業収益は、48.8%の病院が収益減となりました。一方、療養病棟では53%の病院が収益減でした。

収益減の理由としては、一般病棟において看護必要度基準、療養病棟において医療区分2・3割合基準を維持するために患者の退院を一部促したため、稼働率が低下し、収益減につながったことが理由として挙げられています。

図表6 2016年度診療報酬改定の病棟別医業収益変化



## 3 2018年度診療報酬改定の内容整理と影響見通し

### (1) 2018年度診療報酬改定の狙い

#### (ア)病床機能報告制度と地域医療構想の策定

2018年度診療報酬改定における基本方針の中で、改定の重点課題は、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進とされています。これには、質の高い医療の提供と、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制を確保することが重要です。



図表11 重症度、医療・看護必要度に係る改定内容

A項目	0点	1点	2点	B項目	0点	1点	2点
1. 創傷処置 ①創傷の処理(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置	なし	あり		1. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2. 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり		2. 危険行動	ない	—	ある
3. 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり		3. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
4. 心電図モニターの管理	なし	あり		4. 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5. シリンジポンプの管理	なし	あり		5. 口腔清潔	できる	できない	
6. 輸血や血液製剤の管理	なし	あり		6. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7. 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬の使用(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼布、坐薬の管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤の管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレーナの管理 ⑪無菌治療室での治療	なし	—	あり	7. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
8. 救急搬送(搬送日より2日間)	なし	—	あり				

C項目	0点	1点
①開頭の手術(術当日より7日間)		
②開胸の手術(術当日より7日間)		
③開腹の手術(術当日より4日間)		
④骨の観血的手術(術当日より5日間)		
⑤胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より3日間)	なし	あり
⑥全身麻酔・脊椎麻酔の手術(16~20除く[術当日より2日間])		
⑦救命等にかかる内科的治療(2日間) (1.経皮的血管内治療 2.経皮的心筋焼灼術等の治療 3.侵襲的な消化器治療)		

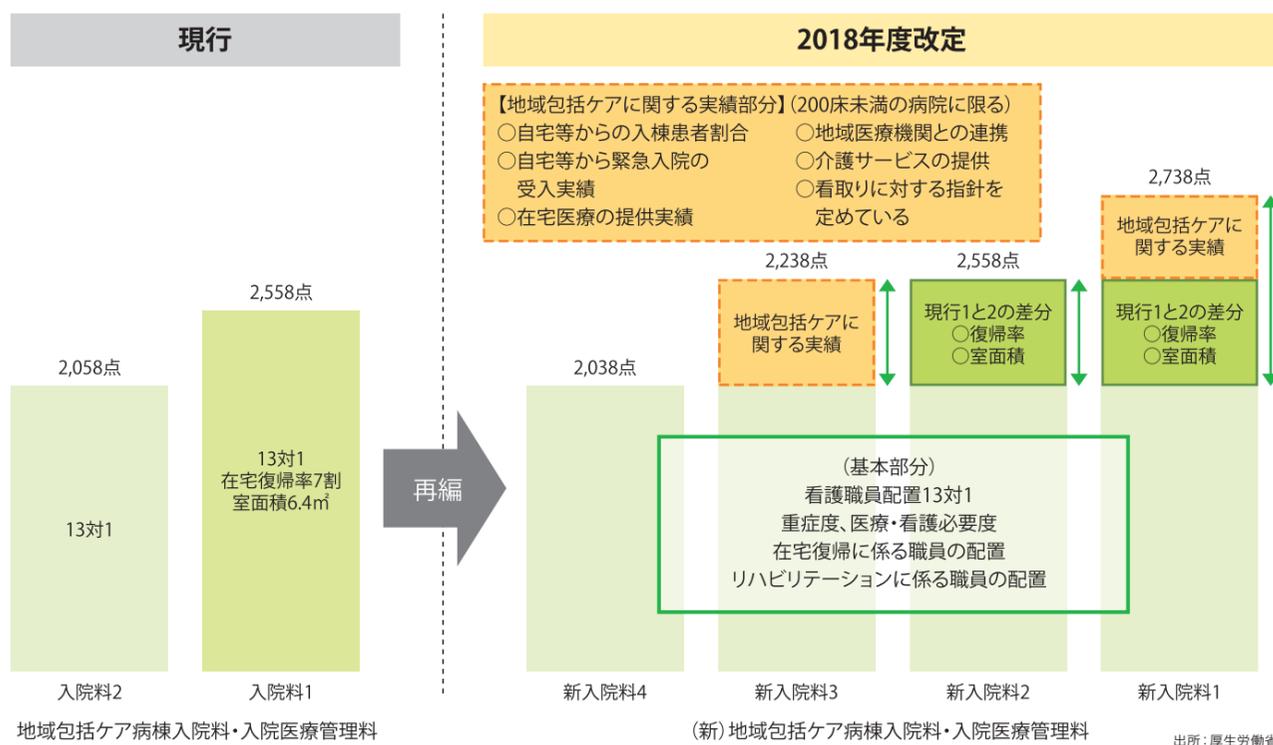
  

A項目が2点以上かつ B項目が3点以上の患者	A項目が1点以上かつ B項目が3点以上の患者 (B項目の2または3のいずれかに 該当する場合)	C項目が1点以上
---------------------------	--	----------

手術の算定期間が変更になるほか、該当患者の基準である「A項目2点以上かつB項目3点以上」について、認知症やせん妄の状態を評価するB項目の「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」のいずれかに該当する場合は「A項目1点以上かつB項目3点以上」でも看護必要度該当患者に含めることになりました。

(図表11 スミ塗された箇所が変更部分)。基準の変更に伴い、重症度の該当割合に関しては、従来の定義による該当患者割合と新基準の該当患者割合を比較した場合、従来の判定方法では5.2%の引き上げが見込まれます(詳細は割愛しますが、実績データによる判定方法では1.5%の引き上げが見込まれます)。

図表12 地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ



出所：厚生労働省

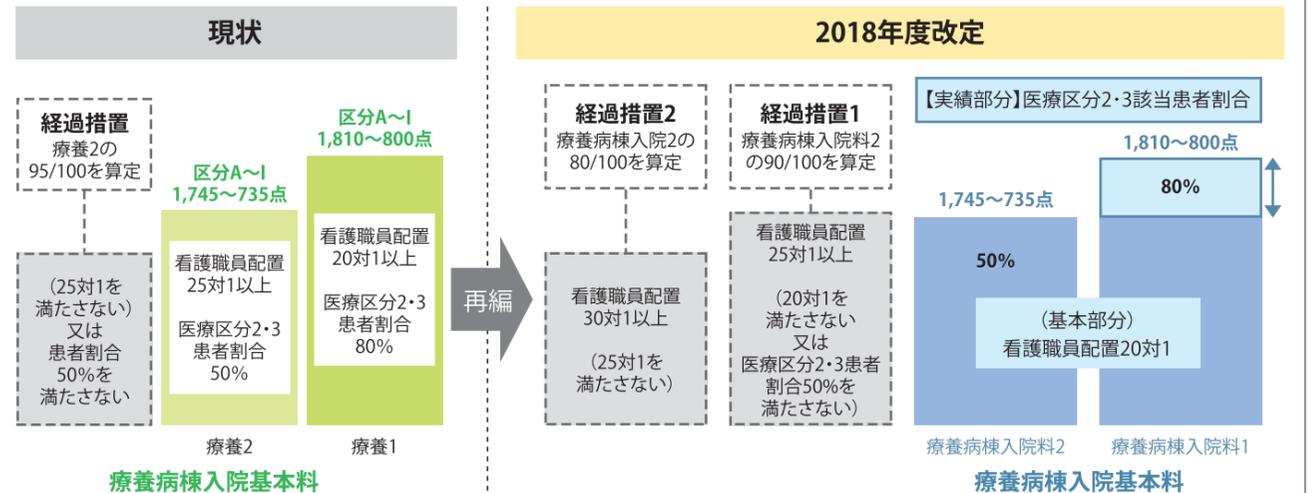
(ウ)回復期病棟入院料における改定

回復期病棟入院料においても基本部分と実績部分の評価体系とすることが示されています。地域包括ケア病棟入院料では、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進する観点から、在宅医療や介護サービスの提供等が評価の基準に組み込まれました。具体的には、在宅訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーションの実績を評価基準としています(図表12)。また、施設基準について、在宅療養支援病院の届出や第二次救急医療機関であることなどに加えて訪問サービスを併設している医療機関についても要件の一つとなったことがポイントといえます。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、従来の機能回復実績の要件に栄養管理に関する評価が追加されました。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、従来の機能回復実績の要件に栄養管理に関する評価が追加されました。

図表13 療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ



出所：厚生労働省

(エ)療養病棟における改定

療養病棟における今回改定のポイントは、療養病棟入院基本料1,2の再編・統合と介護医療院の新設です。まず、療養病棟入院基本料の再編・統合について述べます。入院料の基本部分は20対1をベースとし、実績評価部分を医療区分2,3の該当患者割合で算定します。現行の療養病棟入院基本料2に関しては、25対1の看護配置や実績要件である医療区分2,3の割合が5割を満たせない病棟の経過措置については、療養入院基本料の見直しを踏まえて、新たな経過措置として2年間延長となりました

(図表13)。次に、介護医療院の新設について触れます。今回、2018年3月末で経過措置期間が終了となる介護療養型医療施設の転換先として、新たに介護医療院が創設されました。介護医療院は、介護療養病床の医療機能を維持しつつ、「住まい(生活施設)」としての機能を兼ねた介護保険施設です。また、「住まい」の機能を有するとして、在宅復帰率における「自宅等」の対象として扱われます。介護医療院と介護老人保健施設との人員基準および施設基準の相違点は図表14,15に記載します。

図表14 介護医療院の基準(人員基準)

	介護療養病床(病院)【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
	指定基準	報酬上の基準	指定基準		報酬上の基準		指定基準	報酬上の基準
医師	48:1 (病院で3以上)	—	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—	100:1 (施設で1以上)	—
薬剤師	150:1	—	150:1	300:1	—	—	300:1	—
看護職員	6:1	6:1 うち看護師2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】(注3) 看護6:1,介護6:1~4:1
介護職員	6:1	5:1~4:1	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1	—	—
支援相談員	—	—	—	—	—	—	100:1(1名以上)	—
リハビリ専門職	PT/OT:適当数	—	PT/OT/ST:適当数	—	—	—	PT/OT/ST:100:1	—
栄養士	定員100以上で1以上	—	定員100以上で1以上	—	—	—	定員100以上で1以上	—
介護支援専門員	100:1 (1名以上)	—	100:1(1名以上)	—	—	—	100:1(1名以上)	—
放射線技師	適当数	—	適当数	—	—	—	—	—
他の従事者	適当数	—	適当数	—	—	—	適当数	—
医師の宿直	医師:宿直	—	医師:宿直	—	—	—	—	—

注1: 数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2: 背景で緑で示されているものは、病院としての基準 注3: 基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

出所：厚生労働省

図表15 介護医療院の基準（施設基準）

	介護療養病床(病院)【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
	指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4㎡/人以上	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
	機能訓練室	40㎡以上	40㎡以上
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1㎡以上	入所定員1人あたり1㎡以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
	構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備
廊下		廊下幅：1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合廊下幅：1.2m、中廊下1.6m
耐火構造		(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部：耐火建築物	原則、耐火建築物 (2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注：介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

出所：厚生労働省

さらに、介護療養型医療施設や医療療養病床、介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換の際、利用者及び家族や地域住民等への周知に関する取り組みを評価する形で、転換後1年間に限り算定できる加算(移行定着支援加算 93単位/日 ※介護報酬は点数表記ではなく単位表記となります)を創設するなど、転換を促進させる方向が伺えます。

### (3) 改定の影響の見通しと対応策

では、それぞれの入院医療の評価体系が病院経営にどのように影響を与えるかについて述べていきます。

#### (ア)一般病棟入院料

ここでは、急性期一般入院基本料について説明します。まず、実績評価部分である看護必要度の割合が改定前後でどの程度変動するかを把握することが必要です。そのため、自院の実績、す

なわち現状の必要度の該当患者の割合と、せん妄状態患者を含めたA項目1点以上かつB項目3点以上の該当患者の割合合計を確認します。今回改定では、評価体系が7段階となった現行の7対1一般病棟入院基本料と同等点数を算定しようとする場合には、重症度の高い患者をより多く受け入れることが必要であるため、集患対策等のオペレーションの見直しを要する場合があります。

今回の改定で看護必要度の定義見直しが行われましたが、改定に行われた試算によると、見直し前の定義および基準で、該当患者割合の平均値は、28%以上29%未満であるようです。見直し後の定義及び基準では、32%以上33%未満と、項目の見直しにより該当患者割合は高くなると見られていますが、あくまで自院においての影響把握が必須となります。

#### (イ)地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料は4段階の評価体系に再編され、在宅医療や介護サービスの提供等の実績が評価の基準となりまし

た。現在訪問看護を行っていない病院では、自院のなかで訪問看護体制を整えるべきかどうかを検討することが必要となる可能性があります。なお、これらの地域包括ケアに関する実績部分は200床未満の病院に限るとされ、大病院での地域包括ケア病棟では実績部分の評価対象外となっています。

#### (ウ)療養病棟入院料

療養病棟入院料においては、基本部分が20対1をベースにしていますので、現行療養病棟入院料2を算定している場合には、看護職員の増員もしくは病床数構成の見直しが必要となります。

#### (エ)介護医療院への転換

今回改定で新設された介護医療院へ転換した場合と、次回

図表16 介護療養医療施設と介護医療院との転換による収益へのインパクト(月額)

#### 前提条件

定員数	40
稼働率	90%

#### 介護療養施設(療養機能強化型A 多床室)

	入所者数	単位数	収益計(円)
要介護1	1	778	7,780
要介護2	4	886	35,440
要介護3	11	1,119	123,090
要介護4	8	1,218	97,440
要介護5	12	1,307	156,840
合計	36		420,590

#### 介護医療院(I型介護医療院サービス費(I))

	入所者数	単位数	収益計(円)
要介護1	1	853	8,530
要介護2	4	961	38,440
要介護3	11	1,177	129,470
要介護4	8	1,293	103,440
要介護5	12	1,382	165,840
合計	36		445,720

※療養室等の療養環境の基準を満たさない場合は25単位減算となります。

改定まで介護療養医療施設のままで算定した場合の月額収益差を図表16に示しました。移行を促す移行定着支援加算については、次回改定以降も継続されるかについては未定とされています。

(※2018年1月下旬現在の介護報酬改定案を基にシミュレーションを作成)

以上、診療報酬改定の動向と病院経営に与える影響について述べてきました。診療報酬改定は、現状の医療体制だけではなく、将来の医療需要・供給を見据えて制定されています。これからは、地域が求めている医療体制と自院が持つ医療体制や提供余力を改めて見直し、整備していくことによる安定した病院経営への取り組みが重要といえます。

#### 介護療養施設

収支シミュレーション	
1日あたり収益	420,590円
入所日数/月	30.4日

収益合計a **12,786千円**

#### 介護医療院

収支シミュレーション	
1日あたり収益	445,720円
移行定着支援加算	33,480円*
入所日数/年	30.4日

収益合計b **14,568千円**

※移行定着支援加算 93単位×人員数(36名)

**増益額(a-b) 1,782千円**



# 介護報酬改定の最新動向と対応策

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 コンサルタント

泉 真一

大手介護事業会社を経て、現職。これまで医療機関の事業計画策定、業績改善の支援、高齢者施設や医療施設の新規開設に関するマーケット調査など。



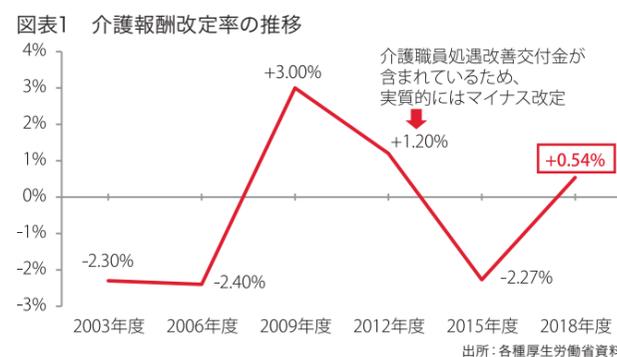
## POINT

2018年度においては、診療報酬と同時に介護報酬改定が行われます。今改定では、医療ニーズへの対応や医療・介護の連携強化等、介護需要の増大を見据えた医療・介護提供体制の整備推進が図られる見込みです。加えて、利用者の自立支援に向けて介護の成果を求めるアウトカム評価や、介護ロボットへの評価が新設されたことも注目です。これらは次回改定以降、評価の拡充・新設が想定されることから、制度を先取りした対応が必要です。

## 1 介護保険制度・介護事業とは

### (1) 介護報酬改定

介護報酬の改定は、3年に1度、実施されます。利用者から請求できるサービス利用料金は原則一律に決まっているため、介護報酬が改定されると、経営に大きな影響を及ぼす場合があります。プラス改定であれば業況は改善しますが、マイナス改定の場合は業況悪化に直結するという、いわゆる制度ビジネスの特徴が介護事業にはあります。図表1は介護報酬改定の推移を示しています。今改定は、実質的に9年ぶりのプラス改定(+0.54%)となりました。



### (2) 介護保険サービスの種類

介護保険サービスは、「居宅サービス」、「施設サービス」、「地域密着型サービス」に大別されます。介護サービスはその種類の多さに加え、サービスによっては開設(経営)主体が限定されています。施設サービスに該当する特養や老健、介護療養型医療施設が代表的で、これらは株式会社での開設・運営が認められていません。

図表2 主な介護保険サービスの種類



出所：厚生労働省各種資料を基にYCG作成

## 2 2015年度介護報酬改定の概要と影響

### (1) 2015年度介護報酬改定の概要

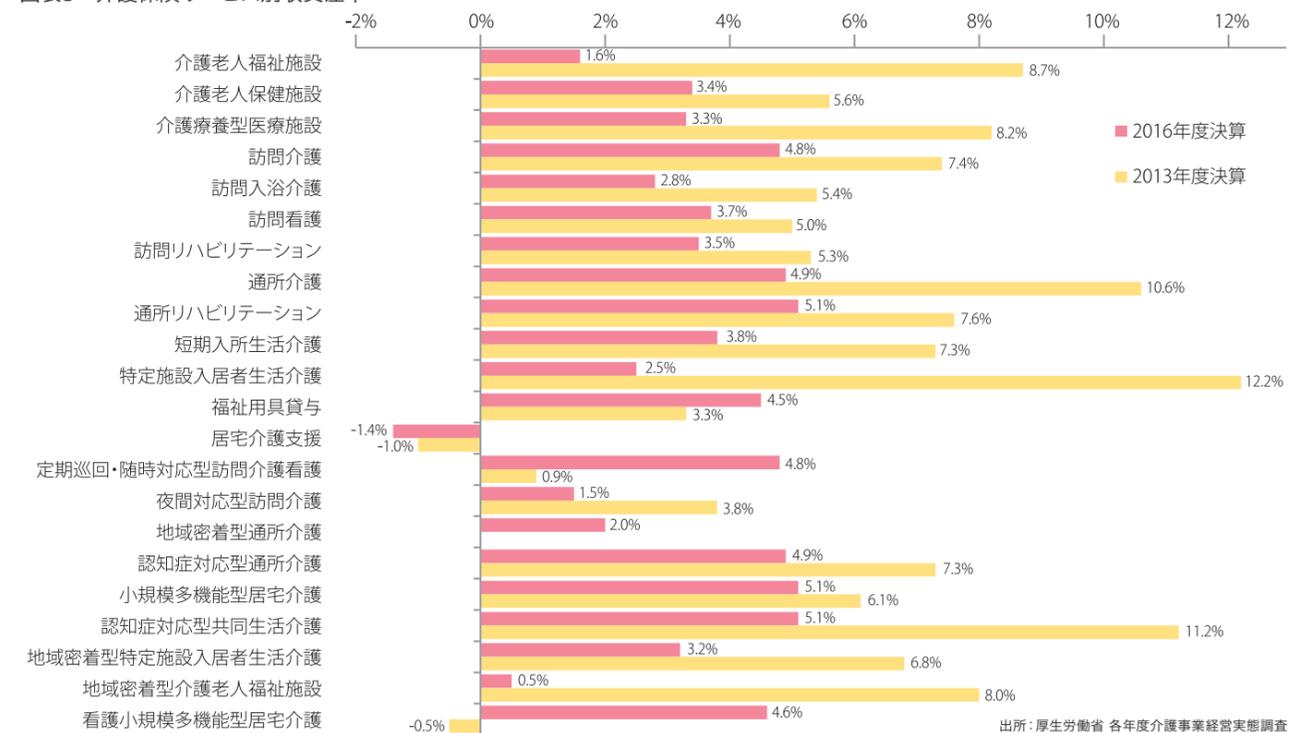
2015年度の介護報酬改定では、「中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化」、「介護人材確保対策の推進」、「サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築」といった考え方にに基づき見直しが行われました。実際には前

回(2012年度)の実質的なマイナス改定に引き続き、2015年度においても全体でマイナス2.27%の改定率となり、多くの介護保険サービスが報酬引き下げの対象となりました。

### (2) 介護事業経営実態調査結果

厚生労働省が公開している介護事業経営実態調査によると、前回調査時(2013年度決算)と比べ、2015年度のマイナス改定の影響を受けた2016年度決算では、多くのサービスで収支差率(利益率)が悪化しています。

図表3 介護保険サービス別収支差率



# 3 2018年度介護報酬改定の 内容整理と影響見通し

## (1) 2018年度介護報酬改定の狙い

今改定は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、質の高く効率的な介護の提供体制の整備推進を目的とし、基本的な考え方として、以下の4つに分け、それぞれのテーマに沿った形で改定項目が整理されています。

- 「I 地域包括ケアシステムの推進」
- 「II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」
- 「III 多様な人材の確保と生産性の向上」
- 「IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」

今改定は、6年ぶりに介護報酬・診療報酬が同時改定される年であり、地域包括ケアシステム(可能な限り住み慣れた地域で

自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう住まい、医療、介護、生活支援等を一体的に提供する仕組み)の構築・推進に向け、医療ニーズへの対応や医療・介護のさらなる連携の推進等、医療と介護の在り方が見直されました。

また、アウトカム評価(介護サービスによってもたらされた利用者の状態変化を評価する仕組み、例えば利用者に機能訓練等を行うことにより状態が維持・改善された場合に評価される)や重度化防止に向けた取り組みについての評価等を実施することにより、質の高い介護サービスの実現を目指しています。

併せて、介護保険制度の安定性・持続可能性を確保するため、集合住宅減算の強化や通所介護サービスの基本報酬(サービスの基本料金)見直し等によるサービス提供の適正化、また、介護人材の不足に対応するため、資格要件の緩和や介護ロボット活用に関する評価等、盛り込まれています。

## (2) 2018年度介護報酬改定のポイント

### ①医療ニーズへの対応

今改定では、ターミナルケア(終末期医療・看護)の実施数が多い訪問看護事業所や、看護職を手厚く配置し医療ニーズに対

応しているグループホーム、配置医師による入所者への緊急時対応や自施設内での看取りを実施する介護老人福祉施設(特養)への評価等、医療ニーズへの対応に関する加算(基本報酬に加えて追加的に算定できる料金)が新設・拡充されています。

地域包括ケアシステムの構築・推進の観点から、医療依存度が高い介護サービス利用者への対応が求められており、次回改定以降も医療ニーズへの対応を評価する動きは拡大すると想定されます。

### ②医療・介護の連携強化

利用者に医療・介護サービスが切れ目なく提供できる体制の構築・推進を図るため、医療・介護の連携が強化されています。

今改定においては、医療機関との連携に積極的に取組む居宅介護支援事業所への評価や、通所リハビリテーションにおいて医療から介護にスムーズに移行できるよう面積・人員の基準を緩和される等、医療・介護の連携強化が実施されています。

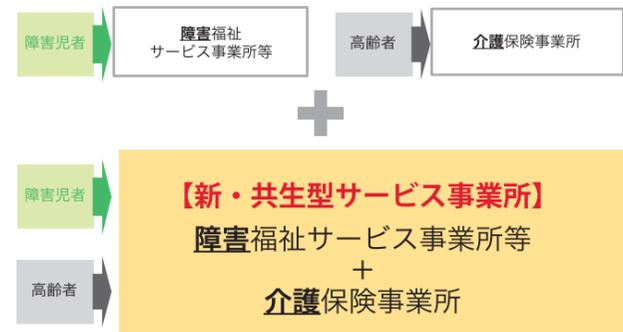
医療・介護の連携強化は、地域包括ケアシステムの構築・推進のために欠かせないポイントであり、また、介護事業者にとっては医療機関との連携は加算取得の要件となっていることに加え、利用者獲得のための重要なルートの一つでもあるため、経営上も重要なポイントとなります。ただし、医療側と介護側で担っている役割が異なることから相互理解が進んでおらず、そのため、医療・介護の連携は実務上、難しい場合があります。

### ③共生型サービスの整備推進

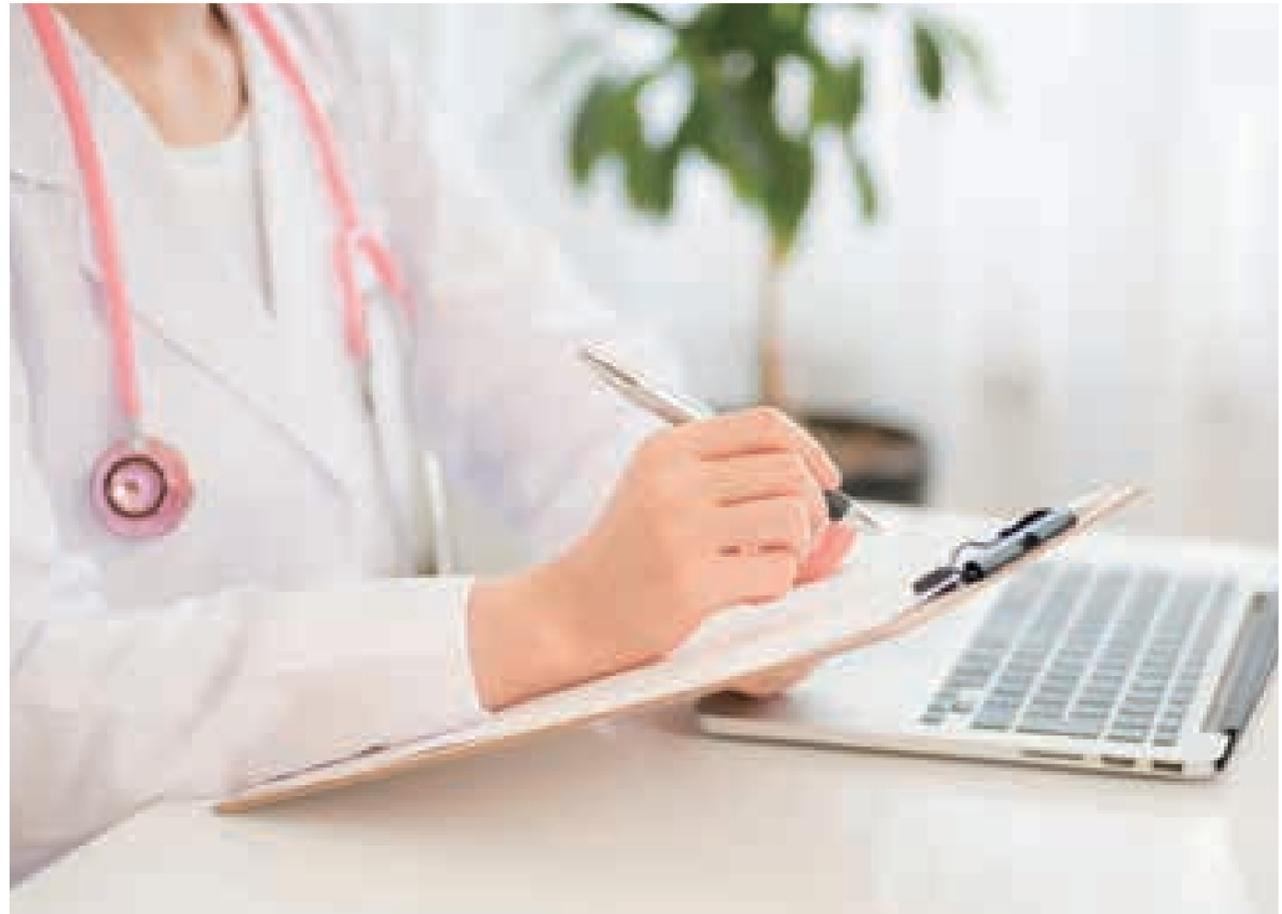
共生型サービスは、同一の事業所(共生型サービス事業所)において高齢者と障害者が各種サービスを利用できるよう創設されたものです。

共生型サービスは、障害者が介護保険の対象となる65歳以上になっても、通い慣れた事業所でサービスを継続できるように制度設計され、また、限りある人材を有効活用することも創設された目的の一つです。今改定では、介護保険または障害福祉のいずれかのサービスを提供している事業所が、もう一方の制度のサービスを提供しやすくなるよう共生型サービスに関する基準や報酬が整備されました。

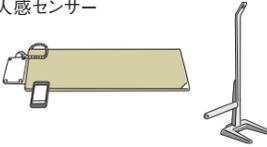
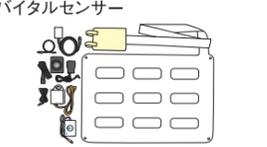
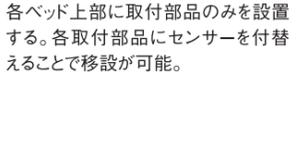
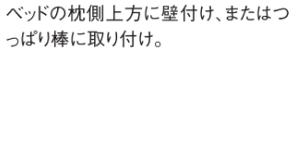
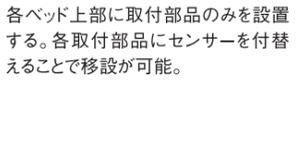
図表4 共生型サービス



出所:厚生労働省



図表5 見守り機器の例

センサーの種類	検知方法	運用と設置(例)	
		運用方法	設置イメージ
 人感センサー	温度や熱に反応。離れたところから対象者の動きを検知して働く。	対象者の特定の範囲の動き(起き上がり、ベッドからはみ出し、立ち上がり、離床等)をセンサーが感知し、報知する。	
 バイタルセンサー	ベッドマットの下にセンサーを置き、上から圧力がかかることで感知する。対象者の体動・心拍・呼吸が無くなると働く。	バイタルサイン(体動・心拍・呼吸)を検出するセンサーをマットレスの上に設置(下に設置するタイプもある)対象者のバイタルサインを検出しなくなる(もしくは異常を検出する)と報知する。	
 シルエットセンサー(独立型A)	ベッドの上に立方体型の見守りエリアを設定し、そこから見守り対象者の出方で状態を区別して検知する。	見守り対象者の起き上がり、はみ出し、離床を区別して検知、お知らせする。介護者は対象者のプライバシーに配慮したシルエット画像により見守り対象者の状況を確認できる。	
 シルエットセンサー(独立型B)	赤外線を投光・感知し、ベッド上の対象者の姿勢・体動を取得。人工知能で危険な状態を検知する。	ベッド上の危険な姿勢(起き上がり、離床、柵へのもたれかかり等)や呼吸やもだえを含む微小体動を検知し、危険・要確認状態を音と対象者のプライバシーに配慮した輝点画像で通報する。	
 シルエットセンサー(サーバー型)	人物を立体的にとらえ、見守り対象者と介護者を区別した上で、見守り対象者の行動を判断し危険な動作を検知する。	危険予兆動作を複数の介護者に同時に通知する。介護者は通知を受けて対象者のプライバシーに配慮したシルエット画像により対象者の状況を確認する。	

出所：厚生労働省

⑦訪問系サービスの集合住宅減算

集合住宅減算(同一建物減算)とは、訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴、訪問看護等)において、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物等に居住する利用者に対して訪問する場合等に、移動にかかるコストが低いことから、一定程度報酬を減額する仕組みのことで、

今改定では、集合住宅減算の対象となる建物が有料老人ホーム等以外の建物(例えば、高齢者向けではない一般的なアパートやマンション等)にも拡大、また、一定の利用者数以上にサービスを提供した場合に対する減算率(減収幅)も大きくなっています(影響の見直しについては後述します)。

図表6 集合住宅減算に関する評価

対象となる事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物の範囲	改定前	改定後
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・養護老人ホーム</li> <li>・軽費老人ホーム</li> <li>・有料老人ホーム</li> <li>・サービス付き高齢者向け住宅のみ</li> </ul>	アパートやマンションなども含むすべての建物(集合住宅)
減算(減額)幅の拡大	—	<b>新設</b> 対象となる事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1ヶ月あたり50人以上の場合は15%減算

出所：厚生労働省

⑧通所介護サービスの提供時間の見直し

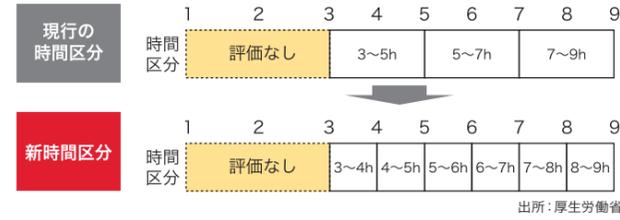
通所介護(デイサービス)は、利用者が施設に通い、一定時間滞在しながら各種ケアを受けるサービスのことで(通常、利用者の自宅と施設間の送迎も実施されます)。

現行(改定前)の通所介護のサービス提供時間は2時間ごとに設定されています。「3時間以上5時間未満」、「5時間以上7時間未満」、「7時間以上9時間未満」の3区分。現行の時間区分の場合、例えば、「3時間以上5時間未満」の時間区分であれば、3時間サービス提供した場合と4時間サービスを提供した場合、どちらも時間区分上は、「3時間以上5時間未満」となるため同じ報酬額となります。

事業者の実際のサービス提供時間を調査した結果、時間区分の下限をやや上回る時間帯に集中していたことから、今改定では、サービス提供時間の実態を踏まえ、1時間ごとの時間区分に見直されました。

例えば、現行の「3時間以上5時間未満」の時間区分は、改定後では、①「3時間以上4時間未満」、②「4時間以上5時間未満」という1時間ごとの時間区分になり、多くの場合、上記①のような前半の時間区分は減収となります(この変更による影響の見直しについては後述します)。

図表7 通所介護サービスの提供時間の見直し



出所：厚生労働省

(3) 2018年度介護報酬改定の影響見直し

今改定の影響見直しについて、紙幅の関係上、訪問介護と通所介護についてのみ取り上げます。

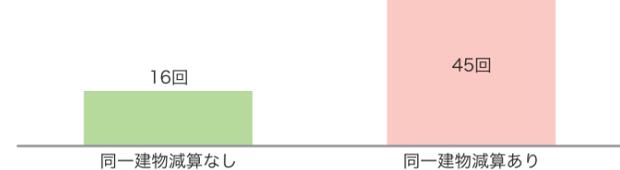
なお、この2サービスについては、施設系サービス事業者(サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)や住宅型有料老人ホーム等、外部の介護サービスを利用することを前提とした施設)にも影響を及ぼす場合があるため、留意する必要があります。施設系サービス事業者の中には、併設の介護事業所が施設利用者へ提供する介護サービスの売上を見込んで、施設利用料(家賃等)を低く設定している等、一体的に経営を行っている場合があるためです。

①訪問介護

今改定において訪問介護は、上述のとおり、集合住宅減算の対象となる建物の追加や、一部条件下における減算率の拡大、さらには、生活援助サービスの場合、訪問回数が多い利用者への対応(訪問回数が多いケアプランの検証)等、該当する事業者にとってマイナスの改定が行われています。

加えて、集合住宅減算に関する区分支給限度額(介護保険から給付される一か月あたりの介護保険サービスの利用上限額)の計算方法は、減算(減額)前の単位数を用いるよう変更となりました。減算後の単位数を用いて計算した場合、利用料金が安くなることから、集合住宅減算を受けている利用者は減算を受けていない利用者より多くの介護サービスを利用することが可能となります。今回の変更は、利用者間の公平性の観点、また、事業者が減算(減額)による収入減をサービス提供回数で補うことを防ぐため実施されました(同一建物減算を受けている場合の利用者1人あたり訪問回数はそうでない場合に比べると、顕著な差が見られます)。

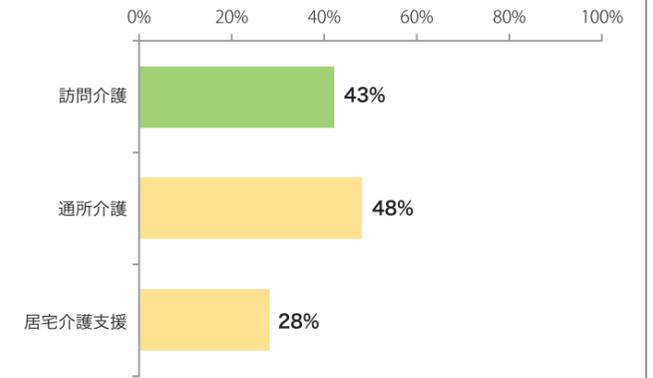
図表8 利用者1人あたり訪問回数



出所：厚生労働省 第149回介護給付費分科会資料

これら一連の改定は、訪問介護事業所への影響に加え、上述のとおり、施設系サービス事業者への影響も懸念されます。調査によると、例えば、外部の介護サービスを利用するサ高住の場合、約43%の施設に訪問介護事業所が併設されています。併設されている介護事業所の多くは、施設の運営主体と同一であり、施設と一体的に経営していることから、上記改定により施設系サービス事業者の中には事業戦略の見直しを迫られる場合が考えられます。

図表9 サービス付き高齢者向け住宅における事業所併設状況



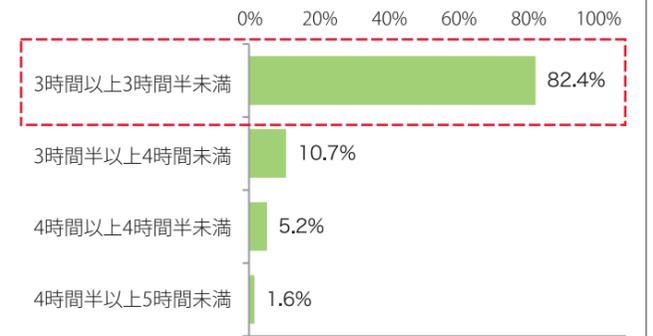
出所：高齢者住宅推進機構 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム「サービス付き高齢者向け住宅の現状と分析」

②通所介護

他の介護保険サービスと比較して収支差率が高い通所介護は、前回の改定に引き続き、報酬改定の引き下げ対象となっています。

今改定では、通所介護のサービス提供時間の見直しと併せて、新たな時間区分の報酬設定が行われていますが、これにより多くの通所介護事業所はマイナスの影響を受けると想定されます。例えば、現行の「3時間以上5時間未満」の時間区分における事業所の実際のサービス提供時間を見ると、3時間以上3時間半未満に集中しています。これら事業所がサービス提供時間を変更しない場合、多くは減収となります。

図表10 「3時間以上5時間未満区分」のうち実際の通所介護のサービス提供時間



出所：厚生労働省 第150回介護給付費分科会資料

また、定員規模別の基本報酬についても見直されており、大規模型の通所介護事業所はマイナスの影響を受けます。通所介護の基本報酬は事業所規模に応じて設定されていますが(定員が18人以下を地域密着型、定員が19人以上で前年度の1ヶ月あ

たりの平均利用延人員により通常規模型(750人以内)、大規模型(I)(900人以内)、大規模型(II)(900人超)に分けられる)、今改定では、大規模型が他の区分より収支差率が高いことを理由に、時間区分変更と一体的に適正化(報酬の引き下げ)が図られました。改定の前後で比較すると、例えば、通常規模型の「7時間以上9時間未満」では、「7時間以上8時間未満」に移行すると報酬引き下げ、「8時間以上9時間未満」だと改定前と同じ報酬ですが、大規模型はどちらの時間区分に移行しても報酬が引き下げられます。

このように、通所介護サービスは、前回に引き続きマイナス改定となっており、事業者にとっては、引き続き厳しい状況が続くと思われれます。中でも大幅な報酬引き下げとなった大規模型の通所介護事業所はマイナスの影響を強く受けることが想定されます。

図表11 通所介護サービスの基本報酬見直しの影響例

通常規模型事業所		【改定後】	
		7時間以上8時間未満	
		要介護1	645単位
		要介護2	761単位
		要介護3	883単位
		要介護4	1,003単位
		要介護5	1,125単位
【改定前】			
7時間以上9時間未満			
要介護1	656単位		
要介護2	775単位		
要介護3	898単位		
要介護4	1,021単位		
要介護5	1,144単位		
		8時間以上9時間未満	
		要介護1	656単位
		要介護2	775単位
		要介護3	898単位
		要介護4	1,021単位
		要介護5	1,144単位
		【改定後】	
		7時間以上8時間未満	
		要介護1	617単位
		要介護2	729単位
		要介護3	844単位
		要介護4	960単位
		要介護5	1,076単位
【改定前】			
7時間以上9時間未満			
要介護1	645単位		
要介護2	762単位		
要介護3	883単位		
要介護4	1,004単位		
要介護5	1,125単位		
		8時間以上9時間未満	
		要介護1	634単位
		要介護2	749単位
		要介護3	868単位
		要介護4	987単位
		要介護5	1,106単位

出所：厚生労働省

## (4) 2018年度介護報酬改定の対応策

### ①地域医療機関との連携強化

2025年に向け、地域包括ケアシステムの構築・推進が進められています。切れ目のないサービスを提供するためには、医療機関等との連携が重要となるため、今改定では、医療機関との連携に関する評価が積極的に盛り込まれています。

また、介護事業者にとって医療機関は利用者獲得のルートと

しても重要となります。そのため、営業活動を近隣の医療機関へ実施することや、連携している医療機関と密なコミュニケーションをとることは、経営上ポイントとなります。

一方、介護事業へ参入する医療機関が増加しています。医療に近い介護サービスである通所リハビリテーションや介護老人保健施設(老健)の運営に加え、有料老人ホームやサ高住への進出も増えており、退院後の受け皿機能も医療機関が一体的に担っている場合があります。そのため、地域によっては医療機関が介護事業者の競合となる場合があることから、連携を図ろうとする医療機関が介護事業を展開しているかどうか、また、展開している場合、どのような介護事業サービスであるのか把握した上で連携を進める必要があります。

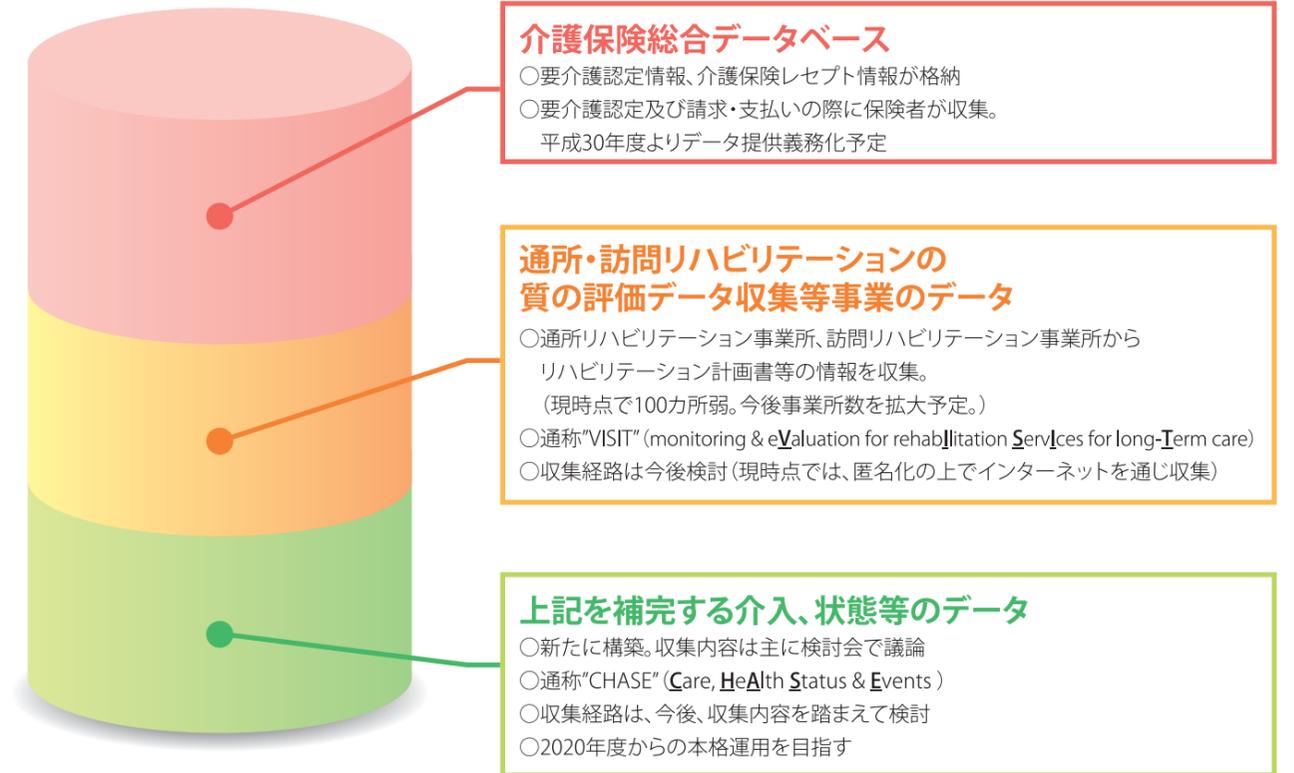
### ②アウトカム評価の導入

自立支援・重度化防止に向け注目されているアウトカム評価は、今改定では、限定的な導入にとどまっています。これは評価のためのデータ(エビデンス)が不足していることや、改善の見込みがありそうな利用者を事業者が選別すること(クリームスキミング)により利用者のサービス利用に支障が出る恐れがあることなどが理由として考えられます。このうち、エビデンス不足に関しては、分析に必要なデータを収集するためのデータベース構築が進められており、アウトカム評価の本格導入に向け、データの収集・分析が順次実施される予定です。

アウトカム評価の本格導入には、ある程度時間を要すると想定されますが、次回改定以降においても引き続きアウトカム評価に関する加算の拡充・新設が考えられます。そのため、例えば、通所介護サービスであれば、今のうちから預かり型(レスパイト型)から機能訓練型へ転換を図ること、また、アウトカム評価にとって重要となる機能訓練に必要な人材(理学療法士、作業療法士等)の確保を図る等、導入後スムーズに対応できるように体制を整備し、アウトカム評価を意識した介護サービスの提供体制を作り上げることがポイントになると考えられます。



図表12 介護領域のデータベースの内容



出所：厚生労働省

### ③介護ロボット・ICTの活用

介護ロボットについては、実用に向けた実証実験が続けられています。効果が認められた介護ロボットについては、次回改定以降、評価の対象に加わると想定されます。また、介護保険上、介護ロボットが評価されるサービスは、今改定では特養とショートステイに限定されましたが、実証実験の結果により、対象となる介護サービスも今後広がることと想定されます。

加えて、今改定ではICTの活用に対する評価(オペレーターの専任要件緩和、ICTを活用した会議の開催等)も新設され、介護ロボットやICT等、イノベーションの活用に関する評価が進んでいます。これらを活用することにより、介護現場の生産性向上が見込めるため、人件費の抑制による収支改善や、空いた時間を利用者向き合う時間に充てることで利用者満足度が向上する等の効果が期待できます。従って、アウトカム評価と同様、制度に先行した介護ロボット・ICTの導入は経営上のポイントになると考えられます。ただし、導入したものの適切なフォローがないことで現場スタッフが使いこなせない等、導入に失敗するケースが見受けられます。導入には多額の費用がかかることや、現場スタッフに負担がかかることがあるため、導入に際しては十分な検討が必要です。

### ④介護サービスの適正化への対応

介護サービスの適正化として、上述のとおり、通所介護の報酬

見直し、訪問系サービスに対する集合住宅減算の強化等に関する改定が実施される見込みです。介護報酬が見直される過程において、介護事業経営実態調査による各サービスの収支差率が重要視されています。介護サービスの中で相対的に収支差率が高いサービスは報酬引き下げの対象となる傾向にあるため、収支差率が高いことを理由とした特定のサービスへの安易な参入、事業規模の拡大には慎重な判断が必要です。

また、特定の介護保険サービスが、財政上の理由や介護保険制度の趣旨・目的の観点から介護保険の対象外、又は報酬減額となる場合も想定しなくてはなりません。例えば、今改定において訪問介護は、身体介護の報酬は上がった一方、生活援助の報酬は引き下げられました。加えて、生活援助は新設された資格者でもサービス提供することができるようになりました。今改定においては、現行の資格保有者と新設される資格保有者がサービスを提供した場合の報酬は同額に設定されていますが、次回改定では、保有資格により報酬額に差が設けられることも考えられます。このように生活援助は見直しの対象となっていることから、今後も動向に注目する必要があります。

介護需要が増大する中、介護保険制度の持続可能性については、常に議論が続けられています。介護サービスの適正化は次回改定以降も引き続き実施されると考えられることから、介護事業者は制度を先読みし、変化に柔軟に対応することが求められます。

# 新たな認定医療法人制度について

山田コンサルティンググループ株式会社  
資本戦略本部 マネージャー  
**島崎 明**

専門分野：事業承継、M&A、  
医療承継、組織再編  
経歴等：主に中堅・中小の医療  
法人や個人医院を中心とした医療  
/介護施設に対する医療承継  
コンサルティングや組織変更支  
援、M&A等に従事。理事長/事  
務長向け研修、金融機関向けセ  
ミナー講師なども多数実施。



山田コンサルティンググループ株式会社  
郡山事業所 所長  
**深澤 博隆**

専門分野：事業承継、組織再編  
経歴等：公認会計士・税理士。中  
堅・中小企業の事業承継、組織  
再編コンサルティングに従事。  
企業オーナー向け、金融機関向  
けセミナー講師等多数実施。



## POINT

平成29年度税制改正及び平成29年4月施行改正医療法により、事業承継対策の一手法である「持分なし医療法人への移行」の際、医療法人に課される贈与税が非課税となる制度が創設されました。この制度の活用については、承継を考えておられる医療法人のオーナー様から大きな注目を集めており、かつ、平成32年9月末までに認定を受ける必要があることから早期に制度のキャッチアップと活用可否についての検討が必要です。

## 1 医療法人の出資持分承継について

### (1) 医療法人の出資持分承継の課題

医療法人の出資持分の評価は、配当が禁止（医療法第54条）されていることにより純資産が厚くなるため、一般的に高額になる傾向があり、出資者が死亡した際に、多額の相続税が課税されることが少なくありません。このため、相続人が相続税の納税にあてるため、医療法人に対して出資の払戻請求を行うことにより、多額の資金が医療法人から流出し、法人の経営を圧迫するといった事態が生じることが指摘されていました。

そこで、第5次医療法改正により、地域医療を支える医療法人の経営の安定性確保を目的として、平成19年4月1日以後、出資持分のある医療法人の新設は認められないこととなりました。ただし、既存の出資持分のある医療法人に関しては、当分の間、経過措置として存続が認められ、持分なし医療法人への

移行は自主的な取組みとして医療法人の判断に委ねられることになりました（平成18年改正医療法附則（以下、「医療法附則」と表記する）第10条第2項）。

### (2) 出資持分の承継方法

平成19年3月末以前に設立された出資持分のある医療法人の出資持分の承継方法には、「①出資持分のある医療法人のまま、その出資持分を後継者に承継する方法」と、「②出資持分を放棄し、持分なし医療法人へと移行する方法」の2つがあります。なお、承継方法の選択肢と課税関係を整理すると図表1のようになります。



図表1 出資持分の承継方法の選択肢と課税関係

	選択肢	課税関係（税負担者）	
		個人	医療法人
①出資持分のある医療法人のまま、その出資持分を後継者に承継する方法	相続	相続税課税（相続人）	-
	贈与	贈与税課税（受贈者）	-
	譲渡	譲渡所得課税（出資者）	-
	払戻し	配当課税 譲渡所得税（出資者）	-
②出資持分を放棄し、持分なし医療法人へと移行する方法	持分の放棄	一般の持分なし法人へ移行	課税あり※1
		高い公益性を担保する要件 満たさない	-
	特定医療法人へ移行 社会医療法人へ移行	満たす	課税なし※1
		-	課税なし※2
新認定医療法人制度により、一般の持分なし法人へ移行	-	課税なし※3	
	-	課税なし	

※1:放棄する個人の親族等の相続税または贈与税の負担を不当に減少する結果となると認められるとき（定款規定の定め（理事6人以上、監事2人以上等）や役員員の親族割合が1/3以下等の要件を充足しない場合は、医療法人を個人とみなして、贈与税課税（相続税法第66条4項、同施行令第33条第3項及び解釈通知）  
※2:承認基準を満たさない場合は、課税（租税特別措置法67条の2第1項及び2項）  
※3:承認基準を満たさない場合は、課税（医療法第42条の2第1項第5号、法人税法第64条の4第1項）

以上の「①出資持分のある医療法人のまま、その出資持分を後継者に承継する方法」によれば、個人が相続税を納めなくてはなりません。他方、「②出資持分を放棄し、持分なし医療法人へと移行する方法」によれば、持分なくなるため相続税の課税がされなくなります。ただし、社会医療法人・特定医療法人に該当する、もしくはこれら並みの「高い公益性を担保する要件」を満たす場合を除き、医療法人に贈与税が課税されます。この「高い公益性を担保する要件」には「役員の数（理事6人、監事2人以上）」や「役員数のうち同族関係者数が3分の1以下であること」「都道府県の医療計画に施設の名称が記載されていること」等が含まれ、多くの医療法人にとって要件充足は厳しいものになっており、非常にハードルが高いといえます。このように、医療法人の出資持分に係る相続税・贈与税負担が、出資持分の承継における障壁となっていました。

## 2 新認定医療法人制度・納税猶予制度

### (1) 新認定医療法人制度の概要

このような中で、持分なし医療法人への移行を促進するために、平成26年度税制改正及び平成26年4月施行改正医療法にて、「認定医療法人制度」が創設されました。しかしながら、当該

制度では、個人への課税は猶予・免除される手当がされたものの、出資持分の放棄により持分なし医療法人へ移行した医療法人は、「高い公益性を担保する要件」を満たさない限り、贈与税を納税しなければならず、このことが当該制度活用による持分なし法人への移行があまり進まなかった理由の1つと考えられます（平成29年9月末時点の認定件数はわずか87件）。

そこで、平成29年度税制改正及び平成29年4月施行改正医療法で新たに導入されたのが「新認定医療法人制度」です。「新認定医療法人」とは、経過措置型医療法人のうち、持分なし医療法人への移行を決定し、移行計画について平成29年10月から平成32年9月末までに厚生労働大臣の認定を受けた法人をいいます（医療法附則第10条の3、同第10条の4及び医療法第44条第5項）。

移行に際して、従来からの「①出資者にかかる相続税、出資者間のみなし贈与税の猶予・免除」に加え新たに「②医療法人を個人とみなした贈与税を非課税」とすることにより、法人・個人に課税が生じないような手当てがされており（図表2）。

### ①出資者にかかる相続税、出資者間のみなし贈与税の猶予・免除制度（平成26年度税制改正、図表2①）

出資持分を相続等により取得した相続人、持分放棄により価値移転を受けた残存出資者について、担保の提供を条件に、相続税・贈与税の納税が移行期限までが猶予されます（租税特別措置法70条7の8第1項、同70条の7の5第1項）。

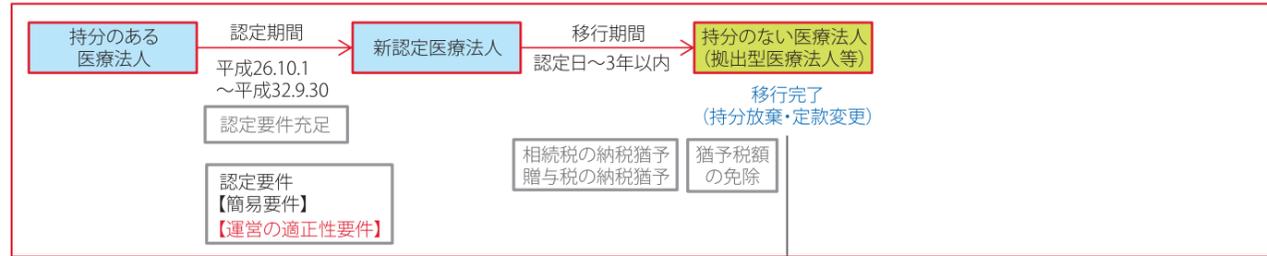
移行期限（移行計画で定められた認定日から3年以内の日）までに持分なし医療法人に移行した場合は、猶予された相続税・贈与税が免除されます（租税特別措置法70条の7の8第11項、同70条の7の5第11項）。

### ②医療法人を個人とみなした贈与税の非課税制度（新設）

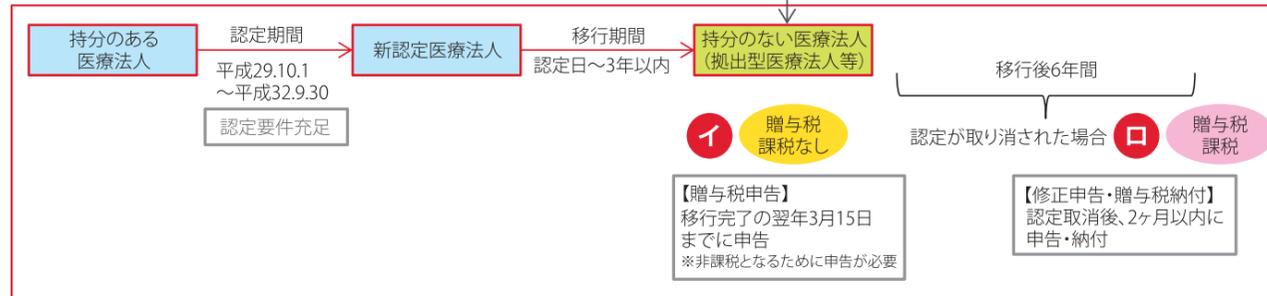
新認定医療法人の出資者が出資持分を放棄し、移行期限までに持分なし医療法人に移行した場合、医療法人が放棄により受けた経済的利益について、医療法人に贈与税は課されません（図表2の②イ。租税特別措置法70条の7の10第1項）。ただし、贈与税の申告書の提出期限から、移行後6年を経過する日までの間に、認定が取り消された場合には、医療法人を個人とみなして、当該経済的利益について贈与税が課されることとなります（図表2の②ロ。医療法附則第10条の3第4項、医療法施行規則第57条の2及び60条並びに租税特別措置法70条の7の10第2項）。なお、認定が取り消された場合には、認定が取り消された日の翌日から2ヶ月以内に、適用を受けた年分の贈与税について、修正申告書を提出し、その期限内に贈与税を納付しなければなりません（租税特別措置法70条の7の10第2項及び4項）。

図表2 新認定医療法人制度・納税猶予制度

① 出資者にかかる相続税、出資者間のみなし贈与税の猶予・免除制度 (平成26年度税制改正及び第6次医療法改正)



② 医療法人を個人とみなした贈与税の非課税制度 (新設)



(2) 認定要件の概要

新認医療法人の認定を受けるためには、簡易要件3つ(①移行計画を社員総会で議決、②移行計画が有効かつ適切、③移行期限が認定日から起算して3年を超えない)に加え、運営の適正性要件8つを満たす必要があります(医療法附則第10条

の第3第4項、医療法施行規則第57条の2)。なお、この運営に関する要件については、認定から持分なし医療法人へ移行するまでの期間はもちろんのこと、移行後も6年間満たし続けなければなりません。仮に、移行後6年の間に要件を満たさなくなった場合には、認定が取り消され、医療法人を個人とみなして贈与税が課されるため留意が必要です(医療法附則第10条の4第2項乃至第4項)。

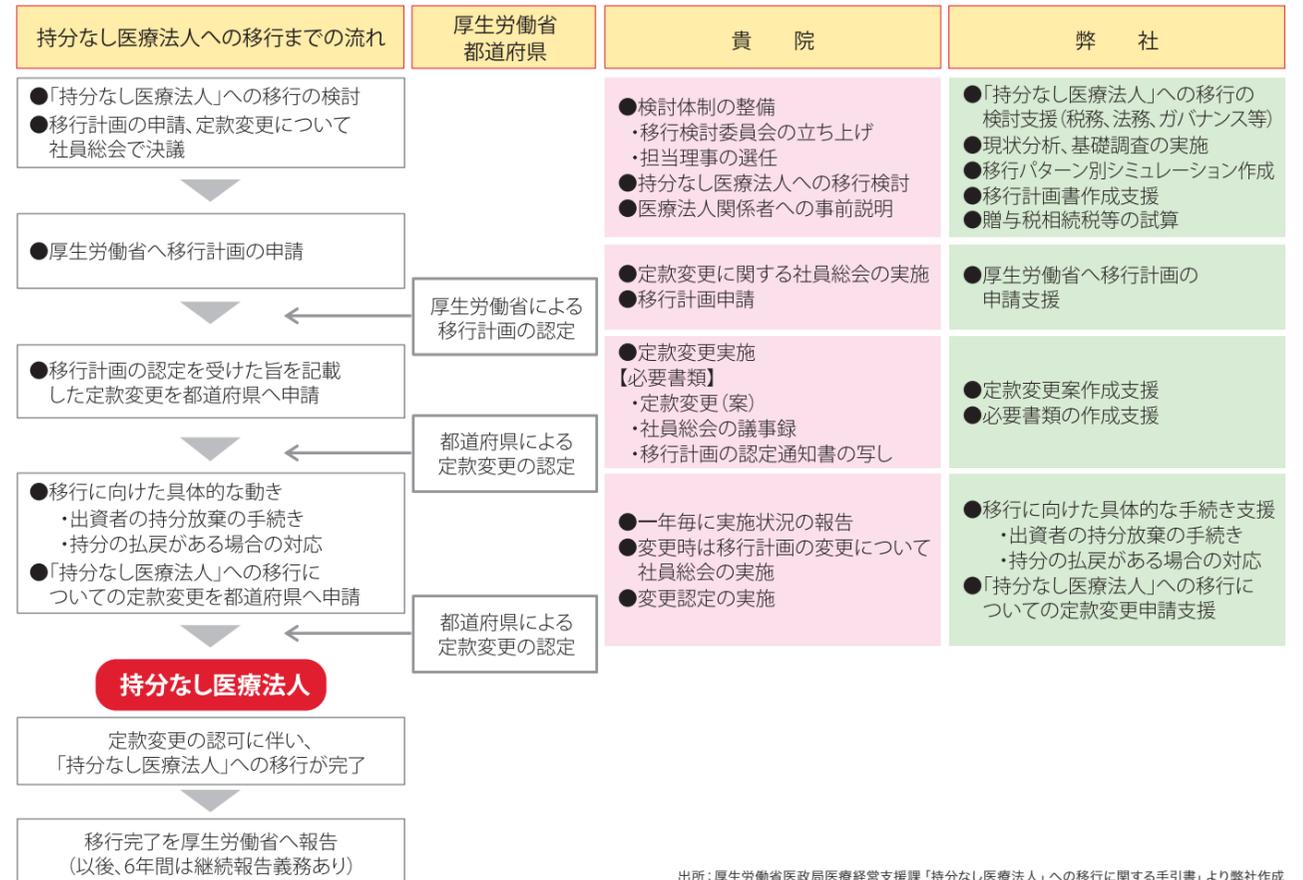
図表3 運営の適正性要件の主なもの

運営に関する要件	内容	(参考) 特定医療法人の要件
親族1/3要件 (特定の勢力への偏り)	なし	理事・評議員のうち 同族関係者が1/3以下
機関	特段の定めなし (評議員は不要。理事数等は医療法上の最低人員を上回っていれば問題なし)	理事6名、評議員12名、 監事2名以上
法人関係者への 利益供与	その事業を行うにあたり、社員・理事・監事・使用人その他の当該経過措置型医療法人の関係者に特別の利益を与えないものであること	同左
不当に高額な 報酬等の禁止	その理事および監事に対する報酬等について、民間事業者の役員の報酬および従業員の給与、当該経過措置型医療法人の経理の状況その他を考慮して、不当に高額なものとしないよう支給の基準を定めていること	3,600万円以下
株式会社等の営利法人・ 個人への特別の利益供与	その事業を行うにあたり、株式会社その他の営利事業を営む者又は特定の個人若しくは団体の利益を図る活動を行う者に対し、寄附その他の特別の利益を与える行為を行わないものであること(ただし、公益法人等の公益目的事業に対する寄附等は可)。	概ね同左
遊休財産(新設)	当該経過措置型医療法人の毎会計年度の末日における遊休財産額は、直近に終了した会計年度の損益計算書に計上する事業にかかる費用の額を超えてはならない。	定めなし
法令違反	当該経過措置型医療法人につき、法令に違反する事実、その帳簿書類に取引の全部若しくは一部を隠蔽し、または仮装して記録若しくは記載している事実その他公益に反する事実がないこと	同左
社会保険診療割合	80%以上(予防接種は社会保険収入に含む)	概ね同左
その他	自費患者に対する請求が社会保険と同一、医業収入が医業費用の150%以内	同左

その他、上記要件の充足度をモニタリングするため、認定医療法人の運営に関する報告書を認可の日から5年10ヶ月の間に年1回、都合6回の報告を行わなければならない(省令第60条5項)

(3) 移行計画の手続と流れ

図表4 移行手続の流れ



出所：厚生労働省医政局医療経営支援課「持分なし医療法人」への移行に関する手引書より弊社作成

① 認定申請 (医療法附則第10条の3)

持分なし医療法人への移行計画について、厚生労働大臣の認定を受けようとする出資持分のある医療法人は、移行計画に出資者名簿や運営に関する要件の充足状況を説明する書類、直近3会計年度分の貸借対照表、損益計算書等を添付して提出します。厚生労働大臣は、これらの書類審査の他、必要に応じて都道府県への事実確認や実地調査を行い、認定の可否を判断し、書面で通知します。

② 定款変更

(医療法附則第10条の4第1項及び第5項、同第10条の3第4項)

認定の通知を受けた医療法人は、認定後速やかにその旨を定款に記載するため、都道府県知事に、定款変更の認可申請をしなければなりません。その後、定款変更の認可を受けた医療法人は3カ月以内に厚生労働大臣にその旨を報告します。

③ 進捗状況の報告 (医療法附則第10条の8)

認定医療法人は、認定後移行期限内で、持分なし医療法人

への移行を完了するまでの間、認定を受けた日から1年ごとに厚生労働大臣に移行計画の進捗状況及び運営に関する要件の充足状況を報告しなければなりません。また、出資持分の放棄や払戻、譲渡、相続、贈与等が生じた場合も同様に、3ヶ月以内に厚生労働大臣に出資の状況を報告する必要があります。





#### ④定款変更(医療法附則第10条の8)

認定医療法人は、移行期限までに、残余財産の帰属先を国等に定める定款の変更を都道府県知事に申請し、認可を受け、持分なし医療法人への移行を完了させなければなりません。この認可を受けた医療法人は3カ月以内に厚生労働大臣にその旨を報告します。

#### ⑤運営状況の報告

##### (医療法附則第10条の8、医療法附則第10条の4第2項乃至4項)

持分なし医療法人への移行を完了した認定医療法人は、都道府県知事の定款変更認可を受けた日から、「5年を経過するまでの間は1年を経過するごとに、3月以内」、「5年を経過してから6年を経過するまでの間は、5年10ヶ月を経過する日まで」に厚生労働大臣に運営の状況に関する報告をしなければなりません。移行後6年を経過すると、認定は失効します。つまり、認定は取り消されなくなります(医療法附則10条の6)。

### (4) 非課税要件充足可否判断のポイント

#### ①同族経営が可能に

従来の非課税要件は医療法人の理事のうち同族関係者が1/3以下でなければならないとされており、同族経営が続けられないことが要件充足の大きなハードル(持分なしへの移行が進んでいない要因)のひとつでした。新認定医療法人制度は、非課税要件から同族経営要件が撤廃され、同族経営が可能となりました。

#### ②役員報酬に一定の制限がある

従来の非課税要件(特定医療法人を想定した要件)では、役員報酬が3,600万円以下と制限されていました。新認定医療法人制度はこの点において「不当に高額なものとならない」という基準となりました。

#### ③法人関係者やMS法人への特別の利益供与は禁止である

今回、同族経営は可能となったものの、認定要件の中には、法人関係者・MS法人への「特別の利益を与えないものであること」という要件は残りました。

#### ④総合的な判断が求められる

一般的に、オーナー経営(同族経営)を行うことというのは、同族による安定経営を続けることや迅速な意思決定を行うことができるという側面と経営責任を負っているオーナーが報酬等を自由に決定できるという2つの側面がありますが、新認定医療法人では前者においては①の同族経営が可能になったことにより維持可能ですが、②の役員報酬制限や③の特別の利益供与禁止の要件によって、後者の側面については一定の制約があります。また持分放棄後、6年以内に税務調査の実施が予想されているため、税務当局の観点からも要件のチェックが必要といえます。仮に要件を充足していない場合、税務署長は、認定医療法人の取消しを厚生労働大臣に通知(意見)することができるという制度(租税特別措置法70条の7の10第8項)となっているため、留意が必要です。

このように新認定医療法人への移行については、経営に与える影響と、税制上の優遇措置を天秤にかけ、総合的に判断を行う必要があります。

## 3 本制度が実務に与える影響

### 本制度を含めた承継方法検討の早期着手

本制度は、平成32年9月末までに認定を受ける必要があります。従前より事業承継を考えていた理事長はもとより、これまで事業承継を考えていなかった理事長も、この機会に、出資持分

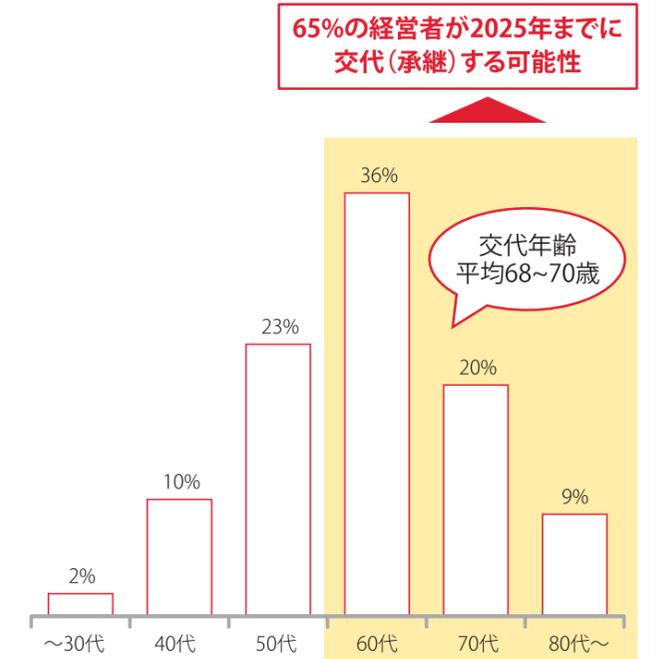
の承継について考えていただく良いきっかけとなるのではないかと考えています。

本制度により、持分放棄に伴う贈与税非課税の適用を受けることができますが、認定医療法人制度の適用を受けた場合、移行後も6年間、運営に関する要件を守らなくてはならないこと等、経営に一定の制約が生じます。

従って、本制度に限らず、すべての事業承継手法のパターンを比較検討することが重要です。例えば、出資持分にかかる贈与税を負担可能であれば、医療法人からの出資の払い戻しを受ける方法や、持分なしに移行せず後継者が贈与・相続等により出資持分を承継する方法、認定制度を活用せずに持分なし医療法人に移行する方法、などの検討です。

加えて、将来の社会保障、経営環境、人口動態を踏まえて、医療法人の経営を維持・発展させていくためには、親族内承継、M&A、MBO(役員・従業員への承継)のどの選択肢がベストなのか納得できる答えを出すために、まずは本制度をきっかけに検討を始めてみてはいかがでしょうか。

図表5 理事長の年代別構成



# 病院における働き方改革の 論点と対策

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 マネージャー

渡辺 茂徳

ヘルスケア事業者の戦略策定、改善（再生）計画策定、新規事業計画策定、M&A、事業DD、内部統制改善、人事制度構築、システム導入支援等のコンサルティングに幅広く従事。



## POINT

医師の働き方改革への取り組みは、労働時間を短くするという単純な議論ではなく、事業モデル（戦略）、組織風土、オペレーションの見直しを検討する必要があり、医療機関のあり方そのものを再検討すると言っても過言ではありません。人口減少社会において、魅力的な職場環境を作り出さなければ医師の採用・定着はより難しくなると考えられます。働き方改革を実現するためには、経営者が働き方改革の必要性を十分に理解し、現実から目を背けずに改革を断行していく必要があります。

## 1 病院における働き方改革の論点

### (1) 働き方改革とは何か

平成30年1月4日に行われた安倍首相の年頭記者会見において、働き方改革への挑戦が触れられるなど、「働き方改革」という言葉が注目を浴びて、日々メディアを賑わせています。しかし、働き方改革＝長時間労働の是正というイメージが先行し、働き方改革の中身を正しく説明できる方は意外と少ないのではないのでしょうか。働き方改革には、

- (1) 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善
- (2) 賃金引き上げと労働生産性向上
- (3) 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など  
長時間労働の是正
- (4) 柔軟な働き方がしやすい環境整備

- (5) 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備
- (6) 病気の治療と仕事の両立
- (7) 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労
- (8) 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援
- (9) 誰にでもチャンスのある教育環境の整備
- (10) 高齢者の就業促進
- (11) 外国人材の受入れ

に関する各種改革が含まれています。

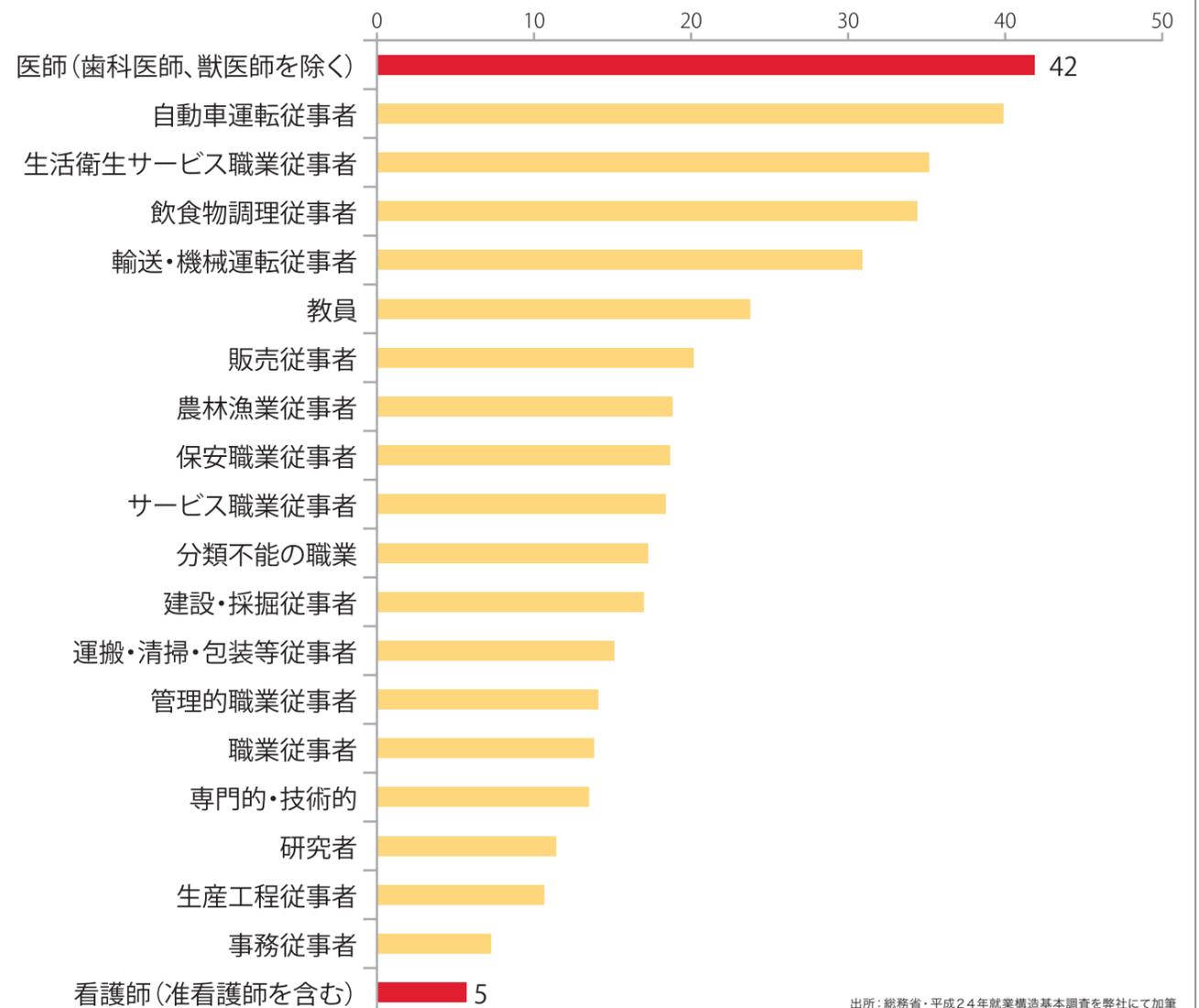
多様なテーマが含まれる働き方改革ですが、長時間労働を原因の一つとする大手企業社員の過労自殺事件や、医療業界においては地域の基幹病院が、労基署から医師の当直代に時間外の割増し賃金が含まれていなかったことの問題を指摘され、多額の時間外手当等の不足分を職員に対して支払ったことなどがメディアで取り上げられ、長時間労働の是正が特に注目されるテーマとなっています。

## (2) 医療業界では医師の長時間労働が 取り上げられている

### ①職種別の時間外労働時間の集計

図表1は、主な職種別の時間外労働時間に関する統計結果

図表1 1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合



出所：総務省・平成24年就業構造基本調査を弊社にて加筆

### ②働き方改革における医師の特例措置

医師法19条は「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」とされ、いわゆる「応召義務」が定められています。また、法的な定めに限らず、多くの医師は患者のためという強い使命感を持ち、時間外であっても急患などが搬送されてきた場合、治療にあっています。

医師という仕事の特殊性から、医師に対する時間外労働の上限規制の適用は、法改正施行日の5年後を目処に先送りされることとなりました。つまり、早ければ平成31年度に法律が施行さ

であり、1週間の労働時間が週60時間を超える者の割合は医師が42%と、最も高くなっています。一方で、同じ医療職でも看護師は5%と最も低くなっており、病院における働き方改革の主要テーマとして、医師の長時間労働の是正が取り組み課題として挙げられます。

れることから、医師に対しては、早くて平成36年度から法律が施行されることとなります。

## (3) 医師の働き方改革に関する検討会

### ①医師の働き方改革に関する検討会が平成29年8月から開始

平成29年3月の働き方改革実現会議の決定では、医師については法改正施行日の5年後を目処に規制を適用するとし、2年後を目処に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について



検討し、結論を得る、とされています。これを受けて、平成29年3月から、医師の働き方改革に関する検討会が始まり、本稿執筆時点（平成30年1月）では医師の働き方改革に関する検討会 中間的な論点整理（骨子案）がまとめられています。

## ②医師の働き方改革における論点

医師の働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理によれば、医師の長時間労働を是正するために、各医療機関で検討・実施できる取組から、国として法改正や基準を示していく必要があるテーマにも言及されています。各医療機関で検討・実施出来る取組として、医師の業務の一部を診療看護師（※1）に移管するタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）、その他、遠隔診療システムなどのICT活用による生産性の向上、各医療機関の経営者・責任者が残業時間を抑制することへの意識改革などが検討されています。国として法改正や基準を示していく必要があるテーマとしては、医師法

の応召義務（※2）の見直し、自己研鑽に関する労働時間の考え方、宿日直許可基準の考え方、医師が作成する必要がある書類の見直しや各種会議の参加要否の検討、医療機関への財政的支援等があります。

なお、『医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究』（平成28年度厚生労働省調査）によると、医師自身が認識している労働時間の管理方法として、16.2%は労働時間を管理していないと回答しています。加えて、『医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査』（平成29年11月 四病院団体協議会）によると、36協定を締結していない、または36協定を締結していても特別条項を締結していない施設の割合は48.9%と、そもそも実態を把握するための労務管理体制の見直しがまずもって必要である医療機関が多いと考えられます。

医師の働き方改革は、多様なテーマに跨る内容であり、医師の勤務時間を短くすればよいという単純な議論ではないことが

お分かりいただけるかと思えます。一方で、長時間労働が健康に与える影響や、女性医師の割合の増加、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）への関心の高まりを踏まえ、各医療機関としては早期に働き方改革に着手していく必要があると考えられます。これらへの対応の遅れは、医師の維持・確保に悪影響を及ぼし、ひいては病院経営に悪影響を及ぼします。以降では、各医療機関で実施できる対策にフォーカスを当てて、解説します。

※1 診療看護師とは、2年間の教育・訓練の後、原則的に認められていない診療（医師のみが行う行為）の補助を、医師の指導を受けながら行う看護師のこと  
※2 医師法19条は「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と定めており、医師の診療に応ずる義務、応召義務といわれている

## 2 病院経営における働き方改革の実現に向けた取り組み

### （1）働き方改革の実現に向けた検討テーマ

各病院で働き方改革を検討する上では、事業モデル（戦略）、組織風土改革、オペレーション改善を検討する必要があります。業務の効率性を高めることで労働時間を短くできる可能性はありますが、追加で費用が必要になる場合も多いと考えられます。そのためには利益を生み出せる病院である必要があり、事業戦略について検討する必要があります。特定の医師に長時間労働を強いなければ成り立たない事業モデルの場合、医療過疎地域も含めた一元的な議論は出来ないものの、まずは事業のあり方そのものを見直す必要があると考えられます。

組織風土の論点として、そもそも経営者、管理者、現場医師が、長時間労働を是正しようとする問題意識を持たなければ、働き方改革は実現しません。加えて、特定の医師に業務や権限を集中させる組織構造であればあるほど、その医師の労働時間を短くすることは難しくなり、更には、院内の他職種の労働時間の長期化にまでつながる恐れがあります。古い病院にありがちな、医師が絶対的な存在で、コメディカルや事務スタッフが医師に意見できないような組織文化がある場合、このような組織文化も見直す必要になると考えられます。

オペレーションの論点では、ICTの活用、時短勤務の推奨などの工夫により、労働時間の短縮化、新たな雇用の確保の実現につながる可能性があります。これらの論点は医師に限らず、病院全体として見直しを行うことが望ましいと考えられます。例えば、事務スタッフの業務を効率化させることで病院全体のコストを抑制できれば、医師の働き方改革の原資とすることが出来ます。

以降では、上記テーマについて個別に解説します。

## （2）長時間労働を前提に成り立つ事業モデル（戦略）の再考

### ①長時間労働を前提とした事業モデル（戦略）は事業継続リスクが高い

I章で触れた通り、多くの医療機関で経営戦略の見直し・転換が求められています。経営戦略の見直し・転換が求められる背景には医師の働き方改革も含まれます。医師の長時間労働を前提に成り立つ事業モデル（戦略）は、当該医師が退職した途端に事業が成り立たなくなるリスクの大きいモデルです。長時間労働が続く限り、医師の離職リスクは高まる可能性があると考えられ、加えて医師のリクルート（親族への事業承継も含む）の際にもボトルネックとなる恐れがあります。実際、後継者の先生にインタビューを行うと、自分の親の様に、患者のためとはいえ、休みなく働き続けることは出来ないと言う意見を聞くことがあります。医師の長時間労働が解消できない場合、事業モデル（戦略）を見直す必要があると言えます。なお、長時間労働の見直しにより、追加で人件費が発生するケースが多いと考えられ、長時間労働を是正することによる収支への影響を注視する必要があります。

以下では医師の長時間労働が一つのきっかけとなり、戦略の見直しに踏み切った事例を解説いたします。

### ②急性期から回復期・慢性期への事業モデル（戦略）転換事例

A病院は政令指定都市にある約50床の入院ベッドを抱える急性期病院です。創業家である理事長は、医療法人全体の統括を行い、病院運営は外部から招聘した院長に任せていました。院長は急性期医療が当院の果たす役割であるという考えの下、他の医師の倍以上の患者を担当し、患者の受け入れも率先して行っていました。そのため、どうしても労働時間が長くなりがちでした。

そのような中、家庭の事情により、院長の退職が決まりました。新しい院長のリクルートを行ったものの、多くの患者を担当し、また管理業務まで行ってくれる医師の採用は難しく、院長の代わりとして複数の医師を採用することも採算性の観点から現実的ではありませんでした。同規模で急性期医療を継続することのその他の難しさもあり、回復期・慢性期へ事業モデル（戦略）の転換を決断しました。急性期から回復期・慢性期へ事業モデルを転換したことで、従来よりも患者一人当たりの医師の業務負担が軽くなり、院長退職後は残った医師で病院運営を継続しています。

### ③中小病院が大手医療・介護グループに加わる選択をした事例

B病院は都内にある約300床の入院ベッドを抱える慢性期病院です。常に100%近い稼働率を維持し、每期安定した利益を確保出来ている状態でした。一見、経営的には安定しているよう

に見えますが、患者の大部分を理事長が担当しており、理事長は常に患者対応に追われているような状況でした。数年前に先代理事長が急逝し、現理事長が事業承継を行いました。現理事長は患者対応に加えてマネジメント業務を引き継ぐことになり、日々オーバーフロー状態が続いていました。

今後の医療・介護政策の方向性、理事長の体力的な問題と将来のご子息への事業承継の問題を鑑みて、現理事長が医師として当院で診療を続けるものの、マネジメントに関しては他の医療機関と連携をする方針へと見直しました。そして、複数の連携候補先との検討を重ね、大手医療・介護グループに加わる決断をしました。大手医療・介護グループの傘下に加わることで、理事長は、マネジメントにかかる負担を軽減することができ、理事長自身の働き方の改善だけでなく、グループ内での患者・利用者の連携、グループ力を活用した人材採用が実施できるなどの経営基盤の強化にもつながっています。

### (3) 長時間労働を是正するための組織風土改革

#### ①働き方改革に向けて、経営者、各診療科の責任者、現場医師の意識改革が必須

どれほど長時間労働を是正するための工夫をしたとしても、経営者、各診療科の責任者、現場医師の意識改革が進まなければ、働き方改革は進みません。まずは長時間労働が悪であるという認識をマネジメント側が持ち、現場で指導徹底する必要があります。以下では、各診療科の責任者の意識改革を行い、医師の長時間労働を正に成功した事例をご紹介します。

弊社のクライアントで地域の救急医療を支えているC病院は、医師を100名以上抱える地域の基幹病院です。従来は自己研鑽という名目で若手医師を中心に病院に長時間残ることが常態化しており、マネジメント側も若手医師の正確な残業時間を把握していない状態でした。そのような中で労基署による監査が入り、医師の労働環境について指摘を受けました。経営陣は病院存続の危機であるという認識の下、各診療科の責任者に、科内の残業実態の把握と自己研鑽については極力院外(自宅)で行うことを徹底させました。従来は曖昧であった勤怠管理について、ICカードによる客観的な管理の仕組みを導入するなどの改革にも着手しました。これらの取り組みにより、危機的状況は回避することが出来ました。経営陣が強い危機意識を持ち、各診療科にも残業時間の抑制を徹底させたことがポイントです。

#### ②タスク・シフティング(業務の移管)、タスク・シェアリング(業務の共同化)を行うための組織風土改革

医師の働き方改革に関する検討会において、医師のタスク・シ

フティング、タスク・シェアリングの議論が行われています。医師の業務を減らす、負担を軽減することは医師の労働時間抑制に対して効果的であると考えられますが、医師に依存する組織文化の改革が必要であるケースがあります。病院は医師を頂点とするピラミッド型の組織構造となりがちですが、多職種によるチーム医療が進められている医療機関では、医師に対する積極的な意見具申や医療クラーク(入力補助等)の活用により、医師の負担が軽減出来ています。チーム医療を推進するためには、医師が多職種の意見を聞き入れる姿勢、職員教育、チーム医療の推進を促すための制度設計(バランススコアカード等)が必要であると考えられます。

また、医師同士のチーム連携も重要で、1人の患者を複数の医師で診る、複数主治医制の採用も効果があります。これは医師の負担を平準化する目的の他に、コメディカル負担を平準化する効果もあります。例えば、ある患者の主治医が手術中の場合、他の医師に相談することで業務を進めることが出来ます。各医師が話し合う時間を合わせる事が難しいという意見を聞くこともありますが、早朝の時間を活用してカンファレンスを行うなど、患者情報を共有する工夫が考えられます。

タスク・シフティングの論点として、診療看護師の活用も議論が行われています。診療看護師になるには、5年間の看護実務経験を有する看護師が、大学院修士課程に2年間在籍、修了することが必要で、診療看護師は医師の指示を受けながら、これまでよりも踏み込んだ診療の補助を行うことが出来ます。診療看護師の活用は、医師の業務を補助することに加え、医師と看護師との情報伝達の橋渡し、患者へのきめ細やかな対応が出来るなどの効果があります。一方で、診療看護師の配置による費用負担の問題、所属部署(診療部所属か看護部所属か)による指示命令系統・配置基準のカウンタの問題、報酬設計の問題、研修医が配属された場合の役割など、実務上は多くの論点があるため、活用には十分な検討が必要です。組織として診療看護師をどのように活用するのか、関係者を交えた十分な議論を行い、コンセンサスを得ておくことが大切です。

### (4) オペレーション

#### ①ICTを活用した業務負荷の軽減

医師の働き方改革に関する検討会の中間報告資料において、ICTの活用が記載されており、未来投資戦略においても医療介護分野でのICT活用が記載されています。具体例として、救急外来の医師から宅直医との相談を、タブレット端末を用いて、診察記録や電子カルテの内容を確認し、指示出しすることが考えられます。宅直医の必要以上のオンコール出勤を軽

減できます。過疎地域においては遠隔診療の推進も、医師の訪問にかかる移動時間、患者の通院負担を軽減できると考えられます。直接医師とかわからないところでは、スマートフォン向けのアプリケーションを活用したオンライン会計の仕組みを導入することで、会計業務にかかる事務職員の負担が軽減され、医師の業務サポートを行う余力が生まれる可能性もあります。

ICTと聞くと、大掛かりな投資をイメージされる方もいらっしゃいますが、比較的手ごろな値段で導入できる仕組みも普及してきており、ICTをうまく活用する余地がないか、検討をお勧めします。

## 3 まとめ

病院、特に医師の働き方改革は、個別医療機関で検討すべきテーマから、医師法の議論まで、多様なテーマに関わります。今後、国全体としての議論が深まると想定されますが、個別医療機関においても、医師にとって魅力的な職場環境を作り出さなければ、医師の採用や継続性に問題が生じ、医療機関の経営を揺るがす事態に発展する恐れがあります。

本章で述べてきたように、医師の働き方改革への取り組みは、単純に労働時間を短くするという議論ではなく、事業モデル(戦略)、組織風土、オペレーションと、医療機関のあり方そのものの再検討であると言っても過言ではありません。まずは経営者が働き方改革の必要性を十分に理解し、現実から逃げずに改革を断行していくことが求められます。



# 医療介護分野における社会的責任 (CSR) と経営戦略

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 専任部長  
**渋江 弘幸**

急性期・療養型病院、介護施設の経営とグループ運営、在宅医療・地域連携の立ち上げ、医療関連物流事業などの25年以上の業界経験を元に、現場視点で経営戦略とマネジメント、新規事業、人材育成などを支援



## POINT

高齢化に伴う国民医療費の増加を抑制するという政策の下、医療の提供体制はかつての病院中心による急性期総合医療から、急性期あるいは回復期などへの機能特化や、在宅医療あるいは介護サービスとの連携を重視する地域包括医療介護の体制へと変化しています。団塊の世代が後期高齢者に入入する2025年に向けて、この環境変化に対応するために国は本気で制度改革を進めています。医療機関や介護施設が地域からの信頼を得て生き残り、存在感をアピールするための経営戦略として、医療介護の社会的責任 (CSR) の考え方と経営戦略としての活用について、事例も交えて解説します。

## 1 医療機関を取り巻く環境の変化とその対応

各医療圏における医療機能を選別してゆくという提供体制の変化に対して、医療機関は自らの機能に応じた事業を展開していかねばなりません。診療報酬と介護報酬が微増という総枠の中で、自施設の機能と収支のバランスに留意して経営を考えなければならない時代です。2017年度に厚生労働省が実施した医療経済実態調査においては、一般病院の利益率はマイナス4.2%の赤字となっています。特に地域医療を担っている自治体病院は72.9%が赤字となっており、存続さえ危ぶまれる病院が増え続けているという状況となっています。

しかしながら医療介護制度の変化にかかわらず、患者や地域が望むニーズの変化をいち早く捉えて柔軟に対応できる経営戦略を立てて実行できれば、変化の本質に敏感に反応できる組織となり、真の課題が見えてきます。例えば地域包括ケア体制の中で自院の位置付けをどうするか、高齢患者の増加により医療と

介護をどう融合させるか、人材を確保するために職員の働き方をどのように変えていくか、地域に対して自院の強みをどうアピールするか、などの課題です。これらの多面的な課題を包括して戦略化するフレームワークとして、「医療介護の社会的責任 (CSR) 経営」が有効と考えられます。

## 2 社会的責任 (CSR) とは何か

### (1) CSRの概要

企業はその経済活動を通じて利益を追求するだけでなく、社会に与える影響力に責任を持ってあらゆるステークホルダー (消費者、投資家等、その他の社会全体の利害関係者) の要求に対して明確な意思決定と適切な活動を行なう責任があります。これが「企業の社会的責任 (Corporate Social Responsibility)」です。わが国では従来から「企業は社会の公器」という考え方が

ありましたが、CSRという概念が急速に一般化するようになったのは、2000年頃から社会問題化し始めた企業の不祥事発覚が契機となり、「コンプライアンス」の視点で企業の社会的責任が問われるようになったことです。事故、偽装などについての説明責任が厳しく求められるようになり、それに答えられない企業は淘汰されるという状況下で、より広い意味での「企業としての持続可能性」を追求する経営が必要となってきました。先進的な企業はこの状況を受け身でなくむしろ企業イメージの向上の機会と捉え、「積極的CSR」として競合企業との差別化のための経営戦略に位置付けています。

2010年11月に発効されたSR (Social Responsibility) の国際規格であるISO26000はあらゆる企業や団体のための社会的責任のガイドラインとなっています。ISO26000には

- ①組織統治
- ②人権
- ③労働慣行
- ④環境
- ⑤公正な事業慣行
- ⑥消費者課題
- ⑦コミュニティへの参画及びコミュニティの発展

図表1

## やさしい社会的責任 概要

—ISO26000と中小企業の事例—

社会的責任 (Social Responsibility) とは

- 組織活動が社会及び環境に及ぼす影響に対して組織が担う責任のこと
- 様々な組織が持続可能な社会への貢献に責任をもつ

●企業だけでなく、すべての組織を対象  
**CSR Social Responsibility**  
※CSR="Corporate" Social Responsibility

### 社会的責任を果たすメリット

社会的責任を果たす最大のメリットは、社会からの信頼を得ること。そのほか次に示すような効果も期待できる。

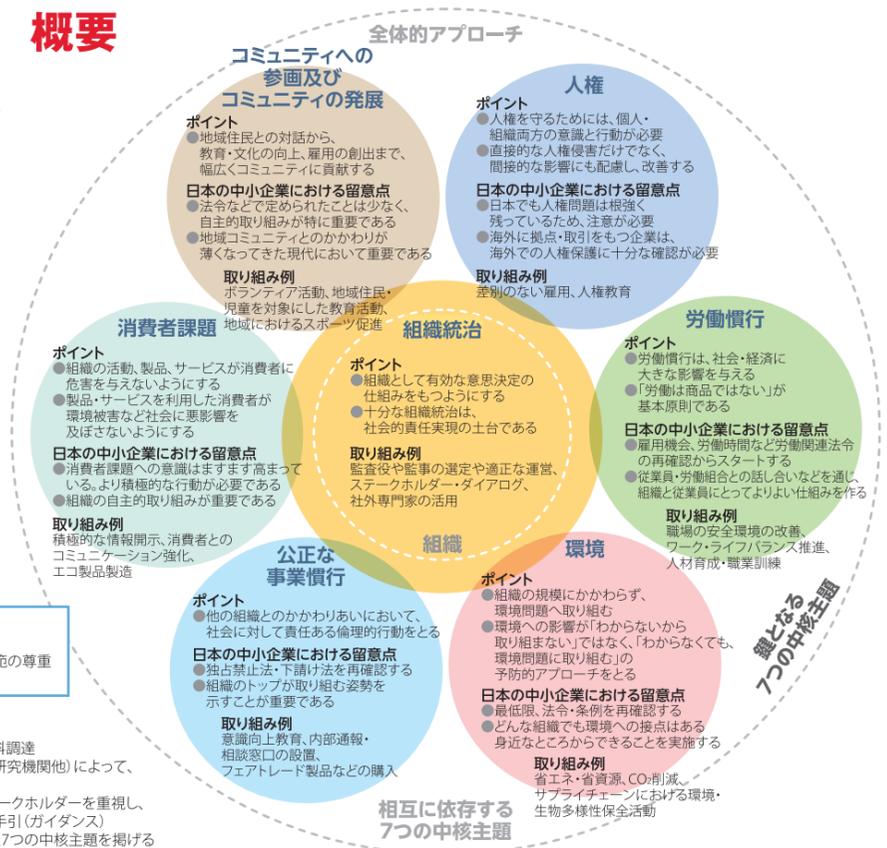
- 社会の期待に反する行為 (法令違反など) によって、事業継続が困難になることの回避
- 組織の評判、知名度、ブランドの向上
- 従業員の採用・定着、士気向上、健全な労使関係への効果
- 消費者とのトラブルの防止・削減やその他ステークホルダーとの関係向上
- 資金調達の円滑化、販路拡大、安定的な原材料調達

### 社会的責任を果たすために (7つの原則)

- すべての組織で基本とすべき重要な視点
- |         |                 |            |
|---------|-----------------|------------|
| 7つの原則   | ④ステークホルダーの利害の尊重 | ⑥国際行動規範の尊重 |
| ①説明責任   | ⑤法の支配の尊重        | ⑦人権の尊重     |
| ②透明性    |                 |            |
| ③倫理的な行動 |                 |            |

### ISO26000とは

- 先進国から発展途上国まで含めた国際的な場で複数の材料調達ステークホルダー (消費者、政府、産業界、労働、NGO、学術研究機関他) によって、議論され、開発された国際規格
- 認証を目的としたマネジメントシステム規格ではなく、ステークホルダーを重視し、組織が効果的に社会的責任を組織全体に統合するための手引 (ガイダンス)
- 第1章から第7章及び附属書によって構成され、7つの原則と7つの中核主題を掲げる



ISO26000 Guidance on social responsibility (邦題:社会的責任に関する手引)は、2010年11月に正式発行された、社会的責任に関する国際規格です。本資料記載の内容・ページ番号は、ISO/SR国内委員会発行の「やさしい社会的責任—ISO26000と中小企業の事例—解説編」に対応しています (→<http://iso26000.jsa.or.jp/>)

出所:「やさしい社会的責任—ISO26000と中小企業の事例— 財団法人 日本規格協会」

## (2) 医療介護におけるCSR

医療業は非営利とはいえ、サービスを提供して診療代という対価を受領する事業活動であり、一般企業と同様に社会的責任を負っています。但し他の業種と異なる点は、人間の生命を預かるという重い責任が課される業務の性質から、医師や看護師など医療資格者の職業倫理が重視され、本業そのものが社会的責任という意識が強いということです。さらに医療の提供は社会にとって必要不可欠なインフラ機能であり、この機能を担う医療機関は存在し続けることが最大の社会的責任です。しかしながら、医療費の急増に伴う医療提供体制の再編という大波の中で、存続自体が困難になる医療機関が増えています。従って各々の医療機関が地域における自己の役割を認識し、医療の質を高める努力をして、地域社会とのコミュニケーションを強めながら共存していくという「積極的なCSR」が求められています。

このように医療介護業界は一般産業界とは異なり、「社会的責任」とは競争に勝つ戦略ではなく、地域を守れるよう共生するための戦略であるということが特徴です。但し現状では職業倫理の原則の下で、医療者個人の努力に依存して責任を負うという医療機関が一般的で、組織としての取り組みが遅れているのが実態です。次章ではその実態について触れていきます。

## 3 医療介護分野における社会的責任についての理解

### (1) 医療職種の倫理観

医療や介護に関わる職業は、人間の生命と健康を維持し支援する仕事であり、さらには個人の生活状況にまで踏み込まざるを得ない場面にも遭遇します。医師は手術や医療処置など、人体に意図的に傷を付ける「侵襲」行為を合法的に行える唯一の職業です。それだけに科学的な根拠(医学的適応性と医術的正当性)に基づく教育を受けた国家資格を持ち、医療行為を受ける個人の同意を得ることが必須であり、高い倫理観を持って職務を遂行しなければなりません。

医学や看護教育において、医師は「ヒポクラテスの誓い」(図表2)、看護師は「ナインゲール誓詞」に表される臨床倫理の教育を受けます。また医師は刑法134条第1項において守秘義務が課されている職業でもあります。ところがその他の医療技術者や事務職員が臨床倫理や守秘義務について教育を受ける機会にはほばないため、医療機関の職員の中でも社会的責任の理解度は

かなりの幅があります。一方で患者はこの事実を十分に理解した上で受診しているわけではないので、医療上の責任に関して不均等な理解と合意の上で医療行為が行われており、いったん双方の理解に行き違いが生じると最悪では医療訴訟という事態に発展します。このように医療提供側と受療者側とのコミュニケーションの良し悪しが医療機関の信頼性に影響することも多いため、医療機関に従事する全ての職員や日常出入りする外部の取引先、患者やその家族までを含めて、医療に関わる社会的責任とその実態を組織や地域全体として共有する必要があります。

図表2

#### ヒポクラテスの誓い

医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、バナケイアおよびすべての男神と女神に誓う。私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守ることを。

- ①この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分かって、その必要あるとき助ける。
- ②その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私の持つ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則にもとずき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分ち与え、それ以外の誰にも与えない。
- ③私は能力と判断の限り患者に利益すると思ふ養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。
- ④頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。
- ⑤純粋と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。
- ⑥結石を切りだすことは神にかけてしない。それを業とするものに委せる。
- ⑦いかなる患者を訪れる時もそれはただ病者を益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷の違いを考慮しない。
- ⑧医に関すると否にかかわらず他人の生活について秘密を守る。
- ⑨この誓いを守りつづける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるのであろう。もしこの誓いを破るならば、その反対の運命をたまわりたい。

出所：「ヒポクラテスの誓い」日本医師会ホームページ

### (2) 医療機関の存続

昨今の医療提供体制の改編により、医療機関としての機能が複雑に細分化される状況にあり、地域の人々がそれぞれの医療機関がどのような機能であるかを理解し選択することが難しくなっています。自治体などから医療体制の公開情報があるとはいえ、一般人である地域の人々が公開情報を十分に取得し理解して適切な医療機関を選択するというのは現実的ではなく、なによりも医療機関が身近にあることが重要なのです。退場せざるを得ない医療機関が増えれば、困るのは地域住民となります。従って、地域社会の基盤的存在として地域の人々と十分に対話し続けることが最大の社会的責任と言えるでしょう。

このように非常に高度で重い社会的責任を課された医療機関が、組織としてどのような取り組みをすべきかについては次章で述べることにします。

## (3) 医療界におけるCSR取り組みの現状

一般の企業がCSRに取り組んでいる状況に比べ、医療機関がCSRに取り組んでいるという事例はあまり見当たりません。この理由としては、①医療という本来業務が極めて社会的責任の重いものであることから、敢えてCSRという表現を使用するという意識が希薄であること、②CSRの概念は経済界主導で進んでいるため、医療界での関心が低いこと、③収益源である診療報酬との関連性が見えにくく、取り組み意欲が湧きにくいこと、などが考えられます。

しかしながら医療機関が取り組むべき社会的責任の項目をきちんと整理して体系化すればCSRのテーマは十分に揃うことになりますので、組織としての実行体制を整えることができれば、一般企業に比べて「CSR経営」に取り組むやすい業界であるといえます。

CSRではなく、HSR(Hospital Social Responsibility)という表現で社会的責任への取り組みを公開している医療機関が散見されます。基本的には同じ概念といえますが、医療安全や患者の人権を主とした表現が特徴的といえます。いずれにしても内部の取り組みだけに熱心な医療機関が多く、組織全体として社会的責任に取り組む意思と実施体制を外部に発信するという点ではまだまだ改善の余地がある業界であると思われます。

## 4 医療介護分野におけるCSR体制の構築

医療機関のCSRは本業に関わるテーマが豊富であるため、組織全体で取り組む仕組みを構築できれば、CSRを標榜できる組織となり得ることができます。本章ではISO26000の枠組みと医療の業務特有の視点を重ね合わせて、責任課題を整理し体制を構築するために重要なポイントである、コンプライアンス、品質管理及び広報活動と、それらを有効的に実行する体制の4点について解説します。

### (1) コンプライアンス

CSRの中核となるのはコンプライアンスです。ISO26000における7つの中核主題のうちでは、「人権」、「労働慣行」、「環境」、「公正な事業慣行」の4項目が対象となります。「人権」には患者と共に医療機関に従事する職員の人権も含まれます。医療行為に伴う臨床倫理は患者の人権を守るための基礎となります。「労働慣行」は医療従事者の働き方改革を進めていく上で、今後ま

ずます重要な課題となつてきます。「環境」に関する最大のテーマは医療廃棄物の処理ですが、それに加えて高エネルギーを使用し多量のCO2を排出する医療施設のエネルギー管理も対象となります。「公正な事業慣行」では多額の税金が投入されている診療報酬の適正な請求行為や、医薬品、材料など多岐に及ぶ取引業者との適切な取引が課題です。この他にも診療情報やケアプランは身体や生活状況に関わる最も高いレベルのセンシティブ個人情報であり、その保護はコンプライアンスとして取り組むべき重要な課題です。

### (2) 品質管理

医療事故や医療過誤を防ぎ安全安心な医療を提供することが、医療機関にとって基本的な社会的責任であり、医療安全は業務の品質管理を実行した結果といえます。ヒヤリハットはリスク分析、クリニカルパスは工程管理、感染予防は不良製品の歩留り管理、症例検討は検品管理というように置き換えれば、医療の業務に品質マネジメント(ISO9001)の手法を応用することができます。この手法のメリットはPDCAを循環させることで、リスクの再発防止に向けて継続的な改善の仕組みができることと、医療業務にありがちな属人的な仕事の進め方が標準化できることにあります。品質管理はISO26000の中核主題のうち「消費者課題」への取り組みとなります。

### (3) 広報活動

コンプライアンスや品質管理の取り組みを行なうだけでは真のCSRとは言えません。中核主題にある「コミュニティへの参画」をしっかりと行ない、取り組むことの意義や実行過程、結果の検証、改善へのステップアップ対策などについて、組織内の職員だけでなく患者や家族を含めた地域の人々と情報を共有し対話する機会を得てこそ社会的責任を果たすこととなるのです。具体的にはホームページや報告書などで情報を公開し、他の医療介護パートナーとのスムーズな連携を行ったり地域向けの貢献活動に積極的に参加することで、コミュニティからの反応を得て検証するという双方向の広報活動が有効な手段となります。

### (4) CSR遂行体制の構築

CSRを遂行するためには、組織内での取り組み課題の周知徹底と実行する推進力を維持しなければなりません。図表1の通り

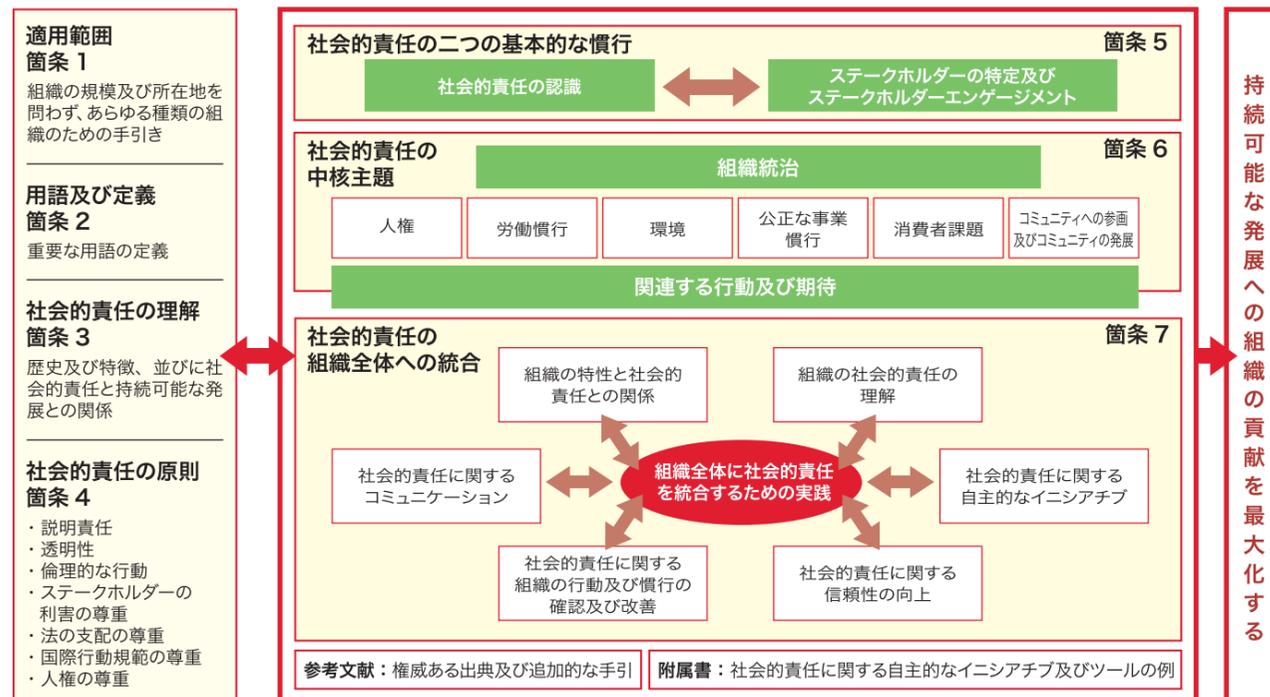
「組織統治」は他の6つの中核主題全てと関わり合うことになっています。このために必要なのは、組織のガバナンスの仕組みです。強力なリーダーシップを発揮できるカリスマ的トップがいる組織であっても、経営判断を行なうための意思決定プロセスの整備が必要となります。そしてそのプロセスと決定が適切であるかを評価する監査機能もなくてはなりません。組織の理念や方針、中長期的な計画などを組織全体で共有できる仕組みをつくることも組織統治には重要です。取り組み課題を整理し明確にすることと併せて、PDCAが円滑に回るような組織統治の仕組みをうまく構築することがCSRを実現する成功要因となります。この体制を作っていくためには当然ながら組織のトップマネジメント(理事長、院長、理事会等)のCSRへのコミットメントが必須となります。

## 5 積極的CSRの活用

### (1) 日常業務こそがCSR

以上で述べてきた通り、医療・介護の日々の仕事は社会的責任に満ちた内容であり、日々取り組んでいる業務がどのようにCSRにつながるのかを理解して、組織の戦略として体系化し地域など外部に発信することで、信頼できる医療機関としての存在をアピールすることができます。

図表3 ISO26000の図式による概要



## (2) CSRの体制構築の手順

CSRを地域におけるブランド向上に活用するためには、次のような手順を取ることが有効です。

- ①組織としての明確な理念やビジョンを制定し、全職員への周知、教育などで組織内に浸透させます。これは対外的な発信をした時に、外部からの反応と内部の対応のギャップを埋めるために必要です。
- ②コンプライアンス、品質管理、広報活動などで取り組んでいる内容について、組織のビジョン等の運営方針と関連付けます。この際にISO26000の7つの中核主題のフレームワークを活用すると取り組みの位置付けを明確にしやすくなります。できれば取り組みの内容を図表化したデータとして表現します。これにより個々の業務が組織全体の取り組みとして可視化され、対外的に公表が可能な客観性の高い情報となります(図表3参照)。
- ③取り組み内容をCSR報告として公表します。医療機関のホームページに専用のページを設けて、取り組みによる成果のデータと併せて公表すればなおブランド効果が得やすくなります。ややコストがかかりますが、CSR報告書として印刷し地域住民、行政、連携先等に配布できれば情報が浸透しやすいでしょう。

出所: ISO 26000 - Social Responsibility Discovering ISO 26000 財団法人 日本規格協会訳

④公表した情報に対するステークホルダー(利害関係者)からの反応を、アンケートや意見コーナーなどを設けることで収集します。収集した意見は次回のCSR報告に反映させます。

以上の手順を毎年継続することで、CSR企業としてのブランドイメージは必ず高まります。地域住民、患者や連携先に信頼感を与えるだけでなく、特にCSRを重要な経営基盤として評価する行政や金融機関などの企業に対して有効なブランド戦略となります。

## 6 医療・介護分野における取り組み事例

### (1) CSR経営の宣言

最後に、CSR経営に取り組み2006年から医療機関としては唯一の単独CSRレポートを発刊している溪仁会グループの事例をご紹介します(図表4)。

溪仁会グループは医療法人溪仁会、医療法人稲生会、社会福祉法人溪仁会と関連会社1社の4法人で構成され、北海道札幌市及びその周辺7市町村で病院、診療所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等81事業所に及ぶ事業拠点に4,751名の職員を擁しています。

2006年にグループ統合経営の方針を定め、溪仁会グループCSR経営を宣言しました。同年より従来の病院年次報告書を改装し、「サステナビリティ・リポーティング・ガイドライン2002(GRI)」に基づいてCSRレポートを毎年発刊しています。2010年度にISO26000が発効したことに伴い、以降はISO26000のガイドラインに則ったレポートとなっています(図表5参照)。

### (2) マネジメントシステムの導入と統合

溪仁会グループは医療介護の質の改善をQC活動と位置付け、2000年に品質マネジメントシステムISO9001の認証を取得し、2004年には環境マネジメントシステムのISO14001認証を取得しました。また2005年に個人情報保護の第三者評価であるプライバシーマーク(JISQ15001)の認証を登録し、2006年からはBSC(Balanced Score Card)の手法を導入してこれらのマネジメントシステムを統合する仕組みを構築しています。現在は品質を中核として環境・個人情報をも統合して外部の第三者審査を受ける「溪仁会マネジメントシステム(KMS)」として運用がされています。

この結果、組織の内部ではグループの方向性や改善課題が

明確に共有されるようになり、次々と新規事業や活動の取り組みに発展しています。また地域への説明責任を果たすことで、行政機関や取引先企業、金融機関などの信頼性向上をもたらし、ドクターヘリ事業や新生児医療、へき地医療施設の指定管理者、などの政策的な公益事業にも参加するなど年々事業拡大を続けています。

## 7 おわりに

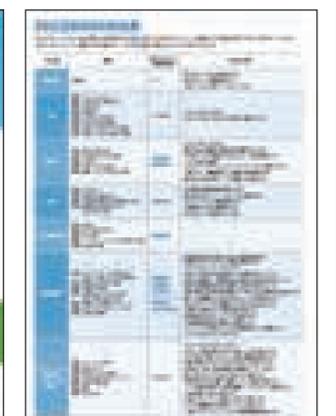
これまで述べてきましたように、「CSR」とは企業にとっての経営戦略そのものです。一般の事業会社は営利事業として利益を稼ぎ、株主に利益を還元して株式総額の価値を上げることが最大の使命ですが、非営利事業である医療は、地域住民を主として幅広いステークホルダーに対して利益を還元することが企業としての使命となります。従って本来負っている重い社会的責任をどのように果たしているのか、それはステークホルダーの利益に合致しているのか、そのために取り組むべき課題は何か、などを常に発信し続けていく必要があります。CSRという視点があるフレームワークの1つとなるでしょう。

なお、ISO26000においては社会的責任はSR(Social Responsibility)と表記されていますが、医療介護は事業という観点から、企業としての経営戦略が必要となるため、本稿では敢えてCSR(Corporate Social Responsibility)に統一することにしました。

図表4



図表5



出所: 溪仁会グループCSRレポート2017

# 報酬改定・人口減少に伴う 連携・M&Aの意義

山田コンサルティンググループ株式会社  
資本戦略本部 医療・介護セクター 部長

川村 和人

医療機関・介護施設に対し事業計画の策定、業績改善、病棟・事業モデルの見直し等、多数の役務を実施。現在、後継者問題、地域医療の課題解決のためのM&A業務に従事。



## POINT

近年、多くの病院において、各種制度の見直し、自院が属する医療圏のニーズの変化、地域の人口動態等の外部環境の変化により、①医療機能の分化・強化、②他施設との連携、③医療と介護の役割分担、④医療と介護の切れ目のない連携、つまりは診療科構成の見直し、病床の再編やダウンサイジングといった、ビジネスモデルの見極め・見直しが求められています。

本稿では、主に今回の改定から読み取れる制度の動向や、人口動態・医療ニーズの変化を踏まえた他の法人や施設との連携について、各病院が検討すべき方向性や課題についてケース別に解説いたします。

## 1 診療報酬改定と人口動態による経営への影響

### (1) 診療報酬改定により想定される事態

今回の改定においてはII章で触れている通り「質の高い効率的なサービスの提供」という方針のもと、診療実績やアウトカムが評価される内容へとシフトしています。これにより、実績評価の対象となり得る患者をどれだけ集められるか(集患競争)、その患者に必要なサービス提供を可能とする医療提供体制を構築できるか(医師等の人材の獲得競争)が、急性期の分野において、短期的かつ一時的に激化することが想定されます。

特に、同一医療圏内において、複数の病院が規模や機能、財

政状況において拮抗している場合、競争によって、各施設で医師、看護師、セラピスト等の専門職が必要人数を満たせないといった状況が発生する恐れがあります。また、各病院が現状の収益確保を前提として運営するとした場合、地域で求められている必要量以上の病床が維持される可能性があるため、「効率的な」医療提供体制の構築を一時的にでも阻害する懸念があります。その様な事態を避けるためにも、各病院が建設的で積極的な連携および機能分化を推し進めることが本来的には求められています。

しかしながら、自院の規模、機能への拘りや、機能転換時の場合によっては必要となる設備投資と追加の資金調達に加え、既存債務の返済が転換後のキャッシュフローに見合わないといった財政的な課題等から検討が進んでいないようです。

### (2) 高齢者人口の変化と地域格差

全国的には、65歳以上人口は増加(1章参照)傾向です。医療ニーズ(医療需要予測)を見ても、平成37年(2025年)では平成27年(2015年)実績を100とした場合、106(図表1)と増加傾向にあります。しかしながら、過疎化市町村では、平成27年以降、すでに高齢者人口が減少している地域も見られ、地域による格差が生まれています。

図表1 医療介護需要予測指数(2015年実績=100)

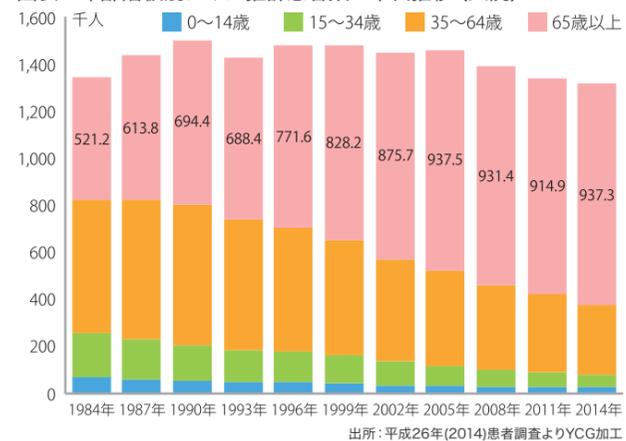


### (3) 年齢別の患者数と罹患率

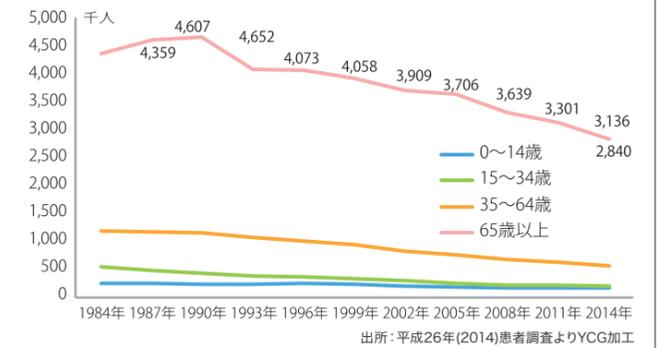
平成26年患者調査によると平成5年(1993年)以降、65歳以上の患者数(入院)(図表2)は、平成17年(2005年)10月時点までは年々増加し、以降平成26年(2014年)10月時点までほぼ横ばいで推移しています。加えて、特に同調査の入院受療率(図表3)(※1)の推移をみると、65歳以上の受療率は年々減少傾向にあります。つまり、65歳以上の入院に関する医療ニーズは、高齢者人口の増加に応じて増大しているわけではなく、高齢化=医療ニーズ(入院)の増大という単純な構図にはなっていないことが伺えます。

※1 ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院した患者数と人口10万人との比率のこと

図表2 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移(入院)



図表3 年齢階級別受療率(10万人対、入院)



### (4) 医療ニーズの変化

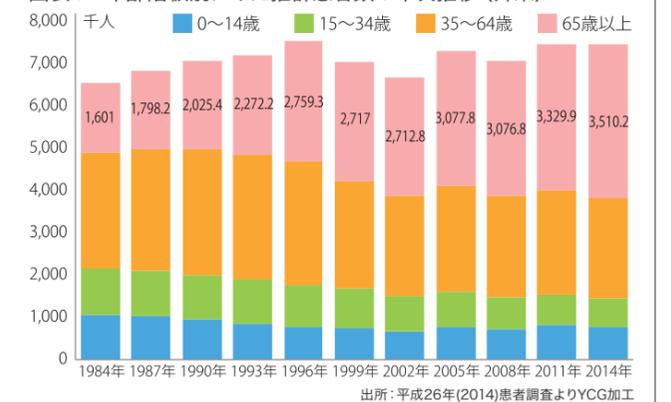
つまり、地域によっては、65歳以上の高齢者の受療率低下に加えて高齢者人口も減少局面にあるため、当該地域の医療ニーズの将来を見据えると、病院の病床数が現在よりも少なくとも地域があるということがわかります。今後、高齢者人口も減少局面を迎える地域は増え、特に平成52年(2040年)以降は全国的にその傾向が進展することが想定されます。

また、平成26年患者調査によると65歳以上の患者数(外来)(図表4)は、緩やかに増加した後、一定程度に維持される傾向が見て取れます。

詳細は割愛しますが、前回に引き続き今回の改定においても、地域包括ケアシステム構築のための取組強化として入退院支援の推進や在宅復帰率が見直されたり、かかりつけ医等の機能の評価として生活習慣病重症化予防推進や、質の高い在宅医療・訪問看護の確保として在宅支援診療所以外の診療所による訪問診療に対する評価がなされたりと、在宅患者(利用者)への医療サービスの提供が促されています。

日本が置かれている財政状況も相まって、社会保障費の抑制に向けた政策誘導と人口動態による医療ニーズの変化によって、更なる医療機能の分化、連携の推進が求められ、病床から在宅(介護施設も含む)への患者の流れが求められています。

図表4 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移(外来)



## 2 人口動態・医療ニーズの変化から見る医療機関が求められる対応

### (1) 高度急性期医療のケース

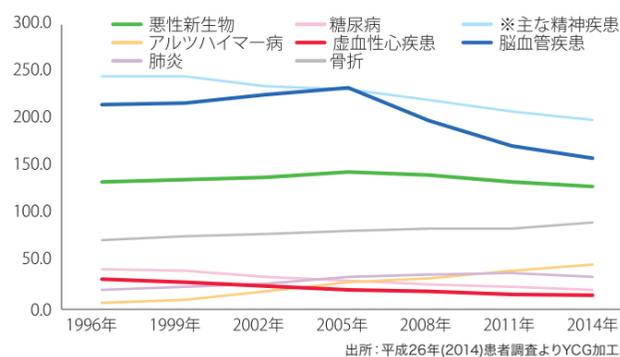
前述の通り、全国的には65歳以上人口が増加傾向ですが、患者数(入院)は平成17年(2005年)10月以降、平成26年(2014年)10月まではほぼ横ばいで推移しており、高齢者人口は増加しているにもかかわらず患者数が増加していません。

また、傷病大分類別の推計入院患者数(図表5)の年次推移を見ると、平成8年(1996年)以降、骨折やアルツハイマー病の患者数は増加傾向が見られるものの、医療資源投入量(※2)が中程度、場合によっては救急対応が必要となり医療資源投入量が高い脳血管疾患(脳卒中)は平成17年(2005年)以降、虚血性心疾患は平成8年(1996年)以降減少傾向にあり、外科的治療や投薬療法、放射線療法などが必要な悪性新生物(がん)も平成17年(2005年)以降減少傾向にあります。

従って、自院が人口減少地域にて高度急性期医療の役割を担っている場合、その規模を維持するためには、より広域からの患者受け入れ体制を確保するなどの方策が必要になると考えられます。別の観点では、必要に応じて、自院の所在する医療圏だけでなく近隣の医療圏における高度急性期医療を提供する病院との、ダウンサイジングも含めた連携や統合の検討が重要となります。

※2 患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した数値。入院基本料を除く。

図表5 傷病大分類別推計患者数(入院)の年次推移



### (2) 他の入院機能への転換や機能の明確化から更なる連携が求められるケース

#### (ア) 13対1、15対1の一般病棟と地域包括ケア、回復リハ病棟

今回の改定において、13対1、15対1の一般病棟は、地域一般入院基本料として再編され、15対1の看護配置を基本として13対1入

院基本料相当の実績、重症度、医療・看護必要度(評価に用いる指標については改定後更に検討)等の新たな評価基準によって評価する方向で検討が進んでいます。現状の規模・機能を維持することを前提とした場合、これらの基準に満たない患者を退院させ、新たに基準を満たす患者を集集する動きとなることが考えられます。

しかし、高齢者人口が減少局面を迎えているエリアにおいては、対象患者数自体が減少するため、その中から基準を満たす患者を集めることに、競合施設との関係からみても苦慮する事態が想定されます。

高齢者人口が増加しているエリアにおいては、医療資源投入量がさほど必要とならない疾患の患者数が増えることが想定されます。そのため、一定以上の医療資源投入が必要な患者を受け入れることが制度上求められる急性期の機能ではなく、急性期後の患者の受入や地域(自宅や介護施設等)での緊急時の受入、在宅・生活復帰支援が求められる地域包括ケア病棟や、脳血管疾患または大腿骨頸部骨折などの疾患で自宅や社会復帰に向けて専門職種によるリハビリテーションが必要な患者を受け入れる回復期リハビリテーション病棟への転換が求められます。

なお、地域包括ケア病棟ではその機能の明確化から、自院の急性期病棟等からの受入ではなく、自宅等からの緊急入院などの受入や、在宅医療の提供実績、居住系介護施設、介護サービスを提供する有床診療所、介護医療院等の施設への在宅復帰等がより評価されるようになります。そのため、紹介元の急性期病棟や、介護施設等との連携が重要となります。また、回復期リハビリテーション病棟では、重症割合やFIM得点の点数回復の割合、自宅への退院割合などの点数化が議論され、リハビリの実績が評価のポイントとなるため、セラピストの人材確保が重要となります。特に地方においては、その採用に関して大きな課題が残るため、セラピストの育成、採用に定評がある法人との連携も視野に入れる必要があります。

#### (イ) 慢性期病棟と介護施設+訪問系の医療サービス

医療療養病棟に関しては、介護療養病床の廃止に伴い、高齢者が必要とする医療を提供する場としての役割が求められています。一方で、自宅や介護施設等での生活介助に加えて訪問診療や訪問看護を受けるケースや地域包括ケア病棟を利用するケースなど、介護+訪問系の医療サービス、あるいは介護+医療ニーズが高まった際の病棟の利用といった多様な医療サービスが求められています。

医療的処置が必要且つ在宅医療の範囲では対応できない患者は確実に存在していると言われており一方で、その必要な規模や体制については変化が求められることになります。これらの動向を踏まえると療養病棟に関しては、複雑化する政策動向とサービス提供体制に対応しつつも柔軟に対応できる様

に、周辺の入所型の介護サービスや訪問系の医療サービスと患者ニーズの変化に対してそれぞれの経営資源である人、モノ、カネ、情報を融通(調整)し合える事業体を形成する必要があります。

## 3 医療機関の機能転換、他施設との連携におけるM&Aの意義

### (1) 機能転換やダウンサイジングによって起こる経営課題

機能転換時において、場合によっては必要となる建替えや大規模修繕にかかるコスト増、ダウンサイジングすることで起こるキャッシュフローの減少、人員の入替えや人材確保にかかるコスト増等、機能転換やダウンサイジングによって浮き彫りとなる財政的な課題が壁となり、機能転換やダウンサイジングが実現されないケースが多くあります。

その唯一の解決策と言っても良いのが、財政面、人材面での支援も可能なM&Aによる経営統合と合理化です。合理化というと人材のリストラ等をイメージされる方も多いかもしれませんが、昨今の人材採用難の時代においては、経営統合後の人材で提供できる規模に縮小する、そのことで効率的に人材と資金を活用するという意味合いが強くなると考えます。

### (2) ある地方においてダウンサイジングを検討した事例と注意点

当該法人が位置する医療圏は、平成37年(2015年)には、平成27年(2015年)時点の約80%にまで人口が減少する見通しの地域であり、地域医療構想では急性期、慢性期は将来的に過剰となり、高度急性期、回復期が不足するものと見込まれていました。ただし、高度急性期の対象患者は、隣接する医療圏に大学病院があることから流出が多く、流出数が流入数を上回る流出超過となっているエリアです。

当初、当該二次医療圏において、ある医療法人が近隣の他の医療法人と、合併を前提とした建替えを検討していました。対象の法人は、一般(15:1)50床で売上4億弱、利益5百万円程度、借入金が85百万円の医療法人と、一般(13:1)60床で売上10億弱、利益20百万円程度、借入金が2億強の法人です。現状、収益性が低く単独での建替えが困難なことから、理事長同士が同窓であることもあって、対等の合併を前提とし100床の病棟への建替えを検討するに至った事例です。しかしながら、急性期、慢性期においては、将来の需要の減少が想定され、回復期はセラ

ピストの採用が困難なことから、当事者間だけでは検討が思うように進みませんでした。

本件の場合、人口動態、患者動向や競合の状況を勘案すると資金力と人材の供給力のある同一医療圏の優良法人、あるいは近隣医療圏で患者の転院先に課題がある急性期病院等との連携の模索が必要であったと考えます。

具体的には、検討開始の段階で、医療ニーズに合わせたダウンサイジングを実施した場合に想定される損益や追加投資の有無とその金額、その内で自法人では賄えない金額(他の法人から支援が必要な額)、周辺の患者動向や医療ニーズを踏まえた上で、連携候補先の選定を行うことが重要です。

## 4 まとめ

機能転換や規模の見直しの判断が迫られる中、既存債務に加えて追加投資が必要となる場合、財務面での課題克服に頭を悩ませるケースが増えています。加えて、人口減少社会は、需要の減少だけでなく事業の担い手である人材の減少も招いてしまうため、人的資源の維持・確保というのも非常に対応が難しいテーマです。この難局を病院単独で乗り切れることは、これまで順調な経営を行ってきた大手の法人であっても難しい状況です。

また、患者・利用者の相互紹介といった単純な他施設との連携ではこの課題は解決されず、現時点においてはM&Aはその解決の有効な手段であるともいえます。



# 医療業界における地域再編・面的連携の必要性

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 部長

増井 浩平

医療機関・介護施設の事業計画の策定、業績改善、事業承継、M&A、組織再編、病棟・事業モデルの見直し、建替計画の基本構想の立案、新規事業計画立案等の支援実績多数。

## POINT

2025年に団塊の世代全てが75歳以上となり、医療需要がピークを迎えることが予測され、厚労行政は各種制度を見直し医療提供体制の効率化を推し進めようとしています。

個別にみると、2025年を待たずして高齢者人口が微減ないしは維持となるエリアも見られ、既に医療需要が減少局面に差し掛かっている状態にいかに対応するか、という課題を抱えている地域もあります。

医療サービスの需要は人口の動態・構造変化に大きく左右されます。人口減少が急速に進んでいる地方においては、業界再編が喫緊の課題になっています。地方自治体主導で先行して公立病院改革・再編が進められていますが、今後もこの動きは加速すると見られます。

本稿では、人口減少が先行している地域における病院経営の課題とその解決策の方向性としての面的な対応の必要性について、事例を交えて解説します。

## 1 再編・連携を必要とする背景

### (1) 人口減少地域で発生している問題点

人口の減少は、多くの産業が多大な影響を受けます。病院も例外ではなく、具体的には以下のような課題が発生します。

#### 需要面における問題点

医療は原則患者に対して提供するサービスです。疾患は、人口に対して一定の確率で発症するため、人口の減少は当然で

すが需要の減少に直結します。人口予測は精度が高い予測と言われ、かつ、その構造を変化させるには超長期の時間を要することから、今後十数年間、医療需要は確実に減少すると見られています。

高齢になるにつれて、医療サービスを受ける割合（受療率）は高くなる傾向があります。従って、高齢者人口が増加することにより医療ニーズが増加すると見込まれるかもしれません。しかし、I章で触れたように、受療率自体も長期的には低下傾向にあります。加えて、高齢者人口自体も微減ないしは維持となる地域においては、いよいよマーケットとしては衰退期に突入することになります。

病院としては予防・健診などといった健康な人間に対して需要を喚起する、自院を退院した後に発生する医療または介護ニ

ーズを取り込むといった方法で本来サービスの需要減少を補うということが考えられるかもしれません。しかし、大局的には需要減少にいかに対応するかという根本的な問題への対応に迫られています。

#### 供給面における問題点

保険診療は、サービスを提供するために必要な設備・人員体制等について定められている基準を満たす必要があります。医師や看護師、コメディカルの職員を一定数配置する必要がありますが、人口減少は、これら有資格者の担い手が少なくなるという側面も有します。加えて、特に医師の配置においては、地域的に偏在しているという特有の問題もあります。例えば、人口当たり医師数は高知県が最も多く、埼玉県の2倍以上の差があります。

医師がいなければ、当然に医療サービスは提供できません。従って、医師が少ない地域においては、追加的なコストを費やして医師の確保・維持に努めている病院も多くあります。このように医師の確保・維持は、極めて重要な経営課題となっています。

## 2 問題点への対応による影響

### (1) 人件費関連コストの増大

医師や看護師を確保するために、多くの病院がコストを費やして対応することにより、一時的、経常的に費用が増加することになります。しかし、診療報酬は公定されているため、価格への転嫁が不可能です。従って、病院がコストを吸収することになり、損益を悪化させることにならざるを得ないのが実情です。

代表例としては、近年では一般的になりつつある、有資格者を斡旋する人材紹介会社へ採用時に支払う紹介手数料（年収の20%～30%が相場）です。医師は他の職種と比べて年収が高いため、一人採用するだけでも数百万円の支払いが一時的に発生します。看護師の採用をする手法としても紹介会社を活用するケースが増えつつあり、かつ、看護師は、毎年度一定の人数を採用することが一般的であるため、経常的に当該費用が生じることとなります。



## (2) 人口減少地域における対応

他の業界と同じように医療業界も、地方において人材採用が難しい状況です。古い統計資料ですが2012年における都道府県別の必要医師数に関する調査をみると、東京都や神奈川県、大阪府に比べて岩手県や青森県にて必要度が高くなっています。

地方においては、先に触れた紹介手数料に加えて追加的な人件費関連コストが発生することがあります。まず、そもそも都市部に比べて好条件とする必要があります。具体的には給与面、ないしは休暇や福利厚生面などです。高い医療技術を学べるなど、有資格者のスキルアップが実現できる病院であれば給与などの条件は劣後するかもしれませんが、一般的な入院医療を提供している病院では処遇面でも条件を上げていかざるを得ません。加えて、家賃等についても病院で負担するといった条件を付加していくこともあり、費用が嵩んでいくことになります。

第二に、有資格者に突如辞められて運営できなくなることがないように、過剰気味に職員を雇用することによる費用の高止まりがあります。前にも触れたとおり、保険医療サービスには人員配置などが定められている施設基準を維持する必要があります。他方で、有資格者は勤務している病院への帰属意識が弱いことがあり、予期せぬタイミングで辞めることがあります。速やかに補充できなければ基準に違反する場合、病院経営に多大な影響を及ぼします。従って、病院経営者としては保守的な観点から、基準を超える職員数を維持しようとする傾向があり、追加的なコスト増となります。

図表1 地域医療連携推進法人制度の概要

項目	概要
創設趣旨	医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人の認定制度を創設。これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。
法人格	・地域医療連携推進法人の法人格は、一般社団法人とする。 ・都道府県知事が「地域医療連携推進法人」として認定する。
参加法人	・非営利法人であり(株式会社は参加不可)、①もしくは②に該当する法人であること。 ①病院等(病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院)を開設する法人* *医療法人、社会福祉法人、公益法人、NPO法人、学校法人、国立大学法人、独立行政法人、地方自治体等。株式会社立病院も条件を満たせば参加可能。 ②介護事業等にかかる施設等を開設、管理する法人 ・参加法人は2次医療圏内を原則とする。
業務内容	・参加法人間の病床再編(融通)⇒病床過剰地域においては都道府県医療審議会に諮る必要あり ・医薬品や医療機器などの共同購買、職員向けの研修の実施、参加法人に対する資金の貸付、医療情報の連携 ・医療連携業務に支障を及ぼさない業務(事業費率50%未満)…etc
ガバナンス	・参加法人は「社員」となる(※個人開業医は参加法人にはなれないが、社員にはなれる)。 ・社員は、原則、1名1個の議決権を有する。 ただし、①医療連携推進目的に対して不当な差別的取扱をしない、②金銭その他財産の価値に応じて異なる取扱をしない、場合においてはこの限りではない。 ・営利法人の役員を、地域医療連携推進法人の役員・社員にしない。また、配当を禁止する。
運営	・地域医療連携推進法人には理事会を設置する。 ・当法人の運営に必要な事務的経費に充てるため、社員から会費を徴収することができる。

出所：厚生労働省資料より情報抜粋

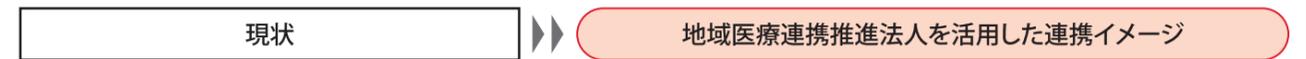
地方の病院において迫られているこれらの対応は、総じて、当該エリアの採用環境が相対的に悪いことが要因のひとつであると言えます。近年では、介護業界においても深刻な人材不足でありその主要因として他の業界に比べて給料水準の低さが指摘されていますが、これらの問題は、地域や業界として対応すべきであり、一事業者が単独で取り組むことができる範囲を超えている部分があると考えられます。従って、特に地方の病院においては、これまで触れてきた論点に対しては、関係者が、地域の課題であるという共通認識を持ち、地域的、面的に連携して対応していく必要があるのではないかと考えられます。

## 3 地域再編・面的連携の動きと課題

### (1) 地域医療連携推進法人制度

地域医療の再編を制度的に推し進めようという動きが、近年は見取れます。たとえば平成29年4月に創設された地域医療連携推進法人制度(以下、連携推進法人)です。競争より協力関係をベースにして病院間の棲み分けを促進し、機能を分担し互いに協力しながら地域全体で効率的な医療提供体制を構築していくことを目指して作られた制度です。図表1で連携推進法人の概要を整理し、運用効果のイメージは図表2の通りです。

図表2 連携推進法人制度の活用イメージ



### 地域医療構想・地域包括ケアの実現に向けた地域医療連携推進法人制度の創設

平成29年4月施行

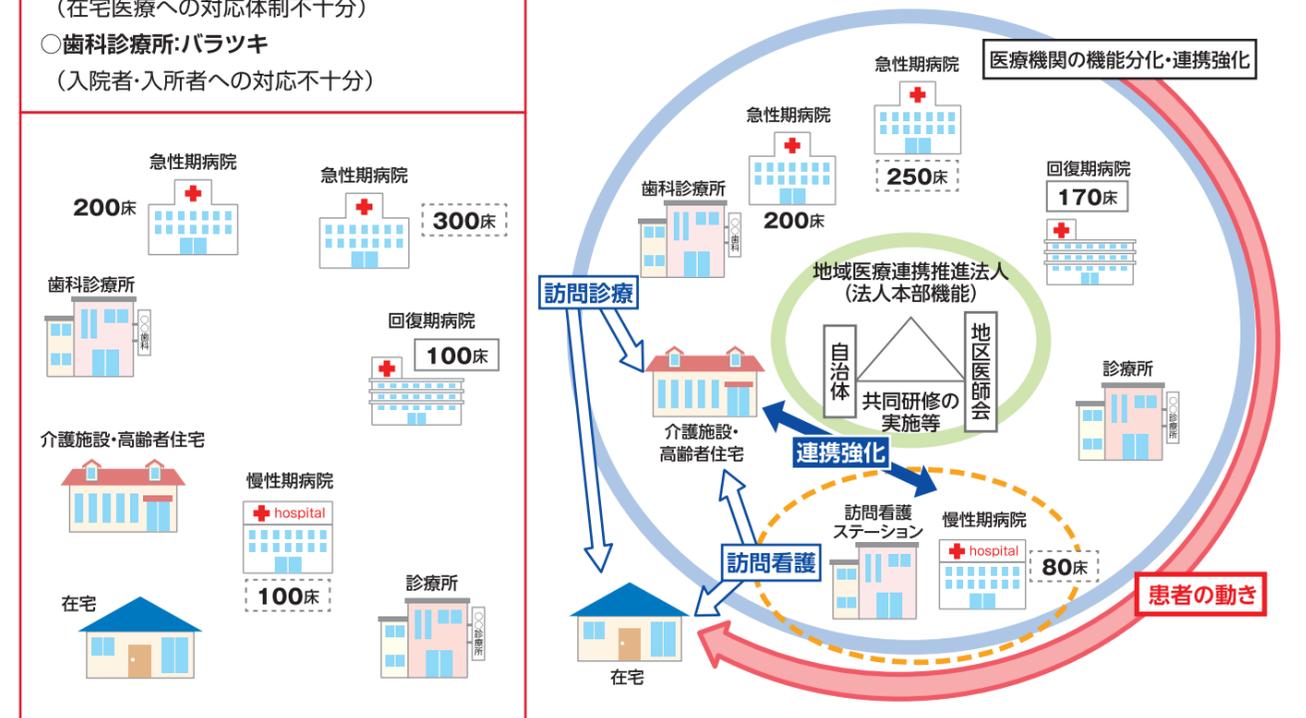
### 〈イメージ:地域の病院ネットワークの法人化〉

#### 課題

- 急性期病院:過剰  
(過剰な設備投資・医療従事者確保競争)
- 回復期病院:不足  
(在宅復帰への橋渡し役の不足)
- 慢性期病院:過剰  
(在宅復帰ではなく長期入院)
- 在宅医療機関:不足  
(在宅医療への対応体制不十分)
- 歯科診療所:バラツキ  
(入院者・入所者への対応不十分)

#### 対応:統一的な方針の調整・決定して課題に対応

- 急性期病院から回復期病院へ病床融通  
(急性期病院の減床・回復期病院の増床)
- 慢性期病院の機能転換による在宅医療の充実  
(慢性期病院の減床・在宅医療の体制強化、医療従事者の研修)
- 医療機関と介護施設・高齢者住宅の連携強化  
(入所者・在宅の訪問看護・診療や口腔ケアの充実)



出所：厚生労働省資料

この制度の最大のポイントは、連携推進法人に参加した法人が運営する病院間で病床を融通することができる点にあります。病床を増やすことは、病床過剰地域では困難であり、手法としては既存の病院を買収することが一般的でした。今回、連携推進法人ができたことで、いわば、制度的に買収を進めることができるようになったとも言えます。これまでは、法律に明示されている買収の手法は合併のみでしたが、連携推進法人制度が加わったことは新たな動きであると言えるでしょう。

### (2) 連携推進法人制度の類型

執筆時点で、連携推進法人の認定数は予定を含めると5法人であり、まだまだ普及段階にあるとは言えない状況です。制度が創設される過程においては、数十の法人・地域が検討をしているということも言われていましたが、様々な要因によって成立にまで至っていないようです。

図表3は執筆時点における連携推進法人の事例であり、これを見ると、いくつかの特徴が指摘できます。

図表3 連携推進法人制度事例

名称	地域	参加法人	連携モデル
尾三会	愛知県	藤田保健衛生大学病院、 豊田地域医療センター、南生協病院、 他12病院、3診療所、老人保健施設、 特別養護老人ホーム(計、20法人)	大病院主導型
はりま姫路総合医療 センター整備推進機構	兵庫県	県立姫路循環器病センター、 製鉄記念広畑病院(計、2法人) <small>*両病院は統合再編される予定</small>	機能分担・再編型 (病院統合後、解消予定)
備北メディカル ネットワーク	広島県	市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院、 三次地区医療センター (計、3法人)	共通利害対応型 (へき地医療への協働対応)
一般社団法人アンマ	鹿児島県 (奄美大島)	医療法人馨和会/いづはら医院 県内宇検村/国民健康保険宇検診療所 県内瀬戸内町/へき地診療所、 巡回診療車、与路へき地診療所、国民健康保険 池地診療所(計、3法人)	
日本海ヘルスケア ネット(仮称)	山形県	酒田市病院機構、医療法人健友会、宏友会、 社会福祉法人光風会、酒田地区医師会、 同歯科医師会、同薬剤師会、山容会、 かたばみ会(計、9法人)	共通利害対応型 (人口減少・需要縮小対応)

#### 大病院主導型

愛知県の藤田保健衛生大学を中心として20以上の法人組織が参加する尾三会です。隣接する複数の二次医療圏にまたがって医療機関が参加する広域的な連携推進法人であり、大学病院の購買力を活かして医薬品等の共同購入や医療機器の共通化・一括価格交渉による経営の効率化、医療機能の分化・転換と連携による地域医療構想の実現、患者情報の共有などを目的としています。

#### 機能分担・再編型

二つ目は中核的な病院の統合を進める機能分担・再編型です。ともに350床超の急性期病院であり、これまでは、重複する医療機能を有し競争関係にありました。両病院を統合し機能の棲み分けを行うために連携推進法人を活用し機能分担や人材研修・交流を進める予定とされています。

#### 共通利害対応型

三つ目は共通利害対応型です。広島県、鹿児島県、山形県の3県で認定されています。いずれも各地域において差し迫っている課題があり、特徴付けるとすると、需要面における問題としては人口減少によるマーケット規模の縮小、供給面における問題としては山間部や離島に代表されるへき地医療への対応、です。例えば、備北メディカルネットワーク(広島県)や一般社団法人アンマは、へき地医療に対応するために複数の医療機関が連携して

医療従事者を確保・育成する仕組みや、急病対応を輪番で対応する制度を構築することを検討しています。

日本海ヘルスケアネットは2018年4月の認定を予定している連携推進法人で、9法人が参加予定であり、行政のほか、医師会・歯科医師会・薬剤師会も加わっている点に特徴があります。背景には人口減少による市場規模の縮小および人口構造の変化があり、医療・介護提供体制の再構築が必要との現状認識のもと、連携に向けた検討が進められているようです。

人口減少や医師不足は日本全体の共通課題ですが、問題の逼迫度・緊急度は地域によって濃淡があります。一般的には、へき地といわれる山間部・離島や過疎地において問題は深刻であり、個々の医療機関が独立した運営をしていると共倒れの危険があります。互いの利害を超えて地域としてどう医療サービス体制を維持・確保していくか、競争ではなく協議・協力による医療機関運営が求められていると言えますし、そのような問題意識のもとで共通利害対応型の連携推進法人は創設されたものと考えられます。

言い換えると、都市部においてはこれらの問題意識はまだ希薄であり、互いに連携するインセンティブが低いと考えられます。地方に比べて、連携する意義は自身への経済的メリットの有無に左右される可能性が高く、従って強烈なリーダーシップをとる法人がいる場合を除いて、連携推進法人の動きは限定的になると考えられ、引き続き、単独法人でのグループ運営やM&Aといった手法による再編が主導的になるものと考えられます。

## 4 面的連携の意義・効果

### (1) 地域におけるメリット

図表2に示したように医療機能の分化および不足している診療領域の強化などによる患者対応力の向上が期待されます。具体的には、術後のリハビリ機能が不足している場合には重複する医療機能からの転換を促すことが挙げられます。また、消化器系の診療体制を強化する必要があるエリアにおいては、当該専門医を派遣したり、研修を行ったりすることで補強を図るといった事例もあります。複数法人間での患者情報の共有・電子化といった動きは多くのエリアで見られるようですが、面的連携における患者情報の共有はまだ事例が少ないため、情報共有が進むことでさらにサービス提供体制は向上するものと思われれます。

### (2) 経営へのプラス効果

医療需要の動向を見据えて各医療機関の機能を明確化することで、同じような診療体制を解消することができれば、医師や看護師といった人員体制や機器等の設備を過剰・非効率に配置する必要がなくなるため、効率的な運営が可能になると思われれます。また、建替えのタイミングを控えている場合においては、例えば二つの病院を統合し、病床数を適正化することで過剰な設備投資を防ぐことができます。加えて将来の医療需要量を見越した病床数にすることで経済性を維持することが可能となると思われれます。

コスト面では、医薬品等の共同購買による費用削減が代表的です。大病院は購買力が強く仕入コストが低いため、中小病院には多大なコストメリットが得られます。これを機に品目の共通化を図ることができればさらに費用を抑えることができると考えられます。

### (3) 面的連携をどう進めるか

先に触れたように、面的連携は協議・協力により推進される再編の方法であり、人口減少やへき地医療など、利害関係を超えた地域課題への対応などの前提条件が必要であると考えられます。ただし、上述したエリア以外においても、これらの課題が発生

し、喫緊に対応を要すると思われる地域は数多くあります。

筆者の聞き取り調査によると、連携の前提には関係者による継続的な協議を重ね、データ分析による客観的な状況把握を進めながら、問題意識を醸成・共有化していくプロセスが必要であると考えられます。加えて、協議の過程において関係者間で信頼関係を構築することが、競争ではなく協力という推進手法が採用されるためには重要であるようです。別の見方をすると、地域において信頼・協力関係を築ける関係性やネットワークがある場合は、連携を実現する土壌が整っている可能性があります。例えば、大学の同窓といった非公式な人的交流などが挙げられると思われれます。

地域医療構想が策定され、関係者による議論が地域医療構想調整会議でなされつつあります。統計分析や将来予測の情報も提供され、客観的な状況確認が進む過程で関係者間で共通認識を図ることができれば、今後、協力による面的連携を検討・実現するエリアが増えてくる可能性があります。しかしながら、その前提には、協力を可能とする関係性の構築が必要であり、利害を超えた連携を実現するためには顔の見える協議の場を作り、議論を継続していくことが必要になると考えられます。



# 病院事業者の分析の進め方

山田コンサルティンググループ株式会社  
コンサルティング事業本部 ヘルスケア事業部 シニアコンサルタント

**山本 大貴**

医療機関・介護施設の財務及び  
事業デューデリジェンス、事業  
計画策定、新規事業フィジビ  
リティスタディ、マーケティング、  
M&A業務等に従事。



## POINT

病院事業を理解するためには、様々な制度・規制およびその動向を把握し、また聞きなれない専門用語も理解する必要があります。そのため、外部関係者がどのように当該病院の状況を把握すればよいのか、また情報の見方がわからないとのお問い合わせを頂くことが多々あります。そこで本稿では、主に公表情報に基づくデータ収集・調査の方法について紹介します。

本稿では、主に外部関係者が特定の病院の運営状況や周辺環境などを分析する際のポイントを解説いたします。

## 1 病院事業の分析の進め方

### (1) 事業内容と重要経営指標を把握する

#### (ア) 病院の事業領域の全体像

病院の事業領域は、患者の健康状態によって図表1のように大きく分類されます。このうち、一般病床を持つ病院は「一般病院」や「急性期病院」、療養病床を持つ病院は「療養(型)病院」、「慢性期病院」と呼ばれます。さらにこれらの病床機能のうち2つ以上の機能を持つ病院は「ケアミックス病院」と呼ばれます。

#### (イ) 対象病院の事業内容を把握する

対象事業者がどのような機能を有している病院かを把握するには、ホームページやパンフレットで概要を調べた上で、都道府県の

図表1 病院事業の全体像



※上記以外にも、病院において訪問診療などの在宅医療や介護事業を担うことがありますが、本稿においては特に入院にかかる事業に重点を置いて解説していることから掲載を省略しています。

出所：厚生労働省資料及び医療法等をもとにYCG作成

ホームページで公開されている各医療機関の「病床機能報告」情報や、各地方厚生局のホームページの「保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧」情報等を見ることで、より細かな事業内容を把握することができます(図表2参照)。多くの病院では、入院収益は医業収益全体の7割程度を占めていることや、当該病院の事業特性が入院機能に表れやすいことから、入院機能を把握することは特に大切です。なお、病院で言う収益とは、一般事業会社で言う売上に該当します。

図表2 対象病院の事業内容を把握するための主な情報ソース

データソース・資料名	主に調べることができる内容
病床機能報告	病棟構成、入院基本料、職員数、入院患者数、手術件数等の実績
保険医療機関の指定状況等・施設基準届出受理状況一覧	病床数、病床種類、施設基準
医療機能情報提供制度(医療情報ネット)	診療科、人員配置、外来患者数等の実績
事業報告等届出書	役員、貸借対照表、損益計算書、※詳細科目は無し

出所：各自自治体、厚生労働省HP等よりYCG作成

#### (ウ) 病院を理解する際に最低限おさえておくべき重要経営指標

前述の通り、病院を理解するには入院機能の把握が重要ですので、入院機能の分析について触れてまいります。入院収益は、一例として、患者数×診療単価に要素分解されますが、「患者数」にかかる情報は、前述した「病床機能報告」から調べることができます。具体的には、当該データに1年間の入院患者実績の情報が記載されているため、これを活用し以下の算式を用いることで、「数」にかかる指標である「病床稼働率」を調べることができます。病院は病床数によって受け入れられる患者数の上限が決まるため、病床稼働率をみて、経営状況の良否を判断することが多くあります。従って、病床稼働率は、病院の経営状態を把握する上で最初に確認すべき指標であると言ってよいでしょう。

#### 【病床稼働率の算式】

$$\text{病床稼働率} = (\text{年間入院患者数} + \text{年間退院患者延数}) \div (\text{病床数} \times 365 \text{日}) \times 100$$

※類似する指標で厚生労働省の定める「病床利用率」(以下の公式)というものがあります。病床利用率は24時時点の在院患者数のみをベースに計算しているのに対して、病床稼働率は24時時点の在院患者数に加えて、その日の退院患者数も加えており、例えば1日で1つの病床を2人以上使用するような場合(午前に患者が退院し、午後同一ベッドに新規患者が入院する場合は)病床の稼働状況は100%を超えることがあり得る、という点に違いがあります。本稿では、病床の利用状況の実態を把握できる「病床稼働率」を用いて分析しています。なお、厚生労働省の統計データなどのベンチマークとの比較では、「病床利用率」が使用されていますので、それぞれの指標の前提が若干異なる点にご留意ください。

#### 病床利用率 = 年間入院患者延数 ÷ (病床数 × 365日) × 100

病床稼働率と合わせて確認しておきたいのが「平均在院日数」です。入院収益を患者数と診療単価に要素分解した場合の「単価(患者1人1日当たり収益)」の情報は、入院収益の合計を延患者数で割って試算できます。しかし、通常、入院収益の合計額は公表されていないため、公表情報だけで単価は試算できません。そこで、病床機能と平均在院日数を把握することで、ある程度、入院単価が高いか低いかを想定します。

平均在院日数とは、入院患者が平均何日程度入院していたかを示すもので、以下の算式によって算定することができます。一般

的に、急性期の病院では平均在院日数は短く、慢性期の病院では長くなる傾向にあります(図表3)。病院の機能によって異なる部分があるものの、平均在院日数が短いほど、入院単価は高くなる傾向にあります。診療報酬制度が医療資源の投入量に比例するような構造になっているためです。通常、入院初期段階には手術などの大きな医療資源の投入が行われ、その後は徐々に投薬やその他の処置等が少なくなることから、入院期間中の初期において診療報酬(収益)が高くなります。従って、入院期間が短い方が患者1日当たりの平均単価が高く維持できることとなります。なお、慢性期と呼ばれる療養病床の入院患者は、高齢かつ寝たきりの患者が多く入院が長期化する傾向にあります。一般病床の在院日数と比べると必然的に長くなること(図表3参照)や、急性期病院のように手術を行うケースも少ないことから、必ずしも療養病床における単価は入院期間に比例しないという点に注意が必要です。

#### 【平均在院日数の算式】

$$\text{平均在院日数} = \text{在院患者延数} \div (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2$$

図表3 病院機能別平均在院日数の業界平均

機能分類	一般病院					療養型病院
	急性期				回復期	慢性期
入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1	回リハ	療養
平均在院日数(日)	15日	20日	30日	40日	30日	220~270日

出所：平成27年度病院経営管理指標 (注)一般病院・医療法人、療養型病院・医療法人

## (2) 対象病院が属するマーケット状況を把握する

### (ア) 対象病院の商圈(医療圏)を定義する

対象病院の周辺マーケットの状況を調べる際、まずは商圈を定義する必要があります。商圈は病院の立地状況や入院機能にもよりますが、公表情報で整理する場合は「二次医療圏」と呼ばれる地域単位で情報を整理するのが一般的です。二次医療圏(医療法第30条第4項第12号)は、医療法で定められた区域のことであり、一般的な入院に係る医療が完結できる範囲として設定され、病床の過不足や医療政策を考える上での基本となる地域単位です。例えば、東京都であれば、全部で13の保健医療圏に分類されます(図表4)。

図表4 東京都内の二次医療圏

二次医療圏(二次保健医療圏)	構成
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
区南部	品川区、大田区
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
区西部	新宿区、中野区、杉並区
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区
区東部	墨田区、江東区、江戸川区
西多摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町
南多摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村

出所：東京都福祉保健局HP

(イ)医療需要分析

商圏を把握した後、エリア内の医療需要の動向を分析するには、1章でも触れている通り、人口動態の把握が重要です。人口動態を把握することで、各二次医療圏における将来の医療需要を予測することができます。具体的には、厚生労働省が3年に1度実施している「患者調査」や国立社会保障・人口問題研究所が公表している「地域別将来人口推計」等を活用し、将来人口×受療率(ある特定の日における疾病治療のために医療施設へ入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数の10万人あたりの割合)で、将来の疾患別患者数を算定することができます。また、この「患者調査」では、都道府県や二次医療圏ごとの患者動態に関する統計も公表されていますので、二次医療圏別の圏域間での患者の流出入の状況なども調べることができます。

簡易的にマーケットの状況を調べるには、各都道府県が公表している地域医療構想をみることで、2025年までに必要となる機能別病床数という形で将来の医療需要の大枠を確認することができます。初期段階の分析としては、地域医療構想を確認することをお勧めします(詳細は後述するケーススタディで触れます)。

(ウ)医療供給(競合)分析

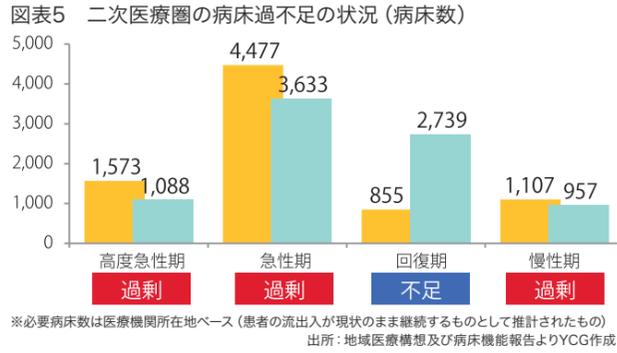
商圏内の競合医療機関の分析は、(1)で解説した病床機能報告を使って競合病院を特定し、それぞれの病院の事業内容の把握をすとスムーズです。その際、対象病院を分析する方法と同じアプローチで、競合病院の病床稼働率や平均在院日数を把握しておく、対象病院と競合との比較によって事業の特徴や優位性などを把握できるのでおさえておくと良いでしょう。

これに加えて、厚生労働省が公表している、DPCに関するデータを活用すれば、DPC制度(DPC/PDPS)を導入している急性期病院の情報が詳細に把握できます。DPC病院の疾患別の市場シェア、救急搬送数シェア、化学療法の治療件数シェアといった情報も、公表情報で分析することが可能です。概ね、規模の大きい急性期病院であればDPC制度を導入していると理解して問題ありません。なお、DPCとは診断群を意味しており、DPC制度(DPC/PDPS)は診断群分類別包括支払制度と言われ、主たる疾病と治療内容によって患者1日当たりの診療単価が包括的に定められた制度のことを言います。

(3) ケーススタディ

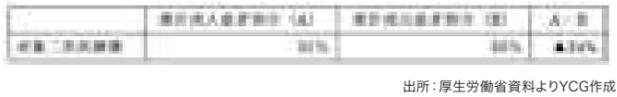
ここからは東京都内の23区を含む、ある二次医療圏に立地する病院について、公表情報から分析した事例を解説します。

(ア)医療圏の前提



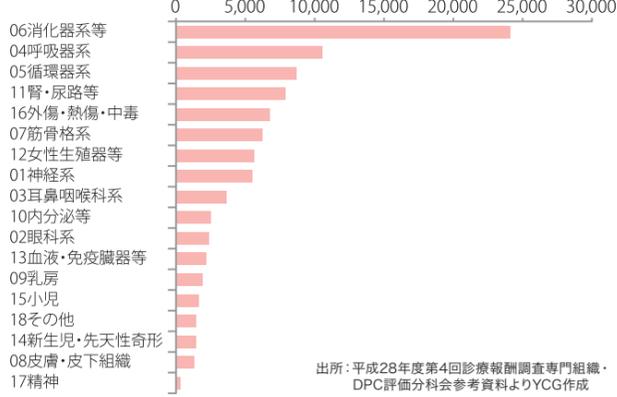
今回の調査対象事業者が属する医療圏に関する外部環境情報を整理します。図表5は、現在の病床整備状況と団塊の世代が後期高齢者(75歳)に達し医療需要がピークとなる2025年に必要とされる病床数と現時点の病床数を医療機能別に比較したものです。これによると、当該二次医療圏は、将来、高度急性期・急性期の病床数が過剰となる一方で、回復期病床が大幅に不足することが見込まれる地域であることがわかります(図表5参照)。従って、当該地域は今後、急性期から回復期への病床機能の転換が迫られる病院が多くなる地域であるといえます。

図表6 二次医療圏の入院患者流出入状況



将来的には急性期病床が過剰となる地域であるとされる一方で、図表6をみると、入院患者における現時点の動態としては、周辺の医療圏へ流出が超過している状況であることがわかります。そのため、将来的に病床が過剰となる地域だからといって、必ずしも、現時点で需要量に対して供給量が多く、患者が流入している地域というわけではないことは着目すべきと考えられます。なお、流入患者割合も30%程度と一定割合で発生しています。23区を含む医療圏では大病院が密集しているためであり、医療圏を跨いだ患者の流出入が激しいという特徴がある点も留意する必要があります。

図表7 二次医療圏内のMDC別患者数(人)



当該医療圏におけるDPC病院のMDC(主要診断群)別患者数の実績を分析すると、特に消化器系の患者が多く、次いで呼吸器、循環器、腎・尿路等が多いことがわかります(図表7参照)。

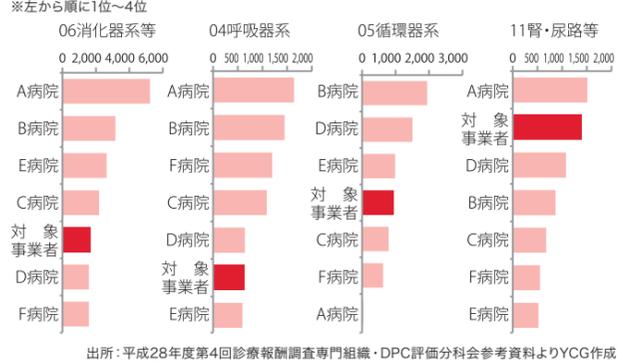
(イ)対象事業者と競合事業者の状況

図表8 対象事業者と二次医療圏内の主な競合一覧(すべて複数診療科を標榜する総合病院)

	項目	対象事業者	A病院	B病院	F病院	C病院	D病院	E病院
高度急性期	病床数		478	661	10	300		11
	入院基本料		一般7対1・ICU等	一般7対1・ICU等	ICU	一般7対1・ICU等		ICU
	稼働率		98%	96%	94%	106%		69%
	平均在院日数		8	15	3	9		2
急性期	病床数	373	231	25	357		256	363
	入院基本料	一般7対1	一般7対1	緩和ケア	一般7対1		一般7対1	一般7対1
	稼働率	72%	95%	87%	95%		98%	90%
	平均在院日数	10	13	26	11		11	11
回復期	病床数						30	44
	入院基本料						回復期A2	回復期A2
	稼働率						95%	94%
	平均在院日数						61	44
慢性期	病床数	30						
	入院基本料	医療療養2						
	稼働率	57%						
	平均在院日数	36						
二次医療圏内患者数シェア		8%	14%	16%	9%	8%	8%	8%

(Aから順に二次医療圏内における患者数シェアが降順となる)  
出所: 平成28年病床機能報告及び平成28年度第4回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会参考資料よりYCG作成  
※二次医療圏内患者数シェア: 図表7で使用したデータから算出

図表9 二次医療圏内のMDC別患者数上位4疾患群におけるシェア(人)



対象事業者は一般7対1の急性期病床と医療療養病床を有するケアミックス病院です。急性期病床の稼働率は72%であり、同じ医療圏内の競合病院と比較しても15~20%程度低いことがわかります(図表8参照)。一方、平均在院日数は競合病院と同程度です。

二次医療圏内の患者数のシェア状況を疾患別にみると、二次医療圏内の患者数全体の中での特に患者数の多い消化器系や、それに次ぐ呼吸器系、循環器系の領域ではシェアが低くなっています(図表9参照)。一方で、4番目の腎・尿路等におけるシェアは2位と他の疾患に比べて高いシェアとなっています。

また、対象事業者の療養病床の実績をみると、平成28年病床機能報告の時点では、療養病棟入院基本料2を算定しており、病床稼働率は57%(図表8参照)と一般的な療養型病院における病床利用率86%(注1)と比べて著しく低くなっています。稼働率が低い

背景には、平均在院日数が36日であり、一般的な水準とされる約190日(注1)と比べて約1/6と極端に短いことが関係しているものと考えられます。追加で調査した結果、対象事業者のHPなどからは読み取れませんでした。厚生局の施設基準の届出状況から療養病棟入院料の届出が平成29年で施設基準を療養病棟入院基本料1にランクアップしていることがわかりました。対象事業者は、平成28年から平成29年にかけて機能転換を図ったため、療養病床の患者を一定人数退院させた可能性(重症とされる患者割合を高めるため)があり、療養病床の稼働率や平均在院日数などの指標が業界平均値と比べて乖離が発生したものと見られます。

注1)平成27年度病院経営管理指標 療養型病院・20床以上49床以下・医療法人の場合

(ウ)対象事業者に対する仮説

以上の分析結果から、対象事業者の課題やニーズとして以下のようなものが考えられます。  
□一般病床の稼働率が競合や統計などのベンチマークと比較して低い、収支状況が悪く、改善の検討が必要である可能性が高いと考えられます。

□対象事業者が属する二次医療圏は全体としては患者流出地域であり、データ上は診療科別に見たときに腎・尿路等の領域で競合と比較して相対的に優位性があると想定されることから、これらの領域の対象患者が医療圏外に流出している場合には、患者を取り込むことができないか、検討の余地があると考えられます。

□既存の病床構成で一般病床の稼働率を改善させられない場合には、当該二次医療圏は将来的に急性期領域が過剰で回復期領域が不足すると考えられる地域であることから、一般病床のダウンサイジング(病床数削減)による稼働率の改善や、急性期機能から回復期機能への一部転換を行うことが、今後の対策として考えられます。

□療養病床は直近で機能転換(ランクアップ)を行っているため、入院単価は改善の方向にあると推察されますが、患者を退院させたため稼働が低下しています。転換後の稼働率改善には一定の期間を要すると考えられるため、足元の採算性が悪くなり収支が厳しい状況にある可能性があると考えられます。

以上のように病院事業関係の公表データは多く、得られる示唆も非常に多くあります。そのため、本稿で解説した分析のポイントをおさえることで、対象事業者の基本的な運営状況を把握するに留まらず、対象事業者の経営課題や改善の方向性立案などの仮説構築までを行う事ができます。なお、公表データは年単位で古いことがあり、現在の事業運営状況とは必ずしも一致しないことがあるため、公表データの時点を把握した上で、対象事業者のHPやその他のなるべく最新の情報を収集することで、より現在の実態に近い事業者像を想定することが重要です。

# YCG (旧称:YBC)バックナンバーのご案内

**vol,1**

**I 中堅・中小企業における資本戦略・事業承継とM&A**

「中堅・中小企業における人的事業承継の成功ポイント」  
「事業承継の選択肢としてのM&A」

**II 業界・業種別解説**

「スーパーマーケット売場改善のポイント」  
「製造業における利益のとらえ方」  
「医療介護総合推進法における医療法の改正内容とその影響」

**III 財務改善**

「中堅・中小企業資金繰り改善のポイント」

**IV アジアでの事業展開**

「中国現地法人 財務実態把握のポイント」  
「非製造業企業の東南アジア進出検討のポイント」

**vol,2**

**I 医療法人を取り巻く業界環境、事業承継とM&Aの動向**

医療法人を取り巻く業界環境と経営課題

**II 医療法人の事業承継実務とポイント**

「医療法人の事業承継における問題点」  
「持分のある医療法人の出資持分の放棄」  
「医療法人の納税猶予制度」  
「事業承継事例 - 退職金で評価を引き下げ -」

**III 医療法人のM&A実務とポイント**

「業界再編を促す規制 緩和・強化・創設の動き」  
「コラム MS法人の活用と留意点」  
「医療法人M&Aの目的・狙い」  
「M&Aニーズが発生する背景と買い手側の狙い」  
「医療法人のM&A事例」  
「コラム 医療法人のM&Aと株式会社のM&Aの違い」

**vol,3**

**金融円滑化法「暫定リスケ」からの出口**

**I 出口に向けた取組状況と見通し**

「出口に向けた取組状況と見通し」

**II 出口のスキーム**

「出口の選択」  
「抜本策実現の手続1 私的整理か法的整理か」  
「抜本策実現の手続2 各種私的整理手続の比較」  
「再生型M&Aの見極めと判断」  
「私的整理における税務のポイント」  
「経営者保証ガイドラインによる保証債務整理の実務運用について」

**III 出口の事例**

「私的整理によるスーパーマーケットのM&A事例」  
「私的整理による建設業のM&A事例」

**vol,4.02**

**「人的事業承継対策の重要性と進め方**

**I オーナー企業を取り巻く経営環境と人的事業承継の重要性**

「オーナー企業を取り巻く経営環境と事業承継」  
「失敗事例から考える人的事業承継の重要性」

**II 人的事業承継のポイント**

「人的事業承継のポイント」  
「安易な株式の分散・移転は、スムーズな人的事業承継の障害となる」  
「コラム」事業承継に際して押さえておきたい株主の権利」  
「人的事業承継に向けた中期事業計画の策定方法」  
「コラム」株価引下げ対策が中期事業計画実現の足かせになるケース」

**III 事例・座談会**

「事例紹介 後継幹部メンバーによる中期事業計画策定プロジェクト」  
「コラム」MEBOスキーム立案に際しての財務上の留意点」  
「座談会 コンサルティングの現場から見た人的事業承継の実態」

**vol,5**

**中国現地法人 撤退の実務**

**I 中国経済の現状と日本企業の動向**

「中国経済の現状と日本企業の動向」

**II 撤退実務のポイント**

「存続か撤退か」  
「撤退手法の概要と実務上の留意点」  
「コラム」中国リストラ実務の現場より」  
「コラム」中国で仕事がうまく進まないのは、難談が足りないから？」

**III 撤退の法務と税務**

「撤退に際しての法務ポイント」  
「撤退に際しての税務ポイント」  
「撤退に際しての日本の親会社の税務ポイント」

**vol,6**

**パチンコホール業界を取り巻く環境と生き残りの方向性**

**パチンコホール業界の市場・競争環境**

パチンコホール業界への規制強化の動向

**パチンコホール 生き残りの方向性**

パチンコホール業界の基礎知識

**vol,7**

**病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響と課題**

**I 病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響**

「病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響」

**II 病院経営における最近の論点と実務のポイント**

「病床機能転換の論点と実務のポイント」  
「病棟建替えに際しての論点と実務のポイント」  
「人事制度の論点と実務のポイント」

**III 病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順**

「病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順」

**vol,8**

**「人材不足時代」における人事戦略の方向性**

**I 「人材不足時代」の到来**

「「人材不足時代」の到来」  
「労務管理に関する経営上のリスク」  
「今後求められる人事制度」

**II 現状分析の重要性**

「現状分析の重要性と分析のポイント」

**III 事例紹介**

「現状分析～改善策立案事例①」  
「現状分析～改善策立案事例②」

**vol,9**

**2017年・世界展望とアジアビジネストピックス**

2017年の世界展望とアジア各国のトピックス

リサーチを活かして新興市場におけるチャンスを獲得するために

ASEAN地域進出アドバイザーの現場から

インドシナ諸国市場の可能性

インドネシアにおける外資企業から見た小売市場の魅力

インドにおけるビジネスチャンスと課題について

**vol,10**

**ホテル旅館・観光業 これからの成長戦略**

2017年度版 ホテル旅館業で押さえるべき7つのポイント

熊本震災の現場に学ぶ ホテル旅館の復興実務

ホテル人材難時代の採用・定着化戦略

利益最大化のためのチャネル戦略

東南アジアのホテル業界トレンドと日系ホテルの海外進出

ホテル旅館のM&Aによる再生

旅館業の多角化とポストM&A戦略

**vol,11**

**タイでの事業展開のポイント～進出から改善・撤退まで～**

**I タイ経済と市場の現状について**

「マクロ指標から読み解くタイ」  
「市場・製造拠点としてのタイ」

**II タイでの事業展開のポイント**

「最低限知っておくべき法務上のトピック」  
「タイでの事業展開で押さえるべきポイント」  
「撤退・事業売却 / 組織再編」

**III 事例研究**

「典型的なトラブル・不正事例」

**IV コンサルティングの現場から**

「コンサルティングの現場から」  
「座談会」

# 山田コンサルティンググループ株式会社のサービスラインナップ

**1 事業再生コンサルティング**

事業・財務の一体的な再構築支援を通じて企業の収益力強化・財務状況の適正化を実現し、再生に向けたスキームの構築から各種実行手続きまで総合的に支援いたします。

**サービス内容**

〈事業再生計画・構造改革プラン策定支援〉  
〈事業・オペレーション・財務の再構築(リストラクチャリング)〉

**6 事業承継・M&A**

次世代に事業を承継する際の財務・税務・法務や経営上の課題を明確化し、親族への承継や役員への承継(MBO)、第三者への承継(M&A)とあらゆる選択肢を検討。最善策を提供し、実行を支援いたします。

**サービス内容**

〈事業承継プランの策定支援〉(フィナンシャル・アドバイザー(FA)業務)  
〈未上場・上場企業オーナーの自社株承継対策〉(M&A戦略策定支援)  
〈企業オーナーの相続・資産承継対策〉(買収監査DD企業/株式価値算定VA業務)  
〈経営の承継に向けた社内体制整備〉

**2 経営コンサルティング(業種別)**

メーカーから小売、物流、建設業等、各業界の豊富な経験を有する専門コンサルタントが、企業の課題解決に向けて実効性の高いソリューションを提供いたします。

**サービス内容**

〈メーカー〉〈物流〉〈ホテル・旅館業〉  
〈小売業〉〈建設業〉〈ゴルフ場〉  
〈卸売業〉〈学校・保育業〉〈パチンコホール関連〉

**7 海外事業コンサルティング**

海外法人も含めたグループ連結事業計画の策定や現地法人の課題改善策の立案、財務・事業デュー・デリジエンス、海外進出支援など、企業の海外展開ニーズに現地メンバーと対応いたします。

**サービス内容**

〈海外進出に関わる市場環境調査、戦略立案業務〉  
〈事業パートナー/買収ターゲット選定と実行支援業務〉  
〈海外進出済企業の改善支援業務〉

**3 医療・介護・福祉事業者向けコンサルティング**

各種経営課題に対し、医療・介護を取り巻く制度環境の最新動向および地域の需給環境の見通しを踏まえ、ワンストップで対応いたします。

**サービス内容**

〈医療・介護福祉事業者向け戦略策定・実行支援〉〈基本構想立案支援〉  
〈ヘルスケア領域の新規事業構想策定、フィジビリティスタディ〉  
〈エリアマーケティング〉〈内部統制・組織人事コンサルティング〉

**8 不動産コンサルティング**

お客様が保有する資産の調査・分析をはじめ不動産の売買・賃貸仲介、賃貸管理、不動産有効活用の提案など多岐にわたるご相談にワンストップで対応いたします。

**サービス内容**

〈不動産仲介業務〉〈資産分析〉〈不動産顧問〉〈不動産有効活用〉  
〈賃貸仲介・管理〉〈賃貸地における各種交渉代行・整備〉  
〈相続対策の立案と実行〉〈相続税納付サポート〉

**4 組織・人事コンサルティング**

組織人事という領域を核としながら、中堅中小企業の持続的成長において生じる様々な課題に対して、専門的かつ総合的なソリューションを提供いたします。

**サービス内容**

〈人事制度再構築〉〈後継者育成〉〈役員報酬設計〉〈教育・研修〉  
〈組織風土診断〉〈業務改善・生産性向上支援〉〈PMI(経営統合)支援〉  
〈労務デュー・デリジエンス〉〈労務相談・顧問〉

**9 相続手続サポート**  
(商品名:「相続あんしんサポート」)

相続発生後に生じる様々な申請や手続きなど、お客様の抱える悩みを解決に導きます。税理士・司法書士などの専門家と密に連携をとりながら、ワンストップで対応いたします。

**サービス内容**

〈財産調査銀行・証券会社などに財産確認〉  
〈調査した財産の一覧表(財産目録)作成〉  
〈相続財産の名義変更や解約手続き〉〈年金や生活関連手続きのサポート〉

**5 株式報酬コンサルティング・新株予約権評価**

上場会社・上場準備会社に対し譲渡制限付株式をはじめとした株式報酬の導入支援・新株予約権の評価業務を実施。税・会計・法務面に加え、人事制度や株主動向にも配慮したサービスを提供いたします。

**サービス内容**

〈上場会社に対する株式報酬導入コンサルティング〉  
〈上場準備会社に対するインセンティブ制度導入支援〉  
〈従業員向けインセンティブ制度導入支援〉〈株式報酬の公正価値評価〉

**10 教育・研修**

FP教育・社員研修を柱とした教育研修事業を展開。専門性の高い講師ネットワークを活かし、気づきの多い体験型プログラムで、企業の人づくりを支援いたします。

**サービス内容**

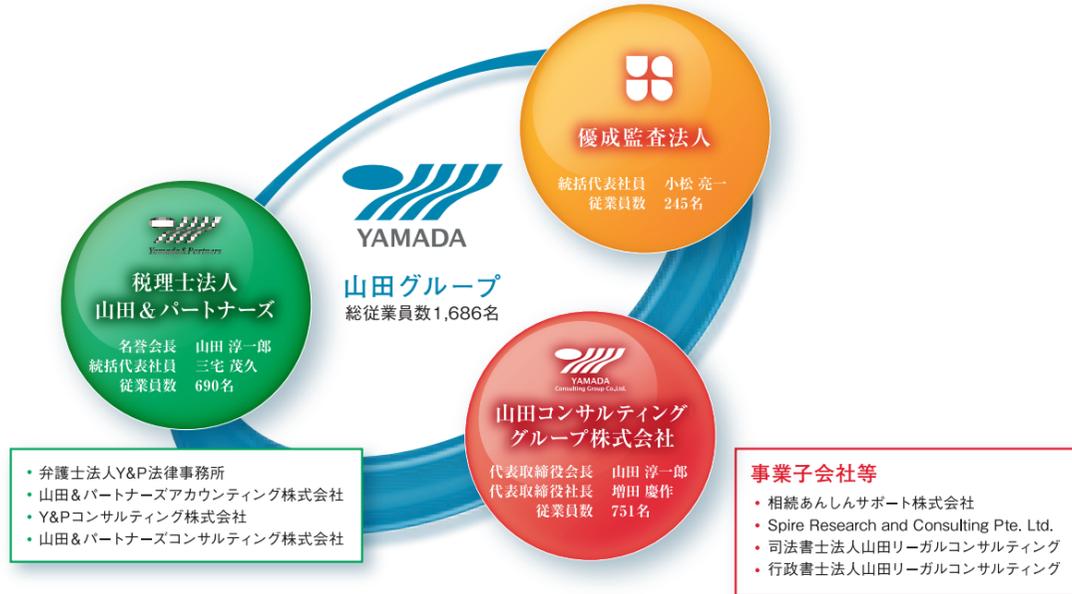
〈FP教育研修〉〈マネジメント研修〉  
〈ライフプラン研修〉〈ビジネススキル研修〉  
〈営業スキル研修〉〈DC確定拠出年金研修〉



## 山田グループ基本理念

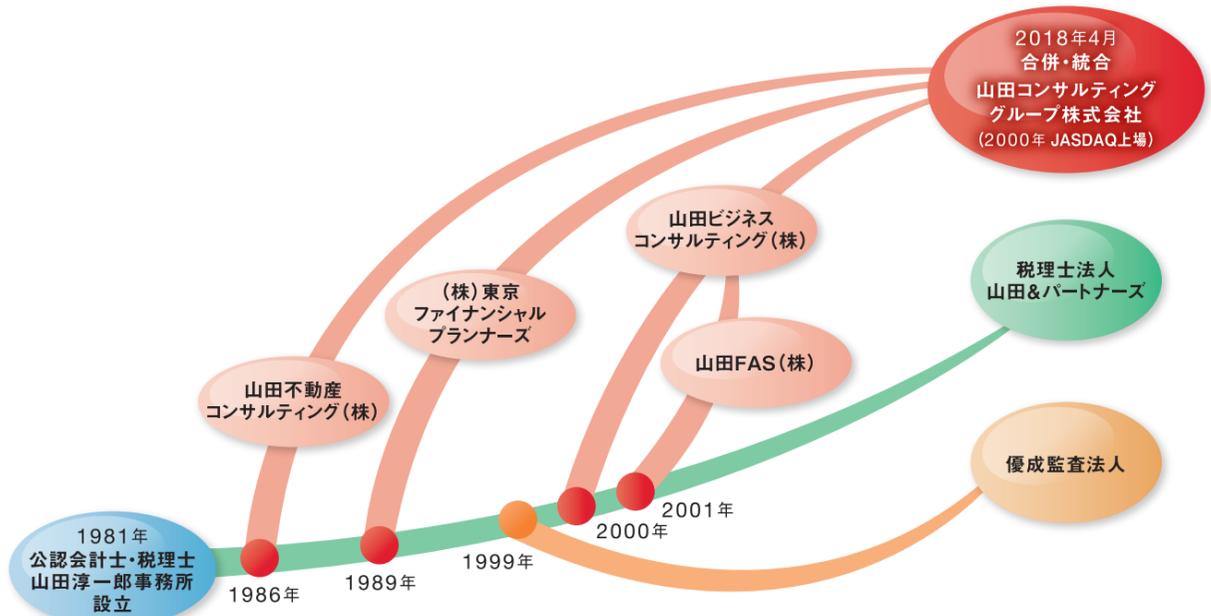
- 健全な価値観** 私たちは、信頼される人間集団として、健全な価値観を共有します。
- 社会貢献** 私たちは、高付加価値情報を創造・提供し、顧客と社会の発展に貢献します。
- 個と組織の成長** 私たちは、個と組織の成長と調和を目指し、高い目標を掲げる個を尊重します。

## 山田グループ概要



※税理士法人・監査法人・弁護士法人・司法書士法人・行政書士法人は特別法上の法人であることから、各々の組織間に資本関係はありません。  
 ※各組織の出身母体が同一であることからグループを形成しております。  
 ※各社の従業員数は2017年12月1日時点のものです。

## 山田グループ沿革



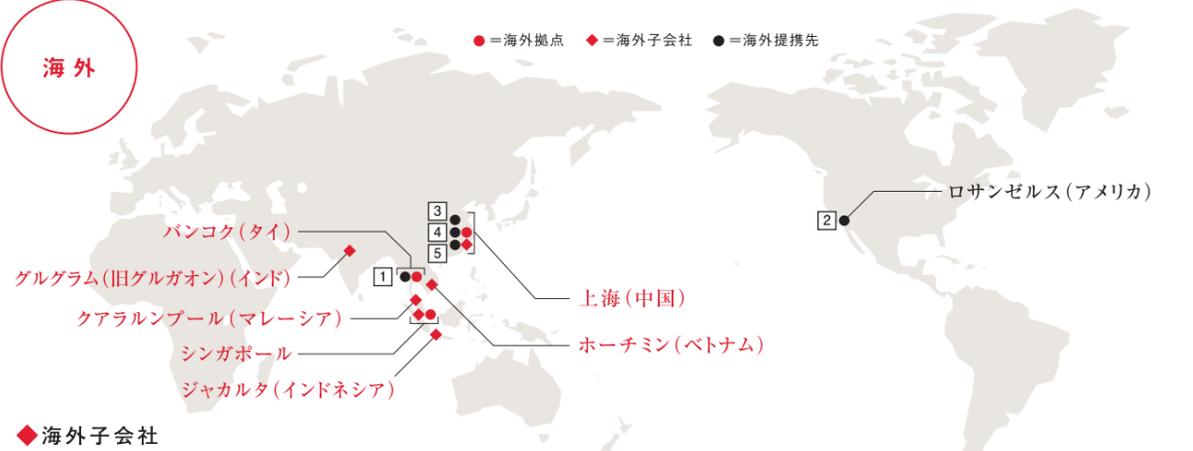
## 拠点



### ○その他山田グループ国内拠点

税理士法人	東京本部 / 札幌事務所 / 盛岡事務所 / 仙台事務所 / 北関東事務所(大宮) / 横浜事務所 / 新潟事務所 / 金沢事務所 / 静岡事務所
山田&パートナーズ	名古屋事務所 / 京都事務所 / 大阪事務所 / 神戸事務所 / 広島事務所 / 福岡事務所
優成監査法人	東京本部事務所 / 札幌事務所 / 東北事務所(仙台) / 新潟事務所 / 関西事務所(大阪) / 中国・四国事務所(広島) / 九州事務所(福岡)

## 海外



### ◆海外子会社

Spire Research and Consulting Pte. Ltd.	シンガポールのほか、インドネシア、マレーシア、インド、ベトナム、中国に拠点を持つ。主に日本・アメリカ・欧州・アジアの多国籍企業を対象に、新興国への事業展開のための市場調査サービスなどを提供。2016年4月山田グループに参画。
---	--

### ●海外提携先

1 東洋ビジネスサービス株式会社	タイ現地において会社経営支援や月次顧問契約、タイ人従業員教育、トラブル対応などのサービスを提供。
2 Takenaka Partners LLC	インベストメントバンキングやクロスボーダーM&A、戦略的パートナーシップに関するアドバイザリー・サービスを提供。
3 BEXUCO (Shanghai) Investment Consulting Co., Ltd.	中国上海を拠点に、欧州企業と中国企業とのM&A仲介ならびにフィナンシャル・アドバイザリー業務を実施。
4 北京大成(上海)法律事務所	中国約40ヵ所に約3,000名の弁護士を擁する、中国最大の法律事務所の一つ。2015年、世界的法律事務所のデントンズと統合。
5 上海外聯発商務諮詢有限公司	自由貿易区への投資誘致のほか、物流・通関の支援、会社運営のコンサルティングなどを手掛ける政府系機関。

vol,12

2018.4



**YAMADA**

**Consulting Group Co.,Ltd.**

山田コンサルティンググループ株式会社