

YCG

コンサルティングレポート

■事業承継・M&A

■事業計画

■経営管理

■病院運営

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

執筆者

川村和人

専門分野：医療、介護、福祉／経営統合、M&A

経歴等：弊社ヘルスケア事業部立ち上げ時の責任者。医療機関・介護施設等の事業再生、収益改善支援、病棟建て替えや病床変更等の計画策定に従事。ヘルスケア業界のM&AアドバイザーとしてM&A実績多数

山本大貴

専門分野：ヘルスケア業界

経歴等：財務および事業デューデリジェンス、事業計画策定、新規事業フィージビリティスタディ、マーケティング、M&Aエグゼキューション等に従事

泉 真一

専門分野：医療、介護

経歴等：医療機関の事業計画策定、業績改善の支援、医療施設や高齢者施設の新規開設や医療機器に関するマーケット調査等に従事

萱原美和

専門分野：医療・介護

経歴等：公的病院の現場・本部での経営改善業務に従事。厚生労働省での勤務を経て当社に入社。以来、病院・介護施設の事業計画作成支援や人事制度の改訂支援に従事

Q ある医療機関の譲り受けを検討しています。譲り受ける医療機関の開設主体は、いわゆる持分のある医療法人です。この場合、どのような譲り受け方法があるのか、また、それらのメリット、デメリットを教えてください。

A 医療機関の経営移譲は、対象施設の開設主体によって、設立時の財産等の抛出方法や機関設計が異なることから経営権の掌握方法も異なり、注意が必要です。今回は、病院の開設主体の代表例である医療法人の経営移譲について、経営権の委譲、出資者の財産、事業にかかわる資産・負債の譲渡という観点から説明します。

1. 経営権の委譲

医療機関の開設主体は、医師等である個人と特定の法人に限定されます。特定の法人には、医療法人の他に独立行政法人等の公的な法人、各自治体、社会福祉法人等も含まれます。最高意思決定機関や業務執行機関、その構成、議決可能な内容等は各法人格によって異なるため、経営を移譲する際には各機関の構成員割合など経営権を掌握するための要件を、それぞれの法人格の根拠法等に応じて満たす必要があります。

開設主体が医療法人の場合の経営権

医療法人は財団たる医療法人（以下、財団）もしくは社団たる医療法人（以下、社団）に大別され、社団はさらに出資持分（以下、持分）の有無により分類されます。

一般的に、事業を誰に任せるか（誰を経営者＝理事長とするか）は、理事会において理事の互選により決定されます。また、

財団の場合、理事の任命は評議員会の承認が必要となるため、特別決議事項を勘案すると、評議員、理事それぞれ3分の2以上を親族等（特定、社会医療法人では同族要件があるので要注意）で占めることにより、経営権を掌握することが可能となります。

社団の場合も経営権の掌握という観点では、財団における評議員並びに評議員会が、社員（社員≒従業員）並びに社員総会であること以外に大きな違いはありません。つまり、医療法人の経営権は、評議員（社員）と理事、監事等の交代により移譲されます。

2. 出資者の財産

（1）持分のある医療法人における留意点

出資持分とは、医療法人に対して出資者が行った出資の割合による持分であり、財産性がある有価証券に該当するものとされ、譲渡も可能です。平成19年3月31日以前に設立された医療法人社団には出資持分が認められており、出資者の権利である残余財産分配権についても認められています。

なお、社員兼出資者¹⁾は、退社（社員を辞めること）する際、出資割合に応じて持分の払い戻しを請求できる払戻請求権が認められています。複数の出資者が社員となっている場合、他の社員兼出資者により払い戻しが請求される可能性があります。この

別図 メリットとデメリット

		対象	メリット	デメリット
1	社員（評議員）・理事・監事等の交代	全医療法人	④、⑤と比べ行政手続き等が簡単	持分なしの場合、譲渡側の金銭的メリットが取り難い。持分ありの場合、②or③との併用が必要
2	出資持分譲渡	持分のある医療法人	譲渡側は譲渡所得課税のため③に比べ税負担が小さい	原則、個人間の売買のため譲受側の資金確保のハードルがある
3	出資者兼社員の退社・入社	持分のある医療法人	譲受側の資金が②に比べ少なく済む	払戻された額（譲渡側）にかかる税は配当課税
4	事業譲渡	個人 全医療法人	引き継ぐ資産・負債を限定でき簿外債務等のリスクがない	各種契約の再契約（雇用契約も）や許認可（病床）の再取得が必要
5	合併	全医療法人	開設主体の変更がなく、④よりは病床権利等の引き継ぎが容易	知事の合併許可、債権者保護等の手続きが必要であり手続きが煩雑

場合、社員、理事、監事等の交代だけでは、法人の財産を管理する観点から統制が完全に取れている状況とはいえません。

したがって、他の社員兼出資者の理解のもと経営の移譲先に全持分を譲渡する、あるいは全社員兼出資者の退社と払い戻し後に経営移譲先の社員候補に出資し、入社（社員となること）してもらう必要があります。

（2）持分のない医療法人における留意点

持分のない医療法人は、持分という概念自体がなく、財産権にまつわる払戻請求権や残余財産分配権も存在しません。したがって、社員（評議員）、理事、監事等の交代によって経営の移譲が可能です。ただし、基金拠出型医療法人²⁾の場合、当該法人と拠出者との間の合意の定めるところに従って拠出基金の返還義務が発生します。

3. 事業にかかわる資産・負債の譲受

経営の譲り受けには、事業運営を自己の

統制下で行うための経営権の掌握と事業を行ううえで必要となる資産・負債や権利の取得という2つの側面があります。

前者の経営権の掌握は、持分のない医療法人の場合は、①社員（評議員）・理事・監事等の交代のみで、持分のある医療法人の場合は①に加えて②出資持分の譲渡、あるいは全社員の③退社・入社と理事・監事等の交代を行うことで実現します。

後者の資産・負債や権利の取得は前述の①、①+②、③と理事・監事等の交代の場合は法人をそのまま引き継ぐためその時点で実現されます。今回、詳細な説明は割愛しますが、これら以外に譲り受け側の法人格で、対象の資産と事業を限定して譲り受ける④事業譲渡、組織再編手法を活用し、譲り受け側と⑤合併する方法等³⁾があります。

最後に、前述の各手法の主なメリット・デメリットを別図にまとめて紹介します。

- 1) 社員は社員総会の構成員で、社員総会で重要な事項（理事の選任、定款変更等）を決議する権限を有し、出資者は社員にならなければ議決権を持つことができません。
- 2) 持分のない医療法人のうち、活動の原資を基金への資金拠出を募集する形で調達した法人のこと。
- 3) 他の法人と連携する手法のひとつである地域医療連携推進法人の活用や持分のない医療法人に認められている組織再編手法である分割による施設（事業）の切り出し等については、割愛しています。

Q

金融機関と取り引きをするうえで知っておくべきポイントを教えてください。

A

今回は「金融機関の考え方」について紹介します。内容は、金融機関が債務者を評価する際の主な論点であり、融資をうまく引き出すための計画づくりのポイントや、金融機関とうまく付き合うためのヒントになります。

1. 格付けと債務者区分

金融機関は、事業者に対して貸付を行う際は必ず信用格付けと債務者区分を付けています。信用格付けとは、債務者の決算書等の財務情報や信用調査機関の情報等をもとに、各金融機関が独自に定める10~12段階の評価等級であり、債務者区分とは金融庁の「金融検査マニュアル^{注1)}」に基づく5段階の評価区分のことを言います(別表)。

信用格付けは区分が細かく、金融機関ごとに異なるのに対して、債務者区分の考え方は金融機関共通のため、事業者自身がどの区分に該当するかを、ある程度把握できます。

別表の債務者区分によって金融機関の事業者に対するスタンスは異なり、正常先であれば積極的に融資をしたいと考えていますが、要注意先では融資に慎重であり、融資検討に際しては事業計画を求められるこ

とが多くなります。また、このときの事業計画は、過去の実績からみて妥当な水準かどうか、裏付けとなるような事実や取り組みを行っているかどうかなど厳しい目で見られます。

要管理先はリスク^{注2)}を行うなど金融支援を受けている状態であり、この場合、基本的に新規の融資はかなり高いハードルがあります。経営改善計画等がなければ、実質的にはほぼ融資は受けられないと考えたほうがよいでしょう(ただし、実際に事業者の置かれている状況や金融機関の個別事情によるため、必ずしもこの限りではない)。

2. 金融機関が必ずチェックする指標 「債務償還年数」

病院の建て替えや大規模修繕などの投資資金の調達や、前項でいう要注意先や要管理先などにおける経営改善の局面において、金融機関が必ず見る指標のひとつに「債務償還年数」があります。これは貸付債権(事業者の借入)を何年で返済できるかというもので、以下の算式で計算されます。

【債務償還年数の計算式】

債務償還年数

$$= (\text{①有利子負債合計} - \text{②運転資金}) \div$$

注1) 正式名称は「預金等受入金融機関に係る検査マニュアル」

注2) リスケジュールの略。借入金の返済猶予のこと

別表 債務者区分の定義と一般的な格付けとの対応関係

債務者区分	定義	一般的な格付け*
正常先	業績が良好であり、かつ、財務内容にも特段の問題がないと認められる債務者	1～6
要注意先	利息や元本の支払いの延滞など、貸出条件や履行条件に問題があるか、もしくは業績が低調で財務内容に問題がある債務者	7・8
要管理先	要注意先の中で3カ月以上の債権（元本または利息）延滞と貸出条件の緩和（利息減免や利払い・元本の返済猶予等）を行っている債務者	9
破綻懸念先	実質債務超過の状態であり、経営難の状態で経営改善計画等の進捗が芳しくなく、今後、経営破綻になる可能性が大きいと認められる債務者	10
実質破綻先	法的・形式的には経営破綻の事実は発生していないが、深刻な経営難の状態、返済能力に対して過大な借入が残存し、実質的に大幅な債務超過となっており、再建の見通しが立たず、元本・利息も長期間延滞している債務者	11
破綻先	破産・精算・民事再生などの法的・形式的な経営破綻の事実が発生している債務者	12

出所：金融庁「預金等受入金融機関に係る検査マニュアル」より

※金融機関関係者等へのヒアリングによる一例

③返済原資

①有利子負債

= 短期借入金 + 長期借入金 + 社債

②運転資金

= 営業債権 + 棚卸資産 - 買掛金等

③返済原資

= 経常利益 + 減価償却費 - 法人税等
- CAPEX^{注3)}

債務償還年数^{注4)}は、病院施設の建て替えなど大きなものであれば、15～20年といった長期にわたる期間が目安となりますが、運転資金や経営改善の局面であればおおむね10年程度が一般的な債務償還年数の目安となります。

そのため、金融機関から融資を得る際には、返済期間がこれに収まるような計画となっているかがポイントとなります。

なお、このほかにも担保価値のある資産がどれくらいあるかという点や決算書の純資産が赤字、いわゆる債務超過の場合は債務超過解消年数（何年で債務超過が解消されるか）が何年かなども、よく見られるポイントとして挙げられます。

金融機関とうまく付き合うには、金融機関からどう見られているか、どんな情報や条件が求められているかを知っておくことが大切です。これらを押さえることで円滑なコミュニケーションや対等な交渉、取引ができるようになると考えています。

金融機関との付き合い方次第で、チャンスを生かせるか、あるいはピンチを乗り切れるか、その岐路が大きく変わる場合があります。金融機関とのより良い関係づくりの一助になれば幸いです。

注3) Capital Expenditure の略。設備投資等の資本的支出

注4) 金融機関や事業者の置かれている状況などによっては、要償還債務の計算において、①から②に加えて現預金等も差し引くこともある

Q

MRIやCTなど、医療機器の導入を検討しています。導入にあたって検討すべき項目など、医療機器の投資判断におけるポイントはありますか。

A

医療機器の中でも、MRIやCTなど高額な機器を導入する場合、経営に与える影響が大きいため、投資する際は慎重な判断が必要です。今回は、医療機器の投資判断について、①採算性と財務への影響の検証、②医療機器の必要性の確認、③院内手続きの実施の3つのポイントについて説明します。

1. 採算性と財務への影響の検証

(1) 採算性の確認

医療機器を導入する場合、採算性を確認するための収支シミュレーションは通常作成されていると思いますが、ただ作成するだけではなく、精度の高いシミュレーションを作成する必要があります。見落としがちなものに、保守費用やランニングコスト（消耗品や電気代）、技師の人件費、シールドなどの工事費用（減価償却費）が挙げられます。

また、医療機器をリースで調達した場合、再リースによる費用減少を前提とした収支シミュレーションは過剰投資の原因になることがありますので、リース期間中に投資回収するような計画を立てることが必要です。

(2) 投資による財務への影響

特に高額な医療機器を導入する場合、こ

の投資による法人全体の財務に与える影響を検証する必要があります。自院において当該医療機器以外の投資計画（予算）とのバランスを考慮し、財務状況から過剰投資ではないか、機器の導入時期として適切かどうかを判断します。

また、医療機器をリースで調達した場合、キャッシュ・フロー（償却前利益）の計算をする際には、リース資産は減価償却の対象となりますが、非資金項目ではないため注意が必要です。

2. 医療機器の必要性の確認

(1) 保有台数の確認

MRIやCTの場合、病床規模の大きい病院であれば複数台保有していることがありますが、必要以上の台数を保有していると1台あたりの稼働率が低下し、採算の悪化を招く恐れがあります。そのため、自院の病床規模を勘案し、適切な保有台数を検証する必要があります。

適切な保有台数は医療機関の状況によって異なりますが、ひとつの目安指標として、例えばMRIは、100床未満であれば100床あたり約1.3台、100床以上であれば100床あたり約0.4～0.7台、CTは、100床未満であれば100床あたり約1.7台、100床以上であれば100床あたり約0.6～0.8台が平均保有台数となり

ます*)。

また、導入予定の医療機器の需要が見込めるかどうかを検討するため、自院の周辺医療機関での保有状況や医療圏人口あたりの台数の確認も併せて必要となります。

(2) 性能の確認

導入する医療機器の性能の妥当性についても検証する必要があります。医師からの導入や更新の求めに応じて医療機器を購入するケースが多いと思われそうですが、医療機器を選定する際、医師は新製品や必要以上に高性能な機器を選ぶ傾向にあります。

しかし、性能についての妥当性は、医師以外の検証は難しいと考えられるため、導入を希望する医師に、同じ医療機器を導入している医療機関等にて実際に実物を確認してもらい、本当に導入する必要があるかを検討するとよいと考えます。

ただし、高性能な医療機器の導入は病院のアピールポイントとなり、集患にプラスの影響を与えることも想定されるため、性能の妥当性については総合的な判断が求められます。この場合も、集患への寄与度を定量化して検証する必要があります。

3. 院内手続きの実施

(1) 適切な承認手続きの確認

一定以上の金額の物品を購入する場合、院内で承認手続きを定めている場合が多いと思いますが、特に高額な医療機器の導入

に際しては、適切な投資判断をするためにも検討委員会もしくは経営会議等で検討することが重要です。医療機器を直接使用する医師だけではなく、院内の多様な職種が集まって医療機器導入の是非について議論することにより、多角的な視点から導入の妥当性を検証できます。

また、検討委員会等の前には選定理由、購入区分（新規・買替・増設）、設置場所、機器比較（メーカー、品名、規格、付属品、定価、保守点検の要・不要、保守費用）、機器の必要性、収支シミュレーション等が記載された資料を準備し、検討材料を提供することで、適切な承認手続きが実施できると考えられます。

4. おわりに

医療機関が倒産する理由のひとつに過剰投資が挙げられます。私たちがコンサルティングを行っている医療機関でも設備投資に失敗し、経営が苦しくなっているケースが見受けられます。

医療機器の導入後、想定よりも大幅に収入や費用の見込みが外れた場合は改善が難しく、高額医療機器の場合、調達方法によっては多額の借り入れを伴うため、長期にわたって病院経営に影響を与えることとなります。このような事態を避けるためにも投資判断におけるポイントを確認し、適切な意思決定を行うことが大切です。

*) インナビネット モダリティ・ナビのデータを元に一般病床のみを対象としてYCG試算

Q

チーム医療の推進と言われるようになって久しいですが、多職種での協働・連携に困難を抱えることが多いです。どうすればよいのでしょうか。

A

チームが機能するために必要なこと；チーム医療において多職種の協働・連携に困難が頻繁に発生しているときは、個別事象への対応にとどまらず、そもそもチームが機能していないのはいか疑うことが大切です。

チームが機能するためには、チームが具体的に定義されていること、メンバーがチームに受け入れられる場が構築されていること、その場を適切に運営できる者が存在することが必要であると考えます。これらについて順に説明していきます。

自院で必要なチーム医療の姿を明らかにする

チーム医療とは、厚生労働省の検討会の報告書によると「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」とされています。この定義に関しては、多くの方が共通認識を持っていると考えます。

しかし、自分の職場で具体的な定義を問われたとき、明確に答えられる方の数はぐっと減ります。急性期、回復期、慢性期、診療所と環境が異なれば、必要な協働・連携の形も変わります。必要な職種を集めただけではチームになりません。チームはつく

り上げるものであり、そのためには具体的な定義が必要です。まずは、自院においてどのような協働・連携が必要なかを明らかにする必要があります。

例えば、急性期では短期間で集中的に医療を提供するために、医師に権限・情報を集中させて一部トップダウン構造が残るチームを定義することが考えられます。他方、回復期では個々の役割分担を明確にしながらも、相互に協働・連携するチームを定義することが考えられます。

多職種での協働・連携が困難な理由

チームをつくり上げるにあたって多職種での協働・連携に困難が生じる理由として、まず職種のセクショナリズムによる対立が思い浮かぶのではないのでしょうか。

医療機関に勤務する方は「人の役に立ちたい」という思いを持っているため、「何のために仕事をするのか」という目的は共有されていると考えられます。目的が共有されているのに協働・連携がうまくいかず、対立が生じてしまう。ここに、医療機関における多職種連携の難しさがあります。

職種のセクショナリズムによる対立への対応

協働・連携したほうがよいことを理解しながらも、なぜ必要以上に職種の論理に固執してしまうのでしょうか。ここには、専

門特化しているがゆえに、異なる専門・背景を持つチームの中で自らの専門性が否定されることに対する不安があると考えられます。ある主張に固執してしまう裏側には、その主張が否定されることへの不安が内在しています。自分（ひいては自分の職種）の主張が受け入れられて、そのうえで建設的な議論が展開されるのであれば、対立が生じたとしてももっと冷静に議論ができると考えます。

このような不安を解消するためには、メンバーすべてが否定されることなく尊重され、チームに受け入れられているという認識をつくり上げることが必要です。

これに関する有効な手段として考えられるのが、安心して発言できる場の構築と、場を運営できる人材の育成です。多職種で構成される場といえば、カンファレンスや症例検討会が思い浮かぶのではないのでしょうか。これらの場で以下のような環境を整え、すべての職種がチームの一員として尊重されていること、役に立っていることへの納得感が得られる場を構築します。

- ①職種を満遍なく配置し、職種によって多数派をつくらずに発言しやすい環境をつくること
- ②可能な限り役職をそろえること、または役職にかかわらず発言が尊重されることに参加者が同意すること
- ③報告の場ではなく、議論を行い、各職種の視点を統合した実践的な知恵を共有する場とすること

ただし、このような場の構築は容易では

ありません。議論の進行を個人のスキルや経験に任せると職種間の論理の違いで対立が発生し、収束されないまま激化することでチームに亀裂が入る可能性もあります。このような事態を防ぐために、適切に場を運営することができる以下のスキルを持つファシリテーターの養成が求められます。

- ①議論の方向性を示し、軌道修正すること
- ②参加者の主張を引き出し、議論を活性化すること
- ③主張の食い違いを整理し、対立に対処すること
- ④議論を収束し、結論を導くこと

これらのスキルは多くの場合、学校で学ぶ機会はなく、また現場で経験を積めば自動的に習得できるものでもありません。そのため、適性のある人材またはスキルが必要だと思われる人材を特定し、研修を受けさせて繰り返し実践を積ませることで養成していくことが必要であると考えます。

管理職の方々に留意してもらいたいことは、このような改善活動を始めた後に、途中で中断しないことです。改善が始まったとき、多くのメンバーは期待します。もし、改善活動が立ち消えとなり、再度同じ活動を始めた場合、メンバーの心理状態は失望による諦めから始まるため、1回目よりも難しくなるからです。

チームは一朝一夕に出来上がるものではなく、相応に時間のかかるものです。このため、結果を焦らず腰を据えて、じっくりと取り組む姿勢が重要だと考えます。