

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

経営コンサルティング事業本部

ヘルスケアコンサルティング事業部

執筆者

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

渡辺茂徳

専門分野：ヘルスケア業界

経歴等：ヘルスケア事業者（医療、介護、健診事業者等）の事業戦略立案支援、改善計画策定支援、人事制度・管理体制の再構築支援、M&Aアドバイザー等のコンサルティングサービスに従事

増井浩平

専門分野：医療、介護、福祉

経歴等：医療法人/社会福祉法人・介護事業者の再生案件・院内プロジェクト運営・収支改善案件・新規事業計画立案/基本構想立案、M&A マッチング・アドバイザー等に従事。弊社ヘルスケア事業部立ち上げに参加

海内志保

専門分野：医療、介護、福祉

経歴等：看護師。救命救急センター・急性期病棟等経験をもとに収支改善、事業計画策定、人事制度策定などを現場観点から支援

Q

私が理事長を務める医療法人の出資持分の評価額が高額となっていることから、事業承継対策の必要性を感じています。しかし、当院にとって最適な事業承継の方法が分かりません。他院で成功したといえる事業承継の事例を教えてください。

A

ケース1 退職金を支給後、持分を贈与したケース

(1) 法人の概要および経緯

医療法人A会は、東北地方にある整形外科を中心とした50床の病院と老人保健施設を運営しています。早くから介護施設を併設するなど高齢者に対する総合的なサービスに強みを発揮しており、業績は堅調でした。なお、理事長Bには2人の息子がおり、長男は病院の副院長（医師）、次男は事務長（非医師）を務めていました。

理事長Bは72歳となり、後継者に病院運営をある程度任せていけるようになったことと、体力の衰えを感じていたこともあり、出資持分の移転を考え始めました。

(2) 解決策

医療法人A会の直前期の決算に基づく出資持分の相続税評価額は、総額9億円と高額でした（大会社のため、類似業種比準価額方式¹⁾による評価）。事業承継に際し、理

事長Bに退職金を2億円支給したところ、医療法人A会の出資持分の相続税評価額は総額2億円²⁾と一時的に下落³⁾しました。このため、理事長Bは税負担抑制のメリットを考え、自身の持分を後継者である長男、次男に相続時精算課税贈与⁴⁾により移転しました。

本ケースでは、後継者に一定の税負担はあったものの、退職金支給により後継者の負担を減らした形でスムーズな承継ができたケースです（図表1）。

ケース2 持分のない医療法人へ移行したケース

(1) 法人の概要および経緯

医療法人C会は、中部地方にある病院・クリニック・介護施設など幅広く事業を展開する医療法人グループです。これまでM&Aにより買収した医療法人を独自の経営管理手法で立て直してグループを拡大してきました。経営そのものは順調でしたが、

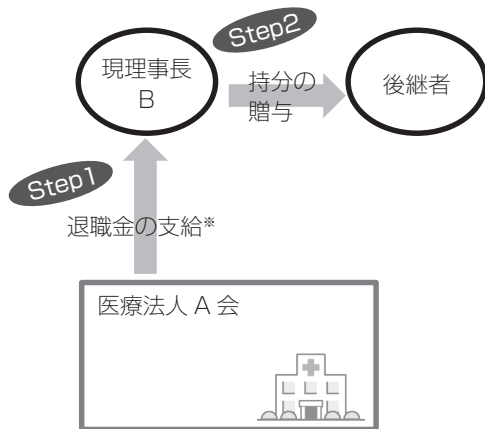
1) 類似業種比準価額方式とは、事業内容の類似する上場会社の株価を基準として取引相場のない株式を評価する方法をいいます。医療法人の場合、便宜上「その他の産業」の株価を基準とします（2017年11月号47頁計算式1参照）。

2) 平成29年度税制改正により、出資持分の評価方法は改正がなされており、評価額の引き下げ効果は改正前に比べ限定的となることが予想されます（2018年1月合併号参照）。

3) 本件では、理事長への退職金が適正なものとして、損金として認められたことを前提としています。

4) 相続時精算課税贈与は、贈与税と相続税を一体として考えるものです。相続時に、贈与した財産の評価額が増加した場合であっても、相続時の評価額は、贈与時点の評価額で固定できるというメリットがあります（2018年1月号93頁図表2参照）。

図表1 ケース1のスキーム図



※退職金の計算（功績倍率方式）
最終月額報酬×役員在籍年数×功績倍率（2～3倍）

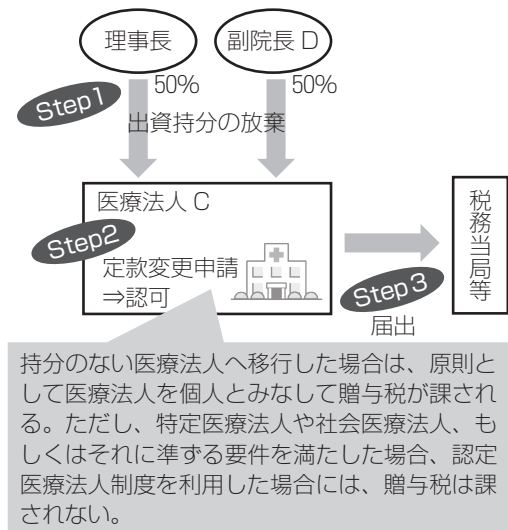
副院長D（主たる出資者）が体調を崩したことをきっかけに、持分に対する抜本的な解決策を早期に検討し始めました。

（2）解決策

医療法人C会の直前期の決算に基づく出資持分の相続税評価額は、総額13億円と高額でした（大会社のため、類似業種比準評価方式による評価）。また、医療法人C会では役員3分の1以上を親族が占めていたため、税負担と同族経営の維持とを比較考慮しながら検討を行いました。紆余曲折ありましたが、最終的に同族経営をやめ、非課税要件⁵⁾を充足しつつ、持分なし法人へ移行する手法を選択しました⁶⁾（図表2参照）。

本ケースでは、非課税要件充足のもと、全出資者が持分の放棄を実施したため、税

図表2 ケース2のスキーム図



持分のない医療法人へ移行した場合は、原則として医療法人を個人とみなして贈与税が課される。ただし、特定医療法人や社会医療法人、もしくはそれに準ずる要件を満たした場合、認定医療法人制度を利用した場合には、贈与税は課されない。

負担はなくスムーズな事業承継ができたケースです（図表2）。

おわりに

ケース1では税負担を抑制しつつ、持分あり法人のまま事業承継することを選択した法人、ケース2では税負担を考慮し、同族経営をやめて非課税要件を充足しつつ、持分なし法人へ移行する形態を選択した法人を説明しました。

本連載1月合併号でも説明しましたが、事業承継対策としてどの選択肢を採用するかは後継者の有無、医療法人の現在の収益力や将来像（事業展開や設備投資計画等）、出資持分の評価額等、各法人それぞれの事情に応じて検討することになります。次回は、M&Aを選択した事例を説明します。

5) 平成29年度税制改正および平成29年4月施行改正医療法前の基準

6) 本件は、平成29年度税制改正および平成29年4月施行改正医療法前のものになります。平成29年度税制改正および平成29年4月施行改正医療法にて、新たな認定医療法人制度が創設されており、非課税要件の中から同族3分の1要件は外れています（2018年2月15日号参照）。

Q

法人の財務を担当しています。病院の建て替え計画を検証する際、注意すべきポイントを教えてください。

A

病院の建て替え計画（財務計画）を見るときに注意すべき点は、建て替えをしたいという経営者の意向が強く反映され、実現性に疑義のある計画になっていないかという点です。通常の改善計画では作成しないような強気な事業計画が散見されます。計画をレビューする立場の方は、建て替えを進めたいという経営者の想いは理解しつつも、冷静にキャッシュフローと投資のバランスを見極める必要があります。

建て替え計画は強気になりがち

病院の建て替えは、経営者にとって長年の夢です。その夢を実現するため、通常の計画では見られないような強気な数値計画となっていることが多くあります。財務的な観点で計画を検証する立場では、キャッシュフロー（以下、CF）と投資額（大部分は借入にて調達）のバランスを冷静に判断し、施設別（事業別）の償還力（借入金を返済する力）、新規事業や改善計画の蓋然性などを確認する必要があります。

このように述べると当たり前の話ですが、病院の建て替えは数十億円の投資計画となるため、病床稼働率の改善計画に対する検証が不十分になることがあります。人は数値を相対的に判断するため、数十億円という金額規模と比べて、相対的に小さいポイントの数値改善に対する関心が普段と比べ

て薄れてしまうためです。

しかし、数ポイントのベッド稼働率の改善には、大変な経営努力・現場負荷が必要です。結果として改善目標が達成できず、建て替え後のCFが成立しないこともありますので、注意しなければなりません。

将来のCFと借入金（投資額）のバランスを考えると、一般的な収益力では債務の償還ができない

建て替え計画の際、強気のCF計画をつくってしまう背景として、経営者の建て替えをしたいという想いが強い点について触れましたが、それだけではなく、昨今の医療機関の利益率の動向や投資環境を鑑みると、一般的な収益水準では債務の償還ができないことも要因として挙げられます。

別表は、独立行政法人福祉医療機構にて公表されている病院分析参考指標（平成27年度）をもとに、平均的な利益率における病院建て替えの実現可能性を財務の視点から検証したものです。

結論として、平均的な収益力では、一般病院では年間約9千万円、療養病院では3千4百万円のCFが不足する試算となり、建て替え計画が財務的に成立しない可能性があります（別表の⑨）。当然、高い稼働率や診療単価を実現するという建て替え計画を実現させるための努力は大切ですが、他院

別表 一般的な収益力を前提とした医療機関の建て替えによるCF試算

項目	単位	一般病院	療養病院
病床	床	200	200
ベッド稼働率	%	81%	90%
入院単価	円	48,000	24,000
外来患者数	人/日	300	100
外来単価	円	12,000	9,000
医業収入	百万円	4,152	1,905
① 経常利益(率)	百万円	62 1.5%	120 6.3%
② 減価償却費(率)	百万円	224 5.4%	80 4.2%
③ 法人税等	百万円	19	36
④=①+②-③ 簡易CF	百万円	268 6.5%	164 8.6%
⑤ 更新投資	百万円	100	20
⑥=④-⑤ フリーCF	百万円	168 4.0%	144 7.6%
1床あたり投資額	百万円	27.3	19.7
(坪あたり単価)	百万円	1.2	1.0
(1床あたり面積)	m ²	75	65
建物投資額	百万円	5,455	3,939
土地購入コスト	百万円	200	200
医療機器コスト	百万円	800	300
⑦ 合計投資金額	百万円	6,455	4,439
⑧=⑦÷25 25年償還に必要なCF	百万円	258	178
⑨=⑥-⑧ CFの過不足	百万円	-90	-34

注1) 病院分析参考指標(平成27年度)を参考にYCG作成
 注2) 建物投資額、土地購入コスト、医療機器コストはYCGにて設定
 注3) 土地購入コストは、既存の土地の売却代金との相殺後の数値を想定
 注4) ④=①+②-③、⑥=④-⑤、⑧=⑦÷25、⑨=⑥-⑧

と比較して高い稼働率や診療単価を達成できるだけの強みがあるか、その実現可能性を冷静に見極める必要があります。数十億円の設備投資に目が行きがちですが、ここ数年、ベッド稼働率80%の病院が急に85%に上がることは考えにくいいため、根拠を見落とさずに計画を検証する必要があります。

新たな収益源や建て替え対象施設以外のCFを返済原資に充当する計画には注意が必要

既存事業だけでは建て替えにかかる借入金の償還が困難である場合、新規事業による返済原資の確保や建て替え対象施設以外のCFを加味して、法人全体で何とか返済を実施できる計画をつくっているケースを見ますが、病院の建て替えは非常に多くの

業務をこなしていく必要があります。

普段から忙しい経営者や事務長ですが、建て替えのプロジェクト期間は通常業務にプロジェクト業務の負荷が増えるため、非常に忙しい日々を過ごすことになります。このようななか、新規事業を立ち上げ、軌道に乗せることの実現可能性を十分に検証する必要があります。

また、法人全体でCFが返済計画の目線に合っているものの、建て替えを行う施設単体ではCFがまわらず、他の事業で補填するような計画になっていることもあります。不採算でも戦略的に続ける事業はありと考えられますが、CFを補填している事業が建て替えなどの大規模投資の時期を迎えても不採算事業を支え続

けられるのか、長期のCFシミュレーションをして検証するとよいでしょう。每期、確実に利益を生み出す経営者ほど、保守的な長期CF計画を見て経営判断をしているという実感があります。

建て替え計画では、どうしても強気な計画とならざるを得ない場面があります。しかし、強気な計画を実現できる背景(競合と比較した強み、新規事業を展開するリソースなど)について十分に検証しておく必要があります。

建て替え計画を検証する際の注意点を述べてきましたが、病院の建て替えを実現するためには、自院の強みを発揮し、業界平均よりも高い収益を生み出す事業体となるための議論を行うことが肝心です。

Q

収支改善に向けた取り組みを、現場に定着させるためのポイントについて教えてください。

A

収支改善に資するような改善活動がなかなか現場に定着せず、頓挫してしまうことがあります。改善活動への協力を得るには、まず、現場職員に「理解」してもらわなければなりません。ただし、それだけでは十分とは言えず、「納得」してもらうことも必要です。

医療従事者は固有の職業倫理のもと職務に従事しているため、特に改善活動への動機づけには慎重になるべきでしょう。

改善活動を「理解」してもらうために押さえるべきこと

筆者が医療従事者の方と改善活動について話す際、「何に、どれだけ取り組めばいいのかわからないから行動に移せない」とよく聞きます。一方、経営者は、目標数値を掲げて発信していると主張します。なぜ、このような認識の違いが生まれるのでしょうか。

よくあるケースとして、目標数値が現場感覚に合っていないことがあります。例えば、医業収益（入院診療収益や外来診療収益等）といった「財務数値」や「経営数値」（本稿では診療単価や病床稼働率）という指標を目標として設定することもあります。より現場感覚に合った指標を設定することが重要です。

また、目標とする数値の「単位（固まり）」にも注意を払う必要があります。例えば、年間値または月間値で伝えても、数値が大きすぎてイメージがわからないことが多々あります。医療従事者に限りませんが、「明日、何をどれだけ実施すればいいのか」という日々の行動レベルにまで落とし込まなければなりません。

現場感覚に合った指標とは、例えば病棟看護師であれば、現場で記録・管理している指標・帳票に、急性期であれば重症度、医療・看護必要度、療養病棟であれば医療区分などがあります。また、病棟日誌には当該日の新規入棟数、転棟患者数などを記録します。リハビリ部門であればリハビリの実施件数、管理栄養士であれば指導件数等、それらは1日単位で記録していきます。

診療単価や病床稼働率といった経営数値は日々の業務で記録する現場数値を変換した指標であり、財務数値は言うに及ばず、現場感覚とは離れていきます。加えて、月間値または年間値は日々の業務の累計であり、数十、数百、数千という単位になると、明日どれだけ取り組めばいいのか、という感覚でとらえることができません。

医療従事者は、何よりも患者に尽くすことが第一優先であり、とすれば目標への活動は劣後されることがあります。日々の

行動に加えてどれくらいの業務量を増やせば目標に届くのか、といったイメージが想起できるようにすることが必要です。

改善活動に対して「納得」してもらうために押さえるべきこと

何よりも、改善活動が患者のためになることを共有することが必要です。過剰診療などは論外ですが、患者（顧客）の利益に反するととらえられてしまえば、（医療従事者に限ったことではありませんが）改善活動に消極的になり、活動が停滞します。したがって、まずは、現在の業務で患者が機会損失を被っている可能性がないかを検証することがポイントです。

例えば、救急受け入れや紹介受け入れを、合理的でない理由で断ってしまうというケースです。情報連携やルールを見直すことで迅速に患者を受け入れられたとするならば、断ることによって患者は速やかに治療を受ける機会を逸してしまうことになります。業務を見直すことが結果として患者利益の増大につながるというイメージは、納得を得るためには重要です。

自院と同じような機能を有する病院の現場数値と比較することも、有効なことがあります。医療機能が同じで診療科構成も同じような病院であれば、比較対象となり得ます。仮に、比較病院の現場数値（ひいて

は経営数値や財務数値）が優れている場合、自院の業務のあり方には何かしらの問題が潜んでいる可能性があると考えられます。

また、実際に存在する類似病院での実績であるため、過剰診療といったネガティブなとらえ方ではなく、前向きな姿勢で改善活動に取り組むきっかけとなります。

2点目に、当然ではありますが、改善活動の結果が職員自身ないしは所属部署のためになることを周知することが必要です。業績賞与やインセンティブ手当などの金銭面で報いたり、目標管理制度を導入して評価・処遇に反映させるなどの対応や部門職員の補強、医療機器・設備の更新等など、勤務環境改善といった対応が挙げられます。病院の建て替えのために収益改善への取り組みを促すことも、中期的な勤務環境の改善につながると言えます。

おわりに

これまで見てきたように、改善活動には現場職員の「理解」と「納得」が必要です。業務量をイメージしながら患者対応に専念し、結果として目標値を達成できるようなつながりを意識することが重要です。加えて、改善活動の結果が、誰の、何のためになるのか、ということも併せて共通認識を得ることが重要です。

Q

今回の診療報酬・介護報酬同時改定の中でも医療と介護の連携が強調されていますが、医療と介護の連携を実現するためには、具体的に何を行ったらよいでしょうか。

A

地域包括ケアシステムは、高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしく暮らせるように支える仕組みのことを言いますが、その実現には医療と介護の連携が不可欠です。今回は、その医療と介護の連携のポイントについて説明します。

1. 医療と介護の連携のポイント

地域の高齢者には、医療と介護の両方を必要とする方が多くいます。地域包括ケアシステムは、そのような高齢者が必要なサービスを受けられること、安心して生活できることを目的としています。

では、どのような場面で医療と介護の連携が生かされるのか、説明していきます。

(1) 入退院時

介護サービスの利用者が入院する場合、利用者等に対して、担当ケアマネジャーの名前等を医療機関に伝えるよう依頼することが、入院時情報連携加算の要件のひとつとなりました。

高齢者は入院によって身体機能が低下しやすい傾向にあります。入院前と同じ、または同じような生活を送るには、入院中から退院後の生活を見据えた準備が必要です。

入院中は医療者が、退院後は介護サービス担当者が、と役割を分けるのではなく、担当ケアマネジャーを確認した医療機関が、入院前の状態や早期退院に向けて担当ケアマネジャーとの情報共有を積極的に行っていくことで、入院前から退院後のスムーズなサービス提供につながると考えます。そのためにもケアマネジャーと日頃からコミュニケーションをとり、協力体制を構築しておくことが必要です。

(2) 急変時

在宅医療・介護を受けている高齢者や家族にとって、急変時の対応は在宅での生活を続けていくうえで不安要素のひとつです。

訪問診療や訪問看護を行っている医療機関や事業所は、24時間体制での対応が難しい場合、緊急時に対応できる医療機関との連携体制を整備しておくことが重要です。日頃からケアマネジャーは利用者や主治医と相談し、その対応体制を共有することで、急変時であっても、高齢者が地域生活を送るうえで安心材料になると考えます。

(3) 看取り

高齢者が住み慣れた地域で人生の最期を迎えられるよう、看取り体制の整備が求め

られます。

訪問診療や訪問看護がターミナルケア提供体制を整えると同時に、看取りを行う家族のケアや家族が相談しやすい体制をつくるのが重要です。

相談場面には、訪問看護などの医療従事者が多くかかわることになると思いますが、ケアマネジャーと情報を共有することで看取りに必要なケアプランの提供などがスムーズに行え、利用者（患者）や家族が安心できる看取り体制を整備することができます。

以上3つの場面では医療と介護の連携が特に重要であり、日頃から医師や看護師などの医療スタッフとケアマネジャーとの情報交換・情報共有がカギとなります。しかし、連携が重要であると同時に、その課題についても認識しておく必要があります。

次項では、医療と介護の連携における課題について述べます。

2. 医療と介護の連携の課題

医療と介護の連携は、地域包括ケアシステムの構築に欠かせないものですが、課題もあります。

医療や介護の人材不足やその確保は大きな課題といえますが、そもそもの連携がスムーズにいかない、または難しいという意見もあります。連携を進めていくなかで、医療と介護との間には見えない壁が存在していると言われることがあります。それぞれのシステムの違いや対象者の状態が異なる

などさまざまな要因がありますが、そのなかでも双方のコミュニケーション不足が大きな要因ではないかと考えます。

ケアマネジャーは、在宅診療医が通常の診療に加えて意見書の作成や相談対応による負担が大きいことや在宅診療医や医療機関への情報提供依頼などで、ハードルを感じる人も少なくありません。このような双方の状態が、連携がスムーズにいかないと感じる要因のひとつではないかと考えます。

医療と介護の連携には、互いの立場から、より患者や利用者が適切なケアを受けられるように切れ目のないかわりが重要です。医療側からの積極的な連携への関与は、介護側が感じるハードルの除外につながります。そのためには、医療側と介護側が一緒に話し合う場を設けることが重要です。

医療側のカンファレンスでは病院での様子だけでなく、退院後の生活についても話し合われますので、その場にケアマネジャーに参加してもらうなど、新たに会議を増やすのではなく、現状で実施しているなかで介護側を巻き込むような形がよいでしょう。

3. おわりに

医療と介護の連携には、情報共有が重要です。現状の体制が患者や利用者の情報が一方的な情報提供となっていないか、担当の在宅診療医や訪問看護師、ケアマネジャーそれぞれの顔をお互いが知っているかなど、見直してみましょう。入退院カンファレンスやケア会議などの積極的な活用により、連携体制構築が進んでいくと考えます。