

YCG

コンサルティングレポート

最終回

■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

執筆者

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

松下 徹

専門分野：ヘルスケア業界

経歴等：中堅中小病院や介護施設の収支改善・事業計画作成から、地域中核病院の将来構想作成など幅広く従事

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

中瀬良樹

専門分野：医療、介護、福祉

経歴等：医療機関・介護事業所等の事業再生および事業戦略策定支援、M&Aアドバイザー、業務改善支援、人事システム導入支援等の業務に従事。日本にてMBA（経営学修士号）を取得。米国公認会計士全科目合格者

Q

医療機関のM&Aを取り巻く制度環境の変化について教えてください。

A

地域医療構想（以下、構想）の達成に向け、制度環境の整備が進められています。例えば、地域医療構想調整会議（以下、調整会議）による関係者の協議では、各地域の実情に合わせるため、関係者の自主的な取り組みによる機能分化の推進を狙いとしています。自主的な取り組みで構想の達成が進まない場合、知事に与えられている権限を行使して推進を図ることができるかとされています。

構想の実現に向けた各種制度の運用状況は、関係者の参加状況や地域特性（都市部か人口減少地域か）によってばらつきがありますが、徐々に各病院の戦略や意思決定に影響が出始めています。加えて、他の病院を譲り受ける（買収側）意向や手続きにも影響が出る恐れがあるため注意が必要です。最終回は、規制の内容とその影響見通しについて解説します。

地域医療構想の達成に向けた 都道府県知事の権限

（1）過剰な医療機能への転換の中止

第一に、必要病床数が現在病床数をすでに上回っている場合ややむを得ない事情がある場合を除き、当該医療機能への転換の中止を公的病院であれば命令、民間病院であれば要請できると定められています。命令（要請）に至るまでには、調整会議での

協議や医療審議会での理由説明などを経る必要があります。

従来、病床の転換は比較的裁量をもって進めることができていましたが、今後は少なくとも調整会議で説明する必要があります。なお、命令や要請に従わない場合、知事はその旨を公表できます。公表されることでどんな影響が生じるのか不透明ですが、新たな罰則規定が設けられました。

（2）不足する医療機能への転換の促進

第二に、届出をしている医療機能およびその稼働状況と地域の需給状況を鑑み、転換について協議しても議論がまとまらないときには、医療審議会の意見を聞き、不足する医療機能への転換を指示（公的病院）、または要請（民間病院）できるとされています。

新たに病院の開設許可や増床許可の申請があった場合でも、不足する医療機能を提供する旨の条件を付すとされています。仮に、自院で強化したい機能が不足する医療機能と異なる場合、機能を見直すように知事から要請を受け、従わない場合は公表されます。要請であれば従う必要はないように思われますが、実際には許可申請が通らないと考えられますので、強制力があると言えます。

(3) 非稼働病床の削減

第三に、非稼働病床に対して、稼働していない理由や今後の運用計画を調整会議で説明しても理解が得られない場合、医療審議会の意見を聞いたうえで、病床数の削減要請を受けます。また、正当な理由がなく要請に従わない場合は、削減勧告を経た後、病院名を公表するという点は共通です。

非稼働病床を再開する予定でも、病棟を稼働させることで当該機能に係る医療需給のバランスが崩れる場合は、「過剰な医療機能への転換」と同等とみなされます。

以上、知事の権限強化（規制強化）について概説しました。規制強化によって、自院の方針を見直さざるを得ない状況が発生する懸念が生じます。すでに、非稼働病床の削減を決定した病院の事例も報告されており、筆者の顧客も調整会議の影響を受けているため、調整会議の議論や近隣病院の動向を注意深く見ていく必要があります。

M&Aにおける規制強化の影響見直し

(1) 譲渡（候補）側（売却側）への影響

調整会議の議論および規制強化は、M&Aの動向にも影響を与えると見込まれます。譲渡側では、従来想定できた売却条件にならない可能性が考えられます。

総量規制のみによって供給管理がなされていた時代には、多くの地域は病床過剰地域であり、既存の病床自体に価値がありました。総量規制が参入障壁であり、既存病床を譲り受けるしか参入方法がなかったためです。譲受側は病床を譲り受けた後、自

身が志向する医療機能への転換や拡張ができたため、誤解を恐れずに言うと、病床さえあれば売却の可能性があります。

しかし、規制強化により、過剰な医療機能であれば転換について中止要請を受ける、または、自院の志向とは関係なく機能転換が議論される、稼働していない病床の場合は削減要請を受ける等、病床を取得しても運用に大きな制約が生じる可能性があるため、以前に比べて売却条件が厳しくなったと言えます。病床に価値があった時代から、現在は転換期を迎えていると言えます。特に、人口減少が先行して進んでいる地域において、その傾向が現れはじめています。

(2) 譲受（候補）側（買収側）への影響

買収側では買収後の経営戦略に狂いが生じる可能性があるため、以前に比べて買収可否の意思決定が慎重になる傾向が見られます。開設者が変更になる場合も調整会議で説明を求められるため、開設者変更を伴うスキーム検討に影響が生じます。加えて、調整会議で説明を求められる、また、医療審議会の意見を聞く等の手続きが生じる場合、M&Aのスケジュールの長期化や変更を余儀なくされることも考えられます。

おわりに

構想の達成に向けた取り組みは、今後本格化する見通しです。自院の経営戦略の方向性の検討はもちろん、M&Aの検討・実行にも影響が出るのが想定されます。該当地域の需給状況の将来見通しに加えて、関係者の意向や調整会議の議論の状況を踏まえながら、慎重に判断する必要があります。

Q

事業計画を作成しようと思います。当院は急性期の病院ですが、計画を考えると、今後の病棟構成がこのままでよいのか判断をしかねています。検討を進める際、気をつけるポイントがあれば教えてください。

A

事業計画の作成、ならびにその一つの重要な要素である病棟構成を検討する際に、病院の経営理念を柱として内部・外部環境分析を行って意思決定していくこととなりますが、最終回となる今回は、外部環境分析にテーマを絞って説明します。

外部環境分析の重要性

地域医療構想では、将来の需要予測に応じた医療提供体制の再構築を検討しています。二次医療圏ごとに高度急性期・急性期・回復期・慢性期の医療機能の現状と今後の需要を踏まえた病床数が公開されており、当該情報では多くの二次医療圏で急性期が病床過剰、慢性期が病床不足という傾向があります。

(1) 地域医療構想の医療機能需給データ

コンサルティングの際によく聞く事案として、例えば、急性期病院では稼働が少しずつ落ちてきている、あるいは重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが難しくなっているため、急性期機能をこのまま維持するか、一部の病棟・病床を地域包括ケア病棟等の回復期機能に転換、もしくは既存の回復期機能を増床する等の相談を受けることがあります。

それらを判断していく軸の一つに、自院が属する二次医療圏の回復期病床が不足しているため、地域連携室の活動をはじめとする集患対策や救急患者の受け入れ態勢を見直す努力をして、それでも稼働が上がらなかつたり重症患者の受け入れが進まないようであれば、急性期病床の一部を回復期病床へ転換・増床を検討すればよいのではないかと、いう考えを持っているケースが多く見受けられます。

当然ながら、救急患者の断りが多く発生している等の自院内部の問題により、本来、自院または自院が属する地域で受けるべき患者が他に流出しているような場合は早期に改善に取り組み、患者受け入れ態勢を強化すべきと考えます。

ところで、判断軸の一つとなっている外部環境情報の正確性や読み取り方に間違いはないか、という観点はどうでしょうか。まず、地域医療構想における二次医療圏の各医療機能の需給に関する情報についてです。

供給に関する情報は、各病院から提出される病床機能報告に基づいており、自院の各病棟が、高度急性期・急性期・回復期・慢性期のどの医療機能を担っているかを報告した集計結果です。

一方で、需要に関する情報は、NDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータやDPCデータをもとに推計されています。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値（資源投入量）の多寡によって各医療機能に区分しています。実際に、クライアントで10対1の急性期病院（2017年4月～2018年3月実績）のデータを分析し、医療資源投入量に基づいて4つの医療機能に区分したところ、全患者のうち30%が回復期、約15%が慢性期に相当しました。当該病院の全病棟が、病床機能報告上では急性期で報告されています。

このように、4つの区分で報告する病床機能報告に基づく医療機能の供給と、NDBのレセプトデータやDPCデータの推計に基づく需要には乖離が発生しています。

これらの結果から分かることは、単純な集計結果にみる急性期病床が過剰、回復期病床が不足という事象は、実際問題としてそこまで大きな乖離がない可能性があるということです。

（2）二次医療圏および当該医療圏を構成する要素単位での稼働率と人口動態の影響

次に、4つの医療機能ごとの現時点の稼働率の状況と、今後の人口動態による影響です。

都市部の数十病院が属するある二次医療圏の需給状況を見たところ、前述と同様に、急性期病床が過剰、回復期病床が不足となっている地域です。当該地域の全病院の

病床機能報告結果を集計したところ、高度急性期・急性期が75%、回復期・慢性期が約88%の稼働率であり、全国平均並みの水準にあります。

ところが、内訳として二次医療圏を構成する市単位に分解したところ、ある市では急性期の稼働率がすでに66%まで低下している半面、高い地域では82%の状況にあるようです。加えて、今後の人口動態を見ると、二次医療圏全体で、2015年対比で2025年▲4%、2040年▲14%の見通しです。構成する市の人口減少率は、最も減少が進む地域で2025年▲5%、2040年▲18%の見通しです。

地域医療構想における各医療機能の必要病床数は、2025年を見据えて算出されています。ところが上記の例のように、二次医療圏全体では、現時点で各医療機能が相応の稼働率にあっても、二次医療圏を構成する地域ごとで大きな差がある場合や、2025年以降の人口動態を見ると人口減少が加速する地域もあります。

おわりに

事業計画の作成や病棟構成を検討する際に、内部状況のみならず、外部環境の分析も重要な要素となります。特に、二次医療圏の現状を理解したうえで、自院の集患地域の単位まで深掘りをする、また、2025年・2040年等、中長期の時間軸の動向も把握したうえで、短期・中長期の方針を検討していくことが重要であると考えます。

Q

賃金制度の見直しに着手している医療機関が増えていると聞いています。当院も見直しを考えていますが、現状を把握するために分析すべきポイントを教えてください。

A

賃金制度の現状把握には、各職員の給与と年齢の2軸でプロット図を作成し、定期昇給・賞与支給の考え方、賃金決定方法の透明性について確認することをお勧めします。そのうえで、自院の経営状況を鑑みて、現在の賃金制度が合理的な選択であるかを検証するとよいでしょう。

各職員の給与と年齢の2軸でプロット図を作成

コンサルタントが賃金制度の現状把握を行う際、職種別に各職員の給与と年齢の2軸でプロット図を作成し、大まかな傾向をつかみます。例えば、別図はA病院の各職員の年俸と年齢を、職種別にプロットしたものです。これを見ると、同じ職種であれば、年齢によって年俸に差が少ないことが分かります。

A病院にインタビューを行うと、A病院の周辺には医療機関が少なく職員が定着しやすい傾向にあり、年功的な給与水準にすると財務を圧迫する恐れがあるため、賃金決定に年功的な要素を盛り込んでいませんでした。職員の入れ替わりが少ないA病院にとって、年功的に決まる賃金の要素が大きければ財務を圧迫する恐れがあるため、A病院の賃金制度は合理的であるように見えます。

定期昇給、賞与の考え方は病院の特徴が出やすい

業績にかかわらず、毎年一定額の定期昇給を行う病院もあれば、毎年の業績に応じて定期昇給の金額を調整している病院もあります。前者のような制度は、働く側にとって毎年賃金アップが見込めますので、長期にわたって勤務するモチベーションとなりますが、毎年一定額の人件費の増加は経営者にとって重たい負担となります。

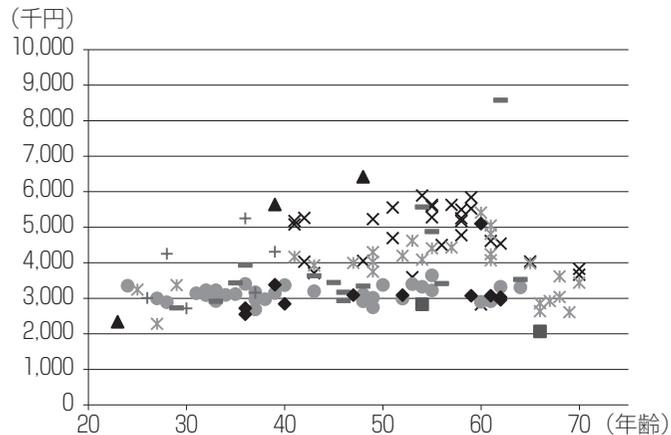
定期昇給の考え方は病院ごとに異なりますが、病院の特徴が見て取れます。同様に、賞与の考え方も病院の特徴が表れます。業績に限らず毎年一定月数を支給する病院もあれば、業績に応じて決算賞与として支給する病院もあります。また、定期昇給や賞与の金額を評価に応じて職員ごとに加算・減算をする病院や、全員一律に支給する病院もあります。

これらはどちらがよい悪いではなく、組織の状況に応じて最適な方法が変わると考えられます。病院のポリシーがなく、過去を踏襲して、毎年同じように定期昇給や賞与支給を行っている病院は、制度に再考の余地があると言えます。

賃金の決定方法の透明性と柔軟性も確認ポイント

職員にインタビューを行うと、「〇さんよ

別図 A病院の医師を除く職種別の年俸のプロット図



りも給与が低いことに納得できない」などの意見を聞くことがあり、職員間で給与がオープンになっていると推察されます。また、筆者が関与したクライアントの中には、特定の人物が独断で職員の給与水準を決めているケースがありました。このような病院では、必ずといってよいほど賃金決定の方法に対する不満が出ます。

特定の個人に権限を依存する透明性のない賃金制度を運営している病院は、組織のガバナンスにおいて不健全な状態に陥っていることが多くあります。当然、制度で固めて運用の柔軟性がなくなると融通が利かなくなり、逆に病院経営に悪影響を与える場合があります。そのため、一定の柔軟性を残しつつも、賃金決定の透明性を高めておくべきと考えます。今一度、自院の賃金決定方法について確認することをお勧めします。

自院にとって現状の賃金制度は合理的な選択か？

A病院のケースでは、地理的な特徴などから、年功的な要素を排除した賃金制度は

合理的であり、安定した業績を継続していました。しかし、職員にインタビューをすると、長く勤めても賃金が上がらないことに対する不満が多く聞かれました。A病院を辞めるという選択はしないものの、新しいことを取り入れたり、現状を改善するといった取り組みに対しては消極的な印象を受けました。

A病院では病床機能の再編や新規事業の展開に着手しようとしており、そのためには職員の意識改革が必要な状況でした。従来は合理的であった賃金制度でも、経営状況の変化によって制度の見直しが求められるケースもあります。

ほかにも、全職員一律の定期昇給と賞与を支給し、年功的な要素を多く含む賃金制度を取り入れてきたB病院では、職員が辞めずに長く勤めてくれたことで、業績は長らく安定していました。しかし、近年は職員の高齢化に伴い、「変化」に対するモチベーションの低下、賃金の高騰に苦しんでいます。B病院でも賃金制度の見直しを迫られています。

これらの事例からも分かるとおり、自院にとって現状の賃金制度が合理的な選択であるかは、病院の状況によって変化します。定期的に自院の経営状況を把握して、現在の賃金制度が合理的な選択であるか、分析することをお勧めします。

Q

地域包括ケア病棟に転換することを検討しています。転換時における実務上のポイントを教えてください。

A

2014年度診療報酬改定で創設された地域包括ケア病床は2016年10月時点で5万床を超えており、多くの病院で地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出が行われています。

地域包括ケア病棟に転換する理由はさまざまですが、7対1や10対1から転換する場合は患者の重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）の低下および平均在院日数の長期化による診療点数の減少を避けること、医療療養の場合は医療区分2・3の患者割合8割以上の維持が厳しくなってきたこと等が理由です。

最終回の今回は、地域包括ケア病棟に転換する際のポイントとして、スケジュールや転換時の費用に影響する施設基準および病床転換時の補助金について説明します。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準

地域包括ケア病棟入院料では、基本的な看護師配置（13対1）等が定められているだけでなく、「データ提出加算」および「疾患別リハビリテーション」の算定も求められており、これらの施設基準についても十分に理解する必要があります。

まず、データ提出加算を算定するにあたり、留意事項が2点あります。

1点目は、厚生労働省によって算定手順

や時期が明確に定められているため、算定可能な時期が限られています。具体的には、算定開始可能な日程が3カ月に1度しかありません。したがって、このことを考慮してデータ提出加算算定までのスケジュールを検討する必要があります。

2点目は、人材育成と確保について、計画的に実施しなければなりません。データ提出加算の算定にあたり、2種類の人材が新たに必要となる可能性があります。まず、1つめはコーディングに知見のある医療事務で、特に、診療情報管理士はコーディングの知見があるため、資格者が院内に在籍しているとデータ提出加算の導入がスムーズに進む場合が多いです。

2つめは、看護必要度の評価者です。地域包括ケア病棟へ転換する病院の中には、看護必要度の評価が求められていない地域一般入院基本料や療養病棟入院基本料を算定している病院もあるため、看護必要度の評価が可能な職員が在籍していない病院もあります。そのため、事前に院内研修や外部研修への派遣を検討しなければなりません。

次に、疾患別リハビリテーションについても留意点が2点あります。

1点目は、機能訓練室を設置しなければなりません。その際には、各疾患別リハビ

リテーションで必要とされる機能訓練室の面積が決まっているため、場合によっては改修工事が必要です。したがって、工事のスケジュールや費用が病床転換の計画に影響します。

2点目は、セラピストの確保です。地域包括ケア病棟の施設基準で求められている専従PT、OT、STのいずれか1人に加えて疾患別リハビリテーションの施設基準を満たすために、各疾患別リハビリテーションで定められているPT、OT、STのいずれか最低1人以上必要であり、地域包括ケア病棟転換にあたっては、合計2人以上のセラピストが必要です。

昨今では地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院が増えていることで、セラピストの採用が年々難しくなっており、余裕を持って採用活動を行わなければなりません。

病床転換に対する補助金

地域包括ケア病棟に転換する場合、各都道府県から補助金を受けられることがあります。例えば、各都道府県によって補助金の内容は異なりますが、地域医療介護総合確保基金から、転換時の費用が補助される場合があります。

具体的には、東京都では施設設備整備および開発準備経費支援、開設後人件費支援の3種類の補助金が地域医療介護総合確保基金で用意されています。施設設備整備で

は、改修・改築または新築工事に要する工事費、または工事請負費、医療機器等の備品購入費が補助対象です。

開設準備経費支援では、病棟開設前6カ月前に発生する、病棟に配置する看護職員の訓練期間中の人件費、職員募集に係る経費、病床等の開設のための普及啓発に係る経費（人件費を除く）の一部が補助されます。開設後人件費支援では、当該病棟に勤務させるために配置した職員の人件費のうち、開設後1年間に発生する医師およびリハビリ専門職の給与が補助されます。

ただし、施設工事に係る補助金の場合、補助金内示後に工事をしなければならない場合もあり、補助金のスケジュール次第で転換スケジュールを変更しなければなりません。つまり、病床転換に係る費用に対して補助金が交付される場合があるものの、転換スケジュールに影響するため留意が必要です。

おわりに

以上のように、地域包括ケア病棟転換における対応事項の中には、データ提出加算の届出や補助金のようなスケジュールに影響が出るもの、機能訓練室の整備やセラピストの確保、コーディングのための職員確保および育成等、時間のかかるものがあります。したがって、検討期間を十分に取ったうえで、計画的に転換の準備をしていく必要があります。