

病院・介護サービス事業者の再生支援

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
部長 増井 浩平



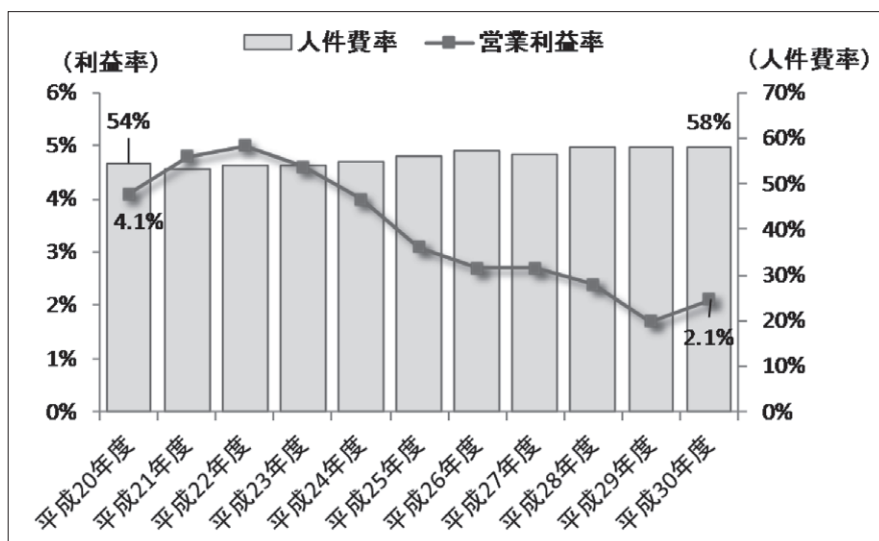
1 はじめに

本稿では、病院や介護事業者向けの経営コンサルティング事業を専担で行う立場から、近年における病院・介護事業者の経営環境について触れた後、事業者再生支援の考え方、特に病院の事例を交えて解説する。

2 病院・介護事業者の近年の業況

まずは、病院・介護事業者を取り巻く業況の動向について触れる。(図表1)は医療法人の営業利益率と人件費比率の年次推移を示している。これを見ると、平成22年度以降、営業利益率は低下傾向であり、平成30年度においては2.1%となっている。中小企業白書

＜図表1＞医療法人の営業利益率と人件費比率の年次推移



注：図表上の営業利益率は原出典では事業収益対事業利益率。平成30年のレポートのサンプル数は1,248であり病院主体の医療法人は全体の7割程度を占める

出所：独立行政法人福祉医療機構

によると中小企業の平均営業利益率は3%であることから、医療法人経営は厳しくなりつつある。

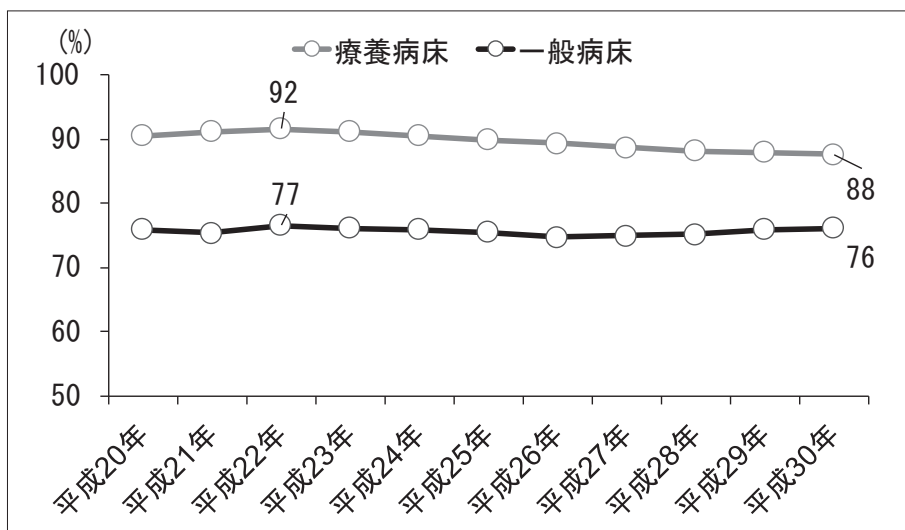
利益率の悪化要因は大きく2つあると考えられる。1つ目は人件費の増加、2つ目は収益性の低下である。(図表1)に戻ると、利益率は低下傾向である一方、売上に占める人件費の割合(人件費率)は上昇している。(図表1)を引用した福祉医療機構のレポートによると、従事者1人当たり人件費は平成28年度から平成30年度にかけて5%増加していることから利益を圧迫する要因の一つであると言える。

2つ目は収益性の低下、つまり病床利用率の低下である。(図表2)は病院の、一般病床と療養病床の病床利用率の推移である。病床利用率(病床稼働率や単に稼働率という言葉が用いられることもある。概ね同じ意味。)は入院患者数を病床数で除した割合であり、病院の主要事業である入院サービスの収益性

を示す指標として用いられている。病院の売上構成のうち6割以上を入院収入が占めるためであり、病床利用率は極めて重要な指標として多くの病院経営において進捗管理されている。これを見ると、平成22年以降、一般病床は1ポイント程度の減少である一方、療養病床は4ポイント減少している。療養病床を有する病院は全体の約半数を占めるため、多くの病院において近年収益性が低下している可能性が指摘される。

利益率が低下した要因については上述したが、その発生契機は何であろうか。特に、収益性の低下は医療業界特有の制度的要因が考えられる。つまり診療報酬改定である。診療報酬とは保険医療機関等が保険医療サービスの対価として保険者から受け取る売上を指す。点数で示され、全国一律「1点=10円」レートで換算される。診療報酬において、診察や投薬、検査等一つ一つの医療サービスに点数が設定されている。つまり診療報酬とは

＜図表2＞一般病床と療養病床の病床利用率の年次推移



注：一般病床／精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床であり、一般的には手術や処置、リハビリテーション等の入院医療を提供する。

療養病床／主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。

病床利用率は月間入院患者延数の1月～12月の合計÷(月間日数×月末病床数)の1月～12月の合計

出所：厚生労働省

医療サービスの価格表のようなものである。

価格は公定されていて、原則2年に1回改定される。これを診療報酬改定という。診療報酬改定では、社会保障費の伸びを適正化することを念頭に置きつつ、あるべき医療提供体制の構築に向けて様々な医療サービスの価格が見直される。ほぼ全ての病院は保険医療サービスの売上が大半を占めているため、診療報酬改定の動向は病院経営に極めて大きな影響を及ぼす。

他面、厚労行政の視点で見ると、診療報酬改定は政策目的を達成するための制度的ツールとして用いられている。診療報酬点数を変更することは病院経営に経済的なプラス（またはマイナス）のインセンティブを付与することになり、サービス供給の調整弁としての役割を果たすためである。仮に、厚労行政として普及させたい医療サービスがある場合、当該医療サービスに新しく点数を設ける、または点数を上げるといった評価がなされることが多い。評価された医療サービスを提供することで、病院に新たな売上の確保や増収が期待できるため、病院経営者は当該サービスを新規に、あるいは増強して提供する。結果として当該医療サービスの供給量が増え普及が進む、という具合である。

一方、医療供給が充足している、あるいは過剰が見込まれるサービスに対しては診療報酬の点数を引き下げる、あるいは従来に比べてサービス提供のための基準やルール（これを施設基準という）を厳しくすることで算定しづらくさせるといった見直しが行われることが多い。これにより病院経営者は、減収が懸念される医療サービスの提供を継続するか、もしくは、サービス提供の内容を変更するかといった判断を迫られる。診療報酬改定により価格が下げられたとしてもサービス提供に必要なコストは不変であり、何もなけれ

ば、収益減少はキャッシュフローの減少に直結するためである。結果として、マイナスの改定はサービス供給の縮小を促す要因となる可能性がある。厚労行政は、プラスとマイナスの改定を組み合わせることで社会保障費の過度な増加を抑えつつ、人口構造の変化に伴い求められる医療提供体制の内容見直しを実現しようとしているわけである。

詳細は割愛するが、日本においては、人口構造の変化及び人口減少による医療提供体制の改革の必要性が指摘されている。医療業界で「2025年問題」と言われている、団塊の世代の人々が全て75歳以上に到達することで医療費が大幅に増加するという予測がある。公的な統計データによると75歳以上の国民1人当たり医療費は65歳未満の医療費の5倍超要するとされているためである。加えて、75歳以上人口の増加に伴い、必要とされる医療ニーズへの対応に向け、適切な医療提供体制の構築が求められている。反面、生産年齢人口が減少することにより供給調整が求められる医療サービスも生まれると見られている。総じて、人口構造の変化による医療需要の質・量の変容に対応するため、地域の医療提供体制（地域医療構想と言われる）の再構築が求められている。その調整弁として診療報酬改定が行われている側面がある。

病床利用率が低下傾向にあるのは、一部の地域によっては人口減少が先行していることの影響も考えられるだろう。すでに過疎地域の市町村においては高齢者人口が横ばいあるいは減少局面にあるためである。しかし、都市部を中心とした多くの地域で医療需要は総体として増加局面にあるため、現段階における収益性の低下は、医療提供体制の中期的な改革を推し進めるための診療報酬改定という制度的要因が影響している可能性がある。近年における診療報酬改定においては、特に入

院医療サービスの供給体制を、質・量ともに見直すことを目的としたと見られる点数改定や施設基準の見直しがなされている。各病院は、地域の医療サービスの需給状況とその将来見通しを踏まえ、制度が求めるだろう方向性に沿った病院運営がなされているかを絶えず点検し、必要に応じて戦略の見直しを検討することが求められている。

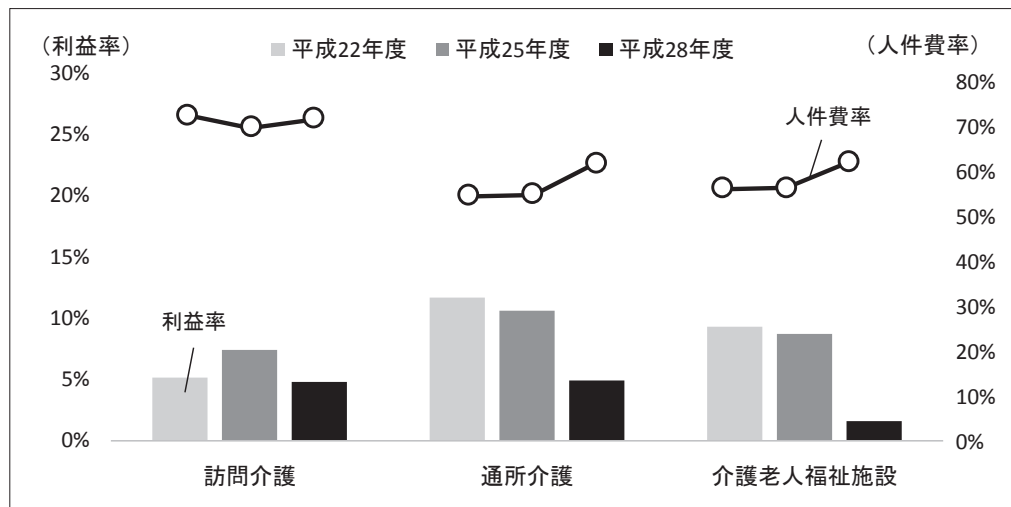
次に、介護サービス事業者における近年の業況について触れる。介護サービスは、大きくは訪問系、通所系、施設・居住系の3つに分類され、制度上はさらに細分化されたサービス分類がある。本稿では、これら3つの主要サービスの代表的なサービスである訪問介護、通所介護および介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について取り上げる。

（図表3）は3年に1度実施されている介護事業経営実態調査の抜粋である。これを見ると、本稿で対象とした介護サービスのいずれも、直近年において大幅に利益率が低下している。特に介護老人福祉施設は顕著であり、医療法人と同様、中小企業の平均利益率を下回る。理由としては給与費率が上昇しているためである。3つのサービスにおける常勤介

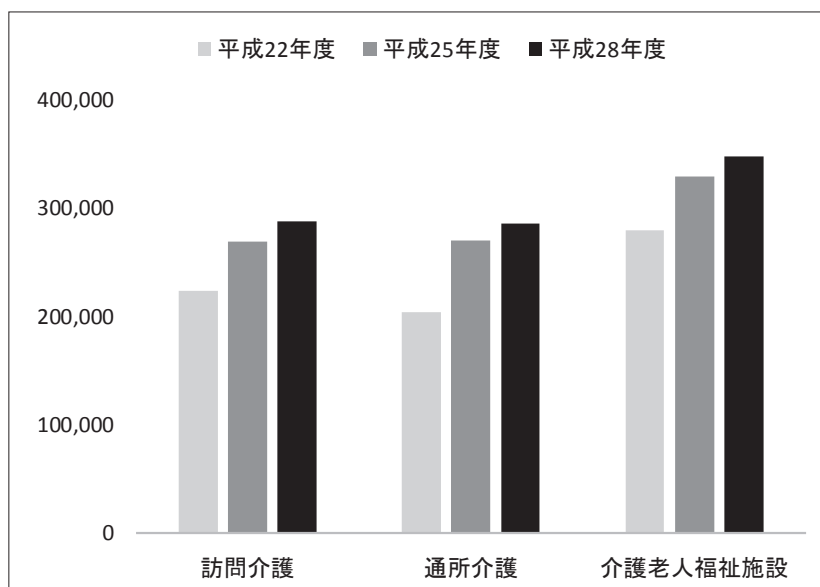
護職員の1人当たり給与費を示す（図表4）を見ると、給与水準が上がっていることがわかる。調査対象期間において売上が大きく減少しているわけではないため、人件費コストの上昇が利益率の低下要因と言える。介護業界における人材不足は各種報道の通りであり、他業界と比べた給与水準の低さが業界課題として指摘されている。厚労行政は給与水準向上の実現に向けて制度を設計しているが、人材調達コスト等を含めた人件費周りの費用上昇圧力が利益逼迫要因となっている。

人材不足という問題は介護業界においては深刻となりつつある。ある民間調査会社の調査によると介護業界は人手不足を理由とする倒産件数が3番目に多いとされているようである。介護サービス事業者の倒産件数は近年大幅に増加傾向にあり、その理由は販売不振が最も多い。他方、介護サービスは原則65歳以上の要介護認定を受けた高齢者に対して行うサービスであり、需要はまだ増加傾向にあるはずである。販売不振の理由は様々あろうが、一つの理由としてはサービスを提供したくともできない実情があることが考えられる。介護サービスは、保険サービスとして提

＜図表3＞訪問介護・通所介護・介護老人福祉施設の利益率と人件費比率の動向



＜図表4＞訪問介護・通所介護・介護老人福祉施設の介護職員給与の動向



注：表記の年度は決算年度を表す
出所：厚生労働省

供する場合は所定の職種、人員数を充足させる必要があり、仮に人材が不足している場合は、利用者がいたとしても保険サービスを提供することができないためである。競争環境といった外部要因やマーケティングの不備などの内部要因も販売不振の原因足りえるが、必要な人材を調達できないことによる影響が大きいのではないかと考えられる。外国人人材の採用による人員確保や介護ロボット導入による省力化に向けた取り組みなど諸施策が議論され導入されているところであるが、人口減少社会の到来により日本における事業活動の共通課題となりつつある人材確保は、こと介護事業経営者においては、売上の大部分が保険収入であり公定されているため、事業者の裁量の余地が乏しく創意工夫が限定されているという意味では難しい課題であると言える。

3 病院における近年の経営悪化の懸念要因

近年、筆者が病院の経営課題に関して受ける相談のうち、施設老朽化に伴う建替えの基本構想検討に関する件数が増加している。これまで述べてきたような、制度改定が医療提供体制に求める変化や地域の需給環境の将来見通しに対応するために、今後、どういう病院として運営していくべきか、ということに加えて、施設老朽化への対応のため数年以内に建替えや大規模増改築を要する病院が一定数存在するようである。

建替えは数十年に一度の経営イベントである。患者にとっては療養環境の改善、職員においては職場環境の改善に繋がることが期待されるため、経営者にとっては悲願であることが多い。また、建替えは、新規投資とは異なり、施設老朽化により既存の事業活動に支障懸念が生じることに対応するための、いわば事業活動の維持継続に不可欠の経営イベン

トである。事業活動を継続していればいずれか必ず建替え等の大規模投資の必要性が訪れる。しかし、近年においては建替えにより業況が悪化し再生案件化するケースや、金融支援を必要とする事案に発展するケースが増加しているようである。さらには、建替えること自体が困難で病院経営の維持存続が危ぶまれるケースというのも発生している。

筆者が接点を持つ地域金融機関の担当者から聞くと、多くの金融機関において、建て替えを検討している、あるいは検討する必要がある病院を取引先に一定数抱えている。当該取引先の担当者としては前向きに検討していきたい意向はある一方、債権者の立場としては難しい検討を要するケースが大半であるという。

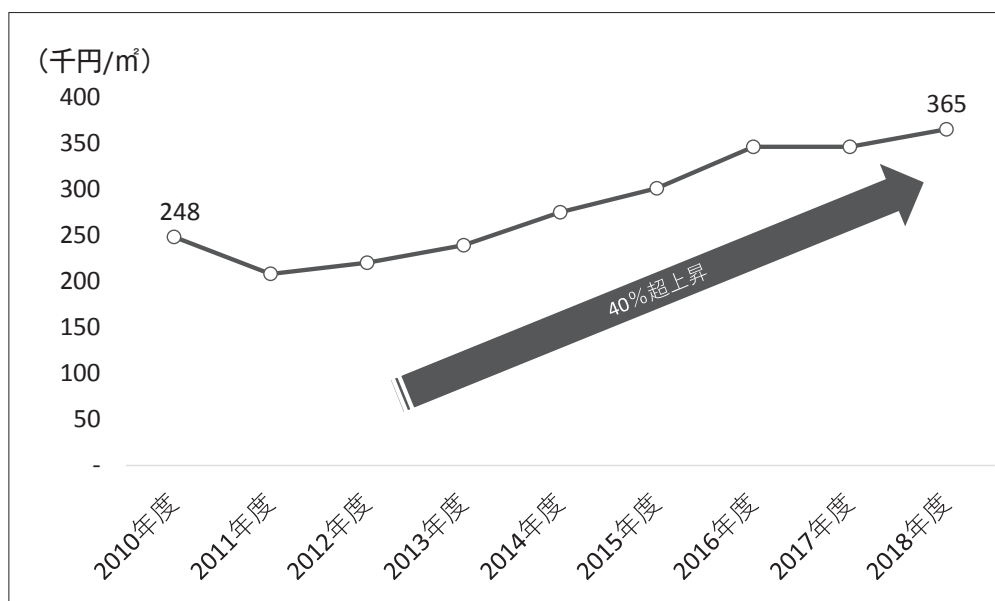
理由はいくつかあるが、本稿では外部要因として指摘される建築単価の上昇と病院経営における制度的要因について触れる。(図表5)は病院建設費の単価動向を示している。

平成23年以降、建築単価は一貫して上昇傾向にあり、平成30年においては約4割増である。

建設業界における人件費や資材の高騰に伴う建築単価の上昇は、病院建設に限ったことではないと考えられる。しかし、病院経営は固有の制度的要因によって、他業界に比べて検討が難しくなる事情がある。診療報酬により価格が公定されているので、コスト上昇分を消費者(患者)に転嫁させることが個々の病院経営レベルでは不可能なためである。従って、病院経営が追加的なコストを負担せざるを得ない。ところで、病院経営の近況は先に触れた通りである。以上から、病院経営において、建替えは財務的に大きなリスクを抱えていることが言えよう。

(図表6)は地域経済活性化支援機構の支援案件における窮境原因の分類別件数である。過剰投資が最も多く、代表例としては「過剰な機能の病院建設」や「既存借入弁済前の病院建て替え」が指摘されている。建て替え

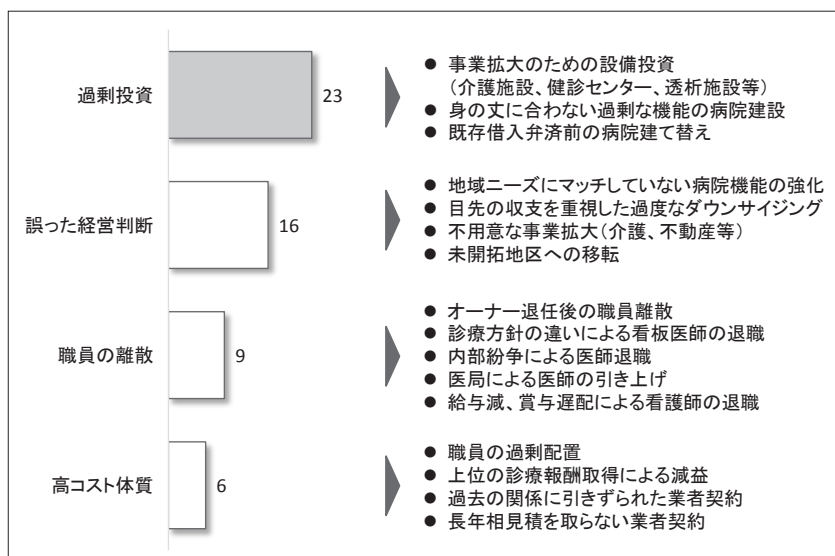
＜図表5＞病院建設費の年次推移



注：建築工事費は設計管理費を含む（土地造成費、既存建物解体費、仮移転費等は含まない）。

出所：独立行政法人福祉医療機構

＜図表6＞地域経済活性化支援機構の支援案件における窮境原因分類



出所：内閣府（未来投資会議産官協議会次世代ヘルスケア会合第三回資料）

を機に医療機能の充実を図りたいといった経営者の強いこだわりや、地域の需給状況の将来性や自院のポジショニングの見直しを検討せずに建て替えた結果、過剰な機能となってしまったケースや、既存債務に加えて新規設備借入の負担が上乗せされるといった事案は確かに散見される。これらの事象に加えて、投資環境の悪化が契機となり再生案件化し、金融支援が必要になっていると解釈できる。新規事業の投資であれば事案によっては先送りという経営判断もあり得るだろう。しかし既存の中核事業である病院の継続に向けた建て替え検討は時間的猶予が限られている。耐震化への対応といった制度的要請もさることながら、施設老朽化は集患及び職員確保といった事業活動にも影響を及ぼすためである。老朽化が事業活動にマイナスの影響を及ぼし、収支が悪化することで財務的にさらに検討が難しくなるという悪循環に陥り、自力での建て替え、病院運営を断念するケースに至ることも最近では見られるようである。複

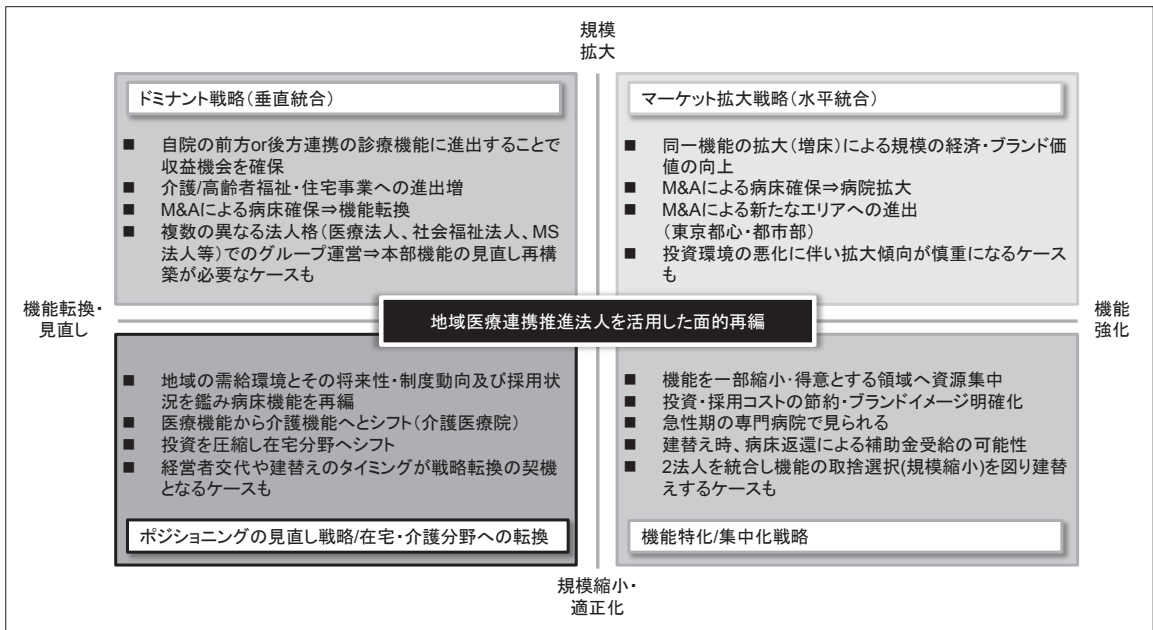
数病院を有する医療法人のケースでは、中核病院の建替えを機に、ノンコア事業（主たる所在地ではない飛び地にある病院事業等）の売却により資金化を図り建替え資金に充当するという事案がある。投資環境の動向は悲観的な予測が多く、今後、建築単価が以前の水準に戻るかどうかは不確実性が存在する。いずれにせよ、建替えには慎重に慎重を重ねた総合的な検討が必要であると言えよう。

4 病院の経営戦略

病院・介護サービス事業者の業況の動向と、近年病院事業において経営状況の悪化要因となりつつある建替えについて解説した。背景にあるのは不可避的な人口構造の変化ならびに人口減少の進行である。病院経営は今後、いかなる戦略のもとかじ取りを行っていくべきであろうか。（図表7）は病院の経営戦略のパターンを示したマトリックス図である。

これまで触れてきたように市場環境の変化

＜図表7＞病院の経営戦略マトリックス



出所：筆者作成

(人口構造変化・人口減少)と制度環境の変化を受けて、多くの病院では利益率が低下しつつある。市場環境の変化は構造的であり、今後の病院経営を考えるうえでの前提条件として考慮する必要がある。制度環境は市場環境変化を受けての変化であるため同様に所与の条件である。従って、病院経営の戦略検討における基本課題は病院の「規模」(主に病床数)と「機能」(提供している医療サービスの内容とターゲットとしている患者の状態)をどう定めるか、であると言える。医療需要は変容し、かつ中期的には減少懸念があり、加えて、政策課題としては需要の変容や財政負担の観点から必要な医療機能の質・量を調整しようとしているためである。規模と機能を強化・拡大するか、あるいは縮小・適正化するかという選択肢が戦略検討に必要な観点であると考えられ、その二軸で評価したのが(図表7)である。

マーケット拡大戦略は大手医療法人グループ

または一部の地域にて急成長しているグループにて採用される傾向がある。すなわち、現在提供している医療機能をさらに展開することでシェア拡大を狙った戦略である。M&Aを積極的に活用し、エリア拡大も含めた事業展開を志向しているケースが多い。いわゆる勝ち組のプレイヤーである。主たる所在地が先行して市場縮小懸念がある場合は積極的に都市部、東京都心部へ進出し拡大することを狙っている。ただし、近年においては建替えを控えているケースはM&Aを控えるという判断がなされることもあり、以前に比べると慎重姿勢なケースも見られる。

ドミナント戦略は一定の商圈(診療圏)を対象として垂直統合的に事業展開を図る手法である。病院は患者の状態や疾患に応じて適切な入院機能を提供する必要がある、例えば手術や術後の社会復帰に向けたリハビリはそれぞれ異なる医療機能であるため所定の治療目的が終了した場合は速やかに転棟や転院す

る必要がある。さらに、退院後においても継続的な通院治療や、高齢者においては介護サービス利用が必要になるなど、患者・利用者は医療や介護サービスを継続利用することが多い。単一の医療または介護機能だけでなく、状態に応じて必要となるサービスを連続的に整備することで、患者・利用者に自法人内のサービス利用を促し収益の囲い込みを図って経営の安定化を狙う戦略がドミナント戦略である。患者・利用者にとっては同一法人・グループで継続的にサービスを受けることができるので安心感に繋がるというメリットがある。加えて、多様なサービスの提供で継続的な雇用機会の提供が可能となるため、職員のキャリアパスの観点からも理に適っていると言える。

筆者の見解は、一般的な医療・介護サービスを提供している事業者においてはドミナント戦略が有効であると考えている。なぜなら、医療・介護はヒト（患者・利用者）を対象にしてヒト（医師、看護師、介護職員等）がサービス提供する産業だからである。双方、生活圏がある以上、サービス受給には一定の地理的制約が生じる。特殊または高度なサービスは、当該サービスを受けるために極端に言うところを超えても考えられるが、患者・利用者としては、一般的な医療介護サービスは生活圏内で完結することを望むだろう。一方、職員も同様に就業場所は一定のエリア内に制約されると考えられる。医療、介護サービスのマーケット特性である地理的制約を鑑みると、事業の成長や拡大を検討する際はまずもってドミナントという観点が有効であると考えられる。各地域で安定的な経営を行っている法人グループの多くは、医療や介護、福祉（ひいては保育や教育）等を複合的に行っている。M&Aを活用することも視野に入れつつ、垂直統合的にサービス展開を行いなが

ら安定的な経営基盤構築を狙った戦略であると言えよう。

今回は機能特化・集中化戦略の詳細は割愛し、最後に、ポジショニングの見直しについて触れる。多くの病院経営者はこれまで触れてきたような経営環境の変化および業況の動向を受け、ポジショニングの見直しを大なり小なり検討している。建替え検討を機に一気に加速するケースも見られる。ポジショニングの見直しとは、地域の医療提供体制において自院が果たしている現在の医療機能を、需給状況の将来見通しや競合・協力関係にある近隣他病院等の動向を踏まえて転換し、近隣病院や患者から求められる機能を確保することで経営基盤の再構築を図ることを指す。近年、病棟再編や病床機能の見直しといった議論が盛んであるが、総じてポジショニングの見直しに関する議論と整理することができる。繰り返しになるが、人口構造の変化と人口減少の進行により医療需要は質、量ともに変容しつつある。従って、これまで提供してきた医療機能の必要性が低下し新たな役割が求められる可能性が生じている。診療報酬改定による需給調整も相まって、大部分の病院においてポジショニングの見直しに向けた検討がなされていると見られる。特に、病床利用率の低下傾向が続く病院は、市場環境や制度環境の変化の影響を受けていると解されるため、ポジショニングの見直しは喫緊の対応課題である。

現在の医療機能を維持している状態で病床利用率の低下傾向が続くとすると、経営状況の好転は期待できず病院の存続に懸念が生じる可能性がある。一方、需要の質的、量的な変化と制度的動向を掴み、地域において必要となる医療機能が何かを見極め、ポジショニングを見直すことによって、病床利用率の改善を果たし業況の回復に繋げることができる

可能性がある。

筆者は経営戦略の立案を支援する立場にあり、多くのケースにおいてポジショニングの見直しに関する要否検討を行っている。次項では戦略転換において検討すべき論点と実務的な進め方および留意点について解説する。なお、戦略転換とは病床（病棟）機能の見直しのことを指している。

5 戦略転換の実務と留意点

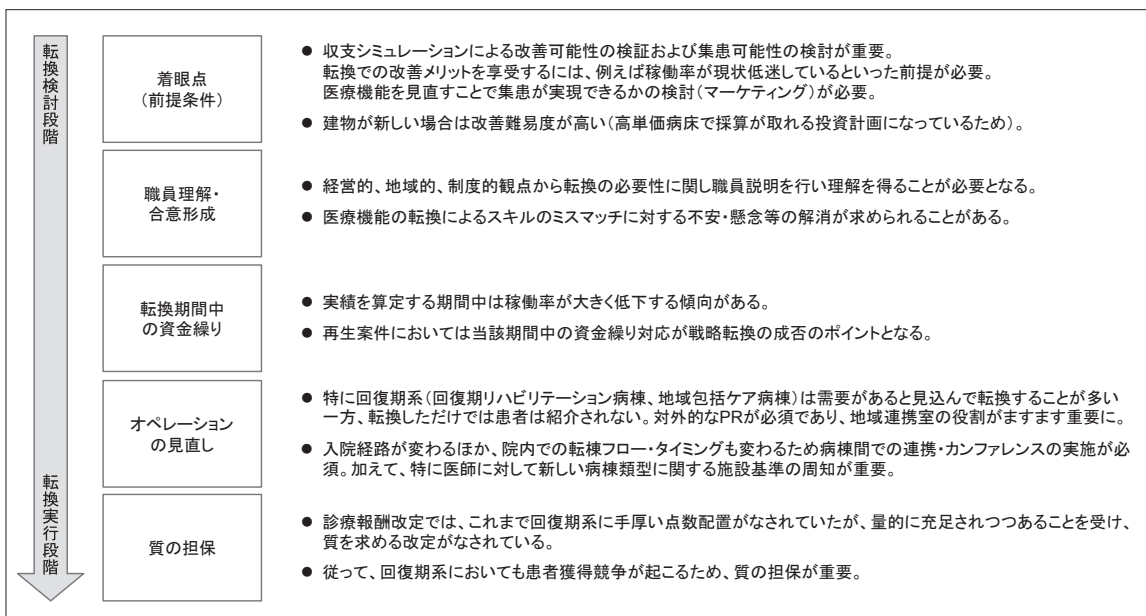
ポジショニングの見直し検討と実行の際に検討すべき主な論点を（図表8）に整理した。本項ではこれらの項目について順に解説する。なお、ポジショニングの見直し検討はありきではない。まずもって現在の医療機能を前提とした業務改善や、または新規投資等により自院の存続を図ることが可能かどうかという検証がなされたうえでなければ経営者の納得感が得られず、ひいては職員合意の形成

も困難となる。のちに触れる通り、戦略転換が、経営者や職員が志向する医療機能からの（一部）撤退を意味する場合、モチベーションの低下に繋がる懸念があるからである。現在の医療機能を維持することの是非について十分に吟味することは、経営者が、転換の必要性を理解し納得すること、加えて職員への説明責任を果たすことに繋がるため極めて重要である。

転換検討段階においてまずすべきことは大きく2つある。前提条件を満たしているか確認することと、職員の理解を得ることである。前提条件とは、当然であるが、転換が収支改善目標の達成に繋がるかどうかである。従って、収支シミュレーションが必須である。

病床機能の見直しは経営的にはビジネスモデルの変更を伴う。ターゲットとなる顧客像（患者像）が変わることで調達すべき医療資源（職種別職員、病院設備等）の変更も要する。サービス提供の内容も変わるため収益モ

＜図表8＞戦略転換における検討論点



出所：筆者作成

デルにも影響を及ぼす。さらには集患ルート（一般的には自院外来、他の医療機関からの紹介、救急患者受け入れの3つ）の見直しの検討も必要、といった具合である。

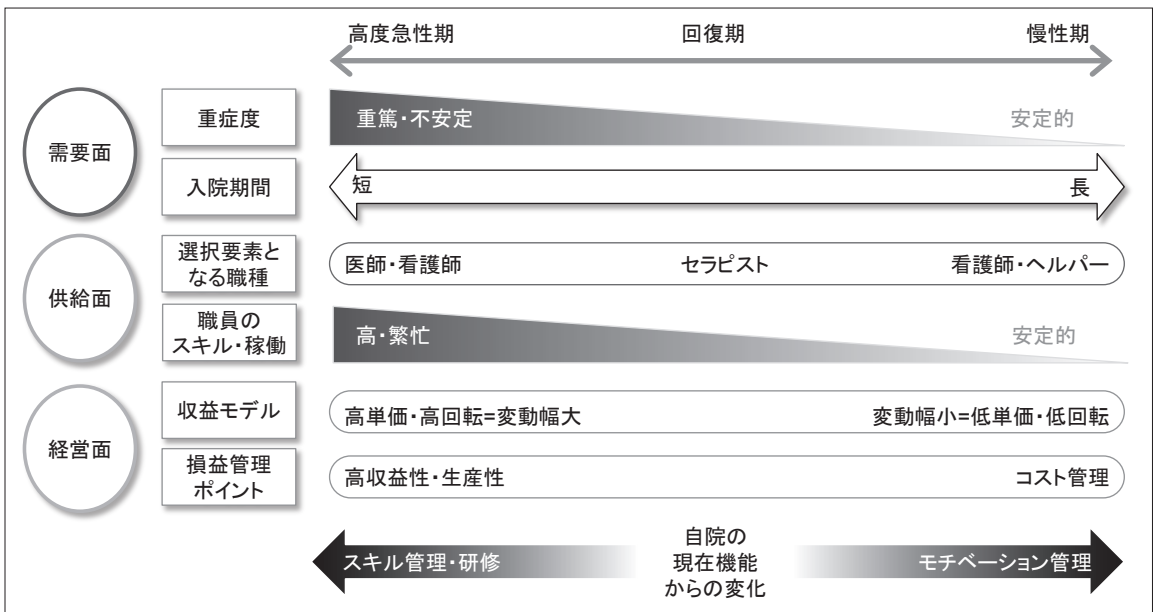
例えば、急性期から回復期等への病床機能の転換で考えてみる。急性期においては手術を必要とする患者をいかに確保し短期間で退院させるか、というオペレーションが求められる。収益モデルとしては、高単価の患者を集め病床を短期間で回転させ、高い収益性を維持することが目標となる。必要となる医療資源としては手術等の処置ができる医師・看護師等の体制の確保、設備・機器の装備が挙げられる。加えて、手術を必要とする患者を集めるために近隣医療機関や消防隊からの救急患者の確保が優先される。

他方、急性期予後の回復期または慢性期の医療機能においては、在宅復帰に向けたリハビリテーションや長期間の療養を目的として、急性期に比べて中長期間の入院サービス

を提供する。収益モデルとしては急性期に比べて単価は低い一方、入院期間は中長期に及ぶため病床利用率は高い水準で安定する傾向がある。リハビリや長期療養を目的としているためセラピスト（リハビリテーションを行う職員）や看護・介護職員を充実させる必要がある。設備としてはリハビリスペースの確保や療養環境の整備が求められる。急性期予後の患者を対象としており、他の急性期病院等から患者を確保する必要があるため集患ルートも急性期の病床機能とは異なる。

以上のようなビジネスモデルの相違点に関するポイントを（図表9）に整理している。総じて病床機能の見直しは、収益モデルおよび費用構造の変更、オペレーションの見直しを伴うため、収支改善を実現できるかどうか綿密な収支シミュレーションや実現可能性の検討が重要である。単価の低下と病床利用率の上昇はトレードオフの関係にあり、相殺して収益性の向上が見込めなければ収支改善は

＜図表9＞戦略転換検討に関する着眼点（ビジネスモデルへの影響）と留意点



出所：筆者作成

達成されない。仮に人員構成の変更によるコスト削減の可能性があれば検討の余地が残るが、実務的には職員数の見直しは、少なくとも短期的には難しいと考えられる。リストラ（人員削減や配置転換）というメッセージは職員不安を高める可能性があるからである。なお、収支シミュレーションや実現可能性の検討は転換の必要性の理解に繋がる。転換に対する理解を促進し納得感の醸成に寄与するため、現場職員を積極的に検討プロセスに巻き込むことが重要である。

次に、転換中資金繰りを維持できるかどうかは、再生案件においては特に注意が必要である。転換中とは、転換後の入院医療サービス提供に必要な基準・ルールを満たすことができるかどうかの試用期間を指す（新しい入院料の算定に必要な実績取得期間）。現在の医療機能とは対象となる患者像が異なるため、試用期間中においては必要に応じて患者受け入れを制限することがある。一方、固定費はほぼ変わらないため、受け入れを抑制した分だけ売上が減少し、キャッシュフローが悪化することになる。従って転換中の期間における収支悪化を見込んで、資金繰りが維持できるかどうかは確認しておくことがポイントである。特に再生案件においては、収支改善策の実行期間中の資金繰りの担保が必要である。

転換実行段階においてはオペレーションの見直し、特に集患に向けた営業体制や業務フローの再構築を行うことが重要である。先に触れた通り、対象となる患者像が変わるため集患ルートにも影響を及ぼすからである。ポジショニングを見直し需要が見込める医療機能に転換したからと言って、それだけで患者が確保できるわけではない。病床機能の変更を対外的にアピールすること、対象患者の紹介を受けるための受け入れフローを整備する

こと等のマーケティングの観点が重要である。

6 おわりに

医療・介護サービスは生活に必須であり、最低限の供給体制は地域にあまねく整備されている必要がある。日本における医療・介護提供体制を担っている主要部門は医療においては医療法人であり、介護においては株式会社や社会福祉法人等の民間部門である。これまで見てきたように医療・介護サービス事業者の置かれている経営環境は厳しく、今後、楽観視できる可能性は低いと見られる。人口構造の変化ならびに人口減少に伴う様々な社会的課題に今後直面するからである。事業活動を取り巻く制度環境の変化を把握しつつ、サービス提供を行っている地域の需給動向とその見通しを捉え、既存の中核事業の転換（ポジショニングの見直し）を視野に入れた戦略検討が、多くの医療・介護サービス事業者において必要であると言えよう。医療・介護サービス事業の経営者は地域において必要とされている機能・役割を見極め、戦略転換や、必要に応じて事業の一部縮小（ダウンサイジング）なども含め聖域なく検討することが求められている。

プロフィール

増井 浩平（マスイ コウヘイ）氏
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 部長

2006年山田ビジネスコンサルティング株式会社（現山田コンサルティンググループ株式会社）入社。医療事業部（現ヘルスケアコンサルティング事業部）配属。以来、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/病院建替え計画立案、M&Aマッチング・アドバイザー等、業況悪化先・良好先問わずコンサルティングサービスを提供。銀行員向け、事業者向けセミナー実績多数。

共著『「融資力」5分間トレーニングブック』（ビジネス教育出版社）、『業界別事業再生事典』（きんざい）、『病院羅針盤』（産労総合研究所）への寄稿多数。