

## 第148回月例セミナー 【ダイジェスト】

### 「第五次医療法改正と医業経営における最近のトレンド」

－病院経営の見方が変わる！？－

株式会社パースジャパン 経営コンサルティング部部长

国立福井大学非常勤講師 佐藤 勝浩

#### ●はじめに

#### 第五次医療法改正と医業経営における最近のトレンド

今日は「第五次医療法改正と医業経営における最近のトレンド」というテーマで、私が23年間、医業経営のコンサルタントとしてこの業界で働いてきました。そこで病院コンサルティングの内情などを踏まえながら、医療制度改革の流れと第五次医療法改正について、現状の制度改正の中での病院経営の動向と今後の生き残り、そして病院経営を取り巻く最近のビジネスのトレンドについて話を進めていきたいと思います。

#### ● I. 医療制度改革の流れと第五次医療法改正

今回の制度改革の流れから病院の経営状況を見ると、今までの中で一番厳しい状況になっていると思います。しかし、全体的に業界を見渡すと、逆にビジネス的な部分が動き出しているような気がします。第五次医療法改正だけでなく2012年までの制度改正の中で、病院経営もビジネスもどようになっていくのか私も静観している段階です。

#### 2000年から2012年までの医療関連制度等の改革の主な流れ

まず、医療関連制度等の改革の流れと第五次医療法改正との関連についてです。医療構造改革には安心と信頼の医療の確保と予防の重視、医療費適正化の総合的推進、超高齢化社会を展望した新たな保険制度体系の実現という3つの基本的な考え方があります。この改革の基本的な考え方を受けているのが第五次医療法改正です。そして、従来の考え方を変えたのは、2006年の診療報酬制度改革であり、来年に控えている2008年度の診療報酬制度改革でもそれを受け継いでいくものと考えられます。

この基本的な考え方の中で、医療法に関しては、医療法人制度等の改革や地域医療計画の見直しなどについて6つを出しています。医療法以外の健康保険等の改正に関しては、医療費適正化の総合的推進、新たな高齢者医療制度の法律の創設、都道府県単位の保険者の再編という3つが健康保険上で変えていく中身になっています。表面的な流れは医療の質の向上となっていますが、本音は医療費を抑えるための制度改革となっています。昨年4月1日は、診療報酬及び薬価がWマイナス改訂ということで医療機関や医療業界に大きな

影響がありました。また、介護報酬との W 改定が行われ、さらに診療報酬に関しては、全体で▲3.16 の下がり幅として従来からみて一番大きなマイナス改定が行われました。

来年 2008 年度の診療報酬及び薬価改定はマイナスになるような気がします。医療制度全体のターニングポイントは、介護療養型医療施設の廃止と W 改定が再度行われる 2012 年だと思いますので、2012 年までにこのようなことを考慮して病院経営やビジネスのやり方を考えなければいけない段階になっています。

2006 年度の診療報酬改定では、点数にする内容を明確かつ整理し、きちんとしている病院は評価するという方向が見えてきました。例えば、入院基本料でも減算項目がなくなり、病院として当然クリアしないといけない基準に満たないと、点数自体がつかないということになっています。その流れを今回の第五次医療法改正も受けています。

#### 医療法改正の変遷

医療法制定から第一次医療法改正までの間はほとんど改正がなされなかったのですが、昭和 60 年以降は医療費問題や質的整備という言葉をとまって改正が順次行われています。例えば、第一次医療法改正では地域医療計画の策定、一人医療法人制度がつくられました。第二次医療法改正では、病院の機能区分をして、大学病院等が特定機能病院として位置付けられ、療養型病床群を法的に位置づけました。第三次医療法改正では、地域医療支援病院や診療所療養型病床群などが創設され、機能区分をより細かく法制化しました。それを受けて、一般病床と療養病床にしたのが第四次医療法改正です。

今回の第五次医療法改正では今まで改めてきた医療法を全体的に修正する法律改正になっています。また、医師不足などを含めた目先の問題を法律で整備していこうということになっています。今まで診療報酬で経済的な誘導をしていた部分も、医療法で法整備をしていくということが第五次医療法改正では表わされており、次のステップへの法改正が待ち受けていると思います。

#### 第五次医療法改正の概要

今年 1 月 1 日から有床診療所についてはすでに実施されており、4 月 1 日以降から残りが実施となっています。法律的には、先ほどの医療構造改革の基本的な考え方と同じです。「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革」という患者を中心に考えていくことになっています。

医療構造改革を受けて、医療法では次の 1~7 を改正しました。第五次医療法改正がスタートして、まだ具体的になっていない部分もあるので、ポイントだけ説明します。

「1. 患者等への医療に関する情報提供の推進」です。毎回の医療法改正では、広告規制の見直し、広告規制緩和が順次されてきていますが、今回は今まで以上に緩和されました。今までは項目ごとに広告を定義していましたが、包括規定方式ということで幅を広げて、広告がしやすくなっています。

包括規定方式なので、規定を緩めた形で広告できます。しかし一方では、問題のある広告、例えば虚偽、比較、過大広告などの処罰は行政の指導の下に徹底してやるという二面性を持った法改正になっています。広告規定にはガイドラインが出ていますが、ホームページや院内パンフレットは広告として当てはまりません。院外に出す広告が今までより緩和されたということです。

医療機能情報提供制度とは、行政を介してある一定の病院情報を住民が知る権利を得る新しい制度です。医療機関サイドで考える場合、きちんと情報提供できるような体制で、なおかつ、病院は患者が喜ぶものを持っていることが必要になり、患者は病院を選びやすくなります。以前の改正を踏まえて、2～3年前に地域医師会より地域医療連携という形で、住民は医療機関情報をどれだけ知っているかという認識度調査を行いました。医療界以外の方は、かかりつけ医の意味、病診連携、病院はどのようなものかということをおぼろげに感じていました。また住民意識調査では医療機関情報がほしいという要望が必ず出てきます。よって今回の医療機能情報提供制度をきっかけにして、医療機関を含めた医療界は国民、住民、そして患者に対して情報がオープンになっていくことが期待されます。しかし一方では、医療施設格差が生まれてくることも予想されると思います。

「2. 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進」です。これは基準病床数の見直しだけではなく、都道府県において地域医療計画の見直し、地域連携推進の目標を具体的に出すという計画となっています。特に地域連携では、医療機能を含め、産婦人科・小児科不足による連携、病院・診療所・在宅の連携を法的に整備していくことになっています。第五次医療法改正では、従来のように診療報酬等で誘導するだけでなく、医療法で明記していく方針がとられています。このような法制化は今までにはなかったもので、かなりインパクトがあります。

「3. 地域や診療科による医師不足問題への対応」です。医師不足への対策を法的に整備し、特にへき地医療・小児科・産婦人科・麻酔科等への対応をしていきます。地域の拠点病院（マグネットホスピタル）を中心に、不足している診療科目の医師を連携させるという形で不足を補っていく点が挙げられており、また医療対策協議会の医師確保対策では、地域の奨学金制度や医師の定員数増加、へき地へ出向く医師に対する奨学金制度、研修指定病院の派遣を見直して偏在をなくすという方策が検討されています。

医師不足には、地方やへき地などの地域的な医師不足と、小児科・産婦人科・麻酔科の診療科による医師不足があります。それに伴い、大学病院でも医師が不足し、医師が研修指定病院に集中することもあり、地方や都市部の中小規模病院で医師が不足しています。また、医師は毎年増えているのですが、開業医が増えているために勤務医不足となっています。ただし現場で働いている感触からは、医師が不足というよりは偏在しており、どこかが集中して、どこかが足りないという見方もできるかもしれません。また、看護師

不足とも言われています。平成 18 年診療報酬改定で 1.4 対 1、つまり 7 対 1 という看護基準が出たことより看護師不足に拍車がかかりました。小児科・産婦人科・麻酔科など医師が不足している科目も多く、法制化して医師の安定供給ができるように本腰を入れるとなっています。医師を含めた医療従事者の人員補充は、病院経営の大きな問題になっています。

「4. 医療安全の確保」です。今回は医療法にて「医療安全」面の定義をすることになりました。今までは健康保険法等で規定していましたが、それを法で見るということです。都道府県に医療安全支援センターなどを設置した上で、安全管理をしていくということが挙げられています。医療事故、訴訟などの情報がオープンになることによって、患者の病院に対する見方、接し方が変わってきています。患者とのやり取りなどは法的に整備することは必要だと思います。

「5. 医療従事者の資質の向上」です。処罰を含めて、医師をはじめとするコ・メディカルに対する認定や資格に対するものを法的に整備します。

「6. 医療法人制度改革」です。

第五次医療法改正では医療法人制度の改革が挙げられています。今年 4 月 1 日施行になっていますが、税務的なものを含め、来年以降に具体的に実施予定です。医療法人制度で変わってくる部分は、特別医療法人がなくなり、非営利的で公共性のある法人が社会医療法人を目指すものとなっています。ただ、社会医療法人は公益性、社会性そして非営利性を従来より強める一方で、収益的事業の緩和、医療法人債や病院債の発行が容易となります。医療法人の中でもある程度の病床規模を持った病院は、公益的な運営を目指すことが、今以上に要望されます。また、今ある持分ある社団医療法人や一人医師医療法人という開業医に多い部分に関しては、持分をどのようにするのか、税務的対応をどうしていくのか、という整備が必要となっています。

社会医療法人は財团的なものであり、今後、病院事業をやっていく上では安定した形になります。ただ、持分を持つのではなく、事業的に存続不可能であれば、国、あるいは他の医療法人に継承することになります。そのような形では、持分のある社団医療法人は、移行しにくい面もあります。また、開業医における一人医療法人は、出資限度という形で出資した分だけ戻ってくるように医療法人化を進めようとしています。この制度改革は小泉内閣時代の構造改革や民営化など、医療も営利的な方向へ持っていくことを規制緩和委員会などで話されてきた反面、医療界側からあまりにも営利化、事業性を強めることはよくないという意見の下で行われたという一つの見方ができます。ただ、社会医療法人でしていく上では、その要件的には難しい項目もあり、ある程度の病床規模の地域の中核病院が社会医療法人を取っていくと思います。その一例としては、厳しい環境下にある健保組合立の病院が挙げられるかもしれません。個人病院から医療法人になった病院より、健保組合立や公的病院が社会医療法人になって医療を継続していく可能性が高いと思われます。

「7.その他」です。②有床診療所に対する規制の見直しについて、有床診療所の病床に関

しては、医療計画の算定基準の中に入れていく、ただし、48時間の規制を廃止して、病院と同じように位置付けていくということです。どちらがいいのかは分かりませんが、病院に準ずる有床診療所の開設が今後困難になることを見越してか、病床規制がかかる前に、有床化をしようという動きがあり、昨年暮れにかけて、無床診療所が有床化を行い、また新規での有床診療所の開業、病院から有床診療所への転化が見られています。地域によっては、昭和60年の駆け込み増床のようになっているところもあるように聞いています。今後は有床診療所の病床を含めた上での医療計画の策定となっていくから、病床規制としては、さらに厳しい見方となるものと考えられます。

#### 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）

第五次医療法改正をしていく上での本音の部分、目標・目的は医療費の適正化抑制です。健康保険法等を含めて医療費適正化の具体的な政策は5年間で行うということで、2011年度末、2012年度がターニングポイントになります。内容については、従来と違い、すべて都道府県単位におおして行なっていく予定です。また従来とは異なり、具体的な目標が提示されていることです。その一つが療養病床です。2011年度末に療養病床数を15万床にすると明示されており、それに対する数値目標を出すことが都道府県に求められています。また、構造改革の中で医療費適正化の大きなポイントは、平均在院日数に関する数値目標です。全国で平均在院日数が1番短い長野県を目標にして、各都道府県にその短縮における目標と対策をつくらせる方向で動いています。生活習慣病の予防、第五次医療法改正以外の健康保険法等で行う高齢者医療制度の創設や保険者の編成、医療法人制度改革についても国主体だけではなく都道府県における関与の仕方について触れています。

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案） 医療費適正化のところで、明示されている項目を要約すると、健康や予防などを目標をもった計画的施策をつくること、都道府県で具体的な数値目標を出していくこと、療養病床数と平均在院日数の目標も都道府県が定めるということです。目標が出てくると必ず成果が求められます。都道府県は財政等の問題があるので真剣に取り組むのではないかと思います。今までのように国主体で医療費適正化を考えるより、都道府県へ下ろしたほうが早いのではないかと思います。医療関係者はこの動向に注意を促しておく必要があると思います。

#### ● II. 病院経営の動向と今後の生き残り

##### 医療提供施設における機能分化の変遷

医療法制定から一次、二次、三次と医療法改正していくごとに病床が細かく機能区分されてきました。ただ、前回の第4次医療法改正よりも1回整理しようということで、細かいものをある程度大枠でくくっていく形になっています。

それが、療養病床と一般病床の大別です。そして療養病床を 2012 年までに 15 万床へ減らしていきます。療養病床に関しても医療と介護があり、これを合わせて 15 万床ということです。実際に 2007 年 2 月末で医療療養と介護療養の療養病床は 347,261 床ですが、今は数的には減っています。それに対して一般病床は 913,395 床で、若干増えています。今後療養病床としてできないと判断したところが早めに一般病床のほうへ転換しているものと思われます。よって療養病床が減って一般病床が若干増えている形になっているのが実態です。この 347,261 床を 15 万床に減らしていくことが、2012 年の一番大きなところになるのではないかと思います。

2 年前の 2005 年は、一般病床が 904,200 床、療養病床が 359,230 床でした。現在は当時よりも療養病床が減っていることが分かります。その当時の病床稼働率は、全国平均で一般病床が約 81.3%稼働、療養病床は 92.6%稼働です。その稼働率を単純に病床数に掛け合わせていくと、2005 年にフルに活動した数は 1,067,800 床になります。そのときに空いていた、または利用されていなかった病床数は 196,000 床になります。その 196,000 床というのは療養病床だけではなく一般病床も合わせたものです。推測として 347,421 床から 15 万床にするということは約 20 万床減らすということで、当時 196,000 床が利用されてなかったことを前提に、療養病床の 20 万床が単純に減るのだけでなく、一般病床の行き場がなくなり、療養病床と一般病床を合わせて 20 万床が削減されると考えれば、今の病床利用率を掛けると、ちょうどいい具合に当てはまる数字が算出されます。そうすると数字上では 20 万床が減ったとしても、病床数としては、ある程度は充足しているのではないかと、結果としてもたらされます。

私は、この結果から見ても療養病床だけが減るのではないと言っているのです。実際に 2012 年の介護療養型医療施設の廃止に伴って療養病床だけが病床としてなくなるのかという点と違い、一般病床の中にも一般病床として存続できない病院があるのではないかと思います。それが療養病床に移ろうとしても、もう療養病床へのハシゴを外されていたということで、病院は一般病床もできない、療養病床の介護もできなくなります。そうなる診療所になっていくのか、介護保険施設になるのかという話になっていきます。確かに一般病床をあきらめて病院をやめるところも出てくるのではないかと思います。

#### 平均在院日数と病床稼働率から見る病院群

どのように病院群を見るかということです。これは平均在院日数と病床稼働率から見る病院群ということで、4 つに区分しました。やはり平均在院日数が長くて病床稼働率が少ない病院が一番危ないです。その病院群は入院患者及び当面の収入を確保することを優先させ、将来的方向が見えていない、見ない、見たくない、一般急性期の病院だと思います。本当は一般病院ではなく介護療養病床を有する医療施設に近く、その状況下で、とにかく一般病院でがんばろうというところが多いように思われます。今後このような病院群は、病棟閉鎖や規模の縮小などの問題を抱えるものと思われます。

次に、平均在院日数は短くて病床稼働率が低い病院群があります。私がコンサルタントをしている某病院では、とにかく一般病院で残すために、平均在院日数の短縮を目指した結果、患者がいなくなりベッドが埋まらずに困っています。ただ、あえてこのやり方によって採算性を重視した経営を行っている病院もあります。これも看護単位を 1.4 : 1 にもっていき、当座の収入確保だけを見ているものと思われ、良否を言うことはできません。

3 番目には平均在院日数が長くて病床稼働率も高い病院群があります。ここでは療養病床に早めに転換するところ、または療養病床であれば、ここは問題ありません。ただし、介護の療養病床が 2012 年に廃止されますので、これから先を考えると、一体どの方向を目指したならば良いか一番悩んでいる病院群ではないかと思われれます。

一番理想とされているのは、病床稼働率が高くて平均在院日数が短い病院群です。まずは DPC 取得可能な病院として約 1000 病程度が該当すると思います。では DPC 取得できるこの理想となる約 1000 病院は、もうすでに去年の段階で準備病院を入れると 700 病院が存在しており、今年の 6 月に DPC の手挙げをやると 1000 を超えてしまうものと考えられます。いろいろな事情はありますが、大きくはこの 4 つの病院群に区分でき、経営的にもどこが一番安心で、どこが一番危ないのかを見る 1 つの切口にもなる図表だと思います。

#### これからの一般病床における条件

これから生き残っていくための一般病床における条件を 6 つ挙げます。1 つ目は人員的な部分を確保することです。これは非常に難しい状況になっているようです。2006 年の診療報酬改定により 7 : 1 看護がでてきたことにより、どうしても看護師は不足が出ています。しかし 10 : 1 看護をどうにか確保できれば、急性期病院として生き残る可能性があると思います。

2 つ目は DPC への対応・導入です。中小規模病院でよく話を聞くのは、「DPC を取るためにがんばる」「DPC を取るためのシステム化をしていく」ということです。そのような病院は DPC よりクリニカルパス以前の問題を抱えているケースが多く、病院の中での診療レベルの一元化、ある一定レベルでの標準化などの底分けが、本当にできているのかどうかを検証し、早く改善することの方が重要に思われます。

3 つ目は地域医療連携と救急救命医療としての役割です。今、私が担当している約 200 床の病院では、新築の計画もあり、院内の業務の流れや、やり方の見直しをしています。これは新しい病院になるという“きっかけ”があるので、今ある業務の流れの悪いところを直さなくてははいけません。箱物（ハード面）だけをよくしても中身（ソフト面）がよくならないと患者もいずれかは見限り、離れていくものと想像されます。その病院は一般急性期病院なので、必然と新病院を建設する時は、ある程度の医療機器などを導入します。システムの部分でも電子カルテを考慮するので、ある程度は業務の流れ、やり方を整理しておかないと電子カルテは導入できません。しかし某病院の院長に話を聞くと「とにかく建て直した後は、DPC を取らないと残れない。ただ、私たちの病院は外来が多いから何と

かしていこう。きれいな病院だったら入院も埋まるようになる」という話をするのです。「外来の業務の方はどうなっているのですか」と尋ねると、「カルテはドクターが書いているが、それに対する処方せんや検査伝票は忙しい時は時折看護師にさせている」と言うのです。実際にそのような病院が多いのも確かなのですが、本来はすべて医師がカルテや処方せんや検査伝票を書かないといけません。DPC を取得するのだと言っている病院でも医師が当前のように、「電子カルテが入って面倒ならやりたくない」という病院があるのです。そのようなことを考えると、規模では言えませんが、DPC が取得できる病院は本当に限られるのではないかと思います。きちんとやっている病院だけが一般急性期としても生き残り、それに伴う包括点数に対応できる病院が経営的にも採算性がとれ、生き残っていくことに関しては、1つに良い方向ではないかとも思われます。正直、それが病院の現実ならば病院間の格差が出てもいいのではないかと思います。

話を戻しますが、急性期の病院の生き残りという側面として、地域医療連携や救急医療の機能を整備させ、充実していること必須条件だと思います。「救急医療はどうなっているのか」と尋ねると、「ドクターが揃わない」と言う病院があります。先ほど話しをした社会医療法人化についても救急医療は必須条件となっています。一般病院として生き残るに当っては根本的な診療機能が整備できるのか、充足できるのかを検討していかないと難しいものと思われ、実態的には多くの病院で課題を抱えていると思います。

4つ目は患者自己負担及び保険外（自費）診療への対応という点です。これはこれからの病院経営の流れとして1つのテーマだと思います。先ほど医業の公益性という部分に触れましたが、病院経営的には保険診療だけでは限界が出てくるので、それ以外のプラス $\alpha$ でどのように収入が得られるかが病院経営として大きなテーマになります。

その他はで病院全体のクオリティ・マネジメントをアップすることです。このようなことをそろそろ本当に考えないと、生き残る病院と生き残れない病院に分化されていく気がします。皆さんもいろいろな病院を回られていると思いますが、どのような形で病院が生き残るかどうかなを含めて見ていくことも必要ではないかと思います。

#### 病院経営の収益構造から見た視点

病院の収入構造はホテルなどと同じで、“器”での事業という形態となり、収益構造も類似しています。今私が思っていることは、診療報酬制度が変わって自費の比率がもっと高くなれば別ですが、これ以上は入院収入と外来収入に関して保険診療の範ちゅうでは、あまり大きくは期待できないということです。

DPC に関しても、2006 年の診療報酬改定内容で見ていただければ分かりますが、次回の改定のときには、上げるときには、診療報酬全体の引き上げ幅をスライドさせていく方式になっています。財政予算に応じて簡略した形での DPC の点数を設定し、上下も管理、コントロールしやすい仕組みになっています。あくまでも保険診療がきちんとできていればの話ですが、それができていれば残りの 5%前後を占めているその他医業収入（室料差額を



含む)、または自費部分や患者自己負担部分をその病院が自分に合ったやり方でいかに増やしていくのか、拡げていくのが、病院経営をしていく上では、大切なポイントになってくると思います。やはり自費・患者自己負担やその他収入を得ていて、さらに患者さんが来ている病院は、将来的にも生き残る可能性があるという気がします。

### ●Ⅲ. 病院経営を取り巻く最近のトレンド

今言った病院のところを踏まえて、病院経営を取り巻く最近のトレンドと、皆さんのビジネス的な部分についてお話しします。

最近！週刊誌でよく見かける医療に関する特集記事…！？

『週刊ダイヤモンド』と『週刊東洋経済』という 2 つの経済誌が医療の特集を挙げています。私も読みましたが、信憑性は別で内容が良い悪いも別ではありますが、「結構病院経営は危ない」「患者は本当に良い病院を選んだ方がいい」ということで、病院経営まで突っ込んで内容を掲載しています。

また、日本経済新聞でも最近制度改正の内容など医療関係の記事が多く、他にも朝日新聞、読売新聞なども医療制度や経営などを取り上げている記事をよく見かけます。従来、マスコミでは医療に関してあまり大々的には取り上げていなかったのですが、最近では医療事故などがニュースで出てきて注目される場所もあるせいか、よく医療関係の話題が一般紙に出てきています。これは国民にいい伝え方になるのか悪い伝え方になるのかはわかりませんが、興味を持つので良いことかもしれません。

#### 病院経営への企業参入（医療介護ファンド）

今までは医療関連業種が、病院業務の一部を外注や委託を受けていたり、病院との直接的な物品等の搬入、サービス面の提供などを行っている程度でした。ところが、最近医療に関するファンドを組んでの M&A 関係、経営の再生再建コンサルティングが増えています。なおかつ外資系ファンド会社だけではなく、商社を含めたところや外資の金融機関という形で、いくつも業種が参入してきています。私もいろいろな企業と接触させてもらっていますが、根本は病院に対してファンドや融資等を通して病院経営に携わりたい、参画したいという企業は非常に多くなっていると感じます。

#### 病院の民事再生法適用事例

図表は病院の民事再生法の適用事例であり、業界紙から抜粋した事例です。昨年 11 月から今年 4 月初旬までに、ここには 9 件が掲載されていました。正直なところ、実際にはもっと多くの民事再生案件はあるようです。私は昭和 59 年から医療業界の仕事に携わっているのですが、民事再生絡みでこれほど多くの案件が出てきたことは今までありません

でした。この現象の一つには、病院が直接に民事再生を申請するだけでなく、再生・再建をする企業や金融機関等の主導的な働きがあると思われます。ただ、この中には民事再生になって再生しようとしても再生不能で、自己破産という形で実際に倒産した病院もあります。時代の流れの中で、このような状況になってきたと認識しています。

#### コンサルタントから見た病院経営を取り巻く1つのトレンドと関連業界への影響

今までお話をしてきたように病院経営を取り巻く1つのトレンドが、実際に皆様の医療関連業界へはどのような影響として現れてきているかについて、次にお話をしたいと思います。1つ目に“病棟閉鎖”というキーワードがあります。これには医師や看護師等の職員不足の問題が1つ挙げられます。また、一般病院では平均在院日数を短縮しなければいけなくなっているため、それに伴って病院稼働率が落ちてしまっていることも起因として挙げられます。患者調査などを見ると分かるのですが、従来よりも受療率も伸びてはいません。よって一病棟当たりで40~60床程度の範囲で病棟を閉鎖せざるを得なくなっています。病院経営的な部分でのマイナスもあるでしょうし、それに伴って病院給食などの関連企業の経営にも大きなマイナスとして影響を受けているものと思います。ただ看護師不足を解消するために10対1を7対1へ移行する、つまり1.4対1にして、一病棟閉鎖して収益を上げようと考えている病院もあります。一概に病院側から見ると、病棟閉鎖をしたからといって、当面は経営的に悪いというわけではありません。特に中小規模病院で収入よりも収益性を考えるとそのようなやり方をしている可能性があります。

2つ目のキーワードは“病院M&A”であり、病院経営への第三者の介入による再建・再生の動向です。その背景の1つとしては、診療報酬改定の影響が考えられますが、一番は診療報酬制度が変わるのが分かっているながら経営努力を怠っている病院が今だに存在しているということが考えられます。また病院の建て替えです。昭和40年代が病院建設の第一次ピークで、その後、昭和60年の駆け込み増床、新設の時期があり、その両方を踏まえて、そろそろ病院の建て直しが必要な状況となっています。しかし資金の捻出ができない状況でもあるのです。建て替えの必要があるためのために、計画して資金をある程度プールしておくことを考える病院は少なく、建て替えが必要な時期になって資金が捻出できなくて困っている病院は結構あります。そのようなところは外資系金融機関を含めた様々な企業の狙い目になります。外資系金融機関がある程度、資金的な部分を含めて接触してくることがあり、それをきっかけとして1つにM&Aへの流れが見られます。このM&A及び再生・再建に関しては、民間病院だけでなく、地方自治体の病院を含む公的病院にも見られる傾向です。つまり、公的から民間への移譲となるわけです。

3つ目のキーワードは病院の二極化です。それは一般病院の中での二極化と、一般病床との二極化です。一般病院における機能的な部分を含めた二極化というのは、第5次医療法改正でも出てきていますが、地域連携が中心的にできる病院とできない病院、また病院の中で患者応対や患者に対する提供サービスがきちんとできている病院とできない病院とい

う格差も広がっていくものと考えられます。これからの病院経営の流れを見ていく上では、法律・制度だけではなく、このような3つのキーワードを含めて考えていくべきだと思います。この3つのキーワードを整理して、病院をきちんと見ていかなければいけないと思いますし、病院を取り巻く傾向としては、このような現実があることを受け入れた上で、考えていく必要があります。

では、病院の経営的なよい方向はないのかということですが。ビジネスをする側から見ると、すべてがあまり良い業界ではないのかということ、そうでもない部分が潜在している面もあるようです。良いものがあるから悪いものがあるわけで、それに対するビジネスチャンスもまた潜んでいるようです。1つ目はファイナンスによるビジネス展開です。ファンドなどを含むファイナンスを前面に出したビジネス展開が行われています。

公的病院におけるPFI (Private Finance Initiative) もその1つだと思います。病院経営が悪い状況にあるために、病院へのビジネス参入・参画という一面が見られます。2つ目はその病院に対する選定及び見方をどうしていくかということです。企業側や業界側からいうと、病院とどのような付き合いをしていくかを各業界や企業ごとに選定を始めており、今後はしなければいけない状況になっていることが挙げられます。3つ目は医療関連業界は、エンドユーザーということで病院や医師を見ていることが多いと思いますが、そうではなく、本当の意味で患者をエンドユーザーとして見なくてはいけない時期に来ていると思います。これからは病院を見てだけのビジネスは危険なのではないでしょうか。この3つの観点が、これからの医療関連企業、業種にも必要だと思います。

病院に関するファイナンスが関連するビジネスに関しては、外資系企業による参入、ファンドの設立による再生・再建による病院経営の建て直しということで進んでいます。その病院が最後は一体どうなるかということについては、いろいろな疑問や問題があると思いますが、ビジネスとして1つあることは確かです。また、病院の建て替え、あるいは将来的なことを考えたとき、病院の形態が従来と変わってきており、建物を使った複合的なビジネスも参入してきています。例えば、病院とマンション、病院とホテル、病院と有料老人ホームというような形で、建物を建てる時に病院と違うものを複合化していき、病院としての経営的かつ資金的な部分の重みをできるだけ軽減しようという試みです。病院を建てる時に複合的にマンションを建てることにより、建築資金における返済財源の確保また企業とのタイアップによる事業資金の分担などのメリットが生まれるようです。今は住民側や患者側も病院に対する認識が変わってきているので、逆に病院が付いていたほうがマンションに入る入居率が上がり、両方にメリットがあるわけです。従来とは異なり、病院との複合的な建物が増えていくものと思われる。

外資系金融機関によるファンドの進出で病院の再生再建をすることは、決して悪いこととは言えませんが、実際にファンドを使って再生再建をすると動き始めたのはここ2~3年です。その本当の結果が導き出されるのは、この先の2~3年後だと思います。そのようなことを含めて制度からの病院への影響と、制度とは違った形のビジネス展開からの影響を

踏まえると、介護療養廃止の 2012 年が病院だけでなく、医療関連業界にもターニングポイントであり、いろいろな形で影響や問題などが出てくるのではないかと思います。

今日お集まりの皆さんも病院と接触していろいろなお仕事をされていると思います。今後何年は制度だけではなく、病院を含めていろいろなところで動きがあるので、ビジネス的に必要であれば動く必要もあるでしょうし、どのような方向に進むのかを見ていくこともあると思います。2012 年までに病院はどのような形で残っていくのかということです。ここ数年で医療業界、病院は大きく変わります。皆さんもこの業界では先を見て仕事していくことが大切だということです。