

病院の経営環境が厳しさを増す中で 求められる金融機関の役割

地域医療全体を俯瞰した早期の積極的関与が重要に

昨今、赤字の病院が全体の7割を超えるなど多くの病院で経営が厳しい状況となっている。赤字の原因は賃金高や物価高といわれがちだが、実際には構造的な背景がある。人口減少と人口構成の変化が病院経営に影響を与えることは明らかであり、すでに病院固有の問題から、地域医療全体に関わる問題へと発展しつつある。病院が抱える課題の解決には産官金の連携が不可避であり、金融機関には顧客との信頼関係を基盤とした伴走支援が期待される。

インフレ下で 八方ふさがりの病院経営

昨今の賃金高、物価高により、病院（注1）の経営環境は一段と厳しくなっている。2025年11月に日本病院会等が公表した調査結果（注2）によると、24年度の病院全体の医業利益率は▲7・5%だった。また、医業利益が赤字の病院の割合は74・6%に達している。倒産も増

えており、帝国データバンクの「医療機関の倒産・休業解散動向調査」によると、25年の医療機関の倒産は66件に上る。これは、過去最多となった24年（64件）を上回る。

病院経営を理解する上で押さえておくべき大前提がある。小売業であれ製造業であれ、市場の競争原理が「ゲームのルール」を決めているが、病院が提供する医療行為は「公共財」と

位置付けられていることから、わが国では政府による統制が行われているということだ。

具体的には、病院の収支を左右する診療報酬や薬価、病院の認可といった重要な要素は、国や自治体といった公的機関によって規制される。こうした制度設計は、医療の公平性と安全性を確保するために不可欠だが、同時に病院経営の自由度を大きく制限する要因にもなっている。



地域活性化支援本部
事業再生支援チーム
ディレクター
瀬戸 友介



地域経済活性化支援機構
社長
渡邊 准

一般病院(注3)の各費用の対収益比率は給与費が56・2%、医薬品費が13・8%、減価償却費が6・1%、設備関係費が4・0%、委託費が7・6%である(注4)。固定費比率が高く、大半を給与費が占めている。従って、賃金高、物価高になると、損益分岐売上高が大きく上昇する。一般企業であれば、販売代金に価格転嫁することができ、先述のとおり診療報酬は公定価格であるため、事業者の都合で変更することはできない。

そのため多くの病院が八方ふさがりとなっている。こうした経営悪化の深刻化を背景に、金融機関から地域経済活性化支援機構(以下、REVIC)への病院の再生に関する相談が増えており、とりわけ地域医療の中核を担う大型急性期病院に関するものが増えている。病院は地域住民に不可欠な生活インフラであり、官民ファンドとしてのREVICが支援する意義は高いと考え、われわれは事業再生支援の全体(125件、26年1月1日時点)の2割強を占める27件の病院の事業再生に

診療報酬引き上げによる赤字解消は限定的か

こうしたなか政府は、26年度の診療報酬改定で本体はプラス3・09%、全体ではプラス2・22%の改定を決定した。今後この改定率をもとに、厚生労働省の諮問機関である中央社会保険医療協議会で診療科ごとや施設基準などによる具体的な配分を審議する。

ただし、この改定が病院業界の赤字解消につながるかは注視する必要がある。今回の診療報酬改定は、外部環境の変化による医療崩壊を回避する緊急対応である。人口減少や人口構成の変化から過剰感のある病床を抱える地域では、供給体制を是正しなければ赤字解消には向かないだろう。つまり、地域医療の再編が必要ということである。病床は、その機能に応じて次のように分類される。すなわち、重症患者や緊急性の高い患者に対して特に高密度な医療を提供する「高度急性期」、重症患者や緊急性の高い患者に医療を提

供する「急性期」、リハビリテーションや社会復帰を支援する「回復期(注5)」、長期にわたる療養が必要な患者を入院させる「慢性期」の四つだ。厚労省は、16年に将来の人口減少や医療ニーズを踏まえ、「地域医療構想」として都道府県ごとの中長期の医療供給体制を設計するよう求めている。

当時の地域医療構想における25年の病床の必要量(入院受療率や推計人口から算出した25年の医療需要に基づく推計)は高度急性期が13万床、急性期が40万1000床、回復期が37万5000床、慢性期が28万4000床で、合計119万1000床になると推計している。厚労省の「2023年度病床機能報告」では、直近の病床構成は高度急性期が16万床、急性期が52万5000床、回復期が20万4000床、慢性期が30万3000床で、合計119万2000床となった(注6)。全体の病床数は16年の予測とほぼ一致しているが、内訳は異なっている。高度急性期は3万床、急性期は12万4000床、慢性期は1万

9000床の乖離、回復期はマインス17万1000床の乖離がある。

もつとも、23年度の病床数は全国の病院が報告したものの集計であるから、乖離が病床の過不足を指すわけではない。実際、地域ごとの病床の過不足は異なる。これを踏まえた上で、地域医療再編の在り方を考察したい。

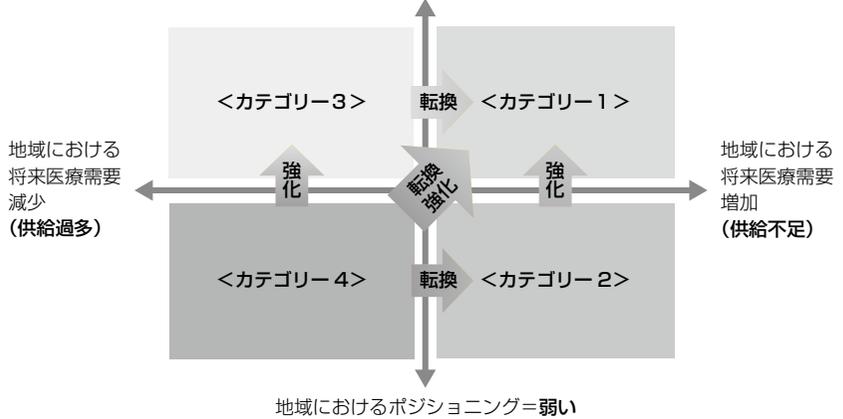
M&Aに限らない地域医療再編のかたち

REVICは、地域内全体の医療供給の状況をベースに方針を定め、「ポジショニングの強弱」と「将来の医療需要の増減」の2軸から取るべき打ち手を検討している(図表)。ポジショニングとは、対象病院がその地域で提供する医療機能の優位性を示したものだ。具体的に、DPCデータ(注7)分析等を通して、対象病院が地域においてどのような医療行為を行っているか、どの疾患における医療機能が強みなのかを明確にし、病床稼働率等の経営指標と併せて判断する。

将来の医療需要は、全国の地

再生支援における病院マトリクス
地域におけるポジショニング=強い

〔図表〕



(出所) REVICヘルスケアチーム『医療・介護事業者の事業性評価と再生実務』（経済法令研究会、2019年）をもとに筆者作成。

域別、疾患別の受療動向が受療率として公表されており、年齢別人口推計を用いてある程度予測できる。現在、全国平均では全体の入院需要は増加傾向にあるが、入院需要が大きい75歳以

上の増加が抑制され、入院受療率は減少傾向にある。こうしたことを踏まえて将来の医療需要を予測していくことが有用である。

図表のカテゴリー1の病院は、

上をはじめ、小児以外の各年齢層の入院受療率（注8）は減少傾向にある。例えば、以前は患者10万人のうち500人が入院する必要があったケースでも、現在は400人で済むようになっている。つまり、高齢化が進み、高齢者数が増加することで全体の入院需要を押し上げる一方で、技術革新や在院日数の短縮圧力、コロナ禍等の受療動向の変化により、入院患者

需要が見込まれ、その領域で明確なポジショニングを築けている。それ故、収支も黒字と予想されることから、現在有している医療機能の強みに磨きをかけなければよい。

問題はカテゴリー3、4で、将来の医療需要が見込めない病床を多く有している。このカテゴリーに属する病院が、われわれの支援先の中心となっている。

このカテゴリーはたとえ診療報酬改定によって賃金高、物価高に対応したとしても、赤字解消は見込みにくい。将来にわたって地域内の医療の供給が過剰となるからだ。よって、地域単

位での医療需給バランスの適正化に努めるため、病床機能の再編を目的とした病院の統廃合（M&A）や、経営レベルで他の病院とより強固な連携関係を構築する等、地域医療の再編が必要である。

例えば、同一医療圏で近接する二つの病院AとBがあり、互いに機能重複により競合し、一方または両方が窮境に陥っているようなケースがあったとする。両者は、互いに急性期病床を運

営し、救急の受け入れ、診療科、紹介元が重複している。さらに、複数の病床機能が重複する一方で、おのおのの病院で算定する入院料には格差があり、すでに機能ごとの優劣がついている。

このようなケースでは、二つの病院の機能重複を解消するとともに、提供機能の整理と分化を推進し、両病院の事業再生計画を一体で策定することになる。それにより、地域内の医療提供体制を適正化した上で、維持することが求められる。

具体的には、A病院は救急等の重症度の高い患者を受け入れる役割を担い、ケアユニットや地域包括医療病棟の新設・増床により急性期機能を維持・強化する。B病院は急性期病棟を縮小し、より配置基準の緩い地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟の増床、療養病床・介護系入所施設等への統合・集約等により後方機能を強化する。

これが実現すれば、互いに競合するのではなく、連携を図りながら共に地域医療を守ることができ、地域医療が充実する。「地域医療の再編」というと病

院同士のM&Aを想像するかも知れないが、近隣の病院が強固に連携することもその範疇だといえる。

地域全体を俯瞰した支援がより重要に

25年12月に金融庁が公表した「地域金融力強化プラン」では、地域金融機関の最大の強みは事業性評価を基礎とした顧客の深い理解だと評している。そして「それを基盤として、顧客企業との間で経営上の課題に関する共通理解や信頼関係を醸成した上で、これを踏まえた効果的な金融・非金融の支援を通じ、顧客企業の持続可能性を高めること」が金融機関自身の持続可能性を高める上で重要だと言及している。

このことを踏まえると、病院に対する地域金融機関の向き合い方も見えてくる。すなわち、先述したポジショニングと地域の医療需要をもとに事業性評価を行い、病院がとるべき戦略や具体的な打ち手について、対話を通じてコンセンサスを深めていくことになる。

もちろん、地域金融機関のリリースだけで支援し切れるものではない。例えば、事業性評価においては外部専門家を活用していくこともあるだろう。また、特に地域医療の再編を考えた場合、都道府県の医療政策を担当する部署との連携は必須である。

厚労省が掲げる地域医療構想の指針では、地域ごとの実情に応じた適切な医療体制の構築が求められており、地域内の医育大学との関係構築も重要である。

病院の倒産は足元でも増えている。病院の倒産によって地域から医療人材の流出が起きると考えられがちだ。しかし、それは必ずしも射っていない。本当は、地域から医療人材が流出した結果、必要な医療体制が維持できず、病院は資金ショートに陥り倒産するという方が真相に近い。そして、こうした連鎖こそ地域の医療崩壊を招いている。従って、そのような状況になる前に、早期に地域医療の再編を想定した支援に取り組まなければならない。

とはいえ、病院同士の主体的な再編や連携はなかなか期待で

きないのが実情である。債権者である金融機関が「地域経済」と「地域医療」を同じ視点で考え、地域医療全体を俯瞰して、各病院が向かうべき方向性を共に考え、積極的に関与していくことが求められる。

(注)1 医療法1条の5において定義されている20床以上の病床を有する施設。

2 「2025年度病院経営定期調査概要版―結果報告(集計結果)―」

3 医療・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関。

4 中央社会保険医療協議会「第25回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告」

5 厚労省の地域医療構想に関する検討において、病床機能区分の「回復期」を「包括期」として再定義する方針が示されている。

6 厚生労働省「地域医療構想、医師偏在対策等の検討体制について」

7 DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) は、日本の急性期医療にお

ける分類手法および包括評価制度のこと。これに基づくDPCデータは、患者の診療プロセスを記録し、医療の質や経営分析を行うための基礎となり、多くの急性期病院で診療報酬加算算定のために作成・提出が義務付けられている。

8 特定の調査日における入院患者数をその時点の人口で割り、人口10万人対で示した指標。

わたなべ じゅん

監査法人、産業再生機構を経て09年に企業再生支援機構(現地域経済活性化支援機構)入社。多数の病院再生案件に従事し、23年6月から現職。

せと ゆうすけ

03年あおぞら銀行入行、病院ファイナンス・医療事業評価等に従事。21年地域経済活性化支援機構に入社し、病院再生と地域医療再編に従事。