

はしがき

かつて「病院は成長産業である」とされ、「潰れない」とさえいわれていた。しかしこれは高度経済成長下で人口が増え続け、物価上昇に併せて診療報酬が毎回大幅に引き上げられた時代の話である。つまり、どの事業においても共通する「売上=単価×数量」という方程式における「単価（診療報酬）」と「数量（患者数）」の双方が拡大する経営環境下でのみ成立した昔話である。日本はすでに人口減少社会となっており、診療報酬の実質マイナス改定が恒常化した現在、医療事業の成長神話は完全に崩壊している。その裏付けとして、厚生労働省による「地域医療構想」においても、2025年には2015年対比で約14万床が余剰になると示されている。

他方、介護事業は高齢化の進展によってニーズの増加が当面継続するものの、介護報酬は改定の都度引き下げられ利益率が低下傾向にある。また、介護サービス外付け型の有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」という）、通所介護など特定の介護サービスなどではすでに過剰感を生んでいる地域も出ており、やはり地域やサービスによっては成長神話が過去のものとなっている。

このような状況を受け、医療・介護事業における事業性評価および事業再生のニーズは年々高まっている。

（株）地域経済活性化支援機構（以下、「REVIC」という）は、2009年10月に設立された（株）企業再生支援機構（以下、「ETIC」という）を改組する形で2013年3月に発足した。国および全国の金融機関が預金保険機構を通じて出資する半官半民の組織である。

ETICはその名のとおり企業再生を主要事業としており、1号案件として日本航空（株）の支援を行ったことは世に広く知られている。ETIC設立当初から病院再生に対するニーズは高く、4号および5号の支援は医療法人に対するものであった。その後も病院再生に対する相談が多く寄せられたことから、2010年12月には医療・介護事業者の再生を専門とする「ヘルスケアチーム」を立ちあげた。本チームはETICからREVICへの改組時に拡大したサービスの1つである特定専門家派遣における事業性評価も実施してきた。これまで金融機関から受けた医療・介護に係る相談は、事業性評価と再生をあわせて延べ500

件程度にのぼり、再生支援の実績は27件となっている（2018年12月時点）。

REVICは地域経済活性化支援機構法にもとづいて設立された時限組織であり、2026年3月での清算が予定されている。そのため、これまでの業務でえた知見、ノウハウを多くの金融機関に引き継ぎたいと考えている。

本書はこの考えの具現化の1つとして、これまでのREVICヘルスケアチームの医療・介護事業に対する事業性評価および事業再生のノウハウを取りまとめたものである。始めに医療・介護事業の特徴、事業性評価手法、および事業再生の基礎知識を説明した上で、REVICによる再生の進め方と事例を紹介するという構成をとっている。また金融機関に所属する方々の視点を踏まえることを心がけ、医療・介護事業者の再生の基礎から実践までを幅広く俯瞰するとともに、読者自身の業界知見、再生業務知見に応じて興味のあるところだけ読むことも想定している。

なお本書は、医療・介護事業を経営面、とりわけ窮境状態からの再生に主眼をおいているため、「売上をあげる」「利益をあげる」といった収益改善の表現を多く使用している。しかしこれは医療・介護事業を儲け主義で行うべきだと伝える趣旨ではない。

医療業界においては特に「売上や利益の話はご法度」という考え方も存在するが、地域の医療・介護を支えていくためには事業が継続されていなければならない、事業継続のためには当然、必要な利益をあげなければならない。特にREVICの支援先は、金融機関からの要望等にもとづき、地域社会のためになくってはならないと判断された医療・介護事業者である。そのためREVICでは、財務状況の改善を最低要件としつつ、長期に渡り地域医療・介護に貢献できるように組織改革も同時に行うことで筋肉質な組織体制を作ることを行ってきた。本書はETIC時代からのこれらのノウハウを共有することで、地域医療・介護に貢献できるとの考えから、敢えて収益改善に主眼を置いた切り口で語るものであることを冒頭に断っておきたい。

なお本書における医療・介護制度、診療報酬・介護報酬制度、関連法令を含む各種規則や行政文書、税法等は出版時のものである。

2019年3月

REVICヘルスケアチーム

第1章

医療・介護事業を取り巻く
環境と基本戦略

- 第1節 医療・介護事業の特徴**……2
- 1 単価は公定価格であるためビジネスモデルはシンプル……2
 - 2 供給量は自治体がコントロール……2
 - 3 地域密着性の強い地場産業……3
 - 4 労働集約かつ装置産業でありスケールメリットが効く……3
 - 5 資金調達は金融機関借入りに依存……4
 - 6 設備投資の借入金は収益で長期弁済……4
 - 7 経営者の特殊性……4
 - 8 職員の特殊性……5
- 第2節 融資対象としての医療・介護事業の状況**……7
- 1 医療・介護事業向けの貸出市場規模……7
 - 2 医療・介護事業向け貸出残高の動向……8
- 第3節 医療・介護事業の経営環境**……9
- 1 医療・介護事業の需要動向……9
 - 2 医療・介護事業の供給動向……12
 - 3 医療・介護事業者の業績動向……14
 - 4 医療・介護事業の課題と将来のグランドデザイン……17
- 第4節 医療・介護事業者に求められる基本戦略**……27
- 1 医療機関に求められる基本戦略……27
 - 2 介護事業者に求められる基本戦略……29

第2章

医療・介護の
事業性評価手法

- 第1節 病院・介護の事業モデル**……34
- 1 医療・介護事業者の機能分化と連携……34

2	病院の事業モデル	35
3	介護の事業モデル	41
第2節	事業性評価のフレームワーク	54
1	自社(Company)分析の視点	54
2	診療圏・商圏(Customer)分析の視点	56
3	競合(Competitor)分析の視点	56
第3節	事業性評価のケーススタディ(病院編)	58
1	事業者概要と事業性評価の必要性	58
2	自社(Company)分析	58
3	診療圏(Customer)分析	68
4	競合(Competitor)分析	71
5	SWOT分析による改善仮説	80
第4節	事業性評価のケーススタディ(介護編)	83
1	事業者概要と事業性評価の必要性	83
2	自社(Company)分析	83
3	商圏(Customer)分析	92
4	競合(Competitor)分析	96
5	SWOT分析による改善仮説	102
【参考1: 病院のベンチマーク分析を行う上での留意点】		105
1	調査方法や定義等の確認	105
2	診療科構成	105
3	入院単価の主な影響要因(診療科構成以外)	106
4	外来単価の主な影響要因(診療科構成以外)	106
5	外注化の状況	107
6	MS法人の有無と関係性	107
【参考2: 訪問介護・通所介護事業の見方】		108
1	訪問介護事業の見方	108
2	通所介護事業の見方	113
【参考3: 介護保険制度上の介護保険サービスの分類】		120

第3章

医療・介護事業者の
再生における基礎知識

- 第1節 事業再生の意義と一般的なプロセス……122
- 1 事業再生とは……122
 - 2 事業再生の一般的なプロセス……123
 - 3 事業再生の成否を決める要因……124
- 第2節 事業再生の視点と基本スキーム……126
- 1 事業再生の視点(事業再構築と財務再構築)……126
 - 2 事業再生の基本スキーム……126
- 第3節 私的整理における金融支援手法……130
- 1 私的整理による金融支援の全体像……130
 - 2 私的整理手続の種類……130
 - 3 主な金融支援の手法……132
 - 4 金融支援に伴う関係者の責任……135
- 第4節 医療・介護事業者の再生を検討する際の留意点……137
- 1 事業・組織特性に関する留意点……137
 - 2 資金調達に関する留意点……138
 - 3 医療・介護事業者の開設主体に関する留意点……139
 - 4 再生手法に関する留意点……145
 - 5 M&A手法の留意点……146
 - 6 個人病院の事業再編に係る主な留意点……148

第4章

REVICによる医療・介護
事業者再生の進め方

- 第1節 REVICによる支援実績から見た
医療・介護の事業再生傾向……150
- 1 REVICによる医療・介護事業者の再生支援実績……150
 - 2 REVICによる医療・介護事業者再生に見る窮境原因……151

3	REVICによる再生支援手続のプロセス	156
第2節	プレDD	158
1	プレDDの目的	158
2	初期仮説の立案	159
3	初期仮説にもとづくコミュニケーションと合意形成	164
4	初期仮説立案時に私的整理手続の枠組みから外れたケース	165
第3節	スポンサー候補とその探索・選定手順	170
1	病院・介護事業のスポンサー候補	170
2	病院・介護事業のスポンサー探索・選定手順	171
第4節	デュー・デリジェンス(DD)	173
1	DDの概要	173
2	各DD領域の主なタスクと医療・介護事業における主要論点	174
第5節	再生計画の策定	180
1	事業再生方針	180
2	事業再編手法	183
3	数値計画	184
4	金融支援依頼事項	191
5	各種責任論	196
6	再生計画書の具体的な構成内容	198
第6節	金融機関調整およびクロージング	199
1	再生計画の合意形成	199
2	金融支援の実行と各種クロージング	199

第5章

REVICによる ハンズオン再生事例

第1節	戦略実行段階における共通戦略のあり方	202
1	初動戦略——いわゆる100日プラン——	202
2	PDCAマネジメントの確立	204

- 第2節 REVICによる医療・介護事業者の再生事例**……212
- 1 事例①:地域中核病院の事例……213
 - 2 事例②:小規模病院の事例……222
 - 3 事例③:専門病院の事例……231
 - 4 事例④:介護事業者の事例……241

第6章

医療・介護事業との 今後の向き合い方

- 第1節 3Cマトリックスによる事業者の主要戦略**……252
- 1 事業者の立ち位置確認……252
 - 2 3Cマトリックスの各象限の主要戦略……253
- 第2節 需要減少市場における地域内統合の調整役**……255
- 1 地域内統合の調整役の必要性……255
 - 2 調整役として期待されるプレーヤー……255
- 第3節 需要減少地域における地域金融機関に期待する役割**……258
- 1 将来の地域医療・介護体制のあり姿に係る仮説構築……258
 - 2 関係者への危機感の共有……258
 - 3 再編・統合の実務的なサポート……259

巻末資料

- 株式会社企業再生支援機構 再生支援案件 事例集……261
- 株式会社地域経済活性化支援機構 再生支援案件 事例集……271

1章

医療・介護事業を取り巻く 環境と基本戦略



本章では、最初に医療・介護事業の特徴をまとめ、その裏付けとして各種マクロデータをあらためて確認することで、両事業を取り巻く環境への理解を深める。

そして、それを踏まえて、医療・介護事業者の採るべき基本戦略の考え方を紹介する。

医療・介護事業の特徴

① 単価は公定価格であるためビジネスモデルはシンプル

いかなる事業においても、売上は「単価×数量」で決定される。これを医療・介護事業にあてはめると「患者または利用者あたりの単価×患者・利用者数」となる。

このうち単価は原則として、診療報酬および介護報酬という公定価格として定められている。これらは、機能や提供するサービスの内容に応じて医療・介護事業者の報酬を定めたものである。この内容が専門的であるため、医療・介護事業は特殊で難しいと解釈されることが多いようだ。しかし見方を変え、単価が国によって決められているため、経営を行う上でプライシング戦略を考える必要がないともいえる。つまり、医療・介護事業は担う機能や提供するサービス内容を定めてしまえば、あとは患者や利用者をどれだけ集められるかで売上が決まる極めてシンプルなビジネスモデルであるといえる。

② 供給量は自治体がコントロール

医療・介護事業における売上構成要素である「患者・利用者」の源泉となる病床や居室といった供給量は、自治体によってコントロールされている。

医療事業では、1986年に都道府県を「医療圏」と呼ばれるいくつかの医療行政単位に区分し、それぞれに基準病床数を定める供給規制が行われた。現在では多くの医療圏で、既存病床数が基準病床数を超過する病床過剰状態に陥っているため、これらの地域では病院の新規開業および増床は原則認められていない。

介護事業においては各市町村が「介護保険事業計画」を策定し、特別養護老人ホーム（以下、「特養」という）などの入居系介護サービスの供給をコントロールしている。介護保険の一部は市町村が負担するため、財政上の問題から入居系介護サービスの新規開設や定員増員のハードルは相応に高くなっている。

3 地域密着性の強い地場産業

患者や利用者を集めるためには、マーケットを特定して戦略を練ることが求められる。医療・介護事業者におけるマーケット、つまり診療圏・商圈はおおむね半径5km圏内と考えて差し支えない。

人口密度の薄い郊外ではこれより若干広いエリアから患者や利用者がある傾向にあるが、それ以外の地域ではよほどの有名病院や大規模な介護施設でもない限り半径5kmの患者・利用者が大部分を占めている。

また医療・介護事業は、前述のように医療圏や市町村を行政区分としているため、これをまたいで移転することは容易ではない。そのため診療圏・商圈である半径5kmにおける人口動態などの需要動向や近隣の同一サービス事業者との競合環境などが、経営に大きな影響を与える地域密着性の強い地場産業である。

4 労働集約かつ装置産業でありスケールメリットが効く

医療・介護事業者は、提供する機能に応じて必要な職員数が定められている。そのため、人件費比率は、病院や入居系介護サービスで売上の50%から60%程度、訪問介護など在宅系介護サービスでは70%程度となる等、労働集約型産業の特徴を有している。さらに給食、検査、医療事務、警備、清掃などを外注しているケースも多く、委託費も相応に発生するが、その多くは委託先の人材に対するものであって人件費類似の意味合いをもつ。

また、病院や入居系介護サービスでは、土地や建物といった不動産に対する投資が多額にのぼるほか、特に手術等の治療を担う急性期病院などでは、MRIやCTなど高度な医療機器が必要となる。このため、これらは装置産業的な要素も有している。

このように医療・介護事業は、人的資源を基本としながら、物的資源も多く必要とする特徴がある。そのため損益分岐点は高く、スケールメリットが効く事業であるといえる。

5 資金調達は金融機関借入りに依存

医療法人は配当が禁止されているため、直接金融による資金調達が難しい。また、社会福祉法人や財団法人は寄付によって成り立っているためそもそも出資の概念が存在しない。さらに、介護事業者は株式会社であっても多くが事業規模の小さいプライベートカンパニーであり、出資を募ることには限界がある。

これらの理由から、医療・介護事業では金融機関借入れへの依存が高くなり、債務過多になりやすい体質となっている。特に病院や入居系介護サービスは装置産業の色彩が強く、新規開設や増築に伴う借入時において、その傾向はさらに強くなる。

6 設備投資の借入金は収益で長期弁済

病院や入居系介護サービスはいわゆる“ハコモノビジネス”であるため、新規開設や増築時に多額の投資を要する。また資金調達における間接金融への依存が高いため、投資に伴う借入金を毎年の事業で獲得するキャッシュ・フローによって長期間にわたり弁済していくことになる。

そのため大型の設備投資を行う際は、当該投資の耐用年数内の事業キャッシュ・フローで弁済可能かなど、精緻な事業計画にもとづく弁済可能性を検討することが求められる。

7 経営者の特殊性

医療法人の理事長は原則として医師（歯科医師も含む）でなければならないと医療法において規定されている。しかし一般的に医師は医学部で経営を学ぶ機会は少ない。また通常の事業会社であれば管理職に就くなど社会人経験の中で経営に触れる機会も増えるが、医師の場合は診療部長になっても病院経営に触れる機会が少なく、院長や理事長になって初めて必要に迫られて経営を学ぶような例も多い。また、院長や理事長となっても、多くの場合、診療も担うプ

レーン・マネジャーであり、経営に専念できる環境にはない。結果、病院経営者の一部は経営や財務に明るくないのが実態である。

介護事業は比較的新しい産業であることもあり、異業種から参入した経営者も多い。そのため介護に対する想いや十分な知見を有さずに経営する例や、逆に介護に対する想いが人一倍強く、とにかく手厚い介護を提供したいとするあまり過剰な設備や人員を割いてしまう例なども見受けられる。

金融機関としては、それぞれの経営者と向き合い、その特性を見極めることが求められる。

8 職員の特殊性

医療・介護事業者では多くの有資格者が、サービスの柱を担っている。

医療機関においては、診療面・経営面共に医師の影響が絶大である。医療行為はすべて医師の指示の下になされ、高い診療レベルや集患力をもつ医師は医療機関の看板であり、売上への貢献も大きい。そのため医師の獲得や、すでに勤務している医師が働きやすい環境を作ることが経営上重要となる。他方、医師のいうがままに設備投資や人員増強を図れば、当然ながら経営にはマイナスに寄与する。そのため事業者自身の診療機能に適した医師構成にすると共に、身の丈に合った投資コントロールが行えるよう医師と十分なコミュニケーションを図ることが求められる。

医療現場では医師以外でも、看護師や薬剤師、放射線技師といった有資格者が大部分を占めている。彼らは資格職であるが故にその免許を活かした転職が可能であり、特定の医療機関に対するロイヤリティが低い。特に売り手市場である医師および看護師ではその傾向が強い。一方で、彼らは患者に感謝されることに喜びを感じると共に、自己成長意欲が旺盛である傾向が強い。そのため、自組織の資格職が何を望んでいるのか、彼らの理想と現状のどこにギャップがあるのか等、現場に入り込んで丁寧に拾って対応していくことが定着率の向上には不可欠となる。

介護事業においても有資格者が存在するが、医療に比べるとその割合は低い。また介護事業者以外での就業経験を有する者が相応にいるためか、組織への適応力は医療職に比べると高い傾向にある。さらには、医療機関における医師の

【著者紹介】

羽田 雅史（はだ まさし）

REVICヘルスケアチームリーダー マネージングディレクター

大手監査法人系コンサルティングファームにて、様々な業種に多面的なコンサルティングを提供すると同時に、病院向けの戦略立案・各種制度設計、再生計画策定等に携わる。

2010年にETICに入社し、支援先の病院の常務理事として3年間ハンズオン再生に関与した後、2014年よりヘルスケアチームリーダーとして多くの支援先の役員を歴任。

水田 明行（みづた あきゆき）

REVICヘルスケアチーム ディレクター 公認会計士

大手監査法人を経た後、EYトランザクション・アドバイザー・サービス(株)、東京共同会計事務所にて、事業再生およびM&A等を中心としたアドバイザー業務に携わる。

2012年にETICに入社し、一般企業の事業再生に従事後、ヘルスケアチームに移籍。支援先の介護事業者の取締役としてハンズオン再生に関与した他、病院の自主再生やスポンサー型再生等の多様な案件に従事。

濱野 純一（はまの じゅんいち）

REVICヘルスケアチーム ディレクター 公認会計士

大手監査法人を経た後、2007年からあずさ監査法人グループのKPMGヘルスケアジャパン(株)にて、医療・介護に特化したアドバイザー業務に携わる。

2015年にREVICに入社し、病院・介護事業者を対象とした多数の事業再生案件に関与すると共に、支援先の介護事業者の役員としてハンズオン再生に従事。

吉田 俊一（よしだ しゅんいち）

REVICリーガルチーム シニアマネージャー 弁護士

単あすか法律事務所にて企業法務および倒産処理業務に携わる。

2014年にREVICに入社し、ヘルスケア案件を含む事業再生業務およびファンド業務に従事。金融機関調整や再生計画策定等を担当するほか、投資先である鉄道会社や介護事業者、歯科技工事業者の役員としてハンズオンに従事。

伊藤 達也 (いとう たつや)

元REVICヘルスケアチーム シニアマネージャー

伊藤達也公認会計士事務所代表 千駄ヶ谷法律会計事務所共同代表 公認会計士
新日本有限責任監査法人にて、規模・業種を問わず幅広く会計監査業務に携わる。

2009年にETICに入社し、事業再生計画策定、金融機関調整を担当すると共に、役員として
ハンズオン再生に関与し、経営課題の抽出・対応、財務管理体制の見直し、KPI管理、コス
ト削減、院内短期プロジェクトのチームマネジメントなどに従事。

西村 秀星 (にしむら しゅうせい)

REVICヘルスケアチーム ディレクター

KPMG税理士法人にて、M&A・不動産投資に対する財務モデリングを中心としたアドバイ
ザリー業務に携わる。

2013年にREVICに入社し、ヘルスケアチームにて自主再生を中心とした再生計画策定に関
与した後、支援先の病院の常務理事・経営戦略部長などとして複数のハンズオン再生に従事。

【執筆協力】

渡邊 准、有村 秀幸、八幡 剛史、山本 紘大、中野 千絵、安井 浩倫、菊池 義美

本書で紹介したノウハウを共に作りあげた各案件の対象事業者および関係金融機
関、各種アドバイザー、REVICヘルスケアチームOB・OGに感謝する。

医療・介護事業者の事業性評価と再生実務

2019年4月30日 初版第1刷発行

著者 REVICヘルスケアチーム

発行者 金子幸司

発行所 (株)経済法令研究会

〒162-8421 東京都新宿区市谷本村町3-21

電話 代表 03(3267)4811 制作 03(3267)4823

<https://www.khk.co.jp/>

営業所／東京03(3267)4812 大阪06(6261)2911 名古屋052(332)3511 福岡092(411)0805

カバーデザイン・本文レイアウト／bookwall

制作／中村桃香 印刷／日本ハイコム(株) 製本／(株)ブックアート

©Regional Economy Vitalization Corporation of Japan 2019 Printed in Japan ISBN978-4-7668-3393-5

☆ 本書の内容等に関する追加情報および訂正等について ☆

本書の内容等につき発行後に追加情報のお知らせおよび誤記の訂正等の必要が生じた場合には、当社ホームページに掲載いたします。

(ホームページ [書籍・DVD・定期刊行誌](#) メニュー下部の [追補・正誤表](#))

定価はカバーに表示してあります。無断複製・転用等を禁じます。落丁・乱丁本はお取替えます。