

中規模ケアミックス病院における経営変革と

病院建て替えに向けた経営戦略について

一経営変革要因と地域特性に適した病院機能の在り方一

綾部 剛史

キーワード：ケアミックス病院、建て替え、病床再編、差別化集中戦略、財務分析

1. はじめに

急速に少子高齢化が進む中、我が国では、2025年までにいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、超高齢化社会を迎える。こうした中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。（厚生労働省 2022）

高齢化の進展による医療・介護の需要増大という社会状況に対応するため、限られた医療・介護資源を適正・有効に活用することが求められている。医療の分野では、医療機能の分化・連携により、患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制を整備するとともに、在宅医療の充実等により、退院患者の生活を支える体制を整備する必要がある。（兵庫県 2022）

地域医療構想は、「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切に必要な医療を受けられる」地域医療の提供体制（地域完結型医療）を整備することを目的としている。地域医療構想の策定にあたっては、医療需要に対して構想区域内で完結できる医療供給（医療提供体制）を整備する必要がある。（兵庫県 2022）

中規模ケアミックス病院である医療法人Aが位置する兵庫県姫路市においても、高齢化は増加する見込みであり、本市の高齢化率は2020年に26.8%であったものが、2025年には26.9%へ若干上昇した後も増え続け、2040年には30.6%と推計される。

(姫路市 2022)

このような状況下で、医療法人 A は、現在の建物が築後 50 年を経過し老朽化が進んでおり、地域に根差した医療体制を長期継続して存続させるための病院建て替えが必要となっている。

そこで病院建て替えを機に、播磨姫路医療圏で医療法人 A に今後どのような病院機能ニーズがあるかを分析し、病床再編によりニーズに合った医療提供体制を整備することが、医療法人 A が将来にわたって長期的に存続するために必要と考えた。

2. 目的と方法

2-1. 目的

本研究の目的は、医療法人 A が過去の経営悪化から、経営変革を経て、今日までの経緯と要因を分析、将来の建て替えに向けて、同法人が立地する地域特性を踏まえた経営戦略を立案することである。

2-2. 研究方法

医療法人 A の 2016 年 3 月期から 2022 年 3 月期までの貸借対照表、損益計算書、入院収益に係る病棟ごとの患者数、稼働率、診療単価をもとに、財務諸表、経営指標を分析することにより、経営改善が成功した要因を明らかにする。

将来の建て替えに向けた経営戦略では、地域特性に医療法人 A の経営指標の特徴を加えて、今後の病院機能分析やクロス SWOT 分析により戦略の立案を検討する。

3. 先行研究のレビュー

松本(2018)は、兵庫県東播磨医療圏に位置する回復期リハビリテーション病院の新築移転に伴う病床再編モデルの医業収支シミュレーションを行い、4 パターンの病床再編モデルより収益・利益が最も高いモデルを明らかにしながら地域で求められるリハビリテーション病院の姿を考察している。その手法として、クロス SWOT 分析を行い積極戦略の新築移転計画に基づいたシミュレーションを示している。

また、桜本(2017)は、京都府京都・乙訓二次医療圏に位置するケアミックス病院が、地域医療に貢献し続けるために地域包括ケア病棟を増やし、看護師の資源を強化して配置することで、「地域支援型病院」へと転換し、短期間での退院を可能とするための

戦略を示している。地域支援型病院への転換にあたっては、新築移転によりケアミックス病院がどのように舵取りを行うべきか、SWOT分析やポジショニング分析を踏まえている。

前田(2021)は、播磨姫路医療圏において、COVID-19影響や大規模急性期病院の開設のもと、ケアミックス病院が病床機能を転換し法人内連携強化することにより経営を維持する戦略を示している。病床機能の転換にあたっては、「急性期医療中心」から「ケアミックス型の病院と介護・障害サービス連携」により、地域完結型医療を行うというミッションに基づいた戦略が示されている。

以上のように、これまでの研究でも、回復期病院やケアミックス病院が、地域に根差した医療体制維持のための病床再編戦略を立案している。松本と桜本の再編戦略では、医療法人Aが行おうとしている建て替えに伴う病床再編モデルが示されている。前田は、医療法人Aと同じ播磨姫路医療圏におけるケアミックス病院の経営戦略を示している。これらの先行研究を踏まえ、医療法人Aが播磨姫路医療圏でケアミックス病院として、建て替えを行い、地域医療に貢献するための戦略を示す。

4. 医療法人Aの概要

4-1. 医療法人Aの沿革と経営改革

医療法人Aは、1970年4月に脳神経外科・神経内科・胃腸外科・整形外科の4科目、148床で現在地に開設した。以降、特に脳神経外科が有名な地域の中核病院として知名度が上昇、順調に増収増益を行った結果、増改築を伴い1987年には260床に増床となった。その後も1989年と1994年にMRIを導入し、順調に伸展をしていた。

しかし、その後2000年代に入り状況は一変した。2001年にガンマナイフを導入、その後2004年には医療法人A附属クリニックを開設し、開設と同時にクリニック内にPET健診センターを併設しPET検査機器とサイクロトロンを設置した。だが、これら多額の設備投資を行ったにもかかわらず医業収益が増加しなかったことにより、設備投資に伴う減価償却費・支払利息等費用が増大し毎期赤字計上、返済キャッシュフローも確保できない状況に陥った。その経営不振は約10年間継続し、減価償却費も計上できない状況であった。

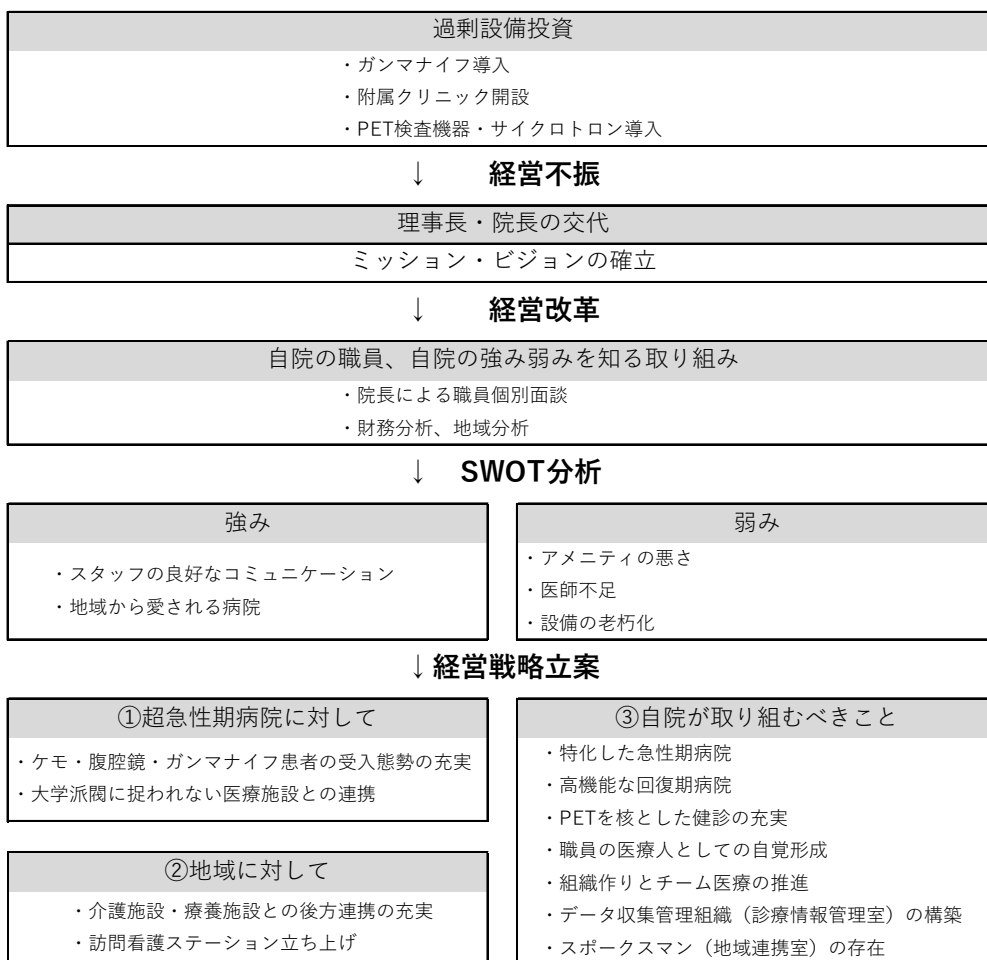
そして、2015年5月に創業者一族である現理事長が理事長に就任、同じ年度の2016年3月に現院長が就任し経営改革を行うこととなった。

経営改革の第1歩は、自院の職員を知ることと自院の強み・弱みを知ることであっ

た。院長が各職員や各部署の方針や考え方の聞き取りを行い、その内容や財務分析、地域分析の結果をもとにSWOT分析を行った結果、アメニティの悪さ、医師不足、設備の老朽化などの課題が明確になった。

課題が明確になったことにより、「今あなたに必要な病院へ」の企業理念のもと、課題解決のための経営戦略を立案した。表1は、医療法人Aの経営改革の路線及び経営戦略を表で示したものである。

表1：経営改革路線



4-2. 医療法人Aの3C分析

表2は、3C分析を用いて経営改革が成功した要因を分析したものである。医療法人Aが経営不振に陥った時点の状況を、Customer（市場・患者）、Competitor（他院）、

Company（自院）の項目より多角的に分析し、課題を抽出することによって経営変革の実際を示した。

表 2：経営不振時の 3C 分析



4-3. 医療法人 A の財務分析

経営改革は、財務指標にプラスの影響を及ぼした。図 1 は、収益性項目である経営指標の年次推移をグラフで表したものである。

医業利益率は、2016 年 3 月期が 8.31%と高く、2021 年 3 月期は大きくマイナスに振れている。2016 年 3 月期の医業利益率が高い要因は、減価償却費が少なかったためである。前述したように、医療法人 A は過去の経営不振の際に減価償却費が計上できない時期があった。2016 年 3 月期は 118,813 千円の減価償却費を計上しているが、満額ではない状態であった。その翌期以降は、過去の未償却分を 10 年に分けて償却する計画を立て実践したため、減価償却費が増額し医業利益が減少している。

2021 年 3 月期の医業利益率マイナスは、2020 年 12 月の新型コロナウイルスのクラスター発生による影響である。2020 年 12 月から 2021 年 2 月までの 3 ヶ月間で 200 百万円程度の医業損失が発生したため、年間を通して大幅な赤字計上であった。しかしながら、翌期の 2022 年 3 月期では医業利益率が 2.92%まで回復した。

経常利益率は、2019 年 3 月期は経営変革に伴う複数の医師離職により医業収益がマイナスとなったが、それ以外の年度はプラスの実績であった。クラスターが発生した 2021 年 3 月期は、新型コロナウイルスに係る補助金が交付されたため、医業利益率は

マイナスであったものの、経常利益率はプラスに転じた。

ROA は、経常利益率と同様に 2019 年 3 月期のみマイナス計上であった。医療法人 A は、総資産額と医業収益の額が近い数字であり、年次推移もほぼ同じ増減をしているため、経常利益率と ROA が重なっている。

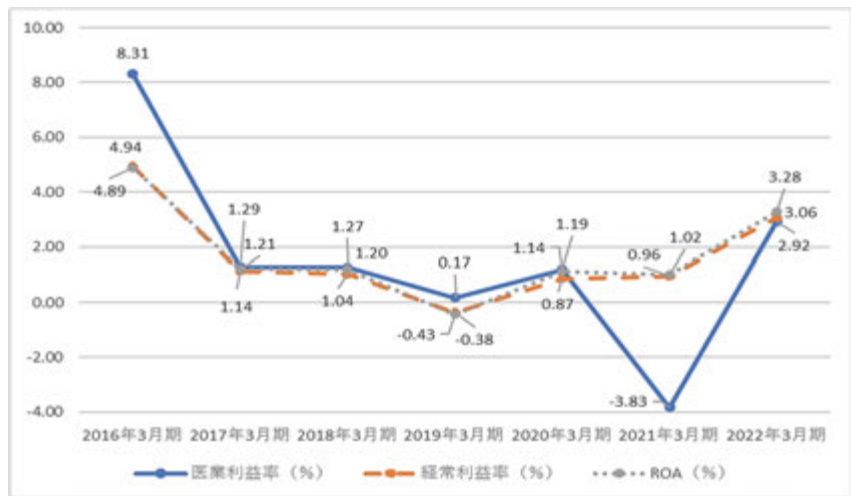


図 1：収益性経営指標の年次推移

図 2 は、EBITDA（税引前当期純利益＋減価償却費＋支払利息）の年次推移を棒グラフで表したものである。

2016 年 3 月期、2019 年 3 月期、2021 年 3 月期が 300 百万円台と比較的計上額が少ない。2016 年 3 月期の減少要因は減価償却費が少なかったため、2019 年 3 月期の減少要因は税引前当期純利益がマイナスであったため、2021 年 3 月期の減少要因は計画的な減価償却費減少と利益額が少なかったためである。7 年間の平均では、EBITDA は 417,331 千円となり、7 年間平均の医業収益額 4,488,184 千円に対し 9.30%確保できている。「ヘルスケア業界データブック 2021」における医療法人 200 床以上 299 床以下の償却金利前経常利益率のベンチマーク値は 5.9%であるため、医療法人 A の 9.30% は高い数値であった。

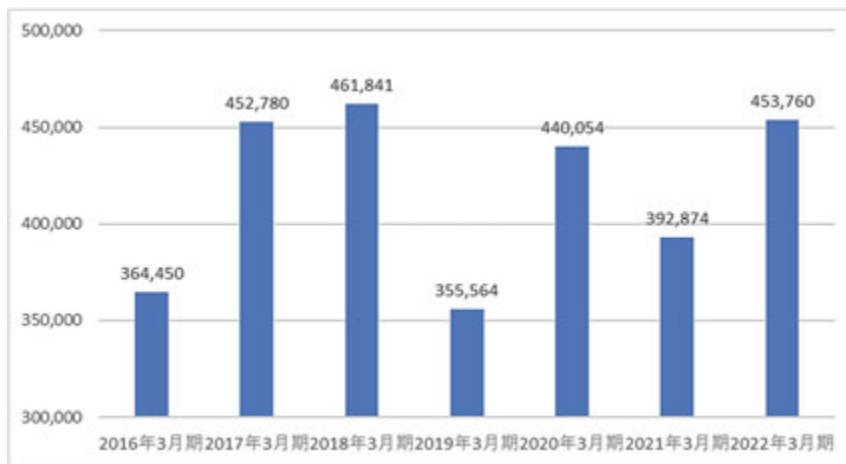


図 2 : EBITDA の年次推移

図 3 は、安全性項目である経営指標の年次推移をグラフで表したものである。

固定長期適合率は、低い方が好ましく、目安である 100% を切った数値で推移していた。特に 2021 年 3 月期 51.88% と 2022 年 3 月期 94.70% の間に大きな変動が見られた。2021 年 3 月期の低下は、年度末に WAM のコロナ関連借入金を調達し固定負債が増加した影響による。2022 年 3 月期の上昇は関連会社である MS 法人より病院底地の買取を行い固定資産が増加したためである。今後は、2022 年 3 月期と同程度の 100% を下回る水準で推移すると予測される。

流動比率、当座比率は、2021 年 3 月期はそれぞれ 276.53%、195.17% と高い数値であったが、2022 年 3 月期はそれぞれ 118.64%、105.17% となり、目安である 120% を下回る実績となった。2021 年 3 月期の比率が高い要因は、WAM のコロナ関連借入金の調達が年度末であり現預金にそのまま残ったためである。2022 年 3 月期に流動比率、当座比率が低下した要因は、リファイナンスに伴う費用に現預金の支出を計上したためである。流動比率の 7 年平均は 183.91%、当座比率の 7 年平均は 110.51% となり、特に現預金の残高が少ないため当座比率が低い数値となる。

今後は、流動負債を減らしつつ、現預金の増加により当座比率を上昇させることが課題となる。

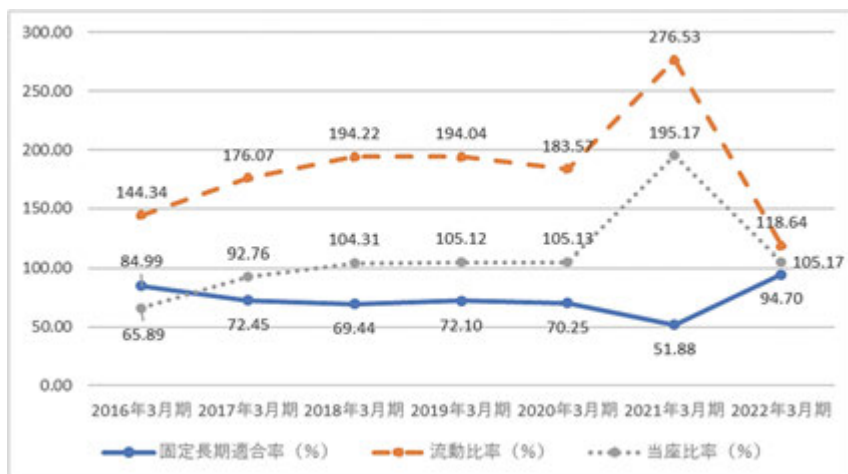


図 3 : 安全性経営指標の年次推移

図 4 は、安全性項目の自己資本比率の年次推移をグラフで表したものである。

2019年3月期は、赤字計上により比率が低下したものの、2019年3月期を除き毎期比率が上昇傾向にある。但し、「ヘルスケア業界データブック 2021」における医療法人 200 床以上 299 床以下の自己資本比率は 30.9%であり、ベンチマーク値との比較では非常に低い数値のため、利益計上によりさらに自己資本比率を高める必要がある。

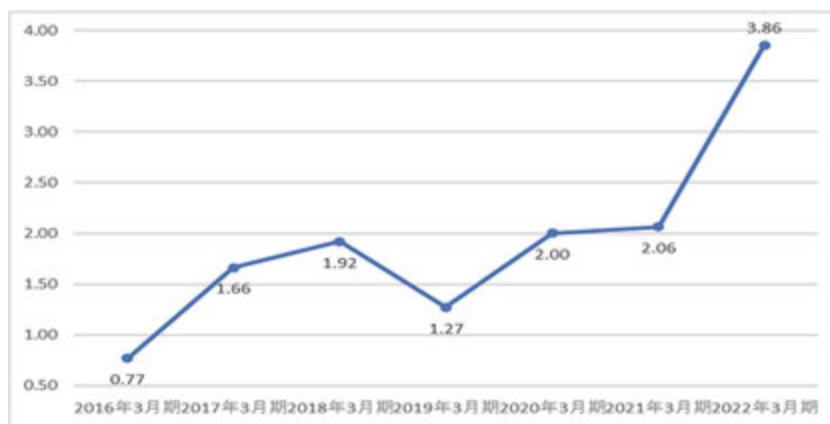


図 4 : 自己資本比率の年次推移

4-4. 医療法人 A の入院収益

表 3 は、医業収益の内、入院収益に関して、医療法人 A が保有する「一般病棟」「回復期リハビリテーション病棟」「地域包括ケア病棟」の病棟別の入院収益、延べ患者数、

1日あたり患者数、病床利用率、稼働病床数、診療単価の内訳を示したものである。

表3：入院収益内訳の年次推移

病棟		2016年3月期	2017年3月期	2018年3月期	2019年3月期	2020年3月期	2021年3月期	2022年3月期
一般	収益(円)	1,886,806,791	1,965,638,372	2,135,146,896	2,035,992,158	1,994,286,537	1,866,174,635	1,957,741,651
	延べ患者数(人)	34,072	34,931	39,486	38,390	35,096	32,999	37,012
	1日あたり患者数(人)	93.1	95.7	108.2	105.2	95.9	90.4	101.4
	稼働率(%)	76.3	78.4	83.2	74.5	82.7	77.9	82.2
	稼働病床数(床)	122	122	130	141	116	116	123
	診療単価(円)	55,377	56,272	54,074	53,034	56,824	56,552	52,895
回復期 リハビリテーション	収益(円)	350,199,292	356,973,552	364,042,530	416,900,504	651,331,333	654,359,959	820,952,976
	延べ患者数(人)	8,755	8,963	9,276	10,168	16,874	16,938	19,146
	1日あたり患者数(人)	23.9	24.6	25.4	27.9	46.1	46.4	52.5
	稼働率(%)	88.6	90.9	94.1	95.2	85.4	85.9	97.1
	稼働病床数(床)	27	27	27	29	54	54	54
	診療単価(円)	40,000	39,827	39,246	41,001	38,600	38,633	42,879
地域包括ケア	収益(円)	291,550,500	343,390,750	347,985,772	349,973,663	327,800,753	320,940,567	360,447,604
	延べ患者数(人)	8,835	10,256	10,505	10,741	10,031	9,814	10,768
	1日あたり患者数(人)	24.1	28.1	28.8	29.4	27.4	26.9	29.5
	稼働率(%)	71.0	82.6	84.6	86.6	80.6	79.1	86.8
	稼働病床数(床)	34	34	34	34	34	34	34
	診療単価(円)	32,999	33,482	33,126	32,583	32,679	32,702	33,474
合計	収益(円)	2,528,556,583	2,666,002,674	2,847,175,198	2,802,866,325	2,973,418,623	2,841,475,161	3,139,142,231
	延べ患者数(人)	51,662	54,150	59,267	59,299	62,001	59,751	66,926
	1日あたり患者数(人)	141.1	148.4	162.4	162.5	169.4	163.7	183.4
	稼働率(%)	77.1	81.1	85.0	79.6	83.0	80.2	86.8
	稼働病床数(床)	183	183	191	204	204	204	211
	診療単価(円)	48,944	49,234	48,040	47,267	47,958	47,555	46,905

図5、図6、図7は、それぞれ病棟別診療単価、病棟別病床利用率、病棟別入院収益額の年次推移をグラフで表したものである。3つのグラフより、7年間の入院収益の増減要因を分析した。

図5より病棟別診療単価を分析する。一般病棟の診療単価は、年度によりバラツキがあり、55,000円前後で増減している。

回復期リハビリテーション病棟の診療単価は、2021年3月期までは横ばい推移であったものが、2022年3月期に上昇している。要因は、当該期初旬に54床の内27床を入院料3から入院料1へ変更したためである。

地域包括ケア病棟の診療単価は、每期横ばいの推移である。

全病棟合計の診療単価は、低下傾向にある。要因は、全病棟合計診療単価と比べて単価の低い回復期リハビリテーション病棟が、増床等により患者数が増加し全入院患者数に占める割合が増加したため、全病棟合計の診療単価低下につながった。

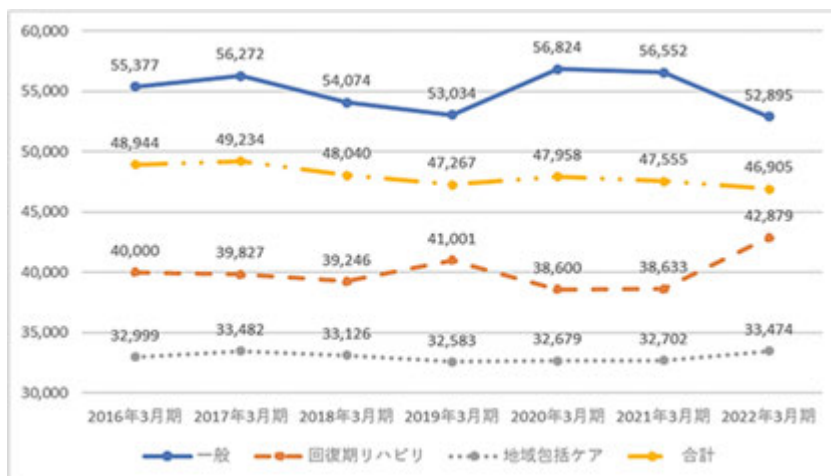


図5：病棟別診療単価の年次推移

図6より病棟別病床利用率を分析する。一般病棟の病床利用率は、2019年3月期と2021年3月期が低下した。2019年3月期は複数医師の退職、2021年3月期は新型コロナウイルスのクラスター発生が要因であり、他病棟以上に影響を受けた。

回復期リハビリテーション病棟の病床利用率は、2020年3月期と2021年3月期が低下していたが、要因は稼働病床数を27床から54床へ倍増したためである。2022年3月期には回復し、病床利用率97.1%の高い稼働実績となった。

地域包括ケア病棟の病床利用率は、2016年3月期は71.0%と低迷していたが、2014年12月地域包括ケア病棟申請の翌期であったためである。以降は、病床利用率は上昇し、2020年3月期と2021年3月期は回復期リハビリテーション病棟の増床やクラスター発生の影響があり若干低下したものの、2022年3月期には回復し86.8%の実績となった。

全病棟合計の病床利用率は、最も病床数の多い一般病棟の病床利用率に比例した推移である。2022年3月期は全ての病棟の病床利用率が上昇したため、全病棟合計病床利用率も86.8%と過去に例のない高い稼働実績となった。

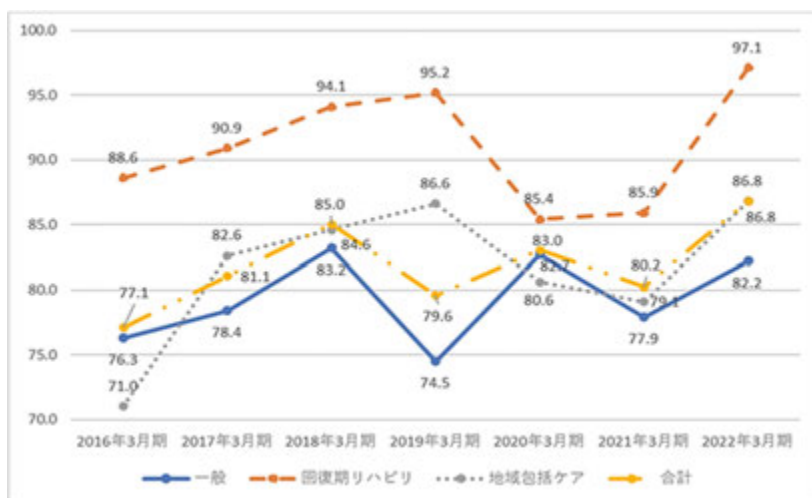


図6：病棟別病床利用率の年次推移

図7より病棟別入院収益額を分析する。一般病棟の入院収益額は、診療単価と病床利用率にバラツキはあったが、7年間で大きな増減はなく、2,000百万円前後の横ばいで推移していた。

回復期リハビリテーション病棟の入院収益額は、每期確実に増加し、特に2020年3月期は、対前期比156.2%の実績であった。要因は、入院料1へ格上げによる診療単価の上昇、稼働病床数増加及び病床利用率上昇による患者数の増加によるものである。回復期リハビリテーション病棟入院収益額の2016年3月期に対する2022年3月期の趨勢率は234.4%となった。

地域包括ケア病棟の入院収益額は、病床利用率が低迷した2016年3月期は入院収益額も低く300百万円に満たなかったが、2017年3月期は対前期比117.8%へ増加した。以降の入院収益額は、診療単価が横ばい推移のため病床利用率に比例して若干の増減はあるものの、大きな変動はなくほぼ横ばいの推移であった。

全病棟合計の入院収益額は、2019年3月期と2021年3月期は対前期比減少したものの、7年間全体で見ると増加傾向にある。要因は、回復期リハビリテーション病棟の入院収益額増加によるものである。病床稼働率の低かった一般病棟の一部を回復期リハビリテーション病棟へ移行し稼働病床数を増やしたこと、入院料1へ格上げし診療単価上昇を図ったこと、その上で病床利用率を100%に近い値まで上昇させたことにより、回復期リハビリテーション病棟の機能が強化され、入院収益額が増加する結果となった。

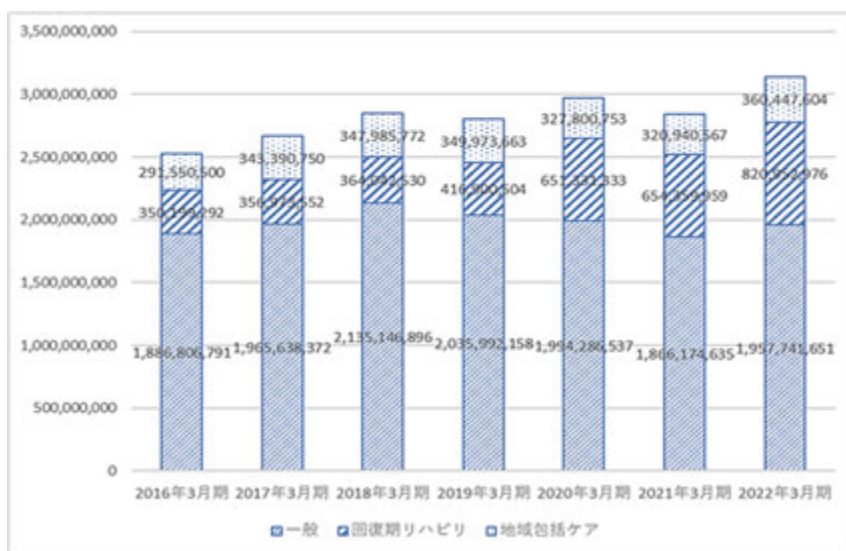


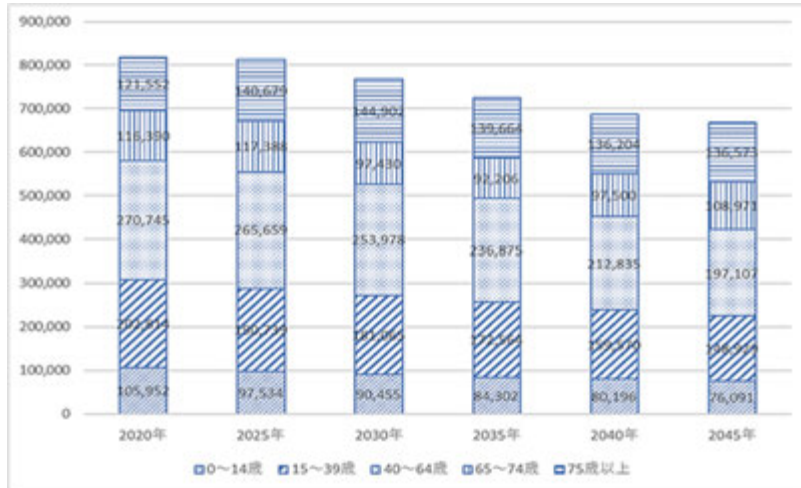
図7：病棟別入院収益額の年次推移

5. 医療法人Aの位置づけ

5-1. 外部要因における競合分析

図8の今後の人口推計を見ると、播磨姫路医療圏の人口は2020年818,320人に対して、2025年792,041人（2020年対比△3.2%）、2035年730,905人（2020年対比△10.7%）、2045年664,841人（2020年対比△18.8%）と減少が続く予測である。

高齢者人口で見ると、2020年238,574人に対して、2025年238,109人（2020年対比△0.2%）、2035年237,164人（2020年対比△0.6%）、2045年242,714人（2020年対比+1.7%）となり、2035年まで減少しその後増加に転じる予測である。

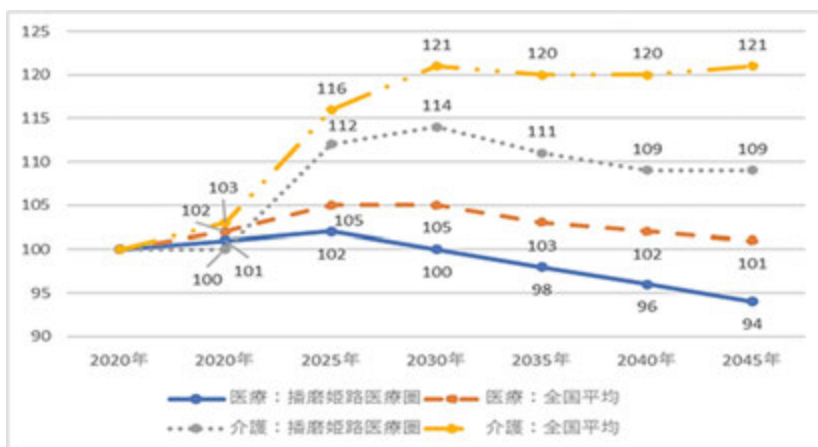


(出所：JMAP 地域医療情報システムより筆者作成)

図8：将来人口推計

図9の医療介護需要予測に関して、播磨姫路医療圏の医療需要は、2020年を100として2030年まではほぼ横ばいの推移であるが、以降は需要が減少する。全国平均の予測は100を下回る年はないが、播磨姫路医療圏では旧西播磨圏域の過疎化による医療需要減少が要因となり、全国平均を下回る。

播磨姫路医療圏の介護需要予測は、2030年まで増加後は減少に転じる。全国平均の予測は2030年以降横ばいの予測であり、医療需要と同じく旧西播磨圏域の介護需要減少が要因となり、全国平均とは異なり減少する。



(出所：JMAP 地域医療情報システムより作成)

図9：医療介護需要予測

5-2. 播磨姫路医療圏の病床機能予測

表4は、播磨姫路医療圏の令和2年(2020年)の病床機能報告と令和7年(2025年)の必要病床数の比較を行ったものである。他圏域でも同じ傾向にあるが、2020年の病床機能実績と2025年の必要病床数を比較すると、回復期病床が2025年必要病床数2,801床に対し2020年稼働病床数1,714床と1,087床の不足が生じている。

表4：R2病床機能報告の医療機能別病床比較

圏域	病床機能	R2 病床機能報告			R7	R2-R7比較
		許可	稼働	非稼働	必要	必要-稼働
播磨姫路	高度急性期	1,086	1,086	0	803	283
	急性期	3,541	3,442	99	2,667	775
	回復期	1,774	1,714	60	2,801	△1,087
	慢性期	1,662	1,612	50	1,220	392
	休棟(再開予定)	12	0	12	0	0
	休棟(廃止予定)	37	0	37	0	0
	計	8,112	7,854	258	7,491	363

(出所：兵庫県/病床機能報告 令和2年度病床機能報告集計表より筆者作成)

5-3. 医療法人AのクロスSWOT分析

表5は、医療法人AのクロスSWOT分析である。SWOT分析より、「積極的攻勢」「差別化集中戦略」「段階的施策」「専守防衛」について戦略を検討した。

この結果、「積極的攻勢」と「差別化集中戦略」に関する戦略が、医療法人Aにとって非常に重要な戦略と考えられた。

積極的攻勢に関する戦略では、「建て替えによる収益力強化」と「回復期病床の増床」が挙げられる。建て替えにより、現在、一部、稼働ができていない病床の稼働が可能となるうえ、病棟編成による収益力の強化が期待できる。また、現在の建物の一部は築後50年を経過しているため、事業存続の面からも建て替えが必要となっている。

回復期病床は、播磨姫路医療圏では今後も回復期病床の不足が予測されている。医療法人Aは、回復期リハビリテーション病棟の2022年3月期の稼働率は97.1%とほぼ満床の状況のため、回復期リハビリテーション病棟を増床することで、稼働病床数も比例して増加すると考えられる。

差別化集中戦略に関する戦略では、「認知症・神経難病の強化」と「消化器疾患の強化」が挙げられた。医療法人Aは、神経内科の地域での認知度が高く遠方からの来院も多い。6名の常勤神経内科医が在籍し、認知症疾患医療センターにも指定されてお

り、認知症領域と神経難病に特化することによって、近隣病院との差別化を図ることができる。

消化器疾患では、内視鏡センターを設置し、消化管に精通する外科・内科医師が多いため、得意とする分野の差別化集中を図ることが有用であるとする。

SWOT分析の「機会」「脅威」の両方に挙げた「近隣での大規模県立病院の開院」に対しては、2次救急受入や回復期病棟を活用した県立病院退院患者の受け皿となることによって、県立病院の開院を「脅威」ではなく「機会」とすることが重要である。

表5：クロスSWOT分析

	O	T
	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の大規模県立病院の開院 ・高齢化による認知症患者増加 ・エリア内の将来人口減の鈍化 ・地域での医療機関の必要性 ・回りハ病棟の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の大規模県立病院の開院 ・コロナ感染拡大 ・医師・看護師の不足 ・圏域西部の過疎化 ・生産人口の減少
S	<p>積極的攻勢</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建て替えによる収益強化 ・回復期病床の増床 	<p>差別化集中戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症・神経難病の強化 ・消化器疾患の強化
W	<p>段階的施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携の拡充 ・在宅部門の強化 	<p>専守防衛</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人財の確保・育成 ・働き方改革への対応

6. 建て替えについて

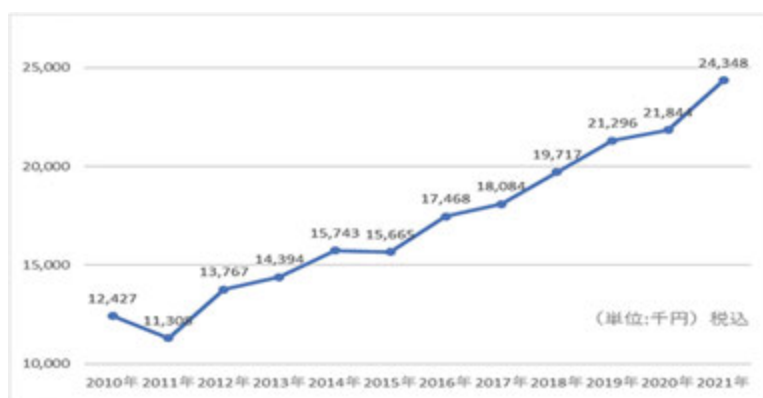
6-1. 建て替えに向けた財務改善

医療法人 A は、経営変革以降は、財務内容は改善傾向にある。2022 年 3 月期決算は過去最高の医業収益を確保しており、利益率の向上により、自己資本比率も改善した。EBITDA に関しては、直近 3 期平均 428,896 千円確保している。

以上のような財務改善によって、医療法人 A は、今まで 1 行取引で比較的高い金利で借入を行っていたものが、2022 年 3 月には複数金融機関によるリファイナンスを実行できた。リファイナンスにあたっては、地方銀行等地域金融機関のほか公的金融機関も参画したシンジケートローンを組成した。このリファイナンスによって、返済負担軽減・金利メリットのほか、今後、建て替え資金を調達するための礎を築くことができた。

6-2. 建て替えに係る建設費

図 10 は、1 床当たりの建設費の推移を表したものである。グラフより、建設費は毎年、上昇傾向にあることが分かる。2010 年と 2021 年を比較すると 1.96 倍となり、現在の建築コストは 10 年前の約 2 倍に膨らんでいる。



(出所：WAM Research Report 2021 年度（令和 3 年度）福祉・医療施設の建設費について）

図 10：病院施設 1 床当たり建設費の推移

2021 年建設単価（税込、設計監理費込）を医療法人 A に当てはめると、建設費は 235 床×24,348 千円/床=5,721,780 千円となる。建て替えを実施するためには、建設費のほか解体費、医療機器、什器備品、システム費等が別途必要であり、総事業費

は建設費の 1.3 倍程度の約 7,438 百万円と推計される。

6-3. 建て替え資金の調達

建て替え資金の調達に関して、総事業費 7,438 百万円の約 1 割の 738 百万円を自己資金対応として、残り 6,700 百万円を借入金にて調達する。借入金の調達先は、WAM とシンジケートローンにより 30 年返済で調達する。

借入金調達先に関して、WAM の選定理由は、医療法人 A は現在の建物が築後 50 年経過し耐震整備が必要な建物であるため、建て替えにあたっては WAM 「耐震化整備事業」の優遇融資の利用が可能となる。優遇融資の条件は、融資限度額は建築所要額（建築工事費＋設計監理費）の 95%（上限なし）、返済期間は最長 30 年、融資利率は 0.90%（2022 年 6 月現在）である。

自己資金と WAM 以外の資金調達は、2022 年 3 月のリファイナンス時に組成したシンジケートローンを活用する。シンジケートローンは、総事業費 7,438 百万円－自己資金 738 百万円－WAM 借入金 5,435 百万円（建設費 5,722 百万円×95%）＝1,265 百万円をシンジケートローンで調達し、WAM と同じ返済期間 30 年、金利は 1.40% の調達とする。

以上の条件による建て替え資金の返済に関して、年間元金返済額は 223 百万円、年間支払利息は 35 百万円（年利 1.0%）の試算となる。よって、建て替えにあたっては、年間 258 百万円の返済原資を新たに生み出すことが必要となる。

6-4. 建て替え後の病棟編成

建て替えによって増額した借入金の返済原資を生み出すためには、医業収益の増強による返済キャッシュフローの確保が最も重要となる。医業収益を増加させることにより、増大する減価償却費を計上しながらも、安定して利益確保ができる体質を構築しなければならない。

医療法人 A の許可病床数は 235 床であるが、現在は古い建物の構造上、実質 212 床の稼働となっている。病床機能の内訳は、一般病床 124 床（3 病棟）、回復期リハビリテーション病床 54 床（1 病棟）、地域包括ケア病床 34 床（1 病棟）となる。

建て替えにあたっては、医業収益が最大化するために、許可病床 235 床を効率良く機能的に稼働させる病棟編成を行う必要がある。

表 6 は、医療法人 A の 2022 年 3 月期における機能別・病棟別の平均患者数・病床利用率の実績を表したものである。一般病棟は稼働可能病床数 124 床に対し稼働実績

101.4床（病床利用率81.8%）、回復期リハビリテーション病棟は稼働可能病床数54床に対し稼働実績52.5床（病床利用率97.2%）、地域包括ケア病棟は稼働可能病床数34床に対し稼働実績29.5床（病床利用率86.8%）であった。

表6：2022年3月期の病棟別平均患者数・病床利用率

機能・病棟		総数	機能別			病棟別				
			一般	回りハ	地域包括	3階西（一般）	3階東（一般）	4階東（一般）	4.5階西（回りハ）	5階東（地ケア）
稼働病床数		212	124	54	34	56	34	34	54	34
実績	平均患者数	183.4	101.4	52.5	29.5	41.7	30.0	29.7	52.5	29.5
	病床利用率	86.5%	81.8%	97.2%	86.8%	74.5%	88.4%	87.3%	97.2%	86.8%

2022年3月期の稼働実績をもとに、ポジショニングの分析結果を交え、建て替え後に医業収益が最大化する病棟編成を検証した。検証にあたっては、医療法人Aの実績値からの算出のほか、分析結果に基づく実現可能性の高い数値を用いた。

一般病棟に関して、播磨姫路医療圏では、大規模県立病院が開院したことにより、今後はさらに高度急性期や急性期の患者の流れが変化することが予測される。よって、一般病棟は現行と同じく入院基本料4とし、規模はダウンサイジングを行い2病棟100床の規模とする。病床利用率は、現在の実績患者数を維持することによって、回復期リハビリテーション病棟と同程度の利用率を確保する。

回復期リハビリテーション病棟に関して、医療法人Aは、2022年3月期実績で病床利用率97.2%とほぼ満床の状態が年間を通して維持できており、ニーズに対して病床数が不足している状況にある。また、表4の病床機能予測で示した通り、播磨姫路医療圏においても回復期病床は将来にわたって不足する予測であり、建て替えと同時に病床数を増やすべきである。そこで、回復期リハビリテーション病棟は2病棟100床の規模へ増床し、内訳として入院料1の病棟60床、入院料3の病棟40床とする。病床利用率は、入院料1の病棟の病床利用率は現状を維持し、入院料3の病棟の病床利用率は現在の地域包括ケア病棟と同程度の利用率を確保する。

地域包括ケア病棟に関して、許可病床数235床に対して一般病棟100床、回復期リハビリテーション病棟100床につき、地域包括ケア病棟は1病棟35床と現在と同規模となり、病床利用率も現状と同程度を確保する。

以上より、医療法人Aは、許可病床数235床、病床機能は一般病棟2病棟100床、回復期リハビリテーション病棟2病棟100床、地域包括ケア病棟1病棟35床の病院へ、建て替えを機に病床再編を行うことにより、医業収益が最大化すると考えられる。

6-5. 建て替え後の入院収益

表7は、建て替え後の病床機能に基づき医業収益を試算した結果である。各病棟の病床利用率は上記で示した体制の数値とし、診療単価は直近年度の実績値にて試算を行った。

2022年3月期の入院収益に関して、病棟全体の1日あたり患者数183.4人（病床利用率86.5%）、診療単価46,905円、収益額3,139,142千円の実績であった。建て替え後試算値は、1日あたり患者数220.6人（病床利用率93.9%）、診療単価44,944円、収益額3,619,139千円となった。

2022年3月期と建て替え後試算の数値を比較すると、診療単価は1,961円低下するものの、1日あたり患者数が37.2人増加することによって、収益額は479,997千円増加する試算となった。

表7：入院収益内訳の実績・試算値比較

病棟		2022年3月期実績	建て替え後試算値	差額
一般	収益（円）	1,957,741,651	1,876,608,810	-81,132,841
	延べ患者数（人）	37,012	35,478	-1,534
	1日あたり患者数（人）	101.4	97.2	-4.2
	稼働率（%）	82.2	97.2	15.0
	稼働病床数（床）	124	100	-24
	診療単価（円）	52,895	52,895	0
回復期 リハビリテーション 入院料1	収益（円）	820,952,976	912,756,697	91,803,721
	延べ患者数（人）	19,146	21,287	2,141
	1日あたり患者数（人）	52.5	58.3	5.8
	稼働率（%）	97.2	97.2	0
	稼働病床数（床）	54	60	6
診療単価（円）	42,879	42,879	0	
回復期 リハビリテーション 入院料3	収益（円）		458,590,614	458,590,614
	延べ患者数（人）		12,673	12,673
	1日あたり患者数（人）		34.7	34.7
	稼働率（%）		86.8	86.8
	稼働病床数（床）		40	40
診療単価（円）		36,187	36,187	
地域包括ケア	収益（円）	360,447,604	371,183,144	10,735,540
	延べ患者数（人）	10,768	11,089	321
	1日あたり患者数（人）	29.5	30.4	0.9
	稼働率（%）	86.8	86.8	0.0
	稼働病床数（床）	34	35	1
	診療単価（円）	33,474	33,474	0
合計	収益（円）	3,139,142,231	3,619,139,265	479,997,034
	延べ患者数（人）	66,926	80,526	13,600
	1日あたり患者数（人）	183.4	220.6	37.2
	稼働率（%）	86.5	93.9	7.4
	稼働病床数（床）	212	235	23
	診療単価（円）	46,905	44,944	-1,961

6-6. 建て替え後の損益計算

建て替えに係る借入金および建て替え後の総借入金に関して、建て替え後の損益計算書を作成することにより、返済可能性について検証する。

建て替えに係る減価償却費は表8のとおり284百万円と想定されるため、建て替え資金の借入元利金返済額258百万円は減価償却費の範囲内であると考えられる。

表8：建て替えに係る概算減価償却費

単位：百万円			
種類	耐用年数(年)	取得価額	当期償却額
建物	39	4,250	109.0
建物附属設備	15	750	50.0
器具備品	8	1,000	125.0
合計		6,000	284.0

表9は、損益計算書の2022年3月期実績と建て替え後を試算した結果である。

医業収益は、入院収益の増収と建て替え効果による外来収益の増収も期待でき、2022年3月期実績より13.8%の増加が見込まれる。

医業費用に関して、減価償却費は2022年3月期実績に建て替えにより増加する償却費用を加算し、解体等により除却となる固定資産および償却が終了する固定資産に係る償却費100百万円を減算し算出した。他の各費用項目に関しては、2022年3月期実績比率より算出した結果、医業費用は2022年3月期より16.2%の増加となる。

利益面に関して、減価償却費の増加等により医業費用が医業収益以上に増加するため医業利益率は2.92%から0.8%へ低下、経常利益は支払利息増加の影響もあり3.06%から0.33%に低下することになる。

EBITDAは2022年3月期453,760千円であったものが、建て替え後は558,034千円と104,274千円増加することとなり、収益力は建て替えにより向上する。

借入金の返済に関して、建て替えに係る借入金は、建て替えに係る減価償却費より返済可能であり、建て替えにより赤字に陥ることもなく問題ないとする。また、既存借入金に建て替えに係る借入金を加算した総借入金の年間返済額425,862千円

(2022年3月期1年以内返済長期借入金202,529千円+建て替えに係る借入金年間返済元金223,333千円)に対して、建て替え後キャッシュフローは476,519千円(減価償却費466,725千円+当期純利益9,794千円)と年間返済額を上回る。

表9：損益計算書の実績・試算値

単位：千円

	2022年3月期	建て替え後	算出根拠
医業収益	4,927,893	5,567,196	
入院収益	3,139,142	3,619,139	病床編成による試算値
外来収益	1,593,064	1,752,370	建て替えにより10%増収
他収益	195,687	195,687	2022年3月期実績
医業費用	4,784,009	5,524,989	
材料費	1,036,863	1,171,377	2022年3月期実績比率
給与費	2,571,869	2,905,521	2022年3月期実績比率
委託費	231,352	261,366	2022年3月期実績比率
設備関係費	490,483	674,457	2022年3月期実績+建て替え後減価償却費
(減価償却費)	282,751	466,725	2022年3月期実績+建て替えによる増減
経費	453,442	512,268	2022年3月期実績比率
医業利益	143,885	42,207	
医業外収益	109,744	109,744	2022年3月期実績
医業外費用	102,885	138,149	2022年3月期実績+建て替え借入金利息
(支払利息)	42,243	77,507	2022年3月期実績+建て替え借入金利息
経常利益	150,744	13,802	
特別利益	0	0	特別要因なし
特別損失	21,977	0	特別要因なし
税引前当期純利益	128,766	13,802	
法人税・住民税・事業税	37,397	4,009	2022年3月期実績比率
当期純利益	91,369	9,794	

7. 考察

7-1. 経営に関するモニタリングのシステム化

医療法人 A が経営悪化に陥った要因は、統一した企業理念がなく、当時の創業者一族による経営判断により、過剰な設備投資を行ったためとされてきた。このような状況に至る前に、本稿で示したような①SWOT分析によって自院の強みと弱みを知る、②企業理念を掲げることによって自院の存在意義や目指すべき理想像を明確にする、③経営戦略の立案によって具体的に取り組むべきことを明確化し、実践すべきであったと考える。

今後、同じような問題を起こさないためには、定期的に自院の強みや弱みといった内部環境を分析し、将来の外部環境の変化をしっかりと調査したうえで、財務や経営

戦略についてモニタリングができるシステムが必要である。そして、そのシステム構築には、財務・顧客・内部プロセス・学習と成長といった4つの視点から戦略目標を捉えた、戦略的マネジメントシステムである、BSC（バランスト・スコアカード）が適すると考える。

高橋(2014)は、病院経営では、ミッション・ビジョンの達成、コスト管理、医療の質の向上、成長利益の確保など様々な次元の異なった目標を同時に到達することが必須であるが、BSCはこれらをうまくバランスさせて多面的、多元的に病院経営を方向付けできると述べている。

医療法人Aにおいても、企業理念や経営戦略を実行していくために、BSCを継続的に活用するシステムを構築することを、今後の課題としたい。

7-2. 今後の病院経営の方針と実現方法

医療法人Aの病院特性に基づいたポジショニングでは、今後も播磨姫路医療圏で不足が予測されている回復期への転換が検討事項として示された。

しかし、現在の医療法人Aの建物は、築後50年以上経過して老朽化しているだけでなく、建設当初は急性期病床のみの病院が想定されていたため、回復期病床としての利用が難しい状況にある。

このことから、医療法人Aには、クロスSWOT分析結果からも「病院建て替え」が示されている。これが実現できれば、「回復期増床」も可能となり、これによる財務体質の強化も期待されるわけだが、かなりの投資が必要となる。このため建て替えによる財務への影響に関しては、詳細な分析をした。

また、建て替え以外にも、「認知症・神経難病」「消化器系疾患」に特化した差別化集中戦略が示されたが、この実現に際しての具体的な方策は、十分に論じることができなかった。

清水(1996)は、理念の浸透が従業員の行動に大きな影響を及ぼしており、企業変革のためには、理念の浸透が何よりも不可欠であると述べている。そして、理念は従業員に対して共通の努力目標を作り出し、挑戦意欲を引き出す一方で、従業員の帰属意識を高め、企業の目的をより効率的に達成できることを示している。

医療法人Aは、すでに認知症疾患医療センターにも指定され、6名もの常勤神経内科医が在籍していることから、今後、増加が予想されている認知症ケアに関わる地域との連携を強化することが、地域で期待される役割となる。認知症患者への診断や治療だけではなく、その家族や地域の人々に認知症を理解してもらい取り組みや、地域

の関連機関と協力して相談業務や認知症予防に携わることによって、認知症でも安心して暮らすことができる地域づくりを行うことを、医療法人 A の理念とも関わることから、今後の課題としたい。

8. 結論

医療法人 A が将来にわたって長期的に存続し地域医療に貢献するための礎は、企業理念、すなわち医療法人 A における理念を職員へ浸透させることである。この理念の浸透によって、価値観の共有や方向性の明確化といった組織の統一性が生まれる。

本稿では、この理念の浸透や、これを浸透させるための組織としてのガバナンスについては、言及しておらず、今後の課題である。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学部 小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授に丁寧なご指導を賜りましたことを感謝申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院社会科学部 医療マネジメントコース・介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援をいただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 齋藤実(2020)「地方行政独立法人化による公立病院の経営再建の有用性と問題点」『商大ビジネスレビュー』10 巻 2 号、p133-171。
- [2] 桜本憲一郎(2017)「急性期病院激戦地域ケアミックス病院から地域支援型病院への転換」『商大ビジネスレビュー』7 巻 2 号、p51-81。
- [3] 清水馨(1996)「企業変革に果たす経営理念の役割」『三田商学研究』39 巻 2 号、p87-101。
- [4] 高橋淑郎(1994)「持続可能な病院経営のための CSR と BSC の統合に関する研究」『商学集志』83 巻 4 号、p107-141。
- [5] 日本政策投資銀行(2021)「ヘルスケア業界データブック」日本医療企画 p 163。
- [6] 前田文彦(2021)「大規模急性期病院の開設に伴う医療法人 A における経営戦略」『商大ビジネスレビュー』11 巻 2 号、p105-137。

- [7] 松本有史(2018)「回復期リハビリテーション病院の経営戦略」『商大ビジネスレビュー』8巻2号、p237-254。

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省(2022) 医療と介護の一体的な改革
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html#h2_fre_e1 (2022年5月23日アクセス)
- [2] 地域医療情報システム JMAP(日本医師会) 地域別統計 兵庫県播磨姫路医療圏
https://www.jmap.jp/cities/detail/medical_area/2806
(2022年5月22日アクセス)
- [3] 独立行政法人福祉医療機構 経営分析参考指標
https://www.wam.go.jp/hp/wpcontent/uploads/2020_iryohoujin_kakutei.pdf
(2022年6月13日アクセス)
- [4] 独立行政法人福祉医療機構 2020年度(令和2年度)医療法人の経営状況
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/220316_No016.pdf
(2022年6月13日アクセス)
- [5] 独立行政法人福祉医療機構 2021年度(令和3年度)福祉・医療施設の建設費について
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/220628_No001.pdf
(2022年7月12日アクセス)
- [6] 姫路市(2022) 概要版姫路市高齢者保健福祉計画および姫路市介護保険事業計画(令和3年度3月策定)
<https://www.city.himeji.lg.jp/bousai/cmsfiles/contents/0000016/16438/gaiyo.pdf>
(2022年5月22日アクセス)
- [7] 兵庫県(2022) 兵庫県地域医療構想
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/kousougaiyou.pdf>
(2022年5月22日アクセス)
- [8] 兵庫県 兵庫県病床機能報告(令和2年度)
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/r2byoushoukinouhoukoku.html>
(2022年6月6日アクセス)