

地域医療を活性化する 金融機関の役割

ホワイトボックス 代表取締役 石井友二

少子高齢化を迎えた日本において、医療は大きなマーケットである。医療の経済規模は31兆円を超え、薬剤、医療機器、給食、人材派遣、教育、不動産、建築、そして介護など、周辺ビジネスを含めると100兆円産業といってもよいだろう。しかし、医療制度改革の進捗や日本経済が疲弊するなか、業績が悪化したり淘汰される病院が増えてきたことも事実である。マネジメントを強化して質の高い合理的な医療を行える“残れる”病院と、あるべきマネジメントを行うことができず、淘汰される“残れない”病院が明確になり、峻別される時代が到来したのである。本稿では金融機関が、医療マーケットを正しく捉え地域医療を活性化させ、病院取引を拡大していくために行うべき業務と役割を検討する。

1. 地域医療へ取り組む意味

金融機関は、医療マーケットを数少ない成長分野として捉える必要がある。そして、地域医療を支援することは地域経済を守ることだと気がつかなければならない。金融機関にとって、病院と取引を行うことは成長マーケットでの業容拡大ということだけではなく、地域住民の生活基盤の確立や医療を取り巻く異業種との取引を創出することにつながるからだ。ここに、

金融機関には地域医療との取引を通じて、地域経済を発展させる役割があることが分かる。

2. 医療機関の現状とこれから

厚生労働省は、病院機能分化により医療を効率化し、医療費を抑制するため、さまざまな医療制度改革を進めてきた。直接的にベッド数を削減して医療の生産性を向上させれば医療費を抑制できるという仮説に基づき、次の政策を打ち出す。

まずは介護療養病床を廃止する。そして、医療療養病床のうち医療依存度の低い患者は老人保健施設への異動を図る。社会的入院を減らし在宅での医療を行うよう誘導するものである。また、急性期病床では、入院診療報酬請求を出来高方式から包括制度(DPC=Diagnosis Procedure Combination)*1へ移行させ、合理的な医療を目指す。

既に一般病床91万床のうち50万床が届け出を行った。入院期間を半分にして回転を倍にすればベッドを半分にしても医療を維持できるというロジックである。制度についていけない病院が出て、結局はDPC病院から10万床以上のベッドが削減されると予想する。いずれの時期かに、残りの軽度の急性期を扱う一般病床もDPC化され、半分以上が

淘汰されると予想する向きもある。精神病床も当初は7万床、さらに追加的にベッドを削減し慢性期の患者を地域に戻す。欧米を見習い*2、既存ベッド160万床の内、最大30%程度が削減されると予想する識者もいる。

さらに、日本経済悪化による可処分所得の減少や年金不安から、国民の病院離れが起きている。もともと医療の必要がない患者のみならず、医療が必要な患者までもが医療費支払いができないため受診を抑制している。病院は、医師・看護師不足、診療報酬引き下げ、受療率の低減といった多くの苦難を乗り越え医療を継続しなければならない。

3. 金融機関の行うべきこと

そのなかで、残れる病院と残れない病院が峻別される。残れる病院では、設備投資や運転資金へのニーズが高まるし、残れない病院では経営指導による改善か、M&A・業態転換、廃院といったことへの対応に迫られる。迅速に動かなければ、前者は競合金融機関に顧客を奪取されるし、後者であれば債務者区分を引き下げ、最悪の場合にはすべての債権を失うことになる。こうした背景のなか金融機関は、残れる病院には取引拡大のための的確な戦略を立案するとともに、残れない病院のためには、病院再生を通じた支援を行うなど、明確な方針を出さなければならない。

4. 具体的対応

(1) 残れる病院

残れる病院は時代を乗り越えて、地域で巨

大化することは間違いない。何らかのかたちで新規取引、又はシェア拡大を行わなければ地域で残る病院との取引を失うことになる。残れる病院は主にDPC病院であり、マネジメントが大きな関心事である。一定のビジョンのもとSWOT分析により、強み(診療科、治療方法)を明確にしたうえで、医師を招へいし、看護師を集め、医療の質を向上させることで、「高密度で質の高い合理的な医療」を目指す。営業斡旋や経営コンサルティング、病院新築のためのファシリティマネジメント(Facility management)*3で金融機関の強みを出す。内外スタッフの活用による付加価値業務提供が期待されている。

(2) 残れない病院

既取引先で、業績が悪化しつつある病院が対象となる。金融機関が重要事項として捉えなければならないことは、病院業績の早期把握である。無意識、意識的に粉飾されている決算書をチェックしているうちに、判断が遅延しないよう、システマチカルな対応を行う。常に業績をチェックし、事前に病院業績の変化を認識し、迅速に対応しなければならない。

試算表や財務諸表を入手するだけでは早期認識は不十分である。財務会計数値以外の経営指標を継続的に把握する必要がある。病院経営指標(KPI=key performance indicator)*4は、会計のための基礎データを意味しているため、これを体系的に収集することで経営実績を把握することができる。

病院の収益(医業収益)は、基本的には外来

*1 診断群分類包括評価:入院に必要な基本的な行為(ホスピタルフィー)が包括となり、出来高と比較して診療報酬が低くなる。高額な検査や手術(ドクターフィー)をする病院は収益増加

*2 米国では1984年から現在まででベッドが100万床から70万床代に減少したといわれている

*3 施設・環境を総合的に企画・管理・活用する経営管理手法

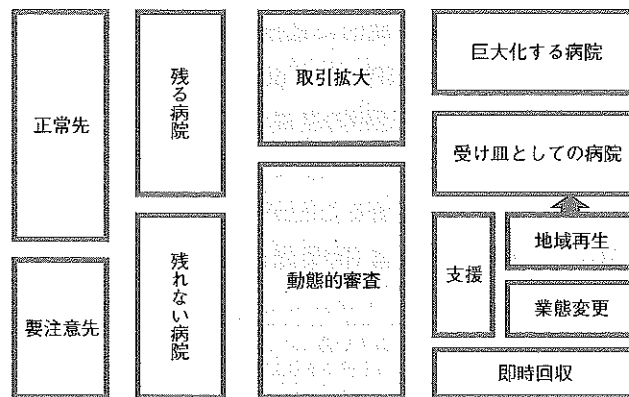
*4 あらゆる重要事象を定量化した業績評価指標

と入院における患者数と単価から構成される。患者数は入院する新患が多ければ多いほどよい。他医療機関からの紹介や救急車による搬送患者をみなければならない。

また、単価は医療行為により決定される。診察や検査、撮影、処置、注射、投薬、手術がどのように変化するかをみる。検査や撮影については医療機器の稼働率、そして手術については件数が同じでも全身麻酔の件数や術式、技術料の多寡をみなければ事実はつかめない。さらに平均在院日数や病床稼働率をみてベッドの回転をもチェックする。

また、医師が一人退職すれば、場合によっては最大数億円の医業収益を失うため、医師の退職予定や代替りの採用予定を常にチェックする。看護師の年齢構成、定着率や有給取得率、時間外労働、教育に割く時間といったものも重要な指標である。病院からこれらのKPIの提出を促し、時系列に比較分析することで、PLやBSの背景を事前に知りつつ、どこに課題があるのか察知し指摘する。回収するか支援するかの取引方針を決定し、具体的に行動しなければならない(図表1)。

図表1 病院対応図



5. 単体での病院救済の困難性

しかし、残れない病院単体での救済はとて難しい時代となった。なぜならば、医師を集めようにも、もともと求める医師が少なく招へいが難しい。看護師についても同じことがいえる。また、病院自体のマネジメントへの意識や仕組みが脆弱で、指導の成果が上がらないことが多い。厚労省が所期の目的を果たすため合目的に動くとするれば、ベッドを低減させる政策を次から次に打ち出してくることは間違いがない。流れに竿立て抗うことは、相当な困難がある。短期的には経営支援や再生ができたとしても、数年後には医療を継続していくことを諦めなければならない病院が増加することになるだろう。地域における複数の病院を集め、職員である医師や看護師、そして技術者や事務方の再配置をすることが有効である。既存の施設を利用するもの、人を寄せて急性期病院をつくり、受け皿の病院を設定する。回復期の機能をもつ病院や療養病床をもつ病院ができる。

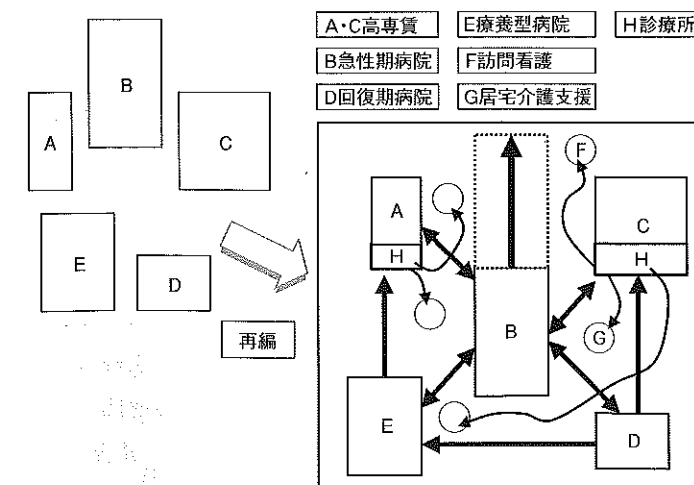
下を診療所としたうえで病室をコンバージョンし住宅に変える病院もある。各病院に配置されなかった看護師や技術者、ヘルパーは訪問看護ステーションや居宅介護事業への進出を図り、病院群を取り巻く営業活動を行うことで地域に浸透し、それぞれが得る対価により組織を運営する(図表2)。

もともとある複数法人をそのまま残し、人の再配置により生まれた利益を一定のルールに基づいて配分する。このような地域医療再生プロセスを通じて、病院債権の保全を図る

とともに、病院群が活性化し新たな利益を生み出すようになれば、回収を加速することができる。病院職員の異動の利便性を考慮するためには、複数病院が離れては意味がない。したがって、自行がメインの病院だけではなく、他行がメインの病院についても対象とする。場合によっては地域の5~6行が歩調を合わせ、それぞれがもつ「残れない病院」をターゲットとして狙いに乗せ、いくつかの残れる病院に変貌させる活動を行うことが予想される。いくつかの銀行が集まり、それぞれがメインとしてもつ病院を複数集め、それぞれの病院がもつ経営資源をシャッフルして、病院機能毎に整理し直すのである。

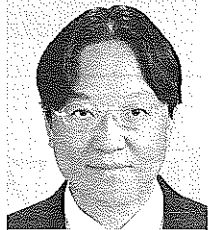
金融機関は医療機関をよく理解し、迅速な情報収集を行い、適切な対応を行うことで、病院取引を拡大又は維持し、地域医療を守らなければならない。とりわけ民間の医療機関については、金融機関がこれを支援しなければ、誰も支援するものはいない。行内において、①医療制度改革の理解②静態的審査によ

図表2 地域再生モデル



*5 ベッド削減の受け皿となる医療型住宅

石井 友二(いしい ともじ)
1953年生、東京都出身。監査法人朝日会社(現あずさ監査法人)入社。上場会社監査実施。監査法人退職後安田信託銀行(現みずほ信託銀行)コンサルティング部室長を経て、95年3月に独立し、コンサルティング会社を設立。上場支援、M&Aなど一般企業のコンサルティングを行う。医療コンサルティングを行うため、2004年4月ホワイトボックス設立。代表取締役就任。現在に至る。監査法人プレイングワーク代表社員



る。与信だけではなく動的審査手法の確立③DD(デューデリゼーション)による医療機関課題の明確化④M&A、ゆるやかな統合、病院ベッドのメディカルホーム*5への移転等具体的な支援——が行われる必要がある。

6. まとめ

国の財政が逼迫し、医療福祉に対する財源がないなか、厚労省主導による医療制度改革が信念をもって進められている。金融機関は、取引拡大や債権保全を図り自らを守るため、

そして地域を守り地域医療を活性化していくという視点から、医療業界の未来を予測し、そこで起こるさまざまな事象について事前に手を打つことで、結果として医療業界への貢献を図らなければならない。それが地域を守る金融機関の役割だからである。審査の専門性確立や医療チーム組成、営業の積極的対応や外部専門家とのコラボレートが成果をあげる要諦となる。■