

2025年に向けた企業立病院の経営戦略に関する一考察

～社会医療法人化への航跡～

北川 豊

キーワード：企業立病院、社会医療法人、2025年問題、地域包括ケアシステム

1. はじめに

わが国は人口減少・超高齢化社会を迎えようとしている。現在、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年に向け、医療提供体制の見直しが行われており、医療を巡る環境は大きく変わろうとしている。さらに今後は、医療のみならず介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められようとしている。こうした中、本年（2014年）は診療報酬の改定に加え、医療法改正による病床機能報告制度が導入され、二次医療圏ごとに病床機能の必要量を定めた地域医療ビジョンを策定し、病床数を見直していくことになった。病床機能の転換のみならず、病床数そのものの削減や病院の統廃合についても避けられない状況にある。

一方、病院の経営形態についても大きな変革期にある。かつての国立病院や国立大学病院はすでに独立行政法人化し、現在は自治体病院が「公立病院改革プラン」に基づき、経営形態の見直しの検討も行われている。また、2006年の医療法改正により、持分を有する医療法人の新規設立が認められなくなると同時に、持分なし医療法人の新たな類型として社会医療法人制度が創設された。さらには、「日本再興戦略（改定2014）」の中でも、非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設や、医療法人制度に関する規制見直しの論議もなされている。

このように、医療を巡る環境が劇的に変化する中で、設立母体を企業とする企業立病院においては、経営状況は厳しく病院の数も年々減少している。企業が自らの事業そのものの選択と集中を図るなか、収益事業として位置付けられていない病院事業に、今後とも経営資源を投入することが可能であろうか。特に企業の業績が不安定で、病院単体の事業として経常損失を計上している病院や、建替えなど大型投資が必要な病院を有する

企業にとっては、病院経営を継続すること自体が、今後大きな課題になると考えられる。

ピーター・ドラッカーは、非営利組織がイノベーションに成功するための3つの条件として、第1に「変化を、脅威ではなく機会と見ること」、次に「コミットしてくれる力のある責任者を探すこと」、そして最後は「戦略を持つこと」と述べている。

企業を取り巻く経営環境や医療・介護を巡る社会環境が大きく変革する中、企業立病院は今後どのようにイノベーションを起こし、病院経営の舵取りを行うべきか。企業立病院の現状と環境の変化を分析したうえで、4施設の事例をケース・スタディとして取り上げ、企業立病院の経営形態の見直しを含めた経営戦略を検討したい。

2. 企業立病院の現状と課題

2-1. 開設者別にみた病院数の年次推移

『2012年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』（厚生労働省）によれば、開設者別にみた病院数の年次推移は図表1のとおりである。

図表1. 開設者別にみた病院数の年次推移

	1990年	1993年	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年	2011年	2012年	2012/1990
総数	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,794	8,605	8,565	84.8%
国	399	394	387	370	336	294	276	274	274	68.7%
厚生労働省	252	247	241	229	198	22	22	14	14	5.6%
独立行政法人国立病院機構						146	146	144	144	
国立大学法人	67	66	65	61	57	49	48	48	48	71.6%
独立行政法人労働者健康福祉機構	38	39	39	39	39	38	34	34	34	89.5%
国立高度専門医療研究センター								8	8	
その他	42	42	42	41	42	39	26	26	26	61.9%
公的医療機関	1,371	1,378	1,368	1,368	1,377	1,362	1,320	1,258	1,252	91.3%
都道府県	307	310	308	309	313	303	270	219	216	70.4%
市町村	772	773	766	762	765	757	729	683	673	87.2%
地方独立行政法人							22	66	73	
日赤	97	97	96	95	95	92	92	92	92	94.8%
済生会	70	73	74	76	78	81	82	81	81	115.7%
北海道社会事業協会	7	7	7	7	6	7	7	7	7	100.0%
厚生連	114	115	114	116	118	121	117	110	110	96.5%
国民健康保険団体連合会	4	3	3	3	2	1	1			0.0%
社会保険関係団体	136	137	134	131	130	129	122	121	118	86.8%
全国社会保険協会連合会	53	53	53	53	53	52	52	51	51	96.2%
厚生年金事業振興団	7	7	7	7	7	7	7	7	7	100.0%
船員保険会	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100.0%
健康保険組合及びその連合会	23	23	20	18	18	17	14	13	10	43.5%
共済組合及びその連合会	49	50	50	49	48	48	45	46	46	93.9%
国民健康保険組合	1	1	1	1	1	2	1	1	1	100.0%
公益法人	411	404	400	394	400	402	395	384	380	92.5%
医療法人	4,245	4,550	4,873	5,299	5,533	5,695	5,728	5,712	5,709	134.5%
私立学校法人	89	94	95	98	101	102	108	110	108	121.3%
社会福祉法人					162	186	184	187	189	
医療生協					74	81	85	85	85	
会社	85	84	81	68	61	55	69	62	62	72.9%
その他の法人	279	273	277	277	59	43	31	39	40	14.3%
個人	3,081	2,530	1,875	1,281	954	677	476	373	348	11.3%
医療機関(再掲)	165	170	170	170	168	156	161	162	160	97.0%

(出典：厚生労働省「H24 医療施設（動態）調査・病院報告の概況」より作成)

医療法人が増加する一方で、会社や健康保険組合が設立主体の病院は減少している。

会社が設立主体の病院は、2012年10月1日現在62病院あり、1990年の85病院と比べ73%に減少している。ただしこの62病院から、郵政公社の民営化に伴い2007年度より新たにカウントされるようになった14か所の通信病院を除くと48病院となり、この数は1990年の85病院と比べると、56%とほぼ半減していることになる。また会社をベースにした健康保険組合が運営する病院も、2012年10月1日現在では10病院あり、1990年の23病院と比べると44%とほぼ半減している。

2-2. 企業立病院の現状

改めて会社や健康保険組合を設立母体とする病院数を調査してみた。わが国では1948年に施行された医療法の第7条第5項により、営利を目的とした病院、診療所等の開設を制限しているが、それ以前に株式会社が設立していた病院としては、2014年7月1日現在で53病院ある(図表2)。これに、株式会社を母体企業とする健康保険組合が運営する病院が9病院あり(図表3:健康保険組合連合会設立の大阪中央病院は除く)、両者を加えると62病院である(以降、本稿ではこの62病院を「企業立病院」という)。

図表2. 株式会社が設立主体となっている病院

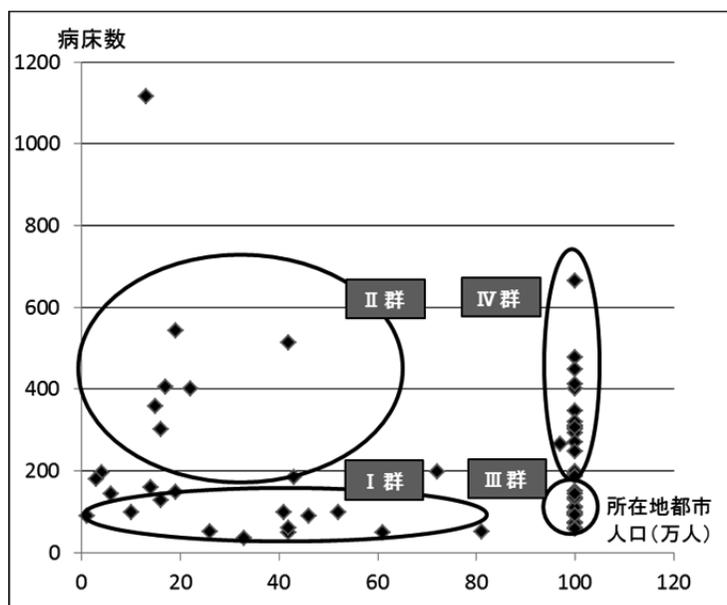
			2014年7月1日現在		
病院名	開設者	都道府県	病院名	開設者	都道府県
1 札幌通信病院	日本郵政(株)	北海道	28 JR広島鉄道病院	西日本旅客鉄道(株)	広島県
2 仙台通信病院	日本郵政(株)	宮城県	29 JR九州病院	九州旅客鉄道(株)	福岡県
3 東京通信病院	日本郵政(株)	東京都	30 三菱名古屋病院	三菱重工業(株)	愛知県
4 横浜通信病院	日本郵政(株)	神奈川県	31 三菱神戸病院	三菱重工業(株)	兵庫県
5 新潟通信病院	日本郵政(株)	新潟県	32 三菱三原病院	三菱重工業(株)	広島県
6 富山通信病院	日本郵政(株)	富山県	33 広島三菱病院	三菱重工業(株)	広島県
7 名古屋通信病院	日本郵政(株)	愛知県	34 三菱長崎病院	三菱重工業(株)	長崎県
8 京都通信病院	日本郵政(株)	京都府	35 三菱京都病院	三菱自動車工業(株)	京都府
9 大阪北通信病院	日本郵政(株)	大阪府	36 日立総合病院	(株)日立製作所	茨城県
10 神戸通信病院	日本郵政(株)	兵庫県	37 多賀総合病院	(株)日立製作所	茨城県
11 広島通信病院	日本郵政(株)	広島県	38 ひたちなか総合病院	(株)日立製作所	茨城県
12 徳島通信病院	日本郵政(株)	徳島県	39 東芝病院	(株)東芝	東京都
13 福岡通信病院	日本郵政(株)	福岡県	40 富士電機病院	富士電機(株)	神奈川県
14 鹿児島通信病院	日本郵政(株)	鹿児島県	41 いすゞ病院	いすゞ自動車(株)	東京都
15 NTT東日本 札幌病院	東日本電信電話(株)	北海道	42 トヨタ記念病院	トヨタ自動車(株)	愛知県
16 NTT東日本 東北病院	東日本電信電話(株)	宮城県	43 マツダ病院	マツダ(株)	広島県
17 NTT東日本 関東病院	東日本電信電話(株)	東京都	44 中電病院	中部電力(株)	広島県
18 NTT東日本 伊豆病院	東日本電信電話(株)	静岡県	45 関西電力病院	関西電力(株)	大阪府
19 NTT西日本 東海病院	西日本電信電話(株)	愛知県	46 津別病院	丸太産業(株)	北海道
20 NTT西日本 京都病院	西日本電信電話(株)	京都府	47 日東病院	日東紡績(株)	福島県
21 NTT西日本 大阪病院	西日本電信電話(株)	大阪府	48 東急病院	東京急行電鉄(株)	東京都
22 NTT西日本 松山病院	西日本電信電話(株)	愛媛県	49 キッコマン総合病院	キッコマン(株)	千葉県
23 JR札幌病院	北海道旅客鉄道(株)	北海道	50 不二越病院	(株)不二越	富山県
24 JR仙台病院	東日本旅客鉄道(株)	宮城県	51 玉野三井病院	三井造船(株)	岡山県
25 JR東京総合病院	東日本旅客鉄道(株)	東京都	52 宇部興産中央病院	宇部興産(株)	山口県
26 名古屋セントラル病院	東海旅客鉄道(株)	愛知県	53 飯塚病院	(株)麻生	福岡県
27 JR大阪鉄道病院	西日本旅客鉄道(株)	大阪府			

図表3. 健康保険組合が設立主体となっている病院

			2014年7月1日現在		
病院名	開設者	都道府県	病院名	開設者	都道府県
1 名鉄病院	名古屋鉄道健保	愛知県	6 因島総合病院	日立造船健保	広島県
2 太田記念病院	富士重工業健保	群馬県	7 浦賀病院	住友重機械健保	神奈川県
3 松下記念病院	パナソニック健保	大阪府	8 中日病院	中日新聞社健保	愛知県
4 東芝民間病院	東芝健保	東京都	9 プラザー記念病院	プラザー健保	愛知県
5 IHI播磨病院	IHIグループ健保	兵庫県	(健保連大阪中央病院)	(健保連)	東京都

この 62 病院を病床数と所在地都市人口に基づきプロットしてみると図表 4 のようになる。地方中核都市の小中規模病院群（200 床未満：Ⅰ群）と地方中核都市の大規模病院群（200 床以上：Ⅱ群）、大都市部小中規模病院群（Ⅲ群）と大都市部大規模病院群（Ⅳ群）のおよそ 4 グループに分けられる。病院の機能としては、200 床未満の病院群Ⅰ群・Ⅲ群のうち 4 病院のみが回復期・療養型を中心に診療を行い、他は地方都市・大都市・病床規模にかかわらず、一般急性期が中心となっているのが現状である。

図表 4. 企業立病院の病床別・所在地人口別分布図



(注：100 万人以上の都市は 100 万人として表示)

企業立病院は、当初、従業員の福利厚生のための施設として設置されたが、その後社員・家族のみならず広く地域の住民に開放し、すべての人を診療の対象とする病院となっている。そして企業の成長とともに病院の機能を拡充し、地域によっては一般急性期を中心とした公立病院の代替病院としての機能を果たしている。病院は地域における重要な社会インフラである。現在において企業立病院は、社員・家族の福利厚生施設としてではなく、企業の社会貢献の一環として運営されているといえる。

2-3. 企業立病院減少の要因と経営課題

企業立病院は図表 1 より、1990 年代半ば頃から年々減少していることがわかる。1990 年初頭にバブル経済が崩壊し、企業が事業の選択と集中を押し進めた時期と重なってい

ることからも、企業立病院減少の大きな要因の一つは、企業が経営状況の悪化により公益性の高い病院事業についても、事業の見直しをせざるをえなかったことにあると考えられる。

2-2.で述べたとおり、企業立病院は従業員の福利厚生のための施設として開設された背景があり、病院事業単独の経営内容は公表されていないため実態は不明だが、多くの病院が、経常収支は損失を計上しているといわれている。病院事業も企業の一事業所であり、設備投資とキャッシュフローについては、病院単体の収支で判断するというよりも、企業業績の進展に合わせ、設備投資や医療スタッフの人的投資が行われてきたと考えられる。地元の企業名を冠する病院として、病院単体としての経営の視点よりも、医療の質・サービスの向上を通じた地域貢献が優先されやすい環境にあった。しかしながら、企業の存続をかけた事業の選択と集中を進める中で、地域貢献だけでは病院経営の継続が困難になった。そして地域における病院機能の存続のため、やむなく企業立から分離独立して医療法人化、もしくは、他の医療法人に経営譲渡されるようになり、企業立病院が年々減少していると考えられる。

現在では、企業立病院においても収支改善に向け様々な取り組みがなされているが、企業立病院特有の課題も残っている。それは、病院のガバナンスに関する課題と人的資源のマネジメントに関する課題である。まず、ガバナンスに関しては、病院の中期計画・予算編成や業績評価等は、本社企業の独自基準により評価・決定される傾向にある。また病院独自の裁量権が少なく、院長といえども権限が限定的であることが多く、この点がガバナンス上の課題である。病院は医療機器をはじめとする計画的な大型設備投資や、医療政策・診療報酬の動きに合わせた人材の確保等、病院固有の中長期的な展望に立った投資判断が求められる。しかしながら、企業立病院の場合、企業本社も含めた意思決定過程が重層化し、経営判断も、医療・病院を取り巻く環境の変化より、企業の経営環境に影響を受けやすくならざるをえない。今後さらに企業立病院の経営改善を図るためには、まずは病院トップへの権限付与と経営責任を明確にすることで、ガバナンスを適正化する必要があると考えられる。

次にマネジメントについては、特に人的資源管理に関する課題がある。企業立病院の場合、人事・給与制度が長期雇用を前提とした企業の規程・水準に準拠することが多いため、医師・看護師等の社会横断的な医療専門職を中心とする病院の実態と乖離しがちである。評価や給与が病院の業績よりも企業の業績に連動する場合、医療スタッフのモチベーション維持や優秀な人材の確保にも課題が残る。今後は病院における医療専門職の実態にあった人事制度を構築し、従業員満足度を上げることで患者満足度向上、経営

品質向上につなげていく必要があると考えられる。また、企業立病院においては、事務部門の基幹人材が企業からの定期的なローテーションとして配置されることも多い。企業経営や経理の専門家が派遣されることは、必ずしも病院経営にマイナスではないが、医療に精通していない経営スタッフが短期間をベースに多数派遣されることについては、大きな環境変化に迅速に対応する上でも課題であろう。今後は事務職についても、中長期の視点で経営戦略を考えることができる、病院経営のスペシャリストの養成と確保が求められる。

3. 医療を取り巻く環境の変化

3-1. 2014年度診療報酬改定と第六次医療法改正

次に、医療を取り巻く環境の変化について述べたい。2014年度の診療報酬改定の基本方針は、「入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、2025年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る」ことであり、重点課題は「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実」である。今回の改訂のポイントの一つは、入院医療については7対1の要件の厳格化と地域包括ケア病床の評価を行うことで、病床の機能分化を促進している点である。

さらに、2014年6月25日、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が公布され、医療法をはじめとする関係法令が順次施行されることになった。今回の改正は、①消費税増税分を活用した新たな基金の創設と医療・介護の連携強化、②病床の医療機能の報告制度をはじめとする地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、③地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化等が主な内容である。特筆すべきは、各医療機関が都道府県知事に病床の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県知事は、それをもとに各医療機能の必要量と合わせて、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療ビジョン）を医療計画において策定することになった点である。

すなわち、診療報酬での政策誘導に加え、医療法においても今後の病床機能再編に向けて実効性を担保していく動きである。医療機関によっては自院の要望とは異なり、不足している医療機能の提供へ変更を要請されることもある。企業立病院の多くが前節のとおり地域における急性期医療を中心に運営されているが、急性期病床を大幅に削減していく流れの中で、地域の実情にあった自院のポジショニングの再考が必要である。

3-2. 医療法人の経営形態をめぐる新たな動き

厚生労働省発表の『種類別医療法人数の年次推移』（図表 5）によれば、2014 年 4 月 1 日現在、医療法人数（総数）は 4 万 9,889 法人で前年比 2.2%増加し、一貫して増加傾向にある。最も多いのが社団医療法人の 4 万 9,498 法人で、99.2%を占めている。ここで注目すべきは、社会医療法人が 215 法人と、少数ながら年々着実に増えていることである。直近の 7 月 1 日現在の法人数ではさらに増え、224 法人となっている。

図表 5. 種類別医療法人数の年次推移

年 別	医 療 法 人				特定医療法人(再掲)			特別医療法人(再掲)			2014年4月1日現在 社会医療法人(再掲)		
	総数	財団	社団	一人医師医療法人(再掲)	総数	財団	社団	総数	財団	社団	総数	財団	社団
1995年	24,725	386	24,339	19,008	213	60	153						
1996年	26,726	392	26,334	20,812	223	63	160						
1997年	27,302	391	26,911	21,324	230	64	166						
1998年	29,192	391	28,801	23,112	238	64	174						
1999年	30,956	398	30,558	24,770	248	64	184						
2000年	32,708	399	32,309	26,045	267	65	202	8	2	6			
2001年	34,272	401	33,871	27,504	299	65	234	18	3	15			
2002年	35,795	399	35,396	28,967	325	67	258	24	5	19			
2003年	37,306	403	36,903	30,331	356	71	285	29	7	22			
2004年	38,754	403	38,351	31,664	362	67	295	35	7	28			
2005年	40,030	392	39,638	33,057	374	63	311	47	8	39			
2006年	41,720	396	41,324	34,602	395	63	332	61	10	51			
2007年	44,027	400	43,627	36,973	407	64	343	79	10	69			
2008年	45,078	406	44,672	37,533	412	64	348	80	10	70			
2009年	45,396	396	45,000	37,878	402	58	344	67	6	61	36	7	29
2010年	45,989	393	45,596	38,231	382	51	331	54	3	51	85	13	72
2011年	46,946	390	46,556	39,102	383	52	331	45	2	43	120	19	101
2012年	47,825	391	47,434	39,947	375	49	326	9	1	8	162	28	134
2013年	48,820	392	48,428	40,787	375	50	325	0	0	0	191	29	162
2014年	49,889	391	49,498	41,659	375	46	329	0	0	0	215	34	181

(出典：厚生労働省「医療法人数の推移について (H26.3.31)」より作成)

社会医療法人は 2007 年 4 月 1 日の医療法改正により創設された新たな医療法人類型であり、公益性の高い医療を効率的に提供し、地域医療における重要な役割を担う医療法人である。従来より救急医療等の地域における公益性が高い医療については、自治体病院をはじめとする公立病院がその役割を担ってきた。しかし、全国自治体病院協議会の調査『平成 25(2013)年度決算見込額調査報告書』によれば、2013 年度の自治体病院の内、経常利益を確保している病院は 47.0%であり、様々な改革プランを実施中ではあるが、残る 53.0%の自治体病院が損失を計上している。自治体をはじめとする公立病院だけでは、地域において効率的で質の高い医療を確保することは困難であり、公立病院等に代わって公益性の高い医療サービスを提供する医療法人として、社会医療法人制度が創設されたのである。

また最近では、医療法人の経営形態をめぐり、産業競争力会議等でさらなる論議がな

されており、2014年6月、複数の医療法人や社会福祉法人等を、社員総会等を通じて統括し、一体的に経営することを可能にする「非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）」（以下HD法人という）の創設を、2015年中に措置することを盛り込んだ「日本再興戦略（改定2014）」が閣議決定された。これにより医療介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現することで、医療介護の持続性と質の向上の両立を目指すという考えである。

厚生労働省の見解では、設立主体の異なる医療機関などが特定の地域を全面的にカバーするために連携を図る仕組みを想定しており、HD法人の3つのパターンを提示した。その第1は、自治体中心型で、都道府県や市町村がその区域内の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけてHD法人を創設するパターンである。第2は、中核病院中心型で、地域の社会医療法人や大学付属病院を経営する法人など、急性期医療などを担う中核的な医療法人等が、回復期や在宅医療を担う医療法人や、介護を担う社会福祉法人に呼びかけてHD法人を設立するパターンである。そして第3は、地域共同設立型で、都道府県医師会や地区医師会が中心となり、その区域内の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけてHD法人を設立するパターンである。

このように「医療から介護へ」「施設から地域へ」という社会保障制度の動きの中で、病院の経営形態も多様化し、急性期病院単独での生き残りは今後ますます難しくなることが予測される。地域における他の医療機関、診療所、さらには介護・福祉施設とどのように連携していくかが、病院存続の前提条件となってくる。

4. 社会医療法人の現状

前節のとおり社会医療法人は、公立病院に代わり地域における「政策医療」の担い手として期待される法人であるが、企業立病院も民間企業がベースにあり、救急をはじめとする政策医療など公的病院の代替としての役割も果たしてきた経緯がある。そこで、社会医療法人の現状と今後の可能性を探ることで、今後、企業立病院が進むべき選択肢になり得るのかを検証したい。

4-1. 社会医療法人の認定要件とそのメリット・デメリット

社会医療法人の認定は、救急医療等確保事業に係る業務の実施（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療の実績）をはじめ、図表6のとおり他の医療法人と比べ要件が厳しい。しかし、社会医療法人としての認定を受けると、収益事業とし

て 34 種類の特掲事業が可能となるほか、附帯事業として児童入所施設の設置・運営など、事業範囲を拡大することが可能となる。さらには、医療保険事業に係る法人税は非課税となるなど、様々な優遇措置があるほか、円滑な資金調達により経営基盤の安定化を図るため、金融機関による資金調達以外に社会医療法人債の発行も認められている。

一方、デメリットもある。①認定取り消しの場合の税法上のリスク、②社員、役員及び評議員に関する、同族関係者比率の制限、③救急医療等確保事業の実施、④解散時の残余財産の国、地方公共団体又は他の社会医療法人への帰属、といった事業リスクが存在する。特に、③の救急医療等確保事業の実施との関連で認定が取り消された場合には、過年度分の非課税収益に対し一括課税されることになっており、これは法人の存続にかかわる大きな課題として残っている。

図表 6. 各医療法人の比較

項目	医療法人	特定医療法人	社会医療法人	(参考:株式会社)
根拠規定	医療法第39条	租税措置法第67条の2	医療法第42条の2	会社法(ただし、医療法第7条第5項により、新設は事実上認められない)
制度の施行	1950年4月1日	1965年2月1日	2008年4月1日	
認可・承認	都道府県知事の認可	国税庁長官の承認	都道府県知事の認定	公証人の定款認証等
医療審議会の意見	必要	不要	必要	不要
出資持ち分	有(2008年4月1日以降に認可された法人には出資持ち分無し)	無	無	有
要件	施設等	以下のいずれかの要件を満たすこと ・40床以上であること ・救急告示病院 ・救急告示診療所で15床以上	・救急医療(精神含む)、災害医療、へき地医療、周産期医療のいずれかを実施 ・公益法人等と同様に公的な運営が確保 ・実施する医療についての、体制・実績が基準を満たすこと	
	役員	・理事3人以上、監事1人以上 ・役員構成には制限なし	・理事6人以上、監事2人以上 ・同族役員の制限(1/3以下) ・役員報酬は年間3,600万円以下	・取締役1人以上 ・監査役(任意)
	収入	—	社会保険診療報酬が80%を超えること	社会保険診療報酬が80%を超えること
収益事業の可否	不可	不可	可能	可能
法人税率等	法人税率25.5%	法人税率19%	・法人税率 非課税 (本来業務以外は19%) ・固定資産税率 非課税 (救急医療等確保事業に限定)	法人税率25.5%
債券・株式の発行	—	—	社会医療法人債	株式等
残余財産の帰属	国、地方公共団体、医療法人(経過措置型医療法人を除く)等	国、地方公共団体、医療法人等	国、地方公共団体、社会医療法人	株主

4-2. 社会医療法人の現状分析

4-2-1. 病院の機能について

社会医療法人に関して公表されているデータは少なく、医療の質を客観的に評価することは困難である。そこで、本稿ではまず厚生労働省の調査報告書¹から、医療法人のうちどのような機能・規模を有する病院が社会医療法人になっているかを紹介し、施設の

¹平成 25 年度厚生労働省医政局委託『平成 25 年度 医療施設経営安定化推進事業 医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究報告書』委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所(平成 26 年 3 月)

機能を推察してみる。

同報告によれば、入手可能な指標である、DPC 対象病院、地域医療支援病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、周産期母子医療センター、総合入院体制加算取得病院、大規模病院（一般病床 300 床以上）を仮に地域中核的病院として定義し、地域中核的病院と思われる医療法人立病院のうち、社会医療法人立となっている割合を調査している。その結果が図表 7 である。地域医療支援病院や総合入院体制加算取得病院については、7 割の病院が社会医療法人立で占めている。報告書にもあるように、地域中核的機能を有すると思われる医療法人の多くが社会医療法人になっていると推察できる。

図表 7. 医療法人立の地域中核的病院に占める社会医療法人の割合

	医療法人立病院 ①	社会医療法人 立病院②	認定割合 ②/①
DPC対象病院	510	146	28.6%
地域医療支援病院	39	28	71.8%
がん診療連携拠点病院	14	5	35.7%
救命救急センター 機能を有する病院	6	3	50.0%
周産期母子医療センター 機能を持つ病院	17	7	41.2%
総合入院体制加算 取得病院	22	16	72.7%
大規模病院 (一般病床300床以上)	118	49	41.5%

(出典：前掲、『医療法人等の提携・連携に関する調査研究 報告書』より)

次に、2014 年 7 月 8 日に厚生労働省が発表した『社会医療法人の認定状況について』に基づき、社会医療法人数と認定施設数ならびに認定区分を都道府県別に集計した(図表 8)。認定業務区分では、全国的に「救急」の認定が多く約 7 割を占めていることがわかる。都道府県別では、北海道と大阪府が多くなっているが、北海道は「へき地」で認定されている件数が多いことが特徴的である。大阪府の場合、従来より民間の医療機関が救急搬送患者の大半を受け入れていた(2008 年度版 大阪府消防統計によれば 77.3%) ことも法人の認定が多い背景にあると考えられる。

現段階においては、社会医療法人の多くが地域の救急医療の分野で公益性を担っている。また 224 法人のうち、ほとんどの法人が 1 事業での認定であるが、同一法人で 2 事業で認定を受けている法人が 2 法人、3 事業で認定を受けている法人が 3 法人、さらには 4 事業で認定を受けているという法人も 2 法人ある。社会医療法人といえども一律ではなく、事業規模・機能に当然差はあるが、多くの法人で公立病院と同等もしくはそれ以上に地域の中核病院としての機能を有していると考えられる。

図表 8. 都道府県別認定業務区分一覧

	法人		認定業務区分								法人		認定業務区分						
	施設数	施設数	救急	へき地	精神科	小児	災害	周産期	施設数		施設数	救急	へき地	精神科	小児	災害	周産期		
北海道	26	31	10	17	4	1	1	1	兵庫県	3	3	3							
青森県	2	2	1		1				奈良県	5	5	3		1	1				
宮城県	2	2	2						和歌山県	2	2	2							
秋田県	3	3	1	1	1				鳥取県	2	3	1		2					
山形県	3	3		1	2				島根県	4	4	1	1	2					
福島県	3	3	1	1	1				岡山県	11	11	7	4	1					
茨城県	1	1	1						広島県	5	5	5				1			
栃木県	3	3	3						山口県	2	2	2							
群馬県	1	1	1	1					徳島県	2	2		1	1					
埼玉県	4	4	4			2			香川県	1	1	1				1			
千葉県	7	7	5		2	1			愛媛県	5	5	4			1				
東京都	11	12	12			1			高知県	1	1	1				1			
神奈川県	2	2	2						福岡県	10	13	13	1		1	3			
新潟県	3	3	2				1		佐賀県	1	1	1							
石川県	2	2	1		1				長崎県	4	4	4			1				
山梨県	1	1	1						熊本県	5	6	2	3	1					
長野県	8	8	4	1	2	1		1	大分県	8	8	6	2			1			
岐阜県	3	3	2		1				宮崎県	2	2	1				1			
愛知県	9	9	8	1		3	1		鹿児島県	12	12	5	5	1	1				
三重県	3	3	2		1				沖縄県	4	4	4			1				
滋賀県	1	1	1				1		大臣所管	8	15	12	3						
京都府	4	4	4						合計	224	248	173	43	27	21	11			
大阪府	25	31	27		2	6		3	248施設に対する比率			69.8%	17.3%	10.9%	8.5%	4.4%	2.8%		

(岩手県、富山県、福井県、静岡県は認定なし)

4-2-2. 財務内容について

では、社会医療法人の財務状況はどうか。財務諸表はホームページ等では公開されていないため、大阪市ならびに大阪府に対し情報公開条例に基づき、大阪府下の社会医療法人 25 法人（全国の社会医療法人数の約 10%）の過去 3 ヶ年（2010 年度～2012 年度）の財務諸表の開示を依頼し、すべてのデータを入手し分析を試みた。なお、社会医療法人の収益性・安全性を分析するにあたっての指標の定義は下記のとおりとする。

- ①総資本経常利益率＝経常利益/総資本(=総資産)×100
- ②総資本回転率　＝医業収益/総資本(=総資産)
- ③経常利益率　　＝経常利益/医業収益×100
 * 医業収益＝本来業務事業収益＋附帯業務事業収益＋収益業務事業収益
- ④事業利益率　　＝医業利益/医業収益×100
- ⑤本来業務利益率＝本来業務事業利益/本来業務事業収益×100
- ⑥附帯業務利益率＝附帯業務事業利益/附帯業務事業収益×100
- ⑦収益業務利益率＝収益業務事業利益/収益業務事業収益×100
- ⑧自己資本比率　＝純資産/総資産×100
- ⑨流動比率　　＝流動資産/流動負債×100
- ⑩固定長期適合率＝固定資産/(固定資産＋純資産)×100
- ⑪借入金比率　　＝長期借入金/本来業務事業収益×100

4-2-2-1. 収益性分析

収益性を示す財務データは図表9のとおりである。社会医療法人が総資産を活用して1年間にどれだけの経常利益を稼いだかを示す指標が総資本経常利益率であり、収益性と同時に効率性を表している。2011年度は事業拡大のための積極的な先行投資を行った法人が7病院あったことも影響し、2009年度の総資本経常利益率は5.8%から2010年度は一時的に4.7%へと悪化したが、2012年度は5.6%と2年前の数値に戻りつつある。効率性を示す総資本回転率はここ3年大きな変化はなく、収益性を表す経常利益率は2012年度が6.2%で、前年4.9%から大きく改善したことが総資本経常利益率の改善に寄与しているといえる。

次に、法人の事業による収益性を示す事業利益率を見ると、2010年度5.7%、2011年度4.3%、2012年度5.5%であり、経常利益率と同様の推移を示している。そこでその内訳を見ると、病院、診療所、老人保健施設といった社会医療法人の本来事業の収益性を示す本来業務利益率が、2010年度5.7%、2011年度4.4%、2012年度が5.7%と推移し、事業利益率と連動していることがわかる。なお前掲の厚生労働省委託の調査研究報告書（2012年度：全社会医療法人200法人対象）によれば、経常利益率、事業利益率、本来業務利益率はそれぞれ大阪府下平均を下回るが、4%以上は確保できている。

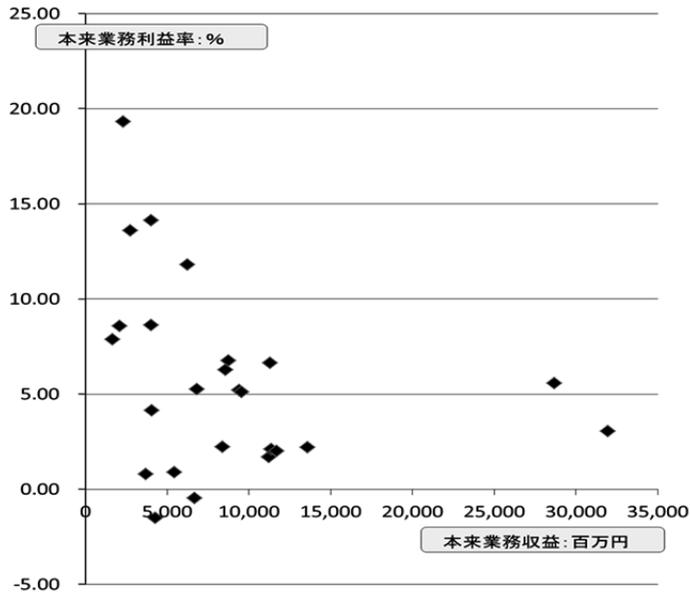
図表9. 大阪府下社会医療法人の財務データ（収益性）

（単位：％）

年 度	大阪府下（25法人）			厚労省委託調査
	2010年度	2011年度	2012年度	2012年度
総資本経常利益率	5.8	4.7	5.6	
総資本回転率（回）	1.1	1.0	1.0	
経常利益率	6.1	4.9	6.2	4.9
事業利益率	5.7	4.3	5.5	4.0
本来業務利益率	5.7	4.4	5.7	4.4
附帯業務利益率	2.6	6.1	2.9	-13.1
収益業務利益率	-42.8	35.2	-2.1	-157.3

また、2012年度実績に基づく本来業務収益と本来業務利益率の関係を、大阪府下の社会医療法人ごとにプロットしてみると、図表10のようになった。本来業務収益が年間50億円未満の法人の中には、極端に利益率の高い法人もあるが、収益が100億円以上の法人については、本来事業利益率はおおよそ5%前後に収まっているのがわかる。

図表 10. 大阪府下社会医療法人の 2012 年度業績データ



一方、訪問看護ステーション運営などの附帯業務や、社会医療法人に認められた医療介護療養用品の販売事業などの収益業務については、2012 年度実績で附帯業務利益率が 2.9%、収益業務利益率はマイナス 2.1%である。現段階において附帯業務と収益業務については、短期的な収益性でみれば、本来業務に貢献しているとはいえない。

以上より、大阪府下の社会医療法人の収益性は、2011 年度において新規投資等で一時的に下がったが、2012 年度には本来業務利益率 5%を確保し、公益性の高い事業を継続しつつ、安定した収益性を確保していると考えられる。収益ならびに費用の内訳まで情報開示されないため、人件費比率・材料費比率・減価償却費比率等のさらなる分析はできないが、減価償却費比率を 5%と仮定し、これを本来業務利益率に加えれば、減価償却前利益率は 10%以上を確保していることになり、今後新たな投資にも対応していけるだけの収益力を維持できているものと思われる。

4-2-2-2. 安全性分析

次に、経営の安全性を示す財務データは図表 11 のとおりである。自己資本比率は 2012 年度で 44.5%であり、年々着実に増加している。この数字は、2007 年の改正医療法施行による医政局通知により廃止になったが、医療法人に必要とされた自己資本比率 20%を大きく超えている。流動比率は一般的に 200%以上が望ましいとされているが、2012 年

度では361.7%で年々上昇している。一方、固定長期適合率は2012年度77.4%であり、過去3年100%以下で推移している。病院は建物や高額医療機器の定期的な大型投資を必要とするが、社会医療法人の長期的な資金収支は安定していると考えられる。また、長期借入金比率もできれば70%以内、多くとも100%が上限といわれるが、2012年度で37.3%と低位に抑えられている。ここ数年、大阪府下の社会医療法人は施設の増改築・建替え・電子カルテ導入等の積極的な投資を行っているが、長期借入金比率には大きな変動はなく、借入と収益上昇のバランスが取れているといえよう。

全国の社会医療法人を対象にした安全性分析のデータは入手できなかったが、参考までに全国の医療法人を対象とした平成23(2011)年度病院経営管理指標²のデータを掲載する。2011年度比較ではあるが、自己資本比率、流動比率、固定長期適合率、長期借入金比率はともに、大阪府下の社会医療法人の平均値の方が良好であることがわかる。

以上より、大阪府下の社会医療法人の財務諸表でみる限り、社会医療法人の財務状況は安全性についても確保されていると考えられる。

図表 11. 大阪府下社会医療法人の財務データ（安全性）

（単位：％）

年 度	大阪府下(25法人)			病院経営管理指標
	2010年度	2011年度	2012年度	医療法人2011年度
自己資本比率	41.3	42.8	44.5	28.1
流動比率	312.3	345.5	361.7	285.9
固定長期適合率	76.6	76.9	77.4	100.7
長期借入金比率	37.3	37.5	37.3	38.3

4-2-3. 分析結果と今後の期待

社会医療法人の現状を機能と財務の視点で分析した結果、機能面では救急を中心として公益性の高い事業を実施しており、財務に関しては大阪府下の社会医療法人を中心にした分析ではあるが、収益性・安全性ともに安定的で良好であった。社会医療法人は事業の公益性と経営の効率性の両面で、まずは順調に滑り出していると考えられる。

もともと、地域における「政策医療」は公立病院が主に担ってきたが、「公立病院ガイドライン」に基づき大幅な経営改善を求められ、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡等への経営形態の見直しの動きが進んでいる。

² 平成24年度厚生労働省医政局委託 医療施設経営安定化推進事業『平成23年度 病院経営管理指標』委託先 株式会社明治安田生活福祉研究所（平成25年3月）：医療法人が運営する一般病院190病院（平均病床数164.1床）のデータより

この公立病院改革の動きを「公」から「民」への経営形態の変化と考えるならば、民間の医療機関に救急等の政策医療の担い手として、公的な役割を付与する社会医療法人の設立は、「民」から「公」へという医療法人制度改革である。

このような動きの中で、社会医療法人の間でも事業規模や機能・収益性で大きな格差があり、公的病院の受け皿になりうる法人も現状では限定されるが、一方で社会福祉法人を併営している法人もすでに50法人を超えている。社会医療法人は、地域包括ケアシステムの構築においても、今後大きな役割を担うことが期待されると考えられる。

5. 企業立病院のケース・スタディ（代表的な4施設の戦略）

3節・4節で述べたように、医療を取り巻く環境が劇的に変化していく中で、企業立病院は今後どのように経営の舵取りを行うべきであろうか。明確な経営戦略のもと、生き残りをかけて経営改善を図っている4病院（法人）を代表的な事例として取り上げ、今後の企業立病院のあるべき姿を検証したい。今回ケース・スタディとして現地を訪問し、病院経営幹部に各法人・病院における経営課題や方針についてヒアリングを行ったので紹介する。

5-1. 株式会社H H総合病院

～企業城下町における唯一の基幹病院、収支均衡で企業立病院として引続き地域貢献～

H総合病院は、株式会社Hの企業立病院として「工場衛生と民衆治療のため」という理念のもと1938年に開院し、従業員の福利厚生・健康管理のみならず、I県北部地区の中核病院として、広く地域医療の充実発展に貢献してきた。さらには医療機器の開発設計等、企業の関連事業への協力も行っている。同社はかつて多くの医療施設を有していたが、I県北部の急性期医療を担当するH総合病院（543床）、慢性期医療を担当するT総合病院（149床）、地域完結型のHN総合病院（302床）、そして主に社員の産業保健活動を中心とする診療・健診センターの2カ所の合計5施設に絞り込んだ。

5-1-1. 病院の現状と課題

H総合病院はDPC病院Ⅲ群の中にあつて、機能評価係数Ⅱの係数が全国でも上位（2014年度はトップ10以内）で高い医療機能を発揮するとともに、多くの診療科において二次医療圏で非常に高いシェアを維持する、急性期を中心とする地域の基幹病院である。同院は2008年頃までは経常利益を確保していたが、一部診療科の縮小や2011年の東日本

大震災による病棟の一部閉鎖等で収支が悪化、現在は損失を計上する状況である。二次医療圏（県北部人口 26 万人）の特徴としては医療需要のピークが 2020 年で、全国平均より 5 年早く、かつ人口の減少率も大きく、今後この点が病院経営にとって課題となる。

5-1-2. 今後の経営戦略

企業立といえども今後病院事業が存続していくには、少なくとも 3 カ所の病院トータルとして収支均衡が求められる。そのためには基幹病院である H 総合病院の収支改善は必須である。2016 年には病院本館の建替え工事が完了する予定である。そこで、本館建替え後の収支改善を目指した同院の経営戦略について聞いてみた。

H 総合病院としては、近隣の人口が大きく減少する中で、環境の変化に合わせ二次医療圏全体から患者を広く取り込む戦略を考えている。具体的には、高度急性期と専門外来に経営資源を集中する。そして、その第一弾として 2012 年 10 月に救命救急センターを開設した。I 県の北部には救命救急センターがなく、救急を強化することで北部からも広く集患する方針である。さらには、急激な高齢化に備え、腎不全や糖尿病疾患にも対応すべく、新しい本館に慢性疾患を対象とした、腎臓病・生活習慣病センターも開設する予定であるという。

今後は、慢性期・回復期が中心の T 総合病院の機能や健康保険組合が所有する老人保健施設の機能を有機的に統合し、さらには一歩進んで、H 企業グループ内の介護事業・介護タクシー事業等の各種サービスとも連携し、グループとして、医療・介護・福祉機能の連携を考えているようである。企業城下町という地域の特性を活かし、地域包括ケアシステムの中においても、H 総合病院がその核となり、企業グループとしての総合力を発揮しながら、今後も引き続き地域の中で重要な役割を担うのであろう。

5-2. F 健康保険組合 O 記念病院

～新築移転を機に急性期病院としての機能を強化し、収支黒字化実現。地域に根差した病院運営で健保立病院として存続を図る～

O 記念病院は、戦争の災禍にあった地域住民のため、医療奉仕を旗印に 1946 年 1 月、F 産業健康保険組合 O 病院として開設され、当初より地域に開放された病院であった。1961 年に現在の F 健康保険組合立の病院となり、2012 年 6 月、母体企業ならびに地元自治体からの支援も受け 2012 年 6 月に新築移転を行った。

5-2-1. 病院概要

同院は 2012 年に名称も総合〇病院から〇記念病院（病床数 400 床）に変更、移転を機に、第三次救急病院として救命救急センターや心臓血管センター、地域周産期母子医療センターを設置、地域災害拠点病院や地域医療支援病院の指定も受けている。近隣には自治体病院がなく、公立病院の代替としての機能を果たす地域の基幹病院である。併設施設として、看護学校、老人保健施設（入所 52 名、通所 33 名）と訪問看護ステーションを有している。

5-2-2. 病院移転のスキームと生き残り戦略

旧病院は築 40 年以上を経過し、老朽化と狭隘化により全面的な建替えが必要であった。移転計画には当初より地元自治体も参画した。健康保険組合は財政が厳しく多額のイニシャルコストを捻出することは困難であったが、病院建設に向けた計画的な積立金に加え、健保組合債の発行と県および近隣市町村からの補助金により、近隣への新築移転が実現可能となった。

移転後は救急を強化したことにより、救急車による搬送受入れは、応需率が 96%、県下で 1 位 2 位を争う受入れ件数となった。あわせて、紹介率（2011 年 65.3%から 2013 年 77.2%へ）、逆紹介率（同 54.2%から同 66.3%へ）ともに上昇、病床稼働率も 2014 年度は 90%を目指し運営している。一方収支面でも、2013 年度は旧病院の除却損を除けば減価償却前利益率が 10%を超えるという。組合債の返済も予定より早期に実現すべく、医療の質とともに経営の質の向上にも取り組んでいる。

2025 年を目指した経営戦略としては、あくまでも二次医療圏域における高度急性期医療を担う病院として生き残りを図ろうとしている。機能評価係数Ⅱは DPC 病院Ⅲ群の中で全国でも上位にあり、今後Ⅱ群を目指すことも視野に入れているのかもしれない。課題としては、移転に際し、がん診療は県立がんセンターと棲み分けを明確にすることを前提としたため、放射線治療装置を有しておらず、今後急増するがん患者への対応をどうするかという点であろう。健保立病院の場合、将来の地域包括ケアシステムを見据えた新たな事業展開を考える上で、その自由度は事実上少ない。よって、高度急性期医療を支えるための、地域における病・病連携、病・診連携をさらに強固に構築していく必要があると考えられる。

5-3. 社会医療法人SH病院

～企業立病院から医療法人として分離独立、その後社会医療法人化したケース ①～

SH病院は1940年、当時母体企業の社員が工場で負傷をした際の診療所として開設され、その後地域にも広く開放した病院として運営されてきた。1998年には企業より分離独立して医療法人となり、同時に様々な経営改善を行うことで損失計上の財務体質から脱却する一方、プライマリ・ケアから高度急性期までの急性期医療を担う地域の基幹病院としての役割を果たしてきた。その後2011年に社会医療法人化を行うとともに、救命救急センターを開設し、現在は25診療科392床の総合病院で、県指定のがん診療連携拠点病院でもある。

5-3-1. 社会医療法人化の背景

SH病院のあるH市には、急性期を中心とする基幹病院5病院が割拠する状況にあり、A病院は災害拠点病院、BセンターとC病院は高度急性期病院として、D病院は終末期医療に自院の特長を見出していくなか、SH病院は何で差別化するかを模索していた。従来から救急の受入れには積極的に応じていたが、地元で「救急受入れ不能事件」が起こり、H市からも相談を受けることになった。そこで、救急をさらに強化することで自院のポジショニングを明確にし、地域のニーズに的確に答えていくことを方針として掲げることにした。その後県下の民間病院としては初めての救命救急センターを稼働させるとともに、法人形態も社会医療法人化に踏み切った。同じ企業を設立母体とする医療法人が3カ所あったが、残る2社も同時期に社会医療法人化を進めていたため、土地・建物等に関する会社の持分放棄についても、企業の理解により3施設とも同時に合意が取れた。

5-3-2. 社会医療法人化のメリットと今後の方針

2013年度は救急の医師の増と、一方で看護師不足によるベッド稼働制限、本館改装・救命救急センター新築による減価償却費の負担増により、一時的に経常損失が発生したが、2014年度は採算ラインの稼働率84%を目指し、経営改善に取り組み中である。

社会医療法人のメリットは、法人税や固定資産税等の非課税による経営の安定化であることはもちろんであるが、これを契機として病院の経営トップが自ら病院の方向性をスタッフへ説明する等、医療スタッフのモチベーションアップにつなげるための様々な施策の実施に結び付けようとしている。社会医療法人化することで、財政基盤の安定化と事業展開の自由度は高まっており、引き続き地域密着型の公益性の高い事業を効率的

に運営しながら、安定した病院経営を目指している。

5-4. 社会医療法人 B（N記念病院）

～企業立病院から医療法人として分離独立、その後社会医療法人化したケース ②～

社会医療法人Bは、M市を拠点としつつN市とS市においても医療・介護事業を展開している。社会医療法人の認定は2010年3月である。母体であるN記念病院は、1911年私立R病院としてN製綱所に開設され、1913年にN病院に改称し、さらに、1980年には企業から分離独立し、医療法人N記念病院となった。そして2001年には医療法人Kと名称変更し、2003年には社会福祉法人SからT病院（S市）の事業を承継した。その後2007年12月医療法人Bに名称変更、現在は救急・へき地・小児・周産期の4事業で認定を受ける社会医療法人として、「医療人として組織として社会に貢献する」ことを使命とし、地域に根ざした法人運営を行っている。

5-4-1. 法人の概要

N記念病院のある二次医療圏は、3市3町からなる人口19万人の地域で、今後人口が急速に減少し、高齢化が進むと予測されている。この地域の中心であるM市には、N記念病院（479床）のほかに、SM病院（347床）と市立M総合病院（549床）があり、急性期、療養ともにベッドが過剰気味である。

法人Bは現在、N記念病院（479床、災害拠点病院・地域周産期母子医療センター・地域がん診療連携拠点病院・臨床研修病院）、T病院（260床、地域周産期母子医療センター、臨床研修病院）、NB記念病院（120床、ただし休床中）、HMサテライトクリニック（透析40台）、老人保健施設B（入所100床、デイケア50名）、N記念看護学校のほか、訪問看護ステーション等の関連施設を運営している。

5-4-2. 社会医療法人化の背景

法人Bは、1911年の病院設立以来、100年にわたって地域の健康を守り地域に貢献することを使命として運営されてきたが、さらなる地域医療の充実と公益性の公認、税制上の優遇措置による経営の安定等を目指し、社会医療法人化を検討することになった。かつてより小児を含む救急医療や、災害医療、周産期医療を行い、社会医療法人化に向けての事業内容の要件には問題はなかった。ただ、母体企業の出資持分の放棄ならびに課税の問題が当時の大きな課題として残ったが、社会的意義に同意した出資者の英断により、株式会社出資の医療法人として全国初の社会医療法人が誕生した。

社会医療法人化による法人税等の非課税効果はもちろんあるが、これまでの様々な経営改善への取り組みにより、減価償却前利益率はN記念病院とT病院をあわせて7～10%前後確保されている。T病院はすでに2014年度中に全面建替えを完了予定であり、N記念病院本体も計画的な営繕投資を実施し、当面は大きな投資もあまりなく、安定した経営が見込まれる。社会医療法人化によるメリットとしては、税法上の優遇による経営の安定化はもちろんのこと、法人の社会的信用度の向上と職員の士気高揚にもつながっていると考えられる。

5-4-3. 課題と今後の経営戦略

同法人はあくまでもM市を中心とする地域に軸足を置き、救命救急から療養・介護・在宅まで地域の医療・介護をしっかりとカバーしながら経営を進めていく方針である。課題としては医師の安定確保と、同市内にあるSM病院と市立M総合病院との機能の棲み分けであろう。医療資源の重複投資や人材の偏在は避けなければならない。この地域は、人口減少と高齢化が全国平均よりも急激に進み、医療需要のピーク・介護需要のピークともに全国平均よりも5年以上早くなると予測される。この地域にどのような医療・介護体制を構築していくか、3病院を中心に定期的に協議されることも必要ではなかろうか。N記念病院は日本医療機能評価機構第1号の認定、早期の社会医療法人化、DPC制度にも民間病院として初期から参加するなど、この地域で数々の先駆的な取り組みを行ってきた実績がある。今後はこの地域における医療・介護・福祉に関する資源の最適な配分・機能連携についても、リーダーシップが期待される。

5-5. ケース・スタディのまとめ

H総合病院は地域における中核病院として、高度急性期と専門外来を柱に新たな投資を行う一方、企業内の病院事業をI県に集約している。今後は残る3病院の機能の有機的連携を強化し、病院事業全体として収支均衡を目指す。企業城下町において公的病院の役割を果たしながら、企業立病院として生き残っていく戦略である。

また、O記念病院は建替えを機に救急を強化し、救急・災害・周産期母子といった政策医療を実施することで、地元自治体を巻き込みながら地域密着型の急性期医療を目指す戦略である。O記念病院は健康保険組合立の病院でもともと非課税であり、かつ持ち分放棄の問題もあるため、社会医療法人化するメリットはないと考えられる。医療の質を高めながら収支の均衡を維持することで、健康保険組合立病院として、今後も地域医療の重要な担い手となるであろう。

一方、社会医療法人のSHとBのケースは、企業立からすでに医療法人として分離独立していた。政策医療もすでに実施していたため、社会医療法人認定への大きな課題は、企業本体の出資金放棄の問題であった。企業立病院から医療法人化している場合は、この課題がクリアできれば税制面や事業展開のしやすさから、比較的社会医療法人に経営形態を転換しやすいと思われる。両法人のケースは、社会医療法人化による経営の安定化実現はもとより、従業員のモチベーションを高めつつ医療の機能・質を向上させ、さらなる公益性を追求しているケースとして、企業立病院が今後社会医療法人化する上でのモデルになると考えられる。

6. 考察

企業立病院といえども病院の規模・事業内容・立地条件・地域のニーズ、そして母体企業の経営状況により格差があり、一律に論ずることはできないが、企業の社会貢献・地域貢献のみをベースとした経営では、今後病院を維持することは困難であろう。

もちろん、企業城下町の地方都市に立地し、二次医療圏でも高いシェアを占める病院の場合は、経営の質を高め収支均衡を維持することで、引き続き現行の経営形態をベースに、地域医療の中核病院として存続していくことも可能と思われる。

しかし一方で、都心部における病院や地方都市における比較的小規模の病院の場合はどうであろうか。都心部においては病院間の厳しい競争の中、自らの立ち位置を明確にし、差別化を図らなければ生き残ることは難しくなる。事業継続のための利益確保はもちろんのこと、高い公益性を担保しつつ環境の変化に柔軟に対応し、かつ機動性の高い経営を行うには、どのような経営形態が最適なのかを検討することが必要になるだろう。

他方、地方都市における小規模病院の場合はどうか。病院は小規模といえども社会・生活インフラであり、病院事業の撤退には慎重な判断を要することは言うまでもない。しかし企業立病院という枠組みの中で収支改善することが困難であれば、社会医療法人等への事業譲渡により、地域の中で新たな役割を担うことも今後想定されるだろう。

医療・介護をめぐる経営環境が大きく変化していくなか、企業立病院が地域の中で病院事業を継続するためには、環境の変化を機会ととらえ、地域が求めるニーズに基づき、自院もイノベーションを起こさなければならない。そしてそれを実現するために最適な経営形態はどうあるべきかを併せて考えていくことが求められる。今後の企業立病院のあるべき経営を考える時、社会医療法人化もしくは社会医療法人等との連携・事業譲渡もその解の一つであると考えられる。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授より、懇切丁寧なご指導を賜りました。深く感謝いたします。また本稿作成にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の筒井孝子教授をはじめ、同研究科の多くの教員の方々、そして研究対象として訪問させていただいた法人関係者の皆様にご支援、ご協力をいただきました。心よりお礼申し上げます。最後に、同研究科医療マネジメントコース4期生の皆様と共に学び、多くの刺激と示唆をいただいたことに感謝いたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 衣笠陽子(2013)『医療管理会計』、中央経済社。
- [2] 高橋茂樹(2009)『新しい医療法人の制度と実務』、海馬書房。
- [3] P.F. ドラッカー（訳：上田惇生）(2007)『非営利組織の経営』ドラッカー名言集、ダイヤモンド社。
- [4] 齋藤貴生(2012)『自治体病院の経営改革－原則と実践』、九州大学出版会。
- [5] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』、中央法規。
- [6] 前田由美子(2011)『株式会社等による医療機関経営の現状』、日医総研ワーキングペーパー No.231。
- [7] 公益社団法人 全国自治体病院協議会（2014）『平成 25 年度決算見込額調査報告書』。
- [8] 平成 25 年度厚生労働省医政局委託(2014)『平成 25 年度 医療施設経営安定化推進事業 医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究 報告書』、委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所。
- [9] 平成 24 年度厚生労働省医政局委託(2013)『医療施設経営安定化推進事業 平成 23 年度 病院経営管理指標』、委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所。
- [10] 小林甲一・塚原 薫・横井由美子・吉川啓子・大野弘恵(2011)「地域における「政策医療」の担い手と経営形態の多様化」、『名古屋学院大学論集 社会科学篇』、第 47 巻第 4 号 2011 年 3 月。
- [11] 堺 常雄、高橋淑郎 編著(2013)『病院経営のイノベーション』、建帛社。

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省ホームページ 「開設者別にみた病院数および病床数の年次推移」
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/04_toukei.pdf
(2014年8月10日アクセス)
- [2] 厚生労働省ホームページ 「医療法人数の推移について(2014.3.31)」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokukeiei/houzensuu04.pdf>
(2014年8月10日アクセス)
- [3] 厚生労働省ホームページ 「成26年7月1日付社会医療法人の認定状況について」
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/dl/shakaiiryokuhouzinninti_h260701.pdf (2014年8月10日アクセス)
- [4] 厚生労働省ホームページ「第5回 医療法人の事業展開等に関する検討会 資料」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000049416.html> (2014年8月10日アクセス)
- [5] 厚生労働省ホームページ 「平成26年度診療報酬改定の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf> (2014年8月10日アクセス)