

## 論文

病院経営分析の新展開  
—— 伯鳳会グループの成長事例 ——

奥村陽一\*

## 要旨

高齢化と人口減少の進展に伴って、わが国の医療・介護提供体制は大きな変貌を求められている。団塊世代が全て後期高齢者になる2025年に向けて、青壮年層を対象とする治す医療から高齢者を対象とする支える医療へと、つまり急性期中心の医療体制から回復期や介護施設・在宅を含む医療・介護体制へと大きく変える必要がある。団塊世代の減少で人口減少が著しくなる2040年に向けては、医療介護需要の縮小を見越して、中核都市における広域型医療施設とその周辺拠点に立地する地域密着型医療・介護施設への機能分化と連携を推進しなければならない。このように現代の病院経営は、「すでに起こった未来」(P.F. ドラッカー)を読み込んで手を打つことが求められる。このような医療・介護需要の長期的趨勢を考慮し、地域に密着して健康・医療・福祉の複合体を形成し効率的経営体制を築いてきたのが、本稿が取り上げる医療法人伯鳳会グループである。同グループは経営不振に陥っている医療法人や社会福祉法人の経営権を取得し、その再建を図って著しい成長を遂げている。同グループの経営事例は、地域の医療・介護サービスの提供体制や再編統合を考える上で参照すべき有効な先進事例となるであろう。

## キーワード

すでに起こった未来, 地域包括型医療法人, 医療・介護需要予測

---

\* 立命館大学大学院経営管理研究科 教授

## 目 次

- I. 病院経営分析の新展開
    - 1. 病院経営の現状
    - 2. すでに起こった未来① 2025 年にむけて
    - 3. すでに起こった未来② 2040 年にむけて
  - II. 伯鳳会グループの成長事例
    - 1. 地域包括型医療法人の発想
    - 2. 大阪暁明館病院の M&A
    - 3. 伯鳳会グループの M&A 成長
    - 4. 医療・介護需要を読む
    - 5. ポスト M&A マネジメント
- 結びにかえて

## I. 病院経営分析の新展開

## 1. 病院経営の現状

わが国の医療・介護制度は、国民皆保険、フリーアクセス、自由開業制、出来高払いによって特徴づけられるが、これは人口ボーナス時代にはうまく機能し、平等で質の高い医療サービスが遍く広く提供されてきた。ところが 1990 年代から人口負荷 (onus) 時代へと転じ始め、少子高齢化が顕著になってきた今日、医療サービスの「低負担」と「高保障」の両立に相当な無理が出てきている。国民皆保険を維持しつつ制度を持続可能なものにしていくには、適正なコスト負担（共助すべき医療・介護需要の限定と応能負担）と、効率経営を踏まえた医療提供体制の適正化（高齢化と地域包括化への対応）が待ったなしの課題として追求されている。

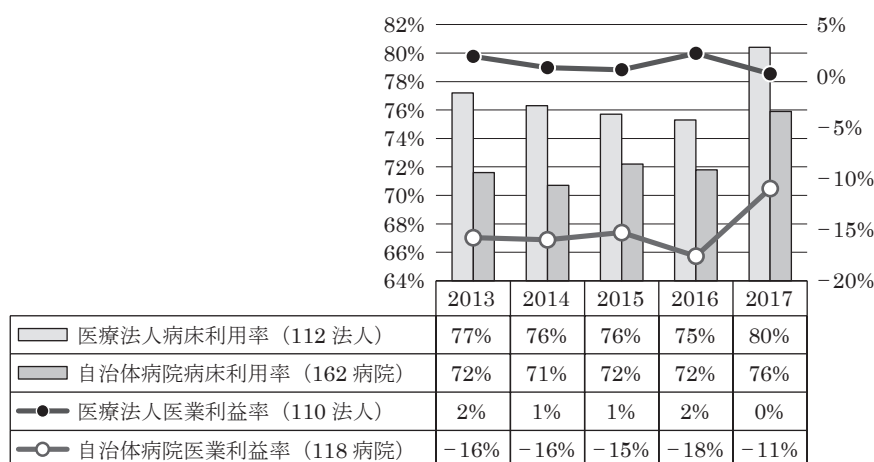
医療需要を財政面で見ると、2018 年度の国民医療費（概算）は過去最高の 42.6 兆円（2008 年度は 34.8 兆円）に達しており、うち後期高齢者分は 16.4 兆円（2008 年度は 11.4 兆円）になっている。2009～2018 年度の医療費の伸び（年率 2.24%）のうち、1.24%（平均）が「高齢化」によるもの、1.37%（平均）が「医療の高度化・患者負担見直し等」によるものである（「人口減少」と「診療報酬改定」がその相殺要因<sup>1)</sup>）。1 人当たり医療費は、75 歳未満（22.2 万円）と後期高齢者（93.9 万円）を平均して 33.7 万円となっている。ちなみに、後期高齢者が高いのは、診療単価ではなく受療率の高さ（医療を受ける人口割合と頻度）に起因している<sup>2)</sup>。かくして「高齢化」が続く限り、国民医療費の持続的増大は避けがたい。他方、介護保険の被保険者である前期高齢者（1,746 万人）と後期高齢者（1,742 万人）の合計は、3,488 万人（2018 年 3 月末）であり、そのうち要介護認定者は 641 万人（約 18%）である。サービス受給者は 553 万人で、その費用額は 10.2 兆円（2017 年度）である。高齢者 1 人当たり介護費は 29.3 万円となる。

このような財政逼迫に対して、すでに 2000 年以降、各方面で医療費抑制策が展開されてきた。主なものは、①患者・利用者負担の引き上げ、②診療報酬の引き下げ、③病床数の削減、

④出来高払制から定額制へ（DPCの導入）、⑤後発薬の普及、薬価の引下げ、⑥医師数増加の抑制等である。なかでも診療報酬は、2002年に初のマイナス改訂が行われていらい、2004年、2006年、2008年、2016年度、2018年度にはマイナス改訂が行われてきた。

こうした逆風が続いているが、病院経営の現状（一般病院のデータ）を見てみると、やはり設置主体による収益格差が浮き彫りになる。図表 I-1 から分かるように、医療法人の病床利用率は自治体病院のそれを常に上回っており、それが医業利益率の格差として表れている。医療法人の医業利益率もかろうじて黒字を維持している状態だが、自治体病院の場合は2桁の赤字で、これを自治体等の繰入金で補填してもなお赤字という病院が殆どである。上記実態調査と同時に行われた調査研究では、経営管理上の重要課題として、「①患者の確保、②経営の数値目標の設定・実行・評価、③資金繰り」が上げられており、また収益向上策として「①病床稼働率の向上、②診療単価の増加、③請求漏れの削減」（厚労省 [2018a] 48-49 頁）が言われている。

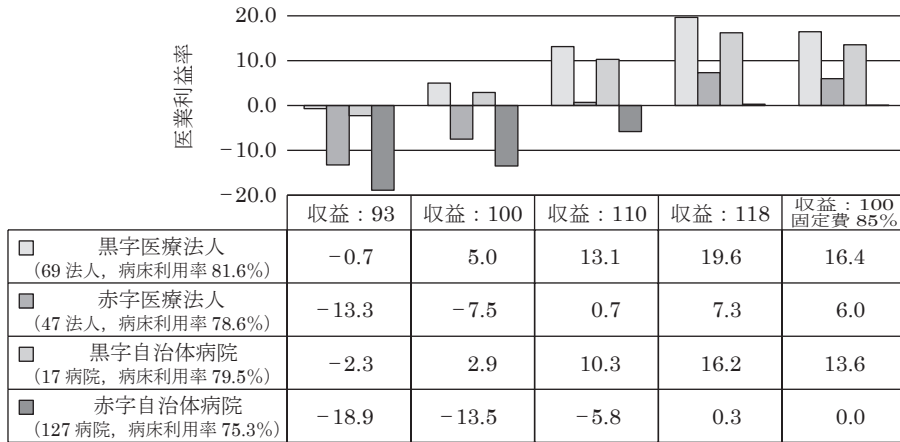
図表 I-1 病床利用率と医療利益率



(出所) 厚生労働省 [2018a] 「平成 29 年 病院経営管理指標」 23 頁, 39-40 頁から作成。

同調査における「黒字医療法人」「赤字医療法人」、「黒字自治体病院」「赤字自治体病院」は、当該年度の経常損益にもとづく分類である<sup>3)</sup>。それぞれの損益構造の違いをもとに、財政シミュレーションをしてみよう。2017年度の医業収益を100とした場合の損益構造は、それぞれ黒字医療法人（変動費18.7、固定費76.3）、赤字医療法人（変動費17.8、固定費89.7）、黒字自治体病院（変動費26.1、固定費71.0）、赤字自治体病院（変動費23.3、固定費90.2）である。ここで変動費は医材料費を指しており、固定費は医師・看護師・職員人件費、委託費、経費、設備費の合計額を意味している。病院事業は固定費ビジネスであり、病院設備を構え医療スタッフを配備すること（相当な固定費支出）により、顧客を迎え医療サービスの提供（機器使用や医薬品

図表 I-2 黒字・赤字の医療法人・自治体病院の財政シミュレーション



(出所) 厚生労働省 [2018a] 217-218 頁のデータから作成。

投与などの変動費支出)が行われる。

図表 I-2 に示されるように、現状の医業収益を 100 としたとき、これが 93 まで落ちた場合は黒字医療法人でも赤字になる。逆に、医業収益が 110 になれば、赤字医療法人が黒字に転換する。さらに 118 になれば、赤字自治体病院も黒字になる。あと 18% の集患努力が実れば赤字自治体病院も黒字化する計算であるが、全国各地で人口減少が進んでいる今日では、それは望むべくもない。とすれば、設備の減築や医療スタッフのスリム化による固定費削減も選択の一つとなる。固定費を現行の 85% に収めるなら、赤字自治体病院も黒字に転換できる。

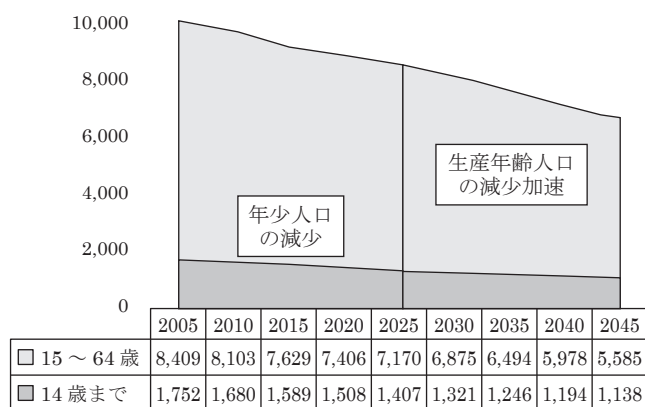
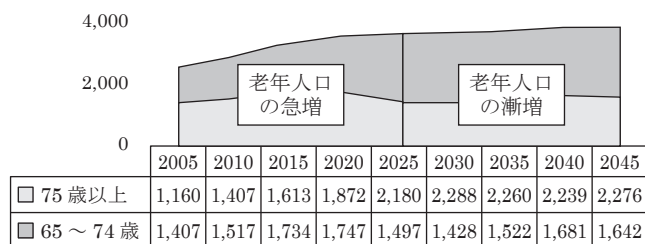
以上は、厚生省委託調査に応じた一部病院の経営管理データの平均値から求められた現状であるが、病院経営の現状が楽観できない水準にあること、各地で医療需要の縮減が進んでおり、競合もあるなか過剰能力を抱えている病院が多いことを物語っている。医療施設調査（厚生労働省 [2018b] 39 頁）によれば、2011～17 年で、年間 32 病院、4,699 病床（有床診療所分は含まず）が減少（純減）しており、その殆どが民間病院である。経営不振に陥った民間病院の場合は、M&A や閉院によって統計から消えてなくなることを留意しておかねばならない。

## 2. すでに起こった未来①—— 2025 年にむけて

P.F. ドラッカーは、未来は予測できないが、「すでに起こった未来」(Ecological Vision) という視点に立てば、今日の時点で確認できる未来事象の因子が見いだせるとしている。なかでも未来に確実につながる今日の事象は、人口構造の変化だとしている。

日本では 2015 年に団塊世代（第 1 次ベビーブーマーで 1947～49 年生まれ、後続 2 年を含む世代人口は 1,024 万人、総人口の 8%）が全て前期高齢者（65 歳以上）になっており、2025 年には全て後期高齢者（75 歳以上）になる。ここまでの急速な高齢化の進行である。その後、この世代

図表 I-3 人口減少と人口構成の変化（単位：万人）



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2019）」より作成。

2025年には2：1になり、さらに2045年には3：2になる見通しである。このような人口減少と人口構成の変化が社会保障制度の持続可能性を危うくしており、社会保障のあり方について抜本的な改革が呼びかけられている。『社会保障制度改革国民会議報告書』（2013年）では、これまでの医療・介護制度の成功が長寿国日本をつくったと評価しながらも、その成果を持続可能なものにするには医療・介護にかかわる制度・政策の抜本的転換が必要であると説いている。肝となるのは、医療の在り方の変革である。青壮年層を対象とした救命・延命、治療、社会復帰を眼目とする「病院完結型」（「治す医療」）から、高齢患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」（「支える医療」）の医療・介護へと転換・重点移行が必要とされている<sup>4)</sup>。

「地域完結型」の提供体制とは、「医療の機能分を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間を出来るだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指す」（社会保障制度改革国民会議【2013】22頁）というものである。

では、医療介護サービス提供体制の改革には、どのような事が必要か。改革を眼目として既

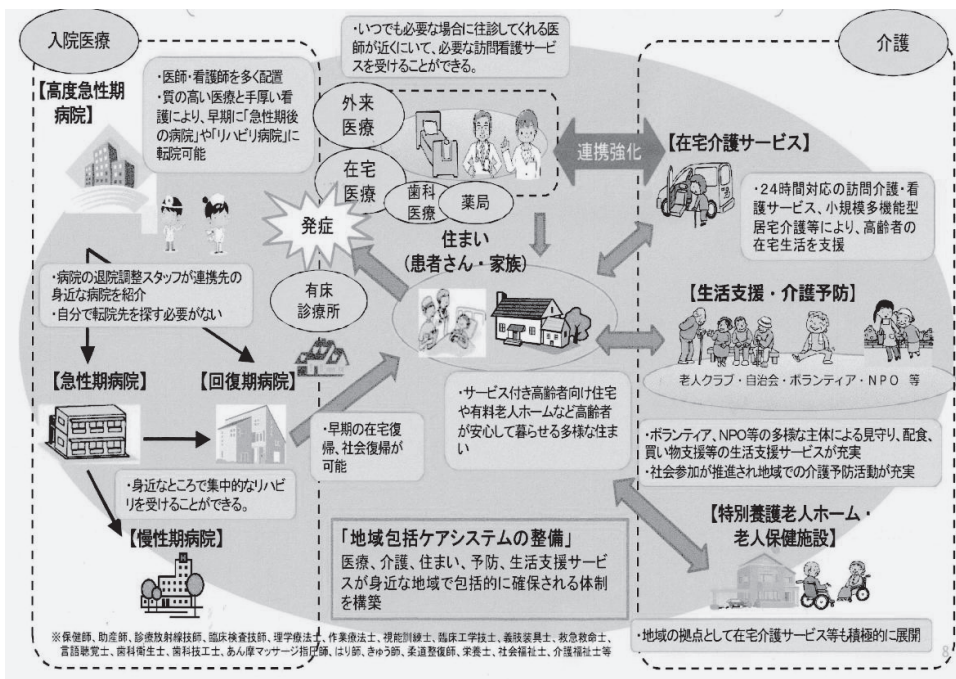
が平均寿命に達するまでの約15年間は老年人口が緩やかに増え続ける。それも2042年をピークとして緩やかな減少に向かうと予想されている。

他方、2005年に8,409万人だった生産年齢人口（15～64才）が、2025年には7,170万人と推計されており、2045年には5,585万人と推計されている。つまり、2005年からの20年間で約1,239万人、2025年からの20年間でさらに1,585万人の生産年齢人口が減少する。それにより、2000年当時は生産年齢人口：老年人口が3：1であったものが、

に導入されているのが、「病床機能報告制度」(各病院が抱える医療機能に関わる情報を都道府県委に報告する制度)である。各都道府県では、これにより把握された地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療需要を踏まえた、「地域医療構想」を策定している。それを見ると、各医療圏の「現状の医療機能別病床数」と、「2025年に必要とされる機能別病床数推計」を比べて、その過不足が計算されている。来るべき高齢化の深化を見通し、急性期病床の過剰と回復期病床の不足が示されているが、その再編成は医療関係者の自主的取り組みに委ねられている。

医療機能の連携と分化といった場合、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に進むべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進むべきものである。」今後、「高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支えつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることが必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。」(前掲報告書 28 頁)。図

図表 I-4 医療介護サービス体制改革後の姿



(出所) 厚生労働省老健局「介護保険制度の改正案について」2014年6月審議資料より。

表 I-4 に示されるような、住民にとって可視的な地域空間における医療・介護サービス提供システムの再構築が、めざすべき理想像である。

このように「医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくのかということが重要となる。……今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。」（前掲報告書 29 頁）。連携を推進し、改革を先導するリーダーの登場が各地で求められる。

### 3. すでに起こった未来②—— 2040 年にむけて

「すでに起こった未来」のもう一つの側面は、少子化の累積的結果である生産年齢人口の減少である。すでに見たように、生産年齢人口は 2025 年を境にして後半 20 年間の減少は、前半 20 年間より約 3 割大きい。よって総人口は、2005 年 12,728 万人、2025 年 12,254 万人、2045 年は 10,642 万人（ちなみに 1970 年の人口が 10,467 万人であった）となり、2025 年までは老年人口の急増で目立たなかった総人口の減少が、2025 年以降は目立って進行する。

ただし、このような変化には地域差がある。2025 年までの老年人口の増加の約 6 割は、東京・大阪・神奈川・埼玉・愛知・千葉・北海道・兵庫・福岡などの大都市部で生じる。それ以外の地方では老年人口の増加を上回る生産年齢人口の減少が生じており、すでに総人口の減少局面に入っているところが多数である。図表 I-5 に示されるように、地方の中小規模の自治体では 2040 年にかけて人口減少が加速する。2040 年にかけて 30% 以上の人口減少が見込まれる自治体が約半数の 48%（804 自治体）。2040 年には 38%（633 自治体）が人口 1 万人未満になる。こうした見通しを、図表 I-6 の国土交通省資料（医療・介護サービス施設が立地できる人

図表 I-5 全国市区町村の 2040 年の人口規模と 2015 年比人口増減

2015 年時点の規模	2015 年		2040 年	増加	減少			
					0～10%	10～30%	30～50%	51%～
100 万人以上	11	▶	10	3	6	2		
50 万～100 万人	24	▶	22	6	8	10		
20 万～50 万人	91	▶	86	17	36	37	1	
10 万～20 万人	152	▶	116	19	34	90	9	
3 万～10 万人	496	▶	400	41	63	248	144	
1 万～3 万人	428	▶	415	21	21	127	240	19
1 万人未満	480	◁	633	5	12	72	270	121
合計	1,682		1,682	112	180	586	664	140

（注）福島県内市町村を除いた合計 1,682 市区町村（区は東京都のみ）の分類である。

（出所）国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）』より。

図表 I-6 医療・福祉サービス施設が立地できる人口規模（三大都市圏除く）

市区町村規模	医療・介護施設（2012年）	存在確率 80%	地方の施設総数	全国の施設総数
20万～50万人	先進医療を実施する病院 （百貨店）	37.5万人	241	517
	救命救急センター	27.5万人	100	234
	地域医療支援病院	27.5万人	142	200
		22.5万人	274	432
10万～20万人	有料老人ホーム	12.5万人	1,293	2,678
3万～10万人	（ショッピングセンター）	9.25万人	491	1,073
	介護療養医療施設	6.25万人	1,227	1,644
	救急告示病院	3.75万人	2,214	3,821
1万～3万人	訪問介護事業	27,500人	6,406	14,203
	一般病院	27,500人	4,554	7,493
	介護老人保健施設	22,500人	2,368	3,710
1万人未満	通所・短期入所介護事業	9,500人	8,044	12,983
	介護老人福祉施設	4,500人	3,689	6,092
	歯科診療所	2,500人	30,966	69,189
	一般診療所	500人	48,083	98,960
	（飲食料品小売業）	500人	216,158	377,446

（注）存在確率 80% で、市区町村規模を分類している。「施設総数」は、三大都市圏を含む全国の施設総数も上げている。  
（出所）国土交通省国土政策局作成資料「サービス施設の立地する確率が 50% 及び 80% となる自治体の人口規模」より抜粋。

口規模）と照らし合わせてみた時、その規模に応じた医療・介護資源の配置について想像が及ぶであろう。

たとえば、「最低 30 万人の人口のない地域に百貨店が立地しえないように、救命救急センターも経営的に成り立ちえない」ということである。では、過疎地域でそのような医療需要が生じた場合にどうすればよいのか。各地域で広域医療圏と近隣医療圏とでそれぞれの問題に応じた解決ができるように、医療施設の立地と連携を図っておくことが重要である。広域型医療施設を配備すべき中核都市（例えば人口規模 20 万人以上）を見定め、これと連携した地元の地域密着型医療施設および介護施設、さらに近隣の診療所とかかりつけ医など、通所・在宅での医療・介護を支援する仕組みも含めて、どの地域でも患者・利用者に優しい医療・介護が提供できる連携・ネットワークを、人口急減社会の中で再設計しなければならない。

こうした方向性を踏まえ地域医療構想を各地で推進すべく、厚生労働省・地域医療構想に関するワーキンググループでは、この度全国 424 の公立・公的病院を取り上げ、2025 年に向けた自院の在り方を再検証すること、具体的には再編統合（ダウンサイジングや機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む）について具体的対応方針を決め、早々に都道府県で行う地域医療構想調整会議での協議を諮り、合意を得ておくことを求めている。

そもそも公立病院については、「新公立病院改革ガイドライン」（総務省 [2015]）において、「①地域医療構想を踏まえた役割の明確化（病床機能、地域包括ケア構築を明確化）、②経営の効率



化（経常収支比率等の数値目標の明確化）、③再編・ネットワーク化（経営主体の統合、病院機能の再編を推進）、④経営形態の見直し（地方独立行政法人化等を推進）」という4つの視点に立った改革プランの策定が要請されていた。

公立病院には年間8千億円（独法も含む）の税金が投入されているものの、民間病院に比べて赤字病院が多い。それは不採算医療を担っているからだというのが、今日では立地する地域の医療需要とのミスマッチ（医療ニーズに不相应な提供体制の存在）に原因がある場合が少なくない。今回ピックアップされた424病院については、公立・公的医療機関が担うべき医療機能として上げられる、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能をどこまで担えているのかが問われている。その「診療実績が特に少ないか」、または「診療実績が類似している医療機関が構想区域内に2つ以上あり、かつお互いの所在地が近接している」という線引きによって選ばれている。競合する類似近接病院が民間医療機関である場合、「公立・公的医療機関等が身を引くべきだ」（日本医師会定例記者会見2019年10月2日）という意見は、民間には納税義務があること、公立・公的病院には繰入金や運営費等の公的資金が入っていることからすれば、競争の公平を主張するものである。公的資金の投入は何より当該自治体住民の医療費負担を増大させているという点で、また医療資源を有効に活用できていないという点で、資源の無駄遣いが生じているということを忘れてはならない。

2017年度のデータによれば、全病院8,412（一般診療所・歯科診療所は別）の約2割が公立・公的病院で、全病床155万床の約3割が公立・公的病院に属している。他方、医療法人・個人・その他が全病院の約8割を占めており、それらが全病床の約7割の病床を運営している。424病院は公立・公的病院（1,456病院）のうちの約30%である。全病院数からすれば僅か5～6%にすぎないが、これが動き出すことで全国各地の病院再編が進むことが期待されている。日本病院会の相澤孝夫会長は、「患者の需要に合った供給体制に再編することで、病院は人口3万～5万に1つあれば十分になる。つまり現在約8,000ある病院は、多くても4,000もあれば済む」（編集部〔2019.2.9〕『週刊東洋経済』39頁）という試算を示されている。

日常生活圏域には、急性期の治療を受けた高齢患者を、続いてリハビリを受けることができる病床・病院へとスムーズに導くことのできる、あるいは在宅復帰支援のできる、「地域密着型病院」（地域包括ケア支援病院）の構築、さらに中核拠点には急性期に対応する広域型病院（基幹型病院）を配置する、といった機能別の医療機関間ネットワークを構築し、医療・介護サービス提供の役割分担と情報共有体制を確立すること、これを「機能分化と連携」をつうじて全国各地に推進しなくてはならない。公立・公的・医療法人の区別なく地域の病院群で協調・連

携して、地域医療構想を推進する経営リーダーシップが求められているのである。

このような病院経営新時代の渦中であって、すでに 2000 年頃から自院のポジショニングを検討し、その長期的な持続可能性を見据えて、病院経営の可能性を追求してきた民間医療法人がある。前稿(奥村 [2011])でも取り上げた、医療法人伯鳳会(古城資久理事長)である。現在、同法人は東京都墨田区・尼崎市にも病院等を持ち、他 6 法人と理事長兼任でつながり、今や 8 市区(神河町除く)で 10 病院、7 老健、6 特養、4 訪問看護センター、11 通所サービスを営んでいる。これらすべてを含めて「伯鳳会グループ」と称しているが、その医業総収入は 415 億円(2018 年度)と、前稿の当時(2009 年度)の 4 倍を越す勢いである。それは主に M&A による成長であるが、M&A の対極には経営不振に陥る病院が多数ある。伯鳳会グループはそうした病院の経営権を取得し、各地の医療・介護サービスの維持向上を図るため、経営再建ならびに老朽化施設の建替えを推進している。この地方発の民間医療法人が何を考え、どのようなビジョンに基づいて、どのようにして成長を遂げたのかを明らかにし、今日の病院経営分析にとって必要な視点を見極めることにしたい。

## II. 伯鳳会グループの成長事例

### 1. 地域包括型医療法人の発想

医療法人伯鳳会理事長で同グループの代表でもある古城資久氏は、41 歳(2000 年)で同法人(赤穂中央病院)の経営を引き継ぐこととなった。それは同時に過剰な設備投資により借金返済の自転車操業に追いこまれた経営を引き継ぐ事でもあった。前理事長の時代には、「銀行は月商の 20 倍まで黙って貸す。借金はインフレで半額になる」という信条が通用していたが、不良債権が問題視される時代に入り最早そのような考えは通用しなくなった。返済猶予や借換えなどの資金繰り、経営計画の提示、賞与資金の調達などの対外的な対応とともに、全職員への財務公開、経費削減、取引業者との契約変更、経営指針書の作成、職能資格等級制度、人事考課制度の導入などの対内的な経営改善を並行して実施することが求められた。懸命な経営努力によって黒字転換が実現できると、ようやく金融機関の対応が変わり始めたのである。

2003 年、日本経済新聞社の調べによる「病院の経営充実度ランキング」で、同病院が全国第 2 位に選ばれた。ところが、あるセミナーで、「今はうまくいっているようですが、この小さな町(赤穂市 5 万人)で 360 床の市立病院に伍して急性期医療(298 床の赤穂中央病院のこと)が継続できるのですか」という疑問が投げかけられたのである。そういえば、長期にわたる事業の維持、雇用の維持、経営理念の実現について考えが不十分であった。そのためにはどうすればよいか、ここから自問自答が始まった。当時日本の医療・介護費用は、1 人当たり約 30

万円。伯鳳会の収入は63億円だったので、約2万人分（赤穂市人口の40%）の医療・介護収入を確保している計算になる。そこで、将来にわたって当院が存続できる条件は、医療・介護の全分野で常に40%のシェアを確保し続けることである。このような見通しに立てば、当時40%に未達であった各種の介護事業分野の開拓が必達の課題である、という考えに至った。

「創業以来、1年365日24時間あらゆる疾患を受け入れ、……決して断らなかったのは我々の誇りである」（古城〔2002〕4頁）。外科や循環器に強い急性期医療、兵庫県でいち早く取り組んだ回復期リハ医療を特徴とする地域密着の総合病院が、赤穂中央病院である。伯鳳会グループとしては、「総合病院、診療所、鍼治療院、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、デイサービスセンターの各種施設（筆者注：2005年に別途設置した社会福祉法人玄武会で特別養護老人ホームも始めた）をフルセットで持ち、あらゆる疾患の患者様、あらゆる社会的ステージの患者様を受け入れることができ、しかも医療の継続性を保つことができる」（古城〔2002〕4頁）ことが強みである。このような事業形態を「地域包括型医療」と名付け、これを強化していくことで長期的展望が開けると考えたのである。

地域包括型医療は、医療界で目指すべきとされてきた「地域完結型医療」に対比して唱えたコンセプトである。後者は、医療機関ごとに診療機能を整理して互いに連携を行い、当該地域で多種多様な疾患・医療ニーズに応えようとする連携の発想である。このような機能分化により医療資源の集中ができ、資源の効率利用と医療の質の向上が期待できるとされてきた。全国の二次医療圏の中でも、人口密度ならびに医療機関密度が高く、機能分化が進んでもアクセシビリティに大きな問題を生じない都市型医療圏（約300の医療圏のうち100程度、居住人口は日本の全人口の約半数）では、このような在り方が可能だと考えられる。しかし、残りの半数が居住する200程度の過疎が進む地方の医療圏では、むしろ伯鳳会グループのような地域包括型医療の方がうまくいくというのが、経験をつうじて得られた確信であった。急性期・回復期・慢性期・介護期といった病期病態別の機能分化が想定されるが、地方の医療圏では医療機関密度が低いいため、いずれかの医療機能を一部放棄するとすれば、これを代位補完する医療機関へのアクセシビリティは極めて低くなる。高齢者が増えれば増えるほど、疾病の治療・管理にはアクセシビリティが重要になるにもかかわらず、である。

伯鳳会グループが赤穂市で展開してきた地域包括型医療は、同一法人内での情報共有（電子カルテと情報ネットワーク、病棟看護師長・病院看護部長・各介護施設責任者間の状況把握）の仕組みをつうじて、患者の病棟間移動や介護施設との施設間移動がスムーズにできており、これが高率の病床稼働率や施設稼働率につながり、高収益の要因になってきた。地域包括型医療は、「アフターケアのない“売りっ放し”の商法」ではなく、「患者・利用者にとってもサービスの途絶の不安が無く、医療提供者にとっても倫理観を充たす行動がとれ、ストレスの少ない事業形態」（古城〔2009〕33頁）なのである。

図表Ⅱ-1 伯鳳会グループの概要 (2019年3月現在)

参加	法人名・社員数	所在地	病床数	主な病院及び介護施設	収入・円
1962	医・伯鳳会 (関西) 社・玄武会 有・CMS 1,111名	兵庫県 赤穂市 明石市 姫路市 赤穂市	医療 298 床 医療 103 床 医療 39 床 介護 298 床	赤穂中央病院・はくほう会病院 明石リハビリテーション 病院産科婦人科小国病院 伯鳳会プラザ, 老健かみかわ他	140.9 億
2010	社・大阪暁明館 741名	大阪市 此花区	医療 482 床 介護 70 床	大阪暁明館病院 すこやかセンター西部館ほか	90.0 億
2012	医・伯鳳会 (東京) 463名	東京都 墨田区	医療 200 床 介護 119 床	東京曳舟病院 ベレール向島ほか	57.0 億
2015	医・伯鳳会 (尼崎) 420名	兵庫県 尼崎市	医療 254 床 介護 100 床	はくほう会セントラル病院 老健はくほう	46.1 億
2015	社・あそか会 729名	東京都 江東区	医療 254 床 介護 402 床	あそか病院 あそか園ほか	67.7 億
2016	医・五葉会 132名	兵庫県 姫路市	医療 51 床 介護 77 床	城南多胡病院 老健ハピネス五葉ほか	11.7 億
2019	医・積仁会 —	埼玉県 日高市	医療 142 床 介護 100 床	旭ヶ丘病院 老健あさひヶ丘ほか	(17年度) 20.3 億
合計	全 7 法人 3,596名	8 市区	医療 1823 床 介護 1166 床	10 病院, 7 老健, 6 特養, 4 訪問看護, 11 通所サービス	2018 年度 413.4 億

(注) 「医」=医療法人, 「社」=社会福祉法人, 「有」=有限会社の略。

医療法人積仁会の「収入」(医業総収入)は, 2017年度実績。(出所)古城 [2019] 74頁より作成。

ちなみに, 経営主体を超えた連携を図るには, まず互いの情報の共有が出発点になるが, 個人情報保護, 利害関係, ベンダーの違い, コストといった点でカルテ・システムの統合は簡単ではないし, 病院側の患者のえり好み(効率よく治療効果を上げたい)や, 患者側の転院・転所に対する志向(アクセスの良さや馴染み)があり, これがベスト・マッチングに結びつかないことが少なくない。そういう状況下では, 同一法人グループ内で連携を図り地域包括型の医療・介護を構築すれば, 競争上格段の強みを発揮できる。田舎で, かつ他地域と立地上隔たりがある地域では, なおさらである。現在の伯鳳会グループ(2018年度末)は, 図表Ⅱ-1に示されるように, この地域包括システムを阪神間と南関東の8市区で展開中である。

## 2. 大阪暁明館病院のM&A

このM&A(2010年)は伯鳳会グループが他府県に進出した初の案件であり, 従前の伯鳳会グループに勝るとも劣らない規模をもち, かつその後の戦略展開において大きな教訓となった意義深いものであった。それを詳述する前に先ず, 伯鳳会グループがM&Aに力を入れ始めたきっかけに触れておく必要がある。2004年, ある経営審査機構の格付けを受けたところ, 結果は予想に反して「BBB+」と低いものであった。その理由は, 「利益率等の割り算指標がいくら良くても, 現状の事業規模では, これ以上の良い格付けを出せない」というものだった。

たしかに長期的な経営の安定を考えた場合、経営規模が大きな事業体は一部の事業が不調に陥っても、容易に経営困難には陥らない強みがあるだろう。これに強い危機感を抱いた古城理事長は、地域医療構想による病床規制がある以上、事業拡大はM&Aによる他ないとの結論に至った。早速、近隣市町村の病院・介護老人保健施設のM&Aを手掛けて伯鳳会の規模拡大を図ると同時に、M&A後の再生マネジメントについて経験的な学びを行った。大阪暁明館は、これまでの経験を生かすことのできる本格的な大型案件であった。

この案件を取り組む動機となった要因には、次のようなものがあった。①意外にも赤穂から遠くなく（車で2時間弱）、マネジメントが可能である。②立地する此花区は半島の地形であり、その喉元に立地しているため集患が容易（競合病院に行くには不便）。③病院・老健・デイ・訪問系を有しており地域包括システムをある程度構築していること（赤穂と同じ事業形態が可能）。④元来工場労働者の街で富裕層対象の病院ではない（伯鳳会の理念「平等医療」にマッチ）。⑤高齢化率も低く今後の人口増も見込める大都市への進出機会であったこと等である。もっとも、その大変さを想う経営幹部からは「猛反対」を受けたが、逆にやると決まれば職員のことを奮い立たせる大型案件であった。

大阪暁明館は、1915年に労働者宿泊施設として発足し、41年から医療に従事、52年には社会福祉法人となり発展を遂げた。90余年の歴史の中で一度ならず倒産の危機に瀕していたが、2009年の時点も4年連続の赤字、2.7億円（＝総資産33億円－負債総額35.7億円）の債務超過に陥っている状態であった。また2つの病棟は築50年と築35年と老朽化を極めており、建て替えが喫緊の課題になっていた。そこに出てきたのが大阪市立北病院の跡地利用をめぐるコンペで、大阪暁明館はここに移転して病棟新築を図ろうと考えた。もっとも債務超過の法人がコンペに参加できるはずがなく、そこで伯鳳会に共同事業者として参加を求めてきたという次第である。伯鳳会としては、さしあたり大阪暁明館に3億円の寄付をして債務超過を解消すること、さらに未納になっていた社会保険料1.5億円の面倒を見る必要があった。これにより役員を伯鳳会メンバーに交代し、大阪暁明館の経営権を取得するとしても、新たな病棟建築をしなければ赤穂なみの医療介護サービスはとうてい提供できない。既存の借金に加えて、病棟建築のための新たな借入を行い、はたしてこれを大阪暁明館が返済していけるのだろうか。このような心配事を思い浮かべると、経営幹部が反対するのは無理からぬところであった。

しかし、古城理事長は、一歩先に考えを進めていた。図表Ⅱ-2からわかるように、M&A前（2009年）の暁明館病院は赤穂中央病院をやや上回る規模を持ちながらも、その経営成績は大きく劣っていた。まず医業総収入であるが、職員1人当たりで見ると赤穂の3分の2にしか届いていない。此花区には赤穂市をやや上回る人口があり競合が他に無い状態であることから、この経営数字は来院するはずの患者さんが「遠くの不便な病院に逃げている」可能性を示唆していた。施設の老朽化がその大きな原因だと考えられるが、それも含めて現代の患者さん

図表Ⅱ-2 赤穂中央病院と M&amp;A 前後の大阪暁明館病院の経営成績の比較

	赤穂中央病院 2009 予想			暁明館病院 2009 予想			暁明館病院 2011 予想		
	(265 床, 298 人)			(273 床, 320 人)			(273 床, 333 人)		
	億円	%	万円/人	億円	%	万円/人	億円	%	万円/人
医業総収入	44.9	100	1,507	31.4	100	984	39.1	100	1,175
医業原価	8.3	19	278	7.1	23	213	7.6	19	228
医業総利益	36.6	82	1,228	24.3	77	755	31.5	81	946
人件費	20.3	45	682	18.8	60	589	19.7	50	592
経費	8.5	19	285	4.6	15	144	3.7	10	113
減価償却費	1.7	4	60	1.9	6	59	1.8	5	56
医業利益	5.9	13	199	▲ 1.0	▲ 3	▲ 33	6.1	16	184
医業外収入	0.9	2	32	0.6	2	18	0.7	2	22
医業外費用	0.9	2	31	1.0	3	33	0.7	2	21
経常利益	5.9	13	200	▲ 1.5	▲ 5	▲ 48	6.1	16	185

(出所) 古城理事長講演資料 (2012 年 1 月 26 日立命館大学ビジネススクールにて) より。

の期待に沿うサービス提供ができていないことが、このような大きな収益格差を生んでいるのである。

次に目に付くのが、赤穂より 4 ポイントも高い医業原価率である。医材料費 (医業原価) や保守委託費 (経費) の多寡は出入り業者との交渉力の問題であり、本来長期的な互惠関係に訴求すれば柔軟な対応が引き出せるものである。赤穂では患者の声を聞き入れ医薬品の院内処方を持続けており、医薬品卸も 1 社に絞って交渉力を生かした仕入れを行っている。このように赤穂をベンチマークとして暁明館を見れば、どのような経営改善をすればよいのかが分かる。実際 M&A (2010 年初め) 直後から、医薬品取引や保守メンテナンス契約の見直しなどの方策を矢継ぎ早に打ち出すと、赤字はたちまち抑えることができ、2010 年上期には早や黒字転換を図ることができた。さらに、図表Ⅱ-2 にあるように、2011 年度には高収益化が図れる見通しが立った。ポスト M&A において目に見える成果があがることは、職員を一つにしてマネジメントに対する活力を引き出すうえで重要である。

さて、2009 年に行われた大阪北市民病院事業継承プロジェクトのコンペであるが、その事業者に選定されるには、大阪市に対して長期安定的に一定額の地代を払えること、大阪北市民病院の 150 床が継承できる代わりに内科・小児科を開設すること、そして病院経営を成功させる移転新築プランを示せることが重要である。地域密着の総合病院として必要な診療科を取りそろえ、全病床 482 床 (=暁明館 332 床+大阪北 150 床) を一般病床 (急性期・回復期リハビリ・障害者・地域包括ケア・HCU) 及び療養病床に割り振る。さらに、救急外来・一般外来、手術室・検査室・材料室、薬局・受付・医療連携を含む新病棟を構想・設計し、それに要する建築費・設備費・備品費を試算しなければならない。その投資予算 (約 60 億円) は新規に借入れ

ることになるが、これと従前からの借入金残高 27 億円と併せて、合計 87 億円の返済計画を示す必要がある。これを 15 年で返済するとなれば年 6 億円の返済資金が必要になるが、これに充てるフリー・キャッシュフロー（＝経常利益＋減価償却費）を生み出す算段も必要である。新築移転後の予想損益計算書には、以上の内容が整合的に盛り込まれている。これらの計画を持って臨んだコンペには、結果的に勝利し、やっと 2013 年春開設予定の移転新築プロジェクトを実施する運びとなった。

ところが、ここからが予想を超える苦難の連続であった。メインバンクたる既存借入先からは、建築資金の支援は得られなかった。さらに、コンサル料を払って組成を依頼したシンジケートローンにも融資先が集まらず、コンペに勝って以来 1 年 4 か月も融資先が決まらぬ日々が続いたのである。2011 年 5 月、ようやく福祉医療機構からの融資が決定した。そのきっかけとなったのは、2010 年上期決算の黒字化を福祉医療機構の講演で話したことである。金融機関の融資判断では、①担保力、②稼ぐ実績（返済原資の創出力）、③事業の確実性（低リスク）、④経営者・事業遂行者（の手腕）が重視されるが、この案件では直近 4 期間の連続赤字が難関となっていた。結局、経営不振の要因を見抜き、経営権取得後一気に経営改善を進めた古城理事長の手腕（＝黒字化の実績）が、融資判断の決め手となったのである。新生大阪暁明館の医業総収入は、その後 10 年足らずで 90.0 億円（2018 年度）と M&A 前の 2.5 倍を超えるまでになっている。またフリー・キャッシュフローは年 10 億円を生み出しており、年 6 億円の返済資金を十分に賄える水準に達している。

### 3. 伯鳳会グループの M&A 成長

M&A 成功のポイントは、①経営不振の原因を的確につかみ、速やかに排除する。②マーケティングリサーチを行い将来的な需要を知る。③強みを知りこれを伸ばすとともに、残すべき部門と撤退すべき部門を峻別するという当然の課題をやり切ることである。とくに①は成功へのモメンタムを握る課題である。②と③はマーケティングの課題であり、M&A 前の予測と現実を突き合わせて、現実にフィットする解を見つけていく作業である。

図表 II-3 に示すように、以後 6 件の M&A に取り組んでいるが、対象となった法人・事業部門はいずれも経営不振または倒産状態で、経営再建が必要な案件ばかりである。さらにいずれも施設・設備の老朽化が進んでおり、早々に耐震化や新築が必要である。自院のポジショニングに変更を加え病床編成を変えたり、医療・介護連携をスムーズに行うための整備が必要な案件もある。病棟新築・移転用地確保のためには、新規の借入が必要である。経営権を取得したとはいえ、その事業と経営は一から再建しなければならないのであり、これを成し遂げなければ M&A が成功したとはいえない。

伯鳳会グループの M&A 戦略には、次のような不文律が設けられている。①被買収法人のフ

図表Ⅱ-3 伯鳳会グループのM&amp;A事例

実施	M&A 対象法人	M&A 形態	個別事情と経営改善・設備投資
2005 2012	十愛会国仲病院 → 明石リハビリ テーション病院	倒産物件	整理回収機構から落札後、明石はくほう会病院として黒字化。12年に移転新築、増床して明石リハビリテーション病院（97床）として再出発。
2006	産科婦人科小国病院	事業譲渡	医師不足で経営困難に。M&A後の医師確保で経営安定化。
2009	老健かみかわ	事業譲渡	町営老健（46床）の閉鎖に伴い、そのベッドの権利をコンペにて取得。老朽施設の建替（プール等併設）、増床（78床）により経営安定化。
2010	社会福祉法人 大阪暁明館	理事長交代	経営不振で病院老朽化。伯鳳会グループ入りで、大阪北市民病院（跡地賃借）をコンペで取得、2013年に移転新築。
2012 2018	誠和会白髭橋病院 → 東京曳舟病院	倒産物件	プレパッケージ型民事再生を申請中の同病院のスポンサーを受諾。救急・災害医療に特徴がある。2018年に東武曳舟駅前に移転新築、東京曳舟病院として再出発。白髭橋には、(社)玄武会が新特養を建設予定。
2015	朗源会おおくま セントラル病院 → はくほう会 セントラル病院	事業譲渡	医療法人の代替わり期に不採算の病院部門（→はくほう会セントラル病院）と老健部門（→老健はくほう）の事業を譲受した。人員配置の適正化、支出の正常化で黒字化。連携のため、老健はくほうをセントラル病院近隣へ移転新築する。
2015	社会福祉法人 あそか会	理事長交代	墨田区の東京曳舟病院とは直線距離5キロ以内。伝統ある社会福祉法人の経営する病院・介護施設。赤字経営で債務返済不履行が続いていたが、グループ化初年度で黒字化。2019年外来棟改修。また、老朽化著しい特養も移転計画推進中。
2016	五葉会城南多胡病院	理事長交代	後継者不在で引継ぎを依頼され、持分取得により、城南多胡病院、老健ハビネス他を継承した。
2018	藤森医療財団耳鼻科 → 閉院・城南病院	理事長交代	伝統ある医院を買収、翌年閉院し、跡地に城南多胡病院の移転新築（医療51床+サ高住14床）を行う。
2019	積仁会旭ヶ丘病院	理事長交代	旭ヶ丘病院及び老健等からなる同法人をコンペで落札。巨大な大学病院（700床）の後方支援病院として回復期リハ病床を増強。老健は介護医療院に転換した。施設の新築が必要。

（出所）古城〔2017〕55-57頁、古城〔2019〕29-42頁より作成。

リー・キャッシュフロー（＝経常利益＋減価償却費）を黒字にすること。それができないと、借入返済資金を本体に頼ることになり、本体ごと経営の悪化を招くことになるからである。②被買収法人の黒字化を早期に図る。これができれば、グループ内にM&Aを是とする風土が生まれ、次の案件に取り組みやすくなるからである。③買収資金は、被買収法人単独で回収できるようにする。これができれば、次の案件で外部資金の調達を心配しなくてよいからである。古城理事長は、「M&Aを繰り返してきたが、同時進行をしたものは一つもない。M&Aはいつも同じチームで企業精査を行い、私を含めた同じチームが買収先に赴き経営改善を指導している。……個別に黒字化するまで動かず、法人の拡大を急がないことがM&Aのコツではないかと感じて」（古城〔2017〕58頁）いると、これまでの堅実な歩みを振り返っている。

伯鳳会グループのM&A成長は、グループ経営のシナジーも生み出しつつある。①病院の事

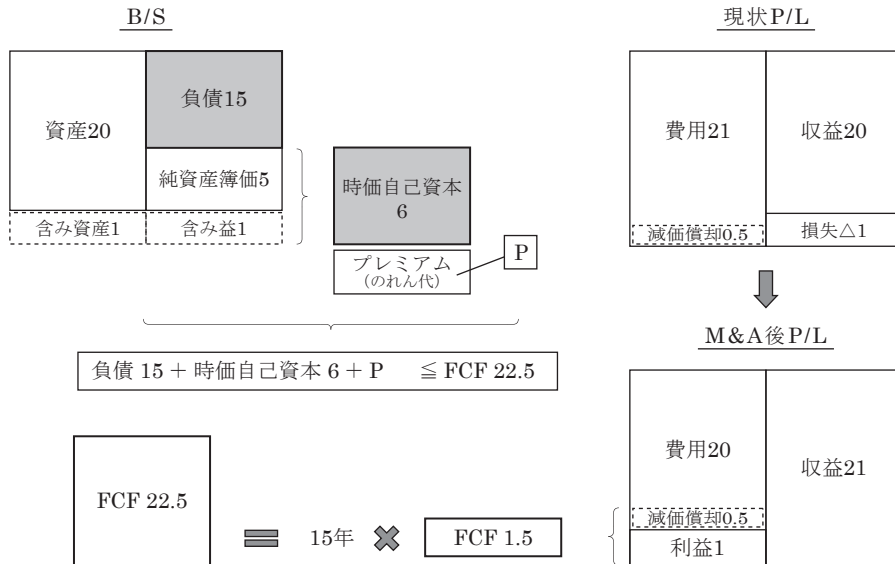


務長会議がようやく定例化してきたが、これによる情報共有が問題発見の機会をもたらし、各病院で新たな創意工夫が生まれているという。②伯鳳会グループは医薬品の院内処方を行っており、取引卸も1社に絞っている。グループの拡大により交渉力が増大するし、グループに加入することで有利な条件が享受できる。③グループ全体のブランド力が向上することにより、人材確保が容易になる。④グループ全体が生み出すキャッシュフローが安定的になり、次なるグループ成長に備えることができる。グループ化による規模拡大は、このような相乗効果をもたらしつつある。

ところで、M&Aは投資であるから、その成功は投資した資金が無事回収できるかどうかにかかっている。そこでまず、伯鳳会グループではM&A投資をどのように考えているのか、その点について見ていこう。同グループでは、M&A（及び経営改善）後の被買収法人のフリー・キャッシュフロー（＝純利益＋減価償却費）の15年分で、現在抱えている長期借入金の返済と買収代金（＝時価自己資本＋プレミアム）が賄えたらよいと考え、その範囲内で好条件を示すようにしてきたという。通例支払対価の考え方については、3通りのアプローチがある。第1はインカム・アプローチであり、被買収法人から年々生み出されるフリー・キャッシュフローの割引現在価値を累計する方法（DCF法）が用いられる。この方法では、キャッシュフロー予測や割引率いかんで計算結果が大きく左右される。第2はマーケット・アプローチで、被買収法人と類似した企業の株式時価総額がEBITDAの何倍かを求め、被買収法人のEBITDAに掛け合わせて妥当な株式時価総額を求める方法（類似価格比較法）だが、その適用には類似企業の存在とその公正な株式市価の存在が前提となる。第3はコスト・アプローチである。これは被買収法人の（デューデリ後の）時価自己資本に、プレミアムとして年度利益の約3年分を加えて求める方法（これを年買法という）で、非上場の中小企業で多く用いられる考え方である。理解容易で合意を得やすいという特徴がある。伯鳳会グループの考え方もこの方法を基礎としており、プレミアムの上限額として「古城式DCF」（経営改善後の被買収法人のフリー・キャッシュフローの15年分）を用いる。

例えば、200床のケアミックス病院を抱える医療法人があり、その総資産が20億円（但し「土地」には含み益1億円がある）の場合、負債が15億円なら、時価自己資本は6億円である。この法人の経営権を取得するにあたり、その6億円に加えて、いくばくかのプレミアム（のれん代）を付加しないと被買収法人との合意は容易ではない。プレミアムが大きければ大きいほど合意は容易になるが、それにも限度がある。それが上述の「古城式DCF」で求められた金額である。図表Ⅱ-4の設例で言うと、1.5億円まではプレミアムを支払っても良いと考える。伯鳳会グループとしては、①M&A後には相応のフリー・キャッシュフローを生み出すべく経営改善（黒字化・収益向上）を施す、②M&A後15年間は投資の果実（投資余剰）を期待しないという姿勢を示しているわけである。もし満額だせば、これ以上の譲歩はありえないといえる

図表Ⅱ-4 伯鳳会グループにおける支払対価の考え方



(注) プレミアム (のれん代) の償却費が税務上損金算入されるなら、買収法人が節税できるので、その分プレミアムを増額してもよいとしている (その場合、Pを0.7Pとして計算する)。

(出所) 古城理事長講演資料 (2019年7月7日立命館大学ビジネススクールにて) より。

大判振る舞いであるが、今後の案件に良い影響を及ぼすのであれば、それでも善しとしている。果たしてそれで、投資は15年目までに回収できるのだろうか。恐らく15年もすれば、施設設備の改修等、次の投資資金が必要になるだろう。だが目標を超えて大きく経営改善が進んだときは15年より早くそれを内部資金で用意できるし、それはそこで働く社員が意欲を持って経営改善に臨んだ結果なので、そのときこそ投資をして良かったといえるだろう。

#### 4. 医療・介護需要を読む

伯鳳会グループは、2005～2019年の間に10件を超える医療法人や社会福祉法人のM&Aを行い、兵庫県内だけでなく大阪市、東京都、埼玉県に進出することになったが、この進出先についても一定の考えにもとづいている。病院経営にかかわるリスクには、①行政リスク、②技術革新、③ライフスタイルの変化、④「死に方」の変化、⑤人口減少・患者数減少の5つがあるが、「一定の確度で30年後が予測可能な事項は、人口減少・患者数減少だけである。また、患者数さえいれば他のリスクは戦略の手直し、戦術の変更で乗り切ることが可能であるのに対し、患者数減少だけは自己の努力では克服不可能である」(古城 [2011] 4-5頁) という。病院経営は立地で決まるので、進出先の人口増加率・高齢化率・人口密度・病床数(一般・療養)などをとことん調べて、多数の案件の中から全国平均や赤穂市よりは好ましい条件のある案件を選択する。そして進出先の商圏人口と年齢構成を読み解いて、将来の医療・介護需要に

図表Ⅱ－５ 1人当たり国民医療費（平成29年度）の年代別対比

	国民医療費	人口（2017/10/1）	1人当たり金額	65歳未満対比
65歳未満（年少・青壮年）	17兆1195億円	91,554千人	18.7万円	1
65歳以上75歳未満	9兆8420億円	17,670千人	55.7万円	2.98 ≒ 3
75歳以上（後期高齢者）	16兆1095億円	17,482千人	92.1万円	4.93 ≒ 5
合計	43兆710億円	126,706千人	34.0万円	
65歳以上（介護対象）	10兆2188億円	34,880千人	29.3万円	1.56 ≒ 1.5

（注）最下段の国民医療費は「介護給付」、人口は2018年3月31日時点。

ついて予測を立ててきたという。

伯鳳会の考え方に学んで、ここで医療・介護需要の予測をしてみよう。医療需要を推算すべく、先ず国民医療費を人口で割って、年代層別に1人当たりの金額を求める。図表Ⅱ－５に示されるように、それは前期高齢者の場合は、65歳未満世代の約3倍、後期高齢者の場合は約5倍になる。前期・後期高齢者の医療需要が年少・青壮年に対して何倍にもなるのは、診療単価が年少・青壮年世代より大きいのではなく、受療率（治療にかかる頻度及び人口割合）が非常に大きいことに因る。とくに後期高齢者は虚弱状態（フレイル）になりやすく、受療率が高まりがちである。以上から、医療需要（金額）を人口・年齢構成の変化に合わせて推算するには、次のような式を用いればよい。

$$\text{医療需要（金額）} = 18.7 \text{万円} \times (\text{65歳未満人口} + 3 \times \text{前期高齢者人口} + 5 \times \text{後期高齢者人口})$$

同様に考えて、介護需要（金額）も求められる。介護給付10.2兆円を前後期高齢者3,488万人で割れば、1人当たり金額29.3万円が求められる。これは、年少・青壮年層の1人当たり医療費の約1.5倍。したがって、介護需要を医療需要とベースを揃えて推計するなら、

$$\text{介護需要（金額）} = 18.7 \text{万円} \times (\text{前期高齢者人口} + \text{後期高齢者人口}) \times 1.5$$

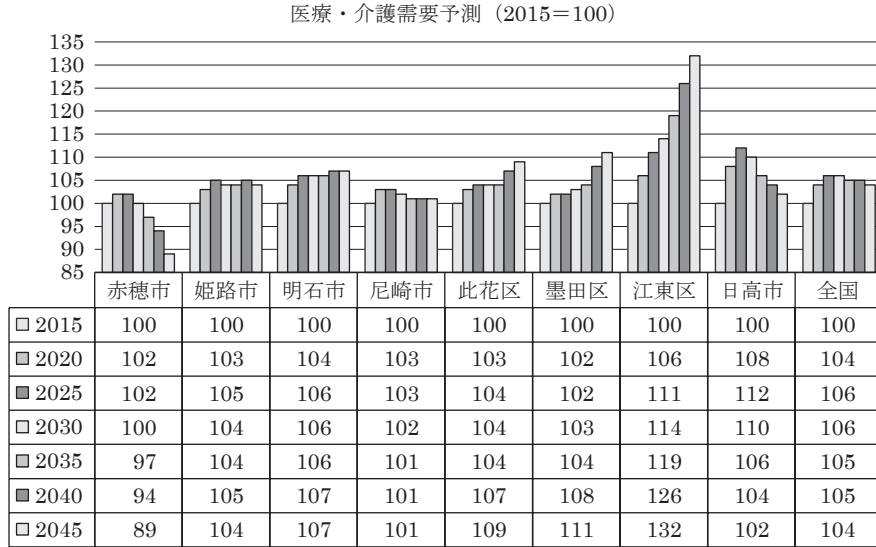
という式になる。また、両方合わせた医療・介護需要を求める式は、

$$\text{医療・介護需要（金額）} = 18.7 \text{万円} \times (\text{65歳未満人口} + 4.5 \times \text{前期高齢者人口} + 6.5 \times \text{後期高齢者人口})$$

という式になる。

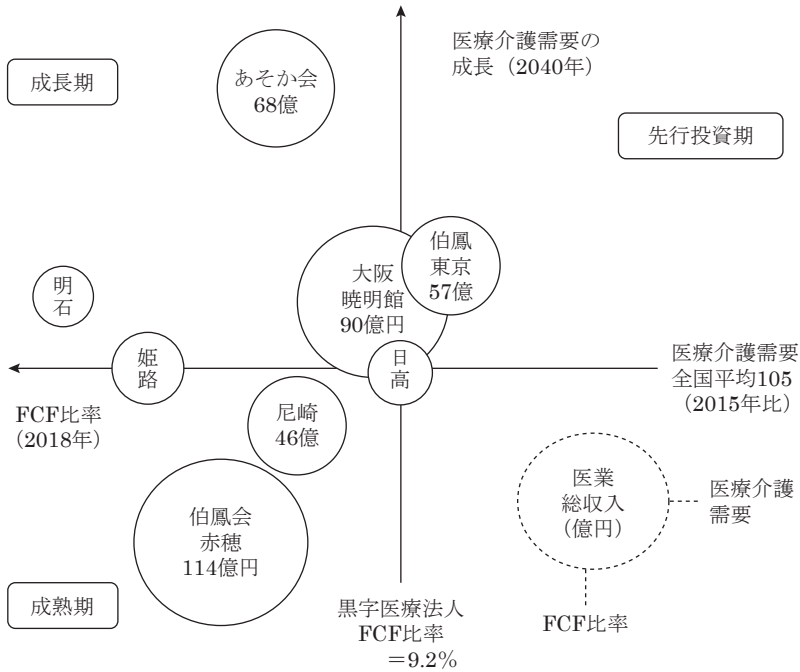
最新（2018年度）の人口推計では、各自自治体別に、2015年（実績）、2020年、2025年、2030年、2035年、2040年、2045年の推計値が与えられているので、それを上式に代入すれば、医療・介護需要（予測値）が求められる。これを、伯鳳会グループの進出自治体に当てはめて計算したもの（2015年実績値＝100として指数化した結果）が、図表Ⅱ－6になる。これを見ると、伯鳳会の最大拠点のある赤穂市は、2030年を超えたあたりから医療介護需要が減少の一途を辿る。ここには高齢化と人口減少が早く訪れる地方の特徴が表れている。これに対して、大阪・東京の3区は2045年にわたって需要増加の一途である。明石市も緩やかながら増

図表 II-6 伯鳳会進出自治体の医療・介護需要の予測



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 (平成 30 (2018) 年推計)」より作成。

図表 II-7 伯鳳会グループの事業ポートフォリオ



(注) ここでの FCF (フリー・キャッシュフロー) は、「経常利益+減価償却費」を指す。  
 (出所) 古城 [2019] 74 ~ 91 頁, 厚労省 [2018a] 217 頁, 図表 II-6 の数値から作成。

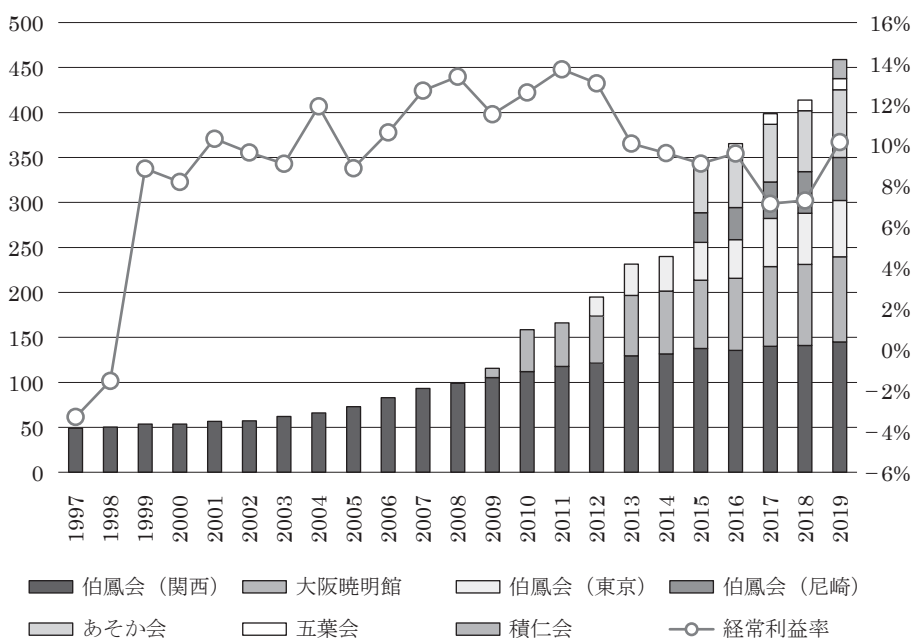
勢である。なお全国的には、2030年前後にピークが訪れることになる。

さらに、上述のような将来の医療介護需要の増勢（これに備えた投資により現金支出が増加しがち）と、現在の収益力（FCF：フリー・キャッシュフロー＝「経常利益＋減価償却費」の対医業総収入比）とを座標軸に取り、伯鳳会グループの各法人をプロットすると、**図表Ⅱ-7**のような事業ポートフォリオが描ける。「先行投資期」の象限には、今後の成長に備える資金が不足している法人が位置する。「成長期」には、現金を稼ぐ力がついてきたが、未だ成長のための追加投資が必要という法人、「成熟期」には、追加投資を慎重に行い収益性を強化すべき法人が位置する。現在は、伯鳳会（関西）の赤穂・姫路・明石、伯鳳会（尼崎）が生み出すFCFがグループ全体を支えているが、遠からず大阪暁明館、伯鳳会（東京）・あそか会・積仁会（日高市）が本格的に成長期に入り、大いにFCFを稼ぎ出すと目されていることが分かる<sup>5)</sup>。

### 5. ポスト M&A マネジメント

いかに周到にポテンシャルを読み込み、地域にフィットした正しい戦略を行使しても、経営計画を達成するのはそこで働く医療・介護スタッフであり、彼らが自分事として意欲を持って目標達成に臨まなければ計画は画餅に終わり、M&Aは成功したとはいえない。ゆえにポストM&Aにおいて最も優先すべきマネジメントは、「病院の目標と職員個々の目標の一致」を図

図表Ⅱ-8 伯鳳会グループの成長（医業総収入：億円，経常利益率：％）



（出所）伯鳳会グループの財務数値より作成。2019年度のみ予測値。

ることである。そしてそのために古城理事長が強調するのは、①正しい経営理念の確立、②経営情報の全公開、③経営成果の正しい分配の 3 箇条である。①は社会通念・職業倫理・地域社会の要請に合致していることが重要である。伯鳳会は「平等医療」を理念としているが、グループの他法人も同様な理念を掲げている。また、各病院が地域で育んできた文化を重視して、従前のロゴマークを残して理念の継承を内外に示している。②は、だれもが決算書に関心をもつようにするということである。人事給与制度には伯鳳会が確立してきた方法がグループ全体に導入されており、業績連動賞与・臨時賞与が經常利益の多寡で決まる。それゆえ、皆が経営指針書を深く読みこんで、決算書を出発点として経営改善を考える。③は、経営者にとっても社員にとっても厳しい規律である。法人が望む成果を上げたければ社員の望む給与を出さねばならないし、社員が望む給与をもらいたければ法人の望む成果をあげなければいけない。だれもが個人最適や職場最適を超えて、全体最適（法人最適・将来最適）を目指さないといけないという意味である。このような社員個々の利益と病院の利益を一致させる仕組みをつくっておけば経営の健全化は着実に進む。これがポスト M&A マネジメントの核心である（同法人のマネジメントについて詳しくは、奥村 [2011] を参照）。

図表 II-8 を見れば分かるように、今では伯鳳会（関西）の医業総収入がグループ全体に占める割合が 34%、經常利益で見ると 31% になっている。伯鳳会（関西）への依存が小さくなること、グループとして一定の規模をもつことこそが、M&A 戦略の眼目であった。1998 年の経営危機時には 7% 台に落ちた自己資本比率も、2018 年度末には 37% になっており、デット・エクイティ比率（ネット）も 91% と安全圏にある。現在の長・短期借入金を 15 年で返済するためには年 19 億円が必要だが、フリー・キャッシュフローは年 58 億円に達している。

### 結びにかえて

伯鳳会グループは「平等医療」の理念を掲げ、地域包括型医療介護サービスを 4 都府県 8 市区で提供している。患者・利用者の満足を大切にして効率経営を行い、M&A によるグループの成長とポスト M&A における病院再建を果たしてきた。伯鳳会グループでは、「病床数、介護老人保健施設、介護老人福祉施設入居者数は行政により管理されているものであり、各事業主体に付託されているにすぎず、事業主体の固有財産と考えることは適当ではない。したがって、付託された医療機能を十分に使い切ることは、各事業主体の社会に対する義務である」と考えており、その医療機能を十分に使い切った結果として高収益を上げてきた。「高収益を上げることは、公的給付による収入がその 90% を占める医療介護事業においては医療給付費、介護給付費の削減にも耐えられること、医療・介護費の適正化に寄与できることを意味する」（古城 [2009] 31-32 頁）。だからこそ、「利益は患者様へのプレゼント」と古城理事長は

言う。また、「成長とは……経営理念達成の手段である」（古城 [2008] 1-2 頁）と考え、並々ならぬリーダーシップの発揮によって、多くの病院再建をなし遂げている。当グループを迎え入れた地域は、シームレスでストレスのない医療・介護連携の恩恵に浴することができる。

病院経営（公益）の実現において、顧客は「民間だから公立だから」といった設置主体の区別を問わない。フリーアクセス下では、うまく経営されサービスの良い方を選ぶ。かつて、社会に必要欠くべからざる不採算医療を担う医療機関として認知され、その役割を果たしてきたはずの公立病院が、今や必要不可欠の役割を果たせず競合が代替的役割を担っているというのなら、その時は補助金繰入れの根拠はなくなるし赤字経営の克服が求められる。伯鳳会グループの成長事例は、社会的要請に応え、与えられた制度的条件をフルに活用した結果である。時代の激変が続くなか、病院経営に携わる経営者のリーダーシップの発揮が、何より問われるところである。こんにちの病院経営分析では、このような経営トップによる戦略的意思決定（本稿 8～9 頁の①③④）こそ、分析の対象としなければならない。

#### 謝辞

本稿を執筆するにあたって、見学、ヒアリング、資料提供、講演の総てにわたって惜しみない援助・協力をいただいた医療法人伯鳳会・古城資久理事長、山本美和子経営管理部部長、社会福祉法人大阪暁明館・西岡崇浩法人本部長に、この場をお借りして深く感謝申し上げます。紙幅の都合上割愛せざるを得なかった諸点については、別稿にゆずらせていただきます。

#### <注>

- 1) 厚生労働省保険局が毎年作成している資料「医療費の伸び率の要因分解」（[https://www.whlw.go.jp/content/doukou\\_h28.pdf](https://www.whlw.go.jp/content/doukou_h28.pdf)）より計算。
- 2) 「若人と比較した後期高齢者医療の特性」「外来受療率・入院受療率の比較」（厚生労働省保険局「後期高齢者の窓口負担について（2017.11.8）」21-22 頁）より。
- 3) ここでの黒字・赤字は当該年度の経常損益にもとづく分類。なお医療法人の黒字病院比率は、医業利益レベルでは 59% だが、経常利益レベルでは 67% に増える。自治体病院の黒字病院比率は、医業利益レベルでは 12% しかないが、補助金収益が補填されたのちの経常利益レベルでは 50% に増える。なお、全国公私病院連盟、日本病院会が取り組んでいる『平成 29 年 病院運営実態分析調査の概要』（平成 30 年 3 月 1 日）によれば、調査回答のあった自治体病院 324 のうち黒字は 11.7%（38 病院）、赤字は 88.3%（286 病院）であった。この場合、不採算部門等の医療に対する地方公営企業法にもとづく地方公共団体負担金（病院からすれば補助金収益）が計算から除かれている。なお、私的病院（医療法人）では、110 病院のうち 62.7%（69 病院）が黒字であり、赤字は 37.3%（41 病院）であった。
- 4) かつて 1970～80 年代の欧州のいくつかの国では、同様な医療ニーズと提供体制のミスマッチを認識し、病院病床数の削減、医療と介護による QOL の維持改善を図るべく医療福祉システムの構築に進んでいったという（社会保障制度改革国民会議 [2013] 21 頁）。

5) 以下の数値をもとに作成した。

	伯・赤穂	姫路	明石	尼崎	暁明館	伯・東京	あそか会	日高	座標軸
FCF 比率	17.9	25.0	36.4	14.1	11.2	9.0	14.8	9.2	9.2
医療介護需要 (2040/2015)	94	105	107	101	107	108	126	104	105

#### <参考文献>

- 奥村陽一 [2011] 「病院経営分析の着眼点」『立命館経営学』第 49 巻第 5 号, 71-96 頁。
- 河合雅司 [2019] 『未来の地図帳 人口減少日本で各地に起きること』(講談社現代新書)
- 厚生労働省 [2018a] 「平成 29 年度 病院経営管理指標」(医政局委託先: MS&AD インターリスク総研株式会社)
- 厚生労働省 [2018b] 「平成 29 年 (2017) 医療施設 (動態・静態) 調査・病院報告の概況」
- 厚生労働省 [2019a] 「平成 29 年 (2017) 患者調査の概況」
- 厚生労働省 [2019b] 「平成 30 年 医療費の動向 ー概算医療費の年度集計結果ー」(令和元年 9 月 26 日)
- 古城資久編著 [2008] 『医療法人伯鳳会, 福祉法人玄武会 第 39 期 (平成 20 年度) 経営指針書』(平成 23 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日)
- 古城資久 [2009] 「地域完結型医療 VS 地域包括型医療」『病院経営』2009 年 2 月 20 日号, 26-33 頁。
- 古城資久 [2017] 「伯鳳会グループの経営戦略」『病院経営』2017 年 2 月 20 日号, 54-58 頁。
- 古城資久編著 [2011] 『医療法人伯鳳会, 福祉法人大阪暁明館, 福祉法人玄武会, 有限会社セントラル・メディカル・サービス 第 42 期 (平成 23 年度) 経営指針書』(平成 23 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日)
- 古城資久編著 [2019] 『医療法人伯鳳会, 医療法人五葉会, 医療法人藤森医療財団, 医療法人積仁会, 社会福祉法人玄武会, 社会福祉法人大阪暁明館, 社会福祉法人あそか会, 有限会社セントラル・メディカル・サービス 第 50 期 (2019 年度) 経営指針書』(2019 年 4 月 1 日～2020 年 3 月 31 日)
- 社会保障制度改革国民会議 [2013] 「社会制度改革国民会議報告書 ー確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋ー」(平成 25 年 8 月 6 日)
- 週刊東洋経済編集部 [2019] 「特集 病院が消える」『週刊東洋経済』2019 年 2 月 9 日号, 20-43 頁。
- 全国公私病院連盟・日本病院会 [2018] 「平成 29 年 病院運営実態分析調査の概要」(平成 29 年 6 月 調査)
- 総務省 [2015] 「新公立病院改革ガイドライン」(2015 年 3 月 31 日)
- (公社) 日本医師会 [2019] 「地域医療構想の実現に向けて」(2019 年 10 月 2 日)
- 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会 [2018] 「平成 30 年度 病院経営定期調査」(平成 30 年 12 月)
- 前田由美子 [2019] 「公立・公的医療機関等の現状と課題」『日医総研ワーキングペーパー』No.432 (2019.7.17)



# Strategic Approach to Hospital Management

## Case Study: Hakuhokai Group M & A Growth

Yoichi Okumura \*

### Abstract

Under the rapid aging and declining population, Japan's healthcare delivery system needs to transform itself. First, hospitals need to change their primary customer target from the youth to the elderly. To that end, it is important for hospitals to convert a significant number of acute beds into convalescent beds. Second, hospitals need to build a comprehensive system of medical care and nursing care in their local communities in cooperation with neighboring hospitals. Within that system, it is important for each hospital to consider its position and transform itself through downsizing and networking.

The case of the Hakuhokai group shows how a comprehensive system of medical care and nursing care is built in a local city in Japan. Currently, the Hakuhokai Group has 10 hospitals, 13 nursing homes, 4 home-visit nursing centers and 11 day-care facilities in 8 cities (Ako, Himeji, Akashi, Amagasaki, Konohana, Sumida, Koto, and Hidaka). If Doctor Kojo representative of Hakuhokai Group buys a hospital, he will investigate thoroughly future population trends in the city where the hospital operates. His M & A targets are always hospitals with great potential for development. The Hakuhokai Group is currently building a highly profitable business model in eight cities through the acquisition of hospitals and nursing care facilities in various locations. This group became one of the major hospital groups in Japan by strategic approach to hospital management.

### Keywords:

ecological vision (the future that has already happened), regional comprehensive system for medical and nursing care, demand forecast for medical and nursing care

---

\* Professor, Graduate School of Management, Ritsumeikan University

