

# 第1章 医療法人経営統合の背景



高齢者人口の増加に伴い国民医療費が増大する一方、国や地方自治体の財政難の下でいかに医療の質・量を維持しながら医療経済の合理化を図るかが大きな課題となっている。医療機関は診療報酬の大幅な増額は望むことができず、医師不足も相まって病院経営は非常に厳しい環境に置かれている。こうした状況から、病院施設数は平成 11 年以降の過去 11 年間で▲616 病院（▲7%）減少し、そのほとんどが小規模の民間病院（医療法人・個人立の病院）である。

我が国では 200 床未満の民間病院が全病院数の過半数を占め、1～2 次医療の提供や急性期を脱した患者に対する回復期・慢性期医療の提供面で重要な役割を果たしている。しかしながら、医師の絶対数の不足、地域間・診療科間の医師の偏在、大病院への集中等の要因により、中小病院の医師採用環境は非常に難しい局面にある。

経営を立て直すにも自院単独でのスタッフ増員は容易でなく、結果としてダウンサイジングを余儀なくされる事例や実質的な経営破綻に追い込まれる事例が数多く見受けられ、経営統合に踏み切る場合もある。

本章では、このような経営難や経営統合が起こる背景を「1. 医療機関数」、「2. 経営状況」、「3. 医師採用環境」の 3 つの視点から分析・整理する。

## 1. 医療機関数

### (1) 開設者別病院数・病床数

我が国の医療提供主体は民間病院であり、過去 20 年の推移をみると総病院数のうち医療法人・個人の病院が占める割合は一貫して 70%を超えており、ここ 10 年は横ばいである（図表 1-1-1）。病院施設数は平成 2 年前後をピークに減少傾向を辿り、平成 11 年以降の過去 11 年間で民間病院（▲452 病院）を中心に▲616 病院が減少した。このうち、国・公的医療機関が占めるのは▲186 施設である。

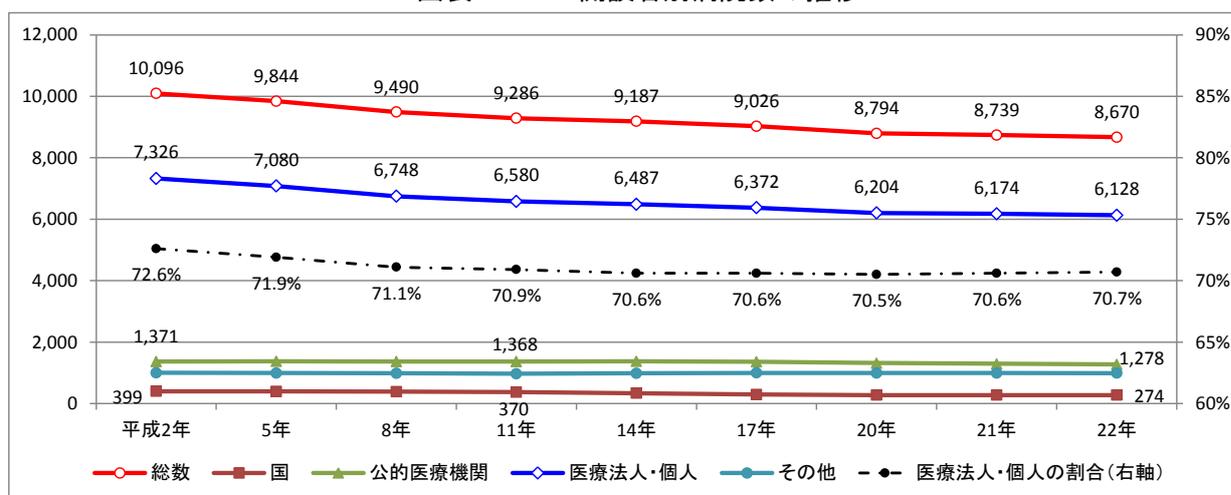
一方、病床数は、医療法人・個人の病院が占める割合は 55%程度で推移し、ここ 11 年間の総病床数の減少（▲5.5 万床）のうち医療法人・個人の病床減少は▲0.5 万床台にとどまる半面、国・公的医療機関の病床数の減少は▲5.1 万床を超えている（図表 1-1-2）。この結果、民間病院の 1 施設当たり平均病床数は 16%程度増加している。

昭和 60 年の第 1 次医療法改正において病床規制が定められたことから、その後数年間でいわゆる“駆け込み増床”が発生したが、平成 5 年以降は病院数・病床数ともに総数が減少している。

国や公的医療機関の病院数・病床数の減少は財政健全化や医療従事者（特に医師）の不足に伴う施設統廃合・機能再編が主因であり、経営難を契機とした病院閉鎖例や民間移譲例も見られる。

また、医療法人・個人立病院数の減少については、「第 2 章 病院統合事例の傾向」でみるように経営破綻や後継者難が主因と考えられるが、平成 18 年の第 5 次医療法改正や近年の診療報酬改定の傾向を鑑みると今後も厳しい経営環境が続く懸念がある。地域医療を維持する点ではダウンサイジングや閉院よりも経営統合が望ましく、病院数・病床数ともに過半数を占める医療法人・個人立病院の経営統合の事例分析や改善策を調査研究することにより、本調査の目的でもある医療機関の質的向上や健全な経営の安定化に資することができると考えられる。

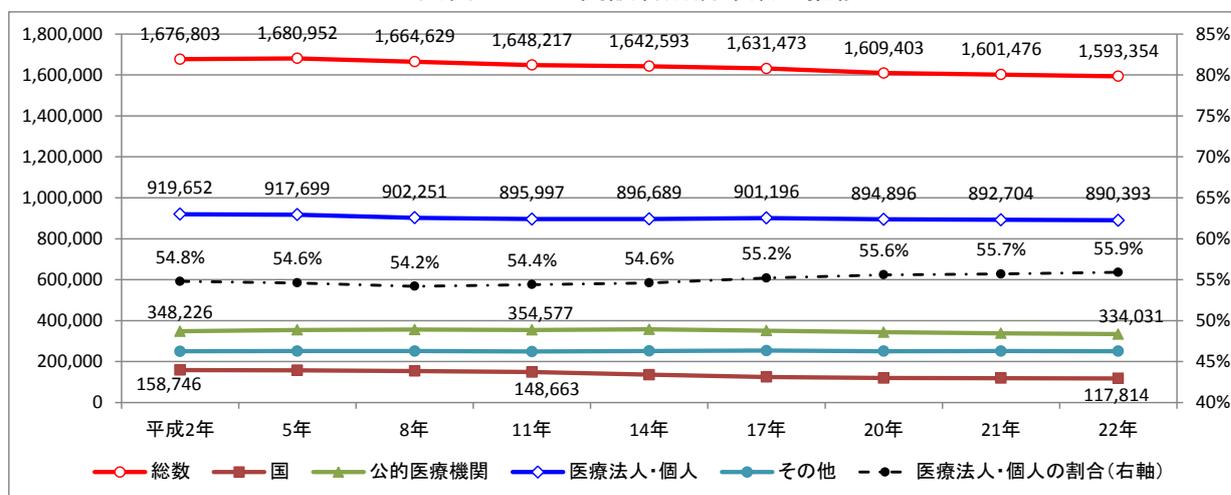
図表 1-1-1 開設者別病院数の推移



※国；厚生労働省・独立行政法人国立病院機構・国立大学法人・独立行政法人労働者健康福祉機構・その他、公的医療機関；都道府県・市町村・地方独立行政法人・日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会・北海道社会事業協会・厚生農業（医療）協同組合連合会・国民健康保険団体連合会、その他；社会保険関係団体・公益法人・私立学校法人・社会福祉法人・医療生協・会社・その他の法人を示す（本節において以下同様）。

※個人病院は平成2年には3,081病院あり医療法人・個人の40%超を占めていたが、平成22年には409病院（同7%）まで減少している。要因としては医療法人化や診療所化が考えられる。

図表 1-1-2 開設者別病床数の推移



資料；いずれも厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

## (2) 病床規模別病院数・病床数

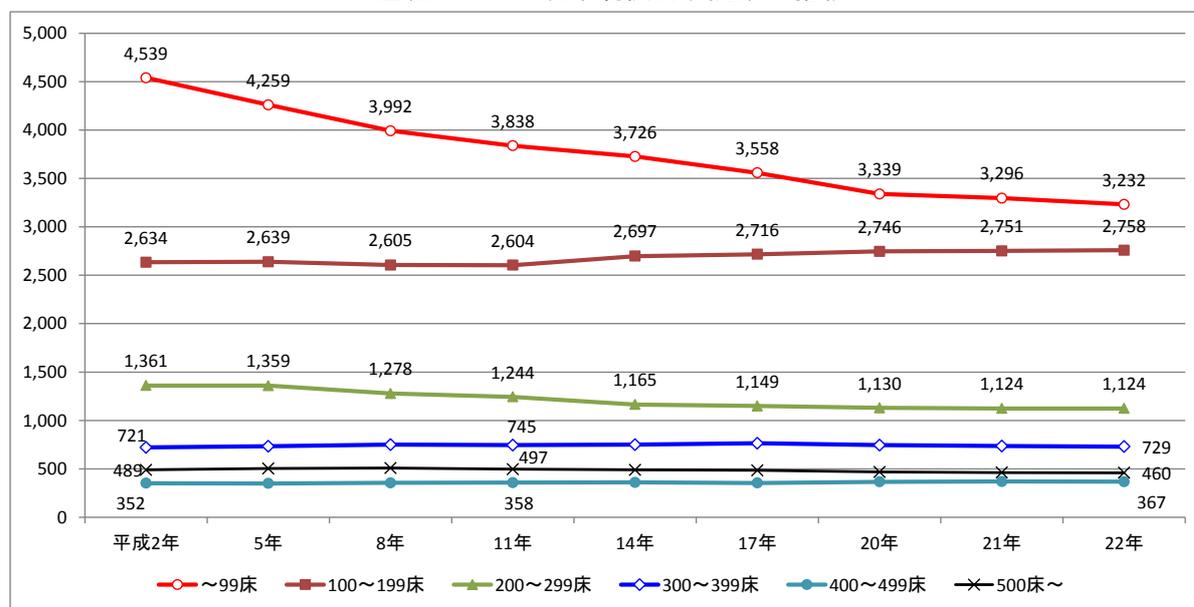
病院施設数の推移を病床規模別に見ると、99床以下の小規模病院数の減少が著しい。前述のとおり平成11年以降の過去11年間で▲616病院が減少しているが、これを病床規模別にみると99床以下は▲606病院であることから、施設減少分の98%が99床以下の病院であることがわかる。その他の病床規模については、100～199床の+154病院、200～299床の▲120病院が比較的大きな変動で、以下300～399床は▲16病院、400～499床は+9病院、500床以上は▲37病院となっている（図表1-1-3）。

一方、99床以下の病院の83%（2,694病院）、100～199床の病院の76%（2,088病院）が医

療法人・個人立病院であり、これだけで総病院数(8,670病院)の過半数を超える(図表1-1-4、図表1-1-5)。

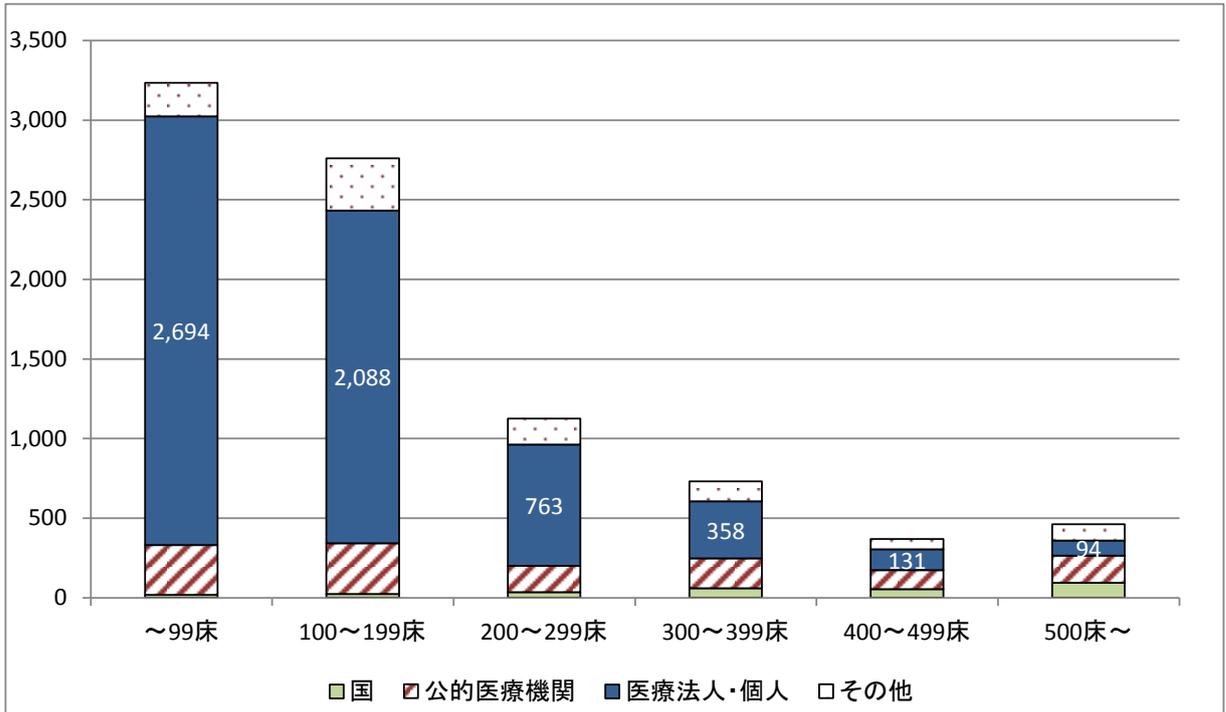
99床以下の民間病院を中心にダウンサイジングによる経営効率化を図っている可能性や病床移転をしている可能性がある」と推察される。

図表 1-1-3 病床規模別病院数の推移

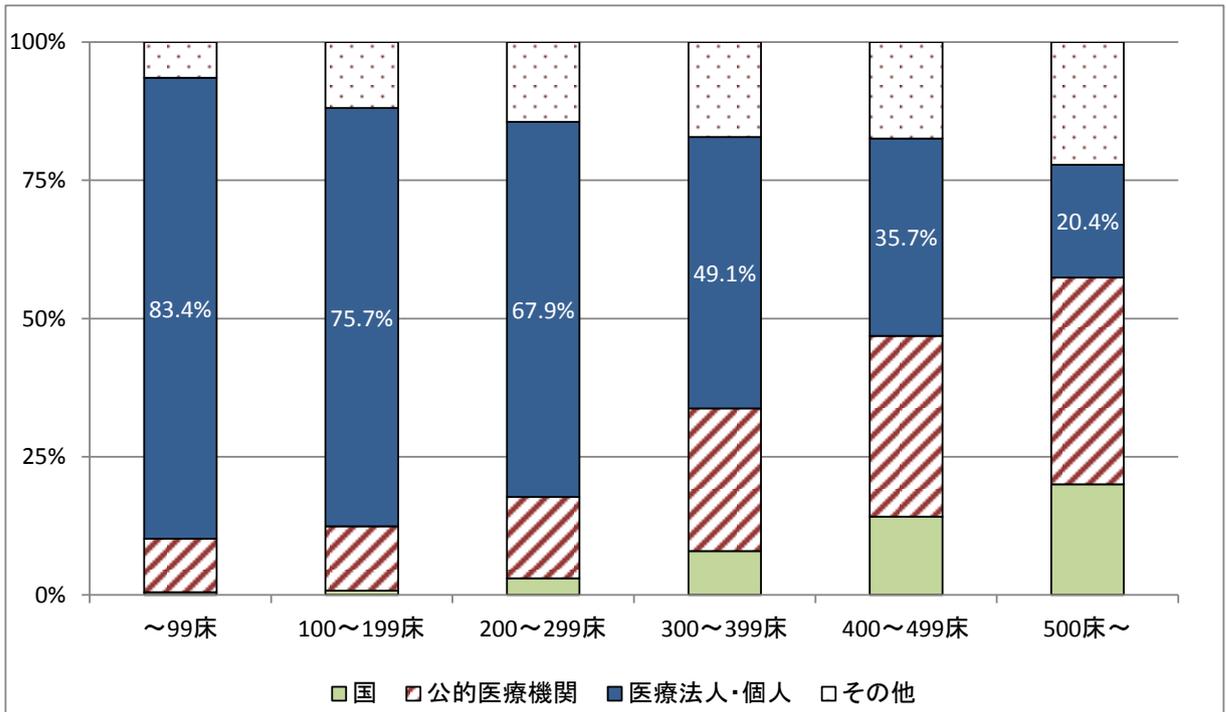


	平成2年	5年	8年	11年	14年	17年	20年	21年	22年
総数	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,794	8,739	8,670
20~29床	507	392	296	246	195	180	143	137	129
30~39床	659	591	528	474	438	396	348	335	330
40~49床	849	789	710	683	694	638	560	554	548
50~99床	2,524	2,487	2,458	2,435	2,399	2,344	2,288	2,270	2,225
(再掲:~99床)	4,539	4,259	3,992	3,838	3,726	3,558	3,339	3,296	3,232
100~149床	1,608	1,595	1,541	1,464	1,456	1,442	1,433	1,432	1,431
150~199床	1,026	1,044	1,064	1,140	1,241	1,274	1,313	1,319	1,327
(100~199床)	2,634	2,639	2,605	2,604	2,697	2,716	2,746	2,751	2,758
200~299床	1,361	1,359	1,278	1,244	1,165	1,149	1,130	1,124	1,124
300~399床	721	733	750	745	750	764	745	736	729
400~499床	352	350	356	358	360	354	366	370	367
500~599床	189	199	200	197	197	207	200	197	197
600~699床	119	127	132	132	127	123	115	115	115
700~799床	73	70	70	61	57	54	57	54	53
800~899床	36	33	31	34	35	34	33	34	33
900床以上	72	75	76	73	73	67	63	62	62
(500床~)	489	504	509	497	489	485	468	462	460

図表 1-1-4 病床規模別・開設者別病院数



図表 1-1-5 病床規模別・開設者別病院数構成割合



資料；いずれも前掲「医療施設調査」

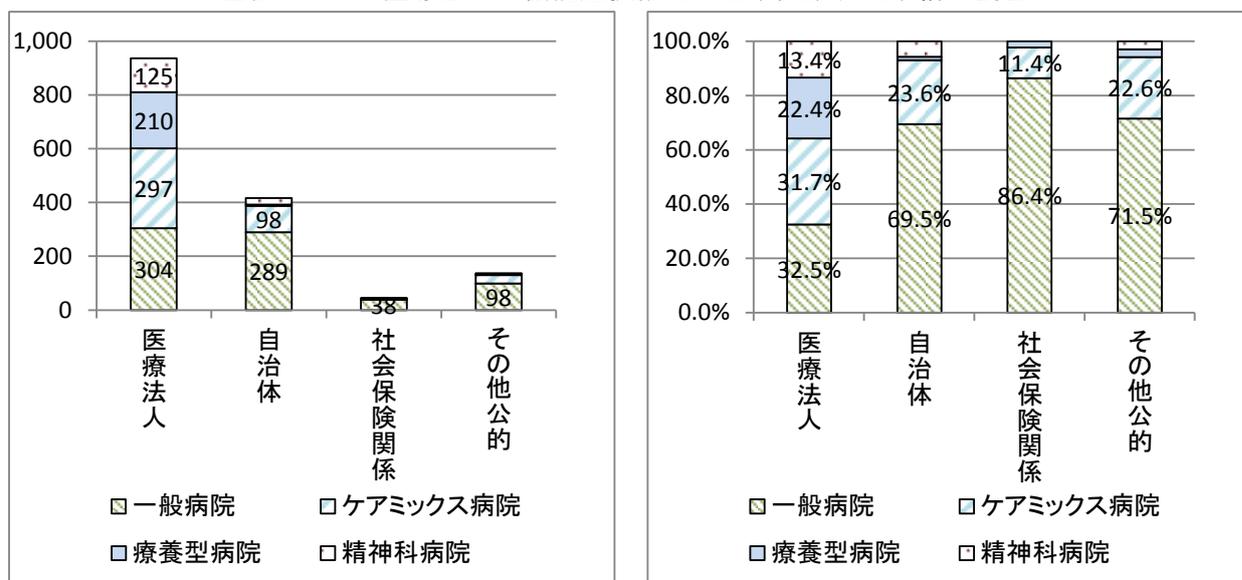
## 2. 経営状況

### (1) 医療法人の機能選択傾向

国公立病院や社会保険関係の病院、日赤病院等のその他の公的な病院が一般病床中心であるのに対し、医療法人の場合は相対的にケアミックス病院や療養型病院の割合が高い（図表 1-2-1）。また、前項で確認したとおり、医療法人・個人立病院はほとんどが 200 床未満の中小病院である。

国公立病院等が急性期医療をはじめとした政策医療（不採算医療）を中・大規模病院によって提供している半面、医療法人は回復期や慢性期医療の担い手として地域医療を支えていることが多い。このため一般病院として分類されている病院でも、急性期としての一般病床（7 対 1 や 10 対 1 の一般病棟入院基本料等）ではなく、亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、精神療養病棟入院料等の特定入院料を主とした一般病床が多いと推察される。

図表 1-2-1 医療法人の機能選択傾向（左；実数、右；構成割合）



※自治体；都道府県・市町村・地方独立行政法人・特別地方公共団体、社会保険関係；全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団・船員保険会・国家公務員共済組合連合会・公立学校共済組合・その他、その他公的；日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会・北海道社会事業協会・厚生農業（医療）協同組合連合会・国民健康保険団体連合会を示す。

※一般病院；一般病床が全体の 80%以上を占める病院、療養型病院；療養病床が全体の 80%以上を占める病院、精神科病院；精神病床が全体の 80%以上を占める病院、ケアミックス病院；その他の病院。

資料；厚生労働省「平成 21 年度病院経営管理指標」

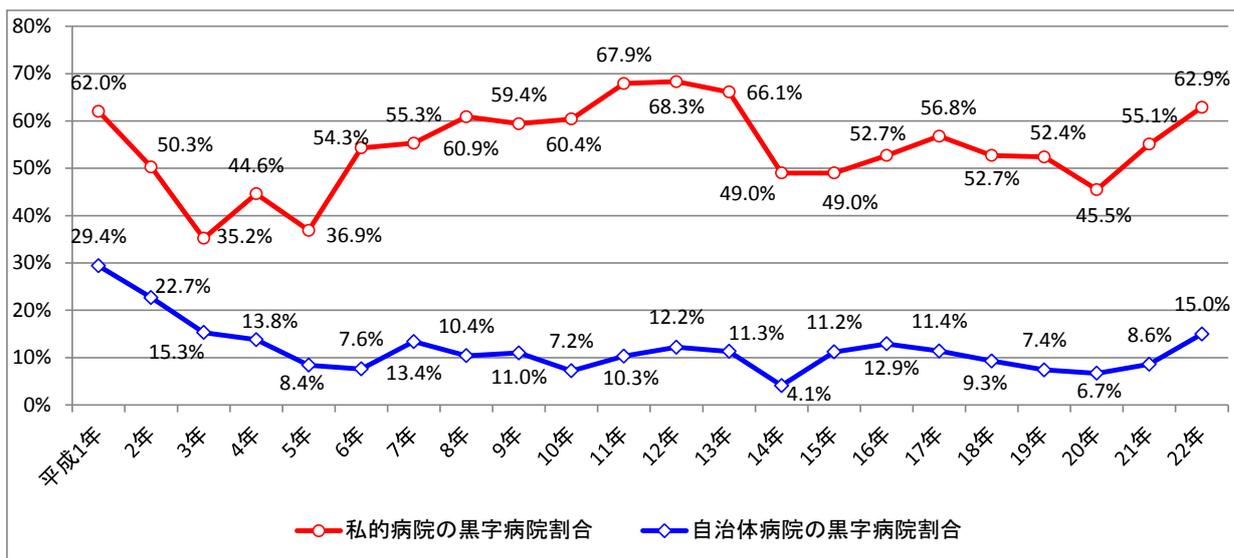
### (2) 医療法人の経営状況

自治体病院は従来から赤字病院の割合が高かったが、診療報酬がマイナス改定された平成 14 年度以降は私的病院も経営難が顕著となった。さらに平成 18 年度のマイナス改定が追い討ちをかけた格好で経営状態が悪化している（図表 1-2-2、図表 1-2-3）。

平成 22 年度診療報酬改定では 10 年ぶりのプラス改定に転じ、病院経営にとってはもちろん

追い風となるが、このプラス分は急性期病院への手当てに回る部分が多いため、回復期や慢性期を主体とする医療法人等の病院にとっては依然厳しい状況であることに変わりはない。医療法人・個人立病院の減少傾向が続いていること（図表 1-1-1）を勘案すると、引き続き経営統合等の対策が必要と考えられる。

図表 1-2-2 私的病院と自治体病院の黒字病院割合の推移

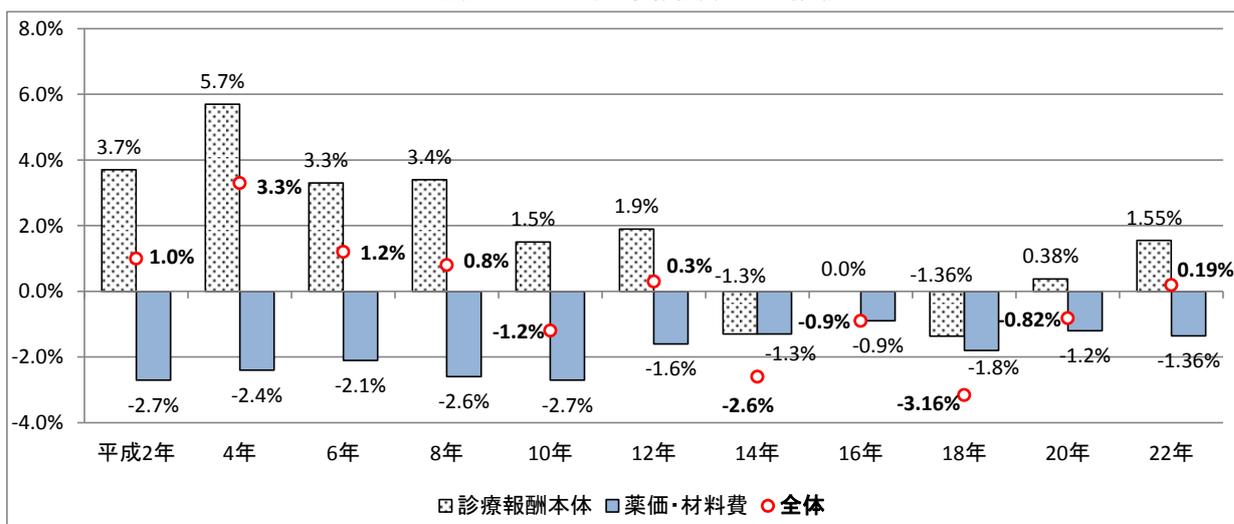


※自治体病院；都道府県・政令指定都市・市町村・組合、私的病院；公益法人・社会福祉法人・医療法人・個人を示す。

※自治体病院の不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。

資料；全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告」

図表 1-2-3 診療報酬改定の推移

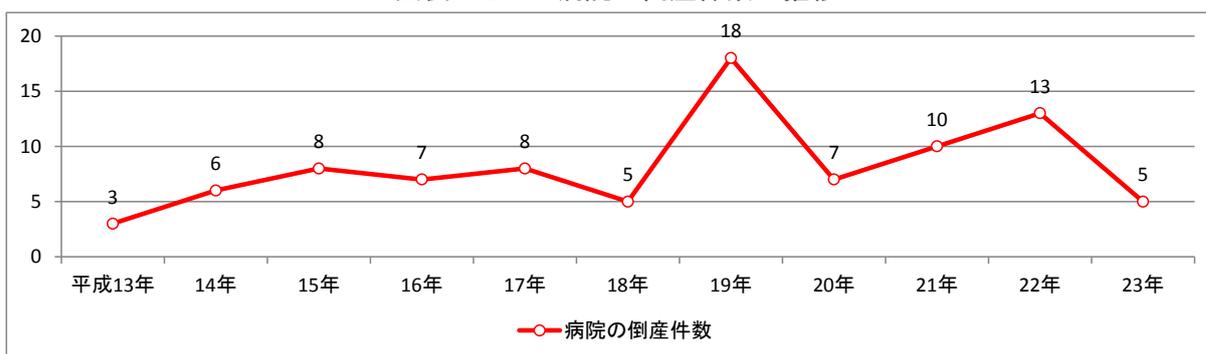


### (3) 病院の倒産状況

医療法人等の倒産件数（民事再生と破産の合計）は年度によって差はあるものの、過去 10 年間の平均は 9 件に過ぎず、6,000 を超える医療法人・個人立病院数に比すると微々たる件数である（図表 1-2-4）。

つまり、病院施設数の減少は法人倒産による影響は軽微であり、自主廃業（閉院）、診療所へのダウンサイジング、施設統廃合を伴う経営統合のいずれかによるものと考えられるが、統計資料がないため内訳は不詳である。

図表 1-2-4 病院の倒産件数の推移



資料；株式会社帝国データバンク「特別企画：医療機関・老人福祉事業者の倒産動向調査」

## 3. 医師採用環境

医療機関が統合を行う背景のひとつである医師採用難は、医師の業務量及び質の変化、医師の偏在に起因していると考えられる。

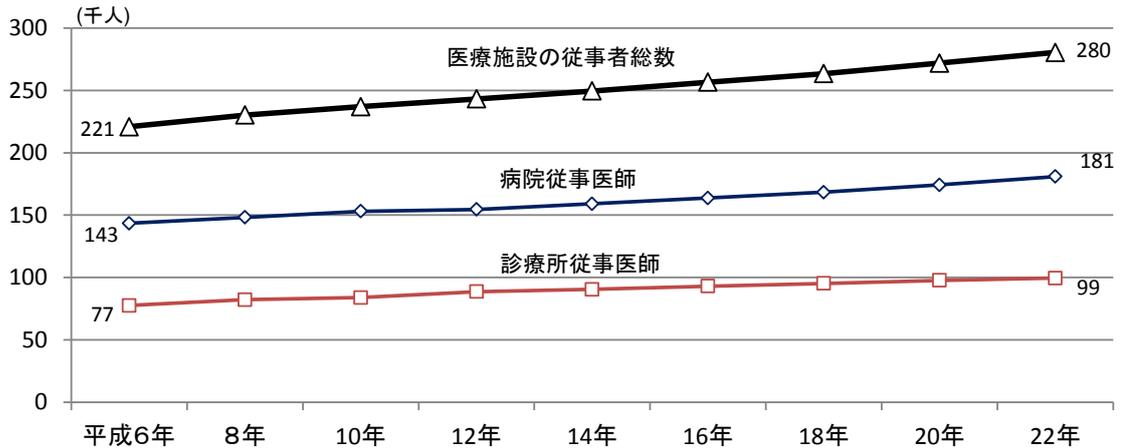
医師の業務量は増えており、業務の複雑化・専門化も進んでいる。そのため、病院に勤める医師数は増えてはいるが、業務量の増加や複雑化に追いついておらず医師不足が発生していると考えられる。また、大都市や大規模病院へ医師が集中する傾向があるため、地方の中小病院は医師採用難に直面している。

### (1) 医師数の推移

医療施設従事医師数は平成 6 年の 22 万人から平成 22 年の 28 万人へと 6 万人増加しており、病院従事医師もこの間に 4 万人弱の増加を見ている（図表 1-3-1）。入院・外来患者とも近年は漸減傾向にあり（図表 1-3-2）、医師数対患者数は改善傾向にある。

なお、診療所従事医師も増加しているが、診療所従事医師割合（診療所従事医師/病院従事医師）は 0.5 倍台で推移しており、開業医志向が強まっているとはいえない（図表 1-3-3）。

図表 1-3-1 従事先別医師数の推移

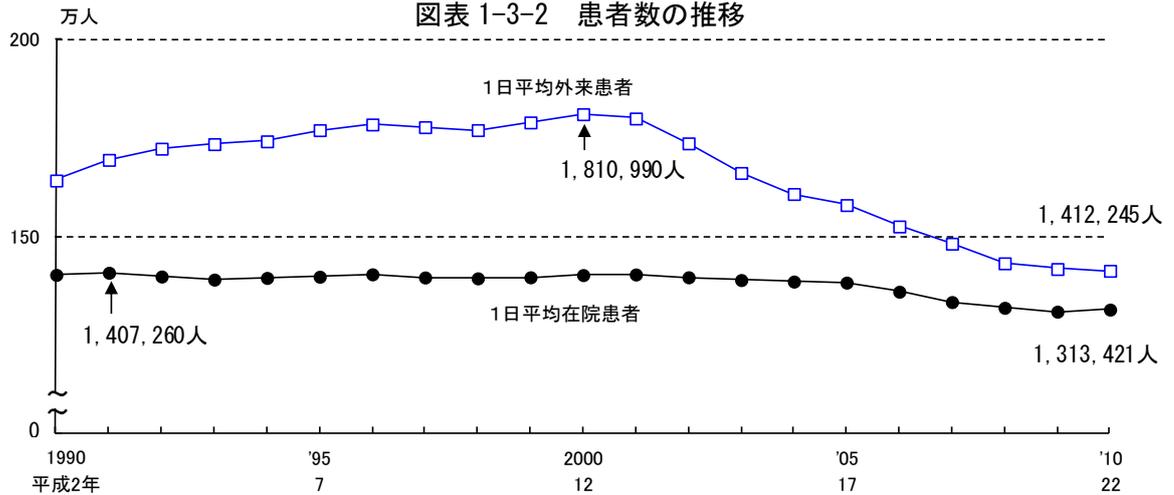


※病院従事医師の対象は、病院の開設者又は法人の代表者、病院の勤務者（医育機関附属の病院を除く）、医育機関附属の病院の勤務者（臨床系の教官又は教員、臨床系の教官又は教員以外の従事者）を指す。

※診療所従事医師の対象は、開設者又は法人の代表者、勤務者を指す。

資料；厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

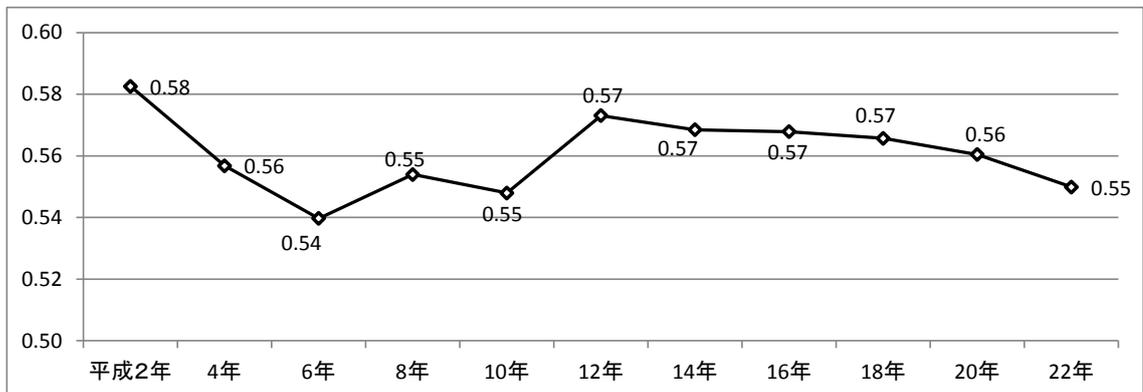
図表 1-3-2 患者数の推移



注：1日平均外来患者数は、現行の算出式で再計算したため、平成11年までの報告書と一致しない。

資料；厚生労働省「平成 22 年 病院報告」

図表 1-3-3 診療所従事医師割合（診療所従事医師/病院従事医師）



※病院従事医師、診療所従事医師の定義は図表 1-3-1 と同じ。

資料；厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

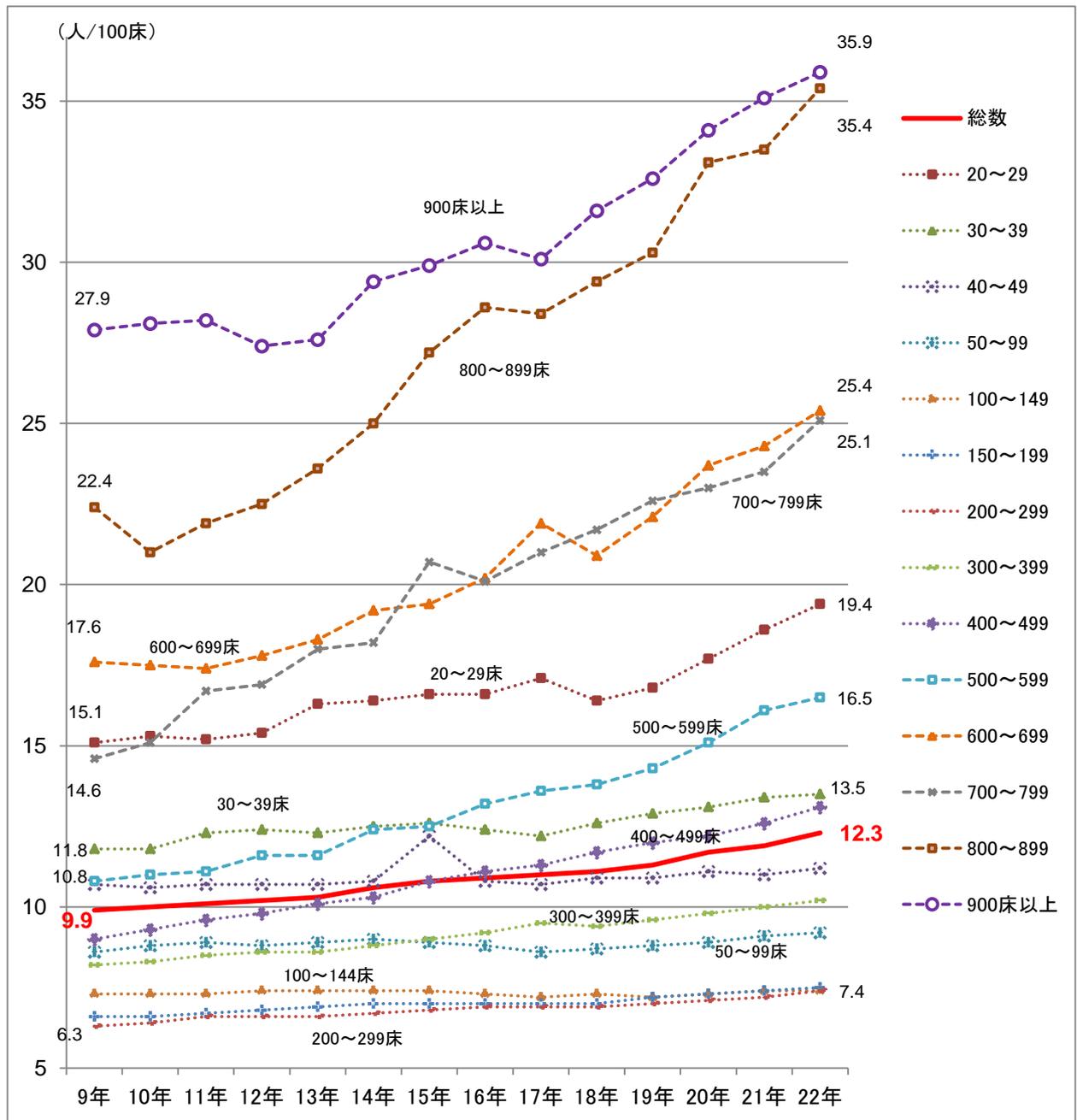
## (2) 医師の業務量及び質的变化

一般病床における平均在院日数は年々短縮しており、平成11年の25.2日から平成22年には18.2日まで3割短縮している。一方で、新患者数が増えており、同じ病床数でも処置・手術等の医師が関わる医療行為が増大するとともに高度化し、医師の業務量が増加しているものと考えられる。また、電子カルテの入力や事務作業の増加も医師の業務過多の一因とされる。

実際、800床以上の大規模病院をはじめ、すべての病床規模の病院で100床当たりの医師数は増加しており、総数平均では13年間に2.4人増加した。(図表1-3-4)

病床規模別の医師の不足感は300床規模未満の病院で強い(図表1-3-5)。

図表1-3-4 病床規模別100床当たり医師数



病床数	平成 9年	10 年	11 年	12 年	13 年	14 年	15 年	16 年	17 年	18 年	19 年	20 年	21 年	22 年
総数	9.9	10.0	10.1	10.2	10.3	10.6	10.8	10.9	11.0	11.1	11.3	11.7	11.9	12.3
20～29床	15.1	15.3	15.2	15.4	16.3	16.4	16.6	16.6	17.1	16.4	16.8	17.7	18.6	19.4
30～39床	11.8	11.8	12.3	12.4	12.3	12.5	12.6	12.4	12.2	12.6	12.9	13.1	13.4	13.5
40～49床	10.7	10.6	10.7	10.7	10.7	10.8	12.2	10.8	10.7	10.9	10.9	11.1	11.0	11.2
50～99床	8.6	8.8	8.9	8.8	8.9	9.0	8.9	8.8	8.6	8.7	8.8	8.9	9.1	9.2
100～149床	7.3	7.3	7.3	7.4	7.4	7.4	7.4	7.3	7.2	7.3	7.2	7.3	7.4	7.4
150～199床	6.6	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.2	7.3	7.4	7.5
200～299床	6.3	6.4	6.6	6.6	6.6	6.7	6.8	6.9	6.9	6.9	7.0	7.1	7.2	7.4
300～399床	8.2	8.3	8.5	8.6	8.6	8.8	9.0	9.2	9.5	9.4	9.6	9.8	10.0	10.2
400～499床	9.0	9.3	9.6	9.8	10.1	10.3	10.8	11.1	11.3	11.7	12.0	12.2	12.6	13.1
500～599床	10.8	11.0	11.1	11.6	11.6	12.4	12.5	13.2	13.6	13.8	14.3	15.1	16.1	16.5
600～699床	17.6	17.5	17.4	17.8	18.3	19.2	19.4	20.2	21.9	20.9	22.1	23.7	24.3	25.4
700～799床	14.6	15.1	16.7	16.9	18.0	18.2	20.7	20.1	21.0	21.7	22.6	23.0	23.5	25.1
800～899床	22.4	21.0	21.9	22.5	23.6	25.0	27.2	28.6	28.4	29.4	30.3	33.1	33.5	35.4
900床以上	27.9	28.1	28.2	27.4	27.6	29.4	29.9	30.6	30.1	31.6	32.6	34.1	35.1	35.9

資料；厚生労働省「平成22年 医療施設調査」

図表 1-3-5 病床規模別医師の不足感

病床規模(床)	現員医師数A	必要医師数B	倍率(A+B)/A
20～99	17,459.3	3,158.6	1.18
100～199	26,838.2	5,808.9	1.22
200～299	19,342.9	4,081	1.21
300～399	20,623.7	3,536.5	1.17
400～499	17,130.6	2,181.5	1.13
500床以上	63,643.4	4,869.4	1.08

※必要医師数は求人医師数・非求人医師数計の医療機関で不足している医師数

資料；厚生労働省「平成22年 病院等における必要医師数実態調査」

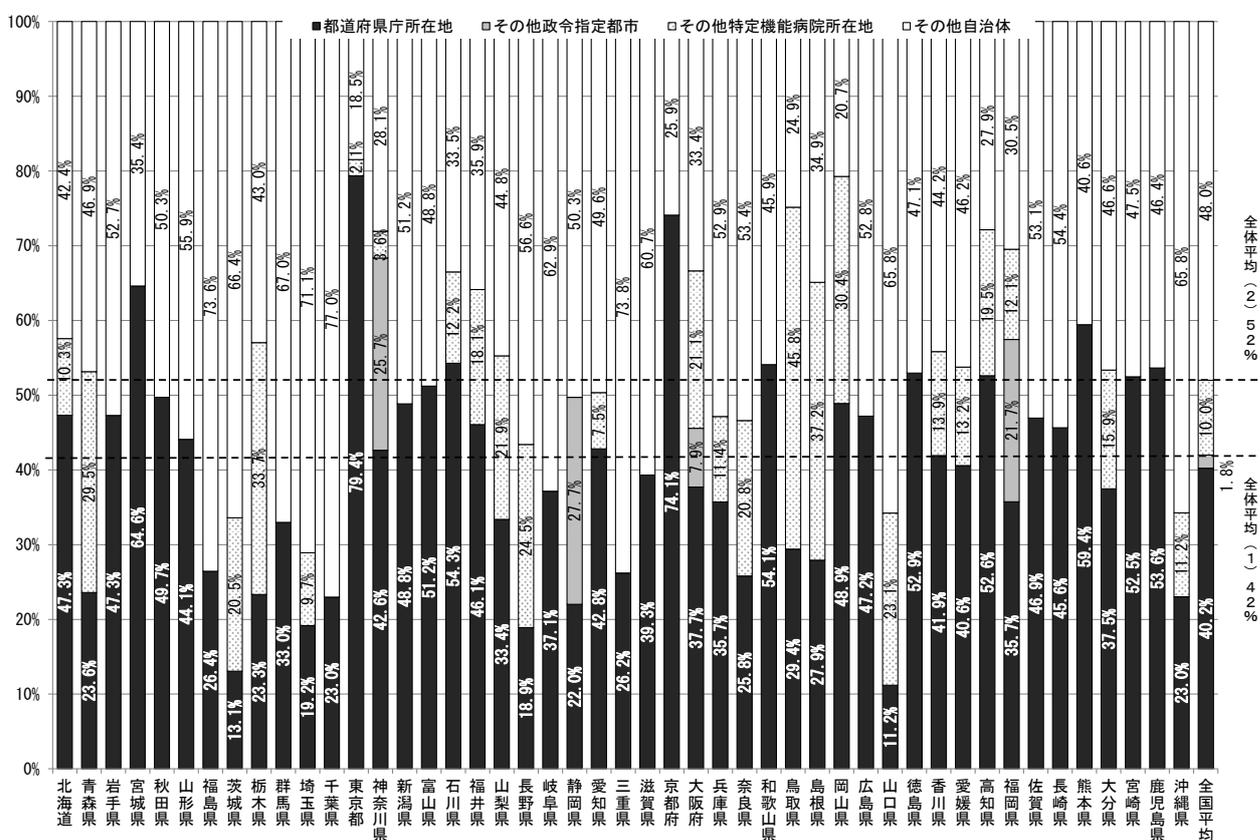
### (3) 医師の地域的偏在

医師は都道府県庁所在地と政令指定都市ならびに特定機能病院が存在する都市に集中する傾向がみられる(図表 1-3-6)。都道府県庁所在地とそれ以外の政令指定都市の医療施設(病院・診療所)に従事する医師数割合は全国平均で42%(図表中の全体平均(1))である。都道府県別にみると東京都(79.4%)、京都府(74.1%)、神奈川県(68.3%)が高く、長野県(18.9%)、茨城県(13.1%)、山口県(11.2%)が低い。県庁所在地と政令指定都市の病院従事医師割合が低い県は、大学病院や基幹病院がその他の地域に所在している。例えば山口県では、基幹病院である山口大学医学部附属病院(宇部市)、山口県立総合医療センター(防府市)、関門医療センター(下関市)、徳山中央病院(周南市)、岩国医療センター(岩国市)が山口市以外に分

散しているため、県庁所在地への医師集中が全国で最も低い。

都道府県庁所在地とそれ以外の政令指定都市、ならびにそれ以外の特定機能病院が所在する都市の医療施設（病院・診療所）に勤務する医師数割合は全国平均で 52%（図表中の全体平均（2））である。都道府県別にみると東京都（81.5%）、岡山県（79.3%）、鳥取県（75.1%）が高く、福島県（26.4%）、三重県（26.2%）、千葉県（23.0%）が低い。千葉県には千葉大学医学部附属病院（千葉市）以外に日本医科大学千葉北総病院（印西市）、東京女子医科大学八千代医療センター（八千代市）、東京慈恵会医科大学附属柏病院（柏市）、順天堂大学医学部附属浦安病院（浦安市）等の大学関連病院があるため医師の集中度が低くなっている。逆に、鳥取県や岡山県は県庁所在地の外に鳥取大学医学部附属病院（米子市）や川崎医科大学附属病院（倉敷市）等の大学病院（医育機関）があるため特定機能病院所在地において医師の集中度が高い。

図表 1-3-6 都道府県別の医師の従事地割合



※全国平均は 47 都道府県の従事地割合の単純平均である。

※全国平均（1）は「都道府県庁所在地」と「その他政令指定都市」の合計値、全国平均（2）は（1）に「その他特定機能病院所在地」を加えた値を示す。

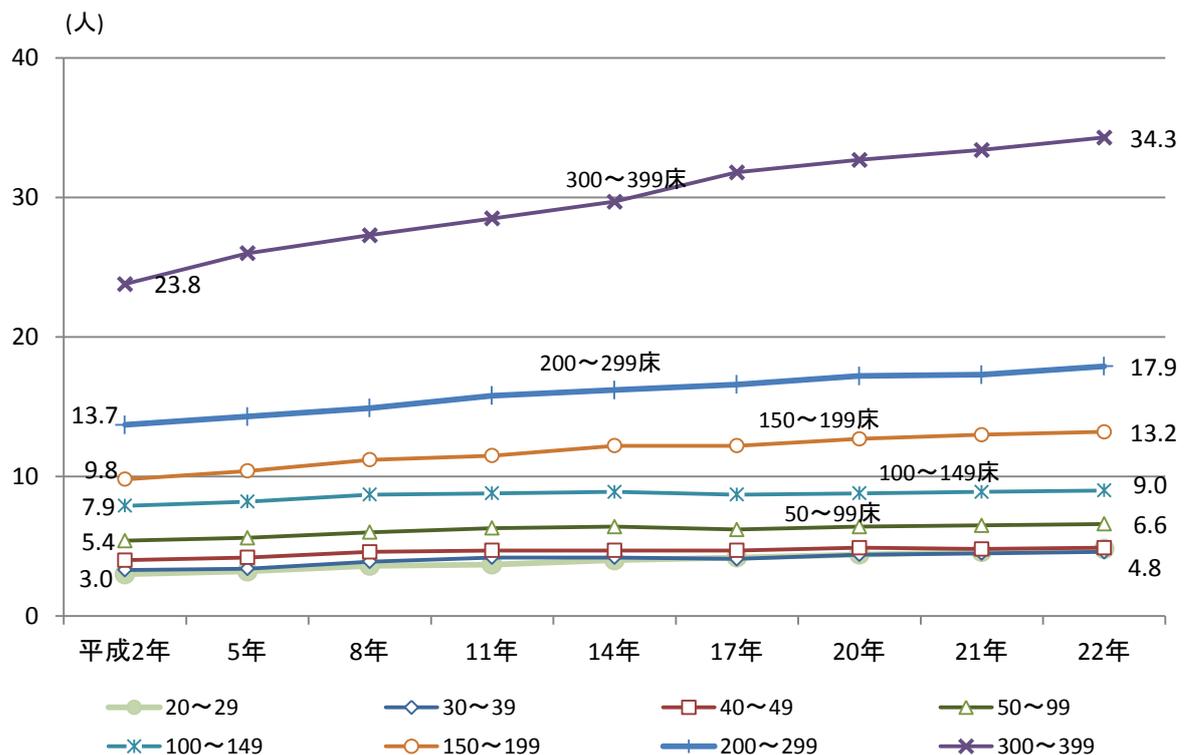
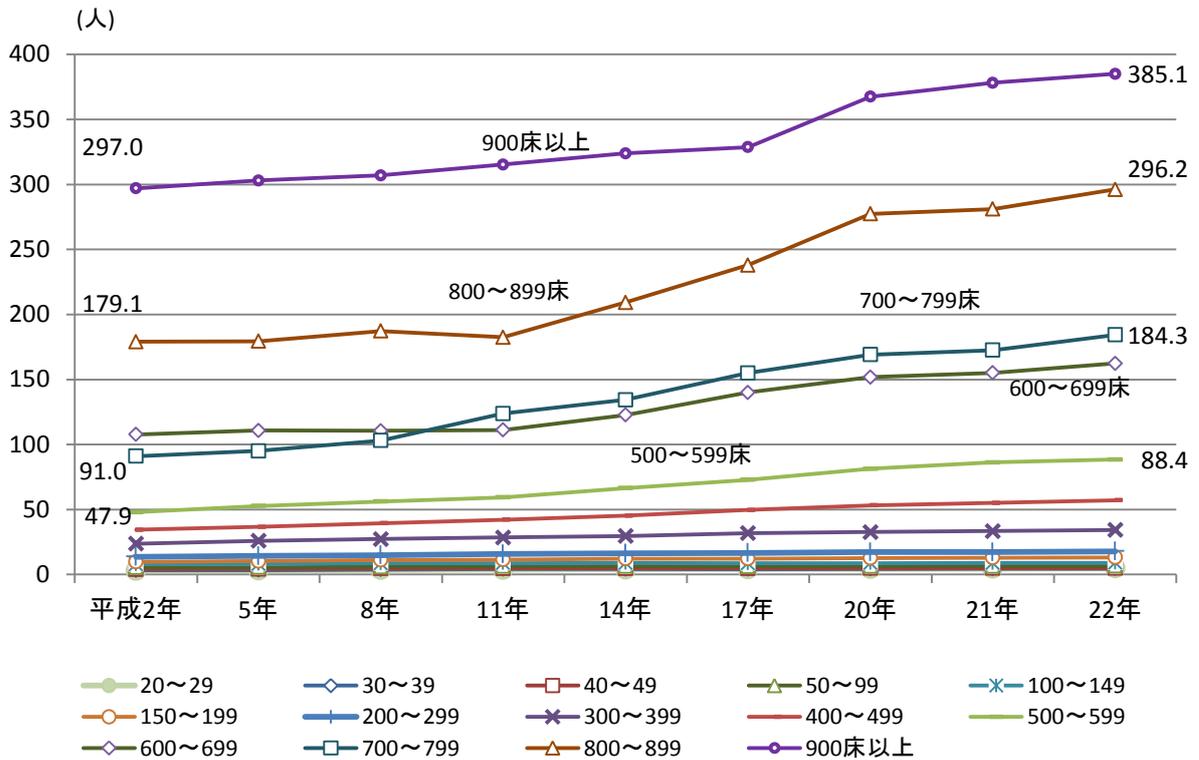
	都道府県庁所在地	その他政令指定都市	その他特定機能病院 所在地	その他自治体
北海道	47.3%		10.3%	42.4%
青森県	23.6%		29.5%	46.9%
岩手県	47.3%			52.7%
宮城県	64.6%			35.4%
秋田県	49.7%			50.3%
山形県	44.1%			55.9%
福島県	26.4%			73.6%
茨城県	13.1%		20.5%	66.4%
栃木県	23.3%		33.7%	43.0%
群馬県	33.0%			67.0%
埼玉県	19.2%		9.7%	71.1%
千葉県	23.0%			77.0%
東京都	79.4%		2.1%	18.5%
神奈川県	42.6%	25.7%	3.6%	28.1%
新潟県	48.8%			51.2%
富山県	51.2%			48.8%
石川県	54.3%		12.2%	33.5%
福井県	46.1%		18.1%	35.9%
山梨県	33.4%		21.9%	44.8%
長野県	18.9%		24.5%	56.6%
岐阜県	37.1%			62.9%
静岡県	22.0%	27.7%		50.3%
愛知県	42.8%		7.5%	49.6%
三重県	26.2%			73.8%
滋賀県	39.3%			60.7%
京都府	74.1%			25.9%
大阪府	37.7%	7.9%	21.1%	33.4%
兵庫県	35.7%		11.4%	52.9%
奈良県	25.8%		20.8%	53.4%
和歌山県	54.1%			45.9%
鳥取県	29.4%		45.8%	24.9%
島根県	27.9%		37.2%	34.9%
岡山県	48.9%		30.4%	20.7%
広島県	47.2%			52.8%
山口県	11.2%		23.1%	65.8%
徳島県	52.9%			47.1%
香川県	41.9%		13.9%	44.2%
愛媛県	40.6%		13.2%	46.2%
高知県	52.6%		19.5%	27.9%
福岡県	35.7%	21.7%	12.1%	30.5%
佐賀県	46.9%			53.1%
長崎県	45.6%			54.4%
熊本県	59.4%			40.6%
大分県	37.5%		15.9%	46.6%
宮崎県	52.5%			47.5%
鹿児島県	53.6%			46.4%
沖縄県	23.0%		11.2%	65.8%
全国平均	40.2%	1.8%	10.0%	48.0%

資料；厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」

#### (4) 医師の大規模病院への集中

病床規模別1病院当たり医師数の推移をみると、平成2年から22年の20年間で病院全体平均は54%増加している。700～799床の病院は1病院当たり医師数が91人から184人に103%増加する等、大規模病院を中心に医師数が増加している(病床規模別病院数は図表1-1-3参照)。

図表 1-3-7 病床規模別1病院当たり医師数の推移(上; 全件、下; 左軸0~40人部分拡大)



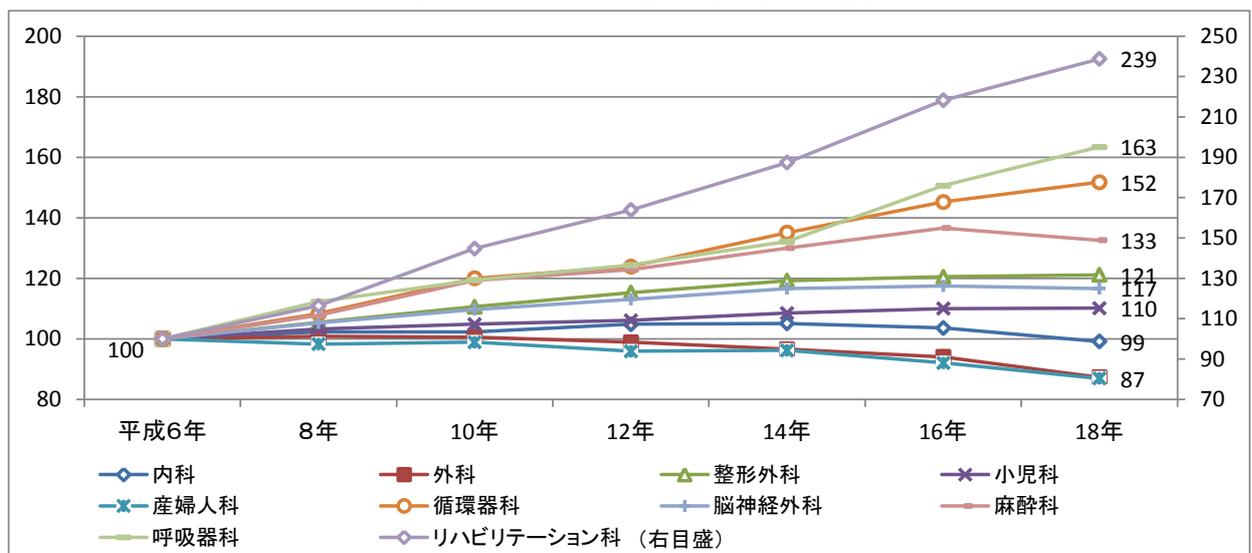
	平成 2年	5年	8年	11年	14年	17年	20年	21年	22年
総数	14.6	15.8	17.1	17.9	19.0	19.9	21.4	21.9	22.5
20～29床	3.0	3.2	3.6	3.7	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8
30～39床	3.3	3.4	3.9	4.2	4.2	4.1	4.4	4.5	4.6
40～49床	4.0	4.2	4.6	4.7	4.7	4.7	4.9	4.8	4.9
50～99床	5.4	5.6	6.0	6.3	6.4	6.2	6.4	6.5	6.6
100～149床	7.9	8.2	8.7	8.8	8.9	8.7	8.8	8.9	9.0
150～199床	9.8	10.4	11.2	11.5	12.2	12.2	12.7	13.0	13.2
200～299床	13.7	14.3	14.9	15.8	16.2	16.6	17.2	17.3	17.9
300～399床	23.8	26.0	27.3	28.5	29.7	31.8	32.7	33.4	34.3
400～499床	34.4	36.7	39.5	42.2	45.2	49.6	53.2	55.1	57.2
500～599床	47.9	52.7	56.1	59.3	66.5	72.9	81.3	86.2	88.4
600～699床	107.7	110.8	110.5	111.1	122.7	140.0	151.8	155.1	162.3
700～799床	91.0	95.1	103.0	123.8	134.4	155.0	169.1	172.6	184.3
800～899床	179.1	179.4	187.3	182.5	209.2	238.0	277.4	281.1	296.2
900床以上	297.0	303.0	307.0	315.3	323.9	328.7	367.5	378.2	385.1

資料；厚生労働省「平成22年 医療施設調査」

### (5) 診療科別医師数の推移

主たる診療科別医師数の推移を平成6年を100として指標をすると、リハビリテーション科が236に急増する一方、外科と産婦人科が87に低下する等、診療科別に医師の増減状況が異なる。

図表 1-3-8 診療科別医師数指標の推移



※平成20年から統計上の診療科区分が変更になったため18年まで掲示

資料；厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」