

ヘルスケアマーケットの概観と病院の鑑定評価

(株)立地評価研究所 大阪本社 不動産鑑定士 芳賀 美紀子

0. はじめに
1. 病院についての基礎的事項
2. 医療業界の動向
3. 医療機関に関する法制度の制約
4. 医療機関のマーケティング
5. 病院の評価

はじめに

2007年夏頃から、米国に端を発するサブプライムローン問題が深刻化し、直前まで“ミニバブル状態”と表現されていた日本経済も、ここに来て少なからず影響を受けていることは疑う余地がない。しかしながら、ここ数年来活発化してきた日本における不動産投資や事業再生の動きが、一気に停滞し、悪化の一途を辿っている...という状況ではないことも事実である。むしろ、“良好な案件”の減少により、不動産投資や事業再生の分野における新たな市場を求める動きについては、確実に読み取ることができ、“最後に残された不良債権分野としての病院と学校”に注目が集まっている。

とりわけ“病院”については、安定収益の割に、コスト削減等の経営改善が遅れているため、再生の取り組みにより充分なリターンが期待できる可能性が高いと見られている。また、近年、通常のレジデンスやオフィスでは高い収益性の確保が困難となってきたため、付加価値を高める目的で、“医療・美容・シニア等のヘルスケア系のテナント導入施設”が脚光を浴びるようになってきている。

同時に、“病院経営”の視点からも、収益重視への転換とキャッシュフロー経営の浸透、及び資産の流動化(不動産証券化等)によるオフバランスが有効に働くことが推測され、公立病院を含む多数の病院において、証券化の試みやスクラップ・アンド・ビルド、M&Aが加速化していくことが予測される。また、地域の中核医療施設にとっては、今後の事業再構築における大きな関心事のひとつが、「赤字体質の改善と資産の有効活用や処分」にあることは想像に難くない。

そこで本稿ではヘルスケアマーケットの概観と医療業界特有の規制をふまえた鑑定評価上の留意点について報告する。

1. 病院についての基礎的事項

病院経営は、人命に関する公共性・社会性が強い事業であることから、法律上・行政上さまざまな制約がある。病院に関する基礎的事項は以下の通りである。

(1) 病院の定義

一般的に医療施設のことを「病院」と呼んでいるが、医療法では、病床数が20以上のものを病院という。19以下のものは「診療所」と明確に定義されている。

(2) 病床（ベッド）による分類

医療法では、病院の開設による許可における許認可において、病床を以下の通り分類、定義している。

- ① 精神病床：病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。
- ② 感染症病床：病院の病床のうち、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に規定する新感染症の患者を入院させるためのもの。
- ③ 結核病床：病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのもの。
- ④ 療養病床：病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの。
- ⑤ 一般病床：病院の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

(3) 医療圏と病床規制

一次医療圏は地域保健法、二次および三次医療圏は、医療法において以下の通り定められている。

① 一次診療圏：

「健康管理、予防、一般的な疾病や外傷等に対処して、住民の日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する区域」を言い、一般的には「市町村」がこれに対応する。

②二次医療圏：

「入院治療を主体とした一般の医療需要に対応するために設定する区域】であり、主に病院の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位として設定するよう規定されている。

③三次医療圏：

「一次医療圏や二次医療圏で対応することが困難で特殊な医療需要に対応し、より広

域なサービスを提供する区域」として定められており、一般的にはその都道府県全域を指す。

病床数は二次医療圏ごとに管理されているため、都道府県が作成した医療計画に基づき、既存病床数が基準病床数を超えた場合、病床を増やすことが出来ない。

例えば大阪府では、府下4エリアの病床不足地域が生じている反面、大阪市内は大幅な病床過剰地であり、新規参入は困難であることがわかる。

病床種別	二次医療圏	基準病床数	既存病床数	過剰病床数
療養病床 及び 一般病床	豊能	9,392	7,680	-1,712
	三島	6,701	6,265	-436
	北河内	9,964	9,366	-598
	中河内	6,385	6,027	-358
	南河内	7,137	7,350	213
	堺市	7,119	9,730	2,611
	泉州	7,822	9,602	1,780
	大阪市	22,834	35,233	12,399
	計	77,354	91,253	13,899
精神病床	府内全域	18,901	19,786	885
結核病床	府内全域	1,412	2,334	922
感染症病床	府内全域	78	78	0

※基準病床数はH14.10.1現在

出所:大阪府HP

2. 医療業界の動向

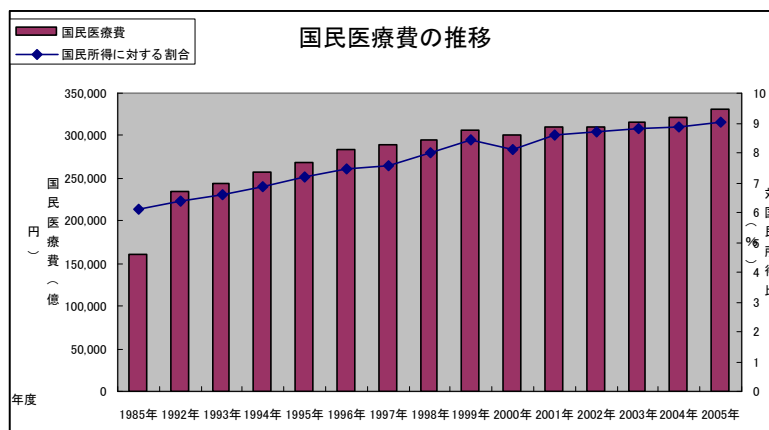
(1) 国民医療費の推移

厚生労働省発表の「平成17年度国民医療費の概況」によると、2005年度の国民医療費は33兆1289億円であり、20年前(1985年)の約16兆円からみて約2倍以上の規模となっている。

これを国民一人あたりで見ると、1985年度に約132千円だった一人当たりの医療費は2005年度には約259千円と約1.9倍の伸びになった。また国民医療費の国民所得に対する割合で見ると6.13%程度だった負担が、9.01%の負担と一割に迫ってきている。医療保険制度は、国民所得が伸び続けることを前提につくられているため、現在のように国民医療費の伸び率が国民所得を大きく上回っている現状は、保険制度の前提が崩壊していることを示している。

この医療費増加の主たる要因は、急激な高齢化の進行による。老人医療費は、1985年当時約4兆円規模であったものが、2005年度には約13兆円と一気に三倍になっていることから、老人医療費の拡大が医療費増加の主因であることが窺える。自動車産業が約30兆円の規模であることを考えれば、自動車産業を凌ぐ医療業界の

拡大は高齢化社会が作り出していることがわかる。



出所：平成 17 年度国民医療費の概況（厚生労働省）

（２） 医療法人の経営実態

① 収支構造

病院の収入は、外来収入と入院収入が大半を占め、また入院収入は、有床診療所と 500 床以上の病院で比較すると一人一日あたり収入で約 2.5 倍、入院 1 件あたり収入は約 3.1 倍の格差がある。これは施設規模が大きくなるほど重傷度が高い患者の比率が高くなり、また日本の医療制度は重傷度が高くなれば医療費が高額になることに起因している。

病院会計では固定費の占める割合が高いことが特徴として挙げられる。労働集約型産業であることから給与費（人件費）は収入の半分程度を占める。次に大きいのが医薬品費と診療材料費で、概ね支出の 15%～25%程度を占めており、医務材料費の管理だけでも財務の安定性に影響する。

また、減価償却費が高い点も特徴のひとつで、これは病院が建物の固定資産が大きいだけでなく、医療機器も高額なことが理由として挙げられる。

また目に見える有形の資産項目だけではなく、社会的に名声のある医者や権威のある医師や優秀なスタッフ等無形の資産価値によっても、高い収益性を得られる反面、医療ミスが発生すれば病院の存在を脅かすリスクとなる。

以下は療養型病院と一般病院の収支状況を示したものである。

	一般病院 (療養病床60%未満)		療養病院 (療養病床60%以上)	
	金額(千円)	構成比率	金額(千円)	構成比率
I 医業収入	125,223		67,211	
1 入院収入	84,727	67.7%	54,591	43.6%
2 特別の療養環境収入	1,547	1.2%	764	0.6%
3 外来収入	36,171	28.9%	10,028	8.0%
4 その他の医業収入	2,778	2.2%	1,828	1.5%
II 医業費用	122,133		63,960	
1 給与費	66,500	54.4%	39,664	32.5%
2 医薬品費	13,804	11.3%	4,206	3.4%
3 給食用材料費	1,389	1.1%	1,226	1.0%
4 診療材料費・医療消耗器具備品費	9,715	8.0%	2,237	1.8%
5 委託費	7,070	5.8%	3,641	3.0%
6 減価償却費	5,474	4.5%	2,541	2.1%
7 設備関係費	6,908	5.7%	3,474	2.8%
8 経費	10,279	8.4%	6,210	5.1%
9 その他の医業費用	994	0.8%	761	0.6%
III 医業収支差額(I - II)	3,090		3,251	
IV その他医療関連収入	2,316	1.8%	1,434	2.1%
V その他医療関連費用	2,674	2.1%	1,415	2.1%
VI 経常利益(III + IV - V)	2,732	2.2%	3,270	4.9%

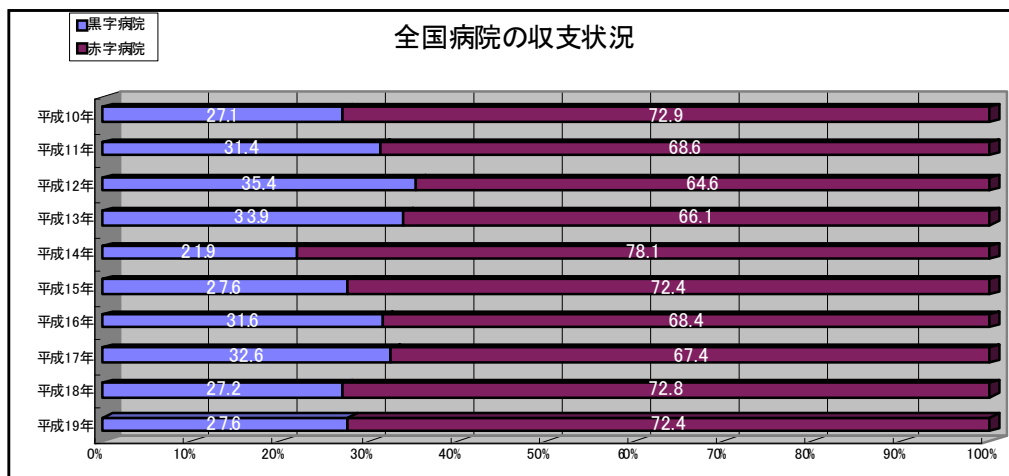
出所：医療経済実態調査(平成19年6月)中央社会保険医療協議会

②経営状態

全国公私病院連盟の平成19年度の報告書によると、黒字病院の割合は32.6%、赤字病院の割合は72.4%と圧倒的に赤字病院の割合が多く、この傾向は過去10年間以上続いている。赤字病院が多いにも関わらず、病院が存続している理由として

- PL上赤字となっても、病院は固定資産が大きいこと、減価償却費が大きく、キャッシュフロー上は黒字となっているケースが多いこと
- かつては、高度成長期に設立されたものが多く、取得簿価と比較して固定資産の時価が高いことから銀行の融資が受けやすかったこと。現在は現在金融機関による医療法人の選別化が厳しくなっているが、医療機関は公共性・社会性が高いため、事業の清算が困難であること。
- 売掛金である診療費用が、社会保険で基本的に7割支給されることから、一般的な企業と比較して貸し倒れリスクが低いこと
- 国・都道府県など自治体を経営母体とする公立病院は補助金や補填などが行われていたこと(但し2005年以降独立行政法人となり、独立採算が義務付けられた)

などがあげられる。



出所：平成19年病院経営分析調査報告

一方で、帝国データバンクによる倒産件数は以下の通りである。破綻の原因は、規模（病床数）や地域によって異なる。大規模（200床以上）病院では、都心部・地方を問わず「期中のキャッシュフローには強いが、過去の多大な設備投資により、金利負担が重いため、医業損益ベースで黒字でも支払利息後の経常損益で赤字になり破綻」するケースが大半である。小規模（200床未満の場合）都心部では、「診療所・歯科医院等の増加による競争激化から収入減を余儀なくされ経営が破綻」するケースが、地方では「地域医療を担う立場から診療科目を絞ることが出来ず、収入には問題がないが人件費を中心としたコスト高により破綻」するケースが多くなる。

また倒産態様としては、事業規模の大きい病院は民事再生法、小さい診療所・歯科医院は破産を選択する傾向が高い。

	医療機関の倒産件数	業態別内訳			倒産態様	
		病院	診療所	歯科医院	民事再生	破産
2001年	17	3	10	4	7	10
2002年	29	6	13	10	6	23
2003年	26	7	11	8	11	15
2004年	32	6	14	12	8	24
2005年	28	8	11	9	8	20
2006年	30	5	16	9	5	25
2007年	28	10	9	9	8	20
計	190	45	84	61	53	137

出所：帝国データバンク

3. 医療機関に関する法制度の制約

病院は、公営・私営を問わず「医療法」「医療行政」の管理下にあるため、通常の不動産と異なり、以下のような制約がある。

(1) 医療計画による病床規制

都道府県により、基準となる病床数が定められているため、病床過剰地域であれば、病床を増やすことができない。このため各医療機関では、売上増加のためには、医療サービスの質を上げることで平均在院日数を短縮し、あわせて新入院患者を確保して病床稼働率を向上させることが必要となる。

見方を変えれば、病床過剰地域においては、既存の M&A 等によって医療機関の事業を承継する以外に参入は難しいため、新規参入リスクが少なく、既存病床が既得権化している。

(2) 医療法による非営利原則

医療法人は剰余金の配当ができない点で通常の営利法人とは区分されている。注意すべき点是对外的活動によって利益を得ることは、「営利法人」であっても「非営利法人」であっても行うことができるが、得た利益を（株主等の）構成員に分配するか否かが「営利」と「非営利」の分岐点となる。なお医療法人は原則非課税となる公益法人等とはされていない。そのため、医療法人は非営利法人であるのにもかかわらず、法人税等の税制面では原則的に営利法人と同じ扱いを受け、更に行える事業の種類が非常に限定されていることから、比較的近い目的を持つ社会福祉法人に比べ著しく不利であるとの意見もある。

以下は株式会社と医療法人の相違点をまとめたものである。

	医療法人	株式会社
意思決定機関	社員総会	株主総会
業務執行機関	理事会	取締役会
監査機関	監事	監査役
業務範囲	医療法により制限	営利業務全般
利益配当	禁止	株主総会の承認を受けて配当可能

医療機関を不動産投資の視点からみると、医療法による非営利原則等による諸規制等により流動化への制約が大きい。医療法による主たる制約事項と、具体的な影響をまとめると以下の通りとなる。

制約事項	影響例
1. 利益（内部保留）処止	<p>①医療法人による第三者担保提供及び保証提供は「みなし利益処分」と解釈され契約は無効となる</p> <p>②収益連動型の金利設定は不可能</p> <p>② 収益連動型の賃料設定・事務手数料が不可能</p> <p><u>※つまり、余剰金の配当が禁止されているため、賃料の設定方法を医療機関の収益にスライドさせるものは、医療機関から賃貸人に対する擬似配当行為とみなされ契約が無効となることなど一般の不動産と比較して、アップサイドの評価が見込めない。</u></p> <p>④「非営利目的」であるため、医療法人側に収益に対する意識が希薄</p>
2. 病床は法人に帰属	<p>①施設に帰属していないため、事業継続できなくなった病院は担保価値が著しく低くなる</p> <p>②デフォルト時の出口対策として事業譲渡の選択肢は煩雑となる</p> <p><u>※外部からの病院経営への関与に関する規制があるため、営利法人による医療法人の支配が認められない。このため、営業法人の間接支配を誘導する仕組みを利用することができない。</u></p>
3. 医療法人資産要件	<p>医療法人の開設時自己資本比率は20%以上となる（不動産資産の自己保有は除く）</p>
4. 医療法人の成立要件	<p>①理事は3人以上</p> <p>③ 理事長は医師である理事から選任</p> <p>※経営者は医師となる</p> <p>③病院等の管理者を理事に加える</p> <p>④常勤医師は一人以上</p> <p>※法人に対する外部からのコントロールは不可能である一方、法人支配は医師に限定される。</p>
5. その他	<p>医療法人の許認可には一般的に半年程度かかるため、流動化等で新しい医療法人を組成する場合迅速な対応が出来ない。</p>

結果として、流動化案件は、医療機能強化を目的とした大規模設備投資案件或いは不良債権化した病院の再生ファイナンス事業などが中心となる。

(3) 診療報酬制度に基づく価格の硬直性

医療機関においては、収入の約 95%を保険収入に依存しており、事業における殆どのサービス価格は、診療報酬制度に基づく公定価格（診療報酬点数）により決定される。保険診療においては、個別の医療機関における独自の価格設定は出来ない。そのため、価格競争にも巻き込まれずに収益確保が可能である。

ただし、以下については特別な規定はなく、個別の医療機関の裁量により設定可能である。

①自費診療領域における価格設定

検診、人間ドックや産婦人科の分娩、不妊治療、一部の歯科治療などは保険医療ではなく自由診療であるため、患者が全額を自己負担し、価格は各医療機関が自由に設定することができる。

需要を喚起するためにキャンペーン価格を設定したり、競合医療機関からシェアを獲得するために相対的に低い価格を設定することは可能である。

②特定療養費

差額ベッドや高度先進医療といった特定医療費についても、自由診療と同様に各医療機関が自由に設定することができる。そのため聖路加国際病院（東京都中央区）のように、病床の半分を個室化し、差額室料を徴収することも可能である。

4. 医療機関のマーケティング

(1) 外部環境調査

医療機関にとって収益とは、延べ患者数×患者一人一日あたりの収益で求められるため、収益計画の基礎となる患者数の見積もりは極めて重要となる。

①商圏（診療圏）

診療圏については、医療サービスの性質や既存患者の来院状況などをもとに、実際の距離や時間を考慮して設定を行う。診療科や病院の規模、競合医療機関の立地状況によって診療圏の範囲は異なってくるが、一般的な目安として以下の通りとなる。

	第1次診療圏	第2次診療圏	第3次診療圏
定義	60%以上の患者が来院すると見込まれる地域	20%以上の患者が来院すると見込まれる地域	1・2次以外の地域から患者が来院すると見込まれる地域
特定機能病院 (精神病院・結核病院・感染症病院)	半径 20～30km	半径 30～50km	半径 50km以上
地域中核病院	半径 10～20km	半径 20～30km	半径 30km以上
中規模病院	半径 10km	半径 10～20km	半径 20km以上
小規模病院	半径 5km	半径 5～10km	半径 10km以上
専門病院	中規模病院に匹敵		

※ 出所：医療マーケティング（パル出版）

② 診療圏における人口構造の把握

診療圏が設定された後は、過去の人口推移や地域の将来の開発動向などから診療圏の将来人口を予測する。また年齢別の人口構成や出生率の状況、オフィス街では昼夜の人口に変動があるため、事業所統計等による就業者数の調査も行う。

③ 医療需要の把握

診療圏内の人口に患者の年齢構成別・性別の受療率を掛け合わせることで疾病別の患者数を推計する。

また患者流出入の状況や救急医療の状況を調査することで、診療圏において不足している機能や相対的に優れている機能を把握する。

④ 医療供給体制の分析

地域医療計画における必要病床数、医療施設数、病院病床数、診療圏内医院の状況、医療従事者の状況を把握する。高機能の医療機関の場合は高度医療期間、特殊診療設備の設置動向についても把握する。

⑤ 競合医療機関に関する調査

マーケティング上、診療圏における競合医療機関の状況を調査することは重要なポイント

となる。

競合病院の診療体制、特色などを調査し、自院の強み・弱みや差別化戦略について分析が可能となってくるからである。

具体的には以下のような調査が必要となる。

競合病院の調査項目	具体例調査事項
医療機関名 (経営組織)	法人所有形態、経営戦略、組織、経営と組織所有の関係、情報開示、事務管理体制、グループ会社など 特に病院のもつ機能（急性期、療養、予防医療など）を把握することにより、診療圏において競合相手となるのか、あるいは相互補完関係が図れる相手になるのかを把握
所在地	ターゲットとする地域（患者・住民が多く存在する地域）からの交通アクセスや時間距離を把握
許可病床	一般病床、療養病床の数
医療提携体制	診療科、病棟構成、医療スタッフ構成、配置、医療設備、医療連携等
医療サービス・施設	訪問介護、予防接種、人間ドックなど付帯設備の把握
特に患者の多い診療科	自院の診療科との競合把握
機能性	入院、外来患者数、平均在院日数、病床稼働率等
その他	特色ある医療（東洋医学を取り入れている等）

5. 病院の評価

病院の評価にあたっては以下の方法が考えられる

(1) 原価法

土地・建物それぞれの再調達原価を求めて全体の再調達原価を求め、これに減価の要因に基づく減価修正を行って求める。

(2) 取引事例比較法

同様の売買（譲渡）取引がある場合にその取引価格を比較して対象病院の価格を求める。病院の売買は一般に非公式であり、また個別性が高いため、病院の評価として適用されることはまれである。

(3) 収益価格

病院は他のアセットと異なり、医者そのものが集客力の源泉であり、オペレーターの代

替が困難であることから、土地・建物の価値というより病院事業が生み出すキャッシュフローに着目することになるため、収益価格が主手法となる。

収益価格は、病院事業から発生する EBITDA から不動産キャッシュフロー（負担可能賃料）を算出し、さらに利回りで還元することによって不動産価値を求める。収益価格は、不動産の売買にあたって最も重視される手法となる。一般的に、安定的な賃料負担能力は、一般的なオペレーショナルアセットと同じく EBITDA の 60%～70%程度が目安となるが、収支状態や、病院形態によっては 70%～80%程度の負担も可能となる。

不動産を流動化する場合の賃料設定の場合、以下の点に留意が必要である。

- ①「賃料が近隣の類似物件と比較して著しく高額であってはならない」。医療法人の非営利性から、賃料が近隣の賃料相場に比して著しく高額である場合は剰余金禁止規定に抵触する可能性が指摘されているからである。
- ②賃料は「医療機関収入の一定割合」というように売上に連動する形では定められないとされているため、定額である必要がある。

このように、実現可能な賃料設定か否かを判断するためには、事業収支の分析が非常に重要となるため、以下のような点に注意が必要となる。

① 収入

収入は、発生源別に、入院収入、外来収入、その他医業収入に分けられる。

入院収入＝許可病床数×病床利用率×患者一人あたり入院収入×365日

外来収入＝1日当り外来患者数×外来患者1人1日当り診療収入×診療日数
として計算される。

一般的な病院の収入源は、保険収入とそれ以外に分けられる。保険診療の対価は、患者の自己負担分と医療保険の償還を通じて行われる。医療保険の償還期間は通常 60 日程度であり、他方病院が負担する医療材料費等の買掛期間は 90 日であることから、短期的な取引上それほど問題はなく、医療機関は患者の支払い能力に関するリスクをあまり負担することなく現金回収が可能となる。

保険収入は診療別・入院・外来別にわけ、患者一人1日あたり診療単価と1日当たり患者数について調査する。保険外収入として差額ベッド収入と人間ドック等の収入に分けられ、単価水準は競合病院の料金設定状況や稼働状況を確認する必要がある。

②費用

医業費用は大別して、人件費、材料費、一般経費に区分される。

人件費については、医師・看護師など有資格者が大半を占める上に、労働集約型事業でもあることから、人件費の占める割合は過半を占めるため、構造的な分析が必要となる。人件費が高い場合、人件費単価に起因するのか、人員構成上の問題なのか、労働生産性や効率性に起因するのかを把握する必要がある。

材料費は、大きく薬品費、診療材料費、食料材料費、医療消耗備品費にわけられる。

一般的に食事材料費以外は、医業収入の一定割合で比較することが多いため、全国公私連盟の調査（下図参照）による統計データ等と比較して適正かどうかを判断する。

一般経費については、減価償却費を除けば、医業収入の15%程度が標準的と言われている。

科 目	総 数					20 ～ 99床					100～199床				
	平成15年	16	17	18	19	平成15年	16	17	18	19	平成15年	16	17	18	19
	【 費 用 】														
総 費 用	108.4	107.8	108.6	110.3	109.7	118.3	118.5	118.2	117.3	118.8	109.5	109.2	109.1	111.3	110.8
I 医業費用	105.2	104.5	105.3	107.1	106.5	115.1	114.6	115.5	114.8	116.1	106.4	105.9	106.3	108.5	108.0
1. 給 与 費	54.0	53.3	53.7	54.8	55.4	64.8	64.2	64.9	66.6	68.2	57.9	57.9	57.7	59.5	60.3
(1) 常勤職員給	33.8	33.4	33.3	33.8	34.2	39.1	39.0	39.2	40.1	40.3	35.8	35.8	35.6	36.4	36.7
(2) 非常勤職員給	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	5.4	5.3	5.7	5.8	6.3	4.1	4.3	4.4	4.6	5.0
(3) 臨時給与費	9.7	9.1	9.0	9.0	9.0	10.8	10.3	10.2	10.0	10.5	9.8	9.4	8.9	9.1	9.1
(4) 退職給付費用	2.5	2.5	2.3	2.5	2.5	3.0	3.0	2.6	2.9	3.2	2.5	2.5	2.2	2.6	2.6
(5) 法定福利費	5.6	5.7	6.3	6.5	6.5	6.5	6.7	7.2	7.7	7.9	5.8	5.9	6.5	6.8	6.9
2. 材 料 費	28.5	28.4	28.2	28.6	27.3	24.6	24.2	24.1	22.6	21.4	23.8	23.5	23.3	22.8	21.8
(1) 薬品費	18.0	17.7	17.4	17.4	16.4	18.2	17.8	17.3	16.2	15.4	15.3	15.2	14.6	14.4	13.8
(2) 診療材料費	9.3	9.5	9.7	10.0	9.6	4.9	5.0	5.3	5.1	4.8	7.2	7.0	7.2	7.0	6.6
(3) 食事材料費	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	0.8	0.7
(4) 医療消耗備品費	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.4	0.7	0.5	0.4	0.4	0.5	0.7	0.6	0.7
3. 経 費	15.1	15.4	15.8	15.9	16.1	18.0	18.3	18.9	18.5	19.5	17.1	17.0	17.6	17.9	18.1
うち委託費	7.0	7.2	7.3	7.7	7.7	7.9	8.2	8.4	8.6	8.8	7.4	7.7	7.5	8.0	8.2
4. 減価償却費	6.3	6.2	6.4	6.6	6.5	5.9	6.1	5.9	5.7	5.5	6.0	6.1	6.2	6.9	6.3
5. 資産減耗損	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.4	0.4	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2
6. 研究・研修費	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
7. 本部費分担金・役員報酬	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	0.8	0.8	1.0	0.9	1.0
II 医業外費用	2.9	2.9	2.9	2.7	2.7	2.8	3.6	2.4	2.3	2.2	2.8	2.8	2.5	2.4	2.4
うち支払利息	2.1	2.1	1.9	1.9	1.8	2.3	2.6	2.0	1.8	1.8	2.3	2.3	2.0	2.0	2.0
うち看護師養成費	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
III 特別損失	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4
納付消費税（別掲）	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3	0.6	1.0	0.6	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
	【 収 益 】														
総 収 益	101.9	102.1	102.2	102.0	102.1	102.3	103.7	103.0	103.2	102.7	102.3	102.1	102.3	102.1	102.0
I 医業収益	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1. 入院収入	65.0	64.8	64.7	64.9	65.5	51.7	52.7	54.4	53.9	55.5	61.7	61.0	61.8	61.0	62.1
2. 室料差額収入	1.4	1.4	1.5	1.5	1.5	1.1	1.0	1.1	1.1	1.2	1.5	1.4	1.6	1.5	1.5
3. 外來収入	31.4	31.5	31.4	31.0	30.4	44.4	42.4	41.0	40.6	39.4	33.8	34.5	33.6	33.8	32.9
4. 公衆衛生活動収入	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	1.0	1.6	1.4	1.5	1.5	1.3	1.0	1.1	1.1	1.3
5. 医療相談収入	1.1	1.3	1.2	1.3	1.4	1.2	2.3	1.8	2.4	1.9	1.3	1.5	1.4	2.0	1.6
6. その他の医業収入	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.6	0.0	0.4	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6
II 医業外収益	1.5	1.8	1.8	1.6	1.7	2.0	3.4	2.6	2.8	2.1	1.8	1.8	1.9	1.8	1.7
III 特別利益	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.3	0.4	0.4	0.3
他会計負担金・補助金等収入(別掲)	7.4	7.4	6.2	6.2	5.8	13.0	14.1	12.2	11.7	11.5	6.7	7.3	6.1	6.4	6.6

なお、病院の鑑定評価で採用されているキャップレートは、病院の業態（急性期型か療養型か）や規模・事業収支によって個別性が高く、また経営データの整備の良否によっても精度が変わってくるが、7%～12%程度の広いレンジ内で採用されることが多い。

高齢化率が20%をこえている日本において、シニア・ヘルスケア市場は今後も成長が見込まれる。中でも病院は、社会的な需要が高く市場規模が33兆円を超える巨大産業でもあるが、病院の内70%以上が赤字経営である中、政府による医療支出抑制政策や病床の削減等により病院を取り巻く経営環境は一層厳しさを増している。

一方で病院収入の大半を占める診療報酬債権が基金等であるため、貸し倒れリスクのない優良債権であり、また診療報酬体系は、全国均一体系であるため、価格競争に巻き込まれず収益確保が可能である。また増床規制により、新規参入リスクが低く、急激な高齢化

が進んだ結果、療養型（老人病院）の経営は今後も安定しているなどの、安定的な収益が見込める業界でもあることから、病院経営の改善により、収益改善の余地が高い業界であるともいえる。

近年では、不良債権化した病院の再生案件のみならず、医療機能強化を目的とした大規模設備投資案件や医療法人を新たに設立するために流動化する事案が見られるようになってきた。病院の評価にはこのような特殊性を踏まえたうえで、単純な病院経営の収支の分析に留まらず、診療圏の正確な把握やそれぞれの病院の持つ特性やリスクを把握し病院の適正価値を求めることが重要となる。

（ 以 上 ）