

業界レポート 医療業

産業分類コード 83



医療業（産業分類コード 83）

（１）市場概要

① 営業種目

- ・ 一般病院 ・ 一般診療所 ・ 歯科診療所 ・ 助産・看護業 ・ 療術業
- ・ 医療に附帯するサービス業

② 業界規模

総売上高（※） 33 兆 1,223 億円

上場企業数 7 社

非上場企業数 62,995 社

※ 医療業においては、「医業収益（営業収益）」として表されるが、本書では便宜上「売上高」として表現する。

③ 業界サマリー

- ・ 医療業とは、医師または歯科医師等が患者に対して医業または医業類似行為を行う事業およびこれに直接関連するサービスを提供する事業である。斯業種においては、附帯サービス業として介護や医薬品会社も一部含まれるが、主たる種目は一般病院（以下、病院）および一般診療所（以下、診療所）であるため、本レポートでは同 2 種目について述べる。
- ・ 日本国内の病院のうち約 70%、診療所においても 40%超が、各都道府県の認可を受けて設立される医療法人である。

【病院】

入所定員 20 人以上の施設を有する医療機関を指す。急性期疾患の診療や、MRI・CT などを使用した精密検査などを行う。さらに規模や機能別に、公的病院、一般病院、大学病院に分けられる。

【診療所（クリニック）】

患者を入院させるための施設を有しないもの、または入所定員 19 人以下の施設を有するもの。軽い病気や怪我、慢性期疾患の治療を中心に行う。診療所に分類される機関では、「診療所」、「クリニック」、「医院」のほか、「〇〇内科」、「〇〇整形外科」等、対応している診療科の名前を名称として使用しているケースもみられる。

（業界としての特徴）

- ・ 規制業種：医療業は人命に直接的な関わりを有する公的性格が強い業種である。そのため、開設にあたり都道府県知事等の許可を有するほか、広告などに関しても厳しく規制されているなど、関係法令により様々な制約を受けている。
- ・ 高齢化に伴う医療費の増加：高齢化が進む中、医療および介護にかかる費用は年々増加しており、表裏一体の関係にある医療業界の市場規模は成長が続いている。
- ・ 公定価格：保険診療の場合、各診療行為は報酬金額算定のための点数が定められている。点数は、診療行為ごとに全国一律に定められているため、医療機関が独自に報酬金額を定めることはできない。

(2) ビジネスモデル

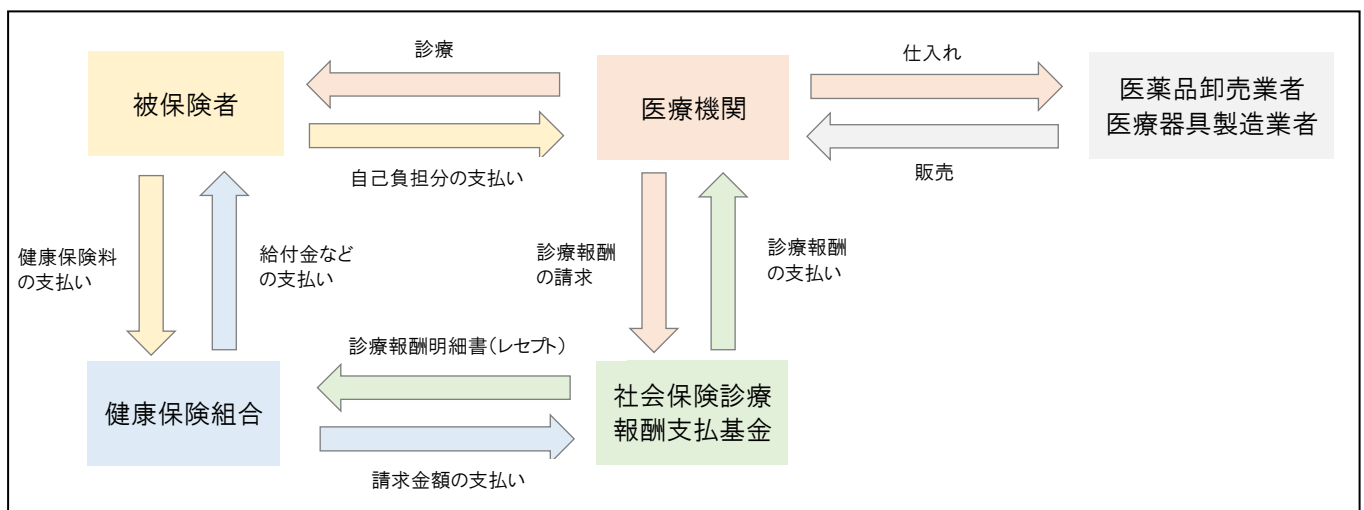
病院および診療所の収入である医療費は、「自己負担金」と「診療報酬」に大別される。自己負担金とは、患者が医療機関や薬局窓口で直接支払いを行うもので、健康保険法により原則3割と定められている。一方の診療報酬は、医療機関が患者の診療報酬明細書（レセプト）を社会保険診療報酬支払基金に提出し、同基金から支払いを受ける。診療報酬は、医療機関が個別、独自に定めることができるものではなく、公定価格として全国一律で診療行為ごとに点数（1点10円）が定められている。公定価格は医療政策に大きく影響され、医療機関の経営を左右する一因となっている。

医療機関の収入は、一般に入院診療と外来診療から成り、入院診療が6～7割を占める。入院診療は、入院患者単価×ベッド数×利用率で成り立っており、病床の利用率が収益性に大きな影響を与える。

一方、外来診療は、患者単価×外来患者数で成り立っており、収入を増加させるためには、単価の上昇か患者数自体の増加のいずれかが必要となる。単価は診療行為ごとに全国一律で定められているが、診療行為（処置、検査など）の請求漏れによる相違が生じることがある。

医療法人は、公共性と非営利性を前提としているため、一般法人と異なり売上、利益の最大化を目的としない。利益を追求するために、コストの削減などが図られた結果、医療の質の低下につながりかねないからである。そのため、安定したサービスが提供されるよう、医療法により病床ごとに必要な人員の配置基準や、基準の病床数が定められているなど規制業種として様々な制限が課されている。また、発生した利益においても医療へ再投資することが望まれ、剰余金として配当を行うことはできない。ただしその反面、一般法人と同様に利益が得られなければ存続できないため、コンサルタントによる経営改善や、診療圏の患者の分析や広告広報活動の効果測定などマーケティング調査を通じて、医療機関同士における競争が生まれている。

医療業のビジネスモデル



(3) 業界動向

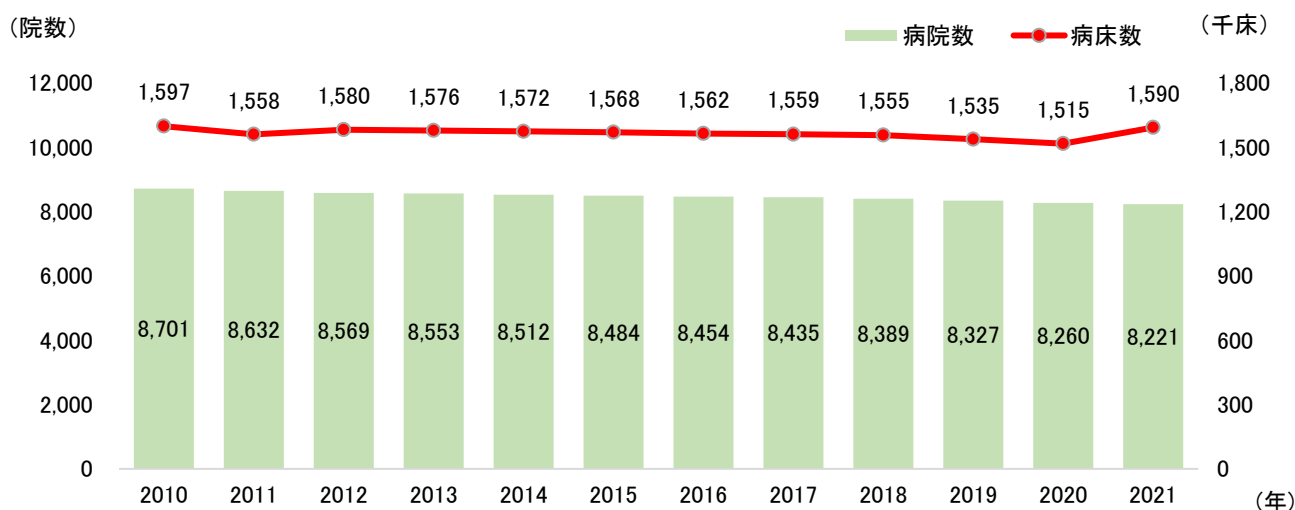
病院の収益の柱である入院診療費用と直結する病床利用率（運用病床数に対しての患者利用病床数）は、全国的に減少傾向にあったが、新型コロナウイルスの感染拡大を受け 2020 年は 10 年ぶりに 80%を超える稼働率となった。地域別に見ると、東北地域は病床利用率が長らく全国平均を下回る一方で、九州（沖縄含む）地域では、過去 10 年間で唯一全国平均を一度も下回っていないなど、地域差がみられる。病床利用率の観点では、中国、九州地域では、効率的な病院経営がなされている様子がうかがえる。

診療報酬の改定や増税によるキャッシュフローの悪化、老朽化に伴う病院施設の建て替え費等の支出により経営が圧迫されるほか、少子高齢化による医師不足も深刻化し、病院数は過去 10 年間減少し続けている。また 2019 年には厚生労働省は全国 1,455 の国公立病院の診療実績を分析し、424 の病院に対して再編統合の検証を要請したため、病院数の減少に更なる拍車がかかることが予想される。さらに 2020 年初頭からの新型コロナウイルスの感染拡大によって、外来患者が減少する一方で感染患者の受け入れが増加し、医療体制が逼迫している病院もみられ、今後の動向が注視される。

病床利用率推移(地域別)

	全国	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	上位2地域 四国	下位2地域 九州
2010年	80.1%	79.3%	77.5%	78.7%	79.6%	79.0%	81.2%	81.0%	83.9%
2011年	78.4%	78.4%	75.4%	76.6%	77.7%	77.5%	79.2%	79.3%	83.1%
2012年	78.5%	78.4%	75.4%	77.2%	77.5%	77.0%	79.5%	79.6%	83.2%
2013年	79.1%	78.8%	76.4%	77.5%	78.0%	78.2%	80.2%	79.0%	83.4%
2014年	78.8%	78.7%	75.7%	77.7%	78.0%	77.9%	79.7%	78.8%	82.6%
2015年	79.1%	78.4%	75.7%	78.1%	78.3%	78.1%	79.2%	78.1%	82.3%
2016年	76.2%	75.2%	72.3%	75.0%	75.4%	75.4%	76.7%	76.1%	80.7%
2017年	77.6%	76.5%	73.3%	76.7%	76.8%	77.0%	78.5%	77.4%	81.1%
2018年	77.0%	76.2%	72.7%	76.3%	76.1%	76.6%	77.9%	77.2%	80.5%
2019年	76.3%	74.9%	71.7%	76.0%	74.8%	76.0%	76.9%	75.4%	79.5%
2020年	83.7%	84.7%	80.2%	83.2%	83.8%	80.8%	83.6%	83.3%	86.3%
2021年	83.3%	84.6%	80.4%	82.9%	84.2%	79.8%	82.9%	82.4%	86.0%

病院数及び病床数(一般病院)の推移



(出所) 厚生労働省「医療施設動態調査(毎年4月時点)」

(4) 財務指標分析

(安全性分析)

医療法人における自己資本とは、一般法人と同様に、設立時の出資金基金および利益の蓄積分を指す。病院や医院は設備投資を多額に要することから、自己資本のみではなく、長期借入金など固定負債も含めた固定長期適合率を用いて判断する必要がある。

(収益性分析)

医業収益（売上高）を医業利益（営業利益）で除算することにより、医業利益率が算出される。医療法人は非営利性法人であるため、利益率が他業種と比較し圧倒的に低い水準にある。総資本医業利益率は、医業収益対医業（経常）利益率と総資本回転率に分けられる。医業収益対医業利益率は経費削減によって、総資本回転率は総資本の圧縮によって、それぞれ向上するが、2つの指標は背反関係になりやすいため、適切な経費管理と資本効率化を図ることが重要となる。

(効率性分析)

病床利用率^{※1}とは、運用病床数の効率稼働を図る指標である。100%に近いほど空き病床が少ない状態で利用されていることを表している。また、利用率だけではなく、平均在院日数^{※2}を確認することも重要である。平均在院日数が短いと病床の利用率も低下するため、収益が減る一方で、医療法においては、診療報酬に対する平均在院日数の制限があるため、在院日数は短くすることが求められている。

$$\text{※1 病床利用率} = \frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{病床数}} \times 100$$

$$\text{※2 平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{年間新入院患者数計} + \text{年間退院患者数計}) \times 1/2}$$

【財務指標】

		医療法人
安全性	自己資本比率(%)	35.8
	流動比率(%)	183.0
	借入金比率(%)	43.4
	固定長期適合率(%)	81.3
収益性	医業利益率(%)	1.4
	総資本医業利益率(%)	1.1
	固定費比率(%)	64.9
	人件費率(%)	56.7
効率性	病床利用率(%)	81.9
	平均在院日数(日)	23.6

(出所) 厚生労働省「平成30年度病院経営管理指標」

(5) 与信限度額の考え方

■与信限度額の設定方法

与信限度額とは、取引において自社が許容する信用供与の最大額であり、いかなる時点でも超過してはならないものである。与信限度額は、「必要かつ安全な範囲内」で設定する必要がある。必要な限度額は、取引実態を基に算出し、安全な限度額は、自社の財務体力や取引先の信用力（格付）を基に算出する。

●与信金額（必要な限度額）

実際の取引において、必要となる与信金額。医療業に対して発生する与信取引としては、医薬品や医療設備販売等での「売買取引」が挙げられ、継続取引における必要な与信金額は、以下のとおり算出される。

$$\text{与信金額} = \text{月間の取引金額} \times \text{回収サイト}$$

取引を行う際には、自社の取引条件が斯業界の平均水準から大きく乖離していないか、確認すべきである。買掛債務回転期間の業界標準値が「斯業界の平均的な支払サイト」を表しているため、「月間の取引金額×買掛債務回転期間の業界標準値^{*1}」によって、与信金額の基準とすることができる。

$$\text{医療業に対する平均的な与信金額} = \text{月間の取引金額} \times 3.2 \text{ か月}^{*1}$$

※1 医療業においては、材料費（薬品費等）を医業収益の月商で除算した値を買掛債務回転期間と仮定して算出。

（出所）一般社団法人 全国公私病院連盟「平成 30 年 病院運営実態分析調査の概要」

●基本許容金額（安全な限度額）

基本許容金額は、自社の財政がどの程度の貸倒れまで耐えうるかを予め計ることで、自社の体力を超える取引に対する牽制機能を働かせるものであり、自社の財務体力と取引先の信用力を考慮して算出する。一例として、自社の自己資本額に対して、取引先の信用力（格付）に応じた割合を安全な限度額とする方法がある。

$$\text{基本許容金額} = \text{自社の自己資本額} \times \text{信用力に応じた割合}$$

（例：A 格 10%、B 格 5%、C 格 3%、D 格 0.5%、E 格 0.3%、F 格 0%）

●売込限度額（安全な限度額）

販売先において、自社との取引シェアが高くなり過ぎると、自社が取引から撤退することが困難となる恐れがある。そのため、取引先の信用力（格付）に応じて取引シェアに上限を設けるべく、取引先が抱える買掛債務額の一定割合を売込限度額として設定する方法が考えられる。

$$\text{売込限度額} = \text{買掛債務額} \times \text{信用力に応じた割合}$$

（例：A 格 30%、B 格 20%、C 格 15%、D 格 10%、E 格 6%、F 格 0%）

仮に、取引先の売上高情報しかなく、買掛債務額が不明な場合であっても、業界標準値を用いて売上高総利益率（34.2%^{*2}）と買掛債務回転期間（3.2 か月）から、以下のように買掛債務額を推定することができる。

$$\begin{aligned} \text{買掛債務額} &= \text{売上高} / 12[\text{月商}] \times (1 - 0.351)[\text{原価率}] \times 3.2(\text{か月})[\text{買掛債務回転期間}] \\ &= \text{売上高} \times 0.173 \end{aligned}$$

※2 医療業においては、固定費比率（64.9%）を原価率、売上高総利益率を 1－固定比率（64.9%）と仮定して算出。

（例：売上高 100 億円・A 格の場合：100 億円 × 0.173[買掛債務額] × 30%[信用力に応じた割合] = 5.19 億円）

（6）与信管理のポイント

医療機関の収入は、公定価格の変動や消費税増税など政府による政策がキャッシュフローに大きな影響を与える。医療設備や薬品、医療材料の購入時に消費税がかかる一方で、医療費は公定価格として全国一律で定められているため、増税分を上乗せするなどの費用負担を患者に転嫁できない。収益性が低い業界である中、金融環境の変化に対応できる収益力を有しているか、注意が必要である。

病院や診療所は、国からの定期的な診療報酬の入金が行われること、自己負担分の支払いが窓口から日銭として入ることから、短期的な資金繰りは他業種と比較し安定する傾向にある。一方で、老朽化した建物の建替えや最新の医療設備、診療器具の購入など、長期的な資金需要が常に存在するため、長期借入金が過大になりやすい。

自機関の収益に見合った借入水準であるか、また追加の資金需要が発生した際に、新たな資金調達を行える余力を有しているのかが重要なポイントとなる。

また、設備投資が収益に寄与しているか否かも重要である。病床を増やし入院患者数になるべく受け入れる必要がある一方で、病床数に応じて医療法で定められた適切な数の人員を配置する必要があるため、病床が供給過多になってしまうと、収益の圧迫につながる。病床利用率などを用いて、病床数（設備投資）が適切な規模であるか確認することも重要なポイントといえる。

新型コロナウイルス感染拡大によって、一般企業では、事業転換や働き方改革などの変化が急速に進んでいるが、病院を始めとする医療機関は厳格な保険制度や法の枠内でサービスを提供しているため、経営戦略の変更は容易ではない。収益構造の改革が見込めない中、病棟や外来を一部閉鎖し感染症患者の対応に追われている病院では、国からの支援金を加えても赤字経営を余儀なくされ得る。公共性が高く一般企業と比較すると倒産する事業者が少ない業界であったが、今後の動向は注意が必要である。

【参考資料】

厚生労働省：「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」

「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」

「医師偏在指標」

「平成 30 年度病院経営管理指標」

一般社団法人全国公私病院連盟：「平成 30 年 病院運営実態分析調査の概要」

業種別審査事典（一般社団法人金融財政事情研究会）