

2014.04.30

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

# 医業経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

国家戦略特区、東京圏、関西圏、福岡市が医療関係区域  
東京圏「外国医師による診察可能」など3事業で規制緩和

自由民主党

患者の給食などの委託業務 病院側はサービスの「質」重視  
「医療サービス事業の価格設定等に関する調査研究報告書」

医療関連サービス振興会

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成 25 年 10~11 月号)

## 3 経営情報レポート

地域完結型社会への転換  
介護保険制度改革の将来展望

## 4 経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: クリニック新規開業

都市中心部での物件選定および開業の注意点

医療機器リース時のメリットとデメリット

## 国家戦略特区、東京圏、関西圏、福岡市が医療関係区域 東京圏「外国医師による診察可能」など3事業で規制緩和

自由民主党は4月17日、国家戦略特区関係部会・日本経済再生本部の合同会議を開催し、国家戦略特別区域を定める政令案等について政府側から説明を受け了承した。

国家戦略特別区域（国家戦略特区）は、安倍首相の主導により強力な規制改革を進める特別区域を定めるものだが、先月3月28日、国家戦略特区諮問会議（議長：安倍晋三首相）を開き、国家戦略特区の第一弾として、東京都を中心とした東京圏、大阪府を中心とした関西圏、沖縄県、新潟市、兵庫県養父市、福岡市の6区域を指定している。

4月17日に政令を定め、今後の工程は4月下旬にかけて閣議決定する運びとなっており、5月にも特区ごとの区域会議を開き、夏までに区域計画を定めていく予定である。区域会議は、国家戦略特別区担当大臣のほか、関係自治体の長と民間事業者で構成される。

指定された特区は、東京圏は東京都、神奈川県全域または一部、千葉県成田市を対象区域とし、国際ビジネス、イノベーションの拠点とする。関西圏は大阪府、兵庫県、京都府の全域または一部が対象区域となり、医療などのイノベーション、チャレンジ人材支援の拠点とする。新潟市は大規模農業の改革拠点、養父市は中山間地農業の改革拠点、福岡市は創業のための雇用改革拠点として指定する。また沖縄県は、国際環境拠点とする。

医療に関係する特区には、東京圏、関西圏、福岡市の3つが指定された。

### ■東京圏

「創薬分野等における起業・イノベーションを通じた、国際競争力のある新事業」の創出などをめざし、次の3事業を可能とする規制緩和が行われる。

- ▼外国人向け医療の提供（外国医師による診察を可能とする）
- ▼健康・未病産業や最先端医療関連産業の創出（病床規制の緩和、外国医師による診察、保険外併用療養の拡大）
- ▼国際的医療人材等の養成（医学部の新設、病床規制の緩和、外国医師による診察、有期雇用を可能とする）

17日に示された政令案では、具体的な地域として「千葉県成田市」「東京都千代田区・中央区・港区・新宿区・文京区・江東区・品川区・大田区・渋谷区」「神奈川県」が設定された。

### ■関西圏（大阪府、兵庫県、京都府）

「健康・医療分野における国際的イノベーション拠点の形成を通じ、再生医療をはじめとする先端的な医薬品・医療機器等の研究開発・事業化」を推進することをめざし、次の2つの事業を行う。

- ▼再生医療等、高度な先端医療の提供（病床規制の緩和、外国医師による診察、保険外併用療養の拡大）
- ▼革新的医薬品、医療機器等の開発（病床規制の緩和、外国医師による診察、保険外併用療養の拡大、有期雇用の実現）

### ■福岡県福岡市

「外国人向け医療の提供」を推進するために、病床規制の緩和や外国医師の診察を可能とする規制改革がされる。

## 患者の給食などの委託業務 病院側はサービスの「質」重視 「医療サービス事業の価格設定等に関する調査研究報告書」

病院施設等で医療関連サービスを提供する事業者の団体である「医療関連サービス振興会」がこのほど、平成 25 年度の「医療関連サービスの質と受託にかかる価格設定等に関する調査研究」報告書を発表した。

医療関連サービスは大きく分けて、寝具類洗濯、検体検査などの「院内業務代行サービス」と、在宅医療機器保守点検・レンタル、患者食宅配など在宅医療の需要に応えるための「在宅医療・患者サポート」に区分けされ、これらを受託する業態である。医療機関では、直接の医療行為を除くこれらの多様な業務を外部委託することも多く、そうした場合は両者は発注・受注の関係にある。

同振興会は今回、医療機関等を対象としたアンケート調査・インタビュー調査を行い、「在宅酸素供給装置の保守点検」「患者等給食」「検体検査」など6種類で、サービス事業者に対する評価を調べた。調査対象サンプル数は、病院 1000 病院、医療関連サービス事業者 1000 事業者である。

今回の調査目的は、医療機関が医療関連サービス事業者に業務を発注する場合、どのような発注先選定方法が用いられているのか、どのような仕様内容（総契約額、提供サービスの内容、事業所や事業者〈法人〉の体制等）を重視し、どのような契約形態を実施しているのか、また、契約期間において、医療関連サービス事業者のサービス提供に対してどのように評価しているのかを把握するというものである。

一方で受注側の医療関連サービス事業者は、受注競争力向上や顧客満足向上のために、どのような提供サービス内容の維持や向上、提供体制の効率化や充実を図ろうとしているのかを明らかにするとともに、サービス提供の質の維持や向上に関して医療機関との契約額決定方法、費用負担方法等に関する課題を把握することを目的としている。

調査結果によると、外部委託サービスの質を維持・向上させるために病院側が行っていることは、「満足度や評判を収集・整理して、要望を事業者に伝える」ことがもっとも多く、全体の 54.8%を占めている。また「院内の質向上会議・研修に委託事業者も参加してもらう」病院が 29.3%あり、12.6%の病院では「追加費用負担をする場合がある」と答えている。

同振興会では、この結果をもとに「複数年契約にして、無理のない受託価格の設定や信頼関係の構築を行う」「当初契約の仕様範囲を超える事態が発生した場合には、追加契約を結ぶ」ことなどを提案している。

アンケート回収分析段階では、アンケート集計結果から抽出できる受託価格とサービスの質の確保向上に関する実態や課題、内容についての認識をさらに深めることに注力したという。

詳細は、医療関連サービス振興会ホームページに掲載されている。

●URL●

<http://www.ikss.net/enterprise/images/140402.pdf>

# 最近の医療費の動向

平成25年10～11月号

## 1 制度別概算医療費

### ●医療費

(単位：兆円)

	総計								
		医療保険適用							公費
		75歳未満	被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
平成21年度	35.3	21.5	10.5	5.3	4.7	11.0	1.3	12.0	1.7
平成22年度	36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8
平成23年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成24年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
4～9月	18.9	11.2	5.4	2.8	2.4	5.8	0.7	6.7	1.0
10～3月	19.5	11.6	5.7	2.9	2.6	5.9	0.8	6.9	1.0
平成25年4～11月	26.1	15.3	7.5	3.8	3.3	7.9	0.9	9.4	1.3
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
10～11月	6.6	3.9	1.9	1.0	0.8	2.0	0.3	2.4	0.3
10月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2
11月	3.3	1.9	0.9	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70歳以上」には、後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

## 2 診療種類別概算医療費

### ●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲)	(再掲)	(再掲)
									医科 入院 +医科 食事等	医科 入院外 +調剤	歯科 +歯科 食事等
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
4~9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10~3月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.3	3.4	0.4	0.05	7.9	10.2	1.3
平成 25 年 4~11 月	26.1	20.9	10.0	9.1	1.8	4.6	0.5	0.08	10.5	13.7	1.8
4~9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10~11月	6.6	5.3	2.5	2.3	0.5	1.2	0.1	0.02	2.7	3.5	0.5
10月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.8	0.2
11月	3.3	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注1. 診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注2. 入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

## 3 医療機関種類別概算医療費

### (1)医療機関種類別医療費

#### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医療機関種類別										
		医科計							医科 診療所	歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院				大学 病院						
		大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院							
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	7.9	10.8	
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8	
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5	
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	1.3	19.0	
4~9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	▲ 6.4	0.1	1.9	0.9	17.8	
10~3月	1.7	1.8	2.3	3.9	2.4	2.0	▲ 5.3	0.5	0.8	1.6	20.1	
平成 25 年 4~11 月	2.4	1.6	1.8	3.3	0.8	2.4	▲ 5.9	1.0	0.8	6.3	14.5	
4~9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲ 5.3	1.6	1.2	7.0	15.3	
10~11月	0.9	0.1	0.5	2.2	▲ 0.7	1.1	▲ 7.7	▲ 0.8	▲ 0.5	4.5	12.3	
10月	0.5	▲ 0.2	0.7	1.5	▲ 0.0	1.2	▲ 8.6	▲ 2.3	▲ 2.3	4.4	12.2	
11月	1.3	0.5	0.3	2.9	▲ 1.3	1.1	▲ 6.7	0.8	1.6	4.5	12.3	

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

## (2)主たる診療科別医科診療所の医療費

### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他	
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
4～9月	0.1	▲ 0.3	▲ 4.0	▲ 3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	▲ 0.1	1.1
10～3月	0.5	0.2	▲ 4.9	▲ 2.8	1.6	▲ 0.0	0.8	4.6	4.2	0.6
平成 25 年 4～11 月	1.0	1.3	▲ 2.6	▲ 1.8	1.7	1.1	▲ 0.1	2.5	▲ 1.0	1.3
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～11月	▲ 0.8	▲ 0.4	▲ 7.5	▲ 3.2	▲ 0.1	0.2	▲ 0.8	1.9	▲ 5.2	0.1
10月	▲ 2.3	▲ 1.2	▲ 10.9	▲ 4.1	▲ 1.9	▲ 3.8	▲ 1.7	0.7	▲ 11.1	▲ 0.9
11月	0.8	0.6	▲ 4.1	▲ 2.2	1.8	4.7	0.2	3.3	1.1	1.2

## (3)経営主体別医科病院の入院医療費

### ●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	歯科病院
	平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
4～9月	3.2	5.6	3.9	2.3	2.2	▲ 0.5
10～3月	2.9	4.4	3.1	2.3	3.5	▲ 1.4
平成 25 年 4～11 月	1.7	1.1	1.2	1.9	2.8	▲ 3.7
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～11月	0.6	▲ 0.1	▲ 0.1	0.8	1.6	▲ 4.4
10月	0.6	▲ 1.0	0.1	0.9	0.7	▲ 3.8
11月	0.6	0.8	▲ 0.3	0.7	2.6	▲ 5.1

注1) 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

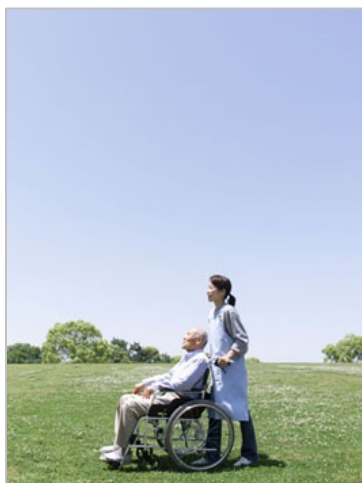
注2) 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。



# 地域完結型社会への転換 介護保険制度改革の将来展望

## ポイント

- 1 社会構造の変化が促した政策転換と現状課題
- 2 2025 年を見据えた社会保障改革の論点
- 3 地域社会での生活を可能にする介護サービス



\*本レポートは、2013年9月25日（水）、株式会社吉岡経営センターにおいて開催された介護事業経営戦略セミナー「2015年大改革に向けた介護事業戦略と人事施策の推進法」（講師：高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長小山剛氏）の講演要旨および配布レジユメの内容を再構成して作成したものです。掲載の図表については、一部改編および出典を明記したものを除き、全て小山氏作成レジユメに掲載されています。

# 1 社会構造の変化が促した政策転換と現状課題

## ■ 利用者ニーズの変化と介護保険制度

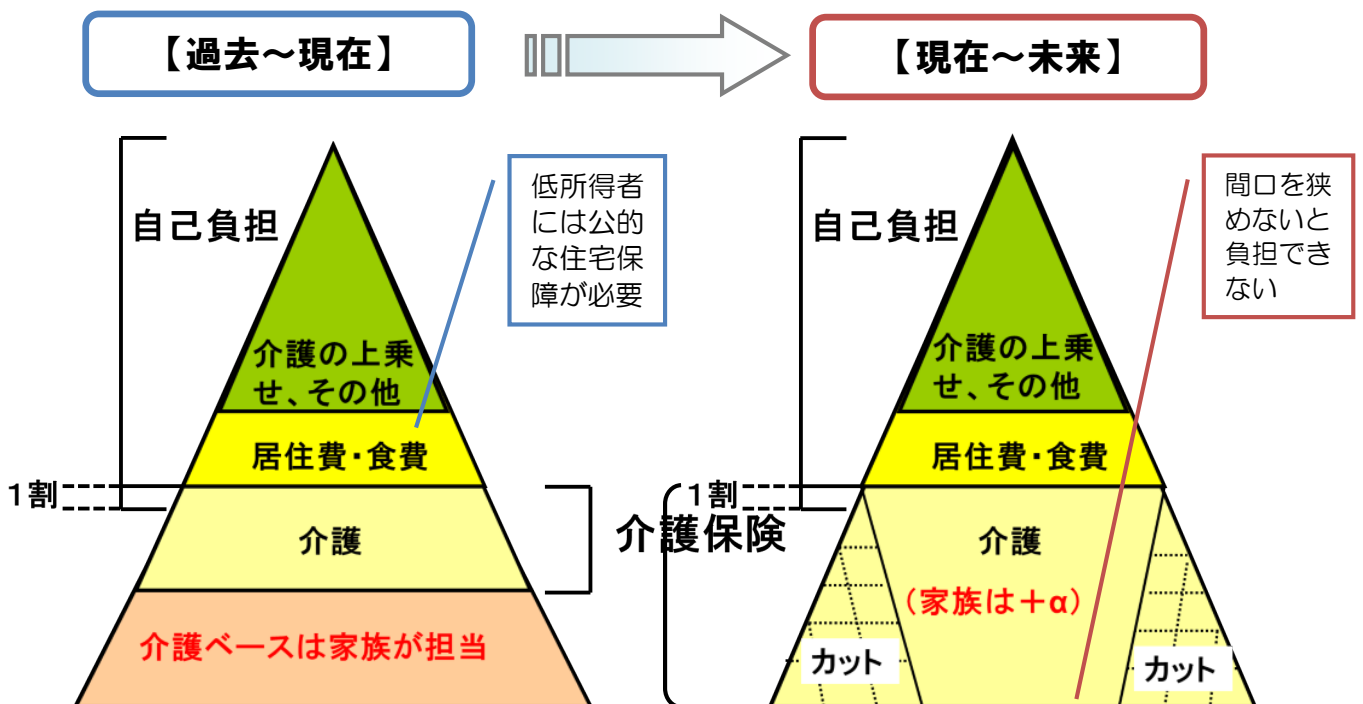
### (1) 家族介護から社会介護へ

老人福祉法（昭和38年）第11条2項（旧3項）には、特別養護老人ホームに収容する対象を「65歳以上の者であって、（中略）常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者」と規定していました。つまり、施設は在宅介護生活が困難なために収容するという、本人の理由ではなく介護者の事情で措置されるところといえるでしょう。

これを踏まえると、現在は社会の家庭状況が変化し、同居家族はいても介護を担う家族はいないため、在宅も施設と同様に24時間連続の介護サービスを定額で提供する必要性が生じている状況です。

そのため、家族介護をベースとしていた介護保険制度のあり方も、今後変えていくことが求められています。つまり、介護保険の対象者の範囲（＝間口）を狭めるなど、施設と在宅の双方で本人が望むサービスを提供できる制度に変えていかなければならないのです。

### ◆ 介護を支える仕組みが変わる



被保険者本人の保険を使用しながら、在宅介護の不足を理由に本人の望まない施設を設備しようとする方向性は是正しなければならない

（出典）「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」報告資料



## (2)2015年の高齢社会像

2015年には、「ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74歳）に到達し、2025年には高齢者人口がピークを迎えます（推計3,500万人）。併せて、認知症高齢者も同年には462万人に達すると推計されているほか、高齢者独居世帯が約570万世帯になるとされ、その中で介護保険制度も改正をえています。

### ◆2006年介護保険改正の視点

- ① 予防事業の分担：保険の主たる対象ではない  
自己責任 → 市町村事業 → 介護予防事業
- ② 食費・居住費の自己負担：住宅の質が要求される  
介護保険の対象は「介護」に限定（\*一部予防を含む）
- ③ 地域単位でサービス提供：対象地域・対象者を限定した経営  
大規模集約型から地域生活支援に転換
- ④ 量から質へ：利用者自身の情報・知識の取得が重要  
連続的な支援体制と質を評価
- ⑤ 市町村との協働：地域社会との合意がないサービスは作れない  
基本計画は市町村の責任と権限、選択される事業者へ

また、これまでは地方の過疎地で生じていた高齢化問題は、今後急速に首都圏をはじめとする都市部に移ります。高齢者の住まいをめぐる問題も含めて、高齢化問題は従来と様相が異なる状況になると推測されています。

### ◆抱える課題と今後の方向性

#### 現状の課題

- 施設と在宅で費用負担の格差が大
- 就労や自身も高齢などで同居の家族も連続的介護は困難<在宅>
- それまでの本人の生活、人生を継続できない大規模集約型<施設>
- 快適さの低い住環境<施設>
- 「24時間365日連続サービス」「1日3食365日配食」がない<在宅>

いずれも施設では  
当たり前の  
サービス

#### サービス 拡大

在宅定額サービス  
(小規模多機能型居宅介護)

地域(生活圏域)の中で  
提供するサービス

普通の住まい(バリアフリー)  
の提供

24時間365日連続  
のサービス

## 2 2025 年を見据えた社会保障改革の論点

### ■ 高齢者の生活環境に関するニーズと対応の現実

#### (1) 高齢者の住まいをめぐる課題

独居の高齢者世帯は増加し続けており、2015 年には高齢者世帯（約 1,700 万世帯）の 3 割以上（約 570 万世帯）を占めるとみられています。

これは、介護を必要とする状態になった場合でも、介護の担い手となる家族がいない高齢者が潜在することを意味しています。しかし、全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数割合を諸外国と比較してみると、日本は合計でわずか 4.4%（2005 年当時）に過ぎず、実際に独居高齢者が入居できる施設や住居は非常に限られている状況にあります。

#### ◆ サービス付高齢者向け住宅が必要な理由 ～65歳以上人口に占める各施設・住宅の割合

#### ○ 各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）	4.4%	※1 (0.9%)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)
スウェーデン（2005）※3	6.5%	※制度上の区分は明確ではなく、 類型間の差異は小さい。	サービスハウス等 (2.3%)
			ナーシングホーム、 グループホーム等 (4.2%)
デンマーク（2006）※4	10.7%		プライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%)
			プライエム等 (2.5%)
英国（2001）※5	11.7%		シェルタードハウジング (8.0%)
			ケアホーム (3.7%)
米国（2000）※6	6.2%		アシステッド リビング等 (2.2%)
			ナーシング・ホーム (4.0%)

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」

※6 日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)

仮に高齢者施設に入居した場合には、それまで暮らしてきた生活環境や地域を離れざるを得ないケースもたびたび聞かれるほか、住環境そのものについても、多床室での共同生活等で低下する可能性があります。

介護等サービスを提供する高齢者のための住宅は、こうした住環境に対するニーズから、大きな期待が寄せられています。

### 3 地域社会での生活を可能にする介護サービス

#### ■ 地域包括ケアシステムの意味

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題です。

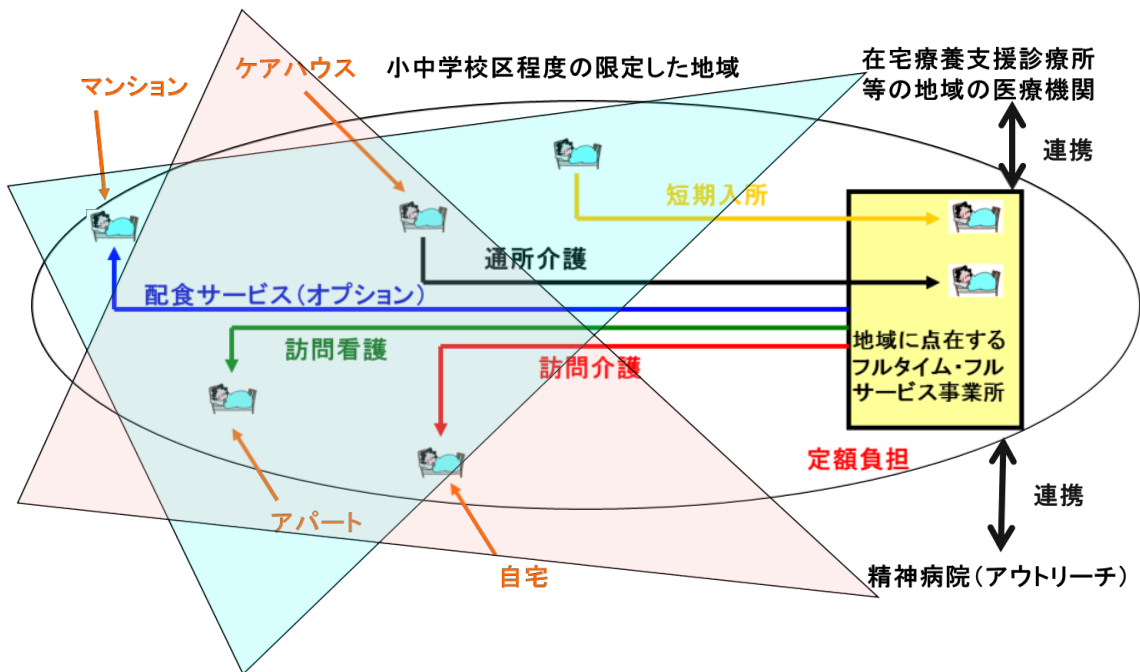
これまでの介護保険制度は、在宅と施設の負担が不均衡でしたが、小規模・定期巡回・複合型サービスによって、在宅も定額制に変更することができます。

#### (1) 地域社会で高齢者・認知症ケアを実践する

施設は、通所介護・訪問介護・訪問看護・配食サービスを効率的に提供するために、利用者を集約したものと考えられます。そして、地域完結型社会として、これらのサービスを地域に切れ目なく提供する仕組みが地域包括ケアシステムだといえます。

介護サービスの効率化・重点化をめぐるには、地域包括ケアシステムの構築を通じて必要な介護サービスを確保することとされています。

#### ◆ 地域完結型社会のケアシステムイメージ



上記イメージ図のように、日常の暮らしの中に、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所などの医療機関があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能（施設の枠を超えて、機能を地域に展開する）です。

# 経営データベース 1

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: クリニック新規開業



## 都市中心部での物件選定および開業の注意点

都市中心部での開業を検討しています。ビル診開業が多いようですが、物件選定の注意点を教えてください。



都市中心部での開業は、土地取得費が高いこと、および物件そのものがないという理由でビル診療が主流になっています。

競合先も多いため、ビル自体の認知度や看板掲出の可否や、ビル建物入り口の判りやすさ、エレベーター設置の有無や駐車場の確保等の注意点があります。また、夜間診療が可能なビルの管理体制や入店他社の業種や営業時間も確認が必要です。さらに、導入する医療機器・機械によっては、重量の都合上、床の構造と耐久性も調査しなければいけません。給排水設備や共有部分のトイレもチェックすべきポイントです。

メディカルビルや事務所ビル、雑居ビルによって設備や管理方法が異なるため、医療の設備工事やマーケティングの専門家のアドバイスを受けることも必要です。

尚、ビル診療所開業で最も重要なポイントは、テナント料（賃料）です。開業資金のうちで最も大きな割合を占める保証金は、「坪単価賃料×床面積」で算出されるため、テナント料の高低は初期投資の行方を握っているともいえますが、金額の適正度を測るには、ビルの立地条件や外観、周囲の環境なども考慮することが必要です。

### ■物件選定の具体的なポイント

①認知度	場所の認知度が高いか否かは、開業後の患者吸引力に大きく左右する
②周辺環境	医療提供の場として適切かどうか、利便性と都市開発の方向性も考慮するとともに、調剤薬局との距離や位置関係も重要
③入居中テナントの業職種	入居中の他テナントの業職種は、ビル自体の集客力、ひいては飛び込みの新規患者獲得率にも影響するうえ、メディカルビルの場合は連携可能性の観点から標榜診療科が重要な要素になる
④広告上の制限	美観保護の観点から、看板の掲出を制限しているビルや地区などもあり、広告戦略策定のうえでも確認と検討が必要
⑤テナント料の適正度	初期投資を含む資金計画上、その規模に見合う金額かを、上記の立地条件と総合して検討する必要がある

都市中心部でのビル診開業を選択した場合、対象患者層は近隣の就業人口と中心部へ出てくる買い物客が中心となるため、勤務時間外の診療時間を検討する必要があります。昼休み時間帯の診療や夜間診療など、就業労働者の行動を推測して診療形態を決めなくてはなりません。また、中心部は競合先も多いため、他院との差別化も必要です。

検査体制や病院との連携による病床の確保、そして他院と連携をし、患者ニーズに対応できる地域医療ネットワーク体制の構築が必要です。

## 経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: クリニック新規開業



### 医療機器リース時のメリットとデメリット

医療機器はリースが良いと聞きますが、メリットおよびデメリットを教えてください。



#### ■リース契約の仕組み

賃貸借契約は、通常は貸主と借主の二者間取引ですが、リース契約、特に金融的性格を有するファイナンス・リース契約においては、リース物件の選定はユーザー（借主）が行い、リース会社はその物件を取得してユーザーにリースするという三者間の契約関係となります。

#### ■メリット

##### ①資金調達機能と経費参入

毎月一定のリース料で必要な機械設備を利用でき、多額の設備投資が不要なうえ、税法上リース料金は全額経費参入でき、リース料総額が貸借対照表の借入金として計上されることはないため、財務比率が悪化することはない。

##### ②コスト管理と管理事務の合理化

機械設備等を所有した場合に必要な税金・保険料・修理代などの諸費用が全て含まれているため、毎月の「リース料」として一括して把握できる。また、購入した場合に必要な手続き、減価償却費の計算、固定資産税の申告、保険料の支払いなどは原則不要になる。

##### ③契約の容易性と金利水準の変動リスク回避

リース契約期間中は固定されたリース料を支払うため、金利水準の変動リスク負担を負うことがなく、また審査手続きが簡略化されており、銀行借入れに比べて比較的容易に契約が締結できる。

#### ■デメリット

##### ①中途解約ができない

事情や状況の変化により当該物件の使用不要になっても、リース期間契約終了前に原則として解約不可。

##### ②リース料が割高

リース料には、物件の購入代金のほかに付随費用やリース会社の利益が含まれるため、支払総額は購入の場合より大きくなる一方、リース物件の所有権はリース会社にあり、資産の確保による信用増大は期待できない。

リース契約は、原則として中途解約が不可能（解約時にもリース代金残相当額を損害金として支払う）ではありますが、保証人が不要など、利便性が高いシステムでもあります。また、リース契約物件の陳腐化を回避するメリットは、法定耐用年数を下回る期間内に契約期間を短縮することで、より効果を発揮することになる一方で、期間短縮の反動からリース代金月額が高くなり、新規開業時にはかえって資金繰りを圧迫する可能性もあります。

リース契約締結の際には、金融機関からの融資枠と医療機器導入計画を十分に吟味し、融資との均衡を保つことがポイントです。