

の場合は医師会員のみ、生協病院の場合は組合員のみといったように、応募集団が明確なため、成り立ちやすい。反対に一般病院の場合は、地域患者を対象とした場合にどこまでを地域患者というのか、というように、応募集団が明確ではないため、成り立ちにくいという問題がある。

参考までに医師会債と生協債の概要を以下に示す。

医師会立病院の資金調達手段として、従来から少例ではあるが、地区の医師会員を対象とした医師会債が利用されている。そしてその多くが、国公立病院の民間委譲時における資金調達を目的としている。

医師会債は医師会会員のみが対象の私募債であり、応募は任意である。債券の応募者は必ず医師会員でなければならないため、病院は買えず、転売も不可である。

償還期限は普通 10 年程度であり、無担保で、金利はケースバイケースである（無利子もある）が、近年は銀行金利と同じでは応募者側にメリットがないため、銀行金利よりも若干高く設定している。一部の医師に経営権が掌握されるのを防ぐため、1 人当り応募額には上限を設けている。

生協は、その地域ないし職域の人々を対象に、日常生活物資を供給する購買事業（購買生協）と、医療サービスを供給する医療事業（保健生協－医療生協とも言う）があり、生協病院とは、この保健生協が経営する病院である。購買生協、医療生協とも、それぞれ別組織で独立的に運営されており、どちらかの利益で一方の事業を補填するようなことはない。

この生協病院では、組合員を対象とした組合債（生協債）を発行しており、金利は市中金利よりも高いが、場合によっては無利息の組合債もある。

発行額はケース・バイ・ケースだが、例えば新しく病院を建てる時に 30～50 億円程度必要とすれば、そのうち 10 億円程度を組合債で賄うなど、ある程度の規模にある。組合債発行に際しては、自病院で発行し、割高になることを避けて仲介業者を入れない。

厚生省（現厚生労働省）では、基本的に出資金で資金調達をすべき、それができない時だけ、組合債発行もやむを得ないという通達を出している。

生協病院では、組合員から病院の役員を選出している。組合員は、自分達組合員から理事を選出し、病院運営にも参加している。事業内容も組合員にオープンにされており、組合員にとっては、自分達の中から理事が選ばれ、出資金や組合債で病院の増改築や設備投資が行なわれていることなどから、自分達の病院という意識がある。

これら私募債である医師会債、生協債の共通事項として、第一に医師会員のみ、生協組合員のみというように、応募者集団の設定が容易である、第二に、自分達の病院であるという、共同体的意識がある点が挙げられる。これら2つの条件を具備しているため、医師会債や生協債は比較的利用しやすいと言える。

以上、銀行借入に代わる資金調達として指摘されている方法に関し、その可能性を検討したが、どれも多くの病院層が使える主要な調達手段になるとは考えにくい。

ただし、当然のことながら個別ケースに応じた手法であれば、条件さえ合えばいくつかの資金調達方法は考えられる。例えば寄付的資金の募集の促進を図る方法として、劣後債を用いた資金調達も一つである。これは債務不履行となれば寄付と全く同じになってしまうが、経営がうまくいっていれば、金利が得られ、満期が来れば元本も償還されるため、寄付よりも応募者にメリットがある。そのため、寄付的行為を行いたい層を集めやすいという意味で、準寄付金的資金の誘引的效果が期待される。

その他、遊休土地があるのであれば売却する、担保が入っていない土地・建物があれば証券化する、売掛金・買掛金の効率的な管理でキャッシュフローを高める、医薬品や材料の一括購入によるコストダウンを図るなどが挙げられよう。

しかしこれらはあくまで個別病院の事情に応じた方法であり、既述のようにその利用は一般的ではない。また、資産効率化といった方法は資金調達というよりは経営効率ないしはコスト削減の問題であると言え、それによる調達額も多くは期待できないと思われる。

3. 病院の資金調達の本源的所在

ところで病院を資金調達力で大別すると、資金調達が十分な層と、不十分な層に分けられる。ここでいう資金とは、経営拡大（買収など）のための資金ではなく、既述の経営安定化資金である。したがって、資金調達が十分な層とは、銀行借入において、地域で適度な競争力を持ち、医療の質を保ちながら病院経営を安定的に持続させるための資金を、借入金額、金利、借入期間、担保等の諸条件について銀行との間で合理的な折り合いをつけて、借入できる層を指す。

これら資金調達が十分な層のうち、さらに経営内容の優れた一部の病院では、既述の債券やREITなども利用可能で、資金調達の多様化が出来る層である。

しかし、いずれにしても、資金調達が十分な層は、その分類基準から当然のことである

が、少なくとも本研究で問題としている経営安定化資金は十分であり、その経営安定化資金を超えた部分（病院買収などの拡大資金）については、原則、金融市場に任せればよい分野であると考えられる。

わが国の病院における資金調達の本源的所在とは、多様化が出来ないことではなく、第一に、そもそも経営安定化資金の調達がままならない層が存在すること、第二に、そのような銀行借入がままならない層であれば、直接金融はさらに困難であり、そのような制約下で、これら病院層をどう取扱うかにあると言える。

ただ、現実問題として、この層はコマーシャルベースに乗らないのは明らかなので、残された道は公的支援となると思われる。

4. 最後に

4.1. 公的支援の条件

上記で、経営安定化資金の資金調達が困難である病院にとっては、資金調達するには何らかの公的支援が必要である点を述べたが、病院が公的支援を得るには、①財産が個人所有であること、②行政目的に対する協力、のいずれかをクリアする必要があると考えられる。

①については、個人財産の形成に財政資金を投与することは憲法違反であり、②については、個人所有を維持したままで、公的支援を受けるのであれば、何らかの形で行政目的に協力することが要請されると思われる。

ここで公的支援の条件を考えるにあたって、わが国同様、民間非営利病院が全体の7割を占める米国の例を見てみる。

4.2. 米国の例

4.2.1. 非営利病院の特徴

米国の民間非営利病院における長期資金調達をまとめるにあたり、まず米国の非営利病院の特徴を、歴史的社会的背景から概観する。

米国の病院は、教会や慈善団体が作った救貧施設として出発した。このような病院の成り立ちから、米国の病院は設立の段階から個人に財産が帰属しない場合が多く、これが現在に至っている。

一方、資本主義の貫徹による落伍者の発生、移民社会（低所得労働者層の存在）、医療

の無保険者（40 百万人。全人口の約 15%）の存在といった社会背景より、社会的弱者が存在する。

わが国や欧州では、社会的弱者は国が救うべきという風土があるが、米国では歴史的経緯から、弱者救済についても政府の干渉を嫌い、伝統的に他人（政府）の責任ではなく自分達（市民）で支えるものという意識が強い。こうした背景から、米国では社会的弱者に対し、民間非営利病院がチャリティケア（貧者への無償医療サービス）を提供してきた。

そもそも非営利病院は、個人に財産が帰属しないという背景があるほか、地域との密接な関係を構築する意味で、寄付者や地域住民に情報公開する伝統がある。そのため、伝統的に情報公開に対する抵抗感がない。

このように、米国における非営利病院の特徴は、①個人に財産が帰属しない、②チャリティケアという公益性の高いサービスを提供している、③経営内容に関する情報公開が進んでいる、という意味で、その実態も非営利であり、そのために非課税扱いであることが社会的に容認されており、現実に④非課税扱いされている点にある。

したがって、米国では非営利病院とは非課税病院を指す。非課税病院とは、内国税法（Internal Revenue Code）による 501 3 該当病院であるが、その基本的な要件は、①個人の利益に属さない公益事業である、②政治活動、政治献金、ロビー活動の禁止、③資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、④解散時の個人への資産分配の禁止である。

4.2.2. 病院債の仕組

アメリカ病院協会（AHA）では、1970 年代における資金調達方法の内訳に関する統計を採っている。それによると、建設資金の内、負債の 75%が免税病院債（以下、病院債と呼ぶ）によるものである。免税病院債の免税とは、購入者の利子所得に対する免税を指す。

残念ながら 80 年代以降の上記統計資料は存在しないが、米国の病院の財務担当者や病院債を扱う金融機関、ヘルスケアファイナンスの研究者等へのヒアリングによると、現在も長期負債の 7～8 割程度が病院債によるとのことである。ちなみに、1999 年度における病院債発行額（上述の免税病院債のみ。営利病院による債券は含まない）は 214 億ドル（約 2.3 兆円）、発行総数は 430 である。

米国における病院債は、地方債の一つとして発行される。

地方債は純粋な公共目的のために発行される GB（Government Bond）と、民間事業への

資金調達上のインセンティブとして発行される PAB (Private Activity Bond) に区分される。GB は全て免税債で、PAB は一定の要件を満たしたものが免税債となるが、病院債はこの PAB の一種で、免税債として扱われる。なお、PAB は社会資本の整備や地域開発といった分野、言い換えればわが国の政策金融ないし制度融資の対象に類似すると言える。

ところで、免税債は発行体の償還責任を基準として一般財源債と特定財源債に分かれる。一般財源債は、自治体の課税権をもって、当該自治体が償還責任を負うのに対して、特定財源債は債券発行の対象となった事業の収益を償還財源とするもので、発行体（自治体）が償還責任を負わない。つまりノン・リコース債である。病院債はノン・リコース債に該当し、病院の収益が償還財源となる。無論、原則として担保は付さない。

このように、病院債は無担保でノン・リコースの免税債だが、免税債を発行できるのは政府 (Government) またはその下部組織 (Subdivision) に限られる。したがって、病院債は地方債としてこの発行機関が発行するもので、病院自体が発行するものではない。発行機関は免税権を付与するために形式上設立されるものなので、一種のペーパーカンパニーのようなものである。なお、発行機関と病院は、融資契約で結ばれる。

病院債は形式上政府機関（発行機関）による発行だが、言うまでもなく実質的な発行者は病院で、病院の収益が償還財源となる。このため、病院の信用力が大切で、病院債による資金調達を試みる病院は、いずれも格付け機関から格付けを受けることが前提となる。州によって条件は異なるが、例えば NY 州の場合、シングル A 以上が適格病院となる。格付けは、S&P、ムーディーズ、Fitch、IBCA などの格付け機関によってなされる。

資金調達を望む病院は、まず投資銀行と相談し、調達条件（発行条件）を決める。この過程で、格付けが低くて発行できないとか、あるいは発行可能なランクにはあるが満足すべき水準になく発行金利が高くなる場合、信用補完機関による格付けアップが図られる。

信用補完機関としては、民間保険会社、銀行、前述の FHA などがあるが、保険会社がメインである。信用補完機関を利用すると、病院の格付けは当該信用補完機関に与えられている格付けと同等のランクとなる。例えば、トリプル A の格付けを有する保険会社を利用すれば、本来の病院の格付けに関わらずトリプル A となる。ただし、病院の格付けと保険会社の格付けが乖離しているほど、当然のことながら保険料が高くなるため、通常は病院の格付けの一つか 2 つ上の格付けを持つ会社を利用する。

銀行が信用補完する場合は、信用状の発行をもって行う。銀行が利用されるケースは変動金利の場合が多いが、トリプル A の銀行が減ったため、近年その利用件数は減少傾向に

ある。

信用補完機関を利用するか否かを含め、投資銀行と発行条件を決めたら、発行機関に持ち込み、免税権を付与され発行の運びとなる。もちろん投資家の斡旋など債券販売面でも投資銀行が大きな役割を演じる。

病院債は発行ロットによって多少の違いはあるが、信用補完機関に対する保険料や投資銀行への手数料を勘案しても免税効果が大きく、銀行借入など他の調達手段に比べ低コストとなっている。一方、投資家サイドから見ても免税の恩典は大きく、消化は順調と言われている。特にアメリカの場合、総合課税制度を採っているため、利子所得も累進課税となるので、これが免税となる効果は大きい。

病院チェーン傘下病院の場合、個々の病院が単独で発行体を通して病院債を発行するよりも、母体の方が格付けが上であるなど発行条件が良いことなどから、基本的に病院チェーンの母体が傘下病院分を一括した形で病院債による資金調達が行われる。

表5は、1999年1-6月の半年間の病院債発行実績である。病院チェーンの母体が、チェーン傘下病院の病院債分をまとめているため、1件当りの平均発行金額が1億ドル（約106億円）を超すケースも見られるが、発行金額上位5組織を除いた病院債の1件当平均金額は、3,884万ドル（約41億円）程度である。チェーンに加入していない等、個々の病院単独で病院債による資金調達をする場合には、この発行ロットはもっと小さくなる。

表5 病院債発行実績額

	1999年1月-6月 (百万ドル)			
	合計金額	シェア	発行数	1件当平均金額
Charity Obligated Group	426.1	4.4%	8	53.3
University of Pittsburgh, Medical Center	370.0	3.8%	2	185.0
Alexian Brothers Health System	306.0	3.2%	1	306.0
Cleveland Clinic Foundation	284.0	3.0%	3	94.7
Baptist Healthcare System	275.0	2.9%	2	137.5
トップ5合計	1,661.1	17.3%	16	103.8
トップ5以外	7,962.8	82.7%	205	38.8
産業合計	9,623.9	100.0%	221	43.5

出所：Thompson Financial Securities Data

償還期限は一般に15年から30年である。ロットの大きい場合は償還時負担を軽減する

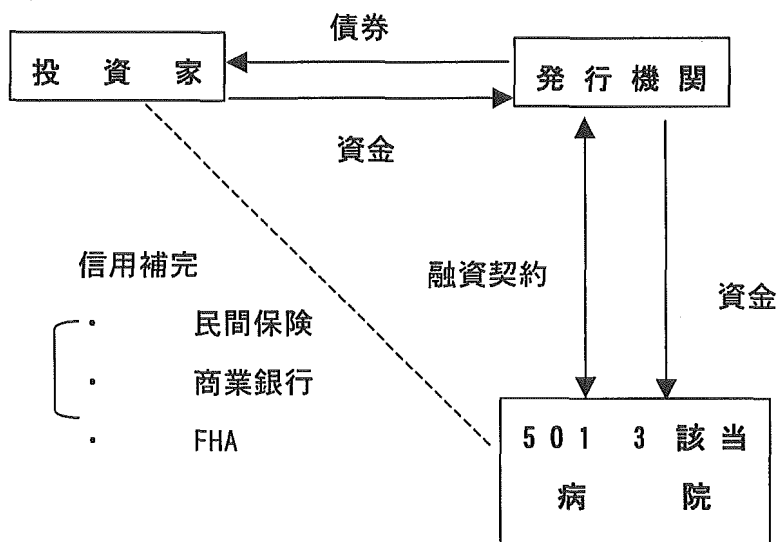
意味から 15 年債、20 年債、25 年債、30 年債と種類を分けて発行される。金利は固定と変動の 2 種類あり、併用するケースもある。

以上が病院債の仕組みと発行手順であるが、この特徴の第一は免税債であり、非課税病院を対象としていることである。第二は免税権を付与した地方債として発行されることから明らかなように、政府によって作られた制度だということである。第三は、政府による制度だが、民間の自己責任体制のもとで、民間資金を活用した制度だということである。言い換えれば、政府の財政負担を回避しつつ、病院の資金調達を円滑化したということである。

最後に、病院債の仕組みが機能する背景について見る。

第一には、病院債の対象（利用できる病院）が非営利病院であることが挙げられる。既に述べたように、財産が個人に帰属しない等の条件を満たす非課税病院であるため、このような免税付与が社会的にも許容されている。第二は、格付け機関、投資銀行、信用補完機関の存在や、情報公開の定着など、直接金融を円滑化させる諸インフラが整備されていることである。第三は、総合課税制度である。これは絶対条件ではないが、特に富裕層や機関投資家にとっては免税のメリットが大きく、病院債をより促進させる上で効果的であると言えよう。

図 2 病院債の仕組み



ちなみに近年は政府の医療費抑制策の打撃や、保険者側の圧力の下、病院の業績が悪化しており、既述の保険会社が病院債から一部後退している点が指摘されている。そのため、非営利病院の格付けが低下し続けており、一部の病院では存続の危機が問題視されている。

このように、当然のことではあるが病院債の仕組があれば、資金調達がどの病院も円滑になるのではなく、自病院の財務能力が優良であることが、その前提である。

以上見てきたように、医療分野でも市場原理を重視する米国においてさえ、非営利病院が医療供給の中核を占めており、その経営に対し、意外にも国が支援をしていること、そして非営利は営利を追究しているか否かではなく、個人所有の有無や公益性という側面からの非営利性が徹底して求められている点は、わが国の公的支援を考える際の参考となると思われる。

4.3. 公的支援のあり方

以上、米国における民間非営利病院への公的支援がどのように、どのような条件でなされているかを概観したが、ここでは、それらを参考に、わが国で公的支援を実施するにあたっての、原則ないし基本的考え方について述べる。

その第一は病院への選択肢の付与である。公的支援を受入れるには、先に述べたとおり、条件があり、米国においても、非営利病院の条件が厳しく求められていたが、既述の①財産が個人所有でないこと、②行政目的に対する協力、のどちらかの条件を受入れるか否かは強制すべき性格とは考えられないので、その条件受入れの判断は、病院側に委ねるべきと思われる。

第二は、自己責任体制を組入れることである。具体的には、民間にも応分のリスクを負担してもらうことである。米国病院債においては、公的仕組を作るだけで、公的機関はリスクを負わないシステムであった。

第三は、民間資金の活用である。やはり米国病院債においても、全て民間資金のみを活用したシステムであった。

第四に、医療の質向上、公益活動拡充などの条件付与である。例えば公的支援の条件に、医療の質の担保として、医療機能評価機構等の認定を公的支援の条件とする、研修医の受入れや、可能な場合は24時間救急医療の実施、地域の診療所との連携など、公益的活動を条件とすることなどが考えられる。

4.4. 今後の実施策

上述の公的支援付与にあたっての基本的考えに基づいて、今後は以下の3つを実施することが望まれる。

第一は実態調査の実施である。アンケートやヒアリング調査などでも、資金調達不足の病院があることは判ったが、量的にどのくらい困っている病院数があるのか、そしてどの程度困っているのかは不明である。

周知のとおり、わが国病院の経営内容の公開は必ずしも十分ではないので、その実態把握は難しいと思われるが、悉皆調査を広く浅く実施するのではなく、例えば規模や地域を限定したり、また医師会の協力を得たりしながら、網羅的ではなく的を絞った実態調査が、まず必要と思われる。

第二は、公的支援の具体策の策定である。この具体策の詳細については、今後の検討課題であるが、特に、わが国で財政が逼迫している現状を考えれば、公的支援の中でも、債務保証が現実的な策かと考えられる。例えば債務保証をする場合には、銀行借入の債務保証をして銀行の融資枠拡大を図ることが考えられる一方、病院の債券に対して公が債務保証をするという公的支援策を取れば、一般病院にも直接金融の道が開かれるはずである。

資金調達が十分に出来ないだけでなく、そもそも経営存続が危ない層の病院の取扱いについては、地域の実状に合わせ、自治体、地域の病院経営者、住民、金融機関等、地域関係者で対応策を検討することが求めらよう。

第三は、新たな資金調達方法導入による弊害防止策の策定である。新資金調達の弊害防止策は、公的支援に関わるものだけでなく、民間商品に関わる部分も検討すべきと思われる。

例えば私募債では、いくつかの課題があったが、特に応募の任意性を保証するためのシステムが不可欠である。例えば応募集団を地域住民とした場合、地域住民の間に、債券を購入しないと診療差別が生じるのではと不安が生じる、または応募集団を病院職員とした場合、やはり債券購入の有無が昇格に響くのではないかと恐れるなど、半ば強制購入を強いることのないような策を講じていく必要があると思われる。このように、従来なかった資金調達が導入されるにあたり、そのメリットだけが享受できるような、弊害防止策の策定が、今後は必要と考えられる。

第5章 事例編-1 資金調達開設者別事例検討

東京大学 医学部附属病院医療社会福祉部

田城孝雄

1. はじめに

わが国医療機関の資金調達の実情と問題点を明らかにすることを目的とし、医療機関での病院建替・設備更新をはじめとした様々な資金需要と、現在行われている資金調達について、ヒアリング調査を実施した。特に、いままで取り上げられなかった企業立病院の資金調達方法について調査を行った。資金調達方法に沿った病院の役割分担の明確化など今後の医療機関の役割と資金調達方法について考察した。

2. 方法

調査方法はヒアリング調査である。企業立病院3病院、民間病院4病院（地域医療支援病院、ケアミックス型病院、療養型病院）、病院より診療所に転換した1診療所の院長に質問紙を郵送し、回答は自由記載法にて記入して貰った。

事例一覧は以下のとおり。

- A 病院 企業立病院（310 床）
- B 病院 企業立病院（147 床）
- C 病院 企業立病院（461 床）
- D 病院 急性期病院、地域医療支援病院（1,097 床）
- E 病院 ケアミックス病院（223 床：一般 86 床、療養 137 床）
- F 病院 療養型病院（100 床）
- G 病院 療養型病院・精神神経科（305 床：療養 194 床、精神 111 床）
- H 医院 診療所

3. 調査結果・事例呈示

3.1. 企業立病院

3.1.1. A 病院

3.1.1.1. 概要

310 床。病院開設者は本社社長（代表取締役社長）。

3.1.1.2. 資金必要案件

医療機器として、超音波診断装置、関節鏡、洗浄装置、麻酔器、電気メス、人工呼吸器に、約 110 百万円を支出した。親会社の会計の中で運用されているため、病院としては、運転資金という概念は無い。仮に病院の年間支出額から、減価償却費を除いた金額を算出すると、約 75 億円となる。改築・増築は行っていないが、修理費用として約 30 百万円を支出した。

3.1.1.3. 資金調達方法

資金は本社が調達している。「企業内病院」であるため、必要な資金は本社に対して予算要求を行い、査定の結果により予算計上される仕組みとなっており、病院として直接に資金を外部調達することは無い。

3.1.2. B 病院

3.1.2.1. 概要

147 床。

3.1.2.2. 資金必要案件

企業内病院であり、本社が病院の機器の購入等予算をコントロールしている。原則年間 5,000 万円から 1 億円の予定であるが、本社の業績により、約十分の一の年間 1,000 万円から 2,000 万円に減少することもある。

3.1.2.3. 資金調達方法

本社の予算内。

3.1.2.4. 資金調達に関する意見

特に無し。

3.1.3. C 病院

3.1.3.1. 概要

461 床。社内福利厚生施設である。

3.1.3.2. 資金必要案件

地域がんセンター建設、放射線機器、検診機器整備等のため、年間 8～9 億円の資金が必要である。

3.1.3.3. 資金調達方法

本社内より、期（上・下）ごとに投資の認可を受ける。病院による独自調達はない。

3.1.3.4. 資金調達に関する意見

特に無し。

3.2. 一般病院

3.2.1. D病院

3.2.1.1. 概容

財団法人。開設者は理事長。

地域医療支援病院、急性期病院、臨床研修指定病院、救急病院である。

1097床（一般753床、療養60床、精神284床）。

3.2.1.2. 資金必要案件

クリニック建設資金、医療機器購入資金のために約20億円。

3.2.1.3. 資金調達方法

銀行借入（都銀、地銀、信金）。

3.2.1.4. 資金調達に関する意見

特に無し。

3.2.2. E病院

3.2.2.1. 概容

ケアミックス型病院で223床（一般86床、療養137床）。医療法人（持ち分あり）。

3.2.2.2. 資金必要案件

病棟建替え資金（含む建替えに伴う設備） 779百万円

賞与資金 130百万円

調理部門外注化に伴う退職金支払い資金 30百万円

3.2.2.3. 資金調達方法

病棟建替え資金に関しては、医療事業団から507百万円、銀行（地銀）から272百万円、賞与および退職金支払い資金に関しては、銀行（地銀）から借入れた。

3.2.2.4. 資金調達に関する意見

大病院を含めた全体的な視点で言えば、規制緩和、医療機関の徹底した情報公開、第三者による評価などが前提となるが、例えばアメリカのヘルスケアREITのような直接金融の

道も検討されるべきと考える。従来型の銀行借入では、今日の急激な人口動態の変化に対応する医療の構造改革を断行していく上で、スピード不足の感が否めない。

ただし、当院を含む中・小規模の医療機関においては、調達を選択肢を単純に増やすことよりも、一般企業に比べて遅れている財務分析や、投資計画の立案など、調達条件に大きく関る基礎的分野の強化が重要であると考ええる。

3.2.3. F病院

3.2.3.1. 概容

療養型病院、100床（療養100床）。医療法人財団である。

3.2.3.2. 資金必要案件

増改築（療養型転換のため）資金 6億3千万円

設備整備（療養型転換のため）資金 6千万円

3.2.3.3. 資金調達方法

社会福祉・医療事業団から、増改築資金3億3千万円、設備整備資金4千万円。

近代化補助金にて、増改築資金2億7千万円、設備整備資金2千万円。

3.2.3.4. 資金調達に関する意見

資金調達には特に不自由していない。法人化にあたり、補助金の手続き（財産移転など）が、煩雑で手が掛かった。

補助金は、会計処理上も外見を否めるので（圧縮費用、繰延資産）、ありがたいが面倒も多い。健全な経営をしていれば、銀行等の金融機関はお金を貸したがってくれる。金利変動などはあっても、株式や社債など、債権を発行するより、自由で安定しているように思われる。

3.2.4. G病院

3.2.4.1. 概容

療養型病院で305床（療養194床、精神111床）。個人病院である。

3.2.4.2. 資金必要案件

新築資金 30億円（地主が借入）

医療機器 2億円（MS法人が借入）

運転資金 1億円（病院開設者が借入）

3.2.4.3. 資金調達方法

銀行融資（地銀）。病院建物については、地主がK市まちづくり公社より借入し、この資金にて病院を新築した。病院（開設者）は地主に家賃（使用料）を払う。

運転資金は、短期（6ヶ月）の借入。医療機器は、MS法人が所有し、MS法人は、事務職、環境整備掛、運転手等を派遣する。その他、賞与資金を短期で借入。

3.2.4.4. 資金調達に関する意見

個人病院では公的資金の導入が難しい。

3.2.5. H医院

3.2.5.1. 概容

外科病院から、1995年4月1日に診療所に転換した。

3.2.5.2. 資金必要案件

運転資金

3.2.5.3. 資金調達方法

銀行（都市銀）より5千万円。これは、政府のバックアップによるT区の保証協会の保証により、抵当無し（無担保）で借入れた。他に国民生活金融公庫（抵当無し）で1,500万円。

3.2.5.4. 資金調達に関する意見

銀行に直接申し込んでも、まず資金を貸してくれない。上記のような政府がバックアップする保証協会の保証により、または同様な公庫から借り入れている。

4. 考察

企業立病院、民間病院は、急性期病院・地域医療支援病院・救急指定病院からケアミックス型病院、療養型病院（転換型）、療養型病院、また医療法人社団、医療法人財団、個人病院と、多様・多彩な病院の事例を集めた。

4.1. 企業立病院

3つの病院に共通して言えることは、福利厚生施設としての位置付けであり、資金調達は病院単独では行われずに、本社の予算枠組みの中で行われている。しかも本社の業績の影響を直ちに受けるようである。

株式会社が病院の運営を行うことにより、直ちに病院が効率的に運用され、採算ベースに乗せることが可能となる訳ではないと言える。また本社の業績に病院の資金調達に影響を受けることは、社会の景気・経済状況に影響を直接的に受け、そうした変化に対応すべき経営を行う株式会社と、病気や患者の数には年毎の大きな変化が見られず、変動の無い安定した経営の必要な病院の経営を分離して、経済状況の急激な変化の影響を病院が被らないようにする方策を立てる必要性を示唆する。

極端に言えば、親会社の業績が悪くなったから、年毎に、病床数や医師や看護師などの医療スタッフをはじめとする職員数を半分に減らしたり、逆に倍に増やしたりなどの経済の状況の変化に対応する経営方針には馴染まない。

4.2. 一般病院

現在でも、銀行（都銀、地銀、信金）からの借入で充分調達可能である。問題点は、銀行の土地担保主義であり、病院の運営の実態を評価し、長期に貸し出し可能か評価する能力がなく、土地を所有していないと資金の調達が困難であることである。また、理事長など個人に保障を求めることが、病院開設者の負担となっている。

その解決策の一つとして公的保証制度が挙げられる。政府がバックアップする保証協会、国あるいは公共団体等の公的な保証協会が有効である。

もう一つの方策として、病院の土地・建物所有者と病院運営者（開設者）の分離を行うことである。病院建設者（所有者）は、土地を担保に銀行から長期で借入れる。病院建設費のような高額・長期間の借入は、担保能力のある土地所有者が行い、病院開設者は、賞与資金など運転資金を、短期間（1年以内）で借入れて運営することにより、資金調達のリスクとコストを分離・分散することができる。

5. まとめ

5.1. 株式会社所有の病院は、人事福利厚生部門の一部署（福利厚生施設）という位置付けであり、資金調達は本社の予算枠の中で行われ、本社の業績の影響を受ける。病院単体としては、効率的な運用はなされていない。

5.2. 一般の民間病院の資金調達は、現在の仕組みで機能しており、充分持続可能である。現在の仕組みとは、銀行（都市銀行、地方銀行、信用金庫）からの借入と社会福祉・医療

事業団融資、補助金等である。

5.3. 土地・建物は、金額が大きく、借入期間も長期になり、担保も必要である。銀行の土地担保主義が、適切な時期におけるスピードのある融資を妨げている。同時に、理事長等の個人補償が重荷である場合もある。土地・建物の所有者と、病院の運営者を分離することにより、金額・借入期間・担保・返済方法の適正化が可能になる。土地・建物を担保に長期で借入れる者と、病院を運営するための運転資金等を短期で借入れ運営する者を分離することにより、それぞれのリスクを分離することができる。また医療機器に関しても、これを所有する者（MS 法人等）を分離して、リスクを分離、資金の効率的な運用を図る方が提言できる。ただしこの方式では、病院運営者は、病院そのものを所有することはできない。一方、土地所有者等の資産家は、経営のリスクを負うことなく、長期に投資できる。この方式は、公共団体等が、土地・建物を提供する場合にも応用できる。

5.4. 零細な運営者の場合は、国・地方公共団体などが公的保証機関を設けて、公的機関の保証の下、担保無し（抵当無し）で資金を調達できることにより、資金調達が可能になっている。

<参考資料>

質問

1. 最近、資金が必要になった案件は御座いますか。
例) 改築・増築、医療機器、運転資金 等
および、その金額（概数で結構です。）
2. 必要になった資金は、どのように調達されましたか。
例) 銀行融資（銀行の種類）、信用金庫、公的融資（社会福祉・医療事業団 他）
等
3. 病院の資金調達のあり方について御意見がありましたら、お書きください。

第5章 事例編-2 地域基幹病院の資金調達における地域との連携に関する事例

日本福祉大学 経済学部

野口一重

表題例として山梨赤十字病院の例を取り上げ、経営ポリシーの変革と資金調達の関係について、同病院の創設時からの経年的な叙述を基に説明する。

山梨県赤十字病院は、265床（一般病床214床、結核病床6床、療養型病床45床）を備える、地域中核の総合病院である。同院の前身は昭和12年7月に組合立診療所として設立されたが、昭和16年の6月には増床（37床へ）を期に日本赤十字社の管理に委ねられたことにより「岳麓療院」と改名した。その後、地域の入院ニーズに対応して増床を繰り返し昭和44年7月の増床で200床を超え、翌45年元旦からは名称を「山梨赤十字病院」に変更して現在の原形が出来上がった（表1参照）

しかし、当時は入院者数と比較した外来患者数の比率が同規模他病院と比較しても小さく、また、入院者数そのものも少なかったため、慢性的な赤字体質であった。また、第1次オイルショックなどなどの影響で経営環境も悪化し、各赤十字病院は赤十字という共同体の名を冠してはいるが基本的に独立採算制であるため、山梨赤十字病院廃院問題が出現した。しかし、昭和51年に新たな院長の強いリーダーシップにより、内部の組織改革と対外的な地域への医療社会活動に取り組むと同時に、昭和53年に山梨県知事に対し病院移転新築案を提出している。

これに先立ち、病院は同知事に「医療・福祉施設コロニー論」という、河口湖町周辺を中心とした地域医療・地域福祉の将来のあり方に関する提言を提出しており、この中で地域基幹病院の存在意義とともに資金調達関連のあり方に関する基本的な考え方が間接的にはあるが述べられている。それは、同病院が地域の基幹病院として「地域」との関わりを極めて重視していることと、そのためには、具体的に経営基盤が「地域住民」や「企業」「行政」のニーズの上に存立していることである。そのため、「地域住民」に対しては巡回診療や地域住民検診・人間ドック・訪問看護などのサービスをはじめとして、住民との密なコミュニケーションとして家庭看護や救急法の講習等、様々な講習や教室を開講した。また、「企業」に対しては企業検診を積極的に請け負うことなども行なった。さらに、同病院では「行政」への働きかけも最終的な資金調達先として重視し、「地域医療ゼミナール」という勉強会を開催し、行政への適切な情報の提供と啓蒙、それに基づく同病院のあり方

に関する議論を行なった（図1参照）

その結果、同病院は地域基幹病院としての信頼を徐々に回復し、移転新築案提出から13年後の平成3年に新山梨赤十字病院として全面移転新築が実現した。この際には、近隣町村からの資金提供とともに、山梨県からの国立公園敷地内にある県有地の提供があった。しかし、病院施設の新築移転は山梨県や近隣町村を巻き込んで考案した地域医療・福祉構想の一部であり、病院新築の後も平成8年には隣接敷地内に山梨県立福祉施設ふれあいの村を完成させ、山梨赤十字病院が支援病院となるなど、地域の医療のみならず、福祉の領域も含む総合的な分野の基幹施設として機能を拡張した。

最近では、平成12年に介護保険施行にあわせて療養型病床棟を新規開設した。この病床棟設置にあたっては、同病院のポリシーと戦略は踏襲されている。平成10年に河口湖町・勝山村・足和田村・鳴沢村・上九一色村からのニーズをまとめる場として山梨赤十字病院運営会議が設置され、療養型病床棟新築の構想および具体的な案が検討されることとなった。そして、具体案はさらに上位レベルの意思決定が可能な同病院経営審議会に審議を付され、その決定に協力する形で、同年の12月には上記町村において合計8億円の補助金拠出が議決された。この補助金は療養型病床棟新築経費、約9億5千万円のうちの大部分を占めており、残りの約1億5千万円は自己資金としているが、間接金融負担を大幅に軽減している（表2参照）

上述の例にあるように、山梨赤十字病院の資金調達方法は、実際の受益者となることが予想される組織や個人の支持を補助金という形で資金調達に生かしており、債権も返済義務もない資金調達の方法として特殊ではあるが注目できる。また、資金調達などを含めた病院の運営そのものが地域ニーズの上に立脚し住民や自治体行政との関わりを強固なものとしていることは、公衆衛生学的にも地域医療の1つのあり方を示すものであると考えられる。

表1 山梨赤十字病院の歩み

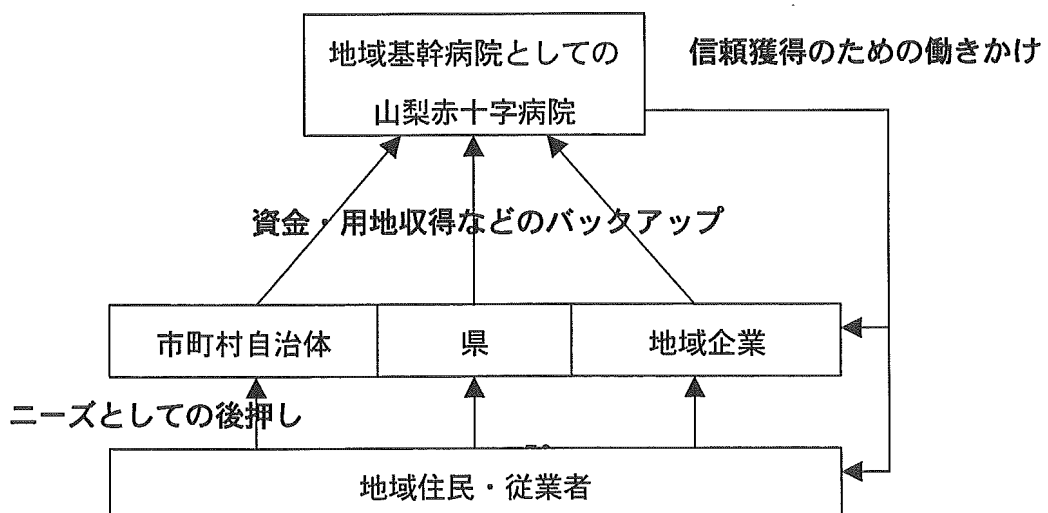
昭和12年	組合立診療所として設立
16年	日本赤十字社に移管され岳麓療院（37床）となる
26年	76床に増床
28年	岳麓赤十字病院に改称
29年	140床に増床
43年	158床に増床
44年	203床に増床

45年	山梨赤十字病院に改称
48年	廃院問題出現
51年	院長交代 山梨県知事へ「医療・福祉コロニー論」提出
53年	山梨県知事へ「山梨赤十字病院移転新築案」提出
55年	山梨地域医療セミナー開始
58年	皮膚科開設
61年	整形外科開設
62年	ホームケアセンター新設
平成3年	現在地に全面移転新築。総合病院の承認
10年	関係町村より介護保険制度実施に向け、施設不足の訴え 山梨赤十字病院運営会議において療養型病床群設置に要望提出（7月） 山梨赤十字病院経営審議会において詳細決定（10月） 日本赤十字社および山梨県支部に要望 関係町村において補助金8億円の拠出決定（12月）
11年	日本赤十字社理事会において療養型病床棟の建設承認
12年	療養型病床棟完成

表2 療養型病床棟建設の際の概要

敷地面積	50,803.08 m ² (全体)	
建物規模	3,157.24 m ² (新築分) (既存 13454.58 m ²)	
病床数	45床 (新築分) (一般 214床、結核 6床)	
所要経費	建築工事費	881,486千円
	設計監理費	26,444
	機器整備・初度調弁費	36,712
	合計	944,642千円
財源	関係町村補助金	800,000千円
	自己資金	144,642
	合計	944,642千円

図1 資金調達構造



第6章 資金調達と株式会社病院問題

慶應義塾大学 大学院経営管理研究科

田中 滋

はじめに

資金調達問題を始め、病院経営について株式会社形態参入の是非を論ずる際の論拠は混沌としている。ここでは株式会社病院問題をめぐって対立する2つの考え方、というより“信条”を項目別に要約し、それぞれについて客観的な分析を提示してみたい。

2つの“信条”の第一は、「株式会社参入が医療改革の一部をなす」と唱える派で、本稿ではこれを「株式派」と表す。もう一つは、「長期的・全体的に見て株主の利益のためになるなら業務を行い、そうでなければ行わない責務を負う株式会社は、医療分野の使命となじまない」と主張する派で、本稿ではこれを「医療派」と表す。医療派の考え方の背景には、「医療サービスの授受を支える医療保障制度は国全体で大切に維持すべき社会的共通資本である」との理解が存在する。

ただし、双方の“信条”から展開される多くのステートメントの多くは、いわば「信念の吐露」にすぎず、理論的にも実証的にも証明しようがないものが目立つ。ゆえに、不毛の論争と言ってもよいような事態が続いている。そこで、それぞれの項目ごとに整理の上、客観的な分析を示す必要があると判断した。

1. 項目別分析

1.1 資金調達

＜株式派の主張＞ 株式会社は資金調達の道が多様である。なお、株式派というより一部のナイーブな病院関係者は、「非営利病院が株式会社化すれば、“返済の必要がない”資金を調達できる」との見方を持つと聞く。

＜医療派の主張＞ 株式による資金調達の結果、医療のあり方が営利志向の行為や機会主義によって歪められる。

＜客観的分析＞

- ① 株式発行など直接金融によって資金を調達しうるほどの組織は、実はより安いコストで間接金融、特に銀行借入れを利用可能である。株式会社化によって、医療機関にとってより有利な資金調達が可能になるわけではない。