

- ② 病院の株式会社化は必ずしも資金調達とは結びつくとはかぎらない。持分ある社団医療法人の場合、持分が株式という名前に変わるだけにとどまる「株式会社化」も十分に想定される。
- ③ その機会に株式を売却すれば、「創業者利潤」（その値は株価に依存する）を実現できるし、相続財産を流動化させるなど所有者一族の利得にはなりうるが、これは医療機関そのものの資金調達とは異なる。
- ④ 一方、新株を発行し、それが「売れる」なら資金調達が可能となる。ただし、リスクを伴うものの将来の収益が高成長する可能性を秘めた企業や、配当可能な利益が将来にわたって確実視される企業はいざしらず、既存の病院は基本的にどちらにもあてはまらぬ事業体である。その意味で購入者は限定される。
- ⑤ また、通常の病院の経営規模では、株式を発行するにしても、流通性が低い発行ロットにとどまる。
- ⑥ ④⑤から、結局私募集となる可能性が高く、私募債ないし相対の借入金依存と近い性質の資金調達となる。その一方、手続き費用は株式発行が最も多額である。
- ⑦ なお株の購入者にとって有利な、近い将来における更なる増資の可能性は低い。
- ⑧ なお、株式は「返済の必要性がない」資金であるどころか、株主の期待に応えられなければ経営者は地位を保つことが難しい。
- ⑨ ただし、株式発行は急速なチェーン展開や複合体化を図る開設者には役立つケースが考えられる。しかし、チェーン展開型や複合体だけに営利を許すことは医療全体の効率的資源配分とは別種的意思決定である。
- ⑩ 他方、間接金融から資金調達が困難な病院が抱える代表的なニーズ、すなわち過去の借入金の返済資金は株式会社化論では解決がつかない。
- ⑪ 以上をまとめると、資金調達の多様化を理由として、現実のメリットの少ない株式会社化をうち出し、営利・非営利という信条論争に持ち込む意味は小さいのではなからうか。非営利組織でも用いる資金調達の多様化方法の模索と、そのための環境整備の方が建設的な方向と考えられる。株式会社病院経営論は資金調達問題とは別に論ずるべきである。

1.2 経済活力

<株式派の主張> 戦後経済成長の主動力は株式会社他にない。この活力は医療にも

役立つので病院経営に用いるべきである。

〈医療派の主張〉 バブル経済、およびその崩壊後の長引く不況とも、経済の営利部門が政府とならんで責任の主因を担う。他方、バブル発生と崩壊、その後の不況長期化のいずれについても医療セクターは原因となったわけではなく、苦しみながらも何とか安定的な病院経営を続けてきた以上、営利企業が病院経営の仕方を教えるなどおこがましい。また「医療で儲けて不況脱出の一助としたい」という考え方があるとしたら許せない。

〈客観的分析〉 両主張を裏付けるようなデータの発見は困難である。どちらも個別には活力を持つ組織ともたない組織が存在する。その成果は、経営形態の違いよりも、経営環境と経営能力に依存すると見るほうが正しい。

1.3 経営姿勢

〈株式派の主張〉 株式会社は顧客志向の姿勢を通じて利益を獲得している。既存の医療機関による「提供者本位型」医療体制を変えさせるためにも、病院を企業に運営させるべきである。

〈医療派の主張〉 表面化したたくさんの不正事件から明らかなように、株式会社は顧客重視といった美称でごまかしつつ、実は倫理にもとる行為を行うケースが多い。さらに営利企業は機会主義に基づくクリーム・スキミングを行うので、階層医療化が起きる恐れも強い。

〈客観的分析〉 善悪に関する先験的な違いを証明する論理構築・データの作成は難しい。世の中のさまざまな経済分野においては、営利・非営利のどちら側にも、高い倫理を具現している組織と非難すべき低モラルの組織が分布して存在するはずと想定する方が妥当と思われる。しかし、そうした経営モラルの分布を表す数値を示す統計は無い。要は情報の非対称性と競争状況が影響する課題であろう。したがって、経営形態論に答えを求めるのではなく、医療における競争要因の定義と競争基盤の整備が先決である。

1.4 質

〈株式派の主張〉 株式会社の方が進歩した生産管理技術を知っているので、それを用いれば質の高い医療が実現する。

〈医療派の主張〉 たしかに株式会社は利益拡大のためにコストを削る方法を知っているかもしれない。しかし病院経費の過半は人件費であり、かつ従事者の多くは国際的に見て

過少な病床あたり人員配置の下、ひどい疲弊状態におかれている。これ以上のコスト削減は医療の質を低下させてしまう結果をもたらす。

〈客観的分析〉 営利・非営利いずれにも、質の高いサービスの提供主体と低い質の主体が分布して存在すると想定の方が妥当と思われる。また、医療の質を表す指標（たとえば医の安全・高度医療への取り組み・標準化と品質管理など）について社会が一定の合意をもち、それを開発・測定する努力が先決である。

1.5 生産効率

〈株式派の主張〉 営利法人は運営をより効率的にすることにより利益を獲得する。医療についても、より効率的にサービスを生産できる。

〈医療派の主張〉 医療機関も効率性向上に努めている。同じ効率だとすると、株式会社では配当分だけコストが高くなるのではないか。

〈客観的分析〉 営利・非営利いずれにも、生産効率の高い提供主体と低い生産効率の主体が分布して存在すると想定の方が妥当と思われる。企業の効率性を評価する指標は、売上高・同成長率・利益額・同成長率・利益率・割引キャッシュフローなどに求められる。そのどれもが、医療が求める効率性と一義的な比例(反比例)関係を必然的に示す数値ではない。前項と同様、医療の生産効率を表す指標（たとえば患者に必要な診療サービスが提供される確率や地域の医療ニーズへの対応の仕方など）について社会が一定の合意をもち、それを開発・測定する努力が先決である。

1.6 情報公開

〈株式派〉 株式会社は情報公開が進んでいる。

〈医療派〉 情報公開と言ってもそれは上場企業にかぎられている。しかもその内容は基本的には会計情報だけではないか。

〈客観的分析〉 よく「公表せよ」と要求される「治癒率や術後生存率」に相当する数値は、収支や貸借対照表ではなく、「銀行(あるいは銀行支店)ごとの、借り入れ企業の上場成功率や存続率」であろう。医療分野に求められる情報を整理すると、(1)患者と(のみ)共有する診療情報、(2) 広く流通すべき医学情報、(3) 第三者評価を伴う医療提供者機能情報、そして(4) 医療機関経営情報の4つに分けられる。どの情報に関する公開問題が営利・非営利論で改善するかのかについて合意を得る必要がある。

1.7 利益志向／機会主義

<株式派> 既存の病院も利益を求め、不採算部門からは撤退するではないか。

<医療派> 株式会社は株価を上げるために利益最大化を目指すだろうが、非営利病院には株価が存在せず、したがってそれをめぐって圧力をかける機関投資家等もないので、組織存続のために必要な一定利益を目標とするにすぎない。それが充たされるなら地域貢献のための赤字部門は引き受けられる。

<客観的分析> 上記の点を日本国内で統計的に分析した研究は存在しない。米国病院の行動を観察した論文からは株式会社が機会主義をとるとの報告がみられる。

2. 正しい問いかけと結論

病院経営の株式会社化についての正しい問いかけは下記の設問である。本稿でその答えを示すには大きすぎる課題であり、これまで論じてきた各種指標の開発と合わせ、努力の傾注が求められる。

- ① 株式会社に負託された役割と、医療分野に与えられた使命は合致するか。
- ② 株式会社参入は、社会的共通資本としてシステムが築かれている医療分野における公正な競争を促進するか。
- ③ 病院経営への株式会社参入は、社会全体の安定、地域医療の整備、住民への安心感付与にどう影響するか。
- ④ 医療の営利化が本来の市場経済部門の機能発揮に役立つかどうか。

この問題の特質を示すために「株式会社が医療部門から利益を獲得することは自由」という点を指摘しておきたい。医薬品や医療機器の販売、医療機関に対するコンサルティングやリース等はいずれも正当なビジネスである。企業と医療機関の経営者同士が互いに経営責任をもちながら交渉し、結果としてよい製品サービスを提供した企業が正当な利益を得ることは当然と考えられる。したがって、営利企業はこの世界から利益を得つつ医療に貢献しうる。

他方、患者に対する医療行為そのものは、製造業やリース行為等とは財の性質ならびに財の社会的位置づけが異なっている。価値財としての医療を提供する主体の根本的性質は、患者のエージェントである。ゆえに、医療分野においては優れた治療方法は地域の医療機

関で(すべての病医院で実行できるかどうかは別として)共有すべき財産と考えられる。この点は、株式会社が、製品サービスについて競合他社との差異化の構築が当然であることと異なっている。

付属資料

日本における医療機関設備資金の資金調達に関する研究に役立てるため、米国の状況も認識する必要がある。そこで、病院財務にかかわる Health Affairs 誌の関連記事を以下に紹介する（なおこれは私的な研究メモとしての仮要訳であり、訳が正確でなかった場合の責任はすべて田中にある。また同じく私的なメモとして仮要訳なので、引用はあくまで原典にあたっていただきたい）。

Bond-Market Skepticism And Stock-Market Exuberance In The Hospital Industry

病院業界に対する債券市場の疑心暗鬼と株式市場の熱狂

By James C. Robinson

(21 巻 1 号 2002 年 1-2 月 p.104-117)

カリフォルニア・ヘルスケア財団/Robert Wood Johnson Foundation の支援による研究である。金融市場は病院経営に対し、鏡にも、原動力にもなりうる。病院経営を取り巻く環境要因は様々で、業績の良し悪しにも差が出てきている。金融市場関係者の見方も多様化してきた。この多様化は、病院の所有形態と特に関連がある。非営利病院は借入に依存し、営利病院は借入と株式による資本調達をコストに応じて取り混ぜている。

懐疑的な債券市場

格付け会社が力を握っており、非営利病院の格付けはここ数年低下している。あらゆるタイプの病院が打撃を受けており、一部の有名地方病院はジャンク・ボンドにまで格下げされた。結果、発行額も減った。

格付け低下の原因の一つに、MBIA、Ambac、FSA、FGIC などの債券保険会社の、病院債からの一部後退が挙げられる。病院の業績は悪く、一般企業の破綻も相次いだため、債券市場全体が冷めた見方をするようになったのである。リスクを減らそうと、債券市場は金利を上げ(免税資格をもつ通常の借り手への金利より高い率が、非営利病院に課せられた)、流動性確保(債務支払が滞らぬよう)などの「義務」を要求した。

熱狂する株式市場

病院が直面していた課題は同じだが、株式市場は債券市場と違った反応をした。97年から98年の間には、市場全体が好景気に沸く中、病院株は半減した。99年秋までには、メディケアの支払減、連邦政府による監査、マネジドケアの支払減、行き過ぎた水平・垂直統合などのマイナス要因が、営利病院の株価に織り込まれるようになった。底にあるため、逆にマネジドケアへの反発などの追い風が吹けば、いつでも上昇できる状態と言えた。実際、経営陣の交代、組織のスリム化などの変化を投資家は歓迎し、(IDSを含む)品揃え・地理的双方の意味での多角化路線からの転換は、各市場で競争上優位に働くとして評価された。

99年秋から2000年末までに病院株は150%近くも上げた。この背景は、成長への期待、テクノロジー株からの買い替え増に起因する株価収益倍数のアップであった。実際の収益好転ではない。2001年になると熱狂もやや冷めたが、収益に比してはまだ割高感があり、今のところ営利病院の資金は潤沢である。

債券と株式の投資家の違い

株主は企業戦略・配当・株の買戻しなどを直接決められるわけではないが、役員会の信任投票を行うことで経営者を任命・コントロールする。病院債への投資家は組織的なガバナンスに対する役割はないが、利子と元本の支払を適時求める権利を持つ。したがって前者は好業績時に、後者は会社破綻時の回収上、有利な立場となる。

両投資家は営利病院チェーンの評価で対照を見せた。2001年、債券市場は非営利病院を評価し営利病院をジャンク・ボンドとする一方、株式市場は収益アップを期待して営利病院の株価を上げた。これは債券市場が安定を、株式市場が成長を重視するからであり、手許現金の扱いについても同様に見方が分かれる。

この見方の違いが今後の戦略や市場シェアに影響しそうである。市場の期待に応えるべく、営利病院が取ると予想される戦略(とれる戦略)は以下の三点である。

1. 医療・情報機器に設備投資： 一番将来性がある
2. M&A： 買収ターゲットとなるのは深刻な問題を抱える病院が多く、成功は難しい
3. 関連サービスへ進出： リスクはあるが可能性もある。地域の医師と提携し、効率の良い単科の専門病院をつくるのが有望か。

公共政策への影響

病院株の高値が続く中、病院破綻の予測を根拠にメディケアの支払や医育病院への補助金を上げづらい。マネジドケアへの反発を受け、医療費の給付要件、支払ルール、診療内容審査(Utilization Review)の制限などを州・連邦の政府が検討している。さらに病院の財務データを公表せよとの要求が高まっている。

債券・証券市場の戦略は営利・非営利で異なっても、公的セクターの見方は収斂しつつある。もはや両者とも規制を大きく受けることはないだろう。病院の資金調達には旧来型の寄付や保険付きの債券から、成長株とジャンク・ボンドの時代へと移ってゆく。

The Financial Health of California Hospitals: A Looming Crisis

カリフォルニア州の病院の財務健全性——迫りくる危機

By Mark G. Harrison and Cecilia C. Montalvo

(21 巻 1 号 2002 年 1-2 月 p.118-126)

本論文は、カリフォルニア・ヘルスケア財団からの委嘱を受け、ヘルスケア投資銀行である Shattuck Hammond Partners が行い、2000 年に発表された調査をまとめたものである。文献調査、市場分析、および 1995-99 年の財務分析から成っている。

課題の多い出発点

まず、カリフォルニア州の病院が置かれている現状を分析する。病院は収入面では 3 つの課題に直面している。(1) 強力な企業・購入者の連合が、支払者に保険料引き下げ圧力を与え続けている。これは支払者による医療価格引き下げ圧力に直結する。(2) マネジドケアの浸透率が高く(全米の 34% に対して、54%)、少ない支払者にマネジドケアの加入者が集中している。(3) 他の病院のみならず、大規模かつ高度に発達した医療機関組織との保険給付をめぐる競争がある。支出面では、(1) 同州の病院の患者は重症度が高く(1999 年には全米の指標は 1.22 で、同州は 1.34)、(2) 賃金指標が高く (3) 看護婦不足であり、(4) 全米に比べ無保険者が多い(不良債権)。

財務健全性

同州病院の財務健全性を見てゆく。営業キャッシュ・フローと借入れによる資金調達から資本が成っている。本研究では、営業マージンを財務健全性の先行きを示す指標として使用する。営業収入マイナス営業支出と定義されるが、これが3から5%であるとき「健全」とみなす。

カリフォルニア vs. 全米で比較する。上位四分位・中央値・下位四分位に分け、営業マージンを比較した。同州の病院は、全米よりも下位はより悪く、良いところは全米よりも上の水準であった。マージンの絶対額は落ちており、このままの傾向が続けば下位病院は事業存続の危機に陥る危険性がある。

収入・支出・病院利用状況の分析も行った。一日、退院一件あたりの収支を比較したところ、コストも下がったがそれより大きく収入(価格)が下がっている。この原因は競争激化・規制強化によるものである。それでも上位病院は営業マージンの黒字を維持できている。傾向として入院・急性期患者の比率が多い。

借入れの傾向をみると、上位病院は信用力が下がっており、債務返済額/現金が低下する一方で、借入れ資本の利用が増している。下位病院の信用力もまた低下している。S&P、ムーディーズなどの格付機関によれば、信用力の展望が良くない病院の比率が前者で30%、後者は38%という評価になっている。38という数値は全米で2番目に悪いが、中央値だけ見ると全米より1ポイント高いことから、格差が広がっていることがここでもわかる。

規制に起因する負担をみてみよう。(1)A.B. 394 ナースの配置比率、(2)S.B. 1875 2005年1月1日までに医師の指示をコンピュータ入力できるシステムを構築する義務、(3)S.B. 1953 2008年、2030年までにそれぞれある財務目標値を達成する義務、などが影響を与えている。特に(3)が厳しい。

結論

カリフォルニア州の病院の財務健全性は深刻な悪化の一途をたどっている。ことに下位の病院は存続さえ難しい。政策課題には、積極策としてアクセス保証のため地域医療計画を練ってゆくか、消極策をとって市場に任せるかが挙げられる。我々は弱者への医療提供を支えるシステムに、州政府がしっかりした役割を果たすべきであると考え。どのような経緯をとったとしても重要なのは、(1)人口統計から、病院サービスの将来の需要について何がわかるか、(2)発達する医療・情報技術が将来の病院にどのような影響を及ぼすか、(3)財務

要因と医師の診療パターンが将来の病院の規模や設計にどのような影響を与えるか、(4)消費者および企業経営者が病院ケアの需要をどのように形成してゆくか、の四つの政策課題である。

しかしながら現在のところ州政府は、事態打開のための策を何らとっておらず、政策決定に必要なデータも不足気味である。

Out Of The Frying Pan: New York City Hospitals In An Age Of Deregulation

—難去ってまた一難—規制緩和時代のニューヨーク市の病院

By Sharon Salit, Steven Fass, and Mark Nowark

(21 巻 1 号 2002 年 1-2 月 p.127-139)

本調査に用いたデータは、1997-2000 年の 36 病院の財務報告書、退院数の統計、Medical Payment Advisory Commission (MedPAC) および債権格付け会社のデータ、病院幹部へのインタビューである。

NY 市にとって、90 年代半ば以降のヘルスケア産業の様変わりには特に大きな意味を持つ。行政による強い規制、医育病院の存在の大きさ、外来サービスの量の多さ、医療費を支払えない患者の問題、公的資金への依存、寄付の額、病院財務の悪さなどにおいて、NY は全米のほかの地域とは趣を異にしている。ベッド稼働率の高さともあいまって、競争が非常に少ない市場であった。

コストと入院を減らす目的で、統一料金制度(all-payer hospital rate-setting system)があったが、NY の複雑な市場ゆえに目的が達成されたかは疑問である。同システムは、低所得者へセーフティネットを確保するため、病院へ損失補填をしてきた(1983 年～の州の資金プール制度、1989 年～の Medical Disproportionate-Share Hospital Payment: DSH)。州政府がエイズ、結核、ホームレス対応など医療の様々な問題を解決するために、個人の医師ではなく病院を頼りにしていたことも、病院に政治力をつけ、病院への規制・保護を強める結果につながっていた。また、公立病院の比率が高いのも大きな特徴で、その多くが最悪の財務状況にあった。

新しい時代の始まり

それまで禁じられていた営利のマネジドケアが 85 年に解禁になり、90 年代半ば以降ようやく足場を築き始める。98 年に HMO の浸透度はピークに達し、その後若干下がった。エイズ、結核、外傷性障害、薬物中毒、精神疾患などの重大疾病が減少した結果、入院も減った。償還レート下落に影響する 3 つの大きな変化も起った。すなわち 97 年の予算均衡法、97 年の NY 州医療改革法 (New York State Health Care Reform Act)、メディケイド・マネジドケア・プログラムなどが、価格下落の引き金になった。

競争激化・コスト上昇に対応するため、病院の再編が起った。主として大学病院をコアにした 4 大ネットワーク化が起ったが、傘下に入る組織が元々抱えていた問題を解決できず統合メリットを享受できないケースが多く、いずれにしてもネットワーク化の効果を判断するには時期尚早である。

財務への影響

90 年代半ば、営業利益は殆どで減少し、赤字病院の比率は 97-99 年で 30% から 50% に増加した。2000 年以降は一部に収益改善の報告もあるが (MedPAC)、横ばいからさらに悪化という分析 (Fitch IBCA) もある。診療サービスの利用度 (Utilization) の低下は、全国的にも、NY 市でも底を打ちつつある。病院ごとの財務状況の差は大きくなってきた。1999 年には民間の総合病院の 1/3 近くが、営業継続が難しいほどの財政難に陥っていたことが分かった。そこで我々は、データをもとにサンプルの 36 病院を 3 つの段階、(1) 危険 (jeopardy)、(2) リスク、(3) その他に分類した。「危険」には、97-99 年の殆どの財務指標において評価が常に悪く、しかも悪化を続けている 11 の病院が入る。監査役から「継続企業」と評されたり、現金不足で営業費用調達のために短期借入れなどをしたりの状態である。

「リスク」には 9 病院ある。業績は悪いものの、「危険」ほどに常態化していない病院である。残りの「その他」に分類された病院は、財務的には前述の 2 種より良かったが、悪化の兆しがあった。

業績の悪い病院の特徴を分析すると、低所得者層向けセーフティネットの病院、小規模の地域病院であり、退院数が大きく減少していることが分かる。主としてこれらの病院は医育病院に患者を取られている。未払い医療費の損失補てんが減ったことで、業績の悪かった病院の財務がさらに悪化している。

予算均衡法の影響を評価しようとしたが、とりたてて大きな損失は見出されなかった。しかし既に苦しい経営の病院にとっては、逆風となることは明白である。

これから

97年、NYの議員は市場メカニズムの導入で病院の規模が適正化されて無駄が減ると考えた。規制が緩和され全国的な市場動向に巻き込まれるうちに、NY市は米国のほかの地域に徐々に特徴が近づいてきた。しかしこうした競争の導入で、当初の目的が達成されたかは明白ではない。これまで以上に市場の力と規制のバランスをとる必要がある。

Tracking Health Care Costs Hospital care surpasses drugs as the key cost driver

追跡 医療費 病院費用が費用決定要因として薬剤費を抜く

By Bradley C. Strunck, Paul B. Ginsburg, and Jon R. Gabel

(WEB EXCLUSIVES 2001年9月26日)

本論文は1999年の医療費の傾向に関する研究の最新版である。費用全体としては99年以降安定しているものの、病院サービスの費用は増加傾向にあり、処方薬の費用は減少している。

使用データは、医療費の傾向を把握するためにMilliman USA Health Cost Indexを用いた。医療機関の人件費を見るためには、米国労働省の労働統計局によるEmployment, Hours, and Earnings (EHE)を用い、さらにCenter for Studying Health System Changeによる2000-2001 Community Tracking Studyの訪問調査結果を利用した。保険料および患者自己負担の数値は、Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust (HRET)による従業員向け医療保険給付調査と、その前身調査を使用した。消費支出については労働統計局のConsumer Expenditure Survey (CES)を用いた。

医療費の傾向

2000年には民間保険に加入する人の医療費は7.2%増加した。これは1990年以来単年の伸び率としては最大で、非常に大きな3年連続の伸びである。なお、この前の時期にあた

る 94-97 年は、一人あたりの医療費伸び率は GDP 増加率を下回り、史上最低であった。01 年初の傾向からは、この医療費の伸びは再び加速化しているようである。

病院の入院医療費は 00 年には 2.8% 増加した。94-98 年の期間には入院医療費は減少していたので、傾向が変わったことを示している。00 年外来の増加は 11.2% であった。94-98 年にも外来は増加を続けていたが、00 年の増加率は 92 年以降で最高であった。

一人あたり処方薬費用は、00 年には前年に比べ減少したが、依然高い水準にあった。6 年連続の増加に終止符が打たれたことになる。原因は新規ブロック・バスター薬の減少、三段階の定率自己負担(後述)の急速な普及にあると思われる。医師報酬も上昇傾向がストップし、00 年は減少した。人件費は、病院部門において最大のコスト上昇要因だ。00 年人件費は 4.7% 増加し、01 年にも加速化する兆しが出ている。人件費増加は時間単価の増加よりむしろ労働時間の増加に負うところが大きい。人材不足も起っている。

ゆるくなったマネジドケアの締め付け

厳しいマネジドケアからの後退がコスト傾向に影響を与えている。特に顕著なのは医療機関、特に病院の交渉力の強大化である。ヘルスプラン側としては、患者に提示する選択肢として多くの病院をネットワークに取り込もうとするが、90 年代に病院は統合を進め余剰設備を廃棄したことで病院の力が強まった。しかもスタッフ不足を抱える病院にとっては、安い料金体系で無理してでも大きなヘルスプランと提携しないという選択肢が、ここへ来て出てきたわけである。専門ケアの事前審査が不要になった結果、入院や処置が増えるなどの影響も出ているが、比較的緩やかなものである。さらに、より締め付けの厳しい HMO の加入者が 29% から 23% に減少する一方で、緩やかな PPO は 41% から 48% に増加している。

保険料の傾向

00 年から 01 年にかけて従業員向け保険の保険料は 11.0% 上昇したが、この上昇率は 93 年以來最高で、96 年以降 5 年連続の伸びである。大企業よりも小規模企業の方が保険料の増加が大きい傾向も続いている。保険料の増加は、医療費の伸びのほかに保険引受会社の事情も原因となっている。90 年代には、保険会社は値下げで損失が出て市場シェアを確保する戦略をとっていたが、その方針を転換し、シェアを減らしてでも利益率を優先するようになった。保険クレーム費用の傾向を探る方法の一つに、自家保険を採用する企業の

保険料エクイバレンツの年次増減がある。Kaiser/HRET のデータによれば、99 年は 3.7%、00 年は 7.1%、01 年には 9.5%と急増している。しかし一方で 01 年には自家保険でない通常保険のプランでも 12.3%保険料が増えている。

消費者への影響

医療費は急増したが好景気によって消費者は守られた形となった。GES によれば家計の所得に対する医療支出は 4.5%で、98 年の 4.6%、93 年の 5.1%より低い。人材不足に悩む企業は、保険料の従業員負担分を増やさず、免責額、コ・インシュランス、定率自己負担の増加も低く保った。Kaiser のデータは、00 年から 01 年にかけて保険料の従業員の負担額が殆ど変わらないことを示している。しかし処方薬費用負担については大きなリスクを抱えることになった。ジェネリック、優先リストに掲載されるブランド薬、その他のブランド薬を使用することで自己負担比率が三段階に分かれるシステムに、36%の企業健康保険の従業員が加入している（00 年の 33%から増加している）。

考察および予測

ここで示したデータは、まさに「マネジドケアの終焉」を裏付ける結果となった。病院の交渉力が増す中で、ヘルスプラン側もゲートキーパー、事前の審査、人頭式などの既存の費用削減策に頼らない方向へと向かっている。そうなると、全体として病院費用が医療費を押し上げる要因となって表出してくるであろう。

近い将来、医療のアクセスはさらに悪化すると思われる。医療機関から出される請求額は増す傾向にあり、マネジドケアの手法による医療費削減が進まない今、価格上昇を抑える代替策がない。医療費の消費者自己負担は、99 年の消費支出データを見ると医療費の増加の影響を受けていないが、今後それも変化しそうである。負担が消費者に転嫁されようとしている。雇用主も会社負担額を減らし、従業員の負担増を始めている。

医療費の高い伸びとそれに伴う保険料の上昇、および経済の停滞により、保険に加入していない人々が増加する恐れがある。既に小企業の経営者は従業員への保険提供をやめ始めている。国の政策立案者が無保険者問題に注目し、減税か公共政策の拡大かで議論されている時に、医療費と保険料の上昇は大きな阻害要因となる可能性がある。

アンケート調査結果

1. 調査目的

わが国の民間病院における資金調達の実態を把握することを目的に、アンケートを行った。アンケートでは、①経営課題（各種ある経営課題の中で、資金調達問題に対する病院経営者の関心度はどの程度か）、②資金調達（資金調達の実態把握）、③経営者の意識調査（公的支援との兼合いで、持ち分・今後の入院機能についてどう考えているか）、④病院業績（借入サイドとしての債務返済能力）、の項目について調査した。そしてそれら項目に対し、病院全体の傾向を見る他に、規模別（病床数ベース）、地域別（大都市部—政令指定都市および東京都23区と、その他の地域）の動向についても触れた。

2. 調査方法

アンケートは、2002年3月8日から2002年3月25日にかけて、全国の医療法人5,255病院と個人病院1,439病院（合計6,694病院）から病床規模、都道府県で層化抽出した2,000病院に対して実施した。

経営者の意識を問うため、回答者は出来る限り理事長または院長とした。それが無理な場合、理事長または院長の意見を反映した形での回答を依頼した。

発送数2,000通に対し、有効回答数は296通であった（回収率14.8%）。病床規模別の回収率を見ると、50床未満が11.7%、50～99床が16%、100～199床が16.8%、200～299床が13%、300床以上が13.8%であった（表1）。

表1 病床規模別アンケート回収結果

	発送数	有効回答件数	回収率
50床未満	426	50	11.7%
50～99床	588	94	16.0%
100～199床	588	99	16.8%
200～299床	231	30	13.0%
300床以上	167	23	13.8%
病院数合計	2,000	296	14.8%

ちなみに、わが国の医療法人と個人病院の総合計に占める各病床規模群の比率と、調査票総配布数に占める各病床規模群の比率、調査票総回収数に占める各病床規模群の比率、それぞれを比較したのが表2である。これによると、例えば医療法人・個人病院総合計に占める300床以上の病院が8.6%であるのに対して、調査票配布総数に占める300床以上の病院が8.4%、調査票回収総数に占める300床以上の病院が7.8%というように、わが国における医療法人と個人病院合計の各病床群毎に見たそれぞれの比率と、調査票配布や調査票回収の各病床群毎の比率に大きな差はなかった。

表2 病床規模別に見た医療法人・個人病院総合計と調査票配布及び回収状況

	医療法人・個人病院総合計		調査票配布状況		調査票回収状況	
	数	比率	数	比率	数	比率
50床未満	1,260	19.0%	426	21.3%	50	16.9%
50～99床	2,013	30.4%	588	29.4%	94	31.8%
100～199床	1,987	30.0%	588	29.4%	99	33.4%
200～299床	793	12.0%	231	11.6%	30	10.1%
300床以上	573	8.6%	167	8.4%	23	7.8%
合計	6,626	100.0%	2,000	100.0%	296	100.0%

次にこれを地域別に見たのが表3であり、上記同様、わが国の医療法人と個人病院の総合計に占める大都市群の病院（政令指定都市および東京23区）と、その他の地域群との比率と、調査票総配布数や調査票総回収数に占めるそれぞれの比率に大きな差異はなかった。

表3 地域別に見た医療法人・個人病院総合計と調査票配布及び回収状況

	医療法人・個人病院総合計		調査配布状況		回収分	
	数	比率	数	比率	数	比率
大都市部	1107	16.7%	440	22.0%	59	19.9%
その他の地域	5519	83.3%	1560	78.0%	237	80.1%
合計	6626	100.0%	2000	100.0%	296	100.0%

3. 調査対象病院の属性

病床規模別で許可病床タイプを見ると（表 4）、回答を寄せた病院のうち一般病床を有する病院が 65.9%、療養病床を有する病院が 52.4%、精神病床を有する病院が 18.6%であった。病床規模別に見ると、回答を寄せた病院のうち、200 床未満では一般病床が多く、200～299 床の病院では一般、療養、精神が拮抗し、特に 300 床以上の病院では精神病床が多い傾向にあった。

表 4 病床規模別許可病床タイプ

（複数回答 単位：％ N=296）

	一般	療養	精神
50床未満	72.0%	42.0%	2.0%
50～99床	76.6%	57.4%	4.3%
100～199床	60.6%	56.6%	21.2%
200～299床	53.3%	50.0%	50.0%
300床以上	47.8%	39.1%	60.9%
合計	65.9%	52.4%	18.6%

表 5 は、回答を寄せた病院のうち、病床規模別に大都市病院群と、その他の地域の病院群を比較したものである。これによると、大都市部では 200 床未満が 9 割強で、中小病院が大半であった。これに対しその他の地域でも中小病院の比率が高いが、大都市群と比べると、規模の分散が多少見られた。

表 5 地域別許可病床数

（単位：％ N=296）

	50床未満	50～99床	100～199床	200～299床	300床以上	
大都市部	19.0	29.3	43.1	6.9	1.7	N=59
その他の地域	16.4	32.4	31.1	10.9	9.2	N=237
合計	16.9	31.8	33.4	10.1	7.8	

次に病院の開設者を見ると、医療法人社団で持ち分ありが 62.8%、医療法人社団持ち分なしが 14.2%、医療法人財団が 6.1%、個人が 12.8%であった（表 6）。

表 6 開設者

開設者	件数	%
医療法人社団 持ち分あり	186	62.8%
" なし	42	14.2%
医療法人財団	18	6.1%
個人	38	12.8%
不明・無回答	12	4.1%
計	296	100.0%

回答を寄せた病院で、持ち分のない社団が 42 病院、医療法人財団が 18 病院であり、これら持ち分のない 60 病院のうち、特定医療法人は約 4 割を占めた（表 7。回答を寄せた病院全体では 8.4%）。

表 7 特定医療法人か（持ち分なしの病院中）

特定医療法人	件数	%
特定医療法人である	25	41.7%
特定医療法人でない	31	51.7%
不明無回答	4	6.7%
	60	100.0%

4. 調査結果

4.1. 経営課題

4.1.1. 全体傾向

本アンケート調査の目的は冒頭で述べたように、民間病院の資金調達の実態を把握することにある。そこでまず始めに、資金調達問題が経営者にとり病院経営の中でどの程度の関心があるかを探ってみた。

表 8 を見ると、病院経営上、困っていることについてたずねたところ、回答を寄せた病院のうち資金調達の困難性を挙げる病院は 16%に過ぎず、医師不足や在院日数の長さなどの各種経営課題の中で、資金調達に対する関心度は相対的に高くなかった（経営課題 16 項目のうち 9 番目）。

ちなみにこれを、明治生命フィナンシャルズ研究所の平成 11 年度医療施設経営安定化推進事業「経営の実態把握とその対応策について」で実施された、全民間病院（社会保険関係団体除く、公益法人、医療法人、学校法人、会社、その他の法人）への悉皆調査結果（回収率 20.15%）と比べると、やはり平成 11 年度調査においても、資金調達

の課題を上げる病院は 14.7%にすぎず、各種経営課題の中に占める資金調達問題に対する関心度について、この2年間で大きな変化は見られなかった（表9）。

4.1.2. 規模別傾向

規模別傾向を同じく表8で見ると、資金調達問題に関して規模別に跛行性があり、はっきりとした傾向はないが、50床未満の小病院（以下小病院）、また300床以上の大病院（以下大病院）では、資金調達問題に対する関心が高い傾向にあった。

ただ注目されるのは、外来患者の減少や入院患者の減少といった、病院経営の根幹に関わる項目に関し、大病院では少なく、中小病院（300床未満）では多い傾向にあり、中小病院（特に小病院）における経営の困難さが推測された。

表8 病院経営上困っていること（病床規模別）平成13年度調査

（複数回答 単位% N=292）

	医師不足	看護師不足	在院日数の長さ	建物の老朽化	外来患者の減少	医療機器の老朽化	建ぺい率・容積率等による建物の増改築への障害	紹介率の低さ
50床未満	38.8	40.8	30.6	40.8	34.7	18.4	18.4	14.3
50～99床	53.8	38.0	32.3	29.0	34.4	17.2	14.0	20.4
100～199床	51.0	44.9	40.8	30.6	18.4	18.4	20.4	11.2
200～299床	44.8	37.9	48.3	41.4	24.1	17.2	13.8	20.7
300床以上	47.8	30.4	21.7	26.1	4.3	13.0	13.0	26.1
合計	49.0	40.2	35.6	32.5	25.7	17.5	16.8	16.8

	資金調達の困難性	入院患者の減少	医師・看護師以外の医療従事者不足	医薬品等の仕切値の高さ	他の医療機関との連携	院内感染や医療事故防止策	介護・福祉分野との連携	その他
50床未満	24.5	22.4	14.3	18.4	12.2	0.0	6.1	2.0
50～99床	11.8	20.4	17.2	11.8	8.6	10.8	5.4	2.2
100～199床	17.3	7.1	13.3	9.2	11.2	9.2	5.1	8.2
200～299床	6.9	13.8	20.7	17.2	17.2	10.3	6.9	3.4
300床以上	21.7	4.3	0.0	17.4	4.3	17.4	4.3	0.0
合計	16.1	14.4	14.4	13.0	10.6	8.9	5.5	4.1

表9 病院経営上困っていること（病床規模別）平成11年度調査

（複数回答 単位% N=1,497）

	建物の老朽化	医師不足	看護婦不足	在院日数の長さ	患者の減少	建ぺい率等による建物の増改築への障害	医療機器の老朽化	資金調達の困難性	医師・看護師以外の医療従事者不足	医薬品等の仕切値の高さ	院内感染	特に困っていることはない	その他
50床未満	37.5	30.0	31.3	21.7	31.7	13.8	16.3	15.8	12.9	20.0	1.3	8.8	4.2
50～99床	40.5	42.4	32.3	23.2	31.0	18.2	18.0	15.0	12.5	14.4	6.2	4.3	2.5
100～299床	39.0	42.1	27.9	32.8	22.2	19.4	17.9	15.7	14.2	9.4	6.0	5.4	5.1
300床以上	45.5	34.5	24.8	31.0	17.9	24.8	11.7	6.9	13.8	6.9	8.3	9.0	5.5
合計	39.9	39.4	29.5	28.0	25.9	18.7	17.0	14.7	13.4	12.4	5.5	6.0	4.2

4.1.3. 地域別傾向

地域別傾向で目立つのは、大都市部では建物の老朽化を挙げる病院が48.3%と最も多い点であり、約2病院に1つは老朽化問題を挙げていた（表10）。これと関連して大都市部の病院では資金調達の困難性も25.9%と上位にある。更にみると、建ぺい率・容積率等による建物の増改築への障害等の問題が高位にあった。これらから見て、大都市部の病院は建物の老朽化が深刻な経営課題としてあるが、資金調達の問題や建ぺい率等の問題から、それがままならない状況にあることが窺えた。

表10 病院経営上困っていること（地域別）

（複数回答 単位：% N=292）

	医師不足	看護士不足	在院日数の長さ	建物の老朽化	外来患者の減少	医療機器の老朽化	建ぺい率・容積率等による建物の増改築への障害	紹介率の低さ
大都市部	22.4	39.7	31.0	48.3	22.4	22.4	29.3	15.5
その他の地域	55.6	40.3	36.8	28.6	26.5	16.2	13.7	17.1
合計	49.0	40.2	35.6	32.5	25.7	17.5	16.8	16.8

	資金調達の困難性	入院患者の減少	医師・看護婦以外の医療従事者不足	医薬品等の仕切値の高さ	他の医療機関との連携	院内感染や医療事故防止策	介護・福祉分野との連携	その他
大都市部	25.9	24.1	1.7	8.6	8.6	3.4	3.4	6.9
その他の地域	13.7	12.0	17.5	14.1	11.1	10.3	6.0	3.4
合計	16.1	14.4	14.4	13.0	10.6	8.9	5.5	4.1

N=59
N=237