

と、利益配分に参加する権利も侵害されるため、前者が特に重要とされている。経営コントロールの権利とは、具体的には重要事項決議の際の投票権であり、その投票権を誰かに与える仕組みである。非営利原則を堅持するためには、これらの権利を特定の利益集団に渡さない仕組みが必要である。

図表 1 非営利原則と具体的ルール

| Hannsman に<br>つ の 権 利 | 経営をコントロールする<br>利                          | 剰余金を受け取る権  |
|-----------------------|---|--|
| 具体的なル                 | a) 経営に関する決定権の<br>み<br>b) 上記の決定権を付与す<br>組み | a) 剰余金(フロー)の外<br>部の禁止[収益配当の禁<br>止]<br>b) 資産(ストック)の所有<br>禁止[解散配当の禁止]<br>c) 内部者に対する利益分<br>制限[給与水準の上限]<br>d) 剰余金の地域社会への<br>資の義務付け(免税の |

出所) 筆者作成

第2に、剰余金を受け取る権利とその剰余金の蓄積である資産の分配権を個人に属させないことが重要である。さらにその権利は、実質的に地域に還元する仕組みが望ましい。

第3に、非営利原則と効率化への経済的誘因のバランスをとることが重要である。我が国の医療法人制度においては、外部への利益配当を禁止する一方で持分と言う解散配当権を認めている。このため、厳密には Hannsman のいう非営利組織(non for profit organization)ではない。つまり、わが国の医療法人制度は、2つの配当権を分離し、片方の所有を認めるという折衷案となっており、これは効率化への経済的誘因と非営利原則の中間に位置するとも考えられる。既に政府は、この中間性を維持するのではなく、非営利性をさらに強化するという方針を打ち出している<sup>23</sup>。したがって、資産分配権の個人への帰属をなくす方向で検討するべきであろう。併せて、医療提供者の効率化要因を損なわないためには、公的医療保険の支払い制度(償還方式)における費用最小化の経済的誘因を強化することも

<sup>23</sup> 「これからの医療経営のあり方検討会」最終報告書(2003年3月29日)には、「非営利性の徹底」についての記述が見られる。

検討する必要がある。

第4に、非営利組織の特性として、超過負債や過剰投資を行いやすい点がある。新たな資金調達に際しても、このような問題点を拡大しないような配慮が必要であろう。

第五に、設備投資額の増大などに対応するためには、外部資金の導入によってリスク負担力を高めるとともに、投資者からみた Agency Cost を抑制するような仕組みも必要であろう。

上記のような点に留意して、新たな資金調達手段によって、「契約の失敗への対応策」としての非営利組織の特性が阻害されることのないような措置をとる必要がある。

また、さらに厳密な非営利原則を適用するならば、病院内部者に対する利益分配の制限(例えば、給与水準の上限規制)や剰余金の地域社会への再投資義務付け(例えば、保険自己負担の減免、正常出産等公的保険外サービスの料金減免の実施義務付け)などのルールを適用することも考えられる。ただし、上記2点のルールについては、現在営利法人並みに課税されている医療法人の税法上の取り扱いを検討する必要も出てくることから、本稿においては、収益配当及び解散配当禁止のルールに絞って、新たな資金調達手法との問題を考察することとしたい。

#### 2.5.2. 実効性を担保する監視制度

このほかに、これらの理論的な枠組みを実効性のあるものにするための、政府の監視能力(或いは監視に伴う費用)が問題となる。つまり非営利原則を堅持するための新たなルールを考案したとしても、政府にそのルール遵守の能力やそのための費用負担ができない場合には、却って実質的な非営利原則が失われる結果となる場合も想定される。現在の収益配当の禁止についても、様々な手法で実質的に剰余金が組織外部に流出している可能性があるケースが見られる。このような場合には、実効性を伴う監視制度も併せて考慮したうえで政策手段の選択をする必要がある。

### 3. 現在検討中の新たな資金調達手段

#### 3.1. 一般的な資金調達手段の整理

##### 3.1.1. 一般的な3つの資金調達手段

私的病院に対する新たな資金調達スキームを検討する前提として、まず一般的な資金調

達手段全体を概観する。一般的に企業は内部資金(主に内部留保及び減価償却費等)が充分ある場合には外部資金の調達を要しない。しかし内部資金の蓄積に時間がかかる場合や投資による収益率が資金調達コストよりも十分に高い場合には外部資金を導入した方が有利であるため、企業は外部資金の調達を行うこととなる。

外部資金の調達手段は多様であるが、貸借対照表からみると3つに大分される。①エクイティ・ファイナンス(資本金面：増資等)、②デット・ファイナンス(負債面：社債発行・銀行借入等)、③アセット・ファイナンス(資産面：債権流動化・不動産証券化等)である。これらに利益を積み立てた内部留保等が投資原資となる。企業金融における Financing Hierarchy 理論によれば、設備投資原資の優先順位としては、その資金調達手段の資金調達コスト(投資家にとっては期待収益率)の低い順序となり、「内部資金」→「②負債」→「①資本」とされている。「③資産」は、様々なケースが想定できるが、事例としては、「②負債」と「①資本」の中間的な位置づけが多いようである。

図表2 一般的な企業の資金調達手段

| 類型                | 資金調達方法       |
|-------------------|--------------|
| ①エクイティ・ファイナンス(資本) | 新株発行、増資、転換社債 |
| ②デット・ファイナンス(負債)   | 融資、社債、リース    |
| ③アセット・ファイナンス(資産)  | 証券化          |

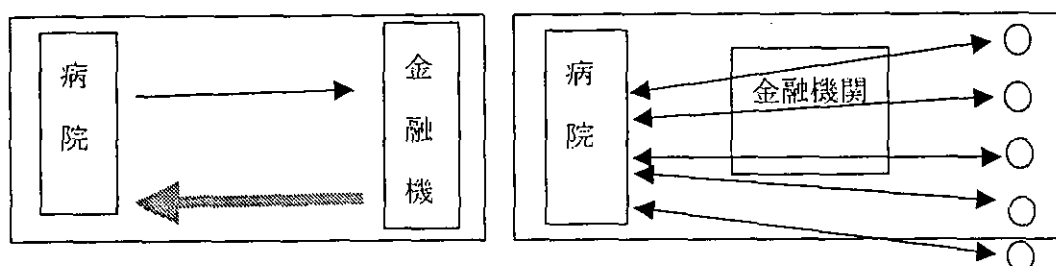
出所) 筆者作成

### 3.1.2. 資金調達手段による資金の性質

資金の調達方法によってその資金の性格も異なる。一般的に①エクイティ・ファイナンスの代表的な手法である株式発行は、取引市場での値上がり益を享受できる一方で、一般的に企業が倒産した場合には返済が行われず無価値となる。このため、ハイリスク・ハイリターンの資金とされている。一方②デッド・ファイナンスの代表的な手法である銀行借入は、資金提供側では貸出金利以上のリターンは得られないが貸出審査や担保徴求などが厳格なことから、ローリスク・ローリターンの資金とされている。

また、それぞれについて市場取引を行うか相対取引で行うかの制約条件が付加される。①や②の公募社債などに見られる直接金融手法は、資金調達側にとって金利条件や資金調達量の点で魅力的な方法である。しかし、直接金融においては、一般的な公開株式や公募社債は、不特定多数の投資家が参加する市場取引への移行を意味しており、発行者(私的病院)に対して将来の財務状況・将来収益への影響を及ぼす情報までも公開を求められることとなる。したがって発行者自体に一種の公共性が求められ、市場の期待に沿えない場合には、他のより有利な投資案件に資金は急激に逃避するという結果を招く。

図表3 相対取引と市場取引の違い



出所) 筆者作成

一方で、②デッド・ファイナンスの1つである銀行借入は相対取引であるため、極端に言えば両契約者が合意しておればいかなる条件の取引も是認される(公序に悖らないという前提)。また、どこまで情報を開示するかは、例えば銀行と病院の金融取引における力関係によって変わってくる。したがって、資金調達の手法において相対取引か市場取引かの違いも、資金調達の際の条件として異なることに注意が必要である。

### 3.1.3. 私的病院の現状における資金調達手段

わが国の病院の資金調達手段は、公立病院と私的病院では大きく異なる。公立病院は、設備投資を民間金融機関だけでなく、公的財源から調達することが可能である。一方、私的病院は、株式・債券での資金調達は一般的でなく、専ら銀行借入が主な外部資金調達の手段となっている。

銀行借入以外の資金調達手段としては、資本金面では「出資金」や「寄附金」の受け入れ、負債面では「社債発行」や「リースの利用」が考えられる。また、最近では資産面で「診

療報酬債権等の流動化」も利用され始めている。しかし、いずれも、従来から主に利用されている銀行借入に取って代わるような、長期・大量の資金調達手段にはなりえていないといえよう。

それでは、今後は有望な調達手段が利用可能となるであろうか。次節では、病院債と資産流動化による資金調達について検討したい。

図表 4 医療法人の資金調達手段一覧表

|    | 調達手段    | 調達方法        | 特徴                           |
|----|---------|-------------|------------------------------|
| 資本 | 出資金     | 関係者や第三者から出資 | 配当禁止のため魅力小                   |
|    | 寄附金     | 関係者や第三者から募集 | 税金優遇措置の条件が厳しく魅力小             |
| 負債 | 借入金     | 金融機関から借入    | 多額の資金調達が可能                   |
|    | 債券（縁故債） | 友の会会員から募集   | 事務コスト大で魅力小<br>会員へのインセンティブが必要 |
|    | リース     | リース会社から実施   | リース物件価値の範囲内にかぎられる。           |

出所) 筆者作成

## 3.2. 病院債の検討

### 3.2.1. 米国病院の資金調達構造

これまでに米国に範をとった病院債の検討が何度か行われているが、様々な理由から結果として本格的な導入は行われてこなかった。それでは現在は実現可能性があるのだろうか。そのためにも、再度米国の病院債について現況を確認する必要があると思われる。まず米国病院の資金調達手法と特に病院債について見てみたい。

米国では、日本に比して直接金融市場が発達しており、株式・債券・銀行借入・不動産証券化(REIT)などの様々な手法が用いられ、それぞれ資金の用途・性格と資金調達コストに応じ、もっとも適した方法での資金調達が行われている。

米国の病院は、直接金融市場から、地方債で約 331 億ドル(約 3 兆 6,000 億円)、社債で約 44 億ドル(約 4,800 億円)、株式で 14 億ドル(約 1,500 億円)と多額の資金を調達している。

病院全体の資金調達構造としては、直接金融が約 6 割(内、地方債が約 5 割、社債が約 7%、株式が約 2%)で、間接金融が約 4 割(銀行によるシンジケートローン等)となっている。

「地方債」と「銀行借入」で全体の9割を占めている。

図表5 米国病院の資金調達構造

| 調達手段 | 地方債 | 社債 | 株式 | 銀行借入<br>(シンジケート<br>ローン) | 総額<br>(1998年) |
|------|-----|----|----|-------------------------|---------------|
| 調達割合 | 52% | 7% | 2% | 39%                     | 637.2億ドル      |

出所)「The 1999 Securities Data Health Care Finance Yearbook」Thomson Financial

### 3.2.2. 米国病院債の特徴

地方債は、地方公共団体が発行する債券で、その中には様々な種類がある。非営利法人の病院がよく利用する地方債のカテゴリーを「病院債」としてその特徴を述べる。

地方債は地方自治体が公共サービスを行うために資金調達をする手段として利用されている。主な目的は「教育」「病院」「交通」などである。地方債に占める病院の位置づけは1996年の発行割合では全体の8.83%で、その内長期債のみをしてみると10.82%となっており、教育に次ぐ高い割合を占めている。

図表6 地方債のタイプ別内訳(1966年) 単位：百万ドル

|                   | 合計              |
|-------------------|-----------------|
| Education         | 47,287 (20.84%) |
| Health Care       | 20,022 (8.83%)  |
| Transportation    | 17,966 (7.92%)  |
| Housing           | 17,747 (7.82%)  |
| Utilities         | 17,378 (7.66%)  |
| Public Facilities | 10,269 (4.53%)  |
| Environment       | 7,395 (3.26%)   |
| Electric Power    | 6,249 (2.75%)   |
| Development       | 5,839 (2.57%)   |
| General Purpose   | 76,707 (33.81%) |
|                   | 226,859 (100%)  |

出所)「アメリカの証券市場」(日本証券経済研究所)を一部修正原典)Federal Reserve Board "Flow of Funds"

ここで、病院債の特徴を4つ挙げると、第1に発行するのは地方自治体である(地方政府が発行する地方債)。第2に当該債券の元利償還の義務は地方自治体にはない(発行者が

義務を負わないノン・リコース債)。第3に、元利償還は病院建設等の事業プロジェクトの収益から行われる(レベニュー債)。第4に、内国税法の一定の条件(501条(c)項3号)を満たせば、連邦税に加えて当該地域居住者の購入に対する地方税も非課税(債券購入者にとっては税部分だけ実質金利がアップする)となる。この非課税が魅力で個人投資家が満期まで保有するケースが多い。また、地方債の主要投資家の32%が個人投資家であり、機関投資家中心のわが国と大きく異なる。

図表7 病院債の4つの特徴

| 特徴                      | 内容                     |
|-------------------------|------------------------|
| 地方債                     | 地方公共団体が発行する債券          |
| ノン・リコース <sup>24</sup> 債 | 発行者が債券償還義務を負わない債券      |
| レベニュー債                  | 対象事業の収益で償還される債券(通常無担保) |
| 免税債                     | 地域住民購入時には免税            |

出所)「アメリカの証券市場」p.56等より作成

図表8 地方債の主要投資((1996年末)

| 投資家 | 個人投資家 | MF   | 商業銀行<br>貯蓄機関 | 保険会社 | 事業会社 | その他 |
|-----|-------|------|--------------|------|------|-----|
| 割合% | 32.1  | 32.4 | 15.3         | 13.9 | 4.5  | 1.8 |

注)MF = Mutual Fund(投資信託の一種)

出所)「アメリカの証券市場」(日本証券経済研究所)

原典)Federal Reserve Board "Flow of Funds"

### 3.3. わが国での病院債発行に関する問題点

既に多様な資金調達手段を実現している米国の事例から見られることは、①「直接金融市場の発達と信用補完制度の整備」、②「多様な投資家層の存在」である。特に信用補完制度の整備については、米国では格付機関については約40年の歴史があり、かつ信用保証機

<sup>24</sup> ここでのノンリコースは、資金調達を発意した主体(州政府)に求償権が及ばず、その主体とは隔離された別の主体(非営利病院又はその病院事業)が返済義務を追うという意味である。

関についても、民間保証専門会社が数多く存在している。このため、わが国においても、病院の発行する債券の信用リスクを補完する格付機関や保証専門保険会社等の信用補完体制が整備される必要がある。

これによって病院は、自身の発行する債券の信用リスクについて、適正な評価を得るとともに、その投資案件の期待収益率から投資の妥当性を検討することができる。また、投資家側も客観的なリスク評価に基づいて自らに最適な投資ポートフォリオのなかで、病院債を選択肢として検討することが可能になる。わが国においても各種の格付機関が病院に対する格付け開始をアナウンスしているが、その評価が投資家の信頼を得るためには、過去の格付けとデフォルト率の関係の分析が信頼性を持つような長期的なデータが必要である。

これに加えて、③「病院の機能や制度における大きな違い」がある。これは、日本の非営利病院に比して、米国の非営利病院は地域医療への貢献などの厳しい条件がある一方でその条件を満たせば、免税が認められるなど、同じ非営利原則でも制度的には異なった部分がある。また、米国の病院は、ホテルサービスが中心であり手術の執刀医まで雇用する日本の病院に比して、不確定要素が小さい。したがって、病院事業に関する事業リスクやキャッシュフローが日本の収容サービスと医師サービスが一体となった病院に比して予測しやすいという点もある。これらの点を考慮すると、米国の病院債制度をそのままわが国で利用することは困難であると思われる。

また、現在「病院経営のあり方検討会」報告書によって、病院が債券発行を行う場合の問題点や留意点が整理されている。この議論に沿って非営利性との親和性を検討する必要がある。

図表 9 これからの医業経営のあり方検討会報告書にある医療機関債発行ルール

|  |
|--|
| 次に掲げる点を踏まえた医療機関債発行のためのルール等を<br>化するガイドライン等を制定する必要がある。 |
| ・ 債権者による経営介入の排除                                      |
| ・ 債券の流通制限  |



- ・ 債券保全の観点から運転資金としての調達禁止と募集時の資金の使用目的の明確化
- ・ 債券購入の有無による診療差別の排除等の応募の任意性の
- ・ 債権者保護のための発行医療機関による一定の情報開示そ
- ・ 債券発行による医療法人の役員及び当該役員の同族関係者による特別の利益付与の禁止

出所)「これからの医業経営のあり方検討会」最終報告書(2003年3月29日)

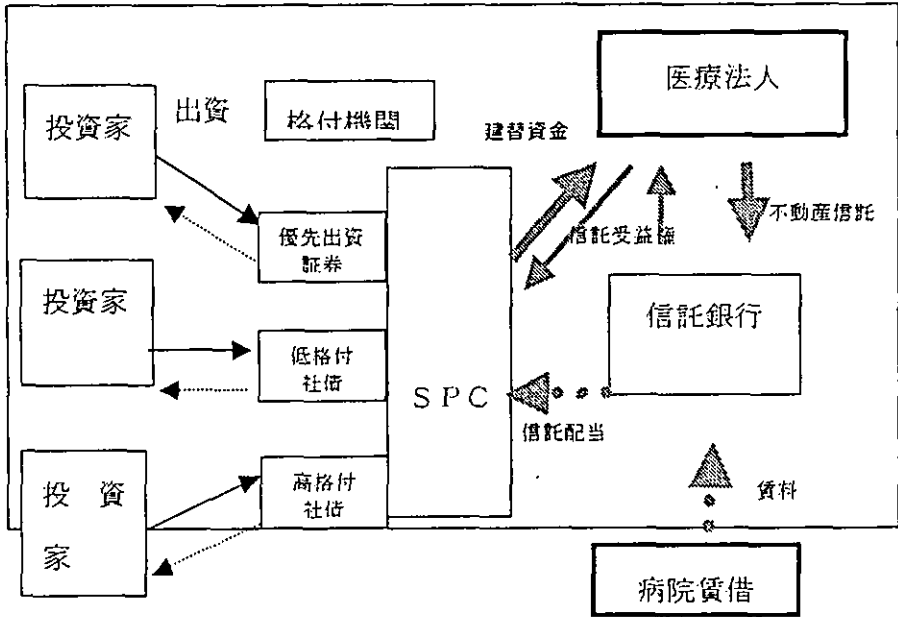
より筆者作成

4. 不動産流動化スキームの検討

4.1. 不動産流動化スキームのメリット

わが国でも不動産証券化は、既にホテルやショッピングセンター等では案件が成立し始め、病院への利用の拡大が金融機関側では期待されている。既にPETを中心として実用化された流動化スキームも存在している。

図表 10 医療法人立病院の場合の不動産流動化スキーム



出所) 筆者作成

不動産証券化では、対象不動産の生み出す収益のキャッシュフローを様々なケースを想

定して分析し、その安定性や水準から発行する債券等の信用リスク(金利水準)が測定される。病院事業は一般的な商業不動産事業に比して、規制産業として保護される一方で、その規制動向に左右されやすいという体質がある。このため、キャッシュフロー分析が他産業に比して想定しにくくなり、想定リスクの過剰見積りや調達コストの上昇を招く可能性がある。

また、病院本体が社債の形で債券発行をしようとしても、株式会社制度をとっておらずかつ財務データの蓄積に乏しいため、信用リスクが正確に測定できにくいという問題がある。しかし、不動産証券化により、「発行債券自体の信用リスク」を「病院本体の信用リスク」から切り離し、優先部分(信用力の高い部分)と劣後部分(信用力の低い部分)に分けて、優先部分を高格付債券として発行することができる。優先部分を機関投資家中心に、劣後部分をリスク選好の高い投資ファンド等に販売することによって、直接金融市場からの資金調達が容易になる可能性が高い。

#### 4.2. 不動産流動化の具体的手法

医療法人立病院が不動産証券化スキームを利用して病院建替を行うケースを考えると、信託方式を利用することが想定される。

まず、医療法人(不動産所有者)が当該不動産(病院土地建物)を信託銀行に信託し、その対価として信託受益権(不動産が生む収益を受け取る権利)を信託会社から得る。さらに医療法人(不動産所有者)は取得した信託受益権をSPCに売却し、代わりに資金を得る。この資金で建替を行う。

SPCは複数の信託受益権を債券発行に適した金額まで集め、リスクプールを設定し、当該信託受益権を背景として、出資証券や社債を発行する。SPCは複数種類の債券を発行しリスクを分けることによって投資家のニーズに合わせる。SPCは投資家から集めた資金で、医療法人(不動産所有者)に対して信託受益権の対価として支払う。

SPCは、債券を購入した投資家に利払いするために、信託銀行をサービサーとして指名し、信託銀行は医療法人(テナント)から集めた賃料を信託配当としてSPCに渡す。SPCはこれを原資にして優先出資証券の配当金と社債の利払いを行う。

#### 4.3. わが国での不動産流動化スキームに関する問題点

第1に問題となるのは非営利性の原則と不動産証券化スキームの親和性についてである。

債券発行の問題は、先に検討した病院債と同様である。次に信託設定した病院施設の賃料設定の方式である。既に実現化されたショッピングモールなどの事例では、なるべく収益を多くするため、テナントの売上・利益に対する比率で行われる場合がある。しかし、この賃料を可変式にすると、利益が外部流出してしまう危険性がある。最後に医業と経営の分離の問題である。これまで厚生労働省は、病院の経営安定化のためなるべく当該病院が土地や建物を保有することを奨励してきた。しかし、現在ではこの政策方針は転換されつつあるため、この点は問題ないものと思料される。

図表 11 不動産流動化スキームの病院利用における問題点

| 関係者   | 問題点   |
|-------|---|
| 医療法人側 | ① 非営利原則との親和性<br>・ 債券発行の問題<br>・ 賃料設定の問題<br>・ 医業と経営の分離の問題<br>② リファイナンスの問題<br>・ 5年程度での資金再調達の問題 |
| 投資家側  | ① ネームバリューのあるオペレーター不在<br>② 高リスク部分の投資家層の薄さ  |

出所) 筆者作成

第2に、それ以外の問題として、リファイナンスが挙げられる。SPCが発行する社債は通常5年～10年程度で一旦償還する必要があるが、病院建替資金に対する元利償還は30年程度を要するため、リファイナンスを要請することが想定される。このリファイナンスの方法やその際の資金調達の安定性についても厳密な検討が課題として残っている。

さらに投資家サイドの問題としては、賃料を支払うオペレーター(病院経営者)が投資資金を呼び込むほどネームバリューがなく、そのため特にリスクの大きい劣後部分や出資金への投資者を見つけることが困難な点である。

既に我が国の不動産流動化スキームの事例としては、北海道帯広市の医療法人北斗会・北斗病院のPETセンター及び新病棟がある<sup>25</sup>。北斗病院のケースでは、債券発行を行わず

<sup>25</sup> この部分の記述は、「特集多様化する医療機関の資金調達手法」日経ヘルスケア21 2004.1

優先ローンと劣後ローンを利用している。このほかは実質的に図表 10 のスキーム図と近似している。ただし、当該事例では、賃料支払い方法やリファイナンスの方法については情報が入っていない。また投資家サイドの問題としては、劣後ローンや出資などの高リスクの資金を当該スキームの提案者である「ライフタイムパートナーズ社<sup>26</sup>」が主に負担しており、一般的なスキームとして考えにくい状態である。

## 5. 新たな資金調達と非営利原則の抵触

### 5.1. 病院経営への介入

第二節でみたように、非営利組織では過小資本・過剰負債になりやすい。したがって、資金調達難に直面した病院では、株式のように法的に議決権が認められていなくとも、大口の資金提供者への経営介入に弱いという面がある。しかし、病院債において債券の譲渡制限を課したり、不動産流動化において資金提供者の制限を行ったりすることは、有利な資金調達を阻害する面もあり、問題が多い。このため、例えば株式上場会社の場合のように、一定の割合(例えば5%)を保有している場合にかぎり、監督官庁に届出を行う仕組みが考えられる。

また、利害関係者については保有割合の上限を課すことも可能と考えられる。我が国の銀行は融資先企業への不当な経営介入を防止するために、5%以上の一般会社の株式保有が禁止されている。病院債などにおいても、同様の保有上限を課すことも考えられる。ただし、これらの保有上限は関連会社などの利用によって実効性が失われないような措置を行うことも必要である。

### 5.2. 利益の外部流出

医業での利益が外部に流出する危険については、病院債では割高な債券利回りが設定される場合が想定される。資産流動化では、病院の支払う賃料が収益連動の形式になったり、資金提供者への支払い金利が割高になったりする恐れがある。

これらの問題に対しては、一義的には税務当局による収益付替えのチェックが期待できる。さらに、債券利回りや借入れ金利は、借入主体のリスクの大きさに影響を受けるため一律

---

P54-P56 をもとに作成している。

<sup>26</sup> 当社は三菱商事(株)の100%子会社である。

に基準を定めることは困難であるが、上限金利などの形で規制を行うことも可能であると  
考えられる。

図表 12 新たな資金調達手段と非営利原則に関する問題点

| 問題点         | 病院債           | 不動産証券化                       |
|-------------|---------------|------------------------------|
| 経営への介入<br>止 | ・大口債券保有者による介入 | ・大口 SPC 出資者などの資<br>供者による経営介入 |
| 利益の外部<br>防止 | ・割高な債券利回り     | ・収益連動型の賃料設定<br>・割高な借入金利      |
| 投資家の監<br>用  | ・目的外の資金利用     | ・SPC 破綻の場合の対応                |

出所) 筆者作成

### 5.3. 投資家サイドの問題

投資家の負担する監視費用を考えると、病院債においては目的外の資金使途に利用されることを防止する仕組みが必要である。また、無担保での発行が行われる場合には、投資家としては債権保全のための監視制度が重要となる。

さらに、不動産証券化においては、投資家が負担するリスクに応じた投資利回りが設定される場合が多いと想定できる。しかし、病院事業においてはショッピングセンターやホテル事業のようなバックアップサービサーが設置しにくいことから、SPC が経営破たんした場合の措置を別途講ずる必要があると考えられる。

## 6. おわりに

### 6.1. 監視体制とその実効性への配慮

我が国の病院は、その収入のほとんどを公的医療保険に依存していることから、一定の公益性が必要となる。また、非営利原則もルールで決めるだけでは実効性が担保されない。公益性や非営利原則を堅持するためには、常に監視を行う必要がある。

しかし、個々の資金調達案件を政府がすべてチェックを行うことはその費用や実効性を考えると困難である。むしろ、公認会計士などの財務の専門家が第三者監査の形で、定められたルールに違反していないかを確認する仕組みも考えられる。また、現在特定医療法

人・特別医療法人に課せられている税務関連情報の報告義務をさらに広い範囲の医療機関に課すことも検討に値すると考える。

例えば、英国においては PFI を実施した場合には、日本の公正取引委員会にあたる、National Audit Office が税金が無駄に使われていないかの観点から監視を行っている。具体的には、PFI 契約書の精査・利益流出の防止・経営に関する提言などを行っている。我が国においては病院事業者は民間であるため、事情は異なるが、このような第三者による監視が常に行える体制を検討する必要があると考える。

## 参考文献

1. 大垣尚司(1997)「ストラクチャードファイナンス入門」(日本経済新聞社)
2. 河口洋行(2000)「私的病院の資金調達問題について」『医療と社会』Vol.10 No.3 (医療科学研究所)
3. 金融財政事情研究会(1999)「業種別貸出審査辞典」
4. 建築物価調査会(1999)「建築統計年報」
5. 第1生命研究所(1998)「設備投資の落ち込みが招いた生産性の低下」
6. 田中康雄(2000)「病院経営と設備投資のあり方」『病院』59(3) : 212-215
7. 中小企業総合事業団(2000)「各種信用保険・信用保証制度の概要」
8. 日本銀行(2000)「金融経済統計月報」(平成12年5月号)
9. 日経ヘルスケア編(1997)「病医院のための資金調達マニュアル」(日経BP社)
10. 日本公私病院連盟(1999)「病院経営分析調査報告」
11. 日本病院会(1999)「病院概況調査報告書」
12. 野間敏克, 花枝英樹, 米澤康博(1997)「企業金融」(東洋経済新報社)
13. TKCグループ(1999)「TKC経営指標」
14. Sloan, F.A. (2002), "Not-for-profit ownership and hospital behavior " Handbook of Health Economics Elsevier Science B.V. Chapter21

在宅医療提供医療法人と株式会社の関係

田城孝雄

順天堂大学医学部公衆衛生学講座 講師



## 1. 本研究の目的

公的介護保険制度施行後、介護サービスのうち、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションという在宅医療周辺の分野には、株式会社が参入しており、今後もさらに多くの株式会社の参入が予想される。

在宅医療提供医療法人は、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護とチーム医療の共同提供者として、それらの企業と密接な関係にある。本稿では、在宅医療提供医療法人とその支援を行っている株式会社の関係を検討し、今後の在宅医療提供医療法人と株式会社の関係の在り方を考察する。

## 2. 在宅医療の必要性と需要

### 2.1. 在宅医療の定義

以前は、在宅医療は例外的な医療であった。昭和 23 年に制定された医療法は、医療を提供する場所を診療所か病院にかぎっており、在宅における医療は、往診として突発的な状況における例外的医療であった。

現在は、医療法は 1992 年の第 2 次改正により、第一条の二 2 項に、「医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という)、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」と規定されており、医療を受ける者の居宅等も、医療を行う場として、法的に認められている。そこで、在宅医療の定義として、「医療を受ける者の居宅等において、提供される医療」と定義することができる。外来(通院)医療、入院医療に次ぐ「第 3 の医療」と呼ぶ場合もある。

### 2.2. 在宅医療の現状

概算では、医療費 30 兆円、老人デイケア料含む在宅医療費が約 1 兆円であり、医療費の 30 分の 1 ないし 40 分の 1(老人デイケア分を除く)を占めるにすぎなかった。結局、在宅医療は、総医療費の数%を占めるにすぎないのである。

日本全体では診療報酬上の往診が減る一方、訪問医療が増えているが、両者を合わせたものは増えていない。したがって「在宅医療」は、決して十分な量まで増えていないと言える。

### 2.3. 在宅医療のニーズ

在宅医療の対象患者は、主なものは①がん患者、②高齢者(要介護者〔介護保険〕)、③神経難病患者、④脊髄損傷等整形外科疾患患者、⑤小児(がん患者・障害児)が挙げられる。

我が国の統計では、1995年の全がん死亡者数は、26.3万人であり、その内施設で亡くなった方が24.3万人(92.8%)、自宅で亡くなった方が1.8万人(7.0%)であった。5年後の2000年には、全がん死亡者数は、29.5万人であったが、施設で亡くなった方が27.7万人(93.8%)、自宅で亡くなった方は1.7万人(6.0%)にとどまり、5年間で決して増加していない。

どこで亡くなりたいかとのアンケート調査では、89%の人が自宅で亡くなる事を希望していたが、実際は自宅で亡くなる事を希望している人の中で、実際に希望どおり自宅で亡くなったのは29.6%にすぎず、59%の人は病院等の施設で亡くなっている。人々の自宅で最後を迎えたいと言う希望は叶えられていない。

### 2.4. 介護保険の現状

介護給付受給者の人数の27%を占める施設サービス利用者が、介護給付費の総額約5.4兆円(2003年度予算案)の58%を使っている。

介護保険において在宅サービスの利用者数は、訪問介護が99万人(401億円)、通所サービス全体では140万人(587億円)であり、内訳は、通所介護が90万人(361億円)、通所リハビリテーションの利用者が50万人(226億円)、短期入所サービスの利用者50万人(175億円)、介護保険における訪問看護の利用者は34万人(84億円)であった。

介護保険施設別の介護給付費は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)が、利用者数38万人であり、平均入所日数は、1445.3日であり、介護給付費は971億円であった。介護老人保健施設は、利用者数37万人であり、平均入所日数は、395.4日、介護給付費は742億円であった。介護療養型医療施設(介護保険対応療養病床)は、利用者数17万人、平均入所日数654.5日、介護給付費を494億円使っていた。重度の要介護認定者の半数は施設サービスを利用。在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあった。

介護保険は在宅重視をひとつの目的に掲げており、実際のサービス利用についても先に述べたように在宅サービスの伸びが著しかった。しかしながら、一方で、特別養護老人ホームの入所申込者が急増しているとの指摘がみられた。高齢者自身は、多くが在宅での生活の継続を希望している。虚弱化したときの住まいの形態に関して内閣府が行った調査で

は、高齢者の6割は介護が必要になっても現在の自宅での生活を継続することを望んでおり、施設入所を希望するものは2割に満たなかった。

高齢者本人が在宅での生活の継続を希望している現状と合わせ見ると、要介護状態が重くなってもできるだけ在宅生活を続けていくことが望ましいが、重度の者で在宅での生活を送ることができているのは、半分以上の状況におかれ、現在の在宅サービスは、すべての要介護者の在宅生活を支えるまでには至っていなかった。高齢者が最期を迎える場所を見ても、かつての自宅での死亡に代わり、近年は医療機関での死亡が増加し、8割近くとなっていた。一方、内閣府の調査によると、「万一、治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいか」という質問に対して、「自宅」の割合が約半数を占めていた。以上のような介護サービスの利用の実態、高齢者が最期を迎える場所の状況を見ると、在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあったことが分かる。

高齢者が住み慣れた環境の中で、最期まで尊厳を保持してその人らしく生活を営むことを可能としていくためには、在宅の介護サービスと在宅の医療サービスとを適切に組み合わせ、施設と同様に安心感の継続できる環境を整備していくことが重要である。要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、また、例えば在宅での終末期を尊厳を持って送ることができるためには、適切なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が不可欠である。

重度の慢性疾患があっても同時に要介護度も高いといった重医療・重介護の高齢者の場合であっても、医療を含めた多職種連携による地域包括ケアが提供され、365日・24時間の安心が提供できているような地域であれば、かかりつけ医による訪問診療、訪問看護、訪問介護、ショートステイなどの医療保険・介護保険によるサービスを組み合わせることによって、ターミナルケアが必要な状態に至るまで在宅での生活を支えることが可能になると、「2015年の高齢者介護」で指摘されていた。

## 2.5. 特定施設で提供される在宅医療

さらに新たな形態の在宅医療といえるものとして、特定施設において提供される「在宅」

サービスが挙げられる。介護保険制度で新たに特定施設入所者生活介護(以下「特定施設」というサービス類型が創設されたが、後で述べる痴呆性高齢者グループホームと同様、利用が伸びている。特定施設は、介護サービスを提供する体制の整っている集合住居であり、現在、一定の設備・人員を有する介護付有料老人ホームとケアハウスが対象となっている。高齢者の賃貸住宅に対する居住ニーズへの制度的な対応も行われつつあり、従来の自宅と施設の間の居住形態を選択することの可能性も広がっていた。

有料老人ホームを経営する株式会社が、診療所を開設している医療法人を影響下に置く場合も認められた。

### 3. 在宅医療提供医療機関の特徴

近年、「在宅医療専門クリニック」という在宅医療を主に提供する医療施設(診療所)がみられる。その特徴として、①主たる医療提供の場が在宅であるため、診療所自体の設備は軽装であり、設備投資額は少ない、②通院患者が増加することを待つのではなく、在宅患者を獲得するため、積極的なマーケティングがしやすいという特徴を持っていた。

在宅医療提供医療機関と協働関係にある訪問看護ステーション、ホームヘルプステーションなど、周辺分野には既に株式会社が進出・参入していた。

### 4. 事例

すでに5つの医療法人の開業支援と運営支援を行っているS社の事例を検討する。S社は、365日24時間のセキュリティを提供している会社であり、ホームセキュリティの延長線上として、訪問看護ステーションや調剤薬局を展開していた。

#### 4.1. S社の在宅医療提供施設支援の内容

S社の在宅医療提供施設支援は、開業支援と開業後の運営支援の2つに分けられた。

##### 4.1.1. 在宅医療を中心としたクリニックの開業に必要な業務の支援

開業支援として、①クリニックの開設支援、②財務面の支援、③クリニックスタッフの採用支援、④マーケティング活動、⑤OJT(在宅医療研修)の提供が行なわれていた。

##### (1)クリニックの開設支援

開設に必要な地域の診療圏調査、最適地の選定