

平成 15 年度
厚生労働省医政局委託

医療施設経営安定化推進事業
医療機関の経営評価方法に関する調査研究
報告書

平成 16 年 3 月

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

目 次

. 研究の背景と目的	1
. 事業実施体制・研究方法	2
1. 事業実施経過	2
2. 研究方法	2
3. 研究の視点	3
(1) 病院の事業特質	4
(2) 病院の資金特質	4
(3) 非営利性との関連	4
(4) 金融の原理原則	6
. 研究結果	7
1. 病院の資金調達の実態調査	7
(1) 病院と銀行との関係	7
1) 銀行の病院審査	7
2) 病院と銀行間のコミュニケーション	8
3) 銀行は病院をどのように見ているか	8
(2) 資金調達多様化について	11
1) 資金調達多様化に対する捉え方	11

2) 病院格付けの現状	14
わが国における病院格付けの現状	14
米国における病院格付けの現状	15
2. 病院経営評価指標	18
(1) 病院の経営評価指標を考えるにあたって考慮すべき事項	20
1) 事業特性	20
病院経営の現状	20
病院経営に大きな影響を与える現象は設備投資	23
2) 病院の経営評価指標の捉え方	24
(2) 設備投資の有無で見た経営評価指標	24
1) 設備投資有無の判断指標	25
2) 設備投資に耐えうる収益性・安全性に関する指標	25
一般病院	25
療養型病院/精神病院	35
急性期/亜急性期病院	41
(3) 設備投資時期の適切性判断に関する指標	48
(4) まとめ	51
3. 病院の間接金融円滑化のための環境整備	53

(1) 病院側について	53
(2) 金融機関側について	54
(3) インフラ整備について	55
(4) 福祉医療機構の機能	56
4. 今後の課題	56

研究の背景と目的

金融業界の低迷、医療保険財政の逼迫や病院経営の将来の不透明さなどから、病院に対する貸し渋りが起きているといわれ、これを受けて1999年度には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」、2001年度には厚生労働省科学研究「医療機関の設備資金調達」、さらに同年、厚生労働省「これからの医業経営の在り方に関する検討会」において、病院の資金調達に関する実態調査・検討が行われた。

これらの議論を通じて、病院の資金調達においては、間接金融型資金調達を軸に、その充実を図る方向が示された。

間接金融の充実を図るためには、それに対応した環境を整備する必要があるが、その中でとりわけ病院の経営を適正に評価することが重要である。そこで本研究では、病院を適正に評価するために経営評価指標の開発を行う。また、病院を適性評価するには病院の間接金融の実態を把握する必要があるため、病院と銀行の関係や、間接金融手法の一つで今日注目を集めているプロジェクトファイナンスの捉え方等についても検討し、広く間接金融円滑化のための環境整備についても概観する。

これらを通し、わが国の医療経営安定化のための議論の一助とすることが、本研究の目的である。

事業実施体制・研究方法

本事業の実施にあたり、以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

委員会 (敬省略・五十音順)

企画検討委員会委員長	：田中 滋 (慶應義塾大学大学院教授)
企画検討委員会委員	：遠藤 久夫 (学習院大学教授)
	西澤 寛俊 (全日本病院協会副会長)
	西田 在賢 (武蔵野大学教授)
分科会委員長	：山根 節 (慶應義塾大学大学院教授)
分科会委員	石尾 肇 (石尾公認会計士事務所所長)
	宇野 裕 (独立行政法人福祉医療機構審議役)
	橋本 寿 (結核予防会理事)
事務局	：松原 由美 (明治安田生活福祉研究所主任研究員)
	上芝 由希子 (明治安田生活福祉研究所アドバイザー)

1. 事業実施経過

企画検討委員会実施経過

- ・ 第1回企画検討委員会：平成15年11月12日
- ・ 第2回企画検討委員会：平成16年3月23日

分科会委員会実施経過

- ・ 第1回分科会：平成15年10月27日
- ・ 第2回分科会：平成16年1月13日
- ・ 第3回分科会：平成16年3月22日

2. 研究方法

調査研究は、文献調査、ヒアリング調査、および上記委員会での検討を通じて行った。

ヒアリングは2003年10月から2004年3月にかけて、以下に対して実施した。

病院については、学識経験者・実務家の意見や、雑誌等の記事、風評などをもとに、金融機関が長期資金の貸出に対し積極的と思われる病院(12法人)、金融機関が長期資金の貸出に対し積極的とは思われない病院(7法人)、これとは別に新資金調達に取り組んでいる医療機関(2法人)をピックアップし、合計21法人の理事長、事務長(ま

たは財務担当者)に対してヒアリングを行った。

これらヒアリング先を、病床規模別、都市部/郡部別に分類したのが表1である。

表1 医療機関ヒアリング先

	200床未満	200床以上
都市部	7法人	4法人
郡部	5法人	5法人

また、病院関係団体理事、地域医師会理事へもヒアリングを行った。

一方金融機関については、上記医療法人が所在する地域の金融機関を中心に、都市銀行(以下都銀)3行、地方銀行(以下地銀)9行、信用金庫1行、その他金融機関4機関(福祉医療機構、あおぞら銀行、日本政策投資銀行等)、合計17行それぞれの、病院担当者に対しヒアリングを実施した。

さらに国内外の格付け機関5社、証券会社3社、その他5社(病院コンサルタント、医薬品卸会社、会計事務所)へも、病院の資金調達についてヒアリング調査を行った。

3. 研究の視点

本研究は、病院が金融機関から融資を受ける場合、これを円滑に実施できるための方策を検討するものである。具体的には病院における経営評価指標の開発を中心に、融資が円滑に行われるための環境整備の検討を行う。

金融機関が病院に融資するにあたっては、データの未整備や、病院自身の財務知識不足等、その前提条件となる環境が整っていないことは指摘されているとおりで、その早急な検討と整備が要請されている。

ただ現状をみると、病院の経営悪化と金融業界の大変革とが重なって生じた一時的混乱現象を、一つのビジネスチャンスと捉えたコンサルタント・金融業者の対症療法的考え・手法の先行が目立っている。もちろんそれら業者の行動は、民間企業として当然の行為であるので、何ら非難されることではない。しかし、そこでは金融の原理原則、病院の事業特質、非営利性との関連などが十分考慮されているとは思われない。

そこで本研究では、病院の資金調達を考えるにあたって、ぜひとも押さえておかなければならない基本事項を抽出、整理した上で、それらを視点に本研究の目的とするところを実施した。

視点とすべき基本事項として、 病院の事業特質、 病院の資金特質、 病院の非営利性、 金融の原理原則の4点に基づいて、調査研究を行った。

以下に4項目のそれぞれについて具体的事項を例示する。

(1) 病院の事業特質

病院の事業特質としては、公共性の強い地域密着型事業である、景気変動に左右されず医療ニーズが安定的に存在する、公的保険制度による事業であり、公定価格、病床規制下、高成長ないし急成長産業ではなく、事業環境変化は社会の変化に応じたゆっくりした変化である、一定の競争下に置かれているが他産業のような激しい市場争奪戦や技術革新にさらされている事業ではない、事業の目的も医療サービス提供の安定・継続が主眼であり、他産業のように、拡大・成長を第一とする事業ではない、大多数の経営主体は中小企業規模にある等が挙げられる。

(2) 病院の資金特質

上に述べた病院の事業特質から発生することだが、病院が必要とする資金には、以下のような特質が存在する。

病院の資金調達で問題となるのは、短期資金ではなく長期資金で¹、その用途は病院の増改築である。需要頻度は、20～30年前後に1度、ロットは病床規模などにもよるが、1床あたり1,500万円として100床規模で15億円程度である。

既述のように、病院は他産業のように激しい市場争奪戦や、技術革新の波にさらされていないため、資金調達について、機動性・多様化がそれ程求められるものではない。

(3) 非営利性との関連

3点目の視点として非営利性との関連性を挙げたい。融資円滑化の環境整備が、非営利の原則にそぐわないものについては、当然に排除されるべきと考えるからである。

例えば策定された環境整備が、結果として際限ない利益追求を促進させるようでは問題が生じよう。特に注意しなければならないのは、資金調達活動は営利企業と同じ土俵で競合的に行われるものだけに、非営利性の原則を確立しておかないと、非営利性がこうした面からなし崩し的に崩される怖れがある。特に昨今は直接金融的色合いの濃い

¹ 公的保険制度下で安定的事業であるため、病院は短期資金には原則不自由しない。短期資金に恒常的に困窮するようでは、資金調達の問題ではなく経営存続の問題となる。

金融商品が登場しつつあるので、それへの対応を考えねばならない。

仮に経営評価指標の一つに、医業利益率を用いるとする。同利益率が高ければ高い程、資金調達により有利な形で借りられるとなれば、5%の病院は10%を、10%の病院は20%を、30%をというように、際限なく利益追求することが経営目標となりがちである。ということになれば、例えば患者に薬を処方する際に、何が最も効くかではなく、何が最も利益が高いかを基準に選ぶような事態を招く恐れが考えられる。

いうまでもなく病院事業は公共性、公益性が強く、そうした意味からも原則非営利とされている。

病院事業における最優先課題は、医療提供の「安定・継続」を図ることにあり、このための利益は確保されなくてはならず、それに必要とされる経営資源を割くことは当然に容認される。しかし、病院事業の本来的使命は、患者への適切なサービス提供やその向上であり、可能な限りの経営資源をその点に注入すべきと考えられる。この点が、他の一般産業と大いに異なるところで、営利目的の他産業にあっては際限ない拡大成長が求められている。

病院経営をこのように捉えると、財務面（経理面）での経営改善は、事業の安定継続が確保されるレベルが達成されれば、それ以上の向上は必ずしも求められるものではなく、その時点で、経営エネルギーは患者へのサービス改善、医療の質向上などに向けられるべきと考える。そもそも非営利組織は、損益基準で評価されるべきものではない。

したがって、経営評価指標や経営改善の目標とされる経営指標が策定されたとしても、その目標レベルは一定の水準が達成されれば良しとする運用が要請されよう。

また、病院事業を以上のように捉えると、病院が必要とする資金も、安定継続が確保されるレベル（当然に、その時代の要求するアメニティー、医療水準確保を含む）が調達されれば、それ以上の資金（例：次々と病院を買収し、チェーン展開を図るための拡大資金）は必ずしも要請されないと解する。言い換えれば、議論の対象とすべき資金は、事業の安定・継続のための資金であろうと考える。他産業にあっては、拡大成長のための資金調達が重要で、その機動的・効率的調達のために財務体質の改善（経営評価指標の改善）に大いなる経営努力を傾注するが、これとの競争に巻き込まれるような指標作りや運営は、避けなくてはならないと言えよう。

(4) 金融の原理原則

金融が円滑に実施されるためには、何といたっても債権保全（貸している資金を回収すること）が第一である。そのためには、借り手の信用力を適切に把握できる環境整備と技法（審査技術）を確立することが不可欠といえる。

ただ審査は融資対象となる事業、または当該病院全体の収支や債務返済能力の「将来予測」であるため、どんなに技法が進歩しても、完全はあり得ない。この不完全性から生じるリスクを借り手が負うのか、貸し手が負うのか、それを決めるのが担保の有無である。

金融機関が融資する場合、それは預金者から集めた資金を貸す仲介業者の立場、言い換えれば預金者に対し常に返済義務を負っての行為となる。

そのため、このような資金の出し手である金融機関に、審査能力を向上させれば担保は要らないはずと、無担保融資を強要するようなことは、金融秩序を歪める元となる点を、認識しておく必要がある。

研究結果

本研究では病院の経営評価指標の開発を行うことがメインだが、それには病院の間接金融の実態を把握する必要がある。そこで第一章では病院と銀行の関係、銀行の病院審査の実状、間接金融手法の一つで今日注目を集めているプロジェクトファイナンスについての捉え方などについて検討する。第二章ではメインテーマである経営評価指標の開発、そして最後に第三章で経営評価指標以外の間接金融円滑化のために整備すべき事項について整理する。

1. 病院の資金調達の実態調査

(1) 病院と銀行との関係

わが国の病院の資金調達方法はほとんど間接金融に限られているが、その唯一のルートである銀行（信用金庫・信用組合含む。以下同じ）との関係がどのようなものであるのか、その実態を探ってみた。

1) 銀行の病院審査

まず銀行の病院審査はどのように行われているかを述べる。

ヒアリング結果によれば、銀行では一部を除いて病院に対して十分な審査が行われているとは言い難いことが判った。多くの銀行は病院の決算書と担保を見ているだけであった。決算書は病院経営の結果であるが、その原因は何なのか、患者が減ったのか、なぜ減ったのか、どの診療科が問題なのか等々の、要因分析をしていなかった。

このように審査が充分に行われないのには、次のような理由が指摘される。

第一はそもそも要因分析するデータが整備されていない。病院サイドもそのような経営管理データを作成していない場合が少なくなかった。

第二に、病院も協力的ではない。例えば資料提出や病院の状況等の説明に積極的ではない。そもそも日頃から病院と銀行のコミュニケーションは乏しい。ちなみに、このように病院が銀行に対して協力的ではない背景には、病院側に「銀行に病院経営が判るか」といった考えがあるとの指摘があった。

第三は銀行側も、福祉医療機構（旧社会福祉医療事業団）の融資で足りない分を補足するような取引に甘んじてきたこともあり、自らリスクを取る代わりに病院を厳格に審査しようとする意識が強くなかった。

そのため、病院経営に精通する専門家が育たない、又は育てないといったことから、病院の理事長と面談しても、理事長と対等に話

し合えるレベル、言い換えると理事長が直接会って話をしたいと思うレベルに達した人材が少ない。

第四は銀行が病院に対して強い立場にない。それ故、病院に厳しいことが言えず、審査に必要なデータも充分請求できない（一般の中小企業であれば、原則として銀行が要請すれば提出されるが、そのように銀行が強く出られない）。

2) 病院と銀行間のコミュニケーション

病院と銀行との関係を見ると、概して銀行側が病院に対して及び腰であるといえる。例えば経営内容が悪くとも、本当に危機的状況になるまで、経営内容について適切なアドバイスが出来ない。

そのため、病院経営に対して銀行のコントロールが利かず、病院が経営難に陥るケースとして過剰投資が多い結果となっている（ちなみにわが国の病院で1993年から1999年に経営破綻した17事例のうち、大半を占める14事例は過剰投資によるものであった。他4事例が本業外への投資、2事例が患者の減少による経営の行き詰まり²）。

それでは、何故資金の出し手である銀行が、病院に対して強い立場になく、コミュニケーションが取れていないのであろうか。

病院と銀行間のコミュニケーションが充分に取れない理由としては、（ ）病院は単に融資先としてだけでなく、理事長個人や従事者も含め預金獲得上、大切な顧客である、（ ）病院理事長などは地域の名士であることが多く、地域の有力者との関係もあり、遠慮が働く（風評リスクを恐れる）、（ ）医師という職業柄、敷居が高いなどが挙げられる。

このように病院に対する銀行の審査が充分に行われていない結果、審査に必要なデータが銀行に蓄積されておらず、病院の経営状況を適切に判断するためにも、経営評価指標に対するニーズは極めて強かった。また、格付けを含む第三者評価も、病院融資に関し行内を説得する上で有用との指摘も多かった。

3) 銀行は病院をどのように見ているか 融資先としてどのように見ているか

銀行は病院のメインバンクになると、次のようなメリットが享受できる³。

² 帝国データバンク

³ 明治生命フィナンシャルズ研究所「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」厚生省

- ）診療報酬払込み指定銀行となり、毎月一定の資金が預金として受け入れられる。
- ）毎月銀行に送金される診療報酬の動きを見ることによって、業績チェックをすることができ、債権保全にも役立つ。
- ）給与払込み等を通じ、病院の職員とも取引が開始され、個人顧客の獲得にも役立つ。
- ）場合によっては、病院は銀行側の人材の送り先となりうる。

そのため経営によほど問題がない限り、病院融資に対して、銀行は原則前向きと言える。

銀行からみると、病院経営は他産業と比べ、公的保険制度下、事業が安定しているためにキャッシュフロー予測も立てやすく、倒産などは例外的な話であり、よほど無理な経営をしない限り、病院経営は安定的な事業だとのことである。さらに今時、安定していて大きな資金需要があるのは病院ぐらいだとの見方もある。特に地方経済が芳しくない中、経営が比較的安定し、その上何十億円という投資を行うのは病院に限られるとの指摘が複数あった。

そのため、優良病院と見なした病院に対しては、銀行は極めて積極的に対応しており、頻繁に病院を訪れ、設備投資対象を探し出し、長期資金借入を勧奨している。

これらの層に対しては囲い込みをかけており、他の金融機関の排除はもとより、福祉医療機構からの借入に対しても肩代わりを薦めていた。

さらに、場合によっては短期資金だけではなく、長期資金借入についても無担保融資を導入し、他の金融機関との取引を始めないような様々な好条件を提示し、病院の囲い込みに努めていた。

都銀の場合、全国の優良病院へ積極的に営業展開を推進していた。地方の病院に対しては地元銀行と取引があるため、協調融資という形を通じて、優良病院への食い込みを図っていた。事実、地方の病院へヒアリングに行くと、かつては都銀との取引など考えてもいなかったという病院事務長が、都銀の営業担当者の名刺を並べ「こんなところからも資金を借りてくれと言ってくる」と、自慢げに話をされるケースに何度も遭遇した。

また、行員が病院に日参し、設備投資をすべき箇所を見つけては投資を勧めるなど、バブル時代を彷彿させるようだと指摘する病院経営者もいた。

ただしこれは優良病院に対する動きであって、一方では選別融資を強めていた。

不良債権処理を進めずには銀行事業の健全化は成り立たないこと

や、金融庁検査が厳格化しており、それに対応しなければならないといった、不良債権問題が背景にあるのは言うまでもない。

債権保全に不安があると見なされた病院に対しては、新規貸出は拒否するなど、厳しい対応がなされていた。

平成 13 年度の厚生科学研究「医療機関設備資金の資金調達」のアンケート調査結果によると、回答を寄せた病院のうち、銀行融資に対し、以前と比べ借りやすくなったか又は厳しくなったかを問うたところ、「変わらない」とする病院が 55.4%であったが、「厳しくなった」とする病院が 17.7%ある一方で、「以前より借り易くなった」とする病院も同じく 17.3%と存在し、厳しくなったと感じる病院と借り易くなったと感じる病院がほぼ 2 割ずつあることを示し、選別融資が強化されている様子が窺える。

表 2 銀行融資に対する病院の受け止め方（2001 年度）

（ % ）

	厳しくなった	変わらない	以前より借りやすくなった	融資を望んだことがない
50床未満	18.0	60.0	12.0	10.0
50～99床	9.7	61.3	20.4	8.6
100～199床	23.2	51.5	16.2	9.1
200～299床	23.3	46.7	23.3	6.7
300床以上	18.2	50.0	13.6	18.2
合計	17.7	55.4	17.3	9.5

資料：「医療機関設備資金の資金調達」（平成 13 年度厚生科学研究主任研究者 田中滋）

選別融資強化の中で、注目すべき動きも出てきた。ヒアリング先の地銀の多くは、融資総額の 1～2 割を病院向けが占めており、地銀にとって病院は重要な取引相手であるとの意識が強まってきた。例えば近年、各行において病院担当専門部署設置の動きがあり、また若手銀行職員を病院や病院コンサルタントなどに出向させ、病院経営の専門家を育成する地銀も複数見られた。

病院経営について

病院業績については、ヒアリングした金融機関全てにおいて、二極化が進んでいるという認識であった。

業績不振病院の場合、その主因は過剰投資と、経営らしい経営を行っていないとの見方が大半を占めていた。

例えば売上高、費用などの数値管理をしっかり行っていない、財務諸表もその作成を外部に委託するだけで、それを活用した経営管理をほとんど実施していないなどであった。

また金融取引では、地域における病院の位置づけや役割、自院の長所・短所をどう分析し、それに基づいてどのような長期戦略やプランを持ち、その中でなぜ今投資が必要なのか、返済見込みはどのようなものかなどに関し、プレゼンテーション能力を持った人材がいない。そのため銀行が納得できるようなプレゼンテーションが得られないとのことであった。

(2) 資金調達多様化について

1) 資金調達多様化に対する捉え方

従来、病院の資金調達手法は従来型の間接金融のみであったが、近年は病院における資金調達の多様化策が謳われている。その代表例がABS(Asset Backed Securities)証券、私募債、プロジェクトファイナンスである。

本稿では金融商品の紹介が主ではないので、ABS証券や私募債については簡単に触れるだけとする。ただし間接金融円滑化の一環としてプロジェクトファイナンスが指摘されているところなので、これについては詳述する。

ABS証券

ABS証券とは土地や建物などの特定資産を企業本体の資産から分離し、当該資産から生じる収益を裏づけとして証券を発行するものである。このため企業本体の経営が芳しくなくとも、企業本体から切り離された新事業などが生み出すキャッシュフローを裏付けに、長期資金調達が可能である。

既に導入されているものとして診療報酬債権を裏づけとして資金調達する方法がある。しかしこれは主に短期資金用であり、病院の建替えのような長期資金には向かない。

そこで土地または病棟を裏づけとして資金調達する方法が病院には考えられる。ただ、他産業であればこれら不動産証券化においては、一般的に一つのビルに複数のテナントが入り、投資家にとってリスク分散できるが、病院の場合、一施設一テナントとなりリスクが高まる。そのため、病院の場合は特定資産を企業本体から分離するという、ABS証券のメリットが生かしづらく、ABS証券の利用は困難と思われる。

私募債

私募債とは特定少数を対象に債券を発行して資金を調達するものである。これについては、銀行借入が十分に出来ない分を私募債で賄うとすれば、銀行借入が出来ない病院の発行する債券を誰が買う

のかという、投資家が見つかるか否かの問題がある。また、銀行借入が十分可能な層が、事務負荷やコンサルタントフィーも含めた総コストを勘案しても、私募債を発行するメリットは何かなど、広く普及するには課題が残る。ただし、資金調達策を複数持つことは、銀行との交渉力向上に役立つと考えられる。厚生労働省も、医療機関が発行する債券に関するガイドラインの通知を発出するところである。

プロジェクトファイナンス

病院における資金調達多様化の流れの中で、間接金融の一手法であるプロジェクトファイナンスの導入が提唱されている。導入論の背景には、現行の銀行による病院審査が担保融資に依存して、適切な事業評価（キャッシュフロー予測）を行わないまま、融資拒否をしているのではとの考えがある。既に述べたとおり、銀行は病院審査を十分行っているとは言い難いので、こうした見方はあながち的外れではないと思われる。

ところでプロジェクトファイナンスとは、融資対象となる特定の事業（プロジェクト）を企業本体から切り離し、当該事業からあがるキャッシュフローを元利金返済財源とし、担保も当該事業に関わる資産に限定する金融手法をいう。要するに、企業の信用力を超えるプロジェクトの遂行を意図する時に用いられる手法である。

一例を示そう。既に相当な借入を有し、ほとんどの資産が担保に提供済みのほか、業績も芳しくない企業が、新技術の開発などで有望な事業を企画し、借入を起こそうとする場合を想定する。

従来通りのコーポレートファイナンス（通常形態の普通借入）のケースでは、まず担保不足が問題となるほか、企業全体の信用力と合体されるため、新規事業であがる収益が不採算事業の穴埋めや既借入金返済等に流用されると判断され、結局借入不可となる。

しかし、当該新規事業を企業本体から切り離し、当該事業からあがる収益の他への流用を禁止し、この事業化のために行った借入金の元利返済にのみ充当する措置を講ずれば、返済財源の確保が図られると判断されるため、融資可能となる。これがプロジェクトファイナンスの基本である。

プロジェクトファイナンスが採用されれば、企業側は担保問題が解消し、新規事業展開が可能となる。一方、銀行側にとっても、債権保全を確保しつつ、新規融資の道が開けるといったメリットが生じる。

ただ、プロジェクトファイナンスは貸手にとって、融資対象となる事業の将来性に信用の全てを託すことになるので、借手としては

事業の将来性について、多様な角度から厳密な審査が行われるほか、デューデリジェンスと言われる専門家の調査が入るなど、洗いざらい調査されることを覚悟しなければならない。また、弁護士、会計士などの専門家が入り、当該収益の他への流用を禁止する事項をはじめ、事業の円滑遂行に障害になると想定されるリスクに備えた各種の取決めが締結される。借入後も契約の遵守や計画通り進捗しているかといった細かなモニタリングが行われることが多い。これらの過程を通じ、各種データの作成・提出、経営幹部との折衝やヒアリングなどが何度も実施される。このように手間暇がかかり、事務負担やコストなどが相当なものとなるため、小規模な資金調達には向かない。もともとプロジェクトファイナンスは、電源開発、通信施設、道路建設、ニュータウン建設といった大規模事業に用いられる大型金融スキームである。

一方、普通貸付の場合もプロジェクトファイナンスの場合も、融資にあたって十分な審査が実施されるはずだが、両方の審査とも対象となる事業の将来性に着目して、そのキャッシュフローを見極めるという点では、全く変わるところがない。

両者の違いは、当該事業収益の他への流用が可能か否かである。したがって、事業のキャッシュフローの見通し判断について、普通貸付審査では「NO」だが、プロジェクトファイナンス審査なら「OK」ということは本来的には有り得ない。

ただ現実問題として、プロジェクトファイナンスの方が審査の度合いが深いと思われるので、精粗による判断の違いが生ずることは考えられる。しかし精査した結果、かえって「NO」となることも充分想定されるので、この点は五分五分と思われる。少なくともキャッシュフローの将来予測について、普通貸付で「NO」と出たものが、プロジェクトファイナンスならば「OK」となるという保証は全くない。

その上、普通貸付もプロジェクトファイナンスも、所詮将来の見通しについてのことなので、どのように審査しても絶対は有り得ない。このため、プロジェクトファイナンスの場合であっても、当該事業に関わる資産が担保に供される。

さて、以上の点を理解した上で、プロジェクトファイナンスを病院の資金調達（病棟建替え等）に用いる場合を検討してみよう。

病院は医療法によって、介護老人保健施設の運営、特別医療法人における一部の収益事業を除いて、病院事業を専らとする単一事業体である。

他産業であれば、プロジェクトファイナンスによる新規事業は、企業本体の既存事業とはあまり関連のない事業であったり、または

同じ事業でも全くマーケットが違ったりと、企業本体の既存事業が仮に経営が芳しくなくても、新規事業だけは順調にいく可能性が十分想定される。これに対して病院の場合は、新事業もまた病院事業である。かつ建替棟においても、これまでと同じ医師、看護師をはじめ、ほぼ同じ運営体制で行われる。加えてプロジェクトファイナンスの場合であっても、新病棟は担保に供される。このように考えると、従来通りの普通貸付とプロジェクトファイナンスの区別はほとんど意味のないものとなる。

しかも既述のように、洗いざらい調査されるほか、手間暇がかかりコスト高となるので、相当の借入金規模でないと見合わないことになる。もちろん、実際問題として病院の場合は規模も小さいので、先に述べた本来的なプロジェクトファイナンスに比べれば、いろいろなことが省略された簡易版プロジェクトファイナンスとなるうが、その場合でも普通貸付に比べれば、ある程度各種事項が契約で結ばれるであろうから、将来の経営に手かせ足かせともなりかねない。

民間病院にプロジェクトファイナンスが用いられるのは大型の新規増設のケースや、チェーン展開しているごく一部の病院、または後向き資金マーケットでの再生ファイナンスの分野となるう。

2) 病院格付けの現状

わが国における病院格付けの現状

病院債発行について前向きな動きが見られる中、にわかに病院格付けが注目を集め、実際に格付けを取得した病院も少数だが現れてきた。そこで以下では病院格付けの現状を概観する。

格付け機関で病院格付け業務を開始した背景としては、散発的ながら病院格付けの実需が発生したことと、将来の債券発行に備えた準備が挙げられる。

業務の現状としては、相談・検討中の案件は各社とも数件抱えていたが、格付けの実績となると、現状はゼロの会社や、手がけたとしても1～2件程度などで、まだまだ試行錯誤の段階と言える。

格付け依頼ルートについては、主な発注先は都銀、証券会社、ノンバンクなどであった。病院から直接、格付け依頼がくることは例外的とのことである。

依頼理由としては、シンジケートローン組成、ABS証券、プロ私募、金融庁対策などが主なもので、病院自らのニーズというより、取引先金融機関サイドのニーズが先行している状況である。これは金融機関や証券会社が協調融資などのリスクを分散しようとする、または再生ファイナンスを行おうとする際の利用が背景にある。

ごく限られた一部の病院のみが格付け機関に格付けを依頼するケ

ースはある。しかし、格付けを受けるためには外部監査を受けなければならない、MS 法人があればそのデータの提出、医療法人への出資者名簿の提出、出資者に対するヒアリングなど、格付けにあたっての基本的調査の必要性を話すと、ほとんどの病院は驚き、話が消える。

このように、病院格付けは緒についたばかりなので件数も少なく、具体的に何を客観的データとして格付けしているのかは不明といえる。そもそも、現在の病院業界では、格付けについては当事者である病院側の認識の低さ、格付け機関の実績の浅さ、さらには連結ベース会計、外部監査、各種統計資料の整備など、格付けの前提となるインフラもまだまだ未整備である。

しかしながら、病院は公益性が高く、また情報公開の動きの中で、経営の透明性が求められている。こうした流れの中においては、格付けを含む第三者評価は避けて通れないものと思われる。資金調達面でも、今後は金融技法の発達などから、どのような局面でいつ格付けが必要とされるか判らない。格付けが社会に広く信用を得て効力を発揮するには、適切な格付け技法の開発や、データ蓄積が不可欠であり、そのためには、相当の時間を要すると考えられる。病院における情報公開促進のためにも、今からインフラ整備など、システム確立に向けての努力が求められる。

米国における病院格付けの現状

わが国では病院格付けは緒についたばかりだが、米国では30年以上の歴史がある。そこで米国における病院格付けの現状を概観する。以下は代表的格付け機関である Moody's と Standard & Poor's の米国の病院格付けアナリストへのヒアリングによるものである。

）病院格付けのポイント

米国では非営利病院⁴の他、営利病院も併存しているわけだが、病院の格付けを実施するにあたり、営利病院と非営利病院で異なった指標を用いるわけではない。

だが同じ指標を用いるものの、重視する点が異なる。営利は成長性が重視されるのに対し、非営利では安定性が重視される。

Moody's における営利・非営利共通の病院格付けの評価ポイントは次の通りである。

⁴米国の非営利病院は、財産が個人に帰属しない、チャリティケア（無償または低料金の医療）といった公益活動を行っている、資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、解散時の個人への財産分配の禁止、政治活動、政治献金、ロビー活動の禁止という特色を持ち、そのため非課税扱いが社会的に容認され、事実非課税扱いとなっている。

第一は病院の立地場所、診療内容で、サービス提供地域およびサービス内容がポイントとされている。特に病院の立地環境は、格付けにおいて何よりも重要視されている。

第二に、チェーン型か単独型か、市場独占型か競争型か、専門病院か総合病院かなど、競争状況が挙げられる。

第三は、退職率など、医療スタッフについてである。医療スタッフと病院間の関係が良好であることが、効率の面でも医療の質の面にも影響すると考えられている。

第四は、自院の強みに資源を集中させているか、競争相手を熟知しているかなどといった、マネジメントについてである。

第五は、全収入に対し公的医療費保障制度から支払われる比率、州や国の規制などである。

第六は、債務返済の財源となるキャッシュフローの状況、利益率、市場シェアといった、ファイナンシャルパフォーマンスが挙げられる。

以上から明らかなどおり、定性分析が重視されていることは、注目に値しよう。

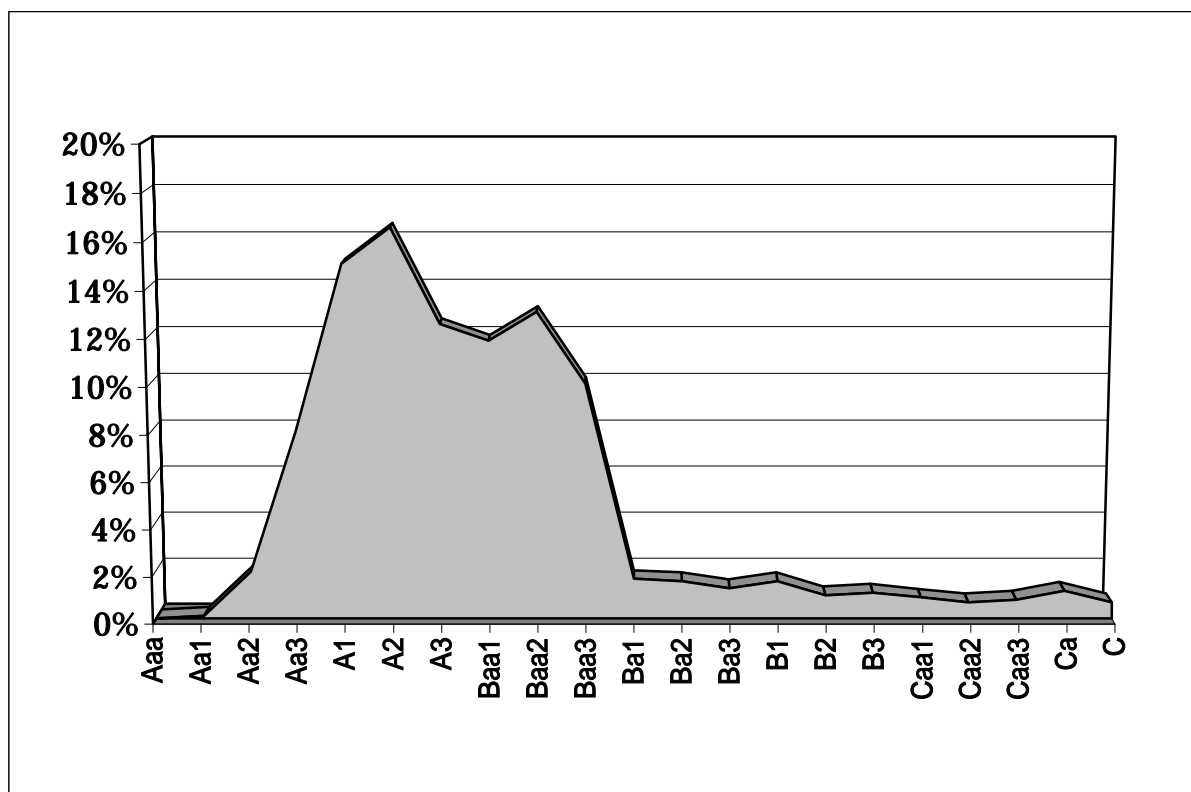
）病院格付けの分布

Moody's におけるヘルスケア（ほとんどが病院）の格付け分布は図1のとおりである。その中でも、営利病院のみの格付け分布が図2である。これからも判るように、非営利病院ではA以上の病院が半分以上を占めるのに対し、営利病院では最も高い格付けでもBaa2にすぎず、営利病院よりも非営利病院のほうが格付けが高い結果となっている。

この理由として、営利病院は利益を配当という形で外部流出しなければならないのに対し、非営利病院は利益を内部留保できるため、安定性があるからということである。

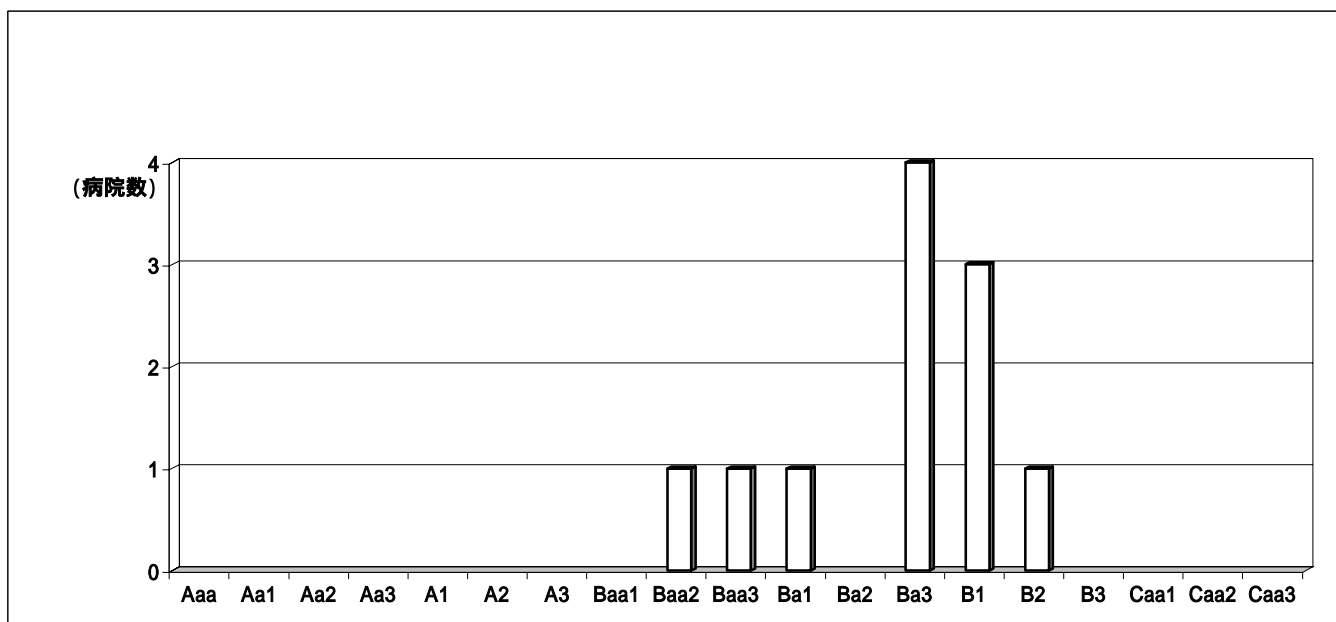
このほか、非営利病院は持ち分がなく財産が個人に帰属しない、利益配分がないなど実態も非営利である点や、非営利組織への寄付が所得控除されるなどから寄付も多い、理事メンバーにも地元の名士が加わるなど地域密着型経営が実践されているなどから地域に支えられており、安定性があると認識されている。そのため、同じ経営指標を持つ病院同士、同じような経営状況下だとすれば、営利病院よりも非営利病院のほうが格付けが高い傾向にあるという。

図 1 医療機関の格付け分布



資料：Moody's 2003 年度資料

図 2 営利病院の格付け分布



資料：Moody's 2003 年度資料

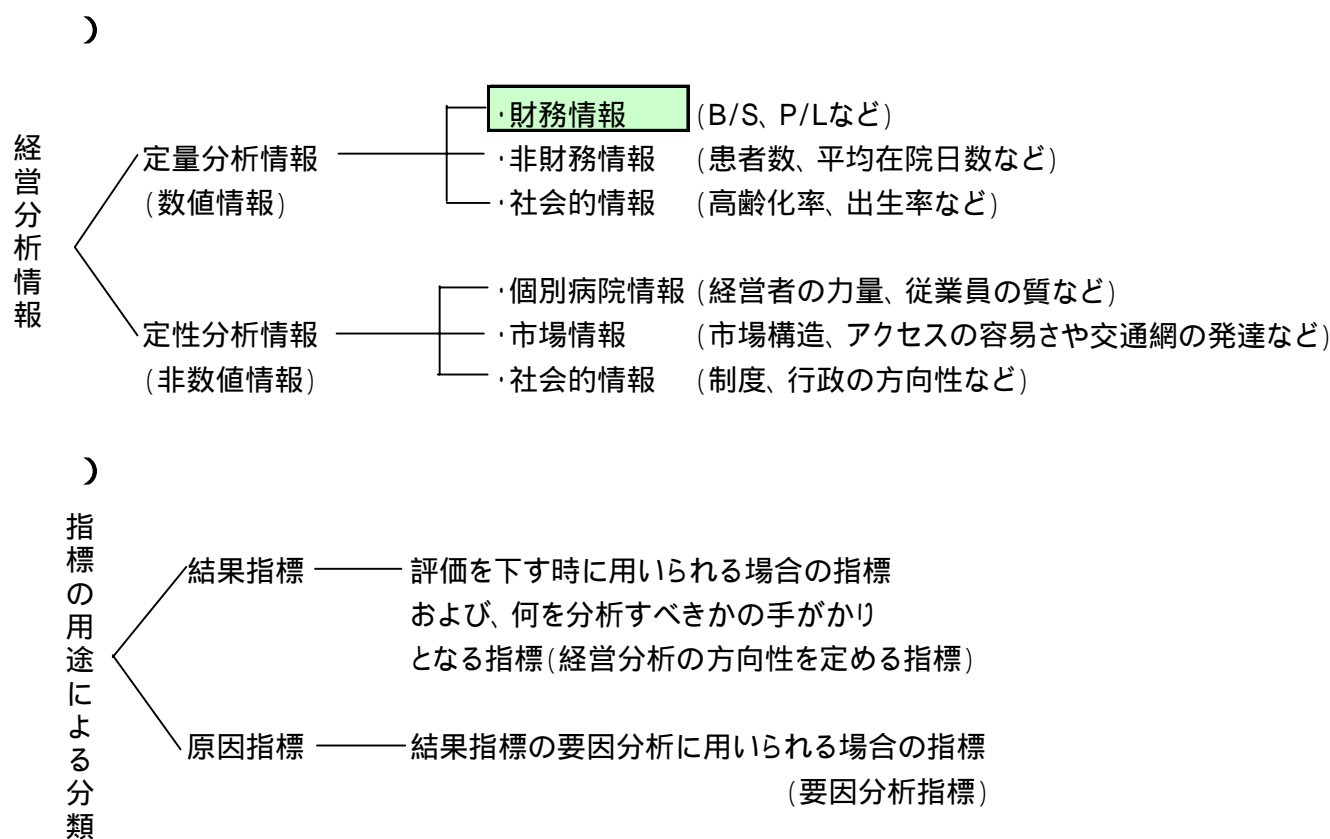
2. 病院経営評価指標

これから病院の経営評価指標を検討するが、まず始めに本研究で取り上げる経営評価指標の性格づけを明確にしておきたい。

その第一は、本研究は、経営分析の解説書を目指すものではないことである。

経営評価指標とは、経営分析情報体系（下図）の中で、定量分析情報の一部を構成する財務情報（財務会計数値）である。

図3 経営分析情報体系



経営分析は経営分析体系の各情報を相互に有機的に関連づけながら、分析していくプロセスだが、本研究は経営分析の解説書ではないので、これら分析プロセスには立ち入っていない。

この点につき、もう一つ別の側面から説明を加える。財務指標は、分析の過程で結果指標としての役割と、原因指標としての役割に大別される。

結果指標とは、その数値によって、分析対象企業についての評価を下す場合に用いられる指標である。と同時に、その後何を分析していくべ

きかの手がかりを示す指標でもある。

これに対して、原因指標とは、結果指標によって評価されたものの要因分析に用いられる場合の指標である。

例えば売上高利益率 10%という財務指標が得られたとき、これをもって当該企業の収益力は高いと評価される。このような形で用いられるときの売上高利益率を結果指標という。

これに対して原因指標は、当該企業が何ゆえこんなに高い利益率を上げているかの要因分析に用いられるもので、一人当たり売上高、人件費比率といったものがこれに該当する。

なお云うまでもないことだが、結果指標も原因指標も、絶対性はない。なぜなら原因と結果は連環的關係に立つものであるからである。

いずれにしても本研究では、経営分析のプロセスには入らないので、原因指標には触れない。ここで取り上げる経営評価指標は、結果指標としてのものであり、とりわけ病院分析にとって基本的かつ特有な現象を取り出し、それに基づいた収益性および安全性に関する基本的指標を指す。これが第二の性格付けである。

既述のように、病院事業は安定・継続が第一であり、必ずしも成長性を追求するものではないので、成長性に関する指標には触れていない。

一方、病院事業では機能性の分析が極めて重要と思われる。このため、病院機能を一般、療養、精神に分け、その動向の検討を試みた。しかし、わが国の現状では、特に一般病院における病院機能は未だ未分化の段階にあると考えられるので、現状、機能別の明確な差異を抽出することは難しく、必ずしも十分なものとは言えなかった。

第三は経営評価指標に絶対はないということである。

この意味では、健康診断の指標のようなものである。大まかな良い悪いの傾向を示すもので、決定的、絶対的なものではない。例えば悪い指標が出て、その他の条件によっては正常範囲とされる場合もあれば、その逆もある。また健康診断は問題点の有無を示すだけで、その後は指摘を受けた本人が専門医を訪ねる、人間ドッグに入るなどして、適切な診断を受けることになる。健康診断はそこまではカバーしていない。経営評価指標も、病院経営分析の入り口の判断を示すにすぎず、個別に応じた弾力的判断が必要となる。言い換えると、個々のケースの全てを説明できるものではない。

最後に、経営評価指標を作る意義を述べたい。経営評価指標は経営事象を数値に収斂させて、経営実態を表す言語である。この共通言語があれば、当該病院を見たことがない遠隔地の者も、ある程度の経営実態を

把握することが出来る（だからといって現場を見なくて良いという意味ではない）。病院の設備投資に関わる者全てが、経営内容を全て分かっている者同士であれば、経営評価指標は必要ないであろうが、現実には銀行や行政等の様々な階層において理解を得る必要があり、経営評価指標という共通言語は、正しい理解の一助となり、重要なコミュニケーションツールの一つである。

（１）病院の経営評価指標を考えるにあたって考慮すべき事項

以上を踏まえて、病院の経営評価指標について検討する。

はじめに、病院の経営評価指標を考えるにあたって考慮すべき事項について触れておきたい。それは病院の事業特性であり、その特性によって、財務上何がキーポイントになるかを抽出したい。

１）事業特性

病院経営の現状

現在、病院経営に大きな影響を与える行政の方向性としては、診療報酬の抑制と、機能分化の推進がある。このため、病床過剰圧力の下で、多くの病院、とりわけ中小病院にあっては今後どのような機能を担っていくべきなのか、経営の選択を迫られている。

さらに患者意識の向上や、交通網、交通手段の発達によって、地域住民の活動範囲、生活範囲が拡大しており、このため病院選択の範囲も大きく広がっている。

一方、バブル崩壊後、金融機関の混乱もあって、資金調達がままならない病院も出てくるなど、資金調達が問題視されている。

こうした環境変化から、わが国の病院経営は変革期にあり、従来のような特色のない、また戦略もない漫然たる経営では許されない状況に置かれているといえる。

厚生労働省「病院経営指標」によれば、1995年から2001年間の医療法人病院の赤字比率は、全体の2割前後にある点は認識しておかなければならない（表3）。

表3 赤字病院の比率（医療法人）

年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	(%) 7ヵ年平均
赤字病院比率	27.2	25.9	30.3	25.9	26.2	17.9	19.5	24.7

資料：厚生労働省「病院経営指標」より作成

このように厳しい環境下でありながら、しかし病院は基本的には安定的要素を内包した収益構造にある。もっともここでいう安定とは、経営が楽だという意味ではない。

表4は旧社会福祉医療事業団融資先の医業利益率の推移である。これ(B)を見ると、91年に0.5%だった利益率が、2001年には2.7%と、趨勢的に向上しているが、これはこの間の著しい金利低下によるものであり、金利負担率(A)を見ると、91年の4.5%から2001年には1.6%へ低下している。そこで、金利前医業利益率(C=A+B)をみると、概ね5%前後で推移しており、安定していることが判る。さらに見ると、金利水準が通常と考えられる91年や92年時には、医業利益率は0.5や1.9%程度にあり、これは決して高い水準とは言えない。むしろ低位と言うべきで、わが国の医療経営が低位安定型であることが判る。

表4 旧社会福祉・医療事業団における融資先の医業利益率の推移(一般病院) (%)

	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
A:金利負担率	4.5	3.4	2.8	2.4	2.0	1.7	1.5	1.6	1.6	1.5	1.6
B:医業利益率	0.5	1.9	1.2	2.6	3.3	4.2	3.1	3.7	3.8	4.7	2.7
C:金利前医業利益率(A+B)	5.0	5.3	4.0	5.0	5.3	5.9	4.6	5.3	5.4	6.2	4.3

*1991年～2000年:全病床に占める一般病床の割合20%越え

*2001年:全病床に占める一般病床の割合50%超え

今述べたのは利益率だが、次に絶対額の推移を見てみたい。表5は、中央社会保険医療協議会の医療経済実態調査から推計したもので、これによると、医業利益が診療報酬の改定で上下はあるものの、概ね年間2,800万～5,700万円のゾーンで推移しており、この面からも低位安定であると言える。

表5 医療法人1施設当り医業収入額/年など (千円)

	1993年	1995年	1997年	1999年	2001年
医業収入	1,144,872	1,239,768	1,264,248	1,384,644	1,349,868
医業利益	28,116	56,028	28,896	52,428	57,204
支払利息	37,008	27,408	20,808	18,240	17,436
総収支差額	13,464	44,808	18,972	48,828	55,980

資料：中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」より作成

病院経営が低位安定である第一の理由として、事業の基本に関連する医療需要が、急増はないが景気変動に左右されることなく、安定的に存在することが挙げられる。医療需要の変化は社会構造の変化(年齢構造、生活習慣などの変化)に応じたゆっくりしたもので急変はない。

第二に公的保険により、購買力が支えられている。

第三に公定価格制なので、高収益は望めないが、価格競争に陥る心配はない。一般産業では、市場が価格を決めるため、供給側優位な状況では高価格高収益が得られるものの、一度価格競争に陥れば、泥沼化の中での戦いになることは周知のとおりである。また、市場は日々動き、その変化に鋭敏に対応できる体制が求められるが、病院ではそこまで臨機応変な体制作りやそれを維持するためのコストもかからない。

第四に、一定の競争下にあるものの、他産業のように市場争奪戦、技術革新、新製品開発競争といった激しい競争には晒されていない。例えばパソコンやデジタルカメラなどに見られるとおり、一般産業では日進月歩で技術が進んでおり、その技術革新競争に勝ち抜くために、研究員を多数抱え、毎年莫大な製品開発費を投下している。これに対し病院ではそのようなR&Dに凌を削って競い合うようなことは原則ない。シェアアップのために、様々な広告を打ち、販売促進商品を配布して社員一丸となって取組み、シェア1%の上下に組織が揺れるようなこともないといえる。

第五に、1985年以降は地域医療計画によって増設、新規参入が厳しく規制されている。そのため、規模拡大は難しく、急成長はできないが、反面いつ目の前に1,000床規模のような大規模病院が出現するかわからないというような状況にはない。

そのため、放漫経営、理想追求の行きすぎた積極経営、市場構造が大

大きく変わった又は過疎化したなどで市場基盤を失い社会的使命が終わったと思われる病院を除いては、低位ながらも一定レベルの収益は確保できる収益構造と考えられる。逆に、国民の生命を預る病院事業が、一般産業と同程度に不安定で、地方の商店街のようにその過半が倒産するような事態は、国民不安を巻き起こし、世論が許さないと思われる。

病院事業に大きな影響を与える現象は設備投資

以上のように、病院事業は他産業と比べると変化が少ない事業だが、この安定事業に衝撃を与える現象が周期的に起きる。診療報酬改定と病棟建替えといった設備投資である。

診療報酬改定については本研究のテーマではなく、病院経営上もコントロール外なのでここでは省くこととする。そこで以下では、病院事業の設備投資について考察する。

病院は施設産業なので、施設の建替が25～30年に一度の頻度で不可避免的に訪れる。そこでこうした病院の設備投資がいかなるものか整理する。

第一に病院の設備投資金額が設備投資時の固定資産規模に比して多額である。わが国の病院の大半を占める100床前後の病院の場合、固定資産ベースで概ね倍増の規模である。

第二に、能力増投資、または合理化投資ではない。

一般産業における設備投資は能力増投資（生産能力）または合理化投資（コスト削減）が一般的で、売上増、利益増につながるものである。たとえばロボットを採用して無人工場にする、新生産技術が開発され、歩留まりが良くなるなど、合理化投資によって生産コストの大幅ダウンによる利益増を図ることが可能である。これに対して病院の場合、病床規制もあって能力増投資は原則難しい。合理化投資も、動線を変える程度であり、工場のように劇的に歩留まりを良くするようなこともない。むしろアメニティ向上でコスト高を招く。したがって病院の場合、設備投資を行っても、売上増、利益増には結びつきがたい。

第三に、この結果、設備投資を行うと、これに伴う資本費負担増のみが先行する。このため、利益率の低下など損益面およびバランス面双方に著しい悪化をもたらす。これが病院設備投資の最大の問題点といえる。

第四に、拡大再生産が困難である。一般産業では新しい投資で過去の投資負担を軽減化できるが、病院では病床規制からそのような継続的な投資が出来にくく、ないしはそのような投資ニーズがない。

2) 病院の経営評価指標の捉え方

以上見てきたとおり、病院は設備投資を行うと、負担増のみが先行する。このため、設備投資を実施した病院と実施しない病院とでは、経営に大きな格差が生じることとなる。したがってこの点を考慮して、病院の経営指標、経営状態を評価しなければならない。

経営内容が低位かつ悪化した病院にあっては、第一にそれが設備投資によるものであるのか否かを見極め、設備投資によるものと判断される場合は、過剰投資などでもない限り、原則前向き評価が必要であろう。設備投資によらないと判断されるものについては、何が原因なのか、要因分析が別途必要となる。

(2) 設備投資の有無で見た経営評価指標

データについて

病院の経営評価指標を開発するにあたっては、厚生労働省医政局の「病院経営指標（医療法人の決算分析）」のデータを使用した。

わが国には医療法人病院が約 5,400 存在するが、そのうち「病院経営指標」に収載される病院数は、統一経理処理に則っていない病院や記載不十分病院が削除されるため、例年約 1,700 病院である。しかも毎年収載される病院には異動がある。本研究で対象とした病院は、このうち入手可能であった 1996 年、1999 年、2000 年の 3 年分(期間 4 年分)で、かつこの間、継続的に収載され期間比較が可能であった 711 病院である。

対象病院の機能別・規模別分布は表 6 の通りである。

機能別では、療養型病院（全病床に占める療養型病床が 80%以上の病院）は 106 病院。精神病院（全病床に占める精神病床が 80%以上の病院）は 154 病院。一般病院（上記以外の病院）は 451 病院であった。

規模別にみると、200 床未満を中小病院、200 床以上を大病院とすると、一般病院では 9 割が中小病院、病院全体でも 8 割弱が中小病院というように、ほとんどが中小病院であり、わが国の医療法人分布に概ねスライドした姿となっている。

表 6 対象病院の機能別・規模別分布

	一般病院	療養型病院	精神病院	合計
20～99床以下	247 (55%)	54 (51%)	6 (4%)	307 (43%)
100～199以下	158 (35%)	39 (37%)	51 (33%)	248 (35%)
中小病院計	405 (90%)	93 (88%)	57 (37%)	555 (78%)
200～299以下	29 (6%)	9 (8%)	53 (34%)	91 (13%)
300床以上	17 (4%)	4 (4%)	44 (29%)	65 (9%)
大病院計	46 (10%)	13 (12%)	97 (63%)	156 (22%)
総合計	451 (100%)	106 (100%)	154 (100%)	711 (100%)

1) 設備投資有無の判断指標

設備投資の有無が、病院経営上大きな格差をもたらすとの考えから、病院を設備投資の有無で分類し、その推移を追ってみた。

設備投資の有無を判断する指標としては、固定資産伸び率を用いた。1996年と2000年間の固定資産伸び率が150%以上の病院を設備投資積極グループ、100%未満の病院を設備投資消極グループとした。

2) 設備投資に耐えうる収益性・安全性に関する指標

設備投資積極グループ（固定資産伸び率 150%以上）と、設備投資消極グループ（固定資産伸び率 100%未満）それぞれについて、収益性・安全性に関する指標の傾向を、一般病院、療養型病院、精神病院別に見てみよう。

一般病院

一般病院は、定義が明確である療養型病院や精神病院に該当しない病院を全て含む。そのため、一般病院は急性期から療養型まで幅が広く、その機能が曖昧であるが、ここでは現行の定義に従って一般病院の傾向をとらえてみる。

表7を見ると、設備投資積極グループは1996年～2000年間で固定資産伸び率 150%以上を対象としたが、このグループに属する病院の平均固定資産伸び率は219.5%となった。それにも拘わらず、病床数は100.7%とほとんど増えていない。これは設備投資を実施しても、病院の生産能力が拡大していないことを顕著に示している。その結果、患者数も収益も、固定資産の伸びに比べれば極めて低い増加に留まっている（在院患

者延数 103.5%、新入院患者数 108.0%、外来患者延数 105.6%、医業収益 112.5%、入院患者収益 115.6%、外来患者収益 103.1%)。

一方、長期借入金は固定資産の伸びに沿う形で大きく増え(248.1%)、支払金利や減価償却費も大幅に増加し、これらを合算した資本費合計(金利+減価償却費)は177.2%と急増している。このように売上も利益も投資の割には伸びず、投資費用だけが先行するため、損益面、バランス面が大きく悪化している。

まずバランス面への影響について、各経営指標の推移を概観する。

固定資産回転率(医業収益/固定資産)は固定資産の利用度や投資効果を表す指標である。この推移を見ると、1996年には229.8%もあったのが、2000年には117%へと大きく落ちている。これも当然のことだが、固定資産のみが増えて売上が伸びない結果である。そのため資本効率は急速に低下する。

一床当たり固定資産(固定資産/合計病床数)は、減価償却の進捗状況を示している。この値が低ければ低いほど、減価償却が進んでいる。1996年では一床当たり固定資産が461万円だったのが、2000年には1,000万円に増大している。当然のことながらコスト高をもたらす要因となる。

見込み償還期間は、長期借入金をキャッシュフローで割ったもので、長期借入金の返済に何年を要するかを示したものである{長期借入金÷(経常利益×70%⁵+減価償却費)}。見込み償還期間が長いほど、キャッシュフローに対し長期借入金が多い、つまり返済能力の低下を示すことになる。見込み償還期間を見ると、1996年には3年1ヶ月だったのが、2000年には6年1ヶ月へと長期化している。

借入比率(長期借入/医業収益)は、資金返済のもととなる医業収益と長期借入金の関係を示す。低いほど財務面は安定するが、50%までが健全域、100%を超えると危険域とされている。この借入比率も26.0%が57.4%に悪化している。

自己資本比率(自己資本/総資産)は総資本のうち、返済義務のないものの割合を示し、この値が大きいほど、財政上の安定性が高い。この自己資本比率も41.0%から31.7%へ悪化傾向を示している。

固定長期適合率{固定資産÷(自己資本+固定負債)}は、回収に長期を要する固定資産への投資額が、短期で返済する必要のない長期借入金や自己資本でどの程度賄われているかを示す比率である。100%を超える場

⁵税金を約30%と考え、経常利益の約7割が手元に残るとして、経常利益×70%とした。

合は調達・投資バランスが不均衡と考えられる。100%にまでは達していないものの、やはり設備投資積極グループでは69.9%が85.5%へと悪化している。

これに対し、設備投資消極グループは、どの数値も改善している。

固定資産回転率は147.0%だったのが177.4%へと上昇し、資本効率が改善している。

見込み償還期間も8年5ヶ月から5年8ヶ月へ短縮している。

借入比率も51.1%が40.2%へ低下し、自己資本比率も25.4%が35.6%へ上がり、固定長期適合率も84.7%が72.5%へと下がっている。

つまり、設備投資をしなければ病院経営は安定化の方向に向かうことを示していると言える。

損益面への影響も同じ動きにある(表8)。

設備投資積極グループの医業利益の伸び率を見ると、108.0%、経常利益の伸び率も98.7%、税引前当期利益も105.6%と、固定資産の伸び(219.5%)と比べると著しく低く、設備投資が利益増につながっていない。医業利益率も1996年の5.6%から2000年の5.4%に、経常利益率も6.1%から5.4%へ低下していた。

これに対し設備投資消極グループの方は、この面でも著しく改善していた(医業利益伸び率149.4%、経常利益伸び率157.4%、税引前当期利益伸び率163.8%、医業利益率3.4%から5.1%へ、経常利益率3.1%から4.9%へ)。

以上のとおり設備投資を実施した病院とそうでない病院との間で、損益面、バランス面に大きな格差が生じることが明らかとなった。

そこで設備投資による資本費負担(減価償却費および金利)を排除した状況での両グループはどうであったかを検討してみよう。これを考察する指標として、償却金利前経常利益率を用いる。償却金利前経常利益率とは、経常利益に減価償却費と支払金利を加算し、これを医業収益で割った値{(経常利益+減価償却費+金利)/医業収益}で、その意味するところは、設備投資の影響を排除した収益力をみるものである。

この利益率をみると、両グループとも10%前後で、経年的にもほとんど一定であることが判る。これは病院経営が設備投資負担を別にすれば、基本的には安定しているということの一つの指標である。

また、設備投資積極グループも設備投資消極グループも、償却金利前経常利益率がほぼ同じだということは、設備投資をしたか否かの違いは、償却金利前経常利益における経常利益と資本費の割合が、一定の枠の中

で変動するだけと理解できる。

つまり設備投資積極グループは償却金利前経常利益における経常利益と資本費配分において、資本費が増大した分、経常利益の配分比が減少し、設備投資消極グループにあってはその逆というわけである。表8でこの推移をみれば、設備投資積極グループは1996年に経常利益の割合が60.4%であったものが、2000年には47.0%へ、一方設備投資消極グループは34.1%が49.0%へ上昇している。

営利企業にあっては株主配当が求められるので、この配分比は重大関心事だが、非営利組織にあっては単なる配分比の変動程度である（もちろん金利は院外流出となるので無関心という訳にはいかないが）。

そこでもう一度表7を見てみたい。設備投資積極グループは経営内容が悪化していると述べたが、例えば安全性比率である借入比率は限界値と言われる100%に比し57.4%、固定長期適合率は87.5%、見込み償還期間は7.2年と、仮に借入期間が15年から20年⁶とすれば、返済に不安の少ない期間にとどまったといえ、いずれも許容範囲と言われるレベルに収まっている。

ということは、償却金利前経常利益率が10%前後であれば、設備投資をして経営内容が悪化しても、それに耐えられる収益力であると考えられる。

この点につき、モデルケースを用いて検討してみよう。

⁶本研究のヒアリング調査では、病院の借入期間は15～20年へ長期化しつつあった。ちなみに銀行の囲い込み対象となるような余程経営内容の良い病院は別にして、一般的に病院は設備資金借入時には福祉医療機構からの融資を利用する（低金利で返済期間も長い）。そのため、設備資金総額の2割前後が自己資本、残り8割前後が他人資本からの調達であり、この8割のうちのさらに8割程度が福祉医療機構からの借入、残る2割、つまり設備資金総額の16%程度が民間銀行からの調達となる。例えば新規に5億円投資する場合でも、民間銀行からの借入は80百万円程度のレベルに留まるケースが多い。

表7 一般病院（ ）

		設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100～149%	100%未満
伸び率	固定資産 (%)	219.5	119.2	83.7
	病床数 (%)	100.7	99.6	96.8
	在院患者延数 (%)	103.5	100.7	96.3
	新入院患者数 (%)	108.0	106.6	101.6
	外来患者延数 (%)	105.6	99.5	93.4
	医業収益 (%)	112.5	104.6	101.0
	入院患者収益 (%)	115.6	105.1	103.0
	外来患者収益 (%)	103.1	99.3	91.9
	長期借入金 (%)	248.1	115.0	79.4
	自己資本 (%)	132.5	128.2	132.6
	医業費用 (%)	112.7	104.9	99.2
	支払金利 (%)	150.7	90.1	73.5
	減価償却費 (%)	186.6	117.2	93.2
	資本費合計(金利+減価償却費) (%)	177.2	110.1	87.3
金利負担率(%)	1996	1.0	1.2	1.8
金利/医業収益	1999	1.2	1.1	1.4
	2000	1.4	1.0	1.3
償却負担率(%)	1996	2.9	3.3	4.2
減価償却費/医業収益	1999	3.9	3.5	4.1
	2000	4.8	3.7	3.8
資本費負担率(%)	1996	3.9	4.5	6.0
	1999	5.1	4.6	5.5
	2000	6.2	4.7	5.1
固定資産回転率(%)	1996	229.8	180.1	147.0
医業収益/固定資産	1999	129.0	159.4	162.3
	2000	117.7	158.0	177.4
一床当たり固定資産(千円)	1996	4,618	6,021	7,595
固定資産/合計病床数	1999	8,608	6,996	6,984
*単位:千円	2000	10,071	7,208	6,564
見込み償還期間(年月)	1996	3.1	4.11	8.5
長期借入金÷	1999	7.2	5.11	6.2
(経常利益×70%+減価償却費)	2000	6.1	5.0	5.8
借入比率(%)	1996	26.0	33.9	51.1
長期借入/医業収益	1999	47.4	38.5	43.7
	2000	57.4	37.3	40.2
自己資本比率(%)	1996	41.0	36.1	25.4
自己資本/総資産	1999	33.6	39.0	33.0
	2000	31.7	40.1	35.6
固定長期適合率(%)	1996	69.9	78.2	84.7
固定資産÷	1999	87.5	77.0	77.9
(自己資本+固定負債)	2000	85.5	76.8	72.5
200床未満 病院数		94	118	193
200床以上 病院数		7	14	25
合計		101	132	218

表8 一般病院()

単位:(%)

		設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ	
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100~149%	100%未満	
伸 び 率	医業利益	108.0	98.6	149.4	
	経常利益	98.7	108.0	157.4	
	税引前当期利益	105.6	107.3	163.8	
	償却・金利前経常利益	129.1	108.9	111.5	
利 益 率 推 移	医業利益率	1996	5.6	5.2	3.4
	医業利益/医業収益	1999	4.0	3.8	4.4
		2000	5.4	4.9	5.1
	経常利益率	1996	6.1	5.6	3.1
	経常利益/医業収益	1999	4.4	4.6	4.4
		2000	5.4	5.8	4.9
	償却金利前経常利益率	1996	10.1	10.0	9.1
	(経常利益+減価償却費+金利)	1999	9.5	9.2	9.8
	/医業収益	2000	11.5	10.5	10.0
	資本費負担率	1996	3.9	4.5	6.0
	(減価償却費+金利)/医業収益	1999	5.1	4.6	5.5
		2000	6.2	4.7	5.1
償却金利前経常利益に	1996	60.4	56.0	34.1	
占める経常利益割合	1999	46.3	50.0	44.9	
	2000	47.0	55.2	49.0	

モデルケース

このモデルケースは償却金利前経常利益率が10%確保されていれば、設備投資(資本コスト)負担が賄えるかを試算したものである。

モデルケースは2つある。()は金利が現行金利(新規貸出金利)2.5%の場合である⁷。現行金利は異常に低いので、現行金利がある程度上昇しても償却金利前経常利益率が10%ならば、設備投資負担を賄えるかを見るため、()は金利が現行金利の2倍に上昇した場合のモデルケースである。

表9をみてみよう。

まず設備投資前の固定資産額を決める。これは医療経済実態調査の病院の平均値から5億円とした⁸。

以下、この固定資産額と償却金利前経常利益率10%を基に、表7で示した設備投資積極グループの投資前後の実績値(以下、実績値とは表7の数値)を用いて、医業収益、借入金、金利、減価償却費、償却金利前経常利益、経常利益を算出した。

設備投資前の医業収益は、実績値の固定資産回転率229.8%から、固定資産の2倍とし、10億円とした(固定資産5億円×2=10億円)。

長期借入金は、借入比率の実績値26.0%に基づいて、30%とし3億円(医業収益10億円×0.3=3億円)。

償却金利前経常利益率は本モデルで10%を前提としているため、償却金利前経常利益は1億円(医業収益10億円×10%=1億円)となる。

次に設備投資後の姿だが、固定資産は実績値で固定資産伸び率が219.5%であったことから2倍とし、10億円(5億円×2=10億円)。

医業収益は、設備投資後も売上は横ばいということで設備投資前と同じ10億円とした。

長期借入金は、固定資産が5億円増えるので、投資額5億円のうち一般的に2割を自己資本、8割を借入で調達することから、4億円の増加となる。したがって長期借入金合計額は、既存の借入金3億円と合わせて7億円となる。

償却金利前経常利益は医業収益が投資後も増えないので、投資前と同じく1億円で

⁷ 2004年3月発行の国債10年債の表面利率1.3%より、国債に1%前後上乘せするレベルが通常の融資レベルと考えられ、判りやすいようラウンドナンバーでかつ甘めには見ないほうがモデルにふさわしいことと、ヒアリング調査結果から2.5%と設定。

⁸ 医療経済実態調査によると、医療法人の固定資産平均値は約8億円である。これは投資前と投資後の病院の平均値である。表7の実績値から設備投資積極グループの固定資産伸び率は219.5%と、設備投資後は投資前の2倍に固定資産が伸びることより、投資前固定資産をXとすると、投資後固定資産は2X。(X+2X)÷2=8億とすると、X=5.3億円。ここでは試算が判りやすいよう、固定資産5億円と設定。

ある（医業収益 10 億円 × 10% = 1 億円）。

以上を前提に、（ ）の現行金利のケースを検討する（表 9 の（ ））。

設備投資前のケースでは、金利は医業収益に対して実績値が 1.4%なので、14 百万円（（ ））。

減価償却費は、実績値が医業収益に対して 2.9%なので 29 百万円（（ ））。

経常利益は償却金利前経常利益 1 億円から資本費（（ ） + （ ））を引いて 57 百万円となる。

これが設備投資後どうなるかという、新規借入金利を現行の金利 2.5%と仮定すると、4 億円 × 2.5%で 10 百万円、これに既存借入の金利負担分 14 百万円を加えて、金利合計（（ ））は 24 百万円となる。

減価償却費（（ ））は医業収益に対して設備投資後の実績値が 4.8%だったので、48 百万円。

経常利益は償却金利前経常利益 1 億円から上記の資本費（（ ） + （ ））を引いたもので、28 百万円となる。

この結果返済財源は、減価償却費 48 百万円プラス経常利益 28 百万円 × 0.7（3 割の税金分控除）として、67.6 百万円となる。

この返済財源で長期借入金 7 億円を割ると、見込み償還期間が 10 年 4 ヶ月と算出される。今仮に長期借入金の借入期間が 15 ~ 20 年⁹とすれば、許容される範囲に収まるといえる。このモデルケースでは自己資本を算出していないが、安全性に関する借入比率をみると、投資前では 30%（医業収益 10 億円に対して借入金 3 億円）あったものが、70%（医業収益 10 億円に対して借入金 7 億円）へと大きく悪化するが、ボトムラインの 100%と比べると、これも許容範囲に納まっている。

次に現行金利を 2 倍に想定したケース（（ ））をみると、（（ ））と同じように計算すると、返済期間が 11 年 6 ヶ月となり、このケースでも許容範囲に留まる。

借入比率は前提条件が変わらないのでケース（（ ））と同じである（設備投資後 70%）。

以上から、償却金利前経常利益率が 10%を確保できれば、設備投資負担は概ね賄えるといえる。

次に設備投資負担を賄える下限の償却金利前経常利益率はどの程度であるかを見てみたい。これを試算したのが表 10 である。

これによると、先と同じ前提条件で、唯一、償却金利前経常利益率を 8%に変更して試算すると、現行金利の場合見込み償還期間が 12 年 11 ヶ月、現行金利の 2 倍の場合

⁹借入期間 15 ~ 20 年は一見長すぎる設定のように見えるが、既述のように病院や銀行へのヒアリング調査結果等によると、近年はこの程度の長さの設定が多い。

合 15 年 2 ヶ月となる。

現行金利の場合はまだ良しとしても、金利が 2 倍に上昇するケースでは、たとえ借入期間が 20 年としても安全を見込むと許容範囲のボトムラインに達する上、損益面でも経常利益は赤字に転落する。これにより、償却金利前経常利益率が 8 % よりも低いケースで設備投資を実施する場合には、十分注意する必要があるといえる。

表 9 償却金利前経常利益率 10% のモデルケース

前提 単位: 百万円

	設備投資前		設備投資後
固定資産	500	⇒	1,000
医業収益	1,000	⇒	1,000
長期借入金	300	⇒	700
償却・金利前経常利益	100	⇒	100

) 現行金利のケース

	設備投資前		設備投資後
償却・金利前経常利益	100		100
金利	14	⇒	24
減価償却費	29	⇒	48
経常利益	57	⇒	28
返済財源(+ (× 0.7))	68.9	⇒	67.6
見込み償還期間: 10年4ヶ月 (700百万円 ÷ 67.6百万円 = 10年4ヶ月)			

) 金利が現行金利の 2 倍に上昇したケース

償却・金利前経常利益	100
金利	34
減価償却費	48
経常利益	18
返済財源(+ (× 0.7))	60.6
見込み償還期間: 11年6ヶ月 (700百万円 ÷ 60.6百万円 = 11年6ヶ月)	

表 10 償却金利前経常利益率 8%のモデルケース

前提 単位:百万円

	設備投資前		設備投資後
固定資産	500	⇒	1,000
医業収益	1,000	⇒	1,000
長期借入金	300	⇒	700
償却金利前経常利益	80	⇒	80

) 現行金利のケース

	設備投資前		設備投資後
償却金利前経常利益	80		80
金利	14	⇒	24
減価償却費	29	⇒	48
経常利益	37	⇒	8
返済財源(+(× 0.7))	54.9	⇒	53.6
見込み償還期間:13年1ヶ月 (700百万円 ÷ 53.6百万円 = 13年1ヶ月)			

) 金利が現行金利の2倍に上昇したケース

償却金利前経常利益	80
金利	34
減価償却費	48
経常利益	-2
返済財源	46
見込み償還期間:15年2ヶ月 (700百万円 ÷ 46百万円 = 15年2ヶ月)	

療養型病院/精神病院

療養型病院、精神病院ともに、一般病院と同様の傾向を見せている(表12～15)。すなわち設備投資積極グループも設備投資消極グループも償却金利前経常利益率は10%前後にあり、設備投資積極グループの経営内容は悪化しているものの許容範囲内に収まり、一方、設備投資消極グループは経営内容が改善していた。したがって個々の数値の動きについてのコメントは割愛する。

ただ特徴的な点がいくつかみられるので、この点について触れておきたい。

償却金利前経常利益率が、一般病院と比べ、療養型病院や精神病院では若干高めである(表11)。

表 11 償却金利前経常利益率の機能別比較表(%)

	設備投資積極グループ		設備投資消極グループ
一般			
1996	10.1	10.0	9.1
1999	9.5	9.2	9.8
2000	11.5	10.5	10.0
平均	10.4	9.9	9.6
療養			
1996	12.0	13.0	9.3
1999	11.9	13.5	12.5
2000	13.1	12.9	11.4
平均	12.3	13.1	11.1
精神			
1996	9.9	12.2	11.0
1999	10.7	14.5	11.6
2000	11.5	15	10.9
平均	10.7	13.9	11.2

* 平均：1996年、1999年、2000年の3年分の平均

一床当たり固定資産額では、特に精神病院は低い傾向にある。これは、精神病院において医療機器などへの投資が構造上少ないためと思われる。また精神病院では借入比率や自己資本比率などの安全性を示す指標は高いレベルにある。

患者数の伸び率を見ると、特に療養型病院の設備投資消極グループにおいて、新入院患者数 69.8%、外来患者延数 74.4%と患者の減少が目立つ（一般病院の設備投資消極グループではそれぞれ 101.6%、93.4%、精神病院の設備投資消極グループではそれぞれ 104.5%、104.0%）。療養型病院においては設備投資を行わない（設備改善を行わない）と、それが集患力に敏感に影響する様子を窺わせるものといえよう。

表 12 療養型病院 ()

		設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100～149%	100%未満
伸び率	固定資産 (%)	258.2	124.2	73.7
	病床数 (%)	99.3	96.7	99.3
	在院患者延数 (%)	99.3	98.4	103.1
	新入院患者数 (%)	109.1	76.4	69.8
	外来患者延数 (%)	101.8	85.6	74.4
	医業収益 (%)	110.5	103.7	100.2
	入院患者収益 (%)	111.3	97.7	109.8
	外来患者収益 (%)	99.9	96.9	71.2
	医業費用 (%)	114.2	104.7	98.8
	長期借入金 (%)	300.6	122.1	69.7
	自己資本 (%)	129.2	156.7	131.5
	支払金利 (%)	212.5	92.1	61.3
	減価償却費 (%)	264.3	142.8	110.4
	資本費合計 (金利+減価償却費) (%)	248.7	121.0	89.8
金利負担率 (%)	1996	1.0	2.2	2.1
金利/医業収益	1999	1.7	2.0	1.7
	2000	2.0	1.9	1.3
償却負担率 (%)	1996	2.4	2.9	2.8
減価償却費/医業収益	1999	4.2	3.5	3.7
	2000	5.7	4.0	3.1
資本費負担率 (%)	1996	3.4	5.1	4.9
	1999	5.9	5.5	5.4
	2000	7.7	5.9	4.4
固定資産回転率 (%)	1996	219.4	149.8	124.1
医業収益/固定資産	1999	103.0	129.2	144.9
	2000	93.9	125.1	168.7
一床当たり固定資産 (千円)	1996	2,756	4,457	5,256
固定資産/合計病床数	1999	6,148	5,494	4,630
*単位:千円	2000	7,167	5,722	3,902
見込み償還期間 (年月)	1996	4.0	5.7	11.2
長期借入金 ÷	1999	9.11	5.11	6.2
(経常利益 × 70% + 減価償却費)	2000	10.10	6.4	5.4
借入比率 (%)	1996	33.9	47.7	60.6
長期借入/医業収益	1999	81.9	55.6	56.8
	2000	92.1	56.1	42.2
自己資本比率 (%)	1996	38.4	31.4	24.0
自己資本/総資産	1999	28.3	38.2	32.3
	2000	26.3	40.6	39.4
固定長期適合率 (%)	1996	63.6	78.7	86.3
固定資産 ÷	1999	77.0	72.5	72.3
(自己資本 + 固定負債)	2000	78.7	72.0	70.2
200床未満 病院数		31	40	22
200床以上 病院数		6	6	1
合計		37	46	23

表 13 療養型病院 ()

単位 : (%)

		設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ	
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100 ~ 149%	100%未満	
伸 び 率	医業利益	72.0	93.4	127.0	
	経常利益	70.2	92.1	159.0	
	税引前当期利益	51.6	92.0	187.0	
	償却・金利前経常利益	120.8	103.4	122.5	
利 益 率 推 移	医業利益率	1996	8.6	8.3	4.9
	医業利益 / 医業収益	1999	6.0	8.2	6.7
		2000	5.6	7.4	6.2
	経常利益率	1996	8.6	7.9	4.4
	経常利益 / 医業収益	1999	6.0	8.1	7.1
		2000	5.4	7.0	7.0
	償却金利前経常利益率	1996	12.0	13.0	9.3
	(経常利益+減価償却費+金利)	1999	11.9	13.5	12.5
	/ 医業収益	2000	13.1	12.9	11.4
	資本費負担率	1996	3.4	5.1	4.9
	(減価償却費+金利) / 医業収益	1999	5.9	5.5	5.4
		2000	7.7	5.9	4.4
償却金利前経常利益に	1996	71.7	60.8	47.3	
占める経常利益割合	1999	50.4	60.0	56.8	
	2000	41.2	54.3	61.4	

表 14 精神病院 ()

		設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100～149%	100%未満
伸び率	固定資産 (%)	226.2	122.7	84.3
	病床数 (%)	98.8	98.9	100.1
	在院患者延数 (%)	97.1	97.7	97.8
	新入院患者数 (%)	104.7	104.4	104.5
	外来患者延数 (%)	112.0	111.6	104.0
	医業収益 (%)	113.3	112.1	106.8
	入院患者収益 (%)	113.2	112.8	107.0
	外来患者収益 (%)	115.1	104.7	100.8
	医業費用 (%)	115.0	109.5	105.6
	長期借入金 (%)	337.9	127.7	80.2
	自己資本 (%)	116.0	127.0	120.3
	支払金利 (%)	205.3	100.3	73.4
	減価償却費 (%)	197.4	124.8	85.4
	資本費合計(金利+減価償却費) (%)	199.2	119.6	82.6
金利負担率(%)	1996	0.8	1.0	1.4
金利/医業収益	1999	1.3	0.9	1.0
	2000	1.5	0.9	1.0
償却負担率(%)	1996	2.8	3.6	4.5
減価償却費/医業収益	1999	4.5	4.1	4.0
	2000	4.9	4.1	3.6
資本費負担率(%)	1996	3.6	4.6	5.9
	1999	5.8	5.0	5.0
	2000	6.4	5.0	4.6
固定資産回転率(%)	1996	195.5	118.9	120.3
医業収益/固定資産	1999	110.2	116.1	145.1
	2000	97.9	108.6	152.4
一床当たり固定資産(千円)	1996	2,155	3,468	3,515
固定資産/合計病床数	1999	4,198	3,959	3,077
*単位:千円	2000	4,935	4,302	2,961
見込み償還期間(年月)	1996	2.10	3.1	5.0
長期借入金÷	1999	6.7	3.1	4.1
(経常利益×70%+減価償却費)	2000	8.2	2.11	4.1
借入比率(%)	1996	20.8	28.7	42.5
長期借入/医業収益	1999	50.2	32.6	35.1
	2000	62.0	32.7	31.9
自己資本比率(%)	1996	54.8	62.4	49.2
自己資本/総資産	1999	42.6	64.5	54.4
	2000	38.7	65.7	59.6
固定長期適合率(%)	1996	55.1	67.4	74.5
固定資産÷	1999	72.9	63.6	64.8
(自己資本+固定負債)	2000	75.7	65.1	60.5
200床未満 病院数		16	17	24
200床以上 病院数		24	31	42
合計		40	48	66

表 15 精神型病院 ()

単位 : (%)

		設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ	
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100 ~ 149%	100%未満	
伸 び 率	医業利益	81.5	153.8	131.6	
	経常利益	92.1	147.8	134.7	
	税引前当期利益	65.7	149.6	115.7	
	償却・金利前経常利益	131.3	137.1	106.6	
利 益 率 推 移	医業利益率	1996	4.9	5.9	4.5
	医業利益 / 医業収益	1999	3.7	7.8	5.6
		2000	3.5	8.2	5.5
	経常利益率	1996	6.3	7.6	5.0
	経常利益 / 医業収益	1999	4.9	9.4	6.6
		2000	5.1	10.0	6.4
	償却金利前経常利益率	1996	9.9	12.2	11.0
	(経常利益+減価償却費+金利)	1999	10.7	14.5	11.6
	/医業収益	2000	11.5	15.0	10.9
	資本費負担率	1996	3.6	4.6	5.9
	(減価償却費+金利) / 医業収益	1999	5.8	5.0	5.0
		2000	6.4	5.0	4.6
償却金利前経常利益に	1996	63.6	62.3	45.5	
占める経常利益割合	1999	45.8	64.8	56.9	
	2000	44.3	66.7	58.7	

急性期/亜急性期病院

療養型病院と精神病院においては、その機能が明確だが、巷間指摘されているように、一般病院においては全病床に占める療養病床の比率が79%までの病院が含まれるため、急性期から療養型までが含まれることとなり、機能性が曖昧である。

そこである程度急性期色のである病院の動向をみるために、試みとして一般病院の中から療養病床比率が49%以下の病院を取り出してみた。

また、病床規模に応じてその機能が分かれる面も大きいので、療養病床が49%以下の病院を診療報酬上の区分基準200床をベースに、200床以上とそれ未満に分けた。

療養型病床比率49%以下かつ病床数200床以上の一般病院を、本研究では暫定的に急性期病院とした。また、療養型病床比率49%以下かつ病床数200床未満の一般病院を、四病院団体協議会の地域一般病棟⁹の考えを踏まえ、暫定的に亜急性期病院とした。

急性期病院で、設備投資積極グループの動きをみたのが、表16である。これを見ると、償却金利前経常利益率が7.8%～5.4%と、これまでみてきた一般・療養・精神病院と比べ、大変低いことが判る。1996年に7.8%だった償却金利前経常利益率が、1999年に5.4%、2000年に5.8%と悪化した原因は、このデータからは不明である。投資負担分を排除した数値なので、投資が原因でないことは確かだと思われるが、急性期病院において何故これほど低いのか、特に急性期病院に対し診療報酬が厳しかったのかを含め、別途分析が必要である。

ただここで注目したいのは、償却金利前経常利益率8%未満という低いレベルで設備投資を実施した場合の損益面、バランス面への影響である。

まずバランス面への影響をみると(表16の部分)、見込み償還期間は4年5ヶ月から14年1ヶ月へ、借入金比率も24.4%から62.3%へ、固定長期適合率も最悪時には96.8%となっており、余裕を見込んだライン(診療報酬改定、隣接地への病院開設など、将来何が起こるか分からないため、余裕を持たせたレベル - 慣行的に見込み償還期間10年、借入比率90%以下、固定長期適合率90%以下)との対比で見れば、借入金比率以外は許容範囲を超えている。

損益面では(表16の部分)、医業利益も経常利益も赤字に転落している。

このように、償却金利前経常利益率8%未満で設備投資を実施すると、

⁹四病院団体協議会「医療提供体制のあるべき姿」平成15年

許容範囲を超えて悪化する。

表 16 急性期病院 設備投資積極グループ

急性期病院 (療養病床比率49%以下かつ200床以上) n=6

固定資産伸び率(2000/1996) 150%以上		
固定資産 伸び率 (%)		228.2
病床数 伸び率 (%)		97.3
在院患者延数 伸び率 (%)		104.5
新入院患者数 伸び率 (%)		106.2
外来患者延数 伸び率 (%)		112.4
医業収益 伸び率 (%)		114.4
入院患者収益 伸び率 (%)		112.3
外来患者収益 伸び率 (%)		107.5
医業費用 伸び率 (%)		119.4
長期借入金 伸び率 (%)		292.0
自己資本 伸び率 (%)		98.8
支払い金利 伸び率 (%)		151.5
減価償却費 伸び率 (%)		194.1
資本費合計 伸び率 (金利+減価償却費) (%)		181.8
金利負担率(%) (金利/医業収益)	1996	1.2
	1999	1.5
	2000	1.6
償却負担率(%) (減価償却費/医業収益)	1996	2.9
	1999	3.9
	2000	4.9
資本費負担率(%) (資本費合計/医業収益)	1996	4.1
	1999	5.4
	2000	6.5
固定資産回転率(%) (医業収益/固定資産)	1996	274.5
	1999	136.0
	2000	137.5
一床当たりの固定資産(千円) (固定資産/合計病床数)	1996	4,191
	1999	9,573
	2000	9,832
見込み償還期間(年月) (長期借入金/(経常利益*70%+減価償却費))	1996	4.5
	1999	13.7
	2000	14.1
借入金比率(%) (長期借入金/医業収益)	1996	24.4
	1999	53.6
	2000	62.3
(自己資本比率(%) (自己資本/総資産)	1996	27.1
	1999	16.6
	2000	14.9
固定長期適合率(%) (固定資産/(自己資本+固定負債))	1996	76.1
	1999	96.8
	2000	87.7
医業利益 伸び率 (%)		赤字転落
経常利益 伸び率 (%)		赤字転落
税引前当期利益 伸び率 (%)		97.8
償却・金利前経常利益 伸び率 (%)		85.2
医業利益率(%)	1996	3.9
	1999	-0.1
	2000	-0.3
経常利益率(%)	1996	3.7
	1999	0.0
	2000	-0.7
償却金利前経常利益率(%)	1996	7.8
	1999	5.4
	2000	5.8
償却金利前経常利益に占める経常利益割合(%)	1996	47.7
	1999	0.0
	2000	-11.6

表 17 急性期病院 設備投資消極グループ

急性期病院 (療養病床比率49%以下かつ200床以上)n=21

固定資産伸び率(2000/1996)100%未満		
固定資産 伸び率 (%)		86.0
病床数 伸び率 (%)		98.0
在院患者延数 伸び率 (%)		96.6
新入院患者数 伸び率 (%)		109.7
外来患者延数 伸び率 (%)		97.5
医業収益 伸び率 (%)		105.0
入院患者収益 伸び率 (%)		103.5
外来患者収益 伸び率 (%)		91.2
医業費用 伸び率 (%)		103.6
長期借入金 伸び率 (%)		86.3
自己資本 伸び率 (%)		154.6
支払い金利 伸び率 (%)		76.0
減価償却費 伸び率 (%)		97.2
資本費合計 伸び率 (金利+減価償却費) (%)		90.0
金利負担率(%) (金利/医業収益)	1996	2.0
	1999	1.5
	2000	1.5
償却負担率(%) (減価償却費/医業収益)	1996	4.0
	1999	3.7
	2000	3.7
資本費負担率(%) (資本費合計/医業収益)	1996	6.0
	1999	5.1
	2000	5.2
固定資産回転率(%) (医業収益/固定資産)	1996	152.4
	1999	162.5
	2000	186.1
一床当たりの固定資産(千円) (固定資産/合計病床数)	1996	8,284
	1999	7,972
	2000	7,268
見込み償還期間(年月) (長期借入金/(経常利益*70%+減価償却費))	1996	9.8
	1999	8.0
	2000	6.11
借入金比率(%) (長期借入金/医業収益)	1996	53.4
	1999	48.2
	2000	43.9
(自己資本比率(%) (自己資本/総資産))	1996	8.8
	1999	12.9
	2000	14.5
固定長期適合率(%) (固定資産/(自己資本+固定負債))	1996	101.1
	1999	98.4
	2000	90.5
医業利益 伸び率 (%)		142.6
経常利益 伸び率 (%)		179.3
税引前当期利益 伸び率 (%)		181.4
償却・金利前経常利益 伸び率 (%)		114.1
医業利益率(%)	1996	3.4
	1999	4.0
	2000	4.7
経常利益率(%)	1996	2.2
	1999	3.6
	2000	3.8
償却金利前経常利益率(%)	1996	8.3
	1999	8.7
	2000	9.0
償却金利前経常利益に占める経常利益割合(%)	1996	27.0
	1999	40.9
	2000	42.5

表 18 亜急性期病院 設備投資積極グループ

亜急性期病院 (療養病床比率49%以下かつ200床未満) n=75

固定資産伸び率(2000/1996)150%以上		
固定資産 伸び率	(%)	214.3
病床数 伸び率	(%)	104.0
在院患者延数 伸び率	(%)	105.1
新入院患者数 伸び率	(%)	109.8
外来患者延数 伸び率	(%)	106.2
医業収益 伸び率	(%)	113.5
入院患者収益 伸び率	(%)	118.6
外来患者収益 伸び率	(%)	104.7
医業費用 伸び率	(%)	112.3
長期借入金 伸び率	(%)	225.0
自己資本 伸び率	(%)	138.4
支払い金利 伸び率	(%)	147.2
減価償却費 伸び率	(%)	180.0
資本費合計 伸び率 (金利+減価償却費)	(%)	171.3
金利負担率(%) (金利/医業収益)	1996	1.0
	1999	1.2
	2000	1.3
償却負担率(%) (減価償却費/医業収益)	1996	2.9
	1999	3.8
	2000	4.5
資本費負担率(%) (資本費合計/医業収益)	1996	3.9
	1999	5.0
	2000	5.9
固定資産回転率(%) (医業収益/固定資産)	1996	223.1
	1999	134.3
	2000	118.1
一床当たりの固定資産(千円) (固定資産/合計病床数)	1996	5,136
	1999	8,843
	2000	10,585
見込み償還期間(年月) (長期借入金/(経常利益*70%+減価償却費))	1996	4.0
	1999	6.3
	2000	6.0
借入金比率(%) (長期借入金/医業収益)	1996	28.2
	1999	46.8
	2000	56.0
(自己資本比率(%) (自己資本/総資産)	1996	40.7
	1999	35.4
	2000	33.5
固定長期適合率(%) (固定資産/(自己資本+固定負債))	1996	69.1
	1999	83.8
	2000	84.7
医業利益 伸び率	(%)	130.8
経常利益 伸び率	(%)	127.4
税引前当期利益 伸び率	(%)	125.1
償却・金利前経常利益 伸び率	(%)	143.9
医業利益率(%)	1996	6.2
	1999	4.9
	2000	7.1
経常利益率(%)	1996	6.5
	1999	5.3
	2000	7.2
償却金利前経常利益率(%)	1996	10.4
	1999	10.3
	2000	13.1
償却金利前経常利益に占める経常利益割合(%)	1996	62.4
	1999	51.2
	2000	55.2

表 19 亜急性期病院 設備投資消極グループ

仮称 亜急性期病院 (療養病床比率49%以下かつ200床未満)n=160

固定資産伸び率(2000/1996)100%未満		
固定資産 伸び率 (%)		83.1
病床数 伸び率 (%)		96.4
在院患者延数 伸び率 (%)		96.0
新入院患者数 伸び率 (%)		99.6
外来患者延数 伸び率 (%)		93.4
医業収益 伸び率 (%)		99.7
入院患者収益 伸び率 (%)		103.3
外来患者収益 伸び率 (%)		91.7
医業費用 伸び率 (%)		98.1
長期借入金 伸び率 (%)		78.6
自己資本 伸び率 (%)		131.5
支払い金利 伸び率 (%)		73.1
減価償却費 伸び率 (%)		91.4
資本費合計 伸び率 (金利+減価償却費) (%)		86.3
金利負担率(%) (金利/医業収益)	1996	1.6
	1999	1.3
	2000	1.2
償却負担率(%) (減価償却費/医業収益)	1996	4.2
	1999	4.2
	2000	3.8
資本費負担率(%) (資本費合計/医業収益)	1996	5.8
	1999	5.4
	2000	5.0
固定資産回転率(%) (医業収益/固定資産)	1996	149.1
	1999	164.8
	2000	178.9
一床当たりの固定資産(千円) (固定資産/合計病床数)	1996	7,963
	1999	7,300
	2000	6,863
見込み償還期間(年月) (長期借入金/(経常利益*70%+減価償却費))	1996	7.10
	1999	5.60
	2000	5.10
借入金比率(%) (長期借入金/医業収益)	1996	48.3
	1999	41.1
	2000	38.1
(自己資本比率(%) (自己資本/総資産))	1996	30.6
	1999	39.1
	2000	41.9
固定長期適合率(%) (固定資産/(自己資本+固定負債))	1996	80.7
	1999	72.7
	2000	67.3
医業利益 (%)		141.7
経常利益 (%)		140.7
税引前当期利益 (%)		141.6
償却・金利前経常利益 (%)		107.7
医業利益率(%)	1996	3.7
	1999	4.7
	2000	5.3
経常利益率(%)	1996	3.7
	1999	4.7
	2000	5.3
償却金利前経常利益率(%)	1996	9.5
	1999	10.2
	2000	9.5
償却金利前経常利益に占める経常利益割合(%)	1996	39.3
	1999	46.5
	2000	51.3

ところで同じ急性期病院でも、設備投資消極グループの場合は、償却金利前経常利益率が 8.3% ~ 9% の水準にあって、設備投資積極グループとの間に差異がある(表 17)。

設備投資時期の判断指標(後述)である固定資産回転率、一床当たり固定資産額や、安全性の諸指標について、設備投資消極グループの 1996 年の数値をみると、表 20 のとおりである。その指標からみて、設備投資が行われなかった理由は理解できる。固定資産回転率は 152.4% で 200% を大きく割り込んでいる。一床当たり固定資産は約 83 百万円と高く、見込み償還期間は約 10 年に及んでいる。借入比率も 53.4% と健全とされるラインを超えている。固定長期適合率にいたっては、101.1% と危険域をも超えている。

しかし見方を変えれば、設備投資消極グループは 96 年以前に投資を行っていて、その影響が 96 年ないしその直前あたりに最悪期を迎えていたとも受け取れる。

その立場に立って考えると、設備投資消極グループは、1996 年以降においては、むしろそれ以前に行っていた設備投資の効果(資本費負担の減少以外の効果)を享受する時期に入り、この影響で償却金利前経常利益率が向上していたとも推測できる。

いずれにしても、急性期病院における償却金利前経常利益率の違いについては、別途分析しなければならない。

ただ設備投資消極グループの償却金利前経常利益率も一般・療養・精神に比べ低く、急性期病院の採算は総じて良くないといえる(表 21)。

一方、亜急性期病院を見ると、設備投資積極グループも償却金利前経常利益率が 10% 前後のレベルにあり、このため設備投資積極グループにおける経営悪化も許容範囲に収まっていた。

表 20 急性期病院の安全性指標（再掲）

		設備投資 積極グループ	設備投資 消極グループ
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100%未満
固定資産回転率(%)	1996	274.5	152.4
	1999	136.0	162.5
	2000	137.5	186.1
一床当たり固定資産（千円）	1996	4,191	8,284
	1999	9,573	7,972
	2000	9,832	7,268
見込み償還期間（年月）	1996	4.5	9.8
	1999	13.7	8.0
	2000	14.1	6.1
借入比率(%)	1996	24.4	53.4
	1999	53.6	48.2
	2000	62.3	43.9
固定長期適合率(%)	1996	76.1	101.1
	1999	96.8	98.4
	2000	87.7	90.5

表 21 機能別の償却金利前経常利益率（再掲）（%）

		1996年	1999年	2000年
一般病院	設備投資積極 グループ	10.1	9.5	11.5
	設備投資消極 グループ	9.1	9.8	10.0
療養型病院	設備投資積極 グループ	12.0	11.9	13.1
	設備投資消極 グループ	9.3	12.5	11.4
精神病院	設備投資積極 グループ	9.9	10.7	11.5
	設備投資消極 グループ	11.0	11.6	10.9
急性期病院	設備投資積極 グループ	7.8	5.4	5.8
	設備投資消極 グループ	8.3	8.7	9.0
亜急性期病院	設備投資積極 グループ	10.4	10.3	13.1
	設備投資消極 グループ	9.5	10.2	9.5

(3) 設備投資時期の適切性判断に関する指標

病院建替えといった設備投資は、病院経営に大きなインパクトを与えるものであることをみてきたが、それだけに設備投資に踏み切る時期の判断は極めて重要である。

病院経営者にとっては、病棟の築後年数や老朽度、患者数の推移や周囲に立地する競合病院の動向などの実態を勘案しながら、判断することとなるが、これを財務指標の面から捉えると、どうなるであろうか。

財務面での現象は、金融機関からの借入をスムーズに進める上で一つのキーポイントとなるので、この面での動向把握は欠かせない。

バランス面で固定資産回転率と一床当たり固定資産額をみると表 22 のとおりである。固定資産回転率は固定資産の利用度や投資効果を表す指標である。利用度、いいかえれば設備の稼働率を表すものなので、この値が高ければ、次期設備投資の必要性が高まってきたことを示すシグナルとなる。

一方、一床当たり固定資産額は病床コストを示すもので、この値が低ければ安い病床コストでサービスを提供できることを表すが、他方、減価償却の進捗状況を示す指標ともなる。つまりこの値が低ければ、減価償却が進み、投資時期が近づいてきたことを表している。

そこで固定資産回転率、またこれを補足する意味での一床当たり固定資産額を投資時期判断の指標として使用する。

表 22 によれば、設備投資スタート時とする 1996 年における設備投資積極グループの固定資産回転率は、一般病院 229.8%、療養病院 219.4%、精神病院 195.5%であった。一方、一床当たり固定資産額は一般病院 462 万円、療養病床 276 万円、精神病院 216 万円となっている。

これら実績値から勘案して、固定資産回転率が 200% 超にあれば、一つの目安として設備投資を実施してもおかしくない時期にあるといえよう。

また、一床当たり固定資産額が一般病院で 400~500 万円、療養型病院で 250~350 万円、精神病院で 200~250 万円レベルに低下していれば、投資時期にあると捉えてよいだろう。

このように設備投資時期については上記 2 つの指標で概ね判断される。次に問題となるのが収益力および安全性からみて設備投資に耐えうる状況にあるか否かである。

収益力については、償却金利前経常利益率が、8~10% 確保されていれば、設備投資負担を概ね吸収できることは既に触れた。そこで次に安全性についてみたのが表 23 である。

これによると、一般・療養・精神病院とも、設備投資スタート時点(1996年)で、借入比率は20～30%、見込み償還期間は2年～4年、固定長期適合比率は50～70%水準を示している。

既に述べたとおり、設備投資を実施すると、収益だけでなく安全性も大きく悪化するわけだが、償却金利前経常利益率が8～10%確保されていれば、安全性は最悪期でも許容範囲内に収まっていた。

言い換えれば、設備投資スタート時点における安全性レベルが、表23に示した水準にあれば、最悪期にあっても許容範囲に収まるということである。この意味において、表23の1996年における安全性指標のレベルは、設備投資時に確保しておかなければならない目安として理解しておく必要がある。

表22 設備投資時期の判断の目安(再掲)

			設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ
固定資産伸び率2000/1996			150%以上	100～149%	100%未満
固定資産回 転率(%)	一般病院	1996	229.8	180.1	147.0
		1999	129.0	159.4	162.3
		2000	117.7	158.0	177.4
	療養型病院	1996	219.4	149.8	124.1
		1999	103.0	129.2	144.9
		2000	93.9	125.1	168.7
	精神病院	1996	195.5	118.9	120.3
		1999	110.2	116.1	145.1
		2000	97.9	108.6	152.4
一床当たり 固定資産 (千円)	一般病院	1996	4,618	6,021	7,595
		1999	8,608	6,996	6,984
		2000	10,071	7,208	6,564
	療養型病院	1996	2,756	4,457	5,256
		1999	6,148	5,494	4,630
		2000	7,167	5,722	3,902
	精神病院	1996	2,155	3,468	3,515
		1999	4,198	3,959	3,077
		2000	4,935	4,302	2,961

表 23 設備投資の負担に関する安全性の目安（再掲）

			設備投資 積極グループ		設備投資 消極グループ
固定資産伸び率2000/1996			150%以上	100～149%	100%未満
借入比率 (%)	一般病院	1996	26.0	33.9	51.1
		1999	47.4	38.5	43.7
		2000	57.4	37.3	40.2
	療養型病院	1996	33.9	47.7	60.6
		1999	81.9	55.6	56.8
		2000	92.1	56.1	42.2
	精神病院	1996	20.8	28.7	42.5
		1999	50.2	32.6	35.1
		2000	62.0	32.7	31.9
見込み償還 期間(年月)	一般病院	1996	3.1	4.11	8.5
		1999	7.2	5.11	6.2
		2000	6.1	5.0	5.8
	療養型病院	1996	4.0	5.7	11.2
		1999	9.11	5.11	6.2
		2000	10.10	6.4	5.4
	精神病院	1996	2.10	3.1	5.0
		1999	6.7	3.1	4.1
		2000	8.2	2.11	4.1
固定長期適 合率(%)	一般病院	1996	69.9	78.2	84.7
		1999	87.5	77.0	77.9
		2000	85.5	76.8	72.5
	療養型病院	1996	63.6	78.7	86.3
		1999	77.0	72.5	72.3
		2000	78.7	72.0	70.2
	精神病院	1996	55.1	67.4	74.5
		1999	72.9	63.6	64.8
		2000	75.7	65.1	60.5

(4)まとめ

病院経営評価指標についてまとめると以下の通りである。

病院の経営指標を評価するにあたっては設備投資の有無の把握が必要

- ・ 設備投資の有無の判断指標：固定資産伸び率
貸借対照表の期間比較をして、固定資産の伸びが2～3年以内に目安として150%以上伸びている場合は設備投資を行ったと判断される。

収益低下・安全性悪化の要因が資本費負担によるものか否かの判断が必要

- ・ 医業利益率、経常利益率、税引後利益率などの収益の低下や、見込み償還期間、借入比率、固定長期適合率などの安全性指標の悪化が資本費負担によると判断されれば、原則前向き評価可。

設備投資時期に到来しているか否かの判断指標

- ・ 固定資産回転率 200%以上
- ・ 一床当たり固定資産金額
一般病院 400～500万円以下
療養型病院 250～350万円以下
精神病院 200～250万円以下

収益力からみて設備投資負担に耐えうるか否かの判断指標

- ・ 償却金利前経常利益率8～10%が目安

安全性からみて設備投資負担に耐えうるか否かの判断指標

- ）投資時に求められるレベル
 - ・ 見込み償還期間 2～4年以下
 - ・ 借入比率 20～30%以下
 - ・ 固定長期適合率 50～70%以下
- ）投資時における投資後の試算値が下記のレベル
 - ・ 見込み償還期間 10年以下
 - ・ 借入比率 90%以下
 - ・ 固定長期適合率 90%以下

過剰投資にあるか否かの目安

) 投資時における値が下記のレベル

・ 固定資産回転率 100%未満

) 投資時における投資後の試算値が下記のレベル

・ 見込み償還期間 15年超

・ 借入比率 100%超

・ 固定長期適合率 100%超

3．病院の間接金融円滑化のための環境整備

病院の間接金融円滑化のための環境整備の一つとして、病院の経営評価指標の考え方、具体的数値などについて述べてきた。以下では、経営評価指標以外の環境整備について検討する。

(1) 病院側について

病院の間接金融円滑化のために当事者である病院がまず何をしなければならぬかを示す。

その第一は、銀行とのコミュニケーションを活発化させることである。そのために、経営内容を透明にして、銀行の信頼を得ることが何よりも必要である。病院と銀行間のコミュニケーション不足のままでは、病院側が銀行は病院経営を理解していないと行って更に会話を避け、そのために銀行も病院経営は不透明であるとして融資に躊躇するというような悪循環に陥りかねない。

第二に、経営内容に関する基本的データを用意しておく必要がある。たとえば病院会計準則に則った財務データ、患者の推移や外来・入院ルート等の患者に関するデータなど、他院と比較可能な基本的経営データを常に用意し、自ら自院を分析し、また銀行から依頼されればすぐに出せる状態にしておくことが、信頼関係構築に不可欠である。さらにそのような基本的データなくして、自院を把握し、相手に理解させることは出来ないといえる。

第三に、病院側から誠意を持って説明する姿勢が必要である。借入の対象となる事業の意義、業績への影響、返済計画などについて、借手が誠意を持って説明することは、借手の義務である。またこのようなアカウンタビリティは、金融の基本であることを忘れてはならない。

第四に、今後は病院にも第三者評価を積極的に受ける姿勢が必要である。情報化時代の流れの中で、病院経営は不透明といわれている。病院経営者自らが、外部に自院を紹介する・理解してもらう一手段として、医療機能評価機構の評価、格付け機関の格付け、監査機関の監査を受けることは病院自身にとっても極めて有益である。取引銀行からの評価だけではなく、これら外部からの評価や問題点の指摘を受けることは、経営上非常に役立つ。たとえば、自院を第三者に評価されることで、何が強みで何が弱みかなどの把握や、理念徹底などのきっかけにもなると考えられる。地域住民にも、どのような病院であるかを理解してもらう一つの有効な手段になるであろう。

(2) 金融機関側について

病院は地域財産であり、社会的共通資本である。その地域財産を、同じく地域財産である銀行が盛り立てていくことは、互いの事業にとりプラスであり、地域社会にとっても大きな意味を持つと思われる。

第一章で述べたように、わが国の民間病院においては、その事業規模や事業体質、資金特性などから、直接金融の利用には解決すべき課題が多い。そこで、金融機関側の環境整備の第一としては、病院融資の商品スキームの工夫が挙げられる。

商品スキームの工夫の第一は、直接金融の持つメリットを間接金融に付与する商品開発である。銀行は従来顧客本位よりも供給側本位であったといえ、このような顧客のニーズに即した商品開発作りが望まれる。

直接金融の持つメリットとは、株式に代表されるように返済の必要がなく、利益の多寡に応じて配当すれば良い点、また債券に代表されるように、長い償還期限の設定や償還期限時における一括返済システムが挙げられる。

商品開発の具体例としては、すでに実施されはじめているところであるが、融資期間を出来るだけ長期化する(たとえば15~20年)、長めの据え置き期間の設定(3~5年)、金利の弾力的設定である。

病棟建替え投資は回収に非常な長期を要するだけに、返済期間の長期化はきわめて重要である。また、投資直後は収益や資金繰りが不安定期なので、据え置き期間の長期化も望まれる。金利の弾力的設定については、設備投資直後の収益不安定期には割安金利を適用し、その代わり収益が向上・安定してきた段階では割高金利を適用するものである(当然、利益配当とみなされないように、利益にスライドしない金利設定となるよう注意が必要である)。これら直接金融のメリットを付加することにより、間接金融方式においても、設備投資負担を軽減することが可能になると考えられる。

商品スキームの工夫の第二は、このようなリスクテイクな商品(直接金融の持つメリットを付加した間接金融商品)を開発し扱うことがただちに無理な場合は、こうしたリスクが取れる機関との組合せ融資を図ることも一法である。

第三は、上記のリスクテイクなスキームを一切扱わず、従来通りの普通融資(シニアローン)に限定する場合でも、融資額が膨らみ、リスクを伴う場合には、これを分散させる意味で、協調融資を図ることも検討に値する。

第四はポートフォリオ管理的発想による融資である。

従来、銀行は貸出先一つ一つに対し絶対に貸し倒れにならないという発想で融資を実行管理していたが、今後は病院を一つのセクターとして捉え、セクター単位で当初予定の収益をあげれば是とするといった発想の導入も、検討してよいと思われる。

環境整備の第二は、審査能力の向上である。

これについては既にみたとおり、病院というのは、周期的に病院建替えなどの設備投資を実施する必要があり、それによって一時的に経営が悪化するの避けられないが、それが一定の範囲内であればむしろ健全であるという認識を持つことが必要である。

さらに、病院とのコミュニケーション推進によって、文字通りリレーションシップバンキング的発想による情報収集である。このほか地域における病院取引の重要性に鑑み、病院専門担当者の育成・配置である。特に専門担当者の育成については、若手を病院に派遣するなどして、病院経営の実務にタッチさせる形で育成することが望ましい。

第三に、病院に対する経営相談が挙げられる。

病院は既述のように中小企業規模、また中小企業体質である。理事長は経営者であるとともに医師であり、経営だけに専念している訳ではない。銀行が積極的に相談に乗り、きめこまかな対応を図っていく姿勢が必要である。

(3) インフラ整備について

その他のインフラ整備としては、病院会計準則、医療法人会計基準の整備を行い、病院間、医療法人間で比較可能な体制を構築することが求められる。比較可能な状況になれば、正確な審査も評価もできず、かえって病院産業に対する金融業界の不信感を招く恐れさえ考えられる。そのような不信感が融資を躊躇させたり、または実態を知らずに過大融資につながるのであり、まずは正確な情報発信のための基盤整備が求められる。

一方、地域データの整備（高齢化率、可処分所得分布、診療科別患者数、病床区分最新版、グループホームなど介護サービスの整備状況など）も、行政なり業界団体なりで揃えていく必要がある。

一般産業においては、業界の基礎データ（例えば市場動向など）が日々アップデートされ、行政から、また業界団体から出されていることであるが、病院業界においては、例えば施設整備状況など数年遅れで発行されるなど、既存データが現在設備投資を実施するのに役立たない面がある。このようなマクロデータの情報収集・整備・発信が求められる。

(4) 福祉医療機構の機能

わが国には、医療機関、福祉施設の政策融資元として、福祉医療機構が存在する。そのため、民間病院の間接金融円滑化の環境整備には、福祉医療機構のあり方の議論は欠かせない。

福祉医療機構に今後求められる機能の第一に、銀行との相互協力関係の構築が挙げられよう。既述のように、銀行は病院経営に関する情報を欲している。それら銀行に対し、病院事業の特徴を説明する、福祉医療機構で融資している病院のデータを提供する、また銀行側からも地域状況を福祉医療機構に説明するなどの、相互協力関係の構築が求められ、この面での福祉医療機構のリーダーシップ発揮が望まれる。

第二に、地域別の病院経営関連情報の提供が考えられる。地域にどのような介護サービス事業があるのか、規模はどの程度か、病院の療養病床への転換はどの程度かなど、地域別の病院経営関連情報を得られる福祉医療機構が、これら情報を発信していく役割は大きい。

4. 今後の課題

本研究では病院における間接金融円滑化の環境整備の一つとして、経営評価指標の開発を考察した。そこにおいて、病院にとり設備投資負担(キャピタルコスト)の吸収がキーポイントであり、それを賄うには償却金利前経常利益率が少なくとも8%以上が目安であることを指摘した。しかし償却金利前経常利益率がこのレベルに達しない病院はどのような病院か、何が原因か。今後はこれら償却金利前経常利益率8%未満の病院について、定性分析を加えた研究が求められる。同じく償却金利前経常利益率8%以上の病院とはどのような病院かについても、同様の解明が求められる。

一方、設備投資以外で病院経営に大きな影響を及ぼすのが診療報酬改定である。そこで診療報酬改定が償却金利前経常利益率にどのような影響を及ぼすのかも、今後検討すべき問題と思われる。

また今回は償却金利前経常利益率の地域別比較にまで至らなかった。例えば土地や物価が高く、競争も激しい東京都23区と他地域の比較などである。本研究で利用した厚生労働省の「病院経営指標」では、1996年から2000年まで継続的に把握可能な病院が東京都内の病院では一施設もなかった。データ整備へと取組が求められよう。

一方、各種医療法人に関する調査を見ると、常に概ね15%前後の病院が赤字である。この中で継続して赤字の病院がどの程度あるかは不明だが、そのような赤字病院(償却金利前経常利益率8%未満の病院と一致すると

思われる病院)の資金調達手段は、どのように考えるべきであろうか。それを解明するためにも、まずは赤字病院の実態把握調査が必要であろう。基本的には赤字であれば、民間からの資金調達は困難であると考えられるが、一時的な後押しで、地域医療に立派に貢献でき自立可能な病院なのか、既に社会的使命を終えた病院なのか、赤字続きは避けられないがとにかく地域で不可欠な病院なのか、その病院の地域における役割と赤字の原因を探る必要がある。その上で、公的支援が制度的に必要なのか、必要となればどのような策が考えられるのか、財政状況の苦しい中で、民間資金を活用するための支援策として何があるのか、といった検討が求められる。

最後に、病院はその7割以上が民間で経営されているが、公益性が強く、社会で支えていかなければならない面が強い。

そのためにも、病院経営の透明性を高める努力が必要であり、病院会計準則、医療法人会計準則の整備・徹底、情報開示を積極化することが極めて重要と思われる。

経営の透明性を高める方策として、格付けを含めた第三者評価取得は有効な手段の一つであり、このための格付け機関などの育成、外部監査、各種統計資料の整備などのインフラ整備、病院側の第三者評価取得に対する意識改革が求められよう。

参考文献

- ・ 田中 滋「医療政策とヘルスエコノミクス」日本評論社 /1993 年
- ・ 笹島 哲朗「だれにもわかる医療法人制度入門」エヌピー通信社 /1997 年
- ・ 日経ヘルスケア編「病医院のための資金調達マニュアル」日経ヘルスケア 1997 年
- ・ 富沢 賢治 他「非営利・協同セクターの理論と現実」日本経済評論社 1999 年
- ・ レスターM.サラモン「NPO 最前線」岩波書店 1999 年
- ・ 高橋 淑郎「変革期の病院経営」中央経済社 1999 年
- ・ 岡内 幸策「証券化入門」日本経済新聞社 1999 年
- ・ ジョン A.マラニー「REIT」金融財政事情研究会 1999 年
- ・ 近藤 光男 他「証券取引法入門」商事法務研究会 2000 年
- ・ 二木 立「21 世紀初頭の医療と介護」勁草書房 2001 年
- ・ 西田 在賢「医療・福祉の経営学」薬事日報 2001 年
- ・ 西村昭男 西澤寛俊 竹内實「選ばれる病院 北の国からの発信」医療文化社/2002 年
- ・ 堀口 亘「最新証券取引法」商事法務 2003 年
- ・ 西村総合法律事務所編「ファイナンス法大全（上下）」商事法務 2003 年
- ・ 日本医業経営コンサルタント協会編「医業経営用語辞典」ジャパン総研 2003 年
- ・ 茂木 哲也「債券投資・発行の会計と財務」中央経済者 2003 年
- ・ 二木 立「医療改革と病院」勁草書房 2004 年
- ・ 全日本病院協会編「病院のあり方に関する報告書」全日本病院協会 /2000 年 2001 年 2002 年
- ・ 遠藤 久夫「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』Vol.8/No2
1998 年

- ・ 高橋 淑郎 他「病院の資金調達が多様化と手法に関する研究」『社会保険旬報』
No2070、2072、2075、2078、2079、2082 2000年
- ・ 河口 洋行「私的病院の資金調達問題について」『医療と社会』Vol.10/No3 2000年
- ・ 松原 由美「米国における病院債の実情」『週刊社会保障』Vol.54/No2097 2000年 .
- ・ 松原 由美「米国の病院における資金調達の歴史と現状」『病院』Vol.59/No11 2000年
- ・ 田中 滋「社会全体の観点から見た医療と市場経済」『社会保険旬報』No2158 2003年
- ・ 明治生命フィナンシュアランス研究所「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報告書」厚生省健康政策局、2000年
- ・ 日本経済新聞社編「日経経営指標 <全国上場・店頭上場会社版>」日本経済新聞社、2003年
- ・ 厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」 /1989年～2001年版
- ・ 厚生労働省医政局「病院経営指標」 /平成6年～平成13年度版
- ・ 社会福祉・医療事業団「病医院の経営分析参考指標」1997年～2003年
- ・ 厚生省大臣官房統計情報部編「医療施設調査病院報告」財団法人厚生統計協会 1997年～2001年
- ・ The bond market trade association、Fundamentals of Municipal Bonds、1990年
- ・ Louis C.Gapenski、Financial Analysis & Decision Making for Healthcare Organization、McGraw-Hill、1997年
- ・ Burton A.Weisbrod、To profit or not to profit、Cambridge University Press、1998年
- ・ Robert P .Fry,Jr.、Nonprofit investment policies、JOHN WILEY & SONS,INC.、1998

年

- Robert N.Anthony、David W.Young、Management control in nonprofit organizations、
Irwin McGraw-Hill
- James M.Greenfield、Fund Raising、JOHN WILEY & SONS,INC.、1999 年、全 428
頁
- Herrington J.Bryce、Financial & Strategic management for nonprofit organizations、
Jossey-Bass Publishers、2000 年
- Sherman Folland 他、The Economics of Health and Health Care、Prentice-Hall,Inc.、
2001 年
- Elias Mossialos 他、Funding health care : options for Europe、Open University
Press、2002 年

**平成 15 年度厚生労働省医政局委託
医療施設経営安定化推進事業
「医療機関の経営評価方法に関する調査研究」
平成 16 年度 3 月発行**

委託先：(株)明治安田生活福祉研究所
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-6-2
電話 03-3283-8303
FAX 03-3201-7837

禁無断転載