

# 医療改革を成長戦略の柱に(上)

## 株式会社参入規制」の全廃を

「アベノミクス」の「第3の矢」である成長戦略において、医療分野を「柱」にする意気込みは感じられない。また、「国家戦略特区」構想などには、政府の意思で経済を先導すべしという姿勢がにじみ出ている。しかしながら、医療分野での成長戦略の鍵を握っているのは政府ではなく、医療機関（病院）と消費者（患者）である。最も効率的にコストを抑え、サービスの質を高められるのはサービスの供給者の医療機関であり、サービスの質や利便性を的確に判断できるのは消費者自身なのである。政府に監督責任はあるものの、人々が望む医療サービスを納得できる金額で医療機関が提供し、消費者が選択できるようにすべきである。言い換えれば、市場機能を通じて行われるべきものと言える。この市場機能を全面的に活用するため、参入規制や提供するサービス範囲に対する規制などを全廃すべきである。

本稿では、上下2回に分けて、医療の市場化・産業化を妨げている最大の岩盤規制である「株式会社参入規制」に絞って、ドイツと南アフリカ、米国、アジア諸国における株式会社形態の病院の動向を解説し、わが国で採られるべき政策の在り方について提言したい。

### 営利病院が急増——ドイツ

ドイツの病院は、かつては公立と「民間の非営利」がほとんどを占め、株式会社を中心とする「営利」は僅かであった。ところが、東西ドイツ

の統一と欧州連合（EU）成立を機に、株式会社形態の営利病院が急速に増加し、総病院数の約3分の1を占めるに至っている。

図1（13頁）に見られる通り、営利病院の数は1991年には一般病

院（精神科病院・リハビリ病院などを除く急性期に特化した病院）の15%を占めるにすぎなかったが、

2011年には33%とシェアを大きく拡大、病院数では公立と民間非営利、営利病院がほぼ同数で拮抗して

いる。これを病床数で見ると、依然として営利病院は16%を占めるにすぎないが、病床の実数は91年の約3倍、01年の約2倍と大きく増加している。

ドイツの医療保険制度は公的保険が主体で、一部を民間保険が代替しているが、公的保険・民間保険ともに病院の形態にかかわらず平等に適用されている。患者側も病院の形態は意に介さず、サービスの質を基準に病院を選んでいる。その結果、公立、民間非営利、営利の3形態が同一条件で、サービスの質を競い合っている。この競争原理に基づく切磋琢磨が、短い待ち時間や医療事故の少なさなど、ドイツの病院サービ

元広島国際大学教授  
岡部陽一  
おかべ・ようじ 京大法卒。57年  
住友銀行(現三井住友銀行)入行。  
国際金融部長、ロンドン支店長  
などを経て、88年専務。98年広島  
国際大医療福祉学部教授。監訳  
書に「消費者が動かす医療サー  
ビス市場」(シュプリンガーフェ  
アラーク東京)など。京都府出身。

〈図1〉ドイツの病院数・病床数

暦年		91年	01年	07年	08年	09年	10年	11年
病院数	公立病院	996	723	587	571	554	539	529(▲26.8)
	民間非営利病院	838	804	678	673	661	644	635(▲21.0)
	民間営利病院	330	468	526	537	565	575	572 (22.2)
	一般病院計	2164	1996	1791	1781	1760	1758	1736(▲13.0)
病床数	公立病院	367	277	230	225	223	223	222(▲19.9)
	民間非営利病院	207	198	168	168	166	164	163(▲17.7)
	民間営利病院	24	41	70	71	74	75	76 (85.4)
	一般病院計	598	516	468	464	463	462	461(▲10.7)

(注)病床数の単位は千。カッコ内は01年比、単位は%。▲はマイナス(出所)ドイツ連邦統計局

スが他の欧州諸国と比べて優れていることに繋がっている(「カナダ・モントリオール・エコノミクス」12年4月号)。

営利病院の数は過去20年の間に大きく増えた。これは主に、経営不振に陥った公立病院が民営化されたことによる。90年代は主に旧東ドイツの公立病院からの転換が主体であつ

たが、2000年代以降は全国に拡大している。民間非営利病院から営利病院への転換もあるが、極めて少ない(「WSI」06年11月号)。

民営化に左翼政党は反対しているものの、連立政権を主に担当してきた保守・中道政党は株式会社による民営化路線を支持し、連邦政府も一貫してこれを積極支援してきた。政府の支援もあつて、民営化により営利病院に転換された旧公立病院の経営指標は総じて大幅に改善され、同時に医療の質も向上している。その要因としては次のような点が挙げられている。

(1) 新たな資金が投入され、医療設備の更新が迅速に進められた。営利病院の年間設備投資額は、同一診療当たりで公立病院よりも64%高くなったという調査結果(06年実績)も出ている。これは、地方自治体が自前主義を改めて、公共インフラの担い手として民間の資金を積極的に活用する方式が、福祉国家の理念にも合致した結果と評価されている(13年6月26日、仏グルノーブルにおける公共政策に関する国際会議でのプレゼンテーション)。

(2) ドイツでは病院の診療実績

公表が義務付けられている。このため患者を確保するには、小規模の営利病院の方が公立病院よりも医療の質の改善に積極的な対応を迫られる。

(3) 民営化された病院の経営効率は97年から07年の10年間に年率2・9%から4・9%に改善し、この傾向はその後も定着しているとの分析結果も発表されている。経営効率が高まった要因としては、業務の外部委託や集約化により、医師と診療情報管理スタッフ以外の従業員数が大幅に減少したことが指摘されている(「ヘルスケア・マネジメント」12年2月号)。

営利病院の平均病床数は110床と、公立の355床、民間非営利の218床に比して小規模である。しかしながら、チェーン化や持ち株会社の下に集約される動きも活発で、経営効率は向上している。

病院単独での上場企業はまだ存在しないが、13年9月には医療サービス最大手の上場企業であるフレゼニウスが約4000億円を投じて病院経営大手のレーン・クリニクムから43病院を買収して、傘下に収めた。フレゼニウスは既に74病院を所有しており、この買収により病院部門の

年間売上高が約7400億円に達する欧州最大の民間病院チェーン企業となった。フレゼニウスは人工透析器や点滴輸液を全世界で販売している企業を傘下に持ち、医療機器の製造・販売と病院経営を複合的に推進している。

第2位のアスクレピオスは、84年にハンブルグで創業、クリニク網を全国展開し、併せて系列外の病院から2万6500床の運営を受託し、年間売上高4500億円(12年)の医療コングロマリット(複合企業)に成長している。第3位のレーン・クリニクムは合併を重ねて、年間売上高3700億円(10年)、54病院を擁する病院チェーンに成長している。

さらに、06年にはスウェーデンのカピオが、大手病院チェーンの一つであるドイチエ・クリニケンを買収し、ドイツ初の大規模外資の進出となった。また、同年には、マールブルク大学病院とギーセン大学病院を一つの病院に統合し、公立大学病院の株式会社化が初めて実現した。

このようなドイツ発の医療サービスの営利企業化はEU諸国に急速に拡大し、英国やスウェーデンなど公

〈図2〉南アフリカの病院数・病床数

年度		98年	99年	03年	04年	07年	09年	10年
病院数	公立病院	343	375	412	382	n.a.	409	410 (19.5)
	民間病院	162	200	n.a.	n.a.	211	212	216 (33.3)
	一般病院計	505	575	n.a.	n.a.	n.a.	621	626 (24.0)
病床数	公立病院	108	105	106	100	89	89	87(▲19.4)
	民間病院	21	24	n.a.	n.a.	28	31	31 (47.6)
	一般病院計	129	129	n.a.	n.a.	117	120	118 (▲8.5)

(注)病床数の単位は千。カッコ内は98年比、単位は%。▲はマイナス  
(出所)Health Statistics - Health System Trust

的医療を原則としている国においても、医療サービスの一部を営利企業に委託して提供する動きが数多く見られるようになってきた。  
ドイツにおける営利病院のシェアは一般病院以外の専門病院分野では一段と高く、リハビリ病院では総サービス量の64%を営利病院が提供している。

### 7割が上場病院チェーン—南ア

人口5000万人強の南アでは図2に示した通り、一般病院の約3分の1を民間病院が占めている。民間病院は病床数では全体の4分の1を占めるにすぎないものの、医療収入の総額では公立病院を凌駕している。

医師不足が主因で公立病院の病床数が漸減傾向にある中で、営利病院が主体の民間病院は、10年までの12年間に病院数で33%、病床数では48%増加し、シェアを拡大させている。病院協会の調査によると、医師免許取得後5年未満の未熟な医師は8割が公的病院に勤務、逆に経験20年以上の医師の70%以上は民間病院と契約している。民間病院では先進医療機器も充実しており、提供されている医療の質も欧米先進国に比べて遜色ない高いレベルにある。高水準の医療技術を武器にメディカル・ツールの受け入れも年間2万人(08年)と多く、しかもその過半は英国からの来訪患者である(日経ビジネス・オンライン「門倉貴史の『BRICsの素顔』07年5月28日」)。南アの民間病院は、大規模な株式

会社形態の上場病院チェーン3社が病院数で全体の68%、病床数では73%を占め、残る約3割の市場に小規模な株式会社と非営利法人の70病院が分立するという極端な寡占状態になっている。このようにほとんどの民間病院が株式会社化している国は世界でも珍しく、上場病院3社の時価総額合計は1兆円を超えている(図3)。

最大手のネットケア・ホールディングスは急性期に特化した病院が合併を重ねてチェーン化し、96年にヨハネスブルク市場に上場した。同社は英国でもBMIヘルスケアの名称で61病院(2万9794床)を経営、英国のプライベート病院業界で最大のシェアを確保している。第2位のメディクリニックもスイスに14病院(1450床)、アラブ首長国連邦(UAE)に2病院(382床)、ナミビアに3病院を保有している。ネットケアは医療収入の42%、メディクリニックは実に57%を海外の病院から得ており、多国籍企業化している。第3位のライフ・ヘルスケアもインドの9病院に経営参加している。この3社は引き続き国際展開に注力する方針を明らかにしており、欧

〈図3〉南アフリカの上場3病院グループの概要(12年度)

病院グループ名	時価総額	売上高	純利益	病院数	病床数
ネットケア・ホールディングス	346	252(146)	▲97(16)	117(56)	12241(9262)
メディクリニック	589	220(94)	15(9)	68(49)	8832(7000)
ライフ・ヘルスケア	346	109(109)	18(18)	41(41)	6284(6284)
合計	1299	581(349)	▲64(43)	226(146)	27357(22546)

(注)1ランド=9.75円(12年度、年間平均)、病院・病床数以外の単位は億ランド、カッコ内は国内。▲はマイナス。ネットケアは英国の病院買収に伴うのれん等償却特別損失114億ランドを除くと、連結で17億ランドの純利益、時価総額は13年9月末現在(出所)各社のアニュアルレポートを基に筆者作成

### 営利病院のシェア拡大—米国

米先進国に引けを取らない高い質の医療を海外に提供する戦略で、国際市場での実績を積み重ね、営利病院の存在感を高めている。

〔図4〕米国の病院数・病床数

暦年		91年	01年	07年	08年	09年	10年	11年
病院数	公立病院	1429	1156	1111	1105	1092	1068	1045 (▲9.6)
	民間非営利病院	3175	2998	2913	2923	2918	2904	2903 (▲3.2)
	民間営利病院	738	754	873	982	998	1013	1025 (35.9)
	一般病院計	5342	4908	4897	5010	5008	4985	4973 (1.3)
病床数	公立病院	168	132	131	131	127	125	121 (▲8.3)
	民間非営利病院	656	585	554	557	556	556	548 (▲6.3)
	民間営利病院	100	109	116	121	122	125	128 (17.4)
	一般病院計	924	826	801	808	806	805	797 (▲3.5)

(注)病床数の単位は千。カッコ内は01年比、単位は%。▲はマイナス  
(出所)米病院協会のアニュアルレポートを基に筆者作成

米国の一般病院の病床数に占める民間営利病院の比率は、91年には10・8%であったが、11年には16・1%にまで上昇している。図4に示した通り、この間公立病院も民間非営利病院も一貫して減少したが、営利病院数は11年までの10年間に36%、営利病院の病床数は17・4%増加している。1病院当たりの平均病床数

は3形態間で大差なく、11年の人口千人当り病床数は、民間非営利が1・8床、公立と営利がそれぞれ0・4床、計2・6床となっている。米国の営利病院は近年大型合併を繰り返して集約され、ニューヨーク証券取引所とナスダックに上場されている7大病院チェーン(図5)が、総営利病院の過半、病床数では66%を占める寡占状態となっている。上場している病院はこの他に6社あり、非上場でも売上高が10億ドルを超えている大型の病院企業が2社存在する。非営利病院から営利への転換は少なく、営利病院は業績不振の公立病院を買収することによって成長している。例えば、1824年に創立された米国最古の大学病院であるジョージ・ワシントン大学病院は1996年に経営難に陥り、その後は営利病院のユニバーサル・ヘルス・サービス(UHS、図5の第4位)が80%、大学が20%保有するザ・デイストリクト・ホスピタル・パートナーズにより所有されている。運営は全面的にUHSに委託、UHS傘下の一病院として再生され、業績も急回復した。

営利病院の効率性や医療の質を非

営利病院と比較した80年代の先行研究によると、①営利病院のコスト効率が優れているという明白な事実は確認されない②営利病院はマーケティング戦略に優れている③医療の質に差があるという事実は確認されないという結果が示されている。

90年代以降は営利病院の大型合併やIT化の進展により営利病院の経営効率はかなり改善されているが、米国においては人材や経営手法の流動性が極めて高く、非営利病院も同様の経営努力をしているので、競争原理が働いて両者の間に大きな差は存在しないという事実はその後も変わらないものと推測される。

営利病院の経営手法でしばしば問題視されるのは、利益追求のために行う「チェリー・ピッキング」や「クリム・スキミング」と呼ばれる患者の選別強化である。しかしながら最近では、非課税のメリットを慈善医療に振り向けることを義務付けられている非営利病院の在り方が、メディアなどからより厳しい批判の対象となっている。

ハーバード大学経営大学院のレジナ・E・ヘルツリンガー教授の著作「米国医療崩壊の構図」では、非営

〔図5〕米国の主要上場病院一覧(12年の売上高順、時価総額は13年9月末)

上場病院名	時価総額	売上高	純利益	病院数	病床数
HCAホールディングス	17109	29682	2465	162	41594
コミュニティー・ヘルス・システムズ	3900	13029	266	135	20334
テネット・ヘルスケア	4063	8854	161	50	13543
ユニバーサル・ヘルス・サービス	6899	6961	443	23	5563
バンガード・ヘルス・システムズ	1629	5949	79	28	7644
ヘルスマネジメント・アソシエーツ	3385	5878	199	70	10562
ライフポイント・ホスピタルズ	2191	3391	151	57	6581

(注)病院・病床数以外の単位は100万ドル  
(出所)ブルームバーグおよび各社のアニュアルレポートを基に筆者作成

利病院が無保険者への慈善医療を抑制する手の込んだ手法や複数の非営利病院が談合して競争阻止により地域独占を図って医療費をつり上げる手法などが、詳述されている。また、13年2月に刊行された米誌MEDICAL BILLS ARE KILLING タイムの医療特集版は「WHY

US」と題して、非営利であるテキサス州立大学MDアンダーソンがんセンターのレセプト（診療報酬明細書）分析を中心に、①同センターの粗利益率は26%と営利病院よりも高い②同センターの院長の年俸は180万ドルで、テキサス州立大学学長の年俸の約3倍と高い（もつとも、この程度の格差は他の大学病院についても存在する）③簡単なレントゲン検査1件に283ドルを徴収、院内処方の薬剤の価格は仕入れ価格の数倍と高い―などと指摘し、税金を免除されている非営利病院がいかに強欲であるかを暴いている。

要するに、医療費の水準についても医療の質についても、米国の営利病院と非営利病院の間に、形態の差異から生ずる違いはほとんど存在しないということである。ただ、最近問題視されているのは、配当金も税金も支払う必要がない非営利病院が、その高収益を再投資や慈善医療だけでなく、経営幹部や有能な医師を獲得するための高い報酬に振り向けているため、非営利の理念が形骸化しているという点である。