

病院経営主体の「医療・介護複合体」化の進展とその特徴に関する研究

—埼玉県事例から—

大野 博*

抄 録

本報告の目的は、埼玉県内に存在する全ての病院の経営主体を、「医療・介護複合体」に着目して調査し、その病院全体におけるシェア、過去10年間の変化、及び、それらの特徴を明らかにすることである。ここで言う「医療・介護複合体」とは、複数の病院を運営するか、または、病院と介護施設の両方を運営する病院経営主体を指す。わが国の病院は、減少の一途をたどる中で激しい生き残り競争にさらされている。その対応策として「病院のチェーン化」「保健・医療・福祉複合体化」等が指摘されてきた。近年「複合体」の一層の発展が指摘されており、実態解明の必要性は依然として高いと考えられる。

本調査時点で、埼玉県内で病院を運営する病院経営主体のうち31.4%が何らかの形での医療・介護複合体であり、そのもとにある病院は全体の43.6%、複合体のもとにある病床は全体の61.2%である。トータルなシェアだけでなく、病床の種類や病院の種類の全てにわたって複合体の病院は存在し、それぞれで大きなシェアを占めている。96年から06年までの10年間で、単独型は著しく衰退し、複合体は、そのシェアを病院数で13%、病床数で11%拡大した。また、10年間で新たに形成された複合体が少なくとも29あり、その多くは、単独型の病院が老健施設を開設したことによる。M & Aに該当する事例も6例見られた。このような結果、本研究では以下の3点が、明らかになった。

- (1) 「医療・介護複合体」は医療サービスの主たる担い手となっている
- (2) 「医療・介護複合体」の拡大は継続する流れである
- (3) 「医療・介護複合体」の形成と拡大は、病院経営の多角化として捉えられる

キーワード：医療・介護複合体、病院経営主体、病院経営の多角化

1. 研究の目的と背景

本報告の目的は、埼玉県内に存在する全ての病院の経営主体を、「医療・介護複合体」に着目して調査し、その病院全体におけるシェア、過去10年間の変化、及び、それらの特徴を明らかにすることである。ここで言う「病院経営主体」とは、

医療法によって当該病院の開設を許可された法人及び個人¹⁾を指し、「医療・介護複合体」とは、複数の病院を運営するか、または、病院と介護施設の両方を運営する病院経営主体を指す。

わが国の病院は、減少の一途をたどる中で激しい生き残り競争にさらされている。その対応策として「病院のチェーン化」「保健・医療・福祉複合体化」等が指摘されてきた¹⁾。近年「複合体」の一層の発展が指摘されており²⁾、実態解明の必要性は依然として高いと考えられる。また、わが

* 東北大学大学院経済学研究科博士課程

国の医療提供システムは非営利でありながら、市場経済と深くかかわって存在しており、企業の発展形態として一般に認められる、垂直統合、水平統合、多角化等の視点から、病院経営主体の詳細な研究が必要と思われる。

2. 先行研究の特徴と本研究の意義

医療・介護複合体に関連する研究は、前述のとおり、いくつかの先例をみることができるが、中でも代表的なものは、二木立『保健・医療・福祉複合体』³⁾である。二木は、数年にわたる全国調査を行い、特に、病院、老人保健施設、特別養護老人ホームを合わせて経営する、いわゆる三点セットに焦点をあてた保健・医療・福祉複合体の実態を解明した。調査をふまえて二木は「私的医療機関母体の『複合体』が全国に多数形成され」「『3点セット』開設グループが全国に約260も存在して」⁴⁾いることなどを指摘している。また、筆者の関心とも重なり合う、二木の重要な指摘は「医療の企業化」である。二木は「私的医療機関の相当部分が『複合体』化するなどして、事実上の『医療の企業化』がすすんでいる」⁵⁾と述べている。二木の研究は、各種名簿はもちろん、個々の病院経営主体の資料、聞き取り調査等を駆使した網羅的なものであり、筆者も二木の方法に学ぶところが大きかった。

二木以外にも、医療・介護複合体に関連する研究は、様々な角度から行われている。二木よりも早い時期の著作としては川上、小坂らの研究⁶⁾がある。川上らは、いくつかの病院チェーンの事例をあげながら、一部の「コングロマリット化」さえ起こっていると述べる⁷⁾とともに、ここでも、病院のチェーン化は「医療の〈企業化〉」の現れであるとの指摘をしている⁸⁾。二木以後の研究では、病院のチェーン化や医療・介護複合体化の進

展を指摘し、将来に向けての経営モデルとするものが多く見られる^{9)~11)}。

以上のような「医療・介護複合体」に関連する研究は、複合体化あるいはチェーン化を、避けられない流れとしながらも、慎重にメリットとデメリットを見極めようとするもの¹²⁾と、経営モデルとするものに分かれるように見えるが、双方に共通しているのは、医療の企業化という認識である。内容の当否は別にして、この点は筆者も同感できることである。また、二木の網羅的な研究を除くと、医療・介護複合体に関連する他の研究は、代表的な事例を取り上げ全国的な動向を論じるものが多く、詳細な動向を知るには、別の角度からの研究も必要であるというのが筆者の率直な感想である。

筆者の研究は、このような特徴をもつ先行研究に学びつつ、その到達点を前進させることを意図するものであるが、以下の点で独自性を持っている。

第1は、県の範囲での全ての病院を対象とすることを通じて、医療・介護複合体や病院チェーンは、病院全体の中でどの程度の比重を占めているのか、その展開の特徴はどのようなものかを明らかにしようとしている点である¹³⁾。第2は、同一範囲での10年間の変化を知ることによって、病院経営主体、特に複合体の展開の特徴を論じようとしていることである。都道府県は、医療法に基づく医療計画の作成単位であり、病院開設、病床の使用許可等医療に関する行政上の単位であり、これを対象として全数の調査を行うことで、病院という施設サイドからの経営主体のリアルな動向が把握できると考えられる。

3. 埼玉県の概要と本研究との関係

ここで、埼玉県の概要及び本研究において埼玉

県を取り上げた意義を簡潔に述べておく。埼玉県は首都東京の北に隣接し、大都市と農山村地域が混在するが、人口の大半は、東京に隣接する県南部に集中する県である。2000年の人口は、約690万人、高齢化率は、12.0%（全国平均16.7%）である。医療資源の状況を見ると、1999年の人口10万人当たりの病院数は5.3、病床数は868.1、医師数は116.5人で、いずれも全国最下位かそれに近い水準である¹⁴⁾。この傾向は、それ以前もその後も変わっていない。埼玉県地域保健医療計画によると、9つの第二次医療圏のうち、いくつかの圏域では病床不足が生ずる状況がうまれていた。埼玉県が行った1999年の患者調査によると入院患者の流入率は15.6%、流出率は16.4%、外来患者では、それぞれ3.2%と10.4%であった。全体としては流出が流入を上まわっているが、入院患者の東京との関係だけは流入が流出を上まわっていることが特徴的である¹⁵⁾。

このように埼玉県は、古くからの地元の病院と比較的新しい病院が混在しつつも受療上の流動性は高く、かつ医療資源の不足状況から、病院チェーンの進出もある程度活発と見込まれ、研究目的に添って医療・介護複合体のうごきを研究するためには適当な地域と考えられる。

4. 調査の対象と方法

(1) 研究に用いた資料

筆者は、二木の方法に学びつつ、2006年12月31日現在の埼玉県内の病院及びその経営主体について調査し、その特徴を明らかにしようとした。使用した名簿等の情報源は以下の通りである。

- ① 『埼玉県病院名簿（平成18年12月31日現在）』¹⁶⁾
- ② 『埼玉県病院名簿（平成8年12月31日現在）』¹⁷⁾

- ③ 「埼玉県社会福祉法人名簿」¹⁸⁾
- ④ 「さいたま市社会福祉法人名簿」¹⁹⁾
- ⑤ 「埼玉県介護サービス情報公表システム」²⁰⁾
- ⑥ 日本医療機能評価機構「病院機能評価結果の情報提供」²¹⁾
- ⑦ 各病院及び病院経営主体のウェブサイトからの情報

以上を組み合わせ、筆者独自の集計用ファイルをエクセル形式で作成した。

(2) 複合体の認識基準と病院経営主体の類型化

先に述べた「医療・介護複合体」の定義に従って、個々の複合体を特定する手順は、以下の通りである。なお、文中の介護施設とは具体的には介護老人保健施設（以下「老健」または「老健施設」）と介護老人福祉施設（以下「特養」または「特養ホーム」）である。

①まず『埼玉県病院名簿（平成18年12月31日現在）』にある病院あるいは開設者のウェブサイトから同一経営主体による老健の経営の有無及び県外での病院・介護施設経営の有無を確認した。対象となる294の経営主体のうちウェブサイトが確認できなかったものが36あるが、これらは老健の経営なし、あるいは、県外での病院・介護施設経営なしとした。また、病院経営主体の代表者が同一人物の場合（具体的には名簿上同姓同名でウェブサイト等で同一人と判断できる）、それらの経営主体は同一グループとして一つの経営主体として集計した。

②次に、①の経営主体の代表者と同一の者が社会福祉法人を設立し介護施設を運営しているかどうかを「埼玉県社会福祉法人名簿」及び「さいたま市社会福祉法人名簿」を用いて調査し、該当する場合には、①の病院経営主体と同一グループとして一つの経営主体として集計した。姓が同一で

名が異なるが、資料から親族であることがはっきりし、同一グループと判断しても差し支えないと考えられる場合も、前記と同様の扱いをした⁵⁴。

こうして作成した病院経営主体を次の5種類に類型化した。

- a. 病院単独型：病院一個のみを経営
- b. 県内病院チェーン：県内のみで複数の病院を経営
- c. 県内病院介護チェーン：県内のみで複数の病院・介護施設を経営
- d. 県内外病院チェーン：県境を超えて複数の病院を経営
- e. 県内外病院介護チェーン：県境を超えて病院・介護施設を経営

このうちaの病院単独型（以下「単独型」）を除くb～eの4種類の経営主体が、筆者が言う「医療・介護複合体」（以下「複合体」）である。また、bとcはローカルチェーン、dとeはリージョナルチェーンあるいはナショナルチェーンとも言える。厳密には病院チェーンと病院介護チェーンを一括して「医療・介護複合体」とすることは厳密さを欠くかも知れないが、病院経営主体による経営活動を見るためには、区別しつつも統合して理解する必要があると考えこのように類型化した。医療や介護の場合には県境を超えて展開していることには意味があると考え、区別した⁵⁵。

(3) 病院の類型化

対象となる病院をその病床の種別に応じて以下の6種類に類型化した。この分類は、『平成17年医療施設調査・病院報告 上巻』²²⁾における分類を参考に、筆者が独自に作成した。病床種別の組み合わせによって、病院経営主体内部での多角化をみようとするものである。

- a. 一般病院：一般病床のみの病院
- b. 一般複合病院：一般病床と結核または感染

症病床のみを併せ持つ病院

- c. 一般療養病院：一般病床と療養病床を併せ持つ病院
- d. 療養病院：療養病床のみの病院
- e. 療養精神病院：療養病床と精神病床を併せ持つ病院
- f. 精神病院：精神病床のみの病院

(4) 10年間の変化の調査

『埼玉県病院名簿（平成18年12月31日現在）』と『埼玉県病院名簿（平成8年12月31日現在）』を対照して、1996年から2006年までの10年間における、以下の病院の一覧を作成した。

- ① 新設病院（名称変更したものを除く真の新設病院）
- ② 廃止病院（名称変更したものを除く真の廃止病院）
- ③ 増床した病院と増床数
- ④ 減床した病院と減床数
- ⑤ 経営主体が変わった病院
- ⑥ 経営主体の代表者が別の経営主体の代表者になった病院

更に、「埼玉県介護サービス情報公表システム」によって、同じ10年間に介護施設を開設した病院経営主体を調査した。

4. 調査結果

(1) 2008年時点の現状

① 複合体の類型と数

表1は、経営主体の類型別に見た、開設者の種類ごとの数である。これによると、病院経営主体の総数294のうち92が複合体であり、これは全体の31.3%にあたる。単独型の病院経営主体は202、全体の68.7%である。複合体の類型をみると、県内病院介護チェーンが最も多く（53、18.0%）、県

境を越えてチェーンを展開する経営主体も相当数(30、10.2%)存在する。病院の開設者種類別に複合体の数を見ると、医療法人が最も多いが、他の開設者にも複合体化の傾向が認められる。

②病院とその類型

表2は、経営主体の類型別に見た、病院の類型ごとの数である。これによると、病院の総数358のうち156が複合体のもとにあり、これは全体の43.6%にあたる。県境を超えて施設を展開するもの(県内外チェーン)のもとにある病院は17.3%を占めている。病院の類型別で見ると、一般病院と精神病院では複合体は少数(35.6%、36.7%)であるが、一般療養では単独型と拮抗し、一般複合

(80%)、療養(52.5%)、療養精神(83.3%)では複合体が多数である。

③病床とその類型

表3は、経営主体の類型別に見た、病床の種類ごとの数である。これによると、病床の総数63,285床のうち38,724床が複合体のもとにあり、これは全体の61.2%にあたる。県内外チェーンのもとにある病床は、全体の27.6%である。病床の類型別で見ると、精神病床では複合体(49.8%)と単独型(50.2%)が拮抗しているが、その他の病床は全て、複合体のものが60%以上を占めている。

表1 経営主体数(経営主体類型別・開設者種類別)

経営主体類型	開設者種類											合計	構成比(%)	
	国	公的医療機関	社会保険関係団体	公益法人	医療法人	学校法人	社会福祉法人	医療生協	その他の法人	個人	複合			
単独型	0	9	1	6	161	1	2	0	0	22	0	202	68.7	68.7
県内病院チェーン	0	2	0	0	7	0	0	0	0	0	0	9	3.1	31.3
県内病院介護チェーン	0	3	0	0	46	0	1	1	0	0	2	53	18.0	
県内外病院チェーン	3	0	0	1	7	3	0	0	0	0	0	14	4.8	
県内外病院介護チェーン	0	2	1	1	11	0	0	1	0	0	0	16	5.4	
合計	3	16	2	8	232	4	3	2	0	22	2	294	100.0	

注1:「開設者種類」は厚生労働省「平成17年医療施設調査・病院報告 上巻」(p.100, 第3表)による(以下同じ)。

注2:複合は「社会福祉法人と学校法人」及び「社会福祉法人と公益法人」の複合グループ。

表2 病院数(経営主体類型別・病院類別)

経営主体類型	数	病院類型・数							合計	構成比(%)	
		一般	一般療養	一般複合	療養	療養精神	精神				
単独型	202	103	45	3	19	1	31	202	56.4	56.4	
県内病院チェーン	9	8	5	1	4	1	4	23	6.4	43.6	
県内病院介護チェーン	53	18	26	6	9	2	10	71	19.8		
県内外病院チェーン	14	10	2	3	2	0	1	18	5.0		
県内外病院介護チェーン	16	21	10	2	6	2	3	44	12.3		
合計	294	160	88	15	40	6	49	358	100.0		

④臨床研修病院及び病院機能評価認定

表4は、経営主体の類型別に見た、機能別の病院数である。これによると、特定機能病院はすべて複合体のもとにあり、地域医療支援病院は6病院中4病院が複合体のもとにある。臨床研修指定病院は、全体では61病院(全病院数の17.0%)である。そのうち、複合体の臨床研修指定病院は48病院で、複合体の病院全体の30.8%であり、県内病院介護チェーンを除く各類型で30%を超えている。単独型の臨床研修指定病院は13病院で、単独型の病院全体の6.4%にあたる。病院機能評価の認定病院は、全体では84病院(全病院数の23.5%)である。そのうち、複合体の認定病院は56病院で、複合体の病院の35.9%であり、県内外病院チェーンを除く各類型で30%を超えている。単独型の認定病院は28病院で単独型の病院の13.9%にあたる。

(2) 病院の新設と廃止

表5は、1996年から2006年までの10年間に、新設病院数、新設病床数、増床病院数、増床数を、それぞれ単独型と複合体ごとに見たものである。また、表6は、同じく廃止病院数、廃止病床数、減床病院数、減床数を、それぞれ単独型と複合体ごとに見たものである。これによると、新設病院数は28、廃止病院数は43病院である。新設病院のうち複合体によるものは13病院(46.4%)であり、新設病院数では単独型(15病院)が若干上まわっている。表7は、新設病院の内訳であるが、単独型による新設病院のうちの7病院は精神病院、他は一般病院が7、療養病院が1である。複合体による新設病院の内訳は、一般病院3、一般療養病院4、療養病院3、精神病院3である。

廃止病院のうち複合体のものは2病院(4.7%)

表3 病床数(経営主体類型別・病床種類別)

経営主体類型	病床種類						構成比(%)	
	一般	療養	精神	結核	感染症	合計		
単独型	12,356	4,940	7,235	20	10	24,561	38.8	38.8
県内病院チェーン	2,467	1,428	1,122	51	0	5,068	8.0	61.2
県内病院介護チェーン	7,825	3,750	4,537	32	24	16,168	25.5	
県内外病院チェーン	4,191	709	312	150	0	5,362	8.5	
県内外病院介護チェーン	8,399	2,499	1,198	20	10	12,126	19.2	
合計	35,238	13,326	14,404	273	44	63,285	100.0	

注1:「病床種類」は厚生労働省『平成17年医療施設調査・病院報告 上巻』(pp.110-111, 第11表)による(以下同じ)。

表4 病院数(経営主体類型別・病院機能別)

経営主体類型	病院数	特定機能	地域医療支援	臨床研修指定	同取得率(%)	病院機能評価	同取得率(%)
単独型	202	0	2	13	6.4	28	13.9
県内病院チェーン	23	0	1	7	30.4	8	34.8
県内病院介護チェーン	71	1	1	10	14.1	27	38.0
県内外病院チェーン	18	1	1	10	55.6	3	16.7
県内外病院介護チェーン	44	0	1	21	47.7	18	40.9
合計	358	2	6	61	17.0	84	23.5

注1:「取得率」は、同一の経営主体類型の中での該当病院数の比率

であり、廃止病院数は単独型が41病院と、圧倒的に多い。1996年当時の単独型病院259のうち15.8%が廃止されたことになる。

(3) 病床の増加と減少

同じく表5及び表6によると、10年間の新設による病床の増加数は4,265床である。そのうち複合体は2,428床(56.9%)、単独型は1,837床(43.1%)で、新設病院数とは逆の比率となっている。廃止による病床の減少を見ると、総数は2,215床である。そのうち複合体は202床(9.1%)、単独型は2,013床(90.9%)となっており、廃止病院数と同

様に、減床数のほとんどは単独型の病院によるものである。

新設以外の病院のうち、増床した病院は91病院である。そのうち複合体は57病院、単独型は34病院で、それぞれの2006年の病院数に対して、複合体では36.5%が、単独型では16.8%が10年間に増床したことになる。新設以外での病床の増加総数は5,579床である。そのうち複合体は4,150床(74.4%)、単独型は1,429床(25.6%)で、複合体による増床は単独型によるものの約3倍である。

新設以外の病院のうち、減床した病院は120病院である。そのうち複合体は47病院、単独型は73

表5 病院の新設数及び増床数(96年-06年)

経営主体類型	病院数等	新設病院数	構成比(%)	新設病床数	構成比(%)	増床病院数	構成比(%)	増床数	構成比(%)
単独型		15	53.6	1,837	43.1	34	37.4	1,429	25.6
複合体		13	46.4	2,428	56.9	57	62.6	4,150	74.4
合計		28	100.0	4,265	100.0	91	100.0	5,579	100.0

注1:「増床病院数」とは、既設の病院のうち、病床数を増やした病院数

注2:「増床数」とは、既設の病院が増やした病床数

表6 病院の廃止数及び減床数(96年-06年)

経営主体類型	病院数等	廃止病院数	構成比(%)	廃止病床数	構成比(%)	廃止病院数	構成比(%)	減床数	構成比(%)
単独型		41	95.3	2,013	90.9	73	60.8	1,638	41.2
複合体		2	4.7	202	9.1	47	39.2	2,335	58.8
合計		43	100.0	2,215	100.0	120	100.0	3,973	100.0

注1:「減床病院数」とは、既設の病院のうち、病床数を減らした病院数

注2:「減床数」とは、既設の病院が減らした病床数

表7 病院の種類別新設病院数(96年-06年)

経営主体類型	病院の種類	一般	一般療養	一般複合	療養	療養精神	精神	合計
単独型		7	0	0	1	0	7	15
県内病院チェーン		0	0	0	0	0	1	1
県内病院介護チェーン		3	3	0	1	0	0	7
県内外病院チェーン		0	0	0	1	0	0	1
県内外病院介護チェーン		0	1	0	1	0	2	4
合計		10	4	0	4	0	10	28

病院で、それぞれの2006年の病院数に対して、複合体では30.1%が、単独型では36.1%が10年の間に減床したことになる。新設以外での病床の減少総数は3,973床である。そのうち複合体は2,335(58.8%)、単独型は1,638床(41.2%)で、複合体、単独型ともに30%を超える病院が減床しており、減床数における複合体と単独型との比率は、増床の場合ほどの開きはない。

(4) 新たな複合体の形成^{注7}

表8は、96年から06年までの10年間の新たな複合体の形成数、病院数、病床数を、それぞれ要因別に示したものである。新たに形成された複合体は29であるが、その要因別に見た内訳は以下のとおりである。

①病院の新設による複合体の形成

既述のとおり、2006年現在の複合体の病院のうち、1996年からの10年間に新設されたものは、13である。そのうち、病院新設によって単独型から複合体に変化したものは、1例(1病院)のみである。他の12病院の新設は既成の複合体によって行われたものである。

②病院の買収による複合体の形成

2006年現在の病院のうち、1996年からの10年間に経営主体が変わった^{注8}ものが31病院ある。このうち、実質的な変更と認められるものは、11病院である^{注9}。この11病院は、買収されたものと考えられるが、これによって新たな複合体が形成されたのは1例(1病院)だけである。別の言い方をすれば、10年間で病院買収によって複合体が形成された例は、1例ということになる。これに伴って単独型から複合体へ移行した病床数は、167床である。

③介護施設の開設による複合体の形成

96年の時点で、単独型であったものが、介護施設の開設によって複合体化したものは、27例(27病院)である。その内訳は、老健施設開設によるものが26例、特養開設によるものが1例である。これに伴って単独型から複合体へ移行した病床数は、4,118床である。

(5) 既成複合体による他の病院経営主体の買収

表9では、既成複合体による他の経営主体の買収事例を示した。96年からの10年間に、経営主体の代表者が交代し、新しい代表者を別の経営主体の代表者が兼ねる^{注10}例が、6例(8病院)ある。これは、前記(4)②の病院の買収とは異なり、経営主体そのものが買収され、代表者の兼務によって同一のグループになったことを意味している。これらの事例では、買収側の経営主体は、3つ^{注11}で、全て既成の複合体なので、複合体の新たな形成ではないが、複合体の拡大を示す重要な事例である。また、被買収側の経営主体6つのうち、3つが単独型、3つが複合体であった。これに伴って単独型から複合体へ移行した病床数は、445床である。

(6) 病院及び病床のシェアの変化

表10は、10年間の病院数及び病床数の単独型と複合体によるシェアの変化を示したものである。これによると、複合体の病院数は114から156へと増加し、シェアは30.6%から43.6%へと13%上昇した。逆に、単独型の病院数は259から202へと減少し、シェアは69.4%から56.4%へと低下した。

病院数では、複合体の病床数は29,953から38,724へと増加し、シェアは50.2%から61.2%へと11%上昇した。単独型の病床数のシェアは49.8%から38.8%へと低下した。

5. 考察：「医療・介護複合体」の拡大が意味するもの

(1) 医療サービスの主たる担い手としての「医療・介護複合体」

次に、以上の概括をふまえて、いくつかの特徴をあげておきたい。その第1は、少なくとも埼玉県においては、「医療・介護複合体」は医療サービスの主たる担い手である、ということである。その理由は、次の3点である。

① サービスの「量」と「ひろがり」の双方における複合体の位置（シェア）の大きさ

既述のとおり、本調査時点で、埼玉県内で病院を経営する病院経営主体のうち31.4%が何らかの形での医療・介護複合体であり、そのもとにある病院は全体の43.6%、複合体のもとにある病床は全体の61.2%である。トータルなシェアだけではなく、病床の種類や病院の種類の全てにわたって複合体の病院は存在し、それぞれで大きなシェアを占めている。

表8 新たな複合体の形成要因と経営主体数、病院数、病床数（96年－06年）

新たな複合体の形成要因	複合体となった経営主体数	病院数	病床数
病院の新設によるもの	1	1	240
病院の買収によるもの	1	1	167
介護施設の新設によるもの	27	27	4,118
合 計	29	29	4,525

表9 既成複合体による他の経営主体の買収事例数、病院数等（96年－06年）

買収側の複合体	被買収側の経営主体（類型）	病院数	病床数
① Aグループ（複合体）	a) 医療法人 a 会（単独型）	1	155
	b) 医療法人 b 会（単独型）	1	136
② Bグループ（複合体）	c) 医療法人 c 会（複合体）	2	355
	d) 医療法人 d 会（複合体）	1	176
③ Cグループ（複合体）	e) 医療法人 e 会①（単独型）	1	154
	f) 医療法人 f 会②（複合体）	2	501
合 計		6	8
単独型から複合体への移行数 = a) + b) + e)		3	3

注1：買収側の複合体は、複数の医療法人が同一代表者のもとで1つのグループとなっているものである。いずれも96年時点で既に形成されていた。

注2：病院数は県内のみの数字。d会とf会は県外でも病院を経営している。

表10 病院数及び病床数のシェアの変化（96年－06年）

	96病院数	構成比 (%)	96病床数	構成比 (%)	06病院数	構成比 (%)	06病床数	構成比 (%)
単独型	259	69.4	29,676	49.8	202	56.4	24,561	38.8
複合体	114	30.6	29,953	50.2	156	43.6	38,724	61.2
合 計	373	100.0	59,629	100.0	358	100.0	63,285	100.0

②各種開設者へのひろがり

複合体の中心は医療法人であるが、他の種類の開設者にもひろく複合化の傾向が認められる。複合体の形成は、医療法人のみの特有な現象ではないということである。国公立と民間を区別しない筆者の方法は、問題を残すとも言えるが、複数の病院や介護施設の一体的な経営という視点から、共通するものを考える上では、必要なことでもあるというのが筆者の考えである^{注12}。

③医療サービスの質の高さ

臨床研修病院であるか、あるいは、病院機能評価の認定を取得しているかは、病院の機能が一定の水準を満たしているかどうかの指標になり得るが、この2条件の充足は、複合体の病院が、単独型を凌駕している。臨床研修病院全体及び病院機能評価認定病院全体の中での複合体の比率、及び、複合体の病院の中での臨床研修病院と病院機能評価認定病院の比率は、単独型のそれぞれの比率を、はるかに上まわっている。

(2) 継続する流れとしての「医療・介護複合体」の形成と拡大

第2の特徴は、「医療・介護複合体」の形成と拡大は、継続する流れである、ということである。96年から06年までの10年間で、単独型は著しく衰退し、複合体は病院数でも病床数でもそのシェアを拡大した。その要因は、次の3つに集約できる。

①単独型病院の廃止

複合体のシェア増加の大きな要因の一つは、単独型の病院の廃止（41病院）である。単独型の病院は廃止によって18.0%減少し、病床は6.8%減少した。これに比して、複合体の病院廃止（2病院）による影響（減少率）は、病院で1.8%、病床で0.7%

である。

②単独型から複合体への移行（新たな複合体の形成）

複合体のシェア増加の二つ目の要因は、単独型から複合体への移行、すなわち新たな複合体の形成である。ここには、既述のとおり、病院の新設、病院の買収、介護施設の新設^{注13}の三つのパターンが認められるが、最も顕著なものは、介護施設（特に老健施設）の開設によって複合体化するケースである。

③複合体自体の拡大

複合体のシェア増加の三つ目の要因は、複合体自体の拡大である。ここでは既存病院（96年時点の）の増床、病院経営主体の買収の二つのパターンが認められる。より大きな影響を与えたものは、既存病院（96年時点の）の増床である。96年時点に比べて、病院の新設数、新設に伴う病床の増加、及び、既存病院の減床については、複合体と単独型で、大きな差がない中で、既存病院の増床（規模拡大）数では、複合体が単独型を凌駕し、双方のシェアの変化に影響した。また、既成の複合体が、病院買収によって拡大する例は、今回の調査では認められなかったが、経営主体ごと買収する事例は、いくつか見られた。

医療供給の総量規制が今後も続く中では、「医療・介護複合体」の形成と拡大は、形が変わること（例えばM&Aの増加など）はあっても、今後とも続くと思われる^{注14}。

(3) 病院経営の多角化としての「医療・介護複合体」

第3の特徴は、「医療・介護複合体」は、病院経営の多角化として捉えられるということである。病院経営主体における病院構成を見ると、当然の

ことながら、一般病院と療養病院を併せ持つパターンが多く見られる。また、10年間で新たに形成された複合体の殆どは、単独型の病院が老健施設を開設したことによる。これは、現在の医療政策の重点である病院の機能別再編成への対応であるとともに、一般企業に見られる経営の多角化に類似するものである。経営体内部での病院・施設構成を多様化することによって、多角化のメリットと言われる、効率的な資源配分と需要への対応、管理経費の節約等が期待できるからである。二木も、こうした状況を、「試論」としながらも「水平統合」「垂直統合」「範囲の経済」等として指摘し、「複合体」の経済的効果としている²³⁾。

加えて筆者は、病院経営主体のガバナンスのあり方が問われていることを指摘したい。それは、複合体の病院や介護施設は、病院の範囲を超えて一体的に経営されており、その規模からも、医療費及び介護費全体に大きな影響を与えていると考えられるからである^{注15)}。

6. おわりに：本研究の限界と今後の課題

本稿では、筆者は、地域医療計画の単位である県の範囲での病院の動向から、「医療・介護複合体」化を軸とした病院経営主体の変化と現状を研究した。今回明らかになった特徴が、全国共通のものなのかは、今後の研究に待たねばならない。その意味では、病院経営主体全体の動向を知るには、今回の研究はいまだ端緒的なものである。しかしながら、大チェーンの動向からではなく、個々の病院と地域全体に焦点を当てることによって、「医療・介護複合体」が、単に目立つ存在ではなく、地域医療の主要な担い手であり、「医療・介護複合体」の形成と拡大が進んでいることの一部は示し得たものとする。今後に残された課題が多いことは言うまでもない。いくつかをあげて、締め

くくりとしたい。

①複合体における公的なものと民間との区別による差異、介護施設の側から経営主体を見る研究も必要である。ローカルチェーンとリージョナルチェーンとの差異、「病院1と老健1」の最小ユニットをはじめ類型ごとの詳細についても同様である。

②今回の調査では、M&Aに類するものが6例あったが、これは病院経営主体の代表者の交代にのみ着目したものである。二木による「2000年以降以降日本でも病院のM&Aによる病院チェーンと複合体の拡大がかなり進んでいる」^{注16)}との指摘もあり、代表者のみならず、理事の兼務等にまでひろげた調査が必要であろう。

③さらに、筆者の関心に引き寄せて言うならば、ガバナンスの構造と病院経営主体の行動、それを媒介にした医療費の動向の研究も今後の課題である。

謝 辞

本論文は、医療経済学会第3回研究大会（2008年7月19日）において、一般演題として発表したものをもとに作成された。発表に先だって、指導教官である日野秀逸教授から助言をいただき、ゼミの同僚からも適切な示唆をいただいた。また、同研究大会当日の発表に際しては、指定討論者であった日本福祉大学大学院の二木立教授から、筆者の研究の長所及び短所にわたって懇切なコメントをいただいた。記して感謝の意を表したい。

注

- 1 病院を開設し、経営する主体には「開設者」「開設法人」等の呼称も用いられるが、複合体の形成という企業の側面を強調する意味でも本稿では病院経営主体という呼称を用いる。
- 2 二木は、前掲書で「光の面」として経済的効果などを、「影の面」として地域独占などをあげている（同書、pp.36-43）。

- 3 都道府県の範囲の全数を対象とする研究は、二木によって京都府を対象として既に行われている^{12,13)}。二木の調査は、介護保険事業者の全体像を、その設立母体にまでさかのぼって明らかにしたものであり、この中で京都府内の私的病院チェーンの全体像も明らかにしている。筆者の研究とは、目的や調査の範囲が重なる部分とともに異なる部分もある。筆者の研究は、埼玉県内の私的公的を問わず全ての病院を対象にしている、また、埼玉県内では1病院しか経営していませんとも県外でも病院を開業している場合は、複合体の病院として認識している。しかし、いずれにせよ二木の研究は都道府県への着眼も含めて先駆的なものである。
- 4 同一グループと判断したのは、病院や介護施設が近接した住所にある場合やウェブサイトで同一グループと公表している場合などである。
- 5 病院経営主体には、国、自治体、医療法人など多様な形態が含まれるが、ここではその差異は無視してある。例えば、埼玉県は6つの県立病院を経営しており「県内病院チェーン」に分類されている。国立病院機構は「県内外病院チェーン」である。
- 6 診療所のみ複合体あるいは診療所と介護施設を運営する複合体は対象外になっている。病院と診療所の複合体、在宅介護サービスも考慮外である。県外で病院を運営し、県内で介護施設を運営している複合体も除かれている。つまり、本研究はあくまで、埼玉県内の病院が、どのような経営主体によって経営されているかに焦点をあてた研究である。
- 7 ここでの集計対象は、ローカルチェーン(表1の②③)に限られている。理由は、県外における病院開設や介護施設開設の时期的な特定が困難だからである。従って、新たな複合体の形成は少なめに見積もられているが、この範囲でも趨勢を見ることは可能である。
- 8 経営主体が変わった場合とは、ある病院の経営主体が個人からA医療法人に変わった場合やB医療法人からC医療法人に変わった場合などである。
- 9 実質的な変更ではない場合とは、個人から医療法人に変わり同一人が代表である場合、国立から独立行政法人への変更、自治体の合併等による場合、単なる名称変更等である。
- 10 例えば、X医療法人の代表者A氏が、Y医療法人の代表者B氏に変わってY医療法人の代表者にな

り、X及びYがAグループになるという場合である。

- 11 この3つの複合体は表9に記号で示してあるが、関東地方では良く知られた大チェーンである。表9は、大グループが、複合体も含む他の経営主体を自グループに吸収して更に大きくなって行った例である。
- 12 本稿のもととなった学会発表(医療経済学会第3会研究大会、2008.7.19)において指定討論者であった二木立氏より国公立病院と私的病院とは「ガバナンス(構造)」がまったく異なることや規模別の検討の必要性を指摘された。もっともな指摘として今後の研究に生かしたい。
- 13 論理的には「介護施設の買収」があり得るが、今回の調査では把握しきれていない。
- 14 例えば、96年から06年までの10年間に、病院経営主体が開業した老健施設は、41施設であるが、これらの開設時期を介護保険実施の2000年以前と2001年以後とに分けて見ると、それぞれ24施設と17施設になり、病院経営主体による老健施設の開設が介護保険実施を前にした駆け込み的なものではないと考えられる。
- 15 現に、同一の病院経営主体が複数の施設を運営することに着目した規制は、既にいくつか行われている。同一法人による保険調剤薬局の開設規制などが、それである。
- 16 前記、医療経済学会研究大会における指摘である。

参考文献

- 1) 二木 立. 保健・医療・福祉複合体. 医学書院. 1998:2-3
- 2) 松山幸弘, 河野圭子. 医療改革と統合ヘルスケアネットワーク. 東洋経済新報社. 2005:25-30
- 3) 二木 立. 保健・医療・福祉複合体. 1998
- 4) 二木 立. 保健・医療・福祉複合体. 1998:30-31
- 5) 二木 立. 保健・医療・福祉複合体. 1998:40
- 6) 川上 武, 小坂富美子. 医療改革と企業化. 勁草書房. 1991
- 7) 川上 武, 小坂富美子. 医療改革と企業化. 1991:173
- 8) 川上 武, 小坂富美子. 医療改革と企業化.

- 1991：29－30
- 9) 松山幸弘, 河野圭子. 医療改革と統合ヘルスケアネットワーク. 2005：35
- 10) 杉山正樹, わが国の医療改革とこれからの病院経営モデル. 東洋大学大学院紀要2007：43：117
- 11) 矢野経済研究所. 病院グループ徹底分析 2007年版. 矢野経済研究所. 2006：21
- 12) 二木 立. 京都府の介護保険指定事業者の実態調査 私的医療機関・『複合体』の参入を中心として・1. 病院2001：60（11）：969-974
- 13) 二木 立. 京都府の介護保険指定事業者の実態調査 私的医療機関・『複合体』の参入を中心として・2. 病院2001：60（12）：1053-1057
- 14) 埼玉県統計課. 統計からみた埼玉県の地位 平成12年版. 埼玉県統計協会. 2001：153－156
- 15) 埼玉県福祉政策課. 埼玉県地域保健医療計画. 埼玉県. 2002：15-16
- 16) 埼玉県医療整備課. 埼玉県病院名簿（平成18年12月31日現在）. 2007.4. <http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BF00/iryoannzen/hokennjo.html>（2007年9月アクセス）
- 17) 埼玉県医療整備課『埼玉県病院名簿（平成8年12月31日現在）. 1997.4
- 18) 埼玉県社会福祉法人名簿.
http://www.pref.saitama.lg.jp/A03/BB00/sha_fuku_houjin/sha_fuku_houjin.html（2007年9月アクセス）
- 19) さいたま市社会福祉法人名簿.
<http://www.city.saitama.jp/www/contents/1172636598719/files/houjinmeibo.pdf>（2007年9月アクセス）
- 20) 埼玉県「埼玉県介護サービス情報公表システム」
<http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do>（2008年4月アクセス）
- 21) 日本医療機能評価機構「病院機能評価結果の情報提供」. 日本医療機能評価機構.
http://www.report.jcqh.or.jp/cgi-bin/ninteilist.cgi?page_id=hp020N&ken_id=11&record_no=0（2007年9月アクセス）
- 22) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成17年医療施設調査・病院報告 上巻. 厚生統計協会. pp.110-111
- 23) 二木 立. 保健・医療・福祉複合体. 1998：36-37

著者連絡先

大野 博
〒336－0917 さいたま市緑区芝原3-21-10
Tel・Fax：048-875-6762
E-mail：hrshn@dolphin.ocn.ne.jp

Transformation of Hospital Managing Organizations into Medical-nursing Complexes

Hiroshi Oono*

Abstract

This paper examines the characteristic of managing organizations that operate multiple hospitals or hospitals and nursing homes. In particular, it focuses on their market shares in terms of the total number of hospitals and beds they operate, the establishment of such medical-nursing complexes, etc. The number of hospitals in Japan has been decreasing continuously, reflecting the keen competition among hospitals and the government's restructuring of the national health care system. In spite of this severe market climate, there has been a noteworthy growth in hospital chains and health and medical welfare complexes. Thus, it is obviously important to understand the characteristic features and operations of the various managing organizations that run hospitals.

For this paper, the author analyzed all of the 358 hospitals in Saitama Prefecture and found that they are governed by 294 managing organizations. Over 40% of the hospitals and over 60% of hospital beds are under the governance of medical-nursing complexes. From 1996 to 2006, these medical nursing complexes have increased their share in terms of total number of hospitals by 13% and the total number of beds by 11%. Furthermore, 29 new medical-nursing complexes were set up, and there were 6 mergers and acquisitions.

Based on the results of this research, the author summarizes his findings as follows:

- (1) The medical-nursing complexes are the current market leaders in hospital services.
- (2) The expansion of medical-nursing complexes will continue.
- (3) The formation and expansion of medical-nursing complexes can be understood as a diversification of the medical business.

[**key words**] medical-nursing complex, diversification of medical business

* Doctoral Candidate at the Graduate School of Economics and Management, Tohoku University