日医総研ワーキングペーパー

医療機関の安定的・持続的存続のための
施設整備資金調達に関する研究

－新たな存続基盤として 35 年長期・固定金利・低利の公的融資制度構築を－

Ｎｏ．195

2009 年 5 月

日本医師会総合政策研究機構

医療機関の安定的・持続的存続のための

施設整備資金調達に関する研究

－新たな存続基盤として 35 年長期・固定金利・低利の公的融資制度構築を－

日医総研　畑仲卓司　尾崎孝良

角田 政　　吉田澄人

（研究協力）岸本麻衣子

キーワード

◆ファンド　◆民間医療機関　◆安定的・持続的存続

◆資金調達　◆福祉医療機構　◆長期・固定金利・低利融資

◆フラット 35　◆公的融資制度　◆公的財政支援策

ポイント

◆平成 20 年度サブプライム問題の影響が顕在化して、本研究が平成 19 年度の当初設定した、ファンド設立によって医療を投機の対象にしようとする短期的問題への対応は、急を要する局面ではなくなった。（第 2 章参照）しかし民間医療機関が安定的・持続的に存続するための、設備投資資金等の調達ニーズに対応した長期融資環境は、依然整備されていない問題がある。

◆すなわち、民間医療機関においては、快適な療養環境が求められる中、その存続のため施設の老朽化・耐震性強化・バリアフリー化・地球温暖化への対応が必要とされ、これら建設投資のための資金調達が求められている状況にある。（第 7 章参照）

◆現状における病院等建築資金の調達は、福祉医療機構からの融資が仮にあったとしても、資金の一部を短期融資により調達している。このため、金融情勢によっては貸し渋り・貸し剥がしの対象になりやすく、民間医療機関の経営は不安定な状況にある。（第 6 章 1 参照）そして、例えば病院の平均的医業経営指標による売上、利益、減価償却及び病床当りの建築・設備費から、必要とされる借入れ返済年数を試算すると、30 年以上の長期かつ固定金利、低利融資の仕組みが、安定的かつ持続的経営のために大きく求められるものである。（第 6 章 4 参照）そして、こうしたニーズは本研究において行ったアンケート実態調査においても明らかになった。

◆しかし、こうした民間金融機関では出来ない長期・固定金利融資を担っている国の機関である、福祉医療機構における医療貸付事業融資は、平成16年から始まった画一的な「財政投融資改革の総点検の方針」を受け、一貫して縮減している状況にある。(第7章1(3)参照) そしてこれらを背景とした、医療機関における実際の設備投資のための資金調達状況は、アンケート実態調査によって様々な問題点が抽出された。(第4章参照)

◆この結果、現状の福祉医療機構に代表される公的な融資環境は、民間の医療機関における資金調達ニーズに応えるものとなってないことが明らかになった。

◆そこで、建設投資といった資金調達ニーズに対応した公的融資の枠組みを検討するため、財政投融資改革以降の医療分野の位置づけ(第 3 章)や、公的な長期・固定金利・低利融資の先行的事例である住宅金融支援機構の「フラット 35」の融資スキーム(第 5 章)、及び医療機関における資金調達の特性(第 6 章)等についての分析を行った。

◆これらの検討結果を踏まえ、下記のような政策提言を行った。

＜政策提言　１＞

医療機関の安定的・持続的存続のため、35 年長期、固定金利、低利といった資金調達ニーズに対応した、民間の役割分担も含め、申請や償還面で使い易い新たな公的融資制度（スキーム)を構築すべきである。

例えば、国の信用力を活用して低利な長期融資をしたり、国が民間の長期融資の保証やリレー融資をする等。

◆また当面の景気対策の一環として、下記のような政策提言も併せて行った。

＜政策提言　２＞

災害拠点病院と同様、その他の民間病院についても、経済不況対策の一環として、建て替えや耐震補強等のための公的財政支援策を講ずるべきである。(第7章2(2)参照)

目次

はじめに

本編

第１章　研究の目的・方法　1-1

第２章　サブプライム問題前後の国際金融の動向　2-1

第３章　財投改革と福祉医療機構　3-1

第４章　医療機関における資金調達に関する実態調査　4-1

第５章　長期・固定・低利融資の先行的事例―
住宅金融支援機構のフラット３５　5-1

第６章　医療機関における資金調達の特性　6-1

第７章　医療機関における建設投資ニーズ　7-1

第８章　まとめと政策提言　8-1

参考資料編

１　平成１９年研究当初の背景と
研究会の設立について　参-1-1

２　不動産証券化について　参-2-1

３　民間病院の資金調達について　参-3-1

４　平成１９年度にとりまとめた医療機関における
今後の資金調達のための課題（一部抜粋）　参-4-1

５　医療機関における資金調達に関する実態調査結果　参-5-1

はじめに

平成 19 年に、ファンド設立によって医療の土地・建物等設備投資分野を投機の対象にしようとする、商事会社・証券会社の動きがマスコミ紙上で顕在化してきた。

この背景として、医療機関における調達しやすい資金ニーズの高まりがあったが、これは厳しい診療報酬体系の改定とともに、設備投資等長期資金の調達環境が十分整備されておらず、医療機関が安定的・持続的に存続するための融資環境が整備されていない問題があると考えた。

そこで、平成 19 年度に「医療機関資金調達問題研究会」を設立し、①実際に資金調達の問題に直面している医療機関、②福祉医療機構等既存の公的融資機関、③ファンド関連機関、及び④その他公的・民間融資機関等から情報収集を行った。更に、これを基に医療機関における新たな設備投資資金等の調達方法にかかる問題や、新しい資金調達スキーム等の課題を明らかにするための検討を行った。

その後サブプライム問題の影響が顕在化し、本研究が平成 19 年度の当初設定した、ファンド設立によって医療を投機の対象にしようとする短期的問題への対応は、急を要する局面ではなくなった。

しかし、設備投資資金等の調達環境が医療機関のニーズに対応していない状況は変わらないことから、平成 20 年度はサブプライム問題前後の国際金融の動向や、財政投融資改革以降の医療分野の位置づけを踏まえつつ、住宅分野で既に行われている「３５年長期・固定金利・低利融資（間接金融）」の医療分野での必要性等について、医療機関に対するアンケート調査を中心に行い今後の対応の検討を行った。

その結果、福祉医療機構に代表される公的な融資環境は、民間の医療機関における建設投資のための資金調達ニーズを満足させるものではないことが明らかになった。

そして、こうした資金調達ニーズに対応した融資は、民間金融機関では実施困難で、かつ政策的重要性の高い事業であることから、国の直接支援や財政投融資の活用を図る分野であり、国の信用を活用して低利な資金を導入したり、国が民間の長期融資の保証をする等、新たな公的融資スキームを構築すべきであることも明らかになった。

これを踏まえ、「医療機関の安定的・持続的存続のため、35 年長期、固定金利、低利といった資金調達ニーズに対応し、民間の役割分担も含め、申請や償還面で使い易い新たな公的融資制度(スキーム)を構築すべき」との政策提言を行った。

この報告書は本編と参考資料編から構成され、平成 19 年度と 20 年度の検討結果を整理してとりまとめたものを「本編」とし、平成 19 年度の作業の一部とアンケート実態調査結果を「参考資料編」の中に整理したものである。

平成 21 年 5 月

日医総研　畑仲 卓司・尾崎 孝良
角田　　政・吉田 澄人
（研究協力）岸本麻衣子

本　　編

第１章　研究の目的・方法

１．研究の目的

平成 19 年になってから、ファンド設立によって医療を投機の対象にしようとする、商事会社・証券会社の動きがマスコミで顕在化してきた。

こうしたファンドによる、医療機関の土地・建物等設備投資分野を投機の対象とする背景としては、昨今のファンドにおける投資対象の減少といったこととともに、医療機関における調達しやすい資金ニーズの高まりがある。

すなわち、医療機関における背景として、これまでの厳しい診療報酬体系の改定とともに、設備投資等長期資金の調達環境が十分整備されておらず、医療機関が安定的・持続的に存続するための融資環境が整備されていない問題があると考えた。特に、医療機関に公的な融資を行う独立行政法人福祉医療機構は、福祉医療貸付事業の新規融資額を平成 17 年度比で 2 割削減する方針をとっている。

そこで、平成 19 年度に「医療機関資金調達問題研究会」において、①実際に資金調達の問題に直面している医療機関、②福祉医療機構等既存の公的資金提供機関、③ファンド関連機関、及び④その他公的及び民間の資金提供機関等から情報収集を行った。

そして、これを基に医療機関における新たな設備投資資金等の、既存及び新たな調達方法にかかる問題や、新しい資金調達スキーム等の課題を明らかにするための検討を行った。この検討の結果、大きく 6 つの課題が明らかになった。(参考資料編 4 参照)

その後サブプライム問題の影響が顕在化し、本研究が平成 19 年度の当初設定した、ファンド設立によって医療を投機の対象にしようとする短期的問題への対応は、急を要する局面ではなくなった。

しかし、設備投資資金等の調達環境は、医療機関のニーズに対応していない状況は変わらないことから、平成 20 年度では、住宅分野で「フラット３５」といった形で既に行われている、35 年の「長期・固定金利・低利の融資（間接金融）スキーム」の、医療分野での必要性や可能性を中心とした検討を行うこととした。

すなわち、サブプライム問題前後の国際金融動向や財政投融資の動向等を分析した上で、医療機関からみた既存の福祉医療機構等の貸付制度の問題や資金調達ニーズ、先行的長期･固定金利･低利融資スキームの事例､医療機関における資金調達の特性更には、老朽化・耐震性強化・地球温暖化への対応からみた建設投資ニーズ等を分析・検討することにより、医療分野での長期・固定金利・低利融資制度の必要性と可能性を明らかに

し、政策提言を行うものである。

２．研究の視点

本研究は前記のような目的のため、次のような視点から検討を行うこととした。

① 医療機関が安定的・持続的に存続するための融資環境整備分野
② 病院や診療所における建設等設備投資への長期融資分野
③ 長期・固定金利・低利融資制度を中心とした分野
④ 福祉医療機構等の公的な融資制度を中心とした分野

本研究における第１の視点は、これまでの厳しい診療報酬体系の改定の中で、医療機関が安定的･持続的に存続するための融資環境整備分野について研究を行うこととした。
第２の視点としては、本研究では運転資金等短期の資金調達に関わる融資分野は対象とせず、病院や診療所における建設等設備投資といった長期の融資（間接金融）分野について研究を行うこととした。
第３の視点として、本研究では「社会貢献ファンド」とか「私募債」といった直接融資分野は課題の抽出に止め、長期・固定金利・低利といった融資制度を中心に検討を行うこととした。
第４の視点として、本研究では福祉医療機構等の公的な融資制度を中心に研究を行うこととした。

３．研究の方法

本研究は、次のような方法により検討を行った。

① 医療機関における設備投資の長期資金調達ニーズ把握のためのアンケート調査
② 公的長期・固定金利・低利融資制度としての住宅金融支援機構のフラット３５の分析
③ 金融機関・金融専門家からの情報収集

④　サブプライム問題前後の国際金融や財政投融資政策の動向に関する情報収集

①　医療機関における設備投資の長期資金調達ニーズ把握のためのアンケート調査

これまで前記視点からみた、医療機関における設備投資の長期資金調達ニーズの実態は把握されてこなかったため、これを把握するために病院及び診療所を対象としたアンケート調査を行った。

②　公的長期・固定金利・低利融資制度としての住宅金融支援機構のフラット３５の分析

公的長期・固定金利・低利融資制度としての住宅金融支援機構のフラット３５の分析代表的な公的な長期・固定金利・低利融資制度として、最長３５年固定融資制度である住宅金融支援機構のフラット３５を取り上げ、この分析結果を本研究の目的に資することとした。

③　金融機関・金融専門家からの情報収集

本研究分野は、金融に関わる専門的分野での知見を必要としているため、これらの分野については広く金融機関等の金融の専門家から、情報収集を行いつつ研究を進めることとした。

④　サブプライム問題前後の国際金融や財政投融資政策の動向に関する情報収集

本研究の分野は、国際金融や福祉医療機構等財政投融資政策分野と密接な関わりを持つことから、サブプライム問題前後の国際金融や財政投融資政策の動向に関する情報収集を行いつつ、研究を進めることとした。

第２章　サブプライム問題前後の国際金融の動向

この章では、本研究の背景であり、また、研究を開始するための契機でもあった最近までの国際金融の動向についてまとめる。

１．国際金融の動向

（１）強いドル政策とアジア通貨危機

1990 年代、アジアの新興国では高い成長へのポテンシャルを背景に、外資を呼び込むため高金利政策を採用していた。バブル崩壊以降日本などの政策金利は極めて低水準にあったので、アジア各国は日本など国際金融資本市場から短期資金を調達し、それを国内向けの長期資金にスワップ（長短金利スワップ）して長期資金を得た。これは、自国民の貯蓄を奨励することによる投資（民族資本による投資）よりも有利であった。

このようにして、高い金利と投資機会を求める外国資本の流入を促して資本を蓄積する一方で、輸出需要で経済成長するという好循環が成立し、1990 年代半ば頃までアジア各国は、高い経済成長を続けてきた。

一方、米国では、1995 年ルービンが財務長官に就任し、「強いドルは国益である」と宣言した。ルービンは、前任者のベンツェンとは異なり、ドル高を容認し、海外からの投資を歓迎する政策へ方針を転換した。このため、1995 年以降、為替レートは、ドルが高めに推移する傾向になった。

この当時、ドルとの固定相場制度を採用していた多くのアジアの国では、ドルと連動して通貨の価値が騰がってしまった。すなわち、変動相場制を採用している先進国に比較すると、米国に引っ張られる形で輸出品の競争力が下がってしまったのである。これらの国々に投資していた海外投資家は、アジアの成長性に疑問を抱く様になり不安心理が拡がった。

また、ドルと連動しているがためにアジア各国の通貨が実力以上に評価されているとなると、近い将来に変動相場制に移行するとの予測の下、過大評価された通貨を早期に売り（例えばバーツを借りてドルを買う）、変動相場制移行後暴落したくなったと

ころで買い戻せば（先に買ったドルを売ってバーツに換え、借金を返す）利益が出ることになる。これを実行したのがヘッジファンドである。

タイでは、1997 年 5 月 14 日と 15 日にヘッジファンドがバーツを売り浴びせた。

タイの中央銀行は通貨引き下げを阻止するため外貨準備を切り崩して買い支えたりしたが、結局、7 月 2 日にバーツとドルのペッグ制は終わりを告げ変動相場制に移行した。それまでの 24.5 バーツ/ドルだった為替レートが一気に 29 バーツ/ドル台にまで下がり、1998 年 1 月には、56 バーツ/ドルまで暴落した。

かような投資不安が拡がるなか、これまでアジアに投資されていた流動性の高い短期資金（前述のとおり各国ではそれを長期資金にスワップして産業へ投資していた）が急速に流出し、投資が縮小した。

たとえば、アジア通貨危機まで、ASEAN の貯蓄・投資の対 GDP 比率は 33～34%でほぼ均衡していた。アジア通貨危機により、アジアへの投資率（対 GDP 比率）はそれまでの 33%から 26%にまで低下した［水野 2008］。その一方で、手持ちの資金を貯蓄したので貯蓄は低下しなかった。結果として、アジア各国は、貯蓄超過となり、すなわち「資本輸出国」となった。

このため、1997 年のアジア通貨危機以降、アジア各国で稼いだ輸出マネーが米国に一極集中投資されるという資金の流れが作られた。「貧しい国が豊かな国へ貸し付ける」時代になったのである[モハメド・エライアン 2009]。

（２）米国投資への集中と輸出バブル

「強いドルは国益である」とのルービン財務長官の新たな金融政策はそれまでの経済学の常識を覆すものであった。すなわち、伝統的な経済学では、「経常収支の赤字は成長を妨げる」というのが常識であった。

これに対して、「米国はファンダメンタルが強く、多くの投資機会に恵まれているので世界中からの資金が集まる。海外の投資家はドルを欲するからドルは強く（高く）なる。このため、アメリカは海外から集めたマネーで消費大国として世界中から消費財を安く手に入れることができる」という投資銀行業務を国家レベルで当てはめたような理論により、「強いドル政策」が正当化された。

実際、「強いドル」以前の 1975 年～1994 年では、海外から米国への投資は、GDP 比で 2.4%であったが、「強いドル」時代の 1995 年～2007 年には、それが 8.3%に跳ね

上がった。米国投資銀行は、この 3.5 倍に増えた外資に 30～40 倍のレバレッジをかけて運用し、わずか十数年で約 100 兆ドル、日本円にして約 1 京円もの金融資産を生み出したのである。［水野 2008］

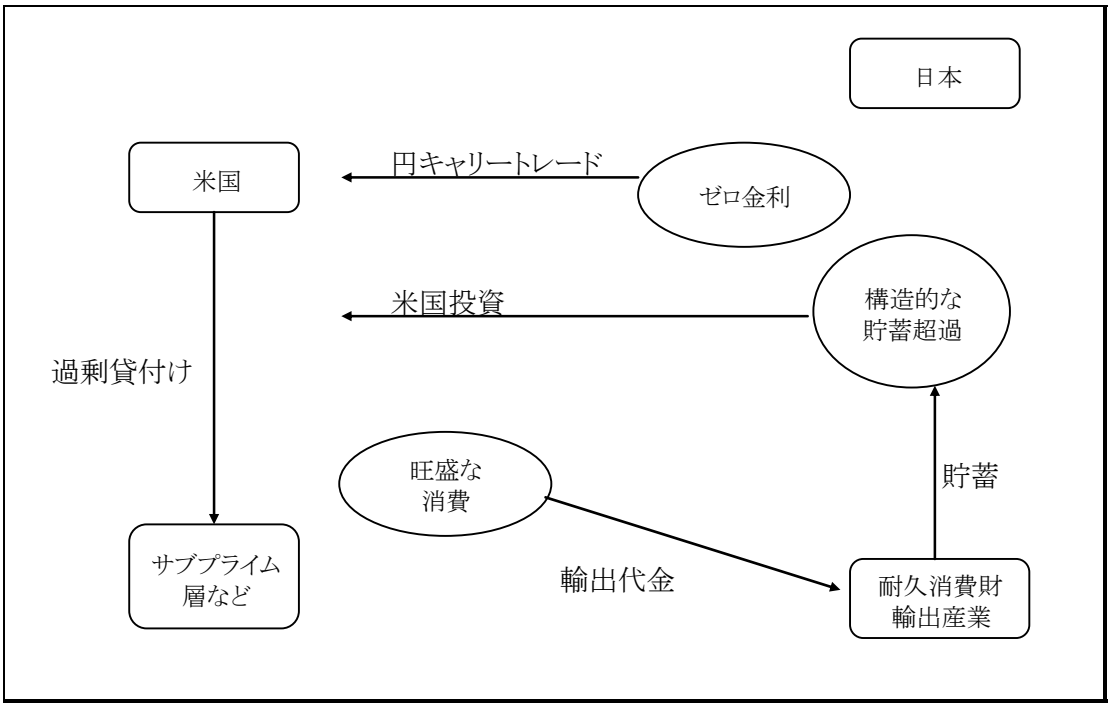
ちなみに、日本は、戦後 60 年間、物作りで海外に輸出する一方で個人は消費を我慢してこつこつと貯蓄することにより、個人資産を 1500 兆円貯めた。米国は、「金額にして 6 倍、期間にして 5 分の 1 で、日本の 30 倍のスピードで・・・アメリカは事実上無から有の資本を手にした」［水野 2008］といわれる。

日本は、1990 年代以降デフレに苦しみ、デフレ脱却のために、マネーサプライを増やす政策を取った。このため、1997 年以降、前人未踏の超低金利（ゼロ金利）の時代を迎える。しかしながら、この政策は、結果としてデフレ脱却にはさほどの効果をあげなかった。

他方で、海外の投資家は「(ほとんど）ゼロ金利の円」を巧みに利用し、「円で借りてドルで運用する」方法で投資した。

日本は、「輸出により外資を稼いで、消費を抑制して貯蓄に励む」という経済構造を換えずに、世界中からのマネーを吸収して好況の米国へ耐久消費財を輸出することにより、長期的な好景気を維持した。

図 2-1 米国投資への集中



（３）日本の医療を投資対象とする動き

他方、我が国では、新自由主義の経済学者＝構造改革論者を中心に、「我が国も米国型の新自由主義的な政策を採用するのであれば、図 2-1 のような投資・輸出構造で旧態依然とした輸出産業を延命させるのでなく、日本国内の投資機会を規制緩和によって生み出すべきである」と提唱されるようになってきた。

その投資機会のひとつが日本の医療であった。

新自由主義などの経済学者は「日本の医療は遅れている」と考えており、その原因を「国民皆保険と各種規制にがんじがらめにされて十分な投資がなされていない」ことに求めた。

このコンテクストから、「医療を市場メカニズムにまかせ、医療の需要供給とも増やし、成長産業として自由に医療分野に投資できるようにする」との考えの下、

・混合診療（医療価格の自由化・市場化）
・DPC などによる経営裁量（医療投入の自由化・市場化）
・病院の株式会社化（医療投資の自由化）
・診療行為の自由化（非資格者による医療労働の自由化）

などが提唱された。本調査研究に着手した 2007 年前後は、まさに「日本の医療分野が投資ファンドや新自由主義者に狙われていた」時期といえる。

約 100 兆ドル（約 1 京円）の「ホームレスマネー」にとっては、将来への値上げ期待によって鞘が抜ければ投資先は何でもよかった訳であり、事実、原油、小麦、とうもろこしなどあらゆる既存の市場がファンドの餌食になったのもこの頃であった。

「ファンドによる医療機関への直接投資（病院建物の所有権を SPC に譲渡する形で投資を受けその返済を家賃化）」を説く論者は、そのメリットについて、①バランスシートのスリム化、②資金の固定化を回避、③小資本で急拡大が可能、④「固定費の変動費化」による効率化、⑤不動産経営から解放され本業に専念できるなどのメリットを挙げるが以下のとおり反論できる。

①バランスシートのスリム化

具体的な効果としては、「資金調達の容易化」及び「株価の上昇」とされるが、前者

は、病院建て替えなどの資金調達が必要になる時には償却・返済が進んでいるのでほとんど無意味であり、後者は、営利を目的としない医療機関には無関係である。

②資金の固定化を回避

需要予測の不安定さを回避できるというものであるが、そもそも医療機関の需要は安定している。

③小資本で急拡大が可能

医療機関では無意味。

④固定費の変動費化

土地・建物という固定費を家賃という変動費に換えることだが、医療機関においては、家賃化した方がかえって高コストになるおそれが大きい。

⑤不動産経営から解放され本業に専念できる

不動産経営に忙殺されている医療機関など存在しない。

このように（当時）多くの「ファンドによる直接投資のメリット」が主張されてきたが、医療機関経営とはほとんど無関係であった。

（４）サブプライム問題の破綻で壊滅した投資銀行

日本の医療界は結果として海外ファンドの投資対象にならずに済んだが、同時期に餌食となったのが、米国の低所得者層であった。いわゆるサブプライム問題である。

サブプライム層とは信用力に問題があり、返済能力に疑問がある顧客層である。

米国の住宅市場において、高級地（すなわち、プライム層の買う住宅）の住宅価格が、1990 年から 2000 年初めにかけて 3 倍も上昇した。つまり、米国住宅市場は、飽和状態になっていたのである。そこで、投資機会に飢えたファンドが、無理矢理開拓したのがサブプライム層への貸し付けである。信用力が劣る借り手なのだから、利率は高く設定されている。この高いリターンだけ取り出して、リスクを他者に押しつければ、うまみのある商品となる。リスクの高い部分を証券化し、さらに CDS（クレジット・デフォルト・スワップ＝あらかじめ予想される損失を補填する保険契約）により、損失がカバーされるとして、格付を上げて、雑多な証券とまぜて販売した。

このような仕組みを支えたのが格付会社の「楽観的な格付け」であった。格付け会社は保証リスクを負う訳でもないので、なるべく「楽観的な格付け」を行い、顧客を増やして手数料を稼ぎたいというインセンティブが働く。このため「格付け会社は、①最近の好調時のみの信用データを採用し、②低格付資産同士の相関を低く想定することによって、ハイリターンの証券化商品にローリスクのお墨付きを与えていた」[柴田 2009]とされる。

信用力が劣り月々の返済が滞るような借り手でも購入した住宅が値上がりしていれば、住宅を売ったときのキャピタルゲインで返せるので、最初数年は低金利にし、高い金利（市場金利）になる前に住宅を売って弁済し、次のローンを組めばよい。

しかしながら、このような「うまい話」が続くはずもなく、住宅バブルは崩壊し、住宅価格は下がり始める。ついに、2008 年 9 月 15 日にリーマンブラザーズは連邦破産法 11 条を申請して事実上倒産した。9 月 17 日には、CDS を提供していた保険会社 AIG に対して連邦準備制度理事会(FRB)は、850 億ドルを上限に緊急融資、その後、同社は政府の管理下に入った。投資銀行であるメリルリンチも 9 月 15 日にバンク・オブ・アメリカに買収されることが決まった。9 月 21 日には、投資銀行のゴールドマン・サックスとモルガン・スタンレーが商業銀行に業態を換えることが決まり、これで米国の投資銀行 5 行はすべて消滅した（なお、ベアー・スターンズは 5 月に J・P モルガン・チェースに買収されている）。[1]

この全投資銀行の消滅は、歴史的にみても大きな事件であり、国際金融界において「ニューパラダイムへのシフト」とされている[武藤 2009]。

２．今後の課題

（１）短期的課題

以上みてきたように、サブプライム問題・リーマンショックに象徴されるファンド崩壊によって、日本の医療界が国際金融市場を徘徊するマネーの餌食になるという懸念は短期的には解消された。

---

[1] なお、これらの動きに対して、①オバマ政権の金融スタッフのほとんどがブッシュ時代と変化ないこと、②規制緩和により証券と銀行の垣根が低くなっている現在、商業銀行が投資・投機行動に出る可能性があることを懸念する向きもあり、注意が必要である。

世界的な金融危機が拡がり、倒産や失業者の増大、貧富の格差の拡大など「市場原理主義の目に見える弊害」が認識される中で、市場のグローバル化などを唱えてきた新自由主義の経済学者・構造改革論者も急速に影響力を失ってきている。

このため、①海外ファンドや構造改革論者による「医療を投資対象とし易くするための規制緩和政策」への警鐘、②民間「直接投資」（民間医療ファンド）が暴走し始める前に、その代わりに公的な機関が民間「直接投資」に替わって資金を供給する緊急避難的な仕組みの提案、という２点については、急を要する局面ではなくなったと判断される。

（２）長期的課題

以上のとおり、「医療界を直接投資の対象にする」という動きに関しては、短期的には「危機は去った」といえるが、今後の景気回復や政治動向・世論動向によっては、再び「医療分野を魅力的な投資機会にすべきである」との議論が活発化する可能性は十分予測される。

混合診療（医療サービスの市場化）や病院の株式会社化（医療の営利化を通じた医療への直接投資の自由化）については各論で対抗していくとともに、肝心の医療現場から「投資が不十分なため近代化できない」「民間の直接投資を歓迎する」等の声が出ないように医療機関のニーズを吸い上げて、「民間資金と公的資金のベストミックスによる」「間接金融」という大原則にしたがって、政策の立案・提言をしていくことが重要である。

［参考文献］

モハメド・エラリアン、市場の変相、プレジデント社、2009 年
柴田徳太郎、資本主義の暴走をいかに抑えるか、2009 年
水野和夫、金融大崩壊、日本放送出版協会、2008 年
武藤敏郎、米国初金融再編の衝撃、日本経済新聞出版社、2009 年

第３章　財投改革と福祉医療機構

１．財政投融資の歴史

財政投融資（財投）の歴史は古く、その財源となる郵便貯金制度及びその資金を大蔵省へ預託する制度は明治初期までさかのぼる。

明治 11 年に、郵便貯金は、大蔵省国際局へ預託されることとなり、これにより預金部が創設された。

大正時代に入り、預金部預金法が制定され、法律及び勅令によって、郵便貯金等を原資とする預金部預金と預金分特別会計の積立金に余裕金を加えたものを預金部資金とした。運用は、国債、地方債、国の会計に対する貸付け、特殊銀行債、外国債などであった。

終戦後、債券や貸付金に大きな損失が生じたため、預金部の資産・負債が整理されたが、昭和 26 年に資金運用部資金法が制定され、さらに昭和 28 年には、簡易保険積立金も資金運用部資金に統合された。同じ年から財政投融資計画（財投計画）が策定され、国土保全、災害復旧、産業・技術などへの公的投資が行われてきた。

その後、道路整備（国土の均衡ある発展）や中小企業対策、さらに、住宅・生活環境整備などへの公的投融資が行われてきた。

政策ターゲットは、民間が投融資できない分野という建前であるものの、民間金融機関と比較しても遜色のない調達コストで提供されていた。民間金融機関サイドからは、郵便局という公的なシステムを使うことにより、経済的に非合理な商品（定額貯金が常に槍玉に挙げられていた）が存立可能であったのがその最大の理由とされるが、実際は、当時の金融政策は、「護送船団方式」であり、民間側も極めて生産性が低くコスト高だった点が主因であろう。

その後、財投システムが時代に対応できなくなってきたのは、まず、金利面である。金融の自由化が進む中で、財投金利は法定されているので、市場の変化に対応できない。そこで、昭和 62 年、資金運用部資金法を改正して、預託金利を市場金利と連動するようにした。

しかし、預託金利については、市場金利に 0.2%上乗せしたものであり、資金運用部を通じて財投機関へその金利差コストが転嫁されることになった。郵便貯金や資金運用部への直接の税の投入はないものの、財投機関に対しては各種の利子補給により、

結局は税負担という国民の負担が発生してしまう。この維持コストが無視し得ないものとなり、政府の逼迫した財政事情と当時の特殊法人（財投機関）批判とあいまって、制度の維持は困難となってきた。

こうした経緯を経て行われたのが財投改革である。

２．財投改革

平成 13 年度（2001 年度）に実施された財投改革によって、財政投融資制度は抜本的な見直しが行われた。

郵便貯金・年金積立金の資金運用部への預託義務が廃止され、必要な資金は財投債（国債）の発行によって市場から調達されることになった。すなわち、これまでの郵便貯金等から資金が預託され運用していた仕組みから、融資を行うために能動的に資金を調達する仕組みへと大きな転換が図られた。

昭和 26 年度（1951 年度）に施行された資金運用部資金法は、ちょうど 50 年後に大改正されたことになる。

財投改革以降、財投対象事業の見直しとスリム化、政策コスト分析などディスクロージャーの推進、資産負債管理（Asset Liability Management、以下 ALM）の進展、財投機関に対するチェック機能の充実など、様々な取組みがなされてきた。

平成 13 年度の財投改革によって、郵貯・年金の預託義務は廃止され、財政融資に必要な資金は財投債の発行によって調達されることになった。平成 12 年度末の預託金残高は 428 兆円で、その内訳は郵便貯金が 247 兆円、年金が 140 兆円、その他が 41 兆円であった。郵便貯金・年金の預託期間は基本的に 7 年間であったため、平成 13 年度から毎年度、郵貯・年金の預託の払戻しが行われ、平成 19 年度末では、預託金残高は 84 兆円（郵貯 21 兆円、年金 14 兆円、その他 49 兆円）となった。また、必要な資金の調達のため財投債が発行され、平成 19 年度末では、財投債発行残高は 140 兆円となった。財投計画残高の縮減等に伴い、平成 19 年度末の預託金残高と財投債発行残高の合計額は 224 兆円と、平成 12 年度末の預託金残高（428 兆円）の約半分の水準となった。

平成 13 年度から平成 19 年度までの郵貯・年金の預託金の払戻額は、各年度 40 兆

円～50 兆円程度と巨額であり、必要となる資金を国が全て市場調達した場合の市場への影響等を勘案して、一部の財投債について郵貯・年金等が直接引き受ける経過措置を設けてきたが、これは平成 19 年度で終了し、平成 20 年度からは財投債は全て市中発行されることとなった。

今後、財投機関は、①財投債（国の信用で市場から一括で調達する債券）、②財投機関債（政府保証のない特殊法人債）、③政府保証債（政府保証のある特殊法人債）等で資金を調達することになる（一部直接民間企業から調達する場合あり）。

３．財投機関における今後の資金調達方法

（１）財政投融資貸付金の証券化

そして、平成 19 年度から財政融資資金貸付金の証券化を開始した。財政融資資金の貸付金を担保として証券を発行することは、金利変動リスクの軽減に加え、資金調達手段の多様化につながるものと期待される。

財投債の今後のあり方についてみると、政策的な必要性があり、有償資金の活用がふさわしい事業に融資を行うため、民業補完性や償還確実性等を精査した上で、必要な財投債の発行を行うことが適当であるとされている（財務省・財政投融資に関する基本問題検討会「今後の財政投融資のあり方」平成 20 年 6 月。以下今後の方向性にかかる部分同じ）。

財投債は、国がその信用で発行する債券であるから、国債の一種とも考え得られる。しかしながら、償還・利払いが財政融資資金の貸付回収金によって賄われている点において、租税等を償還財源とする通常の国債とは性格が異なる。このため、財投債は、国民経済計算体系（SNA）上も、一般政府の債務には分類されていない。

とはいえ、財投債の発行に当たっては、引き続き国債管理政策の中で、既存の国債市場のインフラを活用するため普通国債と一体のものとして発行することが適当であるとされている。なお、財投債の年限構成については、財政融資資金の資産負債管理（ALM）の観点をも踏まえ適切に判断する必要がある。

（２）財投機関債

平成 20 年度においては、26 の財投機関が合計で 5.2 兆円の財投機関債を発行する予定であり、また、財投機関債の発行残高は、20 年度末において 13.7 兆円になる見込みである。一定規模を有する財投機関においては、財投機関債を発行するようになり、公社債市場においても一定のシェアを占めるようになった。

財投機関債の発行によって、財投機関は財務状況や経営成績についてＩＲ活動を通じて外部の評価を受けることになるため、事業運営の効率化・透明化が図られるようになる。また、財投機関債の発行は、より有効なＡＬＭ（資産負債管理）を行う場合や、短期の財投機関債の発行によって財投金利より低い資金調達が可能となる場合により効果があると言える。他方で、財投機関債による資金調達は、通常は国債金利である財政融資に比べてコスト増となり、ひいては国民負担の増大を招くおそれがある。また、財投機関債は、必ずしも財投機関の財務状況ではなく、市場環境等によって発行利回りが変動するものであり、かつ、市況によっては安定消化が難しくなる場合もある。

財投機関債は、財投機関に政策実施機関として事業規模の拡大や新規分野への進出を行わせるに当たり、市場が当該事業のリスクを織り込んで評価を行うことで、当該事業の限界費用を認識させるとの役割があり、市場によるモニタリング機能を一定程度果たすものであるとの意見が多かった。一方、財投機関は法律に基づき国によって設立され、事業計画等について主務大臣のコントロール下にあることから、財投機関のディスクロージャーは、本来国会に対して行われる必要があり、その在り方を見直すべきであるとの考え方もある。

財投機関債の今後のあり方についてみると、財投機関のディスクロージャーを促進させ、事業運営の効率化を促すという効果があると考えられるが、このような効果は財投機関債の発行額にかかわらず得られるものであり、他方、財投機関債は財政融資に比べてコスト増となることから、効果と調達コストを勘案しながら、財投機関債の発行額を適切に判断する必要がある。資金調達の規模が少ない財投機関においては、財投機関債の発行ロットが小さくなると、流動性が低く、規模に対するコストも増大するおそれがあることから、相当程度の資金調達を行う財投機関において引き続き財投機関債の発行に努めることが適当と考えられている。なお、財投機関債の発行の有無にかかわらず、全ての財投機関において、民間準拠の財務諸表の作成・公表など、

情報開示の充実が図られている。

（３）政府保証債

財投改革により、国は財投債で調達した資金を財政融資として貸し付けることができるようになり、政府保証債は財投債よりコスト高であること、国にとってオフバランスシート債務であることから、抑制的・限定的に用いることとされてきた。

政府保証債の今後については、以下の４類型に照らして、個別に厳格な審査を行い、過渡的又は限定的に認められることとされている。

ⅰ 民営化の方向性が示されている機関について市場からの資金調達を原則とする形態への円滑な移行を図るための措置としての政府保証債の発行

ⅱ 政府系金融機関における ALM の観点からの政府保証債の発行

ⅲ 外貨貸付に対する資金需要に対応するための政府保証外債の発行

ⅳ 財政融資資金からの借入れが出来ない仕組みとなっている機関における政府保証債の発行

４．財政投融資の対象としての医療分野

「今後の財政投融資のあり方」報告書（財務省・財政投融資に関する基本問題検討会）において、医療分野は、「福祉・医療の分野では、近年、高齢化が急速に進展する中、ゴールドプランや医療法の改正等の福祉・医療政策に応じて、社会福祉施設や病院等の基盤整備を進めてきた。保険制度や社会福祉制度の下、採算性が乏しい中で、福祉施設や医療施設の整備を政策的に進めていくため、長期・低利の融資を行う財政投融資の活用がふさわしい分野である。なお、融資対象の重点化を行うとともに、民間金融機関の融資を促進する観点から、協調融資の拡大を図ることとしている」とされている。

すなわち、①原則としては、財投にふさわしい分野ではあるが、②融資対象の重点化や③民間との協調融資の拡大を図るべき、という方向性である。

５．独立行政法人福祉医療機構

（１）概要

独立行政法人福祉医療機構は、特殊法人等改革により、社会福祉・医療事業団の事業を承継して、平成 15 年 10 月 1 日に福祉の増進と医療の普及向上を目的として設立された独立行政法人である。

独立行政法人福祉医療機構は、国の施策と連携し、福祉医療の基盤整備を進めるため、社会福祉施設及び医療施設の整備のための貸付事業、施設の安定経営をバックアップするための経営診断・指導事業、社会福祉を振興するための事業に対する助成事業、社会福祉施設職員などのための退職手当共済事業、障害のある方の生活の安定を図るための心身障害者扶養保険事業、福祉保健医療情報を提供する事業、年金受給者の生活支援のための資金を融資する事業、年金資金運用基金から承継した年金住宅融資等債権の管理・回収業務及び教育資金貸付けあっせん業務など、多岐にわたる事業を展開している。

この中で、病院、診療所などの医療関係施設、介護老人保健施設の設置・整備に必要な建築資金などを融資するための仕組みとして「医療貸付制度」が用意されている（具体的な制度内容は、4-2 頁参照）。

もともと医療貸付事業は、昭和 35 年に発足した医療金融公庫が行っていたもので、その後、昭和 58 年 臨時行政調査会が「行政改革に関する第 5 次答申（最終答申）」において、社会福祉事業振興会と医療金融公庫の統合を提言し、昭和 60 年に福祉医療機構の前身である社会福祉・医療事業団へ統合されたという経緯である。

福祉医療機構も財投機関であり、長期借入金として財政投融資資金からの借入金がある。また、財投機関債も発行している。

このため、前述した財投改革等の国の財投政策の影響を受ける立場にある。

（２）独立行政法人整理合理化の影響

福祉医療機構は、独立行政法人であるが故に、他の同種の法人と同じく、国の政策点検や、肥大化を防止するためのさまざまな制約が働く。また、従前の特殊法人改革の流れで前述のとおり類似団体との統合もしばしば行われてきた。

また、独立行政法人は、所管大臣の定める中期目標の達成状況について評価されることになる。平成 15 年 10 月に厚生労働大臣が定めた中期目標（平成 15 年 10 月～平成 20 年 3 月）があり、平成 20 年 8 月 27 日厚生労働省独立行政法人評価委員会においてその評価がなされた。

同委員会では、福祉医療機構に対しては、特殊法人から独立行政法人となった経緯を踏まえ、弾力的・効果的な業務運営を通じて、業務の効率性の向上、質の向上及び透明性の向上により国民の求める成果を得ることが強く求められているものとした上で、「効率性、有効性等の観点から、適正に業務を実施したか等の視点に立って評価を行ってきたところであるが、中期目標期間全般については、次のとおり、概ね適正に業務を実施してきた」と一応は前向きに評価されている。

この点について、確かに「効率性、有効性」という意味での法人経営の健全性は評価できるものの、後述（第 7 章・第 8 章）のとおり、医療基盤整備のための公的資金の供給という本来の役割について「量・質ともに十分なされているか？」という点に関しては疑問なしとはしない。

第４章　医療機関における資金調達に関する実態調査

１．調査目的

持続的かつ安定的な経営が求められる医療機関の経営にとって、設備投資のための資金調達は重要な課題である。

このことから、医療機関における資金調達に関する実態調査（以下、本調査という。）により、既存の融資制度における問題点の整理と今後の医療機関における資金調達ニーズを把握することを目的とした。

２．既存の融資制度に対する問題意識

医療機関における主な資金調達先として、公的金融機関である福祉医療機構や民間金融機関としての地方銀行等があげられる。

福祉医療機構はいわゆる財投機関であり、長期借入金として財政投融資資金からの借入金がある。また、財投機関債も発行している。

国による中期目標の枠の中で、これまで福祉医療機構が医療機関における設備投資のための資金調達ニーズに、充分応えてきたとはいいがたい。

特に、福祉医療機構の償還期間が最長 25 年とされている建築・購入のための「新築資金」は相当する病院は少なく、最長 20 年とされている「増改築資金」は医療機関のニーズに応えていないと考えている。

一方で、民間金融機関は昨今のサブプライムローン問題等によりその役割にも懸念が生じており、今後の医療機関の資金調達に関して大きな影響を及ぼしかねないことが危惧されている。

このことから、既存の融資制度のうち、公的金融機関である福祉医療機構の現行の融資条件（表 4-1）による利用や、銀行等民間金融機関の利用の実態を把握することが重要であるとの認識を得た。

表 4-1 福祉医療機構の融資条件

<table>
<tr><th colspan="7">病 院 の 融 資</th></tr>
<tr><th colspan="2">資金種類</th><th>融資を受けられる場合</th><th colspan="2">利 率
平成20年4月1日現在</th><th>償還期間
（うち据置期間）</th><th>融資額
（次の1、2のいずれか低い額）</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">新築資金</td><td rowspan="3">○病床不足地域における新設の場合
○特殊診療機能病院等地域の実情により特に必要と認められる新設の場合</td><td colspan="2">建 築
または
購 入</td><td rowspan="2">年1.6%
（1.3%）</td><td>耐火25年以内
（2年以内）
その他20年以内
（2年以内）</td><td rowspan="3">1.限度額
<u>建築資金　7億2千万円</u>
・看護師宿舎　6,000万円加算
・保育施設　1,500万円加算
・在宅介護支援センター　2,000万円加算
・医療施設近代化施設整備事業のうち電子カルテ等医療情報支援システムを整備する病院　8,000万円加算</td></tr>
<tr><td rowspan="2">賃借</td><td>敷金・保証金等</td><td>15年以内
（1年以内）</td></tr>
<tr><td>権利金</td><td>年2.1%</td><td>5年以内
（6か月以内）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">増改築資金</td><td rowspan="3">甲種</td><td rowspan="3">○病床不足地域における増改築の場合
○増床を伴う特殊診療機能病院等の増改築場合</td><td colspan="2">建 築
または
購 入</td><td rowspan="2">年1.6%
（1.3%）</td><td>耐火20年以内
（2年以内）
その他15年以内
（2年以内）</td><td rowspan="3"><u>2.標準建設費の80%以内（※）</u>
※
①一般病床の病床数200床未満の病院に対する建築資金については融資率90%以内とする。
②臨床研修病院の建築資金については融資率を90%以内とする。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">賃借</td><td>敷金・保証金等</td><td>15年以内
（1年以内）</td></tr>
<tr><td>権利金</td><td>年2.1%</td><td>5年以内
（6か月以内）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">乙種</td><td rowspan="3">○病床充足地域における増改築の場合</td><td colspan="2">建 築
または
購 入</td><td rowspan="2">年2.1%
（1.8%）</td><td>耐火20年以内
（2年以内）
その他15年以内
（2年以内）</td><td rowspan="3"><u>3.土地取得資金　3億円</u>
新築資金及び甲種増改築資金（増床又は移転事業の場合）については、土地取得資金も融資の対象になる。
注1）当該土地が取得済みのものであっても、借入申込年度の前年度4月1日以降に取得（所有権移転登記年月日）したものであれば融資の対象。
注2）土地取得資金のみの融資は行わない。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">賃借</td><td>敷金・保証金等</td><td>15年以内
（1年以内）</td></tr>
<tr><td>権利金</td><td>年2.1%</td><td>5年以内
（6か月以内）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">特 定 病 院</th></tr>
<tr><td colspan="2">特定病院とは</td><td>特定病院についての融資条件</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">①法人の開設する病院であって、次に掲げる病院
ア.地域医療支援病院
イ.医育機関附属の病院（大学病院）
ウ.臨床研修指定病院
エ.医師会が開設する病床数100床以上の開放型病院
オ.特殊診療機能を有する病院で病床数100床以上の病院
カ.精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく指定病院で精神病床を200床以上有している病院

②療養病床を有する病院</td><td rowspan="4">新築・増改築資金</td></tr>
<tr><td>融資限度額</td></tr>
<tr><td><u>原則として12億円</u>
ただし、特に必要と認められる場合には、12億円を超えて融資を受けることができる。</td></tr>
<tr><td>据置期間</td></tr>
<tr><td colspan="2">1貸付が7億2千万円を超え、かつ、建物が耐火構造の場合、据置期間は3年以内</td></tr>
</table>

出所：独立行政法人福祉医療機構「平成20年度医療貸付事業　融資のごあんない」より抜粋して作成した。

尚、利率におけるカッコ内は、10年金利見直し貸付における当初10年間の金利であること、また、実際には金銭消費貸借契約時の利率を適用するとされていることに注意が必要。

３．調査方法

（１）調査対象

日本医師会会員医療機関のうち､病院 2,000 施設と診療所 2,000 施設の合せて 4,000 施設を調査対象とした。

（２）調査票の内容

本調査は、病院・診療所の施設の基本情報の他、4 つの調査内容で構成されている（詳細は参考資料編 5「医療機関における資金調達に関する実態調査結果調査票」を参照)。

① 過去 5 年以内に設備投資資金の融資を受けている施設に関する調査
② 過去 5 年間に借入れを検討したが借入れるに至らなかった理由の調査
③ 経験に基づく金融機関との取引全般に関する調査
④ 今後の資金調達ニーズに関する調査

（３）調査票の配布と回収方法

都道府県医師会への通知のもと、郵便により対象医療機関に送付した。また、回収は、調査票を同封の返信用封筒に入れて郵便により返送された。

① 調査票の配布：平成 21 年 2 月 20 日
② 調査票の回収：平成 21 年 3 月 6 日

（４）調査票の回収状況と客体の構成

調査票を配布した 4,000 施設のうち、回収は 1,264 施設で、回収率は 31.6%であった。また、回収された 1,264 施設のうち、病院の数は 541 施設（病院の回収率 27.1%）で、診療所の数は 723 施設（診療所の回収率 36.2%）であった（表 4-2)。

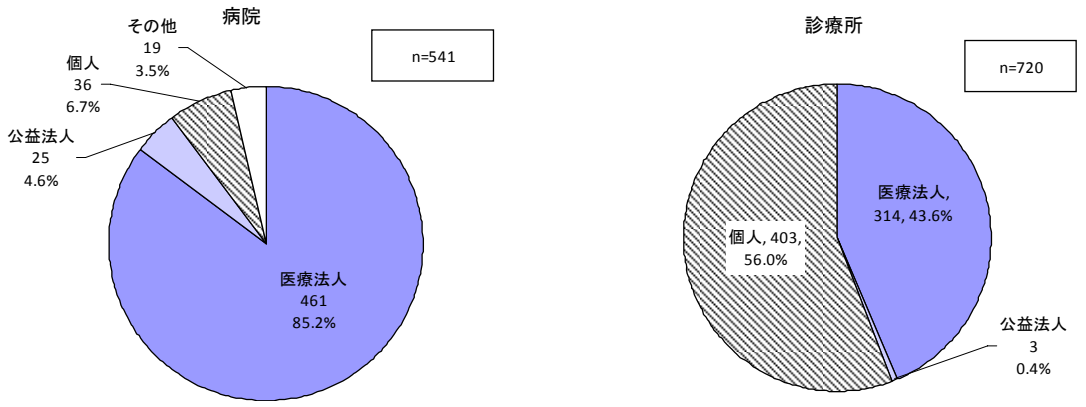
回収された調査票のうち、調査内容すべてについて未回答だった診療所が 3 施設あったため、無効回答とした。そのため、診療所における有効回答数は 720 施設であった。

表 4-2 調査票の配布と回収状況

	病院	診療所	合計
配布数	2,000	2,000	4,000
回収数	541	723	1,264
回収率	27.1%	36.2%	31.6%
無効回答数	0	3	3
有効回答数	541	720	1,261

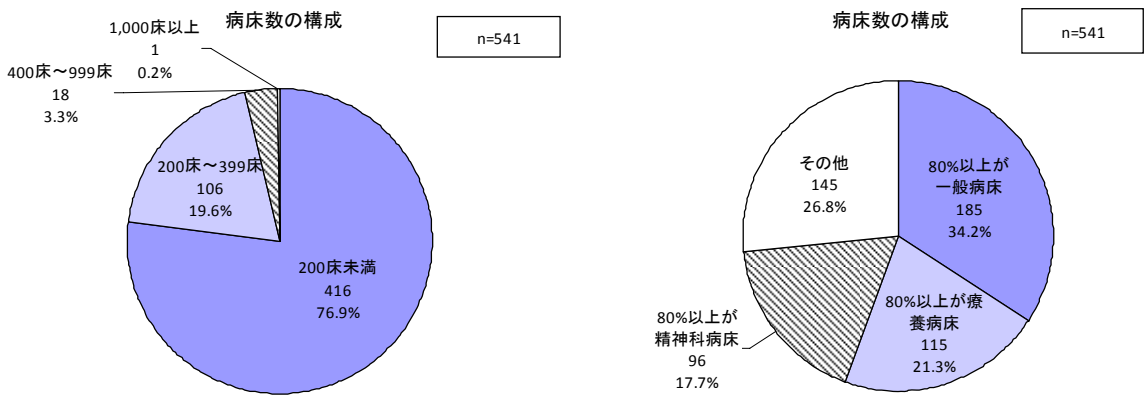
有効回答された 1,261 施設のうち、病院の開設者では医療法人の割合が最も多く、85.2%であった。また、診療所の開設者では個人の割合が最も多く、56.0%であった（図 4-1）。

図4-1 病院・診療所の開設者の構成



病院の規模では、200 床未満の割合が最も多く 76.9%で、病床の種別では、「80%以上が一般病床」が最も多く、34.2%であった（図 4-2）。

図4-2 病床数と病床種別の構成



診療所における有床診療所の割合は 10.4%、無床診療所の割合は 89.6%であった（表 4-3）。

また、診療所における主な診療科のうち最も多い科は内科で、46.0%を占めていた。次いで多い科は眼科で 9.0%であった。（表 4-4）。

表 4-3 診療所における有床・無床の構成

病床の有無	診療所数	構成比
有床	75	10.4%
無床	645	89.6%
無回答	0	0.0%
合計	720	100%

表 4-4 診療所における主な診療科の構成

主たる診療科	診療所数	構成比
内科	331	46.0%
整形外科	54	7.5%
皮膚科	44	6.1%
小児科	52	7.2%
産科/産婦人科	31	4.3%
婦人科	6	0.8%
泌尿器科	11	1.5%
精神科	19	2.6%
眼科	65	9.0%
外科	42	5.8%
耳鼻咽喉科	47	6.5%
その他	18	2.5%
無回答	0	0.0%
合計	720	100%

４．調査結果

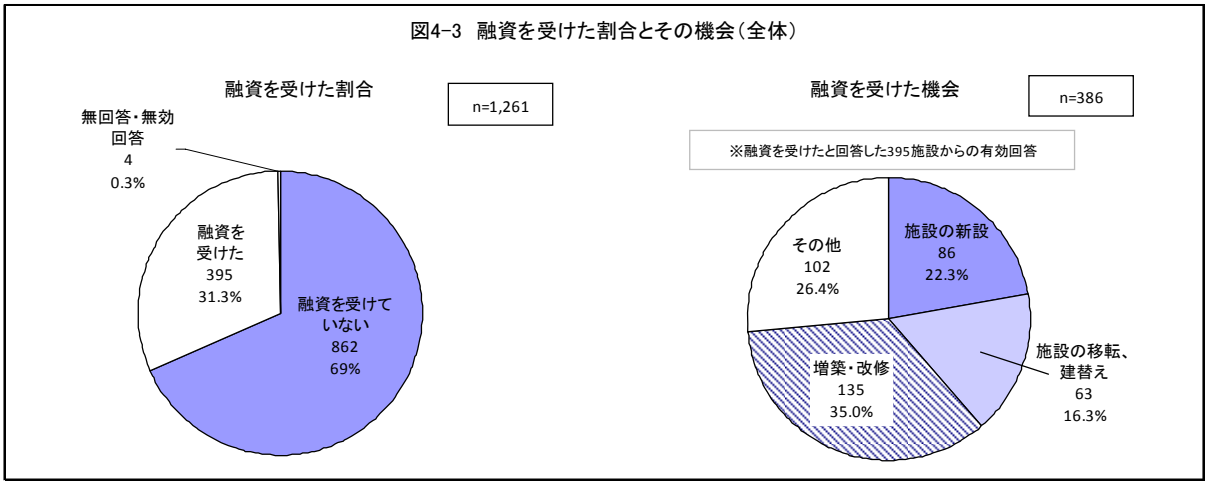
（１）借入れの状況

１）融資を受けた割合とその機会

過去 5 年以内に何らかの設備投資資金の融資を受けた医療機関は 1,261 施設で、「融資を受けた」と回答した施設は 395 施設で 31.3%であった。

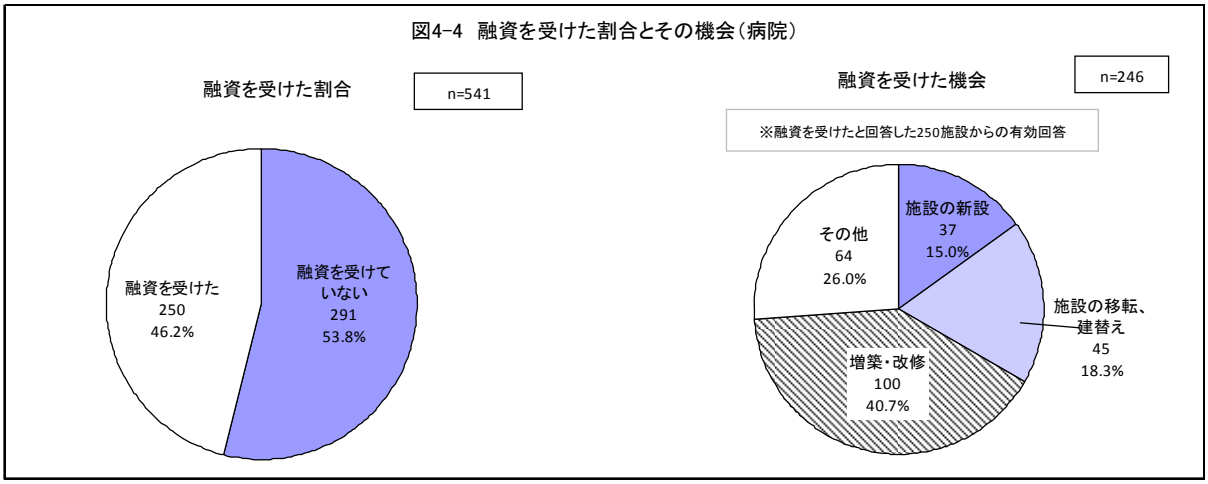
融資を受けた施設のうち、融資を受けた機会を回答した 386 施設では、「増築・改修」が最も多く、35.0%であった（図 4-3）。

図4-3　融資を受けた割合とその機会（全体）



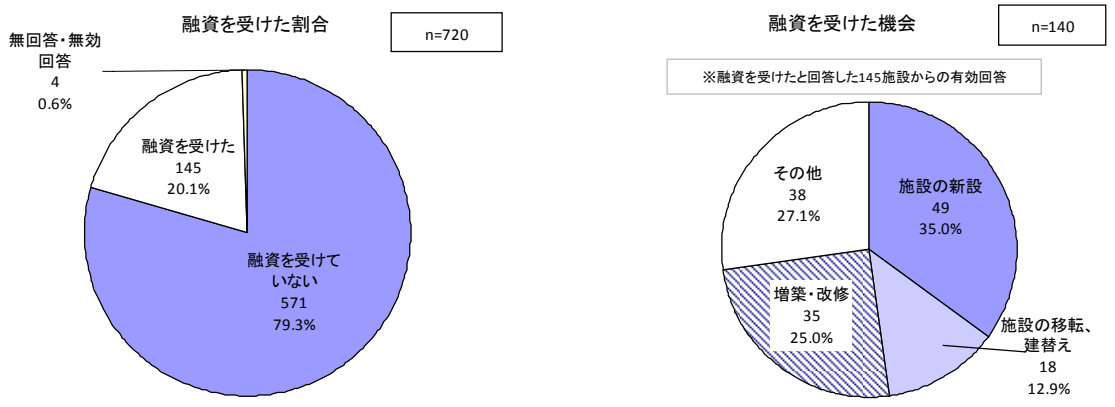
病院における「融資を受けた」割合は、46.2%と多く、そのうち融資を受けた機会では「増築・改修」が 40.7%であった。また、過去 5 年以内に「施設の新設」を行った施設が 37 施設あった（図 4-4）。

図4-4　融資を受けた割合とその機会（病院）



一方、診療所における「融資を受けた」割合は 20.1%で、病院の半分程度の割合であった。また、融資を受けた機会では「施設の新設」が最も多く、35.0%にのぼった（図 4-5）。

図4-5　融資を受けた割合とその機会（診療所）



２）融資を受けた時の財産

病院において、融資を受けた施設が取得した財産では「建物（増築含む)」がもっとも多く、46.2%であった。

一方、診療所では「その他の設備投資」がもっとも多く、38.7%であった。

図4-6 融資を受けた時の財産（病院）

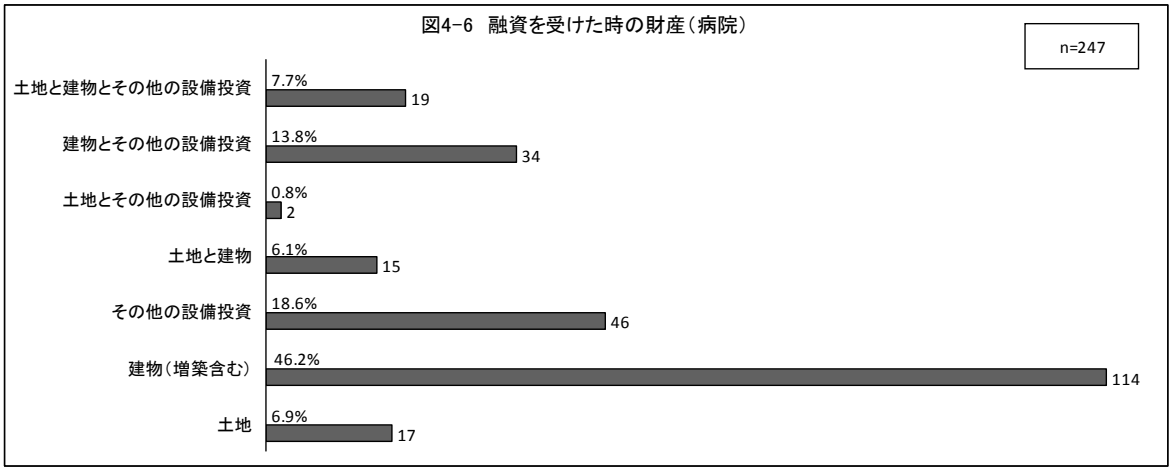
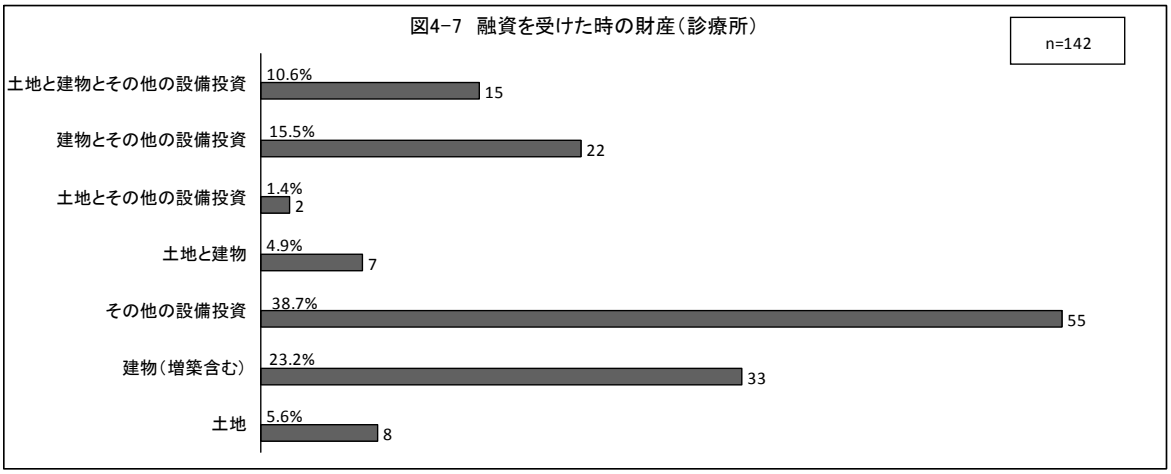


図4-7 融資を受けた時の財産（診療所）



３）設備投資資金の借入れ先

医療機関における設備投資資金の借入れ先について、福祉医療機構、その他の公的金融機関（福祉医療機構以外の公的金融機関）、民間金融機関の 3 つの種別で調査した。

その結果、病院、診療所ともに民間金融機関のみからの借入れがもっとも多く、7 割以上を占めていた（図 4-8、図 4-9）。特に病院では、福祉医療機構がらみの融資実績が全体の 24.3%に止まり、診療所では 2.1%と少なかった。

図4-8 設備投資資金の借入れ先（病院）

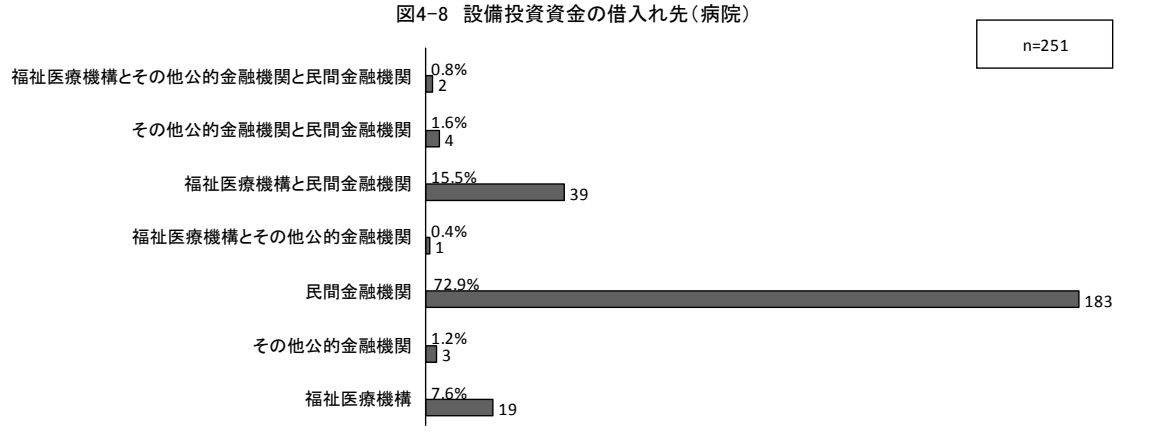
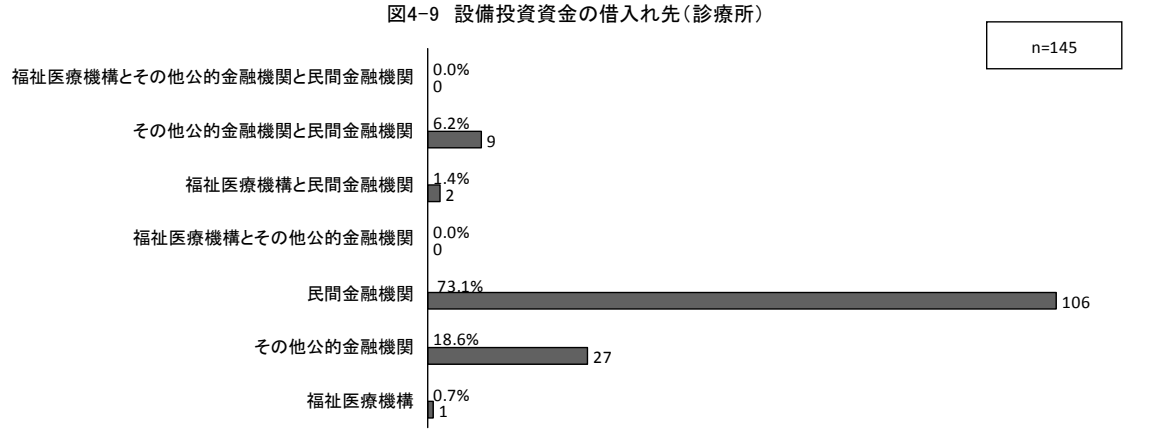


図4-9 設備投資資金の借入れ先（診療所）



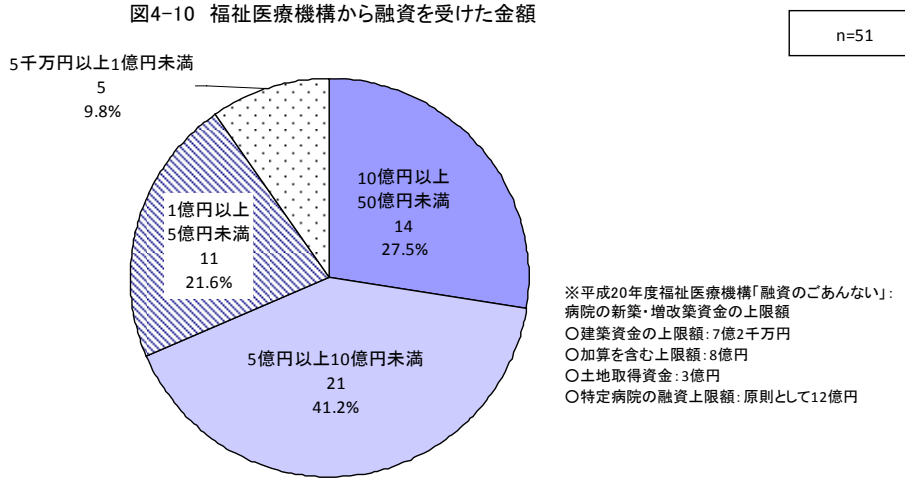
４）福祉医療機構からの融資

①福祉医療機構から融資を受けた金額

設備投資資金として、福祉医療機構から融資を受けた医療機関（民間金融機関等との組み合わせ融資も含む）の融資金額は、「5 億円以上 10 億円未満」がもっとも多く 41.2%で、10 億円未満は 72.5%であった（図 4-10）。

また、福祉医療機構の医療機関に対する融資金額の上限は 7 億 2 千万円（平成 20 年度福祉医療機構「融資のごあんない」）であるが、特定病院に対する原則としての融資額上限等、これを上回る「10 億円以上 50 億円未満」の融資を受けた施設が 27.5%であった。

図4-10　福祉医療機構から融資を受けた金額

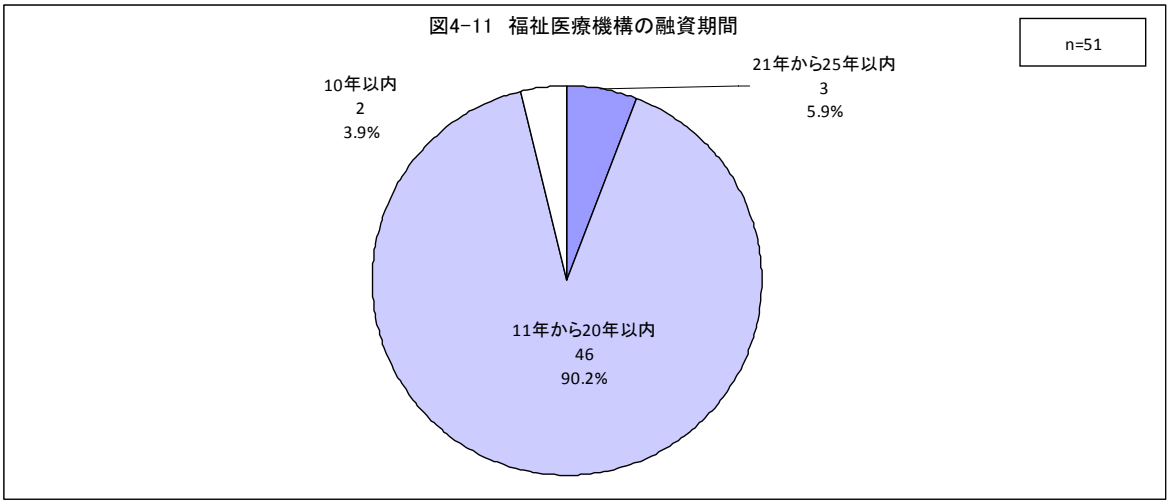


②福祉医療機構の金利と融資期間

福祉医療機構から融資を受けた医療機関 51 施設は、全て固定金利による融資であった。

福祉医療機構から融資を受けた医療機関の 94.1%は、20 年以内の融資期間であった。25 年の融資期間と回答された施設が 3 施設あったものの、25 年の融資を受けるためにはさまざまな条件がある。

この条件とは、病院の新築資金であり、新築資金とは医療施設等をあらたに開設するための資金であることや、病床不足地域における新設であることに加えて耐火であることとされている。そのため、25 年の融資期間は例外的な条件であるといえる。



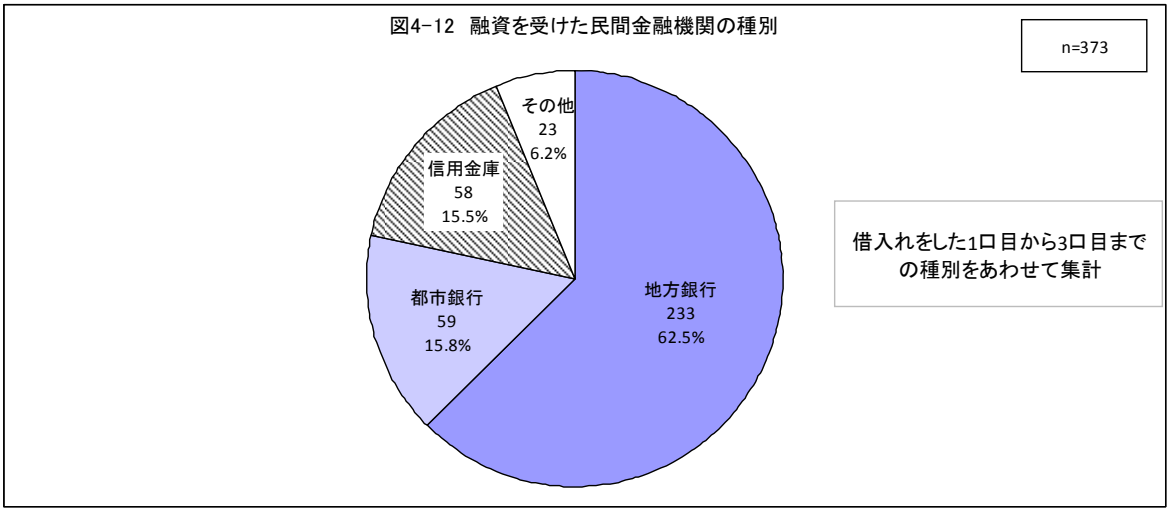
５）民間金融機関からの融資

①融資を受けた民間金融機関の種別

設備投資資金の融資を民間金融機関から受けた医療機関は 373 施設で、もっとも多い民間金融機関の種別は「地方銀行」の 62.5%であった。また都市銀行と信用金庫はそれぞれ 15%程度であった（図 4-12）。

このことは、地域密着型の地方銀行が、現状の医療機関の資金調達ニーズにもっとも応えていることを示唆している。

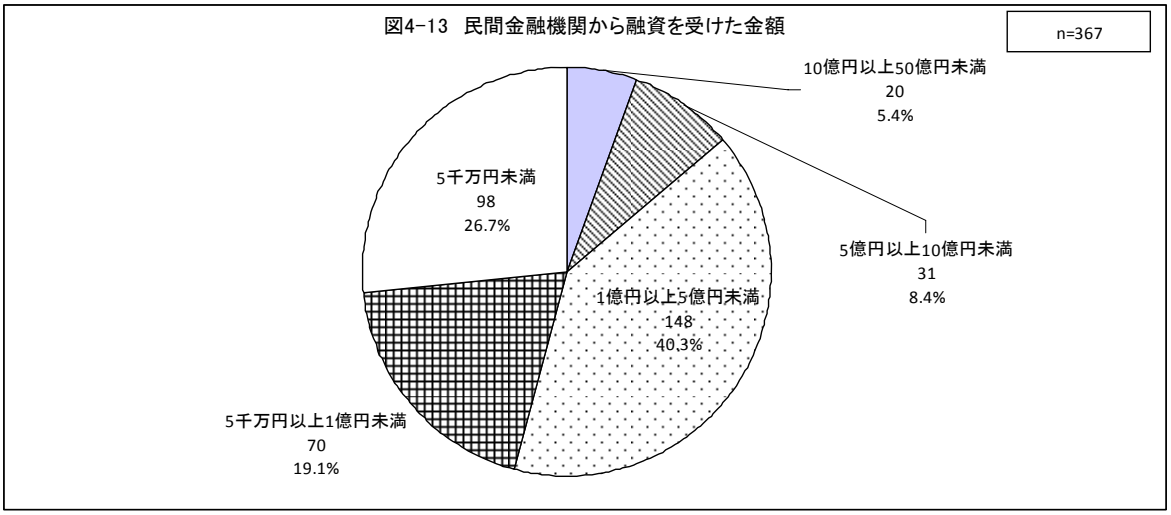
図4-12 融資を受けた民間金融機関の種別



②民間金融機関から融資を受けた金額

民間金融機関から融資を受けた医療機関で、融資額に回答のあった 367 施設では、「1 億円以上 5 億円未満」の融資額がもっとも多く、40.3%であった。

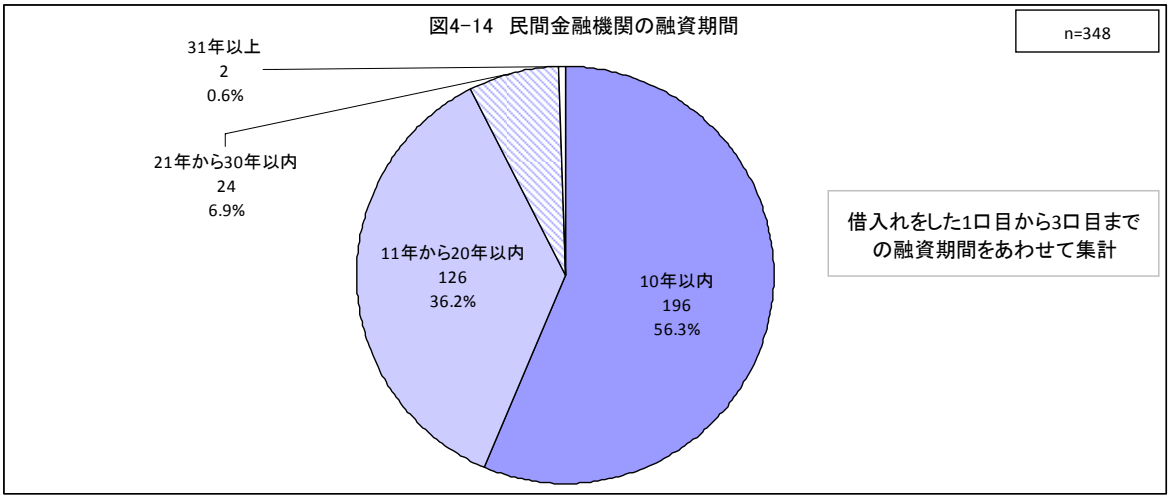
5 億円未満の融資額は全体の 86.1%で、民間金融機関は小口融資が中心であると言える（図 4-13）。



③民間金融機関の融資期間

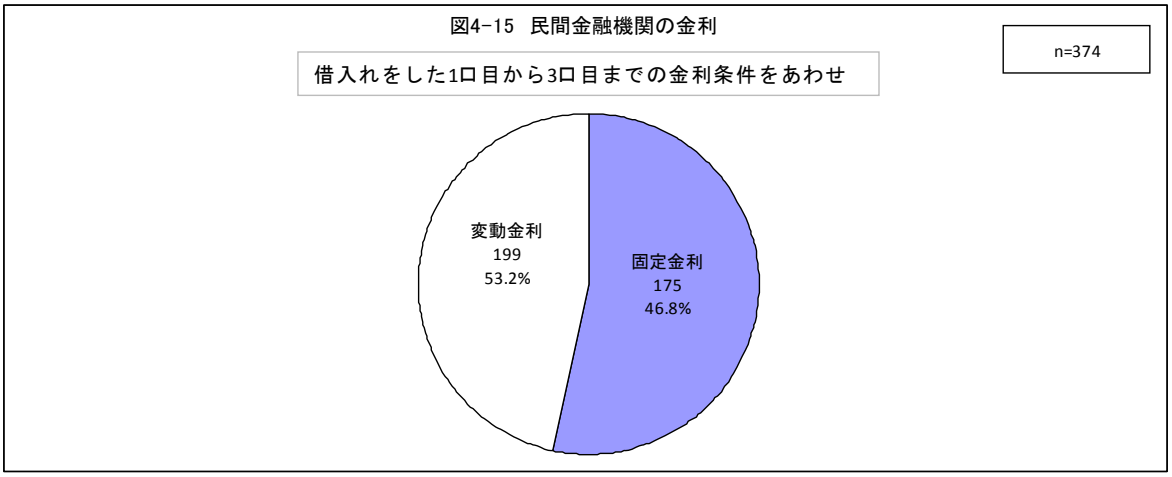
民間金融機関の融資期間は「10 年以内」が半数を超えて 56.3%であった。

さらに、20 年以内までを含めると全体の 92.5%におよび、決して長期の融資ではないことがうかがえる（図 4-14）。



④民間金融機関の金利

福祉医療機構やその他公的金融機関の融資における金利はほぼ固定金利であったが、民間金融機関における金利では「変動金利」が 53.2%を占めている（図 4-15）。



６）融資を受けた１件あたりの平均融資額

病院や診療所が、ひとつの金融機関からどのくらいの設備投資資金の融資を受けているのか、施設から回答を得た融資額をもとに分析を行った。

融資を受けた病院のうち 216 の有効回答施設について、融資 1 件あたり金融機関種別ごとの平均融資額を見てみると、福祉医療機構の 1 件あたり平均融資額は 772.6 百万円で、その他公的金融機関は 318.3 百万円、1 口目から 4 口目までをあわせた民間金融機関は 288.1 百万円となっている（表 4-5）。

一方、診療所に対する平均融資額は、福祉医療機構が 2 件の集計であることを考慮する必要があるが、平均融資額は 55.0 百万円、民間金融機関では 48.2 百万円とほぼ同様の平均額である（表 4-6）。

今回調査した、216 の病院における 333 件の融資額合計は約 1,200 億円で、145 の診療所における 133 件の融資額合計約 60 億円の 20 倍の規模であった。

また、病院における融資額合計約 1,200 億円のうち、民間金融機関が約 800 億円で、20 年以内が大多数の融資期間である民間金融機関が大きな役割を占めていることが注目される。

表 4-5　病院に対する平均融資額

単位：百万円

	福祉医療機構	その他 公的金融機関	民間金融機関	合計
件数	49	7	277	333
融資額合計	37,858	2,228	79,804	119,890
1件あたり平均融資額	772.6	318.3	288.1	360.0

注：融資を受けた病院250施設のうち一部無回答と無効回答を除く216施設で集計した。また、件数及び融資額合計は複数の金融機関からの借入れのすべてを合算している。

表 4-6　診療所に対する平均融資額

単位：百万円

	福祉医療機構	その他 公的金融機関	民間金融機関	合計
件数	2	22	109	133
融資額合計	110	621	5,257	5,988
1件あたり平均融資額	55.0	28.2	48.2	45.0

注：融資を受けた診療所145施設のうち一部無回答と無効回答を除く105施設で集計した。また、件数及び融資額合計は複数の金融機関からの借入れのすべてを合算している。

７）民間金融機関の種別単位による融資を受けた１件あたりの平均融資額

前項における病院の平均融資額のうち、民間金融機関は 1 件あたり平均が 288.1 百万円であったが、全国規模の都市銀行や地域単位で事業を行う地方銀行や信用金庫等、種別によって融資規模が異なると考えられる。

そのため、民間金融機関の 1 口目から 3 口目まで、具体的な種別ごとについて再分析を行った。

融資を受けた病院のうち 216 の有効回答施設について、融資 1 件あたり金融機関種別ごとの平均融資額では、都市銀行が 419.4 百万円で、地方銀行は 279.6 百万円であった（表 4-7）。

一方、診療所に対する平均融資額は、地方銀行による平均融資額 58.4 百万円が、福祉医療機構の平均融資額 55.0 百万円や都市銀行の平均融資額（31.0 百万円）を上回っている（表 4-8）。

表 4-7　病院に対する金融機関別平均融資額

単位：百万円

	福祉医療機構	その他 公的金融機関	都市銀行	地方銀行	信用金庫	その他の 民間金融機関	合計
件数	49	7	42	176	52	6	332
融資額合計	37,858	2,228	17,614	49,205	8,255	556	115,716
1件あたり平均融資額	772.6	318.3	419.4	279.6	158.8	92.7	348.5

注：融資を受けた病院250施設のうち一部無回答と無効回答を除く216施設で集計した。また、件数及び融資額合計は複数の金融機関からの借入れを合算している。
但し、民間金融機関では借入れ先を調査していない4口目を除く1口目から3口目までの集計である。

表 4-8　診療所に対する金融機関別平均融資額

単位：百万円

	福祉医療機構	その他 公的金融機関	都市銀行	地方銀行	信用金庫	その他の 民間金融機関	合計
件数	2	22	17	57	16	17	131
融資額合計	110	621	527	3,327	598	740	5,923
1件あたり平均融資額	55.0	28.2	31.0	58.4	37.4	43.5	45.2

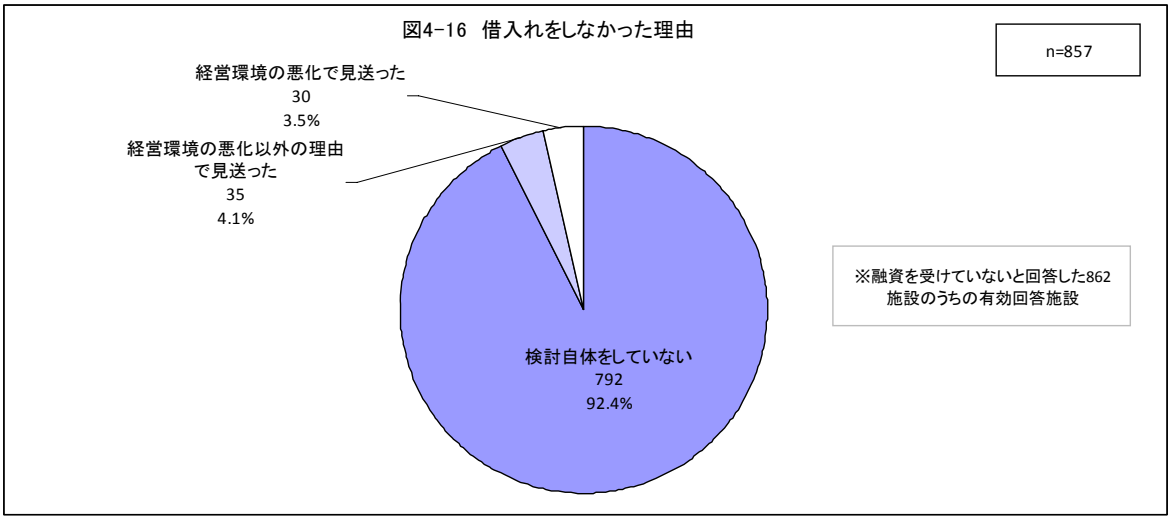
注：融資を受けた診療所145施設のうち一部無回答と無効回答を除く105施設で集計した。また、件数及び融資額合計は複数の金融機関からの借入れを合算している。
但し、民間金融機関では借入れ先を調査していない4口目を除く1口目から3口目までの集計である。

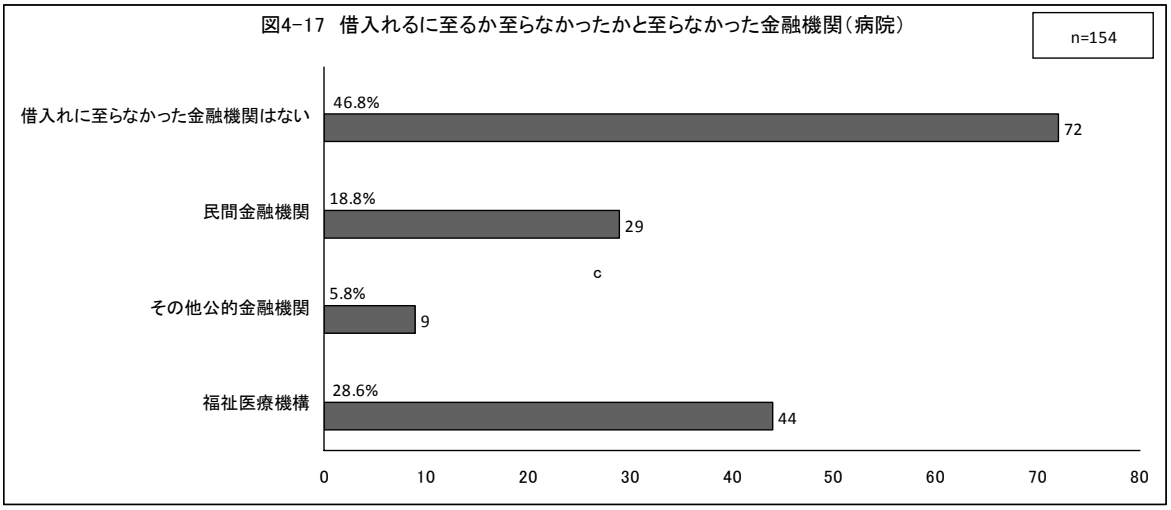
（２）借入れに至らなかった状況

１）借入れをしなかった理由と借入れに至らなかった金融機関

過去 5 年間に設備投資資金の融資を受けなかった医療機関 862 施設（全体の 68.4%）のうち、有効回答された 857 施設について「借入れをしなかった」状況を調査したところ、借入れをしなかった理由としてもっとも多い回答は「検討自体をしていない」で、92.4%を占めた（図 4-16）。

これとは別に、病院のうち、金融機関の種別ごとに借入れに至ったか至らなかったかを回答した 154 施設では、半数近くの施設が「借入れに至らなかった金融機関はない」（46.8%）と回答しているものの、福祉医療機構から「借入れるに至らなかった」と回答した病院が 28.6%で、金融機関の種別ではもっと多かった（図 4-17）。





２）福祉医療機構や民間金融機関から借入れるに至らなかった理由

福祉医療機構から借入れるに至らなかった、病院や診療所 49 施設の具体的な理由としては、「具体的なコンタクトはとらなかった」ことがもっとも多く、ほぼ半数の 49.0%であった。

一方、民間金融機関から借入れるに至らなかった医療機関 52 施設の場合、福祉医療機構やその他公的金融機関とは違い、「借入れ条件等が折り合わなかった」という理由が、半数近い 46.2%であった。

福祉医療機構の場合、借入れ条件等が折り合わなかった（28.6%）や他の金融機関をえらんだ（22.4%）理由とは異なり、福祉医療機構は医療機関にとって具体的なコンタクトがとりずらい金融機関である可能性が高い（図 4-18、4-19）。

図4-18　福祉医療機構から借入れるに至らなかった理由

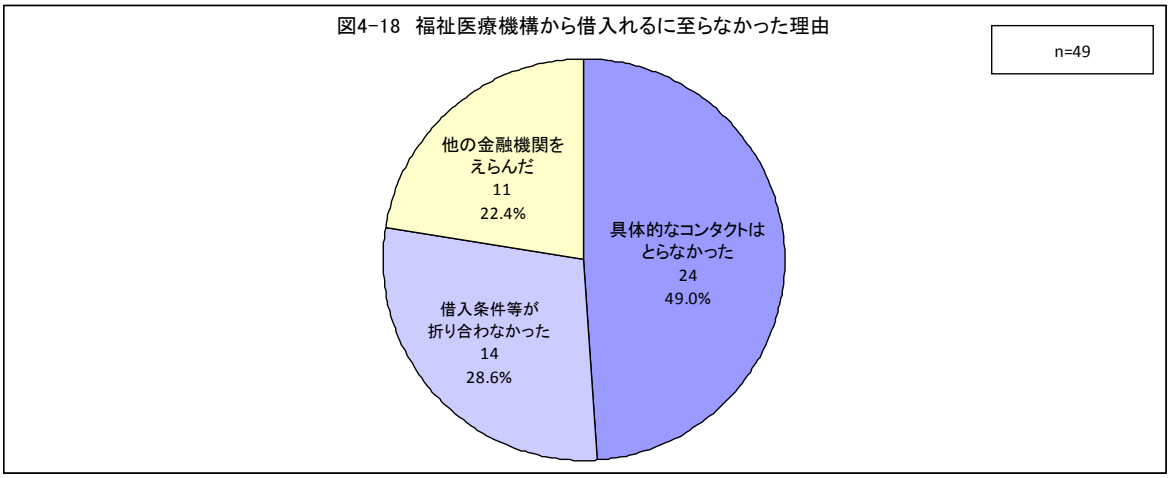
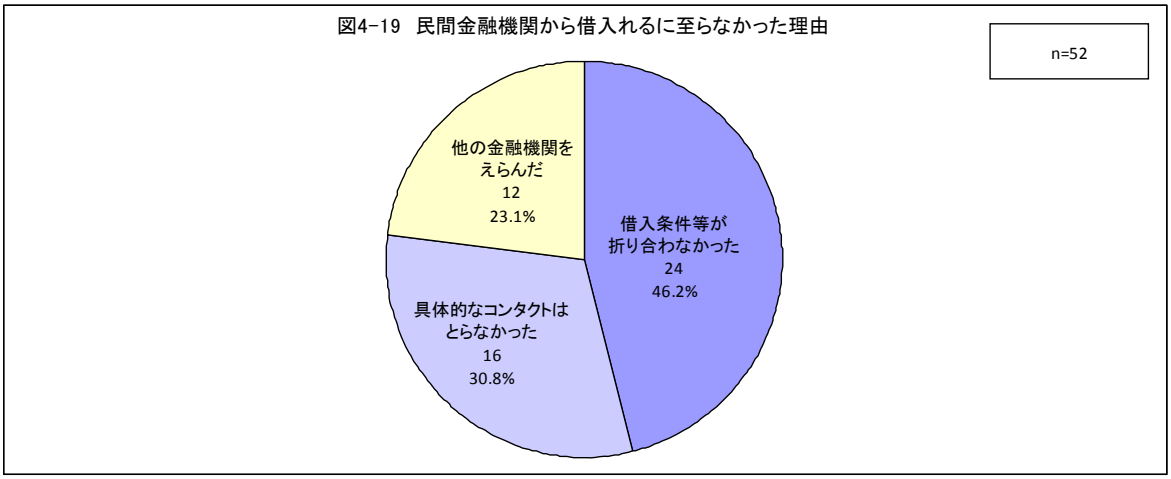


図4-19　民間金融機関から借入れるに至らなかった理由



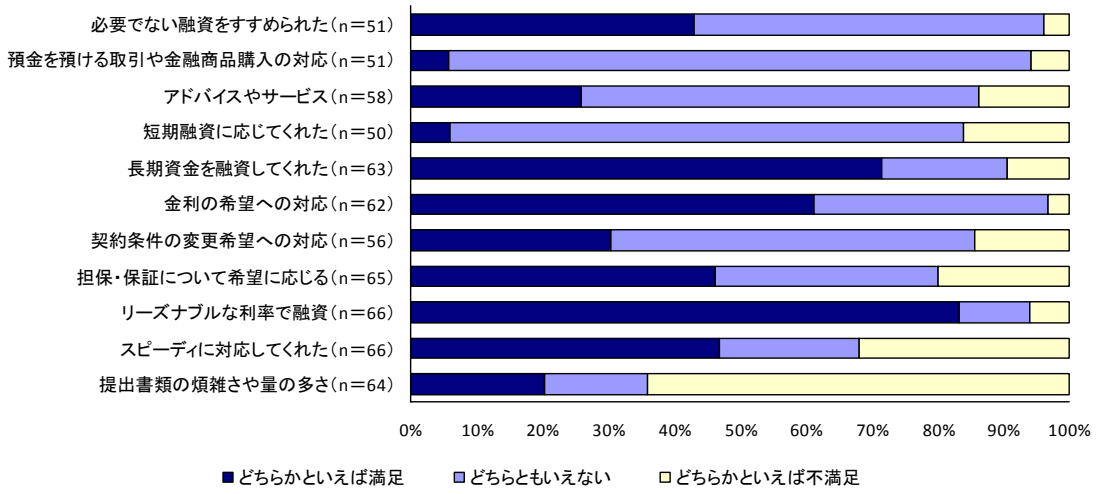
３）福祉医療機構に対して満足だった点と不満足だった点

過去 5 年間に福祉医療機構の融資を受けて、借入残高を有していた医療機関に、福祉医療機構との取引関係について満足だった点と不満足だった点を調査した。

「スピーディに対応してくれた」、「提出書類の煩雑さや量の多さ」について、「どちらかといえば不満足」と回答した割合が多く、スピーディな対応では 30%以上、提出書類の煩雑さや量の多さでは 60%以上と高かった。

一方、「リーズナブルな利率で融資」、「長期資金を融資してくれた」については、満足度が高かった（図 4-20）。

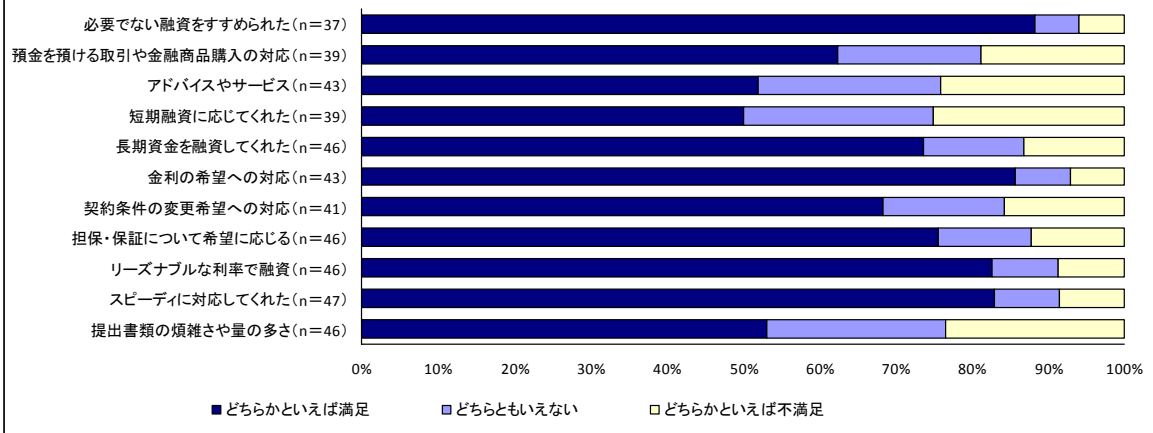
図4-20 福祉医療機構に対して満足だった点と不満足だった点



４）その他公的金融機関に対して満足だった点と不満足だった点

過去 5 年間にその他公的金融機関の融資を受けて、借入残高を有していた医療機関における、その他公的金融機関との取引関係では、多くの調査項目で満足度が高かった（図 4-21）。

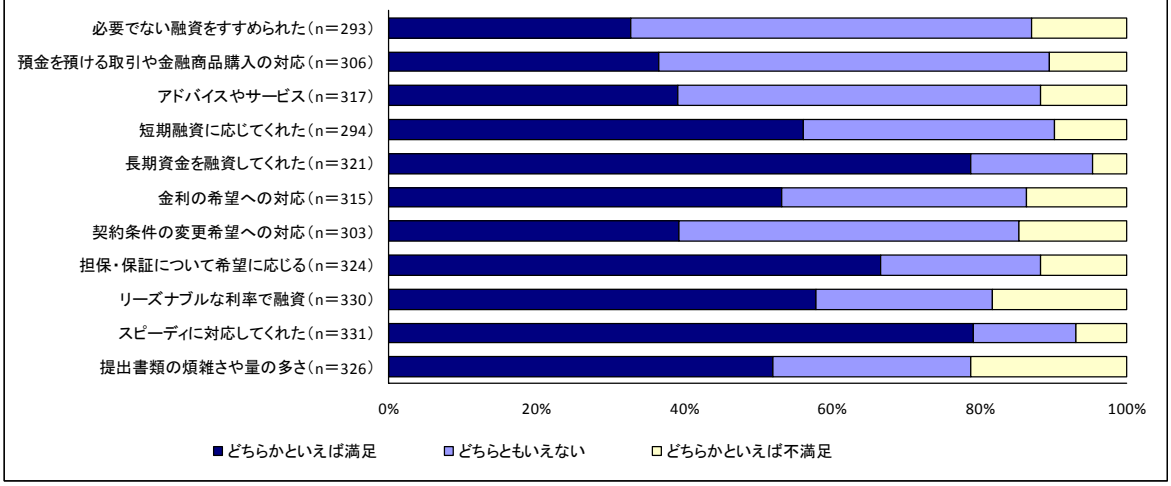
図4-21　その他公的金融機関に対して満足だった点と不満足だった点



５）民間金融機関に対して満足だった点と不満足だった点

過去 5 年間に民間金融機関の融資を受けて、借入残高を有していた医療機関における、民間金融機関との取引関係では、「長期資金を融資してくれた」、「スピーディに対応してくれた」等の調査項目について満足度が高く、福祉医療機構に対する満足度を上回っていた。また、福祉医療機構やその他公的金融機関と比較して、「どちらかといえば不満足」と回答された割合が少なかった（図 4-22）。

図4-22　民間金融機関に対して満足だった点と不満足だった点



（３）今後の資金調達ニーズについて

１）今後の新規借入れの予定

医療機関におけるこれまでの融資実績を踏まえて、今後の資金調達ニーズを把握するために、新規借入れの検討の有無を調査した。

今後借入れの検討を予定している病院は 44.8%で、半数近くに及んでいる一方で、診療所で検討を予定している割合は 10.6%であった（図 4-23、4-24）。

図4-23　今後の新規借入れの検討予定（病院）

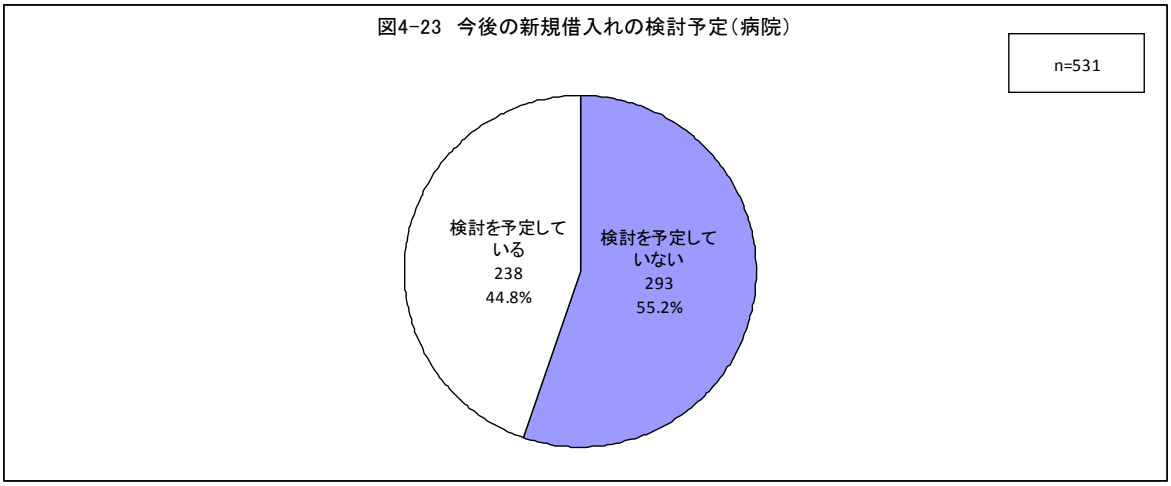
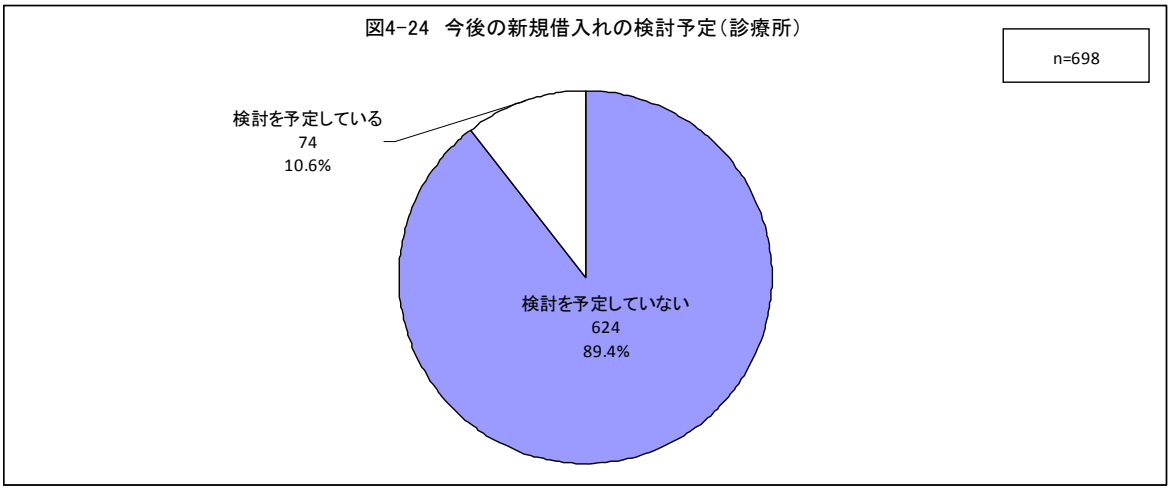


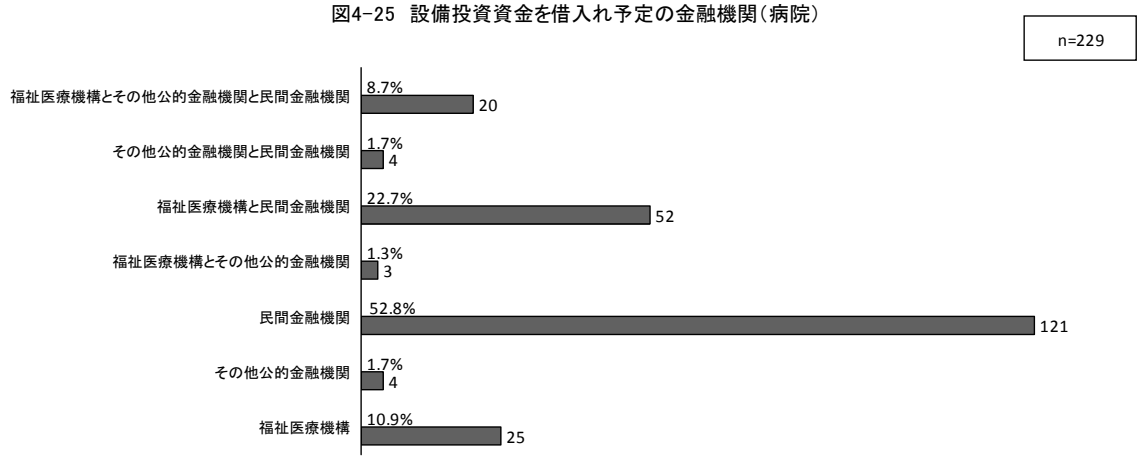
図4-24　今後の新規借入れの検討予定（診療所）



２）設備投資資金を借入れ予定の金融機関

今後借入れを予定していると回答した 229 の病院のうち、民間金融機関からの借入れを予定している割合がもっとも多く、「民間金融機関」のみ予定をしている割合は 52.8%であった。次に多かったのが「福祉医療機構と民間金融機関」の組み合わせで 22.7%であった（図 4-25）。

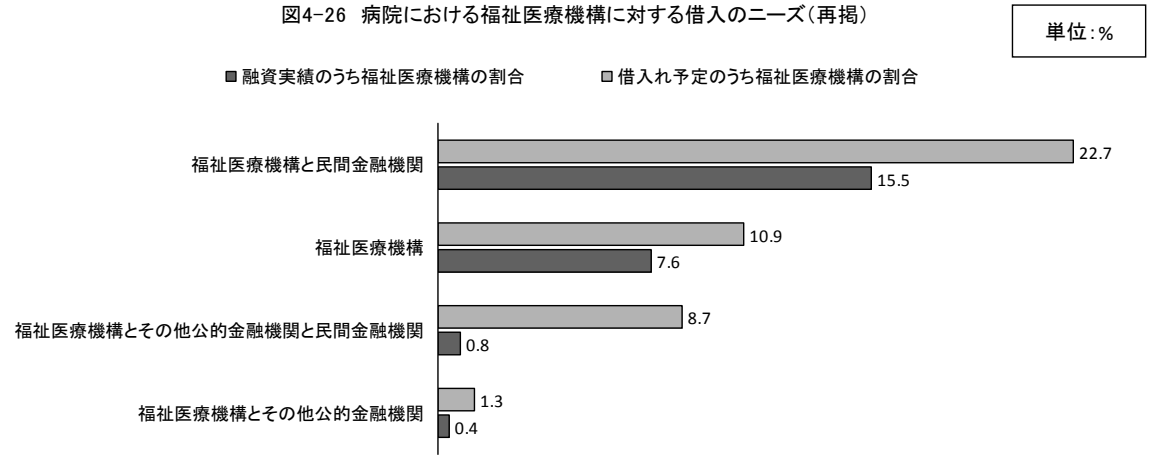
図4-25　設備投資資金を借入れ予定の金融機関（病院）



今後の福祉医療機構がらみの借入れニーズを分析するために、これまでの融資実績と借入れ予定との比較を行った。

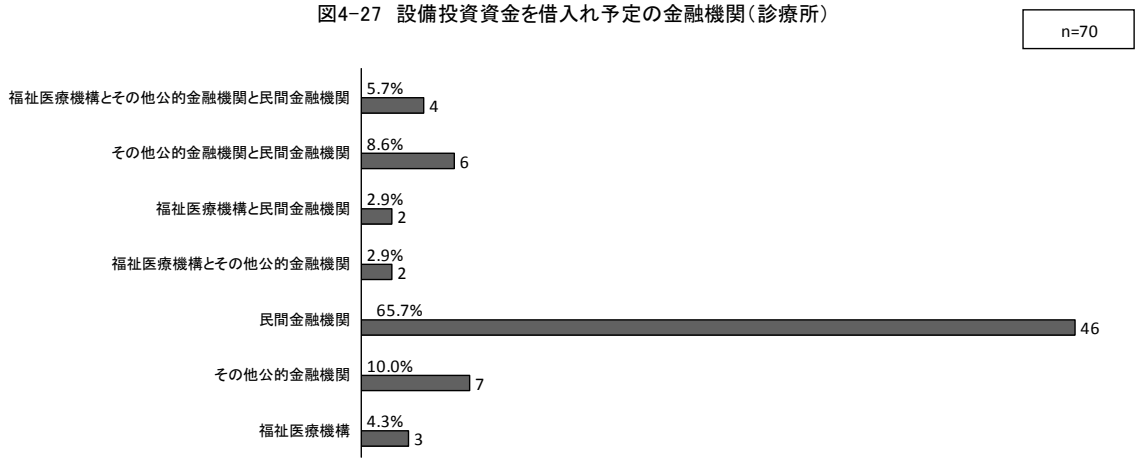
病院における、これまでの福祉医療機構がらみの融資実績は合計で 24.3%であったが、今後の借入れ予定先では 43.6%を占めており、福祉医療機構に対する資金調達ニーズはこれまでの実績の約倍になっている（図 4-26）。

図4-26　病院における福祉医療機構に対する借入のニーズ（再掲）



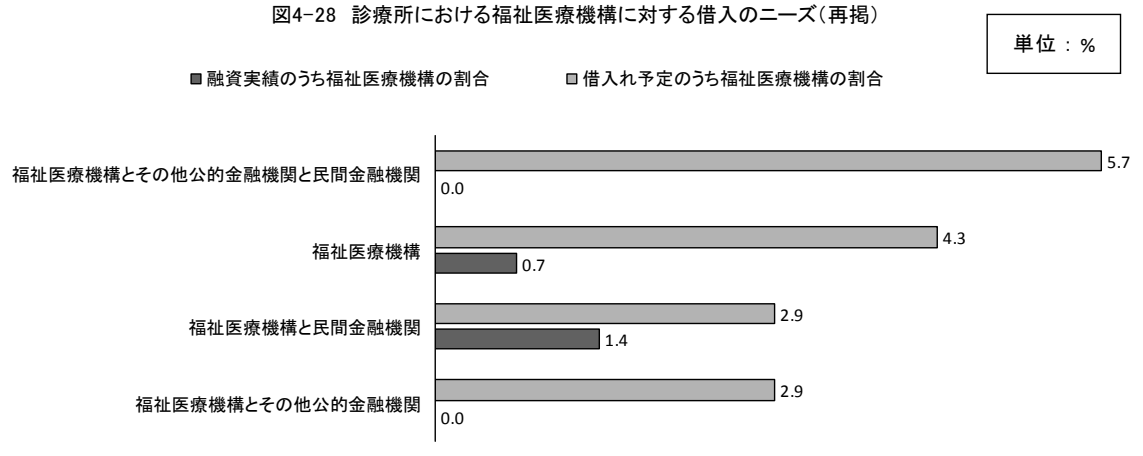
一方、今後借入れを予定していると回答された 70 の診療所では、病院と同様に民間金融機関からの借入れを予定している割合がもっとも多く、「民間金融機関」のみ予定をしている割合は 65.7%であった。その他公的金融機関や福祉医療機構、さらに複数の金融機関の組み合わせ 10%を超える回答はなかった（図 4-27）。

図4-27 設備投資資金を借入れ予定の金融機関（診療所）



診療所におけるこれまでの福祉医療機構がらみの融資実績は合計で 2.1%に留まっていたが、今後の借入れ予定先では 15.8%に上り、診療所における福祉医療機構に対する資金調達ニーズは大きいと考えられる（図 4-28）。

図4-28 診療所における福祉医療機構に対する借入のニーズ（再掲）



３）30 年以上の長期、且つ、固定の融資制度の必要性

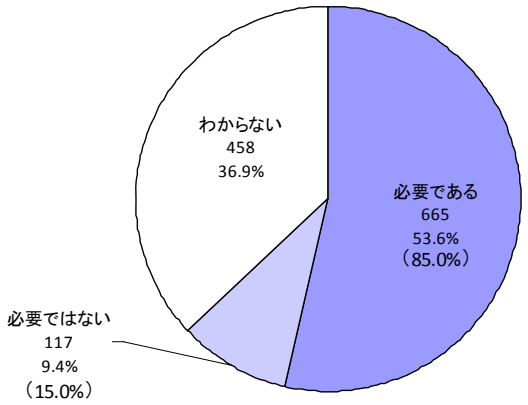
現在の設備投資における融資制度では、20 年を超える融資期間はほとんどなく 1 割にも満たない。そのため本調査では、ひとつの試みとして、住宅の購入等における融資制度である「フラット 35」の償還期間や金利を示したうえで、医療機関に対する 30 年以上の長期、且つ、固定金利による融資制度の必要性を聞いた。

調査の結果、回答全体から「わからない」を除いた回答のうち、85.0%が「必要である」との回答であった。(図 4-29)。

また、新規に借入れを予定していると回答した 121 施設のうち 74.4%が「必要である」との回答であったが、これは「わからない」を除いた回答のうち、92.8%も占めている（図 4-30)。

図4-29　30年以上の長期、且つ、固定金利の融資制度の必要性

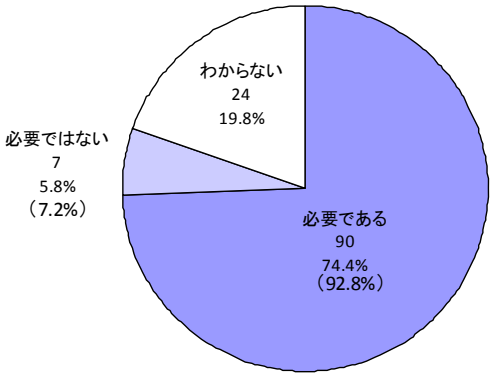
n=1,240



※カッコ内は「わからない」の回答を除いた母数に対する割合

図4-30　30年以上の長期、且つ、固定金利の融資制度の必要性（新規借入れ予定施設注に限る）

n=121



※カッコ内は「わからない」の回答を除いた母数に対する割合。

注）新規借入れ予定施設の数は、図4-23、4-24で「検討を予定している」と回答した施設のうち、予定している内容として、設備投資の機会、取得しようとする財産、借入れ予定先に関する設問と、希望する金利条件の設問をすべて回答した123施設のうち、本設問に回答されている施設の数である。

４）耐震性強化やバリアフリー化への対応、省エネルギーや地球温暖化等への取組みを考慮した政策融資の必要性

医療機関のこれまでの新築や増築・改修では、耐震性の強化やバリアフリー化への対応を中心に行われてきた。

今後は、これらに加えて省エネルギー化や地球温暖化に配慮した新築や増築・改修が見込まれていることから、これらの取組みに対する政策融資の必要性を調査した。

1,239 の医療機関のうち「必要である」と回答された割合は 84.2%であった（図 4-31）。

さらに、新規に借入れを予定していると回答された施設でその必要性は増えており、122 施設のうち 92.6%が「必要である」と回答している（図 4-32）。

図4-31 耐震性強化等の政策融資の必要性

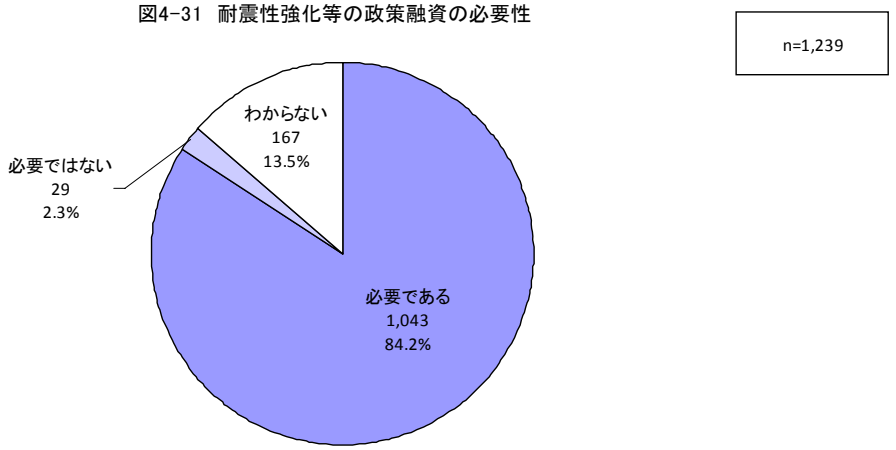
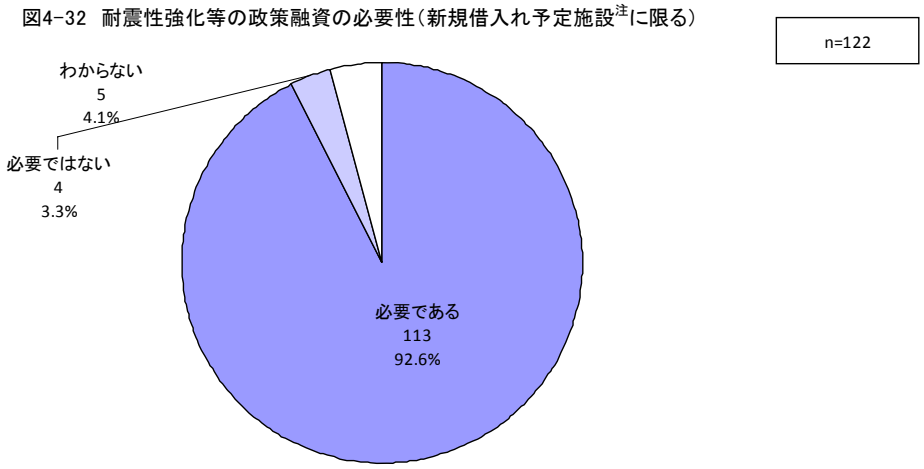


図4-32 耐震性強化等の政策融資の必要性（新規借入れ予定施設注に限る）



注）新規借入れ予定施設の数は、図4-23、4-24で「検討を予定している」と回答した施設のうち、予定している内容として、設備投資の機会、取得しようとする財産、借入れ予定先に関する設問と、希望する金利条件の設問をすべて回答した123施設のうち、本設問に回答されている施設の数である。

５）病院債・医療法人債による資金調達の有効性

医療機関が福祉医療機構や銀行等から受ける融資だけでなく、医療機関が投資家等から直接資金を集める直接金融の必要性について調査した。

病院債や医療法人債による資金調達が有効だと考えている医療機関は全体の17.7%であった。一方で、有効だと考えていない医療機関もほぼ同様の割合であった（図 4-33）。

更に、新規に借入れの検討を予定している 121 施設でも、有効だと思う割合は少し増加して 28.9%であったが、「有効だと思わない」も 24.0%であった。

このように、「有効だと思う」と「有効だと思わない」の間に大きな差はなく、直接金融による資金調達が有効であるとの方向性を見出すには至らなかった（図 4-34）。

図4-33　病院債・医療法人債による資金調達の有効性

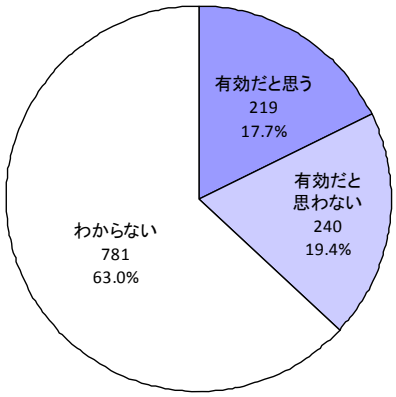
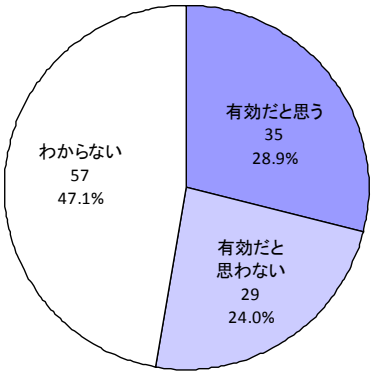


図4-34　病院債・医療法人債による資金調達の有効性（新規借入れ予定施設注に限る）



注）新規借入れ予定施設の数は、図4-23、4-24で「検討を予定している」と回答した施設のうち、予定している内容として、設備投資の機会、取得しようとする財産、借入れ予定先に関する設問と、希望する金利条件の設問をすべて回答した123施設のうち、本設問に回答されている施設の数である。

（４）最近の経験に基づく、金融機関との取引の状況

平成 20 年のサブプライムローン問題以降、中小企業等の短期資金の調達に懸念が生じており、医療機関における資金調達にも影響を及ぼしている。

今回の調査では、短期融資の金融機関による貸し渋りや貸しはがしの状況について回答を得た。

392 の病院において、現在、貸し渋りや貸しはがしにあっている施設は 22 施設（5.6%）存在している。また、貸し渋りや貸しはがしにあっていない施設のうち、「貸し渋りや貸しはがしの懸念がある」と回答された割合は 11.0%であった。

病院における短期融資に対する危機感は、診療所における状況より強いものであった（図 4-35、4-36）。

図4-35　貸し渋りや貸しはがしの状況（病院）

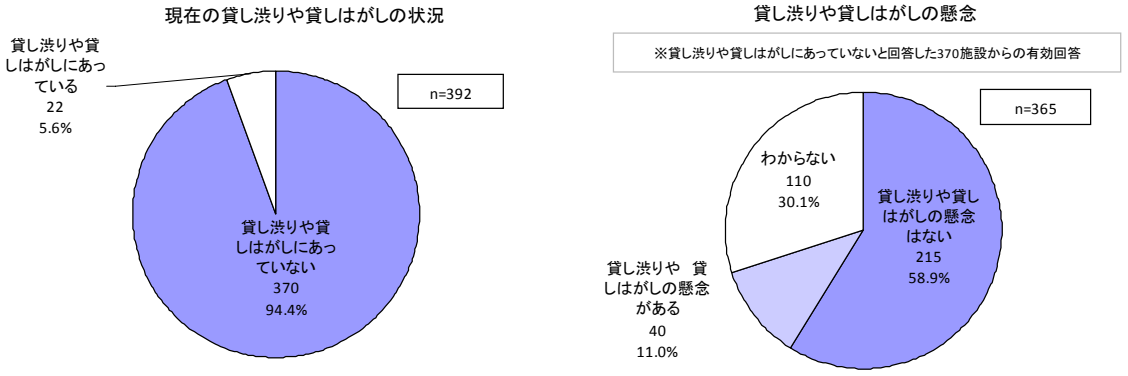
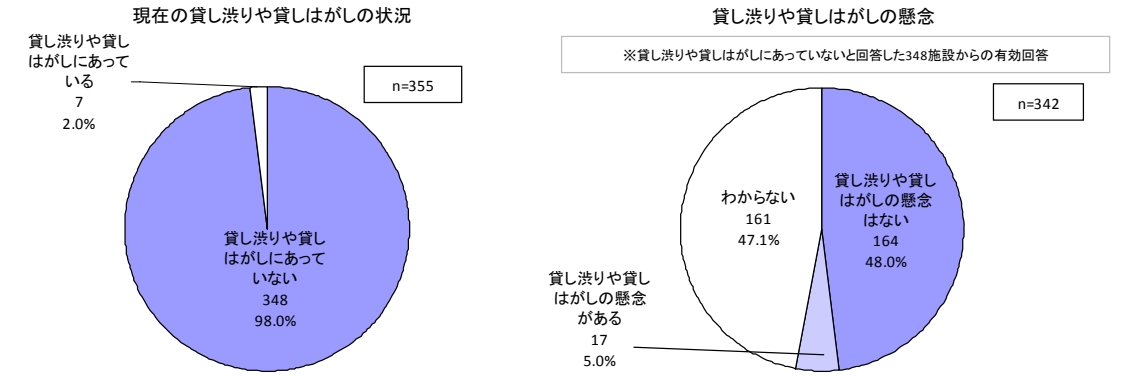


図4-36　貸し渋りや貸しはがしの状況（診療所）



５．考察

本調査で、現状では病院や診療所の設備投資資金が主に民間金融機関、特に地方銀行から調達されている実態が明らかになり、公的金融機関である福祉医療機構の「医療貸付制度」における課題が明らかにされた。

民間金融機関だけでは長期の設備投資資金の調達は困難で、今後の資金調達先として福祉医療機構に対するニーズは比較的高いことも示唆された。

融資を必要とする医療機関にとって、現在の福祉医療機構の「医療貸付制度」の基本的枠組みでは、20 年以上の長期融資は困難で、融資条件についてなんらかの問題がある可能性がある。

医療機関に対する融資形態として、住宅融資における 35 年程度の長期融資、且つ、固定金利を示したところ、今後の資金調達ニーズとして高いことが明らかとなり、福祉医療機構等の公的金融機関が担うべき役割は大きいと考えられる。

第５章　長期・固定・低利融資の先行的事例－
住宅金融支援機構のフラット３５

１．財政投融資改革と住宅金融支援機構の融資形態

政府は「民間にできることは民間に」との方針の下で、下記のような郵政民営化・政策金融改革等を徹底して推進してきた。

① 資金の入口となる郵政 3 事業の民営化・分社化
② 資金の出口となる政策金融機関の組織の見直し及び規模の縮減

そのような中、住宅金融公庫については、平成 13 年 12 月の特殊法人等整理合理化計画の閣議決定、平成 17 年 7 月の独立行政法人住宅金融支援機構法の公布を受け、事業を抜本的に見直し、財政融資資金の繰上償還、直接融資の縮減などを実施した。

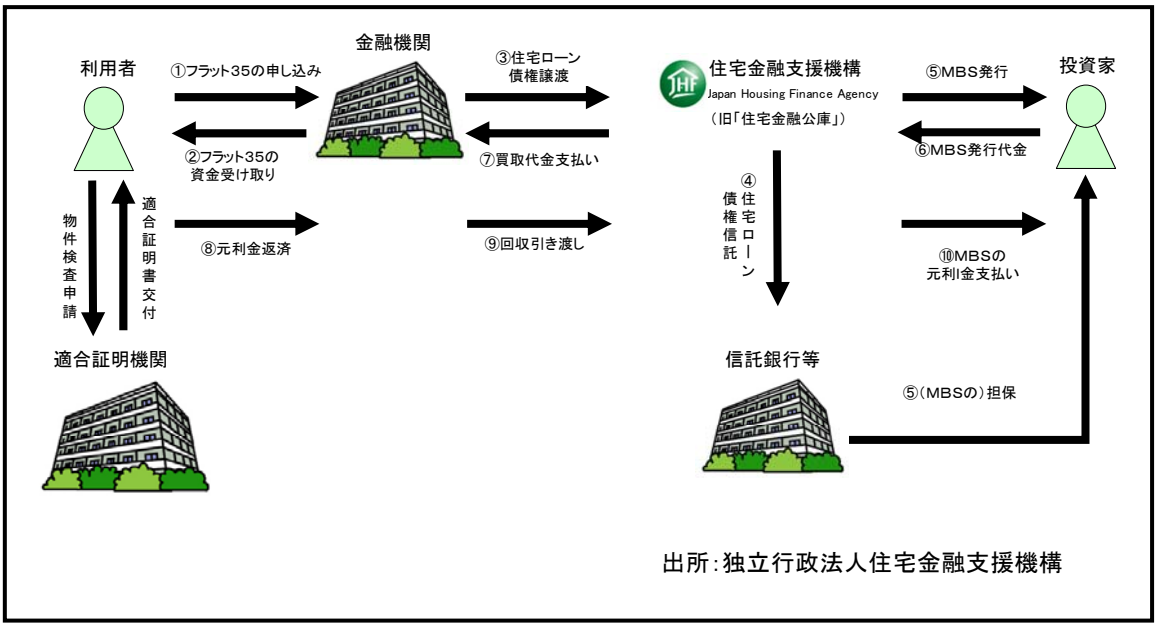
そして、平成 19 年 4 月に独立行政法人住宅金融支援機構が設立され、一般個人向け直接融資業務は廃止され、独立行政法人化後の事業として、民間金融機関の住宅ローンを買い取る業務および保証業務に特化する方針が打ち出された。

２．住宅金融支援機構の証券化支援事業の概要

（１）買取型

住宅金融支援機構の証券化支援事業（買取型）は、同機構が民間金融機関の住宅ローン債権を買い取り、その債権を信託銀行等に信託する。それを担保として住宅金融支援機構がＭＢＳ（資産担保証券）を発行し、債券市場（投資家）から債券発行代金を受け取ることにより、住宅ローン債権を機構が買い取るための資金を調達する仕組みとなっている。

図 5-1 フラット35（買取型）仕組み



この仕組みでは、民間金融機関がＡＬＭ（アセット・ライアビリティ・マネジメント）リスクを負わない。金利リスクと繰り上げ償還リスクを市場に負わせ、貸し倒れリスクとパイプラインリスクは機構が負う。

繰り上げ償還リスクとは、顧客が繰り上げ償還をすると、その時点で投資家に返済されるため、投資家は予定通りの金利収入を得られない可能性があるというものである。その要素は同機構が発行する債券の買い取り価格に織り込まれる。

パイプラインリスクとは、証券化商品を組成するために必要な金額規模に達するまでの間、金融機関が負う金利変動リスクのことである。

民間金融機関においては、長期固定の住宅ローンを商品としてラインナップすることがもともと困難な面がある。住宅金融支援機構では、全国どの地域でも長期固定ローンが十分に供給できるように、各地域の金融機関に対して証券化支援事業への参加を働きかけている。一方、民間金融機関は証券化支援事業の活用により、住宅ローンによる安定的な収入の確保等を図ることができる。

（２）保証型

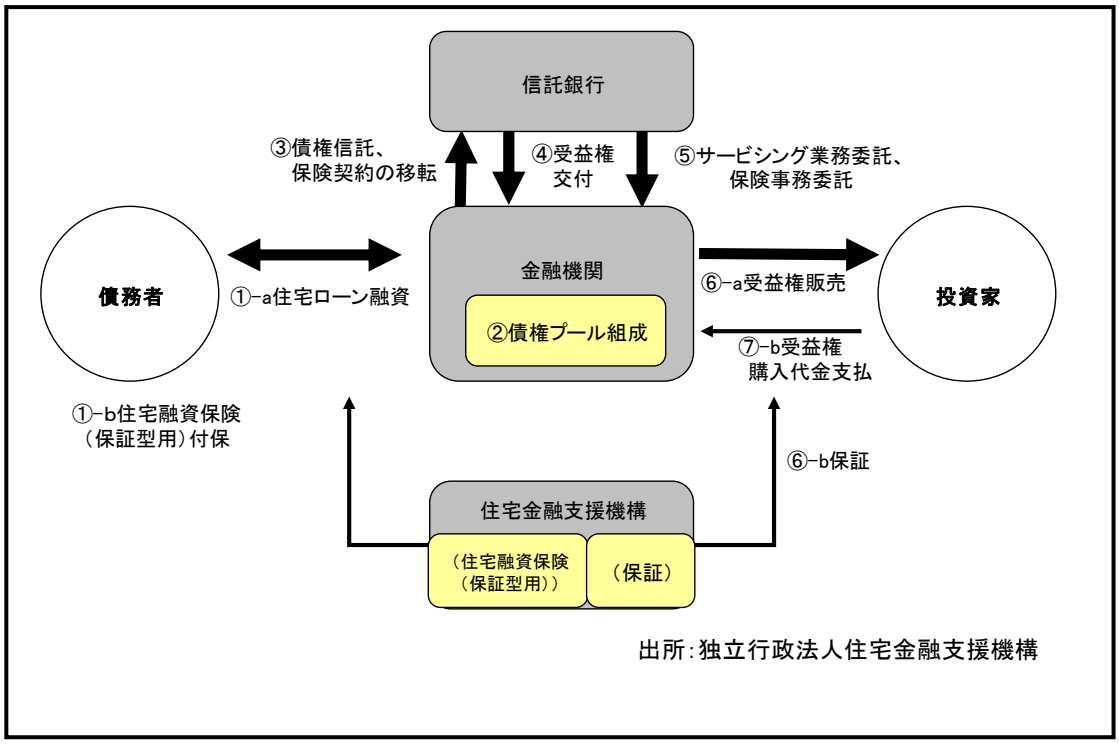
住宅金融支援機構の証券化支援事業（保証型）は、大きく分けて 2 つの仕組みからなっている。

一つは、民間金融機関の住宅ローンの債務者が、返済遅延等をした場合に金融機関に対して保険金を支払う住宅融資保険（保証型用）を同機構が引き受ける。実際に返済遅延等が起こり、同機構が金融機関に保険金の支払いを行った場合には、同機構が当該住宅ローン債権を取得することとなる。もう一つは、同住宅ローン債権またはその信託受益権を担保として金融機関が発行する債券等に係る投資家の代金支払い債務の保証を行う。

以上の 2 つの仕組みをセットした住宅ローンを「フラット３５（保証型）」と呼ぶ。この 2 つの仕組みを同時に機能させることによって、民間金融機関が長期固定金利の住宅ローンを提供し易くしている。

ただし、買取型の取扱金融機関が 337 機関あるのに対して保証型の取扱金融機関は 4 機関しかなく、フラット３５の普及窓口とも言うべき民間金融機関への浸透度は、買取型に比して圧倒的に低い。

図 5-2 フラット35（保証型）仕組み



３．長期固定金利住宅ローン「フラット３５（買取型）」の融資概要

（１）資金使途

申し込み本人または親族が居住するための、新築住宅の建設・購入資金または中古住宅の購入資金（リフォームのための資金や、ローンの借り換えのための資金は不可）。

（２）融資対象

以下に該当する住宅

・住宅の床面積が 70 ㎡以上（共同住宅の場合は 30 ㎡以上）

・敷地面積の要件はなし。

・建設費（住宅の建設に併せて取得した土地の購入費含む）または購入価額が 1 億円以下（消費税込）

・住宅の耐久性等について住宅金融支援機構が定めた技術基準に適合

（３）期間・金利・返済方法

期間

次の①または②のいずれか短い年数（1 年単位）

① 15 年以上 35 年以内（満 60 歳以上の者は 10 年以上 35 年以内）

②「80 歳」－「申し込み時の年齢（1 歳未満切り上げ）」

金利

・全期間固定金利

・借入期間（20 年以下・21 年以上）に応じて異なる。

・金利は取扱金融機関によって異なる。

返済方法

・元利均等毎月払いまたは元金均等毎月払い。

・ボーナス時払い併用可。

（４）融資金額

100 万円以上 8,000 万円以下（1 万円単位）、かつ、建設費または購入価額の 90%以内

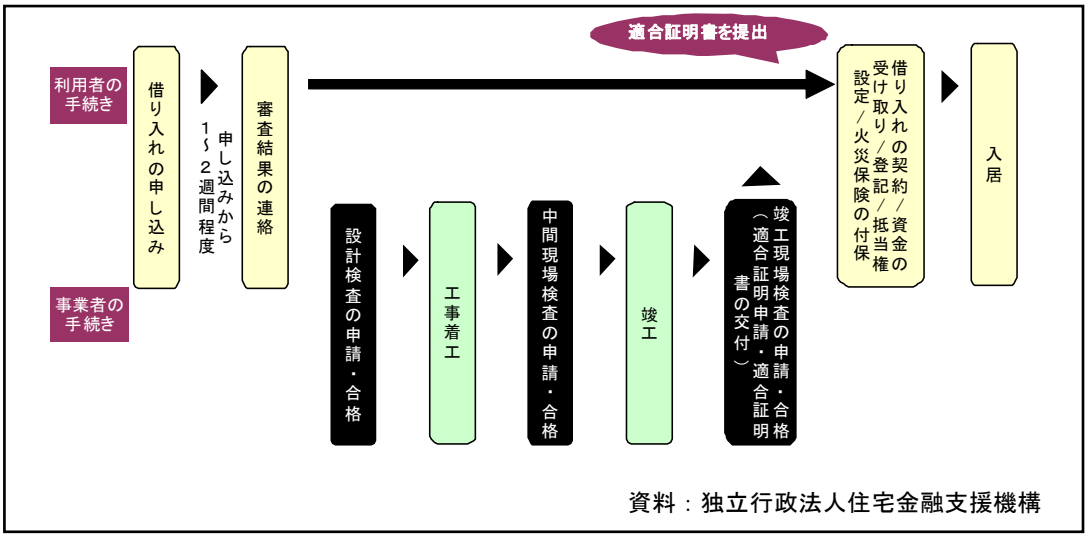
（５）総融資枠

フラット３５として特段の総枠規制は存しない。

（６）融資プロセス

融資プロセスは、住宅建設の場合、新築住宅購入の場合、中古住宅購入の場合で異なるが、一例として新築住宅建設の場合は以下の通りである。

図 5-3　フラット35（買取型）の手続き（住宅建設の場合）



資料：独立行政法人住宅金融支援機構

（７）その他の条件

担保

借り入れの対象となる住宅及びその敷地に、住宅金融支援機構を抵当権者とする第一順位の抵当権を設定。

保証

保証人や保証料は不要。

手数料

・融資手数料が必要（手数料は取扱金融機関により異なる）。

・物件検査手数料が必要（手数料は適合証明機関により異なる）。

・繰上げ返済手数料は不要。

４．長期優良住宅法の成立と超長期固定金利住宅ローン「フラット５０」構想について

（１）長期優良住宅法の骨子

平成 20 年 11 月 28 日、「長期優良住宅の普及の促進に関する法律（以下、長期優良住宅法)」が国会で可決成立した。同法の骨子は次のとおりである。

① 長期優良住宅法は、長期優良住宅の普及の促進を図る措置を講ずることにより、「豊かな国民生活の実現」と「我が国の経済の持続的かつ健全な発展」を図ることを目的とする。

② 長期優良住宅とは、構造・設備が長期使用構造等に係る要件（耐久性、耐震性、変更・維持保全の容易性、省エネルギー・バリアフリー）を満たしたものをいう。具体的要件は省令に規定される。

③ 国土交通大臣は、長期優良住宅の普及の促進に関する「基本方針」を定めなければならない。

④ 長期優良住宅を建築し、維持保全しようとする者は、所管行政庁（市町村長又は都道府県知事）の認定を受けることができる。

⑤ 長期優良住宅の認定を受けた者は、認定長期優良住宅の建築・維持保全に関する記録を作成し、保存しなければならない。

⑥ 認定長期優良住宅に関し、流通を促進するための住宅性能表示制度の活用、維持保全に関する地方住宅供給公社の業務の特例、維持保全工事に必要な資金の貸付けに係る債務の保証に関する高齢者居住支援センターの業務の特例について定める。

⑦ 長期優良住宅の普及の促進に関し、人材の養成、維持保全に係る事業者の努力義務、木造住宅の伝統技術に係る研究開発の推進、上記③の基本方針を定めるに当たっての木造住宅への配慮、地域における居住環境の維持及び向上への配慮、上記⑤の記録の作成及び保存に係る援助等について定める。

（２）長期優良住宅の普及支援の一環としての「フラット５０」創設構想

長期優良住宅法案では、長期優良住宅の普及の促進に関し、国、地方公共団体は、財政上及び金融上の措置その他の措置を講ずるよう努めることとされている。

その一環として、金融支援については、同法の施行に併せて、住宅金融支援機構による長期優良住宅を対象とした 50 年間固定金利の住宅ローン「フラット５０」が創設されることとなっている（具体的商品設計については本稿執筆時点で住宅金融機構からの発表はない[1]）。

５．福祉医療機構の医療貸付制度との違い

福祉医療機構の医療貸付制度と住宅金融支援機構の住宅資金融資は、財政投融資改革後においても、政府が責任を果たして行くべき国民生活の基盤整備という意味において、共通項のある分野である。

一方、医療貸付制度とフラット３５の根本的な違いは、事業資金と住宅資金の違いの他、財政投融資資金を直接の資金源としているか否かにある。すなわち、福祉医療機構の医療貸付制度は財政投融資資金を直接の資金源としているのに対し、フラット３５は市場から調達した資金を直接の資金源としている。

財政投融資は郵政民営化によっていわば資金の入り口を絞り込まれた状態にあるが、まさにフラット３５は財政投融資改革後においていかに住宅融資を存続させるかという問題意識から生まれた融資スキームと言える。

住宅資金と事業資金の違い、あるいは、融資件数の違いなどがあり、直ちに同じスキームを医療に導入することはできないが、少なくともフラット３５が生まれた経緯と同様の問題意識が、医療事業用の貸付にも妥当するはずである。

住宅金融支援機構が既に行っている、「フラット３５」のような長期安定的な融資のスキームをモデルとして、医療の分野において、例えば 35 年間という長期安定した「メディカル３５」といった融資スキームが作れれば、医療機関にとってかなり魅力的な資金調達方法になると考えられる。

住宅ローンの設計においては、債務者が期限の利益を喪失する「デフォルト」の発生率が重要な基礎データとなっているが、住宅ローン債権のデフォルト率は、融資後 60 ヶ月経過時点で 0.02%前後、120 ヶ月経過時点で 0.06%前後、180 ヶ月経過時点で

[1] 日本経済新聞は、平成 20 年 12 月 8 日「住宅金融支援機構は 2009 年 4 月をめどに、金利を最長 50 年間固定する新型の住宅ローン「フラット 50」を発売する方針を固めた。」と報じた。

0.08%前後である[2]。

これに対し、医療機関に対する事業資金のデフォルト率は公表データが存在しないため、直接的な比較はできないが、平成 18 年の病院・診療所の倒産件数は 21 件[3]で、病院・診療所施設数の 0.02%であった[4]。また、医療計画によって新規開設や増床がコントロールされているため、（サブプライム問題を起こした）米国住宅ローンのように急膨張の末に崩壊する蓋然性も低い。デフォルト発生の危険性という点からみれば、医療機関向けの長期・固定金利ローンも実現不可能ではないと考えられる。

ただし、フラット３５のような証券化のスキームが使えるかというと、なかなかそうはいかない。住宅ローン債権の証券化は、繰り上げ償還リスクを投資家が負うのに対し、医療機関への事業ローン債権の証券化は、事業そのものの信用リスクを投資家が負うものである（金利リスクを投資家が負う点は共通）。このため、仮に医療機関への事業ローン債権を証券化する場合には、投資家による適正な事業評価が可能な仕組みとして、ディスクロージャの強化が前提となろう。

---

[2] 「住宅ローン証券化のすべて」大類雄司、格付投資情報センター著より、旧住宅金融公庫のデータ。

[3] 帝国データバンク調べ。

[4] 分子の倒産件数は医療機関数ではなく開設主体数であるが、分母とすべき医療機関の開設主体数を表すデータが存しない（同一の開設主体が複数の病院・診療所を開設しているケースが問題となる）。そこで、医療法人については医療法人数を用い、それ以外の類型の法人については複数を開設するケースがあるものの、絶対数が多くないことから医療施設調査（厚生労働省）による医療機関数を用いた。この点で厳密な推計ではない。なお、国公立・公的病院、社会保険関係病院は、上記倒産件数に含まれていない上、金融機関からみた貸し出しリスクの観点でも民間病院と同列視できないと考えられることから、除外した。

第６章　医療機関における資金調達の特性

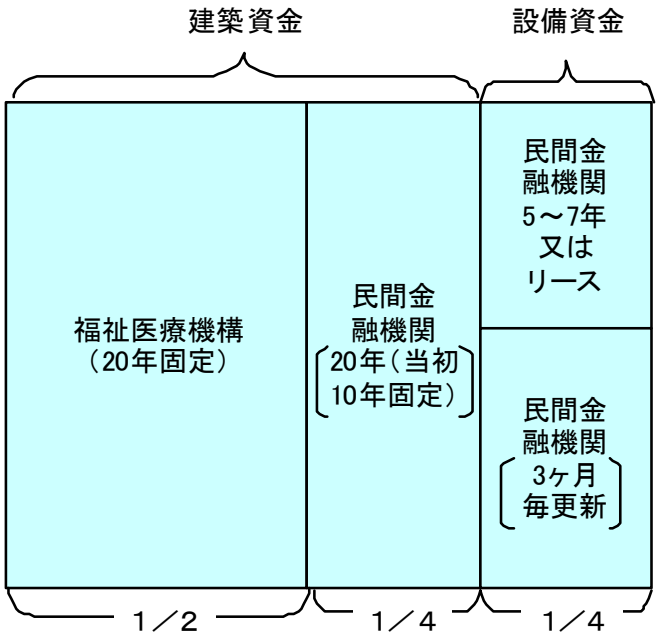
１．これまでの資金調達方法とその特性

（１）金融機関の融資

医療機関の資金調達方法として最も一般的なものは、言うまでもなく金融機関の融資（間接金融）である。

投資家から直接資金を調達する直接金融と比較し、債務の履行に支障をきたさない限り医療法人の経営に介入されることはない。融資を受ける金融機関に対する一定の情報開示は当然必要であるが、広く投資家（市場）に向けた情報開示の必要はない。資金の出し手からみれば、間接金融はローリスク・ローリターン、直接金融はハイリスク・ハイリターンの要素が強い。そのため、株式会社におけるエクイティファイナンス（資本調達）と比較すると、多くの場合に担保または保証が必要とされる一方、貸し手の権利が利益剰余金にまで及ぶことはなく、結果として調達コスト（資金の出し手が求める果実）は低い。

図 6-1　福祉医療機構の融資がある場合の病院整備資金調達イメージ



※　実際の病院建築事例（福祉医療機構の融資があるケース）をもとに調達資金の大まかな内訳例をイメージとして示したもの。

借入先としては、銀行などの民間金融機関と福祉医療機構などの公的金融機関がある。金利などの条件は様々であるが、一般的には公的金融機関は固定金利が原則であり、民間金融機関では変動金利が多い。図 6-1 は、ある病院建築の事例をもとにした調達資金の内訳イメージである。このように、福祉医療機構から融資を受けたケースにあっても設備資金の一部は 3 ヶ月程度の短期融資により調達し、期限が到来するたびに更新している例がしばしば見受けられる。短期資金は金融情勢によっては貸し渋り・貸し剥がしの対象となりやすく、設備資金としては不安定である。

（２）リース

医療機器、事務機器などを中心として広く普及しているのがリースである。リースには事実上の借り入れに相当するファイナンスリースと、いわばレンタルとも言うべきオペレーティングリースの 2 つがある。自動車や事務機器の一部にはオペレーティングリースが使われているものの、医療機関のみならず事業用リース取引の大多数はファイナンスリースであると言ってよい。リースには、物件の所有権が移転する形態と移転しない形態があるが、少なくともリース料総額の支払い完了までは所有権がリース会社に留保されることから、比較的容易に調達が可能である。

従来、リースは借り入れによる資産購入と比較して、税務上の損金算入時期と損金算入額が支払った時期と支払額に一致する、減価償却上の残存価額がない、といった特徴があったが、最近の税制および会計基準では、ファイナンスリースは借り入れによる資産購入とほとんど変るところがない。このことからも明らかなように、直接金融との違いは（１）と同様である。

（３）補助金

医療機関の施設整備および設備整備には、医療施設近代化整備資金などの補助金が用意されている。補助金はその目的に沿って使用する限り返済の必要はない。その意味で、医療機関の施設整備・設備整備に大きな役割を果たしてきた。留意点として、補助金を受けて取得した資産を何らかの事情で用途変更あるいは譲渡などをした場合には原則として目的外使用とみなされ返還の義務が生じる。

また、補助金は国の政策を推進する手段として交付されるため、交付要件として、政府の方針が多く盛り込まれる。近年の典型例として病床削減を求められること等

があり、医療機関にメリットがあるかどうかは個々に慎重な検討を要する。

（４）その他、医療機関債、資産の流動化・証券化

近年、注目されつつある資金調達方法として、医療機関債や資産の流動化といった直接金融的手法がある。

医療機関債は、従前より厚生労働省がガイドラインを公表していた私募債の方式と、改正医療法によって平成 19 年 4 月から創設された社会医療法人に限って認められる社会医療法人債という公募債の方式がある。後者は創設間もないため当然だが、前者も広く医療法人に普及するにはほど遠い状況と言える。

資産の流動化・証券化には、いくつかの種類がある。代表的なものとしては、医業未収金（レセプト請求に係る未収債権）を譲渡し、または担保に供することによる資金調達と、医療機関の不動産を証券化することによる資金調達がある。特に後者は、他の調達手段によることができない医療機関が資金に窮して利用する、いわゆる「限界資金」の性格が強い。一般的な医療機関の施設・設備の整備資金として広く普及すべき資金調達方法とは考えられない。

２．医療機関と一般企業の倒産（デフォルト）水準の比較

（１）最近の医療機関の倒産状況

医療機関が万一経営破たんを起こし閉院する事態になれば、地域医療体制に不備が生じ、患者に重大な影響を及ぼすことも考えられる。

帝国データバンクの調べによると、平成 19 年の医療機関の倒産は 48 件、負債総額は 477 億円で、とも過去最多を記録した。もっともこの年の倒産状況は突出しており、事実は直視しなければならないものの、これを基準として医療機関の倒産水準を認識することは必ずしも適切ではないだろう。同じく同社の調べでは、平成 18 年は 30 件(負債総額、149 億円)、平成 20 年は 35 件（負債総額 182 億円）であった。

（２）一般企業との比較

一般企業と医療機関の倒産水準を単純に比較することは困難であるが、いくつかのデータを合成し、両者の倒産水準を推し測ることは可能である。

東京商工リサーチの調査[1]によれば、平成 18 年の普通法人の倒産発生率は 0.38%（前年と同率）であった。これに対し同年の医療機関の倒産発生率は、前出の倒産件数 30 件から歯科診療所を除いた 21 件を分子とし、個人、公益法人、学校法人、社会福祉法人、その他の法人が開設する病院・診療所数、および医療法人の数（歯科を除く）の合計を分母[2]として、0.02%と推計した。なお、この倒産発生率は件数ベースのものであり、債務額ベースでの債務不履行発生率は未推計である。

また、一般的に医療機関は景気変動の影響を受けにくく、大きな利益が出る機会もほとんどないかわりに、大きな赤字や倒産の発生も多くはないのが自然な姿である。

このように、厳密な統計はないものの、医療機関の倒産水準が一般企業に比して高くないことについては、概ね疑義がないと考える。

３．医療法人制度改革と資金調達方法への影響

（１）医療法人制度改革の概要

第 5 次医療法改正（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律）は平成 18 年 6 月に公布された。そのうち、医療法人に関する規定については、平成 19 年 4 月 1 日に施行され、一般に「医療法人制度改革」と呼ばれている。

---

[1] 東京商工リサーチ「都道府県別倒産発生率（普通法人）調査」。同調査は東京商工リサーチ調べの普通法人倒産件数（個人企業等を除く）を分子に、国税庁発表の普通法人数を分母として、普通法人の倒産発生率（普通法人倒産件数÷普通法人数×100）を算出したもの。普通法人数は 2007 年 12 月 4 日発表の国税庁「2006 年度税務統計（速報）」による。なお、普通法人には医療法人（社会医療法人を除く）も含まれることに留意されたい。

[2] 分子の倒産件数は医療機関数ではなく開設主体数であるが、分母とすべき医療機関の開設主体数を表すデータが存しない（同一の開設主体が複数の病院・診療所を開設しているケースが問題となる）。そこで、医療法人については医療法人数を用い、それ以外の類型の法人については複数を開設するケースがあるものの、絶対数が多くないことから医療施設調査（厚生労働省）による医療機関数を用いた。この点で厳密な推計ではない。なお、国公立・公的病院、社会保険関係病院は、上記倒産件数に含まれていない上、金融機関からみた貸し出しリスクの観点でも民間病院と同列視できないと考えられることから、除外した。

医療法人制度改革に目的は、医療法人の経営の透明性や効率性の向上を目指すこと、及び、公立病院等が担ってきた分野を扱う「より公益性の高い医療法人」の制度を創設することであった。改革の骨子は次の通りであった。

①医療法人の非営利性の徹底

②公益性の高い「社会医療法人」の創設

③ガバナンスの向上

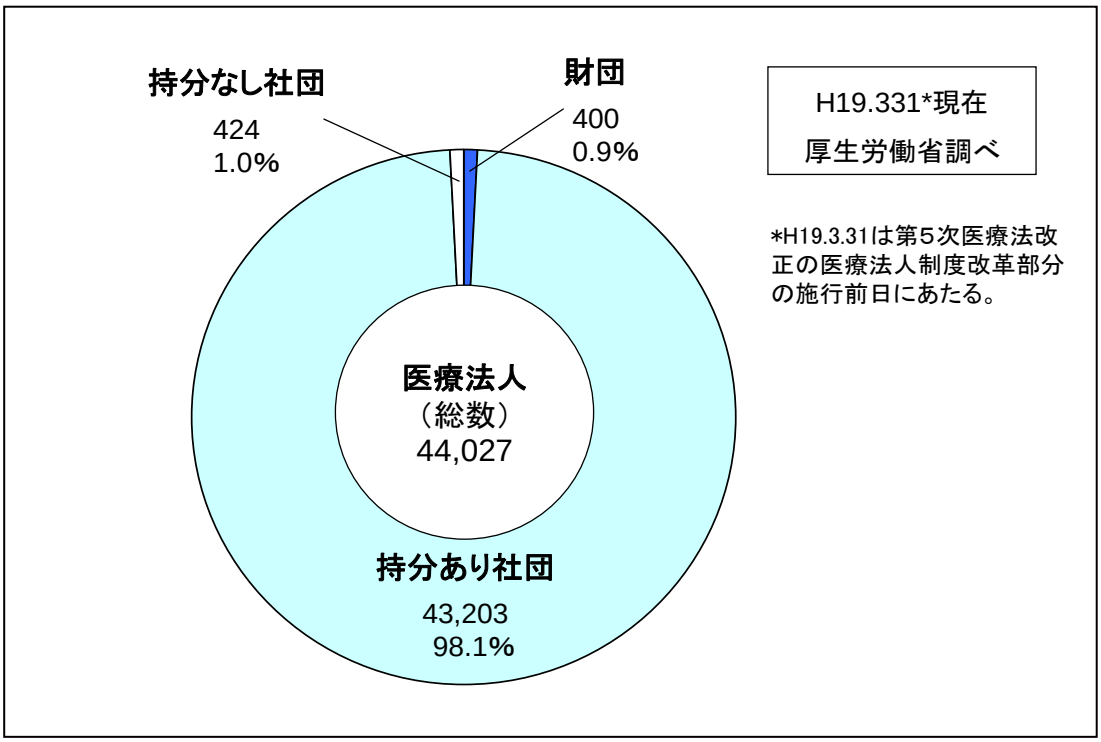
④情報開示の向上

⑤自己資本比率２０％要件の廃止

⑥附帯業務の拡大

従来、医療法人には、持分の定めのある法人と持分の定めのない法人があり、この改正が施行される直前の平成 19 年 3 月 31 日時点で医療法人数の 98.1%は持分の定めのある医療法人であった。

図 6-2 類型別医療法人数（平成 19 年 3 月 31 日時点）



持分とは出資者が退社する時に純資産額のうち出資割合に応ずる金額の払い戻しを請求する権利及び法人の解散時に残余財産の分配を受ける権利をいう。非営利が前提の医療法人の大多数が「持分の定めのある医療法人」である現状については、産業界あるいは海外から、医療は非営利とは言い切れず、営利法人の医療分野への参入を認めるべきであるといった極めて強い圧力があった。

そこで、厚生労働省は「医業経営の非営利性に関する検討会（座長、慶應義塾大学田中滋教授）」の検討結果を受けて、医療法人制度を持分のある医療法人の制度を廃止し、既存の持分のある医療法人は、改正医療法附則において経過措置型医療法人として「当分の間、従前の通り」存続させるとの法改正に踏み切った[3]。

図 6-3 経過措置型医療法人と新法の医療法人の比較

	退社時の払戻し	解散時の残余財産
経過措置型 医療法人 【持分あり法人】	出資額に応じて払戻しを請求できる。 〔出資額限度法人〕 その出資者の出資額を限度として払戻しを請求できる。	払込済出資額に応じて分配。 〔出資額限度法人〕 払込済出資額を限度として分配。 なお残余があるときは国等に帰属。
新法の 医療法人 【持分なし法人】	な し	定款により、次のいずれかに帰属 （1）国　（2）地方公共団体 （3）公的医療機関の開設者 （4）都道府県医師会、郡市区医師会 （5）財団医療法人、持分のない医療法人

（２）持分の定めのない社団医療法人と基金制度

①基金とは

新しい医療法人制度においては、出資持分を認めないので、出資（または資本）の概念が存しないこととなった。そこで、出資に代わる資金調達の手段として、「基

[3] この改正によって、既存の医療法人の太宗を占める持分の定めのある医療法人は、いつかは本則の持分の定めのない医療法人に移行すべき「経過措置型医療法人」という、ある意味で不安定なポジションにおかれることを余儀なくされ、一方で移行するには課税上の諸問題をクリアしなければならず、大きな問題となっている。この点は本稿の目的から離れるので他の文献に譲る。

金」という制度が認められることとなった。

基金とは、社団である医療法人で持分の定めのないものに拠出された金銭その他の財産であって、当該医療法人が拠出者に対して、定款の定めるところに従い返還義務（金銭以外の財産については、拠出時の当該財産の価額に相当する金銭の返還義務）を負うものであり、剰余金の分配を目的としないという医療法人の基本的性格を維持しつつ、その活動の原資となる資金を調達し、その財産的基礎の維持を図るための制度である。

基金は、法人が返還義務を負う債務の一種であるが、返還には制度上・定款上の制約があり、また、万一法人が解散・清算をする場合には債務の中で最も返済の優先順位が低いもの（劣後債）である。

基金制度は、持分の定めのない社団医療法人（特定医療法人、特別医療法人、社会医療法人[4]を除く）に認められる制度で、財団医療法人は採用することはできない。また、持分の定めのない社団医療法人が基金制度を採用するか否かは任意である（採用しない場合、自己資本のない状態で設立され、利益剰余金が生ずるまでの当面の資金は債務のみで賄うこととなる）。

以下、②から⑧において基金の性格を示すポイントを列挙し、⑨において従前の医療法人における出資との異動を明らかにする。

②基金に関する定款の定め

社団医療法人は、基金を引き受ける者の募集をすることができる旨を定款で定めることができる。この場合、基金の拠出者の権利および基金返還の手続を定款で定めなければならない。

③基金に拠出する財産

拠出される財産は金銭その他の財産とされており、金銭以外の財産を拠出するときは、原則としてその価額が相当であることについて弁護士、公認会計士等の証明（不動産の場合は同証明及び不動産鑑定士の鑑定評価）を受けなければならない。

④基金の返還

基金の返還は、定時社員総会の決議によらなければならない。基金の返還は、貸借対照表上の純資産額が次に掲げる金額の合計額を超える場合に限り、当該超過額

[4] 社会医療法人には基金制度の採用は認められないが、社会医療法人債（公募債）の発行が認められている。

を限度として認められる。この旨は上記②の基金返還の手続きとして定款に規定する必要がある。

・基金および代替基金の総額

・資産につき時価を基準として評価を行っている場合において、その時価の総額がその取得価額の総額を超えるときは、その時価評価差額

・資本剰余金の価額

⑤基金の返還に係る債権の取得の禁止

次の場合を除き、自己を債務者とする基金の返還に係る債権を医療法人が取得することはできない。

・合併又は他の法人の事業の全部の譲受けによる場合（この場合、当該債権を相当の時期に他に譲渡しなければならない）

・社団医療法人の権利の実行に当たり、その目的を達成するために必要な場合

・無償で取得する場合

⑥基金利息の禁止

基金の返還に係る債権には、利息を付することができない。

⑦代替基金

基金の返還をする場合には、返還をする基金に相当する金額を代替基金として計上しなければならず、この代替基金は取り崩すことができない。

⑧破産手続における取扱い

社団医療法人が破産手続開始の決定を受けた場合、基金の返還に係る債権は破産法第 99 条第 2 項の約定劣後破産債権となる。

図 6-4　出資と基金の異同（概要）

		医療法人の出資（資本金）		基金
性格		資本		負債の中で最も返済の優先順位が低い（劣後債）
		配当はつかない（医療法54条で配当禁止）		金利はつかない
払戻・返還		退社時、解散時	ここが違う	定款の定めによる（剰余金を財源）
解散の時	利益が出ていれば	累積した利益も含めて払い戻される。		利益が出ても、拠出した基金の額しか返還されない。
	損が出ていれば	負債を返済した残りで払い戻し	事実上同じ	基金以外の負債を返済した残りで返還

⑨基金と出資の異動

新制度における基金と従前の制度における出資（または資本金）の比較が図 6-4 である。払い戻しや返還の際に配当や金利といった「果実」がつかない点、解散時に損失が出ている場合には他の負債を返済した残余からしか払い戻しや返還を受けられない（つまり元本割れを起こす）点は実質的に共通している。他方で、例え医療法人に利益が出ても拠出した基金の額しか返還されない点が従前の出資（または資本金）と大きく異なる。

４．医療機関における今後の資金調達方法のあり方

（１）売上、利益、減価償却と借入れ返済年数の関係

医療機関の施設整備のために調達した資金は、言うまでもなく、医業から生ずるキャッシュフローで返済しなければならない。

平成 19 年度の病院（医療法人）の税引前利益率は 3.9%、減価償却費率は 4.3%である。（TKC 医業経営指標）。法人税等の負担を経常利益の 40%とすると、キャッシュフローは医業収益の 6.6%｛3.9×（1－40%）＋4.3｝である。同指標では、１病床当たりの医業収益は 937 万円であったが、仮に１床当たりの設備投資借入額を 1,500 万円[5]とすれば返済に平均 24 年｛1,500÷（937×6.6%）｝を要する計算となる。

設備投資額のうち一定額は医療機器・備品等であり、その資金はより短期間で返済しなければならないとすれば、平均 30 年を超える計算になることもある。医療機関の経営努力や、診療報酬上の手当ても求められるところたが、現状の収益構造からすると、施設整備資金の回収にはこのような長期間を要する。

（２）景気変動と金利変動と医療機関

金利の変動には様々な要因があることは言うまでもないが、一般的に景気が上向けば金利は上昇し、景気が後退すれば金利は低下する傾向にある。

[5] ここでは、1 病床当たりの設備投資額を、建築単価=75 万円／坪、病床当たり床面積=52.8 ㎡、建築費と諸設備の比率=4：1（建築費を 1 とした全体の施設設備整備費=1.25）として計算した。

一般企業の業績は当然景気変動の影響を強く受ける。企業からすれば、好況時には多くの企業が好業績であり、高い金利を負担することも可能である。

一方、医療機関の収益は大部分が公的保険医療によるものであり、その需要は景気変動の影響を必ずしも受けない。医療機関は、景気が良いからと言って増収になるわけではなく、その時期に高い金利を負担する余力があるとは全く言えない。

（３）医療施設の整備と長期固定金利との親和性

このように、医療機関（特に病院）は一度設備を整備すれば、その資金を回収するには長期間を要する。ただし、「長期」といっても一般企業のそれとは異なる認識が必要である。一般企業では借入期間は 10 年前後で十分かもしれないが、医療機関の収益構造からすれば、30 年超の借入期間でなければ円滑な返済はできない。

また、企業に比べて景気変動の影響を受けにくいことから、変動金利よりも固定金利による資金調達の方が、医療機関の特性によりなじむものと考えられる[6]。

このように、医療施設の整備には長期かつ固定金利の資金が適している。

（４）新たな医療法人制度における基金の活用

新たな医療法人制度において規定された「基金」は、従来の医療法人制度における出資に代わる資金調達手段として位置づけられているが、劣後債あるいは無利子という、いわば貸付と寄附の中間的な性格を有するものとも言える。今後、このような特徴を活かし、融資等の一般的な資金調達手段と組み合わせることによって、新たな長期安定資金あるいは低利融資の仕組み作りが可能となることも期待し得る。

ただし、寄附に近い性格を有するがゆえに、そのような資金の社会貢献性を評価する土壌が我が国では未成熟であることから、容易に実用化するとは言い難い。

[6] 個々の資金調達案件において、固定金利と変動金利のどちらが当該医療機関にとって有利か、については諸条件を考慮する必要がある。

第７章　医療機関における建設投資ニーズ

１．医療機関の建設投資額の推移と福祉医療機構の融資実績

（１）建設投資の現状

医療機関の建設投資額（土地を除き、建設物にかかるもの）は、統計としては現在「建築統計年報」における毎年度の病院と診療所を合わせた工事費予定額（以下、医療機関の「建設投資」ともいう）でしか、把握できない状況にある。

これによると、最も新しい 2007 年度・平成 19 年度 1 年間の全医療機関の建設投資は、新築・増築・改修の合計で 2,536 棟（100.0%），6,846 億円（100.0%）であった。この内、新築は 1,727 棟（68.1%），3,922 億円（57.3%）、増築は 792 棟（31.2%），2,893 億円（42.3%）であった。（表 7-1 参照）

これを建築主別にみると、「会社でない団体」（医療法人等）は 706 棟（27.8%），4,056 億円（59.2%），「会社」289 棟（11.4%），807 億円（11.8%），「個人」1,436 棟（56.6%）742 億円（10.8%）で，これら国・都道府県・市区町村以外の民間が 2,431 棟（95.9%），5,605 億円（81.9%）であった。そして公共である国・都道府県・市区町村が建築主だったものは 105 棟（4.1%），1,241 億円（18.1%）であった。

表 7-1　医療機関（病院・診療所）の建設投資（着工施設数・工事費予定額）の現状

（2007 年度・平成 19 年度）

（新築・増築・改修別着工施設数）　（棟）

合計	新築	増築	改築
2,536 100.0%	1,727 68.1%	792 31.2%	17 0.7%

（新築・増築・改修別工事予定額）　（億円）

合計	新築	増築	改築
6,846 100.0%	3,922 57.3%	2,893 42.3%	31 0.5%

（建築主別着工施設数）　（棟）

合計	国・都道府県・市区町村				
		会社	会社でない団体	個人	小計
2,536 100.0%	105 4.1%	289 11.4%	706 27.8%	1,436 56.6%	2,431 95.9%

（建築主別工事予定額）　（億円）

合計	国・都道府県・市区町村				
		会社	会社でない団体	個人	小計
6,846 100.0%	1,241 18.1%	807 11.8%	4,056 59.2%	742 10.8%	5,605 81.9%

資料：「建築統計年報」国土交通省

（２）民間の医療機関における建設投資の推移

次に最近 10 年間の，民間（会社、会社でない団体、及び個人の合計）の医療機関における建設投資の推移をみてみる。

過去 10 年間の「民間」全体の建設投資の平均は 6,779 億円で、医療法人等の「会社でない団体」5,119 億円、「個人」1,045 億円、「会社」635 億円であった。

最近の民間の傾向としては、1998 年から 2005 年にかけて漸減してきていて,2005 年以後横ばいの状況にある。又この間、民間の中心である「会社でない団体」も 2005 年までに同様に漸減してきていて,その後横ばいもしくは若干の増加がみられる。

表 7-2 最近 10 年間の民間の医療機関における建設投資の推移

（億円）

	民間計	会社	会社でない団体	個人
1998年	9,810	988	7,669	1,153
1999年	8,255	418	6,550	1,287
2000年	7,055	465	5,365	1,225
2001年	6,331	567	4,663	1,101
2002年	7,115	541	5,594	980
2003年	6,710	805	4,977	928
2004年	5,886	482	4,350	1,054
2005年	5,651	727	3,885	1,039
2006年	5,573	548	4,085	940
2007年	5,605	807	4,056	742
年平均	6,799	635	5,119	1,045

資料：「建築統計年報」国土交通省

（３）福祉医療機構の民間医療機関に対する融資実績と建設投資

医療施設整備等投資的資金調達のための国の融資機関として、独立行政法人福祉医療機構（以下、福祉医療機構）があるが、これは本来長期（最長 25 年）・固定金利・低利による、民間には出来にくい融資（医療貸付事業）を行うものとされてきた。

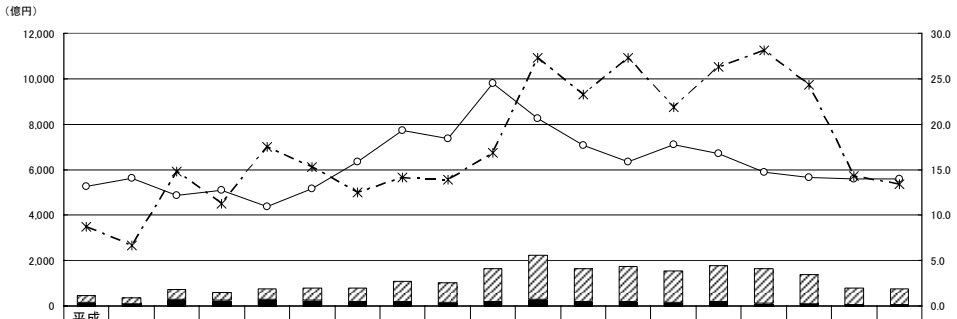
しかし、平成 16 年度から始まった画一的な「財政投融資改革の総点検の方針」(財政投融資における画一的な民業補完の原則、総額の抑制等)を受け、現在「福祉医療機構中期目標」(平成 20 年 2 月 29 日制定)として、「平成 24 年度予算における福祉医療貸付事業の新規融資額を平成 17 年度における同事業の新規融資額の実績(1,373 億円)と比べて 20%程度縮減(1,098 億円)し、併せて同事業における融資残高の縮減に努める

こと」が掲げられている。そして、これを達成すべく福祉医療機構は「融資対象の重点化及び融資率の引下げ」を進めている。

このような画一的な「財政投融資改革の総点検の方針」が示されたこと等から、近年の病院・診療所に対する医療貸付融資実績は、平成 11 年度の 2,251 億円をピークに漸減し、特に「政策金融改革及び独立行政法人見直し」が検討され始めた平成 18 年度から急激に減少し、平成 19 年度はピーク時(100%)に比べ 753 億円(33.5%)にまで減少している。

この結果、民間の病院・診療所(会社+会社でない団体+個人)における建設工事費予定額に占める福祉医療機構の融資実績は、平成 16 年に 28.1%であったものが、平成 19 年には 13.4%にまで激減してしまっている。(図 7-1 参照)

図 7-1　民間の病院・診療所(会社+会社でない団体+個人)における福祉医療機構・融資実績と建設工事費予定額



	平成元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
病院融資実績	311	290	416	329	479	537	598	901	870	1,449	1,961	1,433	1,530	1,381	1,565	1,515	1,259	727	692
診療所融資実績	149	83	303	247	289	253	195	194	156	200	290	210	198	172	202	139	114	69	61
病院・診療所(会社+会社でない団体+個人)の工事費予定額	5,270	5,617	4,870	5,105	4,381	5,156	6,351	7,725	7,376	9,810	8,255	7,055	6,331	7,115	6,710	5,886	5,651	5,573	5,605
病院・診療所の融資実績の工事費予定額に占める割合	8.7	6.6	14.8	11.3	17.5	15.3	12.5	14.2	13.9	16.8	27.3	23.3	27.3	21.8	26.3	28.1	24.3	14.3	13.4

資料 1:病院・診療所の融資実績は独立行政法人福祉医療機構

資料 2:工事費予定額は「建築統計年報」財団法人建築物価調査会

２．医療施設整備の必要性

（１）40 年前の 1967 年以降着工建物における老朽化への対応の必要性

鉄筋コンクリート造及び鉄骨・鉄筋コンクリート造の法定耐用年数である 39 年、及び鉄骨造の 29 年を参考に、今から 40 年前（1967 年）～20 年前（1987 年）にかけての病院・診療所施設数をみてみる。すなわち、耐用年数を過ぎ老朽化したものが建て替えられると考えれば、施設数に変動のあった 40 年前～20 年前の動向をみれば，今後の動向はある程度把握できると考えられる。

病院全体の施設数は、40 年前の 1967 年に 7,505 施設（100.0）であったものが、30 年前（1977 年）には 8,470 施設（112.9）、20 年前（1987 年）には 9,841 施設（131.1）と、この 20 年間で 2,336 施設増加している。そしてこの内、民間の病院（病院総数から国・都道府県・市町村の数を除いたもの）は、1967 年に 5,915 施設（100.0）であったものが、1977 年には 6,951 施設（117.5）、1987 年には 8,363 施設（141.4）と、この間 2,448 施設も増加している。

また一般診療所も、1967 年に 66,869 施設（100.0）であったものが、1977 年には 74,894 施設（112.0）、1987 年には 79,134 施設（118.3）と、12,265 施設も増加している。仮に診療所は木造が多いと考え、その法定耐用年数が 17 年であることから、20 年前から 10 年前でみても、1987 年に 79,134 施設（100.0）であったものが、1997 年には 89,292 施設（112.8）で、この間 10,158 施設も増加している。

以上のように、民間の病院・診療所とも、かって施設の数が大きく増加した時期に建設された建物が、今後老朽化してくる時期にあたることから、資金調達面でもこれらへの対応が必要とされる。

表 7-3　1967 年(40 年前)以後の病院･診療所施設数の推移

現在より(2007年より)	西暦	病院	公共			民間				一般診療所	合計
				国	都道府県市町村		公益法人	医療法人	個人		
40年前	1967年	7,505	1,590	453	1,137	5,915	319	1,887	2,810	66,869	74,374
	1968年	7,703	1,557	449	1,108	6,146	322	1,963	2,978	67,962	75,665
	1969年	7,819	1,538	446	1,092	6,281	326	2,018	3,063	68,305	76,124
	1970年	7,974	1,525	444	1,081	6,449	329	2,089	3,167	68,997	76,971
	1971年	8,026	1,504	437	1,067	6,522	331	2,143	3,202	69,857	77,883
	1972年	8,143	1,506	439	1,067	6,637	331	2,225	3,235	70,734	78,877
	1973年	8,188	1,503	438	1,065	6,685	326	2,281	3,227	71,927	80,115
	1974年	8,273	1,504	438	1,066	6,769	329	2,323	3,270	73,047	81,320
	1975年	8,294	1,504	439	1,065	6,790	344	2,372	3,238	73,114	81,408
	1976年	8,379	1,511	443	1,068	6,868	347	2,427	3,256	73,915	82,294
30年前	1977年	8,470	1,519	446	1,073	6,951	353	2,512	3,256	74,894	83,364
	1978年	8,580	1,520	447	1,073	7,060	356	2,594	3,279	75,479	84,059
	1979年	8,800	1,523	450	1,073	7,277	359	2,734	3,355	76,730	85,530
	1980年	9,055	1,528	453	1,075	7,527	359	2,896	3,433	77,611	86,666
	1981年	9,224	1,530	457	1,073	7,694	361	3,038	3,460	77,909	87,133
	1982年	9,403	1,518	441	1,077	7,885	367	3,166	3,512	78,554	87,957
	1983年	9,515	1,516	442	1,074	7,999	375	3,258	3,518	78,991	88,506
	1984年	9,574	1,511	438	1,073	8,063	384	3,356	3,468	78,332	87,906
	1985年	9,608	1,486	411	1,075	8,122	390	3,450	3,406	78,927	88,535
	1986年	9,699	1,486	409	1,077	8,213	393	3,546	3,402	79,369	89,068
20年前	1987年	9,841	1,478	402	1,076	8,363	405	3,680	3,400	79,134	88,975
	1988年	10,034	1,477	402	1,075	8,557	407	3,855	3,410	79,752	89,786
	1989年	10,081	1,475	400	1,075	8,606	408	4,041	3,275	80,572	90,653
	1990年	10,096	1,478	399	1,079	8,618	411	4,245	3,081	80,852	90,948
	1991年	10,066	1,479	400	1,079	8,587	404	4,377	2,918	82,118	92,184
	1992年	9,963	1,476	398	1,078	8,487	403	4,459	2,738	83,394	93,357
	1993年	9,844	1,477	394	1,083	8,367	404	4,550	2,530	84,128	93,972
	1994年	9,731	1,471	392	1,079	8,260	402	4,624	2,349	85,588	95,319
	1995年	9,606	1,466	388	1,078	8,140	403	4,744	2,110	87,069	96,675
	1996年	9,490	1,461	387	1,074	8,029	400	4,873	1,875	87,909	97,399
10年前	1997年	9,413	1,455	380	1,075	7,958	397	5,039	1,642	89,292	98,705

資料：「医療施設調査・病院報告」厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室

（２）新耐震基準導入時期（1986 年・昭和 61 年）等からみた建替えや耐震強化の必要な医療機関

①　耐震状況調査からみた建替えや耐震強化の必要な民間病院

建築物に関する重要な時期として、阪神・淡路大震災でその耐震性が証明されたと言われる、「建築基準法・施行令改正施行」によって「新耐震基準」が義務づけられた、1981 年・昭和 56 年がある。「新耐震基準」が義務づけられていない 1981 年・昭和 56 年以前に建てられた建築物は、大地震に対して弱い可能性が大きい。

2008 年・平成 20 年に全国全ての病院を対象とした厚生労働省調査で、「すべてが新耐震基準である病院」は 50.8%で、逆に「すべてが新耐震基準でない病院」は 12.4%、「一部が新耐震基準である病院」は 33.1%にものぼっている。

そして、これら病院の内災害拠点病院を除く民間が中心の「その他病院」も同様に、「すべてが新耐震基準でない病院」は 988 病院、13.1%、「一部が新耐震基準である病院」は 2,485 病院、32.8%と、合計 3,473 病院、45.9%がすべて或いは何れかが新耐震基準でない建物となっている。（表 7-4 参照）

また、2005 年・平成 17 年に行われた「病院の地震対策に関する実態調査」では、「耐震診断を受けた病院」の内「耐震補強の必要性がある病院」は 65%で、この内「耐震補強を実施していない病院」は 74%であった。したがって、耐震診断が必要な病院の内、耐震補強の必要性はあるが、耐震補強をしていない病院は全体の 48.1%にものぼることになる。（表 7-5 参照）

②　建物着工時期からみた建替えや耐震強化の必要な病院・診療所の建設投資規

新耐震設計法が義務づけられた 1981 年・昭和 56 年は、現在（2007 年・平成 19 年）より 26 年前で、前記鉄筋コンクリート造等の法定耐用年数 39 年より 13 年遡った時期である。このことから、40 年前の 1967 年・昭和 42 年以降 1980 年・昭和 55 年までに建てられた病院は、今後法定耐用年数を過ぎ(老朽化)、かつ新耐震設計法によらない病院である。

この 1967 年・昭和 42 年から 1980 年・昭和 55 年の 14 年間に着工した全病院・診療所は、累積 45,652 施設で年平均 3,261 施設にものぼる。（表 7-6 参照）

更に、この間に着工した面積は累積 36,599 千㎡で年平均 2,614 千㎡である。仮にこれらが今後建替えられる面積と仮定すると、坪単価 75 万円[1]とした場合、14 年間累積で 8.3 兆円、年平均 5,900 億円となる。

この数値は、あくまで 40 年前頃の構造基準で建てられた面積で、仮に建替えに際し 5 割増[2]の面積になると仮定すると、これらの建替えに際してかかる金額は、14 年間累積で 8.3～12.5 兆円、年平均 5，900～8，850 億円となる。

表 7-4 厚生労働省による全病院対象の耐震状況調査の結果(平成 17 年及び平成 20 年)

建物の新耐震基準(昭和56年)の適用状況		2005年・平成17年度（主として患者が利用する建物）		2008年・平成20年度（病棟・外来診療・手術検査部門）	
		回答数	比率	回答数	比率
①すべてが新耐震基準である		2,494	36.4%	4,132	50.8%
②一部が新耐震基準である		2,482	36.3%	2,694	33.1%
③すべてが新耐震基準でない		1,209	17.7%	1,010	12.4%
④不明		575	8.4%	294	3.6%
合計		6,843	100.0%	8,130	100.0%
災害拠点病院	①すべてが新耐震基準である	236	43.3%	331	58.6%
	②一部が新耐震基準である	257	47.2%	209	37.0%
	③すべてが新耐震基準でない	45	8.3%	22	3.9%
	④不明	6	1.1%	3	0.5%
	小計	545	100.0%	565	100.0%
その他病院	①すべてが新耐震基準である	2,258	35.9%	3,801	50.2%
	②一部が新耐震基準である	2,225	35.3%	2,485	32.8%
	③すべてが新耐震基準でない	1,164	18.5%	988	13.1%
	④不明	569	9.0%	291	3.8%
	小計	6,298	100.0%	7,565	100.0%

注：「災害拠点病院」は公立病院、独立行政法人、大学病院、日赤・済生会等が中心。
資料：「病院の地震対策に関する実態調査（平成 17 年 10 月）」厚生労働省
資料：「病院の地震対策に関する緊急調査（平成 20 年 5 月）」厚生労働省

[1] 2007 年平成 19 年度の病院・診療所の着工建築物の総計における工事費予定単価 75 万円/坪を参照。
[2] 病院の 1 ベッド当たりの病室床面積の施設基準が、従来 4.3 ㎡(100.0)から 6.4 ㎡(148.8)に増加したことを参照。

表 7-5 2005 年・平成 17 年度厚生労働省「病院の地震対策に関する実態調査」結果の概要

病院建物の構造的耐震性について	1）建物の新耐震基準（昭和56年）の適用状況	
	①すべての建物が新耐震基準に従って建設された病院	36%
	②一部の建物が新耐震基準に従って建設された病院	36%
	③新耐震基準に従って建設された建物がない病院	18%
	④不明	8%
	⑤回答なし	1%
	2）耐震診断の有無（建物の建設年にかかわらず）	
	①はい	14%（5%）
	②いいえ	75%
	③不明	9%
	④回答なし	2%
	3）耐震補強の必要性（耐震診断を受けた病院のみ対象）	
	①はい	65%（要改修38%）
	②いいえ	30%
	③不明	3%
	④回答なし	3%
	4）耐震補強の実施（耐震診断の結果、耐震補強の必要がある病院のみ対象）	
	①はい	26%（耐震改修実施44%）
	②いいえ	74%
	③回答なし	0%

＊：（　）内は、国土交通省建築物防災対策室が平成15年3月31日に行った「既存建築物の耐震診断・耐震改修の状況」における、民間建築物91,600棟間建築物の内、昭和56年以前に建てられた建築物が対象の耐震診断などの状況

資料：厚生労働省医政局指導課（平成17年10月）

表 7-6　1967 年(40 年前)以後の全病院・診療所着工建築物の推移

（着工施設数）　（棟）

	計			
		新築	増築	改築
1967年	3,216	1,508	1,595	113
1968年	3,218	1,464	1,618	136
1969年	3,147	1,505	1,522	120
1970年	3,249	1,565	1,566	118
1971年	2,905	1,363	1,416	126
1972年	3,155	1,468	1,575	112
1973年	2,862	1,375	1,385	102
1974年	2,555	1,193	1,257	105
1975年	2,987	1,309	1,562	116
1976年	3,430	1,642	1,671	117
1977年	3,359	1,632	1,614	113
1978年	3,763	1,837	1,835	91
1979年	3,959	1,994	1,874	91
1980年	3,847	1,924	1,843	80
合計	45,652	21,779	22,333	1,540
平均	3,261	1,556	1,595	110

（着工面積）　（千㎡）

	計			
		新築	増築	改築
1967年	2,130	1,068	951	111
1968年	2,025	936	954	135
1969年	2,085	1,107	880	98
1970年	2,353	1,078	1,177	99
1971年	2,296	1,274	925	97
1972年	2,544	1,256	1,207	81
1973年	2,638	1,292	1,229	118
1974年	1,749	799	871	79
1975年	2,130	914	1,118	98
1976年	2,626	1,461	1,061	103
1977年	2,968	1,505	1,350	113
1978年	3,696	1,913	1,695	87
1979年	3,661	1,922	1,640	99
1980年	3,698	1,942	1,650	107
合計	36,599	18,467	16,708	1,425
平均	2,614	1,319	1,193	102

資料：「建築統計年報」国土交通省

（３）バリアフリー化への対応の必要性

これまでの法体系のもとでは、「施設ごとにバラバラの対応」「連続的なバリアフリー化が図られない」「ソフト面の対策が不十分」といった課題があるとして、平成 18 年に「バリアフリー新法」（高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律）が制定（平成 18 年 6 月公布、平成 18 年 12 月施行）された。

制定された「バリアフリー新法」とは、高齢者、障害者などの円滑な移動や建築物などの円滑な利用を確保する目的とした、下記のような主旨の法律である。

［高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律］

（バリアフリー新法）

高齢者、障害者等の円滑な移動及び建築物等の施設の円滑な利用の確保に関する、施設を総合的に推進するため、主務大臣による基本方針並びに旅客施設、建築物等の構造及び設備の基準の策定の他、市町村が定める重点整備地区において、高齢者、障害者等の計画段階からの参加を得て、旅客施設、建築物等及びこれらの間の経路の一体的な整備を推進するための措置等を定める。

「バリアフリー新法」では、「特別特定建築物」と「特別建築物」の規定があり、これらに該当する建築物の建築主などは、義務（特別特定建築物）または努力義務（特定建築物）が課せられている。（図 7-2 参照）

病院・診療所は「特別特定建築物」に該当し、一定規模（2,000 ㎡）以上の建築または用途変更する場合は、「建築物移動等円滑化基準」（最低限のレベルと言われる）に適合することが義務づけられているとともに、その既存建築物についてはこの基準に適合させる努力義務が課せられている。

また病院・診療所は「特定建築物」にも該当し、これを新設、増改築、用途変更、修繕または模様替えをする場合も、「建築物移動等円滑化基準」に適合させる努力義務が課されている。

「建築物移動等円滑化基準」および「建築物移動等円滑化誘導基準」の概要を示したものが表 7-7 で、Ａが「建築物移動等円滑化基準」を示している。

「建築物移動等円滑化基準」とは、高齢者、障害者などが円滑に利用できるようにするために必要な、「建築物特定施設」（出入口、廊下、階段、エレベーター、トイレ、

敷地内通路、駐車場、浴室など）の構造及び配置に関する基準（義務付け基準）で、

●車いす使用者と人がすれ違える廊下幅

●車いす使用者用のトイレが１つある

などの基準を規定している。

また、「建築物移動等円滑化誘導基準」とは、建築物移動等円滑化基準を超え、かつ、高齢者、障害者などが円滑に利用できるようにするために誘導すべき建築物特定施設の構造及び配置に関する基準で、

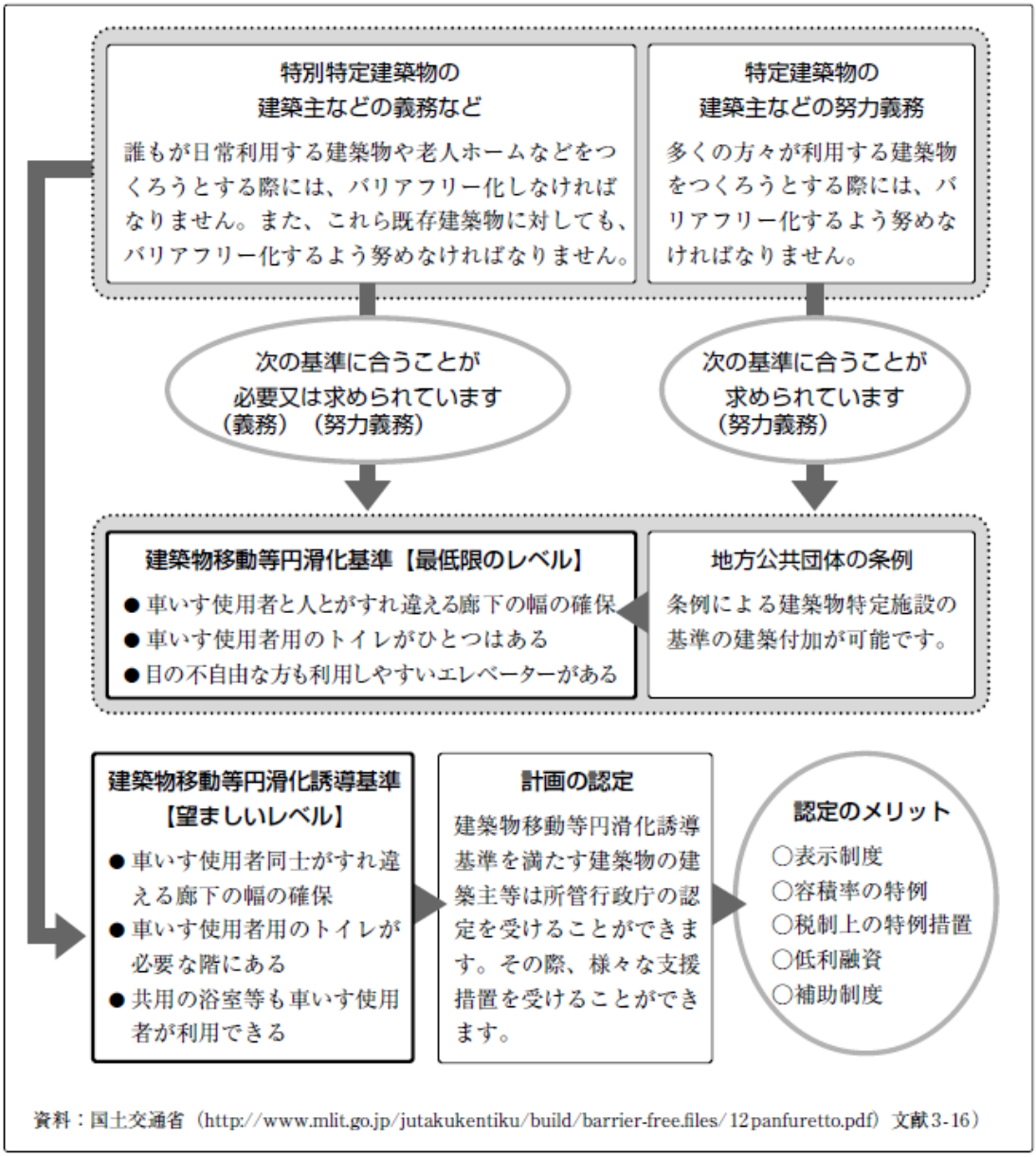
● 車いす使用者同士がすれ違える廊下幅

● 車いす使用者用のトイレが必要階にある

などの基準を規定している。

病院・診療所は、新築、増改築、用途変更、修繕または模様替えに際しては、前記のような「建築物移動等円滑化基準」或いは「建築物移動等円滑化誘導基準」に従うこと義務づけられていたり、努力義務とされていて、こうしたことを含む建築設備投資が求められている状況にある。

図 7-2 バリアフリー新法の仕組み



資料：国土交通省（http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/build/barrier-free.files/12panfuretto.pdf）文献3-16）

表 7-7 建築物移動等円滑化基準と建築物移動等円滑化誘導基準

それぞれの説明中、A「は建築物移動等円滑化基準」、Bは「建築物移動等円滑化誘導基準」です。

1 出入口

建物の出入口、居室の出入口などは車いすで円滑に利用できるようにすることが必要です。出入口の幅と前後のスペースを確保してください。

- 玄関出入口の幅（1以上）
  A：80cm以上　B：120cm以上
- 居室などの出入口
  A：80cm以上　B：90cm以上

2 廊下等

車いすを使用する方の通行が容易なように十分な幅を確保することが必要です。

- 廊下幅
  A：120cm以上　B：180cm以上

3 傾斜路

スロープは緩やかなものとし、手すりを設け、上端には点状ブロック等を敷設してください。長いスロープには踊り場を設けることも必要です。

- 手すりの設置
  A：片　側　B：両　側
- スロープ幅
  A：120cm以上　B：150cm以上
- スロープ勾配
  A：1/12以下　B：1/12以下（屋外は1/15以下）

4 エレベーター

階と階の間の移動には、エレベーターで行けるようにすることが原則必要です。車いすを使用する方や目の不自由な方の利用に配慮した仕様としてください。

- 出入口の幅
  A：80cm以上　B：90cm以上
- かごの奥行
  A：135cm以上　B：135cm以上
- かごの幅（一定の建物の場合）
  A：140cm以上　B：160cm以上
- 乗降ロビー
  A：150cm角以上　B：180cm角以上

5 トイレ

トイレを設ける場合には、車いすを使用する方や足の弱っている方も使えるようにすることが必要です。車いすを使用する方が使える十分な広さの便房を設けてください。

- 車いす使用者用便房の数
  A:建物に1つ以上　B:各階ごとに原則2%以上
- オストメイト対応便房の数
  A:建物に1つ以上　B:各階ごとに1つ以上
- 低リップ小便器等の数
  A:建物に1つ以上　B:各階ごとに1つ以上

6 ホテルや旅館の客室

ホテルや旅館の客室内の便所や浴室等は車いすを使用する方も使えるようにすることが必要です。

- 車いす使用者用客室の数
  A：1つ以上　B：原則2%以上

7 アプローチ

建物の出入口に通じる通路を車いすで円滑に利用できるようにすることが必要です。広い幅ですべりにくい表面とし、高低差のある場合には緩やかなスロープ等を設けてください。

- 通路の幅
  A：120cm以上　B：180cm以上

8 駐車場

駐車場を設ける場合は、車いすを使用する方や体の不自由な方のために、建物の出入口の近くに車いすを使用する方が使える十分な幅の駐車スペースを確保してください。

- 車いす使用者用駐車施設の数
  A：1つ以上　B：原則2%以上
- 車いす使用者用駐車施設の幅
  A：350cm以上　B：350cm以上

9 浴室等

共用の浴室やシャワー室を設ける場合には、1つ以上の浴室等を十分な広さとし、車いすを使用する方が使える仕様としてください。（建築物移動等円滑化誘導基準）

10「案内表示」について

バリアフリー化されたエレベーターやトイレ、駐車場の付近には、見やすくわかりやすい表示が必要です。これらの施設の配置がわかる案内板や案内所を設けてください。

11 案内設備に至る経路

道等から案内板や案内所に至る経路には、目の不自由な方が安全に通れるように視覚障害者誘導用ブロックを設置するか、音声による誘導装置を設けてください。

12 増築等の場合

増築等の部分とその部分に至る経路が基準の適用範囲となります。なお、増築等の範囲にかかわらず多数の者が利用する便所、駐車場などを設ける場合には、一以上を車いすを使用する方などが利用できるようにする必要があります。

13 修繕等の場合

修繕等の部分とその部分に至る経路が基準の適用範囲となります。なお、修繕等の範囲にかかわらず多数の者が利用する便所、駐車場、浴室等を設ける場合には、一以上を車いすを使用する方などが利用できるようにする必要があります。（建築物移動等円滑化誘導基準）

資料：「パンフレット・ハートのあるビルをつくろう」：国土交通省 文献3-16）
（http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/build/barrier-free.files/12panfuretto.pdf）

（４）地球温暖化対策の必要性

我々を取り巻く環境問題にはさまざまな課題があるが、地球温暖化への対応は、人類の生存に甚大な影響を及ぼす重要かつ喫緊の課題と考えられる。

現在、国家的目標として、地球温暖化防止のため二酸化炭素（ＣＯ２）削減が掲げられ、平成 17 年 4 月 28 日に京都議定書目標達成計画が閣議決定された。この計画においては、各業種において、地球温暖化防止のための自主行動計画の策定とその着実な実施が求められている。

その中で、医療分野については「自主行動計画の着実な実施」という項目の中で、「私立病院、私立学校等の（自主行動計画）未策定業種においても、自主行動計画を策定し、特性に応じた有効なＣＯ２対策を講ずることが期待される」として、自主行動計画の策定が強く求められた。（表 7-8 参照）

表 7-8 京都議定書目標達成計画で求められた私立病院における自主行動計画の策定

○自主行動計画の着実な実施 産業・エネルギー転換部門に限らず業務部門においても、業種ごとに目標を設定した環境自主行動計画を策定する取組は 10 業種に広がっている。自主行動計画の目標・内容についてはあくまで事業者の自主性にゆだねられるべきものであることを踏まえつつ、社会的要請にこたえ、その透明性・信頼性・目標達成の蓋然性を向上していくことがきわめて重要であり、関係審議会等において定期的にフォローアップを行う必要がある。 また、私立病院、私立学校等の未策定業種においても、自主行動計画を策定し、特性に応じた有効な省ＣＯ２対策を講ずることが期待される。

これを受け平成 20 年度、日本医師会及び４病院団体（全日本病院協会、日本病院会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会）は、数値目標を含む「病院における地球温暖化対策自主行動計画」を機関決定した。

この「自主行動計画」においては、数値目標の設定が求められていることから、その「数値目標は、エネルギー起源の『ＣＯ２排出原単位』（延べ床面積当りのＣＯ$_2$

排出量、kg-ＣＯ２/㎡）とし、基準年とする 2006 年度（平成 18 年度）より 2012 年度（平成 24 年度）まで、『年率 1.0%削減』することを目指す」こととしている。

病院のエネルギー消費構造は、表 7-9 にあるように 24 時間稼動している病棟や中央診察部門でのエネルギー消費が大きい。

こうした施設特性のある、病院等医療施設からのＣＯ２排出量を削減するためには、建物の省エネ化等様々な省エネルギー対策を推進するとともに、太陽光発電の導入や、医療機関の新築工事或いは改修工事などにおける、エネルギー転換工事の推進が非常に重要である。

このため、平成 20 年に日本医師会で行った民間の「病院における地球温暖化対策フォローアップ調査」で、「省エネ活動・地球温暖化対策のための融資制度の必要性について」聞いた結果、「積極的に整備すべきである」と「整備すべきである」を合わせたものは 54.1%にのぼり、これは無回答を除いた中では 85.2%を占めている（表 7-10 参照）

このように、医療機関において求められている地球温暖化対策を推進するためには、診療報酬面での対応と同時に、これらにかかる設備投資に対する融資面での環境整備が求められている。

表 7-9 部門別エネルギー消費量構成比率

部　門	面積比率（%）	稼働時間（h）	エネルギー消費量比率（%）
病　棟 病室、ICU、ナースステーション、WC・汚物処理、ディルーム、廊下など	35	24	34
外　来 玄関ホール、待合、診察室、処置室等	13	9	11
中央診療部門 放射線部、検査部、手術部、中材部、特殊治療室など	22	10	29
供給部門 薬局、洗濯室、廃棄物処理室など	8	10	8
管理部門 事務、医事、医局、会議室、売店、食堂など	10	9	8
厨　房 入院食用主厨房	2	18	5
共　有 昇降機、電気室、機械室など	10	24	5

面積比率：部門ごとの該当施設における床面積の比率
稼働時間：各部門における職員の平均執務時間
エネルギー消費量比率：病院施設全体に対する各部門のエネルギー消費量をヒアリングや実測によって割り出した比率
資料：「病院における省エネルギー実施要領」文献5-3）厚生労働省
（http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken06/index.html）

表7-10 省エネ活動・地球温暖化対策のための融資制度の必要性について

	積極的に整備すべきである	整備すべきである	どちらとも言えない	あまり整備しなくてもよい	整備する必要はない	無回答	合計
一般病院	332 (36.2%)	163 (17.8%)	90 (9.8%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)	328 (35.8%)	916 (100.0%)
特定機能病院	2 (16.7%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	7 (58.3%)	12 (100.0%)
精神科病院	125 (42.4%)	39 (13.2%)	19 (6.4%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	111 (37.6%)	295 (100.0%)
合計	459 (37.5%)	203 (16.6%)	110 (9.0%)	4 (0.3%)	1 (0.1%)	446 (36.5%)	1,223 (100.0%)

資料：「病院における地球温暖化対策フォローアップ調査」日本医師会

３．医療機関における建設投資ニーズ

前記 1(2)でみたように、民間の医療機関における過去 10 年間の平均建設投資額は年間 6,799 億円で、最近低下している 4 年間でみた場合は平均で 5,679 億円となっている。(表 7-2 参照)

しかし、建替え等が必要と考えられる法定耐用年数が切れる建物は、過去の施設数の増加実績から推測すると、今後増加すると思われる。そして、こうした法定耐用年数が切れる全病院・診療所が、一定の前提条件のもとで建て替えられるとしてその投資規模を求めると、今後 14 年間で 8.3～12.5 兆円、年平均 5,900～8, 850 億円になると試算される。(2(2)②参照)

又、耐震補強が必要な病院施設でありながら、建替や耐震補強等なんらかの対応が必要されているものは、耐震診断がなされる建物の 48.1%にのぼると考えられる。

このように、建替や耐震改修の建築投資ニーズは高いと考えられることから、これらの建替や耐震改修の建設投資ニーズに対応した、国の支援や資金調達面での環境整備が望まれる。

次に、ユニバーサルデザインと老朽化度合いとの関係について、日本医師会が平成 19 年度に行った、医師会館の老朽化についてのアンケート調査結果をみる。（表 7-11 参照）

このアンケート調査では、医師会館における老朽化度合の判断について聞いた上、それが「老朽化してきたと感じる理由」を聞いているが、全体の 38.5%がユニバーサルデザインでないことをその理由としてあげている。すなわち、老朽化してきたと感じる施設の約 1/3 強は、ユニバーサルデザインでないことがその要因と考えられる。病院は、本来ユニバーサルデザインを取り入れるべき施設であることから、この面からも建設投資ニーズが高まっていると考えられる。

更に、地球温暖化対策との関連では、我が国においてこれまで以上の対策の推進が求められる中、国民の健康を担う医療機関においても、積極的な対応と、国等による各種支援が求められるものである。

したがって、今後以上のような様々な建設投資ニーズに対応した、国の支援や資金調達面での環境整備が望まれるものである。

表 7-11　老朽化してきたと感じる理由（Q9）

	全体	年数が経過	建物の外観	建物の内装	事務スペースが手狭	ホールや会議室等の空間がない	駐車スペースが必要	診療所機能がない
合計	262 100.0%	184 70.2%	64 24.4%	88 33.6%	96 36.6%	75 28.6%	77 29.4%	7 2.7%
都道府県医師会	27 100.0%	23 85.2%	4 14.8%	8 29.6%	15 55.6%	8 29.6%	11 40.7%	0 0.0%
郡市区医師会	235 100.0%	161 68.5%	60 25.5%	80 34.0%	81 34.5%	67 28.5%	66 28.1%	7 3.0%

	地震に対しての構造面	雨漏り	電気・空調設備機能	防火・避難設備等の危険性	エレベータがない等高齢者に不便	エネルギー使用効率が悪い	アスベストの危険性	ユニバーサルデザインでない
合計	120 45.8%	100 38.2%	82 31.3%	33 12.6%	74 28.2%	37 14.1%	19 7.3%	101 38.5%
都道府県医師会	16 59.3%	12 44.4%	14 51.9%	4 14.8%	2 7.4%	5 18.5%	3 11.1%	9 33.3%
郡市区医師会	104 44.3%	88 37.4%	68 28.9%	29 12.3%	72 30.6%	32 13.6%	16 6.8%	92 39.1%

	地域ニーズへ対応する機能がない	会員からの老朽化の指摘	業者からの老朽化の指摘	行政からの老朽化の指摘	その他
合計	18 6.9%	35 13.4%	57 21.8%	4 1.5%	27 10.3%
都道府県医師会	1 3.7%	3 11.1%	15 55.6%	0 0.0%	4 14.8%
郡市区医師会	17 7.2%	32 13.6%	42 17.9%	4 1.7%	23 9.8%

資料：「医師会館の建物における老朽化とその対応に関する実態把握分析」

日医総研、ワーキングペーパーNO.165

第８章　まとめと政策提言

サブプライム問題の影響が顕在化して、本研究が平成 19 年度の当初設定した、ファンド設立によって医療を投機の対象にしようとする短期的問題への対応は、急を要する局面ではなくなった。（第 2 章参照）

しかし、民間医療機関が安定的・持続的に存続するための、設備投資資金等の調達ニーズに対応した長期融資環境は、依然整備されていない問題がある。

このため、住宅分野で「フラット３５」といった形で既に行われている、35 年の「長期・固定・低利の融資（間接金融）」といったものの、医療分野での必要性や可能性を中心とした検討を行い、政策提言を行った。

１．まとめ

（１）民間医療機関が存続するための建設投資資金調達の必要性

民間医療機関においては、快適な療養環境が求められる中、その存続のため施設の老朽化・耐震性強化・バリアフリー化・地球温暖化への対応が必要とされ、これら建設投資のための資金調達が求められている状況にある。（第 7 章参照）

こうした背景として、最近 10 年間の民間の病院・診療所といった医療機関における建設投資（土地・医療設備を除く）は、年平均で 6，799 億円にのぼっている。（第 7 章 1(2)参照）

さらに、施設の快適な療養環境整備、老朽化、耐震性強化への対応面から、一つの仮定条件のもとで全医療機関における定量的な投資規模（土地・医療設備を除く）を求めると、今後 14 年間累積で 8.3～12.5 兆円、年平均 5,900～8,850 億円になると試算される。（第 7 章 2(2)参照）

（２）安定的かつ持続的経営のための長期・固定・低利融資の必要性

このような建設投資が発生する中、現状における病院建築資金の調達は、福祉医療機構からの融資が仮にあったとしても、資金の一部を短期融資により調達している。このため、金融情勢によっては貸し渋り・貸し剥がしの対象になりやすく、民間医療

機関の経営は不安定な状況にある。（第 6 章（1）参照）

そして、病院の平均的医業経営指標による売上、利益、減価償却から必要とされる借入れ返済年数を試算すると、30 年以上の長期かつ固定金利、低利融資の仕組みが、安定的かつ持続的経営のために大きく求められるものである。(第 6 章 4 参照)

そして、民間医療機関を対象に行った「資金調達に関する実態アンケート調査」(以下、実態調査ともいう)でも、次のような必要性が明らかになった。

＜安定的かつ持続的経営のための長期・固定・低利融資の必要性＞

① 全ての民間医療機関において、耐震性強化やバリアフリー化への対応、更には省エネルギー化や地球温暖化等への取組を配慮した政策融資の必要性が非常に高い。(図 4-31、32 参照)

② 特に民間病院において、設備投資のための「30 年以上の長期、且つ固定金利の融資制度」に対する必要性が高い。(図 4-29、30 参照)

（３）民間金融機関では出来ない公的融資環境の問題

しかし、現在民間金融機関では出来ない長期・固定金利融資を担っている国の機関である、福祉医療機構における医療貸付事業融資は、平成 16 年から始まった画一的な「財政投融資改革の総点検の方針」を受け一貫して縮減している状況にある。（第 7 章 1(3)参照）

すなわち、医療貸付融資実績は、平成 11 年度の 2,251 億円をピークに漸減し、特に「政策金融改革及び独立行政法人見直し」が検討され始めた平成 18 年度から急激に減少し、平成 19 年度はピーク時(100%)に比べ 753 億円(33.5%)にまで減少している。この結果、民間の病院・診療所における建設工事費予定額に占める福祉医療機構の融資実績は、平成 16 年に 28.1％であったものが、平成 19 年には 13.4％にまで激減してしまっている。(図 7-1 参照)

これらを背景とした、医療機関における実際の設備投資のための資金調達状況は、実態調査によれば次のような問題が明らかになった。（第 4 章参照）

＜医療機関における設備投資のための資金調達状況＞

① 医療機関における設備投資の借り入れ先の実績は、民間金融機関が圧倒的に多く、比較的長期の福祉医療機構やその他公的金融機関からの単独融資は非常に少ない(約 1 割未満)。(図 4-8 参照)

しかし、今後の借り入れ予定では、福祉医療機構がらみの融資は、実績の約倍のニーズがある。(図 4-26 参照)

② 福祉医療機構からの融資は、固定金利であるものの、全体の 72.6%が 10 億円未満の融資額に止まり、融資期間もほとんど 20 年以下に止まっている。(図 4-10、11 参照)

一方、民間金融機関からの融資も、全体の 86.1%が 5 億円未満の融資額に止まっていて、変動金利が半分以上を占め、融資期間も 56.3%が 10 年未満の短・中期の融資期間となっている。(図 4-13、14、15 参照)

③ 病院の過去 5 年間における、「借り入れを検討したが借り入れに至らなかった」との回答は、福祉医療機構が 28.6%と民間金融機関の 18.8%を大きく上回っており、融資条件についてなんらかの問題がある可能性がある。(図 4-17 参照)

④ また、福祉医療機構から借り入れを検討したが、借り入れに至らなかった理由について、「具体的なコンタクトはとらなかった」割合が、民間金融機関の 31%に対して 49%と非常に多く、そもそも基本的な融資条件をクリアすることに問題のある融資制度となっている可能性がある。(図 4-18、19 参照)

⑤ これらの要因と考えられる、福祉医療機構からの融資に不満足な割合の高い項目として、「スピーディな対応」や「提出書類の煩雑さや量の多さ」といった面への不満が高い。(図 4-20 参照)

以上のように、現状の福祉医療機構に代表される公的な融資環境は、民間の医療機関における資金調達ニーズに応えるものとなってないことが明らかになった。

（４）国による新たな長期・固定・低利融資制度の構築を

そこで、建設投資といった資金調達ニーズに対応した公的融資の枠組みを検討するため、財政投融資改革以降の医療分野の位置づけ(第 3 章)や、公的な長期・固定・低利融資の先行的事例である住宅金融支援機構の「フラット３５」の融資スキーム(第 5 章)、及び医療機関における資金調達の特性(第 6 章)等についての分析を行った。

これら分析の結果、医療分野での新たな融資スキームを構築にするに際してのポイントを、次のように整理した。

＜医療分野における新たな融資スキームを構築する際のポイント＞

① 医療分野は、保険制度のもと採算性が乏しい中で施設整備を進めていくためには、原則として長期・低利の融資を行う財政投融資の活用がふさわしい分野である。（第 3 章 4、「今後の財政投融資のあり方」）

② 医療機関における、建設投資をした場合の売上・利益・減価償却と借入れ返済年数の関係や、景気変動を受けない経営特性から、医療施設の整備には長期かつ固定金利の資金が適している。(第 6 章 4)

③ 医療機関向けの 35 年長期・固定金利といったローンは、医療計画によって新規開設や増床がコントロールされているため、（サブプライム問題を起こした）米国住宅ローンのように急膨張の末に崩壊する蓋然性は低い。また、デフォルト発生の危険性という点からみれば、医療機関向けの長期・固定金利ローンも実現不可能ではない。(第 5 章 5)

これらを踏まえ、建設投資といった資金調達ニーズに対応した今後の公的融資の枠組みについて、下記のような方向性を提案する。

＜今後の公的融資スキーム（制度）の方向性＞

① 医療分野の建設投資に求められる、35 年長期、固定金利、低利といった資金調達ニーズに対応した融資は、民間金融機関では実施困難で、かつ政策的重要性の高い事業であり、国の直接支援や財政投融資の活用を図る分野である。

② 医療分野の長期・固定金利・低利といった資金調達ニーズに対応し、国の信用を活用して低利な資金を導入したり、国が民間の長期融資の保証をする等、新たな公的融資スキーム(制度)を構築すべきである。

③ 医療分野における国の公的融資である福祉医療機構の福祉医療貸付制度は、現在民間医療機関から求められている資金調達ニーズに対応出来ていない。このため、これまでの画一的な財政投融資改革等の規制の枠組みを見直し、医療機関が申請や償還面で使い易い新たな公的融資スキームを整備すべきである。

２．政策提言

以上の検討結果を踏まえ、下記のような政策提言を行うものである。

＜政策提言　１＞

○　医療機関の安定的・持続的存続のため、35 年長期、固定金利、低利といった資金調達ニーズに対応した、民間の役割分担も含め、申請や償還面で使い易い新たな公的融資制度（スキーム）を構築すべきである。

例えば、国の信用力を活用して低利な長期融資をしたり、国が民間の長期融資の保証やリレー融資をする等。

また当面の景気対策の一環として、下記のような政策提言も併せて行うものである。

＜政策提言　２＞

○　災害拠点病院と同様、その他の民間病院についても、経済不況対策の一環として、建て替えや耐震補強等のための公的財政支援策を講ずるべきである。（第 7 章 2(2)参照）

参考資料編

１．平成１９年研究当初の背景と研究会の設立について

（１）投機対象としてファンド[1]に狙われ始めた医療機関

平成 19 年 4 月 5 日付日本経済新聞の第 1 面は、「医療の質向上へファンドー経営効率改善狙うー」という企業に非常に好意的な見出しで、三菱商事、三井物産、伊藤忠商事、ドイツ証券等による、医療や介護分野を専門に投資するファンドの設立が相次いでいることを報じている。これらファンドのビジネスモデルは、病院等から土地・建物を取得し、その病院や他の病院へこれら土地・建物を上限のない賃料で貸し、その収入を配当や元利払いに充てるものである。(参図 1 - 1 参照)

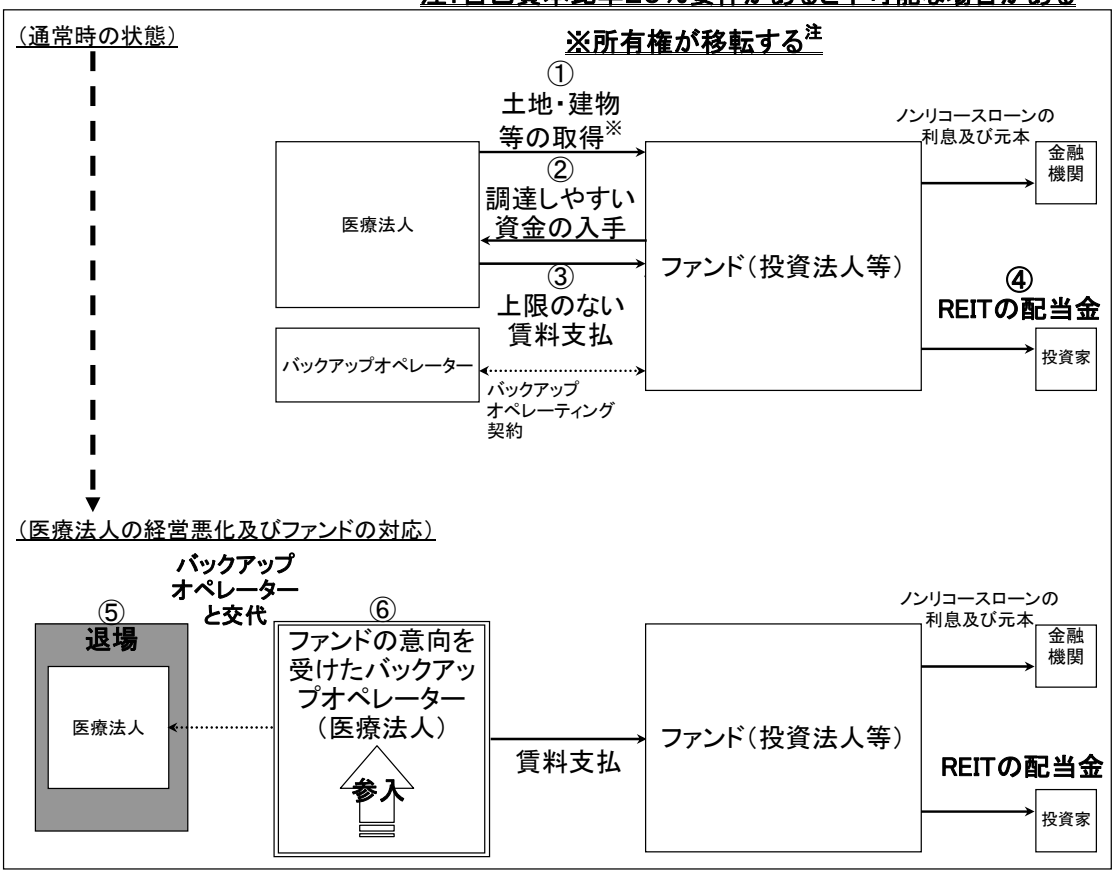
こうしたファンド設立による、医療を投機の対象にしようとする商事会社・証券会社の動きが、マスコミで顕在化したのは平成 19 年になってからであるが、その動きは 2 年前から既にあった。平成 17 年 11 月の経済産業省サービス政策課の「医療介護関連産業活性化のための事業インフラ研究会」報告書においては、医療機関における固定資産流動化の障害として「土地・建物の自己保有や自己資本比率 20%が義務付けられて（いること)」をあげている。また、「流動化の際の特別目的会社への出資が、収益に応じた配当となるため、事実上の株式会社参入と受け止められる等の課題も存在する」として、固定資産流動化が事実上の株式会社参入であることを、経済産業省自らが認めている。

以上のように、最近になって顕在化した医療を投機対象とするファンドの動きは、既に 2 年前からその戦略が図られてきたものであり、こうした動きは経済産業省自らが言っている、「事実上の株式会社参入」として捉えるべきである。

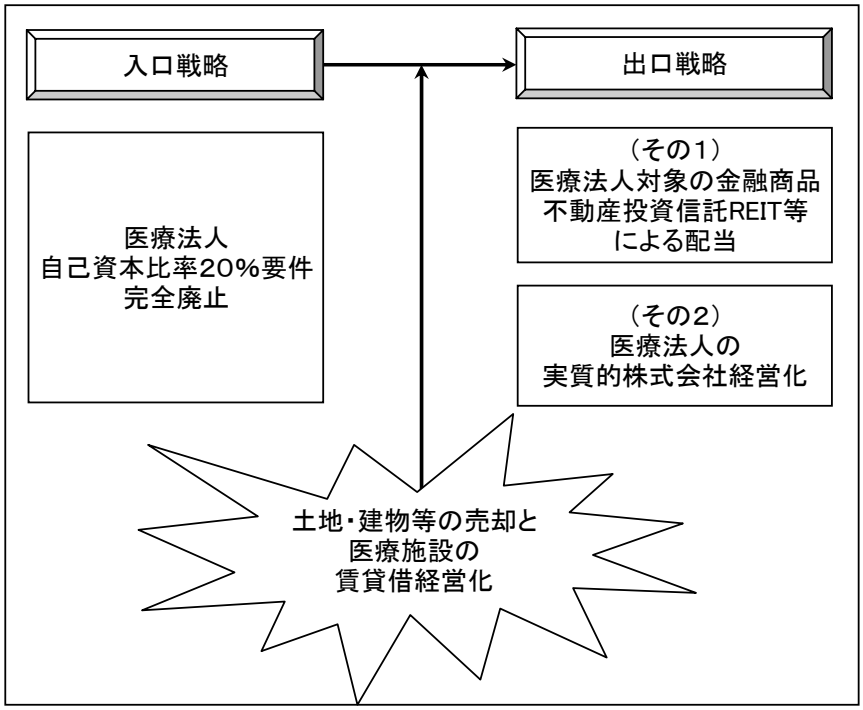
[1] 「ファンド」（fund）とは一般に「基金」や「資金」と訳される。ここでは、投資家から集めた資金をもとに、不振企業等に資金注入、経営にも関与し、再生による利益を投資家に分配するものをさす。

参図 1-1 ファンドの出口戦略としての事実上の株式会社参入

注：自己資本比率20%要件があると不可能な場合がある



参図 1-2 ファンドの「入口戦略」と「出口戦略」



注：REIT（リート）とは、「Real Estate Investment Trust」の略語

（２）ファンドの入口戦略「医療法人自己資本比率２０％要件完全廃止」は正に達成された

厚生労働省は正に、医療法人の資産要件として規定している現行の自己資本比率 20%の要件を廃止する、医療法施行規則の改正を行った。（通知　医政発第 0330049 号、平成 19 年 3 月 30 日）

この「医療法人自己資本比率２０％要件完全廃止」は、次のような意味を持っている。

すなわち、現在医療法人の中には、自己資本比率が 20%を割っているが、土地・建物等を自己保有しているため、自己資本比率規制の対象外となっている医療法人が存在している。これらの医療法人は、一般に経営状態が苦しく、新たな調達しやすい資金先を求めている法人が多い。

ファンドがこうした医療法人に、土地・建物を賃貸形式で経営支援をすると称して、不動産投資信託（REIT、「リート」と呼ばれる）等によって投資する場合に、医療法人は土地・建物等をファンド側に売却する必要がある。しかし、「自己資本比率２０％要件」があると、売却した段階で 20%要件に抵触し、医療法人を対象とした不動産投資信託 REIT 等の金融商品は成立しなくなる。

このように「医療法人の自己資本比率要件 20%の完全廃止」は、ファンドによる医療を投機対象とするための制度上非常に重要な条件となっているが、こうしたファンドの「入口戦略」とも言える条件整備は、上記改正により正に達成されたと認識すべきである。(参図１‐２参照)

（３）研究会の設置

上記のようなファンドによる医療を投機の対象とする背景としては、昨今のファンドにおける投資対象の減少といったこととともに、医療機関における調達しやすい資金への需要がある。

そして、こうした医療機関における需要の背景としては、これまでの厳しい診療報酬体系の改定とともに、設備投資資金や運営資金の調達環境が十分整備されていない問題がある。

特に、医療機関に公的な融資を行う独立行政法人福祉医療機構は、現在の年間融資額を２割削減する方針をとっており、医療機関における設備投資資金の調達環境は一層悪化することが予想される。

以上のような医療機関の資金調達に関係した、これまでにない全く新しい動きに対応

して、「医療機関の資金調達問題研究会」（以下、「研究会」という）を立ち上げ、これらに対応する方策を検討することとした。

そこで、「研究会」においては、まず①実際に資金調達の問題に直面している医療機関、②福祉医療機構等既存の公的資金提供機関、③ファンド関連機関、及び④その他医療におけるあるべき資金調達環境からみた公的及び民間の資金提供機関等から情報収集を行うこととした。

そしてこれらを基に、医療機関における新たな設備投資資金や運営資金の、既存及び新たな調達方法にかかる問題や、新しい資金調達スキーム等の課題を明らかにすることとした。

また今後、本研究会等から導かれる医療におけるあるべき資金調達の政策スキーム等を、国等関係機関に対して働きかけることを目指すこととした。

２．不動産証券化について

（１）不動産証券化のマーケット

１）マーケットの規模

不動産証券化の市場規模は、国土交通省の「不動産の証券化実態調査」によれば、1997 年から 2005 年の累計で約 25 兆円、2005 年単年度で約 7 兆円である。

累計約 25 兆円のうち不動産投資信託（REIT）が約 4.2 兆円、借り換えまたは転売されたものが約 2.8 兆円、特別目的会社（SPC、エスピーシー）その他のプライベートファンドなどが約 18 兆円となっている。

２）不動産購入の主役

昨今、不動産取引の買い手は多くが不動産ファンドなどのプロによって占められるようになった。

上場企業の不動産取引における購入主体別割合（金額ベース）をみると、平成 12 年上半期にはＳＰＣが全体の 38%であったが、平成 18 年上半期には J-REIT（日本版不動産投資信託、ジェイリート）と SPC あわせて 80%となっている。

３）J-REIT の投資対象

J-REIT の資産規模の推移をみると、J-REIT 創設当初（2001 年）は投資先のほとんどがオフィスビルであったが、その後、徐々に商業施設が増加、次いで住宅が増加し、現在は資産規模で住宅が商業施設を上回っている。

さらに最近では、従来、投資対象にならなかったアミューズメント施設、ホテル、倉庫などの専門性の高い運営ノウハウを必要とする資産への投資も行なわれるようになった。

背景には、優良オフィスビルを中心として取得競争、超低金利の継続、J-REIT や私募ファンドの台頭による投資家層の拡大などがある。

本項（1）～（3）は、2007 年 5 月に三菱ＵＦＪ信託銀行不動産コンサルティング部を講師に招いて行われた研究会の講義内容に基づき、日医総研がまとめたもの。参考文献「図解不動産証券化のすべて」三菱ＵＦＪ信託銀行不動産コンサルティング部（2006.2）

現在の市場は、言わば「投資資金は潤沢だが、よい投資対象物件がない」という状況である。そのような中、2006 年にはシニア施設を投資対象とする J-REIT も登場した。

（２）不動産証券化（流動化）による資金調達

不動産の証券化（流動化）による資金調達には、大きく分けて、既に所有している不動産の証券化と、新たに取得する不動産の証券化（アセットファイナンス）の 2 つがある。

１）既に所有している不動産の証券化（流動化）

これは既に不動産を保有する者が、所有不動産を SPC などに売却すると同時に、その不動産のテナントとして入居し、継続して利用する。SPC は投資家からの資金と借入れによって、その不動産の取得資金を調達する。

単純売却との比較によるメリット・デメリットは次のとおり。

参図 2-1　不動産証券化のメリット・デメリット

不動産証券化のメリット・デメリット

メリット

① 計画的な資金調達・オフバランス（益出し）が可能
→売却時期等を設定できる

② 大型物件の売却が容易
→複数投資家の組み合わせが可能

③ 処分資産の再取得可能性あり

デメリット

① ストラクチャー組成コストが必要

② 処分資産の種類が限定される
（賃料収入のある事務所ビル・店舗等が中心）

③ 自らエクイティに再投資を行う場合、不動産の価格変動リスクを負う

三菱 UFJ 信託による資料「不動産の証券化について」より抜粋

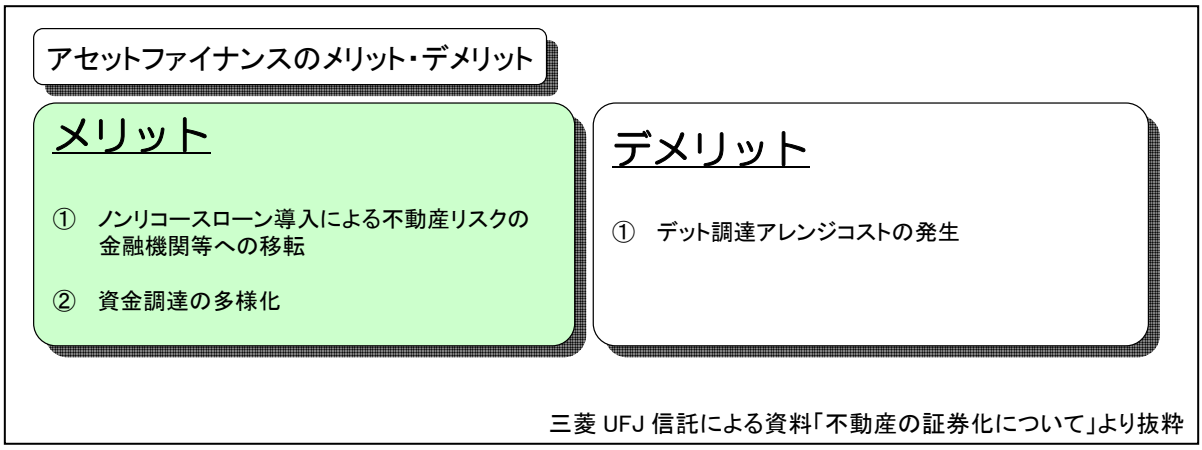
２）新たに取得・開発する不動産の証券化（流動化）（アセットファイナンス）

新たに不動産を取得（開発、建築）しようとする者が、自社の信用により資金調達を行なう代わりに、SPC が資金調達および不動産の取得（開発、建築）を行ない、自社はテナントとしてその不動産を利用する。

この手法をアセットファイナンスといい、単純取得との比較によるメリット・デメリットは次の通りである。

なお、「ノンリコースローン」とは、非遡及型融資と呼ばれ、担保価値以上の債務を追求しない融資手法のことである。また、「デット」とは資金の借入、債務のことである。

参図 2-2　アセットファイナンスのメリット・デメリット



（３）不動産証券化の仕組み

１）一般的なスキームの組成、運営

不動産の証券化には様々なスキームが存在するが、既に所有している不動産の証券化では、概ね次のような①から⑨の手順で進められるのが一般的である。

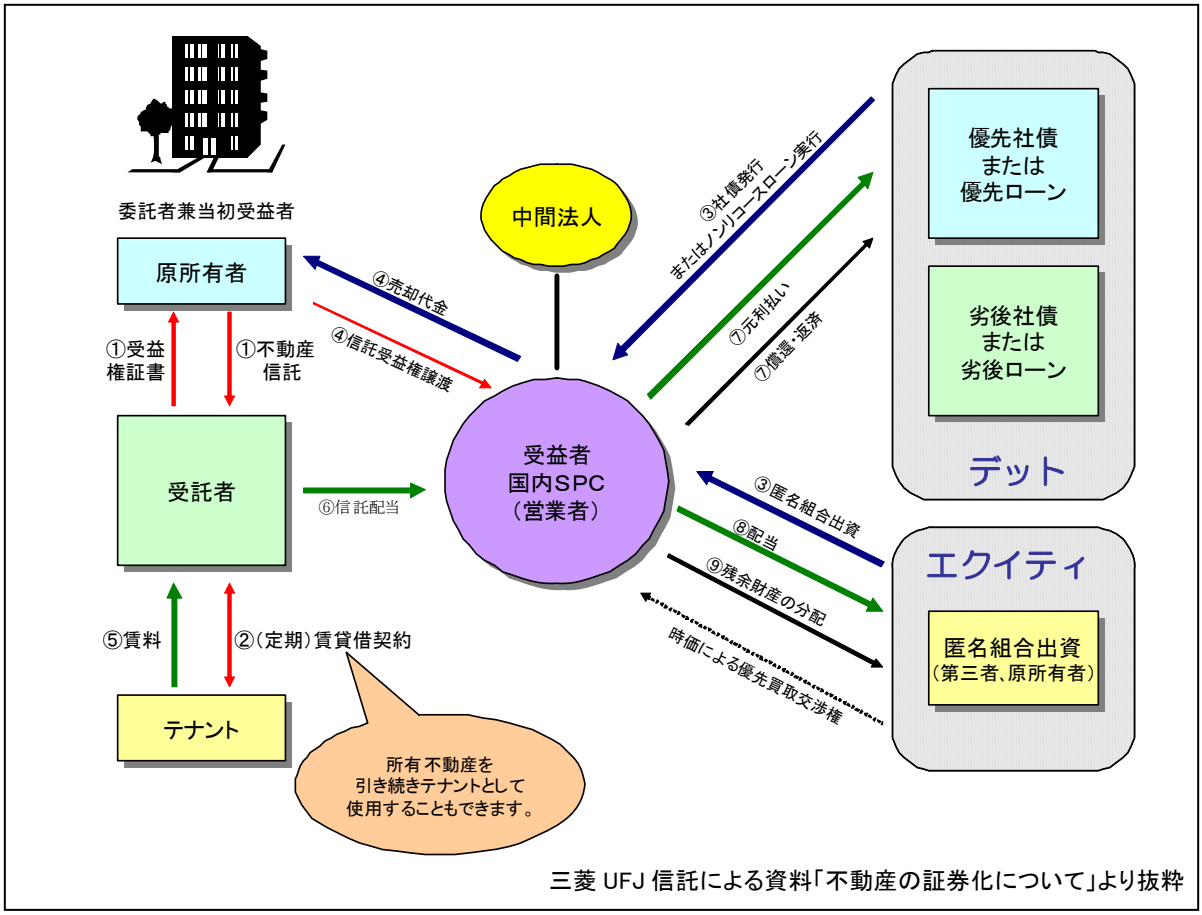
なお、「エクイティ」とは、株式等により調達された返済義務のない資金のことである。

① 原所有者が信託銀行などに不動産を信託する。

② 現所有者がテナントとなって賃貸借契約を締結する。

③ 中間法人などの出資によって設立した SPC が資金を調達（社債、ノンリコースローン（非遡及型融資、担保価値以上の債務を追求しない融資手法）、匿名組合出資）する。

参図 2-3 不動産証券化の一般的な仕組み



三菱 UFJ 信託による資料「不動産の証券化について」より抜粋

④ 現所有者から SPC に信託受益権を譲渡する（売却対価を支払う）。

⑤ テナントが信託銀行に月々の賃貸料を支払う。

⑥ 信託銀行は賃貸収入からこの不動産にかかる諸経費を引いた信託配当を SPC に支払う。

⑦ SPC は⑥の信託配当を原資に金利を支払う。

⑧ SPC は⑥の信託配当から金利その他の諸経費を引いた残額から匿名組合出資者に配当を行なう。

⑨ スキーム終了時に残余財産を分配する。…「２）期間満了時の対応」参照」

２）期間満了時の対応

SPC が調達するローンの期限は５年程度のケースが多い。期限到来時には元本を一括返済しなければならないので、それまでに、SPC は元本返済の資金を調達しなければならない。この時の対応は、「借り換えによるスキームの継続」と、「売却によるスキームの終了」に大別される。

① 借り換え（リファイナンス）によるスキームの継続

② 匿名組合員への売却によるスキームの終了

③ 第三者への売却によるスキームの終了

（４）課題の抽出

オペレーショナルアセット（不動産的要素よりも運営的要素（オペレーション）にその価値が大きく左右される資産（アセット））である病院の場合、物件の賃料収入を担保するものは、その病院の経営そのものである。しかし、現状では不動産証券化の主な対象は、銀行等からの借り入れが困難な経営再建中の病院である。このため、ファンド運営者としては、将来賃料不払いに陥ることがないよう、再建が完了するまで病院の経営に大きく関与することが求められる。

このように、病院不動産の証券化は、「不動産の価値に着目した資金調達」というだけで完結するものではなく、病院内部に深く入り込んでの「経営関与」との両輪で、はじめて評価されるスキームと言える。

投資収益を最大化する使命を負うファンド運営者は、不動産をいかに低価格で取得し、投資期間（おおむね5年前後が多い）満了までに、いかに高価格で売却するかを重視する。このため再建が仮に出来た場合でも、原経営者が病院資産（不動産）を買い戻す場合には、結果として資金調達のトータルコストは極めて高いものになる。それが負担ができない場合には、病院の不動産はまったくの第三者に売却されることになる。

不動産証券化というスキームによって資金調達を検討する医療機関は、こうした課題をよく認識した上で導入しなければならない。

３．民間病院の資金調達について

○明治安田生活福祉研究所
福祉社会研究部　主任研究員　松原　由美　氏

（１）金融の原理原則

企業の規模（厳密には信用力だが、規模に比例すると考えてよい）により、資金調達手段は決まる。

① 零細企業・・・親族・知人等からの借入れ
② 小企業　・・・信用組合・信用金庫
③ 中企業　・・・地銀
④ 中堅企業・・・都銀・株式・私募債
⑤ 大企業　・・・公募債（ロットとして約 100 億円）

注意すべき点として、大企業は小企業の使う資金調達手段を利用できるが、逆は不可能ということである。

つまり、小企業レベルである一般の病院が公募債を利用するなどということは、金融の原理原則からあり得ない。

（２）病院の特性

① ローリスク・ローリターン
② 急成長はなく安定
③ 中小企業・個人所有・同族経営・銀行取引は理事長個人へ貸すとの意識

（３）非営利性

① 医療法 54 条によって、剰余金の配当は禁止されている。（第 54 条　医療法人は、剰余金の配当をしてはならない）
② さらに、通知によって実質配当も禁止されている。

参表 3-1　医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認についての通知

平成五年二月三日
総第五号・指第九号
（各都道府県衛生主管部(局)長あて厚生省健康政策局総務・指導課長連名通知）

（６）開設者が、当該医療機関の収益・資産・資本の帰属主体及び損失・負債の責任主体であること。
　なお、医療機関が必要とする土地、建物又は設備を他の第三者から借りる場合においては、
ア　当該土地及び建物については、賃貸借登記をすることが望ましい(病院に限る。また、設備は除く。以下同じ。)。
イ　貸借契約書は適正になされ、借料の額、契約期間等の契約内容(建物が未完成等の理由で契約未締結の場合は、契約予定の内容)が適正であること。
ウ　借料が医療機関の収入の一定割合とするものでないこと。

これにより、売上や利益等に連動する家賃の支払いも禁止されている。

（４）資金調達手段

①　公募債は、医療機関では規模が小さすぎて使えない。

②　私募債は可能性がある。社員や患者への「押しつけ」とならないよう、配慮が必要である。

③　ＡＢＳ／プロジェクトファイナンスについて。

ABS=asset backed security

当該法人本体が赤字であっても、特定の事業部門・技術、資産（不動産）から利益が見込める場合、その部門を切り離して投資をする手法。

まず、医療機関では、事業部門や技術という単位で切り出すことは本質的に不可能。

これに対して、不動産を切り離して SPC にする可能性はまだ考え得る。

しかし、①医療機関の非営利性及び②病院の資金調達としての適合性（本当にメリットがあるのか？）の２点から大いに疑問。

（５）非営利性からの問題点

ＳＰＣを作ってリスクマネーを入れる場合、どのような仕組みを考えても、利益連動部分が必要となる。この場合、非営利性の原則に抵触する可能性が高いと思われる。

ＭＳ法人が認められているのだから、ＳＰＣも認められるというのは暴論。本来的に、銀行借り入れで賄うべきである。

（６）資産流動化のメリットと言われている点についての疑問

- バランスシートのスリム化　←　非営利なのでメリットでも何でもない。
- 資金固定化の回避　←　そもそも「設備投資後の事業リスク」が無い。他社との技術競争に敗れることもない。
- 小資本で急拡大が可能　←　他店舗展開などあり得ない。
- 固定費の変動費化（撤退の容易化）　←　そもそも、医療機関は、簡単には撤退できない。
- 不動産管理から解放される　←　そもそも、不動産管理に忙殺されている医療機関などを皆無。

（７）資産流動化のデメリット

- 家賃が市場リスクに晒されてしまう。
- コストが高くなる。
- 建替え・改修が行われない恐れがある。
- 不動産という最後の安全弁を放棄することになる。

（８）真のＳＲＩファンドの提言

「ＳＲＩファンド」(Socially Responsible Investment)とは、「社会的に責任ある投資」で、地域社会貢献活動への投資等が含まれる。

真のＳＲＩファンドで、収益を期待しないものであるならば、病院の資金調達手段として考えることも可能である。

（９）課題の抽出

医療機関の特性は、ローリスク・ローリターンであり、急成長が望めないこと。ま

た、実質配当も禁止されている。

したがって、一般に「新たな資金調達手段」と期待されている仕組みの大部分は使えない。医療機関のような実質配当しない組織が、配当をするＳＰＣを利用して資金調達をするというのは、論理矛盾がある。

営利を目的としない「真のＳＲＩファンド」の設立と、それが促進される環境整備が望まれる。

４．平成１９年度にとりまとめた医療機関における今後の資金調達のための課題（一部抜粋）

平成 19 年度の研究会において行ったヒアリング等を踏まえ、医療機関における今後の資金調達のための課題を次のように整理した。

（１）「真の社会貢献ファンド（ＳＲＩファンド）」の設立や「寄付又は基金の拠出」の環境整備の検討

医療機関の特性として、これへの融資はローリスク・ローリターンであり、事業規模として急成長が望めないこと、更には実質配当も禁止されている等、医療機関の一般的産業との違いがヒアリングで指摘された。

また、一般的な産業を対象とした「新たな資金調達手段」と期待されている、不動産の証券化等の既存の仕組みの大部分は医療機関にはなじまず、実質配当しない組織（医療機関）が配当をするＳＰＣを利用して資金調達するのは、論理矛盾であるとの指摘もヒアリングで受けた。

他方で、今後とも、医療機関が長期・安定的に経営を持続・発展させていくためには、事業の基礎となる資金を拡充させていくことが必要である。また、医療機関への長期・安定的な融資機能も必要とされている。

このため、営利を目的とせず、医療機関への寄付、医療法人の基金（劣後債）への拠出や長期・安定的な融資を行うため、「真の社会貢献ファンド（ＳＲＩファンド）」の設立や「寄付または基金拠出」の環境整備の検討が必要である。

（２）長期安定資金調達スキーム「（仮）メディカル 35」及び新たな「信用補完制度」の検討

医療の分野において、住宅金融支援機構が行っている「フラット３５」のような、例えば「（仮）メディカル３５」といった長期安定的な融資制度が作れれば、医療機関にとっては魅力的な資金調達方法になると考えられる。このため、こうした新しい資金調達スキームの検討は大きな課題と考えられる。

また、こうした新たな資金調達スキームの実施を、どのような機関が行うのかを検討することも一つの課題と考えられる。

一方、医療機関が民間銀行から融資を受けるに際しては、役員が個人的に融資を受けたり、連帯保証人になる等、現状では個人がリスクを負担している。すなわち、医療サービスの提供という社会的使命のために、現在個人が大きなリスクを負担している状況にある。このため、こうしたリスク負担の問題への対応が必要で、融資を受ける際の新たな「信用補完制度」の検討も必要である。

（３）「（仮）資金調達セカンドオピニオン」といった資金調達情報提供の検討

民間金融機関は今後とも主要な資金調達先として位置づけられ、これら機関からの調達方法について、医療機関に応じた各種情報提供が窓口の設置も含め求められている。

このため、医療機関の資金調達に関して、多くの経験・知識やノウハウを有する人材を活用して、日医総研で行っている建設セカンドオピニオンの資金調達版とも言える、「(仮)資金調達セカンドオピニオン」といった資金調達情報提供の検討も課題である。

（４）医療機関という規模に相応しい「私募債」導入のあり方や方法の検討

医療機関は、民間銀行から融資を受けるに際して、役員個人としてリスクを負担して融資を受けたり、短期借入金を長期的な投資に転用する等リスクの大きい資金調達を行っており、資金調達方法に多様性を持たせることが課題となっている。

これに対応する方法の一つである、現行の医療機関債はそのメリットが少ないことや、医療機関の規模からみてそのプロセス・条件等ハードルが多いという課題がある。

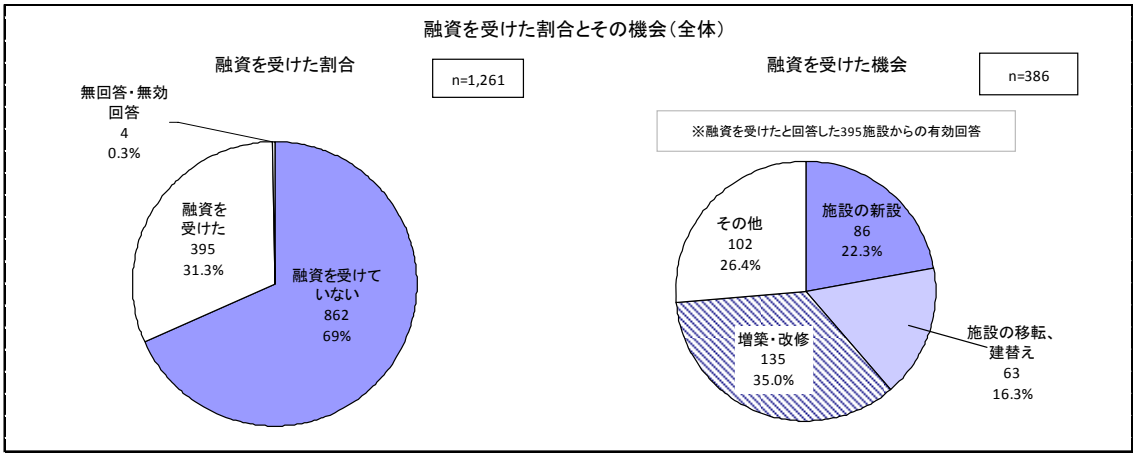
このため、医療機関という規模に応じた「私募債」における資金調達方法の改善は、意義あるものと考えられる。

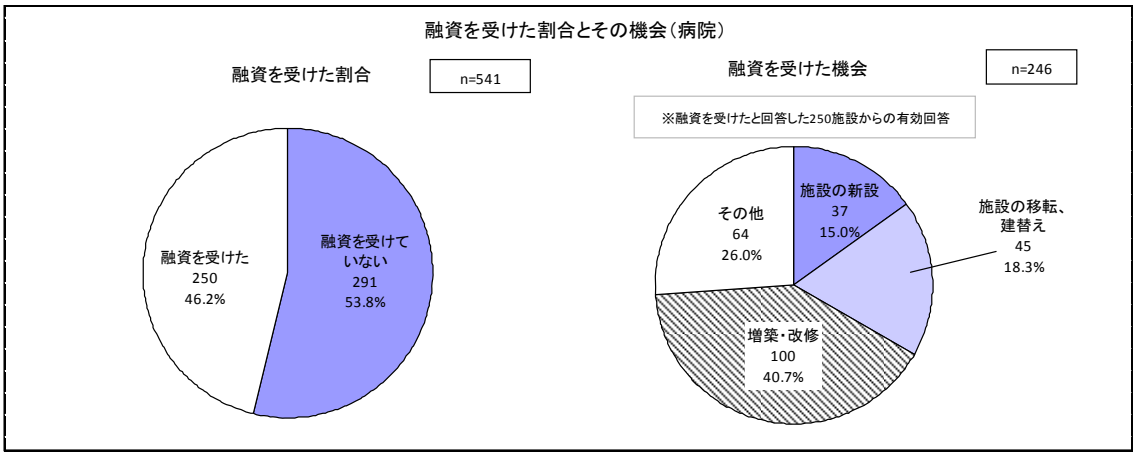
そして、その募集に際しては、「地域性」を重視する金融機関とか、「公益性」を重視する金融機関は、債券の買い手として想定され、これらとの連携によって「私募債」の展開を図ることも課題と考えられる。

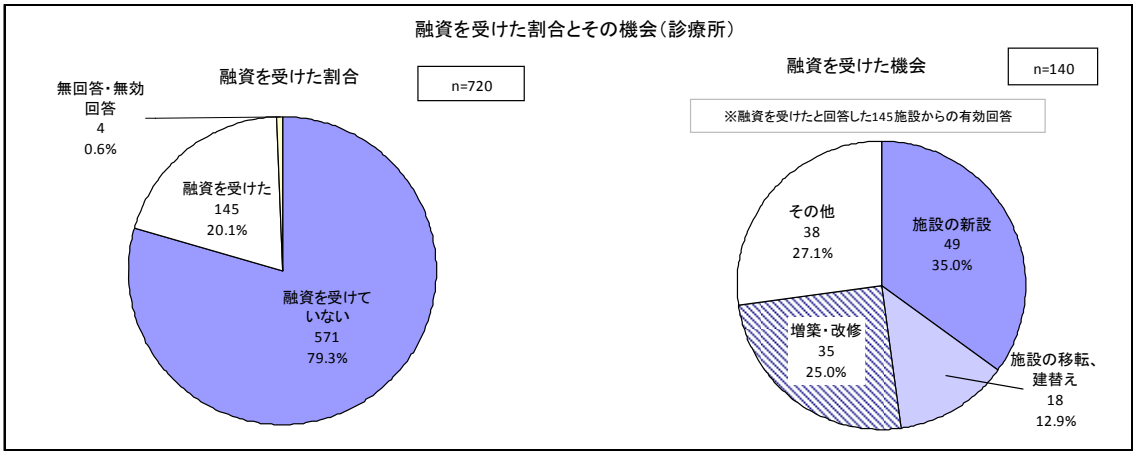
５．医療機関における資金調達に関する実態調査結果

（１）借入れに至った施設の状況

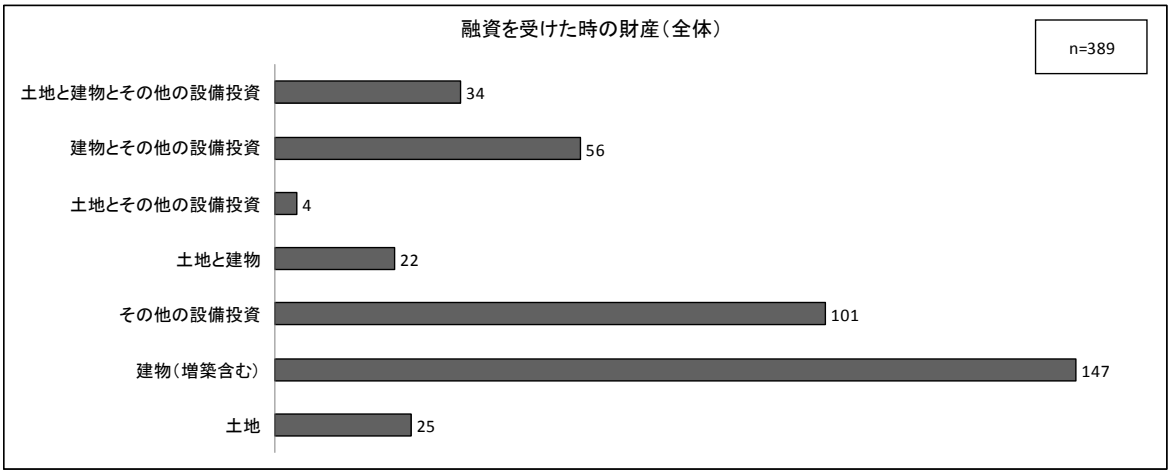
１）過去５年以内に融資を受けた割合とその機会　【問１、問３（1)】

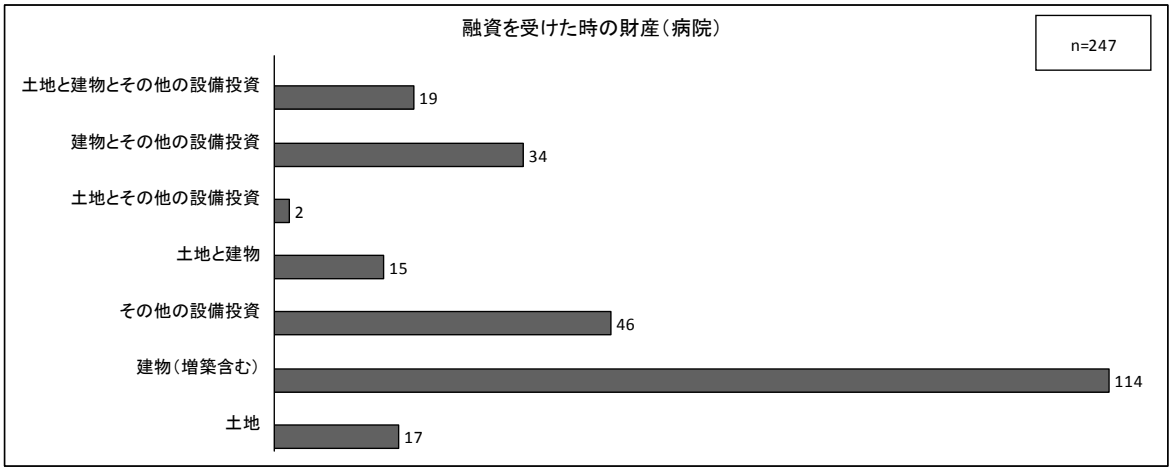


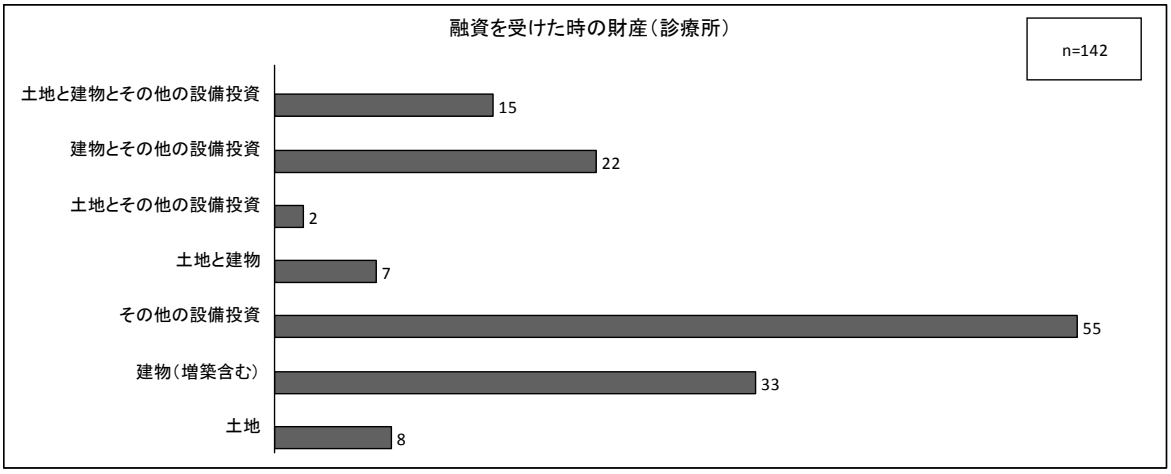




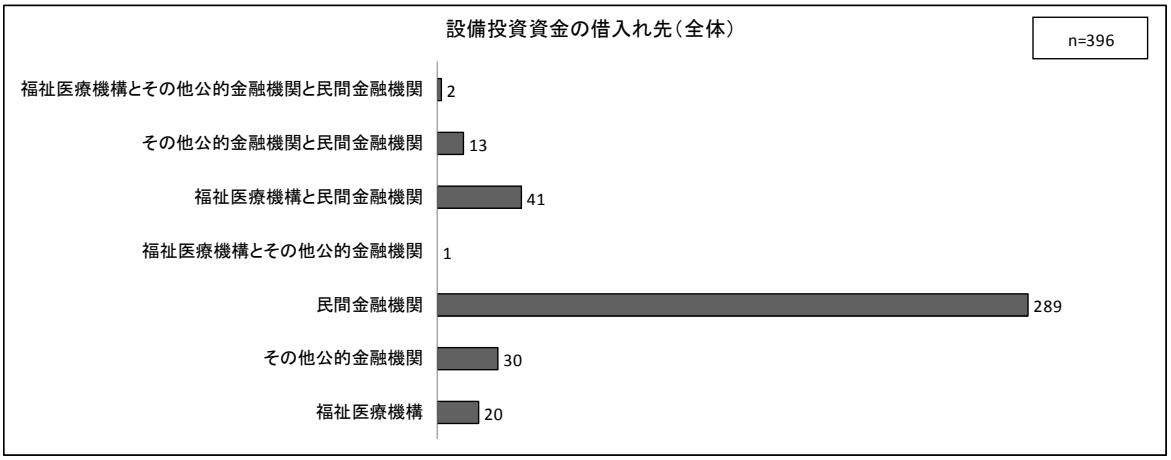
２）融資を受けた時の財産　【問３（2)】

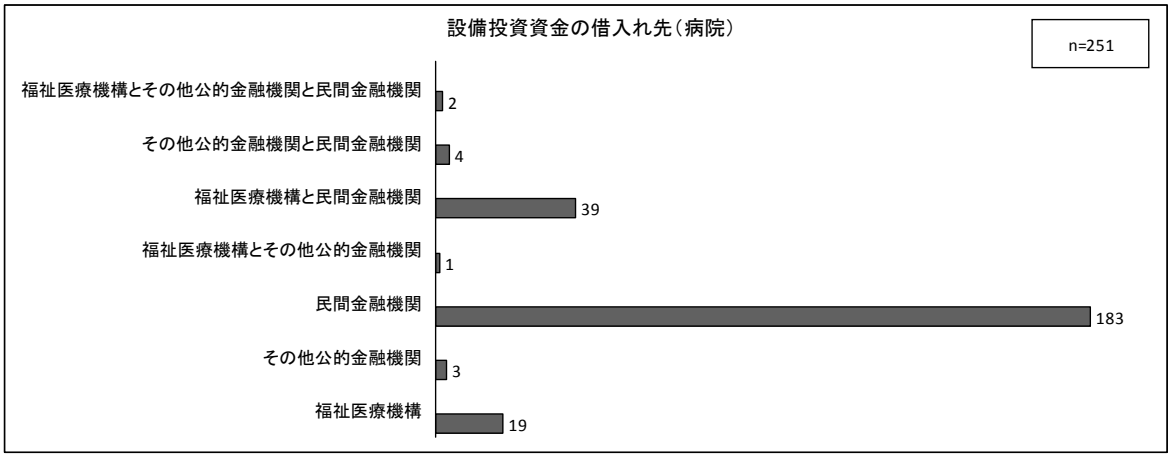


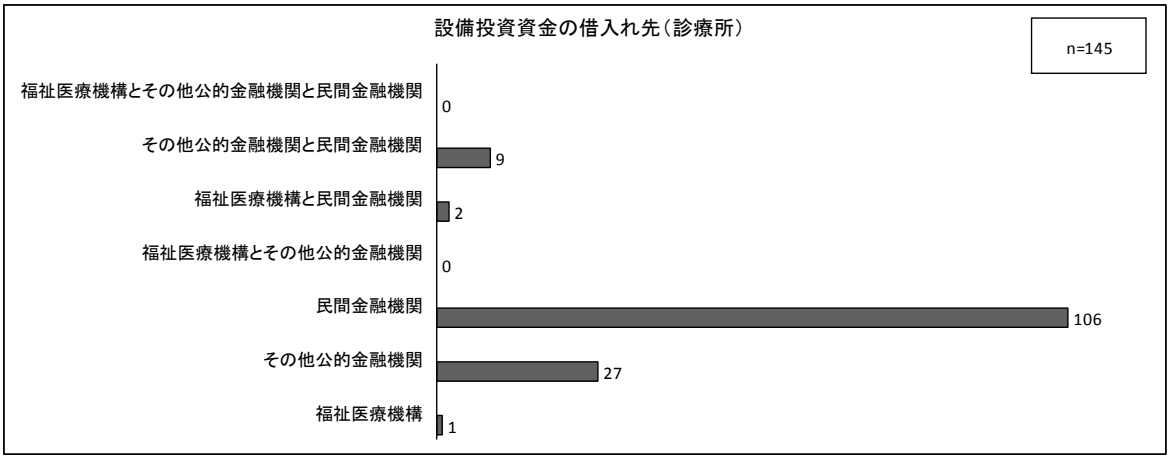




３）設備投資資金の借入れ先　【問３（3)】

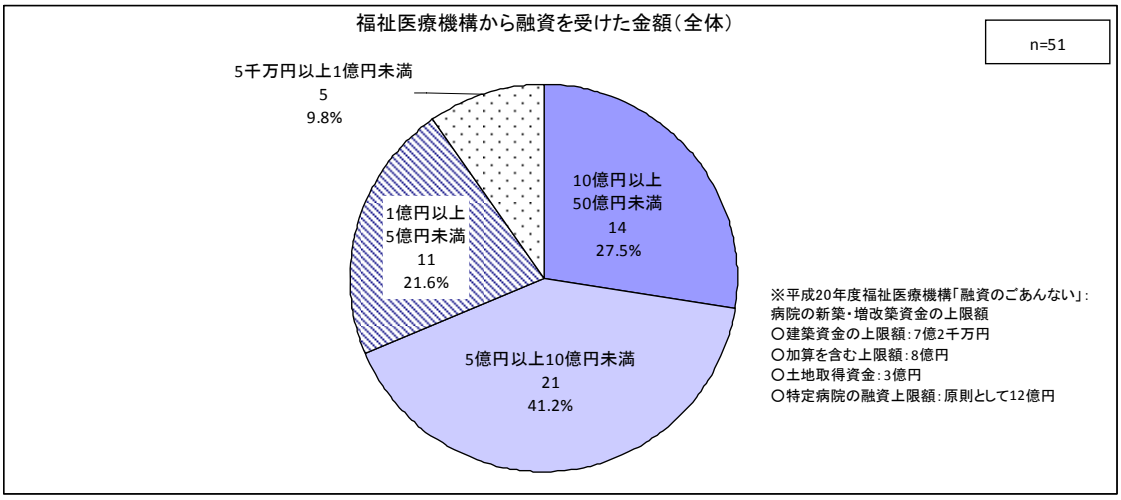


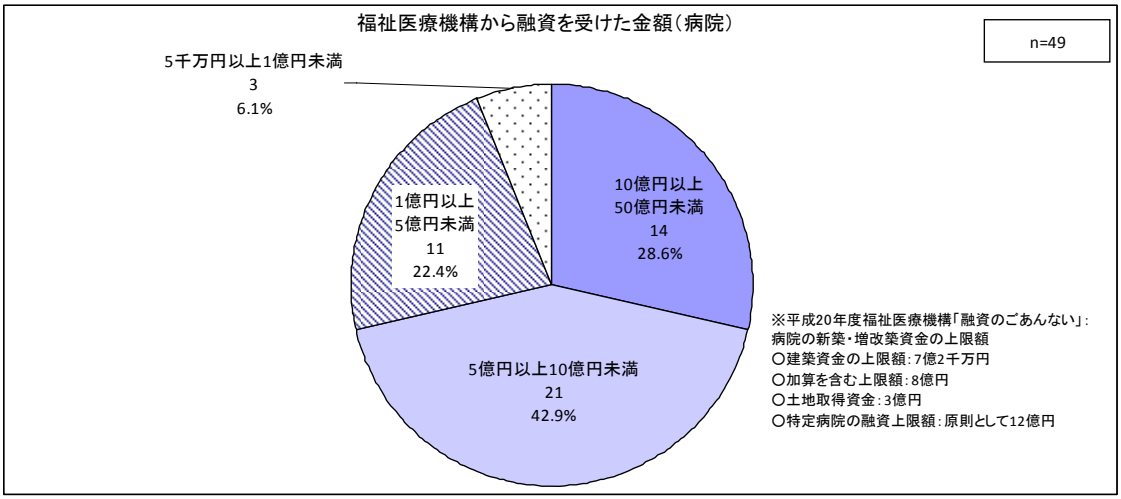


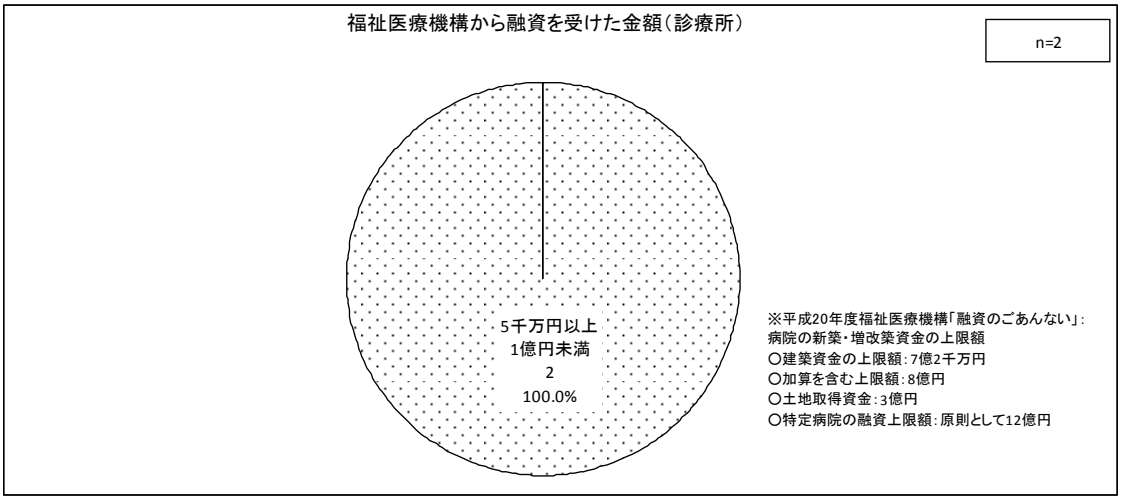


４）福祉医療機構からの融資

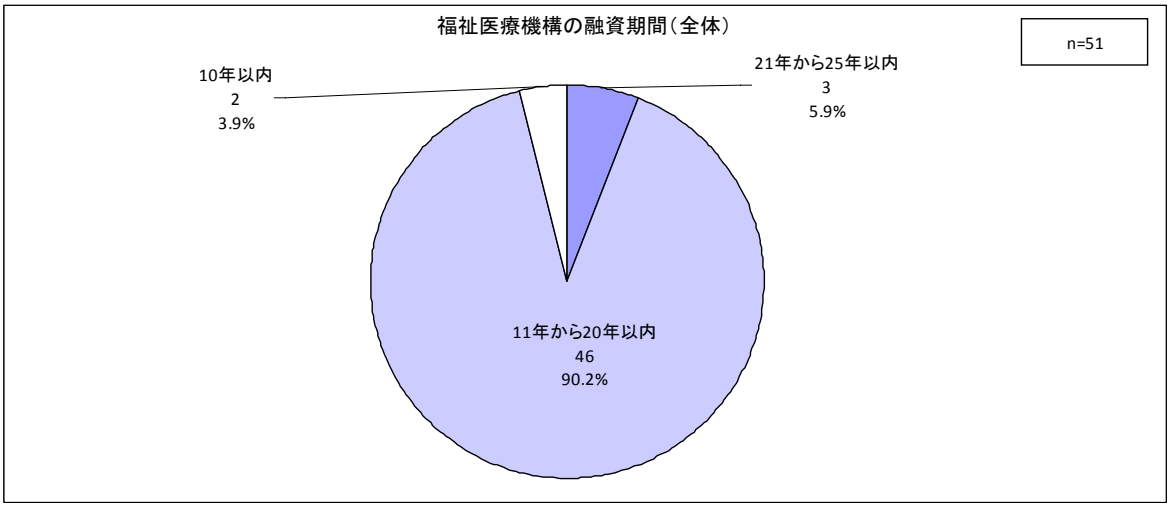
①福祉医療機構から融資を受けた金額　【問４（2）】

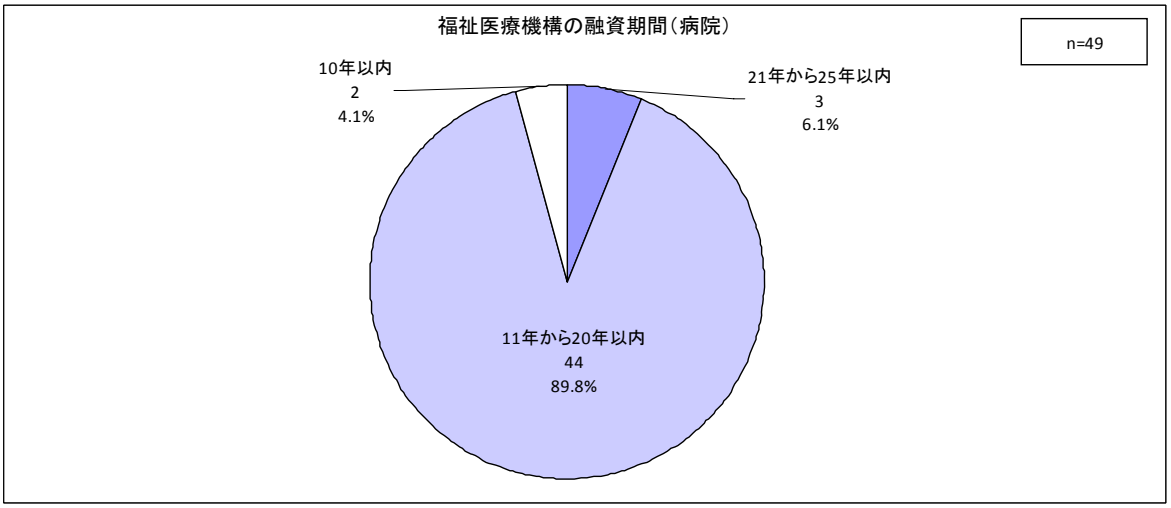


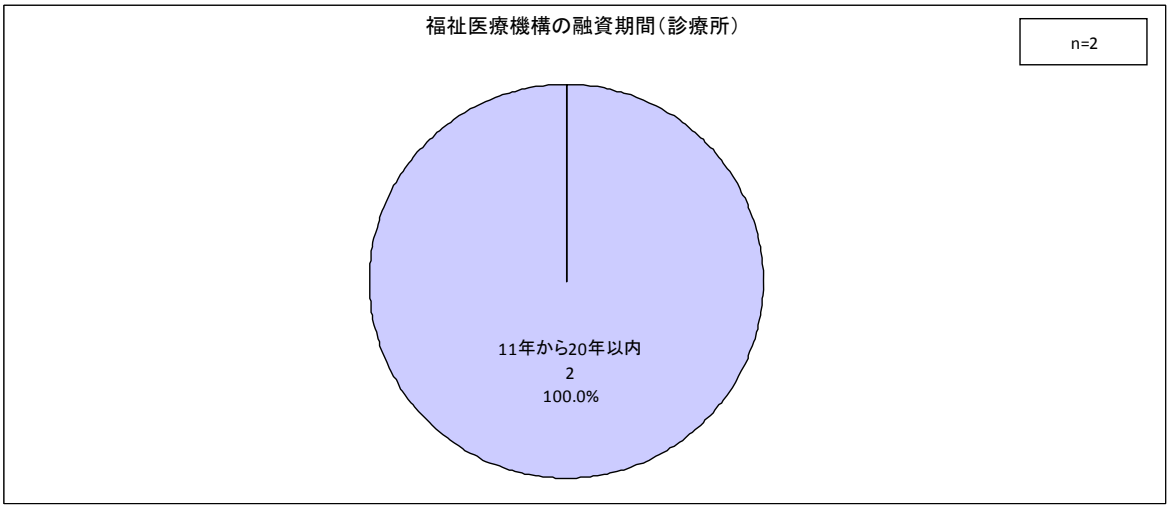




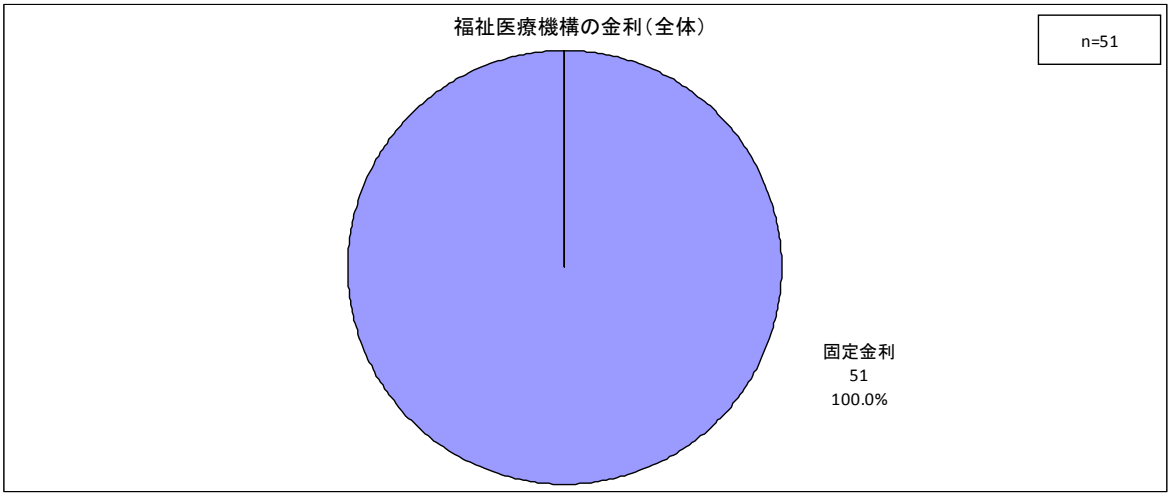
②福祉医療機構の融資期間　【問４（3）】





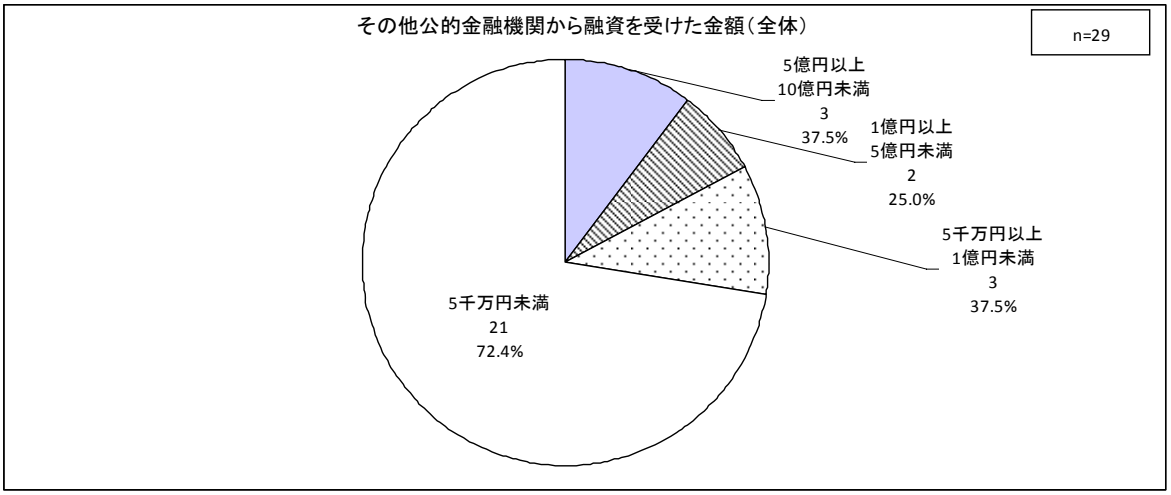


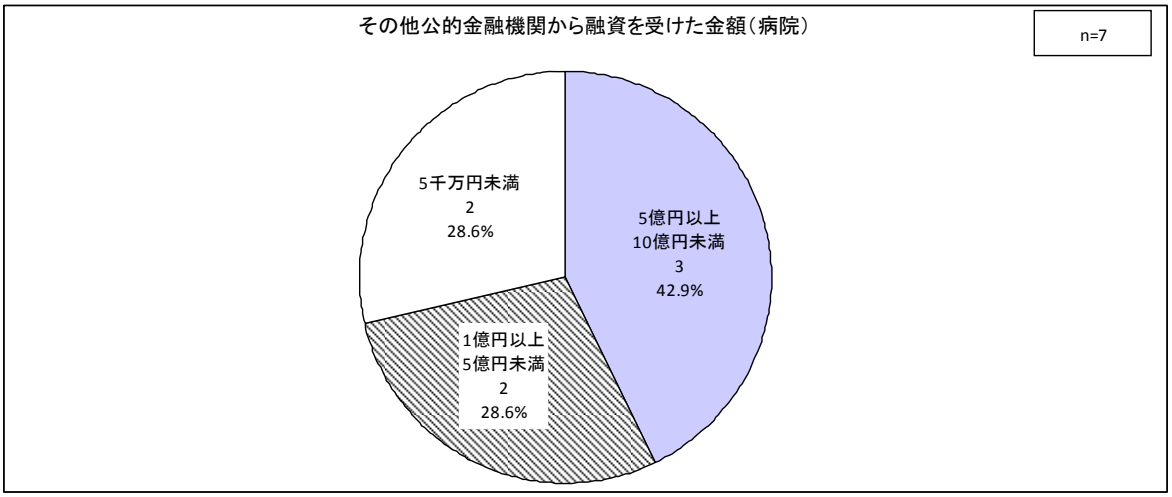
③福祉医療機構の金利　【問４（4）】

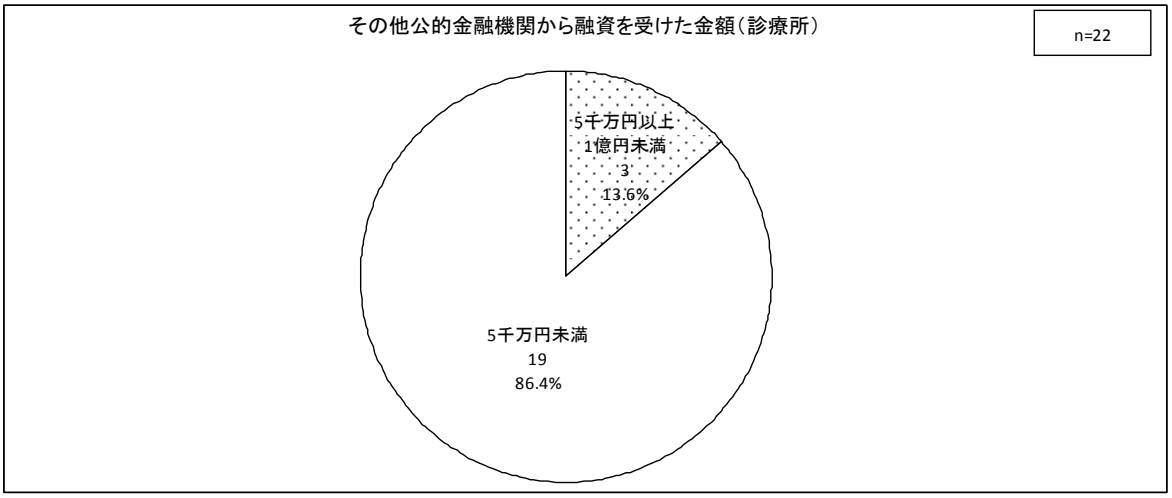


５）その他公的金融機関からの融資

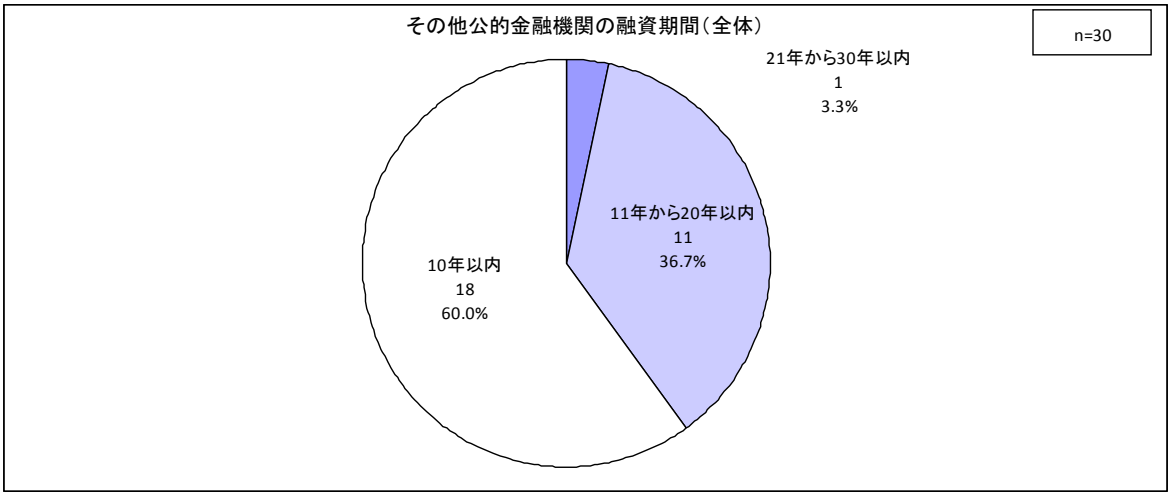
①その他公的金融機関から融資を受けた金額　【問５（2)】

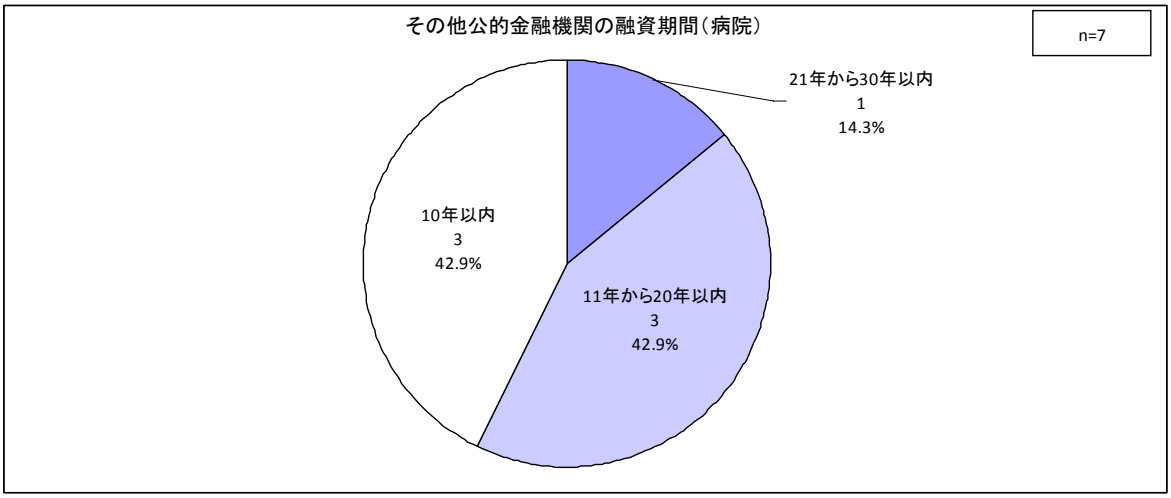


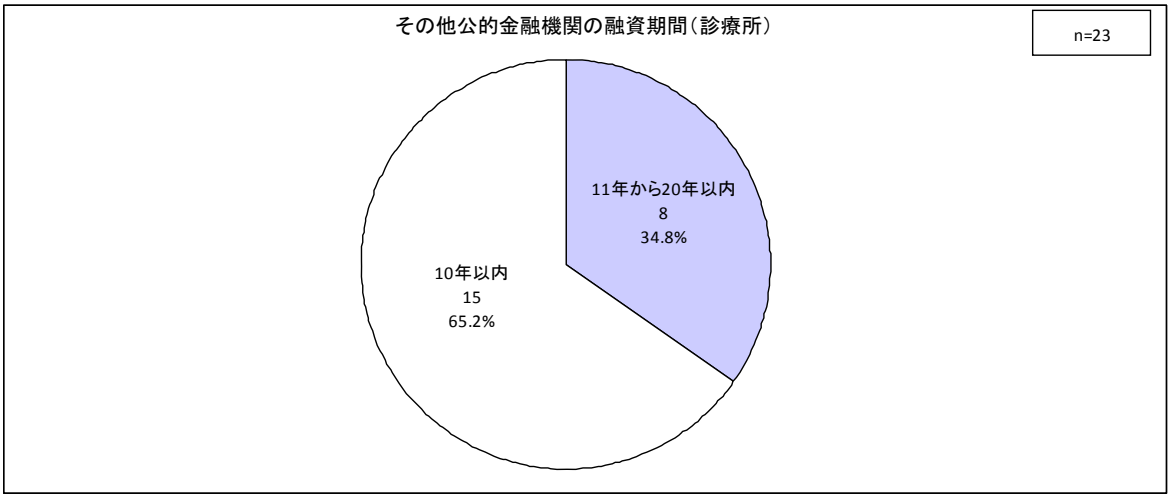




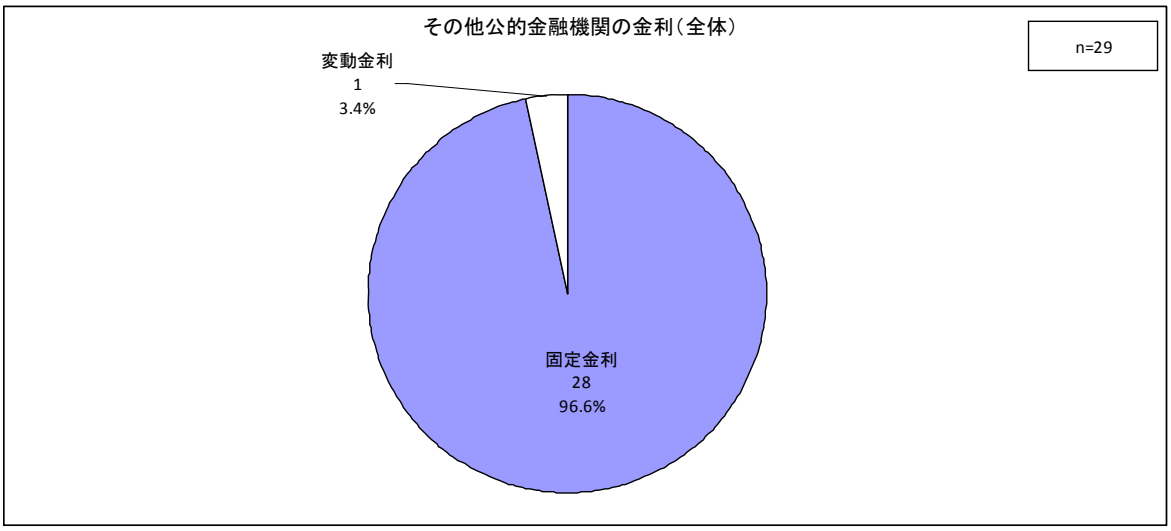
②その他公的金融機関の融資期間　【問５（3）】





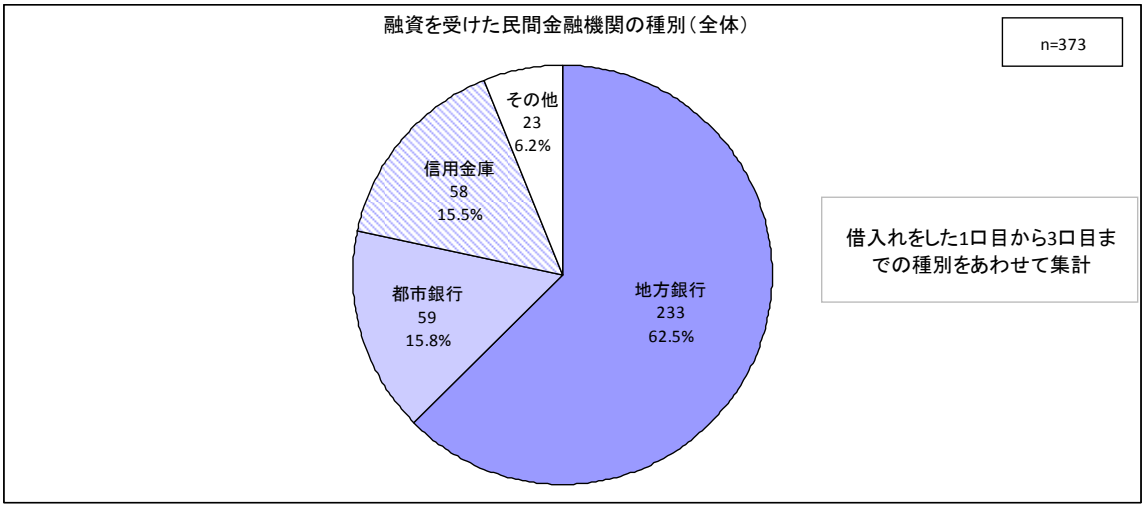


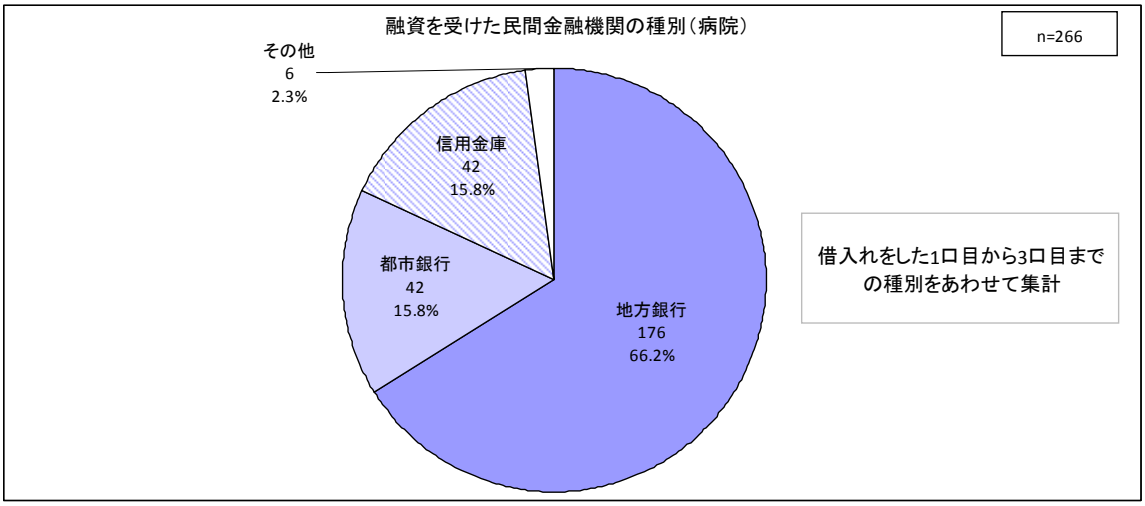
③その他金融機関の金利　【問５（4）】

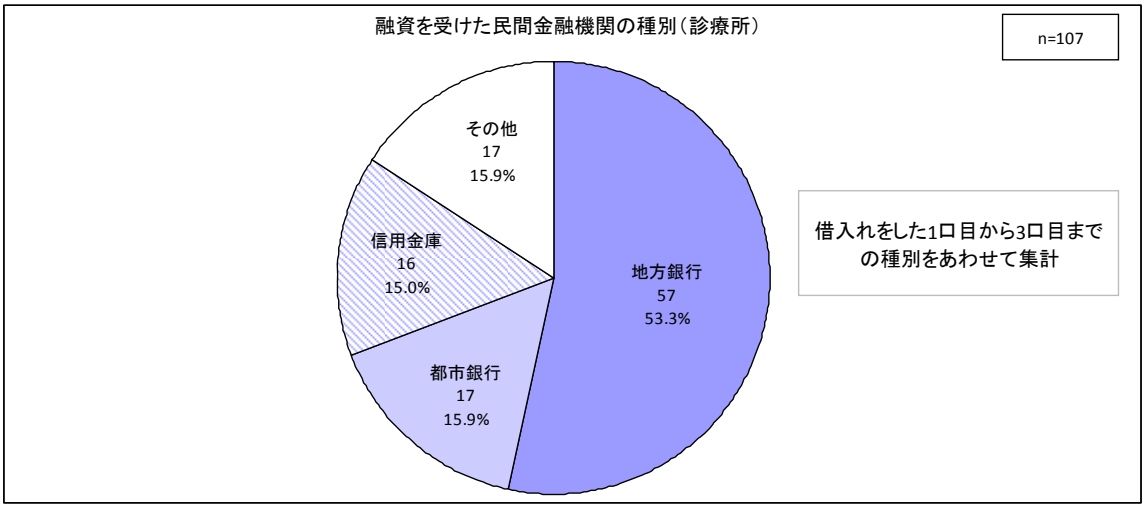


６）民間金融機関からの融資

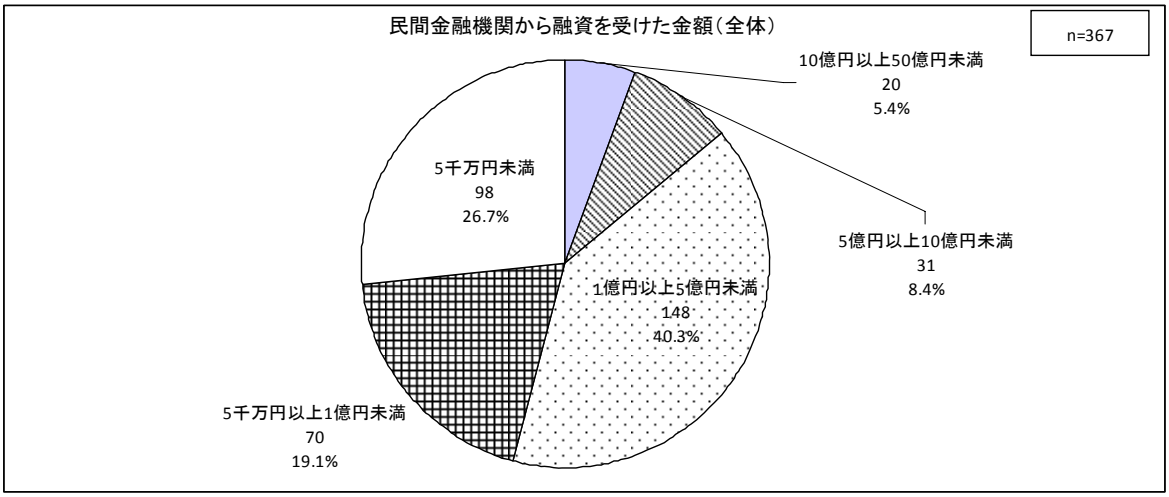
①融資を受けた民間金融機関の種別　【問６（2）】

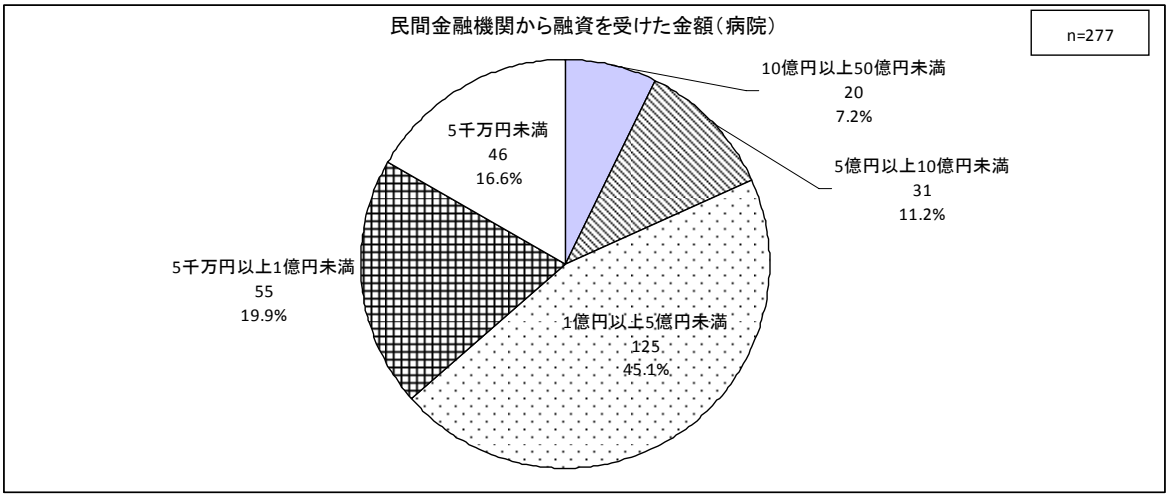


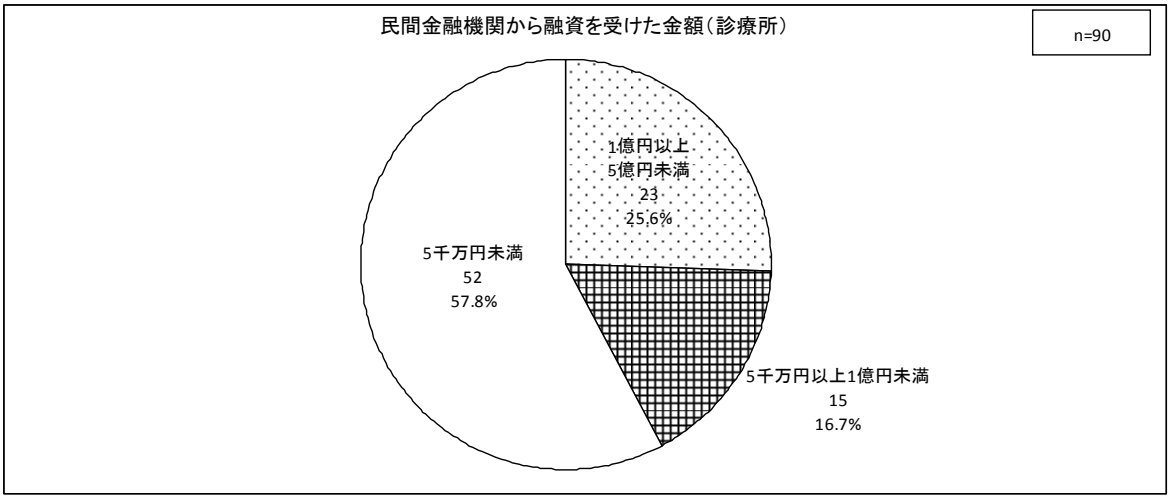




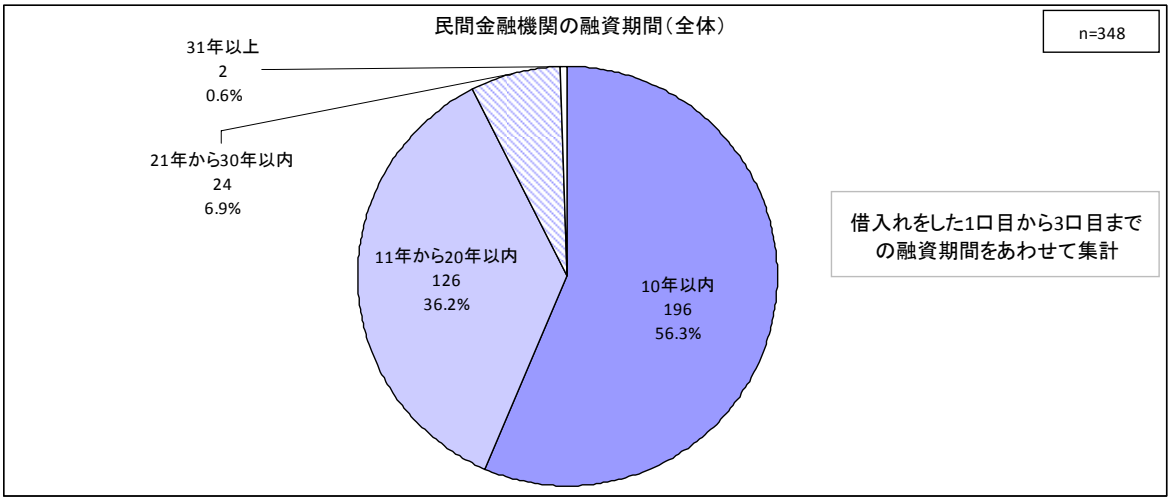
②民間金融機関から融資を受けた金額　【問６（2)】

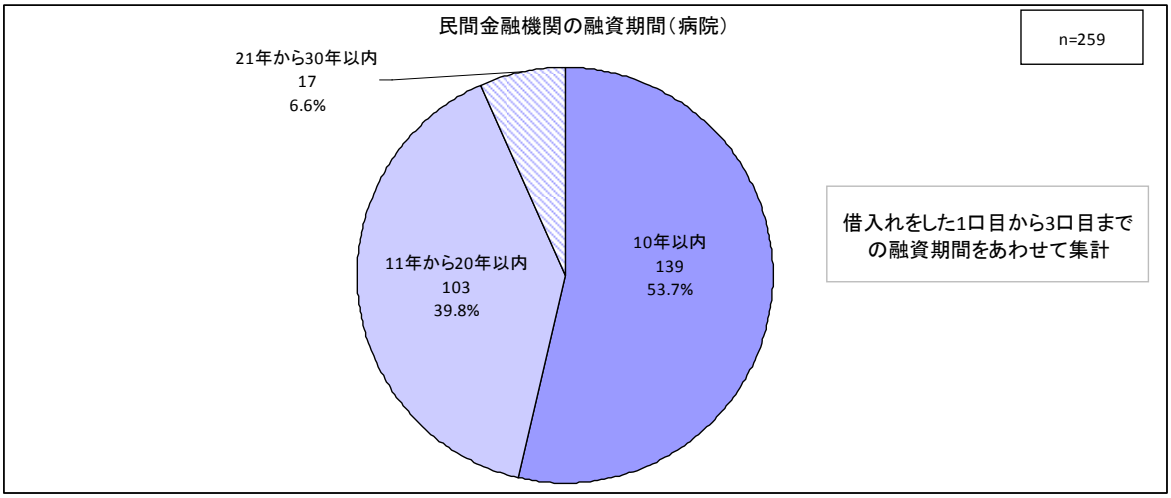


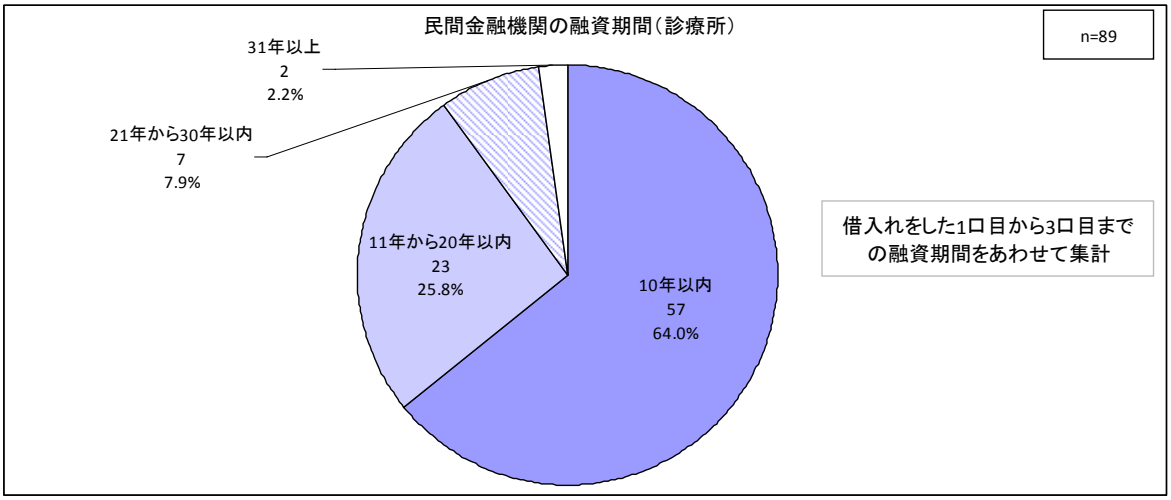




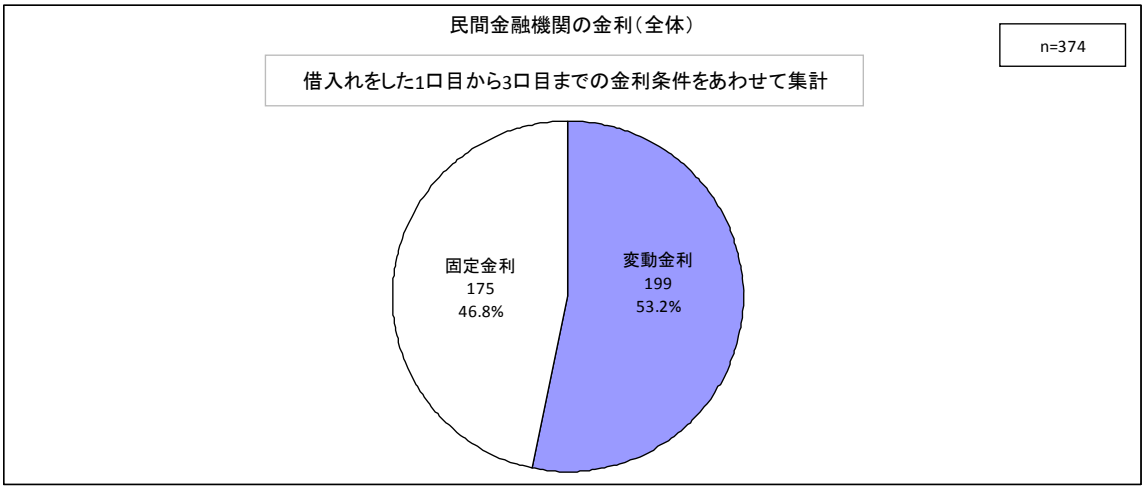
③民間金融機関の融資期間　【問 6（2）】





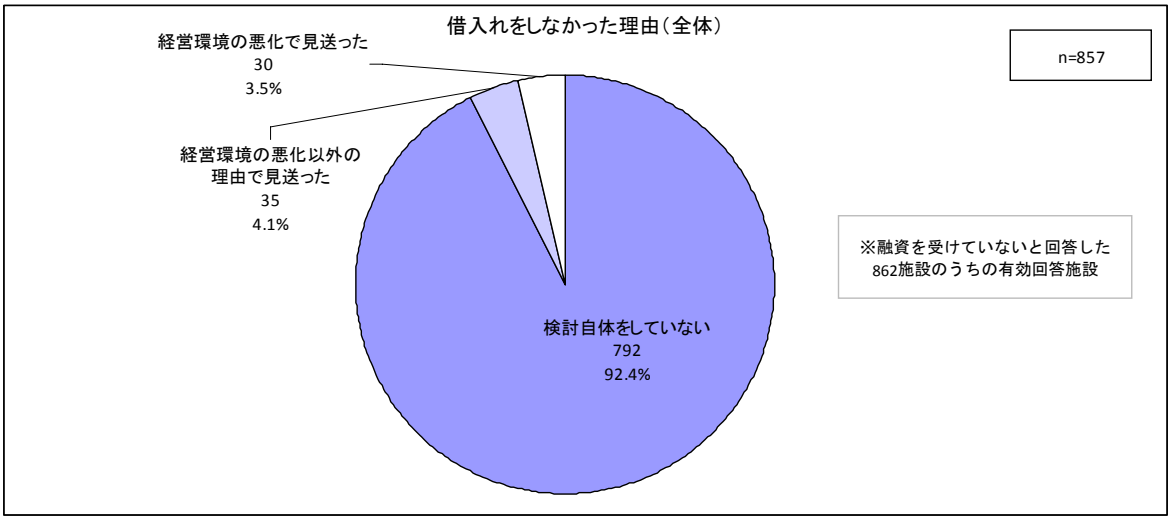


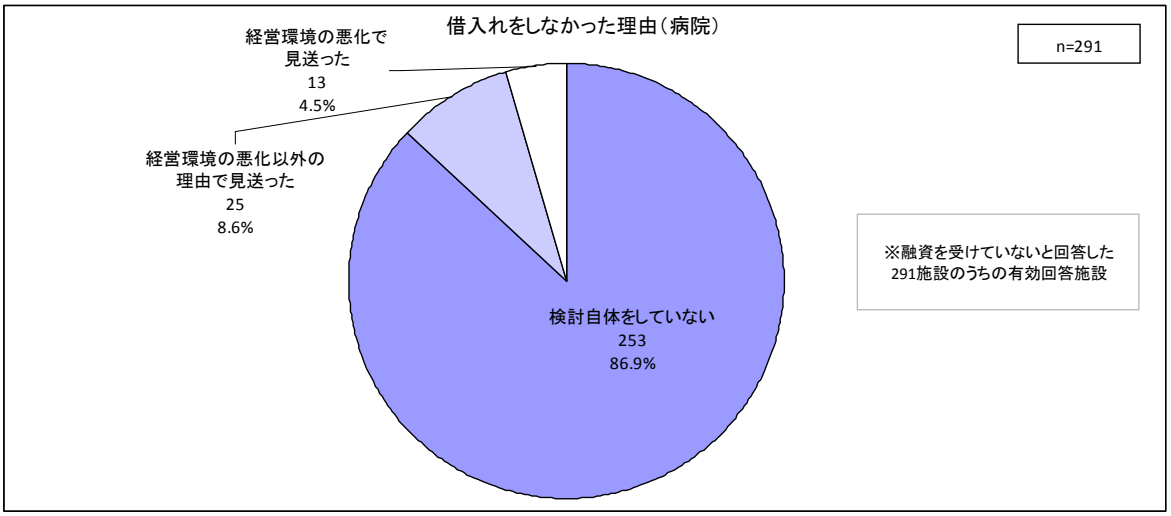
④民間金融機関の金利　【問 6（2)】

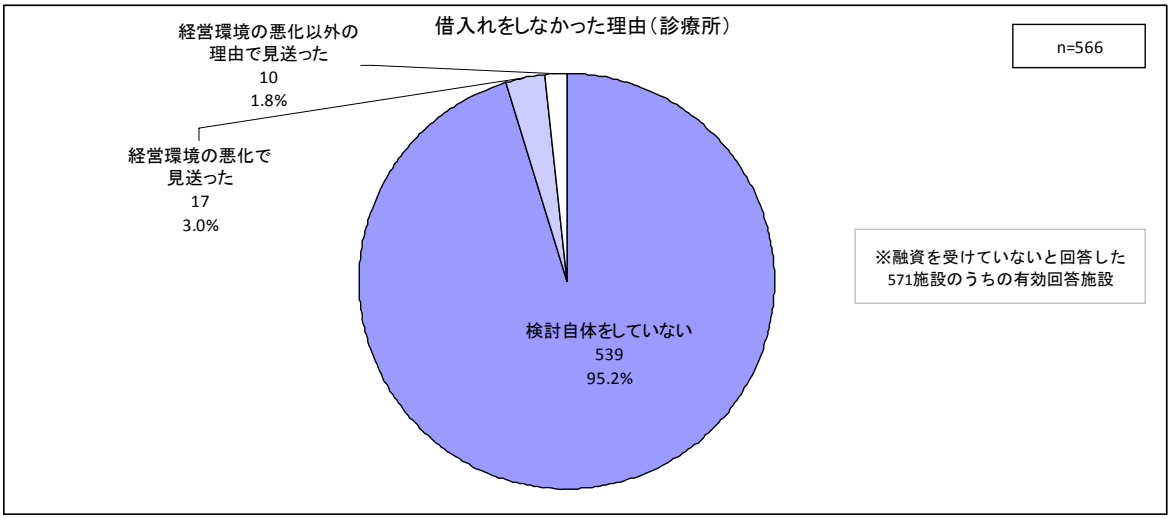


（２）借入れるに至らなかった施設の状況

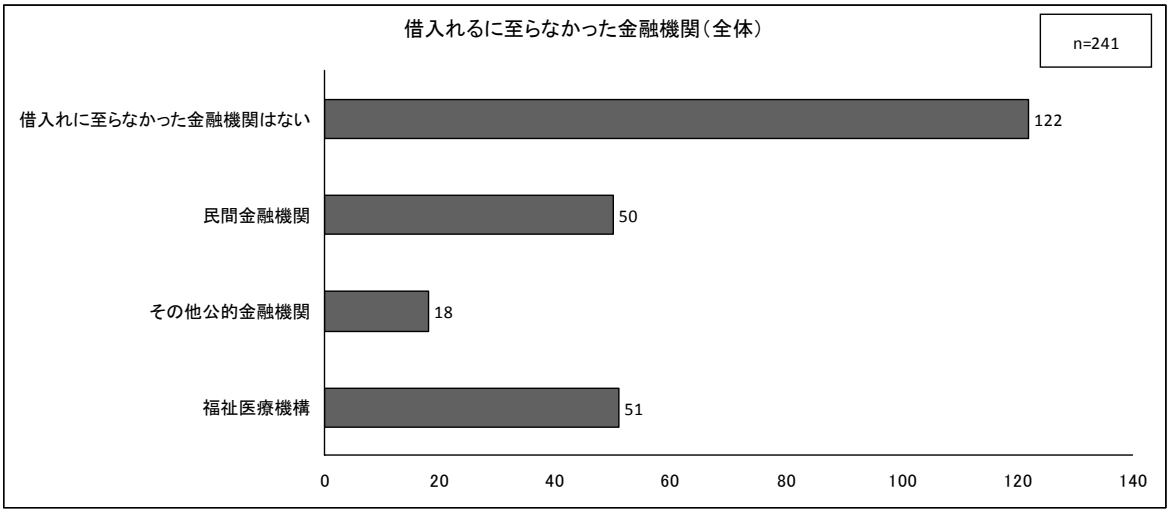
１）借入れをしなかった理由　【問 2】

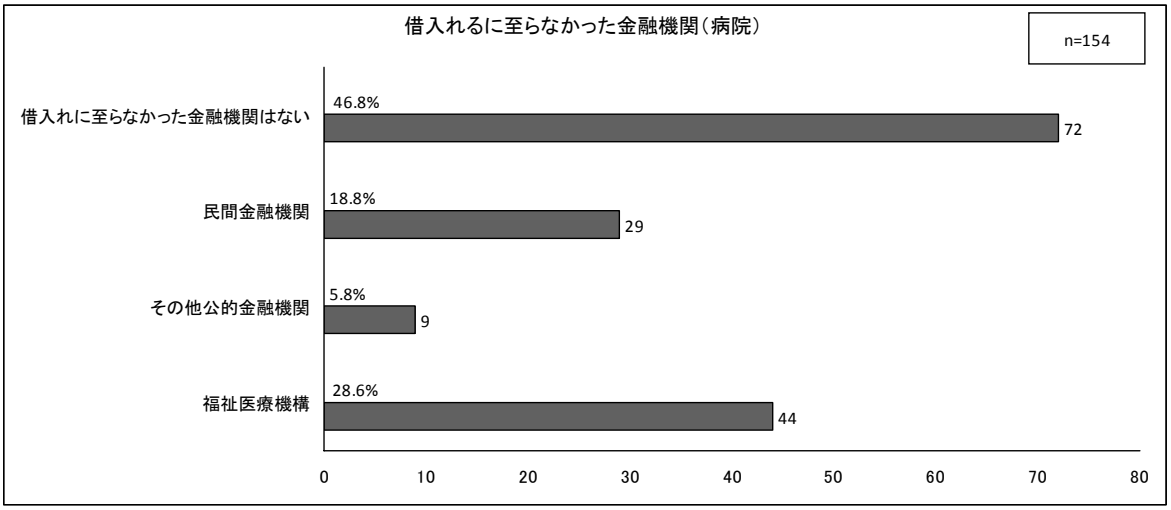


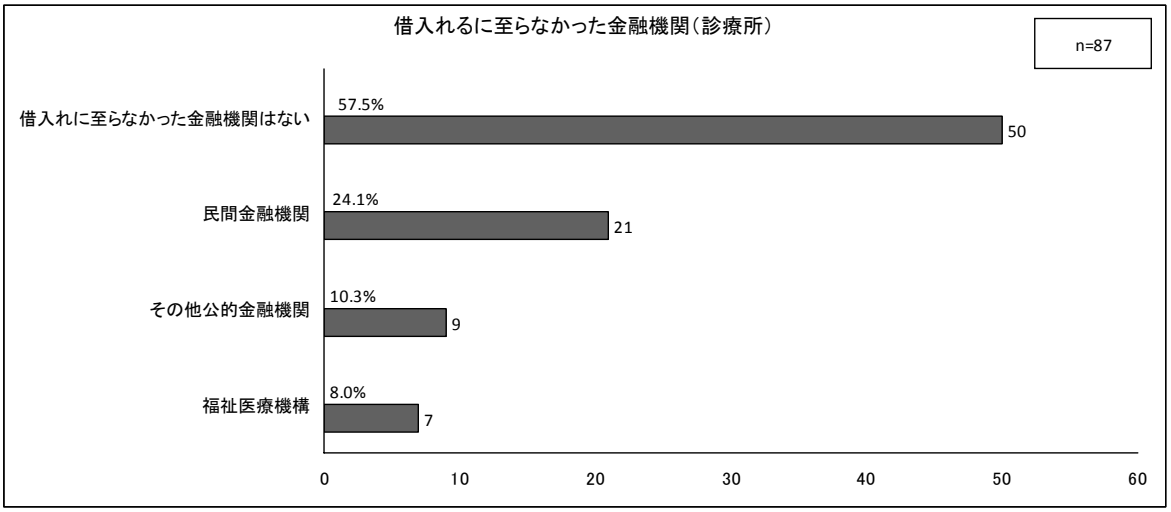




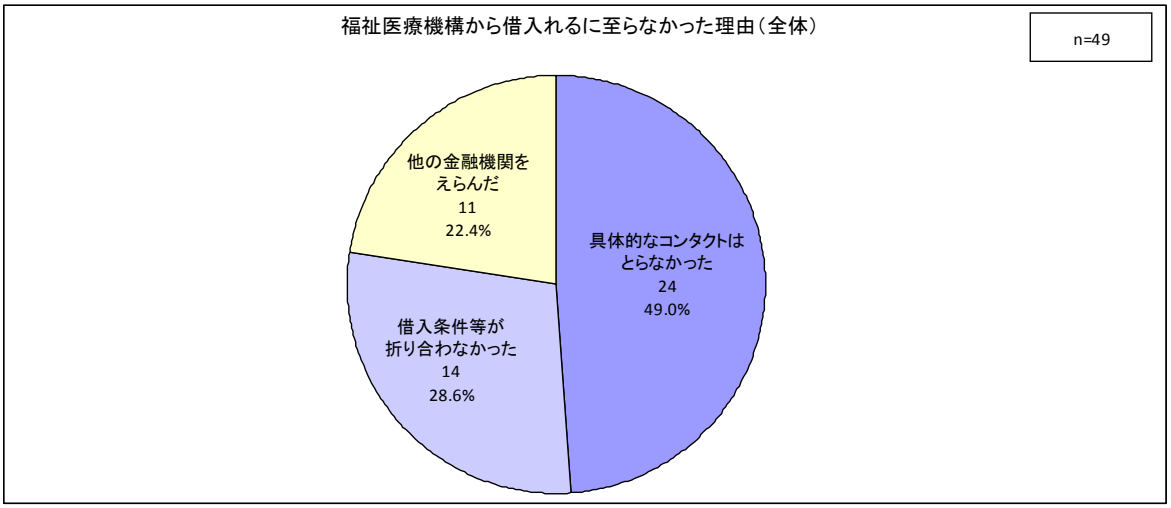
２）借入れるに至らなかった金融機関　【問７（1)】

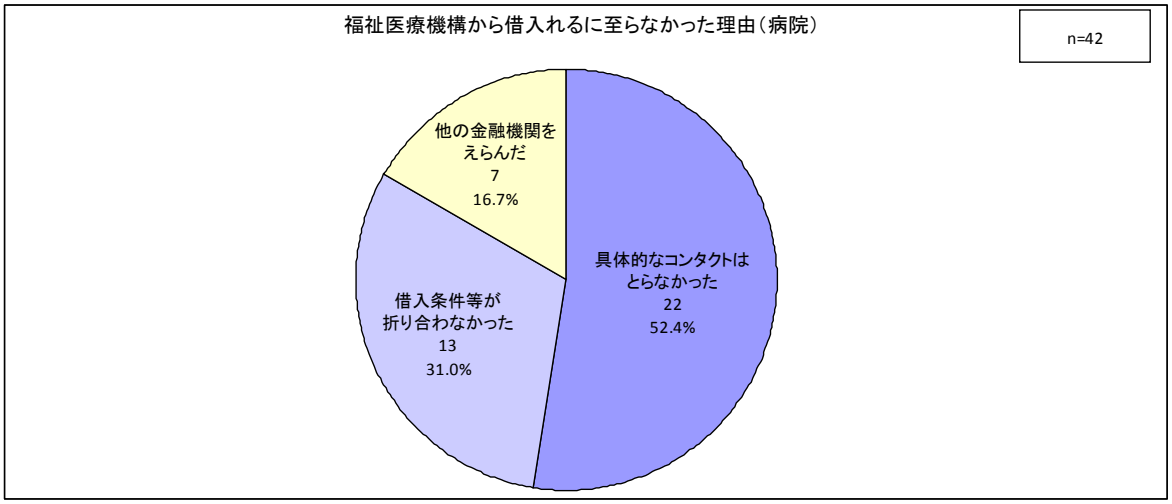


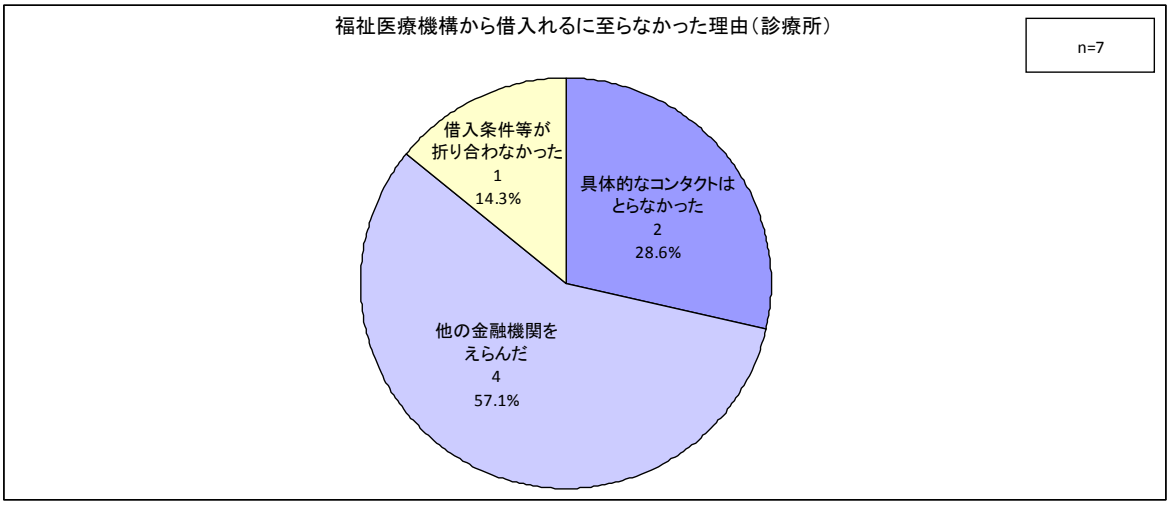




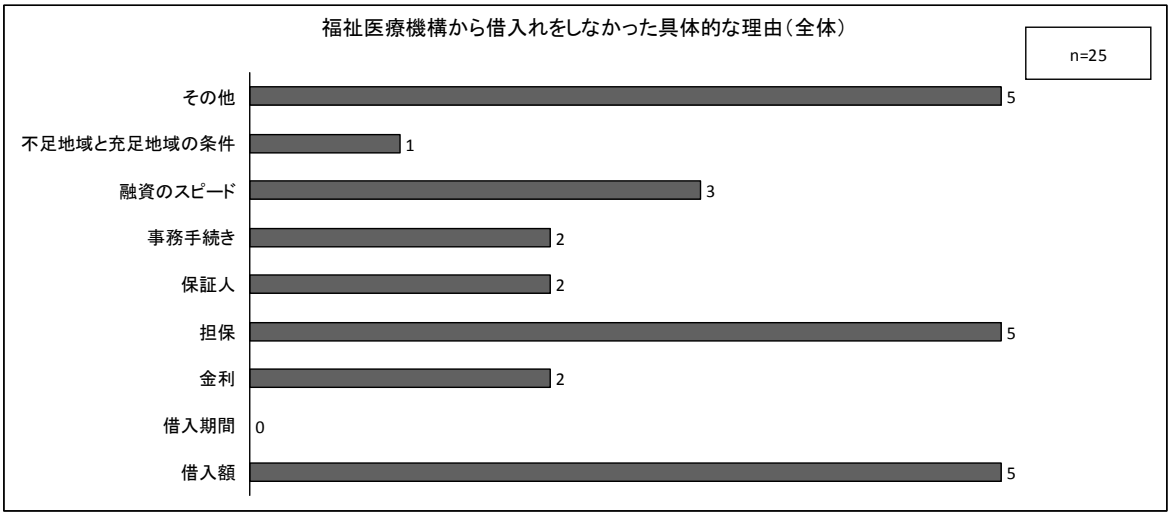
３）福祉医療機構から借入れるに至らなかった理由　【問７（2)】

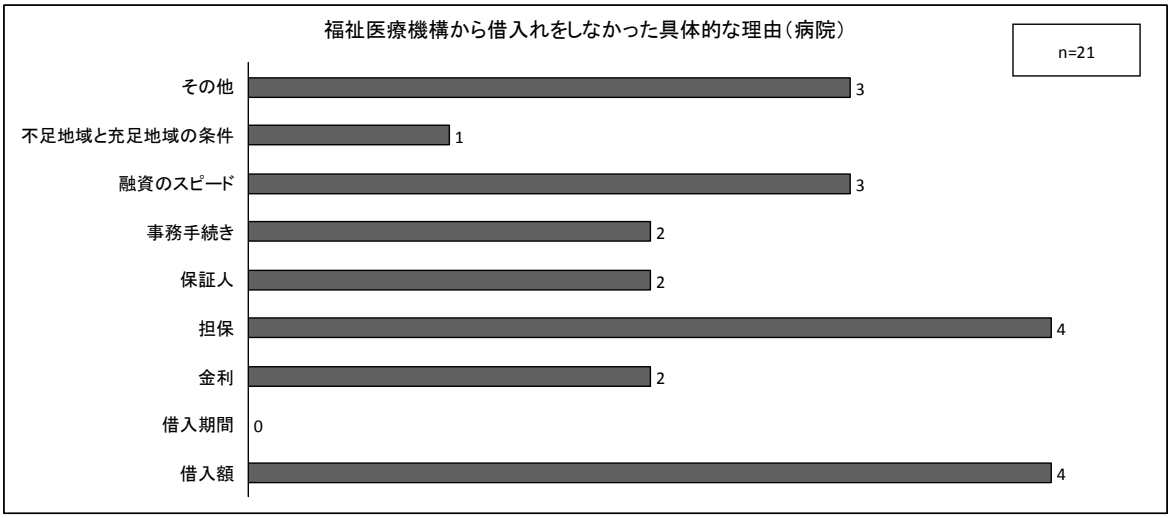


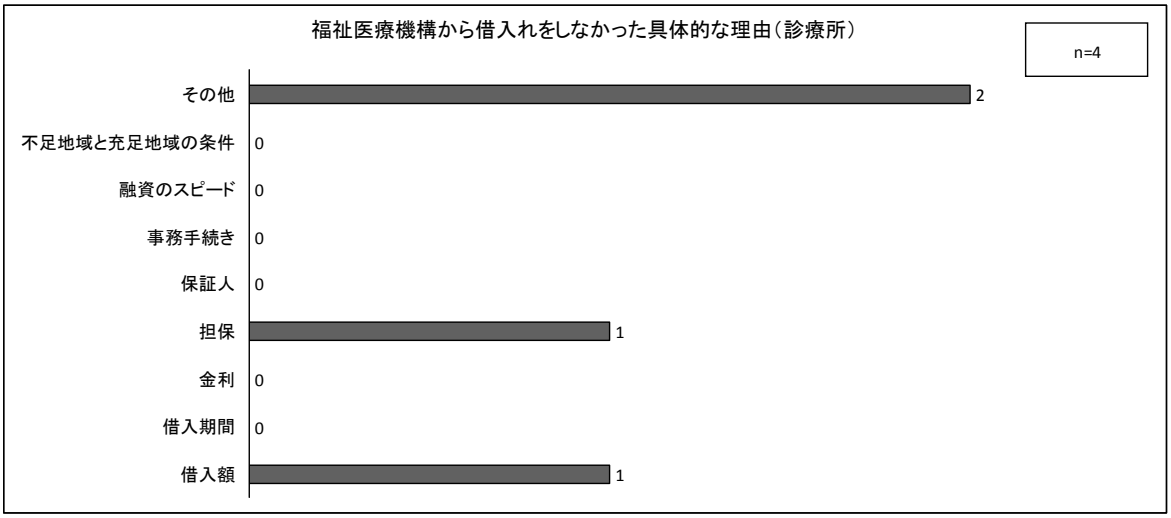




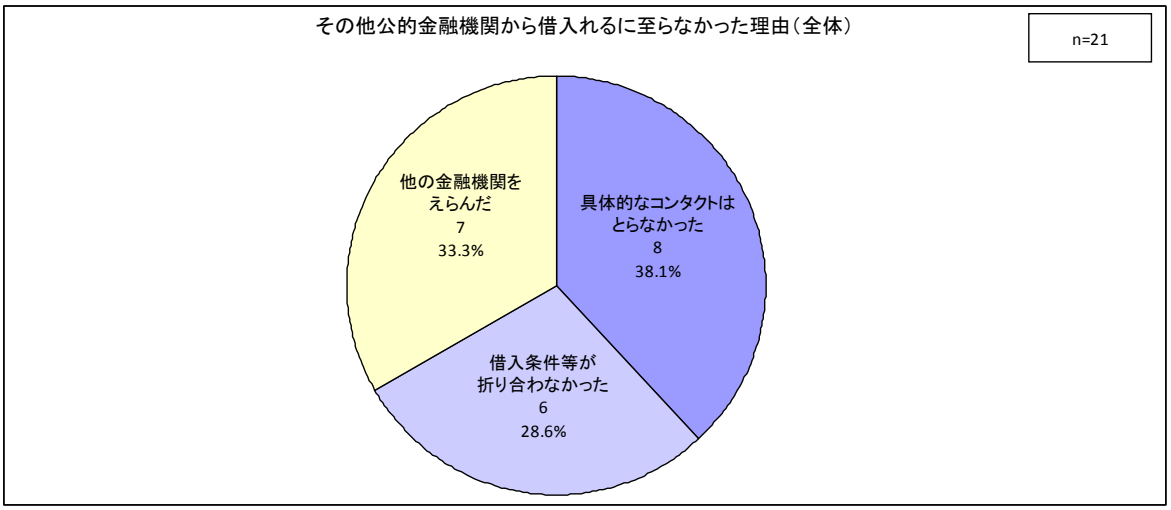
４）福祉医療機構から借入れるに至らなかった条件等　【問７（2）SQ】

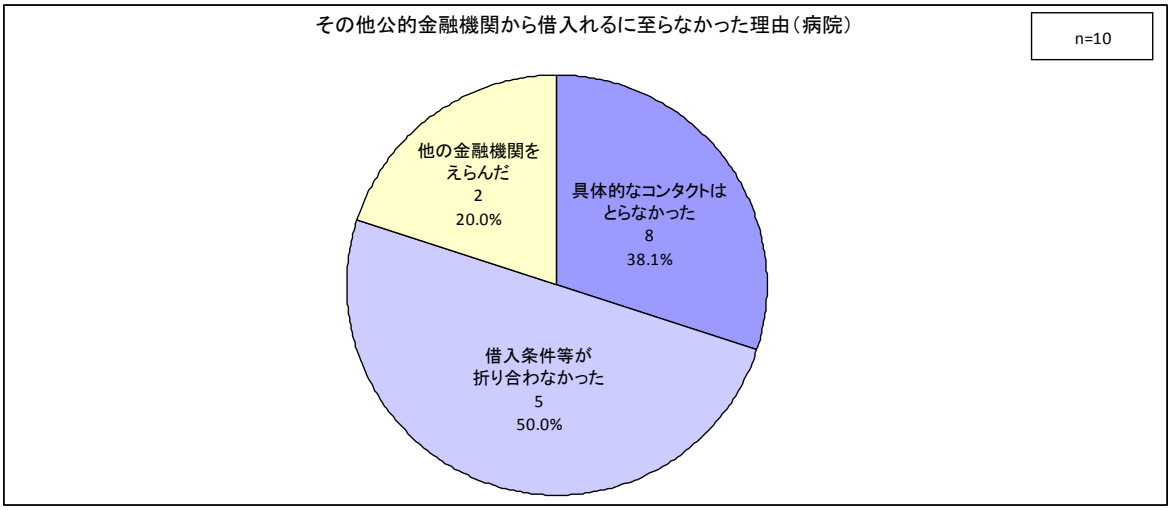


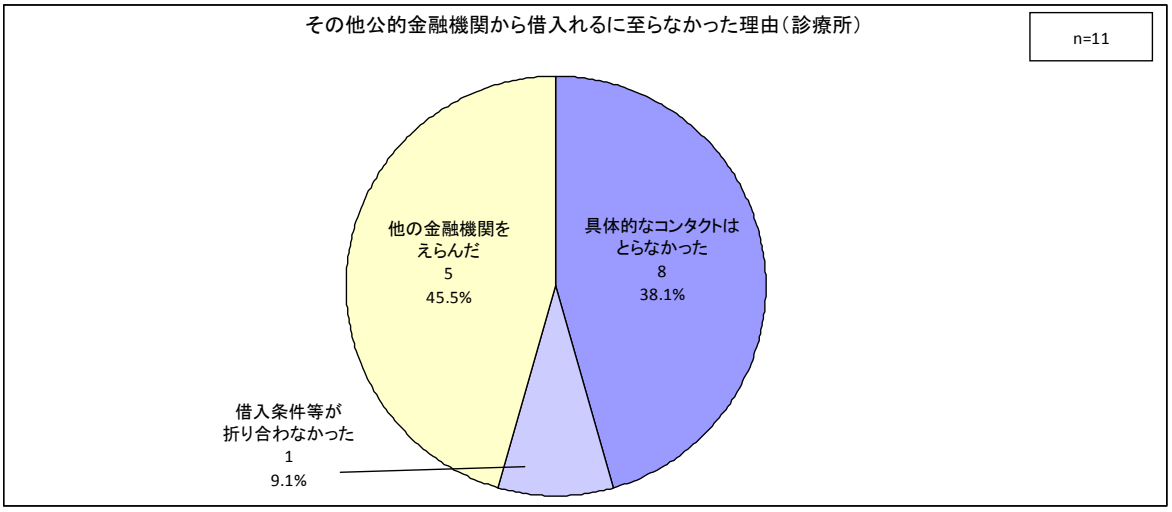




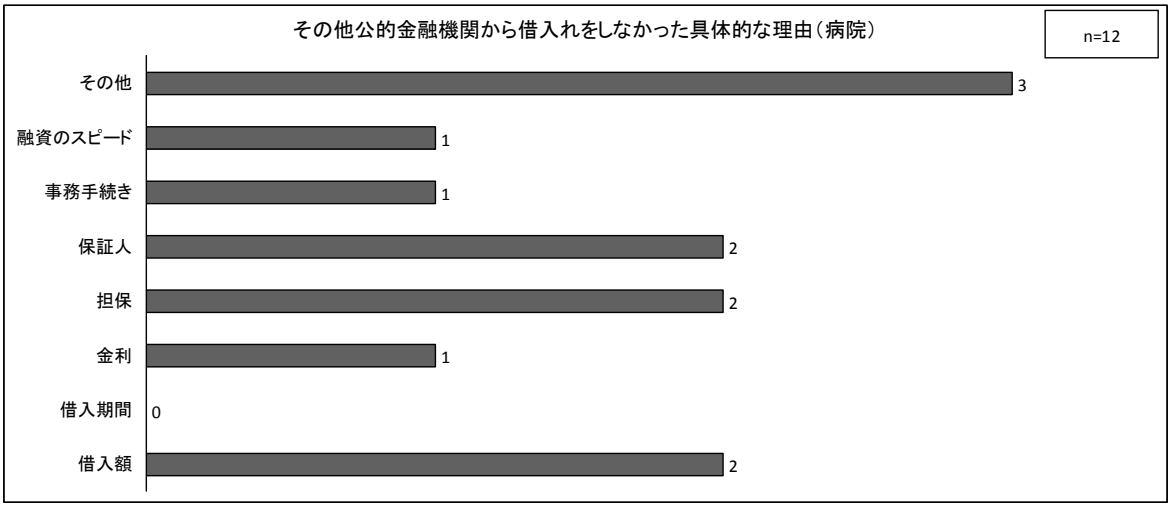
５）その他公的金融機関から借入れるに至らなかった理由　【問７（3)】

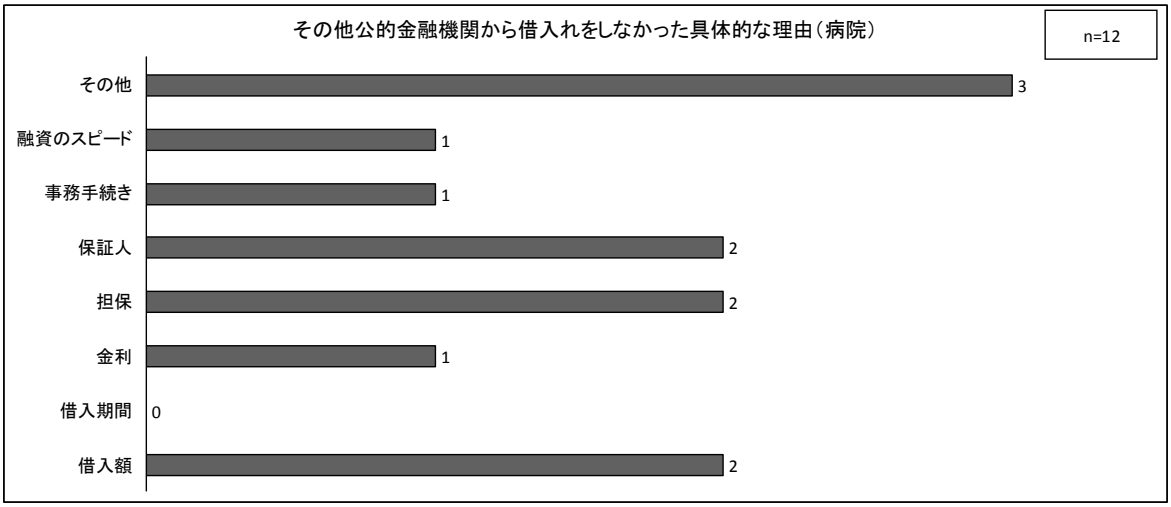


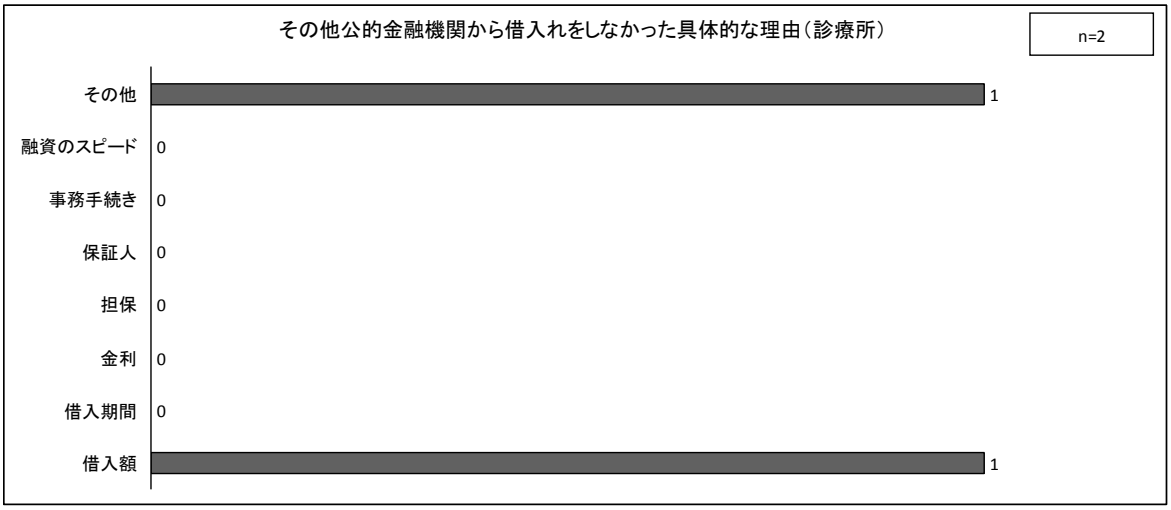




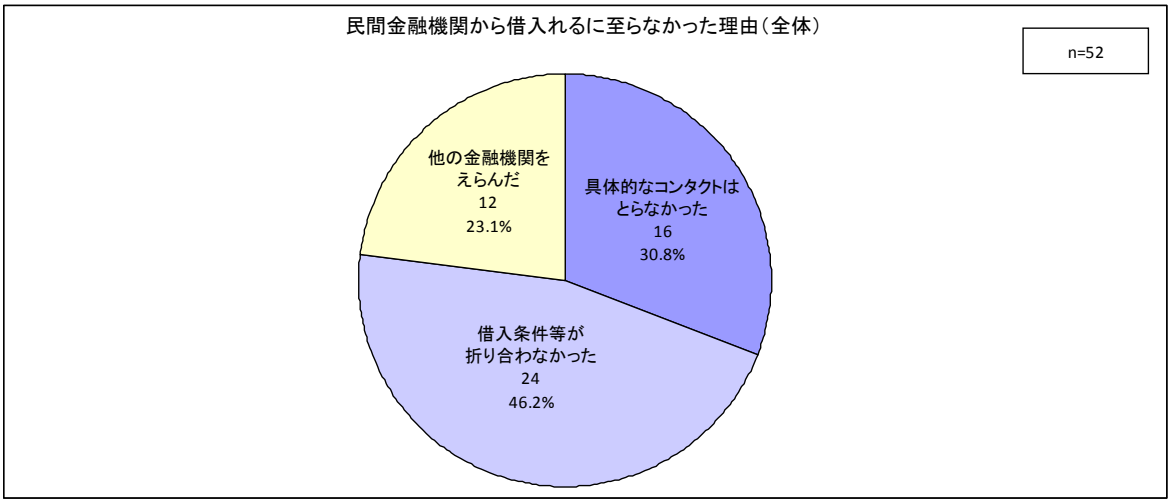
６）その他公的金融機関から借入れるに至らなかった条件等　【問７（3）SQ】

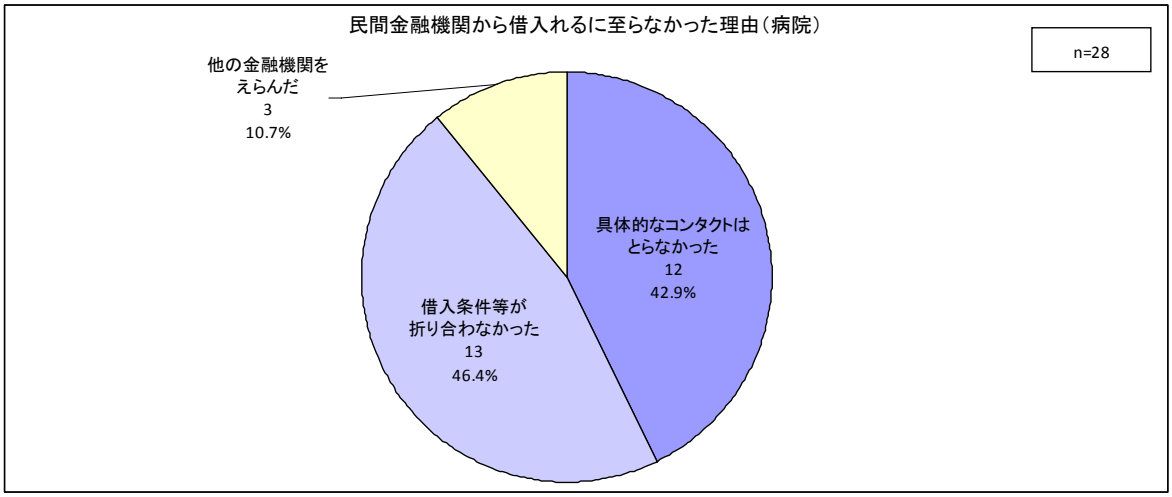


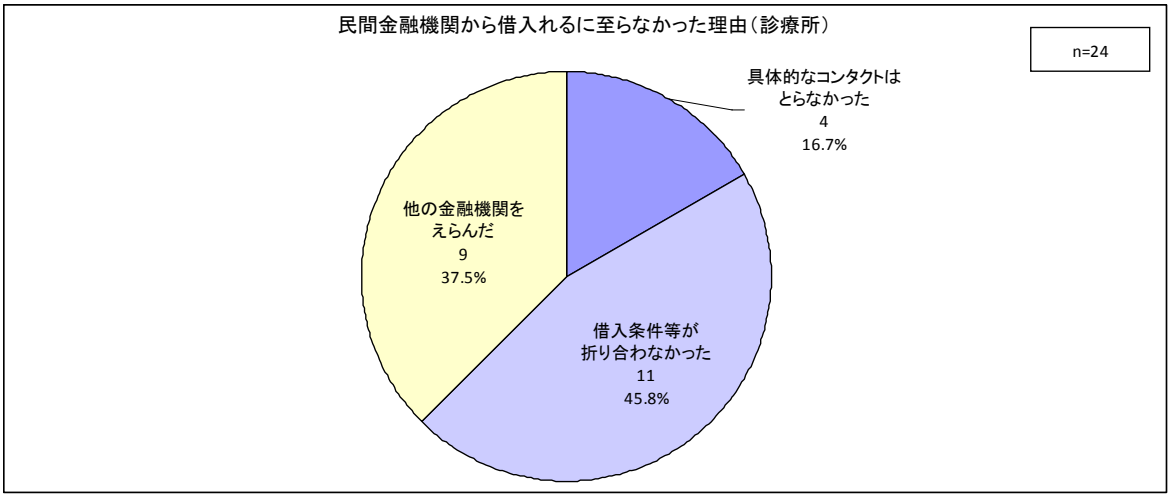




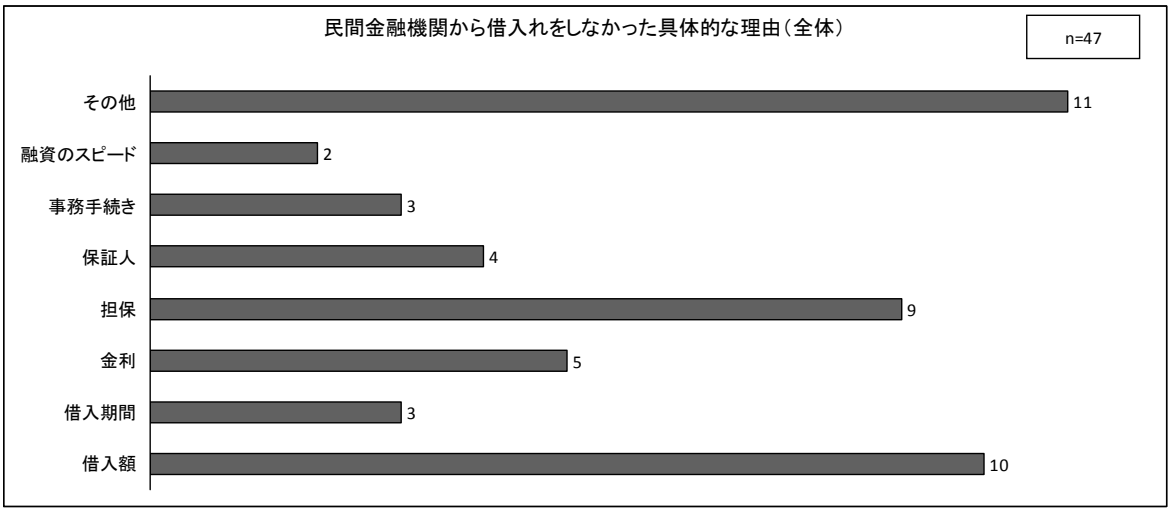
７）民間金融機関から借入れるに至らなかった理由　【問７（4)】

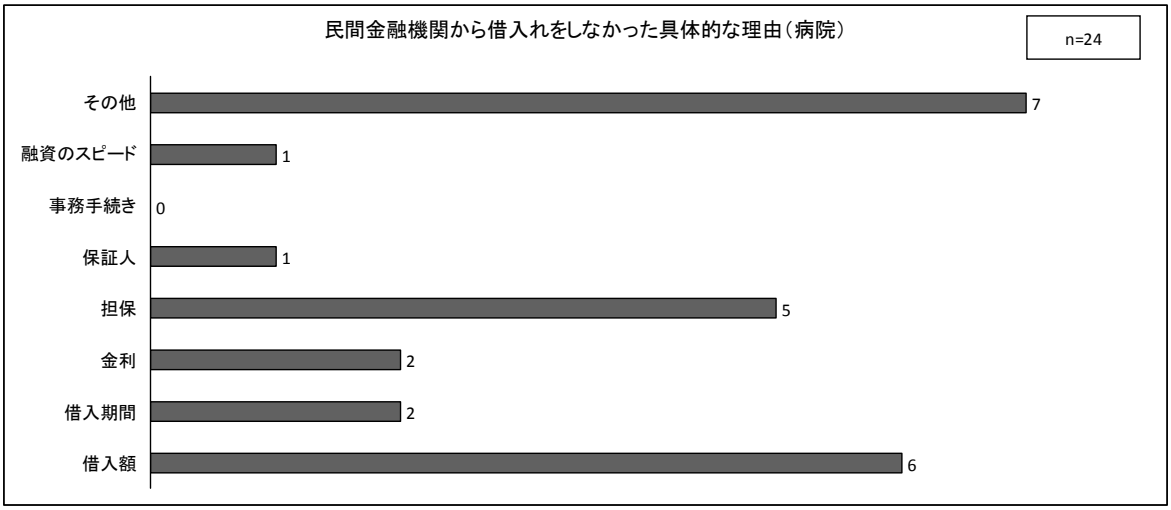


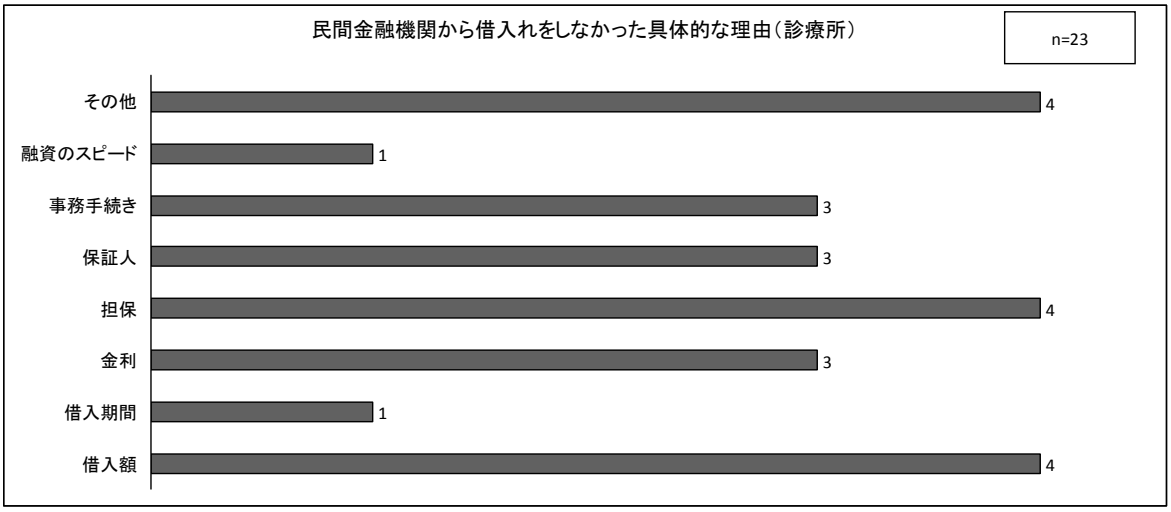




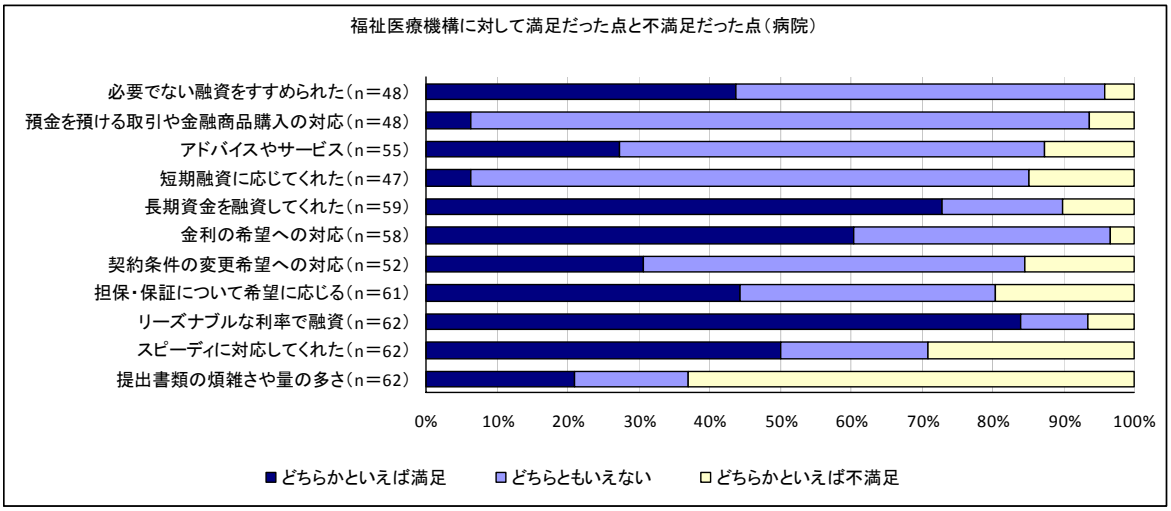
８）民間金融機関から借入れるに至らなかった条件等　【問７（4）SQ】

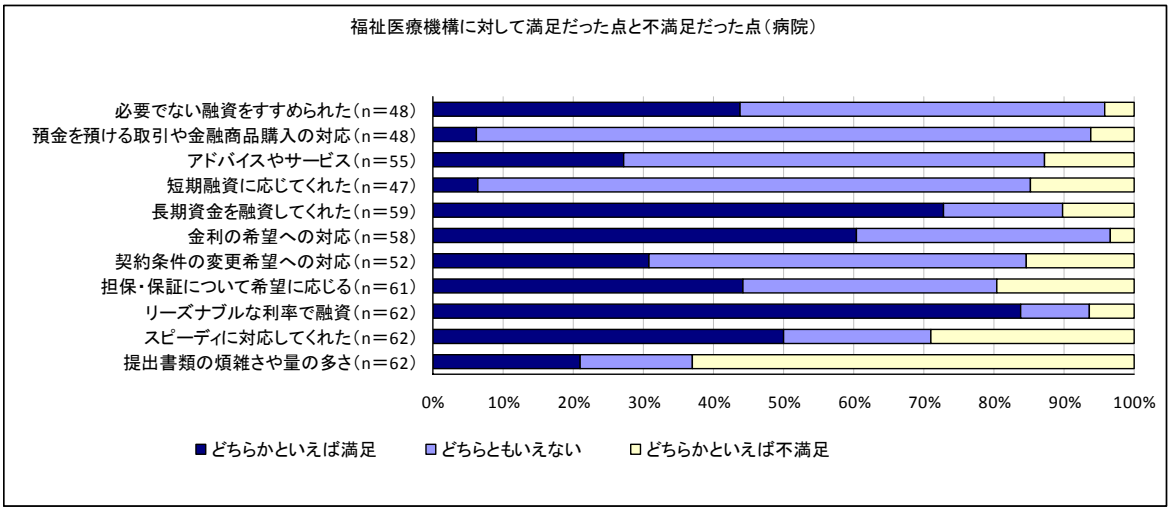


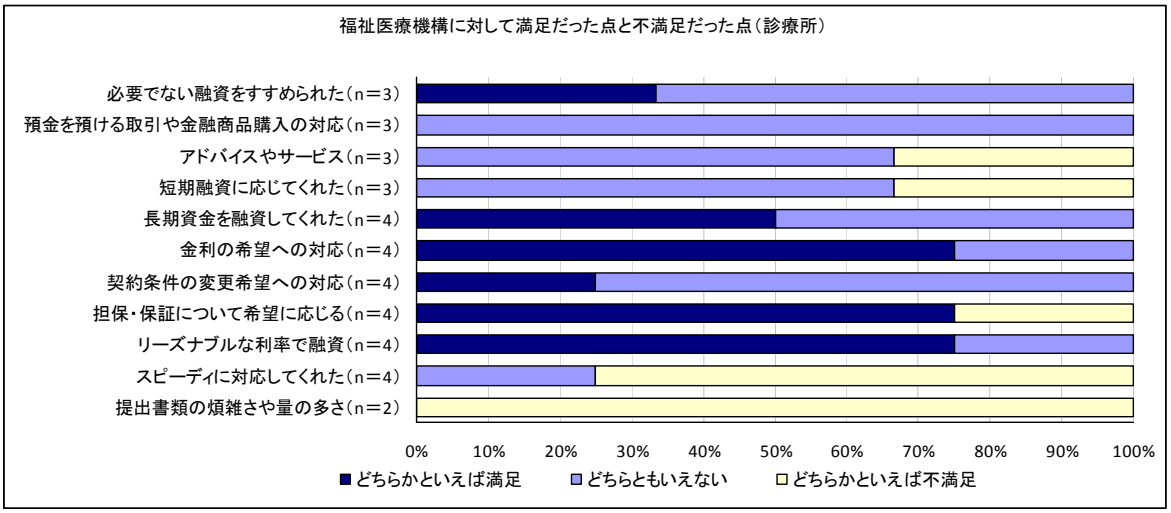




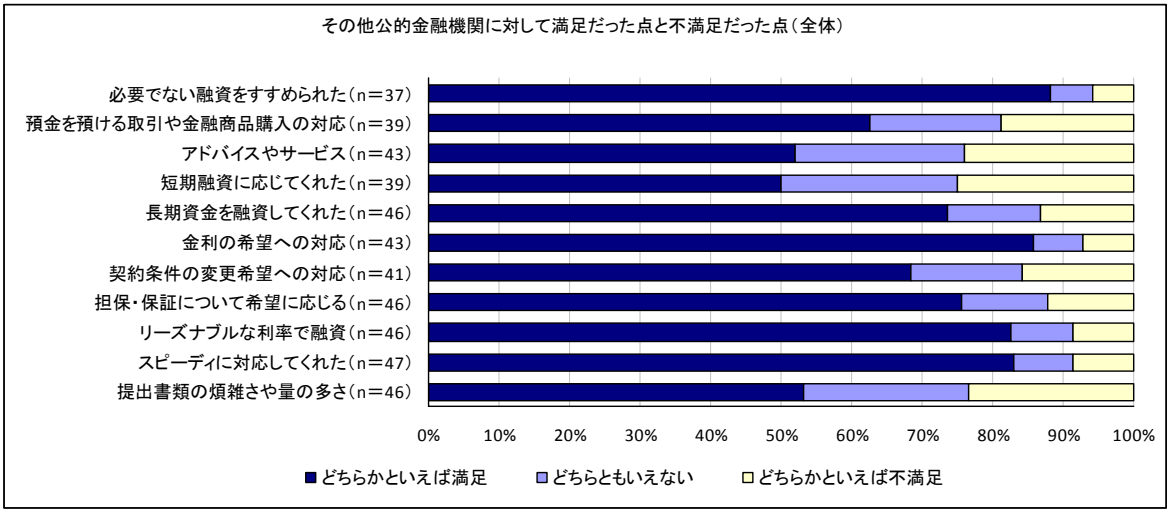
９）福祉医療機構に対して満足だった点と不満足だった点　【問 8-1】

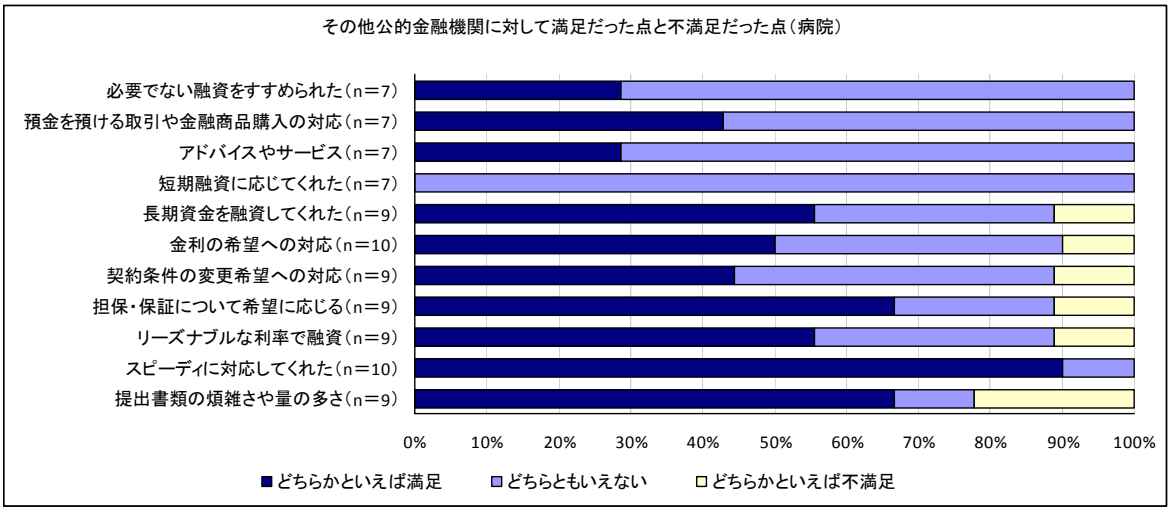


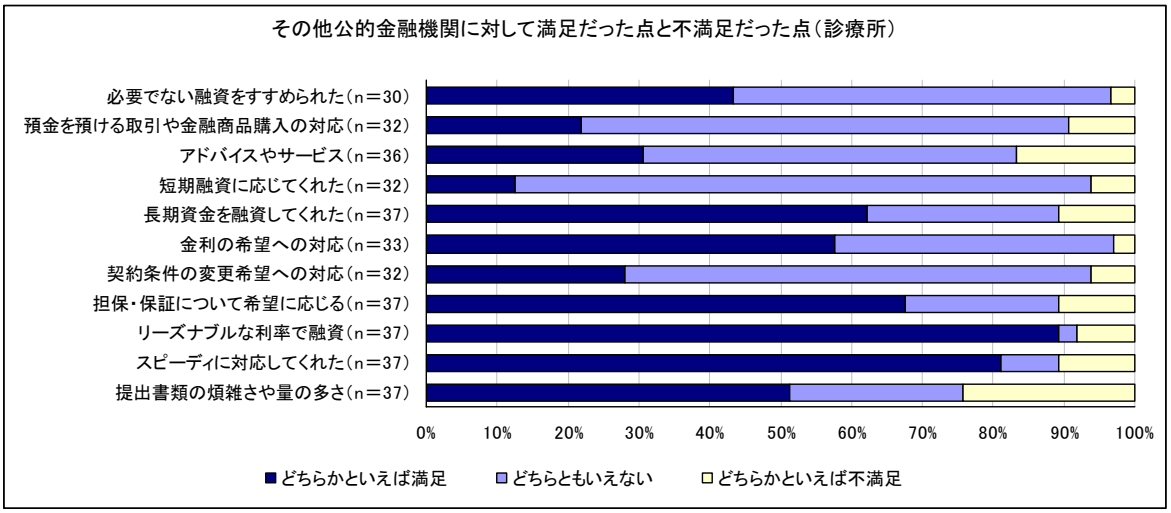




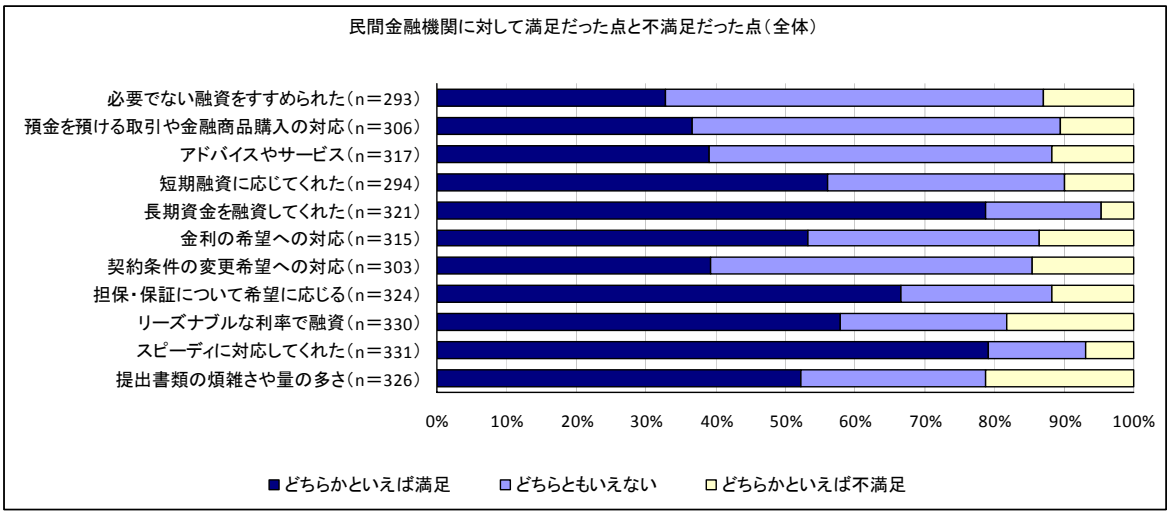
１０）その他公的金融機関に対して満足だった点と不満足だった点　【問 8-2】

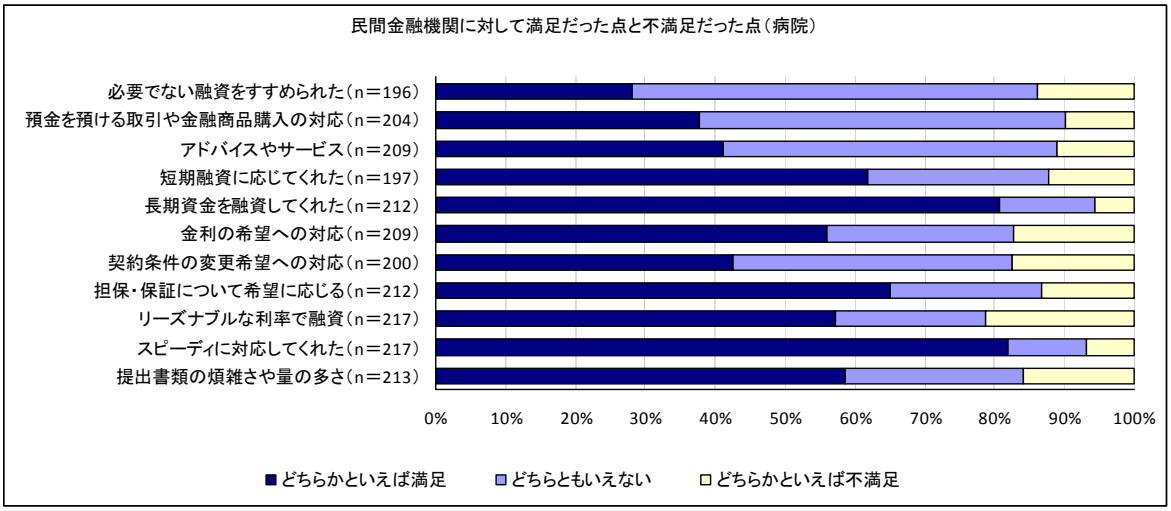


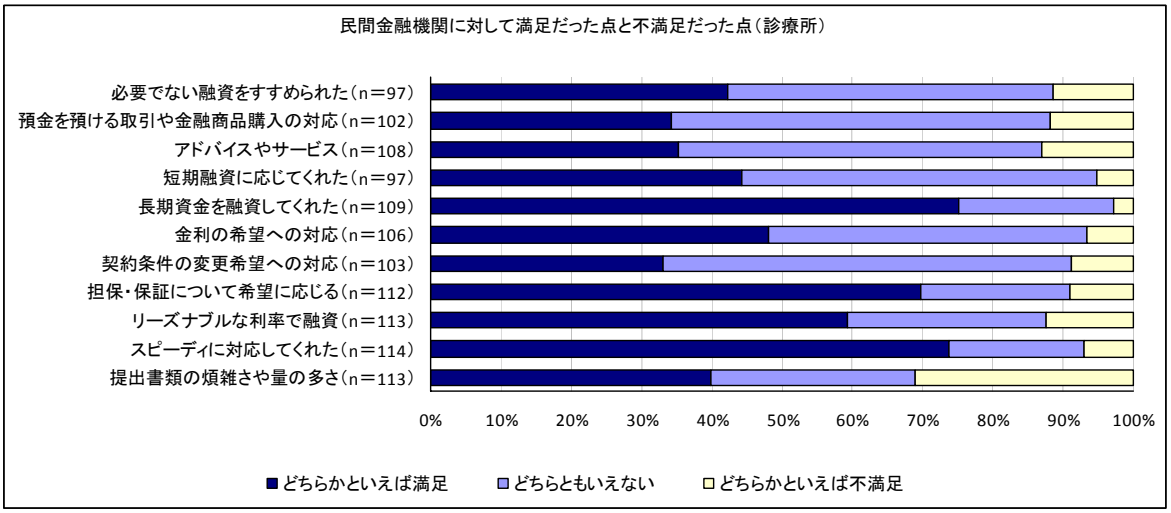




１１）民間金融機関に対して満足だった点と不満足だった点　【問 8-3】

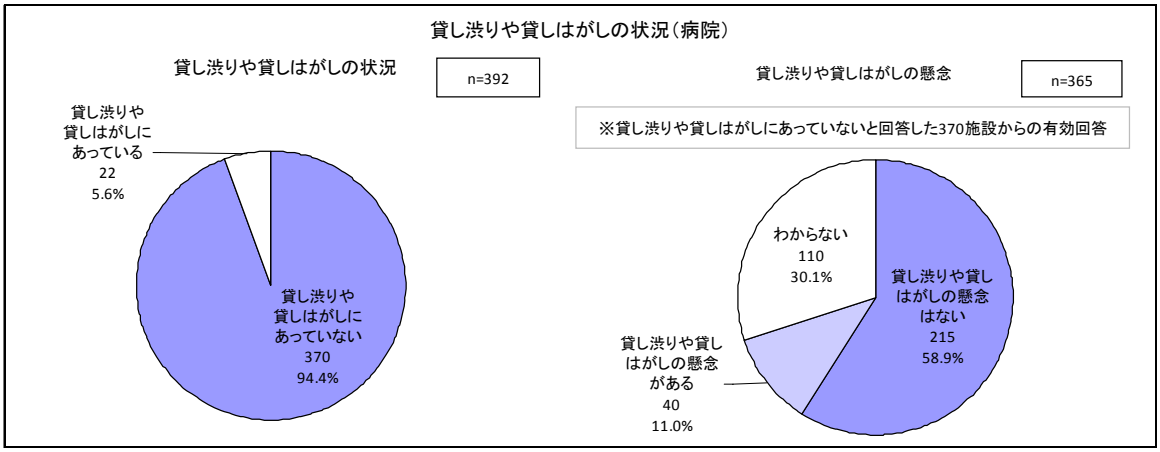


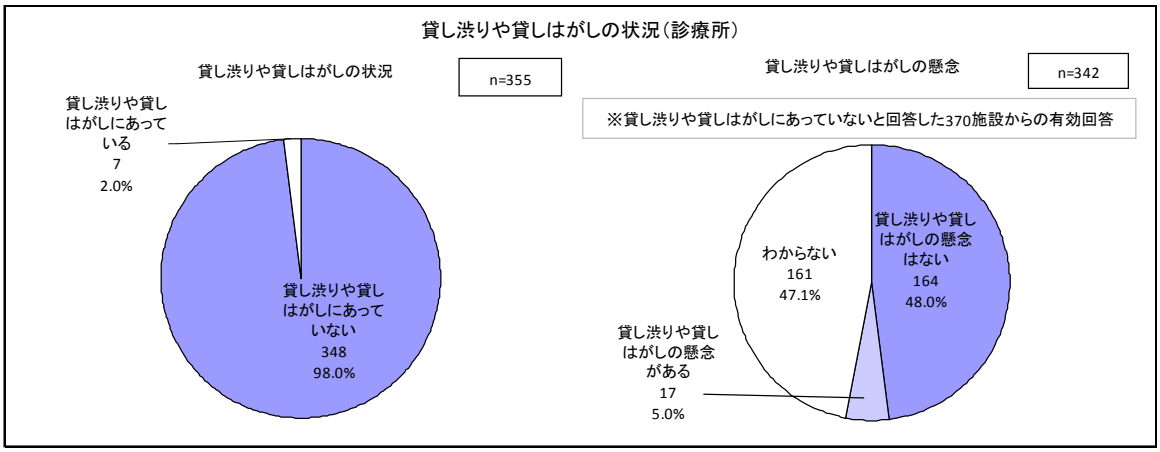


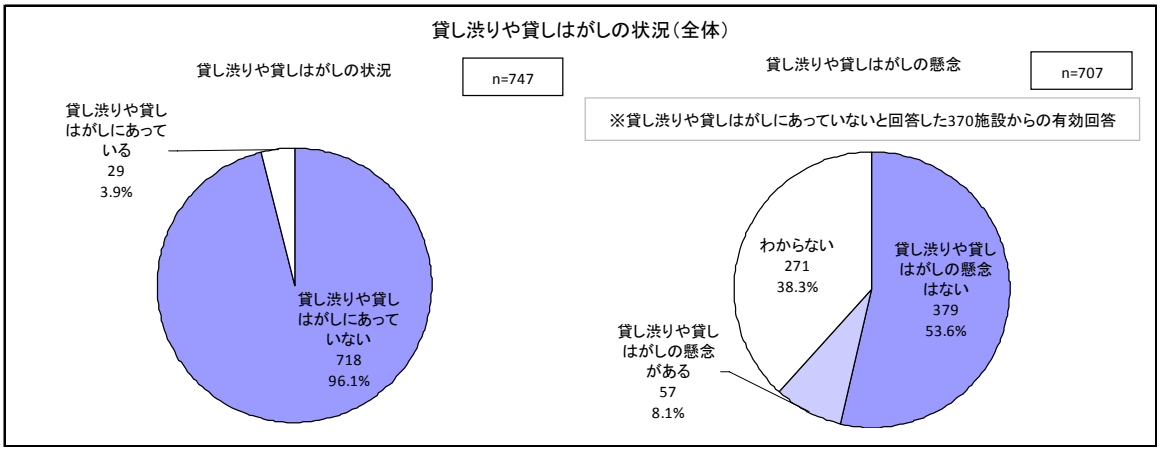


（３）最近の経験に基づく、金融機関との取引の状況

１）貸し渋りや貸しはがしの状況　【問 9】

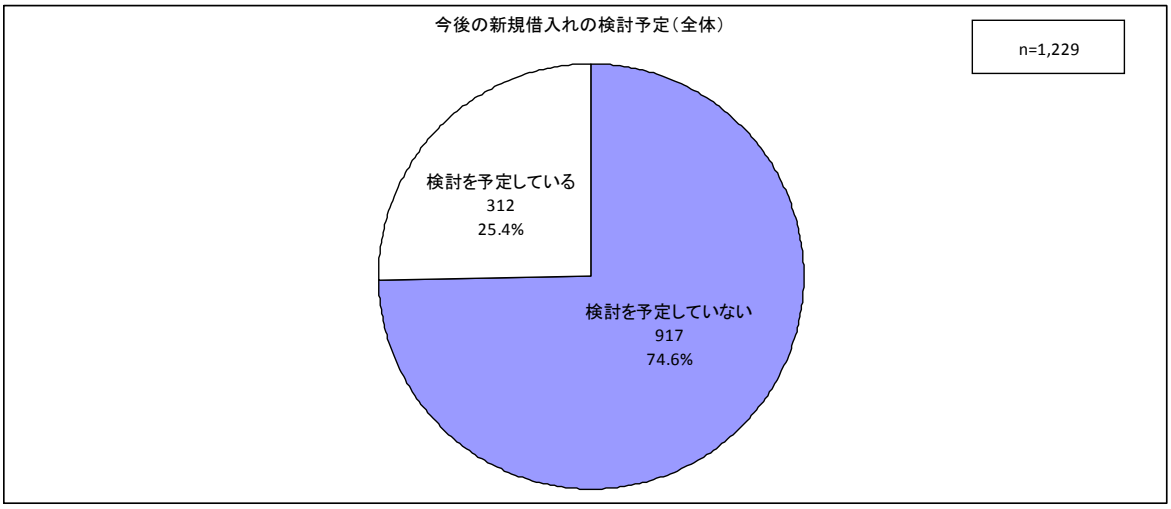


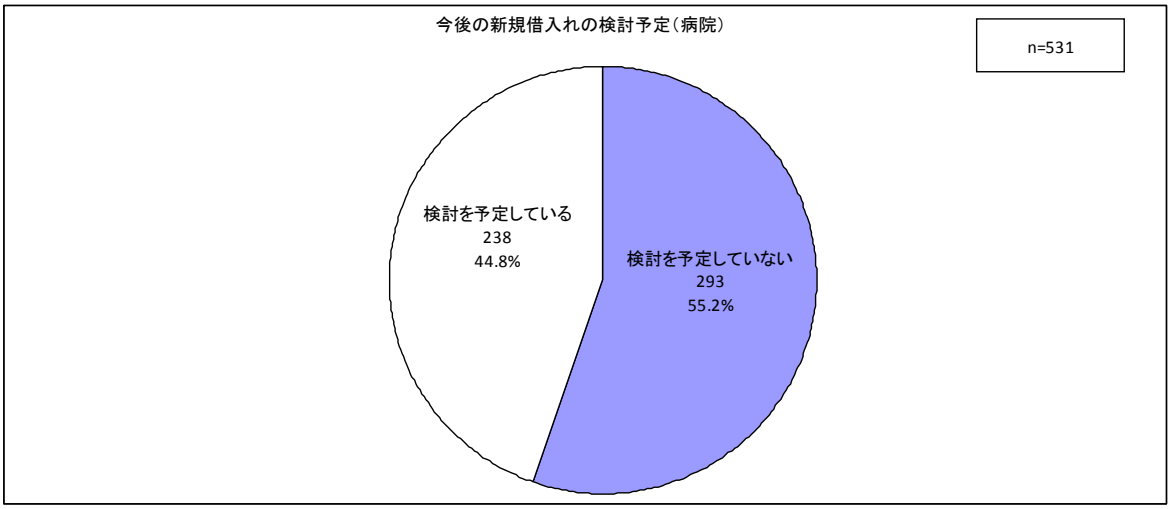


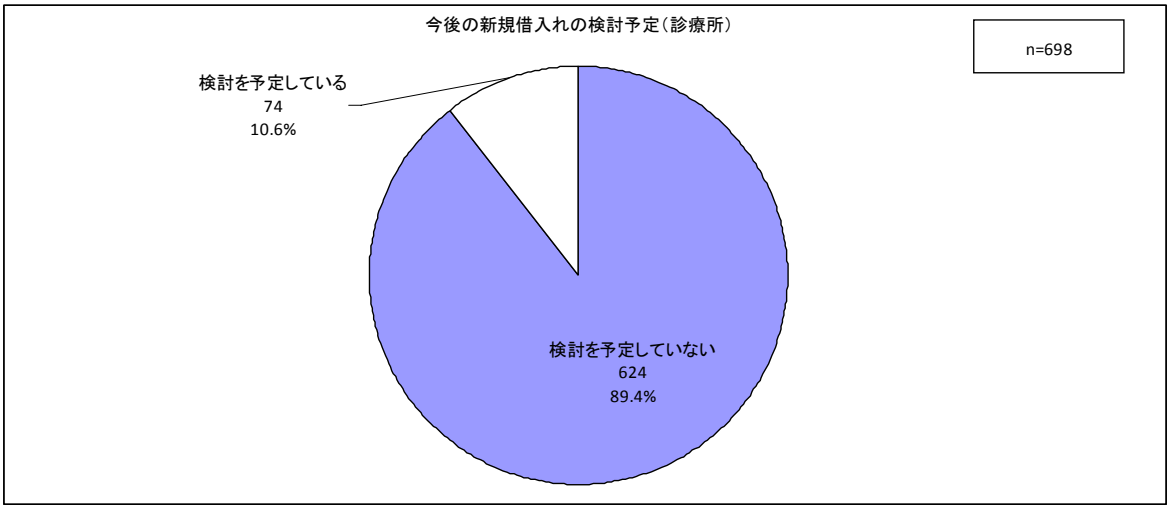


（４）今後の資金調達ニーズに関する状況

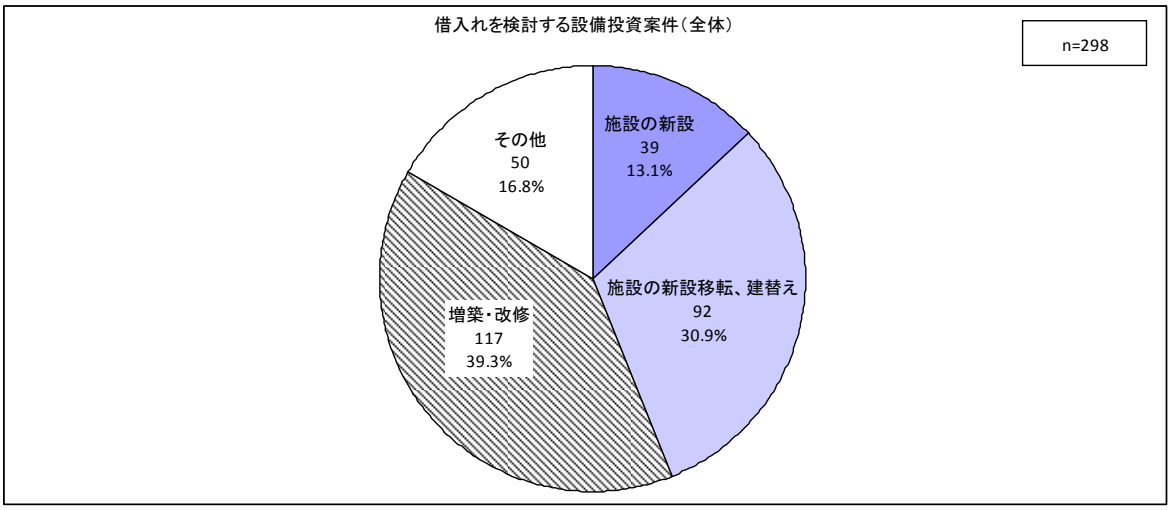
１）今後の新規借入れの検討予定　【問 10】

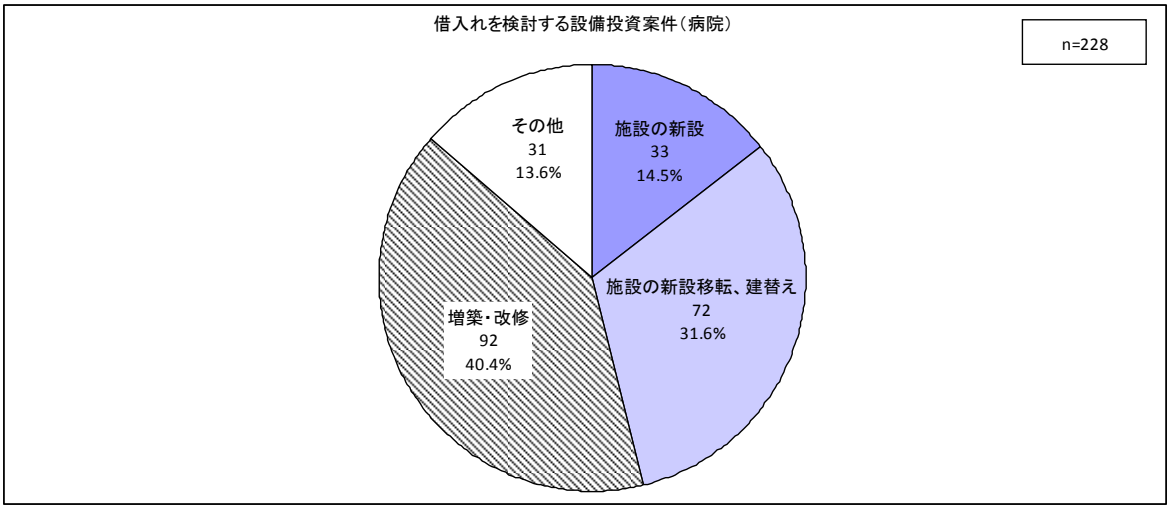


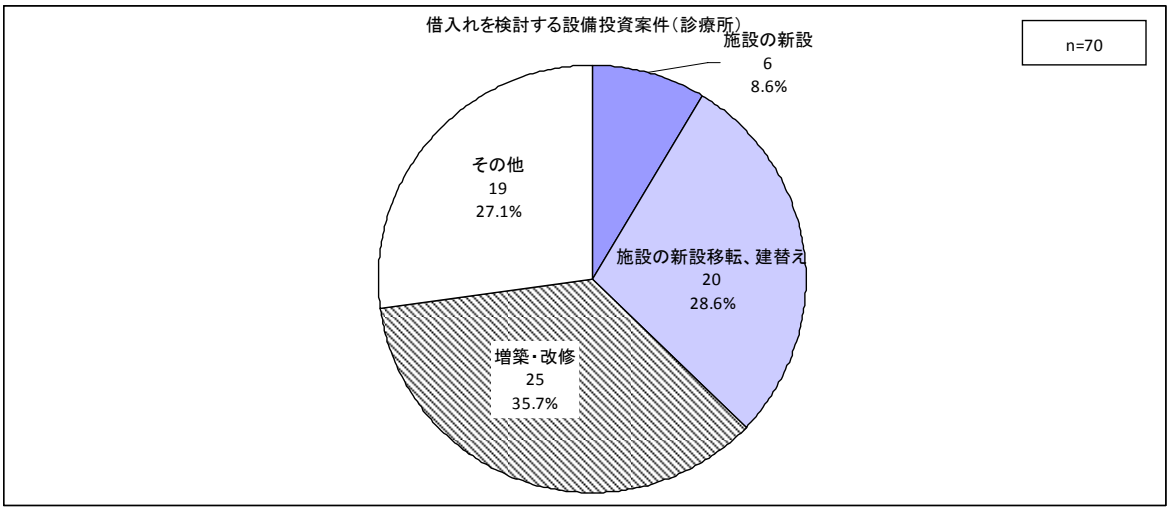




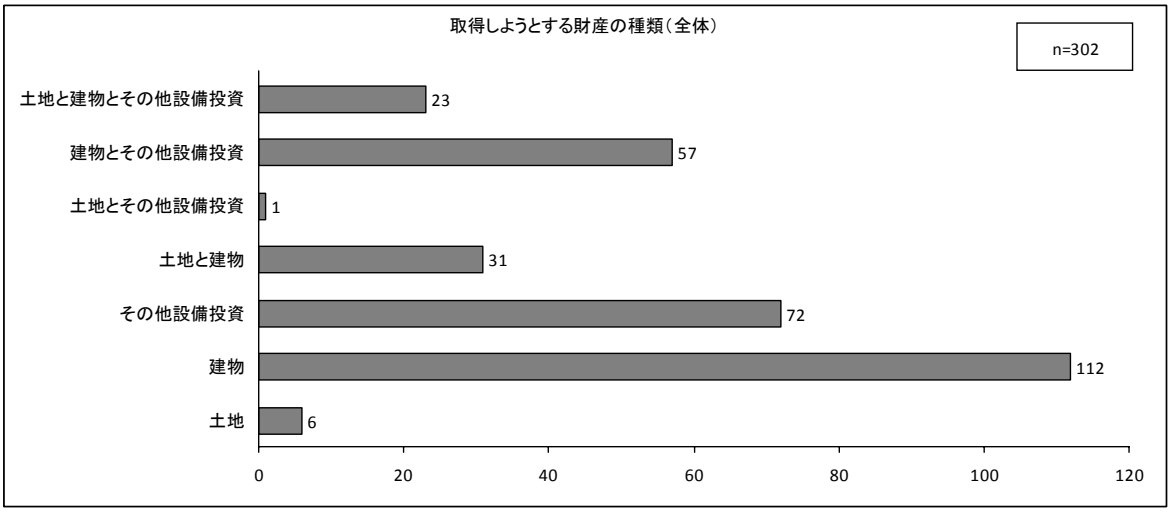
２）借入れを検討する設備投資案件　【問 11（1)】

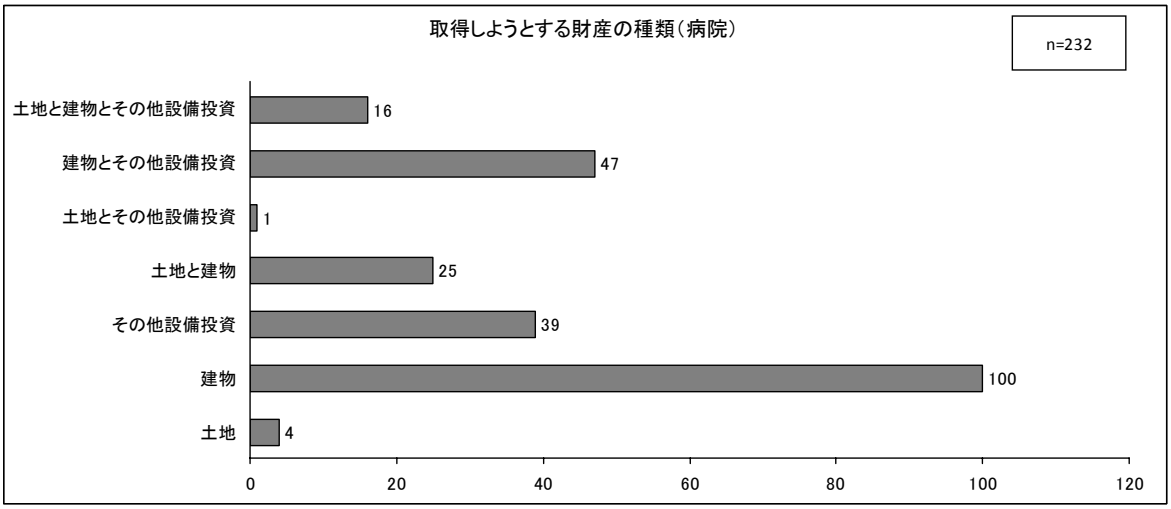


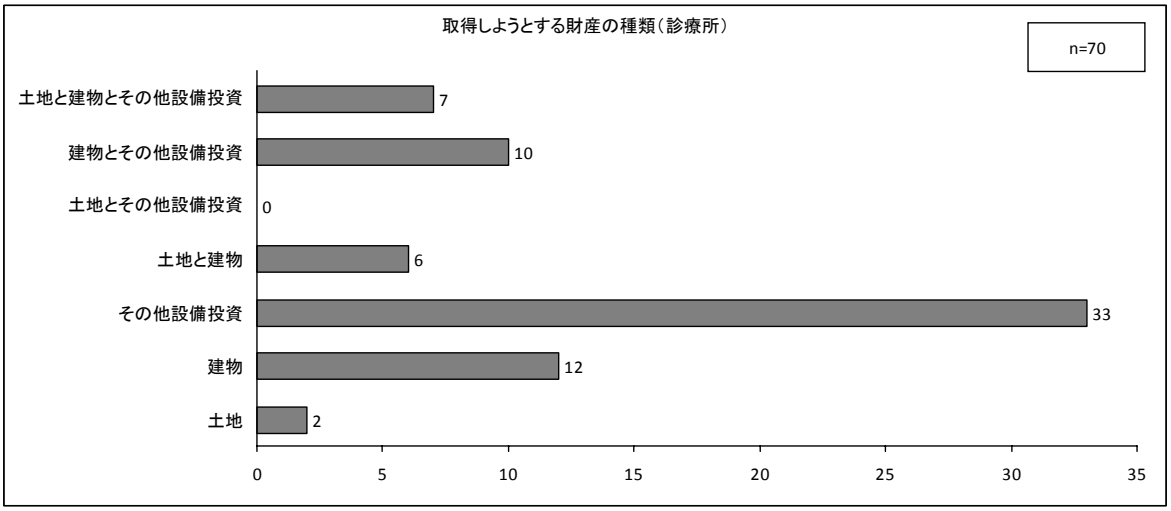




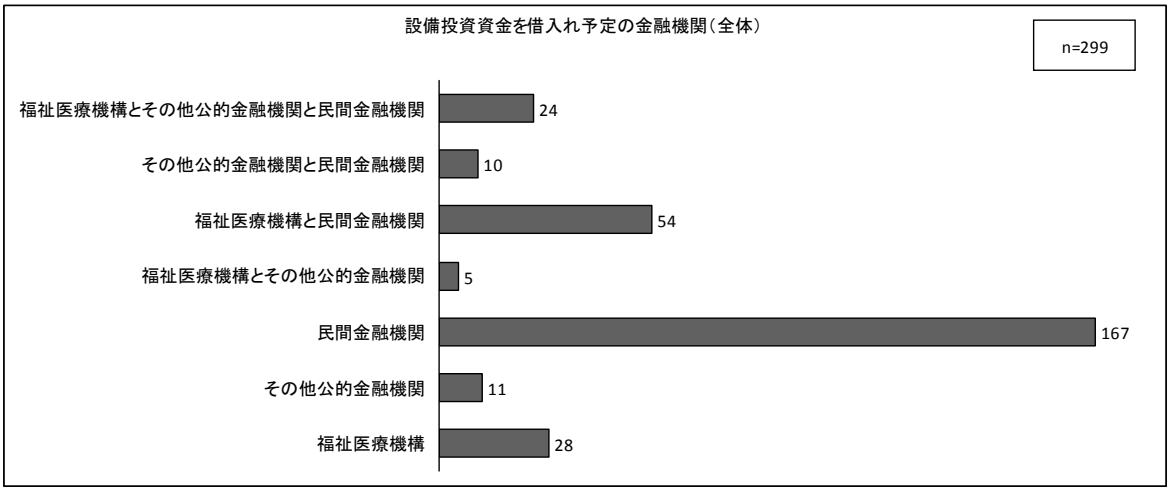
３）取得しようとする財産の種類　【問 11（2)】

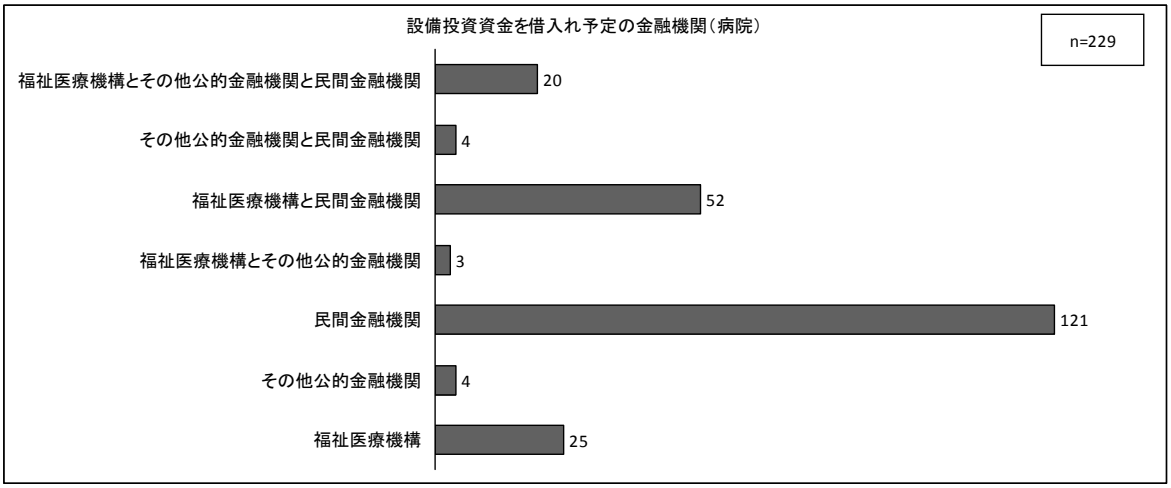


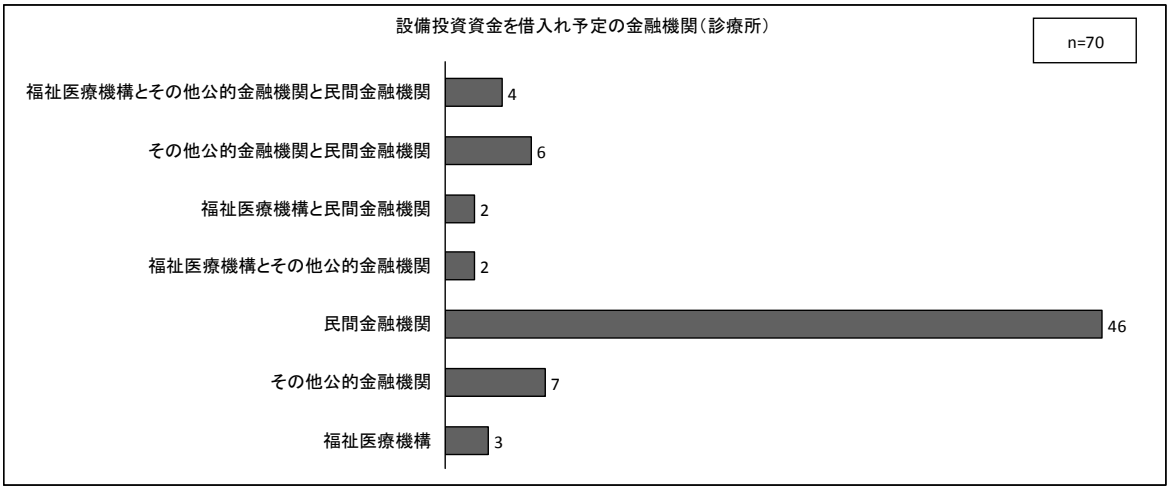




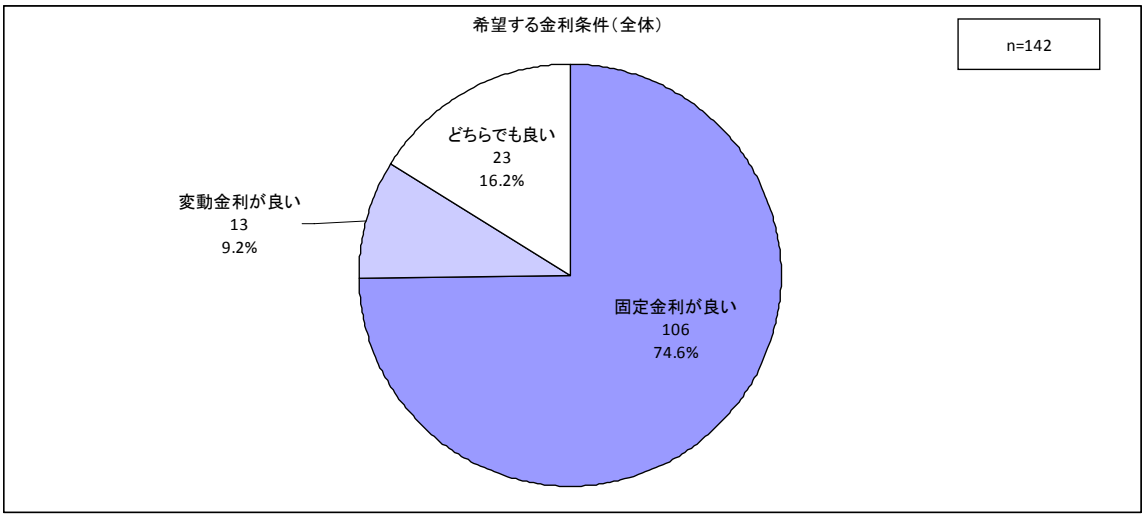
４）設備投資資金を借入れ予定の金融機関　【問 11 (3)】

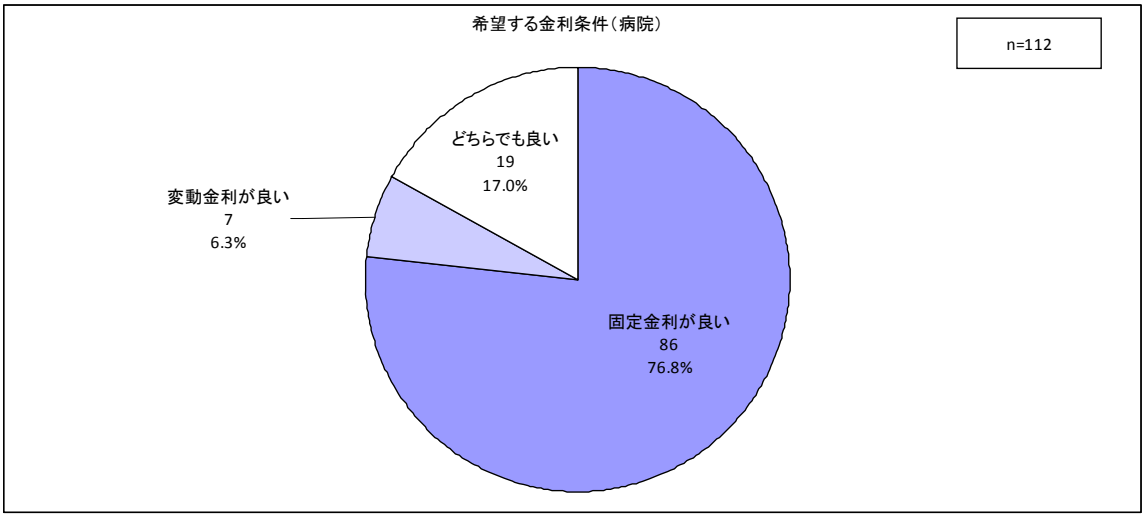


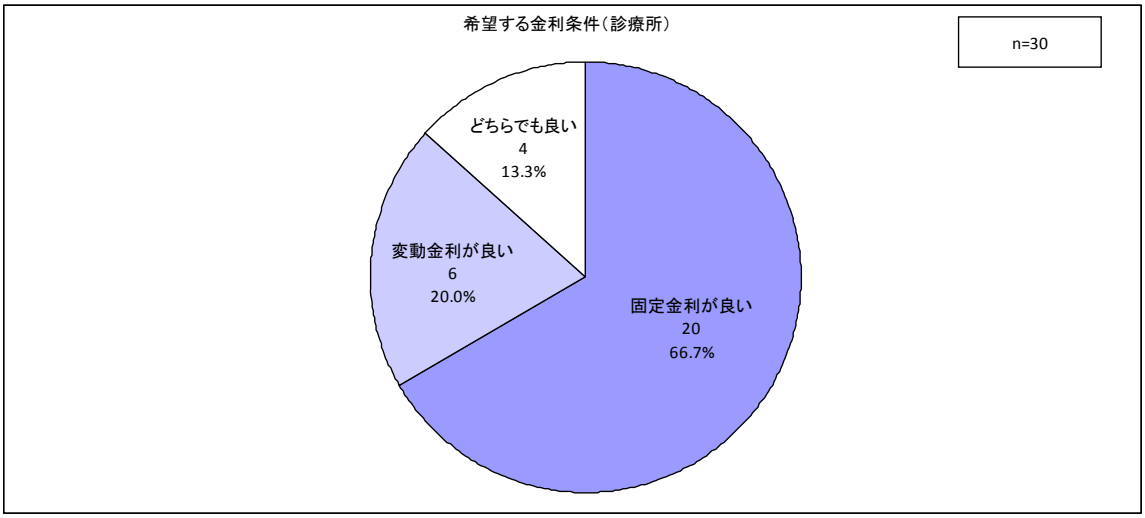




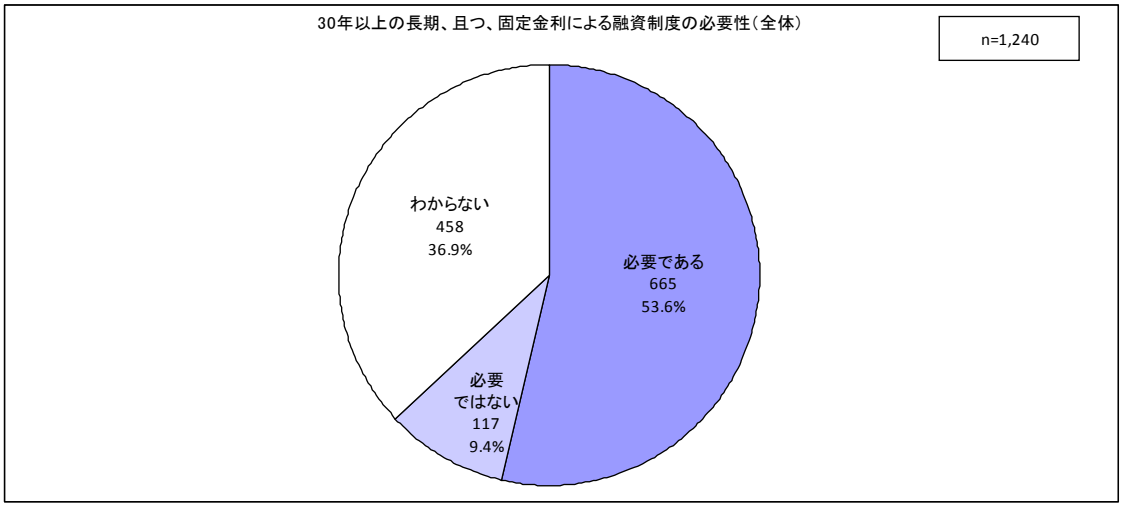
５）希望する金利条件　【問 11（4)】

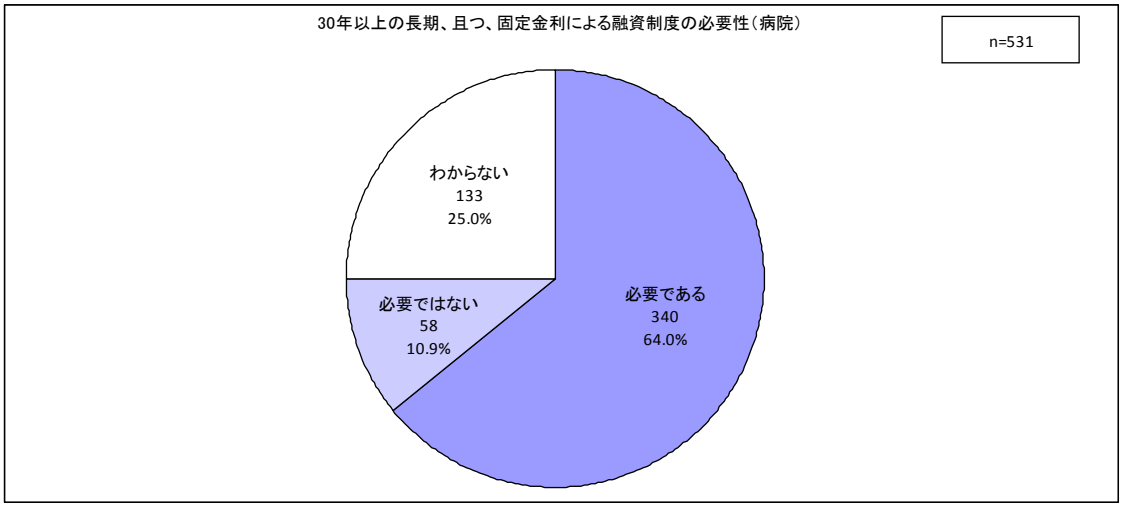


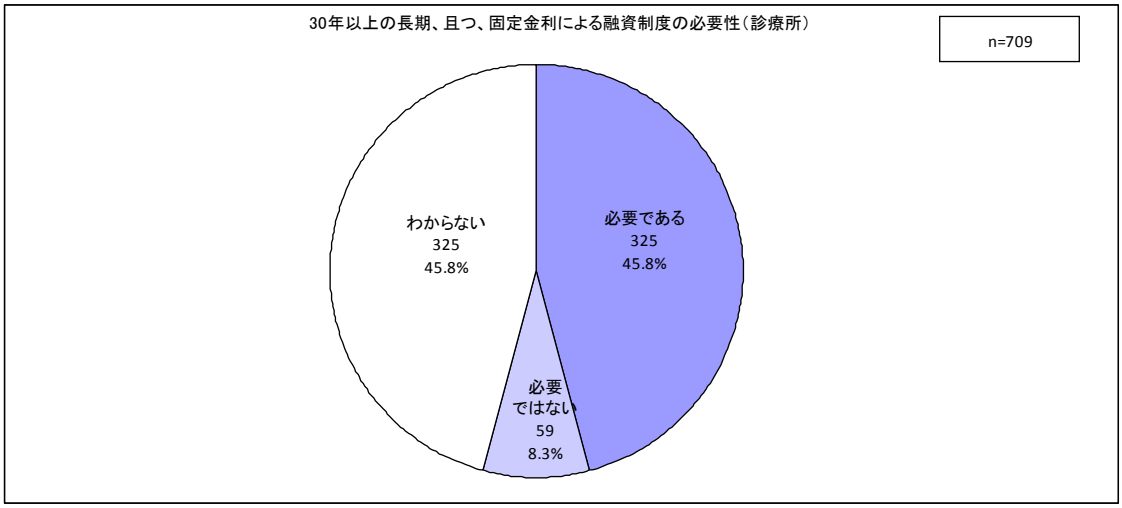




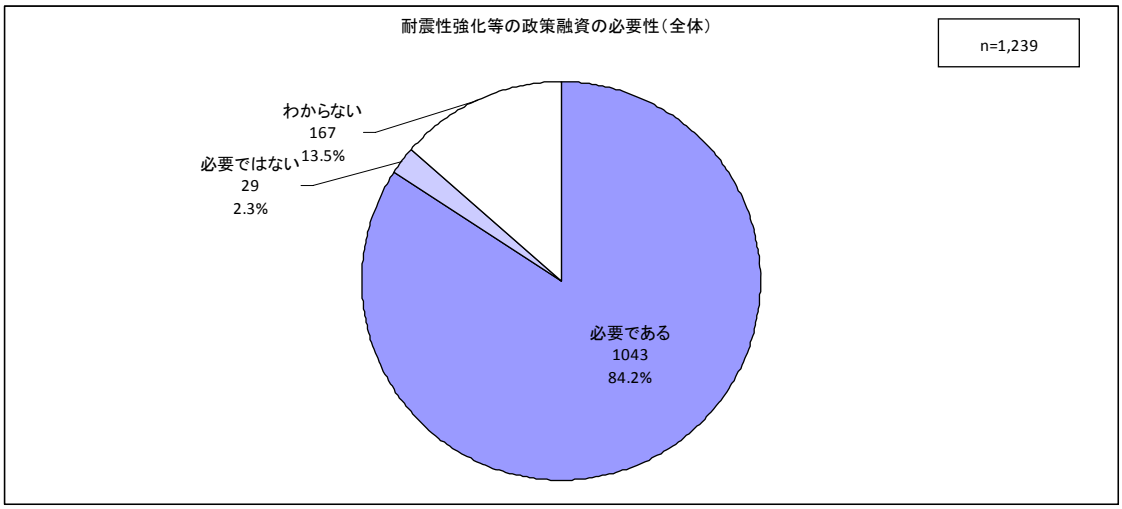
６）30 年以上の長期、且つ、固定金利の融資制度の必要性　【問 12】

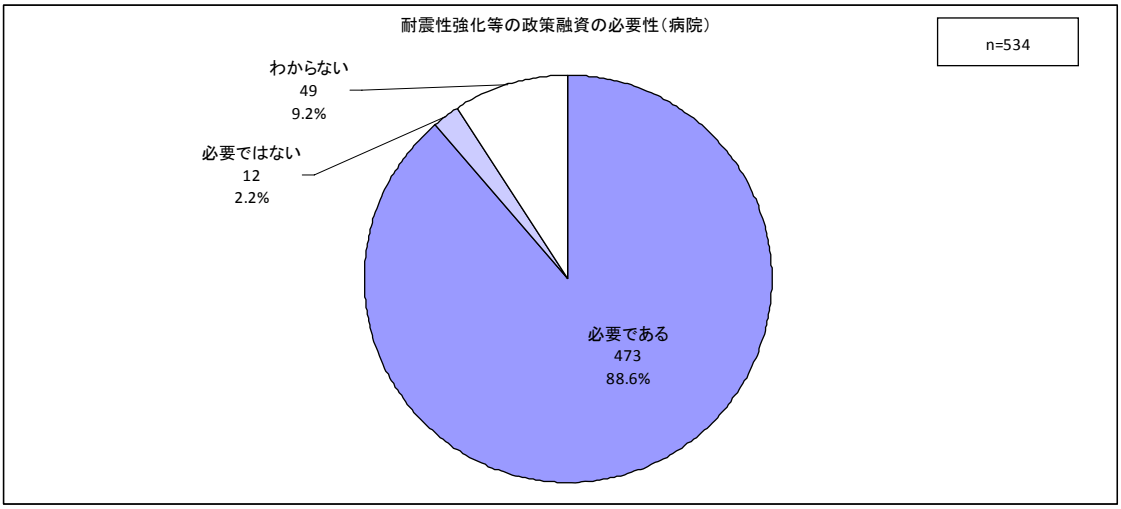


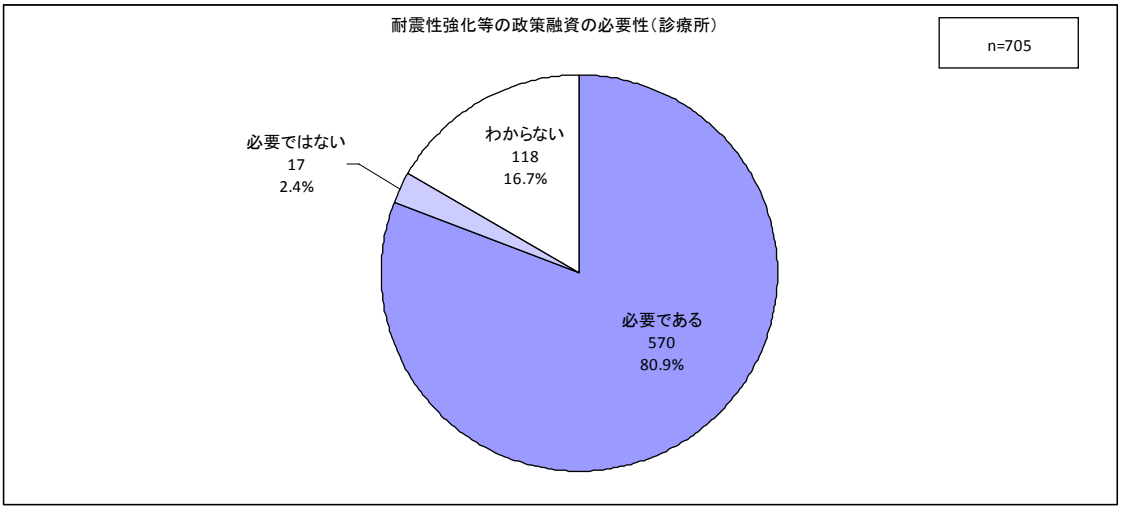




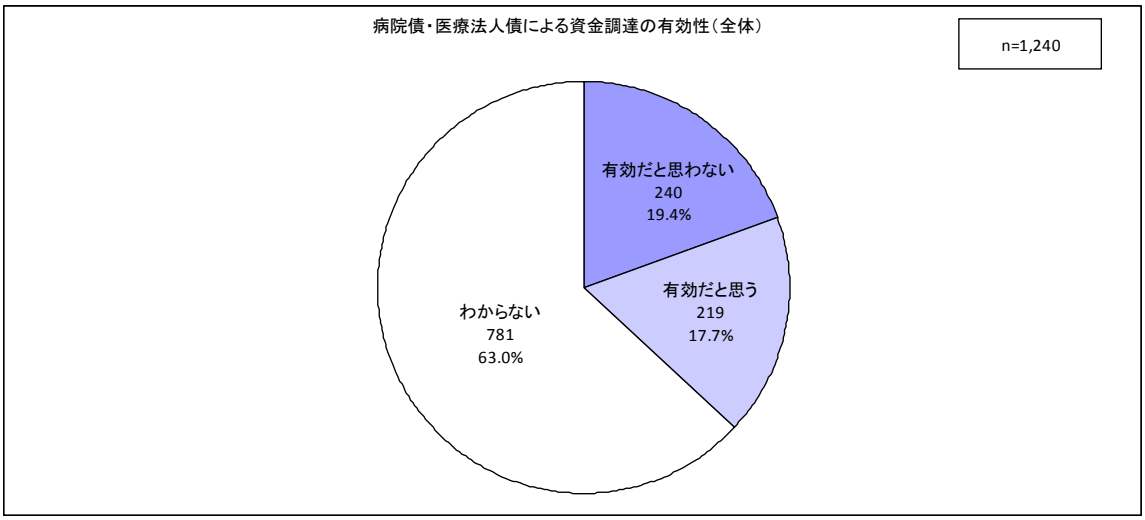
７）耐震性強化やバリアフリー化への対応、省エネルギーや地球温暖化等への取組みを考慮した政策融資の必要性　【問 13】

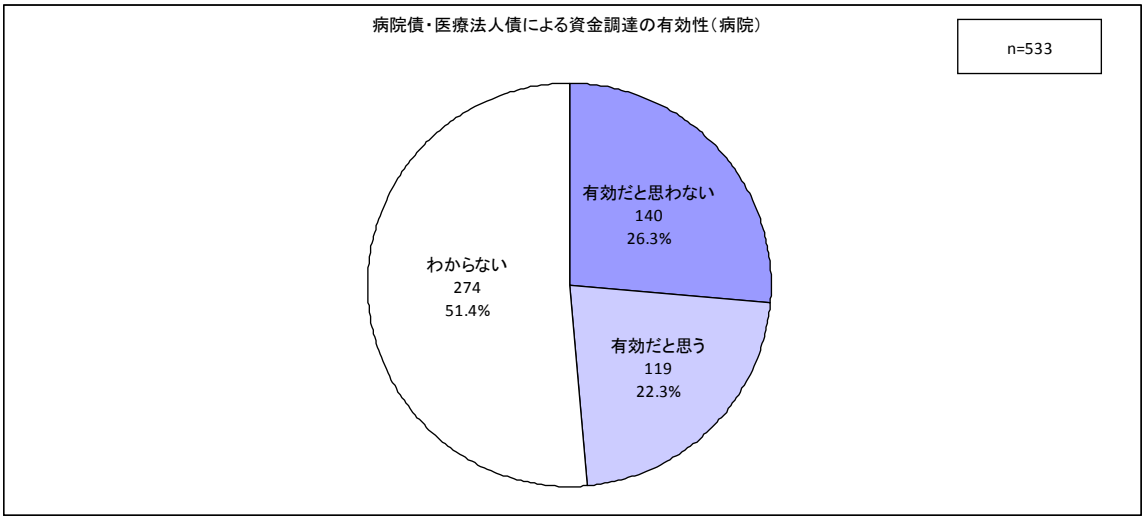


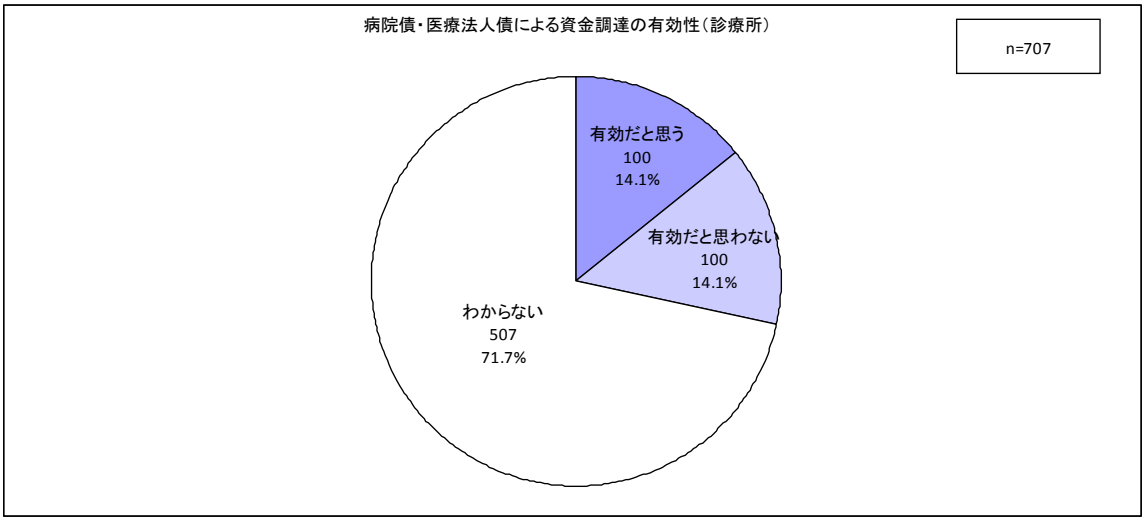




８）病院債・医療法人債による資金調達の有効性　【問 14】







資金調達に関する実態調査　調査票

【本調査に関するお問合せ先】日医総研
【TEL】03（3942）6475
【担当】岸本/吉田

【施設の基本情報】

◆封筒宛名にある送付番号と医療機関情報、都道府県名の記入をお願い致します。

No.		医療機関名		都道府県名	
役職名		ご担当者名		連絡先TEL	( )

◆以下の各項目について、あてはまるものを**1つだけ**選択してください。
※選択は、マークに ☑ してください。

①開設者区分	☐	1.公益法人	☐	2.医療法人	☐	3.個人	☐	4.その他
②病・診区分と病床数	☐ 1.無床診療所　☐ 2.有床診療所　☐ 3.病院 ⇒ （							
	『③.主な診療科』 をご回答ください。　**『④.病院種別』をご回答ください。**							
③診療所の主な診療科 **※「②病・診区分と病床数」で「1.無床診療所」及び「2.有床診療所」に回答した方のみ**	☐ 1.内科　☐ 2.整形外科　☐ 3.皮膚科　☐ 4.小児科 ☐ 5.産科/産婦人科　☐ 6.婦人科　☐ 7.泌尿器科　☐ 8.精神科 ☐ 9.眼科　☐ 10.外科　☐ 11.耳鼻咽喉科 ☐ 12.その他（　　）							
④病院種別 **※「②病・診区分と病床数」で「3.病院」と回答した方のみ**	☐ 1.全病床のうち、80%以上が一般病床の病院 ☐ 2.全病床のうち、80%以上が療養病床（医療・介護）の病院 ☐ 3.全病床のうち、80%以上が精神科病床の病院 ☐ 4.上記のいずれにも該当しない病院							

【過去5年以内の借入れの状況について】

問1.過去5年以内に、設備投資資金の融資を受けたことがありますか。

☐ 1.受けた ⇒ **問3へ**　　☐ 2.受けていない ⇒ **問2へ**

（※問1「2.受けていない」と回答した方のみ、お答えください）
問2.過去5年間に借入れをしていない理由として、もっともよく当てはまるものを**1つ**お選びください。

☐ 1.借入れの検討自体をしていない ⇒ **問9へ**

☐ 2.検討したが経営環境の悪化で自ら設備投資を見送った ⇒ **問7へ**

☐ 3.検討したが、「2」以外の理由で融資を受けるに至らなかった ⇒ **問7へ**

（※1.問1「1.受けた」と回答した方のみ、お答えください。）
（※2.複数回ある場合は、そのうち借入額が最大であった案件についてお答えください。）
問3.(1)融資を受けた設備投資案件について、どのような機会に行なわれたものですか。
以下の中から**1つ**お選びください。

☐ 1.施設の新設　☐ 2.施設の移転、建替え　☐ 3.増築・改修　☐ 4.その他

(2)そのときの設備投資の対象は何ですか。**該当するものすべて**お選びください。

☐ 1.土地（借地権含む）　☐ 2.建物（増築含む）　☐ 3.その他の設備投資

(3)そのとき設備投資資金はどこから借りましたか。**該当するものすべて**お選びください。

☐ 1.福祉医療機構 ⇒ **問4へ**

☐ 2.公的金融機関（1以外） ⇒ **問5へ**

☐ 3.民間金融機関 ⇒ **問6へ**

【融資を受けた金融機関について】

（※1.問3（3）「1.福祉医療機構」と回答した方のみ、お答えください。）
（※2.複数回ある場合は、そのうち借入額が最大であった案件についてお答えください。）
問4.（1）問3の案件の融資額全体のうち、福祉医療機構による融資割合を以下の中から1つお選びください。

☐ 1. 5%未満　☐ 2. 5%～10%未満　☐ 3. 10%～20%未満
☐ 4. 20%～40%未満　☐ 5. 40%～60%未満　☐ 6. 60%～80%未満　☐ 7. 80%以上

（2）問3の案件の融資額全体のうち、福祉医療機構による融資額を百万円単位で記入してください。

（　　億　　万円

（3）福祉医療機構の融資期間を年単位で記入してください。

（　　）年

（4）福祉医療機構と融資の契約を行なった時点の金利条件を、以下のいずれか1つお選びください。

☐ 1.固定金利　☐ 2.変動金利

（※1.問3（3）「2.公的金融機関（1以外）」と回答した方のみ、お答えください。）
（※2.複数回ある場合は、そのうち借入額が最大であった案件についてお答えください。）
問5.（1）問3の案件の融資額全体のうち、その他公的金融機関による融資割合を以下の中から1つお選びください。

☐ 1. 5%未満　☐ 2. 5%～10%未満　☐ 3. 10%～20%未満
☐ 4. 20%～40%未満　☐ 5. 40%～60%未満　☐ 6. 60%～80%未満　☐ 7. 80%以上

（2）問3の案件の融資額全体のうち、その他公的金融機関からの融資額を百万円単位で記入してください。

（　　億　　百万円

（3）その他公的金融機関の融資期間を年単位で記入してください。

（　　）年

（4）その他公的金融機関と融資の契約を行なった時点の金利条件を、以下のいずれかから1つお選びください。

☐ 1.固定金利　☐ 2.変動金利

（※1.問3（3）「3.民間金融機関」と回答した方のみ、お答えください。）
（※2.複数回ある場合は、そのうち借入額が最大であった案件についてお答えください。）

問6.（1）問3の案件の融資額全体のうち、民間金融機関による融資割合を以下の中から1つお選びください。
（複数の民間金融機関から融資を受けた場合、その合計融資額でお答えください。）

☐ 1. 5%未満	☐ 2. 5%～10%未満	☐ 3. 10%～20%未満	
☐ 4. 20%～40%未満	☐ 5. 40%～60%未満	☐ 6. 60%～80%未満	☐ 7. 80%以上

（2）民間金融機関の種別、融資額、融資期間、金利条件についてお伺いします。最大の案件ひとつに対して複数の金融機関や、2口以上の契約で借りた場合は融資の多い順番で、3口目までは個別の額を、4口目以上はその全体の額を記入してください。

	種別（以下の中から1つお選びください）	融資額	融資期間（以下のいずれか1つお選びください）	金利条件（以下のいずれか1つお選びください）
1口目	☐ 1.都市銀行 ☐ 3.信用金庫 ☐ 2.地方銀行 ☐ 4.その他	億 百万円	☐ 1.長期（ 年 ☐ 2.短期（ 年※	☐ 1.固定金利 ☐ 2.変動金利
2口目	☐ 1.都市銀行 ☐ 3.信用金庫 ☐ 2.地方銀行 ☐ 4.その他	億 百万円	☐ 1.長期（ 年 ☐ 2.短期（ 年※	☐ 1.固定金利 ☐ 2.変動金利
3口目	☐ 1.都市銀行 ☐ 3.信用金庫 ☐ 2.地方銀行 ☐ 4.その他	億 百万円	☐ 1.長期（ 年 ☐ 2.短期（ 年※	☐ 1.固定金利 ☐ 2.変動金利
4口目以降の合計		4口目以降の合計 億 百万円		

※ 1年未満で都度更新しているような短期の借入れ

【借入れに至らなかった金融機関について】

（※.問2「1.借入れの検討自体をしていない」と回答した方以外は、融資を受けたか否かに関わらず、全員お答えください。）

問7.過去5年間に借入れを見体的に検討した方、全員お答えください。

（1）過去5年間に借入れを検討した最大の案件についてお答えください。
借入れを検討したが借入れるには至らなかった金融機関がありますか。
以下の中から**該当するものを全て**お選びください。

- ☐ 1.福祉医療機構からの借入れを検討したが、借入れるには至らなかった。 ⇒ **問7（2）へ**
- ☐ 2.公的金融機関（福祉医療機構以外）からの借入れを検討したが、借入れるには至らなかった ⇒ **問7（3）へ**
  （例えばA公庫からは融資を受けられなかったが、B公庫から融資を受けたような場合は記入しないでください。）
- ☐ 3.民間金融機関からの借入れを検討したが、借入れるには至らなかった。 ⇒ **問7（4）へ**
  （例えばA銀行からは融資を受けられなかったが、B銀行からは融資を受けたような場合は記入しないでください。）
- ☐ 4.検討したにもかかわらず借入れに至らなかった金融機関はない。⇒ **問8へ**

（※問7（1）「1.福祉医療機構」と回答した方のみ、お答えください）

（2）福祉医療機構から借入れるに至らなかった理由として、最もふさわしいものを**1つ**お選びください。

- ☐ 1.検討はしたが、具体的なコンタクト（説明会、相談会含む）はとらなかった。
- ☐ 2.借入れ条件等が折り合わなかった。 ⇒ **（2SQ）へ**
- ☐ 3.借入れ条件その他の理由で他の金融機関を選んだ。

（「2.借入れ条件等が折り合わなかった。」と回答した方のみ、お答えください）

（2SQ）折り合わなかった条件等として、**該当するものを全て**お選びください。

☐ 1.借入額（融資枠）	☐ 2.借入期間	☐ 3.金利
☐ 4.担保	☐ 5.保証人	☐ 6.事務手続き
☐ 7.融資のスピード	☐ 8.不足地域と充足地域の条件	
☐ 9.その他		

（※問7（1）「2.公的金融機関（福祉医療機構以外）」と回答した方のみ、お答えください）
（3）その金融機関から借入れるに至らなかった理由として、最もふさわしいものを1つお選びください。

- ☐ 1.検討はしたが、具体的なコンタクト（説明会、相談会含む）はとらなかった。
- ☐ 2.借入れ条件等が折り合わなかった。 ⇒ （3SQ）へ
- ☐ 3.借入れ条件その他の理由で他の金融機関を選んだ。

（「2.借入れ条件等が折り合わなかった。」と回答した方のみ、お答えください）
（3SQ）折り合わなかった条件等として、該当するものを全てお選びください。

☐ 1.借入額（融資枠）	☐ 2.借入期間	☐ 3.金利
☐ 4.担保	☐ 5.保証人	☐ 6.事務手続き
☐ 7.融資のスピード	☐ 8.その他	

（※問7（1）「3.民間金融機関」と回答した方のみ、お答えください）
（4）民間金融機関から借入れるに至らなかった理由として、最もふさわしいものを1つお選びください。

- ☐ 1.検討はしたが、具体的なコンタクト（説明会、相談会含む）はとらなかった。
- ☐ 2.借入れ条件等が折り合わなかった。 ⇒ （4SQ）へ
- ☐ 3.借入れ条件その他の理由で他の金融機関を選んだ。

（「2.借入れ条件等が折り合わなかった。」と回答した方のみ、お答えください）
（4SQ）折り合わなかった条件等として、該当するものを全てお選びください。

☐ 1.借入額（融資枠）	☐ 2.借入期間	☐ 3.金利
☐ 4.担保	☐ 5.保証人	☐ 6.事務手続き
☐ 7.融資のスピード	☐ 8.その他	

【経験に基づく金融機関との取引について】

（※問3（3）過去5年間に「1.福祉医療機構」、「2.公的金融機関（1以外）」、「3.民間金融機関」のいずれかで借入残高を有していた方のみ、お答えください）

問8.各金融機関との取引関係に関して、満足した点と不満だった点について、おおむね過去5年間程度の経験に基づき、お答えください。

質問1.右の金融機関で該当するもの**全て**お選びください。	□ 1.福祉医療機構			□ 2.公的金融機関（1以外）			□ 3.民間金融機関		
質問2.質問1でお選びになった金融機関についてお答えください。	1 どちらかといえば満足	2 どちらかといえば不満	3 どちらともいえない	1 どちらかといえば満足	2 どちらかといえば不満	3 どちらともいえない	1 どちらかといえば満足	2 どちらかといえば不満	3 どちらともいえない
（1）提出書類の煩雑さや量の多さ	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（2）スピーディに対応してくれた	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（3）リーズナブルな利率で融資	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（4）担保・保証について希望に応じてくれた	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（5）契約条件の変更希望への対応（繰上げ返済時の手数料等）	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（6）固定金利または変動金利の希望への対応	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（7）必要な長期（設備等）資金を融資してくれた	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（8）資金繰りに困ったときに短期融資に応じてくれた	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（9）アドバイスやサービス	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（10）預金を預ける取引や、金融商品の購入に係る対応	□	□	□	□	□	□	□	□	□
（11）必要でない融資をすすめられた	□	□	□	□	□	□	□	□	□

問9.現在、短期融資を受けている方にお伺いいたします。

（1）現在取引している金融機関による「貸し渋りや貸しはがし」にあっていますか。
以下のいずれかから**1つ**お選びください。

☐ 1.貸し渋りや貸しはがしにあっている ⇒ **問10へ**

☐ 2.貸し渋りや貸しはがしにはあっていない ⇒ **問9（2）へ**

（※問9「2.貸し渋りや貸しはがしにはあっていない」と回答した方のみ、お答えください）
（2）現在取引している金融機関に対して、「貸し渋りや貸しはがし」の懸念はありますか。
以下のいずれかから**1つ**お選びください。

☐ 1.貸し渋りや貸しはがしの懸念がある　☐ 2.貸し渋りや貸しはがしの懸念はない

☐ 3.わからない

【今後の資金調達について】

問10.今後、設備投資資金の新規借入れを検討する予定がありますか。

☐ 1.ある（すでに検討中も含む） ⇒ **問11へ**　☐ 2.ない ⇒ **問12へ**

（※問10「1.ある（すでに検討中も含む）」と回答した方のみ、お答えください）
問11.検討する施設の方にお伺いいたします。

（1）借入れを検討する設備投資案件について、どのような機会に行なう予定ですか。以下の中から**1つ**お選びください。
（複数回予定している場合は、そのうち借入額が最大であると思われるものについてお答えください。）

☐ 1.施設の新設　☐ 2.施設の移転、建替え　☐ 3.増築・改修　☐ 4.その他

（2）そのとき取得しようとする財産の種類は何ですか。**該当するもの全て**お選びください。

☐ 1.土地（借地権含む）　☐ 2.建物（増築含む）　☐ 3.その他設備投資

（3）そのとき設備投資資金はどこから借りたいとお考えですか。**該当するものを全て**お選びください。

☐ 1.福祉医療機構 ⇒ **問11（4）へ**　☐ 2.公的金融機関（1以外） ⇒ **問11（4）へ**

☐ 3.民間金融機関 ⇒**問12へ**

（※問11（3）で「1.福祉医療機構」または「2.公的金融機関（1以外）」と回答した方のみ、お答えください）
（4）設備投資資金を借りる場合、希望する金利条件を以下の中から**1つ**お選びください。

☐ 1.固定金利が良い　☐ 2.変動金利が良い　☐ 3.どちらでも良い

【今後の政策融資について】

（※全ての方にお伺いいたします。）

問12.現在、住宅の購入等では、長期・固定金利による融資として、フラット35が広く活用されています。
このような融資制度があることを踏まえてお答えください。
医療機関に対する30年以上の長期（固定金利で繰上げ返済可能（ペナルティなし））による融資制度は必要であるとお考えですか。

☐ 1.必要である　☐ 2.必要ではない　☐ 3.わからない

	新築資金のうち建築または購入の条件の比較		
	公的金融機関 （日本政策金融公庫）	福祉医療機構	フラット35 繰上げ返済可能（ペナルティなし）
償還期間	20年以内	増改築耐火20年以内 （施設の移転・建替え）	35年
融資限度額	7,200万円 （特定設備資金）	7億2,000万円	8,000万円

問13.医療機関の新築や増築・改修では、耐震性の強化やバリアフリー化への対応、省エネルギーや地球温暖化への取組みを考慮した政策融資が必要であるとお考えですか。以下の中から**1つだけ**お選びください。

☐ 1.必要である　☐ 2.必要ではない　☐ 3.わからない

問14.医療機関のこれまでの資金調達方法以外として、病院債・医療法人債による資金調達が有効であるとお考えですか。
以下の中から**1つだけ**お選びください。

☐ 1.有効だと思う　☐ 2.有効だと思わない　☐ 3.わからない

【自由記載による意見】

問15.医療機関による資金調達について、ご意見をお聞かせください。（自由記載）