

医療・介護・保育等における 規制改革の経済効果

株式会社等の参入に関する検討のための試算

平成15年5月

内閣府政策統括官（経済財政 - 景気判断・政策分析担当）

目 次

第1章	はじめに	3
1.	株式会社等の参入をめぐる議論	3
2.	資金調達手段の制約	5
3.	分析の重要性	5
第2章	株式会社等の参入に伴う経済効果	9
第3章	各分野における経済効果	11
第1節	医療サービス分野	11
1.	医療サービス分野の現況	12
2.	病院の生産性分析	13
(1)	分析の考え方	13
(2)	データ	16
(3)	推計結果	16
(4)	結果のまとめ	16
補論	確率的フロンティア生産関数について	18
3.	規制改革に対する民間病院の見方 - ヒアリング調査結果	20
(1)	制度の現状についての評価	20
1)	病院間の競争のあり方	20
2)	医療法人のあり方	21
(2)	規制改革に対する要望	21
(3)	設備投資と資金調達ニーズ	23
1)	設備投資資金の需要	23
2)	資金調達面の課題	25
a.	資金調達の困難性	25
b.	資金調達手段の多様化についての考え方	26
第2節	施設介護分野（特別養護老人ホームを中心に）	29
1.	施設介護分野（特別養護老人ホーム）の現況	29
2.	施設介護分野の生産性分析	30
(1)	分析の考え方	30
1)	需要割当ての解消	30
2)	経営効率化	31
(2)	推計結果	31
1)	需要割当ての解消の効果	31
2)	経営効率化による効果	32
(3)	結果のまとめ	33
第3節	保育サービス分野	35

1 . 保育サービス分野の現況	36
2 . 保育サービス分野における生産性分析	38
(1) 分析の考え方	38
(2) データ	39
(3) 推計結果	40
(4) 結果のまとめ	40
(5) 雇用に与える影響	41
3 . 保育サービスの実態 (ヒアリング調査結果)	43
(1) 企業による保育所運営の現状	43
(2) 認可保育所運営の企業委託	46
(3) 補助金を得ている認可外保育所の運営	47
(4) 保育所間の競争のあり方	47
(5) 認可外保育所の認可保育所への移行	48
(6) その他	48
第 4 章 おわりに	49
1 . 各分野における生産性向上効果及び雇用拡大効果について	49
2 . 経済全体の生産性に与える効果について	51
3 . ヒアリング調査について	52
参考文献	53

第1章 はじめに

1. 株式会社等の参入をめぐる議論

今後、我が国が急速に少子・高齢化していく中で豊かな国民生活を実現していくためには、製造業において安価で多様な商品が生産されることに加えて、医療、福祉(介護、保育)、教育、農業といった国民生活に直結する分野において、社会的な公平性及び安全性を確保しつつ、国民に大きな負担を求めることなく質の高い多様なサービスが提供されることが重要である。

ところが、これらの分野においてはこれまで安全性を担保するための社会的規制を含め、「市場の失敗」を補正するための規制が必要であるとされ、本来「市場の失敗」の補正と同時に達成できるはずの効率的な経営は優先課題とされず、株式会社のような自由に活動する経営主体の参入等は規制されてきた¹。具体的には以下のような点が挙げられる(図表1-1)。

サービスを提供する事業者が経営形態によって限定され、原則的に株式会社のような自由に活動する経営主体や NPO 法人の参入は認められていない。

参入した事業者についても活動に対して規制があり、その枠内でしか効率的な経営を追求することが認められていない。

形式的には新規参入や活動の自由が認められても、補助金や税制上の優遇措置が与えられるのは非営利法人のような特別な法人形態をもつものに限られている。結果的に、それ以外の経営形態の法人の活動を排除することになっている。

例えば、医療や農業分野では株式会社等による事業自体が禁止ないし制限されており、国公立病院を除けば、医師による個人経営か医療法人という特別な形態の法人・農業生産法人の要件を満たす法人に事業者が制限されている²。他方、教育分野では、学校法人に対してのみ学位等の資格の授与権が与えられており、

¹ 第2次臨時行政改革推進審議会報告書(1988年)においても「経済的規制は原則自由に、社会的規制は必要最小限に」とされた。

² 医療分野については、「構造改革特区」において、株式会社の参入について、自由診療の分野という前提で、必要な措置を講ずることとされた。農業分野については、2001年3月に一定の要件のもと株式会社形態を取り入れた新たな農業生産法人制度がスタートしたものの、一般的な株式会社は参入できない。2003年4月からは「構造改革特区」において、限定的ではあるが、農業生産法人以外の法人も農地の賃借による参入が容認された。

また私学助成金等の補助が供与されている。さらに、社会福祉法人が経営する介護施設や保育所に対しては、その施設整備費等について大幅な公的助成が行なわれている。

こうした社会的規制分野については、「官製市場³」と呼ばれることがあり、株式会社の参入規制等の是非をめぐって、総合規制改革会議(2002)等において、主として以下のような点が論点として挙げられてきた。

第1は、株式会社の営利性をめぐる論点である。規制が必要とする立場からは、株式会社は「営利を追求する経営主体」であることから、高価格・低品質、必要以上あるいは不適切な商品・サービスを利用者に提供するなど、利用者にとって不利益な行為が避けられないとみなされる。これに対して、競争的な市場経済社会では、多くの株式会社は、消費者に選択される商品やサービスを提供することで、初めて長期的に安定した利益を確保していることを考慮すれば、市場での競争条件を確保するための制度に重点を置く必要があり、そのためには参入規制の撤廃がむしろ前提となるとみる考え方がある。

第2は、「不可逆性」の問題である。医療・福祉は人の生命や身体、健康にかかわる分野であり、問題が生じてからでは取り返しがつかない「不可逆性」を持つため事後的規制では不十分であるというのが規制を必要とする立場の考え方である。また、事業の採算性のみを追求するのではなく、継続性・安定性が重視されること、不採算事業も含むユニバーサルサービスを確保すること、などを保証する必要があり株式会社はなじまないとする。これに対して、事前規制か事後規制かの差よりも規制の実効性がより重要であり、そのためには、市場において事業者の行為を直接規制する「常時規制」の方が利用者にとって重要と考える考え方もある。また不採算事業であるにもかかわらず社会的に必要なものについては、事業者の自主性よりも、それが確実に実施されることを法で担保するか、競争を妨げないような形で財政的な支援を行なうことが必要とする考え方もある⁴。

第3は、「情報の非対称性」である。事業者が利用者よりもはるかに多くの情報を有している「情報の非対称性」があり、一般の商品・サービスのようには、事業者やサービスの選択について利用者の自主的な判断に委ねられない場合には、事業者に対する一定の規制が必要とされる。しかしながら、事業者に対する情報公開や第三者評価等の義務付けなど、「情報の非対称性」を積極的に補う制度の強化で対処可能な面もある。この点について、株式会社には、経営上の情報

³ 運営主体の制限を行うなど公的関与の強い市場及びサービス分野(総合規制改革会議(2002))のことを指す。具体的な分野としては、医療、福祉(介護、保育)、教育、農業の5分野が挙げられている。

⁴ 坪内(1996)、八代(2000a)参照。

公開義務が課せられており、特に商法上の大会社では外部会計監査等の義務付け等の義務が課せられていることから、「情報の非対称性」の面で株式会社であることが特に問題ではないとの指摘がある。

2. 資金調達手段の制約

資金調達面での株式会社のメリットも株式会社等の参入を考える上で重要な点となる。一般に株式会社は株主の有限責任原則の下で広く社会から資金を調達することができる。また、株式市場における出資者の資金の流動性を確保することができるため、組織の継続性が担保され易い法人形態でもある。この点では、社会的規制分野における株式会社の参入を規制することは、事業に必要な資金調達手段を制約することになり、結果的に市場競争を制約する可能性があるとの意見がある。

具体的には、第1に、医療法人については、株式の発行が禁止されていることから、内部留保と金融機関からの借入りに依存せざるを得ず、設備資金の調達が困難な場合がある。また、医療法人への経営参画は個人もしくは非営利法人に限定されており、株式会社による出資は可能であるが、その場合にも出資額に見合った議決権は認められておらず、株式会社としての機能を十分発揮することはできない。

第2に、学校法人や社会福祉法人の形態は、その設立・拡大のための資金調達手段が、内部留保や金融機関借入りに限定されているだけでなく、寄附行為に基づかなければならないことから、出資者の資本が凍結され、資本コストが大きなものとなる可能性がある。これは事業からの安易な撤退を防ぐという政策目的によるところが大きいですが、そうした「退出規制」は、同時に新規参入を抑制する効果を併せ持つことも避けられない。

第3に、農業生産法人には株式会社の出資も可能であるものの、その限度額が1法人当たり10分の1以下にとどまっている。このような資金調達手段への制約のため、消費者に選択されるような多様な競争を確保するための十分な供給量の達成が困難となる。

3. 分析の重要性

このように、社会的規制分野における規制の是非やあり方をめぐっては、多くの論点があり、それぞれについて異なる見方がある。国民にとって重要な

は、これまでのような競争制限政策や経営形態制限政策が、結果として利用者の利益に結びついているのか、それとも供給側の利益に沿った生産活動に結びつき、これらの分野において非効率な活動が維持され、多様なサービス需要への対応が十分でない原因となっているのか否かである。

しかしながら、医療、介護、保育、教育、農業の5分野は、これまで規制改革があまり進展していない分野であり、規制改革の効果についての分析手法も確立していないことから、検討の前提となる規制改革の経済・雇用拡大効果に関する実証分析事例が乏しい⁵。分析に利用できるデータ面での制約も大きい。これらの分野での規制改革を検討する上では、そうした効果についてある程度前提を置きながらも極力定量的に明らかにしていく必要がある。

以上を踏まえ、本稿では、社会的な公平性及び安全性の確保の重要性を念頭におきつつ、規制改革に関する検討に資するため、一定の仮定の下、社会的規制分野において、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようにすることを通じて、産業としての効率性を高めながら質の高い多様なサービスの提供を促すことができるようになった場合の経済効果について検討することとした。

ただし、とくに医療、福祉等の分野においては、サービスの質と効率との関係が問われており、サービスの質を高めると同時に効率を高めることが求められている。しかしながら、現在利用可能なサービスの質を評価する方法論やデータはないに等しい。そもそも、医療や福祉分野での生産性をどのように計測すべきかについては諸々論議がなされているが、現在のところ厳密な定義と数量化はなされていないというのが実態である。

このように医療サービスや福祉サービスの生産を直接数量化することは難しいため、サービスが提供する価値の面から効率化について考えることができる。すなわち、医療や福祉のサービスが提供する価値は、サービスの質とコストとの相対的な関係であるとみることができ、サービスの効率化は提供する価値の増大とみることができ、効率化は質の向上か、コストの低減、または両

⁵ 経済財政諮問会議(2001)においては、規制改革による雇用増大の効果として、子育てサービスについて、「官民の協力や公的資産の活用などの規制改革が推進されるとすれば、公立や認可保育所ならびに民間の保育園の保育士やスタッフ、児童クラブ、学習塾、その他の子供ケアサービスなどを含め、現在の55万人から90万人へと35万人の増加が見込まれる。」

高齢者ケアサービスについて、「既存のゴールドプランを踏まえるとこれから5年後に40万人のサービス雇用増が見込まれるが、それに上記の公設民営型ケアハウスで収容人員20万人規模の拡充が実現すれば、さらに10万人の雇用が必要になる。この他に、民間の施設サービスや介護サービスを加えれば、高齢者ケアでは、現在の50万人から100万人へと50万人の雇用増加が期待される。」

としている。

者の関係の相対的な変化として捉えることができる。今、サービスの価値をV、サービスの質をQ、コストをCとすると、サービスの価値は $V = Q / C$ と表わされ、効率化とはVが増大することである。具体的には、Qの向上か、Cの効率化、またはQとCの相対的な関係の変化によるVの増大である。このようにみると、医療や福祉の分野における生産性の上昇は、サービスの質的向上の面とコストの効率化の面から捉えることができるということがわかる。

しかしながら、上記のように、医療や福祉分野での質の要素を含む生産(アウトプット)を厳密に定義し定量的に把握することは難しく、現実に利用可能なデータはないに等しい。他方、コストに関わる雇用者数や建物の床面積などの投入要素のデータや経費データは一部利用可能である。そこで、本稿では、投入要素面からの分析のみではサービスの多様性や異質性を捉えるには不十分であることを念頭におきつつも、コストを規定する要素面からの生産性(要素生産性)分析や経費効率の面からの分析を行ない、一定の仮定の下、経済効果を計量的に分析することとした。以上のように、本稿での試みはデータ面の制約があり分析内容は限られるが、社会的規制分野における規制改革の経済効果を定量的に捉えるための第一歩として意義があると考えられる。

なお、今回の分析では利用データの制約もあり、医療及び福祉分野の介護と保育に焦点を当て分析したが、介護については特別養護老人ホーム、保育については認可保育所に限定した。各分野の市場規模の合計は名目GDPの4.3%である(図表1-2)。また、計量的な分析に加えて、民間病院、及び認可保育所または認可外保育所を運営している企業に対してヒアリング調査を実施した⁶。

以下、第2章では株式会社等の参入に伴う経済効果について考察し、第3章で、一定の仮定の下、各分野における生産性向上効果と雇用拡大効果を分析する。最後に、第4章でそれらの効果についてまとめるとともに、経済全体の生産性に与える効果としてGDPに与える効果を算出する。

なお、生産性向上効果と雇用拡大効果の計測にあたって、医療、保育の各分野については確率的フロンティア生産関数を用いることとする。確率的フロンティア生産関数を用いた場合は、各経営主体の生産性が最も生産性の高い経営主体(ベストプラクティス)並みになった場合の効果が計測されることになる。本来、生産性の計測にあたっては、提供されるサービスの質を考慮することが大切であるが、データの利用に制約があり、今回は提供されるサービスの質は同等であると仮定して分析せざるを得なかった。また、多様な経営主体の参入

⁶ ヒアリング調査及び一部の分析作業については(社)日本経済研究センターが実施した。

により消費者選択肢が拡大する効果があると考えられるが、そうした効果は含まれてない。また、介護を代表するケースとして取り上げた特別養護老人ホームについては、経営主体別のデータが利用できないため、集計データによる回帰分析を用いることとした。このため、特別養護老人ホームについては平均的に生産性が高くなった場合の効果を計測することになり、医療、保育とは性格が異なる計測となる(図表 1 - 3)。この点は計測結果を評価する上で留意すべき点である(確率的フロンティア生産関数の概念及び分析手法については、脚注 12 及び第 3 章第 1 節補論参照)。

第2章 株式会社等の参入に伴う経済効果

社会的規制分野において、これまで原則として禁止・制限されていた株式会社等の参入が自由になり、公平な競争条件が整えられ、既存の事業者も含め経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになることにより、期待される経済効果としては以下のような点が挙げられる(図表2-1)。

第1に、参入規制撤廃による競争促進効果である。参入規制が撤廃されることにより、均衡点は需要曲線上をAからBに移動し、価格が低下するとともに生産量が増加し、消費者の厚生を表わす消費者余剰も増加する。

第2に、経営効率の改善による生産性向上効果である。効率的な事業者の新規参入及び競争を通じた既存の事業者のX非効率性⁷解消を通じて経営効率が改善し、供給曲線がSからS'にシフトする。均衡点は更に需要曲線上をBからB'に移動し、価格が低下するとともに生産量が増加し、消費者余剰は更に増加する。

第3に、多様な経営主体の参入による消費者選択肢の拡大効果である。従来の社会福祉法人等の画一的なサービスと比べて、異質な経営主体が参入すれば、それだけ供給面の多様性が拡大する。また、新規参入が競争を促進させることで既存の事業者によるサービスの質を向上させる効果もあると考えられる。これらは他の条件が不変の下では、消費者余剰の増加をもたらすと考えられる。

第4に、資金調達手段の多様化による資本コスト低下効果である(供給曲線の下方シフト)。例えば、銀行借入に依存する医療法人等では、担保財産等の制約が大きいですが、株式会社であればそうした制約は少ない。また、寄附を前提とする学校法人や社会福祉法人では、事業運営のために多くの資本を凍結させなければならないが、これを株式会社方式とすればより少ない資本で同額のサービス生産が可能となるためである。

その他、当該産業に規模の生産性が存在する場合には、上記の効果は更に大きくなる。

以上のような効果を通じて、株式会社等の参入により当該産業の生産量は増加し、消費者余剰も増加するとみられる。また、雇用に及ぼす効果については、生産量の増加と労働生産性の上昇との相対的な関係によるが、前者が後者を上回れば当該産業の雇用は増加する。また、当該産業において雇用者数が減少する場合であっても、雇用者が他の産業で雇用されることにより経済全体として

⁷ 供給制限の下で競争圧力が弱かったり企業が利潤最大化から乖離した状況下に置かれたりしたとき最大限の生産を行わなくなるために発生する非効率性のことをいう。

は生産量の増大が見込まれる。

第3章 各分野における経済効果

第1節 医療サービス分野

医療費の抑制は我が国だけでなく先進国共通の課題であり、80年代から90年代にかけて多くの国で様々な医療費削減策が試行された。その中で予算枠制度など強硬策の導入は失敗に終わることが多かったのに対して、医療サービス市場に競争を導入する方法は優れていることが判明した(Cutler(2002))。米国では医療サービス分野に早くから市場原理が導入されており、非営利法人病院と株式会社病院とが市場で競争する中で高水準の医療サービスが供給されている。しかしながら、我が国では病院への株式会社参入は現在のところ原則禁止されている。

医療法人以外の多様な民間の経営主体が医療サービス分野へ参入することにより期待される効果としては以下のような点が挙げられる。

効率的な経営主体が参入する機会が増大する。

競争が促進され、既存の病院についても経営合理化へのインセンティブが高まり、全体として生産性が上昇する。

患者ニーズに対応した多様なサービスが提供され、患者満足度の向上が期待される。

株式会社等の参入を認めることにより、既存の病院にとっても株式発行など資金調達が多様化が可能となり、設備投資資金などの拡大を通じて病床当たり面積の拡大、療養環境の改善、IT化による医療サービスの質の向上などが可能となる。

こうした中、総合規制改革会議の議論においては、株式会社の参入を認容すべきとしている(総合規制改革会議(2002))ほか、「構造改革特区」において、株式会社の参入について、自由診療の分野という前提で、必要な措置を講ずることとされた⁸ところである。

本節では、一定の仮定の下、病院について、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになった場合の経済効果について試算を行う。

併せて、民間病院の設備投資状況、資金調達及び金利負担、資金調達手段の多様化についての考え方を明らかにするとともに、ヒアリング調査をもとに、制

⁸ 構造改革特区の第2次提案に関する構造改革特区推進室からの再々検討要請に対する各省庁の回答について(2003年2月28日(3月5日追加))。

度の現状についての評価、規制改革に対する要望を把握した。

1. 医療サービス分野の現況

国民医療費は高齢化の進展とともに増加しており、2000年度は30兆4千億円となった。国民医療費の対国民所得比も年々上昇し、1990年度の5.87%から2000年度は7.98%に達した(図表3-1-1)⁹。国際的に見れば、我が国の医療費規模は現在のところ相対的には小さいといえるが、現状には改善の余地が大きい上、今後の急速な高齢化に備えて更なる効率化が必要である。

医療サービスの供給者は大きく診療所と病院に分けられるが、病院は患者20人以上の入院施設を有するものである。病院は、厚生労働省の区分では23種類に分けられているが、大きくは公的病院と民間病院、及びその中間形態としての社会保険関係団体の医療サービスに分けられる。さらに、公的病院は国と公的医療機関、民間病院は医療法人と個人病院、その他に分けられる。こうした病院の分類体系とそれぞれの病院数動向の主な特徴をみると図表3-1-2のとおりである¹⁰。

上記のとおり、公的病院数の変動は小さいが、民間病院のなかでは「個人」病院が「医療法人」へ転換するケースが多いため、「個人」が減少し「医療法人」が増加している(図表3-1-3)。株式会社の病院は民間病院の「その他」のなかに含まれるが、株式会社が病院を設立することは原則禁止であるため現在のところ数は少ない。例外的に設立された株式会社形態の病院は大企業が従業員の福祉のために設立し、地域住民の医療も担っているというケースがほとんどである。

病床数の面からシェアをみると、病院数ではシェアが小さかった公的病院のシェアが相対的に高く、民間に比べて公的病院の病床規模が大きいことがわかる(図表3-1-4)。病床数の総数は厳しい病床規制のためにほとんど変化してい

⁹ 介護保険制度が施行されたことに伴い、2000年度の国民医療費は1.9%の減少となった。

¹⁰ 「国」：厚生労働省、文部科学省、労働福祉事業団、その他

「公的医療機関」：都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会

「社会保険関係団体」：全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

「医療法人」：医療法人

「個人」：個人

「その他」：公益法人、学校法人、会社、その他の法人

ない。

病院数の減少と病床数の横ばいが続くなかで、従事者数は増加傾向にある。1970年代に不足が懸念された医師数も着実に増加し、近年は過剰との指摘がある。しかしながら、「OECD Health Data 2002」によれば、人口千人当たり医師数は日本 1.9 人(2000 年)に対して米国は 2.8 人(1999 年)であり、日本で特に過剰状態が著しい状況ではない。一方、看護師など看護職員については、配置基準の引き上げなどの効果もあって順調に増加している。リハビリや検査などを担う多様な医療関連技術者の数も漸増傾向にある(図表 3 - 1 - 5)。

患者は医療サービスの需要側であり、同時に、その数はアウトプット指標のひとつでもある。1 日当たり推計患者数(1999 年)でそのサービス内容を把握すると、入院患者 148 万人のうち大半の 140 万人は病院に入院しており、外来患者では 684 万人のうち病院で治療を受けているのは 213 万人である(図表 3 - 1 - 6)。このように、相対的にみれば、病院のサービスは入院医療が中心であるといえる。

2 . 病院の生産性分析

(1) 分析の考え方

株式会社形態の病院が例外的な現状においては、医療分野での株式会社等の参入に伴う効果を実績データに基づき直接的に推計することはできない。他方、既存の病院についても、一般的に利用できるデータは患者数や病院での雇用者数、病院建物の床面積など限られている。

そもそも、医療分野での生産性をどのように計測すべきかについては諸々論議がなされているが、現在のところ厳密な定義と数量化はなされていないというのが実態である。本来であればサービスの質を表すものとして健康水準の変化を示す指標を考慮して計るべきであるとされるが、実際には、診断や治療における医療サービスの質や成果の不確実性、患者間の各種特性の相違性、患者の選択の問題や満足度などが絡むため、この生産概念を厳密に定義し、定量的に把握することは難しい。簡便的には、医療機関が取扱った患者数や症例件数、入院日数、各種の診療行為などで計測することが考えられるが、医療サービスの質の面を的確に捉えるには十分ではない。

この点について、米国では、概念的には Donabedian による質の定義や米国医学研究所による質の定義などがあるほか、1980 年代にメディケアに導入された支払方式である、DRG(Diagnosis Related Group - 標準的な疾病症候群)に基づいた PPS(Prospective Payment System)のデータを基にした研究例があるとされている。日本の現状では、こうした質的要素を含むデータは一般的には

利用できない(米国での医療の質をめぐる論議や研究事例の紹介については、米国医療の質委員会 / 医学研究所(2002)、医療の生産概念については、知野(1995)参照)。

このように医療サービスの生産を直接数量化することは難しいため、第1章第3節でみたように、医療サービスが提供する価値(V) = 質(Q)/コスト(C)の面から効率化を捉えてみることにする。ただし、医療分野で質の要素を厳密に定義し定量的に把握することは難しい一方、コストを規定する要素に関しては、病院の雇用者数や建物の床面積などのデータが一部利用可能である。このため、本稿では、コストを規定する要素面に着目し、確率的フロンティア生産関数を推定し、患者数からみた生産性(要素生産性)を捉えることとした。

先行研究事例でも、生産関数の推定により病院の生産性を分析する研究がなされており、国公立病院は私立病院に比べて生産性が低いという結果も発表されている(中島・駒村・磯崎(2000)参照)。

公的病院と民間病院の生産性の差異を生み出す要因としては、提供するサービスの質の差異が想定される。しかしながら、今回行った病院へのヒアリング調査の結果では、医療技術については民間と大差ないという意見が多く指摘された。また、救急患者への対応等、本来公立病院に期待されている役割が十分果たされていないとの意見や、民間病院との間での公正な競争条件が整っていないという指摘も少なくなかった。この結果からみると、民間病院と公立病院の間でのサービスの質の差異を生産性格差が観測される要因と考えることは、一部の公立病院には必ずしも当てはまらないといえる。つまり生産性向上余地がある公立病院があり得ると考えられる。加えて、生産性の高い民間病院が実際に多数存在することは、当該民間病院が提供しているサービスが患者に選択されている結果であるとみることができるが、この点を裏付ける治癒の状況や患者の満足度など質的なデータについては今後の整備と開示が求められる。

以上をふまえると、既存の事業者も含め経営主体が自由に効率的な経営を追求することができるようになることにより、既存の事業者も含めて生産性が向上する余地があると考えられる。

既に先行研究事例で示唆されたように(中島・駒村・磯崎(2000))、民間病院の中に効率的な経営を行なっているような経営主体が存在するとすれば、病院経営の効率化を促す競争が高まることにより、既存の病院についても経営合理化へのインセンティブが高まり、生産性が大幅に上昇すると考えられる。

そこで以下では、患者20人以上の入院施設を有する「病院」について既存の

公立病院及び民間病院の生産性が民間病院の最も生産性の高い(ベストプラクティス)病院並みになった場合の病院全体の生産性の向上を分析することとする。

なお、今回は供給側からの分析であり、徹底したニーズの把握による患者サービスの向上等により新たな需要が発生すると考えられるが、そうした効果については考慮していない。

実際の生産性向上効果を計測するために、本分析では確率的フロンティア生産関数を用いることとする。その概念図は図表 3 - 1 - 7 のとおりである。同図において、曲線 Y は一定量の医療サービスを生産するために必要な労働と資本の組み合わせを表した等量曲線である¹¹。この曲線上で生産する病院は最も生産効率がよいという意味で、この曲線は生産フロンティアと呼ばれる。

より多くの生産要素を投入しながら、同じ生産量しかあげられない病院はこのフロンティアの内側 X に位置する。無駄の大きさは X と生産フロンティアとの距離(X と X' の距離)で表される。民間病院の方が公立病院よりも効率性が高いと仮定した場合の生産技術の状況は図表 3 - 1 - 8 のように表すことができる。

こうしたバラツキについては、確率的フロンティア生産関数を用いて計測することができる¹²。実際の計測にあたって、労働と資本を生産要素とするコブダグラス型の生産関数を想定する。民間病院と公立病院の間の生産性格差を計測するため、公立病院を 1、民間病院を 0 とする公立ダミー変数を組み込む。

$$Y_i = e^{A_0} e^{A_1 \text{公立ダミー}} L_i^\alpha K_i^\beta e^{v_i} e^{-u_i} \quad \dots$$

ここで、 i は i 番目の病院を示す。 v_i は誤差項、 u_i は非効率性を示し、非効率性を除いた部分が生産フロンティアを表している。実際の推計には の両辺とも対数を取り、線型関数に変形した

$$\log(Y_i) = A_0 + A_1 \text{公立ダミー} + \alpha \log(L_i) + \beta \log(K_i) + v_i - u_i \quad \dots$$

を用いる。

¹¹ 実際には、国による施設や人員配置に関する規定によって、病院の生産構造(要素投入量の決定)は強い制約を受けているが、ここでは病院は労働と資本の生産要素を自由に決定していると仮定する。

¹² 確率的フロンティア関数はこれまで公益事業の非効率を計測するのにしばしば用いられてきた(例えば、内閣府(2001))。特に電力・通信・バスなどの市場では、アウトプットの質が均一であること、財務データが揃っていることなどの計測に都合の良い特性があったため、結果が得やすかったという経緯がある。確率的フロンティア生産関数については補論参照。

(2) データ

データは青木・漆(1994)で用いられた、1990年の一般病床のみを保有する病院のデータ(民間病院41病院、公立病院518病院)を用いる。医療サービス生産量を表す変数としては、1か月当たり患者数を用いる¹³。分析にあたっては、提供されるサービスの質を考慮することが大切であるが、データの利用に制約があり、今回は提供されるサービスの質は同等であると仮定して分析せざるを得なかった。また、多様な経営主体の参入により消費者選択肢が拡大する効果があると考えられるが、そうした効果は含まれてない。今後、分析を充実したものにするためには、サービスの質に関するデータが提供されることが重要である。労働投入には病院関連の総雇用者数¹⁴を用い、資本には病院の建物床面積を用いた。

(3) 推計結果

推計結果は図表3-1-9のとおりであり、統計的に有意な結果が得られた。公立ダミーの係数は-0.3213とマイナスとなった。この推計結果からみると、公立病院の生産性は民間病院の生産性よりも低いといえる。数値的には、民間病院の生産性は公立病院よりも37.9%高いことになる。

図表3-1-10に、それぞれのカテゴリーごとに、効率性の平均値、最大値、最小値を掲げた。平均値は民間病院と公立病院がそれぞれの生産フロンティアから平均的にどれほど乖離しているかを表す。最大値は効率性が最も高い病院を、逆に、最小値は最も効率性の低い病院を示す。

民間病院について、効率性を分かりやすい形で図示したのが図表3-1-11である。平均の効率性0.7741は点線で示されている。病院ごとの効率性の差は大きく、また病床規模と効率性の指標の間に明確な関係は見当たらない。なお、民間病院の中で最も効率のよい(ベストプラクティス)病院の効率性は0.9569で、図中矢印で示した病院である。

(4) 結果のまとめ

病院の効率化の可能性を考える上では、実際にはそもそも効率性を高めることが困難な地域や医療分野の存在や、公的病院と民間病院の本来の役割分担のあり方の問題等を考慮する必要があるが、以下では、上記の推計結果に基づき、それぞれの病院の生産性が民間(主として医療法人)のベストプラクティス病院

¹³ 入院患者と外来患者に対するサービス供給量の違いを考慮するために、診療報酬の格差(外来1日当たり診療報酬/入院1日当たり診療報酬)を外来患者数に乗じることによって入院患者換算した。

¹⁴ 医師、看護師、技師、事務職員など全ての雇用者を含む。

並みに向上する場合を想定し、効果を測定してみた。その結果では、

民間病院の効率性がベストプラクティス病院並みに向上すれば、民間病院の生産性は23.6%高まり
公立病院の効率性が民間のベストプラクティス病院レベルへ改善すれば、公立病院の生産性は63.4%向上する

ことになる。

厚生労働省「患者調査」1999年によれば、推計患者数は入院1,482,600人、外来6,835,900人である。このうち本分析が対象とした病院の推計患者数は入院1,401,300人、外来2,132,700人、うち公的病院は入院患者数410,600人、外来899,800人である。入院換算率で外来患者数を入院患者換算すると、合計患者数は全体で3,943,500人、うち病院分が2,169,100人で、病院は全体の55.0%を占め、さらに病院患者は民間66.1%¹⁵、公的33.9%である。

この数値で上記の結果を評価すると、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになることにより、医療サービス全体で生産性が20.4%上昇するとみることができるといえる。ただし、実際にはそもそも効率性を高めることが困難な地域や医療分野が存在することや、公的病院と民間病院の本来の役割分担のあり方の問題があるため、この数字は病院の効率化に伴う効果の上限を示すものであると理解すべきである。今後の高齢化の進展を考えれば、生産性を高めて高齢化に伴う需要増に対応しつつ、質の面で社会的要請に応えられるようにすることが今後の課題といえる。

¹⁵ 社会保険関係団体の医療機関を含む。

補論 確率的フロンティア生産関数について

公立ダミー(1: 公立病院、0: 民間病院)入りのコブダグラス型生産関数は

$$Y_i = e^{A_0} e^{A_1 \text{公立ダミー}} L_i^\alpha K_i^\beta e^{v_i} \quad \dots$$

で表される。ただし、 Y は生産量、 L は労働投入、 K は資本投入であり、 v_i は平均ゼロ、分散 σ_v^2 の正規分布に従う確率変数を仮定する。式の対数を取り線形化する。

$$\log(Y_i) = A_0 + A_1 \text{公立ダミー} + \alpha \log(L_i) + \beta \log(K_i) + v_i \quad \dots$$

この定式化のままで最小二乗法などを用いて推計をすれば、通常の *deterministic* な生産関数が求められる。確率的フロンティア生産関数では、ここに個々の病院ごとの効率性の違いを導入する。

式に非効率性を示す確率的な誤差 (u_i) を追加した、

$$Y_i = e^{A_0} e^{A_1 \text{公立ダミー}} L_i^\alpha K_i^\beta e^{v_i} e^{-u_i} \quad \dots$$

もしくは、

$$\log(Y_i) = A_0 + A_1 \text{公立ダミー} + \alpha \log(L_i) + \beta \log(K_i) + v_i - u_i \quad \dots$$

が確率的フロンティア生産関数である。ここで非効率性 u_i は非負の確率変数でハーフ・ノーマル分布(平均ゼロの分散 σ_u^2 の正規分布がゼロ地点で切断されたかたちの分布)に従うと仮定する。式を最尤法によって推計し、パラメータ及び非効率性を求める。

非効率の存在の有無を検証するために、 u_i が有意にゼロより大きいかどうかを検定する必要がある。そのために、 $\gamma = \sigma_u^2 / \sigma_s^2$ (ただし $\sigma_s^2 = \sigma_v^2 + \sigma_u^2$) と定義したパラメータを計算し、その統計的有意度を検定する。定義から明らかのように、 $\gamma = 0$ であれば、非効率性は存在せず、フロンティア曲線上で生産が行われていることになる。

さらに個別の病院の効率性を

$$E[\exp(-u_i) | e_i] = \frac{1 - \Phi(\sigma_A + \gamma e_i / \sigma_A)}{1 - \Phi(\gamma e_i / \sigma_A)} \exp(\gamma e_i + \sigma_A^2 / 2) \quad \dots$$

のように推計する。ただし、添え字の i は i 番目の病院を示し、 $\sigma_A = \sqrt{\gamma(1-\gamma)\sigma_s^2}$ 、

$e_i = \log(Y_i) - \log(Y_i^*)$ (ここで Y^* は理論値もしくはフロンティア)、 $\Phi(\cdot)$ は標準正規分布の累積密度関数である。こうして求められた効率性は $0 \sim 1$ の値をとり、数値が大きいほど効率性が高いことを示す。

3. 規制改革に対する民間病院の見方 - ヒアリング調査結果¹⁶

病床数 50 床以上の民間病院の事務長などに対して、医療制度や規制改革についての考え方、及び病院経営の投資及び資金計画等について郵送による事前調査と、面接調査を行った。

(1) 制度の現状についての評価

1) 病院間の競争のあり方

民間病院では、公立病院への補助のあり方への不満が強い。まず、公的病院への補助金が正当化されるのは、公的病院が民間病院ではできない僻地医療や救急医療など不採算部門と高度医療部門に責任を持つためとされているが、医療技術については民間と大差ないという意見が多く指摘された。また、救急受入れを断る公立病院の例や、ホームレス患者を公立病院は受け入れないから民間病院が面倒をみている例などを挙げて、公立病院は補助金に見合う医療をしていないとする意見も少なくなかった。

それにもかかわらず補助金によって公立病院は立派な建物設備を保有していることから、患者は民間病院を敬遠して公立病院を選択するので困っているという意見が多数聞かれた。以上のようなさまざまな理由から、補助金を撤廃すべきであるという意見が大多数であった。

公正な競争のためには、「公立病院への補助金を全廃せよ」、「民間であれ公立であれ、質の高い病院(救急や認定)に対して診療報酬を加算せよ」、などの意見が多かったことに留意する必要がある。

Q2 - 4 - 1 不平等はやむを得ないと思いますか。

(公立病院と比較して民間病院は不利な競争を強いられています。公私の役割分担の違いからやむを得ないと思いますか)

	総数	思う	思わない	わからない	無回答
病院数	28	7	21	0	0
構成比 (%)	100.0	25.0	75.0	0.0	0.0

¹⁶ 詳細については、「参考資料 3 『病院の設備資金に関する調査』」参照。

Q 2 - 4 - 2 公正な競争のための方策

(病院間の競争を公正なものにするためには、どのような方策が考えられますか。
複数回答可)

	総数	施設補助の 繰り入れ全廃	補助は公私の 差をつけない	公益性の高い 民間病院に 無利子融資枠 を与える	事業団の 融資枠を 拡大	その他	無回答
病院数	28	6	9	4	4	15	0
構成比 (%)		21.4	32.1	14.3	14.3	53.6	0.0

2) 医療法人のあり方

財産権の「持分の放棄」については、これを当然とする意見と、財産の私的
所有権存続が妥当とする意見に二分された。一例ではあるが、相続時の持分へ
の課税の経験を踏まえて持分の放棄を主張するものがあった。私的所有を是と
した場合に、「出資額のみ限定」すべきかどうかでも意見が分かれたが、限定
すべきという意見がやや多かった。

「内部留保の分配」に対する考え方も、分配すべきでないから実際にも分
配せず将来の投資のために積み立てているとする意見がある一方で、分配す
るのは当然なので賞与のかたちで還元しているというものなど、考え方もその取
扱いも病院によって異なることが判明した。

「業務範囲の限定」に対しては、医療・介護関連業務に限定して収益事業を
積極的に行いたいという意見が多くみられた。

Q 2 - 3 現行の医療法人制度をどうお考えになりますか。

Q 2 - 3 - 1 医療法人制度に対する意見

		総数	思う	思わない	無回答
私的所有を認めるべき	病院数	28	17	5	6
	構成比 (%)	100.0	60.7	17.9	21.4
私的所有は出資額のみ 限定すべき	病院数	28	9	6	13
	構成比 (%)	100.0	32.1	21.4	46.4
業務範囲は医療のみに 限定すべき	病院数	28	17	9	2
	構成比 (%)	100.0	60.7	32.1	7.1
医療法人改革も公益法人に 関する議論に一本化すべき	病院数	28	7	12	9
	構成比 (%)	100.0	25.0	42.9	32.1

(2) 規制改革に対する要望

規制改革への期待は強く、診療報酬の弾力化、病床規制の廃止、混合診療の
容認、特定療養費の拡大などへの要望が多かった。

特に診療報酬の弾力化に対しては多様な意見がみられた。地域ごとに土地代や物価が異なることを勘案すれば、当然地域差をつけるべきという意見が多い。また1点10円が固定されているのは、手厚いサービスをするほど損がでる、新米の医師もベテランの医師も同点数はおかしいなどの意見もあった。機能評価¹⁷を受けた病院や医療サービスの質の高い病院、地域の中核的役割や高度医療を担っている病院、高度に専門化し質を高めた病院の点数を引き上げるべきなどの意見も多かった。診療報酬に原価計算を考慮すべきという意見や、予防医学を組み込んでどうかという提案もあった。

病床規制の廃止をあげる病院も多数みられた。病床を増やしたいときには増やせず、減らしたい場合にはいろいろ注文がつけられるのは困るという規制の体験に基づく意見がみられた。逆に病床が増えると入院不要の患者の入院を促すのではないかと病床規制を肯定する意見が1つの病院から示された。

混合診療の容認に関しては、良い薬、高度な医療を実施するには保険診療だけでは限界があり、私費診療が必要であるという意見や、生き残りのために特定の分野に特化し特色のある病院を目指す病院が増えているにもかかわらず診療報酬で認められた治療内容には限界があるため十分な治療ができない、したがって病院が特化傾向を強めれば混合診療が必要になるという内容の意見もみられた。また現状では混合診療で全額患者の自費負担になった場合などではトラブルになりやすいので困っているという内容の意見も出された。

差額ベッドをはじめとした特定療養費の対象を拡大して欲しい、患者が多様化しているので費用を負担してでも快適な入院を望む人に対応できるようアメニティ部分の自由化が望ましいなどの意見があった。

規制改革全般について、前向きな期待として、病院間の自由競争によって患者の選択でよい病院が生き残るから良質のサービスが提供されるようになるという意見や、現在は規制が多すぎてサービスの特色を出せないが今後は患者がサービスを判定しやすい分野(例えば給食関係など)でもっと自由に競争させてほしいという意見があった。

逆に規制改革への注文として、規制改革には不明な点多すぎて果たしてこれで医療環境が良くなるのか疑問という意見、また病院はあくまでも保険診療業務のなかで競争すべきという意見、規制緩和で医療の質低下や患者の負担増

¹⁷ 日本医療機能評価機構が、審査を申し込んだ病院へ第三者の専門家を派遣し、その機能を審査し合格すれば認定証を発行するもので、病院の質の指標と位置付けられる。2003年3月現在 883 病院が認定を受けている。

につながりはしないかという不安などが示された。

Q2 - 6 - 1 増収のための方策を実現するために必要な規制緩和(複数回答可)

	総数	病床規制の 廃止	特定療養費 の対象の 拡大	混合診療の 容認	株式発行等 資本調達手 段の自由化	診療報酬の 弾力化	その他	無回答
病院数	28	8	5	8	3	14	7	4
構成比(%)		28.6	17.9	28.6	10.7	50.0	25.0	14.3

Q2 - 6 - 2 新しい支払制度として DRG / PPS¹⁸など定額制の導入をどう思いますか。

	総数	賛成	反対	よくわから ない	無回答
病院数	28	7	6	14	1
構成比(%)	100.0	25.0	21.4	50.0	3.6

(3) 設備投資と資金調達ニーズ

1) 設備投資資金の需要

およそ7割の病院は毎年設備投資を実施しているが、投資金額は単年度で1千万円内外の規模が多い。これは病院の総収入比でみて10%未満である。単年度に10億円以上の設備投資を行った病院は3病院のみであった。

投資内容別に5年間累積の設備投資総額をみると、「増床」平均4億円台、「情報化(IT化)」平均3億円台、「医療機器購入」平均2億円台に達する(当該投資を行った病院の平均値)。今後の医療サービスの質向上及び効率化を考える上で「情報化(IT化)」投資の動向は特に重要である。28病院中20病院がすでに「情報化(IT化)」投資を実施しているが、実施内容は「医事・会計関係」「保険請求・レセプト関係」が多い。

今後5年以内の投資計画では「情報化(IT化)」を計画する病院が60.7%で最も多く、そのための計画金額は平均2億円台である。計画内容は「電子カルテ」「画像診断」が多い。このことから事務・会計部門の情報化が一段落した病院が、次のステップとして、医療の質を向上させるための戦略として総合的な情報化を計画しているものと理解できよう。

¹⁸ DRG / PPS(診断群別所定報酬額支払方式)は、1件当たり定額制支払方式の形態のひとつである。アメリカで1983年に高齢者医療に採用されたのち、多くの国で採用されるようになった。

Q 1 - 2 設備投資についてお伺いします。

Q 1 - 2 - 1 設備投資実績(見込み)金額

(単位:百万円)

	平均 (百万 円)		総数	0~10 未満	10~ 20未 満	20~ 30未 満	30~ 40未 満	40~ 50未 満	50~ 75未 満	75~ 100未 満	100~ 200未 満	200~ 400未 満	400~ 600未 満	600~ 800未 満	800~ 1000 未満	1000 以上	無回答
平成10年度実績	79.3	病院数	28	6	5	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	11
		構成比(%)	100.0	21.4	17.9	0.0	3.6	3.6	3.6	3.6	0.0	0.0	7.1	0.0	0.0	0.0	39.3
平成11年度実績	147.1	病院数	28	4	1	2	2	3	2	1	0	1	1	2	0	0	9
		構成比(%)	100.0	14.3	3.6	7.1	7.1	10.7	7.1	3.6	0.0	3.6	3.6	7.1	0.0	0.0	32.1
平成12年度実績	170.1	病院数	28	7	2	1	3	1	1	1	0	3	1	0	0	1	7
		構成比(%)	100.0	25.0	7.1	3.6	10.7	3.6	3.6	3.6	0.0	10.7	3.6	0.0	0.0	3.6	25.0
平成13年度実績	131.4	病院数	28	6	3	1	1	5	1	0	2	1	0	1	0	1	6
		構成比(%)	100.0	21.4	10.7	3.6	3.6	17.9	3.6	0.0	7.1	3.6	0.0	3.6	0.0	3.6	21.4
平成14年度見込み	113.7	病院数	28	7	4	1	1	1	3	1	1	1	0	1	0	1	6
		構成比(%)	100.0	25.0	14.3	3.6	3.6	3.6	10.7	3.6	3.6	3.6	0.0	3.6	0.0	3.6	21.4

Q 1 - 2 - 5 設備投資内容別の投資金額

(実施した設備投資について過去5年間の投資総額をご記入ください)

(単位:百万円)

	平均 (百万 円)		総数	0~10 未満	10~ 20未 満	20~ 30未 満	30~ 40未 満	40~ 50未 満	50~ 75未 満	75~ 100未 満	100~ 200未 満	200~ 400未 満	400~ 600未 満	600~ 800未 満	800~ 1000 未満	1000 以上	無回答
増床	433.3	病院数	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0
		構成比(%)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3
病床の転換	186.3	病院数	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
		構成比(%)	100.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0
医療機器購入	212.6	病院数	20	4	0	3	1	1	3	1	1	2	1	0	0	1	2
		構成比(%)	100.0	20.0	0.0	15.0	5.0	5.0	15.0	5.0	5.0	10.0	5.0	0.0	0.0	5.0	10.0
情報化(IT化)	300.2	病院数	20	6	3	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	1	4
		構成比(%)	100.0	30.0	15.0	5.0	0.0	5.0	15.0	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	5.0	20.0
その他	366.2	病院数	10	4	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1
		構成比(%)	100.0	40.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	10.0	10.0	0.0	10.0	0.0	10.0	10.0

Q 1 - 4 資金調達が可能になれば、今後5年間に増強したい投資は何ですか。
また、そのために必要な金額はいくらですか。

Q 1 - 4 - 1 増強したい投資内容(複数回答可)

	総数	増床	病床の転換	医療機器購入	情報化(IT化)	その他	無回答
病院数	28	1	2	14	17	9	5
構成比(%)		3.6	7.1	50.0	60.7	32.1	17.9

Q 1 - 4 - 2 必要な金額

(単位:百万円)

	平均 (百万 円)		総数	0~10 未満	10~ 20未 満	20~ 30未 満	30~ 40未 満	40~ 50未 満	50~ 75未 満	75~ 100未 満	100~ 200未 満	200~ 400未 満	400~ 600未 満	600~ 800未 満	800~ 1000未 満	1000 ~ 1500未 満	1500 ~ 2000未 満	2000 以上	無回答
増床	120.0	病院数	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
		構成比(%)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
病床の転換	1,050.0	病院数	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
		構成比(%)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0
医療機器購入	325.5	病院数	14	0	0	0	1	0	3	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0
		構成比(%)	100.0	0.0	0.0	0.0	7.1	0.0	21.4	0.0	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	7.1	14.3	0.0	0.0
情報化(IT化)	224.0	病院数	17	0	1	0	0	0	3	4	2	0	1	1	0	1	0	0	4
		構成比(%)	100.0	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	17.6	23.5	11.8	0.0	5.9	5.9	0.0	5.9	0.0	0.0	23.5
その他	805.0	病院数	9	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	1	1
		構成比(%)	100.0	0.0	11.1	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0	22.2	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2	11.1	11.1	11.1

2) 資金調達面の課題

a. 資金調達の困難性

設備投資を当初計画通りに実行できず縮小した病院は少なかった。縮小の理由に資金調達難を挙げた病院は3病院に過ぎない。設備投資資金の調達先は、銀行(78.6%)、自己資金(39.3%)、社会福祉・医療事業団(25.0%)などであった。ところが貸し手(銀行や社会福祉・医療事業団)の態度が「厳しい」とする病院は32.1%にのぼる。そもそも調達困難との見込みから借入れ自体を断念している病院が少なくないのではないかと推察される。

また最近の低金利状況を反映して負担金利水準を「高い」とみる病院は14.3%に過ぎないが、32.1%の病院は現在の金利負担を「重い」と感じている。

Q 1 - 3 投資資金の調達状況についてお伺いします。

Q 1 - 3 - 1 資金の調達先

(過去5年間における資金の主な調達先はどちらですか。複数回答可)

	総数	銀行	事業団	その他借入れ	自己(手持ち)資金	無回答
病院数	28	22	7	5	11	3
構成比(%)		78.6	25.0	17.9	39.3	10.7

Q 1 - 3 - 2 計画・希望金額について
(過去 5 年間の新規借入れに関する状況)

	総数	調達できた	調達できなかった	新規の借入れを行わなかった	無回答
病院数	28	20	2	4	2
構成比 (%)	100.0	71.4	7.1	14.3	7.1

Q 1 - 3 - 3 貸し手の態度(審査など)について
(過去 5 年間の新規借入れに関する状況)

	総数	厳しい	厳しくない	どちらともいえない	無回答
病院数	28	9	4	11	4
構成比 (%)	100.0	32.1	14.3	39.3	14.3

Q 1 - 3 - 4 金利について
(過去 5 年間の新規借入れに関する状況)

	総数	高い	低い	適正である	無回答
病院数	28	4	5	14	5
構成比 (%)	100.0	14.3	17.9	50.0	17.9

Q 1 - 3 - 5 現在の金利負担について
(過去 5 年間の新規借入れに関する状況)

	総数	重い	重くない	どちらともいえない	現在、金利負担はない	無回答
病院数	28	9	6	7	2	4
構成比 (%)	100.0	32.1	21.4	25.0	7.1	14.3

b. 資金調達手段の多様化についての考え方

資金調達について最も賛成意見が多かったのは「病院債」であり、積極的に活用を希望する病院は少なくなかった。現状では建て替えのための資金借入れを断念しているが、病院債が発行できれば展望が開けるとみる病院などである。また土地購入のために法人債(建設協力債)をグループで発行している例もあった。

「株式発行」については反対が多いものの、一部には賛成意見もみられた。

「株式」への拒否反応が圧倒的に多いことが予想されたにもかかわらず、実際には病院は予想以上に「株式」に対して関心があるといえる。株式会社の参入をも良いこととみる意見もあった。しかし現実問題として自分の病院で株式を発行する可能性はないとする意見が多かった。

「診療報酬債権流動化¹⁹」については、金融機関から提案されている、積極的に活用したい、及び活用しているという回答もみられたが、強く反対する意見が多かった。その理由として診療報酬債権を担保とした借入れの恒常化は経営の不健全化を招くという意見を挙げる病院が多かった。「REIT²⁰」は知名度が低く、よくわからないという意見が多かった。その他注目される意見として、企業とのタイアップによる資金契約や病院を持つ企業との連携希望があった。土地建物をメディカルサービス法人²¹と共同で所有し、病院が家賃を支払っているという例もあった。

以上からみると、全体としてみれば病院債による資金調達など、資金調達の多様化に対する関心は少なくないといえる。

Q 2 - 2 銀行などからの借入れ以外の資金調達方法について、ご意見(賛成か反対か)、また将来的に制度改革で可能となった場合に貴院で実施する可能性はありますか。

Q 2 - 2 - 1 資金調達方法の意見(賛成 / 反対)

		総数	賛成	反対	無回答
診療報酬債権流動化	病院数	28	5	15	8
	構成比(%)	100.0	17.9	53.6	28.6
REIT	病院数	28	3	4	21
	構成比(%)	100.0	10.7	14.3	75.0
病院債	病院数	28	15	5	8
	構成比(%)	100.0	53.6	17.9	28.6
株式発行	病院数	28	8	10	10
	構成比(%)	100.0	28.6	35.7	35.7
その他	病院数	28	1	0	27
	構成比(%)	100.0	3.6	0.0	96.4

¹⁹ 病院が債権を買い取る金融機関などの会社へ診療報酬債権を譲渡して診療報酬を早期に回収する方法。これによって病院は、通常では2か月かかる現金化までの期間を半月程度に短縮することができる。

²⁰ REITとはReal Estate Investment Trust(不動産投資信託)の略。投資会社が投資家から資金を集めて、不動産の取得、保有、売買または賃貸といった業務を行い、その収益を投資家に分配する仕組みである。REITが保有する建物に病院がテナントとして入ることによって土地建物保有コストをなくせる、もしくは保有建物をREITに売却してその資金で新しい病院を建設するなどの利用方法が考えられる。

²¹ 現在医療法によって医療法人が行うことのできない営利事業を担わせるために設立された会社で、一般にMS法人と呼ばれるが、法的な形態としては、株式会社(有限会社)として設立される。

Q 2 - 2 - 2 資金調達方法の実施可能性

		総数	あり	なし	無回答
診療報酬債権流動化	病院数	28	3	22	3
	構成比 (%)	100.0	10.7	78.6	10.7
REIT	病院数	28	1	16	11
	構成比 (%)	100.0	3.6	57.1	39.3
病院債	病院数	28	8	18	2
	構成比 (%)	100.0	28.6	64.3	7.1
株式発行	病院数	28	1	22	5
	構成比 (%)	100.0	3.6	78.6	17.9
その他	病院数	28	1	0	27
	構成比 (%)	100.0	3.6	0.0	96.4

第2節 施設介護分野(特別養護老人ホームを中心に)

2000年から介護保険が開始され、在宅介護分野は措置制度から市場原理を採り入れた契約制度に大きく変貌した。それに伴い、当初の目標であった供給力の大幅増加(図表3-2-1)、サービスの質の向上、経営の効率化²²などについては、いくつかの実証研究で概ね達成されたとの評価がなされている(Shimizutani and Suzuki(2002)、鈴木(2002a, 2003)、内閣府(2002a))。

しかしながら、施設介護分野は介護保険開始後も参入規制が継続し、介護保険開始に伴って大幅に増加した需要を賄うことができず、入所待機者数の面では深刻化を招いている。

特別養護老人ホームへの社会福祉法人以外の多様な民間の経営主体の参入が認められることにより期待される効果としては以下のような点が挙げられる。

大幅に増加した需要に対応できるようになる。

効率的な経営主体が参入する機会が増大する。

競争が促進され、既存の地方公共団体及び社会福祉法人についても経営合理化へのインセンティブが高まり、生産性が上昇する。

利用者ニーズの把握によりサービスの向上が可能となる。

こうした中、総合規制改革会議の議論においては、地方公共団体及び社会福祉法人以外の主体についても特別養護老人ホームの設置を認めるための法改正をすべきとしている(総合規制改革会議(2002))ほか、2003年度からは「構造改革特区」において、特別養護老人ホームの設置主体及び経営主体として公設民営方式又はPFI方式により株式会社の参入が容認された。

本節では、一定の仮定の下、特別養護老人ホームについて、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになった場合の経済・雇用拡大効果について試算を行う。

1. 施設介護分野(特別養護老人ホーム)の現況

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)は、介護老人保健施設(老健施設)、

²² 内閣府(2002a)によると、2000年の総費用に占める非効率性の比率の平均値は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、訪問介護事業所の順で高く、民間部門の参入が可能となった訪問介護事業所の方が、介護施設群よりも総費用に占める非効率性が低いという結果であった(図表3-2-2)。

介護療養型医療施設(療養型病床群)とともに、介護保険の対象となる施設である。3施設の中では、施設数、定員数、在所者数ともに最も多い業態であり、それぞれ全体の4割以上を占めている(図表3-2-3)。

介護保険では、施設介護分野の参入規制の緩和はなされなかったが、各自治体とも「ゴールドプラン21」等の策定によって、介護老人福祉施設の増設を計画しており、現在でも定員数で見ても年間5%程度の増加をしている(図表3-2-4)。しかしながら、後述のように、介護保険開始によって増加した需要を賄うことができず、大幅な需要超過状態に陥っている。

2. 施設介護分野の生産性分析

(1) 分析の考え方

特別養護老人ホームへの社会福祉法人以外の多様な民間の経営主体の参入が認められることにより、介護保険開始に伴って大幅に増加した需要増に対応できるようになるとともに、効率的な経営主体が参入し、また、競争が促進され、既存の地方公共団体及び社会福祉法人についても経営合理化へのインセンティブが高まり、生産性が大幅に上昇すると考えられる。なお、特別養護老人ホームについては、在宅重視の介護保険の理念の下、保険料への影響にも配慮しながら特別養護老人ホームのサービス提供量が定められており、これを超える整備は現状では基本的に認められていない。

1) 需要割当ての解消

現在の状況は、需要曲線DDと供給曲線 S_0S_0 で表されている(図表3-2-5)。参入規制のため、供給量は S_0 点で垂直に立っている。介護保険市場では利用者の自己負担率が1割²³であるため、生産者が直面する介護報酬単価と利用者が直面する利用価格が異なる。したがって、需要量は $P(1割) - P(1割)$ と需要曲線DDの交点である S_1 まで発生している。供給量は S_0 で規制されているため、入所者は $0 - S_0$ までの範囲の人数であり、 $S_0 - S_1$ の範囲の人数が待機者として施設介護のサービスを受給できない状況である。

参入規制が撤廃されると、 $S_0 - S_1$ の待機者の需要が顕在化すると考えられる。参入する供給業者は、現在の介護報酬単価の設定よりも効率的な水準でサービスが提供されるため、 $P(10割) - P(10割)$ 線の水準で供給量が増加すると考えられる。したがって、需要割当て解消の効果は、 $A - B - S_0 - S_1$ の面積分の市場規模拡大となる。また、それに応じてこの分野への雇用拡大も図られることに

²³ 実際には、施設介護の場合にはおむつ代等の付随経費がかかるために、自己負担分は1割よりも高い。

なる。

なお、介護保険は在宅重視であり、保険料への影響にも配慮しながら施設介護と在宅介護との適切なバランスをどう保つかという政策課題はあるものの、それを別とすれば、介護老人福祉施設市場が拡大する一方で、その代替物である在宅介護市場は縮小する可能性がある。現在の待機者は在宅介護サービスを受給しているため、雇用効果の点では、施設入居者の増加に伴う在宅介護市場の減少分が考慮されなければならない。これは、市場規模拡大効果及び雇用拡大効果の両者について当てはまる。

なお、現在「社会的入院」をしていて待機者として数えられていない需要が顕在化したり、利用者ニーズの把握によりサービスが向上することにより新たな需要が発生すると考えられるが、そうした効果については今回の分析においては考慮されていない。

2) 経営効率化

一方、生産効率的な業者の参入は、施設介護経営の効率化を促し、入所者の一人当たり費用を減少させると考えられる。この場合、現在の政策の下では介護報酬単価の引き下げが行われる可能性が高い。2003年度の介護報酬の見直しにおいても、施設介護分野の経営状況が好調であることが2003年度からの施設介護分野の介護報酬単価の引き下げの理由となった。

介護報酬単価の引き下げは、施設介護利用者の自己負担額の減少を促し、新たな需要が発生すると考えられる。今、この状況を表したものが図表 3-2-6 である。自己負担額の減少に伴い $P(1割) - P(1割)$ 線が、点線の $P'(1割) - P'(1割)$ 線までシフトし、需要曲線 DD との交点である S_2 まで需要量が増加する。参入規制が撤廃されているため、直ちにこの量の供給が行われるとすると、一義的には、市場規模はさらに $B - C - S_1 - S_2$ の面積まで拡大する。しかしながら、経営効率化により介護報酬単価が引き下げられているため、結局、 $P(10割) - G - C - F$ の面積の市場規模は市場から消失することになる。したがって、経営効率化の効果は市場規模の拡大という意味では相当程度相殺されることが想像される。

(2) 推計結果

1) 需要割当ての解消の効果

まず現在の待機者の状況については、介護保険が開始されて施設介護の需要が大幅に増加したことが報告されているが、複数の介護老人福祉施設への申請が可能になったことから、実際にどれくらい待機者が増加しているのか把握が

困難であり、厚生労働省においても 98 年の調査以降、実数を捉えてはいない。しかしながら、自治体や都道府県ベースでは重複申請者を名寄せした待機者を把握しているところがあり、最近、朝日新聞(2003 年 2 月 5 日朝刊)が行った調査では、待機者数を全国で少なくとも 23 万人としている²⁴。同時に、朝日新聞では、都道府県に対して電話調査も行っており、実数を把握している 27 都道府県の合計待機者は約 20 万人であると報じられている。全国老人福祉施設協議会が 2002 年 4、5 月に行った施設に対するアンケート調査では、591 の施設からの回答で、待機申請者(重複分を含む)が 67,508 人であった。この数字から推計される全国の待機者数は約 19.8 万人である。従って、待機者数はおよそ 20.0 万人前後であると考え、20 万人という数値を用いることにする(図表 3 - 2 - 7)。ただし、この数字は申請者の数であり、過大になっている可能性があることから幅をもってみる必要がある。

施設の一人当たり費用は、厚生労働省「介護給付費実態調査月報」によって月次ベースで把握されている。2002 年 11 月審査分のデータを元に、一人当たり費用額を計算すると、介護老人福祉施設入所者一人当たり費用は、415.5 万円である。これを待機者数の 20 万人に乗じて市場拡大規模は 8,309 億円と算出される。

一方、待機者の需要が顕在化した場合は、それまで在宅介護で代替していた在宅介護費用が市場から消失する。その需要減少人数は待機者数に等しいが、待機者は現在の施設入居者と同様の要介護度の構成であると仮定して計算すると、一人当たり在宅介護費用は 184.5 万円となった。在宅介護市場の減少効果は、待機者数をこの費用額に乗じた 3,690 億円である。したがって、ネットの効果は $8,309 - 3,690 = 4,619$ 億円と算出される。

雇用者数については、市場規模に対応する現在の雇用者数の比率(L/Y)を一定として、市場拡大規模に乗じて計算する。L/Y 比率の計算には、鈴木(2002b)と同様の方法を用いて、「平成 13 年介護サービス施設・事業所調査」から計算した。求められた雇用増加数は、ネットの効果で 4.2 万人である。

2) 経営効率化による効果

経営効率化は、2 つのルートで達成されると仮定する。一つは、最適な経営規模の達成である。資金調達の多様化や経営主体の信用力により、営利業者は、最適な経営規模を達成して経営を効率化すると考えられる。

²⁴ この調査は、朝日新聞社が 2002 年 12 月に全自治体(市町村等)を対象に実施した調査(回答率 86%)であり、複数の特別養護老人ホームに申し込んでいる重複分を除いた申請者の実数を把握しているか尋ねたところ、6 割強が「把握している」と答えた。その合計が約 23 万 3000 人である。

もう一つは、利潤を最大化する営利業者の person 費抑制やその他の費用抑制を通じる効率化である。

まず、最適な経営規模を達成した場合の費用削減効果について算出する。厚生労働省「平成 14 年介護事業経営実態調査結果」、厚生労働省「平成 14 年介護事業経営概況調査結果」には定員規模別の費用についての統計が存在する。2 つの統計から定員一人当たりの費用を算出し、定員数と定員数の 2 乗で回帰したものが、図表 3 - 2 - 8 の推定結果である。

推定結果を用いて、費用を最小化する最適な定員規模を算出すると、94 人であり、その金額は一人当たり月間 285 千円となる。この定員一人当たり費用が仮に全ての介護老人福祉施設で達成された場合の総費用額を計算すると、現在の費用の 95.2%であった。したがって、最適規模の達成により現在よりも 4.8% の効率化を達成すると考えられる(図表 3 - 2 - 9)。

厚生労働省「平成 14 年介護事業経営実態調査結果」により、訪問介護分野における経営主体別の「総費用 / 介護収入比率」を計算すると、最も低いのが営利法人であり、0.91 という比率である(図表 3 - 2 - 10)。仮に全ての訪問介護市場が営利法人になるとして総費用を計算すると、それは元の総費用の 89.3%となる。在宅介護分野と施設介護分野の違いはあるが、仮に施設介護分野でも同程度の 10.7%の効率化が達成されれば、最適規模の達成と合わせて 15.5%程度の経営効率化が可能との試算となる。

経営の効率化は、介護報酬単価の引き下げを伴い、自己負担の減少から需要が拡大すると考えられる。今、自己負担額の減少幅は 15.5%であるから、施設介護の価格弾力性が 3.7 であると仮定する(内閣府(2002a))と 57.4%の需要増を生み出すことになる。これを、需要割当て解消後の入所者人数²⁵に乗じると、30.6 万人であり、需要増加人数となる。これに対して、需要割当ての解消と同様の計算を行うと、市場規模拡大効果は 12,696 億円であり、一方で在宅介護市場の減少効果が 5,638 億円である。さらに経営効率化によって、15.5%分の市場規模が介護老人福祉施設市場全体から消失するので、この規模を計算すると 5,182 億円である。したがって、ネットの効果は、 $12,696 - 5,638 - 5,182 = 1,875$ 億円と小規模な効果にとどまる。雇用者数については、6.4 万人の増加となる。

(3) 結果のまとめ

以上の分析結果をまとめると、介護分野においても医療分野で検討したのと同様、部屋の大きさやサービス水準など介護に係る質的な要素をどうみるかという問題は残るが、ここでの分析は施設規模と入居者当たりの費用の面から最

²⁵ 「介護給付費実態調査月報(2002年11月審査分)」による介護福祉施設サービス受給者数 332.5 千人 + 入所増加数 200.0 千人 = 532.5 千人

適なコスト効率の施設規模を求めたものである。その結果以下の点がわかった。

市場規模の拡大効果は、全体で 6,494 億円であり、その内訳は需要割当ての解消が 4,619 億円、経営効率化による効果が 1,875 億円である。

次に雇用拡大効果は、全体で 10.7 万人(非常勤職員は常勤換算²⁶)であり、その内訳は需要割当ての解消が 4.2 万人、経営効率化による効果が 6.4 万人である。

経営効率化による効果は、現在の 1 施設当たりの費用を 15.5%引き下げる。

したがって、他の分野と同様に、経営効率化によって効率ベースで計った労働生産性が向上すると考えると、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになることにより、特別養護老人ホームについて生産性が 15.5%上昇するとみることができる。

なお、医療分野と同様、よりの確な分析を行うためには、質に関するデータを含む個別施設ごとのデータが必要であり、今後のデータ整備と開示が求められる。

²⁶ 常勤換算値 = 非常勤者の週当たり勤務時間 / 常勤者の週当たり勤務時間 × 非常勤者数 + 常勤者数

第3節 保育サービス分野

大都市を中心とした地域で、待機児童数が年々増加し社会問題となっている。待機児童数の増加は、供給量が需要量を下回っていることが主たる原因と考えられ、待機児童の解消には、何らかの形で供給量を増やす必要がある。ところが認可保育所のうち、公営保育所については、民営保育所に比べ開所時間数が少なく、低年齢児童(0~2歳)の受入れが進んでいないにも関わらず、運営コストが民営保育所よりも割高である(福田(2000)、八代(2000b))。一方、横浜市、川崎市、東京23区内などでは、認可外保育所でも保育士の配置や施設面積等に関する基準を満たした保育所に補助金を与える制度があり、こうした補助金を得ている認可外保育所²⁷は近年増加しつつある。特に2001年にスタートした東京都認証保育所制度は、株式会社を含む多様な経営主体による認可外保育所に補助金を支給する制度で、都が設置を認証し実施主体である区市町村とともに指導するなど、保育サービスの質の担保も確保されていることから評価が高い。認可保育所への株式会社参入は、1999年度末に容認されたが、既存の社会福祉法人等を前提とした制度のままでは、株式会社が認可保育所を運営するにあたっては実質的な制約が大きい(総合規制改革会議(2002))。

認可保育所への社会福祉法人以外の多様な民間の経営主体の参入が容易になることにより期待される効果としては以下のような点が挙げられる。

効率的な経営主体が参入する機会が増大する。

競争が促進され、既存の公営保育所及び社会福祉法人についても経営合理化へのインセンティブが高まり、全体として生産性が上昇する。

株式会社等の参入を容易にすることは、既存の認可保育所にとっても株式発行など資金調達の多様化を容易にするため、設備投資資金などの拡大を通じて利用児童数が拡大し、IT化等による保育サービスの質の向上が可能となる。

待機児童が解消される。

本節では、一定の仮定の下、認可保育所について、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになった場合の経済・雇用拡大効果について試算を行う。

併せて、企業による保育所運営の現状を明らかにするとともに、認可保育所運

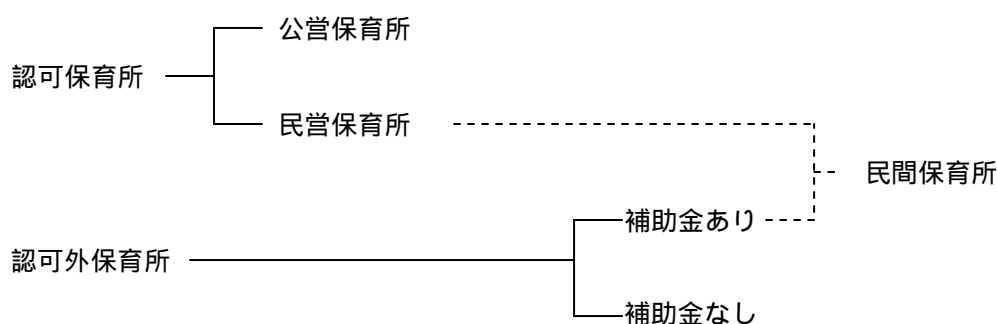
²⁷ 保育室、託児室、東京都認証保育所、横浜保育室等の名称で呼ばれている。

営の企業委託、補助金を得ている認可外保育所の運営、保育所間の競争のあり方、認可外保育所の認可保育所への移行についての考え方を把握するため、ヒアリング調査を実施した。

1. 保育サービス分野の現況

本節における保育所の定義は、児童福祉法第35条に基づく児童福祉施設であるものを「認可保育所」とし、うち経営主体が地方自治体である保育所を「公営保育所」、経営主体が地方自治体以外の保育所(主に社会福祉法人)を「民営保育所」とする。一方、保育所と同様の業務を目的とする施設だが都道府県知事から認可を受けていない保育所を「認可外保育所」とする。「認可外保育所」のうち、地方自治体から補助金を受けている認可外保育所を特に「補助金を得ている認可外保育所」とする。なお、民営保育所と補助金を得ている認可外保育所を合わせて「民間保育所」と呼ぶ。

保育所の分類体系



認可保育所の施設数は1985年以降減少していたが、2001年は22,231か所と、16年ぶりに増加に転じている(図表3-3-1)。認可保育所の施設数を公営・民営別に見ると、2001年では公営保育所は12,580か所、民営保育所は9,651か所と、民営保育所が全体の43.4%を占めている。公営保育所は1984年の13,636か所をピークに年々減少しているのに対し、民営保育所の施設数は90年代初頭には横ばいだったものの1994年以降増加に転じていることから、民営保育所が認可保育所合計に占める割合は年々上昇している。

認可保育所の利用児童²⁸数は、少子化などの影響を受け1981年以降減少していたが、共働き世帯の増加など保育サービスへの需要の高まりを受け1995年か

²⁸ 入所児童と同義である。

ら増加に転じており(図表 3 - 3 - 2)、2001 年の在所率は、100.6%となった。

認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)の施設数と利用児童数は、年々増加しており(図表 3 - 3 - 3)、2002 年 3 月 31 日現在の利用児童数は 169,118 人、施設数は 6,111 か所である。

2001 年の保育所利用児童数は、認可保育所と認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)を合わせると、2,119,017 人(公営保育所 1,005,903 人、民営保育所 943,996 人、認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)169,118 人の合計)であり、就学前児童 7,110,000 人²⁹のうち 29.8%が保育サービスを利用している。

認可保育所の従事者数は、2001 年現在で 428,693 人、うち保育士人数は 289,007 人である(図表 3 - 3 - 4)³⁰。

現状の保育サービスでは、待機児童数が年々増加している(図表 3 - 3 - 5)。待機児童とは、認可保育所に入所申請をしているものの、空きがないので保育所に入所できない子どもをいう。2002 年 4 月現在の待機児童数は 25,447 人である。中でも大都市を中心とした地域(首都圏(埼玉、東京、神奈川)、近畿圏(大阪、兵庫)の 5 都府県(政令指定都市・中核市を含む)及びその他の政令指定都市・中核市の合計)の待機児童数は 19,709 人と、全体の 77.5%を占めている。また低年齢(0~2 歳)の待機児童数が 16,792 人と、全体の 66.0%を占めている。さらに、保育サービスを必要としながらも保育所の利用申請を諦めている、いわゆる「潜在的待機児童」が相当数存在し、受入れ児童数の増大が進むに従い新たな保育需要として顕在化する可能性が大きいことが指摘されている(八代(2000b))。

ここで公営保育所が提供するサービスの一部について民間保育所と比較すると、低年齢児童(0~2 歳)が利用児童数に占める割合は、公営保育所は 23.6%、民営保育所は 32.7%、認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)は 41.0%³¹と、民間に比べ公営保育所では低年齢児童(0~2 歳)の受入れが遅れている。認可保育所の開所時間の状況を 2001 年の延長保育(開所時間が 11 時間を超えるもの)の実施率で見ると(図表 3 - 3 - 6)、公営保育所は延長保育の実施率が 26.4%に対し、民営保育所は 69.3%であり、公営保育所の方が開所時間が短い。民営保育所は 97 年以降、在所率が 100%を超えている一方、公営保育所

²⁹ 厚生労働省「保育所の状況(平成 13 年 4 月 1 日)等について」

³⁰ 厚生労働省「地域児童福祉事業等調査」1997 年によると、認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)の従事者数は 28,660 人で、うち保育従事者数は 23,630 人である。

³¹ 公営保育所と民営保育所は厚生労働省「社会福祉施設等調査」2001 年、認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)は厚生労働省「地域児童福祉事業等調査」1997 年による。

は定員割れが続いている(図表3-3-7)。この点について内閣府(2002b)は、延長保育を実施している保育所の在り率が、延長保育を実施していない保育所よりも高いことを指摘しており、先に見た待機児童問題の解消との関連から、特に公営保育所において、利用児童数の増加と開所時間の延長を図ることが重要な課題であるといえる。

2. 保育サービス分野における生産性分析

(1) 分析の考え方

認可保育所への社会福祉法人以外の多様な民間の経営主体の参入が容易になることにより、効率的な経営主体が参入すると考えられる。その結果、競争が促進され、既存の公営保育所及び社会福祉法人についても経営合理化へのインセンティブが高まり、生産性が大幅に上昇すると考えられ、さらに、待機児童が解消される可能性がある。

ただし医療分野で検討したのと同様、保育サービスの生産についても質的な要素をどうみるかという問題がある。この点に関しては、「児童福祉施設における福祉サービスの第三者評価基準」の検討や研究が行われているが、保育サービスを受ける児童の発育支援や入所児童の保護者の子育て支援、地域社会等との連携などに係る要素などが挙げられている。具体的な指標例として挙げられている代表項目は、入所児童当たりの保育士比率、施設の設備状況、父母のアクセス面での利便性や延長保育の水準などである。しかしながら、これらの質的要素を生産の数量として捉えたデータは十分利用できる状況にはない。利用可能なデータは延長時間を含む開所時間である。

そこで以下では、保育サービスの生産を利用児童数に開所時間数を乗じたものとして捉え、医療分野と同様に確率的フロンティア生産関数を推計し、最も生産性が高い保育所を抽出することとした。そして、既存の公営保育所及び民間保育所の生産性が民間保育所の最も生産性の高い(ベストプラクティス)保育所並みになった場合の公営及び民間保育所全体の生産性の向上を分析することとする。

図表3-3-8の曲線Yは一定量の保育サービスを生産するために必要な労働と資本の組み合わせを表した等量曲線である³²。この曲線上で生産する保育所は最も生産効率がよいという意味で、この曲線は生産フロンティアと呼ばれる。より多くの生産要素を投入しながら、同じ生産量しかあげられない保育所はこ

³² 実際には、国による施設や人員配置に関する規定によって、保育所の生産構造(要素投入量の決定)は強い制約を受けているが、ここでは保育所は労働と資本の生産要素を自由に決定していると仮定する。

のフロンティアの内側 X に位置する。無駄の大きさは X と生産フロンティアとの距離 (X と X' の距離) で表される。民間保育所の方が公営保育所よりも効率性が高いと仮定した場合の生産技術の状況は図表 3 - 3 - 9 のように表すことができる。

こうしたバラツキについては、確率的フロンティア生産関数を用いて計測することができる³³。実際の計測にあたって、労働と資本を生産要素とするコブダグラス型の生産関数を想定する。民間保育所と公営保育所間の生産性格差を計測するため、公営保育所を 1、民間保育所を 0 とする公営ダミー変数を組み込む。

$$Y_i = e^{A_0} e^{A_1 \text{公営ダミー}} L_i^\alpha K_i^\beta e^{v_i} e^{-u_i} \quad \dots$$

ここで、 i は i 番目の保育所を示す。 v_i は誤差項、 u_i は非効率性を示し、非効率性を除いた部分が生産フロンティアを表している。実際の推計には の両辺とも対数を取り、線型関数に変形した

$$\log(Y_i) = A_0 + A_1 \text{公営ダミー} + \alpha \log(L_i) + \beta \log(K_i) + v_i - u_i \quad \dots$$

を用いる。

(2) データ

データは、日本経済研究センターが実施した「保育サービスを取り巻く環境と現状に関する調査」³⁴による調査結果を用いる。分析対象は、同調査に対し得られた回答から、「認可外保育所であり市区町村からの補助金を得ていない」と回答しているものは除き、かつデータの完備した 266 か所の保育所である。保育サービス生産量を表す変数としては利用児童数 × 開所時間数を用いる³⁵。分析にあたっては、提供されるサービスの質を考慮することが大切であるが、データの利用に制約があり、今回は提供されるサービスの質は同等であると仮定して分析せざるを得なかった。また、多様な経営主体の参入により消費者選択肢が拡大する効果があると考えられるが、そうした効果は含まれてない。労働投入には保育士人数 × 週当たり就業時間数³⁶を用い、資本には施設面積(保育室・

³³ 脚注 12 及び本章第 1 節補論参照。

³⁴ 調査時点は 2001 年 10 月。同調査の詳細は、白石・鈴木(2003)参照。

³⁵ 保育単価の保育士加算分が低年齢児童(0~2歳)ほど多く設定されていることを考慮するために、利用児童数には低年齢になるほど重いウエイト(児童年齢別ウエイト)を乗じた。なお、児童年齢ウエイトには、2001 年度の保育単価表を用いた。開所時間数は、週当たりの開所時間数(延長保育時間を含む)である。

³⁶ 常勤・非常勤別に、保育士人数 × 週当たり就業時間数を計算し、両者を合算する。よって非常勤保育士については常勤換算ベースである。

乳児室面積と園庭面積の合計)を用いる。

(3) 推計結果

推計結果は図表 3 - 3 - 10 のとおりであり、統計的に有意な結果が得られた。公営ダミーの係数は-0.1911 とマイナスとなった。この推計結果からみると、公営保育所の生産性は民間保育所に劣るといえることができる。数値的には、民間保育所の生産性は公営保育所よりも 21.1%高いことになる。

図表 3 - 3 - 11 に、それぞれのカテゴリーごとに、効率性の平均値、最大値、最小値を掲げた。平均値は民間保育所と公営保育所がそれぞれの生産フロンティアから平均的にどれほど乖離しているかを表す。最大値は効率性が最も高い保育所を、逆に、最小値は最も効率性の低い保育所を示す。

民間保育所について、効率性を分かりやすい形で図示したのが図表 3 - 3 - 12 である。平均の効率性 0.7822 は点線で示されている。保育所ごとの効率性の差は大きく、施設面積と効率性の指標の間に明確な関係は見当たらない。また、民間保育所の中で最も効率のよい(ベストプラクティス)保育所の効率性は 0.9530 で、図中矢印で示した保育所である。

(4) 結果のまとめ

以上の推計結果に基づけば、民間保育所の効率性がベストプラクティス保育所並みに向上すれば、民間保育所の生産性は 21.8%高まる、公営保育所の効率性が民間のベストプラクティス保育所レベルへ改善すれば、公営保育所の生産性は 46.1%向上することになる³⁷。

厚生労働省「社会福祉施設等調査」2001 年によると、2001 年 10 月 1 日現在の利用児童数は、公営保育所 1,005,903 人、民営保育所 943,996 人である。厚生労働省調査によると³⁸、2002 年 3 月 31 日現在の認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)の利用児童は 169,118 人である。厚生労働省「地域児童福祉事業等調査」1997 年によると、1997 年 10 月 1 日時点において、認可外保育所(事業所内保育施設、へき地保育所を除く)4,196 か所のうち補助金を得ているのは 1,736 か所である。そこで施設割合により、補助金を得ている認可外保育所の利用児童数を計算すると、69,969 人である。よって民間保育所の利用児童数は、1,013,965 人であり、全利用児童数 2,019,868 の 50.2%を占める。

この数値で上記の結果を評価すると、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになることにより、公営保育所と民間保

³⁷ 内閣府(2003)では、質的要素を考慮した費用効率を分析しているが、その結果では、公営保育所の費用は民間保育所に比べて 2~3 割高いとされている。

³⁸ 厚生労働省「平成 13 年度認可外保育施設の状況について」

育所を合わせた全体で生産性が 33.9% 上昇するとみることができる。

(5) 雇用に与える影響

次に待機児童の解消と認可保育所の開所時間延長を実現した場合の雇用変化数を試算する。待機児童の解消と認可保育所の開所時間延長に伴う新たな生産拡大を先で見た生産性上昇により賄うことができない場合、新たな投入増加が必要となる。

なお、待機児童については、3つのタイプに分けられる。以下では、それぞれ待機児童、待機児童、待機児童とする(図表 3-3-13)。

待機児童	入所を希望しているが入所可能な保育所がなく待機している児童である(ミスマッチ分を含まない待機児童)。
待機児童	待機児童に加え、他に入所可能な保育所があるにも関わらず第1希望の保育所に入所するために待機している児童や、地方単独保育事業を利用しながら待機している児童である。いわば需要と供給にミスマッチが生じている例である(ミスマッチ分を含む待機児童)。
待機児童	先述のとおり、現状の保育サービスの供給量が過少なため、保育サービスへの需要を持ちながらも ³⁹ 入所申請を諦めている世帯の児童である。こうした潜在的需要にも対応できる量の保育サービスの確保が社会的に必要なものであると思われることから、周・大石(2002)の研究成果を踏まえ、潜在的待機児童として捉える。

待機児童の解消と認可保育所の開所時間延長に必要な生産増加率(必要生産量増加率)と先の生産性上昇率との差が、追加的に必要な投入量(必要投入量増加率)である。雇用変化数は、保育士人数×必要投入量増加率により求められる(図表 3-3-15)。以上より、市場の競争促進により生産性が向上し、かつ、待機児童の解消と認可保育所の開所時間延長を実現する量の生産拡大が行われる場合、待機児童では 8.4 万人、待機児童では 8.1 万人の余剰人員が発生する

³⁹ 日本では女性の年齢階級別労働力率に、いわゆる M 字型カーブが観察されるが、厚生労働省(2002)によると、出産・育児期にあたる 30-34 歳の労働力率は 57.1% であるものの、非労働力人口のうち就業希望者を労働力人口に加えた潜在的労働力率は 81.5% である(図表 3-3-14)。

一方、待機児童 では 26.1 万人の保育士の新規雇用が必要であると推定される。

3. 保育サービスの実態(ヒアリング調査結果)⁴⁰

首都圏で保育事業を行う株式会社または有限会社の投資及び資金計画策定担当者を対象として、郵送による事前調査と、面接調査を行った。事前調査に回答があったのは29社であり、それらが運営する保育所の合計数は平均4か所であった。4か所以下の保育所を運営する企業は22社で全体の75.8%と大きな割合を占めており、規模が小さい企業が多いことが分かる。

調査回答企業が2002年10月現在で運営する保育所数は全部で116か所であり、その内訳は企業の運営する認可保育所が10か所(うち公設民営は5か所)、補助金を得ている認可外保育所が50か所、補助金を得ていない認可外保育所は56か所であった。認可保育所を運営する企業は5社で、うち公設民営を運営する企業は1社、補助金を得ている認可外保育所を運営している企業は25社、補助金を得ていない認可外保育所を運営している企業は15社であった。また、2003年4月以降に保育所を開所予定の企業は11社であった。

創業年は平均的にみると1985年前後であり、うち1989年以前と答えた企業の全体に占める割合は48.3%であった。設立年代は多岐にわたり、創業後50年近い企業から、2000年以降に設立された企業まで幅広いが、保育事業への参入年は、2000年以降と答えた企業の全体に占める割合が44.8%と約半数を占めたが、30年以上の事業実績のある企業もあった。

従業員数は49人以下と答えた企業の全体に占める割合が44.8%、資本金は1000~3000万円未満と答えた企業が全体の62.1%を占めている。2001年度の売上高については、1億円以上と答えた企業の全体に占める割合が65.5%であったが、2002年度の収支見通しは、黒字または収支均衡と答えた企業が82.7%、赤字と答えた企業が13.8%であった。

(1) 企業による保育所運営の現状

企業が現在運営している保育所の状況をみると、利用児童の合計人数は、15~30人未満が保育所全体の30.3%、30~40人未満が22.5%となっており、15~40人未満で全体の約5割強を占めている。0歳児の利用児童人数が10人未満と答えた保育所の全体に占める割合は65.1%、1~2歳児の利用児童人数が10~30人未満と答えた保育所の全体に占める割合は57.3%であった。

⁴⁰ 詳細については、「参考資料4 『企業と保育サービスに関する調査』」参照。

Q A 利用児童の合計人数

平均(人)		総数	5人未満	5~10人未満	10~15人未満	15~30人未満	30~40人未満	40人以上	無回答
35.5	保育所数	89	3	4	5	27	20	30	0
	構成比(%)	100.0	3.4	4.5	5.6	30.3	22.5	33.7	0.0

Q A - 1 0歳児の利用児童人数

平均(人)		総数	5人未満	5~10人未満	10~15人未満	15~30人未満	30人以上	無回答
8.6	保育所数	89	19	39	17	11	0	3
	構成比(%)	100.0	21.3	43.8	19.1	12.4	0.0	3.4

Q A - 2 1~2歳児の利用児童人数

平均(人)		総数	5人未満	5~10人未満	10~15人未満	15~30人未満	30人以上	無回答
15.9	保育所数	89	12	14	12	39	9	3
	構成比(%)	100.0	13.5	15.7	13.5	43.8	10.1	3.4

平日の開所時間数は平均で13.7時間であり、12~15時間未満が全体の64.1%を占めている。最寄駅からの所要時間は、平均が4.1分で、5分未満と答えた保育所の全体に占める割合は66.3%となっており、駅に近接した立地となっている。施設の所有形態は有償賃貸が最も多く全体の85.4%で、自社所有は2.2%に過ぎなかった。調理施設は88.8%が、園庭は31.5%が所有している。

保育所運営費や人件費については回答が少なかったが、保育所運営費は3000~5000万円未満が最も多く(全体の21.3%、有効回答の35.2%)、ついで1000~3000万円未満(全体の18.0%、有効回答の29.6%)、5000~10,000万円(全体の15.7%、有効回答の25.9%)となっている。保育所運営費に占める人件費比率は60~80%未満と答えた保育所が全体の34.8%、有効回答の56.4%を占めており、保育サービスの人的資源への依存度の高さが示されている。なお、保育所運営費に占める施設費比率は、20~40%未満と答えた保育所の全体に占める割合は29.2%であった。

Q A 保育士人数

平均(人)		総数	10人未満	10~20人未満	20~50人未満	50~100人未満	100人以上	無回答
13.3	保育所数	89	26	49	13	0	0	1
	構成比(%)	100.0	29.2	55.1	14.6	0.0	0.0	1.1

Q A 平日の開所時間数(延長保育を含む)

平均(時間)		総数	11時間未満	12時間未満	13時間未満	14時間未満	15時間未満	15時間以上	無回答
13.7	保育所数	89	12	1	20	22	15	19	0
	構成比(%)	100.0	13.5	1.1	22.5	24.7	16.9	21.3	0.0

Q A 最寄駅からの所要時間

平均(分)		総数	2分未満	5分未満	10分未満	10分以上	無回答
4.1	保育所数	89	25	34	21	8	1
	構成比(%)	100.0	28.1	38.2	23.6	9.0	1.1

Q A 施設の所有形態

	総数	自社所有	有償賃貸	無償賃貸	無回答
保育所数	89	2	76	8	3
構成比(%)	100.0	2.2	85.4	9.0	3.4

Q A 調理施設の有無

	総数	あり	なし	無回答
保育所数	89	79	10	0
構成比(%)	100.0	88.8	11.2	0.0

Q A 園庭の有無

	総数	あり	なし	無回答
保育所数	89	28	58	3
構成比(%)	100.0	31.5	65.2	3.4

Q A 保育所運営費

平均(万円)		総数	500万円未満	500~1000万円未満	1000~3000万円未満	3000~5000万円未満	5000~10000万円未満	10000万円以上	無回答
3,996.4	保育所数	89	1	3	16	19	14	1	35
	構成比(%)	100.0	1.1	3.4	18.0	21.3	15.7	1.1	39.3

Q A - 1 保育所運営費に占める人件費比率

平均(%)		総数	0%	1~20%未満	20~40%未満	40~60%未満	60~80%未満	80~100%未満	100%	無回答
63.1	保育所数	89	0	0	1	19	31	4	0	34
	構成比(%)	100.0	0.0	0.0	1.1	21.3	34.8	4.5	0.0	38.2

Q A - 2 保育所運営費に占める施設費比率

平均(%)		総数	0%	1～20% 未満	20～40% 未満	40～60% 未満	60～80% 未満	80～ 100%未 満	100%	無回答
24.8	保育所数	89	0	20	26	8	1	0	0	34
	構成比(%)	100.0	0.0	22.5	29.2	9.0	1.1	0.0	0.0	38.2

今回の調査結果をもとに、0歳児換算の児童1人当たり保育コストを福田(2000)⁴¹にならい試算したところ、月額平均で、補助金を得ている認可外保育所は18万3,245円、補助金を得ていない認可外保育所は15万2,932円であったことから、補助金を得ている認可外保育所の保育コスト(18万3,245円)が、福田(2000)で試算された民営保育所(主に社会福祉法人が運営)の保育コスト(22万3,200円)を下回ることがわかった。

(2) 認可保育所運営の企業委託

認可受託の実績がない企業がほとんどである(30社中、受託実績があるのは5社のみ)。今後の認可受託の予定についても、受託実績がないとした25社中、今後予定があるのは3社にとどまっており、未定の企業が大半となっている。また、認可保育所の運営には興味がないと答えた企業が11社あった。

こうした背景には、企業が認可保育所運営に参入する障壁の高さがあることを指摘する声が多かった。他方、認可受託の実績がある企業の中には、保育サービス業自体の経験年数が長い企業や自治体から誘致を受けた企業もあり、その場合は参入障壁となるような法律、条例、行政指導等はあまり問題にしていない企業もあった。

なお、現在認可保育所を運営する企業の中には、運営努力を重ねて経費削減することが企業にとってプラスにならないような会計制度であり、効率化して運営することのメリットが生じない点を問題視する意見もあった。また補助金の使途に関して、自由度を高めて欲しいとの要望が強かった。更に、もともと自治体側には、保育サービスは収益を見込まないことを前提とする事業との認識があるようだが、そこに利潤を追求する企業を参入させることに自治体側は何を期待しているのか不明であるとの意見もあった。

認可申請を却下された企業の中には、認可の基準が公開されておらず、却下の理由が明らかにされないことを問題視するものもあった。

会計制度については、現行の社会福祉法人の会計制度で企業も運営するということに対して疑問視する意見が強かった。企業が認可保育所を運営するには、

⁴¹ 福田(2000)によると、全国の認可保育所(公営保育所・民営保育所)の0歳児換算の児童1人当たり保育コストを試算したところ、月額平均で、公営保育所は34万6,100円、民営保育所は22万3,200円であった。

運営の自由度が低く、企業が認可保育所を運営しようというインセンティブに欠ける点が指摘されていた。

自治体が依然委託先を社会福祉法人に限定している傾向があるとする意見もあった。認可保育所の企業委託が進まない要因として、企業は営利目的で保育所を運営するから保育の質が低下するので信頼ができない、との漠然とした不安感が自治体側に根強い点を指摘する意見が多かった。それに対して、企業は営利目的だから効率性を重視するあまり保育の質が下がるので委託できないとする自治体の不安感は間違いで、保育サービスに参入する企業の監視をきちんとすれば、かえって企業の方が質の高い保育ができるという意見も数件あった。

認可保育所を管轄する自治体の担当者レベルで、企業委託に関する判断基準が異なるという意見も強かった。また、現在は認可保育所の企業委託の実験段階であり、企業規模や決算内容が重要視されることから、委託先は主に大企業が対象となっているが、その成果次第で今後の動向が決まるのではと期待する声もあった。なお、保育所運営に関する情報公開の取り組みが自治体によっては遅れているという意見もあった。

(3) 補助金を得ている認可外保育所の運営

補助金を得ている認可外保育所の申請にあたっては、多額の費用がかかる建物や内装等の施設、設備等が全部できた後に申請が認められるのが現状であるが、もう少し早いタイミングで申請を認めて欲しい、との意見があった。補助金を得ている認可外保育所の運営の利点としては、「認可保育所の約半分の補助金が出る」、「自由度がある」、「プログラムも自由に組める」、「認可保育所の運営と比べて会計制度の自由度が高い」など、認可保育所よりも運営の自由度が高い点に評価が集まった。もっとも「補助金が認可保育所に比べ約半分である」、「利用児童を自前で募集しなければならない」、「補助金を得ている認可外保育所の経営を成り立たせるためには、認可保育所に比べて利用者の負担額を高く設定しなければならない」、「春になると児童が認可保育所へ移動してしまう」などのマイナス面を指摘する声も強かった。

(4) 保育所間の競争のあり方

認可保育所を運営する場合、社会福祉法人と企業とでは、施設設備費等に対する補助金の格差を感じていると回答した企業が大半であった。また企業は固定資産税を払わなければならないが、社会福祉法人は払う必要がないと指摘する企業もあった。社会福祉法人よりも企業の方が認可保育所の認可をとりにくいといった点で不利な競争を強いられているなど、補助金や税制上の格差以前の問題である、と回答する企業もあった。

(5) 認可外保育所の認可保育所への移行

認可外保育所の認可取得については、園庭・土地の取得費用の大きさが最大のネックであるとする意見が多かった。基準や保育士の非常勤比率の上限について基準を満たすことに対してはさほど抵抗感はなかった。保育士の雇用については、研修費用の面で、非常勤保育士を数人雇うよりは常勤保育士を積極的に雇用し育成しているとする企業もあった。調理室の必置規制に関しては、設備の設置など大きなコスト要因であると指摘する企業もあったが、保育所運営において必要な基準であるとする意見が大半だった。また、給食を無農薬のものにして、それをセールスポイントとしていると回答する企業もあった。

(6) その他

東京都認証保育所制度については、月 160 時間以上の利用が必要な児童を対象としているため、例えばパート勤務で 130～140 時間働いている世帯の児童の預け先がないという状況が起きているが、パート勤務で働いている世帯こそ保育支援を必要としているのではないかと思われることから、東京都認証保育所制度における世帯の就労時間の条件水準を下げるべきとの意見があった。

児童福祉法そのものが戦後にできたものなので、今の時代のニーズに合っていないという意見もあった。

第4章 おわりに

前章においては、一定の仮定の下、社会的規制分野において、既存の事業者も含め多様な経営主体が自由に効率的な経営を追求できるようになることにより、各分野の生産性がどれくらい向上するかを分析した。その結果、以下のようなことがわかった。

1. 各分野における生産性向上効果及び雇用拡大効果について

医療、福祉等の分野での生産性は、提供するサービスの質と投入コストとの関係で決定されると考えられる。前述のように、現状ではサービスの質を定量的に計る的確なデータは利用できないが、投入面の効率性や経費面での効率性についてはある程度分析することが可能である。その分析結果をみると、サービスを提供している経営主体間に効率性の面で大きな差異がみられる。この差異が直ちに質の要素を含めた全体としての生産性の差異を表すわけではないが、差異が大きいという事実は、今後の株式会社等の参入に伴う経済効果を考える上での出発点とはなり得る。分析結果を要約すると以下の通りである。

民間(主として医療法人)病院の生産性は公立病院よりも高いが、経営主体間の効率性の格差は大きい。全体として生産性を高めて高齢化に伴う需要増に対応しつつ、質の面で社会的要請に応えられるようにすることが課題

医療サービス分野の生産性は、本来であればサービスの質を表すものとして健康水準の変化を示す指標を考慮して計るべきであるが、現在のところ厳密に定義され数量化されたデータは利用できない。病院関連のデータについても、一般的に利用できるものは患者数や病院での雇用者数、病院建物の床面積など限られているが、本分析では、これらのデータを用いて、確率的フロンティア生産関数を推計し患者数でみた生産性を計測した。その結果、公立病院、民間病院それぞれにおいて、個々の病院間で生産性に大きな差異があることが明らかとなった。また、民間病院の生産性は公立病院よりも37.9%高いことがわかった。

公的病院と民間病院の生産性の差異を生み出す要因としては、提供するサービスの質の差異が想定される。しかしながら、今回行った病院へのヒアリング調査の結果では、医療技術については民間と大差ないという意見が多く指摘された。また、救急患者への対応等、本来公立病院に

期待されている役割が十分果たされていないとの意見や、民間病院との間での公正な競争条件が整っていないという指摘も少なくなかった。この結果からみると、民間病院と公立病院の間でのサービスの質の差異を生産性格差が観測される要因と考えることは、一部の公立病院には必ずしも当てはまらないといえる。つまり生産性向上余地がある公立病院があり得ると考えられる。加えて、生産性の高い民間病院が実際に多数存在することは、当該民間病院が提供しているサービスが患者に選択されている結果であるとみることができるが、この点を裏付ける治癒の状況や患者の満足度など質的なデータについては今後の整備と開示が求められる。

以上をふまえると、既存の事業者も含め経営主体が自由に効率的な経営を追求することができるようになることにより、既存の事業者も含めて生産性が向上する余地があると考えられる。実際にはそもそも効率性を高めることが困難な地域や医療分野の存在や、公的病院と民間病院の本来の役割分担のあり方の問題等を考慮する必要があるが、今、それぞれの病院の生産性が民間(主として医療法人)のベストプラクティス病院並みに向上すると考えると、医療サービス全体で生産性は 20.4%上昇する余地があるとみることができる。今後の高齢化の進展を考えれば、生産性を高めて高齢化に伴う需要増に対応しつつ、質の面で社会的要請に応えられるようにすることが大きな課題といえる。

施設介護分野(特別養護老人ホーム)についても、経営の効率化を実現することによって、潜在需要の顕在化に対応する余地がある

施設介護分野(特別養護老人ホーム)についても、医療分野で検討したのと同様、部屋の大きさやサービス水準など介護に係る質的な要素をどうみるかという問題は残るが、ここでは施設規模と入居者当たりの費用の面から最適なコスト効率の施設規模を求めた。その結果、規模の最適化等の経営効率化によってコスト面での効率性が 15.5%上昇するとみることができる。また、介護保険は在宅重視であり、保険料への影響にも配慮しながら施設介護と在宅介護との適切なバランスをどう保つかという政策課題はあるものの、それを別とすれば、需要割当て(待機者)の解消と経営効率化で価格が低下することに伴う需要の拡大によって雇用が全体で最大 10.7 万人拡大すると考えられる。この結果からみると、ヘルパー等の供給量の制約が大である中で、経営の効率化を実現することによって、需要割当てを解消しつつ、潜在需要の顕在化に対応する余地があると考えられる。

医療分野と同様、よりの確な分析を行うためには、質に関するデータを含む個別施設ごとのデータが必要であり、今後のデータ整備と開示が求められる。

民営(主として社会福祉法人)の認可保育所と補助金を得ている認可外保育所の生産性は公営保育所よりも高いが、経営主体間の格差は大きい。全体として経営の効率化を実現することによって、潜在需要の顕在化に対応する余地がある

保育サービス分野についても、医療分野で検討したのと同様、児童の発育支援や入所児童の保護者の子育て支援、地域社会等との連携など、保育に係る質的な要素をどうみるかという問題があるが、本稿では生産を利用児童数×開所時間数で捉え、確率的フロンティア生産関数を推計した。その結果からみると、民間保育所と公営保育所のそれぞれにおいて個々の経営主体間での差異が大きいことが明らかになった。民間保育所の生産性は公営保育所よりも21.1%高く、それぞれの生産性が民間(主として社会福祉法人)のベストプラクティス保育所並みに向上すると考えると、公営保育所と民間保育所を合わせた全体で生産性が33.9%上昇するとみることができる⁴²。

また、待機児童の解消と認可保育所の開所時間延長によって雇用が全体で最大26.1万人拡大すると考えられる。保育所の供給力の拡大が急がれているが、経営の効率化を実現することによって、需要割当てを解消しつつ、潜在需要の顕在化に対応する余地はあると考えられる。

2. 経済全体の生産性に与える効果について

各分野において生産性が上昇することにより、経済全体の生産性も上昇する。各分野での生産性が高まることによる経済全体の生産性に与える効果は、各分野における生産性の上昇のGDP(全要素生産性)に対する寄与度の総和、すなわち、各分野の生産性の上昇率に当該分野のGDPに占めるウェイトを乗じたものの総和として計算することができる。各分野の市場規模の合計は名目GDPの約4.3%であり、経済全体の生産性が上昇する余地はGDPの0.92%となることがわかった。

⁴² 内閣府(2003)では、質的要素を考慮した費用効率を分析しているが、その結果では、公営保育所の費用は民間保育所に比べて2~3割高いとされている。

3. ヒアリング調査について

民間病院、及び認可保育所または認可外保育所を運営している企業に対して行ったヒアリング調査結果を要約すると以下のとおりである。

民間病院については、今後の投資分野としては半数以上の病院が「情報化(IT化)」を挙げ、投資規模は平均 2 億円台を計画しており、「株式発行」については反対が多いものの、資金調達手段の多様化への期待は高いことがわかった。また、規制改革への希望も強い。

認可保育所または認可外保育所を運営している企業に対するヒアリング調査では、認可保育所を運営する場合、現行の社会福祉法人の会計制度の下で企業も運営するという点に対して疑問視する意見が強く、また、認可保育所を運営する場合、社会福祉法人と企業とでは、施設整備費等に対する補助金の格差を感じていると回答した企業が大半であった。

これまでみてきたように、今後、我が国が急速に少子・高齢化していく中で豊かな国民生活を実現していくためには、社会的規制分野においても、社会的な公平性及び安全性を確保しつつ、国民に大きな負担を求めることなく質の高い多様なサービスが提供されることが重要である。本稿の分析によれば、効率的な経営が行われることにより、そうした社会的要請にある程度対応する余地のあることがわかった。本稿での試みはデータ面の制約があり分析内容は限られるが、社会的規制分野における規制改革の経済効果を定量的に捉えるための第一歩として意義があると考えられる。今回の分析が社会的規制分野への株式会社等の参入に関する議論を深めるのに役立つことが期待される。

参考文献

- Cutler, David M. (2002): "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform", *Journal of Economic Literature*, Vol.40, pp.881-906, September.
- Shimizutani, S. and W. Suzuki (2002): "The Quality and Efficiency of At-Home Long-term Care in Japan: Evidence from Micro-level Data", *ESRI Discussion Paper Series No.18*, December.
- 青木研・漆博雄(1994):「Data Envelopment Analysis と公私病院の技術的効率性」、『上智経済論集』第39巻1号、pp.56-73、上智大学経済学会
- 経済財政諮問会議(2001):『サービス部門における雇用拡大を戦略とする経済の活性化に関する専門調査会 緊急報告』、5月11日
- 厚生労働省(2002):『平成13年版働く女性の実情(女性労働白書)』
- 周燕飛・大石亜希子(2002):「保育サービスの潜在需要と価格弾力性の分析」、『日本経済学会2002年度秋季大会発表論文』
- 白石小百合・鈴木亘(2003):「経営主体別にみた保育サービスの質:認可・認可外保育所の比較分析」、『八代尚宏・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』第8章、東洋経済新報社』
- 鈴木亘(2002a):「非営利訪問介護事業者は有利か?」、『季刊社会保障研究』第38巻1号、pp.74-88、国立社会保障・人口問題研究所
- 鈴木亘(2002b):「介護サービス需要増加の要因分析 - 介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて」、『日本労働研究雑誌』、No.502、pp.6-17、日本労働研究機構
- 鈴木亘(2003):「公的介護保険によって訪問介護市場はどう変わったか」、『八代尚宏・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』第7章、東洋経済新報社』
- 総合規制改革会議(2002):『規制改革の推進に関する第2次答申』、12月12日
- 知野哲朗(1995):「医療サービスの生産と病院組織」、『鶴田忠彦編『日本の医療経済』第3章、東洋経済新報社』
- 坪内浩(1996):「規制緩和・民営化の日米英国際比較シンポジウムについて - 規制緩和のプロセスについての視点 - 」、『ESP』、No.285、pp.28-31、経済企画協会、1月
- 内閣府(2001):「近年の規制改革の経済効果 - 生産性の分析」、『政策効果分析レポート No.6、内閣府政策統括官(経済財政 - 景気判断・政策分析担当)、4月』
- 内閣府国民生活局物価政策課(2002a):「介護サービス市場の一層の効率化のため」

- めに - 「介護サービス価格に関する研究会」報告書 - 」、8月
- 内閣府(2002b) : 『平成13年度国民生活白書』
- 内閣府国民生活局物価政策課(2003) : 「保育サービス市場の現状と課題 - 「保育サービス価格に関する研究会」報告書 - 」、3月
- 中島隆信・駒村康平・磯崎修夫(2000) : 「日本の病院における全要素生産性」、国立社会保障・人口問題研究所編『医療・介護の産業分析』第2章、東京大学出版会
- 福田素生(2000) : 「保育サービスの供給について:費用面からの検討を中心に」、『季刊社会保障研究』第36巻1号、pp.90-101、国立社会保障・人口問題研究所
- 米国医療の質委員会 / 医学研究所(2002) : 『医療の質』(医学ジャーナリスト協会訳)、日本評論社
- 八代尚宏(2000a) : 「社会的規制はなぜ必要か - 規制の原点に戻った改革を」、八代尚宏編『社会的規制の経済分析』第1章、日本経済新聞社
- 八代尚宏(2000b) : 「福祉の規制改革 - 高齢者介護と保育サービス充実のために」、八代尚宏編『社会的規制の経済分析』第5章、日本経済新聞社