

医療法人のガバナンスについて

松原 由美

明治安田生活福祉研究所主任研究員

田中 滋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

近年、日米とも企業の不祥事が頻発したことなどから、両国とも企業経営に対する監視制度が注目されるようになった。これがコーポレート・ガバナンス(企業統治論)が重要視されるようになった要因である。ガバナンスは、医療業界においても関心を集めている。医療事故等が多く発生することなどがその背景にあると考えられる。本稿ではガバナンスについてその概要に触れた後、医療法人のガバナンスのあり方について考察する。

1. ガバナンスの定義と目的

コーポレート・ガバナンスとは何か。これにはいろいろの捉え方が存在するが、企業経営者に対する監視ないし規律づけとする見方が通説となっている。では、誰が何のために企業経営者を監視・規律づけするのであろうか。株式会社にあっては、株主が自己の投資した資産の最大化のために、経営者を監視または規律づけるためと言ってよい。これがコーポレート・ガバナンスの基本的骨格に他ならない。

他方、「誰が何のためにか」に関しては、国によりまた時代により変化しており、一様ではない。誰のためかについて観察すると、ガバナンス論の当初の頃は株主であったが、その後株主予備軍たる投資家(公開会社の場合)そしてさらに昨今では消費者、従業員、取引先、債権者、地域住民などの企業の利害関係者(ステークホルダー)すべてという考えに広がってきている。

「誰のために」が変われば、当然に「何のために」、そしてそのガバナンスのあり方も変わることになる。本稿では医療法人のガバナンスのあり方が主旨なので、これらのバリエーションは割愛する。

ガバナンスの目的すなわち企業経営者の監視については、その具体的中身は大別して2つ挙げられる。1つは経営の不祥事の防止(適法性の監視)である。具体的にはコンプライアンス、環境保全、社会的責任の遂行などに関するものに属する。もう1つは、経営の効率化・競争力強化を図り、企業が拡大・成長に努めているかどうかの監視である。いわゆる効率性の監視で、これは別な言い方をすれば、株主価値最大化に努めているか否かの監視を指す。

ところでガバナンスが必要となる状況はいかなる事態で生ずるのであろうか。株主が経営者をチェックする点は、株主イコール経営者であるオーナー経営会社にとっては、株主

のためという意味でのガバナンスのニーズは生じないと思われる。このように考えると、株主のためという意味でのガバナンスは、所有と経営が分離している状態であることが条件となる。

もっとも、先に述べたように、単に株主だけのためでなく、「利害関係者すべてのために」が目的であれば、たとえ所有と経営が分離していなくとも、ガバナンスは当然に必要とされる。ただこの場合、株主が経営者をチェックする場合に比べ、利害関係者が経営者をチェックする合理的根拠を明確にしなければならない。株主が自己の所有する企業の運営を経営者に委託し、他方で経営者を監視する根拠は比較的理解しやすい。それに対し、ステークホルダーの一角を占める地域住民が企業経営者を監視するとなると、合理性をもった根拠を明確にする必要がある。

経営者を監視する必要性の条件があり、監視に合理的根拠が存在するならば、次は具体的にどういう監視方法が採られるべきかが課題となるが、現状一般的にみられる方法論は、以下の3つにまとめられる。

- 当該企業外の第三者の考え、意見を反映する仕組み
- 意思決定機関と業務執行機関との分離
- 情報公開による企業経営の透明化

株主のためというニーズなら、所有と経営の分離が前提である。両者が分離した企業の大部分には、決定的大株主が存在せず、当然に公開会社なので、原則大企業となる。一方、株主以外のステークホルダーのための場合、「社会の公器」といわれるように、その行動が社会へ及ぼす影響力が大きいことが前提となるであろうから、これもやはり原則大企業となる。

一方、中小企業レベルの企業にあっては、所有と経営が分離しておらず、たとえ株式を公開していたとしても、通常は大株主としてオーナー経営の体質をもつ。さらに、社会の公器とみなされる程には影響力も一般には認められないので、中小企業においては原則ガバナンスはあまり問題にならないといえる。

これら中小企業は、ガバナンスという形では経営チェックは行われませんが、ただ企業の

様々なステークホルダーからは自動制的にチェックされている(市場の監視)。一般産業の中小企業の場合は、消費者や取引先、債権者といった外部から常に厳しいチェックを受ける。例えば消費者むけに製造する製品またはサービスに問題があれば、消費者がただちに離反する。対企業取引でも、納入先企業の基準(要請)に合わなければ、たちどころに取引が中止されてしまう。特に下請け企業のような立場であれば、親企業からコスト、品質、納期等々について常に厳しい要求を受けるので、効率化を進めざるをえない状況におかれている。

また、金融機関、取り分け銀行や信用金庫からの監視も厳しいものがある。売上や利益が下がれば、何故下がったのか、あがる見込みがあるのか、様々な資料提出や事業計画書作成が何度も求められ、それに対し繰り返し厳しいヒアリングが行われる。このように、中小企業は幾十にもステークホルダーから自動的にチェックされる状況に置かれているといえる。

2. 医療法人のガバナンス

以上を踏まえて、本節では医療法人のガバナンスについて考察する。ガバナンスを検討するにあたっては、ガバナンスの視点からみた医療法人の特徴、医療法人におけるガバナンス導入の根拠、医療法人におけるガバナンスの目的、という3つの視点から整理してみたい。

2.1. ガバナンスの視点からみた医療法人の特徴

医療法人においては一般に所有と経営は分離していない。持分なしの法人にあっても、経営者と理事会に距離はない。したがって、「所有者による経営者の監視・規律づけ」の側面から見たガバナンスの必要性はほとんど認められない。特に医療法人の場合、社員総会も理事会も、出資比率に拘わりなく一人一票制のため、出資者である経営者(理事長)は地位保全のために社員や理事を同族等で固める傾向が強く、ますます所有と経営は一体化している。

また資金調達にあたっては、株式や債券といった不特定多数から調達するスキームを用いていないので、そうした投資家への説明責任も乏しく、当然に彼らにチェックされる筋

合いもない。さらに一般の事業会社、取り分け中小企業に強く現れたように、市場による監視・規律づけも医療法人の場合には弱い。

例えば医療提供者と消費者(患者)の間には情報の非対称性が存在することなどから、消費者からチェックされる度合いは、一般事業会社と比べて極めて乏しい。取引先も、医薬品会社や卸、病院給食、リネンなど、いずれも納入業者の立場にあるので、これら取引先から病院がチェックされるとは考えにくい。

金融機関についても、医療機関経営者は地域の名士であることが多く、また、特に地方においては銀行にとって他に大きな貸出先もなく、預金獲得先としても重要顧客であり、余程経営が悪化しない限り、経営内容に関して厳しい事柄を指摘しないと考えられる。個別ケースでは銀行に厳しい注文を言われている例も存在するであろうが、一般の中小企業との相対感でみると、病院はそれらステークホルダーに対し、比較的強い立場にあると思われる。

このように、消費者、取引先、債権者といった、医療法人外部のステークホルダーにもチェックする者がいないケースが珍しくない。要するに医療法人の場合は、しばしば法人の内外にチェック者が制度的にも、実態的にも存在しないことが特徴である。

2.2. 医療法人におけるガバナンス導入の根拠

ガバナンスを導入するには、ガバナンスを必要とする事情が存在しなければならない。先に見たとおり、医療法人にはガバナンスを必要とする事情、つまり誰が何のためにかがストレートには見出せないが、実は医療法人にもガバナンスを必要とする大きな根拠が存在する。

それは社会的共通資本としての役割を担う広義の公益性であり、「医療を価値財とみなすとの合意の下に導入された公的保険...社会的連帯の仕組み...に支えられた制度」の下での存在という点に他ならない。このため、株式会社に見られるような特定者の利益保護といった形でのチェックではなく、社会的にみて健全で適切な経営が経営者に求められることになる。

3. 医療法人におけるガバナンスの目的

医療法人の場合、ガバナンスの根拠が公益性および医療の価値財性にある以上、「誰のために」とかといえば、やはり「患者のために」を第一義とすべきことになる。「何をチェックするか」については、適法性の監視にかかる点からみれば、コンプライアンス、医療過誤防止、環境保全などだろう。最後に、効率性の監視をめぐる項目については、非営利性の維持と考えられる。

4. 米国の民間非営利病院におけるガバナンスの例

米国の民間非営利病院は、その多くが教会や慈善団体が作った救済施設として出発した。このような歴史から、米国の民間非営利病院は、所有者がない(財産が個人に属さない)、利益分配がないことから、その実態も非営利である。このような米国民間非営利病院において、どのようにガバナンスが発揮されているのかを概観しよう。

米国病院では監視機関として理事会が機能しているが、その理事長は同族でなく当然に世襲でもない。理事メンバーは病院理事長、CFO といった病院内部の者の他、地域住民(例えば大学教授、ビジネスエグゼクティブ、資産家などの地元名士や地域のソーシャルワーカーなど)で構成されていて、理事長の息のかかったメンバーだけで構成されるようなことはない。この点がわが国と大きく違うところである。なお外部のボードメンバーは報酬を受けず、その地位は名誉職と捉えられている。

他方、情報公開に関しては、もともと米国の民間非営利病院は財産が個人に帰属しないという背景があるほか、地域との密接な関係を構築する意味で、寄付者や地域住民に情報を開示する伝統をもつ。また、すべての病院ではないが、免税病院債で不特定多数から資金調達していることもあり、格付けを受けているなど経理面でも第三者のチェックが強く機能している。

さらに、JCAHO(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)の認定を受けなければメディケアからの保険償還が受けられない。あるいは NCQA(National Committee for Quality Assurance)による民間保険会社チェックの際に病院がデータを提出しなければ、保険会社と契約を結べないなど、病院経営が法的に問題ないか、医療の質が保たれる組織的取り組みがなされているかなど、こと細かなチェックが外部機関によって行

われている。

その上、非課税扱いになるためには IRS(内国税庁)の定める 501(c)3 組織に認定されなければならない、その認定を受け維持するためにも、理事長への過剰な給与支払いなどは原則出来ない仕組みとなっている。このように情報開示や第三者評価はわが国より相当進んでおり、経営の透明性が図られている。

5. 医療法人におけるガバナンスのあり方

医療法人におけるガバナンスのあり方としては、先に示した一般的な 3 つの方法に沿って検討すると、第 1 に第三者の意見を反映する仕組みとして、外部の人間を医療法人の監視機関に入れることが考えられる。例えば地域住民代表や関係有識者などからなる評議員制度を導入し、メンバーは病院経営者層と血縁関係もしくは利害関係のない第三者に加入してもらうなどの方策がある。評議員会には経営上の重要事項は原則すべて諮るものとするが、ただ理事の選任・解任事項を入れるかどうかは別途検討しなければならないであろう。なぜなら出資比率に関わらず、一人一票制の下では、理事の地位保全が不安定化するためである。

第 2 に意思決定機関と業務執行機関との分離については、わが国の同族性、世襲制の風土を抜本的に改定しない限り、実効性は期待できない。そのため尚更、既述の評議員会が必要であり、監視役としての機能が求められる。

第 3 の経営の透明性については、医療は公益性が強いという観点から、医療に関係する部分(医療機能評価機構等の認定、症例別の手術件数、平均在院日数など)と、経理の開示は行うべきと思われる。

ただし、規模や役割の点で画一的に全医療法人に適用することについては、コストなどの面からも問題があるだろう。例えば 1 人で開業している診療所と、500 床以上の大規模病院に、同じように外部監査を受けさせる、情報公開をするといったことを画一的に強制するのは、小規模医療機関にとっては厳しすぎると思われる。どういうレベルに何をどこまで求めるかは別途検討する必要があるといえよう。

ただ少なくとも大規模病院、急性期病院といった「社会資本性」がより高い病院においては、早急に経営の透明化を制度化すべきではなからうか。

医療法人はその公益性や、経営の透明化を求める時代の流れなどから、今後は自ら積極的に第三者評価を受ける姿勢が必要であろう。例えば医療機能評価機構の認知を受ける、ISO の認定を受けるなどは最低限求められる方策である。さらにこのような医療の質や組織体制についてだけでなく、経理面の評価、例えば監査を受ける、格付けを受けることも、今後は検討されなければならない。

医療法人は地域にとっての社会資本であり、社会の公器という自覚を持ち、経営の透明化促進に向けての一層の取り組みが求められる。

<参考文献>

1. 伊丹敬之 『日本型コーポレート・ガバナンス：従業員主権企業の論理と改革』 日本経済新聞社 2000 年
2. 稲上毅，連合総合生活開発研究所編著 『現代日本のコーポレートガバナンス』 東洋経済新報社 2000 年
3. 井村進哉・福光寛・王東明編著 『コーポレートガバナンスの社会的視座』 日本経済評論社 2002 年
4. 海野進 『これからの地域経営：ローカル・ガバナンスの時代』 同友館 2004 年
5. 植竹晃久，仲田正機編著 『現代企業の所有・支配・管理：コーポレート・ガバナンスと企業管理システム』 ミネルヴァ出版 1999 年
6. 大掛猪津夫 『取締役・監査役の独立性：変貌するコーポレート・ガバナンス』 インターワーク出版 2002 年
7. 小佐野広 『コーポレート・ガバナンスの経済学：金融契約理論から見た企業論』 日本経済新聞社 2001 年
8. 川口幸美 『社外取締役とコーポレート・ガバナンス』 弘文堂 2004 年
9. 関西経済同友会編 『21 世紀の企業革新とコーポレートガバナンス』 実務出版 2001 年
10. 菊池敏夫，平田光弘編著 『企業統治（コーポレートガバナンス）の国際比較』 文眞堂 2000 年
11. 経済企画庁経済研究所編 『日本のコーポレートガバナンス：構造分析の観点から』 大蔵省印刷局 1998 年
12. 佐久間信夫 『企業支配と企業統治：コーポレート・コントロールとコーポレート・ガバナンス』 白桃書房 2003 年
13. 貞松茂 『コーポレート・コントロールとコーポレート・ガバナンス』 ミネルヴァ書房 2004 年
14. 神野直彦・澤井安勇編著 『ソーシャル・ガバナンス：新しい分権・市民社会の構図』 東洋経済新報社 2004 年
15. 末長敏和 『コーポレートガバナンスと会社法：日本型経営システムの法的変革』 中央経済社 2002 年

16. 中央青山監査法人グループ編『コーポレート・ガバナンスの経営監査』東洋経済新報社 2002 年
17. 津田秀夫編著『コーポレート・ガバナンスと内部監査機能：内部監査の国際比較』中央経済社 1999 年
18. 土屋守章・岡本久吉『コーポレート・ガバナンス論』有斐閣 2003 年
19. 手島宣之『経営者のオーナーシップとコーポレート・ガバナンス：ファイナンス理論による実証的アプローチ』白桃書房 2004 年
20. 寺本義也・坂井種次編『日本企業のコーポレート・ガバナンス：「統治」による企業価値の創造を目指して』生産性出版 2002 年
21. 西川正治、牛尾治朗編『日本企業のコーポレートガバナンスを問う』商事法務研究会 2000 年
22. 西脇敏男『コーポレート・ガバナンスの多面的研究：経営者のコントロール・システムとして』八千代出版 2001 年
23. ニッセイ基礎研『特集コーポレート・ガバナンス』所報 33 号 2004 年
24. 日本取締役協会編『取締役の条件：21 世紀のコーポレート・ガバナンスはどうあるべきか』日経 BP 社 2002 年
25. 畠田公明『コーポレートガバナンスにおける取締役の責任制度』法律文化社 2002 年
26. 花崎正晴・寺西重郎編『コーポレート・ガバナンスの経済分析：変革期の日本と金融危機後の東アジア』東京大学出版会 2003 年
27. 松村勝弘『日本的経営財務とコーポレート・ガバナンス(第 2 版)』中央経済社 2001 年
28. 宮川公男・山本清『パブリック・ガバナンス：改革と戦略』日本経済評論社 2002 年
29. 三和裕美子『機関投資家の発展とコーポレートガバナンス：アメリカにおける史的展開』日本評論社 1999 年
30. 村上亨ほか『コーポレートガバナンスの多角的研究』同文館出版 1999 年
31. 森田章『会社法の規制緩和とコーポレートガバナンス：市場原理による経営監視とディスクロージャーの充実』中央経済社 2000 年
32. 龍慶昭・佐々木亮『戦略策定の理論と技法：公共・非営利組織の戦略マネジメントのために』多賀出版 2002 年

33. リサーチ・アンド・ディベロプメント編、太田黒夏夫・中田和明『非営利組織の事業評価』日本評論社 2003 年
34. エイドリアン・キャドバリー(日本コーポレートガバナンスフォーラム英国コーポレートガバナンス研究会専門委員会)『トップマネジメントのコーポレート・ガバナンス』シュプリンガー・フェアラーク東京 2003 年
35. Harvard Business Review 編(DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部訳)『コーポレート・ガバナンス』ダイヤモンド社 2001 年
36. ロバート A.G.モンクス,ネル・ミノウ(ビジネスブレイン太田昭和訳)『コーポレート・ガバナンス』生産性出版 1999 年
37. OECD 閣僚理事会, OECD 民間諮問委員会編(酒井雷太訳)『OECD のコーポレートガバナンス原則』金融財政事情研究会 2001 年

経済学的な非営利原則と新たな資金調達手法の親和性について

河口 洋行

国際医療福祉大学 医療福祉学部 助教授

1. はじめに

1.1. 報告書全体に対する本稿の位置づけ

「医療法人による様々な新しい資金調達方法と非営利性の両立に関する研究」(以下当該研究)においては、以下の3点が研究課題として挙げられている。

医療法人のガバナンスのあり方

資金調達と非営利性の両立

医療法人と営利法人の関係の実態

本稿は上記3点のうち、の資金調達と非営利性の両立に関する研究である。特に、経済学の見地から非営利の定義や特性を考察し、現在検討されている新たな資金調達手法として「病院債」及び「不動産証券化」を取り上げて、非営利性から見た問題点を考察している。さらに新たな資金調達手段を導入するうえで必要となる政策的な措置を筆者個人の意見として提案した。

1.2. 資金調達に関する先行研究

米国で1980年代にDRG/PPS方式が導入された激動期に現場で病院経営を行った方々にインタビューをした際に、彼らが強調したのは、病院経営を外部環境に適応させ効率化するためには、「制度の変化を理解できる訓練された職員」と「環境変化対応のための投資資金」の必要性であった。つまり、現場の創意工夫で対応できる範囲を超えた環境変化に対しては新たな経営を再構築する「人」と「金」が調達できるかが、その経営体の命運を決するとの考え方である。

病院の資金調達問題が重要な理由は次の3つである。第1に今後の医療保険制度の変革に対応するためにも情報システム投資等に向けた新たな資金の調達が必要になる可能性が強いこと、第2に他産業で新しい金融商品が開発され、医療産業における応用が可能となっていること、第三に日々の資金繰りに問題がなくとも病院建替などの長期設備資金の調達に問題が生じるなど、資金の性質によっては調達が困難な場合が考えられることである。

しかし、このような病院の資金調達問題が重要性を増す中で、当該問題を政策論として扱った論文は、あまり多くない。例えば、わが国における病院の「設備投資の政策的重要

性」については、宮沢(2000)¹が医療福祉分野を公共投資との比較において生産誘発の波及効果に言及しているほかは、ほとんど議論されていない。「病院の資金調達の実態」については、安川(1997)²が民間病院における外部資金調達の実態として、半数以上の病院が資金調達上の困難を訴えていること、公的融資による外部資金調達が病床規制以降も伸び続けていること、今後も民間病院における公的資金需要は減退しない可能性が高いこと等を把握している。また、田中(1993)³では病院経営の視点から資本コスト推計を行い、1975年以降に開設された病院は、必要投資額を有利子負債の増加によって賄っていることを指摘している。河口(2000)⁴は、病院の設備投資資金の需要推計を基礎に、新たな資金調達手段の検討を行っている。

「病院の資金調達における問題点」については、規制という側面から八代(2000)⁵が、組織論としてみた営利企業の病院経営への参入禁止とは、単に株式発行による資金調達の手段を制約しているにすぎないと主張している。同じように田中(1993)⁶でも医療法人における配当禁止は、長期的には借入金より多くの有利性を併せ持つ株式や債券などの発行という多様な資金調達手段を否定しているため、借入金への依存を通じ、支払利子の形で付加価値の外部流出をもたらしていると指摘している。

最近の研究としては、田中ら(2001)⁷が包括的な医療機関の設備投資資金の調達に関する研究を行っている。また、松原(2002)⁸が病院の資金調達の実態から新たな資金調達手段の可能性とその際の政策支援のあり方にまで踏み込んで検討を行っている。

1.3. 非営利性との関連考察に新規性

このように病院の資金調達問題については、様々な角度からの検討がなされているが、

¹宮澤健一(2000)「公共投資から福祉医療へ」(日経新聞、経済教室)

²安川文朗(1997)「民間病院の資金調達について」『医療と社会』7(3):83-98

³田中 滋(1993)「医療政策とヘルスエコノミクス」(日本評論社)

⁴河口洋行(2000)「私的病院の資金調達問題について：資金需要推計と新たな資金調達スキームの提案」『医療と社会』Vol.10 No.3 2000

⁵八代尚宏(2000)「社会的規制の経済分析」(日本経済新聞社)

⁶脚注3に同じ

⁷田中 滋(2001)「医療機関の設備資金の資金調達に関する研究」(厚生労働省)平成13年度厚生科学特別研究事業報告書 2002.03.31

⁸松原由美(2002)「わが国の民間病院における資金調達」『社会保険旬報』(上下) No.2155(2002.12.1) No.2156(2002.12.11)

病院の資金調達手段を非営利性との整合性から検討した研究はほとんど見られない。唯一、前出の松原(2002)⁹が病院債の免税特典について検討した事例がある程度で、本格的な議論はこれから行われると思料される。本稿は、病院の資金調達手法の検討に加えて、当該手法と非営利性の関係を考察した点で一定の新規性が認められる。

2. 経済学から見た非営利性とその特性

2.1. 非営利組織の存在理由¹⁰

病院を始めとした医療サービスの供給主体は、非営利組織が行う場合が多い。この点は経済学的には、以下のように説明できる。医療サービス市場においては、供給者と消費者との間に情報の非対称性があるために、通常の契約メカニズムでは消費者に適切な監視手段を提供できない。この状態を「契約の失敗(contract failure)」という。この時、利益追求主体である営利企業は市場支配力(market power)を不当に利用する可能性が非営利組織より高くなる(Arrow, 1963)¹¹。この議論から、非営利組織の方が消費者との契約コストがより低くなることが示唆されている。この Arrow の議論をより拡張し、医療サービス供給は、消費者との情報の非対称性から非営利組織が多数を占めるとの主張もなされている(Weisbrod, 1988)¹²。つまり、非営利組織とは、医療サービス市場における情報の非対称性から生ずる契約の失敗を補完する仕組みであると考えられる。

2.2. 非営利組織に関する Hansmann の 2 つの権利と定義

それでは、非営利組織とはどのように定義されるのであろうか。非営利組織に関する研究の第一人者である Hansmann(1998)¹³によれば、組織に関する権利は、組織をコントロールする権利と、その結果の剰余金(net earnings)を受領する権利の 2 つがあるとしている。

⁹ 脚注 7 に同じ

¹⁰ Sloan, F.A. (2002), "Not-for-profit ownership and hospital behaviour " Handbook of Health Economics Elsevier Science B.V. Chapter21

¹¹ Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review 53(5): 941-973

¹² Weisbrod, B.A. (1988), The Nonprofit Economy (Harvard University Press, Cambridge, MA)

¹³ Hansmann, H.B. (1998), "Ownership of the firm", in P. Newman, ed., The New Palgrave Dictionary of Economics and the Law, Vol.2 (McMillan Reference Limited/Stockton Press, London and New York) 735-742

の組織をコントロールする権利は、通常の株式会社でいえば「経営を委任する取締役会のメンバーを選出する権利」及び「経営上の重大事項の決定への投票権」という形をとる場合が多い。の剰余金を受け取る権利は、「株主に対する配当」などを指すと考えられる。これらの2つの権利は別々の個人や組織に割り当てることが理論上は可能であるが、実際には2つの権利が結合している場合がある。株式会社などの営利組織では、とを同じ者に持たせることによって、利益最大化の経済的誘因を持たせている。

しかし、非営利組織(not for profit)は、例外的にこの、を分離しているのが特徴である。つまり、経営をコントロールする権利(或いは受任者を指名する権利)を持っている主体が剰余金を受け取る権利を持っていないとされている。したがって、非営利組織の所有者は存在せず、そのため収益最大化の経済的誘因がないこととなる。例えば、医療法人においては、については、自律的な内部者による運営(例えば理事会)が行われる。については、剰余金は基本的に再投資され、その受領者は存在しないと解釈できる。また、Hansmannによれば、米国の法体系においてはともに実質的には地域に帰属するべきとされている。(Hansmann, 1998)

2.3. 行動様式の特徴

経済学から見た非営利組織の特徴は、どのような行動様式をもたらすのであろうか。非営利組織を営利組織と比較した場合にもっとも大きな特性は、「組織の目的が、profit 最大化ではなく output 最大化」(Lakdawalla and Philipson, 1998)¹⁴であるという点である。また Hoerger は、非営利病院は zero profit 制約のもと効用最大化を行っている。非営利病院の利益は、外生的要因に対してあまり反応しない(Hoerger, 1991)¹⁵との特性を述べている。後者の点は、医療の継続性という点ではメリットがあるが、社会環境の変化への対応が遅いというデメリットも考えられる。

非営利組織の効率性については、研究によって相反する見解が示されている。Clarkson は、利益動機は費用最小化を追求することによる効率性を促進させるとしている。このた

¹⁴ Lakdawalla, D., and T. Philipson (1998), "A neoclassical theory of nonprofit production", July

¹⁵ Hoerger, T.J. (1991), "'Profit' variability in for-profit and not-for-profit hospitals", *Journal of Health Economics* 10(3): 259-289

め、病院産業においては、非営利組織の方が営利組織に比べて、あまり効率的ではないというデータを示している(Clarkson, 1972)¹⁶。一方、Hart は、「営利企業は費用削減のインセンティブが強すぎるので、縮小できないようなコストを削減した場合の潜在的な悪影響について無視してしまう」とまとめ、非営利組織のよさを強調している(Hart and co-authors, 1997)¹⁷。また Hart らは、資産の所有形態も利益動機に影響を及ぼすとしている。資産の所有は、契約が不完全な時にその所有者に市場支配力や価格交渉力を与えるため、結果として資産所有者はコスト削減・利益増大の誘因を持つと結論している。このため、非営利組織の保有する資産に対する明確な所有者が確定されていないと、利潤動機や効率化の誘因が小さいとしている(Grossman and Hart, 1986)¹⁸、(Hart and Moore, 1990)¹⁹、(Hart, 1995)²⁰。

このような研究結果を外観すると、非営利組織においては、利益追求や資産保有による「効率化・費用最小化の経済的誘因」と「品質の担保」のバランスをとることが重要であると考察される。この点では、わが国の医療法人制度は、出資者に利益配当を禁止して一方では資産所有を認めると言う折衷型の経済的誘因を与えていると考えられる。

さらに、資本調達や負債水準についても非営利組織の特性が認められる。非営利組織は株式を発行することができないので、資本調達のためには寄付・内部留保・負債に頼らざるを得ない。しかし、これらは組織の資本ニーズにマッチするには不十分であるため、過小資本となりやすいとの主張がある。また、米国の非営利病院は、発行可能な免税債などの水準が定められている。非営利病院は、この水準を目標にして負債を持つような行動をとっているとされている。この負債の目標水準は高いため、経営実態に対して超過負債を生じやすいとの主張がある(Wedig et al. 1996)²¹。また、フロリダの 1980 年代における病院の投資決定について分析では、キャッシュフロー・累積利益・減価償却引当金について、営

¹⁶ Clarkson, K. (1972), "Some implications of property rights in hospital management" *Journal of Law and Economics* 15: 363-384

¹⁷ Hart, O., Shleifer and R.W. Vishny (1997), "The proper scope of government: Theory and an application to prisons", *Quarterly Journal of Economics* 112(4): 1127-1162

¹⁸ Grossman, S., and O. Hart (1986), "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration", *Journal of Political Economy* 94(4): 691-719

¹⁹ Hart, O., and J. Moore (1990), "Property rights and the nature of the firm", *Journal of Political Economy* 98(6): 1119-1158

²⁰ Hart, O. (1995), *Firms, Contracts, and Financial Structure* (Oxford University Press, Oxford)

²¹ Wedig, G.J., M. Hassan and M.A. Morrisey (1996), "Tax-exempt debt and the capital structure of nonprofit organizations", *Journal of Finance* 5(4): 1247-1284

利病院より非営利病院の方が投資により大きな正の効果があったことが確認されている (Hoerger, 1995)²²。これらのことから非営利組織は、超過負債や超過投資を抱える経済的な誘因を持つことが伺われる。わが国では、免税債はないが、財投機関による低利融資があり、この利用を通じて過剰な負債を持つ誘因があると考えられる。また、高額医療機器への過剰投資が多いとの意見も見られる。

2.4. 投資者の負担するリスクの性質

経済学では一般的に、組織に対する所有権を持っている者は、同時にその費用(Cost of Ownership)も負担することとなる。主な費用は以下の 2 つで、第 1 に、リスク負担(Risk Bearing)である。外部投資者による株式投資や資産保有は、内部者による所有に比して、分散投資のメリットが享受できる分リスクの負担力が大きい。従業員などの内部者による所有は、リスク負担力が外部投資者に対して相対的に低いことが問題である。また取引先などの Patron が情報入手や契約コスト削減のために出資する場合も外部投資者であると想定される。第 2 に、投資者と経営者に生じる Agency Cost である。この費用はさらに、投資家が経営者を監視する Monitoring Cost と、経営者が機会主義的な行動をとったときに生じる費用に二分される。

我が国では、これまで病院における出資者は病院経営者が主であり、内部者の投資に依存してきた。これから病院の投資負担や経営リスクが高まると、リスク負担力を高めるために外部投資者の資金を導入することを検討する必要がある。

また、第 2 の Agency Cost については、我が国ではこれまで投資者 = 経営者のケースが多いためほとんど問題がなかった。また、負債面においても銀行融資がほとんどであったため、診療報酬受取り口座のキャッシュフローなどから経営面の把握を行うなど、情報の入手も可能であった。しかし、これまでとは異なる外部投資者の資金を利用するような新しい資金調達手法においては、表面的な金利負担のみならずこの Agency Cost も考慮する必要があると考える。

²² Hoerger, T.J. (1995), "Hospital investment in the 1980's", unpublished paper, March

2.5. 経済理論から想定される非営利原則維持のためのルール

2.5.1. 経済学から示唆される制度的な枠組みのあり方

これまでの、経済学からの非営利組織に関する考察から以下の5点の示唆が得られるであろう。

第1に、経営コントロールの権利を適切に保つことが必要である。先に見たように、非営利組織における権利としては、「経営コントロールの権利」と「利益配分に参加する権利」の2つがあった。この2つのうち、前者の経営コントロールの権利を適正にしておかないと、利益配分に参加する権利も侵害されるため、前者が特に重要とされている。経営コントロールの権利とは、具体的には重要事項決議の際の投票権であり、その投票権を誰かに与える仕組みである。非営利原則を堅持するためには、これらの権利を特定の利益集団に渡さない仕組みが必要である。

図表1 非営利原則と具体的ルール

Hannsman による 2つの権利	経営をコントロールする 権利	剰余金を受け取る権利
具体的なルール	a) 経営に関する 決定権の仕組み b) 上記の決定権を 付与する仕組み	a)剰余金(フロー)の外部流出の 禁止[収益配当の禁止] b)資産(ストック)の所有者の 禁止[解散配当の禁止] c) 内部者に対する利益配分の 制限給与水準の上限] d) 剰余金の地域社会への再投資 の義務付け(免税の理論)

出所) 筆者作成

第2に、剰余金を受け取る権利とその剰余金の蓄積である資産の分配権を個人に属させないことが重要である。さらにその権利は、実質的に地域に還元する仕組みが望ましい。

第3に、非営利原則と効率化への経済的誘因のバランスをとることが重要である。我が国の医療法人制度においては、外部への利益配当を禁止する一方で持分と言う解散配当権を認めている。このため、厳密には Hannsman のいう非営利組織(non for profit organization)ではない。つまり、わが国の医療法人制度は、2つの配当権を分離し、片方の所有を認めるという折衷案となっており、これは効率化への経済的誘因と非営利原則の中間に位置す

るとも考えられる。既に政府は、この中間性を維持するのではなく、非営利性をさらに強化するという方針を打ち出している²³。したがって、資産分配権の個人への帰属をなくす方向で検討すべきであろう。併せて、医療提供者の効率化要因を損なわないためには、公的医療保険の支払い制度(償還方式)における費用最小化の経済的誘因を強化することも検討する必要がある。

第4に、非営利組織の特性として、超過負債や過剰投資を行いやすい点がある。新たな資金調達に際しても、このような問題点を拡大しないような配慮が必要であろう。

第五に、設備投資額の増大などに対応するためには、外部資金の導入によってリスク負担力を高めるとともに、投資者からみた Agency Cost を抑制するような仕組みも必要であろう。

上記のような点に留意して、新たな資金調達手段によって、「契約の失敗への対応策」としての非営利組織の特性が阻害されることのないような措置をとる必要がある。

また、さらに厳密な非営利原則を適用するならば、病院内部者に対する利益分配の制限(例えば、給与水準の上限規制)や剰余金の地域社会への再投資義務付け(例えば、保険自己負担の減免、正常出産等公的保険外サービスの料金減免の実施義務付け)などのルールを適用することも考えられる。ただし、上記2点のルールについては、現在営利法人並みに課税されている医療法人の税法上の取り扱いを検討する必要も出てくることから、本稿においては、収益配当及び解散配当禁止のルールに絞って、新たな資金調達手法との問題を考察することとしたい。

2.5.2. 実効性を担保する監視制度

このほかに、これらの理論的な枠組みを実効性のあるものにするための、政府の監視能力(或いは監視に伴う費用)が問題となる。つまり非営利原則を堅持するための新たなルールを考案したとしても、政府にそのルール遵守の能力やそのための費用負担ができない場合には、却って実質的な非営利原則が失われる結果となる場合も想定される。現在の収益配当の禁止についても、様々な手法で実質的に剰余金が組織外部に流出している可能性が

²³ 「これからの医業経営のあり方検討会」最終報告書(2003年3月29日)には、「非営利性の徹底」についての記述が見られる。

あるケースが見られる。このような場合には、実効性を伴う監視制度も併せて考慮したうえで政策手段の選択をする必要がある。

3. 現在検討中の新たな資金調達手段

3.1. 一般的な資金調達手段の整理

3.1.1. 一般的な3つの資金調達手段

私的病院に対する新たな資金調達スキームを検討する前提として、まず一般的な資金調達手段全体を概観する。一般的に企業は内部資金(主に内部留保及び減価償却費等)が充分ある場合には外部資金の調達を要しない。しかし内部資金の蓄積に時間がかかる場合や投資による収益率が資金調達コストよりも十分に高い場合には外部資金を導入した方が有利であるため、企業は外部資金の調達を行うこととなる。

外部資金の調達手段は多様であるが、貸借対照表からみると3つに大分される。エクイティ・ファイナンス(資本面：増資等)、 デット・ファイナンス(負債面：社債発行・銀行借入等)、 アセット・ファイナンス(資産面：債権流動化・不動産証券化等)である。これらに利益を積み立てた内部留保等が投資原資となる。企業金融における Financing Hierarchy 理論によれば、設備投資原資の優先順位としては、その資金調達手段の資金調達コスト(投資家にとっては期待収益率)の低い順序となり、「内部資金」「負債」「資本」とされている。「資産」は、様々なケースが想定できるが、事例としては、「負債」と「資本」の中間的な位置づけが多いようである。

図表2 一般的な企業の資金調達手段

類型	資金調達方法
エクイティ・ファイナンス(資本)	新株発行、増資、転換社債
デット・ファイナンス(負債)	融資、社債、リース
アセット・ファイナンス(資産)	証券化

出所) 筆者作成

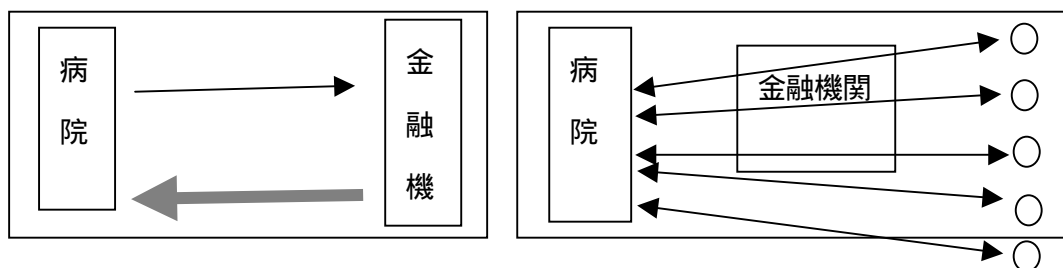
3.1.2. 資金調達手段による資金の性質

資金の調達方法によってその資金の性格も異なる。一般的に エクイティ・ファイナンスの代表的な手法である株式発行は、取引市場での値上がり益を享受できる一方で、一般的に企業が倒産した場合には返済が行われず無価値となる。このため、ハイリスク・ハイリターンの資金とされている。一方 デッド・ファイナンスの代表的な手法である銀行借入は、資金提供側では貸出金利以上のリターンは得られないが貸出審査や担保徴求などが厳格なことから、ローリスク・ローリターンの資金とされている。

また、それぞれについて市場取引を行うか相対取引で行うかの制約条件が付加される。

や の公募社債などに見られる直接金融手法は、資金調達側にとって金利条件や資金調達量の点で魅力的な方法である。しかし、直接金融においては、一般的な公開株式や公募社債は、不特定多数の投資家が参加する市場取引への移行を意味しており、発行者(私的病院)に対して将来の財務状況・将来収益への影響を及ぼす情報までも公開を求められることとなる。したがって発行者自体に一種の公共性が求められ、市場の期待に沿えない場合には、他のより有利な投資案件に資金は急激に逃避するという結果を招く。

図表3 相対取引と市場取引の違い



出所) 筆者作成

一方で、 デッド・ファイナンスの1つである銀行借入は相対取引であるため、極端に言えば両契約者が合意しておればいかなる条件の取引も是認される(公序に悖らないという前提)。また、どこまで情報を開示するかは、例えば銀行と病院の金融取引における力関係によって変わってくる。したがって、資金調達の手法において相対取引か市場取引かの違いも、資金調達の際の条件として異なることに注意が必要である。

3.1.3. 私的病院の現状における資金調達手段

わが国の病院の資金調達手段は、公立病院と私的病院では大きく異なる。公立病院は、設備投資を民間金融機関だけでなく、公的財源から調達することが可能である。一方、私的病院は、株式・債券での資金調達は一般的でなく、専ら銀行借入が主な外部資金調達的手段となっている。

銀行借入以外の資金調達手段としては、資本面では「出資金」や「寄附金」の受け入れ、負債面では「社債発行」や「リースの利用」が考えられる。また、最近では資産面で「診療報酬債権等の流動化」も利用され始めている。しかし、いずれも、従来から主に利用されている銀行借入に取って代わるような、長期・大量の資金調達手段にはなりえていないといえよう。

それでは、今後は有望な調達手段が利用可能となるであろうか。次節では、病院債と資産流動化による資金調達について検討したい。

図表 4 医療法人の資金調達手段一覧表

	調達手段	調達方法	特徴
資本	出資金	関係者や第三者から出資	配当禁止のため魅力小
	寄附金	関係者や第三者から募集	税金優遇措置の条件が厳しく魅力小
負債	借入金	金融機関から借入	多額の資金調達が可能
	債券 (縁故債)	友の会会員から募集	事務コスト大で魅力小 会員へのインセンティブが必要
	リース	リース会社から実施	リース物件価値の範囲内にかぎられる。

出所) 筆者作成

3.2. 病院債の検討

3.2.1. 米国病院の資金調達構造

これまでに米国に範をとった病院債の検討が何度か行われているが、様々な理由から結果として本格的な導入は行われてこなかった。それでは現在は実現可能性があるのだろうか。そのためにも、再度米国の病院債について現況を確認する必要があると思われる。まず米国病院の資金調達手法と特に病院債について見てみたい。

米国では、日本に比して直接金融市場が発達しており、株式・債券・銀行借入・不動産

証券化(REIT)などの様々な手法が用いられ、それぞれ資金の用途・性格と資金調達コストに応じ、もっとも適した方法での資金調達が行われている。

米国の病院は、直接金融市場から、地方債で約 331 億ドル(約 3 兆 6,000 億円)、社債で約 44 億ドル(約 4,800 億円)、株式で 14 億ドル(約 1,500 億円)と多額の資金を調達している。

病院全体の資金調達構造としては、直接金融が約 6 割(内、地方債が約 5 割、社債が約 7%、株式が約 2%)で、間接金融が約 4 割(銀行によるシンジケートローン等)となっている。

「地方債」と「銀行借入」で全体の 9 割を占めている。

図表 5 米国病院の資金調達構造

調達手段	地方債	社債	株式	銀行借入 (シンジケートローン)	総額 (1998 年)
調達割合	52%	7%	2%	39%	637.2 億ドル

出所) 「The 1999 Securities Data Health Care Finance Yearbook」 Thomoson Financial

3.2.2. 米国病院債の特徴

地方債は、地方公共団体が発行する債券で、その中には様々な種類がある。非営利法人の病院がよく利用する地方債のカテゴリーを「病院債」としてその特徴を述べる。

地方債は地方自治体が公共サービスを行うために資金調達をする手段として利用されている。主な目的は「教育」「病院」「交通」などである。地方債に占める病院の位置づけは 1996 年の発行割合では全体の 8.83% で、その内長期債のみをしてみると 10.82 となっており、教育に次ぐ高い割合を占めている。

図表 6 地方債のタイプ別内訳(1966 年) 単位：百万ドル

	合 計
Education	47,287 (20.84%)
Health Care	20,022 (8.83%)
Transportation	17,966 (7.92%)
Housing	17,747 (7.82%)
Utilities	17,378 (7.66%)
Public Facilities	10,269 (4.53%)
Environment	7,395 (3.26%)
Electric Power	6,249 (2.75%)
Development	5,839 (2.57%)
General Purpose	76,707 (33.81%)
	226,859 (100%)

出所) 「アメリカの証券市場」(日本証券経済研究所)を一部修正原典)Federal Reserve Board “Flow of Funds”

ここで、病院債の特徴を4つ挙げると、第1に発行するのは地方自治体である(地方政府が発行する地方債)。第2に当該債券の元利償還の義務は地方自治体にはない(発行者が義務を負わないノン・リコース債)。第3に、元利償還は病院建設等の事業プロジェクトの収益から行われる(レベニュー債)。第4に、内国税法の一定の条件(501条(c)項3号)を満たせば、連邦税に加えて当該地域居住者の購入に対する地方税も非課税(債券購入者にとっては税部分だけ実質金利がアップする)となる。この非課税が魅力で個人投資家が満期まで保有する場合が多い。また、地方債の主要投資家の32%が個人投資家であり、機関投資家中心のわが国と大きく異なる。

図表7 病院債の4つの特徴

特徴	内容
地方債	地方公共団体が発行する債券
ノン・リコース ²⁴ 債	発行者が債券償還義務を負わない債券
レベニュー債	対象事業の収益で償還される債券(通常無担保)
免税債	地域住民購入時には免税

出所)「アメリカの証券市場」p.56等より作成

図表8 地方債の主要投資((1996年末)

投資家	個人投資家	M F	商業銀行 貯蓄機関	保険会社	事業会社	その他
割合%	32.1	32.4	15.3	13.9	4.5	1.8

注)M F = Mutual Fund(投資信託の一種)

出所)「アメリカの証券市場」(日本証券経済研究所)

原典)Federal Reserve Board “Flow of Funds”

²⁴ ここでのノンリコースは、資金調達を発意した主体(州政府)に求償権が及ばず、その主体とは隔離された別の主体(非営利病院又はその病院事業)が返済義務を追うという意味である。

3.3. わが国での病院債発行に関する問題点

既に多様な資金調達手段を実現している米国の事例から見られることは、「直接金融市場の発達と信用補完制度の整備」、「多様な投資家層の存在」である。特に信用補完制度の整備については、米国では格付機関については約40年の歴史があり、かつ信用保証機関についても、民間保証専門会社が数多く存在している。このため、わが国においても、病院の発行する債券の信用リスクを補完する格付機関や保証専門保険会社等の信用補完体制が整備される必要がある。

これによって病院は、自身の発行する債券の信用リスクについて、適正な評価を得るとともに、その投資案件の期待収益率から投資の妥当性を検討することができる。また、投資家側も客観的なリスク評価に基づいて自らに最適な投資ポートフォリオのなかで、病院債を選択肢として検討することが可能になる。わが国においても各種の格付機関が病院に対する格付け開始をアナウンスしているが、その評価が投資家の信頼を得るためには、過去の格付けとデフォルト率の関係の分析が信頼性を持つような長期的なデータが必要である。

これに加えて、「病院の機能や制度における大きな違い」がある。これは、日本の非営利病院に比して、米国の非営利病院は地域医療への貢献などの厳しい条件がある一方でその条件を満たせば、免税が認められるなど、同じ非営利原則でも制度的には異なった部分がある。また、米国の病院は、ホテルサービスが中心であり手術の執刀医まで雇用する日本の病院に比して、不確定要素が小さい。したがって、病院事業に関する事業リスクやキャッシュフローが日本の収容サービスと医師サービスが一体となった病院に比して予測しやすいという点もある。これらの点を考慮すると、米国の病院債制度をそのままわが国で利用することは困難であると思われる。

また、現在「病院経営のあり方検討会」報告書によって、病院が債券発行を行う場合の問題点や留意点が整理されている。この議論に沿って非営利性との親和性を検討する必要がある。

図表 9 これからの医業経営のあり方検討会報告書にある医療機関債発行ルール

次に掲げる点を踏まえた医療機関債発行のためのルール等を明確化するガイドライン等を制定する必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 債権者による経営介入の排除 ・ 債券の流通制限 ・ 債券保全の観点から運転資金としての調達禁止と募集時の調達資金の使用目的の明確化 ・ 債券購入の有無による診療差別の排除等の応募の任意性の確保 ・ 債権者保護のための発行医療機関による一定の情報開示その他 ・ 債券発行による医療法人の役員及び当該役員の同族関係者に対する特別の利益付与の禁止

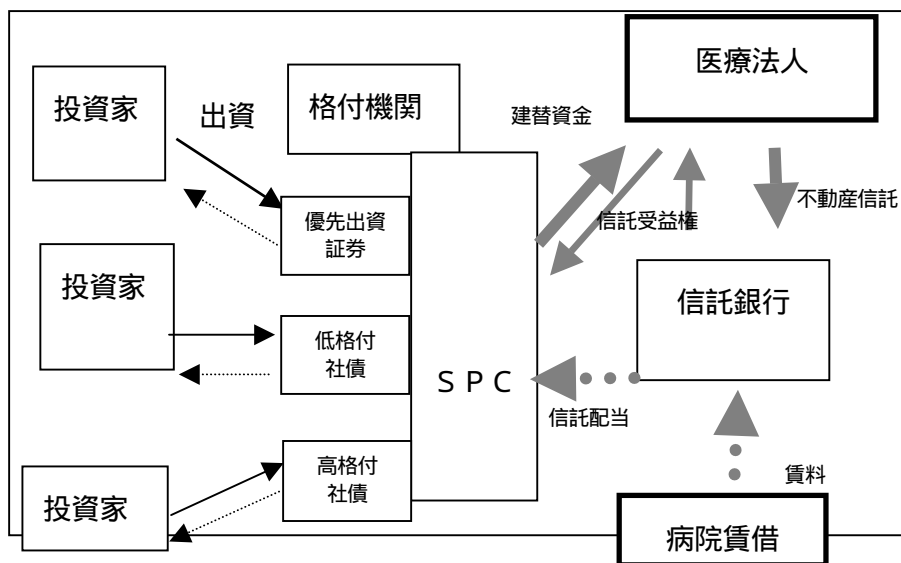
出所)「これからの医業経営のあり方検討会」最終報告書(2003年3月29日)より筆者作成

4. 不動産流動化スキームの検討

4.1. 不動産流動化スキームのメリット

わが国でも不動産証券化は、既にホテルやショッピングセンター等では案件が成立し始め、病院への利用の拡大が金融機関側では期待されている。既に PET を中心として実用化された流動化スキームも存在している。

図表 10 医療法人立病院の場合の不動産流動化スキーム



出所) 筆者作成

不動産証券化では、対象不動産の生み出す収益のキャッシュフローを様々なケースを想定して分析し、その安定性や水準から発行する債券等の信用リスク(金利水準)が測定される。病院事業は一般的な商業不動産事業に比して、規制産業として保護される一方で、その規制動向に左右されやすいという体質がある。このため、キャッシュフロー分析が他産業に比して想定しにくくなり、想定リスクの過剰見積りや調達コストの上昇を招く可能性がある。

また、病院本体が社債の形で債券発行をしようとしても、株式会社制度をとっておらずかつ財務データの蓄積に乏しいため、信用リスクが正確に測定できにくいという問題がある。しかし、不動産証券化により、「発行債券自体の信用リスク」を「病院本体の信用リスク」から切り離し、優先部分(信用力の高い部分)と劣後部分(信用力の低い部分)に分けて、優先部分を高格付債券として発行することができる。優先部分を機関投資家中心に、劣後部分をリスク選好の高い投資ファンド等に販売することによって、直接金融市場からの資金調達が容易になる可能性が高い。

4.2. 不動産流動化の具体的手法

医療法人立病院が不動産証券化スキームを利用して病院建替を行うケースを考えると、信託方式を利用することが想定される。

まず、医療法人(不動産所有者)が当該不動産(病院土地建物)を信託銀行に信託し、その対価として信託受益権(不動産が生む収益を受け取る権利)を信託会社から得る。さらに医療法人(不動産所有者)は取得した信託受益権を SPC に売却し、代わりに資金を得る。この資金で建替を行う。

SPC は複数の信託受益権を債券発行に適した金額まで集め、リスクプールを設定し、当該信託受益権を背景として、出資証券や社債を発行する。SPC は複数種類の債券を発行しリスクを分けることによって投資家のニーズに合わせる。SPC は投資家から集めた資金で、医療法人(不動産所有者)に対して信託受益権の対価として支払う。

SPC は、債券を購入した投資家に利払いするために、信託銀行をサービサーとして指名し、信託銀行は医療法人(テナント)から集めた賃料を信託配当として SPC に渡す。SPC はこれを原資にして優先出資証券の配当金と社債の利払いを行う。

4.3. わが国での不動産流動化スキームに関する問題点

第1に問題となるのは非営利性の原則と不動産証券化スキームの親和性についてである。債券発行の問題は、先に検討した病院債と同様である。次に信託設定した病院施設の賃料設定の方式である。既に実現化されたショッピングモールなどの事例では、なるべく収益を多くするため、テナントの売上・利益に対する比率で行われる場合がある。しかし、この賃料を可変式にすると、利益が外部流出してしまう危険性がある。最後に医業と経営の分離の問題である。これまで厚生労働省は、病院の経営安定化のためなるべく当該病院が土地や建物を保有することを奨励してきた。しかし、現在ではこの政策方針は転換されつつあるため、この点は問題ないものと思料される。

図表 11 不動産流動化スキームの病院利用における問題点

関係者	問題点
医療法人側	非営利原則との親和性 ・ 債券発行の問題 ・ 賃料設定の問題 ・ 医業と経営の分離の問題 ・ リファイナンスの問題 ・ 5年程度での資金再調達の問題
投資家側	ネームバリューのあるオペレーター不在 高リスク部分の投資家層の薄さ

出所) 筆者作成

第2に、それ以外の問題として、リファイナンスが挙げられる。SPCが発行する社債は通常5年~10年程度で一旦償還する必要があるが、病院建替資金に対する元利償還は30年程度を要するため、リファイナンスを要請することが想定される。このリファイナンスの方法やその際の資金調達の安定性についても厳密な検討が課題として残っている。

さらに投資家サイドの問題としては、賃料を支払うオペレーター(病院経営者)が投資資金を呼び込むほどネームバリューがなく、そのため特にリスクの大きい劣後部分や出資金への投資者を見つけることが困難な点である。

既に我が国の不動産流動化スキームの事例としては、北海道帯広市の医療法人北斗会・

北斗病院の PET センター及び新病棟がある²⁵。北斗病院のケースでは、債券発行を行わず優先ローンと劣後ローンを利用している。このほかは実質的に図表 10 のスキーム図と近似している。ただし、当該事例では、賃料支払い方法やリファイナンスの方法については情報が入っていない。また投資家サイドの問題としては、劣後ローンや出資などの高リスクの資金を当該スキームの提案者である「ライフタイムパートナーズ社²⁶」が主に負担しており、一般的なスキームとして考えにくい状態である。

5. 新たな資金調達と非営利原則の抵触

5.1. 病院経営への介入

第二節でみたように、非営利組織では過小資本・過剰負債になりやすい。したがって、資金調達難に直面した病院では、株式のように法的に議決権が認められていなくとも、大口の資金提供者への経営介入に弱いという面がある。しかし、病院債において債券の譲渡制限を課したり、不動産流動化において資金提供者の制限を行ったりすることは、有利な資金調達を阻害する面もあり、問題が多い。このため、例えば株式上場会社の場合のように、一定の割合(例えば 5%)を保有している場合にかぎり、監督官庁に届出を行う仕組みが考えられる。

また、利害関係者については保有割合の上限を課すことも可能と考えられる。我が国の銀行は融資先企業への不当な経営介入を防止するために、5%以上の一般会社の株式保有が禁止されている。病院債などにおいても、同様の保有上限を課すことも考えられる。ただし、これらの保有上限は関連会社などの利用によって実効性が失われないような措置を行うことも必要である。

5.2. 利益の外部流出

医業での利益が外部に流出する危険については、病院債では割高な債券利回りが設定される場合が想定される。資産流動化では、病院の支払う賃料が収益連動の形式になったり、

²⁵ この部分の記述は、「特集多様化する医療機関の資金調達手法」日経ヘルスケア 2 1 2004.1 P54-P56 をもとに作成している。

²⁶ 当社は三菱商事(株)の 100%子会社である。

資金提供者への支払い金利が割高になったりする恐れがある。

これらの問題に対しては、一義的には税務当局による収益付替えのチェックが期待できる。さらに、債券利回りや借入れ金利は、借入主体のリスクの大きさに影響を受けるため一律に基準を定めることは困難であるが、上限金利などの形で規制を行うことも可能であると考えられる。

図表 12 新たな資金調達手段と非営利原則に関する問題点

問題点	病院債	不動産証券化
経営への介入防止	・大口債券保有者による経営介入	・大口 SPC 出資者などの資金提供者による経営介入
利益の外部流出防止	・割高な債券利回り	・収益連動型の賃料設定 ・割高な借入金利
投資家の監視費用	・目的外の資金利用	・SPC 破綻の場合の対応

出所) 筆者作成

5.3. 投資家サイドの問題

投資家の負担する監視費用を考えると、病院債においては目的外の資金使途に利用されることを防止する仕組みが必要である。また、無担保での発行が行われる場合には、投資家としては債権保全のための監視制度が重要となる。

さらに、不動産証券化においては、投資家が負担するリスクに応じた投資利回りが設定される場合が多いと想定できる。しかし、病院事業においてはショッピングセンターやホテル事業のようなバックアップサービサーが設置しにくいことから、SPC が経営破たんした場合の措置を別途講ずる必要があると考えられる。

6. おわりに

6.1. 監視体制とその実効性への配慮

我が国の病院は、その収入のほとんどを公的医療保険に依存していることから、一定の公益性が必要となる。また、非営利原則もルールで決めるだけでは実効性が担保されない。公益性や非営利原則を堅持するためには、常に監視を行う必要がある。

しかし、個々の資金調達案件を政府がすべてチェックを行うことはその費用や実効性を考えると困難である。むしろ、公認会計士などの財務の専門家が第三者監査の形で、定められたルールに違反していないかを確認する仕組みも考えられる。また、現在特定医療法人・特別医療法人に課せられている税務関連情報の報告義務をさらに広い範囲の医療機関に課すことも検討に値すると考える。

例えば、英国においては PFI を実施した場合には、日本の公正取引委員会にあたる、National Audit Office が税金が無駄に使われていないかの観点から監視を行っている。具体的には、PFI 契約書の精査・利益流出の防止・経営に関する提言などを行っている。我が国においては病院事業者は民間であるため、事情は異なるが、このような第三者による監視が常に行える体制を検討する必要もあると考える。

参考文献

1. 大垣尚司(1997)「ストラクチャードファイナンス入門」(日本経済新聞社)
2. 河口洋行(2000)「私的病院の資金調達問題について」『医療と社会』Vol.10 No.3 (医療科学研究所)
3. 金融財政事情研究会(1999)「業種別貸出審査辞典」
4. 建築物価調査会(1999)「建築統計年報」
5. 第1生命研究所(1998)「設備投資の落ち込みが招いた生産性の低下」
6. 田中康雄(2000)「病院経営と設備投資のあり方」『病院』59(3):212-215
7. 中小企業総合事業団(2000)「各種信用保険・信用保証制度の概要」
8. 日本銀行(2000)「金融経済統計月報」(平成12年5月号)
9. 日経ヘルスケア編(1997)「病医院のための資金調達マニュアル」(日経B P社)
10. 日本公私病院連盟(1999)「病院経営分析調査報告」
11. 日本病院会(1999)「病院概況調査報告書」
12. 野間敏克, 花枝英樹, 米澤康博(1997)「企業金融」(東洋経済新報社)
13. TKCグループ(1999)「TKC経営指標」
14. Sloan, F.A. (2002), "Not-for-profit ownership and hospital behavior " Handbook of Health Economics Elsevier Science B.V. Chapter21

在宅医療提供医療法人と株式会社の関係

田城孝雄

順天堂大学医学部公衆衛生学講座 講師

1. 本研究の目的

公的介護保険制度施行後、介護サービスのうち、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションという在宅医療周辺の分野には、株式会社が参入しており、今後もさらに多くの株式会社の参入が予想される。

在宅医療提供医療法人は、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護とチーム医療の共同提供者として、それらの企業と密接な関係にある。本稿では、在宅医療提供医療法人とその支援を行っている株式会社の関係を検討し、今後の在宅医療提供医療法人と株式会社の関係の在り方を考察する。

2. 在宅医療の必要性和需要

2.1. 在宅医療の定義

以前は、在宅医療は例外的な医療であった。昭和 23 年に制定された医療法は、医療を提供する場所を診療所か病院にかぎっており、在宅における医療は、往診として突発的な状況における例外的医療であった。

現在は、医療法は 1992 年の第 2 次改正により、第一条の二 2 項に、「医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という)、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」と規定されており、医療を受ける者の居宅等も、医療を行う場として、法的に認められている。そこで、在宅医療の定義として、「医療を受ける者の居宅等において、提供される医療」と定義することができる。外来(通院)医療、入院医療に次ぐ「第 3 の医療」と呼ぶ場合もある。

2.2. 在宅医療の現状

概算では、医療費 30 兆円、老人デイケア料含む在宅医療費が約 1 兆円であり、医療費の 30 分の 1 ないし 40 分の 1(老人デイケア分を除く)を占めるにすぎなかった。結局、在宅医療は、総医療費の数%を占めるにすぎないのである。

日本全体では診療報酬上の往診が減る一方、訪問医療が増えているが、両者を合わせたものは増えていない。したがって「在宅医療」は、決して十分な量まで増えていないと言

える。

2.3. 在宅医療のニーズ

在宅医療の対象患者は、主なものは がん患者、 高齢者(要介護者〔介護保険〕)、
神経難病患者、 脊髄損傷等整形外科疾患患者、 小児(がん患者・障害児)が挙げられる。

我が国の統計では、1995年の全がん死亡者数は、26.3万人であり、その内施設で亡くな
った方が24.3万人(92.8%)、自宅で亡くなった方が1.8万人(7.0%)であった。5年後の2000
年には、全がん死亡者数は、29.5万人であったが、施設で亡くなった方が27.7万人(93.8%)、
自宅で亡くなった方は1.7万人(6.0%)にとどまり、5年間で決して増加していない。

どこで亡くなりたいかとのアンケート調査では、89%の人が自宅で亡くなる事を希望し
ていたが、実際は自宅で亡くなる事を希望している人の中で、実際に希望どおり自宅でな
くなったのは29.6%にすぎず、59%の人は病院等の施設で亡くなっている。人々の自宅で
最後を迎えたいと言う希望は叶えられていない。

2.4. 介護保険の現状

介護給付受給者の人数の27%を占める施設サービス利用者が、介護給付費の総額約5.4
兆円(2003年度予算案)の58%を使っている。

介護保険において在宅サービスの利用者数は、訪問介護が99万人(401億円)、通所サー
ビス全体では140万人(587億円)であり、内訳は、通所介護が90万人(361億円)、通所リハ
ビリテーションの利用者が50万人(226億円)、短期入所サービスの利用者50万人(175億円)、
介護保険における訪問看護の利用者は34万人(84億円)であった。

介護保険施設別の介護給付費は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)が、利用者数
38万人であり、平均入所日数は、1445.3日であり、介護給付費は971億円であった。介護
老人保健施設は、利用者数37万人であり、平均入所日数は、395.4日、介護給付費は742
億円であった。介護療養型医療施設(介護保険対応療養病床)は、利用者数17万人、平均入
所日数654.5日、介護給付費を494億円使っていた。重度の要介護認定者の半数は施設サ
ービスを利用。在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあった。

介護保険は在宅重視をひとつの目的に掲げており、実際のサービス利用についても先に

述べたように在宅サービスの伸びが著しかった。しかしながら、一方で、特別養護老人ホームの入所申込者が急増しているとの指摘がみられた。高齢者自身は、多くが在宅での生活の継続を希望している。虚弱化したときの住まいの形態に関して内閣府が行った調査では、高齢者の6割は介護が必要になっても現在の自宅での生活を継続することを望んでおり、施設入所を希望するものは2割に満たなかった。

高齢者本人が在宅での生活の継続を希望している現状と合わせ見ると、要介護状態が重くなってもできるだけ在宅生活を続けていくことが望ましいが、重度の者が在宅での生活を送ることができるのは、半分以下の状況におかれ、現在の在宅サービスは、すべての要介護者の在宅生活を支えるまでには至っていなかった。高齢者が最期を迎える場所を見ても、かつての自宅での死亡に代わり、近年は医療機関での死亡が増加し、8割近くとなっていた。一方、内閣府の調査によると、「万一、治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいか」という質問に対して、「自宅」の割合が約半数を占めていた。以上のような介護サービスの利用の実態、高齢者が最期を迎える場所の状況を見ると、在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあったことが分かる。

高齢者が住み慣れた環境の中で、最期まで尊厳を保持してその人らしく生活を営むことを可能としていくためには、在宅の介護サービスと在宅の医療サービスを適切に組み合わせ、施設と同様に安心感の継続できる環境を整備していくことが重要である。要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、また、例えば在宅での終末期を尊厳を持って送ることができるためには、適切なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が不可欠である。

重度の慢性疾患があっても同時に要介護度も高いといった重医療・重介護の高齢者の場合であっても、医療を含めた多職種連携による地域包括ケアが提供され、365日・24時間の安心が提供できているような地域であれば、かかりつけ医による訪問診療、訪問看護、訪問介護、ショートステイなどの医療保険・介護保険によるサービスを組み合わせることによって、ターミナルケアが必要な状態に至るまで在宅での生活を支えることが可能になる

と、「2015年の高齢者介護」で指摘されていた。

2.5. 特定施設で提供される在宅医療

さらに新たな形態の在宅医療といえるものとして、特定施設において提供される「在宅」サービスが挙げられる。介護保険制度で新たに特定施設入所者生活介護(以下「特定施設」というサービス類型が創設されたが、後で述べる痴呆性高齢者グループホームと同様、利用が伸びている。特定施設は、介護サービスを提供する体制の整っている集合住居であり、現在、一定の設備・人員を有する介護付有料老人ホームとケアハウスが対象となっている。高齢者の賃貸住宅に対する居住ニーズへの制度的な対応も行われつつあり、従来の自宅と施設の間の居住形態を選択することの可能性も広がっていた。

有料老人ホームを運営する株式会社が、診療所を開設している医療法人を影響下に置く場合も認められた。

3. 在宅医療提供医療機関の特徴

近年、「在宅医療専門クリニック」という在宅医療を主に提供する医療施設(診療所)がみられる。その特徴として、主たる医療提供の場が在宅であるため、診療所自体の設備は軽装であり、設備投資額は少ない、通院患者が増加することを待つのではなく、在宅患者を獲得するため、積極的なマーケティングがしやすいという特徴を持っていた。

在宅医療提供医療機関と協働関係にある訪問看護ステーション、ホームヘルプステーションなど、周辺分野には既に株式会社が進出・参入していた。

4. 事例

すでに5つの医療法人の開業支援と運営支援を行っているS社の事例を検討する。S社は、365日24時間のセキュリティを提供している会社であり、ホームセキュリティの延長線として、訪問看護ステーションや調剤薬局を展開していた。

4.1. S社の在宅医療提供施設支援の内容

S社の在宅医療提供施設支援は、開業支援と開業後の運営支援の2つに分けられた。

4.1.1. 在宅医療を中心としたクリニックの開業に必要な業務の支援

開業支援として、クリニックの開設支援、財務面の支援、クリニックスタッフの採用支援、マーケティング活動、OJT(在宅医療研修)の提供が行なわれていた。

(1)クリニックの開設支援

開設に必要な地域の診療圏調査、最適地の選定

開設に必要な行政等への申請手続きの支援(医療法人申請代行)

クリニックに必要な医療機器の選定や手配

(2)財務面の支援

開業・運営に必要な資金計画の策定

資金の調達方法の検討

(3)クリニックスタッフの採用支援

看護師・ケアマネジャー・事務職員等のクリニックに必要な人材の採用計画の策定

必要な人材の募集から採用までの手続きの支援

(4)マーケティング活動支援

地域への必要な啓蒙活動

地域内の医療機関・患者向けのクリニック紹介ツールの作成

(5)OJT

在宅医療を行うクリニックでの見学

開業前の研修(非常勤あるいは常勤として勤務)など

在宅医療の実践の機会の提供

4.1.2. 運営支援

運営支援は、事務部門の負担を軽減し、医師が診療に集中・専念できるような環境を作ることを、目的として以下のことを行っていた。

営業活動および地域連携構築支援

診療補助業務支援

レセプト業務支援

経理および税務申告業務支援

4.2. 支援の現状

2004年3月には、5つの医療法人(診療所)の支援を行っていた。

これらの診療所は、複数名の常勤医がおり、それぞれが在宅医療を行っている先行する在宅医療専門診療所モデルと同じタイプ、常勤医1名とそれぞれの診療科の複数の非常勤専門医からなるグループ診療タイプ、常勤医1名で、事務機能を委託するタイプの3種類に分類できた。

4.3. 支援を受けている診療所の例(Aクリニック)

設置場所：S社直営調剤薬局に隣接していた。

賃貸料を払い、賃貸していた。

職員：事務職員、看護師はS社社員の出向者であった。

4.4. S社開業支援の特徴

在宅医療提供医療機関の支援をするにあたり、希望者である医師と、6ヶ月を掛けて面談を繰り返し、S社の社是である365日24時間のサービス提供という理念を共有できることを支援の前提としていた。このため関心を示し、支援を求める医師は多いが、約6ヶ月間の面談・打合せ(約10回)の間に、365日に4時間の在宅医療の提供を中心に、コンセプトが合わず、支援に至らない例が非常に多かった(資料集計：S社)。

昨年の4月に開設したホームページへの問合せ状況は、先月末の時点での、問合せの合計は42件であり、そのうち、面談に至ったのは13件であった。

なお、S社以外の株式会社でも、在宅医療提供医療法人の開業支援を行っていた。

(例：エムイーネット、ソシオン、メディバ)

5. 有料老人ホームの場合

有料老人ホームは、長い年月にわたって経営していく必要がある。このため、有料老人ホームを運営する株式会社は、有料老人ホームの協力医療機関(嘱託医)についても、長期間の安定性・継続性を必要とする。有料老人ホームを50箇所以上(70箇所)運営している株式会社は、「在宅医療提供医療機関」を、その都度探すのではなく、パートナーシップを組

む医療法人を育成して、運営株式会社主導で、有料老人ホームにおける在宅医療を、行える仕組みを、自ら作ろうと考えることは、当然の帰結である。

このため、有料老人ホームという、いわば閉鎖空間で、施設における医療ではなく、在宅医療という形式で提供される医療に対する透明性を確保し、医療の質・内容を担保するルール作りが必要である。

6. ステイクホルダーに対するアカウントビリティ

受益者兼共同生産者である患者・住民・チーム医療のメンバーに対する説明責任を果たし、提供する医療の透明性を高めるために、ケアカンファレンスを活用することができる。

6.1. ケアカンファレンスの重要性

利用者・家族がケアマネジメントの策定過程(プロセス)に参加することが重要であり、制度的にもケアプラン策定には利用者の合意が必要である。ケアカンファレンスはケアプランに対する利用者・家族への説明と合意の場として極めて重要なものである。

かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、日常生活への復帰を円滑に支援することができる。介護保険給付の場合は当然であるが、介護保険以外の在宅医療(小児・若年者等)の場合でも、在宅医療はチーム医療であり、患者・家族も含めた在宅医療チーム全員で、必要に応じてケアカンファレンスを開催しながら、在宅医療を提供する事が肝要である。

非営利性の侵食が想定される現象および局面について

松原 由美

明治安田生活福祉研究所主任研究員

わが国では医療法第 54 条において医療法人における利益配当が禁止されており、医療法ではわが国の医療機関は非営利だとされている。しかし、規制改革の一環で、医療機関経営に営利企業参入を認めよとの意見も根強く²⁷、事実、2003 年 2 月には、小泉政権下、医療特区内での自由診療の分野に限定し、かつ高度な医療を提供する医療機関に限るという実行不能なほどの厳しい条件付とはいえ、株式会社による医療機関経営が解禁された。このような営利参入議論の過程で営利論者が盛んに主張する論拠の一つに、現行の医療機関の非営利性は形骸化しているとの指摘がある。

こうした背景もあって、平成 14 年度に実施された厚生労働省「医業経営のあり方に関する検討会」の最終報告書において、医業経営における「非営利性の徹底」が謳われた。

「非営利性の徹底」を文字通りに解すれば、非営利の要件を完全に履行することである。そこで非営利の要件、言い換えれば非営利の定義を明確にしておかねばならない。

もう一つ、非営利の徹底を図るということは、医療は非営利で供給されるべきという考えが前提にあることになる。なにゆえ医療は非営利で提供されねばならないのか、これについても明確にしておかなければならない。なぜなら医療の供給主体については、既述のように経済界はじめ各界で営利参入推進論が盛んに展開されているからである。

そこで本稿では、非営利性の定義、医療経営体はなにゆえ非営利でなければならないか、医療経営体における非営利性の現状 非営利性が侵食されている現象・局面、米国の民間非営利病院に見る非営利性、非営利性の徹底のための方策、について考察する。これらを通じ、医療行政における「非営利性の徹底」議論の参考資料とすることが、本稿の目的である。

以下、本稿で対象とする医療機関とは、わが国の大半を占める持ち分ありの医療法人および個人立病院を指す。

²⁷ 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第三次答申」2003 年「規制改革・民間開放推進 3 ヶ年計画」2004 年、経済同友会「医療先進国ニッポンを目指して」2004 年

1. 非営利組織の定義

まず始めに非営利とは何かその定義を明らかにしたい。その前に営利の定義について論述する。

法学上の定説では、「営利とは利益の獲得を追求し、その結果獲得した利益を出資者に配当、残余財産の分配等の形で配分すること」をいう²⁸。

この結果、必然的に伴う営利の要件として、持ち分を有する出資者がいる（所有者がいる）。言い換えると財産が個人に所属する。出資者は利益の配分を受けられることが挙げられる。

このため営利では利潤獲得第一主義がその行動原理となり、組織目的は利益最大化にある。事業目的は、例えば質が良く安価な車を売る、顧客満足の高いホテルサービスを提供するなどいろいろあるが、最終的な目的は事業を介在した利益最大化といえる。利益獲得のチャンスがありながらそれを見逃せば、株主（所有者）に対する背任行為となる。

なおここで注意しなければならないのは、たんに利益を追求し、獲得するだけでは、営利の条件を満たさない点である。利益を獲得するだけなら、非営利も行う。逆にいえば、利益を獲得しているのではないかというだけで、非営利性が否定されるものではない。営利だけでなく、他のどのような組織でも、組織の維持・安定のために利益獲得行為は行う。問題は配当をするか否かである。では利益獲得について、営利と非営利ではどこが違うのであろうか。営利では利潤追求第一（株式価値最大化）であるため、際限ない利益追求となる。非営利では、組織の維持・安定を確保するレベルに達すれば、それ以上の利益追求は行わず、組織に与えられたミッション最大化に向けられる。

こう述べると、その程度の違いでは、実質上両者は同じではないかと反論されそうだが、こうした区別を倫理上認識しているか否かは日常の行動に大きな差となって現れよう。

さて、非営利についてである。これについてはいろいろ唱えられているが²⁹、それらに共通する必須の要件を取り出せば、営利要件の反対であり、出資者との間に持ち分関係がない（所有者がいない）、利益の配分がない、となる。

そして組織目的は、当該組織に与えられたミッションの最大化である。

²⁸ 杉山 学「非営利組織体の会計」中央経済社 2002 年

²⁹ Lester M.Salamon, America's Nonprofit Sector, Foundation Center 1992, Michael O'Neil, The Third America, Jossey-Bass Publishers 1989 など

なお非営利の要件にこのほか、公益性を付加する論者もいる。

この非営利の要件を現行のわが国の医療機関に当てはめると、わが国の医療機関の多くが持ち分ありの医療機関であり、これら医療機関は出資者との間に持ち分関係が存在する。つまり所有者が存在し、利益・財産が個人に属している。毎期の配当は禁止されているものの、その他の方法での利益分配は可能となっている（脱退、相続、解散時の残余財産の分配）。

これらから、わが国の医療機関の大半を占める持ち分ありの医療機関は、非営利の定義との対比で見ると、非営利組織とは言い難い。

2. 医療はなぜ非営利組織において提供されるべきか

本論に入る前に、現状の営利・非営利論争について簡単に触れておきたい。営利・非営利論争の現状をみると、その多くは現状の問題点、ないし矛盾点の指摘にはじまり、それをベースにした結論として、営利参入を主張するものである。言い換えれば対症療法的色合いが濃く、医療はそもそもどのような供給主体によって提供されるべきかといった本質論に欠けている。典型的な例が、現行の医療法人は実質営利である、だから株式会社を参入させても何ら問題がないではないかといった主張である。

本来あるべき議論は、医療は営利で行うべきか、非営利で行うべきかといった本質論があって、そこで営利ないし非営利かがまず決められるべきである。仮に非営利が是とされたとすると、その下で現行の医療提供者が実質営利化しているというならば、それをもってただちに営利参入を認めても同じではないかという議論にいくのではなく、現行の供給主体を非営利化させるための改革を議論することが筋と思われる。

もう一つの営利・非営利論は、経営力、効率性、ニーズ多様化への対応力などの点で、営利のほうが優れているといった営利・非営利の優劣比較論である。ここでもやはり医療は営利で行うべきか非営利で行うべきかの本質論が欠落しているため、営利・非営利の選択基準として、何が適切なものの議論がないままに、論者の勝手な視点で基準が用いられ、それに基づいて優位性が比較されている。例えば効率性とかニーズ多様化への対応力などが基準として用いられ、それをベースに営利のほうが優れているといった主張である。こうした比較議論をするときは、選択基準として用いられたものが適切なものか否かの議論がまずあるべきといえる。

一例を示そう。一国の政治体制について独裁制か民主制かを選択する基準を考えてみよう。今、これを効率性の基準で判断してみる。民主制で

あれば、選挙を行い、各段階での議論を積み上げるなど、コストと時間をかけて結論が導き出されていくが、独裁制では独裁者の鶴の一声で全てが決まる。このため物事を進めるスピードやそれを遂行するためのコストには雲泥の差が生じよう。このように効率性を基準にして判断するならば、独裁制の方が優れているといった結論になりかねない。しかし、民主制か独裁制かの判断基準は、効率性ではなくて、どれだけ民意を汲取れるか否かであろう。

民意が多く採用されるシステムなら、効率性は多少犠牲にされてもよいと考えるわけである。もちろん一度民主制が是とされれば、その範囲の中で効率性が徹底的に追求されるのは言うまでもない。

さて、本論に入ろう。

全ての人間は、個人の尊厳が尊重され、そのもつ資質や能力を自由かつ十分に発揮でき、それを通じて社会に貢献しつつ、自己也幸せな生活を営むことが望まれる。そのためには、健全な生命の維持と法の前には、何人も平等であることが欠かせない。特にわが国の社会は基本的に公平・平等・和を重んじる社会であり、これによって社会が安定している。こうした中で、健全な生命維持はもっとも基本的なもので、公平・平等が強く求められる。生命維持に社会的地位・貧富の差などによって差異が生じるシステム導入は、制度への不信感をもたらす社会安定の上からも好ましくない。

健全な生命の維持とは、健康な精神と健康な肉体を保持することだが、これが全ての人間に平等に与えられるには、これを扱う医療に差別があってはならない。医療は非営利で提供されなければならないとする第一の理由がここにある。

今日わが国の資本主義、市場主義の中にあっては、機会の均等については、配慮するところがあっても、結果の平等は問わないとするのが一般化しつつある。結果は個人の努力や資質才能によって異なるのは当然だという考えであろう。まさに正論である。しかし医療にあっては、先に述べた理由から、機会の均等だけでなく結果の平等（治癒すること）が強く求められる。田村が指摘するように、医療に対する各種意識調査をみても、わが国のような平等性を重んじる国だけではなく、市場に重きをおく米国も含む各先進国においても、医療は平等に提供されるべきという意識、言い換えると医療に普遍平等性を求める価値観が根強い³⁰。先に「医療はそ

³⁰ 田村 誠「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか - 実証研究の結果をも

もそもどのような供給主体によって提供されるべきかといった本質論」と述べたが、ここでいう本質論とは、このような価値観を指す。

このように平等が重視される財において、利潤動機の営利を参入させると、平等性が崩れる惧れが考えられる。少なくとも非営利との対比においてその惧れが高い。なぜなら非営利においては、ミッションの最大化が合理的行動基準であるのに対し、営利では利潤最大化が合理的行動基準だからである。

現在のフリーアクセス、公定価格、国民皆保険制度の下では、営利企業が参入してもただちに医療の平等性が損なわれるとは思われないが、それがたとえば混合診療導入の突破口になる惧れがあり、ひいては医療に階層化をもたらす可能性が考えられる。さらに、混合診療導入で自由診療の抜け道ができると、保険財政圧迫下では新技術の導入なども自由診療で行えばいいという風潮をもたらし、保険診療の範囲拡大が阻害され、結果として医療保険制度の形骸化を招く可能性もある。

医療が非営利で提供されるべき第二の理由は、営利企業参入による医療費高騰の可能性である。

わが国では（というよりも米国を除く先進諸国では）、医療は平等に扱われるべきという合意の下、医療は価値財として位置づけられ³¹、社会的共通資本³²として整備されてきた。そのため国民皆保険制度が施行され、所得や身分に関係なく、誰もが医療を受けられる仕組みとなっている。価値財とは、「公的介入のない状態で決まる利用水準では、当該社会の価値観から見て必須のニーズを充足しないと思われるため、政府（社会保障制度を含む）による費用負担（ないしは強制や説得）を通じて、利用・生産を支援する私的財」（田中）³³である。

こうした考えによって医療制度は成り立っているので、必要以上の消費には抑制的姿勢が欠かせない。このような分野に利益第一主義・需要掘り起しを行動原則とする営利が参入すれば、社会で容認されるレベル以上の需要を惹起する可能性が高い。

第三に、情報の非対称性の問題がある。情報の非対称性がある医療においては、医師の裁量権で治療内容が決まる。そのため、患者便益を第一

とに「『社会保険旬報』No.2192/2003.12.11

³¹ 田中 滋「医療政策とヘルスエコノミクス」日本評論社 /1993年

³² 宇沢 弘文「社会的共通資本」岩波新書/2000年

³³ 田中 滋「社会全体の観点から見た医療と市場経済」『社会保険旬報』No2158 2003/1/1

とする医師の倫理観が極めて重要となる。たとえば退院時期を判断する際に、利益の出ている患者は入院させ、利益が出なくなった患者から退院させていくといった利益優先の考えではなく、患者便益を第一とする医師の判断が保証されるためには、利益を第一とする営利より、非営利の方が適している。

こう指摘すると、そうした倫理は法律や規則では律しられないとの意見が出る。たしかに法律や倫理規定を策定しても、そこで禁止したいとする事項を100%撲滅することは出来ない。たとえば道路交通法をいくら厳格にしても、交通違反はなくなる。だからといって道路交通法が無意味だと考える者は誰もいない。法律制定や倫理を確立することは、100%撲滅することは出来ないがこれによる抑制効果は大きい。

以上で医療が何ゆえ非営利でなければならないかの本質的理由を述べた。そして医療における提供主体が営利か非営利かの選択基準は、全ての人々にどのようにすれば平等な医療を提供できるか否かであるということである。

ここで営利参入論者が主張する病院経営参入の論拠についてひとこと付言しておきたい。彼らが主張する主なものとしては、効率化の推進、サービス多様化への対応、需要の掘り起こしによる経済活性化、資金調達多様化による病院経営安定化、現行の医療法人は営利と変わらない、などが挙げられる。

第一の効率化の点であるが、医療における効率化とは何であろうか。一般に効率化とは個別企業におけるコストダウンが図られ、それによる価格競争を通じて、マクロ的なコストを引き下げ、また資源の適正配分等に寄与することをいう。しかし医療においては、個別病院単位での効率化には限界があるほか、それがマクロ面に反映されにくい点を指摘しておかなければならない。病院経営は人件費比率が5割も占める労働集約産業であり、その上、設備構造基準、人員配置基準などが厳しく決められており、コストダウンが制約されている。一般に営利は利益第一主義であるだけに、非営利に比べ効率化の面で優れているのは認められるが、こうした事情から、仮に営利参入によって効率化が図られたとしても、限界があるのではなかろうか。特に医療は生命を預かるサービス産業であるため、工場を合理化するような具合にはいかない点を理解しておく必要がある。また収入および経費支出面に大きな影響力のある医師に対し、患者便益第一主義を

採ってよいと営利で認めれば、なおさらコスト管理は難しい。よしんばコストダウンが出来たとしても、公定価格制のもとでは、その利益は病院の利益にとどまりがちで、たとえば医療費全体が抑制されるとか資源配分が適正化されるといったマクロ面への波及は考えにくい。株式会社の場合、その利益が医療に再投資される保証はなく、配当として組織外に流出するのではないだろうか。また、営利参入によって新技術でも開発され、仮に治療の効率化が図られたとしても、医療界にあってはそうした新治療技術は共有されることを原則としている。もし共有されるとすれば、株式会社がそのような研究開発に投資するメリットがない。逆に技術独占されることは、医療の倫理から許されず、矛盾に陥る。

ただこれらは現行の医療法人の効率化が十分進んでいることを意味しない。医療業界においても効率化すべき分野は多々ある。その最たるものは、機能分化、病床過剰などであり、これに応じた資源の適正配分、医療施設の適正配置などである。しかしながら、これらは営利が参入すれば解決される問題とは思われない。

第二にサービスの多様化であるが、医療において多様化とは何を意味するだろうか。医療で行うことは治療であり、治療の多様化とは大きく二つ考えられよう。一つは現行の公的保険制度内で、複数ある治療法の選択であり、これは原則、所得の差と治療内容（および結果）の差に何ら関係ない。もう一つは、所得の差に基づく治療内容の差につながる、医療の階層化である。営利参入によるサービスの多様化、言い換えると治療の多様化とは、後者、つまり医療の階層化を促進させることと思われる。

保険適用外の医療では既に医療の階層化が起きているのではないかとの指摘もあるが、このようなことが日常的に頻繁に起きている社会と、一部で起きている社会では社会の安定性が異なる。また、保険適用外の医療、つまり新しい技術や先端医療も、技術の安定性が確認され次第、医療保険に取り入れる方向にあり、一部でこれら作業が滞っている例を取り上げて、制度全体を否定することは適切でない。医療の階層化は、医療は平等でなければならない考えに反し、軽々には認められないことではなかろうか。

次に第三の需要の掘り起こしについてである。総合規制改革会議の第二次答申および第三次答申で、医療分野を含む官製市場において、株式会社参入といった規制改革によってわが国に潜在する巨大な需要と雇用を掘り起こす必要性があるとして、医療参入の理由に、医療需要の掘り起こしを挙げている。しかし医療において需要の掘り起こしとは何を意味するのだろうか。まさか病気になれ、病人を作れということではないだろうが、

様々な理由を掲げて医療機関通いを促進することであるか、医療に松竹梅の品揃えを設けて、階層医療を促進することであろうか。価値財として誰もが身分や所得に関係なく平等に医療にアクセスできるようなシステムの下では、既に触れたように、必要以上の消費については抑制的姿勢が求められるべきものである。営利企業が入って需要をわざわざ掘り起こすことは、医療費高騰による公的保険制度崩壊を招きかねず、反社会的行為ともなりかねない惧れがある。

第四の資金調達が多様化とは、従来わが国の医療機関においては間接金融しか資金調達の道がなかったが、このほかに直接金融も認めるということである。

しかしながら、既存の病院を対象に考えてみると、わが国の病院の事業特性、資金特性から勘案すれば、この資金調達多様化が医療経営に効果があるとは思われない。わが国の病院は多くが単独型の100床前後の中小企業規模にあり、売上は平均13億円/年程度、経常利益は6千万/年程度で、公的保険制度下で安定産業だが低収益であるといえる。言い換えると成長産業ではない。資金調達需要はほとんどが建替え需要であり、その頻度は建替えであるため20~30年前後に1度、規模は10億~30億円程度。経営体質も同族経営で情報公開を好まないなど中小企業的体質にあるといえる。株式上場という視点から見ると、資金需要のロットや頻度から、わざわざ株式上場するコストをかけてまで、その用意をしておく意義は乏しいと言える。また、低位安定型であって新商品開発で急成長するような産業ではないため、ベンチャーキャピタルの投資対象になりにくいと考えられる。仮に上場したとしても高成長が見込めないため高株価形成は期待しにくい。言い換えれば新規売出しに伴う創業者利得の獲得や、高い株価を利用した効果的な増資は難しい。さらに、経営権を確保するためには発行株式の51%を所有しておく必要があり、経営権保持のためには、結局、株式による資金調達総額の49%しか外部調達できないことになる。

以上は既存病院の株式による調達についてだが、新規参入についても、病床過剰のわが国において、わざわざ株式会社の進出を認め、新規参入を呼び起こすメリットは国策としてあるのか疑問である。資源配分の不効率を助長するだけではないだろうか。また、先に見たように、巷間指摘されているような株式会社参入による効果も期待できない。

さらに、株式会社の立場からみても、公的保険制度、公定価格、フリーアクセスという制度下で、かつ病床過剰で低収益というマーケットに進出するメリットはあるのだろうか。投資家にしてみても、このようなマー

ケットにある病院に投資的魅惑はあるだろうか。

第5の現行の医療法人が営利と変わらないとする点については、現行法制では非営利の定義に照らして非営利とは言いがたい点は既に述べたとおりである。

したがって問題は、現行の医療法人に対し非営利の要件を完全に満たすように、医療法人制度を改革する方向で考えねばならない。それについては5章で後述する。

3. 非営利性の現状について

非営利性の侵食が想定される現象および局面

現行の医療機関が非営利の要件に照らし、非営利とは言い難いことについては既に触れた。ただ、現行法においては配当は禁止され、営利企業参入は排除されている（歴史的経緯で存続している株式会社立病院を除く）。

ところが、この2点（配当禁止、営利参入の排除）についても、形骸化されているとの指摘がある。

そこで本章では医療現場において、非営利性が現状どのような状況におかれているのか、現行法規のもとで放置しておく、形骸化が進む恐れのある現象および局面を示す。

本調査は、文献調査の他、学識経験者、病院経営者、金融機関の医療機関担当者、医薬品卸会社の医業コンサルタント担当者、医業コンサルタント会社の病院コンサルタント、会計事務所の医療機関担当者などからのヒアリング調査に基づいている。

病院経営者については、21法人を対象に、表1に示す法人に対してヒアリングを行った。

その他、医業コンサルタント会社2社、医薬品卸会社2社、会計事務所2社にヒアリングを行った。

表1 ヒアリング対象医療法人

	200床未満	200床以上
都市部	7法人	4法人
郡部	5法人	5法人

現行法で非営利性が侵食される現象としては、既に述べたとおり配当が禁止されているにもかかわらず、実質上配当行為とみなされる行為、もう一つは、営利企業が排除され、営利企業による経営が禁止されているにも拘わらず、営利企業の支配を受け、実質上営利企業が参入しているとみなされるケースである。

このような現象が、どういう局面で起きるかということ、第一は営利企業との取引を通じて挙げられる。

医療法人は医薬品会社、医療機器メーカー、コンサルタント会社、病院給食会社など、様々な営利企業と日々取引しているが、それら営利企業との取引を通じて、非営利性が侵食される可能性が考えられる。

第二は金融取引、つまり医療機関の資金調達の局面である。医療機関におけるこれまでの金融取引は、金融機関からの借入がほとんどであったので、このような従来型の金融機関からの借入では、余程の事が無い限り、非営利性が侵食されるようなことは原則なかったと言える。しかし近年は、資金調達の多様化傾向を背景に、金融技法にも様々なものが登場し、そのスキームの如何によっては、やはり非営利性が損なわれる恐れが想定されるため、この面での取引を取り上げる。

第三は内部取引である。これは理事長など役員と医療法人間との取引のことで、例えば理事長が医療法人へ病院が使用する土地・建物を貸し付けているケースなどが考えられる。

1) 営利企業との取引

営利企業との取引は、MS 法人など系列企業、つまり身内の企業との取引と、身内外との取引があり、これら 2 つは取引の意味合い（理事長等医療法人経営者の支配力）が違うので、分けて検討する。

(1) 系列企業との取引

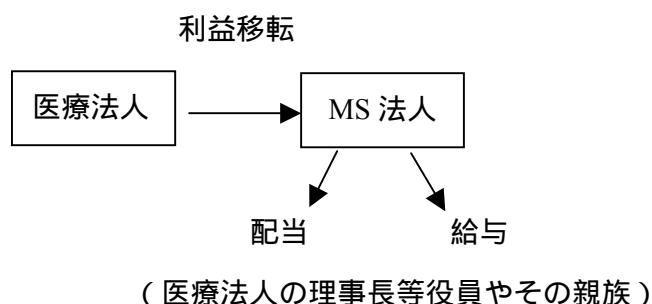
まず系列企業との取引についてである。系列企業とは、当該医療法人の理事長等役員が所有または支配している企業を指す。MS 法人などがその代表例である。

この場合、想定される現象は実質配当行為として現れる。

これは医療法人が先に述べたとおり、医療機器メーカー、医薬品会社などと取引する際に、MS 法人などを間に介在させ、仲介料を取る場合、あるいは医療法人が行う業務を形式上、MS 法人に移管して、そこへ業務委託という形でフィーを支払う場合などが挙げられる。

これらを通じて医療法人の利益を MS 法人に移転させ、MS 法人においてそれを財源として、理事長など役員やその親族などに配当金、または給与の形で支払う現象である（図 1）。

図 1 系列企業との取引



具体的には、病院の職員を形式上 MS 法人の職員とし、MS 法人が人材派遣会社となり、人材派遣料受け取りを通じて医療法人から MS 法人へ利益が移転されるケース、または医療法人の理事長が病院を経営しているわけだが、その同一理事長が MS 法人に所属し、MS 法人が当該医療法人の経営コンサルタント会社となり、経営指導料を受取るなどの場合である。

これらの取引で注意すべき点は 2 つ考えられる。

1 つは MS 法人が仲介または委託業者となる場合で、この仲介手数料や委託料が市場相場であるか否かである。市場相場よりも著しく高い場合が問題になる。

もう 1 つはコンサルタント会社の例で指摘した点だが、この場合はコンサルタントフィーの多寡というよりも、文字通り、「利益移転行為」とみなされる惧れがある。

このような系列企業への利益移転の事例として、徳洲会の例がある。日経新聞（平成 16 年 3 月 13 日朝刊）によると、特定医療法人徳洲会に医療機器を納入している系列企業 2 社が、医療機器リース代を通常より高く設定し、病院の経費を水増しして、利益を外部に移転したとのことである。現在、この件で当該系列企業が東京国税局の税務調査を受け、2003 年までの 7 年間に総額約 18 億円の所得隠しが指摘され、重加算税を含め約 7 億円が追徴課税されている。

この利益移転の仕組みは、雑誌「選択」（平成 15 年 10 月）に詳しい。これによると「まず、徳洲会系医療機器販売会社のインテグレート・メデ

ィカル・システム（IMS）が医療機器をまとめ買いで買い叩き、循環器系 X 線診断システムなど 4 つの機器を約 4 億 1300 万円で購入する。普通ならこれを IML に売り、リースすればいいのだが、徳洲会側はあえてこれをダミーの富士に売り、富士はそれをリース会社に 10 億 1800 万円で売却。さらに、リース会社は 4 つの機器を IML に転貸し、それを IML が徳洲会系の病院にリースするという複雑な仕組みをとる。こうして、富士がこの取引で得た 6 億 500 万円の利益を、徳洲会側に戻すことで裏金が捻出される」とのことである。

（2）非系列企業との取引

非系列企業との取引では、互いが独立した組織同士なので、系列企業との取引においてみられるような、利益移転の問題はあまり想定されない。非営利企業との取引で問題となるのは、営利企業による経営支配である。こうした現象がおこるきっかけは病院が経営困難に陥ったような場合、または P E T のような高額医療機器を導入したいとか、あるいは新たにデラックスな病棟を建てたいなど積極経営志向を取っている病院が、金融機関からの借入がスムーズにいかないなどにより、一般事業者に金融援助を仰ぐ時である。

具体的な支援方法としては、営利企業が自ら融資する、金融機関借入に際して債務保証をする、土地・建物といった現物を提供するといった形が取られる。

営利企業はこうした支援の見返りとして、幹部職員などを送り込み、実質的に経営支配を行うこととなる。この例として、セコムの例が挙げられる。

日経ヘルスケア（平成 14 年 6 月）によると、セコムは経営支援ということで 6 病院と提携し、その中には、セコムが事実上経営権を掌握しているケースがあるという。これが業界誌としても比較的著名なメディアに掲載された訳だが、セコム側から特に否定されたとも聞いていない。

この記事によれば、先ほどの経営が行き詰まったケースとしては、札幌の溪仁会に対し、103 億円もの借入に対する債務保証をしている。新規開設のケースとしては、東京の初台リハビリテーションに対して土地の賃貸を行っている。

セコムの例でも判るように、こういった経営支援を行う企業は、経営戦略として病院業界に進出を目指している企業である。セコムのような例

その他、近年は医療と介護の連携が進行中であるが、医療・介護連携を進めるうちに、株式会社である介護事業社側が医療機関を支援し、経営支配に至るケースも想定されよう。

2) 金融取引

次に、非営利性が侵食される2番目の局面として、金融取引、つまり資金調達の局面について述べる。

既述の非系列企業との取引で非営利性が侵食されるケースは、病院業界に進出する、つまり経営権掌握が目的で行われるが、これに対してこれから述べる金融取引では、当初の目的は経営権掌握ではなく、純然たる投融资ビジネスだが、スキームの中に非営利性に抵触する事項が含まれていたり、各種の取決めの過程で結果的に営利企業の意向が優先する恐れが生ずるものである。

近年は金融手法が進化し、その中には、スキームの組み方如何によっては、非営利性が侵食される惧れがなしとはしないスキームも登場するようになってきた。そこで、そういうタイプの新金融スキームについて、以下に検討する。

図2 新金融スキーム(簡易版)

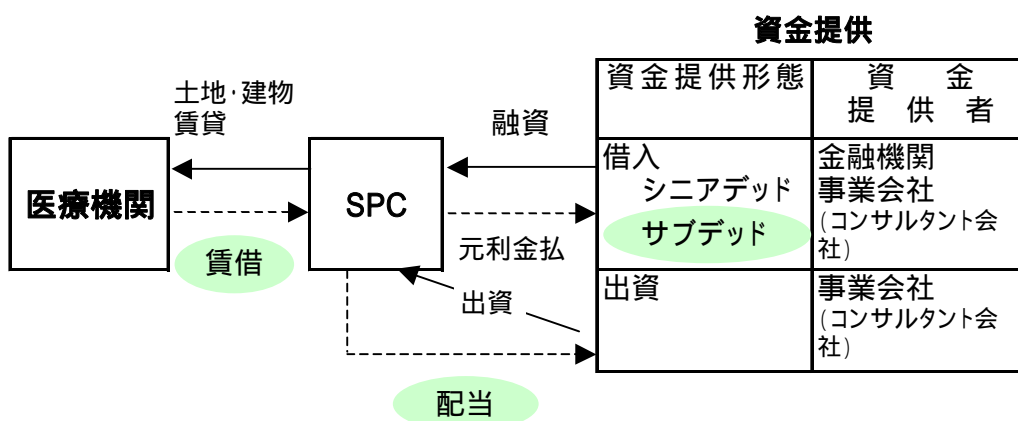


図2に示した金融スキームは、非営利性との関連で問題となる箇所を判りやすく明示するために簡略化してあるので、正確なスキーム図ではない(現実にはSPCを利用した場合、土地・建物は信託銀行に信託される形を取る)。

さて、この図が示すとおり、医療機関は病院の土地・建物をSPCに売却し、SPCから土地・建物を賃借し、SPCに賃借料を支払う。SPCは土地・

建物の購入資金を右に示す資金提供者から借入または出資を受けるという形で調達する。

当然のことながら、借入については元利金を支払い、出資受入については配当を行う。

借入には、シニアデッドとサブデッドがある。シニアデッドとは、従来型の普通借入のことで、金利は原則として市場金利レベルで固定制が採られる。これに対してサブデッドとは、劣後借入のことで、倒産などがあれば、元利金の返済が劣後する他に、毎期の金利支払いについても、事業開始直後の収益があがりずらい数年間は、金利の支払いをゼロにする、または低利にする、その代わりに、収益が出るようになった時点から、その分金利を高く取ろうとするものである。

要するにサブデッドは原則として、借入の対象となった事業の収益状況に応じて金利を変動させる借入である。

このスキームで非営利性との関連で問題となる点として5つ挙げられる。

第一は株式発行による資金調達・配当が実施されることである。SPCはいうまでもなく株式会社組織だが、既述のとおり、必要とする資金を借入または株式発行という形で調達できる。ただこの場合のSPCは、スペシャルパーパスカンパニーと言われるだけに、医療機関の資金調達のためだけに作られた会社である。このSPCが株式で資金調達するということは、医療機関そのものが株式発行しているわけではないとはいえ、実質、医療機関が株式を発行して資金調達したと同じことと解されるときも限らない。むしろこれに伴う配当実施も同様である。

第二は、サブデットの金利の決め方である。サブデッドは事業開始直後の収益不安定期には金利ゼロないしは割安金利とし、その代わりに収益稼得期に入れば割増金利を適用するといったタイプの借入である。要するに金利設定が収益連動型との指摘を受けかねない。

問題の第三は、医療機関がSPCに支払う賃借料の決め方である。SPCの収入は医療機関からの賃借料のみである。一方、SPCが必要とする資金これは資金提供者に対する金利支払・配当金のことだが、仮にサブデッドが変動金利型で決められ、また配当も行われるとすると、期毎に所要資金は変動、というより、漸増となる公算が大きい。このため、必然的にその財源となる受取賃借料も変動、つまり漸増する形となることが想定

され、賃借料が結果的に収益連動型となることが考えられる。不動産の賃借料が収益連動型となることについては、平成5年厚生省健康政策局総務・指導課長発出の通知で禁止されている。

第四は、コベナンツや財務制限条項の取決内容である。

コベナンツとは契約条項、遵守条項といった意味である。このコベナンツや財務制限条項は、債権保全のための取決めをするもので、例えば新規の借入は抑制するとか、新規大型事業を行う場合は、債権者の了解を必要とするといった事項を取り決めることで、別に経営を支配することを目的としたものではないが、病院と資金の出し手との力関係によっては、債権保全という名目の下で、実質的に経営がしばられる惧れが否定できない。

以上、4つの問題のほかに、5番目の問題として、スキーム全体の問題がある。

このスキームがどのような経緯を経てスタートするかといえば、医療機関側からこのスキームを持ちかけることは考えにくく、コンサルタント、つまりアレンジャーが営業活動をし、このようなスキームが使える医療法人を見出すことから始まると思われる。こうした経緯で出会いがあると、医療法人とアレンジャーは対等な立場で医療機関に最も適したスキームを文字通りビジネスライクに仕立てていくので、この過程ないし段階で経営支配などは考えられない。

ただ多くの場合、こういったスキームを使うのは、経営が立ち行かなくなったとか、どうしても新規事業をやりたいが銀行が貸してくれないなど、医療機関側の立場が弱いケースが多いと思われる。そうすると、医療機関が主体的にこういったスキームを利用するのではなく、医療機関がスキームの中に埋没して、このスキームのために医療機関があるようになってしまい、主体性を失って実質的に営利企業であるアレンジャーに支配される可能性が考えられる。

3) 内部取引

内部取引とは理事長等役員と医療法人間との取引である。理事長等役員への給与、理事長から法人への金銭貸付・私募債購入、理事長から法人への土地・建物賃貸などで、これらの取引価格が市場相場よりも著しく高い場合、問題となる。

なぜならこれらの価格は内部取引のため、理事長が恣意的に決められるので、場合によっては実質配当につながりかねない。

4. 米国の民間非営利病院にみる非営利性

わが国同様、米国の民間非営利病院は病床ベースで約7割を占め、医療提供の中心的役割を担っている。このように日米ともに民間非営利病院がメインプレイヤーとなっているので、米国における民間非営利病院の非営利性を考察してみよう。

米国の病院は、歴史的には民間において教会や慈善団体が作った救貧目的の患者収容施設として出発した。そのため現在に至るまで、米国の多くの病院は民間組織だが、個人に財産が帰属しないことを原則としている。

米国ではわが国のような全国民を対象とした医療保険制度は採用されておらず、このため全人口の約15%、約4,500万人が無保険者といわれている。また、資本主義が貫徹しているほか、移民社会でもあるため、経済的弱者が少なからず存在する。

こうした背景から、特に民間非営利病院では、これら経済的弱者に対する医療を、チャリティーケア（貧者への無償または低廉な価格での医療サービス）という形で提供している。つまり、公益活動を積極的に担っているわけである。さらに、もともと市民間で地域ニーズに応える形で発生したこともあって、フィランソロピーやボランティアといった地域支援が強く、このため寄付者を含む地域住民に、経営内容等を公開する伝統がある。これより伝統的に情報公開に対する抵抗感が少ないといえる。

一方米国では、非営利組織を非課税とする制度がある。ただ非課税となるためには、IRS（内国税庁）が定める501(c)3（医療業の場合）の規定を満たさなければならない。規定の内容は、以下に示すとおりだが、先に述べた非営利病院の歴史的な性格から、米国のほとんどの病院がこの条件を満たし、非課税扱いとなっている。その条件とは、利益が個人に属さない、資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、解散時の個人への財産分配の禁止、公益事業の実施、政治活動、政治献金の禁止、である。

これで明らかのように、米国の民間非営利病院は、先に示した非営利の定義を完全に満たしている。そのため非課税扱いも社会的に容認されているわけである。

米国の非営利病院は実態も非営利なので、単に非課税とされるだけでなく、資金調達面で大きな公的支援を受けている。以下その点を論述する。

民間非営利病院における第二次大戦以降の長期資金調達に対する公的支援を概観すると、まず第二次大戦直後の1946年に、不足している病院施設の整備を急ぐ目的から、ヒル＝バートン法が制定された。これは病

院整備に国が直接補助金を投入するもので、以後約 30 年間この制度は存続し、病院施設整備に多大な貢献をした。この間 1968 年には、FHA(Federal Housing Administration) という国の債務保証制度も制定された。本制度はその利用方法が複雑であるなどから、利用病院は限られていると言われているが、国がこうした保証制度を設けたということは注目に値する。

ヒル = パートン法によって病院整備が大いに進んだが、国の財政が厳しくなり、税の直接投入が難しくなってきた 70 年前後あたりになると、今度は免税の病院債による資金調達が促進されるようになった。これは連邦政府が作った制度で、免税の恩典を与えることによって、財政負担を軽減し民間資金を活用する形で病院の資金調達を支援するものである³⁴。

このように市場に重きをおく米国において、病院の資金調達に関しては、意外にも政府が積極的な支援をしてきた様子が判る。

そしてこうした公的支援が受け入れられる背景には、米国の非営利病院では非営利の要件を完全に満たし、公益的活動にも積極的である点を理解しておく必要がある。

米国では 70 年代に営利病院による活発なチェーン展開が始まって以来、既に 30 年以上が経つが、この間営利病院のシェアが徐々に伸びているとはいえ、なお 15% 程度にとどまっており、医療供給の中核は依然として民間非営利病院が担っている³⁵。

³⁴ 松原 由美「わが国の民間病院における資金調達」『社会保険旬報』2002 年 12 月、
松原 由美「米国の病院における資金調達の歴史と現状」『病院』、2000 年 11 月

³⁵ 明治生命フィナンシャルズ研究所「医療施設経営安定化推進事業 経営の実態把握とその対応策について」厚生省 平成 12 年

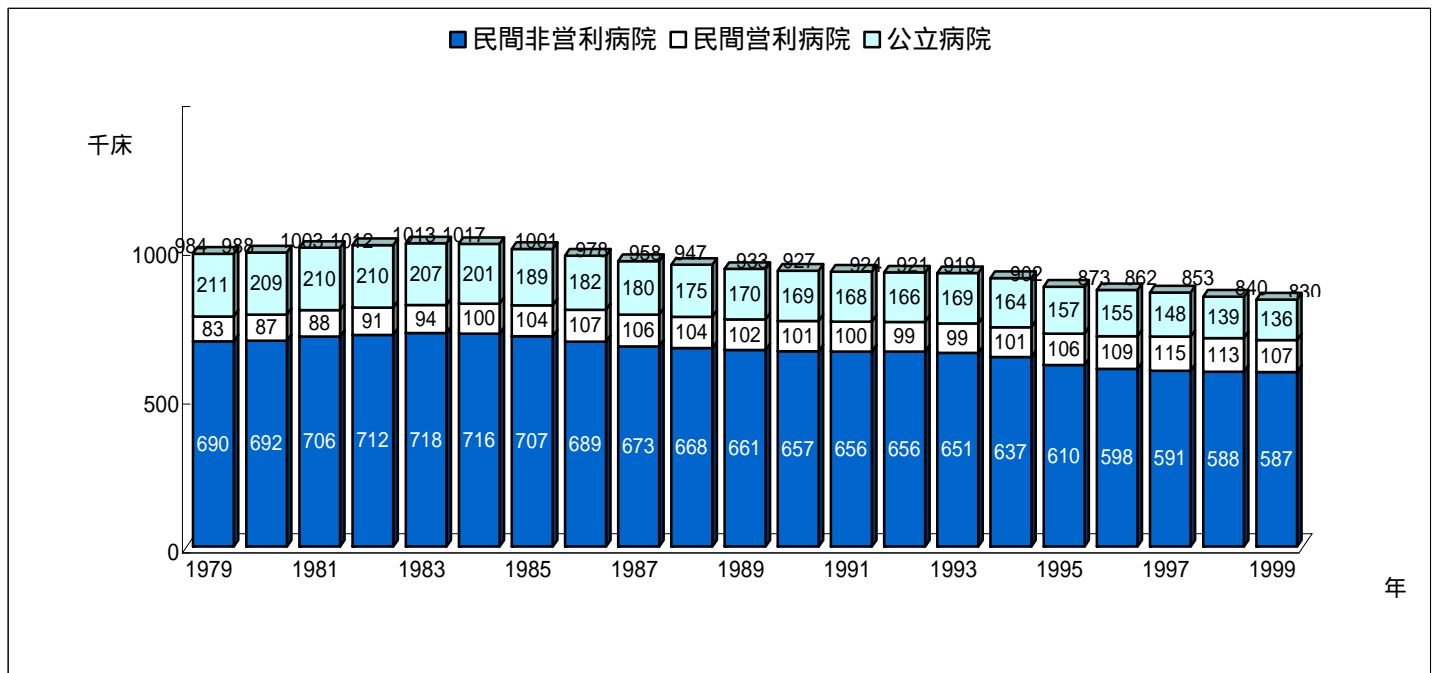


表 2 米国における病床数の推移

資料：AHA

市場に重きをおく米国において、民間非営利病院が医療供給の中心的役割を担っている理由としては、民間営利病院が対営利病院との関係で、それなりの競争力を持っていることが考えられる。その理由として、第一に事業所得が非課税扱いにされている、第二に免税の病院債制度にみられるように、資金調達面でも公的支援を受けている、第三に地域に根づいた経営を行っているなど、が指摘できる。

米国非営利病院が地域に根づいている例として、フィランソロピックファンドによる資金調達が挙げられる³⁶。

フィランソロピーとは、個人や企業などによる社会的貢献活動や慈善的寄付行為などを指す。フィランソロピックファンドとは、このフィランソロピーによる募金などで集められる資金をいう。

Michael Nowicki によると、非営利病院の資金調達における寄付の比率は年々減少傾向にあり、1968年には21%だったのが、1984年には6%以

³⁶ 明治生命フィナンシャルズ研究所「医療施設経営安定化推進事業 経営の実態把握とその対応策について」厚生省 平成12年

下へと落ちている。1986年に個人からの寄付に対する税控除の制限が設けられた税制改革（Tax Reform Act of 1986）によって、更に低下傾向にあるという。

とはいえ、非営利病院が地域に密着した活動を行い、それ故に一定規模の寄付が寄せられていることに変わりはない。

デイトン（オハイオ州）にある Kettering Medical Center Network（4病院を有するチェーン病院の母体組織、チェーン全体のベッド総数約1,200床、チェーン全体の年間総収入569Million 約626億円）の場合、2003年度のチェーン全体のフィランソロピー総額は、\$2.3Million（約2億5千万円）で、税引き後利益の14%を占めていた。

ワシントン DC にある、プロビデンス病院（チェーン傘下病院、病床700床程度、年間収入約170億円）の場合、99年度のフィランソロピー総額は、総収入の約1%程度を占め、\$1.3Million（約1億4千万円）であった。

両病院とも、フィランソロピーによる fund raising の専門家が兼任ではなく専任で勤務し、地域住民に対するスポークスマンの役割を負っている。

寄付者としては、企業からはゴルフコンペやパーティー、乳ガン撲滅運動などイベントに対してが多く、郵送による寄付の募集など日常的な寄付は圧倒的に地域住民個人からが多いとのことである。

自分たちの病院であるという意識を、地域住民が共有している証左と考えられる。また、地域住民をボードメンバーに加えるなど、地域密着型の経営を展開している。

5. 非営利性徹底のための方策

非営利性徹底のための方策については、大別して2つ挙げられる。一つは現行の医療法人は非営利の要件を欠いているので、これの是正。もう一つは現在の法律・通達などのルールに定めた事項の形骸化防止とそのフォローアップ体制の構築である。

医療法人が非営利の要件に欠けている事項とは、出資者との間に持ち分関係が存在していることと、利益配分が毎期の配当を除いて許されていることである。

したがってこの是正が求められることになる。これについては医療法を改正して、持ち分ありの医療法人を禁止することも一つの考え方だが、そこまで行わなくても、現行規定の特定医療法人などへの移行でも対応可能

である。

ただ全ての医療法人にこうした転換をさせるのは現実的ではないだろう。これまで親子何代かにわたって営々と築き上げてきた病院に対して、一気に持ち分放棄を迫るのは問題が大きいと思われる。

そのため法を改正するにしても、特定医療法人などへの移行によるものとしても、医療法人サイドの選択制とすることも検討に値しよう。

一方、一定規模以上の病院または地域で中核的役割を担っている病院などについては、公益性が一段と高いほか、社会的影響も大きい点に鑑み、早期の持ち分放棄が望まれる。

なお、今後新規に医療法人を開設する場合は、全て持ち分の定めのない法人とすることを検討しても良いと思われる。

ただし現在開業している医師が一人医師医療法人に転換することについては、別途検討の要がある。

次に是正策の2つめである利益配分の問題についてであるが、これは持ち分放棄の要件を満たせば、自動的に消滅する。

ただ、先に述べた持ち分放棄を短期間で進めるにはいろいろと支障を来たす惧れがあるので、経過措置または漸進的に進める方策として、厚生労働省の「医業経営の非営利性等に関する検討会」でも検討されている出資額限度法人の制度化が、現実的な対応策の一つとして考慮に値しよう。

次に形骸化の対応策である。これには既に述べた実質配当行為と実質営利企業による支配の二つが挙げられる。

実質配当行為の防止については、やはり理事長等役員の過剰給与支払い禁止、勤務実態のない同族職員の給与支払い禁止が考えられる。また MS 法人との関係のあり方についても、規制の必要があろう。

これらに関して、既に平成5年の厚生省健康政策局総務・指導課長連盟通知「医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認について³⁷」が出されて

³⁷ 例えば「医療機関の開設許可の審査に際し、開設申請者が実質的に医療機関の開設・経営の責任主体たり得るか及び営利を目的とするものでないか否かを審査するに当たっては、開設主体、設立目的、運営方針、資金計画等を総合的に勘案すること」、「開設者である法人の役員が、当該医療機関の開設・経営上利害関係にある営利法人等の役職員と兼務している場合は、医療機関の開設・経営に影響を与えることがないものであること」、「第三者から資金の提供がある場合は、医療機関の開設・経営に関与するおそれがないこと」、「医療機関の運営上生じる剰余金を役職員や第三者に配分しないこと」などとある。

いるが、例えば給与上限の設定など具体的かつ明確なルール作りが求められる。

一方営利企業支配については、営利企業の出資や金融支援は防止できないであろうが、これら企業の経営介入の道については、歯止め策を設ける必要がある。これについても前出の通知で規定されていることであるが、その通知の周知徹底を行い、実効性のあるフォローアップ体制を築く必要がある。

また、新たな金融スキームへの対応だが、問題となる収益連動型金利、収益連動型家賃、および SPC などの株式発行による調達に関しては、新しい流れの中で、これらをどう受け止めるかの検討、言い換えるとどこまでが良く、どこまでが駄目なのかなど、そのルール策定が求められる。

以上、非営利性の徹底に関して、改定すべきルール等を述べたが、これを内部的・自主的にフォローアップする一つとして、今後は医療法人にもガバナンスの強化を取り入れることも考えてよいと思われる。

非営利の徹底は、医療を非営利で運営する上で不可欠の要素だが、これを医療法人に求めるには、ある程度の対価を用意する必要があるだろう。

米国の民間非営利病院の場合、古くは病院建設に対する大規模な補助金投入等があり、今日でも法人所得は非課税、免税債発行による資金調達など、公的支援が実施されている。

わが国の場合でも、特定医療法人や特別医療法人については、軽減税率の適用や収益事業の拡大などが認められているが、今後、非営利性を一段と促進するにあたっては、その対価を拡大していくことも検討しなくてはならないと思われる。

ところで病院経営で最大の課題は、25～30年の周期で訪れる設備資金調達である。その資金調達をスムーズに行わしめるためには、この面での公的支援は効果的と思われる。

資金調達面における公的支援策としては、補助金投入、減・免税措置、債務保証などが考えられるが、現状の苦しい財政状況や、債務保証が民間資金導入の呼び水になる等を考え合せると、公的保証は最小コストで最大効果をあげるものとして最も現実的な策と考えられる。もちろん、保証を安易に行うことはかえって害となるので、実施にあたっては、例えば借入金額に占める債務保証の限度割合の設定、借手側からの保証料徴収等や、地域住民を参加させた評議員会を設ける、第三者評価を受けるなどの条件を満たした医療機関に適用するなどの、制度設計上の工夫が必要であろう。

参考文献

<邦文>

1. 上村達男『会社法改革』岩波書店 2002 年
2. 遠藤久夫『医療における市場原理と計画原理の相互補完性』『医療と社会』Vol.8/No2, 1998 年
3. 岡内幸策『証券化入門』日本経済新聞社 1999 年
4. 小佐野宏『コーポレートガバナンスの経済学』日本経済新聞社 2001 年
5. 河口洋行『私的病院の資金調達問題について』『医療と社会』Vol.10/No3, 2000 年
6. 経済団体連合会コーポレート・ガバナンス委員会『わが国公開会社におけるコーポレート・ガバナンスに関する論点整理』2000 年
7. 近藤光男他『証券取引法入門』商事法務研究会 2000 年
8. 財務省『進展するコーポレート・ガバナンス改革と日本企業の再生』報告書 2003 年
9. 財務総合政策研究所『コーポレートガバナンス特集』『ファイナンシャルレビュー』第 60 号 2001 年
10. 財務総合政策研究所『コーポレートガバナンス特集』『ファイナンシャルレビュー』第 68 号 2003 年
11. 笹島哲朗『誰にもわかる医療法人制度入門』エヌピー通信社 1997 年
12. サラモン, レスター M.『NPO 最前線』岩波書店 1999 年
13. 杉山学『非営利組織体の会計』中央経済社 2002 年
14. 全日本病院協会編『病院のあり方に関する報告書』全日本病院協会 /2000 年～2002 年
15. 高橋淑郎『変革期の病院経営』中央経済社 1999 年
16. 高橋淑郎他『病院の資金調達の多様化と手法に関する研究』『社会保険旬報』No.2070、2072、2075、2078、2079、2082, 2000 年
17. 田中滋『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社 1993 年
18. 田中滋『社会全体の観点から見た医療と市場経済』『社会保険旬報』No2158, 2003 年
19. 富沢賢治他『非営利・協同セクターの理論と現実』日本経済評論社 1999 年
20. 長瀬範彦『会社法』東洋経済新報社 2003 年
21. 二木立『一般病床半減説は幻想』『社会保険旬報』No2147 2002 年

22. 二木立 『医療改革と病院』 勁草書房 2004 年
23. 西田在賢 『医療・福祉の経営学』 薬事日報 2001 年
24. 日経ヘルスケア編 『病医院のための資金調達マニュアル』 1997 年
25. 西村昭男、西澤寛俊、竹内實 『選ばれる病院：北の国からの発信』 医療文化社 2002 年
26. 西村総合法律事務所編 『ファイナンス法大全(上下)』 商事法務 2003 年
27. 日本医業経営コンサルタント協会編 『医業経営用語辞典』 ジャパン総研 2003 年
28. 堀口亘 『最新証券取引法』 商事法務 2003 年
29. 松原由美 『米国の病院における資金調達の歴史と現状』 *病院* Vol.59/No11, 2000 年
30. 松原由美 『米国における病院債の実情』 *週刊社会保障* Vol.54/No2097, 2000 年
31. マラニー, ジョン A. 『REIT』 金融財政事情研究会 1999 年
32. 水野肇、川原邦彦 『医療経済の座標軸』 厚生科学研究所 2003 年
33. 明治生命フィナンシャルランス研究所 『医療施設経営安定化推進事業 経営の実態把握とその対応策について報告書』 厚生省健康政策局 2000 年
34. 茂木哲也 『債券投資・発行の会計と財務』 中央経済社 2003 年

< 英文 >

35. N. Anthony, Robert and Young, David W, "Management Control in Nonprofit Organizations," Irwin McGraw-Hill, 1999 年
36. Bryce, Herrington J., "Financial & Strategic Management for Nonprofit Organizations," Jossey-Bass Publishers, 2000 年
37. Folland, Sherman et.al. "The Economics of Health and Health Care," Prentice-Hall, Inc., 2001 年
38. Fry, Robert P Jr., "Nonprofit Investment Policies," JOHN WILEY & SONS, INC., 1998 年
39. Gapenski, Louis C., "Financial Analysis & Decision Making for Healthcare Organization," McGraw-Hill, 1997 年
40. Mossialos, Elias et.al. "Funding Health Care : Options for Europe," Open University Press, 2002 年

41. Nowicki Michael, "The Financial Management of Hospitals and Healthcare Organizations," AUPHA, 1999 年
42. O'Neil, Michael, "The Third America," Jossey-Bass Publishers, 1989 年
43. Salamon, Lester M., "America's Nonprofit Sector," Foundation Center, 1992 年
44. Weisbrod, Burton A., "To Profit or not to Profit," Cambridge University Press, 1998 年

医療機関のアカウンタビリティ：ガバナンスの要素として

真野俊樹

多摩大学 客員教授

1. アカウンタビリティとは

アカウンタビリティ(accountability)とは「説明する責任」あるいは「説明責任」と訳される。アカウンタビリティ論には 1)会計および監査、2)情報公開、があると考えられる。

1)では会計学や監査論の中心概念としてアカウンタビリティが考えられる。この場合には、アカウンタビリティとは、財産管理者の受託者責任の存在を前提として、その受託者責任の成立から解除に至るプロセスを会計的に説明することを意味する。すなわち、経済活動を行っている企業(営利組織)と自治体および非営利組織では、ある期間の活動とか、ある時点の状態に関する報告書を外部に開示している。その目的は、企業の場合、資金を提供する経済主体(株主、銀行)等に対して、自治体等では、税金を払う経済主体、さらに銀行および債券の購入者等に対して、行った活動等について説明する責任を果たすため、この説明責任のことをアカウンタビリティと言う。

有限責任制度に基づく株式会社制度における経営の委託と受託の関係からは、経営者の株主への受託責任とアカウンタビリティがある。会計とは財産運用の「受託者」から「委託者」へのアカウンタビリティを果たす主要な手段で、業務遂行に対する評価のもとになる。

一方 2)では、近代市民社会における自由と平等の概念と密接にむすびつく。この場合には、会計にとらわれず、政策形成、財・サービスの供給等、受託者責任の遂行、公的説明責任をアカウンタビリティととらえるので、1)も含み、より広い概念になる。

この報告書では、2)の立場をとる。

2)の立場では「患者の権利」の考え方も重要になるので、ここで確認しておきたい。すなわち、医療の場合には、「患者」という弱者を扱う性質上、弱者である患者の権利が明確化されている。

例えば、1973年にはアメリカ病院協会は「患者の権利章典」を発表し、そこでは患者は、思いやりのある、人格を尊重したケアを受ける権利があるとされている。

そして、1991年に入院時に病院側から患者自身に自己決定権があることを告げることが義務づけられている。わが国でも、患者の自己決定権という欧米の考え方が導入され、1997年の医療法改正では、医療担当者は適切な説明を行い、患者の理解を得るよう努めるべきことが明記されている。

日本でもこういった動きは出てきている。患者の権利章典に関しては、2001年に、東京都衛生局が「都立病院の患者権利章典」を公表している。その要旨は「患者は、患者中心の医療の理念のもとに、人間としての尊厳を有しながら医療を受ける権利を持っている。また、医療は患者と医療提供者が互いの信頼関係に基づき、協同して作り上げていくものであり、患者が主体的に参加するのが重要になる」とある。

患者の権利として、具体的には 良質な医療を公平に受ける権利がある， 人格を尊重され、医療提供者との相互の協力関係の下で医療を受ける権利がある， 診療に関して十分な説明、情報を受ける権利がある， 治療方法などを自分で選択する権利がある， 自己の診療記録の開示を求める権利がある， 診療過程で得られた個人情報の秘密が守られ、私的な生活を乱されない権利がある， 研究途上にある医療に関して、十分な情報提供を受けその諾否を決定する権利および何らかの不利益を受けることなしにいつでも拒否する権利がある。

さらに、この章典は、次のような患者の責務をも強調している。 医療提供者に対し、患者自身の健康に関する情報を提供すること， 医療上、理解できないことについて質問すること， 他の患者の治療や病院職員の医療提供に支障をきたさないように留意すること。つまり、患者としての権利は認めます。しかし、患者自身もそれだけの責任は持ってくださいといっているのである。

このなかで、情報提供といった部分が強調されていることに留意されたい。

アメリカの会計検査院(GAO)は1960年代中ごろから、社会サービス、すなわち社会福祉、保健、医療、教育などにおいて実施される各種プログラムを評価し、行政の責任をその実施している活動の効果を基準に追求するために、プログラム評価を導入してきた。そして、**アカウンタビリティ**という概念が米国の医療サービスにおいて、注目されたのは1970年代であったが、その後は、あまり影響力をもつことはなかった。それが、1990年代以降、**アカウンタビリティ**の確保は医療システムにおけるもっとも重要な課題の1つとなってきている。

1990年代以降、米国の医療システムにおいて、**アカウンタビリティ**が重要な問題となった理由を、堀・印南(2001)は以下の4つに分けて述べている。すなわち(1)社会全体としての**アカウンタビリティ**に対する関心の高まり、(2)医療におけるTQMの普及(3)マネジド

ケア(Managed Care)の台頭・進展、(4)消費者運動の発展、の4つである。

次にアカウントビリティの手続き(procedures)について考えたい。手続きには、2つの構成要素があると考えられている。第1は、各領域の基準に対する遵守度(Compliance/Adherence)の評価である。第2は、評価結果の公開及び評価結果に対する利害関係者の説明(正当性を証明すること)である。遵守度評価と結果公開の手続きは、公式のものと非公式のものがある。公式な評価の手続きには外部組織による認定・評価(現地視察及び書類審査含む)及び、病院と外科医の手術に関連する死亡率と罹患率データの分析などがあげられる。しかし、このような評価及び分析手法の多くが現在も開発・更新中であり、完全といえるものは存在しない。また、評価結果の公開と説明に関する公式の手続きとしては、パブリック・ヒアリング、資格認定、レポートカードなどの活用があげられる。

医療におけるアカウントビリティ確保において具体的に何を手続きとするか、基準をどうするかなどについて、米国においても定義がないのが現状である。

そこで、医療におけるアカウントビリティに関する3つのモデル、すなわち1)プロフェッショナル・モデル、2)経済モデル、3)政治モデルを考えたい。

プロフェッショナル・モデルが強調するポイントは、「医師は、同僚医師等と患者に対してアカウントブルでなければならない」というものであるのに対し、経済モデルは、「市場において、消費者が自分のニーズに見合った医療サービス提供機関(プロバイダー)を選択できるようにしなければならない」ということを強調し、「患者」と「保険の購買者」を市場における「消費者」と捉える一方で、保険のみならず、医療機関や医師などの「プロバイダー」によって提供される医療サービスを「商品」と置き換えている。政治モデルは、「コミュニティの意思決定プロセスに市民としての患者及び医師を参加させることでアカウントビリティは確保される」ということを強調する。

他のモデルと異なり、政治モデルでは、主要なアカウントビリティの領域が定められていない。「コミュニティ」の「市民」としての医師及び病院、患者などの意見を聞いた上で、アカウントビリティの領域とその特定のエリアなどを「市民」のニーズに合わせて定義することが可能であるが、いずれにしても最終的に市民の承認を目標にする(Emanuel & Emanuel, 1996)

2. 内部組織の問題

さて、そのような環境下で、日本においても情報提供あるいはアカウントビリティが重要な意味を持つはずの医療機関であるが、この部分については、「不足している」という多くの批判がなされている。正木(2003)は病院組織の持つ問題点について、アカウントビリティの弱さを指摘しているが、現状認識にとどまっている。

その原因について、内部要因と外部要因に分けて考察してみたい。まず内部要因であるが、医療機関の内部構造上アカウントビリティが徹底しにくい構造になっている。もっとも重要なことは、医療機関内で職務責任と権限が不明確であることである。

医療機関組織では医師に権限が集中していて、医師の指示がないと看護師をはじめ医療従事者が動くことができない場合が多い。しかしながら医師がすべての医療プロセスを管理しているわけではない。逆に言えば、医師も業務のモニタリングができない範囲まで権限がある一方で、責任を持たされているし、医療従事者は責任の範囲が少ないとも言える(ただし、最近の医療事故では医師のみならず看護師が訴訟の対象になる場合が出てきている)。また、モニタリングが十分されていない範囲では、権限を行使し、あとで医師の確認を求める場合もある。

医療機関には後述する ISO にみられるような内部監査の機能は見られない。また医療行為についても、日本の病院においては厳密な Peer Review は行われていない。カンファレンスの場で様々な討論は行われるが、データベース化しているわけでもなく、必ずしも知識の蓄積につながるとは言えない。

こういった環境下では、アカウントビリティを積極的に果たそうとはしないし、また求められても誰がどのような情報を説明あるいは公開すべきかが不明確であり、効果的なアカウントビリティを果たせない。

さて、外部の問題はどうであろうか。

3. 外部への発信の問題

同じように、外部からのアカウントビリティへの圧力が少なく、いいかえれば医療機関組織のガバナンス(統治)構造がしっかりしていなかったといえよう。資金調達は間接金融、すなわち銀行借入が主体でありかつ銀行の担保主義によって、必ずしも情報開示によるリ

スク評価が厳密にできていたとはいいがたい。したがって銀行への財務公開はアカウントビリティの視点からは貧弱なものにとどまった。しかしながら、これは医療機関のみの特徴ではない。むしろ日本的な経営財務の特質ともいえる。以下、医療機関について考える前に日本の企業の特徴と背景について考えてみたい。

戦後の日本企業の資金需要は旧財閥系の金融機関を中心とした系列融資(間接金融)主体であり、自己資金比率が低かった。そして、借入金依存体質が銀行(メインバンク)による融資の系列化をもたらした。

さらにいえば、ここからは必ずしも医療機関にあてはまる議論ではないことを再度確認しておきたいが、日本的な経営財務の特質としては、配当性向が低く、内部留保性向が強いこともあげられよう。したがって、今日の大企業の資本金構成は資本金(株主資本)が少なく、資本準備金・利益準備金やその他の剰余金が多額になっている。これは株主配当分の留保として考えるよりも、企業が獲得した価値を企業そのものの取り分と考えているのが一般的であることの裏返しで、経営者や従業員は創意工夫の提供を通じてこの部分の増大に大きく寄与しているという考え方である。これは、日本の個人投資家が未成熟であったためであるといわれ、近年では外国人あるいは機関投資家の圧力あるいは敵対的 TOB といったものでゆらぎつつある。

要するに、戦後の日本企業の配当政策は株式相互持ち合いによる株主利害の圧力がないので、より多くの利益を株式配当に向けるのでなく、社内留保に回したといえよう。間接金融中心であったので、大株主でもある金融機関の利害を優先して、企業の借入金返済能力の維持・強化に向かったのである。

最近のアカウントビリティ強化論には、このような企業そのものに対する考え方の変化が背景にある。さらに、粉飾決算問題もこれに輪をかけている。いいかえれば、会計理論と会計実務との乖離、粉飾・利益操作・情報の隠匿がある。例えば、1998年秋に日本長期信用銀行が破綻、粉飾決算をしていたことがあきらかになった。このときには、元頭取が粉飾決算に関して証券取引法違反と商法違反に問われた。

もちろん、こういった文脈はアメリカ型のガバナンスを肯定するものとはかぎらない。日本型雇用慣行(終身雇用、年功序列、企業別組合)は高度成長を支えた日本独自の制度として国際的に有名になったが、1990年代以降の時代環境の激変とともにその内容も変わり

つつある。しかし根底にある日本の社会や価値観のすべてが変わったわけではない。歴史、文化、伝統を異にする社会基盤に米国型の企業統治の仕組みを直そのままにとりいれると日本経済の強さがすべて損なわれることになりかねないとの危惧もあろう。一部の日本の米国流経営学者や投資ジャーナリズムは、経営の目的は株式価格(企業価値)の向上にあり、取締役は、株主の信託を受け、経営陣や従業員から独立し株主を代表して経営の執行を監督管理しなければならないとしている。

しかしながら、一方では、共同体である企業の目的は経営の長期的存続と発展にあるという考え方もできる。この場合には、社会との調和と雇用、および広い意味では雇用者も含むステークホルダーへの満足追求が最重要課題である。この意味で、取締役会は、この目的の下に資本の受託者として経営の執行、管理状況を監督し、利害関係者に一定の責任を果たさせることが使命であると考え。外国のものまねでなく、社会基盤に合致した独自の企業文化の創造こそが会社発展の鍵であることを認識すべきかもしれない。このように、企業についても議論は1枚岩ではないことを確認した。ただし、統治構造に様々な議論はあるにせよ、2)の視点も加えれば、アカウンタビリティの重要性は減じられることはない。

以上は、むしろ最初に述べたアカウンタビリティの1)の視点であるが、2)の視点からは、消費者との情報の非対称性、したがって外部への発信の意味が少ない点が指摘される。さて、ここで最近よく指摘される企業の社会的責任についても確認しておこう。ここで、企業と表現したが、広く組織の意味にあてはまるので、以下、組織と表現する。

組織は、社会とのつながりをいろいろな表現であきらかにしているが、そのなかで最近特に多いものが「社会貢献」である。この「社会貢献」の意味を探るために、まず、企業が「社会貢献」という言葉で示す様々な表現とその内容を調べることにしたい。

(1)「社会に貢献する」　まず、「社会に貢献する」は多くの会社が用いている。例えば凸版印刷などは、経営信条の第1で「われわれは、社業の発展を通じて社会に貢献する」と述べている。

(2)「貢献する社会の形状」　次に、どのような形状の社会に貢献するのか。この社会についての形容詞を拾うと、「豊かな、生き生きとした、クリーンで・クオリティの高い、豊かで・ゆとりのある」などという言葉が「社会」についている。

(3)「創造・建設をする対象としての社会」 また、各社の経営理念は、社会を動かしていく総体とみるのではなく、創造・建設をする対象とみている。すなわち、「社会づくり、人間社会の実現、地球社会の建設、生活基盤づくり、人間環境づくり」、こういったものへの貢献である。

(4)「社会の向上・発展への貢献」 そして、社会についてとくにその発展や繁栄を志向し、これへの貢献を考えている会社もある。「社会の向上・発展、社会の繁栄、人類社会の幸福」への貢献といったものである。

(5)「文化への貢献」 社会貢献というよりも文化貢献をめざしている会社もある。「生活文化への貢献、快適なヒューマン・ライフづくり、豊かな未来、心豊かな暮らし」への貢献である。

この中の多くに、医療機関の目的にほぼ重なる部分が多いことに注目したい。すなわち、医療機関はあえて社会貢献を強調しなくてもそのものが社会貢献をしているといえよう。

さて、組織の社会貢献の方法・手段であるが、その方法には、次のように各種のものがある。

(1)「業や事業領域を通じて」 「業や事業領域」を通じて社会貢献するという場合。

(2)「製品・サービスを提供することによって」 「製品・サービス」を提供することによって社会貢献する場合。

(3)「技術の革新によって」 「技術の革新」によって社会貢献するというものであり、「技術立脚の精神、技術に挑戦、経営と技術の絶えざる革新、創意と工夫をこらす、能率を高めること」など、各種のものがある。

(4)「新しい価値の創造によって」 また、「新しい価値の創造」によって社会貢献をするという場合がある。「新しい価値の創造」に類似したものとして「確かな価値の創造、新しいライフスタイルの提案、快適な時間・空間の創造」などがある。

(5)「『お客さまの満足』を第一義として」 顧客に目を向け、「お客さまの満足」を第1にして社会貢献をしようという場合。

また、「社会の公器性」に関わる5つの社会貢献事業とは次のものである。 情報公開、環境問題への対応、社会への貢献、文化・スポーツ活動への支援、および、社員への還元(長銀総合研究所『尊厳なき企業の崩壊 「人間本位」の企業理念の研究』PHP

研究所、1993年、201～3ページ)。

以上、概観してきたように医療機関には、本来行っている業務が社会貢献の度合いが強く、それがゆえに情報公開、情報提供といった手段によって、社会貢献の内容を示す必要性が乏しく、日本的な環境の下で外部からの情報公開への圧力は少なかった。かつ情報の非対称性があり、医療サービス提供の需給バランスも供給サイドが少なかった時期が長かったために、医療機関側からの情報発信のインセンティブが少なかったといえよう。

4. 外部からの評価

上記の議論のうち、外部からの評価の部分についてももう少し詳しく見ていこう。日本では2004年時点でも、医療機関は外部からの評価を受けているものが少ない。ランキングや評価は、レストランや教育機関に多く見られるように、サービス業になじむものである。モノの評価は規格に合うかどうか、有形であるためにじっくり評価ができる。その意味では、無形でやりとりするサービスこそ、外部からの評価が必要である。ただし、手術などは「信頼財」(消費者が経験しても真価を評価できない財)、過程が重視される生活習慣病などの治療は「経験財」(経験しないと評価できない財)なので、購買前に商品の属性を把握しやすい「探索財」よりも複雑であり、医療は評価しづらい面がある(図)。

そこで、様々な観点からの評価が登場しつつある。これらの評価が何を目標にしているのかを明確にすることが重要である。外部からの評価については大きく分けて2種類ある。これらは、1)医療機関自体の評価、2)提供されている医療機関情報、健康情報の評価であり、これは両輪になるべきものであるが、日本においては過去には両者とも存在しなかったともいえる。

さらに、評価の視点別に、患者側に立って「過程」を重視するもの(『オリコン』の本など)、専門家の視点で「結果」を重視するもの(『宝島』の本など)、第三者の視点から「仕組み・構造」を重視するもの(日本医療機能評価機構の審査など)の3種類に分類される。

ただし、現状の評価が内容的に十分満足できるものではない。ランキングは、病気にかかっていない人には不要で、かかってこそ必要になるもので、能動的に行くことができるレストランのランキングとは異なる。さらに、今のランキングは、受診する場合において

もやっと手がかりになるかどうか、という程度のものである。評価の基準がブラックボックス化しているものや、示されていても医療機関の一部の機能に着目しただけのものも多く、ランキング会社の認定などが必要かもしれない。

ここでは、ランキングに対する論評は避け、評価機関について考察を進める。

4.1. 米国の評価機関の例：

4.1.1. 医療機関自体の評価

4.1.1.1. JCAHO

JCAHO は、現在までに 18,000 近いヘルスケア関連施設やプログラムの評価・認証を行っている非営利組織である。「ヘルスケア関連サービスの認証と、その質の向上を支援するための関連事業の提供を通じて、人々に提供されるサービスの質を向上させる」事を組織の使命としている。そもそも、1951 年に JCAH(Joint Commission on Accreditation Hospitals)として発足した。医療機関をその事業対象として発足した同組織は、その後、1966 年には長期介護施設(Long Term Care)をはじめ、ホスピスやホームケアの認証を開始している。JCAHO は審査だけでなく、事故情報の収集と分析を行い、再発防止策の勧告も行っている

この機関は、後に述べる日本医療機能評価機構が範としている部分もあり、日本でも著名である。

4.1.1.2. NCQA

NCQA は 1990 年に設立された民間の非営利団体で、人々に提供する医療の質の向上を任務および目標としまたもっとも広く信用されている情報源となることを目指している。NCQA は医療組織の品質の評価と報告を行うことでよく知られている。消費者は NCQA が提供した評価や情報を参考にして、自分の医療を選択する。NCQA は自社が評価している組織、医療を受ける人及び、医療保険や医療提供者を選ぶ人の意見と支援によりその品質評価プログラム開発をしている。

米国において、マネジドケア組織(MCO)のアカウントビリティあるいは評価については、米国独特の文脈があることの注意しなければならない。

すなわち、1980 年代半ばから急激に台頭してきた MCO は、医療の管理とコスト(医療

費)の管理をバランスをとって運用する保険のシステムであるが、実態はそうではなくコストつまり医療費を削減することに傾注するあまり医療の質を犠牲にしている、との批判が、取り分け新興の営利 HMO に浴びせられた。批判をかわすために各 MCO は自己評価やピアレビュー(同僚評価)の方法を試みたが、第三者機関による評価でなければ信用しないのが、米国社会の一般的風潮であり、さほど効果はあがらなかった。マネジドケアのアカウントビリティ(説明責任)を高める必要から、民間の第三者機関として NCQA が誕生したわけである。

NCQA による品質評価の方法は 3 つあり、保険の機能を評価する「認定制度」(Accreditation)、保険のパフォーマンスを測定する HEDIS(Health Plan Employer Data Information Set)、加入者の経験・満足度を評価する消費者調査の CAHPS(Consumer Assessment of Health Plans Study)からなる。

評価認定のための調査は、契約した医師やマネジドケアの専門家ら 4~5 人で構成するチームが保険会社や医療機関に直接出向いて行う。総勢 300 人ほどが調査活動に従事している。

評価認定は従来、HMO の機能に照らして次のような区分・枠組みの中で行われてきた(数字は配点)。

- Quality Management and Improvement(QI) = 信頼性の確保と維持(35%)
- Utilization Management(UM) = 医療資源適正使用管理(10%)
- Members Rights and Responsibilities(RR) = 加入者の権利と義務(25%)
- Credentialing and Recredentialing (CR) = 医療提供者の資格審査と再審査(10%)
- Medical Records(MR) = 診療録(10%)
- Preventive Health Services(PH) = 予防医療(10%)

これら 6 項目は評価のカテゴリーであって、実際には 50 項目(大項目)以上に及ぶ基準(Standards)に照らして審査される。認定結果は現地調査の評価に基づき次の 5 段階に分けて行われる。HMO のうち約半数が認定を受けているという。段階は下記のとおりである。

- Excellent(卓越)
- Commendable(優等)
- Accredited(認定・1年以内に別途審査)

- ・ Provisional(暫定)
- ・ Denied(非認定)

NCQA の年間予算は約 2500 万ドル(1999 年時点)で、認定審査手数料が3分の1を占め、その他は財団からの助成金、教育事業収入、教科書・CD-ROM などの販売収入、大企業(製薬会社)の協賛金、州政府との契約による収益などによって賄っている。

4.1.2. 提供されている医療機関情報、健康情報の評価

これは、インターネット関連の情報が中心になる。

4.1.2.1. URAC

もともと URAC は “ Utilization Review Accreditation Commission ” の名前であったが、American Accreditation Health Care Commission Inc.を使用している。業務内容は医療組織における医療の質と責任を向上させる為、認定プログラム、教育研修プログラム等の事業を行っている。プログラムは主要な医療組織が作成し同意に至った 50 の基準を基盤とし、医療ウェブサイト認定プログラムである URAC には 2001 年の 12 月に導入以来、17 組織が参加している。これらの基準は諮問委員会が管理し監視しており、このプログラムはオンライン上に医療サイトを持つ、消費者志向の会社のためのものである。基準は以下の項目に適用される。

- ・ 開示
- ・ 医療コンテンツおよびサービスの提供
- ・ リンキング
- ・ プライバシー
- ・ セキュリティ
- ・ 責任
- ・ ポリシーと手順
- ・ 品質監視委員会

4.1.2.2 Hi-Ethics

インターネットでヘルスケア情報のウェブサイト運営する 16 大手営利企業が中心になって 1999 年 11 月に発足したものである。2000 年 5 月に 14 項目からなる倫理綱領を作

成している。

4.1.2.3 IHC(The Internet Healthcare Coalition)

インターネット上での質の高いヘルスケア情報の確保のためにコンシューマからの医療機関、ヘルスケアビジネス企業に至る幅広い領域からのメンバー参加を得て、2000年5月にeヘルス倫理コード(eHealth Code of Ethics)と呼ばれる8項目の倫理コードをまとめている。「eヘルス国際倫理コード(eHealth Code of Ethics)」は、消費者がインターネット上の医療・健康関連の情報、製品、サービスを安全で信頼できる環境で利用できるよう、プロバイダーである企業、組織、個人が自主的に遵守すべき事項をまとめた国際的な倫理綱領であり、以下の項目からなる。

- ・ Candor(公正さ)、
- ・ Honesty(誠実性)、
- ・ Quality(質)、
- ・ Informed Consent(リスクの開示と決定権の確保)、
- ・ Privacy(プライバシー保護)、
- ・ Professionalism(プロフェッショナリズム)、
- ・ Responsible Partnering(責任あるパートナーリズム)、
- ・ Accountability(説明責任)

ここに Accountability という言葉も含まれている。

これらを受けて、日本でも第三者評価機関がいくつか生まれつつある。

4.2. 日本での例：

4.2.1. 医療機関自体の評価

4.2.1.1. 医療機能評価機構

ホームページなども充実しており省略

4.2.1.2. ISO

ISO 自体は国際規格として有名であるが、医療機関でもこの認証を受けるところが増えてきて

いる。医療機関における ISO 取得の価値は、下記のようにいえる。ISO 自体は Accountability にフォーカスしていないが、認証の取得を示している医療機関は多い。

1)標準化：ISO では、一定品質のサービスを提供するための、または環境に配慮した経営活動のための、病院としてあるべき仕事の仕方を明確化(明文化)することが求められ、さらに病院が定めた方法通りに実行されているかどうかをチェックしあう仕組みを作ることが求められる。

2)継続的な医療の質向上：ISO には、「内部監査」「マネジメントレビュー」といった、自らの組織の力によって、継続的に業務の見直しを図っていく仕組みを作ることが求められる。いいかえれば、トップの定めた目標の実現に向けて継続的に自らの業務を向上し続けることが求められ、目標自体もより高い目標へと高め続けていくことができるシステムである。

3)部門間連携の強化：ISO はトップの方針に基づく病院全体のマネジメントシステムである。ISO のシステムには医師を含めて病院の全部署が参画しなければならないので、ISO のマネジメントシステムの構築を通じて、組織間の連携強化が実現できる。また職務権限、責任が明確になるために、Accountability を見直しやすくなる。

4)医療事故防止：ISO9000 の品質マネジメントシステムにより、医療事故や医療ミスを防止することができる。

4.2.2. されている医療機関情報、健康情報の 提供評価

4.2.2.1. 医療健康情報認証機構 (Japan Accreditation Council for eHealth Information JACHI)

Physician(ドクター)、Payer(保険者・患者)そして Healthcare Provider(医療情報提供者)に関する医療情報を総合評価し、より有効で供給可能な eHealthcare システムの成果を享受出来る様にするとともに良質な eHealth Information を活かして eConsumer(医療消費者)がエンパワーしていくものという考え方で、URAC にならって、

開示事項 (Disclosure)

医療コンテンツ (Health Content)

リンクング (Linking)

プライバシー (Privacy)

セキュリティ (Security)

マネジメントポリシー (Management Policies)

品質 (Quality)

責任 (Accountability)

について基準を設けている。

4.2.2.2. 特定非営利活動法人日本インタ - ネット医療協議会

この法人は、上記の目的を達成するため、特定非営利活動にかかる事業として次の事業を行うものである。

- (1) インターネット医療(eヘルス)の提供・利用に関する調査研究
- (2) インターネット医療(eヘルス)に関するガイドラインの策定及び運用
- (3) Web サイトの評価認定プログラムの開発及び運用
- (4) プライバシー保護、セキュリティに関する研究及び教育研修
- (5) インターネット医療(eヘルス)に関する研究会の開催
- (6) 医療・保健・福祉にかかる情報システム及び新規技術の開発提供
- (7) 内外の関係機関、諸団体との交流活動等
- (8) その他、第3条の目的を達成するのに必要な事業

5. まとめ

医療機関には、本来行っている業務が社会貢献の度合いが強く、それがゆえに情報公開、情報提供といった手段によって、社会貢献の内容を示す必要性が乏しく、日本的な環境の下で外部からの情報公開への圧力は少なかった。かつ情報の非対称性があり、医療サービス提供の需給バランスも供給サイドが少なかった時期が長かったために、医療機関側からの情報発信のインセンティブが少なかった。さらに医療機関の内部構造も情報公開への積極性についてマイナスに働いた。

しかしながら、日本でも米国で見られたように医療をめぐる環境が変わりつつある。その中で、「説明する責任」あるいは「説明責任」であるアカウンタビリティが重視されてきている。さらに、1)医療機関自体の評価、2)提供されている医療機関情報、健康情報の評価という両輪においてもいくつかの評価機関が動き出しており、逆に医療機関側もこうい

った評価活動に積極的に参加することが、公益性につながる政治モデルのアカウンタビリティ確保に重要になろう。

参考文献

1. 上島鳴夫、飯塚悦功、小柳津正彦、黒田幸清、棟近雅彦(2003) 『医療の質マネジメントシステム 医療機関における ISO 9001 の活用』日本規格協会
2. 孔泰寛(2002) 「日本の医療におけるアカウンタビリティの現状と課題—アカウンタビリティの前提となる評価システムを中心として」同志社政策科学研究第4巻
3. 堀真奈美・印南一路(2001) 「米国医療におけるアカウンタビリティの概念と動向」会計検査研究 23号
4. 正木義博(2003) 「これからの病院経営をどう考えるか」『病院経営の再生と実務』銀行法務 21 別冊 経済法令協会
5. 真野俊樹(2004) 『医療マネジメント』日本評論社
6. 真野俊樹(2003) 『医療マーケティング』日本評論社
7. 山崎泰彦・尾形裕也(2003) 『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
8. Emanuel & Emanuel (1996) 「What is accountability in health care」 Ann Intern Med 124

消費者の評価による商品の分類

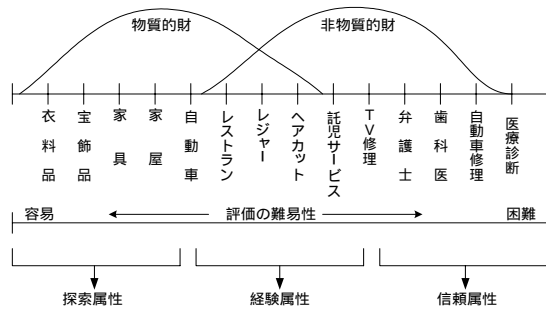


図 1

医療法人による様々な新しい資金調達方法と非営利性の両立に関する研究
医療法人における資金調達方法の多様化とその問題点

牧 健太郎

新日本監査法人 公認会計士

1. はじめに

医療機関は、病院と診療所に大別できるが、一般的に定期的かつ多額の資金調達を必要とするのは病院であろう。最近注目されているイメージング・センター(PET、MRI、CTなどを有する画像検査施設)のように届出上は診療所だが多額の資金調達を必要とする施設もあるが、通常診療所は開業時を除けば多額の資金調達を必要とすることはほとんどない。したがって、通常は病院における資金需要を想定して資金調達のあり方等が議論される。本稿でも資金調達方法を論じる際には原則として病院における資金調達を想定している。なお、本稿は、本報告書「医療法人による様々な新しい資金調達方法と非営利性の両立に関する研究」においてその研究課題とされている【資金調達と非営利性の両立】に関する研究である。

2. 医療法人

2.1. 法人化による事業の永続性

医療法人の資金調達方法について論じる前に、医療法人という主体について整理する。

医療法人とは医療法に基づいて設立された法人である。「法人」とは、法律によって認められた権利義務の帰属主体としての人格を有する存在であり、生まれながらにして権利義務の帰属主体となりうる「自然人」と対比される概念である。

第 39 条 病院、医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所又は介護老人保健施設を開設しようとする社団又は財団は、この法律の規定により、これを法人とすることができる。

2 前項の規定による法人は、医療法人と称する。

病院であっても診療所であっても個人事業として実施することは可能であるが、個人に対して許可された病院開設許可等は一代かぎりのものであり、当該個人が医業を継続できる状況でなくなると病院や診療所も閉鎖せざるを得なくなるかもしれない。このような個人によって経営されている医療機関を法人化することにより、医療機関の経営も永続的なものになる。

2.2. 税務対策と医療法人

また、節税策としても医療法人化は有用である。医療法人であっても個人であっても医療機関において計上される利益に対しては課税関係が生じる。その概要は図表1のとおりである。

図表1 医療機関の課税関係概要

	個人事業の場合	医療法人の場合
税金の種類	所得税 事業税 住民税	法人税 法人事業税 法人住民税
所得税と法人税の税率の相違	4段階の累進課税(10%から37%)	30%(年800万円以下の部分については22%)
オーナー報酬	経費に算入できない	経費に算入できる
オーナー退職金	経費に算入できない	経費に算入できる

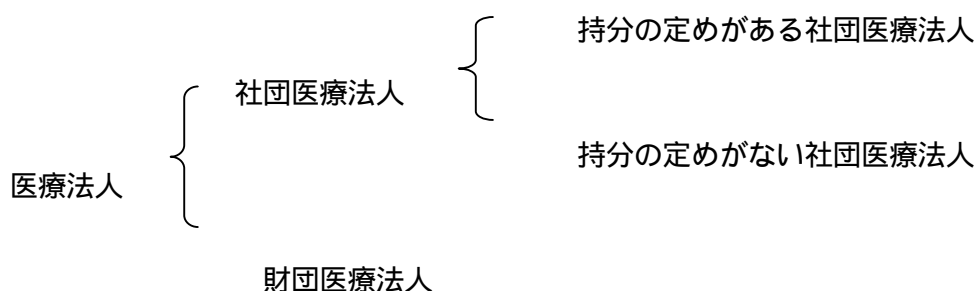
出所)筆者作成

利益がどの水準を超過すると医療法人にした方が税務上有利であるかは個々にシミュレーションをしない限り判断できないが、年間事業所得³⁸が2~3千万円に達した個人事業主の多くが法人化を検討しているようである。

上記のように医療法人は、医療機関の継続性や税務対策の観点から多くの民間医療機関において利用されている制度であるが、この医療法人には3つの形態が存在する(図表2参照)。

³⁸ 売上ではない。課税所得とは所得税や法人税の課税対象となる利益のことであり、売上から経費を控除したものと理解しておけば良い。

図表2 医療法人の形態



出所)筆者作成

2003年3月31日現在、医療法人の総数は37,306であり、 が36,581、 が322、 が403という構成になっている³⁹。

はもっとも一般的な形態であり、医療法人の社員が出資持分を有する形態である。ところで、医療法では医療法人による配当(決算配当)を禁止している。

第54条 医療法人は、剰余金の配当をしてはならない。

ただし、退社する際の出資持分払戻請求権と医療法人解散時の残余財産分配請求権を定款において社員に認めている の医療法人が一般的であり⁴⁰、このタイプの医療法人では、当該医療法人の財産に対する支配権を出資者が有していることになる。

一方、 と では医療法人の出資持分という概念はなく、医療法人の財産は個人の所有物から完全に切り離された形となっている。 や のタイプの医療法人では、法人解散時の残余財産を国、地方自治体または同種の医療法人に寄附する旨が定款(の場合)または寄附行為(の場合)で定められていることが一般的である。

の医療法人は医療法人総数から見ると少数派であるが(1.9%)、一部の医療法人が から に移行することにより、出資持分が存在しない医療法人は徐々に増えつつある⁴¹(ただし、 の増加の方が多いため比率が増加しているわけではない)。 から への移行が進

³⁹ 厚生労働省調査結果より。

⁴⁰ 旧厚生省による医療法人モデル定款がそのようになっているためと思われる。

⁴¹ は へ移行することは可能であるが、 への移行は認められない。

む主たる理由は次のとおりであると推測される。

の場合、医療法人への出資持分が相続税法上の課税財産とされる。したがって、代替わりによる相続発生時に(大規模かつ財務内容が健全な医療法人ほど過重な)相続税負担が発生する可能性があるため、 から に移行して医療法人に対する出資持分を放棄することにより相続税負担を軽減したいというオーナーのニーズが生じる⁴²。しかしながら、相続税負担軽減を目的とする持分放棄は課税回避行為として税務上は容認されない(出資持分を譲渡したものとみなして「みなし譲渡所得課税」の対象となる)。

ところで、税務上は、私人による支配を離れて公的な存在であると認められる医療法人を「特定医療法人」と称しており⁴³、 または のタイプの医療法人であることが特定医療法人の認可要件の 1 つとされている。(オーナー個人の)相続税負担軽減と(医療法人の)法人税負担軽減を目的として特定医療法人となることを選択する医療機関が増加するにつれて、 の持分放棄(への移行)が増えつつある。特定医療法人認可が前提となる持分放棄であれば相続税負担の回避を目的とした行為であるという税務上の認定は行われなことが一般的である。ただし、特定医療法人になるための持分放棄時に税務当局が無条件でみなし譲渡所得課税を行わないわけではない。租税特別措置法第 40 条に基づくみなし譲渡所得非課税の承認を国税庁長官から得るための手続が必要である。

なお、2003 年 3 月 31 日時点における特定医療法人は全国で 356 であり、そのうち のタイプの医療法人は 285、 のタイプの医療法人は 71 という状況である。実に、 のうち 89%が特定医療法人であるという実態となっている。

また、医療法第 42 条第 2 項で認められる特別医療法人という制度もあるが、法人の形態としては、特定医療法人と同様に または であることを承認要件としている。特別医療法人というのは、医療法人が行える業務内容を拡張した存在の呼称であり法人格にかかる形態を示すものではないためここでは詳述を避ける⁴⁴。

⁴² 設立後、相当期間が経過している大規模な医療法人では持分評価額が高額となり、相続発生による税負担が法人継続の危機をもたらしかねないケースも存在する。

⁴³ 租税特別措置法第 67 条の 2 で規定。法人税率が 22%に軽減される。

⁴⁴ 一般の医療法人は業務内容が厳しく制限されているが、特別医療法人では相当種類の収益事業の実施が認められている。