

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、①非営利性の定義、②医療経営体はなにゆえ非営利でなければならないか、③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—、④米国の民間非営利病院に見る非営利性、⑤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ヵ年計画」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、①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。②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ろう。

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、①出資者との間に持ち分関係がない（所有者がいない）、②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てみると、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①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。②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、自己も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。

今日のわが国の資本主義、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

とに一』『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、①効率化の推進、②サービス多様化への対応、③需要の掘り起こしによる経済活性化、④資金調達多様化による病院経営安定化、⑤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ぬ考えに反し、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。まさか病気になれば、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、医薬品卸会社の医薬コンサルタント担当者、医薬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、医薬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