

平成 16 年度
厚生労働省医政局委託

- 医療施設経営安定化推進事業 -

病院経営をはじめとした

非営利組織の経営に関する調査研究

報告書

平成 17 年 3 月

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

概要

本研究は医療法人制度改革議論の一助とすべく、医療における非営利組織の要件の明確化、およびわが国における非営利組織としての病院経営のあり方を論理的・実態的に検討することを目的としている。

非営利の定義・要件については、一般的に直ちに配当禁止、所有権排除などが指摘されるが、これらは主として非営利「組織」の要件を指したもので、非営利そのものの意味を必ずしも十分に説明していない。非営利の定義には法制度上の概念（法律上の概念—非分配制約）と活動上の目的概念（社会通念上の意味）の2つがあるが、非営利組織の要件整備にあたっては法制度上の概念では不十分なので、活動上の目的概念を用いることとする。それによれば非営利とは「経済上の利益を目的としないで行動すること」である。そして非営利事業とは経済上の利益を目的としない事業、非営利組織とは非営利事業を営む組織となる。非営利事業は経済上の利益を目的としないなら、何を目的とするか。それはミッション遂行そのものである。組織は、その組織が担う事業の目的を最大限に発揮させるように構築されるものといえる。非営利組織の要件とは、この非営利事業の目的を担保するものである。このため、非営利事業の中身を十分把握して非営利組織の要件を定めることとなる。

ただ、非営利は利益を目的としないで活動することと定義したが、非営利といえども利益獲得は行う。なぜなら、営利・非営利に関係なく、事業・組織の維持・安定のためには、最低限の財政基盤確保が必要だからである。非営利といえども赤字続きで事業・組織の継続は出来ない。しかし、利益獲得行為は営利にとって目的であるのに対し、非営利にとってはミッション遂行の「手段」である。この点の認識が重要と言える。

医療における非営利組織の要件を検討すると、既述の通り非営利組織の要件は非営利事業の目的を担保するものなので、非営利事業の中身をまず確認する必要がある。非営利事業にはいろいろあり、それに応じて要件も様々となるが、全ての非営利組織に共通する基本要件と、事業毎の特性に基づく特定要件に分けられる。基本要件とは、利潤動機の抑制である。事業毎の特定要件は事業毎の性格・目的によって定められる。

基本要件としての利潤動機の抑制を、経営運営上の具体的局面との関連で3つに分けて捉えると、第一は個人の利害関係を排除しようとする考えから、所有権の排除、第二は出資者・関係者の利潤動機の抑制から、配当禁止、第三は資本の論理の排除から、議決にあたっての一人一票制が挙げられる。

医療の特質については種々指摘されるが、公益性と事業性の高い点は最低限押さえる必要がある。公益性の観点からは例えば24時間救急などの義務の付与が指摘される。また公益性が高ければ不特定多数に影響を及ぼすことから経営の透明性が求められ、これの要件として情報開示が要請される。

事業性の高い点では、営利事業との類似性が高まることから、営利との相違を明確にする要件が求められる。具体的には利益獲得プロセスにおける相違である。基本要件で利潤抑制を設けたが、これは利益獲得の結果に対する規律を指し、ここで問題なのは利益獲得プロセスにおける抑制である。たとえ配当は禁止され、獲得した利益は全て医療へ再投資されようとも、日常行動で営利と同様の利益最大化に走ることが許されるようでは、活動上の目的が問われ、非営利としての存在意義が揺らぐこととなる。利益獲

得プロセスに関する具体的措置を定めるのは難しいが、ミッション遂行第一で事業が運営されているかを情報開示で牽制する方法や、ガバナンスのあり方で対応することは検討に値しよう。

既述の非営利組織の要件との対比でわが国の病院を見てみると、わが国の病院の大半を占める持ち分あり社団医療法人は多々不備が見られ、非営利組織とは言い難いとの指摘は否定できない。

同じ対比で先進諸国の民間非営利病院の実状を見ると、フランス、オランダ、アメリカでは所有権の排除、配当禁止、一人一票制、公益性の義務の付与、情報開示が実施されているなど、非営利組織の要件を満たしていた。利益獲得プロセスにおける規律についてはフランス、オランダでは総枠予算制が採られ、制度的に利益が出ない仕組みであった。一方アメリカでは利益獲得プロセスについては何の制限もなく、むしろ利益最大化を目指していた。これはアメリカの医療においても市場を重視する制度や価値観を背景としている。アメリカは規制が少なく、営利も非営利も同じ土俵で競争し、非営利の営利化が進むとともに、世界一高い医療費を招いている点は注意を要しよう。

最後に非営利組織としての病院経営のあり方について、ガバナンスに焦点を当てて検討した。病院経営においてガバナンスは2つの点で重要だからである。

第一は、現在の病院は他産業と比べ内外から経営チェックをほとんど受けておらず、これを改善するためである。

第二は、非営利組織の目的遂行について、ガバナンスを活用することで補うためである。今後の医療の方向を考えると、機能分化とそれとのセットである連携は避けて通れない道である。地域住民のニーズや要望を把握し、協力や支援を得るために地域住民との意見交換・協議の場として、例えば評議員会などを設置することは、極めて重要といえよう。このような機能・役割をもつ評議員会に、非営利性遵守のためのチェック機能（牽制機能）を付与することは一案であろう。当然に地域住民も参加しているので、地域情報センターの役割を果たしつつ、ミッション遂行を疎かにする経営への牽制力を期待するわけである。

ただ、これら評議員会などについて注意しなければならないのは、その地域住民メンバー選出方法と、評議員会の機能・役割である。病院乗っ取り目当てなどの病院経営チェックにふさわしくない人々が評議員会に入らないよう、住民サイド、病院サイド双方に信頼できる選任基準などを設けることは重要であろう。また、二頭政治を避けるため、評議員会はあくまで病院にとって地域情報センターおよび病院経営に対する牽制力を働かせる機関であって、経営の最高意志決定機関または執行機関ではないことを明確化する必要がある。

病院は地域住民にとって病気になった時は近くですぐに診てもらえる、災害時には避難先にもなるというように、地域に安心を与える地域財産と考えられる。病院は社会の公器であるという自覚を持ち、地域住民と協力しながら、非営利組織としてのミッションを果たす取組が求められる。

目 次

・ 調査研究の背景と目的	1
・ 事業実施体制・研究方法	2
1 . 事業実施経過	2
2 . 研究方法	2
3 . 研究の視点	2
・ 調査研究結果	5
1 . 医療における非営利組織の要件	5
(1) 非営利について	5
(2) 医療における非営利組織の要件	16
(3) 非営利性の視点から見たわが国の病院	20
2 . 諸外国の民間非営利病院における非営利性の実態	23
(1) フランス	23
(2) オランダ	31
(3) アメリカ	35
3 . なぜ医療は非営利組織で行うべきか	44
(1) 経済学からのアプローチ	45
(2) 価値観からのアプローチ	46
(3) 現実論	49
(4) 営利参入論の主張点について	49
4 . 非営利組織としての病院経営のあり方	54
参考文献	57

調査研究の背景と目的

わが国では医療法 54 条において「剰余金の配当禁止」、医療法 7 条において「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、許可を与えないことができる」と規定され、(法制定以前に主に従業員の治療のために設立された少数の株式会社立を除き)医療機関は非営利組織であると位置づけられている。

しかし、わが国の病院の大半を占める持分あり社団医療法人では、解散時や脱退時にまとまった形での残余財産の分配が可能である点など、その実態や制度には曖昧さが残り、非営利性が徹底されていない側面があることは否めない。

規制緩和という大きな時代の流れを受け、「株式会社による病医院経営を認めるべき」との規制改革・民間開放推進会議の主張をはじめとした営利企業参入要求が登場し、それをめぐる議論が各界で活発に行われてきた。

一方、内閣官房の行政改革推進事務局により、公益法人制度改革案が提示され、非営利組織のあり方も大きな影響を受けることが予想される。

上記の2つの流れを受け、厚生労働省でも、非営利組織である医療法人について、公益法人制度改革と歩調を合わせる形で、また営利企業参入論への対応策を検討する意味で、『医業経営の非営利性等に関する検討会』において将来の医療法人制度の在り方について昨年度より議論を重ねてきた。

医療サービスを提供する法人は非営利組織としてきたわが国において、医療における非営利の意味を改めて考えるべき時といえる。

そうした環境の下、本研究では、医療法人制度改革論議の一助とすべく、わが国における非営利組織の経営のあり方、特に医療を中心に論理的・実態的に検討した。

事業実施体制・研究方法

本事業の実施にあたり、以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

委員会

(敬省略・五十音順)

企画検討委員会委員長	：田中 滋（慶應義塾大学大学院教授）
企画検討委員会委員	：遠藤 久夫（学習院大学教授）
	西澤 寛俊（全日本病院協会副会長）
	西田 在賢（武蔵野大学教授）
分科会委員長	：山根 節（慶應義塾大学大学院教授）
分科会委員	五十嵐 邦彦（公認会計士）
	猪口 雄二（寿康会理事長）
	橋本 寿（特定非営利活動法人医療施設近代化センター研究員）
オブザーバー	：厚生労働省医政局指導課
事務局	：松原 由美（明治安田生活福祉研究所主任研究員）
	上芝 由希子（明治安田生活福祉研究所アソシエイト）

1. 事業実施経過

企画検討委員会実施経過

- ・ 第1回企画検討委員会：平成16年12月24日
- ・ 第2回企画検討委員会：平成17年3月24日

分科会委員会実施経過

- ・ 第1回分科会：平成16年12月14日
- ・ 第2回分科会：平成17年2月8日

2. 研究方法

調査研究は、文献調査、ヒアリング調査、および上記委員会での検討を踏まえ、理論研究を行った。

ヒアリングは平成16年12月から平成17年3月にかけて、学識経験者、病院関係団体理事、地域医師会理事などに対して実施した。

3. 研究の視点

本研究の目的は、非営利組織の経営のあり方を理論的かつ実態的側面から検討することにある。特に、医療事業に関する経営主体のあり方を巡っては、いわゆる営利・非営利論争が行われている。

このため、非営利組織のあり方を議論するにあたっては、その内

容が営利参入論者はむろんのこと、国民一般にも十分理解と信頼を得られるものであることが望まれる。

そこで以下の事項を取り上げ、それらを調査研究にあたっての視点とした。

(1) 営利組織と非営利組織の相違点

営利組織と非営利組織の違いは、後述の通り社会通念的に言えば利益獲得を目的とするか否かであろうが、非営利組織といえども、組織の維持、事業提供の継続のために利益獲得のための行動は当然行う。

このため両者に実質的相違はないのではないかという議論を呼び起こしがちである。

したがって、営利と非営利を区別する際に曖昧な点を理論上明確にするとともに、それを制度構築の面で具現化・明確化していくような、非営利組織のあり方を検討する。

(2) 非営利の目的を担保する方策

非営利組織の経営のあり方については、利益配当をしてはならないことが最初に挙げられがちだが、これは以下に述べるあり方の本質を担保するための要件にすぎないと考えられる。この限りにおいて、配当禁止などの事項は、手段であって目的でもなければ本質でもない。

非営利組織における経営のあり方の本質は、「非営利の目的」をいかに確保するかであると考えられる。非営利としての目的がないのであれば、わざわざ非営利の衣を被る必要はないであろう。

こうした非営利の目的をいかに担保するかという視点で、非営利組織の経営のあり方を検討する。

(3) 経営組織との関連で捉えた医療事業の特質

本研究ではまず非営利組織のあり方を検討する。それを踏まえて経営組織との関連からみた医療事業の特質を分析し、なぜ医療は非営利組織で運営されることが望ましいかを明確化すると同時に、非営利組織としての医療経営のあり方を検討する。

(4) 医療を巡る営利・非営利論は何故起きているか

医療を巡る営利・非営利論争は何故混乱した形で展開されるのか。これにはいくつか考えられるが、大別して2つが挙げられよう。

第一に、営利と非営利の違いが、組織構造面でも行動面でも正しく理解されていない。

第二は、現行の医療機関が法制的にも経営実態的にも営利と区別がしにくい実状にあって、国民一般に必ずしも非営利組織として認識されていない面がある。要するに、理論的にも実態的にも営利・非営利の区別が曖昧ないし判りにくい点が多い。

したがって、少なくともこの2点を解決しうる非営利の経営のあり方を検討する。

(5) ガバナンス

非営利組織に存在意義があるとすれば、存在意義を発揮する局面において長所を有することになるが、反面、それに付随する形で制度的欠陥を有している。

例えば非営利組織は利益分配が禁止されており、利潤追求から解放されているだけに、経営努力が乏しくなる可能性がある¹。また、営利組織のように損益基準といった明確な評価指標がないため、経営評価が難しい上、利害関係者の経営チェック意識の希薄などもあり、経営の活力、緊張感がややもすれば乏しくなる恐れが考えられる。

このため、経営の活力維持を念頭においた経営のあり方を検討する。

¹ 遠藤久夫「医療・福祉における営利性と非営利性」『医療と社会』 Vol.5 No1 1995、27～42頁、山内直人『ノンプロフィットエコノミー』日本評論社、1997

調査研究結果

医療法では配当が禁止されており、先述の7条の規定とあわせ医療は非営利とされている。しかし配当等の出口だけを塞いで、プロセス(日常行動)における営利と非営利の区別を明確にしなければ、営利・非営利の違いは何なのかとの疑問に答えられない。

本研究は、そもそも非営利とは何か、海外における民間非営利病院の非営利性はどのような実状にあるか、医療を非営利として行う理由は何かを踏まえつつ、医療における非営利組織の要件や、非営利組織としての病院経営のあり方を考察するものである。

1. 医療における非営利組織の要件

本章は医療における非営利組織の要件の明確化を主目的とするが、その検討に当たって、まず始めに非営利の意味を明らかにし、しかるのちに医療における非営利組織の要件を検討したい。

(1) 非営利について

1) 非営利の定義 非営利、非営利事業、非営利組織

活動上の目的概念による非営利の定義

非営利の定義・要件については、一般的に直ちに配当禁止、所有権排除などの事項が指摘される。

しかし、これらは主として非営利「組織」の要件を指したもので、非営利そのものの意味を必ずしも十分に説明していないと思われる。

組織は、その組織が担う事業ないし活動(以下事業と表す)の目的を最大限に発揮させるための手段的用具として位置づけられる。目的にはいろいろあるが、本研究でテーマとしている営利・非営利の区分に即していえば、利益最大化を果たしたいという営利目的か、ミッションを最大限果たしたいという非営利目的のいずれかとなる。そしてその目的に基づく事業を最大限に発揮させるものとして、営利組織・非営利組織が存在すると考えられる。

このように捉えると、営利・非営利の定義は目的に着目した捉え方と、組織に着目した捉え方の2つに分けて考察することが必要と思われる。見方を変えていえば、営利・非営利には活動上の目的概念と、組織等の法制度上の概念の2つが存在するといえる。そこで本章では、この考えに基づき、非営利概念を以下の3つに分けて検討し、併せてその位置関係も確認する。

- ・ 非営利
- ・ 非営利事業
- ・ 非営利組織

非営利とはどういう意味か。非営利は営利の否定語である。一般の辞書等では営利のみ掲載されているので、営利の意味を最初に確認し、非営利の意味はその否定語として捉える。一般の国語辞典で営利の意味を調べると、表現が多少異なるものの、おしなべて「経済上の利益を目的として行動すること。俗にいう金儲け」とある²。これはまさに我々が日常生活で通念上使用する意味である。したがって営利といえ、一般の人々は上記の意味と理解ないし捉えるということであって、この点は極めて重要と言わねばならない。

本研究ではこれをベースとして、経済上の利益を目的として行う事業を営利事業、営利事業を担う組織を営利組織と定義する（正確には営利事業を主たる事業とする組織）。

営利組織は、その担う事業の目的を最大限に発揮させるという先に示した組織の定義から、営利組織の目的は経済上の利益の最大化となる。営利事業はその中身が何であれ、例えば鉄鋼業・石油業・建設業のいずれであれ、最終的には経済上の利益獲得最大化の一点に、目的が集約される。

ところで、営利事業といえども事業を通じた社会貢献は行う。例えばマンション販売会社であれば、良質なマンション販売を通じて人々の生活の質向上に役立つことなどが相当する。経済上の利益獲得が第一といっても、反社会的ないし消費者の利益に反するようでは目的は達成できないので、社会に貢献し、消費者の信頼を得る事業展開は大前提となる。また、経済上の利益獲得は正当な行為であることは言うまでもない。

一方で、これらの行為の背景は利益獲得の最大化を目的とした範囲で行われる社会貢献に過ぎず、利益獲得最大化の目的に沿わない社会貢献にまで営利組織が行うことはない。

このように、営利組織にあっては、担う事業は手段的位置づけとなるから、組織の存続ないし利益最大化目的の前には、事業の変更、つまり撤退や異業種への進出といった事業転換、多角化などは合理的行為として認められる。

さて、非営利とは、既述の通り営利の否定語なので、「経済上の利

² 広辞苑第五版（1998年）「財産上の利益を目的として活動すること。金儲け」

岩波国語辞典第六版（2002年）「財産上の利益を図ること。金儲け」

小学館日本語新辞典（2005年）「利益を得る目的で事をなすこと。金儲け」

三省堂新明解第六版（2005年）「金銭的な利益を得る（ために行う）こと。金儲け」

新編 大言海（2001年）「利益ヲイトナムコト。カネマウケ」

小学館日本国語大辞典第二版（2001年）「財産上または収入上の利益を上げるようにはかること。利益の獲得を目的にして活動すること。利潤を追求する行為。金儲け」

益を目的としないで活動すること」と定義される。もちろんこれも活動上の目的に基づく定義を指す。非営利事業とは経済上の利益を目的としない事業、非営利組織とは、非営利事業を営む組織となる。非営利事業が経済上の利益を目的としないならば、何を目的とするか。それはミッション遂行そのものである。先に述べた組織の命題から、非営利組織の目的はミッションを最大限果たすこととなる。先に、営利組織にあっては事業の撤退や異業種への進出が合理的行為として認められると述べたが、非営利組織にあっては担う事業の遂行そのものが目的なので、事業の変更は、本来のあり方からは好ましくない。この意味から、ミッションの性格が社会性、公益性が強まれば強まるほど、安易な撤退や異業種への進出は避けるべきであろう。

非営利における利益の位置づけ

ここで留意しなければならないことは、非営利は利益を目的としないで活動することと定義したが、非営利（非営利事業、非営利組織）といえども、利益獲得は行うことである。なぜなら、営利・非営利に関係なく、事業・組織の維持・安定のためには、最低限の財政基盤確保が必要だからである。非営利といえども赤字続きで事業・組織の継続は出来ない。

しかし、ここで注意すべき点は、非営利における利益獲得はあくまでもミッション遂行のための「手段」であって、「目的」ではないということである（表1）。

表1 営利組織、非営利組織における利益の位置づけ

	利益の位置づけ
営利組織	目的
非営利組織	手段

非営利にとっての利益獲得の位置づけは、利益獲得を目的とする営利とは、大きく異なることを認識すべきといえる。この目的か手段かは、活動上の目的概念で区分する営利・非営利のもっとも重要なポイントの一つと考えられる。

営利事業も非営利事業も、活動上の目的に基づく分類であるため、固定的絶対的に捉えられるものではない。事業を担う主体の目的如何によって変化するものといえよう。例えば同じ医療であっても、営利の目的をもって行えば、それは営利事業となり、非営利の目的をもって行えば、非営利事業となる。周知のとおりアメリカでは同

じ医療でも営利事業と非営利事業が存在する。

法制度上の概念による非営利の定義

非営利の意味には活動上の目的概念と法制度上の概念があるとした上で、まず非営利、非営利事業、非営利組織を活動上の概念で定義した。それでは法制度上の概念とはどのようなものであろうか。これについては法学上の定義が明解である。これを法律学辞典³で見ると、直接に営利・非営利の項目は見当たらないが、営利法人の項目中に営利の定義が示されており、それによると「構成員の利益を目的とし、法人の利益をその構成員に分配すること」とある。これを非営利に読み替えると、「構成員の（経済上の）利益を目的とせず、法人の利益をその構成員に分配しないこと」となる。

一方、経済学上の定義では、これも営利・非営利そのものの項目を掲げている文献は、調べた範囲では見当たらないが、民間非営利組織（NPO）については、例えば「収入から費用を差し引いた純利益を利害関係者に分配することが制度的にできないような非政府組織」（山内直人「ノンプロフィットエコノミー」）とあって、法学上の定義とほぼ同じである⁴。いわゆる非分配制約説（配当禁止）である。

これらはそもそも組織の定義と断っているため、指摘するまでもないが、定義中に法人、構成員あるいは利害関係者とあることから、明らかに非営利組織の定義である。言い換えれば、非営利、非営利事業には直接言及するものではないと解される。その定義も、営利組織と非営利組織の簡明な区分、あるいは組織とその構成員の関係明解化に力点が置かれているようで、一般の人々が社会通念上、理解する活動上の目的概念はほとんど顧みられていない。もっともこれは単に組織だけに関わる定義ではなく、こうした組織で運営される場合の非営利事業ないし非営利も定義しているとも取れなくはない。つまり非分配制約の組織で運営されれば、その事業は非営利事業とする捉え方である。

ただこの定義は少なくとも組織に立脚した、ないしは着目した定義だけに、組織の定義に収まっていれば問題ないが、非営利ないし非営利事業までカバーしようとするとう無理が生じよう。問題の第一は、組織に依らないで行われる事業、例えば個人事業はこれに含まれない。つまり個人事業として行くと、それが営利なのか非営利な

³ 『新法律学辞典第3版』有斐閣

⁴ 遠藤（1995）は「民間非営利組織の定義は必ずしも明確ではないが、最大公約数的に言えば、民間が行う営利を目的としない組織」としている。

のかが説明できない。法律学上の定義はあくまで組織を定義したもののなので、組織と構成員の関係が存在しない個人事業は、説明の対象外となっている。さらに重要なことは、活動上の目的概念が捨象されていることである。これが端的に現れるのが利益獲得過程での利益獲得行為である。先に示した法学上の学説では、利益獲得の結果については配当禁止といった基準を設けているが、利益獲得プロセスにおける獲得行為には全く触れていない。これは配当さえしなければ日々の利益獲得行為では営利・非営利の区別を問わないということである。日常の利益獲得行為で営利との相違を問われなくなると、営利・非営利の相違は何か、なぜわざわざ非営利で行う理由があるのかという問題が生じよう。

要するに、経済学、法律学でいう非分配制約による非営利組織に関わる定義では、組織に立脚した定義として配当の有無を基準に営利組織と非営利組織を明確に区分するものとはいえ、今我々が検討している非営利組織の要件の整備を考える上では不十分と言わざるを得ないと考えられる。

非営利、非営利事業、非営利組織の位置関係

前項で非営利、非営利事業、非営利組織の定義を論述したが、非営利組織については2つの概念があることを指摘した。本項では、非営利、非営利事業、非営利組織の思考過程の位置関係を確認したい。

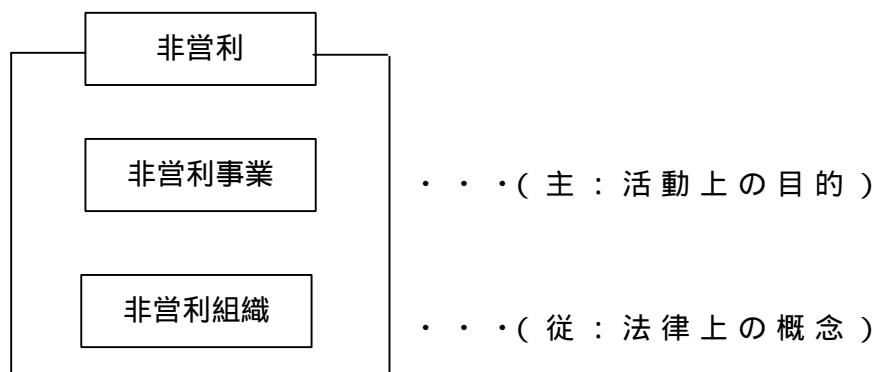
これは既に述べたことだが、組織あるいは制度とは、まず何をどういう目的で行うかが先にあり、それを効率的、効果的に遂行するための手段として位置づけられるものである。

組織や制度を先に決め、それに沿うように行うべきことの内容を合わせることは主客転倒といえよう。もちろんこのことは新たな組織・制度を導入する時あるいは既存組織・制度を大きく改革しようとする時の思考順序を指す。こうした思考順序を経て、新たな組織・制度がひとたび構築されれば、以後大きな環境変化でもない限り、当該組織・制度は存続されるわけで、その場合はその後に行おうとしている同一ないし類似事業は、構築された組織・制度に合うよう求められるのは当然である。

このように考えれば、非営利組織の要件は非営利事業の内容（性格・目的など）によって決定されるため、非営利組織の要件を検討するに当たっては、非営利事業の内容を正確に把握する必要がある。言い換えれば、非営利ないし非営利事業といった活動上の目的がまず捉えられ、次に活動上の目的を担保するものとして、法律上の概念（配当の有無などの法制度上の概念）が非営利組織の要件として

定められることとなる。この意味において、活動上の目的が上位概念で、法律上の概念が下位概念に位置づけられる（図1）。

図1 非営利、非営利事業、非営利組織の位置づけ（概念図）



資料：明治安田生活福祉研究所

事業は組織によって運営されるので、ここで参考までに事業と組織の組み合わせを整理しておきたい。

表2は、法制度上の概念による営利・非営利組織と、活動上の目的概念による営利・非営利事業との理論上の組み合わせを見たものである。表2から、営利組織が営利事業を行う組み合わせ（A）と、非営利組織が非営利事業を行う組み合わせ（D）は妥当な組み合わせである。これに対して営利組織が非営利事業を行う組み合わせ（B）や、非営利組織が営利事業を行う組み合わせ（C）は、理論的にはあり得ても、現実にはおかしい組み合わせと言わなければならない⁵。

なぜなら営利組織が非営利事業を行うケース（B）では、利益獲得を目指して事業を行うとあって、出資者から資金の提供を受けながら、利益獲得を目指さない非営利事業を行うことは、出資者への背任行為と解される。一方、非営利組織が営利事業を行うケース（C）では、「私どもは金儲けをしません。社会に対して奉仕をしています。」とあって人々を信用させ、寄付の受け取りや物品販売を行って金儲け行為をすることで、これは社会に対する詐欺行為といえるからである。組織名に「公社」「協会」といった、いかにも非営利組織のような名前を冠し、金儲け行為をする類である。

したがって、今ある事業、例えば医療を主たる事業として非営利事業で行うとしたならば、医療は非営利組織で行われることが合理的な組み合わせとなる。

⁵ ここでいう営利事業、非営利事業とは、当該組織にとって主たる事業となっている場合をいう。

表 2 営利・非営利組織と営利・非営利事業の組み合わせ

		活動上の目的概念	
		営利事業	非営利事業
法の 概念 制度 上	営利組織	A	B
	非営利組織	C	D

2) 非営利事業の種類（非営利事業の存在意義）

非営利組織の要件は、非営利事業の中身によって定められるので、組織の要件整備に際しては、非営利事業の中身をまず把握しなければならない。ところで、そもそも非営利事業には一体どのような種類の事業が存在するのであろうか。

経済学では民間非営利事業の存在意義として、政府の失敗と市場の失敗が指摘されている。

市場の失敗とは、市場に委ねたのでは効率的な資源配分が出来ないケースである。その第一は非排除性⁶と非競合性⁷、この2つの性質を有する公共財（環境保護、警察、公衆衛生など）や、これに準ずる準公共財（基礎研究、文化・芸術振興活動など）といわれるものである。これらは原則、政府が供給責任を負うとされている。しかし経済が発達した先進諸国では、価値観の多様化などから、これら公共財、とりわけ準公共財に対する需要も多様化してきたが、画一的供給を原則とする政府では対応困難である（政府の失敗⁸）。かといって民間で供給するには、公共財や準公共財は消費者の負担する価格だけではコスト的に見合わないため、政府からの補助金ないし民間からの寄付などが不可欠である。この際、これら財政支援を受けるには、営利より非営利が適していると説明される。

その際の論拠がエージェンシー問題⁹、非営利の信頼のシグナル¹⁰

⁶ 費用負担をしない消費者のただ乗りを排除できないこと。例えば国防は国防費用を払う人だけを対象としようとしても、費用を払わない人だけを除いて国を守ることは困難であるため、費用負担をしない者を排除した供給が現実にはできない。

⁷ 誰かが消費しても他の人の消費分が減らないこと。例えば公園を50人が利用しているところ、51人目の人が新たに利用しても、公園から得られる効用は変わらない。

⁸ 公共財または準公共財は本来政府が供給するとされるが、政府の供給は画一的となる場合が多いので、経済が発展し需要が多様化したものについては柔軟に対応できない。そのような財・サービスを政府が提供すると資源配分が非効率となること。

⁹ プリンシパル（依頼人。例えば株式会社では株主）がエージェント（代理人。株式会社では経営者）の行動を十分にモニタリングできないため、エージェントがプリンシパルの期待通りに行動しない問題。

¹⁰ 非営利は非分配制約によって利潤動機が抑制されていることから、営利と比べミッション遂行第一の行動を取ると考えられ、その提供する財やサービスが信頼に値すると

といわれるものである。要するに、非分配制約によって利潤動機が抑制された非営利であれば、補助金、寄付金は無論のこと、事業収益も組織の構成員に分配されることはなく、本来のミッションに投下されるであろうという信頼感である。この信頼感が裏付けられるには、利潤動機の抑制が担保されなければならない。言い換えると、非営利組織の存在意義を担保するためには、利潤動機の抑制という要件が必要である。また事業の性格として、公共財、あるいは準公共財なので原則として公益性が求められる。

市場の失敗の第二は、情報の非対称性が高い事業の場合である。例えば、医療、教育がこれにあたる。売り手と買い手との間で、情報格差が極めて著しい時、利益最大化を目的とする営利組織では機会主義的行動¹¹を取る可能性が高いとされ、このため合理的売買が成立しにくくなるという（契約の失敗）。

この場合、非営利組織なら利益最大化を目的としていないことから、機会主義的行動を取るインセンティブが低いため、モニタリングコストなどをかけることなく合理的売買が成立しやすいと説明される。この理論が成立するには（非営利組織の存在意義を担保するには）、やはり利益を求めないということで、利潤動機の抑制措置が求められる。

このタイプの事業の性格は、公益性の高いものもあれば必ずしも公益性を問われる必要のないものもある。また、事業性の高い事業もあれば必ずしもそうではないものもあって一様ではない。例として挙げた医療、教育（特に義務教育）は公益性が高い。医療や私立の大学教育などは事業性も高いといえよう。

市場の失敗の第三は、文字通り市場性のないものである。市民が行う自由な社会貢献活動（含む慈善活動）や自己実現活動といった市民活動、利益獲得は目的としないが、構成員に共通する便益を図ることを目的とした活動などである。具体的にはまちづくり、ガイドクラブ、福祉ボランティア、同窓会、マンション管理組合、労働組合などが挙げられる。

これらの事業は始めから売上概念も利益概念もないので、利益抑制の必要性はないものの、自治体によっては補助金の支給を行うケースもあるほか、一般の人からの寄付を受けることもあり、事業によっては（例：ボランティアによる配食事業）消費者からの信頼を得る意味からも、利潤動機抑制の担保が望まれる。これらの事業は

期待されること。つまり非営利という外観だけで信頼できる質のシグナルとなるという考え。

¹¹ 情報格差を利用して、相手をだますこと。

売上概念もないので、事業性もなく、事業規模などからいっても公益性は低い（またはない）と考えられる。しかし一方で慈善性、自己実現性といった性格が認められる。

以上述べてきたことを一覧表にして示すと表3のとおりである。

表3 非営利事業の存在意義別にみた事業例・組織要件

存在意義	存在意義の説明論拠	事業例	組織要件	
			説明論拠の担保要件	性格・目的など
政府の失敗	政府の効率性 エージェンシー問題 信頼のシグナル	環境保護	利潤動機の抑制	公益性
		基礎研究	利潤動機の抑制	公益性
		文化・芸術促進活動	利潤動機の抑制	公益性
市場の失敗	情報の非対称性 機会主義的行動 エージェンシー問題 信頼のシグナル	医療	利潤動機の抑制	公益性 事業性
		教育	利潤動機の抑制	公益性 事業性
	市場の不成立 エージェンシー問題 信頼のシグナル	まちづくり	利潤動機の抑制	自己実現活動
		ガイドクラブ	利潤動機の抑制	自己実現活動
		福祉ボランティア	利潤動機の抑制	慈善性
		同窓会	利潤動機の抑制	構成員のため
		マンション管理組合	利潤動機の抑制	構成員のため
		労働組合	利潤動機の抑制	構成員のため

3) 非営利組織の要件

前節で見たとおり、非営利事業は個々の事業についてみると、純然たる慈善事業から事業性が高く限りなく営利事業に近いものまで、その目的・性格はさまざまだが、非営利事業の存在意義を担保する要件は、当然のことながら利潤動機の抑制一つに集約されることがわかった。そこで、非営利組織の要件を考えるに当たっては、すべての非営利事業に共通する利潤動機の抑制を基本要件、事業ごとに異なる性格・目的等を特定要件として整理する。

ところで、非営利事業から導き出されるものは、活動上の目的概念に基づくものなので、これに対応する組織要件は活動上の目的概念を担保することとなる。以下に示す要件は、いずれもそうした考えに基づくものである。

非営利組織に共通する基本要件

表3に示した通り、全ての非営利組織に共通する要件として、利

潤動機の抑制が指摘されるが、組織運営上の具体的事象との関連でこれを3つに分けて捉える。狭義の利潤動機の抑制、個人の利害関係の排除、資本力による支配排除の3つである。

「利潤動機の抑制」

非営利組織の要件の第一は、ミッションを最大限に果たすことが目的で、利益獲得を目的とするものではないことの担保措置である。その具体策として配当禁止が挙げられる。

ただ配当禁止だけでは、不当に高い給与や関連会社取引を通じた利益移転等のいわゆる実質配当が行われる可能性を排除できないので、これらの防止策も併せて整備することが必要と考えられる。

「個人の利害関係の排除」

第二は、個人の利害関係の排除である。個人の損得が事業遂行上、前面に出るようでは問題が生じるので、それを封じるために必要となると考えられる。とりわけ公益性や公共性の高い事業では、この点が強く求められよう。具体策としては所有権排除が考えられる。

「資本力による支配の排除」

第三に、資本力による支配の排除が指摘される。言い換えると、資本の論理の否定である。資本力を持った者などの特定者が、それを背景に経営を支配することは、ミッション第一の経営に歪みをもたらす恐れが生じることによる。これへの具体策としては、社員総会や理事会などにおける議決は一人一票制が要件となる。

ただここでも、形式上いくら一人一票制を敷いても、社員や理事メンバーが親族ばかりでは、これを担保にしたことにならないので、役員構成における親族比率の制限などの措置が必要となると考えられる。

事業ごとの特定要件

上記の基本的要件の他に、営む事業の特殊性に基づく事項が挙げられる。事業ごとの要件は事業が多岐にわたるため全てにわたって指摘することは出来ないものの、重要な性格・目的を有するものとして、公益性の高い事業と、事業性の高い事業の2つを採り上げたい。

「公益性の高い事業」

第一に公益性の高い事業だが、これは公益性を有することの明示、あるいは公益的事業を具体的に義務付けることが必要である。具体的にどのようなことを義務づけるかは、事業ごとに設定されるべきといえる。

公益性の高い事業は不特定多数に影響を与えるほか、場合によっては公的支援の対象ともなりうる事業なので、非営利性が遵守されているのか否かについて外部からチェックしやすいよう、経営の透明性が求められる。具体策としては経営情報開示が考えられる。

ところで公益性の定義については、現在、公益法人制度改革における有識者会議で検討されているため、その結論を待つこととしたい。

「事業性の高い事業」

第二に事業性の高い事業だが、これは比較的規模の大きいもので、運営経費を自らの事業収益で賄うことが求められる事業である。特に私的財に該当する場合は、営利組織が市場的条件の下で経営を行い、利益を挙げることも可能な事業なので、営利事業との類似性が高まる。そのため、このような事業をなぜ非営利組織で行う必要があるのかといった、いわゆる営利・非営利論争を呼び起こしやすい。

事業性の高い事業において、営利と非営利をめぐって最も類似・混同され、議論の的となるテーマは、利益獲得プロセスにおける利益獲得行為についてである。既に指摘した通り、非営利組織といえども利益獲得行為は行う。営利も非営利も利益を獲得するとなると、一体どこが違うのかに関して疑問を抱かせるといえる問題が生じる。

営利事業では利益最大化を目的としているため、可能な限り最大の利益追求を行う（それが悪いという意味ではなく、制度として当然そうすべきものだという意味である）。つまり、営利事業では獲得する利益のレベルに制限がない。

これに対し非営利事業では、ミッション最大化を目的としている。ミッション最大化と利益最大化がぶつかれば、ミッションが優先されるはずだから、理論的には少なくとも営利事業のような可能な限り最大の利益の追求は行わないと考えられる。言い換えれば、利益獲得プロセスに一定の規律が求められよう。

ただ利益獲得プロセスについて、具体的措置を講ずることは、現状では技術的に難しい。

先に非営利組織の基本要件として、利潤動機の抑制に関する項目を3点挙げたが、これは利益を挙げた結果（獲得された利益）に対する規律であり、利益獲得のプロセスについては何も拘束していない。

しかし事業性の高い事業においては、営利事業との類似性が高いだけに、営利・非営利との相違を、結果に対する規律だけに留めたのでは不十分と思われる。利益獲得のプロセスにおける相違の明確化、言い換えると利益獲得プロセスについて、何らかの規律を設けることが必要であろう。逆にこの点において営利事業との相違の明確化を図らないと、非営利の存在意義が問われる上、医療に対する営利企業参入論者に対して合理的な説明ができない。この点における営利と非営利の相違をどう捉えるかは後述する。

（２）医療における非営利組織の要件

医療における非営利組織の要件を検討すると、病院経営は、非営利事業として行うということで、非営利組織一般についての共通要件である、配当禁止、所有権の排除、一人一票制が要請される。

このほかに、医療はその特質から高い公益性を有するとともに、事業性の高い事業にあたると考えられる。

そのため、医療における非営利組織の要件は、先に示した基本要件に公益性の高い事業と事業性の高い事業の要件が追加されることとなる（表４）。公益性については、24時間救急などといった公益的事業の義務づけと情報開示が、事業性が高い点については、利益獲得プロセスにおける営利との相違を明確化するための規律が求められよう。

表４で示したもののうち、利潤動機の抑制、個人の利害関係の排除、資本の論理排除、公益性の義務の付与および経営の透明性の確保については既に述べたので、ここでは利益獲得プロセスにおける規律について論ずる。

病院経営への営利企業参入論のうち、医療法人制度に関わる代表的なものを要約すれば、営利・非営利を区分しているのは利益獲得の結果である配当の有無のみで、利益獲得過程については何も問題にしていない、配当禁止についても社員の脱退、相続、解散時には一括配当が認められ、かつ役員報酬や関連会社への利益移転などを通じた実質配当が行われている、所有権が認められている、というもので、わが国の病院の大半を占める持分あり社団医療法人は営利組織とどこが違うのかという主張である。

上記、はそれに対応した規定を整備すれば足りるが、につ

いては問題が残る。

営利企業参入論者により、利益獲得過程での行為は何ら拘束されていない上、そもそもこの点で営利と非営利に区別をつけられるのかという主張がなされている。この考えの前提には、営利目的の利益と非営利目的の利益の区分はどのように行われるのか、とりわけ非営利は倫理上の概念であるとし、それを法律で規制することが可能かという考えが存在する。いずれにしても肝心な利益獲得行為で両者の区分が明確性を欠いているにも関わらず、営利参入が拒否されているのが不合理だというわけである。もっともといえよう。これは、現行の医療法人が法制度上の概念によって要件が定められたもので、活動上の目的概念からの規定が入っていないためであろう。

医療を非営利事業として行うならば、この点での対応策を採らなければ、営利企業参入論者は無論のこと、一般の国民からも十分な理解は得られないと思われる。

表 4 医療における非営利組織の要件

考え方	具体策
基本的要件 ・個人の利害関係の排除 ・利潤動機の抑制 ・資本の論理の排除	所有権の排除 配当禁止 一人一票制
医療の特質からくる要件 公益性の高い事業 ・公益性の義務の付与 ・経営の透明性の確保 事業性の高い事業 ・利益獲得プロセスにおける営利との相違の明確化 (利益獲得プロセスにおける規律)	例: 24時間救急など 情報開示 ガバナンス

利益獲得プロセスにおける規律について、明確な答えを導き出すのは容易ではない。しかし、この点を曖昧にしておくことは非営利といいながら、利益最大化、利益追求に走ることが許されることになり、非営利性の担保に抜け道を許すことになりかねない。

現在議論されている公益法人制度改革においても、公益法人といいながら、内部に不当な利益を蓄積しているケースが不適切な事例として指摘されている。これは、配当禁止という出口だけを押しえ、利益獲得のプロセスについて規定していない結果と考えられる。

このように、たとえ配当は禁止され、獲得した利益はすべて医療へ再投資されるといっても、日常行動で営利と同様の利益追求が許

されるようでは、行動上の目的が問われかねない。

そこで営利事業、非営利事業における利益獲得のレベルについて、相違があることをまず理論面から検討してみたい。

図 2 は、営利組織と非営利組織の最適化行動原則（営利組織にあつては利益最大化、非営利組織にあつてはミッションの最大限の実現）と、利益との関係を示したものである。

MC とは、マージナルコスト、限界費用のことで、供給量を増加した場合の増加供給量 1 単位あたりコストを指す。

AC とは、アベレージコスト、平均費用のことで、総供給量の 1 単位あたりコストを指す。

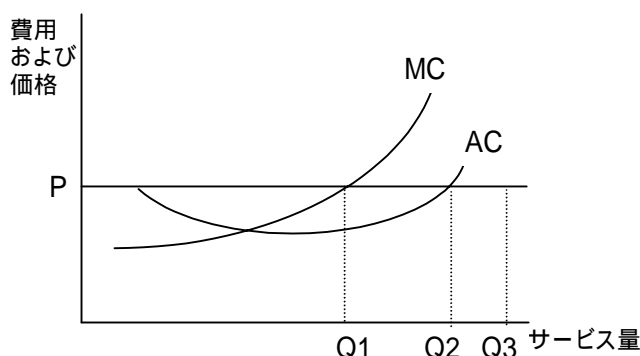
P は市場価格を示す。P も当然に変動するが、ここであたかも一定（横の直線）としているのは、市場価格が同一の場合における営利組織と非営利組織の供給量の相違を便宜的に示すためである。なおここでは、P は需要曲線、MC は営利企業の供給曲線の一部（図には示していないが平均可変費用との交点より上の部分のみ）に相当するものである。

MC は、固定資本一定の下では一般に追加供給するほど上昇するが、市場価格である P 以下なら、利幅が減るだけで総利益の増加には寄与するため、供給が続く。しかし MC が P を超えると、その時点以降は追加供給分は赤字となり、その分利益の総額が減少するので、利益最大化行動原則からは MC と P の交点、つまり MC が P とイコールになるところで供給を停止し、利益の最大化が達成されることになる。その時点の供給量が Q_1 である。

一方、非営利組織にあつては、ミッションの達成度を供給量で捉えたとすれば、供給量を Q_1 よりは Q_2 、 Q_2 よりは Q_3 と増加させていくことが目的にあつた行動となる。しかし、非営利組織といえども赤字を出してまで供給量を増加させることができないので、結局のところ、総利益がゼロになる点、つまり AC が市場価格 P とイコールになるところで供給を止めることになる。その時の供給量が Q_2 で、ミッションの最大化が達成されたこととなる。

要するにこの理論の示すところによれば、非営利組織がミッションを最大限に果たすと利益がゼロになるということを示していると共に、ミッション最大化に向けて供給量を Q_1 から Q_2 に増大させる過程では、総利益が減少し続けていることを表している。

図 2 営利組織と非営利組織の最適化行動原則と利益レベルの関係



MC : Marginal Cost (限界費用)とは供給量を増加した場合の増加供給量 1 単位あたりコスト
 AC : Average Cost (平均費用)とは総供給量の 1 単位あたりコスト

前提：サービス量の増大が非営利組織のミッションの増大となる

次に実務上の規定をみてみよう。公益法人制度改革における有識者会議において、非営利組織の利益獲得レベルについて触れられているので、これを参考までに示す。

有識者会議の報告書(平成 16 年 11 月 19 日)では「公益的事業を適切かつ継続的に行うため、一定の内部留保は必要であるが、積極的に不特定多数の利益の実現を目的とする活動であれば、本来単年度の収支において大幅な黒字を生ずるものではないと考えられる。また、こうした収支余剰の累積等に伴い、本来公益的な事業に使われるべき資金が、使われず法人内部に蓄積されるのは望ましくない。このため、適正な法人活動を制約しない範囲で、将来の公益的な事業の実施に必要な範囲を超えて過大な資金等が留保されることがないよう、法人の実態等も踏まえつつ、適切な規律を設けることが適当である」とし、公益法人の利益獲得に一定の歯止めを求める考えが示されている。

一方、厚生労働省の特定・特別医療法人の規定では、やはり医業収益は医業費用の 1.5 倍の範囲内としなければならないことが指摘されており、ここでも一定の利益獲得に対する規律が求められている。

このような考えにたてば、非営利組織にあっては単に利益獲得の結果だけでなく、プロセスにおいても何らかの規律を設けることが要請されよう。

利益獲得プロセスにおける規律について、利益レベルを一概に定

めることは難しいが、非営利事業の特性に鑑みると、考え方として「将来のミッション遂行に必要な範囲」というのは一つの捉え方と思われる。ただ、これも抽象論に留まるので、現実の次善の対処法としては、ミッション遂行第一で事業が運営されているかを情報開示で牽制する方法や、あるいはガバナンスのあり方で対応することは検討に値しよう。

(3) 非営利性の視点から見たわが国の病院

表5はわが国の病院の実状を、非営利性の側面から、先の医療における非営利組織に対する要件を軸として、非営利性を補足すると考えられる項目（住民との情報交換の場の有無、監査など）について、わが国の病院の大半を占める持分あり社団医療法人を中心に、特定医療法人、特別医療法人、社会福祉法人とともにみたものである。

まずは基本要件を見てみよう。所有権については、特定医療法人、特別医療法人、社会福祉法人では、個人に当該法人の財産が帰属せず、所有権が排除されているが、持分あり社団医療法人では財産が個人に帰属し、所有権は排除されていない。

配当禁止については、毎期の配当は全ての医療法人で禁止されているものの、持分あり社団医療法人では、社員脱退時や解散時に財産請求権が認められている。

実質配当防止策としての役員報酬の制限については、特定・特別医療法人では年収3,600万円以下という規定がある。社会福祉法人では金額の制限はないが、業務監査があり、あまりに多額なケースは不可とされている。これに対し持分あり社団医療法人では何の規定もない。

一人一票制については全ての医療法人で実施されている。役員構成における親族支配については、特定医療法人、特別医療法人、社会福祉法人では、役員に占める親族の比率1/3以下と制限がある。しかし持分あり社団医療法人では役員に占める親族比率に規制がなく、親族支配への防止策がない。

次に医療の特質からくる要件を見てみると、まず公益性については、持分あり社団医療法人のみ何の規定もない。

情報開示については、持分あり社団医療法人、特定医療法人、特別医療法人においては、社員、債権者に開示義務があるのみである。社会福祉法人では、事業報告書を事務所に備えることと、利用者が利用しやすいような情報提供の義務が課せられている。社会福祉法人を除くと、本来の意味での情報開示は医療法人では行われていない。監査は、医療法人、特定医療法人、特別医療法人においては何

の規定もないが、社会福祉法人では助成がなされた場合、事業・会計に関し行政が監督する。

利益獲得プロセスにおける規律について、持分あり社団医療法人と社会福祉法人では法的には特段の規定がない。ただ、社会福祉法人の場合、医療法人以上に事業運営に対し厳しい行政監督が行われているため、この面から強く規制されているといえる。特定医療法人、特別医療法人については、社会保険診療による収入が全収入の8割以上であること（自由診療や差額ベッドによる利益の抑制）、自費患者は社会保険診療と同一基準で計算すること、医業収益は医業費用の1.5倍の範囲であることが定められ、利益追求に一定の歯止めがある。特定医療法人ではさらに、特別の療養環境に係る病床（差額ベッド）数が当該医療施設病床数の30%以下とされている。結局、何の規定もないのは持分あり社団医療法人のみとなる。

地域住民との協議機関（評議員会など）の設定に関しては、社会福祉法人では評議員会を設定できることとされ、実際には全ての社会福祉法人において評議員会が設置されている。しかし持分あり社団医療法人では何の規定もなく、地域住民等との協議機関設置は独自の判断に任されている。なお、持分あり社団医療法人においては、現状では設置する理由も明確でないこともあって、ほとんどこうした機関は設置されていないといわれている。

以上みてきたように、持分あり社団医療法人は、特定医療法人、特別医療法人、社会福祉法人との対比でも、最も非営利性が低く、持分あり社団医療法人は非営利組織とはいいがたいとの批判は否定できない。

もちろん、持分あり社団医療法人がこうした姿となっているのは、歴史的経緯やそれ相応の背景理由が存在するわけで、これをもってただちに問題があるという訳ではない。しかし医療は非営利で行うべきで、営利企業による経営は認められないと主張するならば、現行の持分あり社団医療法人は非営利性の点で多々不備が見られ、改革の必要があるといえよう。

なお、参考までに非営利性に関連して公的支援の現状をみると、持分あり社団医療法人では補助金は原則なし、優遇税制なし（営利企業と同じく30%、相続税は個人の持分に対し課税対象）ということで、最も公的支援がなされていない。特定医療法人については、法人税率で優遇税率（22%）が採られ、相続税はそもそも個人的財産権がないので相続対象にならない。特別医療法人も相続税の扱いは特定医療法人と同様である。最も非営利性が徹底されている社会福祉法人においては、補助金があり、非課税扱いされ、公的支援を受けられる程度も大きい。

表 5 わが国の病院における非営利性

			持分あり社団医療法人	特定医療法人	特別医療法人	社会福祉法人
基本要件	個人の利害関係の排除	所有権の排除	×			
	利潤動機の抑制	配当禁止 毎期 解散、脱退時	×			
		実質配当防止策 (役員報酬)	×	・年収3600万円以下	・年収3600万円以下	・業務監査あり
	資本の論理の排除	一人一票制				
役員構成における親族規制		×				
特定要件 (医療の特質からくる要件)	公益性を有する事業	公益性の義務の付与	×			
		経営の透明性の確保	情報開示	・社員、債権者に開示	・社員、債権者に開示	・社員、債権者に開示
	監査		×	×	×	
	事業性の高い事業	利益獲得プロセスにおける営利との相違の明確化	×	・社会保険診療によるのが全収入の8割以上 ・自費患者は社会保険診療と同一基準で計算 ・医業収益は医業費用の1.5倍の範囲 ・差額ベッド比率30%	・社会保険診療によるのが全収入の8割以上 ・自費患者は社会保険診療と同一基準で計算 ・医業収益は医業費用の1.5倍の範囲	・業務監査でチェック
ガバナンス	地域住民との協議機関(評議員会等)	×	×	×		
公的支援	補助金	×	×	×		
	優遇税制	×				

* 法律上の規定があるか、またはたとえなくとも実務上、実質的に行われているものをとした。

2. 諸外国の民間非営利病院における非営利性の実態

非営利組織の要件と、それと比べたわが国の医療法人の実情を検証したが、次に、海外における民間非営利病院の非営利性の実状を概観する。

調査対象国としては、フランス、オランダ、アメリカを選択した。フランスとアメリカは、営利病院が存在することから、営利病院と非営利病院共存の実状を探るため、オランダは病院の100%が民間非営利であることから、そうした場合の民間非営利病院の経営課題を探るため選択した。

本稿では、これら各国の民間非営利病院における非営利性の実情を把握するのが目的だが、民間非営利病院における非営利性は、各国の歴史やそれに基づく医療制度に影響されるため、医療制度との関連から概観する。

(1) フランス

1) 非営利性の観点から見たフランスの医療制度

開設者別シェア・機能

フランスの病院開設者は公立、民間非営利、営利の3者が存在する。

それぞれのシェアを病床ベースでみると¹²、公立病院が65.5%、民間非営利病院が14.7%、営利病院が19.8%と、公立病院が圧倒的シェアを有している(表6)。このため公立病院と民間非営利病院を合わせると、8割が非営利病院で供給されていることになる。

表6 フランスの病院開設者別シェア

	病床数	%
公立病院	309,047	65.5
民間非営利病院	68,963	14.7
営利病院	93,511	19.8
全体	471,521	100.0

} 非営利が
80.2%

資料：2001年 SAE Drees より作成

次に機能の面では、公立病院は多くの場合、総合病院であり、特に重症度の重い外科手術や研究に重点を置いている。このほか、長期療養の専門病院もあり、公立病院全体で見れば、救急を含む超急性期から長期療養までを担っている。民間非営利病院は公立病院ほ

¹² フランスでは病院の開設者によって、病院数を施設数で数えたり法人数で数えることから、病院数による正確な比較が出来ないため、病床数ベースとする。

ど高度医療を手がけていないが、これに準じたレベルで救急から長期療養までカバーしている。これに対して営利病院は、上場している総合病院もごく少数あるものの、それらは例外的存在であり、多くは単科病院で、軽微な外科手術と産科に傾斜し、またある程度の富裕層を対象としており、結果的に営利、非営利が棲み分けられている。

また1病院当たり病床規模をみても、公立病院 306 床、民間非営利病院 77 床、営利病院 81 床であり（表 7）、規模的にみても公立病院が中核的存在であることが判る。

このようにシェア、機能・役割の両面からみて、公立病院がメインの医療提供体制であるといえよう。

表 7 1 病院当たり病床規模

	病院数	病床数	1病院当たり 平均病床数
公立病院	1,010	309,047	306
民間非営利病院	891	68,963	77
営利病院	1151	93,511	81
全体	3,052	471,521	154

* 公立病院および民間非営利病院のうち PSPH は法人数で数え、それ以外の民間病院は施設数で数える。

資料：2001 年 SAE Drees より作成

公的病院活動

フランスでは公的病院活動参加病院という制度がある。公的病院活動とは、24 時間救急、マタニティ、医学教育、研究、予防医学、の活動を指す。

公立病院は全て公的病院活動参加病院とされるが、民間非営利病院も 24 時間すべての患者を受け入れることを条件に、地方病院庁（ARH）に申請し許可を受けると、公的病院活動参加病院（PSPH : établissements participant au service public hospitalier）として認定される（上記全ての公的病院活動を実施する必要はない）。PSPH となると総枠予算制が適用される。

民間非営利病院のうち、PSPH となっている割合は 76.3%である（表 8）。

営利病院も公的病院活動参加の申請が可能だが、許可されても、PSPH とは認定されず総枠予算制の適用も受けない。営利病院で公的病院活動参加病院となっているのは例外的存在である。

公的病院活動という概念は昔から存在したが、曖昧だった公立病院の機能を明確にするため、1970年の病院改革法において法律上これを明記した。1970年の病院改革法では同時に病床規制や医療機器購入規制などの医療地図（後述）策定の制度も導入され、公立病院と民間病院の調整・補完による医療施設の効率的運営が目指され、民間病院に対しても公的病院活動参加への道を開いた。

全病院のうち、公的病院活動に参加している病院（全公立病院と民間非営利病院のうち、申請し認可された病院）は病床数ベースで76.7%と、8割方が公的病院活動参加病院である（表9）。

つまりフランスの病院の大半は、公益性が明確に義務付けられているといえる。

表8 民間非営利病院の中の公的病院活動参加病院（病床数ベース）

	病床数	%
PSPH	52,637	76.3
non-PSPH	16,326	23.7
民間非営利病院 合計	68,963	100.0

資料：2001年 SAE Drees より作成

表9 全病院の中の公的病院活動参加病院（病床数ベース）

	病床数	%	
公立病院	309,047	65.5	} 公的病院 活動参加 病院 76.7%
民間非営利病院			
PSPH	52,637	11.2	
non-PSPH	16,326	3.5	
営利病院	93,511	19.8	
全体	471,521	100.0	

資料：2001年 SAE Drees より作成

個別病院毎の総枠予算制

総枠予算制というのは、病院の日常運営費（経常費用）と設備投資費用の双方を予算化し、その予算額を各病院に公的に支給する制度である。

病院における治療費は、ホスピタルフィーとドクターフィーに分かれている。このうち民間非営利病院（non-PSPHで総枠予算適用外を除く）の場合、ホスピタルフィーが総枠予算の対象（公立病院の場合、ドクターフィーも総枠予算の対象）である。

総枠予算が適用されるのは、公立病院とPSPHおよびPSPHとなっていない民間非営利病院のうち、総枠予算を選択した病院となる。全病院の約8割が総枠予算の適用を受けている¹³（表10）。

表10 病院開設者別支払い方法

開設者	公立	民間非営利		営利
		PSPH	non-PSPH	
支払方法	総枠予算制		1日当り入院料（OQN対象）	
	1,010病院 （33.1%）	796病院 （26.1%）	1,246病院 （40.8%）	
	309,047床 （65.5%）	62,991床 （13.4%）	99,483床 （21.1%）	
	（78.9%）			

* 公立病院および公的病院活動参加病院は法人数で数え、それ以外の民間病院は施設数で数える。

* ここでいう病床数は24時間以上滞在可能な病床のみ

資料：2001年 SAE Drees より作成

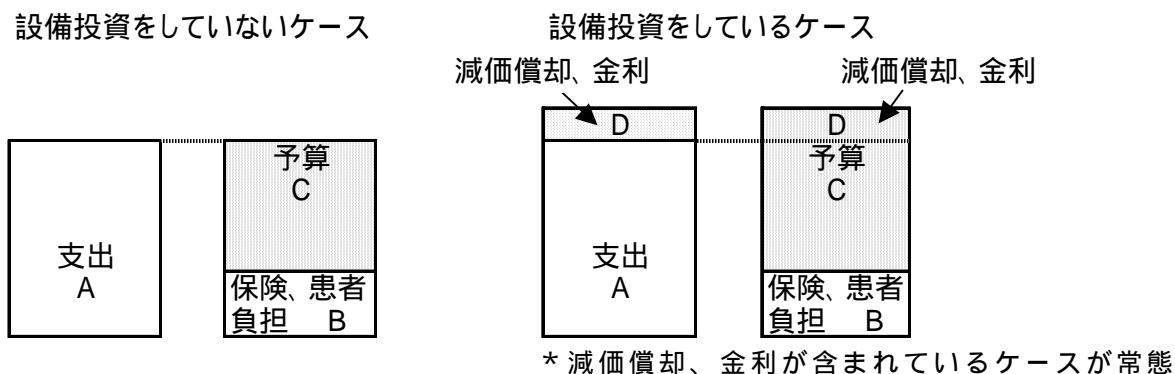
総枠予算で賄われる費用を図3に従って説明すると、設備投資がなく、資本コストが生じていない場合は、資本コストのない経常費用（図3のA）のうち、患者自己負担や民間保険からの支払いによって得ると見積もられた収入（B）を除いた差額分（C）が、総枠予算として支払われる。設備投資を行った場合（このケースが常態）は、当該設備投資に関わる資本コスト（減価償却費と金利分D）がこれに加算されて支払われる。

総枠予算では、予算で想定したとおりの患者が来院すれば収支均衡となる仕組みが取られている。つまり利益は予算に含まれていない。

これらから、フランスの非営利病院の特徴を日本との対比でいえば、公益性が義務付けられ、利益を出さない仕組みが制度上位置づけられていると指摘できる。その一方で、経常費用（除資本コスト）も設備投資も全て公的に支給される。

¹³ 民間非営利病院において、PSPHとして申請せず（non-PSPH）総枠予算制の適用も受けない病院が、少数だが存在する（民間非営利病院の全病床数1割程度）。これらの病院は、設備投資を自分達で賄わなければならないため、当然利益を出している。

図3 総枠予算制



なお、参考までに設備投資およびドクターフィーについて簡単に付言する。

まず設備投資には営利・非営利の区別なく地方病院庁の認可が必要である。民間非営利病院の場合、認可されれば、その後の総枠予算の中で毎期の減価償却費、金利分として支給されるシステムで、投資時に一括して支払われるわけではない。そのため、病院は設備投資時には銀行借入を行う。このように、公が設備投資の面倒を見るものの、補助金で一括支払うのではなく、民間資金の活用が図られている。

次にドクターフィーは、公的医療保険と、医師労働組合との間で締結される協約料金によって支払われる。

民間病院で治療を行っても、勤務医以外は病院から給与として支払われるのではなく、診療内容に応じて患者および保険者から医師へ直接支払われる。

医師はセクター1、セクター2、セクター3に別れ、セクター1は上記協約料金を遵守しなければならないのに対し、セクター2、3はセクター1の協約料金を上回った額を患者に請求できる（公的保険からの支払い分はセクター1と同じ）。このように料金設定の自由も制度上は認められているものの、現在は実態として、新規のセクター2、3の申請は原則認められない。

強い規制下における病院経営

フランスでは営利病院、非営利病院とも、診療報酬は公的に決定される。

設備投資（病棟建設、医療機器購入）も、医療地図により調整され、営利も非営利も病院の自由意志で決められない。

非営利では役職員の給与も労使協定で決定され（後述）、病院自身で決めることが出来ない。そのため、能力の高い者にはより多く給

与を支払うことでインセンティブを上げる方法が採れない。営利でも職員の給与は労使協定で決められ、やはり経営者の裁量性がない。

営利は総枠予算が適用されない分、非営利に比べて利益獲得の余地はあるものの、総じて営利・非営利双方とも、経営上の三大重要意思決定項目（価格、設備投資、給与）が縛られているので、個別病院単位での経営の自由度が著しく低い¹⁴。さらに、財務データの他にフランス版DRGに基づく医療データを公に提出する義務があるなど、経営内容も厳しく公に監視され、コントロールされている。

つまりフランスでは営利・非営利が併存するが、両方とも経営上のキーファクターが経営者の意思決定に委ねられず、全体としての制度ベースで縛られているため、営利といえどもその特長を打ち出しづらい状況となっている。

こうした事情を背景に、フランスには医療は営利が担うべき、又は、非営利が担うべきといったいわゆる営利・非営利の論争はなく、わが国で議論されているような医療の非営利組織とはどうあるべきかといった非営利の要件なども、ほとんど議論されていない。

2) フランスにおける民間非営利病院の非営利性

フランスの非営利病院の根拠法は、1901年7月1日アソシアシオン法である。アソシアシオン法は、宗教団体や慈善団体など、全ての非営利組織に関する根拠法で、アソシアシオン（結社、協会）の定義は、恒常的な形態で2人以上の者が、利益分配以外の目的のためにその有する知識と活動を共同のものとする合意であるとしている。

ただアソシアシオン法は結社の自由を謳ったもので、原則自由の思想が流れているため、非営利性について事細かには規定していない。以下に述べる非営利性については、公衆衛生法典など他の法律が規定しているものである。

以下にフランスの非営利病院の要件を、本研究で取り上げた非営利組織の要件の項目との対比で見ることとする（P42の表14参照）。

1. 個人の所有権については、法律で禁止していないが、民間非営利病院のほとんどは、個人に所有権がない（個人に財産が帰属しない）。

¹⁴ ちなみに総枠予算制を適用されない病院（営利病院と公的病院活動不参加の民間非営利病院）は、OQN（Objectif Quantatif Nationale）というサービス供給量の目標値が国家的に定められ、サービス供給量に対し制限が課されているが、法的強制力がないため、有効性は疑問視されている。

2. 配当については、毎期の配当は無論のこと、解散・脱退時についても禁止されている。ただ設立時に定款に定めれば、解散・脱退時に出資相当分は払い戻しを受けることが可能である（わが国の出資額限度法人と似ているが、異なるのは、設立時に出資分払戻しに関する規定を定めなければならず、設立後に変更することは禁じられている点である）。もっとも大半が所有権がないので一般的ではない。

3. 配当禁止については抜け道策として給与があるが、フランスでは給与の上限が定められている。民間非営利病院の経営者層には、出資者になるケース（これは非常に稀）と、被雇用者になるケースがあって、それぞれ別々に規定されている。出資者が経営者（CEO）である場合、社会保険料上限の3倍（約70万円程度）/月が上限となる。

4. 被雇用者の場合、被雇用者CEOの労働団体と民間非営利病院協会が労使協定を結び、その額が支払われる。つまり民間非営利病院の雇われCEO（このケースが一般的）であれば、全国一律に同じ給与が支払われる。

5. また、経営方針の決定においては、一人一票制が採られている。親族支配の規制については、法律上特に規定はないが、そもそも大半が個人所有ではないので一般的でない。

6. 利益獲得プロセスにおける規律については、総枠予算制が採られ、利益ゼロとされている。また、後述のように地域住民代表がカウンスルとして、定期的にミッションに沿った経営がなされているかをチェックする体制が採られている。

7. 情報開示義務は公に対してはフランス版DRGに基づく医療活動内容、財務内容、投資計画などの提出が義務づけられている。直接住民に対して行うことはないが、地方病院庁がホームページ上で個別病院毎の総枠予算額、投資計画、病床稼働率などを公開しており、住民はアクセスすればいつでも自由にこれらを閲覧できる。また、会計監査を受けることは義務である。

8. 地域住民との協議機関（例：評議員会）は、後述のように必ず設けられている。

9. これらを満たした病院に対する公的支援としては、日常の運営費も設備投資も総枠予算で賄われることが指摘される。民間非営利病院は原則、非課税扱いだが、既述のように利益が出ない仕組みのため、意味のある恩典とはなっていない。一方で、これら民間非営利病院への寄付に対する税制優遇策はある。

ここで参考までにフランスの非課税要件を挙げると、「競争がない、価格が営利的ではない、商品がぜいたく品ではない、富裕層だ

けを対象としていない、広告がない」となる。これを民間非営利病院に当てはめると、公的保険制度で賄われているため、競争がない、価格は公的に定められるため営利的ではない、公的保険で給付範囲が定められているためぜいたく品ではない、富裕層だけを対象とせず治療を必要とする人を対象としている、広告をしない点から、非課税扱いとなっている。

3) ガバナンス

フランスの病院の一般的な組織図は図4に示すとおりである。

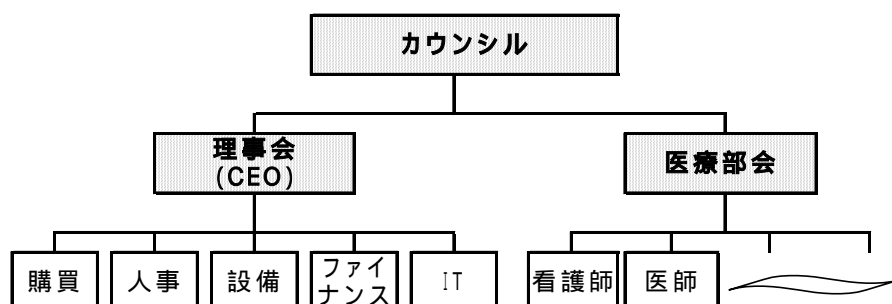
カウンシルは最高意思決定機関であり、主な機能はCEOおよび理事の選任、経営のチェックである。そのメンバーは、地域住民代表（地域の首長や企業のトップ、会計士、教授など地域の名士）から成り、主としてボランティアで無報酬で行われている。

このようにカウンシルは地域住民によるボランティアで無報酬であり、片手間で行っていることなどから、ガバナンスとしての実効性がどれほどかは定かではない。ただし、地域住民代表の目が入ることで、地域のための医療機関としての役割・機能を意識した地域密着の経営方針を選択するなどの影響があると考えられる。

一方、病院で診療する医師の多くは開業医で病院とは契約を結び、病院を利用している。これら医師の診療については、公衆衛生法典第6161条-2において、「民間医療機関で働く医師は、医療部を形成し、院内の治療上の決定における完全独立権を持つ。院内における年間医療活動計画、医療政策に関するオピニオンを提示する。左記の医療活動計画は地方病院庁に提出する義務がある」とされている。

このように、病院と医師がわが国のように組織と職員というつながりではなく、外部にいる医師が契約するという、病院と医師が互いにチェックしあう体制にあることから、医療従事者の職業倫理が守られやすいと考えられる。さらに法律でも、医師による診療行為に経営側の介入がないことが制度的に保証されている点は、注目に値する。

図4 フランスの民間非営利病院組織図



(2) オランダ

1) 非営利性の観点から見たオランダの医療制度

開設者別シェア

オランダの病院開設者は民間非営利のみである。

10年前まではごく少数の公立病院があったが、社会的連帯を維持しながら市場経済化を図るべきという政策の一環で、全て民営化された(あくまで非営利)。

総枠予算制

病院における治療費は、ドクターフィーとホスピタルフィーに分かれる。ホスピタルフィーに対しては、総枠予算制が適用されている。

総枠予算制では、全経費(資本コストを除いた経常費用と設備投資費)が公によって賄われる。上記予算は、各病院が公に対しオランダ版 DRG に基づいた医療活動内容報告、財務報告、設備投資報告などを行い、これに基づいて決定される。予算には利益が含まれていない。

総枠予算制で利益計上が組み込まれていないが、そもそも病院は法律により利益を出してはいけないこととなっており、病院が利益を出さないことが徹底されている。

フランスの総枠予算では、4半期毎に病院の決算をし、インフルエンザの流行や重症な患者を多く見たなど正当な理由があれば、過不足が調整される仕組みとなっている。これに対しオランダの場合、調整措置の仕組みがあるものの、あまり機能せず、重症患者が多くても原則当初の予算通りといった厳しい予算管理下での病院運営を余儀なくされている。

ちなみに設備投資にあたっては一括給付ではなく、減価償却費として分割して賄われるため、病院は設備投資にあたっては銀行借入を行う。

強い規制下における病院経営

病院は強い規制下に置かれている。まず上記のように厳しい総枠予算制によって、価格も、間接的には患者数もコントロールされている。さらに利益を出すことも法律で禁じられている。設備投資(病棟建設、医療機器購入)も、病院設備投資協会の許可が必要であり、病院の自由にはならない。

こうした状況から、厳しい規制下にはあるが病院は全経費を賄われていることより、競争からは程遠く、経営活力を欠いているとの指摘がある。そのため、民間病院ではあるが公立病院的性格が色濃

く出ていると考えられる¹⁵。

これらから、ウェイティングリストが大きな社会問題となっており、治療をすぐに受けたい、または受ける必要のある患者は、わざわざ国外で治療を受けている程である。

競争促進策

公立病院的で競争意識に乏しいことから、病院の経営活力を發揮させることを目的の一つに、保険者機能強化による競争促進が図られている。これは1980年代後半から導入されているが、特に1992年の競争促進策の骨子は、公的保険の運営を民間保険会社に委託、被保険者は保険者を自由に選択できる、保険会社は各医療機関と個別に契約を結び、契約外の医療機関への支払いは拒否できる、保険者は医療機関と公定価格よりも低い価格で契約が可能（プライスカップ制導入）などである。保険者は被保険者に選ばれ、医療機関は保険者に選ばれることを通じて、医療機関に間接的に競争が導入されることが期待された。

しかし実際には、ウェイティングリストが社会的な大問題になるほど医療供給量が不足していることや、支払い拒否による悪評をおそれ、保険者が結果的にはほとんどの医療機関と契約を結ぶ傾向にあり、また未契約の医療機関であっても被保険者が受診すれば保険者は医療費を支払っていることなどから、保険者と医療機関同士が選ばれる現象は予想した程には実現せず、医療機関への競争導入は期待されたような成果を挙げていない。

2) オランダにおける民間非営利病院の非営利性

病院の法人形態は Foundation である。病院における非営利性については、Foundation や医療に関わる法律などで以下のように規定されている（P42の表14参照）。

1. 病院に対する個人の所有権は禁じられている。
2. 配当について法で禁止されているのは当然だが、法律で利益を出してはいけないので、そもそも配当は不可能である。
3. 実質的な配当を防止するための給与の制限については、経営管理者層についてガイドラインが医師労働団体より作成されている。しかし法的効力はなく、実際にはガイドライン以上の給与が支払われている模様である。CEOの給与は、上記ガイドラインによれば、

¹⁵ ちなみにオランダでは他の欧米諸国同様、寄付の文化があり、寄付に対する税の恩典もあるが、公には寄付をする必要がないとの意識からか、病院に対する寄付はほとんどないとのことである。

10万ユーロから18万ユーロだが、実際の平均は概ね22万5千ユーロ程度(約3,100万円)とのことである。なおCEOの給与は、一般公開されていない。

4. 議決方法については一人一票制が採られている。また、親族支配禁止については法で特段の規定はないが、原則所有者がいないため、親族支配の形態は一般的ではない。

5. 利益獲得プロセスにおける規律については、法によって利益獲得が禁止されている。また、総枠予算制で実際に利益獲得は無理である。

6. 情報開示については、公に対しオランダ版DRGに基づいた医療活動内容報告、財務報告、設備投資報告が義務づけられている。直接住民に対して情報開示を行う義務はないが、後述のように住民代表による経営チェックが行われている。

7. 地域住民との協議機関設置については、法的な規定はないが、これも後述のとおり必ず設置されている。

8. 会計監査は義務である。

9. 公的支援策としては、日常の運営費も設備投資も総枠予算で賄われる点が指摘される。病院は全て非課税扱いだが、利益を出すことが禁じられているため、意味のある恩典にはなっていない。この他、病院の設備投資に対する銀行借入に関し、ギャランティー基金という準公的機関による債務保証制度がある。また、病院に対する寄付への税制優遇制度が採られている。

3) ガバナンス

病院の一般的な組織図は図5に示すとおりである。

カウンスルは最高意思決定機関で、主な機能はCEOの選任、経営のチェックである。メンバーは、地域住民代表(地域の首長や企業のトップ、会計士、教授など地域の名士)から成り、ボランティアとして無報酬で行われている。

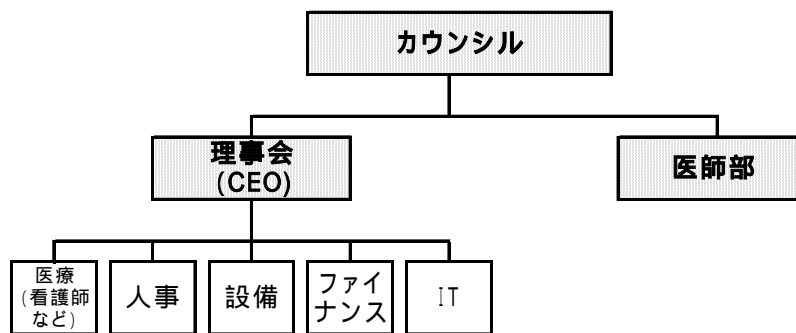
理事メンバーは、選出時に医師部の代表、従業員代表、理事会代表などから成るメンバーで特別委員会が設けられ、そこで選出される。理事メンバーは主としてMBA(経営管理修士)取得者など、経営の専門教育を受けた人たちや実務経験者から成るが、医師が理事メンバーになることもある(しかしCEOは医師ではなくあくまで経営のプロになる)。

組織図をみると経営管理部門と医師部門に分かれ、理事会はそのうちの経営管理部門を所轄し、医師部門を管理はしていない。

フランスと同様、カウンスルは地域住民によるボランティアで無報酬であり、片手間で行っていることなどから、ガバナンスとして

の実効性がどれほどかは定かではない。ただし地域住民代表の目が入ることで、地域のための医療機関として、例えば小児科は不採算でも維持するなど地域ニーズを経営に反映させる地域密着の経営方針の選択などへの影響があると考えられる。また、病院と医師が互いにチェックしあう体制にあり、経営側から医師の診療に対する介入がなく、医療従事者の職業倫理が守られやすいと考えられる。

図5 オランダの民間非営利病院組織図



(3) アメリカ

1) 非営利性の観点から見たアメリカの医療制度 市場重視

市場経済主義を掲げるアメリカでも、医療については一般の財ほどには市場に任せず、公による関与が見られる。例えば高齢者や低所得者層に対しては、公的医療費保障制度としてメディケアやメディケイドが用意され、これらについて診療報酬価格は公定とされている。また歴史的に見ても、民間非営利病院に対しては非課税扱いとしているほか、第二次世界大戦後の病院不足の時代にはヒル＝バートン法を制定して、公的資金による病院建設を大々的に推進し、これが廃止された 1970 年代以降は免税病院債の発行制度を導入して、非営利病院の資金調達を強力に支援している。

とはいうものの、アメリカの医療制度の特徴を他の先進諸国と比べて言えば、やはり医療においても市場重視の考えが色濃く反映されているということである。このため、国民全員を対象とした公的皆保険制度は存在せず、国民の多くは民間医療保険でカバーされており、そこでは保険料も診療報酬価格も市場での自由価格である。病院における設備投資も自由、病院役職員の給与も自由というように、他の先進諸国と比べ、医療における規制が極めて少ない。アメリカでは営利病院と非営利病院が併存しているが、非課税扱いを別にすれば、両者を区分する制度は特に見当たらない。

一方、多くを市場経済システムに委ねる結果、落伍者の発生、無保険者の存在（4,500 万人。人口の 15.6%）、さらには移民社会（低所得労働者層の流入）といったこともあって、これら社会的弱者の存在が無視できない。

わが国やヨーロッパでは、社会的弱者は国が救済すべきという考えが強いが、アメリカでは建国以来の自由主義思想から政府の関与を嫌い、弱者救済も自分達市民が支えるべきという風土がある。

ヨーロッパもアメリカも病院の発祥は多くの場合、救貧施設からのスタートであるが、今述べた考え方の相違から、ヨーロッパではその後公的施設へ転換という道を歩んだのに対して、アメリカでは現在に至るまで民間非営利として存続している。

こうした事情を背景に、アメリカの病院は地域における社会的弱者の医療をチャリティケアとして積極的に対応するなど、地域志向の考えが強い。一方、地域住民サイドにも、そうした貢献に対して寄付を含むフィランソロピー活動やボランティアなどを通じて、非営利病院を支える気風がある。要するに病院の地域貢献、これに対する地域住民の支援、という関係が自然発生的に醸成されて今日に至っている。格付け機関である S&P、Moody's、Fitch の病院担当の

アナリスト（米国）へのヒアリングでも、異口同音に民間非営利病院の強さの一つに、地域住民からの継続的な支援が強く挙げられていた。先の公的支援のほか、これら地域住民からの支援もあり、民間非営利病院のシェアは6割前後を占め、医療提供のメインプレーヤーの役割を負っている（表11参照）。

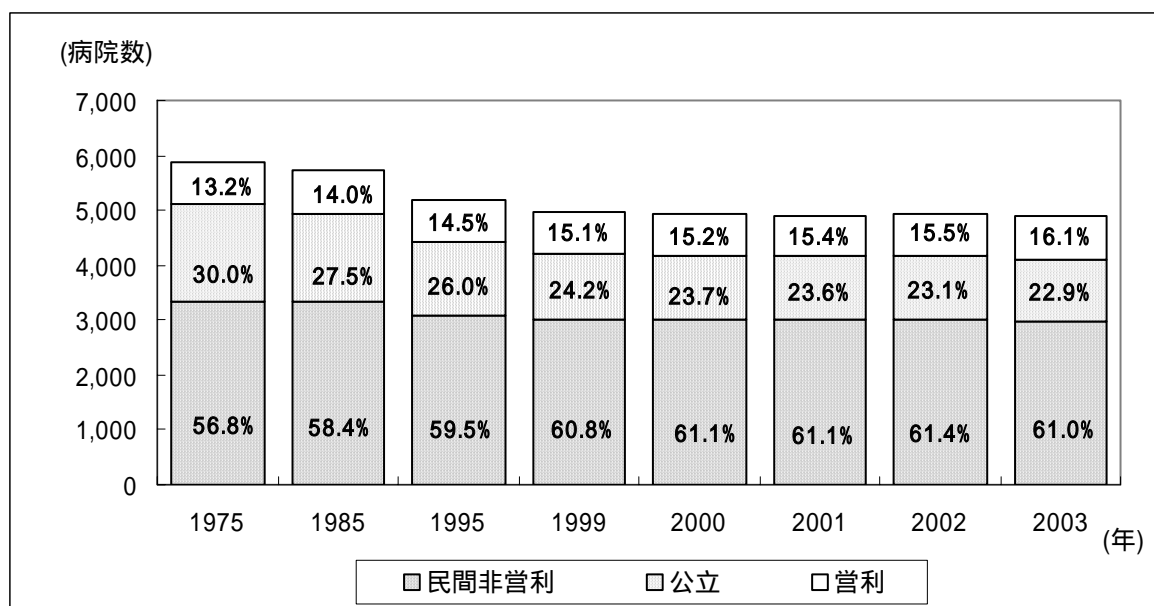
このため、アメリカでは医療は非営利で行うべきとか、非営利の要件はかくあるべしといった考えのもとに、制度で縛る考えは原則存在しないようである。

ところで、社会的弱者救済などを公は積極的には直接行わないが、そうした事業ないし活動を行う民間団体に対して、公が支援する考えは強く、その端的な現れが非課税扱いなどである。既に知られる通り、非営利病院に対しても非課税制度があるが、非課税扱いとなるためには、当然に税法上の非課税要件を満たす必要がある。

非営利病院の大半は、非課税の恩典を受けるために非課税要件（内国税庁の501(c)3要件）を満たしているが、この要件が先の先進諸国でみた制度としての非営利要件と重なっている部分が多い。このためアメリカでも非営利要件が制度として存在しているが見られがちだが、既述のとおり非営利の制度としてではなく、あくまでも非課税要件の縛りである。したがって結果は同じであるが背景が異なり、非営利も非課税扱いの要件を除けば、制度としては原則自由である。

フランスやオランダで既に述べた通り、これら先進諸国の非営利病院は利益計上が制度的にできないシステムになっているので、非課税が恩典にならないが、アメリカの非営利病院は、後述するとおり利益獲得に積極的であるので、非課税は経営上大きなメリットである。このためほとんど全ての非営利病院がこれを享受するために非課税要件を遵守している。しかし制度で縛らないからといって非営利の精神（ミッション）が劣っている訳ではない。非営利の精神は制度からの規律で担保されていないが、伝統として引き継がれているといえ、ミッションを可能な限り果たすという非営利の精神・動機は、先進諸国の中でむしろトップレベルに位置づけられるといっても過言ではないと思われる。

表 11 アメリカの開設者別病院数の推移



資料：AHA2004

営利と非営利が同一土俵(営利と非営利で日常経営に相違がほとんどない)

アメリカもフランス同様、営利病院と非営利病院が併存し、非営利病院がメインプレーヤーだが、その非営利の態様は大きく異なる。

フランスでは規制の縛りが強いのに対して、アメリカでは他の先進諸国と比べ著しく規制が少ない。一方、フランスでは営利と非営利では、主な対象とする患者層が異なり、診療報酬価格も異なる、標榜する診療科にも相違があるなど、役割・分野などに棲み分けが見られるが、アメリカでは営利病院も非営利病院も超急性期から療養までを扱い、同一の土俵で競争している。

そのため、日常の経営行動においては営利と非営利ではほとんど差異はない¹⁶。例えば営利も非営利も、MBA(経営管理修士)やMHA(医療経営学修士)などの学位を持った経営専門家によって運営されている、M&Aも活発で、営利病院による非営利病院の買収、非営利病院による営利病院の買収が頻繁に行われている、営利病院だけではなく、非営利病院も直接金融を利用した資金調達を行っており、そのため、非営利といえども高い格付けを受け、より有利な資金調達を行うインセンティブが強く働き、営利企業に用いられる損益基準による経営評価が重視されている。この結果、チャリティケアの実施などは収益の如何に関わらず行うが、これを除けば日常の経営

¹⁶ 西田在賢「海外における病医院経営とわが国への展望 米国」『医療経営白書』日本医療企画 2002

行動は利益最大化に努めている。そのため、フランスでは医療における厳しい規制から、営利にあっても経営の自由度が乏しく、営利の非営利化ともいえる現象が起きているのに対し、アメリカでは経営スタイルにおける非営利の営利化が起きているといえよう¹⁷。

医療費高騰

一般に財は市場に任せれば競争によって価格が下がるといわれている。しかし先進諸国の中で最も医療において市場に重きをおいているアメリカにおいて、その医療費は総額 16,730 億ドル（約 184 兆円）で、これは対 GDP 比率で見ると 15.3%（表 12、13）に達し、世界で飛びぬけて高い。

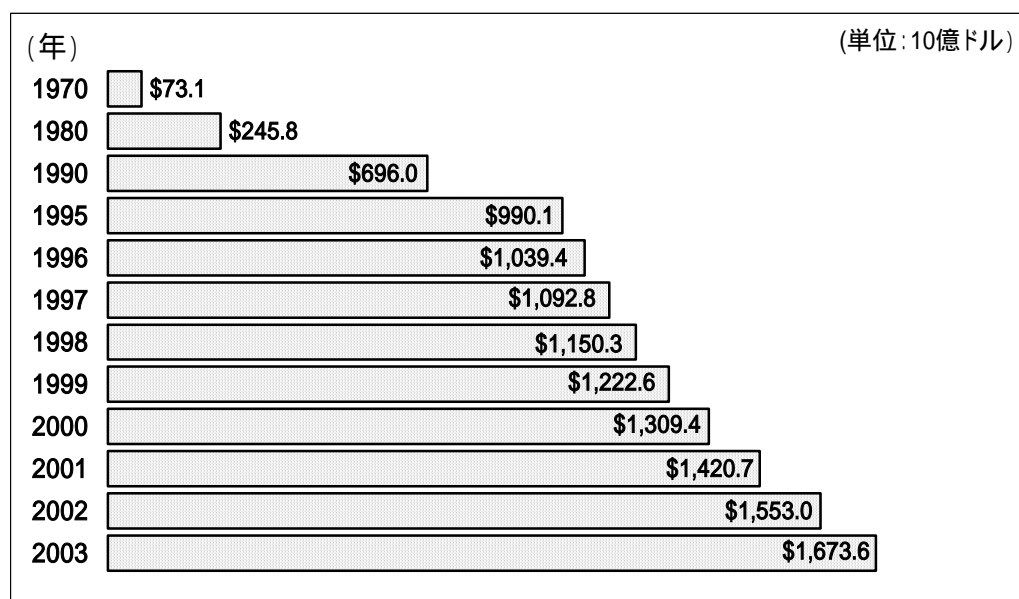
このように医療費が高騰し、しかも世界一の医療費を消費しているながら、既述のように無保険者は人口の 15.6% もいる。また、保険に加入はしていても、民間保険会社による過剰な医療介入や医療へのアクセス制限が社会問題となっている。

WHO の The World Health Report2000 によると、国民の健康度や医療費負担の公平さなどから測った医療制度の達成度（Over All Health System Attainment）では、日本は世界 1 位、フランスが 6 位、オランダが 7 位、アメリカが 15 位であった。同じ資源をいかに効率的に利用し、上記の健康度や医療費負担の公平さを達成したかを測った医療制度のパフォーマンス度（Over All Health System Performance）では、フランスが 1 位、日本が 10 位、オランダが 17 位、アメリカが 37 位であった。このようにアメリカは WHO による客観的評価から見ると、高い医療費をかけている割には、その評価は高くない。

経済学では医療は市場の失敗が生じる財と一般にいわれるが、こうした状況を見ると、医療を市場に任せる制度には疑問を抱かざるを得ない。アメリカをみると、市場の失敗が現実にも実証されていると考えられ、やはり医療には相当程度の規制が必要という感を強くする。

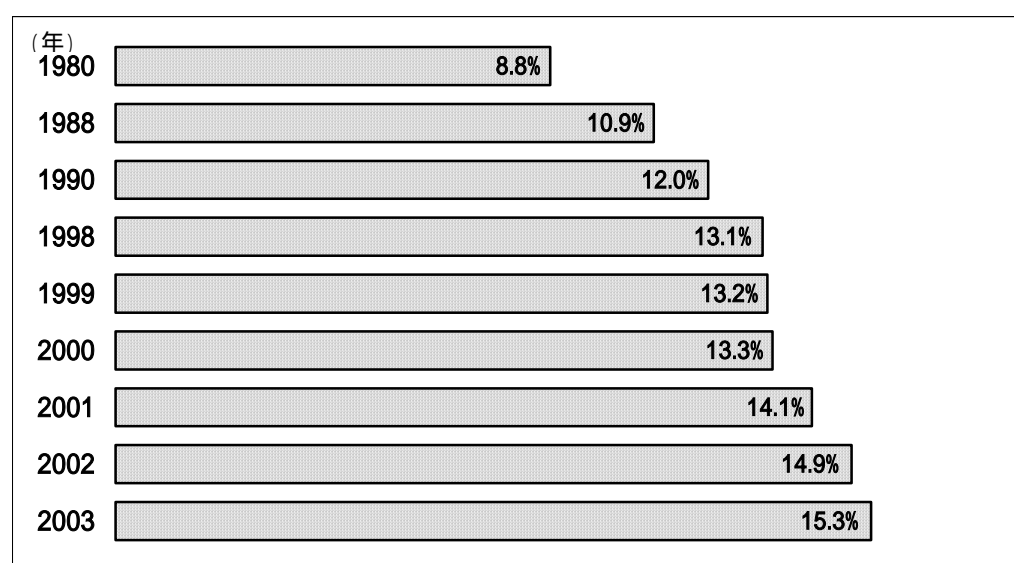
¹⁷ 二木は、アメリカ科学アカデミー医学研究所の報告書「For-profit enterprise in healthcare」において、医療サービスを提供する営利組織と非営利組織との間の境界が不明瞭になりつつあることが繰返し強調されていることを紹介している（「医療における営利企業」「病院」46 巻 9 号、1987）。

表 12 国民総医療費の推移



資料：CMS (米国厚生省の一部門 Centers for Medicare & Medicaid Services) 2005

表 13 GDP と GDP に占める医療費比率の推移



資料：CMS2005

2) 民間非営利病院の非営利性について

アメリカでは非営利組織に関する連邦レベルの法律は存在せず、州法に依るが、制度として縛る考えが乏しいので、細かい規定はない。

非営利組織の経営体としては、Association、Trust、Corporation

があり、AssociationはPTAなど小規模団体に、Trustは遺産管理などに利用され、これらを除くほとんどの非営利組織はCorporationの形態を採っている。病院もこのCorporationで運営されている。Corporationは税法で課税組織、非課税組織に分かれ、さらに非課税組織は公益的活動を求められるPublic Charityと特定層向けの活動団体のPrivate Foundationに分類され、病院は公益的活動を行うことからPublic Charityとして扱われている。

アメリカの非営利要件を、本研究で採り上げた非営利組織の要件との対比でみると以下の通りであるが(P42の表14参照)、ここで述べるアメリカの非営利性の規定は主として税法規定に依るところが多い。

1. まず個人の所有権については、禁止はされていないが、一般的ではない。

2. 配当についてはそもそも所有権がないので意味のない規定だが、毎期の配当の他、解散時・脱退時の配当も禁止されている。

3. 配当禁止の抜け道策として高額な給与の支給があるが、給与の上限については、額の縛りはないものの、過剰な給与支払いは禁止されている。実務的には病院は給与決定時にコンサルタントを活用し、法外な給与支払いが制限されている。コンサルタントは当該地域や全国の職務別(CEO、CFO、医師、看護師など)給与を収集し、当該地域における病院の位置(病床数、シェア、利益率、チェーンまたは単独病院かなど)から、当該病院の戦略などを鑑みて、給与が平均値より高めが良いか、低めが良いかなどをアドバイスする。医療機関はコンサルタント会社に自分たちの職務別給与データを提出する代わりに、当該地域や全国の職務別平均給与を参照することができるようになっている。このため、医療収入に比して役員給与が高すぎるようなことは原則生じないシステムとなっている。

4. 議決権については一人一票制が採られている。親族支配については規定はないが、原則個人所有がされていないので、一般的ではない。

5. 利益獲得プロセスにおける規律については、何の規定もない。むしろ市場に委ねられており、適者生存原則が医療においても存在するため、チャリティケアなどの公益的義務を除けば非営利といえども利益最大化を目指す経営スタイルにある。

6. 情報開示は、直接住民に対して行う義務は法的にはない。ただし、後述する501(c)3組織は、非課税組織団体のホームページ上で簡単な財務内容が公開されており、住民はアクセスすれば自由に閲覧できる。さらに下記のようにBoardメンバーには地域住民

が就任し、経営チェックを行っている。また、米国にはあらゆる病院評価組織があり、例えば病院評価機構（JCAHO）の認定を得なければ、病院は大きな収入源であるメディケア（高齢者公的医療費保障制度）から償還を受けられない。そのため、ほとんどの病院は医療情報、ガバナンス、経営チェック方法など様々な情報を JCAHO に提出し、チェックを受ける。この他、州によっては手術後の生存率などのデータを提出させ、インターネットで病院名毎に公開している。

7．地域住民との協議会設置（例：評議員会）は必ず設けられている。

8．会計監査については州レベルで義務となっている。

9．これら民間非営利病院への公的支援策としては、内国税庁の定める非課税組織 501(c)3 の要件を満たしていれば（非営利病院は基本的に全てこれに該当）、非課税である。また病院債発行では、投資家にとって受け取る利子が免税になるため、債券が売りやすくなる。

主な 501(c)3 組織の要件は下記の通りである。

主な 501(c)3 組織の要件（非課税要件）

個人の利益に属さない公益事業である
政治活動、政治献金、ロビー活動の禁止
資産の分配および過剰な給与支払いの禁止
解散時の個人への資産分配の禁止

表 14 各国の民間非営利病院における非営利性比較

			日本 (持分あり社団医療法人)	フランス	オランダ	アメリカ
基本要件	個人の利害関係の排除	所有権の排除	×			
	利潤動機の抑制	配当禁止 毎期 解散、脱退時	×			
		実質配当防止策 (役員報酬)	×		×	×
	資本の論理の排除	一人一票制				
役員構成における親族規制		×				
特定要件 (医療の特質からくる要件)	公益性を有する事業	公益性の義務の付与	×			
	経営の透明性の確保	情報開示	・社員、債権者に開示	・地域住民代表によるガバナンスあり	・地域住民代表によるガバナンスあり	・地域住民代表によるガバナンスあり ・非課税組織協会のインターネットによる開示
		監査	×			
事業性の高い事業	利益獲得プロセスにおける営利との相違の明確化	利益獲得プロセスに関する規律	×	・総枠予算制	・総枠予算制 ・法律で利益を禁止	×
ガバナンス	地域住民との協議機関(評議員会等)		×			
公的支援	運営費の公的支援		×			×
	債務保証		×	×		×
	優遇税制		×			

* 法による規定が明確にあるか、法の規定はないが実務上、実質的に行われ、規定と同じ効果がでているものは

3) ガバナンス

アメリカの民間非営利病院は、大別すると Public Owned Nonprofit Hospitalと Private Nonprofit Hospitalに分類される。Public Owned Nonprofit Hospitalといっても、市立病院など公立病院を指すのではなく、あくまで民間非営利病院であり、住民の寄付などを基に作られた病院である。Private Nonprofit Hospitalは、宗教関係の病院などが該当する。

民間非営利病院の一般的な組織図は図6に示すとおりである。

前者では Board メンバーは住民の選挙で決まる。後者は病院の Board メンバーが Board メンバーを（自分たちで）決める。

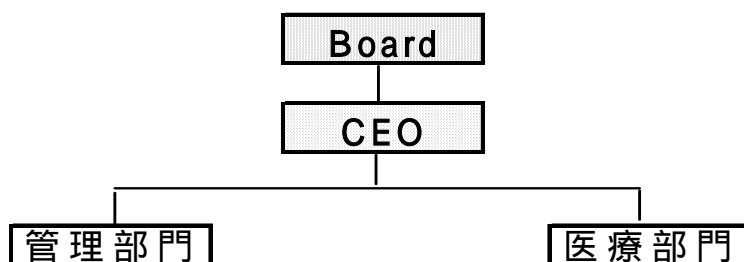
Board メンバーは地域企業の社長、大学教授、会計士など地域の名士から成り、無償である。Board メンバーの下に CEO、CEO の下に管理部門（CFO 以下、事務系）と医療部門が設置される。

Board メンバーにより CEO は選出される。これら組織体制に関する法的規制は一切ないが、このように、地域住民による経営監視体制を構築することが一般的という。

Board メンバーはもちろんのこと、地域住民も自分たちの病院という意識を自然に持ち、先の格付け機関アナリストの意見にもあるように、寄付やボランティアなどの支援が盛んである。このため、民間非営利病院は地域住民の声をある程度、聞かざるを得ない立場にあるともいえる。そのため、民間非営利病院が営利病院に買収されることは生じてはいるが、地域で大きな反対にあい、実施されないケースも少なくないという。アメリカの民間非営利病院におけるガバナンスの最大の特徴は、地域住民によるガバナンスが大きく働いている点であろう。ミッションが十分に果たされているかどうか地域住民によって常にチェックされ、日々補強され続けていると言えよう。

一方、民間非営利病院の医師の多くは開業医が病院と契約して病院に従事しているため、病院と医師が互いにチェックしあう体制にあり、医療従事者の職業倫理が守られやすい体制にあると考えられる。

図6 アメリカにおける民間非営利病院の組織図 例



3. なぜ医療は非営利組織で行うべきか

医療における非営利組織の要件、わが国および諸外国の民間非営利病院における非営利性の実状について述べてきたが、本章では、そもそもなぜ医療は非営利事業による提供が望ましいかを考察する。

この点については従来からいろいろと論じられているところではあるが、本稿では 経済学からのアプローチ、 価値観からのアプローチ、 現実からの要請（現実論）の3点から整理する。また営利参入論者の主張を検討し、それらについても若干のコメントを付け加える。

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だ、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だといえる。仮に非営利が是とされたとすると、その下で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行くのではなく、医療提供者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・非営利の優劣比較の基準として、何が適切なのか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場合を考えてみよう。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¹⁸。

(1) 経済学からのアプローチ

経済学では非営利の存在意義について、政府の失敗と市場の失敗の2つを挙げているが、医療は市場の失敗に属する事業として説明されている。医療はその特性から、情報の非対称性が強く、そのため契約の失敗を生じさせるので、市場に委ねたのでは適切な資源配分ができないとするものである。

どのような事業でも売り手と買い手との間では何らかの情報格差が存在する。しかし合理的取引の成立を困難ならしめる程の格差が存在する取引は極めて少ない。

ほとんどの取引で消費者は日常生活を営む上での知識さえあれば、大過ない判断ができるものである。例えば不動産を購入する場合、不動産に関する専門知識がなくても相場水準、自己の購買力、家族構成、通勤時間、医療機関や学校などが近くにあるかといった環境などを考えて、売り手側の一方的意向に左右されることなく、自己の希望も十分織り込んだ形で購入することができる。テレビやパソコン、自動車などを購入する場合も同じである。

つまり日常生活を営む過程で身についた常識的な知識さえあれば、売り手または買い手の一方的意向で取引が決せられることはほとんどない。

これに対して医療にあっては、医師と患者との情報格差は決定的である。症状を確認し、病名を定め、どのような治療を実施し、どういった薬を投与すべきかなどは多くの場合、一方的に医師の判断に委ねられる。この分野には先に記したような日常生活の常識はほとんど役立たない。

インフォームドコンセントや情報開示が進んでも、どの病院を選択するか、または、患者の事情などで手術にするか薬物治療にするかを選択するなどの面で役立つことはあっても、医療の本質的部分は医師に一任せざるを得ない。その上、医療は命や障害に関わる財

¹⁸松原由美「医療機関の非営利性について」厚生科学研究『医療機関の非営利性について』研究報告書（田中滋主任研究者）

なので、誤りは許されない。

これらから医療は情報の非対称性が著しく大きく、一般的な財と比べ一方的といっても過言ではないほどに、医師に判断を委ねざるを得ない。

このような財においては、患者便益を第一に考える医師の職業倫理の発揮が極めて重要となる。医師の職業倫理が発揮しやすいシステムは、利益第一の営利事業よりは、ミッション第一の非営利事業と考える訳である。

(2) 価値観からのアプローチ

価値財

情報の非対称性は、医療という財本来がもつ特性だが、医療の特性にもう一つ、社会的位置づけがもたらすものがある。価値財としての特性である。

田中によれば価値財とは、「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」である¹⁹。

わが国も含めた先進諸国では、特に第二次世界大戦後、医療は貧富の差に関係なく公平に受けられるべきという、アメリカを除く先進諸国で共通する社会理念によって、価値財として位置づけられている。

このため、わが国ではその考えに基づき国民皆保険制度が採られ、国民は医療への購買力を付与され、公平な医療の提供が目指されている。

では何故公平な医療提供体制が築かれる必要があるのか。

それは安定した社会を維持し、国民の生活や経済の発展成長に活力を付与することで市場経済機能を十分に発揮させるための社会的補完装置として欠かせない要素だからである²⁰。

宇沢はこのように人々が豊かな社会を建設し、それを持続的に維持することを可能とするような社会的装置を社会的共通資本と呼ぶ。社会的共通資本の具体例としては、大気、水、道路、交通機関、電力、ガス、教育、医療等が指摘される。豊かな社会とは、すべての人々が、その先天的、後天的資質と能力とを十分に生かし、それぞれのもっている夢とアスピレーションが最大限に実現できる

¹⁹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

²⁰田中滋 同上

ような仕事にたずさわり、その私的、社会的貢献に相応しい所得を得て、幸福で安定的な家庭を営み、できるだけ多様な社会的接触をもち、文化的水準の高い一生をおくることができるような社会であるという。社会的共通資本のこうした性格から、社会的共通資本はたとえ私的管理が許されているとしても、社会全体にとって共通の財産として、社会的基準に従って運営管理されるべきと主張する。具体的には国家統治の手段として管理されたり、利潤追求対象として市場的条件によって左右されるような管理は望ましくないとされるものである。職業的専門家によって専門的知見に基づき、職業的規律に従って管理運営されるべきものとされる²¹。

社会的共通資本の中でも、とりわけ医療と教育は大切と考えられる。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、医療と教育は、精神面、肉体面の健全性をそれぞれ保つために必要不可欠だからである。公平に医療と教育を受ける権利は、最も根源的な基本的人権といえる。

このような基本的人権に関わる医療が、利益目的で提供されることは望ましくない。

病院における営利事業参入のメリットとして指摘されている医療サービスの多様化を図れば、医療の階層化をもたらすこととなり、公平な医療提供に反する。

また、わが国では、国民皆保険制度が採られ、国民は医療への購買力を付与され、これによって医療へのアクセスにかかるバリアが軽減されている。このような財においては、必要な需要に対しては十分な量のサービスが提供されるのは当然だが、制度維持のため消費について抑制的姿勢が求められる。需要掘り起こしは無論のこと、サービス多様化の名の下に必要な以上のサービスが提供されることは、制度的に許容されにくい。

このように医療を価値財として認め、その前提の基で医療制度が成り立っていることに鑑みれば、医療を営利事業として提供することは理に合わないと言えよう。

ただこうした考え方は多分に各個人の価値観に基づくものといえ、絶対性はない。したがって多くの人々がこの点についてどう考えているかは重要である。そこで世論がどう思っているかを先行調査でみてみたい。

²¹ 宇沢弘文 『社会的共通資本』 岩波新書、2000

世論

医療は公平による提供がより適しているか否かについては、価値観に左右される問題であるため、世論がこの点をどう受けとめているかが重要となる。

そこでこれらに関する世論を見るため、「公平な医療」と「階層化医療」について、国民はどう考えているかを概観しよう。

この点について、田村ら²²のアンケート調査結果（全国の満20歳以上の住民5000人を対象に調査。有効回収数は3991。2000年実施）によると、「国民全員が同じ質の医療（治療や検査）を受けられる」ことを支持したのは回答を寄せた者の76.2%である一方、「現行程度の医療は国民全員に保証するが、高い自己負担を払う人はより質の高い医療を受けられる制度を導入する」ことを支持したのは18.2%に過ぎない。

日本経済新聞による「市民医療アンケート」（三大都市の地域住民2400人を対象に調査。有効回答1657人。2002年実施）においても、「政府は病院が差額ベッドを増やしやすくするなど、患者がより良い医療を受けるにはより多くの料金を支払う必要がある方向への改革」に対して賛成は22.3%であり、60.2%は反対している。

このように医療を非営利事業として提供することの支持につながると考えられる、公平な医療を求める世論が大半を占める。

一方、先進国中最も市場原理が貫徹され、医療においても市場が重視されているアメリカにおいてさえ、非営利病院が営利病院よりも信頼されているアンケート調査結果が出ている。

Mark Schlesingerらは、アメリカ国民が営利病院と非営利病院をどのように見ているか、1985年から2000年までに実施されたアンケート調査を比較分析している。さらに2002年に実施した電話調査（5000人が対象。回答率49.5%）を加え、回答を寄せた者の過半が非営利病院は営利病院よりも信頼でき、公平で人間的であると評価し、さらに、より非営利組織に関する情報を持つ層では、非営利病院を高く評価する結果を報告している²³。

このように市場重視のアメリカでさえ、営利病院よりも非営利病院を信頼する調査結果が出ている。

²² 田村他「社会政策と社会意識」厚生科学研究、2002

²³ Mark Schlesinger, Shannon Mitchell, and Bradford H. Gray, Public Expectations Of Nonprofit And For-Profit Ownership In American Medicine: Clarifications And Implications, Health Affairs Volume 23, Number 6 2004

(3) 現実論

医療は情報の非対称性に基づく市場の失敗から、市場に委ねたのでは効率的な資源配分が達成されない。また、医療システムでは公平が重視されるべきとする考えからも、市場に委ねたのでは支障が生じるとされる。要するに、医療は規制という公的介入が避けられないことを示しているが、医療にはもう一つ、極めて現実的な要請から規制を迫る問題がある。医療費高騰問題である。

医療費の問題は規制の強い日本、ヨーロッパ諸国だけでなく、規制の緩いアメリカでも見られる共通の課題である。むしろ市場的要素の強いアメリカの方が深刻といえる。営利参入によって競争が進み、効率化が促進されて医療費上昇にブレーキがかかるという期待は必ずしも実証されていない。また医療費上昇は医療をめぐる環境からみて、一時的ではなく長期持続的な現象と予想される。このため、医療費高騰抑制に関する規制は強まりはしても、弱まることは考えにくい。

いうまでもなく、営利企業がその長所をいかんなく発揮できるのは、規制の少ない市場においてである。したがって患者に直接サービスを提供し極めて規制が強い医療事業に、営利企業が参入することは基本的に適合性を欠いているといえる。加えて医療費抑制問題を考えればなおさらである。

国民皆保険制度維持のためには、医療費抑制は重要な政策課題であるが、これはつまるところ利益抑制につながる。利益抑制は営利企業の存在意義と正面から対立するところである。フランス、オランダでは、非営利病院に対し利益計上を認めない制度が導入されている。この施策の当否を一概に論じることは出来ないが、営利企業が医療提供のメインプレーヤーとして存在する場合は、医療費抑制問題を複雑にすると考えられる。

(4) 営利参入論の主張点について

ここでは営利参入論者が主張する病院経営参入の論拠について若干のコメントを付したい²⁴。

営利参入論者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、営利と非営利の区別は無意味、現行の医療法人は営利と変わらない、などが挙げられる。

²⁴ 松原由美「医療機関の非営利性について」厚生科学研究「医療機関の非営利性について」研究報告書（田中滋主任研究者）、2003

「効率化」への指摘

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らうか。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、病院が自由に価格を決められないので、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。

「サービスの多様化」への指摘

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、一部でこれら作業に長期間要し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、医療は公平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らうか。

「需要の掘り起こし」への指摘

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公平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。

「資金調達が多様化」への指摘

第四の資金調達の多様化とは、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。資源配分の非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力はあるだろうか。

「営利と非営利の区別は困難かつ無意味」との指摘

第五に営利と非営利の区別は困難で、かつ無意味ではないかとの指摘が挙げられる。現行規定で営利・非営利の違いは、利益獲得の結果である配当の有無のみで、利益獲得過程における行為については相違が求められていない。利益獲得過程で相違がないというのであれば、両者を区別する意味はないのではないかとということと、そもそも利益獲得過程における利益獲得行

為（利益獲得が目的なのか手段なのか）を区分することは不可能ではないかという問題提起である。

確かに抽象的で曖昧さが残る。現状の研究レベルでは明確な区分は難しい。しかし、両者に相違があることは明らかなので、これを同一視するのは問題である。したがって、表現は抽象的で単なる倫理規定とならざるを得ないが、何も規定しないのに比べれば、牽制力が働くことは期待できる。

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。

二木はこの点について、一部の医師や病院の営利的行動や単なる営利目的の「企業化」にも厳しい監視の眼を向ける必要があり、そのための具体的方法を理論的・実践的に明らかにすることは、研究者にとっても、医療団体にとっても、今後の重要な研究課題であると指摘している²⁵。

「現行の医療法人が営利と変わらない」との指摘

第六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、持分あり社団医療法人は、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より非営利化を図るように、医療法人制度を改革する方向で考えねばならない。この議論については謙虚に耳を傾ける必要があるだろう。

²⁵ 二木立「複眼でみる90年代の医療」勁草書房、1991

4. 非営利組織としての病院経営のあり方

病院におけるガバナンスの重要性

本稿では病院経営のあり方をガバナンスに焦点をあてて論じる。病院経営において、ガバナンスは2つの点で重要だからである。

第一は、現在の病院は他産業と比べ内外から経営チェックをほとんど受けておらず、これを改善するためである。

他産業にあっては、上場企業のような大企業は所有と経営が分離され、株主から厳しい監視を受けるほか、市場からも常にチェックされる。

所有者と経営者が同一で、ガバナンスが働きにくいといわれる中小企業にあっても、消費者、取引先、金融機関などのステークホルダーからチェックされている。例えばその製造する製品またはサービスに問題があれば、消費者はただちに離反するし、その商品が企業向けである場合は、納入先企業の要請に合わなければ取引が停止されてしまう。特に下請け企業のような立場の場合、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。金融機関からの監視も厳しいものがある。売上や利益が下がれば、様々な資料提出や説明を求められるといった具合である。

これに対し病院では、社員総会、理事会などが設置されているものの、持分あり社団医療法人においては、所有と経営は多くの場合分離しておらず、経営のチェックが行われているとは言い難い。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。特に社員総会も理事会も、持分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、社員総会や理事会などが形骸化している。このため、ワンマン経営が多いと一般に指摘されているように、職員による経営層へのチェックも働きにくい。

それでは病院外部からのチェックはどうか。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低い。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、病院経営者というと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大きな貸出先もないので、貸出先としても、また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、経営に介入されることはほとんどない。個別ケースでは銀行に厳しいことを言われている例もあるが、一般の中小企業との相対感でみると、病院は比較的強い立場にあると思われる。

要するにわが国の病院は、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問題であり²⁶、ガバナンスの強化が求められるといえる。

第二は、非営利組織の目的遂行について、ガバナンスを活用することで補えないかということである。非営利組織の目的は、営利を目的とせず、ミッションを遂行することで、病院についていえば、患者便益を第一とするサービス提供や医療の質の向上などである。

ただこれらについては、営利組織の損益基準のような明確な評価基準がない。

そこで、ミッション遂行(とりわけ利益獲得プロセスにおける行為)についてのチェック機能を、地域住民参加によるガバナンスに付与する策が一案として考えられる。

地域住民と病院との関係構築の必要性

今後の医療の方向を考えると、機能分化とそれとのセットである連携は避けて通れない道である。とすればこれからの病院は、病病連携、病診連携、病院と介護事業者などとの連携といった、ネットワークの中での存在となり、従来のような孤高な立場は困難となる。

そのため地域で根を張る経営が必要となり、地域住民のニーズや要望を把握し、協力や支援を得ることなくしては、十分な機能を果たしえないと考えられる。このために地域住民との意見交換・協議の場として、例えば評議員会などを設置することは、極めて重要といえよう。

このような機能・役割をもつ評議員会に、非営利性遵守のためのチェック機能(牽制機能)を付与できないかということである。当然に地域住民も参加しているので、地域情報センターの役割を果たしつつ、ミッション遂行を疎かにする経営への牽制力を期待するわけである。ただ、これら評議員会などについて注意しなければならないのは、その地域住民メンバー選出と、評議員会の機能・役割である。

病院乗っ取り目当てなどの病院経営チェックにふさわしくない層が評議員会に入り、経営不安を引き起こすようでは、問題が生じる。したがって地域メンバー選出にあたっては、住民サイド、病院サイド双方に信頼できる選任基準などを設けることは一法であろう。

また、評議員会はあくまで病院にとって地域情報センターおよび病院経営に対する牽制力を働かせる機関であって、経営の最高意志決定機関または執行機関ではないことを明確化する必要がある。病院には既に社員総会、理事会が存在するので、二頭政治は避けなければならない。

²⁶松原由美、田中滋「医療法人のガバナンスについて」厚生科学研究『医療機関の非営利性について』研究報告書(田中滋主任研究者)2003

病院は地域住民にとって病気になった時は近くですぐに診てもらえる、災害時には避難先にもなるというように、地域に安心を与える地域財産と考えられる。病院は社会の公器であるという自覚を持ち、地域住民との対話を重ねながら、非営利組織としてミッションを果たす取組が求められる。

参考文献

- (1) 二木立 『複眼でみる 90 年代の医療』 勁草書房、1991。
- (2) 田中滋 『医療政策とヘルスエコノミクス』 日本評論社、1993。
- (3) E.ジェイムズ、S.ローズエイカーマン 『非営利団体の経済分析：学校、病院、美術館、フィランソロピー』 多賀出版、1995。
- (4) P.F.ドラッカー 『非営利組織の「自己評価手法」-参加型マネジメントへのワークブック-』 ダイヤモンド社、1995。
- (5) レスターM.サラモン、H.K.アンハイアー 『台頭する非営利セクター』 ダイヤモンド社、1996。
- (6) 笹島哲朗 『だれにもわかる医療法人制度入門』 エヌピー通信社、1997。
- (7) 山内直人 『ノンプロフィットエコノミー』 日本評論社、1997。
- (8) 小島廣光 『非営利組織の経営-日本のボランティア』 北海道大学図書刊行会、1998。
- (9) 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。
- (10) レスターM.サラモン 『NPO 最前線』 岩波書店、1999。
- (11) 高橋淑郎 『変革期の病院経営』 中央経済社、1999。
- (12) 藤井良治、塩野谷祐一 『先進諸国の社会保障 6 フランス』 東京大学出版会、1999。
- (13) 富沢賢治、河口清史 『非営利・共同セクターの理論と現実-参加型社会システムを求めて-』 日本経済評論社、1999。
- (14) 電通総研 『民間非営利組織 NPO とは何か』 日本経済新聞社、1999。
- (15) 宇沢弘文 『社会的共通資本』 岩波新書、2000。
- (16) 木下照嶽、野村健太郎、黒川保美 『政府/非営利組織の経営・管理会計』 創成社、2000。

- (17) 角瀬保雄、川口清史『叢書 現代経営学-7 非営利・共同組織の経営』ミネルヴァ書房、2000。
- (18) 新田秀樹『社会保障改革の視座』信山社、2000。
- (19) 八代尚宏「医療の規制改革」『社会的規制の経済分析』日本経済新聞社、2000。
- (20) 山内直人『NPO入門』日本経済新聞社、2000。
- (21) 山口俊夫『フランス法辞典』東京大学出版会、2002。
- (22) 週刊社会保障編集部編『欧米諸国の社会保障』法研、2000。
- (23) 大村敦志『フランスの社交と法』有斐閣、2002。
- (24) 杉山学『非営利組織体の会計』中央経済社、2002。
- (25) 西田在賢「海外における病医院経営とわが国への展望 米国」『医療経営白書 2002 年度版病医院構造改革への指針』日本医療企画、2002。
- (26) 西田在賢「株式会社による病院経営の議論を考える」『医療白書』日本医療企画、2002。
- (27) 水野肇、川原邦彦『医療経済の座標軸』厚生科学研究所、2003。
- (28) 島田恒『非営利組織研究-その本質と管理-』文眞堂、2003。
- (29) 八代尚宏『規制改革「法と経済学」からの提言』有斐閣、2003。
- (30) 松原由美『これからの中小病院経営』医療文化社、2004。
- (31) 宮川公男・大守隆『ソーシャル・キャピタル』東洋経済新報社、2004。
- (32) P.F.ドラッカー 他『非営利組織の成果重視マネジメント』ダイヤモンド社、2004。
- (33) 柳在相『非営利組織の経営戦略-JA 経営改革のケーススタディ』中央経済社、2004。
- (34) 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、2000～2004。
- (35) 財団法人医療経済研究機構「医療機関経営と非営利性に関する研究」、1997年。
- (36) 明治生命フィナンシュアランス研究所「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。

- (37) 田村誠 他「社会政策と社会意識」研究報告書 厚生科学研究、2002。
- (38) 財団法人医療経済研究機構「フランス医療関連データ集」、2004。
- (39) 田中滋 主任研究者「医療機関の非営利性について」研究報告書 厚生科学研究、2003。
- (40) 二木立「医療における営利企業」「病院」Vol.46/No9、1987。
- (41) 大森正博「オランダの医療制度改革と規制された競争」「医療と社会」Vol.7/No.4、1998。
- (42) 松原由美「米国の病院における資金調達の世界と現状」「病院」Vol.59/No11、2000。
- (43) 遠藤久夫「医療・福祉における営利性と非営利性」「医療と社会」Vol.5/No1、1995。
- (44) 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。
- (45) 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。
- (46) 谷川栄一「医療の非営利性をめぐって」「社会保険旬報」No2159、2003。
- (47) 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」「社会保険旬報」No2192、2003。
- (48) Charles E and Rosenberg: The Care of Strangers,1987.
- (49) Michael O'Neil: The Third America. Jossey-Bass Publishers,1989.
- (50) Lester M.Salamon: America's Nonprofit Sector. Foundation Center,1992.
- (51) David C.Hammack and Dennis R.Young: Nonprofit Organizations in a Market Economy. Jossey-Bass Publishers, 1993.
- (52) Berry J.Mcleish: Successful Marketing Strategies For Nonprofit Organizations. John Wiley & Sons, Inc,1995.

- (53) Diane J.DUCA: Nonprofit Boards Roles, Responsibilities, and Performance. John Wiley & Sons, Inc., 1996.
- (54) Louis C. Gapenski: Financial Analysis & Decision Making for Healthcare Organization. McGraw-Hill, 1997.
- (55) Burton A. Weisbrod: To profit or not to profit. Cambridge University Press, 1998.
- (56) Robert P. Fry, Jr: Nonprofit investment policies. John Wiley & Sons, Inc, 1998.
- (57) Thomas A. McLaughlin: Nonprofit Mergers and Alliances A Strategic Planning Guide. John Wiley & Sons, Inc, 1998.
- (58) Carol L. Barbeito and Jack P. Bowman: Nonprofit Compensation and Benefits Practices. John Wiley & Sons, Inc. 1998.
- (59) Janel M. Radtke: Strategic Communications for Nonprofit Organizations Seven Steps to Creating a successful plan. John Wiley & Sons, Inc, 1998.
- (60) Michael Nowicki: The financial management of hospitals and healthcare organizations. AUPHA, 1999.
- (61) Bruce R. Hopkins: The Second Legal Answer Book for Nonprofit Organizations. John Wiley & Sons, Inc, 1999.
- (62) Robert N. Anthony and David W. Young: Management control in nonprofit organizations. Irwin McGraw-Hill, 1999.
- (63) Herrington J. Bryce: Financial & Strategic management for nonprofit organizations. Jossey-Bass Publishers, 2000.
- (64) Jean-Marie clement: Mémento de droit Hospitalier. Berger-Levrault. 2003.
- (65) Stan LE SCOLAN, Rémi PELLET: Hôpitaux et Cliniques Les nouvelles

responsabilités, ECONOMICA,2003.

- (66) Walter P.PIDGEON JR: The Not-for-Profit CEO. John Wiley & Sons,Inc,2004..
- (67) D.de GUIBERT: Créer Animer Gérer Dissoudre une Association. Maxima,2004.
- (68) Bruce R.Hopkins: The Law of Tax-Exempt Organizations Planning Guide. John Wiley & Sons,Inc,2004.
- (69) Bruce R.Hopkins: Starting and Managing a Nonprofit Organization A Legal Guide. John Wiley & Sons,Inc, 2005.
- (70) Bruce R.Hopkins: 650 Essential Nonprofit Law Questions Answered,,John Wiley & Sons,Inc,2005.
- (71) Gray M.Grobman: The Nonprofit Handbook. White Hat Communications, 2005.
- (72) Susan L.Ettner and Richard. C. Hermann: The role of profit status under imperfect information; evidence from the treatment patterns of elderly Medicare beneficiaries hospitalized for psychiatric diagnoses, Journal of Health Economics,2001.
- (73) Mark Schlesinger, Shannon Mitchell, and Bradford H.Gray: Public Expectations Of Nonprofit And For-Profit Ownership In American Medicine, Health Affairs, Volume 23,Number 6,2004.

謝辞

本研究事業の実施にあたり、企画検討委員会委員、分科会委員、厚生労働省医政局指導課各位より貴重なご示唆を賜った。また、フランスの調査研究においては、産業医科大学教授の松田晋也先生、慶應義塾大学医学部講師の池田俊也先生、日本医師会総合政策研究機構の奥田七峰子研究員に貴重なアドバイスを頂いた。事務局として、これらご教示・ご示唆を十分に活かし切れなかったが、この場をかりて感謝の意を表したい。なお、事実誤認を含めた文責は事務局にある。

**平成 16 年度厚生労働省医政局委託
- 医療施設経営安定化推進事業 -
病院経営をはじめとした
非営利組織の経営に関する調査研究
平成 17 年 3 月発行**

委託先：(株)明治安田生活福祉研究所
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-6-2
電話 03-3283-8303
FAX 03-3201-7837

禁無断転載