

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。

①営業活動および地域連携構築支援

②診療補助業務支援

③レセプト業務支援

④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、①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、②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、③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(囑託医)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タビリティ

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。

医療機関の非営利性について

明治安田生活福祉研究所

(主任研究員 松原 由美)

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<sup>1</sup>、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。

---

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>。

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<sup>3</sup>、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。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。

---

<sup>2</sup> 杉山 学「非営利組織体の会計」中央経済社 2002年

<sup>3</sup> Lester M.Salamon、America's Nonprofit Sector、Foundation Center 1992、Michael O'Neil、The Third America、Jossey-Bass Publishers 1989など

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つて、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行くのではなく、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<sup>4</sup>。先に「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

---

<sup>4</sup> 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とに一」『社会保険旬報』No.2192/2003.12.11



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<sup>5</sup>、社会的共通資本<sup>6</sup>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）<sup>7</sup>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

---

<sup>5</sup> 田中 滋「医療政策とヘルスエコノミクス」日本評論社 /1993年

<sup>6</sup> 宇沢 弘文「社会的共通資本」岩波新書/2000年

<sup>7</sup> 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

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力はあるだろうか。

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点、第一は営利企業との取引を通じてが挙げられる。

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。

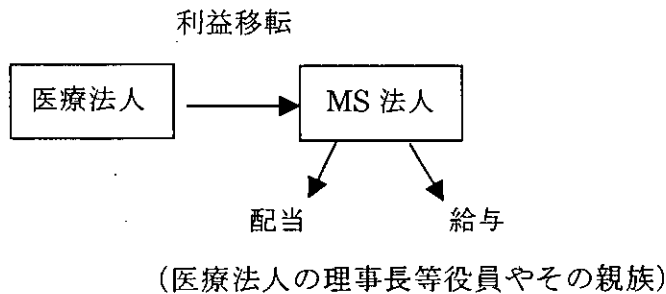
この場合、想定される現象は実質配当行為として現れる。

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PET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、純然たる投融資ビジネスだが、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怖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)

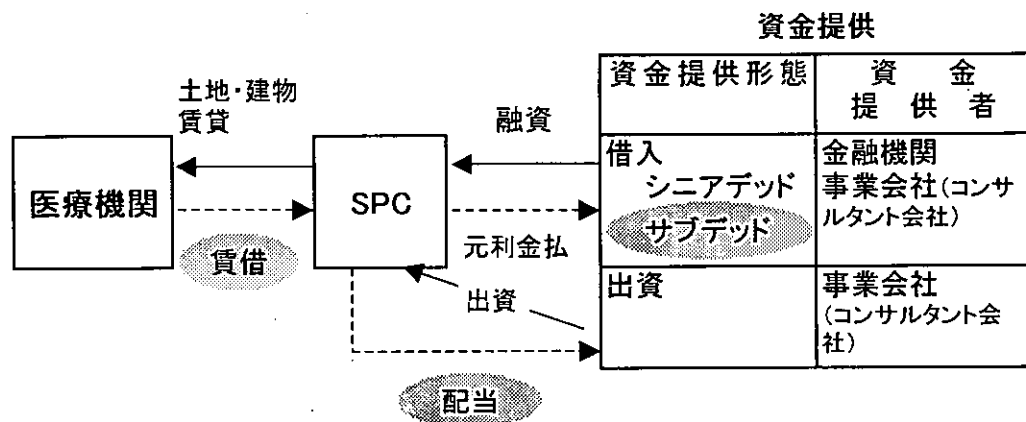


図2に示した金融スキームは、非営利性との関連で問題となる箇所を判りやすく明示するために簡略化してあるので、正確なスキーム図ではない(現実にはSPCを利用した場合、土地・建物は信託銀行に信託される形を取る)。

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った形で調達する。

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—は、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。そうなると、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、①利益が個人に属さない、②資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、③解散時の個人への財産分配の禁止、④公益事業の実施、⑤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