

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たが、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＝バ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<sup>8</sup>。

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。

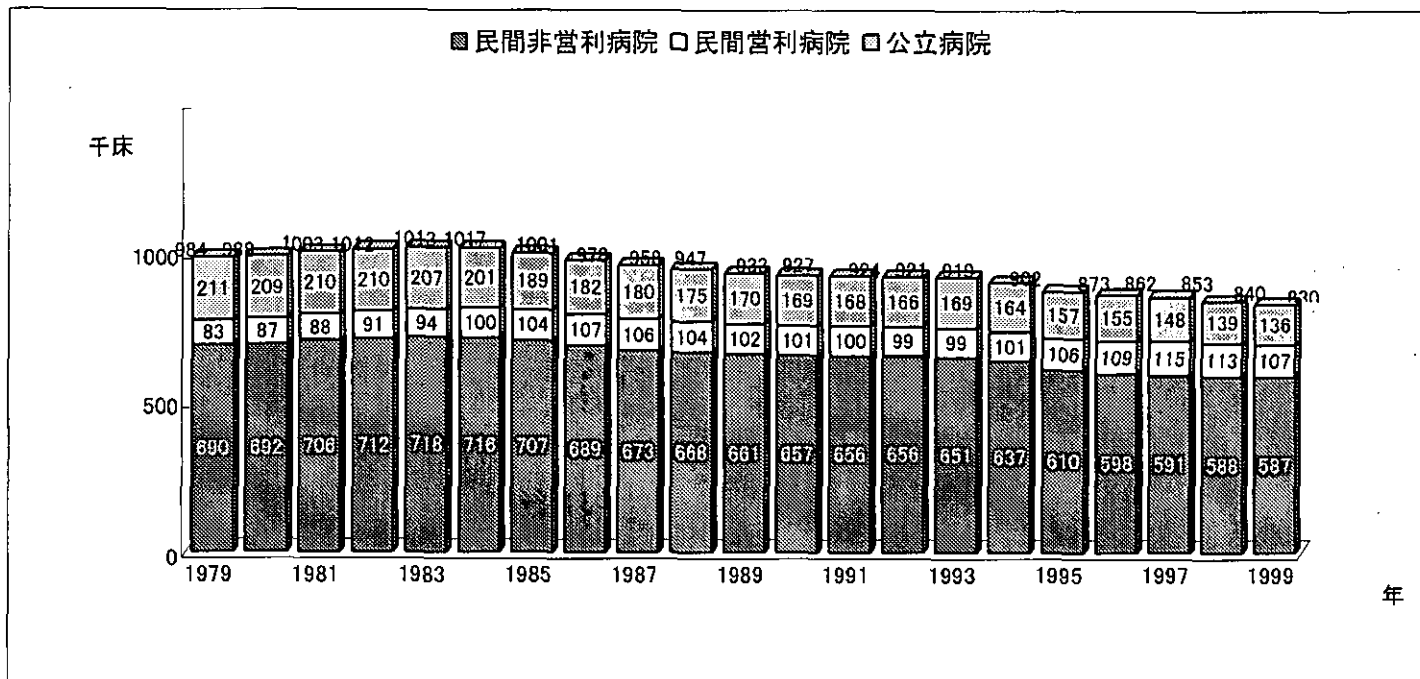
米国では70年代に営利病院による活発なチェーン展開が始まって以来、既に30年以上が経つが、この間営利病院のシェアが徐々に伸びているとはいえ、なお15%程度にとどまっており、医療供給の中核は依然として民間非営利病院が担っている<sup>9</sup>。

---

<sup>8</sup> 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

<sup>9</sup> 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<sup>10</sup>。

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

<sup>10</sup>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

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担っている。

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す恐れがあるので、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<sup>11)</sup>」が出されているが、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

---

<sup>11)</sup> 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。

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Ⅰ』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Ⅱ』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. 二本立『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、竹内賞『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ユアランス研究所『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 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」を公表し、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①良質な医療を公平に受ける権利がある、②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、③診療に関して十分な説明、情報を受ける権利がある、④治療方法などを自分で選択する権利がある、⑤自己の診療記録の開示を求める権利がある、⑥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、⑦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。①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、②医療上、理解できないことについて質問すること、③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つ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タ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、アカウンタ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タ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、アカウンタ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、効果的なアカウンタ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タ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。資金調達に間接金融、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はなく、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える。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、心豊かなくらし」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。①情報公開、②環境問題への対応、③社会への貢献、④文化・スポーツ活動への支援、および、⑤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、购买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、①患者側に立って「過程」を重視するもの(『オリコン』の本など)、②専門家の視点で「結果」を重視するもの(『宝島』の本など)、③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

もやっとな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、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
- ・リンクング
- ・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を運営する 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)