

## 医療機関の資金調達の実態と課題

真野俊樹

### I 背景

株式会社による病院経営解禁論が総合規制改革会議、経済財政諮問会議を通して根強いものがある。この是非を議論することは本稿の目的ではないが、情報開示を通して医療機関の経営を透明化することが、争点のひとつであることは言うまでもない。すなわち、株式会社のほうが<sup>1)</sup>透明性が高いという議論である。この論点は株式会社や医療機関といった組織のガバナンスの問題と密接に関連する。

さらに、この議論は医療機関が営利法人形態で

表1 医療システムの基本類型(国際比較)

	イギリス	フランス	ドイツ	日本	アメリカ
供給	公	公	公	私	私
delivery	ほぼ全て	約70%	約90%	約20%	約25%
財政	公	公	公	公	私
finance	税	保険料	保険料	保険料+税	—

注) 供給の下欄は全病床に占める公的病院(国立・公立)の病床の割合。ドイツの場合は「公益病院(宗教法人立・財団法人立等)を含む。

出典) 広井良典『医療の経済学』(1994)。

表2

	所有		公	共同	私	
資金調達	投資資金	公	運転資金	①	②	③
				私	④	⑤
	私	私	運転資金	⑦	⑧	⑨
				私	⑩	⑪

運営できないことから資本市場からの資金調達が制限されている、マーケットテストを受けないため非効率である、という議論につながる。

公的とされるサービスをどのように供給するかは、4つのマトリックスで捉えることができる。すなわち提供が民間か公かという軸と、ファイナンスが民間か公かという軸である。医療をこの軸で分類したものが表1であり、日本は公的なファイナンスがついた上での民間供給が主体であるといえる。

このファイナンスは、日本の診療報酬制度においては、主に運転資金を保障する形になっている。資金調達を運転資金と投資資金に分けて分類したものが表2である。ここでの運転資金とは主に提供するサービスの対価によってまかなわれるもので医療サービスの場合には診療報酬がこれにあたる。⑫は完全な私企業であり、公的な病院は①にあたる。共同所有とは生協のような共同組合組織、財団法人などを指すが、学校法人も①、持分のない医療法人は⑧に分類される。一方持分のある医療法人や個人病院は⑨になる。補助金によって建築がまかなわれ、かつサービスも公的に提供されていた、介護保険導入前の介護サービス提供は②にあたる。

本稿では、まず医療機関の資金調達についての実態を紹介し、ついで最近話題になっている病院債(医療機関債)について論じたい。さらに医療機関の営利・非営利問題、ガバナンスの問題を資金調達との関連で扱いたい。

## II 医療機関における資金調達の実態

医療機関の資金調達は主として銀行からの長期借り入れに偏っている。1999年の医療経済実態調査によれば、また、医療法人の長期借入金は平均で6億2,676万円であるのに対し、短期借り入れは9,300万円と、長期借り入れは短期借り入れの6.7倍である。

最初に、資金調達に関する最近の調査を概観したい。まず、平成13年度厚生科学研究による結果を報告しよう<sup>1)</sup>。このアンケートは、全国の医療法人5,109病院と個人病院1,517病院(合計

6,626病院)から病床規模、都道府県で層化抽出した2,000病院に対して実施し、有効回答率は14.8%であった。

調査結果であるが、まず経営課題については、病院経営上、困っていることについてたずねたところ、回答を寄せた病院のうち、資金調達の困難性を挙げる病院は16%、項目別の順位では9番目に過ぎず、資金調達に対する関心度は相対的に高くはなかった。なお、関心の高い項目としては、医師不足等の人材不足や在院日数の長さなどが挙げられた。

資金調達の実態については、長期資金は約6割が必要とし、それら必要と答えた病院のうち約4

表3 医療保健衛生業に対する銀行などの貸付残高の推移(日銀資料)

年度末		平成10	シェア	平成11	シェア	平成12	シェア	平成13	シェア
事業団	設備	14,767	12.6%	16,897	14.0%	17,975	15.0%	18,666	15.6%
	その他	111	0.1%	134	0.1%	150	0.1%	169	0.1%
	合計	14,878	12.7%	17,031	14.1%	18,125	15.1%	18,825	15.7%
市中銀	設備	69,245	59.1%	69,640	57.5%	68,849	57.3%	67,609	56.4%
	その他	32,301	27.6%	30,741	25.4%	29,328	24.4%	29,160	24.3%
	合計	101,726	86.8%	100,381	82.9%	98,177	81.7%	96,769	80.8%
他機関	設備	282	0.2%	2,787	2.3%	3,085	2.6%	3,300	2.8%
	その他	269	0.2%	818	0.7%	835	0.7%	898	0.7%
	合計	551	0.5%	3,605	3.0%	3,920	3.3%	4,198	3.5%
合計	設備	84,474	72.1%	89,324	73.8%	89,909	74.8%	89,575	74.8%
	その他	32,681	27.9%	31,693	26.2%	30,313	25.2%	30,217	25.2%
	合計	117,155	100.0%	121,017	100.0%	120,222	100.0%	119,792	100.0%
全産業		6,071,020		6,455,856		6,242,489		5,972,253	
シェア		1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	2.0%			
前年比増減率									
事業団				1.145		1.064		1.039	
市中銀				0.987		0.978		0.986	
他機関				6.543		1.087		1.071	
合計				1.033		0.993		0.996	
全産業				1.063		0.967		0.957	

注) 事業団とは、医療・社会福祉事業団である。

医療保健衛生業とは、病院・診療所・助産所・マッサージ業・滅菌業・看護士業・水質点検作業を含む。

市中銀とは、都市銀行・地方銀行・第二地方銀行・信用金庫。

他機関とは、商工組合中央金庫・農林中央金庫・日本政策投資銀行・国際協力銀行・国民生活金融公庫・中小企業金融公庫・沖縄振興開発金融公庫。

社福事業団の計数は、社福事業団調べ(出典には含まれず)。

割が不足としていた。

その資金需要の中身であるが、これは建物の増改築が圧倒的で約8割であった。ここ5年間程度の信用金庫、信用組合を含む銀行の融資態度は、以前と変わらないとする病院が約5割あったが、一方で以前より借りやすくなった病院が約2割、厳しくなったとする病院が約2割と、変化があったとする病院が4割あった。なお、当然ではあるが、後述するように医療が価値財であり、公益を前提とする限り、銀行の融資態度の消極さ、貸し渋りについては他の財をサービスする提供主体についてより厳しい見方が必要であろう。すなわち、貸し渋りに対して病院の経営に影響を及ぼすものが存在するのであれば、少数であっても注意していく姿勢である。

一方、病院の資金調達を容易にする方策については、公的支援を求める声が圧倒的であった。

また、マクロデータである「医療保健衛生業に対する銀行などの貸付残高の推移(日銀資料)」(表3)を見ると医療機関に対する間接金融の姿勢が厳しくなっていることがうかがわれる。

一方、筆者らは、平成14年度厚生科学研究により、医療機関の営利・非営利の問題について調査研究を行っている<sup>2)</sup>。この調査は、日本病院会

加入病院2,621施設に対して、名古屋大学医学部医療管理情報学教室が2003年1月に行ったものであり、回収率は22.4%であった。

この結果では、経営状態は「やや悪い」までで半数を超えた。一部の病院に、PFI(民間資金等の活用による公共施設等の整備)を実施したいとか、市民出資債<sup>2)</sup>を実施したい、という声が聞かれた。

病院の営利・非営利を意識したことがある経営者は80%を超えたが、ステークホルダーという言葉聞いたことがある経営者層は33%であった。

情報公開の程度は、公益性との関連で論じることができる。情報公開を、「不特定多数」に公開することが重要と考えるものは40%弱、「地域住民」に公開することが重要と考えるものは95%強と情報公開に対する意欲は高い(図1)しかしながら、財務内容「不特定多数」に公開することが重要と考えるものは10%強であり、「地域住民」に対して公開することが重要と考えるものは50%を切っていた(図2)(図1)。医療機関側は、医療情報やカルテなどの診療情報を提供すること、経営状況を公開することは別と考えているようだ。これは、NPOが多様なステイク・ホルダ

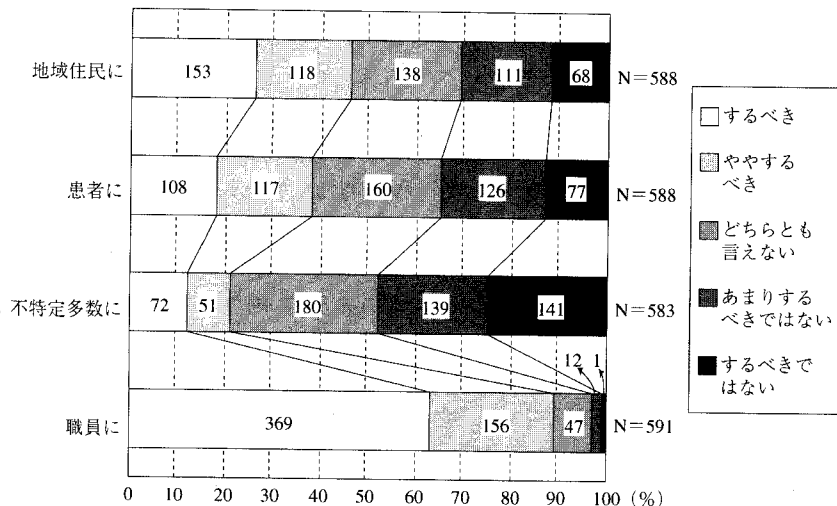


図1 病院はどこまで財務状況を明らかにするべきか?

一を持つために<sup>3)</sup>、ステイク・ホルダーが資金提供者である株主中心である株式会社と異なるためであろう。

### III 医療法人制度の問題

医療法人の数は2000年の調査では、9,266病院中58%が医療法人立で、診療所92,842中38%が医療法人である。傾向としては個人立病院や診療所が減少しており、医療法人立が増加傾向にある。

ここで、医療における特有の「非営利」法人制度である医療法人制度について概観しておこう。医療法人制度は、1950年8月に「医業経営の安定と永続性の確保」を目的として医療法において制定された。1950年から60年代は戦後復興の時期であり、国公立病院が入院患者の約60%を占めていた。民間の医療体制が極めて貧弱であったために、多くの診療所が設立された。なかでも、一部の診療所は規模を拡大し病院へと脱皮した。ここで必要とされた病院建築費を含めた借入れの多くは個人名義で行われた。

昭和30年代には頻りに所得税率の引上げが施行され、個人の最高税率は所得税率75%に地方税を加えた93%に及んだ。このため、個人が税金を支払った残金で多額な借入金の返済を行うことは困難で、多くの個人病院は返済不能を回避するために、実効法人税率(法人税に事業税、地方税を加えた税率)50%の医療法人並の病院へ移行していった。

民間の医療体制が不備な時代に施行された医療法人制度は、病院が永続し、資金が設備投資に向かうようにするために、また病院以外に資金が拡散しないように、配当ができない非営利とされた。いいかえれば、配当ができないことをもって非営利性の担保としたために、公益法人では放棄している「残余財産の配分請求権」が残ってしまい<sup>3)</sup>、他の公益主体である社団法人、財団法人(民法：いわゆる民法34条の公益法人)、宗教法人(宗教法人法)、学校法人(私立学校法)、社会福祉法人(社会福祉法)、独立行政法人(独立行政法人法)より非営利性が弱い法人制度になっている。

さて、ここでいう医療法人とは持分のある医療法人と、持分のない医療法人にわけられる。これは上記の「残余財産の配分請求権」があるものとなないものに対応する。持分のない医療法人数は、全医療法人の2%弱(2003年の全医療法人は診療所も含み37,309)に過ぎない。

さらに、この一部に、厳しい縛りがついた医療法による特別医療法人(2002年4月で324法人)、租税特別措置法による特定医療法人(2003年5月で27法人)という持分を持たない特殊な医療法人がある。特定医療法人制度は、租税特別措置法67条の2の規定により法人税の軽減(税率22%)を受ける制度で、1964年に創設された。さらに1998年4月から医療法上の公益性の高い法人として、特別医療法人制度が創設された(医療法第42条第2項)。

現行の医療法人制度にはいくつかの欠陥があるといわれる。そのいくつかは、1) 残余財産の配分請求権に基づく経営者の持分問題(相続時の問題点と非営利性との矛盾)、2) 経営者層に高額の給与(配当と同じこと)、3) 配当禁止による資金調達方法の制限、4) 税法上の優遇がほとんどない、5) 医療周辺の営利事業が行えない、と言われる。

上記の、名古屋大学によるアンケートにおいては、医療法人制度については「現行のままでもいい」が約半数であったが、一方では「持分を放棄すべき」「思う」「やや思う」までとると、半数近くに賛成意見が見られた。

さらに言えば、医療法人は民法上の公益法人でも営利法人でもなく、医療法による法人制度である。その意味では、設置主体の如何と連動しない税法においては、税率が営利企業と同様の30%であることも指摘しておく必要がある。

医療は不特定多数の利益に供される財でもなく、また、公益事業ではないと日本の税法では判断されている<sup>4)</sup>。しかし医療自体は経済学的には純粋な公共財と言にくい<sup>5)</sup>、日本では、1950年後半の議論を経て、医療を価値財<sup>6)</sup>と考え、1961年の国民皆保険体制の実現<sup>7)</sup>がなされた。この点からは行っているサービスが公益に限りなく近いとは言えるであろう<sup>8)</sup>。

なお、米国では非営利病院とは非課税病院を指す。非課税病院とは、内国歳入法 (Internal Revenue Code) による 501 条 3 の該当病院であるが、その基本的な要件は、①個人の利益に属さない公益事業である、②政治活動、政治献金、ロビー活動の禁止、③資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、④解散時の個人への資産分配の禁止である<sup>1)</sup>。

#### IV 医療機関における資金調達方法

デットによる規律付けという概念がある。すなわち、金融機関の借り手に対するガバナンスは、借り手が無謀な過剰投資をすることを抑制する機能があるといわれる。さらに、借り手自身も、本来デットより資本コストが高いはずのエクイティに対しての認識不足から、資本コストを考えない投資行動や消費行動に走る例もある。一般に経営感覚に乏しいといわれる病院にとっては当該病院の経営内容をよく把握している主力銀行の融資行動は、過剰投資に対する一定の牽制、いいかえればガバナンスになっていると考えられる。

間接金融では、借り手と貸し手の間に金融仲介機関が介在する。金融仲介機関は借り手の発行する本源的証券を購入し、一方で貸し手に「間接的証券」(預金証書や保険などの証券)を発行して、資産の変換を伴う機能を持った仲介をするのである。

一方、直接金融とは、「本源的証券」(借り手が発行する株式や債券など)を最終的な貸し手が購入する形態をいう。直接金融では通常、証券会社が仲介をする。しかし証券会社の機能は、銀行ほど積極的ではなく、情報提供や取引の場を提供することで取引コストを節約しつつ、売買を仲介することであり、あるいは新規発行の際にアンダーライターとして、借り手の情報提供を補完することである。

たとえば、医療機関による債券での資金調達は大きな転換を示唆する。すなわち債券を使って資金調達するということは、市場性資金の利用を行うことにつながる。

その視点を持ちながら、医療機関における資金調達方法の多様化、いいかえれば医療機関におけるさまざまな資金調達の可能性について考えよう。

株式会社による医療機関経営の長所としても資金調達方法の多様化があげられ、「これからの医療経営のあり方に関する検討会」では、逆に、現行の制度であっても、資金調達方法はかなり多様に行うことが可能である、との報告書を示した<sup>4)</sup>。

なおここでの資金調達とは表2における投資における資金調達を示す。ここで、その1つである医療機関債について考えてみよう。

#### V 医療機関債について

医療機関の資金調達法としての病院債・医療機関債(医療機関が発行する債券と定義)には私募債、公募債の2種類の形がありえる。また国債、政府保証債、地方債をあわせて公共債というが、この一部として医療機関の資金調達を行う方法がある。公共債は普通公募の形をとる。2003年度中に厚生労働省は医療機関債の発行指針を策定すると発表した。現行ではこの指針は下記のような方向である。

- 病院債保有による病院経営への介入禁止
- 病院債保有による診療の差別禁止
- 病院経営を安定させるため病院債の売買を制限
- 運転資金への利用を禁止
- 債券の発行目的の明確化
- 財務だけでなく医療提供体制を含めた経営内容の開示

#### VI 公募債としての医療機関債

公募債として、医療機関(主として病院)の資金調達をまかなうには、多くの困難が伴う。ひとつには出資法の規制<sup>9)</sup>があるが、同様に大きな問題は債券の発行に伴う費用である。公募債の発行には情報の開示等さまざまな間接コストがかかる。また、債券の購入者があまり期待できないという問題もある。これは医療機関債では、一般に債券

表4 病院債発行実績額

	(百万ドル)			
1999年1月-6月	合計金額	シェア	発行数	1件当り平均金額
Charity Obligated Group	426.1	4.4%	8	53.3
University of Pittsburgh, Medical Center	370.0	3.8%	2	185.0
Alexian Brothers Health System	306.0	3.2%	1	306.0
Cleveland Clinic Foundation	284.0	3.0%	3	94.7
Baptist Healthcare System	275.0	2.9%	2	137.5
トップ5合計	1,661.1	17.3%	16	103.8
トップ5以外	7,962.8	82.7%	205	38.8
産業合計	9,623.9	100.0%	221	43.5

出典) Thompson Financial Securities Date. 明治生命ファイナンシユアランス研究所「経営の実態把握とその対応策について」より改変。

の発行量が少なくなるために、多くの売買が期待できず、多くの投資家にとっては魅力ではないからである。

また、医療機関の収益は社会制度の影響を大きく受ける。これは制度が安定しているときにはプラスに働く要素であるが、現在のように制度の先行きに不透明感があるときには、リスク要因になってしまう。

この点を回避する方法としては、保証機関による債務保証という手段がある。しかし、民間の保証機関がこれを行うには、その安定的な経営のために医療機関数が必要であるといった問題が伴う。政府が債務保証を行う可能性はあるが、財政制約から期待できない。

上記のように、公募債での資金調達にはかなりの困難が伴う。

地方債を使って病院の資金調達を行うには、2つ方法がある。すなわち、地方自治体が地方債として調達した資金の中から、病院に資金を振り分ける方法、もうひとつは、地方自治体が病院債を発行する場合である。しかしながら、この方法は、公的病院が中心になることは論をまたない。民間医療機関がこの方法からのメリットを享受する<sup>10)</sup>には、最低でも持分を持たないという条件は必要であろう。

松原らによる米国の病院債発行実績額を表4に示した<sup>5)</sup>。米国では、病院債は、政府または地方

自治体が発行し、病院が発行するものではない。投資家にとっては免税の恩典も大きく、米国では非営利病院の大きな資金調達手法の1つになっている。

いずれにせよ公募を行うには情報開示を通して医療機関の経営をさらに透明化していくことが必要になる。

## VII 少数私募債<sup>6)</sup>

現行法上でも行いえると考えられる少数私募債は、投資家保護の法律である有価証券取引法の適応にはならず、積極的な情報公開、格付け等の対象にもならない。また、一般に金利は、

$$\begin{aligned} \text{金融商品金利} &= \text{国債金利} \\ &+ \text{信用リスクプレミアム} \\ &+ \text{非流動性プレミアム} \end{aligned}$$

によって決まる。私募債は非流動性プレミアムのために金利が高くなる。信用リスクプレミアムを何らかの保証によって引き下げることが、購入を容易にする方法になろう<sup>11)</sup>。

少数私募債では法定果実として利子が支払われる。少数私募債の場合には、配当先が親族等の同族関係者に偏らないこと、過度の利子による配当類似行為にあたらぬような配慮が必要である。次いで資金調達と密接に関連するガバナンスについて考えよう。

## Ⅷ ガバナンスの考え方

一般にガバナンスといった場合には、政府のガバナンスである「パブリックガバナンス」と、企業を対象にした「コーポレートガバナンス」がある。

コーポレートあるいは組織のガバナンスは株式会社あるいは組織において企業（組織）経営を常時監視しつつ、必要に応じて経営体制の刷新を行い、それによって不良企業（組織）の発生を防止していくためのメカニズムである。コーポレートガバナンスには機関投資家、取締役会、公的機関、業界団体が関与する。この中で強さを増しているものが機関投資家である。それに比し、非営利組織の場合には、機関投資家は不在であるし、取締役会の代わりに理事会がその役目を果たすが、むしろ業界団体、他の組織といった同業からの見方といったものの影響が大きい。

さらに、医療はヒューマン・サービスであるという特徴を持つ。ヒューマン・サービスとは、人が人に対して、いわば対人的に提供されるサービスである。具体的には、医療や保健、福祉、教育などのサービスを包括的に捉えた概念である<sup>78</sup>。これらのサービスは個人の基本的な福利に関わることが多く、公的にサービスが提供されることも多いので、行政サービスとも重なり合っている。また、原則として対人的であるために、信用や信頼が、その可否や是非を決定する非常に重要な要素になる。

このようなサービスを提供する組織体では、利潤の追求や株式価値最大化を目的とした組織文化が形成されないために、ガバナンスのあり方も独特なものになると言えよう。

## Ⅸ 米国の病院の実態

米国の病院は、財源の面で在郷軍人病院などに見られる公立の病院と私立の病院に分けることができる。私立病院は前述したように、税制上の区分で、営利病院と非営利病院に分かれる。病院の

規模は、20床以下の小病院から、1,000床を越える大病院まであり、全米病院協会の報告書によると、2000年時点で5,810病院が存在する。プライマリーケアや、在宅医療、また長期療養施設を統合した形式の大型の病院がある一方、日帰り外来外科のみに特化した小型の特殊専門病院も存在する<sup>9</sup>。

また、最も株式会社立病院が多い米国においても全病床の13%前後しか株式会社立病院が存在しない<sup>10,11</sup>ことからみても、世界的に株式会社病院経営は制度化されていないといえるかもしれない。

営利企業に複数の均衡が存在したがごとく<sup>12,13</sup>、非営利企業にも複数の均衡が成立する可能性もある。あまり文化的、宗教的な背景を重視することは、青木のいうように進化ゲーム理論の意味を損なうかもしれないが、米国での非営利病院の多くが日本と異なり宗教的な病院であることは重要な要素ではなからうか。

## X 営利と非営利のあり方

営利病院と非営利病院の質やアウトカムについては、米国には多くの調査がある<sup>11</sup>。しかしながら、現状ではこの問題については明快な回答は示されていない。

医療そのものは、消費の性格上は私的財であり、米国とは異なり、日本ではそれを価値財としてきたわけだが、英国のように公的な供給のみ<sup>19</sup>とは異なり、その背景には民間病院による私的所有権があったことになる。

株式公開とは、英語で言う Public Offer（公開）という言葉でも示されるように、公共に財務情報を含めた企業情報を開放することである。この過程は、所有と経営の分離、あるいは株式が第三者に渡っていく過程でもあると考えてよいであろう<sup>14</sup>。その意味では、株式会社化、ひいては株式公開によって医療の透明性は高まる。

しかしながら、この議論はあくまで公開された株式会社にのみ当てはまる議論であることに注意を要する。逆に、中小企業の域をでない多くの日

本の病院にとって株式公開が可能とは考えられない。

さらに、公開された株式会社は、経営への歯止め、つまりマーケットテストのためにコーポレートガバナンスの仕組みが適切にはたかなければならない。現況では、エンロンの例のようにこの仕組みがうまくいっているとはいいがたい。また、この仕組みが、効果的に機能したとしても株主の意向が強く現れすぎる。

究極的には、公開株式会社は、所有者から見れば自らの投資を最大化してくれる媒体である。これを病院に当てはめると、地域住民のためにたとえば小児科が必要であっても採算性のために(株主の意向で)廃止する、といったことが想定される<sup>15)</sup>。その意味で、株式会社は医療機関には不向きなのではなからうか<sup>16)</sup>。

## XI ま と め

民間の企業経営においては、「株主価値向上」ということが盛んにいわれるが、これは、会社を経営するための資本を投じてくれた株主に対して最大の価値を還元しなければならないということの意味する。官が公共事業やサービスを行う場合も同じであり、いいかえれば税金という貴重な投資に対して、最大の価値を提供する義務を政府は負っているはずだ。これは公的病院に対しても同じである。

現況では、ガバナンス機能が十分に働いているとはいいがたい株式会社による病院経営については問題が多いと思われる。しかし、医療機関の経営が透明化され、債券を含め資金調達手法が多様化し、一方今後の企業の考え方が、さらに社会的責任重視に向かったときに接点が見出せるのではないだろうか。

純粋な公共財と言にくい医療という財を、日本では価値財としている立場との整合性を取るという立場からは、医療法人制度にさらなる非営利性を持たせるべきであろう。さらに言えば、個人立病院<sup>17)</sup>は営利主体とみなされうるので、早急な法人化が必要とされる。ここで非営利性の担保

の方法には種々の方法が考えられる。上述した医療法人制度の改革もその方法のひとつであろう。

また、上述したように、資金調達方法の多様化は今後進む可能性があるが、そこで調達した資金は、医療機関による日々のオペレーションにより返済ないしは償還がなされなければならない。その意味で、医療機関が効率的な経営を行っていくことは、いかなる資金調達方法をとろうが避けることはできない。また、表2での投資資金を必ずしも考慮していなかった、現行の診療報酬体系も改善の余地がある。

## 謝 辞

慶應義塾大学大学院の田中滋教授、明治生命ファイナンシユアランス研究所の松原由美氏、国際医療福祉大学大学院の河口洋行助教授、新日本監査法人の牧健太郎氏には数々のご教授をいただいた。この場を借りてお礼を申し上げたい。なお、本報告の一部は、効率的な医療機関の経営母体に関する研究——株式会社病院経営、非営利組織経営論の視点で——(H14-政策-019)の援助を受けている。

## 注

- 1) ここでの株式会社というのは主に株式公開会社のことと思われる。
- 2) 群馬県では平成14年3月、県民債として病院の立替資金を募ったところ、10億円の債券が18分で売り切れた。
- 3) 当初は、このことが法人解散時に問題になると思われていなかったようだ。
- 4) 労働組合や農協等の協同組合では配当可且つ、税率も軽減されているものもあることも指摘しておきたい。
- 5) 排除性競合性を持ち、私的財といえよう。
- 6) ステグリッツによれば、個人の私的選好に反映された価値に取って代わる社会的価値があり、政府が市民にそのような価値観を強制する権利と義務がある。そのような財を価値財という。
- 7) 現場にあまねく行き渡ったのは1963年である。
- 8) あまり指摘されていないが、組織構成員の行動様式は非営利的である(本稿Ⅶでも触れる)。
- 9) (出資法2条 預り金の禁止)

1 業として預り金をするにつき他の法律に特別の規定のある者を除く他、何人も業として預り金をしてはならない。



- 2 前項の預り金とは、不特定かつ多数の者からの金銭の受入で、預金、貯金または定期積金の受入および、借入金その他何らの名義をもってするを問わず、これらと同様の経済的性質を有するものをいう。
- 10) 厚生連などの場合には、市町村立病院がない場合に、当該地方公共団体から補助金をもらうことがある。
- 11) 医療法人協会が発足させた地域医療振興債認証審査の機能は一部これにあたる。
- 12) 2002年度全米病院協会年次報告書によると、2000年時点で、営利病院は現在749病院があり、これは全米病院数5,810の約13%にあたる。ベッド数では11%、入院数では12%、外来患者数では7%を占める。非営利病院は市場の87%を占め、そのうち、連邦、州、地方政府の公立病院が約20%を占める。営利病院は、1950年代頃までは1,200病院以上存在していたが、ここ数十年間は、700から800の間を推移している。1990年代後半から2000年にかけては、統廃合が進んだため病院数が減少傾向にある。
- 13) 正確には一部は私的供給されている。
- 14) なお、ここで情報を公共に公開するということは、株式会社のみに行いえることではない。NPO法人や公益法人においても情報を公開している例は多い。
- 15) もちろん、株式会社でない病院でも同じことが、一部では行われている。しかし、これをすべての病院に当てはめることはできない。これは可能性からの推論と確率の高さの問題である。
- 16) 非公開の場合については、別の意味で問題が生じる。真野俊樹(社会保険旬報, 2002年4月1日を参照)。
- 17) 一部の有床診療所も含まれるであろう。

## 引用文献

- 1 松原由美ら 田中滋主任研究者(2003)『医療機関開設資金調達に関する研究』, 厚生労働省報告書。
- 2 真野俊樹主任研究者(2003)『効率的な医療機関の経営母体に関する研究—株式会社病院経営, 非営利組織経営論の視点で—』, 厚生科学研究中間報告書。
- 3 桜井正成 NPO型経営としての病院経営の可能性 真野俊樹編著『21世紀の医療経営』薬事日報社2003年。
- 4 『これからの医業経営のあり方に関する検討会報告書』(2003)厚生労働省報告書。
- 5 松原由美ら 田中滋主任研究者(2000)『平成11年度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』, 明治生命ファイナンスアランス研究所。
- 6 医療法人資金調達研究委員会(2003)『病院債

(医療機関債)の発行に関する中間報告書』。

- 7 田尾雅夫(1995)『ヒューマン・サービスの組織』, 法律文化社。
- 8 田尾雅夫(2003)ヒューマン・サービス組織の課題と将来, 真野俊樹編著『21世紀の医療経営』, 薬事日報社。
- 9 富沢 仁(2003)アメリカにおける営利病院のトレンド, 真野俊樹編著『21世紀の医療経営』, 薬事日報社。
- 10 [http://www.hospitalconnect.com/aha/resource\\_center/fastfacts/fast\\_facts\\_US\\_hospitals.html](http://www.hospitalconnect.com/aha/resource_center/fastfacts/fast_facts_US_hospitals.html) AHA(米国病院協会)のHP。
- 11 McClellan M., Staiger D.(2000) Comparing Hospital Quality at For-Profit and Non-Profit Hospitals. Culter DM ed., The Changing Hospital Industry, The University of Chicago Press.
- 12 青木昌彦(2002)『移りゆくこの十年 動かぬ視点』, 日本経済新聞社。
- 13 青木昌彦, 奥野正寛(1996)『経済システムの比較制度分析』, 東京大学出版会。

## 参考文献

- Culyer AJ, Newhouse JP (2000) Handbook of Health Economics Elsevier Science.
- Berle, A., Means, G. (1932) Modern Corporation and Private Property, MacMillan.
- 奥村 宏(2002)『エンロンの衝撃』, NTT出版。
- 田中 滋(2001)『医療経済学の体系』, GPnet 10月号。
- 医療法人資金調達研究委員会(2003)『病院債(医療機関債)の発行に関する中間報告書』。
- 真野俊樹(2003)『医療・介護におけるガバナンス論—金融との類似からミクロのガバナンスまで—』, 週刊社会保障 1月13日号。
- (2002)『現実的な病院経営への株式会社参入論』, 社会保険旬報 4月1日号。
- (2000)『医療における価格メカニズム再考』, 社会保険旬報 11月1日号。
- (2002)『医療における市場メカニズムとその問題点:米国を例に』, 病院管理 Vol. 39, No. 1。
- 真野俊樹ら, 田中滋主任研究者(2003)『医療機関開設資金調達に関する研究』, 厚生労働省報告書。
- 小佐野広(2001)『コーポレートガバナンスの経済学』, 日本経済新聞社。
- 長谷川敏彦編(2002)『病院経営戦略』, 医学書院。
- 田村達也(2002)『コーポレート・ガバナンス』, 中公新書。
- 大野吉輝(1991)『社会サービスの経済学』, 勁草書房。
- 岩井克人(2002)『株式会社の本質 現代経済学の潮流2002』, 東洋経済新報社。
- (まの・としき 多摩大学大学院客員教授)