

## 〔論 文〕

## わが国の医療制度と医療法人制度の改革

角 瀬 保 雄

## (1) わが国の社会保障と医療保障

WHO（世界保健機関）とOECD（経済協力開発機構）の報告書によれば、日本の医療は2000年の総合評価で世界第1位と高く評価されている。日本の医療費は、OECD加盟国中、GDP（国内総生産）に占める医療費の比率が18位と低い水準にあるにもかかわらず、WHOの健康達成度、健康寿命は第1位となっている<sup>1)</sup>。

これは憲法第9条がうたった不戦の誓いと第25条に示された国民の生存権を保障する社会保障制度の存在によるもので、医療については1961年にスタートした国民皆保険制度による医療保障のしからしめるところといえる。社会保障法学の分野においては憲法第25条に直接的根拠を持つものとして国民の健康権が問題とされており、国民皆保険制度は医療の機会均等という平等原則を実現するものであり、医療の社会化を進めるものとされている。そして高度成長期における公費負担医療の拡大は機会均等から実質的平等保障へと進んだものとして高く評価されている。

しかし、わが国の医療保障は、1973年の老人福祉法改正による老人医療費の無料化を頂点として、その後は国民医療費の抑制へと転じることになっている。オイルショックによる低成長経済への突入、高齢化の進行、医療技術の高度化は、GDPの伸びを上回る国民医療費の増大をもたらしているが、こうしたなか経済界は医療・福祉分野における規制改革が必要と主張、1997年、橋本内閣は「六大改革」の一つとして社会保障、医療保障の「構造改革」を打ち出し、以後、歴代の政府は医療、介護の「市場化」「営利化」を進めてきている。政府行政当局は財政赤字から国民医療費の増大を問題とし、専らその抑制を医療政策の中心に据えているが、国際比較によればわが国の医療費

は少なく、むしろ効率的ともいえる。

OECDの“Toward High-Performing Health Systems”（2004）によれば、対GDP比の総医療費支出（2001年）はアメリカが13.9%、OECD平均が8.3%であるのに対して、日本は7.6%でしかない<sup>2)</sup>。こうしたなかで医療の現場における過酷な労働条件による医療崩壊が問題となっている。アメリカ、ドイツ、スウェーデンなどの先進諸国と比べた医師数と看護職員数は、OECDの“Health at a Glance”によれば、最下位となっている。2000年の人口千人あたりの医師数は、ドイツが3.3人、スウェーデンが3.0人、アメリカが2.7人に対して、日本は1.9人である。看護師数はドイツが9.6人、スウェーデンが8.8人、アメリカが8.1人に対して、日本は7.8人である<sup>3)</sup>。

社会保障法学における医療保障ないし健康保障の重要性を主張する学説の中には、現実における無保険者の存在という問題から、現行の医療保険制度の限界を指摘し、これに代えて医療供給の公設公営化を推進しようとするものも少なくないといわれる<sup>4)</sup>。近年、社会保障の後退が著しく、「空洞化」が問題となってきているが、本稿は医療保障の柱として社会保険制度をまもり、積極的に位置づける立場にたっている。

ところで経済同友会は2004年4月に発表した「『医療先進国ニッポン』を目指して」のなかで、経済界の医療改革のビジョンと医療提供体制改革の方向を明らかにしている。そこでは医療経済規制の撤廃・緩和として混合診療の解禁、株式会社参入と医療法人制度の改革を打ち出している。また医療関連産業の発展として世界で最高水準の医薬品・医療機器の供給国を目指すとしている。現在すでに「構造改革特区」では、高度先進医療を自由診療により提供する場合に限り、株式会社による医療機関設置が認められている。しかし、経

済同友会は企業による医療機関経営を認めないとする原則は変わっておらず、問題解決にはなっていないとし、そのための障害になっている医療法人制度の改革を打ち出してきている。

2005年には小泉内閣のもとで「医療制度構造改革試案」が決定され、2006年6月21日に「医療制度改革関連法」が成立した。それは医療費の「適正化」＝抑制を政策目標とするもので、「健康保険法等の一部を改正する法律」および「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」という大変長い名称を持つもので、健康保険法改正、老人保健法改正、医療法改正、介護保険法改正を含む大規模な、過去最大の改正となっている。参議院では21項目の付帯決議が付されており、それだけ問題が多いことを示しているが、それは多くの点で、戦後日本の社会保障としての医療制度のあり方を根底から覆し、医療の「市場化」「営利化」を進めるものとなっている。

3.16%という史上最大の診療報酬の引き下げ、社会保険料の引き上げ、高齢者の患者負担の引き上げ、療養ベッドの削減は、「社会保障制度の持続可能性」の名の下に医療保障を形骸化させ、「医療難民」「介護難民」の発生を現実化している。一方、社会保障としての社会保険を補う民間の営利医療保険は、格差社会における「健康格差」を激しくしようとしている。アリコ、アフラックなどの営利医療保険会社にはすでに3,000万人が加入しているといわれる。

2005年7月の厚労省の「医業経営の非営利性等に関する検討会」報告では医療提供体制の担い手の中心となる医療法人の将来の姿が描かれ、「出資額限度法人」と「公益性の高い社会医療法人」という新しい医療法人制度の創設が打ち出されてきた。すでに公益法人制度の改革（2005年）に続いて医療法人制度の改革（2006年第5次医療法改正、施行2007年4月1日）が実現し、近い将来には生協法の抜本的改正も予定されている<sup>5)</sup>。

私は2005年7月に公刊した『企業とは何か―企業統治と企業の社会的責任を考える―』（学習の友社）において経済民主主義論の立場から企業の一般理論を展開し、そのなかで医療機関に関係する非営利・協同組織についても言及しているが、

以下では、最近の医療制度改革と関連した医療法人制度の改革について、将来を見据えた分析を行うこととした。

## （2）わが国の医療機関開設者の多様性

資本主義国の医療には非営利と営利の二つの流れの対抗が存在してきた。いま世界の医療制度に目を転じると、大きくは三つのタイプに分けられる。社会保障制度として税で財源を賄う国営医療の代表がイギリスのNHS（National Health Service: 国民保健サービス）で、イタリアのUSL（Unità Sanitaria Locale: 地域保険機構）もNHS型である。北欧諸国はいずれも国営医療となっている。独、仏と日本は社会保険制度を基本とする医療制度で、いわば公私混合型といえよう。それに対して、私費に依存しているのがアメリカの医療である。

アメリカの医療といえば民間営利医療といわれるように、株式を取引所に上場している営利目的の病院チェーンの存在が代表している。公的医療保険は高齢者に対するMedicareや低所得者に対するMedicaidしかなく、住民の一部しかカバーしていない。多くの勤労者は企業内福祉としての企業の医療保険に依存しなくてはならない。その結果、4,500万人にも達する無保険者が存在するという、「豊かな国アメリカ」の影の部分が生まれているのである。もっとも、一般に知られているのとは異なって、自治体立による貧困者救済の公的病院もあり、その他NPO立の病院など、数の上では営利病院に対して非営利病院の方が多いたが実態といわれる<sup>6)</sup>。

このようにヨーロッパの先進諸国では公的病院を中心とする非営利の医療が支配的であったが、明治7年の「医制」による医師の自由開業医制として出発したわが国の近代的医療制度は、医師の「営業の自由」を認め、医療の営利化を進めてきた。これが一つの側面である。しかし、開業医によって一般大衆の医療に対する要求が充たされてきたという側面もある。

明治天皇の濟世勅語とお手元金の下賜による済生会病院（1911、明治44年）など公的病院の創設もみられたが、これは所詮、窮民救済の慈恵的施

策にすぎず、明治政府は医療分野に対する公的資源の投入を回避してきた。それに対して民間では王子製紙の専務をしていた実業家・鈴木梅四郎などを中心とした「実費診療所」の運動が起こったりしたが、価格破壊者とする医師会からの反対に会い、その活動は頓挫することになった。鈴木はこの経験から「医療国営論」を唱えるにいたっている。

無医村の存在が問題となっていた農村での医療についてみると、まず農協（厚生連）の前身である産業組合が小規模の診療所経営を始めた。1919（大正8）年に島根県青原村で始められたものが最初といわれる。1930年代に入ると、都市を中心に組合組織をつくる運動がおこり、医療の社会化運動としての性格を強めた。1932年に賀川豊彦らによって設立された東京医療利用組合がその代表といわれる。一方、労働運動の高揚を背景とする無産者診療所運動は山本宣治の暗殺を契機に、雑誌『戦旗』に出された「労働者農民の病院をつくれ」というアピール（1929年4月）を契機に全国に広がっていった。そして激しい弾圧のなかにおいても最盛期には全国で1病院、23診療所を擁するまでになった。

一方政府は、富国強兵の健民健兵政策から、公的な医療保険制度の導入を部分的に進めざるをえなかった。1922（大正11）年公布、1927（昭和2）年施行の健康保険法を皮切りとした歩みである。そして戦後、1948年の医療法の制定以後、医療機関の「非営利の原則」が打ち立てられるとともに、1958年の新国民健康保険法の成立によって、1961年には国民皆保険体制が実現することになった。経済の高度成長とともに築き上げられてきたわが国の国民皆保険制度も、低成長経済への移行、90年代の長期不況、21世紀における少子高齢社会への移行とともに、「福祉国家から福祉社会」への移行ということが叫ばれるなかで、財政赤字から次第に崩されてきている。

いま厚労省調べによって、わが国の無保険者の現状についてみると、2005年6月現在、国民健康保険の滞納世帯数が470万世帯で、「資格証明書」が出された世帯数が32万世帯、「短期被保険者証」発行世帯数が107万世帯と、以上三世帯を合計すると国保世帯の24%になるといわれる<sup>7)</sup>。国民

のいのちと暮らしは日々脅かされるようになっていく。

戦後の医療提供体制としては、陸海軍病院が国立病院へと移管されるとともに、住民運動を背景に全国各地には自治体立の病院が地域中核病院として広がっていった。そして戦前からの個人開業医制度も国民皆保険制度の枠組みの中に位置づけられていくことになった。わが国の医療法（第1条の5）上では、ベッドが20床以上の医療機関を病院とし、19床以下のものを診療所（クリニック）と区別しているが、2006年5月末現在、病院は約9,000、診療所はその10倍の9万9,000があるほか、歯科診療所が約6万7,000ある。

これら医療機関を開設主体別に分類すると、大きくは国立病院・公立病院・公的病院・私立病院に分けられる。このうち国立病院は今日独立行政法人化され、独立行政法人国立病院機構に移管された。公立病院は都道府県立病院、市町村立病院であるが、今日民間へ移管される方向にある。公的病院とは医療行政上の独自の呼称で、日赤、済生会、厚生連、労災、社会保険、厚生年金、国家公務員共済会、国保連合会など公的補助をえている病院をいう。その他が私立病院になる。

いま2002年の時点における開設者別病院の分布をみると、病院総数9,187のうち最も多いのは民間の医療法人で5,533を数える。国立病院は336しかない。費用の一部が公的資金まかなわれている公的医療機関は、自治体立病院が都道府県立病院313、市町村立病院765で、公的病院としての日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会などを含めても、合計で1,377しかない。社会保険関係団体が開設している病院としては全国社会保険協会連合会が53、共済組合（およびその連合会）が48と、合計130ある。民間が開設している病院では、医療法人が5,533の多くを占めており、そのほかには公益法人が400、学校法人が101、社会福祉法人が162、医療生協が74、会社が61、個人が954となっている<sup>8)</sup>。

病院の半数以上が民間の医療法人となっており、わが国の医療はその大半を民間に依存したものとなっている現状がわかる。しかも国公立病院のほとんどは大きな赤字経営に苦しんでいるが、独立採算で、自助努力の民間病院も赤字のところが多

いのが現状である<sup>9)</sup>。

### (3) 医療機関と医療法人制度

それでは、わが国医療機関の中心的な担い手となっている医療法人とは、具体的にどのようなものなのであろうか。法人には私法上の私法人、公法上の公法人と、多種多様なものがあるが、医療法人は病院、診療所という医療機関そのものを指すものではない。医療法人という法人格は法的な所有・経営主体であり、病院、診療所はその中身を構成する事業体である。その結果、一つの医療法人が幾つもの病院や診療所を経営している例が多数見られる。これは一つの学校法人が幾つもの大学や、大学から中高の付属校、果ては幼稚園まで経営しているもののあるのと同じとみることができる。

わが国の医療法人制度は、戦後1950年の医療法改正によって設けられたものであって、それ以前には町の病院、医者といえばほとんどが明治の初め以来の個人開業医であった。つまり個人の私的な事業であった。これは人のいのちをあずかる医療のもつ公共性と矛盾しないわけにはいかない。そこで医療法人制度が、医業経営と家計を明確に分離し、医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得することにより、資金の調達を容易にし、医療機関の経営に永続性を付与し、私人の医療機関経営の困難を緩和するものとして設けられたのである。これは、病院が民法上の公益法人のもつ積極的な公益性を要求されず、したがって公益法人の資格を取得することができないなかで、商法上の営利法人でもないということから、両者の中間的な性格を持つ特殊法人の創出が要求されて生まれたのであった。したがって、医療機関の法人化には積極的な意義を認めることができるものといえよう<sup>10)</sup>。しかし同時にそこにはまた、開業医の死亡による多額の相続税負担の回避など税制上の要求が含まれていたのも事実である。

また、医療法上、非営利の医療を建前とするわが国においても、古くから会社形態による企業立病院の存在が認められる。これは営利医療そのものを目的とするというよりも、従業員に対する企業内福祉施設として設けられたものが、一般にも

開放利用されるようになってきたものである。医療法人制度創設時の1950年当時、すでに会社形態の医療機関が209社設立されており、1960年には257社に達していた。しかし、その後は漸次減少の一途をたどり、今日では大企業を中心に61を残すのみとなっている。したがって、それは医療への株式会社の参入論を正当化するものではない。

医療法人には民法上の公益法人にならって、社団医療法人と財団医療法人の二種類がある。人が主体になるか、財産が主体になるかの違いであるが、法人であるから組織的にはいずれも複数の人間によって構成されるものといえる。そして「社団財産は、常に団体自体の財産であって、構成員の財産ではない。代表者や構成員の個人財産とは分別管理され、独立性を有する。」<sup>11)</sup>といわれる。また社団医療法人については、社員個々人の「出資持分のある社団」と、「出資持分のない社団」とが存在しており、前者の場合には社団財産と社員の出資持分とが対応する関係にたつことになる。会社企業の会社財産と社員持分の関係と同じである。組織的には定款の定めと社員総会、理事会によって管理運営されることになっており、医療法人のほとんどは「出資持分のある社団」(98%)となっており、「出資持分のない社団」は1%、財団法人は1%にしかすぎない。しかし、「出資持分のある社団」の場合にも、持分に応じた議決権は認められていないので、その運営は一人一票という協同組合原則に準拠しているものといえる。一方、財団医療法人の場合には、社員というものがいないので、当然のことながら社員総会はなく、寄付行為の定めと、理事制度と評議員制度のガバナンスのもとで管理運営されることになっている。

こうしたもとので、1985年の医療法の改正によって、一人医療法人というものが創設された。これは従来の医療法人では常勤医師3名以上が要件とされていたのに対して、常勤医師が1名でも法人化を可能とするものである。この点を除くと、従来の医療法人と基本的には同様な性格をもつものといえる。その最大のメリットは節税効果で、一人医療法人の所得については、個人所得税のように累進的でない、一定率課税の法人税が適用されるため、高額所得者の場合には減税となる点にある。また院長の所得が給与となるので、給与所得

控除が受けられたり、社員である妻、父、母などに対する給与の支払いが認められたりする。そのほか一般的な法人と個人の場合の経費の取り扱いの違いなどもある。こうしてある試算によれば、課税所得が5千万円の場合、節税額が529万円にも達するという。

1986年以降一人医療法人はその数が大幅に増大し、98年3月現在、医療法人全体の79%を占めるに至っている。したがって、今日、診療所を営む医療法人のほとんどが一人医療法人制をとっているものとみられる。医療法人に対する課税関係は、設立時の相続税、贈与税などの特別な取り扱いや、設立後における社会保険診療報酬の28%課税措置という所得計算の特例など複雑なものがあり、その詳細は専門書に譲ることとする。ともあれそれは今日の規制緩和された新「会社法」における、取締役1人の株式会社の先駆ともいえるものである。こうしたこともあって今日、医療の公共性と医療法人の私事性、営利性との間の矛盾はこれ以上放置できないところにきていたのである。

民法上の公益法人についても、その標榜する公益性に反し、行政庁の許認可で縛られ、官僚の天下り先となり、私益を追求していると思なされるものが少なくなく、その見直しは時間の問題となっていた。2002年からそのあり方の検討が始まり、一時は一般的な非営利法人制度の創設へと進むかともみられたが<sup>12)</sup>、最終的には2006年5月、「一般社団法人および一般財団法人に関する法律」の制定となり、あらゆる社団および財団が法人格を登記（準則主義）によって取得することが可能となった（2008年施行予定）。

さらに「公益社団法人および公益財団法人の認定等に関する法律」によって、民間の有識者による第三者機関が一般社団法人や一般財団法人の公益性を認定し、監督する制度が導入された。その結果、民法の公益法人規定その他ほとんどの条文が削除されることになり、営利法人の設立に関する民法第35条の規定も消滅した。それにともない2002年に導入された「中間法人」制度も廃止となった。なおこの間の経緯については粕谷信次氏（法政大学教授）の整理が役に立つ<sup>13)</sup>。

ここで問題となるのが、当初から議論の対象となってきた課税問題である。これまでの「原則非

課税」から「原則課税」へと転換し、一般社団法人と一般財団法人は営利会社並みの課税、公益社団法人と公益財団法人は非収益事業が免税、収益事業が課税になるものとみられるが、その税制上の結論は先送りされている。公益社団法人・公益財団法人が税制上の優遇を受けることになる公益目的事業としては、①学術、科学振興、②文化、芸術振興、③障害者、生活困窮者、事故・災害・犯罪の被害者への支援、④高齢者福祉の増進、⑤勤労意欲のある人への就労支援、⑥公衆衛生の向上など23の事業があげられている。そのあり方はアメリカのNPO税制のあり方にならったもので、しごく常識的なものといえる。

こうした公益法人制度改革については、その積極面あるいは消極面のいずれを重視するかによって評価が分かれる。NPOや協同組合などの市民組織からは支援税制が先送りされていること、法人のガバナンスに対する要求が厳しいと不満が表明されている。粕谷氏も公益性認定主体が最も懸念されるところであるとしている。しかし、渡辺光子氏（法政大学大学院博士課程）は、非分配や評議員制度といった法定項目を許容できるものであれば、協同労働の協同組合もワーカーズ・コレクティブも、ほぼありのままの姿で、法人化が可能になると<sup>14)</sup>、今回の改正の積極面を評価している。

#### （4）医療の非営利性と営利性

医療法における「非営利」を規定した根拠条文には、第7条5項と第54条がある。前者は「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。」とし、後者は「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」と規定している。両条項の関係をみると、第7条5項は、個人、法人を問わず、営利目的で医療施設を開設してはならないという「非営利」の原則を規定しているのに対し、第54条は医療法人を対象として、この原則を具体化し、剰余金の配当を禁止した規定ということができる。第7条5項の規定は「できる」規定なので、若干の曖昧性を残しているともいえるが、この規定にいう「非営利」こそ、医療におけ

る本来的な「非営利」を意味するものと理解されている<sup>15)</sup>。

ところで、病院経営への株式会社の参入に関連して、医療の非営利性と営利性をめぐってさまざまな議論が行われてきた。2004年12月に規制改革・民間開放推進会議が提出した第一次答申は「株式会社に医療法人の社員としての地位を与え、出資額に応じた議決権の付与を可能とすれば、医療法人へ出資するインセンティブが高まる」と、営利企業の医療への間接的な参入を提言している。これは医療法人を営利法人と同一視し、医療への営利企業の参入を促進しようとするものといえよう。

また2005年3月に閣議決定された「規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）」では、「現在、医療法人は医療法人に出資することはできないとされているが、医療法人制度改革の一環として、これを可能とするとともに、社員としての地位を与え、円滑なグループ経営やネットワーク化を実現し、効率的な医療供給体制を構築する。」としている。これは持株会社のような「グループ経営」への道を開こうとするもので、「住民や地域企業が運営面や資金面で支える開かれた民間非営利の事業体を構築」しようとするものといえる。その直接的な目的は、「経営上存続できない自治体病院を初めとした公的医療機関の移譲を積極的に受ける」ため、公的医療機関の経営への民間の参加を目指すものといえる。一方、厚労省は株式会社の導入など財界からの医療の「市場化」「営利化」の要求に一定抵抗する上からも、医療法の改正を準備するにあたって、医療法人の非営利性を強化する立場をとらざるをえないこととなった。

ここで公的医療保険制度の空洞化の進行と、混合診療のなし崩しの導入という現実の事態を考えると、改めて営利・非営利の原点に立ち返ってみる必要がある。社会保障学界では佐口 卓が「自由に医療経営を開業できること、および、商品としての医療を提供するかぎり営利性をもつ」<sup>16)</sup>としている。また国内最大の医療生協である医療生協さいたまの大野 博氏（副理事長）は、「医療がなぜ非営利であるべきかは必ずしも議論がつくされているとは言えない状況にある。」<sup>17)</sup>としている。

そこで以下、経済学の一般理論から改めて営利、

非営利なるものを検討してみる必要がでてくる。どのような事業であれ、独立採算原理に立ち、自立的、持続的な活動を行うためには剰余が必要になることを否定するものはいないであろう。剰余の存在そのことだけでは営利、非営利を峻別することはできないのである。そこで剰余の獲得を前提とした上で、二次的な非営利性の条件として「非分配制約」という縛りが必要になってくる。

アメリカの場合、法人は「営利法人と非営利法人（Non-Profit Corporation）とに分かれ、非営利法人は各州法によって規制される。」<sup>18)</sup>といわれる。そして内国歳入法上の非課税要件に当てはまる適格NPOと非適格NPOとに分けられている。これにならってわが国においても、剰余の「非分配制約」をもって非営利法人の条件とすることが一般的といつてよいであろう。

この営利・非営利をめぐる議論は、わが国の協同組合学界においても、古くから存在していた。わが国では協同組合は非営利の経済団体とされ、その所得に対しては税制上、会社企業の法人税率30%に対して、22%という軽減税率の適用が認められている。だが、この事実をもって非営利性の証しということではできないであろう。軽減税率とはいえ、収益事業からの課税所得がある限り、協同組合であっても営利性をもっているといわなくてはならないのである。欧米の法制で協同組合が営利企業とみられている理由でもある。わが国で非営利とみられているのは、むしろ例外的な対応といえよう。これは明治以来の協同組合に対する政府の上からの保護と規制の結果で、税制上の措置など政府の保護のもとに置かれている代わりに、その事業活動には様々な規制が課せられることになる。たとえば、組合員制による非組合員の利用の制限とか、事業活動分野の地域的制限などである。

このようにみえてくると生産分野であれ、流通分野であれ、市場での経済活動と関わり、経済的剰余を必要とする協同組合の場合、一般的・抽象的には営利性をもつものとみなされなくてはならない。協同組合研究者の中には協同組合に関わる市場は組合員によって構成される内部市場で、一般の市場とは異質のものであるとする主張が古くからみられるが、組合員制に類似した顧客の囲い込

みは株式会社企業にもよくみられるところであり、この理屈には無理がある。したがって、営利性は、倫理的、道徳的にはなく、市場経済に規定されるという視点から経済論的にとらえられなくてはならないのである。法律論の上では、「各協同組合は、公益の実現を直接の目的とするものではないから、公益法人とはいえず、また、組合自体の金銭的利益を図るものでもなく、かつ、組合員の利益を分配することを目的とするものでもないから、営利法人ともいえない。いわば中間型であるから、中間法人といえよう。」<sup>19)</sup>とされているが、これは折衷論といえよう。

「非分配制約」そのものについていうと、明快な規定で、分かりやすいというメリットがあるといえる。しかし、これにも経営トップへの高報酬、営利子会社への剰余の移転など、「暗黙の回路」の存在していることは常識となっており、その規制が問題となっている。絶対的な決め手とはいえないのである。

いま病院の開設主体別に税制上の相違についてみると、医療法人と医療法上、特別医療法人として収益事業を認められているものが、一般の企業並みに30%の法人税率を課せられているほか、特定医療法人が22%の軽減税率となっている。特定医療法人は公益性が強いということから、租税特別措置法（第67条）によって税制上の優遇措置が与えられているものである。特別医療法人は1998年の第3次医療法改正時に創設されたもので、経営安定の観点から収益事業の拡大を認められているが、特定医療法人のように税制上のメリットがあるわけでもなく、2006年現在全国に61を数えるに過ぎないという。

他方、日赤・済生会・厚生連など公的病院には、国立・公立・労働福祉事業団（労災病院）などとともに非課税という差別的な優遇措置が認められている。

そこで医療を資本主義の市場経済との関係で考えるとき、医療市場での医療サービスの需要・供給を通じて医療経営に経済的剰余が生まれてくる限り、医療にも営利性があるということにならざるをえないのである。したがって、経済学の一般理論の問題としては、市場での投下資本の運用成果として回収剰余を生み出す活動にはすべて営利

性があるということになるのである。

しかし医療について、これを一般の市場商品と異なるものと考えるとき、問題は異なってくる。医療は公共財（public goods）いわれたり、社会的共通資本（social common capital）と呼ばれたりしている。そして国別に実在している医療市場というものを具体的に考える時、国営医療や社会保険制度のもとでは、多かれ少なかれ医療市場には公的な規制がかけられており、完全市場というものは存在しないといつてよい。もともと医療市場は民間に開放されている場合でも、情報の非対称性など不完全な市場にとどまる。となると医療の営利性、非営利性ということも、「非分配制約」以前に、市場のあり方によって規定されてくるものといえるのである。アメリカのように医療が民間の営利企業の自由競争に委ねられている国では、当然のことながら営利性をもったものとなる。

しかし、国営医療の行われている国々では医療は市場で取引される商品ではなく、公共財ということになる。社会保険制度が採用され、様々な強い公的規制がかけられている日本のような国では、医療の市場性、営利性も制限されたものとなっており、準市場における準公共財とみなされなくてはならないであろう。医療収益も診療報酬が点数制による公定価格によって規制されているので、その限りでは価格競争は存在していないことになる。医療の供給面での質と信頼性のみが競争の手段となる。

こうして、公的な社会保険制度のもとでは、問題はあれ、医療は非営利性をもったものということになるのである。したがって、医療市場は「官製市場」といわれ、経済界の立場からその改革、民間への開放が要求されてくるのである<sup>20)</sup>。こうして医療は、一般の生産・流通におけるとは異なる公共性をもったものとして理解されなくてはならないのである。大野 博氏も「一般的な『公益性』によってではなく現在の医療が社会保険のシステムによって行われていることの方にウエイトを置いた説明の方が納得性が高いと考えている。」<sup>21)</sup>という。

一方、2000年から介護保険によって制度化された介護市場についてみると、地方公共団体、社会

福祉法人、医療法人、協同組合、NPOなどの非営利団体を初めとして、営利法人（会社）にいたる様々な組織が参入し、すでにその市場は混合市場になっている。なかでも最大のシェアを占めているのはコムスンやニチイに代表される営利法人であり、公的規制とともに営利法人と非営利組織との競争が事業所の経営に大きな影響を及ぼしてくる。

いま厚労省の調査<sup>22)</sup>によってみると、訪問系では、営利法人が訪問介護の48.2%、訪問入浴介護の30.5%を占めている。その他、福祉用具貸与の87.1%、特定施設入所者生活介護の76.1%、認知症対応型共同生活介護の47.3%と、営利法人が大きなシェアを占めているのが注目される。一方、非営利団体では社会福祉法人が訪問入浴介護で62.0%、短期入所生活介護で90.6%を占めているものの、協同組合やNPOは大きく立ち遅れている。

医療分野についても、内外の営利医療保険、ガン保険の進出とともに、公的医療保険が形骸化し、事実上の混合診療、自由診療の拡大が進んできている。いまや医療と福祉は公的規制による非営利の流れと市場化による営利の流れとの対抗の場となっているのである。医療の営利、非営利というのは観念的な議論によってではなく、こうした現実を踏まえなくてはならないものといえよう。

木下照嶽氏（明星大学名誉教授）によれば、一般の病院で報告されている営利事業の内容として、次のものがあげられている<sup>23)</sup>。①家庭健康管理会社、②介護施設、③健康センター、健康クリニック、④耐久医療器具会社、⑤不動産会社、⑥ヘルスフィットネスクラブ、⑦衛星クリニック、⑧緊急ケアセンター、⑨産業ケアセンター、⑩イメージングセンター、⑪心臓カテーテル法、⑫入院患者精神保健制度、⑬リハビリテーション制度、⑭プライマリケア・クリニック、⑮医療機関ビル、⑯外科センター、⑰ホームヘルス・ケア。

具体的には関連組織を利用して運営、系列化しているものといえるが、いずれも利益志向の子会社として運営するに適しているものとされる。

そのための具体的な手段として利用されているのがMS（Medical Service）法人で、医療行為以外のメディカル・サービスを提供している会社

である。医療法人は営利事業を営めないことになっているが、病院内売店の運営等の商品販売から始まり、業務の受託や不動産、医療システムの賃貸などがあげられる。院長の親族を代表取締役にして設立、医療サービスを医療法人とMS法人とに分散させる分散効果や節税効果があるといわれる。

いま病院経営の実態を把握する財務会計を、最新の病院会計準則（2004年改正版）についてみると、どういうことがいえるであろうか。一体その構造はどのようなものになっているのであろうか。ひと言でいうと、営利企業の会計原則の引き写しとすることができる。非営利組織の会計計算の構造が示されているわけではない。形式的には営利企業の損益計算の構造が採用されているのである。これでは形式上も非営利とはいえないことになる。その内容は営利的な経営を表わすものとなっているが、しかしその実体は、すでに述べてきたような理由からわが国では非営利性のものといわなくてはならない。ここに大きな矛盾が存在することになるが、これは現実の矛盾である。しかも、これは病院の会計準則であって、医療法人の会計基準はまだ制定されていないのである。

かねてから病院会計準則はあっても、医療法人の会計基準がないことが問題とされてきた。つまり事業所の会計準則はあっても、それを束ねる法人の会計基準がない限り、会計責任は完結し得ないのである。ここにきてようやくその環境がととのってきたとみられる。すでに厚労省から基準案の各病院団体への提示と意見聴取が始まったともいわれる。といっても特にサプライズするようなものはないであろう。すでに病院会計準則に導入されている①退職給付会計、②リース会計、③税効果会計、④キャッシュフロー計算書、⑤事業報告書などが予想される。問題は医療法人会計基準の制度化により、会計的管理を通じた採算原理と市場での競争関係による選別淘汰が厳しくなることである。

大野 博氏によれば、「ほとんどの医療生協は剰余金処分……にあたって役員や組合員への配分を行っていない。しかし、一部の医療生協は毎年度の剰余金処分にあたって、組合員出資金への配分を行って」<sup>24)</sup> いるという。根拠法が生協法なの



でその限りでは合法的といえよう。現在では1998年施行の「地方分権一括法」により生協法の解釈と適用は都道府県の権限になっており、「出資配当」を行っている医療生協は対応する県の承認を得ているという。組合員が行う「血圧チェック」や「大腸がんチェック」なども同様であろうといわれる<sup>25)</sup>。解散時の残余財産の分配についても、生協法では禁止されていないのである。

### (5) 医療法人制度の改革と社会医療法人

ところで厚労省による医療提供体制の改編と医療法人制度の改革の内容が、2006年の第5次医療法改正によって示された。改正法は医療法を初め会社法にいたる関連法律の改正と準用から構成された複雑なものとなっている。

医療法人制度の改革の柱としては以下のような点が上げられる。

- ① 剰余金はすべて医療に再投資され、社員の出資額に比例した剰余金の分配は認めないとなった。事業の非営利性、公益性から当然である。

旧法下では社団医療法人においての「出資配当」の実施は禁止されていたが、脱退、解散時の残余財産の分配は認められており、出資持分の譲渡や相続時の評価では非営利性という観点は存在していなかった。したがって、営利性との批判を免れることはできなかった。

新法下においては、解散時の残余財産は個人（出資者）への帰属が禁止され、国、地方公共団体や医療法人その他の厚生労働省令で定めるものに帰属させる「出資額限度医療法人」しか設立が許されないこととなった。この点是非営利性の徹底を図るものとして評価できるところである。

- ② 既存の医療法人は新法下の2007年4月以降も、そのままの内容で継続できるが、開業医による「節税」を目的とした出資持分のある一人医療法人は新規には認めないこととなった。これも積極的な点として評価できるところである。
- ③ 「救急医療等確保事業に係わる業務を実施」する社会医療法人の創設。救急医療の危機が

大きな社会問題となっている今日、意義のある点である。しかし、実際に既存の特定医療法人や特別医療法人のなかからどれだけのものが移行するかは不確定である。税制上の優遇措置や診療報酬のあり方如何にかかっているといえよう。

- ④ 社会医療法人の理事長は財産目録、貸借対照表および損益計算書を公認会計士または監査法人の監査を受け、利害関係者の請求に応じ監査報告書を閲覧に提供するとなった。経営の公開で、その公益性から当然のところといえよう。
- ⑤ 役員、社員（社団医療法人）、評議員（財団医療法人）への親族参加の制限、同一の親族等が占める割合が三分の一を超えてはならない。同族経営の否定であるが、これも当然のところである。
- ⑥ 医師・歯科医師以外でも理事長に就任できることになった。これはかねてからの経済界の要求でもあったが、法人のトップに民間の企業経営者が座り、経営の効率化を進めさせようとするものである。一面では近代化を促進する条件となるが、営利企業の経験が医療経営にそのまま適用できるかどうか問題が残るところである。
- ⑦ 役員報酬規定の情報開示が求められることになった。（その代わり、特定・特別医療法人の要件である役職員の3,600万円給与上限規制は撤廃）。これはディスクロージャを通じて間接的に営利追求を規制しようとするものといえる。
- ⑧ 収益事業、児童福祉・障害者福祉・介護福祉事業を解禁し、地域において医療から福祉にまでまたがる多様な事業展開が一貫してできるようにした。医療経営の安定化を図る方策といえるが、福祉事業の営利化にともなって、医療経営の営利化を促進することになるかどうか問題が残ろう。
- ⑨ ポジティブリストで広告できる事項を拡大する反面、広告規制に反した場合には罰則が強化された。住民の関心事に答えようとするものといえるが、どこまで有効な規制がなされるかが問われる。

- ⑩ 医療法改正に伴う税制改正は2006年度で具体的な措置を行う予定となっているが、特定医療法人でかつ社会医療法人の場合、公募債の発行や収益事業の実施等が可能になっても、これまでの特定医療法人の法人税率と同じ22%が適用されるというだけでは、あまりインセンティブにはならないであろう。

以上にみるような「出資額限度医療法人」制度によって、医療法人の剰余の分配に歯止めをかける一方、新たな「社会医療法人」制度が導入されることとなった。「社会医療法人」は「住民にとって必要とされる公益性の高い医療」を実施することを、その認定要件としている。すなわち、通常提供される医療と比較して、継続的な医療の提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、住民にとってなくてはならない医療として、具体的には救急医療等確保事業の実施が義務づけられている。その限りで社会的必要に応えるものとみられるが、都道府県知事の認定を受ければ、収益事業もできるとされており、開設する医療機関、介護老健施設の経営に充てることを目的として、現行の特別医療法人と同様、収益事業を行なうことができるとなっている。

さらに救急医療等確保事業のために、医療法人債を発行できるとなっている。その目的は「救急医療等確保事業の実施に資するため」で、収益事業に充ててはならないという制限が付されているが、資金使途の制限は明文化されていない。これは社会的医療の資金調達を、資本市場から行うことを可能にするもので、株式会社等の営利法人から社会医療法人が資金の支援を受けることは認められており、法人債の購入者は制限されていない。

その結果、強制ではないが債券の発行にあたっての「格付け」が基本情報として不可欠になり、市場原理と経営の効率化が強制されることになる。社会医療法人債は政令で定めるところにより社債とみなされ、有価証券の範囲に含まれる。法人債の利子支払いは、每期定額の支払いで、利益に変動して支払われることはないので、利益配当とはならず、医療法第54条の剰余金配当禁止に抵触はしないとされる。しかし、資金の提供者は金融機関であり、銀行等は営利企業なので金融市場の動向によって医療経営が左右されることは避け

られない。利子支払いと利益配当とはともに市場の法則によって規定されることになるのである。

また、一定規模以上の社会医療法人を対象に、財産目録、貸借対照表、損益計算書について、公認会計士または監査法人による監査が義務づけられる。これは財務諸表や事業報告書が都道府県を通じて一般に開示、患者など住民が経営内容を確認することが可能になることから当然といえよう。ただし、『日本経済新聞』の「医療と健康に関する調査」<sup>26)</sup>では医療機関に公表してもらいたい情報として、「経営状況」は5%に満たないといわれる。医療施設や医療技術など医療の質に係る情報のように、患者の利害に直接に係るものではないが、経営の存続性に関して間接的には関係を持ってくるので、当然といえる。しかし、CSRとしての社会責任情報との関連をもたせることが必要になろう。

また、法人債権者は社会医療法人に対して議決権を行使できないが、法人債権者集会を組織し、債権者の「利害に関する」事項について決議することができるとなっている。法人のガバナンスに関するものといえる。医療法人と営利を目的とする法人との関係に関して、民間非営利部門の医療法人と株式会社をはじめとする営利を目的とする法人との適切な関係を担保することは、社会保険診療という医療サービスを提供する医療法人に対する地域社会からの信頼を確立する上で重要であるとされる。このため、医療法人の役員等が株式会社など営利を目的とする法人の役員等を兼任している場合であって、かつ当該営利を目的とする法人から当該医療法人が資金の支援等を受けているときは、当該医療法人において関連する営利を目的とする法人の名称等を開示しなければならない取り扱いとすべきであるとされる。

また、役員等に対する特別な利益供与等（勤務実態の乏しい理事に対して高額な役員報酬を支給している場合）や、理事長に対し金銭の貸付があり、返済されていない場合には、特別な利益供与があるものと認定され、社会医療法人の取り消し事由に該当するおそれがある。収益業務から生じた収益を社会医療法人が開設する病院・診療所・介護老健施設の経営に充てないときも同様である。

ところで、厚労省は医業経営の非営利性・公益

性の徹底による国民の信頼の確保が医業経営改革に必要と考え、医業経営の非営利性に関する検討を進め、2005年7月22日、「医業経営の非営利性等に関する検討会」報告「医療法人制度改革の考え方～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿」を発表した。そこでは民間非営利部門の医療法人を中心として地域の医療体制を考えなくてはならないと、そのためにも従来の公的医療機関が担ってきた機能についても、民間非営利部門の医療法人が積極的に担うことが求められるとしている。

従来は、「救急医療など収益性の低い医療は公立病院でなければ実施できない」といったことが暗に前提とされていたが、今後は、どのような医療サービスであっても、地域で効率的に提供されるためにはどうすればよいのか、という観点から医療提供体制のあり方を考える必要があるとする。また、財政的な支援を行う場合には、救急医療やへき地医療など地域社会にとってなくてはならない「公益性の高い医療サービス」の実施を支援することを基本として考えるべきであるとする。

今後は民間非営利部門の医療法人と都道府県との関係が重要になってくる。今後の都道府県の役割は、自らが自治体立病院を設置して直接的に医療サービスを提供する役割から極力撤退し、医療サービスに係るルールを調整する役割、医療サービスの安全性やアクセスの公平性を確保する役割等へ転換することが求められるとしている。

また、医療法第42条、44条第2項第3号で、指定管理者制度が明文化されたことも重要である。これは公の施設を第三者に運営させる第三者委託方式と自ら設立した医療法人によって運営する自主運営方式とがあるが、指定管理者制度は公設民営であるため、通常土地・建物等の初期投資がかからない、医師、看護師等の職員についても民間の給与体系を適用することによって利益を生み出す可能性が高くなる。厚労省は、公的医療機関が社会医療法人になることは予想していないとして、現行の特定医療法人に対して、「特定医療法人かつ社会医療法人」への移行を呼びかけている。また、公共サービス改革法が地方自治体の窓口業務以外に、病院事業に適用されると、自治体病院の管理運営について競争入札を行い、社会医療法人

が担うケースが生じるとみられる。

根本 守氏（公認会計士）は医療法人制度の改革を「改悪」と断じている。公認会計士共同事務所「協働」のホームページからその趣旨をうかがうと、以下のような厳しい見方を示されている。

「基本的には、国や地方自治体の赤字財政を減らすために、公的医療福祉への財政負担を少なくするために、国公立病院施設や事業を『民営化』または『市場化』するための法改定であり、厚労省なりの一つの対応策が『社会医療法人制度』の新設である。」「したがって、この新制度の適用により、地域住民に貢献する医療供給体制の充実が期待できるかという、むしろ後退を少し食い止める程度としてしか期待できないものと思量される。結局、大手民間病院チェーンらの勢力拡大をもたらしたり、公的病院の『民営化』の受け皿の医療機関制度となっていくものと推察される。」<sup>27)</sup>

また日野秀逸氏（東北大学教授）も、『しんぶん赤旗』紙上で、これを営利的な性格をもつ民間の医療法人を公立病院にとってかえようとするものと問題視している<sup>28)</sup>。

山下 護氏（厚労省医政局指導課課長補佐）も、これまで自治体病院に依存してきた救急、小児、周産期医療など「公益性の高い医療」を民間病院に肩代わりさせるためのスキームとして、そうした民間病院を支援するために「社会医療法人」という新しい法人類型を創設したと述べているところである。いいかえると「これまで自治体病院に回っていた公費を社会医療法人へ移行した民間病院にシフトして、今後もこうした公益性の高い医療に投入していきます。」<sup>29)</sup>という。「官から民へ」の政策の具体化なのである。そのために社会福祉事業に加え、収益事業も認めるとともに、公募債の発行により市場からの資金の調達を促進させようというのであるが、最終的に「社会医療法人」に手を上げるものがどの位出てくるかは、優遇税制措置がどのへんに落ち着くにかかっているものとみられている。

要件さえ満たせば、どの法人類型でも社会医療法人に移行できるが、竹内 実氏（社会医療法人協議会代表幹事、前特別医療法人即仁会北広島病院理事長）によると、最も近い位置にいるのは特別・特定医療法人とされ、現在、特定医療法人、

特別医療法人は全国で約450程度とみられるので、県平均では10カ所を下回っているという。社会医療法人になる病院の平均2百床程度とみて、必要病床数から計算すると、少なくとも1,000カ所は必要とされている<sup>30)</sup>

したがって、医療法人制度の改革は、「出資限度医療法人」と「社会医療法人」とにみられるよう、現行の医療法人制度から営利性の余地を一掃し、非営利性を徹底させたものとして、制度的、形式的にはそれなりの意義を認めることができるが、政策的、実質的にはわが国医療の営利性を拡大する矛盾を抱えたものになっている。「社会医療法人」の行方は、自治体病院とそこで働いている医療関係者にとっては具体的に大きな影響をもたらすことになる一方、地域住民の立場からは地域の医療を担っている民間病院をどう活用しうるのが残された課題になるものといえよう。つまり、制度改革は単純なものではなく、一面では積極的・肯定的な内容をもつとともに、他面では消極的・否定的な内容をもつという二面的なものとみなくてはならないのである。したがって、オール・オア・ナッシングというようには対応することは難しいものといえる。問題はマイナスの面を抑え、プラスの面をどう伸ばしていけるか、国民的な医療運動のいかにかかっているものといえよう。

## (6) 社会的企業と医療法人

ところで伝統的な営利・非営利という二分法に、近年新しい要素が発生してきているのが注目される。それは「社会的企業」の台頭である。すでにわが国でも欧米の翻訳書などを通じて紹介されているものであるが、イギリスの貿易産業省 (DTI) が実施したその全国調査によると、その定義はきわめて包括的で、その法人形態は多様なものとなっている。保証有限責任会社 (company limited by guarantee: CLG)、産業・共済組合 (industrial and provident societies: IPS)、株式会社 (company limited by shares: CLS) から法人格のない任意団体や登録チャリティまで含まれているとされる。そして最近では2004年の会社法改正を機に社会的企業を法的に認知する法人格として新たにコミュニティ利益会社 (community inter-

est company: CIC) なるものが導入されている。CIC では株式会社と非営利法人双方の「強み」を生かし、「弱み」を補うことで、事業性と社会貢献性の両立が企図されているものと見られる。そこでは株式による資金調達も可能とされている。しかし税制上のメリットがないため、既存の社会的企業が CIC に移行するものはごくわずかのとどまっているのが現状である。

塚本一郎氏 (明治大学教授) は社会的企業を「営利」と「非営利」のハイブリッド」として、その意義を以下の4点に整理している<sup>31)</sup>。

- ①「ビジネス=営利」という発想の転換 (営利と非営利のハイブリッド)
- ②社会的貢献の新しいモデル (ビジネスと社会的貢献のハイブリッド)
- ③NPO のビジネス・モデル (持続可能性)
- ④社会的資本 (social capital) とビジネスの結合

一方、協同組合も、イタリアの社会的協同組合にみられるように、共益の追求にとどまらず、公益をも目的とするようになってきている。イタリアの社会的協同組合にみられるように、「社会的」という形容詞を企業形態の頭に冠すると公的助成が得易いということがあり、「社会的企業」の先駆となったということが出来る。わが国では先にみた社会医療法人という独自の法人形態が創設されるに至っている。

この社会的企業の捉え方について、わが国では二つの傾向が認められる。それは「社会的企業」の概念の包括性、多様性のしからしめるところとすることができるが、同時に論者の「社会的企業」に対する思い入れから一面的な解釈におちいつているところもみられる。その一つは「社会的企業研究会」に結集した市民運動家や研究者にみられるものである。ヨーロッパの「社会的経済」研究の流れを受け継いだもので、「サードセクター」から「社会的企業」へという発想に立っている。その典型は『勃興する社会的企業と社会的経済』(同時代社、2006年)に示されている。その源流となっているヨーロッパにおける動向については、C. ボルザガ/J. ドゥフルニ [編]・内山哲朗・石塚秀雄・柳沢敏勝 [訳]『社会的企業』(日本経済評論社、2004年)、中川雄一郎『社会的企業と

コミュニティの再生』(大月書店, 2005年)によって解明されている。

もう一つは企業経営論の立場からの研究で、CSR 経営の代表的研究者である谷本寛治氏(一橋大学教授)が編著者となった『ソーシャル・エンタープライズ』(中央経済社, 2006年)に代表されるものである。ここではソーシャル・イノベーションとかソーシャル・アントレプレナーということが重視されている。谷本氏はヨーロッパにおけるソーシャル・エンタープライズの多くの議論では、組織の「社会的所有・管理」をソーシャル・エンタープライズの基本的な要件とする考え方があるとして、このヨーロッパにおける協同組合的発想、あるいはイギリスのコミュニティ・ビジネスにおける社会的管理の概念に限定することなく、ヨーロッパ的な協同性、民主性を基本とするより広い事業形態もその一つの可能性として捉えている。谷本編著では、イギリスや日本についてもアメリカ型の存在に力が入れられ論じられている割には、その他の側面の取り上げ方が十分とはいえず、必ずしも包括的とはいえない点もあるが、「社会的企業」をヨーロッパの社会的経済の土壌におけるものとしてだけとらえる論者に対して、「社会的課題に取り組むソーシャル・エンタープライズの多様な可能性を構想し、広げていくという理解が欠けている。」<sup>32)</sup>と批判している。

谷本氏がどの論者の所論を問題としているのかは、具体的な引用がないので、不明であるが、ここでの論点に関する限り谷本氏の側にも一理あると考えられる。しかし、問題がないわけではない。同書では「第7章日本におけるソーシャル・エンタープライズの胎動」として、日本のソーシャル・エンタープライズの事例研究を行っており、これまでの文献では一番詳しいものといってよいであろう。障害者福祉、高齢者福祉、女性の再就職など様々な分野の事例をとりあげている。そしてその組織形態は有限会社、株式会社などの会社形態、NPO 法人、社会福祉法人などさまざまな形態に及んでいることがわかる。しかし、医療生協や医療法人などの医療・福祉の分野には及んでいない。その意味では十分に包括的なものとはいえないであろう。

それに対して、藤井淳史氏(立教大学助教授)

はイギリスの社会的企業について「福祉国家のリストラクチャリング」の視点から取り上げ、その財政が政府からの補助金と事業委託費に依存している現実を問題とし、谷本寛治氏など経営学者の議論を批判している<sup>33)</sup>。

一見対立的に見える二つの傾向ではあるが、ともに欧米における社会的企業の概念に含まれている二つの側面の一方を取り出したもので、どちらか一方だけを強調して理論を構築するのは一面的といえよう。現代資本主義の経済システムにおける政府、市場のあり方との関係において、社会的企業の存在をどう捉えるか、企業改革の展望が問題になるものといえよう。

ところで民間部門において非営利・協同セクターの一員としての自己認識にたつて、医療・福祉の活動をしている組織に民医連(全日本民主医療機関連合会)がある。戦前の産業組合の医療利用組合や無産者診療所運動の伝統を受け継いだ民主診療所、医療生協の運動を基に、戦後1953年に全国連合会を結成し、今日に至っている。民医連綱領、医療・福祉宣言を掲げている全国47都道府県を網羅した医療機関・福祉事業所の連合体で、その数は病院、診療所、薬局、高齢者施設、看護学校など1,700を越し、常勤の医師・歯科医師3,600人、職員の総数は6万人を超えている。医療機関としては一日外来約9万人とわが国の医療の一定部分を担い、事業規模は年間約5,000億円に達している。わが国の非営利・協同セクターの事業規模としては有数のものといえよう。

私は社会的企業の二つの側面を摘出し、一応ヨーロッパ型とアメリカ型とに整理している。そして「働くものの医療機関を目指してきた民医連(全日本民主医療機関連合会)を、日本で独自に発達した民間の非営利・協同組織として、貧困者や社会的弱者の医療・福祉のために力を入れて活動している事業体」として評価している<sup>34)</sup>。ボルザガ・ドゥフルニもその著書の日本語版への序文において農協、医療生協、民医連に注目しているところである。私は以前、「株式会社の協同組合化」と「協同組合の株式会社化」ということを唱えたことがあった<sup>35)</sup>が、社会的企業はそれへの一つの接近形態とみることができるかもしれないと思っている。ともあれそれはいまだ「可能性における企

業」であり、「未来の企業」のあり方を示すものとして注目されるものである。

すでに世界の協同組合セクターでは、株式会社による子会社経営は一般のものとしてされており、日本でも農協、生協など大規模組織では子会社経営が広くみられるところである。世界の協同組合のホープとみなされるスペイン・バスク地方のMCC（モンドラゴン協同組合企業体）では海外への多国籍的な展開までもみられる<sup>36)</sup>。モンドラゴン研究の第一人者・石塚秀雄氏は「モンドラゴンにおいては、実は企業形態も、協同組合だけでなく株式会社も子会社・関連会社として持っている。」<sup>37)</sup>ことを指摘している。したがって、これらをどのように位置づけ、評価するかは非営利・協同の研究に課せられた大きな課題といえよう。

民医連組織の内部においても、本体から各種事業が分離独立するという事例にはこと欠かない。いまその典型的事例をあげるならば、庄内医療生協と東京の下町で医療・介護事業を展開している健和会の事例があげられる。前者は連邦制をとっている山形県の生活協同組合共立社から分離独立したもので、今日、本業の医療活動のほか、庄内まちづくり協同組合「虹」をつくってケア付き高齢者住宅に挑戦、「地域協同組合連合」を結成しているものである。後者は特定医療法人財団健和会という法人格をもつとともに、「医療福祉協同組合」という協同組合連合を組織しており、18法人、120の事業所に非常勤を含め2,300人の職員が働いている。本体の健和会の規模拡大とともに、地域に分化した形をとってきているのであるが、個別の地域組織のなかには株式会社を初め各種の企業形態が含まれており、組織形態のオンパレードともいえる。これは観念からではなく、巨大化の弊害を避け、地域に根づくという現実の必要から生まれたものとみられる。したがって、実体的にも協同組合連合とみることができるものである。また民医連本体では医療法人と医療生協とが数の上では半々を占めるとともに、設立主体を異にする非営利・協同組織の連携も広がっている。埼玉県の上野市では医療法人財団東京勤医会の病院と労働者協同組合センター事業団やワーカーズ・コレクティブとの連携が発展してきている。ワーカーズのなかには適当な法人組織が見出せないで、

「人格なき社団」にとどまったまま、事業活動を展開しているところもある。さらには非営利・協同組織と一般の営利企業との連携も十分考えられるところである。

一般の医療法人のところでは、非営利・協同セクターよりも一歩先んじてINH（Integrated Health Network）として保健・医療・福祉の複合体が展開している<sup>38)</sup>。医療を取り巻く内外の環境変化は医療機関に生き残りのための戦略としてそうした垂直的、水平的統合・分化を要求しているのである。非営利・協同を志向するところにおいても、そうした対応に立ち遅れないことが求められている。そこで非営利・協同の組織を中心に位置づけながら、多様な法人組織のネットワークを形成することには大きな意義があるといえよう。

行政においても1997年の第三次医療法改正以来、多くの診療科目を持つ総合病院という考え方はなくなっているといわれる。「一つの病院での総合ではなく、地域全体での総合医療」への政策転換がいわれ、2001年の第四次医療法改正では地域連携が重視され、病院同士での機能分化が主張されている<sup>39)</sup>。地域医療・福祉の分野についても、介護の地域密着型サービスの創設が強調されている。小規模多機能型居宅介護の具体化が求められてきているのである。

2006年5月からの新「会社法」は非営利・協同組織的な株式会社の運用を十分可能にする。新「会社法」では株主の利益配当請求権・残余財産分配請求権（105条）が認められているのは明らかなので、会社の営利性を制度的に否定するものではないが、しかし、旧商法（52条2項）にあった、会社とは「営利を目的とする社団」という規定が消えているのも事実で、定款自治の範囲内で社会貢献のために会社を使うことは可能といえる。また、協同組合原則的な「頭数多数決」も、有限会社法の時代から会社法上においても認められており、別段新しいものではないともいわれる<sup>40)</sup>。会社に対する社会的ニーズは多様となっており、現に上記のようなかたちで運用をしている株式会社も存在している。会社形態を利用しているからといって、直ちに営利追求目的のものとはいえないし、その必要もないであろう。

非営利の医療を志向する民医連院所でも、薬局、

給食、移送、介護など付帯事業は株式会社形態をとり、営利組織の形式の下で営まれているところが多くなっている。さらに最近では「行政の一端を担う事業への挑戦や、必要な場合、他団体と非営利・協同の立場で事業の共同も追求すべき課題です。」<sup>41)</sup>ということも提起されている。これらをどのように位置づけることができるかが問題となるところであろう。株式会社形態を利用しているからといって営利のみを目的とするものとみなすべきではなく、社会的企業のように社会的事業に相応しいものもありうるのである。また、現在公益法人形態をとっていて、非課税のメリットを享受している民医連病院についても、やがて社会医療法人に移行すべきかどうか問題となってくるであろう。

2006年の医療法人制度の改革（2007年4月1日施行）は、既存の組織については「持分あり法人」を含めてそのままの存続が認められているので、直ちに現場に大きな影響をもたらすとは考えられない。しかし、新設法人についてはすべて「持分あり法人」は認められず、残余財産の帰属についても「国、地方公共団体又は他の医療法人に帰属させる」となっている。主として協同組合法制に依拠していたわが国における非営利概念は、ここで大きな影響をうけざるをえなくなってくるものといえよう。

時間はかかるが、新しい「出資額限度医療法人」や「社会医療法人」は、やがては医療組織全体のなかで、然るべき地位を占め、役割を果たすようになるという可能性を考えるならば、非営利・協同の運動はこれに無関心ではできないであろう。非営利・協同組織と営利企業とのネットワーク化、その経済民主主義的な展開という可能性を考えてみると、21世紀社会では非営利・協同組織を中心にした、さまざまな企業形態の連携した経済民主主義的なネットワークの拡大発展が求められてくることになる。こうしたなかで社会的企業としての医療法人ということも展望されてくるのである。

1) 馬渡耕史「医師の絶対的不足が地域医療・病院医療崩壊の危機を招いている」『民医連医療』2006年11月、42ページ。

- 2) OECD 編著／阿萬哲也訳『世界の医療制度改革』明石書店、2005、94ページ。
- 3) OECD 編著／伊藤友里訳『図表でみる世界の医療』明石書店、2004年、37～39ページ。
- 4) 倉田 聡「医療保険法の現状と課題」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第4巻医療保障法・介護保障法』法律文化社、2001年、48ページ。
- 5) 『日本経済新聞』2006年7月13日付。
- 6) 青木郁夫ほか『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』、非営利・協同総合研究所のちとくらし、2006年。
- 7) 岩瀬俊郎「国民皆保険制度の歴史と現実」『中小商工業研究』2006年7月号、58ページ。
- 8) 厚労省大臣官房統計情報部編『平成14年医療施設調査病院報告上巻』102ページ。
- 9) 非営利・協同総合研究所のちとくらし・ワーキンググループ報告書no.1、『公私病院経営の分析』2006年3月。
- 10) 藤井誠一『医療経営の税務と会計』医歯業出版、1962年、54ページ。
- 11) 森泉 章『新・法人入門』有斐閣、2004年、7ページ。
- 12) 能見喜久・雨宮孝子「公益法人改革上、下」『日本経済新聞』2004年10月13～14日付。
- 13) 粕谷信次「なぜ、T・ジャンテ氏を招請して、シンポジウムを開催するか」『勃興する社会的企業と社会的経済』同時代社、2006年、195～204ページ。
- 14) 渡辺光子「公益法人制度改革と協同労働の協同組合法を考える」『協同の発見』第168号、2006年7月号、24ページ。
- 15) 「医療法人制度改革に関する意見」社団法人日本医療法人協会、2005年6月10日。
- 16) 佐口 卓『医療の社会化第二版』勁草書房、1982年、23ページ。
- 17) 大野 博「『協同組合による病院経営の意義と可能性』に関する考察」医療経済学会第13回研究例会レジメ、4ページ。
- 18) 森泉 章、前掲書、15ページ。
- 19) 森泉 章、前掲書、13ページ。
- 20) 八代尚宏編『「官製市場」改革』日本経済新聞社、2005年。
- 21) 大野 博、前稿4ページ。
- 22) 厚労省「平成16年介護サービス施設・事業所調

査結果の概況」

- 23) 木下照嶽ほか編著『病院管理会計—高齢社会の病院経営／医療サービス』五弦舎, 2006年, 174ページ。
- 24) 大野 博, 前稿 4 ページ。
- 25) 大野 博, 前稿 9 ページ。
- 26) 『日本経済新聞』2005年7月10日付。
- 27) <http://www.kyodo-cpa.com/syokai/index.html>
- 28) 『しんぶん赤旗』2006年8月18日付。
- 29) 山下 護『Phase 3』日本医療企画, 2006年9月, 21~22ページ。
- 30) 竹内 実『Phase 3』日本医療企画, 2006年9月, 24ページ。
- 31) 塚本一郎「社会的企業:「営利」と「非営利」のハイブリッド」原田勝広・塚本一郎編著『ボータレス化するCSR』同文館出版, 253-254ページ。
- 32) 谷本寛治編著『ソーシャル・エンタープライズ』中央経済社, 2006年, 44ページ。
- 33) 藤井淳史「『福祉国家のリストラクチャリング』と社会的企業」『協同組合研究』第25巻第1号, 2006年6月, 6 ページ。
- 34) 角瀬保雄『企業とは何か』学習の友社, 2005年, 180~182ページ。
- 35) 角瀬保雄「協同の理念と企業変革」『仕事の発見』no.21, 1992年3月。
- 36) いのちとくらし別冊 no. 2, 『スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材』報告書・2006年3月。
- 37) 石塚秀雄「モンドラゴン協同組合と協同労働の概念」協同組合経営研究所『協同組合経営研究誌にじ』No.615, 2006秋号, 108ページ。
- 38) 二木 立『保健・医療・福祉複合体』医学書院, 1998年。
- 39) 真野俊樹『入門医療経済学』中公新書, 2006年, 222ページ。
- 40) 柴田 暁「『協同労働の協同組合法~その歴史的意義と現代的意味~』へのコメント」『協同の発見』第169号, 2006年8月, 9 ページ。
- 41) 「全日本民医連第37回定期総会運動方針」, 月刊民医連資料別冊, 2006年4月, 16ページ。