

平成 27 年度 宮城大学大学院
博士論文

医療法人の非営利性に関する研究
～ステークホルダーと剰余金に着目して～

事業構想学研究科博士後期課程
地域・社会システム領域
学籍番号 20855001
大内健太郎

博士論文要旨

研究科	事業構想学研究科		
専門領域	地域・社会システム領域	指導教員	坂本 眞一郎
学籍番号	20855001	氏 名	大内 健太郎
研究題目	医療法人の非営利性に関する研究 ～ステークホルダーと剰余金に着目して～		
<p>本研究では以下の5点を目的とした。① 医療法人に非営利性が必要である理由及び医療法人において存在する剰余金が特分に依りて出資者に帰属する事象の問題点を考察する。② 医療法人のわが国「保健医療システム」上の位置づけを考察し、そのうえで医療法人の収益の源泉を示し、医療法人の剰余金の源泉を明らかにする。③ 医療法人の経営の実態を明らかにすることを試みる。そのうえで剰余金の蓄積について、診療内容の種類などの診療報酬などの制度上に理由が存在する可能性を検証する。④ 医療法人のステークホルダーを明らかにした上で、医療法人がだれのために経営されるべきか検討する。⑤⑥～⑧ によって示された知見から、医療法人に関して存在する問題点を明確にする。それを踏まえて医療法人制度構築の今後の方向性を示すとともに改善方策について検討を行う。</p> <p>方法として、まず、著書、論文、各種政府刊行物などを精査し、医業経営の公益性に関する議論と非営利性に関する議論を整理し、わが国における医療法人の位置づけを公益性の観点と非営利性の観点から整理した。次に医療法人の事業報告書を収集し、宮城県の医科の診療所、病院を経営するすべての医療法人を対象として一年あたりの剰余金蓄積額に差異が生じているか、独自の指標を作成し検討した。さらに剰余金の蓄積の要因を考察した。</p> <p>続いて医療法人はだれのために経営されるべきかという議論を明確にするべく、医療法人のステークホルダーを制度上の位置づけ及び医療法人の収益の源泉を検討することにより示した。その上で、現在のわが国の医療法人における経営の実態とあるべき方向性の乖離の存在を考察した。</p> <p>結果として、わが国において医療は国家が提供するべき公益なものとして位置づけられていることを示した。宮城県の医療法人において、剰余金の総額、1年あたりの剰余金の蓄積には差異が存在し、資金面での継続性は均一ではない実態が示された。剰余金の蓄積の差異に診療報酬制度から生じた理由が存在する可能性を示した。</p> <p>次に、医療法人は制度上の位置づけ及び収益の源泉の多くを診療報酬制度や公費負担医療制度から得ており、公的な「保健医療システム」の一部と捉えられることを示した。従って、医療法人の利益を考慮すべき主たるステークホルダーは、患者と共に納税者と社会医療保険の被保険者であることを提示した。さらに、医療法人において出資者が出資により得る利益は、患者の利益とは対立しないが、納税者や社会医療保険の被保険者の利益とは相反することを指摘した。従って、わが国において医療法人は公的な「保健医療システム」の一員として、非営利で経営されることが妥当であり、剰余金が出資者という私人に帰属することは解消すべき課題であることを明らかにした。</p> <p>本研究により、今後の診療報酬改定などの医療提供に関わる政策において納税者及び社会医療保険の被保険者などの利益のためという視点をもたらし、実態に則したわが国医療制度の構築に資する可能性があるといえる。</p>			

目次

第 1 章 はじめに	7
1.1.研究背景	8
1.2.本研究の問題意識	12
1.3.本研究の目的	14
1.4.本研究の方法	15
第 2 章 医療法人の位置づけ	17
2.1.はじめに.....	18
2.2.公益の定義	19
2.3.医療の公益性に関する議論.....	20
2.4.医療に求められる非営利性	21
2.5.医療法人に求められる非営利性	22
2.6.医療法人の剰余金	22
2.7.医療法人の剰余金の現状	23
2.8.現在の日本の医療法人制度の公益性、非営利性に関する問題点	24
2.9.考察	25
2.10.小括	26
第 3 章 宮城県管轄の医療法人における収益性の差異の検討	27
3.1.はじめに.....	28
3.2.医療法人の「利益剰余金」.....	31
3.2.1.医療法人の「利益剰余金」と「残余財産」.....	31
3.2.2.わが国の医療法人の「利益剰余金」における問題点の指摘と医療法人の位置 づけ.....	31
3.2.3.不採算医療	32
3.3.先行研究	34
3.4.調査方法	37
3.4.1.指標の作成	38
3.4.1.1.わが国における「透析」の概況	38
3.4.1.2.わが国の国民医療費と「透析」	39
3.4.1.3.«透析»の診療報酬の変遷	39
3.4.1.4.宮城県の«透析»の現状	40
3.4.1.5.わが国における«透析»の種類と現状	41

3.4.1.6.本研究で用いた指標	41
3.4.2.類型化	42
3.4.2.1.類型化(施設経営)	43
3.4.2.2. 類型化(診療内容)	43
3.5.結果	44
3.5.1.宮城県の医療法人全体の状況	44
3.5.2.多角経営型の医療法人と単一の施設を経営する医療法人全体の状況	44
3.5.3.宮城県における多角経営と単一経営の医療法人の類型による経営状態	45
3.5.4.«透析»に関する収益性分析	46
3.6.考察	47
3.7.今後の課題	50
3.8.小括	50
第4章 ステークホルダーに着目した医療法人の持分に関する検討	52
4.1.はじめに	53
4.1.1.«保健医療システム»	54
4.1.2.医療法人の現状	55
4.1.3.医療法人制度改革における持分に関する議論	56
4.1.4.先行研究	58
4.2.医療の位置づけ	59
4.2.1.«保健医療システム»に関する議論	59
4.2.2.社会的共通資本の観点による医療法人の持分の問題点	61
4.2.3.医療におけるステークホルダー	62
4.3.本研究におけるステークホルダー	62
4.4.医療法人のステークホルダーに関する検討	63
4.4.1.医療法人の収益構造	63
4.4.2.医療法人のステークホルダー	64
4.5.医療法人の課題の検討	66
4.5.1.医療法人は誰の利益のために経営されるべきか	66
4.5.2.医療法人の経営成果をだれが、いかに監視すべきか	67
4.5.3. 医療法人の経営者の業績にいかに関与すべきか	67
4.6.小括	68
第5章 医療法人における課題の解消策	70

5.1.医療法人の情報開示制度の課題とその解消方策の検討	71
5.1.1.医療法人の情報開示制度の現状：医療法人会計基準	71
5.1.2.医療法人の情報開示と制度上のステークホルダー	71
5.2.CSVの観点から医療法人を検討する必要性	72
5.3.医療法人の剰余金問題の解消方策に関する考察	73
5.3.1.留保金課税	74
5.3.1.1.特定同族会社における留保金課税制度の目的	74
5.3.1.2.特定同族会社における留保金課税制度の現状	75
5.4.医療法人	76
5.4.1.医療法人の剰余金	76
5.4.2.医療の特殊性と剰余金の蓄積	76
5.5.医療法人における留保金課税導入の検討	77
5.5.1.留保金課税導入の目的の医療法人への適用の整合性	77
5.5.2.医療法人における留保金課税制度導入の検討	77
5.6.小括	79
第6章 結論	80
6.1.本研究の結論	81
6.2.本研究の意義	84
謝辞	84
図表	86
表 1:1967～1999年 透析の診療報酬点数の変遷(単位:点)	87
表 2:2000～2010年 透析の診療報酬点数の変遷(単位:点)	88
表 3:宮城県の病院・診療所別透析状況(2009年)	90
表 4:宮城県の経営主体別透析状況(2009年)	90
表 5:わが国の開設主体別医療施設数(2009年10月1日時点)	90
表 6:2010年度決算における本研究の対象医療法人全体の黒字と赤字の状況(N=559)	90
表 7:2010年度決算における本研究の対象医療法人全体の経営状態(N=559)	91
表 8:2010年度決算における複数の施設を運営する医療法人の経営状態(N=68) (構成比:12.2%)	91
表 9:2010年度決算における単一の施設を運営する医療法人の経営状態(N=491) (構成比:87.8%)	91

表 10: 複数の施設を経営する医療法人の 2010 年度決算における利益剰余金の状況 (N=68)	92
表 11: 単一の病院もしくは診療所を経営する医療法人の 2010 年度決算における利益剰余金の状況 (N=491)	92
表 12: 宮城県で透析を行っている医療法人の 2010 年度決算における経営状態 (N=22)	93
表 13: 宮城県で透析を行っている医療法人の 2010 年度決算における経営分析 (N=22)	94
表 14: わが国の出資持分有、出資持分無の医療法人数の状況 (数値は各年 3 月 31 日時点)	94
表 15: わが国の開設主体別医療施設数 (平成 24 年 6 月末時点)	95
表 16: 組織の利害関係者とその貢献・誘因 (企業の例)	95
図 1: 近年のわが国の国民医療費の推移	96
図 2: 近年のわが国の透析医療費の推移	96
図 3: 近年のわが国の透析患者数 (単位: 人)	97
図 4: 近年の宮城県の透析患者数 (単位: 人)	97
図 5: 2010 年度の利益剰余金総額と登記からの事業年数の散布図 (N=559)	98
図 6: 2010 年度の 1 年当り利益剰余金と推計透析収益割合の散布図 (N=22)	98
参考文献	99

第 1 章 はじめに

第1章.はじめに

1.1.研究背景

医療法人¹は、医療法が開設の根拠法であり、民間による資本で開設、運営される法人である。法人の目的は非営利であり、医療法第54条に剰余金の配当の禁止規定があるため、非営利法人に分類されることが多い。しかしながら、松原（2004）²のようにわが国の医療法人は非営利性の要件を満たしていないという指摘がある。医療法人は現在、出資による持分の有るものと、出資による持分の無いものに分類されるが、持分の有る医療法人においては所有者が存在すること、毎期の利益配分は認められていないが、解散時の剰余財産の配当が認められているという点において、非営利組織の定義と反するという指摘である（松原ら（2004）³45頁）。

医療機関の経営に関しては世界的に様々な制度・手法が用いられており、営利企業、非営利組織、その経営主体が多様である。例えばアメリカでは民間営利、民間非営利、公立の病院がある（松原（2004）⁴60頁）。また杉岡（2010）⁵は、アメリカの公的医療保険が受給資格の対象が狭いこと、ニュージーランドの「民営化による営利株式会社の医療経営など米国型に近づいている」と述べている。このように医療の位置づけも国家によって様々である。

わが国における医療は、特徴的かつ、世界において高評価である国民皆保険制度に代表されるように国家として公益なものとして位置づけられている。また医療法第54条から、原則として非営利の組織のみが開設できる。しかし現状として、出資持分のある医療法人が現在も存在している。

また情報開示に関する制度改正として、2008年から事業報告書の閲覧が可能となる制度、2015年には医療法人会計基準が制定された。この情報開示において医療法人のステークホルダーは厳格に定義されていない。つまり医療法人が経営情報を開示する目的が曖昧なままである。例えば株式会社であれば、株主の利益及びその利益からの配当のために経営することが求められる。そして情

¹ 本研究は医科の医療法人の持分に着目した研究を行っている。本研究においては、数ある医療法人の類型の中で、現在は経過措置型医療法人として存在する、持分のある社団として開設され、定款により剰余財産の帰属が出資者と定めがあり、医科の診療所及び病院を運営する医療法人を医療法人と表記する。

² 松原由美（2004）「非営利性の浸食が想定される現象および局面について」厚生労働省資料

³ 松原由美,田中滋（2004）「医療法人のガバナンスについて」厚生労働省資料

⁴ 松原由美（2004）「非営利性の浸食が想定される現象および局面について」厚生労働省資料

⁵ 杉岡洋一（2010）「医療崩壊を前に、いま、我々は何をなすべきか」『社会的共通資本としての医療』

報開示の目的は株主や債権者の利益の保護のためである。

それに対して、医療法人は医療法において剰余金の配当が禁止されている。ただし持分の存在する医療法人が数多く存在するため、解散時及び退社時に出資者が剰余金から利益を得ることができる。医療法人の剰余金の帰属先に曖昧な実情があることから、医療法人の出資者の利益をどう考えるべきかについて明瞭となっていないといえる。すなわち医療法人は、だれの利益のために情報開示されるかという情報開示の目的が曖昧なままであると指摘できる。

また、医療機関経営における収益性の議論は、これまでは、収益が上がらず、その結果、事業継続できなくなる可能性について指摘されることが主流であった。その根拠として、医療法第1条にある医療法の目的である「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。」という点がある。医療法から医療機関の優先すべきステークホルダーは「医療を受ける者」つまり「患者」であるという解釈ができる。

わが国の医療は日本国憲法第25条における「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」という規定に基づき国家が保障、提供するものとして位置づけられている。そしてその下に国民皆保険制度として、社会医療保険の被保険者が医療の料金を負担する「保健医療システム」⁶が存在している。

「保健医療システム」とは、WHOの“The WORLD HEALTH REPORT 2000”に用いられている Health System を訳した語句であり、この Health System の含む範囲を WHO は **all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health**⁷ と定義している。そしてわが国の「保健医療システム」において税金による国庫支出、社会医療保険制度の被保険者による負担が含まれている。

このような、わが国の「保健医療システム」におけるステークホルダーは患者のみならずその負担を負う納税者や社会医療保険の被保険者であると解釈できる。しかしこれまでの研究においては、医療は患者のためという視点の下に留まっているといえる。特に医療法人は開設時の出資者が個人であり、解散時、

⁶ 本研究においては、国家の健康のための医療の提供及び費用負担の仕組みを示す語として「保健医療システム」を用いる。「保健医療システム」は近年は厚生労働省資料などでも用いられるようになってきた語句である。佐藤敏彦

(2003)「特別企画「快適医療システムの創成」：保健医療システム評価に関する最近の考え方」においては「具体的には、政策、医療制度、行政機関、行政担当者、医療機関、医療スタッフ、そこで行われる医療行為等、を含むシステム全体を指すものであると言えよう」と解釈している。

⁷ WHO(2000)「The WORLD HEALTH REPORT 2000」p5

退社時にその持分に応じた利益を得ることが可能である。そのことから、出資者には医療法人との利害関係が当然に発生するが、出資者の利益を優先できることについての議論があまり行われていない。

医療法人は医療法で非営利を求められている。しかし実態として出資者が解散配当や退社時の配当を受けられるため、利害が発生するという事実がある。加えて、法人税法や相続税法において株式会社等の出資持分と医療法人の出資持分がほぼ同様に扱われている。医療法人の出資持分をどう解釈すべきか、医療法人の位置づけが曖昧となっていることが医療法人の剰余金のあるべき状態を明確にすることができない理由として考えられる。また、医療法人の持分については昭和32年12月の第43号茨城県衛生部長宛厚生省医務局総務課長回答により、「退社社員に対する持分の払戻は、退社当時当該医療法人が有する財産の総額を基準として、当該社員の出資額に应ずる金額でなしても差し支えないものと解する」と通知したことをはじめ、2007年の医療法改正まで、厚生労働省（旧厚生省）の社団医療法人の定款例には退社時の持分に応じた財産請求権を認める規定と、解散時の剰余財産が出資者に帰属する規定があった。つまり、医療法人の持分は医療の安定供給の為、国家が推奨して作られてきたものであるといえる。そして現在、医療法人はわが国の医療の提供において重要な役割を担っている。

しかしわが国の医療全体を見渡せば、現在、国民医療費の高騰、それに伴う社会保険診療制度の採算面に関する危惧といった、資金面における継続性の問題が生じている部分がある。またそのような資金面の継続性の問題は高齢化の進行するわが国において拡大することが予測される。

わが国の医療制度においては、このような社会状況から、再構築が必要となっていると考えられる。そしてこれまでのように、医療提供の継続のみならず、医療全体の資金面における効率、医療全体の継続を考慮する必要があるといえる。

しかしこれまでの医療法人の収益性に関する議論は個々の医療法人の継続に着目して行われてきた。医療法人の非営利性に関する問題の指摘も事業承継における相続税や退社時の剰余財産に応じた請求権による医療法人の継続性に関する問題の指摘⁸が主であった。

近年の公益法人や医療法人に関する制度改革の議論においては、過大な剰余金に関する問題の指摘がある。厚生労働省（2005）⁹は「公益的事業を適切か

⁸ 川原丈貴（2013）「持分なし医療法人」への移行の実際『病院 72 巻 2 号』など。また厚生労働省（2009）「平成 22 年度税制改正要望事項」においても相続時に相続人が「出資持分の払戻しを請求する等により」「医業の継続に支障をきたすことがないよう」という理由で医療法人に関する特例措置の設立を要望している。

⁹ 厚生労働省（2005）『医療法人の剰余金の使途の明確化について』

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者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せるのは望ましくない。」と指摘している。さらに「適正な法人活動を制約しない範囲で、将来の公益的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に、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。」と指摘している。

しかし「具体的な規律のあり方としては、現行指導監督基準等による『いわゆる内部留保』の考え方について、例えば、正味財産との関係にも留意しつつ必要な見直しを行い、できるだけ恣意性を排除した客観的な規律とすることが望ましい。」というようなものである。このように「公益的」や医療法の剰余金の配当の禁止からの抽象的な議論に留まり、本来だれのためにどのように経営されるべきかの提示はいまだに不明瞭であるといえる。

わが国の医療機関の中で、医療法人は社会保険診療を行う医療機関の中で、出資に応じた持分が存在する唯一の医療機関である。持分によって、残余財産は出資者に私的財産として帰属する。また剰余金は利益の蓄積であり、出資者が出資したことから得る増加した財産ということとなる。

現在、わが国の医療においては、財務的な継続性の問題が存在している。社会保険の保険料負担や財政状態は医療費の増加と共に危機感を増している。そのような状況の中、2003年から社会医療保険の被保険者の本人の負担割合が2割から3割に上昇し、また70～74歳の高齢者の医療費の自己負担割合も2014年から1割から2割以上となり、国民皆保険制度の継続のためにわが国の「保健医療システム」は変革の最中にある。

そのような状況において、医療法人は私的な存在か、公的な存在かの位置づけが曖昧となっている。税法上は普通法人と同様に位置づけられ、医療法からは非営利、公益であることが求められている。

これまで、医療法人はわが国の医療の提供に寄与し、大きな役割を担ってきた。また出資に応じた持分を認めることについても厚生労働省が推奨していた事実がある。持分とそれに応じた財産権があることにより、医療法人が数多く開設されることが非常にわが国の医療供給に貢献してきたといえよう。それゆえに、医療法人の公益性、非営利性については議論されてきているが、医療法人の持分に関する厚生労働省の見解はあくまで、医療法54条の規定に違反しているかについては明言せず、「医療の永続性・継続性」のための、あくまでもそのような疑念が生じないために「非営利性の徹底」を目指すものとして、持分のない医療法人への移行を進めている。しかし未だに持分のある医療法人が経過措置型医療法人として、全数の8割以上を占めている。

また、これまで、わが国における医療機関に関する研究は、病院などに着目した施設ごとで行われることが多く、医療法人という開設主体に着目した研究は数少ない。医療法人会計基準（2014）や医療法人の事業報告書の開示（2008）といった開設主体である医療法人を対象とした制度改正も近年になってのことである。それまではわが国の医療機関という枠組みの中で研究や制度構築が行われてきたといえる。しかし、医療法人は現在も持分が存在するものが数多く、残余財産が出資者に帰属する特殊な法人である。従って、医療法人という開設主体に着目して、他の医療機関と区別をして研究を行うことは意義があるといえよう。

医療法人の持分や剰余金は剰余金の配当を禁じている医療法の精神とは異なるものといえる。しかし、医療の永続性を確保するために、1950年に医療法人が成立した時点においては社会情勢から持分を認容することが必要であったと推測される。それから50年以上が経過し、当時とは社会背景が変容した現在において、医療法人に持分が存在することは問題点として認識されつつある。今後の医療制度構築においては、現在の社会情勢に応じた改正が必要となると考えられた。ここで筆者は、資金面での継続性に危惧が生じているわが国の「保健医療システム」において、医療法人の剰余金は医療の発展・継続に活用することの可否を検討する必要があるのではないかという問題意識を持つに至った。

しかしこれまで、政府は医療法人の持分の問題について、医療法第54条の剰余金の配当の禁止に違反しているかの判断を明確にしていない。また、現在も持分に応じた退社時や解散時の財産請求権は存在している。そして医療法人の剰余金の実態を示した研究や資料はこれまでに見当たらない。まず、医療法人の持分について、現在の位置づけを明確にし、実態を明らかにしたうえで今後の方向性を検討する必要があると考えられた。現在のように医療法人が私的な存在か公的な存在かの位置づけが曖昧な状況では、今後の方向性を検討することも困難であるといえる。

このような背景から、医療法人の実態の一端を明らかにし、わが国の保険医療システム全体の観点から行った本研究は意義があるといえよう。

1.2. 本研究の問題意識

本研究で1.1.に示した研究背景から筆者が抱くに至った問題意識は下記のとおりである。

- 医療の継続的提供のための資金、資金の蓄積をもたらす収益性は偏りがなくことが望ましい。また、偏りは解消していくべきである。
- 公的に提供すべきものとして位置づけられているわが国の医療において、提

供のために、病院や診療所を継続して経営していくために、必要な継続性は確保されるべきである。収益性に過度な高低が生じているならば、調整されるべきである。

つまり、採算が合わず、継続性の危惧が生じている医療の継続のために、保険料や患者負担の増加や公的な支援が検討されたり行われたりしているが、収益性が高い医療はほとんど議論されていない。診療報酬改定により価格調整はなされているが、現状として診療科や診療内容による収益性の差異の存在は実証されていない。ここで収益性に高低が生じていてもそれが公的な「保健医療システム」に還流する仕組みが構築されていれば、結果的に生じた余剰な資金は再び公的な「保健医療システム」に活用されることとなる。

しかし医療法人は持分が存在し、残余財産が出資者に医療法人に生じた利益とその蓄積は個人の財産となる。従って「保健医療システム」に還流することはない。筆者は、その問題点を検討する必要があると考えた。またこの観点から医療法人に非営利であるべき理由について、明確にするべきであると考えた。

◎ 医療法人の捉え方の明確化が必要である。

医療法人は税法上、株式会社などの普通法人とほぼ同様に位置づけられている。例えば株式会社で収益性が高いということ、つまり株主が多く利益を得ることは法人の目的に則し、目指すものである。しかし医療法人において出資者の得る利益が増えることが望ましいだろうか。この点について、医療法人を株式会社と同様に捉えることが相応しいかどうかを検討する必要があると考えた。そのためわが国の医療の位置づけ、医療法上の医療法人に求められる要件および医療法人の捉え方を明確にする必要があると考えた。

◎ 医療法人の経営の実態を明らかにする必要がある。収益性の差異の実態を明らかにし、その理由を考察する必要がある。

医療法人の経営の実態はこれまでほとんど示されていない。医療法人の財務諸表などは2008年まで、公表する義務がなかった。そのため、医療法人の剰余金の問題などについて、厚生労働省で2005年まで行われた公益法人や医療法人に関する制度改革の議論¹⁰においては実態からの検討は行われていない。医療法人の剰余金がどれだけ蓄積しているかの現状を示し、その上で医療法人の問題について検討する必要があると考えた。

また収益性が高い医療と低い医療があれば、例えば、儲かるから診療科を選択する、儲からないから診療科を選ばないといった、医師に医療の提供のためではない理由が生じる可能性がある。この理由が、他の分野よりも国民が必要

¹⁰「これからの医業経営の在り方に関する検討会」（2003）、「医業経営の非営利性等に関する検討会」（2005）など

とする医療であれば問題はないといえよう。また、収益性の差異が個々の医療機関の経営努力などによりもたらされているならば、その能力に相応しい対価であるとも捉えられる。しかし例えば、特定の診療科を経営している医療機関の収益性が高い場合、特定の診療内容を行っている医療機関の収益性が他の医療機関よりも高い場合には「保健医療システム上の理由」¹¹とでもいうべき、制度的な、もしくは医療提供の仕組み上の全く個々の医療機関とは関連しない理由が存在する可能性があるといえる。

◎ 医療法人がだれのために経営されるべきかを示す必要がある。

これまで、個人の財産権である出資に応じた持分が存在する唯一の医療機関である医療法人について、医療法人がだれのために経営されるべきかを論じた研究は少ない。わが国の医療機関という大きな括りで、医療法の目的である患者の利益の為という観点から論じられることが主流である。株式会社のような普通法人であれば、出資者の利益のために経営されることは何の問題もない。また、患者の利益のみを考慮するならば、出資者が利益を得ても、支払う金額は診療報酬制度で決まっており、特に問題とはならないと考えられる。

公益性、非営利性が医療法人に必要である理由を明確にするために、多角的な観点から医療法人のステークホルダーを検討する必要があると考えた。

1.3.本研究の目的

医療の提供の仕組み、「保健医療システム」は社会状況によって変化するものである。現在の状況に適応した「保健医療システム」構築には現状の問題点を明確にする必要がある。そしてわが国の「保健医療システム」は変革の途上であり、1950年から存在する医療法人制度も変革の必要があるといえよう。そのためには、実態の把握と問題点の明確化が必要になるといえよう。

そこで本研究では1.2.に示した筆者の問題意識から、下記の5点について、明らかにすることを目的とした。

◎ 医療法人に非営利性が必要である理由及び医療法人において存在する剰余金を持分に応じて出資者に帰属する事象の問題点を考察する。

¹¹ 1年当りの剰余金（つまり利益）の蓄積額が大きくなる理由には◎「経営効率化の努力」のような個々の医療機関の経営努力に起因するものが考えられる。一方で◎「特定の診療科経営」「特定の診療内容」などの診療報酬制度上や診療報酬制度の仕組み上生じた要因があるといえる。その要因が◎のように「保健医療システム」に起因するものであると考えられる場合、本研究では「保健医療システム上の理由」と表現する。

- ◎ 医療法人のわが国「保健医療システム」上の位置づけを考察し、そのうえで医療法人の収益の源泉を示し、医療法人の剰余金の源泉を明らかにする。
- ◎ 医療法人の経営の実態を明らかにすることを試みる。そのうえで剰余金の蓄積について、診療内容の種類などの診療報酬などの制度上に理由が存在する可能性を検証する。
- ◎ 医療法人のステークホルダーを明らかにした上で、医療法人がだれのために経営されるべきか検討する。
- ◎ ①～④によって示された知見から、医療法人に関して存在する問題点を明確にする。それを踏まえて医療法人制度構築の今後の方向性を示すとともに改善方策について検討を行う。

1.4.本研究の方法

上記目的を達成するための方法として、はじめに第2章において著書、論文、各種政府刊行物などを精査し、医業経営の公益性に関する議論と非営利性に関する議論を整理し、わが国における医療法人の位置づけについて公益性の観点と非営利性の観点から整理した。

次に第3章において医療法人の収益性に差異が存在しているかどうかの実証を試みた。また医療法人の収益性の差異の要因に関する検討を試みた。これまで、利益率の高い診療に関しては実証されていない。

医療法人の経営情報は2006年の医療法改正までは公開されておらず、入手が困難であった。従って、これまでに複数の医療法人の経営情報の比較はあまり行われていない。これまでに行われた研究は登記簿の純資産のデータを用いて病院を経営する医療法人を対象として行われた藤森（2013）¹²、医療法人の事業報告書を用いたケアミックスなど経営多角化に着眼した経営分析として行われた大野（2010）に留まっている。現在は事業報告書が、管轄の都道府県庁、広域医療法人であれば厚生労働省に赴いての閲覧が可能である。しかし電子データとして提供を受けることができるわけではない。従って、事業報告書の複写を入手することはできるが、未だわが国の医療法人の経営情報を入手し比較することは困難といえる。

本研究においては、まず手はじめに宮城県における医療法人の事業報告書を用い、宮城県において医科の診療所、病院を経営するすべての医療法人を対象とした剰余金の蓄積、一年あたりの蓄積額に差異が生じているかについて、指標を作成し検討した。

¹²藤森敏雄（2013）『全国調査からみた医療法人の経営戦略』創成社

次に、これまで実証されてはいなかったが、世説として高収益であるといわれていた「透析」に着目し、対象の医療法人を①診療科、②「透析」を行っている医療法人をはじめ、数種類に類型化し、比較検討を行うことにより剰余金の蓄積に「保健医療システム上の理由」が生じているかを検証した。

続いて第4章において医療法人はだれのために経営されるべきかという議論を明確にするべく、医療法人のステークホルダーを「保健医療システム」上の位置づけから示した。その上で、現在のわが国の医療法人における経営の実態とあるべき方向性の乖離の存在を考察した。

そして第5章において、本研究で明確となった医療法人の問題に関する改善方策を検討した。

現在、企業経営においてCSV（Creating Shared Value:共有価値の創造）という考え方が提唱され、広がりつつある。名和（2015）¹³によれば、CSVはビジネス収益と社会利益の同時達成を目指す概念である。本研究では、CSVの理論から、医療法人においてステークホルダーの利益となる情報開示のための方策を検討した。そして医療法人の剰余金の問題に関して解消方策として留保金課税導入の可否について検討した。

第6章において本研究の結論を述べた。

¹³ 名和高司（2015）『CSV経営戦略～本業での高収益と、社会の課題を同時に解決する』東洋経済新報社

第 2 章 医療法人の位置づけ

第 2 章 医療法人の位置づけ

2.1.はじめに

日本において、政策上、医療は公益なものとして位置づけられている。医療の公益性は前提として論じられることが多く、医療は当然に公益性を有するものとして扱われてきた。しかし日本においては公益・非営利であることが、諸外国においても当然に非営利であるわけではない。

また厚生労働省による公益法人制度改革における議論において、医療に関しては公益・非営利と位置付けている。また医療法第 7 条 5 項において、「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。」という記述から、医療においては営利を目的とする株式会社などの組織は参入ができない。医療経営を行うことの可能な民間の組織として医療法人がある。医療法人は医療法を設立の根拠法とする法人であり、「営利を目的としない」ものである。

しかし近年、医療法人制度改革などにおいて医療法人はその非営利性に関して問題視されている。この医療法人制度改革において「民間非営利」と表現される医療法人は、日本における医療機関の大きな割合を担っている。医療は日本において政策上「公益」に位置づけられる重要な社会保障である。その中で、医療法人に問題が指摘されている状況は適切ではないといえる。

そこで本研究では、わが国の医療法人に着目した。公益と非営利の議論に関しては、「日本では、長い間公益・非公益と営利・非営利の軸を混在させてきた」¹⁴という指摘があるが、医療においても公益・非営利は一对として扱われることが多い。しかしながら、医療法人において問題視されている点はその非営利性に関してである。

本研究においては、医療法人の公益性及び非営利性を検討するに当たり、その求められる公益性、非営利性の根拠に特に着目した。つまり、求められる公益性、非営利性は医療という事業に求められるか、医療法人という運営主体に求められるものか現状から整理を試みた。医療法人は基本的に民間の資本により開設されるものであるが、その得られた利益は誰に帰属すべきか、また現状として誰に帰属するかに関して考察を試みた。その資本と利益が誰に帰属するものか考慮する上で、検討する対象は残余財産と利益剰余金が適当であると考える。

そこで本章では、2.2.において医療という事業そのものに求められる公益性と非営利性に関して整理し、2.3.及び 2.4.においては医療法人の公益性及び非

¹⁴高木武夫（2004）「企業経営の公益性評価に関する一考察：NGOによる企業市民評価の調査から」

営利性に関して整理した。その上で医療法人の得る利益が公的な仕組みの中から得られるものならば、その利益は誰に帰属するものかに関して 2.5.に剰余金に関して検討した。その上で 2.6.に剰余金に関する現状を示した。そして医療法人の剰余金のあるべき姿と現状に関する考察した。その上で今後の日本の医療の発展のための一方策を示し、今後の日本の医療の発展に資することを目的とした。

2.2.公益の定義

日本において、「公益」を明確に定義している法はない¹⁵。ただし労働関係調整法 8 条には、労働関係調整法上の公益事業の定義がなされている。しかしこれは、政策上、国民の生活に支障があると国家が定めたものであり、ここに定められているもの以外に公益性がないということではない。また、他の法規においては公益の認定に関する枠組みが異なるものが存在する。つまり日本において公益性を有する事業、経営主体、職務に関して枠組みに曖昧さが存在する。例えば、特定非営利活動促進法においては、特定非営利活動として医療の増進を含んだ不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与することを目的とするものを認めることとなっている。一般に「公益」とは不特定もしくは第三者の利益となることとされる。日本において、民間による資本で開設したうえで認められる事業は特定非営利活動促進法にある事業だといえるだろう。

2008 年の新公益法人法により旧来のものとなった民法¹⁶においては、「学術、技芸、慈善、祭祀、宗教その他の公益に関する」ものとされていた。

医療に関連する法規として、医療法の目的は「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与すること」である。健康保険法の目的は「国民の生活の安定と福祉の向上に寄与すること」である。日本における医療の公益性は、それを行う公益性を有する組織が行う場合にそれを認定するという位置づけではない。しかしそれは医療を公益ではないと位置づけているわけではなく、むしろ特定非営利活動法などで公益性を有する場合を認定する必要がある他の事業と区別し、現状として、医療は例外なく公益と位置付けているといえる。つまり医療は医療そのものを公益と前提し、国家が行う国民の健康を保証するため提供する医療システムの中で事業を行う組織は当然に公益性を求められるという位置づけと考えられる。

¹⁵内閣官房行政改革推進事務局行政委託型公益法人等改革推進室（2002）「公益法人制度の抜本的改革に向けて（論点整理）」

¹⁶ 旧民法第 34 条

2.3.医療の公益性に関する議論

番匠谷（2013）¹⁷によれば、日本の医療を含めた社会保障は、戦時下における「健兵健民」などのその時点における「国家の事情により成立」したものであり、この状況は「現在まで」「のちの時代の変化により疲弊するという特質を持つ」という指摘がある。この指摘は日本における医療法人制度にも当てはまるといえる。医療法人制度は、制定時においては安定した医療供給のための仕組みとして確立された医療法人制度であるが、前述したように現在においてはその課題が指摘されている状況にある。

医療をはじめとした、わが国の社会保障は憲法第 25 条を最高規範として体系立てられている。この「健康的で文化的な生活」を「営む権利」の解釈として、1950 年の社会保障制度審議会の勧告による「社会保障制度」とは「国家扶助」によって「最低限度の生活を保障」するものであり、「疾病、負傷、分娩、廃疾」すなわち医療は「公の負担」において解消すべき「困窮」の一つと位置付けられている。

そのような社会政策上の位置づけのもとに診療報酬制度や国民皆保険制度が存在する。このために医療法人制度は国民の憲法第 25 条に基づいた「最低限度の生活」、すなわち医療の確保、継続のための医療供給体制として存在する制度であると言える。

ただし国民の健康をどこまで国家が保証するかは明確となっておらず、「最低限度」が示すラインが明確ではない。また他国においては、国によって国家が保障すべき医療の最低限のラインが異なる。例えばアメリカにおいては、医療の市場化から生じる問題が従来から指摘されている。田村（1993）¹⁸においてはアメリカ方式を「医の民営化」と称しており、日本などの国家が医療を保障する方式を「医の社会主義化」と称している。

近年、わが国においても医療経営に関して株式会社参入などが議論されているが、医療法人制度が成立して現在まで、わが国の医療は公的に保障されている社会保障の中に存在している。

わが国において医療は、政策上公益として位置づけられ、公益性すなわち不特定多数の国民の利益となる事業であるということは前提であると捉えることができよう。ただし、わが国においては株式会社が行う公益と位置付けられる事業が存在する。株式会社は当然営利、つまり配当を目的としている。つまりわが国において公益営利な事業も存在する。非営利性を求められる根拠は公益

¹⁷ 番匠谷光晴（2013）「わが国の医療保障形成過程に関する一考察」『四天王寺大学大学院研究論集（8）』

¹⁸ 田村貞雄（1993）「医療サービスの自由化と市場化の相違」『早稲田社会学研究第 46 号』

であることではない。

2.4. 医療に求められる非営利性

わが国の医療制度において、医療法人がどのような源泉から収益を得ているかを整理する。

わが国の医療において、その収益の大きなものとして保険診療がある。この保険診療の総額である、国民医療費は厚生労働省（2014）「国民医療費の概況」によれば、2012年度には38兆5,850億円となっている。国民医療費の増大は従来からわが国の課題として指摘され続けている。

わが国の保険診療は厚生労働省「我が国の医療保険について」によれば、2011年度の国民医療費の負担構造、つまり保険診療における負担の割合は12.3%が患者負担、38.4%が国や自治体などの公費、48.6%が被保険者とその事業所の負担である。医療保険制度を公的つまり社会の共有の仕組みとするならば、保険診療からの収益の87%は公的な仕組みから得られる収益ということになる。

また次に医療法人が経営する医療機関の収益における公的な仕組みから得られる収益の状況を示す。厚生労働省（2014）「第19回医療経済実態調査」によれば、2012年度の対象施設740の一施設当たりの医業収益は15億1,281万円である。このうち、保険診療と公費による診療以外の収益は、特別の療養環境収益1,644万円（1.0%）、入院に関する医業収益のうち、保険診療に対してその他の診療収益1,988万円（1.2%）、外来診療の保険診療に対してその他の医業収益1,014万円（0.6%）、その他の医業収益4,970万円（3.1%）である。

同様に医療法人が経営する、医科診療所では、施設数862の一施設当たりの医業収益は1億6,083万円であり、そのうち保険診療と公費診療に対してその他の医業収益は一施設当たり2,257万円（14.0%）である。

つまりこれを除いた部分は公的な仕組みから得た収益であり、さらにその約87%は公的に国民から徴収された税金もしくは国民健康保険税、医療保険料から医療法人は収入を得ていることになる。

諸外国において、医療は必ずしも非営利性が求められるものではない。例えばアメリカなどでは、営利法人、つまり利益の分配を目的とした株式会社などによる開設が認められている。しかしながら、そのような国においては医療の料金体系も公的な仕組みが主ではない。医療保険制度も日本の国民皆保険制度のように公的なサービスではなく、民間の営利法人によるものが主である。

わが国の医療は公益に位置づけられ、国民皆保険制度や公費負担制度など、そのシステムの中に国家の予算や国民から集められた資金や公費からの支出が含まれている。これは国民に対して適切な医療の提供が公益として国家が保障するものということから、その提供の継続、確保まで国家が公共に取り組む『保

健医療システム』の一部であるからといえよう。

これを医療機関の経営に当てはめると、医療を安定的に提供するための継続性、すなわち経営に安定的な内部留保は適切といえるが、過剰に蓄積する内部留保はこの国が安定して供給しようとする『保健医療システム』に発生したエラーであると捉えることができる。

医療に非営利性が求められる理由は、この収益の源泉が公的な仕組みであることが一つとして考えられる。

2.5.医療法人に求められる非営利性

日本において医療法人は開設主体が民間である。しかし日本における医療は国家が提供すべき国民の健康のための公益という位置づけである。近年、わが国の医療においては高騰する国民医療費、保険医療の財源不足、公的病院の赤字などコスト面での問題を有している。わが国の「保健医療システム」においては、全体の継続性を保ちつつ効率的な医療の提供が求められているといえる。

このような状況下で、医療法人に関しても継続性を損なうことなく、かつ効率的な資金の運用が必要であるといえよう。つまり余分な資金の過剰な蓄積は望ましくない。よって、医療法人には日本における公的に提供される医療という事業の一端であること、またその収益をそのような公的な仕組みから得ることから、非営利性が求められるといえる。つまりその収益によって増加した剰余金を配当することは相応しいとはいえない。

また不必要に蓄積された部分が存在するならば、医療という公的な仕組みから発生した利益すなわち医療法人における剰余金は公的な仕組みの中に回収されることが望ましいと考えられる。方策として、寄付か留保金課税などが考えられる。

2.6.医療法人の剰余金

医療法人の剰余金には二つの性質があるといえる。経営努力によって生じた医師の報酬という性質、『保健医療システム』のエラーによって不適切に高い収益性によって蓄積した内部留保という性質である。医療法人は医療法第 54 条の規定により、「剰余金の配当」ができない。しかし 2007 年の第 5 次医療法改正まで、解散時の残余財産の分配、社員の退社の際にその出資持分に相当する資産の払い戻しの権利を有するということが行われていた。出資に応じた持分が存在し、かつその後資本金が増加すれば出資持分に応じた払い戻しが行われる。このことが事実上の剰余金の配当に当たるのではないかという指摘から 2007 年の医療法改正による剰余金の配当の禁止の厳格化となった。

これによって従来の持分の定めのある医療法人は開設できないこととなった。しかし従来の持分の定めのある医療法人が消滅したわけではない。従来の持分の定めのある医療法人は経過措置型医療法人として、現在の医療法人の大半を占める。この経過措置型医療法人は、従来と同じく、残余財産が出資者に帰属すると考えられ、残余財産の分配、社員の退社の際の分配は可能であると考えられる。

この持分は事業承継の際に相続税が多額に発生し、事業の継続性に関して問題であるという指摘もある¹⁹。しかし蓄積した収益が個人に帰属する従来の仕組みでは、所得税もしくは相続税という形以外で公費を含む剰余金の回収は困難であるといえる。

また従来の医療法人に関しては所得税回避のための法人成りが設立の理由である場合がある。

2.7. 医療法人の剰余金の現状

厚生労働省（2014）「種類別医療法人数の推移」によれば、現在の日本の医療法人の中で、持分の有るの医療法人は4万法人を超えている。持分の無いの医療法人は特定医療法人、社会医療法人など、出資持分の無い医療法人は合計しても5千に満たない。

現在、医療法人の剰余金の状況を示した研究として藤森（2013）²⁰の2006～2008年の登記簿による病院を経営する医療法人の純資産額の研究がある。これによれば、対象の5,809法人の資本金と剰余金の合計である純資産額は3兆5,788億円であり、一法人平均では6億円程度になる。また宮城県における医科を経営する医療法人の剰余金の状況の研究として大内ら（2011）²¹があるが、それによれば2010年決算時点の559法人の剰余金の合計は782億円であり、一法人当たり1億円超の剰余金があることが示されている。

藤森（2013）の研究においては病院を経営する比較的大規模な医療法人が対象であり、大内ら（2011）では宮城県の診療所まで含めた医療法人が対象であるという違いはある。また資本金と剰余金額は区別されている。しかし従来の医療法人であれば、この剰余金も含めた純資産が出資持分として社員個人に帰属する。

¹⁹川原丈貴（2013）「「持分なし医療法人」への移行の実際」『病院 72 巻 2 号』

²⁰藤森敏雄（2013）『全国調査からみた医療法人の経営戦略』

²¹大内健太郎・坂本眞一郎（2011）「利益剰余金に着目した医療法人経営に関する研究：宮城県における人工透析の収益性」

2.8.現在の日本の医療法人制度の公益性、非営利性に関する問題点

日本の医療制度は国民の「健康で文化的な生活」を国家が保障するため、すなわち公益のために、公的な仕組みとして成立している。ここで医療法人という、民間の資本により開設され、経営されている主体でも、その収益の大半が公的な診療報酬制度から得ている現状から、例外ではないといえよう。

国民に継続的に水準の高い医療を提供するためには、医療を提供する機関の確保、人材の確保が必要であり、わが国において医療法人はその役目において重要な役割を果たしているといえる。また医師という役務に相応する対価を得ることも医療の継続及び発展のために、医療における人材の確保のためにも必要であろう。また役務の対価として、得た報酬には所得税という形式で国家に循環し、再び公益のための源泉となる。

2007年以降に開設された医療法人に関しては、個人の持分に応じた残余財産の帰属は認められず、公益性の高いものとなっているといえる。しかし、現在も数多く存在する旧来の個人の持分を認める経過措置型医療法人に関しては、残余財産、つまりその法人が得る利益の蓄積が出資時の持分に応じて個人に帰属するものであり、個人が役務の対価として得る財ではない。

また医療法人が得る利益には税金や医療保険制度により広く集められた公的な資金が含まれている。公的に集められた医療のための資金が、個人の財として、蓄積する仕組みである経過措置型医療法人の公益性に関して問題が存在しているといえよう。また経過措置型医療法人では、得た利益を出資者に還元することが可能で、非営利性も確保されていないと考えられる。

経過措置型医療法人において、利益が発生した場合、国や地方自治体に循環する方式として、法人税がある。また医師がその高度な職能に対する対価として得た報酬であれば、所得税という形式で循環することとなる。しかし、累積利益剰余金に関しては、解散時の残余財産として持分があれば出資者に帰属することができる。加えて、累積利益剰余金は収益性の高い医療であれば蓄積し続けることとなる。またその利益剰余金は設備投資などとして医療の確保や向上に使用することも考えられる。しかし蓄積し続け、医療法人が決定もしくは解散しない限り、医療法人の外部に還流することなく、内部に蓄積され続ける。

持分のない医療法人では他の医療機関に対する寄付もしくは、国や地方公共団体に帰属することが定められている。しかし従来の医療法人である経過措置型医療法人では、純資産がその持分に応じた出資者に帰属する。よって持分のある経過措置型医療法人の剰余金は個人の資産と解することができる。このため、その持分の相続時に相続税として循環することもある。これに関しては、医療法人の財産が必ずしも流動資産として存在するわけではないことから、相続時の事業継承、医療の継続的提供に関して問題点がこれまでに指摘されてい

る。しかし現行制度下での役務の対価とは別に個人の財が増加し、またそれが医療法人内部に蓄積することが問題であり、この点、医療法人の財が出資者に帰属しなければ問題は生じない。

2.9. 考察

従来の医療法人の剰余金には国家予算や公費が源泉として含まれる。また国家が医療の安定的な供給を図ると、医療機関に黒字が生じるように医療システムを構築する必要があり、剰余金は蓄積し続けることになるといえる。その結果、剰余金からの配当が行うことができない医療法人では純資産が増大することとなる。そして従来の医療法人においてはその帰属が出資者となる。

日本において、その純資産が出資者に帰属する出資持分が有る医療法人が現状においても大半を占めており、公的な「保健医療システム」から収益を得る存在として、その公益性に関して十分に発揮されているとは言い難い。

また法人の配当という観点からは、出資者に帰属する財が純資産の増加に伴って増加する点で同様である。

現在も数多く存在する従来の医療法人、経過措置型医療法人に利益剰余金に関しては、もし仮にこれが法人化せず個人名義で得た所得であるならば、所得税として国や地方自治体に還流したはずの割合が存在する。また医療法人が継続する限り、高収益の医療法人には毎年、剰余金が増加し、内部に留保され続けることとなる。この資金が医療法人の外部に流出する場合としては、医療法人の決定により、設備投資などの費用として、もしくは寄付したとき、または解散時ということになる。

わが国の憲法第 25 条に基づき、国民の健康で文化的な生活のための医療の供給において、医療法人は大きな役割を担っている。しかし現状は、経過措置型医療法人に関して、税金や健康保険料といった公的に収集された、公的な資金が、その収益性の水準により個人の財として蓄積され、また累積することが可能な仕組みとして残存しているといえる。

わが国の医療の収益性は一定ではなく、公的病院の赤字や不採算医療といった、収益性の低さが課題となっている部門もある。わが国において、公的な仕組みとして存在する医療において、公的な仕組みを源泉としながら、私的な財が増大し、かつそれが社会に還流しない状況が存在する不都合さは課題である。

課税や寄付を制度化し、個人に帰属する財として蓄積されたものを医療の供給の循環の中で回収することの検討も問題解消のための一つの方策となり得ると考えられる。

2.10. 小括

本研究においては、近年その公益性及び非営利性に問題が指摘されている、民間非営利と位置付けられている医療法人に着目し、その公益性、非営利性を日本の医療提供の現状から考察した。結果として、従来の純資産が出資者に帰属する医療法人である経過措置型医療法人が現在も大半を占める日本の医療法人に関して、その純資産が私人に帰属すること、本来所得税として回収されるべきものが剰余金に留保されている部分があることから、その公益性や非営利性が十分とはいえないという結論に至った。今後、日本の医療システムの継続と発展のためにはこの点に関して検討を行う余地があると考えられた。

第3章 宮城県管轄の医療法人における 収益性の差異の検討

第3章 宮城県管轄の医療法人における収益性の差異の検討

3.1.はじめに

わが国の医療では「財務的」²²な観点から、その採算が合わず事業の継続に不安が生じる「継続性」²³の問題、逆に利益が過剰に生じて公益にそぐわないと指摘されている「公益性」²⁴の問題とが存在している。この「継続性」に係る問題として、保険診療の財政が危機的状況にあること、経営が破綻状態にある医療機関が存在すること、医療費が国の財政を圧迫する要因となっていること、さらに国民医療費は年々増加していること、不採算医療が存在することが挙げられている。「公益性」に関して、民間非営利で「公益性」を有する医療法人における「利益剰余金」の問題が指摘されている。

わが国の医療の現状として、その「継続性」が危ぶまれているものがある一方で、その収益性の高さから「公益性」と「非営利」に関する議論がなされているのが現状である。医療全体の「継続性」から鑑みると不採算となっている分野に対して、高収益となっている分野があることは好ましくないといえる。

わが国の病院と医科診療所の経営主体として、医療法人はいずれも大きな割合を占めている。

わが国の医療の問題点に関して、厚生労働省（2005）「医療法人の剰余金の使途の明確化について」では「医療法人の利益剰余金」の計上には「公益性」の観点から、次のような問題が指摘されている。

- a. 「収益的事業の利益は原則的に公益的に使用されるべきである」こと。
- b. 「非営利、公益の観点から、本来単年度の収支で大幅な黒字を生ずるものでない」こと。
- c. 「公益的な事業に使われるべき資金が、法人内部に過大に蓄積されるのは好ましくない」こと。

以上三点のうち、「a」については2007年度に施行された医療法の改正によって、医療法人の残余財産の帰属先が制限された。しかし「b」、「c」に関しては同医療法改正において、事業報告書等を一般に公開し透明性を高めるという事業報告書の作成の義務付けに留まった。

現在、医療の「継続性」に関する問題は拡大している。「公益性」、そして医療法人の「非営利」と「収益性」に関する議論が始められたところである。この議論の主題の一つとなっている「医療法人における利益剰余金」はその使途

²²本研究では「財務的」を「採算や利益の状況等の財務全般」と定義する。

²³本研究では「継続性」を「採算がとれており、現状のままの事業継続が可能であるかということ」と定義する。

²⁴本研究では「公益性」を「不特定多数の第三者の利益を目的とする性質」と定義する。

が制限されている。主として設備投資や経営安定のための積み立てと推測されるが、これに対して法人税法第 34 条により役員報酬は損金（費用）への算入が認められている。つまり法人内部に過大に蓄積されている利益剰余金は、事業に必要な費用（役員報酬や人件費を含んだ）の支出後に蓄積されたものである。そして現状として医療法人には「利益剰余金」が多額に内部留保されているものが存在する。

わが国の医療において、高収益で剰余金が蓄積していくものと、低収益で「継続性」に不安が生じるものが存在する不均衡は、国の医療政策により是正されるべきである。前述した 2007 年の医療法改正により、医療法人の残余財産の帰属先が制限された。しかし現行の規定では、残余財産を用いて他の医療法人を立ち上げることが可能であり、それまでの「利益剰余金」を留保し続けることが可能となる。厚生労働省（2005）「医療法人の剰余金の使途の明確化について」で問題視されている点は「本来公益的な事業に使われるべき資金が、法人内部に過大に蓄積されるのは好ましくない」との指摘がある。これは使われずに蓄積すること、内部留保が続くことが問題視されていると考えられる。上記の問題を踏まえると、医療法人の利益剰余金の蓄積とその使途は、内部留保を継続することへの抑制が強くない現状の制度であっても「公益」の観点から問題があるといえよう。

そこで本研究ではこのような状況にある医療法人の「利益剰余金」に着目した。医療法人における「利益剰余金」には法人の「継続性」に関して、将来における設備投資等への引当という意義とともに、医療法人の過去の利益が累積された結果という側面がある。本研究においては「過去の利益が累積されたもの」という側面を主題とした。

「利益剰余金」が大きく内部留保されている場合、1 年当りで大幅な黒字が生じており、またそれが他の法人と比して大きい場合には診療科目や診療内容に収益性の差異が存在する可能性がある。つまり高収益の医療と不採算の医療が存在することは「財務的」に余裕がある医療と「継続性」に問題を抱える医療が存在していることとなる。

この点に関して、高収益医療における収益性もしくは内部留保された剰余金を調整することが問題の解消となるといえる。そこで医療法人の「利益剰余金」の現状を整理し、その「継続性」の状況を明らかとすることが必要であると考えた。この点、医療の収益性を診療内容によって集計し、考察した先行研究はこれまでほとんど見当たらない。

わが国の医療は公的に保障されるものとして、診療報酬制度によりその収益の大部分が法定されている。わが国の医療においては従来から、収益を増やす検討ではなく、経営効率化の必要性が数多く指摘されてきた。このような現状において、診療内容及び診療科といった提供する医療の種類による収益性の差

異が存在することは好ましくない。

先行研究においては同じ医療機関内での経営効率化のための研究は多いが、比較により、複数の医療機関同士の収益性の差異の現状を示した研究は少ない。これまでの研究は自治体病院等の公的病院において開示された財務諸表の数値を用いたものであった。

本研究で対象とした医療法人の事業報告書は2007年の医療法改正により管轄行政機関による開示が義務付けられ、初めて閲覧することによりデータ収集が可能となったものである。管轄行政庁の全数を扱った研究はまだない。また宮城県の県管轄の医療法人を複数扱った研究はこれまでにない。

そこで本研究では、① 宮城県の医療法人の事業報告書から宮城県の県管轄の医療法人経営の現状を示す。② その医療法人のデータを基に診療科及び診療内容による類型化を行い、その診療科や診療内容の類型を比較することによって、診療科及び診療内容による収益性の差異の存在を明らかとする。③ また独自の指標を作成し、その診療内容の収益性の測定を試みる。④ さらに収益性の差異が確認された場合、その差異を解消するための方策を検討することを目的とした。

高収益である可能性が推測される診療内容として、本研究では「透析」²⁵に着目している。これまでに収益性の高い医療については経営実態から比較検証を研究として行われたものはない。ただし、これまでも診療報酬制度の点数を用いた計算によって利益率を推計した研究はある。例えば「透析」は1990年代までは時間や実施検査等が出来高で請求可能であったことから、工藤（2006）²⁶は当時の透析医療には「利益率が驚くほど高かった」という指摘をしている。ただし工藤（2006）は近年の診療報酬引き下げにより、現在は「透析」が利益率の高い医療ではないということを論じている。

また、利益率の高い医療に関する言説は、研究としてではなく、個人の経験則などから世説としてインターネット記事や週刊誌などにおいて儲かる医療などが指摘されている。

しかし診療報酬制度の点数計算上に利益率が高い診療が必ずしも利益につながるわけではない。患者数が少ない診療であれば患者一人当たりの利益が大きくても設備投資の費用の方が大きくなる可能性がある。また世説として儲かっているとされている診療内容や医療機関が実際に多額の純資産を有しているかは不明である。従って患者一人当たりの利益ではなく、行っている医療機関

²⁵日本透析医学会の定款第2章第4条から引用すれば、透析医療とは、「血液浄化法（血液透析法、腹膜透析法、血液濾過法、血液吸着法、血漿交換法等）」のことである。一般に「透析」、「人工透析」と表現されるが、本研究では「透析」と記す。

²⁶ 工藤高（2007）「2006年診療報酬改定後の透析施設シミュレーション」『日本透析医会雑誌 22(1)』

の財務状況がどうなっているかを検証する必要があるといえる。

尚、本研究は宮城県の県管轄の医療法人が研究対象であり、結果、考察および結論に関しては宮城県に限定したものである。

3.2.医療法人の「利益剰余金」

3.2.1.医療法人の「利益剰余金」と「残余財産」

医療法人の剰余金のうちで、「利益剰余金」をはじめとする財務諸表の記載上の表記は、厚生労働省医政局「病院会計準則」や「社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則」（平成十九年三月三十日厚生労働省令第三十八号）において定められている。これは医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第三十三条第二項の規定に基づき、社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則を定めたものである。

また医療法人の「利益剰余金」に関しては、医療法第54条の「剰余金の配当をしてはならない」という規定に基づき、「利益剰余金」及び「資本剰余金」の配当が禁じられている。加えて医療法第44条第5項において、「残余財産の帰属すべき者に関する規定を設ける場合には、その者は、国若しくは地方公共団体又は医療法人その他の医療を提供する者であつて厚生労働省令で定めるもののうちから選定されるようにしなければならない。」と2006年の医療法改正によって定められた。

3.2.2.わが国の医療法人の「利益剰余金」における問題点の指摘と医療法人の位置づけ

厚生労働省（2004）「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」において、公益性を有する法人の営利を目的とする法人と区別する相違点として、「出資義務を負わない」、「利益（剰余金）分配請求権を有しない」、「残余財産分配請求権を有しない」、「法人財産に対する持分を有しない」ことが挙げられている。また公益法人にふさわしい公益性を有する要件として、「内部留保が過大でないこと」、「株式保有等を制限すること」が指摘されている。

医療法人は制度上²⁷の公益法人²⁸には位置付けられてはいない。医療法人は医

²⁷ 医療法 39 条、「病院、医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所又は介護老人保健施設を開設しようとする社団又は財団は、この法律の規定により、これを法人とすることができる。」、また「前項の規定による法人は、医療法人と称する。」とも記されている。

²⁸ 現在「公益法人」とは、平成 18 年「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律」に定められた公益社団及び公益財団法人を指す。医療法人は医療法に定められているため、公益法人には含まれない。

療法39条「病院、医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所又は介護老人保健施設を開設しようとする社団又は財団は、この法律の規定により、これを法人とすることができる。」という規定により制度化されている。それに対して公益法人は、2006年に「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律」によって定められた。現在の公益法人は2006年「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律」に基づいて設立された、一般社団法人、一般財団法人のうちで、公益目的事業であることの認定を受けたものである。

よってわが国において、医療法人は狭義の公益法人には含まれない。しかしながら、医療の位置づけはわが国においては公益に位置づけられ、例えば厚生労働省（2004）「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」には医療法人の行う事業を「公益的事業」とした表記もみられる。医療は医療法1条にある医療法の目的が、「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。」とあるように、医療は国民の生命・健康のために国家が保障するものである。よって医療法人は、わが国において公益性を有する非営利法人として位置付けられている。

医療法人の利益剰余金に関しては、厚生労働省（2005）「医療法人の剰余金の使途の明確化について」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者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ないと考えられる。」また「こうした収支剰余の累積等に伴い、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せるのは望ましくない。」と指摘されている。加えて「適正な法人活動を制約しない範囲で、将来の公益的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に、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。」と指摘されている。しかし「具体的な規律のあり方としては、現行指導監督基準等による『いわゆる内部留保』の考え方について、例えば、正味財産との関係にも留意しつつ必要な見直しを行い、できるだけ恣意性を排除した客観的な規律とすることが望ましい。」とされ、適正な水準に関して具体的には言及されていない。

3.2.3.不採算医療

わが国において「不採算医療」の定義は曖昧である。ただし、一般に医療に

において採算性が低いとされる分野を「不採算医療」という場合がある。厚生労働省（2005）「医業経営の非営利性等に関する検討会報告書」において、「公益性の高い医療に関する考え方」及び「現時点で考えられる公益性の高い医療」の枠組みの提示がある。「公益性の高い医療の考え方」は「通常提供される医療（活動）と比較して、継続的な医療（活動）の提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、地域住民にとってなくてはならない医療（活動）」であり、「救命救急のために常時医療を提供するものであること」、「居住地域や病態の程度にかかわらず等しく医療を提供するものであること」、「医療従事者に危害が及ぶ可能性が高いにも関わらず提供することが必要な医療であること」、「患者や地域の医療機関に対し無償で相談助言や普及啓発を行うものであること」、「高度な医療技術などの研究開発や質の高い医療従事者の養成であって科学技術の進歩に貢献するものであること」などである。

また「現時点で考えられる公益性の高い医療」とは「休日診療、夜間診療等の救急医療」、「周産期医療を含む小児救急医療」、「へき地医療・離島医療」、「重症難病患者に対する継続的な医療」、「すべての感染症に係る患者を診療する医療」、「筋萎縮性側索硬化症（ALS）など継続的な在宅療養を必要とする患者に対する医療や当該患者の療養環境の向上を図る活動」、「災害など緊急時に対応する医療（災害医療）」、「精神救急医療」、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関が行う医療」、「患者を早期に社会復帰に結びつける医療連携に関する活動」、「医療安全及び疾病予防に関する先進的な活動であって、患者や地域の医療機関に対し無償で相談助言や普及啓発を行う活動」、「質の高い医療従事者の確保・養成に関する活動」、「高度な医療技術を利用した研究開発であって、患者や地域の医療機関に対し当該研究結果情報を無償で提供する活動」、「治療との有機的な連携による治験（活動）」とされている。これらの公益性が高いとされる医療は、現在、採算性が低く、不採算医療といわれることがあるものである。

不採算医療に関する研究としては、小児科を不採算医療として問題視した研究として、吉田ら(2002)、上嶋ら(2011)、帆立(2010)、加藤(2006)、浜田(2005)、田中ら(2004)、田中(2004)、堀ら(2004)、田中(2004)、高橋(2004)、福重(2003)、鴨下(2003)、土田(2003)、田中(2003)、高瀬(2002)、小田島(2001)、藤村(2001)、石松(2000)、杭ノ瀬(1999)、柳沢(2001)、小崎(1999)、山内(1999)がある。

小児救急に着目した研究では、田中ら(2011)、田中(2006)、市川(2006)、深谷ら(2006)、田中(2006)、田中(2005)、田中ら(2005)、五十嵐(2003)、市川(2003)、舟本(2003)、阪井ら(2003)、市川(2002)、飯倉(2003)、市川(2003)、舟本ら(2003)、市川(2002)、高砂子(2002)、工藤(2002)、太田(2002)、田中(2002)、田中(2002)、田中(2001)、市川ら(2001)、井戸(2001)、高橋ら(2001)、田中ら(2001)、谷口(2000)、

大野(1999)、田中ら(1999)、山田ら(1998)、田中(1998)、市川ら(1998)がある。

また不採算医療として、発達障害の診療に関するものとして早川(2010)、放射線医療に関するものとして池田(2010)、結核治療に関するものとして工藤(2010)、稲垣(2010)、加藤ら(2010)、四元(2009)、森(2009)がある。救命救急医療に関するもの定光(2010)、山田ら(2008)、手束(2001)がある。緊急入院に関するものとして瀬地山(2010)がある。僻地医療に関するものとして中島(2008)がある。精神医療に関するものとして山角(2007)、藤原(2007)、川崎病に関するもの清沢(2006)がある。輸血医療に関するものとして巽(2005)がある。病理検査に関するものとして飯田(2004)、水口(2004)がある。B型肝炎におけるワクチン接種に関するものとして藤沢(2004)、藤沢ら(2001)がある。

本研究の主題たる「透析」は従来収益性の高さが一般的に指摘されることもあり、不採算医療にこれを含めた論文及び行政資料は見当たらない。

3.3. 先行研究

「透析」の治療法そのものに関する研究としては、中本(2009)、川口(2008)、椎貝ら(2011)、山縣(2009)、白髪ら(1999)および稲田(2010)がある。「透析」の治療法の変遷から、今後の治療法のスタンダードを考察したものであり、経営に関しては触れていない。また山崎(2010)による「透析」の診療報酬の変遷に関する研究があるが、こちらは診療報酬体系の提案の必要性を示したものである。また「透析」のコストに関する研究として、治療法の側面からは、土田ら(2004)、星(2002)、Pelletier EMら(2009)、Russell, Cynthia L.ら(2011)、David A. West(2003)およびKetchum PW(2005)があり、薬剤のコストの側面からは、黒田ら(2004)、柿原(1994)、Bernadette A.M.ら(2011)、Lefebvre Pら(2007)およびMoyneur Eら(2008)がある。これらは「透析」の治療法の収益性に関して薬剤の変更等による向上を検討したものである。米国においては日本のように医療の大半が公的医療保障制度ではなく、自由診療が認められている²⁹。そのため、診療そのもののコストに関する研究はあるが、他の診療内容と比較検討したものはない。本研究は日本の診療報酬制度下における診療内容による収益性の差異の存在を検討し、その測定を試みたものである。

また人員管理の側面からは、黒田ら(2009)および中条ら(2003)がある。これらの研究は、「透析」を行う上でのコスト削減に関して、1施設におけるそれぞれの側面からの比較研究である。また「医療法人経営」における経営戦略に関する研究として、大野ら(2009)、真野(2008)、赤瀬(2008)、三谷(2006)、山下(2006)、佐田(2002)、森永ら(2006)、渡辺ら(2003)、荒井ら(2003)、川淵ら(2002)および石橋(2002)があるが、これらは1病院における戦略策

²⁹ 厚生労働省保健局企画課監修(1997)「欧米諸国の医療保障」

定について、例えばB S C導入などを背景に書かれたものであり、この中に複数の施設の財務諸表を用いた分析はない。本研究では宮城県の宮城県管轄の医療法人のほぼ全数の財務諸表を用いた検討を行っている。

1 診療所における経営戦略に関する研究としては、綾部（2001）がある。また、「医療法人経営」における病院の取り組みに関する紹介記事として、堀内（2006）、西平（2006）、小笠原（1999）、加藤ら（1997）および中（2006）があり、病院建築に関する紹介記事として小北（2010）がある。これらは1施設を事例として挙げ、自身の経験や取り組み、建築物としての独自性等を紹介したものである。

「医療法人経営」について財務データを用いて、採算性や収益性の論点で書かれた研究としては、中村（2008）が藤川ら（1987）があるが、これらも1施設の事例によるものである。

病院・診療所における資金調達に関する解説記事として、得能（2007）、武田（2001）、京極（2001）、松原（2001）、小笠原（2001）、石井（2001）、高橋（2001）および神保（2000）がある。「医療法人経営」における経営管理に関するものとして、安川（2002）、野村（2003）、足立（2001）、増川（2000）、石井（2000）、弘島（1998）、小山（1998）、鎌田ら（1997）および塩谷（1997）がある。「医療法人経営」における意思決定に関する研究として、坂梨ら（2004）、米本（2005）根岸（1999）および河野（1999）がある。これらは医療法人が対象ではあるが、財務に関する研究ではない。

「自治体病院経営」に関する解説記事として、塩谷（2005）、小林（2003）、斎藤（2003）、根岸（2001）、崎原（2007）、岩堀（1998）および余語（1997）がある。これらは自治体病院経営における問題点を概説したものである。

「自治体病院経営」の改善に関する研究として、1事例を根拠としたものは阿曾沼（2009）、長友（2008）、長（2008）がある。これらは自治体病院経営の現状について1事例の分析から考察し、その改善策について論じている。またこれらに類する研究として、自治体病院経営と民間病院経営の事例の比較から「自治体病院経営」における問題に対する改善策を提案した小山（2006）がある。また地方公営企業法適用の自治体病院の財務データを用いた病院経営の分析の研究として、地方公営企業法の一部適用の病院と全部適用を選択した病院との比較から「自治体病院経営」の採算面を分析した佐藤（2005）、がある。他にも自治体病院の財務諸表を用いた分析は上林（2009）、木下ら（2008）、佐藤（2007）、衣笠（2007）、佐藤（2005）、谷口ら（2004）、藤本ら（2002）がある。

自治体病院以外を対象として財務諸表を用いて行われた「医療機関経営」に関する研究で、複数施設の財務データを用いたものは衣笠（2007）（国立病院機構に属する157件）および谷口ら（2004）があり、1施設内で行ったものは遠藤（2001）、松浦（2011）がある。「医療機関経営」に関して筆者自身の経験か

ら提言を行っているものとして、毛利（2007）、影山（2007）、塩谷（2007）がある。その対象は自治体病院である。また、企業内診療について筆者自身の経験から概説したものとして荒井（2008）がある。「医療機関経営」における人的資源管理に関して、先行研究の内容分析を行い、分類化を行っているものとして、濱井（2009）がある。「診療所経営」に関する戦略を紹介した記事として、岩佐（2003）神野（2005）および日経 BP 社（2001）がある。「診療所経営」に関して、複数の診療所に対するアンケート調査したものとして、日経 BP 社（2011）、伊藤（2010）、日経 BP 社（2003）、長崎ら（2007）および藪内ら（2001）がある。「診療所経営」に関して、1 事例から検討したものとして、日経 BP 社（2010）、石井（2010）、柳原（2002）、杉本ら（2004）、森部（2002）、久保（2009）および尼崎ら（2010）がある。

「診療所経営」に関して、財務データを用いた分析を行った研究として、樽本ら（2011）があるが、これらは 1 事例における財務データを用いて費用分析をおこなったものである。また、複数の医療機関の財務データを用いた財務分析を行っている研究として、大友（2005）があるが、その対象は医療生活協同組合である。

医療機関の経営に関する先行研究では、筆者自身の経験や 1 施設の事例を根拠として行われたものが多く、1 施設の経営効率化を論点としたものが多い。また複数の財務諸表を用いて比較分析した研究は自治体病院等の公的病院を対象としたものが多い。この理由として、従来入手が可能な、医療機関の財務データは自治体病院もしくは公的医療機関の財務諸表のみであったためであることが考えられる。しかし 2006 年に改正された医療法第 51 条によって医療法人の事業報告書等が、管轄の都道府県や、広域医療法人であれば厚生労働省によって閲覧が可能となった。これによって医療法人の事業報告書を用いた財務に関する比較が可能となった。これを行っているのは大野（2010）「医療法人の経営多角化と黒字経営に関する研究」のみである。大野（2010）は埼玉県で多角経営を行っている医療法人の相互比較を行っている。また病院に加えて何の施設を運営しているかによって類型化しているため、診療所に主眼を置いて行った分析ではない。また大野（2010）は黒字と赤字という観点によって分析を行っている。

本研究においては、宮城県管轄のほぼ全数の医療法人の事業報告書から分析を行い、宮城県の医療法人 559 を対象とした。その経営する医療施設数は病院 64、診療所数は 554 である。本研究のように医療法人経営の都道府県単位の状況に関して、ほぼ全数を用いて行った研究は現時点において稀である。

また本研究では収益性の高い診療内容に関して、その経営におけるその診療の占める割合を独自に推計した。この点に関しても意義があると考えられる。

さらに単年度収支ではなく、「事業年数全体の収益性」を示す指標として「利

益剰余金」に着目し、また今までに着目されたことのない「事業年度1年当りの利益剰余金」に着目して算出することにより、当該医療機関の「収益性」の一端を明らかにした。医療法人経営で「利益剰余金」に着目した研究は稀であり、また「事業年数」³⁰により事業年数全体の俯瞰を試みた研究は見当たらない。医療法人は1950年に医療法によって成立した制度であり、古くは2010年までに60年間医療法人として事業を行っている法人、それに対して近年に認可された新しい法人が存在する。単年度収支では事業年度1年当りの収益性を測りきれないと考える。本研究では事業年度1年当りの収益性を分析することを試みており、この点に関して独自性が高いと考える。

尚、医療機関の収益性に影響を及ぼす可能性があるものとして、「DPC (Diagnosis Procedure Combination) (診断群分類包括評価)」による収益の差異がある。しかし本研究で対象とした「宮城県の宮城県管轄の医療法人」においてDPC対象病院は2法人のみであり、また透析を行っている医療法人においてはまだない。したがって本研究ではDPCによる収益性の差異に関する議論は行っていない。また他にも収益性に影響を与える可能性のある事象は多数ある。例えば立地や地域性等が考えられるが、本研究においては診療内容による利益剰余金の蓄積に差異があるかを検証するものであり、それらの他の事象に関しては考慮していない。

また医療法人の利益剰余金に関して「将来における設備投資等のための資金」といった「継続性」のために適正な利益剰余金の規模は、これまでに示されていない。本研究においても、その医療機関が継続するために必要な利益剰余金の適正規模に関して議論を行っていない。本研究で論じるのは現状の残余財産の帰属先に関する規定はあり、使途に関する制限は存在するが、内部留保し、蓄積し続けることに関しては制限がない「医療法人の利益剰余金」に関して、宮城県における現状を示したこと、またその蓄積に診療内容の差異が存在することを示したことに意義があると考ええる。

3.4. 調査方法

本研究においては、「宮城県において医療施設を経営する医療法人」を対象とした。宮城県の病院の総数は147、医科に分類される診療科を有する診療所の総数は1,621である³¹。本研究において対象とした病院数は64、医科に分類される診療科を有する一般診療所数は554である。宮城県管轄で2010年度に決算報告した医療法人は688法人であり、各医療法人の事業報告書等の数値を用いて分析した。

³⁰ 「事業年数」は設立登記から2010年までの事業を継続した年数である。

³¹ 宮城県医療整備課 (2010) 「宮城県医療機関名簿」2010年10月時点

本研究においては、これらの医療法人のうち、医科に分類される医療施設を経営する法人を対象とし、歯科のみを経営する 88 法人、老健施設のみを経営する 10 法人を対象から除外した。尚 22 法人は何らかの欠損値が存在しているか、もしくは医業収益か費用が 0 で実質的に事業がおこなわれていないと判断し、対象から除外した。また 2009 年に登記された 9 法人は事業の期間が 1 年に満たないため除外した。最終的に本研究で対象とした医療法人数は 559 である。

本研究においては、医科に分類される施設を経営する宮城県の医療法人の 2010 年度決算時点の経営状態を示した。その数値は 2010 年度の各医療法人の「事業報告書等」に記載してある数値を用いている。はじめに現在の経営状況を「類型化」し、その類型による収益性の状況に関する考察を試みた。

「類型化」に関しては、まず複数の施設を経営する多角経営型の「医療法人群」と、単一の施設を経営する「医療法人群」に分類した。

続いて、複数の施設を経営する「医療法人群」についてはその経営施設の種類ごとに「類型化」を行い、単一の施設を経営する医療法人に関しては経営施設の種類、続いて診療内容によって「類型化」を試みた。

それぞれの病院群ごとにその収益性を比較し、その中で高収益となっている医療法人経営の類型に関する考察した。

その際、「医療法人の収益性」を示す指標として、「利益剰余金」に着目した。さらに本研究においては「1 事業年度当りの利益剰余金」に着目し、これを算出し指標として用いた。

次にその中で収益性が高い可能性が予想された「透析」に関して、実際に「透析の収益性」が他と比して高い場合に、「透析」の事業における割合を推計し、分析を行うための指標を作成した。それらを用いて「透析の収益性」に関してさらに詳細な分析、考察した。結果において示された関係性は相関分析を行い、またその相関が認められた場合には両側検定によって有意性の検定を行った。また平均値に差が認められた場合には t 検定を行い、その母集団に有意差が存在することの検定を行った。尚、本研究において相関係数とは PEARSON の積率相関係数を指す。またデータの集計・分析には MICROSOFT EXCEL、IBM SPSS Version 19 を用いた。

本研究は宮城県の宮城県管轄の医療法人を対象とした研究であり、研究に示された結果は宮城県に限定したものである。よって本研究のデータの母集団は宮城県の宮城県管轄の医療法人である。

3.4.1. 指標の作成

3.4.1.1. わが国における「透析」の概況

わが国の慢性透析患者数は社団法人日本透析医学会（2014）「わが国の慢性透析療法の実況」によれば、年々増加をたどり、2001 年には 22 万人弱であった

患者数が 2013 年には 31 万人を超えている。

このような状況にあって、近年の診療報酬の改定では、「透析」に関する診療報酬は引き下げの傾向である。しかし 2000 年以降、「透析」に係る診療報酬は引き下げられている。従来の高収益構造に対して、そのような「透析」に対する診療報酬の引き下げにより、透析病院の経営の悪化、さらには「透析」の医療としての質の低下を危惧する指摘もある。例えば、厚生労働省（2007）「透析医療に係る改定の影響調査の報告書」において、「夜間や休日の透析を見直した施設の存在等の影響」³²を懸念した意見もある。

「透析」にかかる費用に関しては、当然個々の症例による差異もあるため、全患者の費用が均一ではない。しかし例えば、社団法人全国腎臓病協議会 HP（<http://www.zjk.jp/support/>、2011 年 7 月 20 日アクセス）にて、「血液透析で月に約 40 万円、腹膜透析では約 70 万円」かかるとされている。ただし「透析」は高額医療費制度により患者負担は月に最高で 2 万円が上限となる。残りの部分は行政から支出される制度となっている。

3.4.1.2.わが国の国民医療費と「透析」

わが国の国民医療費の増大は以前より問題視され、2000 年には介護保険制度の導入により、それまでの医療費の一部が介護保険に移行したことによって、減少はあったがそれ以降も増加の傾向にあり、2009 年には 35 兆円を超えていることがあげられる（図 1）。

その中でもように、わが国における「透析」に関する医療費は増大し、かつ高額となっている。「透析」の医療費は、2001 年度は 5,000 億円だったものが、年々増加を続け、2009 年度には 1 兆 2,000 億円と推計されている（図 2）。また同資料では国民医療費の増大に関して、「透析」の費用の増加は薬剤費の増加とともに、主要な要因として位置づけられている。

「透析」にかかる医療費が増大している理由として、診療報酬改定では「透析」に関する点数は引き下げられたが、「透析」を必要とする患者数は年々増加していることが挙げられる（図 3）。

3.4.1.3.「透析」の診療報酬の変遷

「透析」の診療報酬点数は、1990 年代までは、技術料や外来医学管理料の点数も現在に比べて高く、また透析液や生食水、抗凝固剤も使用量で請求可能であり、利益率が高かったといえる（表 1）。しかし 1990 年代後半から 2000 年代になると、2002 年に透析液、生食水、抗凝固剤の時間区分が廃止される等診療報酬が引き下げの傾向となった（表 2）。2008 年には再び時間区分が導入された

³² 診療報酬のマイナス改定により、医療施設が採算性が低くなったことにより、夜間や休日の透析を辞めることによる患者への影響が懸念されている。

が、その額が引き下げられている。また夜間、休日加算も 2006 年に引き下げられている。外来医学管理料は毎回引き下げられ続けている。

厚生労働省（2007）「透析医療に係る改定の影響調査の報告書」の調査による「透析」の制度改定の影響として、透析液、生食水、抗凝固剤の時間区分の廃止による、患者に必要な時間の「透析」を行うことに関する医療機関の損失、夜間や休日加算の引き下げによる夜間や休日の「透析」を行うことの損失の懸念があり、それを受けてか時間区分が再び設けられた。しかし工藤（2006）³³の指摘の通り、以前と比較して近年の「透析」の診療報酬は低くなっているといえる。

3.4.1.4.宮城県の「透析」の現状

2009 年 12 月末時点の宮城県には「透析」を行っている医療機関が 52 ある。宮城県内における透析用のベッド数は 2009 年末時点で 1,729 である（表 3）。宮城県内にある医療機関で「透析」を行っている患者数は 2009 年末時点で、4,825 人である。この数は全国における状況と同じく、増加の傾向にある（図 4）。宮城県の医療機関における「透析」を行っている機関の状況は、2009 年末の時点で病院が 21、診療所は 31 である。それらの医療機関にある透析用のベッド数の総計は、病院が 618、診療所では 1,111 である。そこで「透析」を行っている患者数の総計は病院が 1,708 人、診療所が 3,117 人である。

宮城県において、病院における「透析」は、診療所よりも透析用のベッド数、「透析」を行っている患者数ともに少ない。また経営主体別にみると、宮城県においては医療法人が経営する医療機関で「透析」を行っているのは 29 施設である（表 4）。その透析用のベッド数の総計が 1,076、患者数総計が 3,104 人である。国公立や個人といったその他の経営主体の医療機関は 23 施設である。宮城県では病院よりも診療所の方が総数も 1 施設当りの透析用ベッド数の平均値が多い。この理由として、病院において「透析」は複数ある部門の一つに過ぎないこと、また病院によっては他の事由によって入院する患者が「透析」を必要とする場合のために透析設備があるに過ぎず、主たる診療内容ではない場合があることが考えられる。逆に透析用のベッドを多数有し、「透析」がその病院の主たる治療内容であると推測される病院もある。しかし 1 施設当りの透析用ベッド数が、病院と比較した場合、一般的に事業規模が小さい診療所の方が多いことから、宮城県においてそのような病院が主流とはいえない。病院と診療所という枠で分類した場合、宮城県における透析施設は診療所が主たるものであるといえる。また経営主体別にみると、宮城県の経営主体別の透析用ベッド数では医療法人の経営する透析施設が最も数多く、また患者数も最も多い。

³³工藤高（2007）「2006 年診療報酬改定後の透析施設シミュレーション」『日本透析医会雑誌 22(1)』

3.4.1.5.わが国における「透析」の種類と現状

日本透析医学会（2010）「わが国の慢性透析療法の現況」の中にある「2009年末の慢性透析患者に関する基礎集計」に記載されている、わが国の慢性透析療法の現状は以下のとおりである。（2009年末時点）

慢性透析療法を行っている患者総数、290,675人

血液透析を行っている患者数、280,590人

在宅で血液透析を行っている患者数、229人

腹膜透析を行っている患者数、9,856人

財団法人宮城県腎臓協会、（2010）「宮城県の人工透析患者実態調査報告」によれば宮城県における慢性透析療法の現状は以下のとおりである。（2009年末時点）

慢性透析療法を行っている患者総数、4,825人

血液透析を行っている患者数、4,649人

腹膜透析を行っている患者数、69人

在宅血液透析、腹膜透析は在宅で行う「透析」である。しかし現状として、わが国の「透析」の中で主たるものとはいえない。また宮城県においても主たるものとはいえない。近年の診療報酬改定において在宅血液透析の指導管理料は高く評価されており、また腹膜透析における在宅腹膜管理料の評価も高い。腹膜透析と血液透析は残腎機能や患者の状況等によって選択される。またその費用はそれぞれ患者個人の状況によって異なる。よって在宅透析の診療報酬が医療施設内で行う血液透析の患者と差異が存在すること、「透析」の病状によって診療報酬、すなわち医療機関の収益が異なることが予測される。

しかし本研究の観点は、患者個人ごとの医療費の差異が与える影響を測るものではなく、「透析」を行っているか否かによる医療法人の収益に対する影響を推計するものである。よって本研究では、透析患者一人当りの医療費はあくまでわが国における透析医療費を全国の透析患者数で割った平均値であり、患者個人の病状の差異による収益性にまで踏み込んだ議論は行っていない。

3.4.1.6.本研究で用いた指標

◎「1年当り利益剰余金」（単位：千円）＝2010年度末利益剰余金／（2010－登記年度）

医療法人の事業における「透析」の実施規模は、病院もしくは診療所の事業規模と必ずしも一致しない。そこでその医療法人の事業における「透析」の比重を推計して指標とした。

医療法人は「事業年数」が個々の法人によって異なる。したがって「利益剰余金」の総額は当該医療法人の収益性を示す指標とはいえない。本研究では独

自に医療法人の収益性を示す指標として、事業年数に応じた「単年度当りの剰余金情報」に着目した。

◎ 「1ベッド当り患者数」(単位：人) = 透析患者数 / 透析施設の透析用ベッド数³⁴

「透析」の主たるものである血液透析は、1回4時間程度、1日置きが通常といわれており、1施設で透析を行える人数には上限がある。また「透析」は継続的に治療が行われ、また腎移植を受けるか死亡するか以外で継続して「透析」を受け続けなければならない。よってその医療機関の患者はほぼ1年間継続的に定期的な透析治療を受けていると推測される。本研究では、1ベッド当りの患者数を算出し、その状況が医療法人の経営に影響を与えているかを確認した。ここでいう患者数はその医療機関にかかっている透析患者の数である。

◎ 「推計透析収益割合」(単位：%) = (透析患者数 × 4,128 千円)³⁵ / 事業収益 × 100

本研究においては、高収益の可能性が予測された「透析の収益性」をさらに検証するため、個々の「透析」を行っている医療法人の経営状態の比較と分析を行った。さらに分析に際して、医療法人経営においてどの程度影響を与えているかを検証するための指標を独自に作成し用いた。

ここでいう患者数はその医療機関にかかっている透析患者の数であり、当該患者が1年間その施設で「透析」を受け続けていると仮定してその収益の割合を試算している。

3.4.2. 類型化

宮城県における多角経営の形として、「複数の病院を経営している法人」、「病院と医科診療所を経営している法人」、「病院と老健施設を経営している法人」、「医科診療所を複数経営している法人」、「医科診療所と老健施設を経営している法人」、「医科診療所と歯科診療所を経営している法人」、がある。次にこれらの医療法人の経営状況を集計した。

³⁴ 財団法人宮城県腎臓協会 (2010) 『宮城県の人工透析患者実態調査報告』に掲載されている各施設の2010年の患者数、透析用ベッド数を用いた。

³⁵ この指標に用いた数値、4,128千円は厚生労働省資料「2009年国民医療費の概況」にある2009年度入院外透析医療費の全国総額1.20兆円を、日本透析学会調査の2009年12月末時点の慢性透析患者数290,675人で割った透析患者の2009年の年間の透析患者1人当りの医療費の推計である。なお、この中に透析患者の薬剤費や指導料、入院での透析医療費は含まれない。

3.4.2.1. 類型化(施設経営)

本研究で行った複数の施設経営の形に着目した類型化の内容は、以下の通りである。

- ・ 病院・診療所・老健施設複合経営型
- ・ 病院・診療所複合経営型
- ・ 病院・老健施設複合経営型
- ・ 診療所・老健施設複合経営型
- ・ 複数診療所経営型
- ・ 病院もしくは診療所・歯科診療所複合経営型

3.4.2.2. 類型化(診療内容)

さらに宮城県において単一の診療所のみを経営する医療法人を「透析」を行っている医療法人と、「透析」を行っていない単一の診療所を経営する医療法人に分類した。その上で「透析」を行っていない医療法人をその経営する診療所が標榜する³⁶診療科³⁷によって類型化した。

- ・ 病院
- ・ 透析・診療所
- ・ 内科・診療所
- ・ 小児科・診療所
- ・ 眼科・診療所
- ・ 胃腸科
- ・ 消化器科
- ・ 呼吸器科
- ・ アレルギー科
- ・ 産婦人科
- ・ 耳鼻咽喉科

³⁶ 2008年の「医療法施行令の一部を改正する政令」(平成20年政令第36号)、「医療法施行規則の一部を改正する省令(平成20年厚生労働省令第13号)」によって、診療科名を包括的に標榜することが求められるようになり(経過措置により、従来の表記をしている診療所も存在する)、内科か外科を標榜する必要となった診療科が存在する。内科と外科という表記は現状として、包括的に示していることが多い。従来の診療科で、例えば「こう門科」は「単科」としての表記は認められず、その場合包括的に示す「内科」や「外科」を併記する必要がある。

³⁷ 標榜する診療所を経営する法人数が10に満たない診療科は「その他の診療科」と分類した。

- ・循環器科
- ・神経科
- ・整形外科
- ・皮膚科
- ・リウマチ科
- ・その他の診療科

類型化の手順は次のとおりである。

◎ 単科の場合はその診療科による分類。◎ 複数の診療科を標榜する場合は第一番目に標榜する診療科による分類。◎ 内科及び外科を第一番目に標榜し、かつ複数の診療科を標榜する診療所の場合は第二番目に標榜する診療科による分類、その場合に第二番目も内科及び外科の場合は第三番目に標榜する診療科による分類。◎ 第一番目に内科及び外科を標榜し、第二番目に標榜する診療科が内科及び外科であり、標榜する診療科が二つのみである場合は第一番目に標榜する診療科による分類。

本研究では包括的な分類ではなく、部位や症状等のその診療所が対象とする診療内容による類型化を行っている。

3.5.結果

3.5.1.宮城県の医療法人全体の状況

本研究で対象とした559法人の2010年決算の状況は、黒字収支の法人が380法人であり、全体の68.0%を占めている。(表5)赤字を計上した医療法人は179法人であり、32.0%となっている。この時点で「利益剰余金」がマイナスとなっていない法人は497であり、88.9%である。「利益剰余金」がマイナスとなっている法人は62であり、11.1%という結果が得られた。

表6に対象とした医療法人全体の経営状態を集計して示した。本研究が対象とした医療法人群全体では2010年度決算において総額8,974,261千円の事業利益を計上し、全体で留保されている利益剰余金の総額は78,205,827千円に上る。一医療法人の平均値で139,903千円、中央値は48,865千円である。「1年当り利益剰余金」の全体の平均値は9,667千円、中央値が4,728千円となっている。

次に「利益剰余金」と登記されてからの「事業年数」の散布図を示した。(図5)また利益剰余金と事業年数にあまり関係性は見受けられない。(相関係数0.29)

3.5.2.多角経営型の医療法人と単一の施設を経営する医療法人全体の状況

大野(2010)「医療法人の経営多角化と黒字経営に関する研究」において、「経営多角化は医療法人の経営を黒字にするうえでプラスの影響を及ぼしている可

能性がある」という指摘がある。本研究の対象とした医療法人において、複数の施設を運営する多角経営型の医療法人は 68 であり、対象医療法人の 12.2% に当る。(表 7)

単独の病院もしくは一般診療所を運営する医療法人は 491 であり、内訳は病院が 30、診療所が 461 である。(表 10)

宮城県において、複数の施設を運営する医療法人と単一の施設を運営する医療法人の経営状態を比較すると、2010 年度決算における事業収支の平均で 76,160 千円であるのに対して 7,730 千円、中央値が 36,506 千円に対して 3,298 千円となっている。(表 7、表 8)

「1 年当り利益剰余金」に関しては、平均が 24,365 千円に対して 7,631 千円、中央値が 11,611 千円に対して 4,232 千円である。いずれも複数の施設を運営している医療法人の方が大きいことがわかる。つまり事業規模が大きい方が、「利益剰余金」も大きくなる可能性が高いことが指摘できる。

「事業収支比率」においては、複数の施設を運営する医療法人では全体で 106.2%、単一の施設を運営する医療法人全体で 103.9% であり、中央値は 105.2% に対して 102.5% である。どちらも複数の施設を運営する法人の方が高い。(表 7、8)

大野 (2010)「医療法人の経営多角化と黒字経営に関する研究」で指摘されているように、単独経営と多角経営で比較した場合、多角経営の方が、収益性が高い可能性があるといえる。

3.5.3.宮城県における多角経営と単一経営の医療法人の類型による経営状態

複数の医療施設を運営する医療法人は経営施設の種類ごとに、単一の医科に分類される医療施設を運営する医療法人は診療内容によって類型化を行い、その医療法人群ごとの経営状態を示した。(表 9、表 10)

単一の医科に分類される医療施設を運営する医療法人は、複数の施設を運営する医療法人と比較して、個々の法人の「利益剰余金総額」や「1 年当りの利益剰余金」の平均値及び中央値は低い。また事業規模に関しては病院と診療所を比較すると、当然病院の方が大きいですが、単一の医療施設を運営する医療法人において、診療所を運営する医療法人群よりも病院を運営する医療法人群の方が、個々の法人の利益剰余金の平均値も中央値も高い。また「1 年当り利益剰余金」の平均値も中央値も高くなっている。事業規模が大きい方が「利益剰余金」は多くなる可能性が高いと推測される。宮城県において複数の施設を運営する医療法人群と単独経営の医療法人群に関して t 検定を行い、その平均値の有意性を検定した。等分散を仮定しない場合において有意性が示された。(複数の施設を運営する医療法人数 68、単一の施設を運営する医療法人 491、 $t=3.544$ 、 $P=0.001$)

診療内容による類型では、「1年当り利益剰余金」によって比較すると、「透析」を行っている診療所を運営する医療法人が平均値においても、中央値においても目立って高い。宮城県において「透析」を行っている医療法人群と「透析」を行っていない医療法人群に関してt検定を行い、その平均値の有意性を検定した。等分散を仮定しない場合において有意性が示された。（「透析」を行っている医療法人数 22、「透析」を行っていない医療法人 537、 $t=3.573$ 、 $p=0.02$ ）

また病院を運営する医療法人と「透析」を行っている診療所を運営する法人では、「透析」を行っている医療法人の方が平均値も中央値も高い。それ以外の診療内容の類型では、他の診療所を運営する医療法人群と比して明確に収益性が高い診療内容は見当たらない。このことから、「透析」は他の診療内容による類型の医療法人群よりも「収益性」が高い可能性が伺える。

3.5.4.「透析」に関する収益性分析

宮城県において「透析」を行っている医療法人の2010年度決算時点の経営状況を示した。（表12）その内、事業が破綻している法人は2つある。また単年度の収支に関しては5つの法人において赤字となっている。

通常、医療法人は単年度で、例えばそれまでの経営状態に合わせた「役員報酬」が設定されており、大幅な黒字を計上しないように経営されている。また設備投資資金等の積立という目的以外では「利益剰余金」を生じさせない法人も見受けられる。医療法人経営において、単年度でわずかながら赤字となることは、宮城県の医療法人の全数のうち32.0%の法人が2010年決算で赤字を計上していることからわかるように、「単年度収支」は必ずしも経営状態を正確に反映していないと推察できる。

医療法人の収益状態の判断を「1年当り利益剰余金」でみた。（表10）当該22法人中2つの法人がマイナスとなっている。それぞれの医療法人が行っている「透析診療の規模の大きさ」は、その事業規模に応じたものではない。例えば病院で「透析」用のベッドが診療所よりも少ない場合もある。また「1ベッド当りの患者数」を示したが、その数が多いほど「1年当り利益剰余金」が高いわけではない。「透析」を行っている法人の「1年当り利益剰余金」に対して、「透析用のベッド1つ当りの透析患者数」に関係性はあまり見受けられない。（相関係数 0.27）

その医療法人の事業収益に占める「透析」による収益の割合を推計した「推計透析収益割合」でみると、「1年当り利益剰余金」が少ない法人は「推計透析収益割合」が低い傾向にあることがわかった。さらに宮城県の医療法人全体やその法人が含まれている類型の平均値や中央値と比較して、「1年当り利益剰余金」が高い医療法人は「推計透析収益割合」も高い傾向にあった。「推計透析収

益割合」と「1年当り利益剰余金」には正の相関が示された。(N=22、相関係数 0.51、両側検定による検定結果 $P<0.05$)

3.6. 考察

本研究においては、単年度収支ではなく、医療機関の経営指標としてこれまでほとんど着目されていなかった「利益剰余金」に着目し、またさらに「事業年度1年当りの利益剰余金」を算出することにより、従来にはなかった観点から「医療法人の収益性」の一端を明らかにした。

宮城県(2010年決算時点)の医療法人の経営状況を「1年当りの利益剰余金」の視点から医療施設の状況と診療内容で類型化し、次の点が示された。複数の施設を経営する医療法人の方が単独の医療施設を経営する医療法人より「1年当り利益剰余金」の平均値、中央値が大きい。また病院を経営する医療法人は単一の施設を経営する医療法人の中で1年当り利益剰余金が大きい。単一の医療施設を経営している医療法人の中で「透析」を行っている医療法人はどの診療科の医療法人群と比較しても平均値、中央値共に「1年当り利益剰余金」が大きい。これらの点から事業規模が大きい方が、当然「単年度当りの利益」が大きい傾向にあるといえる。しかし単一の「透析」を行っている診療所を経営している医療法人群の「1年当り利益剰余金」は、複数の施設を経営する医療法人全体の平均値、中央値よりも高い。このことから「透析」を行っている法人には「利益剰余金」が過大に留保されている可能性が指摘される。

しかし「透析」を行っている法人で複数の施設を経営していても、経営が良くないものがあった。当該法人の「総収益に対する透析の収益の割合」を推計すると「透析による収益の割合」が高い医療法人の方が「1年当り利益剰余金」が多い傾向があった。以上の考察から宮城県の医療法人の経営をみる限り、「透析」は医療の中で収益性が高い領域であるといえた。本研究によって「透析」の高い収益性が確認できた。「透析」に関しては現状として「継続性」に関して問題はない。しかし「非営利」、「公益性」の観点から、他の診療内容よりも高収益と推測される不均衡な状況を指摘できる。医療全体の「継続性」と「公益性」を考えれば、多額の「利益剰余金」を発生する診療が存在し、その蓄積が長期に目的なく継続することは好ましくない。他の医療の「継続性」を高めるため、その収益性の恩恵を他に与える必要があると考える。わが国における「医療法人」は「公益性を有する」、つまり「不特定多数のもの利益を目的とする存在」であり、かつ「非営利」で「利益を生じさせることを目的としない存在」として位置づけられている。このことを鑑みると低収益で「継続性」に問題が生じている医療が存在する状況において、多額の「利益剰余金」を内部留保し、蓄積し続ける医療法人があることは問題がある。可能性として、現在の「継続

性」に不安が生じている医療は採算がとれず縮小していくこともあり得る。よって内部留保される高額な「利益剰余金」は「継続性」に不安が生じている医療の収益性を補完することに活用されることが医療全体の「継続性」に係る問題の解消につながると考える。

わが国の医療法人は残余財産の帰属先に関する規定はあり、使途に関する制限は存在する。しかし内部留保し、蓄積し続けることに関しては制限がない。その蓄積には診療内容の収益性による差異が存在し、宮城県において「透析」は1年当りの利益剰余金の蓄積が大きくなっている現状が示された。

そこで本研究においては、宮城県に対して、「透析」以外の医療に関する「継続性」のための財源として、①医療法人に長期に内部留保している「利益剰余金」の勘案、②目的のない累積利益剰余金が蓄積しない経営の指導を提案する。

本研究で示した宮城県の医療法人における「透析」に関しては、「1年当りの利益剰余金」が大きい診療内容であった。しかしながら「透析」の診療報酬は引下げられている。また「透析」を行っている医療法人の中にも赤字の医療法人がある。利益剰余金の蓄積を抑制するために診療報酬点数を引き下げた場合、採算性の観点から「透析」の時間を減少させ医療の質が低下したり、現在赤字となっている法人が破綻したりしたならば、医療の「公益性」の観点から問題があるといえる。また本研究は宮城県の医療法人のみを対象としたものであり、地域を変えた場合に収益性の高い診療内容が、「透析」ではない可能性も考えられる。

本研究の対象とした「宮城県における宮城県管轄の医療法人」だけでも、総額78,205,827千円の利益剰余金が存在する。医療法人においては、医療の継続性確保のため、設備投資や建物の建て替え、役員退職時に役員退職金が支払われるといった場合に多額の損金が発生する場合がある。よって利益準備金を一定に蓄積しておく必要はあるといえる。ただし、あまり多額に目的のない繰越利益剰余金が蓄積した場合、法人税法上、過大な³⁸役員報酬を支払うことは認められないため、医療法人の経営者自身にとって利益とすることができない可能性が推測される。また医療法人の役員報酬に関しては、特定医療法人³⁹の承

³⁸ 法人税法施行令第69条《過大な役員報酬の額》は、法人税法第34条第1項に規定する政令で定める金額は「その内国法人と同種の事業を営む法人でその事業規模が類似するものの役員に対する報酬の支給の状況等に照らし、当該役員の職務に対する対価として相当であると認められる金額を超える場合、その超える部分の金額」を過大な役員報酬の額としている。

³⁹ 租税特別措置法（昭和32年法律第26号）第67条の2第1項に規定する特定の医療法人（以下「特定医療法人」という。）に係る改正が行われ、平成15年4月1日から施行されている。特定医療法人として承認されると法人税が

認基準（平成15年厚生労働省告示第147号）の中に「役職員一人につき年間の給与総額（俸給、給料、賃金、歳費及び賞与並びにこれらの性質を有する給与の総額をいう。）が3,600万円を超えないこと。」という規定がある。これを鑑みると、医療法人の役員報酬は年間3,600万円を超えない範囲が認められる範囲といえる。これを超えた場合、医療法第54条において禁止されている剰余金の配当とみなされることが推測される。よって医療法人の利益剰余金は過大になった場合、経営者にとっても利益はあまりない。解散時には国または地方公共団体、医療法人に帰属させることが定められているとはいえ、寄付を促し、還流させることも可能ではないかと考える。

一般に不採算医療といわれる採算性の低い医療は、その時々々の社会状況によって異なる。現在であれば小児救急や産科の不足が指摘されているが、それらを整備・維持するために医療法人に生じた「利益剰余金」を活用できるように促すことが、医療全体の「継続性」を保つことにつながると考えた。このためには「利益剰余金」の使途を効率的にするため、収集し他の医療との再分配を図る機関の設立、制度の構築、また確実な判断のために「医療の収益性」に関する研究のさらなる進展が必要であるといえる。また医療法人はその都道府県のみならず事業が限定されている場合、管轄は都道府県である。その経営状況を把握し、収益性の高い医療と不採算医療、またその地域に不足している医療の判断と対応を行う役割は都道府県が適しているといえる。

可能性として、県が法定外目的税として「医療法人の利益剰余金」に医療整備のために課税する手法も考えられる。法定外目的税は地方税法第七百三十一条、「都道府県又は市町村は、条例で定める特定の費用に充てるため、法定外目的税を課することができる。」という条文に基づいて制定される。また地方税法第七百三十一条第2項において「新設又は変更をしようとする場合においては、あらかじめ、総務大臣に協議し、その同意を得なければならない。」と定められている。この場合総務大臣は同法第七百三十三条により、「一 国税又は他の地方税と課税標準を同じくし、かつ、住民の負担が著しく過重となること」、「二 地方団体間における物の流通に重大な障害を与えること」、「三 前二号に掲げるものを除くほか、国の経済施策に照らして適当でないこと」の場合を除いて同意しなければならない。

これらの点のみを考慮すれば「医療法人の利益剰余金」に対して、医療の「継続性」を損なわない範囲で県が課税することは地方税法上可能であると考えられる。また課税の原則である「公平の原則」、「中立の原則」、「簡素の原則」に関して、事業の収益が診療報酬による公的な収入が大きく含まれる医療法人の利益剰余金に対して課税することに、他の産業との公平の問題が存在しているとは考え

22%の軽減税率の適用となる。

られない。よって宮城県が医療整備、医療の継続性の維持を目的とした医療法人の繰越利益剰余金に対する法定外目的税を設定し、医療法人が蓄積した利益剰余金の消費を促し、利益剰余金が発生しない経営を促すことは手段としては考えられる。

医療法人の利益剰余金は、後継者が別の医療法人を設立し独立を検討しており、そのための資金を留保している場合のように、法人の方針によって医療の「継続性」に沿った留保も考えられるため、外部から過大と判断するのは困難である。医療法人の判断により過大と判断した場合に自主的に寄付ができる、使用目的を医療整備のみとした基金を県が設立することは不要に蓄積した医療法人の利益剰余金の還流を促す有益な方策であると考えられる。

本研究の結果として、宮城県における「透析」を行っている医療法人は「利益剰余金」が多く生じているが、「単年度の事業収支比率」は医療法人として標準的であるといえた。これは「透析」が高額の医療であることから事業収益と事業費用がともに高額となり、収支の「差額」は大きくなっていることが理由として推測される。しかし差額は大きくなるが、収益と費用がともに高額であるため収支の「比率」は高くなっていない。このことから「透析」の診療報酬を下げた場合、収支比率の低下が生じ、「透析」の現在の「継続性」が保たれると判断することはできない。よって「利益剰余金」が生じないように政策を行うことではなく、生じた「利益剰余金」を「継続性」に不安が生じている医療に有効に活用する制度を構築することが有効であると考えられた。

3.7. 今後の課題

本研究は、宮城県の医療法人に限定したものであり、今後、対象地域を変えた研究を行いたい。また「利益剰余金」には、単年度の利益が累積した内部留保という側面以外にも設備投資等の医療の「継続性」のための積立金という側面もある。医療維持・継続のための必要資金の面からの分析も必要と考える。

また医療法人の利益剰余金の蓄積に影響を与える要因は診療内容以外にも多数考えられる。今後もそれらを検証する研究を進めていきたい。

3.8. 小括

本研究は、① 宮城県の医療法人の事業報告書から宮城県の宮城県管轄の医療法人経営の現状を示す。② その医療法人のデータを基に診療科及び診療内容による類型化を行いその診療科や診療内容の類型を比較することによって、診療科及び診療内容による収益性の差異の存在を明らかとする。③ また独自の指標を作成し、その診療内容の収益性の測定を試みる。④ さらに収益性の差異が確

認められた場合、その差異を解消するための方策を検討することを目的とした。

本研究においては、⑥に関して、これまでまだ誰も行っていない宮城県の宮城県管轄の医療法人のほぼ全数の財務諸表を用いて宮城県の医療法人経営の現状を示した。⑦に関して、大野（2010）で示された複数の施設を経営する医療法人が高収益となる可能性を宮城県においても確認し、単一の施設を経営する医療法人を診療科及び診療内容で類型化し、その経営状態を示した。⑧に関して、単年度収支ではなく、医療機関の経営指標としてこれまであまり着目されていなかった「利益剰余金」に着目し、またさらに「1年当りの利益剰余金」を算出することによって、従来なかった観点から医療法人の「収益性」の一端を明らかにした。さらに収益における「透析」による収益の割合を推計する「推計透析収益割合」の指標を算出し、「透析」を行っている医療法人の収益状態の一端を示した。⑨に関して、本研究で対象とした宮城県の宮城県管轄の医療法人全体に総額 782 億円の利益剰余金が蓄積していることが示され、また「透析」の収益性が高く診療内容による収益性の差異が存在する可能性が示唆されたことから、収益性の高い医療法人に生じた医療法人の利益剰余金の医療全体の継続性のために活用する可能性を検討した。

本研究のようにわが国の医療の継続した提供に向けて現状を分析し、効率化するための検討を加えることはわが国の医療にとって有益であると考えられる。

第4章 ステークホルダーに着目した医療法人の持分に関する検討

第4章 ステークホルダーに着目した医療法人の持分に関する検討

4.1.はじめに

医療法人の残余財産の帰属については問題視され、医療法改正により新規開設が不可能となった。しかし実態として、持分⁴⁰の有る医療法人は経過措置型医療法人として現在も多数存在している。そして持分とそれに付随した解散時の持分に応じた残余財産の分配権と社員の退社時における持分に応じた払戻しの請求権は現在も存在している。

わが国において、医療法人は医療法を設立の根拠法とする民間資本の非営利を目的とした組織である。非営利とは営利を目的としないことであり、非営利法人とは、剰余金の配当が認められていない組織のことを指す。

医療法人は医療法第54条において剰余金の配当禁止が明言されている。医療法人には財団として又は社団として開設されたものがあり、社団として開設したものには出資持分の有るものと無いものがある。財団として設立されたものには出資に応じた持分は存在しない。また社団として設立されたものの中でも持分の有る医療法人を現在は新規開設できない。しかし持分の有る医療法人は現在も経過措置型医療法人として総数の8割以上を占めて存在している。本研究においては医療法人の持分に着目しており、本研究における医療法人は持分の有る医療法人、社団であり出資持分の有る医科の診療所または病院を営営する医療法人を指す。

わが国では営利を目的とする者の医療機関の開設は原則として認められていない。医療法人は現状として社会保険診療を行うことのできる医療機関の中で、持分に応じた払い戻しが社員の退社時と解散時に限定されるといえど認められている唯一の組織である。厚生労働省も持分のない医療法人への移行を進めているがあまり進んでいない。

持分の有る医療法人が存在することに対する問題の指摘は、これまで相続時や社員の退社時の支払いによって医療法人の継続性を損なう可能性から論じられてきた⁴¹。もし医療法人の持分から生じる医療法人の問題が持分に対する支払いに関するものに限定されるのであれば、持分が存在したままでも、例えば相続税の見直し、支払いの際の借入れの円滑化を図ることなどで解消できる⁴²。従って、医療法人の持分の存在により生じる問題が医療の継続性を損なうこと

⁴⁰ 医療法附則（平成一八年六月二一日法律第八四号）10条の三において、持分とは「定款の定めるところにより、出資額に応じて払戻し又は残余財産の分配を受ける権利をいう」と定義されている。

⁴¹ 医業経営の非営利性等に関する検討会（2005）『医業経営の非営利性等に関する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～』

⁴² 事実、相続税と贈与税には2014年に「医療法人の持分に係る相続税及び贈与税の納税猶予等の創設」が行われた。（財務省（2014）「租税特別措置法等（相続税・贈与税関係）の改正」）ただし、この特例は持分無しの医療法人への移行計画の認定が必要である。

に留まるのであれば、医療の継続性を高める方策を検討すればよいこととなる。しかし、個々の医療機関の継続性の問題のみに留まるかを検証する必要があると考えられた。

そこで本研究では、医療法人の持分に関する問題点を医療法人のステークホルダーの観点から検討することとした。医療法人は民間の出資により開設され、持分が存在し、医療法から非営利性を求められ、法人税法や相続税法では利益や持分が一般企業とほぼ同様に扱われるという曖昧な位置づけにある。そのため医療法人の位置づけや特殊性を明確にする必要があるといえる。本研究では医療法人のステークホルダーを示すことを試みた。示したステークホルダーの観点から医療法人の持分が有ることの問題点を検討した。

先行研究では、これまで医療法人は他の医療機関と同列に扱われる議論が数多く、医療法人のみのステークホルダーを論じた研究は数少ない。しかし医療法人には出資に応じた財産請求権としての持分が存在し、その点では株式会社などに類似した存在であるといえよう。そこで医療法人のステークホルダーには他の医療機関とは区別して検討する意義があると考えられる。

本研究の目的を達成するための方法として、まず、これまでの医療法人の持分に関する問題点の指摘を医療法改正の経緯と先行研究による指摘から整理した。そして、わが国の医療の位置づけを先行研究から示した。次に医療法人の収益構造から、わが国の「保健医療システム」上の位置づけを示した。また医療法人のステークホルダーを、印南（1999）⁴³に示されている「組織の利害関係者⁴⁴とその貢献・誘因（企業の例）」の議論を用いて示した。その上で医療法人のステークホルダーの「貢献・誘因」の観点から、医療法人の特殊性を示した。さらに医療法人の「保健医療システム」上の位置づけからステークホルダーを考察し、その「貢献・誘因」の観点から医療法人の持分の問題を検討した。示したステークホルダーの観点から医療法人の持分、蓄積し増加した持分に応じて個人に帰属する財産である剰余金の問題点についての考察を行った。

これら一連の流れにより医療法人の持分に関する課題の検証を行い、医療法人の持分の問題点の明確化を試みた。また改善の方向性を示した。それによってわが国の「保健医療システム」の継続・発展に資することを本章の目的とした。

4.1.1.「保健医療システム」

「保健医療システム」とは、WHOのWorld Health Report 2000に用いられているHealth Systemを訳した語句であり、このHealth Systemの

⁴³ 印南一路（1999）「すぐれた組織の意思決定～組織をいかす戦略と政策～」中央公論新社

⁴⁴ 本研究においてはステークホルダーと利害関係者を同義に扱う。印南（1999）においては利害関係者という表記の為、それに関連する箇所のみ、利害関係者と表記している。

含む範囲を WHO は“ all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health”⁴⁵と定義している。WHO は「すべての健康のための活動」を「保健医療システム」と解釈できる。

医療などの健康を提供する仕組みは国家の方針によって異なる。公的なシステムを充実することにより国民の健康を国家が保障する国があれば、国家の保障する範囲を限定し、基本的には医療を市場原理に委ねている国家もある。「保健医療システム」という語句は、近年の日本において厚生労働省資料⁴⁶などでも用いられるようになってきた。佐藤（2003）⁴⁷はこの「保健医療システム」を「具体的には、政策、医療制度、行政機関、行政担当者、医療機関、医療スタッフ、そこで行われる医療行為等、を含むシステム全体を指すものであると言えよう」と解釈している。また宇沢（2010）⁴⁸は WHO のいう保健を医療という言葉と「ほぼ同じような意味で用いられる」と述べている。このように「保健医療システム」はわが国において国民が健康を維持するための医療提供の仕組みであると捉えることができよう。

本研究においては、国家の健康のための医療の提供及び費用負担の仕組みを示す語として「保健医療システム」を用いる。

4.1.2.医療法人の現状

わが国において、医療法人は医療法を設立の根拠法とする民間資本の非営利を目的とした組織である。非営利とは営利を目的としないことであり、非営利法人とは、剰余金の配当が認められていない組織のことを指す。医療法人は医療法第 54 条において剰余金の配当禁止が明言されている。以前から、医療法人の解散時と退社時の財産請求権が実質的な剰余金の配当に当たる可能性がある問題視され、2008 年の医療法改正により剰余金の配当の禁止規定が厳密となった。それ以降は持分⁴⁹の有る医療法人の開設は不可能となった。そして現在、医療法改正以前に設立された医療法人には経過措置型医療法人として従来通りの取り扱いとなっている。現在も多くの医療法人には持分が存在し、持分有の医療法人が 2015 年時点で総数に対して 83.1%を占める。(表 14)

わが国における医療法人数は、出資持分の有る法人の新規設立ができなくな

⁴⁵ WHO(2000)「The WORLD HEALTH REPORT 2000」p5

⁴⁶ 厚生労働省（2015）「保健医療 2035」

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>、2015 年 11 月 30 日アクセス、など

⁴⁷ 佐藤敏彦（2003）「特別企画「快適医療システムの創成」：保健医療システム評価に関する最近の考え方」、『北里医学 33(6)』北里医学会 pp343-345

⁴⁸ 宇沢弘文・鴨下重彦 編（2010）『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会

⁴⁹ 医療法附則（平成一八年六月二一日法律第八四号）10 条の三において、持分とは「定款の定めるところにより、出資額に応じて払戻し又は残余財産の分配を受ける権利をいう」と定義されている。

って以降、2008年時点の数をピークとして、持分有の医療法人数が増加することは当然無い。また国も持分無しの医療法人への移行を進めていることもあり、減少している。しかし現在の数からみて、移行が円滑に数多く進められているとは言い難い。

わが国における医療法人は財団として又は社団として開設されたものがあり、社団として開設したものには出資持分の有るものと無いものがある。

本研究においては医療法人の非営利性を主題としている。主として社団であり出資持分の有る医科の診療所または病院を経営する医療法人を研究対象としている。

医療法人の現状に至る背景を以下に述べる。従来、医療法人の開設の動機として、所得税の超過累進税率と法人税の税率の差が生じた場合に法人化したことが開設理由の一つとして挙げられる。また厚生労働省（旧厚生省）の医療法人開設の際の定款例⁵⁰において、「社員資格を喪失した者は、その出資額に応じて払戻しを請求することができる」、「本社団が解散した場合の残余財産は、払込済出資額に応じて分配するものとする」と明記されていた。このような背景から、医療法人は多数開設され、わが国における医療機関の経営主体の中で重要な役割を担うに至った。

わが国における医療法人の開設、経営による医療施設の現状は表15に示すとおりである。この他に開設主体としては国や地方自治体などの公的機関、個人などがある。わが国の病院の半数以上、一般診療所においては個人開設の診療所に次ぐ数が医療法人による開設、経営となっている。

4.1.3.医療法人制度改革における持分に関する議論

2003年時点、厚生労働省「これからの医業経営の在り方に関する検討会」（2003）における最終報告書で、「内部留保金が出資額に応じて分配されることがあることを事実上の利益配当と評価しうるかは、尚、議論の余地がある。」としていた。

その後2005年に、厚生労働省の「医業経営の非営利性等に関する検討会」（2005）⁵¹において、「医療法人制度については、(1)様々な手段を通じて事実

⁵⁰ 昭和32年12月総第43号茨城県衛生部長宛厚生省医務局総務課長回答により、「退社社員に対する持分の払戻は、退社当時当該医療法人が有する財産の総額を基準として、当該社員の出資額に応ずる金額でなしても差し支えないものと解する」と通知したことをはじめ、2007年の医療法改正まで、厚生労働省（旧厚生省）の社団医療法人の定款例には退社時の持分に応じた財産請求権を認める規定と、解散時の残余財産が出資者に帰属する規定があった。

⁵¹ 「医業経営の非営利性等に関する検討会」（2005）『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～』厚生労働省

上の配当を行っているのではないか、(2) 医療法人の内部留保を通じて個人財産を蓄積し、社員の退社時にまとめて剰余金を払い戻すことによって、事実上の配当を行っているのではないか、(3) いわゆるMS法人⁵²などの営利法人に利益を移転することによって事実上医療法人の経営が営利を目的としたものとなっているのではないかと、といった指摘」があることを認めている。

「医業経営の非営利性等に関する検討会」(2005)において議論されていることとして、医療法人は「医療の永続性」を保つために制度化されたこと、「出資持分に応じた払い戻し」の解釈として出資した金額ではなく、最高裁の判決から認められたことがある。また過去の厚生労働省の定款例にそのような規定があるなど、厚生労働省も認めていた⁵³。同様に、税法上、医療法人の出資持分は利益を得ることのできる価値のある財産権として判断される。この議論において、厚生労働省(旧厚生省)により、残余財産を持分に依りて規定することを認容していたこと、税制によって持分が株式会社の株式と同様にみなされることを踏まえ、最終報告書では「退社時の医療法人の有する財産の総額を基準とするに至っては、配当禁止に抵触するのではないかと疑念」という表現となっている。この疑念について、厚生労働省に対して、「昭和25年の医療法人制度創設時に立ち返り、今一度「営利を目的としない」との考え方を再確認」し、「このような疑念が今後起こらないよう対応するべき」としている。

しかしながら同報告書では剰余金の「取扱いを見直す際には、長年の経過の蓄積という実情を踏まえた上で行うべきであり、都道府県や医療関係団体に周知するなど、その実態に応じた適切な対応をとるべきである」と述べ、その後の2007年の第5次医療法改正後においても経過措置型医療法人として持分有の医療法人が継続して存在することとなった。

⁵² MS(Medical Serviceの略)法人は一般的に用いられている俗称であり、厚生労働省の医政発0319第7号の通知「医療法人会計基準について」(2014年)において注解20⑥に示される「関連当事者」により定められる、関係法人(当該医療法人の役員職員等が他の法人の意思決定機関の過半数を構成する場合の他の法人、他の法人の役員職員等が当該医療法人の意思決定機関の過半数を構成する場合の他の法人、当該医療法人と他の法人のいずれか一方が他方の資金調達額の過半の融資(債務保証を含む。)を行っている場合の他の法人又は当該医療法人と他の法人のいずれか一方が他方の意思決定に関する重要な契約を有する場合の他の法人を言う)、当該医療法人の役員及びその近親者が支配している法人など、と同義である。

⁵³ 昭和32年12月、第43号茨城県衛生部長宛厚生省医務局総務課長回答により、「退社社員に対する持分の払戻は、退社当時当該医療法人が有する財産の総額を基準として、当該社員の出資額に依る金額でなくとも差し支えないものと解する」と通知したことをはじめ、2007年の医療法改正まで、厚生労働省(旧厚生省)の社団医療法人の定款例には退社時の持分に依りて財産請求権を認める規定と、解散時の残余財産が出資者に帰属する規定があった。

このように医療法人の持分に関する厚生労働省の見解はあくまで、医療法 54 条の規定に違反しているかについては明言せず、「医療の永続性・継続性」のための、あくまでもそのような疑念が生じないために「非営利性の徹底」を目指すものである。そしてその後厚生労働省主体の持分有医療法人の持分無への移行が行われているが、1.1.に示した通り、いまだに持分の有る医療法人が多くを占める。

また一方で、2003 年には内閣府において「株式会社等による医療機関経営の解禁について」という株式会社などの営利を目的とした組織の医療機関開設に関する議論も行われているが、結果として、現在も営利を目的とした医療機関の経営は医療法第七条の規定により禁じられている。

4.1.4. 先行研究

先行研究においては医療法人の剰余金の問題、持分に関する問題としては社員が死亡した場合の相続税と、社員の退社時の財産請求権が医療法人の継続性に関するリスクとして指摘されている。例えば伊藤（2013）⁵⁴では「医療法人の存続を脅かしている」と指摘している。

医療法人のステークホルダーに関わる先行研究として、松原ら（2004）⁵⁵はガバナンスを「経営者に対する監視ないし規律づけ」とした上で、株式会社にあっては「株主が自己の投資した資産の最大化のため」と述べている。そして「誰のために」が変われば、「何のために」が変わるとしている。その上で医療法人のガバナンスに関する議論を行っている。この中で、ガバナンスの視点からみた医療法人の特徴として、医療法人の出資に関して「所有と経営は一体化している」と述べている。また、この研究においては一般的なステークホルダーを消費者、取引先、金融機関を挙げている。また松原ら（2004）は医療法人のガバナンスの目的として、医療法人は「患者のために」を第一義とすべきとしている。

これまでの医療法人のステークホルダーを考慮した研究においては、このように医療法の目的から国民の健康のために患者の利益を考慮するというように解釈されてきた。つまり患者の利益のみを考慮すべきという論が主であるといえる。実質的に解散時、退社時の出資持分に応じた利益を得る出資者などに関して、医療法人の収益や剰余金の実態やそこから生じる利害をどう捉えるかの議論はほとんど行われていない。

医療のステークホルダーに関する研究において、医療法人を特に取り上げた

⁵⁴ 伊藤伸一（2013）「医療法人制度の変遷と課題」『病院 Vol.72No2』医学書院 pp128-132

⁵⁵ 松原由美・田中滋（2004）『医療法人のガバナンスについて』厚生労働省資料

ものは数少ない。医療機関全体のステークホルダーについて医療法の下に論じられる場合がほとんどである。これまで医療の誰のために経営されるべきかという観点の議論は患者の利益、または将来の患者となり得る地域住民を主として捉えて行われてきた。これは医療機関全体の誰のためにあるべきかを捉えた議論である。

しかし医療法人は他の医療の開設主体と異なり、剰余金における財産権の存在する法人である。

医療法人について、解散請求権と退社時の請求権が存在していたことについての議論は行われていた。しかし医療が非営利であることの必要性に関して、松原（2004）⁵⁶では「医療に普遍平等性を求める価値観が根強い」「営利企業参入による医療費高騰の可能性」「情報の非対称性」を挙げている。ここでは各先進国において平等が重視される医療において、「ミッションの最大化を行動基準とする」非営利の方が「利潤最大化を目的とする営利」よりもふさわしいということ述べている。しかし現実には市場原理を医療に導入している国家がある以上、医療が非営利で経営されるべきという理由としてこれまでの議論は不十分であるといえる。

これまで医療機関が非営利であることに関して、医療法の規定以外に明確な論拠があるわけではない。2003年には内閣府において「株式会社等による医療機関経営の解禁について」⁵⁷という株式会社などの営利を目的とした組織の医療機関開設に関する議論も行われている。結果として、現在も営利を目的とした医療機関の経営は医療法第七条の規定により禁じられている。

また過去の厚生労働省の定款例にそのような規定があるなど、厚生労働省も認めていた。同様に、税法上、医療法人の出資持分は利益を得ることのできる価値のある財産権として判断される。

このようにわが国の医療の開設主体の中でも特殊な医療法人を他の法人と同様に論じるだけでは不十分であるといえる。

4.2. 医療の位置づけ

4.2.1. 「保健医療システム」に関する議論

宇沢ら（2010）⁵⁸は日本の国民皆保険制度を「社会的共通資本としての医療を具現化しようとするものであった」と述べており、医療費抑制政策以前の状

⁵⁶ 松原由美（2004）「非営利性の浸食が想定される現象および局面について」『医療法人のガバナンスについて』厚生労働省資料 p p 42-66

⁵⁷ 内閣府（2003）「株式会社等による医療機関経営の解禁について」第6回アクションプラン実行WG 議事概要

⁵⁸ 宇沢弘文・鴨下重彦 編（2010）『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会

況を「理想に近い状況」としていた。日本の医療制度の基本的特質を宇沢ら（2010）は、国民皆保険制度、フリーアクセスなどとしている。国民皆保険制度は「すべての国民」が原則として「何らかの公的医療保険によってカバーされている」状況である。またフリーアクセスとは「すべての国民が原則として、開業医、あるいは病院を自由に選ぶことができる」ことである。このような仕組みが、日本においては公的な政策としてなされてきた。

諸外国においては、市場原理が医療においても導入されている場合がある。例えばアメリカにおいては、医療の市場化から生じる問題が従来から指摘されている。田村（1993）⁵⁹においてはアメリカ方式を「医の民営化」と称しており、日本などの国家が医療を保障する方式を「医の社会主義化」と称している。アメリカにおける公的医療保険は高齢者と低所得者に限定され、それ以外の利用者は民間の医療保険を利用することとなるが、溜箭（2007）⁶⁰によれば、企業が雇用者に医療扶助を提供しきれていないなどの問題が生じていると指摘されている。

国民皆保険制度に代表されるわが国の医療は杉岡（2010）⁶¹曰く「WHOの総合評価で最も優れて」、「誰でも平等に」、「どこでも患者が希望する医療を受けられる」という点では理想的」な形態を維持していると述べている。

これはWHO（2000）「The WORLD HEALTH REPORT 2000」⁶²において、当時、日本が健康に関する総合評価が191か国中1位、“health system performance”の総合評価が10位であったことが世界から評価されているということの理由であると推測される。この調査は行われてから年月が経過しているが、以後に同様の調査が行われていない。

それに対して西沢（2015）⁶³のように、日本の医療費は公表値よりも高いとする意見もある。しかし西沢（2015）に述べられているように、社会保障制度は各国によりことなることから、「総保健医療支出は、本来、その対GDP比を小数点一桁まで国際比較できるほど精緻なものではない」といえる。また西沢（2015）に用いられている“OECD Health Statistics 2015”において、最も総保健医療支出が高い国家はアメリカであり、西沢（2015）は市場原理の導入が医

⁵⁹ 田村貞雄（1993）「医療サービスの自由化と市場化の相違」『早稲田社会学研究第46号』pp. 21-44

⁶⁰ 溜箭将之（2007）「アメリカの医療法人：病院・医師・公益性」『立教法学74』pp. 43-82

⁶¹ 杉岡洋一（2010）「医に対する人間的、社会的信頼を如何にして取り戻すか」『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会 pp. 287-304

⁶² WHO（2000）「The WORLD HEALTH REPORT 2000」p 153

⁶³ 西沢和彦（2015）「日本の医療費は公表値よりさらに高い～OECD Health Statistics 2015の検証～」日本総研レポート「税・社会保障改革シリーズ No.22 www.jri.co.jp/file/report/researchfocus/pdf/8401.pdf、2015年11月30日アクセス

療について効果的とした研究ではない。

医療の方向性について、このような議論が生じるのはわが国において高齢化の進展もあり、医療費などの面でわが国の「保健医療システム」が継続できるかについて危惧が生じているのが現状である。しかし現状として、わが国は国民皆保険制度、フリーアクセスを公的な仕組みとして維持している状況にあるといえる。

4.2.2.社会的共通資本の観点による医療法人の持分の問題点

宇沢ら（2015）において論じられている社会的共通資本とは「一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置」である。社会的共通資本の管理、運営は「決して市場的基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではなく」、「ゆたかな社会を形成するという視点で行わなければならない」としている。

この中で宇沢（2015）⁶⁴は医療を教育と並んで社会的共通資本において「重要な構成要素」としている。その上でわが国の近年の医療費抑制政策に疑問を投げかけ、官僚的に管理することではなく「職業的専門家によって、専門的知見と職業的倫理観にもとづいて管理、運営されなければならない」と述べている。つまり医療の専門家が国民への保健・医療の提供を判断すべきと提唱している。また、日本の医療従事者が他の先進国と比較して報酬などで不遇な状態で高水準の医療を提供してきた背景を述べている。宇沢（2015）は「国民経済全体にとって利用しうる希少資源の量は限られている」と述べ、医療制度は「社会的基準」に「基づいて運営されなければならない」と述べている。

宇沢（2015）の論に基づき医療を社会的共通資本として捉えた場合、医療制度の安定のために医療従事者に十分な「勤務」による報酬が必要であると捉えられる。この場合、「出資」による利益とは異なるものである。また、宇沢ら（2015）においては医療への市場原理の導入を否定している。

社会的共通資本として医療を捉えた場合、医療機関の安定のために十分な収益性と医療従事者の報酬があることが必要であると解釈できる。しかし、医療法人においては持分により、出資により得られる財産権が存在している。また、出資者は医療従事者である必要はない。出資により得られる財産権や利益は医療の安定や継続のためのものとはいえ、わが国の医療が社会的共通資本としての医療という方向性を目指した場合には問題となる個人が出資により得られる利益であるといえよう。

⁶⁴ 宇沢弘文（2015）「社会的共通資本としての医療を考える」『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会 pp. 17-36

4.2.3.医療におけるステークホルダー

現在、原則としてわが国では医療機関は営利を目的とした組織が開設、経営することはできない。わが国において、国民皆保険制度をはじめとした医療制度や保健医療システム全体を事業と捉えるならば、保険料や税金によりシステムが運営されている以上、出資者は納税者、社会医療保険の被保険者と捉えることができる。

医療の非営利性が論じられる場合、その収益性は医療の継続的提供のために論じられている⁶⁵。その収益性に関しては、継続性が危うい、つまり採算性のない場合について問題視される場合が多い。不採算であるがゆえにその継続性に課題が指摘されているものとして、例えば不採算医療⁶⁶などがある。

医療法人の中にも、債務超過で継続性が担保されていないものもある。しかし4.1.において詳述するが、全体として純資産額は増加している。

また1.1.で前述したように医療法人においては、増加した純資産を持分にに応じて清算時に分配、また請求権を有する場合のある法人、経過措置法人として、持分の有る医療法人の割合が多いのが現状である。

4.3.本研究におけるステークホルダー

一般的に事業は資本を募り、それをモノやサービスに変え、それによって得た資金を、営利法人であれば出資者に配当し、配当しなかった部分を資本に変えるというサイクルで行われる。これは非営利の組織体においても出資者へ配当を行わないこと以外は同様であるといえよう。ステークホルダーの捉え方として、医療法人の場合、非営利を目的とする法人である。一方で、出資持分と解散時及び退社時の実質的配当が行えることによって、医療法人の出資者をステークホルダーとして捉えるべきかの議論が曖昧なままであるといえる。

企業がだれのものかに関する議論に関して、吉森（2012）⁶⁷によれば「決着はまだついていない。」と述べている。しかしステークホルダーを捉える際に、組織や企業が、何のために、どのように存在するかという、組織の在り方、目的から捉えることが一つの観点であるといえる。そして同じく吉森（2012）で

⁶⁵ 厚生労働省（2003）『医療提供体制の改革のビジョン』、など

⁶⁶ わが国において「不採算医療」の定義は曖昧である。ただし、一般に医療において採算性が低いとされる分野を「不採算医療」という場合がある。厚生労働省（2005）「医業経営の非営利性等に関する検討会報告書」において、「公益性の高い医療に関する考え方」及び「現時点で考えられる公益性の高い医療」の枠組みの提示がある。現時点で考えられる公益性の高い医療とは「休日診療、夜間診療等の救急医療」、「周産期医療を含む小児救急医療」、「へき地医療・離島医療」などである。

⁶⁷ 吉森賢（2002）「欧米の企業統治と日本への意義」『医療と社会 Vol.11（2001-2002）No.1』公益財団法人 医療科学研究所 pp3-29

は、企業統治を下記のように定義している。

1、企業はだれの利益のために経営されるべきか

→ 企業概念

2、経営成果をだれが、いかに監視すべきか

→ 経営監視

3、経営者の業績にいかに報いるべきか

→ 報酬と起業家精神

企業をはじめとした組織が何を目的とし、またその求められる役割、責任によってステークホルダーの捉え方は決定されるといえよう。そこで本研究では医療法人の目的、役割、その収益の状況に着目し、考察した。本研究では、医療法人の目的を吉森（2012）の企業統治の概念による観点から捉える。一般的な企業の場合、その利益から出資者への配当を行うことが大きな目的の一つとしてあり、それゆえにステークホルダーとして第一に挙げられるのが出資者、株主である。しかし非営利組織のステークホルダーの場合、谷口（2012）⁶⁸では「営利組織と非営利組織のステークホルダーの決定的な相違点を上げるとすれば、非営利組織には、営利組織に存在する株主（または出資者）がないこと」と述べている。

このように非営利を目的とする組織においてステークホルダーの捉え方が統一的であるといえないのが現状である。また医療法人を非営利組織と捉えるかも曖昧である。

そこで本稿では日本における医療の位置づけ、医療法人の現状から医療法人のステークホルダーを捉えることを試みる。

4.4.医療法人のステークホルダーに関する検討

4.4.1.医療法人の収益構造

わが国の医療法人の保険診療における負担構造に関して着目すると、厚生労働省（2014）⁶⁹によれば、2011年度の国民医療費の負担構造、つまり保険診療における負担の割合は12.3%が患者負担、38.4%が国や自治体などの公費、48.6%が被保険者とその事業所の負担である。保険診療からの収益の87%は患者、つまり消費者が負担しているものではなく、公的な仕組みから得られる収益ということになる。

次に医療法人の収益構造に関して、厚生労働省が実施した社会保険診療を行っている医療機関に対して行ったものであり、地域などを層化しそれぞれの抽

⁶⁸谷口直子（2012）「非営利組織の評価と知識支援に関する一考察」『社会科学雑誌第5巻』奈良学園大学社会科学学会 pp269-287

⁶⁹厚生労働省（2014）『我が国の医療保険について』

出率で無作為抽出した『第19回医療経済実態調査』（2012年度の調査）において病院、抽出率1/3（回答率54.5%）、一般診療所、抽出率1/20（回答率50.6%）を対象として行われたものの数値を用いて試算する。この調査において医療法人が経営する医療機関の収益は対象施設740の一施設当たりの医業収益は1億1281万円である。このうち、保険診療、公費による診療以外の収益は、特別の療養環境収益1644万円（1.0%）、入院に関する医業収益のうち、保険診療に対してその他の診療収益1988万円（1.2%）、外来診療の保険診療に対してその他の医業収益1014万円（0.6%）、その他の医業収益4970万円（3.1%）である。保険診療による収入は94%程度となる。

同様に医療法人が経営する医科診療所では、施設数862の一施設当たりの医業収益は1億6083万円であり、そのうち保険診療・公費診療に対してその他の医業収益は一施設当たり2257万円（14.0%）である。つまり86%程度は保険診療から収益を得ていることとなる。

さらに、藤森（2013）⁷⁰において、病院を経営する医療法人の登記簿調査から純資産総額は増加していることが示されている。

また大内ら（2011）⁷¹において、宮城県の医療法人の剰余金が増加し、蓄積していること、経営する診療科や診療内容によって、1年当りの剰余金蓄積額に差がある可能性が示されている。つまり個々の医療機関の努力による要因以外によって収益性に差異が生じている可能性が指摘されている。

医療は診療報酬制度によってその値段が公的に設定されている。また個々の医療法人の収益の大きな部分が本項に前述したように公的な仕組みから得ている以上、個々の独立した組織がその努力により収益を得ている部分よりも制度や周辺環境によるところが大きいのではないかと推測される。そのような状況から鑑みると医療法人を公的な「保健医療システム」の一部として捉えることが可能であると考えられる。

4.4.2. 医療法人のステークホルダー

出資持分の有る医療法人の捉え方として、税法などで位置づけられる普通法人と同様と捉えた場合と「公的な保険医療システム」の一部と捉えた場合にどのような齟齬が生じるかについて検討を行う。

本研究では、表16に印南（1999）⁷²の組織の利害関係者とその貢献・誘因の考え方を示し、用いた。印南（1999）においては、いかなる組織も存在価値、

⁷⁰藤森敏雄（2013）『全国調査からみた医療法人の経営戦略』創成社

⁷¹大内健太郎・坂本眞一郎（2011）「利益剰余金に着目した医療法人経営に関する研究：宮城県における人工透析の収益性」『経営会計研究 No15』日本経営会計学会 pp65-77

⁷²印南一路（1999）「すぐれた組織の意思決定～組織をいかす戦略と政策～」中央公論新社

存在理由は「広い意味で社会に貢献すること」としながら、「利害関係者全員が合意できる組織の究極的な目的」として、「組織が存続し続けること」を挙げている。また「利害関係者はなんらかの形で組織に貢献し、組織から誘因を提供される」としている。「利害関係者は誘因と貢献を比較して、この組織に参加するか否かを決定する」としている。

もし医療法人を企業と同様にとらえ、利害関係者を捉えた場合、顧客を患者と置き換えれば、ほぼ同様にこの表の貢献と誘因が成立すると考えられる。しかしながら、わが国の医療については4.2.1.において前述したように、社会的共通資本として捉えられるような公的な仕組みの中で行われている。

このわが国の「保健医療システム」においては、公費負担医療と社会保険診療、税金と健康保険の被保険者による保険税などが含まれている。そして医療法人の収益の大きな部分がこの公的なシステムから得ていることは4.1.において前述したとおりである。つまりそのようなわが国の「保健医療システム」という事業においては納税者である国民と社会医療保険の被保険者がステークホルダーであるといえる。

納税者たる国民がこの「保健医療システム」に期待することは医療の継続や適切な医療サービスであろうと推測される。また被保険者についても同様であるといえる。この場合、個々の医療機関の継続について、その地域の医療機関が無くなるリスクが小さいことはもちろん誘因として必要であろう。しかしそれに加えて、自身が負担した税金や保険税などが効率的に運用されること、医療全体が継続することを誘因として求めると考えられる。わが国の公的な「保健医療システム」は政策により設定されている。社会保険診療の場合、患者個人の負担は経済状態や年齢によって異なるが多くても診療料の3割である。7割以上を負担する納税者や社会保険の被保険者の多くは個々の医療法人からの誘因を提供されるわけではなく、「保健医療システム」全体から提供される誘因であり、費用負担という貢献であると考えられる。

もし、「保健医療システム」からの貢献と誘因の均衡が足りないと判断すれば、政治参加によって、もしくは国を変更するという手段で組織に関与しないことを選択するわけである。患者自身は貢献と誘因を比較して個々の医療法人の組織に関与するかを選択するが、納税者や社会医療保険の被保険者はどの医療法人に支払うかを選択できるわけではない。

従って、医療法人の収益の大きな部分を得ている「保健医療システム」において、費用を負担しているステークホルダーたる納税者や社会医療保険の被保険者に対する誘因として、自身が負担した費用が効率的に医療の安定や継続のために使われることと、医療法人における所有者（出資者）が財務的報酬を受けることは相反すると考えられる。

わが国の医療全体を鑑みれば、不採算医療など採算の面から問題が指摘され

る分野に効率的に費用が分配され、医療全体の継続性が向上することを納税者や社会医療保険の被保険者は求めると考えられる。それゆえに、大内ら（2011）⁷³に示されているように、収益性に差異が存在し、収益性の高い診療がある一方で、不採算医療などの採算性の面から医療の継続性が危惧されているような分野がある現状は望ましくないと考えられる。

4.5.医療法人の課題の検討

4.5.1.医療法人は誰の利益のために経営されるべきか

次に本研究で示したステークホルダーの観点に基づき、吉森（2012）⁷⁴の企業統治の定義の観点から医療法人の在るべき方向性を検討する。

原ら（2004）⁷⁵は医療法人を一般的な企業におけるステークホルダー論から医療法人に適用できる代表的なステークホルダーとしての消費者、取引先、金融機関を挙げている。さらに患者を医療の第一義のステークホルダーとすべきと述べている。それに加え医療法の目的から患者、国民、本研究で示した納税者、健康保険の被保険者がステークホルダーといえる。そしてわが国の国民は国民皆保険制度によって被保険者として、また国庫負担も納税者の負担であること考えれば「保健医療システム」全体を事業として捉えられる。「保健医療システム」のステークホルダーである納税者や健康保険の費用の負担という貢献に対して、被保険者の求める誘因を提供する必要があるといえよう。

現状の持分の有る医療法人においては純資産が増加するということが個人に帰属する財の増加を示している。納税者や保険料を負担する被保険者からみれば、その負担は自分たちの疾病の治癒や健康を保障するために負担しているのである。より高度な医療のために投資される部分や、医療の継続・安定のために使われる部分は国民というステークホルダーの利益となる。しかし医療法人の剰余金は相続時に相続税負担の大きさから事業継承問題が発生し、継続・安定にリスクをもたらす場合もある。

医師などの勤労の対価としての報酬は医療の質の確保のために、育成のための学習や時間への対価となる。それによって優秀な人材の確保につながる。また、個人の勤労への報酬は所得税という形で国家に還流する。所得税の税率は超過累進税率により担税力に応じて納税することとなる。しかし法人税の場合、

⁷³ 大内健太郎・坂本眞一郎（2011）「利益剰余金に着目した医療法人経営に関する研究：宮城県における人工透析の収益性」『経営会計研究 No15』日本経営会計学会 pp65-77

⁷⁴ 吉森賢（2002）「欧米の企業統治と日本への意義」『医療と社会 Vol.11（2001-2002）No.1』 pp3-29

⁷⁵ 松原由美・田中滋（2004）『医療法人のガバナンスについて』厚生労働省資料

税率が一定であり、単年度で計上した利益が大きくなれば蓄積する金額も大きくなる

現状としてわが国の持分有の医療法人はわが国の「保健医療システム」のステークホルダーたる納税者、健康保険の被保険者の利益のためのあるべき方向性と実情には乖離があるといえよう。

また近年の医療法改正により新規の持分の有る医療法人の設立は不可能となったとはいえ、経過措置法人として継続している持分有の医療法人が未だ大きな割合を占め、また蓄積する剰余金は個人に帰属する状況が継続していることからいまだ課題が存在しているといえる。

4.5.2. 医療法人の経営成果をだれが、いかに監視すべきか

医療法人は開設の許可を都道府県、都道府県にまたがる広域医療法人は厚生労働省が出す。わが国の医療の目的として患者、国民の利益のために地域の医療の提供を管轄行政庁の責任にて行う形式といえる。そして現在、医療法人の経営成果の報告は、管轄行政庁における事業報告書の開示にて行われる。この事業報告書は管轄行政庁にて閲覧が可能である。そして2014年には医療法人会計基準が公表された。

しかしながら、これまで、医療法人の経営は継続性に着目し論じられてきたため、経営の安定性を示す財務諸表の開示に留まっている。納税者や社会医療保険の被保険者の利益のために適切な経営がなされているかを示すものではない。

より納税者や社会医療保険の被保険者の利益のために、適切な経営及び情報開示、その監視がなされる必要があると考えられる。

4.5.3. 医療法人の経営者の業績にいかにかに報いるべきか

本研究において、個人の財として、無目的に蓄積する医療法人の剰余金は「わが国の保健医療システム」のステークホルダーの利益と相反する可能性があるため、解消していく必要があると考えられた。

従って、医療法人においては経営者の業績に報いるならば、剰余金から得られる財産によってではないことが望まれる。その場合、勤労の対価としての報酬である役員報酬として報いることが適切であるといえる。

経営者の報酬に関連する制度として医療法のみならず、法人税、相続税のような税法がある。このそれぞれの法制度の医療法人の位置づけが異なることが現状の課題を生じさせている一因と考えられ、課題の解消には税法に関連する問題も合わせて解消していく必要があると考えられる。

この問題を解消するためには、法人税において株式会社のような営利法人と同様の過大役員報酬の損金不算入という医師個人の勤労報酬を制限するような

規定の適用について見直しを考慮する余地があると考えられる。また剰余金の問題の軽減・解消のために無目的に過大に蓄積する医療法人の剰余金に対して留保金課税の導入を検討するといった方策が考えられる。

そして、剰余金の蓄積、個々の医療法人においてその収益性に差異が存在することも改善すべきであると考えられる。大内ら（2011）⁷⁶において医療法人には収益性の差異が個々の経営努力や専門性以外の要因によって存在する可能性が示唆されているが、医療において儲からない診療が必要性に乏しい診療とはいえない。

患者、国民の利益のためには確保する必要があるが収益性の低い診療というものがあると推測される。また、経営の安定・継続に必要な分の内部留保の額、増加額にも差異が生じていることが推測される。

収益性の高い医療を行っている医療法人と収益性の低い医療を行っている医療機関において、勤労報酬がその個人の努力や能力に応じたものとなるよう、収益性の調整を行う必要があると考えられる。現状として収益性の差異が存在する可能性がある以上、診療報酬改定のみによる収益の調整だけでは不十分であるといえよう。そのために留保金課税のような公的な「保健医療システム」への資金の回収と再分配を考慮することが一つの方策であると考えられる。

4.6.小括

わが国の「保健医療システム」は国民の健康を国家が保障するものとして位置づけられており、公的な仕組みによる部分が多い。そのような日本の医療において医療法人は大きな役割を担っているが、その中に出資持分のある医療法人が数多く存在している。

本研究ではこれまで明確となっていない医療法人のステークホルダーに着目し、わが国における医療の社会的共通資本としての位置づけ、医療法人開設の根拠法である医療法の目的、医療法人の収益の実態から医療法人のステークホルダーの枠組みの明確化を試みた。医療法人においては一般的な組織においていわれる債権者、従業員というステークホルダーに加え、先行研究で第一のステークホルダーと捉えるべきとされる患者、医療法の目的から患者と国民と捉えられる。加えて医療法人は収益の多くの部分を診療報酬制度という公的な「保健医療システム」から得ている実態を明らかにし、患者のみならず公費負担医療制度、国民皆保険制度の負担者である納税者、社会医療保険の被保険者と解釈できることを示した。さらに医療法人の在るべき方向性を企業統治の観点か

⁷⁶大内健太郎・坂本眞一郎（2011）「利益剰余金に着目した医療法人経営に関する研究：宮城県における人工透析の収益性」『経営会計研究 No15』日本経営会計学会 pp65-77

ら検討した。

現状として、わが国において民間資本で開業される医療法人は、その収益の多くを公的な「保健医療システム」から得ている。従って、「保健医療システム」の一部であると捉えられる。わが国の持分有の医療法人に関しては、「保健医療システム」のステークホルダーたる納税者、社会医療保険の被保険者の負担していることによる貢献と医療の継続のために効率的に運用するという求める誘因が釣り合わず、出資者の出資により得られる利益は「保健医療システム」のステークホルダーの利益と相反する可能性があることを示した。経営者の業績には勤労報酬として報いることが妥当といえ、現状として医療法人制度には課題が存在することを示した。今後はその課題を解消するために制度の整備を進めるべきであり、改正の最中ではあるが、現状では不十分であるといえた。

今後も医療法人の在るべき方向性を示すための研究を進めていきたいと考える。

医療法人制度はあるべき方向性と実態には乖離が存在し、これを解消することがわが国の「保健医療システム」の継続・発展に資する可能性があるといえた。

第5章 医療法人における課題の解消策

第5章 医療法人における課題の解消方策

5.1. 医療法人の情報開示制度の課題とその解消方策の検討

5.1.1. 医療法人の情報開示制度の現状：医療法人会計基準

医療法人会計基準は2014年に公表された。四病院団体協議会会計基準策定小委員会（2014）によれば制定の経緯は下記のとおりである。

「医療法人制度は、平成18年6月の第5次医療法改正により、大きな改革が行われ、第5次医療法改正前の施設基準の援用（病院又は介護老人保健施設を開設する医療法人にあつては、それぞれ原則として「病院会計準則」又は「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づき作成された貸借対照表及び損益計算書を提出するものとする。）により財務諸表を作成し、これを概括化した施設別の様式を基礎として届出を行う、すなわち、医療法人全体の財務情報という観点ではないものとなってしまうという制度上の齟齬は無くなった。

一方、施設基準の援用をやめた結果、明確な会計処理基準が存在しないこととなり、医療法第50条の2を根拠として公正なる会計慣行を付度して会計処理をすることとなった。この公正なる会計慣行としては法人税課税上普通法人であることと相まって企業会計の基準を取り入れざるを得ず、表示基準たる様式通知にも企業会計を前提としたものが取り入れられている。近年企業会計は、投資情報重視型に改定されており、医療法人会計基準が存在しないことにより、医療法人に本来適合しないものまで、企業会計の準用として取り入れられかねないという懸念が高まっている状況にある。他方、医療法人制度上の問題として、「会計基準もない法人」という批判が今後の医療法人制度の論議に悪影響を及ぼす恐れも懸念されるようになった。

このような現状のもと、「四病院団体協議会医療法人会計基準検討委員会会計基準策定小委員会報告書」を基本としつつ、その後の状況の変化を踏まえて医療法人の拠るべき会計基準を検討した。」

上記のように医療法人会計基準は「状況の変化」により、公表された。しかし投資情報としての企業会計は医療法人にそぐわないことは明示しているが、医療法人のステークホルダーが誰で、どのような目的で利用するための情報かに関しての記述はない。この点に関しても医療法人の位置づけの曖昧さが理由であると推測される。

5.1.2. 医療法人の情報開示と制度上のステークホルダー

医療法人は2008年に事業報告書の提出が義務付けられ、前述のように2014

年に医療法人会計基準が設定された。医療法人の設立の根拠法である医療法の第1条にある目的が「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。」とあることから、医療法上の医療法人のステークホルダーは患者、国民といえる。また医療法第54条の剰余金の配当の禁止があることから、非営利性を有するものとして捉えられる。

しかし現状として、持分及び残余財産の解散時の請求権が存在する医療法人の設立は不可能であるが存続している。逆に法人税法において営利法人と同様に扱われる。医療法人は位置づけが曖昧なことから、出資者をステークホルダーとして捉えるかどうかについても曖昧である。また先行研究においてこれまであまり議論されていない。

従って医療法人会計基準に関しても、だれのためにとというステークホルダーに関する視点からではなく、これまでに無いという状況から設定されたものである。医療法人のガバナンスがどうあるべきかを考慮する上で、医療法人のステークホルダーをどう捉えるかは重要な課題であると考えられる。

5.2.CSVの観点から医療法人を検討する必要性

現在、企業経営において、CSV（Creating Shared Value:共有価値の創造）という方向性が広がり始めている。これは三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2015）⁷⁷によれば「ビジネス収益と社会利益の同時達成をめざす概念」である。また名和（2015）⁷⁸によれば「経済価値（Economic Value）と社会価値（Social Value）を同時に追求して実現すること」と定義している。このCSVはMichael E.Porterらによって提唱され、社会とビジネスの共有価値を創造するための方向性である。組織の目的は営利であっても、非営利であっても組織の存続であり、ビジネスにおいては社会価値のある事業を行うことで、非営利組織においては経済価値を高めることで組織の継続性につなげるという考え方である。

しかし医療法人は経済価値を高めることは医療の継続性を高めると同時に解散時や退社時の持分に応じた財産請求の額も大きくなり継続性へのリスクも生じる特殊な組織体である。従って、CSVによる医療法人制度構築のためには、医療法人の持分の問題の解消が必要となろう。ただし、CSVにおける社会価値の測定の概念は現時点においても有益となる可能性があると考えられる。わが国の

⁷⁷三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2015）『CSVアプローチでステークホルダーとのWIN-WIN関係構築』日科技連出版社

⁷⁸名和高司（2015）『CSV経営戦略～本業での高収益と、社会の課題を同時に解決する』東洋経済新報社

医療法人においてはこれまで述べてきたように、直接診察などの利益を受けなくても診療料を負担している、保健医療システムのステークホルダーたる納税者や健康保険の被保険者の利益を考慮する部分が欠落していた。

厚生労働省も剰余金の過大な蓄積を公益性や非営利性といった医療法からの原則論として問題視してきた。しかし、過大の基準が曖昧であった。これは医療法人の継続や医療のための発展に使用する内部留保と、個人の財産権を増大させるために蓄積した純資産の区別が困難であることが理由として考えられる。そして、医療法人会計基準の制定など情報開示も医療の継続性や経営の安全性を示すための、財務的な情報の開示に留まっている。

これまでの医療法人の財務報告では、医療法人が行っている事業の社会的価値は測定が困難であり、医療の継続性や安定性、医療の質の向上、社会貢献などのわが国の「保健医療システム」のステークホルダーの利益につながる剰余金なのか、個人の財として蓄積しているだけなのか判別が困難である。

医療法人の価値を測定する上で、財務情報のみの開示では不十分であると考えられる。そこで医療法人の社会的価値を測定し、開示することで、ステークホルダーの利益について判断する基準となり得るといえよう。医療法人の情報開示によりステークホルダーの利益につながっているかを判別するために社会的価値の測定が有益と考えられた。そしてCSVのアプローチでは、社会的価値の測定を試みている。そこで、医療法人の評価にこの社会的価値の測定の技法を導入することが、わが国の医療法人情報開示の課題における解消策となる可能性があると考えられた。

5.3.医療法人の剰余金問題の解消方策に関する考察

これまでの章で、医療法人における収益性の差異に関して、個々の経営努力以外の要因が存在することを示した。国民に医療を提供する国家の立場として、医療の継続性に関連する差異が医療を提供する「保健医療システム」上のエラーとして存在することは制度として不完全なものであることを意味するといえよう。

しかしながら、診療報酬制度において提供する以前に収益性の差異を予測することは困難である。医療法人の剰余金には、今後の医療提供のための積立、医療提供の継続のための経営安定のための内部保留といった医療の継続的提供のために必要であると解釈される部分もある。しかし個人に帰属する残余財産が収益性の差異のため蓄積し続けている部分が存在すると推測されることもこれまで論じてきた通りである。そこで本章では、診療報酬快適によって、生じる医療提供システムのエラーによって蓄積する部分を国家として医療システムの中に回収する方策を検討する。その方式として留保金課税による回収が可能

か検討を試みた。

留保金課税とは、内部留保された利益剰余金を課税対象所得とみなし、法人税を課税するものであり、現在のわが国の法人税法においては特定同族会社にのみ適用されている税制度である。現在、特定同族会社においてはその必要性が論じられており、廃止も検討されている⁷⁹。

本研究の主たる対象である医療法人はわが国において、民間によって出資、経営されている法人である。しかしながらわが国において医療は社会政策上の公益⁸⁰に位置づけられるものであり、公益、非営利な存在とされている。その在り方に関してはいまだに定まっていない部分があり、論点が存在するのが現状である⁸¹。

医療法人に関する論点の一つに剰余金の問題がある。医療法人は公益、非営利な存在であり、剰余金が過大に蓄積されるべきではないという指摘がある⁸²。医療法人は残余財産の配当が禁止されており、医療の継続性の確保、つまり赤字にならない経営状態を確保し続ければ剰余金が蓄積し続けることが推測される。よって剰余金が過大に蓄積される問題は存在し、尚且つ解消される方策は見出されてはいない。

そこで本研究においては、医療法人の剰余金の過大蓄積に関して、問題を解消するための一つの方策として留保金課税に着目し、その導入の可能性を検討することとした。

特定同族企業における留保金課税の導入の目的、廃止が検討されている現状と動向を整理し、その上で医療法人の剰余金の過大な蓄積の解消策として、医療法人に対する留保金課税導入の可能性を検討した。それによってわが国の今後の医療制度を構築する上での知見の一端を示し、わが国の医療制度の発展に資することを目的とした。

5.3.1. 留保金課税

5.3.1.1. 特定同族会社における留保金課税制度の目的

わが国において、特定同族会社の留保金課税における対象である被支配会社とは、「会社の株主等（その会社が自己の株式又は出資を有する場合のその会社を除く。）の一人並びにこれと政令で定める特殊の関係のある個人及び法人がその会社の発行済株式又は出資（その会社が有する自己の株式又は出資を除く。）の総数又は総額の百分の五十を超える数又は金額の株式又は出資を有する場合

⁷⁹ 経済社会の持続的発展のための企業税制改革に関する研究会「中間論点整理」

⁸⁰ 特定非営利活動促進法 別表

⁸¹ 厚生労働省（2001～2003）「これからの医業経営の在り方に関する検討会」

⁸² 厚生労働省（2003～2005）「医業経営の非営利性等に関する検討会」

その他政令で定める場合におけるその会社」⁸³をいう。尚この場合の特定同族会社の判定は会社に関して定められている規定であり、医療法人には適用されない⁸⁴。

特定同族会社の留保金課税は、「法人税と所得税の税率格差による法人形態と個人形態における税負担の格差是正（税負担の格差に起因する組織選択の歪みの是正）と、間接的に配当支出を促進させる誘因としての機能を果たすこと（同族会社における恣意的な内部留保の防止）」⁸⁵が目的とされてきた。

つまりいわゆる所得税の回避のための法人成りによる所得税と法人税の税率格差による租税回避を防止すること、利益剰余金を配当に充てさせることの促進が特定同族会社における留保金課税制度の目的である。

5.3.1.2 特定同族会社における留保金課税制度の現状

しかし現状として特定同族会社の留保金課税には批判があり、制度は廃止も含めた検討が経済産業省中小企業庁、事業承継・第二創業研究会「事業体の継続・発展のために、中間報告」（2001）などにおいてなされている。内容を抜粋すると、「中小企業の太宗を占める同族会社は、基本的に外部からの資金調達が難しく、キャッシュフローに余裕がないことから、内部留保を厚くすることが最大の経営基盤の強化策である。」しかし「自己資本充実のために一定水準を超える内部留保をすると、留保金課税が課されることになる」と指摘されている。

さらに同報告においては「一方で、留保金課税制度を巡る情勢は近年大きく変わっている。」とも述べ、「所得税の最高税率と法人税率の差は、昭和50年には35%であったが、現在は所得税の最高税率は37%、法人税率は30%となっており、その差は7%まで縮小している。」よって「既に、「法人成り」による所得税の租税回避を調整するという留保金課税の意味づけは根拠を失っていると言えよう。」と指摘している。

また配当の促進について同報告においては、「上場企業ならば別段であるが、未上場の中小株式会社で主要株主が経営者であるような「所有と経営が一致」している企業に対して配当を促進し、そこからの所得課税を求めることに、どれほどの合理性があるのか疑問」という記述もみられる。

このような指摘がある中で、特定同族会社に対する留保金課税は、2007年から資本金又は出資金が1億円以下の場合は課税対象外となるなど（それ以前は青色申告書を提出する特定同族会社のうち、中小企業新事業活動促進法に基づき経営革新計画の承認を受けた中小企業は、留保金課税が不適用）、課税対象が

⁸³ 法人税法第67条

⁸⁴ 法人税法基本通達1-3-1

⁸⁵ 経済社会の持続的発展のための企業税制改革に関する研究会「中間論点整理」

限定されており、今後の廃止も含めた議論になっている。

5.4. 医療法人

5.4.1 医療法人の剰余金

わが国における医療法人は、「公益性」を有する、「非営利」な存在として位置づけられている。しかし「継続性」として「収益性」を求められる存在でもあり、法人税法上は営利法人とほぼ同様の位置づけである。

わが国において、医療法人をはじめとする「非営利性を有する公益に位置づけられる法人」に関する問題の指摘として、2004年に公表された「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」がある。公益性を有する法人の営利を目的とする法人と区別する相違点として、「出資義務を負わない」、「利益（剰余金）分配請求権を有しない」、「残余財産分配請求権を有しない」、「法人財産に対する持分を有しない」ことが挙げられている。

公益法人にふさわしい公益性を有する要件として、「内部留保が過大でないこと」、「株式保有等を制限すること」が指摘されている。医療法人のみに対する問題として、利益剰余金に関しても厚生労働省（2005）「医療法人の剰余金の使途の明確化について」において「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者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ないと考えられる。」と指摘されている。

また「こうした収支剰余の累積等に伴い、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せるのは望ましくない。」と指摘されている。加えて「適正な法人活動を制約しない範囲で、将来の公益的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に、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。」と指摘されている。

しかし「具体的な規律のあり方としては、現行指導監督基準等による「いわゆる内部留保」の考え方について、例えば、正味財産との関係にも留意しつつ必要な見直しを行い、できるだけ恣意性を排除した客観的な規律とすることが望ましい。」とされ、適正な水準に関しては具体的には言及されていない。

5.4.2 医療の特殊性と剰余金の蓄積

医療法人は剰余金の使途が限定されるが、法人税率は一般の営利企業と同様であるため、剰余金が蓄積し続けていく可能性がある。また一度蓄積した剰余金は解散しない限り、蓄積し続けることが推測される。藤森（2013）⁸⁶によれば、わが国の医療法人で病院もしくは老健施設を経営する 5,809 医療法人にお

⁸⁶ 藤森敏雄（2013）「全国調査からみた医療法人の経営戦略」創成社

いて、2007年に登記簿によって調査した結果、純資産額の合計が3兆5,788億円と述べている。ただしこの調査は一法人あたり6.16億円である。病院や老健施設を経営する法人に限定しているため、医療法人全体の平均を示しているとはいえない。

しかし医療法人においては、剰余金の配当が認められないため、利益剰余金は発生すれば純資産として内部に留保される。よって継続性、安定性が高い医療法人においては経年によって多額の内部留保が蓄積している可能性がある。

わが国における医療の特殊性として、市場原理の適さない、国民の健康を保証するためのものとして位置づけられている点がある。市場原理、競争原理を持ち込まないということの一端として、診療報酬制度、医療法第4条の広告規制、消費税法第6条における非課税に医療が広く認められている点が挙げられる。

5.5. 医療法人における留保金課税導入の検討

5.5.1. 留保金課税導入の目的の医療法人への適用の整合性

特定同族会社の留保金課税導入の目的として、所得税の税率と法人税率の税率の差を考慮した租税回避行為の防止、株式会社であれば配当を促すという点がある。

租税回避行為の防止という観点に関連して、医療法人においても従来は法人成りによる租税回避が理由となる医療法人設立があった。2007年に医療法第54条の剰余金の配当を禁じる規定が厳格化されるまで解散時に出資持分に応じた残余財産の帰属が可能であった。これが事実上の配当であるという判断から医療法第54条の規定の厳格化となったが、それ以前の医療法人設立においては所得税の税率と法人税の税率の差を考慮した租税回避の理由があったといえる。

現在においては、今後設立される医療法人の残余財産は個人には帰属しないため、租税回避行為の防止という観点は現在の医療法人の剰余金蓄積に関しては適合しないといえる。

特定同族会社における留保金課税の株式会社等に関して配当を促進するという観点に関して、医療法人においては剰余金を配当することが認められておらず、配当を促進するという目的は適合しない。

5.5.2. 医療法人における留保金課税制度導入の検討

医療法人において、2007年の医療法改正によって解散時の残余財産の帰属先は国かもしくはは地方公共団体や医療機関に限定された⁸⁷。しかしながら特定同族企業であれば株主に帰属する残余財産に関して、配当という法人が存続して

⁸⁷ 医療法第44条

いてもその蓄積した留保金、すなわち生じた利益を社会に還流する手段があるのに対して、医療法人においては国や地方公共団体や医療機関に対して寄付を行うことは可能であるが、剰余金を減少することを促す方策がない。

留保金課税の導入に関して検討するうえで必要といえる議論は、現在継続して存在する医療法人の経営の継続性、国民に医療を提供する医療の質の向上に必要な積立金を控除したうえで存在する剰余財産はどこに帰属するのかということであると考えられる。医療法人は設立時の出資は民間であり、医療法人の最高意思決定機関、つまり経営責任はその出資者たる社員にある。解散した場合の剰余財産は特別に定めのない場合は国、定款に定めがある場合でも地方公共団体もしくは限定された医療機関である。設立時は民間による出資、解散時は国などに帰属する剰余財産がどこに帰属するか、解釈が分かるといえる。

医療の収益の特殊性に限定して論じると、医療経営における収益の多くを占めるものとして、公益である医療の継続性を保つための診療報酬制度によって得られた収益がある。診療報酬制度は公益に位置づけられる医療の安定的な供給や発展のために存在するものであるが、医療法人において、安定し、継続性を確保した経営ができていない場合、剰余金が蓄積していくことが推測される。政策によって発生する剰余財産に関して、帰属先を国と解釈するのは、この側面からのみみれば妥当であるといえよう。帰属先を国と解釈した場合に、医療法人に留保金課税を導入することは一つの方策である可能性があると考えられた。

特定同族会社への留保金課税の目的や問題点は医療法人に関して適合するものではない。しかし藤森（2013）⁸⁸において示されている2007年時点の病院または老健施設を保有する5,806法人の合計純資産額が3兆5,788億円であることが示されている。また本研究第1章において、宮城県における559法人の開設から2010年時点の医療法人の1年当りに蓄積する剰余金の1法人当りの平均が966万円であることが示されている。このような状況から、医療法人には剰余金が発生し、年々蓄積していると考えられた。

本研究により、その蓄積する剰余金が個人の財として蓄積することは問題である可能性が指摘されたことから、医療法人の剰余金を減少させる方策を講じる必要があるのではないかと考えられた。医療法人は剰余金の配当は剰余財産と同じく国や地方公共団体、医療機関への寄付は行うことができる。そのような剰余金の活用を促進すること、留保金の過大蓄積の抑制策として、留保金課税の導入は有効である可能性がある。

また特定同族会社の留保金課税においてはその継続性や発展性を損ねることが問題点として指摘されているが、医療法人に求められるのは医療を国民に安定的、継続的に供給することであり、発展性はそれほど求められないといえよ

⁸⁸藤森敏雄（2013）「全国調査からみた医療法人の経営戦略」創成社

う。もちろん経営の安定性、継続性は確保されるべきであるが、その範囲内であれば、留保金課税の導入は問題を生じさせないと考えられた。

5.6 小括

本研究では、医療法人の過大な剰余金の内部留保の問題に着目し、解消の方策として留保金課税の導入の可能性に関して現状から検討した。本研究の観点に限定すれば、医療法人に対する留保金課税の導入は問題の解消のための方策として有効である可能性が見出された。

医療法人はわが国の医療において非常に重要な位置づけである。今後さらに多角的な観点から研究を進め、より具体的な方策を示したい。医療法人制度のさらなる整備により、わが国の医療はさらに発展すると考える。

第 6 章 結論

第 6 章. 結論

6.1. 本研究の結論

医療の提供の仕組みである「保健医療システム」は社会状況を前提として再構築を繰り返していくものである。その時々状況に応じた「保健医療システム」を構築していくには今現在の問題点を常に明確にしておく必要があると考えられた。そしてわが国の「保健医療システム」は変革の途上であり、1950年から存在する医療法人制度も変革の必要があると考えられた。そのためには、実態の把握と問題点の明確化が必要になるといえよう。

下記の 5 点について、本研究において知見を示した。

- ① 医療法人に非営利性が必要である理由及び医療法人において存在する剰余金が持分に依りて出資者に帰属する事象の問題点を考察する。

上記目的を達成するために、第 2 章において著書、論文、各種政府刊行物などを精査し、医業経営の公益性に関する議論と非営利性に関する議論を整理し、わが国における医療法人の位置づけについて公益性の観点と非営利性の観点から整理した。

結果として、わが国において医療は国家が提供するべき公益なものとして位置づけられていることを示した。医療法において、患者の利益のため、非営利であることを考慮すると、概念上、医療法人に非営利性の問題が指摘されている。制度及び概念上、医療法人は公的な医療を担う存在として、非営利、公益であるべきであり、剰余金などの残余財産が個人に帰属することに問題があることが解った。

さらに第 4 章において医療法人はだれのために経営されるべきかという議論を明確にするべく、医療法人のステークホルダーを「保健医療システム」上の位置づけから示した。その上で、現在のわが国の医療法人における経営の実態とあるべき方向性の乖離の存在を考察した。

結果として、医療法人は公的な「保健医療システム」から公費や社会保険診療によって収益の 8 割以上を得ていると推計された。即ち、医療法人は公的な「保健医療システム」の一部という捉え方を示すことができた。またわが国の「保健医療システム」のステークホルダーは納税者と社会医療保険の被保険者であることを述べた。従って、医療法人の利益を考慮すべき主たるステークホルダーは、患者と共に納税者と社会医療保険の被保険者であると考えられた。医療法人において出資者が出資により得る利益は、患者の利益とは対立しないが、納税者や社会医療保険の被保険者の利益とは相反するといえた。

このことから、医療法人において目的なく個人の財産として蓄積する剰余金

はわが国の「保健医療システム」の発展、継続のために活用されるべきではないかという問題提起を行い、第 5 章において、医療法人の剰余金の回収方策として留保金課税導入を検討した。本研究の結果として、留保金課税を行うことは可能であるということを示した。

◎ 医療法人のわが国「保健医療システム」上の位置づけを考察し、そのうえで医療法人の収益の源泉を示し、医療法人の剰余金の源泉を明らかにする。

本研究では第 3 章において、宮城県の医療法人を対象として、「透析」に着目した診療内容による収益性の差異の存在を検証した。結果として、「透析」を行っている医療法人の「透析」による収益の医業収益全体に対する比率が高ければ高いほど一年あたりに蓄積する剰余金額が多くなる可能性が示された。このことから「透析」は高収益の医療である可能性が示された。「透析」を行っていることによる収益性の高さは「保健医療システム上の理由」であるといえる。非営利、公益と位置付けられ、公的に提供されるわが国の医療に生じた「保健医療システム上の理由」による収益性の差異から個人が出資により利益を得ることは、一般企業における経営努力などにより経営者兼出資者が得られる利益と同様とはいえない。

さらに 4 章において、医療法人は私的な事業を行うものではなく、国家により公的に行われている「保健医療システム」の一部と捉えられる現状が示された。そして収益の大部分を公的な「保健医療システム」から得ている実態を示した。医療法人において、出資者が出資した事実を理由として剰余金を得ることは不相当であると結論付けられ、解消すべき課題である可能性が示された。

◎ 医療法人の経営の実態を明らかにすることを試みる。そのうえで剰余金の蓄積について、診療内容の種類などの診療報酬などの制度上に理由が存在する可能性を検証する。

本研究の第 3 章において、これまで明らかとなっていなかった医療法人の経営の実態を示す試みとして、宮城県の医科を経営する医療法人の全事業報告書から医療法人群を診療科、病院、「透析」、複数の医療施設を経営しているか単一の施設を経営しているかという観点で類型化し、剰余金の総額を示し、開設年度からの 1 年あたり利益剰余金を推算した上で、経営の実態を示した。

結果として、剰余金の総額、1 年あたりの剰余金の蓄積には差異が存在し、医療法人の資金面での継続性は均一ではない実態が示された。剰余金が長年にわたり他の法人と比較して多額に蓄積している場合があることが示された。「透析」が高収益の医療である可能性が示された。剰余金の蓄積の差異が生じる理由に「保健医療システム上の理由」が存在する可能性が示された。

- ◎ 医療法人のステークホルダーを明らかにした上で、医療法人がだれのために経営されるべきか検討する。

第4章において医療法人はだれのために経営されるべきかを示すという議論を明確にするべく、医療法人のステークホルダーを本研究で示した公的な「保健医療システム」の一員であるという捉え方から示した。その上で、現在のわが国の医療法人における経営の実態とあるべき方向性の乖離の存在を考察した。

医療法人はその収益を公的な「保健医療システム」を源泉として得ていることからわが国の公的な「保健医療システム」上の存在として位置づけられた。わが国の「保健医療システム」は公費（国庫支出）と社会医療保険の保険料（保険税）によって運営されていることから、医療法人のステークホルダーとして納税者と社会医療保険の被保険者がいるといえた。現状として、わが国の医療法人制度は医療法の目的から患者のためという観点で制度が構築されている。

納税者や社会医療保険の被保険者は負担した資金が効率よくわが国の「保健医療システム」において運用されることを望んでいると考えられる。従って、「保健医療システム」から得た利益が、出資したことを理由として個人の財産として蓄積・増加することは納税者や社会医療保険の被保険者の利益と相反する。

医療法人はわが国の「保健医療システム」の一員として、患者のためのみならず、納税者や社会医療保険の被保険者のために経営される必要性が示された。

- ◎ ◎ ～ ◎ によって示された知見から、医療法人に関して存在する問題点を明確にする。それを踏まえて医療法人制度構築の今後の方向性を示すとともに改善方策について検討を行う。

医療法人はこれまで医療法の目的から患者のためという観点から研究が行われ、問題が指摘されてきた。また医療法人制度も患者の為という観点で構築されてきた。

本研究では、医療法人をわが国の「保健医療システム」の一員として位置づけられる実態を論じ、「保健医療システム」のステークホルダーである納税者と社会医療保険の被保険者の利益を考慮する必要性を論じた。そして本研究の結論として、納税者や社会医療保険の被保険者の利益という観点から、医療法人の現状には課題が存在し、現在までの医療法人改革では解消しきれていないと結論付けられた。そこで第5章において、医療法人の情報開示制度に関する問題の解消策として、情報開示の方法の拡大の提案、CSVの理論から、財務情報のみならず、社会価値の測定と公表という方策を提案した。そして医療法人の剰余金の問題に関して解消方策として留保金課税導入を提言した。

6.2.本研究の意義

これまでわが国の医療機関の経営に関する研究は、病院などの1施設ごとに行われることが主流であり、病院を対象として行われることが多かった。しかし医療法人はわが国の医療の開設主体の中で唯一、個人の財産権である出資に応じた持分が存在するものである。他の医療の開設主体と同一に扱うことに不適合が生じる場合があるといえよう。また医療法人の経営については個々の事例研究に留まっているものが多く、複数の医療法人の財務データを用いた研究は数少ない。診療所までを含めた1都道府県の医療法人の状況を示した研究はこれまでにない。

診療内容や診療科による収益性の差異を示した点が本研究の新規性であるといえる。そして診療報酬制度によって調整されているわが国の医療の収益性が平準的に調整しきれていない可能性を示した希少な研究である。それに伴う本研究の有用性として、今後の診療報酬改定などの医療提供政策において実際の診療所や診療科の経営実態という観点をもたらし、実態に則した改正に資する可能性がある。

これまで、医療法人の剰余金の現状を示した研究や資料は存在せず、議論は医療法第54条の規定違反かどうか、公益である医療からといった概念から行われていた。本研究は医療法人経営の実態の一端を示したうえで、わが国の「保健医療システム」の一部と医療法人を捉えることができることを示し、その上でそのステークホルダーたる納税者や社会医療保険の被保険者の利益という視点から、医療法人の持分や剰余金、医療法人制度について検討を行っている。この点が本研究の独自性・新規性といえる。

これまでの先行研究や議論における視点である患者の利益という観点は、個々の医療機関における医療提供の継続性を重視するものである。従って、医療法人の非営利性について、それが問題である明確な理由は示せていなかった。

本研究により示された、医療法人を公的な「保健医療システム」の一部として納税者や社会医療保険の被保険者の利益を考慮すべき存在という観点は、今後の医療制度の構築において有益となる可能性があるといえよう。また、医療法人の剰余金が多額に存在すること、その源泉は「保健医療システム」から得ていることを示した。わが国の「保健医療システム」に生じている資金面での継続性の問題の解消に活用するために留保金課税導入を提言したことは今後の医療法人制度の再構築に貢献する有用な研究といえる。

謝辞

本研究を進めるにあたり、長年にわたりご指導いただいた坂本眞一郎教授に深く感謝いたします。本論文の審査及び多大に論文向上のためのご指導をいた

だいた金子孝一教授、富樫敦教授に深く感謝いたします。また、ご助言をいただいた岩田智先生、藤本孝一郎先生に感謝を表します。そして長年、研究に協力いただき、共に学んだ宮城大学坂本研究室の仲間達にも深く感謝いたします。

图表

表 1:1967～1999 年 透析の診療報酬点数の変遷(単位:点)

	1967	1972	1974	1978	1981	1983	1985	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1997	1998	
人工腎臓点数	920	1,540	2,150	4,000	2,000	-	1,800	1,700	-	-	-	2,100	2,080	2,110	-	
透析液	使用量											技術料に 上乘 包括	時間 区分 設定			
生食水	使用量	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
抗凝固剤	使用量															
ダイヤライザー(ホロファイバー型及び積層型[キール型][膜面積1.5m ³ 以上])	購入	購入	購入	ダイヤライザー一包括	960	860	810	-	760	710	620	525	475	565	518	
滅菌加算	価格	価格	価格		30	-	-	-	-	15	-	-	-	廃止		
夜間加算				150	400	-	-	500	-	-	-	-	-	-	-	
休日加算										500	-	-	-	-	-	
導入期加算							300	-	-	-	-	-	-	-	-	
食事加算					50	-	-	60	-	62	63	-	-	-	-	
水処理加算									30	-	-	技術料へ 包括				
除水調整器												30	-	技術料へ 包括		
障害(特殊疾病管理)											100	120	-	-	-	
外来医学管理料											2,500	-	-	-	2,900	

(一般社団法人愛知県腎臓病協議会「透析における診療報酬の変遷」より引用作成)

表 2:2000～2010 年 透析の診療報酬点数の変遷(単位:点)

血液透析技術料:	2000	2002	2004	2006	2008	2010
人工腎臓点数	2,110	1,960	-	2,250	2,267	2,235
透析液	注 1	時間区分廃止		EPO	時間区分復活 ^{注2}	水質確保加算 新設 ^{注3}
生食水				包括		
抗凝固剤						
ダイアライザー ホロファイバー型 及び積層型(キール型)(膜面積 1.5m ² 以上) 5 型 平成 16 年のみ 2 型 ^{注4}	353	319	280	266	202	194
夜間加算	500	-	-	300	-	-
休日加算	500	-	-	300	-	-
導入期加算	300	-	-	-	-	-
食事加算	63	廃止				
透析液水質確保						10
障害(特殊疾病管理)	120	-	-	-	-	-
外来医学管理料	2,800	2,670	2,460	2,305	-	-
腹膜透析						
在宅自己腹膜灌流指導管理料			3,800	3,800	3,800	3,800
腹膜灌流						
(1)連続傾向式腹膜灌流			330	330	330	330
(2)その他の腹膜灌流			1,100	1,100	1,100	1,100
腹膜透析液交換セット						
(1)交換キット			60	59	58	56
(2)回路						
Yセット			96	94	92	87
APDセット			589	580	570	561
IPDセット			107	107	104	104
腹膜透析用接続チューブ			1,450	1,430	1,390	1,320
(1)長期留置型						
ストレート型			7,110	6,770	6,450	6,450
逆U字型			11,300	11,300	10,700	10,700
(2)緊急留置型			96	96	96	96
在宅血液透析指導管理料			3,800	3,800	3,800	8,000

(一般社団法人愛知県腎臓病協議会「透析における診療報酬の変遷」、「平成 16 年厚生労働省告示」、
「平成 18 年厚生労働省告示」より引用作成)

- 注 1 技術料における人工腎臓点数。4 時間未満の場合：1630 点 4～5 時間の場合：2110 点 5 時間以上の場合：2210 点
 注 2 技術料における人工腎臓点数。4 時間未満の場合：2117 点 4～5 時間の場合：2267 点 5 時間以上の場合：2397 点
 注 3 技術料における人工腎臓点数。4 時間未満の場合：2075 点 4～5 時間の場合：2235 点 5 時間以上の場合：2370 点
 注 4 透析膜(ダイアライザー)の種類構造：中空糸(ホローファイバー)型、積層型膜面積：(0.6～2.5m²) 透
 析機能分類：中空糸(ホローファイバー)型 β 2-MG 除去能力
 I 型 1.0ml/min 未満 II 型 1.0以上 3.0 ml/min 未満 III 型 3.0以上 5.0 ml/min IV 型 5.0以上 7.0 ml/min V 型 7.0
 ml/min 以上

表2補足

平成16年厚生労働省告示

人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

(1)ダイアライザー

- ① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（Ⅰ）2,630円
 - ② ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（Ⅱ）2,750円
 - ③ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（Ⅰ）2,420円
 - ④ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（Ⅱ）2,800円
 - ⑤ 特定積層型 8,250円
- (2)ヘモフィルター 6,480円
- (3)吸着型血液浄化器（β2-ミクログロブリン除去用） 25,400円
- (4)持続緩徐式血液濾過器 27,200円
- (5)ヘモダイアフィルター 3,190円

平成18年厚生労働省告示

人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

(1)ダイアライザー

- ① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満） 2,300円（Ⅰ）
 - ② ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満） 1,660円（Ⅱ）
 - ③ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満） 1,710円（Ⅲ）
 - ④ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満） 2,240円（Ⅳ）
 - ⑤ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満） 2,620円（Ⅴ）
 - ⑥ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上） 2,070円（Ⅰ）
 - ⑦ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上） 1,880円（Ⅱ）
 - ⑧ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上） 2,220円（Ⅲ）
 - ⑨ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上） 2,350円（Ⅳ）
 - ⑩ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上） 2,660円（Ⅴ）
 - ⑪ 特定積層型 7,920円
- (2)ヘモフィルター 5,360円
- (3)吸着型血液浄化器（β-ミクログロブリン除去用） 23,400円
- (4)持続緩徐式血液濾過器 25,800円
- (5)ヘモダイアフィルター 2790円

表 3: 宮城県の病院・診療所別透析状況(2009 年)

	透析用ベッド数計 (台)	患者数計 (人)	施設数 (施設)	1 施設当り 透析用ベッド数 (台)
病院	618	1,708	21	29.4
診療所	1,111	3,117	31	35.8
計	1,729	4,825	52	33.3

(財団法人宮城県腎臓協会「宮城県腎臓協会会報 No. 22」より引用作成)

表 4: 宮城県の経営主体別透析状況(2009 年)

	透析用ベッド数計 (台)	患者数計 (人)	施設数 (施設)
医療法人	1,164	3,364	32
その他の経営主体	565	1,461	20
計	1,729	4,825	52

(財団法人宮城県腎臓協会「宮城県腎臓協会会報 No. 22」より引用作成)

表 5: わが国の開設主体別医療施設数(2009 年 10 月 1 日時点)

	病院 ()内は構成比	医科診療所 ()内は構成比	病院と医科診療所の合計 ()内は構成比
医療法人	5,726(65.5%)	35,341(35.5%)	41,067(37.9%)
その他の開設主体	3,013(34.5%)	64,294(64.5%)	67,307(62.1%)
計	8,739(100.0%)	99,635(100.0%)	108,374(100.0%)

(厚生労働省(2009)「医療施設調査」より引用作成)

表 6: 2010 年度決算における本研究の対象医療法人全体の黒字と赤字の状況(N=559)

	2010 決算における収支 ()内は構成比	利益剰余金の総額 ()内は構成比
黒字の医療法人	380 (68.0%)	497 (88.9%)
赤字の医療法人	179 (32.0%)	62 (11.1%)

(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

表 7:2010 年度決算における本研究の対象医療法人全体の経営状態 (N=559)

	事業収益 (千円)	事業費用 (千円)	事業収支 (千円)	事業収支比率 (%)	利益剰余金 (千円)	1年当り利益剰余金 (千円) 注1
総計	191,523,212	182,548,951	8,974,261	104.9%	78,205,827	
平均	342,618	326,563	16,054	104.9%	139,903	9,667
中央値	141,621	133,480	3,985	103.1%	48,865	4,728
最大値	6,763,058	6,272,940	515,050	166.6%	3,430,943	171,555
最小値	14,750	27,553	-264,864	20.6%	-1,587,079	-125,292
標準偏差	641,272	602,375	51,817	11.4%	335,670	18,954

(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

注1 「1年当り利益剰余金」=「2010年度末利益剰余金」/ (2010-登記年度)」

表 8:2010 年度決算における複数の施設を運営する医療法人の経営状態 (N=68) (構成比: 12.2%)

	事業収益 (千円)	事業費用 (千円)	事業収支 (千円)	事業収支比率 (%)	利益剰余金 (千円)	1年当り利益剰余金 (千円) 注1
総計	88,816,831	83,637,969	5,178,862	106.2%	29,931,938	
平均	1,306,130	1,229,970	76,160	106.2%	440,176	24,365
中央値	853,721	798,847	36,506	105.2%	222,935	11,611
最大値	6,763,058	6,272,940	515,050	160.2%	3,430,943	171,555
最小値	86,732	67,101	-70,527	81.2%	-1,587,079	-54,727
標準偏差	1,328,030	1,242,699	112,059	9.5%	766,649	38,629

(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

注1 「1年当り利益剰余金」=「2010年度末利益剰余金」/ (2010-登記年度)」

表 9:2010 年度決算における単一の施設を運営する医療法人の経営状態 (N=491) (構成比: 87.8%)

	事業収益 (千円)	事業費用 (千円)	事業収支 (千円)	事業収支比率 (%)	利益剰余金 (千円)	1年当り利益剰余金 (千円) 注1
総計	102,706,381	98,910,982	3,795,399	103.9%	48,273,889	
平均	209,178	201,448	7,730	103.9%	98,317	7,631
中央値	129,847	120,992	3,298	102.5%	42,536	4,232
最大値	2,932,726	2,807,107	224,175	166.6%	1,254,535	90,258
最小値	14,750	27,553	-264,864	20.6%	-751,749	-125,292
標準偏差	283,670	270,379	27,745	11.6%	183,574	13,074

(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

注1 「1年当り利益剰余金」=「2010年度末利益剰余金」/ (2010-登記年度)」

表 10: 複数の施設を経営する医療法人の 2010 年度決算における利益剰余金の状況(N=68)

	法人数	1 法人当り 施設数	利益剰余金総額 (千円)				1 年当り利益剰余金 (千円) 注1		
			総額	平均	中央値	標準偏差	平均	中央値	標準偏差
病院・一般診療所・老健施設 複合経営型	8	4.1	7,308,280	913,535	922,613	971,371	37,072	26,674	45,111
病院・一般診療所 複合経営型	7	2.7	7,728,927	1,104,132	453,011	1,391,338	45,164	20,968	59,570
病院・老健施設 複合経営型	11	2.3	4,611,732	419,248	326,484	1,036,384	24,149	15,125	58,695
一般診療所・老健施設 複合経営型	13	2.3	2,793,730	214,902	199,413	156,826	11,552	10,760	7,581
複数一般診療所経営型	24	2.2	5,753,728	239,739	109,242	320,182	21,443	11,261	28,040
病院もしくは一般診療所・ 歯科診療所 複合経営型	6	2.3	3,170,445	528,408	168,211	663,501	23,363	11,930	30,186

(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

注1 「1年当り利益剰余金」=「2010年度末利益剰余金／(2010-登記年度)」

表 11: 単一の病院もしくは診療所を経営する医療法人の 2010 年度決算における利益剰余金の状況(N=491)

	法人数	利益剰余金総額 (千円)				1 年当り利益剰余金 (千円) 注1		
		総額	平均	中央値	標準偏差	平均	中央値	標準偏差
病院	30	8,888,224	296,274	167,982	334,863	15,606	10,059	16,904
透析・診療所	12	3,438,233	286,519	145,411	328,655	26,145	24,971	15,360
内科・診療所	41	2,485,375	60,619	46,288	74,140	5,729	4,985	6,523
小児科・診療所	61	4,543,427	74,482	26,616	184,801	5,415	2,957	12,073
眼科・診療所	28	4,033,128	144,040	77,493	231,988	8,869	6,246	11,126
胃腸科・診療所	36	4,388,961	121,916	35,940	222,193	7,410	3,330	11,075
消化器科・診療所	37	3,522,313	95,198	36,398	216,139	7,030	3,696	12,094
呼吸器科・診療所	28	1,752,971	62,606	54,287	64,709	6,838	4,133	7,810
アレルギー科・診療所	15	1,220,049	81,337	37,932	78,998	8,646	5,364	9,173
産婦人科・診療所	18	1,896,821	105,379	75,475	124,130	8,809	3,660	11,884
耳鼻咽喉科・診療所	22	1,489,639	67,711	46,839	50,029	7,993	5,082	7,643
循環器科・診療所	29	1,993,077	68,727	28,099	91,760	8,068	4,952	16,690
神経科・診療所	11	646,789	58,799	37,675	67,699	5,244	2,898	7,042
整形外科・診療所	48	4,135,945	86,166	40,588	131,900	7,103	3,767	9,456
皮膚科・診療所	22	1,272,691	57,850	32,139	77,889	3,906	2,971	4,401
リウマチ科・診療所	11	815,623	74,148	54,497	64,904	9,503	7,235	10,432
その他の診療所	42	1,633,514	38,893	25,177	163,559	2,838	2,693	22,670

(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

注1 「1年当り利益剰余金」=「2010年度末利益剰余金／(2010-登記年度)」

表 12: 宮城県で透析を行っている医療法人の 2010 年度決算における経営状態 (N=22)

	経営施設数 (施設)	透析施設数 (施設)	事業収益 (千円)	事業費用 (千円)	収支 (千円)	収支比率 (%)
複数診療所 A	3	1	887,674	911,650	-23,976	97.4%
複数診療所 B	2	2	1,539,693	1,525,950	13,743	100.9%
病院・診療所 C	4	4	4,512,240	4,392,889	119,351	102.7%
病院・診療所 D	2	2	2,738,476	2,442,216	296,260	112.1%
病院・老健 E	3	1	1,834,209	1,779,564	54,645	103.1%
病院・診療所・老健 F	4	1	2,398,311	2,433,450	-35,139	98.6%
病院 G	2	1	2,192,879	2,098,525	94,354	104.5%
病院 H	1	1	1,397,740	1,456,357	-58,617	96.0%
病院 I	1	1	2,932,726	2,708,551	224,175	108.3%
透析・診療所 J	1	1	992,259	924,246	68,013	107.4%
透析・診療所 K	1	1	223,365	209,730	13,635	106.5%
透析・診療所 L	1	1	441,084	417,853	23,231	105.6%
透析・診療所 M	3	3	1,288,022	1,171,575	116,447	109.9%
透析・診療所 N	1	1	777,154	645,269	131,885	120.4%
透析・診療所 O	1	1	440,982	397,529	43,453	110.9%
透析・診療所 P	1	1	439,572	436,029	3,543	100.8%
透析・診療所 Q	1	1	460,007	463,504	-3,497	99.2%
透析・診療所 R	1	1	614,490	615,717	-1,227	99.8%
透析・診療所 S	1	1	898,658	851,159	47,499	105.6%
透析・診療所 T	1	1	252,973	219,926	33,047	115.0%
透析・診療所 U	1	1	596,592	523,738	72,854	113.9%
透析・診療所 V	1	1	473,224	413,477	59,747	114.4%
総計	37	29	28,332,330	27,038,904	1,293,426	104.8%

(各医療法人の報告書、財団法人「宮城県腎臓協会会報 No. 22」より引用、集計、作成)

表 13: 宮城県で透析を行っている医療法人の 2010 年度決算における経営分析(N=22)

	利益剰余金 (千円)	1年当り利益剰余金 (千円) 注1	ベッド数計 (台)	患者数 (人)	1ベッド当り 患者数(人) 注2	推計 透析収益割合 (%) 注3
複数一般診療所 A	21,566	1,348	22	69	3.1	32.1%
複数一般診療所 B	243,643	20,304	54	190	3.5	50.9%
病院・診療所 C	2,736,326	78,181	276	871	3.2	79.7%
病院・診療所 D	377,687	47,211	69	223	3.2	33.6%
病院・老健 E	193,291	3,222	7	20	2.9	4.5%
病院・診療所・老 健 F	-124,741	-8,316	10	31	3.1	5.3%
病院 G	733,890	20,968	64	172	2.7	32.4%
病院 H	-44,441	-3,174	37	112	3	33.1%
病院 I	129,815	43,272	39	128	3.3	18.0%
透析・診療所 J	1,172,668	55,841	45	129	2.9	53.7%
透析・診療所 K	237,115	11,856	11	22	2	40.7%
透析・診療所 L	92,796	4,884	28	57	2	53.3%
透析・診療所 M	936,631	49,296	134	276	2.1	88.5%
透析・診療所 N	606,420	40,428	34	126	3.7	66.9%
透析・診療所 O	501,476	33,432	24	73	3	68.3%
透析・診療所 P	205,326	17,111	30	76	2.5	71.4%
透析・診療所 Q	86,747	10,843	28	60	2.1	53.8%
透析・診療所 R	143,888	20,555	37	117	3.2	78.9%
透析・診療所 S	146,934	29,387	50	160	3.2	73.5%
透析・診療所 T	53,908	13,477	17	43	2.5	70.2%
透析・診療所 U	117,606	39,102	36	113	3.1	78.2%
透析・診療所 V	73,649	36,825	30	84	2.8	73.3%

(各医療法人の報告書、財団法人「宮城県腎臓協会会報 No. 22」より引用、集計、作成)

注1 「1年当り利益剰余金」=「2010年度末利益剰余金／(2010-登記年度)」

注2 「1ベッド当り患者数」=「患者数／透析施設の透析用ベッド数」

注3 「推計透析収益割合」=「(透析患者数×4,128千円)／事業収益×100」

表 14: わが国の出資持分有、出資持分無の医療法人数の状況(数値は各年3月31日時点)

	持分有	持分無	総数
2008年	43,638	1,034	45,078
2015年	41,476	8,022	49,889

(厚生労働省「種類別医療法人数の年次推移」より引用作成)

表 15 : わが国の開設主体別医療施設数(平成 24 年 6 月末時点)

	病院 ()内は構成比	医科診療所 ()内は構成比	病院と医科診療所の合計 ()内は構成比
医療法人	5,702(66.6%)	37,487(37.4%)	43,189(39.7%)
その他の開設主体	2,865(33.4%)	62,625(62.6%)	65,490(60.3%)
計	8,567(100.0%)	100,112(100.0%)	108,679(100.0%)

(厚生労働省(2012)「医療施設調査」より引用作成)

表 16: 組織の利害関係者とその貢献・誘因(企業の例)

利害関係者	組織への貢献	組織からの誘因
所有者	資本	財務的報酬
経営者	技術・専門知識	職務満足、賃金など
従業員	技術・専門知識・労働	職務満足、賃金、雇用の安定等
顧客	モノ・サービス購入による収入	モノ・サービスの品質・価格等
供給業者	高品質・低価格の原材料・部品	満足のいく取引
労働組合	自由公正な集団交渉	公平な賃金・雇用の安定等
コミュニティー	社会経済的インフラ	地域社会への貢献
政府	公正なビジネス慣行のルール	法・規制の順守

(印南一路(1999)「すぐれた組織の意思決定～組織をいかに戦略と政策～」中央公論新社 p 210
より引用)

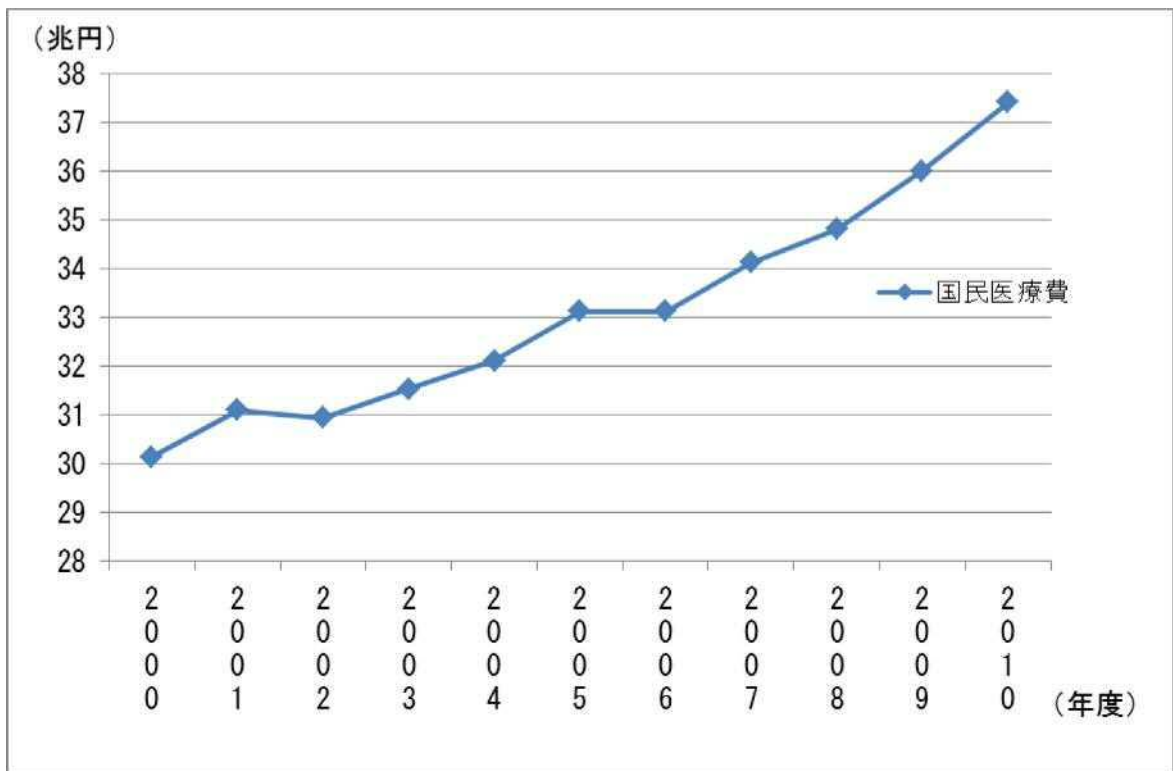


図 1:近年のわが国の国民医療費の推移

(厚生労働省:「国民医療費の概況」より引用作成)

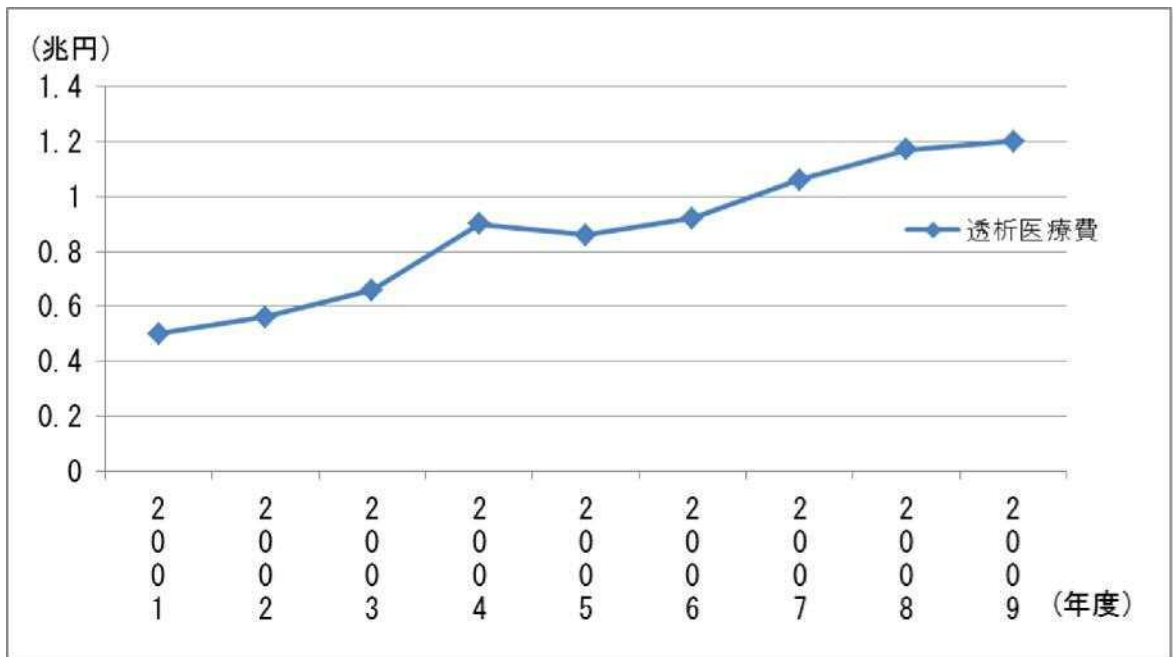


図 2:近年のわが国の透析医療費の推移

(厚生労働省:「第 39 回社会保障審議会保健医療部会資料」より引用作成)

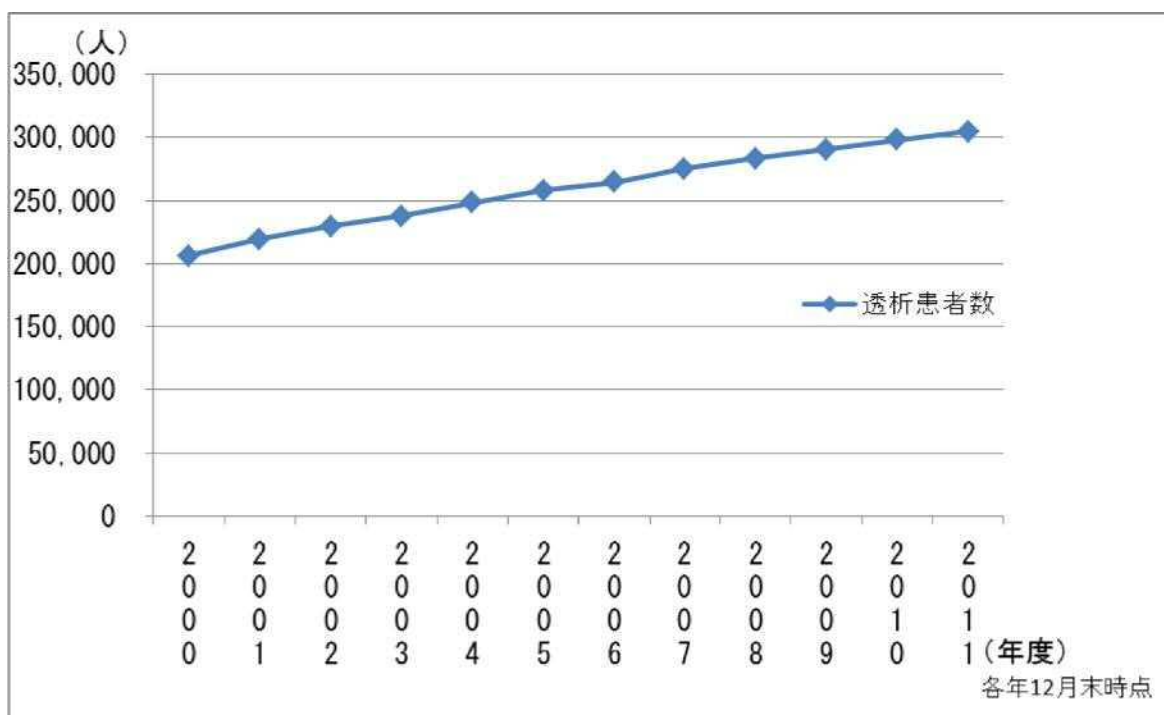


図 3: 近年のわが国の透析患者数(単位:人)

(日本透析学会:「わが国の慢性透析療法の現況 2011 年 12 月 31 日時点」より引用作成)

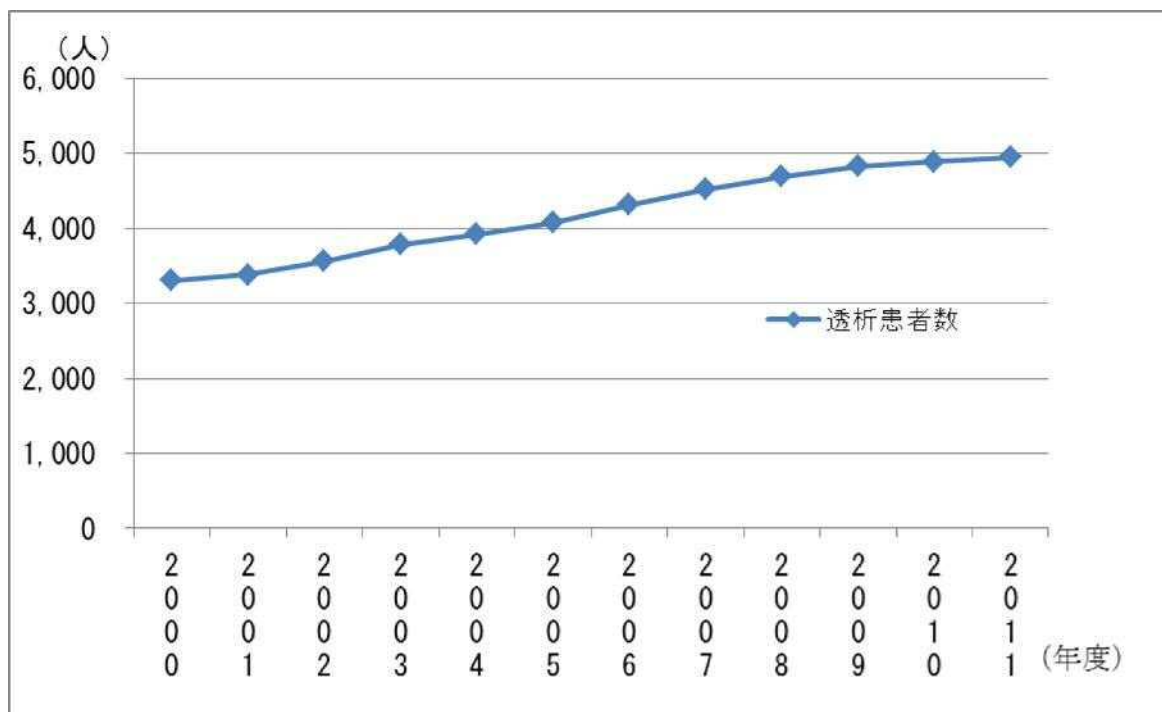


図 4: 近年の宮城県の透析患者数(単位:人)

(財団法人宮城県腎臓協会「宮城県の人工透析患者実態調査報告(2011・12月)」より引用作成)

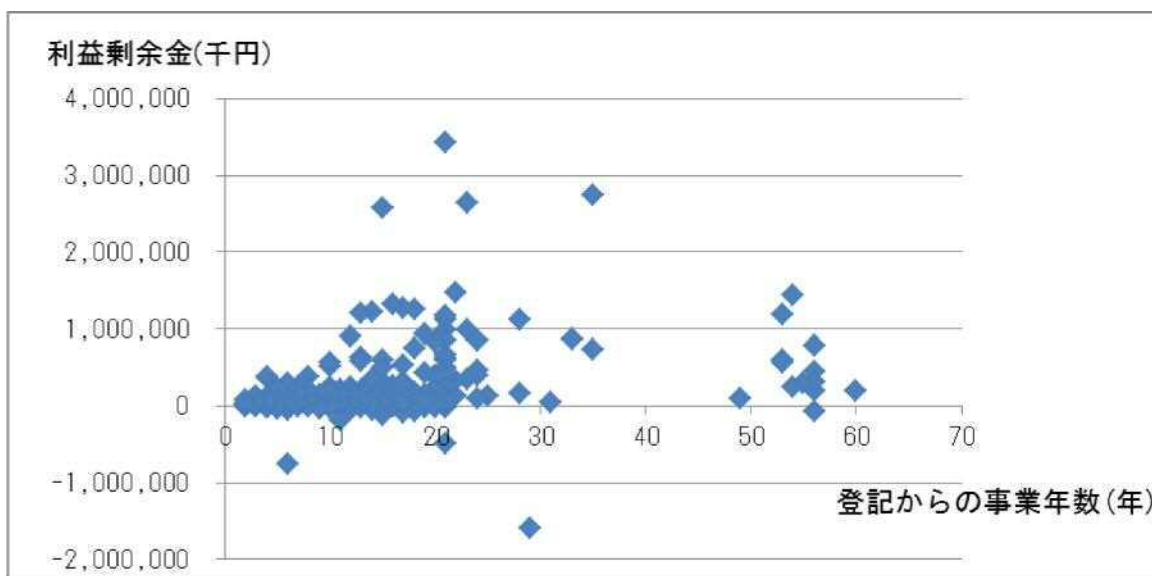


図 5:2010 年度の利益剰余金総額と登記からの事業年数の散布図(N=559)
(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

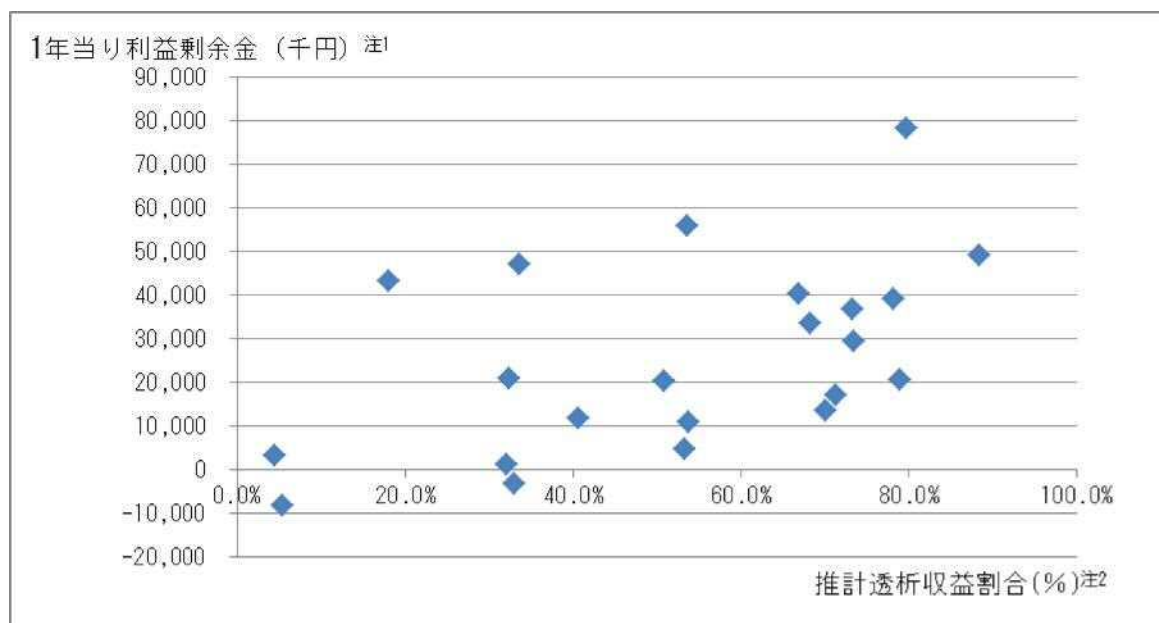


図 6:2010 年度の 1 年当り利益剰余金と推計透析収益割合の散布図(N=22)
(各医療法人の「事業報告書等」より集計、作成)

注 1 「1 年当り利益剰余金」=「2010 年度末利益剰余金 / (2010-登記年度)」

注 2 「推計透析収益割合」=「(透析患者数 × 4,128 千円) / 事業収益 × 100」

参考文献

参考文献

1. 青柳俊：社会保障改革と病院 高齢者医療制度改革と病院医療 医療改革の本質への回帰. 病院 60(11) ; pp943-946, 2001
2. 赤瀬朋秀：シリーズ・地域研究会紹介(3)中規模病院の戦略策定と薬剤部門の役割. 週刊薬事新報 2520 ; pp364-369, 2008
3. 浅川哲郎：「治療行為の価値」を向上させるマネジメント・システム. 商経論叢 49(3) ; pp1-30, 2009
4. 阿曾沼元博：公営企業としての病院経営事業は今後どう改革すべきか. Bus Econ Rev 19(12) ; pp38-58, 2009
5. 足立浩：医療施設複合化の経営的・財務的効果の研究 南カリフォルニアの二つの「複合体」の現地調査を中心に 3. 病院 60(1) ; pp40-48, 2001
6. 足立浩：医療施設複合化の経営的・財務的効果の研究 南カリフォルニアの二つの「複合体」の現地調査を中心に 1. 病院 59(10) ; pp872-879, 2000
7. 阿部寿和, 小林久里子, 鳥谷部真一, 佐々木智子, 渡辺直子, 伊藤優香：診療録管理に係る収入と支出の推定. 診療録管理 18(3) ; pp33-37, 2007
8. 安部正弘：人工透析実施医療機関の経営情報(1)人工透析クリニック経営の現況と今後の見通し 転換期でのチャレンジのための課題. 月刊マーク 13(11) ; pp2-5, 2002
9. 尼ヶ崎安紘, 日臺英雄, 滝沢サユミ, 相良雅子, 橋本明博, 関口文子, 高橋君翁, 池田正樹, 大堀あゆみ, 宇井純一：老健と透析クリニックの併設は機能し得るか?-開設2年を振り返って-. 善仁会研究年報(31) ; pp98-102, 2010
10. 綾部秀敏：外来診療部門の増患・増収対策の具体例 1 皮膚科診療における診・診連携, 病・診連携のコンサルティング事例. 月刊マーク 12(2) ; pp2-4, 2001
11. 荒井耕：イギリス医療界における参照原価制度下の原価計算制度の展開(上)-参照原価制度導入に伴う新しい原価計算マニュアルの開発-. 経営研究 57(1) ; pp33-60, 2006
12. 荒井耕, 尻無濱芳崇, 岡田幸：DPC 関連病院における各種業績間の相互関係についての検証--医療法人財務諸表データベースに基づく相関分析. 企業会計 63(4) ; pp599-607, 2011
13. 荒井耕, 渡辺明良, 市川雅人, 高橋淑郎：北米医療界におけるバランスト・スコアカードの現状と日本における可能性 2 北米医療界への浸透と視点枠組み及び因果連鎖の現状. 社会保険旬報 2164 ; pp10-14, 2003
14. 荒井稔：企業内診療の有効性と問題点-約万人を対象に 22 年間関与した経験から-. 精神神経学雑誌 110(11) ; pp1092-1096, 2008
15. 荒牧登史治, 豊川智之, 小林廉毅：自治体病院経営に関する要因の研究. 病院管理 42(3) ; pp327-335, 2005
16. 飯倉洋治：小児救急の危機・日本の危機. 日本小児科学会雑誌 107(3) ; pp512-514, 2003

17. 飯嶋久志：診断群別包括化と医薬品マネジメント ジェネリック医薬品に内在するメリット・デメリット. 薬の知識 56(4) ; pp70-73, 2005
18. 飯田万一：病理検査. 予防医学 46 ; pp95-98, 2004
19. 家田秀明, 久保速三：緩和ケア診療加算は妥当か?-当院の緩和ケアチーム活動を振り返って-. 緩和医療学 9(1) ; pp55-62, 2007
20. 衣笠陽子：医療機関の赤字経営とその意味 独立行政法人国立病院機構の分析を通して. 日本管理会計学会誌：経営管理のための総合雑誌 15(2) ; pp93-108, 2007
21. 五十嵐隆：子どもとヘルスプロモーション わが国の小児医療の課題. 保健の科学 45(9) ; pp645-649, 2003
22. 五十嵐良雄：精神保健福祉法改正とこれからの精神医療 精神障害者社会復帰施設について. 日本精神病院協会雑誌 17(12) ; pp49-56, 1998
23. 池田恢：最新放射線治療装置に込めた病院戦略 稼働がもたらす経営効果を示す 3 最新放射線治療装置の選択と地域病院でのプレゼンス向上. 月刊新医療 37(12) ; pp36-39, 2010
24. 石井圭介：組織間連携の戦略的価値：—緩やかなつながりの医療グループからの考察— . 日本経営診断学会論集 9(0) ; pp34-39, 2010
25. 石井孝宜：病院のための経営分析入門. じほう, 2008
26. 石井孝宜：医療・介護施設のための経営分析入門(病院編). じほう, 2003
27. 石井孝宜：病院と資金調達 変革期における病院の資金調達. 病院 60(3) ; pp198-203, 2001
28. 石井光春：減価償却と耐用年数 病院におけるキャッシュフローと経営. 病院 59(3) ; pp207-211, 2000
29. 石川浩史, 高橋恒男：総合周産期母子医療の現状と今後の展望 神奈川県周産期救急医療システム基幹(3次)施設の立場からみる総合周産期母子医療の現状と今後の展望-産婦人科の視点から. 産婦人科の世界 56(10) ; pp1029-1034, 2004
30. 石毛久司：開業医からみた小児救急. さいたま小児保健 45 ; p18, 2003
31. 石津寿恵：医療法人会計基準の設定のあり方. 経理知識 (86) ; pp31-34, 2007
32. 石橋賢治：医療・福祉施設におけるバランス・スコアカードの本格的展開 上 複雑系として進化する組織のマネジメント. 社会保険旬報 2143 ; pp20-27, 2002
33. 石松伸一, 森田正則, 大谷典生, 石原康子, 三橋昭裕, 玉木真一：3次救急医療施設 ICU の経済効果 当院救急医療センターICU の採算性について. ICU と CCU 24(3) ; pp171-174. 2000
34. 石村久美子：医療制度改革—規制緩和による市場原理と自己責任化— . 藍野学院紀要 20 ; pp97-108, 2006
35. 石村貞夫：SPSSによる多変量データ解析の手順. 東京図書, 1998
36. 石本忠義：世界の医療保障制度—変革と展望—. 勁草書房, 1982

37. 市川光太郎：小児救急医療の現状と課題 より良い小児救急医療提供はいかにあるべきか. 日本病院会雑誌 53(9) ; pp1258-1277, 2006
38. 市川光太郎：小児の成長・発育と臨床検査 小児の救急医療. 臨床検査 48(6) ; pp689-694, 2004
39. 市川光太郎：小児救急医療の現状と課題-このままでは子どもたちが危ない,小児救急医療の充実を!-. 週刊医学のあゆみ 206(9) ; pp712-718, 2003
40. 市川光太郎：小児救急医療の将来展望における小児科学会の役割. 日本小児科学会雑誌 107(1) ; pp125-129, 2003
41. 市川光太郎：小児救急医療の現状. 患者のための医療 1(3) ; pp526-530, 2002
42. 市川光太郎：小児科医会会員(開業医)における小児初期救急医療に関する意識調査 第2報 小児初期救急医療の今後への考え. 日本小児科医会会報 23 ; pp43-47, 2002
43. 市川光太郎, 山田至康, 田中哲郎, 衛藤隆, 武谷茂, 中川洋, 水田隆三, 谷口繁：小児救急医療の実態調査 第二報 全国病院での小児救急医療の現状と問題点. 小児科診療 61(2) ; pp285-289, 1998
44. 市川光太郎, 山田至康, 田中哲郎：わが国の小児救急医療の現状と問題点. 小児保健研究 60(5) ; pp611-620, 2001
45. 一条勝夫：医療経営管理論. 篠原出版, 1997
46. 一条勝夫：病院統計概論. 医学通信社, 1993
47. 出村慎一, 西嶋尚彦, 長澤吉, 佐藤進：健康・スポーツ科学のためのSPSSによる多変量解析入門. 杏林書院, 2004
48. 井戸俊夫：小児救急医療体制の問題点と今後の課題. 週刊日本医事新報 4035 ; pp72-74, 2001
49. 伊藤敦：わが国における医療モールの推進整備状況とマネジメント課題. 自由が丘産能短期大学紀要 43 ; pp49-68, 2010
50. 伊藤伸一：医療法人制度の変遷と課題. 病院 72(2) ; pp128-132, 2013
51. 稲垣智一：都道府県における結核医療提供体制(2)都市部における現状と今後の課題-東京都の行政計画の観点から-. 結核 85(2) ; pp108-109, 2010
52. 稲田扇：2型糖尿病の医療経済～医療費とQOL～. 日本女性科学者の会学術誌 11(1) ; pp51-56, 2010
53. 稲田扇, 西村周三, 松島宗弘, 清野裕, 津田謹輔：人工透析の直接医療費とQOLに関する研究 透析非糖尿病, 透析糖尿病および非透析糖尿病患者間の比較. 糖尿病 50(1) ; pp1-8, 2007
54. 稲田扇, 西村周三, 清野裕, 津田謹輔：2型糖尿病における直接非医療費の研究. 糖尿病 49(8) ; pp679-684, 2006
55. 稲田扇, 西村周三, 清野裕, 津田謹輔：2型糖尿病における外来医療費の研究 医療改革が糖尿病科に与える影響. 糖尿病 48(9) ; pp677-684, 2005

56. 医療秘書教育全国協議会：医療概論．建帛社，2002
57. 岩佐英之：診療所成功マニュアル 耳鼻科診療所の差別化戦略．日経ヘルスケア 21 (160)；pp81-84，2003
58. 岩崎香：任意の後見契約における PSW の役割と今後の課題．精神医学研究所業績集 36；pp136-139，1999
59. 岩堀英道：医療ビッグバンと公私の役割を考える 自治体病院の経営上の問題点．病院 57(11)；pp970-974，1998
60. 印南一路：すぐれた組織の意思決定～組織をいかに戦略と政策～．中央公論新社，1999
61. 上嶋仁美，種田憲一郎：医療安全 都道府県立小児専門病院における医療安全管理体制の現状と課題．埼玉小児医療センター医学誌 25(2)；pp100-114，2011
62. 宇沢弘文・鴨下重彦 編：社会的共通資本としての医療；東京大学出版会，2010
63. 得能敏正，江上美芽：日本の先進医療開発と産業育成をはばむ課題と打開策の模索．未来医学 22；pp34-41，2007
64. 遠藤昌夫，浮山越史，戸倉康之，井原稔，示野亮一：P-1 地方自治体病院における小児外科の経営効率．日本小児外科学会雑誌 37(3)；p461，2001
65. 大内健太郎・坂本眞一郎：利益剰余金に着目した医療法人経営に関する研究：宮城県における人工透析の収益性．経営会計研究 (15)；65-77，2011
66. 大幸淳，赤瀬朋秀：感染制御の知識-耐性菌対策を中心に 耐性菌発現時における病院の財務的損失-MRSA を中心に．月刊薬事 48(10)；pp1549-1553，2006
67. 太田八千雄：小児救急医療のあり方，特に小児初期救急医療体制の整備に向けて 1. 小児救急医療の重要性と問題点．日本小児科医会会報 23；pp11-16，2002
68. 大塚知雄：特集 エリスロポエチン 臨床の実際 医師会の立場から 透析と地域医療．Prog Med 11(4)；pp910-911，1991
69. 大友康博：医療生活協同組合における無床診療所経営に関する研究．学長特別研究費研究報告書 2004；pp46-50，2005
70. 大野忠：秋田市の小児救急医療．日本小児科学会雑誌 103(12)；pp1198-1199，1999
71. 大野博：医療法人の経営多角化と黒字経営に関する研究．日本医療経済学会会報 29(2)；pp1-7，2010
72. 大野昌幸，込山克司，多田博和，白木路子：なぜ BSC を導入したのか-当院の進むべき方向は-．日赤医学 60(2)；pp468-471，2009
73. 大平整爾，鈴木満，日台英雄，高橋進，内藤秀宗，桜堂渉：第 45 回日本透析医学会パネルディスカッションより『透析医療経済の今後』．日本透析医学会雑誌 34(2)；p8，2001
74. 大村昭人：変貌する 21 世紀の医療と麻酔科医の役割 1 日本の現状とわかりにくい 2000 年抜本改革．日本臨床麻酔学会誌 20(4)；pp201-208，2000
75. 岡裕爾，佐藤達也，屋敷知，後上有里，松村茂：健康で豊かな高齢社会を支えるト

- タルソリューション 病院経営サポートサービスへの取り組み. 日立評論 87(8); pp671-676, 2005
76. 小笠原克彦: 医療経営学入門. 日本放射線技術学会雑誌 65(1); pp72-78, 2009
77. 小笠原清忠: 病院と資金調達 病院における財務諸表と資金調達. 病院 60(3); pp204-211, 2001
78. 小笠原真澄: 岐路に立つ中小病院 介護保険への中小病院の対応 療養型病床群に転換した経験から. 病院 58(5); pp408-411, 1999
79. 岡田一義, 天野泉, 重松隆, 久木田和丘, 井関邦敏, 室谷典義, 岩元則幸, 橋本寛文, 長谷川廣文, 新田孝作: 日本透析医学会専門医制度の現状分析. 日本透析医学会雑誌 43(9); pp817-827. 2010
80. 尾形裕也, 高木安雄, 左座武彦: 医療機関のガバナンスに関する調査研究. 医療と社会 14(2); pp27-54. 2004
81. 岡本悦司: 傷病統計と国民医療費推計のあり方に関する考察—透析医療費を例に. 社会保険旬報 (2376); pp10-15, 2009
82. 奥野忠一: 多変量解析法 改訂版. 日科技連出版社, 1981
83. 奥野忠一, 芳賀敏郎, 矢島敬二: 続・多変量解析法. 日科技連出版社, 2000
84. 奥野忠一, 山田文道: 情報化時代の経営分析. 東京大学出版会, 1979
85. 長隆: 自治体病院の経営形態の多様化と選択. 都市問題研究 60(8); pp3-15, 2008
86. 小田島安平: 小児科の現行診療報酬体系の問題点と今後のあり方 特定機能病院小児科の立場から 大都市の特定機能病院小児科のかかえる問題点と診療報酬体系. 日本小児科医会会報 21; pp54-59, 2001
87. 尾本岳, みかづき佳世子, 石井正宏, 岸孝志: 東近江医療圏における眼科三歳半健診の流れと自治体病院の役割. 全国自治体病院協議会雑誌 43(8); pp1173-1175, 2004
88. 小山田恵: 暮らしを支える地域医療のいま 自治体病院の役割と改革. 都市問題 97(2); pp59-66, 2006
89. 小山秀夫: 地域医療のマネジメント 医業経営実践ノート 3 医院の財務管理. 循環科学 18(6); pp570-571, 1998
90. 柿原浩明: 医療経済学的分析手法を用いた理論薬価モデル 新しい糖尿病薬の開発に関連して. 京都府立医科大学雑誌 103(4); pp475-485, 1994
91. 加藤一郎: 医療と法制. 日本評論社, 1996
92. 加藤誠也, 吉山崇: 結核医療提供体制の現状と課題. 結核 85(2); pp96-98, 2010
93. 加藤貴代, 石川好文, 山崎裕, 深津好昭, 小林淳男, 神谷恭子, 尾崎宏子, 鈴木敦子, 亀島美恵子: レセプトの査定, 返戻について. 八千代病院紀要 17(1); pp81-84, 1997
94. 加藤則子: 子どもを守る「乳児死亡率ゼロ」から「子どもを守る」まで. 公衆衛生 70(8); pp578-583, 2006
95. 影山喜一: 自治体病院のガバナンスと経営課題 島田市民病院の事例を参考にして. 経

- 営と情報 静岡県立大学・経営情報学部/学報 19(2) ; pp11-31, 2007
96. 金原優 代表：病院 72 巻第 2 号；医学書院,2013
97. 鎌田実, 竹川節男, 中村秀夫, 星和夫：問われる病院事務(部・局)長の経営能力 病院事務長に何を期待するか. 病院 56(12) ; pp1086-1094, 1997
98. 神谷浩夫：精神科診療所の立地における大都市集中の意味. 経理地理学年報 48(3) ; pp221-237, 2008
99. 嶋下重彦, 松尾宣武：小児科医を確保・育成するために. 週刊医学のあゆみ 206(9) ; pp723-726, 2003
100. 狩俣稔：日本医療機能評価機構 事務管理部門サーベイヤーの経験から. 日本精神科病院協会雑誌 23(6) ; pp41-45, 2004
101. 川口恭弘：医療法人と株式会社. 同志社法學 60(7) ; pp3887-3910, 2009
102. 河口洋行：多変量解析を利用した民間病院の経営指標のベンチマーキング手法. 医療と社会 15(2) ; pp23-37, 2005
103. 川口良人：本邦の CAPD 療法の現況 世界の腹膜透析事情. 臨床透析 24(2);pp247-255, 2008
104. 川瀬義夫, 前田陽一郎, 田原秀一：DPC 情報を用いた急性期病院における腎疾患のマーケットシェア分析. 日本透析医学会雑誌 40 (1) ; p564, 2009
105. 川原丈貴：「持分なし医療法人」への移行の実際. 病院 72(2) ; pp122-125, 2013
106. 川淵孝一, 石黒彩：医療版バランスト・スコアカードのすすめ 国立病院・療養所の公表データに基づく一考察(下). 社会保険旬報 2146 ; pp10-17, 2002
107. 神野正博：医療の質向上への取組み 医療の質向上と効率化経営は両立するか. クオリティマネジメント 56(6) ; pp19-26, 2005
108. 京極孝, 川上浩一：病院と資金調達 金融機関からみた医療機関の格付. 病院 60(3) ; pp224-228. 2001
109. 清沢伸幸：川崎病-川崎病を総合的に科学する-III.急性期管理 川崎病と医療経済. 小児科診療 69(7) ; pp1011-1016, 2006
110. 清原義徳：中小病院の経営戦略 高度医療・専門医療を目指した病院づくり(3)(最終回) 保険医療からみる透析医療--人工透析マーケットの環境--ピンチはチャンスとなりうるか. 医事業務 11(243) ; pp31-35, 2004
111. 杭ノ瀬昌彦, 原野雅生, 藤原弘昌, 足立哲哉：近県認定救命救急センターへのアンケートから考える当院の救命救急センター像. 津山中央病院医学雑誌 13(1) ; pp11-15, 1999
112. 工藤協志：小児救急医療のあり方, 特に小児初期救急医療体制の整備に向けて 2. 小児科診療所での時間外診療. 日本小児科医会会報 23 ; pp17-22, 2002
113. 工藤高：2006 年診療報酬改定後の透析施設シミュレーション. 日本透析医会雑誌 22(1); pp134-137, 2007

114. 工藤翔二：今日の結核の現状と課題. *Vita* 27(3) ; pp50-54, 2010
115. 久保俊介：診療所 開業当初の経営危機はこう乗り切る！増患と診療単価アップがポイントに. *日経ヘルスケア* (239) ; pp62-66, 2009
116. 久保実：小児救急医療の新たな展望-石川県の場合-. *日本小児救急医学会雑誌* 3(2) ; pp166-167, 2004
117. 久保実：フローチャート小児救急初期対応 [総論] 小児救急の特徴. *救急・集中治療* 15(11) ; pp1135-1139, 2003
118. 窪田達也：集中治療と保険診療をめぐって 集中治療の進歩と保険診療の矛盾をいかにするか 社会保険対策委員長の立場から. *集中治療* 12(2) ; pp167-173, 2000
119. クリニック経営研究会：改訂版 成功するための「医院開業」ハンドブック. 日本医療企画, 2005
120. 黒田重臣：最近の慢性糖尿治療の動向. *慶應醫學* 80(1) ; pp1-7, 2003
121. 黒田泰二, 奥村宜士, 川本茉莉, 光山綾香, 松山友美, 末光聡子, 大植麻衣, 福永恵, 大瀬戸奨：透析用監視装置および透析情報管理システムでの透析業務の省力化と効率化ならびに透析医療経済への効果. *日本透析医学会雑誌* 42(11) ; pp871-877, 2009
122. 黒田泰二, 奥村宜士, 竹岡浩也, 西岡敬祐, 池田昌樹, 近藤麻紀子, 和泉雅章, 倭正也, 金光律和, 大植麻衣, 福永恵, 大瀬戸奨：血液透析患者を対象としたダルベポエチンアルファ(ネスプ)週1回1年間静脈内投与による腎性貧血および医療経済への効果. *日本透析医学会雑誌* 42(6) ; pp435-440. 2009
123. 経営改善支援事業教材編集委員会：病院経営指標の見方. 第一法規出版, 1996
124. 経済産業省経済産業政策局：経済社会の持続的発展のための企業税制改革に関する研究会「中間論点整理」. 2006
125. 厚生省保険局企画課：欧米諸国の医療保障. 法研, 1979
126. 厚生労働省：平成22年度税制改正要望事項. 2009
127. 厚生労働省：我が国の医療保険について. 2014
128. 厚生労働省医政局 医療経営の非営利性等に関する検討会:医療法人の剰余金の使途の明確化について. 2005
129. 厚生労働省医政局 医療経営の非営利性等に関する検討会:「医療経営の非営利性等に関する検討会」報告書 (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～). 2005
130. 厚生労働省医政局 これからの医療経営の在り方に関する検討会：「これからの医療経営の在り方に関する検討会」最終報告書～国民に信頼される、医療提供体制の担い手として効率的で透明な医療経営の確立に向けて～. 2003
131. 厚生労働省医政局医療提供体制の改革に関する検討チーム：医療提供体制の改革のビジョン. 2003
132. 厚生労働省医政局 社会保障審議会保健医療部会：第39回社会保障審議会保健医療部

会資料. 2011

133. 厚生労働省健康局質病対策課 腎疾患対策検討会：今後の腎疾患対策のあり方について (腎疾患対策検討会報告書(H20.3)). 2008
134. 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成 19 年度国民健康・栄養調査報告. 2008
135. 厚生労働省中央社会保険医療協議会：透析医療に係る改定の影響調査 報告書. 2008
136. 厚生労働省中央社会保健医療協議会：透析医療に係る改定の影響調査 報告書. 2007
137. 厚生労働省 統計情報部：国民医療費の概況. 2009
138. 厚生労働省保険局：医療経済実態調査. 2010
139. 河野桂三：病院組織と意思決定 コ-ポレイトガバナンスとは何か 長期投資と日常の運営を視野に入れた財務管理. 病院 58(3) ; pp229-232, 1999
140. 小北武, 中村俊一, 田上慎也, 滝口秀樹, 黒川祐樹：(日建設計)医療建築のコストに向き合う 東京都立多摩総合医療センター・東京都立小児総合医療センター. 医療福祉建築 169 ; pp22-27, 2010
141. 小林暁峯：病院経営とアウトソーシング. 技術と経済 433 ; pp78-90, 2003
142. 小崎武, 桜井実, 東川正宗, 川崎肇, 近藤直実, 鈴木康之：東海三県の小児保健医療状況の変遷(1980-1995 年). 日本小児科学会雑誌 103(7) ; pp749-758, 1999
143. 小西正人：対応策 3:人工透析医療を中心とした例 透析部門に特化した病院の対応策と「ホームタウン透析」の構想 (平成 18 年度診療報酬改定の影響と対応策). 医事業務 13(274) ; pp26-32, 2006
144. 小林利彦：病院経営戦略を考えるうえでの DPC 分析の有用性とその限界. 日本臨床麻酔学会誌 31(1) ; pp50-56, 2011
145. 齋藤観之：病院費用構造の計量経済学的分析—日米比較—. 川崎医療福祉学会誌 9(1) ; pp299-304, 2000
146. 齋藤貴生：自治体病院における経営状態の把握 その問題点と改善策. 全国自治体病院協議会雑誌 42(2) ; pp167-172, 2003
147. 財団法人宮城県腎臓協会：宮城県の人工透析患者実態調査報告. 2010
148. 財団法人宮城県腎臓協会：宮城県腎臓協会会報 No.22. 2010
149. 阪井利幸, 杉本充彦, 吉岡章：小児 2 次救急医療輪番体制奈良県方式の現状と問題点. 小児科臨床 56(7) ; pp1587-1595, 2003
150. 坂梨薫, 安川文朗, 戸梶亜紀彦：病院経営者の意思決定に関する研究. 広島大学マネジメント研究 4 ; pp185-194, 2004
151. 坂本眞一郎：病院経営情報システムの開発. 実践経営学会誌 37 ; pp69-75, 2000
152. 坂本眞一郎, 一条勝夫：「大阪府立新千里病院 経営診断・経営改善方策」厚生省医療病院管理研究所・病院管理研究協会報告書. 1995
153. 坂本哲也：IV 近年における課題とその解消 1 マンパワーの危機 1)医師の場合. Emerg Care 新春増刊 ; pp209-215, 2009

154. 佐田正之：病院の外来 増やすか減らすか 小規模急性期病院のとるべき道. 病院 61(5). pp386-387, 2002
155. 定光大海：救急難民を防ぐための病院間の緊急連携の課題 3 救命救急センターからの報告-救急医療と慢性期医療の連携-医療難民を発生させないために療養病床の確保と急性期病院との連携. 隔月刊 JMC 18(1) ; pp20-24, 2010
156. 佐藤 清和：自治体病院における経営状況の分析 地方公営企業法の全部適用と経済状況との関連性. 青森公立大学経営経済学研究 10(2) ; pp75-98, 2005
157. 佐藤忍, 西山強, 長浦博, 中元秀友：クリニックにおける腹膜透析の医療経済性(血液透析との比較). 腎と透析 71 別冊(9月) ; pp24-27, 2011
158. 佐藤敏彦：特別企画「快適医療システムの創成」：保健医療システム評価に関する最近の考え方. 北里医学 33(6) ; pp343-345, 2003
159. 佐中孜：教育講演 腹膜透析の医療経済. 腹膜透析 2009 ; pp33-36, 2009
160. 崎原永作：時を斬る 地域医療の課題-再生への処方箋-. 人と国土 21 32(5) ; pp52-55, 2007
161. 椎貝達夫, 佐藤長典, 前田益孝, 稲葉直人, 古川暁子, 吉田顕子, 宇野智美：一地域の透析導入数を3年間で30%減少させようとする「D3-30 プロジェクト」についての報告. 日本農村医学会雑誌 60(2) ; pp85-95, 2011
162. 塩谷泰一：地方公営企業のゆくえ 共感と感動の医療が求められる自治体病院. 都市問題 98(11) ; pp83-92, 2007
163. 塩谷泰一：自治体病院の経営責任と社会貢献. 都市問題研究 57(8) ; pp22-42, 2005
164. 塩谷泰一：経営管理 6 新たな日常性の構築「かわらなきゃ」職種別損益計算の試み (6). 病院 56(12) ; pp1134-1135, 1997
165. 塩谷泰一：経営管理 5 新たな日常性の構築「かわらなきゃ」職種別損益計算の試み (5). 病院 56(11) ; pp1040-1041, 1997
166. 塩谷泰一：病院管理フォーラム 経営管理・1 新たな日常性の構築「かわらなきゃ」職種別損益計算の試み(1). 病院 56(7) ; pp644-645, 1997
167. 自治体病院経営研究会：自治体病院経営ハンドブック [第18次改訂版]. ぎょうせい, 2011
168. 下村欣也, 久保亮一：病院経営におけるコスト構造の定量分析. 日本医療・病院管理学会誌 48(3) ; pp129-136, 2011
169. 社会保険研究所：診療報酬点数表 改正点の解説 平成18年4月版 医科・調剤. 社会保険研究所, 2006
170. 社会保険研究所：社会保険・老人保健 点数表改正点の解説 医科・調剤 平成16年4月版. 社会保険研究所, 2004
171. 白髪宏司, 永淵弘之, 高橋和浩, 松本尚子, 浅野貴子, 秋岡祐子, 伊藤克己：透析 vs. 腎移植 QOL 優位の腎移植をどう臨床的に展開するか? 1 透析治療の進歩. 日本小児腎不全学会雑誌 19 ; pp1-3. 1999

172. 神保聡：トピックスを読む VOL. 24 可能性薄まった「病院債」発行. メディカル朝日 29(10) ; pp81-83, 2000
173. 菅原朋則：良質な医療の持続的提供に向けた新たな経営改革への取り組み. 日本病院会雑誌 58(3) ; pp284-289, 2011
174. 杉岡洋一：「医療崩壊を前に、いま、我々は何をなすべきか」『社会的共通資本としての医療』. 東京大学出版会, 2010
175. 杉崎弘章：第11回透析医療費実態調査報告. 日本透析医会雑誌 23(1) ; pp49-94, 2008
176. 杉崎弘章：第9回透析医療費実態調査報告. 日本透析医会雑誌 21(1) ; pp125-148, 2006
177. 杉谷篤, 吉田淳一：脳死臓(臓・腎)移植の現状と問題点. 日本消化器病学会雑誌 108(5) ; pp743-752, 2011
178. 杉本是孝, 宮崎佐喜子, 中山孝子：仙台市内住宅地における36年間の歯科医療の環境変化-一歯科診療所の実態から-. 日本歯科医史学会会誌 25(3) ; pp133-142, 2004
179. 杉山学, 鈴木豊：非営利組織体の会計. 中央経済社, 2002
180. 鈴木聡：透析医療から見たこれからの経営工学(特集 組織継続のためのリスクマネジメント-サプライチェーンと医療を対象に). 経営システム 19(6) ; pp254-258, 2010
181. 瀬地山佳蓉：予定・緊急入院を区別した診断群分類(DPC)別包括評価の必要性. 日本病院会雑誌 57(3) ; pp322-326, 2010
182. 瀬戸山友一, 山内一由, 勝山努：臨床微生物検査の現状分析と将来展望 7 患者さん中心の医療を実現するために-コスト面から見た細菌検査室-細菌検査室のコスト分析-. モダンメディア 53(12) ; pp341-346, 2007
183. 勢納八郎：医療法人偕行会の経営・運営戦略(5)超高齢化社会における透析医療-透析医療事業部の展開と到着点・問題点 国の政策を含めて. 病院経営 16(340) ; pp45-53, 2006
184. 全国自治体病院協議会：自治体病院 経営改善事例集. 1997
185. 全国自治体病院協議会：自治体病院 経営改善事例集〈第2集〉. 1997
186. 高木武夫：「企業経営の公益性評価に関する一考察：NGOによる企業市民評価の調査から」, 東北公益文科大学総合研究論集 : forum21 (7) ; 13-40, 2004
187. 高椋正俊：「医療費と医療費配分」の見直しを 薬剤に係わる費用を中心に. 日本外科学会雑誌 111(3) ; pp189-194, 2010
188. 竹嶋康弘：公的保険の範囲と拡大について. 日本臨床整形外科医会会誌 28(3) ; pp35-46, 2003
189. 武田隆久：病院と資金調達 診療報酬請求債権の流動化による資金調達. 病院 60(3) ; pp229-232, 2001
190. 武本佳昭：透析療法と医療経済. 腎と透析 60 ; pp707-709, 2006
191. 巽典之：輸血検査 輸血検査への期待と危ぐ. 医療と検査機器・試薬 28(5) ; pp397-401, 2005
192. 田中茂樹：小児時間外診療について(病院小児科の立場から). 長崎県医師会報 729 ;

- pp38-39, 2006
193. 田中滋：腎透析医療と専門医療機関の経営--一般病院との比較. 慶応経営論集 4(1) ; pp70-105, 1982
 194. 田中哲郎：暮らしを支える地域医療のいま 小児救急医療体制の整備のために. 都市問題 97(2) ; pp67-73, 2006
 195. 田中哲郎：合理的で質の高い小児救急医療 小児救急が問題となる社会的背景. 日本医師会雑誌 134(5) ; pp793-796, 2005
 196. 田中哲郎：The topics 小児救急医療の現状. クリニカルプラクティス 23(12);pp1228-1232, 2004
 197. 田中哲郎：小児科病医院の最新動向(1)小児の入院医療費からみた今後の小児医療の展望. 月刊マーク 15(4) ; pp2-7, 2004
 198. 田中哲郎：小児の入院医療費の現状と推移. 小児科臨床 56(8) ; pp1727-1736, 2003
 199. 田中哲郎：21世紀の小児救急医療. 日本小児科学会雑誌 106(6) ; pp721-729, 2002
 200. 田中哲郎：小児救急医療 小児救急医療としての政策医療. 医療 56(1) ; pp5-8, 2002
 201. 田中哲郎：小児救急医療の実際 重症化の予知とその対策 I 総論 小児救急医療における理想像. 小児科診療 64(11) ; pp1652-1657, 2001
 202. 田中哲郎, 石井博子, 内山有子：年齢階級別にみた小児医療費の比較検討. 日本小児救急医学会雑誌 10(3) ; pp386-393, 2011
 203. 田中哲郎, 石井博子, 内山有子, 市川光太郎, 山田至康：市町村における小児救急医療の現状と対応. 日本小児救急医学会雑誌 4(1) ; pp138-144, 2005
 204. 田中哲郎, 石井博子, 内山有子, 市川光太郎, 山田至康：小児医療の採算性と今後の小児科運営-臨床研修病院長への調査より-. 日本小児救急医学会雑誌 3(2) ; pp204-209, 2004
 205. 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康：小児救急医療における小児科医不足 医学部学生の小児科に対する考え方. 週刊日本医事新報 4017 ; pp37-43, 2001
 206. 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康：21世紀へ向けての小児救急医療体制 現状と将来への政策提言. 小児科 40(11) ; pp1484-1492, 1999
 207. 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康：小児救急医療の現状と今後への提言. 小児科 39(13) ; pp1493-1501, 1998
 208. 田中利男：勉強会 Global Medical Management(108)透析専門医療機関における診療報酬改定の影響. 医事業務 13(273) ; pp46-50, 2006
 209. 田中康雄：減価償却と耐用年数 病院経営と設備投資のあり方. 病院 59(3) ; pp212-215, 2000
 210. 高橋喜代志：病院と資金調達 地方公営企業における資金調達について 自治体病院における地方債の現状. 病院 60(3) ; pp219-223, 2001
 211. 高橋淑郎：実践経営学の課題 非営利組織としての病院経営. 日本経営教育学会全国研

- 究大会研究報告集 39 ; pp85-88, 1999
212. 高橋正彦：小児外科医の散歩道〔第 39 回〕小児医療・小児救急医療の課題. 小児外科 36(3) ; pp412-413, 2004
213. 高砂子祐平：小児救急医療のあり方, 特に小児初期救急医療体制の整備に向けて 3. 病院小児科での小児救急医療 現状と問題点. 日本小児科医会会報 23 ; pp23-24, 2002
214. 高瀬義昌：小児科医療機関の開業と経営の最新情報(1)小児科診療所の開業と運営について. 月刊マーク 13(7) ; pp10-13, 2002
215. 高橋武久, 北原明彦, 鷺塚輝久, 小出恭彦, 横山伸：総合病院精神科における短期入院化とその問題点 夜間休日救急対応の総合病院精神科閉鎖病棟における短期入院化の試み 平均在院日数 28 日以下の可能性. 総合病院精神医学 13(1) ; pp8-15, 2001
216. 谷口和夫, 野沢亮平, 小池大介, 仁宮崇, 上田智：病院経営におけるリスクファクターの分析—エキスパートシステムを指向して—. 川崎医療福祉学会誌 14(1) ; pp109-123, 2004
217. 谷口繁：小児救急医療の危機. 日本小児科学会雑誌 104(3) ; pp333-336, 2000
218. 谷口直子：非営利組織の評価と知識支援に関する一考察. 社会科学雑誌 5 ; pp269-287, 2012
219. 谷田一久：病院経営 14 部門別原価計算の必要性 1. 病院 59(2) ; pp152-153, 2000
220. 溜箭将之：アメリカの医療法人：病院・医師・公益性. 立教法学 74 ; pp43-82, 2007
221. 田村貞雄：「医療サービスの自由化と市場化の相違」. 早稲田社会学研究 46 ; pp21-44, 1993
222. 陳金霞：医療制度の国際比較—欧米先進諸国の医療保障制度. 千葉大学社会文化科学研究 9 ; pp93-107, 2004
223. 地方公営企業経営研究会：地方公営企業年鑑 (51). 2005
224. 地方公営企業経営研究会：地方公営企業年鑑 (48). 2002
225. 土田健司, 武本佳昭, 吉村力勇, 仲谷達也：HDF に期待するもの—HDF の経済効果—腎と透析 57 別冊(11 月) ; pp29-31, 2004
226. 土田嘉昭, 関一郎, 安藤恒三郎, 武弘道：全国小児科病床数調査からみた小児科入院医療の不採算性. 週刊日本医事新報 4137 ; pp59-61, 2003
227. 手束昭胤：情報公開時代の Safety Management 中小病院における患者安全対策 救急医療を中心に. 四国医学雑誌 57(4/5) ; pp103-105, 2001
228. 内閣官房行政改革推進事務局行政委託型公益法人等改革推進室：公益法人制度の抜本的改革に向けて (論点整理) . 2002
229. 内閣府：株式会社等による医療機関経営の解禁について」第 6 回アクションプラン実行WG 議事概要. 2003
230. 中佳一：外来機能はどうあるべきか 事例に見る外来機能 特定医療法人社団三思会東名厚木病院・とうめい厚木クリニック 総合クリニックへの展開. 病院 65(5) ; pp398-400,

2006

231. 中井滋, 政金生人, 秋葉隆, 重松隆, 山縣邦弘, 渡邊有三, 井関邦敏, 伊丹儀友, 篠田俊雄, 両角國男, 庄司哲雄, 丸林誠二, 守田治, 木全直樹, 勝二達也, 鈴木一之, 土田健司, 中元秀友, 濱野高行, 山下明泰, 若井建志, 和田篤志, 椿原美治: わが国の慢性透析療法の現況 (2006年12月31日現在). 日本透析医学会雑誌 41(1); pp1-28, 2008
232. 長崎修二, 尾崎博文: 療養病床をめぐる動向とこれからの課題 在宅療養支援診療所アンケート調査報告. 民医連医療 (417); pp18-21, 2007
233. 中島功: USF の国際的な動向と遠隔医療. 日本遠隔医療学会雑誌 4(2); pp106-110, 2008
234. 中条善則, 近藤照貴, 島田美貴: 透析室における人員配置数の検討. 長野県透析研究会誌 26 (1); pp15-18, 2003
235. 長友薫輝: 地域医療の現状と課題-自治体病院をめぐる動向について-. 地研年報 13; pp53-60, 2008
236. 中村卓郎: III 静脈栄養 ICU における血糖管理の経済効果. 臨床栄養 106(6); pp790-793, 2005
237. 中村久江, 高山絵子, 木戸口順, 斎藤雅彦, 永野雅英, 高橋保, 市川隆: 心大血管リハビリテーション(基準 2)の施設基準と採算性からみた開設の現状. 心臓リハビリテーション 13(1); pp109-112, 2008
238. 中本秀友: 血液浄化 今後スタンダードになる腹膜透析の治療モードと透析液. 日本腎臓学会誌 51(7); pp864-874, 2009
239. 夏川周介: 地域医療の現状と将来. Hum Sci(Tokyo) 17(1); pp28-31, 2006
240. 名和高司: CSV 経営戦略~本業での高収益と、社会の課題を同時に解決する. 東洋経済新報社, 2015
241. 二木立: 慢性透析医療と医療費の日米比較. 臨床泌尿器科 48(2); pp95-107, 1994
242. 日経 BP 社: 独自調査「前年より減収」は 4 割に 3 割が経営行き詰まりを意識 (特集 患者減少が止まらない! 診療所に忍び寄る経営悪化). 日経ヘルスケア (257); pp26-29, 2011
243. 日経 BP 社: 診療所 経営に効くワクチン接種--積極的な推奨や情報提供で保険外収入アップ. 日経ヘルスケア (247); pp61-64, 2010
244. 日経 BP 社: 悩みの実例 人事・労務 採れず、育たず、すぐ辞める 尽きない「人」の悩み (特集 開業医読者 2000 人大調査 院長が抱えるこんな悩み、あんなトラブル--収入減、人材不足、設備の不具合... .. "頭痛の種"を一挙公開). 日経ヘルスケア 21 (162); pp28-31, 2003
245. 日経 BP 社: 診療所 患者に効く広告・PR 戦術--効果を見極め撤去や新設、デザイン変更の検討も. 日経ヘルスケア (135); pp48-51, 2001
246. 西沢和彦: 日本の医療費は公表値よりさらに高い~OECD' Health Statistics 2015' の検

- 証～. 日本総研レポート「税・社会保障改革シリーズ No.22, 2015
247. 日本腎臓学会：エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2009. 東京医学社, 2009
248. 日本腎臓学会：腎機能(GFR)・尿蛋白測定ガイドライン. 東京医学社, 2003
249. 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況. 2009
250. 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況. 2010
251. 根岸勇夫：検証・変革期の病院経営 検証・病院経営の現況と問題点 社団法人全国自治体病院協議会. 病院 60(9) ; pp769-772, 2001
252. 根岸宏邦：病院組織と意思決定 コーポレートガバナンスとは何か 当院では組織と意思決定をこうしている 貢献・創意・協調による合議を基に. 病院 58(3) ; pp240-241, 1999
253. 野木盈：精神科病院の相続. 日本精神病院協会雑誌 20(1) ; pp43-48, 2001
254. 野村一俊：クリティカルパスの目指すもの 成果医療 クリティカルパスの目指すものアウトカムマネジメントによる医療の質向上. 医療マネジメント学会雑誌 3(3) ; pp464-468, 2003
255. 長谷川敏彦：公的がん専門医療機関の機能と経営の評価に関する研究. 厚生労働省がん研究助成金による研究報告集 2005 ; pp442-446. 2006
256. 長谷川敏彦：変貌するか医療法人 病院の設立主体・所有形態の現状と比較-日本と欧米諸国. 病院 62(10) ; pp843-849, 2003
257. 濱井和子：看護領域における人的資源管理研究の動向と課題に関する予備的考察. 広島国際大学看護学ジャーナル 7(1) ; pp27-36, 2009
258. 浜田吉則：包括医療の導入による影響と対策 7.小児外科領域における包括医療の影響と対策. 日本外科学会雑誌 106(10) ; pp654-658, 2005
259. 早川星朗：自閉症スペクトラム(ASD)のリハビリテーション科臨床実学 II.ASD の子どもに対する小児科・精神科診療の現状 一般病院の小児科医として. Mon Book Med Rehabil 125 ; pp21-26, 2010
260. 林文, 青山博次郎, 佐藤良一郎, 林知己夫：統計学の基本. 朝倉書店, 1991
261. 番匠谷光晴：「わが国の医療保障形成過程に関する一考察」. 四天王寺大学大学院研究論集 (8) ; pp77-106, 2013
262. 日台英雄, 兵藤透：透析医療費の国際比較-第 45 回日本透析医学会パネルディスカッションより-. 日本透析医学会雑誌 34(2) ; pp91-93, 2001
263. 広井良典：医療の経済学. 日本経済新聞社, 1994
264. 平尾智広：公的病院再開発における立地と地理的利便性. 四国公衆衛生学会雑誌 52(1) ; pp97-100, 2007
265. 弘島敬一：リエンジニアリング PFFC の展開 9 診療科別・部門別収支分析. 病院 57(9) ; pp828-829, 1998
266. 深谷隆, 安部治郎, 山田至康, 上谷良行, 橋本寛, 桜井隆, 大塚拓治, 前田浩：病院小児科勤務医の日常業務と救急勤務に関するアンケート調査-兵庫県下病院勤務医を対

- 象として-. 週刊日本医事新報 4290 ; pp79-82, 2006
267. 福重淳一郎 : 21 世紀初頭の循環器医療を取り巻く社会的諸問題 その 3 循環器領域を若手にとって魅力的なものにするために 改善への提言-待遇(3)小児科. Cardiovasc Med-Surg 6(1) ; pp86-89, 2004
268. 藤川宣明, 小松原康義, 永松真人, 町島啓 : 防衛医大病院における医薬品の使用額の推移と需要予測. 防衛衛生 34(12) ; pp493-498, 1987
269. 藤沢卓爾 : 予防接種-そこが知りたい B 型肝炎ワクチンによる母子感染防止の現状. 小児内科 36(3) ; pp474-479, 2004
270. 藤沢卓爾, 山下康博, 林泉彦 : 新しいミレニアムにおける慢性感染症 慢性感染症のトータルケアをめざして HBV 母子感染予防システムの現況と問題点. 小児内科 33(3) ; pp396-400, 2001
271. 藤原修一郎 : 総合病院精神科の現状をいかに打開するか-基礎調査を踏まえて-. 精神神経学雑誌 109(3) ; pp262-268, 2007
272. 藤村正哲 : 新生児集中ケアの実際 新生児医療と経済. 小児看護 24(4) ; pp503-508, 2001
273. 藤本孝一郎, 坂本眞一郎 : 会計情報の新表現手法と公営企業行動 公的病院の経営情報と組織問題の表現. Journal of the Japan Information-culture Society 10(1) ; pp61-68, 2003
274. 藤本孝一郎, 坂本眞一郎 : 財政状態格差に関する財務情報と自治体経営病院の資本構造-自治体病院の経営格差という財務情報の視点-. 情報文化学会誌 9(1) ; pp76-84, 2002
275. 藤森敏雄 : 全国調査からみた医療法人の経営戦略 ; 創成社. 2013
276. 舟本仁一 : 小児救急医療の現状 総論 小児救急の現状と小児科医の現況. Pharma Med 23(6) ; pp11-14, 2005
277. 舟本仁一, 新宅治夫, 西田勝 : 小児救急医療支援事業の推進と評価に関する研究 全国自治体に対するアンケート調査. 大阪市勤務医師会研究年報 30 ; pp25-31, 2003
278. 舟本仁一, 田中英高, 寺口正之, 新宅治夫, 森口直彦, 杉本充彦, 塩見正司, 藤村正哲, 岡田伸太郎 : 救急担当小児科医師へのアンケート. 日本小児科学会雑誌 107(1) ; pp109-114, 2003
279. 古山正之 : 21 世紀の小児医療保険制度 小児科診療所に適した診療報酬制度. 日本小児科医会会報 17 ; pp10-17, 1999
280. 帆足英一 : これからの小児科クリニック IV.小児科クリニックの運営のポイント 12.病児保育. 小児科臨床 63 増刊号 ; pp1489-1494, 2010
281. 星奈美恵 : 腎移植の経済的効果 透析医療との比較において. 移植 37(3) ; p120, 2002
282. 堀浩樹, 駒田美弘 : 周産期医療スタッフの育成をめぐる小児科医師の現況と入局者の動向. 周産期医学 34(10) ; pp1515-1520, 2004
283. 堀真奈美 : 官民協働の新しい地域公共サービスのあり方に関する研究-「医療供給における公私役割と地域連携についてのアンケート調査」の単純集計結果の報告-. 東海大学紀要 教養学部 37 ; pp277-287, 2007

284. 堀籠崇：医療法人制度の法制度的側面に関する史的研究. 日本医療経済学会会報 25(1) ; pp1-36, 2006
285. 堀内弘雄：外来機能はどうあるべきか 事例に見る外来機能 医療法人協仁会小松病院・クリニックこまつ 外来機能の独自・自立性の確保. 病院 65(5) ; pp401-403, 2006
286. 増川英二：病院におけるキャッシュフロー-計算書とその活用. 共済医報 49(3);pp247-251, 2000
287. 松浦一, 小川俊夫, 伊藤雪絵, 御輿久美子, 赤羽学, 今村知明：7対1看護導入の経営分析：600床規模の自治体病院の収益に対する影響について. 医療情報学 30(2);pp77-83, 2011
288. 松尾清一, 今井圓裕：CKD 診療 現場の疑問に答える Q&A. 中央医学社, 2011
289. 松谷美和子：患者家族滞在施設設立の経緯と課題 2. 病院 59(11) ; pp960-964, 2000
290. 松原由美：病院と資金調達 わが国の病院における新たな資金調達の可能性. 病院 60(3) ; pp212-218, 2001
291. 松原由美, 田中滋：医療法人のガバナンスについて, 厚生労働省資料, 2004
292. 真野俊樹：DPCによる地域医療分析 1)DPCによる地域医療分析の意味. 病院 67(8) ; pp743-746, 2008
293. 真野俊樹：ドイツ医療の光と影 2 ドイツの医療はどうなっているのか. メディカル朝日 32(11) ; pp67-69, 2003
294. 真野俊樹：米国における医療市場の変化と日本への示唆. 社会保険旬報 2157;pp10-15, 2002
295. 三笠元彦：形外科の診療報酬 公的病院からの視点. 整形・災害外科 46(13). pp1579-1589, 2003
296. 水口国雄：包括医療と臨床検査 3.DPCにおける病理医の在り方. Lab Clin Pract 22(2) ; pp141-145, 2004
297. 水野樹, 花岡一雄：日本における麻酔科の関連領域の医師数および認定施設数の地域較差. 臨床麻酔(真興交易) 29(10) ; pp1657-1670, 2005
298. 三谷嘉章：第41回 21世紀の医療連携 バランスト・スコアカードによる医療連携室の戦略構築. Clinician 53(554) ; pp1154-1162, 2006
299. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：CSV アプローチでステークホルダーとの WIN-WIN 関係構築. 日科技連出版社, 2015
300. 毛利博：日本の医療制度を考える 地域を守る自治体病院を潰すな. 総合臨床 56(12) ; pp3213-3217, 2007
301. 森亨：結核と非結核性抗酸菌症診療の新展開 1.結核と非結核性抗酸菌症の現状と対策. 化学療法の領域 25(4) ; pp565-570, 2009
302. 森石みさき, 川西秀樹：PD+HD 併用療法の経済的有効性と限界 (シンポジウム PD 療法における経済性). 腹膜透析 2011 ; pp28-30, 2011

303. 森田信人：外来での後発品医薬品の導入について-患者とスタッフの理解を得た導入方策-. 全国自治体病院協議会雑誌 44(8) ; pp1101-1108, 2005
304. 森部章：院長のための税務・会計 ABC(第 71 回)大きく変わった医療法人制度「設立済み」にも影響不可避. 日経ヘルスケア (217) ; pp99-101, 2007
305. 森部章：院長のための税務・会計 ABC(12)役員、従業員の退職金制度を導入する. 日経ヘルスケア 21 (158) ; pp130-132, 2002
306. 森永康則, 日野篤, 吉水卓見:療養型病院に於ける BSC 導入. 昭和病院雑誌 3(1);pp47-56, 2006
307. 安川文朗：コンジョイント分析による病院リスクマネジメントの価値測定. 日本リスク研究学会研究発表会講演論文集 15 ; pp261-267, 2002
308. 安田火災海上保険(株)：診療所成功マニュアル 診療所のための損害保険の基礎知識. 日経ヘルスケア (133) ; pp83-85, 2000
309. 柳沢正義：21 世紀の小児医学・医療を予見する 2 日本における小児医療のあり方. 小児科 42(1) ; pp10-15, 2001
310. 柳原潤：S-26 日帰り手術を中心とした小児外科診療所経営の効率化. 日本小児外科学会雑誌 38(3) ; p597, 2002
311. 藪内弘, 綿谷靖彦, 湊元志, 北川郁夫, 福田哲夫, 飯泉守, 埜佳生, 三原武彦, 岡本健治:平成 12 年度医療経営に関するアンケート調査. 日本小児科医会会報 (22);pp87-92, 2001
312. 山内芳忠：少子化社会と総合病院の小児医療 問題点と対策. 医療 53(1) ; pp26-28, 1999
313. 山添優：経営的視座の画像診断機器選択術 私が示す・経営直結への選び方 健全的经营を優先した場合の画像診断機器の選択術. 月刊新医療 37(4) ; pp46-50, 2010
314. 山角駿：障害者自立支援法の施行とその功罪 障害者自立支援法から見た長期入院者の処遇 地域処遇と居住支援. 日本精神科病院協会雑誌 26(4) ; pp32-36, 2007
315. 山縣邦弘：コメディカルのための CKD(慢性腎臓病)療養指導マニュアル. 南江堂, 2010
316. 山縣邦弘：慢性腎臓病重症化予防のための戦略研究(FROM-J)の概要. 週刊医学のあゆみ 228(2) ; pp186-187, 2009
317. 山崎親雄：わが国の透析医療の明日をどう拓くか I)経済的側面(2)透析診療報酬の変遷と将来見通し. 臨床透析 26(8) ; pp1027-1032, 2010
318. 山下典秀：戦略的医療経営の展開. 浜松大学研究論集 19(1) ; pp175-199, 2006
319. 山田明生, 萩原栄一郎, 大内崇裕, 藤縄宜也, 小山泰明：救急医療 地域別にみた現状と課題 4 川崎市における救急医療. 治療学 42(12) ; pp1319-1322, 2008
320. 山田佐登留：児童青年期精神医療の諸問題 児童青年期精神科入院医療における諸問題. 精神神経学雑誌 107(2) ; pp129-135, 2005
321. 山田至康, 市川光太郎, 田中哲郎：母子保健の最近の話題 育児不安と小児救急医療. 公衆衛生研究 47(3) ; pp247-251, 1998

322. 山本研二郎, 瀬岡吉彦, 山上征二: 透析療法の医療経済. 日本メディカルセンター, 1995
323. 弓田滋, 佐藤壽伸, 田熊淑男: 宮城県の慢性透析導入患者の分析:第 48 回日本透析医学会コントラバシィより. 日本透析医学会雑誌 37(6); pp1375-1377, 2004
324. 余語弘: 自治体病院の使命. 香川県立中央病院医学雑誌 16; pp1-8, 1997
325. 吉村仁志: 小児救急医療の現状と問題点 沖縄県における小児救急医療と問題点. 小児外科 35(10); pp1201-1205, 2003
326. 吉森賢: 欧米の企業統治と日本への意義. 医療と社会 11(1); pp3-29, 2002
327. 四元秀毅: 結核医療の経済学-結核病棟の今後-. 結核 84(11). pp737-742, 2009
328. 米田勝一: 診療所 2008 年度改定が与えたダメージは? 診療所間格差は大も、科目間格差は小. 日経ヘルスケア (225); pp63-68, 2008
329. 米本倉基: 診療所参入意思決定モデルの一考察. 研究紀要 38; pp65-72, 2005
330. 四病院団体協議会会計基準策定小委員会: 医療法人会計基準に関する検討報告書,2014
331. 和田克己, 富田由紀子, 井出雅子, 新村喜明, 米津宜則, 秋山礼子: 原価計算 続報. 医学検査 49(7); pp1054-1062, 2000
332. 渡辺明良, 市川雅人, 荒井耕, 高橋淑郎: 北米医療界におけるバランスト・スコアカードの現状と日本における可能性 8 病院の BSC 導入における視点枠組み・戦略課題・成果指標の設定. 社会保険旬報 2172; pp24-31, 2003
333. 渡邊有三, 山崎親雄: 第 51 回日本透析医学会ワークショップより -(社)日本透析医会共催- 医療経営と質の担保 機器および透析支援システムの開発は経営に資するか. 日本透析医学会雑誌 40(4); pp319-320, 2007
334. Bernadette A.M, Kara Thompson, Chevalier Shawna Hudson, Charles Constantine : Patient Outcomes, Economic Benefits Associated with a Heparin Change In Hemodialysis, and Nurses' Satisfaction. Nephrology Nursing Journal 38(4); pp339-348, 2011
335. Centers for Disease Control and Prevention : World Kidney Day. MMWR Weekly March 2,2007 56(8); p161, 2007. 国際医学情報センター 訳: 世界腎臓デーへの取り組み. MMWR 週報 2007 年 3 月 2 日 56(8), 2007
336. David A. West : Three Financial Strategies. Journal of Health Care Finance 30 (1); pp10-22, 2003
337. Derek Rowntree : Statistics Without Tears. Tuttle-Mori Agency, 1981. 加納悟 訳: 新・涙なしの統計学. 新世社, 1991
338. Devereaux P.J. : Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-for-Profit Hemodialysis Centers. Medical Benefits 20(2) : p5, 2003
339. Foley RN, Fan Q, Liu J, Gilbertson DT, Weinhandl ED, Chen SC, Collins AJ : Comparative mortality of hemodialysis patients at for-profit and not-for-profit dialysis facilities in the United States,1998 to 2003:a retrospective analysis. BMC Nephrology ; p6, 2008

340. Ken taro OUCHI, Shin'ichiro SAKAMOTO : Studies of Local Public Hospital Management. Proceedings of International Conference on Business Management Volume 1 ; pp84-91, 2010
341. Ketchum PW : Hospital-based dialysis centers: perspectives from the for-profit sector. Journal Of The Healthcare Financial Management Association 59(6) ; pp40-44.2005
342. Lefebvre P, Duh MS, Mody SH, Bookhart B, Piech CT : The economic impact of epoetin alfa therapy on delaying time to dialysis in elderly patients with chronic kidney disease. Disease Management 10(1) ; pp37-45, 2007
343. Moyneur E, Bookhart BK, Mody SH, Fournier A, Mallett D, Duh MS : The Economic Impact of Pre-Dialysis Epoetin Alfa on Health Care and Work Loss Costs in Chronic Kidney Disease: An Employer's Perspective. Disease Management 11(1) ; pp49-58, 2008
344. Rao,Calyampudi Radhakrishna : Linear Statistical Inference and Its Applications, 2nd edition. Wiley, 1973. 奥野忠一 訳:統計的推測とその応用.東京図書, 1992
345. Sin'ichiro Sakamoto : A study on hospital management by means of multivariate statistical analysis. Japan Hospitals 13 ; pp9-24, 2009
346. TARUMOTO Nagayoshi, SATO Yuji, HARAGUCHI Rikiya, FUKUDA Takashi, IGARASHI Ataru, TARUMOTO Etsuro, ITOH Yuzuru, HARADA Takehiko, INOUE Satoshi : 柔道療法クリニックの micro-costing -多施設コスト分析-. 日本柔道整復接骨医学会誌 19(4) ; pp155-163. 2011