

アメリカの医療法人——病院・医師・公益性——

溜 箭 将 之

- 一 実例として Catholic Healthcare West
- 二 日本の常識(1) 病院の経営は医師に委ねるべきである
- 三 日本の常識(2) 公益に資する病院は非営利法人でなければならない
- 四 日本の常識(3) 病院による医療の質・経営の安定を見張るのは医療のプロである
- 五 近年の展開(1) 公益法人から営利法人への転換
- 六 近年の展開(2) 病院と医療の統合
- 七 近年の展開(3) 医療費高騰とマネジド・ケア
- 八 終わりに

病院と医師のあり方、医療従事者に期待される公益性といった問題は、今日の日本でもアメリカでも大きな問題となっている。本稿は、われわれが日本でなじんできた論理を、アメリカの状況と照らし合わせつつ改めて捉え直す試みである。

アメリカの医療を取り巻く社会環境は、歴史的にも制度的にも、日本とは異なる前提の上に成り立っている。ア

アメリカのモデルをそのまま日本に持ち込むことは、当然ながら非現実的だし、賢明でもない。しかし、アメリカの状況を日本との違いをも考慮しつつ慎重に観察すれば、より明晰な分析の道具が手に入るだろう。そして、われわれが日本での議論で無意識に前提としている固定観念を見直し、また新たな制度の構築にあたってより豊かな議論の枠組みを築くことができるだろう。

以下では、アメリカのある病院を具体例として概観(一)した上で、日本で広く受け入れられていると思われる「常識」を三つ取り上げる。その「常識」とは、第一が、病院とは医師が経営するものだというもの(二)、第二が、病院とは公益を体現するもので、特別な法人形態により営利と一線を画す必要があるというもの(三)、第三が、医療の質や病院の経営を見張るのは医師や監督官庁などの医療の専門家でなければならないというもの(四)である。これに対応するアメリカの現実や理論状況は、こういった「常識」が決して論理的必然ではないことを示すだろう。

後半では、アメリカにおける近年の展開を追う。一九八〇年代以降、アメリカの医療は、医療費の高騰、市場での競争の激化、保険会社の役割の増大、といった激しい変化に見舞われた。こういった変動の中で、前半で見たアメリカの医療の枠組みは、どのような意味をもち、どのように変化したか。こういった問いに、公益法人である病院による営利法人への転換(五)、病院同士や病院と医師との間の経営統合(六)、医療の市場における保険会社の役割の拡大(七)、という三つの局面から取り組む。

Ⅰ 実例として Catholic Healthcare West

Catholic Healthcare West (CHW) は、カリフォルニア州サンフランシスコに本部をもつ非営利法人である。前身は一九世紀にカトリック系修道女会によって設立された七つの病院で、これらが一九八六年に合同したところ

からCHWは出発した。CHWは、一九九〇年代にルター派、メソジスト派の病院、世俗病院、政府系病院を買収し、代表的な大規模非営利病院組織といわれるまでに成長した。⁽¹⁾現在、CHWは四〇の病院（救急病院）を抱え、さらに多数の外来病院、診療施設、付属施設をカリフォルニア、アリゾナ、ネバダ州に展開している。二〇〇五年の純利益は三億四八〇〇万ドル、営業利益は一億八三〇〇万ドルにのぼる。⁽²⁾

CHWの人的構成を見てみる。まず、一〇人いる社員（corporate members）の顔ぶれは、全員女性で占められる。彼女たちは全員カトリックのシスター（修道女）である。理事会（Board of directors）を構成する理事一三人の中でも、医師の肩書きを持つのは二人にとどまる。また、病院内部出身の理事も一人しかいない。残りは実業家が五人、女性のシスター四人、弁護士一人という顔ぶれである。

本稿では、折に触れてCHWに言及して具体的に論ずることにする。

(1) 松山幸弘・河野圭子『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』（二〇〇五）五九六〇頁。

(2) Catholic Healthcare Westのウェブサイト <http://www.chwhealth.org> では、医療関係のほかにも経営・財務関係など幅広い情報が公開されている。See also, James C. Robinson & Sandra Dratler, *Corporate Structure and Capital Strategy at Catholic Healthcare West*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 134 (2006).

二 日本の常識(1) 病院の経営は医師に委ねるべきである

日本の医療法は、医療法人の社員について、四四条二項七号で、資格の得喪に関する規定を定款又は寄附行為に定めるべき事項とするほかには、特段の規定をおいていない。理事については、医療法四七条において、医療法人はその開設するすべての病院、診療所又は介護老人保健施設の管理者を理事に加えなければならないとされ、同法

一〇条によれば、この管理者は臨床研修等修了医師でなければならぬ。また医療法四六条の三は、医療法人を代表する理事長は、原則として医師または歯科医師である理事のうちから選出する、としている。これらの定めは、平成一八年の医療法改正でも大きな変更はされていない。

他方、平成一八年改正で新たに設けられた財団たる医療法人の評議員会についても、医療法四九条の四第一項は、評議員となる者を寄附行為の定めるところにより選任された者としつつ、まず一号で医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者を挙げる。

このように、病院の経営に病院で働く医師が関与するのは、日本では自然な考え方だと思われる。医療法改正に先立って厚生労働省の医療経営の非営利性等に関する検討会が示した「医療法人制度改革の考え方」でも、人の生命や健康に関わる医療サービスを提供する以上、医療法人の経営に携わる者も医師としての資格を持つことが望ましいと示唆している。⁽³⁾しかし、前節でみたCHWの人的構成からも分かるように、病院の経営をそこで働く医師に委ねるといふ常識は、アメリカでは通用していない。では、アメリカにおける医師と病院の関係は、どのような背景と法的枠組みの上に成り立っているのだろうか。

1 医師と病院の関係

アメリカでは病院と医師は相互に独立した関係にある。病院は医師の医療行為に対して支払いをしないし、逆に医師も病院での施設の利用に対して支払いをしないのが原則である。また、医師と病院は相互に流動性を持っている。病院では複数の医師が医療行為を行うと同時に、医師は複数の病院で医療行為を行うのが、アメリカの典型的な病院と医師との関係である。⁽⁴⁾ここでは、能力の低い医師は高度の病院で受け入れられないのはもちろん、質の低い病院は医師から患者を送ってもらえない。こうして、医師と病院はそれぞれ常に競争にさらされている。

病院と医師との相互に独立した関係は、さまざまな場面で見られる。例えば、病院にかかった患者は、病院と医師から別個に請求書を受け取る。これに対応し、有力な民間の医療保険でも、Blue Crossが病院からの請求に関する保険なのに対し、Blue Shieldは医師からの請求に関する保険である。高齢者の医療費に関する公的保険メデイケアでも、Part Aが病院などの施設費用を、Part Bは医師の診療報酬をそれぞれカバーする。

さらに医療関係団体も、医師が加入する全米医師会（American Medical Association: AMA）と、病院が加盟する全米病院協会（American Hospital Association: AHA）とに分かれる。これらの組織は、政治的に有力な圧力団体でもあるが、その政治的主張も互いに異なることがある。全米医師会は一貫して医療関係への政府（特に連邦政府）の関与に反対し、長年にわたり共和党を支持してきた。これに対し全米病院協会は、全米医師会と利害を共有することが多いものの、連邦政府の施策によって収入が安定する場合や、政府のプログラムの運営を委譲される場合には、大きな政府に親和的な側面ももつ。したがって、全米病院協会がリベラル派の民主党の支持に回る場合も、過去にないわけではな⁽⁵⁾い。

病院と医師との関係は、医療機関の質を評価する有力な機関である医療機関認定合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO）の性格にも反映されている。JCAHOは、全米外科学会（American College of Surgeons）が一九一八年に病院の質に関する調査を開始したことに起源をもつ。このきっかけは、外科医が自ら医療行為を行う場である病院の質の向上を目指す動きだったのである。一九五〇年、この医師の活動に病院側が加わる形で組織変化がなされる。すなわち、全米医師会と全米病院協会などが「合同」する形で、病院認定合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Hospitals）が成立した⁽⁶⁾。この委員会は、一九八七年に現在の名称となるが、具体的活動については、四二でまた触れる。

2 医療スタッフ定款

この病院と医師との関係をとりもつのが、医療スタッフ定款 (medical staff bylaw) と呼ばれる、アメリカとカナダに特有の制度である。⁽⁷⁾ これは、病院とその病院で医療行為を行う医師 (医療スタッフ medical staff) との組織に関して規定した定款で、病院の法人に関する定款とは別個のものである。

医療スタッフ定款のもとでの病院—医師関係は、雇用とも契約とも異なる。アメリカの雇用制度においては、雇用主は原則として正当事由がなくとも自由に従業員を解雇できるとされるが、病院はいったん医師に病院で治療する権利を与えると、もはや一方的にこの権利を奪うことはできない。また、一般的な契約関係においては、両当事者が自由に契約内容を決められるが、医療スタッフ定款のもとでは、病院も医師も個別の交渉によって定款の内容を改変できない。定款 (bylaw) と呼ばれることからわかるように、医療スタッフ定款は組織に関する定めであって、変更には医療スタッフ会合での決議など医療スタッフ定款所定の改正手続を踏む必要がある。⁽⁸⁾

典型的な医療スタッフ定款には、病院の組織構成、医療スタッフの登録と治療や施設使用許可に関する資格審査の評価基準と承認手順、各スタッフの責務、権利剝奪要件などが記載されている。⁽⁹⁾

医療スタッフ定款のもとでは、各医療スタッフは一定の権利 (staff privilege) を与えられる。それは典型的には二つに分けられる。一つは診療上の権利 (clinical privilege) であり、これにより医師は病院の施設を用いて診療する権利をもつことになる。もう一つは、患者受け入れの権利 (admitting privilege) であり、これは逆にいえば病院は自ら患者を受け入れることはできないことを意味する。患者の受け入れや治療に関し、原則として病院と医師との間に金銭のやり取りはなく、病院と医師は患者に対して別々に医療費を請求する。したがって、病院と医師は互いに経済的に独立しているといえる。

医療スタッフ定款には、医師にこれらの権利を与える際の資格審査、また権利を定期的に更新する再評価の手續

きも定められている。医療スタッフ定款に基づいて実施されるこの資格審査は、医療スタッフによるピアレビューの形で行われる。最終的には病院による承認を要するものの、実質的には、医療スタッフが決定権限を握る。また、病院は医療スタッフ規則によらない理由で医療スタッフの権利を拒むことはできない。医療スタッフによる資格審査で不適格とされて初めて、病院は医療スタッフの権利を制限できる。

このように、医師は病院に対して経済的にも組織的にも強い自律性を維持しており、医療スタッフ定款は、これに法的裏打ちを与えている。医療スタッフ定款は二〇世紀初頭に慣習として徐々に定着したが、二〇世紀中ごろに医療機関認定合同委員会（JCAHO）の認定基準に取り込まれたことで、正式に制度化された。この認定は州や連邦政府等の免許や認証に関わるため、スタッフ定款に強い拘束力を与えている。

互いに自律性をもった病院と医師は、利害が対立した際には牽制しあうことになる。⁽¹⁰⁾一九八〇年代以降、医療市場の競争が激化した際に、病院はトップダウン型の組織形態への改変を試みたものの、医師の強硬な反対に直面した。それでも、医療供給市場の再編の中で医師へのコントロールは強まっていった。もともと教育機関や政府系病院は、医師を雇用することが多いが、それ以外の病院でも、放射線医、麻酔医、病理医、緊急病棟医など、とりわけ病院での機材を必須とする分野では、病院と医師との契約や雇用の増加が目立つ。

(3) 医業経営の非営利性等に関する検討会「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」(二〇〇五)一七頁。

(4) アメリカにおける病院経営者や医師の流動性を具体的に描いた邦語文献として、河野圭子「病院の内側から見たアメリカの医療システム」(二〇〇二)八五―一〇五頁参照。

(5) JONATHAN OBERLANDER, *The Political Life of Medicare*, 112 (2003).

(6) この委員会には「全米医師会と全米病院協会」のほかに「全米内科学会」(American College of Physicians) とカナダ医師会 (Canadian Medical Association) が加わった。

(7) BARRY R. FURROW ET AL., *THE LAW OF HEALTH CARE ORGANIZATION AND FINANCE* 439-58 (5th ed. 2004); MARK A. HALL ET AL., *HEALTH*

CARE LAW AND ETHICS 157-64 (1999).

- (8) ここでは、契約と医療スタッフ定款とを図式的に対比して説明したが、個別の法的问题によっては医療スタッフ定款に契約的側面が認められることもある。また、裁判所による医療スタッフ定款の法的意味づけも州によって異なる。例えば、医療スタッフ定款を契約ではないとした *Mason v. Central Suffolk Hosp.*, 819 N.E. 2d 1029 (N.Y. 2004) / 契約だとした *Pariser v. Christian Health Care Sys.*, 816 F. 2d 1248, 1251 (8th Cir. 1987) / めいこ病院は定款に従って行動すべき義務があるとしつつ、それは医師の有する契約上の権利とは独立のものだとした *Balkisson v. Capital Hill Hosp.*, 558 A. 2d 304, 308 (D.C. 1989) がある。
- (9) *Todd Sagin & Joseph Cooper, Guide to Medical Staff Bylaws* (2006).
- (10) *See, Mark Schlesinger, Countervailing Agency: A Strategy of Principled Regulation Under Managed Competition*, 75 *MILBANK QUARTERLY* 35 (1997).

三 日本の常識(2) 公益に資する病院は非営利法人でなければならない

日本の法人形態による医療の提供は、昭和二五年以来、非営利法人を模した「医療法人」によってなされてきた。平成一八年の医療法改正を経ても、医療法人は基本的に民間非営利部門と位置付けられている。「医療法人制度改革の考え方」は、政府部門や民間営利部門では対応できない医療サービス提供の中心的な担い手として、民間非営利部門である医療法人に期待する、とした上で、さらに従来以上に積極的な公益性を求める立場を示している⁽¹¹⁾。

医療の提供には公共性が求められるので、医療法人は採算性に追われることのない非営利法人でなければならない、という論理にわれわれはなじんできた⁽¹²⁾。しかし、医療と公共性、非営利性と採算性とはどのような関係にあるのだろうか。「医療法人」なる法人形態をもたないアメリカでの議論を素材に、改めて考え直してみよう。

1 病院の形態

アメリカにおいては、病院の設立は各州の法律による。五〇ある州のいずれでも、営利法人 For-profit corporation、非営利法人 non-profit corporation、専門家法人 professional corporation、組合・合名会社 partnership、合資会社 limited partnership、責任制限法人 limited liability corporation/partnership と、どの法人格によっても病院の設立が認められる。病院設立の際は、法的規制の内容、ビジネス上の目標、関係者間での権限やリスクの配分、税負担の軽減など、複数の要因を考慮して自由に法人格を選ぶことができる。⁽¹³⁾

このように非営利法人以外でも病院を設立できるアメリカでも、実際には多くが非営利法人として運営されている。⁽¹⁴⁾しかしここでは、アメリカでも病院は本質的に非営利の慈善事業だと結論を急がず、アメリカの病院の歴史を振り返ってみる。

2 病院の歴史

一八・一九世紀までのアメリカの病院は、貧困者に慈善医療を施す場としての性格をもっていた。⁽¹⁵⁾それら二つの面から見て取ることができる。一つ目が活動の内容である。当時の病院は医療費を払えない人のための救貧院的存在だった。当時の裕福な人の間では、単独営業または小規模集団営業の医師による往診を受けるのが一般的だった。病院は、往診を受ける経済的余裕のない人に対し、無料または低価格で医療を供給する存在だった。

二つ目の側面は、病院の収入である。当時の病院は、ほぼ全面的に慈善的寄付に依存していた。冒頭でみた CHW の前身の病院のように、宗教団体が病院を設立し、寄付により運営することが多かった。こういった意味で、一九世紀までの病院は、慈善 (charity) の受け皿として公益を体现していたといえる。

しかし二〇世紀初頭、とりわけ第二次大戦後、病院はその性格を大きく変えた。慈善施設としての病院は、設備

の整った医療施設へと変化していった。この変化を生じさせた要因として二つ挙げることができる。

第一が、無料ないし低価格での医療提供の必要性が下がったことである。二〇世紀に入ると、医療保険が徐々に普及し、また戦後は連邦政府による社会保障政策が進行し、一九六五年には連邦政府によるメディケアやメディケイドといった医療費補助のプログラムが始まった。こうして、医療を受ける側が医療費を払えない状況は次第に低下し、これに対応して病院の主要な収入源も、患者の支払う医療費へと移っていった。

第二の要因が、病院の役割が高度かつ総合的な医療へとシフトしていったことである。医療技術が発達するにつれ、大掛かりな施設や複数の専門的な医師の協力を必要とする医療が増え、これが病院で行われるようになった。⁽⁹⁾これに呼応するように、連邦政府による医療の供給側への補助金も増大した。一九四六年の Hill-Burton Act⁽¹⁰⁾によって、連邦政府は、病院の新たな建設や修復に対し、財政援助を開始した。

二〇世紀後半、医療を取り巻く状況がさらに変化する。医療費の高騰が社会問題化する中、医療費を支払う主体は個々の患者から保険会社や政府へと移行した。医療費の抑制を求める保険会社や政府に対して医療機関がとった対応については、七で改めてみてゆく。

3 公益団体に対する課税免除

病院の役割が歴史的に変化するなか、病院の「公共性」にはどのような意味が与えられてきたか。以下では、連邦所得税法における病院の課税免除要件の解釈を素材に考える。⁽¹⁷⁾

連邦政府は、内国歳入法典により、一定の要件を満たした非営利の公益団体に対し、所得税の課税免除を認めている。内国歳入法典のもとで免税団体と認められると、免税団体への慈善的寄付への控除、免税団体の発行する債券に対する課税免除など、さまざまな税制上の優遇措置を受けられる。州による財産税や所得税の課税免除も、連

邦の免除団体の認定に連動することが多い。

内国歳入法典五〇一条(c)は、所得税の課税免除を受けられる団体を列挙している。その(3)には、「宗教、慈善、科学、……または教育を専らの目的として組織されかつ運営された……法人であつて、……その収益の一部たりとも私的な持分保有者や個人の利益として供与されないもの……」が挙げられている⁽¹⁸⁾。これは、①慈善等を専らの目的とした組織、②慈善等を専らの目的とした運営、③私的利益供与の禁止、の三要件にまとめられる。このうち①は定款の設立目的などを審査すればよく、問題は少ないので、以下②と③の要件を検討する。

②の慈善目的での運営の要件について、内国歳入庁の態度には、病院の役割の変化を反映して、変遷が見られる。一九五六年、内国歳入庁の細則 (Revenue Ruling) は、免税を求めめる病院には、経済的に可能な限りで、医療への支払い能力のない人のために運営することを求め、支払いが可能で期待できる人のみを対象とした運営では、免税を認めないとした⁽¹⁹⁾。

しかし内国歳入庁は、一九六九年の細則でこの立場を変更し、医療費支払い能力を有する患者の間で差別をせず、また支払い能力のない人向けに救急医療を行えば、運営の要件を満たす、とした⁽²⁰⁾。一九八三年の細則はさらにこの条件を緩和し、救急医療を必要としない病院では、無料の緊急医療の提供も条件ではないとした⁽²¹⁾。このように、病院が免税を受ける際に、慈善的要素のもつ意義は低下している。ただし州によつては、州の租税の免除にあつて、無償の医療などによる地域への貢献を求める立法もなされている⁽²²⁾。

他方、③の私的利益供与の禁止要件は、②の要件と異なり大きな解釈の変更はみられない。一九五六年の細則で内国歳入庁は、この要件を満たすためには、病院施設の利用を特定の医師や外科医に限定してはならないとしている⁽²³⁾。内国歳入庁の説明によれば、病院の利用を限定することは、五〇一条(c)の背後にある公共への奉仕 (public service) の理念にも反する。医師・外科医の能力に対する審査や、病院施設の規模や性格の考慮は認められるもの

の、医師や利害関係者が病院の意思決定をコントロールしてはならない。すなわち、理事会は、地域社会の利益を代表する独立の理事で占められるべきとされる。

内国歳入庁はさらに、私的利益供与の禁止要件を実質的に判断することを強調している。地代の支払いや給与の支払い等によって実質的に利益を分配することは許されない⁽²⁴⁾。内国歳入庁の具体的判断の傾向としても、近年はこの要素を重視する傾向が強い⁽²⁵⁾。また、法人が解散する場合には、資産は完全に慈善事業に寄付することが、納税免除の前提となる⁽²⁶⁾。

このように、内国歳入庁による病院の免税の判断に当たっては、医療サービスの慈善性よりも、経営や恩恵の分配が地域社会に開かれていることが重視される。そして、余剰の分配の流れを実質的に判断する傾向が、近年特に強まっている。さらに、病院が公益に資すると認めるにあたって、医療行為と病院経営とを分離し、経営に対する医師のコントロールの排除を要求する点も、日本での公益性の議論と大きく異なっている。

4 Catholic Healthcare West の例

以上の点をC HWの例で見よう。すでに見たように、社員は一〇人全員がシスターであり、理事会も多彩な経歴をもつ外部理事で占められている。ウェブサイトに公開された財務諸表によれば、C HWはカトリック系の病院らしく、二二六〇万ドル余りの寄付金を集めている。しかしそれも収入六七億三〇〇〇万ドルと比べると、〇・三%余りを占めるに過ぎない⁽²⁷⁾。

C HWは他方で、さまざまな形で病院の使命・理想・価値、地域社会への寄与をアピールしている。その一環としてウェブサイトに掲げられた地域貢献年次報告には、C HWの活動内容として「われわれの免税団体の地位を確保する」という項目がある⁽²⁸⁾。これには、二重の意味合いがある。一つは、C HWそれ自体の免税団体の地位を守る

ことである。連邦法上は地域社会への貢献のもつ重要性が減っているものの、カリフォルニア州法では具体的な貢献の報告が義務付けられている⁽²⁹⁾。もう一つの意味は、連邦でも議会において、病院に対する公益免税を撤廃しようとの動きが見られることである。CHWは免税立法そのものを防衛する必要性さえ意識している。そうせざるを得ないほど、病院の活動に認められる公益性は、その意義を問われつつある。

- (11) 「医療法人制度改革の考え方」二二一九頁。
- (12) ただし、二〇〇一年六月二六日の閣議決定で示された「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（いわゆる骨太の方針）では、医療機関経営の近代化・効率化を進めるとともに、「株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する」とされていた。
- (13) FURROW, *supra* note 7, at 496-98.
- (14) 全米五七五六の病院のうち、連邦政府の病院や、精神病院、長期療養病院をのぞいたコミュニティー病院は四九三六ある。うち非営利病院が二九五八、州や地方自治体の病院が一一一〇、営利病院が八六八である。AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, *AHA HOSPITAL STATISTICS* (2007 ed.).
- (15) 病院の歴史について、PAUL STARR, *THE SOCIAL TRANSFORMATION OF AMERICAN MEDICINE: THE RISE OF A SOVEREIGN PROFESSION AND THE MAKING OF A VAST INDUSTRY* 145-79 (1982).
- (16) 42 U.S.C. § 291 et sec.
- (17) FURROW, *supra* note 7, at 548-602; HALL, *supra* note 7, at 251-59. 非営利公益団体の税制優遇と公益性との関係を理論的に分析したものととして、藤谷武史「非営利公益団体課税の機能的分析——政策税制の租税法学的考察（四・完）」国家学会雑誌一一八巻五・六号四八七頁（二〇〇五）。
- (18) 26 U.S.C. § 501 (c)(3). Corporations, and any community chest, fund, or foundation, organized and operated exclusively for religious, charitable, scientific, testing for public safety, literary, or educational purposes, or to foster national or international amateur sports competition (but only if no part of its activities involve the provision of athletic facilities or equipment), or for the prevention of cruelty to children or animals, no part of the net earnings of which inures to the benefit of any private shareholder or individual, no substantial part of the activities of which is carrying on propaganda, or otherwise attempting, to influence legislation (except as otherwise provided in subsection (h)), and which does not participate in, or intervene in (including the publishing or distributing of statements), any political campaign on behalf of (or in opposition to) any candidate for public office. (下線部が引用の箇所)

- (19) Rev. Rul. 56-185, 1956-1 C.B. 202.
- (20) Rev. Rul. 69-545, 1969-2 C.B. 117. の判断は連邦最高裁でも支持された。Simon v. Eastern Ky. Welfare Rights Org., 426 U.S. 26 (1976).
- (21) Rev. Rul. 83-157, 1983-2 C.B. 94.
- (22) See COALITION FOR NONPROFIT HEALTH CARE, REDEFINING THE COMMUNITY BENEFIT STANDARD: STATE LAW APPROACHES TO ENSURING THE SOCIAL ACCOUNTABILITY OF NONPROFIT HEALTH CARE ORGANIZATIONS (1999); *id.* APPENDIX WITH STATE SUMMARIES (2003).
- (23) Rev. Rul. 56-185, 1956-1 C.B. 202.
- (24) *Id.* 96. の連邦議会は、一九九六年納税者権利章典法 (Taxpayer Bill of Rights II, 26 U.S.C. 4958) において、免税団体が、「不適切な当業者」に対し「過大な利益」を与えるような取引を行った場合には、当該事業者と免税団体の経営者に対し課税する立法を行った。近年はこの制定法に基づく内国歳入庁の活動が強まっているとされる。Furrow, *supra* note 7, at 589.
- (25) 連邦裁判所によるリーディング・ケースでも、病院での医療行為を少数の医師に限定した場合には、利益供与の禁止に反するとして、免税の資格は失われるとされた。利益供与を認定するに当たって裁判所は、病院が市場よりも低い価格でオフィス、医療機器や事務員を提供したことが、経営者の立場にある医師に多額の報酬を支払っていたことが、*Harding Hospital, Inc. v. United States*, 505 F. 2d 1068 (7th Cir. 1974).
- (26) Rev. Rul. 69-545, 1969-2 C.B. 117.
- (27) Catholic Healthcare West and Subordinate Corporations, Consolidated Financial Statements and Obligated Group Additional Information as of and for the Years Ended June 30, 2006, 2005 and 2006, at 4. (http://www.chwhealth.org/stellent/groups/public/@xinternet_con_sys/documents/webcontent/131805.pdf)
- (28) Catholic Healthcare West, Mission Integration Annual Report 2005, at 16 (“Defending our tax exempt status”). (http://www.chwhealth.org/stellent/groups/public/@xinternet_con_sys/documents/webcontent/098091.pdf)
- (29) カリフォルニア州議会は、一九九四年の立法で、「病院による地域社会貢献プログラム Hospital Community Benefit Program」を策定し、非営利法人の民間病院に対し、三年ごとに地域社会のニーズを調査すること、地域社会との意見交換を通じて地域社会貢献計画を作成すること、同計画を州医療計画開発局に毎年提出すること、義務付けた。CAL. HEALTH & SAFETY CODE §§ 127340-127365. なお、州医療計画開発局のウェブサイトを参照。 <http://www.oshpd.state.ca.us/hid/hospital/hcpb/index.htm>

四 日本の常識(3) 病院による医療の質・経営の安定を見張るのは医療のプロである

「医療法人制度の考え方」は、公共性の高い医療サービスを安定的・継続的に提供するための新たな支援方策の検討を、「今後とも、厚生労働省、医療関係団体そして医療サービスを提供する者が協力して、引き続き取り組んでいくことが求められる⁽³⁰⁾」と締めくくっている。報告書の性格上、厚生労働省の関与は所与の前提だったのだろうが、ここでは、医療の質や経営の安定を確保するのは厚生労働省と医療関係者の協力による、すなわち医療のプロがなうことが当然視されている。実際、医療に高度の専門性が要求される以上、医療の質と安定供給を所管の官庁と専門家に託すのは、ごく自然な考え方もしれない。しかし、官庁と専門家に委ねることに問題はないのだろうか。

1 医療の質の評価

アメリカには、医療の質を評価する機関として、大きく分けて三つ挙げることができる⁽³¹⁾。第一が病院に対する免許である。これは二〇世紀半ばに全米各州に広がり、今日ではすべての州で病院の開設には免許が必要とされる。

第二が、連邦政府による医療保険である。連邦政府は一九六五年からメディケアとメディケイドのプログラムを開始した。政府の保険から支払いを受けるためには、病院は連邦政府の求める基準を満たしている必要がある。

第三が私的评价である。その代表的なものが医療機関認定合同委員会 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) である。

このように、病院での医療は三つのルートで見張られていることになるが、これらの評価手続は互いに重複し、実質的にはJCAHOの認証に大きく依存している。多くの州政府は、JCAHOの認証を受けた病院に対して免

許を与えているし、連邦政府もメディケアとメディケイドによる支払いの対象となる病院の認定にJCAHOの認証を用いている⁽³²⁾。

2 医療機関認定合同委員会⁽³³⁾

21で述べたように、JCAHOは、外科医が病院の質を担保するために行った調査から出発した。調査の趣旨は評価及び教育であって、病院に対する監視や懲罰が主たる目的ではない。医師会と病院協会やその他の医学学会が「合同」した後は、理事会のほとんどが医療（病院・医師）関係者からなっている。また、JCAHOは政府の関与を排除し、州からも連邦からも出資や補助金を受けていない。

いわば医療機関自身による質の向上を目的とした自助的な組織が、政府による医療機関の質の監視に利用されるようになったのは、むしろ政府側の事情による。一九六〇年代、病院に対する免許制が各州に広がり、連邦政府によるメディケア、メディケイドのプログラムも始まった。しかし、政府の側にはまだ医療に関する専門知識の集積は不十分で、また何よりも、大掛かりな調査をするだけの財政基盤が十分になかった⁽³⁴⁾。

このように、設立当初からのJCAHOの理念と、政府や市民がJCAHOに期待した役割との間には、ずれがあった。このずれは、近年JCAHOに対する批判の高まりとして現れた⁽³⁵⁾。JCAHOの認定に対しては、申請した病院の九九%がパスするという評価の甘さが指摘されている。また、JCAHOの活動に伴う利益相反も指摘されている⁽³⁶⁾。すなわち、JCAHOの収入（年に一億一三〇〇万ドル）のほとんどが病院への評価に対する手数料で占められているうえに、JCAHOは評価と同時に病院へのコンサルタント業務も行っている。評価手法にも問題があるとされる。JCAHOの評価の対象は、病院の構造的側面と手続的側面に限られ、医療の成果に対する評価はつい最近まで採用されなかった。

これらの批判は、医療関係者による自動的・目的に照らすと、いずれも外的外れにもみえる。しかし、今日JCAHOが政府による病院に対する規制の面で重要な役割を果たすようになると、これらの批判は深刻な問題となる。

こうした中で、連邦や州の政府は対応を迫られた。JCAHOは政府から一切の出資や補助金を受けていない純粋な民間団体であるため、政府としても団体の運営や評価の手法や内容には直接介入できない。州によっては、免許制度の運用に際し、JCAHOへの評価の委任を取りやめたところもある。しかし、財政問題や評価の技術的困難などの問題は依然として残る。連邦政府は、JCAHOの認証を残しつつ、一部の病院に対しては連邦政府自らの査察を実施するなどして、対応を試みている。

他方でJCAHOの側も一定の対応をしている。医療の成果に対する評価を取り入れる方向へ動き始めた。しかし評価手法上の困難は依然として残っている。また、抜き打ちでの評価査察を開始するとともに、情報の開示を拡大した。また、利益相反との批判への対応として、一九八二年には理事会に一般市民の代表を加えている。

JCAHOをめぐる議論から浮かび上がるのは、医療の質の認証には、医療の専門知識が必要とされるのは疑いないことではありながら、同時にアメリカでは、医療関係者による利益相反の問題が重大かつ未解決の問題として残っていることである。そういった中でも、情報の開示や市民の意思決定機関への参加が考慮されているのは、注目に値する。

3 政府による供給量規制

一九七〇年代、アメリカでは病院における過剰な設備投資が問題となった。⁽³⁷⁾ 当時の病院には、稼働率の低い医療機器が残され、また地域としてみても最新鋭機器が近くの病院に重複して設置されているなどの無駄が生じており、これが医療費を高騰させる原因と目された。余剰設備の増大は、医療の分野では構造的な必然でもある。とい

うのも、医療がどこまで必要かは患者自身にはわからないため、医師や病院は施設や機材の使える限度まで医療を提供できる。いわば、医療では供給側が需要を自由に創出できる。また、非営利病院では利益を配分できないため、余剰資金は新たな設備への再投資にまわされる。

こういった問題に対処するため、連邦政府は一九七四年の立法により、新たに施設を建設したり、機器を購入したり、新たな医療サービスの提供を開始する病院に対し、当該地域に新たな医療サービスの必要性があることを示し、政府の認証を受ける (Certificate of Need: CON) よう義務付けた。⁽³⁸⁾

ところがこの施策は結果的に失敗に終わる。煩雑かつ費用のかかる手続きを導入したにもかかわらず、具体的効果は限られた。また、新規参入者に対しても地域の医療サービスの必要性の証明を要求するため、既存の医療提供者を保護する結果となってしまった。一九八七年、連邦政府はプログラムから離脱し、運用を各州に委ねた。州レベルでは、いくつかの州では廃止に踏み切り、維持する州も規制緩和に向かっている。

ここからは、医療関係者の自主的な医療の質の監視や、政府による供給量の規制は、問題をはらんでいることがわかる。しかし、アメリカでの政府による医療サービスへの規制には、これとは別に、次に見る病院のガバナンスの観点がある。

4 州の司法長官の役割

アメリカ各州では、非営利法人の適正な運営のために、司法長官 (attorney general) に重要な権限が与えられている。これは、英米法の判例で発展してきた権限で、近年は多くの州で制定法に明記されている。⁽³⁹⁾ この権限のもとで、司法長官は公共の利益 public interest を守るため、一定の場合には非営利法人の運営に介入することができる。

具体的には、非営利法人は、理事らに対する代表訴訟、法人の解散、理事に対する損失補償、法人の合併、理事の解任、資産の売却など、法人の運営について重要な手続きが行われる場合には、司法長官に通知する義務を課されている⁽⁴⁰⁾。そして司法長官は、現職または前職の理事に対し非営利法人を代表して訴訟を起こし、あるいは既に訴訟の係属している場合にはこれに参加し、差止や損害賠償を請求するなど適切な措置をとる権限をもつ⁽⁴¹⁾。

司法長官はまた、支配権の移転、自己取引、内部者による資産の食い潰し、倒産など、理事による利益相反の場面でも、非営利団体の運営に介入することができる。利益相反の場面で不公正な取引がなされた場合には、適切な情報公開の上で理事会による事前の承認がなされなければ、司法長官による承認か、司法長官を当事者とする裁判による判決によらない限り、取引は取り消され、理事は損害賠償などの責任を問われうる⁽⁴²⁾。

近年、全米各地でこういった司法長官の活動が積極化している⁽⁴³⁾。多くの州では、司法長官が選挙で選ばれる。病院は地域の選挙民にとり大きな関心事なので、その不透明な経営を暴き損害賠償を勝ち取ることは、司法長官にとつては大きな政治的得点につながる。

例えば、一九九八年に非営利医療機関 Allegheny Health, Education and Research Foundation が倒産した。一九八七年以降、二つのメディカルスクールと一四の病院を合併し、五〇〇もの医師の事業を買収する一方、一二億ドル近くの負債を抱えていた。この非営利医療機関による当時アメリカ史上最大の倒産に伴い、六〇を超える民事訴訟が提起され、理事らの注意義務・忠実義務違反が争われた。訴訟は統合され、最終的には和解が成立したが、ペンシルベニア州司法長官は、慈善目的に充てられるべき資金を他の目的に流用したとして、三五〇〇万ドルの損害賠償を獲得した。事件はCEOの刑事訴追にまで発展している⁽⁴⁴⁾。

経営陣の注意義務や忠実義務などの問題は、営利法人であれば株主総会や株主代表訴訟などを通じ、会社の価値の増大に関心を持つ株主によって監視される。しかし、非営利法人には、株主に相当する当事者が存在しない。ア

アメリカの論理によれば、非営利法人であればこそ、ガバナンスを担保する手続きが重要になる。非営利法人は公共の利益に資する以上、理事が法人の公益目的のために働くよう監視する人と手続きが必要になる。そのために、選挙で選ばれた司法長官が公益を代表する立場で関与し、法廷など公の場での手続きが確保されているといえる。

- (30) 「医療法人制度改革の考え方」二二頁。
- (31) FURROW, *supra* note 7, at 117-20; HALL, *supra* note 7, at 147-49.
- (32) JCAHOの認証を受けた病院は、メディケアに必要な要件を満たしたものとみなされる。42 U.S.C. §§ 1395x(e), 1395bb.
- (33) 邦語文献として、石田道彦「第三者評価による医療の質の確保——アメリカの医療機関合同認定委員会（JCAHO）の活動を素材に」佐賀大学経済論集三〇巻六号七九頁（一九九八）参照。
- (34) OBERLANDER, *supra* note 5, at 111-16.
- (35) Gilbert M. Gaul, *Accreditors Blamed for Overtaking Problems: Conflict of Interest Cited Between Health Facilities, Group That Assesses Conditions*, WASHINGTON POST, July 25, 2005, at A 01.
- (36) 二〇〇四年「連邦会計検査院は、連邦議会の要請に応じてJCAHOによる認証手続を調査し、これに限界があるとしてメディケア・メディケイドサービスセンター（CMS）によるJCAHOに対する監視権限を強化するよう提言した。U.S. GOVERNMENT ACCOUNTING OFFICE, MEDICARE: CMS NEEDS ADDITIONAL AUTHORITY TO ADEQUATELY OVERSEE PATIENT SAFETY IN HOSPITALS (GAO-04-850, 2004).
- (37) BARRY R. FURROW, HEALTH LAW, 28-37 (2d. ed. 2000); HALL, *supra* note 7, at 151-57.
- (38) National Health Care Planning and Development Act of 1974, 42 U.S.C. § 300k (repealed).
- (39) イギリスからのコモン・ローの伝統に基づく判例法理⁶⁷、patens patriae⁶⁸と呼ばれる。非営利法人に対する規律の細部は、各州の制定法や判例法によって異なるが、以下では「アメリカ法律家協会（American Bar Association: ABA）が判例法を模範州法（model law）として成文化したRevised Model Nonprofit Corporation Act（RMNC）を用いて、一般的な紹介を行う。模範州法は、州の立法府が制定法として採用しなごり法的拘束力は持たないが、RMNCは一九八七年に採択されて以降、九の州に採用されたほか、多くの州でこれに倣った制定法が成立している⁶⁹。 Evelyn Brody, *Institutional Dissomance in the Nonprofit Sector*, 41 VILL. L. REV. 433, 504 n. 223 (1996).
- (40) RMNC § 1.70 (a).
- (41) *Id.* § 1.70 (b).
- (42) *Id.* § 8.31.
- (43) FURROW, *supra* note 7, at 510-13.

(44) Lawton R. Burns, *The Fall of the House of AHERF: The Allegedly Bankrupt*, 19 (1) HEALTH AFFAIRS, 7 (2000); Mackenzie Carpenter, *Anatomy of a Bankruptcy*, PITTSBURGH POST-GAZETTE, Jan. 17-24, 1999 (<http://www.post-gazette.com/aherf/timeline>).

五 近年の展開(1) 公益法人から営利法人への転換

一九八〇年代以降、アメリカの医療市場は、激しい変化に見舞われている。高騰する医療費が政治問題化し、保険会社による病院や医師に対する価格引下げ圧力が高まった。市場の変動に対し、病院や医師は、施設やサービスの統合など、医療提供体制の再構築を迫られている。以下五〜七では、近年のアメリカでの変化を追う。アメリカの法制度も変革を迫られるが、二〜四で概観した法的枠組みは、その土台として重要な役割を担っている。

1 一九九〇年代以降の流れ

アメリカでは伝統的に、病院の大多数が非営利の公益法人として運営されてきた。しかし、一九九〇年代以降、アメリカの病院間の競争に激化する中、非営利法人から営利法人へと転換するケースが増えてきた。

こういった転換の動機としては、まず、免税の利点と比べ、免税の要件に伴う法的制約が大きくなってきたことが挙げられる。非営利病院が収益を増大化するために事業の多角化を図った際に、公益法人であるための要件が法的、技術的障害となるケースがしばしば見られた。もう一つの動機としては、営利法人によれば市場で資本を調達できることがある。機動的な事業の拡大や病院の建設にとっては、このほうが非営利法人として非課税の寄付や債券発行で資金を調達するよりも有利な場合が多くなってきた。⁽⁴⁵⁾

2 転換の形態とこれに伴う諸問題

具体的な転換の形態としては、大まかに二つの形態がありうる。⁽⁴⁶⁾第一が、非営利法人から営利法人への資産の売却である。売却益は、非営利法人として内国歳入法典五〇一条(c)(3)に該当する法人に分配される。第二の形態が、非営利法人が資産の所有権は保持するが、営利法人に運営を任せる契約を結び、収益の一定割合を支払う形である。

しかし、いずれの場合も複雑な法律問題が生じる。第一の問題は、こういった形態での転換が、非営利法人の公益目的を逸脱するため、許されないのではないかという問題である。英米法の伝統には、法人はその目的を超えることは許されないとする、権限踰越 (*ultra vires*) と呼ばれる厳格な法理が存在する。非営利法人の病院は、病院の定款や州制定法によって、法人の目的が医療サービスに制約されることが多い。地域に医療への需要があるにもかかわらず、この目的を放棄して資産を売却する取引は、権限踰越として無効とされる可能性が出てくる。

この法理には、例外として、公益法人の当初の目的を維持することが「不能、実行困難、違法 (*impossible, impractical or illegal*)」となった場合には、設立者の意思に可能なかぎり近い形で、資産の利用が認められることがある。⁽⁴⁷⁾例えば、これまで存続してきた法人とほぼ同じ目的を持つ別の公益法人に、資産やその売却益を寄付することがこれに当たり得る。しかし、公益法人では効率的な医療サービスができないならば、すなわち法人目的の維持が「不能、実行困難、違法」といえるかは、微妙な問題でもある。

第二の問題は、公益法人の資産売却やその他の取引における価格の公平性を、いかに担保するかである。公益法人の資産が過小評価され、転換後の営利法人に不当に有利な状況となる例がしばしば見られる。そこには、非営利法人の理事や社員が、法人の利益に対し十分に関心を持たない、あるいはその利益を守るだけの能力を欠いている、といったガバナンスの限界がある。さらに、非営利法人の役員に転換後の営利法人のポストや持分が提供され

る（いわゆるゴールデン・パラシュート）場合には、まさに利益相反が生ずる。

さらに、ガバナンス上の問題を措いても、非営利法人の価値を評価するには技術的な困難が伴う。非営利法人の資産価値には複数の評価手法があるとされるが、一般には低く評価してしまう傾向がみられる。こういった例は、転換後の営利法人が株式を公開すると、株式の総額が当初の資産評価額を大幅に上回るなどして顕在化する。地域社会での評判（のれん）や商標が過小評価されやすいとされるが、他方で転換したからこそ高い価格がついた可能性もあり、一筋縄にはゆかない問題である。

これにアメリカの法制度はいかに対応しているのだろうか。まず、裁判所による判断がありうる。具体的には、訴訟を通じて取引の適正、すなわち取引価格の公平性及び合理性、取引が公益法人の目的を増進するか、が審査される。また、理事会を中心とした取引の決定過程も精査され、理事が注意義務や忠実義務を果たしていたかが問題となる。ここでの判断によって、法人による取引の可否が左右され、もし取引が不当とされた場合には理事の賠償責任が問題となり得る。

また、すでに見たように、司法長官が取引に介入する場合がある。司法長官は、地域への医療提供という公益を代表するため、公益法人の終了に対しては、訴訟を通じて巨額の和解金の支払いや強制的な信託基金の創設を求め、実際にこれを勝ち取った例も見られる。州をまたいで営業をしているような大規模な公益法人の場合には、複数の州の司法長官が介入し、公益事業目的は当該州での医療提供だと主張して、州同士の利益の対立にまで発展する場合もある⁽⁴⁸⁾。

裁判所や司法長官の個別の対応とは別に、州議会が制定法により転換の手続きを策定する場合もある。典型的な制定法においては、事前の告知、取引の詳細についての情報提供や一般公開といった手続面とともに、転換を認可する判断基準なども定められる。しかし、こういった基準に不備がある場合には、それまで発展してきた判例法理

が適用になる。

- (45) James C. Robinson, *Capital Finance and Ownership Conversions in Health Care*, 19 (1) HEALTH AFFAIRS 56 (2000).
- (46) FURROW, *supra* note 7, at 523-24; HALL, *supra* note 7, at 262-66.
- (47) これは英米法のエクイティ上の公益信託に関する法理で、可及的近似則 (Cy Pres) と呼ばれる。樋口範雄『アメリカ信託法ノート』(二〇〇〇) 二七五頁以下参照。ただし、この公益信託の法理を公益法人に及ぼすかは、州によりばらつきがある。
- (48) Banner Health Sys. v. Long, 663 N.W. 2d 242 (S.D. 2003); Banner Health System v. Stenijien, No. A-3-02-121, 2003 WL 501821 (D. N.D. 2003). See, Robert A. Katz, *Who Guards the Guardians?: Monitoring and Enforcement of Charity Governance: Let Charitable Directors Direct: Why Trust Law Should Not Curb Board Discretion Over a Charitable Corporation's Mission and Unrestricted Assets*, 80 CH. KENT. L. REV. 689 (2005).

六 近年の展開(2) 病院と医療の統合

一九七〇年代までは、アメリカでも医療の主な担い手は、個人経営の医師と単体の非営利病院だった。これが一九八〇年代に入ると、医療が高度化し医療市場で競争が激化する中、病院や医療サービスの統合が急速に進んでいった。この統合の波は営利法人と非営利法人とを問わず、広くに及んだ。

1 統合の諸形態とメリット

統合は、法人格の統合を意味する合併・買収 (merger and acquisition) から、契約的關係にとどまるジョイント・ベンチャー (joint venture) まで広く捉えるものだが、形態としては、いくつかに分けることができる⁽⁴⁹⁾。まず、水平的統合と垂直的統合との区別である。水平的とは、医師と医師、病院と病院、保険会社と保険会社、といった

ように、同じレベルの業態同士で統合する形である。これに対して垂直的統合とは、医師と病院、病院と保険会社といったように、異なる業態が統合することで、多様なサービスを一括して提供することを指すものである。

また、統合の密度としても、緩やかなものから緊密なものまで広がりがある。緩やかなものは、サービスの交換や施設等の共有、支払者との契約など、部分的な協力程度にとどまる。他方で、完全な結合にいたると、経済的リスクの共有や、医療提供の集中管理まで行われる。

統合の必要性やメリットをいくつかあげることができる。⁽⁵⁰⁾ まず、総合的医療の高まりがある。医療技術の高度化により、複数の専門分野にわたる治療が増え、広い地域をカバーする総合病院として、医療事務を統合する必要性がでてきた。総合病院化に伴い大きな資本を調達・集積する必要性も、統合に拍車をかけた。

医療市場での競争の激化に伴い、経済的リスクへの対応も必要になった。保険会社による医療費抑制（マネジド・ケア）の圧力への対応も、統合の背後にある重要な動機だった。保険会社という大きな市場支配力をもつ支払い者に対し、病院は規模の利益により交渉力を確保しようと試みた。

統合には、医師の利益が病院の利益と対立する状況を解消する狙いもあった。二で述べたように、医師は従来病院と経済的にも組織的にも独立していた。しかし病院は、病院間で統合を進めたり、医師の事業（医業）を買収したりすることにより、医師からの患者の照会を巡る競争を抑えようと試みた。

2 統合に伴う困難とその減速

統合の動きは、実際にはさまざまな困難に直面した。まず、統合は経済的に失敗することが多かった。具体的には、医業の買収には高い費用がかかり、また買収しても医師の生産性が低下する例が目立った。また、規模の拡大に伴い、事務や経営上の問題も複雑になり、従来の手法では扱いきれなくなった。結局、医師と病院による統合的

サービス提供の企ては、ほぼ一様に失敗に終わったとされる。⁽⁵²⁾

マネジド・ケアの伸びが限られたことも、統合の意義を損なうことになった。保険会社の価格設定力に規模の利益で対抗するのが、統合の大きな動機付けだったものの、七で述べるように、マネジド・ケアは患者との関係で医師や病院に対するコントロールの手を緩めざるを得ない立場に追い込まれた。こうして、一九九〇年代後半に入ると、病院統合の動きは減速し、統合を解消する動きがむしろ大きくなっていった。⁽⁵³⁾ 統合は、総合病院化よりも、特定の市場で競争的優位を得られる形態を戦略的に模索する段階に移行している。⁽⁵⁴⁾

3 Catholic Healthcare West の例

こういった趨勢を、冒頭で掲げたC H W病院について見てみよう。

一九九〇年代、C H Wはカリフォルニア州のサクラメントやサンフランシスコなど、従来C H Wが主要な市場としてきた地域での低価格競争にさらされた。この市場には、Kaiser Permanenteという強力な病院ネットワークが競業者として参入しており、他方で医療費の支払いも、マネジド・ケアにより厳しく抑えられた。

こういった状況に対処すべく、C H Wは急速な拡大路線をとった。医業や医療供給組織への投資や買収など垂直的統合とともに、カリフォルニア州内(南カリフォルニア)・州外(ネバダ州のラスベガスとコロラド州フェニックス)の病院を買収する水平的統合をおこなった。その過程で、最も競争の激しい市場であるロサンゼルスでも八つの非カトリック系病院を買収した。技術的統合も推進し、ITを導入するとともに、患者への請求、機材や薬品の購入をすべての病院で共同で行った。C H Wブランドによる宣伝・販促もおこなった。

しかし、拡大路線は裏目に出た。一九九〇年代後半に入るとC H Wは大幅な赤字に苦しむ。その要因としては、まずガバナンスのミスマッチが挙げられる。経営陣による意思決定に対し、各病院の地方理事会が権力を維持し、

統一的な経営方針が貫徹しなかった。また、広い地域でのどんぶり勘定がなされたため、利益と損失の出所が明らかにならないままに終わった。このため、高収益部門から発展の見込める市場への投資が進まず、経営の非効率につながった。

こういった中、二〇〇〇年に新CEOが着任し、組織再編が試みられた。財務関係の意思決定が中央に集約され、各病院の理事会が諮問委員会へ格下げされた。その一方で、日常の医療業務の責任は各施設へ分散された。そして、各施設に共通の評価基準を採用し、施設を横断した業績の比較評価、管理がなされるようになった。

また、統合も選択的に解消され、ほぼすべての医業や不採算病院は売却され、ITもアウトソースされた。保険会社との契約再交渉の結果、医療サービスの価格をCHW側が設定できるようになった。こうした努力の結果、CHWは二〇〇三年には赤字に復帰し、その後も大きく業績を改善している。

こうした組織再編を経て、CHWは資本投下を選択的に多様化していった。これがいかなる発想でなされているかを概観しよう。⁽⁵⁵⁾

まず収支の観点からは、資本を投資する対象の病院の財務状況と、投資を行う市場の経済的魅力が考慮される。この二点は、営利・非営利を問わず重視されるべき要素である（表1と図1）。さらにCHWは、社会的必要性の観点からも投資対象を考える。ここでは、各病院の地域社会への貢献の度合いと、当該地域での医療の必要性が考慮される。この二点は、公益を担うことを期待された非営利病院に特有の問題だといえる（表2と図2）。そして最後に、これらの観点のバランスが図られる（図3）。

こういったCHWの努力をレポートとしてまとめた論文は、末尾で次のように述べている。

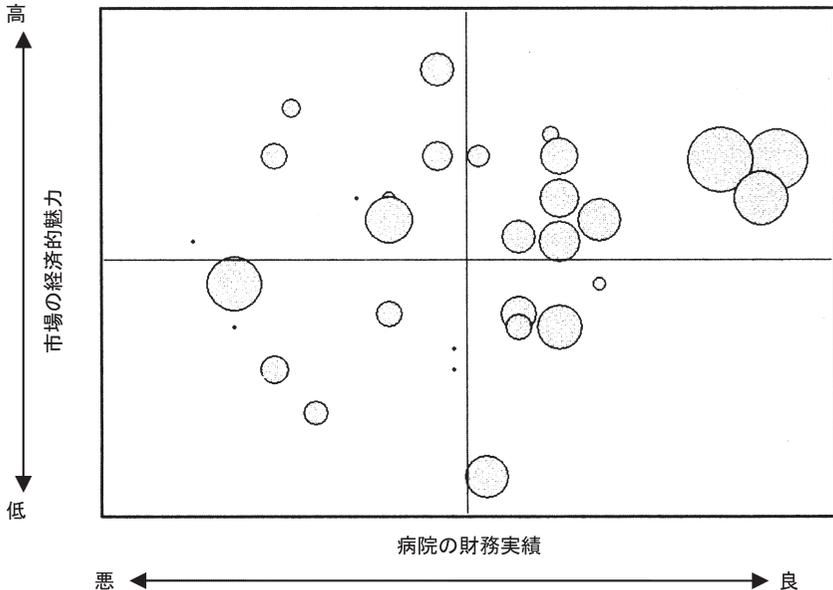
〔病院による医療サービスの〕必要性和能力を数量化することは、非営利団体にとって、その非課税特権に対し世論

表1 市場の経済的魅力と病院の財務実績に基づく CHW の資本投資戦略

高 ↑ 市場の経済的魅力 ↓ 低	競合者との協力 ・ジョイント・ベンチャーにより自らの資本の利用を節約し、成長を狙う ・不採算施設は、よりよい位置にある競合者に売却する ・外来診療に重点をおく	投資 ・最優先の設備投資対象 ・外来診療を拡充 ・新たな病院の建設 ・新たな医師との関係を築く
	売却 ・成績の振るわない施設を売却 ・成長の著しい市場へ資本を移動 ・社会的使命を果たすために必要な施設は維持する	キャッシュフローを獲得 ・高い収益を狙い、医療サービスが減少してもやむをえない ・収益は成長著しい市場へ移転 ・新たな投資は控える
	病院の財務実績 悪 ←—————→ 良	

出典：James C. Robinson & Sandra Dratler, *Corporate Structure and Capital Strategy at Catholic Healthcare West*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 134, 140 EXHIBIT 2 (2006).

図1 市場の経済的魅力と病院の財務実績に基づく CHW の資本投資



注：それぞれの円は、2005年から2009年の間にCHWの各病院において計画された資本投資の大きさを示す。横軸は各施設の財務上の指標（収益・収入など）を示し、縦軸は各施設のおかれた市場の特徴（人口の増減・家庭の所得など）を示す。

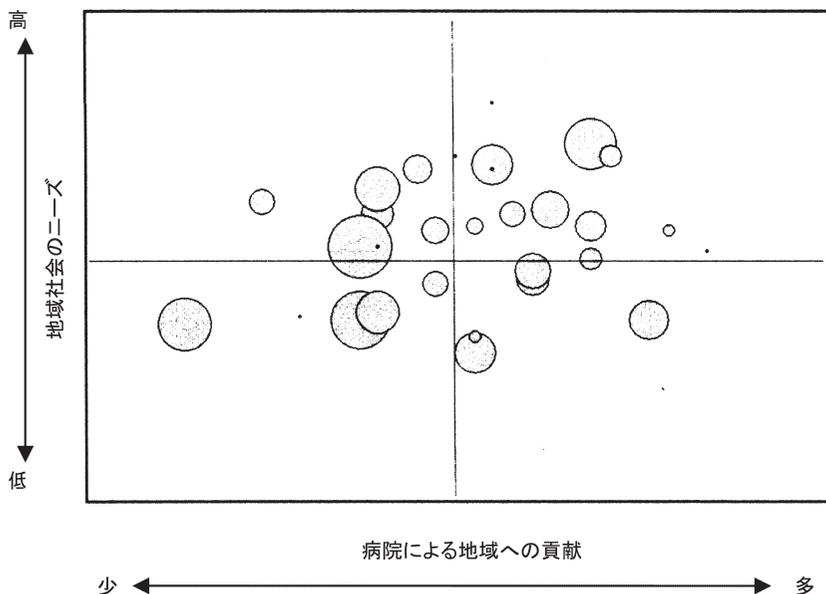
出典：James C. Robinson & Sandra Dratler, *Corporate Structure and Capital Strategy at Catholic Healthcare West*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 134, 143 EXHIBIT 4 (2006).

表2 地域社会のニーズと病院による地域への貢献に基づく CHW の資本投資戦略

高 ↑ 社会的ニーズ ↓ 低	再考 ・社会的ニーズに応えるために、別の収益源を模索する	地域貢献をする優先順位が高い ・事業を継続するため投資 ・収益向上を図る
	地域貢献をする優先順位が低い ・財務的に貢献をしているものでない限り施設を売却	再考 ・高い収益を狙う ・施設の売却を検討
	病院による地域への貢献 少 ←—————→ 多	

出典：James C. Robinson & Sandra Dratler, *Corporate Structure and Capital Strategy at Catholic Healthcare West*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 134, 142 EXHIBIT 3 (2006).

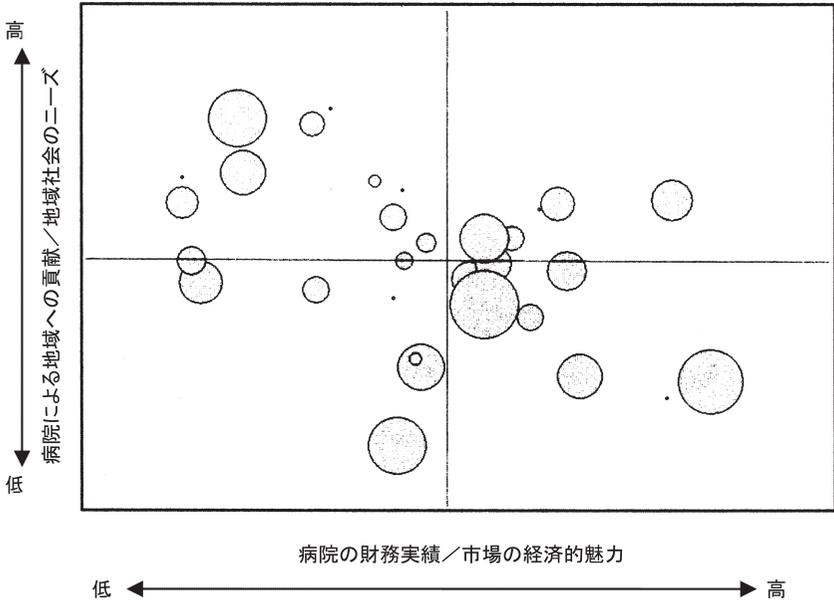
図2 地域社会のニーズと病院による地域への貢献に基づく CHW の資本投資



注：それぞれの円は、2005年から2009年の間にCHWの各病院において計画された資本投資の大きさを示す。横軸は各施設の当該地域社会への貢献を示し、縦軸は各施設のおかれた地域社会における医療関係への社会的ニーズの大きさを示す。

出典：James C. Robinson & Sandra Dratler, *Corporate Structure and Capital Strategy at Catholic Healthcare West*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 134, 144 EXHIBIT 5 (2006).

図3 病院の財務実績／市場の経済的の魅力と地域社会のニーズ／病院による地域への貢献とに基づく CHW の資本投資



注：それぞれの円は、2005年から2009年の間にCHWの各病院において計画された資本投資の大きさを示す。横軸は各施設の病院の財務実績と市場の経済的の魅力の指標の総和を示し、縦軸は病院の当該地域社会への貢献と施設のおかれた地域におけるニーズの指標の総和を示す。

出典：James C. Robinson & Sandra Dratler, *Corporate Structure and Capital Strategy at Catholic Healthcare West*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 134, 145 EXHIBIT 6 (2006).

が懐疑的な今日、大事なことでないだろうか。非営利団体の社会に対する説明責任のあり方は、「我を信ぜよ」の時代から「信じるが実証せよ」という態度へと移っており、その中で非営利団体が自らの活動と競合営利団体の活動との違いを明確化する手段として、多様化戦略があり得る。公益・慈善事業はどうしても会計上の収支によって制約されざるを得ず、非営利団体による社会的貢献を伸ばしていくには、いかにしてお金を稼ぐかとともに、どこで使うかについても戦略的アプローチを取る必要がある。⁽⁵⁶⁾

ここからは、今日のアメリカの非営利病院が、営利病院と同様か、むしろ営利病院以上に戦略的な病院経営を迫られていることがわかる。

- (49) Lawton R. Burns & Mark V. Pauly, *Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?*, 21 (4) HEALTH AFFAIRS 128, 128-30 (2002); FURROW, *supra* note 7, at 535-39.
- (50) MAX M. REYNOLDS, *HOSPITAL JOINT VENTURES: LEGAL HANDBOOK*, 1-2 (2004).
- (51) 病院による医師の事業の買収、とは日本ではなじみのない用語だが、一般に、病院が医師の所有する資産で医療の提供に必要なものを買収し、また医師と医療スタッフ定款による関係をもつのではなく、直接雇用契約を結び給料を払う関係に入ることをさす。See Burns & Pauly, *supra* note 49, at 130.
- (52) *Id.* at 130-32; FURROW, *supra* note 7, at 539-41.
- (53) Paul B. Ginsburg, *Competition in Health Care: Its Evolution over the Past Decade*, 24 (6) HEALTH AFFAIRS 1512 (2006).
- (54) 近年、専門的技術をもつ医師の設立した専門病院 (specialty hospital) が議論を呼んでいる。医師は、本来総合病院に紹介すべき患者でも、自ら持分を有する専門病院の患者を増やすため、そちらに紹介しがちだと指摘される。また専門病院が、総合病院の周辺で高い収益を生む分野で医療費支払い能力をもつ患者に医療を行うため、採算の取れない患者を多く受け入れる総合病院の経営基盤を損なっている可能性も指摘される。Stuart Guterman, *Specialty Hospitals: A Problem or a Symptom?*, 25 (1) HEALTH AFFAIRS 94 (2006).
- (55) Robinson, *supra* note 2, at 139-46.
- (56) *Id.* at 146.

七 近年の展開(3) 医療費高騰とマネジド・ケア

1 背景…雇用と保険

アメリカの公的医療保険は、高齢者を対象とするメディケアと低所得者を対象とするメディケイドに限られる。一般には、保険会社の提供する医療保険に加入する必要がある。医療保険が広まった第二次大戦以降、医療保険の多くは雇用を通してまかなわれていた。⁽⁵⁷⁾ 大企業と労働組合の果たした役割がとりわけ大きい。多数の労働者を集めるこれらの主体は、労働者の間でリスクを分散して保険を購入できる。政府による税法上の優遇措置もあり、企業や労働組合は、医療保険を提供することで、労働者や組合員獲得を図っていた。

しかし、一九八〇年代から九〇年代にかけて、状況は変化した。それまで独占利潤を享受していた大企業は、国内外で激しい競争にさらされ、また労働組合も組合組織率の低下に苦しむことになった。こうした中、保険加入率がとりわけ低賃金労働者層で低下し、低所得者向けの政府の医療保険メデイケイドの負担を増大させ、社会問題となっている。これに一九八〇年代後半からの医療費や医療保険料の高騰が追い討ちをかけた。

例えば、二〇〇七年のアメリカ三大自動車会社と全米自動車労組(UAW)との労使交渉では、労務コストとりわけ医療費負担を経営再建への最大の重荷だとする経営側と、もはや医療費支出の削減で譲歩できないとする労働側とが、激しく対立したと報じられている。⁽⁵⁸⁾ 全米最大のスーパーマーケット・チェーンのウォルマートは、低賃金労働者に対し十分な医療保険を提供していないとして非難を浴びている。いくつかの州ではウォルマートに医療費の負担を強制する制定法が成立し、また二〇〇八年大統領選挙の争点の一つにさえなる気配を見せている。⁽⁵⁹⁾

2 HMOによるマネジド・ケア

43で見たように、病院や医師に任せると医療は拡大する。政府による医療費抑制策も効果をあげず、クリントン政権による皆保険制度の立法の試みは失敗した。そして、医療費高騰の中で立ち現れたのがHMO (Health Maintenance Organization 健康維持機構) である。

一定の金額をあらかじめ積み立てれば、実際にかかった医療費がそこから支払われる、というHMOの原型となる仕組みは、二〇世紀初頭からあった。全米医師会は当初からこれに強く反発してきたが、一九七四年にはHMOを推進する連邦法が成立した。⁽⁶⁰⁾ そして医療費の高騰とともに、HMOは一気に脚光を浴びた。従来の医療保険が医師や病院からの請求額をそのまま支払う (fee for service) のに対し、HMOは一定の限度までしか支払いを認めないため、医療の無駄や費用を管理 (マネージ) する役割、すなわちマネジド・ケアを期待されたのである。⁽⁶¹⁾

保険会社の参入を伴い、加入者を一九八〇年代から九〇年代初頭にかけて大きく増やしたHMOも、一九九〇年代後半には強い批判を浴びるようになった。典型的なマネジド・ケアにおいては、加入者の患者がかかれる医療供給者が、医療費の割引に応じてHMOと契約を結んだ医師や病院に限定される。また、無駄とされる医療を抑制するため、医療内容や手続きも制約される。これは、患者の医療へのアクセスを不当に制約するとする医療界や患者代表の強い反発を招いた。マネジド・ケアの制約のため患者がひどい目にあつたとする報道も相次いだ。こうして、マネジド・ケアも一九九〇年代の後半には、患者に対しかなりの選択の自由を認めるようになった。

医療市場を経済法の観点から分析したある論文は、「医療市場は、本人―代理人関係 (principal-agent relationship) であざれている⁽⁶³⁾」と述べている。医療供給者は、患者の利益のために、いわば患者の代理 (agent) として、医療上の判断を下すことを期待される。しかし医師も、自らの医療サービスに対してより多くの支払いを得る、という利益と無縁ではない。こうして、医療供給側が患者の利益に反した行動をとる (agency cost の発生) のを抑制するため、支払いの側面で患者の代理として立ち現れたのがHMOだった。ところが、HMOが医療への制約を強めるにつれ、HMOが自らの利益を拡大するために患者にコスト削減のしわ寄せをするという、支払いサイドでの患者との利害の対立 (すなわち agency cost) が問題視されるようになった。患者を本人 (principal) とする二人の代理人 (agents) が、互いに衝突しつつかなる形で均衡点にいたるか。これが、今日アメリカにおける医療を取り巻く問題状況だといえる。

3 病院とマネジド・ケアの衝突経路

病院とマネジド・ケアはさまざまな形で対立を示しているが、ここでは、市場と政治という二つの局面を取り上げる。

市場では、医療供給側と支払い側の双方が、それぞれ合従連衡を繰り返し、競争力を競っている。⁽⁶⁴⁾ すでに見たように、医療側では一九八〇年代以降、病院・医師による医療供給の統合と再編が急速に進んだ。ここでは、マネジド・ケアに規模の利益で対抗することが大きな動機となっていた。しかし、すでに一九九〇年代後半には、統合による弊害が現われ、行き過ぎた統合を解消しつつ選択的統合が進められていった。

支払いの側でも、同様の動きが見られた。一九八〇年代、保険会社はマネジド・ケアの市場の大きさに着目し、多額の投資を行った。大きな保険会社が各地の保険会社を買収し、一九九〇年代に急速に全国規模へ拡大していった。しかし、多様な地域に多様な組織が多様なサービスを提供してきた医療市場においては、組織の拡大には、官僚組織の肥大化による運営効率性の低下、内部的な対立の残存、組織内の適切な資源配分の困難などの問題が伴う。一九九〇年代末には保険会社の撤退が相次いだ。それでも、病院と保険会社を巻き込んだ統合の動きは続いており、市場の再編という観点からも、独占禁止法などの法的観点からも目の離せない状況が続いている。⁽⁶⁵⁾

政治の面では、マネジド・ケアによる医療に対する制約の問題が、一九九〇年代後半から、州議会でも連邦議会でも取りざたされるようになった。⁽⁶⁶⁾ 多くの州では、マネジド・ケアの医療費抑制策から消費者を保護することをうたった「患者権利法」が成立した。連邦議会でも同じ趣旨の法案が民主党から提案されたが、成立には至らなかった。⁽⁶⁷⁾

アメリカ医師会は、自らを「患者アドボケート」と位置付け、「患者権利法」を支持している。同法を根拠に、保険会社を医療過誤で訴えることを狙っているとされる。しかし、アメリカ医師会による民主党支持は、普段のアメリカ医師会が、不法行為による医療過誤訴訟の抑制を目指す共和党を支持していることからすると異例である。

これに対し全米病院協会は、「患者権利法」には消極的な姿勢を維持している。その背景には、病院自らが保険業に進出し、自らHMOを運営したいという思惑があるとされる。こういった経緯から、全米病院協会は「患者権

「利法」案に関しては共和党を支持しているが、これも、全米病院協会が場合によって民主党を支持してきた経緯からするとややねじれている。

- (57) Victor R. Fuchs & Ezekiel J. Emanuel, *Health Care Reform: Why, What, When?*, 24 (6) HEALTH AFFAIRS 1399, 1400 (2006).
- (58) ビッグスリーの医療保険制度では、医療費の従業員負担が約一〇%で、この割合はアメリカ産業界平均の三〇%強、トヨタの二五%と比べて大幅に低く、その分大きな会社負担により、競争力が失われているという。日本経済新聞二〇〇七年四月二日朝刊。
- (59) ただし、ウォルマートをターゲットにしたマリランド州法は、連邦裁判所により、連邦法（後掲注（60）の ERISA 法）に反するとして無効とされた。Retail Indus. Leaders Ass'n v. Fielder, 475 F.3d 180 (4th Cir. 2007). See also, Adam Nagourney & Michael Barbaro, *Eye on Election, Democrats Run as Wal-Mart Foe*, N.Y. TIMES, Aug. 16, 2006, at A1.
- (60) Employee Retirement Income Security Act (ERISA), 29 U.S.C. § 1144 (a).
- (61) ただし、マネジヤ・クラブという概念の混乱を指摘する Jacob S. Hacker & Theodore R. Marmor, *How Not to Think about "Managed Care"*, 32 U. Mich. J.L. Ref. 661 (1999) が参考になる。
- (62) 一九九二年には、HMOへの加入は四〇〇万人、PPO (preferred provider organizations) への加入は五〇〇万人だったのに対し、わずか三年後の一九九五年には、HMOは六〇〇万人、PPOが九〇〇万へと増加した。OBERLANDER, *supra* note 5, at 169.
- (63) Peter J. Hammer & William M. Sage, *Critical Issues in Hospital Antitrust Law*, 22 (6) HEALTH AFFAIRS 88, 97 (2003).
- (64) James C. Johnson, *The Future of Managed Care Organization*, 18 (2) HEALTH AFFAIRS 7 (1999); Ginsburg, *supra* note 53.
- (65) 全米医師会は二〇〇六年四月、医療保険会社が全米各地ではほぼ独占に近い状態にまで達してらる」とする調査を発表し、司法省の介入を促した。AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COMPETITION IN HEALTH INSURANCE: A COMPREHENSIVE STUDY OF U.S. MARKETS (2006).
- (66) 李啓亮『アメリカ医療の光と影：医療過誤防止から「ベネフィット」まで』（二〇〇〇）二三四-二三五頁 Ginsburg, *supra* note 53 at 1516.
- (67) McCain-Edwards-Kennedy Patients Bill of Rights, S. 1052, 107th Cong. (2001).

八 終わりに

本稿で概観したアメリカ医療法制から、いかなる示唆を得ることができるだろうか。以下ではまずアメリカの法制にみられる特徴をpushした上で、日本のこれまでの常識を捉えなおすを試みる。

1 アメリカ法制の特徴

日本法と比較してアメリカ法に顕著に見られる一般的な特徴として、三点ほど挙げる事ができる。

第一点は、政府が小さいこと、そして大きい政府に対し根深い疑いが存在することである。アメリカでは未だに国民皆保険は実現していない。病院の免許にかかる審査において、政府は実質的に権限を病院と医師からなる自治組織に委ねている。政府による医療の供給量規制も失敗に終わった。これらの事例では、政府に財政的・技術的基盤が欠けていた面もあるが、同時にこういった基盤を政府に与えることを警戒する態度も広く見られる。ただし、政府が小さいことは、政府が無力であることを必ずしも意味しない。州の司法長官には、非営利法人の取引に介入したり、取引の妥当性を裁判所が判断して承認を与えたりする強い権限が与えられている。医療が政治問題化するにつれ、この局面での政府の役割はさらに重要になってきている。

第二点が、多くの局面で多様な選択肢間で競争があらわれることである。医師は病院を選び、病院は医師を選び、それぞれ競争している。病院を設立するにしても、多様な設立形態からそれぞれの利点を考えつつ選択することができる。非営利病院であっても、他の設立形態を取った病院とその存在意義をかけて競わなければならない。医療費の高騰が問題になってくると、病院側と保険会社側とは、互いに医療費の支払いへの影響力をかけて競った。もちろん、競争する当事者は独占利益を目指しており、実際に独占が成立することも少なくない。しかし同時

に、独占に対しては、これを警戒し許さない圧力が、市場と政治の両面で働く。巨大な病院ネットワークや保険会社は、医療の市場を支配したかに見えたときも、医療の地域性や複雑さを無視し、患者の選択肢を奪ったがゆえに、支配力を失っていった。病院も保険会社も、統合の解消とともに、選択的統合を進める道を選んだ。

第三点が、権力の分散ないし抑制（チェック・アンド・バランス）の理念である。⁽⁶⁸⁾アメリカでは、病院で医師が患者を診るという場面でさえ、互いに独立性をもった病院と医師が対峙していた。また、患者が診断を受け支払いをするという局面でも、支払い側（保険会社のマネジド・ケア）と医療提供側（医師と病院）が互いに患者の別個の利益を体現しつつ対峙していた。また、医療を担う病院を経営者が健全に運営しているかについては、営利法人では株主が、非営利法人では州の司法長官が目を光らせていた。このように、重要な利益や公益に関わる事柄について、アメリカの医療法制は、さまざまところで利害の対峙を発生させ、互いに抑制を図っていた。

以上の三点は、少数の有力者による独占的支配や不透明な権限の行使を警戒するという、アメリカ法の根底にある発想を別々の角度から表現したものかもしれない。もちろん、アメリカに独占的支配者や権限濫用がないとは到底いえない。そうした中で、アメリカ法は、どの代理（agent）が誰の利益を体現しているのか、本人（principal）は誰か、実際には代理人は自己利益を追っているのではないか、と思考する。そして、代理をチェックする機関や機会を設けることに関心を注ぐ。この発想は、国民の権力（国政）を信託された国の権力を、三つに分割して互いに抑制均衡させる三権分立の理念に通じる。本稿で浮かび上がった、衝突と対立に満ちたアメリカの医療法制は、良い意味でも悪い意味でもアメリカのデモクラシーを反映しているともいえよう。⁽⁶⁹⁾

2 日本の常識再考

アメリカの医療法制から、われわれは何を学べるか。三点にまとめてみる。

第一が、公益性という概念の曖昧さと多義性である。アメリカでも、病院の慈善事業的性格が薄れる中、非営利病院が免税を受ける要件の判断基準は変遷を示し、州によっては異なる判断基準を課していた。近年は、非営利病院への免税制度そのものは非まで問われつつある。

逆に際立つのが、公益性の危うさと、公益の陰で私益を図る動きを阻止することの重要性だった。内国歳入庁は、非営利病院の財産を契約などにより分配しないか実質的に判断していた。また、免税を受ける非営利病院の経営には、地域社会の代表の参加が求められ、病院の関係者や医師による支配も禁じられる。非営利病院における利益相反には、選挙で選ばれる司法長官が介入し、裁判所が公正性を判断する。このように、アメリカにおける公共性の担い手は、文字通り地域社会を代表し、医療専門家の利害とは距離を置く人々だった。最終的な判断は、法廷という公開の場に委ねられる。何らかの形で公益性を観念する以上、それを守る制度には裏づけが必要であり、公共性を地域社会との関係で定義する以上、⁽⁷⁰⁾制度的に地域社会とつなぐ必要がある。この点でわが国の制度が十分か、十分に機能するか、考える必要がある。

第二に、非営利性ないし公益性と採算性とが、必ずしも矛盾しないことである。⁽⁷¹⁾アメリカの非営利病院は、医療の市場における競争が激化し、医療費の負担が市民にのしかかる今日こそ、地域社会の必要とする医療を提供するため、戦略的な病院経営を追求する必要性に迫られている。採算がとれなければ、慈善的な医療を提供できないのは、アメリカに限ったことでも営利病院に限ったことでもない。わが国でも、これまで医療提供者が採算性から自由だったか、⁽⁷²⁾民間非営利部門が必然的に「自由で自発的」な「公益的活動」を行うと素朴に信じてよいかは、決して明らかではない。そうだとすれば、病院の採算性と非営利性や公共性を安直に結んだ楽観論も悲観論も考え直す必要がある。病院に認めるべき資金や資本の調達手法に関する議論と、費用と支払いのつりあわない医療の提供を必要分野で促進するための政策論争とが、混同もすり替えもなく進められなければならない。

最後に、医療制度に関わる理念と現実とを明確に関連づけ、実のある制度設計をする必要がある。アメリカの制度を日本に直輸入はもろんできないが、アメリカの現実と法制度や法理念との関係を観察すると、そこから有益な分析枠組みが得られる。日本では、異なる主体が異なる利益を体現して争うことが、アメリカほど熾烈には行われない。患者は医師の経営する病院で診察を受ける。医療保険で支払われる医療費の決定には、医療関係者が関与する。日本医師会は、戦後日本の国政をほぼ一貫して担ってきた自由民主党と関係を維持してきた。しかし、利害の対立が隠れている日本でこそ、どのような利益が対立し、誰がこういった利益を扱い、どのような形でその利益が悪用されやすいか、明晰な分析が必要になる。公益がどのような利益からなるか明らかにし、公益を掲げつつ裏で私益を追う者を抑止する制度を確立して初めて、真に国民のための医療が第一歩をふみ出すといえよう。

(68) 例えば、李・前掲注(66)、一三六頁参照。

(69) John K. Iglehart, *The Business of Health in a Free-Wheeling Democracy*, 19 (1) HEALTH AFFAIRS 6 (2000).

(70) 平成一八年医療法改正では、新たに以下のような規定が加えられた。「第四〇条の二 医療法人は、自主的にその運営基盤の強化を図るとともに、その提供する医療の質の向上及びその運営の透明性の確保を図り、その地域における医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たすよう努めなければならない。」

(71) 例えば「医療法人制度改革の考え方」二頁参照。「株主が求める高い収益率を追求するなど採算性が厳しく求められる民間営利部門では、国民が求める医療サービスをはじめとした社会のニーズに十分対応できないため、個人や法人の自由で自発的な民間非営利部門による公益的活動が果たす役割とその発展を図ることがきわめて重要である。」

(72) 看護師の人数を従来よりも手厚く配置すれば多くの診療報酬が受け取れるようにする二〇〇六年四月の診療報酬改定に対し、日本の医療法人は看護職員採用予定数を大幅に増し、迅速に対応した。これによって、中小や地方の病院が破綻することになれば、地方や地域での医療が崩しかねない、との報道もされている。「看護師本当に不足?——診療報酬改定で偏在進む(社会保障ミステリー)」日本経済新聞二〇〇六年一月四日付夕刊一四頁。

(73) 前掲注(71)参照。

〔付記〕 本稿は、二〇〇五年から二〇〇六年にかけて開催された「医療法人研究会」での報告に加筆修正したものである

る。本稿の内容も、研究会での討論に負うところが大きく、弁護士法人キャスト糸賀の瓜生健太郎氏と本学法学部の早川吉尚教授をはじめとする研究会のメンバーの方々、とりわけアメリカの医療を取り巻く諸問題について情報提供してくださった三井物産株式会社の空岡一平氏と櫻井敏治氏に、記して御礼申し上げます。言うまでもなく、本稿の内容、とりわけ無理解や誤解の責は、すべて筆者に帰せられる。