慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	医療人としての矜持 : これからの医療機関に求められる経営合理化と倫理の重要性
Sub Title	Pride of medical professionals : required for future medical institutions, rationalization of management and importance of ethics
Author	川北, 智之(Kawakita, Tomoyuki)
Publisher	慶應義塾大学大学院商学研究科『慶應商学論集』編集委員会
Publication year	2013
Jtitle	慶應商学論集 (Keio business and commerce review). Vol.26, No.1 (2013.) ,p.19- 38
JaLC DOI	
Abstract	医療費の削減問題は長い間議論されている。しかし人の生命や健康の維持に直結する問題であり, 未だ踏み込んだ議論が出来ないのも事実である。医療の安全を確保し, かつ医療費を削減するという一見トレードオフとも思える関係を調和し, 医療機関の安定的運営を確保するためにはどうするべきであろうか。そこで本稿においては, 医療経営の実態を解明するとともに, 医療従事者の倫理に焦点を当て論じることとした。 近年においては, 医師と患者との関係変化, 医療過誤による訴訟の増加, 著しい医療進歩への対応等, 医師を取り巻く問題は山積している。 医療経営の合理化は必須であるが, その議論をする際に医療経営と医療従事者の問題を分離することである。患者は医師に対して, 経営のプロフェッショナルであることを求めてはいない。医師は「医療の専門家」として良質な医療を提供することに集中し, 経営は「経営の専門家」に委ね, 外部監査の実施により医療機関の透明性の確保を徹底することにより, 患者と医師と経営者の信頼関係が構築できる。そして医療分野において医師と患者等の「情報の非対称性」が存在する以上, 医療人は一般人と比し, より清廉高潔な倫理的水準を保持して行動することが求められると考える。
Notes	論文
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN10088763-20140330-0019

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應商学論集
第26巻第１号
2014 年 3 月

医療人としての矜持
―これからの医療機関に求められる経営合理化と倫理の重要性―

川　北　智　之

＜要　　約＞

医療費の削減問題は長い間議論されている。しかし人の生命や健康の維持に直結する問題であり、未だ踏み込んだ議論が出来ないのも事実である。医療の安全を確保し、かつ医療費を削減するという一見トレードオフとも思える関係を調和し、医療機関の安定的運営を確保するためにはどうするべきであろうか。そこで本稿においては、医療経営の実態を解明するとともに、医療従事者の倫理に焦点を当て論じることとした。

近年においては、医師と患者との関係変化、医療過誤による訴訟の増加、著しい医療進歩への対応等、医師を取り巻く問題は山積している。

医療経営の合理化は必須であるが、その議論をする際に医療経営と医療従事者の問題を分離することである。患者は医師に対して、経営のプロフェッショナルであることを求めてはいない。医師は「医療の専門家」として良質な医療を提供することに集中し、経営は「経営の専門家」に委ね、外部監査の実施により医療機関の透明性の確保を徹底することにより、患者と医師と経営者の信頼関係が構築できる。そして医療分野において医師と患者等の「情報の非対称性」が存在する以上、医療人は一般人と比し、より清廉高潔な倫理的水準を保持して行動することが求められると考える。

はじめに

我が国は少子高齢化が急速に進展し、社会保障支出の負担増が日に日に財政を圧迫するという深刻な問題を抱えつつも、特効薬となる打開策が見出せぬまま時間を徒過している。

社会保障支出の中でも医療費の増加は著しい。そして急速な少子高齢化という一朝一夕に解決することが不可能な人口構成の中にあって、支出を激減させることは困難な事もまた事実であろう。医療費削減は生命に関わる問題であり、いわゆる「聖域」として本格的議論もままならず小

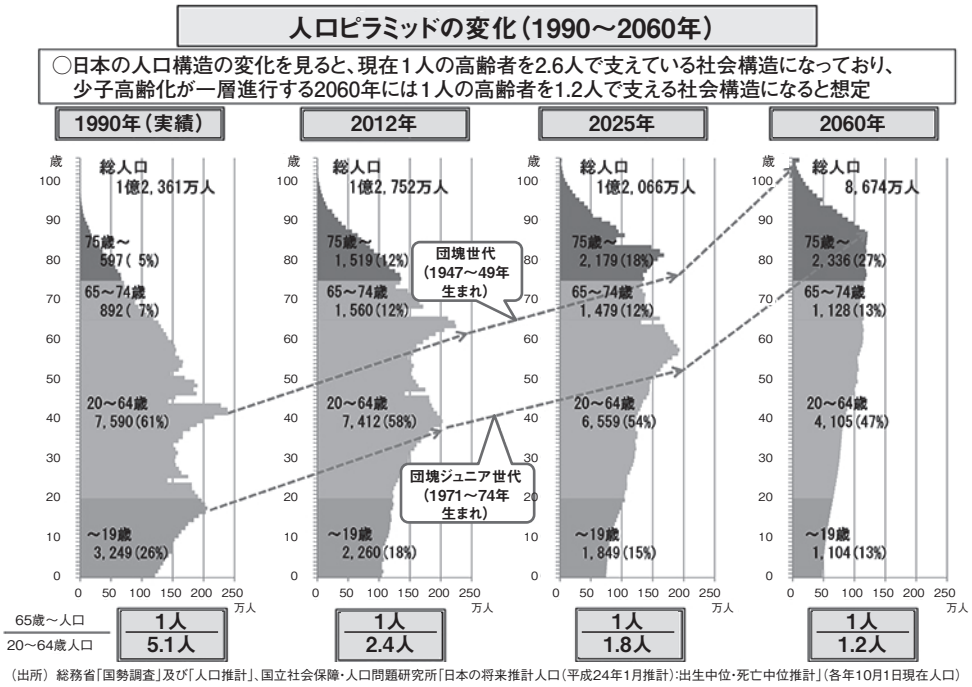
手先の施策により対応してきた感も否めない。

しかし私は、医療の安全を確保しつつ医療費を削減するという一見トレードオフとも思える関係を調和することは可能であると考える。そこで、医療経営の実態を分析し、さらに医療従事者の倫理に焦点を当て未来につながる医療政策について論じていこうと思う。

第１節　窮地の日本

我が国の公債残高は毎年増加の一途をたどっている。平成 25 年度末現在では約 750 兆円に上り、一般会計税収の約 17 年分に相当する金額である。債務残高の対 GDP 比は主要先進国と比しても最悪の水準であり財政の悪化も加速している。これは将来世代に大きな負担を残すことに他ならない。

一方で、人口構成においては下図のように、急速に少子高齢化が進展している。



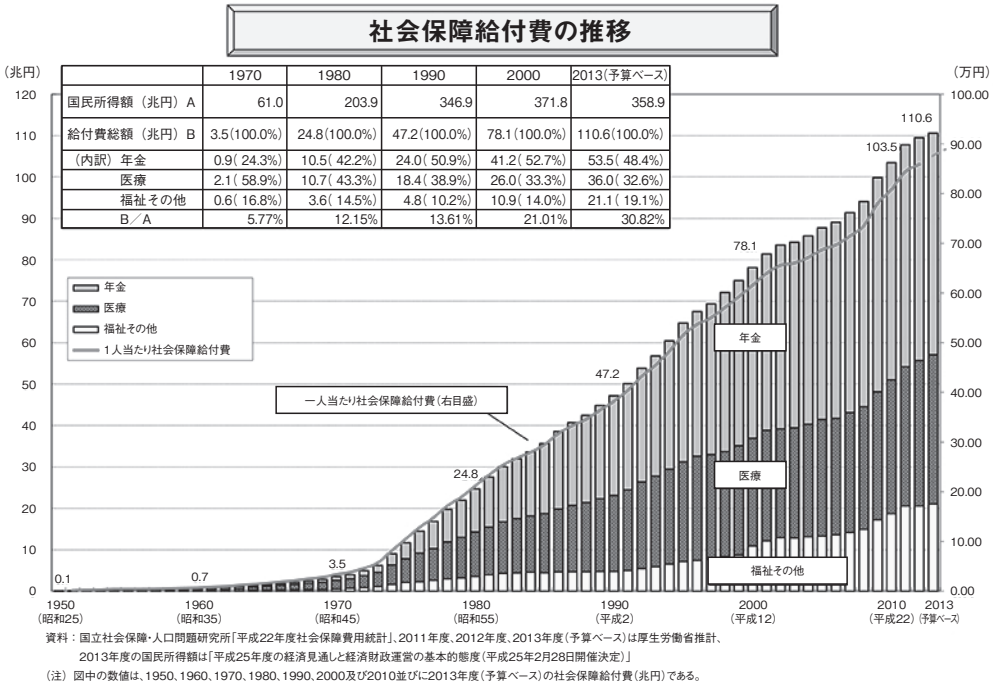
（出典：厚生労働省：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html ）

少子高齢化の影響を受け社会保障給付費は増加の一途をたどっており、2013 年度（予算ベース）においては、給付総額が約 110 兆円と膨大な支出額である。

社会保障は「国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民にすこやかで安心できる生活を保障

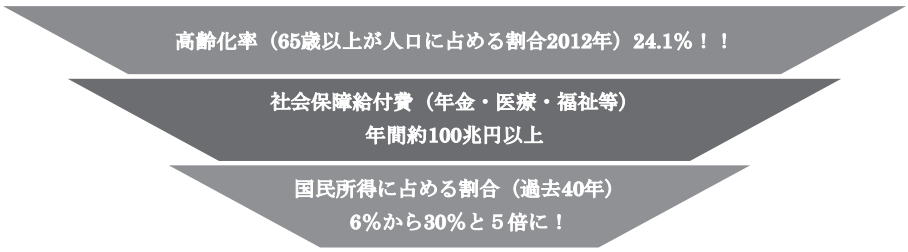
することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行うもの」（社会保障制度審議会＜社会保障将来像委員会第１次報告＞（1993）とされており、人口ピラミットを考慮すると社会保障支出の削減は今後ますます困難になることがうかがえる。

第２節　問題の所存は何か



	1970	1980	1990	2000	2013（予算ベース）
国民所得額（兆円）A	61.0	203.9	346.9	371.8	358.9
給付費総額（兆円）B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.2（100.0%）	78.1（100.0%）	110.6（100.0%）
（内訳）年金	0.9（24.3%）	10.5（42.2%）	24.0（50.9%）	41.2（52.7%）	53.5（48.4%）
医療	2.1（58.9%）	10.7（43.3%）	18.4（38.9%）	26.0（33.3%）	36.0（32.6%）
福祉その他	0.6（16.8%）	3.6（14.5%）	4.8（10.2%）	10.9（14.0%）	21.1（19.1%）
B／A	5.77%	12.15%	13.61%	21.01%	30.82%

（出典：厚生労働省：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html ）



社会保障支出の中でも医療費の増加は非常に著しい。医療費総額は平成 19 年の 33.4 兆円から平成 24 年には 38.4 兆円となり、この直近 5 年間で 5 兆円の増加、率にして 15%の伸び率を示し

ており毎年増え続けている。国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる医療制度を実現し、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を達成してきたわけだが、今後は、少子高齢化、経済情勢の変化に対応した、持続可能な公的医療保険制度を考えていかなければならない。

日本の医療システムの問題点としては、過剰な病床（長期入院の原因）、医療費の地域差、医療の質の保証欠如、病院・医師の機能未分化、診療報酬点数表における誤ったインセンティブ、患者側のモラル・ハザード、医療機関側の非価格競争による悪循環、そして医療費の財源問題が長らく課題として残っている。[1]

医療費がこのまま青天井に増え続ければ、財政赤字の累積問題はいっこうに解消せず将来世代に禍根を残すことは明らかである。では如何ようにして医療費を削減すればよいのであろうか。過去の医療制度改革における医療費抑制のロジックを単純化すると次のようになる。[2]

（1）わが国の医療費が年々伸びているのは、入院サービスの供給量や外来サービスの供給量が増加するからである。

（2）入院サービスの供給量が多くなっているのは、平均在院日数が長いからであり、入院医療費を抑制するためには平均在院日数を減らす必要がある。

（3）外来診療のサービス供給量が多いのは、生活習慣病の患者を頻回にわたって通院させるからである。

そしてこの解決のため「医療費適正化」政策と称して次のような政策を行ってきた。

（1）都道府県単位で医療費コントロールを行い、医療費適正化計画を策定する。

（2）実効性をもたせるために、医療保険の保険者や後期高齢者医療制度を都道府県単位で再編する。

（3）地域の医療機関の機能分担を明確化することで無駄な医療消費を防ぐ。

（4）医療保険の保険者に特定健診・特定保健指導を義務づけ、患者自体を防ぐ。

このように制度上、表面上の改革ばかりに目がいってしまい、実は本質的な改革ができていないのではなかろうか。そして医療費が削減出来ない本質的要因として、現在の医療機関における経営方法の未成熟さが以前から問題視されている。

医療費を削減するには、医療機関に対する規制を緩和してコストを引き下げ、経営の効率化を図るようにする。これが一般の事業会社であれば当然のこととして捉えられ実行されるであろうが、医療の世界においてはそう簡単にはいかない。かつて小泉政権当時には、「聖域なき構造改革」として医療制度改革に積極的であったが、根強い反対があったのも事実であり、端的にそれ

1）府川（2010）
2）亀川（2007）p26-27 を編集

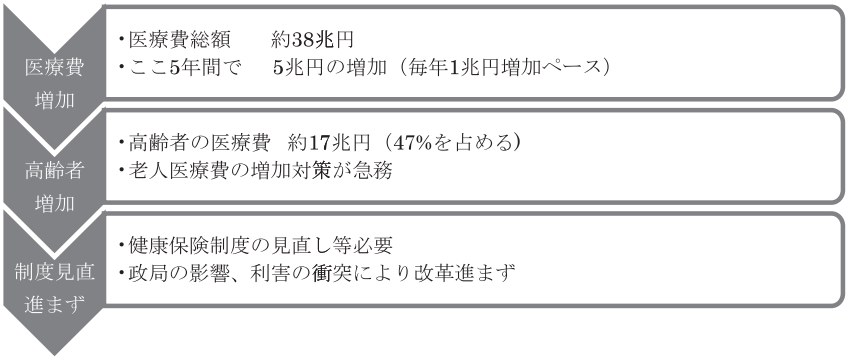
を現しているのが下記のような見解である。

「小泉政権時代の構造改革路線により、医療費増大に対する国民負担軽減の観点から、社会保障費は厳しく抑制され、診療報酬や介護報酬の引き下げが繰り返されたことにより、医療崩壊、病院崩壊が社会問題となっている。

医療サービス提供コストの縮減・合理化という国家財政の見地からの施策により、医療機関や介護施設の経営は悪化し、職員の待遇も抑えられた。

病院の閉鎖、医師不足、救急患者のたらい回しなどの深刻な状況にもかかわらず、現在、議論されているのが医療費抑制政策と、保険診療と自由診療を共存させる混合診療全面解禁論等に見られる医療の市場原理化であり、これらは我が国が誇る国民皆保険制度を崩壊に招く可能性が高い。

医師自身は、医療崩壊を食い止める方策は、医師を締め付けるのではなく、優遇することだと思っている。しかし、現在の医療に不満のある行政・マスコミ・世論は簡単に医師を優遇しない現状に、医師の反発はさらに強まっている。」[3]



第１章 我が国の医療制度

第１節　医療制度の特徴

我が国では昭和 36 年に国民皆保険制度が導入され、全ての国民が公的な医療保険でカバーされている。制度上の特徴を挙げると次の３つに大別できる。

医療法人制度は昭和 25 年の医療法改正により創設された制度である。戦後、国民全体に高い水準の医療を安定して供給することは我が国にとって不可欠な施策であった。この制度の創設により複数人による出資を可能にし、高度医療を安定して供給する体制が整ったわけである。なお

3）永石（2010）p2-3 を編集

自由開業制	医療保険の フリーアクセス	出来高払い制
・医師は何科であろうと、どこであろうと原則自由に診療所や病院を開設することができる	・患者は保険証さえあれば、どこの保険医療機関でも自由に受診することができる	・診療報酬は個々の治療行為の積み上げとなっており、初診・再診療料、検査料、など行為別に価格設定

全国には、9千の病院と10万の一般診療所、そして6万8千の歯科診療所の合計17万7千の医療施設があるが、これらのうち4万8千が医療法人である。

医療法人制度の概要は次のとおりである。

（1）医療法人とは、病院、診療所、介護老人保険施設の運営を目的とした法人であり、根拠法律は医療法に定めがある。

（2）約4万8千件の医療法人のうち、約4万件がいわゆる一人医師法人である。（昭和60年の医療法改正により一人の医師が勤務する診療所でも法人設立が認められた）

（3）医療法人の設立認可は、都道府県知事が行う。

（4）理事長は原則として医師又は歯科医師でなければならない。

（5）役員は、理事が3人以上、監事が1人以上を必要とし、理事長のみが登記をする。

（6）税務申告後において事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書等を都道府県に提出することも義務付けられている。

制度上の特徴は次の点である。

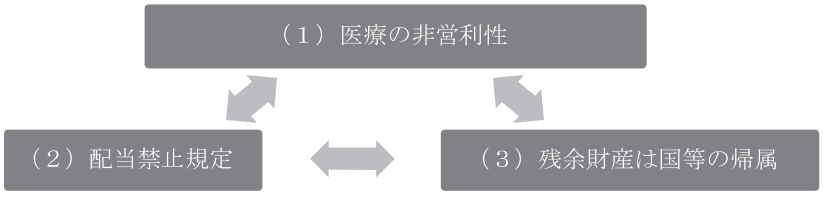
（1）我が国の医療法⇒「医療の非営利性」

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開設の許可を与えないことができる（医療法7条5項）

（2）配当禁止規定

医療法人は、営利の追求を目的としていないため、配当をおこなうことができない。

医療法人は剰余金の配当をしてはならない（医療法54条）



（3）残余財産は国等の帰属に

医療法人の非営利性が担保されていないという意見が多数あり、平成19年4月に大幅に医療法が改正された。

なお、平成19年3月以前に設立の医療法人は経過措置によりこの規定の適用は見送られており、従前通り全て拠出者へ帰属する。

第2節　営利企業の病院経営

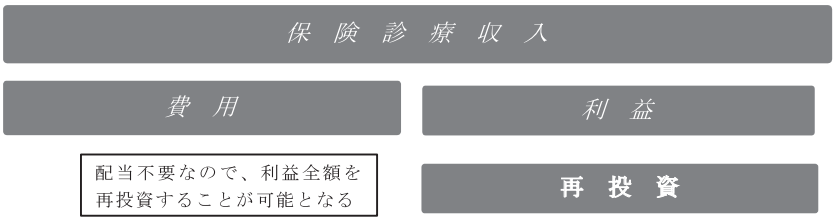
第1節で述べたように非営利を大原則とする我が国の医療法人制度においては、営利企業の参入は不可能である。営利企業にも門戸を開くべきであるとする規制改革、民間開放論者も多数存在しているが、未だ実現には至っていない。

そこでこの節では医療法人と営利企業（株式会社）を比較し、営利企業が病院経営に参入した際に考えられるメリットとデメリットについて述べていく。

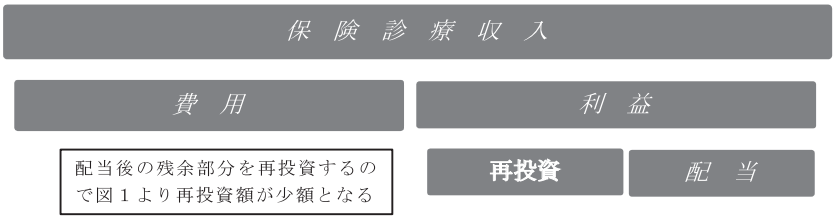
医療法人は元来営利を目的とすることができず、かつ医療法54条において剰余金の配当を禁止している。これに対し一般の株式会社（営利企業）は、株式の引き受けを前提にした会社であり（会社法25条）、株主は高い配当を得ることを目的に株式を購入する。ゆえに、株式会社にとり配当は至上命令なのでより大きな利益を確保する必要があり、このことが大きな相違点になる。

医療法人と株式会社が同じ診療行為を行った場合、保険診療収入は同じであるが、株式会社は

≪図1　医療法人のケース≫



≪図2　株式会社のケース≫



配当を行うためより多くの利益が必要となる。そのため理論的には、株式会社は医療法人に比べて収入を拡大するか又はコストを圧縮しなければ、同額の再投資を行うことができないということになる。

では株式会社による病院経営が実現した場合には、どのような有効性が考えられるであろうか。

（1）市場原理が働き、患者へのサービス向上が期待できる

サービスの質を良くするためのシステムは、株式会社制度が発足以来長き間において熟成され確立されている。また、株式会社は、健康予防や介護事業、在宅サービス等病院経営以外の事業を行うことも可能であるから総合的なヘルスケアサービスの充実が期待できる。

（2）資金調達手段の多様化が図られる

患者に対して良質な医療サービスを提供するためには、病院施設、医療設備、医療器具等を常に最新化する必要があるが、現状制度においては医療法人の資金調達手段が制限されているため、金融機関からの借入に依存せざるをえず、大規模な設備更新に二の足を踏ませ、近代化を遅滞させている。

（3）経営の透明性の向上が期待できる

医療機関が市場から資金調達をする場合には、資金の必要性、その医療機関の事業戦略、経営財務情報を投資家に開示し説明する義務を負うことなり、医療機関は適法適正なガバナンスを求められ、市場原理に委ねることにより恣意的な経営の排除も可能となる。

しかしながら、医療経営への株式会社参入に関しては、日本医師会を筆頭とし断固な反対により未だ実現に至っていない。なぜ株式会社が医療経営を行うことは出来ないのか、その反対論の代表的意見を記していく。[4]

（1）医療の質の低下が懸念される

保険診療において、コスト圧縮と医療の質を両立させることは非常に困難であり、収入拡大やコスト圧縮を追及するあまり、乱診乱療、粗診粗療が行われる危険性がある。

（2）不採算部門等からの撤退

利益追求のため、不採算な患者や部門、地域からの撤退、医療機関経営自体からの撤退すら可能性もある。

（3）公的保険範囲の縮小

株式会社は政策的に抑制されない自由診療の増収を図り、保険給付範囲を縮小させ混合診療解禁の主張を推し進める。

4）日医（2009）

（4）患者の選別

本業が保険、金融業などの場合、患者情報を顧客情報として活用しかねず、医療、民間保険、金融といった資本の輪を完成すれば、患者（顧客）の選別、囲い込みが容易となる。

（5）患者負担の増大

株式会社が医療に参入した地域では、競争原理上、医療法人の株式会社化が進み、こぞって利益追求することにより、医療費が高騰し、保険料や患者負担も増大する。

（6）税金による配当

公的医療保険の原資は、税金（公費）、保険料、患者負担である。株式会社の参入を認めることは、すなわち税金からの配当を認めるということである。

総じて、株式会社参入の狙いは、公的医療費支出の抑制、私的医療費支出の拡大であり、その根底は、「市場原理主義」である。市場原理主義の下での構造改革、いわゆる「勝ち組」に利益が集中し「格差社会」という歪んだ社会の仕組みが医療業に持ち込まれる危険性がある。

第２章　非営利性の形骸化

医療法 54 条において剰余金の配当を禁止していることが非営利であることの根拠であるが、しかし「非営利性の遵守」はもはや形骸化しているともいわれており、厚生労働省もその点を認識している。

「医療法人については、様々な手段を通じて事実上の配当を行いうること、病院の内部留保を通じた個人財産の蓄積や解散時の残余財産の分配は可能であること、営利法人によって事実上医療法人の経営が支配されている事例が存在することなど（中略）、医療法人制度における「非営利性」が形骸化しているとする意見がある。」[5]

第１節　非営利性の概念

ここで疑問に感じるのは、医療機関は本当に非営利な組織なのであろうかという事である。株式会社の病院経営が実現しない根拠である「非営利」の妥当性について検討することとする。

非営利性の概念について、伝統的な通説においては「営利性」の中に別次元の「私益性」を混合しているとする見方もある。本来は営利性の反対概念は非営利性であり、公益性の反対概念は私益性であるから理論上は営利･公益法人としての株式会社の設立は可能であるとも考えられる。

この点について、加藤修慶應義塾名誉教授は次のように述べている。

5）厚労省（2003）

「現行会社法 105 条 2 項は、株主に剰余金の配当を受ける権利及び残余財産の分配を受ける権利の全部を与えない旨の定款の定めは、その効力を有しないと規定して、「営利性」の中に「私益性」を混合する通説の考えを基礎として取り入れ、結果的に営利・公益法人としての株式会社成立を許容していない」[6]

会社法 （株主の権利）

第百五条 株主は、その有する株式につき次に掲げる権利その他この法律の規定により認められた権利を有する。

一 剰余金の配当を受ける権利

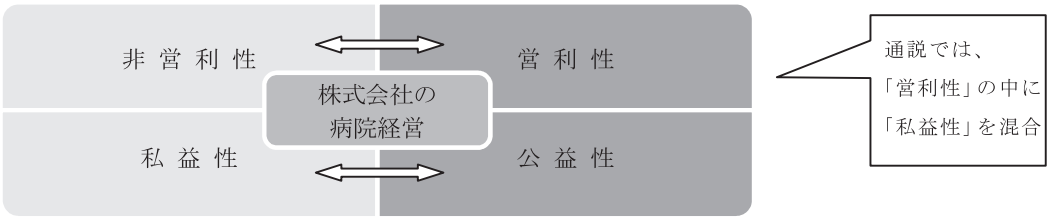
二 残余財産の分配を受ける権利

三 株主総会における議決権

２ 株主に前項第一号及び第二号に掲げる権利の全部を与えない旨の定款の定めは、その効力を有しない。

この現行制度について加藤教授は同論文内で「しかし、この立法は、原理的には、獲得した利潤に対する市民の自治に対する干渉であり、大きなお節介である。」としている。

上記の内容を図にすると次のようになる。、営利性と私益性の概念をしっかり区分することにより「営利性」と「公益性」の組み合わせが可能となり法理論上も株式会社の医療経営は何ら問



題なく実現できるのである。[7]

しかし問題の本質は法制度ではない。

「医療事業（中略）分野では、利潤追求ということで人を我利我利亡者（ガリガリボウジャ）にしかねない株式会社の参入は極めて制限的にし、（中略）営利という怪しくていかがわしくなりそうなことを目的とする株式会社には安心して委ねられないという訳である」[8]（__線部分は筆者加筆）

6）加藤（2011）

7）この点につき次のような意見もある。「病人という弱者から利益を得てそれを株主に分配することに抵抗感があることも否定しがたい。」川口（2009）

8）加藤（2011）

実はこれは立法の問題ではなく、その根底にある株式会社への不信感、利益至上主義への嫌悪感が根強いことに他ならない。この問題の解決には、各企業がコンプライアンスを徹底し社会的信用を高め、企業倫理を周知し、既存の株式会社制度をさらに持続可能な安定的制度に成熟させる必要があろう。

第２節　病院経営の実態

病院経営の実態は営利企業と何ら変わりないとする見方も多いのは、次のようなことが実際に行われていることに起因しており、これこそが「非営利の形骸化」の本質でもある。

医療法人は税制上数々の優遇措置も講じられており、不平等な「医師優遇税制」との批判を受

出資社員の退社による持分の払い戻し

・剰余金を含めた金額で払い戻すのが一般的であり、実質上剰余金の分配が可能となっている

系列企業との取引による利益移転

・メディカルサービス法人（通称：MS法人）と呼ばれる系列営利企業を設立し、取引に介在させて仲介料や業務委託料を取る

理事他同族関係への給与等支払い

・多くの医療法人では、医師以外の同族関係者が役員に就任しており、MS法人や役員を通じて身内に多額の金銭が分配されている

営利企業による実質経営権の掌握

・営利企業が自ら融資をし経営を支援したり、金融機関借入に際して債務保証をするなどして実質的な経営支配を行っている

解散時残余財産の還元(平成19年４月以降新設は国等帰属)

・解散時の残余財産分配は、剰余金を含めた出資割合に応じて分配される。既存の医療法人の圧倒的多数は平成19年4月前に設立している法人である

けつつも存続をしている。

そして非営利性を掲げている医療法人であるが、医師の給与は民間給与平均額と大きくかい離

法人税	・社会保険診療報酬に係る概算経費特例 ・特定医療法人に対する軽減税率適用 ・留保金課税の不適用
事業税	・社会保険診療報酬に係る所得の非課税 ・外形標準課税の不適用

しており、営利企業と変わりがないどころか、非常に高所得である。国税庁による民間給与実態統計調査によれば、平成 24 年分の１年を通じて勤務した給与所得者の１人当たりの平均給与は

408 万円であり、これを男女別にみると、男性 502 万円、女性 268 万円である。

一方、直近の医療法人の病院長（院長）の平均給与は年間 2,865 万円、勤務医の平均給与は 1,550 万円である。[9]

これは、営利企業の平均給与を大幅に上回る金額である。医療機関の主だった収入は社会保険診療収入であり、これは国民の社会保険料と税金によって賄われている。医療費増大が国民的懸念事項である昨今において非営利組織の一員としての医師給与が高額に過ぎるのではないかという批判は免れないであろう。

さて、医療法人「徳洲会」グループによる公職選挙法違反事件は記憶に新しい。[10]「生命だけは平等だ」「ミカン 1 個も貰わない（「お礼」として金品の授受を受け付けない）」などをモットーに発展した日本最大といわれている医療グループが、組織ぐるみで違法行為を繰り返していた事実は重く受け止めるべきである。医療関係者はなぜ政治家に多額の献金をする必要があるのか。これは、医療サービスの特殊性に関連している。一般的な社会においては、多くの資源配分が市場でコントロールされ、有用な財・サービスを提供する個人や法人に資源が集中し、逆に有用ではないものについては市場からの撤退を余議なくされる。しかし、医療サービスは行政側の裁量によるところが非常に大きい。医療施設の開設や業務に関する許認可、医療従事者の質や量等の調整、資源再分配としての補助金支給、そして最も影響が大きいのは 2 年に一度改定される診療報酬である。限られた資源（予算）の中でいかに診療報酬の配分を確保するかにより、その後の医療機関の収入は大きく左右される。この診療報酬改定のプロセスには不透明な部分も多く、政治利用されているとの批判もあり、今後は透明性の確保が非常に重要である。[11]

9）「医療・医療経営統計データ集 2012」 三冬社（2012）

10）徳洲会理事長である徳田虎雄･元衆議院議員が、自身の長男である徳田毅衆議院議員の選挙運動全体を掌握し指示していたとされ、グループの病院職員らに報酬を支払った上で選挙運動させた運動員買収罪などの容疑で、2013 年 11 月に徳田議員の母や姉など一族及びグループ幹部が一斉に逮捕されたという事件である。

11）http://ja.wikipedia.org/wiki/「中央社会保険医療協議会」（アクセス 2014/1/23/2130）
「中央社会保険医療協議会」は、健康保険制度や診療報酬の改定などについて審議する厚生労働相の諮問機関であり、通例「中医協」と略称される。厚労省は中医協の答申に基づき、2 年ごとの診療報酬の改定を実施している。 診療報酬を決めるにあたって、明確な算定ルールが存在しなかったため、中医協委員に名を連ねる利害関係者が事実上の改定方針を決定し（とりわけ、開業医を中心とする日医が強い発言権を持っていた）、改定率は与党の厚生関係議員が水面下の協議で決めるという事態が長らく続いた。今もって中医協の性格は大きく変わることがなく、2008 年 5 月には、当時の舛添要一厚労相が「中医協の診療報酬配分の決定には透明性がない」と発言し、国民から解離した中医協の在り方を見直す必要があることを指摘した。

第３章　医療業の倫理

この章においては、倫理に焦点を当てて述べていく。そもそも医療とは、人間の生命や健康の維持などに関わる多様な活動や行為を示す概念である。それは人間が存在するための活動・行為という意味で、人類の歴史とともに存在する根源的なものである。

その医療にかかる倫理においては、尊厳死や脳死等の終末期医療や、臓器移植、クローン技術の人への応用などの生命倫理が問題に挙がるが、その他にも混合診療の解禁や、救急医療現場における医療機関の受入不能問題などもあり、また、医師と患者の関係にも変化が生じているのが最近の特徴である。

第１節　生命倫理とインフォームドコンセント

生命倫理（Bioethics）とは「生命」を意味する「バイオ（bio）」と、倫理を意味する「エシックス（ethics）」を結びつけた用語である。この用語を作ったとされるのは、がん研究者のポッター（Potter, V.R）であり、1970 年代初めにアメリカで使われるようになった。

基本的な定義としては、「生命科学や医療における人間の行為を倫理的価値や原則に照らして考える体系的な研究」（生命倫理百科事典）である。[12]

生命倫理の考え方の根拠としては（１）功利主義（Utilitarianism）と（２）義務論（Deontology）がある。

（１）功利主義（Utilitarianism）

功利主義とは、行為の結果に基づいて、それらの行為を倫理的に正当化するものであり、基本的には「結果が良ければ、すべて良し」という考え方を支持する。その良い結果とは、

①個人にとってもっとも良い結果をもたらすもの

②負担を上回る最大の利益をもたらすもの

③最大多数の最大幸福

として理解される。例えば、ガン終末期の場合、長期生存をもっとも「良い結果」と考えれば、緩和ケアは採用されない。しかし、本人の心の平穏をもっとも「良い結果」と考えれば、緩和ケアを選択することとなる。功利主義理論においては、何がもっとも「良い結果」とするのかが常に議論の的となる。

（２）義務論（Deontology）

行為の善悪は、結果のみで判断されるのではなく、その行為が倫理的義務「ひとりの人とし

12）この点につき加藤（2012b）は「医療技術の領域で生命倫理学（BioEthics）が必要になった理由のなかで重要なのは、絶対的延命主義という行為基準に大きな空白ができたためである」としている。

て、こうすべき、こうすべきではない」に反していないかを考慮する。

例えば、本人の同意なしに、ヒトを危険な医学研究の被験者にすることは、たとえその結果が多くの人々の命を救うことになるとしても、誤っていることになる。

インフォームドコンセントとは、「医師と患者が意思決定過程を共有すること」であり、医師は充分な情報提供をし、繰り返し話合い、患者の意見を聴き、また患者に選択肢について教育したり、さらなる熟考を促したり、説得したりすることである。患者は、自分の受ける治療に関して充分な情報開示を受け、自身の価値観・治療目標に合わせて自分で決定する権利を持っている。そして患者は、自分の価値観や目標に応じて、自身の身体・健康に関する自己決定をするわけである。

第２節　医療者と患者の関係

医師と患者との関係は、歴史と共に変遷してきた。かつては、医師が親のように患者に善を施すという関係であった。ヒポクラテスの誓いに「私は能力と判断の限り患者に利益すると思う養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない」とあるように、歴史的に医療倫理の考え方は、医師の「善行原則」が中心であり、専門家である医師が考える医療は、患者にとって最善であるという考え方である。

現在においては、患者の自己決定やインフォームドコンセントの権利を重んじる自律尊重へと変化してきた。これは、医療を受けることが権利として確立し、患者の権利意識の高まりにより、個々の患者の価値観が多様化してきた結果といえるだろう。

「医師と患者」の関係は、ビジネス界における「生産者（サービス提供者）と消費者」との関係とは決して一致はしない。ビジネスにおいては、利益を生む市場を対象として、利益にならない部門からは撤退する。しかし医療は、利益になる患者だけを対象にし、経営効率のよい診療科や検査・治療だけを残し、あとは切り捨てるようなことは許されない。適切な医療を受けるのは国民として当然の権利であり、国民は健康に生きる権利をもっている。しかし、医療機関の経営が不健全な場合には、患者が継続して適切な医療を受けることに支障をきたす可能性もあるので、経営の健全化を無視することはできない。したがって、よい「医師と患者」の関係が構築できれば、医療の質・サービスの向上、患者の満足度の向上、ひいては経営の健全化にも寄与し、患者に安心して医療を受けてもらうことにつながるであろう。

おわりに

日本は既に超高齢社会に突入し、国民医療費は毎年１兆円規模で増え続け、国の公債残高も減

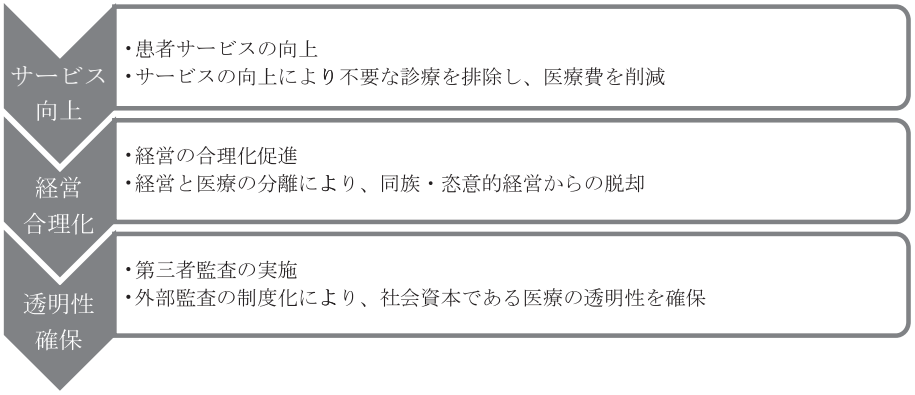
少する気配さえ感じられない。難題を未解決のまま放置し、痛みを伴う改革を先送りして、将来世代に負担を強いるということだけを今世代の暗黙の了解としてきたが、もはや限界であろう。これ以上時間を無駄にすることはできない。あらゆる課題について時間をかけて納得のいく形で解決していくなどと悠長な事も言ってはいられない。それでも時間はかかる。制度的な改革や新たな制度設計であれば、そのプロセスを迅速にすることで対応が可能であるが、人の心の内面、価値観、倫理は一朝一夕に形成されるものではなく、長い年月をかけ熟成されていくものである。そして、制度設計と倫理の教育は車の両輪のようにどちらも必要不可欠なものである。浸透するまでに時間がかかるからこそ、企業倫理や医療倫理を学ぶ時間を確保し、早い年代からゆっくりと教育をしていく必要があるだろう。

最後に、外面的アプローチとしての制度上の提案と内面的アプローチとしての医療人の倫理について記していく。

第１節　病院経営の新しい幕開け

この章までにおいて、医療業は非営利が大原則であるから営利法人の参入を認めはしないが、医療法人の実態において非営利性が保たれていないことを指摘してきた。しかしここで述べたいことは、株式会社の医療経営参入の賛否ではない。いまやすべての医療機関が市場型医療経営を真剣に考えなければいけないということである。これまで、医療費の削減についての議論上、医療機関が「コスト意識を持ち経営の効率化を図る」ことには関心が払われてこなかった。医療機関側からすると、コスト削減にエネルギーを注ぐよりも、いかに点数の高い診療をして収入を伸ばすかに目が向けられており、サービスの向上というより、診療報酬の増加に注力しているのである。そこで、営利企業であれば当然の観点である経営合理化を促進する必要がある。

医療機関にも経営戦略が要求されるべきである。一般の事業会社が事業領域を決定し、市場競争に勝ち抜く事業戦略を策定するように、ヒト・モノ・カネ・情報といった資源を有効活用でき



る仕組みを考案する自助努力が必要であろう。

そして医療経営の合理化を考えるにあたっては、医療経営と医療従事者の問題を分離することである。医師は医療の専門家であって、決して経営の専門家ではない。医師はあくまでも「先生」であり、経営学理論を熟知し、厳しい市場経営社会を経験してきた医師は稀有である。そして患者も医師に対して、経営のプロフェッショナルであることを求めてはいない。

近年においては、医師と患者の関係にも変化が表れてきた。かつては、どの先進国においても、医師－患者関係はパターナリズム（pa-ternalism、家父主義）が主流であった。しかし、近年は患者のオートノミー（autonomy、自己決定）が有利である。平成17年に医薬産業政策研究所が実施した医師・患者双方に対するアンケート調査によれば、83％の医師が「患者の意思を尊重している」と考えているのに対し、患者がそう考えている比率は30％であった。「治療方法をわかりやすく説明している」と思う医師は76％、患者は32％であった。医師と患者には抜き差しならぬコミュニケーション・ギャップがあり、これに対するごく一般的な解釈としては、医師は専門知識・技術の習得には熱心だが、患者とのコミュニケーションの習得にはあまり関心がないからである。[13]

このように医師と患者との関係変化、医療過誤による訴訟の増加、著しい医療進歩への対応、医師不足問題による長時間過労と、医師を取り巻く問題も山積している中で、さらに経営者としての力量を求めるのは酷に過ぎると思われる。今後は医療と経営の分業が社会的に認知され、そのような価値規範が形成されなければならない。そしてこの分業により、経営の専門家による医療経営合理化と、医師による医療の安全性が確保でき、安定的持続的な医療が実現できると考える。

そして本来であれば性善説により、個々の医療機関や医師の倫理に委ね全面的に信頼するのが最も良く、「外部監査は不要である」との結論付けをしたいが、現実問題として捉えた時に外部監査を制度化し情報公開を徹底し、透明性の確保をする必要があると考える。

医療サービスの特徴としては「情報の非対称性」であり、とくに医療の過剰サービス等を誘発する危険性を秘めている。これは医療に関連した不正の代表格である診療報酬の不正受給に直結する問題でもある。一般に全ての財・サービスは、情報の非対称性という特徴を持つが、医療分野においては「情報」のもつ意味が非常に重要となってくる。

医療機関に対する外部監査は、直接的な対象は情報であっても、究極の狙いはその情報に写し出された人間の行動の正しさ、すなわち医師の誠実性を示すものであり、医療機関にとって外部監査の実施、ガバナンスの構築は重要である。[14]

13）今村（2011）p186-192
14）藤岡（2013）p10

近年営利企業の監査実務においては、不正に関して監査をさらに強化するべきであるとして、より実効的な監査手続きが求められてきている。平成25年3月には企業会計審議会より「監査における不正リスク対応基準」が公表された。[15] この基準の第一に掲げられているのは「職業的懐疑心の強調」[16] である。営利企業の世界においては、監査人は懐疑心を強く持ち不正を断固として許さないという監査強化の方向に向かっているのである。

第２節　倫理の重要性

医師は聖職者であり、医療機関は非営利であるから、あえて外部監査を制度化する必要はないとする意見も理解できるが、医療費が増大し続け、医療不正が後を絶たず、医師と患者等の「情報の非対称性」が存在する以上、現行の医療制度を存続させるためには透明性の確保をより求めるための施策が提案されるのは仕方ないであろう。

しかし医師こそ一般のビジネスよりさらに高い倫理的水準が求められるべきである。医師は自己の利益を二の次にして、患者の最善の利益・幸福のために行動することが要求される。法は「誤らず生きる」、倫理は「よく生きる」方向性を示している。法律は、医師が法的責任を問われる「してはいけない」最低限の行動基準を示すが、倫理は、ある状況下において、よりよい判断は何か、最善の利益は何かを考えようとする。[17]

制度化の徹底、不正発覚時の厳罰化などの現代の潮流である締め付け強化政策ではなく、あえて逆転の発想により人間の「心」を磨きなおすことが大切ではないだろうか。

医師は専門職としての能力、そして確かな医学的知識と技術は当然備えるべき条件である。そして患者の最善の利益・幸福のために行動し、患者の尊厳に配慮しなければならない。そのためにも、医師は医療を行う限り医療技術を習得する義務があり、さらに診療にあたっては、確かな根拠に基づいた医療を行う責任がある。

しかし、医療機関の運営を行っている場合には、専門職としての技術習得だけでは社会からの満足を得ることはできない。日頃から多くの人と交わり、さまざまな学識や経験を生かした多面的なものの見方ができるように見識を培い、医業の尊厳と医師としての社会的使命を重んじて、その言動について責任をもつことも大切である。患者や社会の信頼に応えるよう努めなければならない。この信頼は、医学知識や技術だけでなく、誠実、礼節、清潔、謙虚、良いマナーなどの

15）平成26年3月決算法人より適用される。

16）監査における不正リスク対応基準（平成25年3月26日企業会計審議会）

第一　職業的懐疑心の強調

1　監査人は、経営者等の誠実性に関する監査人の過去の経験にかかわらず、不正リスクに常に留意し、監査の全過程を通じて、職業的懐疑心を保持しなければならない。

17）「生命倫理／医療倫理」 日本医療企画（2013）p18

いくつかの美徳に支えられ培われるものである。このような品性の陶冶と品位の保持に努めることは、社会および医師集団に対する医師の責務でもある。[18]

仏教の世界では、次のような教えがあるという。

「仏教では、まず、「我が身かわいや」ということを認めます。認めておいて、だからこそ、他人様にとってもその他人様の自分は、その人にとって一番大切なのだから、それを大事にしてあげなければならない。だから大事にするために、他人様の自分を傷つけるようなことがあってはならない。」[19]

この「他人様」を医療の分野において狭義的に捉えれば、医師自身からみた時の患者、受診者となるが、私はこの「他人様」をステイクホルダーと解釈したい。

ステイクホルダー（stakeholders）とは、企業の経営行動などに対して直接・間接的に利害が生じる関係者、いわば利害関係者のことをいう。具体的には、一般会社であれば株主、消費者（顧客）、従業員、得意先、地域社会などが挙げられる。これを医療に置き換えれば、患者本人、患者の家族、許認可権限のある行政庁など、さらに診療報酬について社会保険料や税という形で財源負担をしている国民全体が含まれると解すならば、医療人は一般市民より高い倫理的水準を保持して行動することが求められると考える。

義務論と呼ばれるイマヌエル・カントの倫理学説によれば、人間の行為や判断を善とするのは、その行為や判断の背後にある善意思（日常的には善意という言葉で表わされる意図や動機）のみであって、善意思のみがすべての倫理的行為の正当化根拠であるとしている。人間ならだれでもある種の義務感から行動することがあり、これも人間として先天的に（カントの用語でいうとアプリオリに）備わっている感覚である。[20]

カントのいう人間誰しもがアプリオリに備えている善意思を改めて見つめ直し、医療人として高尚な倫理を保持することが大切であろう。

混沌とした世情の時こそ、公開会社監査においてのトレンドである「職業的懐疑心」を強調するのではなく、医療人としての「職業的倫理心」を強く持つという心の在り方の重要性を認識することも必要ではなかろうか。

アリストテレスによれば、徳は行為の習慣付け（エトス）によって生じる。良い習慣形成は幼いころからの躾から始まり一生かけて鍛練し、一定の振舞いが習慣化し身に付くことが重要であるとしている。[21]

18）日医（2008）
19）加藤（2012a）p100
20）梅津（2008）p44-45
21）梅津（2008）p74

その意味では、倫理の教育も重要であろう。我が国は単一民族国家として長らく繁栄を続けており、親から子、孫へと先祖伝来の思想や倫理を継承しやすい環境であるといえる。

文明の継承という点につき、鳥居泰彦元慶應義塾塾長は次のように述べている。

「何千年もかけてつくり上げられた文明の中に我々は生きている。我々の文化は古代、中世、近代の、また日本、アジア、西欧など多くの文明の重層構造の上に成り立っている。それゆえに、われわれが今立っている文明を文明史の座標軸の上に位置づけることが、我々社会を品格のあるものにする基本であると認識しなければならない。」[22]

我が国に伝承されている「自分よし、相手よし、世間よし」という伝統的価値観が、医療人の倫理にさらに浸透していくことを期待したい。これは個々人がアプリオリに備わった良心により適時適確に判断し行動することを示しており、今まさに福澤諭吉先生の教えである「独立自尊」[23]を心に刻み直す時機であると思うのである。

参考文献

梅津（2008）：梅津光弘「ビジネスの倫理学」丸善（2008）

加藤（2011）：加藤修「株式会社の参入拡大と遵法・統治・説明責任の実践」
慶應義塾法学研究 84 巻 12 号（2011）

加藤（2004）：加藤修「民主主義社会における株式会社の営利性と公益性」
慶應義塾法学研究 77 巻 12 号（2004）

川口（2009）：川口恭弘「医療法人と株式会社」同志社法学 60 巻 7 号（2009）

宮坂（1996）：宮坂純一「ビジネス倫理学とステイクホルダー概念」奈良産業大学（1996）

日医（2009）：日本医師会「医療における株式会社参入に対する日本医師会の見解」（2009）

日医（2008）：日本医師会「医師の職業倫理指針（改訂版）」（2008）

日医総研（2012）：日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー　特区の現状」（2012）

厚労省（2003）：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最終報告書」（2003）

加藤（2012a）：加藤尚武「人間と貢献心」芙蓉書房出版（2012）

加藤（2012b）：加藤尚武「哲学原理の転換」未來社（2012）

加藤（2013）：加藤尚武他「生命倫理の基本概念」丸善出版（2013）

藤岡（2013）：藤岡英治「医療機関のガバナンスと監査」中央経済社（2013）

22）加藤（2012）p172

23）「心身の独立を全うし自から其身を尊重して人たるの品位を辱めざるもの、之を独立自尊の人と云う」（修身要領第 2 条）

粟屋（2013）：粟屋剛「医療制度・医療政策・医療経済」丸善出版（2013）
府川（2010）：府川哲夫「医療・介護サービスの展望」東京大学出版会（2010）
亀川（2007）：亀川雅人「医療と企業経営」学文社（2007）
永石（2010）：永石一郎法律事務所他「医療機関再生の法務・税務」中央経済社（2010）
今村（2011）：今村知明他「医療経営学」医学書院（2011）
「医療・医療経営統計データ集 2012」三冬社（2012）
「生命倫理／医療倫理」 日本医療企画（2013）
「保険外診療／附帯業務」 日本医療企画（2013）