

平成 22 年 9 月 24 日
第 2 回医療政策会議講演録

「産業化」の意味を考える

—会長諮問を討議するにあたっての共通基盤を築くために—

慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授

田中 滋

1. 産業とは

「産業」という言葉は多義に解釈できるが、中立の用語としても使うことができる。中立用語の「産業」にも2つの使い方があり得る。1つは、財サービスの生産活動という意味である。この場合、企業の活動だけではなく、医療・教育・防衛・治安維持など、公務・非営利分野のすべてを含め、社会的な生産活動を「産業」と表す。

もう1つは、疾病分類と同様、国際間で互いに共通の認識を共有するために、経済活動を分類する必要性を充たす概念である。経済は、一国で考えた場合のGDPや、国民所得などのようなマクロ経済の数値や、「X病院の年間売上高」「Y社の売上高」「Z家の年収」などのような、個々の組織単位・企業単位・家計単位の経済行動主体の数字を表すこともできる。その中間に、いわば一人ひとりの患者の病名とトータルの医療の間に、疾病大分類、中分類、小分類があるように、経済活動を分類する単位がつけられてきた。それが産業という概念である。こちらも、行動主体が営利企業であるか、非営利組織であるか、政府セクターであるかを問わない、中立的な概念として存在し、国民経済の活動部門別の組成に相当する。

産業をめぐるのは、活動部門同士の関係を見る産業連関分析や、活動部門の中で競争状況がどうであるかを見比べる産業組織論等の経済分析技法が発達してきた。

会長諮問にも示されているような意味の「産業には好ましくないものもあるのではないか」を問う価値観は昔から見られる。19世紀に生まれた、制度学派の始まりの人—ソースティン・ヴェブレンの『営利企業の理論』では、物をつくる／まじめに働く Industry（勤勉）と、お金を動かしてお金をつくるビジネスとは違うと言っている。

今でもそういう見方ができないことはない。国際的に見ても、例えば日本の物づくりにかかわってきた人たちのように、目の前の儲けよりも、優れたものを作ることにこだわっている人たちがいるのに対して、2008年以降の世界不況の原因となった、お金を何段階にもわたって証券化し、それに先物の技術を組み合わせてヘッジをかけ、高等数学を使って、世界のGDPの何十倍にまで富を見かけだけ膨らませるような金融事業がもてはやされたことは否定できない。

会長諮問に示された「産業化」に即して言えば、広い意味では、医療の営利産業化は許してはならないとのわれわれ共通の出発点はもちろんとして、もう少し狭く言えば、営利産業の中でも金を動かして金をもうけることだけを考えているようなところは、医療の関連分野にとっても好ましくない。

次に産業分類は、一番有名なものは 1941 年、コーリン・クラークによって示された分け方で、今でも普通に使われている、第 1 産業、第 2 産業、第 3 産業という言葉が導入された。コーリン・クラークの時代には、電気・ガス・水道などのライフライン産業は第 2 産業に入っていたが、今の分類では第 3 産業に含める。

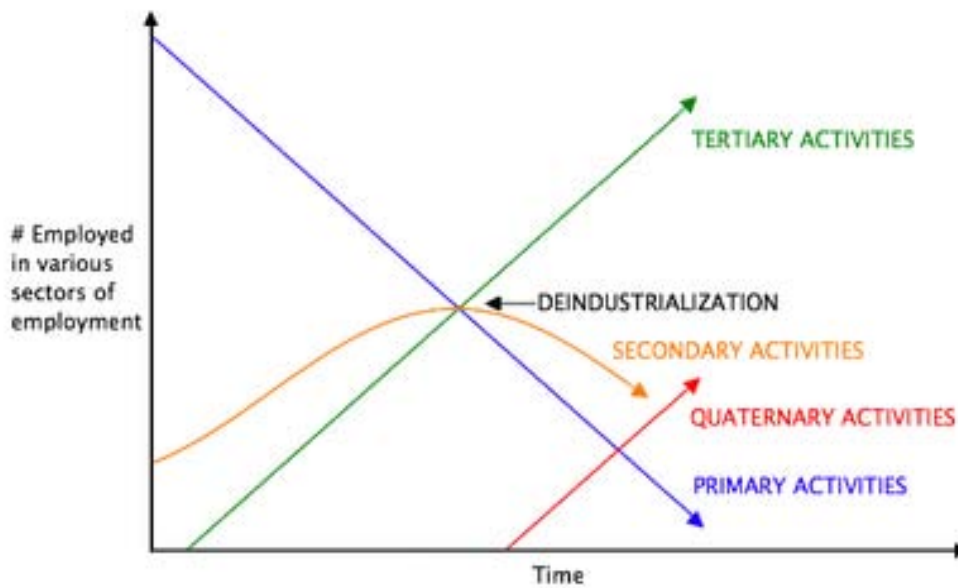
第 1 産業とは、自然から何かを育むなど、自然を相手にする産業（漁業・農業・林業）である。第 2 産業は、1 次産業の産品を加工する産業を指す。すなわち、製造業・建設業・鉱業を言う。第 3 次産業は、第 1 次・第 2 次に当てはまらない残りすべてを含み、3 次に属する分類同士を貫く共通性はほとんどない。サービス財の性質が強いとの特徴はあるが、いずれにせよ、1 次・2 次以外の残りはすべて第 3 次産業に該当する。代表的には、情報通信、鉄道・バス・航空などの運輸、銀行や保険などの金融、卸業や小売業、そして、ホテルや飲食店のような狭義のサービス業などで構成される。ここに公務・医療・教育も入る。なお、最近では、第 3 次産業の一部を別に取り上げ、第 4 次産業、第 5 次産業などの言い方をする人も見られる。

これらのその図式を図 1 に示している。右下がりの青い線が第 1 次産業である。日本でも 19 世紀までは働く人の 8 割は農林水産に従事しており、こういう時代は図の左端にあった。

第 2 次産業は、富国強兵時代を含めて近代工業の発達とともに増えていくが、ピークを経て下がっていく。日本も 1960 年代までは第 2 次産業従事者数は増加してきたが、その後は減り続けている。

一方、第 3 次産業はずっと増え続ける。図は第 3 次産業を第 4 次産業、第 5 次産業と分けて見せている。この分け方によれば、医療や大学は第 5 次産業に入る。イメージ的に言うと、世界の国々は従事者数ではグラフに示した経過をたどる。

図 1.



続いて、産業分類とはどのようなものかを説明するために、国連が使っている国際標準産業分類と、日本で総務省統計局のつくる日本標準産業分類を紹介する（表 1）。医療・福祉は「P」に含まれる。「P：医療、福祉」を見ればわかる通り、狭い意味の、企業を主体とする産業だけではなく、すぐ上の教育や公務なども含まれる分類になっている。「S：公務」も、役人や大臣も産業に属していると考え、これまた産業の 1 つであるとみなす。国際標準分類だと分け方に多少違いがあるが、大差はない。A・B・C が先ほどの第 1 次産業、D・E・F が第 2 次産業、そこから下の全てが第 3 次産業になり、医療界で用いる国際疾病分類に相当する分析概念である。

以上は産業大分類であり、大分類の中身はさらに中分類と小分類に分けられている（表 2）。「P」は医療業、保健衛生業、社会保険・社会福祉・介護事業と名付けられた 3 つの中分類に分けられる。さらに小分類は表に書かれている番号で、けたが増えると小分類の中の細分類になる。例えば、「831 小分類：病院」は、「8311 一般病院」、「8312 精神科病院」と分けられる。このような形で、何人働いている、どのような価値がつけられているかなどの統計を取るときに単位区分として用いられる。これは、医療分野の統計において、疾病分類が、患者が何人いるか、医療費が幾ら使われたかなどを測るための、計測のまとまりとしての使われるのと同じであり、ここで言っている産業という言葉は価値中立的な用語法である。

表 1. 日本標準産業分類（総務省統計局）と
国際標準産業分類（国際連合統計局）

日本標準産業分類 (JSIC) (2002 改定)	日本標準産業分類 (JSIC) (2007 改定)	国際標準産業分類 (ISIC Rev. 4) (2007)
A 農業	A 農業、林業	A 農業、林業及び漁業
B 林業		
C 漁業		
D 鉱業	C 鉱業、採石業、砂利採取業	B 鉱業及び採石業
E 建設業	D 建設業	F 建設業
F 製造業	E 製造業	C 製造業
G 電気・ガス・熱供給・水道業	F 電気・ガス・熱供給・水道業	D 電気・ガス・蒸気並びに空調供給業
		E 水供給、下水処理並びに廃棄物管理及び浄化活動
H 情報通信業	G 情報通信業	J 情報通信業
I 運輸業	H 運輸業、郵便業	H 運輸・保管業
J 卸売・小売業	I 卸売業、小売業	G 卸売・小売業並びに自動車及びオートバイ修理業
K 金融・保険業	J 金融業、保険業	K 金融・保険業
L 不動産業	K 不動産業、物品賃貸業	L 不動産業
	L 学術研究、専門・技術サービス業	M 専門・科学・技術サービス業
		N 管理・支援サービス業
M 飲食店、宿泊業	M 宿泊業、飲食サービス業	I 宿泊・飲食サービス業
	N 生活関連サービス業、娯楽業	R 芸術・娯楽及びレクリエーション
	O 教育、学習支援業	P 教育
N 医療、福祉	P 医療、福祉	Q 保健衛生及び社会事業
O 教育、学習支援業	Q 複合サービス事業	
P 複合サービス事業		
Q サービス業（他に分類されないもの）	R サービス業（他に分類されないもの）	S その他のサービス業
		U 治外法権機関及び団体
R 公務（他に分類されないもの）	S 公務（他に分類されるものを除く）	O 公務及び国防、強制社会保障事業
S 分類不能の産業	T 分類不能の産業	T 雇主としての世帯活動及び世帯による自家利用のための区別されない財及びサービス生産活動
	総務省統計局	国際連合統計局

表 2. 大分類 P 医療・福祉 詳細版

<p>大分類 P 医療, 福祉 (詳細)</p> <p>83 医療業</p> <p>830 管理, 補助的経済活動を行う事業所 (83医療業)</p> <p>8300 主として管理事務を行う本社等</p> <p>8309 その他の管理, 補助的経済活動を行う事業所</p> <p>831 病院</p> <p>8311 一般病院</p> <p>8312 精神科病院</p> <p>832 一般診療所</p> <p>8321 有床診療所</p> <p>8322 無床診療所</p> <p>833 歯科診療所</p> <p>8331 歯科診療所</p> <p>834 助産・看護業</p> <p>8341 助産所</p> <p>8342 看護業</p> <p>835 療術業</p> <p>8351 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師の施術所</p> <p>8359 その他の療術業</p> <p>836 医療に附帯するサービス業</p> <p>8361 歯科技工所</p> <p>8369 その他の医療に附帯するサービス業</p> <p>84 保健衛生</p> <p>840 管理, 補助的経済活動を行う事業所 (84保健衛生)</p> <p>8400 主として管理事務を行う本社等</p> <p>8409 その他の管理, 補助的経済活動を行う事業所</p> <p>841 保健所</p> <p>8411 保健所</p> <p>842 健康相談施設</p> <p>8421 結核健康相談施設</p> <p>8422 精神保健相談施設</p> <p>8423 母子健康相談施設</p> <p>8429 その他の健康相談施設</p>	<p>849 その他の保健衛生</p> <p>8491 検疫所 (動物検疫所, 植物防疫所を除く)</p> <p>8492 検査業</p> <p>8493 消毒業</p> <p>8499 他に分類されない保健衛生</p> <p>85 社会保険・社会福祉・介護事業</p> <p>850 管理, 補助的経済活動を行う事業所 (85社会保険・社会福祉・介護事業)</p> <p>8500 主として管理事務を行う本社等</p> <p>8509 その他の管理, 補助的経済活動を行う事業所</p> <p>851 社会保険事業団体</p> <p>8511 社会保険事業団体</p> <p>852 福祉事務所</p> <p>8521 福祉事務所</p> <p>853 児童福祉事業</p> <p>8531 保育所</p> <p>8539 その他の児童福祉事業</p> <p>854 老人福祉・介護事業</p> <p>8541 特別養護老人ホーム</p> <p>8542 介護老人保健施設</p> <p>8543 通所・短期入所介護事業</p> <p>8544 訪問介護事業</p> <p>8545 認知症老人グループホーム</p> <p>8546 有料老人ホーム</p> <p>8549 その他の老人福祉・介護事業</p> <p>855 障害者福祉事業</p> <p>8551 居住支援事業</p> <p>8559 その他の障害者福祉事業</p> <p>859 その他の社会保険・社会福祉・介護事業</p> <p>8591 更生保護事業</p> <p>8599 他に分類されない社会保険・社会福祉・介護事業</p>
---	---

こうして整理された分類を用いた分析技法があり、1つは産業連関分析と呼ばれる。主に産業と産業の間で中間投入がどうなされているかを表す。例えば、自動車産業を分析する際、鉄をどれだけ買ったか／IT製品をどれだけ買ったかなどの統計が必要なように、産業が最終的に何かを生み出す前には、他産業から物を買わなければならない。小売業は、ほとんど他産業から、特に卸売業からの仕入れで成り立っているわけであるが、一方、介護のようにあまり他産業からの買い付けがなく、人件費が主な支出先となる産業も存在する。そのような産業間の関係や比較を示すときに役立つ技法である。

産業連関分析においては、医療は「098 医療・保健」に含まれる。総務省統計と異なり、社会保障は 099 と別分類になっている。介護（100）も同じく別扱いである。また、政府サービス生産も別の分野に属する。産業連関表は膨大な表で、5年に1回つくられている。産業とは、このような技法でも価値中立的な用語である。

表3. 産業別商品産出構成表（V表）
 <産業・商品の分類及び基本分類対応表>

(1) 産 業			
V 表		基本分類	
コード	名称	列コード	部門名
098	医療・保健	8311-01	医療（国公立）
		8311-02	医療（公益法人等）
		8311-03	医療（医療法人等）
		8312-02	保健衛生（産業）
099	社会保障	8313-05	社会福祉（産業）
100	介護	8314-01	介護（居宅）
		8314-02	介護（施設）

2. 分析概念

近代経済学の分析手法は、基本的に善悪にかかわる価値観から離れており、持っている価値判断軸は効率的であるか、公正であるか等にとどまる。少しレアな使い方では、平等かどうかも問われていいのかもしれないが、基本的に、効率的か、もしくは公正かが代表的価値規範であり、それに基づいて分析結果を判断する。あるものが善いか悪いか、美しいか醜いかなどの問いは、近代経済学にとって分析可能な対象の中には含まれない。

ところで、マクロ経済には3つの側面が存在する。底面になるところは別として、壁が3つある正四面体を地面に置いた場合、頂点は1つで、3つの側面からも見ることができると同様である。

まず、1つの側面を「生産」と呼ぶ。何をつくるかという、付加価値の生産である。「もの」づくりではなく、付加価値なので、サービス業も生産をしていることになる。付加価値とは、財貨サービスの提供によって得た収入から、その提供に要する生産要素の費用として他の組織に払った額を引いた額を言う。費用の大きな割合を占める雇用者所得は、他の組織に払った額ではないので、差し引き後の付加価値に含まれる。売上マイナス中間投入という説明は、企業の場合にはきわめてわかりやすい。

では、非営利組織はどうか。非営利組織である大学にも授業料という正当な収入がある。さらに大学病院の収入も加わる。その額から中間投入、薬品企業に払ったり、電気やガスの会社に払ったり、ITベンダーに払ったりする金額を引いた値が、大学が生み出した付加価値として計算される。

他方、公務サービスの多くは、企業や大学・医療機関と異なり、サービスに伴う収入が計上されるわけではなく、「売上」概念があてはまらない。外交や国防、警察や消防が典型である。そこでは、生産に要した内部費用である雇用者所得と減価償却額等をもって付加価値とみなす。

先述のように、経済学の分析概念では、雇用者への支払いは、付加価値の分け合いの対象と位置づける。企業経営者にとっては、賃金や給与は費用の一部であろうが、経済学では、「中間投入、すなわち原材料仕入れ等を引いた付加価値額を労働と資本で分け合う」ととらえる。それが正四面体の山の2つ目の斜面の「分配」の側面になる。付加価値を労働と資本で分け合う。資本への分配は、株主に配当として渡すことも、銀行や社債保有者に利子として支払うことも、企業自身に内部留保として残すこともあるだろう。非営利組織で言えば、例えば大学の場合、資本家やオーナーは存在しないので、資本の取り分は（借入金利子を除き）、すなわち将来の投資のために法人が保留することになる。

この側面には、もう1つ特殊な用語法で、“再分配”という概念がある。

これは、医療にとっては大変重要である。付加価値の分配だけでは一般に不平等度が大きいし、そもそも失業者や引退したお年寄りといった、賃金等の収入を得られない人が世の中には多く存在する。そのような人々のために、分配された所得の一部を移転する。これを再分配と呼ぶ。移転とは、交換とは異なる一方的な資金の移動である。私的な寄付もあり得るが、その100倍の移転額は、社会のルールの下に成立した法律等に基づき、分配された所得から税金・社会保険料等の形で集め、それを配り直すルートで動く。わが国医療費の8割以上は、この経路によって成り立っている。

ちなみに、「どの産業に人をどれだけ割り当てるか」「どの産業に資本をどれだけ割り当てるか」「どの産業に原材料をどれだけ割り当てるか」などを、資源の配分 (Allocation) と言い、今話した分配は Distribution と、日本語表記では漢字を入れ替えただけに見えるが、意味は全く異なっている。

3つ目の側面は、今度は分配された金額を使って生産された財やサービスを買う「支出」である。家計は消費をし、企業や非営利組織は長期にわたって使用する建物や機械に支出する。後者を投資と呼ぶが、これは金融的な支出、たとえば債券投資などは含まず、実物支出のみを言う。政府もまた公共投資を行う。

以上の3つの側面でマクロ経済を観察できる。四面体のいずれの側面から登っても頂点は一つであるのと同様、生産、分配、支出のそれぞれの合計値は一致するように統計がつけられる。

なお、効率という言葉にも幾つかの次元がありえる。1つ目は、極めてテクニカルに費用最小化を図る効率性である。品質と量を決めたらそれをできるだけ安くつくる効率性を指す。例えば、入院サービスを病院が地域社会に提供する際、投入資源である医師と医療クラーク、看護師と看護クラークなどをそれぞれどのように組みあわせれば、一番無駄が少ないかを図るなどが例にあげられる。この意味の効率性は非営利組織にもごく普通に当てはまる。

第2に、自らが生産できる2つ以上の財サービスの組み合わせ量を一番多くする効率性を指摘できる。医療機関が、一般急性期医療、療養医療、救命救急医療など、例は何でも良いが、「一定期間にどのぐらいずつ地域に提供するか」に関する組み合わせにはいろいろありえる。サービスごとの提供量の組み合わせがどうであれ、医療機関が使用できる人的資源などの投入資源から見て可能な最大量となっている状態を目指す効率性である。この意味の、資源配分の効率性もまた非営利組織に当てはまる。

もう1つ上の概念は、1番目の費用最小、2番目の最大生産量の組み合

わせが実現しているとして、今度は市場で財貨サービスを求める人たちが何を望んでいるかによって決まる、ある特定の組み合わせに到達する意味の効率性である。「当病院はこの地域住民の希望に応じ療養病床 100%で行こう」「当病院の保持する人的資源を活用すれば、急性期と療養医療の5:5の組み合わせも、7:3の組み合わせもどちらも2番目の効率性から言えば最適な組み合わせであり得るが、地域住民のニーズを考え、すべてを急性期病床にする」などと表わせる。一般に企業では、購買する消費者が望む組み合わせが、同時に利益最大の点となる。これに対し、大学や医療機関の場合は、一般に利益最大の組み合わせと、ニーズに応じた提供の組み合わせは一致しない確率が高い。この意味の効率性を、ウォンツに基づく市場需要との兼ね合いで考えるなら、非営利組織、取り分け公益性の高い非営利組織にとっての資源配分は、営利セクターのそれとは異なりうる。

したがって、産業化を通ずる効率化を3つのうちどの視点でとらえるかによって、政策会議報告の判断も違ってくる。技術的効率性や資源配分の効率性までは、産業化がもし「限られた資源でより多くの医療サービスを、一番可能な高い品質で無駄な費用なく提供する」という意味なら、医療が持つ社会的使命に反しない。いわば、経営管理をきちんとすることなので、その場合での「産業」は納得できる言葉遣いである。だが、投下資本の利益が最大化される意味での効率化を図る「産業」であれば、それは営利企業の役割であり、患者と地域のニーズに対応する医療にはそぐわないと結論できる。

3. 資源配分と所得配分の場合と方法

国内に存在する労働資源、例えば看護師や療法士を、医療分野と介護分野がどのような割合で雇うか、これは資源配分問題である。医療の中でも急性期入院、亜急性期入院、慢性期入院、診療所にそれぞれ何十万人ずつ働くかも、同じく資源配分問題である。限られた補助金や、限られた銀行の貸出資金を、医療の中だけでも、どこに持っていくかも同様である。もちろん、一般産業との間の資金の取り合いも経済学の表現を使えば資源配分問題に相当する。

資源配分の方法は様々ありうるが、ここでは5種類を指摘したい。どういう分け方をしても良いのだが、1つ目は市場経済を使って分ける方法。2番目は家計の中で分ける方法、つまり組織内部で分ける方法。3番目は政府によって分ける方法。4番目は、医療や介護のように再分配を通じて分ける方法。このように官を通ずる配分(3)と、社会保障制度による再

分配（4）とは分けて考える。最後の 5 番目に、日本ではあまり発達していないが、互助、つまり私的な助け合いによって分ける方法も存在する。

資源配分とは、「何を」「誰のために」「どのぐらい」つくり、それを「どのように」分けるかにかかわる言葉である。この 4 つの問いが資源配分を規定する。生産物市場は、市場取引におおける公正さが確保されれば、後は自由度が高い方が一般に効率的資源配分が実現する。しかし労働市場においては、もともと特殊な主体である「人」を売り買いするわけにいかないし、1 日何時間以上働かせてはいけないなど、人権を基礎に置くさまざまな労働規制が課せられる。この点、取引される財、例えばシャツに「基本的権利」という概念が当てはまらない一般財市場とは違う。金融市場も、財の特殊性ゆえに、銀行が投資銀行を兼ねてはいけないといったさまざまな規制がかかる。それに比べると、生産物市場は、環境への配慮や廃棄物の問題を別にすれば、本来、だれが何をつくっても構わない。緑茶をつくろうと紅茶にしよう、それは生産者の自由であり、パソコンをつくろうと鉛筆をつくろうと、だれもとめるものではない。

もし市場が完全であれば、資源配分が一番効率的になされる。ほかの配分方法に比べると、一定の資源で一番多くの財を生み出せるし、逆に一定の財を一番少ない費用でつくるのが可能である。

ただし、2 つ条件を考慮しなくてはならない。1 つは、市場経済「原理主義」（ファンダメンタリズム）に関係する。これは市場経済「原理」（プリンシプル）とは異なる。市場経済というツールを使うと資源配分が最適化される。その背景を知っているか否かより、知っていて言うか言わないかが、何事にも市場をあてはめようとする原理主義者か、あるいは柔軟に市場経済を使いこなすことを是認する派との違いになる。

完全競争であれば、なぜ資源配分が効率化されるのか。第一にそれは、供給者間で敗北者が出るからである。市場で望まれる一定の価格、一定の品質の財貨サービスをつくれないう事業者は市場から排除される。例えば、お茶のペットボトルの市場価格が 100 円だとしよう。どうコストを削っても生産に 101 円を要する企業は市場に居られない。またもし同じ品質で、市場の信頼を得られる製品を 95 円で売っても利益を獲得できる企業がその値段で販売すれば、既存の 100 円企業は、コストを削減するか、市場から撤退するしかない。だから、社会にある資源がより効率的に使われる。この点は誰も否定しない。

加えて、市場機能が果たす資源配分効率化には第二の理由があり、このもう 1 つが医療関係者にとってはとても大切な視点と思う。それは需要者間競争に他ならない。市場経済では、どんなに喉が渴いていても、熱中症

であろうと中ろうと、100円払えない人、99円しかポケットにない人は、お茶を買えない。買えない人が市場から排除されるから、こちらの方向からも資源配分は効率化されるのである。つまり100円という利益最大の点で価格が決まるわけである。

この理解はとても重要で、多くの財についてはそれで問題ないにしても、医療・介護・教育・保育などの一部の財については、払えない人を市場から排除するそのような配分は好ましくない、と考えるかどうか、原理主義者か否かの分かれ目となる。人権にかかわる公益性の高い財を購買力に応じて利用する形は、資源配分上も好ましくないし、フェアでもないと私たちは考える。だから社会保障制度などによって利用者を支援する。利用しない人も保険料などを拠出する以上、ウォンツに基づく配分ではなく、プロフェッションが判断するニーズに応じた配分が当然であるし、提供事業者は投下資本利益率を第一とする組織ではない、非営利組織の方が親和性が高い。

費用負担能力の多寡によらず、1人でも多くの患者に治療を提供することが医療の上位目的だとすれば、医療セクターにお金を投資した人が、1円でも多く利益を得る配分とは合致しない。つまり医療は純粋な市場経済的配分、営利産業を中核におく資源配分に適さない。まさに、市場価格でつukれない／市場価格で買えない人が追い払われる市場経済の特徴を適用しない財を許すか許さないかに関する判断の問題である。

2番目の家計内生産とは、家計の内部でご飯をつくったり、育児の大部分を行ったり、洗濯をしたりすることを言う。ここでの目標は明らかに利益ではない。第一の意味の効率化はあってもよいが、そもそも育児、炊事やその目的である家族の食事などには、喜びが伴う場合が多いだろう。市場経済的判断とは異なる価値観に従うこのような生産方式も大きな価値をもつ。

3番目の権力による配分、つまり、警察・消防・防衛・治山治水などの公共財は、民間事業主体が提供しようとしてもフリーライダーを排除できないので、税を強制徴収できる政府しか担当しえない。私的消防事業があったとして、消火の際、料金を払わない人の家だけ燃えるままに残してほかを消す作業は非効率だし、実際のところ技術的にも難しい。料金を払っていない人の家だけは水に流れていく堤防はつukれない。ゆえに政府が担当し、結局、全員が守られ、その代わりに税金で賄う方がもっとも効率的となる財に適した配分である。

ところが、医療や教育は、料金を払わない人を対象から排除する、別な言い方をすればサービスを提供しない対応は容易である。ここで「容易」

とは倫理的な意味ではなく、物理的に限って使っている。現にアメリカ合衆国ではそうなっているし、日本の大学教育も基本的はそうなっている。1961年の国民皆保険以前の日本医療も貧しい人は利用できなかった。

これらの財の利用を助ける4番目の配分ツールが公助および共助で、公共財とは異なり、公の助け、あるいは皆の助け合いたる共助によってお金を再配分し、場合によっては、現物で給付する。そして非営利組織が質やサービスをめぐって競争する、クオリティ競争／名誉競争が適した資源配分が世界の先進国では普通に用いられている。年金のように所得再分配制度を通じて金だけを分ける場合もあるが、準市場を用いて現物利用が促進される場合も珍しくない。後者が日本の医療や介護の姿であり、消費者は医療機関や介護市場を選べ、選ばれた提供者のみが存続できる点は市場に近い。ただし、価格規制や参入規制が課されるので「準」を付けて呼んでいる。準市場型も産業の一形態である。5番目は時間の都合で説明を省略する。

4. 営利・非営利

営利と非営利について、経済学の用語法で確認をしておきたい。

営利組織とは、究極の目的が出資者の利得最大化である組織を言う。利得を獲得する手段は一つではない。期間利益、今年の利益を大きくすることは一番有力な手段であるが、そうでなくても良い。例えば、まだ売上が1円も得られていないのに株価だけ上がるような研究開発型の会社もあり得る。出資者からお金を募り、研究開発に注力し、製品をほぼ市場に上市できるところで別な会社に売却する戦略は医薬品やITでは珍しくない。その場合、期間利益ゼロが3年続いたけれども株価が10倍になる、100倍になる、といった会社もあって良く、これでも出資者の利得最大化が図れる。期間配当でも、持ち分売却でもよい。古典的な資本主義、つまり東インド会社以前の資本主義のように、1回の航海ごとに皆で出資し、船が帰ってきたら分け合う、解散時配当を目指した形態も出資者の利得最大化が目的である。

したがって、株式会社の存在意義は、投下した資本が一番大きくなって返ってくることと表わせる。別な言い方をすると、投下した資本が一番大きくなってくることが社会のためになるならば、株式会社のほうが優れていることになる。かつて自動車を東ドイツやソビエトで国策企業でつくったところ、大変質の悪い自動車がコストも高く生産された。やはり自動車をつくる力は自由な株式会社のほうが優れている。これは誰しもが認めるところで、国家がつくるべきものではない。

ただし、日本の株式会社の7割は家業であり、株式会社なる道具を、家計の財産を最大化するためのツールとして使っている。一部には相続税を少しでも減らすツールとしての株式会社も存在している。よく、「株式会社は情報公開しているのに対して医療機関はけしからん」などと言われるが、それは間違いである。医療法人による財務報告の県庁への届け出は義務であり、誰もが見ようと思えば見ることができる。株式会社でデータを公開しているのは、上場企業だけである。

次に、非営利組織とは何か。実はすべてにあてはまる定義はなく、強いて言えば「営利組織以外」としか表わしようがない。目的、上位目的がさまざまだからである。仲間の福利、例えば同窓会、テニスクラブ、囲碁クラブのような組織も非営利組織であるが、社会の為に活動しているわけではない。これと、大学や医療機関、国際援助団体のように外部に貢献することを目的とした組織とは性質がまったく異なる。医療では、研究も重要であろうが、まずは患者がもつ「困っている状態を何とかしてほしい」とのニーズへの対応が中心的な上位目的となる。この上位目的は教育とも、環境団体とも違っている。

外部貢献型もさらに大別できる。発展途上国での医療援助や、富士山のごみ拾いのような、主に寄附や会費によって資金を募って、サービス提供、財の提供を無償で行うタイプの団体もある。一方、教育と医療、それから社会福祉の一部なども含むが、財サービス提供の結果、それに伴って収入を得るタイプの組織もある。こちらではサービス提供に応じて「売上」が上がるわけであり、開発団体や国際援助団体とは違い、サービス提供の相手から料金（の一部または全部）を取ることができる。もちろん、その費用負担を公的再分配装置たる医療保険とか介護保険が支えているし、教育についても授業料の9割を補助する制度にしても良い。しかし、少なくとも生徒が来ない学校、患者の来ない医療機関、利用者が来ない介護事業者は滅びるとの意味では、前者、たとえば河原清掃団体とは異なる性質を持つ。

このように、社会的支援を伴う医療や教育のような産業を、「公益性が高い」と呼んでいいのかもしれない。社会医療法人、公益財団、公益社団などのように公益性を高められるかどうか問われているのではなかろうか。ただし売上を伴う以上、準市場型の産業に属する。売上を獲得し、費用をきちんと賄わなくてはならない。倒産のおそれがある点では、資金援助型非営利組織と比べると十分に経営努力を払う必要性が大きい。

ちなみに、病院も診療所も大学も、期間利益がある程度得られなければ生きていけないので、利益最大化行動や、出資者の利益最大化行動などと

は異なるにしても、一定の利益、目標利益を得る努力は当然なので、「利益を目指すから非営利とは言えない」などということはない。経済学による整理はこのようになる。

5. おわりに

会長諮問の「産業化はいいのか」は、「医療の営利産業化」に話を絞れば、医療機関の目的が患者のニーズを充たす努力とわれわれは考える以上、「好ましくない」が回答となる。営利産業化によって、支払い能力に乏しい患者が排除される、つまり競争に敗れる患者が生ずる姿は、公正感に反し、社会の安定感を損なうので、絶対に拒否すべきである。他方、医療については、経営戦略や管理技法等の意味の、先ほどの効率化の上の2つについてならあてはまる。その意味では、**industrial** な側面を持っている。しかし、非営利であり、非営利の中でもより公益性の高いとの姿勢を維持しなければならない。