

非営利ホールディングカンパニー型法人

創設要件としての非営利性と公益性

荒尾 雅一

キーワード：非営利ホールディングカンパニー型法人、医療法人、社会福祉法人、
非営利性、公益性

1. はじめに

2014年6月24日に首相官邸より「日本再興戦略」改訂2014が公表された。これは2013年6月14日に公表された成長戦略の改訂版である。この改訂版では、「医療介護等を一体的に提供する非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設」が明記された。その趣旨は、医療介護等を一体的に提供するための新たな法人制度の創設などにより、医療介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現することで、医療介護の持続性と質の向上を両立することにある。

本論文では、まず医療や介護が抱えている問題点を確認することで、この新たな法人制度の創設が議論されている背景を明らかにしていく。そのために、社会保障制度改革国民会議の報告書が指摘している問題点を、OECD HEALTH STATISTICS 2013と比較する。それを通してOECD諸国が同じく抱えている構造的な問題か、わが国特有の問題であるかを明確にする。その後、議論されている非営利ホールディングカンパニー型法人の概要を体系的にまとめるために、社会保障制度改革国民会議や産業競争力会議、医療法人の事業展開等に関する検討会などから公表されている資料やその議事録を紹介する。その際、医療法人や社会福祉法人の非営利性や公益性にも言及し、非営利ホールディングカンパニー型法人のガバナンスやファイナンスに対する問題提起も行う。最後に、ロールモデルのひとつとされているメイヨークリニックの事例から、そのガバナンスの在り方と公益性確立の経緯を紹介する。そして、非営利ホールディングカンパニー型法人が創設されるための要件として、非営利性と公益性の重要性を明確にしていく。

2. わが国における医療の問題点

社会保障制度改革国民会議の報告書（以下、「社会保障制度改革国民会議報告書」）の中で、わが国を取り巻く現状が確認されている。要約すれば、世界に類を見ない少子高齢化、年金・医療介護などの社会保障給付は100兆円を超え、現役世代の保険料負担、税負担は増大している。そのかなりの部分は、国債によって賄われており、GDPの2倍を超える公的債務残高になってしまっている。そのために社会保障制度の持続可能性が問われており、持続可能性を担保するために、社会保障制度改革が必要である。

前文で確認されているこの現状は、今後ますます厳しくなっていくであろう。特に、団塊の世代が後期高齢者になる2025年が一里塚である。しかし2025年はピークではなく始まりである。社会保障制度改革国民会議報告書によれば、その問題点は以下の6つに集約することができる。

1. 過剰な病床数
2. 医療現場の手薄な人員配置
3. 医療事故のリスク
4. 不明確な病床機能分化
5. 医療サービス提供の非効率による合成の誤謬
6. 私的所有による不体系化

2-1. 低い診療密度という問題

社会保障制度改革国民会議報告書が指摘している問題点のなかで、まず、「1. 過剰な病床数」「2. 医療現場の手薄な人員配置」「3. 医療事故のリスク」の3つの問題点について考察する。根本原因を明確にするために、OECD諸国の看護師数を、人口千人当たりと総病床千床当りを基準に比較してみる。表1はOECD HEALTH STATISTICS 2013から作成したものである。わが国は人口千人当たりの看護師数は決して多いとは言えないまでも、カナダやフランス、イギリスといった国よりも多く、しかもOECD平均を上回っている。下位にある、ギリシア、メキシコ、トルコ、チリといった国はわが国の3分の1から5分の1程度しか人口千人当たりの看護師数しかいない。しかし、わが国は総病床千床当たりの看護師数で比較すると途端に順位を落としてしまう。わが国より順位の低い国は、韓国、トルコ、チリ、ギリシアであるが、前述したとおり、それらの国は人口千人当たりの看護師数でわが国の数分の1程度しか看護師が存在していない。人口千人当たりの看護師数が少ないために、総病床千床当たりで換算した看護師数が少な

くなることは仕方ないであろう。しかし、わが国の場合には、人口千人当りの看護数が少ない訳ではないにもかかわらず、総病床千床当りの看護師数が極端に少なくなってしまう。これは明らかに、過剰な病床数が原因で病床換算の看護師数が少なくなっていることを表している。

表 1 人口千人当り看護師数と病床千床当り看護師数の国際比較

国名	人口千人当り看護師数	順位	国名	総病床千床当り看護師数	順位
Switzerland	16.6	1	Iceland	4,463.9	1
Denmark	15.4	2	Denmark	4,411.4	2
Belgium	15.4	3	Ireland	4,118.6	3
Iceland	14.8	4	Sweden	4,084.9	4
Norway	12.9	5	Norway	3,876.5	5
Ireland	12.2	6	United States	3,632.8	6
Luxembourg	12.1	7	New Zealand	3,578.6	7
Netherlands	11.8	8	Switzerland	3,408.6	8
Germany	11.4	9	Canada	3,363.6	9
United States	11.1	10	United Kingdom	2,905.1	10
Sweden	11.1	11	Australia	2,676.4	11
Finland	10.3	12	Netherlands	2,523.6	12
Australia	10.1	13	Belgium	2,423.6	13
Japan	10.0	14	Luxembourg	2,249.5	14
New Zealand	10.0	15	OECD Average	2,112.5	
Canada	9.3	16	Finland	1,869.6	15
France	8.7	17	Italy	1,853.8	16
OECD Average	8.7		Portugal	1,807.7	17
United Kingdom	8.6	18	Slovenia	1,799.1	18
Slovenia	8.3	19	Spain	1,720.1	19
Czech Republic	8.0	20	Mexico	1,583.3	20
Austria	7.8	21	Israel	1,470.9	21
Italy	6.3	22	Germany	1,374.8	22
Hungary	6.2	23	France	1,367.3	23
Estonia	6.2	24	Czech Republic	1,174.0	24
Portugal	6.1	25	Estonia	1,163.8	25
Slovak Republic	5.9	26	Austria	1,013.1	26
Spain	5.5	27	Slovak Republic	980.2	27
Poland	5.2	28	Hungary	864.7	28
Israel	4.8	29	Poland	795.4	29
Korea	4.7	30	Japan	749.3	30
Greece	3.3	31	Greece	682.5	31
Mexico	2.7	32	Chile	680.2	32
Turkey	1.7	33	Turkey	665.4	33
Chile	1.5	34	Korea	493.7	34

OECD HEALTH STATISTICS 2013より作成

同様の比較を人口千人当りの医師数について行ったのが表2である。医師数に関しては国際比較においても絶対数が少ないとの指摘は以前から言われてきたが、総病床

数千床当りに換算するとよりいっそう医師数の割合が少なくなってしまうことがわかる。人口当りと病床数当りを基準として医師数と看護師数の国際比較を行ったが、OECD諸国と比較してみても病床数は過剰ではないかと考えられる。

表2 人口千人当り医師数と病床千床当り医師数の国際比較

国名	人口千人当り 医師数	順位	国名	総病床千床当り 医師数	順位
Greece	6.1	1	Sweden	1,424.4	1
Austria	4.8	2	Mexico	1,309.5	2
Spain	4.1	3	Spain	1,289.3	3
Italy	4.1	3	Greece	1,266.0	4
Portugal	4.0	5	Italy	1,198.8	5
Sweden	3.9	6	Portugal	1,177.5	6
Germany	3.8	7	Norway	1,120.5	7
Switzerland	3.8	8	Iceland	1,057.2	8
Norway	3.7	9	Israel	996.9	9
Czech Republic	3.6	10	Denmark	994.3	10
Iceland	3.5	11	United Kingdom	952.5	11
Denmark	3.5	12	New Zealand	942.9	12
Australia	3.3	13	Ireland	905.1	13
Slovak Republic	3.3	13	Canada	887.3	14
France	3.3	13	Australia	878.0	15
Israel	3.3	16	United States	806.6	16
Estonia	3.3	16	Switzerland	786.4	17
Finland	3.3	16	OECD Average	781.7	
OECD Average	3.2		Chile	711.7	18
Netherlands	3.0	19	Turkey	669.3	19
Luxembourg	3.0	20	Netherlands	635.2	20
Hungary	3.0	20	Austria	631.4	21
Belgium	2.9	22	Estonia	613.9	22
United Kingdom	2.8	23	Finland	590.6	23
Ireland	2.7	24	Luxembourg	549.3	24
New Zealand	2.6	25	Slovak Republic	546.2	25
Slovenia	2.5	26	Slovenia	540.0	26
United States	2.5	27	Czech Republic	532.2	27
Canada	2.4	28	France	519.6	28
Japan	2.2	29	Germany	464.3	29
Mexico	2.2	30	Belgium	458.3	30
Poland	2.2	31	Hungary	411.4	31
Korea	2.0	32	Poland	334.4	32
Turkey	1.7	33	Korea	213.4	33
Chile	1.6	34	Japan	164.9	34

OECD HEALTH STATISTICS 2013より作成

医師数については絶対数の確保が今後も必要となるであろうが、看護師数についてはOECD諸国と比較して、遜色ない程度には存在しているはずである。しかし、病床数が過剰なため、医療提供現場における看護師の配置密度は少なくなってしまう。看護

師の配置数と医療安全について、その関係性の先行研究から明らかなように、看護師数の低下は医療事故のリスクを高めることになる。

2-2. 非効率性の問題

これら3つの問題点に、「4. 不明確な病床機能分化」を加えた4つの問題点が、わが国の医療提供体制の効率性を低くしている原因と考えられる。医療の効率性を測る代表的な指標として一般病床における平均在院日数が挙げられる。表3にOECD HEALTH STATISTICS 2013の一般病床における平均在院日数をまとめた。この国際比較から明確なように、わが国の平均在院日数の長さは群を抜いて長い。次点のドイツに比べても2倍の長さであり、OECD平均と比べると3倍の長さである。

表3 一般病床における平均在院日数の国際比較

国名	平均在院日数 (一般病床)
Japan	17.9
Germany	7.9
Luxembourg	7.3
Portugal	7.2
Poland	7.1
Finland	6.9
Czech Republic	6.8
Italy	6.8
Slovenia	6.7
OECD Average	6.6
Austria	6.5
Switzerland	6.5
United Kingdom	6.5
Slovak Republic	6.3
Spain	6.1
Ireland	5.9
Netherlands	5.8
Hungary	5.7
New Zealand	5.6
Estonia	5.5
United States	5.4
France	5.1
Sweden	5.1
Israel	4.3
Turkey	3.8

OECD HEALTH STATISTICS 2013 より作成

この結果には、二つの視点が考えられる。ひとつは、低密度医療しか提供できないために、わが国では医療の効率性が悪くなってしまう点であり、もうひとつは、過剰な病床数とその体制維持のために平均在院日数を長くするインセンティブが働くという点である。後者はいわゆる社会的入院と呼ばれる問題と考えることができる。過剰な病床がありながら、病床機能分化が不明確であるために、一般病床の効率性を低下させる原因を作ってしまった。過剰な病床数が診療密度の低下を招き、低い診療密度であるがゆえに、医療事故のリスクを招いてしまっている。つまり、この過剰な病床数に加え不明確な病床機能分化が、一般病床における平均在院日数の長期化を招き、社会的入院の温床になるという構造が発生する。この構造的欠陥が、5番目の問題点である「合成の誤謬」につながっている。

2-3. 民間資本が抱える問題

社会保障制度改革国民会議報告書では、この合成の誤謬の解消を阻んできた要因を、6番目の問題点である「医療提供体制の私的所有による不体系化」としている。社会保障制度改革国民会議報告書では「日本の医療政策の難しさは、（中略）医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。（中略）ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。」と指摘している。民間資本により医療提供体制が整備されてきた経緯により、長らくわが国では診療報酬を使った利益誘導でしか医療提供体制への影響力を発揮できなかった。そのため、近年においても7対1入院基本料を算定する病床が異常に増加するなど、医療提供体制側は政策側の意図と反した過剰反応を引き起こしてきた。この背景には、今までの政策誘導がどちらかと言えば、医療提供の当事者間の競争を促すことによる誘導であったことも関係している。医療提供事業者同士の競争により、提供体制の適正化を狙っていたものの、競争原理がうまく機能しなかったために誘導に失敗してきた。そこで、議論されている非営利ホールディングカンパニー型法人では、法人間の競争よりも協調がコンセプトに掲げられている。医療法人同士が、利害を乗り越えて非営利ホールディングカンパニー化することにより、医療介護提供体制における合成の誤謬を解消し、社会保障制度全体の最適化を目指すことが意図されている。つまり、この問題を解消するためには、医療法人や社会福祉法人などが協調を目指せる環境を法的に担保する必

要があるということである。その環境を整えられることが、非営利ホールディングカンパニーの創設にあたって必須の要件になると考えられる。

2-4. 地域医療の持続可能性の確保

社会保障制度改革国民会議報告書では指摘されていないが、ホールディングカンパニー型法人創設の重要な目的には、地域医療の持続可能性の確保と医療法人の持ち分放棄の推進が含まれているのではないかと考えられる。地域医療の持続可能性の確保とは、中小規模医療法人における財政基盤の安定化である。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計にもあるとおり、地方の人口減少により医療介護需要が減少していく地域も想定される。そのため、財政基盤の脆弱な中小の医療法人などをホールディングカンパニーの傘下におくことで、地域医療の崩壊を食い止めることも目的とされているのではないかと考えられる。非営利ホールディングカンパニーを構築するためには、利害を乗り越えて協調する必要がある。そのためには、医療法人が利害の源泉となる持ち分を放棄して統合を進めていくしかない。非営利ホールディングカンパニー型法人の目的には、この二つの問題の解消も含まれているものと考えられる。

3. 非営利ホールディングカンパニー型法人の論点整理

非営利ホールディングカンパニー型法人について議論されている会議には、社会保障制度改革国民会議、産業競争力会議及びその医療介護分科会、規制改革委員会健康医療ワーキンググループなどがある。それら会議の中で、議論をまとめて報告書として発行されているものには、社会保障制度改革国民会議報告書、産業競争力会議医療介護分科会の中間整理、産業競争力会議の成長戦略進化のための今後の検討方針がある。各報告書の要点を整理し、まとめたものが表4である。なお、これらの報告書で使われている医療法人という単語には、持ち分の有無についてまで言及がなされていない。そのため、社会保障制度改革国民会議報告書が公表されて以降、非営利ホールディングカンパニーが持ち分ありの医療法人を子会社としてぶらさげる仕組みであるという誤解も生じてきている。しかし、非営利ホールディングカンパニーの傘下として想定されるべき医療法人は、持ち分なしの医療法人である。よって以後、特に断りのない場合は、医療法人とは持ち分なしの医療法人を指すものとする。

表 4 非営利ホールディングカンパニー法人の議論の要点

	社会保障制度改革国民会議 報告書	医療・介護分科会の 中間整理	成長戦略進化のための 今後の検討方針
	2013/8/6	2013/12/26	2014/1/20
医療介護 提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化。 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療から在宅介護生活支援サービスに至る高齢者への一連のサービスを切れ目なく体系的に提供。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期病床を増やし、在宅医療介護分野を充実する機能分化。
	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源の適正配置、効率的な活用。病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入等の統合 	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源の適正配置、効率的な活用。病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入等の統合 	
ガバナンス	<ul style="list-style-type: none"> 医療法人の再編統合。社会福祉法人の経営の合理化、近代化、大規模化、複数法人の連携。 	<ul style="list-style-type: none"> 傘下の医療法人や社会福祉法人を社員総会を通じて統括。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療法人や社会福祉法人を社員総会を通じて統括。
		<ul style="list-style-type: none"> 議決権や意思決定に関する事項は定款に自由度。 	<ul style="list-style-type: none"> 意思決定に関する高い自由度。
ファイナンス	<ul style="list-style-type: none"> 資金調達的手段をヘルスケアリートをういて拡大。 		<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケアリート活用のためのガイドライン策定。
		<ul style="list-style-type: none"> 資金調達の一括化による調達コスト抑制。 	<ul style="list-style-type: none"> グループ内の円滑な資金調達、余裕資金の効率的活用。
人材育成		<ul style="list-style-type: none"> グループ内法人間の人事異動で、従業員のキャリアアップ。雇用吸収力の強化。 	
ヘルスケア 産業化		<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケア産業の育成、医療イノベーション、医療提供体制合理化の担い手。 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケアサービスの成長産業化
大学附属病院・ 国公立病院		<ul style="list-style-type: none"> 大学附属病院、国公立病院、保険者等を含めた連携でIHN化。 	<ul style="list-style-type: none"> 大学附属病院や国公立病院等での連携を検討。
国際化・研究		<ul style="list-style-type: none"> 医療の国際展開、研究機能の担い手。 	
営利法人との 連携		<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアを担う営利法人への出資。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護事業を担う営利法人との緊密な連携。

厚生労働省ホームページより作成

3-1. 医療介護提供体制

ホールディングカンパニー型法人制度の創設が、医療介護提供体制へ与える影響として、二つの視点が挙げられている。第1は、医療介護資源の適正配置と医療介護提供体制のネットワーク化である。病床機能分化を進め、医療介護等の連携をより強化して、高齢者が必要とする一連のサービスを切れ目なく体系的に提供することにある。第2には、人事・医療事務・仕入等の統合である。つまり、間接部門のコスト削減を目的とした、シェアドサービスの推進である。

第1の、ネットワーク化及び病床機能分化とは、分析視角としてポーターら(2009)が提唱している医療提供のバリューチェーン(CDVC¹)へと、医療提供アプローチを変換することであると考えられる。CDVCに着目し医療提供の構造を変化させていくことは、統合型診療ユニット(IPU²)を設計していく上で重要なツールとなっていく。IPUとは、患者の病態にフォーカスし、病態の診療の価値が最大化するように設計された施設を、ケアサイクルに応じて利用していくことにより、患者にとっての医療の価値を高めることを第一目標とする。IPUを設計する必要条件は、患者情報の途切れない共有である。切れ目ない情報共有には、物理的に情報のネットワーク化による共有環境を構築することだけでなく、モニタリングやアセスメントの規格統一という質的な情報共有が含まれる。

第2のシェアドサービスの推進とは、サービスセンター機能を集約した業務効率化を通じ、業務コストの引き下げ、グループ全体のパフォーマンス向上を意味している。シェアドサービスを推進するプロセスには次の3段階のステップがある。第一のステップは、間接部門業務の標準化していくことである。この中には、業務フローのマニュアル化だけでなく、職位と業務遂行能力の統一といった人事施策的な要素も含まれてくる。この段階で、属人的な業務フローなどを排除していく作業が重要なポイントとなる。第二のステップでは、業務標準化による業務量の適正化及び集約化である。グループ全体における、間接部門の人員適正化を推進していくのも、この段階である。そして最後のステップでは、間接部門のアウトソーシング若しくはプロフィットセンター化である。

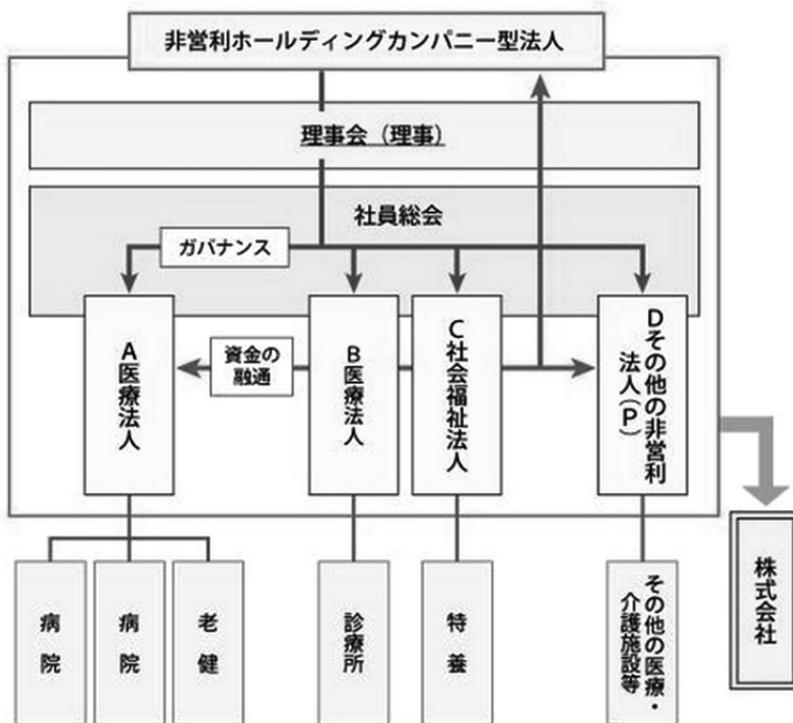
ホールディングカンパニー型法人制度が医療介護提供体制に与える影響について、二つの視点から考察した。これら二つの主たる目的は、国民医療介護費の適正化に帰結するものと考えられる。ネットワーク化及び病床機能分化は、医療介護提供体制のリストラクチャリングによる、医療介護費のムラの排除であり、シェアドサービスの推進は、間接部門の効率化を通じた医療介護費の無駄の排除である。

¹ Care Delivery Value Chain

² Integrated Practice Unit

3-2. ガバナンス

ホールディングカンパニー型法人のガバナンスについては、第5回医療法人の事業展開等に関する検討会にイメージ図が示されている(図1)。同図はホールディングカンパニーが傘下の医療法人や社会福祉法人を、社員総会を通じて統括するイメージを表したものである。議決権や意思決定に関しては定款で自由度を持つことも可能としている。ここで重要なポイントは、非営利性とガバナンスが両立するのかという議論である。ホールディングカンパニーという言葉から連想されるのは、資本の理論に立った子会社の支配である。つまり、株式所有を通じたグループ経営である。当然、持ち分なし医療法人や社会福祉法人にこの資本の理論を持ち込むことはできない。そこで重要になってくるのが、理念による統合である。ドラッカーによる定義では、非営利組織は「特定の使命や目的を人々の協働を通じて達成していく持続的な組織体」とし



出所：第5回医療法人の事業展開等に関する検討会資料2

図1 非営利ホールディングカンパニー型法人制度のイメージ

ている。米国の非営利認定の最重要要件は「利益が特定の個人に帰属しない」ことである。わが国においては、持ち分を放棄した医療法人や社会福祉法人であっても非営利性や公益性が欠如しているのは、明確に所有と経営の分離がなされていないことに起因している。つまり、同族経営などにより、利益が特定の個人に帰属するような抜け道が多数用意されていることを意味する。わが国で非営利ホールディングカンパニーが実現するためには、本当の意味の非営利が理解されなければ、非営利ホールディングカンパニーのガバナンスは成立しないと考えられる。

3-3. ファイナンス

外部ファイナンスについては、ヘルスケアリートの創設という新しい資金調達の方法も議論されている。しかし、本論文では内部ファイナンスの問題のみを扱う。つまり、ホールディングカンパニー内における資金の配分の問題である。図1では、ホールディングカンパニー内の資金の流れを表す矢印が2本描かれている。1本目はホールディングカンパニー傘下の医療法人や社会福祉法人の間で資金を融通する矢印であり、2本目は傘下の法人からホールディングカンパニーへ向かう資金の矢印である。意図としては、法人全体としてのファイナンスを安定化させ、経営基盤を強化することが目的と考えられる。しかし、後述するように社会福祉法人への対価は、社会事業の公的責任の民間転換ではないという解釈のもとに支払われている。非営利ホールディングカンパニー型法人でイメージされている資金の流れを実現するためには、非営利性と公益性について法的に十分担保することが必要であると考えられる。

4. 非営利性・公益性の確認

非営利ホールディングカンパニー型法人制度では、ホールディングカンパニーの枠組みによって複数の医療法人や社会福祉法人をグループ化することが想定されている。そのグループ化の前提では「非営利性や公共性の堅持」が明記されている。非営利性や公共性について、医療法人制度と社会福祉法人制度を通して確認しておきたい。

4-1. 医療法人

医療法人についての非営利性について確認するために、平成17年7月22日に、医療経営の非営利性等に関する検討会がまとめた報告書を参照する。この検討会では「出資額限度法人」の制度化に向けて社団医療法人の出資や持ち分の在り方及び、医療経

営における非営利性や公益性の観点から医療法人制度の在り方について検討された。

医療法人制度が創設された昭和 25 年の厚生事務次官通知では、医療法人制度創設の目的を「私人による病院経営の経済的困難を、医療事業の経営主体に対し、法人格取得の途を拓き、資金集積の方途を容易に講ぜしめること」と定義され、医療法人の行う事業は「病院又は一定規模以上の診療所の経営を主たる目的とするものでなければならぬが、それ以外に積極的な公益性は要求されず、この点で民法上の公益法人と区別され、又その営利性については剰余金の配当を禁止することにより、営利法人たることを否定されており、この点で商法上の会社と区別されること」としている。

以上のように、医療法人は医療法第 54 条の「剰余金の配当をしてはならない」との規定の下、「営利を目的としない」民間非営利部門とされているものの、積極的な公益性までは求められてはいない。「営利を目的としない」について、平成 16 年 11 月に公表された「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」において、社団形態の非営利法人の社員における権利・義務について 4 つの考え方が示されている。

1. 出資義務を負わない
2. 利益（剰余金）分配請求権を有しない
3. 残余財産分配請求権を有しない
4. 法人財産に対する持ち分を有しない

上記の 4 つは、非営利ホールディングカンパニー型法人の制度設計を行うにあたって、非営利性や公益性の根拠とされるべき要件と考えられる。しかし、現在の医療法では「2. 利益（剰余金）分配請求権を有しない」しか法的に規定されていない。この非営利性や公益性についての緩い制約が、前述したような所有と経営の境界の不明確さを生み出し、利益が特定の個人へ帰属する抜け道の原因になっている。特に問題視されるべきは、持ち分あり医療法人では「3. 残余財産分配請求権を有しない」が完全に否定されていない点である。後述するメイヨークリニックが、その継承プランで重視したのは、残余財産分配請求権の否定により組織の持続可能性を高めることである（第 5 節）。

4-2. 社会福祉法人

社会福祉法人の非営利性と公益性について、平成 26 年 7 月 4 日に社会福祉法人の在り方等に関する検討会がまとめた報告書「社会福祉法人制度の在り方について」を参

照する。社会福祉法人とは、社会福祉事業を行うことを目的とし（公益性）、法人設立時の寄附者の持ち分は認められず、残余財産は社会福祉法人その他社会福祉事業を行う者又は国庫に帰属し（非営利性）、所管庁による設立認可により設立されるという、旧民法第 34 条に基づく公益法人としての性格を有している。また、憲法第 89 条³の「公の支配」に属する法人として、行政から補助金や税制優遇を受ける一方、社会的信用の確保のため、基本的に「社会福祉事業のみ」を経営すべきという原則論の下、所管庁の指導監督を受けてきている。

社会福祉法人が、前述したような非営利性や公益性を有する法人として設立された背景を明らかにするために、戦後の社会福祉の歴史を確認しておく。戦後の 1946 年 2 月、GHQ より提示された連合国最高司令官指令（SCAPIN）775 号公的扶助三原則には、「扶助の国家責任の明確化」いわゆる「公私責任分離の原則」が明記された。この背景には、戦前のわが国では国が行うべき社会事業を、補助金制度によって民間に肩代わりさせていたという事実がある。GHQ は米国本国において一括補助金制度の失敗の経験から、民間への権限委譲や財政援助を禁止する原則を打ち出した。その後、この公私分離の原則は憲法第 89 条によって、法的にも確立されていくことになる。こうして戦前からの補助金制度は廃止となり、民間社会事業団体に対する補助金支出を目的として制定されていた社会事業法は死文化した。しかし、実態として民間の社会事業に頼らなければ、戦後の混乱期に対応することは難しい状況であったものの、戦災により民間の社会事業施設の疲弊も激しかった。

そうした現状から、死文化した社会事業法の改正の動きが始まり、新しい法律として昭和 26 年に制定されたのが社会福祉事業法であった。この法律は平成 12 年に社会福祉法という法名へ改正され現在に至っている。社会福祉法人とは、社会福祉法第 22 条に規定される、社会福祉事業を行うことを目的として設立される法人のことである。社会福祉法人は、公私責任分離の原則が明示されて以来、禁止された民間社会福祉事業に対する公の「委託」を可能にするものであった。ただしその条件には、公の支配のもと正当な対価（委託費）による委託が付される。これにより、公共性を有した社会福祉法人という民間事業に対する委託は、公的責任の民間への転嫁ではないという解釈を成り立たせることになる。つまり、ここで問題視されるべきは、社会福祉法人の内部留保は、公金ではないかという議論である。この理解のもと、ホールディングカンパニーの傘下に社会福祉法人を参入させる議論を進めるのであれば、ホールディングカンパニーの公益性を法的に担保しておく必要がある。

³ 憲法第 89 条 公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない。

5. メイヨークリニックの公益性とガバナンス

メイヨークリニックとは、ミネソタ州に本部がある非営利組織である。支部はフロリダ州とアリゾナ州にある。総売上高88億ドル（2012年）、従業員や提携スタッフは6万人である。ミネソタ州を中心にコミュニティベースの医療サービスであるメイヨーヘルスシステムを展開している、米国を代表するIHN⁴のひとつである。2014年の世界経済フォーラム年次会議のキーノートスピーチにおいて、安倍首相はメイヨークリニックをホールディングカンパニー型法人のロールモデルとして紹介した。そのためこの節では、米国の内国歳入法(IRC⁵)の要件を整理しつつ、非営利法人のガバナンスの在り方や公益性確立の経緯について確認していく。

5-1. 内国歳入法(IRC)

米国の非営利団体の公益性は、免税措置がなされているか否かにより判断される。つまり、IRC 第 501 条の規定にある免税措置の恩恵を受けられることが基準となる。IRC 第 501 条(c)項には、原則免税の対象となる非営利団体が分類されている。これらの諸団体に共通した特徴は、営利を目的とせずに組織されていることと、如何なる利益も関係者に分配しないことの2点である。IRC の区分による非営利団体は、第 501 条(c)(3)項に規定された公益的な非営利団体と、同条(c)(4)項以降に規定された非公益的な非営利団体に大別される。米国連邦最高裁が示している第 501 条(c)(3)該当の非営利法人を他と区別するうえでの公益性は以下の要件とされる(表5)。メイヨークリニック及びメイヨークリニックに属する約40の事業体⁶はこのIRC 第501条(c)(3)に該当している。

表5 IRC 第 501 条(c)(3)に求められる公益性の要件

1. 目的
宗教、慈善、学術、公共安全検査、文芸、教育、 国内・国際アマチュアスポーツ競技助成、児童・動物虐待防止
2. 組織テスト(定款チェック)
①目的が上記のいずれか一つ以上であること
②解散時の残余財産が政府もしくは類似の公益目的を持つ他の団体へ帰属すること

⁴ Integrated Healthcare Network

⁵ Internal Revenue Code

⁶ NCCS に登録のある事業体数。

3. 活動テスト（定款チェック）
①事業は主として公益目的でなければならない ②直接的間接的に私益をはかるものでないこと
4. 政治キャンペーンの禁止
政府機関役職への立候補者支援・非支援等の政治キャンペーンの禁止
5. ロビー活動の禁止
ロビー活動を主たる活動としないこと

IRS ホームページより作成

5-2. ガバナンスの構造

メイヨークリニックのガバナンスは、最高執行理事会、CEO、理事会、委員会によって構成されている。

最高執行理事会はメイヨークリニックの管理機関である。その設立の条項や定款により、慈善活動、診療活動、科学、教育における使命や目的の全てに責任を負っている。また、組織運営に求められる意思決定への最終責任を有し、組織全体の戦略を統括している。IRC 第 501(c) (3) 団体としての水準を維持するために、CEO が行う全ての活動について法令遵守を徹底させている。患者、職員、地域や寄附者に対して、慈善活動、教育、研究といった分野の説明責任を負う。各施設運営が必要とするメイヨークリニックの方針を決定し、最高執行理事会の長や役員を選出している。最高執行理事会の構成は 17 人の外部理事と 14 人の内部理事である。

CEO は、最高執行委員会の監督のもと、リーダーシップと経営について第一の責任を負っている。主な業務は、メイヨークリニックの使命を達成すると共に、クリニックの戦略的なポジショニングやブランドの確立である。キャッシュフローや資本的支出を含む、長期的な財務目標を立案し、年間の事業予算を管理する責任を負っている。また、IRC 第 501(c) (3) に対する遵法の責任を負っている。CEO はメイヨークリニックの業績へ影響を与える意思決定に対する最終権限を有する。

理事会は、最高執行委員会の監督、権威、承認のもと、組織内部の問題に取り組んでいる。また、CEO をサポートしその業務遂行を助ける。

5-3. 公益性の確立

メイヨー兄弟が引退したのは 1932 年である。メイヨークリニックが、兄弟の引退後も生き残ることができたのは、引退前から継承プランを確立していったからである。

継承プランの確立には、1890年代から1932年にかけての約30年間で費やされた。継承プランのポイントは残余財産分配請求権の解消である。これはわが国の医療が構造的に抱えている問題である。この問題を解決するため、この約30年の間にメイヨー兄弟はクリニックに大きな3つの変化を起こした。

第1は、パートナーシップ協定の変更である。当初のパートナーシップでは、パートナーが死亡することにより、メイヨークリニックの財産はパートナーに分配されることになっていた。兄弟はこのパートナーシップを改め、全ての固定資産や金融資産をパートナーシップ協定から切り離した。これにより、パートナーは収入のみの契約になり、組織の金融資産はこの協定により保護されることになる。パートナーの引退や死亡などが発生しても、組織の継続性が高まったのである。

第2は、1919年のメイヨー資産協会の設立である。メイヨー兄弟は贈与証明に署名して、メイヨークリニックを営利組織から非営利組織に変えた。贈与の範囲は、現在だけでなく将来のクリニックの収益までも対象となっており、当然のことながら建物、設備、有価証券といった資産も含まれている。メイヨー資産協会は、それらの金融資産を医学教育と研究を促進するために使用するという協定に基づき運営されている。メイヨー資産協会はのちにメイヨー財団に発展し、現在ではメイヨークリニックのすべての業務と資産の統括団体になっている。

第3は、理事会体制への移行である。1920年代前半に理事会は発足した。当初、理事会はクリニックの経営と業務にだけ責任を持っていたが、やがてクリニックの方針づくりも手掛けるようになった。理事会を設置したことは、メイヨークリニックの存在を、メイヨー兄弟の所有から切り離されたことを外部に表明することになった。

6. 結びにかえて

わが国における医療介護提供体制の問題点を俯瞰してきた。要約すれば、診療密度が低く効率の悪い医療提供状況、それらを生み出している過剰な病床数、民間資本が引き起こす合成の誤謬、脆弱な経営基盤と非営利性や公益性に対する緩い規制、である。医療や介護は社会にとって重要なインフラであるにもかかわらず、それ自体が非常に多くの問題を抱えており、今後の持続可能性が危ぶまれている。非営利ホールディングカンパニー型法人は、それらの問題を解決する要素を含んではいるものの、その創設には非常な困難が伴うと考えられる。この法人制度を実現させるために、まず解決しなければならない問題は非営利性と公益性の徹底である。しかし、現行法規で

は非営利性や公益性について十分な法的措置が取られていないため、持ち分を放棄した医療法人や社会福祉法人でさえも、特定の個人に利益が帰属しているケースが散見される。その事実を端的に表しているのが、非営利ホールディングカンパニーの議論のなかで、ホールディングしたグループから脱退できるのかという質問であると考えられる。つまり、持ち分を放棄してホールディング化する議論がなされているにもかかわらず、特定の個人に帰属する利益の概念から抜け出せていないため、この質問がなされるものと考えられる。今後、非営利性や公益性についての理解が深まらなければ、ホールディングカンパニーの枠組みはただの絵に描いた餅になってしまうであろう。なぜなら、社会保障制度改革国民会議報告書が描いている当事者間の競争から利害を超えた協調への移行や、合成の誤謬が解消されるためには、利害対立が回避されなければならない。そのためには、利害の源泉となる特定の個人への利益の帰属や残余財産分配請求権を放棄し、利害対立の原因を取り除く必要がある。非営利ホールディングカンパニー型法人の議論を進めていくなかで、非営利性と公益性をどう法的に担保していくかが、重要なポイントになると考えられる。この法人制度のロールモデルであるメイヨークリニックにおいて、その公益性を確立するために約30年の歳月を要している。わが国は来るべき2025年にむけて残された時間はあまりない。この残り少ない時間のなかで、非営利性や公益性を法的に担保し、どれだけその概念を浸透させることができるかが、非営利ホールディングカンパニー型法人が創設される必要条件であると考えられる。

謝辞

本論文を作成するにあたり非常に熱心なご指導をいただいた兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授、筒井孝子教授に深く感謝いたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 笠原英彦(1999)『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会。
- [2] 野村拓(2009)『講座医療政策史』桐書房。
- [3] 松山幸弘(2010)『医療改革と経済成長』日本医療企画。
- [4] 松山幸弘・河野圭子(2005)『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』東洋経済新報社。
- [5] 横山和彦・田多英範(1991)『日本社会保障の歴史』学文社。

- [6]マイケル・E・ポーター、エリザベス・テイスバーグ(2009)『医療戦略の本質』
日経 BP 社。
- [7]Kent D. Seltman, Leonard Berry (2008) MANAGEMENT LESSONS FROM MAYO CLINIC,
McGraw-Hill.

ホームページ（最終アクセス日：2014年8月19日）

- [1]首相官邸 社会保障制度改革国民会議
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>
- [2]首相官邸 産業競争力会議
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkkaigi/kaisai.html>
- [3]内閣府 規制改革会議
<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/index.html>
- [4]公益法人制度改革に関する有識者会議 報告書
<http://www.gyokaku.go.jp/jimukyoku/koueki-bappon/yushiki/h161119houkoku.pdf>
- [5]厚生労働省 医業経営の非営利性等に関する検討会 報告
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kentoukai/9kai/8.pdf>
- [6]厚生労働省 医療法人の事業展開等に関する検討会
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi164077>
- [7]厚生労働省 社会福祉法人の在り方等に関する検討会
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html#shingi159469>
- [8]キャノングローバル戦略研究所
<http://www.canon-igs.org/>
- [9]IRS Internal Revenue Service
<http://www.irs.gov/>
- [10]Mayo Clinic
<http://www.mayoclinic.org/>
- [11]NCCS National Center for Charitable Statistics
<http://nccs.urban.org/index.cfm>
- [12]OECD Health Statistics 2013 - Frequently Requested Data
<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>