



キャンノグローバル戦略研究所
研究主幹

松山 幸弘氏

非営利ホールディング法人を 絵に描いた餅にするな

厚生労働省が法制化しようとする地域医療連携推進法人の仕組みを運営している医療グループは既に多数存在する。一体、何が新型法人の特徴なのか。非営利ホールディングカンパニー創設の提唱者である松山幸弘氏に、是々非々で評価を聞いた。

言になったのです。

■検討会に示された厚労省の提出文書で注目すべき記述内容は何でしょうか？

務内容について内閣法制局と検討したところ「医療機関を経営しないのなら医療法人とは言えない」と指摘され、一般社団法人となった模様です。しかし、医療提供体制と地域住民ニーズのミスマッチを解消するためには、将来の新規投資を参加医療法人の共同事業とすべきです。これは、新型法人に医療施設経営をさせるといふことです。

■地域医療連携推進法人の骨格に対する評価についてお聞かせください。

番のポイントは「地域医療構想を達成するための二つの選択肢として」という文言です。二つの選択肢として「が意味するのは、新型法人制度が利用されなくとも構わず、社会医療法人など既存の制度には何ら影響がないということ。これは、医療法人と社会福祉法人を束ねる仕組みという見当違いの検討を求めた閣議決定に対する厚労省側の抵抗と私は勝手解釈しています。

■持分あり医療法人と社会福祉法人の統合案は、政府のどの会議から提出されたのですか。

松山 第9回検討会の資料に突然「その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について」という文言が登場しました。この検討会は「医療法人の事業展開等に関する検討会」という名称が示すように、新型法人は医療法人のほ

■厚労省は新型法人の創設目的に競争から協調への転換を挙げていますが、このことは期待できますか。

松山 日本病院会代表委員が

松山 持分あり医療法人を地域単位でグループ化する検討会の進め方に、私は当初から大反対でした。私が政府に提言し続けてきた非営利ホールディングカンパニーは、大学附属病院、国公立病院を改革するためのスキームです。これらの病院群は、税金で重複投資を過剰に行い、医療産業の生産性向上の最大のネックになっているのです。

私が知る限り、わが国の医療提供体制の最大の欠陥が大学附属病院や国公立病院が税金で重複投資を行い競争、各地域で中心的役割を果たすべき医療機関のガバナンスを欠いている点にあることを、厚労

松山 2013年8月に出された社会保障制度改革国民会議報告書が発端です。同報告書は、「日本の医療機関は、西欧等と異なり、私的所有が中心。政府が強制力を持つて改革できない。」と記し、医療法人の数が多いたことが非効率の原因としています。しかし、大学附属病院や国公立病院の改革を政府が強制力をもつて実行できていないことこそが元凶なのです。この報告書の結論を産業競争力会議が引き継ぎ、昨年6月の閣議決定の文

日本医師会代表委員は新型法人には医療機関経営を認めないと主張しました。それを受けて厚労省が新型法人の業

松山 日本病院会代表委員が次の発言をされています。「競争より協調と言われていますが、医療機関の少ないエリアでしたら、それはまさに当てはまるかなと思います。医療機関の過密な所にいくつかのこうした新型法人ができた時に、競争より協調ではなくて、協調より競争につながるのではないかと危惧があります」。私もそのとおりだと思います。

～地域医療・包括ケアビジョンの実現に新制度はどう寄与できるか～

厚生労働省が発表した「地域医療連携推進法人（仮称）の創設について」の記載内容で、一

厚労省が発表した「地域医療連携推進法人（仮称）の創設について」の記載内容で、一

厚労省が発表した「地域医療連携推進法人（仮称）の創設について」の記載内容で、一

厚労省が発表した「地域医療連携推進法人（仮称）の創設について」の記載内容で、一

厚労省が発表した「地域医療連携推進法人（仮称）の創設について」の記載内容で、一

■競争から協調への促進策として、新型法人内での病院間の病床融通が示されています。

松山 この特例措置は病床不足の地域では、柔軟に機能分化を図るツールとして意味を持つかもしれませんが。しかし、病床が過剰な地域で病床数を維持したところで、何ら収益改善は保証されません。

例えば、ある県の基準病床数は9000ですが、現状は14000病床です。5000病床もオーバーしている地域で、新型法人内で病床を融通し合って病床数を維持しても収益は改善されません。したがって、病床融通の特例措置は効果がないと思います。

勝ち組の医療法人は 新型法人に参加するか？

■それから、営利法人が参加対象から外される案となりますが、この案は参加法人の範囲を狭めてしまい、新型法人を創設する意義が薄れてしまうという懸念はないのでしょうか。

松山 厚労省が提出した文書

には「営利法人を傘下法人・社員とすることは認めない」と書かれてあります。日本医師会代表委員は「新型法人とグループ内の営利法人から影響を受けている法人を区別しなければならぬ」と主張していました。MS法人を持つている持分あり医療法人は実態として営利法人と見なし、地域医療連携推進法人に参加できないようにすると解釈できます。

私が見るところ、MS法人を持つている法人は経営の上では勝ち組です。経営が上手で複数の施設を展開して、規模が大きくなったのでMS法人を持つてようになっているのです。私は経済学者なので、こちらを評価したい。経営能力が高いのですから。

3月現在7つの都道府県の医療機関が地域医療連携推進法人に興味をしめしているようですが、彼らの最大の関心事は新型法人が非課税になるかどうかだそうです。この点について厚労省は、検討会で「税関関係につきましては、この制度化をまず図り、これが

法律の仕組みとして明確にならた後に、・・・税制改正要望をしていく・・・一般社団法人としての税制の取扱いがベースになる」

つまり、新型法人スタート時点では非課税優遇がなく、将来税制改正要望する時にMS法人の存在がネックになる可能性があるということです。

■そもそも、厚労省は営利法人と非営利法人の違いをどこで識別しているのでしょうか？その識別は適切ですか？

松山 厚労省と医療界は「持分あり医療法人も配当を禁止されているから非営利法人だ」と主張していますが、これは厚労省と医療界のロジックに過ぎません。それ以外の世界では通用しません。

厚労省が主張する根拠は、1950年の厚生事務次官通知で「剰余金の配当を禁止することにより営利法人であることを否定」としたことにあります。第1回検討会でも、その資料を提出しました。しかし、同じ資料の次頁

に1925年大審院判例を紹介、そこにはこう書かれてあります。「毎年配当を期待しない場合であつても解散時にまとめて社員に残余財産というにして分配することを契約しているならば、法人形態として営利法人と違いがない」。だから、医療法人は普通法人として課税されているのです。

国公立病院を改革する 制度でないという意味がない

■複数の都道府県にまたがって事業を展開している法人が新型法人に参加する場合、その法人は、新型法人が開設される都道府県の方針に従うことになるのですか？

松山 日本医師会代表委員は、複数の都道府県にまたがって事業を展開している法人が参加する場合、新型法人の統一的な事業実施方針を当該の法人の方針よりも優先させるべきであると主張しています。例えば茨城県と千葉県で病院を経営している法人で、千葉

県の病院が県内に創設される

新型法人の参加する場合、法人本部の方針から切り離して新型法人の意思決定に従うという考え方です。

ロジックとしてはもつともらしいのですが、複数の都道府県にまたがって事業を展開している経営能力の高い法人が、この考え方に則って新型法人に参加するとは思えません。

■国公立病院も参加対象から外れていますが、松山先生が提言し続けてきた非営利ホールディングカンパニーとは大きく異なる制度になりましたね。

松山 検討会では自治体が開設者である公立病院が参加対象になるのかどうかについて議論されました。自治体病院の場合、地方独立行政法人でなければ法人格を持っていません。新型法人の参加対象は法人なので、座長が力説されたように法律論からすると地方独立行政法人以外の自治体病院は制度上、参加できない。

しかし、冒頭でお話したように日本の医療提供体制のネットワークは国公立病院のバラバラ経営

非営利新型法人創設の意義と その影響を探る

～地域医療・包括ケアビジョンの実現に新制度はどう寄与できるか～

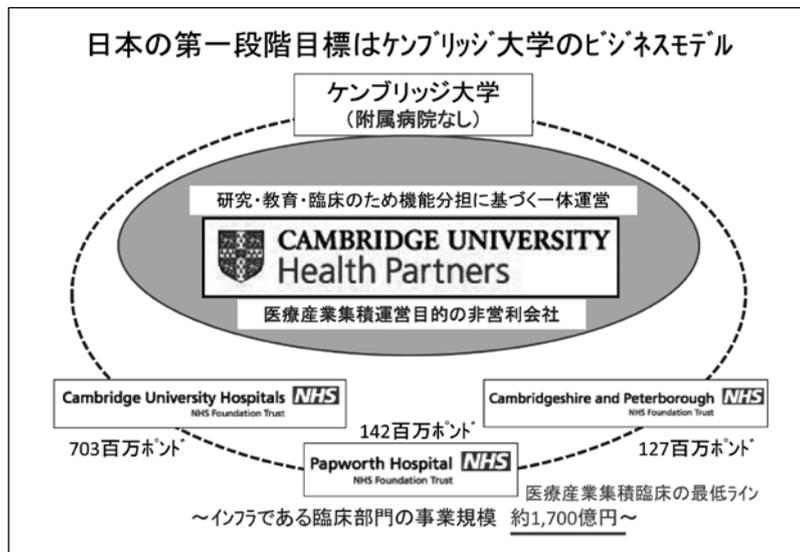
にあるので、これを改革できるスキームでなければ有効とは言えません。

実は、3月8日のHMS講演会終了後、「改正法案を作成している厚労省が法人格を持っていない国公立病院に対し新型法人に参加することを認める方向にある」との情報を得ています。それが事実であれば、新型法人の主役は医療法人ではなく国公立病院になる可能性があります。

■すると、新型法人による改革はどのような方向に進むと予想されるのでしょうか。
松山 社会医療法人の活用です。2006年の医療法改正で社会医療法人が創設されたのも、国公立病院民営化の受け皿にするという意図がありました。社会医療法人の数は昨年10月時点で234法人。私が全法人の財務諸表を集めて分析をしたところ、2013年度の全法人の合計収入は1兆6000億円、平均経常利益率3.85%でした。最近、厚生連が社会医療法

人に転換することを検討中とのニュースがありました。全国の厚生連の収入を合計すると約7000億円です。厚生連が社会医療法人に移行すれば社会医療法人全体の事業規模が2兆3000億円になります。

■社会医療法人を受け皿にした場合、どんなステップで改革が進むのでしょうか。
松山 国立大学附属病院と国



作成・松山幸弘氏

公立病院を地域統合して、社会医療法人にします。それから社会医療法人と社会福祉法人の合併を認め、これらの事業体に追加財源獲得手段として株式会社設立を認めるのです。なお、国立大学附属病院と国公立病院を核に形成する社会医療法人を非営利ホールディングカンパニーとし、他の社会医療法人、社会福祉法人は独立性を維持しな



作成・松山幸弘氏

から連結対象になる形も有力です。持分あり医療法人は、患者情報共有を条件に業務提携で参加すればよいのです。

■非営利ホールディングカンパニーの仕組みには研究拠点としての大学のブランディングもあると思います。海外で参考になる例はありますか。
松山 例えばイギリスのケンブリッジ大学です。同大学

はピッツバーグ大学やハーバード大学と同じように附属病院を持っていません。臨床試験や医師の養成は公立病院を核とした地域ネットワークと提携して取り組んでいます。その事業規模は約1700億円なので、東京大学や京都大学が地域の国公立病院と組めばすぐに達成できる規模です。

これをもっと上手に進めたのがメルボルン大学です。メルボルン大学は附属病院を持たずに公立病院と民間病院の地域医療ネットワークと業務提携をして、「バイオ21クラスター」という医療産業集積を構築しています。その臨床規模は4000億円です。

私はこのようなビジネスモデルを日本でも取り組んだらどうだろうか、2002年に出版した「人口半減…日本経済の活路」という書籍で主張しました。

(取材・文/小野貴史)