

座談会 医療法人制度改革問題

出席

寺尾正之（てらお まさゆき、全国保険医団体連合会事務局次長）
鈴木 篤（すずき あつし、全日本民主医療機関連合会副会長・東京勤労者医療会理事長）
坂根利幸（さかね としゆき、公認会計士・協働公認会計士共同事務所）
角瀬保雄（かくらい やすお、研究所理事長・法政大学名誉教授）
オブザーバー：根本守（ねもと まもる、公認会計士・協働公認会計士共同事務所）
司会：石塚秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

●医療法人とは

角瀬 このテーマについてはすでに今年の医療経済学会の研究例会で取り上げられたり、協働のホームページでは根本さんが詳しい解説を載せたりしています。(19、20ページに転載) また、『しんぶん赤旗』(2006年8月18日付)では東北大学の日野秀逸先生が



コメントを載せておられたりしております。その他、医療経営に関するビジネスの世界ではいろいろと取り上げられているようですが、国民の立場からこれをどうとらえるべきかとなると、なかなか難しい問題をはらんでいるように思います。

2時間ということですが、まずどのように進めていくのか確認していきたいと思います。技術的な点、法律的な点を突き詰めていくと大変複雑な話になります。これは寺尾さんが詳細に分析をされているところですが、読者の方にはわかりづらいところもあるかと思うので、まず全体的な内容を押さえてから細かな点に入っていくのがいいのではないかと思います。

坂根 細かな点というか、社会医療法人の要件について議論を始めるとそれだけで座談会が終わってしまうので、そのあたりは寺尾さんに整理していただいて最初に載せてもらうのがいいのではないのでしょうか。

医療法人の区分

- 医療法人は、医療法で規定。剰余金の配当が出来ないので非営利だが、原則非課税の公益法人等ではない。法人税的には基本的に営利法人と同じ扱い。平成18年3月で41,720。
- 区分
 - ・出資持分の定めのある社団
 - ・出資持分の定めのない社団、財団
 - ⇒一定の要件を満たすと医療法上の特別医療法人(約50弱)、法人税率は30%で優遇はないが、医療及び附帯業務、付随業務のほか、収益業務も可能
 - ⇒一定の要件を満たすと租税特別措置法に規定される特定医療法人(約390)、法人税率は22%に軽減される

角瀬 私が医療経営の分野に首を突っ込んだとき、まず最初に医療法人とは何かというところから勉強しないとなりません。おそらく本誌の読者の方にもそういう方が多いと思いますから、そういうそもそものところから解きほぐしていかないと、医療法人の改革といってもどこが問題になっているのかわかりづらいと思います。また、根本さんが書かれた解説は大変明快で、勉強になったのですが、私にはそれだけでいいのかという思いもありました。そこでそうした点も取り上げられたらと思います。

根本 明快にしか書けなかったんですよ(笑)。

坂根 僕も古い時代のこと、医療法ができた時とか医療法人の制定とか、一人医師医療法人の設置とかの細かな話はよくわからないけれど、これまでいたる大雑把な流れは把握する必要があるの

社会医療法人の要件

①社会医療法人は「住民にとって必要とされる公益性の高い医療」を実施する

⇒その定義は、「通常提供される医療（活動）と比較して、継続的な医療（活動）の提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、住民にとってなくてはならない医療（活動）」

具体的には、救急医療等確保事業の実施が義務付けられた

②知事の認定を受ければ、開設する医療機関、介護老健施設の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる（現行の特別医療法人と同様）

③救急医療等確保事業のために、社会医療法人債を発行できる

④財産目録、貸借対照表、損益計算書について、公認会計士又は監査法人による監査が義務づけられる（一定規模以上の社会医療法人が対象）

⑤社会医療法人の認定取り消し

⇒役員等に対する特別な利益供与等（勤務実態の乏しい理事に対して高額の役員報酬を支給している場合や、理事長に対し金銭の貸付があり返済されていない場合には、特別な利益供与があるものと認定され、取り消し事由に該当するおそれがある）

⇒収益業務から生じた収益を社会医療法人が開設する病院・診療所・介護老健施設の経営に充てないとき
（作成：寺尾正之）

で、その議論をまずしましょう。それから今回の医療法人改革も社会医療法人だけではないから、現状の医療法人制度について言及し、社会医療法人が提起される問題を議論して、最後に社会医療法人について議論をするというのではないかと思います。

石塚 医療法の改革によって医療法人制度が抜本的に変わるだろうと言われております。社会医療法人が新設されるようですが、お話をさせていただく前段として、医療法人のこれまでの形成過程をお話いただけますでしょうか。従来の医療法人の特徴と新しい医療法人との違いというのはどこにあるのでしょうか。



坂根 正確でなかったら訂正してください。もともと日本の医療は個人だけが行っていたのではなくて、法人格を持っているかどうかは定かではないけれども、医療法ができる前から大きな医療機関で医療を担う法

人組織もあったのです。もしも医療法ができる前にそういう法人がなかったのであれば、医療法成立後、医療を行う機関はすべて医療法人にならざるをえないのですが、既に存在していたのは公益法人形態と生協の一部であったのだらうと思えます。だから医療法ができたときには、医療を行う医療機関がさまざまな法人組織としてあったということです。それ以降、医療法成立後は医療法人以外に医療機関を成立させるのは簡単ではなくなったのです。ただし、医療生協だけは消費生活協同組合法で医療を行うということで法人設立が事実上できる、それが現在でも残っています。これが第一の前提です。

それから医療法では、個人であろうと法人であろうと事業の目的は「非営利」と定めています。今回の医療法改正でも医療法人制度改革でもこの原則は色濃く配慮されていて、この点は後からまた話題にしたいと思えます。

また、医療法人の定めが置かれたときに、最初から開業医の一人医師医療法人のことはあまり前提に置かれていなかったように思います。医療法人化する開業医の方が出てきて、その方がある意味では社会的に意義があるし節税的にも意義があると考えられて、開業医の一人医師医療法人、出資者が一人しかいない法人の流れが認められるようになったのだと思います。現状は個人の開業医の方が医療法人化することと、最初から医療機関の基礎となる財産があるか、医療機関設立を願う人々の出資によって医療法人が作られています、数としてたくさんあるのは開業医の一人医師医療法人です。

医療法人形態の定めには、社団の定めと財団の定めとがあります。営利ではないということから最初から設置されています。また、医療法人社団の中には出資社員の持分がある社団と、財団的な持分なき社団があり、組織運営的には3つのタイプがあるということです。たしか社団のほうが財団より法人数が多かったと思います。

社会医療法人については、このところ議論の機会が減っていましたが、話題になり始めた2年前には認定医療法人と言われており、よく議論をしていました。当時、この意味がよくわからないままの議論をしたのでした。

実のところ、出資額限度法人の議論とまったく同じではないけれど、底流では似たものがある、小泉政権以前から続く改革議論の過程の中で、医療の中に営利株式会社を参入させようという流れがありました。先ほど申し上げたように、医療法には個人でも法人でも営利を目的としてはいけないという定めがあるので、営利の株式会社を参入させるわけにはいかない。これは厚労省の、ある意味では基本的なスタンスですし、全員がそうだとは言いませんが、今も変わっていません。

ところが、現状では医療法人は圧倒的な部分が開業医の一人医師医療法人で、実のところ法人の売り買いもしくは医療法人の出資持分の相続や払い戻し等が多々行われていて、本来は営利を目的としない医療機関という法人形態にもかかわらず、その所有に参画する、支配権に関わるころの取引はきわめて市場経済と同じ、あるいはそれ以上に行われていて、現状の医療法人の仕組みのままでは営利企業が参入したいと言われたときに、やっていることは営利ではないかと言われたら反論できない状況です。そこで、新しく制定する出資額限度法人は出資をしたら最初に出資した金額だけ、最初に100万円だけならば退団するときも譲渡するときも100万円だけなのです。出資額の限度があり、時価で払い戻しをすることはない。そういう制度を作ることによって、医療は非営利であり、株式会社の参入を容易に認めることはできないという姿勢をみせるために、出資額限度法人が生まれてくる背景があったように思います。

既存の医療法人社団についてはすべて出資額限度法人に移行するという議論もありましたが、一人医師医療法人が非常に多いということで、自分の財産権、実態としての価値が脅かされるという声もあって、医師会やその他反対意見が多く、結果として既存の医療法人はそのまま、新規の法人についてののみは出資額限度法人、持分を通じて利益を追求できない非営利の法人というようになったわけです。

この非営利性に、さらに公益性という概念をかぶせて、当初は「認定医療法人」という議論が出てきました。自分たちはこれがなぜ出てきているのかがわからなくて、民医連の方々と一緒に2年

前に厚労省へ聞きに行きました。厚労省の当時の課長補佐は、端的に言うと次のようなことを言いました。「非営利性の概念に加えて公益的な医療事業を担える医療法人の配置が必要である。なぜかといえば自治体病院等、公的な医療がこの間の医療制度改革や財政課題などから公的な病院としてそのまま存続することが簡単ではない。そういうときにそういう医療機関が全部つぶれてもいいのだとは思えないので、公益的な医療を担う医療機関として医療法の中に配置したい。」つまり受け皿として公的医療を請け負う医療法人をつくりたい、という話があったのです。したがって、公益的な医療法人は制度上も非営利性がさらに高く、中身的にも公共性が高く、医療内容も含めて、地域における医療の必要性から配置しようということになった、というわけです。

今の僕の話の中で抜け落ちている部分があります。それは税制と関連した部分なのですが、医療法人は組織形態としては持分ある・なしの社団2つと財団とで3つなのですが、税法上は普通法人と同じ課税が行われています。ただし法人組織で非営利性が高い、今度の社会医療法人までいかなくてもそれなりに公益性を担っているなどといった一定の基準を満たしていると、申請をすれば特定医療法人として認められ、普通法人よりも低い公益法人や協同組合の税率が適用されるようになります。この特定医療法人を取得する動きも、この間、一定ありましたし、何年か前には特別医療法人という制度ができました。これは医療事業だけではなくて、医療事業に付随する事業についても事業目的として認定を受ければ行うことができるというものです。医療事業に貢献する事業なんてそう簡単にはできませんから、数としては特別医療法人よりも少ないです。

根本 特別医療法人は50弱ですね。

坂根 つまり税制上は特定医療法人の優遇税率が適用される医療法人と普通税率が適用される医療法人とがある。そして、出資額限度医療法人が出来るけれども税率ははっきりせず、さらにそれよりも公益性が求められる社会医療法人にも優遇される税率がどれほどかはっきりしていない。2年

前に厚労省の課長補佐に聞いたときは、限りなく非課税に近づける方向で考えていきたいと言っていました。財務省次第です。

石塚 特別医療法人と同じということでしょうか？

坂根 いいえ、特定医療法人と同じということでは。むしろ特定医療法人が社会医療法人へと動くのではないかということでした。というのは公益法人制度がなくなってしまい、新たな公益法人制度にはいくつものパターンがあるから、税制上の配置をしなければならない。あとは選挙なんです。協同組合の税制そのものも中小企業法の改正と絡む話だけれども、ここが動くかもしれない。むしろ協同組合の方が、税率が高くなるかもしれない。それよりも低い社会医療法人の税率、ということらしい。これが本座談会の導入の話ですね。

● 医療の非営利性とは

石塚 ありがとうございます。医療法人は、調べてみると全部で41,720法人あるそうです（平成18年3月）。医療機関全体の6割が医療法人であって、診療所の3割、個人の5割が医療法人だそうです。問題は、改正の隠れた動機が国公立病院の転換ということで公益性が出てくるであろうということ、また非営利性についても従来は漠然と非営利だというのですが、今回はかなり明確に非営利性の判断、位置づけを出している。また、法人形態そのものが変わってきて、一人医師医療法人は昭和60年からの制度だそうです。これが開業医にどんな影響を及ぼすのか。政府の審議会を見ますと慶応大学の田中滋先生や、当研究所の最初の公開研究会で呼び出した松原由美さんなどが委員でおられ、非営利について詳しい方がいる。

もうひとつ、出資についても注目されていて、いい方向に行くのか悪い方向に行くのかは議論いただきたいと思います。想定していたテーマの大部分を坂根さんにお話いただきましたが、株式会社の導入というのは別において議論が立てられているように思います。

角瀬 制度全体のグランドデザインは明らかになりましたが、どういうところが問題かということについて、もう少し突っ込んだ議論をしなければならないと思います。というのは、われわれの研究所は「非営利」を看板にうたっていますが、正面から非営利についてはあまり突っ込んだ議論をしていないのですね。これを機会にきちんと議論をしなければならないと思います。

日本の医療制度は、古くは明治の初めにさかのぼると、「医制」（1874年）から始まる自由開業医制度によってきていました。自由開業医制度というと、「営業の自由」が医者に与えられており、医療というものが商品として市場で自由に売買されるということからすると、営利医療だったのではないかといわれてきています。戦後、1948年に医療法が施行され、「非営利の原則」というのが初めてうたわれるようになったといわれます。

ところが、かねてから私にはよく理解しがたいところがありました。というのは、医療の「非営利の原則」というのは医療法第7条5項で「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、前項の規定にかかわらず、第1項の許可を与えないことができる」とされ、営利を目的とする医療機関には開設の許可を与えないことが「できる」となっています。このことは、場合によっては許可を与えてもいいという反面解釈ができます。もう一つ、第54条には「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」と出資者に対する剰余金の非分配をうたっています。協同組合やNPOで問題になっている剰余の「非分配制約」と同じものです。この二つが柱になっていますが、果たして実態はどうなのか。剰余金の非分配といいながら、解散時にはそれまでの蓄積を分配するというのも可能なわけで、これは営利の転嫁形態ではないのかという疑問があり、これが第1点の論点になると思います。

もう一つは、新しくできる「出資額限度法人」の解釈についてですが、「出資額に比例して」と「出資額にのみ限定して」と、二つの解釈が出来ます。出資額に比例しての方だと、解散時における蓄積剰余の分配も含まれてしまい、営利になってしまう。しかし、解散時における分配額は出資額に限定して、それ以上のものは分配できないと

いうのであれば、非営利になります。これが二つめの論点になります。

石塚 今度の医療法改正では解散時分配はしない、出資額限度は100万円だったら100万円までという、出資額に限定したという解釈でいいのですよね？

坂根 だから解散時に出資額の総額を超える財産があっても、それは同種の団体か医療機関か国へ寄贈する、そういう定款しか認められないと思います。それは従来の公益法人の定めと同じです。

角瀬先生の最初の論点ですが、協同組合は配当が出来ることになっています。ところが民医連でもそうですが、問題は医療生協です。生活協同組合法では配当が出来ることになるが、医療機関としては医療法で出来ない。ただ行政上は医療法の管轄ではないから、配当の分配をやろうと思えば出来るのです。

角瀬 そう、やろうと思えばできる。しかし、配当をやっていないところがほとんどです。やりたくても出来ないのが医療生協の経営の現実ですね。しかし、ごく一部ではありますが、配当分配をしているところもあります。

坂根 事実上の分配をしているところもあります。

石塚 そういう点では、今度の改革のイメージというのは、非営利原則を明らかにした、徹底させるという考え方はありますね。

角瀬 非営利の徹底という点では、今度の改正を前向きにとらえることができます。剰余金はすべて医療に再投資することによって地域に還元することとし、特定の個人や団体に帰属させないというのはかなり厳しい非営利性の内容ではないかと思います。そもそも医療法人制度の出発点は、私人による医療経営の困難を緩和し、医療機関の経営に永続性を付与するところにあったといえます。それが社会保険制度と結びついて、医療経営の非営利性が保障されることになっているのだと思います。ここに医療機関の法人化の積極的な意義を認めることができます。医療経営における再投資

のために必要な剰余金の確保はその前提となるもので、そのことと非営利性の追求とは矛盾しません。解散時の剰余財産は個人（出資者）への帰属が禁止され、国、地方公共団体や医療法人その他の厚生労働省令で定めるものに帰属させる「出資額限度法人」しか設立が許されないという今回の改革には、それなりに積極的な意義を認めることができます。

坂根 だから先ほど先生が言われた非営利性の意味が重要になってきます。もともと医療法は、医療事業に着目して命と健康とを扱うので事業は非営利だというのですが、問題は医療事業を担う法人や個人が、その事業を通じて自らの利益追求を極端にやってはいけないというのを深めて提起をしようということだと思います。ただ、従来の医療法人は残るので、それが譲渡か相続か認められている限りは一人医師医療法人のような事実上の営利を追求する形態が続きます。だから旧制度をやめない限りは、出資額限度法人を作る実践は増加しないと思います。

鈴木 新設の社会医療法人の対象は、病院をもつ法人が中心になります。今回、出資持分のある医療法人が「経過措置」の対象になりましたが、持分ありがいつまで留保されるのか、期限が設定されているのかどうか、保団連は開業医さんが多いので関心が強いと思います。また、今後開設するときには、持分あり法人が認められなくなっていますから、一人医師医療法人の立場をもう少し教えていただきたいと思います。

寺尾 今回の医療法人制度改革は、非営利性の問題と剰余金の配当禁止という二つが問題になっています。医療法第54条の剰余金の配当禁止については、厚生労働省は曖昧にしていた部分もありました。規制改革・民間開放推進会議は、そこを突いて一人医師医療法人や出資持分のある社団医療法人を攻撃してきました。もともと一人医師医療法人は1985年に導



入されたのですが、その前年、1984年に診療報酬のマイナス改定が初めて行われました。公称はプラスでしたが、実際現場で計算すると実質マイナスとなったのです。その翌年に、マイナス改定は問題だという声や医業経営の改善を求めるいろいろな意見を反映して、一人医師医療法人ができたという歴史的経緯があると記憶しています。

規制改革・民間開放推進会議は、アメリカの圧力も背景にして株式会社の参入と保険診療と保険がきかない診療の導入、いわゆる混合診療の導入をセットにして要求してきました。そこで厚労省としては、株式会社の参入には基本的に反対という立場から対抗してきたわけです。規制改革会議側が言ってきたのは、いまの出資持分のある社団医療法人を見なさいと。

例えば、医療法人の出資持分払戻し請求裁判の事例ですが、1970年に50万円を出資した社員が、18年後の1988年に医療法人を脱退する際、定款に則って出資持分の払い戻しを請求したが、その金額が約5億5千万円です（どよめき）。わずか50万円が18年で5億5千万円。もちろん定款に沿ったものです。このケースに限らず、他にも事例があるということで、「剰余金の配当だって実質的に行われているのではないか、これは我々の言っている株式会社の配当と同じではないか」と規制改革会議側に指摘されると、厚労省もなかなか対抗できない。そこで今回、非営利性と剰余金の配当禁止を徹底しようという見直しを行ったのだと思います。そういう前提の上ですが、抜け道がいくつか用意されているのです。

一つは非営利性の問題で、医療法では営利を目的とする場合には認可できないというのがありますが、すでにこれには例外が入りました。ご承知のように構造改革特別区域法に基づく場合には、医療法に特例措置が盛り込まれました。現在、株式会社立の医療機関は日本で1カ所、横浜市に出来ています。現在はまだ1カ所と限られていますが、医療法に明文化されましたので、これが広がってきますと、非営利というところが崩されかねないという問題があります。もう一つは剰余金の配当禁止の問題で、新たな出資額限度法人では厳しく制限されますが、社会医療法人は社会医療法人債を発行することができます。これをどう見る

のかという問題です。法律では厳しくしながらも、特例措置や別な方法で事実上配当を認めるようなことが、医療法人制度改革に盛り込まれているように思います。

●社会医療法人の目的とは

石塚 確かに非営利性の定義はアメリカ的な発想の非営利で配当禁止、とはっきりするのですが、社会医療法人が公募債をした際に、その利息とは矛盾するわけですね。

坂根 確かに一定の少数の人が多額の債権を占めてしまえば、そうですね。

石塚 一方では非営利性を厳しくしながらも、他方では社会医療法人では債券発行という資金調達のアイディアだとは思いますが一資金調達のアイディアとしては評価出来るとは思いますが、医療特区に株式会社を置くなど、論理の整合性がなくバラバラになっています。それぞれ関連なく、今回の改革は出来ているという印象を受けます。利害も見る人によって変わってくるのではないかと。国立病院の人は受け皿としての社会医療法人ということも考えられるし、民医連のような非営利・協同組織では配当・分配の問題は大きなことではないように思われます。

鈴木 大きな流れでは、官から民へという流れと、



三位一体改革の流れがあります。公立病院などの赤字部門の切り捨てを迫られた自治体への後押しと、医療法人非営利化の打ち出し、この二つの側面から社会医療法人が出てきている。ノンプロフィットとノンパブリックという流れの合流、つまりいままでパブリックな公立病院をノンパブリックにしてしまいたい、その受け皿として社会医療法人が出来たのかな、と思います。パブリックからいきなりプライベートまではまずいので、ソーシャルで落ち着かせた、となるのではないのでしょうか。

角瀬 医療法人制度の改正に先立って公益法人制度の改正がありました。そこでは「一般社団法人および一般財団法人に関する法律」と「公益社団法人および公益財団法人の認定等に関する法律」の二本立てになっていて、第三者が公益性を認定し、非収益事業の免税を図る仕組みになっています。これはアメリカのNPO法制と同じ二階建ての制度といえますが、医療法人についての一般の医療法人と「公益性の高い新たな社会医療法人」の区別も、そうした二階建ての発想に立つものといえるでしょう。問題は社会医療法人に対して収益事業の拡大を認め、「高い公益性」と営利事業の拡大とを組み合わせているところにあります。だから同じ二階建ての制度といっても、公益法人制度の改正とは逆の内容のものとなっています。ある意味、「社会」という言葉をわざわざ付けてきたのは手が込んでいともいえます。

鈴木 非営利に対して後押しするというのには特定医療法人があり、私が以前いた健和会は、特定医療法人を比較的早く、1989年に取りました。たしか大蔵省からの認可だったと思います。その後の特別医療法人も、医療だけでなく福祉や介護に手が出せるようにという意味があったのだと思います。

特定医療法人は、剰余金があれば税率22%という優遇があるのですが、民医連は退職給与引当金を引き当てるのに精一杯で、すれすれのところでやっていると、あまり優遇税制の恩恵はなかったのです(笑)。

特定医療法人は数では390ぐらいになりましたけれども、一定の公益的な法人であるというステータスがあり、収入があるところは税率などでも助かったのではないかと思います。社会医療法人は、公益性・非営利・優遇税制の特定医療法人と、事業性の特別医療法人の二つを受けて、自治体病院の受け皿になっていく方向へ取れんしていったという感じがします。

今度の社会医療法人の税率は、22%以下へと下げのかわられると不明瞭です。公益性の医療の内容次第になってくるのかと思います。公益的な事業として、小児救急や産婦人科、僻地医療など、いろいろと挙げていますが、これを民間がや

れば自治体よりもよくできるのではないかというのは、古い幻想から出来ているのではないかと思います。

いまは民間だろうと何だろうと、小児とか産科とかは人材自体が確保できないのです。これに手を付けられる医療法人がどこにあるのか、という問題になってくると思います。小児救急とか難病在宅医療とか、感染症対策とか、指針となるいくつかの項目を厚労省はあげていています。公益性の高い医療項目のうちひとつあればいいといわれ、民医連は在宅医療や難病などは広範囲にやっていますし、24時間在宅ケアなども赤字でやってきた所もありますから、補助がされるならやっても良いかなと思います。ただ税率の優遇だけでは、剰余金がほとんどない法人ではうまみがないですね。

本当に社会医療法人が公益性を担えるかどうか。いま、医療崩壊というスタッフ不足と、地域社会の崩壊が同時に進むという、地殻変動が起きています。地域崩壊が起きて民間病院が閉鎖したり、市立病院が小児科や産科をやめたりする中で、一定の税率優遇だけで社会医療法人が出来るかといえば、かなり難しいのではないかと思います。具体的に思うのは、例えば徳州会などが一僻地医療と言っていたので、入ってくる条件はあるのかなとは思いますがね。

坂根 今、おっしゃられたように社会医療法人になれる、公益性を担えるのは、すでに特定医療法人を取っている医療法人です。そうすると今の税率より安くないと相乗効果がない。いくら不動産を安く手に入れても厳しい運営費用がかかるわけですから、抱えるコストと、本来は剰余が出ている部分の税制上の恩恵をかなりの額で上回るものでないとメリットはないですね。

石塚 今の税率はいくらでしたか。

坂根 特定医療法人は協同組合と同じ22%です。

石塚 税制の部分はなぜぼやかしているのでしょうか。

坂根 それは財務省次第だからです。厚労省でもそう言っています。

石塚 公益法人法の改革を見ても何らかの形で課税しようという方向なので、非課税ということはなさそうですね。公益性の要件を何かひとつ満たせばいいとありましたが、その要件に地域の他の医療機関と連携を取ることというのがありましたが、これは可能なのでしょうか。楽観的なことが書いてありましたが。

寺尾 今回の医療法人の問題をとらえる時は、全体の医療制度改革がどこに進むのかという方向性との関連を見た方がいいと思うのです。先の通常国会で成立した医療制度改革関連法のひとつの目玉に、医療を提供する体制を地域ごとに作らせていこうというのがあります。主な疾病ごとに、予防（健診・保健指導）から始まって外来、入院、在宅医療、最後は在宅での終末期医療と看取りという全体の流れを地域ごとに作って行って、社会医療法人なども中核になって連携体制を作らせていこうということがねらいとして示されています。ところが、厚労省にとってはこれが一番頭の痛いところで、上からかぶせて地域ごとに主な疾病ごとの連携体制を作りなさい、社会医療法人などが中心になりなさいといくら呼びかけても、地域医療の現場はすぐに動くものではないし、医師不足の問題をひとつ取り上げてみても連携体制を作りたくても作れない地域もあるのに、これについては何も手を打っていない。一方で、東京などの大都市では主な疾病ごとの連携体制を支える医療機関はそんなに必要ないということになり、連携体制の枠からはみ出る医療機関も生まれかねません。そういうことを厚労省は見通しているのでしょうか。

石塚 そうすると、この改革のアイデアそのものが現実と全然マッチしていない、あっていないですね。ただ、コントロールしたいというお役所の願望が先走っている感じがしますが。

鈴木 社会医療法人になる法人は、すでに全国ネットを持つような法人や、地域で大きな複合体を

作っていてシェアが高いというところが、公立病院も手にして規模を拡大するとか、そういう意味はありますね。紹介率というのがなくなり、法人間で患者・利用者が動くのが楽になったという部分もありますから、民間やり手の複合体が地域を丸ごと抱えてしまう、ということはあるですね。ただし、そこで生じた剰余で少し離れた僻地まで手をまわす、という話が成り立つのかなと思います。

療養病床が削減されて、居住の問題がこれからは大きくなります。ケアハウスや有料老人ホームも入ってきますから、非営利である社会医療法人ならば、医療から居住まで、ある意味、社会福祉法人が担う部分までをカバーする話になります。そこまで考えているかわかりませんが、これはスケールメリットがあるといえる、ある程度大きな法人でないとい公益性の担保は出来ません。

角瀬 財界のねらっているところは、やはり本丸は株式会社の導入だと思います。会社制度を利用して事業を拡大し、自由に儲けを上げることができるようにするという事です。その前に外堀や内堀を埋めにきているのだと思います。介護保険の分野ではすでに株式会社を含めた市場競争が大々的に行われています。そして最近では、有料老人ホームがどんどん出来てきている。あれは営利ですね。そうやって外堀、内堀を埋めて、最後に医療のところで特区を広げ、アメリカ型の株式会社医療に持って行くと、どうもそう見えますね。

寺尾 今回の医療法「改正」で医療法人が有料老人ホームの運営を出来るようにしていますから、まさにそういう準備をしていると思われれます。

角瀬 最近の銀行はたくさんお金を抱えて、投資先を探しています。そこで、大学や医療といった非営利の所へどんどんお金を貸し付けていこうとしています。金融機関にとってはそれが新しい収益源となっていく。そのためにも今度はガバナンスということで情報公開等を準備していく仕掛けになっていますね。

● 医療機関の資金調達について

石塚 社会医療法人公募債の、債券発行の評価はどういう風に考えればいいのでしょうか。

坂根 しばらく前から医療機関債が提起されています。そのことの意味はよくわからないのですが、医療が次第に厳しい業界になってくる中で、業績がそこそこの所には金融機関が貸し込みに来ているが、そうでもないところには渋く、バブル以前に比べるとひどい状況になってきているのです。すると、医療機関も何十年に一度くらいは建て替えなどをしなければならぬ訳で、資金調達の術がなくて終わってしまうことになりかねない。よって、間接ではなく、直接金融での資金調達の仕組みを認めることとなる。

角瀬 その手段として格付けがあり、これによって医療機関を整理淘汰し、二極化しようということですね。

坂根 いままでは仕組みとしてはなく、民医連のように事実上やっているところもありました。今度は制度として仕組みを作っている。公的機関そのものが今は国立大学などもそうですが、外部資金をとにかく調達する、逆に言えば公的負担を出る限り減らすということが最大の課題になっています。そうすると仕組みを作ってやるならば、市場から調達してくださいとなるのだと思います。

寺尾 市場から資金調達をするには経営・財務内容がどれだけいいか、経営見通しや展望があるのかという、格付けが徹底されて、市場の側から評価されることになります。さらに二極化が助長されますね。

鈴木 債券と非営利の定義という話になったので、教えてほしいのですが、我々財団法人など持分のない医療法人が病院を作るときに、病院債というか、債券を募集しています。それは友の会などのあくまで限られた範囲での募集で、また利息を市場よりも低めに設定して、営利ではないという前提の債券にしているわけです。そのように、例え

ば5年間定期貸し付け金利というものが、市場金利より低ければ非営利、高ければ営利といった考え方はあるのでしょうか。

もう一つ、協同基金などといった無利息債もやっています。これは銀行などに預ければわずかでも金利がつくところを無利息でお借りしているものです。これは本当の意味で非営利の資金提供だと思いますが、法人側にとってはどう解釈されるのかなという点が気になります。

また一人法人やもう少し大きな法人の場合、自分は社債も買わない、給与だけもらうという場合、営利と非営利の境目はどうなるのでしょうか。今度の社会医療法人の給与は最高3600万円と決められています。朝から晩まで働いている医師が一定の給料をもらうのは当然だと思いますが、どこまででしょう。

角瀬 われわれ個人が生活のためにお金が入用になって銀行から借りるとき、あるいは非営利の医療機関などが事業の存続のために銀行からお金を借りるとき、借り手の側は営利追求のために借りるのではないといえますが、貸し手の銀行の側からしてみると、本業としての営利追求活動になります。お金を集めて貸し付け、利ざやを稼ぐ、利益として増やす訳ですから、貸し付けからの利子収入は事業収益そのものですね。そういうことで金融市場のメカニズムのなかに組み込まれて行くとなると、借り手の側がいくら非営利のためと頑張っている、貸し手の側の論理に規制されて動いて行かざるを得なくなるのではないかと思います。具体的には、市場とか効率性とかという言葉が最近すごく強調されています。これは市場の論理によって医療経営をやっているということに通じるわけです。

坂根 鈴木先生の後の方の件ですが、一般の開業医のところでは経済性は青天井でしょうね。給与はいくらまでというのはないし、身内を事務長などにしてしまうので、稼げたとしたら一族ですごい財産を手に入れているということになって、それだけを見たらどこが非営利ですかという話になる。医療をやっているという意味では非営利かもしれないけれど、法人化した中にいる人々は全く

利益を追求している存在じゃないかといわれたらそのままですね。出資額限度法人は仕組みとしては排除しているのだけれど、それが増えるかどうかについては税制次第です。同じだったら誰が設立するということですか、となる。一般の医療法人に入って分社したほうがいい。

それから最初の質問は、確かに面倒くさいことなのだけれど、外部から調達する債券は借入金ではないのです。機能的には同じだけれど、いわば有価証券のたぐいです。民医連などがやっているのは、借入金になります。なぜそうなるかという、もともと法律上、医療法人には社債という定めがないのに、そういうものを発行しようとする、と出資法に関わるので、借入金という形にしないと出来ない。“多数”という概念は証券取引法上では50人で、金額的には一億円になると社債そのものが証券取引法の世界になる。

そうすると個別の配置をしない限り、いくつかの法律に引っかかってしまうので、個別の借入となる。もし、金融機関に貸してくださいといったら貸してくれるかもしれないけれど、金利が高い。金利が少しでも安くて、なおかつこうした事業や理念に賛同する借り方はないのか。となると、横の組織である共同組織や友の会を組織しない限りありえない。

その意味では、民医連や日生協がやった取り組みは全体の中ではきわめて特殊なもので、他の医療機関では出来ないものなのです。おそらく今度の社会医療法人や他の医療法人などは、外部機関債を市場で手に入れる。つまり、証券会社や投資ファンドが関わるということなんですね。

角瀬 債権債務関係であっても、投機的な株式と何ら変わらないですね。社会医療法人債というのは金融商品の一種ということになるので、金融機関のポートフォリオに組み込まれ、取引所で売買されるようになります。つまり、市場原理によって規制されていくことになります。

坂根 そのこと自身がまさしく市場の、営利の目的の意味なんです。社会医療法人という公益的な医療を担うにもかかわらず、その資金は市場から一定の金利で調達しなさいという矛盾でしょうね。

石塚 今回の改革の矛盾点は、公募債と非営利性が単純に言えば両立しないということ—深くいえば両立するのかもしれませんが—、市場の不特定から得ると、医療生協などの特定のメンバーシップの中からお金を集めることの違いがあるということが一つですね。

もう一つは非営利性のとらえ方の問題で、非営利目的という本来は社会性、ここで言えば公益性などが含まれるはずなのに、この改革はお金のことだけをにとって非営利性と言っている。私からするとこれは狭い非営利のとらえ方だと思います。

坂根 むしろアメリカ型の非営利のとらえ方で、所有と配当だけという気がしますね。

● 医療の公益性と採算

石塚 公益性との関係で言うと、そうしたとらえ方で果たして地域で公益性を本当に実現できるような保証があるのだろうかと思います。

寺尾 その点では小児救急を含む小児医療、周産期医療などの事業を実施すれば、社会医療法人を申請して認可を得ることが出来るのですが、これらの事業が今一番の社会問題になっています。小児科や産科の医師が不足して、これらの診療科を閉鎖する病院が全国各地で生まれているからです。

坂根 もっとも不採算な診療科です。

寺尾 しかし、こうした診療科を持たないと社会医療法人の認可要件を満たさないし、公益性の高い医療という点からも問題になります。すると、これらの診療科はなんとか確保しなければならないので、他の事業から利益を上げなければならない、市場から資金調達をしなければならない、他の病院から医師を引き抜くことへと波及することも懸念されます。また、保険がきく診療と保険がきかない診療が併用できる制度が再編されたので、社会医療法人としては保険がきかない診療の分野で、患者さんから費用を徴収していく方向に向かわざるをえなくなります。医療活

動を通じた収益の向上と市場からの資金調達という両面がない限り、将来的には社会医療法人は立ちいかなくなるのではないかと思います。

角瀬 救急医療といっても、救急車が減らされて来ないからだめで、病院へ行けないことになる（笑）。すると高い費用を払ってでも民間の救急車で搬送してもらうしかないことになりませんが、病院をたらいまわしにされ、いのちが脅かされることもできます。そうした救急医療のシステムが問題になります。

いま医師や看護師の人材紹介を始め、業務委託とか、病院建設のための資金供給、土地の貸し付けとかをするMS（Medical Service）法人というのが盛んになってきています。そうなると医療が丸ごと収益事業によって取り囲まれてしまう、利益追求が主目的で、非営利の医療事業はそのための手段ということになります。そういうことになりかねないですね。

坂根 社会医療法人も、特定医療法人や従来の公益法人形態でやっている医療機関が一番近いところにいるので、本来はそうしたところが目指すべきです。ところが現実には採算的にとても厳しいわけだから、他のもっと厳しいところがなろうというのは簡単ではない。結果として、社会医療法人になれるのは、いま極めてもうけているところです。そういうところが、一定のコスト負担の高いところを吸収してやれば、税法上でも全体のキャッシュフローが増えることになります。どうも本末転倒な話のような気がします。

それから、出資額限度法人は進まないでしょうね。今の医療法人よりも税制で大きく優遇されない限りは、これは意味がないです。

石塚 共済ではありませんが、出資額限度法人の方を最初の5年間は低い税率で、その後急にあげるといこうすっからい手を考えてくるかもしれませんね。

寺尾 一人医師医療法人も含めて従来の法人も当分の間存続ということで、安心して関係者もいらっしやいますが、医療法人制度全体が変わっ

て、かなりいろいろな義務を負うようになってきています。例えば、決算書や役員報酬なども開示して、患者さんや住民に求められたら見せる、閲覧に供しなければいけない。つまりオープンな経営が求められているのです。医療法人として実体のある運営や決算、財務管理をすることがより厳しく求められます。従来の延長にとどまらないで、法律改定に即して、医療法人の側も認識を切り替える必要があると思います。そうでないと、患者や地域住民との信頼関係を強めることは難しくなるのではないのでしょうか。

鈴木 そのこと自体は良いことだと思うのです。日本の医療で一番よくなかったのは、医者は儲かっていると国民に思わせる側面があったことで、それが医療費抑制を許す原動力になってきたわけです。来年からは医療の内容についても医療機能情報公開ということで透明度も高まります。医師会も自己改革と言ってはいましたが、こうしてどんどん変化していることをアピールする必要がありますね。それによって世論を形成して、医療費削減問題や医師不足の問題などに対応できればと思います。

もう一つ、一人医師医療法人ではない中型の医療法人、それなりにグループを作っている医療法人があります。私も医師会の役員をしていますが、持分のない法人の件で、「こんなにがんばってきたのに、持分がないというのでは、正直やる気を失っちゃうよ」という話も出てきています。

坂根 確かにその通りでしょうね。

角瀬 確か今までの医療法人の98%は「持分あり」だったのです。「持分なし」が1%、財団法人が1%です。

鈴木 そうした民間の医療法人のなかで、規模としては社会医療法人までにはいけない所の人たちのインセンティブがどこに働くのでしょうか。子どもに一生懸命お金をかけて医学部に行かせて跡を継がせるのが従来でしたが、それ自体に戸惑いが出ていると思うのです。療養病床の削減やどんどんきつくなる条件の中で持ちこたえられなくて、

もうやめたとなるのか、何とか必死に持ちこたえることになるのか。何にせよ、インセンティブはどこに働くのか。こうした医療法人は地域で一定の役割を果たしてきたわけですから、なくなっていくというのは地域医療にとって困る話です。

角瀬 地域に医療機関がなくなってしまうのではないかと心配になりますね。

寺尾 確かに今のところ、出資額限度法人にはこれといったメリットもありませんから。おそらく、このままでは新規設立のなり手もほとんどいないでしょう。

ただし、厚労省は何らかのインセンティブをつけると思うのです。例えば診療報酬で対応するとか、今後作ろうとする疾病ごとの連携体制に対するものになるのか、それ以外のことなのか、明らかではありませんが。

鈴木 診療報酬上加算して誘導したものに、24時間の在宅支援診療所がありますね。あれは有床診療所まであの点数でいきますが、小病院にまで広げていくという方法もあります。中小病院の民間の生き残り策をつけてくるかもしれませんね。

寺尾 ご存知のとおり療養病床、慢性的な症状で長期入院をする病床の6割を削減しようとする中で、そこから出て行かざるを得ない高齢の患者さんがたくさんいるわけです。介護施設に入れる方はいいけれど、入れない方もたくさん出てきます。こうした方々を地域でカバーしようとする中で、中小病院に対する政策誘導といますか、そういうものによって終末期の在宅医療に対応していくものと思われま。

●官から民へは可能か

鈴木 最初に出てきた話でもありますが、公立病院の民営化という点では、社会医療法人になる一般の医療法人が少なく、特定医療法人の390強あるなかでも50くらいしか移行しないのではないかと推測があります。かなり限られた地方の大きな複合体がそうになって、地域を丸ごとシェアす

るという典型は出るかもしれませんが、本当に困った地域、たとえば北海道の医療過疎地域に生きる法人形態になるかということとちょっと難しい。基本的にパブリックがきちんとやらないと。市立病院はまだ残っていますが、不採算部門という問題もあっても、自治体病院などがきちんとしないと仕方ないのではないかと思います。

寺尾 国立病院などが独立行政法人化して、収益追求型になっていますし、自治体病院でも全国自治体病院協議会という団体の調べでは、すでに16の自治体病院が民間へ移譲し、さらに4つの病院が具体的に検討しているそうです。社会医療法人が自治体病院の管理運営をしようとしても、そんなにうまみというのはいないでしょうね。今までさまざまな苦勞をしているわけですから、民間委託を実施したら急に経営が改善するというのは難しいと思います。ただ、自治体病院の職員、医療従事者の給与を公務員並から民間レベルへ引き下げることによる財政効果は大きいと思われま。しかし、それによって一時的にはしのげるかもしれませんが、いつまでもうまみがあるわけではない。鈴木先生がおっしゃったように、本当に困っている地域では継続して続けることは困難です。

鈴木 現実では首都圏でも国府台病院、ああいいう立派な国立病院が移譲先を求めているという話があります。民間の医療機関からしても、地域の住民からしても頼りになる精神疾患の東の拠点だったのですから、それがなくなったら非常に困ってしまいます。千葉県の市川市にあり、東京のバックアップをかなりしてくれていたような病院です。最近、移譲の見直しが発表されていますが、地域の声も無視できないのではないと思われま。

寺尾 経営的にうまみのあるところだけしか進出しない社会医療法人、公立病院の受け皿もうまみのあるところだけで、僻地など本当に困っている地域では行わないということがありえま。特に、金融機関や外資が社会医療法人債を買って収益を上げると言い出したら、よりその傾向が強まることになりま。

鈴木 そうした問題には、地域住民のガバナンスの問題、ということだと思います。社会医療法人や日赤・済生会など公的医療機関が発達した地域で、住民の声をどう反映させるかという問題がでますね。

もうひとつ、われわれ民医連のような非営利・協同と称した団体が法人制度改革にどう取り組むか、ということです。われわれは持分なしが前提ですし、出来る限りの公益性を追求してきたつもりなので、税法上の優遇があるのであればわざわざであったとしても利用しない手はない。しかし、社会医療法人がどういう変遷を経ていくか、税制上の動きがもうひとつ見えない中では、簡単には飛びつけないなという気もします。もうひとつ、医療生協法人が今後どうなるのか、逆に不利になることもあるのではないかと心配でもあります。

石塚 国公立病院や自治体病院が民間化していく中で、次のターゲットは赤十字や済生会、医療生協などになると思いますので、民营化の論理に組み込まれていく可能性は高いですね。

坂根 協同組合は医療法上の配置ではないし、税法上は中間法人という存在になります。医療生協が患者からの3万円以上の支払領収書に印紙を貼らなくてすむのは、定款でそういう適用がないと出来ないのです。民医連には古くからある公益法人が20弱あって、そのうち半分が非課税の事業、無料低額診療を行っている。これがもし社会医療法人へ移行できないならば、他はほとんどいけないだろうと思います。しかもこの部分が公益法人改革で新たな公益法人法へいけるのかどうか、社会医療法人へ行けといわれる可能性がある。そうすると課税になってしまう。新たな公益法人法も含めて税法上どうなるのかというのは大きな課題なのです。無料低額診療を含めて他の医療機関より公益性の高い事業を行っているのに、どうなるのか。いまのところいろいろな側面から法人形態を考えないといけないとは言っています。

角瀬 地域での非営利性や公益性が強調される中でガバナンスというと、地域社会からの医療経営への参加が非常に強調されています。金融機関や

営利法人からの参加が考えられているのだと思いますが、そういうのではなく、本当の、地域で生活する住民の参加が重要になると思います。民医連の院所の場合、どこまで出来ているのか、またどこまで進めようとする覚悟があるのか、共同組織の新しいあり方が問題になっていますが、その辺はいかがでしょうか。

鈴木 民医連も2000年の大会以降、「開かれた民医連」「住みつけられるまちづくり」というスローガンを掲げて、他との連携を強化してきました。しかし友の会や生協組合員からの出資でやってきたので、上から決められた社会医療法人とどう重なってしまうのか、ですね。すでに無利息・有利息の発行をしていますから、これに社債を一部追加して発行で認定されるのかどうか。方向としては地域社会に開かれていくようにしたいし、地域医療を中心的に支えている病院はいくつもあると思います。

坂根 だから、この改革が目指しているものと民医連の方針とは、この部分ではおおかた合っているように思えるのです。しかしおそらく、想定はされていない(笑)。社会医療法人が住民立といった作られ方をしていければ、とても意味のあることだと思います。

鈴木 生協法では組合員の医療機関という縛りがありますからね。理屈上は、医療法人よりももっとクローズされた中での医療活動とされますからね。

坂根 むしろ今の生協法改正の動きでは、昔の協同組合らしさといったものが失われていく方向にあるから、もともと厚労省は医療生協のことをあまり考えてないでしょうし、ますますそういうウエイトになるのではないのでしょうか。

角瀬 生協は商品を売買する組織として、地域ではなく県境を取り払って行く動きですからね。

坂根 全国展開と員外利用規制の撤廃というのが生協法の改正のねらいだから、協同組合税制の意

味がなくなるわけです。

●社会医療法人は絵に描いた餅か

石塚 この改革の欠点は、地域住民の参加とうたっているのに、どういう方法、システムで参加させるかという話がないので、保証の限りではないことですね。

角瀬 それは地域の青年会議所や銀行の有力者が参加すればOK、ということなのでしょう。

坂根 だから、出資持分がある医療法人が社会医療法人になるわけがないでしょ？儲かっているところしかなれない。最初から無理があるのです。

石塚 この改革案はいいとこ取りで非営利性とか公益性とかを言っていますが、結局、市場の論理に乗って儲かるかどうかという動機で乗ってくる。他の動機は病院機関債の変形の公募債で資金調達をしようとする。欠けているのは、地域のネットワークを作るといっても誰が主体となってどういう風にやるかが見えてこないの、この改革はあまり喜ぶ人がいないと思うのですが。

坂根 極めてうがった見方をしますと、こういう改革をしてアリバイをつくり、やはりできないと。だから当初の目的だった営利企業を参入させるのだと。極めてうがった見方ですよ（笑）。

寺尾 営利企業も儲からないところに手を出すか？となりますね。

鈴木 儲かるための仕組みを作ってそれとセットで、となりますね（笑）。

角瀬 会社にやらせれば、きちんとしたノウハウをもっているんだ、となるわけですね。

寺尾 そういう意味では厚労省は今回、知恵を絞ったと思うのです。“圧力”の標的とされている株式会社参入に対しては、「いいえ、非営利で、剰余金配当禁止です」と対抗し、批判の対象にな

っていた出資持分の払い戻しを認めない改革案を提出した。株式会社立の医療機関を認めることに對しては、構造改革特区での特例措置でかわし、返す刀で赤字の自治体病院の受け皿としての社会医療法人の創設を提案した、これどうまく回ると思ったのでしょうか。しかし机上のプランでは、なかなかうまくいかないでしょう。

石塚 非常にアングロ・サクソンの改革ですね。一方では特区で株式会社を認めて、一方では理屈としては非営利性や公益性をきちんと整備したというのはあると思います。

角瀬 今回の医療法人の改正は、非営利セクターにおける非営利性の研究に大きなインパクトを与えるものといえますね。これまでの議論がいかにあいまいな、いい加減なものであったかということが明らかになります。

鈴木 アメリカでは、例えばサターヘルスなど、地域の保険から医療提供体制まですべてを支配するようなマネージドケアがある。儲からなければその裁量によって病院がつぶされることになってしまいます。その意味で、厚労省は地域を複合体がシェアするのはあまりさせたくない方向でしたが、今後はありえますね。公益性を担保に、この社会医療法人が育っていく可能性は、部分的にはありえます。

寺尾 厚労省は医療提供体制の再編に関しては、集約化と重点化をキーワードにしていますから、入院施設を持っている病院については集約化し、診療科目も重点化する。そうすれば不要となるベッドを削減できる、さらに医師不足も解消するという計画です（笑）。地域に社会医療法人が運営する大きな病院がどんとあって、そこに行けばなんでも診療科がそろっている、だけど行くまでにそれこそヘリコプターを飛ばさなければならない、それでもいいのだと言っているのです。これは地域住民にとっていいのでしょうか。鈴木先生がおっしゃるとおりですね。

また、一人医師医療法人は「当分の間」は存続します。しかし、医療法が大きく変わって、患者

本位の医療がうたわれ、医療情報や財務内容の公開が必要になってきます。語弊があるかもしれませんが、こうしたことを一人医師医療法人の側がうまく使って、患者さんや地域住民との信頼関係を強める契機にする必要があります。地域医療にどういう役割を担うのか、どう貢献するのかという姿勢に立って、患者さんや住民と、地域医療の充実に向けた共同の取組みを広げていくことが求められると思います。

鈴木 医師会などもしっかりしないとね。また、こうなると小さな民間法人は成り立たなくなってきた、医療法人の買収が進むかもしれません。情報公開の方法なども、大きくなればなるほど上手になりますから。

坂根 おそらく従来の医療法人の値段は上がりますね。

鈴木 もともと民医連などは小さな法人でやっていますから、これを逆手に強くなれるか。まあもともと打たれ強いというのがあります。

石塚 すると社会医療法人そのものの発展や増加というより、旧来の医療法人への衝撃、これに伴う再編、寡占化や開業医へのあり方とか、むしろそういうことへのインパクトのほうが大きいようですね。

坂根 あとは税制上の配置と診療報酬と施設基準との組み合わせでしょうか。

鈴木 公的医療給付を抑えようとする中でこうした民間利用の改革を出してきているのですから、成り立つ税制にしてもらわないと意味ないですね。

坂根 先ほど先生が言われたノンパブリックという取り組みで本当にいいのかという問いかけですね。

角瀬 「官から民へ」ということで、政府・財界は「民間非営利セクター」ということを、ずいぶんと強調しています。

寺尾 公的医療保険の収入だけでは、社会医療法人を含めて医療法人の経営面からはあてに出来なくなる。有料老人ホームの経営を認めるから、あるいは混合診療を本格的に導入するから、そうしたところから収益を得て生き延びなさいというメッセージですね。

石塚 そのメッセージは極めてはっきりしていますね。

寺尾 それ以外、何もないというか、07年4月から実施であと数ヶ月なのに主要な政省令・告示事項がぜんぜん出ていない。これで間に合うのかなという感じです。

坂根 しかし、この間の法律改正はみんなそうでした。

根本 皆さん方のお話を聞いてなるほどと思いま



したが、総研としては今後どう検討していくのか、ですよね。

一つは非営利イコール米国型の認識、たとえばドラッカーのような形がはたしてこれが非営利でいいのかというのが大きくあります。

角瀬先生がおっしゃられたように、そうではないのではないか。

二つ目は、社会医療法人の担う公益性という考え方です。私見では、結局のところ、社会医療法人は自治体病院の受け皿で、それがいったん落ち着いたらその後はどうなるのかと思うのです。地域で一定のシェアが出来た段階でどうなるのか、公益性はいったい何なのかということですよ。公益性は救急診療云々と要件がありますが、そんなものだけではないと思うのです。その辺の怪しさというところですね。

鈴木 06改訂では、救急の受け入れ病院が儲かるような診療報酬になったので、大病院はどんどん救急を受け入れます。そして1週間たったら追い

出す（笑）。追い出された受け入れ先のほうがよほど公益を担っている、と言いたくなります。

根本 そうなると社会医療法人の救急医療へ、絶対規制をはめてくると思うんですね。

また三つ目は、税制がどうなるのか。財務省の姿勢ははっきりしていて、公益だろうと非営利だろうと税金はきちんと取るというのが基本的スタンスなので、厚労省とは大きく矛盾しています。財務省は重要視していないと思う。

坂根 だからきっと財務省は困っているんだと思う。

根本 じゃ、この改革はうまくいかない、それでは株式会社を導入するかとか病院チェーンに運営させるかとなるのかなど。そうなったときに民医連や開業医の人たちはどうするのかと思います。

石塚 むしろそちらの対応が必要になりそうですね。

根本 2年前に厚労省へ行った時に、厚労省の担当者も低い税率や免税は無理な感じで言っていました。それでは何を誘導にするのかというと、寄付金です。払った寄付金に応じて優遇する形にしたいと言っていました。

鈴木 そうするとやはりアメリカ型なんですね。北欧やヨーロッパのようなスタイルではない。住民の意思が反映する自治体ごとのパブリックとは違う。公益性の高い事業は本来儲からない事業なんです。

坂根 だからカンパですよ。

根本 マイクロソフトのような大金持ちがドンと出す、という形式ですね。

坂根 そうは言っても、日本にそういう文化はないですからね。

鈴木 市民社会を考えると、北欧型をもう少し追

求しないとイケないのではと思います。

寺尾 横浜市にある構造改革特区の株式会社立医療機関は美容外科なんですね。豊胸手術が300万円、しわとり手術が170万円という料金です。それなりに患者が来ているようですが、やはり、規制改革会議側が要求しているように、経営を拡大し収益を伸ばすためには、保険診療の分野への参入と、いわゆる混合診療の本格導入が不可欠です。こうした方向に進んでいくなかで、特区から全国的な展開をねらっていると見えています。

●問題は税率

石塚 ノンパブリックの方向は強固に進んでいます。国公立病院が転換する中で保持するのは困難なことになります。現実的に、民医連などでは地域にどう展開するか、存続のためにどう対応するかというのが大切になります。この改革の中であえてメリットという点、どんな点があるのでしょうか。

鈴木 民医連でも特定医療法人をかなりとっています。これになんらかの公益医療があれば社会医療法人になり、高齢者住宅までも出来る居宅事業、それを利用して地域のまちづくりに使えるということでしょうか。ただ、民医連も医療全体に占める割合はせいぜい2%ですし、厚労省の頭の中では外れているのでしょうか。民医連は、大衆資金の非営利性というのがもともとありますから、厚労省の動機付けからずれている部分があります。うまく使える法人が利用出来るかな、という印象です。

石塚 細かな通達が出ないとわからないわけですね。

鈴木 特定医療法人は東京では健生会と健和会があり、大阪では耳原総合病院のある同仁会がそうですね。そうした規模の特定医療法人がどう動くか。税率22%ですから、社会医療法人の税率がどうなるかですね。

坂根 社会医療法人が一番近い形態の公益法人等や厚生連は非課税ですから、これらの制度がなくなるという前提ならばありうる話なのです。しかし、残るのですから意味がないです。

石塚 最初の話のように、特定医療法人390、特別医療法人50弱のうちいくつかが動くだけで、後は静観ということになりそうですね。

角瀬 当面は機能を発揮しない、いわば無用の長物ということになりますね。

坂根 だから医療法改正だけを見ていると、あまり意味がないことです。

寺尾 自治体病院の受け皿にしても、医療法が変わる前から指定管理者制度を使って管理運営の委託をしているのですから、ことさら社会医療法人ができて爆発的には進まないのではないかと。地域住民の意思も無視できないと思います。厚労省の思いはあっても現実にはどうも、という感じもしています。

坂根 税制上のインセンティブをつけるとしたら、従来型の医療法人については高くなるように、税率は変えないでも内容で高くするしかない。そうしないと税収が減ってしまうことになるのです。

角瀬 われわれは営利第一主義に対して非営利ということでもたかかってきたわけですが、「官から民へ」という流れの中で、こうした改革が出てくると、民間非営利というだけでは厳しくなってきました。プラス何が必要かですね。

坂根 研究所の看板も厳しくなってきましたか(笑)。

角瀬 「非営利+協同」ということが重要になり

ます。これをより鍛えていかないとならないということです。それが本当の意味での非営利を実現する道でもあります。

石塚 この改革の非営利は非常に狭い範囲で言われているので、当研究所でいう非営利・協同性には社会性や地域貢献、いわゆる地域住民の幸せということが要素として入ってきています。

角瀬 社会的企業という問題にも関わるテーマです。そこでは株式会社も社会的企業のなかに入ってきます。

石塚 この社会医療法人の問題は、医療法人の経営、ガバナンス、資金調達、地域での役割、官から民への流れの中でどうするのかといった多様な問題を提起していると思います。しかし、まだ厚労省の通達がなくて全体の判断をつけがたいと思いますが、今後大きく注目していきたいところではあります。

また、この医療制度改革によって、どんな医療機関も変わらざるを得ないのは確かですが、今後どう変わるのかは別の話ということでしょうか。

鈴木 さきほどの無料低額診療制度の申請も、公益法人制度がなくなってすでに受け付けなくなりました。しかし、格差が開く社会でワーキングプアなどが出てきている時代です。われわれ民医連は伝統的にそういう人たちへ向き合ってきました。2006年のノーベル平和賞はバングラディッシュのグラミン銀行とユヌス総裁が受賞していますが、民間のいいところを利用して、そういう格差を低くする活動をするべきだろうと思っています。民医連もそうした活動を続けていきたいので、法律的に活動ができる整備をしてほしいですね。

石塚 今日はどうもありがとうございました。
(2006年10月16日実施)

医療法人制度改革（社会医療法人新設）

医療法改定案が06年度通常国会を通過し、07年4月に施行の予定となっている。特に新法の中には、医療法人制度に対する抜本改定が盛り込まれている。ここでは、改定の概要とその中での「目玉」である「社会医療法人」制度の概要を説明したい。

詳細は法律本文や解説本を参照されたい。

1. 医療法人制度改革の概要

（1）従来の医療法人制度と改定後の取り扱い

① 医療法人（一般）

医療法上、病院、診療所等の医療事業施設を担う法人として厚労省、都道府県知事の認可に基づき設立される法人が医療法人である。この特別法による医療法人数としては約4万法人とされている。

ただし、そのうち、3万3千法人は、開業医による「節税等を目的」として設立された出資者一人の一人医療法人である。また、法人形態としては、社団、財団組織形態に分かれるが、圧倒的には一人医療法人のような「出資持分のある社団」医療法人である。

医療の非営利性に基づく「非営利法人」として、社団医療法人においての「出資配当」の実施は旧医療法で禁止されているが、脱退、解散時の残余財産の分配は認められている。

出資持分の譲渡や相続の時の評価では非営利性という観点はない。新法下の07年4月以降も、既存の医療法人はそのままの内容で継続できるが、同内容での新たな設立は認められない。

すなわち新法下では社団組織としては「出資額限度医療法人」の設立しか許されていない。

② 特別医療法人

医療法に定められ、医療法人の中で私的所有形式を廃止し、公益性を高めた法人が特別医療法人である。その認可要件は、財団もしくは「持分のない社団」であること（したがって、一般の医療

法人のように出資社員に対する残余財産の分配はない）、同族役員やその給与が一定限度以内であること、一定の入院施設を持っていること等である。特別医療法人になることにより、医療事業以外の一定の収益事業を営むことが認められるが、実質上のメリットはあまりなく、法人数は50弱法人数にとどまっている。

07年4月以降、既存の特別医療法人は、5年間の経過措置期間を経て廃止され、また、新たな認可はない。この制度は廃止である。

③ 特定医療法人

特定医療法人は、租税特別措置法に定められ、特別医療法人と同様に公益性を高めた法人に認められる。認可要件も、ほぼ同様である。特定医療法人になることにより、法人税率が、協同組合、公益法人等のような軽減税率の適用が可能となる。法人数は約370法人とされる。

医療法上の制度ではなく税務上の分類であり、07年4月以降も当面のところ存続すると見込まれるが、今後の法人税制改定の動きにあわせて、抜本改定もしくは廃止の可能性が高い。

（2）新たな医療法人制度

① 拋出型医療法人（出資額限度法人）

改定医療法に基づき、通常医療法人として設立が認められる法人形態である。財団だけでなく、社団としての設立も認められるが、従来の社団医療法人と異なり、出資配当の禁止と共に脱退、解散時での「残余財産の分配」は「設立時等での拋出額が限度」となる。その意味で、医療法人の「非営利」の性格を明確にしたい厚労省の企図した制度と言える。

② 社会医療法人

改定医療法に基づき、特別医療法人に代わり、公益性を高めた医療法人として、社会医療法人が制度化されている。詳細は次節で説明する。

2. 社会医療法人の概要

(1) 認可要件（医療法42の2、1）

- ① 役員につき、同族役員等が1／3以内
- ② 社団における出資社員につき、同族関係者が1／3以内
- ③ 財団における評議員につき、同族関係者が1／3以内
- ④ 「救急医療等確保事業」の実施
- ⑤ ④の業務を担う設備、体制、実績を有すること
- ⑥ その他公的な運営に関する要件への適合
- ⑦ 解散時の残余財産を国等または他の社会医療法人に帰属させる定めとすること

上記のうち、従来の特別医療法人と大きく異なるのは、主に④⑤のような医療内容の「公益性」確保とされている。詳細は、今後の政省令、通達を待たねばならないが、自治体病院レベルの医療内容を要件とすることが予想される。よって、認可を受けるのは、簡単でなく、特定医療法人のうち50法人程度の該当ではないかとの議論もある。

(2) 認可方法（医療法42の2、2）

医療審議会での意見を聴取した上で、都道府県知事が認可する。

(3) 認可後の規制（医療法51、3）

決算書について、公認会計士または監査法人の監査が必要。

(4) 想定されているメリット

- ① 一定の収益事業や障害者施設の運営が認められる。
- ② 社会医療法人債（社債）の発行による資金調達が認められる
- ③ 自治体病院の指定管理者への就任等
- ④ 法人税制の軽減化、寄付金所得税制上の優遇

法的に定められているわけではないが、厚労省の新医療計画に基づく公益性の高い医療を担うことが想定されており、自治体病院施設等の「受け皿」として有利な扱いを受けることが想定される。

④ 法人税制の軽減化、寄付金所得税制上の優遇
今後の法人税、所得税等税制改定を待たねばならず、また、そこでは従来の租税特別措置法に基

づく特定医療法人制度の動向や、それとの整合性も検討されようが、厚労省サイドとしては各種税制面での優遇適用を求めている。そうでなければ国公立病院の整理統合等が容易ではなくなるからである。

(5) 私見

基本的には、国や地方自治体の財政赤字を減らすために、公的医療福祉への財政負担を少なくするために、国公立病院施設や事業を「民営化」しまたは「市場化」するための法改定であり、厚労省なりの一つの対応策が「社会医療法人制度」の新設である、と言えよう。

したがって、この新制度の適用により、地域住民に貢献する医療供給体制の充実等が期待できるかということ、むしろ後退を少し食い止める程度としてしか期待できないものと思量される。結局、大手民間病院チェーンらの勢力拡大をもたらしたり、公的病院の「民営化」の受け皿の医療機関制度となっていくものと推察される。

また、既存の医療法人や特定医療法人について、改定医療法の下で「優遇」し続ける、あるいは「優遇策」を引き上げる発想はまったく見られず、それらの医療法人が「社会医療法人」化する「ハードル」は極めて高く、いずれ特定医療法人廃止等による、かえって現行より不利な取り扱いとなる可能性もある。

なお、医療法人形態以外の「民法公益法人」組織の営む医療事業については、既に08年4月より「非営利法人」に移行することが予定されており、社会医療法人制度の今後の動向とあわせて、こうした公益的病院が新たに制度化された公益非営利法人となるのか、あるいは社会医療法人を含めた医療法人制度に移行せざるを得ないことになるのか、明解ではなく注目される。

また同時に、生協法人形態や社会福祉法人形態も含めての医療介護福祉機関の税制改定動向も注視していく必要がある。

(根本 守)