

現行法で非営利性が侵食される現象としては、既に述べたとおり配当が禁止されているにもかかわらず、実質上配当行為とみなされる行為、もう一つは、営利企業が排除され、営利企業による経営が禁止されているにも拘わらず、営利企業の支配を受け、実質上営利企業が参入しているとみなされるケースである。

このような現象が、どういう局面で起きるかという点、第一は営利企業との取引を通じて挙げられる。

医療法人は医薬品会社、医療機器メーカー、コンサルタント会社、病院給食会社など、様々な営利企業と日々取引しているが、それら営利企業との取引を通じて、非営利性が侵食される可能性が考えられる。

第二は金融取引、つまり医療機関の資金調達の局面である。医療機関におけるこれまでの金融取引は、金融機関からの借入がほとんどであったので、このような従来型の金融機関からの借入では、余程の事が無い限り、非営利性が侵食されるようなことは原則なかったと言える。しかし近年は、資金調達の多様化傾向を背景に、金融技法にも様々なものが登場し、そのスキームの如何によっては、やはり非営利性が損なわれる恐れが想定されるため、この面での取引を取り上げる。

第三は内部取引である。これは理事長など役員と医療法人間との取引のことで、例えば理事長が医療法人へ病院が使用する土地・建物を貸し付けているケースなどが考えられる。

1) 営利企業との取引

営利企業との取引は、MS法人など系列企業、つまり身内の企業との取引と、身内外との取引があり、これら2つは取引の意味合い（理事長等医療法人経営者の支配力）が違うので、分けて検討する。

(1) 系列企業との取引

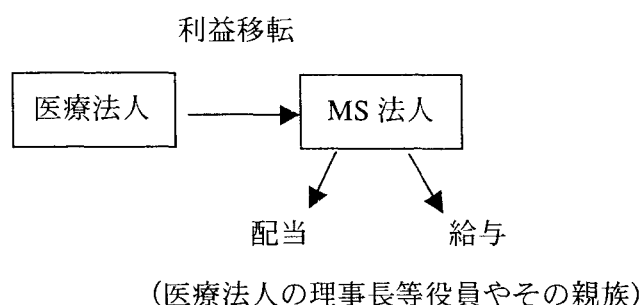
まず系列企業との取引についてである。系列企業とは、当該医療法人の理事長等役員が所有または支配している企業を指す。MS法人などがその代表例である。

この場合、想定される現象は実質配当行為として現れる。

これは医療法人が先に述べたとおり、医療機器メーカー、医薬品会社などと取引する際に、MS法人などを間に介在させ、仲介料を取る場合、あるいは医療法人が行う業務を形式上、MS法人に移管して、そこへ業務委託という形でフィーを支払う場合などが挙げられる。

これらを通じて医療法人の利益を MS 法人に移転させ、MS 法人においてそれを財源として、理事長など役員やその親族などに配当金、または給与の形で支払う現象である（図 1）。

図 1 系列企業との取引



具体的には、病院の職員を形式上 MS 法人の職員とし、MS 法人が人材派遣会社となり、人材派遣料受け取りを通じて医療法人から MS 法人へ利益が移転されるケース、または医療法人の理事長が病院を営んでいるわけだが、その同一理事長が MS 法人に所属し、MS 法人が当該医療法人の経営コンサルタント会社となり、経営指導料を受取るなどの場合である。

これらの取引で注意すべき点は 2 つ考えられる。

1 つは MS 法人が仲介または委託業者となる場合で、この仲介手数料や委託料が市場相場であるか否かである。市場相場よりも著しく高い場合が問題になる。

もう 1 つはコンサルタント会社の例で指摘した点だが、この場合はコンサルタントフィーの多寡というよりも、文字通り、「利益移転行為」とみなされる惧れがある。

このような系列企業への利益移転の事例として、徳洲会の例がある。日経新聞（平成 16 年 3 月 13 日朝刊）によると、特定医療法人徳洲会に医療機器を納入している系列企業 2 社が、医療機器リース代を通常より高く設定し、病院の経費を水増しして、利益を外部に移転したとのことである。現在、この件で当該系列企業が東京国税局の税務調査を受け、2003 年までの 7 年間に総額約 18 億円の所得隠しが指摘され、重加算税を含め約 7 億円が追徴課税されている。

この利益移転の仕組みは、雑誌「選択」（平成 15 年 10 月）に詳しい。これによると「まず、徳洲会系医療機器販売会社のインテグレート・メデ

イカル・システム（IMS）が医療機器をまとめ買いで買い叩き、循環器系 X 線診断システムなど 4 つの機器を約 4 億 1300 万円で購入する。普通ならこれを IML に売り、リースすればいいのだが、徳洲会側はあえてこれをダミーの富士に売り、富士はそれをリース会社に 10 億 1800 万円で売却。さらに、リース会社は 4 つの機器を IML に転貸し、それを IML が徳洲会系の病院にリースするという複雑な仕組みをとる。こうして、富士がこの取引で得た 6 億 500 万円の利益を、徳洲会側に戻すことで裏金が捻出される」とのことである。

（2）非系列企業との取引

非系列企業との取引では、互いが独立した組織同士なので、系列企業との取引においてみられるような、利益移転の問題はあまり想定されない。非営利企業との取引で問題となるのは、営利企業による経営支配である。こうした現象がおこるきっかけは病院が経営困難に陥ったような場合、または PET のような高額医療機器を導入したいとか、あるいは新たにデラックな病棟を建てたいなど積極経営志向を取っている病院が、金融機関からの借入がスムーズにいかないなどにより、一般事業者に金融援助を仰ぐ時である。

具体的な支援方法としては、営利企業が自ら融資する、金融機関借入に際して債務保証をする、土地・建物といった現物を提供するといった形が取られる。

営利企業はこうした支援の見返りとして、幹部職員などを送り込み、実質的に経営支配を行うこととなる。この例として、セコムの例が挙げられる。

日経ヘルスケア（平成 14 年 6 月）によると、セコムは経営支援ということで 6 病院と提携し、その中には、セコムが事実上経営権を掌握しているケースがあるという。これが業界誌としても比較的著名なメディアに掲載された訳だが、セコム側から特に否定されたとも聞いていない。

この記事によれば、先ほどの経営が行き詰まったケースとしては、札幌の溪仁会に対し、103 億円もの借入に対する債務保証をしている。新規開設のケースとしては、東京の初台リハビリテーションに対して土地の賃貸を行っている。

セコムの例でも判るように、こういった経営支援を行う企業は、経営戦略として病院業界に進出を目指している企業である。セコムのような例

の他、近年は医療と介護の連携が進行中であるが、医療・介護連携を進めるうちに、株式会社である介護事業社側が医療機関を支援し、経営支配に至るケースも想定されよう。

2) 金融取引

次に、非営利性が侵食される2番目の局面として、金融取引、つまり資金調達の場合について述べる。

既述の非系列企業との取引で非営利性が侵食されるケースは、病院業界に進出する、つまり経営権掌握が目的で行われるが、これに対してこれから述べる金融取引では、当初の目的は経営権掌握ではなく、純然たる投融资ビジネスだが、スキームの中に非営利性に抵触する事項が含まれていたり、各種の取決めの過程で結果的に営利企業の意向が優先する恐れが生ずるものである。

近年は金融手法が進化し、その中には、スキームの組み方如何によっては、非営利性が侵食される惧れがなしとはしないスキームも登場するようになってきた。そこで、そういうタイプの新金融スキームについて、以下に検討する。

図2 新金融スキーム（簡易版）

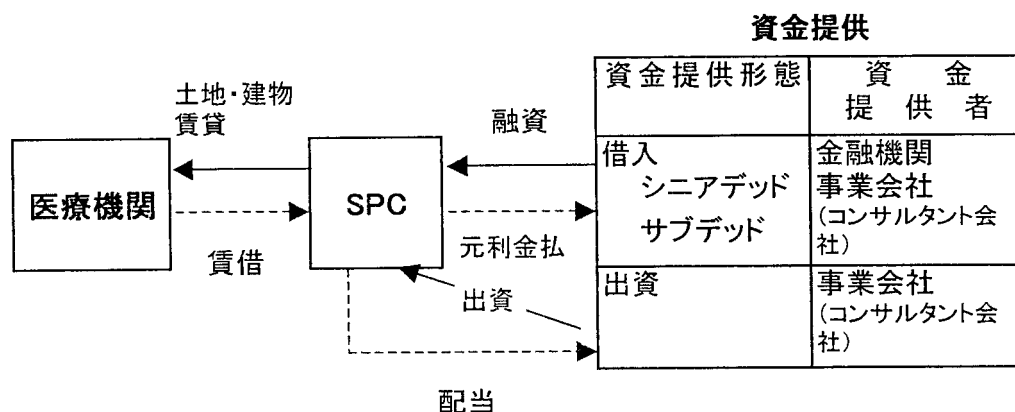


図2に示した金融スキームは、非営利性との関連で問題となる箇所を判りやすく明示するために簡略化してあるので、正確なスキーム図ではない（現実にはSPCを利用した場合、土地・建物は信託銀行に信託される形を取る）。

さて、この図が示すとおり、医療機関は病院の土地・建物をSPCに売却し、SPCから土地・建物を賃借し、SPCに賃借料を支払う。SPCは土地・

建物の購入資金を右に示す資金提供者から借入または出資を受けるという形で調達する。

当然のことながら、借入については元利金を支払い、出資受入については配当を行う。

借入には、シニアデッドとサブデッドがある。シニアデッドとは、従来型の普通借入のことで、金利は原則として市場金利レベルで固定制が採られる。これに対してサブデッドとは、劣後借入のことで、倒産などがあれば、元利金の返済が劣後する他に、毎期の金利支払いについても、事業開始直後の収益があがりずらい数年間は、金利の支払いをゼロにする、または低利にする、その代わりに、収益が出るようになった時点から、その分金利を高く取ろうとするものである。

要するにサブデッドは原則として、借入の対象となった事業の収益状況に応じて金利を変動させる借入である。

このスキームで非営利性との関連で問題となる点として5つ挙げられる。

第一は株式発行による資金調達・配当が実施されることである。SPCはいうまでもなく株式会社組織だが、既述のとおり、必要とする資金を借入または株式発行という形で調達できる。ただこの場合のSPCは、スペシャルパーパスカンパニーと言われるだけに、医療機関の資金調達のためだけに作られた会社である。このSPCが株式で資金調達するということは、医療機関そのものが株式発行しているわけではないとはいえ、実質、医療機関が株式を発行して資金調達したと同じことと解されることも限らない。むしろこれに伴う配当実施も同様である。

第二は、サブデットの金利の決め方である。サブデッドは事業開始直後の収益不安定期には金利ゼロないしは割安金利とし、その代わり収益稼得期に入れば割増金利を適用するといったタイプの借入である。要するに金利設定が収益連動型との指摘を受けかねない。

問題の第三は、医療機関がSPCに支払う賃借料の決め方である。SPCの収入は医療機関からの賃借料のみである。一方、SPCが必要とする資金—これは資金提供者に対する金利支払・配当金のことだが—は、仮にサブデッドが変動金利型で決められ、また配当も行われるとすると、期毎に所要資金は変動、というより、漸増となる公算が大きい。このため、必然的にその財源となる受取賃借料も変動、つまり漸増する形となることが想定

され、賃借料が結果的に収益連動型となることが考えられる。不動産の賃借料が収益連動型となることについては、平成5年厚生省健康政策局総務・指導課長発出の通知で禁止されている。

第四は、コベナンツや財務制限条項の取決内容である。

コベナンツとは契約条項、遵守条項といった意味である。このコベナンツや財務制限条項は、債権保全のための取決めをするもので、例えば新規の借入は抑制するとか、新規大型事業を行う場合は、債権者の了解を必要とするといった事項を取り決めることで、別に経営を支配することを目的としたものではないが、病院と資金の出し手との力関係によっては、債権保全という名目の下で、実質的に経営がしばられる惧れが否定できない。

以上、4つの問題のほかに、5番目の問題として、スキーム全体の問題がある。

このスキームがどのような経緯を経てスタートするかといえば、医療機関側からこのスキームを持ちかけることは考えにくく、コンサルタント、つまりアレンジャーが営業活動をし、このようなスキームが使える医療法人を見出すことから始まると思われる。こうした経緯で出会いがあると、医療法人とアレンジャーは対等な立場で医療機関に最も適したスキームを文字通りビジネスライクに仕立てていくので、この過程ないし段階で経営支配などは考えられない。

ただ多くの場合、こういったスキームを使うのは、経営が立ち行かなくなったりとか、どうしても新規事業をやりたいが銀行が貸してくれないなど、医療機関側の立場が弱いケースが多いと思われる。そうすると、医療機関が主体的にこういったスキームを利用するのではなく、医療機関がスキームの中に埋没して、このスキームのために医療機関があるようになってしまい、主体性を失って実質的に営利企業であるアレンジャーに支配される可能性が考えられる。

3) 内部取引

内部取引とは理事長等役員と医療法人間との取引である。理事長等役員への給与、理事長から法人への金銭貸付・私募債購入、理事長から法人への土地・建物賃貸などで、これらの取引価格が市場相場よりも著しく高い場合、問題となる。

なぜならこれらの価格は内部取引のため、理事長が恣意的に決められるので、場合によっては実質配当につながりかねない。

4. 米国の民間非営利病院にみる非営利性

わが国同様、米国の民間非営利病院は病床ベースで約7割を占め、医療提供の中心的役割を担っている。このように日米ともに民間非営利病院がメインプレイヤーとなっているので、米国における民間非営利病院の非営利性を考察してみよう。

米国の病院は、歴史的には民間において教会や慈善団体が作った救貧目的の患者収容施設として出発した。そのため現在に至るまで、米国の多くの病院は民間組織だが、個人に財産が帰属しないことを原則としている。

米国ではわが国のような全国民を対象とした医療保険制度は採用されておらず、このため全人口の約15%、約4,500万人が無保険者といわれている。また、資本主義が貫徹しているほか、移民社会でもあるため、経済的弱者が少なからず存在する。

こうした背景から、特に民間非営利病院では、これら経済的弱者に対する医療を、チャリティーケア（貧者への無償または低廉な価格での医療サービス）という形で提供している。つまり、公益活動を積極的に担っているわけである。さらに、もともと市民間で地域ニーズに応える形で発生したこともあって、フィランソロピーやボランティアといった地域支援が強く、このため寄付者を含む地域住民に、経営内容等を公開する伝統がある。これより伝統的に情報公開に対する抵抗感が少ないといえる。

一方米国では、非営利組織を非課税とする制度がある。ただ非課税となるためには、IRS（内国税庁）が定める501(c)3（医療業の場合）の規定を満たさなければならない。規定の内容は、以下に示すとおりだが、先に述べた非営利病院の歴史的な性格から、米国のほとんどの病院がこの条件を満たし、非課税扱いとなっている。その条件とは、①利益が個人に属さない、②資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、③解散時の個人への財産分配の禁止、④公益事業の実施、⑤政治活動、政治献金の禁止、である。

これで明らかなように、米国の民間非営利病院は、先に示した非営利の定義を完全に満たしている。そのため非課税扱いも社会的に容認されているわけである。

米国の非営利病院は実態も非営利なので、単に非課税とされるだけでなく、資金調達面で大きな公的支援を受けている。以下その点を論述する。

民間非営利病院における第二次大戦以降の長期資金調達に対する公的支援を概観すると、まず第二次大戦直後の1946年に、不足している病院施設の整備を急ぐ目的から、ヒル＝バートン法が制定された。これは病

院整備に国が直接補助金を投入するもので、以後約 30 年間この制度は存続し、病院施設整備に多大な貢献をした。この間 1968 年には、FHA(Federal Housing Administration) という国の債務保証制度も制定された。本制度はその利用方法が複雑であるなどから、利用病院は限られていると言われていたが、国がこうした保証制度を設けたということは注目に値する。

ヒル＝バートン法によって病院整備が大いに進んだが、国の財政が厳しくなり、税の直接投入が難しくなってきた 70 年前後あたりになると、今度は免税の病院債による資金調達が促進されるようになった。これは連邦政府が作った制度で、免税の恩典を与えることによって、財政負担を軽減し民間資金を活用する形で病院の資金調達を支援するものである³⁴。

このように市場に重きをおく米国において、病院の資金調達に関しては、意外にも政府が積極的な支援をしてきた様子が判る。

そしてこうした公的支援が受け入れられる背景には、米国の非営利病院では非営利の要件を完全に満たし、公益的活動にも積極的である点を理解しておく必要がある。

米国では 70 年代に営利病院による活発なチェーン展開が始まって以来、既に 30 年以上が経つが、この間営利病院のシェアが徐々に伸びているとはいえ、なお 15%程度にとどまっており、医療供給の中核は依然として民間非営利病院が担っている³⁵。

³⁴ 松原 由美「わが国の民間病院における資金調達」『社会保険旬報』2002 年 12 月、
松原 由美「米国の病院における資金調達の歴史と現状」『病院』、2000 年 11 月

³⁵ 明治生命フィナンシャルズ研究所「医療施設経営安定化推進事業 経営の実態把握とその対応策について」厚生省 平成 12 年