

持続可能な社会保障システムを支える非営利組織ガバナンスの在り方に関する検討

平成 29 年 1 月 25 日

日本公認会計士協会

目 次

	頁
要旨	
はじめに	1
I 本研究報告における基本的な問題意識と検討対象	3
1. 我が国の社会保障制度の概要とその主な特徴	3
2. 社会保障財政の現状と将来見通し	5
3. 持続可能な社会保障システムに向けた課題と近年の対応	9
4. 基本的な問題意識と検討対象	11
II 社会保障に関わる組織	13
1. 医療保険制度及び介護保険制度における資金フロー	13
2. 社会保障関係組織	16
3. 医療法人及び社会福祉法人に関わる近年の政策動向と課題	21
III 非営利組織のガバナンス設計と課題	25
1. 非営利組織における組織ガバナンスの目的	25
2. ガバナンスの基本要素	27
3. ガバナンスに関わる課題	27
IV 海外制度の概要（イギリス、オランダ）	35
1. イギリス	35
2. オランダ	52
V 持続可能な社会保障に寄与する非営利組織ガバナンス	61
1. 効果的なガバナンスの実現	61
2. 自立した経営と強固なガバナンスを担保する環境整備	68
3. 非営利組織のステークホルダーとしての保険者への期待	71
おわりに	75

要旨

I 本研究報告における基本的な問題意識と検討対象

我が国の社会保障制度においては、110兆円を超える社会保障給付費のうち、部門別にみると年金が約5割、医療が約3割、介護が約1割を占め、その大部分が社会保険方式により運営されている。年金、医療及び介護制度に共通する特徴として、国民全てが対象となる国民皆保険・皆年金を前提としている。また、医療及び介護については、現物給付、フリーアクセス並びに民間組織によるサービス提供及び政府、地方自治体による監督という特徴を有している。

戦後の急速な人口増加、特に高齢化による高齢者人口の急増に伴い、社会保障給付費は急激な増加の一途にある。また、社会保障財源も、その伸びに応じて急増しているが、特に公費負担が急激に増加している。2013年度には1990年度比で社会保障給付費が、47兆円から111兆円へと約2.4倍になっているのに対し、公費負担は16兆円から43兆円へと27兆円（約2.7倍）もの増加となっている。社会保障給付は今後も継続して増加することが見通されており、厚生労働省の推計によれば2025年には148.9兆円に達するとされる。このうち最大の割合を占めるのは年金であるものの、増加率に着目すると介護、医療の伸びが大きい。

このような状況に対して、我が国では近年、医療機関の機能分化と連携、地域包括ケアシステムの構築、医療保険制度の見直し等の制度改革が進められてきた。また、社会保障制度の持続可能性を担保するため、給付年齢の引上げ、保険料の引上げ、診療報酬の改定、自己負担割合の変更等、様々な形で給付と負担の調整も実施されてきている。このような政策的措置の重要性は論をまたないが、サービス提供に係るコスト増を抑制する観点からは、医療機関や介護施設を運営するサービス提供主体が、効果的な資源配分と効率的な経営活動を通じて、その生産性を高めることも極めて重要である。

公的な社会保障サービスの価格は、医療では診療報酬、介護では介護報酬がこれに相当し、我が国においては、いずれも公定価格として設定されている。診療報酬決定等のマクロ的な政策措置は、社会保障コスト総額を直接的に抑制するとともに、提供主体の生産性を高めるためのインセンティブともなるが、通常、価格インセンティブが個々のサービス提供主体の経営改善行動と生産性向上につながるまでには一定のタイムラグが発生する。各組織の生産性向上が追い付かない場合、医療・介護といった提供されるサービスの低下のほか、過度な人件費抑制によるスタッフのモラル低下や人手不足を招きかねない。その意味でも、早い段階から、サービス提供組織の経営力向上とその基盤となる規模拡大やガバナンス構築といった対応をマイクロレベルで促していくことが、社会保障制度の持続性を担保していく上で非常に重要となると考えられる。

本研究報告では、かかる問題意識から、非営利組織において効果的かつ効率的な経営に導く組織ガバナンスの在り方を検討対象とする。我が国における社会保障サービスを持続する観点からは、単にコスト効率性を高めることだけでなく、サービス提供主体が受益者、地域社会その他のステークホルダーのニーズを理解し、一定の資源制約の下

で、サービスの質を確保しながら、健全な運営を継続していくことが求められる。本研究報告では、そのような経営に導くことのできる組織の基本的な在り方を、持続可能な社会保障システムを支える非営利組織ガバナンスと捉え検討する。

II 社会保障に関わる組織

我が国において社会保障給付費の約4割を占める医療及び介護サービスは、社会保険方式の下、サービス受益者による一部自己負担を前提としつつ、被保険者等の拠出した保険料及び公費負担分を保険者に集積し、独立したサービス提供主体に給付する形で支えられている。

医療及び介護に関わる組織は、サービス提供主体、保険者及び国・地方自治体に分類できる。このうち、医療分野におけるサービス提供主体としては、国・地方公共団体、独立行政法人、国立大学法人等の公的主体と、医療法人、社会福祉法人、公益社団・財団法人等の民間非営利組織があり、中でも医療法人は、病院の約7割、一般診療所の約4割の施設を設置している。介護分野におけるサービス提供主体としては、地方公共団体等の公的主体、社会福祉法人、医療法人といった民間非営利組織のほか、営利組織である会社も含まれ多様であるが、社会福祉法上の第一種社会福祉事業に該当する介護事業は、国・地方公共団体又は社会福祉法人による経営が原則とされている。

このように、我が国において医療及び介護サービスは、医療法人、社会福祉法人に代表される民間非営利組織によって提供されているが、近年、これらの医療法人及び社会福祉法人の非営利性を徹底する一方、ガバナンスを強化する政策措置が進められている。具体的には、医療法（昭和23年法律第205号）、社会福祉法（昭和26年法律第45号）が改正され、公益社団・財団法人及び一般社団・財団法人について先行して導入された組織制度を参考に、機関設計、役員の役割や責任と義務、選解任の権限等について、ガバナンス強化が図られている。一連の制度改正によって、医療法人、社会福祉法人のそれぞれにおいて充実されるガバナンスが、形式のみならず実効性を伴って運用されることが重要である。

また、ガバナンス強化と並ぶ近年の重点課題として、地域連携が挙げられる。医療提供体制の充実（医療の機能分化、重点化及び連携）及び地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の連携について対応が進められている。医療等について機能分化を徹底しつつ、医療機関や介護施設が地域内で効果的に連携することによって、地域レベルで効率的、効果的に社会保障サービスが提供されるための体制を整えることが主眼である。このような地域レベルでの連携が円滑に進むためには、組織間の信頼関係が十分に確保され、かつ、連携に当たってのリスクを最小化することのできる状態となっていることが不可欠である。そのためには、既存のサービス提供主体の意思決定や監督に関する基本的な構造が整備されるとともに、組織の財政状態や活動状況についての透明性が十分に確保されていることが極めて重要な意味を持つ。

Ⅲ 非営利組織のガバナンス設計と課題

出資者たる持分権者が存在しない非営利組織においては、資源提供者となる寄付者や補助金・助成金の提供者は、将来の非営利組織の財務的な状況及び成果から直接の影響を受けず、また、組織の人事その他の重要な意思決定についての権利を与えられていないのが一般的であり、その権利と立場は、株式会社における株主と決定的に異なる。

非営利組織における重要なステークホルダーとして、受益者、資源提供者、従業員、地域社会、政府等が考えられるが、このような多様なステークホルダーの権利、ニーズ、期待及び懸念がバランスよく配慮され、満たされるための仕組みとして、組織ガバナンスが構築されるべきである。これらのステークホルダーのニーズを踏まえ、本研究報告では非営利組織におけるガバナンスの主な目的として、組織目的の実現、持続的経営、コスト・ベネフィット及びコンプライアンスを提起する。

このようなガバナンスの目的を達成するための基本要素としては、(1)経営理念及び組織目的の明確化、(2)責任あるステークホルダーの参画、(3)経営、監督、監査機能の存在及び(4)情報開示と透明性が挙げられるが、これらの領域について非営利組織におけるガバナンス運営上の課題を検討した。

- 経営理念及び組織目的：非営利組織においては、利益追求は組織目的として成立しない。広くは、公益性の追求や社会福祉への貢献が目的となるが、あいまいなものとなりやすい。
- オーナーシップと監督：持分のない非営利組織においては、組織のオーナーシップが明確ではない。オーナーシップが特定個人に偏っている場合、独断専行の経営につながるリスクがあり、健全な新陳代謝を阻む要因となり得る。
- ステークホルダーとの関係：非営利組織においては、そのステークホルダーとの関係性が極めて重要であるが、ステークホルダー（受益者、資源提供者、地域社会等）のニーズ、期待及び懸念を、経営上の意思決定に効果的に反映するための体制及びプロセスが存在しない場合もある。
- 経営効率に関するインセンティブ：非営利組織においては、経営改善、特にコスト・ベネフィットを高めることについてのインセンティブが働きにくい。特に公益的な性格の強い非営利組織においては、市場原理が働かない領域においてもサービスを提供し続ける必要があり、どのように公益性と経営効率のバランスを取るかは重要な問題である。
- 理事会、評議員会、社員総会の運営：理事会、評議員会、社員総会といった経営・監督を担う会議体（機関）の設置が要求されているが、形式的には設置されていても、会議が開催されない、開催されても実質的な議論がなされない、効果的な行動につながらない等、意思決定や監督機能を実質的に担っていない場合があるとの指摘もある。また、非営利組織においては無報酬の理事も多い。理事等の各機関構成員が組織運営についての意欲や責任意識を保持していることはもちろんのこと、経営に必要な能力が具備されていることも重要である。

- 監査機能：監査機能を担う役員である監事には、業務・財務の両面からの監査が通常期待されているが、形式的な存在となり、監査機能を実質的に担えていない場合も多い。理事と同様に、無報酬の監事が多いことに加えて、非常勤が前提となっている場合も多いとの声もある。

加えて、本部機能と PDCA プロセス、情報開示、経営の自立性及び経営者の意識についても課題を整理した。

IV 海外制度の調査（イギリス、オランダ）

イギリスの医療制度は、国営の「国民保険サービス (National Health Service (NHS))」によって税方式で運営されているが、固定的な医療報酬体系の中で医療のコスト効率性を高める必要性を制度が抱えている点では日本と類似している。近年の制度改革において、サービスの供給と購入は明確に分離され、かつ、供給者には独立した法人として自立した運営が求められている。NHS 制度では、供給法人の自立運営を担保するための手段として、「NHS ファウンデーション・トラスト (FTs)」を中心に、ガバナンス強化が進められてきた。FTs においては、患者や従業員をメンバーとするステークホルダーを基軸とした統治構造となっており、統治評議会と理事会という二層の監督構造がとられている。また、運営の中核を担う理事会は、最高経営責任者 (CEO) のほか、最高財務責任者 (CFO)、医師、看護師から理事が参画することが求められるなど、バランスと実効性を重視した形で設計されている。報酬についても、適切かつ十分な設定となることが前提とされており、その決定に当たって報酬委員会によるガバナンスが中核として機能している。また、ガバナンス・コードその他のガイドラインが整備され、ガバナンス機構に参加する者が、その役割や取るべき行動についての理解を得やすい工夫がなされている。また、我が国と同様の社会保険方式を採用するオランダについては、サービス提供組織と保険者、保険者と被保険者との契約を前提とする管理競争を導入している点が特徴的である。また、医療、福祉に関するサービス提供組織は、ほとんどが民間非営利組織である。これらのサービス提供組織は、社団、財団いずれの形態であるかに応じた一般的な規定のほか、開業ライセンス取得のため、日常的経営従事者以外から成る監督委員会を設置すること、監督委員会の決定を患者団体等の調査に供すること、ケア事業収益と他事業からの収益を区分管理すること等が求められている。

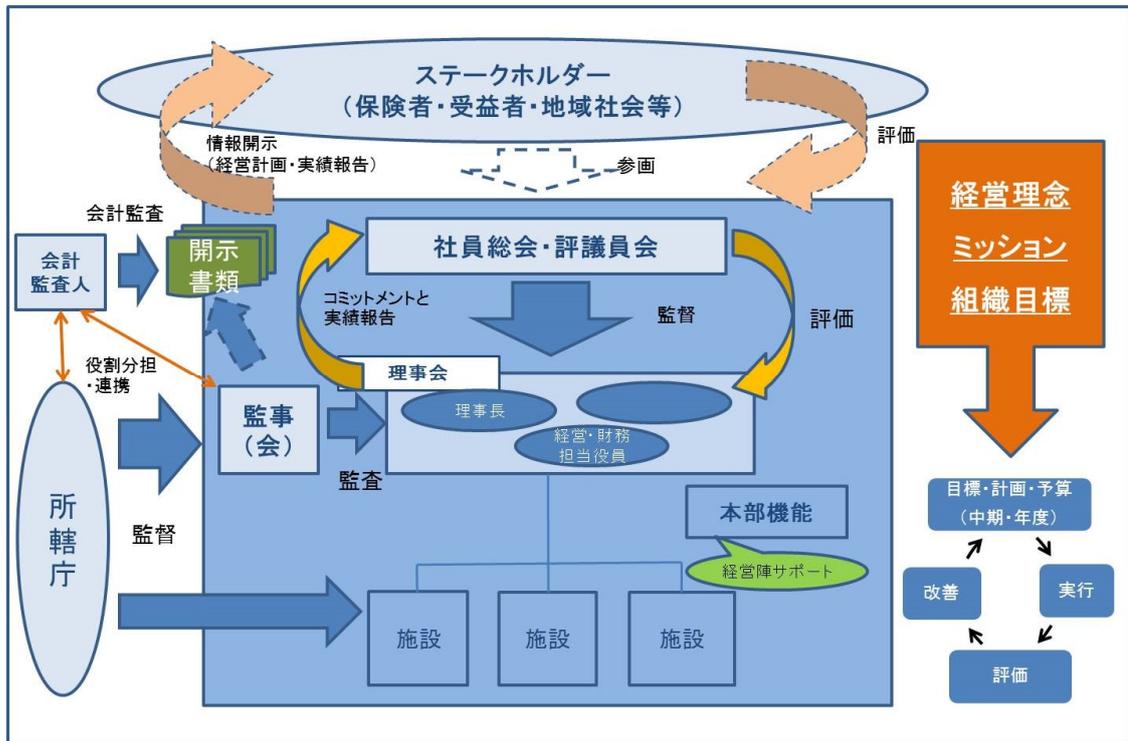
V 持続可能な社会保障に寄与する非営利組織ガバナンス

本章では、前章までの検討結果を踏まえ、非営利組織における効果的なガバナンスの在り方を検討し、以下のポイントを提示した。

- 経営理念、組織目的、経営目標の明確化：組織目的は、組織運営の基盤となるものであり、これが文書化され、組織メンバーに共有され、理解されることが重要である。さらに、具体的な経営目標に落とし込むことによって、事業戦略・計画の策定につながる。

- 経営（執行）機能と監督機能：理事長等を経営者と位置付けて理事会が監督機能を担う形態、理事会が経営機能を担い評議員会又は社員総会が監督機能を担う形態、理事会と評議員会とが監督機能を分担する形態等、その機関構成と役割分担については多様な形態が考えられるが、経営（執行）と監督の両機能が有効に機能するよう組織体制が構築され、運用されることが重要である。
- 評議員会・社員総会による監督：ステークホルダーのニーズを代表して参画する者が監督組織の構成員となることが重要である。患者会、従業員組織（労働組合等）、保険者団体等の既存のステークホルダーのネットワーク組織や地域保健医療協議会、地域ケア会議といった地域レベルで設置される医療・介護についての協議会との連携も期待される。監督機関が有効に機能する上で、評議員の選任及び構成、役割及び責任の明確化、組織理念及び経営方針の存在、そして運営の透明性が重要となる。
- 理事会運営と経営機能の強化：重要な業務執行を決定するとともに理事長を含む理事の職務執行を監視する責任を負う理事会が、有効に機能するよう運営されることが重要である。さらに、経営機能の強化には、組織目的を達成するための戦略を立案し、具体的な行動に落とし込み、結果をレビューし、改善に結びつける一連のプロセス、すなわち PDCA サイクルを有することが求められる。組織の経営機能を高めるための方策として、①バランスの取れた理事構成と経営人材の積極的な登用、②役割と責任に見合った役員報酬、③本部機能の強化及び④PDCA プロセスの構築と運用が挙げられる。
- 実効性ある監事監査：監事監査の実効性を高める上で有効と考えられる方策として、①適任者の選任、②客観性・第三者性の確保、③監査時間の確保と適正報酬、④業務規範の確立及び⑤所轄庁・会計監査人との関係と役割及び責任の整理が挙げられる。
- 情報開示と評価：非営利組織の情報開示制度は強化されつつあるが、情報の質、非財務情報の開示、情報アクセスの問題等の課題も多い。ステークホルダーにとって分かりやすい形で伝達されるとともに、かつ、容易にアクセス可能な状態となること、すなわち、ステークホルダー目線への転換が必要である。マネジメント、監督、報告、フィードバックという一連の流れがつながって機能することによって、ステークホルダーのニーズを組織経営に反映することができるとともに、緊張感のある経営を実現できる。

図 非営利組織におけるガバナンス



このような非営利組織のガバナンスが効果的に整備、運用されるためには、そのための環境整備も必要となる。

我が国においては小規模組織が多く、組織全体の管理に割くことのできる財政的資源を確保できるだけの経営資源の集約と規模拡大が欠かせない。医療・介護における地域連携の取組を発展させて、ガバナンスや経営機能について法人間で連携又は一部共有することも考えられる。

非営利組織が、組織資源の配置を自ら決定できる環境が整えられていることも重要となる。将来に向けた投資や創意工夫のある経営の実現に向けては、経営資源の蓄積と投資、事業間の資金移動についての裁量が組織側に与えられている必要がある。あわせて、行政監督の観点から、財務安定性、コンプライアンス、サービス品質の担保といった重要課題について、行政機関による対応が問題となる。充実化された開示情報を行政機関がどのように活用し、効率的かつ効果的な監督に生かしていくかが大きな課題である。

非営利組織の経営機能、監督機能のそれぞれを高めていく上で、組織経営に精通した人材の登用や参画が効果的である。このような人材としては、企業経営の経験豊富な人材や法人運営に関連する専門性を持った人材が考えられる。そのためには組織経営に精通した人材が積極的に参画可能な仕組みが欠かせない。

本研究報告では、非営利組織がステークホルダーと協働し、ステークホルダーが組織の監督に関与するガバナンスの在り方を提唱した。このようなガバナンスの前提として、非営利組織の公益性及び中長期的な目的達成、更には医療・介護等の業界の発展に関心

と意欲を持ち、責任ある態度を持って行動するステークホルダーの存在が不可欠である。資源提供者、受益者、従業員等の各ステークホルダーが一定程度組織化されている、又は有効なネットワークが存在することも重要である。特に我が国の社会保障分野においては、資源提供者である保険者がガバナンス機構の一翼を担うことが期待される。

我が国においては、保険者とサービス提供組織とが「多」対「多」の関係にあることから、保険者が社会福祉資源の受託者としてガバナンス上の機能を果たす方法としては、①サービス提供組織と計画や運営状況についての対話を持つ方法と②法人の監督機関（例えば、評議員会）に直接参画する方法が考えられる。保険者とサービス提供主体が契約関係にないこと、被保険者が地域や組織といった多様な形でネットワーク化されていること、サービス提供主体に小規模な事業者が非常に多いこと等、解決すべき課題も多いが、保険者間の連携や大規模組織の先駆的な取組を通じて、ガバナンスにおいても、保険者機能が積極的に発揮されることを期待したい。

我が国における医療法人や社会福祉法人のガバナンス強化に向けた対応は緒に就いたばかりである。一律の規制による対応には限界があり、先進的な取組を促すことによって、ガバナンスと経営のトップランナーが生まれていくことが、本業界全体としての進展には欠かせない。ガバナンスについての行動原則をガバナンス・コードとして策定し、組織による採用を促す対応も効果的であると考えられる。

はじめに

我が国では、急速な高齢化が進むとともに、所得格差の拡大、保育ニーズの増加といった要因により、社会保障ニーズが急速に増大している。医療費や介護費などの社会保障費が年々増加傾向にあり、社会保障サービスの質を確保しつつ、社会保障費の過度な増加を抑制することによって財政の安定を図ることが急務となっている。

我が国において、医療、介護、保育といった多様な社会福祉サービスの多くは、民間の非営利組織によって提供されてきた。これらの非営利組織に関しては、平成 26 年 6 月 24 日に閣議決定された「規制改革実施計画」において、「(社会福祉法人の) 経営管理体制の強化」や「医療法人の経営の透明化・適正化」など、法人ガバナンスの改革に向けた政策的対応が急速に進みつつある。これらの措置は、医療法人や社会福祉法人におけるガバナンス整備が不十分であったこと、株式会社や特定非営利活動法人などの他の民間法人との競争環境を整理する必要性が高まってきたこと、蓄積した内部留保の使途について問題提起がなされたこと等に端を発したものであった。しかし、より本質的には、民間の非営利組織が、ケアを必要とする人々、より広くは社会のニーズに対し、自立した経営を通じて効果的・効率的に伝えていくことに対する社会的要請が背景となっていると考えられる。今回の改革を契機として、我が国における社会保障システムの持続可能性を高める組織ガバナンスの実現に向けた取組を更に前に進めていく必要がある。

一方、非営利組織のガバナンスの在り方についての検討は十分になされているとはいえない状況にある。我が国においても上場企業を対象としたコーポレートガバナンス・コード¹が発行されるなど、企業ガバナンスの在り方についての議論や実務は急速に進展する状況にあるが、非営利組織においては、営利を目的としない、株主等の持分権者が存在しない等、企業とは組織の目的や構造についての基本的な差異があり、企業ガバナンスを参考としつつ、非営利組織の特性に合った組織ガバナンスの在り方を模索していく必要がある。また、組織ガバナンスの在り方には、組織のステークホルダーの構造や制度設計及び資源フロー、インセンティブ構造も強く関係する。そこで、本研究報告では、医療や介護といった社会保障サービスを提供する非営利組織に焦点を当て、ガバナンスの在り方を検討することとした。検討に当たっては、我が国における社会保障制度の現状やサービス提供組織に関する状況を整理した上で、非営利組織におけるガバナンス設計と基本的な課題を考察した。また、海外制度における進展から学ぶため、イギリスにおける NHS ファウンデーション・トラストの組織ガバナンス及びオランダにおけるケア・プロバイダー組織についての調査を実施した。その上で、我が国において持続可能な社会保障システムに資する組織ガバナンス及び必要な環境整備を検討した。

なお、我が国においても非営利組織の規模は非常に多様であり、数人程度の非常に小規模の組織から大規模組織まで存在する。本研究報告では、民間の非営利組織のうち、

¹「コーポレートガバナンス・コード～会社の持続的な成長と中長期的な企業価値の向上のために～」(2015 年 6 月 1 日 株式会社東京証券取引所)

地域における社会保障ニーズについて中心的な役割を担うことが期待される一定規模以上の組織を対象として検討した。

I 本研究報告における基本的な問題意識と検討対象

本章では、我が国における社会保障システムの全体像を確認する。そのため、まず、社会保障制度の概要と主な特徴を整理するとともに、その財政的側面について現状を確認する。その上で、持続可能な社会保障システムの構築に向けた課題と政府による取組について概括する。

1. 我が国の社会保障制度の概要とその主な特徴

(1) 我が国の社会保障制度の概要

社会保障は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネットであり、社会保険（年金、医療、介護等）、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生から構成される。図表1は、社会保障の分類と我が国において対応する保障内容、対象者、給付内容、財源及び平成25年度の社会保障給付費をまとめたものである。

図表1 我が国の社会保障制度の概要

分類	保障内容	対象者	給付内容	財源	社会保障給付費 (平成25年度)
社会保険	年金、医療、介護、 雇用、労災	保険加入者 (年金・医療は皆 保険、介護は40 歳以上が加入)	年金、現金、現物 (現物には医療、 介護、失業・雇用 対策等を含む。)	保険料(被保険者 及び事業主からの 拠出) 不足分は公費負担	年金 55 兆円 医療 35 兆円 介護 9 兆円
社会福祉	児童、母子・寡婦、 高齢者、障害者等	全国民	現金、現物(医療、 介護等)	公費(国庫、その 他)	福祉その他 12 兆円
公的扶助	生活保護制度	全国民	現金、現物(医療、 介護等)	公費(国庫、その 他)	
保健医療・ 公衆衛生	・ 保健事業(疾病 予防等) ・ 母子保健 ・ 公衆衛生(食品・ 医薬品の安全等)	全国民	現金、現物(医療 等)、年金	公費(国庫、その 他)	
					合計 111 兆円

※1 「平成25年度 社会保障費用統計」(平成27年10月 国立社会保障・人口問題研究所)を参考に作成

※2 社会保障給付費の金額は単位(兆円)未満を四捨五入している。

※3 社会保障給付費(平成25年度)の欄で、「福祉その他」には、社会保険のうち年金、医療、介護以外に係る社会保障給付費が含まれる。

我が国の社会保障制度は、「自助」を基本としながら、様々な生活上のリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況について「公助」が補完する形で設計されている。社会保険は共助の仕組みであり、社会福祉や公的扶助は主に公助に当たる仕組みといえる。このような考え方の下、社会保障の中核を担う年金、医療、介護については自助を共同化し、国民の自立を社会的に支援する仕組みとして社会保険方式が採用されている²。

² 「社会保障制度国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(平成25年8月6

平成25年度における社会保障給付費総額111兆円のうち社会保険に該当する費用は、年金が全体の約5割、医療が約3割、これらに介護を加えた額は99兆円となり、全体の約9割にも及ぶ。

(2) 社会保険制度の主な特徴

次に、我が国の社会保障制度において中心となる社会保険制度(主に医療・介護)について、主な特徴を列挙し、検討する。

① 国民皆年金・皆保険

図表1のとおり、我が国には社会保険方式として設計された社会保障として、年金保険、医療保険、介護保険、雇用保険、労災保険の5種類の社会保険制度があるが、そのうち年金は国民皆年金として、医療保険及び介護保険については国民皆保険として設計されている。

② フリーアクセス

医療・介護については、原則として、サービス利用者がサービス提供者を選択できる仕組みとなっている。特に、我が国の医療制度の最も特徴的な点として、「フリーアクセス」であることが挙げられる。すなわち、医療保険の被保険者は、原則として自由に医療機関を選択することが可能であり、当該医療費は、保険適用の医療機関である限り医療保険の給付対象となる。

③ 現金給付と現物給付

現金給付方式の年金に対して、医療・介護については原則としてサービスを直接給付する現物給付方式が採られている。医療について、民間保険における医療サービス利用料に相当する額を補助金等の金銭の形で交付する現金給付方式は採用されていない。

④ 重要なサービス提供主体としての民間非営利組織と国、地方自治体による認可・監督

医療・福祉その他のサービス提供型社会保障においては、サービス提供主体(運営主体)は公的主体に限定されず、むしろ民間主体、特に非営利組織が中心的な役割を担っている。

ただし、社会保障の国民生活への影響や安全面等の要件担保の観点から設備・人員の配置基準等に関する法的規制が重層的に設けられている。また、病床や施設定員等のサービス供給量については、地方自治体が地域ごとの計画を策定し、それに基づき認可している。同様の観点から、国、地方自治体はサービス提供主

体の運営状況等を監督している。

(3) 医療保険制度

我が国では、国民皆保険の下、国民はいずれかの公的医療保険に加入しているが、公的医療保険は複数の異なる保険制度から構成されている（図表2）。個人がどの保険制度の対象となるかは、職業、地域、年齢により区分される。

被保険者は職業形態、すなわち、被用者かそれ以外かによって区分され、前者に適用される保険を被用者保険（職域保険）という。そして、被用者に該当しない場合は、国民健康保険（地域保険）の対象となる。

図表2 医療保険制度

区分	制度	法律	被保険者	保険者
職域 保険	健康保険	健康保険法	健康保険の適用事業所で働く人（民間会社の勤労者）	全国健康保険協会、健康保険組合
			日雇特例被保険者（健康保険法第3条第2項） 健康保険の適用事業所や失業対策事業、公共事業を行う事業所で働く日雇労働者	全国健康保険協会
	船員保険（疾病部門）	船員保険法	船員として船舶所有者に使用される人	全国健康保険協会
	各共済組合等（短期給付）	各共済組合法	国家公務員、地方公務員、私立学校の教職員	各共済組合等
地域 保険	国民健康保険	国民健康保険法	健康保険・船員保険・共済組合などに加入している勤労者以外の一般住民	市町村（特別区を含む）、国民健康保険組合
後期高齢者医療制度		高齢者の医療の確保に関する法律	75歳以上の高齢者（一定の障害状態にある65歳以上）	後期高齢者医療広域連合（窓口は市（区）町村）

※1 「社会保険のてびき 平成27年版」（平成27年4月 社会保険研究所）を基に作成

※2 退職者医療制度は平成27年3月で廃止

(4) 介護保険制度

戦後、我が国においては、老人福祉医療制度を通じて介護サービスの提供が行われてきた。しかし、高齢化の進展に伴い、介護ニーズが急速に増大するとともに、核家族の進行など、要介護者を支える状況が変化してきたことから、高齢者の介護を社会全体で支え合うための仕組みとして介護保険制度が創設された。

介護保険制度では、40歳以上が被保険者となり、保険者は市町村（特別区を含む。以下、介護保険制度の保険者である市町村において同様。）である。利用のためには要介護等の認定が必要となるが、利用者はサービス内容の選択が可能であり、利用者負担は原則として1割（一定以上の所得者は2割）である。

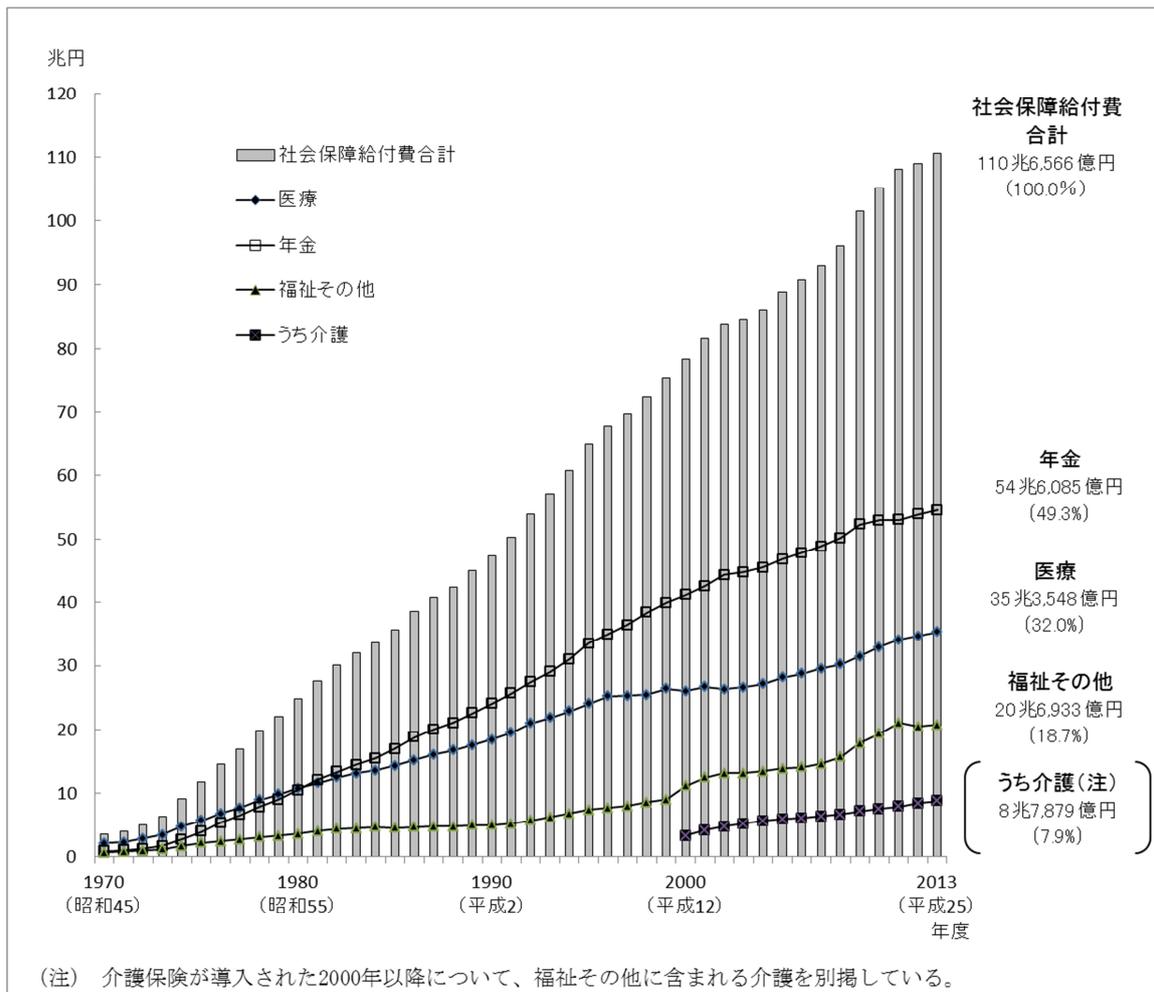
2. 社会保障財政の現状と将来見通し

続いて、我が国の社会保障財政の現状と将来見通しについて、給付と負担の両側面

から概括する。

図表3は、社会保障給付費の推移を、年金、医療、福祉その他の分野別に表したものであるが、社会保障給付費は、1970年代の高度経済成長期から増加の一途にある。増加傾向が最も顕著なのは年金であるが、医療、そして介護を含む福祉その他に係る社会保障給付費も着実に増加している。

図表3 社会保障給付費の推移



※ 「平成25年度 社会保障費用統計」(平成27年10月 国立社会保障・人口問題研究所)に基づき作成

次に、これを支える社会保障財源の推移を示したものが図表4である。財源の構成は、大きく保険料負担と公費負担に分けられ³、公費は国庫負担と地方負担とから構成される。社会保障財源も社会保障給付費の伸びに対応して増加しているが、特に公費負担が急増していることが分かる。

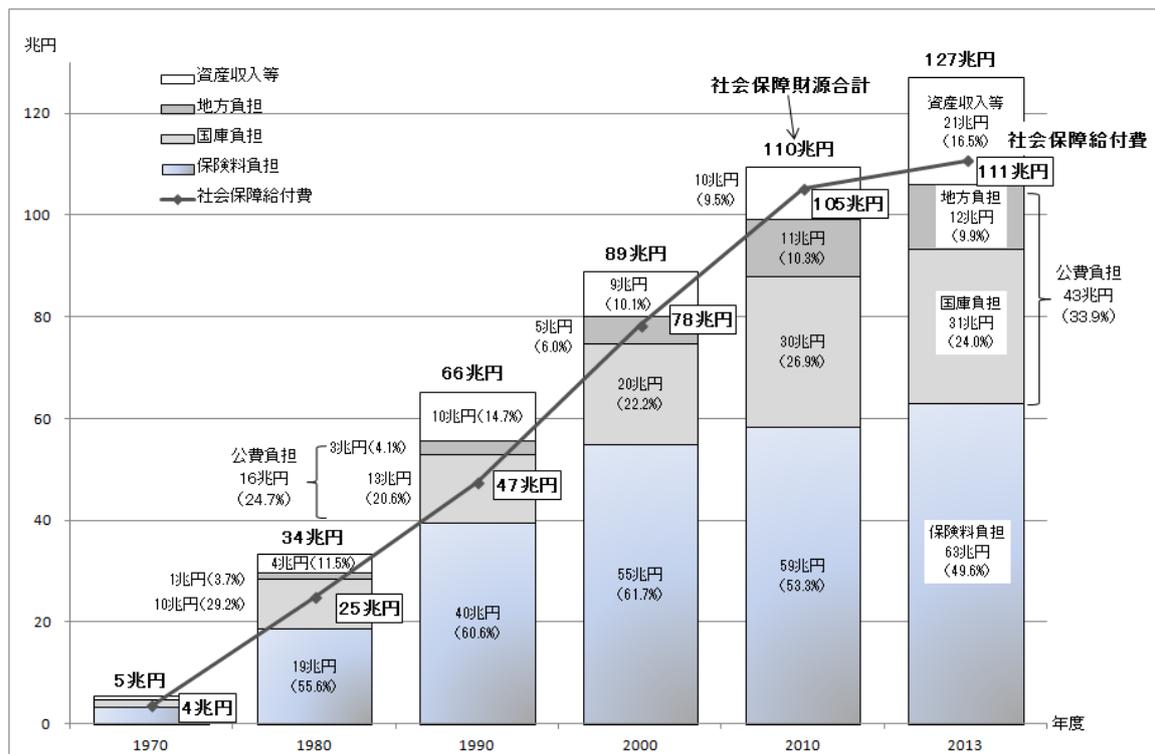
1990年度から2013年度について見ると、社会保障給付費は47兆円から111兆円

³ 社会保障財源にはこれ以外に資産収入等があり、資産収入(利子、配当金、施設利用料、賃貸料、財産処分益、償還差益等)及びその他(積立金からの受入等)からなる(平成25年度 社会保障費用統計)。

へと約 2.4 倍になっているのに対し、その財源については、保険料負担は 40 兆円から 63 兆円へと約 1.6 倍の増加であるが、公費負担は 16 兆円から 43 兆円へと約 2.7 倍もの増加となっている。その結果、2013 年度の社会保障財源のうち保険料負担によるものは 49.6%となっている。

社会保険料収入の伸びが社会保障給付費の増加に追い付かず、公費負担が増している状況にある。加えて、社会保障関係費を含む一般会計予算の歳出に対する財源としては、税収入だけでなく、特例公債の発行等による収入も含まれる。

図表 4 社会保障財源の推移



※1 「平成 25 年度 社会保障費用統計」(平成 27 年 10 月 国立社会保障・人口問題研究所) のデータに基づき作成

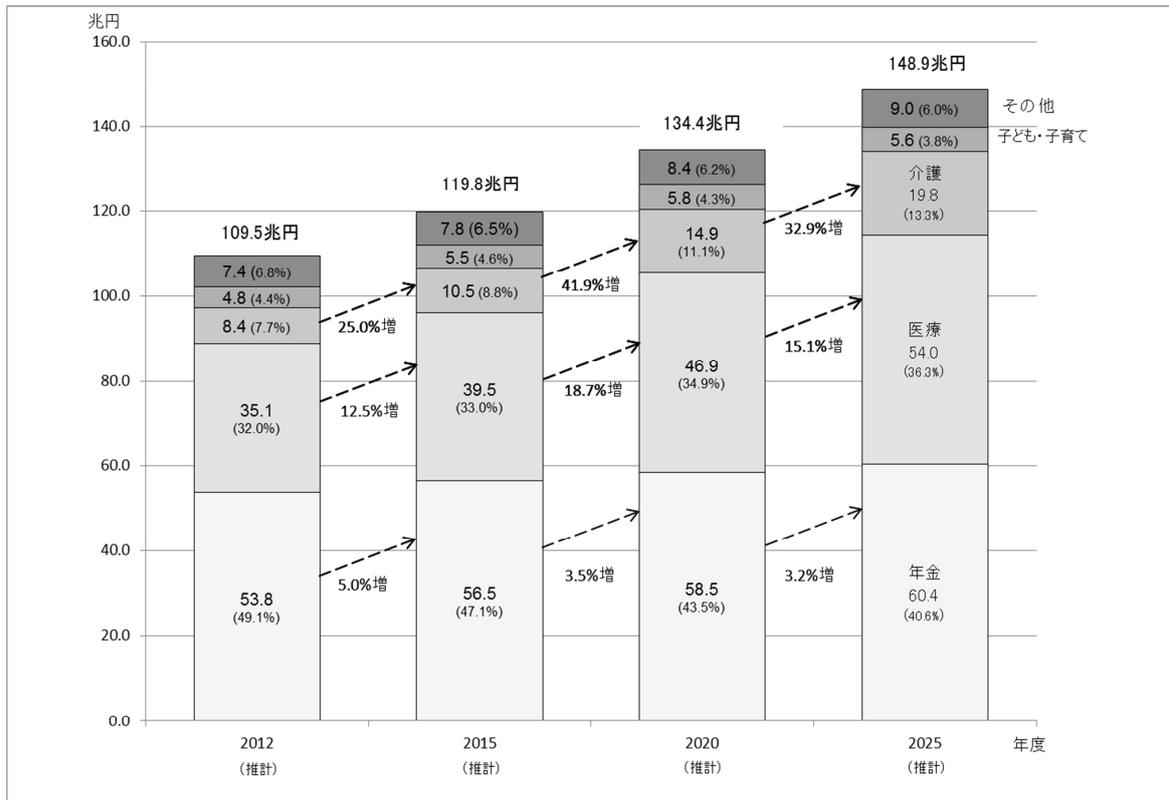
※2 社会保障財源、社会保障給付費の金額は単位(兆円)未満を四捨五入している。

一方、社会保障給付費と社会保障財源の将来の見通しについては、平成 24 年 3 月に厚生労働省が公表した「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」の中で次のように示されている。

まず、社会保障給付費の見通しは、図表 5 のとおり、2012 年度の 109.5 兆円から 2025 年度には 148.9 兆円になるとしている。

このうち、最大の割合を占めるのは年金であるものの、増加率に着目すると介護、医療の伸びが大きい。2020 年度には医療と介護の合計(61.8 兆円)は年金(58.5 兆円)を上回り、特に介護給付費は、2025 年度には約 20 兆円に達し、2012 年度から倍増することが見込まれている。

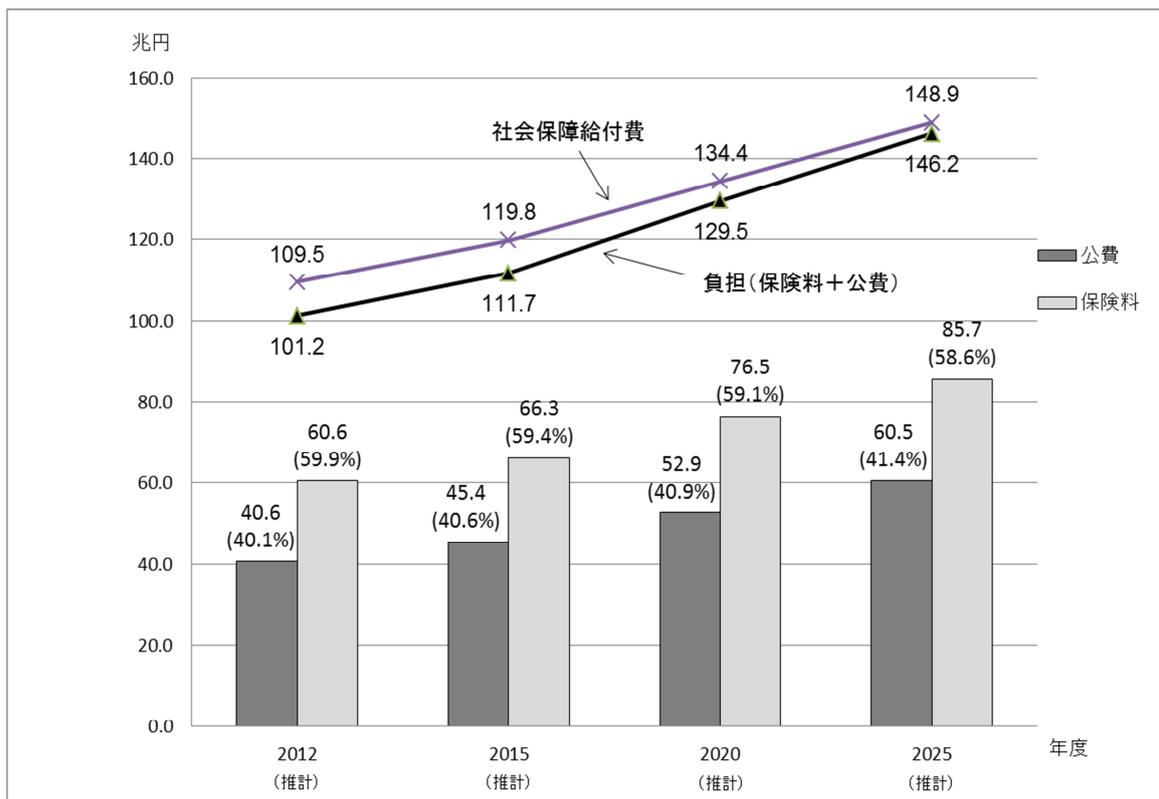
図表5 社会保障給付費の将来見通し



- ※1 「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月 厚生労働省)を基に作成
- ※2 グラフ上の数値は推計値である。また、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」によれば、2015年度以降の推計値は、社会保障改革による充実と重点化・効率化の効果(一部を除く。)を反映した数値となっており、保障充実等の結果、改革前に比べ全体として増加が見込まれている。
- ※3 2012年度の実績は、年金54.0兆円、医療34.6兆円、福祉その他20.4兆円、総額109.0兆円であった(「平成25年度 社会保障費用統計」(平成27年10月 国立社会保障・人口問題研究所))。

これに対して、社会保障財源の将来の見通しは、図表6のとおりである。将来見込まれる社会保障給付費の増大を賄うため、負担増も見通されているが、保険料と公費の負担割合に大きな変化はない形で推計されている。

図表6 社会保障財源の将来見通し



- ※1 「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月 厚生労働省)に基づき作成
- ※2 グラフ上の数値は推計値である。また、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」によれば、2015年度以降の推計値は、社会保障改革による充実と重点化・効率化の効果を反映している。ただし、医療・介護における被用者保険の適用拡大及び介護納付金の総報酬割導入等による保険料の増加並びに低所得者の国保・介護の保険料軽減及び年金加算などの低所得者対策強化等による公費の増加といった効果は反映されていない。
- ※3 図表4にある「資産収入等」は図表6の「負担(保険料+公費)」には含まれていない。その結果、公費及び保険料の比率の算出は図表4とは異なる。
- ※4 社会保障財源のうち保険料、公費による財源額をそれぞれ示しているが、端数処理のため、2020年度(推計)は、その合計が「負担(保険料+公費)」と合致していない。

3. 持続可能な社会保障システムに向けた課題と近年の対応

(1) 社会保障の前提となる我が国における社会経済環境の変化

このように、社会保障給付費、特に医療費及び介護費が急速に増加する状況にある。その最大の要因は、少子高齢化の進展に伴い、年金、医療及び介護のニーズが急速に拡大していることである。平成27年10月1日時点で我が国の高齢化率(65歳以上の人口が総人口に占める割合)は26.7%となっている。平成37年には高齢化率は30%を超え、その後、40%に近づいていくことが予想されている。また、平成27年10月1日時点で75歳以上の人口は総人口の12.9%を占める。年金は60歳から65歳の年金支給年齢から給付が開始されるため、高齢化率の上昇と同様の推移をたどる。一方、医療費や介護費については、高齢者の中でも年齢が上がるにつれて、平均給付額は急速に増加することとなるため、高齢化率の上昇から遅れて

上昇する傾向にある⁴。

医療費については、医療技術の高度化、高額化による影響も指摘されている。国民医療費の変化率の要因分析結果によれば、2004 年以降は診療報酬の改定や人口増減による影響よりも、高齢化や医療技術の高度化による要因が主要な増加要因となっている⁵。

(2) 社会保障制度改革

このような急速な少子高齢化に伴い社会保障費が急増する状況に対応するべく、社会保障と税の一体改革が進められている。これは、消費税率の引上げにより社会保障のための安定財源を確保するとともに、社会保障の充実・安定化を図るものである。平成 24 年の閣議決定を経て、社会保障制度改革推進法⁶が成立した。その後、約 1 年間にわたる社会保障制度改革国民会議の議論を経て、平成 25 年 12 月に、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（いわゆる「社会保障制度改革プログラム法」）⁷が成立したが、これは、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、改革の検討項目及びその実施時期を明らかにするものであった。

同法律において、その主な改革対象である少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度について講ずべき社会保障制度改革の措置等が明示されているが、そのうち、医療制度、介護保険制度に関して要約すると次の図表 7 のようになる。

図表 7 社会保障制度改革における医療・介護保険制度改革の概要

医療制度改革のための主な措置等	① 医療提供体制の充実 ・ 病床機能の分化・重点化及び連携 ・ 地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の連携 ② 医療保険制度の見直し ・ 国保運営等の在り方を含む医療保険制度等の財政基盤安定化 ・ 高齢者医療費等の負担の公平性 ・ 給付対象範囲の適正化
介護保険制度改革のための主な措置等	① 地域包括ケアの推進 ② 予防給付の見直し ③ 低所得者の介護保険料の軽減

(3) 給付と負担のバランスを取るための施策

このほか、政府は給付と負担のバランスを取るために様々な施策に取り組んでい

⁴ 田近栄治、菊池潤「高齢化と医療・介護費—日本版レッド・ヘリング仮説の検証—」（フィナンシャル・レビュー（平成 26 年（2014 年）第 1 号）によれば、一人当たり医療費・介護費共に加齢とともに上昇するが、介護費では加齢に伴う費用の増加がより顕著であるとのことである。

⁵ 亀井亜希子、内野逸勢「超高齢化社会におけるわが国の医療・介護の方向性 ～医療・介護費抑制（財政健全化）と成長（日本再興戦略）の両立に向けて～」（大和総研調査季報 2015 年 夏季号 Vol.19）

⁶ 平成 24 年法律第 64 号

⁷ 平成 25 年法律第 112 号

る。図表8は、社会保障分野ごとに政府が行ってきた施策及び実施が予定される施策を、社会保障給付費（支出）の調整、財源（収入）の確保・充実のいずれの効果に寄与するかをまとめたものである。

図表8 給付と負担のバランスを取るための施策

社会保障分野	給付の調整	財源の確保・充実
年金	<ul style="list-style-type: none"> 給付年齢の引上げ 年金額改定ルールの見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の引上げ 厚生年金の適用拡大
医療	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬の改定 医療提供体制の重点化・効率化 医療給付の重点化・効率化（受診の適正化、後発医薬品使用促進） 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の引上げ 高齢者自己負担割合の見直し 被用者保険の適用拡大
介護	<ul style="list-style-type: none"> 介護報酬の改定 介護給付の重点化・効率化（軽度介護の見直し、介護施設の重点化） 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者負担増 介護納付金の負担に対する総報酬割導入

これらの様々な施策のうち、フリーアクセスを前提とする我が国において給付額の調整において中心的な役割を担ってきたのが、サービス提供価格である診療報酬や介護報酬の改定である。給付額は価格×サービス量の総和となるが、サービスの総量が変わらない前提に立てば、価格（単価）が下がれば給付額が減少する。診療報酬及び介護報酬について、我が国では、いずれも公定価格として設定されている（詳細はⅡ参照）。近年、給付の財源となる社会保険料や公費負担増を抑制する観点から、公定価格である診療報酬及び介護報酬の増加を抑制する、又は引き下げる対応が取られるようになってきている。

診療報酬だけでなく、保険料負担等も含め、給付と負担の均衡を図る施策の多くは、従来は価格そのものを政府が直接調整するマクロ的な手法であった。このような手法は財政収支の改善に直接的な影響をもたらし、かつ即効性が期待される方法である。社会保険方式を採り、公定価格が採用され、フリーアクセスが前提となっている我が国においては、価格そのものを政府が直接コントロールしながら給付と負担の均衡を図っていくことは当然の対応であるともいえる。

一方、近年の社会保障制度改革によって重点的に取り組まれるようになってきている施策が、医療提供体制の重点化・効率化や地域包括ケアの推進である。これらは、医療や介護の質を高め、安定した社会保障システムを地域レベルで構築する観点から推進されるものであるが、医療費及び介護費の効率化をマイクロレベルで進めていくものである。

4. 基本的な問題意識と検討対象

本章では、我が国の社会保障制度の概要とその主な特徴を整理した上で、少子高齢化の急速な進展等の要因により社会保障給付費及び社会保障財源が年々増加の一途

をたどる状況を示すとともに、政府による社会保障制度改革等の対応について概説した。また、社会保障給付費と財源の均衡を確保するための施策についても整理した。

我が国における給付と負担のバランスを取るための施策は診療報酬・介護報酬や保険料の調整と公費負担の拡大を中心としてきた。このような対応は、社会保険方式の制度、公定価格の採用、フリーアクセスという我が国における制度の特徴からは当然の対応であるともいえるが、サービスの質を落とさずに報酬を下げることについては限界があり、医療・介護現場における安全性や医療・介護の質への悪影響を懸念する声もある。

診療報酬等の公定価格を調整するマクロ的な政策措置は、社会保障給付費を直接的に抑制するとともに、サービス提供主体の生産性を高めるための価格インセンティブを生み出すことが期待されるが、通常、価格インセンティブが個々のサービス提供主体の経営改善行動、更にはそれによる生産性向上につながるまでには一定のタイムラグが発生する。診療報酬や介護報酬等の抑制に対して各組織の生産性向上が追い付かない場合、医療・介護といった提供されるサービスの質の低下のほか、過度な人件費抑制によるスタッフのモラル低下や人手不足を招きかねない。その意味でも、早い段階から、サービス提供組織の経営力向上とその基盤となる規模拡大やガバナンス構築といった対応をミクロレベルで促していくことが、社会保障の持続性を担保していく上で非常に重要となると考えられる。この点が、本研究報告の基本的な問題意識である。

政府による社会保障給付費と財源の不均衡を是正する政策の重要性は論をまたないが、医療機関や介護施設を運営するサービス提供主体が、効果的な資源配分と効率的な経営活動を通じて、その生産性を高めることも極めて重要である。

近年、我が国でもコーポレートガバナンス・コードが設定されるなど、企業を中心に組織運営上のガバナンスの重要性に対する意識が高まっている。そこでの考え方を非営利組織にも応用し、非営利組織において効果的かつ効率的な経営に導くための組織ガバナンスの在り方を検討対象とする。持続可能な社会保障サービスの観点からは、単にコスト効率性を高めることだけではなく、サービス提供主体が受益者、地域社会その他のステークホルダーのニーズを理解し、一定の資源制約の下で、サービスの質を確保しながら、健全な運営を継続していくことが求められる。本研究報告では、そのような経営に導くことのできる組織の基本的な在り方を、持続可能な社会保障システムを支える組織ガバナンスと捉え検討する。

II 社会保障に関わる組織

前章では、持続可能な社会保障というマクロ的課題に対して、サービス提供主体となる組織の経営力と生産性を高める観点からのガバナンス構築について検討すべきとの問題意識を提示した。そこで、本章では、社会保障制度に関わる組織の位置付けや制度上の関係性について確認する。また、組織関係を理解する上では、制度における資金フローを理解することが重要との考え方から、医療及び介護制度における資金フロー構造を先に整理する。なお、前章において述べたように、社会保障制度のうち高齢化に伴って急速に制度コストが増大する領域として年金、医療及び介護があるが、本章ではこのうち、サービス提供主体の存在する医療及び介護に焦点を当てて検討する。

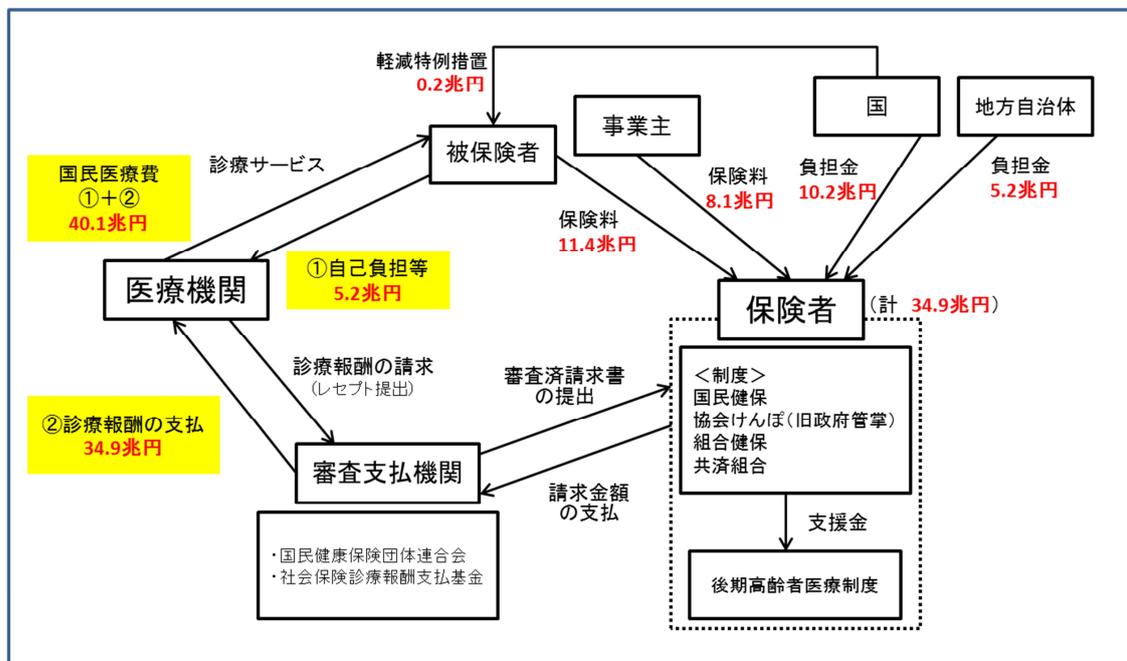
1. 医療保険制度及び介護保険制度における資金フロー

医療及び介護に関するサービス提供主体について、その役割や相互関係の概要を理解するため、制度全体における資金フローを俯瞰する。

(1) 医療分野における資金フローと組織の関係

医療保険制度に関して、我が国における資金フローと、そこに関わる主要な組織を図表9に示した。

図表9 医療分野における資金フロー



※ 以下の資料等に基づき作成

- ・ 「平成25年度 国民医療費の概況」(平成27年10月 厚生労働省)
- ・ 「平成25年度 社会保障費用統計」(平成27年10月 国立社会保障・人口問題研究所)
- ・ 「医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～」(平成27年12月 厚生労働省保険局調査課)
- ・ 我が国の医療保険について (厚生労働省ウェブサイト 平成28年9月13日参照)
- ・ 平成25年度診療分 医療費速報 国民健康保険・後期高齢者医療 (国民健康保険中央会)

- ・ 平成 25 年度診療分 確定件数・金額の状況及び保険者からの収納状況（社会保険診療報酬支払基金）

図表 9 に示した資金フローの額は、平成 25 年度国民医療費の概況等のデータに基づき作成したもので、当該年度の 1 年間に、国全体で医療費が幾ら発生したか、すなわち、医療機関が国民に対して幾らの医療サービスを提供したか、そして、その対価がどのような経路で医療機関に支払われ、その支払の財源は誰が拠出したものなのかを示している。

図表 9 から分かるように、被保険者から自己負担分として約 5.2 兆円が、そして、医療機関からの保険請求に対して、保険者から審査支払機関を通し、診療報酬の支払として約 34.9 兆円が、それぞれ医療機関に支払われている。この医療機関への支払合計額約 40.1 兆円が、年間の医療費となる。なお、診療報酬を支払う側である保険者とその支払を受ける側である医療機関との間に立ち、診療報酬の支払資金の授受を行う審査支払機関は、支払の前提として、医療機関から提出される診療報酬明細書（レセプト）の内容や点数等につき審査を行う。

これに対して、医療費の財源は、保険者に流入し診療報酬支払に充てられる資金と、自己負担分として被保険者から支払われる資金から成る。前者は、雇用主と被保険者からの社会保険料計約 19.5 兆円と、国や地方自治体からの負担金、いわゆる公費計約 15.4 兆円の合計で約 34.9 兆円である。後者の自己負担分約 5.2 兆円は、うち約 0.2 兆円が軽減特例措置⁸による国庫負担であり、その結果、医療費財源のうち公費による負担は合計約 15.6 兆円⁹となる。

財源に関しては、公費負担が増えているものの、保険料が中心となる。社会保険は、人々の連帯により、リスクの高い人だけでなく、全ての人々の生活のリスクをシェアするための仕組みである。そのため、保険料は被保険者のみならず、その事業主も負担し、国や地方自治体も費用の一部を負担する仕組みとなっている。また、保険料は各自のリスクに見合ったものではなく、負担能力に応じたものとして設定されている。

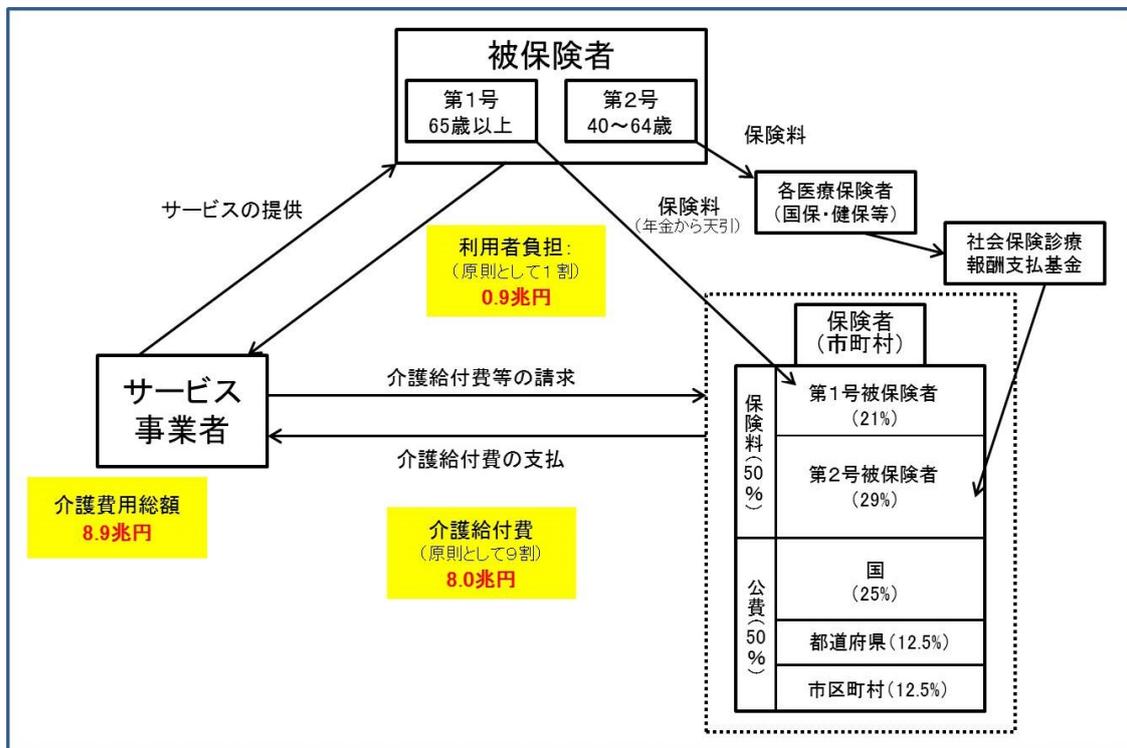
(2) 介護分野における資金フローと組織の関係

続いて、介護保険制度における資金フローと組織の関係を、平成 25 年度の介護保険事業の実績等に基づき図表 10 に示す。

⁸ 70 歳から 74 歳までの患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である（「平成 25 年度 国民医療費の概況」（平成 27 年 10 月 厚生労働省））。

⁹ 医療費の公費負担の対象には、更正医療、育成医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、養育医療の給付、生活保護世帯の医療扶助、精神障害者通院医療等が含まれる。また、地方自治体による乳幼児医療費助成も広がるなど、公費負担の額は増加し、図表 9 のとおり医療全体で総額約 15.6 兆円もの公費負担が生じている。なお、「平成 25 年度 社会保障費用統計」（平成 27 年 10 月 国立社会保障・人口問題研究所）によれば、75 歳以上を対象とする後期高齢者医療制度での医療費支出約 13.1 兆円に対し、当制度での収入（財源）は、国民健保等の他制度からの移転が約 5.6 兆円、国庫負担約 4.6 兆円、他の公費負担約 2.4 兆円、被保険者負担約 1.0 兆円、その他約 0.4 兆円の計約 14.0 兆円であり（医療費支出との差額はその他支出約 0.4 兆円及び収支差額約 0.5 兆円）、当制度に係る公費負担は約 7.0 兆円と約半分を占めることが分かる。

図表 10 介護分野における資金フロー



※ 以下の資料等に基づき作成

- ・ 平成 25 年度 介護保険事業状況報告 (全国計) (厚生労働省)
- ・ 平成 25 年度 介護給付費実態調査の概況 (厚生労働省)
- ・ 公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度 (厚生労働省 老健局 総務課)

介護保険制度の財政規模は、医療保険制度に比べると小さく、平成 25 年度においては、介護費用総額約 8.9 兆円、介護給付費（介護保険からの給付額）約 8.0 兆円、差額として利用者負担約 0.9 兆円となっている。なお、介護保険制度においては、原則として、利用者負担は 1 割（一定以上所得者は 2 割）で、差額が介護給付費として支払われる。

また、介護保険制度では、保険者である市町村が介護保険事業計画を策定し、3 年ごとの見直しを行うことになっており、事業計画に定める費用見込額等に基づき、3 年間を通じて財政の均衡を保つように保険料が設定される。

このように財政均衡を前提に保険料が設定される介護保険制度であるが、その財源構成は、図表 10 のような負担割合として決められている。すなわち、平成 25 年度を含む第 5 期事業計画においては、保険料 50%、公費 50%である。そのうち、保険料については、65 歳以上の第 1 号被保険者が 21%、40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者は 29%を負担するよう徴収¹⁰され、一方、公費については、5 %の調

¹⁰ なお、第 1 号、第 2 号被保険者の全体としての保険料負担割合は、保険者の人口比に基づき、介護保険事業計画において 3 年ごとに設定される。現在実行されている第 6 期事業計画（平成 27 年度から平成 29 年度まで）における負担割合は、第 1 号被保険者 22%、第 2 号被保険者 28%に改定されている。

整交付金を含む 25%を国庫から、残りは都道府県と市町村の地方自治体で 12.5% ずつの負担となっている。

徴収する保険料について、第 1 号被保険者に対しては、保険者である市町村が介護保険給付費に対する同保険者の負担割合に相当する額を保険料として賦課することになる。ただし、実際の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて保険者（市町村）ごとに設定する。

これに対して、第 2 号被保険者については、全国ベースで第 2 号被保険者 1 人当たりの保険料額を算定し、各医療保険者を通じて保険料を徴収する。これを各医療保険者が被保険者数に応じて納付する仕組みとなるが、その納付は、医療保険における診療報酬の審査支払機関である社会保険診療報酬支払基金に集約され、そこから各市町村の介護給付費に対する第 2 号被保険者の負担割合相当分が保険者である各市町村に交付される¹¹。交付は、毎年度当初、各市町村からの交付申請に基づき行われ、翌年度に各市町村の介護給付費用等の実績に基づき確定し、精算する¹²。

介護等のサービス事業者は、サービス提供の対価として、原則としてその 1 割を利用者より受け取る。残りの 9 割については、保険者である市町村に介護給付費として請求し、支払を受ける。

2. 社会保障関係組織

次に、医療及び介護サービスの提供主体となる組織について概括する。あわせて、サービス提供主体への資金フローにおいて中心的な役割を担う組織体である保険者についても、その概要を整理する。

(1) サービス提供主体

ここでのサービス提供主体とは、社会保障サービスをその利用者に提供する主体であり、医療分野であれば病院や診療所を運営する法人を、介護分野であれば介護事業を行う法人を指す。

① 医療分野

国民の健康保持の観点から適切な医療を効率的に提供する体制の確保を目的の一つとする医療法においては、「病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設」を「医療提供施設」とする規定がある¹³。

このような医療提供施設は、その機能に応じ医療サービスが提供される施設（場所）であり、これら施設の開設・所有・運営等を通じ、医療サービスを提供

¹¹ 公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度（厚生労働省 老健局 総務課）

¹² 介護保険関係業務 交付金の交付（社会保険診療報酬支払基金）

http://www.ssk.or.jp/jigyonaiyo/kaigo/kaigo_03.html（2016/12/21 アクセス）

¹³ 医療法第 1 条の 2 第 2 項

する主体としては、国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人、社会保険関係団体、医療法人、社会福祉法人、公益法人、学校法人、個人等が挙げられる。これら医療施設の開設者別にみた施設数とその構成割合は、図表 11 のとおりである。

図表 11 開設者別にみた医療施設数と構成割合

(平成 27 年 10 月 1 日現在)

施設の種類	国	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	合計
病院	329 (3.9%)	1,227 (14.5%)	55 (0.6%)	5,737 (67.7%)	266 (3.1%)	866 (10.2%)	8,480 (100.0%)
一般診療所	541 (0.5%)	3,583 (3.6%)	497 (0.5%)	40,220 (39.8%)	43,324 (42.9%)	12,830 (12.7%)	100,995 (100.0%)
歯科診療所	5 (0.0%)	274 (0.4%)	7 (0.0%)	12,880 (18.7%)	55,244 (80.4%)	327 (0.5%)	68,737 (100.0%)

※1 「平成 27 年(2015)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」(厚生労働省)に基づき作成

※2 開設者の分類としては、「国」は、厚生労働省のほか、独立行政法人、国立大学法人、その他国の機関を含み、「公的医療機関」は、都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、国民健康保険団体連合会等から成る。「社会保険関係団体」は、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会等から成り、「その他」には、公益法人、学校法人、社会福祉法人等が含まれる。

図表 11 で示されるように、サービス提供主体については、公的主体と民間主体に大きく分類することができるが、特に医療法人は、施設数において病院の約 7 割、一般診療所の約 4 割を設置し、医療分野でのサービス提供主体として果たす役割は大きいといえる。さらに、「その他」に含まれる社会福祉法人¹⁴や公益法人等も含めると、非営利組織がサービス提供主体に占める割合が高いことがうかがえる。

② 介護分野

介護保険法では、都道府県知事から指定又は許可を受けている事業者及び施設から介護サービスを受けたとき、当該サービスに要した費用が保険給付の対象となる。介護サービスは、介護保険給付の種類により図表 12 のように整理される。

図表 12 介護保険給付の種類

	介護給付	予防給付
居宅サービス	居宅介護サービス(訪問、通所、短期入所、介護支援)	介護予防サービス(訪問、通所、短期入所、介護予防支援)
地域密着型サービス	地域密着型介護サービス(定期巡回、夜間対応等)	地域密着型介護予防サービス(認知症対応等)
施設サービス	施設サービス(介護保険施設:介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護	-

	療養型医療施設)	
--	----------	--

※ 公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度（厚生労働省 老健局 総務課）、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に基づき作成

また、介護サービスの事業者、すなわち、介護サービスに係る事業所及び施設の開設（経営）主体は、公的主体から民間主体まで様々であり、地方公共団体（都道府県、市町村）、独立行政法人、社会保険関係団体、社会福祉法人、医療法人、社団・財団法人、協同組合、特定非営利活動法人（NPO）、営利法人等が含まれる。

介護サービスのうち施設サービスに関して、介護施設数の開設（経営）主体別の構成割合は、図表 13 のとおりである。

図表 13 開設者別にみた介護施設数の構成割合

平成 26 年 10 月 1 日現在

	介護保険施設		
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
都道府県	0.7%	0.0%	-
市区町村	3.8%	3.8%	4.7%
広域連合・一部事務組合	1.4%	0.6%	0.4%
日本赤十字社・社会保険関係団体・独立行政法人	0.1%	1.8%	1.0%
社会福祉協議会	0.1%	-	-
社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	93.8%	15.6%	0.9%
医療法人	-	74.3%	82.7%
社団・財団法人	-	2.8%	2.6%
その他の法人	-	0.8%	0.4%
その他	-	0.1%	7.3%
総数	100.0%	100.0%	100.0%

※ 1 平成 26 年 介護サービス施設・事業所調査の概況（平成 27 年 10 月 厚生労働省）に基づき作成

※ 2 介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の開設者別の構成割合は、端数処理のため合計が 100.0%とならない。

介護事業は社会福祉法に定める社会福祉事業の一部であるが、社会福祉事業は同法第 2 条において、第一種社会福祉事業と第二種社会福祉事業とに区分され、経営主体について異なる取扱いがなされている。

入所施設サービスを中心とする第一種社会福祉事業は、経営適性を欠いた場合、利用者の人権擁護の観点から問題が大きいため、确实公正な運営確保の必要性が高い事業として、行政又は社会福祉法人による経営が原則とされている。また、特別養護老人ホームなどの介護事業は、老人福祉法によって、行政又は社会福祉法人に経営が限定されている。

一方、老人居宅介護等事業や老人デイサービス事業などのように主として在宅サービスが対象となる第二種社会福祉事業は、事業の実施に伴う弊害のおそれと比較的少なく、自主性と創意工夫を促す観点から、営利組織を含む主体が届出により経営することが可能となっている。

この結果、介護事業を営む主体には社会福祉法人等の非営利組織だけでなく、株式会社等の営利組織も含まれ、多様な主体が経営する状況となっている。ただし、上記のとおり、第一種社会福祉事業に該当する特別養護老人ホーム等については民間組織としては社会福祉法人による運営が原則となっており、実際の経営主体をみてもほとんどが社会福祉法人である。近年の規制改革を通じて、特別養護老人ホームでは高齢・重度の要介護者に特化して受け入れることが求められるようになった。財政的側面に注目すれば、介護給付が高額になりやすい施設の経営主体は、非営利組織（社会福祉法人）にほぼ限定されている状況にあるといえる。

以上において、医療分野、介護分野においてサービス提供主体となる組織体を確認したが、いずれの分野においても非営利組織がサービス提供の担い手として重要な役割を果たしていることが分かる。

(2) 保険者

本研究報告では、サービス提供主体のガバナンスの在り方を検討対象としているが、組織ガバナンスの検討に当たっては、ステークホルダーとの関係性や資源提供者からのインセンティブ設計が重要な意味を持つ。そこで、医療・介護保険制度における資源提供者として中心的な役割を担う保険者の役割等について概括する。

① 保険者の位置付けと役割

医療、介護いずれにおいても、我が国では、社会保険方式が採用されており、国民皆保険の下で、医療保険であれば国民は被用者保険、国民健康保険のいずれかに加入するが、被用の状態や居住地域等から加入する保険、すなわち、保険者が自ずと決められることはIで述べたとおりである。つまり、民間の保険に加入する場合のように、被保険者による保険者の選択やそれによる保険者間の競争というものは生じない¹⁵。

医療保険制度、介護保険制度の保険者は、健康保険法、国民健康保険法、介護保険法等の根拠法により規定されている。保険者は、これらの公的保険制度における保険事業の運営主体であり、社会保険料を徴収し、公費を受け入れ、これらを財源として、保険給付を行うほか、被保険者を対象に保健福祉事業等を実施する。図表9、10の資金フロー図からも分かるように、保険者は、サービス提供主体に財政上の主たる支出である保険給付を行う立場にあり、サービス提供主体におけるガバナンス構築においても重要な位置付けにある。

¹⁵ 社会保険方式でも保険者間の競争を促す仕組みも存在する。例えば、IVで取り上げるオランダの医療保険制度では、管理競争を促す観点から被保険者が保険者を選択し契約する方式が採用されている。

② 社会保障サービスの量・価格への影響力

我が国の公的保険制度の保険者は、被保険者が享受する医療・介護サービスの対価を保険給付として支払う立場、すなわち、サービスの購入者・需要者であるものの、制度上、その量及び価格の決定について直接的に影響を及ぼすことはない¹⁶¹⁷。サービスの量について、我が国の医療保険制度はフリーアクセスを前提としており、医療サービスの需要量は、最終受益者である患者や要介護者による消費量によって決定される。近年、大病院¹⁸の受診時に紹介状がない場合は原則として追加の窓口負担を求める¹⁹等の対策が講じられているものの、受診を直接抑制する仕組みはないため、医療費請求手続において通常どおりの保険給付が行われることになる。また、医療・介護に係るサービスの価格については、診療報酬、介護報酬として設定されるが、これは、需要者や供給者が市場での取引等を前提に相互に影響を及ぼし決定されるのではなく、いわゆる公定価格であるため、物価や他産業の給与水準等を考慮して定期的に改定されている²⁰。

③ 社会保障費適正化に向けた取組

こうした制度上の制約がある中、保険者はその保険制度運営において保険事業を通じた医療費・介護費の適正化（主として削減）に取り組んでいる。以下、医療保険制度における医療費適正化に向けた取組について確認する。

第一に、保険者は医療費の保険請求が報酬価格（点数）に基づき適正に行われ、過大な支払となっていないかとの観点から、主として事務的プロセスでの牽制機能を発揮する。この医療費支払の適正化のための機能を専門的に担っているのが、審査支払機関である。審査支払機関とは、診療報酬の審査・支払を一元的に請け負う機関であり、国民健康保険が利用する「国民健康保険団体連合会」と健康保険組合や協会けんぽ等の被用者保険で利用する「社会保険診療報酬支払基金」がある。いずれも診療報酬につき、医療機関から提出された診療報酬請求書の審査及び保険者から医療機関への診療報酬等の支払仲介を目的としている²¹。

次に、薬剤について、同じ効用で安価な後発医薬品（ジェネリック）の使用を被保険者に対し啓発・促進する活動等により医療費適正化を図っている。

¹⁶ 診療報酬の審議を行う中央社会保険医療協議会（中医協）の委員のうち一定数は保険者等の支払者側から選出されることが決められているため、報酬改定には保険者の意見も反映されているといえる。

¹⁷ IVで取り上げるオランダの医療保険制度では、政府による一定の規制の下に、保険者は医療サービスの提供者と診療報酬を交渉・決定し契約をすることができる。

¹⁸ 特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院

¹⁹ 従来は 200 床以上の病院が届出に基づき実施していたが、平成 28 年度から該当病院に対して義務化された。

²⁰ 診療報酬は 2 年ごと、介護報酬は 3 年ごとに改定されている。

²¹ 国民健康保険団体連合会は、保険者が共同してその目的を達成するため設立する法人（国民健康保険法第 83 条）である。東京都国民健康保険団体連合会の事業案内（平成 28 年度）によれば、保険者等から受託し、保険医療機関等から提出される診療報酬明細書等（レセプト）が適正であるか否かを審査し、保険者等に診療報酬等を請求し、保険医療機関等にその支払を行う診療報酬等審査支払業務が基幹事業であるとされる。

さらに、健康診断等の予防に係る保健事業を推進し、また、保険者に蓄積されたレセプトデータ、特定健診・特定保健指導の結果データについて、IT化の進展とともに効果的な分析・利用を進め、データヘルスとして高度化することによって保健事業をより効果的・効率的なものとするを通じた医療費適正化を図ることも期待されている。

このように保険者は、被保険者に対する多岐にわたる保健事業等を通じた医療費適正化に取り組んでいる。

3. 医療法人及び社会福祉法人に関わる近年の政策動向と課題

本章では、医療、介護等の社会保障のサービス提供主体として非営利組織が重要な役割を果たしていることを指摘した。ここでは、非営利組織のうち主なサービス提供主体である医療法人及び社会福祉法人に関わる近年の政策動向として、ガバナンス及び情報開示と組織間連携の強化について概括しつつ、非営利組織のガバナンスに関する共有された規範の必要性について論じる。

(1) ガバナンス及び情報開示

昨今、医療法人、社会福祉法人については、公益社団・財団法人及び一般社団・財団法人について先行して導入された組織ガバナンス等に関する制度²²を参考に、役員役割や責任と義務、選解任の権限等に関して、法人ガバナンスを強化する制度改正が続いている。医療法は平成27年に、社会福祉法は平成28年に改正法が成立した。

医療法人に関しては、高齢化の進展に伴い、後述する地域医療の連携等、医療提供体制の整備が求められる中、医療の公共性に鑑み、医療法人の経営の透明性を高め、併せてガバナンスを強化することの必要性から、平成27年の改正医療法において、医療法人に対し図表14の事項が制定された。

図表14 医療法人のガバナンス及び情報開示に関する主な改正事項

機関に関する事項 ²³	計算に関する事項 ²⁴
<ul style="list-style-type: none"> ・ 理事会の設置 ・ 役員の権限、選任方法等 ・ 医療法人の理事長及び理事の忠実義務、 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一定の事業規模²⁵等の医療法人に対し、決算書の作成、外部監査、公告を義務化 ・ 役員と特殊の関係がある事業者との取

²² 公益社団・財団法人及び一般社団・財団法人については、平成20年に公益法人制度改革が行われ、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律」（平成18年法律第48号）の定めに基づき、設立、運営、行政からの監督・指導、検査の在り方等の整理がなされた。

²³ 平成28年9月1日から施行

²⁴ 平成29年4月2日から施行

²⁵ 会計基準の適用及び外部監査の実施が義務付けられる医療法人の基準は、医療法人（社会医療法人を除く。）の場合、貸借対照表の負債の部に計上した額の合計額が50億円以上又は損益計算書の事業収益の部に計上した額の合計額が70億円以上であること。社会医療法人の場合、貸借対照表の負債の部に計上した額の合計額が20億円以上又は損益計算書の事業収益の部に計上した額の合計額が10億円以上であること、又は社会医療法人債を発行していること。

任務懈怠時の損害賠償責任等	引の状況に係る報告書作成と都道府県知事への届出
---------------	-------------------------

また、社会福祉法人に関しては、福祉サービスの供給体制の整備・充実の一環として、社会福祉法人制度について経営組織のガバナンス強化、事業運営の透明性の向上等の改革を進めるため、平成 28 年の改正社会福祉法において、社会福祉法人に対し図表 15 の事項が制定された。

図表 15 社会福祉法人のガバナンス及び情報開示に関する主な改正事項

機関に関する事項	計算に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 評議員、理事、監事、会計監査人の資格、職務、責任 ・ 評議員、評議員会、理事、理事会、監事、会計監査人の権限 ・ 評議員会を必置²⁶とし、理事、監事、会計監査人の選任等重要事項の議決機関化²⁷ ・ 一定規模を超える法人への会計監査人の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計算書類、事業報告、役員報酬基準等の公表

これらの一連の制度改正によって、医療法人、社会福祉法人のそれぞれにおいて充実されるガバナンスが、形式のみならず、実効性を伴って運用されることが重要である。Ⅲでは、先行して対応が進められた公益法人等における運用状況についても考察しながら、非営利組織のガバナンス運用上の課題について検討を加える。

(2) 組織間連携の強化

近年、医療提供体制の充実（医療の機能分化、重点化及び連携）及び地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の連携が重要な政策課題となっており、以下の政策課題についての対応が進められ、一部については既に結論を得て対策が講じられている。

- ・ 病床機能報告制度の創設、地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携²⁸
- ・ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方の改革²⁹

²⁶ 小規模法人については評議員定数の経過措置がある。

²⁷ 従来は諮問機関としての位置付けであった。

²⁸ 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それを基に地域医療構想（ビジョン、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定し、病床機能の分化と連携を進めることで、発症・入院・回復・退院までの流れをスムーズにし、早期の在宅・社会復帰を可能にする。

²⁹ 国民健康保険に対する財政支援の拡充により財政上の構造的問題を解決した上で、国民健康保険の財政運営を都道府県が担うことを基本とし、保険料賦課徴収や保健事業等の実施に関しては市町村が従来どおり対応する等、適切な役割分担を前提とした国民健康保険の保険者・運営等に関する改革である。平成 30 年度からの開始が決定されている。

- ・ 地域包括ケアシステムの推進³⁰

これらの一連の対応は、医療等について機能分化を徹底しつつ、医療機関や介護施設が地域内で効果的に連携することによって、地域レベルで効率的・効果的に社会保障サービスが提供されるための体制を整えることが主眼となっている。

① 地域医療連携推進法人制度

このような連携を推進する観点から、改正医療法では地域医療連携推進法人制度が導入された。地域医療連携推進法人は、医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための手段として位置付けられており、医療法人等の非営利法人が参加法人（社員）となる一般社団法人として設立され、病院等相互間の機能分担と業務連携に向けた統一的な医療連携推進方針を策定するとともに、医療従事者の研修、医薬品などの共同購入や資金貸付等に関して連携する。さらに、予算や事業計画への意見を通じて、参加法人の統括も担う。

この地域医療連携推進法人を活用し、地域レベルで医療法人や社会福祉法人が連携を進めることによって、地域ニーズに応じた病床転換、診療科の再編や病院間の分担等、参加法人がスケールメリットを得つつ、全体として効率的な資源配分とサービス提供を実現し、参加法人、更には地域全体における社会保障サービス提供の生産性を高めることが期待される。

② 実効性のある連携・再編実現に向けた課題

地域医療連携推進法人制度の導入決定以降、全国各地で地域医療連携推進法人の設立に向けた動きが活発化しているが、これらの動きが医薬品の共同購入等の部分的な改善にとどまらず、効果的な地域包括ケアの実現と社会保障サービスの生産性向上をもたらすことが期待されるだけの実効性のある組織再編につながるためには、幾つかの重要な課題があると考えられる。

第一に、組織再編において最も重要な点であるが、組織間の信頼関係が十分に確保され、かつ、連携に当たってのリスクを評価し、状況に応じて必要な改善手段を講じることのできる状態となっていることが不可欠である。このような観点からは、既存のサービス提供主体の意思決定や監督に関する基本的な構造が整備されるとともに、組織の財政状態や活動状況についての透明性が十分に確保されていることが重要な意味を持つ。

第二に、連携推進に向けては、そのためのコストが小さいことが重要である。先述のとおり、我が国の社会保障サービスの提供主体としては、公的主体から、

³⁰ 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実と併せ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し多様化する等、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供され、介護が必要となっても住み慣れた地域で暮らすことを可能にする地域包括ケアシステムを構築する。

民間主体である医療法人、社会福祉法人、学校法人に至るまで、多様な主体が活躍している実情があり、地域医療連携推進法人に多様な主体が参画することが想定される。ところが、我が国においては、法人格ごとにガバナンス並びに会計及び情報開示に関する制度が構築され、各法人で一定の類似性はあるものの制度が異なる。このような組織運営の根本的な部分における相違は、法人格の異なる組織間が連携する際に、組織経営と監督について一貫した方法を見出し、実施していく上での障害となることが懸念される。例えば、地域医療連携推進法人に参画する法人の経営状態を把握するに当たって、各法人で採用する会計基準が異なる場合、統括法人は、異なる形で作成された決算書を基に参加法人の経営状態を評価することが求められることとなる。

(3) 非営利組織において共有されたガバナンス規範の必要性

我が国における非営利法人制度は、各法人格の制度趣旨を反映して、それぞれ発展してきた状況にある。しかしながら、特に社会保障分野におけるサービス提供主体となっている非営利法人に関してみると、地域の社会保障を担う立場から、そのステークホルダーのニーズを理解し、対応するとともに、説明責任を果たしていくという基本的な構造は変わらないはずである。そのような観点からは、経営管理や監督の在り方（広義の法人ガバナンス）については、個別的な規定をどのように設定するか以前の問題として、より根本的な要素に関して原則等の形で、一定の規範が共有されているべきではないかと考えられる。また、このような一定程度、共有された規範が存在することによって、異なる法人格が連携する際に、参加法人が相互の信頼関係を構築しやすくなるとともに、円滑かつ効率的な経営管理が実現可能となり、実効性のある組織連携、再編を担保する重要なインフラとなることが期待される。次章では、非営利組織におけるガバナンスについての基本的な考え方を整理する。

Ⅲ 非営利組織のガバナンス設計と課題

本章では、非営利組織のガバナンスに関して、その目的及び基本となる要素について、営利組織である会社と対比しつつ検討する。そして、我が国における非営利組織に該当する各法人について現行制度上の取扱い及び制度改正の動向を確認する。さらに、非営利組織のガバナンス設計及び運営上、どのような課題が存在するか、これらの課題に対してどのような対応が考えられるかを検討する。

1. 非営利組織における組織ガバナンスの目的

ガバナンスという用語は、英語の Governance に由来する外来語であるが、Oxford Advanced Learner's Dictionary によれば、Governance とは、「The action or manner of governing a state, organization, etc. (政府、組織等を統治する行為又は方法)」を意味し、ここでの govern (統治) とは、「Conduct the policy, actions, and affairs of (a state, organization, or people) with authority (権威を持って、政府、組織又は人々に関する政策、行動、業務等を執り行う)」ことを意味するものとされる。

また、企業のガバナンスについて、コーポレートガバナンスという言葉が一般的に用いられるようになってきている。コーポレートガバナンスについて一般的かつ広く共有された定義は存在しないが、コーポレートガバナンス原則の起源となったイギリスのキャドバリー委員会報告書「コーポレートガバナンスの財務的側面」³¹では、コーポレートガバナンスとは、「the system by which companies are directed and controlled (企業を方向付け、監督するシステム)」として定義されている。企業と非営利組織とでは、後述するように営利を目的とするか否かの違いが存在するが、この定義にはその違いは反映されておらず、非営利組織にも当てはまると考えられる。また、組織運営のシステムは主に体制とプロセスから構成されることから、本研究報告では、組織ガバナンスについて、「組織を方向付け、監督するための体制とプロセス」と捉えることとする。

ここで、「ガバナンス (統治) の主体は誰か」、すなわち組織の統治主体が問題となる。企業の統治主体についても、株主主権論、従業員主権論、経営者主権論、ステークホルダー主権論と様々な見解があるが、我が国のコーポレートガバナンス・コード³²では、「会社が、株主をはじめ顧客・従業員・地域社会等の立場を踏まえた上で、透明・公正かつ迅速・果断な意思決定を行うための仕組み」とし、基本原則1で「株主

³¹ イギリスでは、企業破綻や財務報告に関する不祥事が相次いだ状況に対処する観点から、財務報告評議会 (FRC)、ロンドン証券取引所及び職業会計士団体が主体となり、エイドリアン・キャドバリー卿を委員長とするキャドバリー委員会が設置された。

1992年12月に公表されたキャドバリー委員会報告書では、取締役会のアカウンタビリティ強化や取締役会の実効性を高めるための設計といったガバナンスの骨格が提唱された。その後のグリーンブリー委員会報告書及びハンペル委員会報告書における追加提案を取りまとめ、統合コード (The Combined Code) が1998年に発行された。この統合コードは、各国におけるコーポレートガバナンス・コード及びスチュワードシップ・コードの基盤となっている。

³² 「コーポレートガバナンス・コード～会社の持続的な成長と中長期的な企業価値の向上のために～」(2015年6月1日 株式会社東京証券取引所)

の権利・平等性の確保」を、基本原則2で「株主以外のステークホルダーとの適切な協働」を掲げているように、株主の権利保護を中心として捉えつつ、ステークホルダーの権利・立場を尊重するアプローチを採っている。

一方、出資者たる持分権者が存在しない非営利組織においては、資源提供者となる寄付者や補助金・助成金の提供者は、将来の非営利組織の財務的な状況及び成果から直接の影響を受けず、また、組織の人事その他の重要な意思決定についての権利を与えられていないのが一般的であり、その権利と立場は、株式会社における株主と決定的に異なる。非営利組織は社団と財団に大別できるが、社団においても、社員が持分を有さない非営利社団においては、持分のある社員によって構成される会社組織とは統治の在り方が異なるはずである。したがって、非営利組織におけるガバナンスを検討するに当たって、誰による（さらには、誰のための）ガバナンスとして捉えるのが重要な問題となる。

非営利組織における重要なステークホルダーとして受益者が存在する。非営利組織は利益創出ではなく、何らかの社会的な便益を創出することを目的に設立され、活動する。したがって、組織の活動が、当該目的に沿ったものとなっているか、すなわち受益者のニーズが満たされ、その権利が適切に保護されているかが重要となる。また、当該目的達成のための資源を提供する主体である資源提供者も、重要なステークホルダーである。さらに、多くの非営利組織、特に公益的な目的で存在が認められる組織においては、政府も重要なステークホルダーとなる。このように、非営利組織においては、組織ガバナンスによって権利が保護されるべき者を特定主体に定めることは難しく、むしろ、多様なステークホルダーの権利、ニーズ、期待及び懸念がバランスよく配慮され、満たされるための仕組みとして、組織ガバナンスが構築されるべきと考えられる。

非営利組織のステークホルダーとしては、受益者、資源提供者、従業員、地域社会、政府等が考えられるが、これらのステークホルダーのニーズを踏まえ、本研究報告では非営利組織におけるガバナンスの目的として、以下の四つを提起することとする。

非営利組織におけるガバナンスの目的

- | |
|--|
| <p>① 組織目的の実現
当該組織の目的を追求し、ステークホルダーのニーズを踏まえ、公益性を発揮する。</p> <p>② 持続的経営
組織が持続的かつ安定的に経営できる財務規律及び財務基盤を確保する。</p> <p>③ コスト・ベネフィット
経営効率を高めることによって、コスト・ベネフィット（生産性）を向上させる。</p> |
|--|

④ コンプライアンス

法令を遵守し、ステークホルダーの権利を適切に保護し、適正経営を図る。

2. ガバナンスの基本要素

このようなガバナンスの目的を達成する上で必要不可欠と考えられるガバナンスの基本要素として、以下が挙げられる。

(1) 経営理念及び組織目的の明確化

- ・ 組織目的そのものが各組織の存在意義となる。
- ・ 重要な経営判断の基軸、行動規範として機能する。
- ・ 組織の経営者、従業員を始めとする組織内外のステークホルダーと共有する必要がある。

(2) 責任あるステークホルダーの参画

- ・ ステークホルダーのニーズ、期待、懸念を組織運営に反映することのできる仕組みとして機能する。
- ・ ステークホルダーによるモニタリングのメカニズムが働く。
- ・ 組織の長期的な価値に関心を持ち、責任ある行動を取るステークホルダーが前提となる。

(3) 経営、監督、監査機能の存在

- ・ 経営と監督それぞれの機能が存在し、一定の独立性が確保されている必要がある。
- ・ 経営機能：組織の計画立案、実施、評価に関する運営を担う。
- ・ 監督機能：組織の計画や実績が、組織目的やステークホルダーのニーズに沿っているか、重要な課題に対して適切な対応が取られているかについての評価や、必要に応じて経営者の人事を担う。
- ・ 監査機能：組織の財務及び運営に関して適切な対応が取られているかを検証し、必要に応じて、信頼性を付与する。組織内のみならず、外部の主体、第三者が担う場合もある。

(4) 情報開示と透明性

- ・ 組織の経営状態及び活動実績についての透明性が確保され、ステークホルダーが評価可能な状態となっている。

3. ガバナンスに関わる課題

続いて、ガバナンスに関わる課題を整理する。下記に列举した課題は、本研究に参画した公認会計士が、医療法人、社会福祉法人、公益法人等の各種非営利組織の経営

及び会計に関する実務に従事する中で得た知見や見解を抽出・集約した上で、前述のガバナンスの目的及び基本要素に結びつける形で体系化したものである。また、検討に当たっては、我が国における近年の社会福祉法人制度、医療法人制度及び公益法人制度に関する政府設置の検討会等における検討状況や、次章で紹介するイギリスのNHS 制度におけるファウンデーション・トラスト(FTs)のガバナンス・コード策定時の文献も参考にした。

(1) 経営理念及び組織目的

非営利組織においては、営利を目的とする企業と異なり、利益追求は組織目的として成立しない。広くは、公益性の追求や社会福祉への貢献が目的となるが、あいまいなものとなりやすい。経営理念や組織目的が明確に言葉で表現されていない組織も存在する。

非営利組織が自らの経営理念やミッションを確立し、組織として何を実現するか、どのような価値を生み出すかという組織目的を具現化する必要がある。そのような理念や組織目的は、ステークホルダーに対して広く共有されるとともに、どのように事業活動に反映されているかが事業報告において示されることが重要である。

(2) オーナーシップと監督

持分のない非営利組織においては、企業における株主に当たる者は存在せず、組織のオーナーシップが明確ではない。設立時等に拠出された資源（財産）、世襲、人事、高度な専門的能力、ネットワーク等、組織の中核的な経営資源との関係から、理事長等が重要な意思決定権を独占し、実質的なオーナーとなっている場合もある。

組織へのコミットメントが高いリーダーの存在、すなわち経営者によるリーダーシップは、事業が成功し、組織目的を実現する上での重要な要素となる。その一方、組織におけるオーナーシップが特定個人に偏っている場合、独断専行の経営につながるリスクもある。そのような場合、ガバナンスを改善するインセンティブは働きにくく、事業が円滑に機能しない場合であっても経営者の交代につながりにくい。すなわち、組織におけるオーナーシップの偏りは、健全な新陳代謝を阻む要因となり得る。

このようなオーナーシップの偏在を避けるためのメカニズムとして、理事長等の経営者を監督する主体が実質的に機能することが重要となる。そのためには、監督機関の構成員については能力、多様性及びコミットメントが担保されるとともに、経営者の任命及び解任等、経営上の重要な問題が生じた場合に、必要な是正措置を取ることのできる権限を付与されている必要がある。

(3) ステークホルダーとの協働

社会的ニーズに応えることを存在意義とする非営利組織においては、そのステー

クホルダー（受益者、資源提供者、地域社会等）との関係性が極めて重要であるが、ステークホルダーのニーズ、期待及び懸念を、経営上の意思決定に効果的に反映するための体制及びプロセスが存在しない場合もある。特に、資源提供者が経営を監視できている組織は、経営効率の面でのガバナンスの実効性は比較的担保されていると思われる一方、資源提供者と組織の間の距離がある非営利組織の場合には、経営効率の面でのガバナンスを効かすことは難しい。

ステークホルダーによる直接的な参画を図る方法としては、評議員会等の監督機関の構成員としてステークホルダーを代表する立場の個人を迎え入れるアプローチがある。

また、ステークホルダーによる組織運営・監督への直接的な参画を図る方法以外に、ステークホルダーのニーズ、期待及び懸念を確認するとともに、ステークホルダーに対して組織の考え方を説明し、必要に応じてステークホルダー間の対立する利害を調整するための方法として、ステークホルダーとの対話を深めることが考えられる。このようなステークホルダーとの建設的な目的を持った対話は、ステークホルダー・エンゲージメントと呼ばれる。地域協議会や地域医療推進協議会といった、地方自治体によって設置された会議体を通じてエンゲージメントを実施する方法、組織内に諮問委員会を設置しエンゲージメントを実施する方法、患者会や労働組合等と経営者との間での定期的な協議を実施する方法等、様々なアプローチがある。

ステークホルダーによる組織運営・監督への参画や、ステークホルダーとのエンゲージメントが、組織目的の達成とそれによる成果獲得につながるものとなる上で、これらのプロセスに関与するステークホルダーが、中長期的かつ広い視点を持ち、責任ある態度を保持していることが重要となる。なぜなら、特定のステークホルダーの短期的な利害のみが強調され、当該ステークホルダーからの要請（更には圧力）を通じて偏った経営がなされた場合、多様なステークホルダーの長期的なニーズ、経営効率性、財務基盤等が損なわれる結果、組織の持続的な経営と目的達成は実現され得ないからである。

さらに、参画する者や組織と対話をする者が、各ステークホルダー・グループとの調整役としての機能を果たすことが望ましい。そのためには、非営利組織の受益者、資源提供者、地域社会、従業員等といった各ステークホルダー・グループが一定程度組織化されており、ステークホルダーによる参加やステークホルダーとの対話プロセスが、各グループとの間のコミュニケーションを円滑化し、相互理解を深めるような形で機能することが期待される。

(4) 経営効率に関するインセンティブ

非営利組織は利益創出を目的としないが、限られた財源を最大限効率的に活用しながら、医療、介護、保育等といった多様な社会的な便益を効果的に提供していく

ことが求められる。このような観点から、先述のとおり、非営利組織のガバナンスの目的の一つとしてコスト・ベネフィット（生産性）を提起した。しかしながら、非営利組織においては、経営改善、特にコスト・ベネフィットを高めることについてのインセンティブが働きにくい。むしろ、効率的な経営は利益第一主義につながり、組織本来の目的を損なうものとなり得るとの批判的な考え方も存在する。実際、特に公益的な性格の強い非営利組織においては、市場原理が働かない領域にもサービスを提供し続ける必要があり、どのように公益性と経営効率のバランスを取るかは重要な問題となる。

企業においては、その生産性を高めることによって株主（投資家）、経営者、従業員が直接のメリットを享受するため、経営者に対しても経営効率を高めるインセンティブが働きやすい。非営利組織においても、組織全体の生産性を高めることによって財務資源の提供者その他のステークホルダーに様々な便益をもたらす。例えば、医療や介護サービスの効率性が向上することによって、最終的には被保険者の保険料や税負担を軽減する効果が期待できる。また、被保険者や納税者等の最終的な負担者から医療・介護等のサービス提供主体との間に立つ保険者や政府の財政状況にもポジティブな影響をもたらし得る。そのような観点からすれば、これらの資源提供者が非営利組織の経営効率に関心を持ち、資源提供に関する判断に影響させることや、組織の正式な監督プロセスに関与することは、サービス提供者である非営利組織及びその経営陣に対して、生産性向上に向けたインセンティブを付与する上での有効なアプローチとなり得ると考えられる。

他の要因として、企業においては販売される財・サービスについても市場での競争が存在するため、そのような観点からも生産性を高めることについての強いインセンティブが働く。一方、医療や介護といった事業のうち社会保険の対象となる領域についてはサービス費用が公定価格となっており、価格面での競争は存在しない。

また、非営利組織の経営評価が適切かつ効果的に実施されるためのメカニズムや評価主体の存在も重要である。そのような観点からは、経営評価の基本的な考え方を整理し、有効な経営評価指標が開発されるとともに、非営利組織からの情報開示が担保される必要がある。

一方、短期的な経営効率や生産性向上を過度に追及する場合、医療や介護の質、特に安全性を低下させる要因となることも懸念される。経済的インセンティブが特に働きやすい営利企業においても、製品・サービスの質や安全性は同様に求められるが、公的性格の強い組織や、人命に直接関わるサービスを提供する組織においては、安全性についての要請は、より一層高い。経営効率を高めるインセンティブが、無理な人員配置や悪質な労働環境、安全性確保に必要な投資を回避する状況等に帰結することは避けなければならない。そのためには、資源提供者を含むステークホルダーと非営利組織との関係性が長期的なものとなるとともに、特定の財務的な関心の高いステークホルダーだけでなく、受益者、従業員、更には地域社会といった

多様なステークホルダーが関与し、バランスの取れた形で利害調整が実現されることが重要となる。

(5) 理事会、評議員会、社員総会の運営

我が国における非営利法人においては、各根拠法に基づき理事会、評議員会、社員総会といった経営・監督を担う会議体（機関）の設置が要求されているが、これらの各会議体が有効に機能することが重要である。しかしながら、多くの場合、形式的には設置されているが、会議が開催されない、開催されても実質的な議論がなされない、効果的な行動につながらない等、意思決定や監督機能を実質的に担っていないとの指摘もある。

このような各機関が形骸化する要因の一つとして、先述のオーナーシップの問題が考えられる。特に、理事長等の特定の立場にある者が、理事、評議員、監事といった各機関構成員の選解任に実質的な影響力を行使できるような場合や役員の独立性に問題がある場合、ガバナンスは無力化する可能性が高いといえる。特定の者に人事権が集中することを避けつつ、監督組織に必要な権限が与えられることが、ガバナンスの形骸化を防止する観点から重要である。

また、各機関の構成員が、組織ガバナンスや経営に必要な知識及び経験を備えていない場合や、そもそも良い経営の実現に向けた意欲や責任意識を保持していない場合、各機関が効果的に機能するとは考えにくい。特に、経営や財務に関する能力及び経験を有する者の参画は、組織運営のコスト・ベネフィットを高めるとともに、財務的な基盤を担保する上で重要である。

さらに、理事等の役員が、組織経営上求められる十分な役割を果たすためには、一定のコミットメントが担保される必要がある。非営利組織においては、無報酬で理事に就任する場合も多いと考えられるが、特に、一定規模以上の組織においては、当該役員に求められる役割及び責任に対応した報酬が支払われる必要がある。小規模組織において、役員に対する報酬を確保することは難しい場合も多いと考えられるが、理事長以外の全ての理事が無報酬といった状況では、監督組織としての理事会の有効性が十分に発揮されない場合が生じることが懸念される。

加えて、我が国において非営利組織におけるガバナンスが大きく変化し、組織の経営や監督についての知見と経験を十分に有する者の参画が求められる状況において、理事等に適した人材をどのように確保するかという点も課題となる。

(6) 監査機能

多くの非営利組織において、監査機能を担う役員として監事の設置が求められている。監事には、業務・財務の両面からの監査が通常期待されているが、形式的な存在となり、監査機能を実質的に担っていない場合も多いと考えられる。理事と同様に、無報酬の監事が多いことに加えて、非常勤が前提となっている場合が多いこ

とが主要因として想定される。

特定の非営利組織においては、所轄庁による指導監査や立入検査が求められている。これらの指導監査や立入検査は、非営利組織が法令等によって遵守が求められる事項に関しての運営状況を確認する等の形で実施され、コンプライアンスを担保するための重要な手段となっている一方で、形式要件が重視されやすいという実状も否定できない。

また、一定規模以上の医療法人、社会福祉法人に関しては、昨今の医療法、社会福祉法改正により、独立した第三者である公認会計士等による財務書類³³の監査が義務付けられることとなった³⁴。公認会計士等による監査の目的は、組織が作成した財務書類に対して信頼性を付与することにある。一方、財務書類の監査それ自体は、財務健全性の担保や不正防止を目的とするものではないが、監査の前提となる内部統制の整備や監査人による指導的機能の発揮によって、一定の牽制効果が期待される。今後、会計監査を受ける組織が増加することが見込まれるが、新たに会計監査を受ける場合には、一般的に組織は内部統制の整備や監査対応の点で不慣れであることが想定され、実効性のある会計監査の定着に向けての課題も多く、公認会計士等が監査人として関与することにより、内部統制の整備にも貢献していくことが求められている。

このように、非営利組織においては、監事、所轄庁、場合によっては会計監査人による監査が求められるが、監査に対応するためには、一定の組織基盤が必要である。また、それぞれの監査に重複がある場合には、非営利組織側にとっての過剰な負担も懸念される。各主体それぞれの立場や強みを踏まえつつ役割を明確にし、各主体が連携することによって、全体として効率的かつ効果的に監査機能が発揮されることが重要である。

(7) 本部機能と PDCA プロセス

理事会、評議員会、監事等の各会議体（機関）が効果的に機能する上で、運営をサポートする本部機能が脆弱であることが指摘される。経営企画、経理財務、総務、法務等を担当する職員が兼務状況にある組織も多い。

このような組織においては、経営計画を立案し、実行に移し、実績を評価し、課題を抽出し、対応策を検討するという、いわゆる PDCA サイクルを効果的に回すことが難しい。その要因としては、小規模組織が多いという非営利組織特有の事情のほか、本部機能に経営資源を割けられない（すなわち、必要な人員を充てることができない）ことや、PDCA サイクルの必要性及び重要性について経営者の理解が広がっていないこと、そして、非営利組織の経営を支援するためのガイドライン等が十分に整備されていないことなどが考えられる。

³³ 医療法人については財産目録、貸借対照表及び損益計算書、社会福祉法人については計算書類及びその附属明細書が監査対象となる。

³⁴ 平成 27 年改正医療法第 51 条第 5 項、平成 28 年改正社会福祉法第 37 条

(8) 情報開示

情報開示によって組織の透明性を高めることは、ステークホルダーが組織への理解を深め、組織の状況を監視し、ときにはその意思決定と行動に反映することを可能にする点で、組織ガバナンスの重要な要素である。

近年、非営利組織の情報開示制度の充実化が図られており、財務情報を中心とした組織情報の開示が進みつつある。平成 27 年の医療法改正によって、一定規模以上の医療法人においても、貸借対照表及び損益計算書の公告が要請されることとなった。

しかし、依然として課題も多い。特に、情報開示が組織ガバナンスを高める効果を発揮するためには、開示された情報をステークホルダーが容易に、安心して利用・理解し、その判断や行動に反映できる必要があるが、このような観点から、現状の情報開示には以下の課題がある。

- ・ 財務情報の質

特に、科目や区分が複雑であり、組織間の整合性、会計規範の網羅性が担保されていない。

- ・ 財務情報以外の情報

財務情報だけが提供されても、組織の状況、活動成果、課題を理解することは難しい。組織目的、活動状況と併せて、財務を含む組織の状況と課題についての経営者による説明と分析（Management's Discussion and Analysis (MD&A)）が示される必要がある。

- ・ 情報アクセス

財務情報等の情報が公告されていても、一般の情報利用者がすぐに利用できる環境にはない場合がある。こうした課題に対し、社会福祉法人においては開示制度の改革が進められており、情報アクセスが改善されつつある。

非営利組織において、開示情報の利用者となる主なステークホルダーが誰か、そして、当該情報がどのように利用されることを想定するかも問題となる。本研究報告で主に検討対象としている社会保障に関わる組織としての医療法人や社会福祉法人においては、保険者等の資源提供者、受益者、地域社会、金融機関等が考えられる。

また、第三者評価機関のような情報仲介者の存在も重要である。患者や受益者の家族等の個人が、財務諸表等の開示情報を十分に理解することは難しい。むしろ、専門性と中立性の担保された第三者評価機関による解釈が施された格付けその他の評価情報が、サービスを利用する組織を決定する際の材料となる局面の方が、より現実的なものとして想定できる。

さらに、非営利組織の監督機関（評議員会等）にステークホルダーを代表する個

人が参加する場合に、そのような個人や母体となるステークホルダー・グループが、組織の状況を理解し、課題を検討する上で、開示情報が利用されることが考えられる。評議員会は非営利組織の内部機関とするのが一般的な解釈であるだろうが、外部ステークホルダーとの接点としての位置付けも重要である。非営利組織における情報開示については、組織内と組織外を明確に区別するよりも、ステークホルダーとのつながりを重視した形で有用性を高めるよう設計されることが望ましい。

(9) 経営の自立性

特定の非営利組織について、経営の自立性が低いという指摘がある。特に、我が国の制度においては、経営資源の柔軟な活用が難しい、個別の運営事項についても行政からの指導が入る等の問題も指摘されている。

組織ガバナンスは組織の自立的な経営を前提としており、過剰な干渉によって、組織の自主性が損なわれていないかが問題となる。

(10) 経営者の意識

ガバナンスを実質的に整備・運用する者は経営者である。各非営利組織において、ガバナンスの構築・改善が必要であり、ガバナンスの基本的な要件についての検討・提言は、これまでも実施されてきたが、広がりを持った積極的な動きにつながっているとは言い難い。これは、経営者側において、ガバナンスを構築・改善することについての意識が高まっていないことが背景にあると考えられる。

この点について、経営者による自発的行動を促すためには、ガバナンスを改善することによるメリットが明確に理解される必要がある。ガバナンスの整備及び運用に関してのガイダンス開発と併せて、先進的な対応事例における目的、成果、課題を共有することによって、経営者が積極的に取り組む意欲を喚起する必要がある。

次のIVでは、イギリス及びオランダの制度において、どのような形で非営利組織のガバナンスが設計及び運用されているかを確認する。そして、Vでは、我が国における非営利組織のガバナンスをより効果的なものとするための方策を検討し、提案する。

IV 海外制度の概要（イギリス、オランダ）

本章では、他国における社会保障制度とサービス提供主体のガバナンスの状況を取り上げる。社会保障制度は国によって異なるが、他国から学ぶべき点も多いと考える。本研究報告では、社会保障財政について税方式を採用するイギリスと、我が国と同様に社会保険方式を採用するオランダの2か国について、医療制度及びサービス提供組織のガバナンスについて確認した。

イギリスに関しては、税方式が採用されているものの、固定的な医療報酬体系の中で医療のコスト効率性を高める必要性が高いこと、また、企業を始めとする組織ガバナンスの整備に積極的に取り組んできた国であり、その理念が、医療サービス提供主体の組織ガバナンス向上に向けて取り入れられていることは参考にすべき点といえる。調査方法としては、国内で入手可能な文献調査を基本としながらも、近年行われた制度改革についての情報を得るため、2015年10月に現地調査を実施し、規制・監督機関であるMonitor及びサービス提供者の業界団体であるNHS Providerにインタビュー調査を行った。

次に取り上げるオランダは、医療制度の運営としては我が国と同じく社会保険方式である。また、医療サービスの提供主体が非営利組織で構成されている点は、非営利組織と位置付けられる医療法人が医療サービスの提供主体に占める割合が高い我が国との共通点でもある。さらに、オランダの医療制度の特徴的な点である一定の制約下で市場メカニズムを取り入れた管理競争の手法が、各国の制度設計において参考にされている点もオランダを取り上げる理由の一つである。なお、オランダについては、文献調査の範囲内で制度とその特徴について概要を紹介する。

1. イギリス

(1)から(4)までは背景の理解のため、イギリスにおける保健医療制度の特徴と近年の改革について概括し、(5)以降において、ヘルスケアサービスの提供主体であるNHSファウンデーション・トラスト（FTs）のガバナンス設計について詳細に紹介する。なお、(4)までの記述は、主に、「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」（平成24年3月 健康保険組合連合会）及び堀 真奈美「保健医療分野におけるVFMとアカウントビリティの確保に関する研究 イギリスのNHS・ソーシャルケア改革を事例として」（平成22年度海外行政実態調査報告書 会計検査院）を参考に記述している。

(1) 社会保障システム

第2次世界大戦後のイギリスでは、「ゆりかごから、墓場まで」という言葉に代表されるように、税財源により原則無料の医療制度、社会保険方式に基づく年金制度、地方自治体が中心的な役割を果たす福祉制度といった形で社会保障制度の体系的整備が進められた。しかしながら、サッチャー政権後に「小さな政府」を志向し

た様々な制度改革が進められたこともあり、図表 16 に示すように、医療・介護支出³⁵の対国内総生産（GDP）比率（規模）は、先進国全体でも低い水準となっている。イギリスの社会保障は、大きく国民保険（National Insurance）³⁶と保健医療制度とに分けられるが、ここでは後者を取り上げる。

図表 16 医療・介護支出と高齢化率の国際比較

	医療・介護支出の対 GDP 割合 (2015 年)	高齢化率 (2013 年)
アメリカ	16.9%	14.1%
イギリス	9.8%	17.0%
オランダ	10.8%	17.1%
ドイツ	11.1%	21.3%
フランス	11.0%	17.5%
日本	11.2%	25.1%

※ OECD.Stat Health Expenditure 及び Labour Force Statics に基づき作成した。全ての国のデータが登録されている最新年度で作成したため、医療・介護支出割合と高齢化率でデータ抽出年度が異なっている。

(2) 保健医療制度とその特徴

イギリスの保健医療制度は、国営の「国民保健サービス (National Health Service (NHS))」として運営されており、その主な特徴は、以下のように整理される³⁷。

- ① 全ての国民が原則無料で保健医療サービスを受けることができる。
- ② 税金を主たる財源としており、公共サービスとして位置付けられている。
- ③ GP (General Practitioner³⁸) 制度が導入されており、フリーアクセスではない。
- ④ 医療提供体制の機能分化が徹底している。
- ⑤ 公的医療機関が中心の医療提供体制である。

このうち医療提供体制について、イギリスの病院の多くは、後述する NHS トラストや NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) によって運営されている。これは、病院の多くが、その設立及び運営に国が主体となって関わり国立病院としてスタートしたものであるが、度重なる NHS 改革を経て、NHS トラストや FTs に移行したためである³⁹。移行後も引き続き、その運営及び新たな病院設立には税金が充てられ

³⁵ 経済協力開発機構 (OECD) の基準に基づく「Health Expenditure」を指す。

³⁶ イギリスの国民保険は、年金、失業、傷病による就労不能等に係る給付を総合的に行う全住民を対象とした国民保険に一元化されており、その保険料は、被用者については被用者と事業主が負担する（厚生労働省「2015年 海外情勢報告」第3章 第4節 英国 (2) 社会保障施策）。

³⁷ 堀 真奈美「保健医療分野における VFM とアカウントビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソーシャルケア改革を事例として」（平成 22 年度海外行政実態調査報告書 会計検査院）

³⁸ 一般医、家庭医と訳される。居住地域に基づく登録制で担当 GP が決められ、救急の場合を除き最初に GP の診察を受け、GP の判断により紹介を受けて病院や専門医の受診が可能となる。

³⁹ 堀 真奈美「保健医療分野における VFM とアカウントビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソ

ている⁴⁰ことから、公的な医療機関と位置付けられるとともに、NHS における医療提供体制の中心的役割を果たしている⁴¹。

(3) 供給機能と購入機能の分離

税財源を主とする NHS は、予算枠という制約から財源不足が常態化していたが、1970 年代以降は、オイルショックによる経済低迷と医療技術の進歩等に伴う需要増から財政状況は更に悪化し、医療の供給不足⁴²が深刻となった。医療について質とコストの適正化を目指し、各政権において NHS 改革が行われてきたが、中でも画期的な考え方は、サッチャー及び後継のメジャー政権において導入され、現在に至るまで改善を重ね実施されているサービス提供機能とサービス購入機能の分離である。これは、病院等の医療サービスを提供する者と医療費の予算配分を受け医療サービスを購入する者を分離させることを意味し、異なる主体が供給と需要を担うことで疑似市場の導入を可能にするものである⁴³。提供者と購入者それぞれが自らの機能を遂行する中で競争が生まれ、そこで発揮される主体的な意思決定が効率化につながると考えられた。

この供給機能と購入機能の分離の仕組みは、現在に至るまで適用されているが、適切なインセンティブにより医療の効率化や質の向上を図るという観点から、提供機能、購入機能を担う主体それぞれにつき、主体の属性やその権限・裁量範囲、それらの監督者等の見直しが行われ、制度改革に反映されている。

(4) 2012 年の NHS 改革

財政逼迫の中での医療費節約及び待ち時間短縮化等を含む患者目線での医療の品質改善の要望など諸問題に対応するため、キャメロン政権は NHS の改革を推進した。

1997 年からのブレア政権では、待機問題にみられる医療サービスの供給不足からイギリス国民の NHS に対する満足度は低かった⁴⁴状況に対して、NHS 予算を計画

ーシャルケア改革を事例として」(平成 22 年度海外行政実態調査報告書 会計検査院)

⁴⁰ 例えば、FTs の財政状態計算書では、資本の部に相当するものとして、Taxpayer's equity (納税者資本)の部が設けられている。

⁴¹ 公的医療機関が中心的役割を果たす一方で、イギリスには民間医療機関もあり、NHS に登録し監督を受けることを条件に、NHS での医療サービスの提供を行うことができる。

“Understanding The New NHS” (26 June 2014 NHS England)

(<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf>) (2016. 12. 21 参照)

⁴² 供給不足の例としては、入院や救急医療の待機人数・期間の増加が挙げられ、公的医療の非効率性として問題視された(「平成 24・25 年度医療政策会議報告書 日本における社会保障のあり方～欧州の社会保障の比較・検証から～」第 3 章 ヨーロッパにおける近年の医療制度改革の動向(松田晋哉執筆)(平成 26 年 3 月 日本医師会医療政策会議))。

⁴³ 堀 真奈美「保健医療分野における VFM とアカウンタビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソーシャルケア改革を事例として」(平成 22 年度海外行政実態調査報告書 会計検査院)

⁴⁴ 「労働党が政権を取った 1997 年の NHS の満足度は過去最低の 34%を記録し、不満が 50%となり、その差が最も大きくなっている。」(田畑雄紀「NHS 改革と財政状況」(健保連海外医療保障 No. 103 2014 年 10 月 健康保険組合連合会))。

的に大幅拡大することで医療サービスの充実を図った。それにより、国民の NHS への満足度は高まったが⁴⁵、リーマンショック等による経済情勢の低迷を受けた財政緊縮政策の一環として、NHS への予算はそれまでの増加策から削減へ方向転換が必要となった。そのため、2010 年に成立したキャメロン政権では、医療費の節約、効率化を掲げ、関連法案の修正等を経て、2012 年には NHS 改革法 (Health and Social Care Act 2012) を成立させた。

2012 年の NHS 改革法では、NHS における国と地方との関係の整理、組織や権限の改変・整備から予算配分等に至るまで、一段と踏み込んだ改革が実施された。本改革の特筆すべき内容は、次のとおりである。

① 購入側の改革

医療サービスの購入機能の担い手は、それまでのプライマリー・ケア・トラスト (PCTs) からクリニカル・コミッションング・グループ (CCGs) となった。両者とも、NHS の予算の多くが配分され、患者のために医療サービスを購入する機能を持つ。PCTs は、地域保健局に代わり購入機能を果たす組織として創設されたが、医療職の人員を含みサービス購入を行う一方で、地域医療の計画・管理をも担い、運営上、管理職の果たす役割は大きく相応のコストも生じていた。これに対して、CCGs は一般家庭医 (GP) の集団であり、ここには病院の専門医や看護師が加わる。より患者に近く医療知識のある GP から成る CCGs に調達機能を担わせることで、患者の立場に立った意思決定がなされることが期待されている⁴⁶。

② 提供側の改革

病院の経営主体としての NHS トラストに対して、一定の要件を満たし経営状態が優良と認められる場合に適用される NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) という法人形態は、ブレア政権時に導入されたが、その高い規律性と独立性から、2012 年の NHS 改革では、NHS トラストから FTs への移行が推進された。あわせて、FTs の規制・監督機関である Monitor について、その役割が強化された⁴⁷。

③ 地方への権限委譲の推進

国主導の管理体制が、組織の肥大化と管理コストの増大を招いたことの反省から、自律性を求めた組織改革において、地方への権限委譲が進められた。具体的には、それまで地域医療と連携していた PCTs の廃止から、公衆衛生の地方自治体への権限委譲、ローカルでの監視機関である Local Health watch の設置が挙

⁴⁵ 田畑雄紀「NHS 改革と財政状況」(健保連海外医療保障 No. 103 2014 年 10 月 健康保険組合連合会)

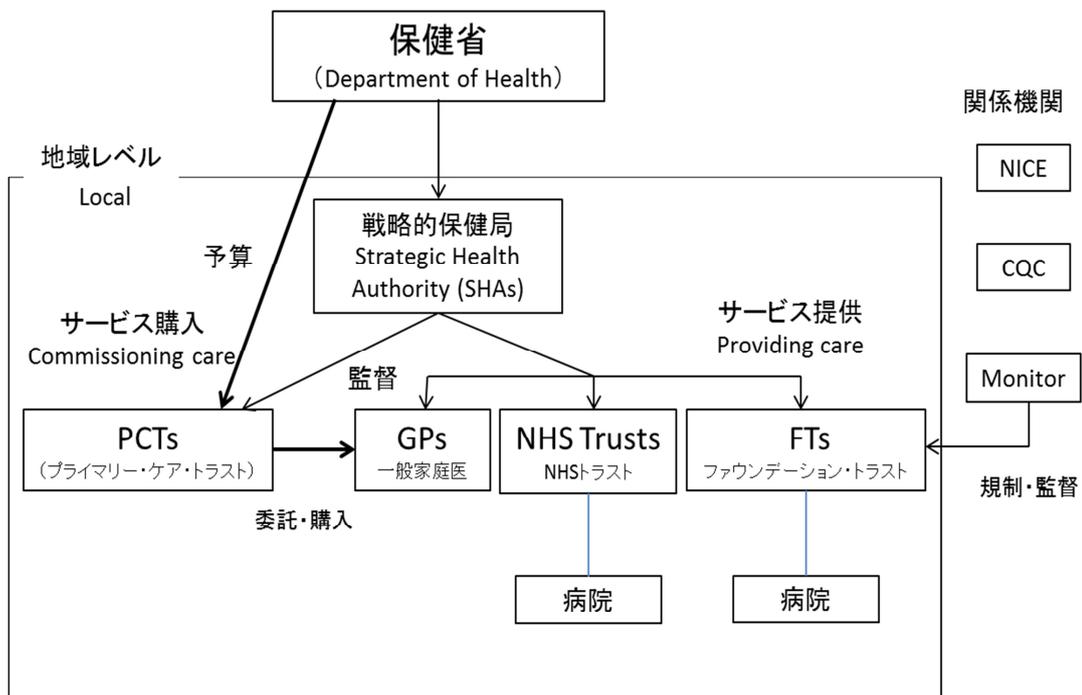
⁴⁶ 「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」(平成 24 年 3 月 健康保険組合連合会)、田極春美・家子直幸「イギリス NHS 改革のこれまでと最新の動向」(健保連海外医療保障 No. 93 2012 年 3 月 健康保険組合連合会)

⁴⁷ 「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」(平成 24 年 3 月 健康保険組合連合会)

げられる⁴⁸。

図表 17 と図表 18 は、それぞれ改革前と後の NHS のシステム構図を比較のために示したものである。

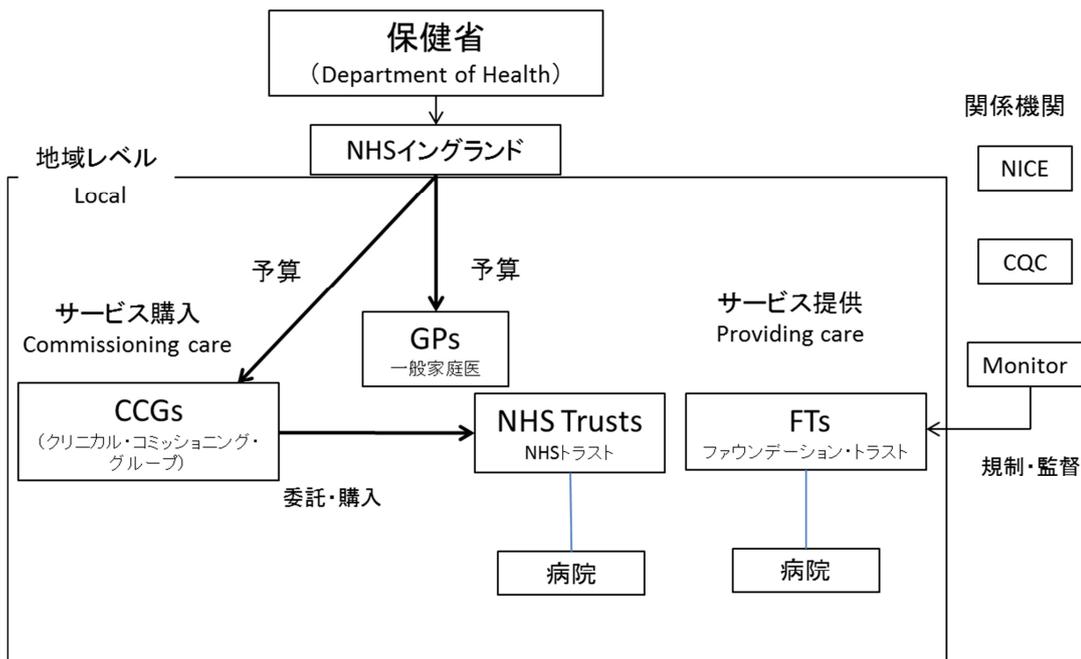
図表 17 2012 年の NHS 改革前



※ The European Observatory on Health Systems and Policies “United Kingdom (England) Health system review” (Health Systems in Transition Vol.13 No.1 2011) を参考に作成

⁴⁸ 「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」（平成 24 年 3 月 健康保険組合連合会）及びイギリス現地調査の際に Monitor から入手した資料

図表 18 2012 年の NHS 改革後



※ 図 17 をベースに「Understanding The New NHS」(26 June 2014 NHS England) (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf>) 及びイギリス現地調査の際に Monitor から入手した資料を参考に作成

公的病院を保有・運営する NHS トラスト及び FTs は、事業運営において一定の自治を認められているが、NHS トラストに比べ FTs の運営上の裁量権はより広範となっており、医療サービスの提供以外の事業運営も可能であり、経営の多角化、安定化が図れるというインセンティブがある。その前提として、FTs となるために課せられる要件が設定されており、その遵守等について継続的に Monitor という規制・監督機関から監視を受ける。2012 年の NHS 改革では、サービス提供主体について、財政基盤の確立と医療品質の向上に資するための、より効率的・効果的運営の観点から、裁量権の拡大を主要な改革ポイントの一つとして掲げていた。そのため、NHS トラストは FTs への移行を推奨されており、NHS トラストにとっても、より広範な裁量権の取得が移行の動機付けとなるという構図であった⁴⁹。

(5) NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) のガバナンス設計

NHS 制度では、サービス提供主体の自立運営を担保するための手段として、そのガバナンス強化が進められてきた。以下、主たる医療サービス提供主体として NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) に焦点を当て、そのガバナンスがどのように設計されているかを確認することとする。

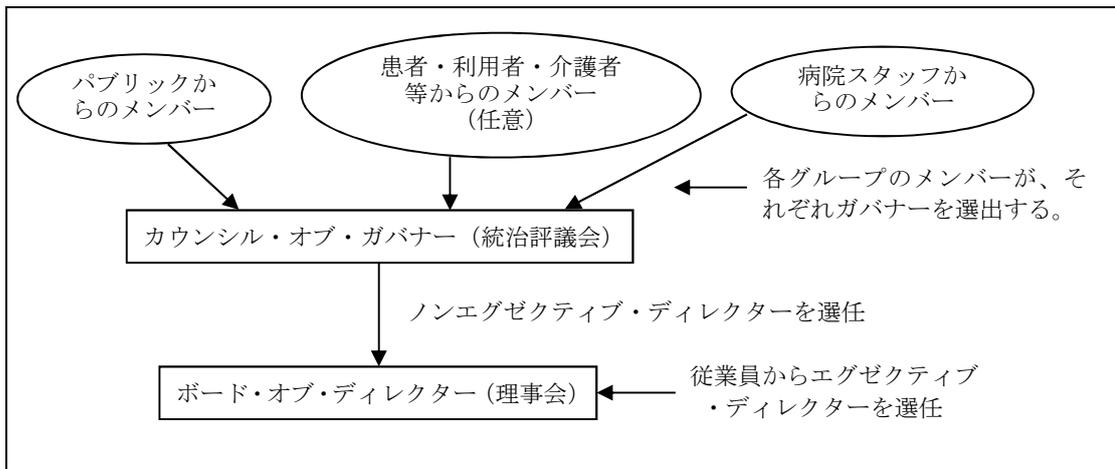
まず、FTs の特徴を、従来型の NHS トラストと対比して列挙すると、以下のとおりである。

⁴⁹ 「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」(平成 24 年 3 月 健康保険組合連合会)

- ・ 政府からの指導（支配）を受けない。
- ・ 自律的経営意思決定⁵⁰
- ・ 資金調達・運用の自由（剰余金、借入れ、投資）
- ・ Monitor（規制・監督機関）、ガバナー、メンバーへの説明責任（財源が税金であるため、Monitor を通じて議会（Parliament）にも説明責任（Accountability）を負う。）

FTs の機関構成は図表 19 のとおりである。

図表 19 NHS ファウンデーション・トラストのガバナンス構造



FTs のガバナンスは、FTs のステークホルダー単位で組織される「メンバー」、各メンバー集団から選出されたガバナーにより構成される「カウンシル・オブ・ガバナー」（以下「統治評議会」という。）、統治評議会から選任されるノンエグゼクティブ・ディレクター（以下「非業務執行理事」という。）と従業員の中から選任されるエグゼクティブ・ディレクター（以下「業務執行理事」という。）から成る「ボード・オブ・ディレクター」（以下「理事会」という。）の三層構造となっている。

「メンバー」は、パブリック（地域住民等）、病院スタッフ、患者・利用者・介護者等のステークホルダーから構成され⁵¹、その属性や地域ごとに組織されたメンバー・グループからガバナーを選出する。また、FTs は定款に規定することによって、メンバーから選出されるガバナーに加えて、重要なステークホルダー（地域評議会、チャリティ団体等）が指名するガバナーを設置することができる。これら全てのガバナーによりカウンシル・オブ・ガバナー（統治評議会）が組織される。統

⁵⁰ 「自ら意思決定し、経営することが可能である。」ということである。これは「① 政府からの指導（支配）を受けない。」の結果であり、「③ 資金調達・運用の自由（剰余金、借入れ、投資）」に通じる。Unlike NHS trusts, they are free from central government control and can manage their own affairs and make their own decisions, including whether to make and invest surpluses. (Monitor “Your duties: a brief guide for NHS foundation trust governors” (March 2014) What is an NHS foundation trust?) (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/301286/BriefGuideForGovernors.pdf) (2016. 08. 17 参照)

⁵¹ パブリック及び病院スタッフ以外もメンバーとして含むかどうかは、各法人の任意となっている。

治評議会は、理事会を監督する役割を担う。

一方、理事会は、FTs の経営、財務及び戦略に関する意思決定機関であり、FTs の経営を担う。構成員たる各理事は、法人の法的効力のある決定に対し連帯責任を負う。理事は、業務執行理事と非業務執行理事に分かれるが、前者は FTs の従業員から最高財務責任者 (CFO)、医師、看護師の各 1 人が含まれるよう選定され、後者は統治評議会が任命する。理事会では、非業務執行理事が多数を占める。

以下、各機関及びその構成員について詳述する⁵²。

① メンバー

パブリック、すなわち、地域住民等や FTs の病院等で働くスタッフ (従業員等)、そして、患者・サービス利用者・介護者といった FTs の病院等を利用する人々など、FTs に利害関係を有する人たちがメンバーとなる。メンバーは、これら「パブリック」、「スタッフ」、「サービス利用者」等のステークホルダー属性により大きく区分されるが、さらに、パブリックの場合であれば居住地域、スタッフの場合であれば勤務施設 (病院等) やその所在地域等を単位にグループ化される。各グループでは、メンバー数に基づき割り当てられた人数のガバナーを選挙により選出し、グループの代表者として統治評議会に送り込むことになる。そのため、このグループは constituency (母集団) と呼ばれる。

メンバーは、後述する統治評議会や理事会が FTs の組織内の機関であるのに対し、FTs の組織外に位置付けられるが、メンバーの募集及び確保、メンバーが所属するグループの設定やグループごとのメンバーの定員等については、FTs が定め、運営している。

② カウンシル・オブ・ガバナー (統治評議会)

統治評議会及びその構成員であるガバナーについて、主な特徴は次のとおりである。

ア. パブリック (地域住民等)、病院スタッフ、患者等を母集団とするそれぞれのメンバーの利益を代表する。

イ. ガバナーは無報酬である。

ウ. 非業務執行理事に対し、理事会の運営についての責任を問う。例えば、非業務執行理事に対し、理事会が決定した将来計画の目標について質問をする等の行動を取る。

エ. そのほか、以下のような権限を有する。

⁵² Monitor “Your statutory duties A reference guide for NHS foundation trust governors” (August 2013)

(https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/284473/Governors_guide_August_2013_UPDATED_NOV_13.pdf) (2016.08.17 参照) 及びイギリス現地調査の際に Monitor から入手した資料

- ・ 定款変更
- ・ 最高経営責任者（CEO）指名の承認
- ・ 議長及びその他非業務執行理事の任免
- ・ 外部監査人の任免
- ・ 年次報告書の受領
- ・ 理事会の作成する将来計画に関するメンバーとの意見調整
- ・ 重要取引の意思決定（合併、買収、解散等）
- ・ NHS サービス以外からの収益に係る意思決定 等

③ ボード・オブ・ディレクター（理事会）

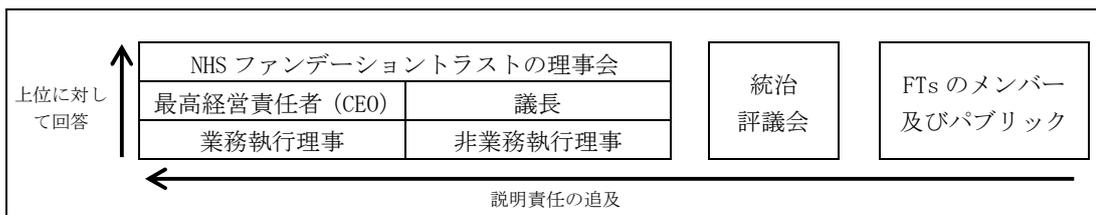
理事会はFTsの主たる意思決定機関であるが、各委員会は理事の任免（非業務執行理事を除く。）、報酬の決定及び監査について、それぞれ指名委員会、報酬委員会及び監査委員会を設置する。

理事会及びその構成員である理事について、主な特徴は次のとおりである。

- ア. FTsの経営、財務、戦略決定に責任を有する。
- イ. 法的効力のある決定に対し連帯責任を負う。
- ウ. ガバナー、規制・監督機関、主要なステークホルダーへの説明責任を有する。
- エ. 構成員としては非業務執行理事が過半数を占め、業務執行理事として最高財務責任者（CFO）、医師、看護師からそれぞれ1人ずつが就任する。
- オ. 業務執行理事、非業務執行理事ともに報酬を受ける。
- カ. 経営権は業務執行理事のみが有する。
- キ. 議長は非業務執行理事から選任され、統治評議会の議長を兼務する。

理事会に設置される監査委員会は、FTsの財務諸表や内部統制に対し監視とレビューを行うとともに、内部監査部門を監督する。システムやプロセスが有効に機能していることの保証を理事会に与え、理事会の責任を解除することが主目的である。また、外部監査人の独立性や客観性、監査プロセスの有効性を監視・検討し、外部監査人の再任等に関する意見を、外部監査人の指名責任を有する統治評議会に報告するという重要な役割を果たす。

図表 20 FTsにおける説明責任の連鎖（Chain of Accountability）



※ Monitor “Your statutory duties A reference guide for NHS foundation trust governors” (August 2013) Figure 2: Chain of accountability in NHS foundation trusts より作成

(6) ガバナンス・コード

NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) のガバナンスについて、FTs の規制・監督機関である Monitor は「The NHS Foundation Trust Code of Governance (ガバナンス・コード)」を発行している。これは、2006 年の NHS 法において従来の NHS トラストに比して財務及び戦略決定についての自治権を大幅に強めた FTs が設置されたことを受け、メンバーと統治評議会によるガバナンスの実効性を高める観点から策定されたものである。

企業向けに策定された「The UK Corporate Governance Code (コーポレートガバナンス・コード)」を基礎に開発されており、企業向けコードと同様に「Comply or explain (遵守せよ、さもなければ、説明せよ。)」方式に基づいている。また、このガバナンス・コードに対する遵守状況については、年次報告書の中で開示することが求められている。

ガバナンス・コードは、以下の図表 21 のとおり、リーダーシップ、有効性、説明責任、報酬、ステークホルダーとの関係という五つの章から構成され、それぞれについて基本原則、補足原則、説明が付されている。

図表 21 FTs ガバナンス・コードに含まれる原則一覧

Section	項目	原則
A	Leadership (リーダーシップ)	理事会の役割、責任、議長、非業務執行理事、ガバナー
B	Effectiveness (有効性)	理事会の構成、理事会の指名、コミットメント、発展、情報とサポート、評価、理事の再任とガバナーの再選挙、理事の辞任
C	Accountability (説明責任)	財務、品質及び運営報告、リスクマネジメントと内部統制、監査委員会と監査人
D	Remuneration (報酬)	報酬水準と報酬構成、手続
E	Relations with stakeholders (ステークホルダーとの関係)	メンバー、患者及び地域コミュニティとの対話、第三者との協働

※ 「The NHS Foundation Trust Code of Governance」(Monitor) から抜粋・要約して作成

(7) 規制と監視

NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) は政府の監督下ではなく⁵³、自治を原則とするが、Monitor という規制・監督機関からの監視を受ける。Monitor は 2004 年に設置され、2012 年の NHS 改革を通じて権限が拡大された。患者利益の保護・

⁵³ ガバナンス・コード内にも、FTs は、保健大臣からの集権的な監督を受ける形のガバナンスから、理事会がメンバー及び統治評議会への説明責任を負う形のガバナンスに転換された旨の記述がある。

向上を使命とし、下記を通じて、ヘルスケアセクター全体の良好な機能を担保することを役割とする。

① プロバイダー評価：財務安定性とガバナンスの観点からの監視

Monitor は NHS サービス・プロバイダーである FTs を、財務安定性とガバナンスの両面から監視することによって、FTs の健全かつ質の高い運営を促すとともに、何らかの重要な問題が生じている場合に、規制・監督機関として迅速かつ効果的な対応を取る。その基本的なアプローチは、FTs からの情報開示（提供）と、当該情報を活用したリスク評価による。

FTs から Monitor に対して提出される情報は、年次報告（中期戦略、事業計画、ガバナンス報告、財務諸表、ガバナー及びメンバー報告）、期中報告（月次及び四半期財務情報、将来の財務イベント、ガバナンス情報）及び特別報告（合併、重大な契約解消、資本構造の重大な変化等の特定事象が発生した場合の報告）と多岐にわたる。Monitor は、これらの情報について、自ら設定した基準に照らしてリスクを評価し、財務安定性とガバナンスの両側面から格付け評価を実施する⁵⁴。この結果、リスクが比較的高いと判定された FTs に対しては、追加的な期中報告が求められるほか、特にリスクが高いと判定された FTs は Monitor による調査（Investigation）の対象となる可能性が高くなる。逆に、リスクが低いと判定された FTs は、原則として調査の対象とはならず、このほかに行政機関からの監査はない。このように、Monitor による行政監督行為は、リスクアセスメントを基礎として非常に専門性の高い方法によって実施されており、Monitor スタッフの専門的能力が欠かせない。これについては、イギリス全体として統一したアプローチを取るとともに、会計士等の専門職の採用を充実することによって対応が図られている。また、他の関係機関（Trust Development Authority (TDA)⁵⁵、Care Quality Commission (CQC)⁵⁶）と連携するとともに、情報が共有されている。

② 協調と競争の推進

Monitor は、患者の利益を害する非競争行為の阻止（苦情処理、アドバイス（患者利益につながる合併の推進等）、調査（非競争的なプロバイダー（供給側）、コミッショナー（調達側）の両面から））などを行う。

③ 価格（National Tariff）の設定

Monitor は、医療サービスに関する全国の統一的価格（National Tariff）の設定に関与する。ここで決められた価格や支払システムに基づき、医療サービスの調達側・提供側それぞれが、限られた予算内で効率的な配分を行うことや、高

⁵⁴ リスクレベルをランク付け（財務安定性：レベル1～4、ガバナンス：Green Red）

⁵⁵ 主に NHS トラストを監督する機関

⁵⁶ 品質管理機関

品質なサービスを提供することを通じて患者の利益を最大化することへの動機付けを得て行動することが期待される。したがって、価格設定にはそのような意図が反映されることとなる⁵⁷。

特に医療サービス提供者に対し、以下の観点から適切なインセンティブを働かせることを重視している。

- ・ 選択と競争の推進
- ・ 効率的運営
- ・ 品質向上

(8) 医療サービス提供主体の情報開示

NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) は、ガバナー、メンバー、Monitor に説明責任を有するが、これに伴い情報開示が求められている。

作成が求められる財務諸表を含む年次報告書については、マニュアルとして「NHS Foundation Trust annual reporting manual」が Monitor により公表されており、その特徴として以下の点が挙げられる。

- ・ 重要なステークホルダーである議会、患者、パブリック（地域住民等）への情報開示を目的としている。
- ・ 年次報告書と計算書類の主な内容と特徴は、次のとおりである。
 - 戦略報告書、理事報告書、品質報告書及び報酬報告書を含む年次報告書
 - 経理担当責任者 (accounting officer) による責任表明書
 - 監査人による監査報告書
 - ガバナンス報告書
 - 包括利益計算書、貸借対照表、納税者資本増減計算書、キャッシュ・フロー計算書及び注記
- ・ 財務諸表については、IFRS がベースとなっている。
- ・ 品質 (Quality) に関する部分 (Quality Account) に対して、Local Health watch（地域レベルでの監視機関）、クリニカル・コミッショニング・グループ (CCGs)、地方自治体等がレビューした結果、意見書を発行しており、その写しが年次報告書に含まれている。

また、「(6) ガバナンス・コード」において述べたように、Monitor が公表した「The NHS Foundation Trust Code of Governance」（ガバナンス・コード）に対する遵守状況は、年次報告書での開示が必要とされる。

⁵⁷ イギリス現地調査の際に Monitor から入手した資料及び Monitor “Monitor’s strategy 2014 to 2017: helping to redesign healthcare provision in England” (10 April 2014) (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/308087/MonitorStrategy2014-17.pdf) (2016.08.17 参照)

(9) 2012年のNHS改革に対する関係者の見解（インタビュー結果から）

NHS サービス提供組織の自立性強化とガバナンス改革について、その背景、成果及び課題を確認するため、医療サービス提供主体に対する規制・監督機関である「Monitor」の事務局シニア・アドバイザーと、医療サービス提供主体、すなわち、プロバイダーの業界団体である「NHS Providers (the association of foundation trusts and trusts)」のガバナンス・アドバイザーに対するインタビューを2015年10月に実施した。以下、その概要を紹介する。

① Monitor に対するインタビュー

2012年の改革においてサービス提供者に対する規制・監督機関としての役割が増大したMonitorに、インタビュー時点での改革の成果等について意見を聴くことができた。主な内容を列挙すると次のとおりである。

- ・ 医療サービス提供主体の形態のうち、NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) には、従来の NHS トラストと比べ強い自治権を与えることと引き換えに、組織ガバナンスの中心となる統治評議会を設置し、理事会に多数の非業務執行理事を配置するとともに、業務執行理事に特定の専門性のある者（最高財務責任者、医師、看護師）を含めることを必須とした。これにより、ガバナーや非業務執行理事といった外部の目を多く取り入れたガバナンスと、業務執行理事という各分野の専門家による効果的な経営を実現し、ガバナンスと経営の双方の強化が図られた。
- ・ その上で、Monitor という規制・監督機関が、FTs に対し定期的な情報提供を課し、Monitor ではそれらのタイムリーな情報に基づくモニタリングにより、FTs のリスクに応じた効率的な規制・監督のアプローチを実施することで、FTs の急激な経営実態の悪化（例えば、病院閉鎖等）を防ぐことが可能となった。これは、Monitor の使命である患者利益の最優先に直結する成果といえる。
- ・ このような、NHS 改革による Monitor の権限の拡大は、前述の FTs のガバナンスと経営の強化に基づく自律的経営とともに、一定の効果を上げている。
- ・ そのような効果を想定し、2012年の改革導入時には、既存の NHS トラストを全て FTs へ移行させることを目標としていたが、今⁵⁸も NHS トラストが存在している。Monitor の業務の一環として、サービス提供主体の経営安定化の観点から、NHS トラストの合併等を推進し、FTs への移行を促す等の役割も持つが、短期間では成し得ず、また不調に終わることもある。
- ・ FTs への移行のための要件には、NHS トラストによっては高いハードルとなるものもあり⁵⁹、そこに資源を割くよりも、医療の品質を重視することが重要

⁵⁸ インタビュー時点（2015年10月）

⁵⁹ FTs への移行のための要件には、既述のとおり、高度なガバナンス設計の下、組織内の機関を充実し、その前提として組織外にメンバーを擁する、すなわち、ステークホルダーと密接な関係を構築・維持する、規制当局からの情報提供要求に応え、またそのための体制を整備する等を含むと考えられる。このことか

との全体的な判断があり、一種の方向転換（Policy change）があった。すなわち、組織形態をFTsに一元化する計画には固執せず、逆に、NHSトラストとFTsに対する規制・監督機関であるTrust Development Authority（TDA）とMonitorを統合し、規制・監督を一元化することになった⁶⁰。

② NHS Providers に対するインタビュー

インタビューの中で、2012年改革を始め、政府の方針等に対する医療サービス提供者（プロバイダー）側からの意見を聴くことができた。主な内容を列挙すると次のとおりである。なお、NHS Providersの加盟組織の大多数がFTsである。

- NHSのプロバイダーは、診療予算が継続して削減される一方で、サービス品質の向上を求められており、全体としてFTsの経営は難しい時期にある。
- 政府には、ステークホルダーを軸としてFTsのガバナンスを構築しようとする基本的な姿勢があり、この方針は適切であると考ええる。FTsはステークホルダーとの対話を通じて、そのニーズ、期待及び懸念を理解し、早期に効果的な行動を取ることができるようにしておく必要性が高まっている。医療費の抑制が進む環境において、病院の統廃合等、難しい決断をしなければならない状況も出てくるが、地域住民、患者、従業員等のステークホルダーとの信頼関係が築かれ、良好なものとなっていれば、円滑に利害調整を行い、意思決定を比較的スムーズに実施することも可能となる。FTsは、これまでステークホルダーのメンバー化を進めてきたが、今後、ステークホルダーとの対話を深め、実質的な利害調整を効果的に進めていくことが重要である。
- このような観点から、ステークホルダーに対する情報開示は重要である。情報開示は対話の出発点となり、FTs側の説明により、理解と承認を得ることが必要だからである。プロバイダー（医療サービス提供者）が第一義的にアカウントビリティ（説明責任）を負うのは、本来、パブリックに対してであり、規制当局に対してではないと考える。現状の制度運用は、規制当局に対する情報提供が過大となっており、ステークホルダーとの対話をより重視した運用とすべきである。
- Monitorによるリスクアセスメントを主軸としたプロバイダー監督は、効果的システムであると認識している。しかしながら、モニタリングのためにプロバイダーに要求される情報の量や頻度が多く、プロバイダーにとってはかなりの負担となっている。Monitorからの情報要求には、国の代理人として、国が設定するターゲットに関する事項もあり、果たして医療の品質と直結するかという疑問もある。問題が生じるたびに情報要求は増えるが、規制の目的やアウトカムを明確にする必要がある。

ら、FTsという組織形態の選択にはメリットはあるものの、組織に相応の体力と資源を要求する一面があることが分かる。

⁶⁰ 統合後の新たな規制・監督機関はNHS Improvementという名称で、2016年4月1日より活動している。

- ・ プロバイダーが連携し、我々のように組織化し、品質や組織の改善に向け共同で研究等が行われることで、プロバイダー間に共通する、組織文化を含む優れた組織の在り方が解明されてくる。その結果を受けて、規制・監督機関による外部の力によるのではなく、自発的に個々のプロバイダーの組織が変化することが望ましい。近年、プロバイダー組織間での交流を通じ、良い組織文化などを学び、経験を共有する機会が広がりつつある。

FTs に対してのステークホルダーの捉え方やその関係性（病院経営に関わりを持つステークホルダーの範囲やその関与度合等）及びガバナンスにおけるステークホルダーの位置付けについては、医療サービス提供者側も理解し、その必要性を認めていることがインタビューから明らかとなった。一方で、パブリックを始めとするステークホルダーに対する情報開示や説明責任には前向きであるものの、その方法については、規制・監督機関等による外部からの強制によるのではなく、病院経営等の経験を経て醸成された文化等に根差した自発的な活動であるべきとの認識も示された。

(10) NHS ファウンデーション・トラスト (FTs) におけるガバナンスの特徴

以下のとおり、FTs におけるガバナンス構造に関して特徴的であると考えられる点をまとめる。

① ステークホルダーを基軸とした統治構造

FTs のガバナンス構造の根幹は、FTs のステークホルダーのニーズを反映するとともに、ステークホルダーの利益を代表する者によって監督する形で設計されている点にあると考えられる。このようなステークホルダーを基軸としたガバナンス設計の基本的な考え方は、FTs のガバナンス・コードの中の以下の説明に端的に表れている。

NHS におけるガバナンスは、患者及びサービス利用者の変化するニーズに応え、安全で、質の高いサービスを思いやりのある形で提供するためのものである。強固なガバナンス構造は、ステークホルダーとの適切なエンゲージメントを促すものであり、高度に説明責任を果たすことによって、FTs がサービスを提供する人々とコミュニティからの信頼と信用を維持することの助けとなる。

※ The NHS Foundation Trust Code of Governance “1.2 What is corporate governance?” から抜粋

このようなガバナンス設計とするために、各 FTs は患者等をメンバーとして勧誘し、その数を増やしてきた。Monitor は、「NHS ファウンデーション・トラストにおけるメンバー勧誘と対話に関する実態調査」⁶¹と題する調査報告書を 2011

⁶¹ Monitor “Current practice in NHS foundation trust member recruitment and engagement” 2011

年に公表しているが、人的ネットワークや組織ネットワークを通じた勧誘、ウェブサイトや電話による勧誘、代行業者を活用した方法等、多様な手段によってメンバー獲得に向けた取組が実施されてきたことが明らかとなっている。その結果として、2014年8月のMonitorの公表情報⁶²によれば、2014年3月末時点におけるFTs149団体について、合計で223万人（うち、パブリック・メンバーが143万人、スタッフ・メンバーが66万人、患者メンバーが14万人）がメンバーとして登録されており、平均すると1団体当たり1万人を超える計算となる⁶³。

FTsでは、ステークホルダーを上位に据えたガバナンス構造をとっており、それを可能にする仕組み、例えば、メンバーを組織化し、そこでの代表者選びのための選挙の実施、そして、その運営をFTsに課すこと等を制度化している。FTsのガバナンス・コード上も、「理事会及び構成員たる理事の基本的責務は、トラストのメンバーの利益と公益を最大化するために、組織の成功を追求する観点から行動することにある」と明記されている。受益者や地域住民をメンバー化することによって、ステークホルダーの組織における位置付けを明確にするとともに、理事会が果たすべき役割、経営責任と説明責任の対象に一貫性を持たせることを可能としている。言い換えれば、ステークホルダーのメンバー化は、FTsにおけるステークホルダーによる統治を実現するための基本構造といえる。

② 統治評議会と理事会による監督

FTsには二つの監督機能が存在する。第一の監督は、統治評議会による理事会及び非業務執行理事の監督である。第二の監督は、非業務執行理事による業務執行理事の監督である。イギリスでは、企業はいわゆる一層構造の取締役会となっており、取締役会がガバナンスの中核を担う機関として機能する構造となっている。取締役会の中に、指名委員会、報酬委員会、監査委員会が設置され、株主の利害を代表し、監督機能を発揮する。

FTsにおいても、理事会の過半数を非業務執行理事が占め、上記三つの委員会を設置することにより監督機能を発揮する点に違いはないが、株式会社では、株主が直接取締役を選任する権限を有する一方で、FTsでは、統治評議会を設置し、そこに非業務執行理事の選任権とともに、上述の理事会の監督権や重大事項の承認権限を持たせている。言い換えれば、ステークホルダーであるメンバーによる監督について、理事会との間に統治評議会を介在させることによって、間接的なものとしている。このような構造となった趣旨については不明であるが、株主のような直接的かつ強力な利害関係者のいないFTsについて、メンバーからの影響力を緩やかなものとする効果が考えられる。

⁶² Monitor, Patient, public and staff members of NHS foundation trusts, at 31 March 2014.

⁶³ 最も多い団体で10万5,921人、最も少ない団体で4,628人となっており、1万人を超えるメンバー登録のある団体が112団体（全体の約75%）ある。

③ バランスと実効性を重視した理事会

FTs の理事会は、FTs 運営の中核として機能し、重要な意思決定と業務執行理事の監督を担う。一般に、理事会の構成について、経営機能と監督機能のバランスを取りつつ、権限を分散させる観点から、制度によって、幾つかの具体的な規定がなされている。このような趣旨は、「特定の者に過度に権限が集中する状況は避けるべき」とのガバナンス・コード上の記載から明らかになっている。

その一方で、理事会は組織の戦略決定及び遂行の中核であるものと位置付けられることから、FTs の業務上の要請を適切に反映し、かつ、非業務執行理事も含めて建設的で迅速な議論と決定がなされることも重視されている。例えば、理事会には、最高経営責任者（CEO）のほか、最高財務責任者（CFO）、医師、看護師から理事を1人ずつ選任することが求められている。また、非業務執行理事についても、「建設的に FTs の戦略開発に貢献するとともに、理事会の円滑な運営を促進すべき」ことがガバナンス・コード上で要請されている。また、全ての理事は、その責任を果たすために十分な時間を割くべきこと、就任の際に十分な説明と研修を受けるべきこと及び自らのスキルや知識を定期的に更新すべきことが求められている。

④ 役員報酬

ガバナンス・コードには報酬（Remuneration）についての章が設けられており、組織ガバナンスの確立において報酬面での設計が重視されていることが理解できる。理事は報酬を受けるが、報酬水準についてスキルと経験の両面から質の高い理事を獲得するのに十分な報酬であることが求められている。報酬設定が特に難しい非業務執行理事については、理事として関与する時間だけでなく、負うこととなる責任も勘案して決定するものとされている。

理事報酬の決定は、FTs に設置される報酬委員会が中核となる。業務執行理事の報酬は報酬委員会が決定する一方、非業務執行理事の報酬は、報酬委員会の提案を受け統治評議会が決定する。

⑤ 各種ガイダンス等の提供

ガバナンス・コードのほかにも、ガバナーやメンバー向けのガイド、監査委員会に参加する非業務執行理事向けの監査基準、メンバー勧誘のためのガイド等、FTs のガバナンスが効果的に機能するための実務上のガイダンス及び基準文書が多数発行されている⁶⁴。これによって、特定の FTs に参画する者が、当該 FTs の

⁶⁴ 発行主体は主として Monitor であるが、これら各種ガイダンス等は、以下のイギリス政府のウェブサイト（GOV.UK）上にて閲覧可能である。

<https://www.gov.uk/government/collections/nhs-foundation-trust-governors-and-members-documents-and-guidance>

また、本研究報告においてインタビューを実施した NHS Providers（NHS のサービス提供者の団体）においても、加盟者であるサービス提供者（主として FTs）を対象とした組織運営やガバナンスのためのガイド

ガバナンスにおける自らの位置付け、果たすべき役割及び取るべき行動について理解を深めることができる。同時に、本業以外の活動として FTs へ参画する者が多数を占める状況において、これらの情報提供による参画のための環境整備は、必要な人材を広く獲得することにも役立つ。

⑥ 監査委員会による監査

少なくとも3人の独立性の担保された非業務執行理事から構成される監査委員会を設置することが求められている。監査委員会のメンバーには、監査に必要とされる十分な専門性を有することが求められるとともに、少なくとも1人には、直近において財務に関する経験を有していることが必須となっている。監査委員会の規約は統治評議会の助言を受けながら策定され、公表されることが求められている。監査に際しては、財務諸表の信頼性だけでなく、内部統制やリスクマネジメント、内部監査機能の有効性についても確認することが求められ、監査の結果は統治評議会に報告される。Monitor から監査コード (Audit Code for NHS Foundation Trust) が発行されており、監査の有効性を担保するための業務実施基準として位置付けられる。

2. オランダ

オランダの医療制度の運営は我が国と同じ社会保険方式であり、民間非営利組織が主たるサービス提供主体となっている点で我が国の制度との類似性がある。一方、我が国の制度と異なる点として、オランダでは一定の制約下で市場メカニズムを取り入れた管理競争という仕組みが導入されている。

(1) 医療保険制度の特徴

① 医療保険制度の構成

オランダの医療保険制度は、図表 22 のとおり三層から構成されている。各層は compartment (区画) と呼ばれ、このうち第1層、第2層が公的医療保険に相当する。第1層には介護を含む。

ンスや研修コース・資料等を用意しており、以下のウェブサイトで公開されている。

<https://www.nhsproviders.org/programmes>

図表 22 オランダの医療保険制度の構成

Compartment	内容	保障対象	加入者
Compartment 1 (第1層)	長期医療保険(長期療養サービス保険制度) (注:介護を含む。)	長期療養(1年超の入院等)、介護 (老人長期医療・末期医療・長期精神医療等)	国民皆保険 (全居住者)
Compartment 2 (第2層)	短期医療保険 (健康保険制度)	急性疾患の治療的ケア(家庭医・病院・診療所)、短期入院(1年以内)	国民皆保険 (全居住者)
Compartment 3 (第3層)	補完的民間保険	上記でカバーされない自由診療部分	任意加入

※ 大森正博「オランダにおける医療制度と保健事業の動向」(健保連海外医療保障 No.102 2014年6月 健康保険組合連合会)、大森正博「オランダの長期療養・介護制度改革」(健保連海外医療保障 No.107 2015年9月 健康保険組合連合会)を参考に作成

以下、国民皆保険である第1層と第2層の医療保険について、近年までの主な制度改革を中心に紹介する。

ア. 第1層 長期医療保険

長期医療保険は、上述のとおり介護を含み、医療のみならずオランダの介護保障制度の中心を成すものである。2015年1月に、長期療養サービス法、社会支援法2015、新青少年法に基づく長期療養・介護サービス全般に関する制度改革が同時に行われ、それまでの「特別医療費保険」に代わり、「長期療養サービス保険」が導入された。これは、長期医療保険の急激な費用増を受け、保障内容を見直し、サービス提供の効率化等の観点から、長期療養サービス保険でカバーすべき保障内容を限定し、それ以外のサービスを地方自治体による社会支援等のサービスへ移管する等の内容となっている⁶⁵。

イ. 第2層 短期医療保険

短期医療保険は、医療保険の中でも特に集中的に改革が行われてきたが、2006年の改革では、全国民の強制加入と「管理競争(Regulated Competition)」の本格的な導入が進められた⁶⁶。1970年代からの医療費の増大や経済環境の悪化を背景に、政府は、価格規制や総予算枠制等、医療サービスの供給サイド(医療サービス提供者)に対して規制を強化した⁶⁷。しかし、その結果としての医療資源配分の非効率、医療サービスの質の低下を受け、出された改革案である「デッカー・プラン⁶⁸」において提唱されたのが「管理競争」である⁶⁹。

⁶⁵ 大森正博「オランダの長期療養・介護制度改革」(健保連海外医療保障 No.107 2015年9月 健康保険組合連合会)

⁶⁶ 大森正博「オランダの長期療養・介護制度改革」(健保連海外医療保障 No.107 2015年9月 健康保険組合連合会)

⁶⁷ リチャード・C・バン クリーフ「オランダの医療制度における管理競争—前提条件と現在までの経験」(財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」平成24年第4号(通巻第111号)2012年9月)

⁶⁸ 1980年代後半のオランダでは、医療資源配分の非効率化、医療サービスの質の低下を受け、統制ではな

② 管理競争

「管理競争」とは、従来の政府による直接規制とは異なる市場志向型の概念で、以下のような特徴を有している⁷⁰。

- ・ 完全な自由競争ではない（政府が一定の規則・制限を定めている。）。
- ・ 社会保険の原則である公平性、すなわち、全ての個人の医療サービスへのアクセスの保証を確保しつつ、保険者や医療機関へ競争のインセンティブを与え、競争の結果、医療システム全体が効率的に運営されることを意図したものである。

管理競争の考え方は徐々に取り入れられたものの、その本格的な導入が実現したのが 2006 年の改革であり、次のような変化をもたらした⁷¹。

- ・ 第 2 層の短期医療保険は、それまで加入対象者に応じ三つの保険（強制及び任意）に分かれていたが、強制加入保険に一元化され、国民皆保険となった。
- ・ 保険者に民間保険者（営利組織）が参入可能となった。
- ・ 被保険者による保険者の自由選択が可能となった。
- ・ 医療サービスの価格と質について、保険者と医療サービス提供者との間で自由交渉が可能となった。
- ・ 保険の免責部分の導入と、これに伴う保険料減免に関して、免責額拡大を被保険者の責任の下で自由に選択可能となった。

③ リスク調整

また、市場原理を活用する一方で、自由な市場機能の下で生じ得る不均衡に対してはリスク調整（被保険者間のリスクの高低差につき保険者への資金提供等で調整すること。後述参照。）を行うことで、保険者の公平な競争状態を確保している。

図表 23 において資金フローから見た全体の仕組みを示すとともに、その特徴点を列挙する⁷²。

く当事者（医療機関・保険者）の誘因に働きかけた効率化が模索された。そこで、発足したデッカー委員会が、社会保険の原則である公平性（全ての個人の医療サービスへのアクセスの保証）を確保しつつ、保険者・医療機関への財政的規律付けを通じた効率的運営の促進を目指し提示した、従来の政府による直接規制とは全く異なる市場志向型の改革案（1987 年）がデッカー・プランである（佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」（会計検査研究 36 号 2007 年 9 月）より抜粋・要約）。

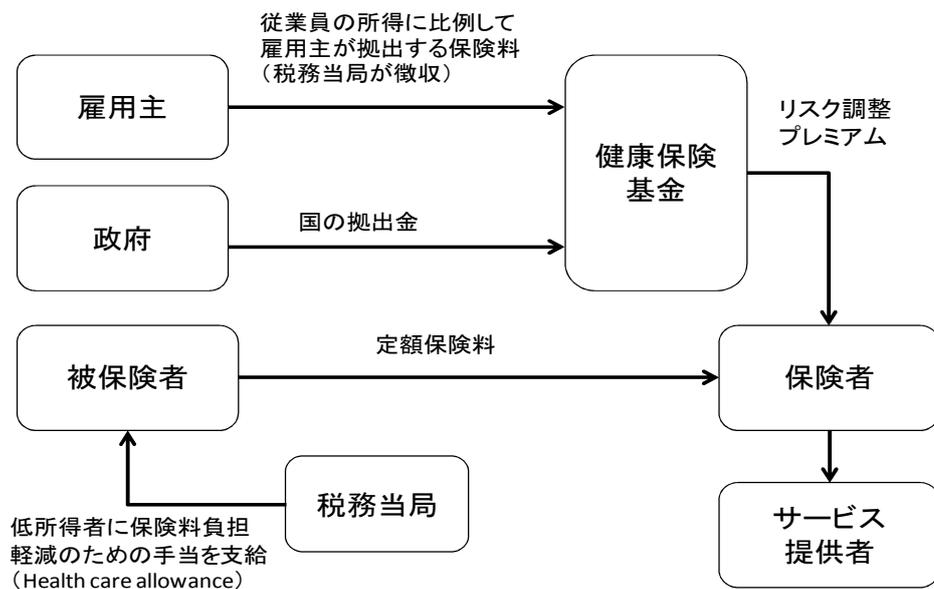
⁶⁹ 佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」（会計検査研究 36 号 2007 年 9 月）

⁷⁰ 佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」（会計検査研究 36 号 2007 年 9 月）

⁷¹ リチャード・C・バン クリーフ「オランダの医療制度における管理競争—前提条件と現在までの経験」（財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」平成 24 年第 4 号（通巻第 111 号）2012 年 9 月）及び大森正博「オランダにおける医療制度と保健事業の動向」（健保連海外医療保障 No. 102）

⁷² 佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」会計検査研究 36 号

図表 23 短期医療保険の資金フロー（リスク調整を含む。）



※ The European Observatory on Health Systems and Policies “The Netherlands Health system review” (Health Systems in Transition Vol.12 No.1 2010) を参考に作成

- ・ 被保険者が支払う所得比例保険料は賃金から源泉徴収されるが、雇用主は当該保険料負担を賃金に上乗せして補償する義務があるため、実質的に雇用者による拠出といえる。これは直接保険者に支払われるのではなく、一旦、健康保険基金に集められる。
- ・ 健康保険基金は各保険者に加入している被保険者のリスクを調整した「リスク調整プレミアム」を配分する。
- ・ 被保険者は保険者を自由に選択することができ、各保険者が定める「定額保険料」を支払う。
- ・ 低所得者に対しては、政府が「定額保険料」に対し補助を行う。
- ・ 保険者は医療サービス提供者と自由に契約することができる。

また、リスク調整の内容及び効果は、次のとおりである⁷³。

- ・ 被保険者の年齢、性別、居住地、障害の有無等からリスク量を算定し、保険料を配分する仕組みにより、リスク調整が行われる。
- ・ 被保険者間のリスク調整を精緻に行う仕組みを設けることにより、各保険者の財務内容や経営効率の違いだけで、保障内容や保険料に差がつくような競争状態を作り出す。
- ・ 加入希望者を全て受け入れることを各保険者に義務付け、全ての国民が保険に加入する権利を保障している。

⁷³ 佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」（会計検査研究 36 号 2007 年 9 月）

(2) 医療サービスの提供主体のガバナンス設計

上述のような管理競争モデルの導入により、保険者は、政府による一定の規制の下に、安価かつ高品質な医療を求めて、医療機関との交渉を経て診療報酬を決定し、契約することができる。このように、医療サービスの調達者である保険者に医療サービスに対する交渉権・決定権等が確保されている。

続いて、医療サービスの提供主体の組織特性、ガバナンス及びそれを取り巻く規制・監督の環境はどのように構築されているかについて概括する。

まず、オランダの医療サービスの提供主体となる組織とはどのような性質を有しているのかを、歴史的な視点も交えてまとめると次のようになる。

オランダでは、医療だけでなく介護等の福祉や教育等の公共的なサービスは、ごく一部の公的組織によるものを除き、ほぼ全てが民間非営利組織により提供されており、非営利組織が重要な主体となっている。オランダにおける非営利組織の発達は、オランダ社会の歴史的な産物ともいわれている。すなわち、キリスト教の各宗派が、社会的、政治的に強い影響力を有し、福祉・医療・教育・文化等の各分野でサービス提供を担う組織が形成されたという歴史があり、今日では宗教色は薄れたものの、それらの組織が、現代においても公共的サービスの提供という役割を担い続けている⁷⁴。

次に、医療サービス提供主体の大部分が民間非営利組織であることを踏まえ、オランダの非営利組織の組織的特徴について、法律要件を中心に紹介する。事業内容等に関わりなく非営利組織全般に課せられる要件、言わば最低限のルールを前提に、社会活動に係る特定の分野に対する法律等において必要なルールが付加される構造となっている。

オランダでは、組織法上、associations 及び foundations という組織形態の定義においては、それらの非営利性 (nonprofit) を特徴として挙げている。また、市民法上の観点からは、非営利組織は、メンバーシップ組織 (associations) とメンバーシップのない組織 (foundations) のどちらかに分類される。なお、associations と foundations は、それぞれ我が国で言うところの「社団」と「財団」であるため、以下では「社団」「財団」と表記する。

オランダの非営利組織においても「非分配」が原則となるが、社団の場合は、定

⁷⁴ 川口清史「ヨーロッパの福祉ミックスと非営利・協同組織」(1999年8月 大月書店)に以下の記述がある。

「非営利組織の発達は、オランダの歴史的遺産である。すでに述べたように、オランダ社会は信仰心が厚く、いくつかのキリスト教の宗派が社会的・政治的に強い影響を及ぼしてきた。この影響は、今世紀初頭から1960年代まで続いた。」「改革派プロテスタント、カトリック、社会主義者をはじめとする非宗教的社会組織は、教育、福祉および医療サービス、文化、労働組合、経営者団体そして政治などの分野で、さまざまな組織を確立していった。これが、『柱状化』(ピラライゼーション)である。」「1960年代初頭より、社会全体での信仰が薄れていくにつれ、(省略)各ピラー内部の強力な結びつきは薄れ、ピラー間に分断されていた組織は互いに協力しあうようになって、ときには枠を越えて合併している。」「近年、オランダ社会は、西側諸国のなかでもっとも非宗教的な社会へと変化をとげ、また諸団体は概して宗教・イデオロギー的バックグラウンドを失ってはいる。しかし、それらの諸組織は存続しつづけ、いまや専門的サービス供給者へと発展している。」

款に制限する規定がない限り、清算時にはメンバー（社団の構成員である社員を指す。以下「社員」という。）に対し剰余財産の分配がある。ただし、公益に関連する社団の場合は、定款には分配を許容しない旨の規定があることが通常である。そのため、実際には、剰余財産の社員への分配は、社員が活動資金の調達を担うような共通利益型の社団に対してのみ正当化される⁷⁵。

以下に、これら二つのタイプの組織について、特徴や機関構成等に係る項目をまとめたが、そのうち、ガバナンスに関係する部分について要約する。

まず、組織内のガバナンスであるが、役員会（management board）の役員は指名・解任権を有し、また、役員が職務上の責任・義務を負うのは、社団の場合は社員総会となるが、財団の場合は社員総会に相当する機関はなく、必置であるのは役員会のみである。定款での規定等を条件に、監督委員会（supervisory board）等を設置することも可能だが、法定の機関が役員会のみであることを前提に、財団に対する裁判所による外部監督機能は広範なものとなっており、必要に応じ役員会の経営内容の監督や役員任免を行う。しかし、裁判所の外部監督機能の発揮は日常的なものではないので、ベストプラクティスに基づく行動規範やガバナンス・コードによる自主規制の領域となる。

⁷⁵ Klaus J. Hopt and Thomas Von Hippel “Comparative Corporate Governance of Non-profit Organizations (International Corporate Law and Financial Market Regulation)” Cambridge University Press, 2010.

図表 24 社団 (association) と財団 (foundation) の機関構成

項目 (注1)	社団 (association)	財団 (foundation)
設立	公式 (公証人による認証)、非公式	公式のみ
メンバーシップ	あり	<ul style="list-style-type: none"> なし メンバーシップの禁止 社員総会と同等の機関を持つことの禁止
定款	公式設立の場合のみ必須	定款の記載事項は法定されている。その内容は、財団の目的、管轄の自治体、役員会の役員の指名・解任方法、財団解散時の残余財産の行き先、又はそれがどう決定されるか等である。
機関		
社員	あり	なし
社員総会 (権限)	必須 役員の指名・解任、役員会からのアニュアルレポートの受領、定款変更、重要事項の意思決定 (法律や定款で他の機関に移譲されない限り法人の全ての権限を有する。)	なし
役員会 (職務・権限) (対社員総会)	必須 法人経営 (目的達成のためのあらゆることの実施)、法人の代表権の保持 社員総会に対する責任・義務 (招集、総会での法的に有効な意思決定を確保するための業務)	必須
その他の機関		
監督委員会 (職務・権限)	<ul style="list-style-type: none"> 任意 大規模又は事業型の社団では設置されることが多い。 他の機関も含め、定款により設定可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> 任意 市民法では財団について役員会以外に必須の機関を定めていない。定款で必要な機関を設定できるが、定款変更の権利を持つ機関についても法での規定はない。 事業型の財団では監督委員会が設置されることが多い (注2)。
(委員の任免)	定款規定によるが、多くは社員総会	定款規定
役員 (役員の責任・義務)	忠実義務が課せられており、適切に果たさない場合は損害賠償責任を負う。	
(責任解除)	社員総会で責任解除の申立てが可	法律上明確な規定なし (定款で定めた)

項目（注1）	社団（association）	財団（foundation）
（役員の報酬）	場合のみ可）	
（役員の任免）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 無報酬 ・ 従業員との兼務が可能であり、兼務する従業員としての労働に対して報酬を支払うケースが多い。報酬の総額は監督委員会（又は社員総会）が設定している（注3）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 任免ともに法律上明確な規定はない。そのため、役員会による新役員の指名は一般的である。 ・ ただし、設立者の要望を定款で規定することが可能であり、特に事業型の財団では監督委員会が設けられ、そこが役員の任免権を持つことが一般的である。外部からの選任を規定することも可能である。 ・ 財団は、設置する機関を役員会に限定できるため、役員法の法・定款逸脱や経営ミスは裁判所による解任が法律で認められている。
財務報告 （大規模の場合）	会計年度終了後6か月以内 <ul style="list-style-type: none"> ・ 会社と同様の財務報告ルールを適用するが、大規模の場合、多くは多額の助成金受領や公益業務実施により、活動分野に関連した特定の公会計と財務報告のルールに従うことになる。 ・ 当局への報告義務はない。 	
外部の監視		
行政	設立時及び存続中、いずれにおいても行政による監督はなし	
裁判所	社員総会が十分な監視機能を有すると考えられるため、外部の監視は限定的であり、内部が紛糾した場合に裁判所が介入する。	内部の監視機能に乏しく、役員会の監視が必要なため外部からの監視はより広範で、裁判所がその任に当たる。
監査	大規模の社団と財団は、登録会計士による財務諸表監査が要求される。税務当局は監査を要求しない。	

（注1）英語原文の表記は次のとおりである。

社員：member

社員総会：general meeting

役員会：management board

監督委員会：supervisory board

役員：board member

（注2）社会活動の特定の分野の法律、例えば、公的ヘルスケア、公営住宅、大学病院等では、監督委員会の設置が規定されている。

（注3）教育、ヘルスケア、ファンドレイジングのような幾つかの分野では、兼務役員の職員部分の報酬は公務員の給料とリンクしている。

※ Klaus J.Hopt and Thomas Von Hippel “Comparative Corporate Governance of Non-profit Organizations (International Corporate Law and Financial Market Regulation)” から抜粋・要約して作成

オランダの医療サービスの提供主体となる組織は、非営利組織として、上述のような社団、財団いずれの形態であるかに応じた一般的な規定のほか、事業として医療サービスの提供を行うことから、医療分野の法律における関連規定を遵守する必要がある。また、医療分野における規制機関の監督下にある。

その主なものを列挙すると次のとおりである⁷⁶。

- ・ 医療保険制度において、医療サービスを提供する組織は、医療機関の認可に関する法律（WTZi）に従い、認可を受ける必要がある。当該法律では、利益を得ることが可能な医療機関の種類について規定しており、外来診療のみの提供であればそれが認められるが、入院患者のケアの場合は利益を得ることは認められないこととなっている。また、開業のライセンス取得のため、管轄省庁による予算ルールに従い、次のような透明性の要件を満たすことが求められる。
 - 日常的経営従事者以外から成る監督委員会を設置する。
 - 組織体制を定款に明記する。
 - 監督委員会の決定は、患者団体等による独自調査の対象となる。
 - 医療機関（組織）内における責任関係を文書化する。
 - 決算書上、ケア事業の収益と他事業の収益を区分掲記する。
- ・ 個人の医療専門家については登録とライセンス保持が必要であり、また、医療専門家に対する検査機関がある。専門家団体が自主規制により訓練とライセンス付与を行う。
- ・ オランダ医療サービス庁（NZa）は、ヘルスケアマーケットを監督する役割を果たす。また、消費者保護のためのマーケットの透明性確保に向け、医療サービス提供者や保険者に対しルールを課す。

⁷⁶ Willemijn Schäfer, Madelon Kroneman Wienke Boerma, Michael van den Berg, Gert Westert, Walter Devillé, Ewout van Ginneken “The Netherlands : Health system review” (Health Systems in Transition Vol.12 No.1 2010 The European Observatory on Health Systems and Policies)

V 持続可能な社会保障に寄与する非営利組織ガバナンス

本章では、前章までの検討結果を踏まえ、非営利組織における効果的なガバナンスの在り方を検討した上で、そのようなガバナンスを担保するためにはどのような環境整備が必要となるかについても考察する。

1. 効果的なガバナンスの実現

(1) 経営理念、組織目的、経営目標の明確化

組織がどのような理念の下に、誰に対して、どのような価値を提供することを目指すのかという組織目的は、組織運営の基盤となるものであり、これが文書化され、組織メンバーに共有され、理解されることが重要である。

経営理念や組織目的を明確にするとともに、これを具体的な経営目標に落とし込むことによって、事業戦略・計画の策定につながる。それによって、戦略的な行動と資源（人・モノ・カネ）の配分が可能となる。どのような組織でも、財政的、人的、環境的制約の下で運営されているが、理念を基礎としながら経営目標と戦略が構築されることによって、理想と現実との橋渡しができ、結果として、組織目的の実現につながる。

また、これらの経営理念や組織目的は、役員や職員といった組織の構成員に共有されることによって、皆が同じ方向を向き、行動することができる。組織が社会に対して生み出すべき価値とそのビジョンが提示されることによって、スタッフの意識啓発とモラル向上、更には創造性の発揮につながることを期待される。

(2) 経営（執行）機能と監督機能

非営利組織においても、企業と同様に、経営（執行）を担う主体（経営者）と、経営状況を監督する主体が必要である。非営利組織においては、理事長等を経営者と位置付けて理事会が監督機能を担う形態、理事会が経営機能を担い評議員会や社員総会が監督機能を担う形態、理事会と評議員会とが監督機能を分担する形態等、その機関構成と役割分担については多様な形態が考えられるが、経営（執行）と監督の両機能が有効に機能するよう組織体制が構築され、運用されることが重要である。

(3) 評議員会・社員総会による監督

組織がその組織目的の下、ステークホルダーのニーズを反映した経営が行われているかどうかを評議員会又は社員総会が監督する上で、ステークホルダーのニーズを代表して参画する者が監督組織の構成員となることが重要である。参画することとなるステークホルダーは、自らの直接的な利害に固執することなく、中長期的かつ広い視点を持ち、公益及び組織目的の実現に向けて責任ある態度を保持していることが重要である。患者会、従業員組織（労働組合等）、保険者団体等の既存のステ

ークホルダーのネットワーク組織や地域保健医療協議会、地域ケア会議といった地域レベルで設置される医療・介護についての協議会との連携も期待される。

受益者や資源提供者等のステークホルダーは、組織の存続、サービスの質、経営効率の状況に影響を受けるが、保険料支払額や直接受けるサービスの費用対効果等、自らの直接的な利害に関わる事項には関心を有するものの、組織全体の経営状況に関心を持たない場合も多いと考えられる。その一方で、これらのステークホルダーの関心や期待、懸念を、広く、かつ早いタイミングで吸い上げて経営に反映することは、ステークホルダーのニーズに合う形で医療や介護といったサービスを提供していくことにつながる。また、経営上の課題を積極的に伝達していくことによって、組織とステークホルダーとの信頼関係を築き、病床の削減、施設や組織の統廃合といった直接的な利害に関わる事項に影響する問題に発展する前段階でのステークホルダーの理解を得て、円滑な経営を進めていくことに貢献することが期待できる。

一方、Ⅲで指摘したとおり、評議員会や社員総会が形式的な存在となり、実質的に監督機能を効果的に発揮できていない場合も多い。理事会についても同様の問題は起こり得るが、多くが組織外のメンバーから構成される評議員会や社員総会において、そのような問題はより生じやすいと考えられる。特に、我が国においては歴史的に経営と監督の分離が進んでいなかったこともあり、監督機能の整備・運用についての必要性、理解及びノウハウが蓄積されていないという課題も背景にあると想定される。さらに、直接の経済的利害関係を有する株主によって構成される株主総会が存在する会社組織と異なり、非営利組織におけるステークホルダーは、比較的緩やかで多様な利害関係によってつながっていることも、形骸化の要因として挙げられる。

以下では、非営利組織における監督機関が有効に機能する上で重要と考えられる要因について、評議員会に焦点を当てて検討する。

① 評議員の選任と構成

非営利組織の目的達成に向けて監督機能を発揮することのできる適任者が、評議員に選任されることが重要である。企業においても、取締役の選任要件（クライテリア）を定めることも多くなっている。例えば、組織目的を共有し、目的達成に向けた意欲を有する、組織監督をするための経験や専門性を有する、組織及び役員から独立している、特定領域に偏らず多様なメンバーによって構成されるといった要件が考えられる。また、選任のプロセスが明確になっていることも重要である。

② 役割と責任の明確化

評議員会及びその構成員たる評議員が、どのような役割を担い、どのような責任を負うかが明確になっている必要がある。ステークホルダーのニーズに対応し

た公益性の発揮や経営効率の担保、理事及び監事の選解任といった最低限の領域を制度的に整備しつつ、個々の組織内で、評議員会の役割と責任について十分に議論・検討された上で、文書化されることが望ましい。

③ 組織理念及び経営方針の存在

評議員会では、機関構成等の組織運営の在り方と状況、重要な経営課題、事業計画等の中核的なトピックが議論されるが、そのよりどころとなるのは、組織理念や経営方針である。本章冒頭でもその必要性を指摘したが、これらの事項は、評議員会が有効に機能するための重要な基盤となる。

④ 透明性

評議員会は、非営利組織の中と外（ステークホルダー）の間をつなぐことによって、その経営を社会の要請に適合したものとする役割を担う。したがって、評議員会がステークホルダーからの信頼を得ていることが重要であり、そのためには、評議員会の透明性が担保される必要がある。特に、評議員会の設置、役割、構成、選任方針、運営状況等について、情報開示がなされるべきである。透明性を高めることによって、評議員会の形骸化を防ぎ、組織目的の達成に貢献する観点からの適切な監督行為を担保する効果も期待できる。

(4) 理事会運営と経営機能の強化

非営利組織がその目的を達成する上で、重要な業務執行を決定するとともに理事長を含む理事の職務執行を監視する責任を負う理事会が、有効に機能するよう運営されることが重要である。

さらに、その経営機能を強化することも不可欠である。組織目的を達成するための戦略を立案し、具体的な行動に落とし込み、結果をレビューし、改善に結びつける一連のプロセス、すなわち PDCA サイクルを有することが重要である。それによって社会のニーズに応え、収益性や生産性を高め、リスク低減にもつながると考えられる。

以下、組織の経営機能を高めるための方策を列挙する。

① 理事構成と経営人材の積極的な登用

理事会は、重要な業務執行事項を決定する機関であり、組織の向かうべき方向や経営課題について組織内外の多角的知見に基づき闊達な議論がなされ、迅速な意思決定がなされるかどうか、組織の成否を決定付けると言っても過言ではない。また、理事相互の牽制が効果的に働き、理事長等による専横を防止することも重要である。このような理事会の有効性を担保するためには、組織目的、事業内容及び特性並びに経営課題に照らして適切な理事によって理事会が構成され

ることが極めて重要である。

ここで、我が国の医療法人については、医療法において、開設する全ての病院、診療所又は介護老人保健施設（指定管理者として管理する病院等を含む。）の管理者を原則として理事に加えなければならない旨が規定されていることから（医療法第47条第1項）、多くの医療従事者が理事として選任されていることが想定される。一方、社会福祉法人については、施設を経営する法人においては、少なくとも1人の施設長を理事とすることが求められる⁷⁷。

法人全体について効果的な経営判断がなされるとともに、理事相互の牽制を働かせる観点からは、医療や介護といった領域の専門家だけでなく、企業を含む組織経営の経験が豊富な者や、法律・会計といった領域の専門家が参画することが望ましい。特に、組織規模が大きくなり、複数の施設を有し、人材や技術への投資が必要となってくる段階においては、組織全体の経営資源を効果的に配分することと併せて財務管理を徹底することが求められ、財務、戦略、法務等についての最高責任者を置くとともに、理事が業務執行理事として法人経営に参画することが重要となる。さらに、業務執行理事では不足する知見や経験を補うとともに、理事への監視機能を強化する観点から、非業務執行理事として組織外の人材を登用することも考えられる。

② 役員報酬

先述のとおり、理事は非営利組織の経営において極めて重要な役割を担う。理事会が効果的に機能するためには、その役割と責任に見合った適切な役員報酬が支払われることが重要である。無報酬の理事であっても、高い意識を持って組織経営に貢献する者も多いと思われるが、無報酬の理事によって構成される理事会が形骸化することも多く、理事長等の特定個人に権限と責任が集中する要因ともなる。

③ 本部機能の強化

理事会が効果的に運営されるためには、組織全体の状況についての情報を取りまとめ、戦略の立案、モニタリング及び分析をし、理事会に報告できる体制が構築されている必要がある。小規模組織においては、財務等の担当理事が兼務せざるを得ないが、一定規模以上の組織においては、経営直属の本部機能を果たすチームが存在することが欠かせない。

④ PDCA プロセスの構築と運用

効果的な経営が実現されるためには、組織全体のビジョンや長期目標の下、中長期的な戦略と事業計画や資金計画を策定し、当該戦略や計画に基づいて毎期の

⁷⁷ 平成28年改正社会福祉法第44条第4項

活動が遂行されることが重要となる。また、毎期の活動は、当初の戦略や計画に対してどうであったかがレビューされ、更なる改善に向けた課題が明らかにされる必要がある。このような経営のPDCAサイクルが構築、運用されていることを理事会は担保するとともに、評議員会や外部への情報開示においても、戦略及び計画に基づき財務及び非財務に関する実績が報告されることが望ましい。

(5) 実効性ある監事監査

監事には、理事の職務執行を監査し、理事が作成した財務書類等を監査することが求められる。また、必要な場合には理事及び使用人に対し事業の報告を求め、法人業務及び財産の状況を調査する。コンプライアンスの観点からは、組織が法規制を遵守しているかどうか、そして、ステークホルダーの権利が適切に保護されているかを監査する。監査の結果、問題が生じている場合には、理事会に対して報告し、改善要請又は差止め請求をする。また、必要に応じて評議員会又は社員総会に報告する。

このように、監事は法人経営が適切なものとなるための重要な役割を担う。したがって、監事監査が形骸化せず、実効性を持ったものとなるための措置が必要である。以下では、監事監査の実効性を高める上で有効と考えられる方策を列挙する。

① 適任者の選任

評議員と同様に、監事についても必要な能力と経験を有する者が選任されることが重要である。非営利組織の運営する事業や業務、内部統制、会計、コンプライアンス、監査業務等についての知識及び経験が重要となるが、1人でこれらの領域全てを網羅することは難しい。充当することのできる経営資源にも限界があるが、複数の監事が就任することによって、監事機能を有効に発揮するための専門的知見や経験を網羅するとともに、監事相互での協力や牽制も期待される。

② 客観性・第三者性の確保

監事には、理事会や代表理事の業務を監査することが求められる以上、一定の独立性を担保する必要がある。事業に対する理解や専門性を有することを考慮すれば、当該組織の出身者が監事となることも考えられるが、独立した立場にある独立監事と共同で監査に従事することが望ましい。

③ 監査時間の確保と適正報酬

監事監査が形骸化する要因として、監査時間が極めて限られていること、無報酬又は報酬水準が非常に低いこと等が多いと考えられる。組織規模や業務の複雑性によっても異なるが、監査の質を確保するためには、一定程度の時間と報酬が必要である。特に、期末に数日間、書類を対象に監査を実施するのみで視察や立

会を伴わない状況では、実効性ある監査は期待できない。理事会に出席する、現場を視察する等、実態を把握するための継続的、体系的かつ網羅的な対応を併せて行う必要がある。

④ 業務規範の存在

監査基準等の業務規範は、監事の責任意識を高めるとともに、監査実務を体系的かつ実践的なものとする上で非常に有効である。例えば、公益社団法人日本監査役協会は、「監査役監査基準」（昭和50年3月25日制定 平成27年7月23日最終改正）を発行しており、その中で、監査役の職責と心構え、選任、独立性、報酬、環境整備、業務監査と会計監査の方法と留意点、監査報告といった事項についての規範を示している。会社と非営利組織で、組織規模や特性の違いはあるが、このような規範が明確になることによって、個々の監事が自らの役割と責任を理解して、効果的に監査を実施する手助けになるものと考えられる。

⑤ 所轄庁・会計監査人との関係と役割及び責任の整理

限られた資源の中で、効率的かつ効果的に監査を実施するためには、選択と集中が必要である。非営利組織に対して所轄庁や会計監査人による監査が義務付けられていることも多く、監査を受ける側となる組織にとっても、監査対応に多くの手間と時間を要することになる。限られた経営資源の下で監査の有効性を高め、全体としてのガバナンスを担保する観点からは、所轄庁、会計監査人及び監事が、それぞれどのような役割を果たし、どのような責任を負うべきかを明確にする必要がある。

なお、会計監査の前提として内部統制が整備・運用されていることが求められるが、このような外部の目が、ガバナンス改善に向けたインセンティブとなるとともに、監事との協働を通じて、効果的な監査・監督機能が発揮される契機となることが期待できる。

(6) 情報開示と評価

Ⅲで触れたように、非営利組織の情報開示制度は強化されつつあるが、情報の質、非財務情報の開示、情報アクセスの問題等の課題も多い。

非営利組織がステークホルダーに対して、組織の目的、課題、活動状況、財政状態及び成績等を伝えることを情報開示の目的とするのであれば、ステークホルダーにとって分かりやすい形で伝達されるとともに、容易にアクセス可能な状態でなければならない。そして、そのためには、行政目線からステークホルダー目線への転換が必要である。非営利組織が自ら積極的にウェブサイトを活用して情報開示の取組を進めることも重要であるが、情報開示の簡素化と柔軟化を促すための制度的な対応も期待される。さらに、非営利組織の情報を、容易に検索し、比較することの

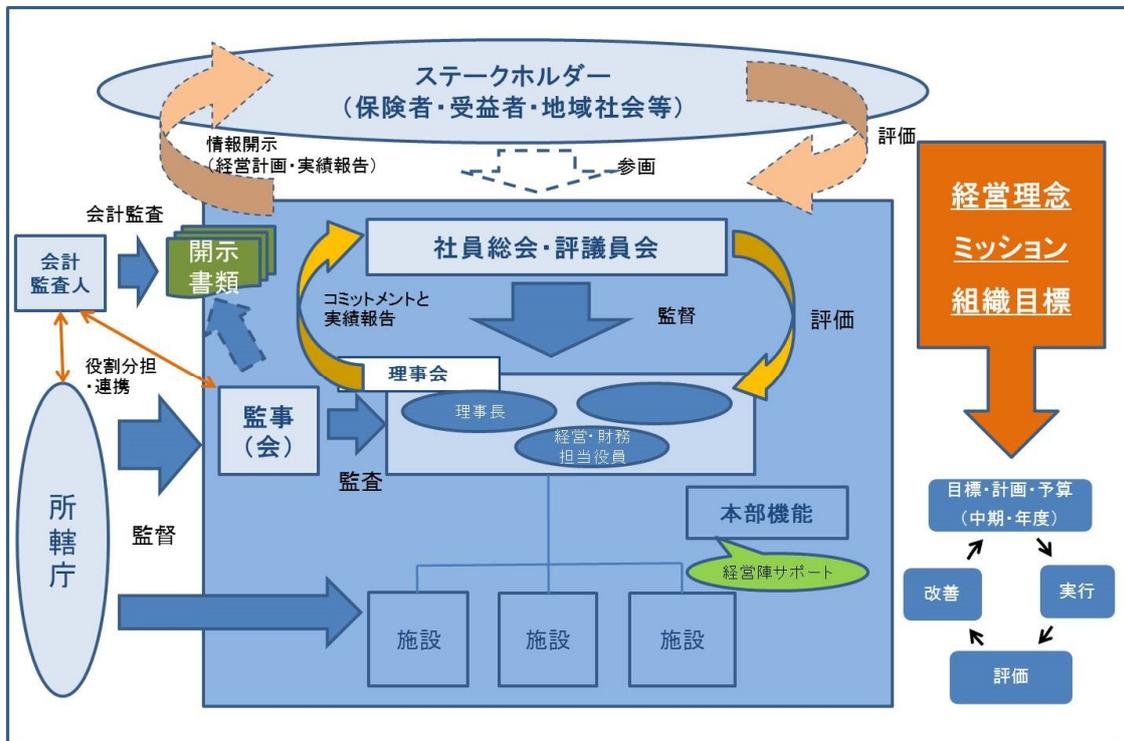
できるポータルサイトが存在すれば、一般のステークホルダーにとっての利便性は更に高まる。

また、以下のようにマネジメント、監督、報告（情報開示）、フィードバックという一連の流れが繋がって機能することも重要である。このように、PDCA サイクルを組織内部で閉じたものとせず、ステークホルダーにも開かれたものとすることによって、ステークホルダーのニーズを組織経営に反映することができるとともに、緊張感のある経営を実現できる。コンプライアンス・コストの低減（情報を作ることを目的化しない。）につながり、経営上意味のある情報を、コスト効率よく伝えることができる。

- ① 経営計画（中期計画、年度計画）の策定と理事会による決定
- ② 評議員会又は社員総会への報告（評議員会又は社員総会による承認）
- ③ 計画の実施と理事会による進捗管理と実績評価
- ④ 評議員会又は社員総会への実績報告
- ⑤ 評議員会又は社員総会による決算承認と翌年の事業計画及び予算の承認
- ⑥ 年度の活動、成果、財務状況についての情報開示
- ⑦ ステークホルダーとの対話とフィードバック
- ⑧ 経営課題についての経営計画への反映、事業活動の改善

以上の各点を、全体イメージとして図示すると図表 25 のとおりとなる。

図表 25 非営利組織におけるガバナンス



2. 自立した経営と強固なガバナンスを担保する環境整備

(1) 組織規模の拡大と機能明確化

非営利組織における経営機能と監督機能を高めるためには、組織全体の管理に割くことのできる財政的資源が必要である。そのためには、非営利組織における経営資源の集約と規模拡大が欠かせない。

また、近年、地域全体で連携して医療や介護を支える観点から、地域医療連携や地域包括ケアが推進され、各組織は自らの機能を明確化することが要請されている。これらの取組は、主に、医療や介護に関するハード・ソフト面の最適配置と機能分化を図るとともに、効果的かつ効率的なサービス提供の観点から進められているものであるが⁷⁸、ガバナンスについても法人間で連携又は一部共有することも考えられる。例えば、参画する医療や介護事業を行う非営利組織について、地域レベルで共有的な評議員会等の監督機関を設置することが考えられる。平成 27 年の医療法改正により、地域医療連携推進法人の設立が可能となったが、同法人の社員は医療法人等の参画法人に限定される。また、地域医療連携推進協議会から理事会への意

⁷⁸ 地域連携の代表的な施策として、都道府県単位で地域医療構想を策定する旨が定められた。平成 27 年度から、都道府県において地域医療構想を策定し、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すことが求められる。各医療機関は、同構想に基づき、自主的な取組と医療機関ごとの相互協議を通じて、機能分化・連携を推進することが求められる。

見具申が可能となり、社員総会は意見を尊重した上で、統一的な医療連携推進方針の決定や医療連携推進業務に加え、予算・事業計画等へ意見を述べる等の形で参加法人の統括に当たることによって、地域包括ケアを推進するとともに、グループ病院の一体的経営により経営効率を向上する役割を果たすものとされる。ステークホルダーが直接的に監督機能を果たす仕組みは設けられていない等、比較的緩やかな枠組みではあるが、ステークホルダーと対話するためのガバナンスを地域内で共有するメカニズムとして機能することが期待される。

あわせて、それぞれの医療施設や介護施設が自らの機能を明確にすることは、他施設との差別化を図るとともに、経営資源の集約と専門性向上を通じて、コスト・ベネフィットを高め、ひいては組織基盤の向上につながることを期待される。組織間連携の在り方は、各施設の特長や地域ニーズに対応しつつ、グループ全体としてのガバナンスが効果的に機能する観点に十分に留意された形で設計されることが重要である。

(2) 組織資源の配分についての裁量

非営利組織が、自ら効果的な経営判断を実行するには、組織資源の配置を自ら決定できる環境が整えられている必要がある。非営利組織には、制度上、事業ごとの収支相償や事業間の資金移動に関する制約が要求される場合もあるが、将来に向けた投資や創意工夫ある経営の実現に向けては、経営資源の蓄積と投資、事業間の資金移動についての裁量が組織側に柔軟な形で与えられている必要がある。

一方、そのような裁量権が認められるための前提として、ステークホルダーへの情報開示、監督・監査機能等のガバナンスの強化が求められる。例えば、一定のガバナンス要件を満たす組織に限定して、資源配分についての高度な裁量権を認める等の制度的措置も考えられる。

(3) 行政監督

非営利組織が、地域や受益者のニーズを踏まえ、柔軟な経営を実践していく観点から自立的なガバナンスが求められるが、行政監督の在り方についても検討が必要である。IVにおいて紹介したように、イギリスでは、NHS 制度における医療サービス提供者（プロバイダー）の自治権拡大及びガバナンス整備と並行して、行政による規制の在り方を組織情報のモニタリングとリスク評価に基づく方法に転換した。我が国においても、医療や介護といった社会保障サービスを提供する組織における自立的ガバナンスを整備する状況下において、財務安定性、コンプライアンス、サービス品質の担保といった重要課題について、行政機関がそれぞれどのようなアプローチによって対応すべきかが問題となる。特に、我が国において、医療法人、社会福祉法人のいずれにおいても情報開示が充実されつつある状況において、開示情報を行政機関がどのように活用し、効率的かつ効果的な監督に生かしていくかが大

きな課題である。

(4) 経営人材を登用できる仕組みの存在

先述のとおり、非営利組織の経営機能、監督機能のそれぞれを高めていく上で、組織経営に精通した人材の登用や参画が効果的である。このような人材としては、企業経営の経験豊富な人材や法人運営に関連する専門人材が考えられる。そのためには経営人材が積極的に参画可能となる以下のような仕組みが欠かせない。

- ① 人材バンク等の人材ネットワークとマッチング支援⁷⁹
- ② 企業経営者や専門人材に対する社会保障や非営利組織運営に関する研修制度
- ③ 非営利組織に対する啓発活動と活用事例の紹介、ガイドラインの整備

(5) 非営利組織と協働するステークホルダーの存在

本研究報告では、非営利組織がステークホルダーと協働し、ステークホルダーが組織の監督に関与するガバナンスの在り方を提唱した。このようなガバナンスの前提として、非営利組織の公益性及び中長期的な目的達成、更には医療・介護等の業界の発展に関心と意欲を持ち、責任ある態度を持って行動するステークホルダーの存在が不可欠である。反対に、ステークホルダーが自らの利害のみにしか関心を持たず、組織や社会が抱える広範かつ現実的な課題に向き合わず、組織の中長期的な目的が共有されない場合には、ステークホルダーによる組織運営への参画は重大な混乱をもたらすおそれさえある。

また、非営利組織がその広範なステークホルダー全てと直接的なコミュニケーションを取ることは現実的には難しく、ステークホルダーを代表できる者の存在が不可欠である。そのような者は、ステークホルダーのニーズや懸念を吸い上げることによって、組織経営にこれを反映するよう努力する一方で、ときに組織が抱える全体的な課題や改善行動の進捗及び限界についてステークホルダーに説明する等の調整機能を果たすことが期待される。このような機能が果たされるためには、資源提供者、受益者、従業員等の各ステークホルダーが一定程度組織化されている、又は有効なネットワークが存在する必要がある。

IVで確認したように、イギリスにおけるNHSのプロバイダー組織であるNHS ファウンデーション・トラスト (FTs) においては、パブリック (地域住民)、スタッフ、患者等を組織のメンバーとするとともに、統治評議会を構成するガバナーの選任権を与えることによって、フォーマルな形でステークホルダーを組織構成員として位置付けた。このようなフォーマルな形で受益者や地域住民の参画を得る方式は、ステークホルダー側の社会参画意識と組織側の運営能力が前提となる。

⁷⁹ 例えば、経営に関する経験及び知見を有し、福祉に貢献する高い意思を持つ人材についてのネットワークや登録制度を設けることが考えられる。

(6) ベストプラクティスの蓄積と行動原則の策定

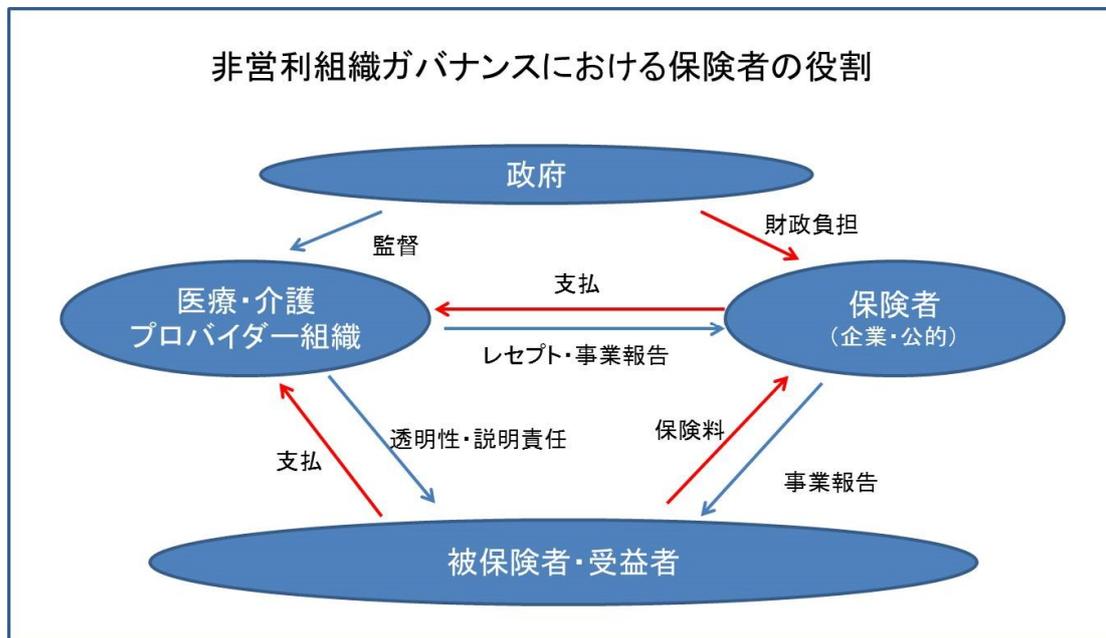
我が国における医療法人や社会福祉法人のガバナンス強化に向けた対応は緒についたばかりである。一律の規制による対応には限界があり、先進的な取組を促すことによって、ガバナンスと経営のトップランナーが生まれていくことが、本業界全体としての進展には欠かせない。また、そのような先進的な取組をベストプラクティスとして蓄積し、業界全体として共有していくことによって、そのすそ野を広げていく取組も重要である。

また、イギリスの例で紹介したように、ガバナンスについての行動原則をガバナンス・コードとして策定し、組織による採用を促す対応も効果的であると考えられる。我が国においても、コーポレートガバナンス・コードが策定され、コンプライ・オア・エクスプレイン方式についての理解も広がりつつある。罰則規定を伴う法制度とは異なり、その基本的な目的を理解し、当該目的を果たすためのアプローチについて一定の柔軟性を与える本方式は、発展段階にある非営利組織ガバナンスの進展に有効であると考えられる。あわせて、各機関（評議員会又は社員総会、理事会、監事）の構成員向けのガイドラインを整備することを通じて、実務面での進展が期待できる。非営利組織ガバナンスの発展に向けては、このような多面的な対応が重要である。

3. 非営利組織のステークホルダーとしての保険者への期待

IIにおいて整理したとおり、我が国の医療・介護制度の中では、健康保険組合や地方自治体等の保険者が保険運営の責任者となり、被保険者とサービス事業者との間の経済的資源を仲介する重要な役割を果たしている。また、保険者組織は、被保険者であり受益者である個人を代表する立場にもあり、被保険者の便益を向上させつつ、保険料を適切な水準に保つことが期待される。図表 26 は、社会保険制度における保険者の位置付けを可視化する観点から、各主体の関係についての要点を図示したものである。

図表 26 社会保険制度における各主体の関係図



このような我が国における保険者の位置付けから、保険者には、保険料の受託者として、サービス提供主体側において保険資源が効果的、効率的に利用されるよう担保する役割が期待される⁸⁰。保険資源の適正利用を図るための対外的アプローチとしては、医療・介護政策立案への参画や意見というマクロ的アプローチと、個々のサービス提供主体との対話等によるミクロ的アプローチが考えられる。前者については、既に我が国においても、医療計画の作成及び評価や診療報酬の改定プロセスに保険者側の代表者が参加する等により実現されている。一方、後者のミクロ的アプローチについては、保険者機能強化の重要論点として、多方面から指摘されてきた⁸¹。特に、保険者はレセプトや特定健診等を通じて被保険者の健康状況や医療についての情報を電子的に保有・管理しており、こうしたビッグデータの分析・活用や個人情報保護等

⁸⁰ 厚生労働省委託事業「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」（平成 25 年 3 月 みずほ情報総研株式会社）では、「被保険者のために質の高い医療が効率的に提供されるよう、医療提供側に働きかけることも保険者の役割である。」と指摘している。

⁸¹ 例えば、尾形裕也「「保険者機能」に関する考察」（2000 年 6 月 季刊社会保障研究 Vol. 36 No. 1 国立社会保障・人口問題研究所）では、医療政策における Empowerment（患者、消費者の権限の拡大）の重要性を指摘した上で、「個々の患者や消費者レベルの Empowerment には限界がある」との認識から、「これを補完し、支援するような保険者の役割、機能という位置づけが考えられる」と指摘している。また、我が国における医療のミクロレベルの効率性に課題があるとの観点も踏まえ、「被保険者及び医療機関の双方と医療サービス内容にまで立ち入った「対話」を行うことが基本である」と指摘している。島崎謙治「日本の医療：制度と政策」（2011 年 4 月 東京大学出版会）では、「保険者には、医療供給側と「対話」を重ねることにより地域医療を改革していくプレイヤーとしての役割が求められている」としている。さらに、経済界からの提言として、「経営者のリーダーシップによる健康経営の実践と保険者機能の発揮」（平成 28 年 2 月 15 日 公益社団法人経済同友会）では、保険者機能の中で、「医療の質や効率性を向上させるための医療提供側への働きかけ」が弱いことを指摘し、医療側と保険者の協働を通じた医療の質の向上について、経営者として積極的に関与する必要があることを提言している。

の課題があるものの、医療提供の有効性、効率性を高める上での高い潜在的な能力を有しているといえる。

IVにおいて整理したとおり、イギリスやオランダの制度においては資源提供者と資源受領者となるサービス提供組織との間に契約関係が存在し、当該契約プロセスを通じて、受託者として効率的かつ効果的なサービスが提供されるよう交渉するとともに、サービス提供組織を選択することができ、その結果として、サービス提供組織には生産性を高めるインセンティブが付与されることとなる。一方、我が国においては、保険者とサービス提供組織とが一对一の委託（契約）関係になく、「多」対「多」の関係にある。

このような保険者とサービス提供組織との関係性を前提とすると、保険者が社会福祉資源の受託者としてガバナンス上の機能を果たす方法としては、①サービス提供組織と計画や運営状況についての対話を持つ方法、②法人の監督機関（例えば、評議員会）に直接参画する方法の二つが挙げられる。我が国における「多」対「多」という保険者とサービス提供組織の関係や保険者側の対応リソースに制約があることを踏まえると、いずれの方法による場合であっても、都道府県等の地域レベルで複数の保険者が連携し、共同で対応することが重要と考えられる。

- ① 支払の多いサービス提供組織から開示された情報を吟味し、必要に応じてサービス提供組織と長期的な課題への対応や財務を含む課題について定期的な対話を持つ。
- ② サービス提供組織の評議員会又は社員総会に、少なくとも1人は保険者側からの代表者が参加する。メンバーとなった各代表者は、地域の保険者団体と連携して対応する。例えば、事業計画、決算報告の承認、理事の選解任等の重要議案については、保険者間で連携し、対応を決定する。

こうした保険者による医療・介護のサービス提供主体に対する監督機能の発揮に当たっては、課題も多い。先述のとおり、我が国においては保険者とサービス提供主体である事業者は契約関係にない。さらに、保険者は地方自治体や企業等の組織を基盤として被保険者のネットワークを形成している一方で、医療法人や社会福祉法人も特定地域で活動する法人もあれば、複数地域、更には全国的に事業展開している法人もある。そのような場合に、どの保険者が、どの法人のガバナンスに関与するかが問題となる。事業者である非営利組織からすれば、原則的には、最も利害関係の強い（すなわち、支払額の多い）保険者からの参画を得るべきとも考えられる。また、保険者が参加する全国団体等から代表者を選出して、対応する方法も想定される。

さらに、我が国においては、医療法人、社会福祉法人のいずれにおいても、小規模な事業者が非常に多いことが特徴的である。したがって、全ての事業者において保険者の参画を得ることは現実的ではない。ガバナンスに関わる他の課題と同様、資源提供者である保険者との対話や参画についても、大規模組織における先駆的な取組が

優先されるべきである。

加えて、保険者が参画するためのリソースや実務的負担も課題である。保険者の全国組織や地方自治体がハブとなり、保険者間の連携、調整及び教育等をサポートし、重要なステークホルダーとしての位置付けを高め、社会保障制度の持続性を高めていくことが期待される。

おわりに

本研究報告では、我が国における社会保障システムの持続可能性を高める観点から、社会保障制度の現状やサービス提供組織に関する状況を整理した上で、医療や介護といった社会保障サービスを提供する非営利組織に焦点を当て、組織ガバナンスの設計と基本的な課題を整理するとともに、効果的なガバナンスの在り方と、これを担保する環境について検討した。本研究を実施した背景には、我が国において、社会保障サービスの提供主体であるとともに、社会保障コストの支出主体である非営利組織について、コスト・ベネフィット、すなわち生産性を高めていくという観点からのインセンティブ設計とガバナンス構築がされていないという問題意識があった。検討に当たり参考にしたイギリスを始めとする欧州各国では、社会福祉を重視した政策を展開する一方で、提供されるサービスが多様な受益者（又は地域社会）のニーズに対応するとともに、その財政コストが過大なものとならないための、サービス提供組織におけるインセンティブ構造とガバナンスを実現する様々な仕組みが設けられている。本研究報告では、そのような諸外国における先例を参考としつつ、社会保障制度の特徴を含め我が国における現状に留意した上で、本領域の発展に向けた提案を取りまとめた。

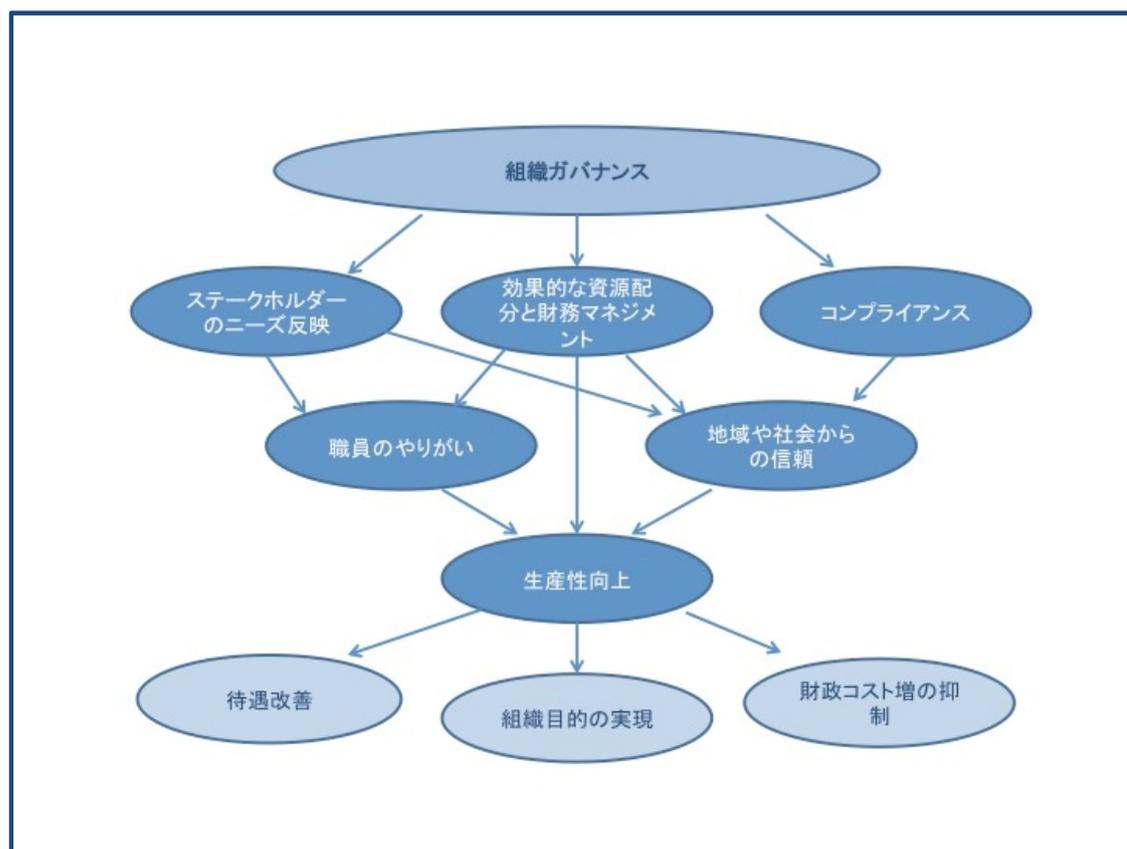
本研究報告では、組織の生産性向上という視点に度々言及しつつ、非営利組織のガバナンスについての検討を深めたが、最後に、改めてガバナンス構築の目的と期待される成果について述べる（図表 27）。

組織がステークホルダーとの対話を重視し、直接的・間接的な参画を得た経営を実現することによって、地域住民や受益者の期待や悩みを汲み取り、その経営に反映することができる。ステークホルダーのニーズを組織自身が理解し、対応に向けた行動を取ることによって、地域社会からの信頼を得ることにつながるだけでなく、組織の構成員である職員のやりがいを高めることにもつながる。また、法的要請や倫理上の規範を遵守することも、当然のことながら組織に対する信頼を維持する上で不可欠である。

加えて重要なのは、組織目的の実現に向けて、長期的視点と全体的視野を持って、限られた組織資源を効果的に割り当てるとともに、財務運営を実践することによって、組織の生産性向上につなげることである。ここでの生産性向上とは、組織利益の最大化を意味するものではなく、組織活動に充てられた経営資源（財務的な資源だけでなく、ヒト、モノを含み、広くはボランティアなどによる貢献も含む。）に対して、その社会的価値や活動成果を最大化するという意味においてである。経営陣には、個別の課題にその都度対応するだけでなく、組織の長期的課題を見据え、リーダーシップを発揮するとともに、組織内のかじ取りを効果的に実践する能力が求められる。また、職員のやりがいやモラル、コミットメントの高まりは、創造性を持って受益者や地域のニーズに応えていく組織行動につながり得るだけでなく、地域や社会からの信頼を得ることによって、更なる経営資源の獲得や取引コストの節減につながることも期待される。

このように、ガバナンスの強化は、全体として組織活動のコスト・ベネフィットを高めることを通じて組織目的の実現に寄与するとともに、組織スタッフにとって適切な労働環境を実現しつつ、財政コストを抑制する成果が期待される。我が国における社会保障の持続可能性を高めていく上で、限られた資源を最大限有効活用しつつ受益者や地域のニーズを満たすだけでなく、そこで働く人々が仕事に見合った報酬を受けながらやりがいを持って役割を果たすことのできる環境を構築することは不可欠であり、この観点からも、非営利組織のガバナンス構築を前進させることは重要である。

図表 27 組織ガバナンス構築によって期待される成果



医療法人や社会福祉法人のガバナンス改革が進み、その運用については緒についたばかりである。また、医療・介護に関する地域連携の動きも更に活発化していくことが見込まれている。実務において、先進的な取組が進むことが期待される一方で、様々な課題が明らかになっていくことも予想される。社会保障サービス提供組織における効果的なガバナンスの実現に向け、これらの事例を集約しつつ、改善に向けた取組をマクロ・ミクロレベルの両面において推し進めていくことが重要である。

以 上