

病院の経営形態比較と医療機関のあるべき姿 についての一考察

東山 勝彦

キーワード：医療を取り巻く環境、医療法人、社会医療法人、病院経営形態

1. はじめに

オーストリア・ウィーン出身の学者でマネジメントに関する世界的権威者であるピーター・ドラッカー（Peter Ferdinand Drucker）は、「組織は常に、進化していかなくてはならない」、「成功する企業というのは、問題ではなく、チャンスに目を向けている」そして、「事業を行うときは、次の4つの条件を満たしておかなければならない。まず経営環境、使命、強みが現実と一致していること。そして、それらの条件が互いに合致していること。そして、周知徹底されなければならない。さらに、たえず検証されなければならない」と名言を残している。

近年、医療を取り巻く環境は、高齢化社会の到来による傷病構造の変化、患者ニーズの多様化、医療技術の急速な進歩等にみられるように急激に変化している。また、社会保障制度についても、社会保障費の財政は崩壊寸前まで追い詰められている現状にある。

そこで本稿では、日本の医療機関を経営形態別に比較検討し、今後医療機関のあるべき姿について考察を行なう。なお、本稿の構成は次のとおりである。まず第2節では、医療を取り巻く環境、医療法の目的と変遷、医療機関数・病床数の年次推移、諸外国の医療事情、高齢者人口の推移、救急医療体制、政府の医療施策、病院経営の現状、医療機関の倒産、経営品質賞及び病院経営の現状から医療機関における問題点を探っていく。第3節では、経営形態別に、特に公立病院並びに医療法人、社会医療法人の病院に焦点をあて経営改善について、そして第4節では、資金調達、公的助成金等の活用など医療提供体制の整備の必要性について触れ、医療を取り巻く現状について、評価、分析を行なう。最後の第5節で、特に公立病院及び医療法人を含む民間病院としてのあるべき姿、さらには今後目指していくべき地域医療体制の構築についての提言を述べ結びとする。

2. 医療を取り巻く環境

日々刻々変化する医療を取り巻く環境等諸事情に対応すべく、医療に関する法整備等により医療体制の構築がすすめられているが、医療を提供する病院サイドとしても柔軟な対応が求められるところである。

2-1. 医療法の目的と変遷

医療法は、1948年（昭和23年）7月に施行され、医療に関する適切な選択支援、医療の安全確保、医療施設の整備、人的構成、構造設備、管理体制等必要な事項について規定することにより、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的としている。

医療法施行後の主な改正を列举すると、1985年（昭和60年）第一次改正では医療資源の地域偏在是正と医療施設の連携推進、1992年（平成4年）第二次改正では適切な医療提供のための医療施設機能の体系化と患者に対する情報提供等、1997年（平成9年）第三次改正では介護体制の整備、医療需要に対する医療提供、医療機関の役割分担の明確化と連携促進等、2000年（平成12年）第四次改正では高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため入院医療を提供する体制の整備等、2006年（平成18年）第五次改正では医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じ医療機能の連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ってきた（表1）。

現在、病床の機能分化、医療事故原因究明の第三者機関の設置、医師や看護職員確保対策等第六次改正が検討されているところである。

表1：医療法の改正の主な経緯について

改正年	主な改正内容等
1948年(昭和23年) 医療法制定	・病院の施設基準を創設
1985年(昭和60年) 第一次改正	・医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
1992年(平成4年) 第二次改正	・特定機能病院の制度化 ・療養型病床群の制度化
1997年(平成9年) 第三次改正	・診療所への療養型病床群の設置 ・地域医療支援病院制度の創設 ・医療計画制度の充実 ・地域医療支援病院、療養型病床群の整備、機能分担、業務連携
2000年(平成12年)第四次改正	・療養病床、一般病床の創設 ・医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
2006年(平成18年) 第五次改正	・都道府県の医療対策協議会制度化 ・医療計画制度の見直し ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付

(出典：医療法の改正の主な経緯について（厚生労働省 H24. 3）)

2-2. 医療機関数と病床数の年次推移

医療施設動態調査(厚生労働省)によると、2011年(平成23年)10月1日現在の病院¹数は8,605、病床数は1,583,073で、1990年(平成2年)から比較すると、施設数は約15%減少しているが、病床数はわずか5%程度の減少に止まっている(表2)。日本の病床数は国際比較において、人口千人当たりの病床数では、アメリカ3.1、イギリス3.4、フランス6.9、ドイツ8.2、韓国7.8に比べ、日本は13.8であり、極端に多い現状にある(2008年(平成20年)OECD諸国比較 厚生労働省調査より)。

医療法に基づき、全国を348の二次医療圏域に区分し、医療計画によって病床数の上限規制を敷くことで医療機関の数も制限されることとなっているが、現状は、休床状態の病床を抱え圏域において病床の適正配置が阻害されていることもみられる。また、都市集中化による病床過剰地域に至る一方で過疎地域においては病床が不足傾向となっており、地域の偏在化が顕著にみられる。

また、病院数は減少傾向にあるものの、特に医療法人の占める割合は増加傾向にあり、その割合は、全体の66.5%(医療法人を含む民間病院80.9%)、病床数でも53.9%(医療法人を含む民間病院69.7%)を占めており、日本の医療においては、医療法人が日本の医療を支えている構図となっている(図1)。

表2：病院施設数・病床数の年次推移

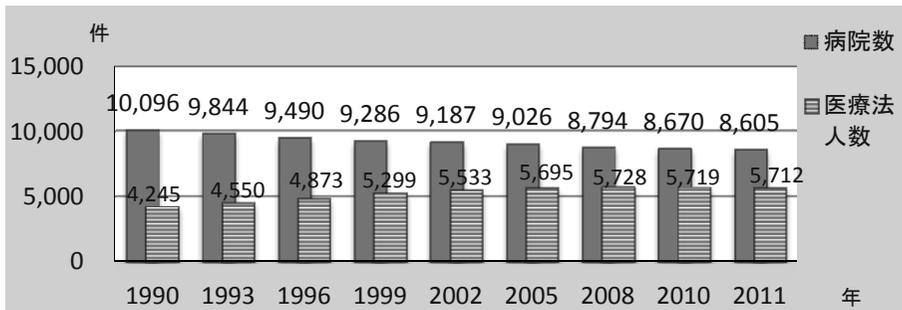
各年10月1日現在

		1990年 (平成2年)	1993年 (平成5年)	1996年 (平成8年)	1999年 (平成11年)	2002年 (平成14年)	2005年 (平成17年)	2007年 (平成19年)	2008年 (平成20年)	2009年 (平成21年)	2010年 (平成22年)	2011年 (平成23年)
施設数	病院数	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,862	8,794	8,739	8,670	8,605
	再掲 (一般病院) (医療法人)	9,022	8,767	8,421	8,222	8,116	7,952	7,785	7,714	7,655	7,587	7,528
		4,245	4,550	4,873	5,299	5,533	5,695	5,702	5,728	5,726	5,719	5,712
	一般診療所	80,852	84,128	87,909	91,500	94,819	97,442	99,532	99,083	99,635	99,824	99,547
病院病床数		1,676,803	1,680,952	1,664,629	1,648,217	1,642,593	1,631,473	1,620,173	1,609,403	1,601,476	1,593,354	1,583,073

(出典：医療施設(静態・動態)調査病院報告統計表(厚生労働省H23))

¹ 医療法(昭和23年7月30日法律第205号)第1条の5 この法律において、「病院」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

各年 10 月 1 日現在



(出典：医療施設(静態・動態)調査病院報告統計表(厚生労働省 H23))

図 1：病院施設数の年次推移

2-3. 諸外国の医療事情

病床数を OECD 諸外国（2008 年）と比べると（諸外国では長期療養施設の病床数が除かれている）、アメリカ 3.1、イギリス 3.4 に対して日本は 13.8 と約 4 倍以上となっている。また、100 床当たりの医師数では、日本は 15.7 人でアメリカ 77.9 人、イギリス 76.5 人の約 5 分の 1 にも満たない状態であり、国際的に見て少ない状態といえる（表 3）。

諸外国の医療事情については、日本に比べて医療費が高額となっており、例えば、虫垂炎で 2 日間の手術入院をした場合、日本の総医療費が 30～40 万円であるのに比べ、アメリカ・ニューヨークでは 216 万円、イギリス・ロンドンでは 151 万円、韓国・ソウルでは 63 万円（2008 年 AIU 保険実績 1 ドル＝108 円換算による）である。

WHO（世界保健機関）による保健医療システムの総合評価では、191 か国中、わが国の医療制度が世界第 1 位の評価をえており、日本の国民皆保険制度は世界最高水準の保健医療制度であるといえる。

しかし、世界に誇る日本の医療制度も高齢化医療費占有割合の増加等少子高齢化の進行により、現行の医療費用負担構造を維持することが困難となっており、適切に対応できる医療提供体制の再構築が求められている。

表 3：医療提供体制の各国比較（2008 年）

	人口千人当たりの病床数	病床100床当たりの医師数	病床100床当たりの看護師数	一人当たりの外来診察回数
日本	13.8	15.7	69.4	13.4
アメリカ	3.1	77.9	344.2	4.0
ドイツ	8.2	43.3	130.0	7.8
フランス	6.9	48.5	115.2	6.9
イギリス	3.4	76.5	279.6	5.9

(出典：医療・介護を取り巻く現状(厚生労働省 H23. 5))

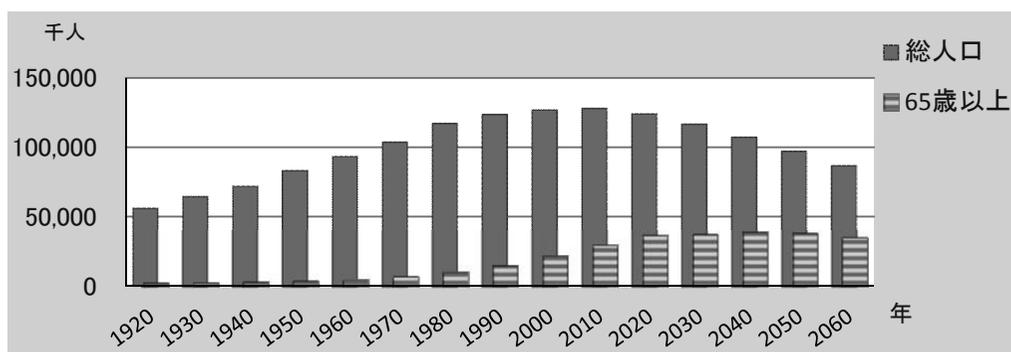
2-4. 社会経済構造の変化

急速な高齢化社会が進むなかで、国民皆保険制度を継続していくため、人口構造の変化、社会保障への影響等社会経済構造の変化に合わせ、医療政策のあり方について政府の対応が問われているところである。

2-4-1. 高齢者人口の推移

高齢者人口の推移（2025年問題²）については、将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）によると、今後、人口減少が進み、2060年（平成72年）の推計人口は8,674万人となり、同時に人口高齢化が進行し、65歳以上人口割合は39.9%と試算されており、高齢化の進展の「速さ」の問題から、高齢化率の「高さ」（高齢者数の多さ）が問題視されている。

また、高齢社会白書（内閣府）でも2060年（平成72年）には、2.5人に1人が65歳以上、4人に1人が75歳以上の高齢者になると推計（図2）されており、これに伴い傷病構造の変化に対応しうる医療体制整備が求められる。



（出典：高齢社会白書（内閣府 H24））

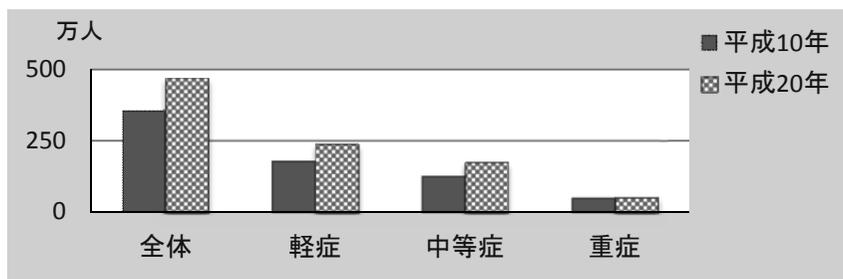
図2：将来推計人口

2-4-2. 救急医療体制の整備

総務省消防庁の調べによると、平成21年救急出動件数5,125,945件、救急搬送人員4,685,978人で、ともに10年間で約30%増加している。このまま推移すると、2023年（平成35年）には、救急搬送件数が620万件に達すると予測している。

² 2025年問題とは、平成18年9月27日厚生労働省の第1回介護施設等の在り方委員会の資料4「今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～」高齢者人口の推移のところ、2015年には「ベビーブーム世代」（65～74歳）に到達し、その10年後の2025年には高齢者人口は約3,500万人に達すると推計されると示されたことから、いわゆる「2025年問題」といわれている。

しかし、搬送人員数の重症度でみると、主として軽症者・中等症者の搬送人員は増加しているものの重症例は横ばい状態にある（図3）。近年、公立病院で高度救命救急センターの設置等、高度急性期の三次救急医療に注目が集まっているが、救急医療の対応として、まずは主に民間病院が担う二次救急医療の体制整備の充実が急務であると言える。



（出典：救急・救助の現況（総務省消防庁 H20））
 図3：過去10年間の救急搬送人員の変化（重症度別）

2-4-3. 政府の医療施策

少子高齢化が急速に進展し、人口構造の大きな変化のなかで医療を含む社会保障制度の様々な問題を見据え、政府は社会保障と税の一体改革で、2025年（平成37年）までに、医療提供体制の効率化、高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応する入院機能の分化、患者の職場や地域生活等へ早期復帰支援、平均在院日数の短縮をはじめ、将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性を示している。また、診療報酬・介護報酬の体系的見直し、基盤整備のための一括的法整備を行いながら、「施設から地域へ・医療から介護へ」の道を意図している。さらに、医療・介護の提供体制の将来像として、小中学校区レベル（人口1万人程度の圏域）において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を体系的に整備し、機能分化することで重層的に住民ニーズを支える医療・介護サービスのネットワーク構築を目指している。現在、社会保障制度改革推進法等の成立などの法整備が進められているところである。

2-5. 病院経営の現状

医療施設経営安定化推進事業の調査報告（厚生労働省）によると、平成22年の黒字病院の割合は、私的病院で62.9%、自治体病院で15.0%（負担金等を除く。）という現状にあり、最近の病院経営を巡る環境は目まぐるしく変化をしていることから、病院経営は依然として厳しい状態にあるといえる。

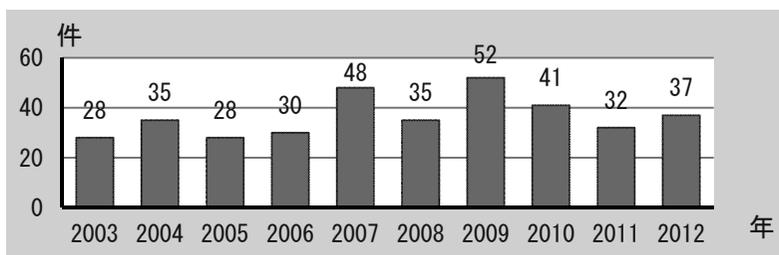
厚生労働省は、医療施設経営安定化推進事業で病院経営管理指標を示し、医療提供機能の重要な担い手である民間病院に対して、病院経営の安定化・効率化のため、病院の健全な運営に資するための参考資料として、医療機関の経営改善努力に有益な情報を提供している。

時代にマッチした医療体制の整備が検討されるなかで、医療を提供する医療法人を含む民間病院には、病院の体質改善を含めた積極的な取り組みが求められている現状にある。

2-5-1. 医療機関の倒産

近年、医療機関の倒産が目立ってきている。2003年から2012年の10年間に倒産した医療機関は、病院84件、診療所169件に上っている（図4）。特に病院では、開設後20年以上、また10億円以上の負債を抱え経営破綻に追い込まれているケースが増加傾向にある。

たとえば、病棟の老朽化のため約20億円かけて新病棟を建設したが、建設費の資金調達が不能となり、決算で6億円以上の赤字計上に至り、自主再建の道が絶たれ、負債総額約56億円、民事再生法適用となった兵庫県内のケースなどがあり、地域経済や医療産業に悪影響を与えている。



（出典：帝国データバンク倒産動向調査結果（H25. 3））

図4：医療機関の倒産件数

2-5-2. 経営品質賞

日本版マルコム・ボルドリッジ賞（MB賞）³にあたる日本経営品質賞⁴がある。企業のみならず病院経営についても評価を行なっている。実際、日本経営品質賞で、病院経営の質を第三者評価するクオリティクラス認証において「Sクラス認証」として、

³ マルコム・ボルドリッジ賞（MB賞）とは、米国国家経営品質賞。1987年レーガン政権下で米国の国家的競争力の向上を目的とし、その設立に尽力した国家賞である。

⁴ 日本経営品質賞とは、1980年代の米国経済の復活に寄与したとされるマルコム・ボルドリッジ賞（MB賞）を範とし、財団法人社会経済生産性本部が1995年12月に創設した表彰制度で、卓越した経営の仕組みを有する企業を表彰している。

医療部門で医療法人財団献心会川越胃腸病院(埼玉県)、医療法人清和会長田病院(福岡県)、医療社会福祉法人恩賜財団済生会支部福井県済生会病院(福井県)の3病院が認証されている。このように、厳しい社会情勢のなかでも懸命に地域貢献に努力している病院が存在するのも事実である。

3. 医療機関における経営形態

医療施設動態調査(平成24年3月末現在)によると、医療機関の経営形態別(表4)では、国立病院等と公的病院を併せても病院数1,524、全体の17.8%にすぎない。ほとんどが、医療法人を含む民間病院6,937(全体の80.9%)となっている。

表4：医療機関の形態別の医療機関施設数、病床数

平成24年3月末現在

大分類	小分類	病院		一般診療所		歯科診療所
		施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
国	厚生労働省	14	5,957	28	-	-
	独立行政法人国立病院機構	143	55,289	-	-	-
	国立大学法人	48	32,760	129	19	2
	独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13,085	6	-	-
	その他	34	8,373	428	2,292	1
公的医療機関	都道府県	221	59,189	242	150	9
	市町村	678	147,435	3,069	2,560	269
	地方独立行政法人	64	26,060	14	-	1
	日本赤十字社	92	37,228	209	19	-
	社会福祉法人恩賜財団 済生会	79	21,975	49	10	-
	北海道社会事業協会	7	1,862	-	-	-
	厚生農業協同組合連合会	110	35,268	68	64	-
	国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
団体 社会 保険 関係	全国社会保険協会連合会	51	14,105	2	-	-
	厚生年金事業振興団	7	2,800	-	-	-
	船員保険会	3	786	8	10	-
	健康保険組合及びその連合会	11	2,290	361	10	4
	共済組合及びその連合会	46	14,908	183	10	9
	国民健康保険組合	1	320	14	-	-
	公益法人	388	91,487	885	610	149
	医療法人	5,703	851,847	37,175	86,656	11,225
	学校法人	108	55,101	189	107	16
	社会福祉法人	188	33,506	7,844	361	29
	医療生協	84	14,223	328	280	46
	会社	62	12,764	2,152	27	17
	その他の法人	39	7,639	441	162	77
	個人	365	34,704	46,133	35,896	56,599
	計	8,580	1,580,961	99,957	129,243	68,453

(出典：医療施設動態調査(厚生労働省 H23))

3-1. 病院の経営改善

病院経営の現状は依然として厳しく、診療報酬の伸び悩み、包括払い制度の導入、在院日数の短縮化、医療機器の高額化、人件費の高騰、医師・看護師等人材確保等の病院を取り巻く諸問題に加え、地域における医療サービスの提供を通して、より一層の患者獲得が求められている。

厚生労働省は、病院の財政状態及び運営状況を適正に把握し、病院の経営体質の強化・改善に資することを目的に、病院を取り巻く経営環境の変化、会計基準の見直し等の状況を勘案し、医療を安定的に提供するための効率的で透明な医業経営の確立を図る観点から病院会計準則を定めている。

さらに、地域における医療ニーズへの対応、収益性・事業性の確保、医療サービス、質の向上といった視点から、全国の中小病院の経営改善の成功事例を調査し、その結果を取りまとめ情報提供することにより、中小病院における経営改善を促している。

3-2. 公立病院

公立病院は、地域の基幹病院として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているのは事実である。しかし近年、多くの公立病院で経営環境の悪化等により医療提供体制の維持が極めて難しい状態に陥っている。加えて、企業会計の記載方法が見直され、新会計基準で「退職給付引当金」科目を財務諸表上に計上することとなり、このことにより黒字の公立病院でも赤字に転換する病院が増えると言われている。

公立病院の経営については、総務省令の規定に基づき、許可病床や救急告示病院に対して普通交付税、また不採算地区病院、救急救命センター等の救急施設、周産期医療病床、小児医療病床、結核病床、精神病床、感染症病床、リハビリテーション専門病院等に対して特別交付税が交付されている。また、地方交付税措置のほかにも公営企業繰出金や各自治体の一般会計等から病院事業債、補助金等の支援により赤字補填している自治体も多く、このような状況は公立病院の経営が既に診療報酬制度のみでは破綻しているといっても過言ではない。さらに各自治体による赤字補填が市町村の財政を大きく圧迫していることも事実であり、今後、引き続き国や自治体からの公的財政措置が続けられるという保証はどこにもない。

そこで、総務省は、公立病院改革ガイドライン（平成19年12月）を示し、公立病院改革プラン策定、経営数値目標の設定等を義務づけ、自らの経営形態の見直し、一層の健全経営を求めている。公立病院としても公営企業法全部適用や地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間移譲などの経営形態の見直しなどにより経営改善を図ろうと努力しているが、そのことが地域における民間病院の経営を結果的に圧迫し地域医

療の崩壊を招く結果につながりかねない現実もある。

3-3. 医療法人

医療法人制度は、1950年（昭和25年）8月に創設され60年以上となり、平成24年3月31日現在の医療法人の認可件数は、47,825（一人医師法人⁵を含む）となっている（表5）。

表5：種類別医療法人数の年次推移

各年3月31日

年別	医療法人			一人医師医療法人(再掲)	特定医療法人(再掲)			社会医療法人(再掲)		
	総数	財団	社団		総数	財団	社団	総数	財団	社団
平成10年	29,192	391	28,801	23,112	238	64	174	-	-	-
15年	37,306	403	36,903	30,331	356	71	285	-	-	-
20年	45,078	406	44,672	37,533	412	64	348	-	-	-
21年	45,396	396	45,000	37,878	402	58	344	36	7	29
22年	45,989	393	45,596	38,231	382	51	331	85	13	72
23年	46,946	390	46,556	39,102	383	52	331	120	19	101
24年	47,825	391	47,434	39,947	375	49	326	162	28	134

医療法人は、永続的な医療提供体制の確保、経営の安定化及び地域医療への貢献等を図ることを趣旨として制度化されたものである。また、医療法において医療法人は自主的に運営基盤の強化、医療の質の向上及び運営の透明性の確保を図り、地域における医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たすよう努めなければならない、という責務が課せられている（医療法第40条の2）。

医療法人の設立に際しては、目的、名称、病院の名称所在地、役員規程、解散の規定、広告の方法等の事項を定款(又は寄附行為)をもつて定めなければならない。そして、医療法人の開設する病院の規模等に応じた業務を行うために必要な資産を有し、かつ2か月の運転資金を有することも設立要件とされている。医療法人は、医学に関する研究所の設置、軽費老人ホーム（ケアハウス）、訪問介護、通所介護、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅介護支援事業等附帯業務の実施が可能となる。

⁵ 一人医師法人とは、1950年（昭和25年）に医療法において医療法人制度が創設され、その後1985年（昭和60年）の医療法改正で、常勤の一人又は二人の医師や歯科医師による診療所等の個人開業医でも認可を受けて医療法人を設立できるようになった。一人医師法人は通称である。

医療法人のメリットの一つとして節税効果がある。個人開業では所得税の超過累進税率が適用され、最高税率が40%（住民税10%、合計50%）であるが、医療法人設立により2段階比例税率が適用となり法人税率22.5%と税負担が軽減され、経営の安定化につながる事となる。その他、後継者問題を含め医業の永続性が確保され、また、社会的信頼度が高まり、金融機関からの資金調達や医師・看護師等の人材確保等も優位となる。さらに医療機関債⁶の発行が可能となり、資金調達手段の多様化を図ることができる。医療機関債は、地域オープン型と金融機関が買い受ける方式である総額貸付型に大別され、2008年1月現在、殆どが総額貸付型であるが26法人が利用している。その他、分院の開設、介護保険事業等の運営など幅広い事業展開により経営基盤の拡大を図ることができる。デメリットとしては、開設者、管理者であっても医療法人の職員となるため、収益金や資金の自由裁量権がなく、利益配当についても禁止されている。また毎年事業報告書、貸借対照表、損益計算書等を作成し閲覧に供する必要が課せられ、さらに、法人運営に適正を欠く場合には都道府県知事の行政指導を受けることになる。以上のことから医療法人を設立することについては、節税対策等税制面のみで判断するのではなく、病院の経営方針や方向性など総合的に判断する必要がある。

3-4. 社会医療法人

2007年（平成19年）4月1日医療法改正により社会医療法人制度が創設された。その背景には、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中で、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制の確立が求められている。また、公益性の高い医療については今まで公立病院が中心的であった。近年、医療を取り巻く諸事情により採算性の低い公立病院に依存し、医療を維持していくことが困難になってきた。そこで、赤字体質が慢性化している公立病院に代わって、民営化の受け皿となりうることを想定し、救急医療やへき地医療、周産期医療など特に地域で必要な医療の提供を担う医療法人を社会医療法人という新たな法人類型として創設し、良質かつ適切な医療を公立病院に変わって提供する体制の確保が図られた（表6）。

⁶ 医療機関債とは、医療機関を開設する医療法人が、民法上の消費貸借として行う金銭の借入れに際し、金銭を借入れたことを証する目的で作成する証拠証券をいう。また、借入金の返還請求等の権利を表象している点で有価証券に該当し得るが、金融商品取引法第2条に規定する有価証券には該当しない（平成24年5月31日、医政発第0531第14号医療機関債ガイドライン）。

表6：各都道府県の二次医療圏域、社会医療法人認定数

	推計人口 (H23.10.1) (千人)	二次医 療圏数	面積 (H23.10.1) (㎡)	病院数(H24.3.31)			社会医療法人			
				病院数	(再掲)国・公 的病院数 (H22.10.1)	(再掲)国・公 的を除く病院数 (概数)	認定数(H25.4.1)	認定のある 圏域数		
1 北海道	5,486	21	83,457	575	143	432	24	5.6%	7	37.5%
2 青森	1,363	6	9,645	102	40	62	2	3.2%	1	16.7%
3 岩手	1,314	9	15,279	92	38	54	0	0.0%	0	0.0%
4 宮城	2,327	7	6,862	141	43	98	2	2.0%	1	14.3%
5 秋田	1,075	8	11,636	74	27	47	3	6.4%	3	37.5%
6 山形	1,161	4	6,652	68	29	39	2	5.1%	2	50.0%
7 福島	1,990	7	13,783	129	32	97	3	3.1%	1	14.3%
8 茨城	2,958	9	6,096	183	30	153	0	0.0%	0	0.0%
9 栃木	2,000	5	6,408	109	16	93	2	2.2%	1	20.0%
10 群馬	2,001	10	6,362	132	24	108	1	0.9%	1	10.0%
11 埼玉	7,207	9	3,768	347	30	317	4	1.3%	4	44.4%
12 千葉	6,214	9	5,082	280	44	236	7	3.0%	3	33.3%
13 東京	13,196	13	2,104	636	52	584	8	1.4%	5	38.5%
14 神奈川	9,058	11	2,416	344	43	301	4	1.3%	3	27.3%
15 新潟	2,362	7	10,364	130	52	78	3	3.8%	2	28.6%
16 富山	1,088	4	2,046	110	22	88	0	0.0%	0	0.0%
17 石川	1,166	4	4,186	102	25	77	2	2.6%	2	50.0%
18 福井	803	4	4,190	72	15	57	0	0.0%	0	0.0%
19 山梨	857	4	4,201	60	18	42	1	2.4%	1	25.0%
20 長野	2,142	10	13,105	132	51	81	7	8.6%	4	40.0%
21 岐阜	2,071	5	9,768	104	31	73	3	4.1%	3	60.0%
22 静岡	3,749	8	7,255	185	46	139	0	0.0%	0	0.0%
23 愛知	7,416	11	5,116	327	56	271	8	3.0%	6	54.5%
24 三重	1,847	4	5,762	102	34	68	3	4.4%	2	50.0%
25 滋賀	1,414	7	3,767	60	21	39	1	2.6%	1	14.3%
26 京都	2,632	6	4,613	173	31	142	4	2.8%	1	16.7%
27 大阪	8,861	8	1,899	535	48	487	22	4.5%	8	100.0%
28 兵庫	5,582	10	8,396	350	57	293	3	1.0%	2	20.0%
29 奈良	1,396	5	3,691	75	17	58	3	5.2%	2	40.0%
30 和歌山	995	7	4,726	90	23	67	2	3.0%	2	28.6%
31 鳥取	585	3	3,507	45	16	29	2	6.9%	2	66.7%
32 島根	712	7	6,708	53	20	33	4	12.1%	4	57.1%
33 岡山	1,941	5	7,010	174	31	143	9	6.3%	5	100.0%
34 広島	2,855	7	8,480	249	40	209	5	2.4%	2	28.6%
35 山口	1,442	8	6,114	147	31	116	2	1.7%	2	25.0%
36 徳島	780	6	4,147	114	19	95	2	2.1%	1	16.7%
37 香川	992	5	1,862	93	24	69	2	2.9%	1	20.0%
38 愛媛	1,423	6	5,678	144	25	119	5	4.2%	3	50.0%
39 高知	758	4	7,105	136	15	121	1	0.8%	1	25.0%
40 福岡	5,079	13	4,846	467	39	428	10	2.3%	5	38.5%
41 佐賀	847	5	2,440	108	16	92	1	1.1%	1	20.0%
42 長崎	1,417	9	4,105	159	32	127	5	3.9%	3	33.3%
43 熊本	1,813	11	7,268	216	31	185	5	2.7%	4	36.4%
44 大分	1,191	6	5,100	158	13	145	7	4.8%	4	66.7%
45 宮崎	1,131	7	6,795	141	23	118	2	1.7%	2	28.6%
46 鹿児島	1,699	9	9,044	262	25	237	11	4.6%	5	55.6%
47 沖縄	1,401	5	2,276	95	14	81	4	4.9%	2	40.0%

(出典：社会医療法人の認定状況、医療施設動態調査より(厚生労働省))

2013年（平成25年）4月1日現在で201法人が認定を受けているが、各都道府県により認定状況にばらつきがみられる。社会医療法人制度が創設されて5年になるが認定数は、全国平均でわずか2.9%（国・公的病院を除く病院）にすぎない。二次医療圏域⁷すべての圏域において社会医療法人が認定されている府県は、大阪府と岡山県の2府県のみで、逆に社会医療法人の認定のない都道府県は、岩手県、茨城県、富山県、福井県、静岡県の5県となっている。社会医療法人創設の目標が達成されていないという現状といえる。

3-4-1. 社会医療法人の認定要件

社会医療法人の認定要件として、(1)役員のうち親族数の制限、(2)医療法人の社員のうち親族数の制限、(3)救急医療等確保事業に係る業務の実施、(4)公的な運営に関する要件、(5)解散時の残余財産の帰属先等の要件を満たす必要がある。特に、救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療）に係る業務の実績が問われる。また、社会医療法人の認定にあたっては、あらかじめ都道府県に設置されている医療審議会の意見を聴くこととなっている。

社会医療法人の認定を受けると、収益事業として34種類の特掲事業が可能となるほか、附帯業務の実施業務の幅が増え、生活保護法に基づく更正施設、児童福祉法に基づく重症心身障害児施設、児童自立支援施設、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設、その他特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、高齢者賃貸住宅等経営枠の拡大につながる。

また、社会医療法人へ移行となると指定管理者制度による自治体病院の運営受託の候補など、地域において公益性の高い医療を担うべき期待が高まっている。

3-4-2. 社会医療法人の資金調達

資金調達方法は、主に銀行等からの借入れによる間接金融と資金を投資家から直接取得する直接金融の二つに大別されるが、社会医療法人では救急医療、災害医療、へき地医療等、公益性は高いが採算性が確保しづらい医療行為を、公立病院に代わって提供することを目的に設けられた法人形態であることから、円滑な資金調達により経

⁷ 医療法施行規則（昭和23年11月5日厚生省令第50号）第30条の29第1項 この法律において、「二次医療圏域の設定に関する基準」について、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定する。

営基盤の安定化を図るため、金融機関による資金調達以外に社会医療法人債⁸（医療法 54 条の 2）の発行が認められている。社会医療法人債は、特別の法律により法人が発行する債券として、医療機関債と異なり金融商品取引法の有価証券に該当し、直接金融有価証券（社債券）の一つとして位置づけられている。

社会医療法人債発行には、関係者に支払う費用や債券発行に付随する様々な情報開示に関する費用などが発生するが、全体的には低コストで多額の資金調達が可能となるほか、金融機関からの借入に比べると保証人や担保が不要となるメリットがある。

3-4-3. 社会医療法人の税制優遇措置

社会医療法人の税制上の取扱いについては、法人税は 19%の税率が適用（法人税法第 66 条第 3 項）となり、社会医療法人が行う医療保健事業に係る法人は非課税となる（法人税法第 77 条）。また、社会医療法人が取得する直接的に救急医療等確保事業のための不動産に係る不動産取得税、固定資産税及び都市計画税についても非課税となる（地方税法第 73 条の 4 第 1 項第 8 号の 2、同法第 348 条第 2 項第 11 号の 5）など税制優遇措置が取られている。

以上のように、医療法人の類型毎に各項目を比較（表 7）しても、社会医療法人では、附帯事業の拡大、収益事業の実施、また法人税非課税措置等が講じられている反面、公益性、公共性が強く求められるとともに、大きな期待も寄せられている。

4. 医療提供体制の整備

全ての医療機関に言えることであるが、地域医療の構築、患者に対してより良い医療を提供するためには、やはり最新医療機器の設置（更新）、施設の老朽化対策等設備投資は不可欠であるといえる。

4-1. 資金調達

医療法人を含む民間病院では、病院の移転・建替え・改築・増築、高度医療（高額）機器の購入・更新時等には、莫大な資金が必要となる。なかには、旧病棟改築等の残債の返済をしつつ、新たな建替え、機器購入等により資金の借入を余儀なくされる場合もあり、一時的に債務超過に至ってしまうケースも考えられる。

⁸ 医療法（昭和 23 年 7 月 30 日法律第 205 号）第 54 条の 2 この法律において、「社会医療法人債」とは、救急医療等確保事業の実施に資するため、社員総会において議決された額を限度として発行される会社法の規定により社会医療法人を債務者とする金銭債権をいう。

表7：医療法人の種類と主な事項比較

項目	医療法人	特定医療法人	社会医療法人
根拠規定	医療法第39条	租税特別措置法第67条の2	医療法第42条の2
制度の施行	昭和25年	昭和40年2月1日	平成20年4月1日
認可等	都道府県知事の認可	国税庁長官の承認	都道府県知事の認定
医療審議会の意見	意見を聴くこと。	不要	意見を聴くこと。
設立の主旨	業の永続性及び継続性並びに資金の累積性を確保し、医療の普及向上を図るもの。	医療の普及及び向上、その他公益の増進に著しく寄与し、公的に運営されていることにつき国税庁長官の承認を受けたもの。	質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制の確立のため、地域に必要な救急医療等の提供を担う医療法人を新たに社会医療法人として位置づけ、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るもの。
出資持ち分	有り ※平成20年度以降に認可された法人は出資持ち分無し	無し	無し(持分請求権の放棄)
収益事業	不可	不可	収益業務の実施が可能
債権の発行	—	—	社会医療法人債
税率	法人税率 22.5%	法人税率 19%	・法人税率が非課税 ・不動産の取得税や固定資産税、都市計画税が非課税 ・収益事業(税務上)は19%
役員構成制限	制限なし	同族役員制限(1/3以下)	・同族役員制限(1/3以下) ・同一団体関係者の制限(1/3以下)
役員数	理事3人以上、監事1名以上	理事6人以上、監事2名以上	理事6人以上、監事2名以上
医療施設の規模等	制限なし	ア)40床以上の病院 イ)救急告示病院 ウ)救急告示診療所	救急医療等確保事業の業務を行う医療機関については、告示に定める(構造設備、体制、実績)基準に適合すること。
解散時の残余財産の帰属先	出資額に応じて分配 ※ただし、平成20年度以降に認可された医療法人は帰属先の定め有り	国、地方公共団体又は財団又は持ち分の定めのない団体	国、地方公共団体又は他の社会医療法人
付加される要件	—	—	・救急医療等確保事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療)を1つ以上を実施していること。 ・かつ、公益法人等と同様公的な運営が確保されていること。

外部からの資金調達的手段としては、銀行等金融機関もしくは独立行政法人福祉医療機構からの借入れが中心であるが、最近では短期の資金調達手段として診療報酬債権流動化による運転資金を確保している例が見受けられる。また、長期の資金調達手段としては、医療法人の医療機関債、社会医療法人の社会医療法人債並びに不動産流動化等も可能であるが、あまり実例としては報告されていないものの、今後、注目されることは間違いない。さらに資金調達については、公的助成等を利用するという一つの選択肢もあり、少しでも負担を軽くし健全な病院運営を図るべきであると考え。

4-2. 公的助成金等の活用

医療法人を含む民間病院が活用できる公的助成金等と言うと、医療提供体制施設整備交付金、医療提供体制設備整備補助金、医療施設運営費等補助金が設けられている。特に、医療提供体制施設整備交付金の医療施設近代化施設整備事業においては、病院の改修、建替整備、療養病床の整備、結核病棟改修整備、診療所施設整備、療養病床療養環境改善、介護老人保健施設整備に伴う新築、増改築等の時に補助される(表8)。

表 8 : 医療提供体制施設整備事業等一覧表

事業名	補助率	補助の対象
(主な医療提供体制施設整備交付金)		
医療施設近代化施設整備事業	0.33	病院(改修、建替整備)、療養病床の整備、結核病棟改修整備、診療所施設整備、療養病床療養環境改善、介護老人保健施設整備に伴う新築、増改築、改修等
地震防災対策医療施設耐震整備事業	0.33~0.5	耐震化補強及び土砂災害危険力所に所在する医療機関の耐震化補強等
医療施設耐震整備事業	0.5	医療施設耐震整備に伴うの新築、増改築、改修補強等
治験施設施設整備事業	0.33	治験施設の新築、増改築、改修に要する工事費等
アスベスト除去等整備事業	0.33	アスベスト除去
病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業	0.33	病院群輪番制病院等の新築、増改築等
がん診療施設施設整備費事業	0.33	がん診療施設の新築、増改築等
病児・病後児保育施設施設整備事業	0.33	病児・病後児保育施設の新築、増改築、改修等
病院内保育所施設整備事業	0.33	病院内保育所の新築、増改築、改修等
院内感染対策施設整備事業	0.33	病院内の感染者のための個室整備等
院内助産所・助産師外来施設整備事業	0.33	院内助産所・助産師外来開設に必要な増改築、改修等
看護師勤務環境改善施設整備事業	0.33	看護師職員の離職防止等環境改善のための新築、増改築、改修等
看護師宿舎施設整備事業	0.33	看護師宿舎の個室整備に伴う新築、増改築、改修に等
医療器管理室施設整備事業	0.33	医療機器管理室の新築、増改築、改修等
地球温暖化対策施設整備事業	0.33	地球温暖化対策に資する施設整備等
(主な医療施設運営費等補助金)		
医療施設耐震化促進事業	1/3	耐震診断に必要な請負費
治験拠点病院活性化事業	定額	治験環境の充実
(主な医療施設等整備整備費補助金)		
産科医療機関施設整備事業	1/2	産科医療機関の新築、増改築、改修等
死亡画像診断システム説整備事業	1/2	死亡画像診断に必要な施設の新築、増改築、改修等

その他にも、太陽光発電設備導入には、資源エネルギー庁のグリーン投資減税を活用し税制優遇を受けることができる。また、院内保育所運営事業補助、地球温暖化、看護師養成所施設整備に係る地域自主戦略交付金、労働関係では、雇用調整助成金、中小企業緊急雇用安定助成金、育児休業取得促進等助成金、正規雇用奨励金、派遣労働者雇用安定特別奨励金等も利用可能であるので、積極的に活用すべきである。さらに、復興対策として、東北地方太平洋沖地震及び津波による被災からの医療提供体制の速やかな復興を図るため、東北三県では福島県地域医療復興事業補助金、宮城県の地域医療再生事業(緊急的医療機能回復分)補助金、岩手県の被災地医療施設復興支援事業補助金等の支援を受けることができる。

5. 今後の医療機関のあるべき姿

以上、医療機関を取り巻く環境、病院形態別の経営改善、医療提供体制の整備等、様々な課題について現状分析を行ってきた。このことより、今後の医療機関、特に公立病院、医療法人を含む民間病院のあるべき姿について述べていきたい。

まず、3-2節で公立病院について述べてきたが、公立病院のマネジメント力については、公的助成を受けなくても健全な運営により収益があがっている公立病院もあるが、全体的には医療法人を含む民間病院に比べると、劣っていると言わざるを得ない。たとえば、公立病院は人事異動で事務の責任職の立場にある者や実務担当者は医療以外の分野から配属される割合が高く、さらに短年で転勤が有ることから、病院の運営・経営等長期ビジョンへの責任の所在が不明瞭となり、マネジメントの欠如につながっている。また、公立病院改革ガイドライン（平成19年12月）のなかで、公立病院の果たすべき役割について、「公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある。」と明確に述べている。さらに「特に民間医療機関が多く存在する都市部における公立病院については、果たすべき役割に照らして現実に果たしている機能を厳しく精査した上で、必要性が乏しくなっているものについては、廃止・統合を検討していくべきである。また、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院、社会保険病院等が並存し、役割が競合している場合においても、その役割を改めて見直し、医療資源の効率的な配置に向けて設置主体間で十分協議が行われることが望ましい。」と明記している。このことから言えることは、地域医療において、すべてを公立病院が担うことは不可能であり、公立病院のみで出来る範囲は明らかに限界がある。かといって、すべてを民間病院に委ねることもできない。具体的には、公立病院による民間圧迫に至らないよう民間との競合は避け、民間病院に移行可能な分野は民間に、公立病院は専門病院に特化するという考え方も成り立つのである。しかし、考えなければいけないことは、公立病院の経営形態を変更し、民間病院に期待すればよいということではなく、公立病院の経営形態を変更することが地域住民にとって有益なのか、医療の質の向上につながるのか、といった患者目線での議論が最優先事項だということである。よって、公立病院の果たすべき役割は重く、公立病院はリーダーシップを持って地域の医療ネットワーク構築に真剣に取り組んでいく必要がある。その結果、公私が競合するのではなく、共同ないし連携さらには統合的に地域医療を提供するために協働することによって、地域住民のための地域医療体制のあるべき姿が見えてくるのではないだろうか。

次に、3-3節で医療法人について述べてきたが、医療法人を含む民間病院（以下「医療法人等」という。）は、地域でどのような役割を果たすべきなのか。一部の優良な医療法人等では、国公立や大学病院をしのぐ医療の質の高さを保っている病院が存在する。その要因を考えてみると、公立病院と医療法人等では資本集積、人材確保、税制

措置など歴然と存在するハンディがあり、この差を徹底したマネジメント力をもって補っているといっても過言ではない。しかし、厚生労働省の医療施設経営安定化推進事業において、医療施設経営管理部門の人材開発のあり方等に関する調査研究（2010年3月）結果で「医療法人等では、開かれた経営がされておらず、会議形式を持たない施設が多く経営状況や経営戦略、人材開発など、本来、議論すべきことが十分議論されていない」、「医療法人等のマネジメント力の基盤の弱さ、マネジメントを担う人材が不足している」と指摘しており、医療法人等には更なる成長・発展を期待するものである。医療法人等は自らの病院内の資源を確認し、地域において限られた医療資源をいかに活用するかという視点に立って、個々の病院が強みを活かし、医療連携を進めること、そしてその中で総合的なマネジメント力を検証し強化していくことが求められている。さらには、地域における医療体制の現状は、大半が国公立病院を核とした構図となっているが、医療を取り巻く環境からみて、今後の地域医療体制の構築には、特に医療法人等の民の力を結集して構築していかない限り、医療の将来はない。

それでは、地域医療体制を構築するにあたり、大きな課題となりうる不採算部門と考えられている救急医療をどうするか。2-4-2節で救急医療体制の整備について述べたように、救急医療の対応として民間病院が担う二次救急医療の体制整備の充実が急務である。具体的には、3-4節で社会医療法人について述べたように、救急医療など地域で必要な医療の提供を担う社会医療法人の医療の質と経営の質に期待すべきであろう。そのためには、地域において救急医療の体制整備を図るために、二次医療圏域に最低1か所、社会医療法人の認定を積極的に推進していくという考え方を成り立つ。そして、社会医療法人が継続して健全な運営が図れるよう、政府は今一層社会医療法人の公益性、公共性、公平性を最大限に評価すべきである。たとえば、地域で救急医療を担う社会医療法人に対して、公立病院と同様の公的振興政策を進めるとか、設備整備、増築等の医療施設近代化施策において別枠のなんらかの資金援助が可能とする政策を推進するなどによって、地域医療体制を再構築のための積極的政策展開が強く求められると考えるのである。

2-2節で医療機関数と病床数の年次推移について述べたが、病床については地域において質の高い効率的な医療提供体制の整備に向けて、長期（たとえば3年間）休床の病床については速やかに病床を返還すること。そして、医療事情の改善のために、二次医療圏域で病床の不足解消等、適切な病床再配分により病院病床の機能分化を図っていく。このことがひいては、公立病院と医療法人等との役割分担、連携の在り方、二次医療圏を単位とした地域完結型医療の構築に大きく関係することとなる。

最後に、医療を取り巻く厳しい環境のなかで、問題としてではなく新たなチャンスとして捉え、どう組織を進化させていくかという課題がある。具体的には、第1に医療の安定性を高め、地域で必要とされる医療ニーズをくみ取り、地域から高い信頼を得られるような質の高い医療サービスを提供しつづけていく、第2に病院施設の近代化・安定化として病院の経営改善を図りつつ、官民一体となって地域完結型医療体制を構築し、適切なマネジメント力をもって、地域医療に対して持続的に維持・発展していくことである。このような課題の解消こそが、地域における公私の病院協働の方向であり、診療所や介護保険事業を含めた医療機関のあるべき姿であると考えられるのである。

謝辞

本稿の執筆にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授、後藤武教授には数々のご指導を賜り謝意を表するとともに、素晴らしい3期生の仲間と切磋琢磨し、過ごした一年半であり、兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコースで学ぶことができたことを誇りに感じる。

参考文献等（引用文献を含む）

- [1] 一般社団法人日本医療法人協会 「医療法人制度について」
<http://ajhc.or.jp/profile/seido.htm> (2013年7月7日アクセス)
- [2] 株式会社帝国データバンク 「医療機関・老人福祉事業者の倒産動向調査」
(平成25年2月8日) <http://www.tdb.co.jp/report/watching/press/pdf/p130202.pdf>
(2013年7月7日アクセス)
- [3] 経済産業省サービス産業人材育成事業医療経営人材育成テキスト 「1 医療経営に携わる人材育成のあり方について」「2 医療経営概論」「3 経営戦略」「12 資金管理」
- [4] 厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」（平成23年）
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/> (2013年7月7日アクセス)
- [5] 厚生労働省 「医療施設動態調査（開設者別にみた施設数及び病床数）」（平成24年4月）
- [6] 厚生労働省 「社会医療法人の認定状況について」（平成25年4月）
- [7] 厚生労働省 「医療・介護を取り巻く現状（参考資料）」（平成23年5月19日）
- [8] 厚生労働省 「我が国の保健統計」（平成22年）
- [9] 厚生労働省医政局指導課 「医療計画の見直しについて（医療法の改正の主な経緯について）」（平成24年3月）
- [10] 厚生労働省医政局 「医療施設経営安定化推進事業（医療機関における資金調達のための調査）」（平成20年3月）
- [11] 厚生労働省医政局 「医療施設経営安定化推進事業（医療施設経営管理部門の人材開発のあり方等に関する調査研究）」（平成22年3月）
- [12] 厚生労働省医政局 「医療施設経営安定化推進事業（病院経営指標）」（平成22年）
- [13] 後藤武 「医療制度（ひと、もの、かね）」（医療制度論 平成24年10月20日講義資料）

- [14] 後藤武「県立病院の管理運営」（医療制度論 平成24年12月8日講義資料）
- [15] 小山秀夫「医療制度論（病院経営の質・病院組織を考える）」（医療制度論 平成24年11月10日講義資料）
- [16] 小山秀夫 2009年3月1日「公立病院の経営革新とNPM」『病院』第68巻第3号
- [17] 財務省「税制抜本改革について」
http://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/gaiyou/（2013年7月21日アクセス）
- [18] 総務省統計局「国勢調査」
- [19] 総務省統計局「人口推計」
- [20] 総務省「公立病院改革ガイドライン」（平成19年12月）
- [21] 総務省「地方公営企業年鑑(病院事業)」
- [22] 独立行政法人福祉医療機構「医療貸付に係る病院融資の基本方針（ガイドライン）」
- [23] 内閣官房「社会保障と税の一体改革」（平成24年4月）
- [24] ピーター・ドラッカーの名言「地球の名言」
<http://earth-words.org/archives/422>（2013年7月7日アクセス）

（法令、通知、要綱関係）

- [25] 医療機関債発行等のガイドラインについて（平成24年5月31日 医政発0531第14号 厚生労働省医政局長通知）
- [26] 医療施設近代化施設整備事業の実施について（別紙 医療施設近代化施設整備事業実施要綱）（平成5年12月15日 健政発第786号 厚生労働省医政局長通知）
- [27] 医療施設等災害復旧費補助金交付要綱（平成23年12月9日 医政発1209第5号 厚生労働省事務次官通知）
- [28] 医療施設等施設整備費の国庫補助について（平成25年5月15日 医政発0515第2号 厚生労働省事務次官通知）
- [29] 医療施設等設備整備費の国庫補助について（平成25年5月15日 医政発0515第1号 厚生労働省事務次官通知）
- [30] 医療提供体制施設整備交付金の交付について（平成20年10月16日 医政第1016007号 厚生労働省事務次官通知）
- [31] 医療提供体制推進事業費の交付について（平成24年6月5日 医政発0605第2号 厚生労働省事務次官通知）
- [32] 医療法（昭和23年7月30日法律第205号）
- [33] 医療法人の附帯業務について（平成25年3月29日 医政発0329第27号 厚生労働省医政局長通知）
- [34] いわゆる出資額限度法人について（平成24年3月30日 医政発0330第26号 厚生労働省医政局長通知）
- [35] 救急医療対策事業実施要綱（平成20年5月2日 医政発第0502004号 厚生労働省）
- [36] 社会医療法人の認定について（平成24年3月30日 医政発0330第26号 厚生労働省医政局長通知）
- [37] 地域医療再生事業（緊急的医療機能回復分）補助金交付要綱（宮城県）
- [38] 二酸化炭素排出抑制対策事業費等補助金（民間団体）交付要綱（平成21年4月 環境省）
- [39] 被災地医療施設復興支援事業補助金交付要綱（岩手県）
- [40] 病院内保育所運営事業実施要綱（平成20年10月16日 医政発第10160060号 厚生労働省次官通知）
- [41] 病院等へのコージェネレーション緊急整備事業（平成23年11月 環境省）
- [42] 福島県地域医療復興事業補助金交付要綱（福島県）
- [43] 法人税法（昭和40年3月31日 法律第34号）