

平成25年度
厚生労働省医政局委託

平成25年度

医療施設経営安定化推進事業

医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究

報告書

平成26年3月

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

目 次

I	調査研究の背景と目的	1
II	調査研究体制	2
III	調査研究結果	3
	1. 非営利ホールディングカンパニー組織	3
	(1) 非営利ホールディングカンパニー組織構想の背景と目的	3
	(2) ホールディングカンパニー組織	4
	1) ホールディングカンパニー組織とは	4
	2) 非営利ホールディングカンパニー組織のガバナンス	5
	①日米における医療事業グループの共通項	7
	②米国版医療事業グループの特徴	7
	③日本版医療事業グループの特徴	7
	3) 非営利ホールディングカンパニー組織の生成過程	8
	(3) 非営利ホールディングカンパニー組織創設にあたっての論点・留意点	8
	1) 非営利ホールディングカンパニー組織の組織要件に関する論点・留意点	9
	①非営利性	9
	②公益性	10
	③経営の透明性	10
	④コントロール権の確保	11
	2) 改革の実効性、加速性に関する論点・留意点	11
	①地域概念と地域計画の設定	11
	②財政支援	11
	③利用者保護の対策	11
	④資金集約方法	11
	2. ヘルスケア REIT	12
	(1) ヘルスケア REIT の概要	12
	(2) わが国におけるヘルスケア REIT に関する議論の要点	14
	(3) ヘルスケア REIT 導入のメリット・デメリット	15
	1) サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームについて	15
	2) 病院について	17
	①一般に指摘される REIT 利用のメリットに関する検討	17
	②デメリット	21
	(4) REIT 導入の留意点	22
	1) サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホーム	22

2) 病院	23
3. 社会医療法人の現状調査	24
(1) 調査方法	24
1) 調査対象	24
2) 調査方法	24
3) 調査内容	24
4) 調査票の回収状況	25
(2) 社会医療法人の状況	26
1) 社会医療法人数は順調に推移しているか	26
2) 社会医療法人へ移行した法人はどのような法人であったか	33
3) 社会医療法人はどのような事業で認定を受けているか	33
4) 社会医療法人の認定を受けた病院は地域分布にばらつきがあるか	34
5) 社会医療法人の認定を受けた病院はどの程度の病床規模か	36
6) 地域医療に貢献しているか	38
7) 認定事業の事業規模と法人負担の状況はどの程度か	48
8) 社会医療法人の認定を受けた病院単位の収益状況はどうか	49
9) 社会医療法人単位の収益状況はどうか	53
10) 附帯業務の実施状況と本来業務への貢献状況はどうか	56
11) 収益業務の実施状況と法人経営への貢献状況はどうか	57
12) 非課税恩典効果はどの程度か	58
13) 社会医療法人になるにあたっての障壁は何か	60
14) 社会医療法人への移行促進には何が有効か	62
15) 社会医療法人の新たな認定要件には何が良いか	63
16) 社会医療法人になったメリット・デメリットは何か	64
17) まとめ	65
【参考資料 1】	
平成 24 年度社会医療法人実態調査 社会医療法人向け調査票 単純集計	67
【参考資料 2】	
平成 24 年度社会医療法人実態調査 社会医療法人向け調査票	77
【参考資料 3】	
平成 24 年度社会医療法人実態調査 都道府県及び厚生局向け調査票	86
【参考文献】	93

I 調査研究の背景と目的

少子高齢化が進み、地域完結型医療体制の構築が図られる中、医療法人等の提携・連携の推進が求められている。このような状況下、社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）等で非営利ホールディングカンパニー組織（非営利ホールディング型法人制度）やヘルスケア REIT の創設に関し議論が進んでいる。

一方、地域の中核的役割を担う医療法人として、非営利性、公益性を強化した社会医療法人制度が導入され、2008年7月に初の社会医療法人の認定が行われて以来2013年度末現在215法人を数えるが、当初の導入目的に沿ったものとなっているか等、その実情は明らかではない。

そこで本調査研究では、非営利ホールディングカンパニー組織及びヘルスケア REIT 創設に関する論点・留意事項について整理するとともに、社会医療法人が地域でどのような活動状況にあるのか、その現状について調査する。

本調査研究の検討事項

- ①非営利ホールディングカンパニー組織創設に関わる論点・留意事項の整理
- ②ヘルスケア REIT 創設に関わる論点・留意事項の整理
- ③社会医療法人の現状調査

Ⅱ 調査研究体制

本調査研究は、以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

(敬称略・五十音順)

○企画検討委員会委員

委員長 : 田中 滋 (慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授)
委員 : 五十嵐邦彦 (公認会計士)
委員 : 石井 孝宜 (公認会計士)
委員 : 土屋 敬三 (独立行政法人福祉医療機構 共済部 部長)
委員 : 西澤 寛俊 (公益社団法人 全日本病院協会 会長)

○研究班委員会委員

委員 : 堤 達朗 (株式会社メディカルクリエイト 取締役)
委員 : 斐 英洙 (メディファーム株式会社 代表取締役)

○オブザーバー

厚生労働省医政局指導課

○事務局

プロジェクトリーダー : 松原 由美 (株式会社明治安田生活福祉研究所 主席研究員)
サブリーダー : 大西 規加 (株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)
: 恩田 裕之 (株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)
: 澤 耕一 (株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)
: 山本健太郎 (株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)

委員会の開催状況は以下のとおりである。

企画検討委員会

- ・ 第1回企画検討委員会 : 2013年6月10日
- ・ 第2回企画検討委員会 : 2013年7月24日
- ・ 第3回企画検討委員会 : 2013年11月6日
- ・ 第4回企画検討委員会 : 2014年3月19日

研究班委員会

- ・ 第1回研究班委員会 : 2013年6月16日
- ・ 第2回研究班委員会 : 2013年8月2日
- ・ 第3回研究班委員会 : 2013年10月14日

Ⅲ 調査研究結果

1. 非営利ホールディングカンパニー組織

(1) 非営利ホールディングカンパニー組織構想の背景と目的

非営利ホールディングカンパニー組織創設については私案も含め各方面から提案され、様々なコメントも発信されている。本調査研究では、国民会議の報告書で述べられている非営利ホールディングカンパニー組織創設の背景と目的について要約し、それに沿う形で創設に際しての論点・留意点を述べることとする。

国民会議報告書の第2部Ⅱ「医療・介護分野の改革」の1「改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命」の項で、以下のように記されている。

『医療はかつての「病院完結型」から、(中略)「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。(中略)2008(平成20)年の(中略)社会保障国民会議では、迎えるべき超高齢社会である2025(平成37)年度におけるあるべき医療・介護サービスの提供体制を確立する青写真が描かれた。そしてその時に描かれた改革の目的と政策の方向性は(中略)政権の変遷にかかわらず引き継がれ、医療・介護分野の改革の優先課題として位置づけられ続けてきたのである。』と述べ、しかし、改革は遅々として進んでいないとの認識の下、『問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うこと』が求められるとしている。

このように指摘したうえで、『日本の医療政策の難しさは、(中略)病院等を民間資本で経営するという形(私的所有)で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。』との見解を示し、最後のまとめとして、『総括して言えば、この社会保障制度改革国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えることにあると言っても過言ではない。』と結んである。

そしてこれに続けて改革案に入り、2の「医療・介護サービスの提供体制改革」(3)「医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し」の項で、『医療法人等との競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。』と具体的改革案を提案している。

非営利ホールディングカンパニー制度創設のメリットとして、『複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。』と指摘している。

更にこの後（５）「医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援」について１項を設け、そこで『今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。』とし、改革の支援策の必要性にも言及している。

ここで改めて非営利ホールディングカンパニー組織創設の背景と目的を整理すると、大きくは３つ挙げられよう。

第一は医療供給体制改革を実行するには現行の供給体制を温存したままでは難しく、供給主体の再編・統合が必要なこと。

第二は、今般の国民会議の最大の使命と位置付ける改革の実効性と加速性の実現。

第三は、ホールディングカンパニー組織が有する経営の柔軟性、効率性を享受することである。

そこで本調査研究の目的である論点・留意点について、非営利ホールディングカンパニー組織構想を実のあるものにする立場から、以下の２つの視点から整理する。

一つは非営利ホールディングカンパニー組織の組織要件に関する視点、もう一つは非営利ホールディングカンパニー組織が改革案として実効性と加速性を備えるための視点である。

論点・留意点に入る前に、現状のホールディングカンパニー組織及び非営利ホールディングカンパニー組織がどのようなガバナンスで運営されているか、またどのような生成過程を経て出来上がるかについて、要点だけを簡単に触れておこう。

（２）ホールディングカンパニー組織

１）ホールディングカンパニー組織とは

ホールディングカンパニー組織とは、親機能を有する主体（ホールディングカンパニー組織の最終意思決定機関＝ホールディングカンパニー。以下、便宜的に法人ではない場合も親法人と言う）が傘下に法律上独立している法人を子法人として擁する形でグループを形成し、事業展開を図る経営組織である。事業多角化を展開していくうえで利便性の高い経営形態と言える。

この組織が実現すれば、各種法人類型を残したまま傘下に置くことが可能となり、様々な事業を一体的・柔軟に展開できる。具体的には機能分化・連携が容易となる、既述の医療機器の購入、人事、医療事務、仕入等の統合による経営効率化の促進など

の他にも、資金調達の一括化による調達コストの低減、職員のキャリアアップの推進等、多方面にわたって大きな効果が見込まれる。特にこれからの医療のあるべき姿が地域完結型であることを考えれば、提供主体に面的な事業展開が求められるわけだから、極めて適合性の高い法人類型と言えよう。

2) 非営利ホールディングカンパニー組織のガバナンス

さて、ホールディングカンパニー組織がどのようなガバナンスの下で運営されているかだが、ホールディングカンパニー組織は法律上、独立した複数の法人が一つの親法人の下に経営上統合された組織であると言える。統合された組織なので、グループを形成する親子間で統一した意思決定メカニズムが確立されていることがこの組織の必須要件となる。親法人が子法人に対してコントロール権を有していることが、この組織のガバナンス上のポイントである。

言うまでもなくホールディングカンパニー組織はその名が示すとおり、本来的には営利企業の経営組織だが、営利・非営利組織を問わず存在する。今般、国民会議その他で営利ホールディングカンパニーにならって、非営利ホールディングカンパニーなる用語が用いられたので、一応、営利ホールディングカンパニー組織との対比で、本研究における非営利ホールディングカンパニー組織を定義すると以下のとおりである。

図1 ホールディングカンパニー組織の2つのタイプ（典型例）

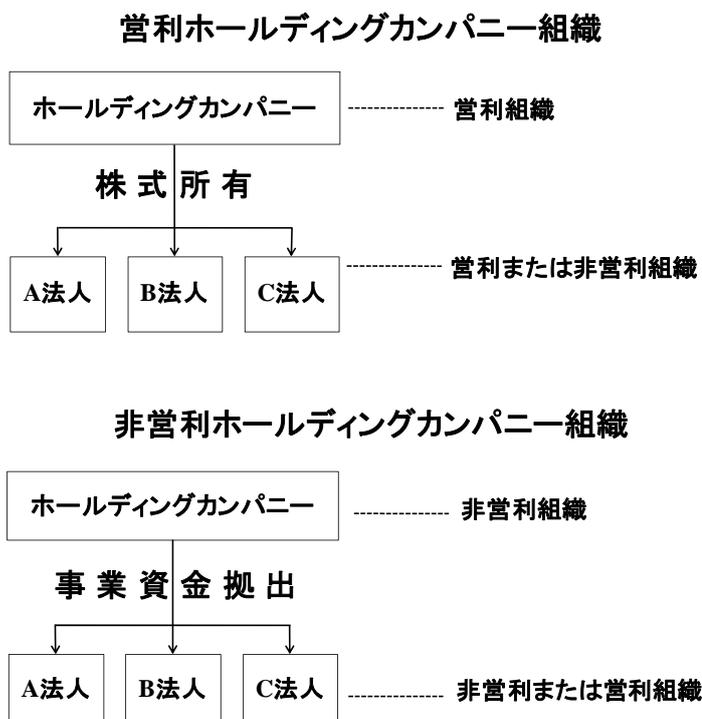


図1は営利・非営利ホールディングカンパニー組織の典型例を示したものだが、営利ホールディングカンパニー組織は親法人が営利法人、非営利ホールディングカンパニー組織は親法人が非営利法人である。そして子法人にはどちらの場合も営利・非営利両法人がなりうる。

ところで肝心の親法人の子法人に対するコントロール権については、営利ホールディングカンパニー・非営利ホールディングカンパニー両組織とも、子法人が営利法人であれば過半の株式所有によって、他方、子法人が非営利法人の場合は事業資金拠出の事実を以って確保されている。ただ株式所有による場合は法的にも担保されたことになるが、事業資金拠出の場合は法的な担保とは言えず、あくまで実質ベースの話となる。

ここで参考までに日米の医療事業グループの実例を見てみよう。

日米ともに医療は非営利組織で運営されており（米国には一部営利法人あり）、その下で図2、3に示すような医療事業グループが存在する。

図2 米国版医療事業グループ例

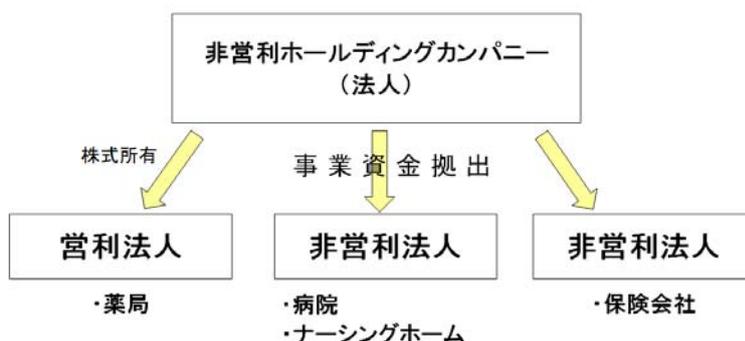
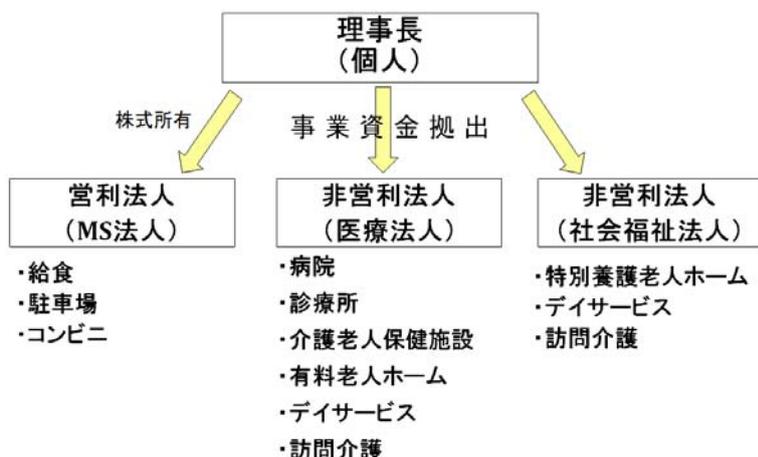


図3 日本版医療事業グループ例



①日米における医療事業グループの共通項

- i) 統一した意思決定が法的に担保されていないが、事業資金拠出によって実質的支配が確保されている（ただし営利子法人に対しては株式所有による）
- ii) その結果、傘下法人の出自は、親法人が新規事業立上げの際設立した新法人か、他の既存法人を M&A 等で傘下に組み入れた法人
- iii) したがって、ある一事業者が成長拡大する過程で長い時間をかけて作り上げたもの

②米国版医療事業グループの特徴

- i) 親機能（傘下法人に対するコントロール機能）を果たしているのが非営利法人
- ii) 親機能を有する非営利法人は持分がなく、財産の特定個人への帰属もない
- iii) 経営者は地元の代表者等で構成される理事会で選出され、経営のキャリアを積んだ者で、多くの場合医師ではない

③日本版医療事業グループの特徴

- i) 親機能を果たしているのが個人（理事長）
- ii) 経営権や財産権が実質的に世襲されるケースが多い
- iii) 経営者は原則医師で、医業における倫理性、非営利性維持が期待されている

先にホールディングカンパニー組織では子法人に営利・非営利両法人がなりうると述べたが、現実には営利ホールディングカンパニー組織に非営利の子法人が存在するケースは稀である。少なくとも営利ホールディングカンパニー組織の中で非営利の子法人が主要な事業を担うとは思われない。存在しても極めてマイナーな位置付けであろう。そもそも営利性の趣旨に照らして意味のないことであり、非営利事業を大々的に行えば株主から非難が出よう。そうした意味で営利ホールディングカンパニー組織にあっては、ほとんどの子法人が営利法人と思われ、したがって、株式所有による支配が法的に担保される形で確立している。つまり営利ホールディングカンパニー組織にあっては、ガバナンス（子法人に対するコントロール権）はほとんど問題にならない。

これに対して、今回検討されている非営利ホールディングカンパニー組織の場合は、今後の事業展開如何では主要かつ重要部門を担う営利子法人が出現することは想定されうる。何故なら訪問介護、サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）、有料老人ホームなどの分野は既に営利法人が主として担っている分野だからである。非営利子法人に対して法的に担保されない実質ベースのコントロール権の問題も含め、非営利ホールディングカンパニー組織のガバナンスのあり様には大きな課題がある。

3) 非営利ホールディングカンパニー組織の生成過程

次に非営利ホールディングカンパニー組織の生成過程を見てみよう。

米国の非営利ホールディングカンパニーである医療事業グループやわが国の実例を通して、親法人による非営利子法人に対するコントロール権の源泉が事業資金拠出であることをみた。事業資金拠出が経営権の源だという意味は、ある一つの経営主体が拡大成長していく過程で新規事業立ち上げ（新法人設立）や、外部の既存法人が経営不振に陥った都度、自らの資金を拠出することによって買収する等を積み上げた結果出来上がったもので、出来上がるまでに相当長い年月を要する組織だということである。

ホールディングカンパニー組織は経営統合の一形態である。そもそも経営統合は営利・非営利ホールディングカンパニー組織に拘わりなく、原則、優勝劣敗の論理で形成されるものなので、こうした実例を見るまでもなく、一般に出来上がるまでに長い時間を要す。

言い換えれば、法人存続の体力が残存している既存の複数の医療法人等が寄り集まって合意した結果、ある日突然出来上がるものではない。またこうした既存の複数の医療法人等が寄り集まって合意して出来上がる合意形成型では、合意内容によるとはいえ親法人が傘下法人の事業資金を拠出していないので、必須事項である親法人のコントロール権が実質ベースでも確保されない怖れが高く、ホールディングカンパニー組織の実をあげるのが難しいと思われる。更に合意形成型では、独立色の強い現行の医療供給主体の特質を考えれば、誰が経営権を握るか、収益分配や財産帰属をどうするか等の重要事項について、合意に至るまで相当な困難が予想される。

この様に考えると、器を作ることもさることながら、むしろ問題は対象とする医療供給主体を非営利ホールディングカンパニー組織にどう参加させるかといった方法論がキーポイントとなると思われる。国民会議の報告書でも「実行性と加速度を加えること」を最大の使命としていると記す所以であろう。

(3) 非営利ホールディングカンパニー組織創設にあたっての論点・留意点

これまで述べてきたとおり、非営利のホールディングカンパニー組織は①非営利子法人に対するガバナンスの構築に知恵が求められる。とりわけ既存法人による合意形成型では、既存法人が子法人として存続することが前提とされると思われるので、親法人の事業資金拠出がない、②ホールディングカンパニー組織は一般的にある程度の規模が出来上がるまでには相応の時間を要する、③既存法人の合意形成にはかなりの困難が予想される、④したがって、ホールディングカンパニー組織を早期に作り上げる方法論が重要であるなどの課題を指摘した。

一方、ホールディングカンパニー組織は経営組織としては、既述のように事業多角

化を展開していくうえで利便性の高い経営形態である。特にこれからの医療法人の面的展開を考えれば適合性が高く、時代にマッチした法人類型といえ、こうした制度を導入することは大いに意義があると言え、評価できる。

以上の認識の下、非営利ホールディングカンパニー組織構想が実のあるものになるための見地から論点・留意点を整理する。なお、各項目について改革案の内容を示すのは本調査研究の趣旨ではないので、あくまで論点・留意点の提示に留める。

1) 非営利ホールディングカンパニー組織の組織要件に関する論点・留意点

①非営利性

非営利ホールディングカンパニー組織構想は国民会議報告書でも明示されているように、非営利性の堅持を大前提としている。そうであるならば、現行の医療法人の非営利性の組織要件は当然に遵守されて然るべきである。

ただ非営利ホールディングカンパニー組織の場合、非営利性を適用する対象は分けて検討することも考えられ、対象によっては適用に幅を持たせることを検討する余地が考えられよう。

非営利ホールディングカンパニー組織の対象は親法人、子法人、組織全体の3つに分けられる。そこで以下それぞれについて組織要件を整理する。

i) 親法人

親法人は非営利ホールディングカンパニー組織全体の最終意思決定機関なので、親法人については非営利性の要件が厳格に適用されなければならない。非営利ホールディングカンパニー組織という新たな法人制度は、その創設目的がかなえば今後の医療法人制度のメインとなることが想定されるだけに、親法人に非営利性に欠けるところがあっては、現行の医療法人制度の根幹に触れることなので、極めて慎重な議論が求められる。

具体的には第五次医療法改正で適用されている要件、つまり配当禁止、社員の議決権は拠出金に関わりなく一人一票、法人財産は特定個人に帰属しない等は必須である。

なお、非営利ホールディングカンパニー組織組成にあたっては、統一した意思決定策として、会費制を採り、会費に応じて議決権を持つという案があるが、これは以下の理由により非営利性に反すると考えられる。

医業経営の非営利性等に関する検討会（平成17年7月22日）による『医療法人制度改革の考え方』によれば、『社団医療法人の社員の議決権について、社団医療法人への拠出額に応じた議決権割合を社員に付与することは、拠出額の多寡によって社団医療法人の経営を左右し、「営利を目的としない」という考えと矛盾することとなる。そもそも社団医療法人に拠出された拠出金の性質は、医療

法人の活動を支える財産的基礎である。一方で、社員の議決権は、社員総会において、社団医療法人の適正な運営をチェックするためのものであり、社員一人一人の意思表示が公平になされるための権利である。このため、社団医療法人に拠出された拠出金と社員の議決権とを関連づけることは、「営利を目的としない」医療法人にとって、本質的に相容れないものと整理すべきである。こうしたことを踏まえ、社団医療法人の社員の議決権は拠出額の多寡に関わらず一人一票であることを医療法ほか関係法令において明確に定める必要がある。』と明記され、現行の医療法第48条の4第1項で一人一票と規定されている。

出資金、会費、寄附金、基金等、名目は何であれ拠出金が議決権とリンクすることは、資本力に応じて議決権が付与される資本の論理導入となり非営利性に反することであり、非営利組織にはそぐわない。

ii) 子法人

非営利ホールディングカンパニーの子法人の中には、営利法人も想定され、営利法人であっても親法人と経営理念を共有するなどの倫理規定を要する。

また、株式の大半を外部組織が保有し配当している場合、医療事業で得た収益が医療事業以外に流れ、非営利ホールディングカンパニー組織外へ配当されては、現行医療法人制度の根幹に触れる問題となる。営利子法人の場合では後述するコントロール権とともに、外部株主の持株比率について検討を要すと言える。

iii) 非営利ホールディングカンパニー組織全体

親法人について、厳格な非営利性の要件が課せられるのであれば、非営利ホールディングカンパニー組織全体については、ある程度弾力的な要件設定（例えば持分あり医療法人が参加しやすいよう、子法人の財産が個人に帰属することを認める等）を検討する余地があっても良いであろう。

② 公益性

非営利ホールディングカンパニー制度導入により、営利法人も傘下に入ることから事業内容の多角的展開が進むが、想定外の事業分野への拡大は、非営利性、公益性の見地から当然に望ましくない。社会保障分野の資金が、社会保障関連と全く関係のない分野へ流れることは、制度自体への不信を招く恐れも考えられ、何らかの規律を設けることが望まれよう。

③ 経営の透明性

従来の法人単独型と比べ、非営利ホールディングカンパニー組織は規模が大きくなるため、地域住民は言うに及ばず供給制度全体に与える影響も大きくなる。そ

のため、経営の透明性が従来以上に求められる。グループ全体の総合的な会計制度の導入と、その公開の義務化が必要であろう。

④コントロール権の確保

まず非営利子法人の場合、既述のようにコントロール権をどう確保するかの問題がある。

一方、子法人が営利法人の場合は、持株比率によってすべてが律せられるので、様々なケースに対応した持株比率を想定しておかねばならない。例えば過半の株式を保有しても、他に3分の1以上を所有する株主が存在すれば、合併や定款変更等の重要事項について拒否権を持たれる等の問題もある。

また転売によっていつのまにか株主が変わり、理念の異なる株主が出現するのも好ましくないので、株式の転売ルールについても要検討であろう。

いずれにしても経営権を確保するための対策が求められる。

2) 改革の実効性、加速性に関する論点・留意点

①地域概念と地域計画の設定

まずは地域概念の導入が必要であると思われる。地域完結型というならば、その地域が確定されなければ話が始まらない。例えば医療計画地域と一致させるなど何らかの地区設定が必要である。同時に、当該地域での資源適正配分等に資する地域計画の設定が求められよう。

②財政支援

経営統合を順調に進めるためには、単に器を作るのみならず、更に実効性と加速度を加えるには、社会保障制度改革国民会議報告書が指摘するとおり、財政支援を含む誘導策は検討されて然るべきであろう。

③利用者保護の対策

地域設定の際に、非営利ホールディングカンパニー組織をどう設定するかによっては、困り込みの問題が生じる。利用者の利益、権利をどう保護するか、対策を要しよう。

④資金集約方法

人、モノ、金について法人の下で一元的に管理できなければ、ホールディングカンパニー化した実があがらない。ただ、参加している法人は法的には会計上も税務上も独立した扱いとなるので、各法人であがった収益をどういう方法で親法人に集約するのか、その合理的な方法を策定することが望まれる。

2. ヘルスケア REIT

(1) ヘルスケア REIT の概要

REIT とは Real Estate Investment Trust の略称で、不動産を運用対象とした投資信託である。REIT(=投資法人)が不特定多数の投資家から資金を集めて、不動産の取得、保有、売買または賃貸といった業務を行い、その収益を投資家に分配する(図4参照)。通常の不動産会社によるものと異なるのは、REITのあげた収益の90%以上を配当する条件等を満たせば、投資法人段階で法人税が非課税となるところにある。

わが国においては、2000年11月の「投資信託及び投資法人に関する法律」の改正により、市場が創設された。

ヘルスケア REIT とは、運用対象をヘルスケア施設に特化した REIT のことである。ヘルスケア施設とは、目下検討されているスキームでは、サ高住、有料老人ホーム、病院の3施設に限定されている。

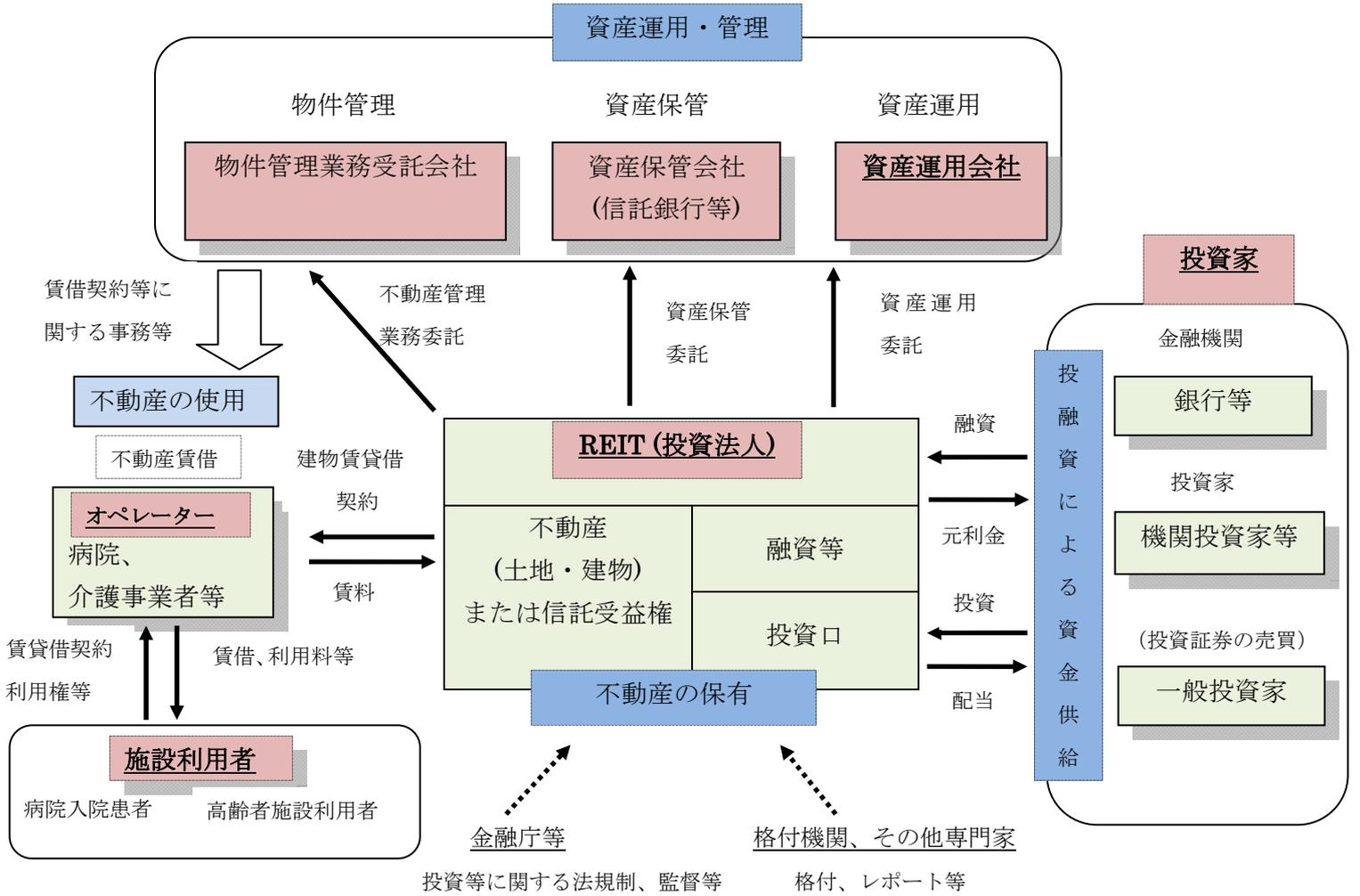
介護系施設、病院を対象にしたヘルスケア REIT は海外では既に米国をはじめ、カナダ、シンガポール、マレーシア等で存在し上場もしている。わが国ではヘルスケア施設に投資している REIT はいくつか存在するものの、ヘルスケア施設に特化した REIT は2014年3月末に導入予定の私募 REIT 1法人のみで、現在、不動産業界や国土交通省を中心にその創設に向けて動いているところである。

ヘルスケア REIT の仕組みは次頁に示す図4のとおりである。図4において、投資法人(REIT)は単なる契約上の名義人で、実質上の運営主体は資産運用会社である。資産運用会社の母体ないし資産運用会社となるものは不動産会社、証券会社、銀行など(当然のことながらこれらは親会社とは別法人)で、一定の信用力を有する組織になっている。

ところで REIT は2つの顔を持っている。REIT は投資家から資金を預かって運用し、そこから手数料を得ることを事業目的としているため、資金が集まらなければビジネスが始まらないので、当然に投資家向けの顔を持つ。もう一つは投資先不動産のオペレーター(介護事業者及び医療事業者)向けの顔である。投資家向けの顔で投資家への利回りを大きくすれば、それはオペレーターの賃借料高につながりオペレーターが REIT 利用を躊躇するであろうし、オペレーター向けの顔で賃借料を低めに設定すれば、投資家への利回りが低くなる等から投資家から不評を買うといった具合で、二律背反の立場にある。

とはいえ、既述のように基本的には投資家から資金が集まらなければビジネスとならないことから、結局は投資家サイドにスタンスを置かざるを得ない立場にあると言えよう。

図4 ヘルスケア REIT 概念図



出所：国土交通省「ヘルスケア施設の供給促進と不動産証券化手法の活用」(2013.7)6頁を基に一部加筆・修正。

(2) わが国におけるヘルスケア REIT に関する議論の要点

2013 年 1 月時点において、REIT に占めるヘルスケア施設は取得全額ベースで 0.31%と、その市場規模はまだ小さい（国土交通省（2013）『「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」取りまとめ』）。投資対象をヘルスケア施設に特化した REIT は既述の通り、2014 年 3 月末に導入予定の私募 REIT 1 法人のみである。ヘルスケア施設、特に高齢者向け住宅等は比較的小規模なものが多く、また必ずしも高収益事業ではないなどから、投資対象になりにくいといった背景があると思われる。

ただここへきて、医療、介護の成長産業化論を受け、ヘルスケア REIT 創設に向けた検討が、国土交通省及び業界団体主導の下、急ピッチで進んでいる。

国土交通省は、「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」（2012 年 10 月）を設置し、2013 年 3 月にヘルスケア REIT の課題や解決策の方向性に関するとりまとめを行った。

また、業界団体である不動産証券化協会の「ヘルスケア施設供給促進のための REIT の活用に関する実務者検討委員会」では、上記国土交通省検討委員会のまとめを受け投資家・REIT 側から見た課題として、ヘルスケア施設に係る適切なデューディリジェンス及び情報開示のあり方に関し、現状の把握と課題の整理を行っている。

更に、2013 年 6 月に閣議決定された日本再興戦略の一つには、ヘルスケア REIT の活用があげられ、2014 年 2 月末に高齢者向け住宅等の取得・運用に関するガイドライン素案が国土交通省により策定されたところである。

この様に、ヘルスケア REIT 普及を巡る検討は活発に行われている。しかしながら、これら現行の議論を概観すると、投資家保護に重点をおいた議論が中心に進められている様子が窺える。

投資家保護は極めて大切なことなので、これは至極当然なことであるが、一方の当事者であるオペレーターや施設利用者の立場に立った議論がほとんど見られないのは気になるところである。

例えば、上記の検討委員会においては投資家保護の観点から「モニタリング体制の拡充」「デューディリジェンス」「情報開示」「外部評価」等、オペレーターに対する要求事項ばかりあげているが、オペレーターの権利義務や、施設利用者（高齢者、要介護者、入院患者）の保護については考慮すると記しているのみで、何ら具体策は示されていないように見える。

ところでデューディリジェンスとは、不動産取引の際に、対象企業（オペレーター）の価値を正確に把握するため、財務内容や保有資産の価値を不動産鑑定士や公認会計士等の専門家が細かく分析、査定する手続きである。つまりオペレーターはその事業内容、資産内容について徹底的に調べられる。

次にモニタリングとは、オペレーターの日常業務が契約に則ったものとなっている

かチェックすることである。

契約には建物賃貸契約のほかにオペレーターと REIT の権利義務を定めたコベナンツ (covenants) がある。賃貸契約以外の事項について様々なことがコベナンツに書き込まれる。ヘルスケア REIT のコベナンツのひな型が示されていないので一概には言い切れないが、一般論としていえば投資家保護の立場から、REIT は所有する不動産が生み出す事業について、倒産の心配はないか、収益が確実にあげられるか、資産価値が目減りしないかなどを確実なものとするを目的に、オペレーターの新規事業 (投資) の制限、定められた各種経営指標の維持や向上の義務化 (いわゆる財務制限条項) などをコベナンツに盛り込む。REIT としては資金投下した不動産からのキャッシュフロー以外に資金保全や収益確保の術を持たないので至極当然の措置といえはそのとおりだが、オペレーターにとっては契約内容如何では、経営上かなりの縛りが入ることを覚悟する必要がある。

また非常に重要なことは肝心の施設利用者に係る事項が十分議論されていないのではないかという懸念である。介護施設で最も考慮されなくてはならないのは施設利用者がそこで安心して生活を継続できるかである。

このように、オペレーターに対する要求事項ばかりが指摘され、施設利用者保護についての検討が判然としないままヘルスケア REIT 利用が喧伝されている。

(3) ヘルスケア REIT 導入のメリット・デメリット

ここで言うメリット・デメリットとは、オペレーター及び施設利用者の立場から見たものである。またヘルスケア REIT の投資先は既述の 3 施設だが、このうち介護施設と病院では事業の性格が異なるので、これらを分けて検討することとする。以後、REIT とはヘルスケア REIT を指す。

1) サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームについて

初めにオペレーターの立場から見てみよう。

オペレーター (介護事業者) にとって REIT 利用の最大のメリットは、何と云っても施設建設費調達からの解放である。また不動産を所有しないので、いわゆる所有リスクからも解放される。このため、資金の固定化を回避でき、リスクを排除しつつ小資本で事業開始が可能となる。特にチェーン展開を図りたい事業者にとって、これは大きな魅力と言えよう。

一方、これに対するデメリットはコスト高となる点である。それは施設の自己所有に比べ REIT に支払う賃借料が相当な割高になることである。

REIT は図 4 に示すとおり、関係者が多くそれぞれに支払うフィーがある。メインである資産運用会社の運用手数料、更には投資家への配当金加わるので、相当割高となるのは避けられない。

賃借料については最終的には施設利用者に転嫁される部分が多いと思われるものの、一部はオペレーター負担となることは覚悟する必要があるだろう。

むしろ問題となるデメリットは、先に述べたコベナントやモニタリングによって経営内容を徹底的にチェックされ（それ自体は悪いことではないが、事業規模に比して負担と言える）、経営上制約を受ける恐れである。

また、病院のところでも述べるように、建替・修繕が適切な時期に実施されるか分からないという懸念がある。REITにとってサ高住等への投資は、多くの選択肢のうちの一つでしかないので、REITが施設の修繕や改築などに応じるか否かは、その時の社会経済情勢、特に不動産市場や成長分野の動向等によって定かではない。

次に施設利用者からみたメリット、デメリットを見てみよう。正直なところ施設利用者にとってREIT導入の直接的メリットは判然としない。強いて挙げれば2つである。

一つはオペレーターが新たな資金調達ルートを得たことによって施設建設が容易となり社会全体として施設供給量が増大する効果である。

もう一つはコベナントやモニタリングによって結果として介護事業者に対するチェックが入るので、サービスの質の確保等が得られることである。しかし、これらは一般論として挙げうるメリットで漠然としており、現実に利用者に直接的具体的にどう反映されるか把握し難い。

これに対してデメリットはかなり明確かつ深刻である。

第一はオペレーターが施設を自己所有した場合に比べ、REIT利用の場合の賃借料の割高分の大部分が施設利用者に転嫁される可能性が高いことである。これは施設利用者を直撃する。社会全体で施設供給量が増大してもREIT導入施設では賃借料がコスト高なため、一定以上の所得レベルでないと入居できない恐れが生じる。この意味でREIT利用と自己所有の場合におけるコストシミュレーションの提示はぜひ必要と思われる。

第二は、施設利用者にとっては、サ高住や有料老人ホームは終の棲家の色合いが濃いので、長期入居の保証、長期に亘る入居料の安定が最大関心事と思われるが、これがどう確保されるかである。

オペレーターは利用者確保のため、これらを十分考慮のうえREIT側と折衝すると思われるが、REIT側の意向も入るので定かでない。REIT側は資産価値維持や収益力アップを優先するうえ、転売された場合、新たな施設オーナーがオペレーターや施設利用者に係る契約事項をどう取り扱うか等、様々な問題が存在する。

施設利用者の取り扱いに関する契約交渉の場に施設利用者は参加できないが、REITそのものがREITのデメリットの多くを施設利用者に転嫁しかねない仕組みだけに、これらの取り決めガイドライン設定が求められる。

施設利用者にとって一番重要なことは、既述のとおり長期入居と長期安定賃料の確

保であろう。しかし、オペレーターが契約どおり REIT へ賃借料を支払っていても、経営指標の悪化などを理由に、コベナントをたてに転売やオペレーターの変更などが生じる怖れがあり、その際には施設利用者の賃借料アップとなることが考えられる。多くは年金生活者である施設利用者にとり、賃借料高騰に応じるのは容易ではない。また、施設利用者が高騰した賃借料に耐えきれなくなり、終の棲家と考えていた施設を退去せざるを得ない状況になった場合、そのダメージは大きい。

2) 病院について¹

次に病院が REIT を利用する場合のメリット・デメリットを検討する。

①一般に指摘される REIT 利用のメリットに関する検討

一般に指摘される REIT 利用のメリットとしては以下 6 点があげられる。本節では、これら 6 点における REIT 利用上のメリットを病院経営にあてはめた場合、どれほど享受できるのかを考察する。

- i) 資金の固定化の回避
- ii) 小資本でも急拡大が可能
- iii) 固定費の変動費化による効率化
- iv) 経営介入の排除
- v) 個別の事業リスクと事業者全体の信用リスクを切り離して資金調達できる（特定資産を母体企業から分離し、当該資産に関わる事業のキャッシュフローに依拠して資金調達できる）
- vi) 不動産管理から解放される

i) 資金の固定化の回避

企業経営において、最も気をつけねばならないのは資金の固定化（投下資金の回収長期化）だと言える。その理由は、企業では一般に設備投資後の事業展開には高い事業リスクが存在するからである。

それは、自己の商品もしくは事業に対する需要予測が困難だからである。一般にどの事業においても、設備投資を行って事業を展開する際は、事前調査等を実施して、相応の見通しを立てて始めるものであるが、当該商品、事業に対する需要があるのか否か、またどの程度の需要量なのかは、実際に事業を開始してみなければ分からない。需要自体に確信は持てたとしても、競争他者の技術開発力、コスト競争力、景気動向等自社のコントロール外の要因で、自社がその需要をキャッチできる保証がない。

このように、一般企業では諸々の要素から事業リスクが存在するので、これに

¹松原由美「投資ファンドと病院の資金調達」, 『週刊社会保障』 Vol.61 No.2441, 52-57, 2007年7月を基に加筆修正

備えるため資金の固定化を回避するメリットは大いにあると言える。

これに対して病院は上記の事業リスクは相対的に少ない。医療ニーズは景気に左右されることもなく安定的に存在する。しかも、購買力は公的保険によって下支えされており、ニーズは実需として顕在化しやすい。このため、需要の有無に対するリスクは一般産業ほどではなく、むしろ医療需要は確実に存在すると言ってよい。また、競争他者との間で、激しい技術開発競争や価格競争、新商品開発競争に晒される度合いは少ない。そのため、先の事業リスクは他産業ほどに高くない。

したがって、資金の固定化に伴うリスクは病院事業にも当然生じるものの、一般企業ほどには高くないと考えられる。

ii) 小資本でも急拡大が可能

スーパー、コンビニ、レストランなどに代表されるいわゆる多店舗展開型事業、チェーン展開型事業において、これをすべて自己所有で行っているのは膨大な資金を要し、それだけ上述のリスクが高まる。これが資産流動化を利用すれば、リスクを排除しつつ小資本で急拡大が可能となる。

これに対して病院の場合、ごく一部のチェーン展開型病院以外、多店舗展開型は少ないので、このメリットを享受できる病院は多くはないと思われる。

iii) 固定費の変動費化による効率化

これは施設所有により生ずる固定費、つまり減価償却費＋金利分を賃借料という変動費に換えることの効果を指すと思われる。

例えば他の一般産業では、ある事業を展開するために、工場の建設や店舗の開店を行ったとしても、仮に予期した成果があがらなければ直ちに撤退できる。したがって、REITを採用していれば設備所有に伴う減価償却費も発生しないし設備投資に要する借金も生じないので、借入金が残るとということもない。また、変動費たる賃借料は事業を止めれば当然に賃借料支払いはなくなる。事業の進出・撤退が自由な一般事業においては、この効果は非常に大きいと言える。これは例えばレストランチェーンやファーストフード等の新規出店、撤退の激しさを見れば明らかだろう。

しかし、病院や介護施設の場合は、供給責任あるいは安定供給という重大な使命を課せられている。やむを得ず撤退せざるを得ない場合には、患者の行き先を確保してからとなるなど、ひとたび事業を始めれば、患者がいる限りサービスを継続することが必要であり、他産業のような安易な撤退は出来ない。

したがって、病院に関しては、たとえ賃借料化しても実態は固定費である。むしろ、供給責任を負い、事業の継続性を責務とする事業においては、賃借料化した方が経費の固定度は高まるとさえ言える。

なぜなら、資産を所有する場合、賃借料に該当する固定費は金利と減価償却費である（無論このほか固定資産税、修繕費等の各種雑費が加わる）。自己所有であれば、何らかの事情で収益が予想したほどあがらない場合は、金利部分は外部への支払いなので支払いを止めるわけにはいかないが、減価償却費部分は外部流出を伴わないだけにその処置に弾力的対応が可能である（もちろん一時的に償却不足を招くが、外部取引先から支払いを強要されることはない）。

賃借料の場合は、減価償却費分を含めて支払いを止めるわけにはいかず、止めれば不渡りで倒産となりかねない。

また、賃借料化した場合は、当然のことながら自己所有に比べてコスト高は避けられない。

資産所有の場合、賃借料に該当する固定費は既述のとおり金利と減価償却費だが、賃借料はこの固定費に REIT 関係者への各種手数料、投資家へ配当財源、所有リスク対応分が利益として上乗せされる。そのため、賃借料化すれば日常経費としてコスト高となる。

とりわけ病院の場合は、i) 撤退障壁が高い、ii) 転用がきかない、iii) 1 施設 1 テナントなどの理由から、所有リスク代が他の不動産、例えばオフィスビルなどと比べて高くなるので、病院テナントとしては一層割高な賃借料を支払うこととなる。

当然のことながら、コスト高は他の産業も同じだが、他産業では先に指摘したとおり一方で多くのメリットを受けることが出来るので、このコスト高は相殺されて余りあるが、病院の場合、そうしたメリットが少ないだけに、コスト高だけが残るというわけである。

iv) 経営介入の排除

既述のように、一般に REIT は不特定多数の投資家から投資されるため、通常の不動産証券化と違って経営介入の怖れがないと言われているが、実際にはコベナンツによって、投資の制限、各種経営指標の維持や向上の義務化などにより経営のモニターが入り、実質経営介入の可能性がある。

v) 個別の事業リスクと事業者全体の信用リスクを切り離して資金調達できる²

従来の資金調達（銀行借入れ）では、企業全体の信用力に基づいて行われるのに対して、REIT のような証券化による調達では、企業が持つ特定資産（証券化の対象となった資産＝病院）の信用力によって資金を調達するため、基本的にその企業全体の信用力に影響されず資金調達が可能となる。

例えば企業全体で見れば、不採算事業を抱えるため低収益であったり、借入過

²松原由美『これからの中小病院』、医療文化社、2004 年を基に加筆修正。

多く信用が不安視されている場合などでは、せつかく高収益が見込まれる事業を開発しても、その事業資金の調達はやわしない。

REITのような証券化による調達の最大の特徴は、企業全体の信用力から将来有望な事業（それに使用する資産）を切り離して企業全体が持つ低採算や信用不安を遮断して当該事業からあがる収益を資金提供者に優先配分することで信用力を担保し資金調達できるようにする点にある。このため一般の事業にあっては有望事業をその時の企業体力にかかわらず推進することが可能となり、これは大きなメリットと言える。

しかし、病院がREITを利用する場合には、以下の理由によりこのメリットを享受しにくい。病院の場合、

i) 撤退障壁が高い。たとえ病院側が賃借料不払いに陥っても、入院患者がおり、公共性の高い事業のためすぐには入院患者に出してもらうことはできない。

ii) テナントの入替えが困難である。病院が出て行っても、施設が病院用の構造であるため、他に転用するのは難しい。

iii) 管理上の問題などもあり、通常1施設1テナント（1病院）が利用する。REIT側からみると、一般的には1施設にはいくつかのテナントを入居させ、リスクを分散させる。1施設1テナントといった一括貸しは、そのテナントの経営がストレートに当該施設が生み出すキャッシュフローに影響するため、よほど信用力のあるテナントでなければリスクが高い。

このような理由により、REIT側は病院施設に対する投資には慎重である。

REIT側からみれば、こうしたリスクを解消してくれる病院そのものが投資対象であり、言い換えれば、経営内容の良い病院にその利用は限られると言える。

結局のところ、本来REITは不動産が生み出すキャッシュフローにのみ基づいた資金調達ができる点がメリットであるが、病院の場合は既述の理由によりそのメリットが享受できず、病院全体の信用力（信用リスク）に基づく資金調達にならざるを得ない。

vi) 不動産管理から解放される

これは、不動産運用を業ないし目的としている事業会社の場合の問題で、そういう事業会社にあっては利益最大化を求めていつ売るか買うか、優良テナントをいかに呼び込むか、賃借料設定をどうするか等、いろいろと頭を悩ます問題が存在する。

しかし、病院の場合、廃業のとき—この場合は施設をどう処分するかといった問題が生じるが—、そうした特殊なケースを除いて、病院というのは、本来永続的に使用するという前提で経営しているため、不動産管理の問題は殆どないと言ってよい。これはサ高住、有料老人ホームでも同様である。

②デメリット

上記でみてきたように、REITの利用において多くのメリットが強調されているが、これらは病院にとって多くの場合必ずしも当てはまらない。むしろ問題なのは、病院が資産を流動化した場合のデメリットである。

第一は、賃借料が市場リスクに晒されるということである。賃借料は市場の相場によって決まるものなので、この市場リスクに晒される。賃借料が長期固定とは限らない。市場動向によっては賃借料の値上げを突きつけられるリスクが伴う。自己所有ならば、このリスクから解放される。

第二は、既述のとおりコスト高となる点である。

第三は、建替え・改修等が保証されない怖れである。これは大きな問題と言えよう。

REITは常に自己所有している不動産の利益最大化の観点から、市場動向を睨みつつ、売り時、買い時、用途転換、賃借料設定はどうするか、長期契約にするか短期契約にするか、用途転換は行うべきか（オフィスビルにするかマンションにするか）等を検討している。

つまり、REITにとって病院への投資は、多くの選択肢のうちの一つでしかない。REITが病院の修繕や改築などに応じるか否かは、その時の社会経済情勢、特に不動産市場や成長分野の動向等によって定かではない。そのため、不動産（病棟）の建替え・改修等について、病院とREITの意見が常に一致するとは限らない。

これらを防ぐには、病院側が必要と認めた時に修繕、改築を遅滞なく行うことを契約に織り込むことが必要となるが、そのような遠い先のことを今の時点で応じてくれるか疑問である。また、仮に応じたとしても、リスク保全の観点から様々な条件をつきつけられる公算が大きい。

第四は、最後の安全弁の放棄である。経営では何が起こるか分からないが、資産を所有していればそれに備える道が残せる。REITは、その万一の備えを放棄してしまうことになる。

第五は、医療法人制度の目的との適合性である。

その第一は資本集積手段の放棄についてである。医療法人は非営利性と資本集積を目的として創設されたものだが、病院が施設所有に伴うコストを賃借料に換えることは、内部蓄積部分（減価償却費＋利益）を賃借料という形で病院外に流出してしまうことを意味する。これは、再投資するための資本集積の放棄である。

更にこのことをマクロ的に捉えれば、病院産業外に資金が流出することを意味し、医療事業で蓄積した資金は医療に再投資するという前提で成り立っている健康保険料や診療報酬算定の基礎をどう認識するか議論を呼び起こす。

第二は、医療経営における医師の主体性が喪失される怖れである。REITは不動産がもたらすキャッシュフロー以外には収益を求めない。このため、キャッシュ

ローを確実なものとするための仕組みが、投資家保護という名目で最優先される。

例えば新規設備投資の事前承認、特定経営指標について一定水準の確保義務など、経営にいろいろと枠がはめられる。また、日々の経営においても計画の進捗状況などについてモニタリングが行われる。要するに、REIT 関連事業者側が事実上病院経営を仕切ることになり、企業経営的な効率至上主義の経営が行われることになりかねない。

こうした措置は、投資家にとっては当然の措置であり、また一般企業にあっては効率至上主義の経営は企業目的と合致するもので、これ自体何ら問題はない。

しかし、病院にあっては、医師を主体とした経営を原則とし、その下でミッションの最大化を目指すことが期待されているので、効率至上主義の経営が前面に出すぎることを必ずしも良しとしていない。

いずれにしてもこのようなスキームでは医師がスキームの中で埋没してしまい、病院経営における医師の主体制が阻害されかねない。

このように、REIT は病院の非営利性、公益性、医療を理解した者による経営の確保、資本集積を旨としたわが国の医療制度と不調和な部分がある点は否定できない。

(4) REIT 導入の留意点

これまで指摘してきたことから、サ高住及び有料老人ホーム、病院への REIT 導入に際しての留意点・検討事項を要約的に示すと以下のとおりである。

これらについて少なくとも REIT 側に提示を求めるか、ガイドラインを設定するか等の検討が必要であろう。

- ① 建物賃貸借契約書、コベナンツのモデル（ひな形）の提示
- ② 施設利用者保護に関する具体的規定の提示（高齢者施設のみ）
とりわけ長期入所や長期安定賃借料に関する規定
- ③ 施設を自己所有したケースと REIT 利用のケースのコスト差シミュレーションの例示
- ④ 転売・転売先についての規制や転売後の契約内容についての取り決めの検討
- ⑤ 配当レベルについての規制の検討

1) サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホーム

介護事業者が REIT を利用する際には、現状のヘルスケア REIT の議論、ガイドラインが投資家保護の観点から REIT 寄りである、施設利用者に負担のしわ寄せがいきがちな仕組みである、施設利用者が介在しないところで施設利用者にとって大きなデメリットとなる契約が締結される怖れがあることとの理解が必要と言える。

ヘルスケア REIT 導入に対する最大の違和感は、高齢者、要介護者、入院患者の施

設が投資対象になっている点にある。投資の対象になっているということは、これら施設が次々に転売されるということが多分にありうるということである。しかもいつ誰にかも分からずに。

また、わが国の現状が資金不足で、こうした高齢者施設建設に資金面で支障をきたしているならまだしも、とてもそうした状況にあるとは思えない。REITは低廉な資金でもない。むしろ逆である。また介護施設（後述の病院も同じ）事業がリスクでリスクマネーの導入を図らなければならないとも思えない。加えて、肝心の施設利用者にとって、REITがどういうメリットをもたらすのかが必ずしも明確でない。むしろデメリットの方が目立つ。

介護施設は生活の場であるので、これにレベルの差があっても不思議ではない。ニーズの多様化に対応する意味でREIT自体の導入に異論はない。ただ一般の施設利用者向けの施設建設に適した資金調達というには違和感は否定できない。

2) 病院

病院の場合、一部に差額ベッド代があるとはいえ原則ホテルフィーは診療報酬で賄われるので、介護施設の利用者と異なり、REITに支払われる割高な賃料が入院患者にそのまま転嫁されることはない。一方、病院にとってREIT利用のメリットはほとんどない。むしろデメリットが目立ち、またわが国の医療制度の根幹に抵触しかねないところもある。

このような事情から、病院に強いてREITを薦める理由は乏しい。

3. 社会医療法人の現状調査

本調査の目的は社会医療法人が、社会医療法人制度創設の趣旨に合致した法人（地域の中核的、模範的病院）となっているか否かに関する実態を把握することである。

社会医療法人制度創設の趣旨は救急、周産期、小児救急医療など、社会医療法人が公益性の高い医療を提供し、非営利性の徹底、公的病院の受け皿となることで、良質な医療を効率的に提供し、地域の中核的病院としての役割を發揮することである。

(1) 調査方法

1) 調査対象

社会医療法人の実情に関し、社会医療法人と都道府県に質問紙調査を行った。

i) 社会医療法人向け調査票

2013年10月1日時点で社会医療法人に認定されている210法人を調査対象とした。

ii) 都道府県及び厚生局向け調査票

2013年10月1日時点で社会医療法人に認定されている法人を持つ43都道府県、及び2厚生局（大臣所管の法人）を調査対象とした。

2) 調査方法

郵送による質問紙調査を2013年11月22日から2014年3月25日の期間に実施した。

なお、回収率向上を図るため、事務局より未回答先に督促はがきを送付、専属のオペレーターを配置し、未回答先に督促電話をかける、締切を2013年12月24日から2014年3月25日まで延ばす取り組みを行ったほか、2013年11月中旬に社会医療法人協議会から会員宛に調査協力を依頼、2014年2月中旬に未回答の会員宛に再度調査協力の依頼をした。

3) 調査内容

i) 社会医療法人向け調査票

- ・法人の概要
- ・社会医療法人のメリット・デメリット
- ・社会医療法人に移行した際に障壁となった項目、移行を促進するために有効と考えられる項目
- ・公立病院民営化の公募の有無、自治体病院遊休病床取得の有無、社会医療法人債（公募債）の発行の有無
- ・認定病院の財務状況

ii) 都道府県及び厚生局向け調査票

- ・社会医療法人認定事業に関する実施状況と地域シェア

4) 調査票の回収状況

表1 社会医療法人向け調査票 回収率

	調査対象 (法人)	回収率	
		回答数	回収率 (%)
全社会医療法人 (2013年10月1日現在)	210	134	63.8
財務諸表の分析対象社会医療法人 (2012年4月1日以前)	166	109	65.7

表2 都道府県及び厚生局向け調査票 回収率

	調査対象 (都道府県 ／厚生局)	回収率	
		回答数	回収率 (%)
都道府県 ／厚生局	45	45	100.0

(2) 社会医療法人の状況

以下に、先に記した質問紙調査結果を中心に、その他の統計資料や社会医療法人事業報告書等も用いながら、社会医療法人の状況を見てみよう。

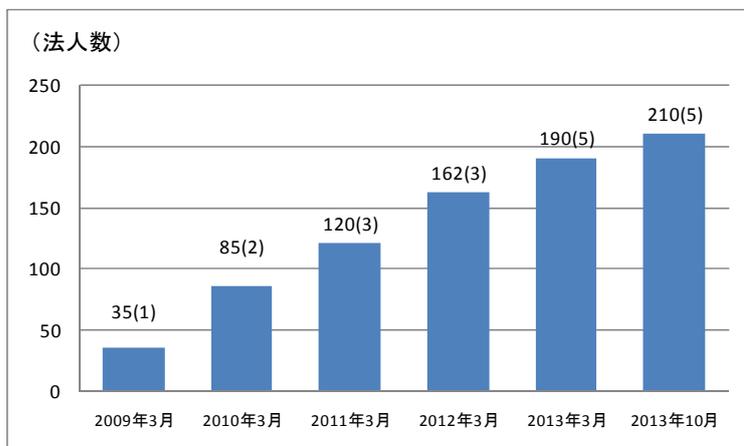
1) 社会医療法人数は順調に推移しているか

絶対数はまだまだ少ないものの、社会医療法人数は毎年順調に伸びている(表3)。

次にどのような機能を持った病院が社会医療法人として増加しているのか、その中身を見たのが表4～10である。既述のように社会医療法人には地域中核的病院の機能が求められている。何を以って地域中核的病院とするかは一概には言えないが、ここでは統計データとして入手可能な指標として、DPC対象病院、地域医療支援病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、周産期母子医療センター、総合入院体制加算取得病院、大規模病院(一般病床300床以上)を地域中核的病院の指標の一つとした。

これによれば、地域医療支援病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院等、高度な機能を持つ病院はここ数年頭打ちであるが、それは主に公的病院が担っている機能でそもそも民間が担っていない分野であることが理由であり、DPC対象病院、大規模病院などの病院数は毎年着実に増えている。

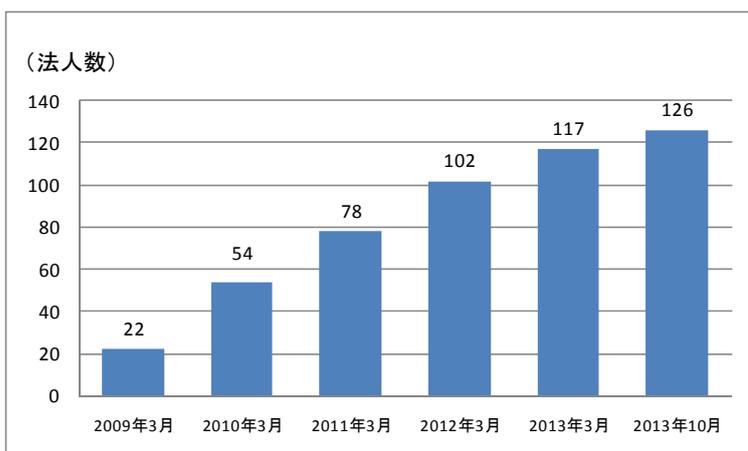
表 3 社会医療法人認定数の推移状況



※ () 内は診療所で認定を受けている法人数。

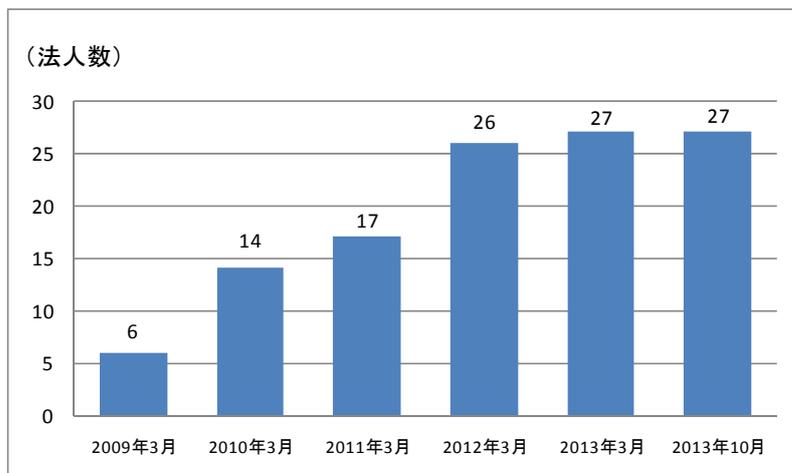
資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」より作成。

表 4 DPC 対象病院を有する社会医療法人数の推移



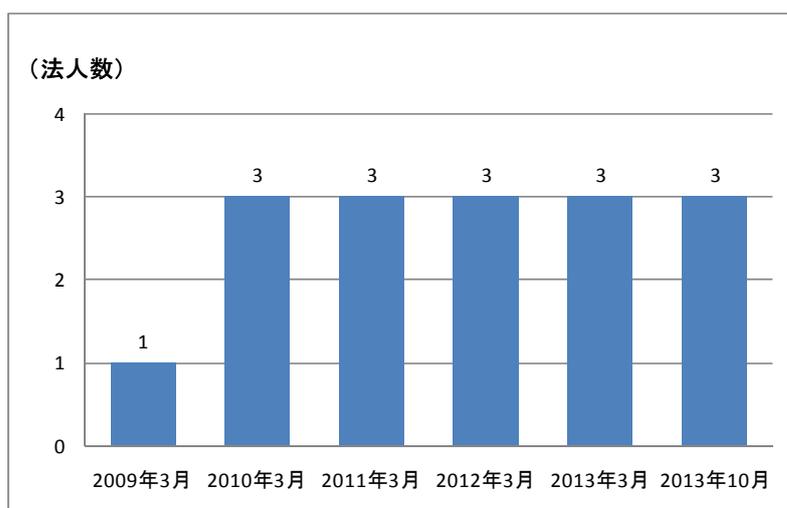
資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）より作成。

表5 地域医療支援病院を有する社会医療法人数の推移



資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）より作成。

表6 救命救急センター機能を持つ病院を有する社会医療法人数の推移



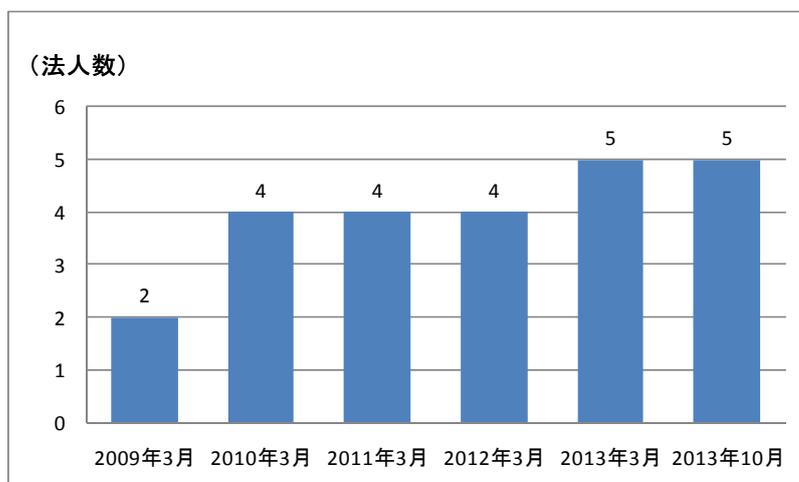
資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）より作成。

表7 がん診療連携拠点病院を有する社会医療法人数の推移



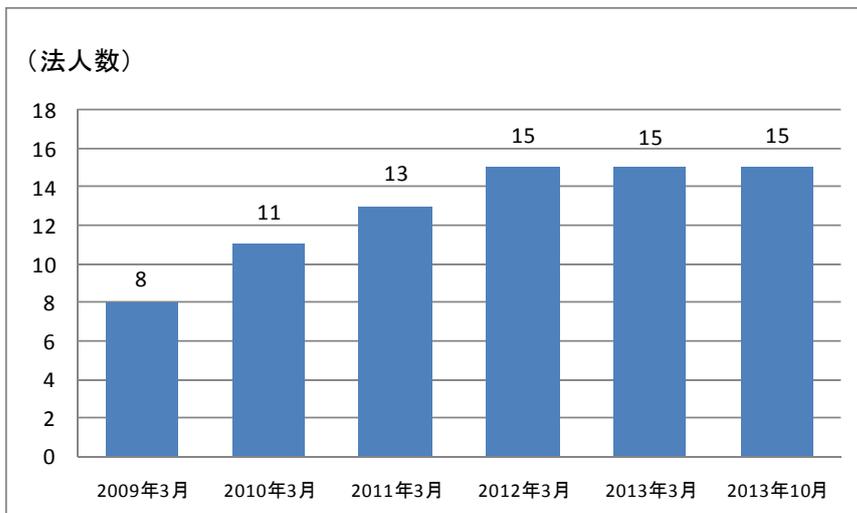
資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）より作成。

表8 周産期母子医療センター機能を持つ病院を有する社会医療法人数の推移



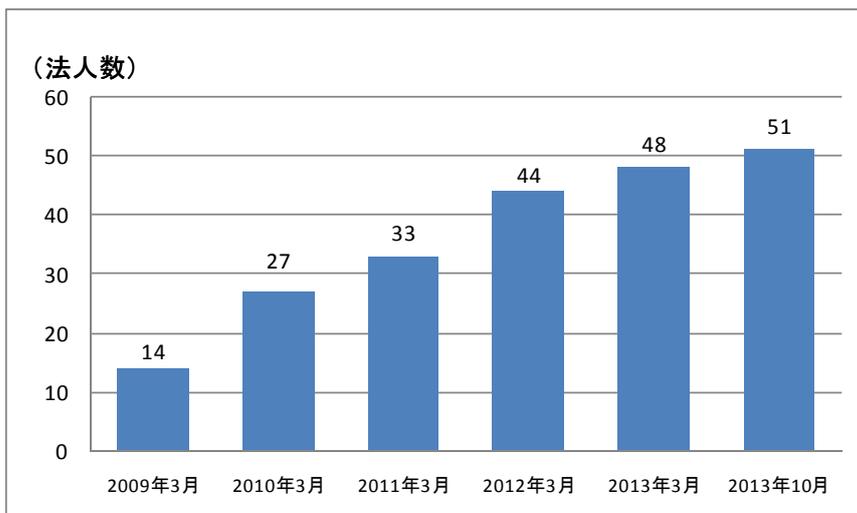
資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）より作成。

表9 総合入院体制加算取得病院を有する社会医療法人数の推移



資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）より作成。

表10 大規模病院（一般病床300床以上）を有する社会医療法人数の推移



資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
 全国病院一覧データ（2013年9月20日版）、各病院のホームページ、都道府県の医療機能情報
 提供サイトより作成。

次に地域中核的病院と思われる医療法人立病院のうち、何割が社会医療法人となっているかを見たのが表 11 である。これを見ると、地域医療支援病院や総合入院体制加算取得病院の医療法人のうち社会医療法人が 7 割等、地域中核的病院と思われる医療法人の多くが社会医療法人となっていると言って良い様子が窺える。

一方、社会医療法人のうち、地域中核的病院となっているか否かを見たのが表 12 である。これをみると、DPC 対象病院には社会医療法人の 5 割弱が、大規模病院（一般病床 300 床以上）には 15% となっているものの、それ以外は一桁台と低い。この理由として現段階ではがん診療連携拠点病院や救命救急センター機能を持つ病院などは、高次機能でコストもかかるなどから公的病院が主として担っていることがあげられる。

なお、公立病院民営化の公募に参加したのは、今回回答してきた社会医療法人の 3.7%（5 件）であり、全件で応札できていた（表 13、14）。

表 11 医療法人立の地域中核的病院に占める社会医療法人立病院の割合

	医療法人立病院	社会医療法人立病院	認定割合 (%)
DPC対象病院	510	146	28.6
地域医療支援病院	39	28	71.8
がん診療連携拠点病院	14	5	35.7
救命救急センター機能を持つ病院	6	3	50.0
周産期母子医療センター機能を持つ病院	17	7	41.2
総合入院体制加算取得病院	22	16	72.7
大規模病院（一般病床300床以上）	118	49	41.5

資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS 全国病院一覧データ（2013年9月20日時点）より作成。

表 12 社会医療法人立病院のうち地域中核的病院の割合

社会医療法人 立病院	DPC対象病院	(%)	地域医療 支援病院	(%)	救命救急 センター機能を 持つ病院	(%)	がん診療 連携拠点病院	(%)
		146	46.6	28	8.9	3	1.0	5
313	周産期母子 医療センター機 能を持つ病院	(%)	総合入院体制 加算取得病院	(%)	大規模病院 (一般病床300 床以上)	(%)		
	7	2.2	16	5.1	49	15.7		

資料：厚生労働省ホームページ「2013年10月1日付社会医療法人の認定状況について」、WELLNESS
全国病院一覧データ（2013年9月20日時点）より作成。

表 13 公立病院民営化への公募の応募状況

	回答数 (法人)	割合 (%)
応募したことがある	5	3.7
応募したことはない	129	96.3
合計	134	100.0

表 14 公立病院民営化の応募結果

	回答数 (法人)	割合 (%)
応礼できた	5	100.0
応礼できなかった	0	0.0
合計	5	100.0

2) 社会医療法人へ移行した法人はどのような法人であったか

社会医療法人へ移行した法人の移行前の法人形態を調べたところ、7割以上が持分なし医療法人で、なかでも特定医療法人が圧倒的多数を占めていた。

表 15 社会医療法人へ移行する前の法人形態

	回答数 (法人)	割合 (%)	
一般の持分あり社団医療法人	32	23.9	持分あり医療法人 27.6%
出資額限度法人	5	3.7	
基金拠出型法人	0	0.0	持分なし医療法人 72.4%
一般の持分なし社団医療法人	5	3.7	
一般の財団医療法人	7	5.2	
特定医療法人	58	43.3	
特別医療法人	11	8.2	
特定・特別医療法人	16	11.9	
合計	134	100.0	

3) 社会医療法人はどのような事業で認定を受けているか

社会医療法人の認定事業では、救急医療が7割弱と圧倒的多数を占めた。次にへき地医療が17.1%であった。

表 16-1 社会医療法人の認定を受けた事業（複数回答）

	回答があった社会医療法人		全社会医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	施設数	割合 (%)
救急医療	100	61.3	157	68.9
精神科救急医療	13	8.0	26	11.4
災害医療	8	4.9	11	4.8
へき地医療	25	15.3	39	17.1
周産期医療	5	3.1	7	3.1
小児救急医療	12	7.4	19	8.3
合計	163	100.0	228	100.0

参考までに回答病院と未回答病院で認定を受けた 6 事業別に有意差がないかカイ二乗検定を行ったところ、以下の表 16-2 のとおり有意差はなく、回答施設に認定事業による偏りはみられなかった（ $p=0.05$ 以上で有意差なし。以下、同じ）。

（参考）表 16-2 6 事業別回答数の分布

$p=0.762$

	回答数 (施設)	未回答数 (施設)	総数 (施設)
救急医療	100	57	157
精神科救急医療	13	13	26
災害医療	8	3	11
へき地医療	25	14	39
周産期医療	5	2	7
小児救急医療	12	7	19
合計	163	65	228

4) 社会医療法人の認定を受けた病院は地域分布にばらつきがあるか

社会医療法人が有する病院のうち、6 事業の認定を受けた病院の地域分布は、九州が 20.6%でトップ、次が近畿 18.9%、北海道 13.6%、関東、中部が 11.8%と続き、医療費同様、西高東低の傾向がみてとれる。社会医療法人を含む医療法人全体の地域分布と比べてみると、北海道、近畿で多く、関東で少ない傾向がみられる。

表 17-1 地域分布

	回答があった社会医療法人		全社会医療法人		医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
北海道	19	13.0	31	13.6	378	6.6
東北	8	5.5	12	5.3	275	4.8
関東	14	9.6	27	11.8	1,219	21.3
中部	21	14.4	27	11.8	760	13.3
近畿	27	18.5	43	18.9	807	14.1
中国	11	7.5	22	9.6	397	7.0
四国	5	3.4	10	4.4	347	6.1
九州	32	21.9	47	20.6	1,133	19.8
大臣所管(※)	9	6.2	9	3.9	394	6.9
合計	146	100.0	228	100.0	5,710	100.0

※大臣所管医療法人の病院数は各厚生局所管の医療法人一覧、各法人のホームページを用いて作成。

参考までに回答病院と未回答病院で地方区分別に有意差がないかカイ二乗検定を行ったところ、以下の表 17-2 のとおり有意差はなく、回答施設に地域の偏りはみられなかった。

(参考) 表 17-2 地方区分別回答数の分布

p=0.141

	回答数 (施設)	未回答数 (施設)	総数 (施設)
北海道	19	12	31
東北	8	4	12
関東	14	13	27
中部	21	6	27
近畿	27	16	43
中国	11	11	22
四国	5	5	10
九州	32	15	47
大臣所管	9	0	9
合計	146	82	228

社会医療法人が有する病院のうち、6事業の認定を受けた病院が立地する地域は、医療法人同様、地方に多いが、1級地である東京23区は特に少ない。

表 18-1 診療報酬上の地域分布

	回答があった社会医療法人		全社会医療法人		医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
1級地	3	2.1	6	2.6	265	4.6
2級地	10	6.8	15	6.6	218	3.8
3級地	6	4.1	13	5.7	416	7.3
4級地	15	10.3	21	9.2	603	10.6
5級地	8	5.5	13	5.7	400	7.0
6級地	30	20.5	48	21.1	917	16.1
その他	74	50.7	112	49.1	2,891	50.6
合計	146	100.0	228	100.0	5,710	100.0

参考までに回答病院と未回答病院で地域区分別に有意差がないかカイ二乗検定を行ったところ、以下の表 18-2 のとおり有意差はなく、回答施設に都市と地方の偏りはみられなかった。

(参考) 表 18-2 診療報酬上の地域区分別回答数の分布

p=0.790

	回答数 (施設)	未回答数 (施設)	総数 (施設)
1級地	3	3	6
2級地	10	5	15
3級地	6	7	13
4級地	15	6	21
5級地	8	5	13
6級地	30	18	48
その他	74	38	112
合計	146	82	228

5) 社会医療法人の認定を受けた病院はどの程度の病床規模か

医療法人全体の傾向と同様に、100～199床規模が約3割と最も多いものの、200床以上の病院は6割を占め、医療法人と比べ大規模病院が多い。

表 19-1 病床規模分布

	回答があった社会医療法人		全社会医療法人		医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設	割合 (%)
～99床	17	11.8	26	11.7	2,374	41.6
100～199床	43	29.9	63	28.3	2,032	35.6
200～299床	32	22.2	55	24.7	741	13.0
300～399床	29	20.1	47	21.1	341	6.0
400床～	23	16.0	32	14.3	221	3.9
合計	144	100.0	223	100.0	5,709	100.0

※医療法人の病床規模別の施設数は平成24年度医療施設調査を基に作成。

参考までに回答病院と未回答病院で病床規模別に有意差がないかカイ二乗検定を行ったところ、以下の表 19-2 のとおり有意差はなく、回答施設に病床規模の偏りはみられなかった。

(参考) 表 19-2 病床規模別回答数の分布

p=0.685

	回答数 (施設)	未回答数 (施設)	総数 (施設)
～99床	17	9	26
100～199床	43	20	63
200～299床	32	23	55
300～399床	29	18	47
400床～	23	9	32
合計	144	79	223

(参考) 表 19-3 社会医療法人が保有する病院数分布

	回答があった社会医療法人		全社会医療法人	
	回答数 (法人)	割合 (%)	法人数	割合 (%)
1病院	84	62.7	138	66.0
2病院	30	22.4	43	20.6
3病院	14	10.4	20	9.6
4病院	6	4.5	7	3.3
5病院	0	0.0	0	0.0
6病院	0	0.0	1	0.5
合計	134	100.0	209	100.0

6) 地域医療に貢献しているか

認定基準は原則、直近に終了した3会計年度の合計もしくは平均でみる³、単年度でも小児救急医療の6歳未満乳幼児の時間外等加算割合(73.7%)以外は9割前後が基準を満たしていた。災害医療、へき地医療、周産期医療では一部不明を除き100%の病院が基準を満たしていた(表20～表36)。

また、基準の2倍以上を達成している病院が多数を占めている様子が窺えた。例えば救急医療で認定を受けている病院の中で夜間等救急自動車等搬送件数に関し4割以上(表21-1)、精神科救急時間外等診療件数に関し8割以上(表22)、災害医療で認定を受けている病院の中で夜間等救急自動車等搬送件数に関し5割(表24)、へき地医療で認定を受けている病院の中で巡回診療・医師派遣日数に関し約2割(表28)、周産期医療で認定を受けている病院の中で母体(救急)搬送件数に関し5割以上(表31)、ハイリスク分娩管理加算算定件数に関し100%(表32)、小児救急医療で認定を受けている病院の中で、6歳未満乳幼児の時間外等加算割合に関し5割以上(表35)が、基準の2倍以上の実績を達成していた。

このように、社会医療法人は地域医療に一定の貢献をしている様子が窺えた。

しかし、都道府県が認定条件に関する地域の医療実施状況を把握していないため、地域シェアが出せるケースが限られた。これらは医療計画を策定する際にも重要な資料であるため、都道府県のデータ収集と分析力向上が求められる。

最後に、社会医療法人が公立病院の受け皿となっていたケースは5病院あり、社会医療法人創設の目的の一つである公立病院の受け皿となる機能も、まだ一部ではあるが果たされている。なお、社会医療法人による公立病院の受け皿化が進まない理由に、公立病院が民に運営されることへの住民、病院職員、議員、医師派遣元の大学病院の抵抗が、社会医療法人及び自治体へのヒアリングで指摘された。この問題は短期間で解決できることとは思われず難しい問題だが、社会医療法人が非営利性を徹底し公益性を発揮する地域中核的存在であることの周知徹底と、社会医療法人側の上記への更なる取り組み、努力が求められよう。

³ただし、災害医療の認定基準のうち研修等への参加は直近に終了した会計年度、DMAT派遣要請を拒否したことがあるか否かは過年度すべてでみる。へき地医療の認定基準はすべて直近に終了した会計年度でみる。

①救急医療で認定を受けている病院

表 20 時間外等加算割合⁴：認定基準 20%以上

(認定基準遂行状況)

(二次医療圏におけるシェア⁵)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	13	14.6	14.6	50%以上	1	1.1	1.1
40%以上50%未満	7	7.9	22.5	40%以上50%未満	0	0.0	1.1
30%以上40%未満	22	24.7	47.2	30%以上40%未満	2	2.2	3.4
20%以上30%未満	43	48.3	95.5	20%以上30%未満	1	1.1	4.5
10%以上20%未満	3	3.4	98.9	10%以上20%未満	2	2.2	6.7
10%未満	1	1.1	100.0	10%未満	1	1.1	7.9
合計	89	100.0	-	不明	82	92.1	-
				合計	89	100.0	-

※表 20 の集計対象は時間外等加算割合で認定を受けていると回答した都道府県内の病院。一部の都道府県では 2012 年度データが入手できないため、2011 年度データも含まれる。

表 21-1 夜間等救急自動車等搬送件数：認定基準 750 件以上

(認定基準遂行状況)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
4,000件以上	5	5.1	5.1	50%以上	0	0.0	0.0
3,000件以上4,000件未満	15	15.3	20.4	40%以上50%未満	0	0.0	0.0
2,000件以上3,000件未満	22	22.4	42.9	30%以上40%未満	1	1.0	1.0
1,000件以上2,000件未満	40	40.8	83.7	20%以上30%未満	3	3.1	4.1
750件以上1,000件未満	12	12.2	95.9	10%以上20%未満	3	3.1	7.1
750件未満	1	1.0	96.9	10%未満	3	3.1	10.2
不明	3	3.1	-	不明	88	89.8	-
合計	98	100.0	-	合計	98	100.0	-

※表 21-1 の集計対象は夜間等救急自動車等搬送件数で認定を受けていると回答した都道府県内の病院。一部の都道府県では 2012 年度データが入手できないため、2011 年度データも含まれる。

⁴時間外等加算割合＝時間外加算算定総件数÷初診料算定件数

⁵認定基準実績が各医療機関の属する二次医療圏の総実績に占める割合。各都道府県で二次医療圏の総件数を把握していない場合は不明とした。以下、同じ。

(参考) 表 21-2 救急自動車受入件数 (全時間帯)

(救急自動車受入件数)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
4,000件以上	23	14.6	14.6	50%以上	3	1.9	1.9
3,000件以上4,000件未満	18	11.5	26.1	40%以上50%未満	3	1.9	3.8
2,000件以上3,000件未満	24	15.3	41.4	30%以上40%未満	2	1.3	5.1
1,000件以上2,000件未満	42	26.8	68.2	20%以上30%未満	2	1.3	6.4
750件以上1,000件未満	9	5.7	73.9	10%以上20%未満	12	7.6	14.0
750件未満	22	14.0	87.9	10%未満	27	17.2	31.2
不明	19	12.1	-	不明	108	68.8	-
合計	157	100.0	-	合計	157	100.0	-

※表 21-2 の集計対象は救急医療で認定を受けていると回答した都道府県内の病院。一部の都道府県では2012年度データが入手できないため、2011年度データも含まれる。「二次医療圏におけるシェア」で二次医療圏の総受入件数が不明の病院については、問い合わせから算出。

(参考) 表 21-3 救急自動車受入件数 (全時間帯)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	4	2.5	2.5
40%以上50%未満	4	2.5	5.1
30%以上40%未満	2	1.3	6.4
20%以上30%未満	10	6.4	12.7
10%以上20%未満	30	19.1	31.8
10%未満	85	54.1	86.0
不明	22	14.0	-
合計	157	100.0	-

※表 21-3 は二次医療圏の総受入件数が不明の病院について、各都道府県や各地域消防署の統計データ、問い合わせから算出したものである。このため、2012年度以外のデータ、救急自動車等搬送件数(受け入れたか否かは不明)のデータも含まれる。

②精神科救急医療で認定を受けている病院

表 22 精神科救急時間外等診療件数：精神科救急医療圏内の人口

1 万人対 2.5 件以上

(認定基準遂行状況)

(三次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
20件以上	3	11.5	11.5	50%以上	1	3.8	3.8
15件以上20件未満	1	3.8	15.4	40%以上50%未満	0	0.0	3.8
10件以上15件未満	3	11.5	26.9	30%以上40%未満	1	3.8	7.7
5.0件以上10件未満	14	53.8	80.8	20%以上30%未満	4	15.4	23.1
2.5件以上5.0件未満	4	15.4	96.2	10%以上20%未満	4	15.4	38.5
2.5件未満	1	3.8	100.0	10%未満	1	3.8	42.3
合計	26	100.0	-	不明	15	57.7	-
				合計	26	100.0	-

※一部の都道府県では 2012 年度データが入手できないため、2011 年度データも含まれる。

③災害医療で認定を受けている病院

表 23 時間外等加算割合：認定基準 16%以上

(認定基準遂行状況)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	2	40.0	40.0	50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	40.0	40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	1	20.0	60.0	30%以上40%未満	0	0.0	0.0
16%以上30%未満	2	40.0	100.0	20%以上30%未満	0	0.0	0.0
合計	5	100.0	-	10%以上20%未満	0	0.0	0.0
				10%未満	0	0.0	0.0
				不明	5	100.0	-
				合計	5	100.0	-

表 24 夜間等救急自動車等搬送件数：認定基準 600 件以上

(認定基準遂行状況)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
2,000件以上	2	25.0	25.0
1,000件以上2,000件未満	2	25.0	50.0
600件以上1,000件未満	4	50.0	100.0
合計	8	100.0	-

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	0	0.0	0.0
20%以上30%未満	1	12.5	12.5
10%以上20%未満	1	12.5	25.0
10%未満	1	12.5	37.5
不明	5	62.5	-
合計	8	100.0	-

表 25 研修等への参加・DMAT の派遣要請：認定基準は下記のとおり

(下記①または②に参加しているか)

(過去に DMAT の派遣要請を拒否していないか)

	回答数 (施設)	割合 (%)
①都道府県又は国が実施する防災訓練に参加	4	36.4
②国が実施するDMAT研修に参加	0	0.0
③両方とも参加	5	45.5
不明	2	18.2
合計	11	100.0

	回答数 (施設)	割合 (%)
拒否していない	9	81.8
不明	2	18.2
合計	11	100.0

表 26 DMAT 保有総チーム数

(DMAT 保有総チーム数)

(三次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
2以上5チーム未満	5	45.5	45.5
1チーム	6	54.5	100.0
合計	11	100.0	-

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	4	36.4	36.4
40%以上50%未満	0	0.0	36.4
30%以上40%未満	0	0.0	36.4
20%以上30%未満	0	0.0	36.4
10%以上20%未満	1	9.1	45.5
10%未満	5	45.5	90.9
不明	1	9.1	-
合計	11	100.0	-

(参考) 表 27 DMAT 活動状況

DMAT活動状況	
A病院	<ul style="list-style-type: none"> ・研修等の実績:平成24年度総合防災訓練 ・派遣要請対応:航空自衛隊基地
B病院	<ul style="list-style-type: none"> ・総合防災訓練参加 ・日本DMAT会参集訓練参加(平成24年度は派遣要請なし)
C病院	<ul style="list-style-type: none"> ・国民保護共同実動訓練参加、DMAT訓練参加等
D病院	<ul style="list-style-type: none"> ①(訓練・研修参加) <ul style="list-style-type: none"> ・平成24年度広域医療施設搬送訓練(6名参加) ・集団災害医療救護訓練(2名) ・DMAT実動訓練(1名) ・技能維持研修・ロジスティック研修(3名) ②(講師等派遣) <ul style="list-style-type: none"> ・DMAT隊員要請研修(1名・計3回・計12日間) ・統括DMAT研修(1名・計2日間) ・広域医療搬送実地研修(1名1日) ③(研修の企画・運営) <ul style="list-style-type: none"> ・DMATロジスティック検討会 検討会1回(2名) 研修会2回(2名)
E病院	<ul style="list-style-type: none"> ・東日本大震災時に派遣 ・研修等に参加
F病院	<ul style="list-style-type: none"> ・自動車2台の衝突及び閉込事故 ・トレーラーと乗用車の衝突事故 ・滑落事故

④へき地医療で認定を受けている病院

表 28 へき地病院 巡回診療・医師派遣日数：認定基準 53 人日以上

(認定基準遂行状況)

(三次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
130日以上	2	5.6	5.6	50%以上	2	5.6	5.6
110日以上130日未満	5	13.9	19.4	40%以上50%未満	0	0.0	5.6
90日以上110日未満	5	13.9	33.3	30%以上40%未満	1	2.8	8.3
70日以上90日未満	7	19.4	52.8	20%以上30%未満	1	2.8	11.1
53日以上70日未満	14	38.9	91.7	10%以上20%未満	2	5.6	16.7
不明	3	8.3	-	10%未満	7	19.4	36.1
合計	36	100.0	-	不明	23	63.9	-
				合計	36	100.0	-

※東日本大震災による影響のため、2012年度の診療実績がない1病院は含めていない。

表 29 へき地診療所 診療日数：認定基準 209 日以上

(認定基準遂行状況)

(三次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)		回答数 (施設)	割合 (%)
209日以上	5	100.0	40%以上50%未満	1	20.0
合計	5	100.0	不明	4	80.0
			合計	5	100.0

⑤周産期医療で認定を受けている病院

表 30 分娩実施件数：認定基準 500 件以上

(認定基準遂行状況)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
1,500件以上	1	14.3	14.3
1,000件以上1,500件未満	1	14.3	28.6
750件以上1,000件未満	1	14.3	42.9
500件以上750件未満	4	57.1	100.0
合計	7	100.0	-

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	0	0.0	0.0
20%以上30%未満	0	0.0	0.0
10%以上20%未満	2	28.6	28.6
10%未満	0	0.0	-
不明	5	71.4	-
合計	7	100.0	-

表 31 母体（救急）搬送件数：認定基準 10 件以上

(認定基準遂行状況)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
130件以上	2	28.6	28.6
100件以上130件未満	1	14.3	42.9
70件以上100件未満	0	0.0	42.9
40件以上70件未満	1	14.3	57.1
10件以上40件未満	3	42.9	100.0
合計	7	100.0	-

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	0	0.0	0.0
20%以上30%未満	0	0.0	0.0
10%以上20%未満	0	0.0	0.0
10%未満	1	14.3	14.3
不明	6	85.7	-
合計	7	100.0	-

表 32 ハイリスク分娩管理加算算定件数：認定基準 1 件以上

(認定基準遂行状況)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
200件以上	2	28.6	28.6
150件以上200件未満	0	0.0	28.6
100件以上150件未満	3	42.9	71.4
50件以上100件未満	2	28.6	100.0
合計	7	100.0	-

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	0	0.0	0.0
20%以上30%未満	1	14.3	14.3
10%以上20%未満	0	0.0	-
10%未満	0	0.0	-
不明	6	85.7	-
合計	7	100.0	-

表 33 NICU 保有数

(NICU 保有数)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
25床以上	1	14.3	14.3
20床以上25床未満	1	14.3	28.6
15床以上20床未満	2	28.6	57.1
10床以上15床未満	0	0.0	57.1
5床以上10床未満	1	14.3	71.4
5床未満	2	28.6	100.0
合計	7	100.0	-

⑥小児救急医療で認定を受けている病院

表 34 乳幼児時間外診療件数

(乳幼児時間外診療件数遂行状況)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
5,000件以上	6	31.6	31.6
4,000件以上5,000件未満	1	5.3	36.8
3,000件以上4,000件未満	0	0.0	36.8
2,000件以上3,000件未満	2	10.5	47.4
1,000件以上2,000件未満	3	15.8	63.2
1,000件未満	5	26.3	89.5
不明	2	10.5	-
合計	19	100.0	-

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	0	0.0	0.0
20%以上30%未満	0	0.0	0.0
10%以上20%未満	1	5.3	5.3
10%未満	0	0.0	-
不明	18	94.7	-
合計	19	100.0	-

表 35 6歳未満乳幼児の時間外等加算割合：認定基準 20%以上

(認定基準遂行状況)

(二次医療圏におけるシェア)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
60%以上	7	36.8	36.8
50%以上60%未満	3	15.8	52.6
40%以上50%未満	0	0.0	52.6
30%以上40%未満	2	10.5	63.2
20%以上30%未満	2	10.5	73.7
20%未満	1	5.3	78.9
不明	4	21.1	-
合計	19	100.0	-

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
50%以上	0	0.0	0.0
40%以上50%未満	0	0.0	0.0
30%以上40%未満	0	0.0	0.0
20%以上30%未満	0	0.0	0.0
10%以上20%未満	0	0.0	0.0
10%未満	0	0.0	0.0
不明	19	100.0	-
合計	19	100.0	-

表 36 小児救急患者専用もしくは優先病床数：認定基準は左記病床を有していること

(認定基準遂行状況)

	回答数 (施設)	割合 (%)	累積 割合 (%)
25床以上	4	21.1	21.1
20床以上25床未満	0	0.0	21.1
15床以上20床未満	0	0.0	21.1
10床以上15床未満	4	21.1	42.1
5床以上10床未満	1	5.3	47.4
5床未満	8	42.1	89.5
不明	2	10.5	-
合計	19	100.0	-

(再掲) 表 37-1 公立病院民営化への公募の応募状況

	回答数 (法人)	割合 (%)
応募したことがある	5	3.7
応募したことはない	129	96.3
合計	134	100.0

(再掲) 表 37-2 公立病院民営化の応募結果

	回答数 (法人)	割合 (%)
応れできた	5	100.0
応れできなかった	0	0.0
合計	5	100.0

7) 認定事業の事業規模と法人負担の状況はどの程度か

－認定事業に関わる医師、看護師常勤換算数－

認定事業の事業規模と負担について調査するには、本来は事業収支を把握することが適当であるが、一般的に認定事業の収支把握を現場では実施していないことから、代替として医師数と看護師数の常勤換算数について聞いた結果が表 38-1 である。へき地医療については、医師派遣日数が重要であることから、常勤医師数ではなく医師派遣日数を把握した（表 38-2）。どの事業においても、かなり多くの人材を投下している様子が窺える。

表 38-1 認定事業に関わる常勤医師・看護師数（へき地医療を除く）

	回答数 (施設)	医師/1施設 (人)	看護師/1施設 (人)
救急医療	98	21.6	73.0
精神科救急医療	13	12.5	78.9
災害医療	6	10.4	70.6
周産期医療	5	7.7	41.6
小児救急医療	11	8.7	43.0

表 38-2 へき地医療の医師派遣日数/年

	回答数 (施設)	巡回診療・ 医師派遣日数 (人日)
へき地病院	33	83.7

8) 社会医療法人の認定を受けた病院単位の収益状況はどうか

社会医療法人の認定を受けた病院の黒字・赤字病院比率⁶を見たのが表 39-1 である。これをみると、31.2%が赤字である。この数字が多いのか少ないのかを知るために、医療法人（全医療法人対象⁷）と比べてみると、医療法人は 16.5%であるため、社会医療法人は医療法人よりも倍近く赤字病院が多い。なお、データの制約から社会医療法人は 2012 年度の財務諸表、医療法人は 2011 年度の財務諸表を用いていることに注意を要する。

一般病院、精神科病院別の黒字・赤字病院比率について、社会医療法人と医療法人で比較したのが、表 39-2 である。これによると、一般病院、精神科病院とも、社会医療法人の方が赤字比率は高い（一般病院では社会医療法人 27.6%に対して医療法人 18.5%、精神科病院では社会医療法人 30.0%に対して医療法人 13.5%）。

表 39-3 で利益率（金利負担込医業利益率＝（医業利益－支払利息）÷医業収益）を見ても、医療法人よりも社会医療法人の方が利益率が低い（一般病院では医療法人 2.5%に対して社会医療法人 2.0%、精神科病院では医療法人 3.1%に対して社会医療法人 2.9%）。

以上より、社会医療法人は医療法人全体と比べてやや収益性が低く、その理由としてやはり公益性発揮による負担が考えられる。

認定事業別に利益率を見てみると軒並み低いが、特に災害医療は低い傾向にあり、これら事業の経営上の厳しさが推測される（表 41）。

病床規模と利益率、地域と利益率に何ら関係は見られなかった（表 42、43、44）。

ただし、1 級地である東京都 23 区のみは利益率が-5.5%と、都市部、特に東京 23 区の経営の苦しさが窺える（表 44）。

費用構成をみると、医療法人と比べ社会医療法人の認定を受けた病院間で、人件費比率、資本費比率、物件費比率に差が見られなかった（表 45）。

⁶通常の事業運営の収益状況を把握するため、医療事業収支に金利負担分を加えた金利負担込医業利益率で黒字・赤字を算定。

金利負担込医業利益率＝（医業利益－支払利息）÷医業収益

⁷厚生労働省「平成 23 年度病院経営管理指標」明治安田生活福祉研究所。回収率 9.5%。

表 39-1 黒字・赤字病院比率

	社会医療法人		(参考)平成23年度 病院経営管理指標	
			医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	回答数 (施設)	割合 (%)
黒字病院	75	68.8	406	83.5
赤字病院	34	31.2	80	16.5
合計	109	100.0	486	100.0

表 39-2 一般病院・精神科病院別黒字・赤字病院比率に関する医療法人との比較

	一般病院				精神科病院			
	社会医療法人		(参考)平成23年度 病院経営管理指標		社会医療法人		(参考)平成23年度 病院経営管理指標	
			医療法人				医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	回答数 (施設)	割合 (%)	回答数 (施設)	割合 (%)	回答数 (施設)	割合 (%)
黒字病院	55	72.4	141	81.5	7	70.0	64	86.5
赤字病院	21	27.6	32	18.5	3	30.0	10	13.5
合計	76	100.0	173	100.0	10	100.0	74	100.0

表 39-3 一般病院・精神科病院別利益率に関する医療法人との比較

	一般病院				精神科病院			
	社会医療法人		(参考)平成23年度 病院経営管理指標		社会医療法人		(参考)平成23年度 病院経営管理指標	
			医療法人				医療法人	
	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)
金利負担込医業利益率	76	2.0	190	2.5	10	2.9	81	3.1

表 40 利益率分布

	回答数 (施設)	割合 (%)
-10%未満	5	4.6
-10%以上-5%未満	7	6.4
-5%以上0%未満	22	20.2
0%以上5%未満	41	37.6
5%以上10%未満	25	22.9
10%以上15%未満	7	6.4
15%以上	2	1.8

} 80.7%

表 41 認定事業別に見た利益率

	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)
救急医療	78	1.9
精神科救急医療	11	2.5
災害医療	7	0.3
へき地医療	16	2.6
周産期医療	4	2.7
小児救急医療	10	1.7

表 42 病床規模別利益率

	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)
~99床	13	3.8
100~199床	29	1.7
200~299床	27	2.3
300~399床	19	1.4
400床~	21	1.9

表 43 地方区分別利益率

	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)
北海道	14	0.6
東北	7	9.6
関東	11	2.4
中部	15	0.2
近畿	17	2.8
中国	10	1.9
四国	4	1.3
九州	23	2.1
大臣所管	8	0.1

表 44 診療報酬上の地域別利益率

	回答数 (施設)	金利負担込 医業利益率 (%)
1級地	2	-5.5
2級地	8	4.3
3級地	6	-0.8
4級地	12	2.1
5級地	3	10.2
6級地	21	0.9
その他	57	2.3

表 45 社会医療法人の費用構成

	(施設数)	一般病院		精神科病院	
		社会医療法人	(参考)平成23年度 病院経営管理指標 医療法人	社会医療法人	(参考)平成23年度 病院経営管理指標 医療法人
		(76)	(190)	(10)	(81)
人件費比率	(%)	53.9	53.7	66.1	62.1
人件費+委託費比率	(%)	59.2	59.1	69.3	66.4
資本費比率	(%)	6.1	5.1	5.9	5.6
減価償却費比率	(%)	5.3	4.3	5.3	4.8
支払利息率	(%)	0.9	0.9	0.6	1.0
物件費比率	(%)	28.1	28.5	19.1	20.9

9) 社会医療法人単位の収益状況⁸はどうか

先に病院単位の収益状況を見たが、本節では社会医療法人単位の収益状況を見てみよう。

データについては社会医療法人が都道府県に提出義務のある、平成 24 年度の医療法人事業報告書を用い集計した。対象は 2013 年 4 月 1 日までに認定された全社会医療法人 200 法人である。以下は 200 法人全件分の集計結果である。

社会医療法人における医療事業（本来業務）の黒字・赤字法人比率を示したのが表 46-1 である。21.5%の法人で、医療事業が赤字である。

黒字法人の平均収益は 7,144 百万円、利益 355 百万円、利益率 5.5%である（表 46-2）。上場企業⁹の平均収益 134,659 百万円には遠く及ばないものの、中小企業¹⁰の平均収益（法人のみ）293 百万円と比べれば、かなり規模が大きい様子が分かる。

業務別の収益状況は表 48 のとおりで、本来業務の利益率は 4.4%、附帯業務、収益業務は赤字である。

業務別に黒字・赤字比率をみると（表 49）、本来業務は 85.5%と大半が黒字だが、やはり附帯業務、収益業務については過半が赤字である。

そもそも附帯業務、収益業務は本来業務に資することが期待されているものの、実態は違う様子が分かる。

参考までに、社会福祉法人を有する社会医療法人をみたのが表 50、51 である。これについては統計データがないため、全社会医療法人のホームページを調べ、社会福祉法人のリンクを有するものを調べた。その結果、ホームページ上で社会福祉法人のリンクを有する社会医療法人の割合は 27.0%である。社会福祉法人を有する社会医療法人は、社会福祉法人を有しない社会医療法人より、収益などが若干高いなど、やや規模が大きい傾向が見られた。

表 46-1 医療事業に関する黒字・赤字法人比率¹¹

	回答数 (法人)	割合 (%)
黒字法人	157	78.5
赤字法人	43	21.5
合計	200	100.0

⁸調査対象法人は 2012 年度末に設立されていた全社会医療法人 200 法人。

⁹日経経営指標 2011 年。2009 年度決算実績の数値であるが、東日本大震災後発行されていないためこの年度を使用。

¹⁰中小企業庁『平成 24 年中小企業実態調査』平成 23 年度決算実績。

¹¹黒字・赤字法人比率は金利負担込医業利益率を用いて算出。

金利負担込医業利益率 = (本来業務事業利益 - 支払利息) ÷ 本来業務事業収益

表 46-2 黒字・赤字法人別収益状況

	回答数 (法人)	本来業務収益 (百万円)	本来業務費用 (百万円)	支払利息 (百万円)	金利負担込 本来業務 利益額 (百万円)	金利負担込 医業利益率 (%)
黒字法人	157	7,144	6,739	50	355	5.5
赤字法人	43	5,307	5,442	59	-194	-3.5
合計	200	6,749	6,460	52	237	3.6

表 47 社会医療法人の金利負担込医業利益率の分布

	回答数 (法人)	割合 (%)
-10%未満	3	1.5
-10%以上-5%未満	8	4.0
-5%以上0%未満	32	16.0
0%以上5%未満	86	43.0
5%以上10%未満	49	24.5
10%以上15%未満	15	7.5
15%以上	7	3.5

} 83.5%

表 48 業務別収益状況¹²

	回答数 (法人)	収益 (百万円)	費用 (百万円)	利益額 (百万円)	利益率 (%)
事業利益	200	7,044	6,775	269	4.0
本来業務	200	6,749	6,460	289	4.4
附帯業務	166	233	245	-12	-13.1
収益業務	62	62	71	-9	-157.3
経常利益	200	7,103	6,769	334	4.9

※利益率は調査対象法人ごとに算出された値の平均値となっているため、利益額÷収益と一致しない。

¹²各業務の金利負担込医業利益率＝各業務（本来業務／附帯業務／収益業務）事業利益
÷各業務（本来業務／附帯業務／収益業務）事業収益

表 49 業務別の黒字・赤字法人比率

	本来業務		附帯業務		収益業務	
	回答数 (法人)	割合 (%)	回答数 (法人)	割合 (%)	回答数 (法人)	割合 (%)
黒字法人	171	85.5	75	45.2	27	43.5
赤字法人	29	14.5	91	54.8	35	56.5
合計	200	100.0	166	100.0	62	100.0

(参考) 表 50 ホームページ上で社会福祉法人のリンクを有する社会医療法人の割合

	総数	ホームページ上で社会福祉法人のリンクを有する社会医療法人数	割合 (%)	ホームページ上で社会福祉法人のリンクを有しない社会医療法人数	割合 (%)
		社会医療法人 (平成25年4月1日以前)	200	54	27.0

(参考) 表 51 社会医療法人の本来業務の収益状況¹³ (ホームページ上での社会福祉法人へのリンクの有無別)

	回答数 (法人)	本来業務収益 (百万円)	本来業務費用 (百万円)	支払利息 (百万円)	金利負担込 本来業務 利益額 (百万円)	金利負担込 医業利益率 (%)
ホームページ上で社会福祉法人のリンクを有する社会医療法人数	54	8,202	7,875	59	268	3.8
ホームページ上で社会福祉法人のリンクを有しない社会医療法人数	146	6,212	5,937	50	225	3.5

※利益率は調査対象法人ごとに算出された値の平均値となっているため、利益額÷収益と一致しない。

¹³金利負担込医業利益率 = (本来業務事業利益 - 支払利息) ÷ 本来業務事業収益

10) 附帯業務の実施状況と本来業務への貢献状況はどうか

附帯業務実施率は 90.5%と、大半の社会医療法人が附帯業務を実施している（表 52）。

附帯業務の内容は、訪問看護ステーション 79.0%、居宅介護支援事業所 75.7%等と、介護関係が圧倒的に多い。収支は概ね赤字である。病院が患者に介護サービスも提供することなどで患者サービスの質が高まっている可能性はあるものの、附帯業務は法人全体の利益には貢献していない（表 53）。

表 52 附帯業務を実施している社会医療法人の割合

調査対象 (法人)	実施 法人数	実施割合 (%)
	200	

表 53 社会医療法人の附帯業務の実施状況（複数回答）

	回答数 (法人)	割合 (%)	収益 (百万円)	費用 (百万円)	利益 (百万円)
訪問看護ステーション	143	79.0	268	281	-12
居宅介護支援事業所	137	75.7	249	261	-12
訪問介護	76	42.0	311	326	-14
通所介護	45	24.9	459	476	-16
認知症対応型共同生活介護	44	24.3	313	323	-11
地域包括支援センター	37	20.4	382	396	-13
障がい者福祉サービス	34	18.8	311	328	-17
うち障がい者施設	20	11.0	329	338	-9
うち就労支援	7	3.9	330	349	-19
うち生活訓練(自立訓練)	6	3.3	369	361	8
うち難病患者等短期入所	4	2.2	291	331	-39
在宅介護支援センター	32	17.7	353	383	-30
保育事業	17	9.4	376	404	-28
フィットネスセンター	16	8.8	333	369	-36
地域活動支援センター	16	8.8	243	254	-11
看護学校	14	7.7	345	425	-80
介護従事者養成事業	12	6.6	520	518	2
短期入所生活介護	11	6.1	383	388	-5
特定労働者派遣事業	11	6.1	204	208	-5
小規模多機能型居宅介護事業	10	5.5	498	514	-15
サービス付き高齢者向け住宅	10	5.5	512	545	-32
通所リハビリテーション	9	5.0	250	237	13
有料老人ホーム	8	4.4	384	414	-30
訪問リハビリテーション	7	3.9	302	302	0
福祉用具貸与・販売	7	3.9	485	498	-13
研究所	6	3.3	534	614	-80
鍼灸院	6	3.3	357	343	14
特定施設入居者生活介護	5	2.8	938	993	-55
介護予防センター	4	2.2	443	447	-3
配食サービス	2	1.1	162	125	37
その他	34	18.8	352	380	-28
合計	181	100.0	233	245	-12

※平成 24 年度の事業報告書に記載されているものを集計。

11) 収益業務の実施状況と法人経営への貢献状況はどうか

収益業務については 40.0%の法人が実施していた。不動産業が 67.5%と多い（表 54、55-1）。

どの事業でみても平均は赤字であり、法人全体の利益には貢献していない(表 55-1)。

表 54 収益業務を実施する社会医療法人の割合

調査対象 (法人)	実施 法人数	実施割合 (%)
	200	

表 55-1 社会医療法人の収益業務の実施状況（複数回答）

	回答数 (法人)	割合 (%)	収益 (百万円)	費用 (百万円)	利益 (百万円)
不動産業	54	67.5	32	40	-9
サービス業	21	26.3	126	136	-10
うち配食サービス	6	7.5	277	279	-2
卸売・小売業	14	17.5	52	64	-12
飲食店・宿泊業	8	10.0	68	78	-10
医療・福祉	7	8.8	35	48	-14
うち有料老人ホーム	2	2.5	51	76	-25
うちサービス付き高齢者 向け住宅	1	1.3	10	39	-29
うち保育園	1	1.3	39	71	-32
その他	2	2.5	8	11	-3
不明	7	8.8	30	40	-10
合計	80	100.0	62	71	-8

※平成 24 年度の事業報告書に記載されているものを掲載。なお、不明は P/L に収益業務に関する損益が計上されているが、事業報告書において収益業務の具体的内容が記載されていない法人数である。

表 55-2 表 55-1 における各収益業務の具体的内容

	社会医療法人が実施する収益業務
不動産業	不動産賃貸業、駐車場業など
サービス業	医業経営相談業、エステティックサロン業、フィットネスクラブ業など
卸売・小売業	保健機能食品、医療・介護用品等の販売業など
飲食店・宿泊業	レストラン、喫茶店、食堂の経営などの飲食業など
その他	専門学校業、農業

※平成 24 年度の事業報告書に記載されているものを掲載。

12) 非課税恩典効果はどの程度か

本来業務の法人税非課税効果は 90 百万円/法人であった（表 56）。軽減税率適用による減免額は附帯業務 0.6 百万円、収益業務 0.17 百万円である。

表 57 は本来業務の利益額分布である。そもそも減免効果は黒字法人しか享受できないため、黒字法人のみの平均利益額をみると、376 百万円であった。本来業務の利益額が 100 百万円以上の社会医療法人は 64.0%にのぼる。

そこでこれら利益に対する減免額（法人税率 28.05%）を見たのが表 58 である。黒字法人の平均減免額は 105 百万円であり、減免効果はかなり大きいと言える。

表 56 法人税の非課税に伴う恩典効果/法人

	回答数 (法人)	法人税に関する試算額		
		通常課税額 (百万円)	軽減税率 適用額 (百万円)	減免額 (百万円)
本来業務	200	90	-	90
附帯業務	166	2.6	2.0	0.6
収益業務	62	0.80	0.63	0.17

資料：平成 24 年度医療法人事業報告書より推計。

表 57 本来業務における利益額の分布

	回答数 (法人)	割合 (%)
0円未満	29	14.5
0円～100百万円未満	43	21.5
100百万円～250百万円未満	47	23.5
250百万円～500百万円未満	44	22.0
500百万円～750百万円未満	18	9.0
750百万円～1,000百万円未満	11	5.5
1,000百万円以上	8	4.0
合計	200	100.0

} 黒字法人の
平均額 376 百万円

表 58 本来業務における減免額の分布

	回答数 (法人)	割合 (%)
0円	29	14.5
1円～100百万円未満	108	54.0
100百万円～250百万円未満	50	25.0
250百万円～500百万円未満	11	5.5
500百万円～750百万円未満	0	0.0
750百万円～1,000百万円未満	1	0.5
1,000百万円以上	1	0.5
合計	200	100.0

黒字法人の
平均額 105 百万円

13) 社会医療法人になるにあたっての障壁は何か

社会医療法人へ移行した際に障壁であった項目として圧倒的に多いのは認定取り消し時における一括課税の規定であった（表 59-1）。これは事業存続自体を危うくするため、何らかの措置が求められよう。

上記は既に社会医療法人になっている法人の意見だが、次に、医療法人を対象とした調査によると（持分あり法人が大半。一部社会医療法人含む）、持分あり社団が持分なし社団へ移行する際の課題としては、移行にあたっての贈与税課税など、やはり税制関係を求める声が圧倒的に多かった（表 60。出所：四病院団体協議会（2011）『医療法人の現状と課題に関するアンケート調査報告書』）。

表 59-1 社会医療法人へ移行した際に障壁であった項目（複数回答）

	回答数 (法人)	割合 (%)
認定取り消し時における一括課税の規定	55	41.0
各事業の認定要件の基準を満たすこと	37	27.6
諸規定の整備・手続きが煩雑であった	32	23.9
持分放棄に関する出資者への説得が困難	10	7.5
社会保険診療等の収入が全収入の80%超とすること	9	6.7
役員等の総数に関して同族制限がある	7	5.2
退社社員の出資持分の払戻額が多額になった	1	0.7
医業収入が医業費用の150%以内であること	1	0.7
その他	10	7.5
障壁となった問題はなかった	37	27.6
無回答	1	0.7
合計	134	100.0

表 59-2 表 59-1 以外で社会医療法人へ移行した際に障壁であった項目（自由記述）

	回答数 (法人)	割合 (%)
診療提供体制の構築(人材の確保・人件費の増加など)	13	36.1
地域の特性上の問題(人口減など)による認定要件の維持	11	30.6
医師派遣における労働者派遣法の適用	3	8.3
その他(附帯業務の割合を2割に留めることが困難など)	9	25.0
合計	36	100.0

(参考) 表 60 持分あり社団法人が持分なし社団法人への移行を考える際に課題とする項目（複数回答）

	割合 (%)
持分なし社団への移行に伴う法人への贈与税課税	60.6
出資者が死亡した場合の相続税への対応が困難	43.4
退社社員の出資持分の払戻額が多額になる	36.9
社会医療法人、特定医療法人、贈与税非課税の要件を満たせない	27.3
出資者への持分放棄の説得が困難	23.3
諸規定の整備・手続きが煩雑	22.5
特段の課題はない	7.2

出所：四病院団体協議会（2011）『医療法人の現状と課題に関するアンケート調査報告書』

14) 社会医療法人への移行促進には何が有効か

社会医療法人への移行を促進するための制度として有効と考えられる項目は、地域の特性ごとに認定要件を変更が60.4%、相続財産寄附時の相続税非課税措置31.3%、社会保険診療等の収入が全収入の80%超とする要件の緩和25.4%であった(表61-1)。

上記は既に社会医療法人となった法人の意見だが、一方、医療法人を対象とした調査(持分なしが圧倒的。一部に社会医療法人含む)によると、持分あり社団が持分なし社団へ移行を考える際に必要な支援制度としては、相続発生後の納税猶予制度をあげる法人が79.5%にも上った。やはり税制面での支援が最も有効な支援策のようである(表62。出所：四病院団体協議会(2011)『医療法人の現状と課題に関するアンケート調査報告書』)。

表 61-1 社会医療法人への移行を促進するための制度として有効と考えられる項目
(複数回答)

	回答数 (法人)	割合 (%)
地域の特性ごとに認定要件を変更	81	60.4
社会医療法人へ相続財産を寄附した場合の相続税非課税措置	42	31.3
社会保険診療等の収入が全収入の80%超とする要件の緩和	34	25.4
社会医療法人への移行検討中に生じた相続税の一定期間納税猶予制度	9	6.7
退社社員への出資持分返還等への融資制度	5	3.7
無回答	18	13.4
合計	134	100.0

表 61-2 表 61-1 以外で社会医療法人への移行を促進するための制度として有効と考えられるその他の項目(自由記述)

	回答数 (法人)	割合 (%)
認定取り消し時の遡及課税の見直し	10	31.3
認定取り消し条件の見直し	5	15.6
非課税の対象となる事業や施設単位の拡大	4	12.5
社会福祉事業分野への参入認可	3	9.4
寄附控除の認可	3	9.4
医師派遣を労働者派遣法の適用外とする	1	3.1
その他(国の政策に沿った医療を要件に追加する等)	6	18.8
合計	32	100.0

(参考) 表 62 持分あり社団法人が持分なし社団法人への移行を考える際に必要な支援制度 (複数回答)

	割合 (%)
相続発生後も一定期間納税を猶予し、持分なし医療法人への移行を促す納税猶予制度	79.5
諸規定の整備・手続きへのアドバイスを受けられる制度	37.8
退社社員への出資持分や退職金支払い、贈与税課税対応への融資制度	31.7
移行のための協議、会議等の準備に要する経費助成制度	15.3

出所：四病院団体協議会 (2011) 『医療法人の現状と課題に関するアンケート調査報告書』

15) 社会医療法人の新たな認定要件には何が良いか

新たな認定要件を自由筆記で聞いたところ、例えば時間外救急車搬送件数だけではなく、時間外に自ら来院した患者件数の項目追加、医師 1 人当たりの救急車受入件数、地域における救急患者受入比率、三次救急病院等からのリハビリ治療を目的とした転院件数、精神科救急医療における公益的事業を評価する項目の追加 (措置入院など)、へき地診療所と同等の役割を果たす病院を「へき地医療を支援する民間医療機関」として認定要件に追加、無料低額診療の実施等があがっていた (表 63)。特に無料低額診療の実施は社会福祉法人が医療事業を本業とする場合の要件であり、検討に値しよう。

表 63 新たな認定要件として考えられる項目

各認定事業に関する項目
・時間外救急車搬送件数だけではなく、時間外に自ら来院した患者件数の項目を追加する。
・医師1人当たりの救急車受入件数
・地域における救急患者受入比率
・三次救急病院等からのリハビリ治療を目的とした転院件数
・精神科救急医療における公益的事業を評価する項目 (措置入院、医療観察法の鑑定、通院など)
・へき地診療所と同等の役割を果たす病院を「へき地医療を支援する民間医療機関」として認定要件に追加
その他の項目
・地域医療、不採算医療への貢献度に対する評価基準 (地域特性の影響を受けにくいもの)
・認知症疾患の受入れ医療に対する実績項目
・無料低額診療の実施
・障がい者医療、障がい者歯科など公益性の高い医療の実施件数
・在宅医療や認知症に対する取組みなどに関する項目
・地域における保健予防活動や健康増進活動の状況に関する項目
・緩和ケア、抗ガン剤センター、RI治療の実施件数
・DV、性暴力に対する医療に関する項目 (被害者に寄り添う診療(ケア)と相談)
・過大な利益に対する制限 (節税目的でなっている法人があるため)

16) 社会医療法人になったメリット・デメリットは何か

社会医療法人へ移行して実際に受けたメリットについて聞いたところ、税負担軽減が最も多く（88.8%）、次に地域医療への貢献（59.7%）、職員のモチベーションアップ（53.7%）、地域における地位向上（38.8%）と続き（表 64-1）、財務の面でも医療の質の面でもメリットを享受できている様子が窺える。

表 64-1 の「その他」の具体的な回答については、固定資産税等の軽減について回答した法人が 7 法人と最も多く、他にも法人税負担軽減により更に地域医療機能を発揮できたなどと続き、課税面でのメリットが多い。これ以外では医師・看護師の救急医療への自覚が出来てきた、県医療計画等に対し行政側へ参画等の話がしやすくなったと、医療の質や運営面でのメリットについての回答があった（表 64-2）。

デメリットは自由記述のみということもあるが、回答は 23 法人と少なく、デメリットよりもメリットを感じている社会医療法人が多いことが推測される。回答としては診療提供体制構築のための負担（人材確保、人件費増）等があげられていた（表 64-3）。ただし公益性発揮には負担がある程度かかり、その見返りとして減免税などの恩典がある。昨今の社会福祉法人における非課税に対する批判論をみれば分かる通り、公益性の認定要件に関する安易な軽減措置は社会の誤解を招く恐れもあるため、慎重な対応が求められよう。

表 64-1 社会医療法人へ移行して実際に受けたメリット（複数回答）

	回答数 (法人)	割合 (%)
医療保健業にかかる法人税負担を軽減できた	119	88.8
地域医療へ貢献することができた	80	59.7
職員のモチベーションを向上させることができた	72	53.7
地域における地位を向上させることができた	52	38.8
収益業務を実施することができた	26	19.4
資金調達が容易になった	16	11.9
公立病院の受け皿になることができた	4	3.0
その他	11	8.2
無回答	1	0.7
合計	134	100.0

表 64-2 表 64-1「その他」の具体的回答（自由記述・複数回答）

	回答数 (法人)
救急医療等確保事業の固定資産に係る固定資産税等の軽減	7
法人税負担軽減によって得た利益で、医療機器等の更新、医療スタッフの増員が可能になり、以前にも増して地域医療機能を発揮できる体制を確保できた	1
受取利息及び配当金の非課税化	1
特別交付税が受けられるようになった	1
医師・看護師の救急医療への自覚が出てきた	1
県医療計画等に対し、行政側へ参画等の話がしやすくなった	1

表 64-3 社会医療法人へ移行して実際に受けたデメリット（自由記述）

	回答数 (法人)	割合 (%)
診療提供体制を構築するための負担が大きい(人材の確保、人件費の増加など)	6	26.1
事業報告に対する事務作業量の増加	3	13.0
認定取り消し時に法人税が一括課税される	2	8.7
税制上のメリットが制限されている(医療保健業の利益のみ非課税等)	2	8.7
認定要件の維持により事業展開に制限がある	2	8.7
その他 (公的性格が強くなり、社会的使命感が医師の心的負担を増幅させた等)	8	34.8
合計	23	100.0

17) まとめ

以上、社会医療法人の実態調査をみてきたが、まとめると以下①～⑨のことが言えよう。

- ①社会医療法人数はその絶対数はまだまだ少ないものの概ね順調に増加しており、質的にも地域中核的な医療法人が社会医療法人になっている。
- ②当初期待していた公的病院の受け皿機能もまだ数は少ないものの実現している。
- ③社会医療法人の認定基準に関し、基準以上の実績をあげている法人が多いなど、地域の中核的病院としての機能、または地域で欠かせない公益性の高い機能を、社会医療法人が発揮している様子が窺えた。
- ④社会医療法人の収益規模は大企業とは比較にならないほど小さいが、中小企業の中では大きい方に属する。
- ⑤社会医療法人の経営状況は医療法人全体と比べ公益性発揮のためか、若干厳しいものの、概ね順調である。また、規模が大きいところが多い傾向にあるため、本

来業務の減免額は黒字法人平均で 100 百万円を超える。このため減免税メリットを享受している。

- ⑥ 附帯業務や収益業務は財務上、本来業務に貢献していない。
- ⑦ 新たな認定要件については、安易な緩和策はなぜ非課税かなどの議論を生じかねないこともあり、慎重を要する。無料低額診療を新認定要件とすることは、現在の社会福祉法人が医療事業を本業とする場合の要件であり、検討に値するのではないだろうか。
- ⑧ 社会医療法人は、社会医療法人になったメリットとして、減免税や地域医療への貢献、職員のモチベーション向上、地域における地位向上など、財務面、医療面双方に亘りメリットを感じていた。
- ⑨ このように社会医療法人は量的にも質的にも順調に推移していると考えられるが、更に社会医療法人を増やしていくためには、減免税以外の税制面での支援（認定取消時の一括課税の緩和措置など）が有効であると考えられる。

【参考資料1】

平成24年度社会医療法人実態調査
社会医療法人向け調査票 単純集計

1. 法人について

表1 社会医療法人へ移行する前の法人形態

	回答数 (法人)	割合 (%)
一般の持分あり社団医療法人	32	23.9
出資額限度法人	5	3.7
基金拋出型法人	0	0.0
一般の持分なし社団医療法人	5	3.7
一般の財団医療法人	7	5.2
特定医療法人	58	43.3
特別医療法人	11	8.2
特定・特別医療法人	16	11.9
合計	134	100.0

表2 社会医療法人の認定を受けた事業（複数回答）

	回答があった社会医療法人		全社会医療法人	
	回答数 (施設)	割合 (%)	施設数	割合 (%)
救急医療	100	61.3	157	68.9
精神科救急医療	13	8.0	26	11.4
災害医療	8	4.9	11	4.8
へき地医療	25	15.3	39	17.1
周産期医療	5	3.1	7	3.1
小児救急医療	12	7.4	19	8.3
合計	163	100.0	228	100.0

表3 認定事業に関わる常勤医師・看護師数（へき地医療を除く）

	回答数 (施設)	医師/1施設 (人)	看護師/1施設 (人)
救急医療	98	21.6	73.0
精神科救急医療	13	12.5	78.9
災害医療	6	10.4	70.6
周産期医療	5	7.7	41.6
小児救急医療	11	8.7	43.0

2. 社会医療法人への移行について

表 4-1 社会医療法人へ移行して実際に受けたメリット（複数回答）

	回答数 (法人)	割合 (%)
医療保健業にかかる法人税負担を軽減できた	119	88.8
地域医療へ貢献することができた	80	59.7
職員のモチベーションを向上させることができた	72	53.7
地域における地位を向上させることができた	52	38.8
収益業務を実施することができた	26	19.4
資金調達が容易になった	16	11.9
公立病院の受け皿になることができた	4	3.0
その他	11	8.2
無回答	1	0.7
合計	134	100.0

表 4-2 表 4-1「その他」の具体的回答（自由記述・複数回答）

	回答数 (法人)
救急医療等確保事業の固定資産に係る固定資産税等の軽減	7
法人税負担軽減によって得た利益で、医療機器等の更新、医療スタッフの増員が可能になり、以前にも増して地域医療機能を発揮できる体制を確保できた	1
受取利息及び配当金の非課税化	1
特別交付税が受けられるようになった	1
医師・看護師の救急医療への自覚が出てきた	1
県医療計画等に対し、行政側へ参画等の話がしやすくなった	1

表 5 社会医療法人へ移行して実際に受けたデメリット（自由記述）

	回答数 (法人)	割合 (%)
診療提供体制を構築するための負担が大きい(人材の確保、人件費の増加など)	6	26.1
事業報告に対する事務作業量の増加	3	13.0
認定取り消し時に法人税が一括課税される	2	8.7
税制上のメリットが制限されている(医療保健業の利益のみ非課税等)	2	8.7
認定要件の維持により事業展開に制限がある	2	8.7
その他 (公的性格が強くなり、社会的使命感が医師の心的負担を増幅させた等)	8	34.8
合計	23	100.0

表 6-1 社会医療法人へ移行した際に障壁であった項目（複数回答）

	回答数 (法人)	割合 (%)
認定取り消し時における一括課税の規定	55	41.0
各事業の認定要件の基準を満たすこと	37	27.6
諸規定の整備・手続きが煩雑であった	32	23.9
持分放棄に関する出資者への説得が困難	10	7.5
社会保険診療等の収入が全収入の80%超とすること	9	6.7
役員等の総数に関して同族制限がある	7	5.2
退社社員の出資持分の払戻額が多額になった	1	0.7
医業収入が医業費用の150%以内であること	1	0.7
その他	10	7.5
障壁となった問題はなかった	37	27.6
無回答	1	0.7
合計	134	100.0

表 6-2 表 6-1 以外で社会医療法人へ移行した際に障壁であった項目（自由記述）

	回答数 (法人)	割合 (%)
診療提供体制の構築(人材の確保・人件費の増加など)	13	36.1
地域の特性上の問題(人口減など)による認定要件の維持	11	30.6
医師派遣における労働者派遣法の適用	3	8.3
その他(附帯業務の割合を2割に留めることが困難など)	9	25.0
合計	36	100.0

表7 社会医療法人へ移行した際に障壁であった項目（認定事業別・自由記述）

救急医療	・附帯業務の割合を2割に留めることが困難。
	・各消防機関による搬送証明の確認作業が困難であり、各消防機関の負担が大きい。
	・救急受入れがそもそも少ない。
	・医療圏が多数に分かれているため、開設している全病院、診療所との救急に関する連携体制を説明するのに苦慮する。
	・医師、看護師、関係コメディカルスタッフの確保。 ・国の特別交付税制度において、所在地や市町村の議会の承認等、行政側への理解を求める事が困難である。
災害医療	・救急医療と同様に、附帯業務の割合を2割に留めるのが困難。
へき地医療	・へき地診療所の代診業務で、へき地診療所(等)という言葉がなかったため、県が指定した他の医療機関への代診が実績にカウントされなかった。
	・自病院が県の医療計画に載っていない。
	・認可をするのは県であるが、実際の運営は市であるため、ダブルスタンダードになる事。
	・へき地拠点病院であるが、県が許可してくれない。
周産期医療	・対象病院が医師派遣を受入れるか否かの交渉が困難。

表8 新たな認定要件として考えられる項目

各認定事業に関する項目	
・	時間外救急車搬送件数だけではなく、時間外に自外来院した患者件数の項目を追加する。
・	医師1人当たりの救急車受入件数
・	地域における救急患者受入比率
・	三次救急病院等からのリハビリ治療を目的とした転院件数
・	精神科救急医療における公益的事業を評価する項目(措置入院、医療観察法の鑑定、通院など)
・	へき地診療所と同等の役割を果たす病院を「へき地医療を支援する民間医療機関」として認定要件に追加
その他の項目	
・	地域医療、不採算医療への貢献度に対する評価基準(地域特性の影響を受けにくいもの)
・	認知症疾患の受入れ医療に対する実績項目
・	無料低額診療の実施
・	障がい者医療、障がい者歯科など公益性の高い医療の実施件数
・	在宅医療や認知症に対する取組みなどに関する項目
・	地域における保健予防活動や健康増進活動の状況に関する項目
・	緩和ケア、抗ガン剤センター、RI治療の実施件数
・	DV、性暴力に対する医療に関する項目(被害者に寄り添う診療(ケア)と相談)
・	過大な利益に対する制限(節税目的でなっている法人があるため)

表 9-1 社会医療法人への移行を促進するための制度として有効と考えられる項目
(複数回答)

	回答数 (法人)	割合 (%)
地域の特性ごとに認定要件を変更	81	60.4
社会医療法人へ相続財産を寄附した場合の相続税非課税措置	42	31.3
社会保険診療等の収入が全収入の80%超とする要件の緩和	34	25.4
社会医療法人への移行検討中に生じた相続税の一定期間納税猶予制度	9	6.7
退社社員への出資持分返還等への融資制度	5	3.7
無回答	18	13.4
合計	134	100.0

表 9-2 表 9-1 以外で社会医療法人への移行を促進するための制度として有効と考えられるその他の項目 (自由記述)

	回答数 (法人)	割合 (%)
認定取り消し時の遡及課税の見直し	10	31.3
認定取り消し条件の見直し	5	15.6
非課税の対象となる事業や施設単位の拡大	4	12.5
社会福祉事業分野への参入認可	3	9.4
寄附控除の認可	3	9.4
医師派遣を労働者派遣法の適用外とする	1	3.1
その他(国の政策に沿った医療を要件に追加する等)	6	18.8
合計	32	100.0

3. 社会医療法人移行後の状況について

表 10-1 公立病院民営化への公募の応募状況

	回答数 (法人)	割合 (%)
応募したことがある	5	3.7
応募したことはない	129	96.3
合計	134	100.0

表 10-2 公立病院民営化の応募結果

	回答数 (法人)	割合 (%)
応礼できた	5	100.0
応礼できなかった	0	0.0
合計	5	100.0

表 11-1 自治体病院の遊休病床の取得状況

	回答数 (法人)	割合 (%)
取得したことがある	2	1.5
取得したことはない	132	98.5
合計	134	100.0

表 11-2 表 11-1 で取得した場合の取得病床数

	回答数 (法人)	平均値 (床)
取得病床数	2	42

表 12 社会医療法人債の発行状況

	回答数 (法人)	割合 (%)
発行したことがある	0	0.0
発行したことはない	133	100.0
合計	133	100.0

4. 認定病院の財務諸表

表 13 損益計算書（平均値・20%値・中央値・80%値）

(N=75)

	平均値 (千円)	20%値 (千円)	中央値 (千円)	80%値 (千円)
I 医業収益	5,610,984	1,988,528	3,986,230	8,842,358
1. 入院診療収益	4,058,980	1,493,701	2,955,841	6,408,578
2. 室料差額収益	56,450	10,251	36,945	85,471
3. 外来診療収益	1,316,934	403,451	1,005,856	2,051,572
4. 保健予防活動収益	74,992	680	20,435	112,346
5. 受託検査・施設利用収益	6,584	0	0	1,340
6. その他の医業収益	97,044	12,467	53,636	146,096
IV 医業費用	5,403,209	1,906,073	3,824,138	8,628,393
1. 材料費	1,188,049	276,295	686,275	2,170,716
(1) 医薬品費	586,908	150,885	386,779	942,142
(2) 診療材料費	503,883	61,044	253,385	869,214
(3) その他の材料費	97,259	20,644	53,109	104,121
2. 給与費	2,952,371	1,225,406	2,434,581	4,671,556
(1) 常勤職員給料・賞与	2,274,329	918,468	1,727,461	3,742,199
① 医師給料・賞与	600,327	135,384	433,231	1,014,149
② 看護職員給料・賞与	891,020	332,310	617,905	1,521,103
③ その他の給料・賞与	782,981	356,042	671,244	1,176,043
(2) 非常勤職員給料・賞与	228,078	69,903	164,513	342,279
① 医師給料・賞与	139,669	35,167	121,438	184,758
② 看護職員給料・賞与	37,408	0	15,502	70,936
③ その他の給料・賞与	51,001	2,259	17,145	105,741
(3) 役員報酬	28,698	0	0	54,905
(4) 賞与引当金繰入額	26,057	0	0	1,746
(5) 退職給付費用	67,139	8,651	38,819	100,653
(6) 法定福利費	326,722	136,299	250,518	522,593
3. 委託費	299,920	99,145	200,081	443,926
4. 設備関係費	508,882	157,318	397,161	715,198
(1) 減価償却費	287,633	77,951	196,755	393,122
(2) その他の設備関係費	221,249	55,791	145,637	331,610
5. 研究研修費	19,135	3,985	10,603	28,527
6. 経費	334,719	125,525	244,446	488,364
7. 控除対象外消費税等負担額	60,511	0	5,800	106,221
8. 本部費配賦額	20,135	0	0	57
9. その他の費用	19,486	0	0	0
医業利益(損失)	207,776	-24,835	133,444	385,499
II 医業外収益	116,951	26,437	68,514	151,737
1. 受取利息及び配当金	1,291	21	191	540
2. 補助金収益	43,770	0	8,746	41,305
3. その他の医業外収益	71,890	14,436	42,519	101,288
V 医業外費用	58,670	17,479	42,951	90,869
1. 支払利息	44,764	7,250	28,370	66,773
2. その他の医業外費用	13,906	247	5,083	24,851
経常利益	266,057	5,886	154,702	483,266
III 臨時収益	15,872	0	0	6,729
VI 臨時費用	88,275	56	3,171	78,729
税引前当期純利益	193,654	-22,254	141,603	387,306

表 14 貸借対照表（平均値・20%値・中央値・80%値）

(N=90)

	平均値 (千円)	20%値 (千円)	中央値 (千円)	80%値 (千円)
I 流動資産	1,884,380	650,610	1,511,524	2,695,392
1. 現金・預金	891,390	166,046	550,973	1,161,426
2. 医業未収金	732,385	308,505	564,783	1,162,880
3. 未収金	25,910	713	8,972	37,401
4. 有価証券(売買目的有価証券)	16,191	0	0	0
5. たな卸資産	43,962	13,549	30,427	65,907
6. 短期貸付金	15,456	0	0	5,434
7. その他の流動資産	159,086	3,528	14,520	152,407
II 固定資産	3,367,882	1,338,396	2,595,277	4,792,731
1. 有形固定資産	3,072,866	919,263	2,494,705	4,248,904
(1) 建物	1,673,174	430,219	1,313,285	2,257,975
(2) 備品	285,924	26,126	129,179	483,994
(3) その他の有形固定資産	172,449	27,117	79,861	346,004
(4) 土地	824,913	160,875	727,412	1,267,773
(5) 建設仮勘定	116,406	0	0	32,477
2. 無形固定資産	60,783	6,105	29,950	82,675
3. その他の資産	234,233	25,241	81,468	250,322
(1) 有価証券(満期保有目的有価証券)	32,638	0	0	11,152
(2) 長期貸付金	15,349	0	0	2,459
(3) 役員従業員長期貸付金	2,493	0	0	0
(4) 他会計長期貸付金	39,424	0	0	0
(5) その他の固定資産	144,329	10,465	69,427	173,987
資産合計(I + II)	5,252,262	2,412,287	4,124,701	8,546,607
III 流動負債	1,334,176	262,050	716,882	1,819,706
1. 未払金	232,774	33,877	104,007	375,630
2. 短期借入金	353,962	0	119,000	525,600
3. 未払費用	81,085	0	47,736	130,134
4. 前受収益	3,501	0	0	13
5. 賞与引当金	41,852	0	0	74,600
6. その他の引当金	2,861	0	0	0
7. その他の流動負債	618,142	28,632	141,427	582,862
IV 固定負債	2,250,892	313,162	1,420,134	3,198,246
1. 長期借入金	1,790,563	198,965	1,047,177	2,520,003
2. 長期未払金	49,812	0	0	22,140
3. 退職給付引当金	142,762	0	0	237,577
4. その他の固定負債	267,756	0	660	185,635
負債合計(III + IV)	3,585,069	952,067	2,594,524	5,239,788
V 純資産	1,667,194	95,383	942,073	3,033,910
1. 利益剰余金	1,229,553	-100,084	781,605	1,922,980
うち繰越利益剰余金	472,078	-4,131	102,100	1,140,119
2. その他	437,641	0	7,680	147,758
負債及び純資産の部合計	5,252,262	2,412,287	4,124,701	8,546,607
減価償却累計額	1,584,207	0	399,335	2,663,788

5. 平成 24 年度の地域医療貢献状況

表 15 平成 24 年度に 1 回以上出動した DMAT チーム延べ数

	回答数 (法人)	平均値 (チーム数)
DMATチーム延べ数	6	3.3

表 16 災害拠点としての主な備蓄内容

	備蓄内容
A法人	簡易ベッド51台
B法人	テント1梁、患者収容時マット40枚、簡易ベッド30床、担架10台、防災物品運搬用台車2台、災害用投光器6台、折畳式ストレッチャー2台、防災用小型発電機2台、診療材料3日分、医薬品3日分、水・食料品3日分
C法人	災害テント、簡易ベッド、投光器、担架、飲料水、食料品
D法人	非常食：5,250食、簡易ベッド：15台、毛布：100枚、簡易トイレ：200セット、トリアージタグ：500枚、担架：25台、除染設備一式、発電機：5台
E法人	輸液セット50人分の確保、ストレッチャー・簡易タンカー5名分
F法人	屋上ヘリポート設置、簡易ベッド30台、非常用毛布50枚、テント1梁、化学防護服5セット、放射線測定器1台、発電機1台、通信機器1台
G法人	エアテント1梁、テント大1梁、テント小1梁、簡易折りたたみベッド5台等

表 17 乳幼児緊急手術件数

	回答数 (法人)	平均値 (件数)
乳幼児緊急手術件数	6	61.8

【参考資料2】

平成24年度社会医療法人実態調査
社会医療法人向け調査票

厚生労働省委託 平成25年度医療施設経営安定化推進事業
平成24年度社会医療法人実態調査

調査の概要

1. 目的	本調査は地域医療のリーダー的役割が期待されている社会医療法人の地域医療への貢献状況など、その実態を把握することを目的としています。
2. 調査対象	平成25年10月1日時点で社会医療法人の認定を受けている医療法人を対象とします（210法人）
3. 調査事項	地域医療への貢献状況、社会医療法人へ移行した際の課題、社会医療法人移行後の状況、平成24年度各病院の財務状況等
4. 調査方法	<p>(1) 調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。</p> <p>①事務局ホームページよりダウンロードしたファイルに入力する場合 (事務局ホームページURL：http://www.mvilw.co.jp) 入力した調査票を事務局宛 (onta@mvilw.co.jp) にメールにて送付してください。 (※) ご使用のセキュリティソフトの関係で、ファイルがダウンロードできない場合がございます。その際は、お手数ではございますが、onta@mvilw.co.jpまでご連絡をいただくと幸いです。Eメールにて調査票を送付させていただきます。</p> <p>②郵送された調査票に手書きで記入する場合 記入した調査票を同封の返信用封筒により、事務局宛に提出してください。 返信用封筒を紛失された場合は恐縮ですが、弊社宛に着払郵便でお送りいただけますと幸いです。いずれの場合も平成25年12月24日（火）までにご提出ください。</p> <p>(2) <u>各設問の黒太枠内にご記入ください。</u></p> <p>(3) 6～7頁の損益計算書・貸借対照表の数値については、<u>ご記入いただく代わりに原本のコピーを同封いただいても結構です。</u></p> <p>(4) 回答をご返送いただきご希望される法人には、メールにて当調査の結果をお送りいたしますので、経営の参考にご活用いただければ幸いです。</p> <p>(5) 調査結果は学術研究に用いることがございます。ご記入いただいた内容は統計的に処理をし、個別の法人の情報として公表することはありません。</p> <p>(6) 弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な保管場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては、情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。</p>
5. 事務局	(株)明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部 「平成24年度社会医療法人実態調査」事務局 〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F TEL：03-3283-8303、03-3283-9293（土日、祝日を除く平日9：00-17：00） FAX：03-3201-7837 メールアドレス/ onta@mvilw.co.jp 担当：恩田、山本、澤、大西、松原

法人名			
所在地			
記入者	ふりがな		
	氏名		
	TEL	FAX	
	メールアドレス		
アンケート結果送付希望の有無(当てはまる方に1をご記入ください)	01. 希望する		
	02. 希望しない		

「01.希望する」を選択の場合、ご記入いただいたメールアドレスに調査結果をお送りいたします。

1. 法人について

(1) 貴法人は社会医療法人へ移行する前はどのような法人形態でしたか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

01. 一般の持分あり社団医療法人
02. 出資額限度法人
03. 基金拠出型法人
04. 一般の持分なし社団医療法人
05. 一般の財団医療法人
06. 特定医療法人
07. 特別医療法人
08. その他：以下に具体的に記入ください

(2) 貴法人において社会医療法人の認定を受けた病院又は診療所は以下のどの事業で認定を受けましたか。病院又は診療所別で当てはまるものに1をご記入ください。該当病院又は診療所が5つ以上ある場合は追加記入用のExcelファイルをホームページよりダウンロードしてご記入ください。

病院名又は診療所名1:

01. 救急医療	
02. 精神科救急医療	
03. 災害医療	
04. へき地医療	
05. 周産期医療	
06. 小児救急医療	

病院名又は診療所名2:

01. 救急医療	
02. 精神科救急医療	
03. 災害医療	
04. へき地医療	
05. 周産期医療	
06. 小児救急医療	

病院名又は診療所名3:

01. 救急医療	
02. 精神科救急医療	
03. 災害医療	
04. へき地医療	
05. 周産期医療	
06. 小児救急医療	

病院名又は診療所名4:

01. 救急医療	
02. 精神科救急医療	
03. 災害医療	
04. へき地医療	
05. 周産期医療	
06. 小児救急医療	

(3) 上記(2)の事業(へき地医療を除く)に従事するおおよその医師、看護師常勤換算数(※)を以下にご記入ください(平成25年3月31日時点)。該当病院が5つ以上ある場合は追加記入用のExcelファイルをホームページよりダウンロードしてご記入ください。

(※)常勤換算数=従事者の1週間の勤務時間/医療施設で定めている常勤者の1週間の勤務時間(小数第1位まで記入)
常勤者は正規、非正規の雇用形態は問いません

病院名1:

	医師		看護師	
01. 救急医療		人		人
02. 精神科救急医療		人		人
03. 災害医療		人		人
04. 周産期医療		人		人
05. 小児救急医療		人		人

病院名2:

	医師		看護師	
01. 救急医療		人		人
02. 精神科救急医療		人		人
03. 災害医療		人		人
04. 周産期医療		人		人
05. 小児救急医療		人		人

病院名3:

	医師		看護師	
01. 救急医療		人		人
02. 精神科救急医療		人		人
03. 災害医療		人		人
04. 周産期医療		人		人
05. 小児救急医療		人		人

病院名4:

	医師		看護師	
01. 救急医療		人		人
02. 精神科救急医療		人		人
03. 災害医療		人		人
04. 周産期医療		人		人
05. 小児救急医療		人		人

2. 社会医療法人への移行について

(1) 貴法人が社会医療法人へ移行して実際に受けたメリットがあった場合は、具体的にどのようなものか以下、当てはまるもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

	01. 医療保健業にかかる法人税負担を軽減できた
	02. 収益業務を実施することができた
	03. 資金調達が容易になった
	04. 職員のモチベーションを向上させることができた
	05. 公立病院の受け皿になることができた
	06. 地域医療へ貢献することができた
	07. 地域における地位を向上させることができた
	08. その他：以下に具体的にご記入ください。

(2) 貴法人が社会医療法人へ移行して実際に受けたデメリットがあった場合、具体的にどのようなものか以下に具体的にご記入ください。

--

(3) 貴法人が社会医療法人に移行した際に障壁となった項目全てに1をつけてください(複数回答可)。

	01. 各事業（救急医療・精神科救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児救急医療）の認定要件の基準を満たすこと
	02. 認定取り消し時に非収益業務から生じた累積所得金額が一括して課税所得となること
	03. 社員・役員・評議員に関して、同族関係者の比率を3分の1以下とすること
	04. 出資者は持分を放棄することになり、その説得が困難であった
	05. 退社社員の出資持分の払戻額が多額になった
	06. 社会保険診療・労災保険診療・健康診査・助産の収入金額が全収入金額の80%超えとすること
	07. 医業収入が医業費用の150%以内であること
	08. 諸規定の整備・手続きが煩雑であった
	09. 障壁となった問題はなかった
	10. その他：以下に具体的にご記入ください。

(4) 以下の各事業の認定要件(※)の中で、社会医療法人へ移行した際にどのような項目が実際に障壁となりましたか。その理由も含めてご記入下さい。

(※)厚生労働省 医政発0330第26号平成24年3月30日「社会医療法人の認定について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoudl/shakairyohouzin1212.pdf>の別添1

記入例:①救急医療について、「夜間等救急自動車等搬送件数が750件以上であるという要件を満たすのが大変だった。この地域は人口が少ない地域であるので、このような地域の特性を考慮した要件があれば有難い。」など

①救急医療	
②精神科救急医療	
③災害医療	
④へき地医療	
⑤周産期医療	
⑥小児救急医療	

(5)社会医療法人の認定要件として、現在ある項目以外にどのようなものがあれば良いと考えますか。以下にその理由も含めてご記入ください。

項目	
理由	

(6)社会医療法人への移行を促進するための制度として、以下の中で有効と考えられる項目があれば、1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	01. 地域の特性ごとに認定要件を変更
<input type="checkbox"/>	02. 社会保険診療等に係る収入金額が全収入金額の80%以上という要件の緩和
<input type="checkbox"/>	03. 社会医療法人に相続財産を寄附した場合における相続税の非課税措置
<input type="checkbox"/>	04. 社会医療法人への移行を検討中に相続が発生した場合の相続税一定期間納税猶予制度
<input type="checkbox"/>	05. 退社社員への出資持分返還等への融資制度

(7)(6)で挙げた項目以外に、有効と考えられる項目があれば、以下にその理由も含めてご記入ください。

項目	
理由	

3. 社会医療法人移行後の状況について

(1) 貴法人は公立病院民営化の公募に応募したことがありますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	01. 応募したことがある
<input type="checkbox"/>	02. 応募したことはない

(1)－2 (1)で「01. 応募したことがある」を選択した場合、応札できましたか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	01. 応札できた
<input type="checkbox"/>	02. 応札できなかった

(2) 貴法人は自治体病院の遊休病床を取得したことがありますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	01. 取得したことがある
<input type="checkbox"/>	02. 取得したことはない

(2)－2 (2)で「01. 取得したことがある」を選択した場合、取得した合計病床数を以下にご記入ください。

合計病床数	<input type="text"/>	床
-------	----------------------	---

(3) 貴法人は社会医療法人債(公募債)を発行したことがありますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	01. 発行したことがある
<input type="checkbox"/>	02. 発行したことはない

(3)－2 (3)で「01. 発行したことがある」を選択した場合、合計発行額を以下にご記入ください。

合計発行額	<input type="text"/>	億円
-------	----------------------	----

4. 地域貢献について

貴法人は地域医療にどのように貢献していますか。以下に具体的にご記入ください。

5. 平成24年度 各病院の財務状況(診療所は記入不要)

- ・貴法人が開設している全病院各々の平成24年度の財務状況を6～7頁にご記入下さい(診療所は記入不要)。
- ・決算が3月以外の場合、直近の決算年度の状況についてご記入下さい。
- ・貸借対照表の各勘定科目については、病院会計準則【改正版】(平成16年8月19日医政発第0819001号)の科目により整理してご記入ください。
- ・病院会計準則について(厚生労働省医政局HP)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/tuchi/jyunsoku01.html>
- ・病院が複数ある場合、追加記入用のExcelファイルをホームページよりダウンロードしてご記入ください。
- ・6～7頁の損益計算書、貸借対照表の数値は、ご記入いただく代わりに**原本のコピー**を同封していただいても結構です。

(1) 損益計算書(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

※平成24年度の損益計算書の状況を下表にご記入ください。不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合も、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

病院名:

収 益		費 用	
科 目	金 額 (円)	科 目	金 額 (円)
I 医業収益 (1~6の合計)		IV 医業費用 (1~9の合計)	
1. 入院診療収益		1. 材料費 ((1)~(3)の合計)	
2. 室料差額収益		(1) 医薬品費	
3. 外来診療収益		(2) 診療材料費	
4. 保健予防活動収益		(3) その他の材料費	
5. 受託検査・施設利用収益		2. 給与費 ((1)~(6)の合計)	
6. その他の医業収益		(1) 常勤職員給料・賞与 (①~③の合計)	
		①医師給料・賞与 (歯科医師を除く)	
		②看護師給料・賞与	
		③その他給料・賞与 (歯科医師を含む)	
		(2) 非常勤職員給料・賞与 (①~③の合計)	
		①医師給料・賞与 (歯科医師を除く)	
		②看護師給料・賞与	
		③その他給料・賞与 (歯科医師を含む)	
		(3) 役員報酬	
		(4) 賞与引当金繰入額	
		(5) 退職給付費用※1	
		(6) 法定福利費	
		3. 委託費	
		4. 設備関係費 ((1)~(2)の合計)	
		(1) 減価償却費	
		(2) その他の設備関係費※2	
		5. 研究研修費	
		6. 経費	
		7. 控除対象外消費税等負担額	
		8. 本部費配賦額	
		9. その他の費用	
		医業利益 (損失) (I-IV)	
II 医業外収益 (1~3の合計)		V 医業外費用 (1~2の合計)	
1. 受取利息及び配当金		1. 支払利息	
2. 補助金収益		2. その他の医業外費用	
3. その他の医業外収益			
		経常利益 (損失) (医業利益+II-V)	
III 臨時収益		VI 臨時費用※3	
		税引前当期純利益 (純損失) (経常利益+III-VI)	

※1: 当該年度の退職引当金を繰り入れた額と、退職引当金額を取り崩した額を超えて計上した金額の合計を退職給付費用としてください。

※2: その他の設備関係費には、器機賃借料、地代家賃、修繕費、固定資産税等、器機保守料、器機設備保険料、車両関係費が含まれます。

※3: 除去損は臨時費用に含めてください。

(2) 貸借対照表(平成 年 月 日)

※平成24年度の貸借対照表の状況を下表にご記入ください。不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。
合計値のみ把握し内訳が不明の場合も、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

病院名:

資産の部		負債の部	
科 目	金 額 (円)	科 目	金 額 (円)
I 流動資産 (1~7の合計)		III 流動負債 (1~7の合計)	
1. 現金・預金		1. 未払金	
2. 医業未収金		2. 短期借入金	
3. 未収金		3. 未払費用	
4. 有価証券 (売買目的有価証券)		4. 前受収益	
5. たな卸資産※1		5. 賞与引当金	
6. 短期貸付金		6. その他の引当金	
7. その他の流動資産		7. その他の流動負債※4	
II 固定資産 (1~3の合計)		IV 固定負債 (1~4の合計)	
1. 有形固定資産 ((1)~(5)の合計)		1. 長期借入金	
(1) 建物		2. 長期未払金	
(2) 備品		3. 退職給付引当金	
(3) その他の有形固定資産※2		4. その他の固定負債	
(4) 土地		負債の部合計 (III+IV)	
(5) 建設仮勘定			
2. 無形固定資産※3			
3. その他の資産 ((1)~(5)の合計)			
(1) 有価証券 (満期保有目的有価証券など)		純資産の部	
(2) 長期貸付金		V 純資産 (1~2の合計)	
(3) 役員従業員長期貸付金		1. 利益剰余金	
(4) 他会計長期貸付金		うち繰越利益剰余金	
(5) その他の固定資産		2. その他	
資産合計 (I+II)		負債及び純資産の部合計 (III+IV+V)	

○上記IIの1有形固定資産のうち土地、建設仮勘定以外の有形固定資産の減価償却累計額の合計額をご記入ください。

減価償却累計額 円

※1: 医薬品、診療材料、給食用材料、貯蔵品については「たな卸資産」に計上してください。

※2: 構築物、車輛及び船舶、放射性同位元素については「その他の有形固定資産」に計上してください。

※3: 借地権、ソフトウェア等は固定資産の「無形固定資産」に計上してください。

※4: 未払法人税は流動負債の「その他の流動負債」に計上してください。

6. 平成24年度の地域医療貢献状況

・社会医療法人の認定にあたり、貴法人が開設する病院で「救急医療等確保事業」のうち下記事業の認定要件に適合した病院を対象とします。

・救急医療等確保事業とは救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急医療を含む）・その他都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療の確保に必要な事業をいいます。

・下表について平成24年度法人全体の年間総件数等をご記入ください。

災害医療		小児救急医療
平成24年度に1回以上出動したDMATチーム延べ数（※1）	災害拠点としての主な備蓄内容 （記入例：簡易ベッドを100床保有している等） （平成25年3月31日時点）	乳幼児緊急手術件数（※2）

（※1）平成24年度に同じチームが3回出動した場合、3チームとなる

（※2）乳幼児緊急手術件数は生後29日～6歳未満の子どもに救急外来経由の手術を実施した件数

【参考資料3】

平成24年度社会医療法人実態調査
都道府県及び厚生局向け調査票

厚生労働省委託 平成25年度医療施設経営安定化推進事業
平成24年度社会医療法人実態調査

調査の概要

<p>1. 目的 本調査は地域医療のリーダー的役割が期待されている社会医療法人の地域医療への貢献状況について把握することを目的としています。</p> <p>2. 調査対象 平成25年10月1日時点で社会医療法人を有している都道府県を対象とします。</p> <p>3. 調査事項 都道府県が有している社会医療法人について、地域医療への貢献状況に関する以下のデータ 平成24年度の救急医療・精神科救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児救急医療の実績</p> <p>4. 調査方法 (1) 調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。 ①事務局ホームページよりダウンロードしたファイルを入力する場合 (事務局ホームページURL：http://www.mvilw.co.jp) 入力した調査票を事務局宛 (onta@mvilw.co.jp) にメールにて送付してください。 (※) ご使用のセキュリティソフトの関係で、ファイルがダウンロードできない場合がございます。 その際は、お手数ではございますが、onta@mvilw.co.jpまでご連絡をいただけると幸いです。 Eメールにて調査票を送付させていただきます。 ②郵送された調査票に手書きで記入する場合 記入した調査票を同封の返信用封筒により、事務局宛に提出してください。 返信用封筒を紛失された場合は恐縮ですが、弊社宛に着払郵便でお送りいただけますと幸いです。 いずれの場合も 平成25年12月24日(火) までにご提出ください。 (2) 各設問の黒太枠内にご記入ください。 (3) 回答をご返送いただき、ご希望される都道府県には、メールにて当調査の結果をお送りいたしますので、行政上の参考にご活用いただければ幸いです。 (4) 調査結果は学術研究に用いることがございます。ご記入いただいた内容は統計的に処理をし、個別の都道府県の情報として公表することはありません。 (5) 弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な保管場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては、情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。</p> <p>5. 事務局 (株)明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部 「平成24年度社会医療法人実態調査」事務局 〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F TEL：03-3283-9293、03-3283-8303 (土日、祝日を除く平日9：00-17：00) FAX：03-3201-7837 メールアドレス/onta@mvilw.co.jp 担当：恩田、山本、澤、大西、松原</p>

都道府県名			
記入者	ふりがな		
	氏名		
	TEL	FAX	
	メールアドレス		
アンケート結果送付 希望の有無(当てはまる方に1をご記入ください)	01. 希望する		
	02. 希望しない		

「01.希望する」を選択の場合、ご記入いただいたメールアドレスに調査結果をお送りいたします。

1. 平成24年度の地域医療貢献状況

・社会医療法人の認定にあたり、貴都道府県管轄の医療法人が開設する病院のうち「救急医療等確保事業」の認定要件に適合した病院又は診療所を対象とします。
 ・「救急医療等確保事業」とは救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療(小児救急医療を含む)・その他都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療の確保に必要な事業をいいます。

- ・下表について平成24年度の病院又は診療所別年間総件数等をご記入ください。
- ・救急車受入件数等、各項目の定義は4～5頁をご参照いただき、該当病院又は診療所が6つ以上ある場合は、追加記入用のExcelファイルをホームページよりダウンロードしてご記入ください。

No.	法人名	病院名 診療所名	救急医療		精神科救急医療	
			救急車受入 件数	当該病院が 属する二次 医療圏にお ける救急車 受入総件数	精神疾患に かかる時間 外等診療 件数	当該病院が 属する三次 医療圏にお ける精神疾 患にかかる 時間外等 診療総件数
1						
2						
3						
4						
5						

No.	災害医療				DMATの活動状況
	DMAT保有の 有無	DMAT保有 総チーム数	三次医療圏 における DMAT保有 総チーム数	三次医療圏 における DMAT出動 総チーム数	
1					
2					
3					
4					
5					

No.	へき地医療				周産期医療						
	へき地診療所における診療日数実績(日)	当該病院が属する三次医療圏におけるへき地診療所の診療日数実績(日)	へき地診療所への巡回診療・医師派遣の日数実績(人日)	当該病院が属する三次医療圏におけるへき地診療所への巡回診療・医師派遣の日数実績(人日)	分娩件数	当該病院が属する二次医療圏における分娩総件数	母胎搬送件数	当該病院が属する二次医療圏における母胎搬送総件数	ハイリスク分娩管理加算件数	当該病院が属する二次医療圏におけるハイリスク分娩管理加算総件数	NICU保有(病床数)
1											
2											
3											
4											
5											

No.	小児救急医療		
	乳幼児時間外診療件数	当該病院が属する二次医療圏における乳幼児時間外診療総件数	小児救急患者専用病床又は優先病床の保有数(床)
1			
2			
3			
4			
5			

追加のご質問

平成24年度の地域医療貢献状況

・下表について平成24年度の病院別年間総件数をご記入ください。

No.	法人名	病院名	救急医療		
			時間外加算 算定総件数 (※)	当該病院が 属する二次 医療圏にお ける時間外 加算算定総 件数	初診料算定 総件数
1					
2					
3					
4					
5					

(※)時間外加算算定総件数は以下①～④の合計件数を意味する

①診療時間以外の時間(休日及び深夜(午後10時から翌日の午前6時まで)を除く)において初診を行った場合の時間外加算の算定件数

②休日(深夜を除く)において初診を行った場合の休日加算の算定件数

③深夜において初診を行った場合の深夜加算の算定件数

④時間外加算の特例の適用を受ける保険医療機関が初診を行った場合の当該時間外加算の特例の算定件数

- ・社会医療法人の認定にあたり、貴都道府県管轄の医療法人が開設する病院のうち「救急医療等確保事業」の認定要件に適合した病院を対象とします。
- ・下表について平成24年度の病院別年間総件数等をご記入ください。
- ・当該病院が認定を受けた事業についてのみご記入ください。
- ・該当病院が10以上ある場合は、本エクセルファイルを複製してご記入ください。

No.	法人名	病院名	救急医療				小児救急医療		
			認定を受けた項目について、当てはまるものに1をご記入下さい		夜間等救急自動車等搬送件数		時間外加算算定総件数(※2)	当該病院が属する二次医療圏における時間外加算算定総件数	6歳未満の乳幼児の初診料算定総件数
			時間外等加算割合	夜間等救急自動車等搬送件数	夜間等(※1)救急自動車等搬送総件数	当該病院が属する二次医療圏における夜間等救急自動車等搬送総件数			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

(※1)夜間等とは午後6時から翌日の午前8時及び休日をいう

(※2)時間外加算算定総件数は①～④の合計件数をいう

- ①診療時間以外の時間(休日及び深夜を除く)において6歳未満の乳幼児の初診を行った場合の時間外加算の算定件数
- ②休日(深夜を除く)において6歳未満の乳幼児の初診を行った場合の休日加算の算定件数
- ③深夜において6歳未満の乳幼児の初診を行った場合の深夜加算の算定件数
- ④時間外加算の特例の適用を受ける保険医療機関が6歳未満の乳幼児の初診を行った場合の当該時間外加算の特例の算定件数

No.	災害医療					
	以下(a)(b)のうち、(a=c/d)が16%以上、(b)が600件以上を満たしているものをご記入ください。					過去において、災害時における都道府県又は国からの災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣要請を拒否したことはありませんか。ただし、やむを得ない理由があると認められるときは、この限りではありません。 ・以下、当てはまる番号をご記入ください。 (1) 拒否したことはない (2) 拒否したことがある
	(a) 時間外等加算割合		(b) 夜間等救急自動車等搬送件数		当該病院に勤務する職員は平成24年度において、次に掲げる訓練又は研修に参加していますか。 ① 都道府県又は国が実施する防災訓練 ② 国が実施する災害派遣医療チーム(DMAT)研修 ・以下、当てはまる番号をご記入ください。 (1) ①に参加 (2) ②に参加 (3) ①、②共に参加 (4) ①、②共に参加していない	
	時間外加算算定総件数(※3) (c)	当該病院が属する二次医療圏における時間外加算算定総件数	初診料算定総件数 (d)	夜間等(※1)救急自動車等搬送総件数		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(※3) 時間外加算算定総件数は以下①～④の合計件数をいう

① 診療時間以外の時間(休日及び深夜(午後10時から翌日の午前6時まで)を除く)において初診を行った場合の時間外加算の算定件数

② 休日(深夜を除く)において初診を行った場合の休日加算の算定件数

③ 深夜において初診を行った場合の深夜加算の算定件数

④ 時間外加算の特例の適用を受ける保険医療機関が初診を行った場合の当該時間外加算の特例の算定件数

【参 考 文 献】

- 青木恵一『完全理解！ 医療法人の設立・運営・承継と税務対策』税務研究会出版局 2002年
- あがたグローバル税理士法人・あがたグローバルコンサルティング株式会社『グループ経営をはじめようー非上場会社のための持株会社活用法ー』税務経理協会 2012年
- 足立龍生・山崎直・宇垣浩彰「純粹持株会社体制におけるグループ経営上の落とし穴」『Mizuho industry focus』vol.89 みずほコーポレート銀行 産業調査部 2010年
- 井上従子「病床規制の今日的意義についてー医療分野における競争政策と地域主権の視点からの考察ー」『横浜国際経済法学第18巻第3号』 2010年
- 一般社団法人全国公私病院連盟・一般社団法人日本病院会「平成25年 病院運営実態分析調査の概要、統計表」 2014年
- 医療経営人材育成事業ワーキンググループ事務局「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[Ver.1.0] 8組織管理」 KPMG ヘルスケアジャパン株式会社 2006年
- 遠藤久夫「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察ー米国の先行研究のサーベイを中心にー」『医療経済研究』vol.3 1996年
- 太田昭和監査法人医療福祉部『医療法人のM&Aガイドブックー変革期における医業戦略の進め方ー』中央経済社 1999年
- 大浜啓吉・高島章好「アメリカにおける医療産業と病院合併(1)ー反トラスト法訴訟を通じてー」『比較法学』第37巻 第1号 2003年
- 大柳涼「中小企業組合の自治ガバナンスと規制強化ー中小企業等協同組合法等の一部を改正する法律案ー」『立法と調査』254号 参議院 2006年
- 岡安喜三郎「協同組合とソーシャルインクルージョンの哲学」『協同組合経営研究誌にじ』2011秋号 No.635
- 長英一郎『医療法改正で変わる 医療法人経営ー一人医師医療法人から社会医療法人までー』清文社 2007年
- 株式会社川原経営総合センター『出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル』厚生労働省医政局 2011年
- 株式会社川原経営総合センター『医療施設経営安定化推進事業 出資持分のない医療法人への円滑な移行に関する調査研究報告書(平成22年度)』 2011年
- 川井真「地域医療と協同組合ー現代農村社会におけるヘルスケア・インフラストラクチャーに関する一考察ー」『共済総研レポート2010.2』 2010年
- 日下部行宏・笹ヶ瀬晃央「特集 I DPC/PDPS の未来予想図 DPC/PDPS 診断群分類と請求の12技術」『月間 保険診療』2013年4月号
- 熊谷則一『公益法人の基礎知識』日本経済新聞出版社 2009年
- 経済産業省「保険業法、農協法(共済事業)、中小企業協同組合法(火災共済、事業協同組合)におけるガバナンス規定の比較」 2005年

経済産業省「医療の国際化－世界の需要に応える医療産業へ－」 2013年

厚生労働省『平成24年版厚生労働白書』 2012年

厚生労働省「地域医療支援病院について」（第1回「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」資料） 2012年

厚生労働省「医療計画について」平成24年3月29日 医政発0330第28号局長通知 2012年

厚生労働省「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号局長通知 2012年

厚生労働省 大阪労働局「平成24年労働者派遣法改正の概要」 2012年

厚生労働省「社会福祉法人の認可について」の一部改正について」平成25年3月29日 雇児発0329第12号、社援発0329第15号、老発0329第19号 平成25年12月1日局長通知「社会福祉法人の認可について」の改正版 2013年

厚生労働省「種類別医療法人数の年次推移、都道府県別医療法人数」 2013年

小地沢将之・石坂公一「都市資産マネジメント主体としての事業共同組合の再評価」『日本建築学会計画系論文集』第73巻 第624号 2008年

公認会計士協会『学校法人委員会報告第38号「学校法人の出資による会社に係る注記に関する監査上の取り扱い」』 2002年

河野直践『協同組合入門－その仕組み・取り組み－』創森社 2006年

産業競争力会議 医療・介護等分科会 第1回～第6回資料 2013年

塩谷満『新・医療法人制度 Q&A』同文館出版 2006年

塩谷満『よくわかる医療法人制度 Q & A－設立・運営・税務・事業承継－』同文館出版 2010年

社会福祉法人経営研究会『社会福祉法人経営の現状と課題－新たな時代における福祉経営の確立に向けての基礎作業－』全国社会福祉協議会 2006年

城塚健之・堂本道信・山西克幸『図解 新公益法人の設立・運営・移行のしかた』日本実業出版社 2008年

杉崎千洋「病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化－患者支援のための院内システムと院外ネットワークの構築・運用－」『平成16・17年度科学研究費補助金国内調査研究報告書』 2006年

鈴木克己『Q&A 医療機関 M&A の実務と税務－迫り来る医療再編時代への戦略対応－』財経詳報社 2011年

総務省自治財政局 準公営企業室長 大沢博「公的病院等への助成に関する特別交付税措置について」 2013年

高橋淑郎「病院のビジネスモデルの中心にある患者への価値提供のイノベーション」『日本マネジメント学会全国研究大会報告要旨集』65号 2012年

中小企業政策審議会組織連携部会「今後の中小企業組合制度の在り方について」平成17年

12月 2005年

- 中小企業庁 財務課「事業承継の際の相続税・贈与税の納税猶予制度」 2012年
- 朝長英樹監修 佐々木克典・竹内陽一編著 長谷川敏也・吉田久子・鈴木達也・山田純也
共著『医療法人の法務と税務』法令出版 2012年
- 中島隆信・今田俊輔・中野諭・王婷婷「わが国法人の組織形態とガバナンスー非営利法人
を中心にー」『PRI Discussion Paper Series』No.04A-13 2004年
- 日本公認会計士協会 近畿会 非営利法人委員会 学校法人部会「学校法人経営に関わる制度
改正 Q&Aー私立学校法の改正ー」
- 根岸隆史「社会保障制度改革の課題と今後の展望ー社会保障制度改革国民会議報告書とプ
ログラム法案の骨子ー」『立法と調査』2013年10月 No.345
- 野村総合研究所『老人保健事業推進費等補助金事業 特定施設における医療サービス等の
確保のあり方に関する調査研究（平成19年度）』 2008年
- 羽生正宗『新医療法人制度詳解ー移行・会計・税務ー』大蔵財務協会 2008年
- 林直嗣「改正私学法と大学の経営・ガバナンス」『ガバナンス問題通信』2006年8月 第15
号
- 林光行事務所編『新しい公益法人制度 設立・移行・会計・税務の手引き』実務出版 2011
年
- 林泰広「聖隷浜松病院におけるRCA分析の導入と現状」『医療安全全国共同行動静岡フォー
ラム』 2009年
- ヒューマン・ケアシステム研究所「データで分かる病院経営の実学」 2012年
- 廣江研「大規模社会福祉法人の使命とこれからの経営」『地域ケアリング』Vol.15 No.13
2013年
- 発知敏雄・箱田順哉・大谷隼夫『持株会社の実務ー経営戦略から設立、運営までー』東洋
経済新報社 1997年
- 堀田正典「事業を始めるなら「事業協同組合」が絶対お得です！」KADOKAWA（中経出
版） 2012年
- 牧健太郎『病院M&Aの手続と税務Q&A』中央経済社 2004年
- 松葉邦敏「米国における非営利団体の非課税制度（1）ー各種の非課税テストを中心として
ー」 2003年
- 松原由美『これからの中小病院経営』医療文化社 2004年
- 松原由美「非営利性の侵食が想定される現象および局面について」『厚生労働科学研究研究
費補助金 厚生労働科学特別研究事業 医業経営の非営利性に関する調査・研究
平成15年度 総括・分担研究報告書 主任研究者 田中滋』 2004年
- 松山幸弘「アメリカ医療ネットワーク調査団：Sentara 訪問時議事録」『新世代医療政策研
究会 第1回医療特区シンポジウム資料』 2002年
- 松山幸弘「アメリカ医療ネットワーク調査団報告アメリカ医療ネットワーク調査団報告」

- (www.seagaia.org/sg2002/tsuusan/matsuyama.pdf) 2002年
- 松山幸弘「新しい統合医療事業体の創造」『研究レポート』No.171 July 2003 富士通総研(FRI) 経済研究所 2003年
- 松山幸弘「新しい統合医療事業体の創造」『Economic Review』vol.7 No.4 2003年10月
- 松山幸弘「人口減社会の到来と病院 日本の医療改革と統合ヘルスケアネットワーク」『日本病院会雑誌 病院学』2006年4月号
- 松山幸弘「地域医療提供体制改革 (IHN化) の国際比較」『研究レポート』No.329 富士通総研 (FRI) 経済研究所 2008年
- 松山幸弘「地域医療提供体制改革 (IHN化) の国際比較」『Economic Review』2009.1 富士通総研 2009年
- 松山幸弘「地域医療経営のガバナンスの国際比較 (第三回) 米国<その②>: 民間非営利病院 IHN>」『Monthly IHEP 2009. 9月号 No.179 特別寄稿』 2009年
- 松山幸弘「IHN 統合ヘルスケアネットワーク日本版の可能性」寄稿②『JAHMC』 2011年 June 2011年
- 松山幸弘「医療改革と経済成長」『Business & Economic Review』2012.4 日本総合研究所 2012年
- 松山幸弘「海外の医療事業体の成長戦略と M&A」『病院』Vol.72 No.7 2013年
- 松山幸弘「海外の地域包括ケアと非営利事業体から学ぶー第一回米国ー」『シルバー新報』2013年2月15日号 キヤノングローバル戦略研究所 2013年
- 松山幸弘「第3回医療法人の事業展開等に関する検討会『医療事業体と非営利ホールディングカンパニー』」 2013年
- 明治安田生活福祉研究所『医療施設経営安定化推進事業 病院経営をはじめとした非営利組織の経営に関する調査研究報告書 (平成16年度)』 2005年
- メディカル・マネジメント・プランニング・グループ編『社会医療法人・特定医療法人ガイドブッカー設立・運営から税務までー』税務研究会出版局 2008年
- 文部科学省高等教育局私学部「文部科学大臣所轄学校法人が行う付随事業と収益事業の扱いについて (通知) 20文科高第855号 平成21年2月26日」 2009年
- 四病院団体協議会『医療法人の現状と課題に関するアンケート調査報告書』 2011年
- TMI 総合法律事務所・牧公認会計士事務所編「医療・ヘルスケア事業の再構築」中央経済社 2011年
- 「WELLNESS 2次医療圏データベースシステム」
- 規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループ 資料 内閣府 2013年~2014年
- ヘルスケア施設供給促進のための REIT の活用に関する実務者検討委員会 第1回~第4回議事要旨 2013年
- ヘルスケア施設供給促進のための REIT の活用に関する実務者検討委員会「中間取りまとめ」 2013年

ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会「取りまとめ」 2013年

Carter, K., Chalouhi, E., McKenna, S., PhD and Richardson, B., “What it takes to make integrated care work”, Health International 2011 Number11, 2011

Dignity Health, DIGNITY HEALTH AND SUBORDINATE CORPORATIONS
Consolidated Financial Statements as of and for the Years Ended June 30, 2013 and 2012 and Independent Auditors’ Report, 2013

Dignity Health, Sustaining Our Healing Ministry - Fiscal Year 2013 Social Responsibility Report, 2013

Glaeser, E.L., “THE GOVERNANCE OF NOT-FOR-PROFIT FIRMS”, BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH NATIONAL NBER Working Paper No. 8921, 2002

Hopkins, B.R., *Planning Guide for The Law of Tax Exempt Organizations – Strategies and Commentaries*, Wiley, 2007

Hyatt, T.K. and Hopkins, B.R., *The Law of Tax Exempt Healthcare Organizations – second edition*, Wiley, 2001

IRS, Tax on Unrelated Business Income of Exempt Organizations, Publication 598, 2012

Kaiser, C.F. and Reilly, J.F., “N. INTEGRATED DELIVERY SYSTEMS”, 1994 EO CPE Text, 1994

KAISER PERMANENTE, 2012 Annual Report, 2012

Legislative Council, State of Michigan, NONPROFIT CORPORATION ACT-Act 162 of 1982, 2012

McLaughlin, T.A., *Nonprofit Mergers and Alliances - A Strategic Planning Guide*, Wiley, 1996

Nonprofit Law / 501(c)3 Holding Company,
(<http://en.allexperts.com/q/Nonprofit-Law-2266/2009/2/501-c-3-Holding.htm>) , 2009

Savage, G.T., Taylor, R.L., Rotarius, T.M. and Buessler, J.A., “Governance of Integrated Delivery Systems / Networks : A Stakeholder Approach”, HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW, 1997

SENTARA, Sentara Healthcare And Subsidiaries Consolidated Financial Statements and Supplemental Schedules December 31 2012 and 2011, 2012

SENTARA, Sentara Norfolk General Hospital Community Health Needs Assessment, 2013

The Governance Institute, “Pursuing Systemness: The Evolution of Large Health System”, The Governance Institute Special White Paper 2005, 2005

The Governance Institute, “The Board's Role in Strategy”, The Governance Institute, 2011

平成25年度厚生労働省医政局委託
－医療施設経営安定化推進事業－
医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究
報告書

委託先：株式会社明治安田生活福祉研究所
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1
電話 03-3283-8303
FAX 03-3201-7837

禁無断転載