

施設サービスの複合化・多機能化

——特に経営の観点から——

山 本 克 也
杉 田 知 格

I はじめに

医療法人が母体病院にクリニックを併設する、あるいは老人ホームを持つ（直接経営を行うのではなく、あくまで間接的に経営する）ということは古くからあった¹⁾が、経営戦略の一貫として医療と介護施設の意識的な複合化ということが行われ始めたのは、ここ10数年のこのようである。病院経営の世界では、病院経営環境の悪化を乗り切る救世主としての医療・福祉複合体という存在は“常識”²⁾となりつつある。

後述するが、二木〔1998〕では、いわゆる中小規模の医療法人が福祉施設を併設し、医療福祉複合体を形成していることを見出している。医療法人と社会福祉法人は表裏一体的なところがある。もちろん、医療的な色彩が強いサービスと介護的色彩が強いサービスで両社の棲み分け的なことは起こっているが³⁾、一方で両者は強い関係で結びつく傾向にある。それは、老人保健施設の管理者が医師であるケースも少なからずあること、医療法人と社会福祉法人の理事長が同一人物であったり、どちらかの配偶者であったりすることからもそうしたことが伺える。

また、社会福祉法人に関しては、医療法人とは異なる進化を遂げているようである。後述されるように、企業グループで社会福祉法人を所有するという事例が多く見られるようになった。企業グループとしては、社会福祉法人を所有することで企業のイメージアップに繋がり、社会福祉法人と

しては収益事業に対する企業グループのサポートが受けられ、ひいては公益事業の展開がスムーズになるというメリットが生ずる。もちろん、社会福祉法人は公共性の高い事業に特化すべきであるとする意見もあるが、事業の永続性・自律性のために、社会福祉法人も一定の規制の下に収益事業を行わせうる可能性もあることが検討されている〔伊奈川 2001〕。

本稿においては、まず複合化についての実態把握をWAM NETのデータベースを利用して行う。本論文の構成は以下の通り。まずIIで先行研究を紹介する。IIIで本論文でのWAM NETのデータベースの利用法を紹介する。IVでは、データベースを利用して複合化の実態を把握する。Vでは昨年の介護保険制度改革の目玉とも言える小規模・多機能施設と複合化の関係について考える。最後に、VIで若干の考察を加える。

II 先行研究

前述のように、複合体研究の嚆矢は二木〔1998〕である。具体的には、病院を中核とし、老人保健施設と特別養護老人ホーム（3点セット）を備えたものを医療福祉複合体と呼ぶ。二木は1990年前後から全国各地で私的医療機関の開設者が保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する動き（3点セット）が生まれていることを捉まえ、こうした「保健・医療・福祉複合体」について96年から98年の3年間実態調査を行った結果、

1. 複合体は大都市に少なく、地方に多い
2. 療養型病床のうち3割が私的医療機関を母体としている、在宅介護支援センターではこの割合は5割に近い
3. 私的病院・老人保健施設・療養型病床群の「3点セット」を開設しているグループは全国に260(1996)存在する

ことを明らかにした。この当時、「3点セット」開設グループが259(1996年末)で、うち77%の母体病院が医療法人で、病院理事長と社会福祉法人理事長兼務が71%、別人だが同姓は15%という数値を示し、複合体は「家業・同族企業」の色彩が強いことを明らかにした。複合体の母体病院の特徴としては、病床は老人病床や精神病床を主とする「慢性」型の病院で、「3点セット」の施設が同一市町村にあるのは76%、同一都道府県では91%であり地域的な存在であることが分かった。

また、日本総研〔2001〕では二木の研究を受けて複合体の調査を行った。この調査では、大都市で、人口当たりの病院数・病床数が多いのに比して複合体が相対的に少ない地域として「福岡市」と「北九州市」に注目し、ここを中心とする2次医療圏における複合化の状況、施設・サービス間連携の状況、地域への影響などを調査し、大都市における保健・医療・福祉サービスの複合的提供の状況を明らかにしている。得られた主な知見は、

1. 都会型複合体は、大型施設をもたずに多角化する病院が多い
2. 病院をもたない複合体など、多様な複合体が存在する
3. ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在
4. 複合化するメリットは一貫したサービスの提供(患者の取り込み)

ということである。

また、河口〔2004〕は全国の約1000の民間病

院に対するアンケートの個票を使い、病院が持つ介護サービスと医療収益が5%以上か否かを非説明変数とするロジット分析を行い、「在宅支援センター」、「通所リハと訪問看護の併設」が病院収益を向上させるが、「老健と特養(3点セット)」は符号条件を満たすものの統計的に有意ではないという結果を導いている。いずれにしても福祉施設を併設するという設備投資(複合体化する投資)は、中小規模の病院経営に大きな影響を与えていることが分かっている。

III 分析の方法

本研究で使用したデータはWAM NETの介護サービス事業者情報である。これは山本〔2006〕で用いた方法と同様なものである。ここには病院、クリニックや訪問看護ステーションなどが登録⁴⁾を行い、以下のWAMコードによって業務内容が識別されている。通常、通所介護はデイサービスと呼ばれ、短期入所生活介護⁵⁾と短期入所療養介護⁶⁾はショートステイと呼ばれる。また、介護老人福祉施設とは通常、特別養護老人ホーム(特養)、介護老人保健施設は老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設は介護療養⁷⁾、認知症対応型共同生活介護はグループ・ホームと呼ばれる⁸⁾。以下、この通常用いられる用語を使用する。また、データは基本情報だけを用いて施設の名寄せを行い、医療・福祉複合体の実態を表すことにした。手順は、

1. 核となる特養、老健、介護療養型医療施設の施設母体を抜き出す
2. 施設母体別に訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の施設・サービスを所有しているかを見る。その際、利用するのは母体法人の電話番号

である。

名寄せに関して重要なデータ項目は、法人の種

表 1 所有法人別に見た主な施設・サービス数

	その他	医師会	医療 生協等	医療法人	営利法人	済生会・ 日赤	社会福祉 法人	地方公共 団体	農 協	非営利法人 (N P O)	非法人	民法法人 (社団・財団)	合 計
特 養						60	5,739	116					6,142
老 健	16		18	2,590		31	533	23	26			136	3,500
療養病床	11		14	3,217	3	12	36	12	21		455	87	4,005
訪問介護	134	63	371	616	11,855	15	2,794	9	355	1,211	14,281	153	31,909
訪問看護	394	132	2	22,591	1,580	57	731	970	236	79	46,048	1,385	75,975
デイサービス	89		262	1,733	8,779	61	8,696	55	153	1,256	68	158	21,738
ショートステイⅠ	3		21	211	582	59	6,062	124	6	29		7	7,343
ショートステイⅡ	21			5,042	4	4	544	100	53		415	232	6,677
小規模・多機能	7		14	162	572	1	315		5	107		8	1,194
グループホーム	19		30	1,679	5,124		2,029	1	2	502		24	9,433

	その他		協同組合	医療法人	営利法人	日本赤十字 社・社会保 険関係団体	社会福祉 法人	地方公共 団体	社団・財団 /その他 法人	非営利法人 (N P O)			合 計
特 養						7	5,211	498					5,716
老 健				2,509		69	535	150					3,391
療養病床				2,277		38	33	161	128				2,929
訪問介護	159		755	1,561	11,374		5,492	132		1,190			20,948
訪問看護ステーション	37		291	2,431	1,024		505	216		50			5,470
通所介護	119		368	1,594	7,024		8,785	297		1,070			19,409
ショートステイⅠ	12		24	169	379		5,771	282		21			6,664
ショートステイⅡ	227			4,130	1		542	278					5,437
小規模・多機能	1		2	26	87		41	1		25			187
グループホーム	23		31	1,554	4,417		1,826	17		453			8,350

注) 上段はWAM NET データ、下段は厚生労働省「平成 18 年 介護保険サービス施設・事業所調査」。ショートステイⅠとは短期入所生活介護、ショートステイⅡとは短期入所療養介護。

出所) WAM NET データ、厚生労働省「平成 18 年 介護保険サービス施設・事業所調査」

別、申請（開設）者の名称であるが、キーとして使用するのには事業所電話番号である。これは、申請（開設）者の名称等をキーにすると複数のマッチングが行われる可能性があるが、事業所電話番号であれば、申請（開設）者の名称にかかわらず事業所毎にマッチングが可能である。当然、申請（開設）者が複数の施設を設置しているケースがありうる。

このような方法を取るのには、第一に簡便な方法で医療・福祉複合体が観察できることである。WAM NET には膨大なデータがあり、これを利用することは研究のコストを大幅に引き下げる。第二に、WAM NET データの利点は、医療法人と社会福祉法人を連動させての分析が可能であることが挙げられる。ただし、WAM NET データ自体がいわゆる“手挙げ式（本来、施設自体が自主的に入力する方式）”のデータであるという限界があること、そして、これは介護保険設立時のサービス提供資格付与の問題ともかかわることであるが、医療法人に対して特別養護老人ホーム以外の設立資格は無条件に与えられていることがある。言い換えれば、ある種の“架空データ”（実

際には事業を行っていないが、データ上は事業を行っていることになっている）も入っているという問題がある。特に医療系データには注意が必要である。なお、データは 2007 年 11 月 11 日現在のデータである。

Ⅳ 複合化の現状

では、現状はどうであろうか。介護保険事業の根幹を支えるのが特養（根拠法は老人福祉法；第一種社会福祉事業）、老健（根拠法は老人保健法；社会福祉法人が運営する場合、介護保険事業として運営）そして介護療養（根拠法は医療法；ここでいう療養病床は介護保険適用）であることに異論は少ないであろう。

WAM NET データで所有関係別に見ると、表 1 の上段のようになっている。特養、老健、介護療養の所有別シェアは、特養の場合は社会福祉法人が圧倒的の 93.6% であり、次いで、地方公共団体の 5.6%（うち、都道府県が 227、市区町村が 112 を所有する）である。老健では社会福祉法人が 8.1%、医療法人が 37.4% である。民法法人

表2 特養、老健のいずれかを3つ以上所有する法人与特養、老健保有数

	法人名	特養	老健		法人の種別	特養	老健
北海道	社会福祉法人K	4	1	三重県	社会福祉法人S	3	2
岩手県	社会福祉法人R	2	2	三重県	社会福祉法人S	3	1
福島県	社会福祉法人M	3	4	三重県	社会福祉法人M	3	2
福島県	社会福祉法人S	1	3	滋賀県	社会福祉法人S	4	2
茨城県	社会福祉法人H	4	1	大阪府	社会福祉法人I	3	1
埼玉県	社会福祉法人G	3	1	大阪府	社会福祉法人R	5	1
千葉県	社会福祉法人S	2	2	大阪府	大阪市	4	5
千葉県	社会福祉法人K	3	1	大阪府	社会福祉法人O	3	1
東京都	社会福祉法人S	9	1	大阪府	社会福祉法人S	2	2
東京都	社会福祉法人K	3	2	大阪府	社会福祉法人Y	3	1
神奈川県	社会福祉法人W	3	2	奈良県	社会福祉法人I	4	1
神奈川県	社会福祉法人H	3	2	和歌山県	社会福祉法人H	3	1
新潟県	社会福祉法人N	5	2	鳥取県	社会福祉法人K	7	3
石川県	社会福祉法人A	4	2	岡山県	社会福祉法人N	3	1
長野県	社会福祉法人ジェイエー長野会	2	7	広島県	社会福祉法人H	3	2
長野県	社会福祉法人S	3	1	徳島県	社会福祉法人K	8	4
静岡県	社会福祉法人T	5	1	香川県	社会福祉法人A	4	2
静岡県	社会福祉法人S	8	2		済生会・日赤	22	18

出所) WAM NET データより筆者計算

(社団・財団)の数値が19.7%と高いのは、財団法人の医療関係法人が多数あることによる。一方、介護療養は医療法人が80.3%で最多を占めている。次いで大きいのは、非法人の11.4%であるが、このうち有床診療所が占めるのは288、法人格を持たない病院は167である。

また、平成18年度のデータであるが、「介護保険サービス施設・事業所調査」の結果も表1の下段に挙げてある。特養、老健に関してはWAM NET データと介護保険サービス施設・事業所調査の数の程度は、特養および老健に関しては0.93対1.00と0.97対1.00であるが、介護療養に関しては0.73対1.00である。その意味で、特養および老健に対するWAM NET データの信頼度は高いが、療養病床の方は実態をデータが反映するのが遅い。その意味で、介護系のデータの信頼度は9割強程度、医療系のデータに関して7割程度の信頼度と見てよいだろう。その他ショートステイはⅠもⅡ(ショートステイⅠとは短期入所生活介護、ショートステイⅡとは短期入所療養介護)も社会福祉法人のシェアが圧倒的であるが、訪問看護は医療法人がその強みを発揮している。営利法人のシェアが大きいのは、デイサービ

ス、小規模多機能施設、グループ・ホームである⁹⁾。

表1に戻ると医療法人を始めとした医療関係の法人は、特養を所有していない(医療法人は第一種社会福祉事業への参入が認められていない)。反対に老健は社会福祉法人の所有率が極端に少ない。ここに医療と介護の棲み分けが見て取れる。

では分析手順に示したように、まず1) 特養と老健、2) 老健と介護療養の所有関係を見ていこう。この特養と老健の両方を同一法人もしくは関連法人で所有している法人であるが、そのような法人は269法人あり、うち社協が1、社協以外の社会福祉法人が245、地方公共団体のうち都道府県が1、市町村が11、広域連合・一部事務組合等が1、済生会・日赤が10である。このうち、6つの社会福祉法人(社協以外)が医療法人¹⁰⁾と関係が深いこと、また、ある社会福祉法人はある民法法人(社団・財団)¹¹⁾と関係が深いことが分かった。また、特養、老健のいずれかを3つ以上所有する施設は37法人であり、うち13の法人が都道府県をまたいでの事業展開を行っている(表2)。

一方の老健と介護療養の両方を同一法人もしくは関連法人で所有している法人であるが、435の

施設が同一法人により所有され、うち医療法人が381、社協以外の社会福祉法人が4、都道府県が2、市町村が13、広域連合・一部事務組合等が1、民法法人（社団・財団）が14（うち医師会が2）、農協が8、済生会・日赤が6、医療生協等が2である。介護療養からみて老健を3つ以上所有する医療法人は、北海道に1、千葉県に1、新潟県に2、静岡県に1、広島県に1の合計6¹²⁾で、そのうち都道府県をまたいで事業展開を行っているのは3つの法人であった。また、この381ある医療法人は、いずれも訪問看護事業も展開していることが確認された。

ただし、医療法人の場合は法人の取り扱いが難しい。それは複数の医療法人が寄り集まって（核となる法人は存在するが）複合化するケースが見られることである。例えば訪問介護と訪問看護を備える法人である医療法人社団S会（高知県高知市）が、宮崎県宮崎市高松町で医療法人社団S会M総合介護サービスを展開しているが、実はこのS会は医療法人社団J会（茨城県）のグループの一員である。医療法人社団T会は、以下のような医療法人間の提携をしている¹³⁾。

医療法人社団J会（核となる法人）；茨城県

- ・I 総合病院（504床）
- ・I 訪問看護ステーション
- ・介護老人保健施設 S園（入所定員 100名）
- ・U 総合介護サービス

医療法人社団S会；高知県

- ・K リハビリテーション病院（255床）
- ・K 総合介護サービス
- ・K 総合介護サービス（併設 訪問看護ステーション）
- ・M 医療センター病院（350床）
- ・M 総合介護サービス
- ・M 総合介護サービス（併設 訪問看護ステーション）

医療法人社団M会；福岡県

- ・O メディカルケア病院（164床）
- ・M 訪問看護ステーション

- ・Y 総合介護サービス
- ・K 病院（90床）
- ・A 訪問看護ステーション
- ・K 総合介護サービス
- ・介護老人保健施設 A（100床）

医療法人社団H会；新潟県

- ・S 病院（299床）内ホスピス 28床
- ・S 総合介護サービス
- ・介護老人保健施設 S（入所定員 100名）
- ・介護老人保健施設 M（入所定員 96名）
- ・M 町リハビリテーション病院（165床）平成20年春オープン予定で建替え工事準備中

すなわち、複合化した医療法人が結果として茨城県、高知県、福岡県、新潟県で事業展開を行っていることになる。このケースの複合化は、医療材料の共同購入や情報共有、スケールメリットの享受を目指すものであろう。しかし、DPCが導入された病院などを見てみると、医療の標準化が進み、同時に、医療材料の購入に際しても価格の決定や在庫管理に関しても医療法人が鋭敏になっている。いわば、クリニカルマネジメントの進展が見て取れる。このような中であって、複合化はより戦略的（「家業・同族企業」的色彩がない）になってくるものと思われる。

また、療養病床が削減される中、有料老人ホーム、高齢者住宅などを開設するケースも出てきている。これには一定の資本投下が必要であり、医療法人に対する貸し付けが厳しくなっている現在、より信用度のある医療法人に資金が集まり、そのことが医療法人の“事実上の合併”（信用度のある医療法人が、資金の貸し付けを受けたい医療法人の事実上の経営権を担保に債務保証を行う）を推進する可能性もある。

興味深いのは都道府県をまたいでまで事業展開を行っている医療法人は非常に少ない。この原因のひとつは地元医師会との関係が挙げられる。地元医師会が診療所の開業や病院の開設・老人保健施設の開設に関して干渉するということがたびたびあったようである。事例としては、香川県の観音寺市三豊郡医師会が定めた医療機関の開設や増

床を制限する会則など（公正取引委員会，平成9年（判）第1号平成11年10月26日）がある¹⁴⁾。

いずれにしても，地元医師会との融和が十分に図れないと，病院・老人保健施設の新築といった形態での事業拡大・進出は難しい。このことが地域を越えた事業展開を難しくしているのであろう。それでも事業規模を拡大したいと考える医療法人は，他の医療法人を買収するのではなく，法人を生かしておいてこれをその傘下に入るという方法を取るだろう（上述の医療法人社団J会に関しては不明である）。もちろん，当該医療法人の理事長が地域の医師会においても実力者であれば，当該医療法人の規模を拡大することは容易かもしれないが。

一方，医療法人自体が生き残っていくためには，医療法人としての制約はあるが，あらゆる形で収益を上げなければならない。その意味で，訪問看護や訪問リハビリテーションのように，初期投資等の資本投下が少なくて済む業態を選ぶことはあってもよいのではないだろうか（河口の結果を参照）。いわば，医療法人（非法人のクリニック，歯科診療所でも同じようなことが起こっている）と訪問看護，訪問リハビリテーションという組み合わせの複合化である。しかし，WAM NETデータと介護保険サービス施設・事業所調査データの数の程度は，訪問介護こそ0.65対1.00であるが，訪問看護に至っては，0.07対1.00である。訪問看護の場合，手を上げている法人と実際に事業を行っている法人の差があまりに大き過ぎる。日本総研〔2001〕の結果によれば，「都会型複合体は，大型施設をもたずに多角化する病院が多い」ということだが，逆に言えば地方においては，このような業態（クリニックが訪問看護を行うケース）はほとんどない状況と推察される。

V 多機能化と複合化

「2015年の高齢者介護」（平成15年6月，高齢者介護研究会¹⁵⁾）において，在宅生活を望む多くの要介護者が，施設への入所を決断せざるを得ないという現実の背景には，在宅では365日・24

時間の介護の安心を得ることが極めて困難であることが指摘され，要介護者が，できる限り地域の中で，その人らしく暮らすために必要なサービスとして小規模・多機能サービスが提案された。この研究会で特筆すべきは認知症高齢者ケアのモデル作りを重視していることである。いわば，これまでの身体ケアモデルから，身体ケア+認知症ケアという考え方をする必要があることを訴えている。

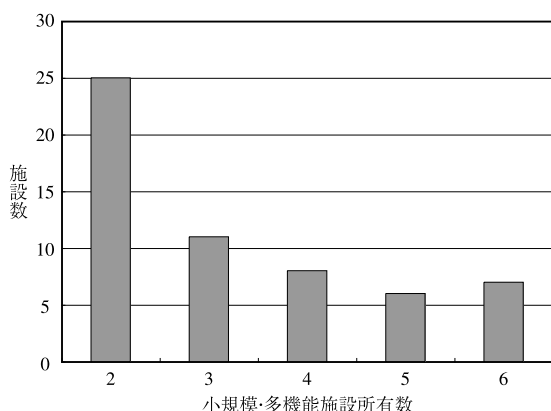
実は，要介護高齢者のほぼ半分，施設入所者の8割が，何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者（認知症性老人自立度Ⅱ以上）であることが分かっている（同報告書）。しかし，一方で認知症ケアは十分に確立されているとはいえない面がある。川島〔2004〕によれば，認知症高齢者のケアに関して重要なことは，環境の変化を避けて高齢者のペースでゆったりとした生活を送ってもらい，可能であれば残存能力の活用（認知症高齢者自身に料理をしてもらう）ができれば望ましいということになる。言い換えれば，小規模・多機能ケアとは

- ・小規模ゆえ利用者とスタッフの関係が緊密
- ・可能な限り自宅で住み続けるための支援
- ・これまでの暮らしそのものの継続支援

という環境を介護を必要とする者に提供するものであり，本当にこれを実践するには相当な労力が必要である。

小規模・多機能施設は，一施設で入居や一時的な宿泊（ショートステイ），訪問介護・看護，通所介護といった複数のサービスを実施できる。「小規模」というのは，地域に密着した運営を行うために，各サービス利用者数を少人数に限定するものである。その意味で，グループ・ホームは小規模・多機能施設に類する存在と考えられる。2006年の介護保険制度改革で，グループ・ホームも地域密着サービスに分類され，デイサービスのほかにショートステイが実施可能¹⁶⁾となり，さらにこの傾向に拍車がかかっている。

小規模・多機能施設への参入に関しては，入院



出所) WAM NET データより筆者計算

図1 保有する小規模・多機能施設数別営利法人数

機能を持つ有床診療所が最も容易に参入できるはずである。有床診療所は民間企業などの介護サービス事業者よりも入居（入院）やショートステイを実施しやすい上、多くの場合、地域に密着した運営の土壌が既に出来上がっている。これにプラスして訪問介護や通所介護事業所も手がければ、“医療”という付加価値を持つ小規模・多機能施設となりうる。訪問介護や通所介護を手がけることにより、地域住民との接点が広がり、より多くの患者を掘り起こせるというメリットもあると考えられる（日本総研の結果参照）。

表1に戻ると、小規模・多機能施設やグループ・ホームは営利法人の所有が多い。しかし、期待に反して医療法人（病院）は162だけ小規模・多機能施設を運営しているにすぎず、有床診療所に至っては確認できなかった。一方、グループ・ホームを持つのは1,679の医療法人であった。社会福祉法人に関しては、小規模・多機能施設が315、グループ・ホームが2,029であった。

営利法人に話を移すと、小規模・多機能施設に関しては、施設を2つ以上所有する営利法人が37ある。2つというのが23法人で最多であるが、中には6つの小規模・多機能施設所有している法人も存在する。また、グループ・ホームについてだが、こちらは479の営利法人が2つ以上のグループ・ホームを所有している。中でも89（株式会社N）、70（株式会社MJ）、51（株式

社WN）と多くのグループ・ホームを所有している法人がある（図1）。小規模・多機能施設やグループ・ホームには第三者評価が義務付けられており、このように営利法人が多数参入しても最低限度の質の確保がなされているという建前がある。

その意味で、長崎にある株式会社F不動産は興味深い。同社はグループ企業の株式会社Sにグループ・ホームを2つと小規模・多機能施設を1つ、それに付随する形でデイサービスを展開させている。グループ・ホームは利用者から家賃を取っているの、不動産賃貸業としての側面があることから、この多角化は当然の帰結と言えよう。そして、何よりも社会福祉法人J会を保有していることがこの企業グループ¹⁷⁾の特徴となっている。ホームページを見る限り、社会福祉法人を所有していることが、この企業グループのイメージアップに貢献しているようである。もちろん、不動産業で培ったノウハウを利用した小規模・多機能施設やグループ・ホームの経営を行っていることは言うまでもない。

もともと社会福祉法人J会は、1975年に保育園設立のための社会福祉法人A保育園が起源であり、1997年に社会福祉法人J会へ法人名を変更する。まさに介護保険をにらんだ業態転換であろう。この社会福祉法人J会も、老健だけでなくショートステイやデイサービス等を備えている。社会福祉法人は財務諸表等の開示義務があるが、この法人はホームページ上にもこれを開示している。2006年度の決算の状況を見ると、人件費/事業活動支出は法人全体で0.64である。しかし、施設ごとでみると3カ所あるデイサービスのうち、2カ所で人件費/事業活動支出が0.49と0.47で、ケアハウスにいたっては0.38である。反対に老健は0.68、ヘルパーステーションは0.89である。老健やヘルパーステーションは人件費の比率が高いが、他の施設がこれをカバーしている結果となっている。財務上の意味でも、社会福祉法人の複合化・多角化には大きなメリットがある。

実は2000年の介護保険の導入にともなって社

表3 グループ・ホームの経営指標

		居宅介護サービス収入計(万円)	その他の利用料収入割合(%)	居住費収入割合(%)	保険外利用料収入割合(%)	人件費支出計(万円)	入職者比率(正規職員)	離職者比率(正規職員)	ポイント差(正規職員)
全体	全サンプル	565	565	565	565	565	418	418	418
	有効 N	197	212	212	236	282	404	404	404
	平均値	3932	11	9	9	3351	22.8	19.1	3.7
社会福祉法人	有効 N	88	88	88	97	115	126	126	126
	平均値	3725	7	6	4	3546	19.9	17.5	2.4
医療法人	有効 N	44	44	44	48	53	88	88	88
	平均値	4398	14	10	13	3512	23.6	20.5	3.1
株式・有限	有効 N	49	60	60	68	92	147	147	147
	平均値	4020	15	11	14	3106	25.7	21.6	4.1
NPO 法人・その他	有効 N	15	19	19	21	20	40	40	40
	平均値	3611	14	11	10	2685	20.8	12.9	7.9

出所) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会「認知症グループホーム事業実態調査・研究事業 2007年3月」

会福祉法人の会計制度が変更された。措置制度の時代は施設ごとに会計が閉じていなければならなかったが、社会福祉事業全体で1つの会計となった。ここで注目すべきは資金移動が可能(収益事業から公益事業への会計間の資金移動等については、弾力化を図る)となっていることである。社会福祉法人は、公益性は高いが収益性が低い事業にも積極的な参入をする必要がある。この際、公益性は高いが収益性が低い事業に対する資金移動が可能であれば、社会福祉法人はこの事業を行えるだろう。その意味で、社会福祉法人は収益性を重視した事業計画も選択可能であるし、また、事業の公共性を選択することも可能である。このマネジメント力の拡大が、複合化を促進する効果を持ちうる。

一方で、この株式会社 F 不動産はどうして社会福祉法人 J 会ではなく、株式会社 S にグループ・ホームを2つと小規模・多機能施設1つを経営させているのであろうか。表3にグループ・ホームの経営指標として、居宅介護サービス収入計(円)、1ユニット当たり食材料費(円)、その他の利用料収入割合(%)、居住費収入割合(%)、保険外利用料収入割合(%)、人件費支出計(円)を挙げた。一般論として、社会福祉法人と株式会社・有限会社といった営利法人を比べると、居宅介護サービス収入は営利法人が高い。保険外利用料収入割合も営利法人が高いことを見ると、営利法人の方が収益を上げる構造、すなわち、所得階層の高い利用者を収容している可能性がある。社会福祉法人は長年措置制度の下で事業

を行ってきた。いわば、天から降ってくる資金をもとに事業を行ってきたのである。その意味で経営に対して甘さがあるのかもしれない。一方、営利法人の方は人件費が安い。社会福祉法人を1とすると0.87しかない。一般に介護領域の賃金の安さは社会的な問題になっているので、この人件費の安さは当然に離職率につながる。確かに営利法人は入職率も高いが、離職率も高い。この構造では介護者と要介護者のなじみの関係を重視する認知症介護において、良質な介護が提供できているのかは疑問である。F 不動産ではないが、質の悪い土建業者・不動産業者がグループホームや小規模・多機能施設に多数参入していると聞く。この監視は必要であろう。

経営の観点からすると、グループ・ホームや小規模・多機能施設の経営は二分できる。それは、営利法人は顧客のターゲットを比較的富裕な階層に絞り込むことである。言い換えれば、営利法人はこれの収益性を見込み、料金に見合ったサービスを提供する。もともとは居宅サービスに位置づけられていたグループ・ホームの性質からいって、このことに何ら問題はない。その意味で株式会社 S がグループ・ホームを経営しているのであろう(株式会社に共通することだが、株式会社 S の決算書からはグループ・ホームの実態は不明である)。問題は、むしろ低所得者にグループ・ホームを提供する方法を考えてこなかったことである。その意味で営利法人は介護の質を一層高めるために、介護者に対する賃上げを含めた人材の安定的な確保が急務である。一方の社会福祉法人

は低所得者層にも手を差しのべる。社会福祉法人やNPO法人は公益性の観点から、より低所得者層に配慮した料金設定をしてこれを経営する。もちろん、グループ・ホームのような事実上の施設サービスでは採算が合わない（家賃等が取れない）ならば、その時こそ小規模・多機能施設の効果を発揮して、在宅でこうした低所得者層を介護していくという方法を取る¹⁸⁾必要がある。また、容易になった事業間の資金移動を通じて、社会福祉法人内で資金の再分配を行う必要もあるだろう。

最後に企業グループと社会福祉法人の関係では、2005年に東京都日野市では特養の建設を巡って、不動産業者・製薬会社・市議会議員間の疑惑が浮上したことがあった。この特養が建設されていることからすると、疑惑は疑惑でしかなかったものと思われるが、企業グループで社会福祉法人を所有する場合には、十分な透明性の確保が必要であることを示す事例と言えよう。

VI おわりに

介護施設・サービスの複合化は、医療法人・社会福祉法人の経営に大きな影響を与えている。事業規模を拡大したいと考える医療法人は、他の医療法人を買収するのではなく、法人を生かしておいてこれをその傘下に入るという方法を取っている。いわば、“乗っ取り”的なこの方法を取れば、地域の医師会との軋轢もなく、全国展開も可能である（外形的には地元の医療法人の活動となる）。複合化は、医療法人・社会福祉法人が単に施設を複合して持つということだけではなく、場合によっては複数の法人が結びつくという新たな形態も生まれている。この動きは、少なくとも医療法人に関しては確認できる。

一方の社会福祉法人の場合は、企業グループと結びついた方が、より効率的な経営を行える可能性があるかもしれない。社会福祉法人が持つイメージは、企業経営にプラスの効果をもたらす。株式会社F不動産と社会福祉法人J会の関係は、経営上、良好といえるだろう（株式会社Sの決算

書ではグループ・ホームの経営まで分らない）。もちろん、実際は企業が社会福祉法人を買収し（とりあえずの設備や法人名はそのまま）、これを経営上、有利になるように使用することが起きているのかも知れない。また、収益性の高い事業に特化していく可能性もある。しかし、社会福祉法人には収益性は低くとも公共性の高い事業と収益性が高い事業の両方をこなしてもらい必要があるだろう。

当然、複合化のメリットは経営にだけ作用するものではない。岩尾¹⁹⁾によれば、施設が複合化し、巨大になれば人材活用にメリットがあるという。例えばグループ・ホームや小規模・多機能施設が単体で運営されていたならば、何かあれば介護スタッフが不足するという事態が生ずる。しかし、巨大施設であれば、“人”のバックアップ体制をとることができるという（もちろん、なじみの空間を大事にするグループ・ホームや小規模・多機能施設で、人の移動はできるだけ避ける必要があるともいわれたが）。

療養病床の削減で介護の領域は混沌としている。2007年6月20日の介護施設等の在り方に関する委員会資料で、療養病床転換促進のための追加支援措置（案）が出された。そこでは、医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置を認めることにより、療養病床の転換先の選択肢を拡大するという案が出されていた。しかし、11月12日になってこの方針を厚労省は撤回した。社会福祉事業の根幹にかかわり、十分な協議なしに決定するのは問題であるとして社会福祉法人が反対したのが撤回の理由であるという。現在も13万床以上は残っている療養病床の存在も、介護保険の根幹にかかわることだと思いが、この混沌とした状況が早く打破されることを望みたい。

謝辞

本稿は厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」（主任研究者 島崎謙治）および厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研

究事業)「社会保障の制度横断的な機能評価に関するシミュレーション分析」(主任研究者 府川哲夫)の成果の一部である。2007年12月21日の本誌特集号執筆者による合評会においては、本誌の取りまとめの労を取って頂いた遠藤久夫学習院大学教授、本誌執筆者および弊所政策研究調整官西山裕、同応用分析部部長金子能宏の各氏からは貴重なコメントと筆者のいくつかの誤解・誤りを正して頂いた。データの解析には金山峻氏(慶應義塾大学理工学部)にお世話になった。また、本稿の法律関係部分の記述は、弊所応用分析研究部尾澤恵主任研究官よりレクチャーを受けた。もちろん、本稿に残される誤りのすべては筆者のみの責任である。また、本稿における見解は、筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所、慶應義塾大学とはなんら関係がないことをお断りしておく。

注

- 1) 現在は、老人ホームを直接経営することができ、1階は診療所、2階は20床程度の入院施設、3階以上は有料老人ホームというようなタイプの医療法人経営が可能である。
- 2) <http://www.clinic.tkcnf.or.jp/b/b03/b0306.html> (アクセス 2007.11.29)
- 3) 社会福祉事業は第一種事業(高齢者関係としては、老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームを営営する事業)と第二種事業(高齢者関係としては、老人福祉法に規定する老人デイサービス事業、老人短期入所施設などを営営する事業など)に分かれており、それぞれ参入出来る法人に制限がある。社会福祉法人はどちらの事業にも参入できるが、営利法人等は第二種事業にしか参入出来ない。また医療法人も原則として第一種事業には参入できない(ケアハウスのみ可能)。
- 4) 介護保険法第71条第1項の規定により、保険医療機関若しくは保険薬局の指定があったときは、その指定の時に、当該病院、診療所又は薬局の開設者について、当該病院、診療所又は薬局により行われる居宅サービスに係る指定があったものとみなされることとなっている。(病院・診療所は訪問看護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導の3サービス、薬局は居宅療養管理指導の1サービス) WAM NETでは、各都道府県から提供された

事業者情報をもとに情報提供を行なっているが、各都道府県から提供される事業者情報には上記の介護保険法第71条第1項の規定により「指定があったとみなされる」事業者の情報が含まれるものもあるため、その事業者の情報が掲載されている場合がある。

- 5) 短期入所生活介護とは比較的自立した高齢者が、老人短期入所施設や特別養護老人ホーム等に短期間入所し、入浴・排泄・食事の介護等、日常生活の世話や機能訓練等のサービスを受けることができる。
- 6) 短期入所療養介護とは療養の必要な高齢者が、介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに短期間入所し、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他の必要な医療や日常生活の世話等のサービスを受けることができる。
- 7) 療養病床に関しては、医療保険を適用する病床と介護保険を適用する病床の二つが存在するが、この介護療養型医療施設は介護保険を適用する病床のことである。
- 8) グループ・ホームは厳密には地域密着型に分類される(以前は居宅サービスであった)。
- 9) WAM NET データと介護保険サービス施設・事業所調査の差は、ショートステイ I およびショートステイ II に関しては 0.91 対 1.00、0.81 対 1.00 であり、これも医療系のデータへの反映が遅れている。
- 10) 宮城県の社会福祉法人 S 会と医療法人 I 整形外科病院、おなじく宮城県の社会福祉法人 H 会と療法人財団 K 会、茨城県の社会福祉法人 S 会と医療法人 S 会、新潟県の社会福祉法人 S と療法人社団 S、奈良県の社会福祉法人 S と医療法人 S 会、鹿児島県の社会福祉法人 A 会と医療法人 K 会である。
- 11) 福島県の社会福祉法人 N 福祉事業団と財団法人 N 研究所。
- 12) 北海道の医療法人 T 会、千葉県の医療法人社団 A 会、新潟県の医療法人 A 会と医療法人 K 会、静岡県の医療法人 T 会、広島県の医療法人 W 会である。下線を付したのが都道府県をまたいで事業展開している法人である。
- 13) 単体で全国展開している医療法人には青森県の社会福祉法人 K 会と東京都目黒区の医療法人 K 会がある。元来は青森県の M 記念病院が老健施設を始めとした社会福祉法人を 8 つ東北で展開していたが、東京都目黒区に医療法人 K 会として東京に本拠地を移した。この法人は、2007 年 4 月には横浜に病院も開設している。
- 14) その後、同医師会は、この審決の取り消しを求めて訴訟を提起したが棄却された(東京高

- 判平成 13 年 2 月 16 日, 判時 1740 号 13 頁)。
- 15) 厚生労働省老健局長の私的研究会で, 平成 16 年度末を終期とする『ゴールドプラン 21』後の新たなプランの策定の方向性, 中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討するために設置された。
 - 16) 特定非営利活動法人全国認知症グループ・ホーム協会の内出幸美氏によれば, グループ・ホームにおけるショートステイの実施は, グループ・ホーム内の馴染みの関係を破壊する可能性があることを指摘している (ヒアリング 2007.12.1)。
 - 17) このような企業グループは他にも多数ある。例えば, 大阪泉佐野市の K グループが, 社会福祉法人 S 会でケアハウスと介護福祉センターを設置している。
 - 18) この点に関して, 石川県山中町の指定介護老人福祉施設「サンライフたきの里」では, 要介護度が 3 から 2 に改善したために施設を出ざるを得ない利用者 (認知症の利用者) については, 良質な介護を施すと問題行動がなくなり, 要介護度が下がる傾向にある。高齢であれば ADL は低下するので, その分が相殺されるが, 比較的若い者については要介護度が下がる。岩尾貢龍谷大学社会学部地域福祉学科教授 ヒアリング 2007.12.1) に対しては, 小規模・多機能施設を利用し, こうした利用者の介護を継続している。
 - 19) 前掲, 岩尾貢龍谷大学社会学部地域福祉学科教授 (ヒアリング 2007.12.1)。
- 参 考 文 献
- Kitwood, T. & Bredin, K., A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1, pp.41-60 1992.
- Kitwood, T., Professional and Moral Development for Care Work: some observations on the process, *Journal of Moral Education*, Vol. 27, No. 3 1998.
- Yamamoto, K. First Trial of DCM in Japan, Preparing paper for Evaluating Dementia Care The DCM method Eighth Edition. 2002.
- 伊奈川秀和 (2001) 「社会福祉法人法制についての一考察」, 法政研究 68 (1), pp.25-47, 九州大学法政学会。
- 河口洋行 (2004) 「医療機関による介護サービス供給形態とその影響に関する個票分析」『医療と社会』, Vol.14, No.1。
- 川島秀夫 (2004) 「制度化される小規模多機能型居宅介護」, 地域医療研究会 2004 年 11 月 28 日シンポジウム資料。
- 株式会社日本総合研究所研究事業本部複合体研究チーム (2001) 「保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究～大都市型複合体を中心に～」。
- 二木 立 (1989) 「わが国の私的病院チェーンはどこまで進んでいるか?」, 『病院』 48:964-969, 1066-1071。
- (1998) 『保健・医療・福祉複合体 — 全国調査と将来予測 —』, 医学書院。
- (2004) 『医療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』, 勁草書房。
- 広井良典 (1994) 『医療の経済学』, 日本経済新聞社。
- 山本克也 (2006) 「WAM NET データを用いた医療・福祉複合体の研究」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業平成 18 年度報告書。
- (やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部第 4 室長)
(すぎた・ともりの 慶應義塾大学大学院
理工学研究科)