

社会医療法人と社会福祉法人の将来像

～統合の議論について一考察～

大上 信幸

キーワード：社会医療法人、社会福祉法人、地域包括ケアシステム、
機能強化、効率性

1. はじめに

昭和 25 年、医療機関の経営に継続性の付与と地域医療の安定的な確保を目的に医療法が改正され、医療法人が創設され 65 年が経過している。当初、私人による医療機関の資金集積の困難性を緩和することが大きな目的であった。現在、医療法人・財団法人・社会医療法人等合計で、約 50,000 法人が日本において医療の提供に従事しており、近年、医療を取り巻く環境は、少子高齢化社会の到来による、疾病構造の変化や医療技術の進歩、患者構成の多様化、介護との連動性など様々に変化を見せている。また、医療・介護・福祉の今後のあるべき姿として、地域包括ケアシステムが議論をされているところである。地域包括システムの統合 (integration) の強度について、Leutz による 3 つの区分が示され、連携(linkage)、協調(coordination)、完全な統合(full integration)とされている(筒井(2014), p. 47)。連携(linkage)は、「あるシステムの中で個人がゆるやかにヘルスケアニーズに対処すること」、協調(coordination)は「システムは独立しているが、構造的な統合が存在すること」、完全な統合(full integration)は「多様なシステムから様々な要素があつまり新たなプログラムや体系を作り出すこと」と定義されている。

本稿では、統合はどのような形であるのかを、医療機関の経営形態である社会医療法人と介護・福祉の経営形態である社会福祉法人について検証し一考察を行う。

本稿の構成は、第 2, 3, 4 節において、日本の医療・介護・福祉、社会医療法人、社会福祉法人についての概観を行う。第 5 節において医療・介護・福祉の統合について議論されている検討会の内容を整理し考察を行い、社会医療法人と社会福祉法人の統合について提言を述べて結びとしたい。

2. 医療・介護・福祉を取り巻く環境

2-1. 社会状況・人口構造の変化

平成 26 年高齢白書によると、平成 25 年 10 月 1 日現在の総人口は、1 億 2,730 万人で、平成 23 年から 3 年連続の人口減少となった。65 歳以上の高齢人口は、過去最高の 3,190 万人、男女別には、男性 1,370 万人、女性 1,820 万人となっている。総人口に占める割合も 25.1%と過去最高となった。人口比で見ると「65～74 歳人口」は 1,630 万人、「75 歳以上人口」は 1,560 万人で、総人口に占める割合はそれぞれ 12.8%、12.3%となっている。65 歳～74 歳人口が増加したのは、いわゆる団塊の世代が当年齢層に達したためである。

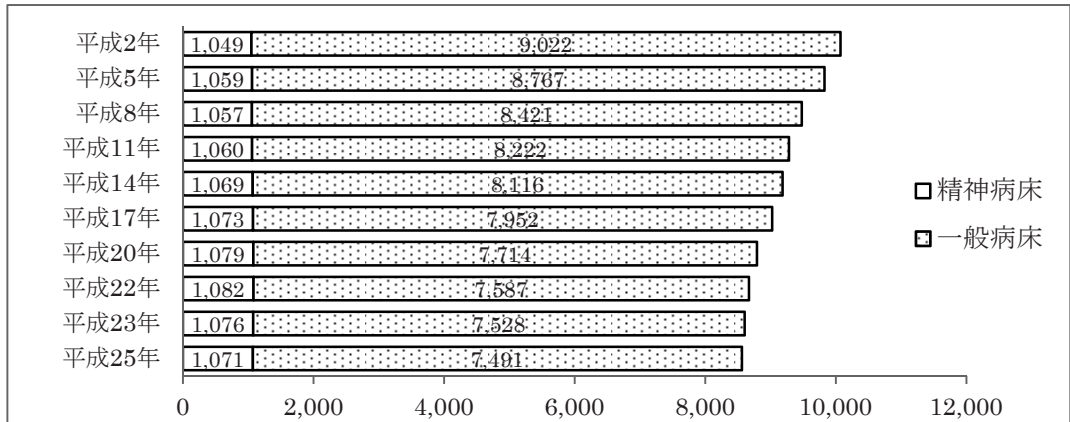
今後 50 年の日本を概観すると、平成 24 年 1 月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」における出生中位・死亡中位推計結果によれば、①総人口は、長期の人口減少過程にあり、平成 38 年に 1 億 2,000 万人を下回り、平成 60 年には 1 億人を割り込み、平成 72 年には 9,000 万人を割り込むと推計されている。②高齢者の数は、平成 27 年には 65 歳以上が 3,395 万人となり、平成 37 年には 3,657 万人になると推計されている。平成 54 年の 3,878 万人でピークとなり、その後は減少していく。総人口が減少し、高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、平成 47 年に 33.4%となり、平成 54 年以降の高齢者人口は減少するものの高齢化率は上昇し、平成 72 年には 39.9%に達すると推計されている。

社会保障費全体は、平成 23 年に 107 兆 4,950 億円と過去最高の水準となり、うち高齢者関係給付費については、72 兆 1,940 億円で全体に占める割合は 67.2%となっている。

2-2. 医療機関数と介護事業所数

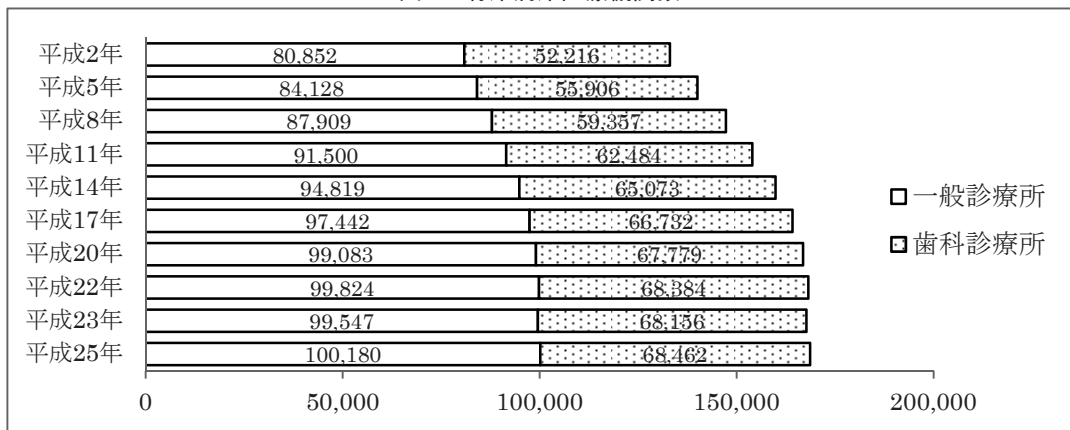
2-2-1. 医療機関

医療施設について、有床病床である一般病床は年々減少しており、平成 2 年に 9,022 施設が平成 25 年には 7,491 施設となり、1,531 施設の減少となっている。精神科病床は平成 2 年以降ほぼ横ばいに推移している(図 1)。一方、無床医療施設は、医科・歯科ともに増加しており、医科については、平成 25 年現在で 100,000 施設を超えている(図 2)。有床病床で、開設法人別及び病床数について見てみると、医療法人が全体の 66.3%を占め、国・公的医療機関の 17.8%と合わせると、約 83%を占めている(図 3)。病床数については、医療法人が総数の 53.8%、国・公的医療機関が 28.1%となり、合計で約 82%を占めていることが分かる(図 4)。



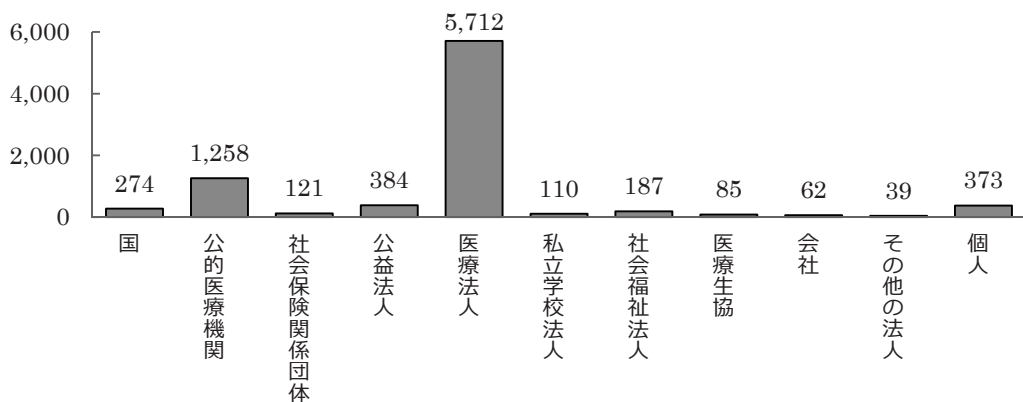
(出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査」筆者加工)

図1 有床病床医療機関数



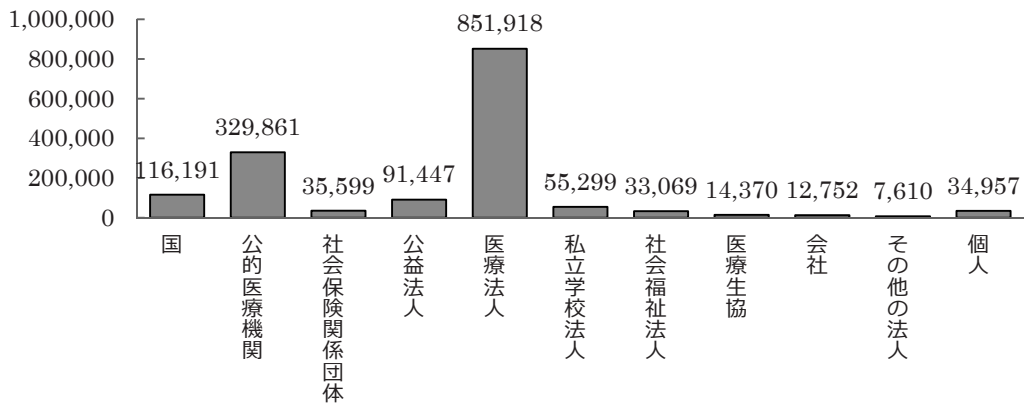
(出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査」筆者加工)

図2 無床病床医療機関数



(出典：厚生労働省「平成24年医療施設（動態）調査」筆者加工)

図3 開設法人別有床施設数

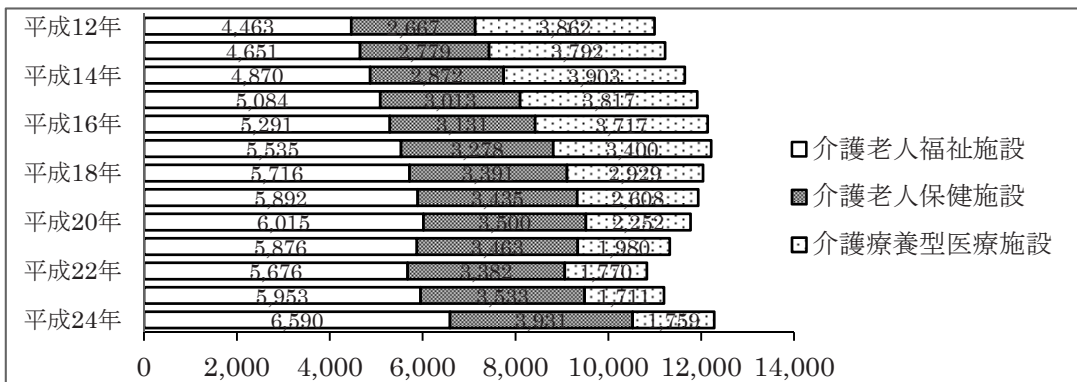


(出典：厚生労働省「平成24年医療施設（動態）調査」筆者加工)

図4 開設法人別病床数

2-2-2. 介護施設

施設サービスの介護保険3施設を見ると、介護老人福祉施設・介護老人保健施設は毎年増加し、平成24年度には合わせて10,000施設を超えている。一方、介護療養型医療施設は、平成30年度の廃止の方針に向け徐々に減少しているが、平成24年度からは転換などの選択が減速しているのが見てとれる(図5)。

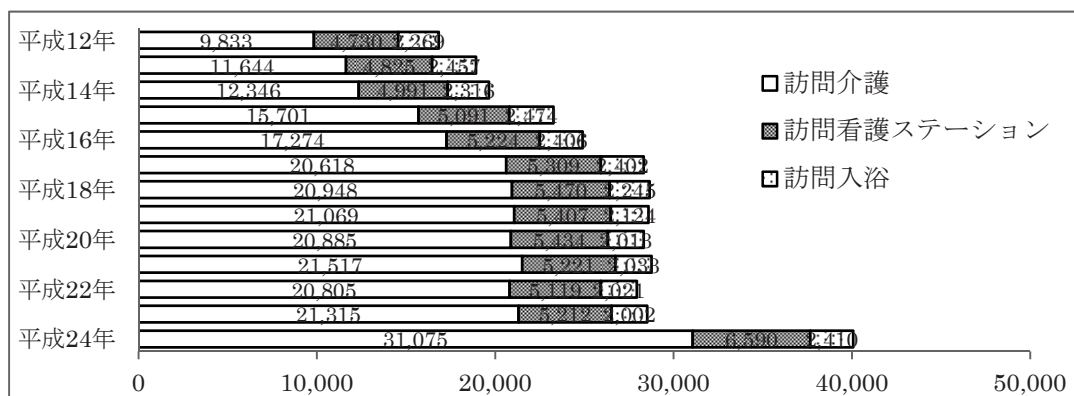


(出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」筆者加工)

図5 介護保険3施設数

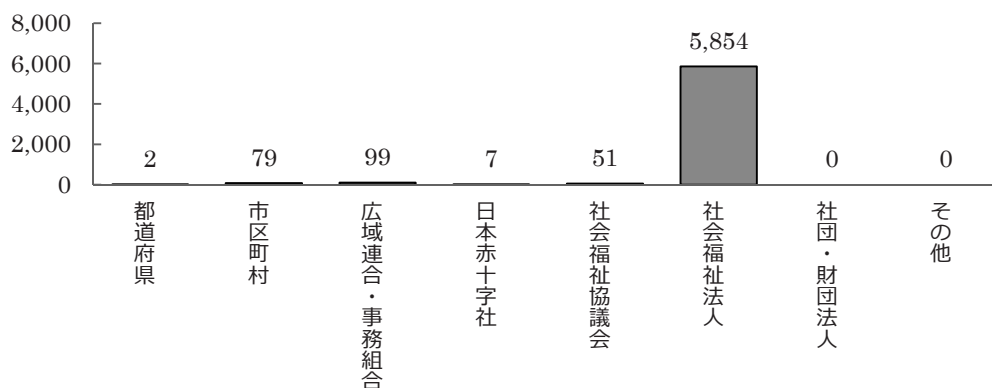
在宅サービスにおいて訪問介護は平成24年に急激に増加し、約1.5倍になっている。訪問看護ステーションも約1,000事業所増加している。訪問入浴は、ほぼ横ばいとなっている。近年の在宅重視施策に応じて、事業所数の増加は進んでいる(図6)。

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の開設法人種別をみると開設法人の限定があり、社会福祉法人と医療法人の設立が大半を占めている(図7、8)。



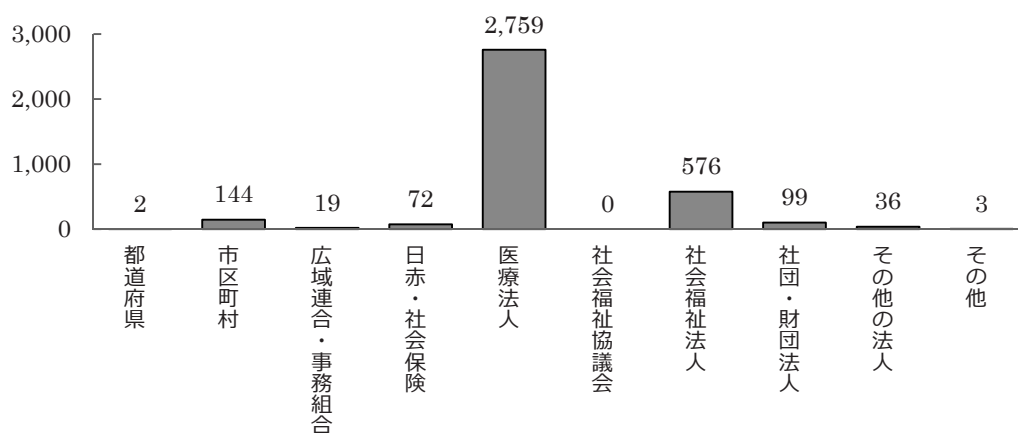
(出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」筆者加工)

図6 在宅サービス数



(出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成24年）」筆者加工)

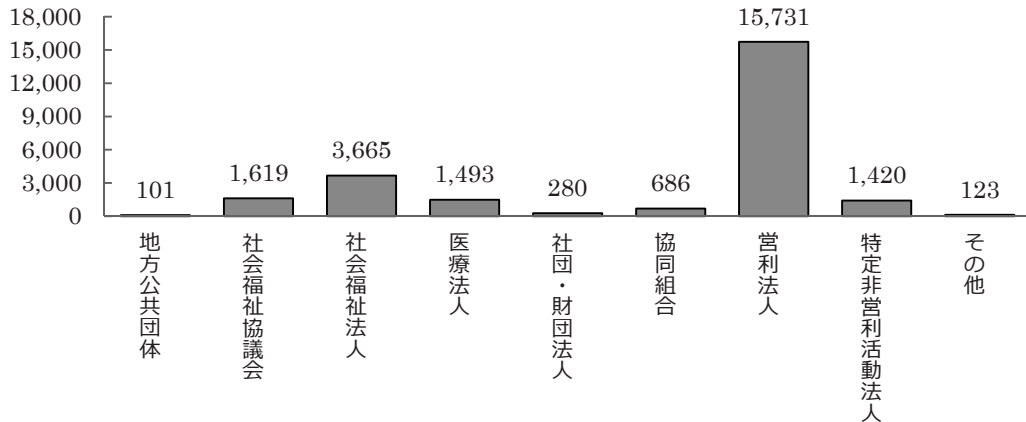
図7 介護老人福祉施設数（開設法人別）



(出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成24年）」筆者加工)

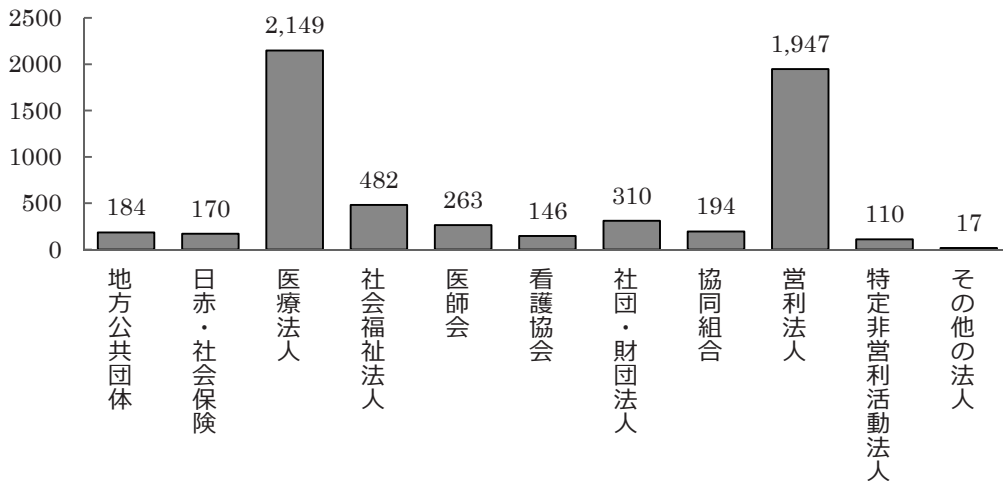
図8 介護老人保健施設数（開設法人別数）

訪問介護は営利法人が大半を占め、訪問看護ステーションは医療法人と営利法人で二分している。在宅系サービスは、民間参入があり介護保険の特徴を示している(図9、10)。



(出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査(平成24年)」筆者加工)

図9 訪問介護数(開設法人別数)



(出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査(平成24年)」筆者加工)

図10 訪問看護ステーション数(開設法人別数)

2-3. 病院・福祉事業所の経営の現状

福祉医療機構経営情報資料により、機構から借入を行っている施設の経常利益率、減価償却前利益率を概観した。

2-3-1. 医療施設

医療施設として、一般病院、療養型病院、精神科病院を類型とした。

1) 経常利益率

表1 医療機関経常利益率 (%)

一般病院は、平成21年の1.6%から平成24年には3.6%と上昇している。療養型病院は6%を超えている。精神科病院は

	一般病院	療養型病院	精神科病院
平成21年	1.6	6.1	4.7
平成22年	3.4	6.2	4.3
平成23年	3.3	7.1	4.8
平成24年	3.6	6.4	3.7

平成21年4.7%から平成24年3.7%に下降している(表1)。

2) 減価償却前利益率

表2 医療機関減価償却前利益率 (%)

一般病院は、平成21年6.3%から平成24年で8.7%となっている。療養型病院は、平成21年10.4%から平成24年10.5%

	一般病院	療養型病院	精神科病院
平成21年	6.3	10.4	9.8
平成22年	8.1	10.3	9.2
平成23年	8.1	11.2	9.6
平成24年	8.7	10.5	8.5

と横ばいとなっている。精神科病院は平成21年の9.8%から、平成24年の8.7%まで下降している(表2)。

2-3-2. 介護施設

介護施設として、特別養護老人ホーム従来型(特養①)、全室ユニット(特養②)、一部ユニット(特養③)、老人保健施設(老健)、ケアハウス一般(ケア①)、特定(ケア②)、保育所60人以上(保育①)、20~60人未満(保育②)を類型とした。

1) 経常利益率

表3 介護施設経常利益率 (%)

特養はどの形態においても、平成21年から平成24年まで利益率は下降して

	特養①	特養②	特養③	老健	ケア①	ケア②	保育①	保育②
平成21年	8.1	7.7	8.1	9.6	5.0	8.7	5.5	5.5
平成22年	7.2	7.6	7.0	8.9	3.3	8.2	5.9	7.0
平成23年	7.3	7.7	7.0	9.1	2.7	8.1	5.8	8.1
平成24年	5.7	7.3	5.8	8.0	2.1	7.4	5.5	8.0

いる。平成24年、特養②は7.3%であるが、特養①、特養③については、5.7、5.8と平成21年と比較すると2%以上下降している。老健は平成21年の9.6%から平成24年の8.0%となり1.6%下降している。ケアハウスはケア①とケア②とも下降しているが、①が約3%、②が約1.5%下降している。保育①はほぼ横ばい、保育②は約2.5%の上昇となっている。保育以外の事業体において、経常利益率は下降している(表3)。

2) 減価償却前利益

特養②は約 15%で推移しているが、特養③は平成 24 年に 11.2%まで下降

表 4 介護施設減価償却前利益 (%)

	特養①	特養②	特養③	老健	ケア①	ケア②	保育①	保育②
平成21年	11.4	15.5	13.4	15.4	14.6	17.4	8.7	8.7
平成22年	10.4	15.1	12.1	14.4	12.7	16.4	9.1	9.9
平成23年	10.5	15.1	12.1	14.4	12.2	16.0	9.0	11.0
平成24年	9.0	14.6	11.2	13.3	11.6	15.3	8.7	10.8

している。特養①は、平成 21 年 11.4%から平成 24 年 9.0%まで下降している。老健は、年々下降はしているものの平成 24 年で 13.3%となっている。ケアハウスは下降しており、平成 24 年ケア①が 11.6%、ケア②が 15.3%となっている。保育所は、保育①が約 9%で推移し、保育②が約 11%まで上昇している。

減価償却前利益は、医療・介護とも年々減少傾向となってきている。

医療・介護の効率化に伴い、これらの指標は下降を続けることが考えられる。経営リスク回避の方策が必要であると言える(表 4)。

2-4. 医療・福祉施策 (2025 年に向けて)

団塊の世代が高齢になるピークの 2025 年に向け、医療・介護施策の方向転換が迫られている。平成 24 年 2 月 17 日閣議決定された社会保障・税一体改革大綱で①急性期病床の位置づけの明確化、医療資源の集中投入・機能強化、機能分化と連携の推進、②医療・介護連携により必要なサービスを確保、一般病床における長期入院の適正化、③在宅医療の拠点の役割明確化など「病院完結型」から「地域完結型」へパラダイムシフトを必要としている。それに向け、地域における医療構想(都道府県)、介護計画(市町村)の立案をいかにして実行していくのかを地域包括ケアシステムという考え方で示している。

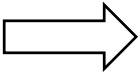
2-5. 地域包括ケアシステム

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、地域包括ケアシステムは次の①～③の概念で構築すべきシステムと規定している。①重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していくこと、②今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要であること、③人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等の高齢化進展状況には大きな地域差が生じており、地域

包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であることと規定している。以上の事柄をわかりやすくまとめると以下ようになる。

(地域包括ケアシステムの基本理念)

1 高齢者の「尊厳の保持」
2 高齢者の「自立生活の支援」



地域における共通認識の醸成
「規範的統合」

(地域包括ケアシステムの構成要素)

☆本人・家族の選択と心構え

「養生」のための動機づけ支援や知識の普及／自己決定に対する支援

☆住まいと住まい方

「支援・サービス」を受ける場所と「住まいの種類」

☆生活支援

個人に対する生活支援サービスの提供

地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性

☆医療・介護・予防の一体的な提供

医療・介護の連携が特に求められる取組・場面／総合的なケア提供に必要な仕組み

3. 社会医療法人

3-1. 医療法人の創設

私人による医療機関の経営困難を緩和する為、昭和 25 年に地域医療を安定的に確保することを目指し創設された。運営内容は、医業（病院、診療所、老人保健施設の運営）のほか、保健衛生や社会福祉等の附帯業務を行うことができたこととした。

3-1-1. 社会医療法人の創設

平成 17 年 7 月 22 日の「医療経営の非営利性等に関する検討会報告」で新たに公益性の高い医療法人制度の再構築が提示され、平成 18 年医療法改正で地域住民にとって、不可欠な救急医療等確保事業を担う非営利性・公益性の高い法人として制度化した。

3-1-2. 法人数

平成 25 年 3 月 31 日現在、医療法人数は全国で 48,820 うち社団法人 48,428（持分なし 6,525、持分あり 41,903）、財団法人 392 となっている。社会医療法人は平成 26 年 1 月 1 日現在で 392 となっている。

表 5 医療法人の主な要件について

	医療法人	特定医療法人	社会医療法人
認可主体	都道府県知事の認可	国税庁長官の承認	都道府県知事の認定
要件	資産要件（業務に必要な施設、設備又は資金を有すること）、役員数（理事3人・監事1人以上）、理事長要件（原則、医師又は歯科医師）等を満たしていること	医療法人のうち、その事業が医療の普及及び向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ公的に運営されていることについて国税庁長官の承認を受けたもの	医療法人のうち、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療のいずれか1つ以上を実施し、かつ、公益法人等と同様に公的な運営が確保されているもの
収入の基準	・特段の規定なし	・社会保険診療に係る収入金額の合計額が、全収入金額の8割を超えること ・自費患者に対し請求する金額は社会保険診療と同一の基準により計算されること	・社会保険診療に係る収入金額の合計額が、全収入金額の8割を超えること ・自費患者に対し請求する金額は社会保険診療と同一の基準により計算されること
役員構成の基準	・特段の規定なし	同族役員の制限（1/3以下）	同族役員・社員の制限（1/3以下） 同一団体関係者の制限（1/3以下）
医療施設の基準	・特段の規定なし	・以下のいずれかの要件を満たすこと ア）40床以上であること イ）救急告示病院であること ウ）救急告示診療所で15床以上であること	・救急医療等確保事業に係る業務を行う病院又は診療所について、告示に定められた基準に適合すること ア）構造設備 イ）体制 ウ）実績
差額ベッドの基準	・特段の規定なし	・差額ベッドは30%以下	・特段の規定なし
理事長給与の基準	・特段の規定なし	・給与は年間一人当たり3600万円以下	・不当に高額にならないような支給基準を明示
法人税率等	・法人税（25.5%） ・収益業務を行うことができない	・法人税（19%） ・収益業務を行うことができない	・法人税率非課税（本来業務以外は19%） ・固定資産税率非課税（救急医療等確保事業に係るものに限る） ・一定の収益業務を行うことができる

3-2. 認定要件

3-2-1. 救急医療等の事業に関する要件 表 6 救急医療等の事業に関する要件

救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療の医療連携体制を担う医療機関として、医療計画に記載されていること。

救急医療	休日・夜間・深夜加算算定件数（初診）／初診料算定件数 = 20%以上、 又は、夜間休日搬送受入件数 = 年間750件以上 ※精神科救急：年間時間外診療件数 = 3カ年で人口1万対7.5件
災害医療	救急医療の基準の8割の実績を有しており、かつDMAT（災害派遣医療チーム）を保有し防災訓練に参加したこと
へき地医療	病院の場合は、週1回を超えて巡回診療・医師派遣を行っていること （直近に終了した会計年度の延べ派遣日数（派遣日数を医師数で乗じた日数）が53日以上であること） へき地における診療所の場合は、週4日を超えて診療をおこなっていること （直近に終了した会計年度の診療日が209日以上であること。）
周産期医療	ハイリスク分娩管理加算 = 年1件以上、かつ、分娩件数 = 年500件以上 かつ、母体搬送受入件数 = 年10件以上
小児救急医療	乳幼児休日・夜間・深夜加算算定件数（初診）／乳幼児加算初診料算定件数 = 20%以上

3-3. 資金調達

社会医療法人の認定を受けた医療法人はその収益を病院等の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる。具体的には、保険事業、収益事業の実施、社会医療法人債の発行等である。

4. 社会福祉法人

4-1. 社会福祉法人の歴史

①創設期

社会福祉法人は、社会福祉事業を行うことを主たる目的として、社会福祉法（昭和26年法律第45号）に基づき設立される法人である。昭和20年代、終戦による海外からの引揚者、身体障害者、戦災孤児、失業者などの生活困難者の激増という困難に対応することが必要であった。政府には民間資源の活用が求められ、社会福祉事業を担う責務と本来的な経営主体を行政としつつも、事業の実施を民間に委ね事業の公益性を担保する方策として、行政機関がサービスの対象者と内容を決定し、それに従い事業を実施する仕組み（措置制度）が設けられ、措置を受託する法人に行政からの特別な規制と助成を可能とするため「社会福祉法人」という特別な法人格が活用された。

②高度経済成長期

昭和30年代～昭和40年代、社会福祉制度の充実も進み、生活保護法（昭和25年）、児童福祉法（昭和22年）、身体障害者福祉法（昭和24年）に加えて、知的障害者福祉法（昭和35年）、老人福祉法（昭和38年）、母子及び寡婦福祉法（昭和39年）などが整備され、福祉サービスの供給拡大とともに措置の委託先である社会福祉法人の数も同様に増加していった。

③少子高齢化進展期

昭和50年代～昭和60年代、高齢化や核家族化、女性の社会進出等を背景に福祉ニーズが急速に増大し、「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」（平成元年）、「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」（平成6年）、「障害者プラン～ノーマライゼーション七か年戦略～」（平成7年）等による福祉サービスの基盤整備が進んだ。平成9年、介護保険法の成立によって、「介護」は、保健医療サービスと福祉サービスが総合的に受けられるサービスとして再構築され、従来の措置制度による制限的なサービスから、保険制度による普遍的なサービスへと大きな転換を遂げた。

これにより、サービス提供の方法の基本が、行政がサービスの対象者と内容を定める措置制度から、利用者がサービスを選択して自らの意思に基づき利用する仕組み（契約制度）へと変更され、介護サービス事業は、サービス選択の保障を図るため、多様な経営主体により提供されることとなった。サービスの種類や内容の多様化も進み、社会福祉の共通基盤制度の見直しとして、平成12年には社会福祉基礎構造改革が行われ、社会福祉法人制度についても幅広い見直しが行われた。社会福祉基礎構造改革で

は、①自主的な経営基盤の強化、②福祉サービスの質の向上、③事業経営の透明性の確保を内容とする社会福祉法人の経営の原則が法定され、これに伴って社会福祉法人が行う収益事業で得た利益の充当先の拡大や、第三者評価の受審の努力義務化、福祉サービスの利用を希望する者その他の利害関係人に対する財務諸表の閲覧の義務付け等の改革が行われた。

この60余年にわたる歴史を背景に、平成24年、社会福祉施設を経営する社会福祉法人（以下「施設経営法人」という。）の数は16,981法人となり、平成2年の10,071法人と比べると20年間で約1.7倍に増加している。

4-2. 認定要件

4-2-1. 目的・設立

社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉法の定めるところにより設立する。

表7 主な要件

役員	理事3人、監事1人以上、任期2年（再任可）。 配偶者、3親等内の親族の役員2分の1未満。
評議員等	評議員を置くこと。 評議会は理事定数の2倍を超えること。
資産要件	必要な資産を備えること。それは、所有権を有すること（原則）。 施設経営法人は不動産を基本財産にしていること。
出資持分	出資持分なし。
残余財産	定款に定めるところによる。それ以外は国庫に帰属。
情報公開	事業報告、財産目録、貸借対照表及び収支計算書を事業所備え持ち。 請求があるものには、原則閲覧。

4-2-2. 税制措置

（法人税）原則非課税、収益事業により生じた所得に限り課税。税率は19%。

（固定資産税）社会福祉法人が社会福祉事業の用に供する固定資産については非課税。

4-2-3. 資金調達

保険事業、収益事業の実施、公的助成金 など。

4-2-4. 事業内容

1) 第1種社会福祉事業

経営適正を欠いた場合、利用者の人権擁護の観点から問題が大きいため、确实公正な運営確保の必要性が高い事業（主として入所施設サービス）。

表 8 第 1 種社会福祉事業

<ul style="list-style-type: none"> 生活保護法に規定する救護施設、更生施設 生活困難者を無料または低額な料金で入所させて生活の扶助を行う施設 生活困難者に対して助葬を行う事業 児童福祉法に規定する乳児院、母子生活支援施設 児童養護施設、障害児入所施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設 	<ul style="list-style-type: none"> 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 障害者総合支援法に規定する障害者支援施設 売春防止法に規定する婦人保護施設 授産施設 生計困難者に無利子または低利で資金を融通する事業 共同募金を行う事業
---	--

2) 第 2 種社会福祉事業

事業実施に伴い、弊害のおそれが比較的少なく、自主性と創意工夫を助長させるため、公的規制の必要性が低い事業（主として在宅サービス）。

表 9 第 2 種社会福祉事業

<ul style="list-style-type: none"> 生活困難者に対して日常生活必需品・金銭を与える事業 生活困難者生活相談事業 児童福祉法に規定する障害児通所事業、障害児相談支援事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業 児童福祉法に規定する助産施設、保育所、児童厚生施設 児童家庭支援センター 児童福祉増進相談事業 母子及び寡婦福祉法に規定する母子家庭等日常生活支援事業、寡婦日常生活支援事業 母子及び寡婦福祉法に規定する母子福祉施設 老人福祉法に規定する老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、小規模多機能居宅介護事業、認知症対応型共同生活援助事業、複合型サービス福祉事業 老人福祉法に規定する老人デイサービスセンター（日帰り介護施設）、老人短期入所施設、老人福祉センター、老人介護支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者総合支援法に規定する障害者福祉サービス事業、一般相談支援事業、特定相談支援事業、移動支援事業 地域活動支援センター、福祉ホーム 身体障害者福祉法に規定する身体障害者生活訓練等事業 手話通訳事業又は介護犬訓練事業若しくは聴導犬訓練事業 身体障害者福祉法に規定する身体障害者福祉センター、補装具制作施設、盲導犬訓練施設、被聴覚障害者情報提供事業 身体障害者更生相談事業 知的障害者福祉法に規定する知的障害者更生相談事業 生活困難者に無料または低額な料金で簡易住宅を貸し付け、または宿泊所等を利用させる事業 生活困難者に無料または低額な料金で診療を行う事業 生活困難者に無料または低額な費用で介護老人保健施設を利用させる事業 隣保事業 福祉サービス利用援助事業 各社会福祉事業に関する連絡 各社会福祉事業に関する助成
--	--

表 10 公益事業・収益事業要件

公益事業	収益事業
<ul style="list-style-type: none"> 社会福祉と関係ある公益を目的とする事業 社会福祉の円滑な遂行を妨げるおそれのないものでなければならない その収益は社会福祉事業又は公益事業に充てなければならない (例) 介護老人保健施設 (無料定額老人保健施設利用状況を除く)の経営 有料老人ホームの経営 	<ul style="list-style-type: none"> その収益を社会福祉事業又は一定の公益事業に充てることを目的とする事業 社会福祉の円滑な遂行を妨げるおそれのないものでなければならない 事業の種類に特別の制限はないが、法人の社会的な信用を傷つけるおそれがあるもの又は投機的なものは適当でない (例) 貸ビルの経営、駐車場の経営、公共的な施設内の売店の経営

5. 医療・福祉の今後のあるべき姿(医療・福祉の統合)

5-1. 各検討会整理

医療・介護の統合の議論を整理し概観する(下記文章中の下線は筆者加筆)

①平成 25 年 6 月 14 日「経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)」が閣議決定され、目指すべき経済社会の姿として、経済再生と財政健全化の両立が中心議題となった。財政健全化の歳出分野における重点化・効率化が明記され、持続可能な社会保障の実現に向けて、健康長寿化・ICT 化・後発医薬品の使用促進を通じて、効率的に社会保障サービスが提供される体制を目指すとされた。市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムにおける 1 つの方法論として医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改革を検討するとし、法人の統合の議論が始まったのである。

②平成 25 年 8 月 6 日「社会保障制度改革国民会議報告～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」の医療・介護分野の改革で、高齢化の進展による対象の人口構造の変化において、「病院完結型」医療から患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療、さらに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への変革が明記された。その主眼は、「社会保障の機能強化」と「サービスの効率化」としている。都道府県の地域医療構想や介護計画の遂行の中で、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、当事者間の競争より協調が必要であり、その際に、医療法人等が容易に再編・統合できるように制度の見直しを行うことが重要である。その一つの形として、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革を検討する必要があるとしている。

③平成 25 年 8 月 21 日「社会保障制度改革推進法第 4 条の規定に基づく法制上の措置の骨子」で、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度確立を図るために、社会保障制度改革国民会議の審議結果等を踏まえ、「法制上の措置」として、全体像及び進め方を明らかにする法律案を速やかに策定し、具体的なタイムスケジュールの明示を行った。医療従業者、医療施設等の確保及び有効活用を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築する地域包括ケアシステムの推進に病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な事項に医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し¹が明記されている。法人統合が効率性の柱であるとしたのである。

④平成 25 年 9 月から平成 26 年 4 月まで行われた「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」では、平成 25 年 6 月 14 日の経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)、同日の「規制改革実施計画」及び平成 25 年 8 月 6 日の「社会保障制度改革国民会議報告書」を受け、社会福祉法人の在り方について幅広い検討を行い、その方向性について論点整理を行うものであった。

平成 26 年 7 月 4 日に出された、「社会福祉法人制度のあり方について」では、5 つの視点でまとめられている。

1. 地域における公益的な活動の推進

(公益活動の実施義務の明確化、実施推進方法、評価)

2. 法人組織の体制強化

(ガバナンス、責任の明確化、経営戦略・資金管理などの法人本部機能の強化、ガバナンスチェックの確立、公益法人制度改革との関係性・透明性の確保)

3. 法人の規模拡大・協働化

(地域を観る経営者の視点、合併・事業譲渡手続の透明化、分割手続きの要件化、経営者の資質と能力の向上、役職員の相互兼務、資金拠出の規制緩和、連携方法)

4. 法人運営の透明性の確保

(社会福祉法人の財務諸表等の公表方法確立、地域における活動の公表、都道府県、国単位での情報集約、経営診断の仕組み導入)

5. 法人の監督の見直し

(所管庁の法人監査の見直し、財務に係る外部監査の活用等、所管庁の連携、監督能力の強化、第三者評価の受審促進)

このように、各審議により法人統合の議論がなされてきた。これを踏まえ、医療・介護の法人で、どのような統合ケースが存在するかについて考えてみる。

5-2. 統合モデルの考察

医療の代表的な法人類型としては、①社会医療法人②特定医療法人③出資持分のある医療法人④出資持分なし医療法人⑤出資限度額法人(基金制度を採用した医療法人(財団)は医療法人と特定医療法人の総数の 1%強であり社団を中心に記載)がある。また、介護の代表的な法人類型としては、①社会福祉法人②営利法人(医療法人は、介護の法人類型からはずし記載)がある。

そこで、医療と介護のそれぞれの法人類型の統合可能性として、10の統合モデルを提示し、各モデルについてその特色や実現可能性に考察を加えていくことにする。

(CASE1) 社会医療法人＋社会福祉法人 ○

審議会において議論されている形態である。両法人とも役員構成基準・法人税等非課税(収益事業は課税)において、同等の基準となっている。ただし、資金運用の双方向での循環が可能となるのが重要となる。また、社会医

表 11 統合類型

	医療	介護	実現可能性
(CASE1)	社会医療法人	社会福祉法人	○
(CASE2)	特定医療法人	社会福祉法人	△
(CASE3)	出資あり医療法人	社会福祉法人	×
(CASE4)	出資なし医療法人	社会福祉法人	△
(CASE5)	出資限度額法人	社会福祉法人	×
(CASE6)	社会医療法人	営利法人	×
(CASE7)	特定医療法人	営利法人	×
(CASE8)	出資あり医療法人	営利法人	△
(CASE9)	出資なし医療法人	営利法人	×
(CASE10)	出資限度額法人	営利法人	△

療法人の任用基準である 5 事業要件が履行できない場合などの社会医療法人の認可基準取消しが社会福祉法人へ与える影響など、お互いの許認可の条件の整合性をどのようにつけるかといった課題もある。

(CASE2) 特定医療法人＋社会福祉法人 △

両法人とも役員構成基準は同等の基準となっているが、特定医療法人の法人税課税と社会福祉法人の法人税非課税の違いがあり、税金問題で統合性が図りにくい。しかし、特定医療法人の許認可要件が 40 床以上で救急告示病院、持分放棄などになっており、社会医療法人の救急等確保事業より基準が緩やかであり認可がとりやすく、地域の中で中小病院と社会福祉法人という、同一サイズの法人統合がしやすい形態である。税金、資金運用問題を解消できれば地域内で統合が推進する可能性が高い。

(CASE3) 出資持分あり医療法人＋社会福祉法人 ×

医療法人の持分ありと法人税課税、社会福祉法人の持分なしと非課税で、両法人に相対的なギャップがある。平成 18 年医療法改正により、出資持分あり法人を当分の間、経過措置として保持することを容認してはいるが、新設医療法人の持分を認めないこととしており、持分あり医療法人の存続可能性を考えると現実性はきわめて低い。

(CASE4) 出資持分なし医療法人＋社会福祉法人 △

医療法人の法人税等の課税、社会福祉法人の非課税の違いが基本にある。新設出資持分なし医療法人の大半が 1 人医療法人で診療所などが多い。社会福祉法人の多くが、医療を必要としているが、特別養護老人ホームの訪問診療が診療報酬で評価されないなど制度上ビジネス共有が取りにくい形態である。医療と介護、福祉の相互依存性の補完関係があり、地域の住まいの考え方と相まって統合の現実可能性もある。

(CASE5) 出資限度額法人＋社会福祉法人 ×

医療法人の出資額相当の持分あり、法人税課税と社会福祉法人の持分なし、法人税非課税で両法人に相対的なギャップがある。平成 18 年医療法改正により、出資持分あり医療法人を出資限度額医療法人、そして、最終的には出資持分なし医療法人への転換推進などを考えると現実性はきわめて低い。

(CASE6) 社会医療法人＋営利法人 ×

両法人が認定要件、役員構成、法人税、配当有無などで相違がある。現在、営利法人による医療法人の運営を原則認めていないこと、社会医療法人が介護事業全般を行うことができ、統合の意味があまりみられない状況である。統合とは言えないが民間企業からマネジメント支援をコンサルティングで受けるなどの可能性は存在する。

(CASE7) 特定医療法人＋営利法人 ×

特定医療法人の役員報酬上限設定、法人税実効税率の違い、配当有無などの違いにより統合は難しい。特定医療法人は介護事業の全般を担うことができ統合の意味が薄い点で CASE6 と同様である。民間企業からマネジメント支援をコンサルティングで受けることなどの可能性は存在する。

(CASE8) 出資持分あり医療法人＋営利法人 △

法人の所有に関して個人・団体か株主か、配当の有無の違い、医療が非営利性で営利法人の営利追求との相違がある。しかし、別の議論として医療法人の株式会社運営議論もあり、CSR・IR などの営利法人の社会的責任や説明責任という経営透明性は、医療法人の透明性担保に適用できるところでもあり、手法を取り入れることを検討することも必要である。ただし、株式会社立医療法人の持分放棄の流れもあり逆行することとなり、ビジネスとして旨味がある法人が検討するモデルともいえる。

(CASE9) 出資持分なし医療法人＋営利法人 ×

出資持分なし医療法人の大半が 1 人医療法人であり、営利法人が統合するメリットはほぼ存在しない。営利法人の資本を使い医療法人の設立も可能であり、資本注入で介入ということもできる。

(CASE10) 出資限度額法人＋営利法人 △

法人所有に関して個人・団体か株主かがあり出資の性格の違い、配当有無、医療の非営利性と営利法人の営利追求との相違などがある。しかし CSR・IR などの営利法人の社会的責任や説明責任という経営の透明性の手法を取り入れることも有用である。ただし、株式会社立医療法人の持分放棄の流れもあり逆行する形である。ビジネスとして旨味がある法人のみが検討するモデルともいえる。

6. おわりに

これまで見てきたように、医療・介護の統合で現在の法人体系としてマッチングしやすいものとしては、非営利性、透明性という平成18年医療法改正の概念からも社会医療法人と社会福祉法人が考えられる。では、この法人統合を推進することにより、「地域における公益的な活動の推進」、「法人運営の透明性の確保」、「ガバナンス」、「資金管理」を推進することになるのだろうか。

①地域における公益的な活動の推進

社会医療法人は救急等確保事業が認定要件、社会福祉法人は社会貢献活動を行うことが義務付けられており、公益的な要素は満たすものと考えられる。

②法人運営の透明性の確保

平成26年より社会福祉法人で財務諸表のインターネット公開など、透明性の確保に向けて動きは加速している。また、元来、社会医療法人に関しては、救急等確保事業要件充足や黒字要件など、法人運営のコンプライアンスが求められており透明性の確保はなされている。

③ガバナンス

同族性の排除の基準で担保されやすい。

④資金管理

非課税で得た資金需要を事業規模拡大に投資することで資金の潤沢性が高まる。ただし、法人間の資金ルールの明確な基準が存在しないと、資金の不透明な流用を生む可能性もある。第2節で示したように、医療・介護・福祉業界の経営の下振れリスクに対して事業規模拡大で今後の経営リスクを回避する環境が整備される。

将来に向け、財政健全化の歳出分野である医療・介護・福祉において「社会保障の機能強化」、「サービスの効率化」の命題により地域包括ケアシステム構築を地域ごとに進めていき、地域の輪（在宅と医療機関・介護施設のループ）の構築に向け、法人間の統合は避けて通れないと議論されている。

マクロサイズでは歳出目標に見あう自治体主導による地域医療構想の作成、実行段階で法人同士の連携・統合によって地域戦略機能強化を埋めることができるという視点であり、一方、ミクロサイズで言えば、医療・介護費用の負担解消に向けサービスの効率化を進めていかななくてはならないという議論が主眼となっている。

このような、機能強化と効率化の議論の中で、PPP（パブリック・プライベート・パートナーシップ）などが論じられており、今回法人間の統合の1つの形を模索した。方法的には可能であると言えるが、それにより「社会保障の機能強化」、「サービス

の効率化」が本当に図られるのか。この点において、地域住民（人）と地域職員（人）にとって、組織統合の重要性はそれほど高くないとは言える。組織が統合したので、人も機能強化し効率的に統合するというのは言い難い。

第2節での地域包括ケア研究会の提言している「規範的統合」という言葉が意味しているものは、地域（組織）・医療・介護文化の統合であり地域包括ケアシステムには重要な要素である。地域によっては1つの手段として社会医療法人と社会福祉法人の組織統合があるとは言えるが、多くはないのではないだろうか。2025年に向けて地域包括ケアシステムの経営形態は最優先事項ではなく、地域人、組織人、つまり人がどのように統合経営していくべきなのかが最重要課題であり、法人が培ってきた歴史的背景、組織文化についても、今後検証する必要がある。

謝辞

本稿執筆にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授、筒井孝子教授をはじめ多数の教授陣には数々のご指導を賜り謝意を表するとともに、4期生の仲間と切磋琢磨し、学ぶことができたことを感謝したい。

参考文献

- [1] 株式会社 日本政策銀行 企業金融第6部ヘルスケア室／株式会社 日本経済研究所調査本部 医療福祉部（2013）『医療経営士サブテキスト『医療経営データ集2013 数値で理解する医療・介護業界の最新動向』日本医療企画。
- [2] 塩井勝・人見貴行（2007）『新医療法人制度の実務ガイドランス』中央経済社。
- [3] 税理士法人 山田&パートナーズ（2012）『病医院の相続・承継・合併の税務Q&A』（第5版）中央経済社。
- [4] 高橋茂樹（2009）『新しい医療法人の制度と実務—従来型医療法人から新設・社会医療法人—』海馬書房。
- [5] 筒井孝子『地域包括ケアシステムを巡る国内外の政策動向と理論（1）』兵庫県立大学大学院 講義資料 2014.5.3。
- [6] 筒井孝子（2014）『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規出版。
- [7] レスター・M・サラモン／H・K・アンハイアー（1996）『台頭する非営利セクター—12カ国の規模・構成・制度・資金源の現状と展望』ダイヤモンド社（THE EMERGING SECTOR）。

- [8] 羽生正宗 (2006) 『社会医療法人の創設—第5次医療法改正と医療法人改革』
じほう。

参考ウェブサイト

- [1] 高齢白書(平成26年度)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/pdf/1s1s_1.pdf_
(2014.06.16 アクセス)
- [2] 厚生労働省 「医療施設(動態)調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m13/is1302.html>
(2014.06.19 アクセス)
- [3] 厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>
(2014.06.20 アクセス)
- [4] 厚生労働省 医療保険部会 (平成25年9月6日)
「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000022002.html>
(2014.06.25 アクセス)
- [5] 厚生労働省 (平成23年11月16日) 「医療・介護制度改革について」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wcv7-att/2r9852000001wcyo.pdf_ (2014.6.25 アクセス)
- [6] 厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2014.7.4 アクセス)
- [7] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング <地域包括ケア研究会>
地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書
http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf_
(2014.7.21 アクセス)
- [8] WAM独立行政法人 福祉医療機構ホームページ 経営支援事業
<http://hp.wam.go.jp/guide/keiei/report/tabid/1853/Default.aspx>
(2014.6.30 アクセス)
- [9] 厚生労働省ホームページ 「社会福祉法人制度の在り方について」(報告書)
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000050272.html_
(2014.7.17 アクセス)

- [10] 厚生労働省ホームページ
医療経営の非営利性等に関する検討会報告(平成17年7月22日)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kentoukai/mokuji.html> (2014.5.1 アクセス)
- [11] 社会福祉法人の在り方等に関する検討会
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html#shingi159469>
(2014.4.28 アクセス)