

地域包括ケアシステム確立のための 社会福祉法人の基本戦略

奥野 和年

キーワード：医療介護総合確保推進法、社会福祉法人制度改革、
地域包括ケアシステム

1. はじめに

平成26年6月に、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（略称：医療介護総合確保推進法）が成立し、新たな基金の創設と医療・介護の連携強化、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化など、団塊世代（約800万人）が後期高齢者となる2025年までに地域の医療・介護一本化を目指すこととなった。

特に地域包括ケアシステムを構築するためには、現状の医療・介護サービスの提供体制を改革し、在宅医療と在宅介護の連携が急務となっている。しかし、平成18年度の医療法改正で、患者に対する医療に関する情報提供及び医療機能の分化・連携推進により、地域連携クリティカルパスが普及し医療機関・都道府県・地域住民とのスムーズな地域医療体制は確立されつつあるが、住民の在宅復帰を進める上で介護支援への情報提供は明記されておらず実際に情報不足による医療機関と介護事業所との連携不備が発生し、在宅復帰が遅れるケースは少なくない。

今回、成立した医療介護総合確保推進法は、地域の医療・介護システムの主なプレイヤーとして、都道府県と医療機関が示されたことに特徴がある。

これにより、2005年の介護保険法改正により創設された「地域密着サービス事業」以降、介護事業を主導してきた市町村や市町村と連携してきた介護事業所はサポート的な位置との認識となっている。特に、政令指定都市においては、都道府県との連携は十分でなく、国が目指す地域包括ケアシステムの構築とは大きな隔りがある。

また、平成 26 年 8 月、社会保障審議委員会福祉部において社会福祉法人制度改革についての報告書が発表され、「公益性・非営利性の徹底」「国民に対する説明責任」「地域社会への貢献」の 3 つの基本的視点から制度の見直しが掲げられた。

以上のような医療介護総合確保推進法・社会福祉法人制度改革によって、介護事業経営を主体とする社会福祉法人の取り巻く環境は、より厳しいものとなることが予想される。また、将来的には医療法人とのホールディング化や社会福祉法人間の合併吸収も進んでいくことが予測される。

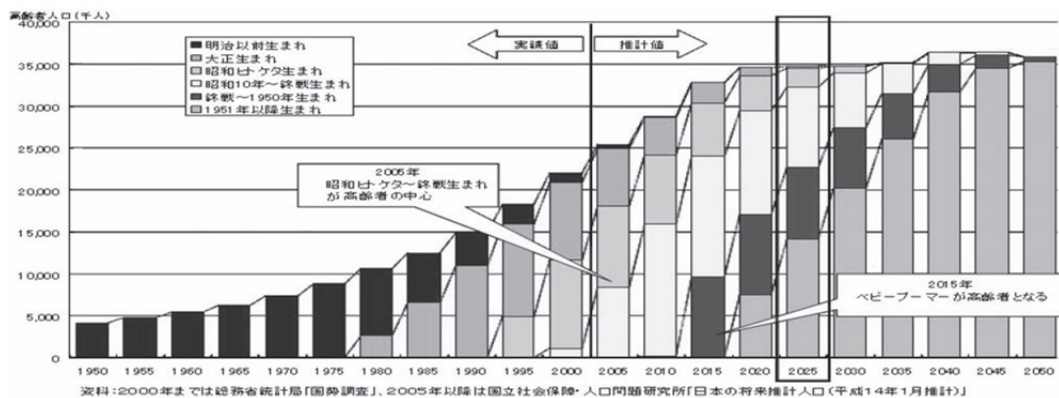
こういった現状を認識した上で、介護事業を営む社会福祉法人が存続するための基本戦略について、昨今の高齢者福祉を取り巻く多様な社会環境の変化や、現状の介護保険制度下の様々な事業体の経営実態をマクロ的なデータを分析することによって考察し、どういった方法をもって、地域包括ケアシステムが構築できるかについて提案することを目的とする。

2. 高齢者福祉を取り巻く環境の変化

2-1. 急速な高齢者化が予想される 2025 年問題

第 2 次世界大戦後、第 1 次ベビーブームと言われた 1947 年から 1949 年の 3 年間に生まれた世代（団塊世代）が、10 年後の 2025 年に後期高齢者に到達することで医療費や介護保険費などの社会保障費の増大が予想される。また出生率低下による少子化の影響で社会保障費を支える労働人口が減少し、急速な高齢化が懸念されている。

実際 2025 年には 65 歳以上の高齢者人口合計が約 3,500 万人となり、日本の全人口の約 30%に達すると推測されている（図 1 参照）。



出所：厚生労働省「今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～」（2006年）

図 1：高齢者人口の推移と予測

また表 1 に示すように、高齢者世帯も 2025 年には 1,843 万世帯にまで増加し、約 7 割が夫婦のみ世帯または単独の世帯であると推測されている。

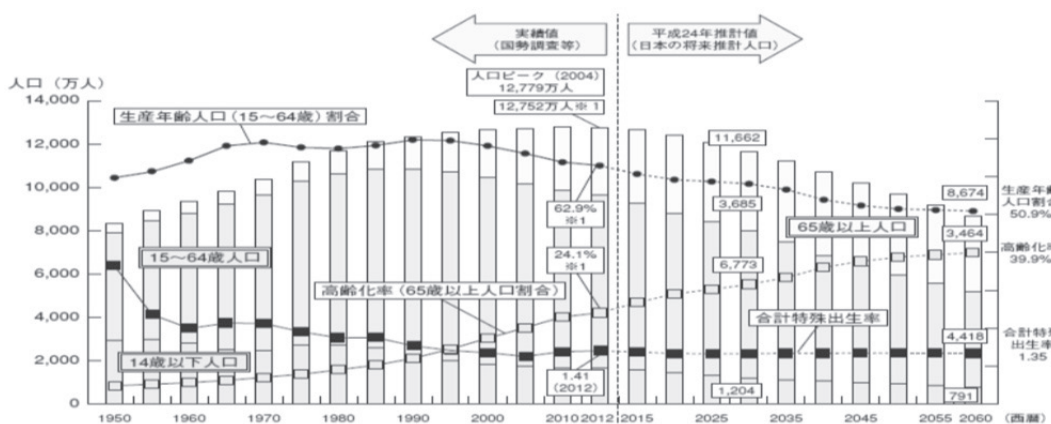
表 1：高齢者世帯の将来推計

		(万世帯)					
		2000	2005	2010	2015	2020	2025
一般世帯		4,678	4,904	5,014	5,048	5,027	4,964
	世帯主が65歳以上	1,114	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
	単独	303	386	471	566	635	680
	比率	27.2%	28.9%	30.6%	32.2%	34.4%	36.9%
	夫婦のみ	385	470	542	614	631	609
	比率	34.6%	35.1%	35.2%	34.8%	34.2%	33.1%

出所：厚生労働省「今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～」(2006年)

2025年以降の日本の人口については、図2に示されるように2004年の人口ピーク12,779万人を境に下降線を辿り2060年には8,674万人にまで減少、65歳以上の高齢者人口は2012年3,073万人(高齢化率24.1%)から2030年3,685万人(高齢化率31.6%)に、2060年には3,464万人(高齢化率39.9%)まで増加、高齢者を支える15歳～64歳までの生産年齢人口も2012年の8,021万人(生産年齢人口割合62.9%)から2030年6,773万(生産年齢人口割合58.1%)に、2060年には4,418万人(生産年齢人口割合50.9%)と大幅に減少していくと予測される。

社会保障費用の負担からみても高齢者1人に対して生産年齢人口が約1.0人で支える「肩車型」社会が到来すると予想される。



出所：厚生労働省 平成26年版厚生労働白書

図2：我が国の人口推移

このように 2025 年には、急速化する高齢者問題に加え、生産労働人口減少も大きな要因となり、日本が今までのような社会保障を継続していくことは非常に困難な状態になると予想される。

国としても少子高齢化を緩和するための政策を打ち出しているが、有効な施策を見いだせない状況が続いているが、今後も増え続ける高齢者世帯に対して、年々、枯渇していく社会保障費の中で、住み慣れた地域で安心して医療・介護を受けることができる環境整備をすすめていく必要がある。

2-2. 高齢者の介護保険施設数と在宅介護事業所数及び介護保険事業の状況

厚生労働省(2013)「平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況」によると、平成 25 年度の高齢者の介護保険施設数と在宅介護事業所数は表 2 の通りであり、介護予防サービス事業所数が 117,682、地域密着型介護予防サービス事業所数が 19,229、介護支援事業所数(地域包括支援センター)が 4,539、居宅サービス事業所数が 114,315、地域密着サービス事業所数が 22,391、居宅事業所数が 37,540 ある。

その内訳を見ると介護予防訪問入浴介護、訪問入浴介護、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護の減少は見られるものの、在宅介護事業所全体では増加傾向にある。介護保険施設数は、介護老人福祉施設数が 6,754、介護老人福祉施設数が 3,993、介護療養型医療施設数が 1,647 あるが、介護療養型医療施設の縮小に伴い介護老人福祉施設が増加傾向にある。

介護保険事業状況は、厚生労働省(2015)「介護保険事業状況報告」(平成 27 年 4 月)により介護保険事業状況を見ていくと、介護保険第 1 号被保険者数 3,308 万人、要介護(要支援)認定者数 607.7 万人(男性 187.5 万人、女性 420.3 万人)、第 1 号被保険者に対する介護認定数割合 17.9%となっている。

サービス受給者の内訳は、居宅(介護予防)サービス受給者数 377.7 万人、地域密着サービス受給者数 39.2 万人、施設サービス受給者数 89.6 万人(介護老人福祉施設 49.3 万人、介護老人保健施設 34.8 万人、介護療養型医療施設 6.3 万人)となっている。介護保険給付費総額は約 7,089 億円給付され、居宅(介護予防)サービス費 3,666 億円、地域密着型(介護予防)サービス費 761 億円、施設サービス 2,196 億円、高額介護(介護予防)サービス費 149 億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費 55 億円、特定入所者サービス費 261 億円となっている。

表 2 : 介護保険施設数と在宅介護事業所数

	平成 24 年 (2012)	平成 25 年 (2013)	対前年	
			増加数	増加率 (%)
介護予防サービス事業所				
介護予防訪問介護	30,269	31,908	1,639	5.4
介護予防訪問入浴介護	2,195	2,146	△49	△2.2
介護予防訪問看護ステーション	6,457	6,981	524	8.1
介護予防通所介護	32,432	36,097	3,665	11.3
介護予防通所リハビリテーション	6,700	6,832	132	2.0
介護予防短期入所生活介護	8,600	9,060	460	5.3
介護予防短期入所療養介護	5,337	5,199	△138	△2.6
介護予防特定施設入居者生活介護	3,710	3,930	220	5.9
介護予防福祉用具貸与	7,479	7,671	192	2.6
特定介護予防福祉用具販売	7,697	7,858	161	2.1
地域密着型介護予防サービス事業所				
介護予防認知症対応型通所介護	3,854	3,857	3	0.1
介護予防小規模多機能型居宅介護	3,337	3,670	333	10.0
介護予防認知症型共同生活介護	11,445	11,702	257	2.23
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	4,430	4,539	109	2.5
居宅サービス事業所				
訪問介護	31,075	32,761	1,686	5.4
訪問入浴介護	2,410	2,344	△66	△2.7
訪問看護ステーション	6,590	7,153	563	8.5
通所介護	34,107	38,127	4,020	11.8
通所リハビリテーション	7,023	7,047	24	0.3
短期入所生活介護	8,980	9,445	465	5.2
短期入所療養介護	5,490	5,377	△113	△2.1
特定施設入居者生活介護	3,941	4,197	256	6.5
福祉用具貸与	7,644	7,864	220	2.9
地域密着型サービス事業所				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	76	281	205	269.7
夜間対応型訪問介護	188	196	8	4.3
認知症対応型通所介護	4,158	4,193	35	0.8
小規模多機能型居宅介護	3,885	4,230	345	8.9
認知症対応型共同生活介護	11,729	12,048	319	2.7
地域密着型特定施設入居生活介護	238	263	25	10.5
複合型サービス	15	74	59	393.3
地域密着型介護老人福祉施設	954	1,106	152	15.9
居宅介護支援事業所	35,885	37,540	1,655	4.6
介護保険施設				
介護老人福祉施設	6,590	6,574	164	2.5
介護老人保健施設	3,931	3,993	62	1.6
介護療養型医療施設	1,759	1,647	△112	△6.4

出所：厚生労働省 平成 25 年介護サービス施設・事業所調査より筆者作成

3. 社会福祉法人制度改革と介護事業経営状況

3-1. 社会福祉法人制度改革

平成 27 年 2 月 12 日「社会保障審議会福祉部会報告～社会福祉法人制度改革について～」が発表された。社会福祉法人は旧民法第 34 条の公益法人の特別法人として制度化されて以降、国からの措置事業を担う公共的性格を持つ法人として機能し、戦後の日本の社会福祉の発展に寄与してきた。

高度成長期以降の日本社会における少子高齢化や核家族化で地域社会は変化し、多様化する福祉ニーズに対応するため平成 12 年に介護保険法及び社会福祉法が成立され、介護サービスは措置から契約へと大きく変貌し、在宅系サービスにおいては、第 2 種社会福祉事業として営利法人や NPO 法人が参入可能となった。

平成 26 年に閣議決定された規制改革実施計画において社会福祉法人制度改革が求められ、平成 26 年 7 月厚生労働省の「社会福祉法人の在り方に関する検討会」により地域活動の推進・組織体制の強化・運営の透明性についてまとめられ、平成 26 年 8 月「社会保障審議会福祉部会」により社会福祉法人制度改革についての報告書が提出された。

この制度改革の基本的な見直しポイントは、

1. 「公共性・非営利性の徹底」 平成 18 年に一般社団・財団法人と公益認定が課せられる公益社団・財団法人に区分する公益法人改革がおこなわれた。

公益法人の特別法人として制度化された社会福祉法人が、福祉ニーズが多様化・複雑化する中、公共性の高い社会福祉事業を主たる事業とする法人として、公益財団法人等と同等以上の公共性と非営利性を備えた法人運営を確保していかなければならない。

2. 「国民に対する説明責任」 一部の社会福祉法人による不適正な運営により、社会福祉法人の存在意義が問われており、経営組織の強化・運営の透明性・財務規律の確立を図ることで、社会福祉法人のあるべき姿について、国民に対し説明責任を果たす。
3. 「地域社会への貢献」 地域社会とともに地域福祉を支える使命を担い、他の事業体では対応することができない福祉ニーズの提供を行う。

報告書の具体的な内容として、

- ① 「経営組織の在り方の見直し」 理事・監事等の権限・義務・責任等の法律上明記、評議員会の必置と議決機関化、一定規模以上の法人への会計監査人の設置義務などを行う。
- ② 「運営の透明性の確保」 閲覧対象書類の拡大と閲覧請求者の国民一般への拡

大、財務諸表、現況報告書、役員報酬基準、区分別役員報酬の総額、親族などの取引内容のインターネットによる公表の義務化などを行う。

- ③ 「適正かつ公正な支出管理」 役員報酬支給基準の作成と公表の義務化、関係者への特別の利益供与の禁止、開示対象となる関連当事者の範囲や取引額の拡大などを行う。
- ④ 「地域における公益的な取り組みの責務」 日常生活、社会生活上の支援を必要とする者に対する無料又は低額料金での福祉サービスを提供することを責務として位置付ける。
- ⑤ 「内部保留の明確化と福祉サービスへの再投下」 内部保留のうち事業継承に必要な財産を控除し、再投下可能な財産額がある場合に福祉サービスへの計画的な再投下計画作成の義務化、再投下計画については地域協議会による福祉ニーズの反映、公認会計士等のチェック、所轄庁の承認などを行う。
- ⑥ 「行政の役割と関与の在り方」 勧告、公表に係る指導監督権限規定の整備、会計に係る制度の監督や再投下計画の承認などの際に公認会計士等の専門家を積極的に活用、都道府県の管内の市町村による指導監督を支援する役割、国の制度の適正な運用の役割などを行う。
- ⑦ 「退職手当共済制度の見直し」 退職手当支給水準を職員の定着に資する長期加入に配慮したものにするのが適当であり、合算制度や公費助成の見直しなどを行う。

が提言された。

3-2. 社会福祉法人も含めた介護事業経営実態

社会福祉法人も含めた介護事業の経営実態を、厚生労働省(2015)「平成26年介護事業経営実態調査」により検証する。

対象は、多くの社会福祉法人が運営を行う介護老人福祉施設の施設サービス、訪問介護、夜間対応型訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスの在宅サービスとする。そして、それぞれの経営実態を表3～10に示す。

(1) 介護老人福祉施設の経営実態

介護老人福祉施設とは、要介護認定3以上の高齢者が自宅で生活することや家族による在宅介護が困難な場合に入所ができる施設サービスである。施設形態は、1つの居室に複数のベッドを設置して利用する「多床室型」、1つの居室のベッドを1台にして

1室を利用する「従来型個室」、多床室を分割して個室に改装し10人1ユニットとして利用する「ユニット型準個室」、1つの居室に1ベッドを設置し10人1ユニットとして利用する「ユニット型個室」に分けられる。

介護老人福祉施設の事業収入(表3参照)は、平成20年25,059千円、平成23年26,573千円、平成26年26,599千円と上昇しているが、これは多床室からユニット型へ移行したことによる報酬単価の上昇と介護職員処遇改善交付金加算(平成26年度は介護料収入に含む)によるものである。給与費が平成20年から平成26年にかけて大きく変動が無いことから、介護職員に対しての処遇改善は十分でない可能性がある。

EBITDA(表3の差引③+減価償却費)によって財務実態を分析した結果、平成20年3,245千円(収入対比12.9%)、平成23年4,878千円(収入対比18.4%)、平成26年4,235千円(収入対比16.0%)となっており、安定した資金留保がおこなわれていることが示された。

表3：介護老人福祉施設の経営実態

		平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	20,741	82.8%	22,870	86.1%	21,816	82.0%
	(2) 保険外の利用料	3,983	15.9%	2,871	10.8%	4,470	16.8%
	(3) 補助金収入	239	0.9%	260	1.0%	260	1.0%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	871	3.5%	1,001	3.8%	846	3.2%
	(5) 介護報酬査定減	-2	-	-2	-	-9	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-	-	486	1.8%	-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	15,237	60.8%	15,271	57.5%	15,320	57.6%
	(2) 減価償却費	2,386	9.5%	2,412	9.1%	1,934	7.3%
	(3) その他	7,366	29.4%	7,079	26.6%	7,517	28.3%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	98	0.4%	88	0.3%	62	0.2%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	81	0.3%	192	0.7%	178	0.7%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	1	-	154	0.6%	195	0.7%
総収益	(1) = I - I(4) + III	25,059	100.0%	26,573	100.0%	26,599	100.0%
総費用	② = II + IV + V - I(4)	24,199	96.6%	24,107	90.7%	24,298	91.3%
差引	③ = ① - ②	859	3.4%	2,466	9.3%	2,301	8.7%
	法人税等	-	-	-	-	-	-
法人税差引	④ = ③ - 法人税等	-	-	-	-	2,301	8.7%
サンプル施設数		174		655		1051	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成26年介護事業経営実態調査より筆者作成

(2) 訪問介護の経営実態

訪問介護とは、利用者が自宅で自立した生活が送れるように訪問介護員が利用者を訪問し、身体介護や生活支援を行う在宅サービスである。

訪問介護の事業収入（表4参照）は、平成20年2,528千円、平成23年2,881千円、平成26年2,490千円と年度ごとに差異が見られ、給与費も同様に変動している。

EBITDAによって財務実態を分析した結果からは、平成20年55千円（収入対比2.2%）、平成23年177千円（収入対比6.2%）、平成26年218千円（収入対比8.7%）と、資金留保の伸び率は、改善がみられるものの、単体で事業投資することは厳しい状況と考えられる。

訪問介護は、一般的に小規模で経営している事業所が多く、報酬改定による単価減やヘルパー不足といった今日的な課題があることから、すでに、倒産や合併など経営状況が悪い事業体といえる。

表4：訪問介護の経営実態

		平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	2,524	99.8%	2,721	94.4%	2,445	98.2%
	(2) 保険外の利用料	2	0.1%	65	2.3%	38	1.5%
	(3) 補助金収入	2	0.1%	4	0.1%	5	0.2%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	2	0.1%	2	0.1%	2	0.1%
	(5) 介護報酬査定減	-1	-	-1	-	-1	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-	-	85	3.0%	-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,060	81.5%	2,216	76.9%	1,834	73.7%
	(2) 減価償却費	38	1.5%	31	1.1%	33	1.3%
	(3) その他	401	15.9%	432	15.0%	381	15.3%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	1	0.1%	7	0.2%	3	0.1%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	10	0.3%	6	0.2%	6	0.2%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	4	0.2%	52	1.8%	52	2.2%
総収益	(1) = I - I (4) + III	2,528	100.0%	2,881	100.0%	2,490	100.0%
総費用	② = II + IV + V - I (4)	2,511	99.3%	2,735	94.9%	2,305	92.6%
差引	③ = ① - ②	17	0.7%	146	5.1%	185	7.4%
	法人税等	-	-	-	-	15	0.6%
	法人税差引 ④ = ③ - 法人税等	-	-	-	-	170	6.8%
サンプル施設数		1,730		1,502		2,569	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成26年介護事業経営実態調査より筆者作成

(3) 夜間対応型訪問介護の経営実態

夜間対応型訪問介護とは、利用者が自宅で自立した日常生活を24時間安心して送ることができるように、夜間帯に訪問介護員が身体介護を行う在宅サービスで、定期的に訪問し排泄介助や安否確認を行う「定期巡回」と自宅での急な介助や救急車の手配などを行う「随時対応」の2種類のサービスがある。

夜間対応型訪問介護の事業収入（表5参照）は、平成23年2,330千円、平成26年1,973千円と下降している。訪問介護と同様に、給与費の割合が平成23年度75.8%、平成26年度83.0%と高めに推移している。

EBITDAによって財務実態をみると、平成23年184千円（収入対比7.9%）、平成26年101千円（収入対比5.1%）と下降傾向がみてとれる。

これは、利用者の夜間でのニーズが低いいため、サービス提供は安定せず、事業としては成立していない事業体が多いことを示している。

表5：夜間対応型訪問介護の経営実態

		平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	-		1,886	80.9%	1,967	99.7%
	(2) 保険外の利用料	-		397	17.1%	6	0.2%
	(3) 補助金収入	-		2	0.1%	1	0.1%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	-		14	0.6%	7	0.4%
	(5) 介護報酬査定減	-		0	-	-1	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-		45	1.9%	-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	-	-	1,765	75.8%	1,637	83.0%
	(2) 減価償却費	-	-	76	3.3%	26	1.3%
	(3) その他	-	-	376	16.1%	238	12.1%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	-		0	-	-	-
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	-		2	0.1%	-	-
V 特別損失	(1) 本部費繰入	-		17	0.7%	5	0.2%
総収益	(1) = I - I (4) + III	-		2,330	100.0%	1,973	100.0%
総費用	(2) = II + IV + V - I (4)	-		2,222	95.4%	1,899	96.2%
差引	(3) = (1) - (2)	-		108	4.6%	75	3.8%
	法人税等	-	-	-	-	4	0.2%
法人税差引	(4) = (3) - 法人税等	-	-	-	-	70	3.5%
サンプル施設数		-		26		30	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成26年介護事業経営実態調査より筆者作成

(4) 通所介護の経営実態

通所介護とは、利用者が通所介護の施設に通い、食事・入浴などの生活支援や生活機能・口腔機能向上のための機能訓練などを日帰りで提供を受けられる在宅サービスである。

通所介護の事業収入（表 6 参照）は、平成 20 年 4,135 千円、平成 23 年 4,492 千円、平成 26 年 4,466 千円と介護職員処遇加算を差し引いても大きな変動は示されていないかった。

EBITDA による財務実態を検討した結果、平成 20 年 531 千円（収入対比 12.8%）、平成 23 年 754 千円（収入対比 16.8%）平成 26 年 654 千円（収入対比 14.7%）と、比較的、安定している。

ただし、平成 27 年以降は、小規模通所介護の介護報酬単価の減額が予想されるため、規模の小さい事業所運営は厳しくなることが予想される。

表 6：通所介護の経営実態

		平成 20 年調査		平成 23 年調査		平成 26 年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	3,840	92.9%	4,140	92.2%	4,177	93.5%
	(2) 保険外の利用料	268	6.5%	258	5.7%	272	6.0%
	(3) 補助金収入	19	0.5%	17	0.4%	16	0.4%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	46	1.1%	60	1.3%	39	0.9%
	(5) 介護報酬査定減	0	-	-1	-	-3	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-	-	65	1.4%	-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,509	60.7%	2,486	55.3%	2,490	55.8%
	(2) 減価償却費	229	5.5%	235	5.2%	182	4.1%
	(3) その他	1,099	26.6%	1,205	26.8%	1,248	27.9%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	8	0.1%	13	0.3%	4	0.1%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	34	0.8%	23	0.5%	18	0.4%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	8	0.2%	84	1.9%	95	2.1%
総収益	(1) = I - I (4) + III	4,135	100.0%	4,492	100.0%	4,466	100.0%
総費用	(2) = II + IV + V - I (4)	3,833	92.7%	3,973	88.4%	3,994	89.4%
差引	(3) = (1) - (2)	302	7.3%	519	11.6%	472	10.6%
	法人税等	-	-	-	-	20	0.4%
法人税差引	(4) = (3) - 法人税等	-	-	-	-	452	10.1%
サンプル施設数		828		1,822		3,235	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成 26 年介護事業経営実態調査より筆者作成

(5) 短期入所生活介護の経営実態

短期入所生活介護とは、自宅で自立した生活が送られるように、心身機能回復と家族の介護負担軽減を行うもので、短期間の入所を受け入れ日常生活支援や機能訓練を行う在宅サービスである

短期入所生活介護の事業収入(表7参照)は、平成20年4,156千円、平成23年5,393千円、平成26年4,840千円と改定毎の変動が激しい。しかし、通所介護同様に安定した収入が確保されている。

EBITDAによって財務実態を検討した結果からは、平成20年633千円(収入対比15.3%)、平成23年798千円(収入対比14.8%)平成26年654千円(収入対比13.6%)と、通所介護同様に安定した経営状況であることが示されていた。

平成23年頃からは、ユニット型施設が増えてきたこともあり、在宅サービスであるものの施設サービス並みの安定した資金留保がおこなわれていることが明らかである。

表7：短期入所生活介護の経営実態

		平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	3,430	82.5%	4,549	84.4%	3,994	82.5%
	(2) 保険外の利用料	658	15.8%	712	13.2%	826	17.1%
	(3) 補助金収入	57	1.4%	27	0.5%	14	0.3%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	145	3.5%	125	2.3%	97	2.0%
	(5) 介護報酬査定減	0	-	0	-	-1	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-	-	90	1.7%	-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,461	59.2%	3,101	57.5%	2,863	59.2%
	(2) 減価償却費	343	8.3%	496	9.2%	303	6.3%
	(3) その他	1,169	28.1%	1,539	28.5%	1,351	27.9%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	11	0.3%	15	0.2%	7	0.1%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	32	0.8%	50	0.9%	27	0.5%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	6	0.1%	30	0.6%	42	0.8%
総収益	(1) = I - I (4) + III	4,156	100.0%	5,393	100.0%	4,840	100.0%
総費用	(2) = II + IV + V - I (4)	3,866	93.0%	5,091	94.4%	4,489	92.7%
差引	(3) = (1) - (2)	290	7.0%	302	5.6%	351	7.3%
	法人税等	-	-	-	-	4	0.1%
法人税差引	(4) = (3) - 法人税等	-	-	-	-	347	7.2%
サンプル施設数		330		259		541	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成26年介護事業経営実態調査より筆者作成

(6)小規模多機能型居宅介護の経営実態

小規模多機能型居宅介護とは、通い・宿泊・訪問を組み合わせた在宅サービスである。

小規模多機能型居宅介護の事業収入（表 8 参照）は、平成 20 年 3,215 千円、平成 23 年 4,362 千円、平成 26 年 4,969 千円と年々上昇傾向にある。

EBITDA によって財務実態を分析した結果からは、平成 20 年△76 千円（収入対比△2.4%）、平成 23 年 470 千円（収入対比 10.8%）平成 26 年 518 千円（収入対比 10.5%）と平成 23 年以降は、かなり安定してきている。創設時は、管理運営の難しさと、月額報酬で一定した収入はあるものの、要介護度の高い利用者への対応を実施することができなかつたために、多くの事業所が、閉鎖・倒産に追い込まれていった。このため、平成 20 年の収支差額は△257 千円である。その後、開設時の報酬加算や人員緩和などの報酬改定がなされたことも影響し、平成 23 年からは、短期入所介護にはとどかないものの、安定した経営ができる基盤ができつつあると予想される。

表 8：小規模多機能型居宅介護の経営実態

		平成 20 年調査		平成 23 年調査		平成 26 年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	2,828	88.0%	3,649	83.7%	4,326	87.1%
	(2) 保険外の利用料	384	11.9%	566	13.0%	627	12.6%
	(3) 補助金収入	3	0.1%	13	0.3%	12	0.2%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	2	0.1%	8	0.2%	34	0.7%
	(5) 介護報酬査定減	-1	-	-3	-	-3	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-	-	116	2.6%	-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,338	72.7%	2,778	63.7%	3,151	63.4%
	(2) 減価償却費	181	5.6%	212	4.9%	217	4.4%
	(3) その他	907	28.2%	1,024	23.5%	1,201	24.2%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	1	-	21	0.4%	7	0.1%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	35	1.1%	35	0.8%	37	0.8%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	13	0.5%	63	1.4%	96	1.8%
総収益	(1) = I - I (4) + III	3,215	100.0%	4,362	100.0%	4,969	100.0%
総費用	② = II + IV + V - I (4)	3,472	108.0%	4,104	94.1%	4,668	93.9%
差引	③ = ① - ②	-257	-8.0%	258	5.9%	301	6.1%
	法人税等	-	-	-	-	16	0.3%
	法人税差引 ④ = ③ - 法人税等	-	-	-	-	284	5.7%
	サンプル施設数	160		482		754	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成 26 年介護事業経営実態調査より筆者作成

(7) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の経営実態

定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、24時間365日必要なサービスを必要な時に、介護と看護を一体的に提供する在宅サービスである。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業収入（表9参照）は、平成26年3,139千円、収支差額29千円と事業運営は難しい状況が示された。

EBITDAによって財務実態を検討したところ、平成26年79千円（2.5%）と、今後イニシャルコストを回収していけるのかが課題であり、経営のあり方の検討が必要な状況と言える。

このサービスは夜間対応型訪問介護同様、自宅にて臨機応変に看護・介護ができるサービスとして定期巡回・随時対応型訪問介護看護ができ、ニーズはあることが予想されるものの、現状の介護報酬の単価設定と現場の提供体制とは乖離があり、単独での事業運営は難しい状態となっている。

表9：定期巡回・随時対応型訪問介護看護の経営実態

		平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	-		-		3,008	95.8%
	(2) 保険外の利用料	-		-		120	3.8%
	(3) 補助金収入	-		-		8	0.3%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	-		-		6	0.2%
	(5) 介護報酬査定減	-		-		0	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-		-		-	-
II 介護事業費用	(1) 給与費	-		-		2,686	85.6%
	(2) 減価償却費	-		-		50	1.6%
	(3) その他	-		-		306	9.8%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	-		-		3	0.1%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	-		-		10	0.3%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	-		-		64	2.0%
総収益	(1) = I - I (4) + III	-		-		3,139	100.0%
総費用	(2) = II + IV + V - I (4)	-		-		3,110	99.1%
差引	(3) = (1) - (2)	-		-		29	0.9%
	法人税等	-	-	-	-	3	0.1%
法人税差引	(4) = (3) - 法人税等	-	-	-	-	26	0.8%
サンプル施設数		-		-		100	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成26年介護事業経営実態調査より筆者作成

(8) 複合型サービスの経営実態

複合型サービスの事業収入（表 10 参照）は、平成 26 年 5,147 千円、収支差額△28 千円と事業運営は厳しい状況にある。

EBITDA によって財務実態を検討した結果からは、平成 26 年 231 千円（4.5%）と、単体で事業経営の出来る資金留保が課題と示された。

現段階では、創設して間もないために収支が安定せず、赤字運営となっているものと推測されるが、平成 27 年度からは「看護小規模多機能居宅介護」として人員基準の緩和などを含めた介護報酬改定の影響がでるものと予想され、小規模多機能型居宅介護事業所や地域連携を模索する医療・看護分野からの参入がなされるだろう。平成 27 年以降は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の件数も増加していくと推測されるが、この事業体をどのように地域に配置するかは、地域包括ケアシステムの構築にあたって重要となる可能性がある。

表 10：複合型サービスの経営実態

		平成 20 年調査		平成 23 年調査		平成 26 年調査	
		千円/月	割合	千円/月	割合	千円/月	割合
I 介護事業収益	(1) 介護料収入	-		-		4,610	89.6%
	(2) 保険外の利用料	-		-		446	8.7%
	(3) 補助金収入	-		-		-	
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	-		-		7	0.1%
	(5) 介護報酬査定減	-		-		-	
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-		-		-	
II 介護事業費用	(1) 給与費	-		-		3,694	71.8%
	(2) 減価償却費	-		-		259	5.0%
	(3) その他	-		-		1,161	22.6%
III 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	-		-		91	1.7%
IV 介護事業外費用	(1) 借入金利息	-		-		33	0.6%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	-		-		35	0.6%
総収益	(1) = I - I (4) + III	-		-		5,147	100.0%
総費用	(2) = II + IV + V - I (4)	-		-		5,175	100.5%
差引	(3) = (1) - (2)	-		-		-28	-0.5%
	法人税等	-	-	-	-	12	0.2%
法人税差引	(4) = (3) - 法人税等	-	-	-	-	-40	-0.8%
サンプル施設数		-		-		42	

※比率は総収益に対する割合

出所：厚生労働省 平成 26 年介護事業経営実態調査より筆者作成

以上の(1)～(8)までの各介護事業を EBITDA によって財務実態を検討した結果をまとめる次のようになる。(表 11 参照)

表 11：(1)～(8)までの介護事業の財務実態の分析表

	現状の財務実態	財務実態から見た将来性
介護老人福祉施設	○ 良い	○ 引き続き安定
訪問介護	× 悪い	△ 単独での事業運営は厳しい
夜間対応型訪問介護	× 悪い	△ 単独での事業運営は厳しい
通所介護	○ 良い	△ 小規模事業所は厳しくなる
短期入所生活介護	○ 良い	○ 引き続き安定
小規模多機能型居宅介護	○ 良い	○ 引き続き安定
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	× 悪い	△ 単独での事業運営は厳しい
複合型サービス	× 悪い	○ 27年度以降見直しがなされる

介護老人福祉施設、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護においては、介護報酬単価の変動はこれからも生じてくると予想するが、EBITDA から長期的な資金留保がなされている財務状態が見受けられるので、引き続き安定した運営がなされていくであろう。

訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスにおいては、EBITDA から見て、単独での事業経営には課題が残るが、地域密着型サービスとして、これから在宅介護においてそれぞれが必要とされる事業体であるので、小規模多機能型居宅介護のように将来的には単価の見直しがなされるものと予想される。

4. 地域包括ケアシステムの構築と推進

4-1. 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制」と定義され、サービス利用者が日常生活する圏域に、保健師や介護支援専門員などが、約 30 分程度で利用者まで駆けつける事が出来る範囲の中学校圏域に、居宅介護予防支援事業所である地域包括支援センターを設置し、そのセンターを中核機能として位置づけ、地域のコミュニティ・ケアを推進していくというものである。

地域包括ケアシステムを推進していくためには、以下の 2 つの点を一体化して進めていくことが必要である。

- ①地域包括支援センターにおいて、医療・介護の専門職や自治会・民生委員などの地域支援者による個別事例の検討を行い、地域ネットワークの構築、ケアマネジメント支援、地域課題を推進する
- ②高齢者のニーズを満たす高質で多様な社会資源の量的確保、すなわち、高齢者みずからセルフケアを行う「自助」、住民組織やボランティア活動などのインフォーマル組織の育成とサポートを行う「互助」、医療保険や介護保険などの社会保険制度やその社会保険サービスなどを提供する「共助」、国の一般財源による高齢者福祉事業や生活保護など公的機関との協働による「公助」、の 4 項目をバランス良く確保する。

4-2. 医療介護総合確保推進法

医療介護総合確保推進法は、「持続的な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備を行う」ことを趣旨として、平成 26 年 6 月に成立された。

この法律の概要は、

(1)「新たな基金の創設と医療・介護の連携強化」 都道府県事業計画に掲載した医療・介護の事業のための消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を設置し、医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定する。

(2)「地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保」 医療機関が都道府県知事に病床の機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）などを報告し、都道府県はそれをもとに地域医療構想（地域医療ビジョン）策定する。各都道府県はこれに沿って医療機関に病床機能転換や削減や増床の有無の要請・勧告し、従わない場合は補助金の交付を行わないなどのペナルティを課していく。また医師確保支援を行うため地域医療支援センターの機能を法律に位置づける。

(3)「地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化」 在宅医療・介護連携の推進のため、介護予防事業・包括的支援事業・任意事業などの地域支援事業の充実を行い、全国一律の予防給付を介護保険財源で自治体が行きとる地域支援事業に移行し、各都道府県で独自性を持った様々な事業を行う。また特別養護老人ホームについては

在宅生活が困難な要介護 3 以上の要介護者を入所させていくよう厳格化させ、介護サービス給付においては、低所得者の介護保険料軽減を拡充させ、一定以上の所得のある利用者の自己負担を 1 割から 2 割に引き上げる。特養等の介護入所者の食費・居住費の低所得者に対する補助である補足給付要件の資産などを追加させる。

(4)「その他」 診療の補助のうち、経口、経鼻気管挿管の実施など 41 行為などの特定行為を明確化し、それを行う看護師の研修制度の新設や医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ、医療法人の社団と財団の合併、持ち分なし医療法人への移行促進策を措置、介護人材確保対策の検討などが盛り込まれた。

4-3. 医療介護総合確保推進法に至るまでの背景

医療介護総合確保推進法の成立に至るまでの医療・介護における現状と課題について、以下の 3 つの背景がある。

1. 消費税に伴う医療・介護の連携整備を掲げているが、これは、日本の 75 歳以上の高齢者人口増大に対応するために、医療介護の社会保障一本化に向けての足がかりであると考えられる。2025 年に向けた医療提供体制の改革により、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の各病院は、入院医療に特化し、外来医療は地域の病院又は診療所が担い、在宅介護は地域の病院との連携による在宅サービスや生活支援を、独居で重度の要介護者に対する長期に渡る介護については老人介護福祉施設や老人保健施設などの施設サービスを提供することで地域医療介護の棲み分けを明確化し、医療介護の連携の強化による地域包括ケアシステムを構築させ、世代人口が最も多い団塊の世代が後期高齢者になる前のこの 10 年の間に医療介護総合確保推進法により連携を加速させるためである。

2. 高度急性期病院・急性期病院・回復期病院・慢性期病院の細分化とリハビリ病床への転換促進や地域医療支援センターによる都道府県による医師確保の研修プログラムの取り組み、看護師等人材確保推進法によるナースセンターへの登録充実などについては、都市部に偏在する医師を分散させ、地域医療への人材確保がスムーズにおこなえるようにすることを目的としたものである。またチーム医療推進に関しては、特定行為に係る看護師の研修制度や診療放射線技師による業務範囲の見直しや歯科衛生士の口腔ケア緩和など、現実問題として解消しきれていないへき地医療での医師不足対応と在宅医療推進のために行うスキームである。

3. 医療法人の社団及び財団の合併に関しては、財政の安定した事業経営がなされている法人との合併により、効率的に医療サービスの提供をおこなっていくことで、問

題のある法人の一掃と非営利ホールディングカンパニー型法人制度に向けての足掛かりになっていくものとなる。また、内部留保問題が取り沙汰されている社会福祉法人とのホールディング化による介護と医療の連携強化で、医療法人の財政面の安定化を企図した法案でもある。

4-4. 地域包括ケアシステム推進に向けた介護報酬改定の概要

平成 27 年度介護報酬改定では、高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを進めるという方針のもと、以下の 3 つのポイントが示された。

1. 「中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化」

これは、①中重度の要介護等を支援するための重点的な対応を行う。具体的には地域で 24 時間 365 日在宅生活を支援するために、「短時間・一日複数回訪問」や「通う・訪問・泊まり」といったサービスを一体的に包括する看護小規模多機能型居宅介護の新設や人員基準等の緩和、介護老人施設におけるリハビリテーション専門職の配置などがある、②活動参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進。具体的には座る・立つ・歩くなどの機能回復訓練を行うことで心身機能へのアプローチを行い、食事・排泄入浴や掃除・洗濯・料理などを意欲的におこなえるように ADL・IADL 向上へ働きかける活動へのアプローチを行い、地域の中で役割創りを支援する役割の創出、社会参加の実現を支援する参加へのアプローチを行う。

また、リハビリテーションマネジメントを強化し高齢者が地域参加できるように医師や地域のサービス提供者や介護支援専門員への情報提供をおこなっていく③看取り期における対応の充実を行う。具体的には本人・家族とサービス事業者・看護職・医師などと十分な意思疎通を推進しながら利用者本人にとって尊厳あるターミナルケアの実現をおこなっていく、④口腔・栄養管理に係る取組の充実、具体的には施設等入所者が食事の経口摂取が困難になっても自分の口から食べる楽しみを得られるように、医師・看護師・介護支援専門員・歯科医・管理栄養士などの多職種による支援をおこなっていく。

2. 「介護人材確保対策の推進」

これは、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取り組みをおこなっていくために、介護職員の賃金体系の整備や内部研修の実施や外部研修の参加を行うキャリアパス要件や介護職員の賃金改善以外の処遇改善の取り組みがなされ

ているか検証する定量的要件などの介護職員処遇改善加算を新設する。

3. 「サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築」

これについては、①サービス評価の適正化、具体的には監査時に各サービスの運営実態も勘案していく②集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し、具体的には、訪問系サービス・定期巡回随時対応型訪問介護など同一建物に居住する利用者の介護報酬の減算や小規模多機能居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護への基本報酬改定③送迎が実施されない場合の評価の見直し、具体的には通所介護や通所リハビリテーション等において送迎を実施していない場合は報酬減算するなどの改定がなされた。

5. 社会福祉法人が行うべき地域包括ケアシステム確立への戦略

5-1. 社会福祉法人の PEST 分析とビジョンの明確化

介護施設を運営する社会福祉法人の現状と課題を PEST 分析で表すと次のようになる。

Political (政治的要因) : 介護報酬改定により、医療・介護の地域連携が明文化され、平成 26 年 6 月 18 日に成立された医療介護総合推進法による医療法人の介護事業参入がさらに加速していくと予想される。医療分野においては医師会のように古くから行政や政界との深い連携がとれ、そこからもたらせる政策情報にいち早く対応できる環境があるが、同族性が強く、学閥・派閥をもたない社会福祉法人が所属する様々な協議会には、政治的主導者が存在せず、ステークホルダーに対しての強固な連携体制が整っていない現状がある。

Economic (経済的要因) : 社会福祉法人は税制優遇があり、比較的景気に左右されないものの、国からの助成金も年々減少している現状がある。収入は行政指導により自由に価格を決めることができず、また、消費税の増税や労働集約産業であるための人件費増などさまざまな要因でコスト負担を強いられている状況にある。

Social (社会的要因) : 医療介護総合推進法により公益性の高い社会福祉法人は、より一層の社会福祉活動が求められ、地域包括ケアシステムを構築し、これを推進していかなければ存続が危ぶまれる状態にある。

Technological (技術的環境要因) : 介護職員の養成において三大介護の徹底指導を行うなどスキル向上のプロセスはあるが、介護職員の労力負担軽減のため機械的な介護機器導入には、利用者・家族からの抵抗があるため、結果的に旧態依然の人的作業が

中心になっている。

今後、社会福祉法人制度改革に関する報告書をもとに、社会福祉法の改正や国や自治体の福祉施策にも公益性や地域への貢献などが盛り込まれていくことは必至で、同族性が強く閉鎖的な社会福祉法人が、置かれている現状を上記の PEST 分析により客観的に認識し、それぞれの法人が目指すべきビジョンを明確に示していかなければ、高齢者人口がピークを迎える 2025 年までに、社会福祉法人同士の合併吸収や医療法人への吸収合併が加速化されていくものと推測する。

今後、地域包括ケアシステムが推進していく過程で、社会福祉法人に対してより一層の公共性と透明性が求められることになり、社会福祉法人自体のガバナンスの強化も求められることになるだろう。

5-2. 社会福祉法人が取り組むべき地域包括ケアシステムへの戦略

－神戸市 H 会を事例に－

兵庫県神戸市に本部を置く社会福祉法人 H 会では、自法人が運営する地域包括支援センターを中心にさまざまな取り組みをおこなっている。

自立した高齢者または要支援の高齢者に対しての介護予防教室、本人・家族対象の介護相談、病院・自治会・介護支援事業所・地域の病院内のボランティア団体等との地域ケア会議の開催など地域資源との連携をおこなっている。

他事業所の介護支援専門員だけでなく、地元の民生委員からの生活保護受給者相談や他の地域包括支援センターからの独居高齢者相談にも対応できるように、訪問介護 3 か所・通所介護 3 か所・LSA (Life Support Adviser) 1 か所・短期入所生活介護 3 か所・支え合い推進事業 1 か所・高齢者世帯事業 1 か所・介護老人福祉施設 3 か所・小規模多機能型居宅介護 1 か所・居宅支援事業 3 か所・ケアハウス 1 か所など神戸市内で運営する自法人の各事業所で受け入れの態勢をとっている。

またターミナルケアを希望する施設入居者に対しては、嘱託医との連携により 24 時間の医療体制も整えている。地域の夏祭りやバザーや防災・防犯訓練にも積極的に参加し、警察と地域のコンビニエンスストアとの連携により青色パトロールも行う予定で、高齢者の徘徊や青少年犯罪抑止など地元の治安にも協力を行っている。

さらに地元の小学校や中学校に対しては福祉活動授業を行うなど地域コミュニティの連携はできている。

医療との連携推進については、自法人と協力病院契約を行っている病院の地域連携室との間で、地域連絡会議や介護支援専門員間のミーティングを頻繁におこない、高

齢者の退院後の在宅復帰に向けた医療・介護方針を立てている。

しかし、実際には介護側にも医療側にもこれから地域包括ケアシステムを行っていく中で、利用者・患者に対して抱えている多くの問題があり、介護の現場では、介護そのものは生活支援をおこなうものであるが、施設サービスと在宅サービスとの費用負担と提供するサービスに開きがあり、利用者・家族は施設サービスを望む傾向がある。

また、地域の病院でも、診療後の在宅生活まで踏み込めず、主治医も勤務医も訪問診療を行うケースが少なく、在宅での終末期医療を積極的に行う体制が整っていないなどの理由により、地域包括ケアシステムにおける医療・介護の連携は、未だ進んでいない現状がある。

実務者同士では、多くの問題は抱えているものの地域包括ケアシステムに取り組む必要性を認識しているので、これからも各事業所の担当者が、頻繁に地域の医療従事者に双方の問題解決に向けアプローチをかけて連携を深めていくことが必要とされる。

5-3. 社会福祉法人の地域包括ケアシステムへのに向けた経営課題

前述の社会福祉法人 H 会の事例の地域包括ケアシステムの現状分析を踏まえ、社会福祉法人の経営課題を考察する。

老人介護福祉施設は、第一種社会福祉事業(老人福祉法)として社会福祉法人が主体となって運営する施設サービスであり、民間参入が可能な第二種社会福祉事業の短期入所生活介護・通所介護・訪問介護・小規模多機能型居宅介護なども老人介護福祉施設に併設しているケースが多く、これらの事業に関しては安定した事業運営がなされている。

実際に、老人介護福祉施設や在宅サービスや地域密着型サービスなど複合的に介護サービス事業を運営している社会福祉法人H会の事業収入(表12参照)を見ていくと、平成24年132,589千円、平成25年132,440千円、平成26年137,178千円と、安定した収入が確保されている。

EBITDAによって財務状態を検討した結果からみても、平成24年18,019千円(収入対比13.7%)、平成25年16,192千円(収入対比12.2%)、平成26年14,816千円(収入対比10.8%)と安定した経営状況であることわかる。このことから、収益性の低い介護サービスも含めた複合型の介護事業を運営している社会福祉法人が、新規事業の施設整備等のインシヤルコストの支出があるものの、公益事業を運営する場合には法人税等が非課税であるため、資金留保は可能であると考察できる。

表 12：介護老人福祉施設に併設する介護サービスを持つ社会福祉法人H会の経営実態

		平成 24 年度		平成 25 年度		平成 26 年度	
		千円/月	割合	千円/年	割合	千円/年	割合
Ⅰ 介護事業収益	(1) 介護料収入	126,164	95.2%	127,262	96.1%	131,441	95.8%
	(2) 保険外の利用料	4,453	3.4%	3,220	2.4%	4,268	3.1%
	(3) 補助金収入	-	-	-	-	-	-
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	3,461	2.6%	3,378	2.6%	3,037	2.2%
	(5) 介護報酬査定減	-	-	-	-	-	-
	(6) 介護職員処遇改善交付金	-	-	-	-	-	-
Ⅱ 介護事業費用	(1) 給与費	67,487	50.9%	68,581	51.8%	69,015	50.3%
	(2) 減価償却費	10,173	7.7%	10,115	7.6%	10,127	7.4%
	(3) その他	47,617	35.9%	48,505	36.6%	53,655	39.1%
Ⅲ 介護事業外収益	(1) 借入金補助金収入	1,972	1.4%	1,958	1.5%	1,469	1.1%
Ⅳ 介護事業外費用	(1) 借入金利息	2,927	2.2%	2,540	1.9%	2,729	1.9%
V 特別損失	(1) 本部費繰入	-	-	-	-	-	-
総収益	(1) = Ⅰ - Ⅰ (4) + Ⅲ	132,589	100.0%	132,440	100.0%	137,178	100.0%
総費用	② = Ⅱ + Ⅳ + V - Ⅰ (4)	124,743	94.0%	126,363	95.4%	132,489	96.6%
差引	③ = ① - ②	7,846	6.0%	6,077	4.6%	4,689	3.4%
法人税等		-	-	-	-	-	-
法人税差引		-	-	-	-	-	-

※比率は総収益に対する割合

出所：社会福祉法人H会 平成24年度・平成25年度・平成26年度財務諸表より筆者作成

しかし、現実的には、利用者が24時間・365日在宅で安心して介護を受けることができる夜間対応型訪問介護、定期巡回、随時対応型訪問介護看護、複合型サービスに関しては、収益性が不安定な事業体であるため、事業参入が進んでいない現状がある。

厚生労働省(2015)「平成26年介護給付費実態調査の概要」から介護サービス事業所数(表13)を見ても、平成27年4月現在、認知症対応型訪問介護数3,787、小規模多機能型居宅介護数4,728、認知症対応型共同生活介護数12,776、地域密着型介護老人福祉施設サービス数1,764と安定した事業数が確保されつつあるが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護数500、夜間対応型訪問介護数192、複合型サービス数191と平成26年5月～平成27年4月までの1年間の推移を見ても新規の事業参入が見られないことがわかる。

表 13：地域密着型サービス別にみた事業所数の月次推移（平成 26 年 5 月～平成 27 年 4 月）

（単位：事業所）

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	385	402	411	417	431	447	461	471	475	487	491	500
夜間対応型訪問介護	175	178	179	176	185	187	188	189	189	192	191	192
認知症対応型通所介護	3,778	3,778	3,775	3,794	3,805	3,804	3,799	3,798	3,792	3,800	3,795	3,787
小規模多機能型居宅介護	4,444	4,512	4,550	4,585	4,602	4,607	4,618	4,636	4,664	4,681	4,698	4,728
認知症対応型共同生活介護	12,429	12,498	12,538	12,560	12,575	12,597	12,624	12,651	12,683	12,687	12,724	12,776
地域密着型特定施設入居者生活介護	276	276	276	276	276	275	279	278	282	282	283	283
地域密着型介護老人施設サービス	1,555	1,628	1,628	1,678	1,689	1,706	1,713	1,726	1,735	1,739	1,747	1,764
複合型サービス	131	141	141	157	161	164	168	169	171	176	182	191

出所：厚生労働省 平成 26 年介護給付費実態調査の概要より筆者作成

社会福祉法人は、これらの事業への積極的な参入が今後の経営課題であり、この行動によって、今回の社会福祉法人制度改革における「公共性・非営利性の徹底」、「地域社会への貢献」という、地域包括ケアシステムにおけるサービス提供主体としての責任を明確にし、そして「内部留保の明確化と福祉サービスへの再投下」という状況を示すためのデータの開示が必須とされている。これらを達成することが社会に求められていくものと考えられる。

5-4. 地域包括ケアシステムを推進する機能的組織づくりと職員教育

地域連携を行うためには、窓口となる職員の人柄・行動力が重要なポイントとなるため、法人内で体系的に職員教育が行っていかなければならない。

そのためには、社会福祉法人内部を機能的組織に確立させていかなければならないと考える。例えば、経営幹部又は法人が運営する各介護サービス事業所の管理者が主体となって行う研修などで、自法人の持つ経営理念や経営方針を職員たちに浸透させ、未来永劫自法人が存続できるためにはどうすべきかを、ディベートさせていくことで組織内での共通の目的意識が構築されていくと考える。

介護報酬改定などの外的要因に打ち勝つ強い組織を作るために帰属意識を持たせる教育を、各介護事業サービスで運営を任されている事務方職員に対し徹底して行なっていくことでピラミッド型組織が形成される。

しかし、ここで注意すべき点は、現場に携わる介護職員に対しては、自法人の事務レベルまでしっかりと組織形成がなされるまで、この研修は行わないことであろう。入職する介護職員の多くは、自己満足な福祉理念のもと、利用者との関わりを持つ傾向があり、組織に対する帰属意識を現場レベルの段階で芽生えさせていくのは非常に

困難だからである。

例えば、近隣でユニットケア施設や介護事業所が新設されると、今まで関わってきた利用者や所属勤務先を捨て安易に移籍してしまう傾向があり、国の政策として始まった介護職員処遇改善交付金が支給される現在であってもその意識は変わりがなく、支給を受けた直後に入退職を繰り返す者も多く見られる。

運営する法人としては、介護職員の求人に窮するとはいえ、人件費が抑制できるメリットがあり、法人本部は平均離職率を折り込んで人事採用を行っていくことで、現段階では、サービス提供体制にはほとんど影響がないが、組織としてのガバナンスが維持できない社会福祉法人になる可能性がある。

人事戦略としては、毎年行う新規採用において、既卒の介護職員や新卒の福祉系の高校生・大学生採用に加えて、直接福祉事業には関係の無い教育を受けてきた学生を採用する必要があると考えている。

彼らに現場の経験を積ませ、自法人が行うコーチング研修等以外に、経営の目標設定・自組織のポジショニングなど実践的なマーケティング研修を徹底的に行い、介護福祉士資格が取得できる3年をめどに生活相談員などの役職者に抜擢していくことで、強い機能的組織の継続形成が可能になると予想されるからである。

ベテランの介護職員中心に共同化されている介護現場では、組織のピラミッド化は難しく、機能的組織を確立させていくために、雇用時から教育してきた将来の幹部候補生にミッションを与え、介護現場と融合させいくことで、自法人が運営する各介護サービス事業の大きな組織崩壊を防止することにも繋がる。そして、彼らのポジティブな行動が、地域活動の中心となり地域包括ケアシステムが推進されていくと考える。

5-5. 地域住民のニーズと行政の高齢者政策とのマッチング

社会福祉法人が行う地域包括ケアシステムを、地域住民のニーズと行政の高齢者政策にマッチングさせていくためには、法改正や条例改正などをいち早く理解し、臨機応変に事業運営を修正していくことが重要である。

そのためには、国や自治体はもとより、福祉政策情報を持つ国会議員や地方議員に対しても、地域コミュニティで行われる会合などで積極的に交流していかなければならない。いち早く福祉政策や政治動向の情報をキャッチすることで、ピラミッド型に組織化された各介護サービス事業運営スタッフを交え、迅速に今後の対応を協議することで、自法人の組織内の方向性と意思統一を図っていくことができる。

しかし、協議の上進められていくマネジメントが、地域の住民や国の介護政策に照

らし合わせて、最善の介護サービスを提供していく事業スキームでなければならない。特に、地域包括ケアシステムの構築は、これからの地域福祉にとって最重要課題であるが、全国的にどの社会福祉法人も試行錯誤で明確な事業スキームを成し遂げていない現状がある。

システムの構築を推進していく中で、地域住民が本当に望むニーズを把握し、地域資源と医療資源とを融合させていくような integrated care を行っていかなければならないと考える。

そのためには、地域で行われるケア会議やまちづくり協議会での意見交換や連携推進はもとより、国・行政が参加する会合、議員との政治懇親会等のあらゆる会合への参加を積極的に行うことで、それぞれのステークホルダーとの交流の中で様々な情報の提供を直接受け、自法人の運営会議や部門ごとの会議などで、組織内にフィードバックしていかなければならないと考える。

5-6. 地域包括ケアシステムに対応できる事業計画の実行

自法人の事業計画を、運営する各介護サービス事業所単位で確実に実行させていくためには、月単位又は週単位で決められた定例会議などにおいて、各介護サービス事業所の管理者から前月と今月の実績報告と財務管理を報告させ、統括する本部事務担当から報告される財務諸表をベースに、会議に参加している者全員に現状を可視化させていく。

各事業所が抱える問題点やその対応の協議、地域住民と病院・診療所などに設置されている地域連携室との地域包括ケアシステムへ向けての進捗状況、今後の事業展開なども含め、随時、事業計画の検証を行っていかなければならない。

定期的に決められた会議を行うことで、経営陣から運営スタッフまで全員でおこなっているという「全員経営」の意識が芽生え、会議を通して運営スタッフが経営陣に指導教育され、管理者意識が次第に醸成されていくのである。

また業績に応じたインセンティブ賞与の支給を各介護サービス事業所の運営スタッフ全員にも行っていくことで、信賞必罰を意識させることができ、各介護サービス事業所単位での事務スタッフ全員が一丸となって計画実行させていくのである。

ここで注意すべき点は、極度の成果主義はバブル期以降の日本経済の破綻に見られるように日本の国民性には合わないため、事業計画で決められた人件費支出の範囲内で、基本的には年功序列にある程度見合う給与体系を確保しつつインセンティブ制度を導入していかなければならない。記憶に新しい介護事業のトップを走っていた企業

による介護報酬不正請求事件や介護職員への過剰な教育指導による利用者への虐待などの不祥事へ発展してしまい法人の事業存続自体が危ぶまれる結果となってしまうからである。

短期・中期・長期事業計画実行に当たっては、社会福祉法人制度改革に明確化される「内部留保の明確化」「福祉サービスへの計画的な再投下」を視野に入れ、現状できる範囲での営利企業的な発想も取り入れながら地域連携クリティカルパスを実現するため管理者が率先して、地域の病院や団体に呼びかけ地域ケア会議の実現の場も確保していかなければならない。

計画推進スタッフには、これからの社会福祉法人運営は、国に保護されているという希望的観測を改めさせために、トップマネジメントは、異業種交流会や専門職大学院（MBA）への積極的参加ができる環境を作り、地域の医療資源と住民とを連携していく地域包括ケアシステムこそ、自法人が社会福祉法人として生き残っていける方策であると認識させることで、短期・中期・長期事業計画の成功に繋がっていくと考える。

6. 結び

社会福祉法人は今後推進される社会福祉法人制度改革に基づき、よりいっそうのCSR活動と自立した法人経営が求められてくる。

日本社会において社会福祉法人の存在意義が問われる中、多くの社会福祉法人は、明確なビジョンが見いだせず漠然とした問題意識を抱えながら運営を行っている実情がある。

社会福祉法人が、地域包括ケアシステムを確立させていくことは、地域連携という意味合いだけでなく、それに向けた法人組織内部の意思統一と安定した利用者確保による収益性向上にも繋がると考える。

地域包括ケアシステムは、2025年問題を踏まえ、医療・看護・介護との連携による垂直統合と地域の社会的弱者といわれる高齢者を中心とした自治会・NPO法人など地域資源の連携による水平統合を地域社会の中で構築していくことで、integrated careの実現を目指していくものであるが、介護事業を行うすべての社会福祉法人が地域包括ケアシステムの実現に向けてイニシアティブをとることを期待したい。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科小山秀夫教授、筒井孝子

教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授より丁寧かつ熱心なご指導を賜りましたことに感謝の意を表します。

参考文献（引用文献も含む）

- [1] 大橋謙策・白澤政和（2014）『地域包括ケアの実践と展望』、中央法規出版。
- [2] 厚生労働省社会保障審議会福祉部会報告書（2015）『社会福祉法人制度改革について』。
- [3] 堺屋太一（1996）『組織の盛衰』、PHP 研究所。
- [4] 田中滋・栃本一三郎（2011）『介護イノベーション』、第一法規。
- [5] 田中滋・古川俊治（2009）『MBA の医療・介護経営』、医学書院。
- [6] 地域包括ケア研究会（2010）『地域包括ケア研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング。
- [7] 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。
- [8] 西村周三（2013）『地域包括ケアシステム』、慶應義塾大学出版社。
- [9] 深瀬勝範（2007）『社会福祉法人の事業シュミレーションモデル』、中央経済社。
- [10] 杵野暉尚（2012）『介護事業経営成功の条件』、幻冬舎メディアコンサルティング。

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省（2014）平成 26 年度版 厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～。
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14>
(2015 年 8 月 14 日アクセス)
- [2] 厚生労働省（2006）第 1 回介護施設等の在り方委員会 今後の高齢化の進展～2025 年の超高齢化社会像～。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf>
(2015 年 8 月 4 日アクセス)
- [3] 厚生労働省（2015）介護保険事業状況報告（暫定）平成 27 年 4 月分。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyomo/m15/1504.html>
(2015 年 8 月 5 日アクセス)

- [4] 厚生労働省（2013）平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/>
(2015 年 8 月 5 日アクセス)
- [5] 厚生労働省（2015）平成 26 年介護事業経営実態調査の概要。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/littail4/index.html>
(2015 年 8 月 5 日アクセス)
- [6] 厚生労働省（2015）平成 26 年介護給付費実態調査の概況。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/hw/kaigo/kyufu/14/dl/05.pdf>
(2015 年 8 月 25 日アクセス)