

# 地域包括ケアシステムにおける社会医療法人の 役割と経営戦略

藤原 新吾

キーワード：社会医療法人、救急医療、地域包括ケアシステム

## 1. はじめに

近年、わが国の社会構造の変化は著しく、人口構造の変化、疾病構造の変化、医療技術の急激な進歩、医療政策など、医療を取り巻く社会環境は大きく変化している。さらには、医療だけではなく介護、予防そして住まい・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が進められている。

地域包括ケアシステムは、公式に The Integrated Community Care System と英語表記される。この Integrated (=統合) に、この地域包括ケアシステムの真意があると思われる。地域で増加する高齢者に対して、医療と介護の連続的な垣根のない提供のみならず、生涯にわたり、そして生活まで含めた統合されたケアを目指すべきである。

このような背景と認識のもとで、医療・介護・福祉を一体的に捉え、社会医療法人が目指す地域包括ケアシステムの現状とこれからを示し、地域に貢献する事業体のあり方を考えたい。

そこで本稿では、A社会医療法人の現状分析を行い、今後の社会医療法人のあるべき姿について考察を行う。なお、本稿の構成は次のとおりである。まず第2節では、社会医療法人制度の概要から3つの役割について触れ、A社会医療法人の現状と地域包括ケアシステムにおける課題を探っていく。第3節では、社会医療法人全体の経営分析を行い、それと比較させながらA社会医療法人の経営分析を行う。第4節では、経営戦略として、地域コミュニティの再生をあげ、医療・介護・福祉連携複合施設の考案を行う。最後の第5節で、社会医療法人のあるべき姿について、さらには地域包括

ケアシテムにおける地域医療・介護・福祉体制の構築についての提言を述べ結びとする。

## 2. 現状と課題

### 2-1. 社会医療法人の現状

A社会医療法人は、「地域中核病院B」、「循環器血管専門病院C」といった2つの急性期病院を中心に介護老人保健施設（以下老健）、認知症対応グループホームやサービス付き住宅、デイケアや居宅介護支援センター、訪問看護ステーション等を複合的に備えた介護複合施設Dを擁する医療法人である。

設立から半世紀を迎えた「地域中核病院B」は二次救急に対応した下運営を行っている。地域包括病棟や回復期リハビリ病棟を有し、在宅高齢者や法人内外の施設からの急変時の受け入れ先として、この病院を地域包括、地域連携の法人の要と位置づけている。

「循環器血管専門病院C」は、国の挙げる5疾病5事業、循環器・血管急性期医療を担う地域初の循環器・血管専門病院として設立した。兵庫県尼崎市、西宮市、芦屋市などの阪神間で唯一の心臓カテーテル検査から、冠動脈バイパス手術、弁置換手術などの心臓血管外科手術まで、あらゆる循環器・血管疾患に対応可能で、循環器・血管に関連する疾患の予防から検査、診断及び治療・手術（開胸術・開心術）に加え、心臓リハビリテーションを行える病院である。心肺停止状態に至る3次救急にも対応可能な循環器と脳血管疾患に特化した高度急性期病院であり、循環器領域では地域の基幹病院と言える病院へと成長することが出来た。

市内東西に走る阪急、JR、阪神の3つの路線をまたがり南北に並ぶ3つの病院と施設を中心に医療と介護を行っている。恵まれた地域性を背景にコアな医療圏を設定し、医療資源を集中させる運営を行っている。各々の施設と病院には独自性があり互いに補完しあう関係にあり、これらを合わせると、現在の医療と介護の制度上で定められたほぼ全ての機能と施設サービスを提供出来る。

### 2-2. A社会医療法人の医療圏

医療圏である兵庫県西宮市は神戸市から大阪市に至る阪神間と言われる地域で、西宮市の西部から芦屋市そして神戸市東灘区にかかる人口約70万をコアな医療圏と考え

活動を行っている。この地域は常に「住みたい街ランキング」で上位となり、今後も人口増が予測されており、医療需要の拡大も予測される恵まれた地域である。また、75歳以上の年齢別階層割合は増加しており、高齢者への医療・介護需要が高い地域でもある（表1）。

平成7年の阪神淡路大震災において最大激震地であった当地の地震以降の人口増は都市整備の速度を超えており、都市型高齢化の荒波が現在進行形で押し寄せる地域でもある。

このような地域事情の下、地域の医療・介護事情を見定め、必要と考える設備と機能の充実を考え、経営の安定と将来像を念頭に置いた取り組みを行っている。

表1：西宮市・芦屋市・神戸市東灘区人口推計

西宮市人口推計							
男女計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総数	482,640	491,267	492,999	490,412	484,817	476,980	467,007
(再掲)0～14歳	72,190	70,625	65,923	60,688	55,796	53,255	51,829
(再掲)15～64歳	316,618	308,485	306,796	305,522	298,054	281,809	260,238
(再掲)65歳以上	93,832	112,157	120,280	124,202	130,967	141,916	154,940
(再掲)75歳以上	42,731	51,511	61,127	73,557	76,912	77,171	80,944
年齢別割合(0～14歳：%)	15.0	14.4	13.4	12.4	11.5	11.2	11.1
年齢別割合(15～64歳：%)	65.6	62.8	62.2	62.3	61.5	59.1	55.7
年齢別割合(65歳以上：%)	19.4	22.8	24.4	25.3	27.0	29.8	33.2
年齢別割合(75歳以上：%)	8.9	10.5	12.4	15.0	15.9	16.2	17.3

芦屋市人口推計							
男女計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総数	93,238	94,809	94,585	93,496	91,846	89,729	87,240
(再掲)0～14歳	12,649	12,620	11,750	10,570	9,576	9,076	8,858
(再掲)15～64歳	58,962	56,441	55,444	54,734	52,778	49,318	45,091
(再掲)65歳以上	21,627	25,748	27,391	28,192	29,492	31,335	33,291
(再掲)75歳以上	10,368	12,592	14,740	17,378	18,080	18,149	18,804
年齢別割合(0～14歳：%)	13.6	13.3	12.4	11.3	10.4	10.1	10.2
年齢別割合(15～64歳：%)	63.2	59.5	58.6	58.5	57.5	55.0	51.7
年齢別割合(65歳以上：%)	23.2	27.2	29.0	30.2	32.1	34.9	38.2
年齢別割合(75歳以上：%)	11.1	13.3	15.6	18.6	19.7	20.2	21.6

東灘区人口推計							
男女計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総数	210,408	212,256	211,223	208,345	204,404	199,517	193,593
(再掲)0～14歳	29,683	28,420	25,938	23,544	21,389	20,197	19,407
(再掲)15～64歳	138,931	133,938	131,879	128,906	123,629	115,471	105,562
(再掲)65歳以上	41,794	49,898	53,406	55,895	59,386	63,849	68,624
(再掲)75歳以上	20,082	24,298	28,215	33,377	35,024	36,055	38,092
年齢別割合(0～14歳：%)	14.1	13.4	12.3	11.3	10.5	10.1	10.0
年齢別割合(15～64歳：%)	66.0	63.1	62.4	61.9	60.5	57.9	54.5
年齢別割合(65歳以上：%)	19.9	23.5	25.3	26.8	29.1	32.0	35.4
年齢別割合(75歳以上：%)	9.5	11.4	13.4	16.0	17.1	18.1	19.7

（出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月統計）もとに著者作成）

### 2-3. 社会医療法人とは

平成 18 年 6 月の医療法改正で創設された、新たな医療法人類型であり、公益性の高い医療を提供し、地域医療において重要な役割を果たす医療法人である。

当該医療法人が開設する病院又は診療所の所在する都道府県が作成する医療計画に記載された、救急医療（精神科含む。）災害医療、へき地医療、周産期医療や小児救急医療等、公益性の高い医療を担うことなどを条件として、非営利性や透明性を確保したうえで、都道府県知事が社会医療法人として認定する。これにより、これまで自治体病院が担ってきた医療をより効率的に提供する体制の確保を期待するものである。より公益性が高い医療を提供することの裏返しとして採算性の低い事業についても担う必要が出てくることが想定されるため、より安定した医業経営を実現するためのさまざまな優遇措置がなされている。附帯事業として、ケアハウスの設置・運営、知的障害者などの児童入所施設や障害者入所施設の設置・運営等の社会福祉事業のほか、収益業務の実施についても認められている。

税制上の優遇措置としては、上記の収益業務等を除く医療保健業にかかる法人税が非課税、その他にかかる法人税率は 19%が適用される（法人税法第 66 条第 3 項）。また、平成 21 年度の税制改正により、社会医療法人のうち救急医療等確保事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児救急医療)を行う病院及び診療所に係る固定資産税、都市計画税及び不動産取得税が非課税となった。

資金調達的手段としては、金融商品取引法上の有価証券にあたる社会医療法人債の発行が可能となっている。

### 2-4. 社会医療法人の認定要件

社会医療法人の認定に関しては、当該法人が同一都道府県内で事業展開する場合は都道府県（以下「県」）知事、また複数県で病院を開設している場合（大臣所管医療法人と称する）には厚生労働大臣が認定する。その際には、県医療審議会または社会保障審議会に諮問し新法人にふさわしいとの意見集約が必要とされている。この認定に関しての要件は改正法および厚生労働省令・通知などに諸規定が設けられている。具体的には、①同族制限、②救急医療確保事業などの実施、③公的な運営に関する要件、④解散時の残余財産の帰属先制限—の 4 点が主たる要件規定である。このうち①に関しては、特定・特別医療法人と同様、統一的な規定である（役員・社員・評議員に関して、配偶者および三親等以内の親族、特殊な関係のある者が総数の 3 分の 1 を超えな

い)。また④に関しても、同様に定款または寄附行為に帰属先を定めるべき旨の規定である。①公的な運営に関する要件社会医療法人に対しては、公益性の高い法人という位置付けから「特定・特別医療法人」以上に、より詳細な「法人運営」に係る規定が設けられている。特定・特別医療法人要件（社会保険診療収入比率、自費患者に対する請求基準、医業収益／費用、特別の利益供与の禁止、公益違反の事実がない）に新たに加えられた要件としては、①役員などの定数（理事6人以上、監事2人以上）および決議による選任、②期末遊休財産額の制限（前期費用を超えない）、③株式などの保有の原則禁止一などである。特に遊休財産額に係る規定は今般の「公益法人制度改革」の趣旨に沿った内容とされており、ある意味で利益留保に関する制約条項としての意味合いが強く、直前決算期に計上した事業費用（本来業務事業、附帯および収益業務を除く）を上限額と定めた。一方で両法人の要件からは、①役職員の年間給与総額に係る規定（3,600万円／人を超えない）、②特別の療養環境に係る病床数の規定（いわゆる差額ベッド比率3割以下）が削除されているが、役員等報酬に関しては支給基準の明文化が要請されており、法人経営に関しては一段と高い透明性が要請されている。

一方、社会医療法人の認定を申請するに際してのもう一つの重要な要件は救急医療等確保事業（以下「5事業」）に係る要件で、業務の基準として①当該業務を行う病院または診療所（以下病院など）の構造設備、②体制、③実績一の3点が別添として規定されている。このうち①構造設備に関しては、医療施設として必要な診察部門および専用病床など、また②業務を行う体制に関しては、医療計画において該当する医療等確保事業に関する「医療連携体制に係る医療提携施設として記載」されていること、また「医療を提供する体制を常に確保している」こと一が基準である。一方で、③に掲げられた「当該業務の実績」に関しては、5事業別に具体的な適合基準が定められた。

## 2-5. 社会医療法人の3つの役割

医療保法上、医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師等の医療関係者と患者との信頼関係に基づき、かつ患者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は良質かつ適切なものであることが求められる。医療を提供する法人の使命は、地域で質の高い医療サービスを効率的に提供することであり、これが一番の目的となるものである。したがって、医療を提供する法人は、「営利を目的としない」こと、

すなわち「法人の対外的活動による収益性を前提としてその利益を構成員に分配することを目的」としないこと（非営利性の確保）が求められる。

民間の高い活力を活かしながら、地域住民にとって不可欠な救急医療やへき地医療等（救急医療等確保事業）を担う公益性の高い医療法人として、平成18年の医療法改正で制度化された。医療法人に求められる将来像として、健やかで安心できる生活を保障するという社会保障制度の使命を果たしながら、限られた社会保障の財源を有効に活用するため、医療提供体制の有力な担い手として今後とも民間非営利部門の医療法人が中心となる必要がある。

これまで医療法人は、積極的な公益性は要求されないものとして、その仕組みが構築されてきたところである。しかし、積極的に公益性を求める医療法人が現に存在することや、自治体立病院をはじめとした公的医療機関がこれまで担ってきた、「公益性の高い医療サービス」を公益性の高い民間非営利部門の医療法人も担うことなどによって、地域社会の要求に答えていくことが求められている。また、新たに公益性の高い医療法人制度を再構築することによって、このような要求に応える必要がある。

そこで、「公益性の高い医療サービス」について、「通常提供される医療サービスと比較して、継続的な医療サービスの提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、地域社会にとって、なくてはならない医療サービス」と定義し、これを担う医療法人として、社会医療法人制度が創設された。

公益性の高い医療サービスについては、今まで公立病院が中心的であった。近年、医療を取り巻く諸事情により採算性の低い公立病院に依存し、医療を維持していくことが困難になってきた。そこで、赤字体質が慢性化している公立病院に代わり、これらの受け皿となりうることを想定し、救急医療やへき地医療、周産期医療など、特に地域で必要な医療の提供を担う社会医療法人という新たな法人類型が創設された。良質かつ適切な医療を公立病院に代わって提供する体制の確保が図られ、これらの医療に経営の透明性を高めた社会医療法人を積極的に参加させることにより、地域の医療計画へ参画、自立的に公益性の高い医療を安定・継続的に提供し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を図ることが求められる。

社会医療法人の地域における役割として、公的医療機関と並ぶ5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））がある。特に当該法人は、開設する病院又は診療所の所在地の都道府県が作成する医療計画に記載された「救急医療等確保事業」を行うことを使命としている。次に医療提供体制に関して都道府県や市町村、公的病院の機能を代替するものとして位置づけ

られている。最後に国・都道府県・市町村と並ぶ公益性の高い医療を提供し、ケアハウスの設置・運営、知的障害者などの児童入所施設や障害者入所施設の設置・運営等の社会福祉事業など地域医療・福祉に貢献することである。

この3つの柱が社会医療法人の重要な役割であると考えている。

## 2-6. A社会医療法人の救急医療（ラピッドレスポンスカー）

A社会医療法人は、地域中核病院B、循環器血管専門病院Cの2つの急性期病院の連携のもと兵庫県西宮市の二次救急輪番制にも参画し、従来までの二次から三次に至る循環器救急のみの受け入れにとどまらず、対応可能な救急は全て受け入れる方針での運営を行っている。多くの救急患者の受け入れることで、社会医療法人の使命である救急医療の充実を図っている。

A社会医療法人の循環器血管専門病院Cは特に救急医療に重点をおいており、ラピッドレスポンスカー（rapid response car：以下ラピッドカー）導入の実績を有する。

石見（2006）によれば、近年のわが国における目撃者のある院外心停止の発症頻度には地域差があるものの、人口10万人あたりの年間発生率は11人と報告されており、西宮市内でも年間50～60人と推定される。実際、日本及び米国のガイドラインにおいても、心筋梗塞が原因で心室細動により院外心肺停止となった傷病者に対する緊急のカテーテル検査及び院外心停止心室細動患者で、心拍再開後昏睡状態である傷病者に対する低体温療法の実施は、クラスI（絶対にすべきこと。施行しない場合法的に問われる場合がある）と明記されている。ガイドラインに沿った治療を行うか否かで、患者の予後が異なることが報告されており、米国では、ガイドラインに沿って治療できる施設に救急隊が傷病者を搬送するように州が救急隊に指示を行うことがある。

西宮市内において、ガイドラインで必須とされている24時間体制の緊急カテーテル検査並びに低体温療法を施行できる施設は、高度救命救急センターの2病院の内の1病院と循環器血管専門病院Cのみである。西宮市・芦屋市の救急医療体制と救急搬送先の確保体制については、高度救命救急センターである2病院で形成され、地域メディカルコントロール協議会で議論されている。しかし、現状は上記のように特に循環器領域では市民の立場からみた地域救急医療体制が構築されているとは言い難い。

循環器血管専門病院Cは、院外心停止及び循環器救急疾患に対し、病院到着前の傷病発生現場から救急隊とともに診療行為を実施すべく、全国の民間病院初のラピッドカーを平成25年4月より導入した。院外心停止や急性心筋梗塞を始めたとした、循環

器救急疾患は発症からの確な医療行為までの時間を、いかに短くするかがその予後改善に重要であるため、当院ではこの領域に特化したラピッドカーの運用を開始した。

ラピッドカーは、救急車が病院に医師を迎えにくる従来のドクターカーと異なり、救急指令本部より依頼があった時点で専門医を病院から現場へ直接搬送するために、病院に配備された救急車両である（図1）。現場で救急隊と専門医がドッキングし、直ちに医療行為を行うだけでなく、搬送先の病院と逐次連絡をとり、いち早く受け入れの準備を整えることが出来るため、時間が勝負である循環器救急疾患において非常に有意義なシステムと考え実行している。市消防局と連携し24時間365日運用開始後非常に信頼されたシステムであり活動実績も順調に増えている（表2）。

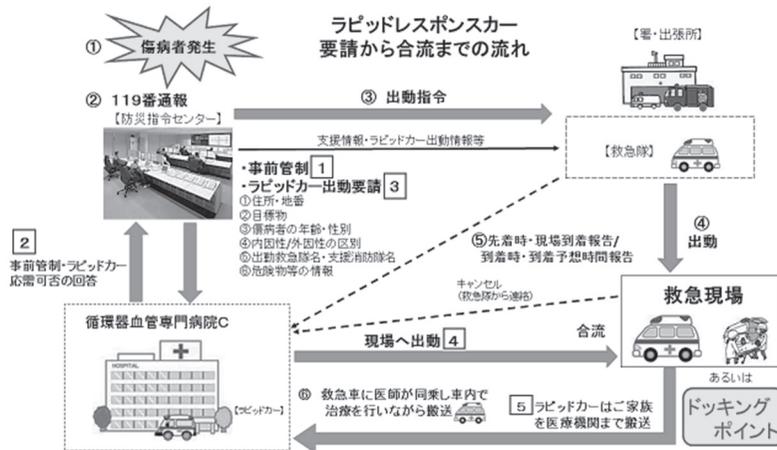


図1：ラピッドレスポンスカー 出動フロー図

表2：平成27年4月～平成28年3月 ラピッドカー出動件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
時間内(8:00～18:00)	4	1	9	4	11	3	12	6	4	11	7	11	83	7
時間外(18:00～22:00)	0	1	4	8	9	3	11	6	5	3	4	7	61	5
深夜(22:00～6:00)	0	0	0	2	4	4	4	6	1	3	7	7	38	3
休日	0	0	0	2	2	1	4	4	4	7	2	3	29	2
覚知-出動まで (月平均)	0:03	0:03	0:03	0:04	0:03	0:03	0:04	0:03	0:04	0:03	0:03	0:03		0:03
出動-現場到着まで (月平均)	0:09	0:07	0:06	0:06	0:06	0:08	0:09	0:08	0:06	0:07	0:08	0:08		0:07
距離【Km】 (月平均)	3.2	3.1	2.5	3.4	2.9	3.8	4.0	3.8	2.9	3.3	4	4	40.9	3.4
合計	4	2	13	16	26	11	31	22	14	24	20	28	211	18

(A 社会医療法人実績データ)

## 2-7. 患者の高齢化

日本の総人口は2010年をピークに漸減していくが、高齢者人口は2025年まで急増し、その後は伸びが鈍化、医療需要も2025年をピークに穏やかに減少していくものと予測されている。しかし、東京・大阪・名古屋・福岡周辺部のベッドタウンでは、さらに10年先の2035年に向かって医療需要が大きく伸びると見込まれており、A法人が所在する圏域の市内周辺は2035年に向かって高齢者人口が増加し、それに伴い医療・介護需要も大きく伸びると予測される。

その高齢化社会に対応する医療体制整備は、地域医療を担うものにとっての最大の課題であり、とりわけ急性期医療の充実は、後に続く再発や余病の併発によるADL<sup>1</sup>の低下、それに続く寝たきり状態というクオリティ・オブ・ライフ（以下QOL）<sup>2</sup>の低下への悪循環を断ち切るための最大の方策であると考ええる。

現在、救急搬送の多くが高齢者であり、その大半が複数の病状を併せ持つ現状の中では、現疾患の治療にとどまらず全身状態の回復や再発防止をも視野に入れた対応が必要である。更には、地域中核病院として幅広く疾患の治療や予防、再発防止に取り組むことは高齢者の自立した生活の確保やQOL維持の重要な要素であると考ええる。

超高齢化社会の到来を目前に控えた現在、地域医療においては、在宅医療・介護の充実と推進は急務であり、急性期医療や早期リハビリの充実による疾病の寛解維持や高齢者の自立支援は不可欠である。

## 2-8. 地域包括ケアシステムについて

どこに住んでいてもその人にとって適切な医療・介護・生活支援サービスが受けられる「地域包括ケアシステム」を実現することが、国の重要な施策の一つとなっている。「地域包括ケアシステム」は「医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的、かつ継続的に提供する」システムと定義されている。

治す医療から治し支える医療・介護が主体となる超高齢社会では、地域での生活支援・介護予防を含め、必要な時に医療、介護の提供を受けられるといった生活者の視点が重要である。

---

<sup>1</sup> ADL (Activities of Daily Living) とは、日常生活を営む上で、普通におこなっている行為、行動のことであり、具体的には、食事や排泄、整容、移動、入浴等の基本的な行動をさす。

<sup>2</sup> クオリティ・オブ・ライフ (Quality Of Life, QOL) とは、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念。

慢性期におけるケア提供において、治療や処置以外に個々の患者特有の多様なケアニーズがあるにも関わらず、画一的な急性期治療モデルの実施によって、患者のニーズには結果として応えることができなくなっている。このため、これらの患者のQOLは低く、しかもコストも増加するという問題が顕在化している。これらの課題解決のためには、長期的、包括的、継続的に統合したケアを提供できるシステムへの転換が求められており、これに対応するシステム全般を総称して integrated care system と言われている。

2005年に介護保険法の改正が行われ、地域を基盤とした「自立支援」、「尊厳の保持」を基本理念とする地域包括ケアシステムの整備が推進され、予防重視型システムへの転換や、新たなサービス体系の確立など、「地域」という枠組みの中で機関間の機能分担の明確化と連携強化を基礎とした適正な給付の実現と制度の持続可能性の確保を図るしくみとして、地域包括ケアシステムの創設が企図された。この地域を基盤としたシステムは、施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療・介護サービスの提供と、それに伴う利用者のQOL向上が目標とされ、「機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進（費用の適正化）」を行っていくことであり、まさに地域に根付いた integrated care が開始されることとなった。

こういった連携体制をとるのか、誰がリーダーシップを担うのかなどによって様々なモデルがありうることから、全国画一的なものではなく、各地域の実情に合った多様性を有する「地域包括ケアシステム」があつて然るべきである。高齢者が生きがいを持ち、安心して老いることができる社会を構築することが求められている。

## 2-9. 障害者福祉について

障害者基本法において障害者は身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）、その他心身の機能の障害がある者であつて障害及び社会的障壁によって継続的に日常生活または社会生活に相当な制限のある者と定義されている。

2006年に施行された障害者自立支援法は、障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、全ての障害に対して共通の福祉サービスを共通の制度で運用する事で、一元的に提供する仕組みを創設することとし、障害者の自立支援をめざした法律であつた。

改正障害者基本法を踏まえ、法の目的規定を改正し、基本理念を創設することにより、「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため

の法律」として、障害者総合支援法が 2013 年 4 月施行された。「自立」の代わりに、新たに、「基本的人権を享有する個人としての尊厳」が明記され、障害福祉サービスに係る給付に加え、地域生活支援事業による支援を明記し、それらの支援を総合的に行うこととした。

全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであることを理念とし、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、可能な限りその身近な場所において必要な（中略）支援を受けられ、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現することが必要である。それには、どこで誰と生活するかについての選択の機会や社会参加の機会の確保がなされ、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないことが重要である。

また、制度の谷間のない支援を提供する観点から、障害者の定義に新たに難病等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣の定める程度である者）を追加し、障害福祉サービス等の対象となった。難病患者等で、症状の変動などにより、身体障害者手帳の取得ができないが一定の障害がある方々に対して、障害福祉サービスを提供できるようになり、ホームヘルプサービス、短期入所、日常生活用具給付だけでなく、新法に定める障害福祉サービスに広がった。

これは、個々の人権の尊重と社会参加、地域社会での日常生活と社会生活を支援する事が法律の基本に置かれ、障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じ、柔軟な形態により事業を効果的・効率的に実施し、求められているのは地域社会で障害者を支える仕組みであると考ええる。

## 2-10. 医療・介護・福祉連携

地域で継続的に適切なサービスを提供できる地域包括ケア体制を確立するためには、介護サービスを中核とした保健・医療・福祉サービスなど多様なサービスを integration しながら提供するという、これまでにないシステムを構築しなければならない。

integration の幅（範囲）を意味する水平的統合や垂直的統合という概念が重要であり、筒井（2014）によれば水平的統合とは、ヘルスケアにおいて同レベルのサービス

(例えば、在宅生活を送る患者へのかかりつけ医による往診と居宅介護サービス)、または提供者間の組織的共同とコミュニケーションを促進するサービスをつなげる integration を呼ぶ。

一方、垂直的統合とは、一つの管理下に様々なレベルのケア(例えば、プライマリケア、二次医療、専門医療(二次医療)つまり、急性増悪期における一般病院から、回復期リハビリテーション病院、そして、退院後の訪問看護の利用やかかりつけ医の往診といった医療や看護、介護のステージにおけるケア)をつなげ、integration していくことをいう。

水平的統合とは医療・介護分野における組織、ネットワーク、グループの間での競争や協働に焦点を当てる場合の例を説明する際に使われ、一方、垂直的統合とは医療・介護分野の様々な段階におけるネットワークやグループの統合、すなわち、サプライチェーン、ケア・パスウェイ(care path way)と呼ぶような事象を示す。

そこで、A社会医療法人としては、この垂直的・水平的方向からサービスを合理化して用いて、急性期医療、回復期リハビリテーション、介護施設、訪問看護や在宅医療・介護、そして障害福祉まで包括的ケアする多様なサービスを integration しながら提供する独自のシステムを構築すべきと考える。

### 3. 経営分析

#### 3-1. 社会医療法人全体の経営分析

平成27年10月1日現在の社会医療法人数は256法人、業務の区分別では救急医療を176法人、精神科救急医療を29法人、へき地医療を53法人、小児医療を20法人、災害医療を11法人、周産期医療を6法人が担っている。

日本社会医療法人協会が256法人のうち145法人を対象に平成26年度に係る損益計算書・貸借対照表等により集計分析したものを参考に経営分析を行った。提出法人145法人の業務の区分別では、救急医療を103法人、精神科救急医療を16法人、へき地医療を28法人、小児医療を13法人、災害医療を7法人及び周産期医療を5法人が担っている。提出法人数と社会医療法人数との割合では、法人数では56.6%、業務の区分別では救急医療58.5%、精神科救急医療55.2%、へき地医療52.8%、小児医療65.0%、災害医療63.6%、及び周産期医療83.3%となっている。

社会医療法人145法人の平成26年度1法人当たりの当期収益額は7,691百万円、当期費用額は7,573百万円、当期純利益額は118百万円及び当期純利益率(当期純利益

額÷事業収入額)は1.6%であった(表3)。法人当たりの当期収益額は経常収益額よりも26百万円、当期費用額は経常費用額より93百万円それぞれ増額し、当期純利益額は経常利益額より67百万円減額した。当期純利益率は経常利益率よりも0.9ポイント減少した。業務の区分別では、当期収益額、当期費用額とも周産期医療が最も高く、精神科救急医療が最も低かった。当期純利益額では、へき地医療が最も高く、小児救急医療が最も低かった。当期純利益率では、へき地医療が最も高く、小児救急医療が最も低かった。

表3：1法人当たりの当期収益額・費用額・純利益額(率)調 (金額単位：百万円)

	法人数	業務の区分						A法人		
		救急医療	精神科救急	へき地医療	小児救急	災害医療	周産期医療	H26年3月期	H27年3月期	H28年3月期
法人数	145	103	16	28	13	7	5			
当期収益額(百万円)	7,691	9,057	4,484	5,103	16,113	15,644	17,875	5,615	6,160	6,994
当期費用額(百万円)	7,573	8,953	4,329	4,923	16,145	15,664	17,881	5,550	5,965	6,604
当期純利益額(百万円)	118	104	156	180	△32	△20	△7	65	195	390
当期純利益(%)	1.6	1.2	3.6	3.6	△0.2	△0.1	△0	1.16	3.16	5.57

(出典：日本社会医療法人協議会 平成28年度定時総会資料もとに著者作成)

資産、負債及び純資産の状況では、社会医療法人145法人の平成27年3月31日現在の1法人当たりの資産額は8,482百万円、負債額は5,549百万円及び純資産額(資産額－負債額)は2,933百万円であった。資産額8,482百万円の内訳は、流動資産額が2,578百万円で30.4%、固定資産額が5,905百万円で69.6%であった。負債額5,549百万円の内訳は、流動負債額が1,516百万円で27.3%、固定負債額が4,033百万円で72.7%であった(表4)。業務の区分別では、資産額では周産期医療が最も高く、精神科救急医療が最も低かった。負債額では災害医療が最も高く、精神科救急医療が最も低かった。純資産額では、周産期医療が最も高く、精神科救急医療が最も低かった。流動比率(流動資産÷流動負債×100)では、周産期医療が最も高く、災害医療が最も低かった。自己資本比率(純資産額÷資産額×100)では、周産期医療が最も高く、災害医療が最も低かった。

表4：1法人当たり資産額・負債額・純資産額等調（金額単位：百万円）

	法人数	業務の区分						A法人			
		救急医療	精神科救急	へき地医療	小児救急	災害医療	周産期医療	H26年3月期	H27年3月期	H28年3月期	
	145	103	16	28	13	7	5				
資産	流動	2,578	3,037	1,527	1,829	4,883	4,479	6,466	2,287	2,565	2,857
	固定	5,905	6,936	4,013	3,866	12,458	13,488	15,540	3,574	3,415	3,344
	計	8,482	9,973	5,541	5,695	17,341	17,967	22,007	5,861	5,980	6,201
負債	流動	1,516	1,859	693	1,230	2,863	6,039	2,825	669	836	564
	固定	4,033	4,788	2,697	2,296	6,475	6,720	5,530	1,469	1,124	1,070
	計	5,549	6,647	3,390	3,526	9,339	12,758	8,355	2,138	1,960	1,634
純資産額	2,933	3,326	2,151	2,169	8,003	5,209	13,652	3,723	4,021	4,567	
流動比率(%)	170	163.4	220.4	148.7	170.5	74.2	228.9	342.0	306.9	506.9	
負債/資産	65.4	66.7	61.2	61.9	53.9	71	38	36	33	26	
純資産/資産 (自己資本比率)	34.6	33.3	38.8	38.1	46.1	29	62	63.5	67.2	73.6	

（出典：日本社会医療法人協議会 平成28年度定時総会資料もとに著者作成）

### 3-2. A社会医療法人の経営分析

次に表3、4では、A社会医療法人の財務状況もあわせて示している。事業収支は年々増加しており、収益性指標の利益率も伸びている。表4の社会医療法人との比較で救急医療部門の純利益率が1.2%であり、A社会医療法人は1.16%で平均的な数値である。全体と比較しても同程度の値となっている。しかし、平成28年3月には純利益率は5.57%に上昇し、年々上昇しており、利益率は非常に良くなってきている。

流動比率は、1年以内に現金化できる資産と支払わなければならない負債とを比較するものである。この比率が高いほど、その法人の1年以内の短期負債の支払い能力が高いことを示している。即ち、流動負債は1カ年以内に支払期限が到来するので、この支払資金としては1年以内に現金化する流動資産を充当する必要がある。従って、財務上この比率は高いほど良い。A社会医療法人は過去3年間でいずれも300%を超えており、非常に良いと言える。

自己資本比率は、総資産に対する純資産の割合を示すもので、この比率が高いほど財務的に健全性が優れているとされる。A社会医療法人は過去3年間でいずれも60%を超えており、非常に良いと言える。

A社会医療法人は、固定負債を増やさず、60%を越える自己資本比率を維持しながら、3年間で事業収益は1.2倍となる成長を果たしている。このことよりA社会医療法人の財務状況は非常に良いと言える。

## 4. 経営戦略

### 4-1. 経営のあり方

経営戦略の1つは、医療機関の10年先のあるべきポジションを明確にする事である。これは、自分達の役割や社会的活動を考えるときに、こうしたいという希望あるいは、目標を出発点とする見方である。

次に現状での課題や不安から、将来のあるべき姿へと見通しを立てることである。現状の課題と自分達の得意な分野を考えると、将来的には、このままでは、縮小や他の機関との競争に負けて生存そのものに関わる状態になりそうであり、自らに課して組織力やメンバーの能力を上げていくことである。

最後に世の中の動きから、今後、自分達の環境はどう変わるのか考え、それに対してどう対応するのかという視点である。経済、社会、自然の大きな外部環境の動きをみて、どうすべきか、早めに手を打つことが必要である。戦略として一番重要なのは、最初の視点である。一般的な企業であれ、医療機関であれ、何を目標にして、どの方向に皆がどのように協力しながら進むのかという指針や方針が必要になる。その指針は本来、組織の存在意義や経営者のビジョンから導き出されるべきものである。医療機関はもちろん、営利組織であっても、社会に対して何らかの貢献ができなければ、将来にわたって安定して存在することはできない。その場合に、「この医療機関、会社、組織は、果していかなる価値を提供しているのか。」「その価値とは誰にとっての価値か。その提供すべき価値をどう規定するのか。」が問題となり、そこで、顧客の定義、ビジョン、あるいは経営理念の必要性が出てくると考える。

現代の医療・介護施設の社会的使命において重要なポイントは、地域医療の担い手であること、次に継続的な医療サービスを提供すること、最後に患者に新たな複数の選択肢を提示できることである。

多くの人々にとって、医療・介護・福祉は、人間の生存に強く関連していることから人間の行動・動機からみて衛生要因であり、必要不可欠である。そのサービスは製品の供給や設備を伴うが、基本的には、高度な人的サービスであり、設備・人材・時間の3つで限りがある。しかし、継続的かつローカルなニーズへの対応を必要とし、サービスそのものが、公共性と高い倫理性を要請されている。

## 4-2. 地域コミュニティの再生

少子高齢化とそれに伴う人口減少時代に突入した現在、生活者であり、そして地域の医療や福祉の担い手である我々には、これからの地域社会や地域福祉のあり方を見直し、社会構造そのものや個々の生き方を考え直すことが求められている。

現在の少子高齢化は高齢者率の増加とそれを支える若者世代の減少が今後も長く続くという事が地域社会の大きな問題であり、未来に向けてそれを克服する手だてを考えることが急務であること示している。

介護者の不足や老老介護、孤立した家族介護や育児の中で起きている様々な不幸な事件を目の当たりにすると、今求められているものは優しく力強い地域力の復元が重要であると考えられる。

「地域コミュニティの再生」、「ともに集い共に生きる地域社会の創生」は今後の地域福祉や地域社会のあり方を考える原点であるとともに、地域の医療・介護を支える社会医療法人として、その克服を目指すためにはその思いが表現される仕組みや施設の構築が必要である。

## 4-3. 医療・介護・福祉連携型複合施設

多忙で不安な子育て世代、障がいを持つ子供たち、病気や障がい、認知症、それを支える家族や介護者、末永く健康でいたいと願う人、様々な思いで集う全ての人々が共に助け合い、共に生き甲斐を見いだし、社会の中で生きる実感を得られる空間を創る必要がある。これには医療・介護・福祉施設の「複合化・多機能化」に伴う複合施設を考案する。

複合施設の内容として、市町村の基幹相談支援センターをはじめ、複合施設内に整備するグループホームや小規模作業所、また介護サービス事業所や医療機関などと連携して、障がい者の高齢化や「親亡き後」などの課題を見据え、充実した居住支援及び地域支援体制を整備するために地域生活支援拠点機能を設置する。これは、施設利用や日常生活、就労、制度利用などに関する相談など相談機能を充実や、サービス付き高齢者向け高住、グループホーム、小規模作業所との連携や体験の機会や場の提供、スタッフの資質向上、人材の育成など、地域コーディネーターによる地域相談支援など地域支援機能を充実させる。

就労継続支援 B 型を整備し、障がい者が地域との繋がりの中で主体的に役割を果たすことができるように、心身の状況に応じた訓練指導を行うとともに、施設内に立ち

寄りカフェや売店を設置し、実践就労にも努める。また、運営にあたっては、関連団体や特別支援学校、施設内医療機関（精神科）等との密接な連携のもとで進める。

共同生活援助としてグループホーム住戸を設ける。また短期入所にも対応し空室利用を有効活用する。入居者には施設内の小規模作業所と連携して、日中活動の場を提供する。

医療機関として、クリニック（内科、精神科標榜）を開院し、地域の医療体制の強化に貢献し、生活習慣病や今後急激に増加が予測される慢性心不全や運動器疾患を持った人たちのリハビリテーションそして認知症の予防と維持を目的として疾病予防運動施設や通所リハビリテーションを開設し、世代を超えた全ての人々の日常的な健康づくりをサポートする。

特に、精神科では、精神障害のある方が、創作活動・スポーツ活動・社会との交流など様々なプログラムを通じて、自分なりの生活スタイルを築けるよう社会生活機能の回復を目的としてデイケアナイトを実施するなど、地域の安心安全の拠点として機能させる。

そして、近年増えつつある発達障がい児や特別支援学校に通う生徒、市内の学校に通う児童を持つ家庭を積極的にサポートする為、放課後デイサービスを設置する。

これらに介護保険事業として、サービス付き高齢者向け住宅を設置する。クリニックや疾病予防運動施設や通所リハビリテーションを併設することで、認知症高齢者や障がい者がいつまでも安心して生活できる環境を提供する。

また、居宅要介護者を支援するために定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を設置し、24時間訪問介護看護の対応可能な体制を整え、地域で障がい者・高齢者が安心して生活できるよう充実した介護看護サービスを提供する。

最後に全世代交流型スペースとして立ち寄りカフェ、みんなのギャラリー、研修交流サロン、屋外交流スペース（ピロティ）を中心に構成し、地域活動の成果発表や展示ギャラリーとして地域のサークル等に開放するとともに、医療相談や健康相談や様々な研修会を開催し、地域との交流を更に深める。

これにより、地域において老人や障害者が安心して暮らせ寄り添うように医療・介護・福祉があり、寛ぎがあり、そして人と人との交流がある。そんな安心と安全が確保できる生活空間を提供する。

少子高齢化により、社会構造の変化に伴って、福祉ニーズも大きく変化してきた。従来どおりの施設運営を継続するだけではこれらの変化への対応は難しく、時代の福祉ニーズにあった事業展開が必要である。

#### 4-4. 複合施設財務シミュレーション

独立行政法人福祉医療機構の社会福祉法人の複数事業および施設の展開（2016）によると、法人の運営する事業を老人福祉事業・児童福祉事業・障害福祉事業の3事業に分類し、運営事業別に法人の経営状況を分析した結果、運営事業が多いほど法人規模が大きく、経営的には安定する傾向がみられた。赤字法人についても、運営する事業数が多いほど、赤字の幅が小さくなる傾向がみられた（表5）。

複合施設もこの概念に類似すると考え、社会福祉総合施設の財務シミュレーションを行った（表6）。障害者施設事業と介護保険事業、サービス付高齢者住宅、疾病運動予防施設、精神科デイ・ナイトケア、クリニックの5事業で区分けを行い平均稼働率70%でシミュレーションを行った。障害者施設には障害者グループホームと就労継続支援B型事業と放課後デイであり、経常利益マイナス22.5%であり、通所リハビリテーションと定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護事業部門もマイナス21%であった。今回の提案事業が、それぞれの規模が小さく単独での収支は厳しいものである。しかし、サービス付高齢者住宅やクリニックなどの他施設を合算することにより経常増減差額比率は2.5%となり経営的に安定し、これら全体的で捉える必要がある。また、図2に60%、72%、75%、80%、83%に順調に増加すると楽観的に仮定した推移をグラフにしたところ、75%稼働で経常利益は5%であり、75%から80%の稼働が経営的に必要である。

これらより、独立行政法人福祉医療機構の社会福祉法人の複数事業および施設の展開（2016）と同じく、複合施設の場合は営事業が多いほど経営的には安定する傾向があると考えられる。

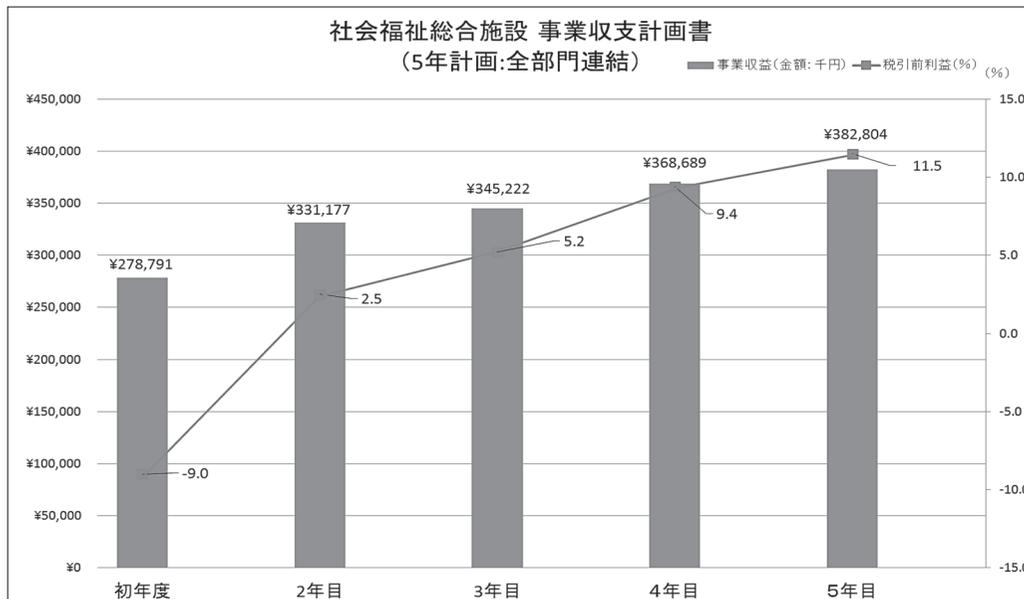
表5：平成26年度 運営事業別法人経営状況（平均値）

区分	単独事業			2事業			3事業	
	老人 n=1815	児童 n=1245	障害 n=592	老-児 n=323	老-障害 n=280	児-障 n=74	老-児-障 n=82	
サービス活動収益	千円	749,157	232,057	458,834	1,028,910	1,495,086	689,105	2,394,248
経常増減差額	千円	23,534	11,288	30,228	41,007	71,714	48,660	103,527
従業員1人あたりサービス活動収益	千円	6,108	5,110	6,589	5,654	6,622	6,042	6,783
従業員1人当たり人件費	千円	3,886	3,705	4,031	3,722	4,179	4,025	4,323
人件費率	%	63.6	72.5	61.2	65.8	63.1	66.6	63.7
経費率	%	27.2	20.0	21.6	25.3	26.0	27.4	27.0
減価償却費率	%	8.7	5.7	5.9	7.9	7.4	5.6	6.6
収支差率	%	3.1	4.9	6.6	4.0	4.8	7.1	4.3
赤字法人比率	%	28.5	23.9	15.9	22.00	18.9	12.2	13.4

（出典：独立行政法人福祉医療機構 社会福祉法人の複数事業および施設の展開についてより引用）

表 6：社会福祉総合施設 事業収支計画書（平均稼働率 72%）

	障害者施設事業		介護保険事業		サービス付高齢者住宅		疾病予防運動施設 デイカルフットネス		精神科デイナイトケア		クリニック		合計	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
施設	33		50		27		40		30				180	
竣工	6,512		4,514		7,096		8,986		6,739		10,109		51,052	
一	14		16		5		4		5		7		58	
夕	285		339		365		312		312		312		321	(平均)
機	72.0%		72.0%		72.0%		72.0%		72.0%		72.0%		72.0%	(平均)
能	18		18		7		4		7		10		67	
性	9,097		63,100		5,934		2,000		10,000		5,400		15,922	(平均)
事業収益	57,986,640	100.0%	90,892,800	100.0%	42,107,040	100.0%	17,971,200	100.0%	67,392,000	100.0%	54,827,520	100.0%	331,177,200	100.0%
介護保険収支	47,166,480	81.3%	87,747,840	96.5%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	87,747,840	26.5%
障害福祉サービス収支		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	47,166,480	14.2%
医業収益	5,184,000	8.9%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	54,587,520	16.5%
家賃・管理費等	3,836,160	6.6%	3,144,960	3.5%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	34,344,000	10.4%
食事代等	1,800,000	3.1%		0.0%	12,947,040	30.7%		0.0%		0.0%		0.0%	19,928,160	6.0%
その他収益	71,066,810	122.5%	98,656,782	108.5%	25,328,656	60.2%	17,761,476	98.8%	46,658,503	69.2%	63,478,420	115.8%	322,940,627	97.5%
事業費用	44,644,629	77.0%	72,532,994	79.8%	5,820,600	13.8%	13,205,508	73.5%	23,266,743	34.5%	46,532,990	84.9%	206,003,424	62.2%
人件費	6,844,558	11.2%	11,639,808	12.8%		0.0%	539,136	3.0%	8,087,040	12.0%	3,837,926	7.0%	30,946,468	9.3%
材料費	3,271,601	5.6%	6,295,536	6.8%	2,106,362	5.0%	539,136	3.0%	673,920	1.0%	4,386,202	8.0%	17,271,747	5.2%
委託費	2,929,000	4.4%	675,000	0.7%	3,492,000	8.3%	540,000	3.0%	1,197,000	1.8%	567,000	1.0%	9,000,000	2.7%
借地利	7,025,000	12.1%	1,875,000	2.1%	9,700,000	23.0%	1,500,000	8.3%	3,325,000	4.9%	1,575,000	2.9%	25,000,000	7.5%
設備基金借入金等返済	6,742,022	11.6%	5,639,464	6.2%	4,210,704	10.0%	1,437,696	8.0%	10,108,800	15.0%	6,579,302	12.0%	34,716,988	10.5%
その他経費														
税引前利益	-13,070,170	-22.5%	-7,763,962	-8.5%	16,778,384	39.8%	209,724	1.2%	20,733,497	30.8%	-8,650,900	-15.8%	8,236,573	2.5%



**図 2 : 社会福祉総合施設 事業収支計画書 (5年計画:全部門連結)**

#### 4-5. 複合施設のメリット

人口減少と労働人口の減少、高齢者の増加により医療介護施設のあり方も変化してきている。医療介護施設の「複合化・多機能化」という手法がある。医療介護施設の複合化・多機能化することのメリットについて、地価水準の高い我が国の都市部での現状においては、施設用地の取得が大きな課題となる中、既存土地の有効利用の方策となることである。

次に機能の異なる施設を複合化・多機能化することによって様々な施設間の相乗効果を生み出すことができることである。多様なニーズに応える医療介護施設環境の高度化、賑わいや楽しさなどの創出、施設間の共同事業等による利用者の交流の促進、地域における核の形成等が期待される。また、制度改定等の減算時に耐えやすくなることも考えられる。

近年の課題の一つである労働人口の減少は、喫緊の課題である。今後成長力を確保するためには、多様な人材の労働参加を進めるとともに労働生産性の向上に向けて相当な努力を行うことが必要になる。このような問題を解決する為には、働き方の改革や環境整備等が必要であり、医療介護施設の複合化・多機能化にすることによって、労働力集約的に効率的に配分することが可能である。

医療介護施設の複合化・多機能化によって、管理・運営のための人員及びスペースを削減できランニングコストの低減化を図ることができることが可能である。

## 5. 今後の社会医療法人のあるべき姿

以上、社会医療法人を取り巻く環境、経営改善、地域包括ケアシステム等、様々な課題について現状分析を行った。このことにより今後の社会医療法人のあるべき姿について述べていきたい。

地域において限られた医療資源を活用するには、公的医療機関、民間医療機関、急性期病院、慢性期病院の個々の病院が強みを活かし、医療連携を進め、総合的なマネジメント力を強化していくことが求められている。しかし、地域における医療体制の現状は、多くが国公立病院を中心とした構図となっており、医療を取り巻く環境からみて、今後の地域医療体制の構築には、公的医療機関、民間医療機関の力を結集して構築し、特に社会医療法人の力が必要であると考えます。

社会医療法人の地域における役割の第一は、地域住民にとって不可欠な救急医療の提供である。これは、病院の不採算部門と考えられているが、地域医療体制を構築するにあたり不可欠である。その提供を担うのが社会医療法人であり、医療の質と経営の質に期待すべきと考える。

2-6節でA社会医療法人の救急医療の取り組みについて述べたように、ラピッドカーシステムは、救急車が病院に医師を迎えにくる従来のドクターカーと異なり、救急指令本部より、依頼があった時点で専門医を病院から現場へ直接搬送するための画期的なシステムである。これにより、地域によりよい救急医療活動が提供でき、地域の信頼に繋がる好循環を生むものである。

社会医療法人の地域における役割として、二つ目の医療提供体制に関して都道府県や市町村、公的医療機関の機能を代替するものとして、社会医療法人が継続して健全な運営が図れるよう、政府はこれまで以上に社会医療法人の公益性、公共性、公平性を最大限に評価すべきと考える。そして、地域で救急医療を担う社会医療法人に対して、公立病院と同様の政策を推進するなど、地域医療体制を再構築のための積極的政策展開を講じるように求めたい。

社会医療法人の地域における役割として、三つ目の国・都道府県・市町村と並ぶ公益性の高い医療を提供し、ケアハウスの設置・運営、知的障害者などの児童入所施設や障害者入所施設の設置・運営等の社会福祉事業など、地域医療・福祉に貢献するこ

とである。

それには、4－3節で述べた医療・介護・福祉施設の「複合化・多機能化」に伴う複合施設の考え方は、今後訪れる少子超高齢化や労働者人口減等の様々な問題にも対応可能なシステムになると考える。

多忙で不安な子育て世代、障害を持つ子供たち、病気や障害、認知症、それを支える家族や介護者、末永く健康でいたいと願う人、様々な思いで集う全ての人々が互いに助け合い、互いに生き甲斐を見いだし、社会の中で生きる実感を得られる施設となることが地域の願いであり、それを手助けし推進していくことが社会医療法人の役割と考える。

地域において継続的に適切なサービスを提供できる地域包括ケア体制を確立するためには、介護サービスだけでなく障害福祉サービスも含めた保険・医療・障害福祉サービスを多様化し、integrationしながら提供するこれまでにないシステムを構築しなければいけない。

包括的という言葉には複合的な意味が付与されており、第1に integrate(統合)されたサービス、第2は individual-based (利用者本位) サービス、第3は continuous (連続的な) サービスという3つの特徴を備えたサービスであるとの考えが示されている。

健康ではない状態が病であると定義するならば、病とは健康状態(恒常性)がくずれて元に戻らない、あるいは元に戻らなくなっている状態であり、介護、医療、障害者福祉はすべて「健康ではない状態」への包括された支援であるはずである。地域に住む全ての健康ではない状態にある人々に対しての支援を行い、その共通した目的である「可能な限り住み慣れた地域で、その人らしく生きていく」ための支援を行う事が必要である。

限られた社会資源を包括的に活用し、医療、介護、障害福祉を包括的にとらえ、地域で途切れる事の無い支援とサービスが受けられるシステムの構築、これこそが今現在求められているサービスであり、地域包括ケアシステムの目指す最終目標であると考え。医療・介護を出発点に障害福祉を包括的に捉えたこの新しい未来を見据えた障害福祉システムの構築が、社会医療法人が地域で行う次なる役割である。

単に今ある施設の運営を継続するだけでなく、地域にニーズがある限りは、それを鋭敏に察知し、応えていくことが、いま改めて社会医療法人に期待されていることではないだろうか考える。

一方、3－1節で社会医療法人の経営分析で述べたように、社会医療法人は財務分析上、良好であり経営的に安定している。このように地域における役割を果たすには、

経営面の安定性が求められ、地域での救急医療を中心とした医療事業、そして、新しい介護・福祉事業展開を行うには資金が必要であり、これに適した医療法人であるといえ、今後も経営基盤の強化が必要である。

これから地域包括ケアシステムは、第7次医療計画、第7期介護保険事業計画、医療費適正化計画、まち・ひと・しごと創生総合戦略等、さまざまな制度の整合性を図る要として、地域の社会保障に貢献していくことが期待されていると考える。また、地域包括ケアシステムが多方面のパートナーと共に発展していくことが求められる。

少子超高齢化社会では、医療の内容が変化しており、治すことや救うことを重視する「従来型医療」から、「生活支援型医療」へと変化しており、これからは「癒すこと」「支えること」「看取ること」などを中心に医療の内容を考えていかざるを得ない。その中心になるのが地域包括ケアシステムである。

超高齢社会<sup>3</sup>と言われる現在、団塊世代の全てが後期高齢者となり、人類が経験したことない社会がやってくる。10年、20年後と高齢化率は上昇し、そして、その後は人口減とともに、必ずやってくる医療、介護需要の減少の中で、自らの特性を高めるための変革が今後一層重要となる。

ここで地域における社会医療法人の役割とは何かを考え、それに対応することは、医療介護経営の安定と将来にとって非常に重要であると同時に、将来有りたい姿やそのために現在行うべき努力を明確にすることは、そこで働くスタッフの使命感や達成感を作り出す源にもなるはずである。

社会医療法人として、地域の救急医療を支え、公益性の高い医療サービスを提供し続けなければならない。そして、医療、介護、福祉を包括的に捉え、公的医療機関、民間医療機関と強い提携関係（アライアンス）を築き、地域でビジョンを共有し、連携から integration（統合）された地域包括ケアシステムの構築が必要である。医療を出発点とした新しい、未来を見据えた地域包括ケアシステムの構築を開始すべきと考える。

## 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。

---

<sup>3</sup> 社会の高齢化の定義は、「高齢化社会」「高齢社会」「超高齢社会」の3段階に分かれている。総人口に対して65歳以上の高齢者人口が占める割合を高齢化率といい、世界保健機構（WHO）や国連の定義で、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、21%を超えた社会を「超高齢社会」という。2013年時点では、日本の高齢化率が25.0%なので超高齢社会である。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [ 1 ] 今井知明他（2011）医療経営学 第2版『病院倒産時代を生き抜く知恵と戦略』医学書院。
- [ 2 ] 石見拓（2006）『心原性院外心停止と虚血性突然死の疫学』冠疾患誌（2006）：12：208-212。
- [ 3 ] 尾形裕也（2010）『医療経営士テキスト 病院経営戦略論』日本医療企画。
- [ 4 ] 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。
- [ 5 ] 筒井孝子（2014）『地域包括ケアシステムのサイエンス integrated care 理論と実証』 社会保険研究所。
- [ 6 ] 筒井孝子（2009）「地域包括ケアシステムの未来—社会的介護から、地域による介護へ—」保健医療科学 国立保健医療科学院 福祉サービス部。
- [ 7 ] 永井昌寛、山本勝（2003）「良質で効率的な地域医療サービス等提供のためのシステム化方策」 日本経営診断学会論集 3.0（2003）：130-141。
- [ 8 ] 一般社団法人日本社会医療法人協会 平成28年度定時総会資料（2016）。
- [ 9 ] 医療マネジメント 医療の質向上のための医療経営学（2008）医療経営教育協議会。
- [10] 独立行政法人福祉医療機構 平成26年度障害者サービス経営状況（2016）。
- [11] 独立行政法人福祉医療機構 社会福祉法人の複数事業および施設展開について（2016）。
- [12] 病院業界事情ハンドブック（2014） 株式会社日本政策銀行/株式会社日本経済研究所。

## 引用ホームページ

- [ 1 ] 一般社団法人日本医療法人協会 「医療法人制度について」  
<http://nishakyo.or.jp/seido.html>（2016年8月16日アクセス）
- [ 2 ] 厚生労働省 「社会医療法人の認定について」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/igyuu/about\\_nintei.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/igyuu/about_nintei.html)（2016年8月16日アクセス）
- [ 3 ] 厚生労働省 「社会医療法人の現状調査」  
[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho\\_h24\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho_h24_01.pdf)（2016年8月16日アクセス）

- [ 4] 厚生労働省 「障害者総合支援法」  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaishahukushi/sougoushien/dl/sougoushien-06.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sougoushien/dl/sougoushien-06.pdf) (2016年8月16日アクセス)
- [ 5] 一般社団法人日本医療法人協会 「医療法人制度について」  
<http://nishakyo.or.jp/seido.html> (2016年8月16日アクセス)
- [ 6] 厚生労働省 「地域包括ケアシステム」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (2016年8月16日アクセス)
- [ 7] 厚生労働省 「平成26年介護事業経営実態調査結果」  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittail4/dl/h25\\_gaiyo.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittail4/dl/h25_gaiyo.pdf)  
(2016年8月16日アクセス)
- [ 8] 厚生労働省 「平成26年障害福祉サービス等経営実態調査結果」  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2015/03/dl/h0302-1.pdf> (2016年8月16日アクセス)