

Institutional Frame and Managerial Structure at
the Medical Institution : A Study of Visiting Nurse
Station

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-07-28 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 磯山, 優, 王, 麗華 メールアドレス: 所属:
URL	https://saigaku.repo.nii.ac.jp/records/831

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0
International License.



医療機関の制度的枠組と経営構造

— 訪問看護ステーションを中心に —

Institutional Frame and Managerial Structure at the Medical Institution

— A Study of Visiting Nurse Station —

磯山 優・王 麗華¹⁾

ISOYAMA, Masaru · WANG, Lihua

1. 問題の所在

我々の社会を構成する人間集団は、様々な要因に影響を受けながら活動している。人間集団の活動に影響を与える要因としては、技術や文化なども考えられるが、近年注目されている要因として、制度があげられる。

制度は、人間集団の形成から消滅までの各段階においてその人間集団に影響を与え、ある時にはその集団の活動を規制し、ある時には活動を後押しすることもある²⁾。そして法律をはじめとする各制度は、たいていの場合現実の様々な変化を反映して規定されるのであり、それは医療においても例外ではない。

現在の日本においては、高齢化や国民医療費の高騰に伴い、医療に関係している人間集団も、他の人間集団と同様に非常に多様化し、同時に様々な制度の下で活動している。医療を行う代表的な人間集団は病院であるが、上で述べたような環境の変化に伴い、病院だけで多様化した社会的な医療のニーズに応えるのは非常に困難になってきている。そのため、病院以外にも医療を行う人間集団が存在するようになってきている。その中で現在注目を

集めているのが、訪問看護ステーションである。

訪問看護ステーションでは、医師の指導の下で保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士が居宅へ訪問して行なう療養上の世話、または必要な診療の補助を行っている。このような訪問看護ステーションが生まれた背景には、日本の人口構成の変化や国民医療費の高騰、そしてそれに伴う国の医療政策の転換による様々な医療制度の変化が存在している。

ところが、訪問看護ステーションには大きな期待がかけられているにもかかわらず、いくつかの問題が指摘されている。このような問題には、訪問看護ステーションに所属している個別の構成員にその原因を帰着できる問題も少なくない。しかし、個別の問題には帰着できない問題、すなわち、訪問看護ステーションという制度や、訪問看護ステーションを設置する法人を含めた訪問看護ステーションの経営構造の問題に帰着させざるを得ないような問題も見られる。

そこで本論では、訪問看護ステーションの制度的枠組の問題から出発し、訪問看護ス

キーワード：訪問看護ステーション、制度、医療法人、営利法人

Key words : visiting nurse station, institution, public medical corporation, business corporation

テーションの経営構造の問題まで視野に入れ、現在の訪問看護ステーションが直面している課題について考察していきたい。

2. 訪問看護ステーションを巡る状況

(1) 設置の背景

我が国では1991年（平成3年）の老人保健法の改正によって老人訪問看護制度が創設され、1994年（平成6年）の健康保険法改正により在宅療養者に対しても訪問看護制度が創設された。さらに2000年（平成12年）の介護保険制度の施行に喚起された訪問看護のニーズの高まりに対して、2002年（平成14年）には、看護師が利用者宅を定期的に訪問し、ケアを提供する訪問看護ステーションも制度化された。このような訪問看護ステーションの制度化の背景には、いくつかの社会的状況が存在している。このうち、大きなものとしてあげられるのは日本社会の高齢化と、国民医療費の高騰である。

①日本社会の高齢化

2005年（平成17年）に日本人の平均寿命は、男性78.56歳、女性85.52歳と、男女共にこれまでの記録を更新し、2006年（平成18年）に男性79.00歳、女性85.81歳と女性が若干短くなったものの、高い水準を維持している。また、他国と比較してもかなり高い水準にあり、総人口に占める高齢者の人口も非常に多くなっている³⁾。このような日本人の平均寿命の上昇に伴い、看護対象の増加が見込まれる一方、病院での在院日数は短縮していく傾向にあり、医療と看護のニーズをもったまま自宅で過す者が増えていくことは容易に推測される。

②国民医療費の高騰

国民医療費は、1954年に統計が取られるよ

うになって以来、年々増加している。2004年度（平成16年度）の国民医療費の総額は32兆1,111億円であり、前年度と比較して5,737億円増加している。年齢別に見てみると、65歳未満で15兆7,014億円、65歳以上で16兆4,097億円となっている。一人あたりでは65歳未満で15万2,700円であるのに対して、65歳以上では51万9,800円となっている。

国民医療費が高騰している原因としてはいくつかが考えられ、田村（1984）によると、①人口の高齢化による医療需要率の増加、②国民皆保険の実施による医療需要率の増加、③急性的疾患から慢性的疾患への疾病構造の変化、④医学医療の進歩による1件当り診療費の増大、⑤医療経済における効率的システムの欠如があげられている。このうち、上で述べた高齢化との関連では、医学医療の進歩との関係が指摘されている⁴⁾。

(2) 訪問看護ステーションをめぐる制度

上で述べたような背景を受けて、訪問看護ステーションの設置が推進されるようになり、特に規制緩和による制度改正によってこの分野への参入者が飛躍的に増加した。この訪問看護ステーションの設置や管理に関連する主な制度としては、介護保険法、老人保健法、健康保険法といった法令、厚生労働省による省令、さらに各地方自治体が定めた条例がある。

訪問看護ステーションとは、健康保険法第88条第一項に定められた訪問看護⁵⁾を行う事業所のうち、病院又は診療所以外の事業所を指す。そして、同法第89条第一項により、厚生労働省令に基づき訪問看護事業を行う者の申請により事業所ごとに厚生労働省の指定を受けることが定められている⁶⁾。また、介護

保険法第70条第二項において、都道府県知事は申請者が法人でないときは事業所に指定してはならないと定められており、訪問看護ステーションを設置できるのは法人のみであることがうかがえる。

また健康保険法第92条では、「指定訪問看護事業者は当該指定に係る訪問看護事業者ごとに、厚生労働省令で定める基準に従い厚生労働省令で定める員数の看護師その他の従業者を有しなければならない」と定められており、同様に介護保険法第74条第一項でも「指定居宅サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、厚生労働省令で定める基準に従い厚生労働省令で定める員数の当該指定居宅サービスに従事する従業者を有しなければならない」と定められている。そして、その具体的な内容については「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号）に定められている。同省令では、人員について以下のように定めている⁷⁾。

- ①保健師、看護師又は準看護師（以下看護職員という）を常勤換算法⁸⁾で2.5以上となる員数。これに加えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数。このうち、看護職員のうち一名は常勤でなければならない。
- ②指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。
- ③指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師でなければならない。

さらに、主治の医師との関係については以下のように定められている⁹⁾。

- ①指定訪問看護事業所の管理者は主治の医師

の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるような必要な管理をしなければならない。

- ②指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。
- ③指定訪問看護事業者は、主治の医師に所定の規定による¹⁰⁾訪問看護計画書および訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

人員以外の項目についても、同省令は訪問看護ステーションの設置・運営に関して細かく定めている。なお、訪問看護ステーションを設置する法人については、その法人がどのような法人であるのか—たとえば医療法人であるのか他の公益法人であるのか、または営利法人であるのか—によってそれぞれ異なる法律が適用される。

3. 訪問看護ステーションの経営構造

(1) 設置主体の多様性と訪問看護ステーションの経営構造

訪問看護ステーションは、それ自体は法人格を持たず、何らかの法人格を持った設置主体の下で実際に活動する機関として存在している。安齋らの研究によると、医療法人をはじめ、財団法人、医療生活協同組合、さらには社会福祉法人、生活協同組合、有限会社などさまざまな設置主体によって訪問看護ステーションが設置されている、ということが指摘されている¹¹⁾。この指摘は、訪問看護ステーションの経営構造を考察する上で興味深いと言える。なぜならば、訪問看護ステーションのように多種多様な設置主体の下で活動する機関というのは他にあまり例を見ないから

である。たとえば、ごく一部の例外的な措置を除けば、私立大学をはじめとする私立学校のような教育機関は、学校法人が設置することになっているし、私立病院や診療所のような医療機関については、医療法人が設置することになっている¹²⁾。

訪問看護ステーションの設置主体の多様性は、以下の表からも見て取れる。厚生労働省の統計によると、訪問看護ステーションの設置主体として最も数が多いのは医療法人で、全ての年度にわたって最大となっており、2005年度（平成17年度）では全体の約46%を占めている。ただし、全体に占める割合は減少傾向にある。次に多いのは2002年度（平成14年度）までは社会福祉法人であったが、2003年度（平成15年度）以降は営利法人が医療法人の次に多くなっている。そして、NPOが設置主体となっている訪問看護ステーションを除くと、他の設置主体による訪問看護ステーションの数はほぼ横這いもしくは若干減少しつつあるのに対して、営利法人が設置主体となっている訪問看護ステーションの数は急激に数が増えている。また、営利法人が設置主体となっている訪問看護ステーションの

数は、全体に占める割合も急激に増大している。（表1）

このような、訪問看護ステーションの設置主体の多様性というのは、訪問看護ステーションの経営構造にも大きな影響を与えると考えられる。具体的には、訪問看護ステーションの設置主体が医療法人であるか、もしくは医療法人以外であるかで大きく異なる。これについては以下の三つの点で顕著な違いが現れる。

第一に、円滑なコミュニケーションが行えるか、という点である。

設置主体が医療法人である場合、その医療法人の下に病院や診療所が医療機関として設置されていることがほとんどであろう。そのため、訪問看護ステーションに指示書を出す医師が同一法人の下にある病院や診療所に勤務している医師である可能性が高いため、医師と訪問看護ステーションとの間でのコミュニケーションが円滑に進む可能性が高まる。医療行為のような対人サービスは、サービス提供者間でのコミュニケーションの重要性が非常に高いため、医師と訪問看護ステーションの間で円滑なコミュニケーションが行われ

表 1

	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
総数	4,730	4,825	4,991	5,091	5,224	5,309
地方公共団体	239	249	243	248	247	232
公的・社会保険関係団体	155	162	117	96	86	84
医療法人	2,521	2,519	2,530	2,510	2,507	2,463
社会福祉法人	492	497	502	493	511	505
医師会	330	337	337	337	325	323
看護協会	149	152	157	160	161	162
社団・財団法人	338	334	342	347	347	350
協同組合	204	210	254	288	293	290
営利法人	286	336	458	555	680	814
特定非営利活動法人（NPO）	16	20	26	31	37	50
その他の法人	-	9	25	26	30	36

厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課「介護サービス施設・事業所調査」各年度版より作成。数値は事業所数。なお、平成12年度については「その他の法人」についての記載がないので省略。

るといことは、高い質のサービスの提供を可能にするということを意味している。

第二に、市場開拓の点についてである。

設置主体が医療法人であると、上で見たように同じ法人内に医療機関があるため、その機関から利用者があてがわれる可能性が非常に高くなる。そのため、訪問看護ステーションが独自に市場の開拓をする必要性が低くなり、安定した経営を行うことが可能になる。

第三に、資源の共有化や節約が促進されるか、という点である。

医療法人が設置主体である場合、医療行為を行う機関が訪問看護ステーションの他に少なくとも一つは存在することが想定される。そのため、他の医療機関と合わせて訪問看護ステーションは医療に必要な資源を共有化したり、同時に大量発注することによって節約することが可能になる。

また、設置基準にあるように、訪問看護ステーションにおいて鍵となる人材は看護師である。この看護師の確保においても医療法人が設置主体である場合は、他の法人が設置主体である場合よりも格段に有利であると考えられる。なぜならば、既存の医療機関においてすでに看護師を確保している可能性が非常に高く、訪問看護ステーションに必要な看護師を確保することが非常に容易であると考えられるのである。

このような点からみて、医療法人が訪問看護ステーションを設置する場合と、医療法人以外の他の法人が訪問看護ステーションを設置する場合とでは、医療法人が訪問看護ステーションを設置する方が多くの点で有利である点は否定できない。特に、市場の開拓という点から見て、訪問看護ステーションの経営の安定化を図る上である程度の市場が開設

当初から期待できる医療法人の下の訪問看護ステーションは、他の法人が設置した訪問看護ステーションよりも非常に恵まれていると考えられる。

医療法人が設置する訪問看護ステーションの優位性に関連して、二木（1998）の指摘は重要であると思われる。二木は「保健・医療・福祉複合体」という用語を用いながら、医療法人が病院・診療所のみならず他の様々な施設を開設することの優位性を説明している。二木によると、老人保健施設など医療法人が直接設置できる施設に限らず、特別養護老人ホームやケアハウスなどでも¹³⁾ 病院が母体となっている施設が非常に多く、特に同一法人内で複数の病院を開設しているような「病院チェーン」においてこのような動向が顕著に見られたと同時に、中小病院や診療所も様々な施設を併設しているという¹⁴⁾。

このような「保健・医療・福祉複合体」のメリットについて、二木は患者・利用者の施設・サービスの流れを垂直統合することにより、範囲の経済のメリットおよび取引コストの節約のメリットが得られると述べている¹⁵⁾。また、多様な保健・医療・福祉サービスを継続的・包括的に提供することにより、患者の利便性や安心感を向上できるというメリットもあるという¹⁶⁾。このようなメリットが存在する反面、二木はこの「保健・医療・福祉複合体」の展開により、①顧客の囲い込みによる地域独占、②「福祉の医療化」による福祉本来の発展の阻害、③利益の上がる分野への集中による「利潤極大化」、④中央・地方政治家・行政との癒着、など様々な問題があるということも指摘している¹⁷⁾。

（2）営利法人が設置する訪問看護ステーションの経営構造

上で見たように、訪問看護ステーションの設置主体において最も数が多いのは医療法人であるが、次に多くかつ近年急激に増えてきているのは営利法人である。この営利法人が設置する訪問看護ステーションは、他の設置主体が設置する訪問看護ステーションと比較して、その経営構造において違いがあると思われる。

周知のとおり、営利法人と、医療法人をはじめとする非営利法人との最大の相違点は、営利法人においては「営利を目的としている」のに対して、非営利法人においては「営利を目的としない」という点である。医療法人が「営利を目的としない」という点については、医療法第54条第一項において「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」と規定されている点や、同法第56条第一項における「解散した医療法人の残余財産は…定款又は寄付行為の定めるところにより、その帰属すべき者に帰属する」という規定、同第二項「前項の規定により処分されない財産は、国庫に帰属する」という規定などで明確にされている。当然のことではあるが、これらの規定は医療法人が収益を上げること否定するものではない。しかし、(1) で見たように訪問看護ステーションの経営という点においては、営利法人よりも医療法人の方が収益を上げやすい構造となっている。すなわち、「営利を目的としている」営利法人よりも「営利を目的としない」非営利法人である医療法人の方が収益を上げやすいという「ねじれ現象」が起きている。

そして、訪問看護ステーションを営営する際に、営利法人は「営利を目的としている」

が故に、多くの収益を上げたり費用を削減することに、医療法人よりもさらに多大な努力を要求されることになる。そのため、同一地域において医療法人による訪問看護ステーションと営利法人による訪問看護ステーションで競争が起きた場合、営利法人による訪問看護ステーションの方が厳しい環境に置かれることになると考えられる。このような環境の下で競争に生き残るためには、営利法人が行える自由度の高い資金調達などを活用する必要がある。

4. 今後の課題

訪問看護ステーションは、これから先さらに高齢化が進む日本の社会で在宅医療において今後さらに重要になっていくのはまず間違いないことであろう。しかし、本論で見たように訪問看護ステーションに関連する制度的な問題、特に訪問看護ステーションを設置する法人の違いにより問題が存在することが明らかになった。そこでこの点を踏まえて、今後明らかにすべき課題について述べて本論を締めくくりたい。

医業経営の非営利性等に関する検討会は、現行の社団医療法人における非営利性について、医療法人は民間の法人であって「営利を目的としない」ものであることを再確認し、営利を目的としている営利法人とは明らかに違うものであることを明確にすることは、医療法人制度に関する国民の理解を高めるためにも大切なことである、と指摘している¹⁸⁾。その背景には、医療法人制度が創設されて約50年が経過して、様々な手段を用いて医療法人が事実上営利を目的として経営されている、という主張があるという¹⁹⁾。既に本論で見たように、訪問看護ステーションの経営におい

てはたとえ営利を目的としていなくても、医療法人の方が営利法人よりも収益を上げやすい構造になっている。そのため、医療法人においても収益から費用を差し引いた残余分をどのように処分するかが大きな問題になるのだが、この点については、法人の運営者の良心に任せるより今のところ手段が見当たらない。

このような問題と同時に、営利法人が訪問看護ステーションを経営しても、医療法人よりも収益が上がりにくいという現状をそのまま存続させて良いものか、という問題も残る。確かに、現在のところ規制緩和によりこの分野に参入する営利法人の数は伸びている。しかし、営利を目的として参入しても、収益が上がらず営利を得られないということが明らかになってくると、この分野への営利法人の参入は少なくなってくるのではないかと。そして、二木が指摘しているような「保健・医療・福祉複合体」の存在がその背景にあるならば、営利法人が参入しても収益を上げることはますます困難になるであろう。

このように訪問看護ステーションの経営の問題においては、その背景に非営利法人としての医療法人の問題が存在しており、制度的に何らかの解決が図られることが必要不可欠であると思われるのである。

注

- 1) 群馬パース大学保健科学部看護学科所属。
- 2) 制度と集団の関係について述べたものとしては、たとえば佐藤・山田(2004)を参照。両氏によると、制度は集団や組織の行動を規定する制約条件になると同時に、利用可能な素材や資源にもなるという。

3) たとえば、アメリカ合衆国においては2004年で男性75.2歳、女性80.4歳、中国においては2000年で男性69.63歳、女性73.33歳、スウェーデンにおいては2006年で男性78.50歳、女性82.78歳となっている。また、総務省統計局によると、2004年10月1日現在の65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,488万人となり、総人口に占める割合(高齢化率)も19.5%に上昇している。また国立社会保障・人口問題研究所の人口推計によると、高齢化率は2014年までに25%前後に達し、2040年頃には、人口の3分の1が65歳以上となることを見込まれている。厚生統計協会(2007)参照。

- 4) 田村(1984)、7頁-10頁。
- 5) 同法において訪問看護とは「…疾病又は負傷等により、居宅において継続して療養を受ける状態にあるもの(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。)に対し、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者が行う療養上の世話または必要な診察の補助…」であると定められている。
- 6) ただし、健康保険法第89条二項の定めにより、介護保険法第41条一項の規定による指定居宅サービス事業者の指定、もしくは同法第53条一項の規定による指定介護予防サービス事業者の指定があった時は、指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされる。
- 7) 以下については、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号)第60条および第61条を参照。
- 8) 当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。同省令第2条七項参照。
- 9) 同省令第69条参照。
- 10) 所定の規定とは同省令第70条第一項のことを指す。
- 11) 安齋他(2004)を参照。
- 12) 例外として、たとえばトヨタ記念病院があげられる。トヨタ記念病院は、トヨタ自動車工業(当

時)が同社の従業員のための診療所として1938年に設置し、1987年に名称変更を行っている。また、日本国有鉄道(国鉄)が所有していた鉄道病院も同様な例として挙げられる。このうちJR東京総合病院は、1927年に中央鉄道病院として開設され、国鉄が民営化された後は東日本旅客鉄道株式会社(JR東日本)が経営主体となっている。

- 13) 特別養護老人ホームは医療法人が直接設置することはできないので、社会福祉法人を別に立ち上げる必要がある。
- 14) 二木(1998)、10頁-14頁。
- 15) 同、36頁-37頁。
- 16) 同、38頁。
- 17) 同、41頁-43頁。
- 18) 医療経営の非営利性等に関する検討会(2005)、6頁。
- 19) 同上、5頁

引用・参考文献

- 安齋ひとみ・遠藤幸代・遠藤初江・加藤悦子・菊地静子・佐藤利枝・高橋理恵子・中野真理子・古川みどり・山口孝子、「訪問看護ステーションにおける管理運営の問題点および課題」、『福島県立医科大学看護学部紀要』、2004年。
- 医療経営の非営利性等に関する検討会、『医療法人制度改革の考え方(報告)～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿～』、厚生労働省、2005年。
- 医療法制研究会編、『医療六法(平成19年版)』、中央法規、2007年。
- 厚生統計協会編、『国民衛生の動向』、第54巻第9号、2007年。
- 二木立、『保険・医療・福祉複合体 全国調査と将来予測』、医学書院、1998年。
- 佐藤郁也・山田真茂留、『制度と文化 組織を動かす見えない力』、日本経済新聞社、2004年。
- 田村貞夫、「国民医療費の高騰化傾向への適応策 - 応用的経済政策の実践例 - 」、『早稲田社会科学研究』第28号、1984年。