

地域医療連携推進法人制度の可能性
～地域包括ケアの実現に向けて～

東京大学公共政策大学院 修士 2 年 宮田杏奈

1. 問題の所在

そう遠くない将来、日本は「超少子高齢化・人口減少社会」に突入する（図1・図2の将来推計¹参照）。「2025年問題」への準備を中間目標に社会保障分野における処方箋が模索されているが、現時点で既に「超少子高齢化・人口減少社会」になりつつある地域もある。そうした地域は、医療介護人材不足、患者数の減少による地方国公立病院の赤字体質、民間病院・介護施設はダウンサイジングに追い込まれるといった状況に直面しており、医療機関等は厳しい状況に置かれている。この現象は、一部の過疎地に限った話ではなく、将来的には全国で生じうるものである。

労働力人口の減少と急速な高齢化のダブルパンチで、今後の日本は人的財政的な資源制約が増々強まると同時に、医療介護ニーズは多様化し増えていく。そのような状況で、地域医療の崩壊を回避し提供体制を維持していくには、どうすべきなのだろうか。

こうした中、医療介護提供体制における新たな取組みが浮上した。「地域医療連携推進法人制度」である。この制度は、病院等が業務の連携を推進するために、共同で一般社団法人を開設することが可能になる制度だ。先に述べたような危機的状況を将来に控えた今、なぜこの制度が必要なのか。本稿を通じて、この制度の意義を検討する。

図1 年齢階級別にみた将来推計人口および構成比

	2010年	2015年	2025年	2035年	2045年	2055年
総数	12,806 (100.0)	12,660 (100.0)	12,066 (100.0)	11,212 (100.0)	10,221 (100.0)	9,193 (100.0)
0-14歳	1,684 (13.1)	1,583 (12.5)	1,324 (11.0)	1,129 (10.1)	1,012 (9.9)	861 (9.4)
15-64歳	8,173 (63.8)	7,682 (60.7)	7,084 (58.7)	6,343 (56.6)	5,353 (52.4)	4,706 (51.2)
65-74歳	1,529 (11.9)	1,749 (13.8)	1,479 (12.3)	1,495 (13.3)	1,600 (15.7)	1,225 (13.3)
75-84歳	1,037 (8.1)	1,135 (9.0)	1,442 (12.0)	1,231 (11.0)	1,272 (12.4)	1,366 (14.9)
85歳以上	383 (3.0)	511 (4.0)	736 (6.1)	1,015 (9.1)	985 (9.6)	1,035 (11.3)

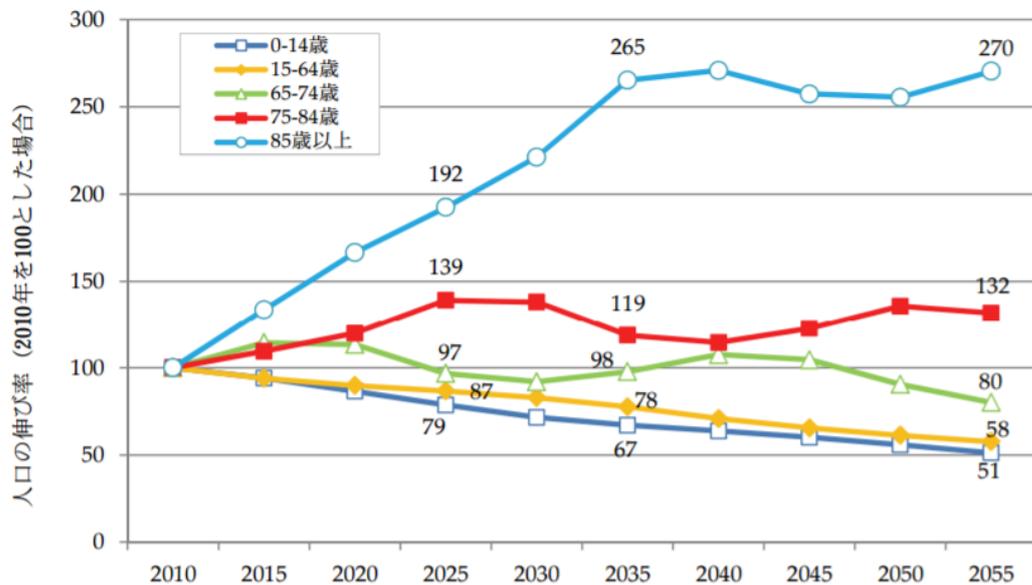
注：上段は人数（万人）、下段は構成割合（％）。

¹ 図1・図2

データ原出典：国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成24年1月推計）

グラフ出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構 『労働政策研究報告書』No.168（2014）

図2 年齢階級別人口の伸び率の推移（2010年を100とした場合）



2. 医療機関・福祉施設の合併・再編 ～現状の取組みとその限界～

地方の医療提供体制は、医療施設や人材の偏在傾向が進行している。郊外は医療過疎で、その地区に1つしかない診療科をたった1人の医師が担当しているといったケースもある。一方で中心部は供給過多になっており、少ない患者をめぐって医療機関が競合関係に陥っていることが珍しくない。しかし、そうした過密エリアでも徐々に患者獲得や医師確保の面で非効率さが目立ち始め、共倒れの可能性に直面する病院等も出ている。もはや個々の自助努力を促すだけでは、地域の医療資源の有効活用に繋がらない。

こうした状況に危機感を持った病院等は、独自に経営統合や組織再編の動きを取っている。しかし、医療法人等は医療法によって剰余金の配当を禁止することで営利法人たることを規制されており、民間企業と同じような多様な形態の経営統合をすることはできない。図3が、実際に医療法人が行っている経営統合の類型である。

この中で最も多く行われるのが、法人合併である。医療法人の合併は医療法で認められており²、参加する法人が全員解散して新たな法人を新設する「新設合併」と、1つの法人のみを存続し、他の法人が解散してその法人に組み込まれる「吸収合併」の2通りの方法がある。こうした方法で、余力のある病院等は経営を改善して地域医療の維持に貢献している。しかし、合併の場合は既存の法人を解散させねばならないことから、法人所有者の抵抗感が強く、経営破たん寸前になるまで動かない、もしくは関係者同士で話し合いを始めても議論が紛糾して先に進まない、といった状態に陥りやすいのが現状である。合併等によって連携が実現するか、どの程度連携がなされるのかといった点は当事者の危機意識頼みになって

² 医療法第58条、第59条

おり、必ずしも実効性のある手段とは言えない。

図3 医療法人等における経営統合類型

統合パターン		病院事例
提携	①業務提携 医師不足対策としての診療機能分担、医師派遣、共同購買等。	・市立岸和田病院と市立貝塚病院の医師相互融通 ・地域医療機関が診療材料等を共同購買
	②資本提携 医療法人が他医療法人に出資。	
グループ化	③フランチャイズ 医療法人が商標の利用、運営ノウハウ等の支援の代わりにロイヤリティーを徴収。	・上尾中央医科グループは複数の医療法人下の複数病院をグループ経営（出資による系列化ではない）
	④系列化（グループ経営） 系列傘下の複数法人をグループとして経営。	
	⑤子会社化 他法人や他法人の病院を買収し、子会社化。	
合併	⑥持株会社（ホールディングカンパニー）制 医療グループが異なる法人の複数の病院をチェーンオペレーション。	※多数の事例がある
	⑦法人合併 法人組織を1つに統合。病院施設も統廃合を行うケースもある。 吸収合併と対等合併に大別される。	
譲渡	⑧事業譲渡 国公立病院等が事業を譲渡。	・国公立病院を民間に移譲

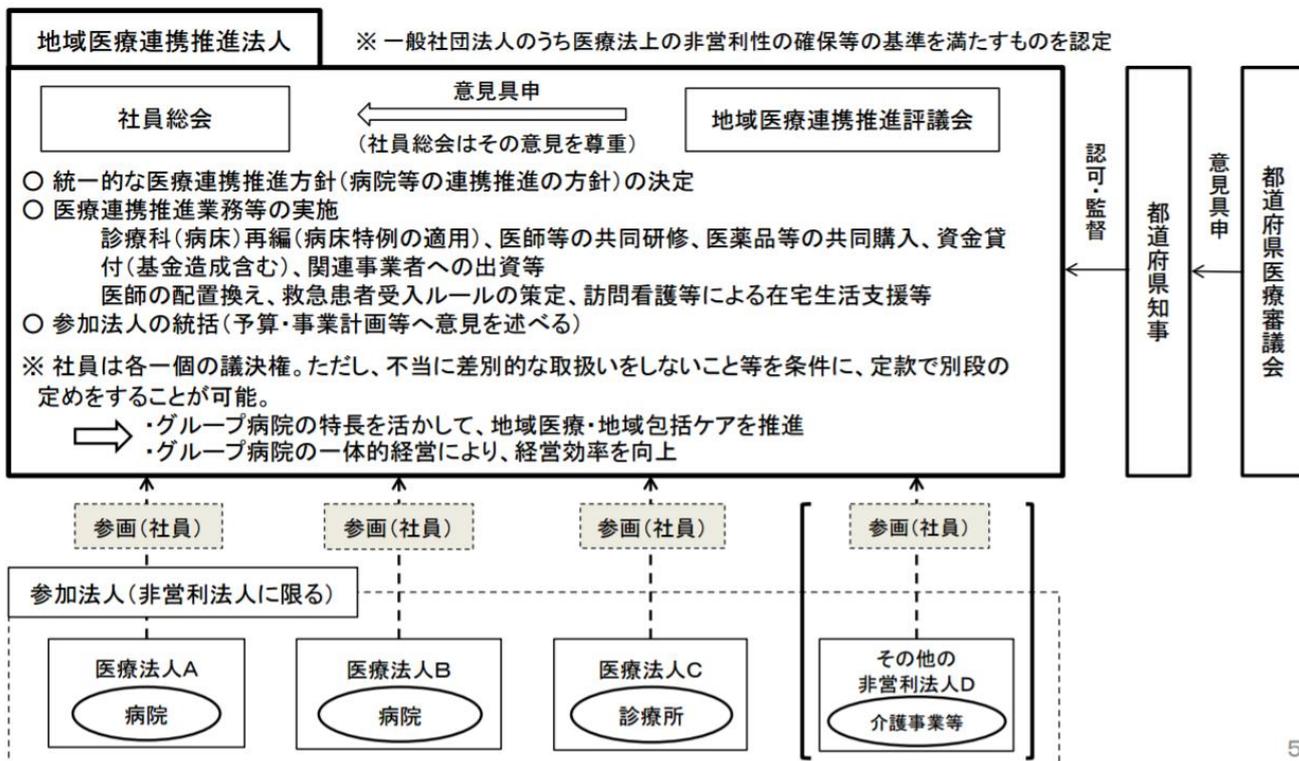
（出典：厚生労働省医政局『平成23年度 近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究報告書』第2章）

4. 新たな取組みとして「地域医療連携推進法人制度」

地域の医療提供者による連携の必要性が高まる中、政府での検討が始まったのが、「地域医療連携推進法人制度」である。2015年、厚生労働省での「医療法人の事業展開等に関する検討会」を経て創設が決定した。関連の医療法を一部改正³し、2017年4月に施行予定である。

³ 地域医療連携推進法人の社員となることのできるものの要件として、以下の点が定められる。（2017年1月時点）
 ①医療連携推進区域において、病院、診療所又は介護老人保健施設等（以下「病院等」という。）を開設する個人
 ②医療連携推進区域において、介護事業その他の地域包括ケアシステムを構築に資する事業に係る施設または事業所を開設し、又は管理する個人
 ③①及び②に規定する施設又は事業所を開設する法人であって、参加法人になることを希望しないもの
 ④医療連携推進区域において、大学その他の医療従事者の養成に関係する機関を開設する者
 ⑤医療連携推進区域において、医療に関する業務を行う地方公共団体その他当該一般社団法人が実施する医療連携推進業務に関する業務を行う者
 また、法人設立には都道府県知事の認可が必要。

図4 地域医療連携推進法人制度の概要



出典：産業競争力会議 第35回実行実現点検会合 資料9（厚生労働省「地域医療連携推進法人の設立に向けた地域の動き」）

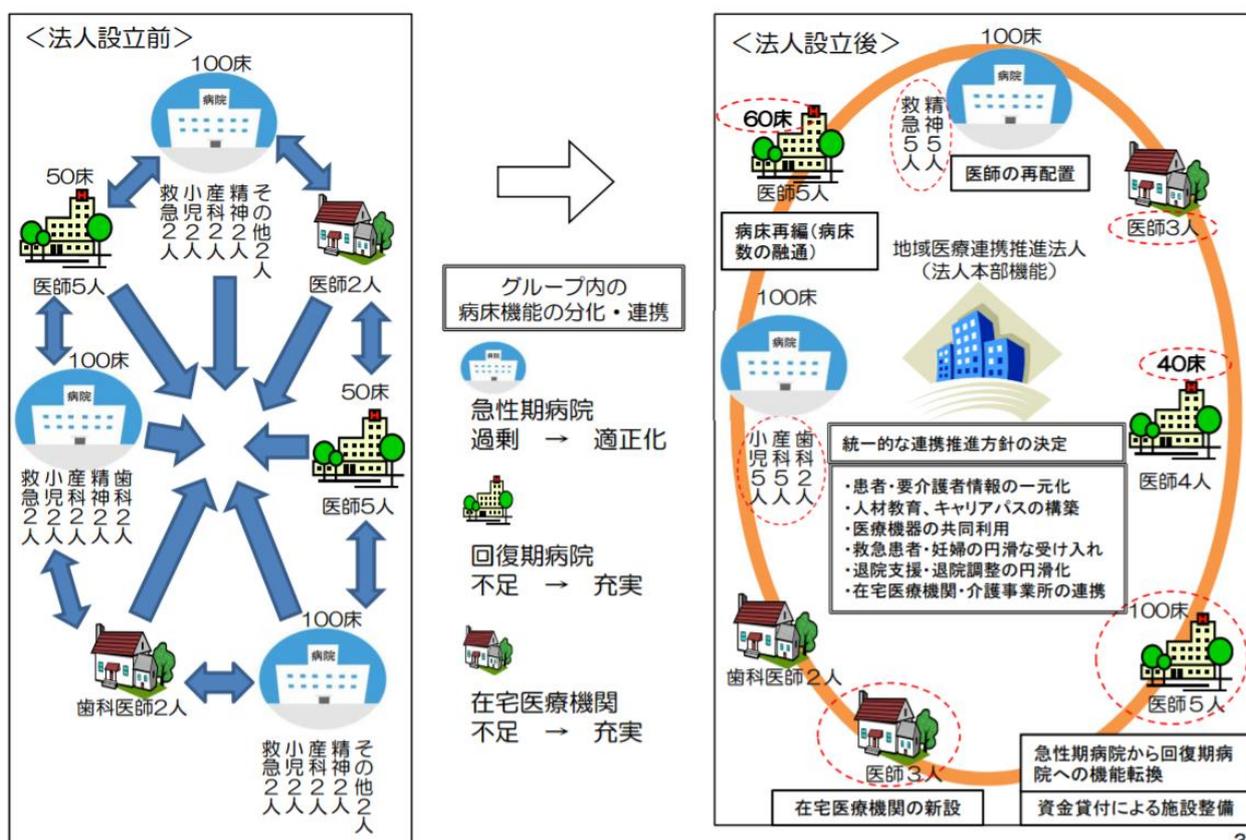
医療法人等の経営環境が厳しさを増す中、個々の医療法人・社会福祉法人の努力だけでは限界を迎える地域が今後も出てくる。そうした時、地域の医療提供体制を維持していくには、個々の努力に「連携」を掛け合わせる必要がある。市場の最適化を促す「競争」と連携のメリットを引き出す「協調」のバランスが重要であり、他の医療機関等とのコミュニケーションを継続していくことで地域の実状に合わせた解決策を導き出し、地域の医療提供体制の安定化を図っていくことが制度設立の趣旨である。また、参加法人の解散・合併を必要とせず、各法人の経営の自由度は比較的高いまま保たれるため、法人所有者の連携への抵抗感が和らぎ、現場の交渉がスムーズになる可能性もかなりある。

この制度は、「モノ（情報）・ヒト・カネ」3つの側面から医療機関等に連携のメリットをもたらす。様々な文献資料で制度導入のメリットが紹介されているが、まとめると以下の要素になる。

- * グループ病院、介護事業所の紹介
- * 患者・要介護者情報の一元的把握による業務効率化
- * 統一カルテ等のシステムによる重複した検査の省略

- * 訪問看護・訪問介護による在宅生活の支援
- * 要介護者急変時の円滑な対応
- * 医師・看護師・介護福祉士等のキャリアパスの構築による定着率の向上
- * 人事の一元化による過疎地域への医師派遣の実施
- * 診療科（病床）の再編成
- * 法人化によって与信力が高くなり、金融機関からの資金借入れのハードルが下がる
- * 医療機器等の共同利用、共同購入による投資のスリム化
- * 高額機器購入において価格交渉力が高まる

図5 地域医療連携推進法人設立のイメージ



(出典：厚生労働省 第10回 医療法人の事業展開等に関する検討会 資料2)

—導入事例紹介—

2017年4月の制度施行の前に、実際に連携法人の設立に向けて動き出している地域がある。独立地方行政法人山形県・酒田市病院機構が運営する日本海総合病院である。2008年、旧日本海病院と旧市立酒田病院が統合して再スタートした。それまで、酒田市では2病院

が競合して急性期医療を提供していたが、地域の患者数減少や医療機器投資の負担から、両院ともに経営の雲行きが怪しくなっていた。そうした中、当時経営状況を比較的良好に保っていた旧市立酒田病院がリードする形で旧県立日本海病院との統合計画が進み、実現に至った。

その日本海総合病院が主導する形で、公立病院再編に続く取組みとして民間病院も加えた地域医療連携推進法人の設立が検討されている。山形県・酒田市病院機構理事長の栗谷善樹氏は「人口減、患者減が止まらないこの地域で、今までのような形だけの“連携”を続けていても個々の医療機関はもう持たない。地域で民間の医療資源がなくなるのは我々、急性期病院も困る。一つの事業体を作って、強力なマネジメントの下で効率化し、一体化した経営を行っていく必要がある。2018年の診療報酬、介護報酬の同時改訂の前までには地域医療連携推進法人を設立したい」と話す。⁴ 近隣のいくつかの医療福祉機関にも声をかけ、山形県・酒田市病院機構のほか酒田市内の二つの医療法人、一つの社会福祉法人が参加の意向を示し、検討に入った。

岡山県真庭市の、金田病院と落合病院も制度の導入を検討している。金田病院と落合病院は共に地域の老舗病院で、数百メートルしか離れていない至近距離に立地し50年間に渡って患者獲得競争を繰り広げてきた。現在、真庭市には七つの病院があるが、急性期医療を提供しているのは民間の金田病院と落合病院だけである。周辺で破たんする病院が続出していたこともあり、当事者たちが危機意識を共有したことがこの連携を可能にした。毎月、両院の経営幹部が集まって、連携に向けた調整・制度の勉強会を進めている。⁵

岡山県ではこの事例の他に、岡山市において、岡山大学附属病院が主導で地域の公立病院を中心とした大型の地域医療連携推進法人の設立を目指す動きもある。

5. 制度の課題と今後に向けた提案

そもそも、各参加法人は、自身の組織の利潤確保を前提としている。すると、地域医療連携推進法人制度は合意形成型の制度のため、参加法人間での調整が難航する可能性がある。法人全体・地域全体のバランスの調整が重要だが、どのような協議の場を設けるか、調整役は誰にするか、という点を検討する必要があるのではないか。さらには、制度を施行してみたものの当の医療法人経営者が動き出さず、現状と変わらなかった、という事態もあり得る。新しい制度を現場に入れていくなれば、当事者の動き出しの第一歩をサポートする仕組みが不可欠なのではないか。

そこで、自治体が地域の医師会や当事者、さらに地域の社会福祉の実状を把握している人材を集めた協議の場を設けることを提案したい。地域医療機能を堅持することは自治体の使命の一つである。自治体が医療機関経営安定化の窓口を設け、必要に応じて医療機関同士

⁴ 日経ヘルスケア 2016年7月号

⁵ 同上

の調整役を担うことが期待される。また、地元金融機関等も融資先の医療法人の経営向上のために調整役を担うメリットと能力があり、場合によっては、医療系のコンサルタントやシンクタンクの専門家との共同検討会のような場を設けることも制度の発展に資するだろう。医師を輩出している大学医局にとっては、法人設立による地域でのキャリアパスの明確化や人材育成制度の実現は大学医学部としての魅力になり、優秀な学生の取り込みに繋がる。医師会をはじめとする医療関連機関も地域の医療提供体制が安定しているに越したことはなく、医療機関連携を支援する意義は大きい。

さらに、今回は深入りできなかったが、この制度をより有効なものにするには、介護提供主体をどう組み込めるようにするかという点が肝である。現在の地域医療連携推進法人でも、社会福祉法人の参加は可能だが、法人全体の議決権の割合として、医療法人を超える社会福祉法人の参加はできない。⁶今回の執筆作業で筆者は、介護人材不足が相当深刻になることがかなり高い可能性で生じ得ることを知った。医者不足も指摘されることは多いが、医学部の定員増政策などによって医者の数自体は増えている。それでも不足が起きているのは、診療科や地域における人材配置が偏って上手くいっていないためである。従って、まさに地域医療連携推進法人などを使って人材の流動性を高め、最適配置を促すことで解決できる部分が相当あると考えられる。しかし、介護人材不足は深刻である。そもそも介護福祉業界への就職が少ない上に業界からの離職率も高い現状である。地域医療連携法人に社会福祉法人などが確実に参加できるようになれば、法人がグループとしてのブランド力やキャリアパスの明確化、待遇改善などを戦略的に行うことが可能となり、介護福祉業界の雇用吸収力向上に少なからず寄与すると言える。

また、ヘルパー派遣事業や食事の宅配サービスなど、細やかな福祉サービスの提供主体は、必ずしもヘルスケア業界をバックグラウンドとしない、多様な民間業者が担っている部分がかかなりあるし、今後高齢者市場が拡大するに伴って彼らの存在はより大きくなっていくだろう。医療提供主体についてはもちろん非営利性の担保が不可欠だが、本気で地域包括ケアを実現するには、そうした民間業者との連携方法も現状以上のことを可能にするような方向へ舵を切っていく必要がある。

言うまでもないかもしれないが、医療介護の需給状況において地域にはそれぞれ特性がある。地域の実状をよく知り、地域医療介護の現場を担っている地元の経営者・担当者が病院や施設を連携しながら運営することで、地域ごとの地域包括ケア最適解を生み出せる。医療は国の最もベースにある社会資本・生活インフラであるという視点に立ち戻り、様々な関係者が地域医療の安定化に関与していくことで地域の生活を守ることができる。本稿では高齢化対策に関する点に多く触れてきたが、若い世代が地方で生活するためにも、医療は不可欠である。地方創生に関わる様々な取組みにより、地方へ若い人材・多様な人材が入っていく動きも多くある。そうした地方創生の“芽”が地域に根付いていくためにも、地域医

⁶ しかも、特別養護老人ホームの開設は社会福祉法人にしか許可されていないので、地域医療連携推進法人に、特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人も参加できるのかは現状不透明である。

療の維持安定は無視できない要素だ。

地域包括ケアの実現に向けて、医療と福祉の担い手達は、様々なツールを複合的に組み合わせて最適解を模索していくしかない。彼らの選択肢をより広げ、地域の実状に応じた対応を可能にするためにも地域医療連携推進法人制度を確立する必要がある。そのためには、制度に前向きなエリアにおいてまずはその導入をサポートすることが必要だ。いくつかのモデルケースが創出されることで、制度が全国的な広がりを見せる可能性は高まる。現状では制度の全体像が未だ漠然としているが、実際に試行錯誤を重ねることで時間は多少かかるかもしれないが制度が洗練され、将来の高齢化社会を支える重要なツールの一つとなるだろう。

・参考文献・

- 二木 立『地域包括ケアと地域連携』勁草書房 2015年
二木 立『保健・医療・福祉複合体 全国調査と将来予測』医学書院 1998年
松山 幸弘『医療・介護改革の真相』医療経営企画 2015年
島崎 謙治『医療政策を問い直す——国民皆保険の将来』ちくま新書 2015年
『2015-2016年版 医療経営白書』日本医療企画 2015年9月
『2016-2017年版 医療白書』日本医療企画 2016年7月
富山和彦『なぜローカル経済から日本は甦るのか』PHP新書 2014年
東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット『医療政策集中講義：医療を動かす戦略と実践』医学書院 2015年

・参考資料・

医療法

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html>

厚生労働省 医療法人の事業展開等に関する検討会 第1回～第10回 各資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=164077>

厚生労働省

平成23年度医療施設経営安定化推進事業

「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」報告書

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoku/igyoku/igyoku/dl/houkokusho_h22_gappei_02.pdf

平成25年度医療施設経営安定化推進事業

「医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究」報告書

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoku/igyoku/igyoku/dl/houkokusho_h24.pdf

日経ヘルスケア 2016年7月号