

社会的共通資本としての地域医療連携推進法人

連載コーナー「[そろそろ社会保障のこと、まじめに考えたらどうだ。。。](#)」

Web『[医療と介護 2040](#)』

ほっこりする文章

医療政策などを日頃考えている人が読めば、ほっこりする文章がある。とても長くなるが、その分幸せな気分になってもらいたいので長文を紹介させてもらおうと思う。

(運営方針)

- ・ 参加法人間において地域に必要な診療機能、病床規模の適正化を図り、将来を見据えた医療需要に対応できるよう業務の連携を進め、地域医療構想の実現を図る。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築を行政と共に進め、地域住民が住み慣れた地域で、切れ目なく適切な医療、介護、福祉、生活支援が提供できる取組みを進める。

…

4. 病院等相互間の機能の分担及び業務の連携に関する事項及びその目標

- ・ 診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化
具体的には、重複投資等の抑制と効率化を図るため、環境が整い次第、○病院に検査機能及び手術機能の集約化を進めていく。一方、維持透析機能については、△病院への集約化を進めていく。また、地域医療構想の実現に向け、病床規模の適正化を図るため、病床調整等の検討を行う。
- ・ 医療機器等の共同利用
具体的には、CT、MRI 等の高額医療機器の重複投資等を抑制し、参加法人間で共同利用出来る仕組みを構築する。
- ・ 医療材料・薬品等の共同交渉・共同購入
具体的には、参加法人間でのスケールメリットを活かした医療材料・薬品等の共同交渉・共同購入を通じ、参加法人の経営効率化を図る。…
- ・ 入院患者の在宅療養生活への円滑な移行の推進、病院と介護施設の連携強化
…要介護者の急変時に対応できるよう、24 時間、365 日対応できる病院（○病院等）、診療所（☆診療所等）、介護施設（□等）、訪問看護ステーション（△等）の連携体制の強化を図り、地域包括ケアシステムの構築を実現する。

5. 介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業に関する事項

- ・ 介護事業所を持つ参加法人間（医師会等）で役割分担を明確化し、業務の効率化を図ると共に24時間対応できる体制作りや新たな業務内容（訪問リハビリ等）の検討を行う。
- ・ 医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等のサービスを包括的に提供できる地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の取組みを支援する。…
- ・ ちよかいネットの充実と在宅患者をチームで支える多職種連携を強めていく。

地域の医療・福祉施設が、みんなで仲間になればこういうことまで目指すことができる。そうした、「こういうこと」が書かれているのは、医療法に「地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすよう努めなければならない」と書いてある「地域医療連携推進法人」のひとつ、山形県にある日本海ヘルスケアネットの「医療連携推進方針」である。

「要介護者の急変時に対応できるよう、24時間、365日対応できる病院（○病院等）、診療所（☆診療所等）、介護施設（□等）、訪問看護ステーション（△等）の連携体制の強化を図り、地域包括ケアシステムの構築を実現する」というのも興味深い。

24時間、365日対応は病院が対応し、その病院は、診療所、介護施設、訪問介護ステーションと連携している。その連携も、「ちよかいネット」で患者のデータを共有するという方法で図られている。

要するに、「かかりつけ医機能」を地域医療連携推進法人全体で果たしているとも言える。地域の中で、役割分担を担った機関がネットワークを張り巡らせることによって、一セットの「かかりつけ医機能」を果たす—おもしろい。

2013年の社会保障制度改革国民会議の頃の議論

いまから9年ほど前の2013年8月の社会保障制度改革国民会議の報告書には次のように記載されていた。

（3）医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等間の競争を避け、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には、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

このため、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いた

めの制度改正を検討する必要がある。

複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

その後、紆余曲折の議論を経て、2015年9月に第7次医療法改正の中で地域医療連携推進法人が成立し、2017年4月から施行された*1。

一連の議論の中では、なかなかの錯綜を見せ、制度が形成される途中2014年1月に、安倍総理がダボス会議で「ホールディングカンパニー型の大規模医療法人」に言及したりしていた。そうした議論の混乱もあり、この制度が「株式会社参入につながる」と言う人たちが出てきて、その頃の記憶もあって今もそう思っている人がいることも理解できる。

しかしながら、法律として成立したのは、非営利の法人がまるく協調関係を築いて、自分たちオリジナルの地域医療を築いていきたいと思いますという制度との理解でいいのではないだろうか。

競争から協調へ

2013年当時、社会保障制度改革国民会議の報告書にもある「競争よりも協調」という言葉は、なぜ使われていたのか。

経済学では、軍拡競争のようなインセンティブを持たせる寡占市場にある企業がカルテルを形成したりすれば、価格支配力が行使されて消費者余剰が犠牲になることが説かれる。しかし、医療・福祉の場合は、患者との間は公的価格の世界であるし、医療・福祉の経営体が市場と接しているのは、製薬業界や医療機器産業の世界である。

そして参加している法人は非営利の経営体なのであるから、みんなが協調して仲間になることにより、市場での交渉力(bargaining position)の強化を図って浮いた資金は、患者へのサービス向上にまわすことになる。悪くはない協調関係である。

ご当地医療を織りなす地域医療連携推進法人

2022年1月1日現在、30ある地域医療連携推進法人は、30法人の顔があるかのごとく、それぞれがかなり個性的である。たとえば、あるひとつの市や町のすべての病院が参加している、栃木県日光市の日光ヘルスケアネット、高知県土佐清水市の清水令和会や、滋賀県高島市の滋賀高島、そして兵庫県川西市、猪名川町の川西・猪名川地域ヘルスケアネットワークがある。

参加法人数が 32 にも及び (2022 年 2 月現在)、各施設の稼働や職員の状況などをタイムリーに把握することで、適正な入退院・入退所を支援するコマンドセンターを持つ湖南メディカルコンソーシアム、参加施設数が 32 (2021 年 2 月現在) もあって、医療ドキュメンタリー『最後の砦となれ』で描かれた藤田学園 (藤田医科大学) を中心としながら、国立長寿医療研究センターや、地域住民も一緒になって地域医療を作っていることでも知られる南生協病院も参加して地域医療構想区域 7 区域にまたがる愛知県の尾三会というのがある。

そうかと思えば、参加法人は 3 つで、病院の医師不足と地域の開業医の継承問題を同時に解決しようとクロスアポイントシステム (在籍型出向で、出向元と出向先のそれぞれの職員の身分を持ってそれぞれの機関のもとで業務を行うもの) を前面に出した島根県の江津メディカルネットワークや、同じく参加法人は 3 つ (スタート時は 2 つ) で、限られた人材で診療を継続するために、一方を急性期、もう一方をその受け皿として位置づける“住み分け・役割分担”を行い、地元医師会から「初めて静岡市における清水地区と静岡地区の一体化を感じられた」と評価を受けているふじの国社会健康医療連合というのものもある。

脳疾患と心疾患 (循環器疾患) の救急医療体制の充実のための岡山県の岡山救急メディカルネットワーク、脳卒中、急性心筋梗塞等の救急医療の強化・がん医療の充実を目的とする、神奈川県のがみメディカルパートナーズなどもあれば、さらには、再編統合を意識して設立された兵庫県のはりま姫路総合医療センター整備推進機構や、同じく先述した兵庫県の川西・猪名川地域ヘルスケアネットワークなどもあって、後者は病床再編のみならず、連携推進法人を地域包括ケアを実現する有力な手段とみなして力強く進めている。

なお、医師会、歯科医師会、薬剤師会の三師会が参加している連携推進法人には、川西・猪名川地域ヘルスケアネットワークや、本稿の冒頭で紹介した日本海ヘルスケアネットワークがあり、日本海では、地域フォーミュラも実施している。

そして、川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク、静岡県東部メディカルネットワークでは、連携した病院の間で病床の融通を行っている。

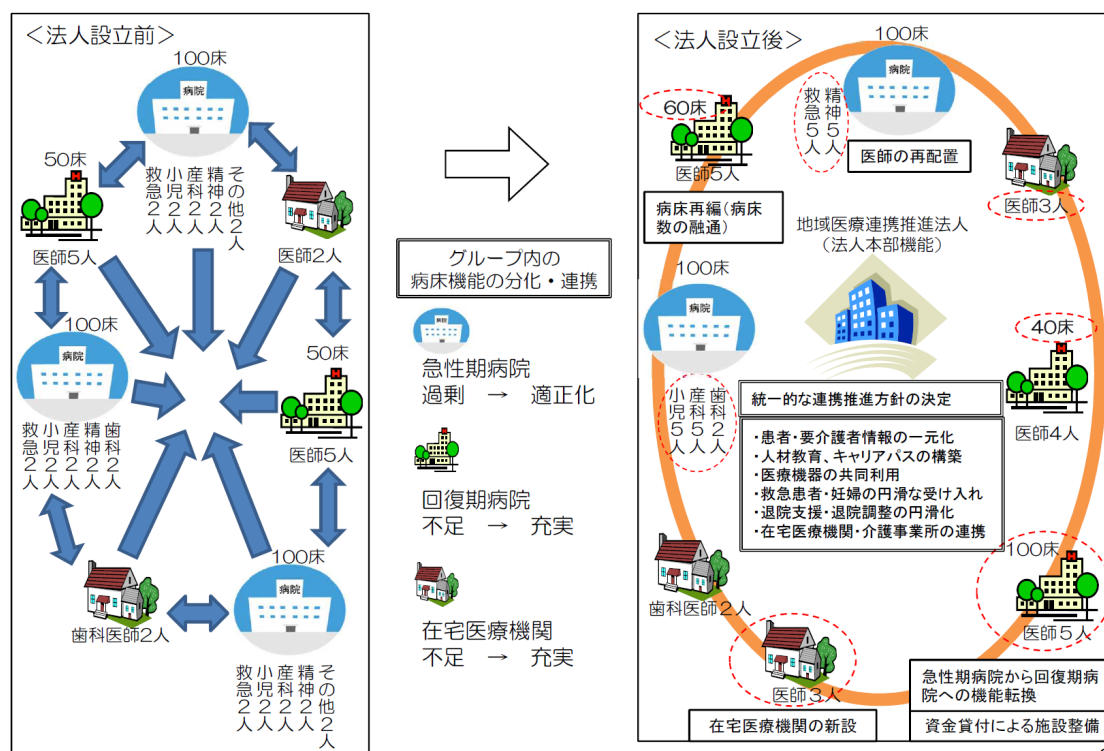
地域医療連携推進法人って、いったい何もの? と思えるような多様性である。共通することは、顔の見える関係を築いて、できる限りのご当地医療を地域のみんなで考えているということであろうか。

次は、地域医療連携推進法人制度が作られた頃の厚労省の人たちが、いわば夢を描いた、

イメージ図である。〈法人設立前〉から〈法人設立後〉への地域医療の変化は、急性期病院の適正化、回復期病院の充実、そして在宅医療機関の新設として描かれている。

医師も、〈法人設立前〉では3つの急性期病院に、精神、小児、産科、救急と4つの診療科にそれぞれ2人ずつ配置されていたのが、〈法人設立後〉は、ひとつの急性期病院に2つの診療科、精神5人、救急5人、もうひとつの急性期病院に2つの診療科、産科5人、小児5人へと再配置されている。ひとりひとりの医師の労働条件が改善されたことが想像できるし、このイメージ図を作成した、たぶん若い官僚たちが理想を夢見ながら描いた姿も想像できる。

図表 1 地域医療連携推進法人設立の効果・メリット（イメージ）



出所：第10回 医療法人の事業展開等に関する検討会 資料2（2015年2月9日）より。

社会的共通資本としての地域医療連携推進法人

『ちょっと気になる医療と介護 増補版』（2018〔初版2017〕）に、「第6章 競争から協調へ」があり、そこに「創設される新型医療法人は、地域住民が共有する社会的共通資本である」（90頁）、「ご当地の社会的共通資本としての理念としての「競争よりも協調を」（91頁）などの文章がある。ここでも、そうした話をしておこう。もう随分と前から、地域医療連携推進法人を宇沢弘文氏が唱えた社会的共通資本と考えていたようである。

本当は、いま、地域医療連携推進法人の「理事会」・「社員総会」で議論されていることが、「地域医療構想調整会議」に期待されていた役割なのかもしれない。だが、調整会議の方は、その活性化が期待されている状況にあり、活性化がなされるためには、今後いくつかの制度的準備も必要であり時間もかかる。

だから先ず、気軽に、規模の経済(economies of scale)を発揮するために、連携推進事業のひとつである医療機器、医薬品の共同利用のために集ってみる。これからは、いや、今でも単独で開業をするソロ・プラクティスにはムリがあるため、かかりつけ医機能をもつ診療所・病院間のネットワークを作るためにグループを作り、範囲の経済(economies of scope)を使えば何ができるかのビジョンを語り合ってみる。

都道府県も、地域医療連携推進法人という医療機関間の協調の場、提供者間のネットワークを、その地域、地域の「社会的共通資本」とみなして、その整備をサポートする——社会的共通資本について、小松秀樹氏は『医療崩壊』（2006）の中で次のように述べていた。



Photography by Y.Kenjoh

社会的共通資本の正しい姿：三分一湧水

山梨県の八ヶ岳南麓には多くの湧水がある。・・・これらの湧水のひとつ、三分一湧水。湧水を一辺 4 メートルほどの方形の石造りの池に上流側の一辺の中央から水を流し込む。あとの三つの辺にはまったく同じサイズの水の出口が開けられている。ここから、同じ量の水が三方向に流され、それぞれの地区に水路で運ばれている。・・・湧水は、社会的共通資本として、大切に扱われてきた。・・・社会的共通資本の恩恵を受けるには、作法が必要だと思う。共有財の維持に心配りが必要である。自己の欲望は適切に制御しなければならない。他の利用者への配慮を怠ってはならない。奪い合ってはならないのである。

制度というのは進化するもの

これから、いよいよ、人口減少社会に入っていく。2040年、2045年までは、すさまじい人口減少が起こる。2015年頃の人口と比べて、4分の1から3分の1の人口が減少していく社会をどのように想像すれば良いのであろうか。そうした社会で地域医療を守るためには、どうすればいいのか。そうした問は、これまでの問の立て方の延長線上とは異なった次元でなされることになるであろう。

図表2 人口減少社会の衝撃（2015年比減少率）

	(2025年)	2040年	2045年		(2025年)	2040年	2045年
秋田県	13.5%	34.3%	41.2%	岩手県	9.2%	25.1%	30.9%
青森県	11.5%	30.5%	37.0%	徳島県	9.0%	24.0%	29.2%
山形県	9.6%	26.3%	31.6%	長崎県	8.7%	23.8%	28.7%
高知県	10.4%	25.8%	31.6%	和歌山県	9.1%	23.5%	28.6%
福島県	9.5%	25.5%	31.3%	山梨県	8.6%	23.1%	28.3%

注：2040年に減少率が大きい順に10県。推計人口は2045年まで試算されているので、参考データとして掲載。

出所：国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別推計人口（2045年まで）』（2018年推計）。

そして住民の側から見ても、地域医療に関して様々な思いもあろう。

- ・ 自分の町は過疎化が進んでいるが、これから先、大丈夫なのか。
- ・ 都心に住んでいるから診療所や病院には事欠かないが、どこにアクセスすれば、急性期病院から在宅医療までのネットワークを利用できるのか。ACPをやってくれる医師は、どこにいるのだろうか。
- ・ 先日引っ越してきた町の医療ネットワークでは、どのような形でかかりつけ医機能を果たそうとしているのか。そのネットワークには、プライマリ・ケア医はいるのか、どういうグループ診療を行っているのだろうか。オンライン診療はできるのか。24時間対応なのか。

「地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすよう努めなければならない」（医療法）地域医療連携法人が作成する「医療連携推進方針」によって、その地域で、どのようなご当地医療が目指されているのかを住民が簡単に見ることができる意味、そしてそうしたビジョンを提供側から地域住民にアピールしたり、そうしたビジョンが生まれてきたご当地特有の事情を地域住民と共有できる意味は大きい。

地域医療連携推進法人を設立する際の手続きが煩雑で設立のハードルが高かったり、運

用上の規定が厳しく使い勝手が悪いのならば、未来に向けて見直していけば良い。制度とはそういうものだし、進化していくものである。無からはなにもはじまらない。

医療提供者間の協調の場、そしてその協調の場である地域医療連携推進法人を地域住民は社会的共通資本と認識し、提供者、住民、そして行政という、地域のみinnで育ていく。みんな仲間になろうよと言う、協調というほっこりとした理念は、そうした期待も抱かせてくれればと思う。

…それにしても地域医療連携推進法人、10文字は長すぎる。理事会や社員総会の会話の中では、「連携推進法人」や「医療連携法人」などの6文字に略して用いられているので、それで良いと思う。いや、それではダメだ、連携推進法人には医療という言葉がないとか、医療連携法人だと今度は、この法人だけが連携しているわけではないとか、そう言う人たちはいつも必ず出てくるから、霞ヶ関はどこからもクレームがでないようにジュゲムジュゲムの世界に入っていくわけだけど、そうであれば、愛称募集したらどうだろうか——くるみんとかにならって。。。知人の記者曰く、「10文字の漢字は記事にできません。細部はすごい豊かな話のはずなのに地域医療連携推進法人って言った途端に、豊かさも魅力も失いそう」。僕は、「医療連携法人」という言葉を、ここで名称独占的に取ってしまうのが一押し——推進も何も、既に連携しているんだし。でもまあ、医療連携法人同様、この制度を知っている人の中ですでに使われてもいる連携推進法人も、略語としては許容というところだろうか。

*1 ここでの記述は、慶應義塾大学商学研究科修士課程2年の濱名仁美さんによる、修士論文「地域医療連携推進法人の形成と会計的研究——医療提供体制の改革とその政策技術の研究」を参考にしている。