

レジリエンスを高める医業経営と医療機関連携の実態

濱名 仁美

<要 約>

日本の医療提供体制は、国民皆保険の下に需要は社会化されている一方で、供給は民間の医療法人が主体であるため、政府主導で医療提供主体の改革を行うことが難しく、公益性を求める政策目標に見合った形で変化を促す手段が模索されてきた。「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年も差し迫る中、医療ニーズに適合した提供体制を構築する政策が求められている。特に、医療・介護の連携による地域包括ケア、医療機能の分化や病院の再編統合を通じた地域医療構想の実現について、2013年の社会保障制度改革国民会議以来、その必要性が強調されてきた。

本研究では、医療機関等の連携や機能分化を進める政策的手法として地域医療連携推進法人制度に着目し、2017年の制度施行から現在までの普及を時系列で分析した。さらに、都市部と地方の地域医療連携推進法人について実地調査を行い、都市部と地方では直面する課題や取り組み方が異なることと、どの地域でも制度の柔軟性が強みとなっていることを明らかにした。

<キーワード>

医療提供体制の改革、地域医療、地域医療連携推進法人、医療機関の連携

1. はじめに

急速な高齢化を経験している日本では、高齢社会になる前に構築された医療提供体制を時代のニーズに転換するための医療・介護政策の重要性が高まっている。2025年までに、「団塊の世代」の全ての人たちが、医療介護ニーズが急激に高まる75歳以上となり超高齢社会を迎えることから、これまでも様々な議論が重ねられてきた。

現在の医療政策が目指している方向性は、2013年の社会保障制度改革国民会議によって示されており、「選択と集中」および医療機能の分化・連携、「病院完結型」の「治す医療」から「地域完結型」の「治し・支える医療」への転換を図っている。このような改革に向けて、社会保障制度改革国民会議の報告書は「医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構¹⁾」を提案し

¹⁾ 社会保障制度改革国民会議（2013），p. 23.

た。しかし、この「データによる制御」という改革の手法——政策当局がデータによって提供体制が進むべき方向性を可視化し、後は医療を提供する当事者たちの自発性に委ねる手法——が、目指す方向として適切ではあっても、実際には効力がなかったのではないかというのが、本研究の問題意識である。現実として、国民会議から10年が経過し、2025年が間近に迫った現在でも、地域医療構想や緩やかなゲートキーパー機能の確立、医師の地域・診療科偏在をはじめ、国民会議が方向性を示した政策の多くには、今でもなお数々の課題が立ちはだかっている。地域の実情を考慮して提供体制の改革を進めるという目的に対して、「データによる制御」という提供側の自主的な取り組みに多くを期待することは難しかったと判断すべき段階に入っている。

これまでの日本の医療政策は、民間としての自由を重視して守ろうとする提供側の影響を強く受けてきた。特に1980年代までは医療団体が強力な政治力を持ち、政策策定の過程で保険医総辞退（1971年）などの政治活動が全国的に展開されることもあった。1990年代以降も、政府主導で医療提供体制の改革を行うことは難しく、社会が求める医療に見合った政策運営を担保する手段が模索されてきた。歴史の中で形成される制度や仕組みが経路依存性の影響下にあるとは言え、2013年の国民会議からの10年という月日も1つの歴史であり、その歴史的経験を映した形で、新たな政策の方法を創出する必要がある。

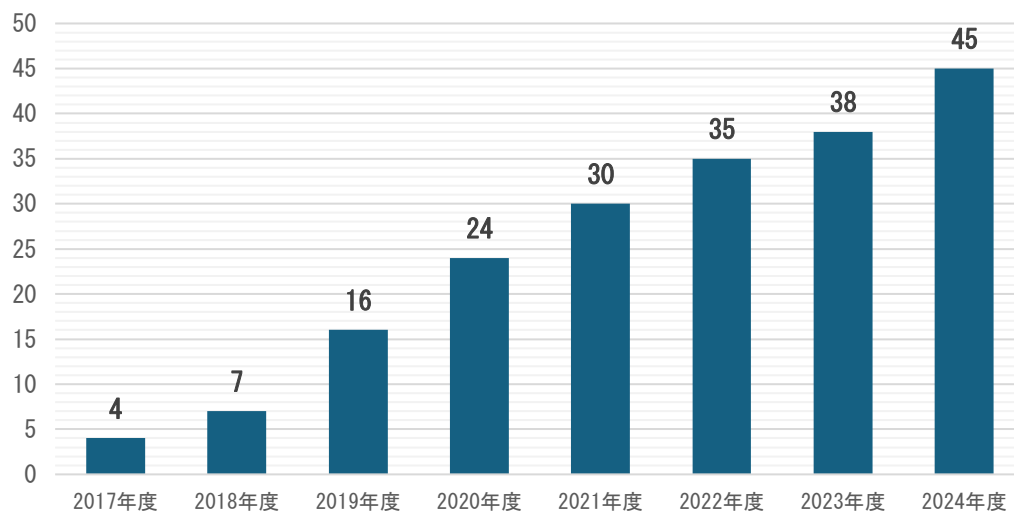
こうした視角から、本稿では2023年度の学事振興資金研究『想定外の時代』における経済と経営に関連する領域として地域医療連携推進法人制度に着目し、全国的な傾向というマクロの視点と、個別事例のミクロの視点の両方から分析している。まず、地域医療連携推進法人制度の概要を説明し、2017年の制度施行から現在までに普及してきた経緯を時系列で分析する。その後、地域医療連携推進法人の実地調査の結果から、都市部の法人と地方の法人の課題を整理し、医療機関の連携や再編統合に影響を及ぼす外部環境について考察する。

2. 地域医療連携推進法人制度の概要と現在までの普及状況

地域医療連携推進法人制度は、地域の医療機関等が独立性を保持したまま相互に連携し、一体的な経営を行うことで地域医療構想や地域包括ケアの実現を目指す制度である。2015年9月に成立した第7次医療法改正で創設され、2017年4月から施行された。2024年7月1日現在、44法人が認定されている²⁾。法人数は安定的に増加しており、全国的に普及しつつある（図表1）。

²⁾ 累計では45法人である。兵庫県の「はりま姫路総合医療センター整備推進機構」は、公立病院と民間病院の統合を円滑に進めるために設立され、病院の統合後に解散した。

図表 1 地域医療連携推進法人数（累計）の推移（2024 年度の数値は 2024 年 7 月 1 日時点、以下同様）



出典：厚生労働省ホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html>）掲載の
地域医療連携推進法人一覧をもとに筆者作成

地域医療連携推進法人は、医療連携推進業務を行うことを目的とする一般社団法人として、都道府県知事の認定を受ける³⁾。医療法上に定められた法人であり、同法第 70 条の 7 では、「自主的にその運営基盤の強化を図るとともに、その医療連携推進区域において病院等を開設し、又は介護事業等に係る施設若しくは事業所を開設し、若しくは管理する参加法人の業務の連携の推進及びその運営の透明性の確保を図り、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」とされている。具体的な業務には、診療科（病床）再編や病床融通、医療従事者の共同研修や人事交流、医薬品等の共同購入、参加法人への資金貸付、関連事業を行う完全子会社への出資等が想定されている。

地域医療連携推進法人は社員総会を有しており、ここに、病院等を開設している法人や介護事業を行っている法人が構成員（社員）として参加する。具体的には、医療法人、社会福祉法人、公益法人、NPO 法人、学校法人、国立大学法人、独立行政法人、地方独立行政法人、地方自治体に加え、医療従事者の養成機関の開設者（大学など）、医師会、歯科医師会なども参加できる。さらに、2023 年 5 月の医療法改正によって、個人（個人開業医や介護事業等を行う個人な

³⁾ 都道府県知事による認定に際しては、「あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない」（医療法第 70 条の 3 第 2 項）と定められている。この医療審議会は、年 1 回から数回しか開催されない上に、地区医師会の代表も参加していることから、法人認定の関門となっている。

ど)も参加法人となることができるよう制度が見直され、2024年4月1日より施行された⁴⁾⁵⁾。

法人数の増加によって政策的にも注目が集まっている。2024年5月19日には、岸田総理大臣が山形県の日本海ヘルスケアネットを訪問し、関係者と意見交換を行った。会見では、地域医療連携推進法人制度について「昨年、利用拡大を図る医療法の改正も行」ったことを指摘し、「普及に努めていきたいと思っています。そのことによって、医療機関相互、そして医療、そして介護の連携、これを強化してまいります」と述べた⁶⁾。

地域医療連携推進法人は、2021年から2024年まで4年続けて、いわゆる「骨太の方針」でも取り上げられている。2021年頃は、新型コロナウイルス感染症への対応をめぐって注目されていたが、医療政策の動きの影響を受けて、近年では「かかりつけ医機能」への貢献が期待されている。2022年に全世代型社会保障構築会議が提出した報告書の中では、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」という見出しの中に、「医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる⁷⁾」と記載された。

地域医療連携推進法人制度の創設時には、主として「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」（医療法第70条の7）が強調されていたが、その後の社会情勢や政策動向に応じて、期待される役割が変化していると言え、制度の柔軟性を表している。

3. 地域医療連携推進法人制度の設立傾向

図表2には、地域医療連携推進法人が医療連携推進区域として定めている市区町村のデータ⁸⁾（赤）と、全国の市区町村のデータ（青）を示した。横軸は、左図が人口密度（/km²）の対数、右図が2020年総人口の対数であり、縦軸はいずれも2020年人口を100とした場合の2040年人口である。

⁴⁾ 法律上、「社員（社員総会の構成員）」と「参加法人」は別のものとして定義されている。ゆえに、社員の中には「参加法人」である法人と「参加法人」でない法人が存在しており、後者は「省令社員」とも呼ばれる。同改正により、これまで「省令社員」という形でしか参加できなかった個人立医療機関も、「参加法人」となることが可能となった。なお、実際の法人運営では、理事や参加法人、社員の区別は特になく、地域内の医療機関をはじめとする多様な関係者が一堂に会する場として機能している例が多い。

⁵⁾ 同改正では、参加法人が出資や貸付を行わない場合に外部監査を不要とすることも認められた。

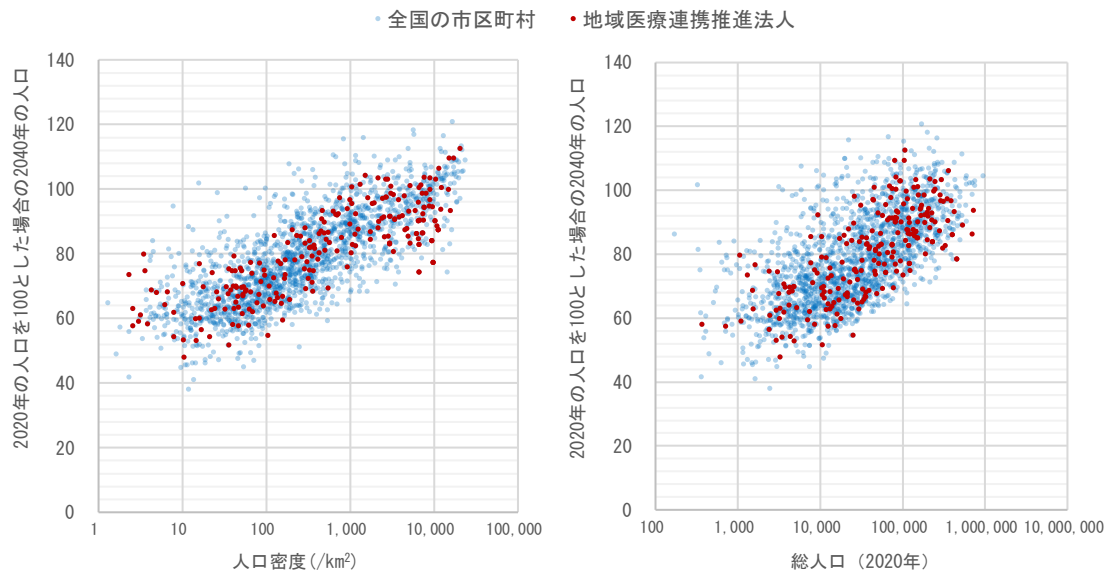
⁶⁾ 首相官邸ホームページ「山形県訪問等についての会見」

(https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2024/0519kaiken.html)（最終閲覧日：2024年7月2日）

⁷⁾ 全世代型社会保障構築会議（2022），p. 19.

⁸⁾ 医療連携推進区域として二次医療圏が記載されている場合は、二次医療圏に属するすべての市区町村のデータをプロットした。

図表 2 地域医療連携推進法人の設立傾向



出典：「都道府県・市区町村のすがた（社会・人口統計体系）（2022 年度）」（総務省統計局）

(<https://www.e-stat.go.jp/regional-statistics>), および

「日本の地域別将来推計人口（令和 5（2023）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

(<https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp>) をもとに筆者作成

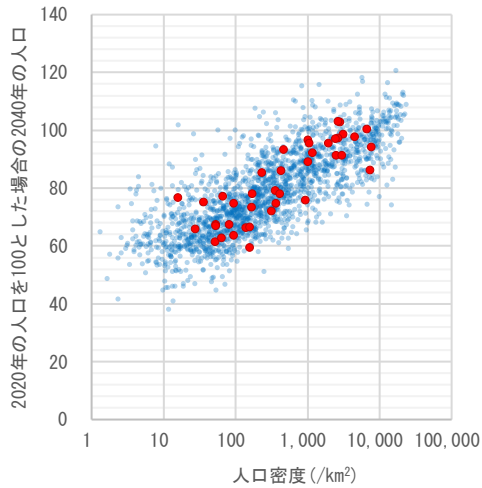
図表 2 より、人口規模が大幅に縮小する見込みの地域のみならず、中核市（人口 20 万以上）にも地域医療連携推進法人が設立されていることが分かる。

図表 2 の左図を、地域医療連携推進法人の認定年度別に示したのが図表 3 である。制度が施行された 2017 年 4 月 1 日から 2019 年 3 月 31 日までを第 1 期 (①)、2019 年 4 月 1 日から 2021 年 3 月 31 日までを第 2 期 (②)、2021 年 4 月 1 日から 2023 年 3 月 31 日までを第 3 期 (③)、2023 年 4 月 1 日以降を第 4 期 (④) とした。

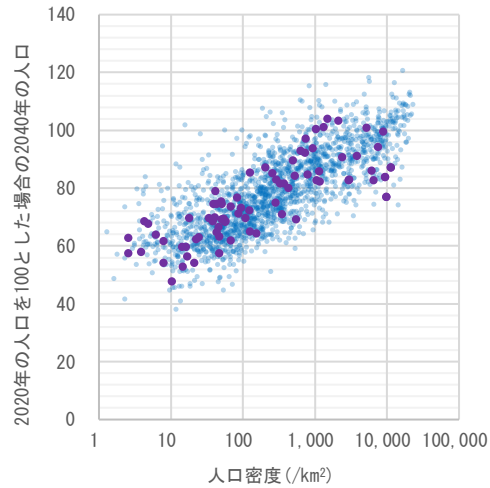
図表 3 より、施行初期の第 1 期の段階から、都市部と地方の両方で地域医療連携推進法人が設立されていたことが分かる。第 2 期には、より人口密度の高い都市部から、より人口密度の低い地方まで、さらに幅広い地域で制度が活用された。第 3 期は、人口密度が非常に高い地域や、2040 年までの人口減少が 2 割以内と見込まれる地域での設立が目立つ。一方で、第 1 期や第 2 期に比べ、人口が 2 割以上減少する見込みの地域では設立数が減少している。第 4 期に入ると、2040 年までの人口減少 2 割（2020 年人口を 100 とした場合の 2040 年人口が 80）を境に、人口密度が高く人口が 2 割減にとどまる都市部と、人口密度が低く人口が 2 割以上減少する地方が二極化している。

図表3 地域医療連携推進法人の設立傾向

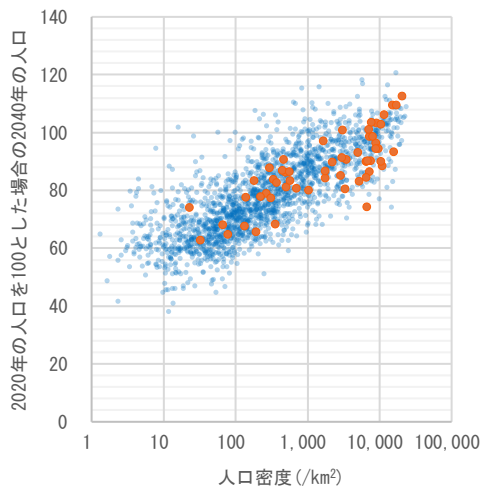
①第1期（2017年度から2019年度に認定）



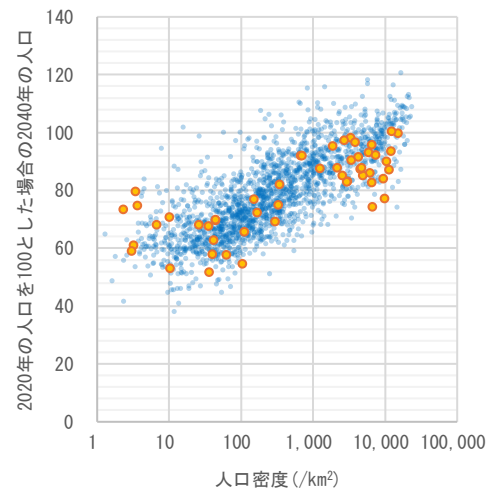
②第2期（2019年度から2021年度に認定）



③第3期（2021年度から2023年度に認定）



④第4期（2024年度以降に認定）



出典：同上

都市部と地方では、地域医療連携推進法人制度の活用目的が異なっていることが推察される。都市部では、医療従事者の共同研修や医薬品等の共同購入のように、業務の効率化による各機関の費用削減や、日々の診療における機関連携のさらなる強化が目指される。一方、地方では、患者数減少による収支の悪化や、急速な人口構造の変化を背景に、医療機関連携の先に再編統合を見据えて（あるいは再編統合後に地域内連携を強化する目的で）活用されることが考えられる。

4. 地域医療連携推進法人制度の実地調査

本研究では、次の2つの地域医療連携推進法人に実地調査を行った⁹⁾。

- 弘道会ヘルスネットワーク（大阪府）
- Alliance for the Future and Sustainable Society（秋田県）

以下では、地域医療連携推進法人の実態について、実地調査の結果をもとに、特に都市部と地方の相違点と共通点に着目して分析する。さらに、地域医療連携推進法人をはじめとする医療機関の連携や再編統合に影響を及ぼす外部環境についても考察する。

⁹⁾ なお、2022年度の調査では、日本海ヘルスケアネット（山形県）、川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク（兵庫県）、医療戦略研究所（福島県）、佐賀東部メディカルアライアンス（佐賀県）を訪問した。

図表 4 調査を実施した地域医療連携推進法人の「医療連携推進区域¹⁰⁾」の概要

	守口市	門真市	寝屋川市	秋田市	男鹿市	鹿角市	潟上市	藤里町	三種町	五城目町
	弘道会ヘルスネットワーク（大阪府）			Alliance for the Future and Sustainable Society（秋田県）						
総人口	143,096	119,764	229,733	307,672	25,154	29,088	31,720	2,896	15,254	8,538
65 歳以上人口	40,885	35,573	68,059	95,949	11,809	11,843	11,218	1,413	6,935	4,038
65 歳以上人口割合	28.57%	29.70%	29.63%	31.19%	46.95%	40.71%	35.37%	48.79%	45.46%	47.29%
人口密度(/km ²)	11258.5	9736.91	9300.93	340	104	41.1126	324.601	10.2648	61.513	39.7264
将来推計人口（2040 年）	106,418	79,546	181,198	244,726	12,785	19,422	22,988	1,482	8,813	4,755
2020 年-2040 年人口増減率	-25.63%	-33.58%	-21.13%	-20.46%	-49.17%	-33.23%	-27.53%	-48.83%	-42.22%	-44.31%
病院数	7	14	5	22	1	3	2	0	1	0
医師数	565	194	393	1,268	32	40	40	0	11	6
人口 10 万人当たり										
医師数	394.84	161.99	171.07	412.13	127.22	137.51	126.10	0.00	72.11	70.27
一般病院数	4.19	10.85	2.18	4.88	3.98	10.31	6.31	0.00	6.56	0.00
一般診療所数	97.84	149.46	50.06	92.31	99.39	51.57	59.90	103.59	72.11	81.99
病院病床数	1,193.60	1,560.57	326.03	1,733.01	576.45	1,388.89	1,273.64	0.00	996.46	0.00

出典：「統計でみる都道府県・市区町村のすがた（社会・人口統計体系）」（総務省統計局）より筆者作成¹¹⁾

¹⁰⁾ 地域医療連携推進法人が定款で定めた、連携を推進する区域を指す（医療法第 70 条の 7 第 1 号柱書括弧書）。

¹¹⁾ 将来推計人口（2040 年）は 2017 年度調査、総人口、65 歳以上人口、人口密度は 2020 年度調査、その他はすべて 2021 年度調査による。

4.1 都市部の地域医療連携推進法人

大阪府では、7つの地域医療連携推進法人が認定を受けており、これは全国最多の法人数である（2番目は北海道の4法人）。2024年6月にも、新たに3つの法人が同時に認定を受けた。1つの二次医療圏の中に複数法人が存在することもあり、大阪府北河内医療圏には、2024年7月1日時点で3つの地域医療連携推進法人がある。地域医療連携推進法人制度創設の起点となった社会保障制度改革国民会議の報告書（2013年）では、「当事者間の競争よりも協調¹²⁾」が提唱されている。この「当事者」とは個々の医療機関を指していたが、現在、都市部では個々の地域医療連携推進法人それぞれが競争力を発揮している可能性がある。

弘道会ヘルスネットワークは垂直的な連携が中心で、地域内で地域包括ケアの実現を目指す。社会医療法人、社会福祉法人を中心として、病院、診療所、介護施設が参加しており¹³⁾、在宅医療にも力を入れている。同じ北河内医療圏の法人で、弘道会ヘルスネットワークと同時に認定された北河内メディカルネットワークは、関西医科大学が中心となって設立・運営され、水平的な病病連携が中心である。参加医療機関は病院のみで、病床融通の仕組みを活用し、大学関連病院の増床によって高度急性期の充実を図るなど、地域医療構想の推進を目指している。

都市部の地域医療連携推進法人の課題として、次の4つを挙げる。1つ目に、制度を通じた病床再編は可能でも、地域内に病院数が多すぎるために機能分化が難しい。2つ目に、法人の必要性や目的が理解されにくく、設立の意義が見えにくいため参加法人が集まらない。3つ目に、特定の医療機関による「患者の囲い込み」であるという批判や懸念を生みやすい。4つ目に、M&Aを通じた株式会社やファンドによる介入が、地域の医療提供体制を歪める可能性がある。

4つ目に関連して、近年は地域の医療提供体制の中でM&Aが目立ち、特に都市部でこの傾向が顕著である。医療機関の経営者は高齢化が進んでおり、診療所については多くの法人で10年から20年以内に承継問題に直面する可能性が高い。堤・坂口（2019）は、医業経営の後継者不足を背景に、第三者承継（親族以外への承継）やM&Aの相談事例が増加していることを明らかにした。M&Aを通じて株式会社やファンドによる介入を受けた医療機関は、地域医療連携推進法人のように全体最適を目指す組織には参加しない可能性が高いため、地域内で連携を強化する際の課題となり得る¹⁴⁾。

4.2 地方の地域医療連携推進法人

秋田県は2022年の出生数が3,992人、人口千人あたり出生率は4.3で全国最下位であるが、

¹²⁾ 社会保障制度改革国民会議（2013）、p. 28.

¹³⁾ 現状、グループ傘下にある医療機関が大部分を占めている。

¹⁴⁾ なお、株式会社やファンドの影響下でない医療機関であっても、日本赤十字社や地域医療機能推進機構（JCHO）、全国厚生農業協同組合連合会（厚生連）のように全国規模のグループに属する機関は、地域単位で連携を目指す地域医療連携推進法人への参加に消極的である可能性がある。済生会の場合は、参加のために県支部理事會に加えて本部評議会で承認を得た事例がある（島根県の江津メディカルネットワーク）。

死亡数は17,256人、人口千人あたりの死亡率は18.6で全国第1位であり、少子高齢・人口減少の先行県と言える¹⁵⁾。このような地域では、地域包括ケアよりも地域医療の維持が喫緊の課題であり、診療上の連携を強化するのみでは医療機関の機能を維持できない。

加えて、医療従事者の確保も大きな課題の1つである。秋田県では、医師や看護師になった県出身者が首都圏（近くても仙台）で勤務医となり、秋田には戻らないことが多い。このような背景から、Alliance for the Future and Sustainable Societyでは、共同研修会の実施や看護師等の人材育成システムの共通化、人事登用システムの運用、人材交流など、特に人材面での連携を強化している。

さらに、診療所の後継者問題も深刻である。秋田県医師会の調査では、医業承継に関心を持っている施設の57.8%が「現段階で後継候補者はいない」、25.0%が「後継候補者がいるが、承継の意思確認はしていない」と回答している¹⁶⁾。また、承継の選択肢として「後継者がいなければ自分の代で廃業」と回答したのは53.9%であり、所在地別では北秋田が最も高く、71.4%に及んだ¹⁷⁾。病院のみならず診療所も含めた医療提供体制の再編を進めなければ、地域医療が維持できない段階にあると言える。人口が大幅に減少する地域ではM&Aも盛んではなく、都市部の承継問題とは性質が異なっている¹⁸⁾。

また、Alliance for the Future and Sustainable Societyは秋田市、男鹿市、鹿角市、潟上市、藤里町、三種町、五城目町を医療連携推進区域として定めており、秋田市以北東西にわたって複数の二次医療圏をまたいでいる¹⁹⁾。秋田県では、1985年の医療計画制度の導入（第一次医療法改正）以来、県内に8つの二次医療圏を設定していたが、2024年度より3つに再編した。人口規模が急速に減少する地域では、1985年時点で定められた医療圏では成り立たず、より広域で医療提供体制を議論する必要がある。厚生労働省も「既設の二次医療圏が、入院に係る医療

¹⁵⁾ 数値は、人口動態調査（厚生労働省）より。

¹⁶⁾ 秋田県医師会（2021），pp. 7-8.

¹⁷⁾ 同上，pp. 6-7 および p. 24.

¹⁸⁾ 秋田医師会は、2021年7月に「あきた医業承継支援～医をつなぐサイト～」という医業承継マッチングサイトを開設し、運営している。後継者のいない開業医や、開業を検討している勤務医が登録し、希望条件に合えばマッチングが成立する。地区ごとに譲渡案件が示されており、7割近くが公開案件である。秋田県のように、県医師会が承継支援を行っている事例は非常に珍しい。

¹⁹⁾ 地域医療連携推進法人が定款で定める医療連携推進区域は、「都道府県の医療計画において定める構想区域を考慮して定めなければならない」（医療法第70条の2第3項）とされており、二次医療圏内の医療機関を参加法人として設立することが一般的である。2つ以上の二次医療圏をまたいで医療連携推進区域を設定する場合には、各医療圏の地域医療構想調整会議の意見を聴き、二次医療圏をまたぐ理由や必要性について十分な精査が求められる（平成29（2017）年2月17日厚生労働省医政局長通知「地域医療連携推進法人制度について」（医政発0217第16号））。

を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること²⁰⁾」を定めているが、これまで実際に二次医療圏の再編を行った都道府県は少ない²¹⁾。Alliance for the Future and Sustainable Society が複数の二次医療圏を医療連携推進区域として定めた背景には過疎化が進む地域の事情があり、地域医療構想の推進を目指す地域医療連携推進法人の活用例とも言える。

4.3 地域内の医療機関の連携や再編統合に影響を及ぼす外部環境

最後に、医療機関の連携や再編・統合に影響を及ぼす外部環境について以下の4つを考察する。医療経済・政策学など、医療提供体制に関する研究には長い歴史があるが、このような論点を扱った研究は極めて少ない。その要因としては、いずれも表面的なアンケート調査等では示されず、データ化することも難しいため、現場での「暗黙の了解」にとどまっている可能性が考えられる。

1つ目は、大学医局の存在である。大学医局は、関連病院への医師の派遣、すなわち労働供給の実質的な決定権を持っており、これを行することで経営に圧力をかけることが可能となる。関西医科大学を中心とする北河内メディカルネットワークでは、実際には医師の派遣が継続されたが、「参加を断った場合に、医師の派遣が中断されるのではないか」という懸念が地域の医療機関に広がっていたようである。大学が参加する地域医療連携推進法人では、参加法人にとって安定的な労働供給や医療の質向上という便益もあるため、地域医療の全体最適が図られるような形で連携を進めることが期待される。

2つ目は、地区医師会の存在である。地区医師会は、地域内の診療所のみならず、様々な形で医療提供体制に関する意思決定に大きな影響力を持っている。地域医療連携推進法人と地区医師会の関係が良好でない場合には、法人運営や医療機関の連携は進みづらい。

地域医療連携推進法人と地区医師会との関係は地域によって大きく異なるが、一般的には、法人の理事や地域医療連携推進評議会の評議員という形で地区医師会が関与することが多い。厚生労働省が行った調査²²⁾では、地域医療連携推進法人が所在する道府県医師会および地区医師会の61.1%が、法人の活動内容を「ある程度把握している」と回答している。地区医師会の会長ないし会長経験のある医師会員が、地域医療連携推進法人の代表理事を務めている場合には、両者の関係は良好である。一方で、地域医療連携推進法人と医師会が密に連携しているとは必ずしも言

²⁰⁾ 令和5(2023)年3月31日厚生労働省医政局長通知「医療計画について」(医政発0331第16号)より。なお、「入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていない」場合について、特に、人口20万人未満で、入院患者の推計流入割合が20%かつ推計流出割合が20%である医療圏を挙げている。

²¹⁾ ただし、2000年代には市町村合併による二次医療圏の統合が生じていた。

²²⁾ 厚生労働省ホームページ「地域医療連携推進法人制度について」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html>)に掲載されている「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果(令和3年12月実施)」, p. 66.

えない地域も多く、前述の調査における医師会の回答には、「地域医療や国民にメリットがあると思えない」（同上、p.70）、「地域の医師会がかかわらないほうがスムーズなこともあると思う」（同上、p.72）といった否定的な意見も見られた。

第2節で述べたように、近年は「かかりつけ医機能」の整備においても地域医療連携推進法人の活用が期待されている。地域内で「かかりつけ医機能」の議論を進める際に、地区医師会の存在は無視できない。地区医師会と地域医療連携推進法人の間で主導権の奪い合いをするのではなく、信頼関係に基づく協力体制を構築することが望まれる。

3つ目は、連携に消極的な診療所の存在である。今回の調査から、都市部においても地方においても、診療所は病院に比べて地域医療連携推進法人に対する警戒感が強く、参加に消極であることが明らかになった。弘道会ヘルスネットワークでは、高齢の医師が1人で在宅医療などを行っている実態から、何らかの事情（本人の病気など）により診療を行えなくなった場合に医療機関間で支援を行う目的で病診連携を進めているが、診療所の医師は患者のカルテを共有することにも強い抵抗感を示すようである。診療所は、地域医療連携推進法人に参加することで「自分のクリニックが乗っ取られるのではないか」という強い警戒感を持ち、家族代々受け継いできた自院の経営の裁量権や財産権を守るために、閉鎖性が強くなることが推察される。

4つ目は、既に述べたように、M&Aによる実質的な営利化が進行していることである。医療機関のM&Aは、全国的に実態を把握できないことが課題であり²³⁾、M&Aによって医療法人の非営利性にどのような影響があるか、出資持分あり医療法人と出資持分なし医療法人で違いはあるのか、明らかにはなっていない。ただし、事業承継やM&Aに伴って営利企業が出資持分を所有する場合には、実質的な営利化が進む懸念が指摘されている。

坂口ほか（2022）は、出資持分を所有している営利企業が、不動産賃貸借契約を通じた賃料収入などによって医療法人から金銭的利益を得ているケースを指摘し、営利企業が医療法人の出資持分を所有することで、出資持分なし医療法人への移行が難しくなる可能性を述べた。出資持分の放棄には持分所有者全員の同意が必要であるため、営利企業が持分放棄に反対すると移行手続きを進めることができない。営利企業にとっては、出資持分を所有していても経営権はなく、報酬や退職金を通じて投資を回収することもできないため、売却によるキャピタルゲインの獲得を目指すことが考えられる。

営利企業が医療機関の買収を進めることは、地域医療にとって望ましいとは言えない。医療・介護の連携や経営効率化は医療の質の維持・向上を目的とすべきであり、利益獲得のみを目的とした経営は、医療の質を下げたり医療提供体制を歪めたりする恐れがあるためである。地域医療

²³⁾ その要因の1つは、出資持分の「所有権」と「経営権」が制度上分離されているという医療法人制度の特性であり、例えば、出資持分なし医療法人の場合には（形式的には）社員や理事、監事の総入れ替えてM&Aが完了する。出資持分あり医療法人の場合には、これに加えて出資持分の譲渡が行われるが、上場株式のように情報が公開されることはない。ゆえに、出資持分なし医療法人も出資持分あり医療法人も、個々の医療機関のM&Aは内部的な手続で進められ、重要な機密情報として扱われるため秘匿性が高いのである。

連携推進法人には、地域内の医療機関が営利企業による「虫食い」状態にならないよう、M&Aのカウンターパワーとしての機能も期待される。

以上、医療機関の連携や再編・統合に影響を及ぼす4つの外部環境の中で、地域医療連携推進法人は制度の柔軟性が強みになっていると言える。今回の調査でも、都市部と地方で活用方法が異なっていることが明らかになったように、地域医療連携推進法人制度は地域内の連携のあり方、さらには地域医療提供体制のあり方や意思決定のあり方を規定するものではない。地域医療連携推進法人は地域内の関係者間で信頼関係を構築することを促し、その後の議論では地域性が発揮される。地域の医療の質の向上や地域医療の維持などの目的は多くの法人で共通しているが、実際に担っている機能については、地域ごとに多様であると言える。

5. 結び

地域医療連携推進法人制度は施行から7年が経過し、安定的にその数を増やしている。全国の地域医療連携推進法人の在り方は多様であり、地域の状況によって活用方法も異なる。本研究で実施した実地調査では、都市部と地方で地域医療連携推進法人の直面する課題は異なることが明らかになった。人口の密集する都市部では、個々の医療機関の間に未だ競争関係があり、地域医療連携推進法人のような変化を受け入れる体制が必ずしも整っていない中で、他の地域医療連携推進法人との関係性も注視しなければならない。一方で、人口減少が加速する地方では、地域の医療提供体制を維持するために、早急に地域医療構想を推進することが求められており、従来よりも広域にわたる関係者とともに議論を進める必要がある。また、都市部でも地方でも、医療機関の連携や再編・統合は様々な外部環境の影響下で進めなければならず、地域医療連携推進法人制度の柔軟性が強みとなっている。

本研究では、個別の地域医療連携推進法人に実地調査を行ったため、制度の利用方法に関する全国的な傾向は十分に把握できなかった。加えて、地域医療連携推進法人は、制度創設時には連携を進めるための「選択肢の1つ」と位置付けられていたことから、制度を利用しない機関連携や病院統合、病床再編の事例について調査することも必要であると考えている。

6. 謝辞

本稿の執筆にあたり、指導教授である権丈善一先生には多くのご指導を賜った。また、亜細亜大学経済学部経済学科教授・権丈英子先生には、権丈善一先生とともに実地調査にご同行頂いた。本年度の実地調査では、弘道会ヘルスネットワーク、Alliance for the Future and Sustainable Societyの皆様にご協力頂いた。報告会においては、横田絵理先生、鶴光太郎先生、牛島利明先生、高田英亮先生から貴重なご意見を頂戴した。ここに深謝の意を表する。

参考文献

- 秋田県医師会「医業承継に関するアンケート調査報告書」，2021 年。
- 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護 第3版』勁草書房，2023 年。
- 「地域医療連携推進法人に求められる役割」『病院』83 巻 4 号，2024 年，pp.281-286.
- 坂口一樹・堤信之・原祐一「営利企業による医療法人の持分取得・経営支配：税務・会計専門家へのインタビュー調査から」（日医総研リサーチレポート No.134）
<https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-3514/>（最終閲覧日：2024 年 3 月 20 日），2022 年。
- 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」（2013 年 8 月 6 日）。
- 全世代型社会保障構築会議「全世代型社会保障構築会議報告書～全世代で支え合い，人口減少・超高齢社会の課題を克服する～」（2022 年 12 月 16 日）。
- 堤信之・坂口一樹（2019）「医業承継の現状と課題」（日医総研ワーキングペーパーNo.422）
<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-466/>（最終閲覧日：2024 年 3 月 20 日）
- 濱名仁美「地域医療連携推進法人による信頼関係の構築と制度の未来」『病院』82 巻 5 号，2023 年，pp.426-429.