

視点

新しい法人制度を活用し現実的な地域連携を



福島県医師会常任理事

福 井 謙

超高齢社会の進展に伴い、医療界は地域連携の課題に直面しており、その影響は個々の患者診療にも及びつつある。急性期病院では、虚弱で社会的背景が複雑な高齢患者の増加に伴い、治療後に発症する誤嚥性肺炎などによる長期入院が病床を占め、急性期機能を低下させている。その結果、新規患者の受け入れや収益性が損なわれている。一方、急性期からの患者を受け入れる慢性期病院は、すでに長期入院患者で病床が満床に近く、新規受け入れが困難な状況が続いている。また、急性期や慢性期からの受け皿と位置づけられる在宅医療の現場では、各診療所の医師が一人で夜間・休日を含めて在宅医療を担っており、それが負担となって在宅医の数は減少傾向にある。さらに、末期がんの看取りなど医療依存度の高い患者に対応できる医師は少数にとどまっている。こうした中、近年では都市部の医療・介護事業者が地方に進出し、在宅専門クリニックや医療依存度の高い患者を受け入れる住宅型有料老人ホームなどを

チェーン展開する動きも見られる。給与や勤務条件の良さによって人材を確保する一方で、質の担保が課題となる事例も散見されている。

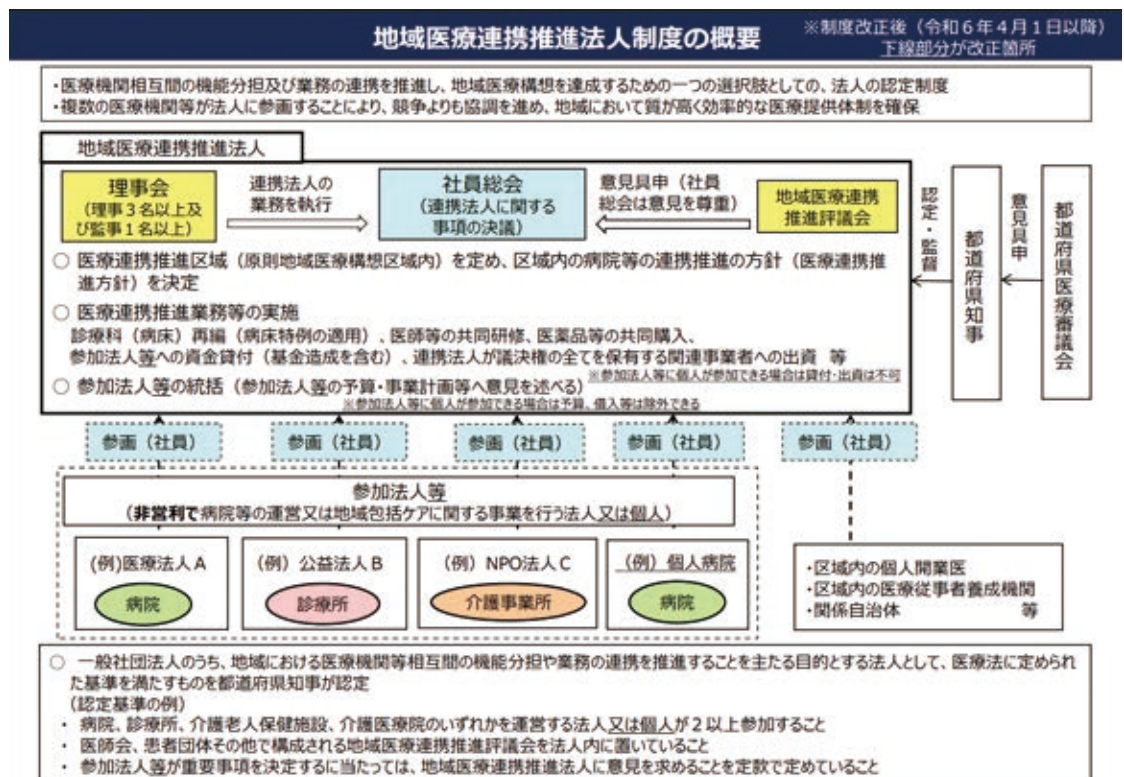
地域完結型でもっと効率的に患者の循環が生まれないのだろうか。発想自体は容易でも、実際に慢性期病院への紹介は、相談室からの電話、FAXでの情報提供、判定会議を経て受け入れを決定する流れとなり、時間を要するうえ、最終的にベッドが空いていないと返答される場合もある。また、在宅医療においては、どの診療所が患者を受け入れてくれるのか、病院側も介護側も限られた情報しか持っていないのが現状である。これでは地域での効率的な連携とは言えず、その間に都市部からの医療・介護事業者が入り込むのは必然である。突き詰めれば、連携事業の推進が不可欠となるが、課題は「誰がリーダーシップを取るか」である。特定の病院が主導すれば、利害関係や一方的な取り組みが生じ、か

えって連携の阻害要因となり得る。こうした状況下で、地域が主体的に医療提供体制を維持・強化していく方策として注目されるのが、地域医療連携推進法人制度である。地域医療連携推進法人（以下、連携法人）は2017年に制度化され、2025年7月時点で全国に57法人が認定されている。これは医療法人の一類型ではなく、一定の基準を満たした一般社団法人を都道府県知事が認定するもので、複数の医療法人や介護事業者、薬局、生活支援事業所などが参加できる（営利法人は不可）（図1）。参加法人は「医療連携推進方針」に基づき、病診連携の効率化、共同研修、医薬品・医療機器の共同購入などを進める。また、地域医師会や住民代表を含む「地域医療連携推進評議会」を設置し、地域全体の視点から活動を行う。急性期から慢性期への転院をITシステムで一元管理して病床稼働率を改善す

ること、合同研修による技術や知識の標準化、不良在庫削減を目的とした共同購入などが具体的なメリットである。

より制度の具体像を知るため、私は二つの連携法人に取材した。一つは「ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション」で、医療法人社団茶畑会と公益財団法人ときわ会が参加し、東日本大震災の影響が残る浜通り地域において、透析体制の強化、人材育成、災害時対応力の向上、医薬品・医療機器の共同購入調整などに取り組んでいる。人工透析装置を扱う臨床工学技士のスキルアップや医師の人材交流、新型コロナウイルス対策に関するルール作成など、地域課題に即した実践的活動が行われており、参加法人同士が互いの強みを生かす協力体制が印象的であった。運営は公益財団法人ときわ会の事務部門が兼務し

図 1

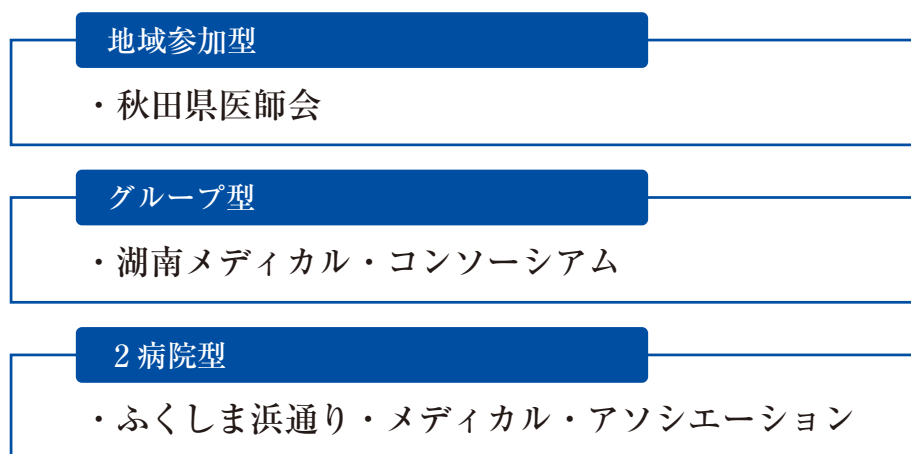


ており、独自収益は持たないが、長年の信頼関係と継続的な取り組みにより、地域で不可欠な役割を果たしている。もう一つは滋賀県の二次医療圏で活動する「湖南メディカル・コンソーシアム」である。この法人は設立段階から運営費の自立化を重視し、連携推進業務を事業化して利益を確保し、その収益で運営費を賄う仕組みを構築した。参加法人にメリットのあるサービス提供を原則とし、特筆すべきはGEヘルスケア・ジャパン株式会社と共同開発した「コマンドセンター」の共同利用である。これは病院内外の患者フローを可視化・効率化するシステムで、利用希望法人は利用料を支払う。さらに給与計算や介護施設管理など複数事業を展開し、2024年1月時点での参加法人は32で、2022年度連携法人の収入は4億2千万円、職員30名を雇用し、全参加法人が黒字化したという。この事例は、多角的運営で安定財源を確保するモデルの一つである。この二つの取材をふまえても、連携法人の形態は地域によってさまざまであるが、概ね地域参加型、グループ型、2病院型の三つのタイプに分けられる（図2）。地域参加型は連携推進区域内の主な病院がすべて参加しており、医師会や自治体が関与している

場合もある。グループ型は、連携の方針に賛同する法人が集まり運営を行う。2病院型は文字通り二つの病院のみが参加し法人を設立する。それぞれにメリット・デメリットはあるが、地域参加型は地域全体で連携を推進するため病床融通などの公平性が担保されやすい反面、利害調整に時間がかかり、また連携法人が独自で運営できるかが課題となる。一方、2病院型は設立や方針決定までの時間が短いメリットがあるが、どちらかの病院が事務局を担い、病院事務と兼務する形態が多いため、連携法人の推進力は高いとは言えない。

しかしながら、この地域医療連携推進法人制度は、全国的に進む少子高齢化や人口減少による医療提供体制の逼迫に対し、現場の実情に合わせた医療連携の解決策を第三者的な法人としてもたやすものであると考える。秋田県医師会は2019年に「異なる経営母体間でも連携を進める最適なツール」として制度を位置づけ、早期から活用してきた。これはイノベーター理論でいうアーリーアダプターにあたり、先進的導入事例として他地域の参考となっている。また国は今後、全国で200法人程度への拡大を見込んでいると聞く。誰が

図2 連携法人のタイプ、例



声をあげるのか、それは実際に課題を感じている医療法人、もしくは医師会であろう。湖南メディカル・コンソーシアムも、もともとは一医療法人の経営上の課題から始められたものであるが、その立ち上げまでには関係医療機関の医師や事務方との話し合いで2年を費やしたという。関係者間の合意形成には時間がかかり、場合によっては合意に至らないこともある。しかし福島県の現状を踏まえれば、早期に連携法人について議論を始めるべき時期に来ているのではないか。私見としては、まず県内の特定区域に自立的運営が可能な連携法人モデルを導入する検討を開始し、参加法人がメリットを享受できる仕組みを構築していくのが良いと考える。いずれにせよ、医療法人、医師会、行政の中でアーリーアダプターとなる主体がそろって議論できる土壤が形成されることを望む。

参考資料

- # 1 厚生労働省 地域医療連携法人制度について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html>
- # 2 ときわ会グループ、ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション理事 鈴木幸一さまインタビューより
- # 3 地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム 蔭山裕之さまインタビュー
- # 4 蔭山裕之。【事例】地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム 連携推進業務の実業家による運営とデジタルを活用したP F M・間接業務統合。病院。2024年；vol.83 No.4：288-293.

