

地域における「政策医療」の担い手と経営形態の多様化*

——「社会医療法人」の設立をめぐる——

小林 甲 一

塚 原 薫 ・ 横 井 由美子

吉 川 啓 子 ・ 大 野 弘 恵

目 次

- I はじめに — 問題の所在と本研究の趣旨 —
- II 地域医療をめぐる経営形態の多様化
- III 医療計画と地域の「政策医療」からみた社会医療法人
- IV 地域医療の新たな担い手としての社会医療法人
- V 周産期医療を担う社会医療法人
- VI 社会医療法人による多様な事業展開

I はじめに—問題の所在と本研究の趣旨—

いま、わが国の医療サービス提供体制では、地域医療や地域における「政策医療」の担い手をめぐって大きな変化が起こっており、それにとまなう経営形態の多様化がいちじるしい。よく知られているように、これまでその担い手の中核にあった全国各地の公立病院は、民間手法の活用による経営改革の渦のなかにあり、そこではさまざまな経営形態が採用され始めている。また、そのなかには、PFI事業によって民間資本が導入された「自治体PFI病院」や民間の医療機関が「指定管理者制度」のもとで管理・運営を担う「指定管理公立病院」も出現するようになった。地域医療の担い手とその経営形態は、「公」と「民」のはざまにあり、「公」から「民」へと大きくかつ多様に揺れ動いている、といってもよいであろう。

こうした時期に、また新たに、民間の医療提供主体をつかさどる「医療法人制度」の側から、地域における「政策医療」の担い手として「社会医療法人」という経営形態が提示された。これは、地域医療においてとりわけ社会的必要性の高い救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療(小児救急を含む)という5つの事業を担うべき医療法人として認定されるものである。この「社会医療法人」の導入は、本来、医療法人制度改革の一環ではあるが、こうした「民」の側からその担い手に対する選択肢の1つとして提示されたことは大きな意味をもっていると考えられる。

われわれ共同研究グループは、これまで、自治体病院によるPFI事業の導入や指定管理者制度の導入による公立病院改革の進展について考察してきた。そこで、この論文では、こうした「社

* 本稿は、2010年度名古屋学院大学大学院教育研究振興補助金による研究成果として公表したものである。

会医療法人」の設立に焦点を当てるとともに、改めて地域における医療計画の視点から地域の「政策医療」や地域医療の担い手を捉え直して、その考察やヒアリング調査の結果にもとづき「社会医療法人」に期待される役割、運用上の問題や今後の課題、「周産期医療」を担う社会医療法人の動向、および「社会医療法人」による多様な事業展開について明らかにしたい。

II 地域医療をめぐる経営形態の多様化

後でもふれるように、戦後のわが国において、国民皆保険体制が実現し、医療保障の基本が確立した1960年代半ば以降、地域医療すなわち地域における医療サービス提供体制を担ったのは、急速に拡大し、発展し続けた「医療法人」やその他の民間医療機関とそれを補完するかたちで全国各地の自治体が設立した「公立病院」や既存の「国立病院」であった。そこに、取り立てて明確な医療サービス確保政策や医療計画があったわけではなく、医療費の財源調達にある程度のめどが立ち、医療サービスに対する国民のニーズが急速に増大するなかで、生活の拠点からアクセスしやすい地域に、そうした急増する医療ニーズに対する受け皿が広がっていったのであり、その主要な担い手が、民間の医療法人と公共の国公立病院や「自治体病院」となって展開したということである。そして、そうしたなかでも、「不採算であっても地域に必要な、公益性の高い医療サービス」すなわち地域の「政策医療」を担わされたのは、当然のごとく地域の国立病院や自治体病院であった。

その後、わが国の医療保障も、それなりの発展や拡充を経過して成熟段階に入ってくると、その政策は、ただ医療費の財源調達だけに終始する一方的なやり方から、医療サービス提供体制にも目を配りそれが適切に、かつ効率的に作用するよう配慮する方針へと転換した。これも後でふれるように、こうした政策転換は、1990年代以降の数回にわたる医療法改正においてしだいに明確になった。そして、医療サービス提供体制の整備という観点では、多くの国民がアクセスしやすい地域医療の充実、そのための医療計画の整備、地域における医療機関の機能分化と連携、および地域における高齢者医療と介護のネットワーク化などが、医療政策の重要な課題となっていった。

しかし、その一方で、地域医療における重要な医療サービス提供主体であり、かつ地域における「政策医療」の担い手であり、しかも地域住民から「自分たちの病院」として信頼されている自治体病院の多くが構造的な赤字経営に陥り、また、地域の国立病院も、慢性的な赤字体質と公共サービスの見直しに向けた政府方針によって大幅な経営改革を迫られたのである。そして、これら「公立病院」に突きつけられた経営改革は、多くの場合、経営の効率化と財政運営の健全化、さらに民間手法の導入による経営形態の見直しであった。2000年代半ばまで、新たな経営形態の選択肢として提示されたのは、以下の①から⑤までの5つである¹⁾。さらに、2007年12月に総務省が策定・公表した「公立病院改革ガイドライン」では、もう一步踏み込んで、従来の②地方公営企業法の「全部適用」、③地方独立行政法人化および④指定管理者制度に、⑥民間譲渡が追加された²⁾。これによって、地域の「政策医療」の担い手であり、かつ地域医療の主要な医

療サービス提供主体である公立病院は、民間への譲渡を含めた「民」とのはざまのなかで経営形態のさまざまな選択肢が提示されたのであり、これまで地域医療を担ってきたさまざまな民間医療機関も含めて、地域医療やその「政策医療」を担う医療サービス提供主体の経営形態は、なおいっそう多様化していったのである。

- ① 地方公営企業法の「一部適用」
- ② 地方公営企業法の「全部適用」
- ③ 地方独立行政法人化
- ④ 指定管理者制度
- ⑤ PFI事業の導入
- ⑥ 民間譲渡

こうしたなか、②地方公営企業法の「全部適用」や③地方独立行政法人化は、さほど目立たないかたちでしだいに進行したが、一連の公立病院改革の動きでなかでセンセーショナルな注目を受けたのは、自治体病院に対するPFI(Private Finance Initiative)手法の導入であった。PFIとは「民間が資金調達から設計・建設・運営までを一体的に行う公共施設整備手法」であり、その大きな目的は、従来の公共事業よりも「効率的に」「安価で」「質の高い」公共サービスの提供、VFM(Value for Money)の達成にある。このPFIは、基本的に公共施設のハード面やその建設にだけ関わるものであるが、こうした民間手法の導入が、公立病院の効率的な管理運営面にもよりよい作用が及ぼされることが期待されたのである。

2005年3月には、全国初の「自治体PFI病院」として大きな注目を集めた「高知医療センター」が開院し、その前の2004年5月には「八尾市立病院」が後発ながら施設の建設がなかったためもっとも先行して開院し、さらに2006年10月には「近江八幡市民病院」が開院した。その後も、「神戸市新中央市民病院」を筆頭に、全国ではいくつかの自治体病院PFI事業が計画されているが、高知医療センターをめぐるさまざまな問題が取り沙汰されたことや近江八幡市民病院がずさんな財政計画を理由にPFI事業から早々と撤退したこともあり、自治体PFI病院の動きにはいささか勢いがなくなっている。しかし、これが、病院の新設やリニューアルを組み込んだ地方自治体による地域開発の手段として有効性や政策効果の高い手法であることに変わりはないのであり、今後も一定の展開があると考えられる³⁾。

また、自治体病院のPFI事業に少し遅れて大きく注目されたのは、公立病院に対する④指定管理者制度の適用である。指定管理者制度は、2003年9月に導入された、正確には「公の施設の指定管理者制度」と呼ばれるものである。ここで「公の施設」とは、「住民の福祉を増進する目的をもってその利用に供する」ために地方公共団体が設置した施設であり、具体的にはレクリエーション・スポーツ施設、文化・教育施設、医療・福祉施設(病院・介護施設・障害者施設・保育所など)、生活基盤施設および産業振興施設などが考えられる。つまり、この指定管理者制度は、これまで地方公共団体やその外郭団体に限定されていた、こうした公の施設の管理運営を、営利企業、社団・財団法人、その他の団体(たとえば学校法人・医療法人・協同組合・社会福祉法人)、NPO法人そして地縁団体(自治会・町内会)といった各種の法人や団体に包括的に代行

させることのできる制度である。指定管理者に選定される団体には公的な性質の強いものもあるが、従来の「管理委託制度」では排除されていた民間事業者の参入が完全に認められたことで、「公」と「民」とが対等な立場で公の施設の管理運営を担う競争ができるようになり、このことが、多様化する住民のニーズにより効果的、効率的に対応するとともに公共サービスの質的向上ならびにサービス提供の効率化や経費の節減をもたらすと期待されたのである⁴⁾。

こうして指定管理者制度は、①行政にとっては、住民の多様なニーズへの効果的な対応や施設管理の効率化・経費節減、②住民にとっては、それらに加えて公の施設における公共サービスの質の向上、そして③民間事業者にとっては、公共分野における事業機会の拡大、という政策効果をめざし、PFI方式と並んで、「公民役割分担の見直し」、官民協働＝PPP（パブリック・プライベート・パートナーシップ）あるいはニュー・パブリック・マネジメント（NPM）を旗印に地方公共団体に関する行政改革の切り札の1つとして導入された。実際、それが医療施設、すなわち公立病院にも適用され始めたのは、他の「公の施設」からは少し遅れて2005年あたりのことであった。「市立奈良病院」（2004年）、「横浜市立みなと赤十字病院」（2005年）および「公立新小浜病院」（2005年）は、こうした「指定管理公立病院」の先駆けといわれており、2006年には、全国で32の公立病院に対して一挙に指定管理者制度が適用され、さらに2010年12月に総務省が公表した「公立病院改革プラン実施状況等について」によれば、2010年9月末現在、全国には52の指定管理公立病院がある⁵⁾。

ただし、医療サービスには地域の「政策医療」のようにきわめて公的な性質の強いものが含まれていることや他の公共サービス・施設に比べてその受け皿としての指定管理者を募集・選定し、かつ適切な事業者を見いだすことはそれほど容易ではないことなど、公立病院に指定管理者制度を適用するにはいくつかの大きな困難がともなう。それゆえ、改革プランの策定から事業の実施および事後評価にかけて、ある公立病院、ある地域ではうまくいったが、他では受け手が見つからない、事業が失敗する、ということも考えられる。また、指定管理者制度は、いくつかの事業分野、公共サービス施設、そして地域で一定の成果を上げ、制度として定着しつつあるが、もちろん、それには、すでに運用上の多くの問題が指摘されており、それが公共サービス改革、ひいては公立病院改革の「万能薬」でもないことも確かである。しかし、公立病院に対する指定管理者制度の適用によって、地域医療において、これまで以上に「公」と「民」が絡み合いせめぎ合い、あるいは競争し協働する新たな世界が広がりつつあることは確かであろう。

以上のように、PFI事業の導入と指定管理者制度の適用が、「公」と「民」のあいだで揺れ動く公立病院改革と地域医療のあり方に関する今後の方向性や課題を占ううえで格好の材料になることは明らかである。そして、こうしたなかで、今度は、「民」の方から「社会医療法人」という新たな医療法人類型が導入され、地域の「政策医療」の担い手になるべく新たな経営形態が提示された。これによって、①経営努力を重ねる民間の医療機関、②改革された公立病院、③自治体PFI病院、④指定管理公立病院、さらに⑤社会医療法人というように、地域医療における経営形態の多様化にますます拍車がかかったのである。

III 医療計画と地域の「政策医療」からみた社会医療法人

1. 医療計画の推移と地域医療

わが国の医療を取りまく環境の変化は激しい。急激な少子高齢化，経済基調の変化，医療技術の進歩，国民意識の変化などが要因となり，医療政策は，これまで以上に大きな転換期を迎えている。特に，少子高齢化の影響を受け，継続的に増大する老人医療費を抑制するために，政府は2006年6月に医療構造改革関連法を成立させ，医療費抑制と適正化に向けた取り組みを促進している。生活習慣病予防，医療提供体制，医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うもので，国民皆保険制度創設以来の大改革と言われている⁶⁾。具体的には，死因の6割を占める生活習慣病の予防や長期入院の是正などにより，国民の生活の質（QOL）の維持・向上を確保し，医療費の適正化を進めていくものであり，その主旨は，国および都道府県が協力し，医療計画などの関連計画と整合性を図りつつ，医療費適正化計画を定め，中長期的に医療費の適正化をおこなうということである。

「医療計画」は，医療法第30条の4第1項の「医療計画の作成」にその根拠をおいており，また，その医療法は，国民が医療を受けるにあたり，適正な医療が安心して受けられることを目的に，終戦直後の1948年に制定されている⁷⁾。しかし，1962年に「公的病床数の規制」が導入されたものの，それ以降も，医療サービス提供について基本的に「自由放任」の方針が貫かれてきた。この方針が部分的に転換され，軌道修正され始めたのは，1989年の第一次医療法改正においてである。この第一次改正では，医療機関の開設や増床などの規制がかかり，都道府県に対して医療計画の策定が義務づけられ，医療関係相互の連携が強調された。ここで，医療計画については，「都道府県は基本方針に即して，かつ，地域の実情に応じて，当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画を定めるものとする」と規定されている。また，この第一次改正は，医療資源の効率的活用として，病床を規制することで医療費抑制をめざしたが，高齢者のいわゆる「社会的入院」が問題になり，医療関係相互の連携は円滑に進まなかった。そして，こうした医療提供における制度と実態の乖離が問題となり，その是正からも地域医療計画の制度化が求められたのである⁸⁾。医療計画の策定にあたっては，都道府県が地域全体の医療状況を把握し，診療や調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くことや，計画修正時には，医療審議会及び市町村の意見を聴くことなどが義務づけられ，病院の開設や病床の増床・種別変更に関して勧告できるようになった⁹⁾。

1992年の第二次医療法改正は，医療施設機能の体系化などを主な目的として実施され，この際に「特定機能病院」と「療養型病床群」の制度が導入された。これらによって，病院の機能がさらに細分化されたのである。特定機能病院は，高度医療化をめざし，それには大学病院やナショナルセンターが承認され，療養型病床群は，長期療養の患者を受け入れるための病床で，主に民間の医療機関に導入された。すぐに続いて1997年の第三次医療法改正では，「地域医療支援病院」が制度化され，介護保険導入に向けた整備のために地域医療の確保やネットワーク機能の充実が唱われ，国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備が図られた。医療計画

の見直しでは、「二次医療圏」ごとに、地域医療支援病院や療養型病床群の整備目標など、医療施設の整備目標、設備、器械・器具の共同利用など、医療施設相互の機能分担および業務連携が付け加えられた。また、患者の立場に立った情報提供の促進やインフォームド・コンセントの重視も打ち出された。この第三次改正の目玉であった地域医療支援病院は、紹介率・逆紹介率の基準が高く、主に医療機能を専門特化した病院が承認されており、地域の医療機関の中核として病院をよりオープンにし、24時間の救急体制をとるよう定められている。2000年の第四次医療法改正は、病床区分を見直し、適切な入院医療の確保をあげ、良質な医療を効率的に提供する体制の確立と入院医療の体制整備をおこなうものとなった。病床区分は、それまで「結核・精神・伝染・その他の病床」であったが、「その他の病床」を「一般」と「療養」に区分した。この第四次改正は、高齢化の進展にともなう疾病構造の変化などを踏まえ、急性期医療と慢性期医療の機能分化を推進し、患者の病態にふさわしい医療を提供することをめざすものとなった。

最新である2006年の第五次医療法改正は、さらに内容的に踏み込んだものとなった。特に、医療機能の分化・連携の推進、医師不足問題への対応、医療安全の確保、医療従事者の資質向上、医療法人制度改革、情報提供の推進などが、その重点目標としてあげられた。また、医療法人制度改革における新たな「社会医療法人」の導入は、これまで公的医療機関を中心に担ってきた地域の救命救急医療やへき地医療などの公益性の高い医療サービスを民間非営利部門にも求めた画期的なものとなった。この改正では、患者本位の医療をうたい、病床数設定の基本も基準病床数¹⁰⁾から必要病床数へと変化した。医療連携の範囲も、病院・診療所・薬局の相互連携だったものが、介護などの福祉施設などにも及び、地域での連携を強調し、在宅支援を打ち出している。さらに、4疾病5事業¹¹⁾に対応する医療連携体制の構築と、数値目標を設定した達成状況の評価も求められている。こうした第五次医療法改正の内容とそこでの医療計画制の特色については、以下の表1を参照していただきたい。

このように医療法の改正は、第二次改正以降、目まぐるしく変化していることがわかる。第五次医療法改正における医療計画への期待は、医師・看護師不足のなかでいかに効率的に限られた医療資源を利用し、人材を確保し、患者が満足できる医療提供をすることにあるかである。そのためにも、地域医療の機能分化を再度見直し、地域のなかの医療機関・介護福祉施設・自治体行政などの連携を強化することが求められるのであり、都道府県が提案する医療サービス提供のあり方とその調整力が、その正否を大きく左右するものと考えられる。

また、医療計画における地域医療の確保と推進に対しては、第一次医療法改正時点で、すでに都道府県ごとの二次医療圏を設定し、実施をめざしていたが、具体的な取り組みは弱かったものとする。それが一転して、第三次医療法改正では、医療計画の見直しのなかで地域医療の充実が図られるようになった。そこでは、地域医療支援病院を制度化し、支援病院を中心に医療施設相互の機能分担や業務連携の追加によって、地域医療の連携を強化するビジョンが提示された。このあたりから、改めて地域医療が重視され、地域における医療計画の重要さが再認識されるようになったとみてよいだろう。

表 1 第五次医療法改正の内容と医療計画の特色

	第五次医療法改正の内容	医療計画の特色
方針	「国民の医療に対する安心、信頼の確保を目指し、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図るための基本的な事項を示す」	<ul style="list-style-type: none"> ・医療資源の効率的活用 ・医療関係施設間の機能連携
主な施策	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本位の医療を実現 ・4疾病5事業に対応する医療連携体制の構築 ・都道府県が中心になって医療提供体制を確保 ・地域の医療機能についての住民の理解を促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制 ・大病院・量重視
評価期間	<ul style="list-style-type: none"> ・5年間を目途として、4疾病5事業などについての数値目標を定め、少なくとも5年ごとに数値目標の達成状況について評価などを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・5年間ごとの評価
機能分担・業務連携	<ul style="list-style-type: none"> ・4疾病及び5事業それぞれについての医療機能を踏まえ、業務の連携体制を構築し、医療計画に明示 ・基準病床数の算定においては医療圏にかかる考え方は従来とかわらない。4疾病及び5事業については、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じた計画を作成 ・医療機能情報の提供 その際の情報については患者や住民に分かりやすく明示 ・居宅などにおける医療の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所・薬局の相互連携 ・へき地医療、救急医療の確保 ・二次医療圏を中心 ・必要病床数の設定
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の確保 医療連携体制の構築等を踏まえ、地域の医療関係者等と医療従事者の確保に関する協議を行い、偏在へ対応・医療安全の確保 ・医療提供施設の整備目標 ・医療を提供する体制の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の整備目標

(著者作成)

2. 医療計画における地域医療の担い手と社会医療法人

地域医療の担い手は、その地域の病院や診療所などの医療機関がすべてである。しかし、医療資源を効率的に活用するためには、先述したように、医療機関相互の機能分担や業務連携が欠かせない。本来ならば地域医療支援病院が二次医療圏のなかで中心となり、連携体制に取り組みなければならないが、必ずしも地域医療支援病院が存在するわけではない。そこで、国民皆保険体制が実現されて以降、医療法で位置づけられた公的医療機関¹²⁾が、国民に必要な医療の確保と医療水準の向上を進めるための使命をもって、医療計画の計画的整備を推進する、という役割を担われてきた。

医療計画の策定および進行管理を担う各都道府県は、その都度、医療計画を見直し、地域医療に支障が出ないよう配慮している。特に、高齢社会となり、生活習慣病の改善や防止から、主にがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病に対応する医療連携体制の構築に重きがおかれて

いる。と同時に、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む）の5事業に対する医療連携体制の構築にも十分な配慮がなされている。こうした動きの根底には、「医師不足」という大きな問題が横たわっている。2004年に臨床研修医制度ができ、医師は自分の意思で研修病院を選択できるようになった。しかし、大学の医局人事が崩れ、医局の人材不足が目立ち始めた。病院勤務の医師は疲労困憊し、現場を立ち去る現象が起きている。今までのように、医局から病院へ容易に医師の派遣ができず、医師が未補充のままになっている病院が多い。特に、産科医師や小児科医師が不足し、診療科の休止や救急医療から撤退している病院もある。

本来、このような「政策医療」は、自治体病院を中心に公立病院が担っていたのだが、その公立病院も人員確保が解決されないままである。そこで、第五次医療法改正のなかで、新しく社会医療法人制度¹³⁾が創設され、民間の医療機関を活用することになった。公的医療機関に代わるものとして地域医療の役割を担い、医療を安定的に提供するために、社会医療法人制度の運営要件¹⁴⁾や認定要件¹⁵⁾は厳しいものになっている。その厳しい基準をクリアした社会医療法人が、地域の中核病院となり、政策医療の担い手となるよう期待されているのである。このことは、公立病院が担ってきた政策医療を民間の医療機関にも拡大するという大きな転換でもある。もし期待どおりにうまくいけば、社会医療法人が所有する医療資源を効率的に有効活用し、地域医療の崩壊を食い止めることができるかもしれない。現在は、まだその数もそれほど多くなく、また医療計画においてもその役割は明確ではないが、今後は、地域における医療連携の一翼として、また地域における「政策医療」の担い手として地域の医療計画のなかで必要な位置づけがなされていくと考えられる。

ここで、地域医療と医療計画の視点から、社会医療法人の認定要件となった地域における「政策医療」、すなわち救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む）の5事業について少しくわしくみておこう。現在、社会医療法人の認定対象として特に多いのは救急医療の事業であるが、救急医療の体制がとれない地域にとっては、24時間対応できる社会医療法人の存在は心強く、安全で安心な地域づくりが可能となる。次に、へき地医療や周産期医療を担う社会医療法人の認定はまだ少ないが、へき地医療では、医師の育成と関連するため、大学や社団法人地域医療振興協会などに頼る部分もあり、周産期医療では、未熟児医療の設備や専門職員の配置と救急医療の体制が必要となるため、各自治体を中心に対応せざるをえない部分があるからだろう。また、小児医療では、救急医療のように認定を受ける社会医療法人が多くなるのは困難であり、やはり、各自治体の役割に依存するところ大であろう。いずれにしても、その一方で、これらの施設は、急性期病院として地域の他の医療機関や、リハビリ病院、介護福祉施設などとの連携が重要となるのは明らかである。当然ながら、次のIVで報告する今回のヒアリング調査の対象であった社会医療法人のように、社会医療法人は、地域密着型の医療を目指さなければならない。その基本的スタンスは、「地域の人々を医療面でのパートナーとして、コミュニティーホスピタルとして、よい医療を提供していきたい。地域の人々も医療に理解を示し、有効に医療機関・医療資源を利用するような能力を高めていただきたい」¹⁶⁾である。

3. 社会医療法人への期待とその課題

社会医療法人は、公立病院などとの新たな役割分担と連携を構築するなかで、地域医療の担い手として期待されている。地域の医療機関とも連携を強化し、地域完結型医療をめざすことが重要であると考えられる。また、医療の質向上のためにも、職員の教育・研修を充実させ、人材育成にも力を注ぐ必要がある。特に、公立病院には欠けている迅速で柔軟な機動力をもって、地域医療連携の推進役として、力を発揮することが期待される。経営基盤を安定させ、病院を存続させていくためにも、地域住民のニーズを把握し、地域住民の安心・安全を第一に考え、地域に根づいていく必要がある。さらに、公立病院が果たしてきた役割の受け皿となる医療機関に成長し、地域医療の中心的役割を担うことが必要であると考えられる。公益性を前面に打ち出し、住民が望む医療の提供をすること、適切な経営資源の投入を惜しまず、非営利性を徹底していくことが期待される。こうした視点と立場から、社会医療法人の課題について以下のようにまとめてみた。

- ① 認定基準を保持できるように、患者確保、診療科の充実に努め、地域連携を積極的にこなう。
- ② 複数の政策医療の認定を受け、事業範囲を拡大していく。他の医療機関で医師不足のために中止されている医療や病床閉鎖などを解消できる担い手となり、地域住民のニーズに応えていく。
- ③ 公立病院とも連携を持ち、医療のレベルアップを双方ともがめざし、患者中心の医療を提供する。
- ④ 医師や看護師の人材確保に努め、職員がやりがいのある、働きやすい環境整備をする。患者だけでなく職員からも選ばれる病院づくりをする。
- ⑤ 財政基盤を強化するため、法人債の発行を考慮し、地域の金融機関との信頼関係を強化する。地域住民や病院職員が購入するためにも、病院の信頼度を高めるための働きかけが必要である。
- ⑥ 地域住民への情報公開と透明性のある病院運営をおこない、地域に開かれた病院をめざす。

そして、社会医療法人として、地域住民の健康管理をはじめ、疾病の予防・治療、災害時など生命の安全を守ることが期待される。地域住民の信頼度を高めていくことにより、将来、社会医療法人は、「政策医療」の担い手として、地域医療へ貢献できる存在ともなりうるのではないであろうか。こうして、公益性の高い、良い医療サービスの提供ができる社会医療法人の設立は、地域医療を確保するための重要な砦になるかもしれない。

IV 地域医療の新たな担い手としての社会医療法人

1. 地域の政策医療を担う社会医療法人

(1) 政策医療を担う医療提供主体

わが国は、1948年の第一次医療法制定以来、基本的に公的医療機関が政策医療を担い、一般

医療をおこなう民間の医療機関との機能分化を進めてきたといわれている。しかしながら、実際には公的医療機関と民間医療機関の機能分化が、明確におこなわれていたとはいえない。なぜならば、政策医療に特化した公的医療機関は稀で、民間医療機関と同様の一般医療の機能を兼ね備えているか、あるいは民間医療機関と全く同様の機能を果たしているものが大半を占めているからである。そのため、本来、地域に必要な医療サービスの提供の確保を図る見地から医療機関の役割に鑑み、策定される必要のあった医療計画が、医療機関や病床の量的規制に終始してしまったと考えられる。こうしたなかでおこなわれてきた医療制度改革は、これまで医療保険財政の問題に偏りがちであったものが、近年になって医療提供体制とその経営形態や内容に及ぶに至った。そこで、ようやくこれら医療提供主体の役割が改めて問われることになったのである。

もっとも、「政策医療」は不採算を前提としていることから、いわゆる政策医療の担い手として国公立病院をはじめとする公的医療機関を位置づけて、その役割を求め、また、その一方で、財政面で惜しめない支援が続けられてきた。ところが、先にふれたように明確な機能分化はなく、必ずしも公的医療機関だけがその役割を果たしてきたわけではない。医療法人をはじめとする民間の医療提供主体も、その一役を担ってきたのである。今日の医業経営には、良質で効率的な医療サービスの提供とそのための近代的で効率的な経営が推奨され、その点に公的医療機関および民間医療機関の違いはない。こうしたなか、政策医療を担う医療提供主体の再編に対しては、公的医療機関には公立病院改革の問題として、民間医療機関には医療法人制度改革の問題として、それぞれがアプローチすることになったのである。

実際に、厚生労働省は、がん、成育医療、重症心身障害、エイズ、国際医療協力など19分野¹⁷⁾の「政策医療」を主として独立行政法人（国立病院・診療所）に担わせることとし、政策医療機能を適切に遂行できない施設は、統廃合または経営移譲対象施設として整理、再編の推進をおこなうこととした。また、2006年の第五次医療法改正において国が重点的に取り組むこととした、がんなど4つの疾病と、救急・災害医療、へき地医療など5つの事業、つまり「4疾病5事業」の担い手として、特に地方自治体を位置づけた。さらに、2008年度からは、都道府県においてこれら地域医療になくてはならない4疾病5事業の具体的な医療連携体制を、第5次医療法改正により新たに策定した医療計画において明示することとした。くわえて、公立病院には、民間的経営手法の導入の観点から、地方公営企業法（全部適用）や地方独立行政法人化はもとより、既存の民間の医療法人を中心とした指定管理者制度の導入、民間移譲が進められている。

そして、こうした動きのなか、その一方で、近年、営利法人を含めた医療提供主体の経営形態の多様化が論議され、改めて「医業の非営利性」が確認されるとともに、従来、公的医療機関の役割とされてきた公益性の高い医療サービスを民間にも担わせるために医療法人制度改革がおこなわれた結果、「社会医療法人」が創設されたのである。

（2）社会医療法人の創設と求められる役割

「社会医療法人」は、2006年6月公布の「良質な医療を提供する体制の確立を図ための医療法等の一部を改正する法律」によって創設された医療法人類型の1つである。社会医療法人創設の

背景の1つに、いわば不採算となる医療を、赤字補てんのない民間の医療機関がすでに担っているところがあり、公的医療機関の再編とともに、さらに民間の医療法人にその役割を促進させようとする期待があったことは確かであろう。また、もう1つの背景として、株式会社等の営利法人による医業経営参入推進論に対して、厚生労働省は、市場原理導入の弊害の主張と医療の非営利性の原則を貫く姿勢を改めて具現化する必要性に迫られていたことがあったかもしれない。そのため、社会医療法人には、厳格な「非営利性」、「公益性」、「経営の透明性」が求められるとともに、民間の経営ノウハウをもって地域に必要な医療を提供する役割を担うことが期待されている。

こうした「社会医療法人」創設の主旨は、へき地医療や小児を含む救急医療、周産期医療など、地域で特に必要な医療（救急医療等確保事業¹⁸⁾）の提供を担う医療法人を社会医療法人として位置付け、救急医療等確保事業に社会医療法人を積極的に参加させることにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることにある。そのため、社会医療法人の認定要件として、先の医療計画に記載された救急医療等確保事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急を含む））に関して、構造施設・体制・実績（3会計年度分（へき地医療に関しては直近終了会計年度分））を有する必要がある。あわせて、公的な運営要件として、①役員や社員等について、親族等が1/3以下、②定款または寄付行為において解散時の残余財産を国等に帰属させる、③社会保険診療報酬収入等が80%以上、などを満たさなければならない。

社会医療法人の認定を受けた医療法人には、救急医療等確保事業の実施を通じて地域医療への貢献が求められる一方、このような公的な医療の担い手の経営基盤を安定させるため、さまざまな優遇措置も講ぜられている。社会医療法人に認められた主な優遇措置には、税制の優遇措置、収益業務の実施、社会医療法人債の発行がある。税制の優遇措置では、国税において医療保健業に係る法人税を非課税とし、それ以外の附帯業務および収益業務についても22%の軽減税率を適用するほか、収益業務の収益の医業への繰り入れをみなし寄附金として50%を上限に損金算入が可能である。地方税においては、救急医療等確保事業を直接おこなう病院および診療所に係る固定資産税等（固定資産税・地方計画税・不動産取得税）と医療関係者の養成所に係る固定資産税が非課税となる。また、収益を当該社会医療法人が開設する病院、診療所または介護老人保健施設を運営する業務に充てることを条件として、その業務に支障のない限り、厚生労働大臣が定める収益業務の実施が可能となった。そして、資金調達に関し直接金融からの方途を開くものとして、金融商品取引法上の有価証券である社会医療法人債の発行ができることになったのである。

(3) 社会医療法人の認定と運用の諸問題

こうして社会医療法人制度は、2008年4月から実施（申請受付）され、同年7月に最初の社会医療法人が誕生し、2010年5月末現在99法人が認定されている。認定状況をみると、都道府県別では大阪府11法人、福岡県8法人、北海道7法人、広島県5法人、次いで愛知県、京都府、愛媛県、大分県、鹿児島県がそれぞれ4法人と西高東低の傾向がみられる。また、認定要件である

救急医療等確保事業の5事業別でみると、救急医療がその大半を占めていることが挙げられる。とくに大阪府の認定法人が多い背景には、もともと救急患者の搬送の多くを民間の医療機関が担っていた（2007年度版消防白書によれば77.7%）ことがある。さらに、社会医療法人認定前、つまり移行前の法人形態をみると一般の医療法人44法人、特定医療法人36法人、特定・特別医療法人14法人、特別医療法人5法人となっている。厚生労働省の当初の想定では、社会医療法人とある程度公的な運営要件が類似している特定医療法人および特別医療法人が先行するとしていたが、実際の認定法人のうち44%は一般の医療法人から移行していた。これは、一般の医療法人として運営するなかで、赤字補てんのされる自治体病院と同等もしくはそれ以上に、それまで小児を含む救急医療など地域に必要な不採算部門を抱えつつも、他の医療部門とあわせた全体でカバーしていたり、多くの借金を抱えたりしている実状があった。こうした状況のなかで、特に社会医療法人に認められた税制の優遇措置が、移行への大きな要因となっていると考えられる。

一方、社会医療法人の認定を自主返上する場合や、必要となる要件が満たせなくなり認定が取り消された場合には、過年度すべての非課税収益に対する一括課税が生じる。そのため、現在の医療法人形態から移行することを危惧する法人ばかりではなく、既存の社会医療法人にとって運営上に相当のプレッシャーがあるといわれている。こうしたことに対して厚生労働省では、社会医療法人の病院の1つが救急医療等確保事業の基準を満たさなくなっても別の病院または診療所が満たしていれば、認定の取り消しはしないこと、救急車受入件数や分娩実施の件数は3年間の平均とすること、へき地診療所基準につき無医地区に準ずる地区も該当することなどの仕組みづくりが進められている。しかしながら、公的ならびに民間の医療機関が地域で競合するような事態が生じるなど、外的な要因から認定の要件から外れかねないことも想定される。そのため、社会医療法人内の複数の医療機関で要件を満たすことや、複数の救急医療等確保事業の認定要件を受けるといった事業運営が望まれている。

この他にも、社会医療法人には収益業務が可能とされているが、これは社会保険診療報酬等にかかる収入金を含む全収入金額の20%未満であることが規定され、毎年この基準を満たす必要がある。しかし、差額ベッド料や介護老人保健施設における利用者自己負担分の食費・住居費、人間ドック事業等を積極的に展開する法人では、すでに基準の範囲内に近い収益業務をおこなっていることから、何らかの要因から上記の範囲を超え、認定を取り消されることも考えられる。また、社会医療法人債の発行が可能となったことも認定のメリットとして挙げられているが、実際には必ずしも容易に活用できるものではない。なぜならば、直接金融をおこなうには医療機関の経営情報開示が必須要件であるが、これをおこなう姿勢（体質）や適正な財務管理能力は根拠していないことが多い。くわえて、当該債権の発行には有価証券上の規定のもと、前提条件とされる「格付け」の取得が必要であるが、医療事業は低利益の事業体として相対的に低い格付けがされやすい。また、格付け取得に係る費用のみならず監査法人や金融機関に依頼する諸費用だけでも数千万にのぼるとされている。確かに、直接金融からの資金調達の方途は開かれたが、従来からの間接金融で医療法人債より低利で資金調達ができる方が望ましいともいえる。

「社会医療法人」は、認定が開始されてから3年目であり、まだ制度としての使い勝手や各基

準・実績等の見直しが必要な点が多い。今後も、医療法人の冠に「社会」を配した社会医療法人には地域社会への目に見える貢献を期待するとともに、そのためにも公的医療機関との経営の条件的なイコールフットイングを行政主導でめざすことが必要であろう。

2. 社会医療法人に対するヒアリング調査の結果

社会医療法人は、2010年10月1日現在では111法人となり着実に増加している。しかしながら、新制度発足から実質的には3年目に入ったばかりで、医療業界においても地域社会においても必ずしも十分に認知されているわけではない。そこで、本共同研究では社会医療法人第1号認定として注目された「社会医療法人社団カレスサッポロ」および全国でも数少ない4つの複数事業で認定を受けた「社会医療法人母恋」をヒアリング調査の対象に選定した。以下では、その調査報告をおこなう。

(1) 社会医療法人社団 カレスサッポロ

同法人は、全国で最初の社会医療法人として2008年7月10日（認定）に誕生し、そのパイオニアとして「社会医療法人勉強会」を主催するなど、創設まもない制度の適切な運用に向けた問題解決に率先して取り組んでいる。また、北海道では特に域医療の崩壊がクローズアップされるなか、同道の地域医療の担い手として医療提供体制の向上に大きく寄与することを期待されている。そこで、2010年9月2日、西村昭男前理事長と大城辰美理事長に対して社会医療法人としての役割と課題を中心にヒアリングをおこなった。

1) 法人概要¹⁹⁾

社会医療法人社団カレスサッポログループは、札幌市内において北光記念病院（145床）と時計台記念病院（250床）の2病院施設、北光記念クリニックとLSI札幌クリニックの2クリニック施設、および保健・医療・福祉連携センターの事業所等を運営している。社会医療法人としての認定は、北光記念病院の1施設での救急医療を事業要件として認可された。北光記念病院は、内科・循環器内科・心臓血管外科・消化器内科・放射線科の5つの診療科と、専門外来（紹介外来・心臓血管外科・甲状腺外来・消化器内科・透析）を有し、急性心筋梗塞、狭心症、不整脈発作に対し24時間常時、医師、看護師、コメディカルからなるチームが、カテーテルを含めた緊急治療可能なシステムを持つ循環器急性期特定病院である。

2) 沿革と社会医療法人設立の経緯

法人の沿革をめぐると、1986年7月の北光循環器病院（個人）開業にはじまり、1996年2月に医療法人社団へ移行、その後、法人名称変更、クリニックの開設、法人統合を経て、2002年1月に医療法人社団カレスサッポロへ法人名称変更となった。また、経営困難な既存の病院の事業承継を受けるなど、多様なかたちで構成される集合体として常に組織の再編・再構築をおこなっている。そのようななか、厚生労働省が進める「これからの医業経営の在り方に関する検討会」に始まる、今後の医療法人制度改革にむけた議論の方向性を見極めつつ、その前段階として2005年3月に「特定医療法人」の認可を受けた。そして、従来から医

療法人のあり方を模索していたと、社会医療法人という仕組みがあらたに創設されることになり、それは、前理事長の考えとして目指していた今後に進むべき方向性と合致すると認識された。そのため、2008年1月には社会医療法人化準備委員会を設置し、早い段階から北海道庁との協議を数多く重ねていたことから、2008年7月に全国初の認定に至ったのである。

3) 社会医療法人としての今後の役割と課題

社会医療法人のあり方としては、地域の人びとの全般的なニーズに応えていくことが求められ、そのためにも社会に必要な医療（病院）のサポートが大切である。これまでも道立病院などの医療施設を積極的に支援してきた経緯があるが、北海道という地域に対する貢献という観点から、さらに今後もへき地医療に対する取り組みが重要である。もっともこうした役割を担い、地域医療を実践していくためには、専門性をもってマネジメントできるトップの存在が必要であり、経営部門強化のため理事長を全国公募し社会医療法人としては初めての非医師の理事長の誕生が実現したばかりである。現段階では、社会医療法人の継続性を確保するためにも複数施設あるいは複数要件にまたがって認定要件をクリアし、安定した経営基盤をしっかりと構築することが重要かつ必要とされると考えられる。

また、社会医療法人の認定を受けた結果を再認識し、経営陣や職員等が一丸となって与えられた責務に取り組んでいくことから、意識やステータスの向上につなげ、一方で、地域の人々にも経営への参画の場をつくるなど、関心をもってもらうことが大切である。もちろん、社会医療法人を取りまく医療界や金融機関などの関係機関にも広く認知され、確固たる位置づけが確立される必要がある。たとえば、社会医療法人債の発行にしても、その医療事業や役割が理解されなければ投資家等に関心をもってもらうこともままならず、特に、過去、日本ではじめて医療機関債の発行をおこなった経緯からも、債権発行の難しさを経験している。理想としては、地域の人々がパートナーとして医療への理解と、良い医療の提供に対する支援をおこなってもらえること、そのために必要な準備や勉強会、そして活動を実現していくことを推進しているが、これからも継続した課題である。今後、社会医療法人の認定を受けた病院群が、医療法人の1つのセクターとして発言力、すなわち主張なりメッセージを発信して、社会医療法人の認定や運営に関してより良い制度となるよう、そのリード役に尽力することも社会医療法人社団カレスサポロのめざすところであろう。

(2) 社会医療法人 母恋

同法人は、北海道の室蘭・登別、札幌の両地域で医療事業の運営をおこなっている。社会医療法人の認定は2010年3月1日と間もないが、その母体である日鋼記念病院の施設では、約百年にわたり胆振地域の医療を担っており、救急医療・災害医療・小児救急医療の3つの事業区分で認定を受けている。同様に、天使病院施設においても前身である聖母会から約100年の歴史をもつとともに、周産期医療での認定を受けていることから、東日本唯一の（全国でも2社会医療法人のみ）4つの複数医療事業の区分で認定を受けている。そこで、2010年9月2日、林茂常務理事と山田康弘総務課長に対して社会医療法人認可に至る経緯と今後の課題を中心にヒアリングをお

こなった。

1) 法人概要²⁰⁾

社会医療法人母恋グループは、日鋼記念病院（479床、人工透析22台）、天使病院（260床）、登別記念病院（120床（休床中）、人工透析36台）、東室蘭サテライトクリニック（人工透析40台）、老人保健施設母恋（療養室100床、デイケア50名）、日鋼記念看護学校（看護学科3年課程）、さらに、訪問看護ステーションやこどもデイサービスセンター等の事業所、関連事業所として寿都町立都診療所を配している。

社会医療法人としての認可を、小児を含む救急と災害医療事業で受けた日鋼記念病院施設では、緩和ケア病床22床、ICU・CCU6床、HCU24床、NICU3床、NCU5床、PICU4床を含む一般病床432床と療養病床47床を有し、診療科26科目からなる。西胆振唯一の地域がん連携拠点病院、災害拠点病院、地域周産期母子センター、臨床研修病院として、時代と地域の要請を満たすべく努力している。また、周産期医療で認可を受けた天使病院施設は、NICU12床、MFICU6床を含む260床を有し、呼吸器科、小児科、産科を始め16の診療科目からなる。当初は、外傷を診る外科診療から始まり、また、古くから貧困家庭の母子や孤児を支える医療に取り組んでいたことから、小児科部門と産婦人科の礎が築かれ、さらに充実が図られて今日に至っている。

2) 沿革と社会医療法人設立の経緯

社会医療法人母恋の母体である日鋼記念病院は、1911年に私立楽生病院として日本製鋼所内に開設された企業立病院がその始まりである。その後、日本製鋼所職工共済会病院に改称、病院付属私立産婆養成所を設立、1913年には日本製鋼所病院と改名された。さらに、看護婦養成所の設立や、1980年には会社から独立した医療法人日鋼記念病院となった。以後も、教育施設、サテライトクリニック、保健・介護の施設事業所等の開設や事業の統廃合が進められた。このようななか、1990年代に入って特定医療法人化へ向け、病院理事長と出資側である株式会社日本製鋼所の社長との協議がもたれるようになったが、具体的に検討され始めたのは1996年5月の特定法人化検討委員会発足からである。2001年には、法人名称を医療法人社団カレスアライアンスに変更し、また、2003年に社会福祉法人聖母会より天使病院を事業継承して経営統合をおこなった。なお、この天使病院は、1911年にローマから派遣された7人の修道女によって、カトリック教の病院として設立されたものである。そして、2007年の医療法人母恋への法人名称変更を経て、本格的な社会医療法人化をめざし、2009年12月の理事会により当該方針の決定がされ、2010年3月の社会医療法人認定に至ったのである。

3) 社会医療法人認可の取得およびその後の変化と課題

「社会医療法人」の認可は、医療法人母恋がその使命とする「医療を通して組織として社会に貢献する」想いと、当初の設立母体であった（株）日本製鋼所の「CSR（Corporate Social Responsibility）：企業の社会への責任・貢献」の想いが、形となったものである。これまで長い歴史のなかで、結核医療をはじめ、第三者評価機関である日本医療機能評価機構

第1号の認定、DPC（日本版包括化医療）制度にも民間病院として初期から参加していた。そして、社会医療法人認可の運営要件は高いとされるが、すでに小児を含む救急医療、災害医療、そして周産期医療については要件を満たしていた。このように公的医療機関と同様またはそれ以上に、地域に必要な医療に前向きに取り組んでいたため、医療事業の要件について別段の対応をせずとも認可を受けることが可能であった。

認可取得に関して難題となったのは、法人の持ち分の問題である。もともと法人は企業立病院の経緯から、(株)日本製鋼所の持ち分放棄が必要であり、以前特定医療法人化へ向けた検討のなかでもネックとなった点である。しかし、社会医療法人という税制等の優遇措置を配した新しい仕組みができ、同時に国の方針として医療法人の持ち分放棄に向けた動きがあったこと、また、持ち分放棄にあたり当時の企業財務状況を鑑みて、みなし贈与税がかからない時期であったことから、いろいろな意味でタイミングが整い、社会医療法人の設立となった。そして、この持ち分放棄と「社会」という冠が備わった医療法人となったことで、職員、スタッフに自分たち地域社会の病院であるとのモチベーション向上が図られ、大きな意義をもたらされる結果となったようだ。

社会医療法人としても、今後、税制優遇措置等を受けていることから透明性のある経営はもとより、安全な医療機器の整備、へき地医療への更なる貢献など、地域に還元できる体制づくりをめざすことが必要である。また、地域連携・機能分化を進めるため、地域の病院と競合せず、それぞれの専門分野を生かせるよう、近隣の市立室蘭総合病院と伊達赤十字病院ならびに有識者との運営協議会を年間2~3回開催している。くわえて、地元医師会との協議もはじまっている。しかしながら、まだまだ連携に向けた具体的な協働はこれからの課題である。くわえて、市民に“自分たちの病院である”という意識を高めてもらえるよう運営していくことも重要と認識されている。

V 周産期医療を担う社会医療法人

社会医療法人制度では、社会医療法人に認定されるための必須要件として、5事業要件のいずれかを取得することと同時に、認定後も維持していくべきこととしている。これら5事業のうち、この節では、「周産期医療」に焦点を当ててみよう。

周産期医療について説明すると、周産期とは出産前後の期間のことを指す用語であり、ICD²¹⁾によれば、妊娠22週から出生後7日未満と定義されている。大多数の妊娠・分娩は正常に経過するが、近年集中治療が必要なハイリスク妊娠や分娩が増加しているため、周産期母子医療センター(Prenatal Medical Center)が必要となっている。この周産期母子医療センターは、産科と新生児科の両方が組み合わせられた周産期対象の医療施設とされ、施設の状況(特殊な設備の規模)により「総合周産期母子医療センター」と「地域周産期母子医療センター」に分けられて、いずれも都道府県が指定することになっている。総合周産期母子医療センターは、MFICU²²⁾を6床以上、NICU²³⁾を9床以上有するなど相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟、および新

生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体および新生児搬送受入体制を有して、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体、または児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、および高度な新生児医療などの周産期医療をおこなえる医療施設をいう。また、地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターに近い設備や医療体制をもっているが、基準を満たしていない施設であり、所在する地域の周産期医療では重要な役割を担いつつ、総合周産期母子医療センターを補助する施設として、産科および小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設のことをいう。

このような周産期母子医療センターは、都市部の大学病院などにはあったが満床のことが多く、地方では県内に施設がない地域もあったため、緊急時の搬送先となる医療施設の不足など、産科の救急医療体制の整備も十分とはいえないため、国が支援する事業となったのである²⁴⁾²⁵⁾。周産期医療対策事業による周産期医療ネットワークの整備は、分娩にともなって大量出血が生じた妊婦の救命、未熟児の救命などに大きく寄与し、それによって妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた。しかし、NICUの認定がとれていない地域周産期母子医療センターの場合、不採算部門となっていることもあり、存続が厳しい状況になっている現状にあった。こうしたなか、2006（平成18）年8月、奈良県の病院で意識不明になった妊婦の救急搬送先が見つからず、死亡する事故が起きたため、厚生労働省は、全都道府県に対して、2008（平成20）年3月までに総合周産期母子医療センターを中心とした周産期医療ネットワークの整備を求めたのである。

また、厚生労働省は、2009（平成21）年1月1日付けで雇用均等・児童家庭局で担当していた周産期医療業務を医政局に移管し、これにより、救急医療、周産期医療、小児医療、災害医療及びへき地医療の確保に係る業務を一体的かつ効率的にすすめていくこととした。この背景には、各地の公立病院では医師不足などにより産婦人科の標榜をとりやめる事例が相次いでいるほか、比較的医療資源が豊富とされる都市部においても、地域における周産期医療に係る体制の整備・充実の必要性が指摘される事案が発生し、必要な医療提供体制の確保を図る必要性が生じていたからである。また、救急医療に関しては、各公立病院においてもこれに対応する体制整備が迫られ、救急医療に係る一般会計負担も増加してきているが、一方では、多数発生する救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいる。したがって、重症患者と軽症患者の「振り分け」が適切に行われていないことや診療科の偏在・病院勤務医の離職に伴う医師不足の影響等により、地域によっては救急医療体制の確保に支障が生じているのが実情である。

「社会医療法人」制度²⁶⁾は、こうした不採算の公立病院の「受け皿」としての役割や補完を期待されていた背景もあるが、地域の医療提供体制を確保するという観点から充実の方向で対処すべきであるとされている。厚生労働省医政局通知「社会医療法人の認定について」²⁷⁾²⁸⁾によれば、社会医療法人の認定要件には7項目があり、そのうち都道府県が作成する医療計画に記載された救急医療等確保事業の実施〔医療法第42条の2第1項第4号関係〕が認定要件にあり、地域医療において社会医療法人に求められる役割を積極的に果たすことが見込まれることとされている。周産期医療事業に係る業務の認定要件は、以下の表2に示すように、①当該業務を行う病院又は

診療所の構造設備，②当該業務を行うための体制，③当該業務の実績の3項目において基準に適合していることが必要である。そこで，以下では，こうした認定要件の側面から周産期医療事業の課題について検討してみることにする。

表2 周産期医療事業に係る業務の認定要件

当該業務を行う病院または診療所の構造設備	当該業務を行うための体制	当該業務の実績
<p>次の基準のすべてに該当すること。</p> <p>1. 当該病院が周産期医療施設として必要な次に掲げる施設をすべて有していること。</p> <p>1) 母体胎児集中治療管理室</p> <p>2) 新生児集中治療管理室</p> <p>3) 診療部門（診察室，処置室，臨床検査施設，エックス線診療室，調剤所等）及び専用病床（専ら周産期患者のために使用される病床をいう。）</p> <p>2. 当該病院が周産期医療施設として必要な次に掲げる設備をすべて有していること。</p> <p>1) 分娩監視装置</p> <p>2) 新生児用呼吸循環監視装置</p> <p>3) 超音波診断装置</p> <p>4) 新生児用人工換気装置</p> <p>5) 微量輸液装置</p> <p>6) 保育器</p>	<p>次の基準のすべてに該当すること。</p> <p>1. 当該病院の名称がその所在地の都道府県が定める医療計画において周産期医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設として記載されていること。</p> <p>2. 当該病院において産科に係る救急患者に対し医療を提供する体制及び緊急帝王切開術を実施できる体制（いわゆるオンコール体制も含む。）を常に確保していること。</p>	<p>次の基準のすべてに該当すること。</p> <p>1. 当該病院において直近に終了した3会計年度における分娩実施件数を3で除した件数が500件以上であること。</p> <p>2. 当該病院において直近に終了した3会計年度における母体搬送件数を3で除した件数が10件以上であること。なお、「母体搬送」とは，救急自動車及びこれに準ずる車両並びに救急医療用ヘリコプター及びこれに準ずるヘリコプターによる妊婦，産婦又はじよく婦の搬送をいう。</p> <p>3. 当該病院において直近に終了した3会計年度におけるハイリスク分娩管理加算の算定件数が3件以上であること。</p>

1) 周産期医療事業をするための構造設備や体制について

周産期医療事業に係る業務の認定要件に，地域の医療計画において周産期医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設として記載されていることが求められる。したがって，新たに認定を受けるところは，周産期母子医療センターに匹敵する規模のNICUやMFICUの環境を整備することが必要となることとその運営費が必要となる。加えてその設備を稼働するための診療報酬や財政などが必要となってくる。

2) 人的体制の問題について

産科領域は，近年，診療科別にみて医師不足がもっとも深刻な分野の1つである。総合周産期センターや地域周産期センターは，高度な周産期医療の提供をおこなう必要があるため，産婦人科医師の複数配置を含め，同時に小児科（新生児科）医師，助産師や看護師の確保が必須である。さらに，周産期医療を充実させるためには，産科だけでなく小児科や麻酔科の充実が非常に重要であり，周産期医療は救急医療と密接に連携を図りながら対策を進める必

要もあるといわれている。というのは、前述したような昨今問題となった妊産婦の脳血管障害など産科以外の疾患に対しては、周産期領域というよりむしろ救命救急体制が必須となるため、救急医療と周産期医療の双方の連携や設備体制が必要となるからである。このような側面からも、周産期医療の領域で認定を受けるためには、救急医療体制の整備を図っていく必要もあり、こうした点を踏まえると、5事業要件に関しては単一要件を維持するのみならず、複数の認定基準の取得を念頭に医療基盤の整備を図っていく必要がある。

3) 業務の実績における分娩数の要件について

わが国では、少子化が急激に進行しており、今後もさらに継続する可能性があり、地域によっては都市部とへき地では出産数の偏在化現象が生じている。したがって、社会医療法人の認定要件である、年間分娩数が500件以上というのが、今後難しくなる地域が生じる可能性もある。ハイリスク分娩のみならず、正常分娩にも対応可能な産科医療提供体制を構築し、地域において安全で安心して出産することのできる環境を整備することが必要である。

4) 母体搬送件数やハイリスク分娩管理件数について

近年、分娩場所は、ハイリスク妊産婦はNICU設備の整った病院へ、ローリスクの妊産婦は診療所へというように、集約化されてきている傾向にある。そのため、第三次医療を担っている施設と第一次医療や第二次医療との関係では、妊産婦や新生児が緊急搬送とならないような連携システムをとるようになってきている。つまりハイリスク妊産婦は、妊娠中の早期の時期からNICU施設の整った施設、すなわち総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターの位置づけにあるような施設で管理されて、分娩に至る事例が増加している。また、全分娩のうち、異常な経過をたどる割合は10%程度であり、そのなかで母体搬送件数やハイリスク分娩管理件数の要件を満たすというのは困難な部分もあり、この点も検討課題である。

5) 周産期医療の水準について

母子の生命が確保され、安全に分娩が終了することが周産期医療の課題であり、母体搬送件数やハイリスク分娩管理件数については極力少ない方がよい。今やわが国の周産期医療の水準は世界トップレベルとなってきている。これは主に、これまで周産期医療に携わってきた産科医師や小児科医師たちの功績であり、今後も医療水準がさらに向上することをめざしている。このような医療水準を維持するという側面から、社会医療法人としての認定要件を見直し、あわせて認定を一定期間取り消さないための緩和基準を設定することも検討されてよいと思われる。

以上、周産期医療事業に関する認定要件に関する検討課題を5つあげた。社会医療法人は、地域の「政策医療」を確保するという目的で導入された制度であり、認定要件についていくつか課題があるものの、周産期医療の分野で認定を受け、継続できる社会医療法人が少しでも増加すれば、地域の医療計画に位置づけた周産期医療ネットワークの整備が促進され、安心して妊娠・出産できる環境が整備されることにつながると思う。また、社会医療法人が周産期医療事業を維持していくためには、救急医療と周産期医療の双方の連携や設備体制が必要となるため、複数の

認定事業の取得を念頭に医療基盤の整備を図っていくことも求められる。そうなれば、新たな社会医療法人制度を活用して事業展開することは、地域における周産期医療の担い手を確保していくことにつながっていくだろう。

VI 社会医療法人による多様な事業展開

社会医療法人の認定状況は、2010年10月1日現在で111法人であるが、その認定業務の区分をみると、救急は82法人（73.8%）、精神は14法人（12.6%）、小児は11法人（10%）、周産期は4法人（3.6%）、災害は7法人（6.3%）、へき地は9法人（8.1%）となっている。さらに11法人は、救急と災害、小児と周産期などの複合認定を受けており、診療科も各科を持ち、地域において総合的な医療サービス提供をおこなっている法人も多い。この節では、医療分野における従来の医療法人や特定医療法人、あるいは福祉分野における社会福祉法人などとの違いを視野に入れながら、その多様な事業展開についてみてみたい。

社会医療法人が展開できる事業には、基本的にはa) 本来業務：医療サービス提供行為、b) 付帯業務：医療サービス提供行為に付帯する業務（在宅介護支援センター・訪問看護ステーションなど）、c) 付随業務：本来業務・付帯業務に付随しておこなう業務（売店・患者用の駐車場の運営など）、d) 収益業務：許可を得る必要がある業務（医療介護用品の販売・駐車場の経営など）、およびe) これまで特別医療法人に許されていた業務があるが、これに加えて、社会医療法人は、救護・更生施設や養護老人ホーム・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の一部の第一種社会福祉事業を除き社会福祉事業が展開できることとなった。そこで、以下では、社会医療法人が実際にどのような事業を展開しているかについてまとめた。なお、この分析は、次の表3をもとにしたものであるが、これは、2010年10月1日時点における各社会医療法人（111法人）およびグループ内法人のホームページに掲載されたデータに関する調査をもとに作成したものである。

1) 医療サービス

111法人のうち14法人は、病院や診療所等の医療施設しか所有せず、救急医療やがん検診等の検診部門に特化していた。保険適用外ながらPETセンターも設立し、ガン治療の最先端を歩む法人もみられた。このように売店や患者駐車場等の付随業務のみおこない、他の業務や事業展開を一切おこなっていない法人が12.6%である。

2) 高齢者介護サービス

介護老人保健施設や訪問看護・居宅介護支援等の介護サービスについては、法人が付帯業務として直営している場合と、法人がグループ化して社会福祉法人部門で運営している場合に分かれている。介護老人保健施設は57法人（51.3%）、訪問看護は74法人（66.6%）、居宅介護支援は70法人（63%）と半数以上の法人が持っている。さらに、訪問介護・デイサービス・デイケアと介護サービスを（10～30%）展開しており、111法人の全施設数476に対して、高齢者介護関連サービスに分類できる施設数は360であり、全体の75.6%を占めている。このように介護老人保健施設を主として介護サービスを複数展開し、病院・施設・在宅

表3 社会医療法人が展開する事業（グループ法人を含む）

(2010年10月1日現在)

高齢者介護系	老健	訪問看護	訪問介護	デイサービス	訪問入浴
	56	74	38	22	3
	デイケア	訪問リハ	レンタル	GH/CH	居宅介護支援
	32	11	6	19	70
	特養*	包括	託老児所	有料老人ホーム	
	13	14	1	13	
児童福祉系	病児保育	児童デイ	院内保育	保育所	子育て支援
	4	2	10	9	1
障害者福祉系	障害 GH/CH	福祉ホーム	療護施設	地域生活支援センター	地域生活相談センター
	10	4	1	12	3
	就労支援関係	生活訓練	通所施設	授産施設	
	6	5	3	3	
その他	看護学校等	他の施設なし	収益事業		
	6	14	5		

*特別養護老人ホームについては、社会福祉法人にのみ認められるためグループ内の社会福祉法人が経営

で高齢者にサービス提供をおこなっている現象がみられる。さらにグループとして社会福祉法人を持ち、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や障害者サービスを展開しているところもある。

3) 精神障害者福祉サービス

社会福祉事業のうち精神障害者福祉の分野では、地域生活支援センターが13法人、生活訓練・就労支援関係施設等が12法人あるが、ほとんどが精神で認定されている法人が運営しており、精神外の認定法人のグループの社会福祉法人が運営しているケースは多くない。これは、精神障害者福祉の法人は、法的な施設ができる前から自主的な精神障害者の社会復帰に取り組んでおり、精神障害者関連の施設に関しては地域の草分け的存在となっていた経緯があるためと推測される。

4) 児童・身体障害者福祉サービス

児童福祉関連施設については非常に少ない。病児保育4法人、小児デイサービス2法人、子育て支援事業2法人で地域に開いた保育所が9法人である。また、身体障害者福祉関連施設も非常に少なく、通所施設3法人、授産施設3法人である。これらは、グループ化していないが、関連する社会福祉法人に委ねられていると推測される。

5) 収益事業

収益事業としては、不動産関係や病院のサポート部門での会社設立などが見受けられるが、

それでも5事業しかなく、全体としての数は1%と少ない。これについては、社会医療法人の医療収入が80%以上であることが認定要件であるため、収益事業収入があまり大きくなならないよう運営しているものと推測される。また、社会医療法人として、公益性の高さも求められることから、地域への貢献度も加味すると、展開される収益事業はおのずから制限されてくるともいえるだろう。

6) 教育事業

教育事業については付帯事業に分類されるが、グループ内で学校法人も設立し、看護・理学療法・介護等の専門職の育成にあたっているところが6法人ある。これは、慢性的な人材不足に陥っている医療・介護職員の育成をおこない、法人・グループ内で地域に根づく人材の確保を可能するものと考えられる。

以上のように、社会医療法人による多様な事業展開をみてきたが、やはりその大部分が社会福祉サービス事業であるというのが実態である。なかでも、前から認められてきた介護保険関連のサービス施設による事業展開、また、同様に第2種社会福祉事業の展開がその多くを占めているが、新たに社会医療法人だけに認められた第1種社会福祉事業の展開はまだ少ないようだ。注意すべきなのは、高齢者福祉サービス（収益事業を含む）は、単独のサービスでは病院で提供する医療サービスと比較して利益は多くはないが在宅から入院までのあらゆる時期において各種のサービスが関わることで、継続した複数の利益を得ることができるという点である。厚生労働省は、介護サービスに関して、法人内における「高齢者の抱え込み」を避ける方向を示しているが²⁹⁾、実際には、グループ展開することによる抱え込み現象がまだみられる。ただし、その一方で、社会医療法人についてはその制限の適用除外とするとの見解も示されている。こうした「抱え込み」は、地域における医療と介護の連携、ならびに地域包括ケアの視点からみると、高齢者を顧客として在宅から、医療を必要として入院治療にいたるまで一貫したサービスの提供をおこなえるという利点もある。高齢者の側も、自宅から病院・施設まで受け入れ先が確保され、予防からリハビリのプライマリケア³⁰⁾も受けられ、さらには看取りを含めて安心して地域で住み続けることができるという可能性も広がる。地域によっては、社会医療法人が、その医療・介護連携のネットワークのなかで中心的役割を果たすことに期待する向きもあるだろう。

その他の福祉サービスをみると、障害者自立支援法の適用となる障害者福祉サービスは、51施設で全体の10.8%でその数も少なく、旧法の支援費制度から報酬単価制度に変更となり、運営は厳しい状況であると推測される。そのため、地域で必要とされても、社会医療法人の経営を圧迫しかねない。さらに、児童福祉、母子および寡婦福祉関連の福祉サービスについてはほぼないに等しいのが実情である。このような状況を勘案すると、社会医療法人だけに認可される第1種社会福祉事業は、今後も急速な増加はないと予想される。他方、収益事業の割合も5施設と全体の1%と少なく、収益事業にあまり期待していないようだ。しかし、地域に必要とされ、社会医療法人の医療収入80%を維持しながら提供できる収益事業がないわけでもない。たとえば、農村部の地域で、社会医療法人が、収益事業として「福祉農園」を運営し、農産物の生産や流通をおこなっていくことも考えられ、また、こうした事業展開が、地域における高齢者雇用や障害者

雇用を促進することも期待できる。

社会医療法人制度は、創設されてからまだ日が浅く、認定を受け活動を開始したばかりの段階である。今後しばらくは試行錯誤が続くであろうが、地域によっては、社会医療法人が、本来の専門である医療サービスに加えて、福祉サービスをいっそう展開し、さらにこれだけにとどまらず地域が必要とする多様な事業を展開していくことになる。

注

- 1) 石井吉春「自治体病院の民営化に関する一考察」、『地域政策研究』, Vol. 20, 2006年12月および大谷倫恵「自治体病院への民間手法導入による経営改善の再考」、『コラム「研究員のココロ」, 日本総研, Vol. 2007年07月09日を参照。
- 2) 総務省「公立病院改革ガイドライン」, 2007年12月24日。
- 3) 自治体病院PFI事業の動きについて、くわしくは小林甲一/塚原薫/横井由美子/吉川啓子「自治体病院のPFI事業と人的資源の諸問題」、『名古屋学院大学論集 社会科学篇』, 第45巻第3号, 2009年1月を参照。
- 4) 以下の公立病院に対する指定管理者制度の動きやその課題について、くわしくは小林甲一/塚原薫/横井由美子/吉川啓子「公立病院改革と経営形態の変容—指定管理者制度の導入をめぐる—」、『名古屋学院大学論集 社会科学篇』, 第47巻第1号, 2010年7月を参照。
- 5) 総務省「最近の公立病院改革の主な事例」, 2010年3月, ならびに総務省「公立病院改革プラン実施状況等について」, 2010年12月24日を参照。
- 6) 厚生労働省『平成19年版厚生労働白書』ぎょうせい, 2007年, 2ページ。
- 7) 「医療法」は、1948年に制定されたが、現在の医療法と医師法の性格を持ったもので、「医制」が1874（明治7）年に制定されている。戦前は1942年に「国民医療法」（戦後解体）が制定されている。
- 8) 西岡晋「第1次医療法改正の政策過程」、『早稲田政治公法研究』70号, 2002年, 189ページ。
- 9) 発健政発第112号, 昭和60年12月27日厚生事務次官通知「医療法一部改正について」各都道府県知事宛文書より。
- 10) 基準病床数とは、その地域（二次医療圏など）にどの程度の病床数を整備すべきか、という整備目標である。
- 11) 4疾病5事業とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病と、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む）の5事業をいう。
- 12) 公的医療機関とは、医療法第31条の定義によると、厚生労働大臣が定める者の開設する病院と診療所のことであり、その開設者は、一部事務組合等地方公団体の組合・国民健康保険団体連合会・普通国民健康保険組合・日本赤十字社・社会福祉法人恩救財団済生会・厚生農業協同組合連合会・社会福祉法人北海道社会事業協会とされている。
- 13) 医療法第42条の2【社会医療法人】「①医療法人のうち、次に掲げる要件に該当するものとして、政令で定めるところにより、都道府県知事の認定を受けたものは、その開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の業務に支障のない限り、定款又は寄付行為の定めるところにより、その収益を当該社会医療法人が開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生労働大臣が定める業務を行うことができる。」
- 14) 社会医療法人の運営要件については、①役員、社員又は評議員の3親等以内の親族割合が3分の1以下、②救急確保事業の施設の構造設備、体制、実績の基準を満たす、③定款、寄付行為に残余財産を国、地方公共団体、他の社会医療法人に帰属する、という定めがある。

- 15) 社会医療法人の認定要件について、以下のとおりである。
 - 〈救急〉：時間外の救急車搬送件数が年間750件以上あること
 - 〈へき地〉：へき地の診療所に派遣した医師の延べ人数が年53人以上あること
 - 〈周産期〉：年間の分娩件数が500件以上で、救急車などによる母体搬送が10件以上あること
 - 〈小児〉：6歳未満の乳幼児尾診療した件数のうち、時間外で受け入れた件数の割合が20%異常であること
- 16) 医療経済機構「病院訪問：社会医療法人の認定と今後の展望」, Monthly IHEP, 2008 11月号No. 170 32ページ。
- 17) 厚生労働省が位置づける19分野の医療政策とは、「がん、循環器病、精神疾患、神経・筋疾患、成育医療、腎疾患、重症心身障害、骨・運動器疾患、呼吸器疾患、免疫異常、内分泌・代謝性疾患、感覚器疾患、血液・造血器疾患、肝疾患、エイズ、長寿医療、災害医療、国際医療協力、国際的感染症」である。
- 18) 救急医療等確保事業とは、医療法第30条の4第2項第5号に規定する、イ) 救急医療、ロ) 災害時における医療、ハ) へき地の医療、ニ) 周産期医療、ホ) 小児医療（小児救急医療を含む。）、ヘ) イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療、である。
- 19) 社会医療法人社団カレスサッポロホームページ <http://www.caress-sapporo.jp/>, 2010年11月。
- 20) 社会医療法人母恋ホームページ <http://www.bokoi.jp/index.html>, 2010年11月。
- 21) ICDとは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機構によって公表された分類を示す、疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) のことをいい、死因や疾病の統計などに関する情報の国際的な比較や、医療機関における診療記録の管理などに活用されている。1995年から厚生労働省の統計も第1990年の第43回世界保健総会で採択された第10版 (ICD-10) の定義を採用するようになった。
- 22) MFICUとは、母体胎児集中治療室 (Maternal Fetal Intensive Care Unit) の略称。重い妊娠中毒症、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体・胎児に対応するための設備と医療スタッフを備えた集中治療室のことをいう。 ja.wikipedia.org/wiki
- 23) NICUとは、新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit) の略称。病院において早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門のことをいう。 ja.wikipedia.org/wiki
- 24) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>
- 25) www.jsog.or.jp/kaiin/html/infomation/info_20oct2003_1.html
総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センター整備は、各都道府県知事あて厚生省児童家庭局長通知である「周産期医療対策整備事業の実施について」(1996年5月10日・児発第488号) によって開始した。
- 26) 医療法人制度のあらまし。 ajhc.or.jp/profile/hc_system.html
- 27) 厚生労働省医政局通知「社会医療法人の認定について」(平成20年3月31日医政発第0331008号) を参照。
- 28) 厚生労働省ネットワークシステム/071227第2回議事次を参照。
- 29) 被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない (介護保険法第2条第3項)
- 30) プライマリケアとは、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性という5つの理念にもとづくものである。