

## 2) 医師が望む医師・患者関係

- ① 治療法決定に関しては、約 7 割の医師が、「方法 4:複数の治療法の説明を受けた上で、医師が最良と思う方法に患者が同意する」過程が理想と回答していた。一方、現状評価でも、「方法 4」が最も多く、次いで「方法 3:複数の治療法の説明を受けた上で、医師と相談して決める」の順であった。
- ② 4つの医師・患者関係モデルのうち、医師が思う望ましい関係としては、「モデル 2:情報は共有、決定は患者主導」が最も多く、次いで「モデル 3:情報も決定も患者主導」の順であった。なお、現状評価も、望ましい関係とほぼ同様の評価であった。

## 3) 病院内における専門医と総合診療医の関係

- ① 現在、病院に配置されている総合診療医の役割に対しては、約 6 割が「初診患者の専門診療科への振り分け」と、一方、理想像としては、約 6 割が「患者全てを把握し、主治医としての診察を行った上で、必要に応じ専門診療科へ紹介」と回答していた。

## 4) 在宅医療及び 24 時間対応の現状と課題

- ① 往診や訪問診療に対する依頼があった場合、診療所医師の 7~8 割は対応可能と回答していた。
- ② 24 時間体制を有する診療所医師は、全体の約 3 割であった。
- ③ 24 時間対応が困難な理由としては、「体力的な負担が大きい」「一人での対応が困難」などが上位であった。
- ④ 支援診療所の新設に対して、「非常に良い~まあまあ良い」といった肯定的な意見は約 26%で、約 6 割は「どちらとも言えない」と回答していた。また、支援診療所の要件のうち、24 時間対応や看取り報告を求めた点に関しては否定的な意見が多かったが、訪問看護師やケアマネジャーとの連携強化に関しては肯定的な意見が多かった。

## V 今後の医療提供体制の在り方に対する提言

以上の調査結果を踏まえ、今後の医療提供体制の在り方に対する幾つかの提言を行う。

### 提言 1. 病院医師の専門性確保に向けた支援体制を強化すべき

今回の医師アンケートで、病床規模が小さい病院の勤務医ほど、学会への参加が困難、代診確保が困難で、かつ、専門性維持に対し、約 4 割が強い不安感を抱いている状況であることがわかった。

特に、病院に勤務する専門医にとって、「勤務している医療機関や地域の中で、自分の専門性の維持向上が図れるか否か」は、本人の勤労意欲、仕事のやりがい、倫理観の確保、医師の病院定着率の向上とも関係する重要なファクターと思われる。これを担保するための一つの手段である学会参加などが、医師数の多寡によって左右されるべきものではないであろう。

都道府県単位での支援策の検討（都道府県雇用の医師によるバックアップ等）、地域医師会のバックアップ体制（代診支援など）の確保、勤務医療機関のローテーション体制の構築などにより、病院勤務医師の専門性確保に向けた支援を行うべきと考える。

## 提言 2. 医師と住民・患者間の相互理解を深め、かつ、医師の接遇改善等を図ることにより、医師・患者間の信頼関係の醸成を図るべき

治療法決定過程に対する住民・患者の理想像をみると、①複数の治療法の説明を求めていること ②複数の説明を受けた後、どの治療法がよいかの選択に関しては、医師と相談して決める形でも、医師が最良と思う方法に同意する形でも構わない といった回答が多いことがわかる。ところが、現状に対しては、約半数は、「複数の治療法の提示はなく、医師が最良と思う方法の提示のみがあって、それに同意している」、あるいは、約 2 割は、「全て医師が決定している」と回答している。

一方、医師は、「複数の治療法を提示し、患者と相談して決める」ことが理想と約 7 割が回答し、また、自身と患者の関係においても、約 8 割の医師は、これが実現できている、あるいは、少なくとも複数の治療法は提示した上で、最良と思う方法に同意してもらっていると回答している。

また、医師・患者関係モデルに対する理想像を比較すると、住民・患者の約 25% は「モデル 4(情報は共有、決定は医師主導)」を理想としているのに対し、医師が「モデル 4」を理想とする割合は 8.4%に過ぎない。逆に、医師の約半数は、「モデル 2(情報は共有、決定は患者主導)」を理想と回答しているが、住民・患者が同モデルを理想とする回答は約 28%に過ぎない。医師の方が、住民・患者より、「患者主導で治療法を決定すべき」という感覚が強いが、実は、住民・患者は、複数の治療法の説明が行われたのであれば、最終的な治療法決定に関しては医師主導であっても構わないと思っているのではないだろうか。

このような、治療法決定等に対する互いの認識の差異、住民・患者が医療・医師に対して何を求めているのかを理解することにより、その克服に向けた努力(医師の接遇の改善、説明能力の高い医師または通訳機能を備えた他職種を交えた説明の実施など)を通じて、医師・患者間の信頼関係の醸成を図るべきと考える。

## 提言 3. 専門医と総合診療医の役割分担の明確化により、専門性をより発揮できる体制を構築すべき

提言 1 及び提言 2 とも関係することであるが、例えば、治療法の説明は、専門医が全て行うことが最良の結果（患者の納得感、医師への信頼感の向上等）を導くのであろうか。提言 2 の中で、医師の接遇改善に向けた努力が必要としたが、もし、それでも不十分な場合は、より説明能力の高い医師（例えば総合診療医）や、医師と患者間の通訳機能を果たすことが出来る他職種を交えた形での説明の方が、患者にとってよりよい方法かもしれない。専門医でなければ絶対に出来ないこと、総合診療医で代替可能な範囲、他職種で代替可能な業務の区分けを行い、専門医には専門性をより発揮できるよう、業務分担の再整理が必要と考える。

#### 提言 4. 救急アクセスの確保策（一次救急の在り方）を検討すべき

医師不足に対応するため、医療機関・医療機能の集約化が進められている。医師のプール化は、医師の業務改善のために必要な部分があるため、致し方ない側面がある。ただ、集約化を行うことにより、住民・患者の医療へのアクセスが阻害される可能性がある。

ここで重要なことは、病院の集約化に伴うアクセス阻害の影響を如何に小さく出来るかであるが、筆者は、慢性期におけるアクセスと急性期におけるアクセスは分けて考える必要があると思っている。

慢性期のアクセスに関しては、病院と診療所の役割分担の見直しにより、アクセス阻害の軽減を図るべきと考える。今回の住民アンケート調査で、病院通院群の病院選択基準の第1位は「診断・検査機器が充実しているから」、第3位は「いざという時に入院できるから」であった。機器等の共同利用を図ることや、病診間の連携強化により、住民・患者が何かあっても診療所医師が入院につなげてくれるという安心感を実感・体感できれば、より近くの診療所に通院することも可能と思われる。

慢性期アクセス以上に重要なものが、急性期（救急）へのアクセスであろう。今回の調査でも、搬送される医療機関までに30分以上かかる地域の住民の多くが、救急アクセスに不安を抱いている状況であった。これに関する対策としては、昨年調査した更別村診療所の一次救急への関与が参考となろう。

更別村住民は、同診療所が救急に関与する以前は、車で30分以上かかる帯広市内の医療機関に搬送されている状況にあった。家庭医複数体制を有する同診療所（19床の有床診療所）は、急性期対応の再構築を目指し、①一部病床を一般病床に変更 ②救急搬送患者に対する初期治療（気管内挿管、薬剤投与、ルート確保等）への積極的関与 ③搬送先基幹病院との連携強化（救急搬送への同乗、基幹病院医師への情報提供など） ④救急隊員との連携強化（症例検討、研修・実習強化等）などを実施し、地域の救急アクセス改善に大きく貢献している。

集約化に伴う救急アクセスが阻害される可能性がある地域では、有する機能を再構築し、一次救急の確保等の対策を検討すべきであろう。

#### 提言 5. 一人開業医の在宅医療機能に対する支援を強化すべき

2006年の医療制度改革、診療報酬改定の中で、24時間対応を含めた在宅医療の強化が強く打ち出された。また、新設された在宅療養支援診療所に対しては、約1割の診療所が届出している状況にある。ただし、①療養病床の削減 ②参酌標準による介護保険施設、特定施設、グループホームの整備量の抑制 ③平均在院日数の更なる短縮化 ④後期高齢者の急増などを考えれば、在宅医療提供量が大幅に不足する可能性が高い（2025年の在宅重度要介護者は、施設整備量によるが、現行の1.8～2.6倍に増加すると予想される<sup>4)</sup>）。

昨今、複数医師体制を有する在宅医療専門医師も増加傾向にあるが、既存の一人開業医の在宅医療機能も活用しなければ、必要サービス量は確保出来ないであろう。

今回の医師アンケートで、開業医にとって、24 時間対応が難しい理由として、①体力的な負担が大きいこと ②一人での対応が困難であることが明らかになったが、地域基幹病院による 24 時間対応支援、地域医師会による在宅医療実施医師のプール化など、個々の医師を支える体制の構築を進めるべきである。

また、今後開業を目指す若手の先生方に、医療政策の方向性を提示し、グループ診療の必要性を強調するなど、複数医師によるサービス提供体制の構築を増やす対策も併せて行う必要がある。

## 参考文献

- 1) 社会保障審議会医療保険部会：医療提供体制に関する意見（2005 年 12 月 8 日）
- 2) 厚生労働省医政局：第 1 回医療施設体系のあり方に関する検討会－資料 2:医療施設体系に関するこれまでの議論等－（2006 年 7 月 12 日）
- 3) 片山壽：患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療，治療 87(5)：1693-1701，2005
- 4) 川越雅弘：我が国における医療と介護の機能分担と連携，海外社会保障研究 156：4-18，2006
- 5) 国民健康保険中央会：地域における包括的な保健・医療のあり方に関する研究報告書：2003
- 6) 島崎謙治：医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題，平成 17 年厚生労働科学研究費補助金-政策科学推進研究事業-（主任研究者：島崎謙治）医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究：11-34，2005.
- 7) 厚生労働省：新たな医師臨床研修制度のホームページ  
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/index.html>)
- 8) 財団法人へきち振興財団：第 2 章-わが国におけるプライマリ・ケアの現状分析，わが国におけるプライマリ・ケアの研究：87-200，1984
- 9) 葛西龍樹：家庭医とこれからの日本の医療，社会保険旬報 2048：26-30，2000
- 10) 葛西龍樹：日本の家庭医の現状と養成に向けた取り組み，健康保険 55(5):18-23，2001
- 11) 岩井郁子：平成 10 年度厚生省政策科学推進研究事業（主任研究者：岩井郁子）医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究：1999
- 12) 樋口範雄：第 4 章-A 医師患者関係・診療情報・医療従事者教育のとらえ方－アメリカ医師会倫理規定を素材として－，平成 12 年度厚生省政策科学推進研究事業（主任研究者：岩井郁子）医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究：19-32，2001
- 13) 葛西龍樹：家庭医療～家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために～，ライフメディアコム，東京，2002
- 14) 葛西龍樹：スタンダード家庭医療マニュアルー理論から実践までー（葛西龍樹編），永井書店，東京，2005：3-16.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

## ⑫ 医療・福祉複合体の全国動向

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所室長

（平成 16 年度・平成 17 年度・平成 18 年度実施）

### 研究要旨

医療・福祉複合体は着実に増加している。日本総研(2001)の得られた知見と今回の分析の違いは、①“都会型複合体は大型施設をもたずに多角化する病院が多い”に関しては、今回の研究結果からは誤りである。むしろ、関東や中部の都市でも老健施設や療養型病床を備える法人が多い。また、②“病院をもたない複合体など多様な複合体が存在する”は、かなりの程度に認められる。しかし、なんらかの形で医療法人（診療所や病院）との連携を取っているケースが見られる。③“ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在”は確認できない。これには方法論上の問題が存在し今後の課題でもある。

### A. 研究目的

1) 中小病院、診療所・クリニック（歯科クリニックまでもが）、訪問看護ステーションを装備して訪問看護の領域に参入していること、2) 医療機関のチェーン展開については「家業・同族企業」的色彩が強いことが知られており、また、その設置場所も同一市町村内あるいは同一都道府県にあることが多いことが知られている。このことが全国的に当てはまるかを見るのが今回の目的である。

### B. 研究方法

手順は、まず WAM NET から医療法人が経営している（01）訪問介護、（03）訪問看護、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設の各施設を抜き出す。そこから、（01）訪問介護、（02）訪問入浴介護、（62）介護老人保健施設と（63）介護療養型医療施設の4種類を経営している法人を抜き出す。これがコアデータである。ただし、（01）訪問介護あるいは（03）訪問看

護の2種類だけ、あるいは（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設を同一法人で経営している法人もある。今回は、この3分類に考察を加えている。

### C. 研究結果

医療福祉複合体の設置場所も同一市町村内あるいは同一都道府県にあることが多い。一方で、飛び地的な事業展開、すなわち都道府県をまたいで事業展開を行っている医療法人は少ない。この原因のひとつは地元医師会との関係が挙げられる。公正取引委員会からの勧告を受けることがあるように、地元医師会が診療所の開業や病院の開設・老人保健施設の開設に関して干渉するということがある。地元医師会との融和が十分に図られないと、事業の進出は難しい。このことが地域を越えた事業展開を難しくしているのであろう。その意味で、訪問介護や訪問看護のように資本投下が少なくて済む（机と椅子を備えた事務所さえ設ければすぐに開業できる）業態を医

療法人が選ぶことは自然の流れであろう。さらに、50万人を超えるとも言われる潜在看護師の存在が、この選択を助長している可能性もあるものと思われる。ただし、この議論が成立するのはあくまで人口の多い都市部に限られ市場原理の働きにくいへき地においては、医療・介護の不足状況は変わらないことには注意を要する。

#### D. 考察

医療機関のチェーン展開については「家業・同族企業」的色彩が強いことが知られている。しかし、それを越えて組織を強化し、全国展開に乗り出す法人が存在する。その際、簡易な訪問介護や訪問看護を主体として展開する場合と、老人保健施設や特別養護老人ホームといった本格的な投資が必要な事業を手がける場合の二つがある。

#### E. 結論

医療・福祉複合体は着実に増加している。日本総研(2001)の得られた知見と今回の分析の違いは、①“都会型複合体は大型施設をもたずに多角化する病院が多い”に関しては、今回の結果からは誤りである。むしろ、関東や中部の都市でも老健施設や療養型病床群を備える法人が多い。また、②“病院をもたない複合体など多様な複合体が存在する”は、かなりの程度に認められる。しかし、なんらかの形で医療法人(診療所や病院)との連携を取っているケースが見られる。③“ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在”は確認できない。これには方法論上の問題が存在し今後の課題でもある。複合体は利用者(患者)にとってはone stopであるため大変に便利である。ただし、その一方でサ

ービスの提供側にとっては収益を上げる手段として有効であることは間違いない。その意味で“質”のチェックが重要である。また、レセプトのチェックも重要である。とくに複合体の場合は、医療から出るレセプトと介護から出るレセプトの両方を見る必要がある。これには安易に患者の“キャッチボール”を防ぐという意味だけではなく、無駄な医療や無駄な介護を防ぐという意味も含まれる。このチェック方法の早急な開発が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1.特許取得

なし

##### 2.実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

[平成16年度は、医療施設調査を用いて次年度以降の予備的考察を行った。]

- 96、99年の動向を見ると病院には併設施設を持つとする誘因がある。
- 訪問看護ステーション、在宅介護支援セ

ンターの伸びが大きかった。

- 医療法人は特養の併設はあまり望まない。社福に？（二木 1998）
- どの規模の都市も併設する病院数が増えた。特に、その他（小規模地域）は複合化が進んでいる。一方で、13 大都市は複合していないように見える
- 県別の併設施設保有割合はいくつかの県を除けば、全国で一様である。

#### 「3点セット」開設グループ

- 二木の研究では 259（1996 年末）、77% の母体病院が医療法人。
- 「医療施設調査」からは 96 年 10 月に 80、99 年 10 月に 113。
- 違う理由は「医療施設調査」は完全に経営主体が同一の病院と施設のデータ

ということがわかり、

1. 複合化は進んでいる。
  2. 地方都市に立地。地価が安いから？
- と結論付けた。

平成 17 年度は、まず WAM NET から医療法人が経営している（01）訪問介護、（03）訪問看護、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設の各施設を抜き出す。そこから、（62）介護老人保健施設と（63）介護療養型医療施設の双方を経営している法人を抜き出す。これがコアデータである。コアデータのうち（01）訪問介護あるいは（03）訪問看護を実施している施設は完全データとして分析のメインを飾る。ただし、（01）訪問介護あるいは（03）訪問看護だけを実施している施設もある。これは、差分データとして別途分析に用いることにした。このように、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設を同一法人で経営しているということを核とし、（01）訪問介護、

（03）訪問看護を併設しているかいないかによって、複合体を考察することにした。東京圏といった地域にも医療・福祉複合体が現れ始めている。その在り様は日本総研の結果を支持するものであった。ただし、歯科診療所がこれほどまだ訪問看護に手を挙げていることは予想外の結果であった。]

## 第12章 医療・福祉複合体の全国動向

山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

### 要約

医療・福祉複合体は着実に増加している。日本総研(2001)の得られた知見と今回の分析の違いは、①“都会型複合体は大型施設をもたずに多角化する病院が多い”に関しては、今回の結果からは誤りである。むしろ、関東や中部の都市でも老健施設や療養型病床を備える法人が多い。また、②“病院をもたない複合体など多様な複合体が存在する”は、かなりの程度に認められる。しかし、なんらかの形で医療法人（診療所や病院）との連携を取っているケースが見られる。③“ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在”は確認できない。これには方法論上の問題が存在し今後の課題でもある。複合体は利用者（患者）にとっては one stop であるため大変に便利である。ただし、その一方でサービスの提供側にとっては収益を上げる手段として有効であることは間違いない。その意味で“質”のチェックが重要である。また、レセプトのチェックも重要である。とくに複合体の場合は、医療から出るレセプトと介護から出るレセプトの両方を見る必要がある。これには安易に患者の“キャッチボール”を防ぐという意味だけではなく、無駄な医療や無駄な介護を防ぐという意味も含まれる。このチェック方法の早急な開発が必要である。

### 1. はじめに

医療法人が母体病院にクリニックを併設する、或いは（法人格を変えて）老人ホームを持つということは古くからあったが、経営戦略の一貫として医療と介護施設の複合化ということが行なわれ始めたのは、ここ 10 数年のこのようである。本研究では大テーマとして医療・福祉複合体の研究を行なう。手順は医療・福祉複合体の定義を明確にし、それに合致する医療・福祉複合体の実態を把握する（なお、結果報告のところで医療法人の固有名詞が出現するが、それは WAM NET データ上の実態のみを表しているに過ぎず、特定の医療法人に対する評価を与えるものではないことを銘記されたい）。

病院経営の世界では、病院経営環境の悪化を乗り切る救世主としての医療・福祉複合体という存在はいわば“常識”<sup>1</sup>となりつつあるようである。病院経営を悪化させた要因は、大きく考えれば 2 つあるといわれている<sup>2</sup>。その第 1 は、受療率の成熟化と過剰な設備投資による収益力の低下であるとされる。70 年代後半から 80 年代前半は、大型病院建設を中心に積極的な設備投資を進め、増床を図ってきた。その当時の経営環境として患者の受診行動をみれば、65 歳未満の層の受療率は横ばいか低下傾向にあったものの、65 歳以上の高齢者受療率の伸びが大きかった。また、70 年代から 80 年初頭にかけて物価・賃金スライド制

<sup>1</sup> <http://www.clinic.tkenf.or.jp/b/b03/b0306.html>

<sup>2</sup> 例えば広井(1994)pp.45-53 を参照のこと。



に基づく診療報酬の大幅な引き上げが行われたこともあり、各医療機関にとっては、老人の入院患者を中心にベッドを増やせば患者が増え、ひいては収入が増えるという状況にあり、投資意欲を高揚させる状況にあったといわれる。

しかし、81年に物価・賃金スライド方式の診療報酬は廃止され、医療費抑制型の診療報酬制度の導入（例えば検査については、一定回数以上は保険給付上の対象外扱いとなること）により、病院経営の状況は悪化に転じた。さらに、84～87年は、老人の入院受診率もほぼ横ばいになっており、実質的な需要増はほとんどない状態になっていた。そうした状況変化にもかかわらず、病院は85年の病床規制実施を目前に駆け込み増床を図った。つまり、病院は、これまでの取り組みでは増収が見込めない経営環境下で供給拡大を図ったことになる。それが結果的に一病院当たりの患者数の減少、病床利用率の低下を引き起こし、収益の減少を招いたことは皮肉である。

第2は84年に成立した健康保険法改正に盛り込まれた「特定療養費制度」導入に伴う老人患者の割合の高まりが挙げられる。当時、老人患者の入院期間はその他の患者と比較すると長期に及ぶものとされており、老人患者の割合が高まればそれだけ入院患者の在院日数が長くなった。しかし、現在の診療報酬点数は在院日数が長いほど点数が低くなるように設定されているため、患者の入院期間が長くなれば、それだけ稼働1病床当たりの収益力は低下してしまうことになる。また、老人患者は慢性疾患を有していることが多く、そのため外来で老人患者が増えても医業収入の増加にはつながらず、入院の赤字を外来で補うといった構造が描きにくくなってしまった。加えて検査料や一部の疾患に見られるようにマルメが進み、外来患者数の増加が収入に直結することがなくなりつつある。

このような事態を見越してのことかは不明であるが、中小規模の病院でも確たる経営ビジョンを持った経営者も出現している。二木(1998)は、いわゆる中小規模の医療法人が福祉施設を併設し、医療福祉複合体を形成していることを見出している。具体的には、病院を中核とし、老人保健施設と特別養護老人ホーム（二木の言葉を借りて3点セットと呼ぶ。）を備えたものを狭義の医療福祉複合体と呼ぶとすると、医療福祉複合体は1996年の時点で259あり、その77%が医療法人を母体とするという。医療福祉複合体に対する二木(1998)の評価は、医療福祉複合体は患者や利用者にとってはone stopのサービスが受けられるという利点があるが、同時に医療福祉複合体に囲い込まれてしまい、選択の機会を逸してしまうかもしれない（しかし、各機関の質がともなう場合には患者に安心感をあたえる）。病院経営者にとっては、患者を囲い込めれば経営の安定化を促進することになる<sup>3</sup>。また、河口(2004)は全国の約1000の民間病院に対するアンケートの個票を使い、病院が持つ介護サービスと医療収益が5%以上か否かを非説明変数とするロジット分析を行い、「在宅支援センター」、「通所リハと訪問看護の併設」が病院収益を向上させるが、「老健と特養（3点セット）」は符号条件を満たすものの統計的に有意ではないという結果を導いている。いずれにしても福祉施設を併設するという設備投資（複合体化する投資）は、中小規模の病院経営に大きな影響を与えていることが分かっている。本研究では、特に日本総研(2001)の研究を参考に医療・福祉複合体の現状分析を行うことにする。

<sup>3</sup>二木(2004)pp.41-42

## 2. 先行研究

複合体研究の嚆矢は二木(1998)<sup>4</sup>である。二木は、1990年前後から全国各地で私的医療機関の開設者が保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する動きが生まれていることを捉まえ、こうした「保健・医療・福祉複合体」について96年から98年の3年間実態調査を行った結果、

1. 複合体は大都市に少なく、地方に多い
2. 療養型病床のうち3割が私的医療機関を母体としている、在宅介護支援センターではこの割合は5割に近い
3. 私的病院・老人保健施設・療養型病床群の「3点セット」を開設しているグループは全国に260(1996)存在する

ことを明らかにした。この当時、「3点セット」開設グループ259(1996年末)の77%の母体病院が医療法人で、病院理事長と社会福祉法人理事長兼務が71%別人だが同姓15%という数値を示し、複合体は「家業・同族企業」的色彩が強いことを明らかになった。複合体の母体病院の特徴としては、病床は老人病床や精神病床を主とする「慢性」型の病院で、「3点セット」の施設が同一市町村にあるのは76%、同一都道府県では91%であり地域的な存在であることが分かっている。

また、日本総研(2001)では二木の研究を受けて、

1. 大都市には複合体は存在しないのか
2. 福祉を主とした複合体は生き残れるのか
3. 複合体は地域にとってどのようなメリットをもたらすのか

という3つの視点から複合体の調査を行った。この調査では、大都市で、人口当りの病院数・病床数が多いのに比して複合体が相対的に少ない地域として「福岡市」と「北九州市」に注目し、ここを中心とする2次医療圏における複合化の状況、施設・サービス間連携の状況、地域への影響などを調査し、大都市における保健・医療・福祉サービスの複合的提供の状況を明らかにしている。得られた主な知見は、

- ① 都会型複合体は、大型施設をもたずに多角化する病院が多い。
- ② 病院をもたない複合体など、多様な複合体が存在する。
- ③ ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在
- ④ 複合化するメリットは一貫したサービスの提供(患者の取り込み)

ということである。

---

<sup>4</sup>厳密には二木(1989)の方が嚆矢である。

また山本(2006)では、1) 中小病院、診療所・クリニック（歯科クリニックまでもが）、訪問看護ステーションを装備して訪問看護の領域に参入していること、2) 医療機関のチェーン展開については「家業・同族企業」的色彩が強いことが知られており、このことを確信した。加えて、その設置場所も同一市町村内あるいは同一都道府県にあることが多いことも確認した。

### 3. 本研究の方法、データ

本研究で使用したデータは WAM NET<sup>5</sup>の介護サービス事業者情報である。これは山本(2006)で用いた方法を全国に拡大したものである。ここには病院、クリニックや訪問看護ステーションなどが登録<sup>6</sup>を行い、以下のWAM コードによって業務内容が識別されている。WAM コードは(01)訪問介護、(02)訪問入浴介護、(03)訪問看護、(04)訪問リハビリテーション、(40)居宅療養管理指導、(11)通所介護、(12)通所リハビリテーション、(21)短期入所生活介護、(22)短期入所療養介護、(31)認知症対応型共同生活介護、(32)特定施設入所者生活介護、(41)福祉用具貸与、(50)居宅介護支援、(61)介護老人福祉施設、(62)介護老人保健施設、(63)介護療養型医療施設（以下、療養型病床と記す）である。

またデータには基本情報（法人の種別、事業所名、事業所所在地、施設名、施設住所等）と個別情報に分かれて存在している。今回は基本情報だけを用いて施設の名寄せを行い、医療・福祉複合体の実態を表すことにした。手順は、まず WAM NET から医療法人が経営している(01)訪問介護、(03)訪問看護、(62)介護老人保健施設、(63)介護療養型医療施設の各施設を抜き出す。そこから、(01)訪問介護、(02)訪問入浴介護、(62)介護老人保健施設と(63)介護療養型医療施設の4種類を経営している法人を抜き出す。これがコアデータである。ただし、(01)訪問介護あるいは(03)訪問看護の2種類だけ、あるいは(62)介護老人保健施設、(63)療養型病床を同一法人で経営している法人もある。今回は、この3分類に考察を加えている。

このような方法を取るのには、第一に簡便な方法で医療・福祉複合体が観察できることである。WAM NET には膨大なデータがあり、これを利用することは研究のコストを大幅に引き下げる。また、医療法人名で名寄せができるので研究の効率性が上がる。ただし、医療・福祉複合体の定義は二木(1998)の病院・老人保健施設・特別養護老人ホームを同一法人、あるいは医療法人と近親者が理事長である社会福祉法人で所有する場合というのが有名であるが、これを採用することは今回見送った。この二木の定義は医療から介護、そしてタ

<sup>5</sup> 独立行政法人福祉医療機構では、福祉保健医療ならびに介護保険、障害者支援費制度における関連情報を提供するために、情報ネットワークシステム『WAM NET』（ワムネット）を構築し、情報化推進のための情報基盤として、1998年11月3日より運用を開始している。

<sup>6</sup> 介護保険法第71条第1項の規定により、保険医療機関若しくは保険薬局の指定があったときは、その指定の時に、当該病院、診療所又は薬局の開設者について、当該病院、診療所又は薬局により行われる居宅サービスに係る指定があったものとみなされることとなっている。（病院・診療所は訪問看護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導の3サービス、薬局は居宅療養管理指導の1サービス）WAM NET（ワムネット）では、各都道府県から提供された事業者情報をもとに情報提供を行なっているが、各都道府県から提供される事業者情報には上記の介護保険法第71条第1項の規定により「指定があったとみなされる」事業者の情報が含まれるものもあるため、その事業者の情報が掲載されている場合がある。

一ミナルへの流れを意識したものであったが、後の彼の講演録や二木(2004)などからは“経営戦略の一貫”として複合化している可能性を重視しているようである。そうだとすると、①病院を中核として、訪問看護ステーション、老人保健施設、在宅介護支援センター、グループ・ホームなどを所有する場合、②クリニックがそれらの福祉施設・医療施設を所有する場合、③病院がクリニックと連携（買収）し、それらの福祉施設・医療施設を所有する場合、④訪問看護ステーション等が独立して存在する場合（ただし、いくつかの訪問看護ステーションは地域の看護協会等が事業所を立ち上げており民法法人となるために本研究の対象とはならない）の4種類を捉らえることで、ある程度の経営方針が見えてくるものと思われる。なお、データは2006年7月11日現在の全国の医療法人である<sup>7</sup>。

## 4. 結果報告

### (1) 一般状況

図1-1～図7-5までに、今回の分析対象である訪問介護（ステーション等）、訪問看護（ステーション等）、老人保健施設、療養型病床の分布を描いた。いずれの施設も、やはり人口密集地に多いことがわかる。例えば訪問介護は北海道の場合、392（全部で1181のうち）が札幌市にある。次いで旭川市の99、函館市の68である。このように県（都道府）庁所在地を中心に、比較的大きな市部地域に事業所が展開されている。

これらの図の中で、まず注目されるのは各図表の小番号の4と5である。4は療養型病床の分布を見たもの、5は各病院の病床のうちで療養型病床の申請割合を見たものである。全国的に共通していえることは、ほとんどの病院が中規模ないし小規模であること、そして療養型病床としての申請を目一杯行っていることである。これは確実に政策の効果であろう。厚生労働省は2003年8月31日を一つの区切りに、各病院に対して病床を一般病床（急性期病床）と療養病床（慢性期病床）に分けさせた。さらに一般病床には看護師配置基準をこれまでよりも手厚くするなど、本来の病院機能を発揮させることを図っている。いわば諸条件（代表的には看護基準を満たせないことがあげられよう）から急性期医療を担えない病院は介護やその他の領域に転換せよということである。ちなみに厚生労働省は2006年の法律改正で療養病床を半分以下に減らす再編、整理計画を打ち出している。12年度までに介護型を廃止して医療型に一本化し、病床数も現在の38万床から15万床に減らすという。削減する23万床分は、老人保健施設（老健）や有料老人ホーム、ケアハウス（ケア付き住宅）等に転換を促し、医療の必要性の低い患者については、このような施設か在宅に移って貰う計画である。転換を促す後押しのため、助成金や経過的な施設の基準を設ける。一方、残す15万床は看護、介護職員の配置基準を手厚くして今より充実した体制にする方針である。「患者調査」を見ると、後期高齢者（75歳以上）の実の25%程度が“受け入れ先さえあれば退院可能”、すなわち“医療”を必要としないで入院していることが明らかである。この社会的入院を防ぐ上記政策の効果が現れ始めていることが認められることは喜ばしい。

次に図8～10である。訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備

<sup>7</sup> ただし、京都府のデータは少ないことに注意せよ。

える法人は中部から西に多い(図8)。これはある程度予想できたことである。しかし訪問介護と訪問看護を備える法人(図9)や老人保健施設と療養型病床を備える法人(図10)に関しては関東地方も多い。特徴的なことは、九州・沖縄における訪問看護の多さと関東と中部における老人保健施設と療養型病床の多さである。次に個別に全国をブロックに分けて見ていこう。

## (2) 北海道

北海道においては4種の施設を保有しているところはなかった。訪問介護と訪問看護を備える法人は(図11 北海道 訪問介護と訪問看護を備える法人)医療法人 フクダ、医療法人 喬成会、医療法人 耕仁会、医療法人 秀友会、医療法人 禎心会、医療法人 東札幌病院、医療法人 北翔会、医療法人社団 旭豊会、医療法人社団 医修会、医療法人社団 慶友会、医療法人社団 元生会、医療法人社団 三草会、医療法人社団 心友会、医療法人社団 静和会、医療法人社団 豊生会、医療法人社団 北樹会病院、医療法人社団 北斗、医療法人社団カレスサッポロ、特別医療法人 恵和会の19の法人である。

そして老人保健施設と療養型病床を備える法人(図11-2 北海道 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は、医療法人アンリー・デュナン会、医療法人愛全会、医療法人勉仁会の3つの法人である。分布としては札幌、旭川、岩見沢、滝川、北見、帯幌、室蘭、千歳、稚内にあるが、基本的には札幌に集中している。

## (3) 東北

東北では訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人は(図12-1 東北 訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人)、青森県の医療法人みらい会、岩手県の社団医療法人啓愛会、医療法人社団帰厚堂と宮城県の医療法人松田会、山形県の医療法人社団みゆき会、医療法人社団みつわ会、医療法人社団緑愛会、福島県の医療法人翔洋会、医療法人春陽会、財団法人 太田綜合病院である。いずれの場合も各県庁所在地等の都市部に集中する。

訪問介護と訪問看護を備える法人(図12-2 東北 訪問介護と訪問看護を備える法人)は青森県の医療法人 尚志会、医療法人弘愛会、財団法人鷹揚郷、岩手県の医療法人 三秋会、医療法人社団敬和会宮城県の医療法人岩切病院、医療法人掬水会、医療法人社団仁明会、秋田県の医療法人運忠会、医療法人久盛会、医療法人正観会、医療法人明和会、山形県の医療法人敬愛会、医療法人健友会、医療法人社団松柏会、医療法人社団悠愛会、福島県の医療法人 崇敬会、医療法人而成会、社団医療法人 養生会である。

老人保健施設と療養型病床を備える法人(図12-3 東北 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は青森県の医療法人サンメディコ、医療法人仁泉会、医療法人誠仁会、医療法人芙蓉会、社団法人慈恵会、岩手県の医療法人三秋会、医療法人社団松誠会、宮城県の医療法人医徳会福島県の医療法人崇敬会である。これらの法人も基本的に都市部にのみ存在している。

## (4) 関東

関東では訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人(図13

－ 1 関東 訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の 4 施設を備える法人)は、群馬県の医療法人鶴谷会、埼玉県の医療法人社団愛友会、医療法人瑞穂会、千葉県の医療法人社団健老会、医療法人社団有相会、医療法人社団誠馨会、医療法人静和会、東京都の日本赤十字社、医療法人社団青葉会、神奈川県医療法人社団三喜会である。飛び地のように岐阜県、広島県、山口県にあるのは赤十字病院である。

訪問介護と訪問看護を備える法人(図 1 3 - 2 関東 訪問介護と訪問看護を備える法人)は茨城県の医療法人 芳医会、医療法人 竜仁会、医療法人社団 いばらき会、医療法人 杏仁会、栃木県の医療法人 栄城会、医療法人 小金井中央病院、医療法人 松青会、医療法人 北斗会、群馬県の医療法人 育生会、医療法人 大誠会、医療法人 鶴谷会、医療法人 富士たちばなクリニック、医療法人社団 輝城会、医療法人社団ほたか会、医療法人社団輝城会、埼玉県の医療法人 啓仁会、医療法人社団 愛友会、医療法人社団 協友会、医療法人寿会、医療法人尚寿会、医療法人入間川病院、千葉県の医療法人思誠会、医療法人社団慶勝会、医療法人社団寿会、医療法人社団修生会、医療法人社団清和会、医療法人社団青光会、医療法人社団千葉光徳会、医療法人社団創造会、医療法人社団鎮誠会、医療法人社団白金会、医療法人社団明生会、医療法人社団木下会、医療法人社団弥生会、医療法人社団良志会、医療法人成春会、医療法人梨香会、東京都の医療法人 社団健育会、医療法人 社団翠会、医療法人財団 健康文化会、医療法人財団 朔望会、医療法人財団 大和会、医療法人財団明理会、医療法人社団 医善会、医療法人社団 健育会、医療法人社団 健友会、医療法人社団 三医会、医療法人社団 慈誠会、医療法人社団 松和会、医療法人社団 新緑会、医療法人社団 翠会、医療法人社団 明芳会、医療法人社団 容生会、医療法人社団 哺育会、医療法人社団健育会、医療法人社団宏和会、財団法人 天誠会、神奈川県医療法人 啓和会、医療法人 健生会、医療法人財団 石心会、医療法人社団 清伸会、医療法人社団 ジャパンメディカルアライアンス、医療法人社団 一成会、医療法人社団 景翠会、医療法人社団 康心会、医療法人社団 三喜会、医療法人社団 山本記念会、医療法人社団 神緑会、医療法人社団 聖ルカ会、医療法人社団 鵬友会、医療法人社団 亮正会、医療法人社団 和光会である。

老人保健施設と療養型病床を備える法人(図 1 3 - 3 関東 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は埼玉県の医療法人ひかり会、医療法人啓仁会、医療法人社団協友会、医療法人俊仁会、千葉県の医療法人社団福聚会東京都の医療法人杏林会、医療法人社団葵会、医療法人社団永生会、医療法人社団慈誠会、医療法人社団大坪会、医療法人社団芙蓉会、医療法人社団明芳会、医療法人社団和風会、医療法人社団哺育会、財団法人天誠会神奈川県の、医療法人研水会、医療法人社団昌栄会、医療法人社団友愛病院会、医療法人赤枝会である。

## (5) 中部

中部では訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の 4 施設を備える法人(図 1 4 - 1 中部 訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の 4 施設を備える法人)は、新潟県の医療法人愛広会、医療法人社団白美会、石川県の医療法人社団洋和会、特別医療法人財団董仙会、長野県の医療法人社団敬仁会、特別医療法人恵仁会、医療法人柳泉会、医療法人城西医療財団、医療法人心泉会、医療法人コスモス、医療法人啓成会、医療法人

緑風会、岐阜県の医療法人社団睦会、医療法人社団慈朋会、静岡県の日本赤十字社静岡県支部、医療法人財団百葉の会、愛知県の医療法人尾張健友会、医療法人鉄友会、医療法人ふなびきクリニック、医療法人田中会、医療法人榊原、医療法人平病院、医療法人三善会、医療法人愛生館、医療法人博報会、医療法人東樹会、医療法人並木会、医療法人桂名会である。

訪問介護と訪問看護を備える法人(図14-2 中部 訪問介護と訪問看護を備える法人)は新潟県の医療法人 積発堂、医療法人社団 萌気会、福井県の医療法人 厚生会、医療法人 寿人会、医療法人 整泉会、医療法人 池慶会、医療法人 穂仁会、医療法人 雄久会、医療法人 林病院、山梨県の医療法人 仁和会、医療法人 誠仁会、医療法人 峡南会、医療法人 銀門会、医療法人 甲療会、医療法人笹本会、医療法人慈光会、医療法人仁和会、医療法人立史会、長野県の医療法人こまくさ会、医療法人みゆき会、医療法人共和会、医療法人栗山会、医療法人健静会、医療法人三世会、医療法人藤森医療財団、日本赤十字社長野県支部、静岡県の医療法人 社団秀慈会、医療法人 社団泰平会、医療法人社団 医真会、医療法人 社団翔健会、医療法人 弘遠会、医療法人 社団一穂会、医療法人 社団長啓会、医療法人 社団和恵会、医療法人社団盛翔会、医療法人 社団喜生会、医療法人 社団真養会、財団法人 芙蓉協会、医療法人 社団駿甲会、医療法人社団青虎会、医療法人 志仁会、医療法人 社団静岡健生会、医療法人 社団健社会、医療法人 社団聖稜会、医療法人 社団富士恵仁会、富山県の医療法人 社団正心会、医療法人社団 矢野神経内科医院、石川県の医療法人社団 洋和会、岐阜県の医療法人社団カワムラヤスオメディカルソサエティ、医療法人社団幸紀会、医療法人社団瑞鳳会、医療法人社団崇仁会、医療法人社団誠広会、医療法人社団白鳳会、医療法人社団穂隆会、医療法人社団友愛会、医療法人清友会、医療法人蘇西厚生会、医療法人和光会、愛知県の医療法人あいち診療会、医療法人開生会、医療法人宏友会、医療法人宏和会、医療法人社団順心会、医療法人勝川医院、医療法人仁医会、医療法人生寿会、医療法人生生会、医療法人卓、医療法人知邑舎である。

老人保健施設と療養型病床を備える法人(図14-3 中部 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は新潟県の医療法人魚野会、医療法人健周会、医療法人社団ただ、医療法人潤生会、医療法人積発堂、医療法人立川メディカルセンター、財団法人上村病院、福井県の医療法人穂仁会、長野県の医療法人丸山会、静岡県の医療法人社団恒仁会、医療法人社団愛康会、医療法人社団駿甲会、医療法人弘遠会、医療法人社団綾和会、医療法人社団一穂会、医療法人社団白梅会、医療法人社団和恵会、医療法人社団聖雄会、富山県の医療法人社団三医会、医療法人社団志貴野会、医療法人社団寿山会、医療法人社団福寿会、医療法人社団城南会、石川県の医療法人社団良俊会、愛知県の医療法人杏園会、医療法人珪山会、医療法人光生会、医療法人深見十全会、医療法人泰玄会、医療法人福友会、医療法人豊岡会、医療法人羊蹄会、医療法人寿光会である。

## (6) 近畿

近畿では訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人(図15-1 近畿 訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人)は、三重県の医療法人(社団) 佐藤病院、大阪府の医療法人昌円会、医療法人良秀会、医療法人

大泉会、医療法人永広会、医療法人錦秀会、医療法人貴和会、医療法人山紀会、医療法人徳洲会、医療法人徳洲会、医療法人若弘会、医療法人柏友会、医療法人生長会、兵庫県の医療法人社団景珠会、医療法人康雄会、医療法人伯鳳会、医療法人朗源会、医療法人社団兼誠会、医療法人松浦会、医療法人社団綱島会、奈良県の医療法人岡谷会、医療法人贅友会、医療法人裕紫会である。

訪問介護と訪問看護を備える法人(図15-2 近畿訪問介護と訪問看護を備える法人)は、三重県の医療法人 尚徳会、医療法人 尚豊会、医療法人 松徳会、医療法人 田中病院、医療法人 暁純会、医療法人社団 嘉祥会、滋賀県の医療法人 湖青会、医療法人 弘英会琵琶湖大橋病院、医療法人恒仁会、医療法人滋賀勤労者保健会、医療法人社団 幸信会、医療法人良善会、医療法人緑生会、財団法人豊郷病院、大阪府の医療法人 徳洲会、医療法人愛仁会、医療法人嘉誠会、医療法人橘会、医療法人恵泉会、医療法人弘道会、医療法人信愛会、医療法人清翠会、医療法人西中医学会、医療法人千輝会、医療法人蒼龍会、医療法人東和会、医療法人南労会、医療法人美杉会、医療法人木津川厚生会、医療法人庸愛会、医療法人和敬会、財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団、兵庫県の医療法人一輝会、医療法人協和会、医療法人社団すすむ会、医療法人社団それいゆ会、医療法人社団みどりの会酒井病院、医療法人社団阿部医院、医療法人社団医仁会、医療法人社団魚川医院、医療法人社団弘成会、医療法人社団星晶会、医療法人社団正峰会、医療法人社団西村医院、医療法人社団青洲会、医療法人社団石橋内科、医療法人社団中井病院、医療法人社団夢前会、医療法人社団悠悠会、医療法人社団緑風会、医療法人社団林山朝日診療所、医療法人昭生病院、医療法人松藤会、医療法人明倫会、奈良県の医療法人安川医院、医療法人榎本医院、医療法人健生会、医療法人社団岡田会、医療法人社団松下会、医療法人社団谷掛整形外科診療所、医療法人松本快生会西奈良中央病院、医療法人奈良愛心会、医療法人平和会、和歌山県の財団法人沢井病院、医療法人久生会、医療法人健佑会、医療法人潤生会、医療法人萌梅会、医療法人明美会である。

老人保健施設と療養型病床を備える法人(図15-3 近畿 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は三重県の医療法人社団主体会、医療法人尚徳会、医療法人豊和会、医療法人鳳林会、大阪府の医療法人気象会、医療法人仁済会(社団)、兵庫県の医療法人敬愛会、医療法人社団順心会、医療法人社団緑水会、医療法人尚和会である。

## (7) 中四国

中四国では訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人(図16-1 中四国 訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人)は鳥取県の医療法人萌生会、医療法人アスピオス、島根県の医療法人誠医会、岡山県の医療法人雄風会、日本赤十字社岡山県支部、医療法人社団光生病院、医療法人和楽会、医療法人和香会医療法人慈恵会、医療法人東浩会、財団法人共愛会、広島県の医療法人社団長寿会、医療法人信愛会、医療法人あかね会、医療法人たかまさ会、医療法人仁康会、医療法人社団知仁会、医療法人社団仁慈会、医療法人社団博愛会、医療法人吉原胃腸科外科、医療法人社団翠仁会、山口県の医療法人和同会、徳島県の医療法人青鳳会、医療法人慈友会、医療法人明和会、医療法人明和会、医療法人尚武会、医療法人平成博愛会、医療法人修誠会、医療法人精良会、医療法人清和会、医療法人一樹会、医療法人久仁会、愛媛県の



医療法人順風会、高知県の医療法人厚生会である。

訪問介護と訪問看護を備える法人は(図16-2 中四国 訪問介護と訪問看護を備える法人)鳥取県の医療法人厚生会、医療法人十字会、医療法人同愛会、医療法人養和会、島根県の医療法人社団 水澄み会、岡山県の医療法人イケヤ医院、医療法人エム・ピー・エヌ、医療法人えんさこ医院、医療法人おおぞら会、医療法人みわ記念病院、医療法人ももたろう整形外科医院、医療法人光隆会角田医院、医療法人社団恵誠会、医療法人森医院、医療法人青木内科小児科医院、医療法人創和会、医療法人草加草仁会、医療法人天成会小林内科診療所、医療法人天和会、医療法人渡辺医院、医療法人美甘会、医療法人美風会美作中央病院、医療法人福嶋医院、医療法人萌生会国定病院、財団法人江原積善会、医療法人緑十字会、広島県の医療法人楽生会、医療法人社団いでした内科・神経内科クリニック、医療法人社団うすい会、医療法人社団ひがしの会、医療法人社団仁寿会、医療法人社団和恒会、山口県の医療法人 茜会、医療法人 社団松涛会、医療法人 樹一会、医療法人 新生会、医療法人 其桃会、医療法人 博愛会、医療法人 和同会、医療法人社団 青藍会、徳島県の医療法人はやし会、医療法人恵愛会、医療法人弘誠会、医療法人三野田中病院、医療法人慈成会、医療法人若葉会、医療法人十全会、医療法人清樹会、医療法人中西内科クリニック、医療法人八多病院、医療法人倚山会、愛媛県の医療法人 愛寿会、医療法人 慈孝会、医療法人 順風会、医療法人 聖愛会、医療法人 青峰会、医療法人 東西会、医療法人 同仁会、医療法人 明生会、医療法人 陽成会、医療法人 緊愛会、医療法人 ゆうの森、医療法人 聖愛会、医療法人財団 慈強会、医療法人社団 慈生会、医療法人社団 西仁会、高知県の医療法人 怨泉会、医療法人 新松田会、医療法人 仁栄会、医療法人 仁生会、医療法人 防治会、医療法人 緑風会、医療法人社団晴緑会、医療法人 近森会、医療法人 公世会、医療法人レザレクトである。

老人保健施設と療養型病床を備える法人(図16-3 中四国 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は鳥取県の医療法人仁厚会、広島県の医療法人里仁会、山口県の医療法人博愛会、徳島県の医療法人悠穰会、医療法人有誠会、高知県の医療法人仁生会である。

## (8) 九州・沖縄

九州・沖縄では訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人(図17-1 九州・四国 訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人)は福岡県の医療法人社団明愛会、長崎県の医療法人社団淳生会、大分県の医療法人大久保病院、医療法人健清会、医療法人社団仁泉会、宮崎県の医療法人博生会、医療法人暁星会、鹿児島県の医療法人大進会、医療法人杏政会、医療法人同潤会、医療法人左右会、医療法人青仁会、医療法人天陽会、医療法人天陽会、医療法人康成会、医療法人博悠会、医療法人吉祥会、沖縄県の医療法人タピックである。

訪問介護と訪問看護を備える法人は(図17-2 九州・四国 訪問介護と訪問看護を備える法人)福岡県の医療法人 洗心会、医療法人 おがた整形外科医院、医療法人ながら医院、医療法人 井上会、医療法人 海洋会、医療法人 楽天堂、医療法人 敬愛会、医療法人 健明会、医療法人 原土井病院、医療法人 弘医会、医療法人 志成会 栲若宮医院、医療法人 聖心会、医療法人 聖峰会、医療法人 大乘会、医療法人 東谷医院、医療法人 木下会、医療法人康和会、日本赤十字社福岡県支部、佐賀県の医療法人 光

仁会、医療法人 春陽会、医療法人財団 友朋会、医療法人社団 高仁会、医療法人 杏仁会、長崎県の医療法人 啓正会、医療法人 昭代会、医療法人 青洲会、医療法人 祐和会、医療法人財団 健友会、熊本県の医療法人 愛生会、医療法人 永田会、医療法人 吉村会、医療法人 幸翔会、医療法人 山部会、医療法人 室原会、医療法人 田中会、医療法人 芳和会、医療法人 祐基会、医療法人財団 聖十字会、医療法人社団 稲穂会、医療法人社団 永寿会、医療法人社団 起幸会、医療法人社団 健成会、医療法人社団 松下会、医療法人社団 上野会、医療法人社団 清心会、医療法人 芳和会、財団法人 杏仁会、特別医療法人 萬生会、医療法人 清和会、大分県の医療法人メディケアアライアンス、医療法人 関愛会、医療法人 婦巖会、医療法人財団 親幸会、医療法人財団 天心堂、医療法人社団 栄仁会、医療法人社団 親和会、医療法人 進修会、医療法人 聖陵会、医療法人 善昭会、医療法人 長門莫記念会、医療法人 展寿会、医療法人 博愛会、医療法人 平成会、宮崎県の医療法人 魁成会、医療法人社団 聖山会、医療法人社団 牧会、医療法人 千隆会、医療法人 与州会、医療法人 隆徳会、鹿児島県の医療法人 クレアル、医療法人 愛郷会、医療法人 愛人会、医療法人 愛誠会、医療法人 一桜会、医療法人 菊野会、医療法人 玉昌会、医療法人 圭裕会、医療法人 健康会、医療法人 健誠会、医療法人 光徳会、医療法人 厚生会、医療法人 厚徳会、医療法人 恒心会、医療法人 昂和会、医療法人 桜松会、医療法人 三愛会、医療法人 三幸会、医療法人 参篤会、医療法人 松船会、医療法人 親貴会、医療法人 正東会、医療法人 誠心会、医療法人 碩済会、医療法人 大成会、医療法人 猪鹿倉会、医療法人 藤和会、医療法人 南風会、医療法人 柏木会、医療法人 碧仁会、医療法人 明輝会、医療法人 木村外科内科、財団法人 慈愛会、沖縄県の医療法人 中部徳洲会、医療法人 アガペ会、医療法人 おもと会、医療法人 葦の会、医療法人 以和貴会、医療法人 沖縄徳洲会、医療法人 球陽会、医療法人 誠和会、医療法人 中部徳洲会、医療法人 陽和会、医療法人 琉心会、医療法人 緑水会、医療法人 禄寿会、医療法人 和泉会である。

老人保健施設と療養型病床を備える法人(図17-3 九州・四国 老人保健施設と療養型病床を備える法人)は福岡県の医療法人 弘医会、医療法人 志成会 禱若宮医院、医療法人社団 杏林会、医療法人社団 親和会、医療法人 正周会 水巻共立病院、医療法人 永寿会、熊本県の医療法人 起生会 財団法人 杏仁会、大分県の医療法人社団 三愛会、医療法人 誠雅会、医療法人 鶴玲会、医療法人 堀田医院、宮崎県の医療法人 愛誠会、医療法人社団 高信会、財団法人 潤和リハビリテーション 振興財団、鹿児島県の医療法人 杏林会、医療法人財団 浩誠会、医療法人 春成会、医療法人 卓翔会、医療法人 碧山会である。なお、以上の要約表は表1-3に挙げてある。

## 5. 飛び地的事業展開

4で明らかのように、図11-1～17-3を見ていくと各県の分布の他に“飛び地”的に事業展開している法人の存在がある。それは、関東、近畿、中四国（後述するように、九州・沖縄は医療法人 沖縄徳州会で、これは徳州会の一部であるから事実上は近畿である）に見られる現象である。まず、関東から見ていこう。

関東に関して訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の4施設を備える法人の飛び地的分布は、赤十字病院であるため、これは例外である。

訪問看護と訪問介護を備える法人として特徴的なのは、医療法人社団 健育会（東京都板橋区東坂下）が宮城県と静岡県で、医療法人 社団翠会（東京都板橋区三園）が福岡県で事業展開していることである。医療法人社団 健育会は訪問介護をひまわり在宅ケアステーション、訪問看護を矢本ひまわり訪問看護ステーション、ひまわり訪問看護ステーション、医療法人社団 健育会あけぼのひまわり訪問看護ステーション、そして石巻港湾病院を宮城県で展開している。もともとは、1953年に東京都板橋区の竹川病院から始まるが、1965年に熱川病院を開設することで静岡県に進出し、さらに1991年に石巻港湾病院を発足することにより東北への進出がはじまったようである。

一方の医療法人 社団翠会は、1956年、福岡県行橋市における行橋保養院（現、行橋記念病院）をその発祥とし、1959年成増厚生病院（東京都板橋区）、1964年八幡厚生病院（北九州市）、1990年東京アルコール医療総合センター、2002年痴呆症専門の和光病院（埼玉県和光市）開設している。

また、老人保健施設と特別養護老字ホームを備える法人として特徴的なのは、医療法人杏林会（東京都目黒区中央町）であろう。この法人は、

- ・みちのく記念病院（八戸市）
- ・（仮称）さくらホスピタル（横浜市港北区）
  - \*2007年4月開設予定
- ・介護老人保健施設 リハビリパーク（八戸市）
- ・介護老人保健施設 リハビリパーク仙台東（仙台市）
- ・介護老人保健施設 リハビリパークみやび（多賀城市）
- ・介護老人保健施設 リハビリパークさくら（柴田町）
- ・介護老人保健施設 リハビリパーク花もよう（石巻市）
- ・介護老人保健施設 リハビリパークあやめ（古川市）
- ・介護老人保健施設 リハビリパーク高砂（仙台市）
- ・介護老人保健施設 リハビリパーク目黒（目黒区）
- ・療養型病床リハビリパークえんぶり物語（八戸市）
- ・アイリス デイサービスセンター（八戸市）
- ・えんぶり物語 デイサービスセンター（八戸市）
- ・高齢者グループ・ホーム くつろぎ保養館（八戸市）
- ・高齢者グループ・ホーム くつろぎ保養館仙台東（仙台市）
- ・精神障害者生活訓練施設 オアシス（八戸市）
- ・精神障害者グループホーム サンフラワー（八戸市）
- ・精神障害者福祉ホーム 芽吹きの花（八戸市）
- ・精神障害者地域生活支援センター ハートステーション（八戸市）
- ・アクティブ24 在宅介護支援センター（八戸市）
- ・えんぶり物語 在宅介護支援センター（八戸市）
- ・訪問入浴 えんぶり物語（八戸市）

といったように元来は東北で事業展開をしてきた。実は社会福祉法人 杏林会が青森県八戸市に本拠地を持っているが、医療法人 杏林会として東京都目黒区に本拠を移している。

もう一つは医療法人社団 友愛病院会である。医療法人社団 友愛病院会は、

- ・ 相模原友愛温泉病院 (相模原市)
- ・ 友愛温泉病院 (富山市)
- ・ 陽和温泉病院 (氷見市)
- ・ 黒部温泉病院 (黒部市)
- ・ 内灘温泉病院 (河北郡内灘町)

といった病院を展開し、そこで特養事業をおこなっている（内灘温泉病院は老健施設である）。

近畿に関して訪問介護、訪問看護、老人保健施設、療養型病床の 4 施設を備える法人、および訪問看護と訪問介護を備える法人の飛び地的分布はすべて医療法人 徳州会によるものである。徳州会は 1973 年 1 月、大阪府松原市に徳田病院（現：松原徳洲会病院）開設することに始まる。法人としては 1975 年 1 月に医療法人徳洲会を設立する。その後の拡張は周知の通りである。

中四国に関して飛び地的な分布を見せるのは、訪問介護と訪問看護を備える法人である医療法人社団 晴緑会（高知県高知市一宮南町）が宮崎県宮崎市高松町で医療法人社団 晴緑会みやざき総合介護サービスを展開しているが、実はこの晴緑会も医療法人社団 常仁会（茨城県牛久市）のグループの一員である。医療法人社団 常仁会は以下のような医療法人間の提携をしている。

#### 医療法人 社団 常仁会

- 牛久愛和総合病院（504 床）
- 愛和訪問看護ステーション
- 介護老人保健施設 春秋園（入所定員 100 名）
- うしく総合介護サービス

#### 医療法人 社団 晴緑会

- ・ 高知総合リハビリテーション病院(255 床)
- ・ こうち総合介護サービス
- ・ こうち総合介護サービス（併設 訪問看護ステーション）
- ・ 宮崎医療センター病院(350 床)
- ・ みやざき総合介護サービス
- ・ みやざき総合介護サービス（併設 訪問看護ステーション）

#### 医療法人 社団 明愛会

- ・ 大平メディカルケア病院（164 床）
- ・ 明愛訪問看護ステーションやはた
- ・ やはた総合介護サービス
- ・ 小倉愛和病院（90 床）
- ・ 愛和訪問看護ステーションこくら
- ・ こくら総合介護サービス
- ・ 介護老人保健施設 あいわヴィラ小倉（100 床）

#### 医療法人 社団 白美会

- ・ 白根大通病院（299 床）内ホスピス 28 床