

第3章:自治体立病院の再編成・統合に係わる選択肢(選択肢のあり方)

3.1 自治体立病院の再編成・統合に係わる具体的な選択肢:

2.1.1 前提:

2.1.2 選択肢:

3.2 再編成・統合と施設整備、内部的合理化、PFIとの関係:

3.3 再編成・統合の基本的パターン、権能のあり方:

3.3.1 統廃合:

3.3.2 広域的な権能と再編成、ネットワーク化:

3.4 連携・協力を可能にし、強化する環境や工夫:

第3章: ポイント

- * 自治体立病院の再編成・統合は、公的医療施設の経営合理化、組織運営の効率化を実現する多様な手法の一つである。その基本的なパターンのあり方は、複数の施設を統合したり、集約化したりする施設の統廃合と、複数の施設間で機能や役割を再編成することにより、資源の効果的な配分を図る広域的な再編成という二つの類型に分かれる。また各々の類型毎に、何を対象としてどうするかにより多様なバリエーションが生まれる。
- * 広域的な公的医療施設の再編成・統合とは複数自治体間における一部ないしは全ての事業の経営統合を意味し、この観点から実務的課題や手続き・手法・効果等を把握することにより、問題を理解しやすくなる。
- * 連携と協力の工夫が再編成や統合をより効率化し、強化する。この考え方やアプローチはPFIを考える場合と全く類似的でもあり、合理化・効率化に係わる考え方はPFIと類似的であることに留意する。

第3章：自治体立病院の再編成・統合に係わる選択肢（選択肢のあり方）

3.1 再編成・統合を検討するに際しての具体的な選択肢：

複数自治体が合併する場合には、これら合併の対象となる個別自治体に存在した病院事業の再編・人事・組織の一体的統合化は不可避のプロセスになる。一方、個別医療圏における医療事情から複数自治体が新たに広域的な再編成を期する場合においても、持続可能性のある地域医療体制を保持するためにはこれは必要なプロセスとなる。かかる状況に到った自治体の場合、下記選択肢が存在すると考えられる。

3.1.1 前提：

- 合併の場合には新たに単一自治体を構成することになる。病院事業のみを複数の自治体と共同的に経営・運営することを企図する場合には、これら自治体間で新たに特別地方公共団体等を一部事務組合³¹等の手法を用いて設立することを意味する。
- 複数自治体が合併する場合の組織のあり方としては、合併に伴い複数事業を統合し、経営と人事を一体化し、地方公営企業法上の全部適用事業とすることにより、病院管理者を設置し、できうる限り自律的にその運営を考える前提（一体的、統一的経営・運営）もあれば、一部適用事業のまま、自治体がより強い関与をする前提で、個別事業毎に独立した運営・管理を前提（個別事業毎の独立した運営）とする考えもある。一部事務組合等により特別地方公共団体を組成する場合には、それ自体が統合した経営主体になる。
- よって合併する場合には、a) 病院施設を個別施設毎に独立的に管理し、自治体は設置者として留まり、個別施設ごとの経営に委ねる考え（分散型管理）と、b) 自治体が病院組織を一体として統合し、包括的かつ一体的に経営・管理する（経営統合・一体型管理）という二つの選択肢が存在することを意味する。前者は勿論、全ての関係しうる個別の地方公営企業が本来あるべき独立採算で運営可能な場合においてのみ価値がある手法になる。一方、一般会計からの繰出しが、常態化している場合や、病院事業の継続が自治体財政と密接にリンクする場合には、経営・運営を一体化し、全体の合理化・効率化を図ることが遥かに重要になってくる。尚、一部事務組合等の場合には、当然のことながら経営の統合・一体化が唯一の選択肢になる。

³¹ 地方自治法第284条第2項。

3.1.2 選択肢：

何もしない/現状維持：

- * 問題は先延ばしとなることを意味するが、時間の問題で顕在化しかねない。老朽化した施設や、赤字基調の複数施設を抱えている場合、将来的に施設や運営のあり方が大きな課題になることは必至で、いつかは問題が顕在化することになる。
- * 市町村合併の場合には対象自治体間で施設整備の将来の展開に差異がある場合(例えば一部地域では住民に対して施設の全面改築等をコミット済みで実施せざるを得ないが、その他の地域では類似的な事情でありながら、話が進んでいない場合など)後刻、地域間のアンバランスに関し、内部的な調整が大変になる。いずれかの段階で明確な対応をせざるを得ない状況もありうる場合になる。
- * 一方、住民に対する医療サービスの質は低下し、財政負担は増すと共に、合理化も実現できず、じり貧になる可能性もゼロではない。

現状維持/周辺医療圏の既存施設に寄生・依存あるいは共生：

- * 当該自治体の地理的位置次第では、高度医療や緊急医療等の第三次医療の提供を自ら機能として取り組むことなく、近接する大都市の類似既存施設に依存し、機能の住み分けを図るという考え方もある。この考えでは、地理的位置関係や交通の便次第では住民の不平・不満は高まることもある。
- * 場合によってはかかる近隣大都市と一部事務組合を構成し、財政的な負担を担い、広域化に参加し、共生することもありうる。交通や通信技術の発展は広域的な医療を可能にするが、例えば緊急医療等の場合にはこれでは完璧に対応できないこともある³²。

経営統合化/一部機能のみを再編：

- * 施設の現状を維持したまま、一部機能を再編し、重複をなくす、あるいは診療機能・関連医療スタッフ・人員等の機能を再編、連携を強化し、経営を一体化する、あるいはこれに包括的な民間に対するアウトソーシングを組み合わせる等の考え方になる。従来個別の自治体毎に管理していた複数の医療事業を一括して管理・運営の対象とすることになり、複数事業を一体的に運営し経営することを意味する。
- * 場合によっては施設の一部を増改築し、医療機能の再編・一部集約化などを組み合わせることもありうるが、大きな施設整備を伴わずに、機能のあり方やサービス提供の側面に着目して、

³² 例えば、30分以内に緊急患者を近郊都市の救急医療対応施設に移送することができても、生死を伴う患者である場合、30分もかかるということは、地域の医療体制が対応できていないということになる。

合理化・効率化を期す考え方になる。

- * この場合、内部的に労務問題やヒッチが生じるのをできる限り避けながら、効率化を期すことも可能になる。合意形成も容易だが、効率化の程度は限定される可能性もある(機能再編に伴う施設の増改築や機能向上の仕組みが限定される場合には、効率化に関しては限界があることも多い)。

経営統合化/施設の統廃合(新設統合と廃院による集約化):

- * 新たに単一の中核的基幹病院を作り、人事・組織を一体化し、ここに高度医療や緊急医療体制を含むあらゆる医療機能を集約・統合し、既存の施設は廃院とする選択肢になる。
- * 一部施設の廃院により、地域住民や患者の負担・不満が増す可能性もあり、一定地理的区域内に病院が無くなることの住民による不安・不満感が増長する。勿論民間医療施設を含めた既存の地域における医療体制や、地理的状況等の実体によっても状況やインパクトは異なってくる。また、新設の場合、どの地点に設置するかは大きな議論の対象になる。これに伴い、住民の合意形成が大変となることも想定される。
- * 一方、考えとしては従来の医療体制そのものを大きく改革することを前提とするため、結果として効率化と合理化を実現する可能性は高まる。

経営統合化/施設・機能の再編(中核的基幹病院の新設と既存の施設のサテライト(後方支援)施設化・再編):

- * 高度医療や緊急医療体制を備えた新たな中核的基幹病院を新設することは上記 と同一だが、既存施設を分院・診療所・サテライト(後方支援)施設等として(廃院にせず)、中核的基幹病院との機能と役割の分担を図り、地域住民に対する最低の医療機能と医療施設を維持すると共に、地域全体の医療サービスの質向上を企図する考えになる。
- * 新設、新たな機能の付加、再編・集約化と共に、既存の医療施設をも機能分担することにより、連携しながら共存するという妥協的な考えになる。地域住民の合意形成は、廃院などを伴う場合と比べると容易であろう。一方、病棟等維持にコストのかかる機能は新設に集約することが合理的だが、妥協する場合や機能の分担が合理的でない場合などには、効率化が徹底しないという可能性も出てくる。但し、組織自体を大きく改革することには間違いなく、仕組みや工夫次第ではデメリットを極小化することも可能となる。

経営統合化/施設・機能の再編(既存施設を中核的基幹病院とサテライト施設とに再編):

- * 上記 と類似的だが、新設は行わず、既存医療施設の一つを中核的基幹医療施設として一部改修し、既存の残りの医療施設は、機能を限定し、診療所やサテライト(後方支援)施設化

することにより地域内の既存の施設の機能を再編する考え方になる。

- * 新設と異なり、どの施設を中核的基幹施設とするのか、医療施設間で機能や役割をどう明確に分担化するかに関し、議論が分かれやすい。メリハリがなくなる場合、効果は限定される。一方、廃院とせず、サテライト化・地域連携することにより地域の最低ニーズは満たすこともできる。

統合自治体を超えた複数自治体間の広域的な再編を期する：

- * より広域的な自治体立病院再編の好機として捉え、統合する自治体外の隣接自治体や県等の広域自治体をも巻き込む形で、域内病院の再編、中核的基幹病院の新設など広域医療圏における効率的かつ質の高い医療サービスを考慮する。あるいは合併自治体ではなくとも、地域における個別の医療環境の変化に伴い、一定区域内の複数の自治体が一部事務組合を構成して、共同で医療事業を担うことを前提として、かかる広域再編が実現することもある。
- * 対象施設の数が増え、利害関係者がそれだけ増えるため、実現のための手順等は複雑化する。複数自治体間で、リーダー・シップをとれる自治体が存在するか否か、医療体制や医療サービスの供給に関し、自治体間でコンフリクトが生じ得ない状況か否かによっても、実現のやりやすさの程度は異なってくる。

一部ないしはその全てを公設民営化、譲渡等により民営化を試みる：

- * 公設民営(指定管理者制度の活用³³)、自治体立病院の廃院と関連施設等の民間への移譲をとる選択肢になる。公立病院そのものの目的(政策医療の提供等)が既にその他の手法・手段で満たされ、公的主体が関与することが不要と判断される場合、民に委ねることを目的に公設民営や民間医療主体への施設等の移譲などが考えられる³⁴。施設を自治体所有に残し、医療活動のみを民間主体に委ねるケースでは、施設部分の維持管理業務のみを PFI 事業化することもあり得るが、対象が施設部分に限定されるので本調査研究では採り上げない。

上記の内、 から までの選択肢は、何らかの形で施設整備(新築、改築、増築、設備の補強など)を伴ったり、アウトソーシングや医療提供の仕組みを広域的に再編したり、集約・統合化したりする試みでもあり、本調査研究の対象としての PFI 手法の適用を検討する範囲になる。

³³ 資産を自治体が保持し、民間医療法人に病院施設の運営を委ねるが、一定の政策医療を担うことを条件づけ、これに伴い、一定の支援の枠組みを取り決めたりする考え方になる。市町村にとり、一定の財政負担はあるが、政策医療を地域において実践することができ、かつ事業行為そのものの経営リスクは民間に移転することができる考えになる。尚、既存の公的医療施設に企業職員等の地方公務員が存在する場合には、配置転換や、民間主体への移籍、あるいは人材の利活用などにより、労務問題が顕在化しない様々な配慮を必要とすることが多い。

³⁴ 一定の政策医療を行うことを条件とした指定管理者制度による病院運営の委託もある。

これらは：

- * 広域的に存在する複数施設の同時的ないしは段階的な施設整備や改築等を前提としていたり、一定施設が提供する医療機能や役割そのものを再構成することを目的としていること、
 - * かつ広域における複数の医療施設の機能を再編し、より広い医療圏レベルでの全体としての組織経営効率を向上させると共に患者に提供する医療の質を向上することを前提としていること、
 - * 多種多様な医療行為を支援するための業務や管理業務等を包括的なアウトソーシングの対象としたり、バラバラであった資材・薬剤・薬品調達などを統合化・一体化することにより、従来では無理であった合理化・効率化が実現できる可能性を秘めていること、
- などの特徴を持っている。

またこれらを大きく二つに分類するとすれば、：

既存の施設の一部を廃院にしたり、民間へ譲渡・売却したりすることにより、明確な施設の統廃合を前提とする分類と、

既存の施設を生かし、機能や役割を再編することにより、既存の医療体制の枠組みをかなりの程度維持しながら、再編統合をする分類、

とに、分かれることになる。この二つの大きな考え方を軸に、地域の事情や過去の経緯など特有の事情がある場合などでは、多様なバリエーションが存在する。

3.2 再編成・統合と施設整備・内部的合理化、PFI との関係：

通常の場合、：

個別の事業体ユニット(地方公営企業としての自治体立病院)が既に合理化・効率化をある程度達成しており、財政的にも自立し、スリム化された複数の地方公営企業を再編・統合するというケースは極めて稀か、あるいは存在しない。また、個別の地方公営企業が自立して財政的に健全である場合、再編・統合への動機付けはあまり強くない。一方、過半のケースにおいては、経営や運営のあり方には必ず無理、無駄、ムラがあり、合理化を達成できていない場合になる。

かつまた、個別の事業体ユニット(地方公営企業)が合併ないしは再編成・統合を実現する前に、各々の努力により、合理化・効率化を達成し、その結果をもって再編成・統合するというケースも現実的には恐らく存在しない³⁵。

かかる事情により、組織を合理化し、効率化する為にはやはり何らかの外部的な要因や動機付けが不可欠となる。また何らかの強いイニシアチブが無い限り、合理化や効率化を期待することはできない。一定地域における複数の自治体立病院組織を再編成し、これらを統合化する目的は、内部組織を合理化し、地域における病院組織・経営の在り方全般を見直すことにより、効率化を実現することにある。

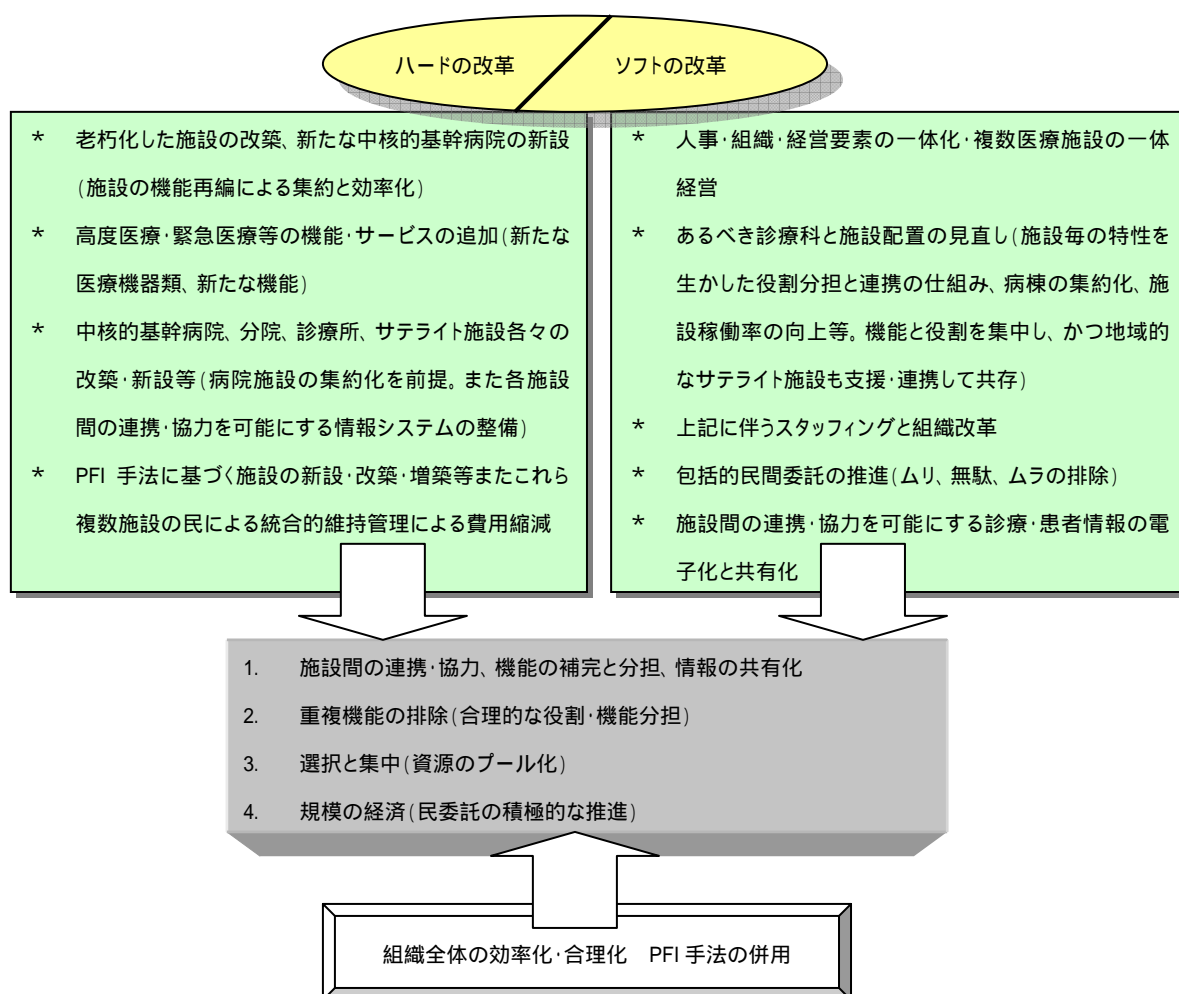
このために、提供する診療サービスの内容のあり方の見直し、これに伴う人員配置のメリハリや、重要と思われる分野に対する人、物、資金などの資源の傾斜配分は全ての前提となる。また、病院の再編・統合化は、従来はできえなかったあらゆる合理化、効率化を実践する絶好の機会でもある。例えば、これまで職員が担ってきた業務やサービスをアウトソーシングの対象とし、広範囲な民間委託の活性化を図る、あるいは一定地域内の病院施設間における薬剤や診療材料の共同購買による購買単価縮減を図ったり、調達行為の標準化や合理化を企図することなども考慮の前提になるべきであろう。また、施設の新築・増築などハード面の整備と共に、業務範囲の見直しや、より効率的な民間委託等のソフト面の改革をも前提にすることにより、従来はできえなかった効率化を期待することもできよう。

この様に、施設の新築・改築等のハード面における再編・改革とともに、人事組織や人員配置を含む自治体立病院に係わる経営・運営面の改革を同時的にかつ多面的・広域的に実践できることが大きな効率化や効果をもたらす要因になる。現実は何らかのきっかけが無い限り、かかる改革を推進するのは難しい。自治体の合併や、個別地域の医療事情がもたらしている問題の解決

³⁵ 勿論、再編・経営統合前に、各事業体が抱えていた欠損金などの処理は原因者負担の原則により、対象となる自治体が処理した上で、新たな経営統合をすることが基本になる。

を図る為の自治体立病院の広域における再編成・統合は、ソフト面とハード面の改革を同時的に推進する契機にもなる。PFI はかかるソフトとハードの同時的改革を実現する効果的な手法でもあり、民間による施設整備や広域的な医療支援サービスの包括的な民間委託等を同時平行的に活用することにより、全体費用を更に縮減し、公的主体にとり、追加的な VFM(バリュー・フォア・マネー)³⁶をもたらすことができる。

図 3・1: ソフトの改革とハードの改革



尚、医療の広域的な再編成・統合に際し、PFI を同時的に採用する場合は、基本的な構想を策定し、これを計画に落とし込んでいく過程において大枠の判断が必要になり、この過程で、官民役

³⁶ VFM(Value for Money)とは、いわゆる「支払に対する価値」であり、同様のサービスを得るための支払対価が低い場合や、同額の支払いであっても得られるサービスが大きい場合には、一般に「VFMがある」といわれることとなる (内閣府・民間資金等活用事業推進委員会「VFM(Value for Money)に関するガイドライン(平成13年7月27日)参照)。

割分担の基本的考えや業務の切り分け、仕分けの基本を押さえておくが必要になってくる³⁷。PFI的なアプローチにより、現状の業務を検証して、どこまでが民委託の対象となりうるかをこのレベルで考えることが大切になる。一方、どういう形でPFIを利用できるのか、またPFIをどの様に適用するかには様々な選択肢がある。たとえば 新たに新設する中核的基幹病院の施設整備を中心に適用し、その他の施設に関しては段階的に将来の整備課題とする、中核的基幹病院と共に、分院・サテライト・診療所の改築をこれに加え、施設整備関連は同時期に一体として整備する、単純な施設整備のみではなく、中核的基幹病院・分院・サテライト・診療所に対する医療支援サービスや多種多様な管理業務等も同様に民間主体が担うべき範囲に加える、医療支援サービスは当面コア施設となる中核的基幹病院のみに留め、段階的なネットワーク形成に伴い、委託の範囲を段階的にサテライト・診療施設等にも増やす考え方をとるなどである。

即ち、：

- 地理的な範囲(対象となる施設が単数か複数か)、
- ハード面(施設整備)の所掌範囲とその広がり、
- ソフト面(サービス提供)の所掌範囲とその広がり、
- 時系列的な実現のあり方(同時、段階的など)、

などの差異により、多様な組み合わせや考え方がとれることになる。これに伴い、PFIのあり方や所掌範囲設定に関しても、多様なバリエーションがありうることになる。尚、PFIの範囲を部分的な整備や一部サービスのみで留める場合には、全体としての財政負担も少なくなるが、費用縮減効果も限られると想定されるために、VFM向上のためには、様々な工夫が必要となる側面もある。VFMを確実に出すためには、施設整備と運営や業務のあり方などの両側面に関し、バランスの良い民間委託のあり方を考えることが適切になる。このためには、地域の事情や過去の実績を検証しつつ、地域毎に最適の民間委託範囲を決める必要があるといえる。

³⁷ 第4章、4.5項を参照。

3.3 再編成・統合の基本的パターン・機能のあり方：

上述した如く、従来の伝統的枠組みにおいては、個別の市町村が住民に対する政策的医療を提供するために各々の公的医療施設を設置する事例が基本となっており、これら個別の病院が類似的に総合的な機能を保持し、各自治体毎に類似的な公的医療施設が存在するという事例が多い。一地域に限って見た場合、地域住民に対する医療サービスの提供という意味では完結性が高いが、より広域的にこれを見ると、多くの医師や看護師が必要ということになり、地方・僻地では医師不足になり、医師の偏在が生じると共に、病床も無駄が生じやすい構図になってしまう。この様に、一定地域や隣接区域に複数の類似的施設が存在する場合、これら施設を再編し、合理化する必要がある場合には、基本的にはその手法には 組織および施設の統廃合と、機能を再編成することによる統合・ネットワーク化という二つの異なった考え方がある。

3.3.1 統廃合：

一定地域内に複数存在する類似施設を単純に集約したり、統合する考え方になり、一般的に施設数は減少し、新たに統合施設を新築したり、改築したりして、限定された施設の規模を大きくするという考え方になる。

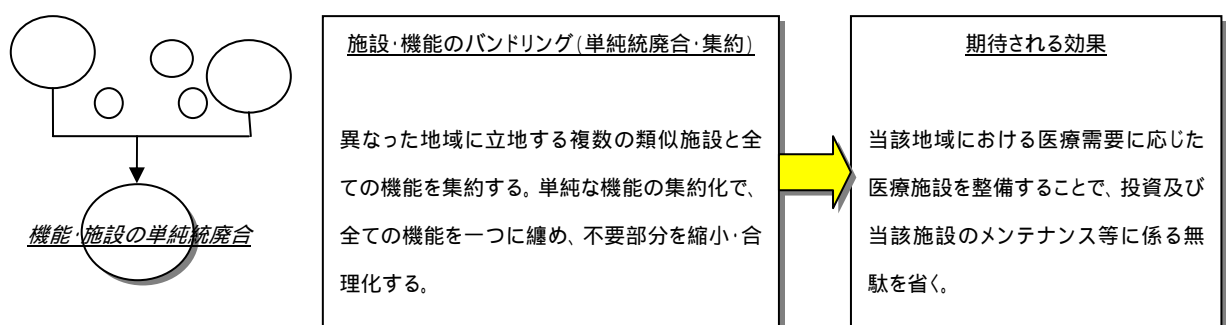
これには下記の如きバリエーションも存在する。

複数ある病院施設を廃院とし、これらの機能・職員を統合して、中間的な場所により高度で大規模の新たな総合病院を新設する(既設の廃院 + 新築単純統合)。

一部施設を廃院とし、この機能を別の既存の病院に移すことを前提に、既存の病院を増改築し、機能を拡充する(既設の一部廃院 + 既設の増改築・統合)。

一部中小規模医療施設等の民間への譲渡・売却等により、地域における一定の医療機能を残しながら、一部地域の施設は撤退、公的医療施設は一定箇所に集中して、新築・改築を図る(既設の一部を民への譲渡 + 新築・増改築による統合)。

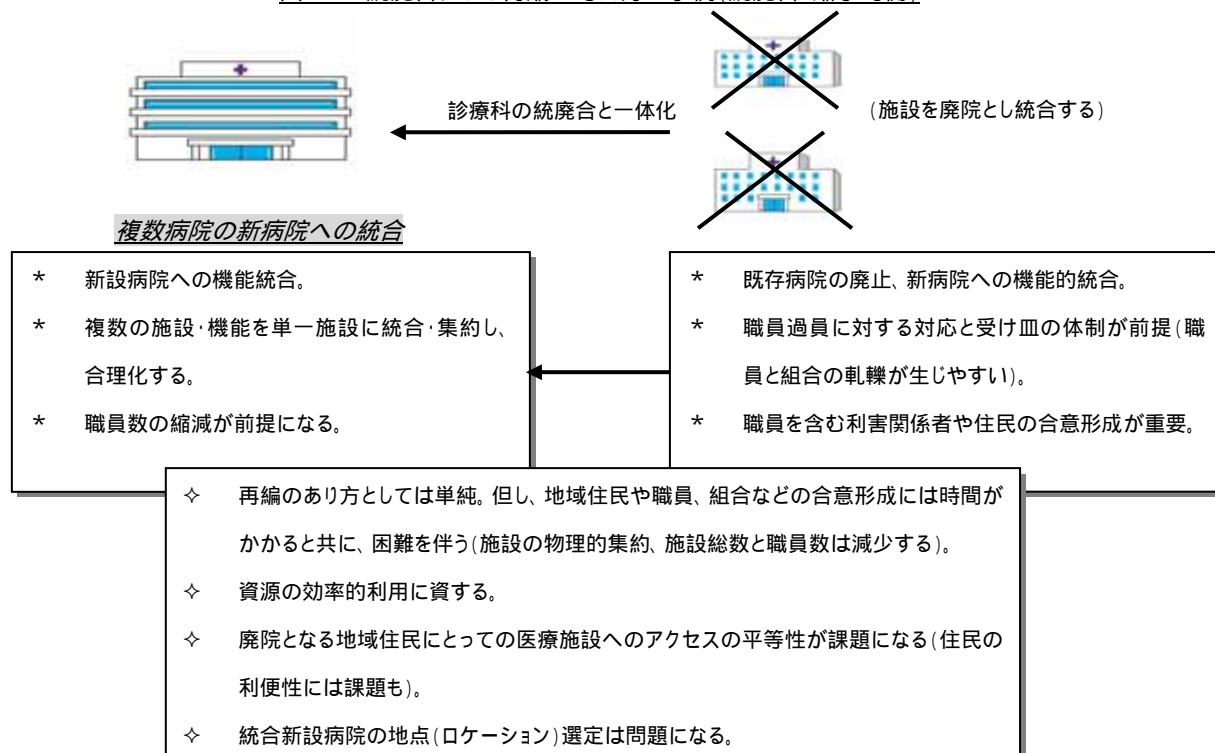
図 3.2: 単純施設統廃合の考え方



この場合、基本的には限られた資源を集約して、集中的な投資を実行し、従来には無い、高度医療機能や緊急機能を充実させること、これにより医療機能の質を高めると共に、地域住民にとっての医療サービスの満足度を高め、結果的に施設稼働率を向上させ、経営効率を高めることが目的になる。一方複数の医療施設を廃院・統合してより規模の大きい新たな単一総合病院化する場合などには、全体としての職員数の縮減や組織の合理化・職員の再配置を前提とせざるを得ない状況が生じることが多く、職員や組合との軋轢が生じる可能性が高いと共に、廃院を前提とする既存の中小規模病院が存在する地域の住民にとっての(病院が無くなることに対する)不安感や反対が表面化することも多い。

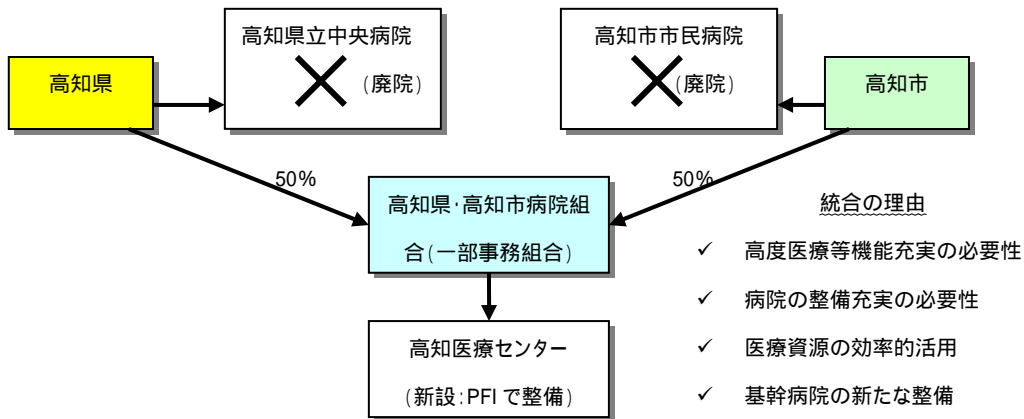
一定地域内に分散された資源(施設、医療関連職員)を集約化し、統合することは、確実に医療の機能と質を高め、对患者サービスを向上させることに繋がる。また医業の経営効率も確実に向上するが、一方では、その実現に際しては職員や住民を含めた多様な利害関係者との合意形成が前提となり、時間と手間がかかること、かつその実現には強力な調整力とリーダー・シップが必要になること、過員となる職員への対応や受け皿を配慮する必要があると共に、地域住民にとっての新たな病院へのアクセスの均等性をできる限り配慮することなど、考慮せざるを得ない条件も多くなることが通例となる。但し、新たな統合化される病院がもたらす医療サービスの高い質こそが、本来住民にとっての、もっとも強い支持への動機付けになることは間違いなく、地域医療に対する住民の期待の強さの程度がかかる考えを実現できる大きな要因になる。

図 3.3: 統廃合による再編の考え方の事例(統廃合・縮小均衡)



下記図 3.4 はこの典型的事例となる高知医療センターの場合を図示したものである(県と市が各々運営していた二つの総合病院を統合化し、新たに、別の箇所に高度医療機能を具備した総合病院を設立したという考えになる)³⁸。

図 3.4: 統廃合による新設の事例(高知医療センター)



平成 2 年: 中央病院整備基本調査(高知県)

平成 3 年: 高知市立市民病院分析基本調査報告書(高知市)

平成 6 年: 高知県立中央病院・高知市立市民病院統合検討委員会

平成 8 年: 統合新病院基本構想の概要(高知県・高知市)、

平成 9 年: 両病院の統合整備を確認

平成 10 年: 一部事務組合設立申請(11 月 30 日認可)

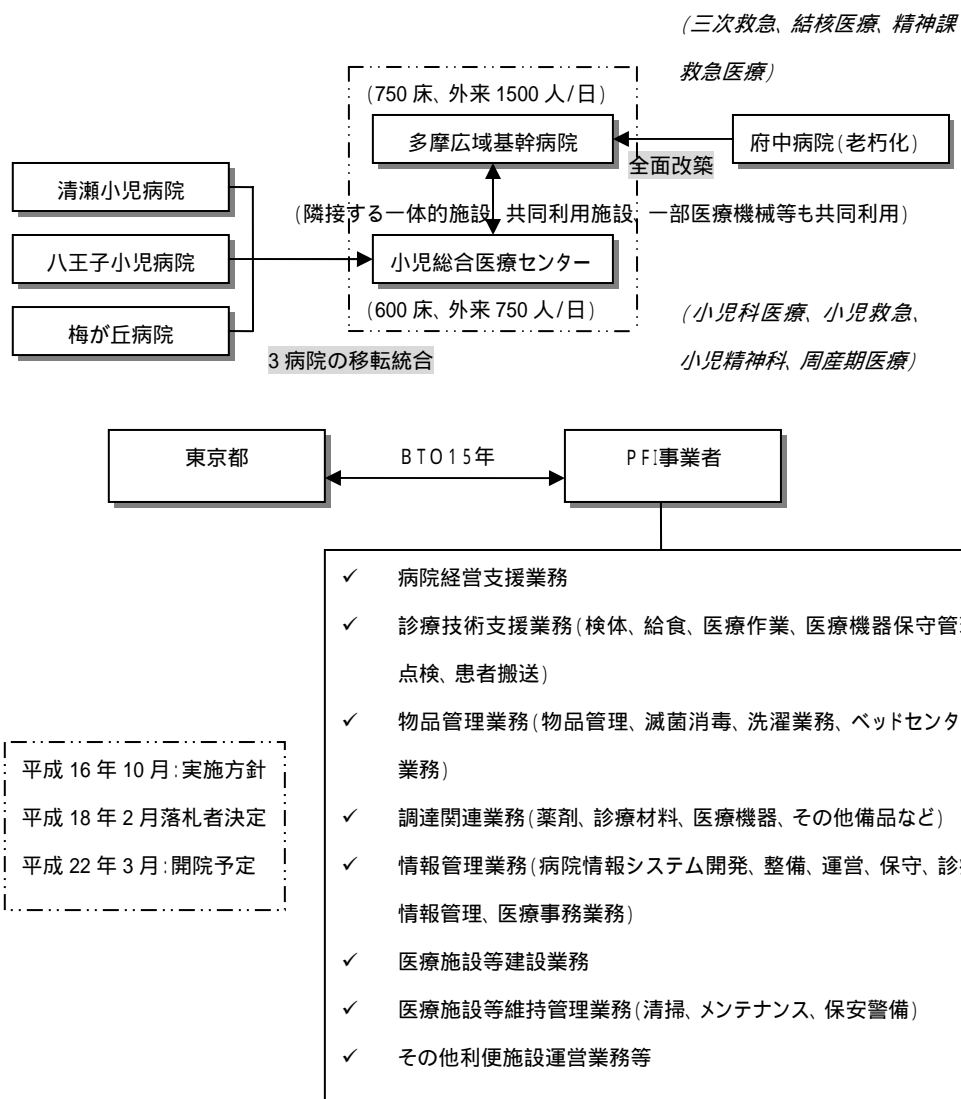
尚、施設の統廃合は病院組織のハード(施設)とソフト(経営・運営)の両面を大きく変え、職員の意識や業務配置もこれに伴い大きく変わることを前提とし、例えばアウトソーシングの大胆な活用など新しい PFI の仕組みや考え方などが導入しやすい環境を醸成するという側面が存在する。

下記図 3.5 は東京都による多摩広域基幹病院・小児総合医療センター PFI 事業に係わる構図である。この案件は「都立病院改革マスタープラン」(平成 13 年 12 月)、「都立病院改革実行プログラム」(平成 15 年 1 月)に基づき、都立病院再編・統合計画の一環を PFI 手法により整備するものとなるが、一つの総合病院の老朽化、当該施設の全面改築を前提に、この機能を基幹病院として充実させると共に、同時に三つの小児科病院を移転統合し、併設させることにより、一部施設や

³⁸ 一般病床 590、結核病床 50 床、感染症 8 床、24 科の総合病院。地域的に高度医療への対応や、施設整備や医療機能充実への高いニーズがあったが、バラバラな整備では医療資源の効率化にはならないため、既存の二つの施設を廃止し、新たな統合新設病院を設けたという考え方になる。当該施設の施設整備は PFI 手法が採用され、2001 年 2 月に実施方針公表、2002 年 12 月に事業契約締結(事業期間は建設期間を含み 30 年間)。本館は BTO、その他施設は BOT 方式。2005 年 3 月から開院している。

高度医療機械等の共同利用を図るという複合的な再編成・統合の例になる。三つの専門病院の統合・集約化のメリットのみならず、基幹病院を併設することにより、病院施設群自体を集合化し、これら施設間で一部の機材や施設を共同で利用することにより、更に、総費用の縮減を図るといふ考え方になる。

図 3.5: 東京都・多摩・広域基幹病院・小児総合医療センターPFI事業



3.3.2 広域的な機能の再編成・ネットワーク化:

一定地域内に複数の類似的施設が存在する場合、これら施設を単純に統廃合することなく、各施設毎に機能と役割を見直して、存続させることを前提とする考え方になる。即ち、既存の医療施

設を生かしながら、これら施設が地域住民に提供する機能のあり方を再構成し、新たに設ける中核的基幹病院に一定の資源・機能を集約させつつ、これら既存の医療施設を分院・サテライト医療施設あるいは診療所などとし、機能と役割を分担しながら、地域全体の医療の質を向上させ、効率化を図る考え方になる。

この場合、下記の如きバリエーションもありうる。

既存の医療施設を全て分院・サテライト施設・診療所とし、新たに中核的な基幹病院を新設し、この基幹病院に資源を集約し、全体地域の広域的な機能再編を図る(この場合、新たな中核的基幹病院の新設に関しては、例えば県などの広域的自治体が新たに参画し、第三次医療をも機能の一つにして拡充するという考えなどもある)。

既存の医療施設の内、一施設を選定して中核的な基幹病院として増改築・再構成し、その他の既存医療施設を分院・サテライト施設・診療所とし、機能と役割を分担する形で再編を図る。

この様に、広域的な機能再編とは、地域医療のあり方を広域的な面としてとらえ、既存の医療施設を利活用しながら、機能と役割を再構成することにより、地域全体としての経営効率やサービスとしての医療の質を高めることを可能にする。単純な施設の統廃合とは異なり、：

地域の医療施設を廃院とすることなく、役割と機能を変え、機能を限定して、存続させる考え方を基本とするため、地域住民の理解が得られやすいこと(更に例えば整理統合により余剰となるスペースを社会福祉事業用に転用する場合には地域住民の賛成を得やすくなる)、

中核的基幹医療施設を高度の医学医療技術トレーニングを担える施設として充実化を図り、医師の吸引力を高めることができること。またこれにより、人材をプール化し、基幹医療施設と分院・サテライト施設や診療所との有機的なネットワーク化や、緊密で機能的な人事ローテーションや連携体制により、地方中小規模医療施設における医師不足を解消できること、

医師の特定施設への集中は医療の質を高めることができること(また、医療労働環境の改善、医師を確保しやすい環境の整備、専門性を集約することのメリットを患者に提供するなどの効果も期待できること)、

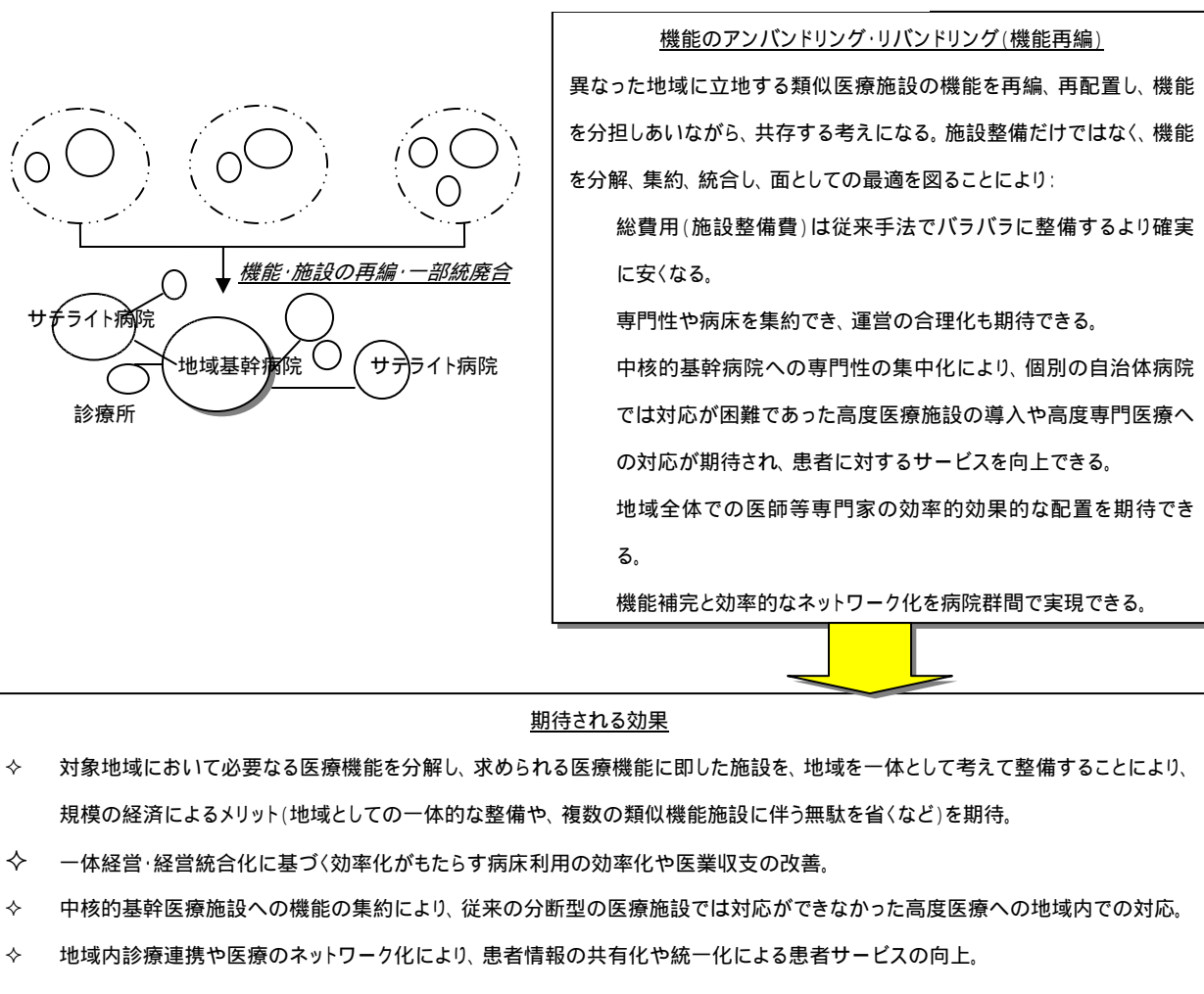
地域連携の枠組みや地域ネットワーク化を強化することによる地域全体における医療サービスの質の向上を図ることができること、

組織の集約・再編と職員の効率的配置・利活用などにより、直接費・間接費を縮減することを可能とし、更に総費用を縮減する効果を期待できること、

施設の新築、増改築などを伴う再編成・統合の場合、PFI 手法を併用することにより、更なる費用縮減や効率化を図れる可能性に道を開くこと、などのメリットがある。

これは、一定地域において提供されている医療機能を一旦分解(アンバンドリング)し、その要素を強化・補強したり、より効果的・効率的な組み合わせを考えたりすることにより、地域全体の医療機能を再構成(リバンドリング)することを意味している。

図 3.6 : 機能のアンバンドリング(分解)とリバンドリング(再構成)の考え方



一方、潜在的課題としては、：

やはり効果的・効率的な連携と協力の関係をハード(施設)、ソフト(運営)の両面で中核的基幹病院と分院・サテライト施設・診療所間で組めるかという点に尽きる。例えば電子カルテ等による医療情報の共有は中核的基幹施設のみならず、分院やサテライト施設にも必要であろうし、施設間における重症患者搬送システムの充実化や医師の過剰な負担が特定施設に集中しない試みなども有効な手段になる。一方、連携や協力を強化する仕組みや装備がこれら施設間に無い場合には、機能の再編やネットワーク化は思った通りに機能しないということもありえる。

また、患者たる一部の市民にとり、近隣に存在した医療施設で全てを賄うことができるという利便性がなくなり、診療科と施設のあり方次第では移動の負担が増えるということはある。

かつ、住民、自治体、各医療施設とその職員、地元医療関係者などの利害関係者が複雑多岐に亘り、一つの自治体内で問題を処理するのとは異なり、案件実現の為には多大の手間と時間をとられるという側面はある。これは地域住民全体の理解と合意が無い限り、かかる考え方は実現できないという事情があるためでもある。

尚、自治体立病院の再編・整備に関しては医療法(7条の2、30条の3)、医療法施行令(5条の2,3,4)に規定された病床基準の緩和が平成16年9月の経済特区第5次提案に基づき実施されている点に留意すべきであろう³⁹。

機能や役割の分担のあり方は、個別地域における医療事情や既存施設のあり方とそれらの発展の方向性次第では様々な考え方をとることができる。例えば、病院施設に病棟(入院機能)を抱えることは施設や関連医療スタッフ、医療支援サービスの側面でもかなりの資源の投入を必要とするが、病棟機能を中核的基幹医療施設に集約し、分院やサテライト施設における病床を限りなく限定することにより、大きな費用節約をもたらすことができる。

その他中核的基幹医療施設、サテライト(後方支援)施設などに広域的に機能を再編する考え方の中には、

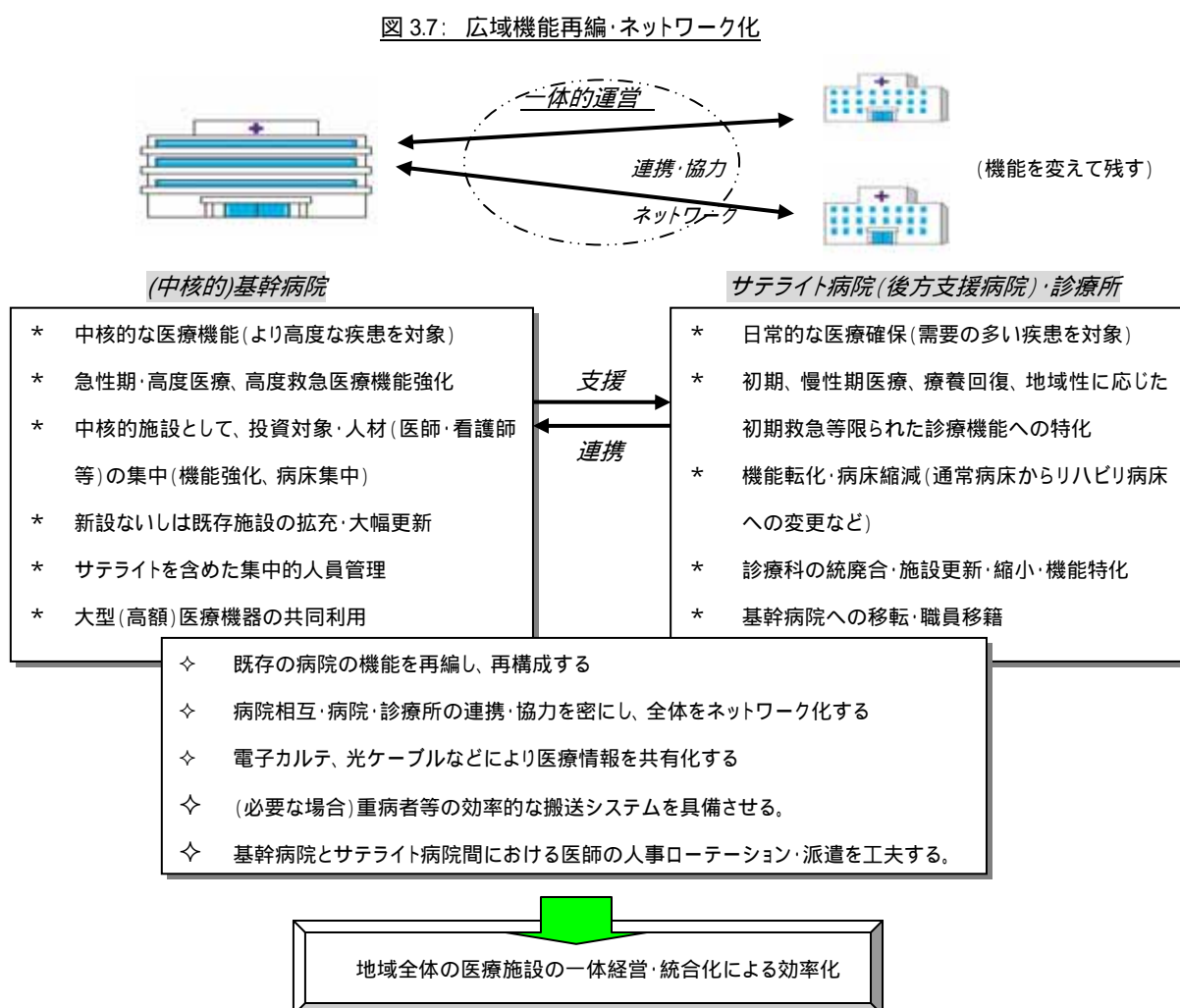
急性期、亜急性期、慢性期、在宅医療支援等の役割を明確にし、関連しうる各々の病院施設

³⁹ 二次医療圏を単位に再編する場合の病床規制の特例措置を規制緩和により認めたもの。従来は、病床過剰地域において二次医療を超える場合には、設置主体の変更を伴う再編統合は認められず、同一施設主体の移転のみに限定されていたこと、二次医療圏を越える場合に病床過剰地域を再編統合することは原則認められないことが基本であった。これを、自治体立病院等の再編整備に向けた場合においては、病床過剰地域において、開設主体が医療法で定める公的医療機関同士であり、再編統合に係わる医療機関の病床が全体として減少する場合は、二次医療圏内だけでなく、二次医療圏を越える医療機関の再編統合を行う場合も含め、個別に厚生労働大臣宛協議することにより制度的に可能になるように対応することになった(平成16年9月10日、構造改革特別推進本部、「構造改革特区第5次提案に対する政府の対応方針」)

の特徴を生かす形でこれら施設の機能を充実する、
 病床利用率、外来患者動向、現在・将来の施設整備状況と計画を考慮し、メリハリをつけた役割の再構成を考える、
 専門医を特定施設に集約すると共に、特定施設では臨床研修などにも対応できることを考える、
 機能のあり方として、特に救急医療(小児救急を含む)、周産期医療、がん診療、リハビリ機能などの整備も施設の特徴に合わせて考慮する、
 などの考えもある。

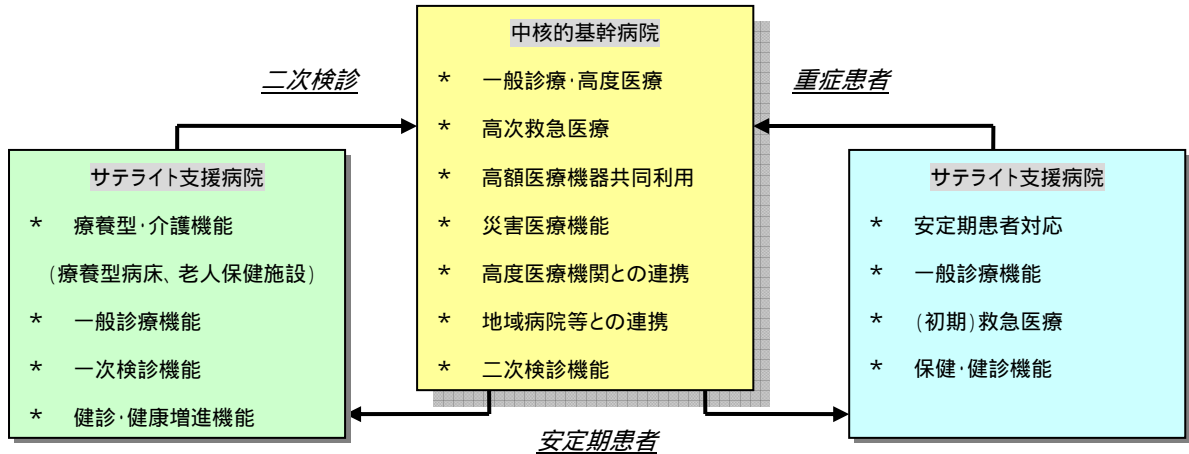
これらの考えは、一定の広域的な医療圏を一つの経営対象とし、広域運営体制を構築することを意味し、この中で完結しうる地域の医療体制を志向することを意味している。

下記図 3.7 は、典型的な基幹病院とサテライト医療施設(後方支援病院)による機能の分担のあり方を例示的に図示したものである。



下記図 3.8 は、患者対応や施設の機能に着目した中核的基幹病院とサテライト医療施設の機能の再編の考え方を図示したものである。

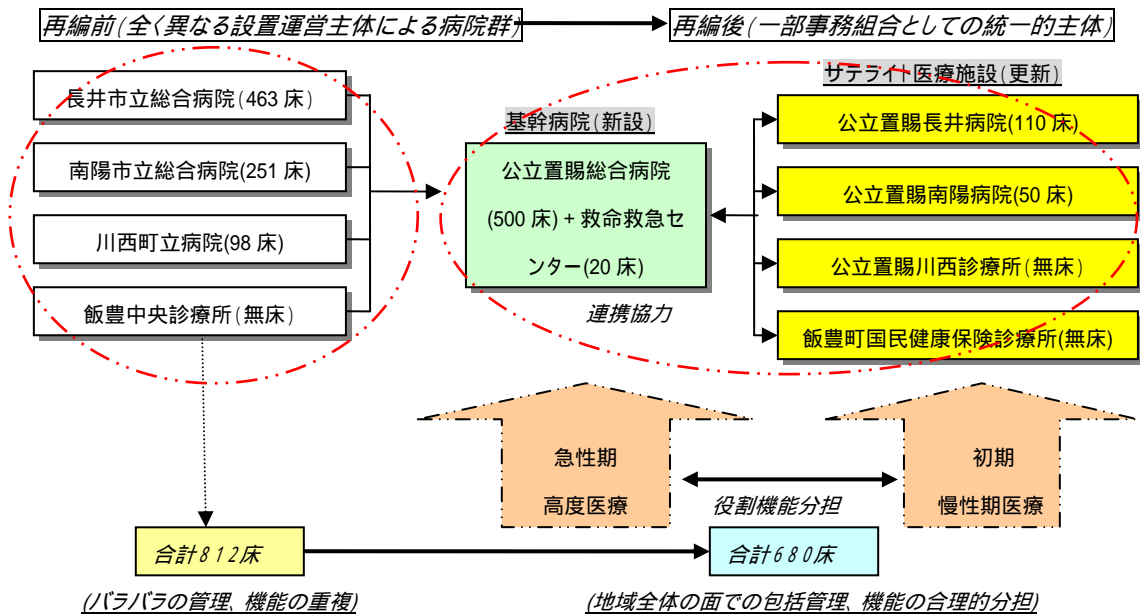
図 3.8: 基幹病院とサテライト:連携と分担・協力のあり方の事例



事例:

下記図 3.9 は、山形県置賜地区で行われた二次医療圏における自治体立病院広域再編の実際の事例を図示したものである。

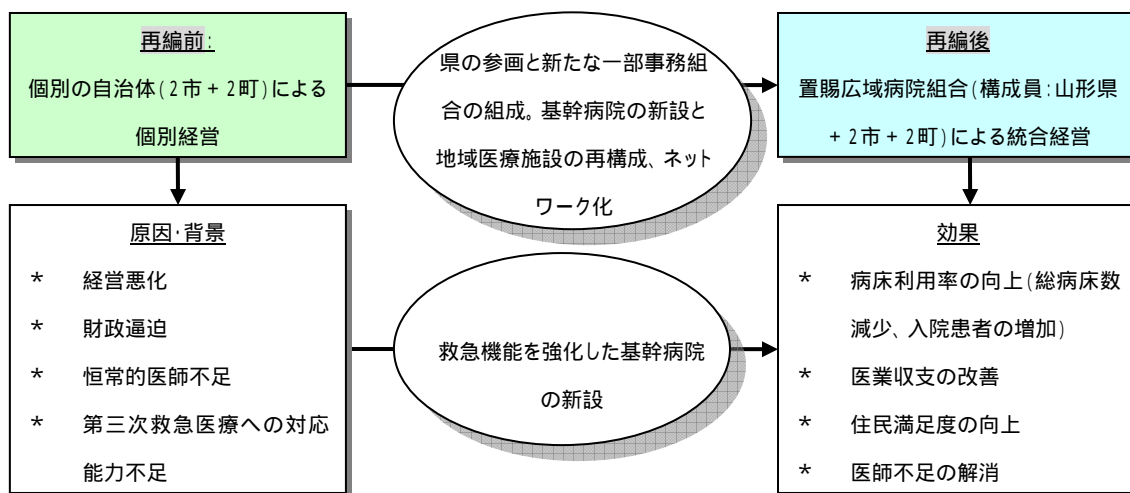
図 3.9 : 再編前と再編後(山形県置賜地区事例)



上記の置賜地区における広域再編の背景は当該地区における第三次救急医療への対応能力不足が、医療圏全体の問題であったことにある。かつまた、この問題に対し、住民による医療機

能の充実化に対する強いニーズがあったことかかると再編成を促した一つの重要な要素になっている。これに対する対応措置として、新たに広域自治体である県を巻き込む形で一部事務組合を構成し、新たな総合病院を中核的基幹病院として地理的に中間的な場所に設置、既存の公的医療施設をサテライト化し、機能と役割を編成しながら、全体をネットワーク化したという事例になる⁴⁰。下記図 3.10 はその効果を纏めたものである。

図 3.10 : 山形県置賜地区広域再編の背景と効果



⁴⁰ 施設整備は従来方式(公共事業)で行われ、PFI手法が採用されたわけではない。

3.4 連携・協力を可能にし、強化する環境や工夫：

中核的基幹病院と分院・サテライト施設・診療所などとの実際の運営面での効果的・効率的な連携・協力は多種・多様な試みや工夫により強化され、初めて機能するという側面もある。例えば下記要素などが考えられる。これらを可能とする為に、異なった施設間で必要な情報投資や、施設整備をすることは連携のためには極めて重要な要素になる。この考えはあらゆる効率化・合理化に際しての基本でもあり、PFI 手法による施設整備を考える場合においても全く同一の考えをとる。即ち医療施設の再編や統合を考えるアプローチは PFI による施設整備を考えるアプローチと極めて類似的な考え方をとる。下記に記載する様々な連携や協力を確実にする要素は、何を何処まで、またどの様に合理化・効率化すべきかという選択肢にもなる。費用対効果との兼ね合いもあるため、全てを完璧に実現することは難しい側面もあり、最適なバランスを考慮し、効率化を期すことが求められることになる。

1. 情報：

電子カルテ・システムを統一的に一定地域で採用することや画像情報を含む患者・医療情報を電子化し、これらをお互いが共有し、瞬時に情報をパスできる体制をとることにより、連携と協力が効率化し、かつ患者に対するサービスの質を上げることができる。単なる文字情報のみならず、画像情報をも伝達・共有することにより、医者・患者双方の利便性が向上することになる。このような IT 技術の積極的な採用は、将来、地方における医療体制を飛躍的に向上させる効果がある。

特に医療の分野では、画像のもつ情報の重要さは極めて高いものと考えられ、中核的基幹病院と分院・サテライト施設間での画像情報の伝達・共有が可能となる場合には、分院・サテライト施設における緊急性の高い患者や専門性の高い疾患の患者等に対する処置に関して、中核的基幹病院にいる専門医への画像情報システムを用いた問い合わせによる診療の向上などが期待できる。

2. 連携とネットワーク化：

病診連携のみならず、地域における医療・福祉関連の様々な官民主体との相互連携や協力体制をとることにより、地域全体の医療・福祉体制の質を向上させ、住民にとっての利便性や満足度を高めることができる。

医療と福祉との連携は、本来は不可分のものと考えられ、療養型病院と中核的基幹病院との

連携、介護福祉系施設とサテライト施設・分院・診療所又は中核的基幹病院との連携が取られていることは、殊に高齢者の多い地方においては重要なことであり、高齢者にありがちな心疾患や脳疾患への適時適切な対応への効果が期待できる。

3. 人材:

中核的基幹施設、分院、サテライト施設、診療所等を含めて、中核的基幹施設を核にしなが、人材をプール化し、ローテーション人事や中核的基幹施設からの医師等の派遣により、地域全体で医師を惹きつける施設や体制を保持し、人材を確保することが容易になり、地方の中小医療施設における医師不足の問題解決に道が開ける。

尚、前述の医療情報や病診連携に関するシステムの構築や連携体制の構築も、診療の現場に携わる医師にとっては強力な支援となり、これにより中核的基幹病院に居ながらにして当該地域におけるあらゆる専門的な疾患・症例を経験することも可能となる。また、これらの機能は、中核的基幹病院に当該地域の診療に関する一種の情報センターとしての側面を持たせることにもつながり、かかる情報の集積は医師にとり魅力的なものとなることが十分に期待される。かつまたシステム・情報網というハード面の整備が医師を引き寄せるといふソフト面での効果を発揮し、医師不足の解決のための一助となることも期待できる。

4. モノ:

高度医療施設はすべての医療施設に設置する必要は無く、投資と設置を中核的基幹施設に集約し、その他の医療施設との共同利用を促進することにより、投資の重複や無駄を避けることができる。かつ投資の集中により、より効果的に高額医療施設を用いた質の充実した患者への対応ができるようになる。

5. 患者移動:

中核的基幹施設、分院、サテライト施設や診療所等を含めて、重症患者の移送・搬送体制を充実化することにより、広域的な面での対応にも拘らず、住民に対し安心感と満足感を与えることができる。また、これにより、各施設間での緊密な連携と協力が可能になる。

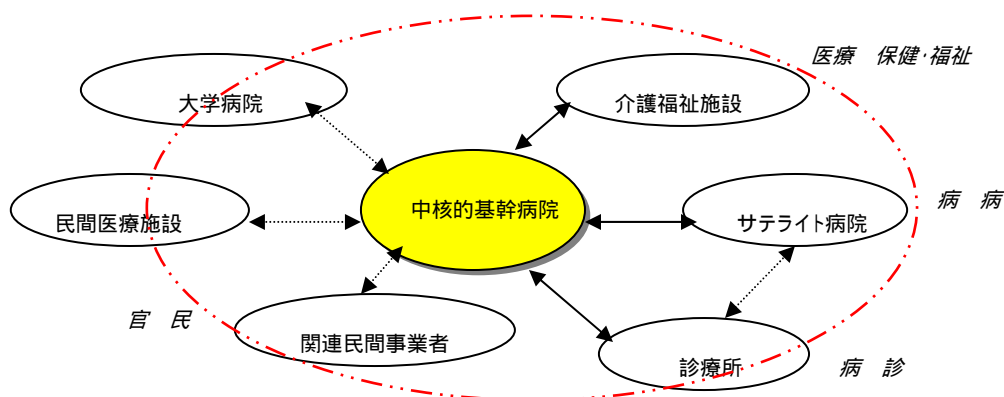
6. 共同購買やアウトソーシングの共同化:

医薬品や診療材料は従来、個別の施設毎に調達されていたのが実態であろうが、これらを集約化し、共同で調達・管理することにより、各施設の費用と手間、並びに過剰在庫を大幅に減ら

すことが可能になる。また医事業務や多種多様な民間事業者に対するアウトソーシング業務も、一括して民間事業者に委ねることにより規模の経済を享受できると共に、間接費を縮減し、地域全体の総費用を縮減することができる⁴¹。

PFI は施設整備・維持管理と共に、かかる医療支援分野を包括的に委託する考えでもあり、病院自らがかかる支援業務の一体化を考え実践するよりも、包括的に民間主体に委ねることにより、更に病院自体の間接費を縮減することが可能になる。

図 3.11: ネットワーク化[情報の共有、協力と連携]は広域的な医療圏の効率化を促進する



(人、モノ、資金の融通、情報の共有化、投資効率の向上、ムダや重複の排除など
多様な医療・保健主体や官民主体による連携や協力が、今後の地域医療発展のキーワードになる)

伝統的な概念では一つの自治体立病院で当該地域における医療サービスを完結することが一つの価値観として求められてきたといってもよい。一方、今後の地域医療のあり方は、核となる自治体立中核基幹病院を中心に、サテライト後方支援病院、診療所並びに民間の病院・診療所、あるいは関連しうるリハビリ施設や介護・福祉施設等がそれぞれ一定地域内で機能分担し、連携を図ることにより、地域が一つの医療・保健体制として、地域住民に安心と安全を与える医療サービスを提供することが求められているといっても過言ではない。ネットワーク化による合理化・効率化は地域医療や自治体立病院のあり方を考える上でも極めて貴重な考え方になりつつある。PFI はこれをどう構築していくかという具体化のツールにもなるわけで、官の領域のみで考えることなく、民間の創意工夫や知恵、資金力を活用しながら、地域単位でのネットワーク化を志向し、実現していくことが今後は求められていくことになる。

⁴¹病院事業を展開している法人において、診療材料のSPDシステムに関して、ある程度の病院数が一括して単一の業者と(包括的な)契約を締結することにより、診療材料の購入単価の割引を受けている事例もみられる。その他医師賠償責任保険についても、多数の病院を有する法人が一括して保険会社と契約することにより各病院の保険料の負担を軽減させている事例もある。