

平成 23 年度
厚生労働省医政局委託

— 平成 23 年度 医療施設経営安定化推進事業 —
近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究
報告書

平成 24 年 3 月

委託先 アイテック株式会社

目 次

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的 i
2. 実施体制 i
3. 調査方法 ii

第1章 医療法人経営統合の背景

1. 医療機関数 1
2. 経営状況 5
3. 医師採用環境 7

第2章 病院統合事例の傾向

1. 経営統合事例の傾向 15
2. 病院グループの動向 25
3. ケーススタディ先の傾向 27

第3章 ケーススタディ

- ケーススタディ一覧 38
1. 医療法人北海道家庭医療学センター／業務提携型（家庭医養成派遣） 40
 2. 医療法人伯鳳会／法人合併・救済統合型；医療法人十愛会 国仲病院・小国病院
系列・救済統合型；社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院 46
 3. 社団医療法人啓愛会／法人合併・救済統合型；社団医療法人恵生会 河南病院 ... 60
 4. 医療法人啓仁会／法人合併・救済統合型；医療法人礼仁会 吉祥寺南病院 69
 5. 医療法人清和会／法人合併・救済統合型；医療法人斉藤会 斉藤病院 79
 6. 医療法人クオラ／法人合併・救済統合型；医療法人京整会 始良整形外科病院 ... 89
 7. 医療法人タナカメディカル／
法人合併・医療機能再編型；医療法人博友会 博友会病院 100
 8. 医療法人社団中川会／
法人合併・医療機能再編型；医療法人仁井会 中川脳神経外科病院 111
 9. 東海市民病院／合併・救済統合型；医療法人東海産業医療団 中央病院 120
 10. 加古川市民病院／合併・救済統合型；株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院 ... 130
 11. 桑名市民病院／合併・経営基盤強化型；医療法人和心会 平田循環器病院・
医療法人山本総合病院 139
 12. 上尾中央医科グループ／
系列型；医療法人社団瑞心会 杉並リハビリテーション病院 ほか 149

第4章 経営統合に関する考察

1. 経営統合事例にみる経営管理手法 155
2. 経営統合の課題 164
3. 経営統合による経営安定化 166

資料編

1. 経営分析手法 169
2. 人事制度等の規定統一 171
3. 運営システムの統一 176
4. 情報システムの統一 179
5. 公立病院の経営統合例 184

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

近年、病院の経営環境は厳しさを増しており、さらに民間病院の経営者の多くは世代交代期を迎えていることから、その承継が重要な課題となっている。国においては、医師や看護師の不足あるいは地域偏在などの課題がある中、都道府県が策定する地域医療再生計画について、病院の統合再編成を含む医療機能の強化等の取組を支援している。

こうした状況から、今後、病院の統合再編成は増加していくことが見込まれるが、民間病院はこうした取り組みに関与していないことが多く、また、医療法人同士の合併でさえ、その実績は多いとはいえない。このため、民間病院が関係した統合再編成事例や人的及び財政的支援による救済・支援事例について実務面の課題等を明らかにするとともに、統合後や支援後に経営改善や機能強化が図られた好事例を紹介することを目的とした調査研究を行う。

2. 実施体制

本調査研究では企画検討委員会を組成し、企画検討委員会における討議に基づき推進した。企画検討委員会の構成は以下のとおりである。

企画検討委員会	委員（五十音順）
伊関 友伸	城西大学経営学部マネジメント総合学科教授
大坪 修	東都医療大学学長 大坪グループ代表
高木 安雄	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
名倉 英一	掛川市立総合病院長（中東遠総合医療センターの院長就任予定）
※ 藤原 研司	横浜労災病院名誉院長
（※）企画検討委員会委員長	
オブザーバー	厚生労働省医政局指導課
調査機関	アイテック株式会社
高橋 克己	コンサルティング&エンジニアリング事業本部 兼 経営企画本部
對馬 啓太	コンサルティング&エンジニアリング事業本部
市村 淑	経営企画本部
宮崎 佳子	コンサルティング&エンジニアリング事業本部

企画検討委員会の開催状況は以下のとおりである。

- ・ 第1回企画検討委員会 平成23年10月12日
- ・ 第2回企画検討委員会 平成23年11月16日
- ・ 第3回企画検討委員会 平成24年1月23日
- ・ 第4回企画検討委員会 平成24年2月20日

3. 調査方法

(1) 病院統合事例の抽出と類型化

民間病院の統合における課題、支援策を検討する分析対象を抽出するため、下記の手法を重ねて民間病院の経営統合事例の抽出を行った。また、実務面における統合課題等を補足するため、民間病院に先んじて組織統合や施設統合が行われている公立病院の統合事例を調査した。

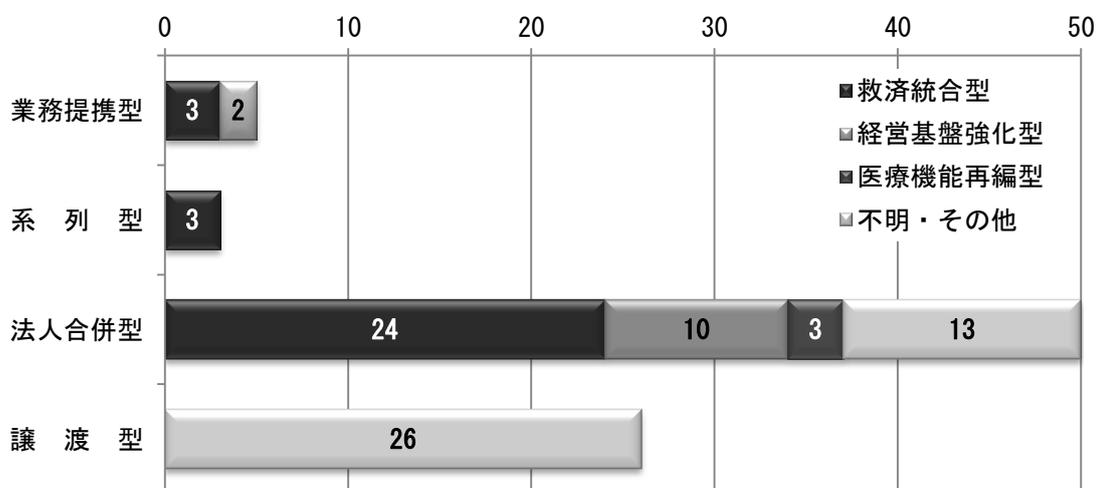
- ① 新聞記事検索・インターネット検索
- ② 文献、雑誌調査
- ③ 地域医療再生計画等の計画内容
- ④ 厚生労働省より提供を受けた厚生労働大臣及び都道府県知事の認可事例（平成 16～22 年度の間に病院を運営していた 2 以上の医療法人の合併を認可した事例）
- ⑤ 国公立病院の譲渡事例

事例収集の結果、上記①②③より 40 件、④より 36 件、⑤より 26 件が抽出された。これらの事例から、本調査の対象外や重複事例を削除・名寄せし、最終的に本調査での収集事例 84 件を抽出した。なお、指定管理者制度は経営統合の対象外とした。

(2) 抽出した事例の類型化

民間病院の経営統合の傾向を整理するため、民間企業の経営統合事例（背景・統合形態と手法・統合効果・課題）等を参考にしつつ一定の枠組みを設定し、病院経営統合事例の類型化を図った。

類型化にあたっては、収集した事例について統合対象法人に電話で簡易ヒアリングを実施し、病院という公益的な性質を鑑み、統合理由と統合後の形態を確認したうえで「業務提携型」「系列型」「法人合併型」「譲渡型」の 4 分類と「統合理由」（救済統合型、経営基盤強化型、医療機能再編型、不明・その他）の組合せにより整理した。



(3) ケーススタディの実施

業務提携型、系列型、法人合併型の3分類ならびに救済統合等の統合理由の類型ごとに特色のある事例を抽出し、企画検討委員会の意見を踏まえてケーススタディ候補を選出した。ケーススタディは以下の12件に対して実施した（うち⑦は書面回答を得た。）。

- ① 医療法人北海道家庭医療学センター（北海道室蘭市）
- ② 医療法人伯鳳会（兵庫県赤穂市）
- ③ 社団医療法人啓愛会（岩手県奥州市）
- ④ 医療法人啓仁会（埼玉県所沢市）
- ⑤ 医療法人清和会（熊本県熊本市）
- ⑥ 医療法人クオラ（鹿児島県さつま町）
- ⑦ 医療法人タナカメディカル（北海道札幌市）
- ⑧ 医療法人社団中川会（広島県呉市）
- ⑨ 東海市民病院（愛知県東海市）
- ⑩ 加古川市民病院（兵庫県加古川市）
- ⑪ 桑名市民病院（三重県桑名市）
- ⑫ 上尾中央医科グループ（埼玉県上尾市）

対象案件には以下の内容に従ってヒアリング調査を行い、事例集として取りまとめた。

- ① 経営統合に至るまでの経緯・背景
- ② 経営統合における手法・形態及びその選択理由
- ③ 経営統合の実現までの負担、課題
- ④ 経営統合の効果

また、ケーススタディ先は様々な方法で経営統合後の経営改善活動を行っており、「統合後や支援後に経営改善や機能強化が図られた好事例を紹介する」という本調査の目的に資するため、以下の項目に応じて経営管理手法を把握した。

- ① 職員の経営参画意識の高揚
- ② PDCA活動の励行
- ③ 課題の把握と対応
- ④ コストダウン
- ⑤ 職員研修等の充実
- ⑥ 医療連携の強化
- ⑦ 医療機能再編・設備投資等

(4) 効果分析

ケーススタディで得た情報を基に経営統合の傾向、効果や課題を分析した。分析にあたっては、業務提携型・系列型・法人合併型の類型別、統合側・被統合側の主体別、背景や目的等の統合理由別にとりまとめを行った。あわせて、経営統合により経営安定化を図る医療法人等にとってどのような選択肢があるのかを示している。

第1章 医療法人経営統合の背景

高齢者人口の増加に伴い国民医療費が増大する一方、国や地方自治体の財政難の下でいかに医療の質・量を維持しながら医療経済の合理化を図るかが大きな課題となっている。医療機関は診療報酬の大幅な増額は望むことができず、医師不足も相まって病院経営は非常に厳しい環境に置かれている。こうした状況から、病院施設数は平成 11 年以降の過去 11 年間で▲616 病院（▲7%）減少し、そのほとんどが小規模の民間病院（医療法人・個人立の病院）である。

我が国では 200 床未満の民間病院が全病院数の過半数を占め、1～2 次医療の提供や急性期を脱した患者に対する回復期・慢性期医療の提供面で重要な役割を果たしている。しかしながら、医師の絶対数の不足、地域間・診療科間の医師の偏在、大病院への集中等の要因により、中小病院の医師採用環境は非常に難しい局面にある。

経営を立て直すにも自院単独でのスタッフ増員は容易でなく、結果としてダウンサイジングを余儀なくされる事例や実質的な経営破綻に追い込まれる事例が数多く見受けられ、経営統合に踏み切る場合もある。

本章では、このような経営難や経営統合が起こる背景を「1. 医療機関数」、「2. 経営状況」、「3. 医師採用環境」の 3 つの視点から分析・整理する。

1. 医療機関数

(1) 開設者別病院数・病床数

我が国の医療提供主体は民間病院であり、過去 20 年の推移をみると総病院数のうち医療法人・個人の病院が占める割合は一貫して 70%を超えており、ここ 10 年は横ばいである（図表 1-1-1）。病院施設数は平成 2 年前後をピークに減少傾向を辿り、平成 11 年以降の過去 11 年間で民間病院（▲452 病院）を中心に▲616 病院が減少した。このうち、国・公的医療機関が占めるのは▲186 施設である。

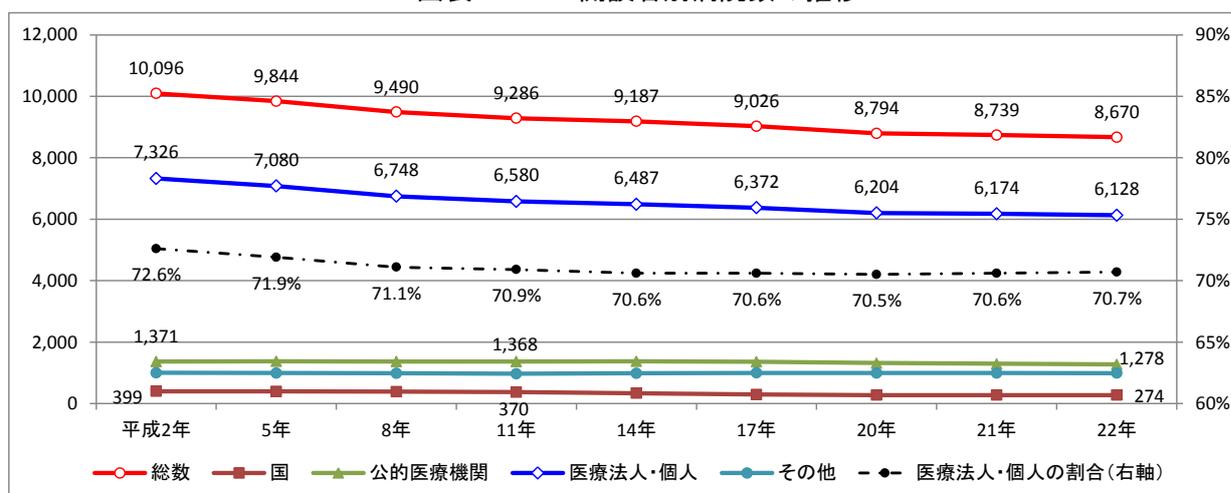
一方、病床数は、医療法人・個人の病院が占める割合は 55%程度で推移し、ここ 11 年間の総病床数の減少（▲5.5 万床）のうち医療法人・個人の病床減少は▲0.5 万床台にとどまる半面、国・公的医療機関の病床数の減少は▲5.1 万床を超えている（図表 1-1-2）。この結果、民間病院の 1 施設当たり平均病床数は 16%程度増加している。

昭和 60 年の第 1 次医療法改正において病床規制が定められたことから、その後数年間でいわゆる“駆け込み増床”が発生したが、平成 5 年以降は病院数・病床数ともに総数が減少している。

国や公的医療機関の病院数・病床数の減少は財政健全化や医療従事者（特に医師）の不足に伴う施設統廃合・機能再編が主因であり、経営難を契機とした病院閉鎖例や民間移譲例も見られる。

また、医療法人・個人立病院数の減少については、「第 2 章 病院統合事例の傾向」でみるように経営破綻や後継者難が主因と考えられるが、平成 18 年の第 5 次医療法改正や近年の診療報酬改定の傾向を鑑みると今後も厳しい経営環境が続く懸念がある。地域医療を維持する点ではダウンサイジングや閉院よりも経営統合が望ましく、病院数・病床数ともに過半数を占める医療法人・個人立病院の経営統合の事例分析や改善策を調査研究することにより、本調査の目的でもある医療機関の質的向上や健全な経営の安定化に資することができると考えられる。

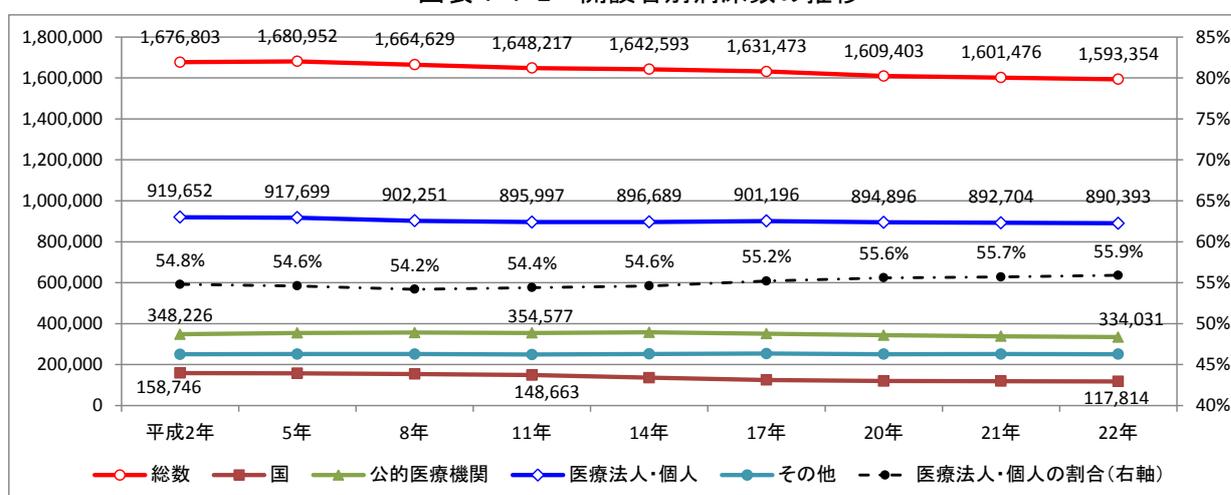
図表 1-1-1 開設者別病院数の推移



※国；厚生労働省・独立行政法人国立病院機構・国立大学法人・独立行政法人労働者健康福祉機構・その他、公的医療機関；都道府県・市町村・地方独立行政法人・日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会・北海道社会事業協会・厚生農業（医療）協同組合連合会・国民健康保険団体連合会、その他；社会保険関係団体・公益法人・私立学校法人・社会福祉法人・医療生協・会社・その他の法人を示す（本節において以下同様）。

※個人病院は平成2年には3,081病院あり医療法人・個人の40%超を占めていたが、平成22年には409病院（同7%）まで減少している。要因としては医療法人化や診療所化が考えられる。

図表 1-1-2 開設者別病床数の推移



資料；いずれも厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

(2) 病床規模別病院数・病床数

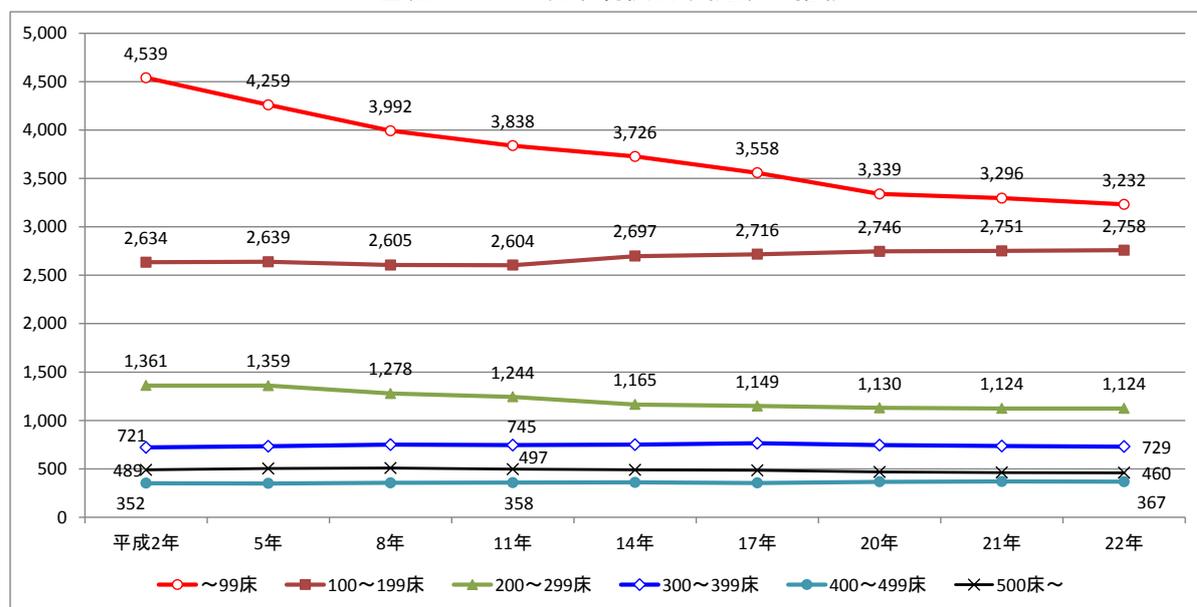
病院施設数の推移を病床規模別に見ると、99床以下の小規模病院数の減少が著しい。前述のとおり平成11年以降の過去11年間で▲616病院が減少しているが、これを病床規模別にみると99床以下は▲606病院であることから、施設減少分の98%が99床以下の病院であることがわかる。その他の病床規模については、100～199床の+154病院、200～299床の▲120病院が比較的大きな変動で、以下300～399床は▲16病院、400～499床は+9病院、500床以上は▲37病院となっている（図表1-1-3）。

一方、99床以下の病院の83%（2,694病院）、100～199床の病院の76%（2,088病院）が医

療法人・個人立病院であり、これだけで総病院数(8,670病院)の過半数を超える(図表1-1-4、図表1-1-5)。

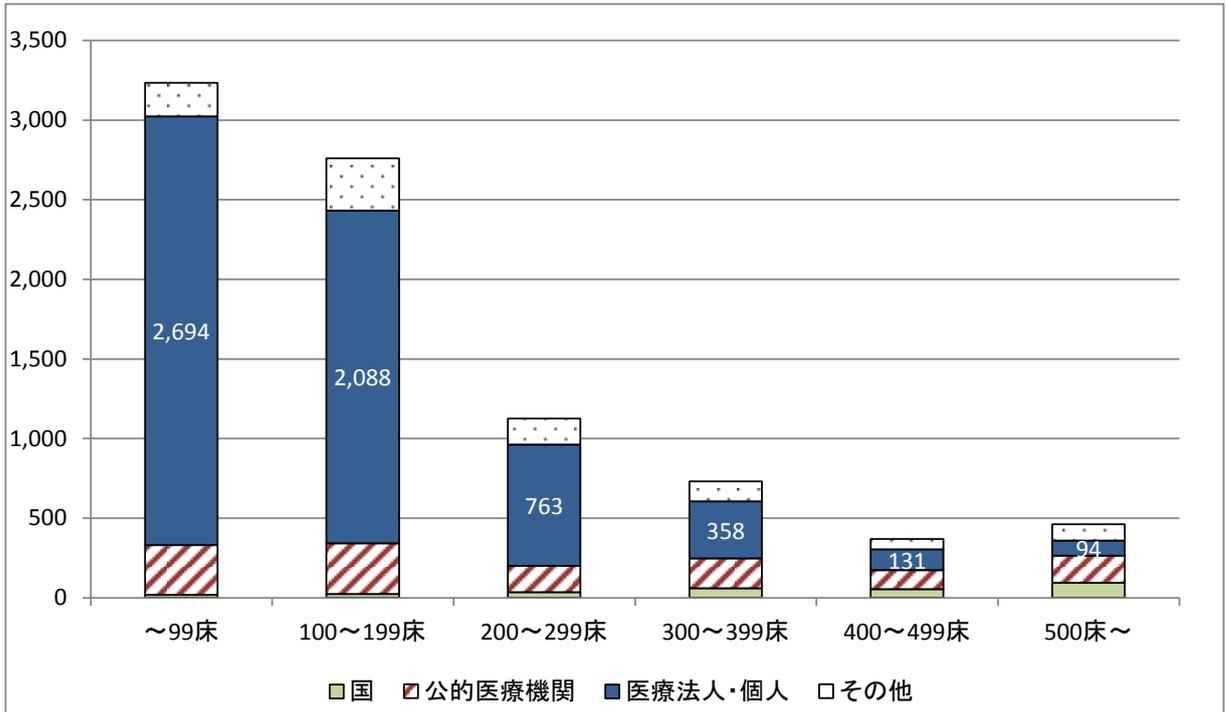
99床以下の民間病院を中心にダウンサイジングによる経営効率化を図っている可能性や病床移転をしている可能性がある」と推察される。

図表 1-1-3 病床規模別病院数の推移

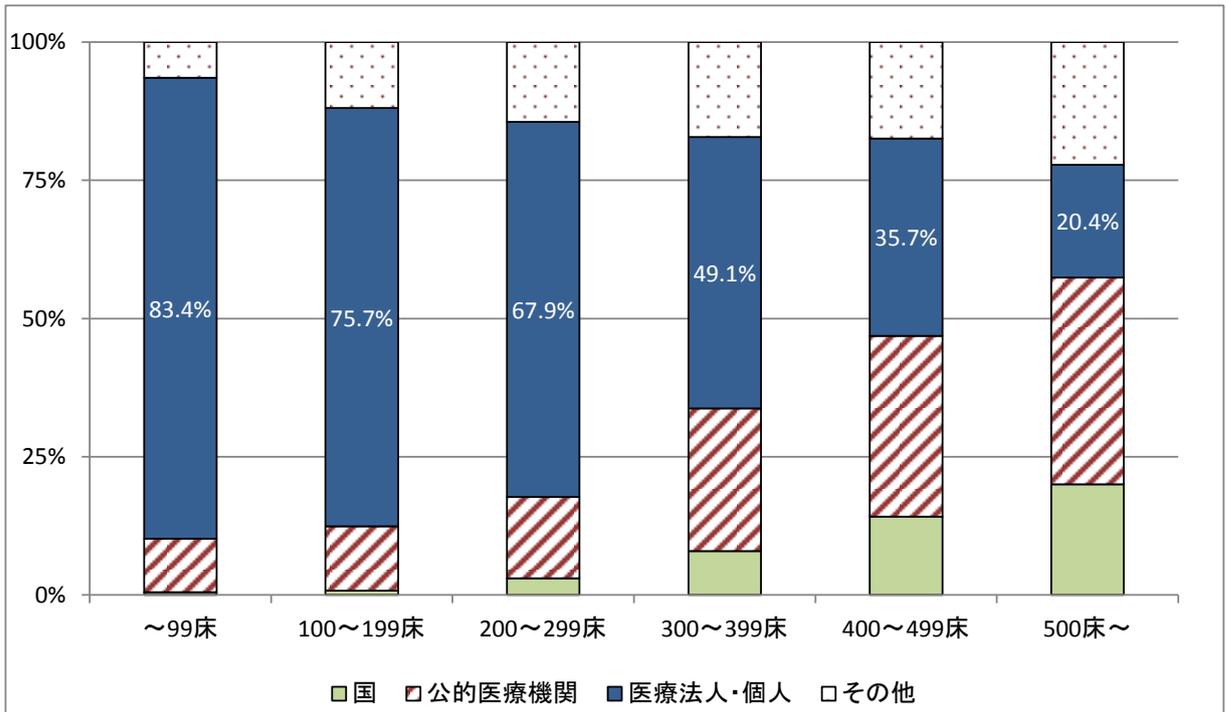


	平成2年	5年	8年	11年	14年	17年	20年	21年	22年
総数	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,794	8,739	8,670
20~29床	507	392	296	246	195	180	143	137	129
30~39床	659	591	528	474	438	396	348	335	330
40~49床	849	789	710	683	694	638	560	554	548
50~99床	2,524	2,487	2,458	2,435	2,399	2,344	2,288	2,270	2,225
(再掲:~99床)	4,539	4,259	3,992	3,838	3,726	3,558	3,339	3,296	3,232
100~149床	1,608	1,595	1,541	1,464	1,456	1,442	1,433	1,432	1,431
150~199床	1,026	1,044	1,064	1,140	1,241	1,274	1,313	1,319	1,327
(100~199床)	2,634	2,639	2,605	2,604	2,697	2,716	2,746	2,751	2,758
200~299床	1,361	1,359	1,278	1,244	1,165	1,149	1,130	1,124	1,124
300~399床	721	733	750	745	750	764	745	736	729
400~499床	352	350	356	358	360	354	366	370	367
500~599床	189	199	200	197	197	207	200	197	197
600~699床	119	127	132	132	127	123	115	115	115
700~799床	73	70	70	61	57	54	57	54	53
800~899床	36	33	31	34	35	34	33	34	33
900床以上	72	75	76	73	73	67	63	62	62
(500床~)	489	504	509	497	489	485	468	462	460

図表 1-1-4 病床規模別・開設者別病院数



図表 1-1-5 病床規模別・開設者別病院数構成割合



資料；いずれも前掲「医療施設調査」

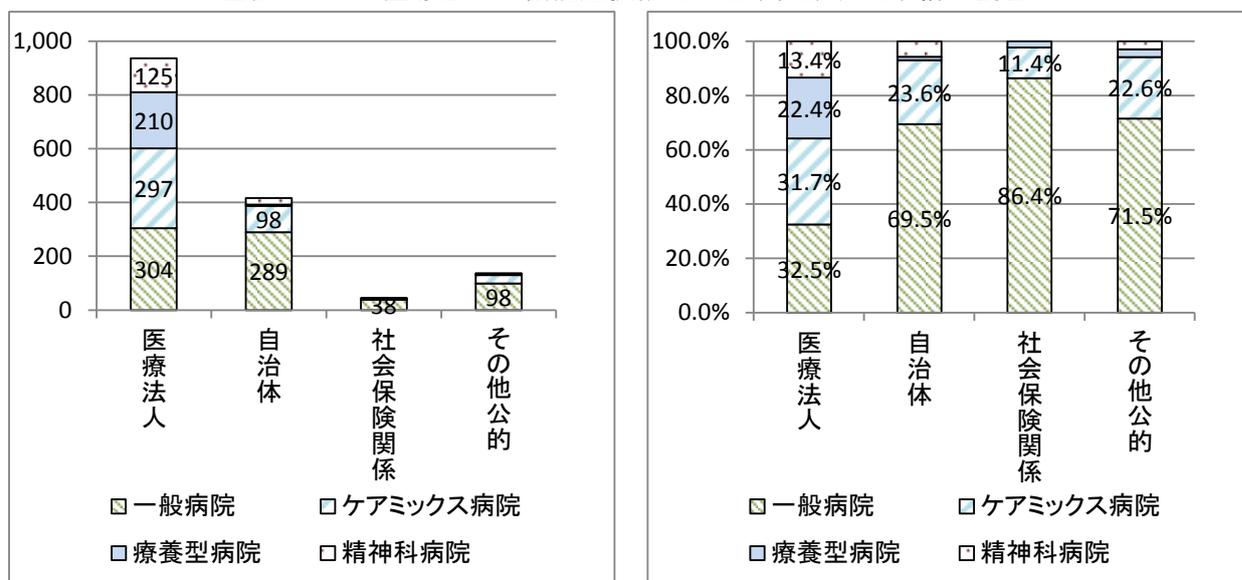
2. 経営状況

(1) 医療法人の機能選択傾向

国公立病院や社会保険関係の病院、日赤病院等のその他の公的な病院が一般病床中心であるのに対し、医療法人の場合は相対的にケアミックス病院や療養型病院の割合が高い（図表 1-2-1）。また、前項で確認したとおり、医療法人・個人立病院はほとんどが 200 床未満の中小病院である。

国公立病院等が急性期医療をはじめとした政策医療（不採算医療）を中・大規模病院によって提供している半面、医療法人は回復期や慢性期医療の担い手として地域医療を支えていることが多い。このため一般病院として分類されている病院でも、急性期としての一般病床（7 対 1 や 10 対 1 の一般病棟入院基本料等）ではなく、亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、精神療養病棟入院料等の特定入院料を主とした一般病床が多いと推察される。

図表 1-2-1 医療法人の機能選択傾向（左；実数、右；構成割合）



※自治体；都道府県・市町村・地方独立行政法人・特別地方公共団体、社会保険関係；全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団・船員保険会・国家公務員共済組合連合会・公立学校共済組合・その他、その他公的；日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会・北海道社会事業協会・厚生農業（医療）協同組合連合会・国民健康保険団体連合会を示す。

※一般病院；一般病床が全体の 80%以上を占める病院、療養型病院；療養病床が全体の 80%以上を占める病院、精神科病院；精神病床が全体の 80%以上を占める病院、ケアミックス病院；その他の病院。

資料；厚生労働省「平成 21 年度病院経営管理指標」

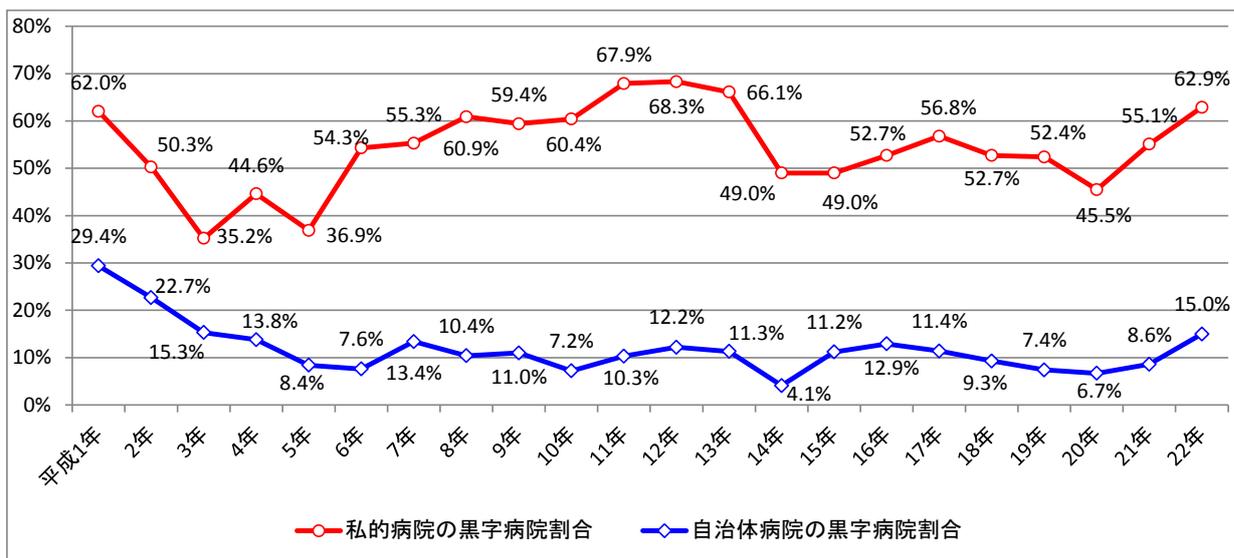
(2) 医療法人の経営状況

自治体病院は従来から赤字病院の割合が高かったが、診療報酬がマイナス改定された平成 14 年度以降は私的病院も経営難が顕著となった。さらに平成 18 年度のマイナス改定が追い討ちをかけた格好で経営状態が悪化している（図表 1-2-2、図表 1-2-3）。

平成 22 年度診療報酬改定では 10 年ぶりのプラス改定に転じ、病院経営にとってはもちろん

追い風となるが、このプラス分は急性期病院への手当てに回る部分が多いため、回復期や慢性期を主体とする医療法人等の病院にとっては依然厳しい状況であることに変わりはない。医療法人・個人立病院の減少傾向が続いていること（図表 1-1-1）を勘案すると、引き続き経営統合等の対策が必要と考えられる。

図表 1-2-2 私的病院と自治体病院の黒字病院割合の推移

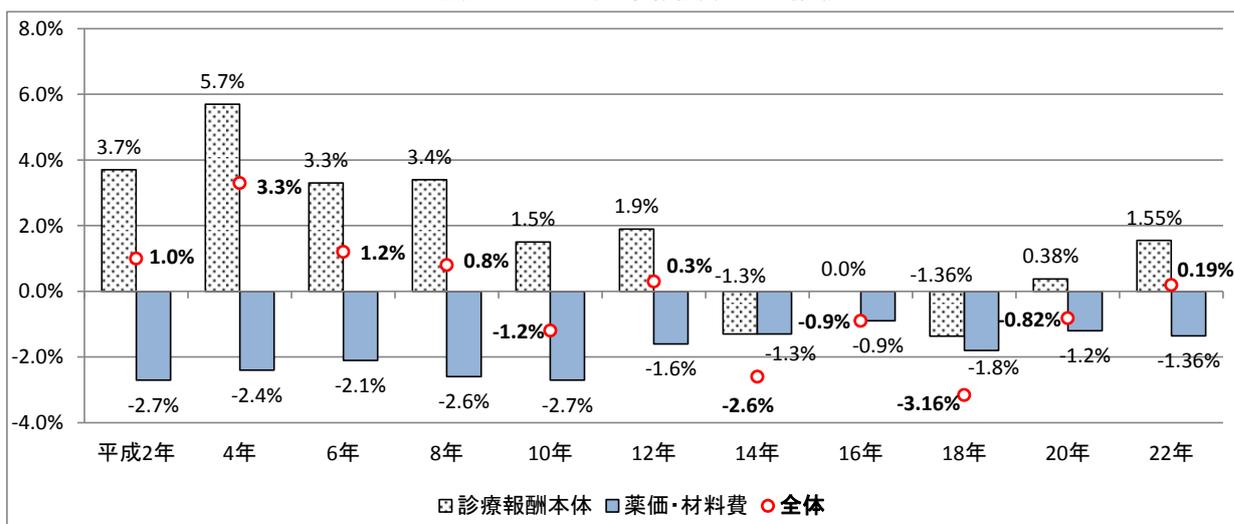


※自治体病院；都道府県・政令指定都市・市町村・組合、私的病院；公益法人・社会福祉法人・医療法人・個人を示す。

※自治体病院の不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。

資料；全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告」

図表 1-2-3 診療報酬改定の推移

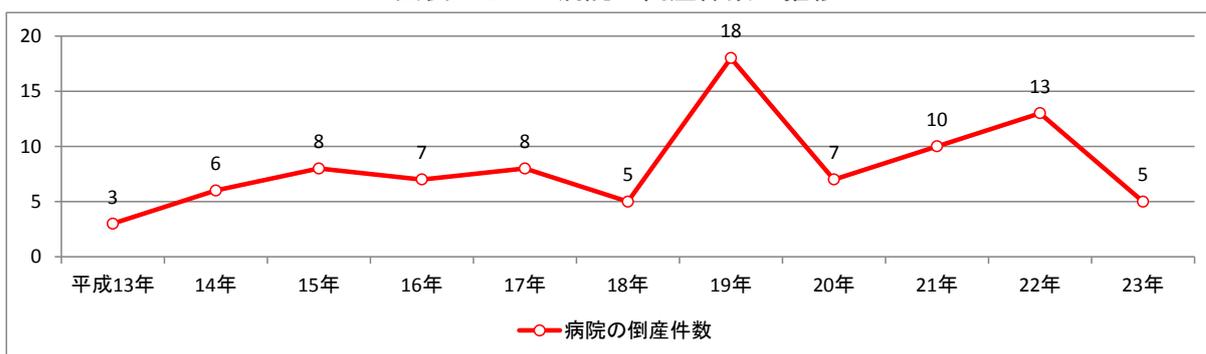


(3) 病院の倒産状況

医療法人等の倒産件数（民事再生と破産の合計）は年度によって差はあるものの、過去 10 年間の平均は 9 件に過ぎず、6,000 を超える医療法人・個人立病院数に比すると微々たる件数である（図表 1-2-4）。

つまり、病院施設数の減少は法人倒産による影響は軽微であり、自主廃業（閉院）、診療所へのダウンサイジング、施設統廃合を伴う経営統合のいずれかによるものと考えられるが、統計資料がないため内訳は不詳である。

図表 1-2-4 病院の倒産件数の推移



資料；株式会社帝国データバンク「特別企画：医療機関・老人福祉事業者の倒産動向調査」

3. 医師採用環境

医療機関が統合を行う背景のひとつである医師採用難は、医師の業務量及び質の変化、医師の偏在に起因していると考えられる。

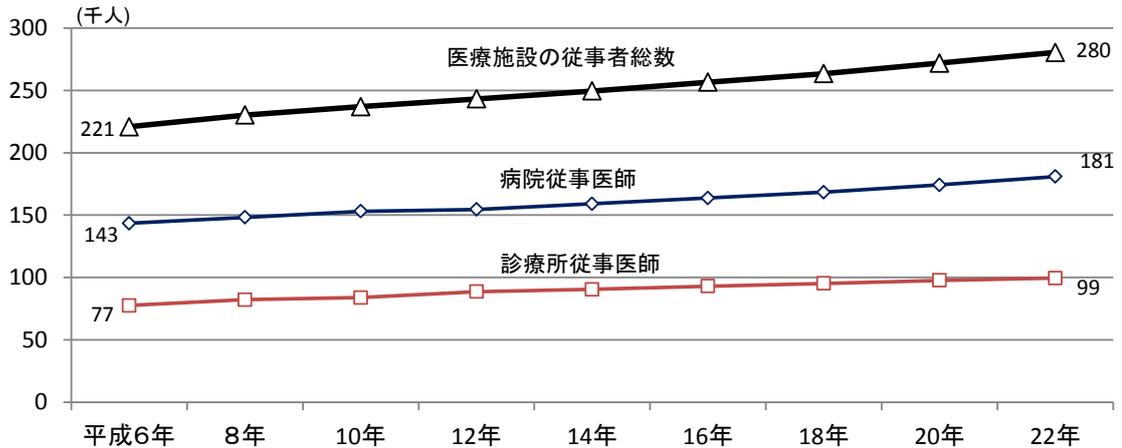
医師の業務量は増えており、業務の複雑化・専門化も進んでいる。そのため、病院に勤める医師数は増えてはいるが、業務量の増加や複雑化に追い付いておらず医師不足が発生していると考えられる。また、大都市や大規模病院へ医師が集中する傾向があるため、地方の中小病院は医師採用難に直面している。

(1) 医師数の推移

医療施設従事医師数は平成 6 年の 22 万人から平成 22 年の 28 万人へと 6 万人増加しており、病院従事医師もこの間に 4 万人弱の増加を見ている（図表 1-3-1）。入院・外来患者とも近年は漸減傾向にあり（図表 1-3-2）、医師数対患者数は改善傾向にある。

なお、診療所従事医師も増加しているが、診療所従事医師割合（診療所従事医師/病院従事医師）は 0.5 倍台で推移しており、開業医志向が強まっているとはいえない（図表 1-3-3）。

図表 1-3-1 従事先別医師数の推移

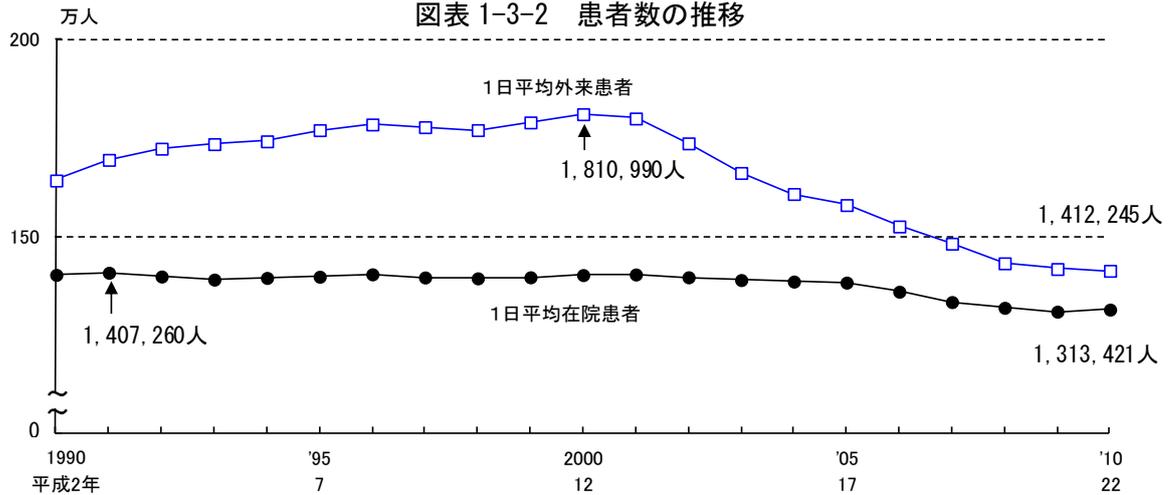


※病院従事医師の対象は、病院の開設者又は法人の代表者、病院の勤務者（医育機関附属の病院を除く）、医育機関附属の病院の勤務者（臨床系の教官又は教員、臨床系の教官又は教員以外の従事者）を指す。

※診療所従事医師の対象は、開設者又は法人の代表者、勤務者を指す。

資料；厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

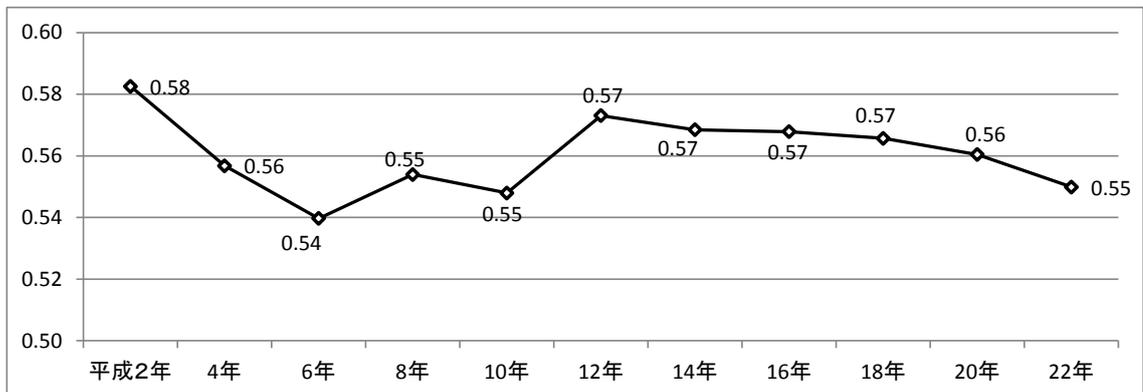
図表 1-3-2 患者数の推移



注：1日平均外来患者数は、現行の算出式で再計算したため、平成11年までの報告書と一致しない。

資料；厚生労働省「平成 22 年 病院報告」

図表 1-3-3 診療所従事医師割合（診療所従事医師/病院従事医師）



※病院従事医師、診療所従事医師の定義は図表 1-3-1 と同じ。

資料；厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

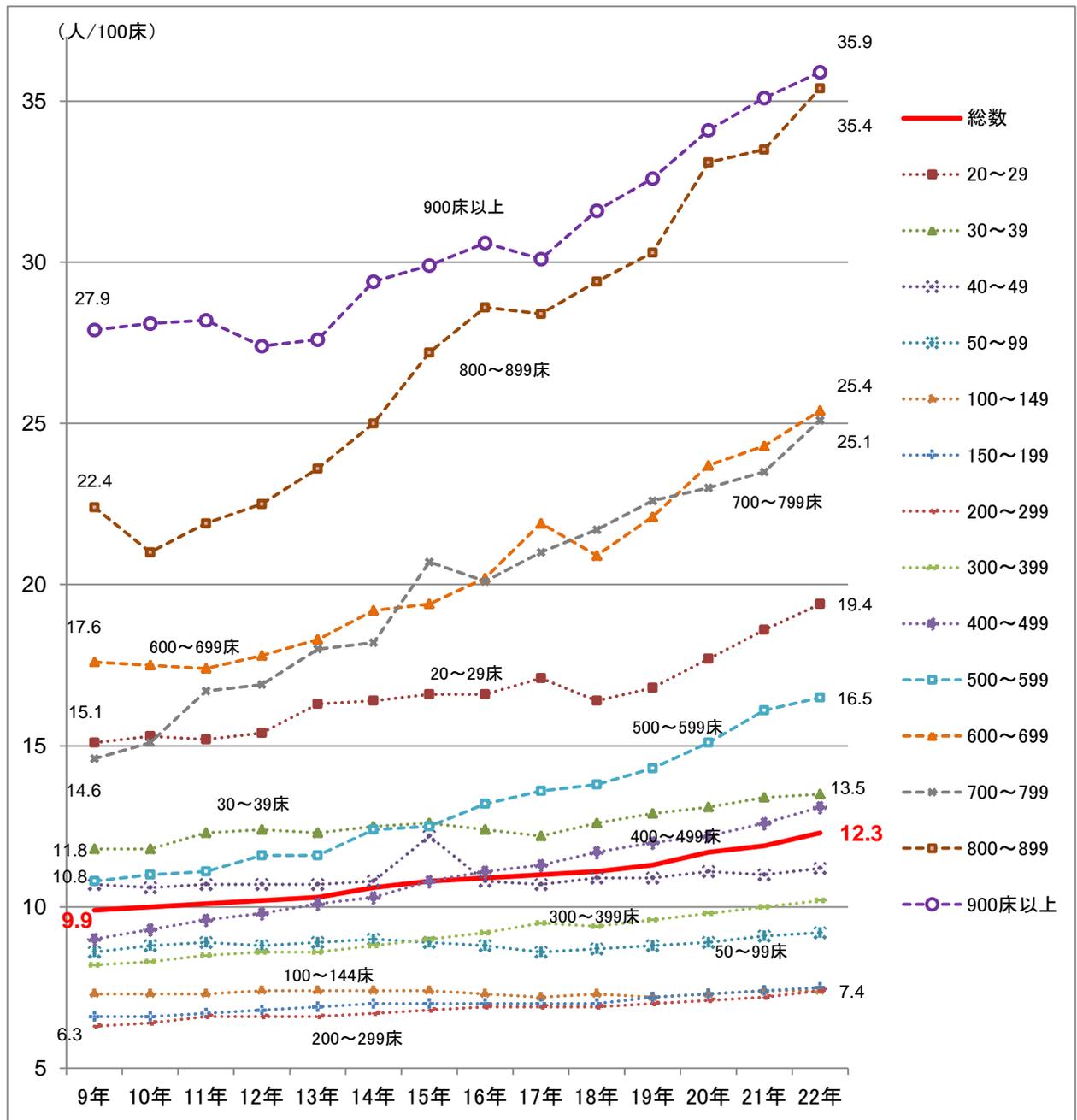
(2) 医師の業務量及び質的变化

一般病床における平均在院日数は年々短縮しており、平成11年の25.2日から平成22年には18.2日まで3割短縮している。一方で、新患者数が増えており、同じ病床数でも処置・手術等の医師が関わる医療行為が増大するとともに高度化し、医師の業務量が増加しているものと考えられる。また、電子カルテの入力や事務作業の増加も医師の業務過多の一因とされる。

実際、800床以上の大規模病院をはじめ、すべての病床規模の病院で100床当たりの医師数は増加しており、総数平均では13年間に2.4人増加した。(図表1-3-4)

病床規模別の医師の不足感は300床規模未満の病院で強い(図表1-3-5)。

図表1-3-4 病床規模別100床当たり医師数



病床数	平成 9年	10 年	11 年	12 年	13 年	14 年	15 年	16 年	17 年	18 年	19 年	20 年	21 年	22 年
総数	9.9	10.0	10.1	10.2	10.3	10.6	10.8	10.9	11.0	11.1	11.3	11.7	11.9	12.3
20～29床	15.1	15.3	15.2	15.4	16.3	16.4	16.6	16.6	17.1	16.4	16.8	17.7	18.6	19.4
30～39床	11.8	11.8	12.3	12.4	12.3	12.5	12.6	12.4	12.2	12.6	12.9	13.1	13.4	13.5
40～49床	10.7	10.6	10.7	10.7	10.7	10.8	12.2	10.8	10.7	10.9	10.9	11.1	11.0	11.2
50～99床	8.6	8.8	8.9	8.8	8.9	9.0	8.9	8.8	8.6	8.7	8.8	8.9	9.1	9.2
100～149床	7.3	7.3	7.3	7.4	7.4	7.4	7.4	7.3	7.2	7.3	7.2	7.3	7.4	7.4
150～199床	6.6	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.2	7.3	7.4	7.5
200～299床	6.3	6.4	6.6	6.6	6.6	6.7	6.8	6.9	6.9	6.9	7.0	7.1	7.2	7.4
300～399床	8.2	8.3	8.5	8.6	8.6	8.8	9.0	9.2	9.5	9.4	9.6	9.8	10.0	10.2
400～499床	9.0	9.3	9.6	9.8	10.1	10.3	10.8	11.1	11.3	11.7	12.0	12.2	12.6	13.1
500～599床	10.8	11.0	11.1	11.6	11.6	12.4	12.5	13.2	13.6	13.8	14.3	15.1	16.1	16.5
600～699床	17.6	17.5	17.4	17.8	18.3	19.2	19.4	20.2	21.9	20.9	22.1	23.7	24.3	25.4
700～799床	14.6	15.1	16.7	16.9	18.0	18.2	20.7	20.1	21.0	21.7	22.6	23.0	23.5	25.1
800～899床	22.4	21.0	21.9	22.5	23.6	25.0	27.2	28.6	28.4	29.4	30.3	33.1	33.5	35.4
900床以上	27.9	28.1	28.2	27.4	27.6	29.4	29.9	30.6	30.1	31.6	32.6	34.1	35.1	35.9

資料；厚生労働省「平成22年 医療施設調査」

図表 1-3-5 病床規模別医師の不足感

病床規模(床)	現員医師数A	必要医師数B	倍率(A+B)/A
20～99	17,459.3	3,158.6	1.18
100～199	26,838.2	5,808.9	1.22
200～299	19,342.9	4,081	1.21
300～399	20,623.7	3,536.5	1.17
400～499	17,130.6	2,181.5	1.13
500床以上	63,643.4	4,869.4	1.08

※必要医師数は求人医師数・非求人医師数計の医療機関で不足している医師数

資料；厚生労働省「平成22年 病院等における必要医師数実態調査」

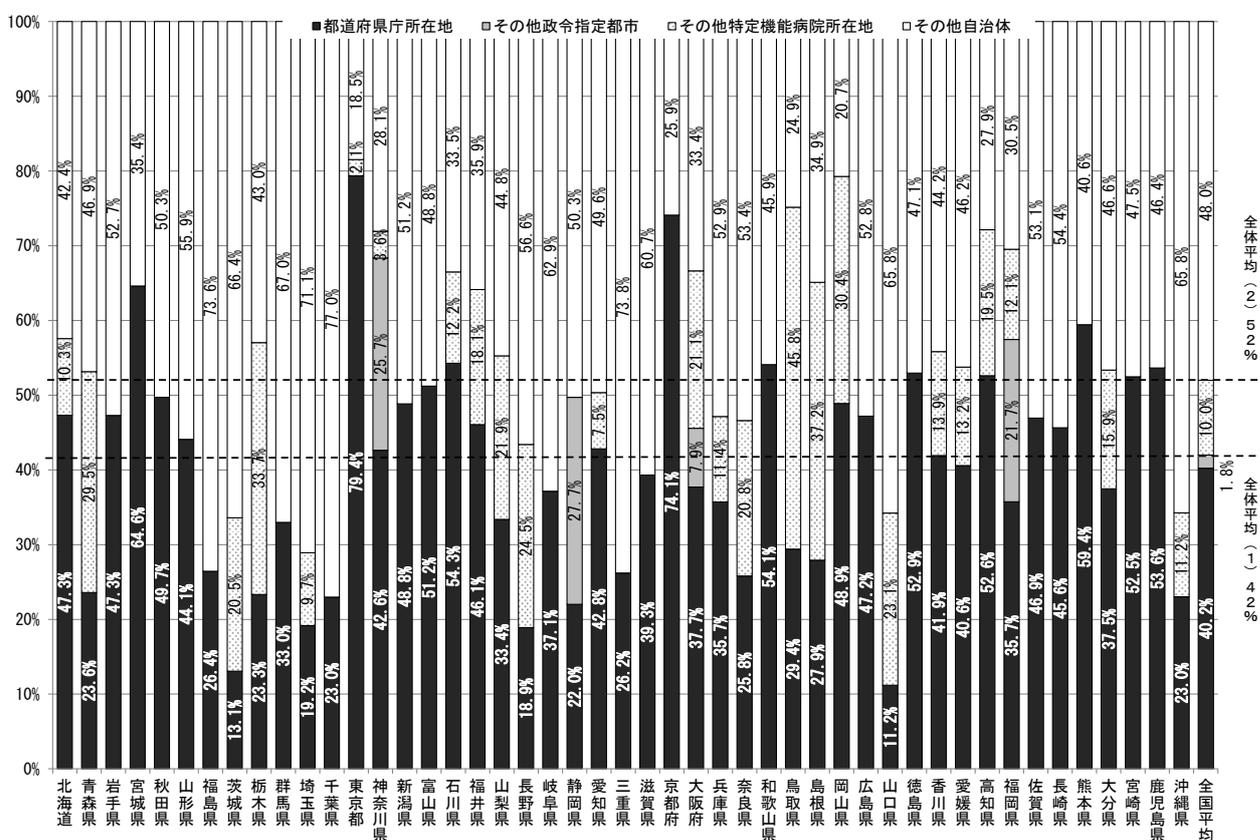
(3) 医師の地域的偏在

医師は都道府県庁所在地と政令指定都市ならびに特定機能病院が存在する都市に集中する傾向がみられる(図表 1-3-6)。都道府県庁所在地とそれ以外の政令指定都市の医療施設(病院・診療所)に従事する医師数割合は全国平均で42%(図表中の全体平均(1))である。都道府県別にみると東京都(79.4%)、京都府(74.1%)、神奈川県(68.3%)が高く、長野県(18.9%)、茨城県(13.1%)、山口県(11.2%)が低い。県庁所在地と政令指定都市の病院従事医師割合が低い県は、大学病院や基幹病院がその他の地域に所在している。例えば山口県では、基幹病院である山口大学医学部附属病院(宇部市)、山口県立総合医療センター(防府市)、関門医療センター(下関市)、徳山中央病院(周南市)、岩国医療センター(岩国市)が山口市以外に分

散しているため、県庁所在地への医師集中が全国で最も低い。

都道府県庁所在地とそれ以外の政令指定都市、ならびにそれ以外の特定機能病院が所在する都市の医療施設（病院・診療所）に勤務する医師数割合は全国平均で 52%（図表中の全体平均（2））である。都道府県別にみると東京都（81.5%）、岡山県（79.3%）、鳥取県（75.1%）が高く、福島県（26.4%）、三重県（26.2%）、千葉県（23.0%）が低い。千葉県には千葉大学医学部附属病院（千葉市）以外に日本医科大学千葉北総病院（印西市）、東京女子医科大学八千代医療センター（八千代市）、東京慈恵会医科大学附属柏病院（柏市）、順天堂大学医学部附属浦安病院（浦安市）等の大学関連病院があるため医師の集中度が低くなっている。逆に、鳥取県や岡山県は県庁所在地の外に鳥取大学医学部附属病院（米子市）や川崎医科大学附属病院（倉敷市）等の大学病院（医育機関）があるため特定機能病院所在地において医師の集中度が高い。

図表 1-3-6 都道府県別の医師の従事地割合



※全国平均は 47 都道府県の従事地割合の単純平均である。

※全国平均（1）は「都道府県庁所在地」と「その他政令指定都市」の合計値、全国平均（2）は（1）に「その他特定機能病院所在地」を加えた値を示す。

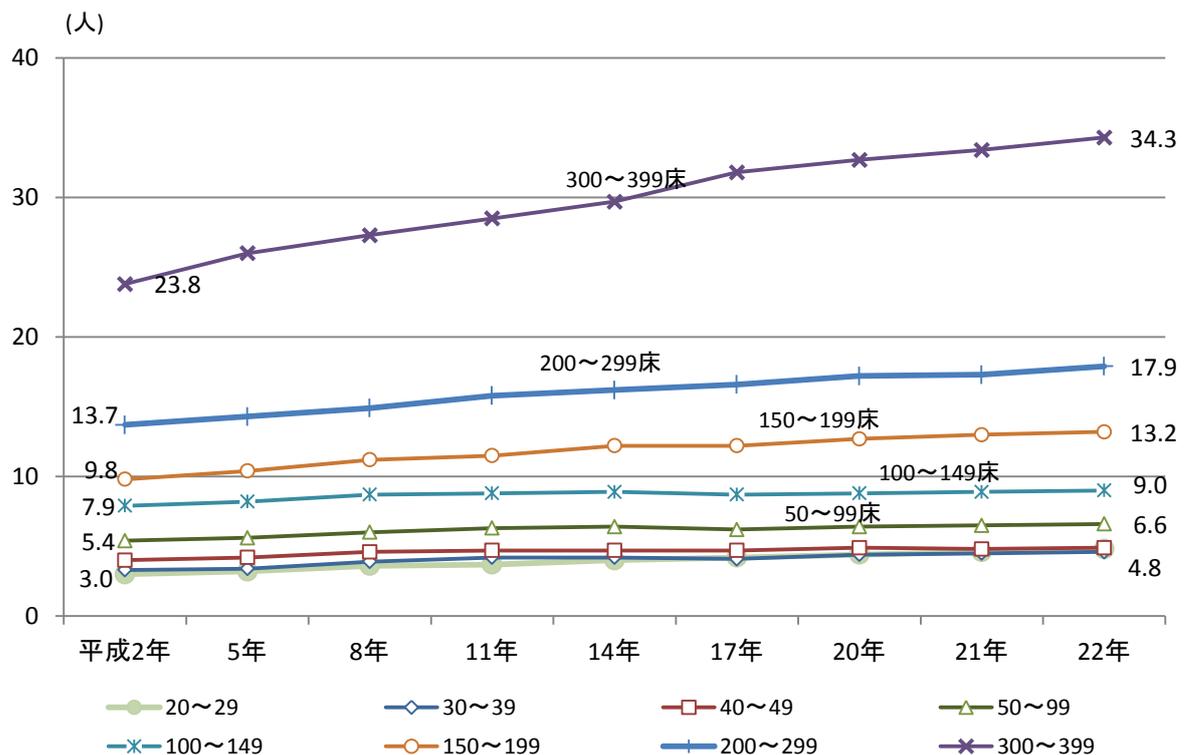
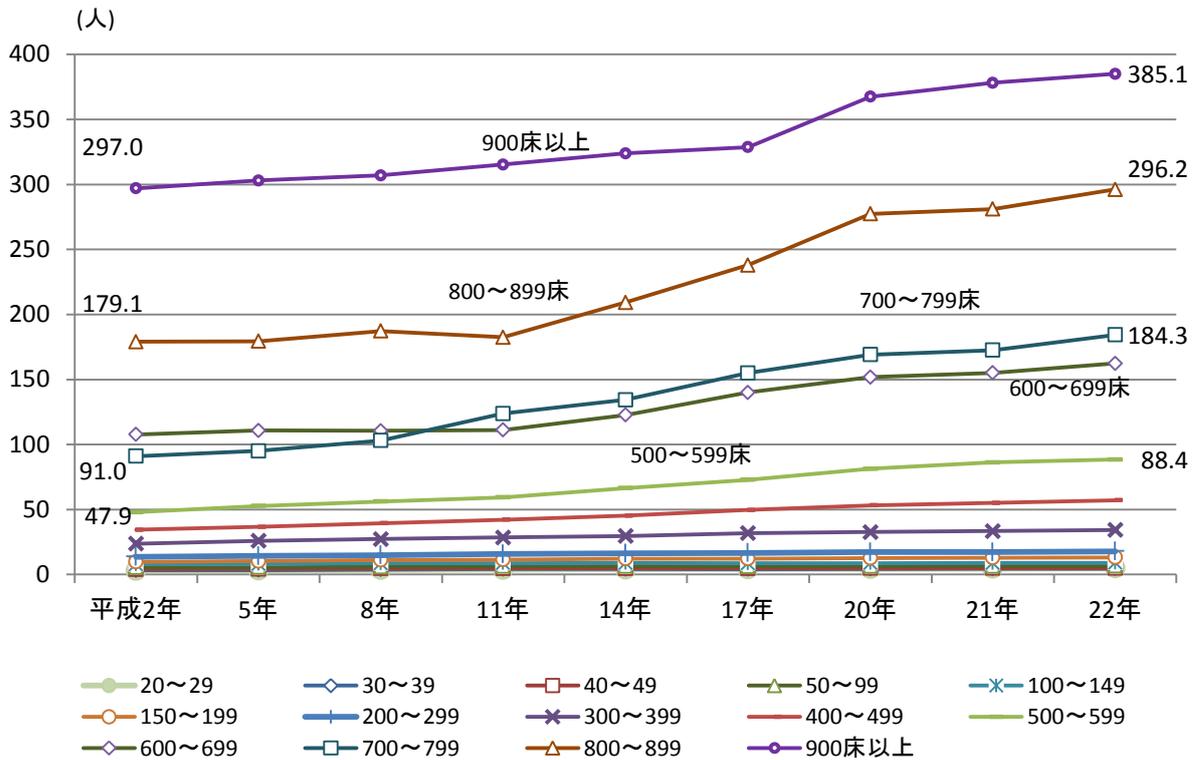
	都道府県庁所在地	その他政令指定都市	その他特定機能病院 所在地	その他自治体
北海道	47.3%		10.3%	42.4%
青森県	23.6%		29.5%	46.9%
岩手県	47.3%			52.7%
宮城県	64.6%			35.4%
秋田県	49.7%			50.3%
山形県	44.1%			55.9%
福島県	26.4%			73.6%
茨城県	13.1%		20.5%	66.4%
栃木県	23.3%		33.7%	43.0%
群馬県	33.0%			67.0%
埼玉県	19.2%		9.7%	71.1%
千葉県	23.0%			77.0%
東京都	79.4%		2.1%	18.5%
神奈川県	42.6%	25.7%	3.6%	28.1%
新潟県	48.8%			51.2%
富山県	51.2%			48.8%
石川県	54.3%		12.2%	33.5%
福井県	46.1%		18.1%	35.9%
山梨県	33.4%		21.9%	44.8%
長野県	18.9%		24.5%	56.6%
岐阜県	37.1%			62.9%
静岡県	22.0%	27.7%		50.3%
愛知県	42.8%		7.5%	49.6%
三重県	26.2%			73.8%
滋賀県	39.3%			60.7%
京都府	74.1%			25.9%
大阪府	37.7%	7.9%	21.1%	33.4%
兵庫県	35.7%		11.4%	52.9%
奈良県	25.8%		20.8%	53.4%
和歌山県	54.1%			45.9%
鳥取県	29.4%		45.8%	24.9%
島根県	27.9%		37.2%	34.9%
岡山県	48.9%		30.4%	20.7%
広島県	47.2%			52.8%
山口県	11.2%		23.1%	65.8%
徳島県	52.9%			47.1%
香川県	41.9%		13.9%	44.2%
愛媛県	40.6%		13.2%	46.2%
高知県	52.6%		19.5%	27.9%
福岡県	35.7%	21.7%	12.1%	30.5%
佐賀県	46.9%			53.1%
長崎県	45.6%			54.4%
熊本県	59.4%			40.6%
大分県	37.5%		15.9%	46.6%
宮崎県	52.5%			47.5%
鹿児島県	53.6%			46.4%
沖縄県	23.0%		11.2%	65.8%
全国平均	40.2%	1.8%	10.0%	48.0%

資料；厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」

(4) 医師の大規模病院への集中

病床規模別1病院当たり医師数の推移をみると、平成2年から22年の20年間で病院全体平均は54%増加している。700～799床の病院は1病院当たり医師数が91人から184人に103%増加する等、大規模病院を中心に医師数が増加している(病床規模別病院数は図表1-1-3参照)。

図表 1-3-7 病床規模別1病院当たり医師数の推移(上; 全件、下; 左軸0~40人部分拡大)



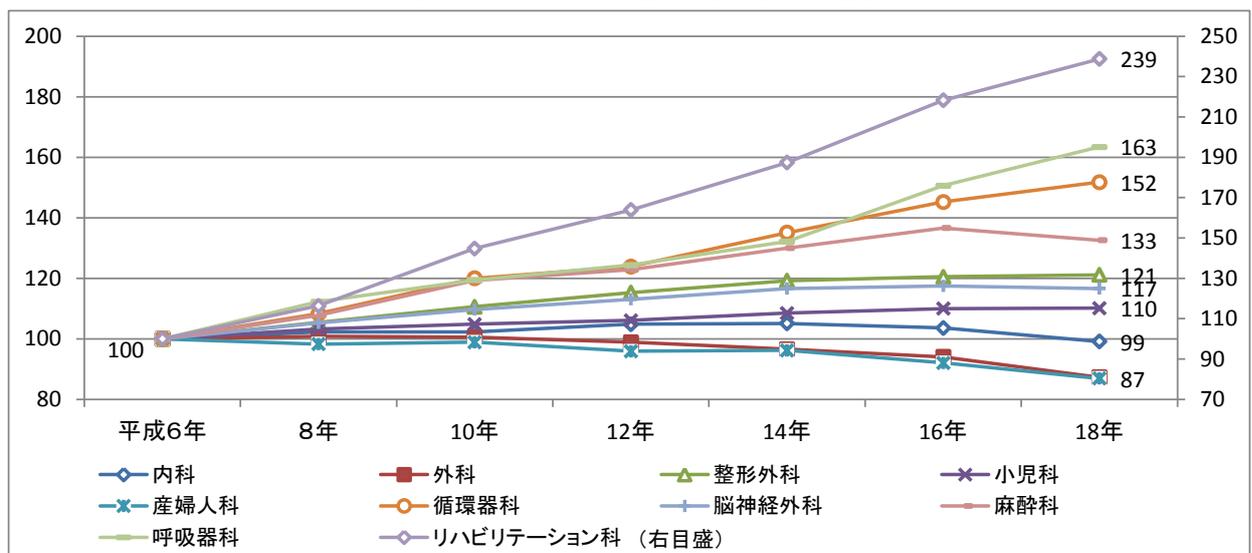
	平成 2年	5年	8年	11年	14年	17年	20年	21年	22年
総数	14.6	15.8	17.1	17.9	19.0	19.9	21.4	21.9	22.5
20～29床	3.0	3.2	3.6	3.7	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8
30～39床	3.3	3.4	3.9	4.2	4.2	4.1	4.4	4.5	4.6
40～49床	4.0	4.2	4.6	4.7	4.7	4.7	4.9	4.8	4.9
50～99床	5.4	5.6	6.0	6.3	6.4	6.2	6.4	6.5	6.6
100～149床	7.9	8.2	8.7	8.8	8.9	8.7	8.8	8.9	9.0
150～199床	9.8	10.4	11.2	11.5	12.2	12.2	12.7	13.0	13.2
200～299床	13.7	14.3	14.9	15.8	16.2	16.6	17.2	17.3	17.9
300～399床	23.8	26.0	27.3	28.5	29.7	31.8	32.7	33.4	34.3
400～499床	34.4	36.7	39.5	42.2	45.2	49.6	53.2	55.1	57.2
500～599床	47.9	52.7	56.1	59.3	66.5	72.9	81.3	86.2	88.4
600～699床	107.7	110.8	110.5	111.1	122.7	140.0	151.8	155.1	162.3
700～799床	91.0	95.1	103.0	123.8	134.4	155.0	169.1	172.6	184.3
800～899床	179.1	179.4	187.3	182.5	209.2	238.0	277.4	281.1	296.2
900床以上	297.0	303.0	307.0	315.3	323.9	328.7	367.5	378.2	385.1

資料；厚生労働省「平成22年 医療施設調査」

(5) 診療科別医師数の推移

主たる診療科別医師数の推移を平成6年を100として指標をみると、リハビリテーション科が236に急増する一方、外科と産婦人科が87に低下する等、診療科別に医師の増減状況が異なる。

図表 1-3-8 診療科別医師数指標の推移



※平成20年から統計上の診療科区分が変更になったため18年まで掲示

資料；厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

第2章 病院統合事例の傾向

1. 収集統合事例の傾向

(1) 経営統合とは

「経営統合」に定義はないが、狭義には合併、持株会社、子会社化を指し、広義には提携（業務提携、資本提携）を加えることが多いようである。近年は民間企業の資金が潤沢なこともあり、M&Aによる経営統合が盛んで「経営統合」の派生型が増えている。

本調査は経営統合の類型を説くものではないし、そもそも利益の最大化を目指し、資金調達や出資・買収に対する制約が緩い民間企業と非営利目的で資金調達や出資・配当に制約がある医療法人等を同列に論じるのは適切ではない。医療法人制度は、その営利性については剰余金の配当を禁止することにより、営利法人たることを否定されており、この点で商法上の会社と区別されている¹。医療法人制度が非営利性を担保しながら医療の永続性・継続性を確保することを目的とした特別の法人として設けられている以上、民間企業と同等の経営統合形態を取ることは自ずと制約が生じる。

よって、ここでは、あくまでも参考として、あえて経営統合の範疇を民間企業と医療法人等の相違点を示しながら、民間企業の経営統合形態と経営統合プロセスを概観する。

① 民間企業の経営統合形態と経営統合プロセス

a) 経営統合形態

民間企業は新株発行による自己資本増強、社債発行による他人資本（借入）調達が可能であり、また経営統合においても株式譲渡、新株引受（第三者割付増資等）、株式交換等の方法により企業ないしは事業の譲渡・移転を行うのが容易である。このため、経営統合形態は派生型も含めて多種多様である。

統合後の経営の自由度が担保される順に「提携」「グループ化」「合併」「譲渡」に大別すると図表 2-1-1 に示す類型分類ができる。

¹ 昭和 25 年厚生省発医第 98 号厚生事務次官通知

図表 2-1-1 民間企業における経営統合類型

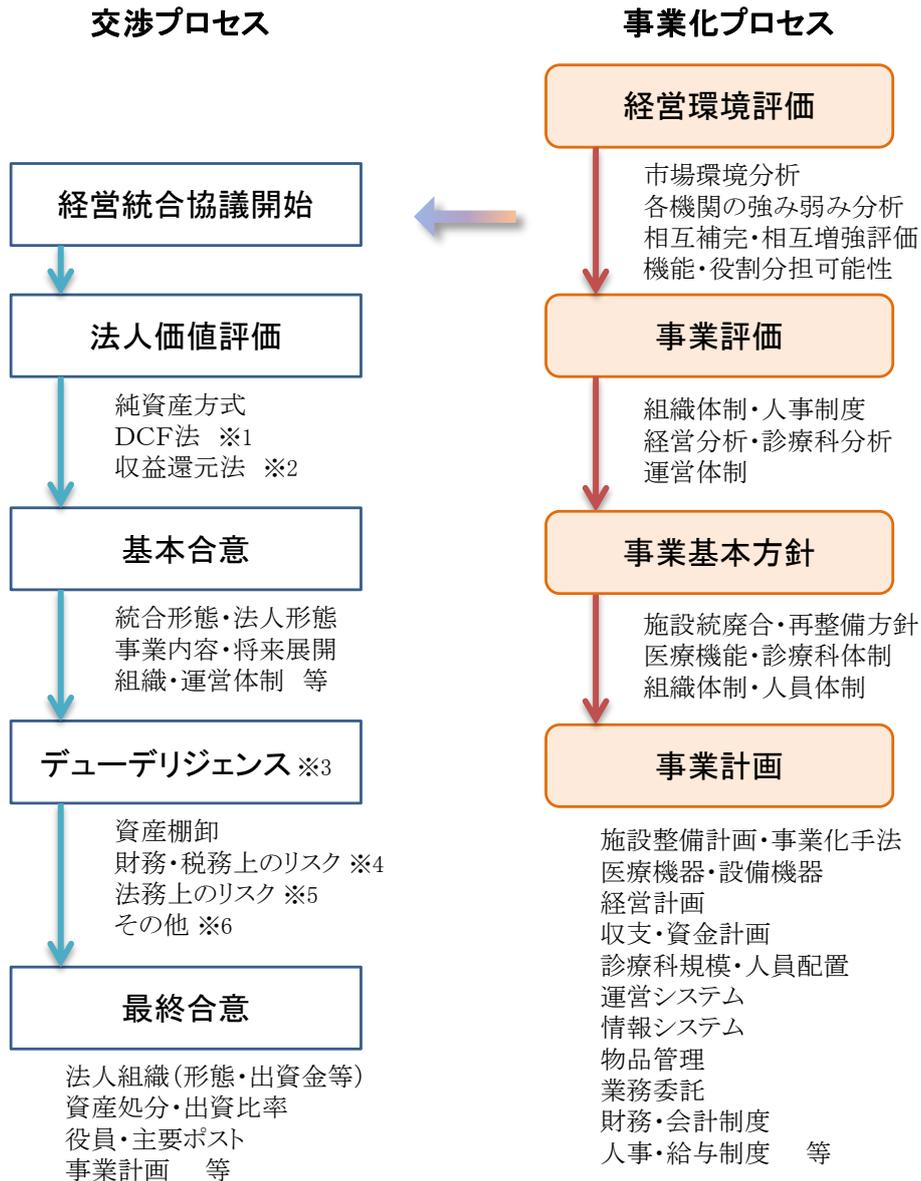
統合パターン		民間企業事例
提携	①業務提携 独立性を維持したまま経営効率化のために業務上の協力関係を築く方式。技術協力や販売・購買協力が当たる。	・アサヒビールとキリンビールが共同配送 ・ソニーは Google と提携し、Android をベースとする OS 利用の Google TV を開発
	②資本提携 資本関係を築くことでさらに強固な協力関係を築く方式。開発、生産、販売等の機能強化のために資本提携する例がある。	・スズキとフォルクスワーゲンが資本提携 ・日産、ルノー、ダイムラーが相互出資の上、台車の共用化を図る
グループ化	③フランチャイズ 商標の利用、運営ノウハウ等の支援の代わりにロイヤリティーを徴収する仕組み。	コンビニチェーン店などにおけるフランチャイズ
	④系列化（グループ経営） 系列傘下の複数事業をグループとして経営。運営システム・情報システム等は統一化していないことが多い。資本提携の一種。	総合商社、日立等の大企業群が出資や取引を通じてグループ化
	⑤子会社化 他社や他社の一事業を買収し、子会社化。吸収合併ではなく、子会社化にとどめて子会社の経営独立性を保ち、本社と異なる給与体系を継続する等の狙いがある。	・日立メディコがアロカを買収し、子会社化 ・日本電産はトーソク、三協精機等を買収して子会社化
合併	⑥持株会社（ホールディングカンパニー）制 2以上の企業が共同で持株会社を設立し、傘下で既存組織を継承。組織合併の前段階として、あるいは業態の異なる会社をグループ経営する際等にこの形態を用いることもある。	・伊勢丹と三越が三越伊勢丹ホールディングスを設立し、両ブランドを温存 ・日本鋼管と川崎製鉄が対等合併し、JFEホールディングスを設立
	⑦法人合併 法人組織を1つに統合する。施設（工場等）も統廃合を行うケースもある。吸収合併と対等合併に大別される。	安田火災海上保険と日産火災海上保険が合併して株式会社損害保険ジャパンを設立
譲渡	⑧事業譲渡 事業者が市場から撤退する等の際して事業を第三者に譲渡。法人合併や出資を伴わない事業の売買のケースもある。	・ボーダフォンは日本市場から撤退し、ソフトバンクが事業継承 ・日本国有鉄道は不採算路線から撤退し、第三セクター等が事業継承

b) 経営統合プロセス

経営統合プロセスは交渉プロセスと統合後を見据えた事業化プロセスに大別できる。経営統合プロセスは程度の差こそあれ、医療法人等の経営統合にも通じる内容であり、図表2-1-2は医療法人に当てはめたものである。

交渉プロセスは主として統合先の医療法人の価値を評価する過程であり、事業化プロセスは統合後の事業価値を高め、統合後の事業を円滑に推進するための過程である。

図表 2-1-2 経営統合プロセス（医療法人を想定）



※1； Discounted Cash Flow 法の略。事業が将来生み出すキャッシュフローを現在価値に割り引いて事業の価値を算定する方法
 ※2； 不動産から将来得られるべき価値を現在価値に割り引いて不動産の価値を算定する方法
 ※3； 組織や事業活動面、財務面、法務面（契約や係争）の実態と問題点を把握するための調査
 ※4； 売掛金回収可能性、不良在庫、退職給付債務、債務保証等のリスク
 ※5； 職員・患者等との訴訟（可能性）等のリスク
 ※6； 土壌汚染等のリスク

② 医療法人等の経営統合

医療法人等は実質的に独立行政法人福祉医療機構や金融機関からの融資による資金調達方法が多く、かつ法人による出資や配当に制約があり、資金融資を得て統合先病院の土地・建物等を購入することが主流である。このような制度上の性格の違いから、民間企業のような多種多様の経営統合形態は取れない。民間企業の経営統合パターンのいくつかは医療法人等でも見られるが、大半は法人合併の形態を取る。

民間企業の経営統合との対比のために図表 2-1-1 を用いて医療法人等の経営統合事例を整理すると、医療法人等の経営統合形態は「業務提携」「系列化（グループ経営）」「合併」「譲渡」に限られることになる。

図表 2-1-3 医療法人等における経営統合類型

統合パターン		病院事例
提 携	①業務提携 医師不足対策としての診療機能分担、医師派遣、共同購買等。	・ 市立岸和田病院と市立貝塚病院の医師相互融通 ・ 地域医療機関が診療材料等を共同購買
	②資本提携 医療法人が他医療法人に出資。	
グ ル ー プ 化	③フランチャイズ 医療法人が商標の利用、運営ノウハウ等の支援の代わりにロイヤリティーを徴収。	
	④系列化（グループ経営） 系列傘下の複数法人をグループとして経営。	・ 上尾中央医科グループは複数の医療法人下の複数病院をグループ経営（出資による系列化ではない）
	⑤子会社化 他法人や他法人の病院を買収し、子会社化。	
合 併	⑥持株会社（ホールディングカンパニー）制 医療グループが異なる法人の複数の病院をチェーンオペレーション。	
	⑦法人合併 法人組織を1つに統合。病院施設も統廃合を行うケースもある。 吸収合併と対等合併に大別される。	※多数の事例がある
譲 渡	⑧事業譲渡 国公立病院等が事業を譲渡。	・ 国公立病院を民間に移譲

(2) 統合事例パターン

収集した 84 件の経営統合事例について統合対象法人に電話で簡易ヒアリングを実施し、統合理由と統合後の形態を確認した。

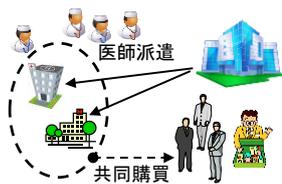
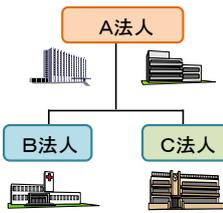
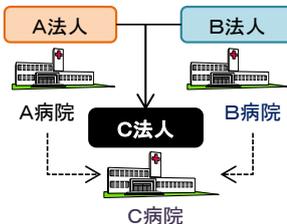
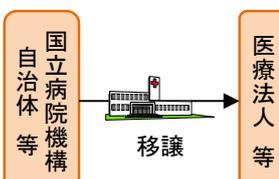
医療法人等の経営統合分類は「業務提携」「系列化（グループ化）」「合併」「譲渡」の 4 分類と統合理由の組合せが適切であると考えられる。

① 経営統合パターン別分類

経営統合は法人合併が中心であるが、複数法人を同一経営陣が経営する方式（系列型）もある。後者の系列型は、法人合併の前段階のケースもあれば、各法人下の医療機関の医療機能の違い等から処遇の統一等が難しいため別法人組織としているケースもあると推察される。

また、相互に独立性を保ったまま経営効率化等のために協力関係を築く業務提携も広義の経営統合とした（合併等の前に提携関係を築く可能性があるため）。ただし、収集事例では業務提携件数は限定的である。

図表 2-1-4 法人統合度合別パターン分類

統合パターン	概要
A 業務提携・業務支援型 	医師派遣、共同購買、情報システムなどの共同開発等の提携関係を構築。
B 系列型（グループ経営） 	経営は一法人が中心となっていくが、各法人は合併せずに元の法人を存続する。 ① 中堅病院同士が経営基盤強化のために元法人を存続したまま経営統合するパターンと、 ② 複数病院を保有する法人が他の医療法人の経営に関与するパターンがある。
C 法人合併型 	医療法人同士が合併して一法人となる、ないしは病院を譲り受けて一法人下で経営する。 吸収合併ケースと両法人の経営者が引き続き経営に携わる対等合併に近いケースがある。 なお、複数の医療機関を傘下に持つ医療法人同士が経営基盤強化やガバナンス強化のために合併するケースもある。
D 譲渡型 	独立行政法人国立病院機構や自治体等が国公立病院を民間移譲するケース。 民間法人が自治体に事業譲渡するケースは、厳密には法人を合併するわけではないので譲渡型と見ることができ、本報告書では法人合併型に分類している。

② 経営統合理由別分類

法人統合パターンごとに統合の背景別に救済統合型、経営基盤強化型、医療機能再編型の3つに小分類化して収集事例を分類したところ、収集 84 事例は法人合併型の救済統合型、経営基盤強化型に集中している。

なお、医療機能再編型は法人合併型にしか事例のない類型である。

図表 2-1-5 統合パターン・統合背景別事例数

統合パターン		小分類（統合背景）	概要	事例数	
A	業務提携・業務支援型	① 救済統合型	医師が不足している医療機関に医師を派遣するほか、病院間で共同購買や人事交流等により連携を図るもの。	3 件	5 件
		② 経営基盤強化型	情報システムの共同開発のほか、情報システムの一括管理等により連携を図るもの。	2 件	
B	系列型	① 救済統合型	グループの法人として、経営再建や後継者不足の解決を図るもの。	3 件	3 件
C	法人合併型	① 救済統合型	法人を合併し、経営再建や後継者不足の解決を図るもの。	24 件	50 件
		② 経営基盤強化型	法人を合併し、職員採用や資金調達などの経営基盤強化を図るもの。	10 件	
		③ 医療機能再編型	法人を合併し、病床移転など病院の医療機能再編を含む経営基盤強化を図るもの。	3 件	
			(統合理由不詳)	13 件	
D	譲渡型	(国公立病院の譲渡)		26 件	26 件

※統合理由不詳は電話ヒアリングに応じてもらえず、記事検索でも内容不明の事例

※国公立病院の譲渡は、本報告書の主対象ではないため、譲渡理由を分類しない

統合の背景・目的を系列型・法人合併型のいずれの形態で解決したかが分かるようにパターンの組合せを変えたのが下表である。

図表 2-1-6 統合背景・統合パターン別事例数（国公立病院の譲渡を除く）

統合背景	統合パターン	事例数	
① 救済統合型	A 業務提携・業務支援型	3 件	30 件
	B 系列型	3 件	
	C 法人合併型	24 件	
② 経営基盤強化型	A 業務提携・業務支援型	2 件	12 件
	B 系列型	0 件	
	C 法人合併型	10 件	
③ 医療機能再編型	A 業務提携・業務支援型	0 件	3 件
	B 系列型	0 件	
	C 法人合併型	3 件	
(背景不詳)		13 件	13 件

(3) 収集事例の傾向

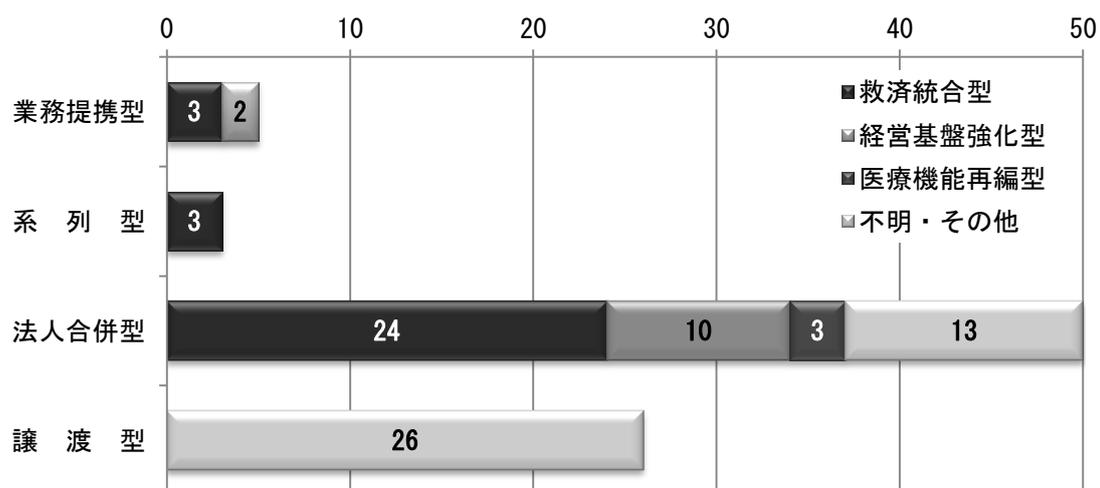
収集した 84 事例の傾向は次のとおりである。

① 統合パターンの傾向

統合事例のパターン分類は下図のとおり「法人合併型」が多い。

統合の背景による分類では「救済統合型」「経営基盤強化型」が多く、「医療機能再編型」は相対的に少ない。「医療機能再編型」は医療機能を大幅に再編するに際して経営統合を行うものであり、統合した医療法人内での病床移転を伴う例もある。

図表 2-1-7 統合パターン・統合背景別件数



② 医療圏の病床充足状況の影響

医療圏の病床充足状況が経営統合形態に及ぼす影響については、全国の医療圏の3分の2が過剰病床状況であるため明確な傾向は読み取れないが、同一法人の病院間での病床移転を伴うケースを含む「医療機能再編型」の3件中2件は病床過剰圏である。残り1件も70床程度の不足であり、増床は困難な状況であった。

③ 持ち分有無の影響

国公立病院移譲事例を除くと大半の法人が持ち分有りであり、被譲渡側の病院は数件を除いて持ち分有りであったため、持ち分有無が経営統合形態に及ぼす影響は不明である。

④ 医療圏をまたがる経営統合

法人を合併しない「系列型」は3件のうち2件は異なる医療圏で、残る1件は複数案件のある病院グループである。一方、「法人合併型」は法人同士の統合ではない国公立移譲を除く50件中、異なる医療圏は21件（42%）であり、サンプル数は少ないものの収集事例では異なる医療圏では「系列型」を選択する割合が高い。

また、「医療機能再編型」は3件中3件とも同一医療圏である。

図表 2-1-8 法人合併型の統合対象医療機関が属する医療圏

	救済統合型	経営基盤強化型	医療機能再編型	背景不明	法人合併型計
同一医療圏	16件	3件	3件	7件	29件
異なる医療圏	8件	7件	0件	6件	21件
異なる医療圏の割合	33%	70%	0%	46%	42%

⑤ 同一グループ内での法人合併

経営基盤強化を目的とする法人合併10件中半数の6件が同一グループ内での法人合併であった。経営安定化やガバナンス強化が目的であり、グループ内で組織の再編を行う傾向が見て取れる。

⑥ 地域医療再生計画による統合案件

経営統合に地域医療再生計画（再生基金）を活用する例もある。再生計画中に統合案件（基本的に施設統廃合を伴う）は17件あり、うち統合の相手方に民間病院が入っているケースは、舞鶴赤十字病院（当初は医師採用難の舞鶴市民病院が舞鶴赤十字病院、国立病院機構舞鶴医療センターと統合し新病院を設立する計画であったが、協力関係に変更）、下都賀総合病院（厚生連下都賀総合病院が下都賀郡医師会病院、民間病院と統合し新病院設立の計画）、大台厚生病院（三重県大台町国民健康保険報徳病院が厚生連大台厚生病院と統合する計画）、府中総合病院（厚生連府中総合病院が広島県府中市の府中北市民病院と統合し新病院設立の計画）がある。地域医療再生基金を活用することから、現在進行中（計画中、設計・建築中等）の案件がほとんどである。

⑦ 都道府県別の事例分布

サンプル数が少ないことから正確な傾向は分からないが、収集事例からは次の点が指摘できる。

- ・北海道の事例数が多く、救済統合と機能再編例が目立つ
- ・相対的に九州地方の事例が多い
- ・群馬県、静岡県等の事例が1件もない県が22県ある

図表 2-1-9 都道府県別の事例分布

	業務提携	系列型	合併型					(小計)
				救済統合	基盤強化	機能再編	不詳	
北海道	1		8	7		1		9
岩手県			1	1				1
宮城県			1				1	1
福島県			1				1	1
栃木県			1	1				1
埼玉県	1	1	2	2				4
千葉県	1		2		1		1	3
東京都		1	0					1
神奈川県			1				1	1
新潟県			1	1				1
石川県	1		0					1
愛知県			3	1	2			3
三重県			3	2	1			3
京都府	1	1	2	1			1	4
大阪府			4	1	1		2	4
兵庫県			2	2				2
広島県			3	1		2		3
山口県			1				1	1
徳島県			1				1	1
愛媛県			1		1			1
福岡県			3		2		1	3
熊本県			3	2			1	3
大分県			1				1	1
鹿児島県			3	2			1	3
沖縄県			2		2			2
(小計)	5	3	50	24	10	3	13	58

※譲渡型（国公立病院の移譲）を除く

(4) 収集事例の個別事例

① 業務提携

収集事例は医師派遣2件、情報システム共同開発1件、共同購買等2件の5件であったが、調査時点で稼働が確認できたのはケーススタディ掲載の医療法人北海道家庭医療学センター（本章では以下の本文中、「医療法人」等の称号は略す。）の医師派遣1件のみであった。

② 系列化（グループ経営）

経営統合前の法人格を継続し、グループ内に複数法人・複数医療機関を擁する形態を取る。病院グループやチェーン病院と呼ばれるものに見られるほか、勤務体系や処遇等の相違から別法人としているケース等がある。ケーススタディの啓愛会が統合した河南病院は別法人で運営していたが、移転新設時に経営基盤を強化する目的で法人合併した例である。またケーススタディの上尾中央医科グループは傘下法人の自主性を重んじ、法人も経営者も統合前のままで引き継いでいる統合例が多い。

③ 法人合併

経営難、後継者難等を理由に他法人に吸収合併される例が多いが、いくつか様相を異にする事例がある。

福岡県では高齢者医療に積極的に取り組む趣旨で2つの医療法人が合併し、さらに別法人とも合併して4病院 1,000床超の規模とした例がある。またケーススタディの伯鳳会（兵庫県赤穂市）とクオラ（鹿児島県さつま町）はともに経営良好であるが、発祥地が人口減少地域であり、業務維持・拡大のためにより人口規模の大きな都市の病院を吸収合併した例である。

一方、同一グループに属する法人が医療機能再編を目的に合併する例も散見される。ケーススタディの中川会が仁井会を合併した例等が該当する。また複数病院を擁する同一グループ病院同士の大型合併例として、千葉県で3病院等を保有する誠馨会（せいけいかい）と三記東鳳（さんきとうほう）の法人合併、10病院等を保有する沖縄徳洲会と3病院等を保有する中部徳洲会が法人合併し、さらに4病院等を保有する愛心会と法人合併した例等がある。

2. 病院グループの動向

我が国には多数の病院を擁する団体（国公立病院を除く）として、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連（厚生農業協同組合連合会）等の公的医療機関ならびに私立大学や地域医療振興協会等がある。これらの団体には国公立病院との統合例は散見されるが、医療法人等との統合例は見当たらない。多数の病院を擁する団体で医療法人等と統合例があるのは、同じ医療法人の病院グループである。

本調査は主として中堅民間病院の経営安定化に資することが目的であり、病院グループの動向等については調査対象とするものではないが、経営統合ケースの参考とするために病院グループの概要を掲示する。

図表 2-2-1 病院グループの概要

病院グループ名	施設数（H24.2時点）	近年行った統合事例
日本赤十字社	病院； 94 乳児院； 8 保育所； 3 児童養護施設； 1 肢体不自由児施設； 3 特別養護老人ホーム； 8 介護老人保健施設； 6等	横浜市立みなと赤十字病院（平成17年/神奈川県）；指定管理
社会福祉法人恩賜財団済生会	病院； 80 診療所； 13 乳児院； 6 保育所； 7 児童養護施設； 1 肢体不自由児施設； 4 重症心身障害児施設； 5 介護老人保健施設； 26 養護老人ホーム； 2 特別養護老人ホーム； 41等	千里救命救急センター（平成18年/大阪府） 平塚市袖ヶ浜デイサービスセンター（平成23年/神奈川県）；指定管理
全国厚生農業協同組合連合会（JA全厚連）	病院； 115 診療所； 61 介護老人保健施設； 7 学校； 9 その他； 11	〔JA新潟厚生連〕 阿賀野市立水原郷病院（平成22年/新潟県）；指定管理 〔JA栃木厚生連〕 下都賀郡市医師会病院・民間病院と統合予定（平成23年/栃木県）
大学（学校法人など）	—	〔産業医科大学〕 北九州市立若松病院（平成22年/福岡県） 〔国際医療福祉大学〕 国立熱海病院（平成14年/静岡県）、日本たばこ産業株式会

病院グループ名	施設数（H24.2時点）	近年行った統合事例
		社 東京専売病院（平成 17 年 /東京都）、栃木厚生連 塩谷総合病院（平成 21 年/栃木県）
公益社団法人地域医療振興協会	病院； 21 診療所； 18 介護老人保健施設； 4 複合施設； 9	東京北社会保険病院、東京北社会保険介護老人保健施設さくらの杜（平成 16 年/東京都）；指定管理
徳州会グループ	病院； 67 診療所； 47 介護老人保健施設； 28 特別養護老人ホーム； 16 有料老人ホーム・ケアハウス； 22 グループホーム； 32 訪問看護ステーション； 20 介護事業所； 58 その他； 8	榛原総合病院（平成 22 年/静岡県）；指定管理
板橋中央総合病院グループ	病院； 32 診療所； 17 介護老人保健施設； 16 学校； 2	医療法人財団明理会 太田福島総合病院（平成 20 年/群馬県）、医療法人財団明理会 明理会中央総合病院（平成 21 年 /東京都）
戸田中央医科グループ	病院； 25 診療所； 5 介護老人保健施設； 6 学校； 1 その他； 3	特別医療法人社団時正会 佐々総合病院（平成 22 年/東京都）
上尾中央医科グループ	病院； 26 クリニック； 10 介護老人保健施設； 17 介護老人福祉施設； 2 訪問看護ステーション； 19 訪問介護ステーション； 5 地域包括支援センター； 8 居宅介護支援事業所； 24 グループホーム； 6 学校； 2 保育園； 2	医療法人福寿会 埼玉草加病院（平成 20 年/埼玉県）

資料；各団体ホームページ等を参照

3. ケーススタディ先の傾向

本調査では12件（統合先病院は13件；上尾中央医科グループの統合先病院を除く）の経営統合事例の詳細を調査した。各ケーススタディの詳細は次章で紹介するが、以下では業務提携型（医師派遣）の北海道家庭医療学センターを除く統合例の傾向を被統合側、統合側の各々の観点から整理する。（図表2-3-1参照）

(1) 被統合側に見られる傾向

① 病床規模・医療機能

a) 病床規模と統合費用

主として中堅病院の経営統合事例を調査したこともあり、被統合側病院の病床規模は200床未満が中心である。また、債務整理等により統合費用が圧縮され、譲渡費用が抑制された事例が多い。

- ・被統合側の病床規模は小国病院（伯鳳会と統合）の39床から山本総合病院（桑名市民病院と統合）の349床までと幅広い。
- ・被統合側病院の病床規模が大きい統合例（山本総合病院（349床）、大阪暁明館病院（332床）、東海産業医療団中央病院（305床）、神鋼加古川病院（198床）は公立病院との統合例が主である。伯鳳会が系列化した大阪暁明館病院は例外的に大規模であるが、伯鳳会が譲渡を受けたものではない。民間法人では、譲渡のための拋出が伴う場合は、財源の制約から病床規模に自ずと上限が生じるものと推察される。
- ・比較的規模の大きい河南病院（180床）、吉祥寺南病院（127床）は、いずれも経営難・破綻案件であり、統合前に債権放棄や債務整理が行われたため統合側の負担は大きくはない。小規模の国仲病院（87床）も経営難・破綻案件であり、債権譲渡先の整理回収機構が債権者破産と保全処分を行うなどしたため、統合側の負担は大きくなかった。
- ・博友会病院（151床）と中川脳神経外科（45床）は同一グループ間の統合のため譲渡費用はかかっていない。

（注）医療法人名・病院名は原則として統合時の名称を使用しているが、医療法人札幌田中病院 札幌田中病院は法人名と病院名が同一で混同しかねないため、便宜上、統合後の法人名である医療法人タナカメディカルを使用する。

図表 2-3-1 ケーススタディ先の概要①

統合側法人・類型	被統合側法人・病院	統合に至るまでの経緯・背景	統合実現までの負担・課題	経営統合の効果
医療法人北海道家庭医療学センター(北海道室蘭市) 〔業務提携型〕 (P40～)	更別村、寿都町、上川町の公立診療所に医師を派遣(いずれも 19 床の有床診療所)	家庭医療専門医を養成する際の臨床研修のために医療過疎地の公立診療所等に医師・研修医を派遣(更別村は平成 13 年、寿都町は 17 年、上川町は 21 年から派遣)。	医師が疲弊しないように 3 名を派遣単位としている。医師派遣依頼は多いが、余力がないため断っている。	家庭医療学センターは 37 名の認定研修医を輩出。派遣先診療所は 24 時間救急体制が提供できている。
医療法人伯鳳会(兵庫県赤穂市) 〔法人合併・救済統合型; 国仲病院、小国病院〕 〔系列・救済統合型; 大阪暁明館病院〕 (P46～)	医療法人十愛会(明石市) 国仲病院(87 床) 個人病院(姫路市) 小国病院(39 床) 社会福祉法人大阪暁明館(大阪市) 大阪暁明館病院(332 床)	経営破綻した国仲病院(17 年)、医師不足で継続不能に陥った小国病院(19 年)を合併。経営難の大阪暁明館病院を 22 年にグループ傘下とし、再建中。	国仲病院は老朽化が進んでいたため 1.5 億円の設備投資をし、リハビリ機能導入して経営改善。小国病院も 1 億円の投資をし、スタッフも充足した結果、業績向上。暁明館病院は経営改善により単月黒字に転換。	産科病院の小国病院を継続できたほか、他 2 病院も機能強化の上で継続できた。統合を機に人事考課制度を再構築し、職員が目的意識と伯鳳会全体のことを考えて業務に当たるようになった。
医療法人啓愛会(岩手県奥州市) 〔法人合併・救済統合型〕 (P60～)	医療法人恵生会(盛岡市) 河南病院(180 床)	前経営者は経営難だった河南病院の再建の道筋を立てたが体調を崩したため、啓愛会が 15 年に系列化して経営再建し、移転新築に際して法人合併した。	給与等の待遇統一化には 3 年を要したが、経営状況を説明していたので不満はなかった。移転新築時に PET センター等を設置し、職員を増員した。	PET センター等の特色のある診療科を設置することで集患力を高めた。また、病院再建により地域医療貢献を果たせた。河南病院職員は待遇が改善した。
医療法人啓仁会(埼玉県所沢市) 〔法人合併・救済統合型〕 (P69～)	医療法人社団礼仁会(武蔵野市) 吉祥寺南病院(127 床)	経営難の吉祥寺南病院の支援を行うが、改善が進まず 20 年に法人合併の上で再建。	吉祥寺南病院は老朽化し、病床スペースも狭かったため改修して入院環境を改善したほか、看護体制の強化、診療科構成の見直し等により黒字転換。	法人合併により指揮命令系統が簡素化され、運営事務処理の効率化が図れた。また、事業規模拡大による与信力が強化された。
医療法人清和会(熊本市) 〔法人合併・救済統合型〕 (P79～)	医療法人斉藤会(熊本市) 斉藤病院(96 床)	経営難の斉藤病院と 22 年に法人合併し、斉藤病院にリハビリテーション機能を導入して移転新築した。	統合元・統合先両病院の医療機能と患者紹介元病院が重複する競合関係となった。人事面の規程統一、運営手順の統一化等が課題となっている。	経営統合を機に正副院長や診療部長等が参加する会議で合議するようになった。斉藤病院職員は待遇改善となった。
医療法人クオラ(鹿児島県さつま町) 〔法人合併・救済統合型〕 (P89～)	医療法人京整会(始良市) 始良整形外科病院(60 床)	後継者難の始良整形外科病院を 20 年に合併し、リハビリ機能を導入。看護体制強化や理学療法士等の増員により業績が向上した。移転新築予定。	諸規定はクオラ規定に合わせたため負担は少ない。職員の増員や研修に手間をかけているが、混乱もなく進めている。	法人の規模拡張を計画していたのが統合により果たせた。始良整形外科病院はリハビリ機能導入、経営改善により収益が倍増した。

図表 2-3-1 ケーススタディ先の概要②

統合側法人・類型	被統合側法人・病院	統合に至るまでの経緯・背景	統合実現までの負担・課題	経営統合の効果
医療法人タナカメディカル(札幌市) 〔法人合併・機能再編型〕 (P100～)	医療法人博友会(札幌市) 博友会病院(151床)	同一グループの博友会病院が介護老人保健施設に転換するに際して経営基盤強化、病床移転のために20年に法人合併。	各種規程は各施設の自主性を重視しているため問題はなかった。	札幌田中病院は増床による規模のメリットを享受し、博友会病院は入所稼働率が順調に推移している。
医療法人中川会(広島県呉市) 〔法人合併・機能再編型〕 (P111～)	医療法人仁井会(呉市) 中川脳神経外科病院(45床)	兄弟法人とも経営難に陥ったことから、18年に法人合併し、両病院の医療機能を再編し、病床を移転。	職員には半年かけて個人面談し、医療機能変更や合併の背景等を説明し理解を促した。 人事規程を統一し、両病院の大幅改修を実施した。	病床は満床に近く、経営改善により教育や研修を充実できるようになった。地域医療連携強化、共同購買等の経営改善が果たせた。
東海市(東海市民病院) (愛知県東海市) 〔合併・救済統合型〕 (P120～)	医療法人東海産業医療団(東海市) 中央病院(305床)	医師不足で経営難に陥った中央病院を20年に譲り受け、東海市民病院分院とする。27年度に知多市民病院と統合新病院開院予定。	中央病院では必要な職員確保を進め、東海市民病院に職員が異動するように努めたが、医師不足は解消できていない。	中央病院からの医師異動により東海市民病院で救急を維持できた。知多市民病院との統合により医師採用に道筋が立つ。
桑名市(桑名市民病院) (三重県桑名市) 〔合併・経営基盤強化型〕 (P130～)	医療法人和心会(桑名市)/平田循環器病院(79床) 医療法人山本総合病院(同)/山本総合病院(349床)	地域基幹病院を新設するため平田循環器病院(21年)と山本総合病院(23年)を譲り受け、27年に統合新病院開設予定。	給与規定等は独立行政法人規程に統一するが、勤務体系や運用の統一は施設統合までの課題。看護師採用難が課題。	山本総合病院の参加により400床規模の中核病院が誕生する。民間病院の経営ノウハウ導入の効果が発揮されている。
加古川市(加古川市民病院) (兵庫県加古川市) 〔合併・救済統合型〕 (P139～)	株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院(198床)	神鋼加古川病院を23年に譲り受け、医師不足から経営難に陥った加古川市民病院と統合。29年に統合新病院開設予定。	情報システム、薬品・診療材料、医療機器等の統一化を検討中。	加古川市民病院の内科医は統合前の1名から13名に増員でき、地域医療提供機能を維持できた。統合新病院は600床規模で大学が医師派遣に協力的になってくれた。
上尾中央医科グループ(埼玉県上尾市) 〔系列・救済統合型〕 (P149～)	吉川中央総合病院(279床)ほか	経営難、後継者難の譲渡案件が持ち込まれる。経営難になる原因は、医師等の採用難、医療需要に対して提供している医療機能のミスマッチ、過剰投資等である。	市場調査、内部調査等を経て譲り受けの可否を判断する。 統合後は、診療機能の再編をはじめとする経営改善策を講じる。 グループ傘下法人は、経営陣も含めて継続勤務が基本であり、2年程度でグループ規程に合わせる。	

b) 医療機能

被統合側の医療機能は総合病院が多く、専門病院と療養・ケアミックス型が同数である。

図表 2-3-2 被統合病院の病床数・医療機能と統合先法人

被統合病院	病床数	医療機能	統合先法人	病床数
国仲病院	87 床	療養型病院	伯鳳会	265 床ほか
小国病院	39 床	専門病院	伯鳳会	265 床ほか
大阪暁明館病院	332 床	総合病院	伯鳳会	265 床ほか
河南病院	180 床	総合病院	啓愛会	249 床ほか
吉祥寺南病院	127 床	総合病院	啓仁会	332 床ほか
斉藤病院	96 床	療養型病院	清和会	156 床
始良整形外科病院	60 床	ケアミックス型	クオラ	153 床
博友会病院	151 床	療養型病院	タナカメディカル	334 床
中川脳神経外科病院	45 床	専門病院	中川会	146 床
東海産業医療団 中央病院	305 床	総合病院	東海市（東海市民病院）	199 床
神鋼加古川病院	198 床	総合病院	（地独）加古川市民病院機構	405 床
平田循環器病院	79 床	専門病院	（地独）桑名市民病院	234 床
山本総合病院	349 床	総合病院	（地独）桑名市民病院	234 床

民間病院の統合先が比較的小規模例が多いことに対し、上尾中央医科グループは例外で、300 床、200 床規模の病院をグループ傘下とし、本部が計数管理や業務支援を行っている。

ただし、上尾中央医科グループの統合先も統合 13 件のうち、200 床以上は 4 件である。

図表 2-3-3 上尾中央医科グループの統合先病院の病床数・医療機能

被統合病院	病床数	医療機能	統合先法人・病院	病床数
吉川中央総合病院	279 床	総合病院	上尾中央医科グループ	753 床ほか
三郷中央総合病院	344 床	総合病院		
越谷誠和病院	195 床	総合病院		
笠幡病院	136 床	総合病院		
伊奈病院	151 床	総合病院		
上尾甞生病院	186 床	総合病院		
蓮田一心会病院	50 床	専門病院		
メディカルトピア草加病院	80 床	総合病院		
埼玉回生病院	311 床	総合病院		
浅草病院	136 床	総合病院		
杉並リハビリテーション病院	101 床	専門病院		
千葉愛友会記念病院	316 床	総合病院		
笛吹中央病院	150 床	総合病院		

② 統合理由

a) 経営難・経営破綻

業務提携の北海道家庭医療学センターと上尾中央医科グループを除く経営統合13事例中、医師採用難を除く経営難・経営破綻の原因とするものが9件と最多である。

- ・大阪暁明館病院と国仲病院（伯鳳会と統合）、河南病院（啓愛会と統合）、斉藤病院（清和会と統合）は「経営難・経営破綻」が原因である。

国仲病院と河南病院は元経営者の資金流用等により破綻、その他は経営管理力不足による経営難である。

- ・上尾中央医科グループ統合先は医師・看護師採用難、地域ニーズと提供機能のミスマッチ、過剰投資、後継者難が原因である。

b) 医師採用難

経営難の中でも、医師採用難を原因とするものが3件ある。

- ・東海産業医療団中央病院（東海市民病院と統合）、小国病院（伯鳳会と統合）は「医師採用難」が原因で統合に踏み切った。
- ・始良整形外科病院（クオラと統合）は「後継者難」が原因で統合した。

c) 医療機能再編

医療機能再編を目的とする経営統合は同一グループ間の統合事例2件であるが、医療機能再編を前提として統合した事例も3件ある。

- ・博友会病院（タナカメディカルと統合）と中川脳神経外科病院（中川会と統合）は「医療機能再編」を目的とするグループ間の統合例である。医療機能を再編する際に、機能再編後の経営見通しが不透明なことから法人合併しており、経営基盤強化の側面もある。
- ・河南病院（啓愛会と統合）、斉藤病院（清和会と統合）、始良整形外科病院（クオラと統合）は統合後の医療機能再編を前提とした統合である。河南病院と斉藤病院は新設移転して医療機能を変換した。始良整形外科病院は同一施設で機能転換したが、移転新築予定である。

d) 経営基盤強化

平田循環器病院と山本総合病院（ともに桑名市民病院と統合）は桑名市に400床規模の基幹病院を創設するとの趣旨に同意して統合した例である。

③ 経営改善状況

a) 民間病院間の統合

民間病院間の経営統合事例は、短期間で業績が回復したものが多い。

- ・伯鳳会統合先2病院（国仲病院、大阪暁明館病院）、吉祥寺南病院（啓仁会と統合）、河南病院（啓愛会と統合）、斉藤病院（清和会と統合）は、いずれも短期間でV字回復した。河南病院、斉藤病院、国仲病院は移転新設を前提に経営統合している。
- ・始良整形外科病院（クオラと統合）、小国病院（伯鳳会と統合）は、統合前から好業績であったが、統合後はさらに業績を向上させている。

- ・グループ間統合の博愛会病院・札幌田中病院、中川脳神経外科病院・中川病院も経営は順調である。上尾中央医科グループは3年前後で黒字化を果たしており、民間病院同士の経営統合例はいずれも経営改善を果たしている。

b) 公立病院との統合

民間病院同士の経営統合は、病院存続と債務整理等が主目的であるのに対し、公立病院と民間病院の統合は地域における医療提供の堅持が主目的である。統合する公立病院・民間病院とも地域医療に欠かせない存在であり、仮に閉院や大幅規模縮小となった場合、地域医療に甚大な影響を及ぼす懸念から経営統合を選択している。東海産業医療団 中央病院と加古川市民病院は経営統合しなければ病院機能が著しく低下した可能性があり、桑名市民病院も医師・看護師不足から2次医療提供が危ぶまれたから基幹病院創設のために統合している。

④ 職員継続雇用

いずれの統合例も原則として職員を継続雇用している。例外としては、上尾中央医科グループが統合した山梨峡東病院の看護師の多くが継続勤務しなかったことである。また、原則として現給保障をしているケースが多い。

- ・河南病院、大阪暁明館病院、斉藤病院は統合により職員待遇が向上している。公立病院と統合した民間病院も一部職員は待遇改善となった。
- ・河南病院、小国病院等は、統合後に職員を増員している。
- ・医師採用難が原因で統合した加古川市民病院と小国病院は、統合後に医師採用に成功している。東海市民病院は知多市民病院と統合し、新病院を開設することで医師採用の見通しが立つ模様である。

(2) 統合側にみられる傾向

① 病床規模・医療機能

統合側は経営良好の法人が多いが、地域の基幹病院は、国公立病院や公的病院が担っており、一般病床と療養病床で構成するケアミックス型病院が多い。また、病院を中心に介護老人保健施設や関連社会福祉法人の特別養護老人ホームの施設で医療と福祉を総合的に提供する形態（医療・福祉複合体）が多い。

- ・上尾中央医科グループは合計6,094床の26病院の他に診療所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、グループホーム、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、学校等を持つ医療・福祉複合体である。
- ・伯鳳会、啓愛会、啓仁会、タナカメディカル等も複数の病院とグループ内の介護施設を保有する医療・福祉複合体である。民間統合側は中川会を除いて医療・福祉複合体である。
- ・統合側民間病院は療養病床のみ、または一般病床と療養病床のケアミックス型である。

図表 2-3-4 統合先病院を除く統合側法人の病院数・病床数合計と病床の種類・福祉系事業

統合側法人	病院数・病床数合計	病床の種類	福祉系事業
伯鳳会	2病院・ 293床	一般・療養	老健・在宅サービス
啓愛会	3病院・ 653床	一般・療養・障害	老健・在宅サービス
啓仁会	3病院・ 747床	一般・療養・精神	老健・在宅サービス
清和会	1病院・ 156床	一般・療養・リハ	老健・特養・在宅
クオラ	1病院・ 153床	一般・療養・リハ	老健・特養・在宅
タナカメディカル	3病院・1,031床	療養病床	老健、特養、高齢者住宅
中川会	1病院・ 146床	一般・療養	(該当なし)
東海市（東海市民病院）	1病院・ 199床	一般	(該当なし)
(地独) 加古川市民病院機構	1病院・ 405床	一般	(該当なし)
(地独) 桑名市民病院	1病院・ 234床	一般	(該当なし)

② 統合理由

業務の維持・拡大のために経営統合に活路を見出す例もあるが、多くは支援要請に対応した例である。

a) 経営統合による業務拡大

- ・統合に対し積極姿勢なのが伯鳳会であり、人口減の赤穂市にとどまっていたは業務の維持・拡大は望めないとの理由で、赤穂市より人口規模の大きな都市に立地する国仲病院、小国病院、大阪暁明館病院を矢継ぎ早に統合している。
- ・クオラも同様に人口減のさつま町から人口増加都市に進出した例である。
- ・上尾中央医科グループは持ち込み案件に対して積極的に対応している。

b) 持ち込み案件対応

- ・啓仁会、啓愛会、清和会は持ち込み案件に対応したものであり、自ら積極的に統合に乗り出したのではない。ただし、啓愛会は統合先（盛岡市）の方がホームグラウンド（奥州市）よりも医師採用がしやすいこともあって、より採用が容易な地域への進出を検討している。

c) グループ法人間統合（経営基盤強化＋病床移転）

- ・タナカメディカルは介護老人保健施設（新型老健）への転換を契機にグループ間で統合して病床を移転、中川会は経営難打破のために回復期リハビリテーション病院に転換するに際してグループ間で統合して機能分担と病床移転を行っている。

d) 医師採用難

統合先病院のみならず、統合側病院も医師採用難である。

- ・東海市民病院と加古川市民病院は医師採用難による統合である。桑名市民病院は地域中核病院を創設するための統合であるが、許可病床 234 床に対して稼働病床 137 床である

ことから看護師不足に加え医師不足の課題もあるものと推察される。

- ・上尾中央医科グループをはじめとする統合側医療法人も医師採用難に直面しているが、統合先病院に比べて幹部や経営スタッフが医師・職員採用を担当する余裕がある。

③ 経営改善

a) 経営スタッフ管理体制

統合先法人に比べて経営スタッフの層が厚く、経営スタッフが業務改善に当たっている例が多い。

- ・上尾中央医科グループを筆頭に、伯鳳会、啓仁会は法人の事務スタッフが経営分析、医療機能再編提案、一括購買等に対応している。
- ・上記3法人に加え、啓愛会も経営は病院長・施設長に委ね、理事長・本部スタッフはPlan-Do-Check-Action (PDCA) サイクルの経営方針提示、業績チェック、改善アクション支援等を行う。
- ・伯鳳会とクオラは理事長が率先垂範で経営改善に当たっている。

b) その他の管理体制

経営スタッフ主導の業務改善が進んでいなかった法人も経営統合を機に経営体制が改善された例が散見される。

- ・清和会は経営統合を機に、理事長等の限られた幹部が経営方針を決定する体制から、正副院長や部長クラスが参加する合議制に経営管理体制を変更した。
- ・公立病院との統合例では、加古川市民病院の地方独立行政法人理事長に神鋼加古川病院長が就任、桑名市民病院の地方独立行政法人の理事に平田循環器病院長が就任し、それぞれ民間病院の経営ノウハウを活用している。

④ 経営改善効果

a) 黒字転換

統合側の経営ノウハウを投入することで短期に経営改善を果たせた例が少なからずある。

- ・伯鳳会の統合先3病院は、数か月後には単月黒字転換・業績向上し、合併2病院（国仲病院、小国病院）が10年以内に投資回収を終えている。
- ・啓仁会・吉祥寺南病院は、不採算診療科の閉鎖と回復期リハビリテーションの算定等により翌年度に黒字化を果たしている。
- ・清和会が統合した斉藤病院は、移転新設後にリハビリテーション機能導入により単月度黒字化を果たしたが、統合元の水前寺とうや病院と紹介元病院が重複（競合）し、統合元病院の稼働率が一時低下した。
- ・上尾中央医科グループは、統合後3年前後で黒字化を達成している。なお、杉並リハビリテーション病院は脳神経外科系の機能をリハビリテーション機能に転換して業績回復に成功した。

b) 病床稼働率向上

早期の黒字転換の背景には、統合側法人の医療連携基盤を基にした短期間での病床稼働率上昇がある。

- ・啓愛会・河南病院は移転新築し、PET画像診断センターや緩和ケア病棟を導入することで集患力を増し、法人全体の病床稼働率95%を達成している。
- ・中川会・中川病院は経営難であったが、回復期リハビリテーション病院に転換することで満床となり、経営改善に成功している。
- ・クオラは高病床稼働率を経営の優先課題とし、提携病院との関係を保っている。

c) 医師採用のしやすさ

医師不足のために経営統合した公立病院を中心に医師採用効果が見られる。

- ・加古川市民病院は医師採用が可能となり経営が上向いている。
- ・東海市民病院は医師を東海産業医療団中央病院から東海市民病院に異動することで最低限の救急対応を可能としたが、さらに知多市民病院との統合により医師採用をしやすい環境づくりを目指す。
- ・桑名市民病院は平田循環器病院と統合後、市民病院の循環器科医師の補充がなくなり、医師採用の面での効果はなかった。今後、市民病院より規模の大きい山本総合病院との統合による改善効果が期待される。

d) 地域医療貢献

公立病院のみならず、民間病院同士の経営統合によっても地域医療が堅持されている。

- ・北海道家庭医療学センターは家庭医育成の一環として医療過疎地に医師を派遣しており、医療過疎地で3、4名の医師が24時間365日の救急医療を提供する効果をあげている。
- ・伯鳳会・小国病院は、地域で数少ない産科病院が継続できた。
- ・公立病院では東海市民病院が一定の救急医療の堅持を果たせ、加古川市民病院は医師採用が再開できたことで閉院の危機を脱した。

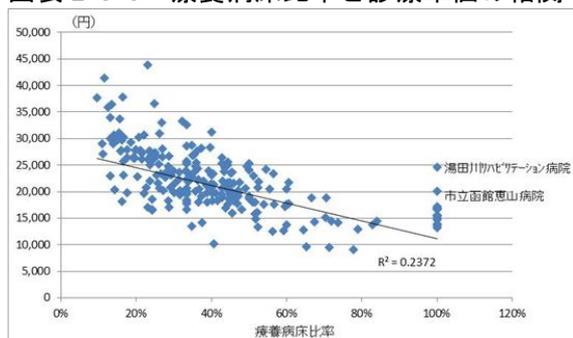
(3) 参 考

① 回復期リハビリテーション

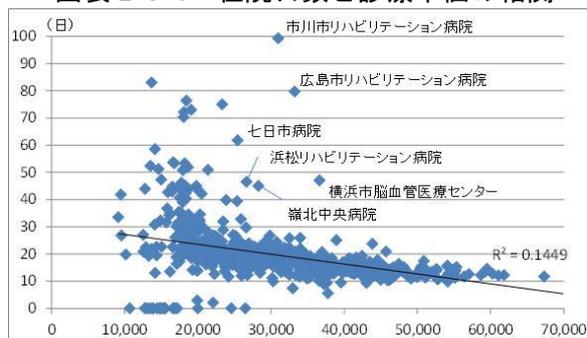
医療機能再編成例には回復期リハビリテーション機能を導入する例が多い。回復期リハビリテーションは中高年齢層に多い脳梗塞、運動疾患（整形外科系）、心筋梗塞、呼吸器障害等の患者が多く、高齢化に伴い医療ニーズが増加している。また、診療報酬改訂ごとに加算対象が増える等、長期入院患者対応では診療報酬面でも恵まれている。

公営企業年鑑を用いて療養病床比率と診療単価の関係、在院日数と診療単価の関係を分析すると、相関から外れて診療単価が高い病院にはリハビリテーション病院が多く含まれることから、回復期リハビリテーションの導入が経営改善に寄与することが窺える。

図表 2-3-5 療養病床比率と診療単価の相関



図表 2-3-6 在院日数と診療単価の相関



資料；平成 21 年度公営企業年鑑より作成

② 税法上の適格合併

民間病院の譲渡には、個人立病院を譲渡するケースと、医療法人立病院を譲渡するケースがあるが、両ケースの相違点を医療法と税法との関連から整理する。

a) 個人病院を譲渡する場合

個人病院を譲渡する場合、譲り受け側による新規開設手続きが必要になるため、病床数を引き継ぐことができない可能性や、病床過剰地域であればそもそも病床継承が不可能になる可能性もある（医療法第 7 条）。ただし、ケーススタディ掲載の伯鳳会が小国病院を統合した事例のように、県の協力により病床過剰地域でも病床数を維持したまま統合できる可能性もあるので、担当部局への事前確認が必要である。

また、個人病院は、下記「b) 医療法人立病院を譲渡するケース」に記載する適格合併には該当しないため、必然的に譲渡所得の対象となり、病院資産（土地、建物、設備、棚卸資産等）の譲渡の際には譲渡税の課税対象となる。

なお、医療法人立病院を譲渡するケースでも、複数病院を有する医療法人が一部の病院等を他の医療法人に譲渡する場合には事業譲渡となるため、同様に譲渡税の課税対象となる。

b) 医療法人立病院を譲渡するケース

医療法人の合併は医療法第 57 条で認められている。また、法人税法では法人合併を①譲渡側の病院資産の譲渡益に課税しない適格合併と、②譲渡側の病院資産の譲渡益に課税する①以外の合併に区分している（法人税法 2 条 12 号の 8）。適格合併の場合には、被合併側の資産・負債を簿価で引き継ぐために譲渡側で譲渡損益の計上がない（同法 62 条の 2）、繰越欠損金を引き継げるために損金算入が可能になる（同法 57 条第 2 項）等の税法上のメリットがある。適格合併かどうかの区分にあたっては持分の有無により要件が異なるので、各々整理する。

b-1) 持分の定めのある場合

適格合併と認められるには、下記 1. ～3. のいずれかの要件を満たす必要がある。

1. 完全支配関係（100%の出資）がある医療法人の合併は、合併後も同一のものを支配

者とし、その支配関係が継続することが見込まれていること。

2. 支配関係（50%以上 100%未満の出資）がある医療法人間の合併は、被合併法人の従業員の概ね 80%以上が合併法人の業務に従事することが見込まれ、かつ合併後も被合併法人の主要な事業が合併法人で引き続き営まれることが見込まれていること
3. 共同事業（50%未満の出資）の場合は、以下の要件すべてを満たす必要がある。
 - a 双方の事業が相互に関連するものであること
 - b 双方の対象事業の売上金額、従業員数、資本の金額が概ね 5 倍を超えないこと。または、双方の特定役員（理事長、理事等）のいずれかが合併後に特定役員となることが見込まれていること
 - c 被合併法人の従業員の概ね 80%以上が合併法人の業務に従事することが見込まれていること
 - d 合併後も被合併法人の主要な事業が合併法人で引き続き営まれることが見込まれていること
 - e 合併法人の出資を継続して保有することが見込まれる被合併法人の職員が有する被合併法人に対する出資の合計が、被合併法人の出資総額の 80%以上であること

b-1) 持分の定めのない場合

持分の定めのない医療法人社団及び医療法人財団は出資の概念がないため、上記「3. 共同事業（50%未満の出資）の場合」しか適用されない。

(再掲)

3. 共同事業（50%未満の出資）の場合は、以下の要件すべてを満たす必要がある。
 - a 双方の事業が相互に関連するものであること
 - b 双方の対象事業の売上金額、従業員数、資本の金額が概ね 5 倍を超えないこと。または、双方の特定役員（理事長、理事等）のいずれかが合併後に特定役員となることが見込まれていること
 - c 被合併法人の従業員の概ね 80%以上が合併法人の業務に従事することが見込まれていること
 - d 合併後も被合併法人の主要な事業が合併法人で引き続き営まれることが見込まれていること
 - e 合併法人の出資を継続して保有することが見込まれる被合併法人の職員が有する被合併法人に対する出資の合計が、被合併法人の出資総額の 80%以上であること

資料；「病院・医院の税務処理」

<http://www.tabisland.ne.jp/explain/iryu/index.htm>

「exBuzzwords 実務家のための専門知識・情報サイト」

http://www.exbuzzwords.com/static/keyword_2781.html

第3章 ケーススタディ

ケーススタディー一覧

	現在の法人名称 (略称、本部所在地)	統合(合併)時の法人名称	
		統合後存続した法人の名称	統合後解散等した法人等の名称
1	医療法人北海道家庭医療学センター (北海道家庭医療学センター、北海道室蘭市) (P40～)		
2	医療法人伯鳳会 (伯鳳会、兵庫県赤穂市) (P46～)	医療法人伯鳳会	医療法人十愛会国仲病院 産科・婦人科小国病院 社会福祉法人大阪暁明館(現在も存続)
3	社団医療法人啓愛会 (啓愛会、岩手県奥州市) (P60～)	社団医療法人啓愛会	社団医療法人恵生会
4	医療法人啓仁会 (啓仁会、埼玉県所沢市) (P69～)	医療法人啓仁会	医療法人社団礼仁会
5	医療法人清和会 (清和会、熊本県熊本市) (P79～)	医療法人清和会	医療法人斉藤会
6	医療法人クオラ (クオラ、鹿児島県さつま町) (P89～)	医療法人クオラ	医療法人京整会
7	医療法人タナカメディカル (タナカメディカル、北海道札幌市) (P100～)	医療法人札幌田中病院	医療法人博友会
8	医療法人社団中川会 (中川会、広島県呉市) (P111～)	医療法人社団中川会中川病院	医療法人仁井会
9	西知多医療厚生組合 (愛知県知多市) (P120～)	東海市 東海市民病院	医療法人東海産業医療団中央病院
10	地方独立行政法人加古川市民病院機構 (兵庫県加古川市) (P130～)	加古川市 加古川市民病院	株式会社神戸製鋼所 (神鋼加古川病院)
11	地方独立行政法人桑名市民病院 (三重県桑名市) (P139～)	桑名市 桑名市民病院	医療法人和心会 医療法人山本総合病院
12	上尾中央医科グループ(複数の医療法人等のグループ)(埼玉県上尾市) (P149～)		

統合パターン	統合背景	統合時期(※1)	主な病院・診療所名(病床種別・病床数) (※2)	所属2次医療圏
業務提携・業務支援型	救済統合型		更別村国保診療所 寿都町立寿都診療所 国民健康保険上川医療センター ※いずれも医師派遣先の診療所を記載	十勝 後志(しりべし) 上川中部
系列型／法人合併型	救済統合型	H17. 10 H19. 2 H22. 1	赤穂中央病院(一般 265 床) 明石はくほう会病院(旧国仲病院、一般 20 床、療養 67 床) 産科婦人科小国病院(一般 39 床) 【大阪暁明館病院(一般 256 床、療養 76 床)】	西播磨 東播磨 中播磨 大阪市
法人合併型	救済統合型	H19. 5	美山病院(一般 112 床、療養 100 床) 美希病院(一般 149 床、療養 100 床) 宝陽病院(一般 93 床、療養 99 床) 孝仁病院(旧河南病院、一般 126 床、療養 54 床)	胆江(たんこう) 胆江 岩手中部 盛岡
法人合併型	救済統合型	H20. 1	所沢ロイヤル病院(療養 332 床) 平沢記念病院(精神 177 床) 平成の森・川島病院(療養 238 床) 石巻ロイヤル病院(一般 60 床、療養 111 床) 吉祥寺南病院(一般 127 床)	埼玉・西部 埼玉・西部 埼玉・川越北企 宮城・石巻 東京・北多摩南部
法人合併型	救済統合型	H23. 4	水前寺とうや病院(一般 99 床、療養 48 床) 平成とうや病院(旧斉藤病院、一般 50 床、療養 55 床)	熊本 熊本
法人合併型	救済統合型	H20. 12	クオアラハビリテーション病院(一般 57 床、療養 96 床) クオアラハビリテーション病院あいら(旧始良整形外科病院、一般 29 床、療養 31 床)	川薩(せんさつ) 始良・伊佐
法人合併型	医療機能再編型	H20. 6	札幌田中病院(療養 334 床) 介護療養型老人保健施設 博友会(旧博友会病院、定員 127 名)	札幌
法人合併型	医療機能再編型	H18. 11	呉中通病院(旧中川病院、一般 93 床、療養 30 床) 呉三条病院(旧中川脳神経外科病院、療養 68 床)	呉 呉
法人合併型	救済統合型	H20. 4	東海市民病院(一般 199 床) 東海市民病院分院(旧医療法人東海産業医療団中央病院、一般 250 床、療養 55 床)	知多半島 知多半島
法人合併型	救済統合型	H23. 4	加古川西市民病院(旧加古川市民病院、一般 405 床) 加古川東市民病院(旧神鋼加古川病院、一般 198 床)	東播磨 東播磨
法人合併型	経営基盤強化型	H21. 10 H24. 4	桑名市民病院(一般 234 床) 桑名市民病院分院(旧平田循環器病院、一般 79 床) 【医療法人山本総合病院(一般 307 床、療養 42 床)H24.4 統合予定】	北勢 北勢
系列型	救済統合型		※26 病院を擁する病院グループであるため、ケーススタディで記載の病院 上尾中央総合病院(埼玉県上尾市、医療法人社団愛友会、一般 753 床) 杉並リハビリテーション病院(東京都杉並区、医療法人社団瑞心会、一般 101 床) 笛吹中央病院(山梨県笛吹市、医療法人康麗会、一般 150 床)	埼玉・県央 東京・区西部 山梨・峡東

※1 統合時期は、法人成立時(医療法人の場合は登記日)をいう。

※2 フォントが斜体の病院については、被統合側の病院である。

1. 医療法人北海道家庭医療学センター

業務提携型（家庭医養成派遣）

室蘭市に本部を置く医療法人北海道家庭医療学センター（以下「北海道家庭医療学センター」という。）は専門医としての家庭医を養成する目的で平成8年に設立された。その後、37名の家庭専門医を輩出し、医師不足に悩む更別（さらべつ）村国民健康保険診療所（以下「更別村国保診療所」という。）、寿都（すつつ）町立寿都診療所、国民健康保険上川医療センター（以下「上川医療センター」という。）等に家庭医を派遣している。

北海道家庭医療学センターは室蘭市と札幌市で臨床研修機関を兼ねた直営診療所を運営している。

(1) 派遣先の医療環境

北海道家庭医療学センターが医師を派遣している公立3診療所の医療環境は次のとおりである。

① 更別村

更別村は帯広空港から車で15分程度、帯広市までは約35kmの人口3,400人の農村である。

更別村が属する十勝保健医療圏は帯広市を中核とする1市16町2村で構成されている。更別村の医療機関は更別村国保診療所のみである。

② 寿都町

寿都町は小樽市から約100km、札幌市から約150km、室蘭市から約120kmの日本海に面した町で、人口は約3,400人である。

寿都町が属する後志保健医療圏は小樽市を中核都市とする1市13町6村で構成されている。大病院のある小樽市までは100kmあり、寿都郡の病院は黒松内町国民健康保険病院（40床）のみである。寿都町内には町立診療所と民間診療所の2診療所があるが、病床保有は町立診療所のみである。

③ 上川町

上川町は旭川市から約50km東の人口4,500人の町である。

上川町が属する上川中部保健医療圏は旭川市を中核都市とする1市9町で構成されている。上川町の医療機関は上川医療センターのみである。



(2) 法人の概要

① 医師派遣元；医療法人北海道家庭医療学センター

北海道家庭医療学センターは室蘭市内の本輪西ファミリークリニックに本部を置き、他医療機関の協力の下で家庭専門医の養成を行っている。

[北海道家庭医療学センターの施設]

本輪西ファミリークリニック（室蘭市）

栄町ファミリークリニック（札幌市）

② 医師派遣先；

○ 更別村国保診療所

病床数 19 床の 24 時間救急対応有床診療所。

スタッフ 23 名中、研修医を含む医師 4 名、理学療法士 1 名を派遣。

※医師は全員、北海道家庭医療学センターからの派遣（寿都町、川上町も同様）

○ 寿都町立寿都診療所

病床数 19 床の 24 時間救急対応有床診療所。

スタッフ 30 名中、研修医を含む医師 4 名、作業療法士 1 名を派遣。なお看護師は日鋼記念病院を運営する社会医療法人母恋が派遣（現地採用も含めて母恋職員として派遣）している。

○ 上川医療センター

元は町立病院だったが、平成 21 年 10 月から 29 床の介護老人保健施設を併設した病床数 19 床の 24 時間救急対応有床診療所として運営されている。

スタッフは介護老人保健施設も含め 60 余名（非常勤含む）中、研修医を含む医師 4 名を派遣している。

(3) 北海道家庭医療学センター設立の経緯

室蘭市の日鋼記念病院等を運営する医療法人カレスアライアンス（現 社会医療法人母恋）の西村理事長（当時）は家庭医養成の必要性を訴えていた。同じ考えを持っていたカナダで家庭医専門研修を受けた葛西医師とともにカレスアライアンスの一部門として平成 8 年 4 月に北海道家庭医療学センターと本輪西サテライトクリニック（現 本輪西ファミリークリニック）を開設し、葛西氏が初代所長に就任した。北海道家庭医療学センターのミッションは、家庭医療が発展しない日本で本格的に家庭医療学の診療・教育・研究を推進することである。

翌平成 9 年から 4 年間の臨床研修プログラムを開始した。前半 2 年間は日鋼記念病院での病棟研修、後半 2 年間は北海道家庭医療学センターのサテライトクリニックと臨床研修に協力してくれた岐阜県と沖縄県の診療所での研修である。卒後臨床研修必修化前のことであり、研修修了者は半数程度にとどまった。

こうした中、臨床研修の一環として、平成 13 年から更別村国保診療所、平成 17 年から寿都町立寿都診療所、平成 18 年から礼文島国保船舶診療所、平成 21 年から上川医療セン

ターに研修医を派遣している。

北海道家庭医療学センターは設立からカレスアライアンスの一部門であったが、共同創設者の西村理事長がカレスアライアンスの経営から手を引いたのを機に平成 20 年 3 月にカレスアライアンスから独立して医療法人北海道家庭医療学センターとなった。この時点で本部を兼ねる本輪西ファミリークリニックの土地・建物を買い受けている。

平成 18 年に葛西所長は福島県立医大の教授に就任し、現在は北海道家庭医療学センターで研修を受けた草場氏が 2 代目所長（法人理事長）兼本輪西ファミリークリニック院長に就任している。

(4) 研修体制

家庭医を目指したいという研修医が全国から集まっている。設立以降 37 名の専門医を養成したが、北海道内の大学卒を含む北海道出身者は 2 割程度であり、その他は本州以南の出身である。研修医の募集は、医学部在学学生や前期研修医が北海道家庭医療学センターのホームページや研修先紹介サイトの「レジナビ」で当センターの情報を提供するほか、北海道家庭医療学センターも家庭医のための勉強会・研修会で当センター紹介に努めている。

また、全職員に対して自己研修機会を提供し、35 万円／年間までの補助を行っている。卒業後臨床研修必修化後は、以下の研修プログラムを提供している。

① 初期研修

前期研修の 2 年間は所属する臨床研修病院でブロックローテーション研修を行いながら、北海道家庭医療学センターで週に半日の研修を並行して学習する。

② 後期研修

3 年間研修で、日本プライマリ・ケア連合学会の専門医研修プログラムに則った研修を北海道家庭医療学センターで学習する。同プログラムは、内科で 6 か月、小児科で 3 か月、診療所研修 6 か月の研修で構成されている。研修修了者には届け出手続き等を経て学会認定家庭医療専門医の資格が授与される。

北海道家庭医療学センターでは、連携病院で 1 年間の研修を受け、都心部（室蘭市、札幌市、旭川市）の診療所で 1 年、郡部（更別村、寿都町、上川町）の診療所で 1 年の研修を受けるプログラムを提供している。

③ フェローシップ

研修の修了者に対して院長見習いとなるフェローシップ研修を 2 年間提供している。フェローシップ研修では、家庭医療領域の臨床教育に必要なコンピテンシー¹の習得や診療所長に必要な運営やスタッフの管理等を診療所で働きながら学ぶ。

¹ 能力、高い成果を上げている人の行動特性

(5) 北海道家庭医療学センターの現状

① 人員体制

平成9年から研修を始めて平成22年までに37名の認定家庭医を輩出した。うち17名が北海道家庭医療学センターにとどまり、20名は開業や実家の診療所継承等のためセンター外で活躍している。平成23年現在での医師体制は、診療所長等に就任する上級医師が6名、専門医認定後6～7年経って副所長等に就任するフェローが6名、その他の専門医が5名の計17名と後期研修医が7名である。

室蘭市内の本輪西ファミリークリニックが創設後間もなくからの活動拠点であり、本部機能と臨床研修場所を兼ねている。平成22年からは札幌市内に栄町ファミリークリニックを開設し、室蘭と札幌の2直営診療所体制となった。



本輪西ファミリークリニック（室蘭市）



栄町ファミリークリニック（札幌市）

② 医師派遣

現在は、更別村、寿都町、上川町の3公立診療所と、北海道家庭医療学センター出身者が運営する民間の北星ファミリークリニック（旭川市）に医師を派遣している。

医療過疎地等では医師は24時間休むことなく働かざるを得ない状況に追い込まれ、疲弊して退職するということになりかねない。そのような事態に陥らないように最低3名を派遣単位としている。医師を3名で派遣することによって、当直、待機等の役割を順番で受け持ち、順番に夏季休暇等の長期休暇をとることも可能になる。また、子弟教育や本人の勉強等の都合に合わせて都心部でも勤務できるように配慮している。札幌市内に栄町ファミリークリニックを開設したのはその一環である。

過疎地での勤務期間は職階ごとに定めている。後期研修医は3年間の研修期間を1年は郡部、1年は都心部、1年は病院で研修を受けるローテーションを組んでいる。副所長級のフェローは郡部または都心部いずれかの診療所に2年間勤務する。所長級の上級医師は期限の定めがなく、最長は平成13年から研修医を派遣している更別診療所長の10年間である。ちなみに更別診療所長は北海道出身であるが、更別村周辺の出身ではない。

医師不足に悩む医療機関から医師派遣の依頼が多いが、現在の専属医師17名の体制では、新たに3名以上の医師でチームを組む余裕がなく断っている。当センターは医師養成が目的であり、医師派遣は研修の一環との位置づけである。医師派遣を業としていないことから、家庭専門医以外の医師を公募して過疎地等に派遣するような展開はしない。また、

後期研修終了医の何人かが当センターに残り新たな3名チームが組めるようになるためには2～3年かかる。3年に1か所程度は新規先に派遣できるようになる見込みである。

(6) 経営管理手法

北海道家庭医療学センターは家庭医養成が目的であり、収益目的の事業ではない。17人の専属医師はすべて給与制であり、これら職員の給与を含めて事業が継続できる収益があればよいとの考えである。医療過疎地への医師派遣も臨床研修から始まったことであり、職員給与費に管理費を上乗せした程度の費用である。収益の大半は直営の本輪西ファミリークリニックの診療報酬に頼っている。

昨年開設の栄町ファミリークリニックは昨年度決算は赤字(本輪西ファミリークリニック等の収益があるため法人全体では黒字)であったが、本年度から黒字になったことから法人の収益に寄与している。札幌市内は病院、診療所が多く、新規開業してもすぐには集患できない。在宅医療を行うなどして集患に努め、1年間で黒字化にこぎつけた。

医師の給与や勤務条件は病院勤務医と遜色のない水準であるが、開業医には及ばない。

① 職員の経営参画意識の高揚

患者数、月次収支などについては診療所ごとに全職員と共有し、問題のある指標についてはどう取り組むかの議論を速やかに実施している。

② PDCA活動の励行

理事長が示した全体方針に従い各診療所が年間事業計画を策定し、さらに直営診療所では各部門で部門計画を策定する。一定期間ごとに目標達成度を確認し、未達の場合には本部スタッフも加わって経営改善策を検討する。

③ 課題の把握と対応

医事データ等の加工分析ほか、必要に応じて患者満足度調査を行い、経営改善に反映している。

④ コストダウン

未実施ではあるものの、グループ一括購入を検討している。

⑤ 職員研修等の充実

日本プライマリ・ケア連合学会認定の3年間家庭医療専門研修プログラムに則って家庭医療専門医を育成している。修了者に対しては院長見習いとなるフェロシップ研修を2年間提供している。また、全職員に対して自己研修機会を提供し、年間35万円までの補助を行っている。

⑥ 医療連携の強化

急性期病院や施設、介護事業者との連携を緊密に行い、毎月定例ミーティングを実施し

ている。

(7) 業務提携の効果

① 北海道家庭医療学センターにとっての効果

研修医や職員を大切にしつつ、研修医派遣先の地域医療に貢献できた。地域医療への貢献は医師等に過重な負担を強いることが少なくないといわれるが、北海道家庭医療学センターの派遣は3名以上をチームにしており、研修医を含めて過重労働を求めない。研修医が救急対応や当直を押し付けられるということもない。持続可能な地域医療を提供するとのポリシーにそって職員を大切にしている運営を行っている。

また37名の認定研修医を輩出し、センター設立の目的をある程度は果たしている。ただしこの数字に満足してはおらずもっと多くの研修生を受け入れたいが、前期研修医へのアピール不足もあり、研修希望者が十分に集まらない状況である。

② 派遣先医療過疎地にとっての効果

更別村、寿都町、上川町においては、院長（所長）を含む4名もの医師が派遣されており、24時間救急体制を取れることは他の医師不足に悩む医療過疎地に比べて恵まれたことといえる。特に寿都町は大病院のある小樽市まで100km、上川町も旭川市まで50km離れており、救急患者は各公立診療所に頼らざるを得ない。

北海道家庭医療学センターの派遣医師は、救急を基本的に断らず、外科系疾患や脳血管疾患でも可能な範囲で対応する。また、地域が抱える健康問題にも積極的に関わり、行政へのアドバイス等を行っている。最近では、地域での在宅医療を担う医療機関の不足を踏まえて、積極的に訪問診療を展開するために理学療法士の採用や訪問看護師の採用を行い医療機能を強化した。健康の維持・増進の段階から関わるのが地域医療に携わる医師の醍醐味でもある。

2. 医療法人伯鳳会

法人合併・救済統合型；医療法人十愛会 国仲病院・小国病院
系 列・救済統合型；社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院

岡山県との県境の兵庫県赤穂市にある医療法人伯鳳会（以下「伯鳳会」という。）は、赤穂中央病院（一般 265 床）と外来分離した赤穂はくほう会病院（療養 28 床）を中心に、病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護介護、グループホームなど 20 を超える事業所を運営している。

赤穂市は、周辺自治体を含めて人口 15 万人程度の圏域であるが、高齢化率が全国平均を上回っており、今後人口が減少するため事業の継続性に不安が残る。そこで将来の医療・介護ニーズが見込まれる明石市、姫路市、大阪市に進出している。平成 17 年 10 月に株式会社整理回収機構（RCC）から医療法人十愛会 国仲病院（87 床）を取得して明石はくほう会病院とし、平成 19 年 2 月には医師不足に悩む産婦人科病院の小国病院（姫路市；39 床）を承継した。また平成 22 年 1 月には社会福祉法人大阪暁明館もグループに加わり、大阪暁明館病院（332 床）等を再建中である。

(1) 兵庫県及び西播磨 2 次保健医療圏等の医療環境

赤穂市及び統合先病院の医療環境は下記のとおりである。

① 医療供給体制

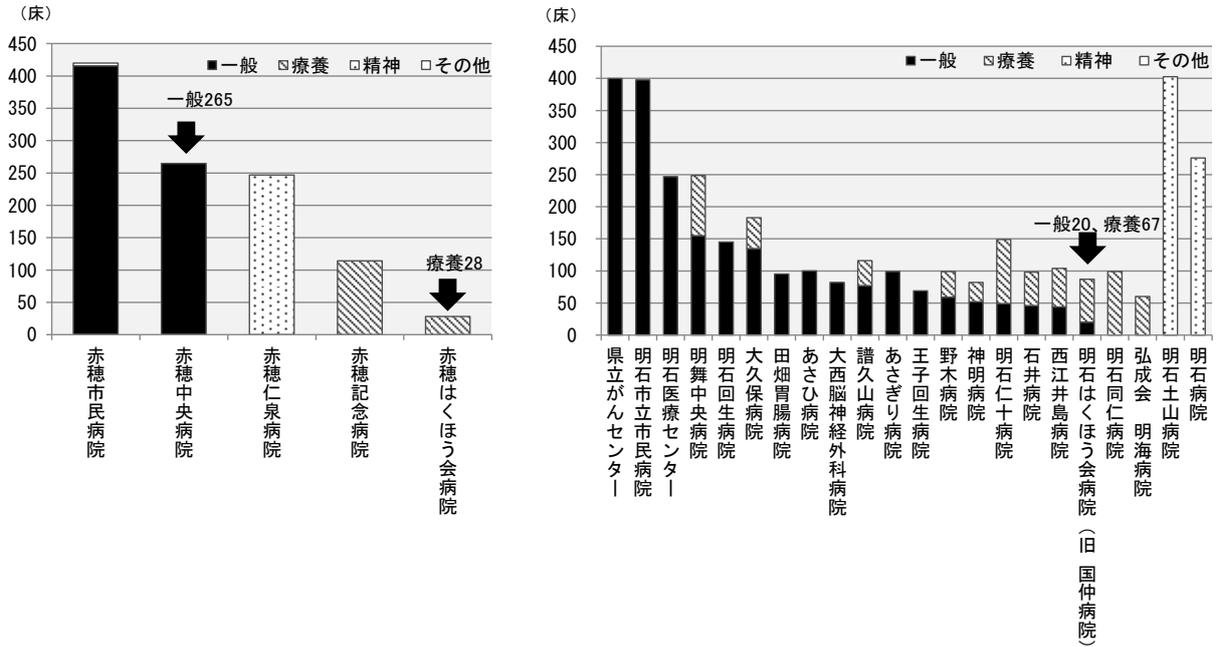
赤穂市で一般病床を持つ病院は赤穂市民病院と赤穂中央病院だけであり、その他の病院は療養病床、精神病床のみである。

明石はくほう会病院（旧 国仲病院）が所在する明石市には、県立がんセンター（一般 400 床）、明石市立市民病院（一般 398 床）、明石市医師会立明石医療センター（一般 247 床）をはじめ 22 病院があるが、200 床未満の療養病床を備える病院が多い。

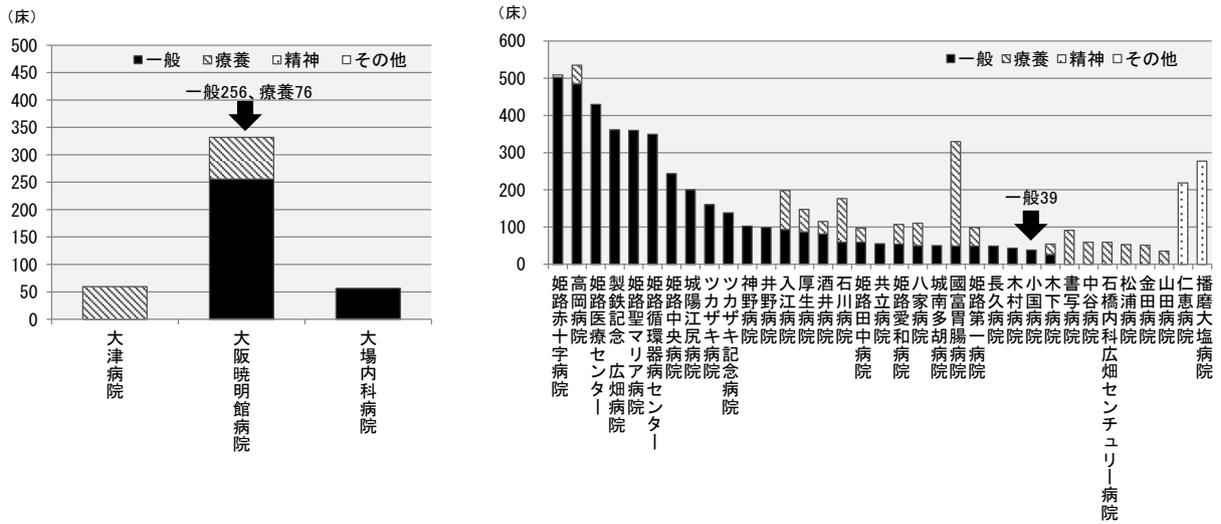
小国病院の所在する姫路市には姫路赤十字病院（509 床）、国立病院機構姫路医療センター（430 床）、製鉄記念広畑病院（362 床）、県立姫路循環器病センター（350 床）をはじめ 35 病院があるが、産科（産婦人科）を標榜するのは 4 病院のみである。

大阪暁明館病院が所在する大阪市此花区には大阪市立北市民病院（一般 298 床・療養 184 床）があったが、平成 22 年度末に閉院し、23 年現在において大阪暁明館病院以外は 100 床未満の民間 2 病院があるのみである。

図表 3-2-1 兵庫県赤穂市（左）及び明石市（右）の病院別病床の種類



図表 3-2-2 大阪府大阪市此花区（左）及び姫路市（右）の病院別病床の種類



資料；近畿厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 4 日現在）」を基に作成

② 兵庫県の2次保健医療圏

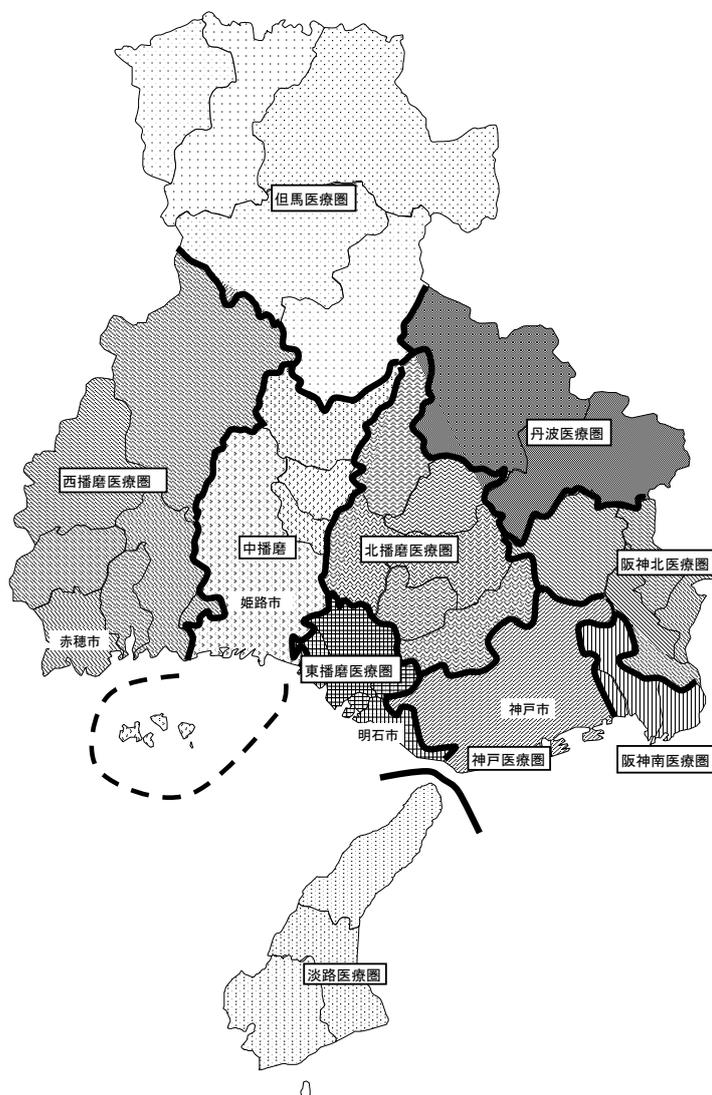
兵庫県内は10の2次医療圏が設定されている。赤穂市が属する西播磨保健医療圏は4市3町で構成され、県全体の面積の19%、人口の5%を占める。

明石市が属する東播磨医療圏は3市2町で構成され、県全体の面積の3%、人口の13%を占める。

姫路市が属する中播磨医療圏は1市3町で構成され、県全体の面積の10%、人口の10%を占める。

大阪市が属する大阪市医療圏は大阪市1市で構成され、県全体の面積の12%、人口の30%を占める。

図表 3-2-3 兵庫県の2次保健医療圏



資料；兵庫県保健医療計画（平成20年4月）

③ 医療施設数と病床数

兵庫県全体としては病床不足となっており、西播磨保健医療圏のみが過剰地域である。兵庫県の人口 10 万人対医療施設も全国平均に比べてやや少ない。

図表 3-2-4 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
神戸保健医療圏	15,522	14,985	-537
阪神南保健医療圏	8,778	8,403	-375
阪神北保健医療圏	6,775	6,186	-589
東播磨保健医療圏	6,339	6,080	-259
北播磨保健医療圏	3,342	3,338	-4
中播磨保健医療圏	5,576	5,326	-250
西播磨保健医療圏	2,811	2,837	26
但馬保健医療圏	1,838	1,657	-181
丹波保健医療圏	1,368	1,308	-60
淡路保健医療圏	1,733	1,705	-28

資料；兵庫県保健医療計画 追補版（平成 23 年 4 月）

図表 3-2-5 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
兵 庫	6.2	5.7	0.1	3.1	2.9	4.5

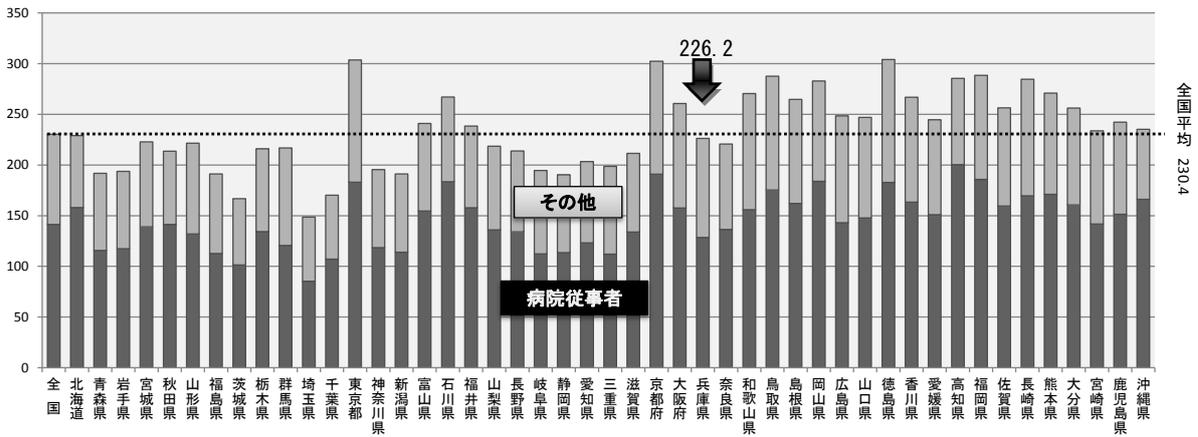
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

兵庫県の人口 10 万人対医師数は全国平均を下回っている（図表 3-2-6）。病院従事医師の勤務地は神戸保健医療圏と阪神南保健医療圏が半数を占めている（図表 3-2-7）。専門科の医師も両保健医療圏に集中している（図表 3-2-8）。

医師の供給源は神戸大学、京都大学、岡山大学等であるが、西播磨圏域は岡山大学出身者が多いといわれる。

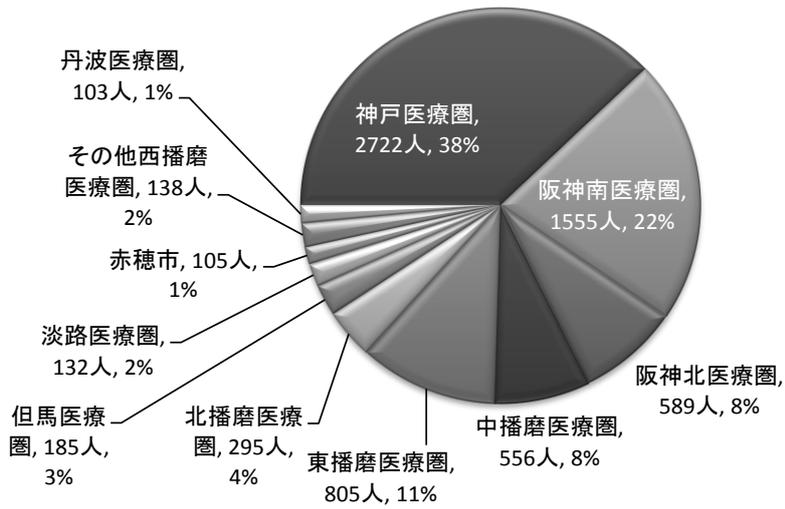
図表 3-2-6 人口 10 万人対医師数



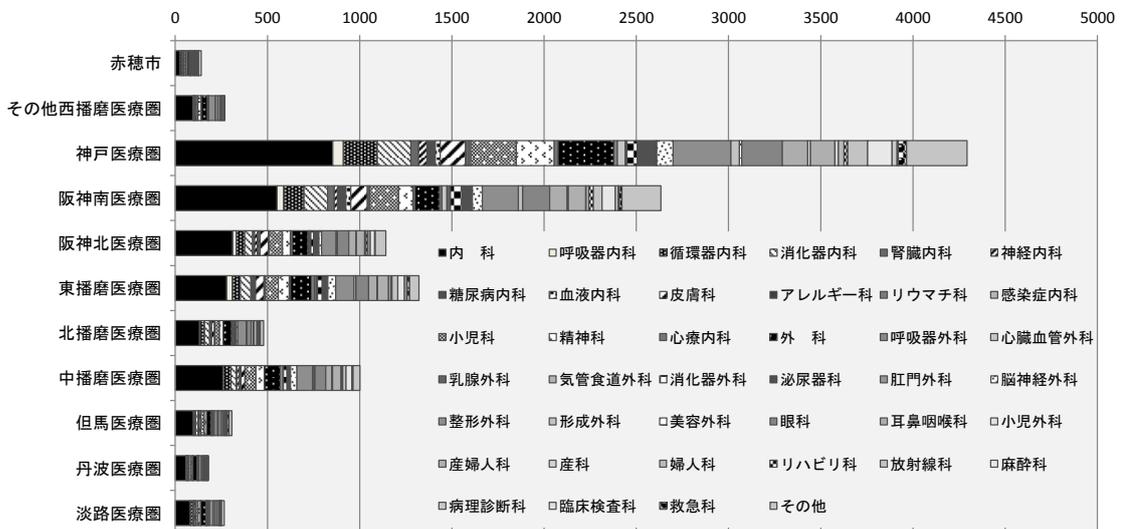
※病院従事者の対象は次のとおりである（以下同様）。

病院の開設者又は法人の代表者、病院の勤務者（医育機関附属の病院を除く）、医育機関附属の病院の勤務者（臨床系の教官又は教員、臨床系の教官又は教員以外の従事者）。

図表 3-2-7 病院従事医師の勤務地



図表 3-2-8 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

赤穂市の属する西播磨保健医療圏は入院患者の流入・流出とも 25%台である。明石市の属する東播磨保健医療圏も流入・流出は均衡している。姫路市の属する中播磨保健医療圏では流入率が流出率を 5 ポイント程度上回っている。

図表 3-2-9 県内入院患者の流出・流入状況

2次保健医療圏	推計流入患者割合 (%)	推計流出患者割合 (%)
神戸保健医療圏	17.8	19.0
阪神南保健医療圏	22.1	35.0
阪神北保健医療圏	41.0	40.0
東播磨保健医療圏	23.5	22.0
北播磨保健医療圏	33.1	22.6
中播磨保健医療圏	22.2	17.6
西播磨保健医療圏	25.5	25.4
但馬保健医療圏	10.4	28.1
丹波保健医療圏	24.2	36.6
淡路保健医療圏	7.4	21.3
兵庫県	23.6	25.8

資料；厚生労働省「平成 20 年患者調査」

(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人伯鳳会

伯鳳会は4つの病院を中心とし、診療所、介護老人保健施設、訪問看護介護、グループホーム、各種通所施設、生活介護事業、生活習慣病管理事業、医療専門学校、保育所など計20を超える事業所を運営している。伯鳳会グループとしては30を超える事業所となる。伯鳳会は赤穂中央病院に本部を置き、本部管理の下で各地域の施設を運営している。

[伯鳳会の施設]

赤穂中央病院 (赤穂市；265床 (一般265床 (うち回復期リハ42床)))
赤穂はくほう会病院※ (赤穂市；28床 (医療療養28床))
明石はくほう会病院※ (明石市；87床 (一般20床、医療療養67床 (うち回復期リハ43床)))
産科・婦人科小国病院 (姫路市；39床 (一般39床))
イオン診療所 (赤穂市)

在宅介護1か所、居宅介護5か所、訪問看護1か所、デイサービス5か所、介護老人保健施設2か所、グループホーム1か所、生活介護1か所、生活習慣病管理センター1か所、小規模多機能施設2か所、サービス付き高齢者向け住宅1か所、リハビリ専門学校1か所

※印は統合先法人より譲渡

② 被統合側；

・医療法人十愛会 国仲病院

医療法人十愛会 国仲病院は明石市で医療療養病棟と介護療養病棟を運営していた。経営の悪化から平成17年に倒産し、債権は整理回収機構(RCC)に移行した。

[十愛会の施設]

医療法人十愛会 国仲病院 (明石市；87床 (療養87床))

・小国病院

小国病院は姫路市の歴史ある産婦人科病院であったが、医師採用難から事業継続を断念した。

[小国病院の施設]

小国病院 (姫路市；39床 (一般39床))

・社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院

社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院は大阪市此花区に位置し、かつて関西学院大学が設立、運営していた病院であるが、業績は低迷していた。

[大阪暁明館病院の施設]

大阪暁明館病院（大阪市此花区；332 床（一般 256 床（うち回復期リハ 38 床、障害者 55 床）、医療療養 76 床））

暁明館西九条クリニック（大阪市此花区）

暁明館ケアプランセンター

おとしよりすこやかケアプランセンター西部館

暁明館訪問看護ステーション

(3) 統合までの経緯・背景

伯鳳会の実施した経営統合は次の 3 つのケースである。平成 17 年に医療法人十愛会 国仲病院を整理回収機構から公募入札で経営権を獲得した上で、明石はくほう会病院として開設、平成 19 年には医師不足で存続が危ぶまれた姫路市にある個人病院の産婦人科病院である小国病院を統合、平成 22 年には伯鳳会の主導下で大阪市の社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院の経営再建を行っている。

① 医療法人十愛会 国仲病院

医療法人十愛会 国仲病院は、当時の理事長が病院の運営資金を流用して資金繰りが悪化し、負債額は 10 億円以上に上った。入院患者が 50 人以上いたことから、整理回収機構の下で通常どおり業務を続けながら経営再建を目指すことになった。整理回収機構は、債権者破産と保全処分を行い、国仲病院の新たな運営組織を公募した。伯鳳会はこれに応じ、土地・建物・運営権を落札し、経営再建を行うことになった。

② 小国病院

小国病院は明治時代から続いている姫路市でも歴史ある産婦人科病院であった。父親と息子の二人の医師で病院を運営していたが、父親が亡くなったため息子 1 人で運営をせざるを得なくなった。また、同時期に大学からの常勤医師の派遣がなくなり、院長と非常勤医師 2 名の体制となった。そのため、院長は昼夜問わず診療を行わざるを得ず、40 代の働き盛りであったが、疲弊が極限に達して継続を断念した。一方で、病院の経営状態は良く、医師さえ採用できれば運営を継続できる状態であった。仮に小国病院が閉院することになれば、地域の他の産婦人科へのしわ寄せが大きくなることも明らかであった。小国病院の経営支援の話が取引銀行経由で伯鳳会にあり、赤穂中央病院産婦人科医師（副院長）が岡山大学の同窓ということもあり引き受けることにした。

姫路市は病床過剰地域であったため、本来なら個人病院の同規模での譲渡は困難であるが、産婦人科が不足している状況を鑑み、県が継続継承に尽力して病床数を維持したままの統合を許可した。

③ 社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院

大阪暁明館病院は、キリスト教に基づき関西学院大学が寄宿舍を診療所化し、その後、病院として運営していたものである。近年は関西学院大学との関わりはなくなり、また歴

代の理事長が医師でなく医療経営に通じていなかったこともあったため経営は低迷していた。以前から経営状態が悪かったため、過去にも伯鳳会に経営支援の依頼があった。伯鳳会はそのたびに断っていたが、平成 22 年に大阪市立北市民病院が民間に移譲されることになったのを機に経営支援に乗り出した。大阪暁明館病院と北市民病院の病床を合算した規模の病院を北市民病院の跡地に建てる計画が立てられた。

社会福祉法人大阪暁明館は、伯鳳会の指導の下で経営の建て直しを行って 3 か月目で黒字化する一方、北市民病院の民間移譲を受けた。新病院は北市民病院 150 床、暁明館大阪暁明館病院の 332 床を合わせた 482 床で北市民病院跡地に建設する予定である（平成 25 年開設予定）。



赤穂中央病院



小国病院

図表 3-2-10 病院の立地状況



(4) 経営管理手法

経営再建に取り組む際、伯鳳会理事長が当該病院で陣頭指揮を執り、具体的な経営改善策に取り組む。各ケースに共通する経営改善策は次のとおりである。

① 職員の経営参画意識の高揚

経営指針書を全職員に配布し、理事長の方針・病院の目標・課の目標を明確にし、目標達成のため職員間連携を向上させている。実績は月次単位で課長・係長クラスまでが出席

する経営会議で公開し、課題改善に努める。

伯鳳会は業績連動制の賞与としており、経営情報は全職員にも公開して経営を透明化している。

業績賞与額はグループ病院の業績を連結した原資によるため、1つの病院の業績悪化が他の病院のスタッフの賞与額にも影響を与えことから、スタッフは自分が属する病院だけではなく、他病院との連携も意識し、協力関係や他病院のスタッフへの指導など自ら積極的に行う風土を形成している。

② PDCA活動の励行

理事長が示した全体目標に沿って各病院・施設が自院の年度事業計画を策定する。この計画を踏まえ、診療科等の単位での事業計画を策定し、これに沿って職員が個人目標を定める。

設定した目標を上司と面接し、ベクトルのずれをチェックした上で、半期の目標を決めて実行する。進捗状況の把握のための中間面接、目標達成度の結果面接を行い、問題点等を検討する。それに基づき、再度次期目標の設定を行う。

③ 人事制度

職員の個人目標は半年単位で上司との面接の上で定める。目標の内容は職級により異なり、1～9級の職級ごとに定められた業務範囲・職責に従って定める。現場職員は技術習得等が目標になることもある。進捗状況把握のための中間面接、目標達成度の結果面接を行い、問題点等を検討する。また、これに基づき次期目標の設定を行う。

賞与は法人全体の業績を原資とし、個人目標達成度等を加味した数式で算定する。人事考課制度は10数年前に導入した。業績、数式とも公開しており、職員は自分たち一人一人の努力が業績賞与に反映されることを理解している。統合先職員の給与は1年間の現給保障後、伯鳳会規程を適用する。

経営統合先法人は、統合後即、人事考課制度を導入し、業績連動賞与の説明等を行い、それぞれの事業所は、各自が運営するという意識を持たせるようにしている。

④ 課題の把握と対応

目標設定する前に、該当事業所のSWOT分析（資料編参照）を行う。現在の「強み」「弱み」、今後の「ビジネスチャンス」、現在・今後の「脅威」を内部環境と外部環境で分析を行う。

また、医療安全・感染・接遇・パス・機器購入等の各委員会の役割を強化させている。それぞれの問題点・課題等を議論し、委員会の存在価値を高めることにより、各部署・各職員の連帯感が向上する。

そのほか、請求漏れのある施設基準項目を調査し、収入に組み込むことで収入を増やす等の対応もしている。

⑤ コストダウン

統合先病院の薬品・材料費等は定期的な見直しにより品目コントロールを行っているほ

か、購入単価と伯鳳会購入単価を比較し、割高コストを調査する。既存業者との交渉を行い、場合によっては業者を変更して適正水準とする。

伯鳳会傘下の病院では薬剤師が薬品購買権を持っており、薬事審議会で決定したものしか購入しない。傘下病院の薬品は薬品卸から一括購入して規模のメリットを発揮している。診療材料は病院により種類が異なるため、価格を比較して交渉している。

医療機器は1千万円までは、経理・看護・放射線・臨床工学・薬局等のメンバーで構成する機器購入委員会に決定権がある。メンバーはそれぞれの課に在籍のため、無駄な購入の有無が明確となってくる。1千万円以上は理事長、院長、担当部署が業者のプレゼンテーションを聞いて決定する。

その他、無駄なコストを調査するとともに、運営（職員配置や運営手順）上の効率化を図る等により経費抑制に努めている。

⑥ 職員採用・職員研修

赤穂中央病院は臨床研修指定病院であり、研修医を2名（2年で合計4名）受け入れている。

看護実習も受け入れており、新人看護師として入職してもらいたいので現場の看護スタッフが一生懸命に教えている。今年度は新卒看護師を15名採用できた。赤穂市では看護師の離職率は低く、経営統合した病院においても統合当時の離職は低かった。ただ、大阪市は看護師の循環が地方より多く、看護師採用にはやや苦戦している。職員は適材適所でローテーションで勤務している。

なお、研修受講には積極的であり、研修等に参加したい職員はいつでも参加できる環境を整えている。予算を設けると使い切ろうとするので、あえて予算は付けずに本人希望に対応する形式を取っている。

⑦ 医療連携の強化

定期的な他医療機関への訪問を連携室だけではなく、院長、各科医師、コメディカルも同行する。新規機器の導入紹介、新規治療の紹介、新規医師の着任紹介等を必要に応じて行っている。直現場の担当が訪問することによりフェイスツーフェイスで、スムーズな連携がとれる。

⑧ 医療機能再編・設備投資

明石はくほう会病院（旧 国仲病院）は、リハビリ機能を強化し、回復期リハビリ病棟新設等の病棟編成を行った。経営統合後は1床当たりの面積を増やすために無駄な部屋を病室にして改修した。また、外来等の環境を良くするためにも、ロビー、診察エリアの改修を行った。

小国病院は、産科の環境を充実させるために、ロビー、外来、病室の改修を行った。また、医師の確保に重点を置き、常勤・非常勤の医師の確保ができた。

(5) 統合実現までの負担・課題

以下では経営統合した3病院の経営改善等を紹介する。

① 国仲病院（現 明石はくほう会病院）

旧医療法人十愛会 国仲病院は昭和54年に建築された病院であり、築26年で老朽化が進んでいた。国仲病院は医療療養病床で構成されていたが、1床当たりのスペースが狭かったため新設移転する方針であったが、病棟改修を行い一般病床、医療療養病床、回復期リハビリテーション病床とした。

病床スペースを拡張するために約1.2億円の初期投資で管理スペースや院内に設けられていた理事長の住居を病室に転換した。その後も必要な改修は続けており、設備投資は1.5億円程度に及ぶ。

請求していなかった診療報酬加算を算定するとともに上記の伯鳳会共通の改善策も行った結果、職員は統合前とほぼ同一スタッフのままであったにも関わらず、経営統合後1か月で黒字化を達成している。

ただし、医療療養のみの病床構成では大幅な経営改善は難しく、新病院建設の投資もできないため病院機能の見直しを行った。当時、明石市には回復期リハビリテーション機能を持つ病院が少なく、回復期リハビリテーション病床と一般病床、医療療養病床に転換する戦略を取った。回復期リハビリテーションは予想どおりの集患を果たし、経営が急回復した。平成17年の統合から現在まで1.5億程度の設備投資をしたが、整理回収機構からの落札額も含めて統合後5年で回収を終えている。伯鳳会4病院の中で当院が最も経常利益率が高い病院となった。

勤務医の院長、非常勤医師2名、看護師18名、その他24名の計45名が勤務していたが、整理回収機構から引き継いだ際に一旦退職の上、問題のない職員は全員引き継いだ。医療療養病床の一部を変更し、看護体制13対1の一般病床と医療療養病床とした。次に、看護師を増員し、10対1の一般病床・回復期リハビリテーション病床・医療療養病床に転換した。

現在、県から10床増床が認められ、97床の病院を新築工事中である。平成24年11月に移転予定であり、リハビリテーション機能を充実させた病院を計画している。近くに現在運営している定員30名のサービス付き高齢者向け住宅があり、今以上の連携が期待できる。

② 小国病院

小国病院は、産婦人科病院として地域の信頼を得ており経営状態も良く、医師さえ集まれば経営再建できる状態であったことから、当初は赤穂中央病院の産科医師2名の応援を行い、現在は常勤医師2名、非常勤医師2名の体制を整えている。伯鳳会と統合してから医師が採用できたのは、ひとつには前院長は診察に忙し過ぎて医師採用のために時間を割けなかったためである。伯鳳会も医師紹介会社に依頼したが、産婦人科医は採用できなかった。新たに常勤医を2名採用できた点は赤穂中央病院の副院長兼産婦人科部長が日頃から人脈づくりに熱心であり、その縁で紹介を受けたからである。

築 10 年程度と新しい病院であるが 1 億円強を投資して内部を改修した。看護師、助産師 23 名体制で 7 対 1 看護基準を満たしていたにもかかわらず、届け出していなかったことから、届け出する等で経営が以前にも増して順調となった。土地・建物等の事業譲渡費用と設備投資のための借入は 10 年で返済できる見込みである。

職員は問題がある人以外は継続勤務してもらった。前院長にも継続勤務を依頼したが、疲弊が著しく半年間の引き継ぎの後で退任している。結果として看護師、助産師は全員継続勤務することとなったが、古参の事務員は旧小国病院に対する愛着が強く、3～4 名の事務員が退職した。看護師・助産師は 24 名から 27 名に増えている。

③ 大阪暁明館病院

大阪暁明館病院は長らく経営状況が悪くなく、賃金カットして職員の士気が落ちていた。経営統合後、まず給与を元に戻して職員士気を高めた。

次に伯鳳会から事務長を派遣して経営改善に当たった。当該病院はかつて納品会社が経営に関わっていたこともあり購買に無駄が多かった。既存の業者を入れ替え、単価を伯鳳会水準に合わせた。また紙カルテの保管のために外部倉庫を借りていたが、法律で定められた 10 年を過ぎたカルテも保管していたためカルテ整理を行い、一定の期間が過ぎたカルテは破棄することにより経費を見直した。経営改善の結果、3～4 か月で単月黒字に転換した。

大阪暁明館病院は別法人であるが、伯鳳会が業務改善の指導をしており、共同購買や職員相互研修等を同一グループとして展開している。また、経営数値の公開、事業計画の作成、人事考課制度の導入、電子カルテの導入などを行った。

(6) 経営統合の効果

① 地域医療の堅持

国仲病院は経営破綻し、小国病院は存続の危機に立っていた。しかし、伯鳳会が経営するようになって医師が充足し、継続して医療を提供できている。国仲病院は回復期リハビリテーション機能を導入することで地域の潜在的な医療ニーズに対応でき、医療連携も進んだ。小国病院は医師を充足し、不足しがちな産科の地域ニーズを守れた。大阪暁明館病院は市立病院と統合し、地域の基幹病院として機能の高度化を果たす予定である。

いずれの病院も経営が大幅に改善し、伯鳳会としても経営上のメリットがあった。

② グループ経営

理事長が率先垂範の上で伯鳳会の経営ノウハウを注入することで統合先病院の経営状態が急回復している。統合を機に人事考課制度を再構築したことで、1 人 1 人の職員が目的意識と伯鳳会全体のことを考えて業務に当たることができるようになったことは大きな成果といえる。業績賞与額は法人の業績を連結した原資によるため、1 つの病院の業績悪化が他の病院のスタッフの賞与額にも影響を与えるようになっている。そのためスタッフは自分が属する病院だけではなく他病院との連携も意識しており、他の職種との協力関係や他病院のスタッフへの指導等を自ら積極的に行う風土が構築できている。

③ 他の病院への示唆

経営情報をスタッフ全員で共有し、評価制度の明確化、他の職種とのコミュニケーションの円滑化を促す仕組みが大切である。また、勉強したいテーマがある人には、その都度研修に行けるようにするなどの制度を整えたこともスタッフのモチベーションの向上につながっている。業務の負担は増えるが、上記のような制度を整えることにより、看護師の定着率は高い。

赤穂市は都心から外れているためスタッフの採用には苦勞している。しかし、新しい評価制度を取り入れグループ全体を考え働く風土ができたことで、新しいスタッフに対して熱心に指導する意識が芽生えた。

3. 社団医療法人啓愛会

法人合併・救済統合型；社団医療法人恵生会 河南病院

岩手県盛岡市の社団医療法人恵生会 河南病院（一般 30 床、療養 150 床；現在は「孝仁病院」に改称）は、平成 15 年に社団医療法人啓愛会（以下「啓愛会」という。）の傘下に入り、平成 18 年の移転新築に際して行政等の要請もあり、平成 19 年 5 月に啓愛会に吸収合併された。

啓愛会は奥州市の井筒医院（19 床）が発祥母体であり、他に美山病院（一般 112 床、療養 100 床）、美希病院（一般 149 床、療養 100 床）、2 介護老人保健施設を奥州市内で運営している。その他、花巻市に宝陽病院（一般 93 床、医療療養 46 床、介護療養 53 床）、宮城県本吉郡に介護老人保健施設とグループホームがある。河南病院以外は啓愛会で設立しており、河南病院が初めての経営統合先である。

(1) 岩手県、盛岡 2 次保健医療圏及び胆江 2 次保健医療圏の医療環境

河南病院は岩手県盛岡市にあり、盛岡保健医療圏に属する。啓愛会本部のある奥州市は胆江保健医療圏に属する。岩手県、盛岡市、盛岡保健医療圏ならびに奥州市、胆江保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

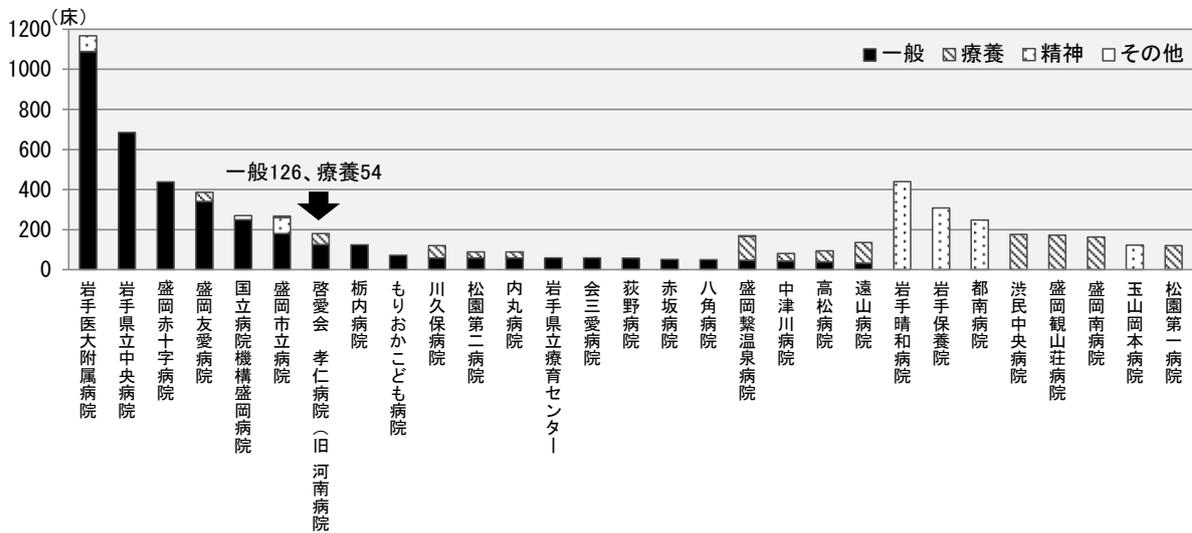
① 医療供給体制

岩手県では昭和 20 年代に厚生連病院が県に移管されたため、県立病院が 20 施設、県立診療所が 5 施設と県による医療提供体制が充実している。県立病院は中央病院の 685 床、大船渡病院の 489 床等の大規模な施設が少なからずあり、県内各地域にある大きな病院は県立病院という状況である。

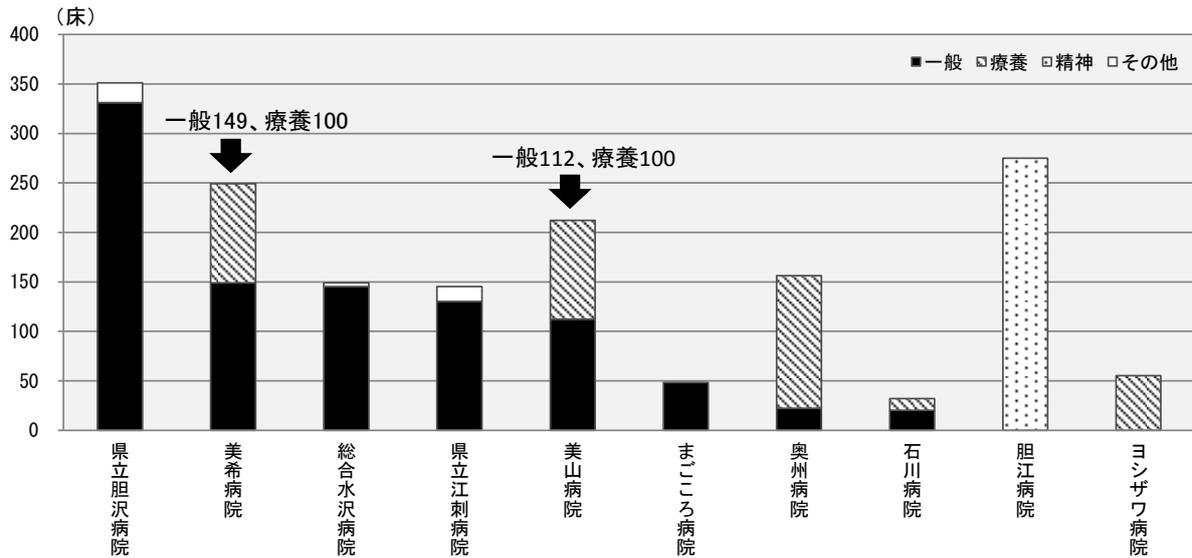
盛岡市では大規模急性期病院は大学附属病院と公的医療機関が主流であり、民間病院は相対的に規模が小さく、また療養病床を備える機関が多い。

奥州市では 200 床以上ある病院は 4 施設あり、県立病院は一般病床中心、民間病院は療養病床を併設するか精神病床に特化している。

図表 3-3-1 盛岡市の病院別病床の種類



図表 3-3-2 奥州市の病院別病床の種類



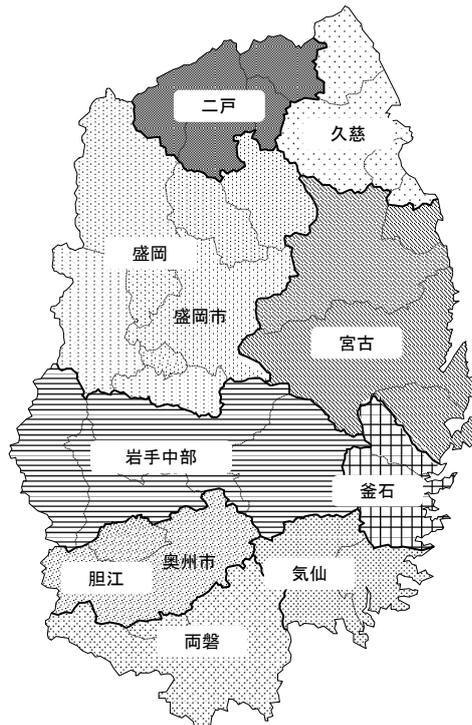
資料；東北厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 6 日現在）」を基に作成

② 盛岡 2 次保健医療圏

岩手県内は 9 つの 2 次医療圏が設定されている。河南病院が属する盛岡保健医療圏は 2 市 5 町 1 村で構成され、県全体の 24% の広大な面積を有し、人口は県全体の 35% を占めている。

啓愛会本部があり美山病院等が立地する奥州市が属する胆江医療圏は奥州市と金ヶ崎町の 1 市 1 町で構成され、県全体の面積の 8%、人口の 11% を占める。

図表 3-3-3 岩手県の 2 次保健医療圏



資料；岩手県保健医療計画（平成 20 年 4 月）

③ 医療施設数と病床数

岩手県全体としては病床数が過剰となっている。過剰病床数の大部分が盛岡保健医療圏の過剰病床数による。啓愛会本部のある胆江保健医療圏は病床不足地域である。

岩手県の人口 10 万人当たり病院数は全国平均をやや上回っている。

図表 3-3-4 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差 引
盛岡保健医療圏	5,723	6,425	702
岩手中部保健医療圏	1,828	2,097	269
胆江（たんこう）保健医療圏	1,743	1,537	-206
両磐（りょうばん）保健医療圏	1,357	1,227	-130
気仙保健医療圏	721	640	-81
釜石保健医療圏	519	826	307
宮古保健医療圏	766	821	55
久慈保健医療圏	395	588	193
二戸保健医療圏	399	582	183

資料；岩手県保健医療計画（平成 20 年 4 月）

図表 3-3-5 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
岩 手	7.1	6.0	0.2	3.6	2.6	5.5

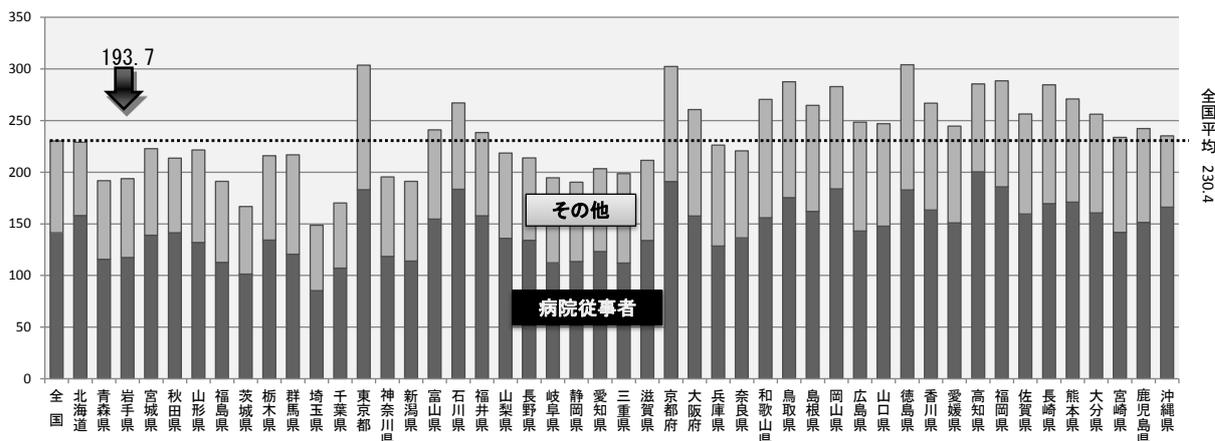
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

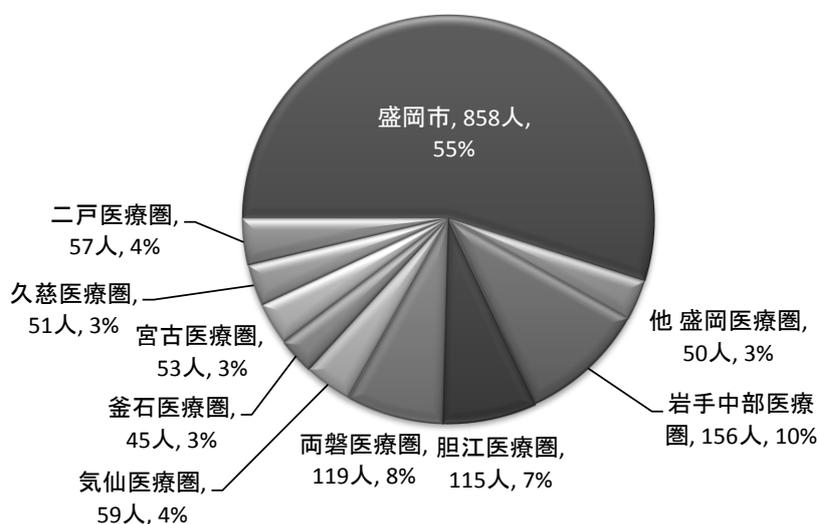
岩手県の人口 10 万人対医師数は全国平均を下回っており、相対的に規模の大きい県立病院でも医師採用難である。病院従事医師の過半数が盛岡市におり（図表 3-3-7）、盛岡市以外では医師確保がより難しい状況である。特に専門医は盛岡市に集中している（図表 3-3-8）。

医師は岩手医大のほか、自治医大、東北大、弘前大等の東北・北関東一円の大学に依存している。

図表 3-3-6 人口 10 万人対医師数



図表 3-3-7 病院従事医師の勤務地



図表 3-3-8 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

盛岡保健医療圏は流入割合 22.0%に対して流出割合 4.4%と流入超過状態であり、県の医療の中核を担っている。胆江保健医療圏は流出割合が3ポイント程度上回っている。

図表 3-3-9 県内入院患者の流出・流入状況

2次保健医療圏	推計流入患者割合 (%)	推計流出患者割合 (%)
盛岡保健医療圏	22.0	4.4
岩手中部保健医療圏	19.0	29.2
胆江保健医療圏	20.0	22.8
両磐	17.3	23.0
気仙	6.5	39.4
釜石	11.4	20.7
宮古	5.8	22.9
久慈	8.5	33.3
二戸	18.2	41.1
岩手県	18.0	19.1

資料；厚生労働省「平成20年患者調査」

(2) 法人の概要

① 統合側；社団医療法人啓愛会

啓愛会は東北新幹線の水沢江刺駅にほど近い奥州市水沢区の井筒医院が発祥であり、従業員約 900 名、年間収益（売上）は約 70 億円である。医療法人のほかに関係法人として社会福祉法人美楽会があり、医療・福祉グループとして業務を拡大している。

奥州市が属する胆江保健医療圏は既存病床が基準病床を下回る病床不足地域であるが、圏域に医療施設を新設しても既存の直営病院と競合することになる。また、盛岡市以外の県下では医師採用が難しく、業務拡大のためには他圏域に進出せざるを得ない状況下にある。

[啓愛会の施設]

- 美山病院（奥州市;212 床（一般 112 床（うち緩和ケア 20 床）、医療療養 40 床、介護療養 60 床））
- 美希病院（奥州市;249 床（一般 149 床、療養 100 床））
- 宝陽病院（花巻市;192 床（一般 93 床、医療療養 46 床、介護療養 53 床））
- 孝仁病院※（盛岡市;180 床（一般 126 床（うち障害者 56 床、緩和ケア 10 床）、医療療養 54 床））
- 井筒医院（奥州市;19 床（一般 7 床、医療療養 12 床））
- 介護老人保健施設 ハイム・アザレア（奥州市;定員 90 人）
- 介護老人保健施設 ハイム・ベルク（奥州市;定員 90 人）
- 介護老人保健施設 ハイム・メアーズ（宮城県本吉郡南三陸町；80 人）
- グループホーム はまゆり（宮城県本吉郡南三陸町；9 人）
- 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護、居宅介護支援事業も提供
- ※印は被統合先法人である医療法人恵生会より譲渡

[同グループの社会福祉法人美楽会の施設]

- 軽費老人ホームケアハウス水沢（奥州市；定員 50 名）
- 特別養護老人ホームいこいの森（奥州市；定員 83 名/ショートステイ定員 17 名）
- 特別養護老人ホームいこいの海・あらと（宮城県本吉郡南三陸町；定員 80 名）
- 認知症対応型共同生活介護グループホームひだまり（奥州市；定員 9 名）
- 認知症対応型共同生活介護グループホームひだまり 2（奥州市；定員 9 名）
- 老人デイサービスセンター デイサービススマイル（奥州市；定員 15 人）
- 老人介護支援センター（奥州市）

② 被統合側；社団医療法人恵生会 河南病院

恵生会 河南病院は盛岡市の中心街にあったが、経営者が体調を崩し、譲渡先を探していた。

[恵生会の施設]

- 河南病院（盛岡市;180 床（一般 30 床、療養 150 床））

(3) 統合までの経緯・背景

河南病院は、昭和40年代に元経営者が乱脈経営をした県内医療関係者には有名な病院であり、その後、何人かが経営再建に携わった。前経営者は過去の債務を整理し、経営再建の道筋を立てたが、体調を崩し、後継者もいなかったため経営の引受先を探していた。メインバンクを通じ、啓愛会に経営譲渡の打診があった。業務拡大を図る啓愛会にとってもメリットがあること、病院再建にかけ河南病院前経営者の人柄に共感したこともあり、啓愛会が河南病院の債務を引き受けることで経営を譲り受けた。

前経営者は恵生会という医療法人を運営しており、同法人のまま、院長も前経営者のままで3年ほど運営していた。河南病院の施設は昭和43年に建設されて老朽化が著しかったため、啓愛会は経営権を引き受けると移転新築を計画した。河南病院は盛岡市中心街で立地条件は良かったが、現地建替えはできないため別所に移転することとした。河南病院の敷地売却費で広い敷地を求めたため、盛岡駅から車で10分ほどの田園地帯に移転した。用地は農業振興地域だったが、県・市の支援があり農地転用が可能となった。当地域は車で来院する患者が多く、また、広域から患者が来院しやすいように高速道路の近くを選んだ。河南病院の院長を続けていた前経営者は、新病院の完成を見ることなく鬼籍の人となった。

移転新築に際し、別法人のままでは経営が安定しないという趣旨で県とメインバンクから法人を合併するように要請され、啓愛会に吸収合併することになった。

新病院は孝仁病院と改称し、県内初のPET画像診断センター、盛岡地区では初めてとなる緩和ケア病棟を設置して特色を持たせた。PET画像診断センターは岩手医大附属病院等からの紹介患者で単年度黒字を達成し、緩和ケア病棟も満床である。PET画像診断センターは1日14件程度が受入れ限度であるが、設置当初から現在に至るまで1日当たり平均10～12件程度の受入れ実績である。設立当初は岩手医大や県立中央病院から臨床検査の依頼が1日当たり平均7件前後あり、4件前後をPET健診に割り振っていた。その後、両病院とも自前のPETセンターを設置したため臨床検査件数が減り、現在はPET健診が中心である。緩和ケア病棟も周辺に類似施設がないため、設置当初から満床に近い状況である。



孝仁病院



孝仁病院PET画像診断センター

図表 3-3-10 病院の立地状況



(4) 経営管理手法

法人傘下の病院は予算制度の下で院長に経営を任せているが、法人全体での病床稼働率は95%と好調である。

① 職員の経営参画意識の高揚

給与情報を含む経理情報はすべて公開している。良い経営状況の病院も悪い経営状況の病院も明確になっている。

② PDCA活動の励行

事業所ごとに年間事業収支、新規事業計画を作成し、理事会での各事務長からの説明とヒアリングを経て新年度収支損益、事業計画を決定する。その後、毎月の運営委員会（理事長、専務理事、常務理事、各事務長、各総看護師長出席）で予算、実績の比較検討を行い、予算差異の原因調査をした上で毎月開催の理事会に報告する。

③ 課題の把握と対応

毎月の運営委員会で医療原価、診療行為別の予算・実績報告を行うとともに、リハビリ科、栄養科、放射線科、検査科等で病院間の合同会議を定期的で開催して情報交換をして改善を図っている。

④ コストダウン

診療材料購入検討委員会等でコストダウン策を検討し、SPD業者等と価格交渉をしている。基本的に傘下病院の購入は本部で取りまとめて一括購入する。

⑤ 職員研修等の充実

各事業所からの選任者で構成する研修委員会が職員一般研修を実施している。新入職員研修、5年目研修、10年目研修、リーダーシップ研修等、並びに傘下病院の各科の専門研修を計画・実施している。講師は研修内容により内部・外部講師を依頼している。

⑥ 医療連携の強化

孝仁病院では、岩手医大附属病院や県立中央病院等との連携に注力している。結果として、PET画像診断センターは単年度黒字を達成。

⑦ 医療機能再編・設備投資

孝仁病院は機能再編で、県内初のPET画像診断センター、盛岡地区初の緩和ケア病棟を設置した。また、盛岡駅から車で10分程度の場所に移転新築した。

(5) 統合実現までの負担・課題

河南病院を統合するに当たり、職員は全員引き受けた。給与等の待遇統一化には3年を要したが、経営状況等を説明していたので不満は出なかった。旧河南病院の職員にとっては待遇改善になり、統合に当たり辞めていった職員はほとんどいなかった。旧河南病院の職員は120人程度であったが、現在、200人程度に増員している。増員の半数以上は看護師であり、緩和ケア病棟やPET画像診断センターで配置が必要だったためである。その他の増員は放射線技師等のコメディカルである。

新病院建設費はPET画像診断センターの費用を含め約30億円程度だが、銀行から30年間の返済の提案を受け、病院の運営に余裕を持つことができた。課題としては、病院の移転地の候補探しと経営改善・待遇改善に時間を費やしたことが挙げられる。

(6) 経営統合の効果

① 啓愛会にとってのメリット

急性期病院は得意分野、特色のある診療科を持ち、そこに資源を集中することで病院全体の集患力も高まるとの考えの下、県内初のPET画像診断センター、盛岡地区初の緩和ケア病棟を開設し、狙いどおりの集患を果たしている。

また、いかにして医師・職員を集めるかが病院経営健全化の要諦であるが、盛岡市の方が奥州市よりは医師・職員を採用しやすいことが分かった。盛岡市と奥州市で医師・職員のローテーションが組めれば、採用や研修・教育に寄与するものと期待される。

② 地域医療にとってのメリット

河南病院は元経営者の乱脈経営がたたりに、十分な医療機能を提供できていなかった。その後も何人かが再建に携わったが、経営再建・医療機能充足は果たせなかった。啓愛会が移転新築してようやく本来の地域医療貢献を果たせるようになり、経営状況の良い病院に変えることができた。

③ 河南病院職員にとってのメリット

河南病院は経営状況が悪かったため、職員待遇は良くなかった。合併後3年かけて待遇を改善し、啓愛会規程に統一した。職員には経営状況や今後の方針を説明していたので、待遇改善に3年間かかることに対して不平はなかった。また、前述のとおり、合併時に退職者はほとんどなかった。

河南病院には労働組合があったが、待遇改善を経て自然解散した。

4. 医療法人啓仁会

法人合併・救済統合型；医療法人社団礼仁会 吉祥寺南病院

東京都武蔵野市の秀島病院（127 床）（現 医療法人啓仁会 吉祥寺南病院）は、診療所が前身で、バブル期の地価上昇時に銀行融資で病院規模を拡張した。しかし、過剰投資の結果、債務超過に陥り経営が立ち行かなくなった。医療法人啓仁会（以下「啓仁会」という。）が経営支援を行ったが、銀行を含めた協議の結果、銀行が一部債権放棄をした上で平成 20 年 1 月に啓仁会に吸収合併された。

啓仁会は、ワム・タウン¹という考え方をベースに、埼玉県所沢市、埼玉県比企郡、静岡県伊東市、宮城県石巻市、東京都武蔵野市に医療施設や介護施設等で構成する複合施設を整備している。武蔵野市では、吉祥寺南病院をベースに、訪問看護ステーション吉祥寺、やはたクリニック、デイケアセンターわかばでワム・タウンを形成し、さらに介護老人保健施設が計画されている。

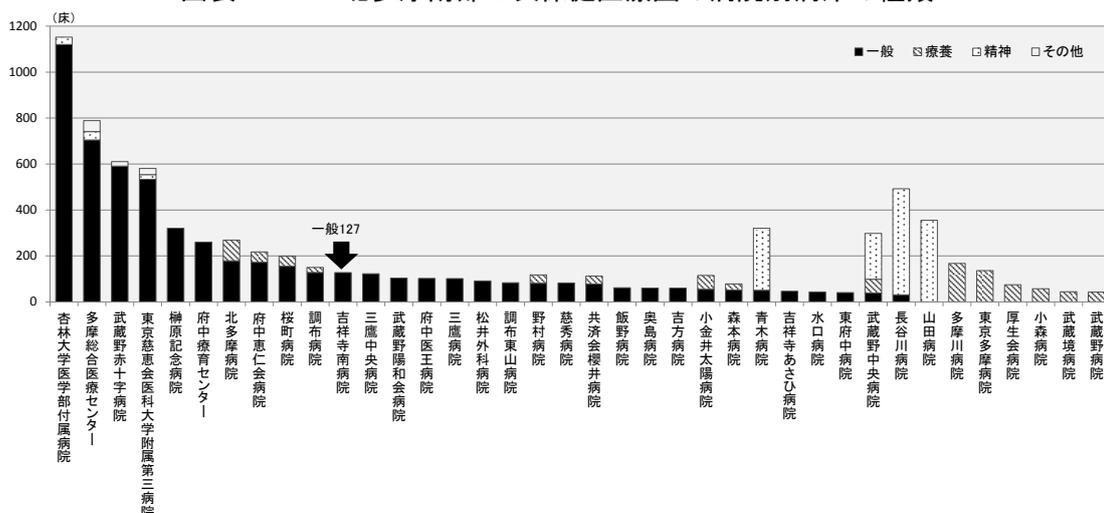
(1) 東京都、北多摩南部 2 次保健医療圏及び西部 2 次保健医療圏の医療環境

吉祥寺南病院は、東京都武蔵野市にあり、北多摩南部 2 次保健医療圏に属する。啓仁会本部のある埼玉県所沢市は、西部 2 次保健医療圏に属する。東京都、武蔵野市、北多摩南部 2 次保健医療圏ならびに所沢市、西部 2 次保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

東京都内の中心部からそれほど離れていない恵まれた立地条件によって、北多摩南部医療圏の医療提供機関は公的病院である多摩総合医療センター以外は民間病院や大学病院が中心となっている。病床規模別にみると上位 4 病院が 600 床前後から 1,000 床超の大病院であり、それに続き、専門特化した榊原記念病院などの中規模病院、さらに吉祥寺南病院のような 100 床前後の中小病院まで幅広く立地している。

図表 3-4-1 北多摩南部 2 次保健医療圏の病院別病床の種類

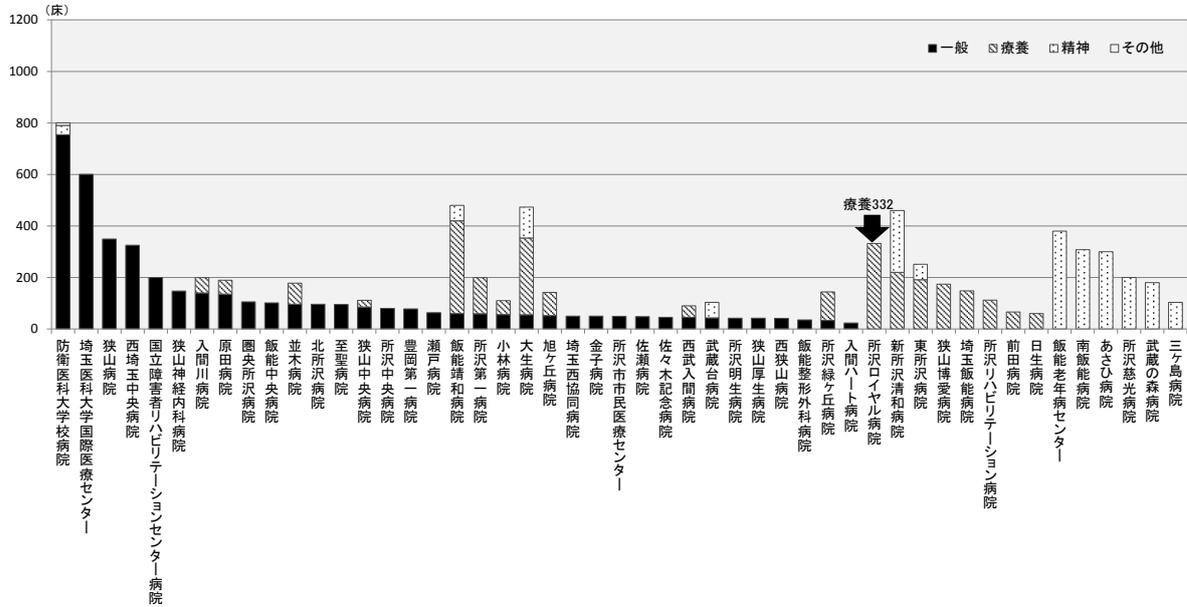


資料；関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 1 日現在）」

¹ ワム；WAM=Welfare And Medical（福祉と医療）。健康に、安心して、生きがいをもって暮らせるように自治体や関係機関とも連携して、医療・保健・福祉の密接なネットワークを構築。住みなれた地域や家庭で生活できるように「施設サービス」と「在宅サービス」を複合的に提供できる枠組みづくりを整備している。なお、独立行政法人福祉医療機構との関連はない。

また、所沢市が属する西部2次保健医療圏は武蔵野市から直線距離で10 kmもなく、埼玉県と東京都の境にある。東京都内にもアクセスがよく、防衛医科大学校病院、埼玉医科大学国際医療センター等の大規模病院や400床前後の療養病院、精神病院等が複数存在する。

図表 3-4-2 西部2次保健医療圏の病院別病床の種類

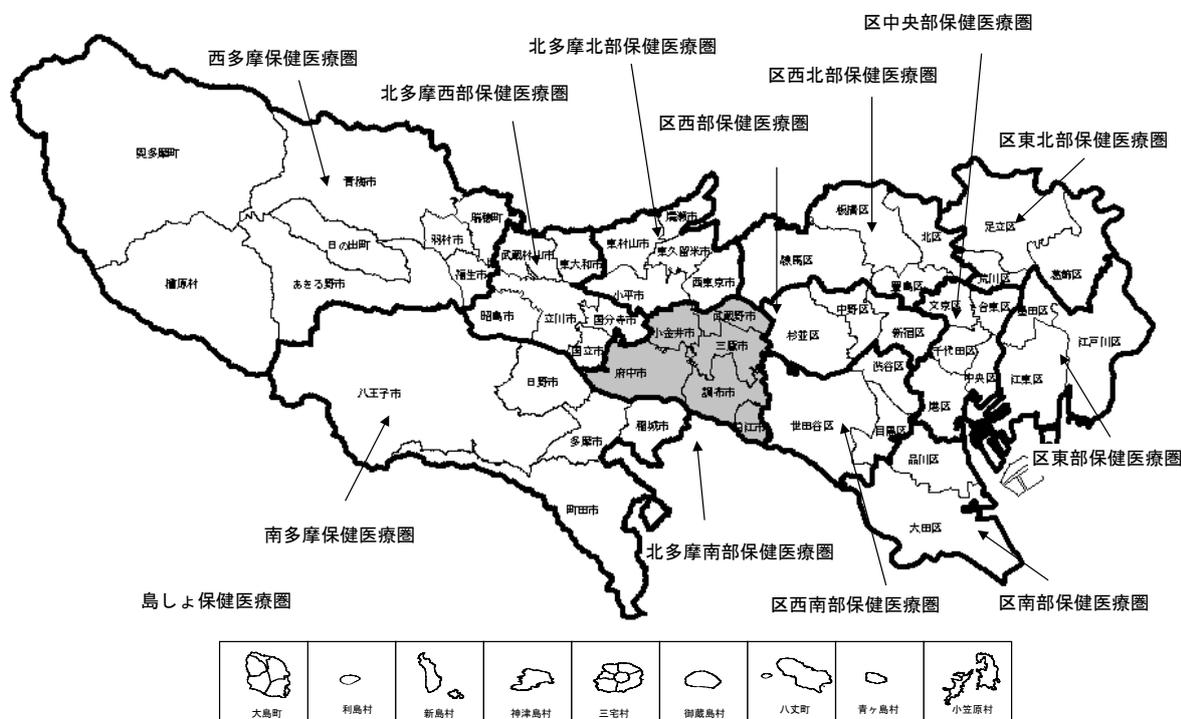


資料；関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月1日現在）」を基に作成

② 北多摩南部 2 次保健医療圏

東京都は区中央部（千代田区、中央区等）、区南部（品川区、大田区）、区西南部（渋谷区、世田谷区等）、区西部（新宿区、中野区等）、区西北部（豊島区、練馬区等）、区東北部（足立区、荒川区等）、区東部（墨田区、江東区等）、西多摩（青梅市、福生市等）、南多摩（八王子市、町田市等）、北多摩西部（立川市、国分寺市等）、北多摩南部（武蔵野市、三鷹市等）、北多摩北部（小平市、東村山市等）、島しょ（大島町、利島村等）の 13 の保健医療圏で構成されている。北多摩南部 2 次保健医療圏は武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市の 6 市で構成される。面積は約 96 km²（東京都の 4.4%）を占め、人口は約 97 万人（東京都の 7.7%）である。

図表 3-4-3 東京都の 2 次保健医療圏



資料；東京都保健医療計画（平成 20 年 3 月改定）

なお、啓仁会本部のある埼玉県西部の 2 次保健医療圏は所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市の 5 市で構成され、面積は約 406 km²（埼玉県の 10.7%）を占め、人口は約 79 万人（埼玉県の 10.9%）である。

③ 医療施設数と病床数

東京都全体では病床過剰地域であるが、北多摩南部保健医療圏については16床の病床不足地域となっている。

東京都の人口10万対病院数は全国平均よりも少ない半面、後述するように人口10万人対医師数は全国平均を大きく上回っていることから、相対的に1施設当たりの病床規模が大きく、医師数が多いと推察される。

図表 3-4-4 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
区中央部保健医療圏	6,208	14,394	8,186
区南部保健医療圏	7,930	7,791	-139
区西南部保健医療圏	9,733	9,543	-190
区西部保健医療圏	10,556	10,556	0
区西北部保健医療圏	13,865	13,626	-239
区東北部保健医療圏	9,152	9,015	-137
区東部保健医療圏	8,042	7,818	-224
西多摩保健医療圏	3,083	4,185	1,102
南多摩保健医療圏	10,016	10,016	0
北多摩西部保健医療圏	4,227	4,223	-4
北多摩南部保健医療圏	7,486	7,470	-16
北多摩北部保健医療圏	5,250	5,741	491
島しょ保健医療圏	196	55	-141
計	95,744	104,433	8,689

資料；東京都保健医療計画（平成20年3月改定）

図表 3-4-5 人口10万対病院数・病院－病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
東 京 都	4.9	4.5	0.1	2.3	1.8	3.7

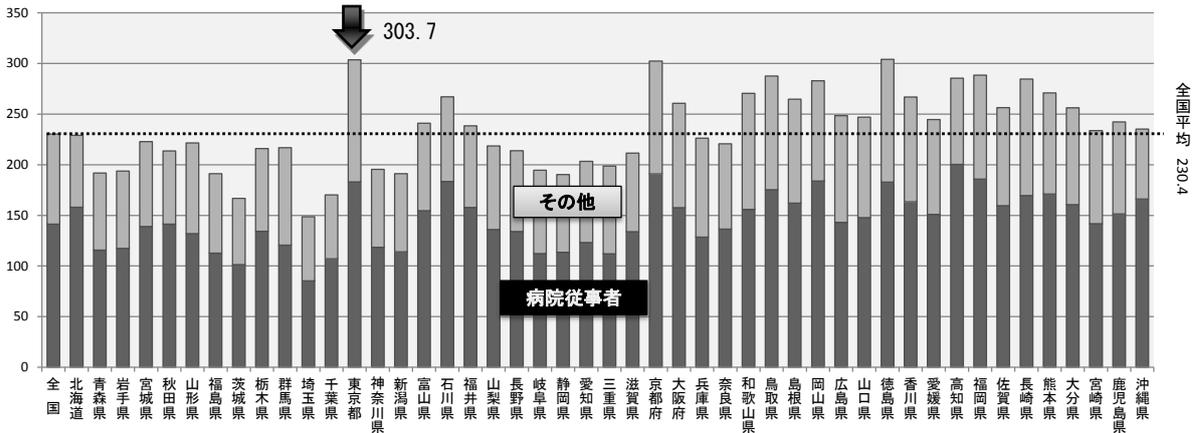
資料；厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

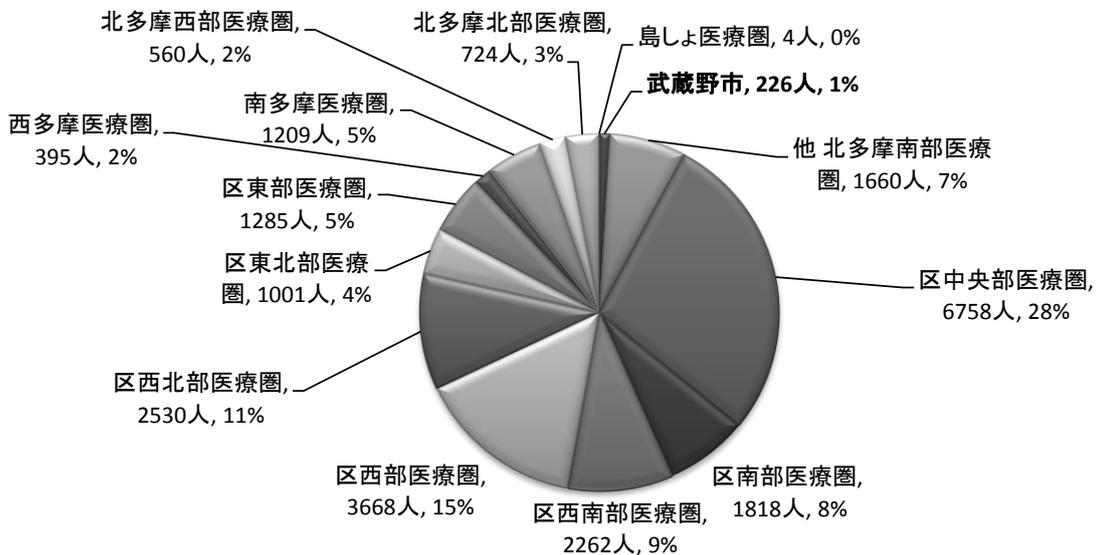
東京都の人口10万人対医師数は全国平均を大きく上回っており、徳島県（304.0）に次いで全国で2番目に多い。

医師の勤務地は、大規模病院が多い区中央部、区西南部、区西部が多い傾向にあるが、他の道府県と比較して、それほど地域偏在傾向はみられない。

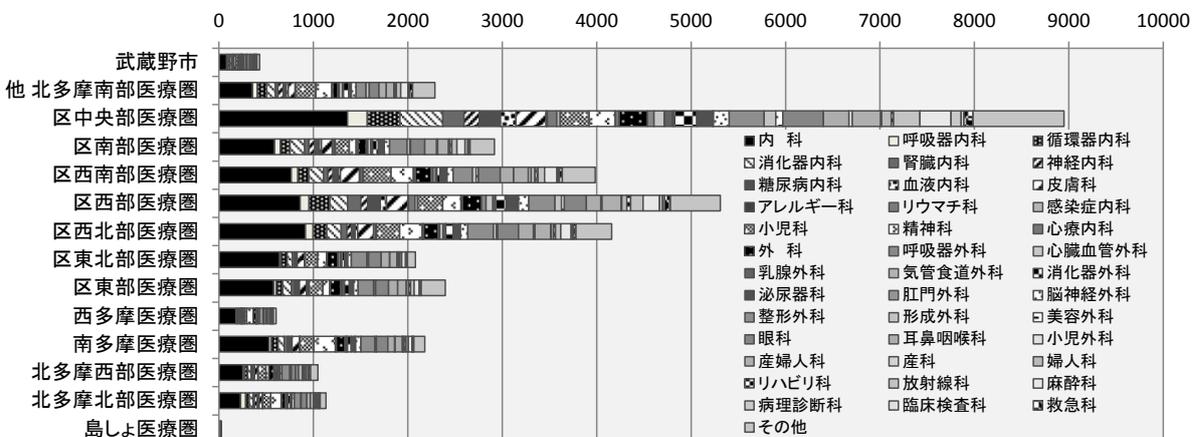
図表 3-4-6 人口 10 万対医師数



図表 3-4-7 病院従事医師の勤務地



図表 3-4-8 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



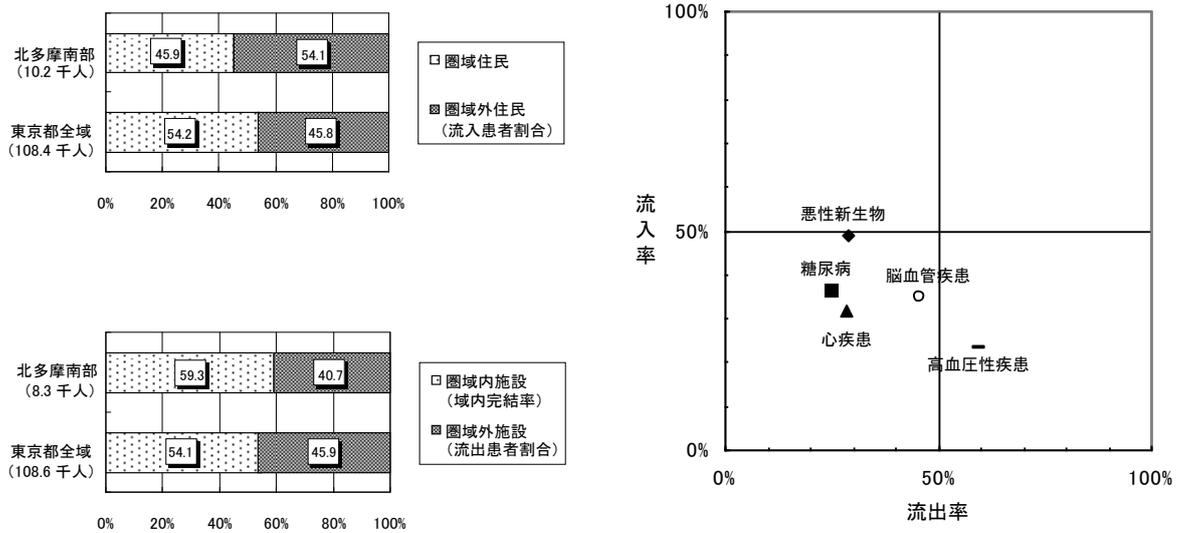
資料；厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

北多摩南部保健医療圏の患者流入をみると、流入患者割合 54.1%に対して流出患者割合 40.7%となっており、流入超過の状態にある。また、域内完結率は 59.3%であり、東京都全域の割合を上回っている。

主要傷病別流入流出状況をみると、高血圧性疾患において流出率が 50%以上になっている点を除き、基本的に域内患者を域内医療機関で対応している。

図表 3-4-9 北多摩南部 2 次保健医療圏の入院患者の流出・流入状況



資料；東京都保健医療計画（平成 20 年 3 月改定）

(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人啓仁会

啓仁会はワム・タウンの考え方をベースとして、保健・医療・福祉の総合サービスを通して生きがいある街づくりに貢献している。保有施設は次のとおりである。

[啓仁会の施設]

- ・所沢ロイヤル・ワム・タウン（埼玉県所沢市）
 - 所沢ロイヤル病院（療養 332 床）
 - 平沢記念病院（精神 177 床）
 - 介護老人保護施設所沢ロイヤルの丘（140 名）
 - 訪問看護ステーションロイヤル
 - 居宅介護支援事業所ロイヤル
 - 平成クリニック
- ・川島ロイヤル・ワム・タウン（埼玉県比企郡）
 - 平成の森・川島病院（療養 238 床）
 - 介護老人保健施設平成の森（100 名）
 - 訪問看護ステーション平成の森
 - 訪問介護ステーション平成の森
 - 川島町地域包括支援センター
 - 在宅介護支援センターきずな
 - 居宅介護支援事業所きずな
 - 川島クリニック
 - 適合高齢者専用賃貸住宅
- ・伊東ロイヤル・ワム・タウン（静岡県伊東市）
 - 介護老人保健施設いとうの杜（157 名）
 - 居宅介護支援事業所いとうの杜
 - 訪問介護ステーションいとうの杜
- ・石巻ロイヤル・ワム・タウン（宮城県石巻市）
 - 石巻ロイヤル病院※（一般 60 床、医療療養 111 床）
 - 訪問看護ステーションふかや
- ・武蔵野ロイヤル・ワム・タウン（東京都武蔵野市）
 - 吉祥寺南病院※（一般 127 床）
 - 訪問看護ステーション吉祥寺
 - やはたクリニック
 - デイケアセンターわかば
- ・その他単体施設
 - 新宿野村ビルクリニック（東京都新宿区）

※印は被統合先より譲渡。石巻ロイヤル病院は公立深谷病院の移譲を受けたものである。

② 被統合側；医療法人社団礼仁会 吉祥寺南病院

医療法人社団礼仁会 吉祥寺南病院は、統合前の秀島病院を医療法人化・名称変更した病院である。秀島病院は、元診療所であったものを個人病院化し、バブル期に資金を借り入れて127床の病院に規模を拡大していた。しかし、家族経営の限界で、スタッフ不足や事業計画の不在、過剰投資等により次第に経営が悪化して大幅な債務超過状態に陥った。

〔礼仁会の施設〕

吉祥寺南病院（東京都武蔵野市；一般127床）



吉祥寺南病院



(3) 統合までの経緯・背景

秀島病院は債務超過になった際、経営者が人脈を頼りに啓仁会に経営再建支援を依頼した。一定期間の経営支援の後、銀行、啓仁会を含めて協議した結果、銀行の債権放棄を条件に、病院の土地・建物は、統合前に負債を圧縮し、医療法人化した上で平成20年に啓仁会が引き取る形で吸収合併することとなった。秀島病院は個人病院だったため医療法人化して名称を吉祥寺南病院とした。

また、吸収合併して運営を引き継ぐにあたり、法人税法上の適格合併とすることもあり、吉祥寺南病院の従業員は全員が引き続き勤務することになった。

啓仁会では、意識的に組織を拡大するという考えはなく、人脈等の関係で依頼された病院を承継しており、法人統廃合については基本的に受動的な立場である。

【参考；公立深谷病院組合 公立深谷病院（現 石巻ロイヤル病院）との統合経緯】

公立深谷病院組合公立深谷病院（171床）は経営難により公立病院として運営することが困難になり、民間譲渡の公募を行った。当初はスタッフ全員を引き継ぐ条件だったため不調に終わり、病院をいったん閉鎖して新病院として新規運営とする条件の2回目の公募で平成19年に啓仁会が選定された。移譲の条件は、施設の使用貸借を啓仁会が受ける（維持費は啓仁会負担）というもので、施設を買い受けたものではない。それまで勤務していたスタッフは公務員分限免職扱いとなって一旦退職の形式となったが、啓仁会でスタート時に大半を再雇用し、全体で150人、医師5人体制での運営となった。

統合後は石巻ロイヤル病院と改称し、石巻赤十字病院と連携した回復期などの後方支援病院として地域内でのポジションを確保し、黒字経営を実現した。

なお、同院は平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災により大きな被害が出ている。

(4) 経営管理手法

① 職員の経営参画意識の高揚

事業計画に則って各病院に経営の裁量を付与している。

② PDCA活動の励行

法人の経営スタッフが事業計画策定や経営改善策の検討に関与し、各病院の成果を定期的に評価している。

③ 課題の把握と対応

部門別損益計算（資料編参照）を実施し、利益ベースで事業評価を実施している。吉祥寺南病院では眼科、透析、耳鼻咽喉科等の不採算部門を廃止した。

④ コストダウン

診療材料・医薬品の交渉窓口を一本化してコストダウンを図っている。

⑤ 職員研修等の充実

法人内部研修は、ワム・タウンごとの研究発表会や外部講師による集合研修を実施している。外部研修は、各種学会への参加や看護協会による看護師研修を受講できるよう配慮している。

⑥ 医療連携の強化

関連病院や福祉施設を近隣に集約し、医療サービス・福祉サービスをシームレスに提供することで連携強化を図っている。

⑦ 医療機能再編・設備投資等

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定等、診療報酬体系を活用して経営改善に反映している。また、吉祥寺南病院では病棟面積の拡充を図り、10 人部屋の解消や 10 対 1 入院基本料算定など療養環境を改善した。

(5) 統合実現までの負担・課題

秀島病院は、昭和 40 年代の開設であり、10 床室があるなど病床スペースが狭かった。そのため、管理部門などを建物外に出して病床スペースを拡大し、10 人部屋を 6 人ないしは 4 人部屋に改修して入院環境の改善を図った。

また、以前は 15 対 1 の看護体制だったものを、看護師の増員を図り 10 対 1 看護体制の急性期病院とした。

さらに、医療機能再編のために部門別原価計算を実施し、眼科、透析、耳鼻咽喉科等、部門別損益計算の結果不採算となっていた診療科を閉鎖した。透析は一般的に黒字、あるいは収益源とみられることが多いが、秀島病院は地域へのアピール、営業活動の不足のために固定患者が少なく、1ベッドが1回転/日しかしない状態で、有効な収益源となっていなかった。

急激な病床利用率の向上はなかったものの、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定など、診療報酬体系を活用して収益増加を図った結果、単年度黒字に転換した。病床利用率も常時 80~90%となっている。医師は啓仁会の他病院から派遣したり、あるいは新規採用して充当した。

(6) 経営統合の効果

単年度黒字計上していることから、啓仁会にとっては経営上の効果があった。今後の資金状況によっては、病院新築による一層の環境改善を図ることも検討している。法人を合併したことで指揮命令系統が簡素化され、運営事務処理の効率化、事業規模の拡大による与信力が強化された。

また、所沢ロイヤル病院の周辺には関連病院・福祉施設を集約したワム・タウンを形成しているため、医療サービス・福祉サービスを総合的に提供できている。吉祥寺南病院も三鷹市に計画している介護老人保健施設を含めてワム・タウンを形成しつつある。

なお、ワム・タウンの思想はあくまで各病院・施設を複合的に利用できることによる患者利便性を考慮したものであり、ワム・タウン内の関連施設間で恣意的に患者を紹介するということはない。当グループの社会福祉士は厚生労働省の「医療ソーシャルワーカー業務指針」に忠実に業務を遂行しており²、また各施設が独立採算で黒字経営を持続できているため、患者の囲い込みのようなことはしていない。

² 例えば、「医療ソーシャルワーカー業務指針」（厚生労働省保健局長通知平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号）には、「医療ソーシャルワーカーは、地域の社会資源との接点として、広範で多様なネットワークを構築し、地域の関係機関、関係職種、患者の家族、友人、患者会、家族会等と十分な連携・協力を図ること。」等、地域社会との連携を拡充する旨が記載されている。

5. 医療法人清和会

法人合併・救済統合型；医療法人齊藤会 齊藤病院

熊本市の医療法人齊藤会 齊藤病院（療養病床 96 床、現 医療法人清和会 平成とうや病院）は歴史のある病院であり、かつては急性期病院として、近年では療養型病院として運営されていた。しかし、施設は老朽化し経営状況も悪かったことから、齊藤会理事長が大学時代からの友人である医療法人清和会（以下「清和会」という。）理事長に相談し、平成 23 年 4 月に法人合併して診療機能を転換の上で同年移転新築した。

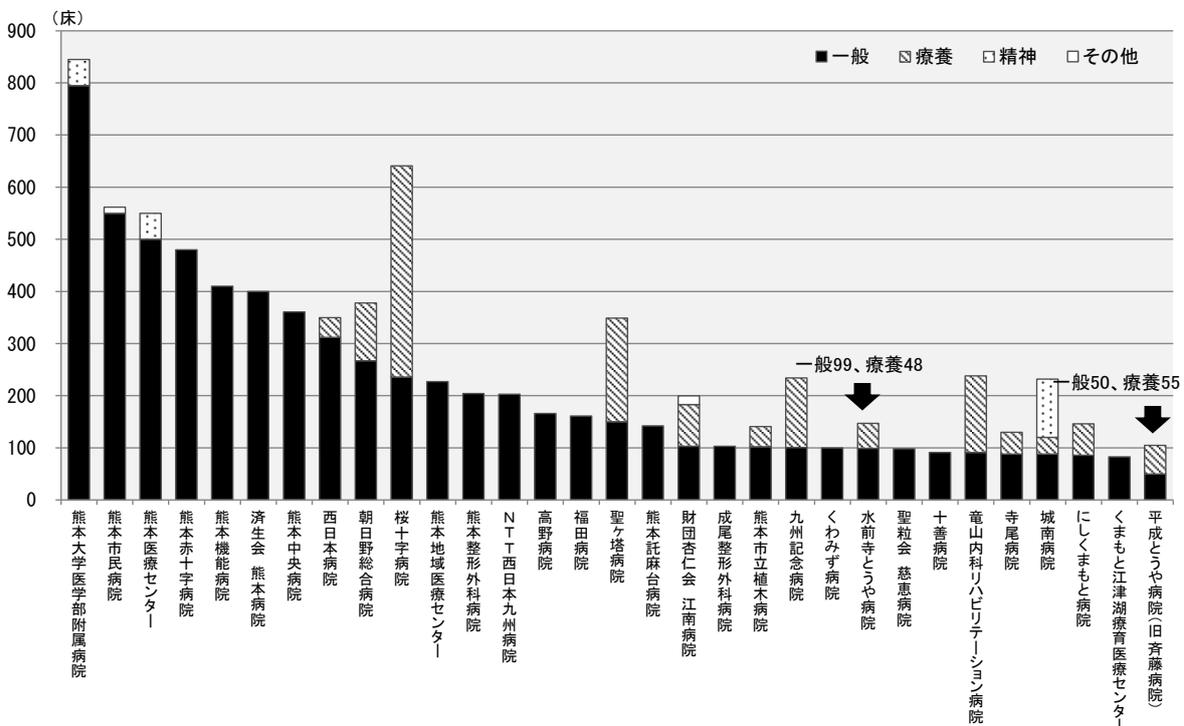
(1) 熊本県及び熊本 2 次保健医療圏の医療環境

齊藤病院も統合先の清和会 水前寺とうや病院（147 床）も熊本市内にあり、熊本保健医療圏に属する。熊本県、熊本市ならびに熊本保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

熊本市には、熊本大学医学部附属病院(845 床)、熊本市民病院 (562 床)、国立病院機構・熊本医療センター (550 床)、熊本赤十字病院 (480 床)、済生会熊本病院 (400 床)、国家公務員共済組合連合会熊本中央病院 (361 床) 等の公的な高機能病院が多く、急性期病院と後方病院の機能分担が進んだ地域として知られている。

図表 3-5-1 熊本市の病院別病床の種類



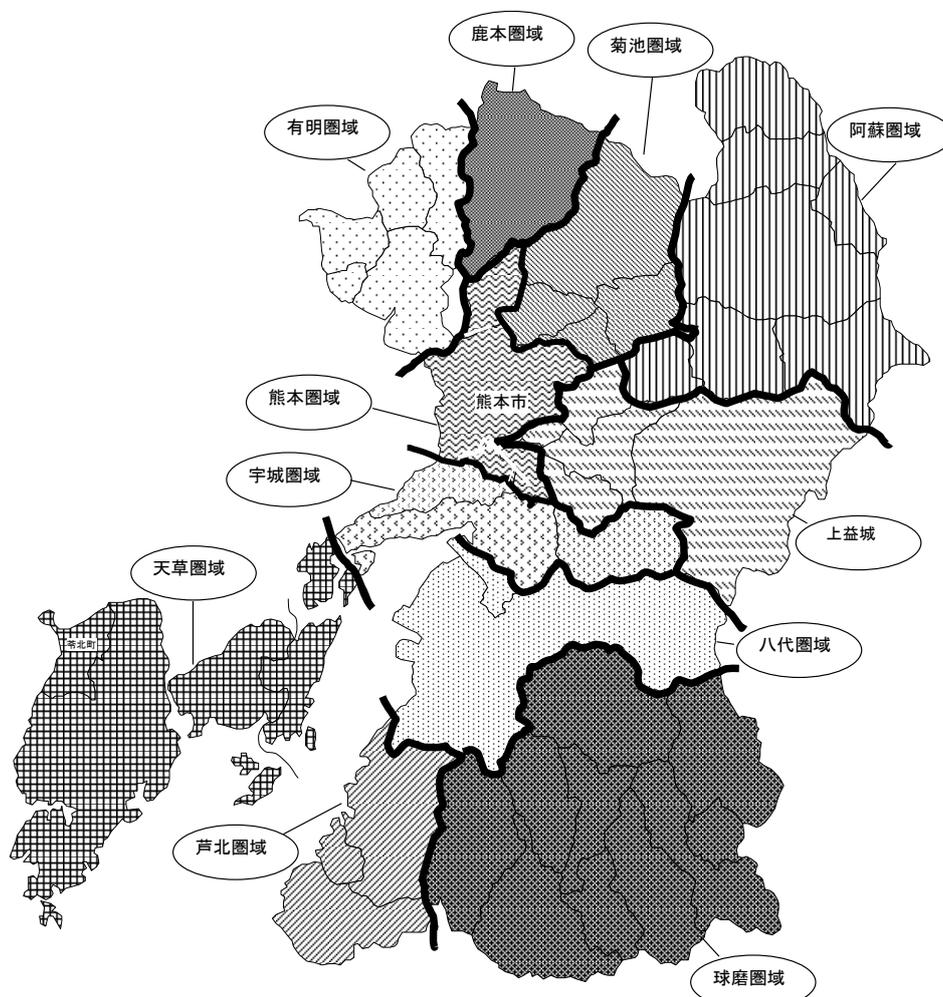
※熊本市内の一般病床の多い順 30 病院 + 平成とうや病院

資料；九州厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 23 年 12 月 4 日現在）」を基に作成

② 熊本 2次保健医療圏

熊本県内は 11 の 2次医療圏が設定されている。熊本保健医療圏は熊本市の 1 市で構成されており、県全体面積の 5 %、人口の 40%を占める。

図表 3-5-2 熊本県の 2次保健医療圏



資料；熊本県保健医療計画（平成 23 年 4 月）

③ 熊本市の医療環境

熊本県では、熊本大学医局出身者間、さらには市内の進学校である熊本高校、済々黌（せいせいこう）高校出身者間の連帯感が強く、医師間ネットワークで患者を転院させやすいことが医療機関の機能分担を進めたとの見方もある。

このため、患者紹介は医師間のやり取りが契機となることが多い。急性期病院は、複数の連携病院に転院させるため、後方病院間で競合することになる。以前から後方病院の役割分担が進んでいたため、回復期リハビリテーション機能を提供する有力病院も多い。

また、熊本県医療法人協会には 64 病院が参加し、理事長会、院長会、事務長会等の役割別の分科会を開催する等、競合病院間であっても情報交換が盛んである。事務長会では経営データを公開し合っており、相互に経営状況を把握している。

④ 医療施設数と病床数

熊本県は全医療圏が過剰病床地域である。熊本保健医療圏は、県内の 53%の基準病床を占め、過剰病床の 34%を占めている。

熊本県の人口 10 万人対病院数も全国平均と比べて多い。

図表 3-5-3 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
熊本保健医療圏	10,415	12,601	2,186
宇城保健医療圏	819	1,251	432
有明保健医療圏	1,380	1,729	349
鹿本保健医療圏	583	620	37
菊池保健医療圏	1,423	1,777	354
阿蘇保健医療圏	313	757	444
上益城保健医療圏	474	924	450
八代保健医療圏	1,358	2,087	729
芦北保健医療圏	701	1,042	341
球磨保健医療圏	966	1,294	328
天草保健医療圏	1,284	2,141	857

資料；熊本県保健医療計画（平成 23 年 4 月）

図表 3-5-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
熊 本	12.0	9.9	0.4	3.8	6.1	7.3

資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

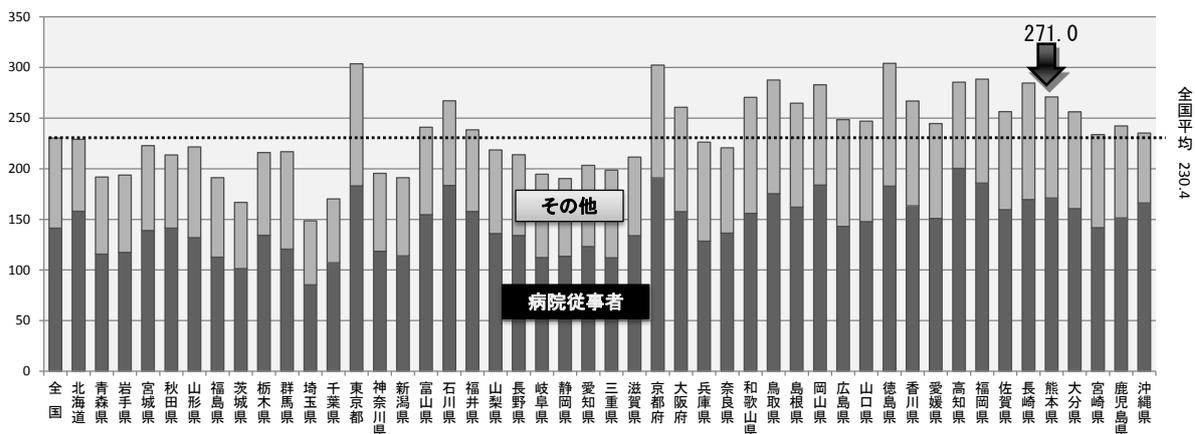
⑤ 医師の供給状況

熊本県の人口 10 万人対医師数は全国平均を上回っている（図表 3-5-5）。病院従事医師の 66%は熊本市内で従事しており、他の医療圏と 10 倍以上の開きがある（図表 3-5-6）。

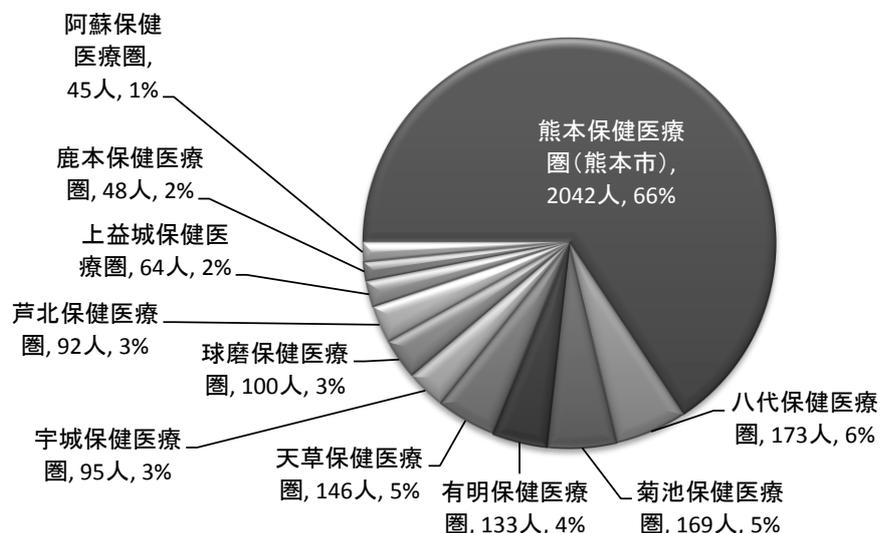
熊本市では医師不足から病棟を閉鎖する等の例がほとんどなく、医師採用状況は相対的に良好の様相である。医師採用も熊本大学医局人脈によるところが大きい。

なお、看護師も 7 対 1 看護体制が導入された折には採用が厳しかったが、病棟閉鎖しなければならぬほどの不足はしてはいない模様である。

図表 3-5-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-5-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-5-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑥ 医療圏間の入院患者の流れ

熊本保健医療圏内からの患者の流出は8%と県内で一番低い。流入率は約30%であり、各圏域からの患者の流入がみられる。

図表 3-5-8 県内入院患者の流出・流入状況

圏域	人口 (千人)	面積 (km ²)	入院患者の流出 (単位%)			入院患者の流入 (単位%)		
			流出計	流出が多い圏域		流入計	流入が多い圏域	
熊本	734.5	390	8.8	菊池(3.1)	上益城(2.0)	33.3	—	—
			7.8※4	菊池(4.3)	宇城(1.0)	33.5	菊池(6.5)	上益城(6.0)
宇城	111.0	407	38.4	熊本(29.8)	上益城(4.5)	34.4	—	—
			46.3※4	熊本(37.8)	上益城(3.6)	37.3	八代(12.3)	天草(8.1)
有明 ☆	168.8	421	43.9	県外(19.2)	熊本(18.9)	5.8	—	—
			27.2※4	熊本(21.9)	鹿本(2.7)	8.4	県外(6.2)	鹿本(1.1)
鹿本 ☆	55.4	300	44.7	熊本(35.5)	菊池(5.5)	19.0	—	—
			30.8※4	熊本(21.9)	菊池(6.1)	15.5	有明(9.2)	熊本(3.6)
菊池	174.2	466	33.0	熊本(28.8)	鹿本(0.9)	30.4	—	—
			39.8※4	熊本(37.7)	鹿本(0.7)	42.2	熊本(17.5)	阿蘇(10.6)
阿蘇 ☆	67.8	1079	45.2	熊本(20.6)	菊池(17.3)	13.2	—	—
			49.7※4	熊本(26.9)	菊池(20.8)	11.7	県外(6.7)	菊池(1.8)
上益城	87.4	784	54.4	熊本(40.2)	宇城(7.6)	37.0	—	—
			62.2※4	熊本(51.8)	菊池(5.3)	24.4	熊本(11.7)	宇城(7.7)
八代 ☆	145.0	714	24.4	宇城(10.9)	熊本(9.4)	12.2	—	—
			18.6※4	宇城(7.8)	熊本(7.3)	10.6	芦北(5.4)	宇城(1.8)
芦北	51.4	431	19.5	八代(7.8)	熊本(7.6)	18.7	—	—
			13.4※4	八代(7.3)	熊本(3.9)	15.0	県外(8.0)	熊本(1.9)
球磨	94.7	1538	13.3	熊本(7.5)	八代(2.1)	3.7	—	—
			10.3※4	熊本(6.7)	八代(1.5)	5.7	県外(4.3)	芦北(0.6)
天草	127.3	876	17.2	熊本(9.3)	宇城(5.2)	5.0	—	—
			15.9※4	熊本(10.9)	宇城(3.5)	5.5	熊本(1.7)	県外(1.2)

☆：人口20万人未満、患者の流入20%未満、流出20%以上で、特に圏域の設定の見直しを検討することとされた圏域。
 ※1 出典「平成22年国勢調査」
 ※2 入院患者の流入出状況は 上段：平成20年患者調査（厚労省）、下段：平成23年11月 入院患者調査（速報）（熊本県）
 ※3 入院患者の流入出状況は、一般病床と療養病床の合計（精神病床は含まない）
 ※4 入院患者調査（速報）（熊本県）のデータには県外への流出分は含まないため、患者調査（厚労省）のデータとは異なる。

資料；熊本県健康福祉部

(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人清和会

清和会は診療所が発祥であり、昭和 23 年に民間病院を譲り受け、昭和 51 年に医療法人清和会を設立した。当初は、結核病棟主体であったが、その後、病床規模を拡張する過程で一般病棟及び療養病棟を持つ病院に転換した。熊本市民病院を中心に紹介患者を受け入れている熊本市の典型的な後方病院である。後方病院としての機能強化のために平成 8 年に介護老人保健施設を開設し、好業績を続けている。

患者紹介元の熊本市民病院から回復期リハビリテーション機能があればさらに転院しやすいと助言を受け、徐々にリハビリテーション機能を強化して、平成 22 年に回復期リハビリテーション病棟を開設した。院長の下、理学療法士・作業療法士等 55 名（うち病院勤務 42 名、介護老人保健施設勤務 13 名）の体制で提供している。

経営統合を機に東野（とうや）病院を水前寺とうや病院と改称した。清和会は水前寺とうや病院と介護老人保健施設を擁し、理事長が同一である社会福祉法人が特別養護老人ホームを運営している。

[清和会の施設]

水前寺とうや病院（熊本市；147 床（一般 99 床、療養 48 床（回復期リハ 48 床））

*統合前は東野（とうや）病院 156 床（一般 106 床、療養 50 床（回復期リハ 50 床））

平成とうや病院※（熊本市；105 床（一般 50 床、療養 55 床））

介護老人保健施設シルバーピア水前寺（熊本市；72 床）

その他、訪問介護、訪問看護、居宅介護、訪問リハビリ、通所リハビリ、包括支援センターを運営

※印は被統合法人である医療法人斉藤会より譲渡

[社会福祉法人百八会]

特別養護老人ホーム シルバーピアさくら樹（熊本市；定員 50 名＋ショートステイ 6 名）

② 被統合側；医療法人斉藤会 斉藤病院

斉藤病院は、熊本市の中央街に位置する歴史のある病院で、元来、急性期病院であったが、近年ではいわゆる老人病院を運営していた。建物は老朽化して病棟も狭く、低収益の診療を続けた結果、債務超過に近い状態に陥った。

[斉藤会の施設]

斉藤病院（熊本市；療養病棟 96 床）

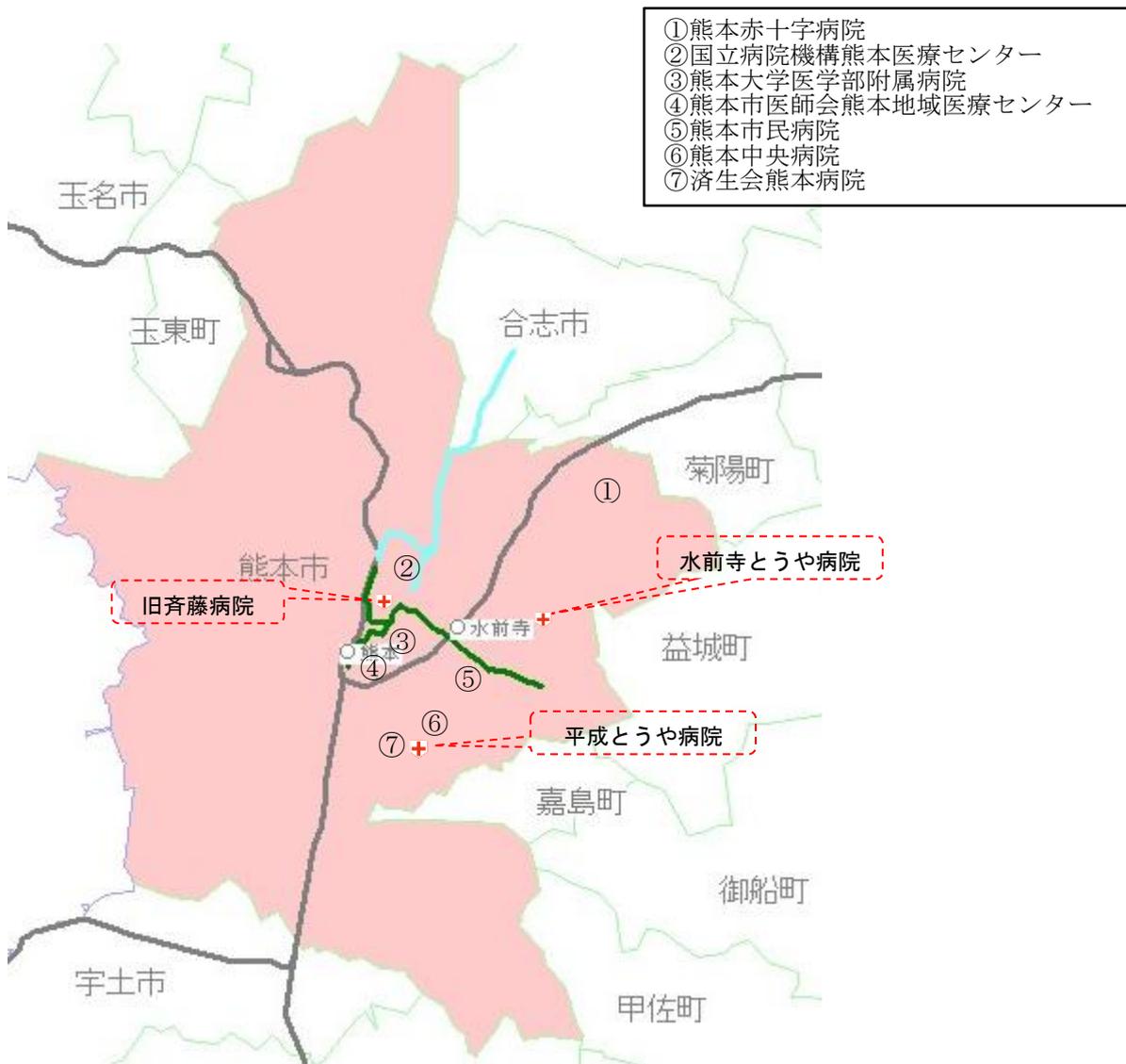


水前寺とうや病院



旧斉藤病院

図表 3-5-9 病院の立地状況



(3) 統合までの経緯・背景

斉藤病院の経営状況が悪くなり、斉藤会理事長は大学時代からの友人である清和会理事長に相談を持ち掛けた。両者で回復期リハビリテーション病棟を含む後方病院として済生会熊本病院の近くに移転新築するプランを立てて銀行と協議した結果、銀行からの支援を受けられることになった。

平成 21 年に清和会理事長が斉藤会の新理事長に就任し、平成 23 年に法人統合、同年済生会熊本病院の近隣に移転新築した。移転新築まで短期間で行えた理由は、家電量販店の空き店舗が借りられ、その建物を病院に改築したためである。

また、平成 21 年に移転前の斉藤病院を改装し、診療機能も転換して患者の増員を図った。この際の投資は、移転までの 2 年間で回収できた。

移転新築を機に斉藤病院を清和会 平成とうや病院と改称し、一般病床 50 床、療養病床 55 床の 105 床とした。移転前（96 床）からの 9 床の増床は、その程度の規模がないと経営的に厳しいとの判断から水前寺とうや病院から移転した。移転新築後、間もなく単月黒字になっている。

斉藤病院時代の職員 100 名弱のうち 80 名程度が継続勤務し、現在は 130 名に増員している。増員の内訳は、理学療法士・作業療法士等が 1 名から 32 名に増員（水前寺とうや病院からの異動を含む。以下同）、医師が 2 名から 6 名に増員、その他は看護師等である。斉藤病院の元経営者は統合時に理事職を離れて、平成とうや病院の副院長として勤務している。代わりに水前寺とうや病院長が平成とうや病院長に就き、水前寺とうや病院長には国立病院機構の病院長を退官した人物を迎えた。

給与は平成 22 年の法人統合時に清和会規程に統一し、斉藤会職員はおしなべて待遇改善となった。

(4) 経営管理手法

① 職員の経営参画意識の高揚

本部会（経営会議）出席の部長クラスの職員までには経営情報を公開しているが、その他の職員には公開していない。

現場職員まで公開することに否定的ではないが、データを誤って解釈しないように説明するための人員がないためである。

② PDCA活動

経営統合前は、理事長と事務部門トップの副理事長（法人本部長）の 2 人で相談して経営方針等を決定していた。統合後は、経営方針を決定する管理会議とその方針を具体化する本部会で決定する合議制に変更となった。

管理会議は理事長、副理事長、両病院の院長が経営方針等を決議する。本部会は、正副本部長、両病院の正副院長、診療部長で具体策を決議する。合議制になってから論点が明確になる等のメリットが生まれた。

管理会議、本部会で進捗状況を確認し、改善策等を検討している。

③ 課題の把握と対応

事務局で経営データを整理し、副理事長（法人本部長）が精査・分析指示をする体制を取る。

両病院の経営を法人の経営スタッフが管理監督し課題解決に当たるという体制には至っていない。

④ コストダウン

統合した平成とうや病院も水前寺とうや病院と同一の SPD、納入業者に統一しており、SPD を通じて納入価格交渉を行っている。

⑤ 職員研修の充実

専門研修は各診療部に実施を委ねている。

医療安全や個人情報保護などの病院共通テーマの研修は教育委員会が行っている。

斉藤病院からの継続職員の中には回復期リハビリテーションを行うのに十分なスキルを身につけていない者もあり、これらの対象者向け専門研修が課題のひとつである。

⑥ 人事制度

賞与は法人業績に応じ、病院間や個人間での差はない。年度による差もほとんどない。人事考課制度は、以前から検討しているが、決定しないまま現在に至っている。

斉藤病院とは法人統合時に給与体系を統一したが、就業時間が異なる等の不統一部分も残っている。人材採用基準、勤務時間等の諸規定の統一が課題であり、内部検討中である。

⑦ 医療連携の強化

院長が医療連携室担当と医療機関を往訪して医療連携強化に努めている。

また、熊本大学医局出身医師の人脈を活用し、病院間の連携体制を築いている。

⑧ 医療機能再編・設備投資

両病院とも機能転換をし、その際に既存病棟を改修した。

統合した平成とうや病院は、リハビリテーション機能強化、紹介患者増のために移転新築した。

(5) 統合実現までの負担・課題

① 水前寺とうや病院の経営悪化

平成 22 年に回復期リハビリテーション病棟を導入する際に廊下幅等の施設基準を満たすようフロアの改修工事を行った。また、機能転換により対象患者が変わることを見越して療養病棟の患者を減らした。しかし、この時に減らした患者（稼働率）が戻らない上、回復期リハビリテーション病棟への紹介患者も予想どおりに集まっておらず、やや苦戦していたが、現在は回復基調である。回復期リハビリテーション病棟の集患が進まなかった点は、平成とうや病院と転院元が重複していることも一因であると考えられる。現時点で

は平成とうや病院の方が集患に成功している。

② 規定統一化の課題

医療材料の統一や一括購入は、同一SPDと同一納入会社を使用しており、早期に解決しなければならないほどの課題ではない。

人事異動が進むにつれ組織融和が進む半面、業務プロセス、作業手順の差異からトラブルが発生しており、運営手順の統一化が課題となっている。

また、前記のとおり人事面における規定の統一が課題となっている。

(6) 経営統合の効果

① 組織的経営体制の契機

斉藤会は経営改善意識の薄い面があったが、清和会も規模拡張や利益を上げるという意識に薄かった。規模拡張の意図は今もないが、統合を機に管理会議と本部会で合議するようになったのは組織的な運営を進める契機となった。

水前寺とうや病院は一時期計画どおりには集患が進んでいなかったが、両会議でさまざまな改善策を継続的に検討している。また、病院や介護老人保健施設の退院・退所者のためもあり、平成24年4月にサービス付き高齢者向け住宅（特定施設シルバーピアグラウンド通り）を開設予定である。

② 経営改善

平成とうや病院の病床稼働率は約86%で月単位では黒字化しており、旧斉藤病院に比べて経営状況は改善している。

一方、水前寺とうや病院は一時期計画どおりに集患できず、病床稼働率が80%程度に落ち込んで経営は多少悪化したが、現在は90%超まで改善している。管理会議、本部会では安定した集患策を検討中である。

③ 職員採用と待遇改善

平成とうや病院は斉藤病院時代に比べて医師や理学療法士・作業療法士等を増員でき、その分医療機能の向上が図られた。

また、斉藤病院からの移籍職員は待遇改善となった。

6. 医療法人クオラ

法人合併・救済統合型；医療法人京整会 始良整形外科病院

鹿児島市のベッドタウンである始良（あいら）市にある医療法人京整会 始良整形外科病院（60床）は、経営状況は良かったが後継者難のため譲渡を決意し、同県薩摩郡さつま町にある医療法人クオラが平成20年12月に吸収合併した。

医療法人クオラ（以下「クオラ」という。）はクオラリハビリテーション病院（一般57床、療養96床（うち回復期リハビリテーション58床））のほか診療所や介護老人保健施設等の複数事業を運営しており、他都市への進出を検討していた。

(1) 鹿児島県、始良・伊佐2次保健医療圏及び川薩2次保健医療圏の医療環境

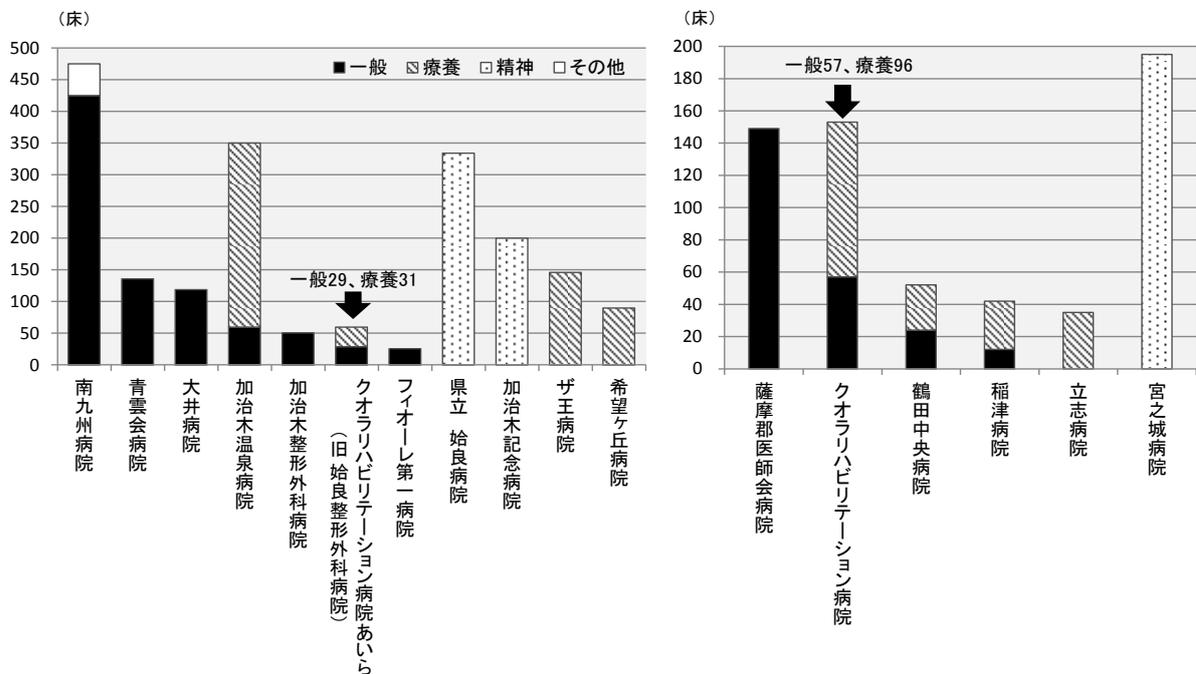
鹿児島県、始良整形外科病院が属する始良・伊佐保健医療圏及びクオラの本部が属する川薩保健医療圏の医療環境は下記のとおりである。

① 医療供給体制

始良市には国立病院機構南九州病院を基幹病院として11の病院があるが、南九州病院以外は100床台以下の一般病院と療養型病院や精神科病院である。

一方、クオラの本拠地であるさつま町は医師会病院が基幹病院であり、クオラリハビリテーション病院以下は療養型ないしは精神科主体である。

図表 3-6-1 鹿児島県始良市（左）とさつま町（右）の病院別病床の種類

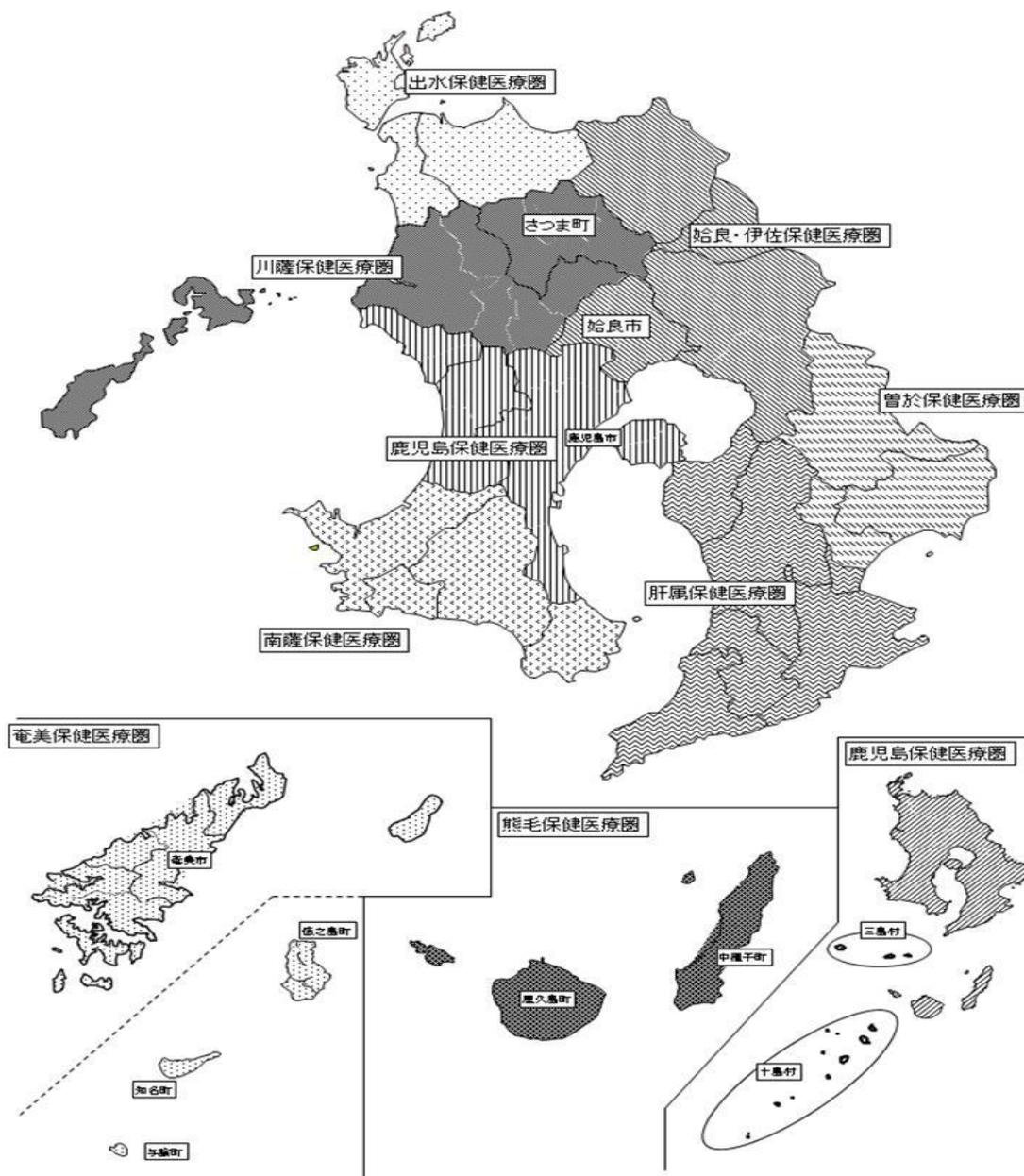


資料；九州厚生局「届出受理医療機関名簿（平成23年12月7日現在）」を基に作成

② 始良・伊佐 2 次保健医療圏と川薩 2 次保健医療圏

鹿児島県内は 9 つの 2 次医療圏が設定されている。始良・伊佐保健医療圏は、始良市、霧島市、伊佐市及び始良郡湧水町の 3 市 1 町で構成され、鹿児島県全体の面積の 15%、人口の 14% を占めている。川薩保健医療圏は、薩摩川内市、さつま町の 1 市 1 町で構成され、鹿児島県全体の面積の 11%、人口の 7% を占めている。

図表 3-6-2 鹿児島県の 2 次保健医療圏



資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

③ 医療施設数と病床数

鹿児島県は全ての医療圏が過剰病床地域である。基準病床の 49%は、鹿児島保健医療圏に属しており、始良・伊佐保健医療圏は 14%である。

鹿児島県の人口 10 万人当たりの病院数は全国平均より 2 倍程度多く、小規模病院が多いことが窺える。

図表 3-6-3 医療圏の基準病床・既存病床

2 次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差 引
鹿児島保健医療圏	9,143	11,040	1,897
始良・伊佐保健医療圏	2,688	3,531	843
南薩保健医療圏	1,453	2,546	1,093
肝属保健医療圏	1,732	2,182	450
川薩保健医療圏	1,052	1,662	610
奄美保健医療圏	978	1,775	797
出水保健医療圏	940	1,117	177
曾於保健医療圏	482	1,019	537
熊毛保健医療圏	207	483	276

資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-6-4 人口 10 万対病院数・病院－病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
鹿 児 島	15.6	13.4	0.7	5.0	8.4	9.4

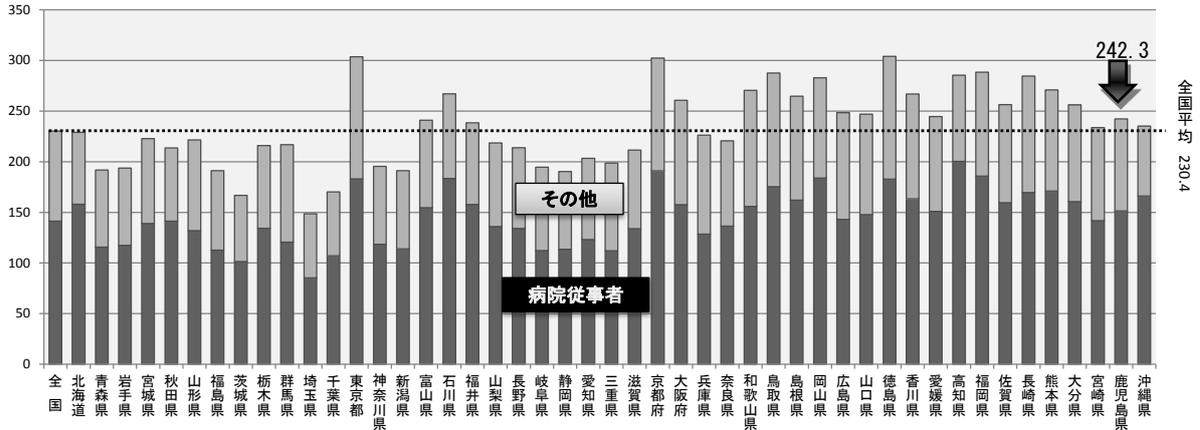
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

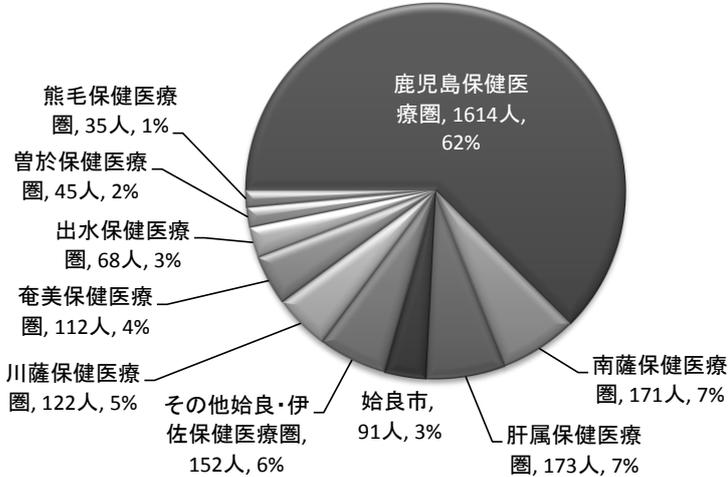
鹿児島県の人口 10 万人対医師数は全国平均をやや上回っている（図表 3-6-5）。病院従事医師の 62%が鹿児島保健医療圏に集中し（図表 3-6-6）、専門医の鹿児島保健医療圏への集中も著しい（図表 3-6-7）。

始良市・伊佐保健医療圏には 9%、川薩保健医療圏には 5%の医師が従事している。

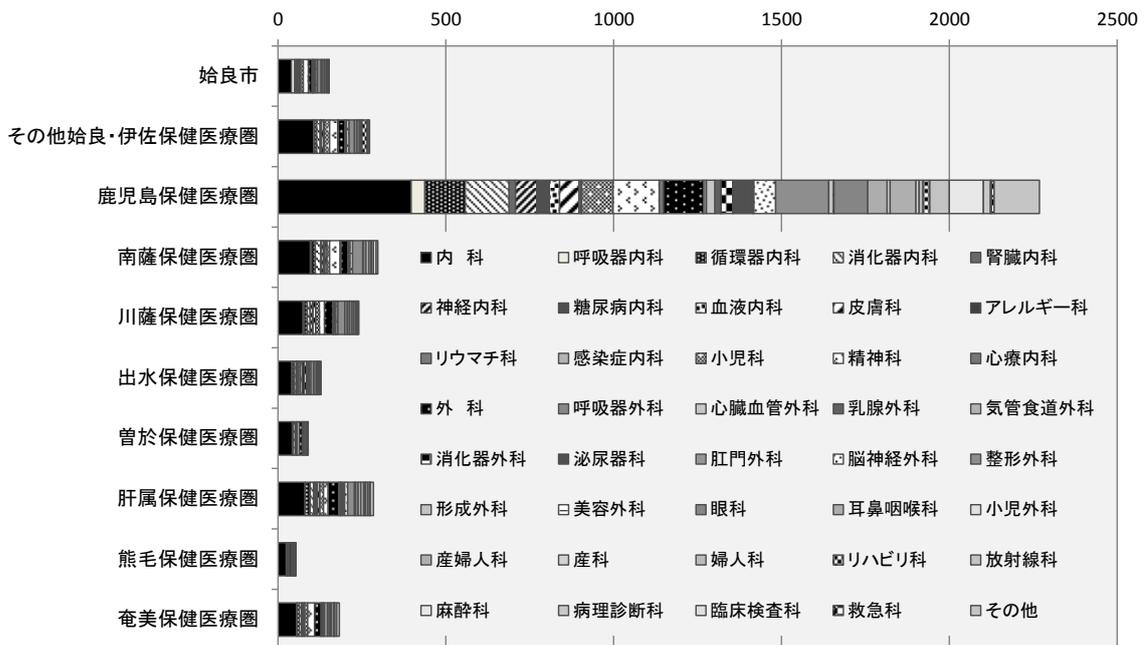
図表 3-6-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-6-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-6-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

始良・伊佐保健医療圏の入院患者の自己完結率は約 85%である。患者の流入数は鹿児島保健医療圏に次いで多く、また、県内に流入してくる県外の患者の 32%を占める。

川薩保健医療圏は自己完結率 75%で、鹿児島保健医療圏への流出が多い。

図表 3-6-8 県内入院患者の流出・流入状況

		患者の住所地の属する二次保健医療圏										合計
		鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県外	
病院の所在する二次保健医療圏	鹿児島	9,468 (93.1)	588 (16.1)	433 (19.3)	66 (5.0)	607 (14.1)	82 (6.6)	296 (10.9)	279 (33.1)	191 (8.0)	199 (38.0)	12,209 (41.5)
	南薩	303 (3.0)	3,017 (82.5)	6 (0.3)	4 (0.3)	19 (0.4)	3 (0.2)	21 (0.8)	5 (0.6)	10 (0.4)	34 (6.5)	3,422 (11.6)
	川薩	100 (1.0)	4 (0.1)	1,672 (74.6)	105 (8.0)	20 (0.5)	1 (0.1)	1 (0.0)	-	-	14 (2.7)	1,917 (6.5)
	出水	4 (0.0)	-	11 (0.5)	1,107 (84.7)	3 (0.1)	1 (0.1)	-	-	-	13 (2.5)	1,139 (3.9)
	始良・伊佐	284 (2.8)	40 (1.1)	118 (5.3)	25 (1.9)	3,653 (84.6)	128 (10.3)	191 (7.0)	35 (4.2)	52 (2.2)	169 (32.3)	4,695 (16.0)
	曾於	-	-	-	-	8 (0.2)	848 (68.2)	47 (1.7)	-	-	67 (12.8)	970 (3.3)
	肝属	11 (0.1)	6 (0.2)	-	-	8 (0.2)	181 (14.5)	2,158 (79.5)	1 (0.1)	2 (0.1)	10 (1.9)	2,377 (8.1)
	熊毛	1 (0.0)	-	-	-	-	-	-	523 (62.0)	-	4 (0.8)	528 (1.8)
	奄美	1 (0.0)	-	-	-	-	-	-	-	2,129 (89.3)	14 (2.7)	2,144 (7.3)
	合計	10,172 (100.0)	3,655 (100.0)	2,240 (100.0)	1,307 (100.0)	4,318 (100.0)	1,244 (100.0)	2,714 (100.0)	843 (10.0)	2,384 (100.0)	524 (100.0)	29,401 (100.0)

資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人クオラ

クオラは、昭和 33 年に開院した紫尾診療所を母体とし、昭和 48 年に 50 床の病院となり、昭和 58 年に現在の 153 床規模に拡張した。当時は、松下温泉病院と称し、1 日当たりの外来患者が 5 名程度のいわゆる老人病院であった。

現理事長は鹿児島大学病院リハビリテーション科に勤務していたが、病院を引き継ぐために帰郷した。ちなみに、大学病院のリハビリテーション科は、私立大学では慶應義塾大学や川崎医科大学、産業医科大学等の附属病院で開設されていたが、国公立大学では鹿児島大学附属病院が初めて開設した歴史がある。

温泉病院のままでは生き残れないとの考えからリハビリテーション機能を強化し、現理事長就任 4 年後の平成 8 年に MK リハビリテーション病院に改称した。また平成 17 年に法人名を”Quality Of Life”Partner に由来するクオラに変更した際に、病院名もクオラリハビリテーション病院と改称して現在に至っている。

クオラは、入院、外来、通所、訪問の形態でリハビリサービスを提供している。クオラリハビリテーション病院は、鹿児島大学の術後リハビリテーション病院として指定されている。周辺では隣接の薩摩川内市の市民病院等もリハビリテーションに注力しているが、スタッフ層はクオラリハビリテーション病院が圧倒的に充実している。

クオラリハビリテーション病院は、一般 57 病床のうち亜急性期 26 床を除く急性期病床が平均在院日数 12 日未満である。外来患者は、泌尿器科を新設したこともあって毎月増加しており、直近では月間 270 人程度になった。一般病棟とリハビリテーション病棟は 10 対 1 看護、療養病棟は 13 対 1 看護だが、介護スタッフ配置が充実している。クオラリハビリテーション病院の職員数は、常勤職員 210 名、非常勤職員 46 名である。

また、前理事長時代に設立した社会福祉法人で特別養護老人施設と保育園を運営していたのを引き継ぎ、デイサービスセンター、在宅介護支援センターを新たに開設した。

[医療法人クオラの施設]

クオラリハビリテーション病院 (鹿児島県薩摩郡さつま町；153 床 (一般 57 床、療養 96 床 (うち回復期リハ 58 床)))

クオラクリニックせんだい (鹿児島県薩摩川内市；一床)

介護老人保健施設クオリエ (さつま町；定員 100 名)

クオラリハビリテーション病院あいら※

(鹿児島県始良市；60 床 (一般 29 床、療養 31 床 (回復期リハ 31 床)))

クオラクリニックあいら※ (鹿児島県始良市)

通所リハ クオラ i、通所介護クオラ i、訪問看護・リハ クオラ u、通所介護・リハ クオラ i せんだい、通所リハ クオラ i あいら※ ほか

グループホームアリエ (さつま町；定員 18 名)

[社会福祉法人クオラの施設]

特別養護老人ホームマモリエ (さつま町；定員 100 名)

さつま町在宅介護支援センター クオラ
 保育園クオラキッズ
 特別養護老人ホームマモリエあいら（始良市;定員 100 名）
 ※印は被統合法人である医療法人京整会より譲渡

② 被統合側；医療法人京整会 始良整形外科病院

京整会は、鹿児島市のベッドタウンである始良市（当時は市町村合併前の始良町）で始良整形外科病院（60 床）のほか門前診療所を運営していた。

病院は、毎年数千万円の黒字があり経営状況は良好であったが、子息が循環器科の医師で帰郷の意思もなかったことから後継者がいなかった。

クオラリハビリテーション病院とは 40 kmほど離れており車で 1 時間弱かかる。

[医療法人京整会の施設]

始良整形外科病院（始良町;60 床（一般 29 床、療養 31 床））

始整クリニック（始良町）

図表 3-6-9 両病院の立地状況



(3) 統合に至るまでの経緯・背景

クオラの現理事長は、ある程度の規模がないと事業継続が難しいとの考えから診療所やグループホームを開設するほか、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の事業を拡大してきた。しかし、医療計画上、病院の増床はできず、また、さつま町は人口減少地域であり、同町で規模を拡大してもいずれ集患に限界が来るため、より規模の大きな都市への進出を検討していた。

クオラは、病院経営には特徴・強みが重要であるとの考えからリハビリテーション機能を強化し、当グループの各事業では、外来、入院、通所、訪問においてリハビリテーションを提供している。

クオラリハビリテーション病院には理学療法士・作業療法士等が70名程度おり、社会福祉法人事業を含めてグループ全体で120名程度の理学療法士等を擁している。介護老人保健施設等にも理学療法士等がいることで病院でのリハビリテーションとの相乗効果がある。訪問リハビリ件数は、月間約780件と国内でも多い部類である。訪問先は、さつま町内が400件、薩摩川内市が350件前後の内訳である。

病院のリハビリテーションは、当初、診療報酬上の恩恵が少なかったが、脳梗塞後から運動疾患（整形）、小児（発達障害、行動障害）へと対象を広げてきた。平成12年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料が新設され、また、早期リハビリテーション加算の引上げ、総合リハビリテーション施設基準の緩和等のリハビリテーション診療点数の大幅改定が行われる等、徐々にリハビリテーションに対する診療報酬が加算された。その後、平成22年診療報酬改定で休日加算、充実加算等が創設され、現在ではリハビリテーション加算だけで年間5億円の収益を上げている。

一方、京整会理事長は、後継者難から譲渡を決意し、同一会計士事務所を利用していたクオラに会計士を通じて譲渡を持ち掛けた。始良市は、鹿児島市のベッドタウンで人口が増えていることから事業拡大の余地があるとの判断により平成20年に吸収合併するに至った。

始良整形外科病院は、整形外科主体の一般病棟29床と療養病棟31床であったのを、統合を機に療養病棟を回復期リハビリテーション病棟に機能転換した。

前経営者（整形外科医）は門前診療所に異動し、副院長（麻酔科医）が院長に昇格した。もう一人の医師の内科医も継続勤務している。前経営者は、都合により半年で退職した。

その他の職員も全員一旦退職の上で再雇用した。前経営者との約束で2年間は現給保障し、3年目からクオラの給与体系に統一した。京整会時代の給与は調整給が多く、基本給が少なかったのを基本給ベースの体系に切り替えた。これによって、月間給与水準は下がり、賞与水準は上がったが、年収は若干下がった。

統合後、すべて10対1看護体制としたため看護師は12名から20名に、理学療法士・作業療法士等は8名から22名に増員した（再雇用した理学療法士等8名は、その後全員退職した）。医師数は、退職した前経営者の代わりにクオラリハビリテーション病院から整形外科医を補充したので3名で増減なく、准看護師は10名から9名に減員となった。

統合後は、療養病床から回復期リハビリテーションに機能転換したのに加え、病床稼働率が従来の80%台からほぼ満床状態に上昇したため利益が倍増した。



クオラリハビリテーション病院



クオラリハビリテーション病院あいら

(4) 経営管理手法

京整会との統合後に行う経営改善を見るに先立ち、クオラグループの経営管理手法を紹介する。

① 職員の経営参画意識の高揚

病院の科長以上、福祉施設の部長以上は毎月の運営会議に出席し、グループ各施設の経営データを開示の上で経営改善策を検討している。運営会議には係長クラスまで出席することもあるが、この会議に出席している 60 名前後は、グループ各施設の利用数と稼働状況、収益等を理解している。その他の職員には経営情報を公開していない。

② PDCA活動

各施設と施設の部門単位で年間事業計画を策定し、3段階の会議で進捗状況を管理している。理事長は全ての会議に出席している。問題点があれば、各施設・各部門が協力し合って、その場で解決策を決定する。特に利用者数、稼働率を注視している。

- ・ 経営会議；理事長、事務長等の経営幹部による経営方針策定や進捗状況管理の会議
- ・ 運営会議；グループ内の各施設の科長、部長以上が出席し、部門ごとに進捗状況把握と経営改善策を検討する会議。毎月 2～3 時間にわたって開催する
- ・ 施設会議；施設ごとに部門の進捗状況把握と経営改善策を検討する会議。多忙な理事長が出席しやすいようにランチョンミーティング形式で開催

なお、クオラリハビリテーション病院には歯科、眼科の不採算の診療科もあるが、地域医療に必要なものは不採算でも提供している。

③ 課題の把握と対応

経営データは、各部署が集計して事務局が取りまとめ、経営会議、運営会議等で課題を把握し、その場で解決策を決定する。病床稼働率が低下することは速いが、取り戻すには長い時間がかかるため、課題の早期発見、早期対応を重視する。例えば、稼働率低下の場合は、当該部門・当該施設が対策を取るのは無論であるが、グループ内の関連施設でも協力するように指示が出る。クオラリハビリテーション病院の病床稼働率は平成 22 年度が

99%、23年度はほぼ満床である。

経営データの分析は、会計事務所の協力を得て運営企画室が当たっている。運営企画室は、グループ全体の経営データ分析のほか、会計、人事、IT等を担当している。

④ コストダウン

医療材料・機器等の発注は病院ごとであるが、価格交渉は本部で対応する。コストダウンは大切と考えるものの、それよりも収益増に注力している。

⑤ 職員研修等の充実

全病院職員を対象とする接遇研修を定期的に行っている。最初は管理職を対象に半年間研修を実施した。その後、職階、職種別に研修を続けて一巡し、現在は新たに3か月コースの研修を実施中である。

理学療法士・作業療法士等は先輩が新人をOJTで研修している。特に新卒入職から理学療法士・作業療法士等の資格が取れる6月までの2か月間で徹底的に教育する。新卒時の若い時からの研修が大事であり、一定年齢に達してからの研修では追いつけない。

クオラの理学療法士等は自主的に毎月公開研修をしているが、グループ内からの参加者が50人程度に対して、外部受講者は100人程度集まることから、当グループの理学療法士・作業療法士等のレベルの高さが窺える。

⑥ 組織体制・人事制度

部・課等の縦割り組織体系以外にグループを横断的に管理するマネジメント体系を設け、グループの各事業間を統合的に運営し、かつ協力し合う管理体制としている。

クオラでは業績給を採用しており、法人業績を基に人事考課を反映させて賞与を決定する。人事考課は、上司が4段階評価するものであるが、評価が公平になるように改良すべき余地があると認識している。

社会福祉法人職員は、医療法人職員に対して高給であったため、3年程度をかけて医療法人職員並みに水準を合わせた。

⑦ 職員採用

鹿児島県内でも医師採用は厳しいが、理事長が鹿児島大学医局等との連絡を怠らないため、当法人は医師採用に困っていない。医師を採用するために大切なことのひとつは、医療事故等のリスクを医師に負わさない、リスクは病院で取る姿勢を示すことである。

看護師は、クオラリハビリテーション病院の看護部長がリハビリテーション病院あいらを含めて採用責任者となり、九州一円から沖縄県まで採用に奔走している。看護師の定着率は改善しているが不足感はある。

理学療法士・作業療法士等はクオラリハビリテーション病院のリハビリ部長がグループ全体の採用責任者として採用に奔走している。離職者はグループ120名中毎年10名前後であり、地元に戻る者が多い。

⑧ 医療連携の強化

病床稼働率低下対策の指示が下ると、即座に医療連携室のメディカルソーシャルワーカー（以下、「MSW」という。）が連携先病院等に転院対象者がいないか問い合わせる等の対策を取る。クオラでは連携室のMSWがベッドコントロールの一翼を担っており、患者の入退院は必ず医療連携室MSWと相談することになっている。

⑨ 医療機能再編・設備投資

クオラリハビリテーション病院は、元は老人病院であったのをリハビリ病院に機能転換し、今日では鹿児島大学病院指定病院となる等の実力を持つに至った。統合したクオラリハビリテーション病院あいりもリハビリ機能を強化した病院に機能転換した。

さつま町のリハビリテーション病院や介護老人保健施設が集積する土地は事業拡大とともに後背地の山林等を買増し、現在は 10ha 程度に拡張している。敷地には余裕があり、敷地内の老朽化施設を順繰りに建替えている。

平成 16 年には介護老人保健施設に通所リハビリテーションセンターを増築し、特別養護老人ホームを建替えた。平成 17 年には開設当初の病院施設を建替えたのにあわせて他の病棟等も改装した。今後は保育園等を建替える予定である。

統合したリハビリテーション病院あいりは、築 30 年足らずであるが、リハビリテーション機能を強化する余地がないため、間もなく移転建替え予定である。

(5) 統合上の課題

諸規定はクオラの規定に合わせており、人事制度も 3 年目にクオラ規定に合わせたので、この面での負担は僅少である。

職員の増員や研修には手間をかけているが、混乱もなく粛々と進めている。

唯一の課題は、全ての会議に出席して指示を出す理事長の負担が増加した点である。

(6) 経営統合による効果

① 規模のメリット

病院経営は、ある程度の規模がないと勝ち残れないとの考えから、統合には積極的である。始良整形外科病院を統合する前にも 100 床の病院と統合寸前までいったことがある。複数の病院譲渡案件が持ち込まれており、時機を見ながら規模拡大を図る予定である。始良整形外科病院との統合は規模拡張の第一歩である。

将来はクオラグループが他法人に統合される側に立つかもしれないが、それでも良いと考えている。

② 収益増

始良整形外科病院は、クオラのリハビリテーション機能を導入し、経営管理手法を取り入れることで利益が倍増した。クオラリハビリテーション病院も病床稼働率向上、外来患者増加、通所・訪問リハビリ増強等により利益を拡大し、その利益を源泉に施設建替えや新たな統合を行う好循環を生み出している。

7. 医療法人タナカメディカル

法人合併・医療機能再編型；医療法人博友会 博友会病院

札幌市の医療法人札幌田中病院は、理事長が同一の医療法人博友会 博友会病院（151床）が介護老人保健施設に転換するに際して、平成20年6月に両法人を合併して医療法人タナカメディカル（以下、「タナカメディカル」という。「札幌田中病院」は病院施設名を指す。）と改称して機能再編を図るとともに、博友会病院の病床の一部を札幌田中病院に移転した。

タナカメディカルはグループ内に3病院を擁する他、同一グループの社会福祉法人とあわせて介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、高齢者賃貸住宅、居宅介護支援事業所等を運営している。

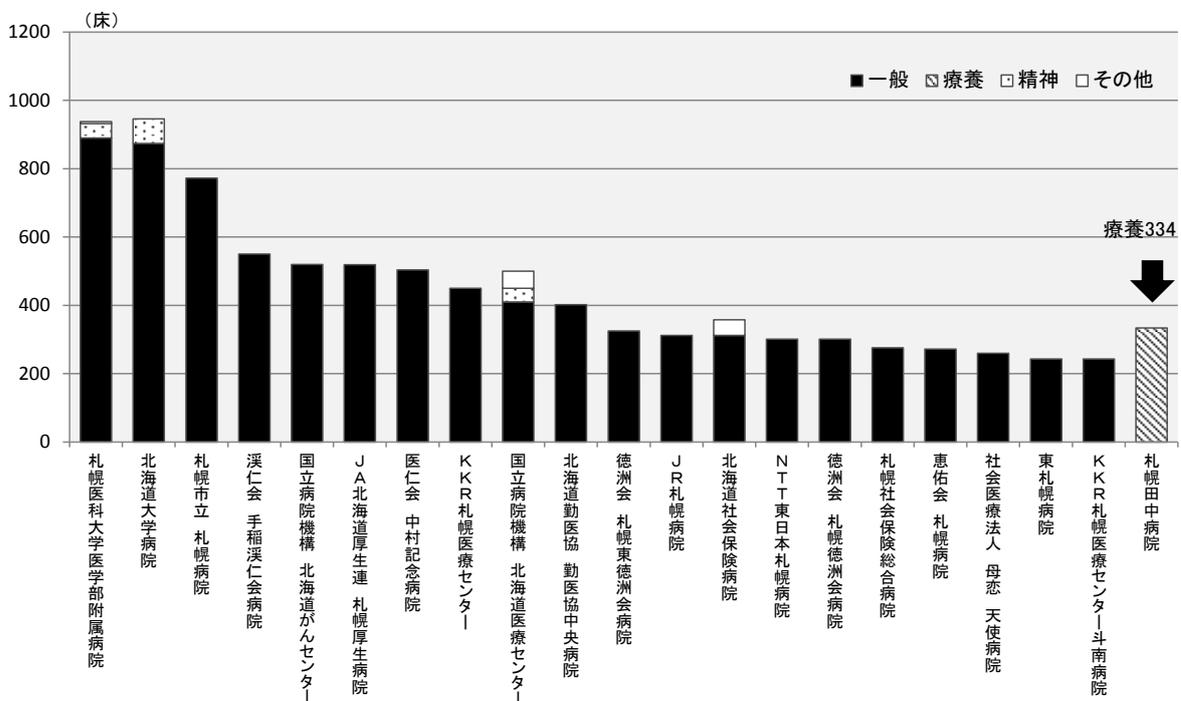
(1) 北海道及び札幌2次保健医療圏の医療環境

札幌田中病院、博友会病院とも札幌2次保健医療圏に属する。北海道、札幌市ならびに札幌2次保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

北海道には584の病院があるが、そのうち208病院が札幌市に集中している¹。中心になるのは北海道大学や札幌医科大学等の大学附属病院、市立病院や国立病院機構等の公的病院であるが、溪仁会や医仁会等の大規模民間医療法人も多い。

図表 3-7-1 札幌市の病院別病床の種類



※一般病床の多い順20病院+札幌田中病院を掲載

資料；北海道厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月1日現在）」を基に作成

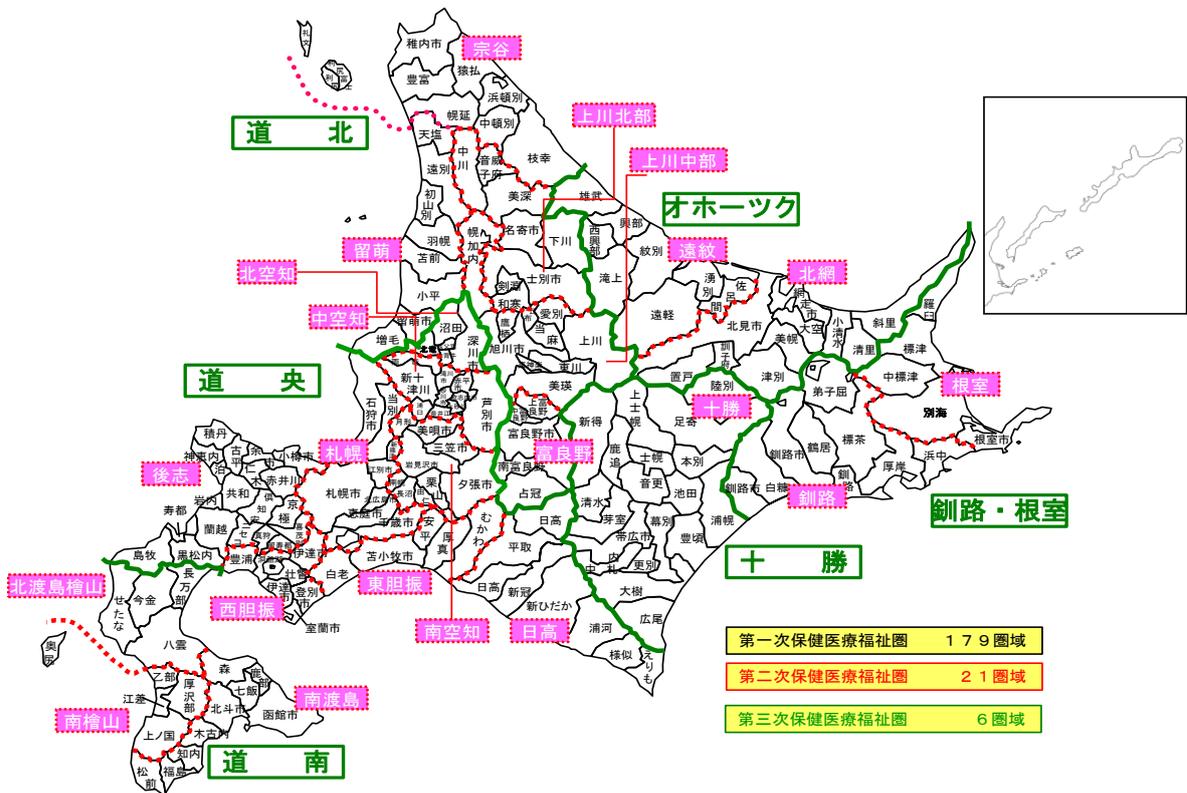
¹ 平成22年10月1日現在（厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」）

② 札幌2次保健医療圏

北海道以外の都府県では、当該都府県が3次保健医療圏になることが基本であるが、北海道は地理的特性から、北海道を6つの3次保健医療圏に区分し、それぞれの中で2次保健医療圏を設定している。札幌市が属するのは札幌2次保健医療圏であり、札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、北広島市、石狩市、当別町、新篠津村が含まれる。また、札幌2次保健医療圏は道央3次保健医療圏に属する。道央3次保健医療圏には、札幌、後志（小樽市等）、南空知（夕張市等）、中空知（芦別市等）、北空知（深川市等）、西胆振（室蘭市等）、東胆振（苫小牧市等）及び日高（日高町等）の2次保健医療圏が属する。

道央3次保健医療圏は、北海道の中央部に位置し、関東4県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県）を合わせた広さを有している。人口約190万人の札幌市や、小樽市、苫小牧市など北海道で最も人口が集中する都市で構成する圏域となっている。

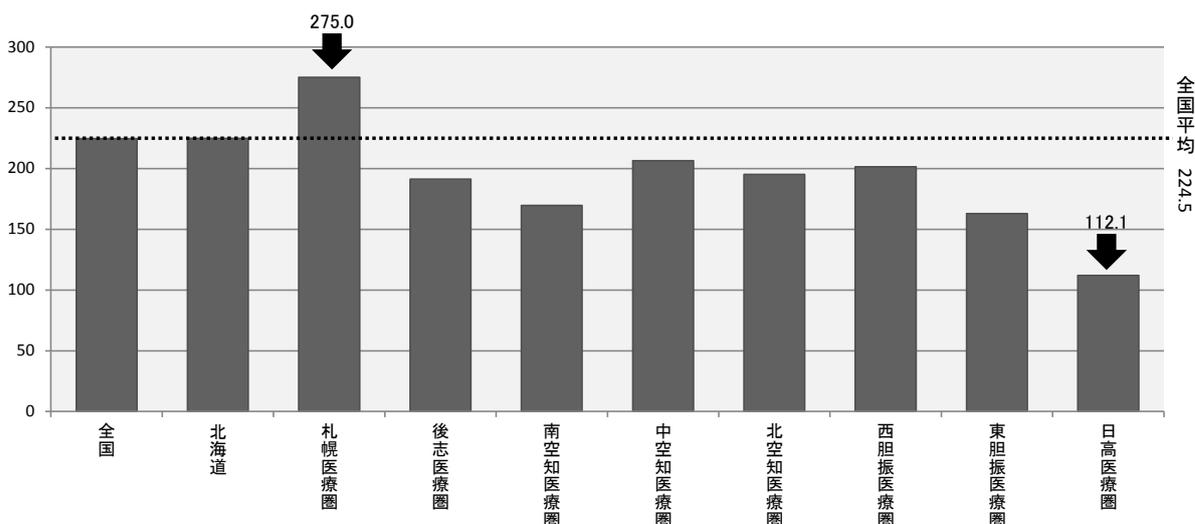
図表 3-7-2 北海道の保健医療圏



資料；北海道 保健福祉部（平成23年4月1日時点）

人口 10 万対比での医師数（平成 20 年 12 月末）を全国平均の 224.5 人と比較すると、札幌 2 次保健医療圏は 275.0 人と全国平均を上回るものの、他の 7 つの 2 次保健医療圏は全国平均を下回り、最小は日高 2 次保健医療圏の 112.1 人と地域格差が著しい。北海道は大学病院や地域センター病院などを中心に救急医療や周産期医療などの医療提供体制の整備に努めてきたが、中核的な病院においても医師不足から救急医療体制が脆弱になるなど機能低下が見られる。

図表 3-7-3 道央 3 次保健医療圏の 2 次保健医療圏別人口 10 万人対医師数



資料；道央圏地域医療再生計画（平成 23 年 11 月）

③ 医療施設数と病床数

北海道全体として、病床数が過剰となっており、道央 3 次保健医療圏は、すべての 2 次保健医療圏が病床過剰地域である。うち札幌 2 次保健医療圏は、6,000 床以上超過し、充足率 121.7%とかなりの集約度が窺える。

病院数は全国平均と比較すると、人口に対して病院数が多い。

図表 3-7-4 道央 3 次保健医療圏内の 2 次保健医療圏別基準病床・既存病床

2 次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
札幌保健医療圏	28,215	34,346	6,131
後志保健医療圏	2,323	3,586	1,263
南空知保健医療圏	1,820	2,412	592
中空知保健医療圏	1,403	2,217	814
北空知保健医療圏	515	877	362
西胆振保健医療圏	2,907	4,033	1,126
東胆振保健医療圏	2,198	2,437	239
日高 保健医療圏	548	837	289
北海道合計	64,393	80,997	16,604

資料；北海道医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-7-5 人口 10 万対病院数・病院－病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
北 海 道	10.6	9.3	0.1	4.6	5.0	7.7
札 幌 市	10.9	9.5	0.2	3.4	3.7	8.1

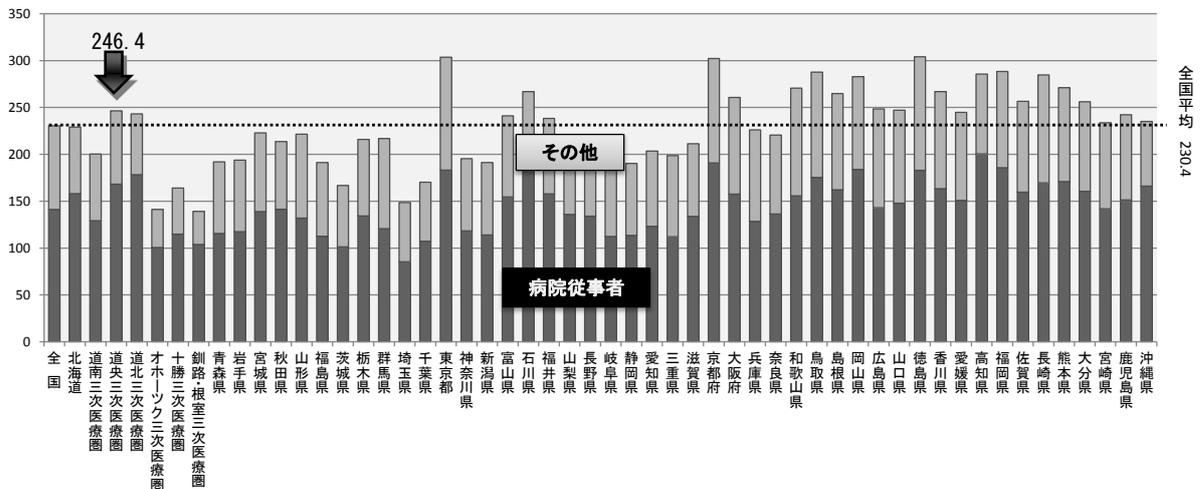
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

北海道の人口 10 万人対医師数は全国平均をやや下回っているが、札幌市の属する道央 3 次保健医療圏と旭川市が属する道北 3 次保健医療圏は全国平均を上回っている（図表 3-7-6）。病院従事医師の約 74%が札幌市におり（図表 3-7-7）、札幌市以外では医師採用がより難しい状況である。

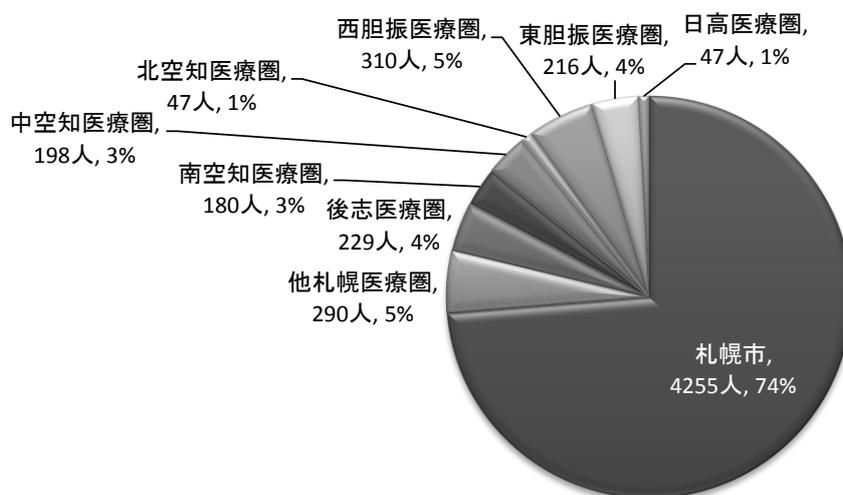
医師は、道内に所在する北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学の出身者が多く、大半の研修医が道内の病院での臨床研修を希望する傾向にあるが、研修終了後は道外に帰省等をするケースもみられる。

図表 3-7-6 人口 10 万人対医師数



※道内の 6 つの三次医療圏については、平成 17 年 10 月の人口をもとに作成。

図表 3-7-7 道央3次保健医療圏における病院従事医師の勤務地



図表 3-7-8 道央3次保健医療圏における医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科

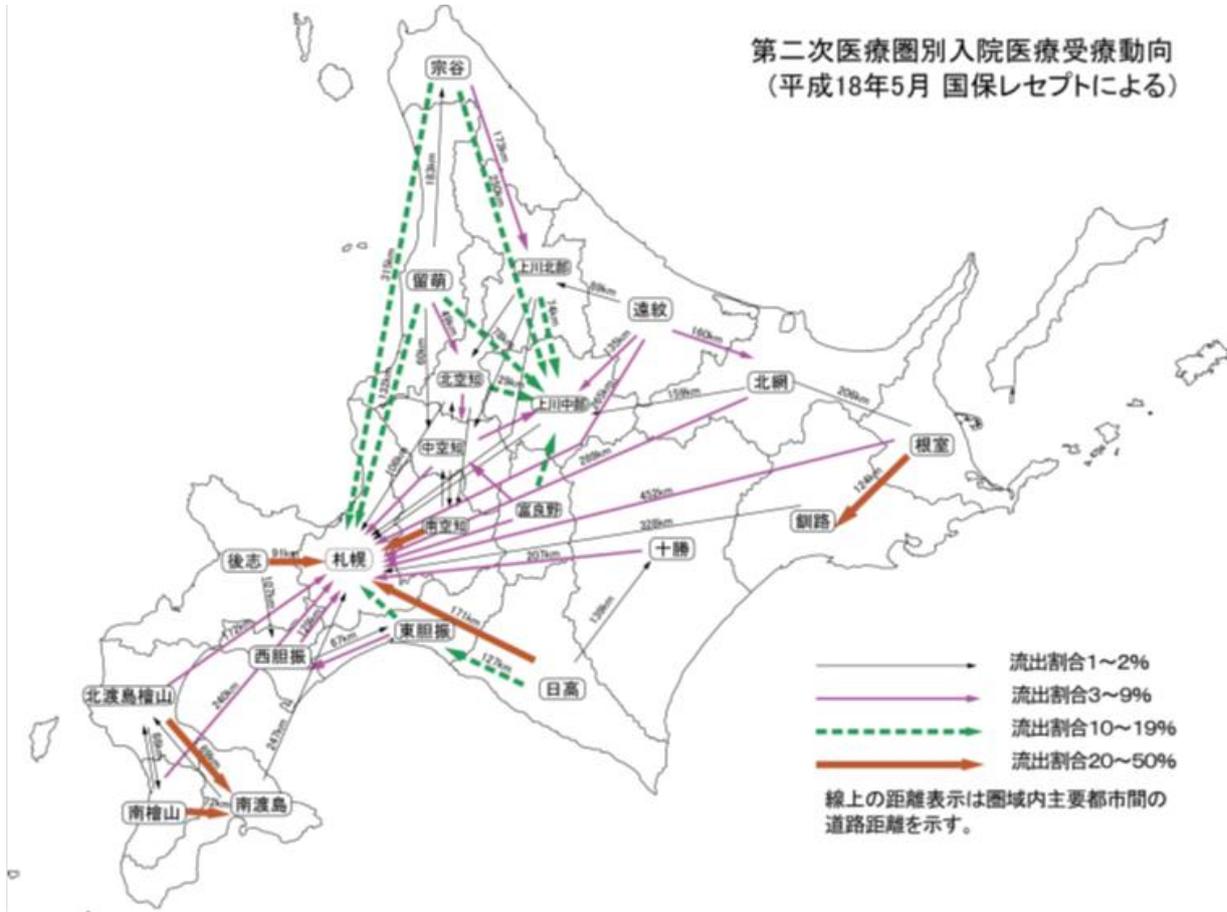


資料；いずれも厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

札幌保健医療圏内での入院の完結率は約 98%と非常に高く、また道内各地からの流入がみられる。

図表 3-7-9 道内入院患者の流出・流入状況



資料；北海道医療計画（平成 20 年 3 月）

(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人タナカメディカル

昭和 52 年 12 月の開設以来、「真心こめて親切に」をモットーに、地域密着型老人医療を目標に掲げている。

病院は全て療養病床で、一般内科診療を基本とし、慢性疾患の長期療養を目的としている。

その他、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、高齢者賃貸住宅等が連携し、1,800 名程度の高齢者に対し療養環境を提供している。

これらの施設は比較的近距离に位置しており、モットーどおり、地域密着型の医療・福祉・介護サービスが展開されている。

[タナカメディカルの施設]

札幌田中病院 (療養 334 床)

介護療養型老人保健施設 博友会※ (定員 127 名)

※印は被統合法人である医療法人博友会より譲渡

[同一グループの医療法人の施設]

札幌緑誠病院 (療養 342 床)

札幌宮の沢病院 (療養 355 床)

[同一グループの社会福祉法人緑誠会の施設]

特別養護老人ホーム 愛輪園 (定員 82 名)

介護老人保健施設 愛の里 (定員 100 名)

ケアハウス ホワイトキャッスル (定員 100 名)

愛輪園居宅介護支援事業所

[同一グループのその他事業]

高齢者向け賃貸マンション ライフコート宮の沢 (83 戸)

高齢者向け賃貸マンション ライフコート西野 (83 戸)

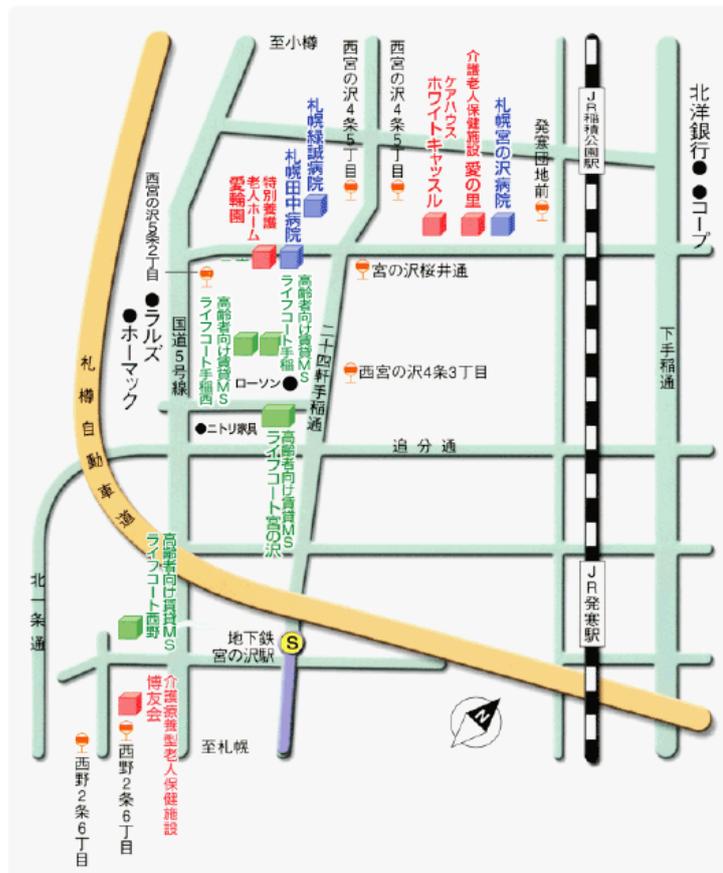
高齢者向け賃貸マンション ライフコート手稲 (81 戸)

高齢者向け賃貸マンション ライフコート手稲西 (78 戸)

② 被統合側；医療法人博友会 博友会病院

博友会病院 (療養 151 床) は、昭和 43 年に北海道初の老人病院として開設され、平成 3 年よりタナカメディカルの理事長が経営を引き継いだ。

グループ所在地(アクセスマップ)



資料；タナカメディカルホームページ

(3) 統合までの経緯・背景

タナカメディカルと博友会 博友会病院は理事長が同一で、経営統合による財務体質の改善を目的に平成 20 年 6 月に法人統合を行った。契機として、平成 24 年を目途（当時）とした介護型療養病床の廃止に伴い、博友会病院を介護老人保健施設（新型老健）に転換する方針があったことである。また、厚生行政の動向等を含め、新型老健に転換後の経営見通しに一抹の不安もあったため、予防措置的な意味合いの統合でもある。

博友会病院は、平成 20 年 7 月に介護老人保健施設“博友会”として入所定員 127 名で開設した。現在の提供サービスは入所サービス（127 名）と短期入所サービス（ショートステイ）であるが、短期入所サービスについては、入所サービスの空きベッドを使用してのサービスである。

新型老健への転換に伴い、151 床の定員をそのまま移行すると大型になりすぎるとの判断から、受け入れ可能な 24 床分を札幌田中病院に移転した。札幌田中病院は、この増床に伴い増築工事を行っている。

以上のような機能再編への取り組みは理事長の経営判断である。

(4) 経営管理手法

① 職員の経営参画意識の高揚

病院3役会議（院長・看護部長・事務長）の方針決定に基づき、トップダウンとボトムアップを適切に使い分け、期待する成果の明確化と結果のフィードバックにより、職員の経営参画意識を高めている。

② PDCA活動の励行

理事長が示す全体的な数的目標については十分達成可能な水準に設定されており、これにどれだけ上積みできるか事務長が細目を各部署と策定し、PDCAサイクルを通じて結果のフィードバックを行うことによりモチベーションの高揚を図っている。

③ 課題の把握と対応

患者満足度調査を年1回実施し、職員間で結果を共有して改善活動につなげている。また、患者の入院経路を分析し、効果的な渉外活動のデータとしているほか、数的データは詳細に区分して主に前年同月比較での分析を行い、課題の把握と対応の策定を行っている。

④ コストダウン

グループ病院での共同購入や同効品への変更、業務工程の見直しや水道光熱費における省エネ施策の実行により、着実なコストダウンが実現されている。

⑤ 職員研修等の充実

管理職研修や全職員を対象にした接遇研修を実施している。新入職員にはオリエンテーションを実施している。このほか、外部の研修会にも積極的に参加している。

また、中途採用のみにつき、入職時のキャリア差が大きいのでマンツーマンでOJTを実施している。

⑥ 医療連携の強化

グループ内の3病院1,031床（すべて療養病床）、5つの介護施設、4つの高齢者賃貸住宅等を近距離に位置し、急性期病院の受け皿として慢性期から介護・在宅医療等に特化している。

⑦ 医療機能再編・設備投資

平成24年を目途（当時）とした介護型療養病床の廃止に向けて、博友会病院を新型老健施設に転換した。その際、廃止に伴う24床を札幌田中病院に移転した。

(5) 統合実現までの負担・課題

統合に際しては、北海道や札幌市の担当部局から助言は受けているが、特に公的資金は活用しておらず、すべてを自己資金で行っている。

統合後のスタッフは、両病院の既存スタッフ及び関連法人からの派遣により対応した。

法人合併の際の各種規定の統一については、基本的な方針として各施設の自主性を重視しているため、特段問題になる事項はなかった。また、療養型病院は医療保険制度、介護老人保健施設は介護保険制度に基づくため、違いはあって当然と認識している。なお、病院と介護老人保健施設の人員基準に基づく調整により、博友会病院から札幌田中病院への看護職員の異動はあったが、本人の異動希望に基づいており、処遇条件も継続としたため問題は発生していない。

(6) 経営統合の効果

当初期待したとおりの効果が発揮できている。札幌田中病院は増床による規模のメリットを享受し、博友会については入所稼働率が順調に推移し、経営状況も良好である。

8. 医療法人社団中川会

法人合併・医療機能再編型；医療法人仁井会 中川脳神経外科病院

医療法人社団中川会（以下「中川会」という。）は、広島県呉市の中川病院（開設当初20床）を発祥母体とする。その後、中川会 中川病院（146床）と中川会の理事長親族が運営する医療法人仁井会（以下「仁井会」という。）中川脳神経外科病院（45床）に発展したが、ともに平成14年の診療報酬改定以降は経営難に陥り、両法人を合併した上で医療機能を再編成する経営再建を図った。

平成18年11月に中川会と仁井会が法人合併し、中川会を存続法人とした。中川病院を回復期リハビリテーションを中心とする診療機能に、中川脳神経外科病院を療養病床を中心とする診療機能に各々機能転換を図り、また病床移転を伴う改修を行い、中川病院は呉中通病院（123床）、中川脳神経外科病院は呉三条病院（68床）として開設した。

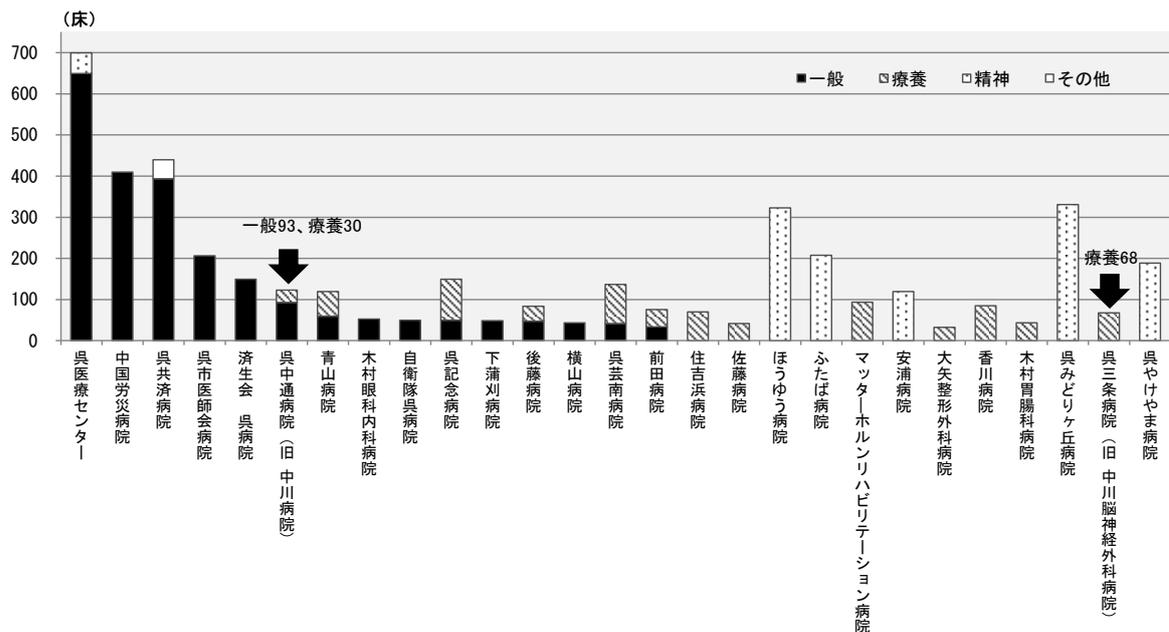
(1) 広島県及び呉2次保健医療圏の医療環境

両病院とも広島県呉市にあり、呉保健医療圏に属する。広島県、呉市、呉保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

呉市は、軍港であった歴史的背景から旧海軍関係の病院など人口に対して大規模病院が多い。呉市においては国立病院機構呉医療センター（700床）、国家公務員共済組合連合会呉共済病院（440床）、独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院（410床）の公的病院が急性期基幹病院である。民間病院はほとんどが200床未満で、療養病床を備える病院が多い。

図表 3-8-1 呉市の病院別病床の種類



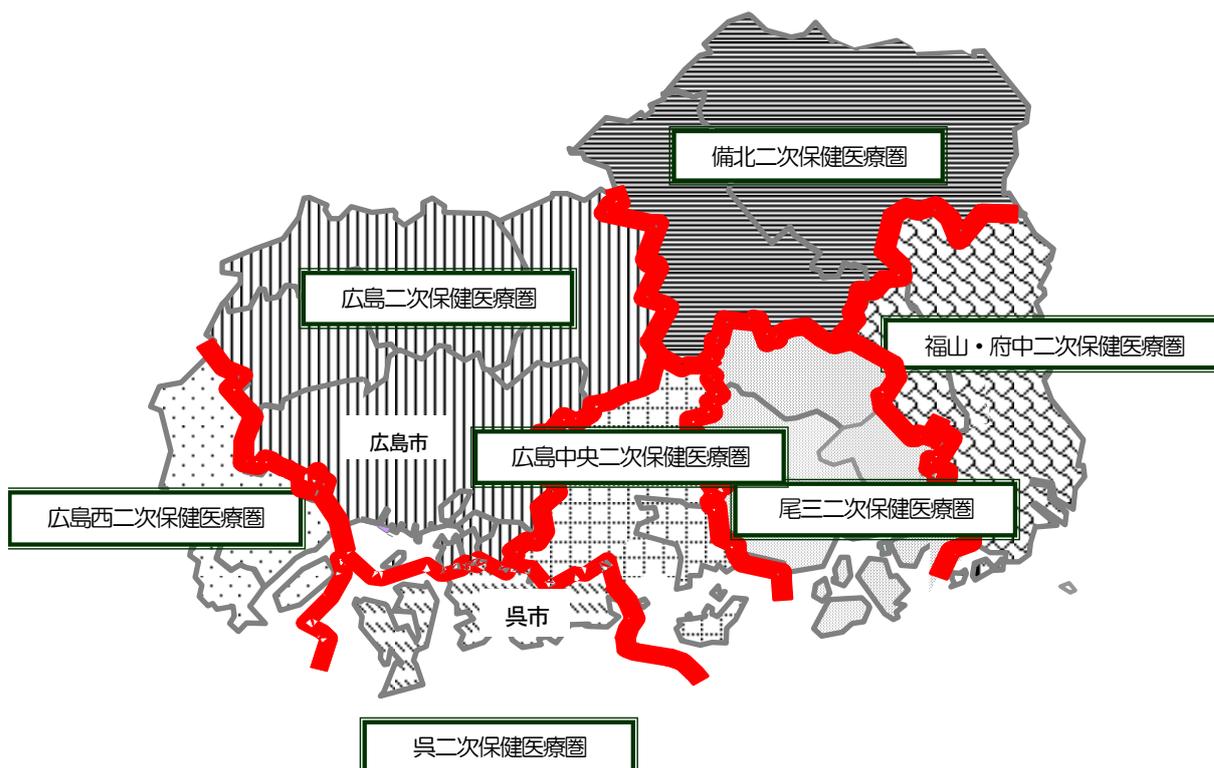
資料；中国四国厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月13日現在）」を基に作成

② 呉 2 次保健医療圏

広島県内は7つの2次医療圏が設定されている。広島県の医療圏のうち、広島保健医療圏、備北保健医療圏の2つで県全体の面積の53%、人口の50%を占めている。

中川会呉中通病院が属する呉保健医療圏は呉市と江田島市の2市で構成され、県面積の約5%、人口の10%を占めている。

図表 3-8-2 広島県の2次保健医療圏



資料；広島県保健医療計画（平成20年3月）

③ 医療施設数と病床数

広島県全体の病床数は過剰であり、広島西保健医療圏以外の医療圏は100床以上の過剰病床地域である。広島県の人口10万人対の病院数及び病院病床数は全国平均を上回っている。

図表 3-8-3 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
広島保健医療圏	12,881	14,056	1,175
福山・府中保健医療圏	5,243	5,371	128
尾三保健医療圏	3,373	3,796	423
呉保健医療圏	2,981	3,395	414
広島西保健医療圏	1,923	1,822	-101
広島中央保健医療圏	1,802	2,268	466
備北保健医療圏	1,316	1,660	344

※基準病床数は平成 23 年 1 月 1 日現在

資料；広島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-8-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

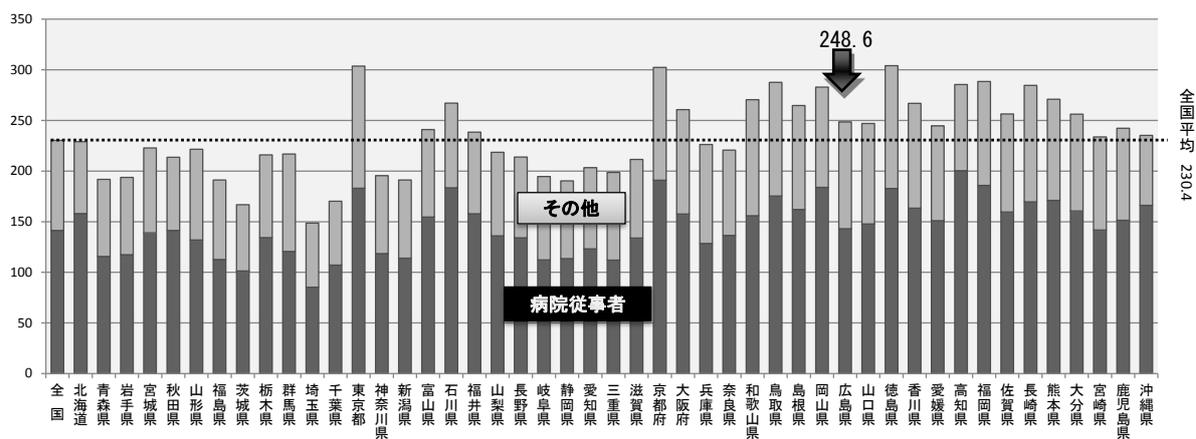
	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
広島県	8.9	7.8	0.6	4.1	4.7	6.0

資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

広島県の医師数は全国平均を上回っているが、病院従事医師の 49%が広島市におり（図表 3-8-5）、専門医の広島市への集中も著しい（図表 3-8-6）。ただし、呉市は人口規模等に対して病院従事医師が多い。

図表 3-8-5 人口 10 万人対医師数



(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人社団中川会

中川会は、昭和 25 年に設立された診療所の中川医院を母体とし、昭和 26 年に広島県呉市中通 1 丁目に中川病院（20 床）を開設した。その後、病床規模を 146 床まで拡張した。

平成 14 年の診療報酬改定以降は両病院とも経営難に陥り、中川会と仁井会を合併した上での医療機能の再編を図った。平成 18 年に両法人を法人合併し、中川会を存続法人として中川病院の理事長が中川会の理事長に就任した。

療養病床主体の中川病院を回復期リハビリテーション中心の病院へと転換し、呉中通病院（123 床）に改称した。呉中通病院は、呉市内で数少ない回復期リハビリテーション機能を持つ病院であり、病床は満床に近く、経営状態も良い。

〔中川会の施設〕

呉中通病院（旧中川病院）（広島県呉市；123 床（一般 93 床（うち回復期リハ 60 床）、医療療養 30 床）

呉三条病院（旧中川脳神経外科病院）（広島県呉市；68 床（医療療養 24 床、介護療養 44 床）

② 被統合側；医療法人仁井会

中川会が昭和 61 年に中川会の理事の親族を運営者として中川脳神経外科病院（45 床）を開設し、平成 12 年に中川会から仁井会に改組した。法人合併に伴い、急性期病床主体の中川脳神経外科病院は、療養型の病院へと機能を転換し、呉三条病院（68 床）と改称した。

〔仁井会の施設〕

中川脳神経外科病院（広島県呉市；45 床）

(3) 統合に至るまでの経緯・背景

中川病院（現 呉中通病院）と中川脳神経外科病院（現 呉三条病院）は、平成 14 年の診療報酬改定以降は経営が悪化し、医師不足にも陥っていた。経営再建策を両病院の理事同士で話し合い、今後の中川会グループの方向性を検討した。

呉市内には回復期リハビリテーション機能を持つ病院が少なく、大規模病院を退院した後の回復期患者は岡山方面の病院や東広島市の県立障害者リハビリテーションセンター等の別の医療圏に転院していた。両病院は、回復期患者の受け入れ先に機能特化することに決め、回復期リハビリテーションから療養までの一貫提供体制を整備することとした。

中川病院は、療養中心だった形態から回復期リハビリテーション機能に転換し、中川脳神経外科病院は、急性期中心だった形態から療養病床中心の施設としての機能転換を行った。中川病院は、一般病床 80 床・療養病床 66 床から一般病床 93 床（うち回復期リハ 60 床）・療養病床 30 床の 123 床体制に、中川脳神経外科病院は、一般病床 45 床から療養病床 68 床体制に転換した。療養型病院の経営を成り立たせるために病床規模を多くしたか

ったため、既存施設を改修して中川病院の 23 床の減床分のすべてを中川脳神経外科病院に移転した。



呉中通病院（旧中川病院）



呉三条病院（旧中川脳神経外科病院）



(4) 経営管理手法

① 職員の経営参画意識の高揚

職員の経営参画意識を高めるため、経営情報を全職員に所属長を通じて伝達している。経営運営会議には科長以上が出席し、経営状態を把握している。

② PDCA活動の励行

年度の事業計画を作成し、日次については患者数、病床稼働率、目標達成度を毎日一覧表にして各部署に配布する。月次については経営会議にて報告し、年度の中途に検証して年度末に再度検証を行う。

③ 課題の把握と対応

経営データについては月次の経営会議に報告し、すべての職員に開示し、患者様にアンケートを日々行い（退院時）、満足度を調査し、月次の会議で報告し、改善策を患者へフィードバックしている。

また、人事制度改訂の際には匿名の Web 方式のアンケートを実施して職員の意見を収集した。匿名で書き込まれた職員の意見に対しては幹部職員が直接回答するとともに、その回答を会議室に貼って幹部、職員間で意識の共有を図った。

④ コストダウン

共同購買を実施し、スケールメリットを活かしたコストダウンを実施している。半期ごとに物品購入の委員会を開催し、各部必要物品の調達をしている。そのなかで、2病院共通で購入できるものは、それによる価格のメリットも享受している。

人事制度の構築では、両病院のスタッフの給与が最低限現状維持をできることを基本に規定を設定したが、その規定から大きく外れて現状の報酬が高過ぎる職員は減給とした。

⑤ 職員研修等の充実

研修参加にかかる予算計上や学会発表の成果に対する金一封などを付与している。

⑥ 医療連携の強化

地域連携室を設置して後方機能をアピールしている。空床状況を職員全体で共有している。グループとしての病院の機能を有効活用し、回復期を過ぎた患者を呉中通病院から呉三条病院や他の急性期病院へ転院させる等、病院の機能分担を活かした連携体制を構築し、患者の容体変動時にもグループ内外と連携をとり対応している。

⑦ 医療機能再編・設備投資等

回復期以降の受け皿機能に特化し、回復期リハビリテーションから療養までの一貫提供体制を整備している。そのため、旧中川病院を回復期機能、旧中川脳神経外科病院を療養機能に転換した。

(5) 統合実現までの負担・課題

統合は次のようなプロセスを経て行った。まずは、理事同士が話し合っ方向性を決めた後、院長、副院長、部長による統括推進会議を2週間に1回行い、具体的な計画を決めた。両病院の理事長同士の話し合いから統合話が始まった経緯もあり、県や市の関与はない。

職員には半年程度をかけて個人面談を行い、療養機能中心から回復期リハビリ機能中心施設への運営方針の変更、経営状態の悪化とその背景、統合の背景を説明して理解を促した。病院機能の転換を丁寧に説明したことで、待遇が悪化した職員もいたが、ほぼすべての職員は退職することなく継続的に勤めてもらうことができた。

丁寧な現場への説明を行ったため、職員は組織変更が突然行われ、そのための作業を“や

らされている”という意識を持つことはなく、目標を共有して組織変更のための作業を行うことができた。

人事制度については、平成 20 年から規程の統一等の準備を行い、平成 21 年 12 月から実施した。人事制度の構築では、両病院のスタッフの給与が現状維持できることを基本に規定を設定したが、その規定から大きく外れる報酬が高過ぎる職員は報酬を下げた。また、人事制度改訂の際に、外部のコンサルタントに依頼し、職員が匿名で病院に対する意見を書き込める機能を付けた Web 方式のアンケートを実施して職員の意見を集めた。匿名で書き込まれた職員の意見に対しては幹部職員が直接回答するとともに、その回答を会議室に貼って幹部、職員間で意識の共有を図った。

規定等を作る際に外部のコンサルタントに頼ることが多く出費を要した。県や市に同様の業務の相談を行える機関等があればコストをかけず行えたと思われる。

両病院の機能を統合するにあたり、旧中川病院は 2 回に分け、旧中川脳神経外科病院は 1 回で既存施設の改修を行った。旧中川病院は、大規模改修であったため、改修の間は施設を閉鎖せざるを得ず、入院患者には転院をしてもらった。病院から患者と家族に事情を説明して転院を依頼したがトラブル等はなく、改修後に旧中川病院の療養病床に戻ってきた患者もいる。一方、旧中川脳神経外科病院が改修する際には、改修が終わっていた旧中川病院で患者を引き受けることができた。

(6) 経営統合の効果

① 経営改善

市内初の回復期リハビリテーション病院を開設したため、当初はうまく運営できるか見通しが立たなかったが、現状の病床稼働率は 100% 近い。呉中通病院は救急指定病院であるが、病床の空きがないため受け入れを断る状態である。経営は統合前より改善し、銀行からも新規融資の話が持ち込まれる状態である。

平成 18 年の法人合併、平成 21 年の施設改修時には両病院とも経営状態が悪かった。しかし、経営状態が改善した現在は積極的に職員を研修に参加させるなど教育や研修に予算をつけることができるようになった。また学会の発表等で優れた成績をあげた者には表彰や金一封を渡すなど、制度を充実させることができる経営状態にある。

経営は両病院とも独立採算であるが、呉三条病院のような 60 床規模の療養型病院では利益を出せないため、中川会全体の業績を重視している。

② 今後の展開と課題

後方支援病院としてさらにリハビリ機能を充実したいが、施設が手狭になってきているため改修を検討している。また、医師が患者数に対して手薄なため増員を検討している。患者の気持ちに伝えることができるような診療に心掛けているが、病床稼働率が 100% 近く、また外来も非常に多いため、丁寧に患者と向き合う余裕ができる環境作りに腐心しているところである。

脳神経外科の医師は充実しているが、内科、整形外科の医師が相対的に不足している。看護師は不足していないが、回復期リハビリテーションの機能を十分に理解できるよう教

育研修の充実が今後の課題である。人数的には不足していなくても、次世代を担う若いスタッフが少ない点が課題であったが、現在は改善されつつある。

③ 連携強化、他の病院への示唆

病院機能を明確にしたことで、職員の業務に当たる意識を大きく変えることができた。病院の方向性を明確にし、後方支援病院としての機能を充実するため、それまでなかった地域連携室を充実させたことが病床稼働率の向上に結び付いている。地域連携室は、社会福祉士2名と看護師1名で構成し、どのような患者が空床を待っているのかをスタッフ全員が共有しながら業務に当たれるようになった。その流れで法人下の2病院の機能を有効活用し、回復期を過ぎた患者を呉中通病院から三条病院へ転院させる等、病院の機能分担を活かした連携を頻繁に行っている。三条病院から急性期で呉中通病院に来た患者が、呉中通病院で手に負えない場合は地域基幹病院に転院させるなどの地域連携も充実している。

また、両病院で物品の共同購入を行い、スケールメリットを活かしコストダウンを図っている。

経営統合に係る業務に当たる際の心構えとして、職員が主体的に業務を行うことが重要である。病院統合の準備期間の1年、統合後に規定を統一するまでの1年は非常に忙しい状態が続いていた。理事がトップダウンで決めたことに対して現場に納得してもらい、職員がやらされているという感情を抱かないようにすることが重要である。また、統合の中心となるメンバーは市や県に何度も問い合わせをするなど、他の組織を巻き込み自分から動き出さなければならないという気持ちが重要である。

9. 東海市民病院

合併・救済統合型；医療法人東海産業医療団 中央病院

愛知県東海市の中核病院である東海市民病院（一般 199 床）は、工業地帯の企業の共同出資により設立された医療法人東海産業医療団 横須賀病院を譲り受けたものである。東海市は、名古屋市中心部から約 15 km 南の知多半島の付け根にある人口約 11 万人の市であり、鉄鋼関連の工場等が集積する臨海工業地帯を擁する。

医療法人東海産業医療団（以下「東海産業医療団」という。）は、もうひとつ中央病院（305 床；うち一般 250 床、療養 55 床）を継続運営していたが、中央病院、東海市民病院とも医師不足から診療機能低下や経営難に陥り、平成 20 年 4 月に東海市民病院を開設する東海市に中央病院を事業譲渡する形態で経営統合した。

両病院は東海市民病院の本院、分院として機能分担の上で運営されてきたが、医師採用難は解消されず患者の市外流出を食い止めるには至らなかった。そこで同じく市立病院（知多市民病院）を持つ隣接の知多市とともに病院事業を一部事務組合に移管し、3 病院を統合する新病院を建設予定である。

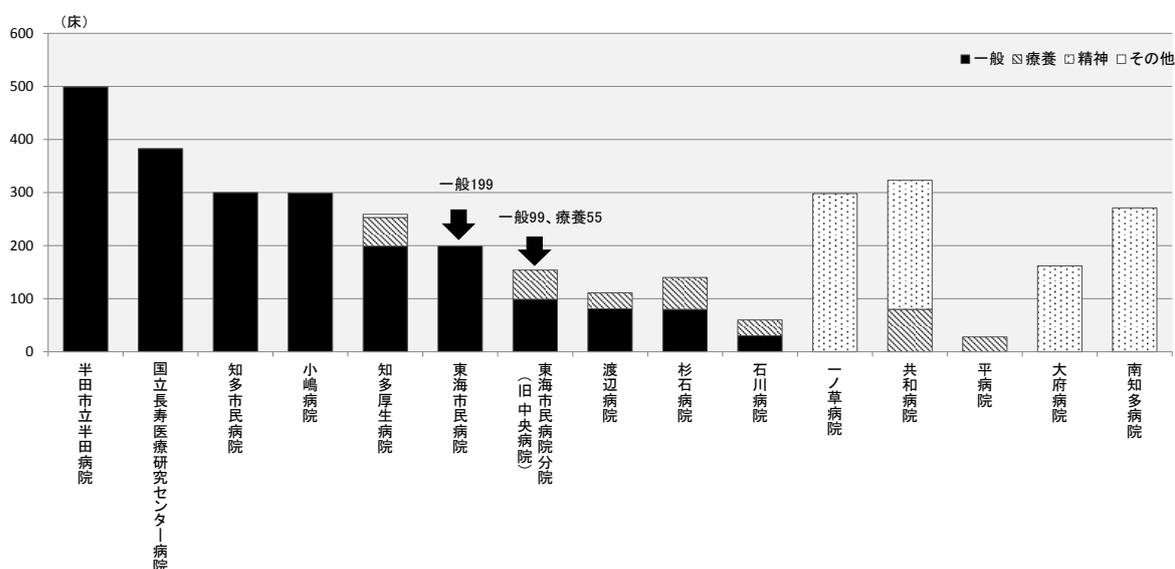
(1) 愛知県及び知多半島 2 次保健医療圏の医療環境

東海市民病院、中央病院とも愛知県東海市にあり、知多半島保健医療圏に属する。愛知県、東海市ならびに知多半島保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

名古屋市まで車で 20 分程度の東海市には、人口が 10 万人を超える一方で大規模中核病院はなく、知多市民病院や東海市民病院等の 200～300 床規模の公立病院が急性期医療を担っている。いずれも病床稼働率は低く、患者は名古屋市に流出する傾向にある。知多半島の中南側は半田市立半田病院が中心に受け入れを担い、重症患者については名古屋市の高機能病院と連携している。

図表 3-9-1 知多半島 2 次保健医療圏の病院別病床の種類



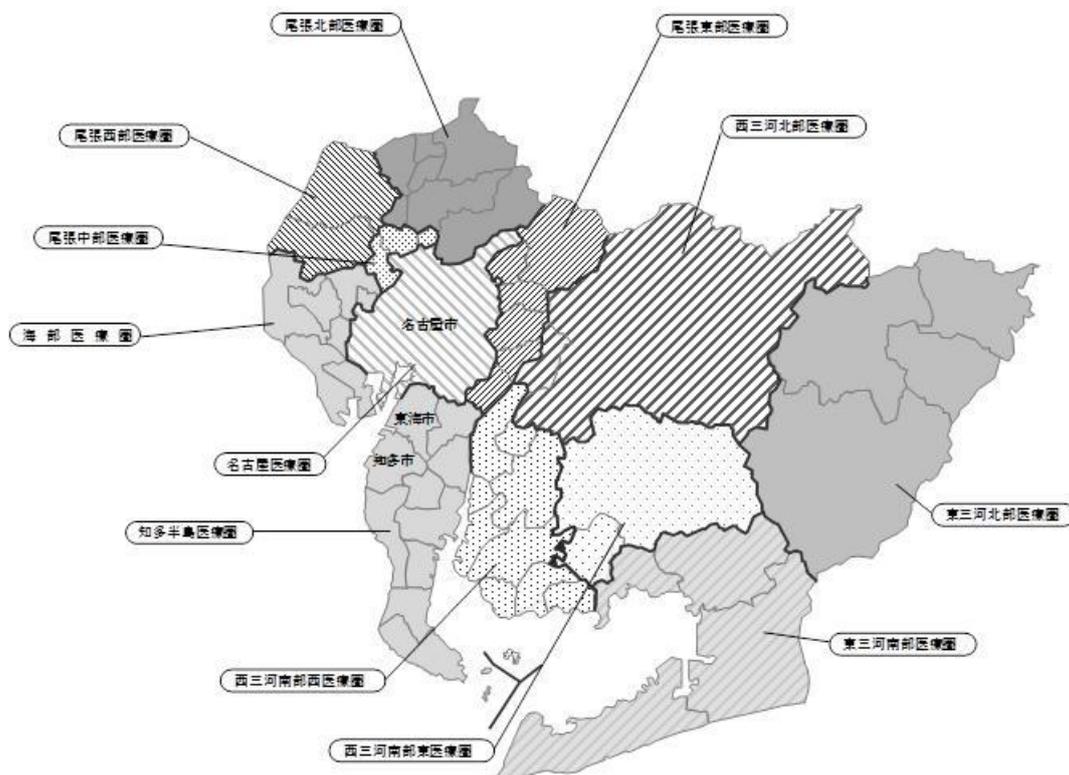
資料；東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 1 日現在）」を基に作成

② 知多半島2次保健医療圏

愛知県は、名古屋保健医療圏（名古屋市）、海部保健医療圏（津島市、愛西市等）、尾張中部保健医療圏（清須市、北名古屋市等）、尾張東部保健医療圏（瀬戸市、尾張旭市等）、尾張西部保健医療圏（一宮市、稲沢市）、尾張北部保健医療圏（春日井市、犬山市等）、知多半島保健医療圏（半田市、東海市等）、西三河北部保健医療圏（豊田市、みよし市）、西三河南部東保健医療圏（岡崎市、幸田町）、西三河南部西保健医療圏（碧南市、刈谷市等）、東三河北部保健医療圏（新城市、設楽町等）、東三河南部保健医療圏（豊橋市、豊川市等）の12の保健医療圏で構成されている¹。

うち知多半島2次保健医療圏は半田市、常滑市、東海市、大府市、知多市、阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町の5市5町で構成される。面積は約390 km²（愛知県の7.6%）を占め、人口は約61万人（愛知県の8.3%）である。

図表 3-9-2 愛知県の2次保健医療圏



資料；愛知県保健医療計画（平成23年3月）

¹ 統合があった平成20年時点では西三河南部東医療圏と西三河南部西医療圏が分かれていなかった（旧 西三河南部医療圏）。しかし、圏域の人口が100万人を超えたことから、平成23年3月の愛知県保健医療計画において見直され、2つの医療圏に分割された。これにより、医療圏は11から12に増加した。

③ 医療施設数と病床数

愛知県全体では病床過剰地域となっているが、名古屋市に病院・病床が集積しているためであり、名古屋保健医療圏以外は病床不足地域が多い。知多半島保健医療圏については、統合があった平成 20 年時点では病床過剰地域であったが、平成 23 年 3 月の愛知県保健医療計画において基準病床数が見直され、本調査時点では 305 床の病床不足地域となっている。

愛知県の人口 10 万対病院数は全国平均よりも少なく、名古屋保健医療圏以外の県内都市では小規模病院の分散と医師不足の傾向があると推察される。

図表 3-9-3 医療圏の基準病床・既存病床

2 次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
名古屋保健医療圏	15,388	20,382	4,994
海部保健医療圏	1,964	1,949	-15
尾張中部保健医療圏	862	720	-142
尾張東部保健医療圏	3,558	4,676	1,118
尾張西部保健医療圏	3,586	3,018	-568
尾張北部保健医療圏	4,854	4,419	-435
知多半島保健医療圏	3,473	3,168	-305
西三河北部保健医療圏	2,900	2,358	-542
西三河南部東保健医療圏	2,860	2,176	-684
西三河南部西保健医療圏	4,676	4,256	-420
東三河北部保健医療圏	630	555	-75
東三河南部保健医療圏	6,444	6,164	-280
計	51,195	53,841	2,646

資料；愛知県保健医療計画（平成 23 年 3 月）

図表 3-9-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
愛 知 県	4.4	3.9	0.1	2.2	2.1	2.9

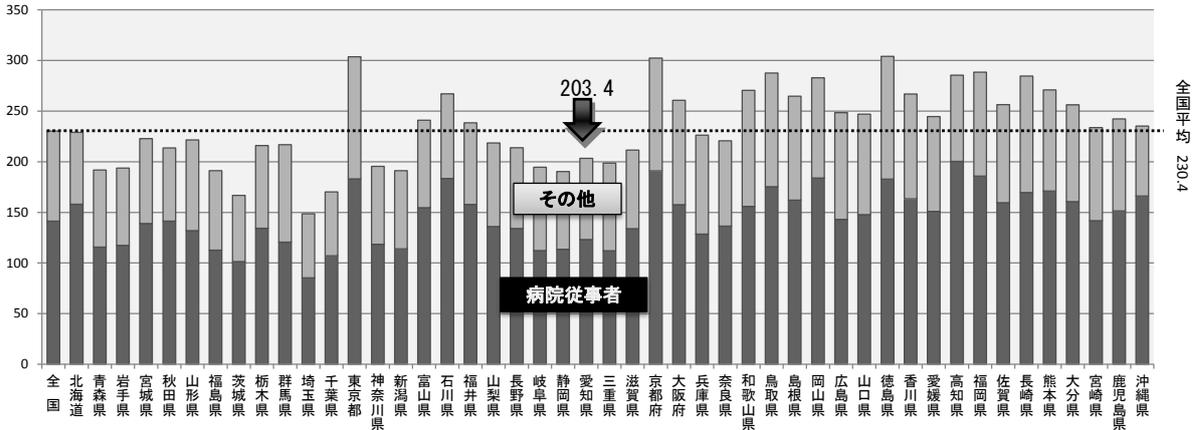
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

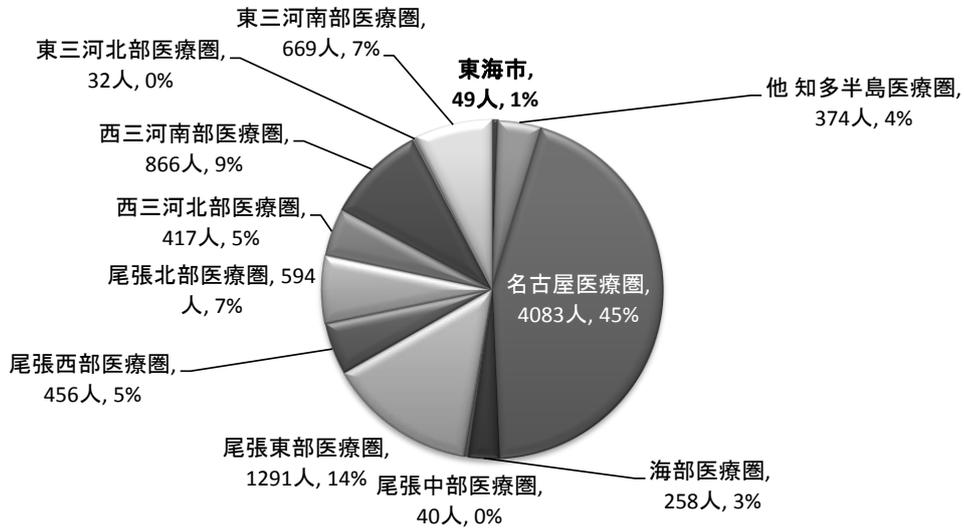
愛知県の人口 10 万人対医師数は全国平均を下回っており、3 大都市圏で比較すると歴然としている（図表 3-9-5）。病院従事医師の 45% は名古屋保健医療圏に属し（図表 3-9-6）、専門医も名古屋保健医療圏に一極集中している（図表 3-9-7）。

名古屋保健医療圏に医師が集中していることをあわせて考えると、東海市の属する知多半島をはじめ、名古屋市以外の各地は医師不足状態であると推察される。

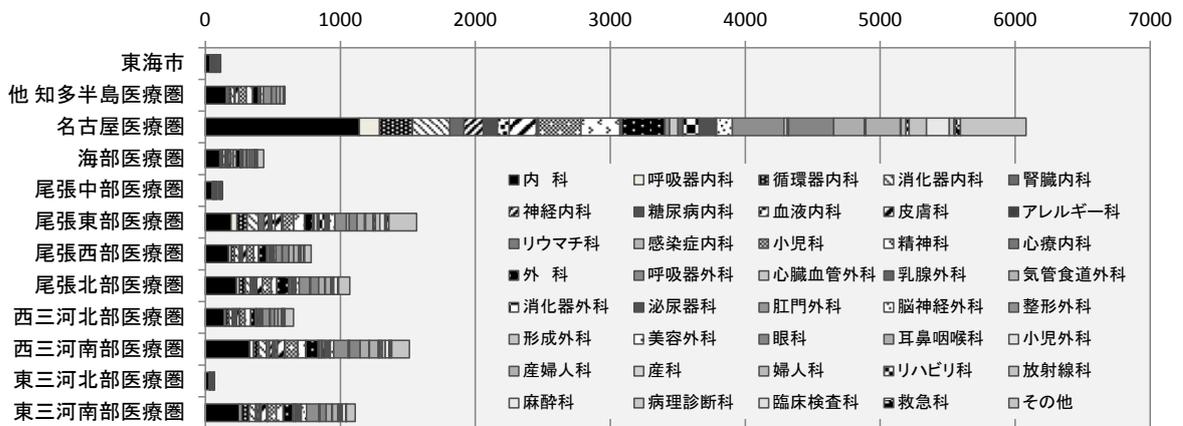
図表 3-9-5 人口 10 万対医師数



図表 3-9-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-9-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科

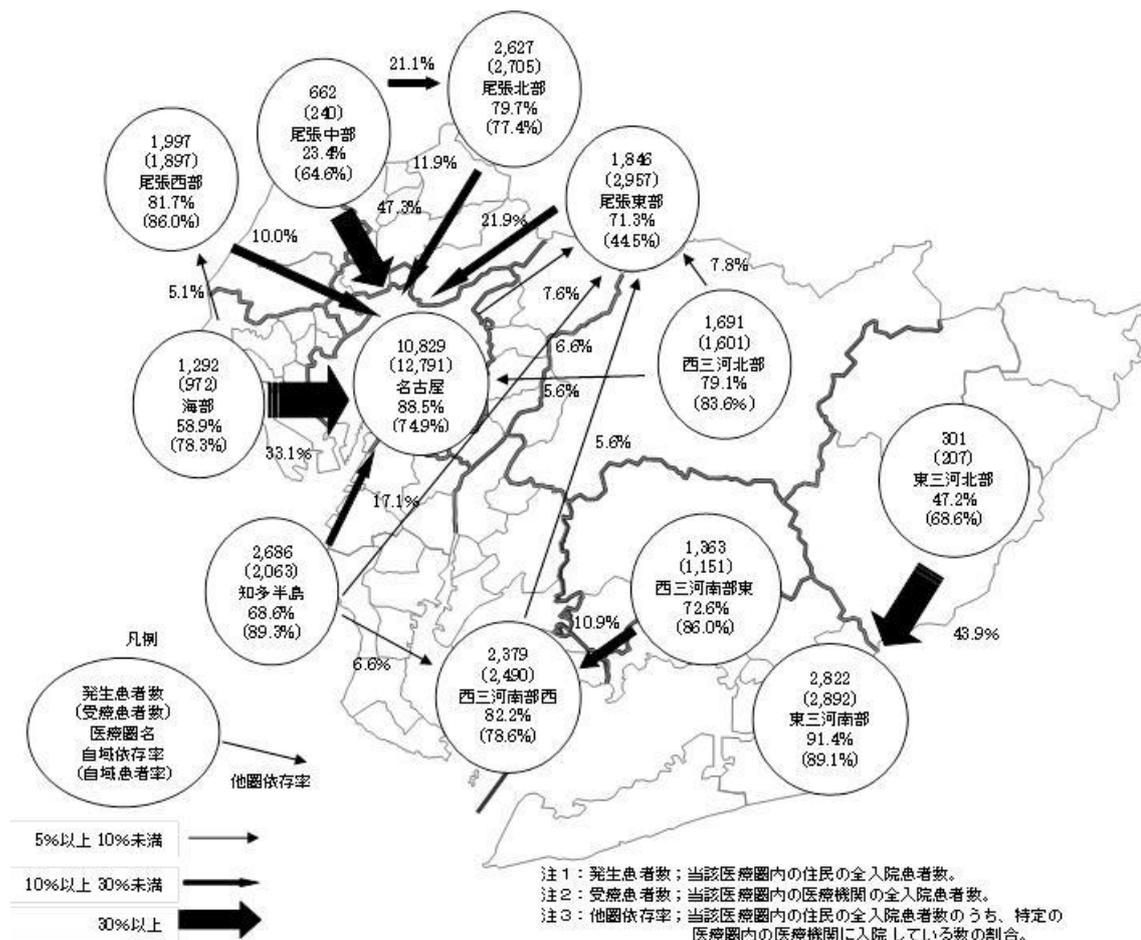


資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

名古屋市の周辺地域から名古屋市内の病院へ、県の東部の地域については東三河南部保健医療圏の豊橋市民病院（910 床）や西三河南部西保健医療圏の厚生連安城更生病院（717 床）が中心に広域対応していると推察される（いずれの病院も救命救急センター、周産期医療センター、がん拠点病院、災害拠点病院）。

図表 3-9-8 県内入院患者の流出・流入状況



資料；愛知県保健医療計画（平成 23 年 3 月）

(2) 法人の概要

① 統合側；東海市 東海市民病院

前身は東海産業医療団 横須賀病院であり、昭和 49 年に東海市が東海産業医療団から譲り受けて、内科、呼吸器科など 10 診療科を持つ市立病院としてスタートした。以後、整形外科等を順次新設するなど地域の総合病院として市民の期待に応えてきたが、平成 16 年度以降、相次ぐ医師の退職等の影響により、診療機能の縮小や経営面でも大きな打撃を受け、深刻な状況に直面している。

[東海市の施設]

東海市民病院本院（一般 199 床）

東海市民病院分院（旧 東海産業医療団 中央病院；154 床（一般 99 床、療養 55 床））

② 被統合側；医療法人東海産業医療団 中央病院

東海市のほぼ中央に位置し、昭和 43 年 4 月の開設以来、内科、消化器科など 12 診療科と健康管理センターを併設し、市の地域医療を担ってきた。しかし、東海市民病院と同様に、相次ぐ常勤医師の流出により産科診療の休診など急速に診療機能の縮小や経営悪化が進み、地域医療確保の観点から、東海市民病院との経営統合を模索した。

[東海産業医療団の施設]

中央病院（305 床（一般 250 床、療養 55 床））

図表 3-9-9 病院の立地状況



(3) 統合までの経緯・背景

① 両病院の沿革

東海産業医療団は、昭和 37 年に東海製鐵（現在の新日鐵名古屋製鐵所）を中心とする名古屋南部工業地帯に進出している企業等の共同出資により設立された。当初は大同病院から譲り受けた横須賀病院（旧 横須賀大同病院分院、現 東海市民病院本院）を運営し、その後、昭和 43 年に東海産業医療団 中央病院を開設、以来 40 年にわたり東海市の地域医療に貢献してきた。また、看護専門学校を開校し、健診事業、訪問看護事業の実施や、療養病棟を開設するなど、地域ニーズに沿った事業展開を図ってきた。

しかし、中央病院は平成 16 年度以降に医師が減少して経営難に陥り、整形外科の休診、消化器科及び産婦人科の入院診療を休止するなど、医療機能面でも厳しい環境に陥った。中央病院で受け入れられなくなった救急患者等が流れて来て東海市民病院の職員負担が増大し、東海市民病院でも医師離れによる医師不足が生じて病床稼働率が 50%に低迷する等の負のスパイラルに陥った。同時期に中央病院、東海市民病院で医師不足・経営難となり、地域医療の存続が危ぶまれる状況にあった。

各病院単独での取り組みには限界が来ていたことから、東海産業医療団の申し入れもあり、平成 19 年 7 月に「東海市病院連携等協議会」が設置されて対応策が検討されることとなった。



東海市民病院本院



東海市民病院分院

② 医師不足と他医療機関への患者集中

発端は、平成 16 年度以降の中央病院の医師不足である。消化器系医師や整形外科医師が退職しても、出身元の各大学の医局から補充してもらえなかった。東海市を含む圏域の医師派遣の優先度が他圏域と比較して低かったことが主因である。結果として、中央病院は 1 人医師診療科が発生するなど、2 次医療機能が著しく低下した。

当時、市で救急医療を担っていたのは、中央病院のほか東海市民病院と民間の小嶋病院の計 3 病院であったが、中央病院の機能低下のしわ寄せが残り 2 病院に影響し、職員の業務過多などの問題が発生してきた。また、平成 18 年度以降、医師派遣元の大学病院が大規模病院での医師の研鑽機会を重視するようになり、東海市民病院での医師退職への補充がなくなり医師不足が顕著になった。

このような結果、市外への患者流出が増加したほか、市の中心部の好立地で市民利用が多い中央病院と公立病院である東海市民病院の役割が根本的に問われることとなった。

図表 3-9-10 医師数等の推移

東海市民病院	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
医師数(4月1日現在)(人)	23	24	24	21	23	21	20
入院患者数(一般)(人/日)	157	163	165	154	153	142	112
東海産業医療団中央病院	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
医師数(4月1日現在)(人)	27	24	25	25	23	20	15
入院患者数(一般)(人/日)	211	198	200	172	169	141	109
入院患者数(療養)(人/日)	-	-	37	44	48	42	38

※ 平成19年度は4～6月の入院患者数実績。

中央病院の医師数は麻酔科、歯科口腔外科、健診除く。

資料；東海市病院連携等協議会報告書（平成19年11月7日）

③ 東海市病院連携等協議会の発足による協議開始

中央病院は閉院するか東海市民病院と経営統合するかの二者択一状態に追い込まれ、一方の東海市民病院も救急機能の低下により救急患者が市外に流出して公立病院としての医療機能を果たせなくなりつつあった。東海産業医療団から正式に協議開始の申し入れがあり、平成19年7月に「東海市病院連携等協議会」が発足し、「地域医療を守り、市民の安心と健康を確保していく」という共通認識の下で協議が始まった。延べ8回の会議を開催し協議を重ねた結果、早期の経営統合による現有職員の確保（離職防止）を図る必要性がある旨が答申された。

その答申を受けて平成20年4月1日をもって2病院が経営統合された。統合形態は東海産業医療団から東海市への事業譲渡であり、中央病院の土地・建物は新日鐵所有であるものを低額の賃料で市に貸与する内容である。なお、低額貸与期間は、後述する知多市民病院との施設統合までの間である。医療機器については、東海産業医療団から市へ譲渡した。

統合に際しては、東海市民病院を「東海市民病院 本院」（以下「本院」という。）とし、中央病院を「東海市民病院 分院」（以下「分院」という。）とした。機能再編の考え方としては、救急機能を確実に確保するために本院に医師を集約し、分院は慢性期医療や健診事業を実施するとの棲み分けを図った。分院から救急部門の医師が8名前後本院に異動している。

上記機能分担の結果として分院のスタッフ数が減少するため、平成20年4月1日の統合日に中央病院時代の305床（うち療養病床55床）を154床（うち療養病床55床）に減床した。



東海市病院連携等協議会
第8回会議報告書提出の様子

④ 施設統合

上記の2病院の病床数を合わせると350床程度になるが、まずは機能分担を急ぎ、救急

機能を一刻も早く整えて医療崩壊を防ぐことを主眼に、現有施設を活用しての運営を選択した。分院は昭和 43～平成 15 年、本院は昭和 58 年の施設であるが、将来的な知多市民病院との経営統合の可能性を踏まえ、当時の最優先課題の解決を図ったものである。そのため、本院の機能にしても、決して地域中核病院のレベルに到達したわけではなく、医師は約 30 人にとどまり、救急患者をはじめ市外への患者流出が続いている。

医師採用難は続いており、持続的な 2 次救急の確保にはまだ不安が残る状態であった。そこで、知多市民病院と統合して一層の機能集約・分担を図るべく、平成 20 年度以降、「東海市・知多市医療連携等あり方検討会」等が開催されてきた。

東海市民病院と知多市民病院は平成 22 年 4 月に統合し、以前から東海市と知多市で運営していた一部事務組合の西知多医療厚生組合下で 3 病院を運営することになった。

したがって、東海市民病院と中央病院の経営統合および統合に伴う病院機能再編は発展途上の段階にあるものであり、知多市民病院との施設統合を経て一連の計画の完結となる。平成 24 年に東海市民病院本院と分院の施設を統合し、27 年度に現東海市民病院の敷地に東海市民病院と知多市民病院を統合する新病院を開設予定である。

(4) 経営管理手法

① 職員の経営参画意識の高揚

病院の経営方針の決定に際しては、病院委員会の決定を重視しており、各委員会活動への参加により経営への参画を行っている。

② PDCA活動

院長などが決定する方針の実現のため、また現在では平成 27 年度の新病院建設のため、各部門が同じ目標をもって事業計画の策定や事業の実施を進めている。

③ 課題の把握と対応

経営データの作成は、経営改善推進委員会資料として各部署で作成し、委員会で問題点の洗い出しや改善案などを協議している。

④ コストダウン（西知多医療厚生組合への移管後）

西知多医療厚生組合への移管後は、薬品や診療材料の 3 病院共同入札の実施、委託事務の共同実施によりスケールメリットを発揮したコストダウンを実施している。

⑤ 職員研修等の充実

施設統合により医療機能の強化を図り、医師に魅力ある病院となることで魅力向上を図るとともに、認定看護師研修等を積極的に受講できるように取り計らっている。

⑥ 医療連携の強化

2 次救急の集約による消防隊との連携体制の構築や、新中核病院の建設に向けて地元医師会・開業医その他医療・福祉施設等との連携強化に努めている。

⑦ 医療機能再編・設備投資

2次救急医療確保のため、東海市民病院本院に医師を集約し、分院では慢性期医療や健診を実施する機能分担を図っている。

平成27年に統合新病院を建設・開院予定であり、診療科を増設予定である。

(5) 統合実現までの負担・課題

① 職員確保

平成20年の経営統合前、中央病院において、経営統合に必要な職員確保を進めるとともに、東海市においても可能な限り東海市民病院に職員が異動するように努めた。統合前の19年12月に募集説明と面接を行い、両者の協力により4月からの人員配置の目途が概ね立った。統合時には東海市民病院の給与体系に合わせたが、中央病院職員には現給を保障している。

西知多医療厚生組合となった現在では、東海市民病院と知多市民病院間で給与体系が異なり、新病院の開院に併せて新給与体系への移行を検討している。

② 医療機能確保

経営統合時に東海市民病院、中央病院ともにいなかった呼吸器科等の常勤医師採用が統合後もできず、療養制限をせざるを得ない状況である。また、予定していた回復期リハビリテーション病棟(39床)が開設できないなど、当初の計画どおりに進まないものもある。

(6) 経営統合の効果

① 医療提供機能の堅持

分院から本院へ内科系・外科系合わせて8人の医師が異動し、本院は市民のための2次救急を維持できた。分院では慢性期医療の提供と健診事業の充実を図り、当初の統合目的を達成できた。統合前の状況が続けば、旧中央病院、旧東海市民病院ともに機能維持ができなくなっていた可能性もある。

② 医師採用

知多市民病院との経営統合方針を取りまとめた「東海市・知多市医療連携等あり方検討会」には医師派遣元の名古屋大学附属病院副病院長、藤田保健衛生大学病院長が委員に就任していた。確約があるわけではないが、病院を集約して規模を拡大し、勤務医師の研鑽機会を設ける等により、医師派遣の確実性が増すと考えられる。

10. 加古川市民病院

合併・救済統合型；株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院

兵庫県西部の加古川市にある加古川市民病院（一般 405 床（現 加古川西市民病院（一般 382 床））は、医師不足から機能維持が困難な状況に陥り、株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院（一般 198 床）に統合を申し入れ、神鋼加古川病院を加古川市に譲渡する形態で平成 23 年 4 月に経営統合した。両病院は、経営統合と同時に発足した地方独立行政法人加古川市民病院機構の下で、加古川西市民病院（旧 加古川市民病院）、加古川東市民病院（旧 神鋼加古川病院）と改称し、平成 29 年に両病院の施設を統合した新病院を開院の予定である。

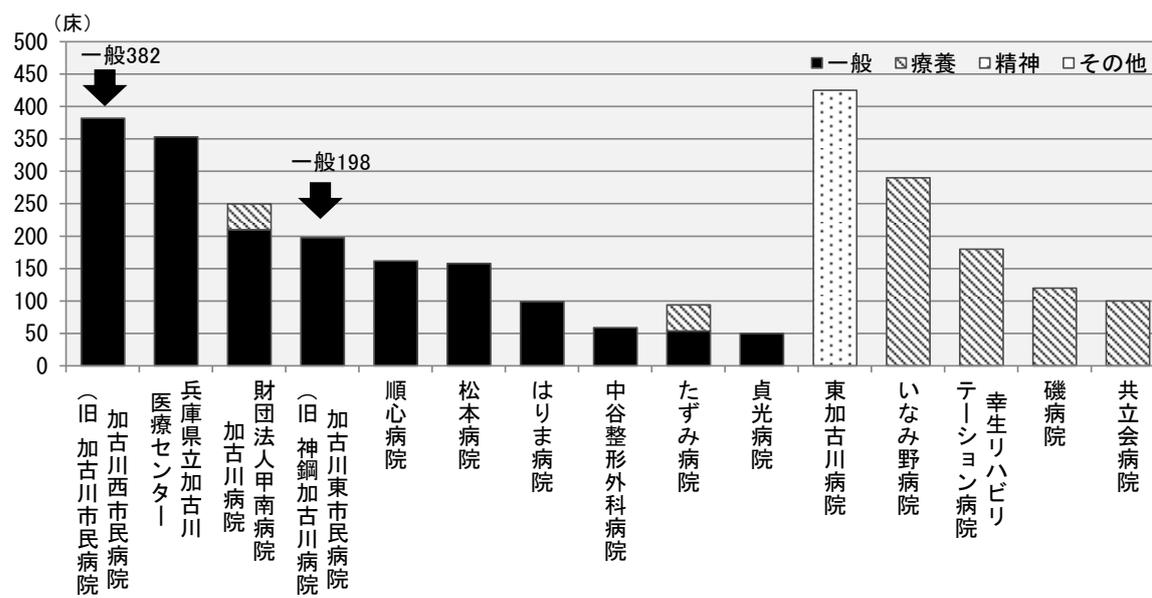
(1) 兵庫県及び東播磨 2 次保健医療圏の医療環境

両病院とも加古川市にあり、東播磨保健医療圏に属する。兵庫県及び東播磨保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

加古川市には 15 病院があり、加古川西市民病院は 2 番目、加古川東市民病院は 6 番の病床数である。民間 12 病院のうち 6 病院が療養病床を備えている。急性期病院では加古川西市民病院と県立加古川医療センターの 2 公立病院の病床規模が大きい。急性期病院はそれぞれ強みがあり、県立加古川医療センターは 3 次救急、加古川西市民病院は小児・周産期医療、加古川東市民病院は循環器と口腔外科、甲南病院はりウマチと透析、順心病院は脳神経外科が強みである。この中で、加古川西市民病院と加古川東市民病院が施設統合すると、他院を圧倒する 600 床規模となる。

図表 3-10-1 加古川市の病院別病床の種類



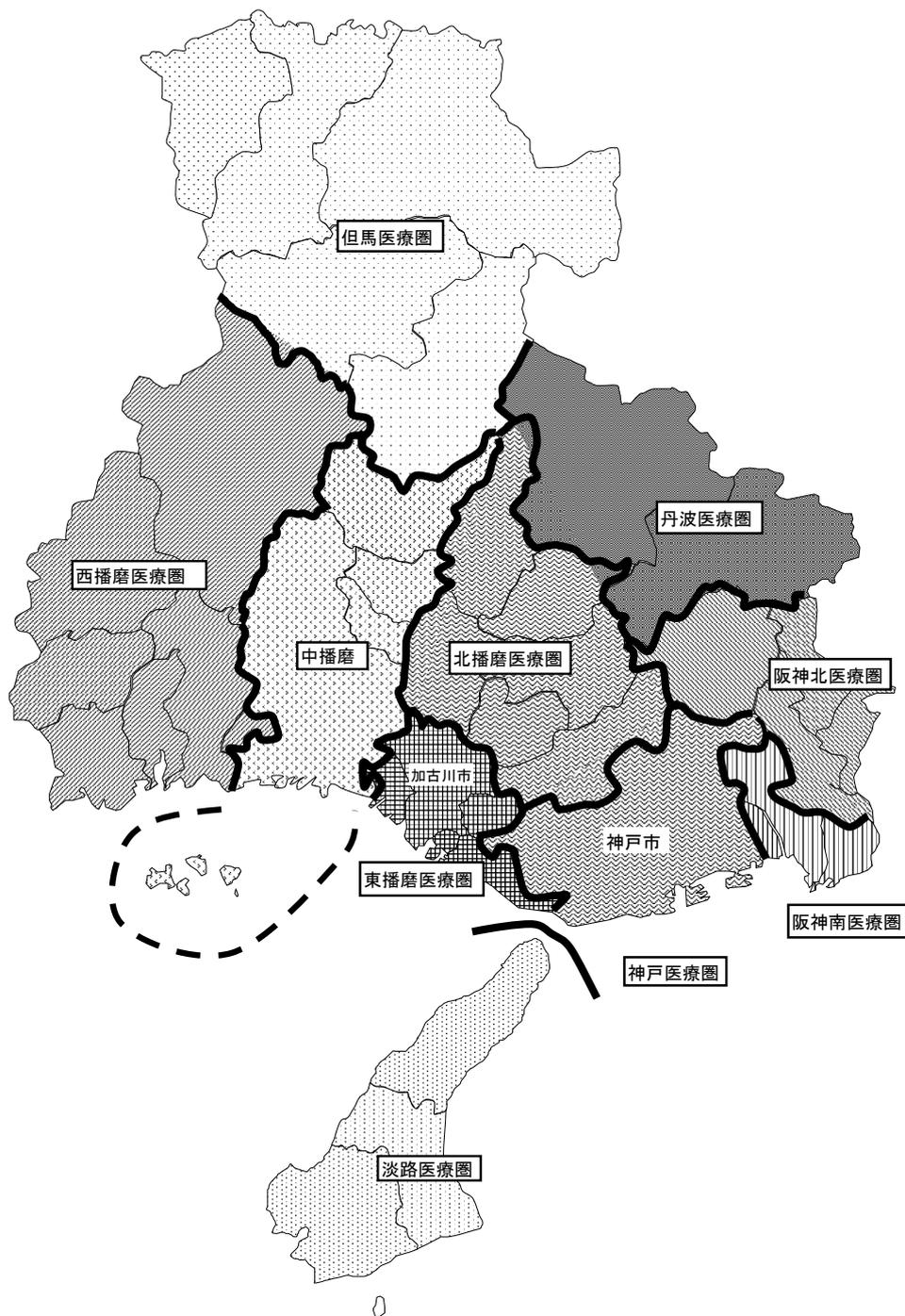
資料；近畿厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 4 日現在）」を基に作成

② 東播磨 2次保健医療圏

兵庫県内は 10 の 2次保健医療圏が設定されている。東播磨保健医療圏は明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町の 3市2町で構成されている。

両病院が属する東播磨医療圏は県全体の面積の 3%、人口の 13%を占める。

図表 3-10-2 兵庫県の 2次保健医療圏



資料；兵庫県保健医療計画（平成 20 年 4 月）

③ 医療施設数と病床数

兵庫県は、西播磨保健医療圏を除いて病床不足地域となっており、東播磨保健医療圏は259床の不足である。

兵庫県の人口10万人対病院数は全国平均を下回っている。

図表 3-10-3 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
神戸保健医療圏	15,522	14,985	-537
阪神南保健医療圏	8,778	8,403	-375
阪神北保健医療圏	6,775	6,186	-589
東播磨保健医療圏	6,339	6,080	-259
北播磨保健医療圏	3,342	3,338	-4
中播磨保健医療圏	5,576	5,326	-250
西播磨保健医療圏	2,811	2,837	26
但馬保健医療圏	1,838	1,657	-181
丹波保健医療圏	1,368	1,308	-60
淡路保健医療圏	1,733	1,705	-28

資料；兵庫県保健医療計画 追補版（平成23年4月）

図表 3-10-4 人口10万対病院数・病院－病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
兵 庫	6.2	5.7	0.1	3.1	2.9	4.5

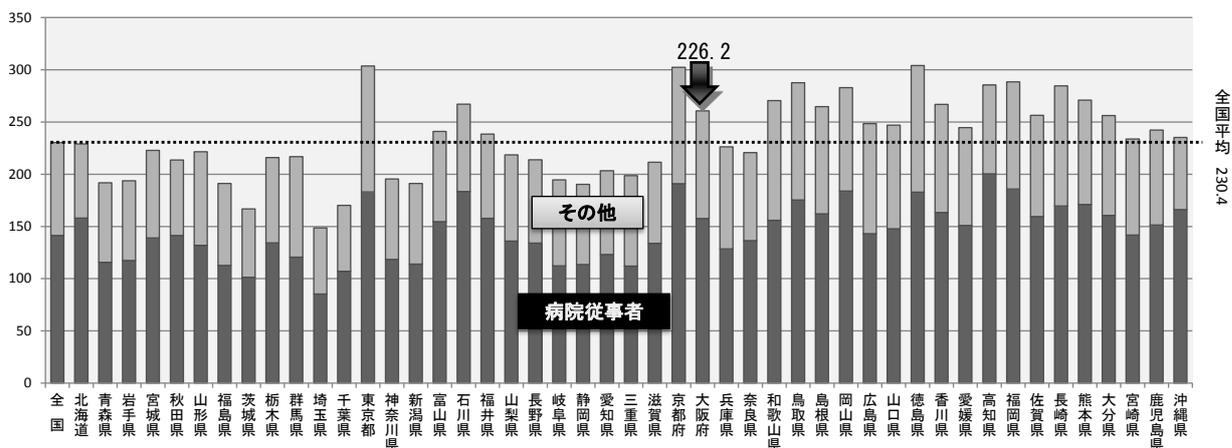
資料；厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

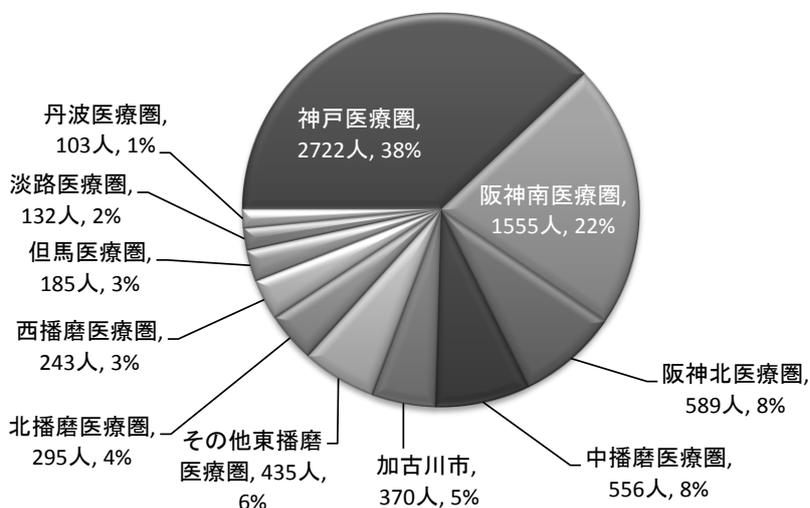
兵庫県の人口10万人対医師数は、全国平均を下回っており（図表3-10-5）、病院従事医師は神戸保健医療圏と阪神南保健医療圏とで半数を占めている（図表3-10-6）。専門医も神戸・阪神南両保健医療圏に集中している（図表3-10-7）。

兵庫県の医師供給源については、神戸市等の県東部では京都大学、大阪大学の医局出身者が多く、県西部では岡山大学の医局出身者が多いといわれる。神戸大学医学部の医局出身者は県の中央部及び北部地域に多い。全国的な医師不足の中、神戸大学医学部の医師供給力にも限りがあり、神戸大学は医師供給先の関連病院に対し、統合して大規模なマグネットホスピタルとなるように促している。東播磨保健医療圏の北部に位置する北播磨保健医療圏ではこの流れに乗り、三木市民病院と小野市民病院が統合して新病院の建設を進めている。加古川市民病院と神鋼加古川病院の統合もこの流れの影響を受けている。

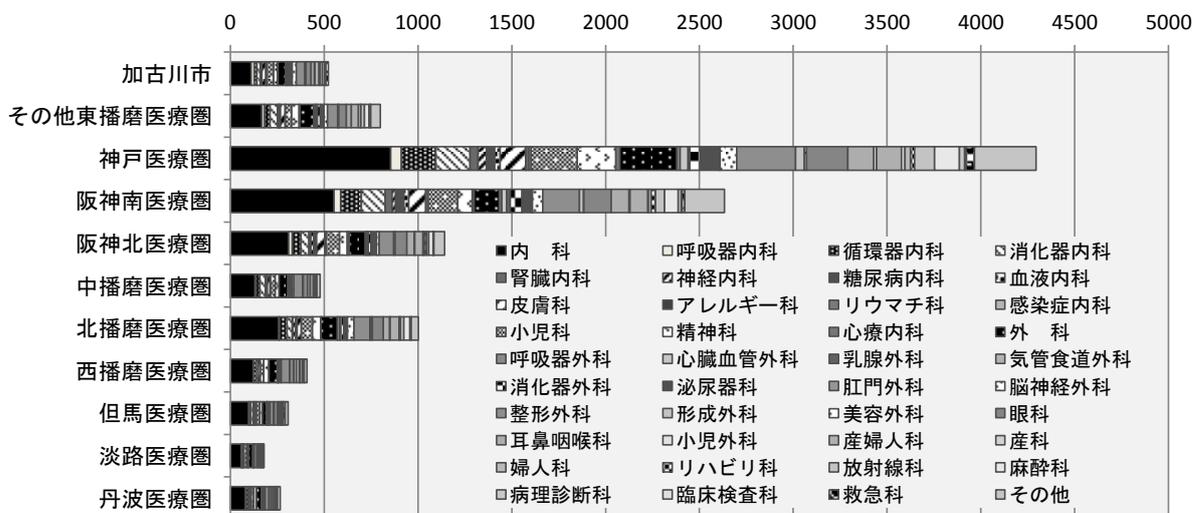
図表 3-10-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-10-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-10-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 20 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

東播磨保健医療圏からの患者の流出割合は 22%と県平均の 26%より低く、医療圏内の入院患者の完結率が高い。また流入割合は 24%で県平均と同等、県内 4 番目の高さである。

図表 3-10-8 県内入院患者の流出・流入状況

2 次保健医療圏	推計流入患者割合 (%)	推計流出患者割合 (%)
神戸保健医療圏	17.8	19.0
阪神南保健医療圏	22.1	35.0
阪神北保健医療圏	41.0	40.0
東播磨保健医療圏	23.5	22.0
北播磨保健医療圏	33.1	22.6
中播磨保健医療圏	22.2	17.6
西播磨保健医療圏	25.5	25.4
但馬保健医療圏	10.4	28.1
丹波保健医療圏	24.2	36.6
淡路保健医療圏	7.4	21.3
兵庫県	23.6	25.8

資料；厚生労働省「平成 20 年患者調査」

(2) 法人の概要

① 統合側；加古川市 加古川市民病院

加古川市民病院（一般 405 床）は、昭和 25 年に国民健康保険宝殿病院として開院し、昭和 35 年に加古川市民病院と改称した。東播磨医療圏における小児、周産期医療の中核を担っている。

平成 23 年 4 月 1 日に加古川市民病院と神鋼加古川病院が経営統合し、地方独立行政法人加古川市民病院機構として組織統合し発足したのに伴い、加古川西市民病院と改称した。

[加古川市民病院機構の施設]

加古川西市民病院（一般 382 床）

加古川東市民病院（旧 神鋼加古川病院；一般 198 床）

② 被統合側；株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院

昭和 49 年設立の神戸製鋼所従業員のための診療所が発祥であり、株式会社神戸製鋼所の一部門であった。その後規模を拡張して神鋼加古川病院（一般 198 床）となった。

経営統合後は加古川東市民病院と改称した。

[神戸製鋼所の施設]

神鋼加古川病院（一般 198 床）

(3) 統合に至るまでの経緯・背景

加古川市民病院は、小児・周産期医療に強みを持つ地域の中核病院としての役割を担ってきた。しかし、他の自治体病院と同様に医師不足に加え、多数来院する外来患者や救急搬送される患者への対応など過酷な労働状況も加わり、医師への負担が増加したことで、平成 17 年に 14 名いた常勤内科医が、平成 21 年 7 月には 1 名にまで減少した。その結果、内科の外来診療や入院が制限され、総合病院としての存続が困難な状況となった。

加古川市民病院は、神戸大学をはじめ他の大学に医師派遣を依頼するとともに、医師の処遇改善に取り組んだものの、内科医不足は解消されなかった。

単に加古川市民病院の問題にとどまらず、地域医療の崩壊の危機に瀕したことから、加古川市から株式会社神戸製鋼所に経営統合を申し入れた。

神鋼加古川病院は、株式会社神戸製鋼所が従業員の福利厚生の一環として昭和 49 年に設立した診療所を母体とした病院であり、株式会社神戸製鋼所の一部門であった。神戸以西は姫路まで循環器科がなかったため、前院長（現・加古川市民病院機構理事長）が循環器科を設けて強化したこと、従業員健診のための健診センターが市民にも利用されており収益源であること等の強みがあった。経営は赤字の年もあれば黒字の年もありで、通算では均衡状態であった。

神戸製鋼所は、加古川市最大の企業であるとの意識があり、神鋼加古川病院も市民が利用する地域の病院として定着していたため、地域医療を守る地域貢献の観点から統合には前向きであった。また、将来的には神鋼加古川病院も医師採用難に陥る懸念があり、382

床と198床の病院を統合しての600床規模の病院となると医師も採用しやすいとの判断から統合を決定した。

東播磨圏域には病床数の多い急性期病院として加古川市民病院、県立加古川医療センター、神鋼加古川病院、財団法人甲南病院 加古川病院、高砂市民病院があるが、いずれも200床から400床規模であった。加古川市民病院と神鋼加古川病院の統合新病院は地域基幹病院として医療機能を充足することが期待される。

なお、加古川東市民病院はJR山陽本線「東加古川駅」から徒歩15分、加古川西市民病院はJR山陽本線「宝殿駅」から徒歩8分に位置し、両病院間は約8km（車で20分弱）離れている。



加古川東市民病院



加古川西市民病院

図表 3-10-9 病院の立地状況



(4) 経営管理手法

① 職員経営参加意識の高揚

病院の経営方針については、毎週開催される機構運営会議(理事および両病院事務部長)で議論して決定する。職員に対しては、年始および年度当初に基本方針を伝達している。

② PDCA活動

毎月開催の経営企画会議(両病院幹部出席)において理事長諮問の重要プロジェクトについて現状報告並びに進捗状況を把握している。また、東市民病院においてはTQM委員会を立ち上げ、QIプロジェクトに参加し医療の質改善に取り組んでいる。

③ 課題の把握と対応

両病院共通のフォーマットで患者満足度調査を年1回実施し、接遇改善等に反映している。

年度計画に対する進捗度合や課題について外部委員による評価委員会から評価を受け、必要に応じた対策を取っている。

④ コストダウン

医薬品・診療材料、医療機器、電子カルテシステムの統一化・共有化を検討中であり、電子カルテの共通化については平成24年7月に稼働予定である。

⑤ 職員研修等の充実

施設統合により医療機能の強化を図り、医師に魅力ある病院となることで魅力向上を図る予定である。

新病院建設・開院に向け人事交流を実施しており、さらに、教育支援センターの創設により臨床研修医増加や医療スタッフ教育充実を計画している。

⑥ 医療連携の強化

両病院で地域連携施策の共有を検討中。

⑦ 医療機能再編・設備投資

救急医療体制をはじめ機能強化を図っており、統合後は5センター体制の下で診療科を増設予定である。

平成29年に統合新病院を建設・開院予定であり、新統合病院において設置の5センターを中心に設備投資を実施の予定である。

(5) 統合実現までの負担・課題

① 経営統合過程

両病院を地方独立行政法人の下で運営するために、株式会社神戸製鋼所が所有病院の建

物、土地を加古川市に譲渡し、加古川市民病院の土地、建物とあわせて加古川市から地方独立行政法人が承継する形態をとっている。

組織風土は違いがあったが、新病院開院に向け人事交流を行って施設の統合後も円滑に業務が行えるようにする予定である。情報システムに関しては、加古川市民病院には電子カルテが導入されており、神鋼加古川病院は電子カルテは導入されていないものの独自の診療支援システムが稼働していた。地方独立行政法人化後は、両病院に同一の電子カルテシステムを導入し、将来の病院統合時の情報システム統合を容易にしている。その他の共通化についても両病院のスタッフ間で協議し、薬品・診療材料、医療機器、地域連携施策、健康診断運用等の統一化について検討中である。

② 職員採用と処遇

経営統合に伴い神鋼加古川病院の職員は事務職等も含めて株式会社神戸製鋼所を退職して地方独立行政法人に移籍した。加古川市民病院は、医師、看護師等の医療従事者が転籍した。

③ 施設統合に向けた調整

新病院の開院に向け両病院のどちらの規定をベースにするかに関しては現在調整中である。重点医療機能は、消化器センター、心臓血管センター、こどもセンター、周産母子センター、がん集学的治療センターの5センターを中心に、医療提供機能を充実させる。診療科は両病院で重複しない分を継続した26診療科に若干の診療科を加える予定である。また、救急体制の強化、地域医療連携の充実など、地域の医療環境の改善のために必要な施策を行うために、現在様々な組織を立ち上げている。また、教育支援センターを創設し、臨床研修医の獲得、医療スタッフの教育の充実を図る計画である。

(6) 経営統合の効果

① 医師採用

加古川西市民病院の内科医は平成21年の1名から平成23年12月現在は13名に増員できた。600床規模の病院は神戸大学系では最大であり、大学が医師の派遣に協力的になってくれたことは大きな効果である。また、教育支援センターを創設し、優秀な職員の育成、採用に向けた体制を整えられることが大きな成果である。

② 地域医療提供機能

加古川西市民病院では経営統合後は医師の採用が進み、本来の医療提供体制に戻りつつあり経営状況も改善している。また、地域医療支援機能の強化や2次救急輪番制の維持などの成果が出ている。加古川東市民病院にとっても地域医療提供機能を守ることができたことは地域貢献という目的を満たすことができたといえる。新病院は600床規模であり、診療科の統合効果や新たな診療科を増やすことで医療機能の向上が見込まれる。

11. 桑名市民病院

合併・経営基盤強化型； 医療法人和心会 平田循環器病院
医療法人山本総合病院

桑名市には2次医療を1つの病院で完結できる病院がなく、平成18年8月に「桑名市民病院のあり方検討委員会」で400床規模の中核病院の整備が必要との答申が出された。平成21年10月に桑名市民病院は地方独立行政法人へ移行し、同時に医療法人和心会 平田循環器病院（79床）と統合し、桑名市民病院分院とした。さらに、平成23年に医療法人山本総合病院（349床）と統合に関する基本合意がなされ、3施設を統合した地域中核病院を平成27年に開設の予定である。

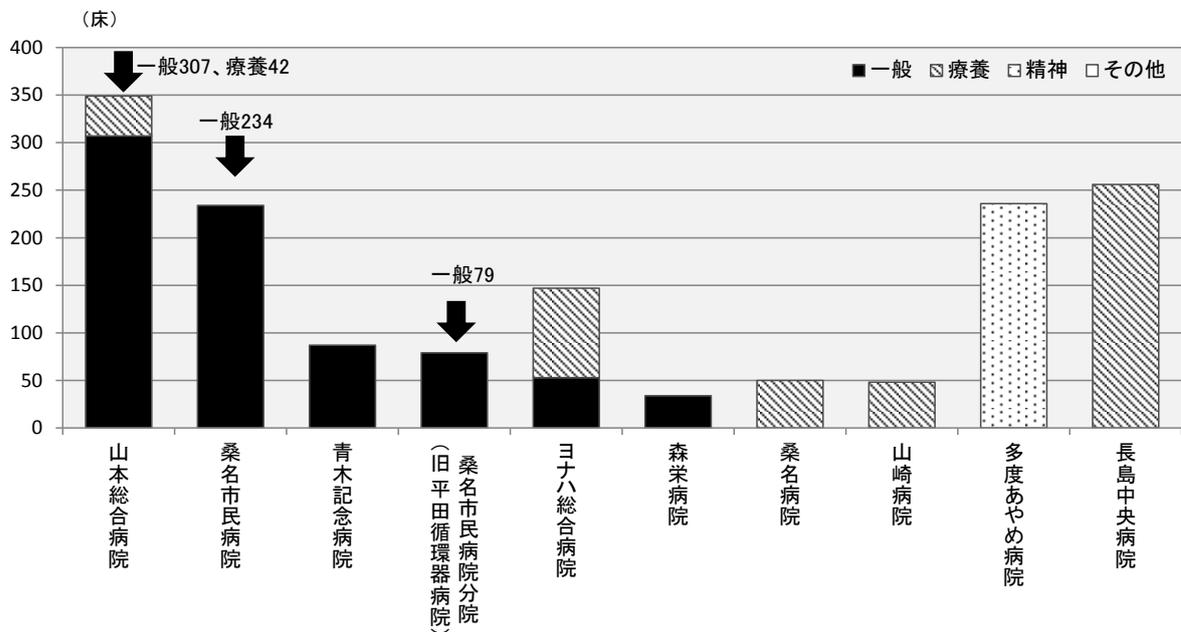
(1) 三重県及び北勢2次保健医療圏の医療環境

3病院とも三重県桑名市にあり、北勢保健医療圏に属する。三重県、桑名市、ならびに北勢保健医療圏の医療環境は次のとおりである。

① 医療供給体制

桑名市の人口は14万人強であるが、名古屋市まで車で30分程度と近いため、3次医療は名古屋市の大病院と連携する傾向がある。このため、市内の200床以上の急性期病院は山本総合病院と桑名市民病院に限られる。

図表 3-11-1 桑名市の病院別病床の種類



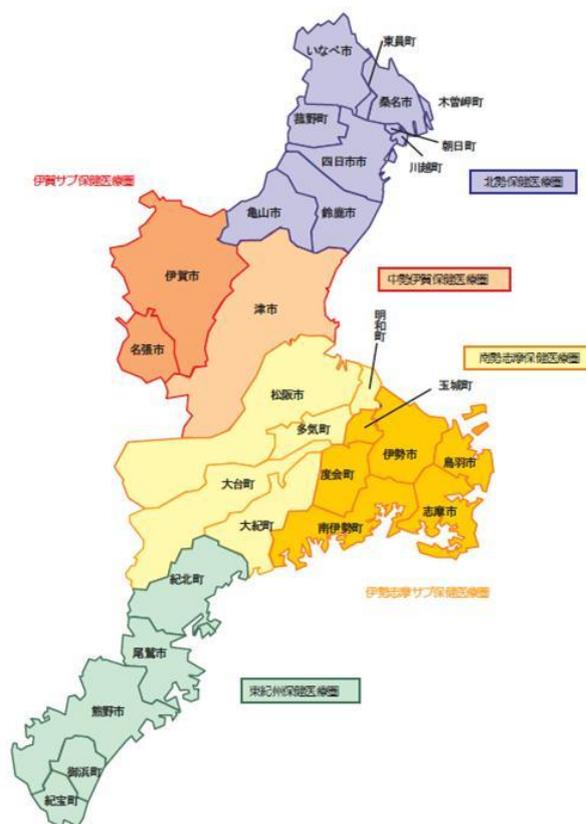
資料；東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月1日現在）」を基に作成

② 北勢 2 次保健医療圏

三重県では北勢保健医療圏（四日市市、桑名市等）、中勢伊賀保健医療圏（津市等）、南勢志摩保健医療圏（松阪市等）、東紀州保健医療圏（尾鷲市等）の 4 医療圏が設定されている。北勢保健医療圏は四日市市、桑名市、鈴鹿市、亀山市、いなべ市、木曾岬町、東員町、菰野町、朝日町、川越町の 5 市 5 町で構成され、面積は約 1,107km²（三重県の 19%）、人口は約 84 万人（三重県の 45%）を占める。

また、社会的・歴史的な日常生活圏、行政の圏域との整合性の観点から、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏が設定されている。

図表 3-11-2 三重県の 2 次保健医療圏



③ 医療施設数と病床数

三重県全体は病床過剰地域であるが、北勢保健医療圏については 223 床の病床不足地域となっている（平成 23 年 12 月末では病床過剰地域）。

資料；三重県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

三重県の人口 10 万対病院数は基本的に全国平均よりも少ないが、地域医療支援病院、救急告示病院は 0.1 ポイント上回っている。

図表 3-11-3 医療圏の基準病床・既存病床

2 次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
北勢保健医療圏	6,361 床	6,138 床	-223 床
中勢伊賀保健医療圏	4,298 床	4,794 床	496 床
南勢志摩保健医療圏	4,433 床	4,428 床	-5 床
東紀州保健医療圏	778 床	909 床	131 床
計	15,870 床	16,269 床	399 床

資料；三重県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-11-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

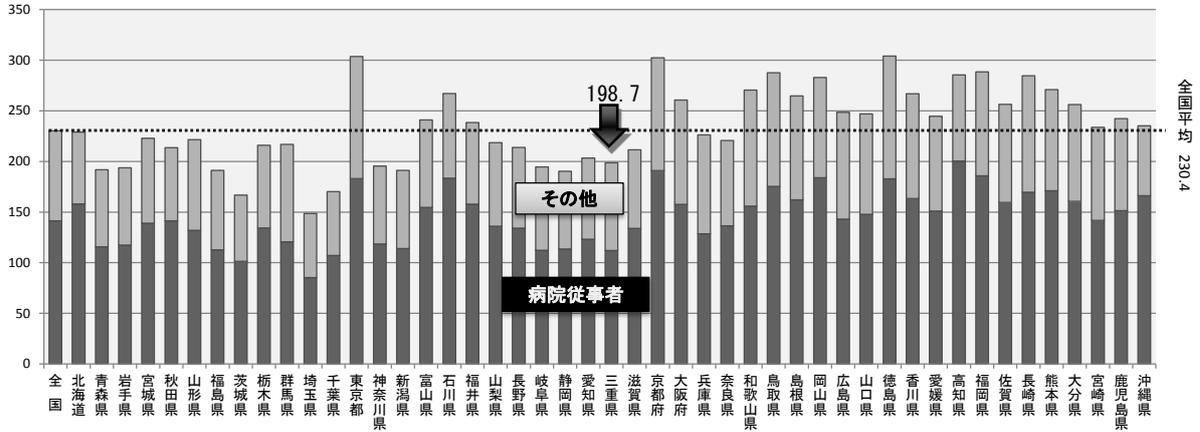
	病院総数	一般病院総数	地域医療支援病院	救急告示病院	療養病床を有する病院	一般病床を有する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
三 重 県	5.5	4.8	0.3	3.1	2.9	3.8

資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

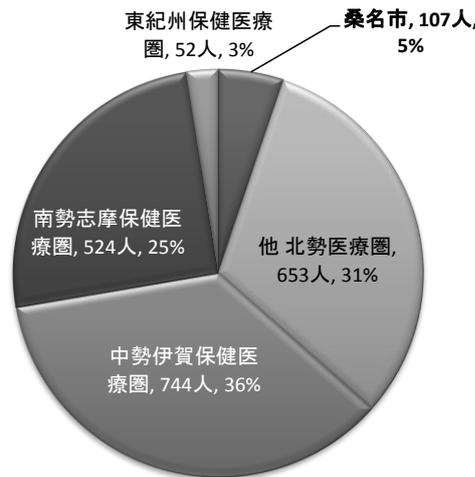
④ 医師の供給状況

三重県の人口 10 万人対医師数は全国平均を下回っているが、病院従事医師の配置については各地域の人口比で勘案して大きな偏在はない。

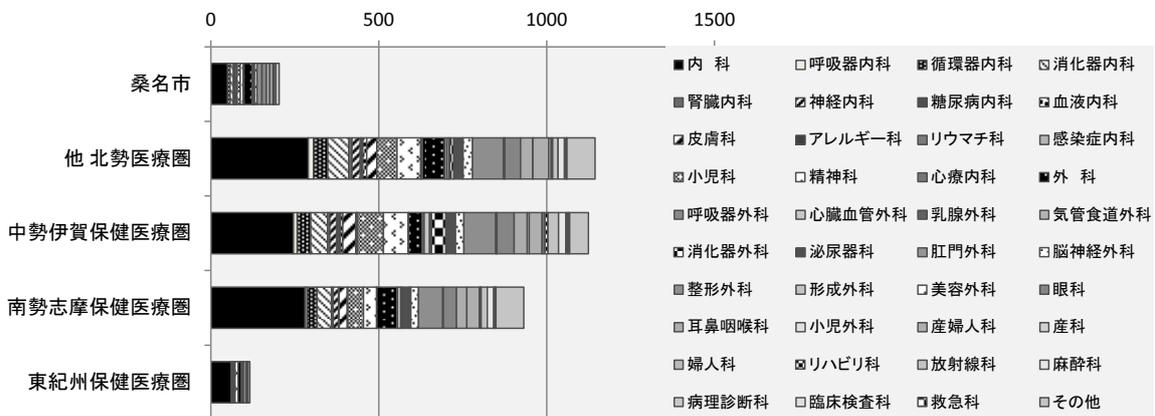
図表 3-11-5 人口 10 万対医師数



図表 3-11-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-11-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

医療圏間の患者の流れを見ると、北勢保健医療圏は域内完結率（100%－流出率）が約90%であり、三重県の中で最も高い域内完結率となっている。

図表 3-11-8 県内入院患者の流出・流入状況

患者所在地 \ 施設所在地	総数	北勢保健医療圏	中勢伊賀保健医療圏		南勢志摩保健医療圏		東紀州保健医療圏	県外	流出数	流出率
			うち伊賀サブ	うち伊勢志摩サブ						
総数	19,200	7,918	5,297	1,270	4,221	1,739	832	932	2,925	15.2%
北勢保健医療圏	7,868	6,983	445	16	42	8	1	397	885	11.2%
中勢伊賀保健医療圏	4,673	304	3,909	1,075	169	9	0	291	764	16.3%
うち伊賀サブ	1,604	50	1,287	1,061	29	3	0	238	543	33.9%
南勢志摩保健医療圏	4,728	187	578	32	3,854	1,678	13	96	874	18.5%
うち伊勢志摩サブ	2,411	114	220	25	2,025	1,596	5	47	815	33.8%
東紀州保健医療圏	1,141	41	97	1	116	25	739	148	402	35.2%
県外	790	403	268	146	40	19	79			
流入数		935	1,388	209	367	143	93			
流入率		11.8%	26.2%	16.5%	8.7%	8.2%	11.2%			

※県外流出は国民健康保険・老人保健の平成18年5月診療分レセプトの特別集計値。

※無回答があるため数表中の数字の合計と総計欄の数字は一致しないことがある。

資料；三重県保健医療計画（平成20年3月）

(2) 法人の概要

① 統合側；桑名市 桑名市民病院

昭和41年4月に公立病院として開院後、経営の効率化に努めてきた。平成19年1月1日に地方公営企業法全部適用となった。一般病床234床を有する地域中核病院であるが、看護師不足等により稼働病床は137床にとどまっている。医師は三重大学等出身の28名（研修医3名を含む）、看護師は115名（7対1看護）である。

平成21年10月1日には、地方独立行政法人桑名市民病院となり、あわせて医療法人和心会 平田循環器病院と再編統合を行い、桑名市民病院分院として開院した。

JR、近鉄桑名駅から徒歩約15分であり、統合（予定）3病院の中で立地条件が良くなく、利便性に難がある。

② 被統合側；医療法人和心会 平田循環器病院（統合済み）

昭和26年に平田外科医院として開院後、平成9年に平田循環器病院と改名し、心臓カテーテル検査から心臓の手術までトータルに対応してきた循環器特化型病院（一般79床）である。医師は京都大学出身の院長（理事長）を含む2名、看護師は22名である。なお、平成21年の統合時には特別医療法人であった。

③ 被統合側；医療法人山本総合病院（統合予定）

戦災により桑名市内の医療施設が焼失したことを受けて、福祉事業の一端として昭和20年9月に開院した（当時は88床）。開院後、総合病院として認可を受けるとともに、幾度の増床を繰り返し、現在は349床（一般307床、療養42床）の急性期病院として運営している。

医師は三重大学等の出身者37名（研修医10名を含む）、看護師は176名（7対1看護）である。





桑名市民病院分院 (旧 平田循環器病院)



山本総合病院

(3) 統合までの経緯・背景

① 統合の契機

「桑名市民病院のあり方検討委員会」(平成 18 年)で桑名市内には 2 次医療を 1 つの病院で完結できる医療体制がなく、かつ複数の中規模病院があるという特徴から、民間病院との統合による 400 床程度の中核病院の整備が答申された。愛知県に隣接し名古屋市内へのアクセスが良い三重県最北端の桑名市において重装備の病院を整備する必要はなく、3 次医療は大学病院、名古屋市などに任せて急を要する心・脳の 2 次救急に着実に対応すべきであり、その他のがん疾患などは可能な範囲で対応するには 400 床程度が妥当との見解の答申であった。また、小児科や産科の機能低下、1 人医師診療科の解消なども課題となっていた。

この答申を受け、統合の相手先となる病院を公募したもので、自治体病院によくみられる医師不足・中規模病院の林立・経営難などを契機としたわけではない。なお、ケースによっては、大学医局からの働き掛けで 400~500 床規模の病院を整備し、医師を派遣するという約束を基にした新病院統合整備もあるが、本件には当てはまらない。ただし、桑名市民病院本院と山本総合病院は三重大医局出身者が多いため、医局との話し合いは当然行われた。

② 統合の協議の経緯

a) 地方独立行政法人化

公募に初めに応じたのは山本総合病院だった。しかし、既存病院を清算し、地方独立行政法人に加わる統合形態だったため、山本総合病院側での職員への退職金の整理が調わなかったこと、資産評価の折り合いがつかなかったことなどの経緯があり、山本総合病院との統合は不調となった。

次に候補となったのは、循環器に特化して医療を提供している平田循環器病院である。平田循環器病院は輪番制に参加していないが、循環器系の救急を積極的に受け入れるなど、地域医療に貢献していた。統合に際し、平田循環器病院は、特別医療法人であり持ち分がなかったため病院を市に寄付した。

平成 21 年の地方独立行政法人化と同時に平田循環器病院は清算し、職員を再雇用する形で「地方独立行政法人桑名市民病院分院」としての運営が開始された。再雇用率は 100%

(地方独立行政法人化を理由とした退職は無かった)であり、医師2人(元経営者の院長を含む)、看護師・准看護師22人全員が再就職した。現在、桑名市民病院には医師28人(研修医3人含む)、看護師・准看護師115人(平成23年1月現在)が在籍している。

なお、経営統合後に間もなく桑名市民病院の循環器科医師が退職しても補充派遣がなかったため、循環器系疾患は桑名市民病院分院が受け入れるという機能分化となった。

b) 中核病院の建設に向けて

桑名市民病院は、昭和41年、平田循環器病院は昭和39年の建物であり、新耐震基準に適合しないことから両病院の施設統合も検討したが、病床数は合計しても313床であり、あり方検討委員会答申の400床規模の中核病院の条件を満たせていなかった。

折しも、山本総合病院も入院基本料7対1算定のために実運用は200床程度に低下する等、統合の機運が再び高まってきた。平成23年12月、地方独立行政法人桑名市民病院、医療法人山本総合病院及び桑名市の間で「地方独立行政法人桑名市民病院と医療法人山本総合病院の統合に関する基本合意書」が締結され、統合予定日は平成24年4月1日とすること、統合後の地方独立行政法人の名称は「桑名市総合医療センター」に変更すること、医療法人山本総合病院から土地、建物、医療機器、棚卸資産、営業権等が市に譲渡されること等が確認され、平成24年2月末には事業譲渡契約が締結された。平成24年4月に現医療法人を清算して職員は地方独立行政法人で再雇用し、設計施工(平成24~26年度)を経て施設統合し、新病院を開院する予定である。なお、3病院の許可病床数の合計は662床(うち療養病床42床)となるが、新病院は一般病床400床程度となる予定である。

新病院の候補地は現在の山本総合病院の敷地とその周辺地で、現地建て替えを主に検討している。山本総合病院はJR、近鉄桑名駅に近く、商業・文化施設等も山本総合病院と桑名市民病院分院のある桑名駅東側に集積している等の立地条件に優れるためである。桑名駅に近い等の立地条件は特に重要で、医師や看護師の採用難の当地では、立地条件の影響は大きい。

なお、山本総合病院の建物は4棟に分かれているが、新しい順に平成12年、平成6年、昭和58年、昭和56年で、老朽化が進む中、改修を加えて維持していた。



平成23年12月2日に行われた基本合意書調印式の様子(桑名市民病院ホームページより。)

(4) 経営管理手法

① 職員の経営参画意識の高揚

独立行政法人国立病院機構の給与体系を参考に、民間ベースの人事考課制度を組み入れた給与体系を作成するほか、経営状況を全職員に公開し賞与を削減するなど、病院運営意識から病院経営意識への変革を図っている。

② PDCA活動の励行

法人年度目標を設定し、法人目標を実現するための部門目標を掲げ、部門目標に沿って各職員の「有言実行シート」による目標管理制度を実施しており、賞与、昇給及び昇任に反映させている。

③ 課題の把握と対応

先進病院とのベンチマーク比較を行うなかで自院の問題点を明らかにし、既存の状況を是とせず、まずアクションを起し、経営改善に繋がるきっかけづくりを図っている。

④ コストダウン

元平田循環器病院長（地方独立行政法人理事）が診療材料の価格交渉指導を現場職員に行う等により、コストダウンに努めている。

⑤ 職員研修等の充実

認定看護師資格取得への研修費等を補助している。

⑥ 医療連携の強化

患者増には1次医療機関との地域連携は必須であり、紹介患者への丁寧な対応だけでなく、逆紹介による役割分担を進めている。

⑦ 医療機能再編・設備投資等

24時間365日体制の脳神経外科において、専任の理学療法士増員によりSCU（脳疾患ケアユニット）を設置し、さらに、作業療法士を採用決定し、脳血管リハビリテーション機能を充実し収益力の向上を図っている。

(5) 統合実現までの負担・課題

① 規定の統一に関する事項

平田循環器病院と統合する際には、地方独立行政法人の新給与体系を作成し、旧桑名市民病院の労働組合と交渉した上で、両院の職員とも当該給与に則ることで合意された。ただし、職種によっては給与の増減が生ずるため、既存職員については原則として現給保障を行った。給与体系は国立病院機構の給与体系を参考に、民間ベースの人事考課制度を組み入れて作成した。

桑名市民病院と平田循環器病院の統合時には、地方独立行政法人の各種規程の統一協議ができたが、平成24年度に統合予定である山本総合病院とは、例えば看護師の交替制（統合当初は2交替・3交替の併存等）等、統一が間に合わない規定も多数存在する。

給与体系、勤務体系等の規定は地方独立行政法人の既存制度を基本に調整しているが、当面は別体系とし、施設統合までに統一する。運用面等も施設統合までは各病院の裁量にまかせることでソフトランディングを図っている。

なお、医師の人事考課制度も導入する予定であり、現在制度設計中である。

② 人材に関する事項

前述のとおり、平田循環器病院との経営統合に際しては、労働組合と協議の上で円滑な移行が可能となり、また全ての職員を再雇用できている。平田循環器病院の前院長が法人理事兼分院長となり、民間ノウハウを発揮している。

山本総合病院には、医師 37 人（研修医 10 人含む）、看護師・准看護師 176 人が勤務しているが、山本総合病院との統合に際しては平田循環器病院との統合時と同様に既設法人を清算するため、ほとんどの職員の再雇用を見込んでいる。職員の移行がスムーズにいけば医師 68 人、看護師 313 人となるが、2 次救急を充足するため医師数目標を 80 人として、研修医の受け入れ（名古屋へのアクセスが良いこともあり、研修医にとって地域の魅力は高い。）や三重大学との関係強化などを図る予定である。

看護師採用については、市内に医師会立の桑名看護専門学校があるが、卒業生の就職先は出資元の医師会関係の医療機関に偏りがちである。しかし、看護師修学資金の周知案内への取り組みにより、一定数の看護師確保が図られつつある。

なお、桑名市民病院には自治労系の労働組合、山本総合病院には三重一般系の労働組合がある。

図表 3-11-9 平成 23 年 1 月 1 日現在の各病院の勤務医師・看護師数

常勤職員数	桑名市民病院	桑名市民病院分院	山本総合病院	計
医師 (研修医含む)	28 人	3 人	37 人	68 人
看護師 (准看護師含む)	115 人	22 人	176 人	313 人

③ 今後の課題

今後の課題は山本総合病院との経営統合時の組織融和と、施設統合時の運営構築である。前者については、新たに職員となる山本総合病院の職員が不安を抱えていること、後者については実務者レベルで新病院での運用計画を検討する機会がないため新規運用検討課題に関するすり合わせが進んでいないことが挙げられる。

(6) 経営統合の効果

① 中核病院の誕生

山本総合病院も参加することになり、当初の目的であった 400 床規模の中核病院が誕生する。救急医療をはじめ患者・市民の安心・安全を守れるようになるとともに、規模のメリットにより医師・看護師を採用しやすくなると期待される。

② 経営改善効果

いわゆる公務員体質の公立病院と、純粋に民間病院である平田循環器病院が同一法人となったことで、組織風土の違いが歴然と表れている。公立病院が年功序列をベースとした組織に対し、後者が経営重視の組織であるため、平田循環器病院長が民間の経営意識を職員に浸透させている。平田循環器病院長は当初は月 2 回開催している地方独立行政法人の

幹部会議等で経営改善のノウハウを発揮していたが、最近では現場職員に対する指導を行う等の指導力も発揮している。同様に、前述の新給与体系の構築に際しても平田循環器病院長のノウハウを活用して民間ベースの人事考課制度を取り入れる等、民間との組織融合によるメリットが大いに発揮されている。

山本総合病院は職員数が最も多く、統合によって現場レベルまで広く民間経営の良い部分が浸透することが期待される。

図表 3-12-2 上尾中央医科グループの傘下機関

都道府県	医療法人名	施設名称	所在地	病床数	開設時期	備考
埼玉県	医療法人社団愛友会	上尾中央総合病院	埼玉県上尾市	753	S 39. 12	公立病院移譲
	医療法人社団協友会	八潮中央総合病院	埼玉県八潮市	304	S 48. 3	AMG開設
	医療法人社団協友会	吉川中央総合病院	埼玉県吉川市	279	S 49. 9	民間病院承継
	医療法人社団哺育会	白岡中央総合病院	埼玉県南埼玉郡	256	S 53. 6	AMG開設
	医療法人社団協友会	東川口病院	埼玉県川口市	198	S 54. 9	AMG開設
	医療法人社団協友会	東大宮総合病院	埼玉県さいたま市	317	S 57. 5	AMG開設
	医療法人社団愛友会	三郷中央総合病院	埼玉県三郷市	344	S 61. 4	民間病院承継
	医療法人康麗会	越谷誠和病院	埼玉県越谷市	195	H2. 9	民間病院承継
	医療法人高友会	笠幡病院	埼玉県川越市	136	H12. 4	民間病院承継
	医療法人一心会	伊奈病院	埼玉県北足立郡	151	H17. 4	民間病院承継
	医療法人一心会	上尾甞生病院	埼玉県上尾市	186	H17. 4	民間病院承継
	医療法人一心会	蓮田一心会病院	埼玉県蓮田市	50	H17. 4	民間病院承継
	医療法人福寿会	メディカルビクス草加病院	埼玉県草加市	80	H20. 4	民間病院承継
	医療法人福寿会	埼玉回生病院	埼玉県八潮市	311	H20. 4	民間病院承継
東京都	医療法人社団哺育会	浅草病院	東京都台東区	136	S 55. 12	民間案件承継
	医療法人社団瑞心会	杉並リハビリテーション病院	東京都杉並区	101	H16. 4	民間病院承継
神奈川県	医療法人社団哺育会	桜ヶ丘中央病院	神奈川県大和市	171	S 55. 4	AMG開設
	医療法人社団哺育会	さがみリハビリテーション病院	神奈川県相模原市	130	S 56. 6	AMG開設
	医療法人社団愛友会	金沢文庫病院	神奈川県横浜市	147	S 58. 10	AMG開設
	医療法人社団協友会	屏風ヶ浦病院	神奈川県横浜市	170	S 61. 4	AMG開設
	医療法人社団哺育会	横浜相原病院	神奈川県瀬谷区	440	H5. 7	AMG開設
千葉県	医療法人社団協友会	柏厚生総合病院	千葉県柏市	278	S 54. 12	AMG開設
	医療法人社団愛友会	津田沼中央総合病院	千葉県習志野市	300	S 54. 12	AMG開設
	医療法人社団協友会	船橋総合病院	千葉県船橋市	246	S 56. 9	AMG開設
	医療法人社団愛友会	千葉愛友会記念病院	千葉県流山市	316	S 57. 10	民間病院承継
山梨県	医療法人康麗会	笛吹中央病院	山梨県笛吹市	150	H14. 10	公立病院移譲

その他の関連事業	埼玉県	東京都	神奈川県	千葉県
クリニック	7 施設	1 施設	1 施設	1 施設
介護老人保健施設	6 施設		7 施設	4 施設
老人福祉施設	2 施設			
学校	2 施設			
グループホーム	5 施設		1 施設	
訪問看護ステーション	12 施設		2 施設	5 施設
訪問介護ステーション	3 施設		1 施設	1 施設
地域包括支援センター	8 施設			
居宅介護支援事業所	17 施設		2 施設	5 施設

(2) 統合する病院の基準・統合手順等

① 経営統合の背景

上尾中央医科グループには少なからぬ譲渡案件が持ち込まれるが、経営難か後継者難のいずれかを理由とするものが一般的である。経営難になる原因は、医師や看護師の採用難、地域の医療需給に対して提供している医療機能のミスマッチ、過剰投資等である。案件の持ち込み元は銀行が4割程度のほか、仲介会社や経営者自身による持ち込みである。

② 経営統合対象案件

譲渡案件検討の第一段階では、直近3か年の財務状況、建物・機器の状況（譲受後の設備投資の必要度）、立地条件、医療機能を基本に判断する。特に立地条件は集患にも医師・職員の採用にも影響が大きいため重視する。また、建物・機器への大幅な設備投資が必要な場合は、譲渡に要するコストに加えての二重投資となるため敬遠することが多い。病床規模は200～300床規模の病院が取り組みやすいが、透析中心の蓮田一心会病院のように50床でも機能が明確であるものは規模の大小に関わりなく譲り受けの対象となる。第一段階評価を通過した案件は、市場調査や内部調査、デューデリジェンス等を経て最終合意に至る。デューデリジェンスの段階で簿外負債等が疑われる場合には譲り受けない。

千葉県銚子市立病院や東京都練馬区にある日本大学医学部付属練馬光が丘病院の撤退後の運営委託も検討したが、ともに一から医師・職員を採用しなければならず、上尾中央医科グループといえども対応できないと判断し、見送った。

譲り受けた病院は、法人も経営者・職員も原則従来どおりで承継し、独立採算で運営する。したがって、上尾中央医科グループは複数の医療法人で形成されている。経営基盤強化のためにグループ内の複数法人を統合する例もあるが、現状では企業統治（ガバナンス）や与信力に支障がないため当グループでは複数法人による独立運営路線を変更する予定はない。

また、グループ内での病床移転（1病院の減床分を他病院の増床に割り当てる）を主眼に経営統合するケースもあるが、当グループではそのような方式は取っていない。メディカルトピア草加病院は医療機能を見直し、内視鏡手術を中心とした医療機能への専門特化によって69床減床し、減床分を埼玉回生病院に移転したケースであるが、元から同一法人であって、病床移転のために経営統合したのではない。

③ 統合後の経営改善

譲り受け後は、地域の医療ニーズに合致するように診療科構成を再編する診療機能の再編をはじめとする後述の経営改善策を講じる。例えば、杉並リハビリテーション病院は101床の脳神経外科中心の病院を譲り受け、この機能のままで経営改善の努力を重ねたが改善は計画どおり進まなかった。そこで改めて診療機能を再検討し、すべてを回復期リハビリテーションとしたところ、急激に経営が改善し、看護師も余裕を持って業務に当たれるようになった。

譲り受け後に黒字転換する期間は概ね2～3年であるが、笛吹中央病院（元 石和町国民健康保険峡東病院）の場合は施設が老朽化していたため新築移転し、経営が安定するま

で3～4年かかった。同院は昨年度から経営が向上しはじめ、今年度は月間2千万円程度の黒字経営となっている。

④ 処遇・規程

前述のとおり、グループ傘下に入った場合は、経営陣も含めて継続勤務が基本である。事務長のみは例外で、本部から適任者を派遣する。2年程度は現給保障をしながら、グループの規定に合わせていく。

継続勤務を基本としているが、笛吹中央病院との統合ケースでは公立病院から民間病院への転換のため、看護師は民間の経営スタイルには馴染めないと考えたらしく多くの職員は継続勤務しなかった。

(3) 経営管理手法

上尾中央医科グループでは以下の経営管理手法をとっている。

① 職員の経営参画意識の高揚

a) 情報開示

各病院の診療データや経営データは本部を通じて内部情報データベースで共有されており、職員は自分の勤務先病院はもとより、他病院の情報も把握できる状況にある。ただし、収支データについては、病院長・看護部長・事務部長等の幹部のみ閲覧可能に制限している。

b) ワークアウト

情報開示は職員の経営参加意識高揚につながり、他の経営状況の良い病院でも実施例があるが、上尾中央医科グループではさらにワークアウト活動を通じて職員の経営参加意識を高めている。

ワークアウトは現場での経営改善策や質の向上策等の検討活動であり、各病院で2～3題のテーマを設定してチームを組んで対策を検討する。検討結果は12月の予選会を経て、翌年4月にグループ全体の決勝大会で発表され、優秀発表は表彰される。

この活動により、ワークアウトの好事例をグループ内で共有でき、一層の業務改善へとつながっている。

② PDCA活動の励行

グループ傘下の各病院は独立採算が原則であり、年度ごとに以下の手順で事業計画を策定して着実に実施する。

まず、年末を目途にグループの基本方針・目標が発信され、各病院が設定目標に即した事業計画書ならびに予算申請書を作成して本部に提出する。それをもとに2～3月に各病院とのヒアリングを行い、計画の妥当性・実現可能性等を検討する。設定目標は絶対的なものでなく、病院の実力に合わせて目標を下回る計画でも認められる。

図表 3-12-3 上尾中央医科グループの 23 年度マネジメント目標

1. 病床稼働率	一般・緩和	90%以上
	障害・精神	95%以上
	回復期・療養	97%以上
2. 紹介患者数（年間）		50,000 人
3. 救急受入患者数（年間）		38,500 人
4. 救急受入率		80%以上
5. リハビリ提供単位	一般・療養（医療）	4 単位
	回復期	8 単位
6. 新入院患者数（年間）		60,000 人
7. レセプト件数アップ		5%以上

※上記のほか、介護老人保健施設の目標も定めている。

③ 課題の把握と対応

各病院は当該事業計画に基づき病院運営を行うが、4 半期ごとに経営状況がチェックされるとともに、レビューミーティングが実施される。予算と乖離がある場合（成績が悪い場合）には本部とともに改善策を再検討する。改善策の積み重ねの結果、黒字経営を実現している。

また、前述のとおり、地域の医療ニーズを分析し、必要に応じて医療機能の見直しを行っている。

④ コストダウン

グループ傘下病院で共通する点滴等の医薬品、カテーテル等の同種同効の診療材料は標準化し、調達をグループ本部が一括して行う。グループ傘下の病院は急性期から慢性期にわたる多種多様な診療機能を有しており、すべてを標準化して一括購入しているわけではなく、病院ごとに購入している診療材料も多い。ただし、購入元は絞り込んでおり、価格交渉は本部で行っている。

医療機器については各病院で必要なものを稟議を上げて予算化して購入する。ただし、診療報酬改定で新たに点数がつくようになった場合にはグループで一斉に購入するケースもある。機器購入費は、予め納入価格の取り決めがされている場合にはその価格に従い、その他の場合は本部で価格交渉を行う等、最適な購入方法で対応している。

⑤ 職員研修等の充実

グループにはキャリアサポートセンターがあり、看護部の研修については、看護局キャリアラダー²に基づく認定研修、ならびに厚生労働省認定の資格取得に向けての研修を開催している。加えて、3 年前から民間では初めて開講した日本看護協会認定・認定看護管理者研修ファーストレベル教育課程も現在までに修了生は 222 名を数えている。平成 21 年度から開講した厚生労働省・看護学生実習指導者講習会は、現在までに 101 名が受講し、

² キャリアアップのための「はしご（ラダー）」という意味であり、目標・スキルごとの段階をはしごを昇るよう上昇する制度を意味する。

新人看護師卒後研修制度の指導者として力を発揮している。

また、グループ独自のAMG看護学会やAMG老健学会を年100コマ程度実施している。看護・介護に共通の内容としては、AMG新卒者研修や基本動作の介助方法研修などがある。看護師向けの内容として、①看護実践能力を高めるための研修（看護師国家試験対策、災害看護、認知症の理解、フィジカルアセスメント等）、②人間関係能力を高めるための研修（アサーショントレーニング）、③管理能力を高めるための研修（主任初任者研修、看護管理者研修、リーダーシップ研修等）、④教育・研究能力を高めるための研修（看護研究（講義編・実践編）、認定看護師受験支援講座、新人看護職員研修等）等を行っている。

介護士向けの内容として、①介護実践能力を高めるための研修（介護倫理、生活維持・向上に向けたリハビリテーション、介護福祉士国家試験対策、施設で取り組む感染予防等）、②人間関係能力を高めるための研修（アサーショントレーニング）、③管理能力を高めるための研修（主任初任者研修、教育担当者研修、介護管理者研修、認知棟グループリーダー研修等）、④教育・研究能力を高めるための研修（介護研究（講義編・実践編）、新人担当者研修等）等を行っている。

このような研修は都内や上尾市の実施会場で行われ、1都4県の傘下施設から研修希望者が集まっている。この他、看護部長クラスや師長クラスの研修も充実している。

医師に対しては学会参加費等の金銭支援を行っている。また、医師は病院間の異動がないので交流が少なくなりがちのため、新年の診療部交流会での特別講演、各病院の業績の共有や懇親会の実施によるグループ内の連帯感強化を図っている。

⑥ 医療連携の強化

グループ病院・施設を地域ごとに7つのクラスターに分け、事務長を中心に定期的な会合を持ち、グループ内でもより一層の連携を深めるよう取り組んでいる。

また、地域連携室を中心に、他医療機関や行政機関を訪問し、情報提供するなどして連携強化を図っている。

(4) 職員採用・育成に関する考え方

上尾中央医科グループでも医師採用は難しく、基幹病院の上尾中央総合病院でも余裕があるわけではない。上尾中央総合病院は753床で常勤医師は140名であるが、研修医は20名に過ぎず、研修終了後に当院外に流出する数も少なくない。上尾中央総合病院でも医師採用に苦勞している状況であるから、グループ傘下の他病院に医師を輩出する余裕はない。

本部も採用活動を支援しているが、採用は各病院に委ねられている。各病院は公募のほか、勤務している医師の人脈や医師紹介会社の利用等で採用に努めている。例えば東大宮総合病院は317床の病院で医師は49名いるが、ほとんどが当該病院による採用である。

看護師も各病院での採用であるが、本部スタッフが全国の看護学校にリクルートに出向く等の支援を行っている。また、グループの看護学校での新規養成80人、准看護師から看護師への変更養成が40人の計120人程度を育成している。

平成22年度の医師の離職率は7%、看護師離職率は13~14%程度であった。

第4章 経営統合に関する考察

1. 経営統合事例にみる経営管理手法

経営統合事例に多い経営難を原因とするケースは、統合先法人が長年にわたり業績低迷から脱出できなかった例でもある。ところが、経営統合後、早いものでは2～3か月後に単月黒字に転換している。職員の大半は前経営者時代の職員を継続雇用しており、院長以下の経営幹部も前経営者時代のままという例が少なくない。また、給与は現給保障している例が大半であり、給与を引き下げて経営改善を図ったものでもない。

同一施設、同一職員でありながら、統合前は経営難の病院が、統合後のわずかの期間で黒字転換を果たせたのは経営管理手法によるところが大きく、この点において経営統合事例は経営改善策を学ぶ宝庫であるといえよう。

ケーススタディの経営管理手法には次の共通点がある。以下では、経営改善手法ごとに統合側法人の取組みを再確認する。(統合法人別の経営管理手法は158～163頁参照)

- | | |
|----------------|---------------|
| ① 職員の経営参画意識の高揚 | ⑤ 職員研修の充実 |
| ② PDCA活動の励行 | ⑥ 医療連携の強化 |
| ③ 課題の把握と対応 | ⑦ 医療機能再編・設備投資 |
| ④ コストダウン | |

(1) 職員の経営参画意識の高揚

経営改善手法を導入しても、病院職員が真摯に取り組まなければ改善効果を発揮できない。医療は各診療科の専門性が高く、患者症例も多岐にわたることから、マニュアル一辺倒での改善が難しい。職員一人一人が経営改善の必要性や病院の進むべき方向性を理解した上で、現場ごとに経営改善手法を反映させる積み重ねが不可欠である。

病院職員は医師をはじめドラッガーのいう知識労働者¹であり、自らが目標とみなすものには尽力するが、共感しないお仕着せの目標やルールには従わない傾向がある。

職員が経営参画意識を持つための第一歩は経営情報の公開である。公立病院の経営改革事例でも民間病院の経営統合事例でも共通して情報公開を手掛けている。例えば山形県立日本海病院との統合(地方独立行政法人化)でイニシアチブを取る酒田市立病院は、経営データはもちろん、議会等で取り上げられた内容まで院内ネットワークで公開した。開設以来14年間赤字経営が続いた那覇市立病院では、経営情報公開をはじめとする経営改善により1年間で黒字転換に成功している。これらの病院が職員向けに情報を公開したのは経営難の真ただ中であり、経営指標は当然に悪かったが、あえて公開している。

ケーススタディにおける家庭医療学センター、伯鳳会や啓愛会、中川会、桑名市民病院、上尾中央医科グループは、経営方針、目標、経営情報を全職員に公開している例である。中川会が中川病院と中川脳神経外科病院の合併・診療機能再編に当たって半年間をかけて全職員に趣旨説明をし、職員が主体的に業務を行う意識を持たせたのも経営参画意識高揚の一例である。

情報公開以上の職員経営参加意識高揚策の取組み例もあった。伯鳳会は部単位、個人単位で改善目標を立て、現場職員は技能取得等の個人目標を遂行することで改善(質の向上)

¹ 高度に専門化された知識を持ち、知識や情報を生産手段とする労働者。知識労働者(knowledge worker)は専門性が高いプロフェッショナルであって、自らが目標や達成とみなす要求に応じて成長する。

に寄与している。上尾中央医科グループは、病院ごとで複数の業務改善チームを組織し、改善結果をグループの全体大会で公表して情報を共有する機会を設けている。

(2) PDCA活動の励行

Plan-Do-Check-Action のPDCAサイクル活動は複数の病院を経営する法人や病院グループで顕著である。経営者は傘下の複数病院を個別に管理監督するわけにはいかず、ましてや経営統合先病院の場合は個別職員の持ち味まで理解するのは難しい。自ずと院長をはじめとする現場の経営陣に病院運営を委ねざるを得ず、ケーススタディ中の統合側医療法人はほぼすべてがPDCAサイクルの経営管理を取り入れている。

本部で全体方針を示し、その方針に従い個別病院が事業計画を立案・実行し、本部は計数管理と業務改善支援を行う機能分担が図られている。この役割分担は企業の部門管理や株式市場による業績評価システムに類似しており、運営主体と評価主体が分離する近代的経営形態の性格を帯びている。この点、個人病院に代表される多くの病院が第三者のチェックを受けることなく、経営者の裁量で経営をしているのと対照的である。

公立病院等でも事業計画や経営改善計画が策定されるが、完遂に至らないことが多いようである。チェック機関の権限が弱いこと、需要と供給の不一致から改善のアクションを行っても大きな影響を与えるまでには至らないためと考えられる。

(3) 課題の把握と対応

経営改善の裏付けとなるのが医事データ分析を基本とする経営データ分析である。伯鳳会、啓仁会等は部門別原価計算やSWOT分析（資料編参照）等を行い、診療機能の見直しに反映している。また、タナカメディカルや中川会は患者満足度調査や職員意識調査等を実施し、改善活動に反映している。

課題に対しては経営会議やテーマ別委員会等で対策が検討されている例が多い。クオラは課題の早期発見・早期対策を重視し、即時解決を基本とする。統合事例には数か月程度で黒字転換している例が少なくないことから、医療法人は程度の差こそあれ即時解決が基本路線と推察される。

事務局機能が充実している法人では単なる事務管理にとどまらず、経営スタッフがデータ分析による課題抽出のほか、PDCA活動、コストダウン、職員研修、医療連携、医療機能再編成・設備投資等の経営に直接影響を及ぼす内容に深く関わっている。経営陣を補佐する経営企画機能を備える経営スタッフの層が厚いことが、経営管理、経営改善の基盤となっている。

(4) コストダウン

材料費等のコストダウンは、診療材料の標準化（点数削減）、価格引下げ交渉（購買先の絞り込み、市場実勢価格の把握、傘下病院の共同・一括購入と購入窓口の一本化等）が基本である。また、業務委託の適正化（委託範囲の見直し、委託先の絞り込み）、省エネルギー総合対策（Esco）等への取組み例もある。この点はケーススタディの医療法人でも、経営改善に成功した公立病院でも共通している。

(5) 職員研修等の充実

職員研修は質の向上策にとどまらず、優秀な医師・職員採用の布石でもある。

専門医（家庭医）養成が中核事業の北海道家庭医療学センターは別格として、各機関とも研修に注力している。

研修が制度として確立しているのが上尾中央医科グループであり、職種別・段階別のグループ内研修過程を設置している。公立病院との統合例では加古川市民病院が教育支援センターを創設し、臨床研修医や医療スタッフの教育研修の充実を計画している。また、タナカメディカルとクオラでは定期的に職員接遇研修を実施している。

(6) 医療連携の強化

医療機関の機能分担が進むに従い、入院患者は外来経由から紹介経由にウエイトが移り、患者紹介数の多寡（地域医療連携の強さ）が病院経営に直結するようになってきた。ケーススタディには掲示していないが、患者不足（低病床稼働率）から経営難に陥った病院と統合した例で、同一施設・同一スタッフでありながら、病床稼働率を翌月に 10 ポイント上昇させ、3 か月後には満床にした事例もある。

ケーススタディの各統合側病院は、院長、担当医、医療連携室スタッフ等が紹介元医療機関を往訪する等、連絡を密にしているが、単に紹介を依頼するだけでは患者を転院させてもらえないとは限らない。紹介元医療機関が、紹介した患者から良い病院を紹介してもらえたと感謝される水準のサービスを提供し、かつ経過報告や返送を丹念にする等の体制がなければならない。

(7) 医療機能再編・設備投資

得意分野や特徴のある診療科に資源を投入して病院全体の集患力を高めるとの考えで医療機能を再編したのが啓愛会の孝仁病院（旧 河南病院）とクオラリハビリテーション病院である。前者は地域になかった PET 画像診断センターと緩和ケア病棟を導入し、後者は当時は珍しかった回復期リハビリテーション機能を導入し、高稼働率を成し遂げた。

市場分析により機能再編を果たしたのが啓仁会の吉祥寺南病院（不採算診療科廃止）、伯鳳会の国仲病院と中川病院（ともに療養病床を回復期リハビリテーション病棟に転換）、上尾中央医科グループの杉並リハビリテーション病院（脳神経外科中心の総合西荻中央病院を回復期リハビリテーションに特化した病院に転換）等である。これらのケースは医療需要と他病院の供給状況を鑑みた機能転換が業績向上に寄与している。

一方、設備投資については、ケーススタディの大半の事例が統合先病院に対して新設移転、改修等の投資を行っている。移転新築例（計画中を含む）は、啓愛会の統合した孝仁病院（旧 河南病院）、伯鳳会の統合した国仲病院と大阪暁明館病院、清和会の統合した平成とうや病院（旧 斉藤病院）、クオラの統合した始良整形外科病院、ならびに 3 公立病院の統合例である。伯鳳会が統合した国仲病院と清和会が統合した斉藤病院は移転までの使用期間のために旧施設にも投資している。タナカメディカル統合先の博友会病院と中川会の 2 病院は大改修を実施する等、ケーススタディの大半の統合先病院は改修を行っている。このための資金調達力の有無も経営統合に至った遠因であると推察される。

ケーススタディ事例における経営管理手法一覧（1）

	①職員の経営参画意識の高揚	②PDCA活動の励行	③課題の把握と対応
医療法人北海道家庭医療学センター；北海道室蘭市 (P40～)	<ul style="list-style-type: none"> 患者数、月次収支などについては診療所ごとに全職員と共有し、問題のある指標についてはどう取り組むかの議論を速やかに実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 理事長が示した全体方針に従い各診療所が年間事業計画を策定し、さらに直営診療所では各部門で部門計画を策定する。一定期間ごとに目標達成度を確認し、未達の場合には本部スタッフも加わって経営改善策を検討。 	<ul style="list-style-type: none"> 医事データ等の加工分析ほか、必要に応じて患者満足度調査を行い、経営改善に反映。
医療法人伯鳳会；兵庫県赤穂市 (P46～)	<ul style="list-style-type: none"> 経営指針書を全職員に配布し、理事長の方針・病院の目標・課の目標を明確にし、目標達成のため職員間連携を向上させる。 業績連動制の賞与としており、経営情報は全職員にも公開して経営を透明化している。 	<ul style="list-style-type: none"> 理事長が示した全体目標に沿って各病院・施設が自院の年度事業計画を策定。この計画を踏まえ診療科等の単位での事業計画を策定し、これに沿って職員が個人目標を設定。 進捗状況の把握のための中間面接、目標達成度の結果面接を行い、問題点等を検討する。それに基づき、再度次期目標の設定を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 目標設定する前に、該当事業所のSWOT分析を行う。 医療安全・感染・接遇・パス・機器購入等の委員会で、それぞれの問題点・課題等を議論し、委員会の存在価値を高めることで各部署・各職員の連帯感を向上させる。 請求漏れのある施設基準項目を調査し、収入に組み込むことで増収を図る。
社団医療法人啓愛会；岩手県奥州市 (P60～)	<ul style="list-style-type: none"> 給与情報を含む経理情報はすべて公開している。良い経営状況の病院も悪い経営状況の病院も明確になっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所ごとに年間事業収支、新規事業計画を作成し、理事会での各事務長からの説明とヒアリングを経て新年度収支損益、事業計画を決定。 その後、毎月の運営委員会（理事長、専務理事、常務理事、各事務長、各総看護師長出席）で予算、実績の比較検討を行い、予算差異の原因調査をした上で毎月開催の理事会に報告。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月の運営委員会で医療原価、診療行為別の予算・実績報告を行うとともに、リハビリ科、栄養科、放射線科、検査科等で病院間の合同会議を定期的に開催して情報交換をして改善を図る。
医療法人啓仁会；埼玉県所沢市 (P69～)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画に則って各病院に経営の裁量を付与。 	<ul style="list-style-type: none"> 法人スタッフが事業計画策定や経営改善策の検討に関与。各病院の成果を定期的に評価。 	<ul style="list-style-type: none"> 部門別損益計算を実施し、利益ベースで事業評価を実施。吉祥寺南病院の眼科、透析、耳鼻咽喉科等の不採算部門を廃止。
医療法人清和会；熊本県熊本市 (P79～)	<ul style="list-style-type: none"> 本部会（経営会議）出席の部長クラスの職員までには経営情報を公開している。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営方針を決定する管理会議と本部会で進捗状況を管理し、改善策を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 事務局がデータ分析し、事務方トップの副理事長が精査。 経営データを元に本部会で対策を検討する。

④コストダウン	⑤職員研修等の充実	⑥医療連携の強化	⑦医療機能再編・設備投資等
<ul style="list-style-type: none"> 未実施だがグループ一括購入を検討中。 	<ul style="list-style-type: none"> 日本プライマリ・ケア連合学会認定の3年間家庭医療専門研修プログラムに則って家庭医療専門医を育成。 修了者に対して院長見習いとなるフェロウシップ研修を2年間提供。 全職員に対して自己研修機会を提供し、年間35万円までの補助を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院や施設、介護事業者との連携を緊密に行い、毎月定例ミーティングを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域での在宅医療を担う医療機関の不足を踏まえて、積極的に訪問診療を展開するために理学療法士の採用や訪問看護師の採用を行い、医療機能を強化。
<ul style="list-style-type: none"> 薬品、医材料の品目コントロールをし、定期的な価格見直しを行う。 統合先病院と伯鳳会の薬品・診療材料費の単価を比較し、割高コストを調査。傘下病院の薬品は薬品卸から一括購入して規模のメリットを発揮。 医療機器は各部署メンバーで構成する機器購入委員会が無駄がないかチェック。 	<ul style="list-style-type: none"> 研修受講には積極的であり、研修等に参加したい職員はいつでも参加できる環境を整えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な他医療機関への訪問を連携室だけではなく、院長、各科医師、コメディカルも同行する。 新規の機器の導入紹介、新規治療の紹介、新規医師の着任紹介等を必要に応じて行っている。 直現場の担当が訪問することによるフェイスツーフェイスでのスムーズな連携を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 国仲病院は回復期リハビリテーション病棟と医療型療養病床に転換。約1.2億円の初期投資で管理スペース等を病室に転換。外来等の環境改善のために、ロビー、診察エリアの改修を行う。 小国病院は1億円強を投資して、ロビー、外来、病室等内部を改修。
<ul style="list-style-type: none"> 診療材料購入検討委員会等でコストダウン策を検討。基本的に傘下病院の購入は本部で取りまとめて一括購入。 	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所からの選任者で構成する研修委員会が職員一般研修を実施。新入社員研修、5年目研修、10年目研修、リーダーシップ研修等、ならびに傘下病院の各科ごとの専門研修を計画・実施。講師は研修内容により内部・外部講師を依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> 岩手医大附属病院や県立中央病院等との連携に注力。結果として、PET画像診断センターは単年度黒字を達成。 	<ul style="list-style-type: none"> 県内初のPET画像診断センター、盛岡地区初の緩和ケア病棟を設置。 統合先病院を盛岡駅から車で10分程度の場所に移転新築。
<ul style="list-style-type: none"> 診療材料・医薬品の交渉窓口を一本化。 	<ul style="list-style-type: none"> 法人内部研修は各ワム・タウンごとの研究発表会や外部講師による集合研修の実施、外部研修は各種学会への参加や看護協会による看護師研修を受講できるよう配慮。 	<ul style="list-style-type: none"> 関連病院や福祉施設を近隣に集約し、医療サービス・福祉サービスをシームレスに提供。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定等、診療報酬体系を活用。 吉祥寺南病院の病棟面積の拡充を図り、10人部屋の解消や10対1入院基本料算定など、療養環境を改善。
<ul style="list-style-type: none"> 統合先病院も同一のSPD、納入業者に統一。 納入価格交渉はSPDを通じて行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門研修は各診療部に実施を委ねる。 医療安全、個人情報保護など病院共通事項の研修は教育委員会が行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 院長が医療連携室担当と医療機関を往訪。 熊本大学医局出身医師の人脈を活用し、病院間の連携体制を築く。 	<ul style="list-style-type: none"> 両病院とも機能転換をし、既存病棟を改修。 統合先病院は、リハビリテーション機能強化、紹介患者増のために移転新築。

ケーススタディ事例における経営管理手法一覧 (2)

	①職員の経営参画意識の高揚	②PDCA活動の励行	③課題の把握と対応
医療法人クオラ；鹿児島県さつま町 (P 89～)	・毎月行われる運営会議に出席している病院科長、福祉法人部長クラスまでは、経営情報を共有している。	・各施設と施設の部門単位で年間事業計画を策定している。 ・経営会議、運営会議、施設会議の3段階の会議を通して全体の進捗管理、部門の進捗管理を行う。 ・問題があれば、即時対策。	・経営データの分析は会計事務所の協力を得て、運営企画室が行っている。 ・課題把握は左記の3段階の会議で行う。
医療法人札幌田中病院(タナカメディカル)；北海道札幌市 (P 100～)	・病院3役会議(院長・看護部長・事務長)の方針決定に基づき、トップダウンとボトムアップを適切に使い分け、期待する成果の明確化と結果のフィードバックにより、職員の経営参画意識を高めている。	・理事長が示す全体的な数値的目標については十分達成可能な水準に設定されており、これにどれだけ上積みできるか、事務長が細目を各部署と策定し、PDCAサイクルを通じて結果のフィードバックを行うことにより、モチベーションの高揚を図っている。	・患者満足度調査は年1回実施し、職員間で結果を共有し、改善活動につなげている。 ・患者の入院経路を分析し、効果的な渉外活動のデータとしているほか、数値データは詳細に区分して、主に前年同月比較での分析を行い、課題の把握と対応の策定を行っている。
医療法人中川会；広島県呉市 (P 111～)	・職員の経営参画意識を高めるため経営情報を全職員に所属長をとおして伝達。経営運営会議には科長以上が出席して経営状態を把握。	・年度の事業計画を作成し、日次については患者数、病床稼働率、目標達成度を毎日一覧表にして各部署に配布。 ・月次については経営会議で報告し、年度の中途に検証して年度末に再度検証。	・経営データについては月次の経営会議に報告し、すべての職員に開示し、患者にアンケートを日々行い(退院時)、満足度を調査し、月次の会議で報告し、改善策を患者へフィードバック。 ・人事制度改訂の際に匿名のWeb方式のアンケートを実施して職員の意見を収集。匿名で書き込まれた職員の意見に対しては幹部職員が直接回答するとともに、その回答を会議室に貼って幹部、職員間で意識の共有を図った。
東海市民病院；愛知県東海市 (P 120～)	・病院の経営方針の決定に際しては病院委員会の決定を重視。各委員会活動への参加により経営への参画を行う。	・院長などが決定する方針の実現のため、また現在では平成27年度の新病院建設のため、各部門が同じ目標をもって事業計画の策定や事業の実施を推進。	・経営データの作成は、経営改善推進委員会資料として各部署で作成し、委員会で問題点の洗い出しや改善案などを協議。
地方独立行政法人加古川市民病院機構；兵庫県加古川市 (P 130～)	・病院の経営方針については、毎週開催される機構運営会議(理事および両病院事務部長)で議論して決定する。職員に対しては、年始および年度当初に基本方針を伝達。	・毎月開催の経営企画会議(両病院幹部出席)で理事長諮問の重要プロジェクトについて現状報告並びに進捗状況を把握している。また、東市民病院においてはTQM委員会を立ち上げ、QIプロジェクトに参加し医療の質改善に取り組んでいる。	・両病院共通のフォーマットで患者満足度調査を年1回実施し、接遇改善等に反映。 ・年度計画に対する進捗度合や課題について外部委員による評価委員会から評価を受け、必要に応じた対策を取る。

④コストダウン	⑤職員研修等の充実	⑥医療連携の強化	⑦医療機能再編・設備投資
<ul style="list-style-type: none"> 医療材料・機器等の発注は病院ごとであるが、価格交渉は本部で対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> 全病院職員を対象とする接遇研修を定期的に行っている。 理学療法士等には、新卒入職から資格が取れる6月までの2か月間に徹底的な教育を行う。 理学療法士等は自主的に毎月公開研修を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 病床稼働率の低下対策の指示が下ると医療連携室のMSWが連携先病院に転院対象者がいないか問い合わせる等の対策をとる。 連携室のMSWがベッドコントロールの一翼を担っており、患者の入退院は必ずMSWと相談して行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 元は老人病院であったのをリハビリ病院に機能転換。鹿児島大学病院指定病院となる等の実力を持つに至る。 統合先病院もリハビリ病院に機能転換した。
<ul style="list-style-type: none"> グループ病院での共同購入や同効品への変更、業務工程の見直しや水道光熱費における省エネ施策の実行により、着実なコストダウンが実現されている。 	<ul style="list-style-type: none"> 管理職研修や、全職員を対象にした接遇研修を実施している。新入職員にはオリエンテーションを実施している。このほか、外部の研修会にも積極的に参加させている。 中途採用のみにつき、入職時のキャリア差が大きいので、マンツーマンでOJTを実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> 3つの病院1,031床(すべて療養病床)、5つの介護施設、4つの高齢者賃貸住宅等を近距離に位置し、急性期病院の受け皿として慢性期～介護・在宅医療等に特化。 	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年を目途(当時)とした介護型療養病床の廃止に向けて、博友会病院を新型老健施設に転換。 その際、廃止に伴う24床を札幌田中病院に移転。
<ul style="list-style-type: none"> 共同購買を実施し、スケールメリットを活かしたコストダウンを実施。半期ごとに物品購入の委員会を開催し、各部必要物品を調達。そのなかで、2病院共通で購入できるものは、それによる価格のメリットを享受。 人事制度の構築では、両病院のスタッフの給与が最低限現状維持をできることを基本に規定を設定したが、その規定から大きく外れて現状の報酬が高過ぎる職員は減給。 	<ul style="list-style-type: none"> 研修参加にかかる予算計上や学会発表の成果に対する金一封などを付与。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携室を設置して後方機能をアピール。 空床状況を職員全体で共有。 グループとしての病院の機能を有効活用し、回復期を過ぎた患者を呉中通病院から呉三条病院や他の急性期病院へ転院させる等、病院の機能分担を活かした連携体制を構築。 患者の容体変動時にもグループ内外と連携をとり対応。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期以降の受け皿機能に特化し、回復期リハビリテーションから療養までの一貫提供体制を整備。 そのために旧中川病院を回復期機能、旧中川脳神経外科病院を療養機能に転換。
<ul style="list-style-type: none"> 西知多医療厚生組合への移管後、薬品や診療材料については3病院共同入札、委託事務は共同実施によりスケールメリットを発揮。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設統合により医療機能の強化を図り、医師に魅力ある病院となることで魅力向上を図るとともに、認定看護師研修等を積極的に受講できるように取り計らっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 2次救急の集約による消防隊との連携体制の構築や、新中核病院の建設に向けて地元医師会・開業医その他医療・福祉施設等との連携強化に努めている。 	<ul style="list-style-type: none"> 2次救急医療確保のため東海市民病院本院に医師を集約。分院では慢性期医療や健診事業を実施。 平成27年度に知多市民病院との統合新病院を建設・開院予定。
<ul style="list-style-type: none"> 医薬品・診療材料、医療機器、電子カルテシステムの統一化・共有化を検討中。 電子カルテの共通化については平成24年7月に稼働予定。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設統合により医療機能の強化を図り、医師に魅力ある病院となることで魅力向上を図る。 新病院建設・開院に向け、人事交流を実施。 教育支援センターの創設により臨床研修医増加や医療スタッフ教育充実を計画。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携施策の共有を検討中。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療体制の強化。 統合後は5センター体制の下で診療科を増設予定。 平成29年に統合新病院を建設・開院予定。 新統合病院において設置の5センターを中心に設備投資を実施予定。

ケーススタディ事例における経営管理手法一覧 (3)

	①職員の経営参画意識の高揚	②PDCA活動の励行	③課題の把握と対応
地方独立行政法人 桑名市民病院；三重 県桑名市 (P 139～)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立病院機構の給与体系を参考に、民間ベースの人事考課制度を組み入れた給与体系を作成。 ・経営状況を全職員に公開し賞与を削減するなど、病院運営意識から病院経営意識への変革を図っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法人年度目標を設定し、法人目標を実現するための部門目標を掲げ、部門目標に沿い各職員は「有言実行シート」による目標管理制度を実施しており、賞与、昇給及び昇任に反映させている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・先進病院とのベンチマーク比較を行うなかで自院の問題点を明らかにし、既存の状況を是とせず、まずアクションを起し、経営改善に繋がるきっかけづくりを図っている。
上尾中央医科グループ；埼玉県上尾市 (P 149～)	<ul style="list-style-type: none"> ・各病院の診療データや経営データは本部を通じて内部情報データベースで共有されており、職員は他院の情報も把握可能。ただし、収支データについては病院長・看護部長・事務部長等の幹部のみ閲覧可能。 ・各病院での経営改善策や質の向上策等の2～3題のテーマを設定してチームを組んで対策を検討するワークアウトを実施し、グループ全体の予選大会、決勝大会で発表され、優秀発表は表彰される。この活動により、ワークアウトの好事例をグループ内で共有でき、一層の業務改善を実現。 	<ul style="list-style-type: none"> ・年末を目途にグループの基本方針・目標が発表され、各病院が事業計画書・予算申請書を作成して本部に提出。2～3月に各病院にヒアリングを行い、計画の妥当性・実現可能性等を検討。各病院は事業計画に基づき病院運営を行うが、4半期ごとに経営状況がチェックされるとともに、レビューミーティングが実施される。予算と乖離がある場合には本部と改善策を再検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・四半期ごとの経営状況確認等の経営データ把握。 ・地域の医療ニーズを分析し、医療機能を見直し。

④コストダウン	⑤職員研修等の充実	⑥医療連携の強化	⑦医療機能再編・設備投資
<ul style="list-style-type: none"> 元平田循環器病院長が診療材料の価格交渉指導を現場職員に対して実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 認定看護師資格取得への研修費等を補助している。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者増には1次医療機関との地域連携は必須であり、紹介患者への丁寧な対応だけでなく、逆紹介による役割分担を進めている。 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日体制の脳神経外科において、専任の理学療法士増員によりSCU（脳疾患ケアユニット）を設置し、さらに、作業療法士を採用決定し、脳血管リハビリテーション機能を充実し収益力の向上を図っている。
<ul style="list-style-type: none"> グループ傘下病院で共通する医薬品・診療材料は標準化し、共同購買を実施。ただし、病院機能に応じ、各病院独自品目の購入も可能。 医療機器は各病院で必要なものを予算化して購買。予め納入価格の取り決めがされている場合にはその価格に従い、その他の場合は本部で価格交渉を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> キャリアサポートセンターを設置し、看護局キャリアラダーに基づく認定研修、厚生労働省認定の資格取得に向けての研修を開催。 日本看護協会認定・認定看護管理者研修ファーストレベル教育課程を開講。 厚生労働省・看護学生実習指導者講習会を開講。 グループ独自のAMG看護学会やAMG老健学会を実施。 医師に対しては学会参加費等の金銭支援。 	<ul style="list-style-type: none"> グループ病院・施設を地域ごとに7つのクラスターに分け、事務長を中心に定期的な会合を持ち、グループ内でもより一層の連携を深めるよう取り組んでいる。 地域連携室を中心に、他医療機関や行政機関を訪問し、情報提供するなどして連携強化を図っている。 	<ul style="list-style-type: none"> メディカルトピア草加病院を69床減少して内視鏡手術を中心とした病院に専門特化するとともに、減床分を埼玉回生病院に移転。 脳神経外科中心の病院を回復期リハビリテーションに特化し経営改善を実現（杉並リハビリテーション病院）。 移転新築により環境改善を図り、単年度黒字を実現（笛吹中央病院）。

2. 経営統合の課題

収集事例では、経営統合後により良好な運営を実現できた場合がある一方、いくつかの要因により統合不調となった場合や譲り受けの対象にならない基準があることが確認された。

以下では、各要因を「(1)各種認定や診療報酬体系への対応」、「(2)サービス規程・院内運用ルール等の統一」、「(3)統合に伴う費用負担への対応」に区分し、概要と対応を整理する。

(1) 各種認定や診療報酬体系への対応

公立病院の経営統合の事例において、経営統合に伴う開設者や病床規模の変更によりDPC包括支払制度に係る提供データの継続が認められない可能性があることや各種学会による専門医研修施設の認定が停止されること等が懸念されている。

本論点は民間病院の経営統合においても同様に課題になると思われるが、自院に必要な認定や診療報酬体系を把握し、必要な体制・機能を確保した上で各々の担当部局との事前調整を行うことにより一定の対応は可能と考えられる。

① DPC包括支払制度

提供データの継続については、画一的な規定があるわけではなく、病院機能や施設基準に応じて判断する。統合後の病院でも7対1看護や10対1看護が実現できることのほか、医師数をはじめ急性期病院として必要な人員体制が整っているか等の視点から個別的に判断される。(厚生労働省保険局医療課)

② 専門医研修施設認定

研修施設の認定について画一的な規定があるわけではなく、統合後の病院の研修プログラムの実態に即して判断する。例えば、指導医の確保や解剖研修の実施可否等の研修プログラムを学会に提出し、個別的に判断される。(日本内科学会)

(2) サービス規程・院内運用ルール等の統一

職員のサービス規程や業務遂行上の運用ルールの統一については、どの事例でもいずれかが大きな検討課題となっている。これらの課題は主に以下のように整理できる。

① 各種規定の統一

ケーススタディを行ったほとんどの事例において、給与(現給保障の有無・期間)、休暇等に係る規定の統一に時間を要したことが負担として挙げられたほか、看護師の夜勤体制(2交替・3交替)が統一されない等の課題も挙げられている。

② 運用面の統一

患者にファーストタッチする担当職員(医師・看護師・事務等)が誰で、他職種・他部門にどのように情報伝達し、業務を連携するか等の運用ルールについて、統合先病院との現場運用の調整を行う場がないことが懸念材料として示されている。また、患者に直接関

係しない場面での職員間の業務分担についても、それぞれのローカルルール・インフォーマルな運用がしばしば見られ、業務効率化や情報システム化の阻害要因となることが少なくない。

運用手順の統一化については、ワークフローを作成（可視化）して相互に誤解のないよう検討を進めなければならないが、病院業務のワークフローは一般にかなりの種類があるため、作成から議論・検討までの流れを実施することは相当な負担を要する。また、検討課題自体も膨大な数となり、優先順位を把握したうえで効率よく調整を進めることは、運用改善検討に不慣れな病院では難しい。

③ 情報システムの統一

電子カルテシステムを含めた情報システムを有効活用するには“標準化”の推進が不可欠であり、カルテ記載様式だけではなくオーダ情報の発信から処置等の実施入力タイミング、伝票起票対象の行為など、ワークフローを用いて検討漏れのないようにしなければならない。

また、両病院で診察を受けていた患者がいると想定される場合、患者の過去診療歴をどう把握するか(患者IDを統一して紙カルテ又は電子カルテシステムで容易に検索可能なようにするか)、病院規模によっては億単位の費用が必要となるため、情報・病歴担当スタッフと協議・検討し、予算枠を的確に見積もることが重要である。

④ その他

運用面のほか、医局との調整、使用物品の統一や情報システム化による運用差異が診療に重大な影響を与える恐れがあるため、人事交流や運用ワーキンググループの開催等で調整している事例がある。

※①～③の統一策については資料編参照。

(3) 統合に伴う費用負担への対応

人事制度、会計処理方法、その他の諸規定や運用ルールの統一、更新は専門知識を要し、時には経営に甚大な影響を及ぼす内容を含むことから、外部専門家の活用により適切な統合形態を模索することが有効である。公立病院同士の統合事例では、監査法人や病院経営コンサルタントを採用することにより調整機会を確保し、円滑な開院を実現しているケースがみられるが、民間病院同士の統合では外部専門家を利用するケースは限られている。

円滑な開院によるブランド力の向上を図るためにも、多様な情報やノウハウを有する外部専門家の活用により、単なる統合ではなく、機能向上・運用改善が実現できる効果的な統合が可能になる。ただし、民間病院では公立病院に比べて予算が限られることから、今後の行政予算措置や自治体のアドバイス体制の強化について検討することも有効と考えられる。

3. 経営統合による経営安定化

第1章に示したとおり、病院施設数は100床未満の規模を筆頭に減少傾向が続いており、存亡の危機に立つ中小・中堅病院が少なからずあるものと推察される。介護療養型医療施設(介護療養病床)については平成29年度末までに廃止の予定であり、介護療養病床78,000床は介護老人保健施設等に転換することになる。

このような将来見通しが立つ病院施設・病床の廃止はまだしも、経営難・後継者難等を原因とする突然の閉院が無秩序に発生すると、地域の他病院に患者が押し寄せて本来の医療機能の提供に支障をきたし、最悪の場合は地域医療が崩壊する事態も招きかねない。ケーススタディの東海市民病院・東海産業医療団中央病院の事例をはじめ、1病院の閉院の危機が他医療機関にも連鎖して地域医療全体が本来の機能を発揮できなくなった例は少なくない。経営統合による経営安定化は、このような事態を食い止めるための一手法である。

一方、ケーススタディの経営管理手法分析では、経営スタッフをそろえてPDCA活動や一括購入等を行う相対的に規模の大きな法人の経営状況が良好であることから、経営安定化には規模のメリットが働いているものと推察される。半面、中小・中堅規模の病院は、経営分析や経営企画を担当する経営スタッフを抱える余力に乏しく、一括購入や研修制度充実等の規模のメリットが働く対応も難しい。一定規模を備えた法人は経営スタッフ層を厚くし、さまざまな経営管理手法を実行に移すことでさらに余力を生む好循環を享受できることを勘案すると、法人規模による経営管理・経営改善余力の格差が拡大する可能性がある。

余力の乏しい中小・中堅病院同士で共同購買や共同での経営管理体制を取る方法も想起されるが、少なくとも収集事例にはそのような業務提携例は見当たらなかった。医療機関は、公的保険制度に支えられた社会資本であることから、地域医療を守るために自治体が民間医療機関の経営統合を支援する例もある。今後の医療経営において、中小・中堅病院のみでは対応が難しい規模のメリットに裏打ちされた経営管理手法が必要となった場合、自治体や地域機関が関与しつつ地域医療機関連携を進め、地域医療を守る方策を模索することも必要といえる。

(1) 地域医療機関連携の意義と効果

規模のメリットを得るために中小・中堅病院が連携し、共同で経営効率化を図ることは、地域医療提供体制の安定化をもたらす意義がある。地域医療機関連携により次の効果が見込める。

① コストダウン

一定の規模があれば、診療材料の一括購入や薬品・材料の市場価格の把握等によりコストダウンを図ることが可能である。

大阪府立病院機構は5府立病院の統合(地方独立行政法人化)に伴い、SPDに薬品・診療材料の購入先選定から価格交渉を委ねたことで診療材料費比率を23.6%から21.5%に2ポイント下げのりに成功している。医療機器や委託費を含めれば相当のコストダウン

が可能である。

② 経営管理

PDCAサイクルによる目標管理システムを基本に、人員の適正配置や運営手順の効率化（運営システムの構築）により無駄を省き、職員の使命感を高揚させる人事制度を構築する等の経営マネジメントの優劣が業績に直結する。各医療機関で優秀な経営スタッフを育成するのが本旨であるが、連携医療機関が共同で経営コンサルタントや税理士等に業務改善を委託し、連携医療機関間で改善効果を共有・競争する方策も想定される。

③ 教育研修

接遇やスキルアップ等の各病院で共通する研修は内部研修の方が効率的であり、連携医療機関間で共同研修を開催する方式が想定される。

また、職員不足から専門研修を受講できない事態が想定されるが、医師等の相互派遣による輪番研修等も検討対象となろう。

④ 医療機能再編

ケーススタディの中川病院・中川脳神経外科病院の医療機能再編のように、医療機能を特化し病院間の役割分担を明確にする再編成を図ることは、当該病院の経営面に利点があるばかりか、地域医療資源の有効活用の面でも得るところが大きい。医療機関の連携が強化されれば、相互の医療機能再編も俎上に上ろう。

(2) 地域医療機関連携の方策

現在は他法人との合併や病院グループ傘下に入ることにより規模のメリットを享受する方式が主流であるが、独立性を担保しつつ規模のメリットを生む地域医療機関連携が期待される。課題は医療機関の連携推進の担い手が不在である点である。

① 医療機関の自発的連携

まず第一に、志を同じくする同規模病院を抱える法人が連携関係を結んで規模のメリットを享受する方式が考えられる。すなわち、医療法人等が連携関係の下で共同購入等を展開する形態が想定される。

経営の自由度は相対的に高く、共同購買や経営分析、相互の医療連携等が進むメリットがある半面、複数の医療法人をグループ化する担い手の存在が判然としない点が課題である。他分野事例では商店街活性化が参考になる。シャッター商店街が多い中、商店街のデザインを統一したり、商店街でイベントを打つ等により集客力向上に成功している商店街も散見される。これらはいずれも各店舗の利害関係を調整したオピニオンリーダーの統率力の賜であるが、個人の力量に負うところが大きく、オピニオンリーダーの出現を待つ不確実性が大きい。

② 基幹病院を核とする医療機関連携

次に、国公立病院や公的病院等の地域基幹病院が主導し、共同購買等に限定した緩やかな連携関係を築くことで規模のメリットを享受する方式が考えられる。地域医療提供体制を堅持することで基幹病院に患者を過度に集中させない効果が見込めるため、地域基幹病院にとっても医療機関連携を主導するメリットがある。

基幹病院を核とする連携関係が組めれば、基幹病院の下に中小・中堅病院が共同購買や共同での経営管理体制を敷く布石となろう。

③ 自治体・その他機関主導の医療機関連携

地域医療機能を堅持することは自治体の使命のひとつであり、現に自治体が地域の民間医療機関の経営統合の調整を担っている事例もある。自治体が医療機関経営安定化の窓口を設け、必要に応じて医療機関間の調整役を果たすことが期待される。公立病院がある場合は、公立病院を核とする医療機関連携が図れ、さらに自治体の経営支援策を組み込む方式が取れよう。

また、地元金融機関等も融資先医療法人の健全経営のために調整役を担う意義があり、医師を輩出している大学医局も限られた医師を有効に配置するために関与する意義がある。医師会をはじめとする医療関連機関も地域の医療提供体制が安定しているに越したことはなく、医療機関連携を支援する意義は大きい。

経営統合は経営ノウハウを共有し、規模のメリットを享受できる点で医療機関の経営基盤強化に有効である。医療機関の経営が安定してこそ地域医療も堅持できる。地域にはそれぞれ特性があり、地域事情に通じた地元の経営者が病院を運営するに越したことはない。医療機関は社会資本、生活インフラであるとの視点に立ち、地域医療を守るために様々な関係者が医療機関の経営安定化に関与することが期待される。

資料編

1. 経営分析手法

本文掲載の経営分析手法をはじめとする主な経営分析手法の概要は次のとおりである。

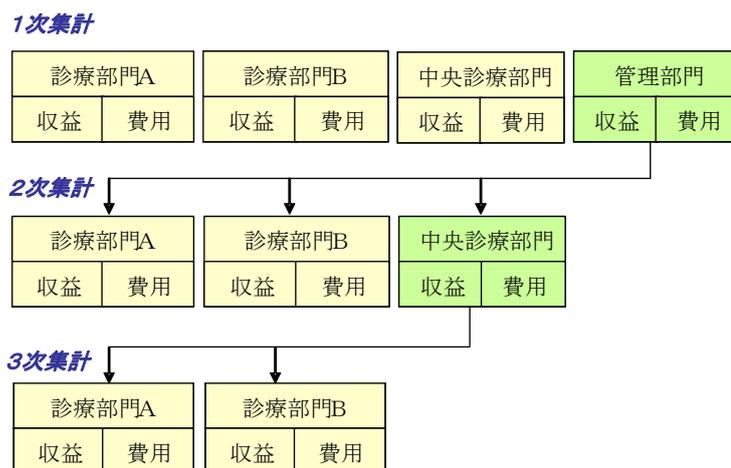
(1) 部門別原価計算

部門別原価計算は、その部署自体には収益のない管理部門の費用を診療部門と検査部等の中央診療部門に配賦し、さらに中央診療部門の収益と費用を各診療科に配賦することにより、間接費用を含めた診療科別の収益と費用の構造を明らかにする方法である。

材料の診療科別払出実績等の医事データが必要であり、かつ、病院全体の経費を各課に配賦する基準によって集計結果が変化するために診療科間の調整が必要になる等の負担が生じる。

配賦方法が確定すれば、収益は高くとも材料費も高くして実際には利益の出ていない診療科、診療科単体では利益が出ているが間接部門経費が高くて最終的な利益が出ていない診療科等が把握でき、診療科別の改善計画策定に活用できる。

部門別原価計算の流れ



資料；アイテック株式会社

(2) SWOT分析

外部環境と内部環境、成長要因と鈍化要因の2軸によってマトリックスを作成し、環境要因を分析する手法であり、経営戦略策定の基礎材料となる。

分析の要素は次の4つである。

- ・ 強み (Strength) ; 内部環境の成長要因を示す
- ・ 弱み (Weakness) ; 内部環境の鈍化要因を示す
- ・ 機会 (Opportunity) ; 外部環境の成長要因を示す
- ・ 脅威 (Threat) ; 外部環境の鈍化要因を示す

内部環境分析		外部環境分析	
		機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
	強み (Strength)	自院の強みを認識。 自院の強みと機会を活かして積極的攻勢に出る。	自院の強みを活かして脅威を克服する。 脅威となる競合施設との差別化を図る。
	弱み (Weakness)	自院の弱みを認識。 自院の弱みを克服して、新たな成長機会を取りこぼさないようにする。	自院の弱みを克服し、最悪の事態に陥らないように対処。 弱点分野の撤退を含めてリスクを回避する。

(3) 損益分岐点分析

損益分岐点とは、収益の額と費用の額が等しくなる点、すなわち利益も損失も生じない医業収益高であり、医業収益が損益分岐点以上であれば利益が生じ、それ以下であれば損失が生じることになる。損益分岐点は下記の計算式で求める。

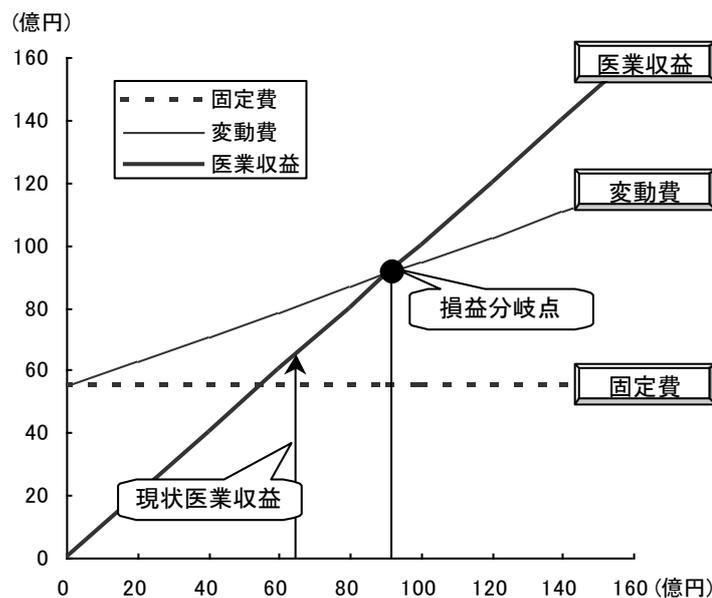
現状医業収益に対して損益分岐点が高すぎる場合は、収益を増やしても変動費も増加するため、なかなか損益分岐点売上高に達せず、費用削減を優先しなければならない。

上記の部門別原価計算で得た診療科別の損益計算書を基に診療科別の損益分岐点を求めることもできる。

$$\text{【損益分岐点売上高】} = \text{固定費} \div (1 - (\text{変動費} \div \text{売上高}))$$

$$\text{【損益分岐点率】} = \text{損益分岐点売上高} \div \text{売上高}$$

固定費	収益の増減に連動しない費用。給与費、減価償却費、水道光熱費、賃借料、リース費等
変動費	収益の増減に連動する費用。医薬品費、診療材料費、給食材料費、検査委託費等



資料；アイテック株式会社

2. 人事制度等の規程統一

(1) 対象諸規定

労働基準監督署に届出義務がある就業規則はもちろんのこと、経営統合組織が発展し、円滑に業務を推進するためには諸規定を定めておくことが望ましい。

統一対象となるものには次の規程がある。なお、定款変更と届出が必要な項目は各厚生局や都道府県のホームページに掲載されている。また就業規程をはじめとする各種モデル規程は図書のほか厚生労働省（「雇用・労働」分野）や都道府県等のホームページに掲載されている。

統一対象規程

定款（寄付行為）	法人名・病院名変更等の定款変更の上、保健所等に届け出
経営理念	法人や病院の目指すべき方向、基本方針の変更や刷新
組織規程	組織体制、意思決定機関、権限分掌等の変更や刷新
就業規程	給与、就業規則等の変更や刷新
その他の規程	役員規程、育児休業規程、旅費規程、通勤費支給規程、経理規程、文書管理規程、情報保護規程等の各種規程がある

(2) 主要規程

① 定款

法人合併等により定款（寄付行為）記載事項に変更がある場合は該当項目を変更する。法人名称の変更、病院（診療所、介護老人保健施設、附帯事業所）の名称変更ならびに新規開設及び移転または廃止、役員定数の変更、会計年度の変更があるときは知事（都道府県をまたがるときは厚生労働大臣）宛てに申請し、認可を受けることが必要となる。

役員変更、登記変更（解散、合併、清算）も届出が必要である。

② 組織規程

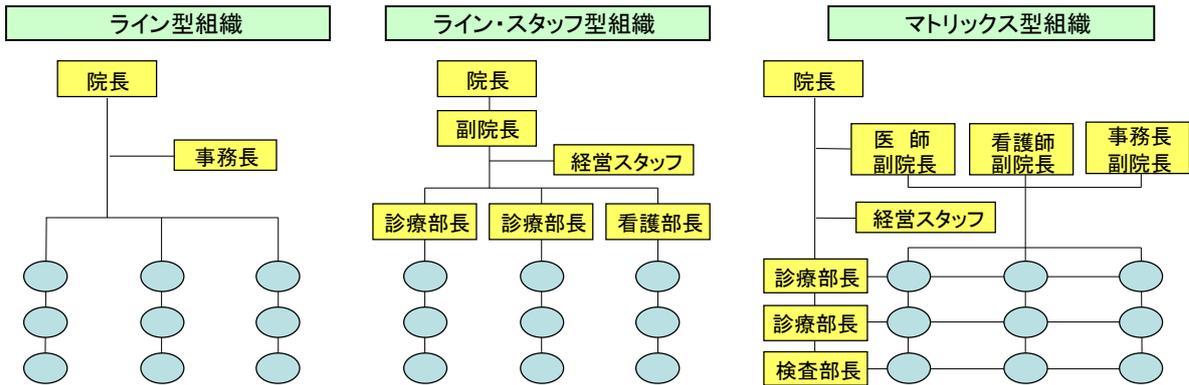
必要に応じて指揮命令系統や意思決定機関、委員会等の組織規程を変更・刷新する。

a) 組織体制（指揮命令系統）

小規模組織では経営トップに指示命令権が一本化されているライン型組織も見受けられるが、一定規模の病院組織では経営トップからライン（部門）の長に指示が出され、ラインの長がスタッフに指示するライン・スタッフ型組織が一般的である。

ライン・スタッフ型組織はライン型組織よりも権限委譲が進んだ形態であるが、セクシヨナリズムに陥りがちな欠陥がある。そこで、看護師長や事務部長を含む副院長等が組織の垣根を越えて指揮命令権を持つマトリックス型組織体制を取り入れる病院が出現している。

組織体制の種類



資料；アイテック株式会社

b) 意思決定機関（会議体）

組織が拡大するにつれて、限られた経営層が意思決定する体制から検討内容のレベルに応じて意思決定機関を分化するのが一般的である。

会議体の種類

理事会	医療機関の経営執行に関する最高決定・承認機関
経営会議	医療機関の日常的な経営執行に関する最高決定機関
運営会議	医療機関の日常的な運営に関する決定機関
部門会議	部門内ならびに検討テーマに応じた組織横断的な運営に関する決定機関。 医局会議、看護部運営会議、病棟運営会議等

c) 委員会等

医療安全管理委員会等の法令等により設置が義務付けられている委員会のほか、倫理委員会、患者サービス委員会等のテーマ別委員会がある。

また、経営改善、業務効率化等の特定の目的を一定期間に達成するために組織横断的に設けられるプロジェクトチーム組織も会議体の一種である。

d) 組織管理規程

組織を機動的に運用するためには、部署ならびに会議体の担当業務の内容と範囲が明確であり、周知されていなければならない。特に権限分限を明確にし、経営トップは経営方針の決定に徹する等の職務レベルに応じた業務に専心でき、かつスタッフが担当業務を自ら改善する組織風土を築くことが重要である。

③ 就業規則

常時 10 名以上の契約社員等を含む労働者を使用する事業場は就業規則を作成し、労働組合もしくは労働者代表者の意見を添えて労働基準監督署に届け出なければならない（労働基準法第 89 条、第 90 条、第 92 条）。病院を経営している法人は既存規則を備えているはずであるが、法人合併の際は就業時間、賃金体系、退職金規定等を統一し、就業規程を

変更する必要が生じる。

a) 記載上の注意事項

就業規則には記載が義務付けられている「絶対的必要記載事項」と、その定めをする場合には記載義務が生じる「相対的必要記載事項」がある（法第 89 条）。

[絶対的必要記載事項]

- ・ 始業及び終業の時刻、休憩時間、休日・休暇、労働者を 2 組以上に分けて交替で就業させる場合における就業時転換に関する事項
- ・ 賃金の決定、計算及び支払いの方法、賃金の締切と支払の時期、昇給に関する事項
- ・ 退職に関する事項（解雇事由を含む）

[相対的必要記載事項]

- ・ 退職手当の定めをする場合は、労働者の範囲、退職手当の決定・計算・支払の方法及び支払時期に関する事項
- ・ 臨時の賃金等及び最低賃金の定めをする場合は、これらに関する事項
- ・ 労働者に食事、作業用品ほかの負担をさせる定めをする場合は、これらに関する事項
- ・ 安全及び衛生に関する定めをする場合は、これらに関する事項
- ・ 職業訓練に関する定めをする場合は、これらに関する事項
- ・ 災害補償及び業務外の疾病扶助に関する定めをする場合は、これらに関する事項
- ・ 表彰及び制裁の定めをする場合は、これらに関する事項
- ・ 事業場の労働者の全てに適用される定めをする場合は、これらに関する事項

なお、就業規則で労働者に減給の制裁を定める場合には、1 回の減給額が平均賃金の 1 日分の半額を超えてはならない。

b) 給与制度構築の考え方

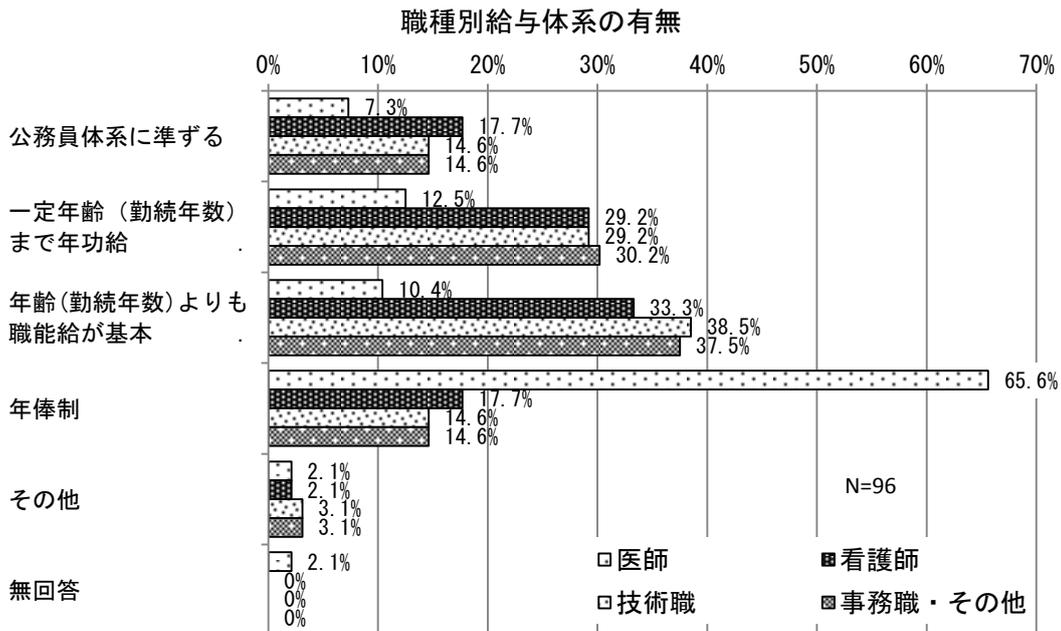
給与制度は属人給（年功給）、職能給、職務給、業績給に大別される。

全日本病院協会が経年的に実施している医療従事者の給与調査結果では、「公務員体系に準ずる」「一定年齢まで年功的」の回答は減少し、「職能給が基本」「年俸制」が増加する傾向がある。医師は 17 年調査時点で 65.6%が「年俸制」を取っている。

給与制度の概要

属人給	年齢、学歴、勤務年数等を能力向上の評価基準とする。 年功的給与体系。
職能給	職員の業務遂行能力の広がりや深さを評価基準とする。 職種別・職務別職能要件書（例えば看護職の場合、診療治療別に援助すべき課業内容ごとの習熟レベル等を定める）に従い運営されている場合は能力評価ができるが、職能を経験（勤務年数）や学歴で代用すると属人給の一種となる。
職務給	職務の重要度、困難度、責任の度合い等の職務の相対的価値を評価基準とする。

	内科診療部長、医事課長等のポスト別に給与を定める。 職務の重要度等を正確に評価する必要がある。
業績給	目標に対する達成度（業績・成果）を評価基準とする。 目標管理制度（定量的・定性的目標の設定と達成度を評価する仕組み）が重要であり、職員の努力が業績給に反映される仕組み（評価を業績給に反映させる計算方法）を明確にすることが肝要である。 固定給の基本給と業績給を組み合わせた年俸制として運用することが多い。



資料；社団法人全日本病院協会「平成18年 医療従事者の給与に関するネット調査」

c) 職能資格給

我が国独自の給与体系として職務給と職能給を組み合わせた「職能資格給」がある。

職務内容（職種）ごとに業務習熟度（職務等級）別の「職務遂行基準」「職務目標」を規定し、各々の給与を定める。目標管理がしやすい反面、職務職能要件が曖昧な場合は年功的給与体系に陥る懸念もある。

職能資格制度の運用イメージ

等級	役職イメージ	職務別資格のイメージ	階層 / 役割	役割 / 評価
6等級	院長・副院長		経営層	品質・収益確保 / 成果
5等級	部門長		マネジメント層	部門内の品質・収益確保、部下育成 / 成果、役割
4等級	部署リーダー			
3等級	チームリーダー	医 師	エキスパート層	チームの業務管理、日常業務遂行、部下育成 / 成果、能力、役割
2等級	一人前	看 護 師 看 護 補 助 職		
1等級	成長過程	経 営 ス タ ッ プ 医 療 技 術 職 薬 剤 師 専 門 事 務 職 労 務 職	成長過程	日常業務遂行 / 能力

資料；アイテック株式会社

d) 人事考課制度

給与の目標の達成度を評価するためには人事考課制度が必要であり、給与制度と不可分の関係にある。

旧来は相対的評価により昇格や業績給の配分に差をつける方法が中心であったが、個人ごとの目標設定を全員が達成することが組織全体のレベル向上に反映されるとの考えから、明示された基準と対比して到達度を測定する絶対評価制度を取り入れる組織もある。

人事考課には、評価対象者に対する先入観が評価項目に影響を及ぼすハロー効果等の問題が生じるため、考課方法を明確化するとともに評価者に対する教育・訓練が不可欠である。また上司のみが評価するのではなく、同僚や部下も評価者になる 360 度評価システムを取り入れる組織もある。

3. 運営システムの統一

(1) 運営システム統一の必要性

病院は数多くの専門職員や専門部署で構成されているため、職員同士や部署同士の業務手順や業務分担、業務連携はシステムチックでない、または、システムチックであるとしても病院ごとに異なることが通常である。さらに、業務手順等は明文化されていない慣習やインフォーマルなルールであることが多いため、必ずしも職員間で共有されていない。そのため経営統合のように多数の職員が一気に協働関係を築くのは非常に難しく、現場運用の調整を行う場がないことが懸念材料として示されたことは本編ケーススタディ等で示すとおりである。

職員間・部署間の業務連携が円滑になされないと患者サービスや医療の質に悪影響を及ぼすだけではなく、経営面の無駄を解消することや運用面の効率向上を図ることも難しい。単純な情報連携不足によってインシデント・アクシデントが発生するケースもあり、これは情報システムを導入したからといって解決するものではない。業務を標準化できるところは標準化を図り、一定の業務水準を常に確保できる環境を整えることが重要であり、そのためには可視化されたワークフローを用いてシステム化を図る必要がある。

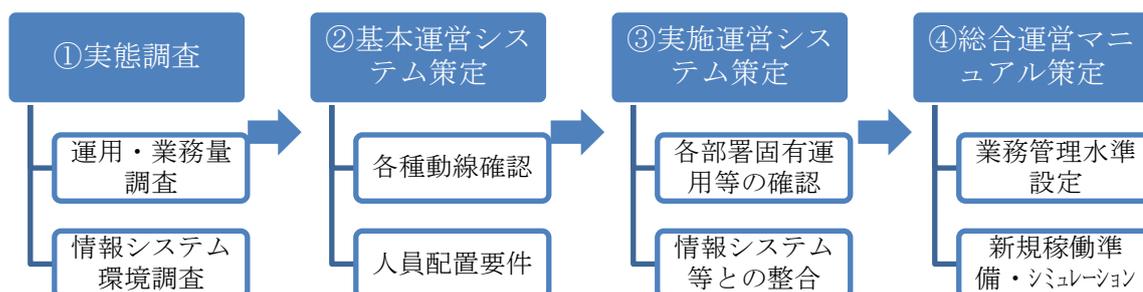
特に、経営統合にあたっては職員間や部署間の違いだけではなく、病院間での相違（運用手順だけではなく、組織風土を含めたより大きな差異）という課題がある。診療部や看護部等の発言力・イニシアチブによっても業務分担は変化する。したがって、システム化を図るにあたっては両病院から適任者を選出して検討を進めることが重要である。

ワークフローを両病院職員で検討することで、業務改善提案がなされ、業務が可視化され、アウトプットは職員間で共有される。これにより、運用の統一化・システム化が図られるとともに、業務改善を検討するツールとして使用すること、新規採用職員等の教育に活用することが可能である。結果として、医療の質的向上や経営改善の実現が期待できる。

(2) 運営システム統一化の手順

ワークフローを用いて運営システムの統一化を検討する際には、業務の流れを図式化するだけではなく、具体的な業務内容とその担当者（部署）、業務に伴って発生する各種情報（診療予約、患者情報、各種オーダ等）をあわせて整理する。これによりポイントの確認や検討課題の抽出・議論が容易になる。運営システムの統一化を実現するためには、以下の流れで計画を推進することが望ましい。

運営システム統一化の流れ（概略）



① 実態調査

外来・入院ごとに患者受付から処置・会計等の流れ、及びそれにとまなう薬剤・診療材料等の流れ、さらに情報システムの処理（オーダー、伝票等）の流れの手順、ならびに各場面でのスタッフの配置・投入量等を確認し、現病院の実態・課題などを把握する。また、患者と直接接しない部門についても、基本的な動線や業務連携に関する検討が必要なケースについて現状を確認する。これをもとに基本運営システムを作成する。

② 基本運営システム

基本運営システムとは、患者基本動線に関わる業務を中心に、人（患者・職員）・物（検体・材料等）・情報（オーダー・記録）の流れを可視化した業務手順（ワークフロー）である。この段階では、人員配分等の適正化や施設設備との整合を図るため、部門間の業務連携を特に検討する。また、提供する医療内容・サービスに応じた院内の構成や適正職員数、業務委託の方向性、事業計画などの病院運営の骨格となる内容を把握・検討する。

③ 実施運営システム

実施運営システムとは、基本運営システムに加え、診療科や部門特有の業務手順、部門間で調整が必要な事項の検討結果を反映したワークフローの詳細版である。この段階では、情報システムや医療機器等を含めた院内インフラ全体の整合を図るため、基本運営システムを診療科等の各部門レベルで詳細に検討する。また、部門内の効率的な運用手段の構築、部門内の運営システムの構築を図る。

④ 総合運営マニュアル

総合運営マニュアルとは、実施運営システムで策定した業務手順・ルールを文書化するとともに追補情報や詳細説明を記載したもので、業務の標準化を図るためのツールとなる。業務の継続性・定着化、業務の質・組織の管理水準の向上を考慮して策定する。総合運営マニュアルをもとに、職員の教育や研修、新規稼働準備に係る実地シミュレーション等を行う。

(3) 運営システム統一化に関する検討内容例

運営システム統一化の検討内容例として、ワークフローの作成例と検討事項例を挙げる。前述のとおり、ワークフローには業務及び担当者、発生情報、検討事項を整理することが効率的な検討推進に役立つため、以下の4つの内容で構成される。

- ・業務フロー…… 部門における業務の流れを図式化したもの
- ・業務内容…… 業務フローの各段階において発生する業務を示したもの
- ・情報内容…… 業務フローの各段階において発生する情報を示したもの
- ・検討事項…… 業務フロー、業務内容、情報内容における課題を抽出したもの

次ページで、ワークフローと検討事項の事例を記載する。

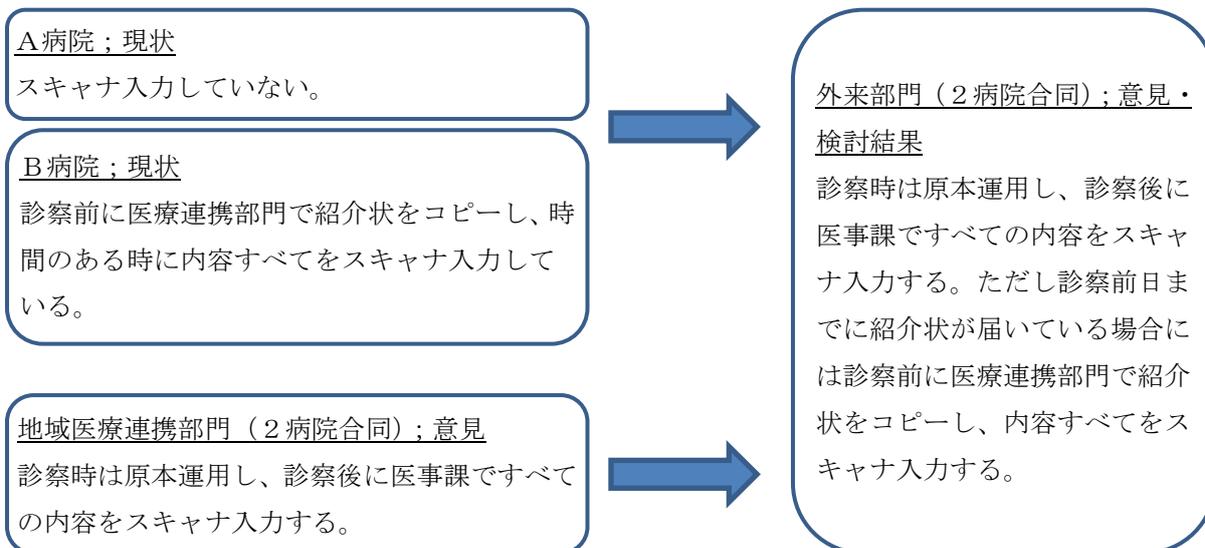
ワークフロー事例

1 初診患者 (1) 紹介状あり			
業務フロー	業務内容	情報内容	検討事項
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> A 地域医療機関 </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">↓ 紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> B 総合相談部門 (地域医療室) </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">↓ 患者基本情報</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> C 総合受付 (医事課) </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">↓ 電子カルテ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> D ブロック受付 </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">↓ 患者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> E 診療科待合 </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">↓ 患者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> F 診察室 </div>	<div style="margin-bottom: 5px;"> 【地域医療機関】 1) 登録医：紹介状を作成する。 2) 登録医：総合相談部門（地域医療室）へ電話・FAXで連絡し、診療予約を行う。 3) 登録医：患者に予約日を連絡する。 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 【総合相談部門（地域医療室）】 1) 地域医療室職員：地域医療機関から連絡を受け、診療予約を行う。 2) 地域医療室職員：総合受付（医事課）に患者基本情報を連絡する。 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 【総合受付（医事課）】 1) 医事課職員：患者基本情報を基に診察券と電子カルテを事前に作成する。 2) 医事課職員：患者が予約日時来院した際、持参した紹介状・フィルム・保険証を受け取り登録を行う。 3) 医事課職員：患者の受付を行い、診療申込用紙への記入を依頼する。 4) 医事課職員：保険証の確認、外来基本カード出力を行い、診療の案内をする。 5) 医事課職員：送付済みの診察券とともに問診票・外来基本カードを患者に手渡し、ブロック受付を案内する。 6) 医事課職員：電子カルテを転送する。 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 【ブロック受付】 1) 受付職員：患者の受付を行う。 2) 受付職員：診療科待合いで待つように案内する。 3) 受付職員：診察券・外来基本カードを診察室に届ける。 4) 看護師：患者に問診を行い、入力する。 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 【診療科待合】 1) 患者：診療科待合いで呼び出しがあるまで待機する。 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 【診察室】 1) 医師：患者を診察室に呼び込む。 2) 医師：患者を診察する。 3) 医師：次回診療予約を行う。 </div>	<div style="margin-bottom: 5px;"> A </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> B 1-1 診療予約（受診科・診察日・時間等） </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> C 1-1 患者情報登録（氏名、住所、保険情報等） 1-2 電子カルテ作成 2-1 来院受付 2-2 紹介状登録 4-1 外来基本カード出力 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> D </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> E 1-1 患者呼び込みシステム </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> F 1-1 診療予約（診察日、時間等） </div>	<div style="margin-bottom: 5px;"> A 2-1 患者情報の伝達方法 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> B 1-1 診療予約方法 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> C 2-1 紹介状の取り扱い（スキャナ入力、原紙保管場所等） 2-2 持参フィルムの登録場所 4-1 外来基本カードの必要性と内容 4-2 診療の案内の範囲 5-1 問診票の標準化 5-2 院内案内図の作成 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> D 1-1 ブロック受付の人員体制について 1-2 ブロック受付の業務内容 4-1 問診入力 4-2 外来患者のトリアージ（精神・神経センターは別途検討） 4-3 初診患者の診察前検査の扱い </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> E 1-1 患者の呼び込み方法 1-2 目及び耳の不自由な患者等の呼び出し方法 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> F 3-1 診療予約時間の設定方法 </div>

業務フロー 業務の流れを図式化（可視化）したもの	業務内容 部署ごとの業務内容を示したもの	情報内容 部署ごとの情報内容を示したもの	検討課題 業務プロセスの検討課題を抽出したもの
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

資料；アイテック株式会社

検討事項事例～紹介状の運用～



4. 情報システムの統一

(1) 情報システム統一化の必要性

近年のIT技術の発達やPC端末の普及により、レセプトコンピュータやオーダーリング等の情報システムを活用して病院・診療所の業務効率が向上している。さらに、中規模以上の病院に電子カルテシステムが普及するのに伴って情報共有・地域連携の観点から中小病院でも情報システム化が進展している。

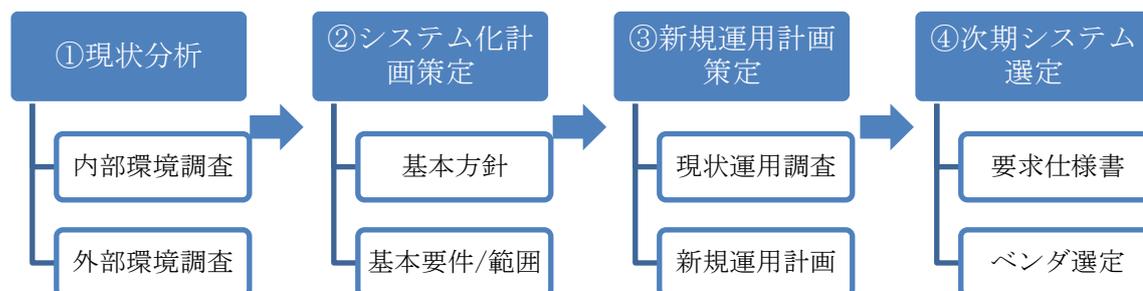
しかし、医療情報システムは病院等のニーズに応じて仕様要件が異なる。経営統合の際に情報システムの統合・統一化を図らなければ、運用手順の相違による業務上の混乱だけではなく、診療の継続性にも重大な影響を及ぼすおそれがある。例えば、患者情報（患者ID等の基本情報、禁忌等の安全情報、過去の病歴やレセプト等）を病院間で共有（統一）しなければ適切な医療提供の阻害要因になり得るし、処方・注射・検査等のオーダー情報が参照できなければ診療上の不都合が生じる。

こうした状況を回避するためにも、また今後の病院内での情報共有化や地域内での情報共有化に対応するためにも、経営統合を契機として運用・情報システムを変革することが求められる。

(2) 情報システム統一化の手順

上記のような目的をもとに情報システムの統一化を実現するためには、以下の流れで計画を推進することが望ましい。

情報システム化の流れ（概略）



① 現状分析

外部環境調査として厚生労働省、保健医療福祉システム工業会（JAHIS）、日本医療情報学会等の最新動向やシステムベンダの最新機能を調査し、システム化計画に可能な限り反映する。また、内部環境調査として新システム構築に影響を及ぼす現状運用の確認や、システムの活用状況（出力可能統計データ、蓄積データの経営面への活用方法）、その他システム機能範囲や医療機器等との接続の関係を確認し、統合病院間での差異を把握する必要がある。

② システム化計画策定

システム化基本方針として、新規システムの考え方だけではなく、既存データの移行や

患者IDの統一（後述）、職員教育、セキュリティに関する方針を検討する。また、システム化の基本要件（開発、保守、教育等の要件）のほか、導入を検討するシステム機能・範囲の設定を行い、定性的・定量的な効果、導入しない場合のデメリットを把握し、予算制約条件との適合を勘案したシステム化計画とすることが重要である。

③ 新規運用計画策定

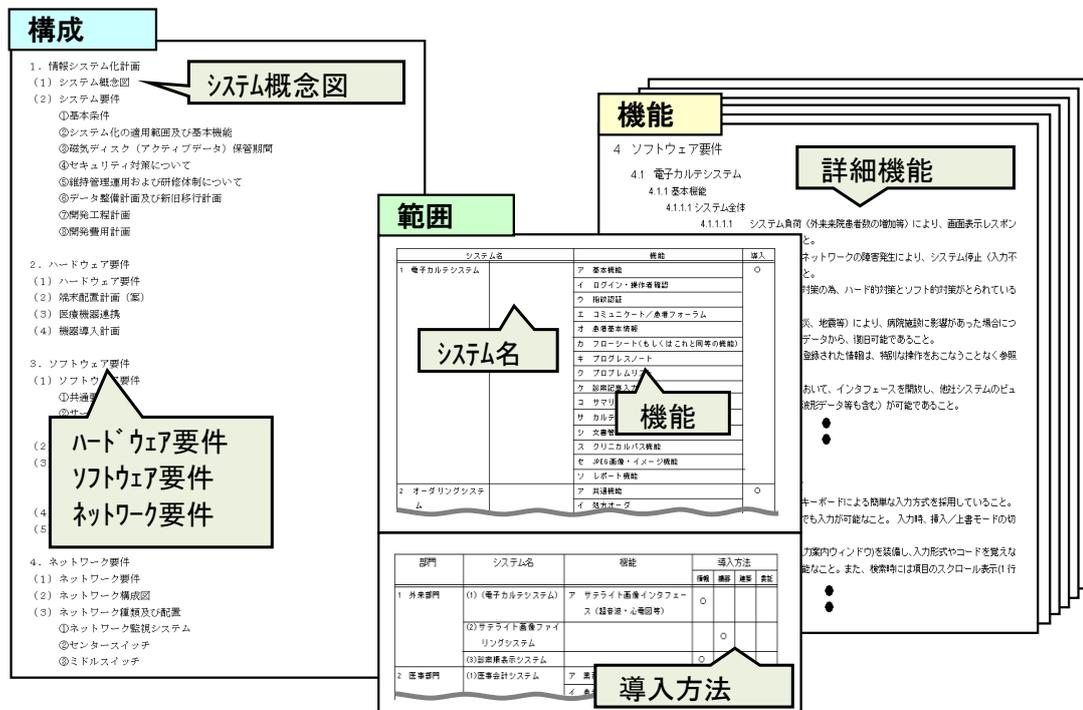
内部環境調査をもとに新システムに求める運用との差異を認識し、課題抽出・整理を行う。整理された課題に対しては、前項で解説したワークフローを用いた検討が有効である。

④ 次期システム選定

要求仕様書については、ソフトウェア要件（4,000～5,000項目以上からなる詳細なソフトウェア要件をシステム別に作成）、ハードウェア要件（サーバ、クライアント、プリンタ、スキャナ、その他機器の要件を作成）、ネットワーク要件（各スイッチの要件や無線LAN対応の範囲を設定し対応する仕様を作成）をとりまとめ、要求仕様書を作成する。

ベンダ選定にあたっては、選定スケジュールの作成（ベンダが精査した提案内容を提示できる期間およびベンダからの提案内容を精査できる期間を確保した選定スケジュール）、選定資料の作成（選定要領や評価基準（性能と価格の評価割合、主観的評価と客観的評価の点数割合、客観的評価の評価ポイント等）、システム選定評価（ベンダからの提案内容を確認し開発時に問題になりそうな回答を抽出・疑義確認）のプロセスで行う。

システム仕様書イメージ



資料；アイテック株式会社

(3) 既存データの移行や患者IDの統一に関する検討内容

既存データの移行や患者IDの統一については、どの程度の情報を移行・統一するかが課題であるが、主に医事システムに関連する患者情報（基本情報、保険情報、外来・入院履歴、病名等）と、オーダリングシステムに関連するオーダ情報（検査、処方、注射等）が検討の対象になる。データ移行の方法を整理すると下表のとおりまとめることができる。

データ移行のパターン

パターン	内容・特徴等	過去データ	
		参照	利用 ^(*)
【新システムに移行する】			
① 両病院データを混合する	(ア) 一覧性が高くなる	○	○
【新システムに移行しない】			
② 参照サーバを構築し、データを参照する	(イ) データの参照は可能だが、前回Do ¹ 等ができない	○	×
③ 必要なデータの事前入力	(ウ) 前回Do等が必要な場合に用いる	○	○

(*) 前回Do・文書。

このうち、①の方法を用いる場合には、患者IDを統合して移行することが必要になるが、患者IDの統合にあたっては以下の方法が考えられる。

患者ID統合の手順（例）

<p>(ア) 患者情報を以下の a～d で比較する。</p> <p>(イ) a～d がすべて一致すれば、同一患者とみなす。</p> <p>(ウ) a～d のいずれかが一致する患者は、患者一覧を作成し確認する。</p> <p>a) カナ氏名・性別・生年月日で比較（両病院の患者基本情報の中で、カナ氏名・性別・生年月日を比較）</p> <p>b) 漢字氏名・性別・生年月日で比較（両病院の患者基本情報の中で、漢字氏名・性別・生年月日を比較）</p> <p>c) カナ氏名・保有保険（保険者番号）・被保険者記号・番号で比較（社保(保険者番号)または国保(保険者番号)を保有し、保有保険の本人家族・被保険者記号・番号を比較）</p> <p>d) 結婚などの理由で姓は変わる事が考えられるため、カナ氏名・漢字名・性別・生年月日と保有保険（社保(保険者番号)又は国保(保険者番号)）の本人家族・被保険者記号・番号を比較</p>

データ移行のそれぞれのパターンで過去データの参照可否や利用可否（前回Do）等が異なること、移行に伴う作業・費用の負担が異なることから、新システムに求める内容や

¹ 前回と同内容のオーダを繰り返すこと。前回の処方内容や注射内容と同内容のオーダを行う場合、システム上で前回のオーダをもとに入力を簡素化することができる。具体的には、過去データの利用が可能であれば、ドラッグ&ドロップの操作で前回オーダを簡単に入力できる。Doは英語の ditto（「写し」、「繰り返す」の意）の略。

予算を勘案し、移行対象データごとに方法を検討することが必要である。

以下の事例では、ベンダの変更有無にかかわらず、移行必須データとなるものを検討した。患者基本情報や保険情報、外来・入院履歴等は①（患者IDの統合）により名寄せの上で移行したが、処方オーダー等は②や③で対応することを基本に検討している。これは、両病院の処方や検査のマスタが異なるため、患者IDを統合してデータ移行したとしても、処方であれば間違った薬の表示やエラーが生じ、検査であれば検査機器の違い等の理由から両病院で正常値が異なるなど、統合によるリスクに配慮したためである。ただし、統合後の診療を円滑に行うために、最小限の前回Do（処方・注射）だけは事前入力しておく方法を選択している（データ事前入力にも手間がかかるため、最小限に対象を抑えている）。

なおベンダ変更がない場合にはほとんどのデータが①の方法で移行できると思われる。

移行対象データ・移行方法の検討事例（一部）

移行対象データ	データ移行期間	データ移行方法
医事システム(電子カルテシステム)		
患者基本	過去全て	①
患者保険	過去全て	①
外来履歴	過去全て	①
入院履歴	過去全て	①
会計算定情報	過去全て	①
レセプト情報	過去全て	①
未収金	過去全て	①
病名情報	過去全て	①
オーダーリングシステム		
検体検査結果	過去5年	②
細菌検査結果	過去5年	②
病理検査結果	過去5年	②
放射線画像データ	過去5年	①
処方オーダー	過去5年	②（過去5年）＋③
注射オーダー	過去5年	②（過去5年）＋③
診察予約	未来6か月	③
各種検査予約	未来6か月	③

(4) 参考；国内の情報システム化の動向

厚生労働省の標準的電子カルテ推進委員会の検討資料によると、電子カルテシステム導入病院 60 施設のうち、レベル 1（部門内において電子化された患者情報を扱う）は 3.3%、レベル 2（部門間をまたがる電子化された患者情報を扱う）は 43.3%、レベル 3（医療機関内のほとんどの患者情報を扱う）36.7%、レベル 4（複数の医療機関をまたがる患者情報を扱う）は 8.3%、レベル 5（医療情報のみならず保健福祉情報も扱う）は 0%である。

一方、「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン（平成 19 年 3 月）の 5 ヵ年アクションプラン」では、レベル 4 が「医療機関の情報化のための取り組み」に相当し、レベル 5 が「生涯を通じた健康情報の電子的収集と活用・看護・福祉分野における情報化の取り組み」に相当する。

経営統合は運用・情報システムを大きく変革する絶好の機会でもあるため、少なくともレベル3（病院内全体で情報の共有化）を確保する方向性で検討し、経営統合後のスムーズな情報システム稼働を図ることが望ましい。また、最新のセキュリティ要件や相互運用を考慮してレベル4～5（複数の医療機関で情報の共有化、福祉介護・健診情報の共有化）についても将来対応を含めた検討が必要である。

システム化の段階的な定義

分類定義	システム化の定義
レベル1 (3.3%)	病院内全体の情報共有に備えて、検査部門等病院内の部門における患者情報を電子化し部門内で情報の共有を行う。(例えば医事システムや検体検査システムなどの部門システムは稼働しているがその連携は紙伝票で行われているケース。)
レベル2 (43.3%)	病院内全体の情報共有に備えて、部門システムで電子化された情報に加えオーダーエントリーシステム等病院内の複数部門で伝達される患者情報を電子化し、複数部門間における情報の共有を行う。(医事システム・薬剤システム・検体検査システム・給食システムなどの部門システムがシステム化され、医師入力のオーダーリングが実施されているケース。オーダー種別や他部門のシステム化の有無などにより、レベル間に差がある。)
レベル3 (36.7%)	診療部門において発生する患者の主訴、症状、治療計画等の情報を電子化し、病院内全体で情報の共有を行う。(一般的に電子カルテシステム導入といわれるレベルで、フルオーダー及びほぼ全部門のシステム化が行われ、紙のカルテや看護記録、画像情報が電子化されている。また厚生労働省が求めている3原則に対する対応もできていることが必要である。)
レベル4 (8.3%)	患者情報を複数医療機関で相互に利用できる形態で電子化し、複数の医療機関における情報の共有を行う。(電子カルテシステム化された医療機関と、例えば地域の診療所とが紹介状やカルテ情報のやり取り、インターネットなどを介した予約システムが行える。)
レベル5 (0%)	医療情報のみならず保健福祉情報をも電子化し、医療機関や保健福祉機関で情報の共有を行う。(病院と長期療養施設、更には介護老健施設などの福祉施設なども情報連携ができています。また健診情報との連携や患者宅との連携までも視野にいれたネットワークシステム。)

資料；日本保健医療情報システム工業会 JAHIS (Japanese Association of Healthcare Information Systems Industry)、「電子カルテの段階的定義」、厚生労働省平成15年8月「標準的電子カルテ推進委員会」より抽出・整理

5. 公立病院の経営統合例

公立病院の経営統合例には次のものがある。

(1) 統合完了事例

統合完了事例の概要は次のとおりである。

① 高知県 平成 10 年度 高知県立中央病院(高知市;400 床)/高知市立市民病院(高知市;366 床)

2つの病院が統合し、平成 17 年 3 月に高知県・高知市病院組合(一部事務組合)が高知医療センター(632 床)を開設した。合併の効果として、高度医療、救命救急の実現が挙げられ、特に救急搬送は格段に増えた。

② 山形県 平成 20 年度 市立酒田病院(酒田市;400 床)/山形県立日本海病院(酒田市;525 床(一般 521 床、感染症 4 床))

医師を山形大学に依存している両病院は、重複している診療科があり、競合関係となり、また医師不足となっていた。両病院の機能の棲み分け等を行い、平成 20 年度から地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構の下に両病院の経営を統合することとした。

③ 愛知県 平成 22 年度 一宮市立市民病院(一宮市;560 床)/県立循環器呼吸器病センター(一宮市;286 床(一般 230 床、療養 50 床、感染症 6 床))

循環器科を強化したい市立病院と、医師不足から循環器科以外の診療科が閉鎖傾向にあった循環器病センターが統合した。平成 22 年 10 月に統合完了。

④ 広島県 平成 22 年度 公立世羅中央病院(世羅郡;110 床(一般 110 床))/三原市立くい市民病院(三原市;45 床(一般 25 床、療養 20 床))

医師不足、経営難により、平成 22 年 4 月に経営統合を行う。平成 22 年 9 月にくい市民病院を診療所化、病床を世羅中央病院に移転した。

⑤ 大分県 平成 22 年度 公立おがた総合病院(大野市;148 床(一般 104 床、療養 40 床、感染症 4 床))/大分県立三重病院(大野市;165 床(一般 165 床))

両病院の経営体を統合し、施設統合を行った。平成 22 年 10 月に豊後大野市立豊後大野市民病院として新病院開院。

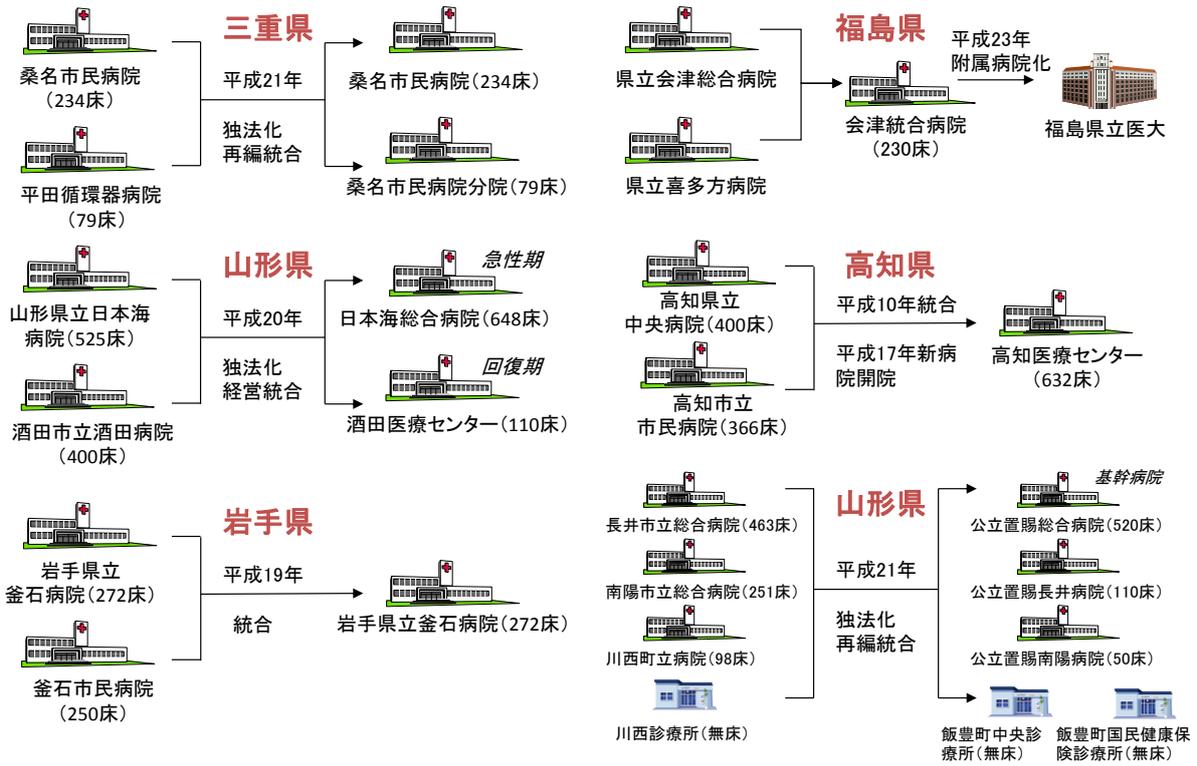
(2) 統合調整中事例

統合に向けて調整中の事例は次のとおりである。

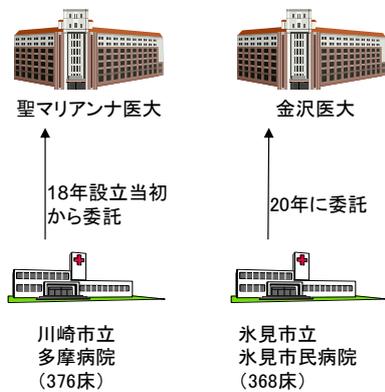
No	都道府県統合予定年度	統合後の法人名称	合併前の組織が運営していた病院
1	和歌山県 平成 24 年度	—	(1) 国保串本病院 (2) 国保古座川病院
2	福島県 平成 24 年度	—	(1) 県立会津総合病院 (2) 県立喜多方病院
3	静岡県 平成 25 年度	—	(1) 掛川市立総合病院 (2) 市立袋井市民病院
4	滋賀県 平成 25 年度	独立行政法人国立病院 機構 東近江市	(1) 国立病院機構滋賀病院 (2) 東近江市立蒲生病院 (3) 東近江市立能登川病院
5	兵庫県 平成 25 年度	北播磨総合医療センター 企業団	(1) 小野市民病院 (2) 三木市民病院
6	長崎県 平成 25 年度	長崎市病院企業団	(1) 長崎市立市民病院 (2) 長崎市立病院成人病センター
7	香川県 平成 26 年度	—	(1) 高松市民病院 (2) 高松市国民健康保険香川病院
8	兵庫県 平成 26 年度	—	(1) 県立尼崎病院 (2) 県立塚口病院
9	長崎県 平成 26 年度	長崎県病院企業団	(1) 対馬いづはら病院 (2) 中対馬病院
10	愛知県 平成 27 年度	西知多医療厚生組合	(1) 知多市民病院 (2) 東海市民病院 (3) 東海市民病院分院
11	茨城県	—	(1) 筑西市民病院 (2) 県西総合病院
12	千葉県	—	(1) 国保小見川総合病院 (2) 県立佐原病院

資料；地域医療再生計画等より作成

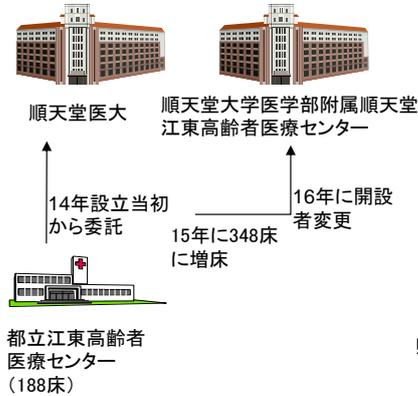
公立病院の経営統合形態例



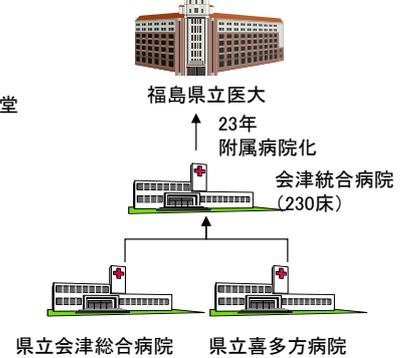
指定管理者制



指定管理から委譲(附属病院化)



附属病院化



平成 23 年度 厚生労働省医政局委託
－医療施設経営安定化推進事業－
近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究
報 告 書

平成 24 年 3 月発行

委託先：アイテック株式会社
〒104-0033 東京都中央区新川 1-25-12
電話 03-6222-3800（代表） FAX 03-6222-5522