

平成 18 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 -
良質な医療提供体制の構築に向けた
今後の中小病院の役割に関する調査研究

報告書

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

目 次

調査研究の背景と目的	1
事業実施体制・研究方法	2
1．事業実施経過	2
2．研究方法	3
調査研究結果	3
1．民間病院	3
（1）民間病院の事例の選出	3
1）地域特性の類型化	4
2）経営の方向性	5
（2）群雄割拠型/郡部型/ケアミックス志向型の実例	
いつでもすぐ診てくれる病院 「北出病院」	8
1）北出病院の概要	8
2）地域特性	9
3）地域における位置付けと戦略	11
4）施策	12
ア）経営管理機能の強化	12
イ）増患策	14
ウ）その他 新規サービスの発案	17
5）病院の機能	17
6）業績	19
（3）リーダー的大病院存在型/郡部型/介護、福祉志向型の実例	
ニューケアによる新機軸サービス展開 「くろさわ病院」	21
1）法人グループ概要	21

2) 地域特性	22
3) 地域における位置付けと戦略	23
4) 介護、福祉分野における新機軸サービスの提供	25
ア) ニューアイデアによる新機軸サービス	25
イ) ケア付住宅事業	25
ウ) 宅幼老所事業	26
5) 地域連携	28
6) 入院患者の容体および入退院経路	30
7) 介護事業の収益面への影響	31
(4) リーダー的大病院存在型/都市型/専門特化志向型	
地域連携における都市型リハビリによる地位の確立	
「熊本託麻台病院」	33
1) 熊本託麻台病院グループ概要	33
2) 地域特性	34
3) 地域における位置付けと戦略	34
4) 施策	35
ア) 地域連携の促進	35
イ) 急性期病院の信頼を得るための取組み	38
5) 病院の機能	39
2 . 自治体病院	41
(1) 自治体病院の現状	41
(2) 改革の方向性	45
(3) 経営の方向性	46
(4) 再編・統合の事例 - 「市立釜石市民病院」 -	48

1) 再編・統合された背景	48
2) 再編・統合のプロセス	52
3) 本事例から学ぶべきこと	54
3. まとめ	55
参考文献	56

良質な医療提供体制の構築に向けた今後の中小病院の役割に関する調査研究

調査研究の背景と目的

1985年の第一次医療法改正以降、機能分化や連携が謳われて久しいが、2003年8月、厚生労働省が「医療提供体制の改革のビジョン」を公表し、一般病床の機能分化、急性期病床の集約化を謳う一方、公的病院等についてもその在り方を根本的に見直し、必要に応じて病床を削減する点などを示した。さらに先の第164回国会で医療法が改正され、新たな医療計画の下で各医療機関の機能の明確化や連携体制構築が具体的に動き出そうとしている。

そうした状況の中にあって、多くの中小病院¹は、今後どのような方向に行けば良いのか決めかねている。わが国の病院の大半はこの中小病院であり、その動向が、機能分化、連携体制推進のキーポイントといえる。

機能分化、連携体制がスムーズに構築されず、単に中小病院が市場から淘汰されるだけでは、医療供給に重大な支障をもたらすので、中小病院のあり方をどう構築するかは極めて重要である。

こうしたなか本調査研究では二次医療圏を精査し、当該地域における中小病院の役割を明らかにし、地域医療の効率化や充実に貢献しつつ、自らの経営も安定化させている経営事例を示した。

一方、自治体病院は自治体財政の悪化の中、医療圏の変貌や重複立地など非効率が目立ってきたほか、民間病院との調整も指摘されており、その抜本的経営改革が課題になっている。そこで自治体病院の現状を分析し、問題点を整理した。

これらを通し、地域の効率的な医療連携体制の構築に関する議論の一助とすることが、本調査研究の目的である。

¹ 中小病院と一口で言っても、郡部において150床もあれば大病院扱いであるなど、中小病院の定義は困難であるが、ここでは暫定的に診療報酬上の区分を参考に、200床未満の病院を中小病院と定義する。

事業実施体制・研究方法

本事業の実施にあたり、以下の構成による委員会を設置し、そこでの意見交換や検討を通じて研究を推進した。

委員会

(敬称略・五十音順)

企画検討委員会委員長	：田中 滋	(慶應義塾大学大学院教授)
企画検討委員会委員	：西澤 寛俊	(全日本病院協会副会長)
	西田 在賢	(静岡県立大学教授)
	森 貞述	(愛知県高浜市長)
分科会委員長	：橋本 英樹	(東京大学大学院客員教授)
分科会委員	橋本 寿	(特定非営利活動法人医療施設近代化センター研究員)
	吉田 秀一	(日本政策投資銀行政策企画部課長)
事務局	：松原 由美	(明治安田生活福祉研究所主任研究員)
	樫部 正嗣	(明治安田生活福祉研究所研究員)
	高橋 勇樹	(明治安田生活福祉研究所研究員)

1. 事業実施経過

企画検討委員会実施経過

- ・ 第1回企画検討委員会：平成18年10月31日
- ・ 第2回企画検討委員会：平成19年3月28日

分科会委員会実施経過

- ・ 第1回分科会：平成18年9月27日
- ・ 第2回分科会：平成19年2月2日

2 . 研究方法

本調査研究は、文献調査、ヒアリング調査、および上記委員会での検討を踏まえ、理論研究を行った。

ヒアリングは平成18年9月から平成19年3月にかけて実施した。ヒアリング先は、事例の対象選択だけが目的ではなく、中小病院の実像をより深く探る意味からも、地域基幹病院や他の中小病院も対象とした。そのほか、診療所、居宅介護事業者、医療関連団体（全日本病院協会、地区医師会等）、金融機関、医薬品卸、医業経営コンサルタント、自治体の高齢者対策担当者、学識経験者など、中小病院に関わる多くの人々から意見聴取を行った。事例対象病院におけるヒアリング対象者は、病院経営上の戦略やそれに対する具体的取組みなどを把握するため、原則理事長および幹部職員（事務長、施設長、介護部長など）とした。さらに、在宅医療や介護分野に携わる現場スタッフ（看護師、ソーシャルワーカー、ヘルパーなど）にも出来る限り話を伺った。

調査研究結果

1 . 民間病院

(1) 民間病院の事例の選出

調査研究では、民間中小病院にとって参考となる経営事例を示すわけだが、この事例の選出は以下の考え方・方法により行なった。

第一に地域特性を類型化し、第二に、中小病院の経営の方向性（展開する事業）をピックアップし、この2つ（地域特性と経営の方向性）の組合せで事例病院を選ぶこととした（図1）。

言うまでもないことだが、病院産業はすぐれて地域産業であるので、地域特性を無視して病院経営は成立ち得ず、また、病院が存立する地域の特性によって病院の経営戦略が大きな影響を受ける。どんなに優れた経営モデルを示されても、モデルとしてあげられた病院と、これを参考にしようとする病院との間で地域特性に乖離があっては参考となりにくい²。そこで地域特性の類型化を行った。

図1 事例病院の選出方法



資料：明治安田生活福祉研究所作成

² 松原由美「これからの中小病院経営」医療文化社、2004年

1) 地域特性の類型化

地域特性の類型化は、以下に述べる3つの要素の組合せによって合計8市場に分類した。

第一の要素は、社会的自然的条件による区分である。人口密集度、交通網の発達度合いや地価水準などから、「都市型」、「郡部型」に分けた。

ここで都市型とは、原則、県庁所在地だけに限定した。ただ例外が2つある。ひとつは県庁所在地ではないが、同一地域でそれに匹敵する中核的都市。たとえば群馬県の高崎市、福島県の郡山市などである。もうひとつは、東京、大阪、名古屋などの巨大都市に隣接する地域（経済圏を一にする地区）。町田市、川崎市などが挙げられる。郡部型とは都市型以外の地域を指す。したがって市制を採っているところでも、多くは郡部に属することになる。ただ昨今の市町村合併で市といっても市街地のイメージとはほど遠いので、ここでの区分はおおよそ目安である。

第二は、主として競争状況をベースとした分類である。大病院が存在している地域、あるいは同機能同規模病院だけで構成されている地域といった状況に基づいた分類で、大別して「リーダー的大病院存在型」と「群雄割拠型」に区分した。

リーダー的大病院とは、規模的機能的にリーダー的立場にあると思われる病院がその地域に存在し（1病院とは限らない）、その病院を中核として、病院相互の位置付けが自ずと方向付けされるようなマーケットタイプを指す。たとえば佐久総合病院を核とした長野県佐久地域や、熊本大学医学部附属病院、国立病院機構熊本医療センター、市立熊本市民病院、済生会熊本病院、熊本赤十字病院、国共連熊本中央病院などが中心となっている熊本地域などが一例である。ここでいうリーダー的大病院とは、地域で差配を振るう病院という意味ではなく、自他ともに地域におけるリーダー的位置付けを認め合うという程度の意味である³。こうした地域の中小病院の進むべき道は、自ずと制約される傾向が強い。

これに対して群雄割拠型とは、先のリーダー的大病院が存在せず、似たような病院が数多くある地域を指す。そのため、各病院の役割・機能や位置付けが定めがたく、各病院の選択肢が広い。

第三は、医療・介護資源の整備状況をベースにした区分である。病床過不足、医師過不足、診療科の偏在、在宅医療、介護サービス供給量過不足といった医療・介護資源の多寡で分けた。

医療・介護資源には様々なものが存在するが、それらを個々の資源毎に分類すると複雑になるため、ひとまとめにして医療・介護資源の多い地域、少ない地域の2つに単純化する。ただ具体的事例を挙げる段階で、たとえば医師不足地域のケース、介護施設サービスが充実しているケースなどを示して、個別資源に対応したモデルを提示した。

³ 厚生労働省「医療施設経営安定化推進事業 在宅医療、介護分野を重視した中小病院経営に関する研究」2003年

なお、近年、地方における医師不足問題が取上げられていることから、医師不足の事例を取上げることとした。

これらをまとめたのが表1である。群雄割拠型はリーダー的大病院存在型と比べ、各病院の選択すべき機能、位置付けが制約される度合いが少ないという点で、また一方都市型は郡部型と比べて人口が多くマーケットが広いという点で、それぞれ経営の選択肢が大きく、表1の矢印の方向はそれを示したものである。

表1 地域特性分類

		社会的自然的条件	
		都市型	郡部型
経営の 選択肢大	市場構造	医療・介護資源多	
		医療・介護資源少	
	群雄割拠型	医療・介護資源多	
		医療・介護資源少	
リーダー的大病院存在型	医療・介護資源多		
	医療・介護資源少		

資料：明治安田生活福祉研究所作成

2) 経営の方向性

中小病院は個々の病院の立場に立つと、経営資源が乏しいこともあって、経営の選択肢が広いとはいえないが、中小病院全体を一つとして捉えると、急性期から亜急性期、慢性期、療養、介護、福祉分野まで、多種多様である。

しかし中小病院で高度な急性期医療、または特定診療科に専門特化し、その分野で評価が定着して急性期医療を担える病院は、もともと一定の実力を持つ病院で、既にその多くは特色ある経営を行っており、したがって経営モデルに対するニーズも高いとは思われない。また数も少ないと推測される。見方を変えれば、今後の進むべき方向として急性期を選択しにくいところが、最も思い悩み、経営の方向性を決めかねている病院と推察される。そこで本調査研究で事例としてあげる病院は、こうした層の病院を念頭において選定することとした。言い換えると、多くの中小病院が参考としにくい程の超優良経営を追求するのではなく、汎用性の高いモデルの選定にウェイトをかけることとした。

さて、そうした病院が展開する事業は、今述べてきたことから、主に急性期以外の分野となろう。具体的には、慢性期、療養型のほか、一般病床が担う亜急性期、緩和ケア、リハビリテーション、在宅医療の後方支援や初期医療、さらには介護、福祉分野が挙げられる。実際こうした事業は現状中小病院がとりうるものの中で可能性が高い領域と考えられる。

ところで機能分化が医療供給体制の命題なので、これら事業を展開していく過程で一般病床を中核として捉え、一般病床を維持しているケース（一般病床維持型）⁴と、一般病床を事業の中核とせず、削減しているケース（一般病床削減型）の2つに分け、それぞれのケース毎に具体的にどういう方向で展開しているかをみた。それらを一覧にしたのが表2である。一般病床維持型では、専門特化志向型と、在宅支援に重点を置いた在宅医療後方支援志向型に分類した。なお専門特化志向型は、連携ネットワークの中で自院の専門機能がビルトインされることで、自院の地位を確保するネットワーク参加型と、地域連携とは無関係に特定診療科に専門特化した自己完結型に分けた。一方、一般病床削減型では、介護機能を発揮しながら地域の初期医療にも対応するケアミックス志向型、療養機能を発揮する療養志向型、介護老人福祉施設（以下、特養）・介護老人保健施設（以下、老健）・高齢者住宅・子育て事業など、病院以外の事業へ進出している介護、福祉志向型、診療所化し、在宅医療・介護へ進出した診療所移行型へ分けた。ただ現実にはこれらの方向性は重なり合っているケースが多いので、明確には分類できないが、事例選出の索引的意味合いも込めて、あえて示した。

表2 民間中小病院の経営の方向性

経営の方向性		具体的中身
一般病床維持型	専門特化志向型	ネットワーク参加型 リハビリテーション、循環器など、特定機能に専門特化し、それを武器に連携内で自院の地位を確保するタイプ
		自己完結型 透析、眼科など、特定機能に専門特化した自己完結型
	在宅医療後方支援志向型	地域の日常的医療を24時間365日カバーし、在宅医療や介護との組合せで在宅を支援
一般病床削減型	ケアミックス志向型	療養機能や介護機能を発揮しながら、地域の初期医療にも対応
	療養志向型	療養機能を発揮
	介護、福祉志向型	特養、老健、有料老人ホーム、高齢者住宅、子育て支援事業など、病院以外の事業へ進出
	診療所化	診療所化し、在宅医療・介護進出

資料：明治安田生活福祉研究所作成

⁴ 一般病床維持型であっても病床を削減するケースはあるが、一般病床を中核として維持する戦略の病院という意味で、一般病床維持型とした。

これら地域特性と経営の方向性を、民間病院の事例として採り上げた病院毎にまとめたのが表3である。

表3 民間事例病院一覧

病院名	地域特性	経営の方向性	病床数
北出病院	群雄割拠型 / 郡部型	ケアミックス志向型	182床
くろさわ病院	リーダー的大病院存在型 / 郡部型	介護、福祉志向型	83床
熊本託麻台病院	リーダー的大病院存在型 / 都市型	専門特化・ネットワーク参加型	142床

資料：明治安田生活福祉研究所作成

なお参考までに、本報告書の民間病院の章および後述の自治体病院の章で採り上げた事例病院を地図に示すと図2のとおりである。

図2 事例病院



(2) 群雄割拠型/郡部型/ケアミックス志向型の事例
いつでもすぐ診てくれる病院 「北出病院」

1) 北出病院の概要

<p>医療事業 (特定・特別医療法人黎明会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・北出病院(182床) <ul style="list-style-type: none"> 一般 131床 亜急性期病床 10床 回復期リハ 41床 療養 51床(医療型) 	<p>介護、福祉施設事業 (特定・特別医療法人黎明会)</p> <ul style="list-style-type: none"> 老健 <ul style="list-style-type: none"> ・和佐の里(定員100人) 	<p>在宅事業 (特定・特別医療法人黎明会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション1ヶ所 ・在宅介護支援センター1ヶ所 ・デイケアサービス <p>(有限会社ヒューマンケアキタデ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護ステーション1ヶ所 ・デイサービス ・認知症対応デイサービス ・ケアプランサービス
<p>予防医療・リハ事業 (特定・特別医療法人黎明会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診センターキタデ ・メディカル&フィットネス アクオ(健康増進施設) 		

北出病院は昭和37年に和歌山県御坊(ごぼう)市に胃腸病院として開業した。その後の増床過程で、診療科目の拡大や、療養型病床への転換を図り、現在では一般病床131床、医療療養型病床51床の計182床規模のケアミックス型病院となっている。この間、昭和62年には特定医療法人、平成17年には特別医療法人に組織変更を行った。なお、域内ではその生い立ちから消化器系の病院として一定の地位を確立している。

設立当初より予防を重視し成人病検診指定病院となる、ヨガ教室を開くなどしていたが、平成5年に健診センターとフィットネスクラブをスタートさせた。平成9年には老健を開設し、在宅介護、看護も始めるなど、高齢者ケア分野へ進出し、現在のサービス提供体制を築いた。

このほか、北出病院の特色として収益性が高い点が挙げられる。病院経営が苦しいといわれる中、ケアミックス型のごく普通に見える中小病院がどのような経営を行い、高い利益率をあげているのか、以下に見てみよう。

2) 地域特性

北出病院は御坊医療圏に属する。御坊医療圏は御坊市を中心に1市5町で構成され、人口約7万人、農業を主産業としており、立地的には郡部型に該当する。

中心地である御坊市(人口2万7千人、高齢化率23.7%)は、和歌山市から特急で約30分、大阪からは約1時間半の距離にあり、また近年の同医療圏の人口推移をみても表4に示すとおりで、この25年間で約10%減少している。

表4 御坊医療圏の人口の推移

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	増減率
御坊医療圏	78,712	78,365	75,505	74,044	72,985	70,535	-10.4

:(「平成17年人口」-「昭和55年人口」)/「昭和55年人口」

資料:総務省「国勢調査」より作成

ただ表5でみるとおり、同医療圏の病院入院患者の推計流入・流出患者割合はほぼ全国平均並みの20%台で、流入・流出も大きな比率になって、医療圏としての独立性、自己完結性が薄れている大都市圏や過疎地域の医療圏に比べ、比較的独立性、自己完結性の高い医療圏を形成しているといえよう。

表5 病院の推計入院患者数の圏内・圏外への流入・流出患者割合

(単位:%)

	推計流入患者割合	推計流出患者割合
和歌山県御坊医療圏	28.7	25.4
参考 全国平均	23.9	23.9
東京都区中央部医療圏	74.9	56.6
大分県臼津医療圏	6.1	51.2

資料:「患者調査 平成17年度」より作成

人口減少が続いているが、未だ病床不足地域(病床過不足率97%⁵)で、圏内には4病院しかない。4病院の内訳は表6のとおりだが、うち、公的な急性期病院が2病院を占めるものの、飛び抜けた存在ではなく、したがってリーダー的大病院という位置づけにはない。国立病院機構和歌山病院は循環器・呼吸器疾患、国保日高総合病院は脳外疾患、北出病院は消化器疾患、北裏病院は整形外科疾患⁶と、それぞれにある程度の色分けがなされており、地元の救急隊も概ね病院の専門毎に患者を搬送しているという。

こうした点からみて、御坊医療圏はリーダー的大病院存在型にはあたらないが、だ

⁵ 平成15年告示の基準病床数から算出

⁶ 国立病院機構和歌山病院ホームページ 御坊医療圏の状況より

からといって同じような方向を目指した病院が群がる群雄割拠型とも言い難い。独立した市場を形成している中で、病院数も少なく、一定の機能分担が成立していることなどからみて、どちらかといえば無風医療圏で共存型の市場といえよう。

一方、急性期の後方分野である、療養型病床、老健、特養の整備状況をみると、特養、老健について高齢者人口当たり定員数は、全国平均より3~5割程度多いが、療養型病床数は全国平均の半分以下に留まっている(表7)。このように療養型病床が少ないのは、補完関係にあると思われる老健、特養の整備が進んでいるほか、医療圏内の主力が公的病院であり、これらは多くの公的病院同様、急性期傾斜型で、療養型病床といった高齢者ケアには進出せず、残る民間病院の北裏病院も整形外科を中心としているためである。

図3 北出病院周辺地図



表6 御坊医療圏の病院一覧

病院	開設者	病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
				シェア		シェア
国保日高総合病院	一部事務組合	一般301床 精神100床 感染症4床	301	33.9%	405	38.1%
和歌山病院	国立病院機構	一般355床 結核20床	355	40.0%	375	35.3%
北出病院	特定・特別医療法人	一般131床 療養51床	131	14.8%	182	17.1%
整形外科北裏病院	医療法人	一般100床	100	11.3%	100	9.4%
合計			887	100.0%	1,062	100.0%

資料：WAM-NETより作成（平成18年12月末現在）

表7 御坊医療圏における高齢者人口10万人当たり療養型病床・定員数

（単位：床）

	高齢者人口10万人当たり(1)		
	療養型病床数(2) 病院+診療所	特養(3)	老健(3)
御坊医療圏	654	2,234	1,511
全 国	1,495	1,493	1,160

1：人口は総務省統計局『平成17年国勢調査』より作成

2：病床数は厚生労働省『平成17年医療施設調査』より作成

3：特養及び老健定員数は厚生労働省『平成17年介護サービス施設・事業所調査』より作成

3) 地域における位置付けと戦略

地域特性の項で述べたように、御坊医療圏には2大急性期病院が存在するものの、緩やかに機能分化された共存型であること、比較的独立した医療圏に立地していること、消化器疾患に関し地域で一定の評価があることより、急性期病院として展開することを第一の戦略とした。

そのうえで、他の3病院中、2病院が急性期特化型、残り1病院も整形外科中心型であることから、療養型病床が手薄になる、急性期医療を維持するにもその受け皿が必要、療養型病床は利益率が高く収益の安定化に役立つなどから、急性期に軸足を置いたケアミックス型を選択した。

ただ急性期分野は、診療報酬的にも厳しいうえ、進歩も早く、それだけに変化も大きいので、基本戦略達成のためには、しっかりした具体的施策の裏付けが必須となる。北出病院はこの点を強く認識し、2つの施策を明確に打ち出した。ひとつは経営管理機能の強化、もうひとつは増患対策である。

4) 施策

ア) 経営管理機能の強化

中核となる人材の採用と育成

多くの中小病院における悩みの一つに、経営がわかる事務スタッフの少なさが挙げられる。そのため理事長自らが、医療も提供しながら経営面全般を管理しなければならず、患者サービスの向上や効率経営が阻害される要因の一つとなっていると言われている。

昭和 37 年に開業して以来経営は順調であったが、理事長はこれに安住することなく、これからの病院経営では一層、計数管理など経営管理機能を強化する必要性を感じていた。しかし理事長は自分自身が医師で経営を学んだこともないので、自分に代わって経営管理を任せうる人材の採用を常日頃より真剣に検討していた。こうした背景があって、昭和 45 年に、地元の銀行出身者を事務長として迎えた。

一般に銀行出身者を事務長として迎える場合、銀行からの押しつけ人事的要素もあって、定年間際の者が多いが、北出病院の場合はそれとは全く異なり、病院側から積極的に動き、30 代の若手で、企画立案、対外折衝できる人材を見出し、これをスカウトした。そして OJT (on the job training) を通じて、経営管理部門のリーダーとして育てた。これによって、事務長と理事長の二人三脚で経営戦略を遂行する体制を整えた。

計数管理の徹底

民間病院経営は赤字では成り立たず、黒字確保がまず経営の大前提である。

そこで事務長は、平成 5 年より部門別原価管理を導入し、看護師にも部門毎の収支管理を行わせ、年始の目標に対して結果がどうであったか、その原因は何かを毎月報告させている。これによって職員のコスト意識が大きく変化したという。

また、平成 10 年より TQM (Total Quality Management : 方針管理) を採用し、毎年年初に理事長が自院の状況、地域の状況、医療行政の動向などから経営方針と経営目標を打ち出し、それに沿った目標を部門長と理事長、事務長が話し合っ部門の目標を、課長と部門長が話し合っ課の目標を、各職員と課長が話し合っ個人目標を定める方法を定着させた。これらの過程で、各職員に病院全体の方向性・目標と自分の目標の意味を理解させ、それぞれの目標に対する中間報告や最終結果、その原因や評価を報告させることで、翌年の業務改善につなげている。

この方式が徹底できた理由の一つに、QC (Quality Control : 品質管理) 活動がある。北出病院では業務改善活動推進委員会を設け、定期的に結果発表の場を設営し、ボトムアップ型の小集団活動による業務改善運動を行い、経営効率の向上を図る取組みを、昭和 57 年から続けている。

たとえば後述のように増患対策の一つとして休日診療を開始したが、その効果を

測るため、平日と休日の患者数を比較したところ、休日の患者数が少ないことが確認された。そこで患者に対してアンケート調査を行った結果、休日診療を知らない人が多いことが判明。ただちに外来患者に精算窓口や薬局で、職員が休日診療も実施している説明と共に病院案内を渡す、患者に渡す薬袋に休日診療のゴム印を押すなど、休日診療のPRを徹底し、休日の患者増につなげた。

このほか、設備投資にしろ材料購入にしろ、日頃から購入物件の実勢価格の情報収集に努め、業者の言い値のままでは購入しない姿勢を取った。

情報の共有化

医療専門職は自分の専門に埋没しがちで、組織的に動くことは総じて不得手である。この欠点を補うには、病院がどういう状況にあるのか、医療についても財務についても、職員全員が現状と課題を共有しなくてはならないとして、唯一病院中のデータを集めている管理部門が、判りやすく職員に説明すべきと考えた。

たとえば管理部門で各医療データや財務データを作成し、これを経営方針立案の際の参考資料に役立てる、職員向け広報誌などを用いて随時開示する、後述の部門別目標管理や個人目標管理の際の参考に供するなどである。

そのほか、開業医は病院の医師に本心をみせない傾向や、患者も医師や看護師には遠慮しがちであるが、事務職員にははっきりと要望を伝えることから、事務職員が持つこうした情報や意見を重要な情報源と捉え、経営改善につなげた。

開かれた経営

開かれた経営を行っていけば、大きく道を外すこともないとの考えに立ち、経営の透明性向上を図った。

第一に病院機能評価やISOを取得することで、第三者チェックを受ける体制を敷いた。

病院機能評価の取得はよくみられるが、ISOの認定も併せて受けている病院は、全国でも珍しい。北出病院ではこれらを業務改善の一環と捉え、QC活動の一つとして利用するよう指導し、医療の安全確保に組織的に取り組んでいる。

第二に職員へ財務状況を開示し、現状把握や課題発見を促した。また職員対象に「ばら通信」という広報誌を年4回発行し(毎回1,000部)理事長による経営方針、各委員会からの活動報告が行われ、法人の経営全体の理解を促すツールとして利用している。

第三に評議員制度を採用し、会計士、教育関係者、民生委員、会社役員など地域の名士21名から病院のチェックを受ける仕組みを導入した。

このように開かれた経営を行うメリットは、広く周囲の監視の下に自院を置くことによって、経営陣のみならず、職員にも緊張感を与えることである。

イ) 増患策

病院は患者が来なければ経営が成り立たず、良い医療を提供する機会も得られないため、増患対策が経営の重要課題といえる。入院患者増にはベッド数という枠があるが、外来患者は医師数との対比で縛りはあるが、入院患者枠に比べればはるかに弾力的に増やすことが出来る。さらに外来患者単価は入院患者単価の半分以下ではあるが、外来を通さずに入院というケースは少ないため、外来患者は将来の入院患者となる可能性がある。

このため、特定機能病院や地域医療支援病院のようなブランド力のある大病院と違って、民間中小病院が入院患者を確保するには、まず外来患者を増やす必要があると判断し、増患を経営施策のもう一つの柱とした。

休日診療の導入

増患に向けての具体策の第一は、休日診療の導入である。

北出病院では救急医療や夜間診療は以前から行っていたが、平成8年から休日診療を開始した。これにより月曜から土曜日までは朝8時半から夜7時半まで、日曜・祝日も朝8時半から夕方5時半までの診療となった。救急医療や夜間診療を実施している病院は多いが、土曜の夜間診療や休日診療を行っている病院は珍しい。一般に休日に医療機関にかかるとなれば、自治体のホームページなどで休日診療の当番医療機関を探さなければならず、患者にとれば日頃行きつけていない医療機関に行く不安があるが、休日診療実施によって、こうした不安が解消される効果も大きい。

北出病院ではこのように診療時間を長くし、日曜・祝日も診療することで、小回りが効かない公的病院の弱点を突き、24時間365日いつでも気軽に診てくれる病院となることを打ち出した。

診療科目の拡充

増患のためには、気軽に何でも診てくれる病院、すなわち間口の広い病院とすることも重要である。特に北出病院の場合は、急性期を目指すといっても急性期の専門特化ではなく地域住民の身近な病院としてのケアミックス型病院を標榜しているだけに、これは重要なことである。消化器だけに限っていても、いつでも何でも診てくれる身近な病院とは言えない。そこで他の診療科の拡充を図ることとした。年中無休体制を取った平成8年には、病院の名称を北出胃腸病院から胃腸の2文字を削除して北出病院に変更し、内科や整形外科、リハビリテーションにも力点を置いて、病院の間口拡大を図った。

特にリハビリテーションについては、OT・PTの獲得、養成に努め、和歌山県から地域リハビリテーション広域支援センターの委託を受けて、地域のリハビリテーションに関わる関係機関からの相談を受け、指導を行うほど、病院の柱の一つに育てあ

げた。また県下初のスポーツ整形、スポーツリハビリをスタートさせ、特色ある経営を目指した。

この結果、たとえば平成 17 年度の手術件数は前年度比で約 15%伸びているが、その主因は整形外科の手術件数が増えたことによる。平成 17 年度の整形外科の手術件数は年間 90 件と、前年度と比べ倍増した。表 8 の平成 17 年度の救急搬送患者内訳に見られるように、消化器疾患が全体の 1/4 近くあって最も多いものの、消化器疾患以外の件数も多く、間口の広さを示している。

表 8 平成 17 年度救急搬送患者内訳

消化器疾患	110人	(23.9%)
脳神経疾患	56人	(12.2%)
呼吸器疾患	52人	(11.3%)
事故・外傷	49人	(10.7%)
循環器疾患	35人	(7.6%)
泌尿器疾患	18人	(3.9%)
その他	140人	(30.4%)
合計	460人	(100.0%)

資料：北出病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

医師確保

急性期を維持し、かつ質を保つには一定以上の医師数が必要である。医師確保のため、北出病院では医師にとって魅力ある病院とするための方法を探った。それは給与面もあるが、大きいのは医師としての技術を磨き、医師自身も成長できる病院となることである。たとえば北出病院の消化器内視鏡検査数は 2005 年度では 3,898 件にものぼり、内視鏡の実施件数が多いことから内視鏡の勉強ができる。最新の機器を取り入れ、新しい治療手技の獲得のための研究、教育に力を入れ症例数も増やし続けた結果、日本消化器内視鏡学会指導施設としての認定を受けている。

さらに平成 9 年には財団法人産業医学振興財団より修学資金返還免除対象機関⁷として指定され、産業医科大学卒業医師は北出病院に勤務すれば奨学金の返済を免除されることとなり、医師不足の中、産業医科大学卒業の医師確保につなげた。

また平成 15 年には管理型臨床研修病院の指定を厚生労働省より受け、医師の卒後臨床研修の義務化に対する研修病院として、医師を教育するだけでなく、一定の手術数や救急患者数、研修に必要な施設、図書、病歴管理の体制が整っているなど、医

⁷ 指定を受けるには職域健康診断実施機関として認められる必要があり、そのためには様々な条件がある。たとえば医師 1 人当たりの年間職域健康診断 1 万件以上、特殊健康診断 2,500 件以上など。

師を養成するにふさわしい医療機関として維持継続する病院と認められた。

平成 13 年には病院機能評価、平成 17 年には ISO の認証を取得し、医療の安全確保に向けて組織的、継続的に取組む体制を整えた。

こうした施策によって、北出病院は郡部立地ながらも必要医師数が確保されている。

患者との繋がりを高める努力

増患のためには単に入院または外来時のみの接点では十分ではなく、常日頃から患者を含めて地域住民との繋がりを図る必要がある。このためには、いろいろなツールを用いて繋がりを維持することになるが、その一つとして満足度調査がある。退院患者に対しては毎年、地域住民に対しては 2 年に 1 度、2,000 件の病院評価のアンケートを実施している。その際にも既述の QC 活動と組み合わせ、必ずアンケート結果を現場に伝え、その後の改善結果の報告、職員本人による評価までを実施させることで、単なる調査に留まらず、現場の改善につなげている。

ご意見箱の意見も月 1 回の運営委員会で採り上げ、全職員に公開し、改善すべき点があった場合は、改善策とその結果報告を義務付けている。

さらに地域住民対象として、「すこやか」という広報誌を年 4 回発刊し(毎回 5,000 部発行)、北出病院がどのような病院なのか、どのような医師や職員がいるのかを、医療情報と共に提供している。

このほか、健康まつり、病院の庭を利用した薔薇の撮影会、写真コンクールの開催などを通し、地域住民との交流を図り、信頼と理解を得る努力を続けている。

一方、医療機関へ医師も含めて北出病院の取組みを説明に回っている。さらに医療機関対象に「シンフォニー」という広報誌を年 4 回発刊し(毎回 1,000 部)、当院のクリティカルパスや医療への取組状況を紹介することを通し、連携促進に取組み、患者増を図っている。

開放型病床

患者を確保するには、診療所との連携が欠かせない。地域患者にとっても、一貫し継続した治療を受けることが望ましいことから、平成 9 年からは開放型病床の認可を受け、診療所との役割分担・連携を促進している。

開放型病床を有しても、ブランド病院でもない中小病院が開業医との連携を促進することは難しく、事務部職員、ソーシャルワーカー、看護師、医師と、職員が協力して開業医を訪問し、北出病院の取組みを説明して連携先を増やしていった。

その結果、開放型病床の共同利用件数は年々増加傾向にあり、直近でも平成 16 年度の開放型病床共同利用件数 123 件から翌年平成 17 年度には 206 件へと、7 割近い増加を見せた。

こうした増患策が功を奏し、外来患者数は年々増え続けている。近年だけをみても、表 9 に示すとおり、平成 17 年度は平成 15 年度と比べ 2 割増しである。

救急搬送患者数の推移は表 10 の通りで、平成 17 年度は若干減少したものの、平成 13 年度と比べると約 2 倍に増加しており、地道な増患対策が成果を上げているのが判る。

表 9 外来患者延数推移

(単位:人)

平成15年度	平成16年度	平成17年度
68,935	77,190	82,790

資料：北出病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

表 10 救急搬送患者数の推移

(単位:人)

平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度
236	319	380	494	460

資料：北出病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

ウ) その他 - 新規サービスの発案 -

経営管理機能を強化するため、部門別原価管理、TQM 活動の導入や、病院機能評価、ISO といった第三者評価の取得など、前向きな課題に取り組んできたことから、常に職場で意見を交換せざるを得ない状況にあり、そのため、職員が自由に意見を言える風土、挑戦し続ける文化が醸成された。また、増患策を一貫して実施してきたことから、顧客満足度向上の視点が職員間に生じ、その結果として、新機軸メニューが発案されている。

たとえば老健では設立当初より園芸療法を実践している。園芸療法とは、医療的あるいは福祉的な助けを要する人たちを対象に、植物や園芸活動を利用して心身の状態をより良い方向へ導いていく手法であり、認知症高齢者の問題行動の軽減や血圧の安定効果について学会発表を行い、全国からその手法を見学にくるほど実績と定評がある。

これによって収入や利益が増える取組みではないが、地域により良いケアを提供するため、理事長が率先して実践している。

5) 病院の機能

北出病院の機能を概観すべく入院患者の状況をみると、まず平均年齢は平成 17 年度の一般病棟で 70 歳、療養病棟では 75 歳と、地域の高齢化を反映して入院患者は大半が高齢者である。

疾病別では、胃腸病院としての定評があることから入院患者のうち消化器疾患が

50%と過半を占めるが、脳疾患 20%、整形外科 20%、内科などが 10%と他科も多様化しており、消化器疾患を軸としながら他の診療科の充実を図った効果が出ている。

4 大疾病を有する患者は、糖尿病 5%、悪性新生物 10%、心不全 5%、脳卒中 20%と、入院患者の半分近くに達する。

平成 17 年度の年間手術件数は 331 件であり、ほぼ毎日、手術が行われている。ちなみに麻酔別では全身麻酔 122 例、腰柱麻酔 99 例、局所麻酔 105 例、静脈麻酔 1 例、伝達麻酔 3 例であった（1 例麻酔なし）。件数が多いものは、ヘルニア 36 例、シャント 28 例、大腸 K28 例、虫垂炎 18 例、ガンマネイル 12 例などである。

一般病床は急性期機能を発揮しているため、一般病床の平均在院日数は 16 日と比較的短い（平成 17 年度）。看護配置基準も最も高い配置基準である 7 対 1 を取得している。

また先に記したように、最新の機器を取り入れ、新しい治療手技の獲得のための研究、教育設備が整い、症例数も多いことから、日本消化器内視鏡学会指導施設としての認定、管理型臨床研修病院の指定を厚生労働省より受けている。

療養型病床における入院患者（平成 17 年 11 月）は、経管栄養が 37%、呼吸器装着はゼロ、酸素吸入が 4%、IVH が 4%、人口肛門が 2%、尿道カテーテル挿入が 10%と、特殊治療・処置が必要な患者が半数を超え、医療ニーズの高い患者が多い。

表 11 は、入院患者の入院経路と退院先を示したものだが、圧倒的に自宅から入院し、自宅へ退院（自宅復帰率 78%）という経路が多く、地域で身近な病院として利用されている様子がうかがえる。

表 1 1 北出病院入院患者の入院経路と退院先

平成18年9月1日～30日

入院前の場所(どこから)	
他の病院	6人
老健 (うちグループ内)	2人 (2人)
特養	9人
社会福祉施設	1人
有料老人ホーム、グループホーム等	2人
自宅(1)	130人



北出病院



退院後の行き先(どこへ)	
他の病院	8人
老健 (うちグループ内)	2人 (1人)
特養	5人
社会福祉施設	2人
有料老人ホーム、グループホーム等	1人
自宅(1)	116人
その他(2)	13人

1 : 「自宅」には、病院・一般診療所への通院、在宅医療も含む。

2 : 退院後の行き先における「その他」とは、退院後の行き先が特定できない者で、死亡・不明等も含む。

資料：北出病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

6) 業績

以上述べてきた各種施策が収支や財政状況にどのような結果をもたらしているかを、まとめとして概観しよう。

直近3年間の業績を示したのが表12である。これによれば平成18年3月期は医業収益27億9千万円、医業利益1億9千万円、税引後利益1億3千万円と、順調な姿を示している。

表 1 2 北出病院の業績推移 (単位：百万円)

	医業収益	医業費用	医業利益	経常利益	税引後利益
16/3期	2,607	2,357	250	255	175
17/3期	2,710	2,460	250	275	168
18/3期	2,796	2,603	192	217	130

資料：北出病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

特に医業利益率（表 13）は、平成 18 年 3 月期には低下しているものの、それでも 6.9%の高率にある。これは全国平均⁸でみた医療法人のケアミックス病院⁹3.4%、一般病院¹⁰2.9%に比べ倍以上の高さである。一方、財政状況を見ても、無借金で自己資本比率は 79.7%の高さを誇り、安全性の面でも、極めて高いものがある。先に述べた諸々の施策が業績に表れているといえよう。

表 1 3 北出病院と全国平均の経営管理指標比較 (単位：%)

		北出病院			平成17年度 全国平均(医療法人)	
		16/3期	17/3期	18/3期	ケアミックス 病院	一般病院
医業利益率	(%)	9.6	9.2	6.9	3.4	2.9
借入金比率	(%)	6.7	5.9	0.0	52.2	44.1
自己資本比率	(%)	62.8	69.9	79.7	37.7	40.7

資料：北出病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

⁸ 厚生労働省「平成 16 年度 病院経営指標」「平成 17 年度 病院経営指標」

⁹ ここでケアミックス病院とは、一般病院（一般病床比率 80%以上）、療養型病床（療養型病床比率 80%以上）、精神病床（精神病床比率 80%以上）以外の病院を指す。

¹⁰ 一般病床比率 80%以上

(3) リーダー的大病院存在型/郡部型/介護、福祉志向型の事例

ニューアイデアによる新機軸サービス展開 「くろさわ病院」

1) 法人グループ概要

<p style="text-align: center;">医療事業 (特別医療法人恵仁会)</p> <p>くろさわ病院(83床) 一般43床 療養40床(介護20床、医療20床) 診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・つかばらクリニック (老健併設、無床) ・さなだクリニック(19床) ・菅平高原クリニック (季節診療所、無床) 	<p style="text-align: center;">介護、福祉施設事業</p> <p>老健 (特別医療法人恵仁会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安寿苑(定員82人) ・シルバーポートつかばら (定員70人) <p>特養 (社会福祉法人恵仁福祉協会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アザレアンさなだ(定員50人) 	<p style="text-align: center;">在宅事業 (特別医療法人恵仁会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター ・居宅介護支援事業所3ヶ所 ・訪問看護ステーション3ヶ所 ・訪問介護ステーション4ヶ所 ・通所リハビリテーション4ヶ所 ・宅老所5ヶ所(総定員73人) ・デイサービスセンター1ヶ所 ・グループホーム1ヶ所(定員9名) ・365日3食の配食サービス ・福祉移送サービス ・ケア付住宅13ヶ所(有限会社けいじん) ・介護ショップ(株式会社メディコケイジン)
<p style="text-align: center;">予防医療・リハ事業 (特別医療法人恵仁会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケイジン保健医学センター ・ケイジン健康運動センター(温泉利用型疾病予防施設) ・ケイジンリハビリテーションセンター 		<p style="text-align: center;">ヘルパー養成 (特別医療法人恵仁会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー2級養成講座

くろさわ病院は昭和12年に現・長野県佐久市に産科医院としてスタートし、現在は病院、特養、老健、在宅サービス、予防などを展開する保健・医療・福祉複合体¹¹の恵仁会グループにおける中核である。昭和43年に病院となり、昭和47年に医療法人へ組織変更。その後、昭和51年から61年にかけて漸次増床し、現在の83床体制を築き、平成12年には特別医療法人になった。

佐久総合病院という全国的にも著名な大型急性期病院のお膝元に立地することから、早くから介護、福祉分野へ進出し、この分野で独創的なサービスを提供していることで知られている。たとえば現在は医療機関によるケア付住宅(後述)は盛んだが、恵仁会では介護保険制度創設前から、くろさわ病院に近接した形でケア付住宅を設け、在宅の雰囲気を保ちながら施設のメリットを活かしたサービスを創設した。近年では宅老所を利用して障害児や乳幼児へのデイ・ナイトサービスも提供するなど、地域で必要とされる新たな事業にチャレンジしている。

¹¹ 二木立「保健・医療・福祉複合体」、医学書院、1998年

2) 地域特性

恵仁会の母体であるくろさわ病院は、人口約 10 万人（平成 17 年 4 月）、高齢化率約 24.3%（全国平均 20.1%）の長野県佐久市に立地している。佐久市は周辺地域との市町村合併により表向きの人口は増加しているが、実質的には人口減少、少子高齢化が進み、産業別の就業人口比率をみても、一次・二次・三次産業従事者比率が、全国平均では 5：29：64 に対し、佐久市では 12：39：49 と、特に一次産業従事者の比率が高く、農村色の強い郡部地域である。

人口 10 万人当たり一般病床数を表 14 でみると、全国平均 819 床に対し、佐久医療圏は 879 床と全国平均を上回っている。その理由として佐久総合病院の存在が挙げられよう。表 15 は佐久医療圏の病院一覧だが、佐久総合病院は病床数 821 床と農村色の強い郡部の地域にあっては異例ともいえる大規模病院である。佐久総合病院はドクターヘリも有する三次救急病院であり、佐久医療圏だけではなく、長野県全体の医療の最終砦としての役割を負っている。そのため人口規模以上の大病院が佐久医療圏に存在することが、一般病床の多さにつながっていると考えられる。

佐久総合病院は高度急性期に強いだけでなく、老人保健法の予防活動モデルになっているほど古くから地域の予防・健康増進に貢献し、また地域の診療所に医師を派遣するなど、文字どおりの地域中核病院である。つまり佐久医療圏は、既述の地域特性分類におけるリーダー的大病院存在型の郡部型に属する。

一方、特養・老健といった介護施設も全国平均を上回っている。たとえば老健の高齢者人口 10 万人当たり定員数は全国平均 1,160 床に対し、佐久医療圏で 1,712 床と全国平均の約 1.5 倍もある。その背景として、厚生連を含む公による整備のほか、くろさわ病院のような民による努力の結果が指摘されよう¹²。

表 14 佐久医療圏における人口 10 万人当たり一般病床数及び高齢者人口 10 万人当たり療養型病床・定員数

（単位：床）

	人口10万人当たり(1)	高齢者人口10万人当たり(1)		
	一般病床数(2) 病院 + 診療所	療養型病床数(2) 病院 + 診療所	特養(3)	老健(3)
佐久医療圏	879	892	1,550	1,712
長野県	787	814	1,599	1,318
全国	819	1,495	1,493	1,160

1：人口は総務省統計局『平成 17 年国勢調査』より作成

2：病床数は厚生労働省『平成 17 年医療施設調査』より作成

3：特養及び老健定員数は厚生労働省『平成 17 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

¹² 医療経済研究機構「医療・介護の連携に関する研究事業」、2007 年

表 15 佐久医療圏における病院一覧

病院	開設者	病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
				シェア		シェア
佐久総合病院	厚生連	一般665床 療養40床 精神112床 感染4床	665	36.0%	821	29.5%
小諸高原病院	国立病院機構	一般80床 精神260床	80	4.3%	340	12.2%
佐久市立国保浅間総合病院	佐久市	一般250床 療養73床	250	13.5%	323	11.6%
小諸厚生総合病院	厚生連	一般320床	320	17.3%	320	11.5%
佐久総合病院美里分院	厚生連	精神120床	0	0.0%	120	4.3%
千曲病院	佐久穂町	一般62床 療養55床	62	3.4%	117	4.2%
軽井沢病院	町国民健康保険	一般79床 療養24床(うち介護療養8床)	79	4.3%	103	3.7%
佐久総合病院小海分院	厚生連	一般50床 療養49床	50	2.7%	99	3.6%
川西赤十字病院	日本赤十字社	一般48床 療養36床(うち介護療養20床)	48	2.6%	84	3.0%
御代田中央記念病院	医療法人	一般108床 療養42床(うち介護療養42床)	108	5.8%	150	5.4%
金沢病院	医療法人	一般53床 療養37床(うち介護療養12床)	53	2.9%	90	3.2%
くろさわ病院	特別医療法人	一般43床 療養40床(うち介護療養20床)	43	2.3%	83	3.0%
小諸病院	医療法人	一般36床 療養42床(うち介護療養10床)	36	1.9%	78	2.8%
雨宮病院	医療法人	一般54床	54	2.9%	54	1.9%
合計			1,848	100%	2,782	100%

資料：WAM - NETより作成（平成 18 年 12 月末現在）

3) 地域における位置付けと戦略

くろさわ病院は開設 70 周年の歴史を有する病院であり、地域において身近な病院として信頼を得ている。しかし郡部において、既述の佐久総合病院（821 床）や市立国保浅間総合病院（323 床）といった強力なリーダー的大病院には含まれ（図 4）、これらと伍して急性期を担うのは難しい。他方、圏内で急性期を担う 2 大病院がいずれも公的病院で、介護、福祉分野にはそれ程積極的ではなかった。そこでくろさわ病院の 2 代目理事長は、高度急性期はこれら公的病院に任せることとし、地域密着型医療を展開している病院がバックにある強みを活かした介護、福祉分野への進出を決意した。

昭和 63 年に老健を、平成 4 年には社会福祉法人を設立し、その翌年に特養を、平成 10 年にも県下初のグループホームを開設した。佐久市における恵仁会の老健のシェアは 4 割を超えている（表 16）。その後も後述のケア付住宅を次々に作り、また在宅介護・医療を拡大させるなど、恵仁会グループは医療を母体とした特色を打ち出し、介護分野においては地域の中核的存在となった。

図4 くろさわ病院周辺地図

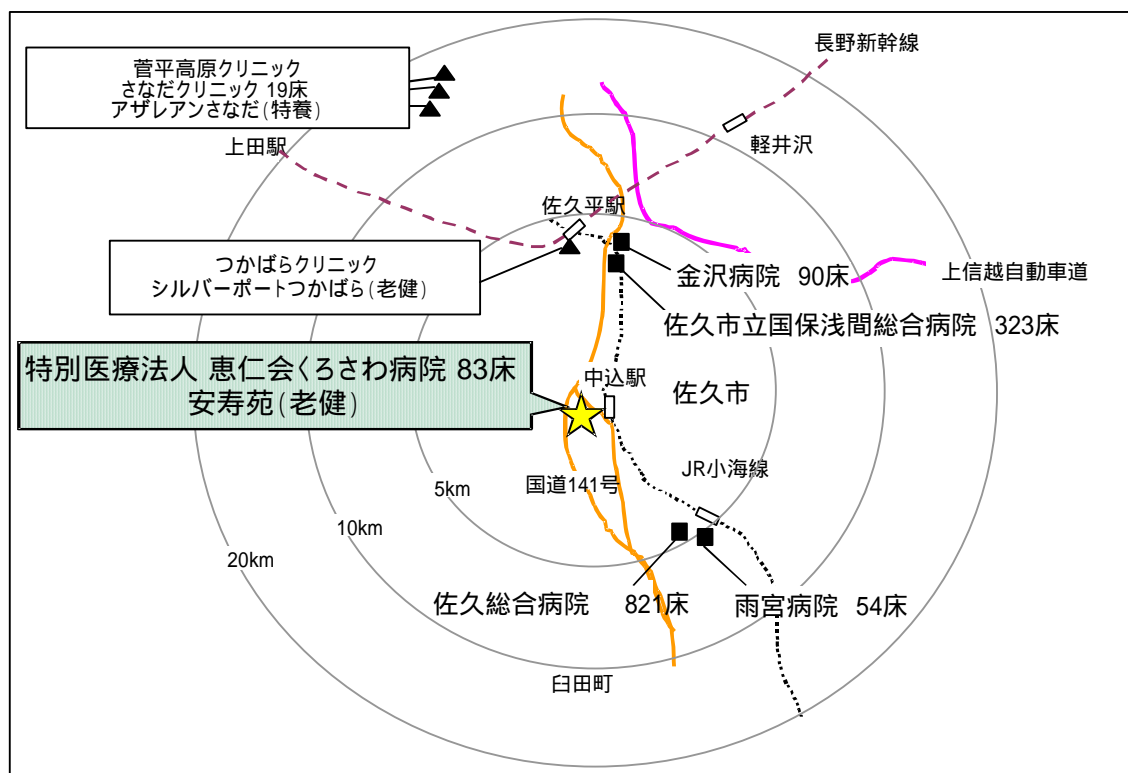


表16 佐久市における老健一覧

老健	開設者	入所定員数	シェア
安寿苑	特別医療法人恵仁会	82	22.4%
シルバーポートつかばら	特別医療法人恵仁会	70	19.1%
介護老人保健施設 愛の郷	社会福祉法人	70	19.1%
佐久総合病院老人保健施設	厚生連	94	25.7%
みすず苑	佐久市	50	13.7%
合計		366	100%

：網掛けは恵仁会グループの老健

資料：WAM - NETより作成（平成18年12月末現在）

4) 介護、福祉分野における新機軸サービスの提供

ア) ニューアイデアによる新機軸サービス

既述のように、くろさわ病院は病院がバックにある強みを活かした介護、福祉分野への進出を図った。

ただ、くろさわ病院の進出にあたっての特徴は、介護、福祉分野は急性期医療と違って生活の延長であり、利用者の意見、生活スタイルの尊重が求められるとし、このことの重要性を十分認識して、地域住民に必要なサービスであれば、たとえ市場が小さくてもその事業を開発し丹念に育てあげていったことである。このため利用者直に接する現場職員の意見を尊重し、そこで必要と認識されたサービスであればただちに実行してみる土壌を育てた。また、前々理事長自らも、新サービスを考案していった。そうした土壌の中で生まれた新たなサービス事例をいくつか述べると、次のようなものがある(以下 ~ は前々理事長のアイデアによる)。

昭和58年から、看護師が無償で1人暮らしの老人宅へ安否確認の電話をする「おはようコール」をはじめ、看護師という医療の有資格者による電話から、独居老人や遠隔に住む家族に安心感を与えるように努めた。診療報酬制度で通所リハビリテーションの患者送迎が点数化される前の昭和63年より、送迎がなければ高齢者の通所は不便という介護現場の体験から、無償送迎を実施した。平成9年より、従来の特養が生活の場であるにも関わらず、地域から隔絶されていることを疑問視し、町の中の家屋を借りてそこへ特養の高齢者を送り出してデイサービスを実施し、夜に迎えに行くという「逆デイサービス」に着手した。平成10年にはケア付住宅を始め、病院に近接して立地させるとともに、小規模多機能サービスの先駆けとなった。平成14年からは宅幼老所を開設し、同一施設内で高齢者だけでなく、乳幼児、さらには障害者・児のケアもスタートさせた。平成17年には経済特区を利用し、町の中に小規模特養を建て、普通の生活の延長線上でのケアを一段と強めたサービスを開始した。

このようにいくつもの新機軸サービスを開発、展開してきた訳だが、このうちビジネスモデルともいえるケア付住宅事業と、高齢者だけでなく乳幼児、障害者・児をも対象に一体的ケアを提供する宅幼老所事業について詳述してみよう。

イ) ケア付住宅事業

恵仁会におけるケア付住宅¹³とは、医療施設の近くに設置し、在宅と同様の環境や雰囲気を保ちつつ、かつリーズナブルな利用料金でケアが受けられることをコンセプトにした高齢者用の集合住宅である。当該施設は法に基づかず、介護保険上も施設指定を受けずに在宅扱いとなり、訪問介護なども全て在宅介護として給付されている。

くろさわ病院から原則半径200メートル以内に、このケア付住宅は普通の民家借上げの形で配置されている。200メートル以内という意味は、入居者に身体上の異変

¹³ ケア付住宅は有限会社けいじんによって運営。

が生じた場合、病院からすぐに駆けつけられるようにするためである。普通の民家を利用したのは、入居者数を 9 名以下の小規模単位とするとともに在宅に近い環境、雰囲気を保ちつつ、施設ケアのメリットを受けられる点を狙いとしたことによる。

そのため、サービス供給側からみれば、民家を賃借することで資金の固定化(投下した資金の回収の長期化)を防ぎやすい、賃借なのでニーズに応じたサービスを弾力的に提供できる(施設では定員が固定化されるため拡大が難しいが、賃借であればニーズに応じて機動的・弾力的に拡大可能。需要が減少した場合、供給縮小も容易)

少人数だが 1 軒に 9 名程度の高齢者がいるので在宅ケアの効率化が図られる、潜在的患者の獲得につながる可能性があるというメリットが挙げられる。利用者からみても、小規模で大規模施設と異なり集団ケアではないため、自分のペースで生活でき、在宅の雰囲気を味わえる、病院が近くにあるため、利用者が身体に変調をきたした場合に、いつでも医療にアクセスできる安心感がある、利用者・家族が望めばターミナルケアも受けられるなど、終の棲家として最後まで暮らせるという長所が享受できる。

利用料は、多様なニーズに応えられるように個室、相部屋、部屋の新しさなどで価格を変え、月 7 万円～17 万円程度(食費、生活支援費、居住費込み)と幅広に設定した。

これらの要素に加え、すぐ近くに病院が存在する安心感もあって利用者からの人気が高く、ケア付住宅は開設から 8 年間で 13 ヶ所にも増えた。

ウ) 宅幼老所事業

平成 14 年からは宅幼老所を開設した。これも恵仁会の独創的な先駆け的サービスの一つである。ここでいう宅幼老所とはケア担当者はケア対象者群毎に異なるものの、高齢者、乳幼児、障害者・児が、同じ時間、同じ場所で肌が触れ合うような形で、共同的に過ごせるサービスである。宅幼老所はケア付住宅同様、在宅の雰囲気を保ち、かつ低コストで賄うため、普通の民家を改修した賃借形式で運営されている。

サービスの内容は大きく以下の 3 つに分類される。

第一は法に基づくサービスであり、介護保険法および障害者自立支援法におけるデイサービス事業である。要介護度や利用時間などにもよるが、利用者 1 人につき 1 日 4 千円前後から 1 万 3 千円程度の収入となる(利用者の負担はこれらの 1 割)。

第二は長野県が独自に行う事業の受託である。長野県では「タイムケア」という制度がある。これは障害者・児の介護者が一時的に家庭で介護できない場合に、予め登録してある民間団体等の登録介護者が時間単位で介護する事業である(1 利用者の年間タイムケア利用可能時間は 300 時間が上限)。恵仁会の宅幼老所でも登録介護者となって当該事業を受託している。しかしこれは利用者 1 人 1 時間 600～900 円の収入であり、採算的には合わないが、地域貢献の精神で請け負っている。

第三は恵仁会が地域貢献の精神に基づき、格安料金で法や行政サービスの網の目

から落ちた人を対象とした独自のサービスである。恵仁会独自で介護保険適用とならない高齢者（または上乘せサービス希望者）や乳幼児に対し、デイサービスとショートステイをボランティア精神で格安料金にて実施している。ちなみに利用料（宅幼老所の収入）はデイサービスで1日 2,000 円（昼食、送迎、入浴含む）、ショートステイで1泊2日 5,000 円（介護費）である。

恵仁会としては、宅幼老所の開設で、地域で何かあったら駆け込める場所として、24 時間 365 日のケア提供体制確立に大きく一步前進したことを感じている。たとえば 障害を持った子が生まれて以来、一度も美容院に行けなかったが、タイムケアのお陰で美容院に行けたと生まれ変わったような笑みをみせた母親、 障害児の兄（中学生）が野球の選手だが、一度も試合を見に行けなかったところ、宅幼老所に障害の子供を預け、はじめて兄の試合を見ることが出来たと喜んだ夫婦、「この子は私がいなければ何も出来ない」と障害児と離れようとしなかった母親に、宅幼老所で自立した姿を見せた息子、 片親で幼児（2 歳）を抱え就労困難に陥っていたところ、朝、宅幼老所に子供を預け、宅幼老所スタッフが保育園へ子供を送り迎えし、夜再び宅幼老所で子供を引き取ることで就労できた父親、 はじめは遠慮がちだったのが我がままを言うほど打ち解けてくれた障害者、 いつも1人だったため情緒不安定だったが、高齢者を含め宅幼老所で皆から注目され続けることで愛情を感じ安定してきた幼児など、様々な手応えを実感している。

今では近所の小学生が学校帰りにぶらっと立ち寄るほど、地域に根付いた存在となった。

開設当初は、高齢者と障害者を同じ施設で看ることに行政が不理解であり、玄関、風呂、居間食堂は高齢者用と障害者用に区分するなどの指導を受けた。たまたま二世帯住宅だったため、風呂が 2 つあり、テラスを玄関に見立てて何とか許可を取った。しかしこの取組みは、地域ケアの拠点として重要な役割を果たしていると高く評価され、「長野県福祉の町づくり」の県知事賞を受賞した。

障害者と同じ部屋にいることを嫌がる高齢者もはじめはいたが、その当事者が今では障害者の食事介助を毎日の日課として、それを生きがいとしている。ケアを受ける側であった高齢者が、宅幼老所内のほかの利用者に対して、世話をを行ううちに、自分が看なければという責任感が芽生え、元気になる高齢者もいる。

スタッフとしては、「この方にはこんな力、能力があったんだな」「こんなことも出来るんだな」と、高齢者、障害者から教わる毎日だという。

経営面では、将来は介護保険法と障害者自立支援法が一本化するかもしれないことから、こうした要介護者と障害者・児を一体的に看る事業へ早期に取り組むとともに、障害者ケアには特別なノウハウが必要であることから、障害者を看るヘルパー養成講座も開設し、この面での人材育成にも手を打ち始めた。

このように医療を軸に高齢者ケア、障害者・児ケア、乳幼児ケアの一体的提供を実践しているが、これも法整備に先駆けたものとして、恵仁会の特徴を現している。

さらにこれらサービスのほか恵仁会グループでは、介護保険外サービスとして、配食サービスを 365 日 3 食の体制で実施している。配食サービスを提供している事業所は数多くあるが、1 年中 3 食体制で行うところはほとんどない。利用者にとれば盆暮れ正月も含め、栄養に配慮した食事が取れることは、在宅を維持するうえで重要である。配食サービス単体では年 100 万円程度の赤字である。また、高齢者や障害者の移送手段として福祉有償移送サービス事業も認可を取り、1 回 400 円（30 分単位）で提供しており、月 618 件稼働して収入 247 千円、支出 456 千円で 209 千円（年間 250 万円）の赤字であるが、地域で在宅を支えるには必要なサービスであること、地域で頼れる存在として認識されるための PR にもなることなどを勘案し、継続している。

5) 地域連携

くろさわ病院では地域の中で自院の位置付けを確立するためにも、地域連携を重視しており、その施策の一つとして開業医との連携を図っている。

その具体例の一つがセミオープンベッドシステムの導入である。これは診療報酬で規定するものとは異なり、くろさわ病院と開業医とで個別に契約を結び、開業医がくろさわ病院に患者を入院させ、病院で手術、治療を行うものである。退院後は開業医が患者をフォローする。診療報酬上のオープンベッドでは、20 以上の開業医の登録が必要であるため、大病院が行うケースが多いが、これは近隣の開業医で手術を要する医師に声をかけ、同意が得られれば成立するので中小病院でも相手さえ見つければ実行可能である。開業医との契約に関しては、手術料は全て開業医、材料費分と入院費はくろさわ病院の収入としている。このような契約を 3 名の近隣開業医と結んでいる。

これによって入院患者数・介護サービスの利用者数が増えるだけでなく、退院後にリハビリや温泉プール利用などのために通院するケースもあり、収益の増加につながっている。またくろさわ病院の職員にとっても、新しい知識や技術の習得、開業医やその職員とのカンファレンスによる信頼関係構築にも役立っている。開業医にとっても、手術室の投資を行うことなく、患者の手術を行えるメリットは大きい。

さらに地域連携を兼ねた医師不足対策のため、くろさわ病院では地域の開業医 3 名に外来診療をそれぞれ週 1 日ずつ依頼している。これは前々理事長時代に、常勤の整形外科医がいなかったことから始めたものである。内科 2 名、整形外科 2 名の開業医は休診日を利用し、半日、病院外来を実施してくれており、医師不足の中この協力は大きい。これらの取組みもあって、くろさわ病院の入院患者の半分は地域開業医からの紹介である。

地域医師会の活動や、飲み会には院長自ら積極的に出向き、これら連携構築に努めている。そのほか、表 17 に示すような地域の医療や介護に関する様々な会議には、院長や地域連携室スタッフをはじめ関係者が常に顔を出す。また、これら会議は顔の見える連携に役立つだけでなく、たとえば東信地区看護連絡協議会では、東信地区全病院における入退院調整担当者および連絡先の一覧を作成し、誰に連絡を取れば良いのか判

りやすくすることで、地域連携の円滑化に役立っている。

表 17 恵仁会が出席する地域の医療や介護に関する会議例

医療と介護 の連携関係	医師・ケアマネ・行政・保険者の懇談会
医療関係	医師会 医療法人協会 全日本病院協会 長野県病院協議会 県地域医療連絡協議会 東信地区看護連絡協議会 医療マネージメント学会長野地方会 女性医師の会 薬剤師会 看護協会佐久支部活動
介護関係	佐久圏域介護保険事業者連絡協議会 佐久市居宅介護支援事業所連絡協議会 佐久市介護保険施設等研修会ならびに連絡会 長野県老人保健施設協議会 県宅老所・グループホーム連絡会 佐久地区老人保健施設親睦会 全国老人デイケア連絡協議会 宅老所・グループホーム全国ネットワーク 全国認知症グループホーム協会

資料：ヒアリングやくろさわ病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

これらは他者が主催する会議への受動的な参加だが、恵仁会でも地域のサービス提供者を集めた会議を自ら開催する。たとえばサービス担当者会議（月1回定例で法人外のサービス提供者も参加）や、地域包括支援連絡会がそれである。後者は平成18年4月より恵仁会が地域包括支援センターに指定されたことより始まったもので、中込地区の介護保険事業者が一堂に会して事例検討を行うほか、行政などからの情報伝達の場としても活用している。

地域のリーダー病院である佐久総合病院からの紹介入院患者は、年間5名前後で推移している。佐久総合病院としてはもう少し入院患者を引き受けてほしいが、くろさわ病院としては一般病床が43床しかないことなどから、なかなかベッドが空かないという。ただ佐久総合病院側からみると、くろさわ病院が引き受けてくれる患者は困難事例が多いなど、選り好みをせず重度の患者を受けてくれる点や、介護分野が充実し、退院後もケアを依頼できる点などから、地域連携のうえで大いに頼りにしている相手と位置付けている。

また、佐久総合病院では研修医の研修先に恵仁会のケア付住宅や宅幼老所を活用している。佐久総合病院の地域ケア科医長によると、従来の医療や福祉は管理するケアだが、慢性期が中心の高齢者ケアにおいては患者や利用者の意思や生活スタイルを尊重したケアが重要である。その点、ケア付住宅では施設の都合に合わせるのではなくて、大

規模施設では実現できない高齢者各自のリズムに合わせた生活スタイル、寄り添うケアを実践しており、また介護スタッフの情熱も素晴らしく、若い研修医にそれらを学んでほしいと考え恵仁会に研修医の研修を依頼したという。

介護、福祉分野については、恵仁会の介護部長が長野県の介護保険計画策定の座長、地域ケア構想策定委員会の委員を務めていることなどから、地域事業者、行政と常に連絡を取り合う関係にある。また地域の NPO がケア付住宅や宅幼老所を開設したいという話があれば、恵仁会としてこれら外部業者との連携が重要との認識から、当部長をはじめ職員が無償で現地まで赴いて開業前のアドバイスをしたり、日頃利用している業者を紹介するなど支援に努めている。営利的な考えからすれば、ライバルへアドバイスするなど考えられないことだが、地域で必要なサービスは自分たちだけでは支えきれないという認識から、地域全体で支えるという、地域ケアの原点に立った考えに基づいている。

リーダー的大病院存在型の地域にあって、リーダー病院とこうした協力共助(協働)の関係を構築していることは、リーダー病院との間に地域における機能、役割を見事に分担している姿が読み取れる。

6) 入院患者の容体および入退院経路

ここでもろさわ病院の患者の状態や、患者がどこから来てどこへ行くのか、患者の流れを概観しよう。

平成 19 年 2 月末時点为例にとって入院患者の状況を見ると、一般病床では 43 人が入院中で、平均年齢 78.05 歳、そのうち要介護の入院患者は約 6 割、一方療養病床では 40 人が入院中で、平均年齢 88.75 歳、全員が要介護で平均要介護度は 4 である。なお、一般病床も含め入院患者のうち認知症は 35%であった。

平成 17 年度の入院患者のうち、4 大疾病を有する患者は、糖尿病 7%、悪性新生物 5%、心不全 12%、脳卒中 23%であり、入院患者の半分近くが、4 大疾病のいずれかを有しており、平成 18 年度も同じ傾向である。院長、入退院調整を実施する地域連携室の看護師によると、社会的入院患者は常に 1 名程度だという。原因は次の移動先が見つからないことによるが、2~3 ヶ月以内には老健などへの移動が決まる。

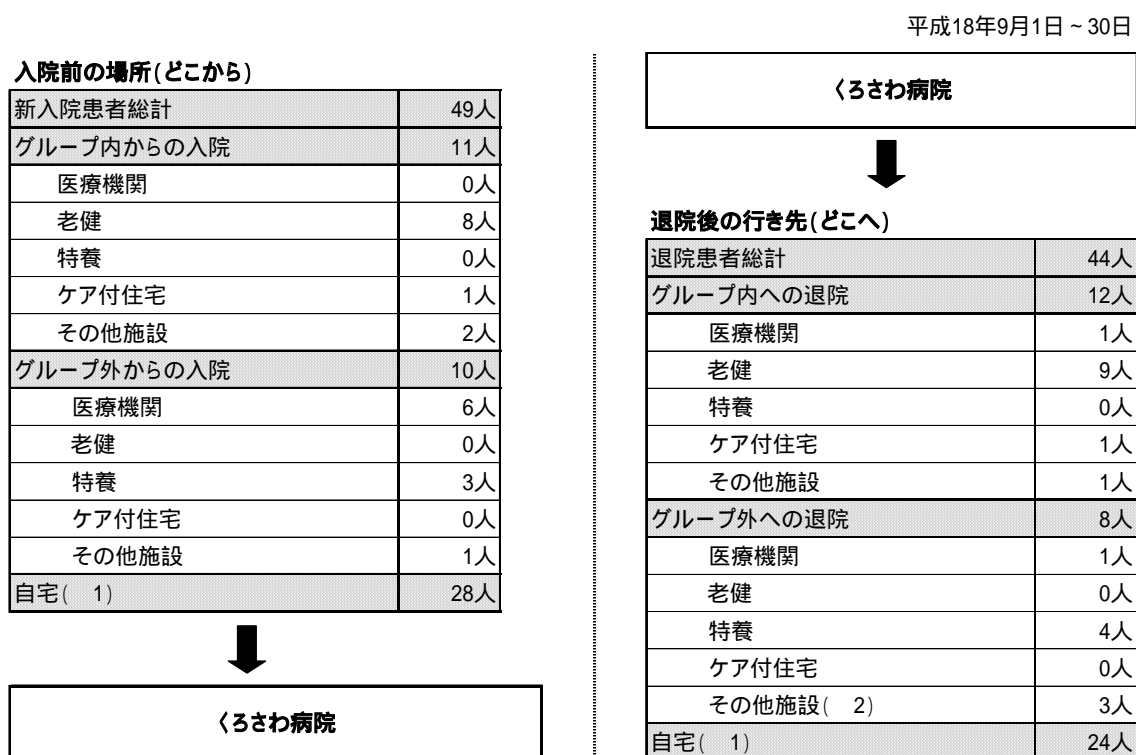
次に入退院経路であるが、表 18 は平成 18 年 9 月 1 日から 9 月 30 日までの 1 ヶ月間の、くろさわ病院における入退院患者の移動状況を示したものである。当該期間における新規入院患者数は 49 名であり、その内訳はグループ内施設からの入院患者 11 名、グループ外施設からの入院患者 10 名、自宅からの入院患者 28 名であった。自宅からの入院患者を除いた施設からの入院患者 21 名だけで見ると、グループ内施設からの患者は 11 名と半分に達している。このように、同一の経営主体のもとで医療機関と介護施設が運営されていることによって連携がスムーズに行われる利点がある。

ただし、恵仁会グループでは患者・利用者の希望を尊重する考えから、グループ内施設の患者・利用者にも、どこでサービスを受けるか、誰を主治医やケアマネジャーに

するかは患者・利用者の自由な選択に任せている。このためケア付住宅の利用者のうち、恵仁会以外のケアマネジャーを選択している利用者は約 15%、恵仁会以外の主治医を選択している利用者は約 23%にのぼっている（平成 19 年 3 月現在）。

一方、退院患者についても、退院後の移動先を見ると、退院患者 44 名中グループ内への退院が 12 名、グループ外が 8 名、自宅が 24 名と、患者の退院先として、グループの施設が大きな役割を果たしていることがうかがえる。

表 18 くろさわ病院の患者の流れ



1 : 「自宅」には、病院・一般診療所への通院、在宅医療も含む。

2 : 退院後の行き先における「その他」とは、退院後の行き先が特定できない者で、死亡・不明等も含む。

資料：くろさわ病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

7) 介護事業の収益面への影響

くろさわ病院単独では、平成 9 年から平成 15 年度まで赤字が続いていたが、介護保険制度施行後、介護事業が収益・利益ともに大きく伸びたことから、恵仁会全体では平成 12 年度より黒字転換し、現在に至っている。そこで収益面の効果について、介護事業が恵仁会グループにどの程度寄与しているのかを見てみよう。表 19 は恵仁会グループにおける医療と介護事業の売上構成比率の推移である¹⁴。これによると、介護事業

¹⁴ 医療事業はくろさわ病院、診療所 3 ケ所分、介護事業は老健 2 ケ所、ケア付住宅 15 ケ所、訪問看護 3 ケ所、訪問介護 4 ケ所等で、社会福祉法人（特養）分は含んでいない。

の売上比率は平成 10 年度には 48%であったものが年々上昇し、平成 17 年度には 57%と 6 割近くに達し、医療事業を上回る状況となっている。

利益構成では、平成 17 年度実績で医療事業 23%、介護事業 73%と、介護事業が大きなウェイトを占めるに至っている。病院を母体とした強みを活かした介護事業への進出が、くろさわ病院の経営安定化に大きく寄与していることが判る。

一方、恵仁会全体で様々な医療機関・介護サービス業者、自治体との連携を図った結果、くろさわ病院の外来患者数、入院、手術件数はともに増加傾向にあり、表 20 に示すとおり医業収益も直近 5 年間は増収を続け、連携の成果が出はじめています。

表 19 売上構成比率の推移

(単位：%)

	11/3期	12/3期	13/3期	14/3期	15/3期	16/3期	17/3期	18/3期
(A)医療事業(A/C)	52	52	49	52	45	44	43	43
(B)介護事業(B/C)	48	48	51	48	55	56	57	57
(C)恵仁会収益合計	100	100	100	100	100	100	100	100

資料：恵仁会資料より明治安田生活福祉研究所作成

表 20 くろさわ病院の医業収益伸び率推移(平成 11 年 3 月期を 100 として計算)

(単位：%)

11 / 3 期	12 / 3 期	13 / 3 期	14 / 3 期	15 / 3 期	16 / 3 期	17 / 3 期	18 / 3 期
100	87	86	97	102	111	123	127

資料：恵仁会資料より明治安田生活福祉研究所作成

(4) リーダー的大病院存在型/都市型/専門特化志向型
 地域連携における都市型リハビリによる地位の確立 「熊本託麻台病院」

1) 熊本託麻台病院グループ概要

医療施設	介護、福祉施設	在宅サービス
熊本託麻台病院（142床） 一般 142床 回復リハ 58床 亜急性期病床 8床 診療所 熊本託麻台病院歯科診療所	老健 ・コズビ°ア熊本（定員 96人） ・第2コズビ°ア（定員 54人）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護 ・ 訪問介護 ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業 ・ 給食サービス（株式会社） ・ テクノエイド（株式会社）

熊本託麻台病院はリハビリテーション（以下、リハビリ）という言葉がまだ一般的ではなかった昭和52年、都市型リハビリを目指し、熊本市第1号のリハビリ施設としてスタートした。

当時はリハビリ自体が社会的に認知されず、仮にそれが実施される場合でも、土地の安い山間部での提供が当然と考えられた時代であった。しかしノーマライゼーションの考えに基づき、日常生活の延長線上でリハビリは実施されるべきであり、住宅地で行えば、通院しながら社会生活を送ることが出来るなど、早い社会復帰が可能という考えから、あえて都市部での開設となった。

現在は回復リハ58床を含む計142床を有し、そのほかに老健2施設、地域包括支援センターや訪問看護・介護などの在宅サービスを提供している。別会社として給食サービスとテクノエイド事業を行っており、特に福祉用具の製作販売などを実施しているテクノエイドでは、身体障害者が職員として勤務しており、雇用の面からも社会復帰を後押ししている。

2) 地域特性

熊本託麻台病院が属する熊本医療圏は、人口 65 万人の熊本市のみで構成されている都市型地域である。

110%を越す病床過剰地域で、表 21 に示すとおり、人口 10 万人当たりの一般病床数は、全国平均が 819 床に対して熊本医療圏は 1,408 床と 1.7 倍、高齢者人口 10 万人当たりの療養型病床数は、全国平均 1,495 床に対して熊本医療圏は 3,826 床と 2.5 倍もある。

表 2 1 熊本医療圏における人口 10 万人当たり一般病床数及び高齢者人口 10 万人当たり療養型病床・定員数

(単位：床)

	人口10万人当たり(1)	高齢者人口10万人当たり(1)		
	一般病床数(2) 病院 + 診療所	療養型病床数(2) 病院 + 診療所	特養(3)	老健(3)
熊本医療圏	1,408	3,826	1,083	1,316
全 国	819	1,495	1,493	1,160

1：人口は総務省統計局『平成 17 年国勢調査』より作成

2：病床数は厚生労働省『平成 17 年医療施設調査』より作成

3：特養及び老健定員数は厚生労働省『平成 17 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

さらに図 5 のとおり、熊本大学医学部附属病院(843 床)、市立熊本市市民病院(554 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)、国共連熊本中央病院(361 床)と、6 つもの公的大型急性期病院が名を連ねる。

上記公的大病院を川上とし、特に脳疾患を主とした連携体制は「熊本方式」と呼ばれ、全国的に知られているほど、大病院を中心とした医療提供体制が敷かれており、都市型のリーダー的大病院存在型の地域である。

このように圧倒的な地位にある大病院が 6 つも存在するため、他の多くの病院は急性期を諦め療養型病床へ転換する傾向が強く、先に述べたとおり二次医療圏における療養型病床数が全国平均の 2.5 倍にもものぼる結果につながったと思われる。

このため受け皿病院間の競争は激しい。一般に急性期病院の悩みとして、療養型など後方病院がなかなか新規患者を受け入れてくれないため、患者の行き先がないことが指摘されるのに対し、熊本市においては、先の大型急性期病院のある医師によると、「患者の転院を後方病院に依頼して、1 週間以内にベッドを確保できない場合、その後方病院への転院は止めて他の病院に移す」と言うほどである。

3) 地域における位置付けと戦略

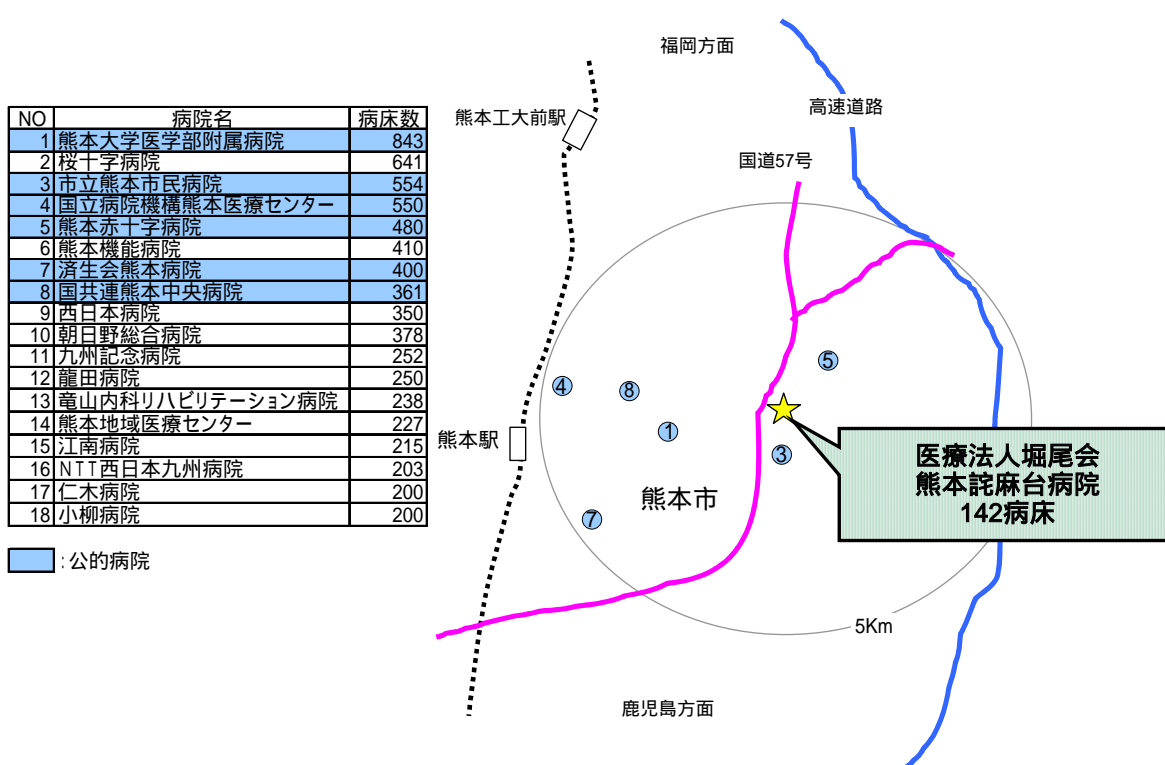
熊本託麻台病院は、昭和 52 年、熊本市内に現理事長により開設された。既述の

ように、開設当初より患者の社会復帰を目指した、リハビリ病院としての機能発揮を理念として掲げた。そのため医療のみに留まらず、介護、福祉分野にも早くから積極的に取組み、老健を県下で第一号として開設した。

一方、既に述べたように競争の激しい地域にあり（図 5 参照）リハビリを実施するにも、他の大型受け皿病院と伍して特色を出す必要性があった。

以下では、連携への取組みが活発なことで全国的に知られている熊本市において、熊本託麻台病院がどのような連携対策を進めたかについて述べる。

図 5 熊本託麻台病院と周辺の 200 床以上病院



4) 施策

ア) 地域連携の促進

急性期病院と回復期病院との連携

連携が進んでいると言われる熊本市だが、従来は急性期病院とリハビリ病院間で息が合わない面が少なくなかったという。急性期病院では回復期病院を信頼できない、本当にリハビリができるのかと疑心暗鬼だった。回復期病院では、急性期病院に入院後、半年も過ぎてから転院させてくるなど、患者を送るのが遅すぎる、これではリハビリの効果が出ないといった具合である。

こうした中、まだ公的病院にソーシャルワーカーが配置されていない当時、唯一熊本済生会病院ではソーシャルワーカーを配置していた。そこで熊本済生会病

院と熊本託麻台病院のソーシャルワーカー同士で、いかに互いの病院を理解し、適切な時期に適切な場所へ患者を退院させるか、平成元年前後から勉強会を始めた。このように、まずはソーシャルワーカーの交流を発端として、病院間の連携作りが動き出した。

ソーシャルワーカー同士の勉強会を契機に、医師も交えた交流が広がった。平成7年からは、熊本託麻台病院が世話人の一人となり、「脳血管疾患の障害を考える会」をつくり、地域全体で地域ケアについて勉強する場、互いを理解する場を設けた。研究会は講演会が年2回、世話人会が年4回なので、2ヶ月に1度は各病院の医師同士が顔を合わせる仕組みが出来上がった。

勉強会は、急性期から亜急性期、慢性期へ移行する際にうまくいっていない事例を勉強することを第一とした。どのような状態の患者が、どういう時期に送られてきたか、どのようにうまくいかなかったかを話し合うことで、現状の問題点が判ったという。

さらに、急性期医療に従事する者は亜急性期や慢性期医療を、慢性期医療に従事する者は急性期や亜急性期医療を学び、相互の治療内容について勉強することに重点を置いた。

たとえばこの会が始まった頃は、尿路カテーテルを1週間入れたままで感染症を起こしている患者が熊本託麻台病院へ転院されてきたり、寝かせきりで頭に褥瘡がある患者が送られてきたケースなどがあった。急性期病院では忙しく、きめ細かなケアがなされていない部分があったところ、当勉強会で急性期以外のケアのあり方を学んでもらい、このようなケースはなくなったという。

また、後方病院では重症患者のケアを学び、急性期病院から症状の重い患者が送られてきても、容態が急変するような状態でない限り、受け入れるための人員体制構築、亜急性期ケアの向上に努めた。

現在では、発症から5日で患者を後方病院が受けてよいとしている。リハビリが必要になる患者は発症段階から判るので、その時点で急性期病院からリハビリ病院へ連絡を入れることとした。

リハビリを効果的に実施するには出来るだけ早く急性期病院より患者を受けが必要があり（寝たきりが続くと筋力が落ちる、褥瘡が出来る、感染症にかかるなどの可能性が高まり状態が悪化する）それを理解してもらうためにも熊本託麻台病院が中心となって急性期とリハビリ病院に呼びかけ、先の研究会を立ち上げた。熊本託麻台病院だけでこのような会を急性期病院と立ち上げて、中小病院でキャパシティが小さいため受け入れ可能患者数も限りがあり、大病院側のメリットが小さい。地域の主なりハビリ病院も誘ったことで、参加メンバー間の相乗的メリットが受けられるようになった。

これによって、患者が早期に急性期病院から同院を含む参加病院へ転院し、点

数の高いリハビリが出来る体制を作った。

回復期病院と療養型病院との連携

急性期～回復期の連携を図る一方で、平成 15 年には、「回復・維持期リハを考える会」を立ち上げた。これは回復期から療養までが対象である。この研究会を組織した背景は、急性期病院の平均在院日数が短縮化される中、療養型病院における患者の退院が遅いと、回復期リハビリ病院の患者の入退院が円滑に流れなくなることである。

この考える会では、まず参加病院が自院の特徴を紹介するプレゼンテーションから始めた。これによって、まず各病院が自院の地域における存在意義を再認識し、独自の機能強化に努めた。たとえば同じ療養型病院でも療養型病床にリハビリスタッフを入れて患者の在宅復帰を図る病院、終の棲家として一度入院したら、最後まで（亡くなるまで）面倒を見るタイプの病院など、いろいろなタイプの療養型病院が地域に点在することとなった。また、患者を送る側では、各病院の機能や取組み姿勢を知ることができ、よりマッチした病院への転院が可能となった。この結果、地域全体の患者の流れがスムーズになったという。

このような努力の積み重ねを経て、近年では、先の 2 つの会（「脳血管疾患の障害を考える会」、「回復・維持期リハを考える会」）の参加メンバーを軸に「脳卒中地域連携パス」を作成する段階に至った。一般的に地域パスは、急性期からリハビリまでを対象とするが、このパスの特色は、発症から在宅までをカバーする点にある。地域パスは平均在院日数短縮を目的として作られるケースが多いが、当該パスは、患者のニーズは何か、どうすればより治療効果が上がり効率的かという視点で作り、それを患者に提示することで、結果的には在院日数が減るかもしれないが、それは目的ではないという。

地域全体が病棟

ソーシャルワーカーの交流に始まり、地域連携パス作成にまで至り、これによって各病院の特徴が把握され、患者を適切な時に適切な場所へ送る体制が出来上がった。言い換えると、あたかも地域全体が一つの病棟と捉えられる状態になったという。ところで先の 6 大急性期病院の一つである熊本市民病院ではリハビリを平成 19 年度から廃止し、地域の病院へ任せると決定したが、これはその端的な反映といえよう。

なお、施設の脳卒中地域連携パス参加状況をみると、パス登録施設は回復リハビリを有する熊本市内の病院 48 病院中 18 病院、療養型病床を有する病院 25 病院中 21 病院、老健は 22 施設中 8 施設であり、相当程度普及しているといえる。

熊本で何故連携がうまく進展したか

一般に連携は必要視されながら、なかなか進んでいないのが実態と指摘されている。それには様々な理由が考えられるが、機関間の信頼関係の希薄さ、音頭を取る者の不在、連携のルール作りの欠如、情報の共有が進まないなどが挙げられよう。

熊本市で連携がうまく進展してきたプロセスを概観してきたが、ここで今述べた連携阻害要因に照らして、これをどう克服してきたかの視点で振り返ってみよう。

まずソーシャルワーカーや医師が勉強会を通じて定期的に会合を重ねたということは、第一の阻害要因である信頼関係の欠如を打破するものといえる。またこうした連携を主導するリーダー、つまり音頭取りがいたことが指摘できる。さらに連携パスを作成したことは、一種の連携におけるルールの機能も果たすとともに、当然に連携パスは情報共有のツールとなった。熊本の場合はこういった方法を通じて、連携を阻害している要因を乗り越えていったといえよう。

イ) 急性期病院の信頼を得るための取組み

地域連携の中でリハビリ機能を発揮するためには、急性期病院の信頼を得る必要がある。そのため熊本託麻台病院では、第一に回復期リハビリ機能を強化した。まずは142床のベッド数に対してPTが20名、OTが10名、STが3名と、人員を充実させた。かつ、スタッフの勉強会を奨励し、リハビリの質の向上を図った。

第二に、リハビリ機能の強化だけではなく、それに付随する急性期機能のレベル向上にも努めた。

急性期病院側からみれば、後方病院の治療レベルに不安を感じれば、患者を送ることに躊躇せざるをえない。

熊本託麻台病院は、後方病院間の競争が激しい環境下、急性期病院の平均在院日数短縮化に対応すべく、どのような患者でも受け入れられる機能を備えることに力点を置いた。これが熊本地域においてリハビリ病院が生き残るうえでのキーポイントであった。

そのため同院では、リハビリテーション科や整形外科のほか、発達小児科、一般内科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科も標榜し、脳神経外科医、内科、消化器内科医、循環器内科医が常駐する体制を敷いている。

その結果、脳圧が高くても、気管切開していても、脳挫傷で意識障害の患者でも受け入れられる。それだけ、医師、看護師レベルが高く充実しており、ある公的急性期大型病院の医師曰く「リハビリの重装備化」と言われているほどである。

「脳血管疾患の障害を考える会」が立ち上がった平成7年頃は、同院では診察

してリハビリの適用かどうかを決めてからでないとい入院できなかった（リハビリ適用患者でなければ受けなかった）ところ、どのような患者でも受け入れる方針とし、そのためのスタッフを揃えた結果、従来は脳卒中リハビリの患者は年 20 人だったのが、今では月 20 人以上に患者が増えている。

5) 病院の機能

熊本託麻台病院の中核機能はリハビリである。そのため、たとえば入院患者が脳卒中を起こせば、それに最適な病院に転院してもらう。これには、患者は症状に応じた機能が充実したところで治療を受けるべきであること、同院側もリハビリ以外の患者が増えればリハビリの機能が落ちてしまうので、機能を発揮するためにも、適切なところに患者を送りあうことを重視するという考え方が背景にある。

一般病床の平均在院日数は 20 日を切ったところで、回復リハビリは 60 日である。

入院患者の平均年齢は 70.4 歳。入院患者のうち 4 大疾病を有する患者は、脳卒中が圧倒的に多く、平成 18 年度でみても心臓病 2.1%、糖尿病 1.6%、ガン 0.7% に対して脳卒中患者は 20.6% と飛び抜けて高い。表 22 は入院患者の疾病を多い順に並べたものだが、やはり脳梗塞が圧倒的に多い。

表 2 2 入院患者の主な疾病（上位 15 位）

順位	ICD	分類	件数
1	I63	脳梗塞	397
2	S72	大腿骨頸部骨折	232
3	G91	正常圧水頭症	209
4	I61	脳出血	194
5	I66	脳塞栓症	116
6	J18	肺炎	105
7	G47	睡眠時無呼吸症候群	97
8	R52	慢性難治性疼痛	77
9	M16	変形性股関節症	67
10	S82	下腿部骨折	60
11	S06	外傷性脳出血	57
12	E14	糖尿病	56
13	M62	廃用症候群	53
14	S32	骨盤骨折	45
15	M51	腰椎椎間板ヘルニア	41

資料：熊本託麻台病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

機能分化と地域連携を図っていることから、患者の紹介が多く、表 23 によると、入院患者の約 4 割は 6 大急性期病院からの転院である。

急性期病院が安心して患者を送れるように、急性期がわかる医師を置き、脳神経外科や循環器などの医師の視点を持ったリハビリを行い、状態の悪い患者も引き取れるなど、大型急性期病院からみても、機能分化の上に立った適切な役割をより専門的に果たせる、また在院日数短縮のうえからも早期のバトンタッチの出来る、地域医療におけるネットワーク機能を発揮する連携病院となった効果といえよう。

また退院患者の行き先も、表 24 をみると、先の 6 大急性期病院への転院も 1 割弱ほどある。急性期の治療が必要となれば自院の治療に拘ることなく、まさに機能分化と連携を発揮して、患者を最も適した場所にする体制を取っている様子がうかがえる。

表 2 3 入院患者の入院経路

	H16	H17	H18
6大急性期病院	45.0%	46.3%	39.6%
上記以外の県内病院	5.2%	5.2%	4.8%
県外病院	0.8%	0.7%	0.8%
診療所	4.1%	3.4%	3.7%
グループ施設(老健)	5.2%	5.9%	6.3%
老健(グループ外)、特養、特定等	0.3%	0.4%	0.7%
身体障害者療護施設	0.0%	0.0%	0.1%
自宅	39.5%	38.0%	44.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

資料：熊本託麻台病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

表 2 4 退院患者の退院先

	H16	H17	H18
自宅	66.8%	64.8%	69.5%
グループ施設(老健)	10.4%	12.1%	10.7%
老健(グループ外)、特養、特定等	2.1%	2.3%	2.8%
身体障害者療護施設	0.0%	0.1%	0.2%
有床診療所	0.3%	0.1%	0.8%
療養型病院	9.3%	9.6%	6.5%
6大急性期病院(増悪転院)	9.1%	7.6%	6.7%
上記を除く病院	1.1%	2.0%	1.7%
死亡	0.8%	1.4%	1.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

資料：熊本託麻台病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

2. 自治体病院

自治体病院については大半の病院が赤字状態にあって、地方財政上の負担ともなっていることから、抜本的な経営改革の必要性が指摘されている。また具体化が差し迫った医療計画を作成するうえでも、自治体病院の役割は重要であり、その現状、問題点、課題を的確に把握することが不可欠である。加えて民間病院にとっても、自治体病院との連携やその受け皿となるケースも想定されることなどから、自治体病院の実状を知る意義は大きいと思われる。そこで本稿では(1)自治体病院の経営の現状、(2)現在行われている主な改革手段、(3)今後の改革の方向性を検討し、最後に(4)経営改革の事例を示すこととした。

(1) 自治体病院の現状

表 25 は県立、指定都市立、市町村立、組合立全てを含めた自治体病院総計の平成 16 年度決算を補助金控除前(公表ベース)と控除後(実質ベース)の 2 つに分けて示したものである。

表 25 自治体病院総計の平成 16 年度決算

(単位:百万円)

	補助金控除前	補助金控除後
医療収益	3,625,549	3,524,092
うち補助金()	101,457	
医療費用	4,012,801	4,012,801
医療利益	-387,252	-488,709
医療外収益	502,527	62,832
うち補助金()	439,695	
医療外費用	247,000	247,000
経常利益	-131,725	-672,877
特別利益	30,569	17,040
うち補助金()	13,529	
特別損失	24,915	24,915
純利益	-126,071	-680,752
補助金合計	554,681	

：補助金とは、他会計負担金、国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計繰入金を加えたものである。

資料：地方公営企業年鑑より明治安田生活福祉研究所作成

これによると補助金控除前でも最終利益は 1,260 億円の赤字だが、平成 16 年度の

補助金は5,546億円なので、これを差し引いた実質ベースの利益はなんと6,800億円の赤字となる。国民医療費約30兆円に対して、6,800億円はいかに巨額と言わなければならない。赤字計上の理由はいろいろと指摘されているが、ここで医療法人と各種経営指標を比較しつつ、赤字要因を整理してみよう。

両者の主な経営指標は表26のとおりである。

表26 医療法人と自治体病院（補助金控除後）の経営指標（平成16年度）

(単位: %)

経営指標		医療法人	自治体病院
経常利益率	(1)	3.2	-19.1
委託費込人件費比率	(1)	55.7	(2) 66.1
人件費比率	(1)	51.8	(2) 56.8
委託費比率	(1)	3.9	9.3
物件費比率	(1)	31.7	48.5
材料費比率	(1)	21.1	27.6
(医薬品費比率)	(1)	12.8	14.9
経費比率	(1)	10.6	20.9
資本費比率	(1)	5.2	11.3
減価償却費比率	(1)	4.0	7.8
金利負担率	(1)	1.2	3.5
1床当り固定資産額(千円)	(3)	11,422	20,886
常勤医師1人当り人件費(千円)	(3)	14,650	15,003
常勤看護師1人当り人件費(千円)	(3)	4,819	5,655
職員1人当り人件費(千円)	(3)	5,957	7,597

1：医療法人は病院経営管理指標、自治体病院は地方公営企業年鑑より作成

2：自治体病院の人件費は地方公営企業年鑑の「職種別給与表」から引用

3：医療法人、自治体病院ともに病院経営管理指標より明治安田生活福祉研究所作成

生産の3要素（労働、土地、資本）に対するコストになぞらえて、医業費用を人件費、物件費（材料費＋経費）、資本費（減価償却費＋金利）の3大要素に括ってみたが、3要素全ての点で自治体病院は大きく劣っている。

人件費比率は医療法人51.8%に対して自治体病院は56.8%で、既に5ポイントの差がみられるが、人件費の移転要素の高い委託費比率をみると、医療法人3.9%、自治体病院9.3%で、これを含めた委託費込み人件費比率は医療法人の55.7%に対して自治体病院は66.1%と10ポイント強の開きとなる。

ここで参考までに職種別人件費をみると、医師1人当たり年間人件費は医療法人約

1,470 万円、自治体病院約 1,500 万円と大きな差は見られないものの、総人件費の過半を占める看護師の 1 人当たり人件費は、医療法人の 480 万円程度に対して自治体病院は約 570 万円と約 20% 高にある。この結果、全職員平均では医療法人 600 万円弱に比べ、自治体病院は約 760 万円と実に 25% 高を示し、自治体病院の方がいかにも高い。

自治体病院の人件費がこのように高いのは、年功序列、長い勤続年数などを特徴とする公務員制度のためであろう。なお委託費比率が高い理由は、人員枠の関係で外部に委託せざるを得ないためや、委託にあたって地元業者との優先取引等が背景にあると思われる。

物件費比率は医療法人 31.7% に対して自治体病院 48.5% とこれも大きく開いている。物件費における材料費の中で最も大きな項目となる医薬品比率も、医療法人 12.8%、自治体病院 14.9% と、自治体病院の方が高い。物件費比率が高いのは、自治体病院に急性期レベルの高い病院が多いことの影響もあるが、いかに安く仕入れるかの工夫や、厳しい価格交渉が行われていないことも要因として指摘されよう。これはコスト意識の欠如の故と思われる。一方、自治体病院では入札を行っても、公表されるために業者が安い価格を提示しないという指摘もある。

資本費比率は医療法人 5.2% に対して自治体病院は 11.3% と倍の差がみられる。これは驚くべきことと言わねばならない。病棟建設などの設備投資に際して、建築単価が予算制度で定められている事情もあり、業者の言い値をそのまま受け容れていることも大きな要因と推測されるが、なんといってもコストを軽視したデラックス設備建設が大きいと考えられる。

一床当たり固定資産をみると、医療法人は約 1,100 万円だが自治体病院は約 2,100 万円と、2 倍の開きが認められる。このようなコスト高（デラックス）施設を建設したのでは、減価償却費、金利が 2 倍強となるのは当然である。こうした事態が発生するのは、様々な背景が存在するためであろうが、予算作成者と施設運営者とが全く別個に行動するシステムであるためと言われている。

なおここでラフな試算だが、人件費と資本費を医療法人並みにコストダウンしたと仮定すると、委託費込人件費比率で 10.4 ポイント、資本費比率で 6.1 ポイント、計 16.5 ポイント削減されることになる。これは自治体病院全体の医業収益（補助金控除後）3 兆 5,240 億円に対して 5,815 億円に相当する。この額は補助金合計 5,546 億円にほぼ匹敵する数字である。

いずれにしても、一定程度以上の機能を要求されてしまう施設集約の困難性など制度的要因に基づくコスト高も否定できないが、不十分なコスト意識に基づく要素もまた否定できないであろう。これらは結局のところ経営責任所在の不明確さに辿り着くと言わねばならない。自治体病院の経営改革のポイントがここに示唆されていると思われる。

ところで自治体には地域住民の生命の維持安全を図る責任があるとして、それが経営する自治体病院は政策医療を担っているため、補助金交付や赤字経営も止む無しとの

考えがある。これは十分に理解される。しかし政策医療に関する費用がどの程度かは、明確にしなければならないだろう。

これを明らかにしないと、責任不明の経営となりかねない。本稿で政策医療の定義を明確にすることは出来ないが、政策医療の主なものの1つである不採算地区病院¹⁵に関する現状を概観する。不採算地区病院が必ずしも政策医療の全てを表すわけではないが、それを示す一つのデータとして捉えてみた。

表 27 は不採算地区病院と不採算地区以外の病院（以下、非不採算地区病院）の、平成 14 年から平成 16 年の 3 年間の経営状況（補助金控除後ベース）である。

表 27 不採算地区病院と非不採算地区病院の経営状況（補助金控除後）

(単位:百万円、%)

	病院の立地条件					
	不採算地区病院			不採算地区病院以外の病院		
	H14 n=190	H15 n=205	H16 n=208	H14 n=815	H15 n=797	H16 n=791
医業収益	111,492	122,161	122,015	3,427,630	3,440,804	3,402,078
医業費用	139,990	152,628	152,881	3,897,155	3,875,634	3,859,921
医業利益	-28,499	-30,467	-30,866	-469,526	-434,830	-457,843
医業外収益	3,190	3,331	3,552	56,700	57,895	59,281
医業外費用	7,175	8,328	8,835	244,467	240,886	238,165
経常利益	-32,483	-35,464	-36,149	-657,292	-617,821	-636,727
特別利益	308	244	91	11,265	7,538	16,950
特別損失	401	247	366	21,934	17,362	24,550
純利益	-32,576	-35,466	-36,424	-667,962	-627,645	-644,328
経常利益率	-29.1	-29.0	-29.6	-19.2	-18.0	-18.7
人件費比率	66.0	64.9	66.8	57.2	56.3	56.5
材料費比率	30.3	29.4	27.2	29.2	28.2	27.6
経費比率	22.0	22.5	23.1	19.2	19.8	20.9
減価償却費率	6.6	7.0	7.2	7.5	7.7	7.8
金利負担率	3.5	3.5	3.6	3.7	3.6	3.5
資本費比率	10.1	10.5	10.7	11.1	11.3	11.3
補助金合計()	28,864	30,067	30,421	545,307	535,787	524,260
対医業収益補助金率	25.9	24.6	24.9	15.9	15.6	15.4

：補助金とは、他会計負担金、国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計繰入金を加えたものである。

資料：地方公営企業年鑑より明治安田生活福祉研究所作成

不採算地区病院の経常利益率は各年ともマイナス 29% 台。これに対して非不採算地区病院はマイナス 18% 台となっており、不採算地区病院が相当低く、その原因となる各種コストも割高を示しており、確かに不採算地区病院は低採算で経営が難しいことを表している。このため補助金交付額の対医業収益比率をみても、非不採算地区病院の

¹⁵ 不採算地区病院とは病床数 100 床未満(感染症病床を除く)又は 1 日平均入院患者数 100 人未満(感染症の患者を除く)であり、かつ 1 日平均外来患者数 200 人未満である一般病院のうち、当該病院の所在する市町村内にほかに一般病院がないもの、又は所在市町村の面積が 300 平方キロメートル以上で他の一般病院の数が 1 つに限られているものをいう。

15%台に対して、不採算地区病院は25%前後と10ポイントも上回っている。

ただ不採算地区病院に対する補助金は合計304億円で、自治体病院全体に対する補助金合計5,546億円の5.5%に留まり、全体の補助金からみるとそう大きなウェイトを占めているとも言いきれない。

(2) 改革の方向性

目下行われている自治体病院の改革の方向性とその実施の現状については表28のとおりである。

表28 自治体病院の改革の方向性と実施状況(平成18年11月現在)

改革の方向性()	実施病院数
地方公営企業法全部適用	245病院
指定管理者制度導入	58病院
民間へ経営移譲	16病院
地方独立行政法人化	7病院
PFI方式導入	4病院
再編・統合	4病院
廃院	1病院

：各種資料からの集計のため、全てを網羅しているとは限らない
資料：各種資料より明治安田生活福祉研究所作成

圧倒的に多いのは地方公営企業法の全部適用で(この場合、ほとんどの病院で管理者を設置している)全自治体病院の1/4にあたる245病院を数える。次が指定管理者制度の導入で58病院、3番目が民間移譲で16病院だが、あとは例外的件数に留まっている。要するに現状では改革の主たる手段は地方公営企業法の全部適用というのが実態とあって良いだろう。

そこで地方公営企業法全部適用病院(以下、全部適用病院)について、その成果を検証すべく、地方公益企業法一部適用病院(以下、一部適用病院)と経営状況を比較してみたのが表29である。

表 2 9 地方公営企業法全部適用病院と一部適用病院の経営状況（補助金控除後）

(単位:百万円、%)

	法適用区分					
	全部適用			一部適用		
	H14 n=124	H15 n=140	H16 n=180	H14 n=881	H15 n=862	H16 n=819
医業収益	581,470	666,871	784,157	2,957,651	2,896,094	2,739,935
医業費用	657,998	752,636	901,076	3,379,234	3,275,626	3,111,725
医業利益	-76,528	-85,765	-116,919	-421,583	-379,533	-371,790
医業外収益	7,901	9,309	13,198	51,989	51,917	49,635
医業外費用	43,454	47,386	54,312	208,188	201,827	192,689
経常利益	-112,081	-123,842	-158,033	-577,782	-529,442	-514,843
特別利益	1,953	847	3,079	9,620	6,935	13,961
特別損失	3,289	4,743	7,491	19,047	12,866	17,425
純利益	-113,416	-127,739	-162,445	-587,209	-535,373	-518,307
経常利益率	-19.3	-18.6	-20.2	-19.5	-18.3	-18.8
人件費比率	59.4	59.0	59.1	57.1	56.0	56.2
材料費比率	30.4	29.4	29.2	29.1	28.0	27.2
経費比率	16.1	16.9	18.8	19.9	20.6	21.6
減価償却費率	6.6	6.7	7.1	7.6	7.9	8.0
金利負担率	3.9	3.8	3.6	3.6	3.5	3.5
資本費比率	10.5	10.5	10.7	11.2	11.4	11.4
補助金合計()	99,105	114,273	136,692	475,153	451,581	417,989
対医業収益補助金率	17.0	17.1	17.4	16.1	15.6	15.3

：補助金とは、他会計負担金、国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計繰入金を加えたものである。

資料：地方公営企業年鑑より明治安田生活福祉研究所作成

平成 16 年度をみると、全部適用病院の経常利益率はマイナス 20.2%、これに対し一部適用病院はマイナス 18.8%で、むしろ全部適用病院の利益率の方が悪い。また 3 期間の推移をみても、この間全部適用となる病院数が増えているので、効果が削減されることは考慮しなければならないが、改善の方向にあるとは言い難い。

全部適用病院の場合ごく一部の例外を除いて、管理者を設置しているわけだが、問題はその管理者である。経営改革を行うには、少なくとも医業に通じ、相当の権限を付与され、かつ一定期間在職することが欠かせない。しかし現在の管理者の多くは自治体職員と思われ、必ずしも医業には通じておらず、また議会や首長からも法的にはともかく実質的には独立した権限を行使できる体制にはないといえよう。

つまり先に述べた自治体病院の改革のポイントが、権限の付与と経営責任の明確化としてきたが、全部適用ではこれが果たされていない可能性を示している。

(3) 経営の方向性

以上見てきたように、全部適用とただけでは経営改革の効果が必ずしもあがっていないことが示された。その原因は、やはり責任と権限の欠如で、この 2 つを満たす方法が強く望まれる。その意味では民間移譲が効果的と言えよう。その受け皿となる社会医療法人も、先の第 5 次医療法改革で新設されている。

ただ地域住民にとっては自治体病院への期待は大きく、それを背景として政治との密接な関係もあり、また職員の処遇の問題もあって、ただちに民間移譲とするには抵抗が大きい。他方民間病院からみても、赤字病院をそのまま引き継ぐ訳にはいかない。そういう意味では、病院は自治体病院のままで、医業に通じ、責任と権限の面で独立性の強い管理者設置が可能な指定管理者制度は、現実的な手段として大いに期待の持てる手法といえよう。もっともこれにも優れた管理者を見出せるかという課題は残る。

そこで、現在導入されている指定管理者制度では、誰が指定管理者になっているかをみたのが表 30 である。これによると、民間の活力、アイデアを活かすはずの指定管理者制度であるが、半分近くが 3 セクなどの半官半民であるのが懸念される。特に医療法人を指定管理者とした例は 1 割に満たない。

指定管理者制度で特に医療法人によるケースが少ない原因としては、第一に自治体病院であるため、全くの民間に任せることに抵抗があること、第二に民間に任せたいとなっても、自治体職員の処遇面で公民で折り合いがつかないなどが指摘される。

表 30 指定管理者制度導入病院における指定管理者一覧

指定先	施設数	割合	内訳	施設数
3セク	7	18%	医療公社 認知症高齢者医療介護教育センター	6 1
地域医療振興協会	11	29%	地域医療振興協会	11
半官半民合計	18	47%		
医師会	9	24%	医師会	9
大学	1	3%	大学	1
済生会など	4	11%	社会福祉法人(除 済生会、事業団等) 済生会 日赤	1 2 1
医療法人	3	8%	医療法人	3
産学連携	1	3%	医療・介護・教育研究財団	1
民間合計	18	47%		
不明	2	5%		2
指定管理者制度導入病院合計	38	100%		

資料：各病院 HP 等より明治安田生活福祉研究所作成

指定管理者制度のほか、再編・統合も経営改革の手法として効果が期待される。そこで経営改革において効果が高いと考えられる方向性の一つであり、行政負担の削減にも繋がる再編・統合のケースを以下で採り上げる。

(4) 再編・統合の事例 - 「市立釜石市民病院」 -

先に述べた理由から、経営改革の方向性の中で効果のある方法の一つとして再編・統合が指摘されることから、その事例について市立釜石市民病院（以下、市民病院）を採り上げる。再編・統合の事例の中で、市民病院を選んだ理由は以下のとおりである。

第一は、自治体病院の経営改革の中でも最もその対応が急がれる社会的経済的環境変化に晒されているケースだからである。

第二は、本ケースは自治体病院同士の再編・統合に留まらず、民間移譲についても学べる点である。

第三は、実務的な要請だが、最新の事例であるため関係者がまだ現役として存在し、情報入手が比較的容易であった点にある。

さて、市民病院は一般病床 250 床を有する急性期型の病院であり、平成 19 年 4 月より県立釜石病院に再編・統合された。そこで以下に、再編・統合されるにいたった背景と、そのプロセスを概観する。

1) 再編・統合された背景

市民病院が再編・統合された背景としては、大きくは次の 4 点が挙げられる。

第一は人口の大幅な減少である。

もともと鉄で栄えた釜石市は岩手県第二の都市といわれたが、それを支えていた新日鉄の工場が合理化により大幅に縮小されたため、それとともに人口が大きく減少し、最盛期の昭和 35 年の人口約 10 万人に対して、現在では約 4 万人と半分以下に落ち込んだ。

釜石市内にはかつての繁栄の名残りで現在も病院数が 4 施設あり（このほかに精神病院 1 施設。図 6）、人口 10 万人当たり一般病床数は 1,926 床で、全国平均 819 床に比べ突出して多く、一方、高齢者人口 10 万人当たり療養型病床は全国平均 1,495 床に対して釜石市は 403 床と 3 分の 1 程度にすぎない（表 31）。一般病床が著しく過剰で、逆に療養型病床が過小となっている背景は、釜石市の一般病院 4 施設のうち 3 施設が国・公立病院のためである（表 32）。国公立病院は一度開設されると閉鎖、または病床転換が弾力的に行われにくいといった面があり、人口の多い時に建てられた病院がそのままの姿で現在も残っている結果といえよう。

図6 釜石市民病院周辺地図

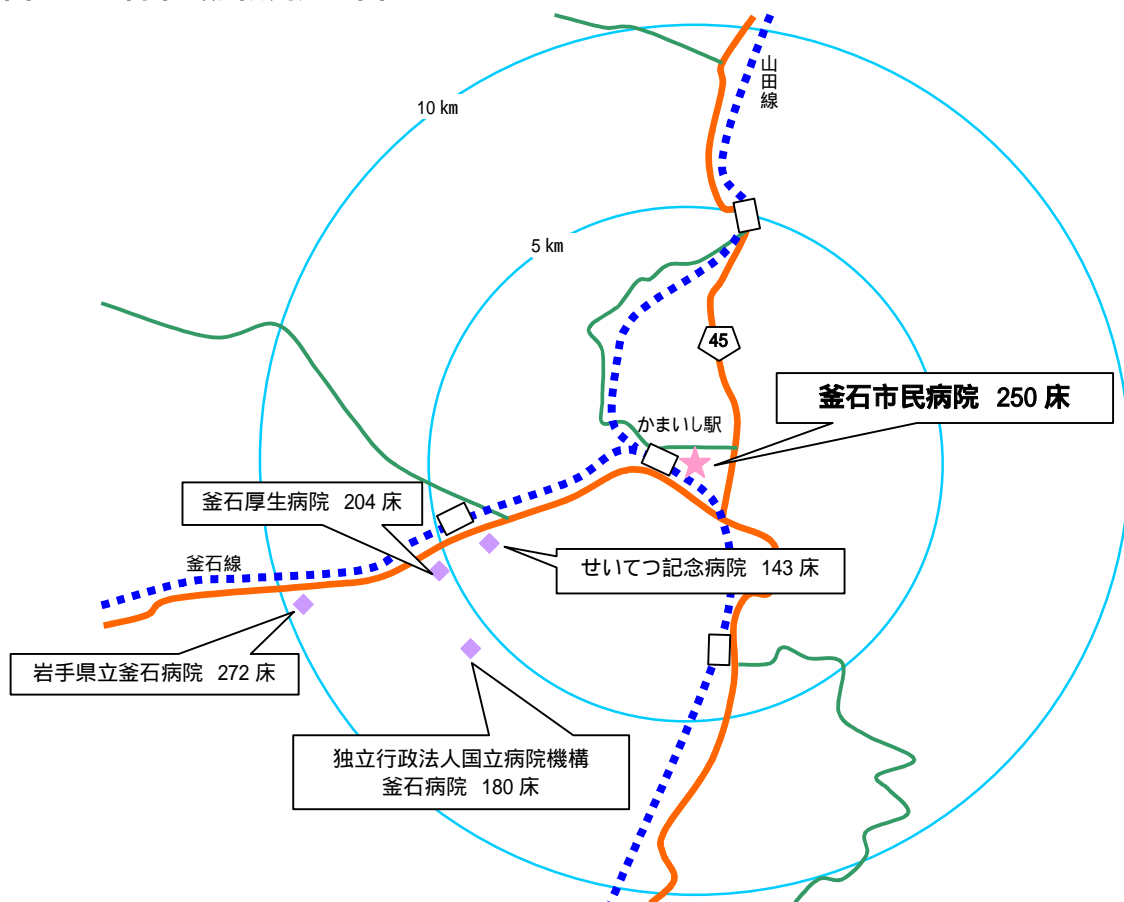


表3 1 釜石市における人口 10 万人当たり一般病床数及び高齢者人口 10 万人当たり療養型病床数

(単位：床)

	人口10万人当たり(1)	高齢者人口10万人当たり(1)
	一般病床数(2) 病院 + 診療所	療養型病床数(2) 病院 + 診療所
釜石市	1,926	403
岩手県	1,040	1,064
全国	819	1,495

1：人口は総務省統計局『平成 17 年国勢調査』より抜粋

2：病床数は厚生労働省『平成 17 年医療施設調査』より作成

表 3 2 釜石市の病院一覧（平成 19 年 3 月時点）

病院	開設者	病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
				シェア		シェア
釜石病院	国立病院機構	一般180床	180	22.8%	180	17.2%
岩手県立釜石病院	岩手県	一般272床	272	34.4%	272	25.9%
釜石市民病院	釜石市	一般250床	250	31.6%	250	23.8%
釜石厚生病院	医療法人	精神204床	—	—	204	19.4%
せいてつ記念病院	医療法人	一般89床 療養54床(うち介護療養32床)	89	11.3%	143	13.6%
合計			791	100.0%	1,049	100.0%

資料：WAM-NET より作成

再編・統合にいたった背景の第二は、同市内に立地する県立釜石病院（272 床）の急性期機能強化である。

岩手県では県立病院が 27 もあり、都道府県の中でも突出して多いが、平均在院日数の短縮、介護施設の整備などから県立病院は約 1,000 床が余剰とされ、この適正化(病床数の削減)が課題とされていた。このため 2 次医療圏毎に県立病院の見直しが行われ、県立病院同士の再編・統合や診療所化を推進する中、県立釜石病院は平成 16 年に広域基幹病院¹⁶の指定を受け、急性期機能が強化されることになった。この結果、市民病院はもともと県立釜石病院と同規模・同機能の関係にあったが、県立病院が強化される一方で市民病院は建物の老朽化が著しく、これを建て替える財政力も乏しい状況から、市民病院の相対的地盤沈下は免れない事態に追い込まれ、先に述べた社会的経済的環境変化とも合わせ、その存在意義が問われることとなった。

第三は、業績悪化と財政負担の増大である。

既述の 2 点を要因とし、市民病院の赤字は年々拡大していった。表 33 は、市民病院の補助金控除後の決算を示したものである。これによると平成 16 年度の実質赤字は約 8 億円である。さらに平成 14 年度から 16 年度の 3 年間だけで赤字が累計約 20 億円にも達する。釜石市の年間予算は 190 億円程度であることを考えると、この赤字額は無視できなくなってきた。

とくに問題なのは赤字額の増加ペースで、赤字額は平成 14 年度から平成 16 年度のたった 2 年間で 1.6 倍にも急増した。その理由として大幅な患者減少が挙げられる。平成 14 年度と平成 16 年度の患者数をみると、1 日当たり平均入院患者数は 215 名に対し 159 名へ、1 日当たり平均外来患者数も 654 名から 484 名へと、両者とも 3 割近くも減少している。このため医業収益も平成 14 年度の 31 億円から、年々減少して平成

¹⁶ 岩手県の定義では、広域基幹病院とは医師や医療機器を重点的に配置して、救急医療や高度・特殊医療などの診療機能を高め、地域病院、診療所などを支援しながら保健医療圏全域の医療を担う病院である。

16年度には23億円へと激減した。

このように医業収益は大幅に減少しているが、自治体病院では業容の変化に見合っ
て人員を弾力的に削減できないため、人件費比率は平成14年度の55%から平成16年
度には66%へわずか2年間で10ポイントもの上昇となった。

また昭和56年に建替えを行なって以来、大規模設備投資を実施していない市民病
院は建物の老朽化が進み、建替え時期を迎えていた。このことも設備投資か、病院存続
かの決断を迫る要因となった。

さらに医師不足問題がこれに拍車をかけた。研修医制度で医師の引き上げが起きた
うえに、後述の系列大学との問題もあって医師不足に見まわれ、経営続行がこの面から
も一層困難さを増した。

人口減少、競合病院の急性期機能強化、業績悪化と財政負担増大に加え、建物の老
朽化と医師不足が引き金となり、一気に再編・統合への流れが避けられなくなった。

表33 市民病院の決算

(単位:百万円)

	平成14年度	平成15年度	平成16年度
医業収益	3,198	2,777	2,314
うち補助金()	94	96	91
補助金控除後医業収益	3,104	2,681	2,223
医業費用	3,455	3,194	2,894
ア. 職員給与費	1,704	1,625	1,460
イ. 材料費	788	639	510
ウ. 減価償却費	132	134	125
エ. 経費	809	788	792
オ. 研究研修費	18	5	5
カ. 資産減耗費	4	3	2
補助金控除後医業利益	-351	-513	-671
医業外収益	300	264	256
うち補助金()	274	241	234
補助金控除後医業外収益	26	23	22
医業外費用	187	167	146
補助金控除後経常利益	-512	-657	-795
特別利益	1	0	200
うち補助金()	0	0	200
補助金控除後特別利益	1	0	0
特別損失	1	35	0
補助金控除後純利益	-512	-692	-795
補助金合計	368	337	525
人件費比率	55%	61%	66%
1日平均入院患者数(人)	215	184	159
1日平均外来患者数(人)	654	604	484

：補助金とは、他会計負担金、他会計補助金、他会計繰入金を加えたものである。

資料：地方公営企業年鑑より明治安田生活福祉研究所作成

2) 再編・統合のプロセス

実態

市民病院の経営改革については、過去 10 年以上議論されてきたものの、先送りを繰り返してきた。

しかし研修医制度をきっかけに市民病院でも医師不足問題が深刻化した。そうした折、市民病院に大半の医師を派遣している東北大学に、医師派遣の見返りとして公金が支出されたとして住民訴訟が起されるなど、大学との関係が厳しくなった。

こうした中、平成 15 年 12 月、市議会において市民病院の院長が「このままでは市民病院の存続はあり得ない」と明言し、これをきっかけとして関係者間で真剣に市民病院のあり方について議論されることとなり、県立釜石病院への統合の動きが避けられないものとなった。

しかし市民病院の県立病院への統合にはなお、いくつもの障害が横たわっていた。その最も大きな障害はやはり市民の反対である。反対の声は主に、()市民病院は町の中心地にあり便利だが、県立病院は町外れにあるため不便である、特に高齢者にとって医療アクセスが悪化する、()市民の医療は市民病院が守るべき、()昭和 8 年に設立され、地域で親しまれてきた歴史ある市民病院がなくなることは寂しい、というものであった。このほか、病院職員の反対も大きかったが、これには県立釜石病院は岩手医大中心、市民病院は東北大一辺倒で、全く交流もなければ連携もなかったため、両病院の職員が拒絶反応を示しているという側面も問題を複雑にした。

住民反対運動では、市民病院や市役所職員、さらにその OB・OG も加わり、市長や担当職員への抗議、署名運動、反対運動の拠点となる事務所を市民病院近くに借り、反対のビラ配りや街頭演説などが繰り返された。

しかし先にみた累積赤字や経営改善の目処がたたないこと、市の財政逼迫から、釜石市は市長をリーダーに市民病院改革の具体案を検討し、その結果やはり県立病院への再編・統合しか道がないとの強い決断に至った。

県立病院への統合に対する強い住民の反対に対し、釜石市では、以下 3 つのアクションをおこした。

第一は、地域住民との積極的対話の実施である。日々、各地区で住民説明会を開き、担当職員、場合によっては市長自ら、住民と直接対話し、現在の窮状を説明した。

ただ、経営が立ち行かない、県立病院との重複で無駄が多いなどを縷々説明しても、これによって住民の理解は得られても同意は得られない。そこで、やはり統合に伴う具体的対応策を示さなくては、話は前に進まない。そこで以下の対応策を推進した。

第二は、その対応策の一つとして、保健福祉センターを新たに設立することである。釜石市は一般病床過剰、療養型病床過少といった状況にあり、今日の高齢化社会のニーズに合致していない。その改善も込めてのものである。釜石市の保健福祉センターとは、住民の健康や栄養面、福祉に関する相談受付・家庭訪問、生涯学習講座の開催、子供の

健全育成活動、ボランティア活動などを促進・実施するものである。地域住民の説得にあたった職員によると、地域から病院がなくなるという暗い話だけでは、住民の納得は得られにくいという。その点、市民病院を廃止し財政負担が軽減された分、従来手薄だった保健・福祉分野が充実すること、高度な急性期医療は県立病院で受けられることをセットで強調し、説得にあたった。

アクションの第三は、これも対応策の一つであるが、民間移譲を推進したということである。県立病院との再編・統合だけでは市民病院の廃院となってしまうので、これでは市民の同意が得られないため、あくまで県立病院との再編・統合という形を取りつつ、市民病院の廃院は行おうが、その代替案として民間病院の誘致を模索した。

再編・統合の話が浮上した当初から、市では民間で市民病院の引受け手がないか探し続けた。その結果、同市で精神病院を運営する医療法人仁医会が、市民病院の建物を賃借し、ケアミックス型の病院（一般病床 52 床、療養型病床 102 床、計 154 床）を開設することとなった。同医療法人は盛岡、釜石で精神病院を展開しているが、今後は精神医療以外の医療も広く運営したいとかねてより考えていたため、市民病院が町の中心部に立地していること、市民病院の改修費用は市が負担し、経営が落ち着くまでの間の賃借料は低めに設定することなどから話がまとまった。これにより事実上市民病院の代替病院が確保されることとなり、このことが市民の同意を得るうえで大きな効果をもたらした。

なお釜石市は、本来ならば病床過剰地域なので病院の新規設立は認められないが、構造改革特区を利用するというアイデアを出し、先に述べた民間病院の設立を実現させた。

にも拘わらずあくまで県立病院との統合という形にこだわったのは、一つは民間移譲では住民の強い反発を招くのと、病院職員の雇用確保の問題があったからである。県に職員が移籍するなど全職員の雇用が確保できた。

こうした対応策が功を奏し、再編・統合が実現するに至った。

市民病院は、先の医療法人が 154 床のケアミックス病院として入るほか、複数の診療所や、再編・統合に伴って新たに作られることとなった保健福祉センターが入り、形態は変わったものの、より地域住民のニーズに合った保健・医療・福祉の拠点として存続することとなった。

分析

ここで再編・統合に伴う県、市、住民への効果について整理してみよう。

まず住民にとっては、一般病床が過剰で療養型病床が極端に少ないアンバランスが解消し、保健福祉センターが開設され療養中心のケアミックス病院が入ることで、高齢化に対応したサービスが受けられることとなった。

市については、赤字病院を抱えて補助金投入の負担から解放されたことである。

しかし市としては今回の再編・統合で約 40 億円の負債を背負うことになった。その内訳は、企業債償還額約 8.3 億円、国庫補助金返済額約 4.5 億円、長期借入金返済額約 14 億円、不良債務処理額約 6 億円、職員の退職手当¹⁷約 4.5 億円、市民病院の改修費約 3 億円である。

ただこのうち長期借入金は、市庁舎建替え費用を積み立てていたもので、これを転用することとし、退職手当と企業債償還額は、長期的に返済していくことが認められ、また不良債務は県からの融資で当面を凌ぐことで決着したので、ソフトランディングできることとなった。

一方、県の経済的負担は、市民病院の職員を引き取ることと、釜石市の不良債務約 6 億円を融資する程度の負担で収まった。県全体でみればむしろ、重複立地といった無駄な投資が解消されたと言えよう。

3) 本事例から学ぶべきこと

本事例の教訓の第一は、住民に対し何らかの見返りが必要という点が挙げられる。住民にとっては、いくら縷々、理屈を説明されてもそれだけでは理解はしても同意は難しい。したがって地域住民に実害がない形にするか、なんらかの見返りを提供することは避けられない。

そこで第二は、最も説得力のある見返りをいかに見いだすかがキーポイントである。この具体的見返りを経済的負担、効率性、合理性などからみてどう見いだすかである。

第三はいずれにしても、相当の財政負担が生じるのは避けられない。ただだからといって問題を先送りすれば、さらに負担を増大させることを覚悟せねばならない。

第四はやはり病院職員の雇用確保には万全を期さなければならないことであろう。

¹⁷ 職員の退職手当とは、釜石市民病院の職員が県立釜石病院の職員へ移籍するにあたり、市が県へ支払う資金である（移籍後の退職金引当金は県が負担する）。

3.まとめ

これまで、民間中小病院、自治体病院の事例を見てきたが、ここでそれらについて簡単にまとめてみたい。

まず民間中小病院に関しては、3つの事例から成功するための取り組みの共通点を採り上げてみよう。

共通点の第一は、市場特性をよく見極め、それに適切に対応していった点である。これは病院経営の原点とも言うべきものである。

独立性、自己完結性の高い医療圏であること、その中においてそれぞれの病院が得意分野を分担しあって共存している特性をよく掴み、ケアミックス型急性期の道を選択した北出病院。巨大病院のお膝元であることを認識して、地域密着型の医療をベースに介護、福祉分野へ積極的に進出していったくろさわ病院。多くの大型高度急性期病院がひしめく市場で、その後方病院としての機能発揮に努めた熊本託麻台病院。

第二は、選択した経営戦略や目標を経営者が明確に打ち出し、強いリーダーシップを発揮したことである。

第三は、経営戦略を推進するにあたって、ただそれを漫然と実施したのではなく、創意工夫や新しいアイデアの開発、その仕組み作りに努力を払い、特色ある経営を展開したことである。

事務部門の人材を育成して、経営管理機能を強化し、その下で各種の施策を打ち出した北出病院。地域住民にとって必要なサービスと考えれば、たとえ市場が小さくても、一つ一つ開発し丹念に育てあげたくろさわ病院。後方病院といっても単なる受け皿病院に甘んじるのではなく、地域を巻き込んだ連携体制を作り上げるなど急性期病院の信頼を得て対等に渡り合える地位を築いた熊本託麻台病院。

一方、自治体病院については再編・統合ないし民間移譲のケースでは、環境変化によって地域における存在意義を失ったと思われる病院でも、住民の同意を得ることは難しく、何らかの見返りが必要だということであろう。したがってこうしたケースでは、合理性、効率性、地域住民に対する説得性の点で、いかに適切な見返りを見出すかがポイントといえよう。

これに対して自治体病院のままで存続を図ろうとするのであれば、管理者を設置し、権限の付与と責任の明確化を担保する措置が確保されねばならないだろう。

なお最後に、自治体病院と民間病院の関係について一言触れると、両者の役割分担を明確にし、医療資源の効率的活用に役立つ医療提供体制を構築するためにも、今後は厚生労働省の医療計画、総務省の自治体病院再編計画を個々に進めるのではなく、連携した取り組みが求められよう。

参考文献

(発行年順)

- (1) 全国自治体病院協議会「自治体病院 経営改善事例集」、1997年
- (2) 二木立「保健・医療・福祉複合体」、医学書院、1998年
- (3) 大江唯之「民間中小病院経営必勝法」、日本医療企画、1999年
- (4) 医療経済研究機構「医療・介護施設の複合化に関する調査報告書」、1999年
- (5) 二木立「介護保険と医療保険改革」、勁草書房、2000年
- (6) 医療経済研究機構「医療・介護サービスの提供体制に関する研究報告書」、2000年
- (7) 二木立「21世紀初頭の医療と介護」、勁草書房、2001年
- (8) 西田在賢「医療・福祉の経営学」、薬事日報社、2001年
- (9) 厚生労働省「平成12年度医療施設経営安定化推進事業 介護・福祉事業実態調査報告書」、2001年
- (10) 松原由美「病院における介護・福祉分野との連携」『病院』、Vol.60 No10 2001年
- (11) 西村昭男、西澤寛俊、竹内實「選ばれる病院 北の国からの発信」、医療文化社、2002年
- (12) 総務省統計局「統計でみる市町村のすがた」、日本統計局、2002年
- (13) 地方公営企業経営研究会「地方公営企業年鑑第50集(2002年) - 第53集(2005年)」、地方財務協会
- (14) 医療経済研究機構「地域ケアにおける公立病院等の事業状況実態調査報告書」、2003年
- (15) 厚生労働省「平成14年医療施設経営安定化推進事業 在宅医療、介護分野を重視した中小病院経営に関する研究報告書」、2003年
- (16) 全国自治体病院開設者協議会、全国自治体病院協議会、経営改善委員会「自治体病院の経営改善策に関する報告書」、2003年
- (17) 医療施設政策研究会「病院要覧 2003 - 2004年版」、医学書院、2003年
- (18) 二木立「医療改革と病院」、勁草書房、2004年
- (19) 松原由美「これからの中小病院経営」、医療文化社、2004年
- (20) 自治体病院経営研究会「自治体病院経営ハンドブック」、ぎょうせい、2004年
- (21) 総務省「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書」、2004年
- (22) 全国自治体病院協議会「全国自治体病院協議会雑誌第43巻第6号、第44巻第3号 - 第6号、第45巻第3号 - 第8号」、2004年 - 2006年
- (23) 武弘道「こうしたら病院はよくなった!」、中央経済社、2005年

- (24) 西村周三、ヘルスケア総合政策研究所「医療経営白書 2005 年版」, 日本医療企画、2005 年
- (25) 日本政策投資銀行「自治体立病院の現状と動向について～地方公営企業病院の個別データ等から～」, 2005 年
- (26) エルゼビア・ジャパン「医療経営情報 データマップ 06」, 2005 年
- (27) 松原由美「新医療計画の目指すもの - 連携の促進に向けて - 」『健康保険』, 2006 年 1 月
- (28) 医療経済研究機構「医療・介護の連携に関する研究事業報告書」, 2007 年
- (29) 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書」, 2007 年
- (30) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 17 年度医療施設調査・病院報告」, 厚生統計協会
- (31) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 17 年度患者調査」, 厚生統計協会
- (32) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 17 年度介護サービス施設・事業所調査」, 厚生統計協会
- (33) 厚生労働省「平成 16 年度病院経営管理指標」
- (34) 厚生労働省「平成 17 年度病院経営管理指標」

平成 18 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 -
良質な医療提供体制の構築に向けた
今後の中小病院の役割に関する調査研究
報告書

委託先：(株)明治安田生活福祉研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1

電話 03-3283-8303

FAX 03-3201-7837