

3. 自治体病院の再編・ネットワーク化の必要性、効果及び課題

(1) 自治体病院の在り方を地域全体で検討すべき必要性

そもそも、医療サービスは、単独の病院ですべて行うことができないものであり、当然に地域全体でその在り方を検討すべきものである。特に、医療技術が高度化するなかで、多様な住民ニーズに応えていかなければならない状況においては、なおさらである。医療圏全体において、医療資源の配分を最適化するにはどうすべきかの検討がなされなければならないのである。

また、「上記2. 自治体病院を取り巻く状況」において述べたように、

- ・交通ネットワークの整備や、情報化の進展等により、自治体病院が数多く設置された昭和30年代、40年代と比べると、全く異なる状況になっていること。
- ・現在の自治体病院及び診療所を、今の形で残すことは、厳しさを増す自治体病院の経営状況、個々の自治体の財政状況、地方財政の状況から、困難と考えられること。
- ・医師を確保しやすい状況を実現するためにも、現在の自治体病院及び診療所を、今の形で残す方法では無理があること。

を勘案すれば、そうした検討を急ぐべき時期にきている。

厳しい財政状況のなかで、それぞれの病院が可能な限り効率化していくことは勿論必要であるが、それだけでは、地域の住民ニーズと医療サービスの内容にミスマッチを生む心配もあり、こうした地域全体の医療サービスの在り方の検討は極めて重要である。

(2) 自治体病院の再編・ネットワーク化の効果

地域全体で自治体病院の在り方を検討するとして、解決に向けた有効な方法が、地域における自治体病院について、基幹病院には、中核的な医療機能を持たせ、それ以外の病院・診療所においては、日常的な医療確保を行うこととし、機能の再編を行うとともに、病院相互、病院・診療所の連携を密にし、全体をネットワーク化する方法である。

この取組を徹底させれば事業統合ということになるが、連携・ネットワーク化の強弱により、取組手法としては、いくつかのバリエーションもありうる。

この自治体病院の再編・ネットワーク化には、以下のような効果があると考えられる。

- ①現在の病院機能を見直し、再編を行うことで、新たな医療ニーズに対応した医療サービスの提供が可能となる。
- ②病院の機能分担による機能の特化により、効率的な医療提供が可能となる。
- ③基幹病院への医師の集中により、医療の質が確保され、結果として症例数の多い病院となり、医師確保を行いやすい環境となる。

こうした効果があるにもかかわらず、現状を脱しきれない状況にあるが、多くの関係者にこうした利点を理解してもらうとともに、実例の積み上げにより、地域間の医療レベルアップ競争が生まれることが期待される。それだけに基幹病院の機能は重要であるとともに、一定の広がりを持った地域、たとえば二次医療圏あるいはより広い圏域での取組が期待される。

(3) 自治体病院の再編・ネットワーク化の課題

再編・ネットワーク化する場合には、中核機能が付与されるものの、必ず、規模縮小する病院や、病院から診療所になるもの、病床がなくなる診療所といった、現在通院している患者等にとっては、一面だけ見れば不便になるという課題が存在することになる。

そこで、まず重要なことは、全体として、サービスが高度化することを地域住民に十分理解してもらうことである。今ある病院の近隣に住んでいる人の初期診療という点ではマイナスになるとしても、命にかかわるようなケースに対する医療サービスとしては、相当程度レベルアップすることなどを理解してもらう必要がある。

また、診療所というと、初歩的な診療のみしか行えない印象もあるが、住民のため必要な医療機器を整備し、高度なニーズに応えることも可能であるし、基幹病院からの医師派遣により、常勤医師が担当しない診療科の対応を行うなど、機能面では、相当のレベルを維持することは十分可能である。

さらに、診療所という言葉のイメージも、「聴診器ひとつの診療というイメージ」になりがちであることから、「〇〇医療センター」といったネーミングも構わないわけであるし、診療所、福祉、介護の機能を併せ持つ地域包括ケアの拠点として位置づけ、地域住民ニーズに応じていく方法もある。

また、サテライト化という言葉も、マイナスイメージが強く、誤解を生む場合もあることから、たとえば後方支援病院といった表現を用いるなどの工夫もあってしかるべきである。

4. 自治体病院の再編・ネットワーク化の具体的な効果

(1) 山形県置賜地域における取組の内容等

①背景等

山形県南部に位置する置賜二次保健医療圏（米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町及び飯豊町の3市5町）における自治体病院再編前の医療提供体制の現状は、全部の市町に自治体病院又は診療所が設置され、地域医療の主体を担っていたが、住民に提供する医療内容も、医師等の確保対策も互いに連携することなく個別に行われていたために、病院等の機能分担もなされず、重複投資が行われていただけでなく、規模の小さい医療人口をベースにした医療の提供にとどまっており、多くの施設において老朽化と狭隘化が進展するとともに、高度医療機器の導入の立ち遅れが見られるなど、地域医療の厳しい状況が顕在化していた。

また、医学・医療技術の高度化・専門化とともに、高齢化の急激な進展による疾病構造の変化等に伴い、住民の保健医療に対するニーズも多様化・高度化し、高度専門医療を求める要求が高まる中であって、置賜地域においては、循環器疾患等高度・専門的な診断・治療を県内他地域に依存しているなど、十分対応できない状況にあった。

さらに、県内における県立医療施設の設置状況をみると、他医療圏においてはすべて県立の施設が設置されていたものの置賜地域には未設置であり、地域住民からの県立による高度医療施設設置の要望が高まっていた状況を踏まえ、県土の均衡ある発展を実現する観点からも関係機関による早急な対応も迫られていた。

このような状況を踏まえ、病院の整備・運営等に共通した課題を持ち、かつ地理的に隣接し30分以内で救急搬送できる範囲内であった長井市、南陽市、川西町及び飯豊町の2市2町と県において、救命救急センターを併設した基幹病院の新設と既存病院・診療所のサテライト化による新たな医療システムを構築することについて合意がなされ、この整備及び管理・運営の主体となる機関として、山形県と2市2町により新たな一部事務組合の設立に至った。

市町村単独では財政的にも基幹となる病院を整備することは困難であったが、県が一部事務組合に参画するとともに、基幹病院関係経費を大幅に負担することにより、再編の実現を後押ししたことも本再編が実現した大きな要因とされている。

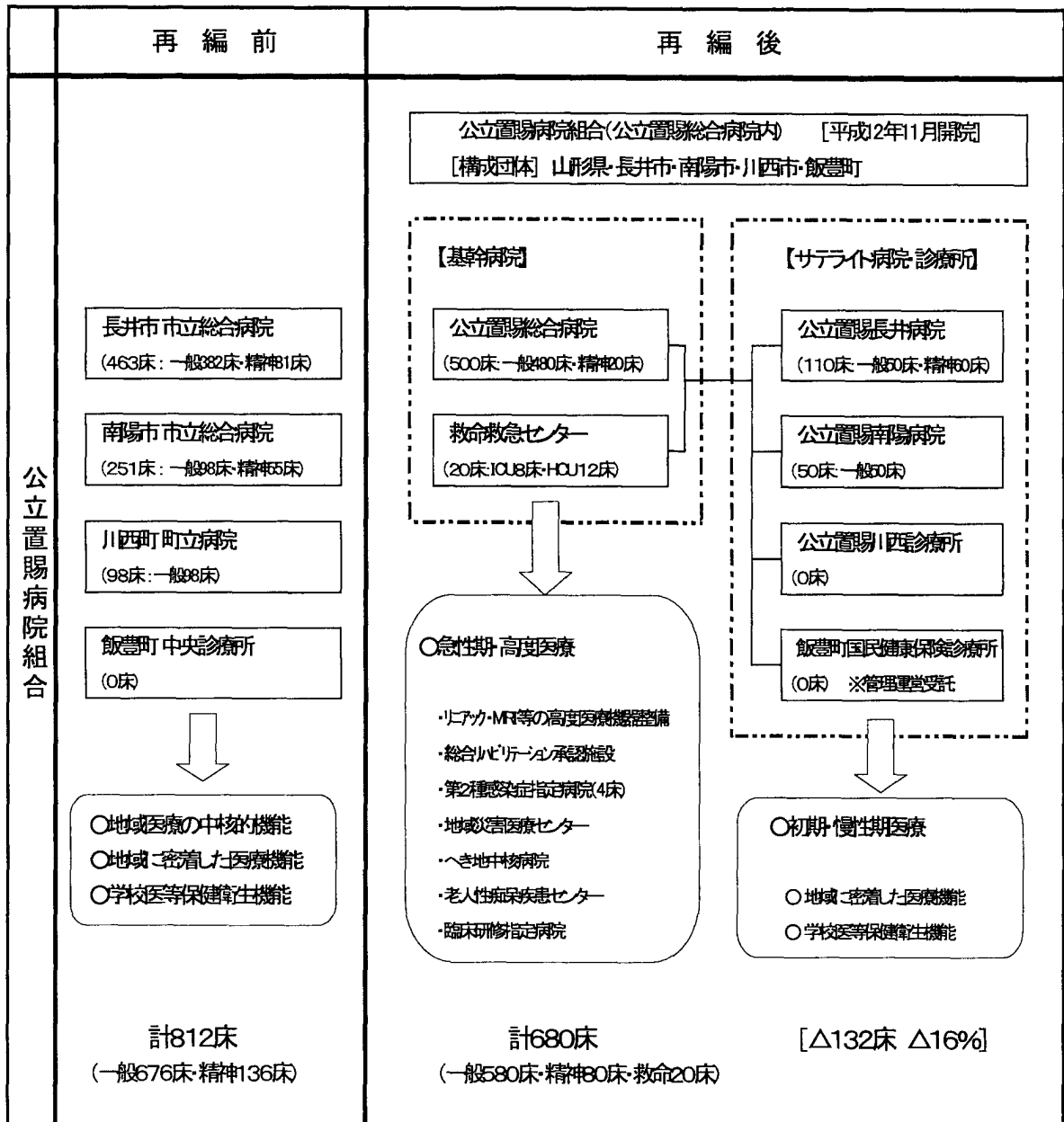
(表-3) 公立置賜病院組合における負担金の負担割合

内 訳	施 設 等 の 区 分	県：2市2町
組合管理費		50： 50
病院管理運営費	総合病院 (サテライト医療施設の精神科末及び人工透析を含む)	45： 55
	救命救急センター	100： -
	サテライト医療施設 (精神科末及び人工透析を除く)	-：100
建設整備費	総合病院 (サテライト医療施設の精神科末を含む)	80： 20
	救命救急センター	100： -
	サテライト医療施設 (精神科末を除く)	-：100

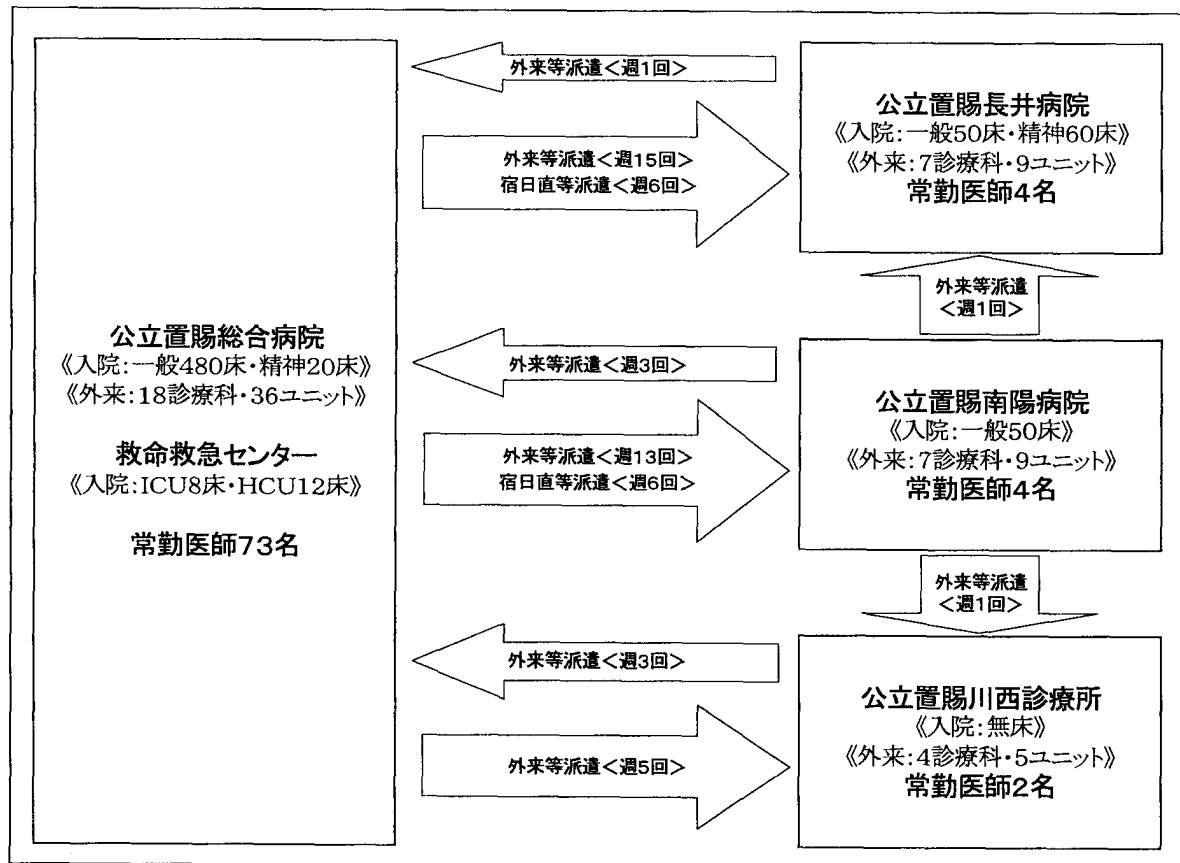
②再編の概要

再編前は3病院1診療所(計812床)において、各々規模の小さい医療人口をベースにした地域医療の中核的機能、地域に密着した医療機能、学校医等保健衛生機能を担っていたものであるが、再編後においては、急性期・高度医療を担う基幹病院(500床)及び救命救急センター(20床)を新たに整備し、既存病院・診療所を初期・慢性期医療を担う病院・診療所としてサテライト化することにより、機能分担・ネットワーク化を図り、サテライト化された病院等において常勤医師が担当しない診療科については、基幹病院から担当医師を派遣することにより、必要な診療を確保など地域としての医療提供体制の強化が図られている。

(図-3) 再編による機能分担



(図-4) 置賜広域病院組合における医師派遣(交流)の状況



(2) 山形県置賜地域における取組の効果

① 経営の効率化

病院再編に伴い整備された急性期・高度医療を担う基幹病院及び救命救急センターと初期・慢性期医療を担うサテライト病院・診療所との間で機能分担及びネットワーク化が図られ、基幹病院、サテライト病院等どちらでも同じ医師からの診察を受けられるなど一体的な医療提供を行うことができるようになったため、地域医療提供体制が強化されたことはもちろんのこと、経営の効率化の面においても次のような効果が表れている。

外来患者の状況について、再編前(平成11年度。以下同じ。)と再編後(平成14年度。以下同じ。)を比較すると、再編後には延外来患者数が7.9%の増、1日平均外来患者数が5.7%増となっている。

入院患者の状況についても、総病床数は再編前から132床(16%)減少しているものの、再編前後を比較すると、再編後の延入院患者数は4.9%増となっている。また、病床利用率については再編前はいずれの病院も80%に達していなかったが、再編後には空ベット情報の共有化などもあり90%前後へと各病院とも大幅に改善されている。

また、経営状況を医業収支及び比率から見てみると、新設された公立置賜総合病院の医業収支比率は年々改善は図られているものの平成14年度で84.1%となっており、同規模病院と比較すると入院・外来とも診療単価が低いなど課題も残っているが、サテライト化された病院については、再編前後の病院計を比較すると、再編後には改善が図られている。

(表-4) 再編前後の外来・入院患者の状況比較

再編前		再編後	
1 外来患者の状況			
〔延外来患者数〕		(単位：人)	
区 分	H11	区 分	H13
—	—	総合病院	267,406
長井市立病院	243,330	長井病院	94,075
南陽市立病院	125,291	南陽病院	56,807
川西町立病院	65,307	川西診療所	38,312
合 計	433,928	サテライト計	189,194
		合 計	456,600
		対H11年度	5.2%増
			7.9%増
〔1日平均外来患者数〕		(単位：人)	
区 分	H11	区 分	H13
—	—	総合病院	1,059
長井市立病院	997	長井病院	384
南陽市立病院	513	南陽病院	232
川西町立病院	268	川西診療所	156
合 計	1,778	サテライト計	772
		合 計	1,831
		対H11年度	3.0%増
			5.7%増
2 入院患者の状況			
〔延入院患者数〕		(単位：人)	
区 分	H11	区 分	H13
—	—	総合病院	172,031
長井市立病院	131,586	長井病院	32,682
南陽市立病院	64,498	南陽病院	12,973
川西町立病院	22,693	—	—
合 計	218,777	サテライト計	45,655
		合 計	217,686
		対H11年度	0.5%減
			4.9%増
〔病床利用率〕		(単位：%)	
区 分	H11	区 分	H13
—	—	総合病院	90.6
長井市立病院	77.7	長井病院	80.2
南陽市立病院	70.2	南陽病院	71.1
川西町立病院	63.3	—	—
〔平均在院日数〕		(単位：日)	
区 分	H11	区 分	H13
—	—	総合病院	18.6
長井市立病院	20.0	長井病院	31.2
南陽市立病院	21.7	南陽病院	28.6
川西町立病院	29.8	—	—

(表-5) 再編前後の経営状況比較

再編前		再編後		
経営の状況 〔医業収支及び比率〕		(単位：百万円)		
区 分	H11	区 分	H13	H14
—	—	総合病院	83.6%	84.1%
—	—	(医業収益)	8,672	8,863
—	—	(医業費用)	10,370	10,542
長井市立病院	97.4%	長井病院	92.1%	98.2%
(医業収益)	5,303	(医業収益)	1,302	1,387
(医業費用)	5,444	(医業費用)	1,413	1,413
南陽市立病院	84.7%	南陽病院	72.8%	83.9%
(医業収益)	2,217	(医業収益)	598	771
(医業費用)	2,617	(医業費用)	821	919
川西町立病院	79.7%	—	—	—
(医業収益)	902	—	—	—
(医業費用)	1,132	—	—	—
合 計	91.6%	サテライト計	85.0%	92.5%
(医業収益)	8,422	(医業収益)	1,900	2,158
(医業費用)	9,193	(医業費用)	2,234	2,332
		合 計	83.9%	85.6%
		(医業収益)	10,572	11,021
		(医業費用)	12,604	12,874

② 医師の確保

再編前においては、長井市立総合病院、南陽市立総合病院、川西町立病院の全病院において医療法上の標準医師数を下回っており、常勤医師数は3病院計で57名であったが、再編後には、基幹病院（公立置賜総合病院）に中核的医療機能を集中することで医師の効果的な配置が可能となり、医師需給が厳しい中、平成14年度には29名増の86名の常勤医師の確保が図られている。

(3) 山形県置賜地域における取組の今後の課題

病院再編に伴い新たに整備された基幹病院及び救命救急センターによりいわゆる高度救急医療の提供が実現し、また初期・慢性期医療を担うサテライト病院・診療所との間で機能分担及びネットワーク化が図られ、地域医療提供体制、医師確保、経営面において多くの効果が挙げられていることは前述のとおりであるが、再編から数年経過した現在、いくつかの課題も見えてきたところである。

まず、当初の医療連携構想では急性期・高度医療は基幹病院で、初期・慢性期医療の長期療養患者はサテライト病院等という機能分担を行ったものの、表-9の外来患者数の状況が示すとおり、診療機能の充実している基幹病院に対する患者のニーズが強く、基幹病院に患者が集中する傾向にあるという点である。

当初の計画では、基幹病院とサテライト病院等との間を専用の光ファイバーケーブルで結び、電子カルテを導入して医療情報を共有化する構想であったが、経費負担の問題等もあり基幹病院は電子カルテを導入しているが、サテライト病院等の方は依然として紙カルテとなっており、医療情報の共有化が十分図られていない現状にある。

基幹病院とサテライト病院等の間での機能分担による継続的かつ一体的医療の提供には医療情報の共有化が重要であり、間もなく既存の電子カルテシステムも更新時期がくることから、今後、病院システム全体としての医療情報の共有化をどのように図っていくかを検討中である。また、基幹病院内に設置している医療連携室を中心として、サテライト病院等、開業医とのさらなる医療連携を図っているところでもある。

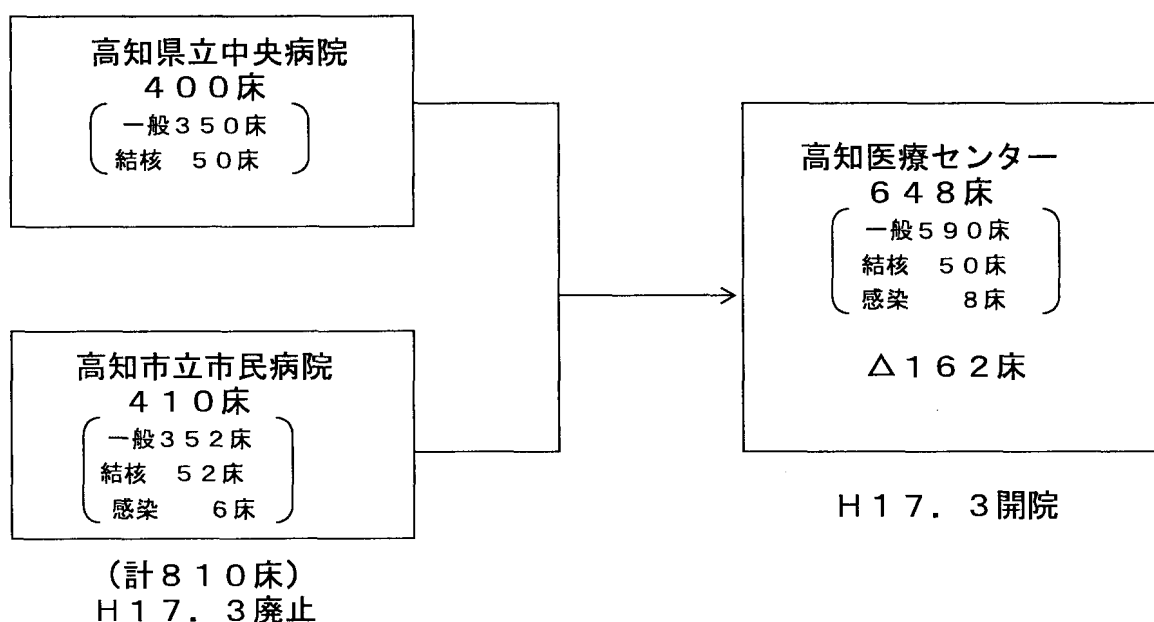
次に、「顔が見える医療」には、常勤であれ非常勤であれ医師を固定することが重要であるが、医師も医療設備が充実しており、多くの症例を経験することができる基幹病院勤務を望む傾向が強く、また医師の専門も細分化していることから医師配置、派遣システムについてさらに検討が必要であるという点である。

再編前と比較すると医師の確保が図られてはいるが、未だ十分とは言えないことから、まずは組合全体として必要な医師の確保に努めているところであり、今後、医師配置、派遣システムの再構築を行うとともに、サテライト病院等の魅力をいかに引き出していくかが課題となっている。個々の医師の頑張りに依拠しすぎることなく、システム全体として課題解決を図っていくことが重要である。

(4) 自治体病院の再編・ネットワーク化に類似する取組事例

高知県と高知市が、一部事務組合「高知県・高知市病院組合」を設立し、PFIにより、新たな病院を整備するにあたり、高知県立中央病院と高知市立市民病院を統合し、平成17年初頭の開院を目指し、新たな基幹病院の整備を進めている。

(図-5) 高知県・高知市病院組合による二病院の再編



病院が、都市に集中する傾向が強い中で、県庁所在都市における、都道府県立中央病院、市立病院及び大学病院の役割分担も、地域によっては、十分な検討がなされるべきであるが、高知県と高知市による取組は注目される。そもそも、県民のため、市民のためとあって、県及び市が張り合っただけの効率の悪いサービスを提供する必要はないわけであり、住民にとって、あるべき適切なサービスという観点から、こうした再編が進むことも期待される。

5. 自治体病院の再編・ネットワーク化の検討手順

(1) 診療圏（二次医療圏など）ごとの現状分析の手法

自治体病院の再編・ネットワーク化を進めることには、具体的かつ十分な効果があることは確認されたが、それぞれの地域において、再編・ネットワーク化が必要か、必要であるとして、いかなる再編・ネットワーク化が適切かを判断するにあたっては、まず現状分析が必要となる。

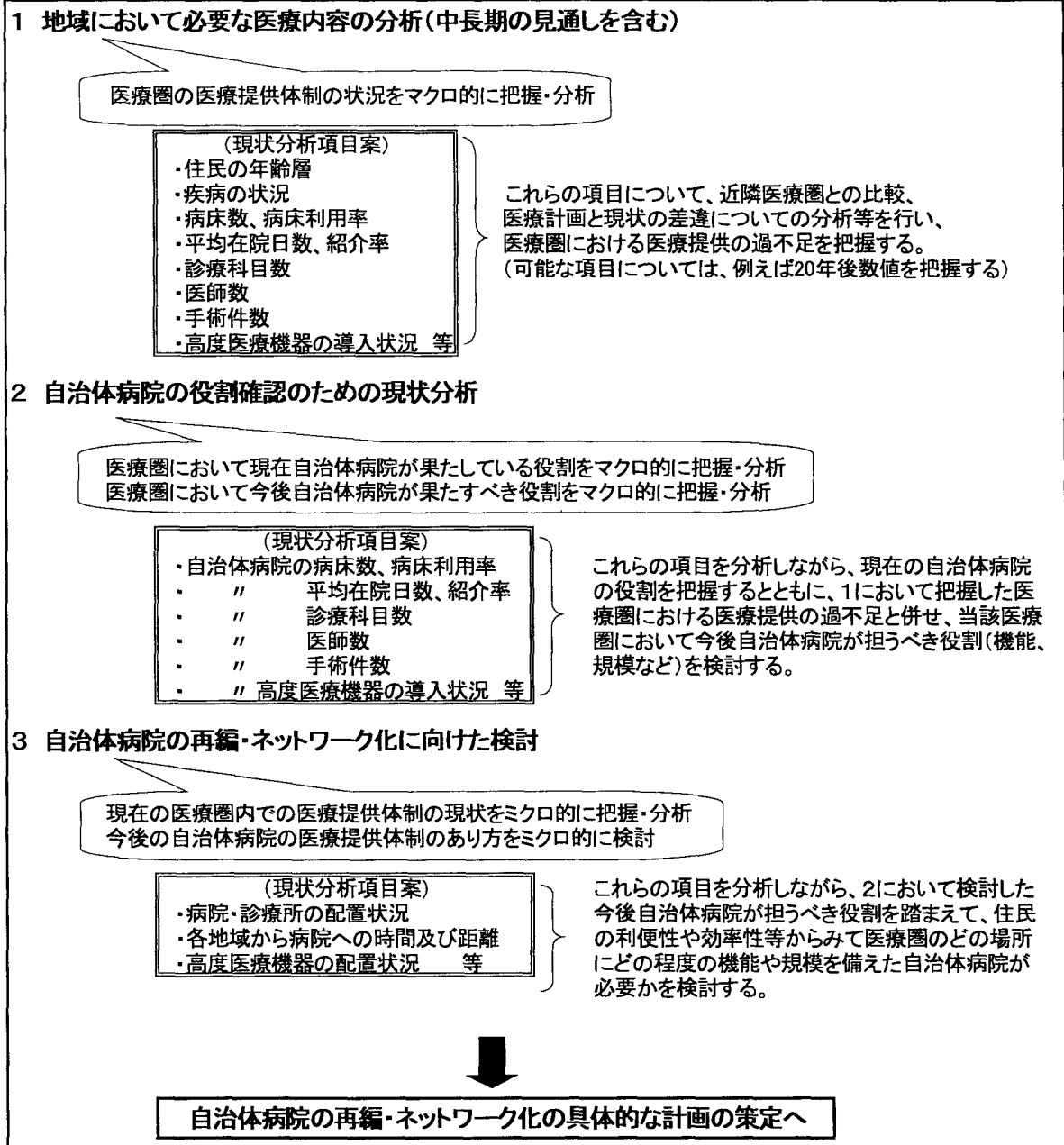
現状分析を行うため、簡便で、かつわかりやすい手法の在り方について検討したが、たとえば、

- ①地域における必要な医療内容の分析（中長期の見通しを含む）
- ②医療提供体制（病床数、病床利用率、紹介率、診療科目、医師数等）、自治体病院が果たしている役割及び今後果たすべき役割の分析
- ③病院の配置状況、各地域から病院への時間・距離、各病院にどこに住む患者が来ているか、各病院における手術件数・高度医療機器の使用状況等を分析の上、医療サービス面、コスト面の課題を抽出し、可能な再編・ネットワーク化の在り方を検討といった方法がある。

その内容は、図－6のとおりであるが、その作業を円滑に行うことができるよう、分析を行うための作業表を、別添の表1及び表2において示したところである。各地方団体において、この方法を活用され、まずは、それぞれの診療圏（二次医療圏など）ごとの現状分析が進むことを期待したい。

二次医療圏ごとに分析することが一般的と思われるが、二次医療圏を越えて、患者がかなり移動していることもありうるところであり、県立中央病院等の機能（3次救急、ドクターヘリなど）を含めて、より広域での分析をする場合もありうると思われるし、逆に、もう少し狭い領域で、当面の再編・ネットワーク化に向けての分析がなされる場合もあると思われる。

(図-6) 診療圏(二次医療圏など)ごとの現状分析と再編・ネットワーク化の検討例



(2) 分析及び分析結果の評価を行うにあたっての留意事項

上記(1)の分析を行うためには、たとえば2次医療圏内の各病院、診療所の協力が必要になる。民間病院については、すべての項目について、明らかにしにくい場合もありうる。したがって、完璧な調査結果を得ることは、地域によっては難しいこともありうるが、まずは、可能な限り客観的な分析を行うことが重要である。その上で、関係者が情報を共有し、将来を見通し、適切かつ効率的な医療サービスの提供の在り方について検討することである。

したがって、こうした分析を行うにあたっては、まずもって、都道府県及び関係市町村が、同じ問題意識のもと、取組姿勢を明確にしたうえで、対応することが必要である。また、都道府県内部においては、医療政策部門と市町村行財政担当部門が、十分な意思疎通を図ることは不可欠である。

さらに、都道府県行政当局のみならず、都道府県立の中央病院や、医師会、さらには大学を含め、問題意識、情報を共有するためにも、関係者により構成される各都道府県医療対策協議会という枠組を活用することも意義あることと思われる。

また、分析結果を評価するにあたっては、十分機能できていない病院でもあった方が安心感があるとか、病床の活用が不十分でもまさかの時の対応という意味で確保しておいた方がよいとか、我が町の病院がなくなるのはおかしいといった感覚的あるいは感情的な判断を廃し、

- ① 厳しい財政状況下において、住民の方々に効率的に医療サービスやへき地医療や救急医療など地域にとって必要不可欠な医療が提供される体制をどのように構築すべきかという視点
- ② 20年後、30年後まで持続可能なシステムは何かという視点
- ③ 住民の方々の利便や将来コストも念頭におき、実現可能な方策は何かという視点に立って、現実的な評価検討を行うべきである。