

An aerial photograph of Tokyo, Japan, showing a dense urban landscape with numerous skyscrapers and residential buildings. The Tokyo Tower is prominent on the left side. In the background, a large body of water and a bridge are visible. A white circle highlights a specific building complex in the middle-right area of the city. A semi-transparent black box with white text is overlaid on the right side of the image.

地域医療再生の現状と将来

～公立病院改革ガイドラインと地域再生～

国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

1. 構想の概要(1)

成田市と国際医療福祉大学は、「大学・大学院教育」及び「医療」をキーワードに、国の経済成長に寄与する「国家戦略特区」構想を提案いたします。

医療の国際展開をはかるうえでの最重要課題ともいえる、海外で病院を実際に運営する際の医師、理学療法士、放射線技師、臨床工学士、医療経営の専門家等の人材を本構想の実現により養成し、政府の成長戦略を強力にサポートいたします。

プロジェクト名

国際医療学園都市構想

コンセプト

大学、病院、製薬・医療機器メーカーなどさまざまな医療関係機関の集積



2-1. IUHW成田キャンパスの特徴

①医学部において 国際医療の担い手と地域医療の担い手を教育

医学部の入学定員140人の内20人は、海外からの留学生を含め、国際舞台で医療の担い手となる人材として教育します。(海外の医療事情・システム・制度などを学ぶカリキュラムを用意します。)

国内の医師不足の解消を図るため、120人は地域医療の担い手として教育します。授業料・入学金などの諸費用は、経済的な理由によって医学部進学を諦めないで済むようなレベルに設定します。入学後も、成績に応じて奨学金を多数の学生が得られる仕組みを構築します。

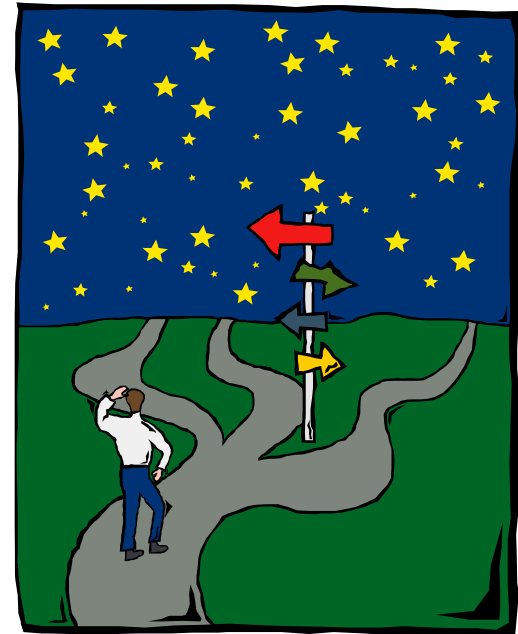
20人
国際医療の担い手

120人
地域医療の担い手



目次

- パート1
 - 社会保障と税一体改革
- パート2
 - 公立病院危機の背景
- パート3
 - 公立病院改革ガイドライン
- パート4
 - 公立病院改革事例
- パート5
 - 地域連携から地域経営統合へ



パート1

社会保障・税の一体改革



2025年へ向けて、
医療・介護のグランドデザインの議論が
社会保障制度改革国民会議で行われた

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

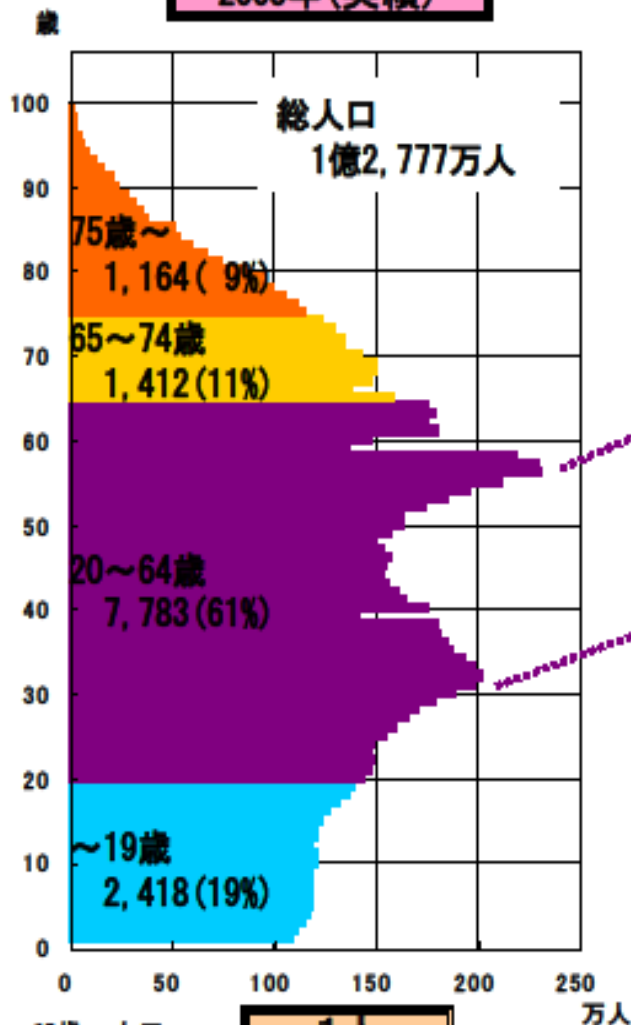
社会保障制度改革国民会議改革案

	改革案	法案提出メド
医療	70～74歳の自己負担2割に上げ	2014年度以降段階実施
	高額療養費の負担上限上げ	2014年度にも実施
	医療提供体制見直し	2014年通常国会に法案
	大企業健保の負担増	15年通常国会に法案
	国保の都道府県移管 高所得者の保険料上げ	2017年度までに実施
介護	軽度者へのサービスを市町村に 高齢者対象に自己負担上げ 特養の軽度者の入所制限	2014年通常国会に法案
	年金支給開始年齢の引き上げ	中長期で検討
年金・少子化 対策	待機児童対策	2014年度まで

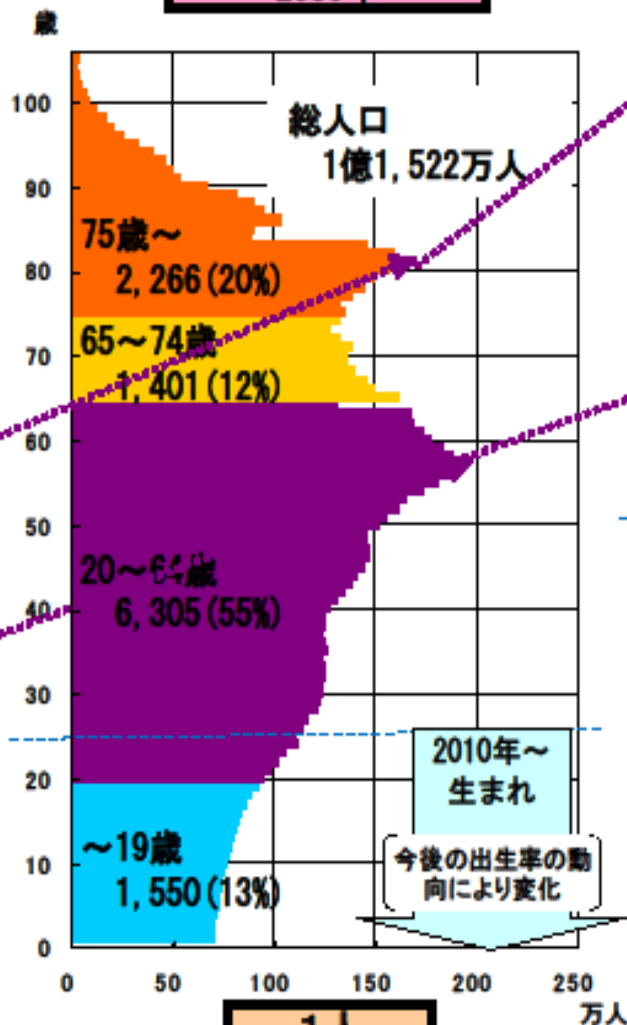
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

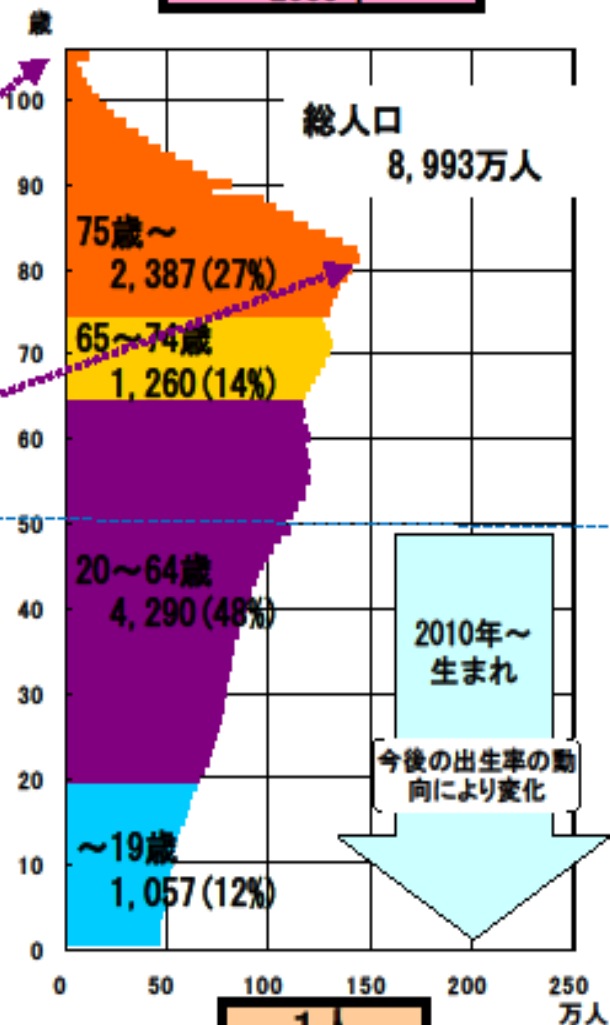
2005年(実績)



2030年



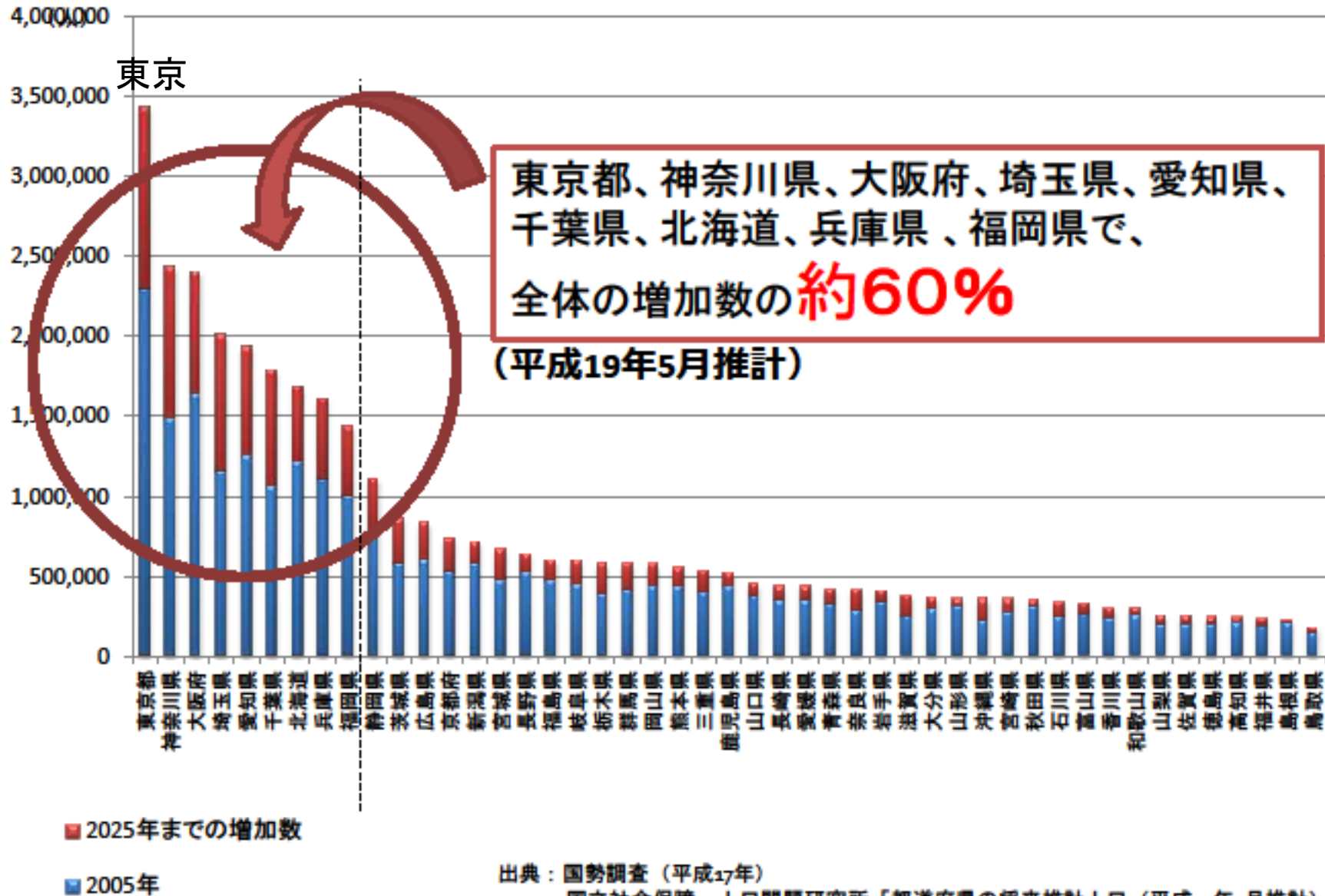
2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

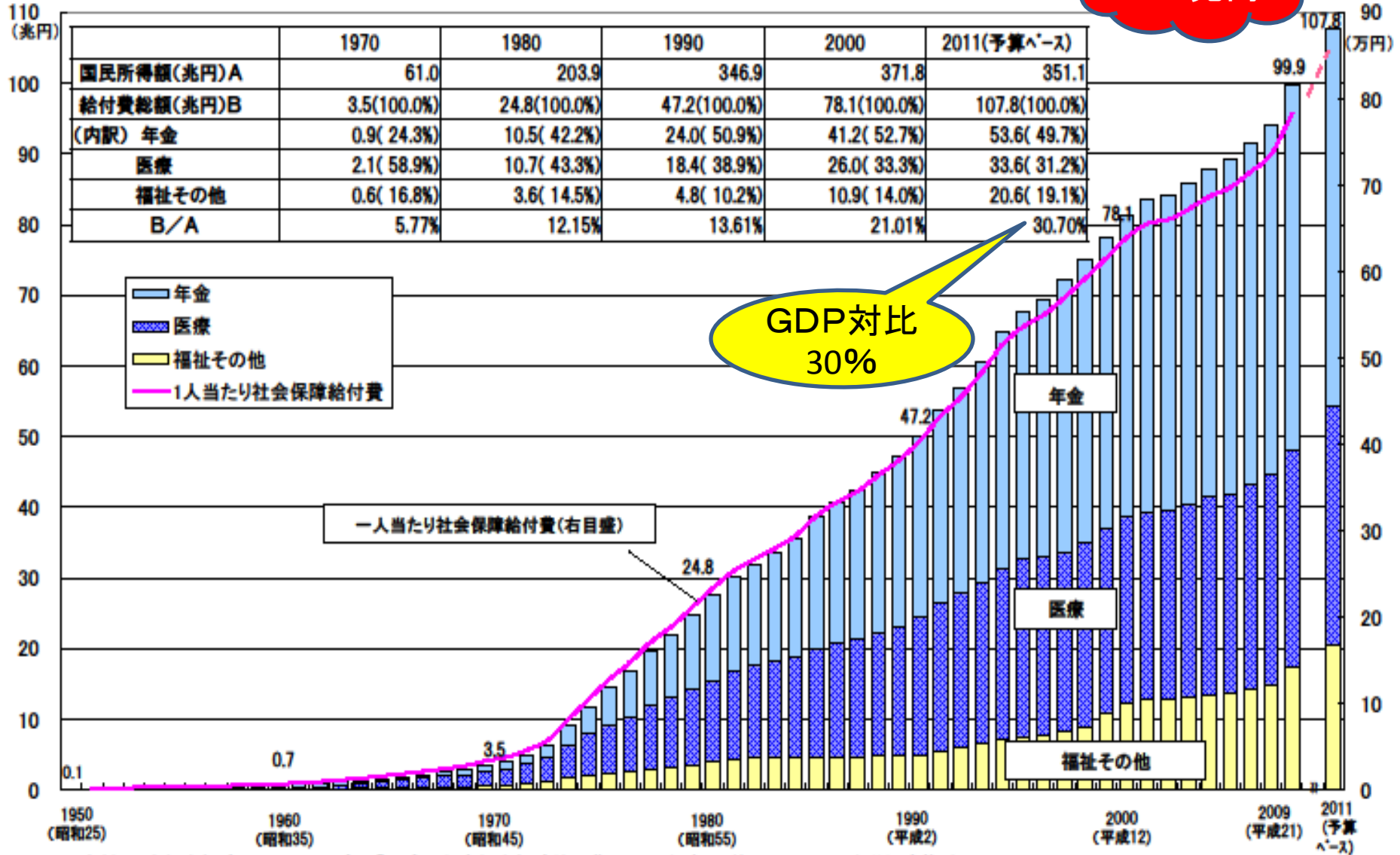
出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



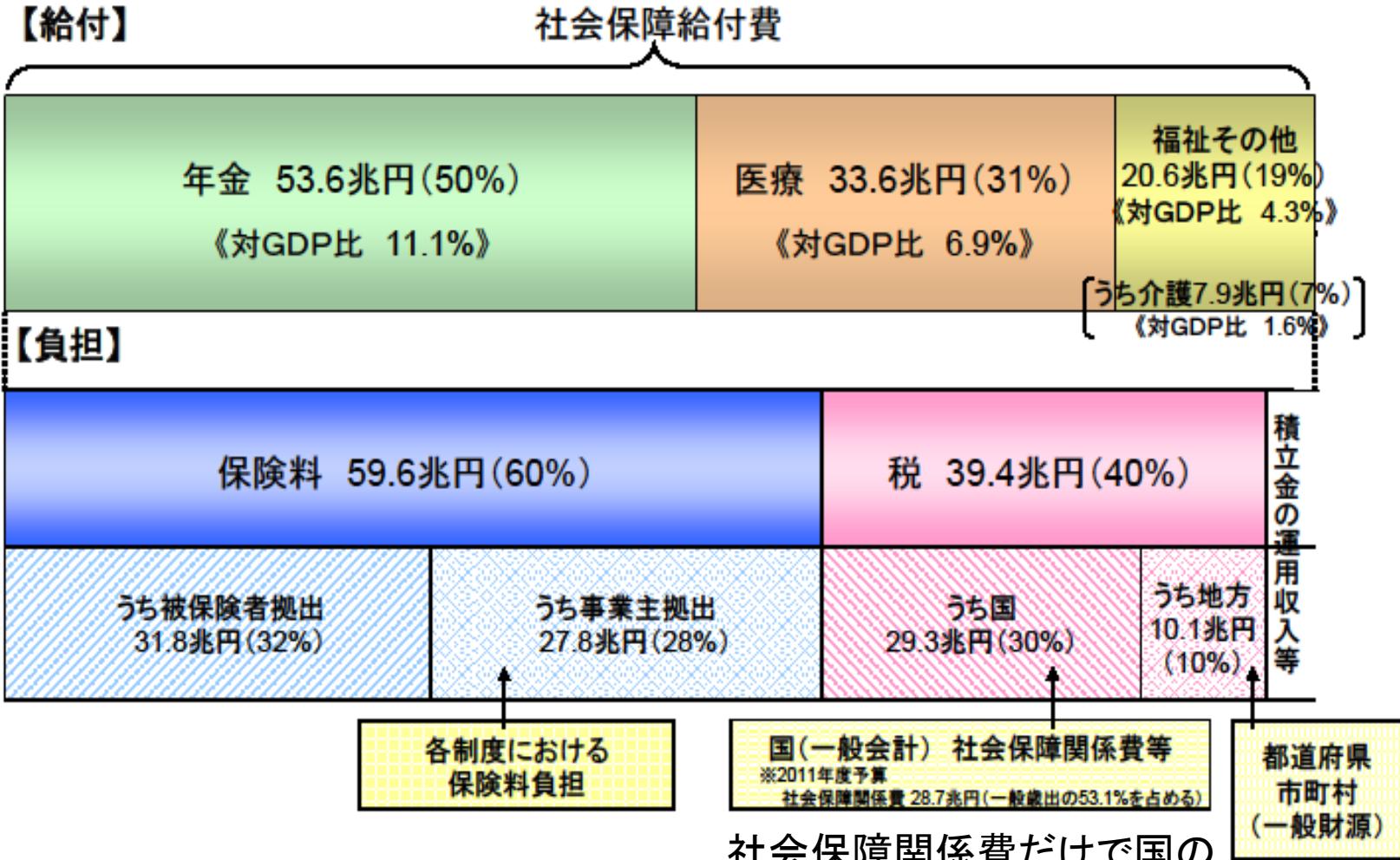
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

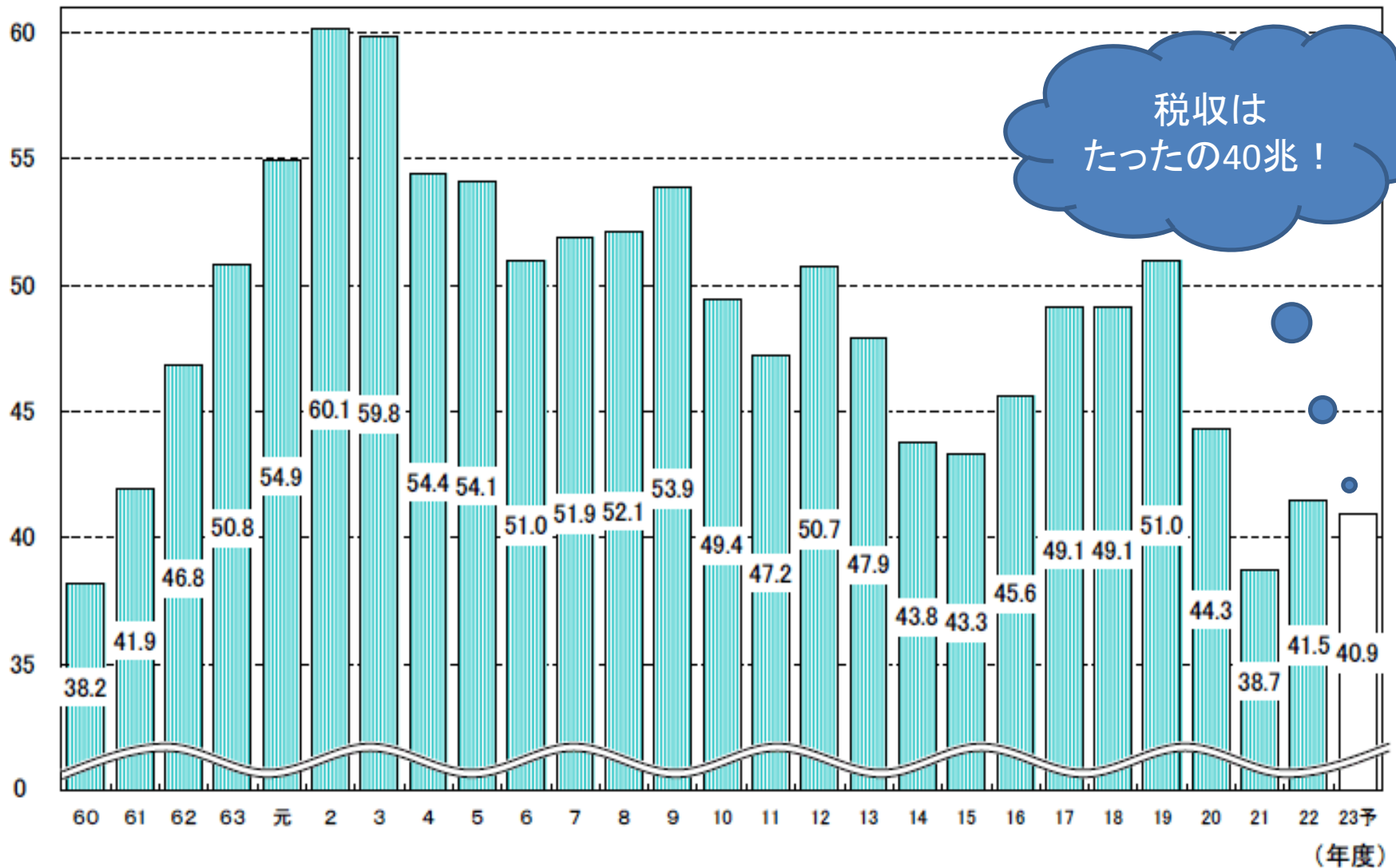


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移

(兆円)



消費増税法が成立



そしてついに増税！

しかし、

その前になすべきことは？

医療・介護の機能強化と

徹底した効率化

日本経済新聞

8月11日

14年4月8%

15年10月10%

増収、社会保険料に

社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 (市町村単独分含む)	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

2011年度

2025年度

	2011年度	2025年度
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度
	医師数	29万人
	看護職員数	141万
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分
【介護】	利用者数	426万人
	在宅介護	304万人分
	うち小規模多機能	5万人分
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—
	居住系サービス	31万人分
	特定施設	15万人分
	グループホーム	16万人分
	介護施設	92万人分
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	
介護職員	140万人	
訪問看護(1日あたり)	29万人分	

一般病床
107万床

【高度急性期】	22万床 15～16日程度
【一般急性期】	46万床9日程度
【亜急性期等】	35万床 60日程度

機能分化し
て103万床

641万人(1.5倍)
・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減
・ 入院の減少(介護への移行):14万人増

449万人分(1.5倍)
40万人分(8.1倍)
15万人分(—)

61万人分(2.0倍)
24万人分(1.6倍)
37万人分(2.3倍)

131万人分(1.4倍)
72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))
59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))

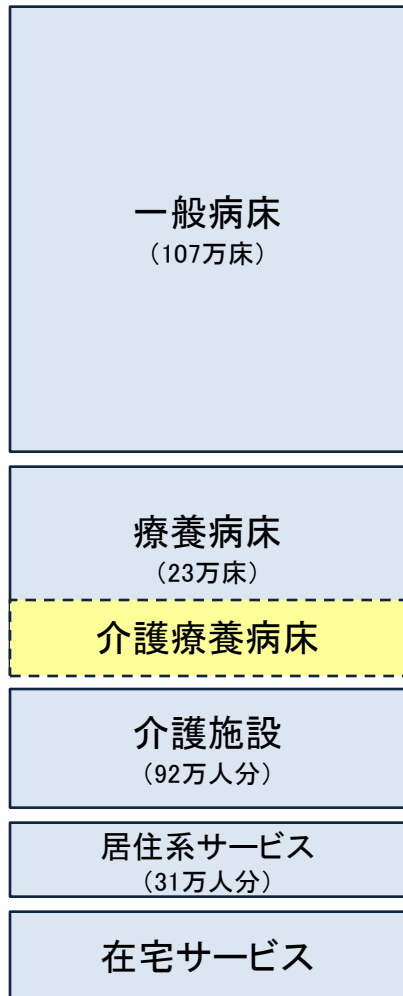
232万人から244万人

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

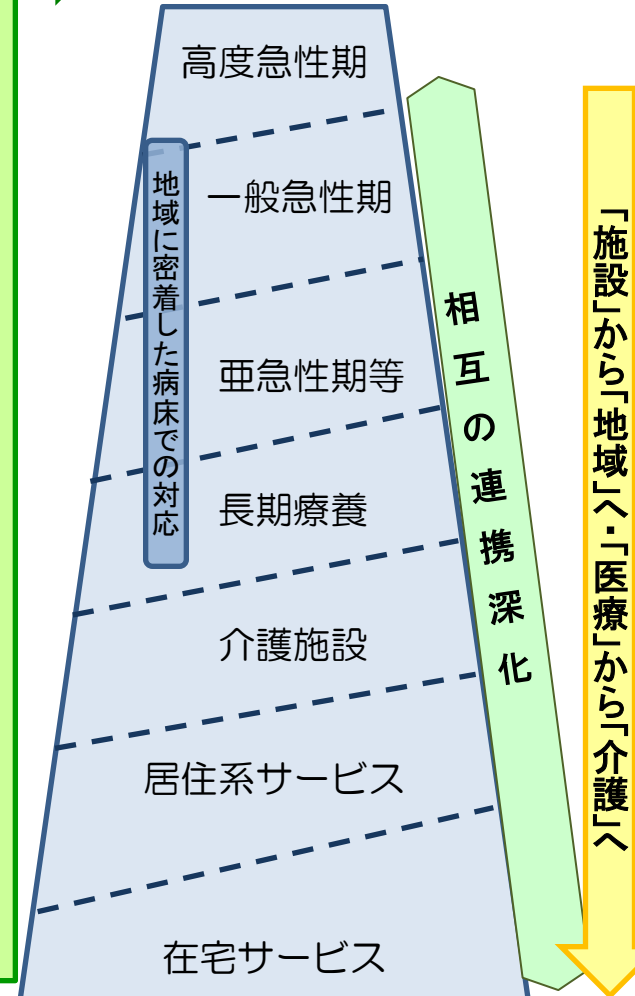
- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



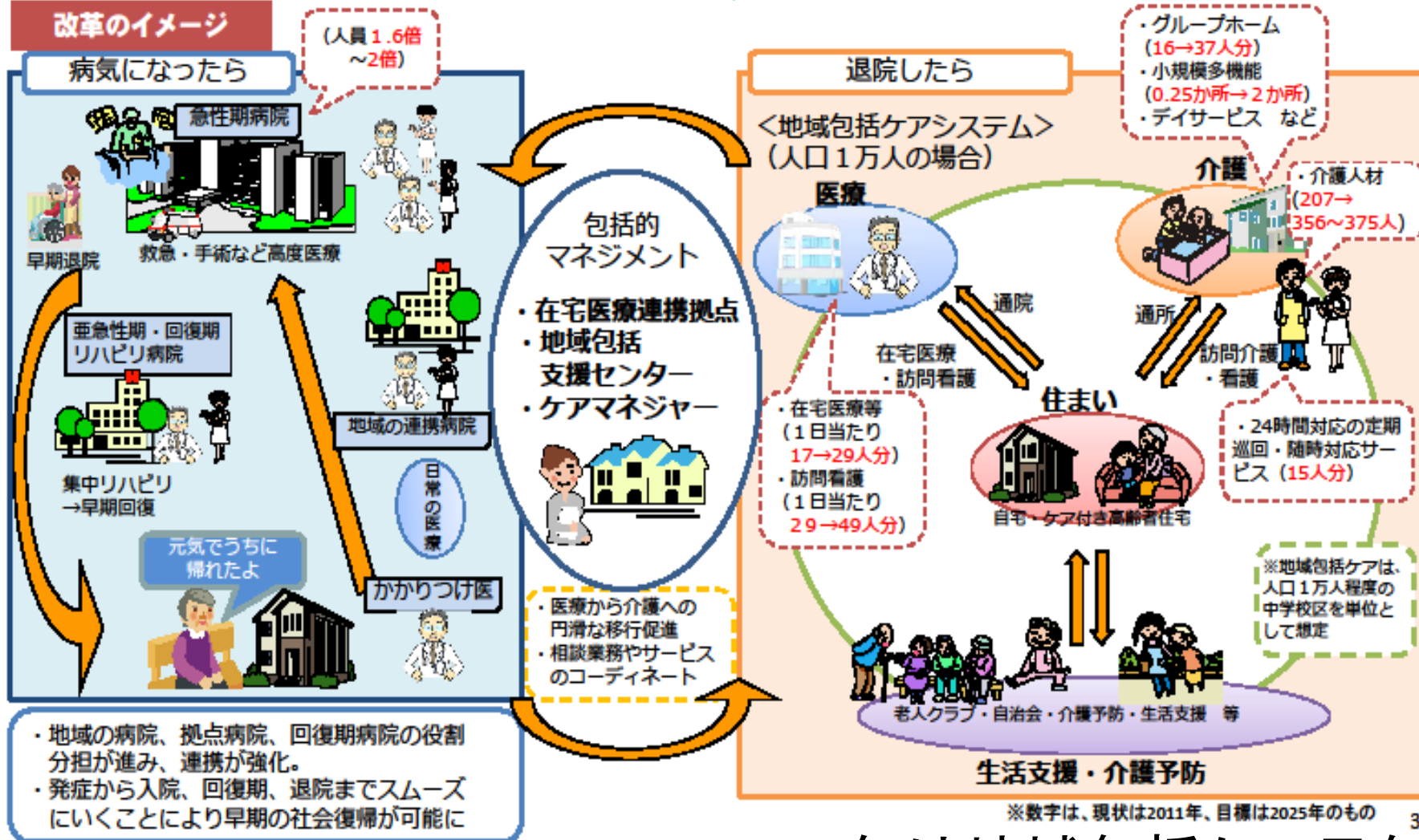
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

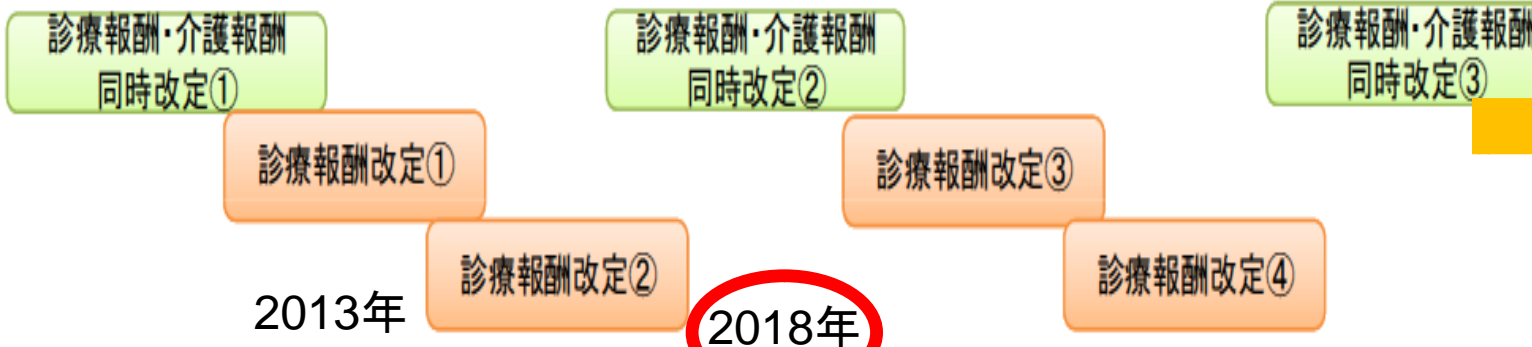
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

2023年

医療計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

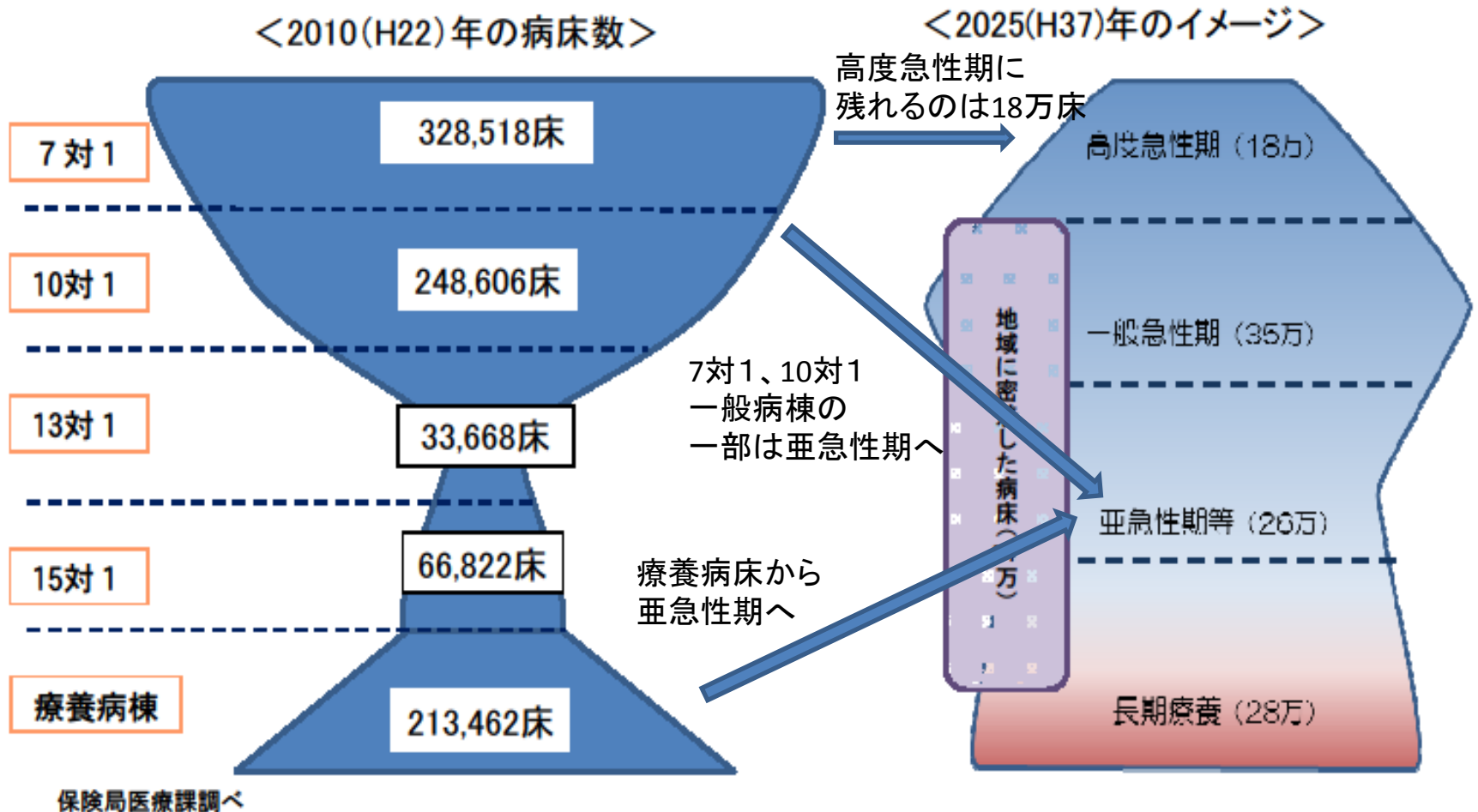
介護
保険
事業
計画

医療介護のあるべき姿

病床機能分化と診療報酬改定

中医協調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」

診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



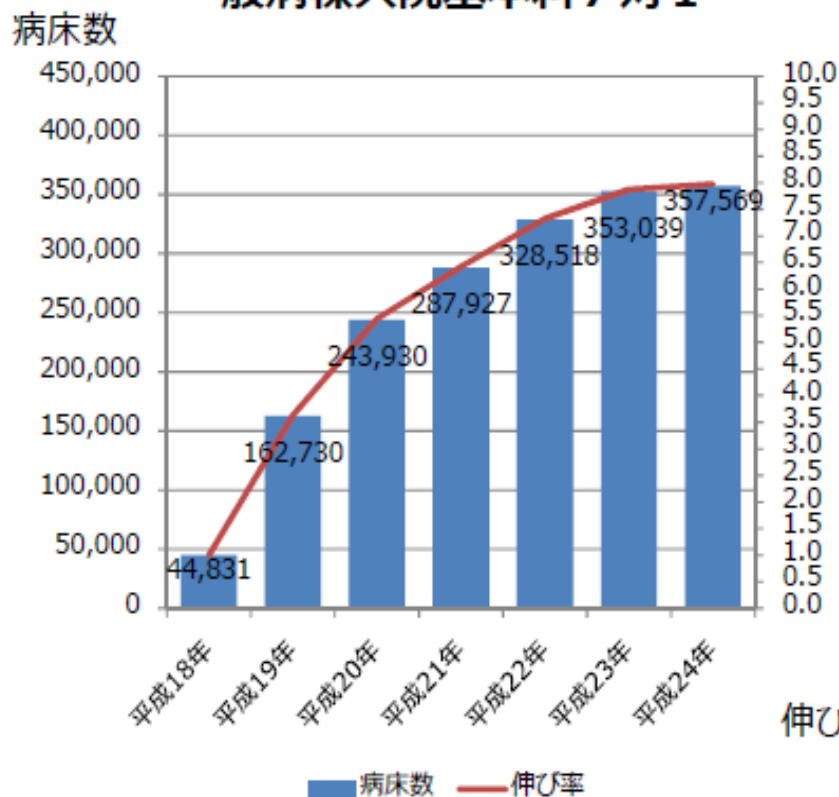
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

診調組 入 - 1
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少

一般病棟入院基本料7対1



一般病棟入院基本料10対1



※ 平成18年を1とした時の伸び率
 ※※ 平成24年は暫定値

(平成24年保険局医療課調べ)

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

平均在院日数

- 4泊5日以内の短期手術等の症例を除いて平均在院日数を計算した場合
 - 12.2日→12.8日(+0.6日延長)
- 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、特定除外患者を含めて平均在院日数を計算した場合
 - 7対1 21.0日→22.5日(+1.5日延長)
 - 10対1 22.0日→25.2日(+3.2日延長)

亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・機能

- ①急性期病床からの患者受け入れ

- 重症度・看護必要度

- ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ

- 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出

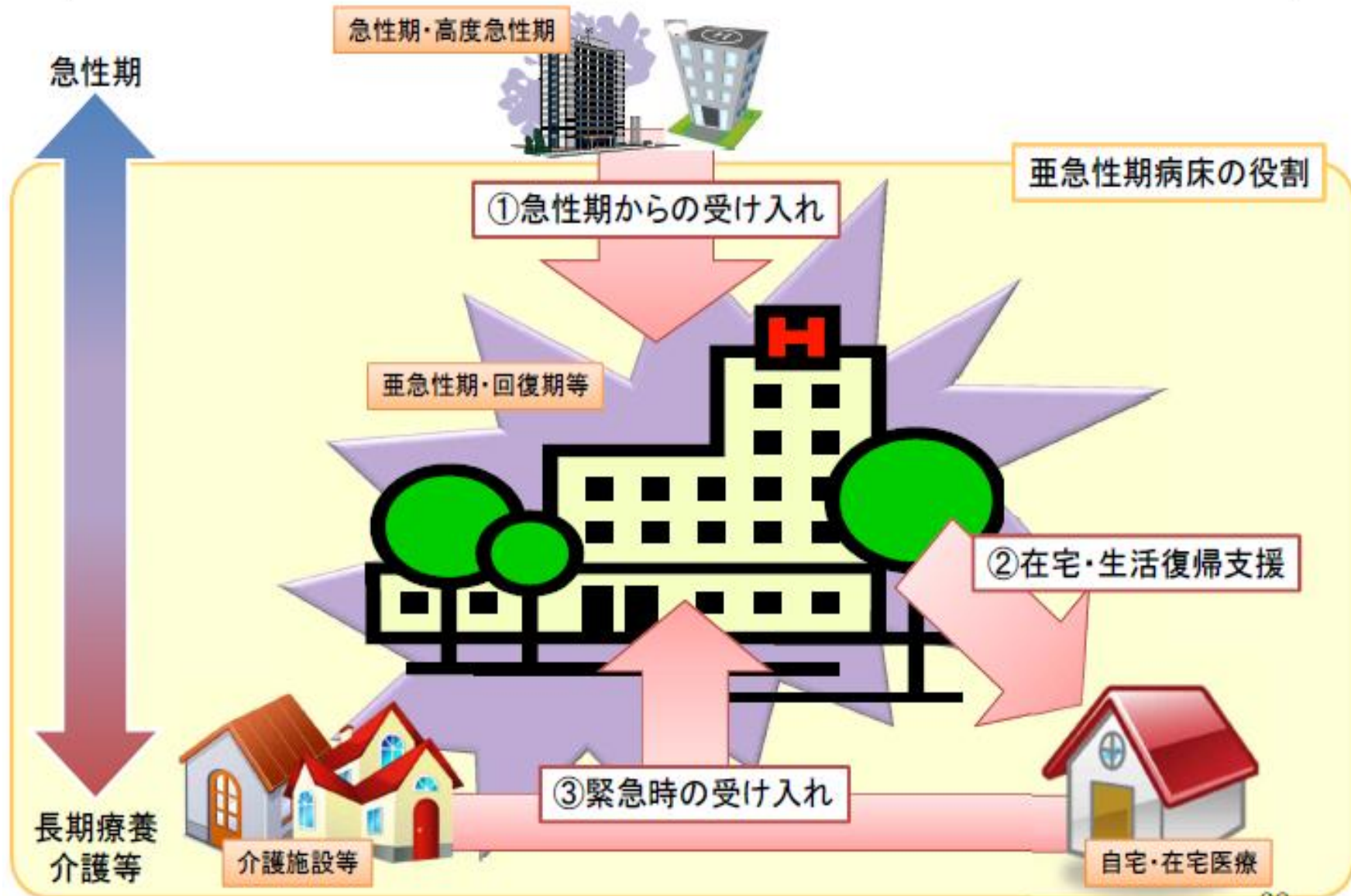
- ③在宅への復帰支援

- 在宅復帰率

- データ提出

- 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



病床機能報告制度の導入と 地域医療ビジョンの策定

ブが働く仕組みを構築するとともに、加入者の自発的な健康づくりへのサポートの在り方等も検討すべきである。

総括して言えば、この社会保障制度改革国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えることにあると言っても過言ではない。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」



(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

検討会でまとまった病床機能区分

名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

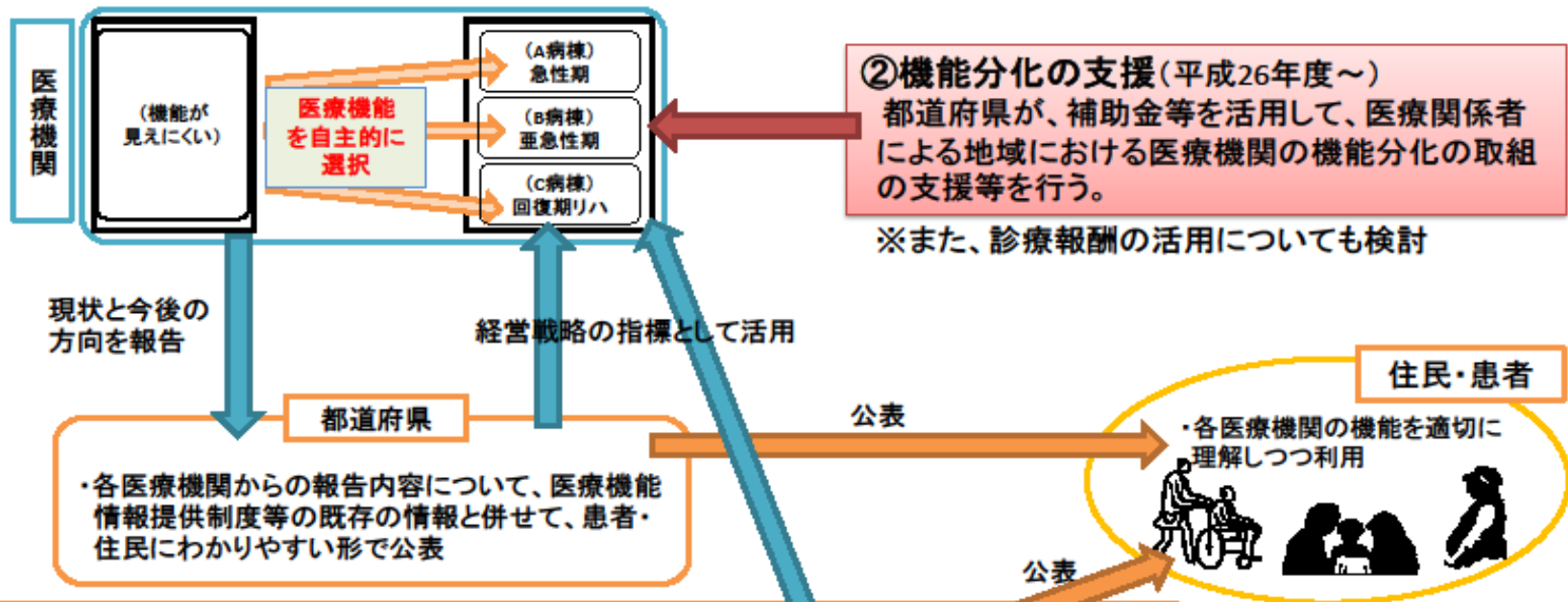
病床機能情報の報告・提供制度

機能分化を推進するための仕組み

第4回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
平成25年3月7日 資料 4

①医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



②機能分化の支援(平成26年度～)

都道府県が、補助金等を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組の支援等を行う。

※また、診療報酬の活用についても検討

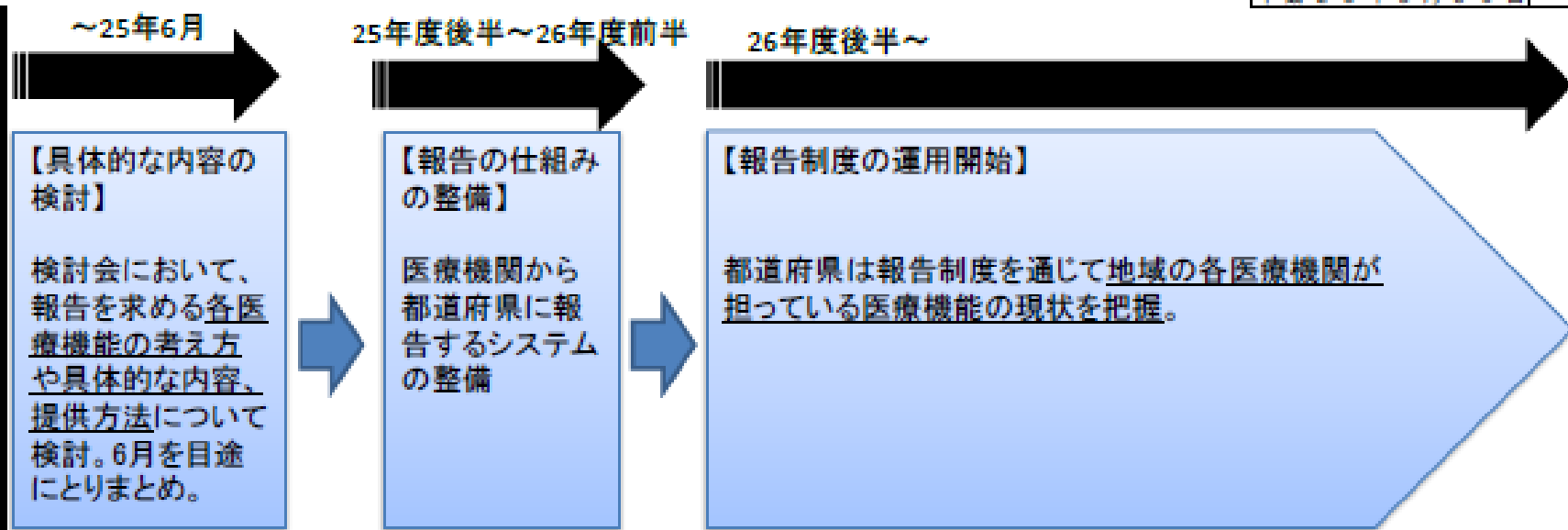
③地域医療ビジョンの策定(平成30年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

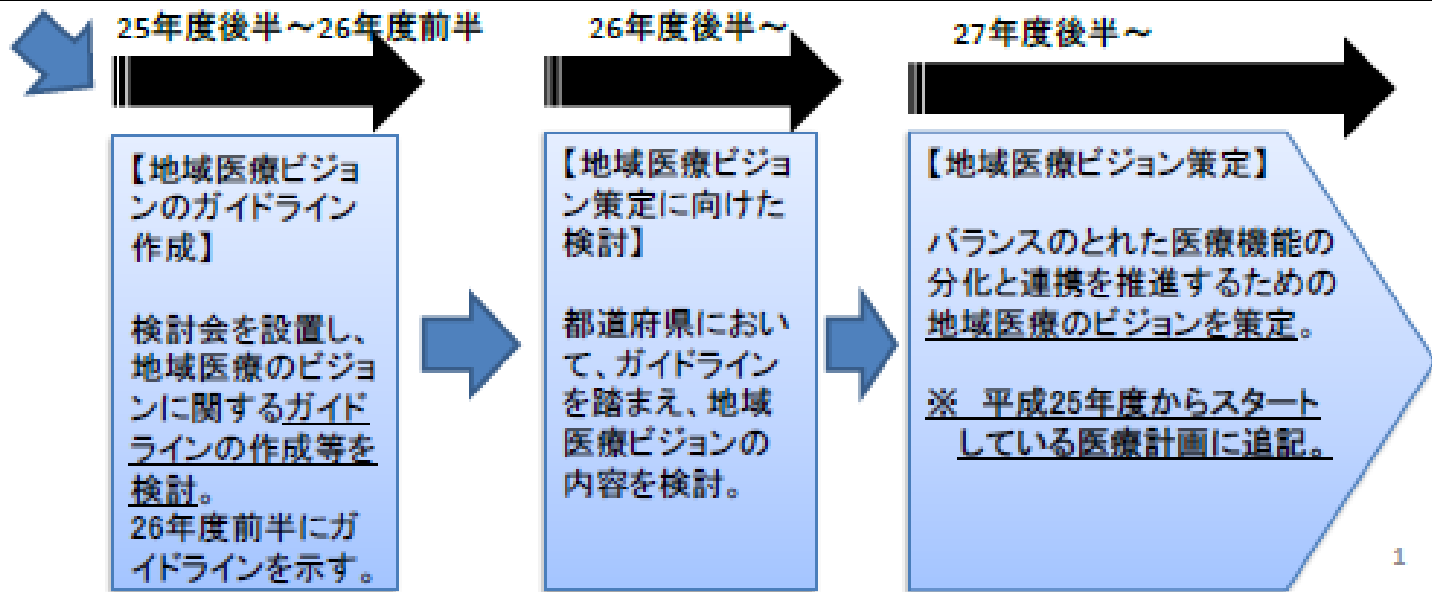
報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
 平成25年5月30日
 参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



社会保障審議会医療部会 (10月11日)

- 社会保障審議会医療部会(10月11日)
 - 高度急性期、急性期、回復期、長期療養の区分ごとに病床数上限を定めるという厚生労働省案(医療法改正案)
 - 手術割合など定量的な基準を満たさない場合急性期ではなく回復期へ
 - 医療法改正、診療報酬改定の両輪で誘導していく
 - 「遊休病床のある公的病院から救急受入不能となっている民間病院へ病床移転。M&Aよりも低コストで病床取得
 - 「公的医療機関(公立病院、日赤、済生会等)が正当な理由なく1年間病床を稼働していない場合、都道府県が削減措置を要請することができるようにする」

パート2

公立病院危機の背景



公立病院とは？

- **公立病院**とは、地方公共団体がが経営する医療機関、**自治体病院**ともいう
- 地方独立行政法人へ移行した医療機関や公立大学法人の付属病院等も、慣習上、公立病院と呼ばれる場合が多い
- 厚労省によると、都道府県や市町村などの自治体が運営する医療機関(病院・診療所)は、全国で4,578施設となっていて、地域医療の中核をなす

公立病院の特徴

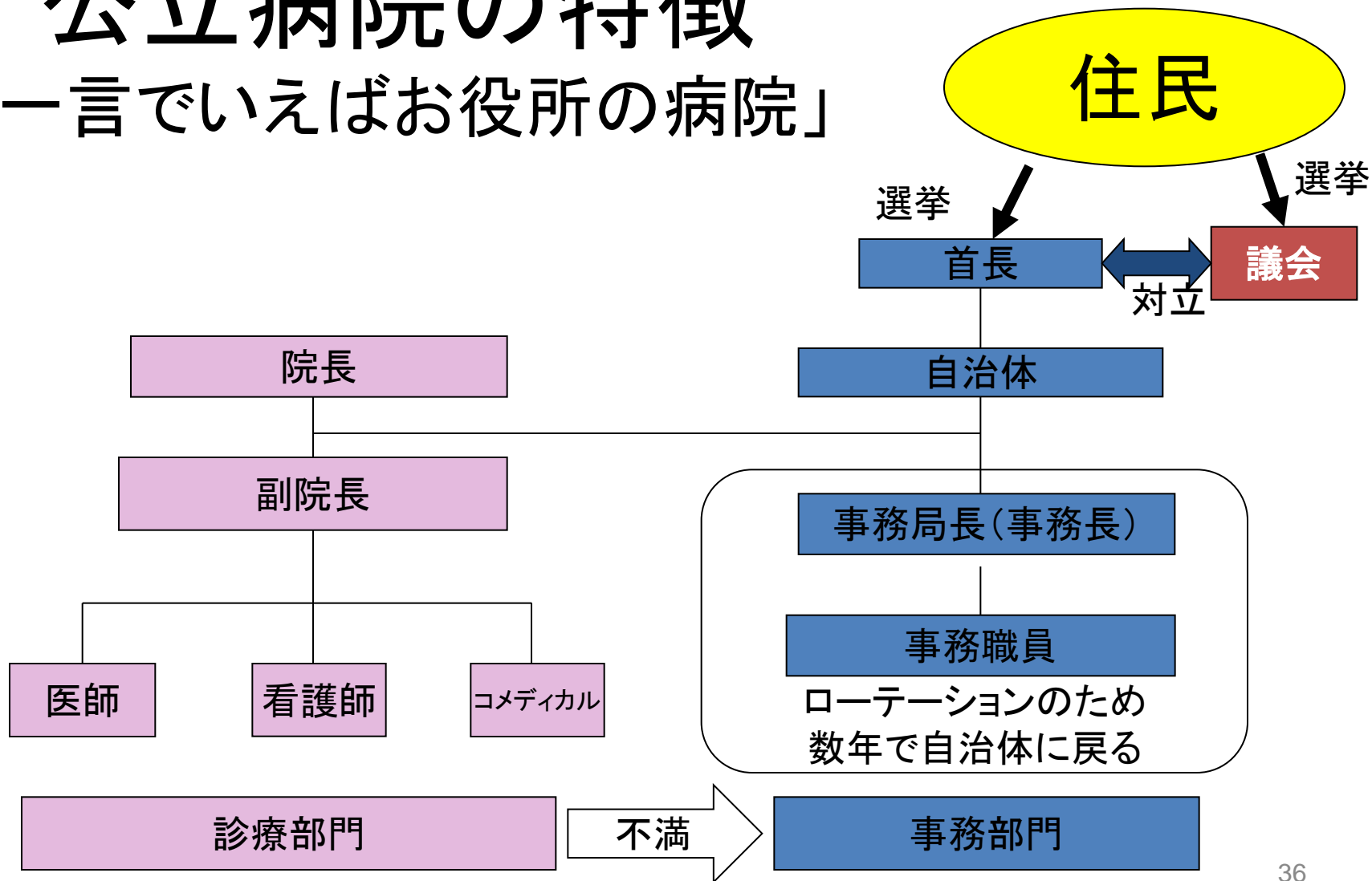
- 施設の直接の管理・運営責任者は施設長、開設者としての最高責任者は首長となっている場合が多い。
- 病院の予算、決算は、自治体の他の事業と同じように、議会の承認が必要であり、条例に基づいて執行される。
- そのため、調達や工事等の契約は、地方自治法に基づき財政を取り扱う場合の一般競争入札、指名競争入札、随意契約の事務と同じである。
- 自治体直営の病院のスタッフの身分は、医師、看護師、薬剤師などを含め地方公務員である(ただし、指定管理者、下請事業者等の従業員は除く)が、非公務員型の地方独立行政法人の病院の職員は公務員ではない。

公立病院の特徴

- 公立病院は、しばしば首長選挙の争点になることがある
- 住民は病院の診療科が廃止されたり、病床が縮小されることに反対
- 住民のコンビニ受診が公立病院の医療従事者を疲弊させることも問題になっている

公立病院の特徴

「一言でいえばお役所の病院」



公立病院の経営問題

- 地方自治体の財政難や医師不足などに伴って、自治体病院では統廃合や民間への譲渡などの再編が進んでいる。
- 2011年までの5年間に、全国の施設数は413施設(全体の8.3%)減少した
- また、自治体病院の累積赤字は2009年度で2兆1,571億円に上り、その10年前の倍近くに悪化している
- 自治体病院の経営体質は高コストであることが指摘されていて、建設費が民間病院に比べて2-3割高い
- 公務員の給与体系に合わせていることが多いので、職員の人件費も経営上の問題

公立病院経営を直撃した 新臨床研修医制度

- 新臨床研修医制度以前
 - 公立病院では、大学医局の人事による医師派遣が主であった
 - 公立病院は医局から送られてきた医師を直接雇用し治療に当たってきた
 - 医師の交代などの人事権は派遣大学の各科の医局の一存で決まっていた
 - しかし、医局が機能していたので、それなりに地方の公立病院への医師派遣が行われていた

新臨床研修医制度と医師不足

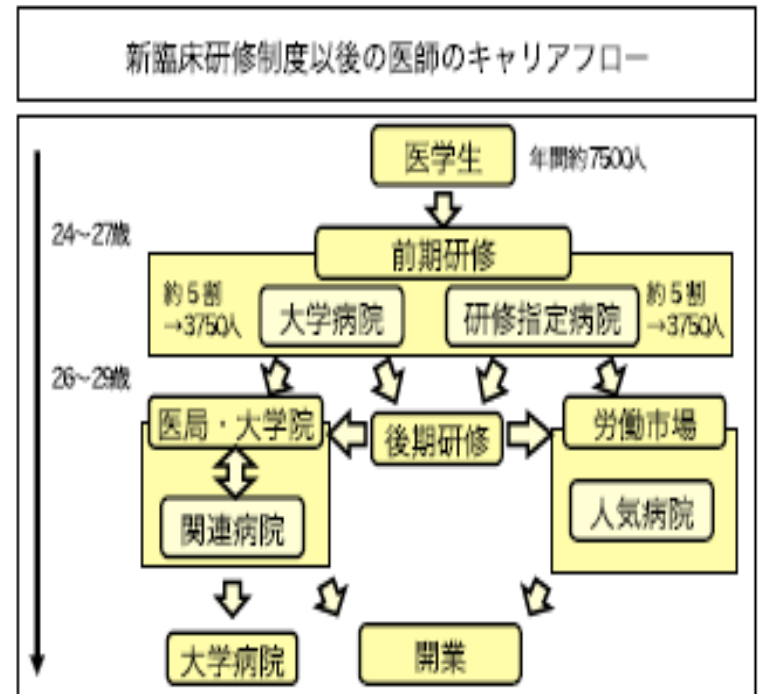
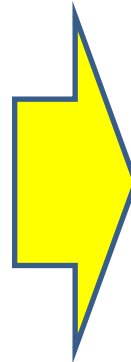
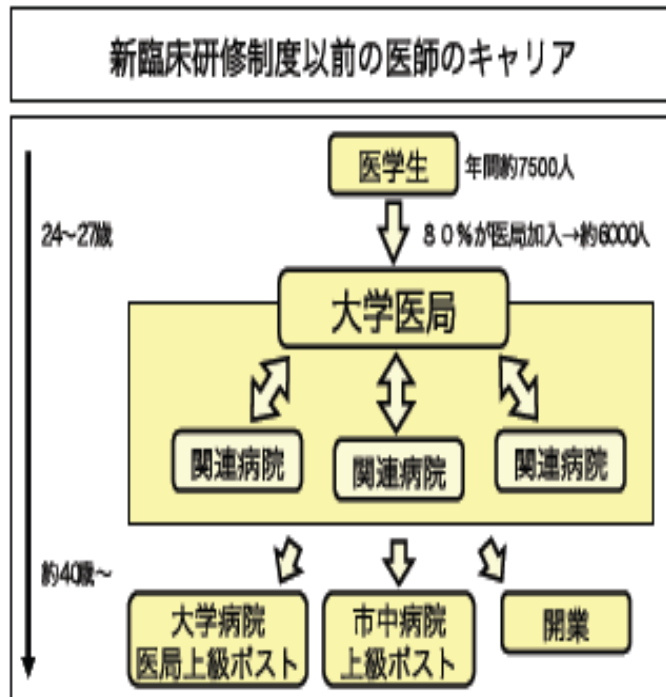
- 2006年の新臨床研修医制度以降
 - 新医師臨床研修制度の開始に伴い、従来、大学病院など特定の病院においてのみ研修が可能であったのが、一般の民間病院においても研修が可能となった
 - 研修医は症例が多い病院を選択する傾向があり、症例の多くない地方の病院や小さな病院での研修や、薄給で直接医療と関係のない下働きが多いとされた大学病院を研修先として避けるようになった

新臨床研修医制度と医師不足

- このため大学病院に研修医が来なくなった
- 大学病院はもともと研修医の労働力で成り立っていたこともあり、大学病院にとっては大打撃
- 大学病院は付属病院の臨床医療を維持するために地方の公立病院に派遣していた医師を引き上げざるを得なかった
- こうして地域の公立病院から中堅の医師が引き上げられたことで、公立病院の診療科が次々と閉鎖に追い込まれる事態が相次いだ
- とくに、300床以下の中小病院、特に公立病院が打撃を受けた。

新臨床研修医制度と医師不足の構造

2006年以降



医師の地域偏在の課題と政策提言、東大公共政策大学院 西部ら

公立病院が最も新臨床研修医制度の 影響を最も受けた

表1: 常勤医師数の推移 厚生労働省: 病院報告より作成

	平成 15 年常勤医師数	平成 18 年常勤医師数	差
総数	136,407	139,820	3,413
国	21,766	21,121	-645
厚生労働省	5,698	885	-4,813
その他の国	16,068	20,236	4,168
公的医療機関	42,458	42,382	-76
都道府県	9,798	9,547	-251
市町村	19,853	19,115	-738
その他の公的医療機関	12,807	13,720	913
社会保険関係団体	5,350	5,523	173
公益法人	7,030	7,439	409
医療法人	34,116	34,954	838
その他の法人	20,813	24,346	3,533

¹⁹ 表中で、国の医師数が減少しているが、これは、この間国立病院の独立行政法人化が進んだためであり、単なる組織変更の影響である。

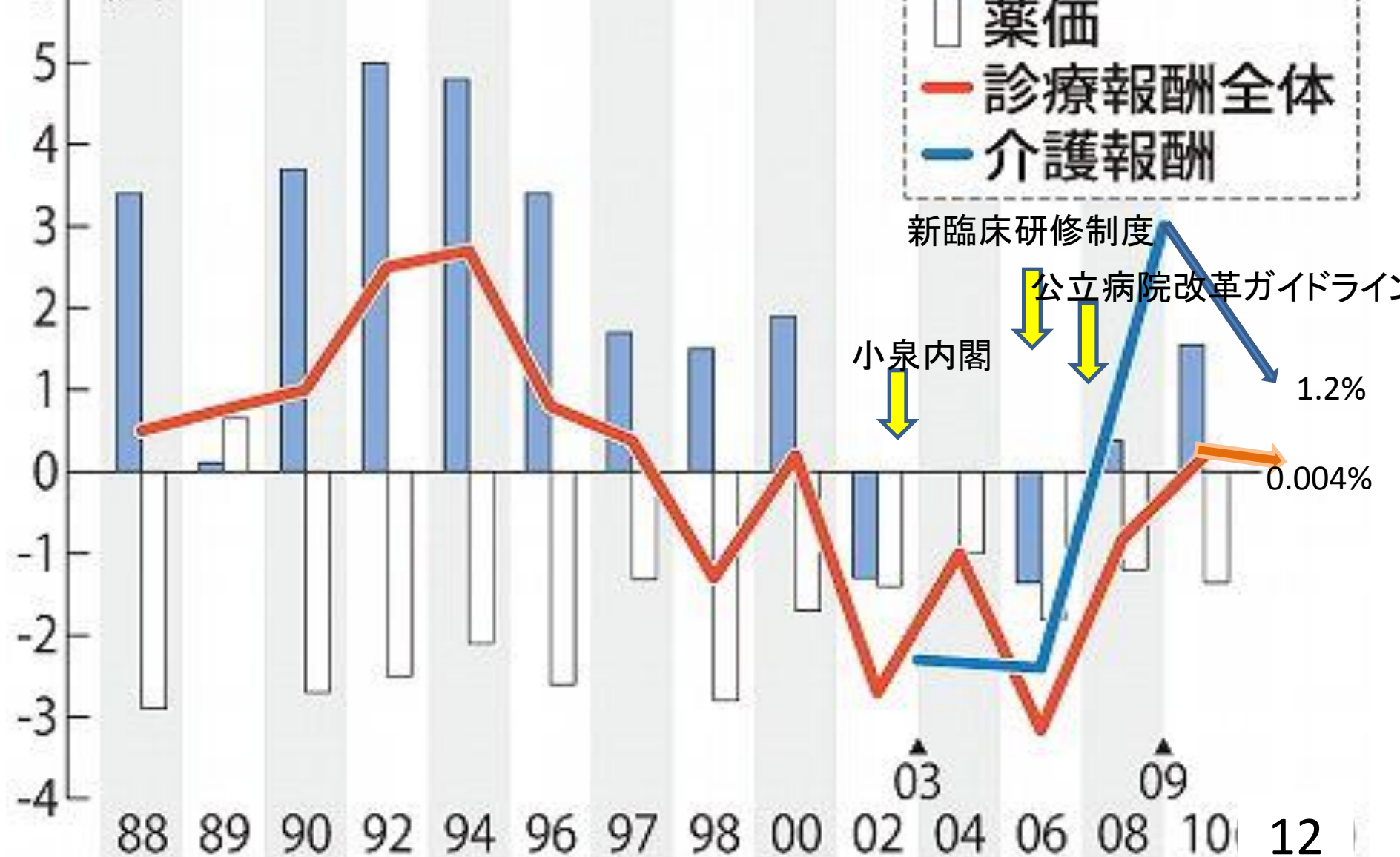
さらに小泉内閣の構造改革路線が 公立病院経営を直撃した！

- 2002年から始まる小泉内閣の医療費削減策
 - 聖域なき改革
 - 毎年2500億円の医療費削減
- 医療崩壊、立ち去りがたサボタージュ



診療・介護報酬 改定率の推移

6 (%)



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

公立病院経営の悪化



民間病院と公立病院の収支比較

高コスト体質で赤字の公立病院(2008年度データ)

	民間病院	公立病院
1病床当たり収入	13,159千円	16,006千円
人件費率	53.3%	58.5%
材料費率	20.0%	26.8%
委託費率	5.4%	9.3%
医業収支比率	1.4%	-13.7%

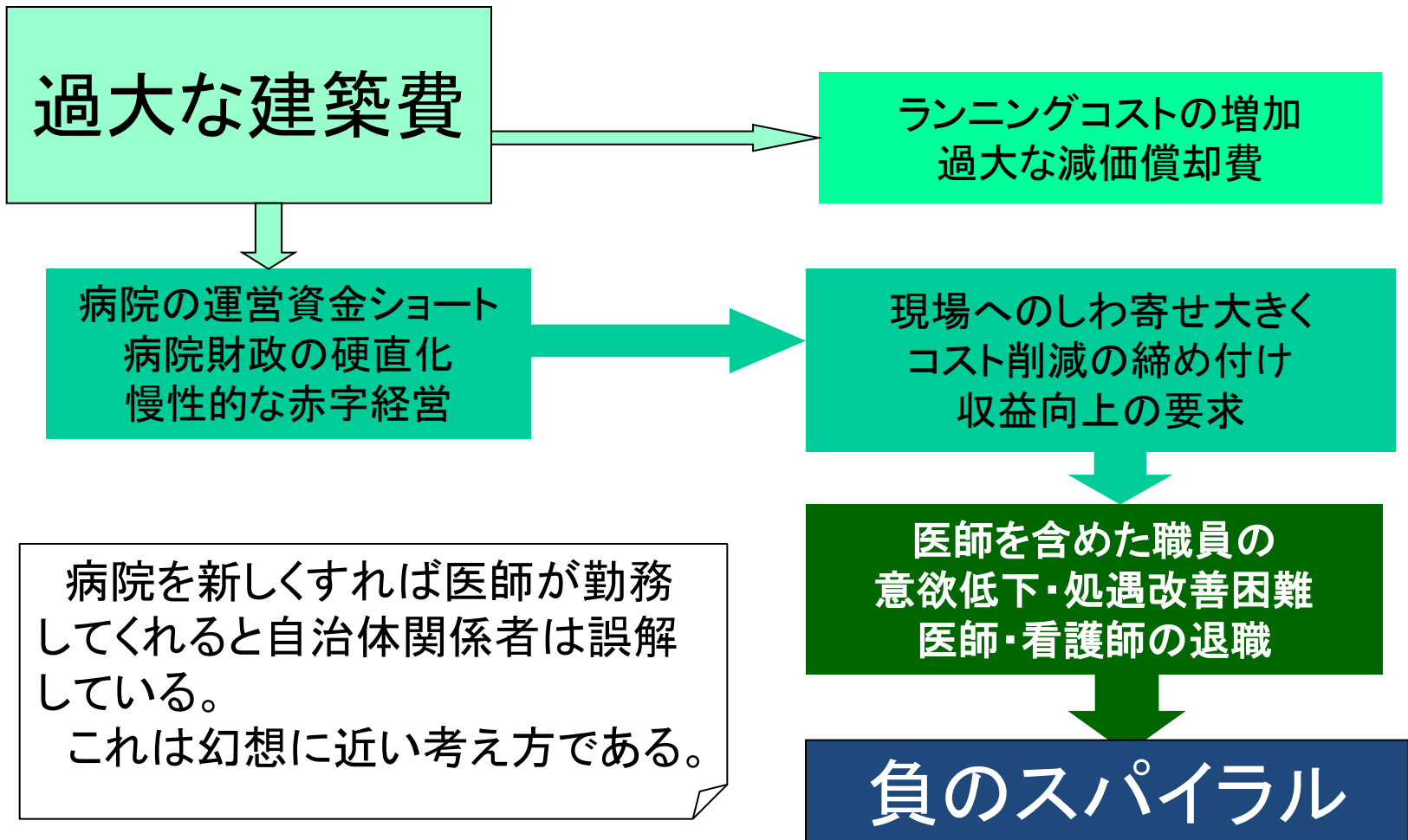
民間病院と公立病院の収支比較

平成20年度データ

【公立病院】

- 病床を多く抱え、1病床あたりの収入も多いが、高コスト体質のため、
- 医業収支（利益）が民間病院よりも低くなっている
- 公立病院は民間病院と比べて、利益を出しにくい体質である

公立病院では、病院建築費用も高額



小樽医師会資料より

容認されてきた赤字

公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち
**採算性等の面から民間医療機関による
提供が困難な医療を不採算医療を提供
することで赤字が容認されてきた**

- 例: ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎 地域の一般医療
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療
- ③がん・循環器等、高度・先進医療
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

公立病院の赤字は分析されてきたか？

公立病院の赤字は下記の2点に分けられる

◆マネジメント不可能な赤字

へき地、救急医療など**公立病院の機能によるもの**、

◇マネジメント可能な赤字

経営努力によって、マネジメント可能なもの

従来、これらが分析されずに議論されてきたのではないか。

◆マネジメント不可能な赤字について、運営資金等の格別の配慮が必要

◇マネジメント可能な赤字について、経営能力を問うべき

赤字を出しやすい公立病院には 共通性がある

【収入面】

- ・経営戦略・戦術が政策の変化によって大きくぶれる病院
- ・経営判断に時間がかかりすぎる病院
- ・経営と運営が分離している(現場の声が届かない)病院

【費用面】

- ・患者数のわりに豪華な建物の病院
- ・目先のコストを下げることに終始する病院
- ・給与体系等肝心なことが曖昧模糊としている病院

パート3

公立病院経営改革ガイドライン

総務省(2007年)

公立病院改革はなぜ必要か？

- ① 自治体病院の経営状態・コスト構造の改革
- ② 地方自治体財政の健全化の要請
- ③ 「民間でできることは民間へ」民営化の流れ
→独立行政法人化・指定管理者制度導入の推進
- ④ 医師不足解消
→研修制度・医師引き上げによる人材不足の影響を公立病院は強く受けた
⇒診療科の閉鎖・廃院に追い込まれる病院も

公立病院改革ガイドライン

- 背景
 - 公立病院経営悪化
 - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
 - 2007年総務省の懇談会スタート
 - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
 - ①経営効率化
 - 3年程度(2010年ごろまで)
 - ②再編・ネットワーク化
 - 5年程度(2012年ごろまで)
 - ③経営形態の見直し
 - 5年程度(2012年ごろまで)

経営の効率化

■ 主要な経営指標について数値目標を設定



- 給与・定員管理の適正化
- 経費の削減合理化
- 収入確保(病床利用率の向上)

再編化 ネットワーク化

■ 地域（二次医療圏）全体での医療サービスの提供



- 基幹病院における医療スタッフの集中化 等
- 日常的な医療を行い機関の再編成
- ※ 都道府県におけるネットワーク構想

経営形態の見直し ※事業形態の見直し

■ 民間的経営手法の導入



- 経営形態見直しにおける選択肢
全適、地方独立行政法人(非公務員型)、指定管理者制度の導入、
民間委譲

公立病院改革プランの3つの柱

- ①経営効率化
 - 経常収支比率
 - 人件費率
 - 病床利用率
 - 3年連続で病床利用率70%未満の場合、診療所への転換や病床削減
- ②再編ネットワーク化
 - 公立病院同士の再編
 - 診療科の再編
- ③経営形態の見直し
 - 地方公営企業法全部適用
 - 独立行政法人非公務員型
 - 指定管理者制度

①経営の効率化

- 経営指標に係る数値目標を設定
 - 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
 - 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途
 - (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
 - 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

②再編・ネットワーク化

- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

パターンⅠ

再編前



A市立病院(250床)



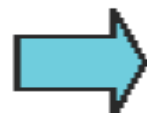
B市立病院(200床)



C町立病院(50床)



D町立診療所(無床)



再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



新設S病院(400床)



B地区診療所(無床)



C地区診療所(無床)



D地区診療所(無床)

パターンⅡ

再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区病院(基幹病院・400床に増床)



C地区診療所(19床・救急機能)



D地区診療所(無床)

パターンⅢ

再編前



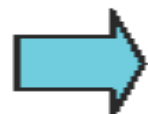
日赤S病院



A町立病院(50床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



日赤S病院
(A、Bに医師派遣等)



A町立診療所(無床)



B町立診療所(無床)

パターンⅣ

再編前



S総合病院
(S医療法人)



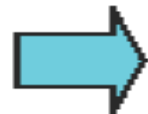
A県立病院(200床)



A市立病院(200床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



S総合病院
(S医療法人)

A県立病院とA市立病院を統合



公立A医療センター
(350床)



B町立診療所(19床・救急機能)

③経営形態の見直し

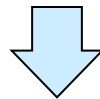
- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

公立病院改革ガイドラインより

経営形態の見直し

地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組み易い側面がある半面、逆に民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであることに留意すべき。また、いずれの経営形態によっても、権限と責任が一体化される予必要がある。

- 地方公営企業法の全部適用 → 効果がない場合は見直しが必要
- 地方独立行政法人化(非公務員型) → 公務員型は認められない
- 指定管理者制度の導入 → 適切な管理者の選定に留意



- ・ 地方公営企業法全部適用による「改革したフリ」はNG。
- ・ 独立行政法人化・指定管理者制度導入等の抜本的な改革が求められる。

参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

地方公営企業法全部適応

- 地方公営企業法一部適応

- 地方公営企業法とは地方公共団体の経営する企業の組織・財務・職員の身分について定めた法律
 - 水道、工業用水、軌道、自動車運送、地方鉄道、電気、ガスなど
- 公立病院の多くは地方公営企業法の財務規定の部分だけが適用されている

- 地方公営企業法全部適応

- 条例で組織や職員の身分規定などすべての条文を適用すること
- 全部適応で新たに任命される病院事業管理者は予算や職員の人事権を持ち、給料も決められるため、より柔軟な経営ができる。
- 一方で、経営責任が明確化される。

地方独立行政法人

- 地方独立行政法人化(非公務員型)は、地方独立行政法人法の規定に基づき法人を設立し、経営を譲渡するもの
- 別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体の直営事業に比べ、予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自立的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待
- ただし、法人への移行に際しては債務超過状態の解消その他の過大も多く、特に小規模病院での導入に際しては自立的経営維持の観点から、その後の運営に支障が出ないように検討を重ねるべきである。

指定管理者制度

- 指定管理者制度は、地方自治法の規定により、法人その他の団体に公の施設の管理を行わせる制度
- 民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待される
- 本制度の導入が効果を上げるためには
 - ①適切な指定管理者の選定
 - ②提供医療の内容、委託料の水準等、諸条件について事前に十分に協議し相互に確認
 - ③病院施設の適正な管理のため事業報告書の徴取、実地調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる

公立病院改革ガイドライン 実施状況

2008年～2012年

I. 公立病院改革プランの実施状況等

【調査対象：平成23年9月末現在でプランを策定している635団体[897病院]（地方独立行政法人を含む）】

（平成23年9月末現在）

プラン策定病院数	897
----------	-----

※プラン策定病院のうち、平成23年9月末までに診療所化や民間譲渡等した病院は上記から除いている。

1. 経営の効率化に係る計画

＜平成23年度における経常収支黒字化の実施状況＞

黒字化を見込む病院（=表1①+②+⑤+(C)）	551	61.4%
黒字化を見込めない病院（=表1③+④+⑥+(D)+(E)）	346	38.6%
合 計	897	100.0%

（表1）経常収支黒字化に係る実施状況

		※病院数、割合	
21年度に経常収支が黒字の病院	(A)	370	41.3%
H21黒字→H22黒字→H23黒字	①	303	33.8%
H21黒字→H22赤字→H23黒字	②	27	3.0%
H21黒字→H22黒字→H23赤字	③	28	3.1%
H21黒字→H22赤字→H23赤字	④	12	1.4%
22年度に経常収支が黒字の病院	(B)	175	19.5%
H21赤字→H22黒字→H23黒字	⑤	131	14.6%
H21赤字→H22黒字→H23赤字	⑥	44	4.9%
23年度に経常収支黒字化見込の病院	(C)	90	10.0%
小 計 ((A)+(B)+(C))		635	70.8%
24年度以降に経常収支黒字化見込の病院	(D)	226	25.2%
24年度に経常収支黒字化見込の病院	⑦	46	5.1%
25年度以降に経常収支黒字化見込の病院	⑧	180	20.1%
経常収支黒字化見込年度が未設定の病院	(E)	36	4.0%
合 計 ((A)+(B)+(C)+(D)+(E))		897	100.0%

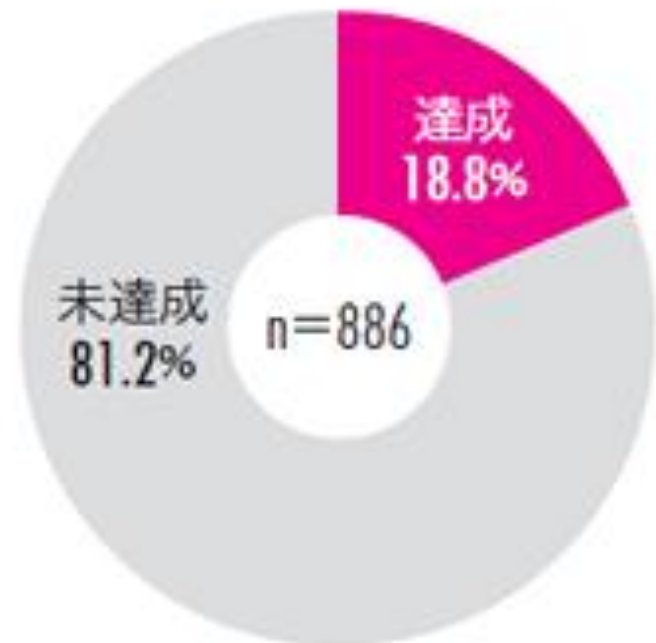
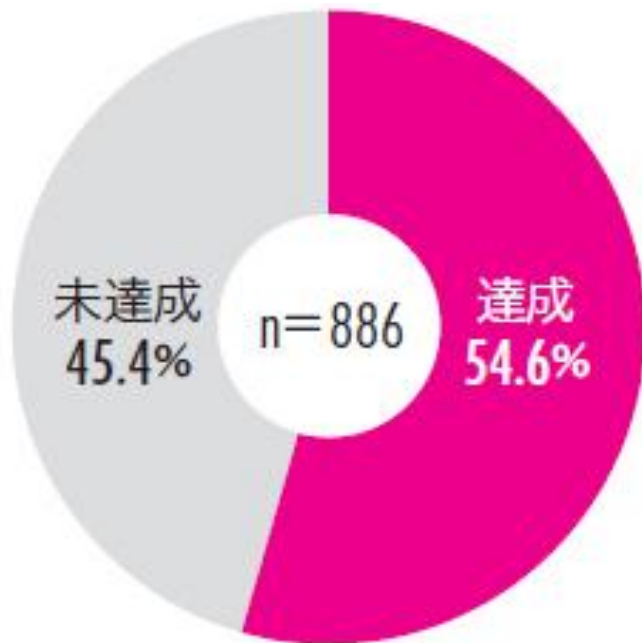
※③④⑥ 21年度又は22年度に黒字であったが、23年度は赤字となる見込の病院（84病院、9.4%）（346病院に対しては24.3%）

※(D) 24年度以降に黒字となる見込の病院（226病院、25.2%）（346病院に対しては65.3%）

※(E) 黒字化見込年度が未設定の病院（36病院、4.0%）（346病院に対しては10.4%）

病院改革ガイドライン達成状況

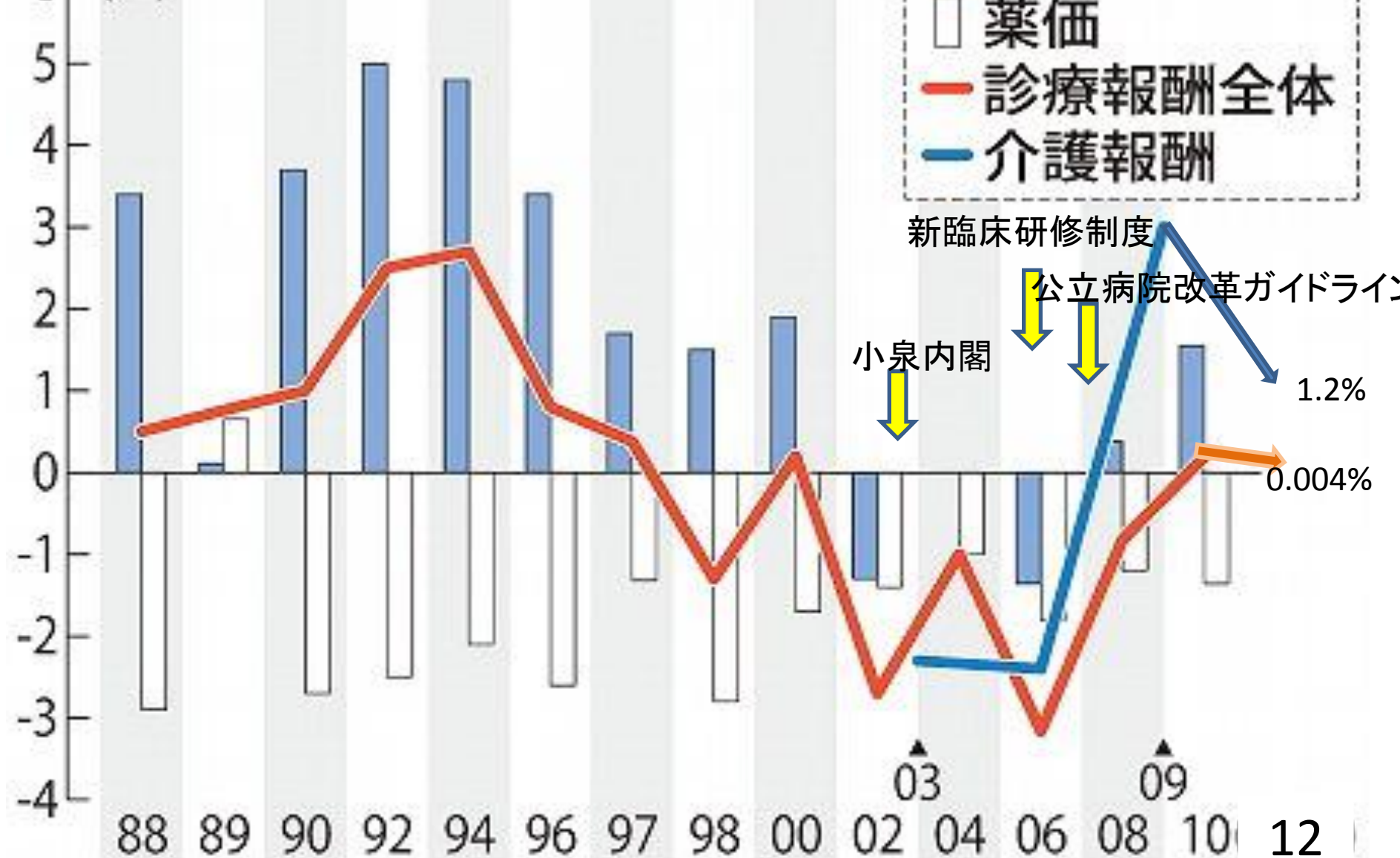
・病床利用率



経常収支比率の目標達成状況(2011年度)

診療・介護報酬 改定率の推移

6 (%)



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

3. 経営形態の見直しに係る計画

<平成23年9月末までの実施状況及び今後の見込み>

(1) 平成23年9月末現在の経営形態見直し計画の状況

※病院数

	平成23年9月末現在の経営形態	見直し実施済みの病院	見直し実施予定の病院	見直し実施予定なしの病院
経営形態の見直しを行っていない病院 (地方公営企業法財務適用の病院)	439	—	364	75
既に経営形態の見直しを行っている病院	458	136	135	187
地方公営企業法全部適用	345	86	115	144
指定管理者制度	62	10	20	32
地方独立行政法人	51	40	—	11
合 計	897	136	(※) 499	262

(2) 平成21年度から平成23年9月末までに経営形態の見直しを実施した病院の見直し後の経営形態

※病院数

	プラン策定時の経営形態	見直し後の経営形態		
		地方公営企業法全部適用	指定管理者制度	地方独立行政法人
地方公営企業法財務適用の病院	126	92	5	29
地方公営企業法全部適用の病院	16	—	5	11
合 計	142	92	10	40

(※) 経営形態の見直し実施予定病院のうち、見直し内容決定済み病院の見直し後の経営形態

※病院数

	平成23年9月末現在の経営形態	見直し後の経営形態				
		地方公営企業法全部適用	指定管理者制度	地方独立行政法人	診療所	民間譲渡
地方公営企業法財務適用の病院	37	18	8	4	6	1
地方公営企業法全部適用の病院	11	—	3	5	1	2
合 計	48	18	11	9	7	3

パート4

公立病院改革事例

事例

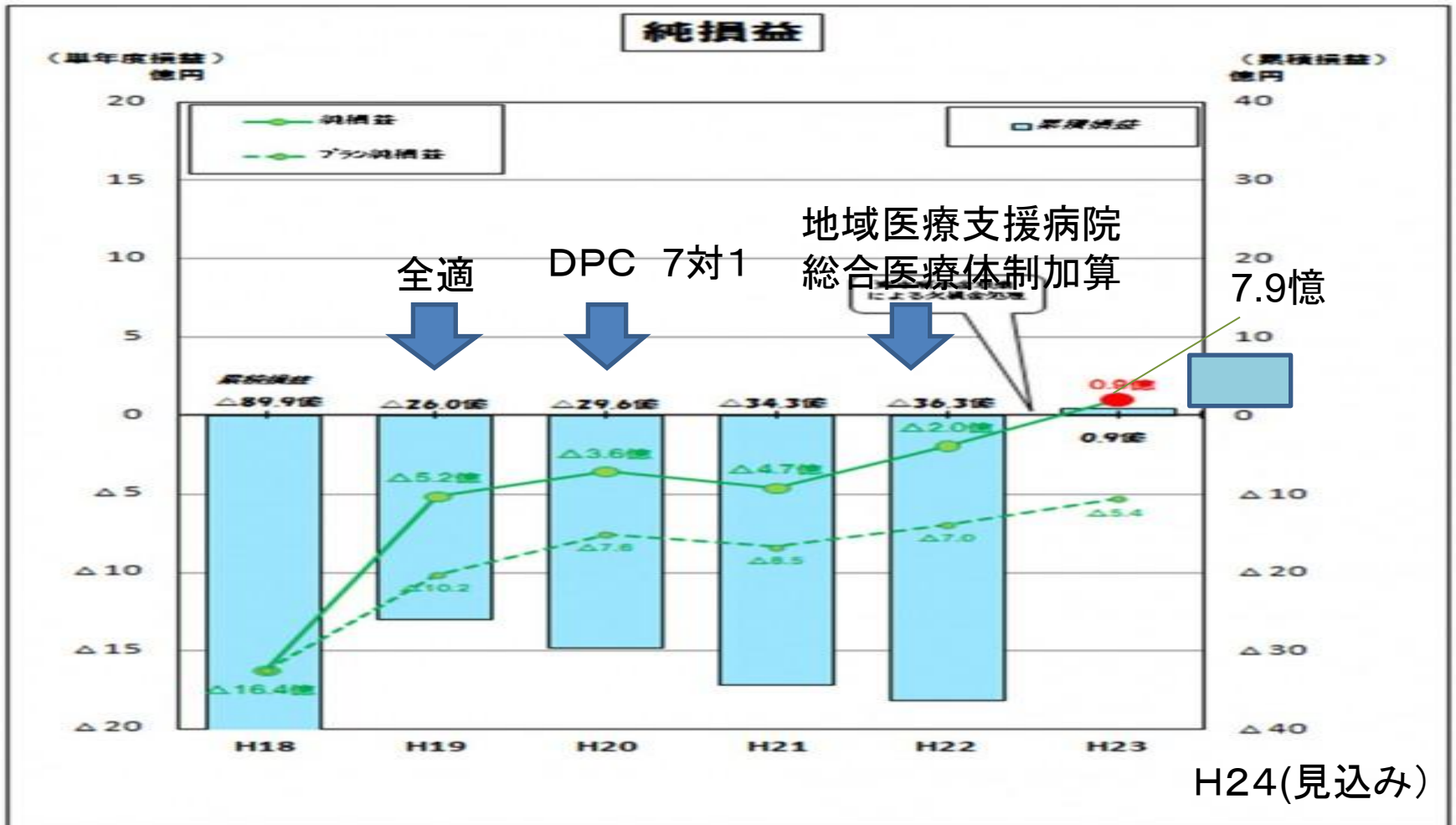
- 事例(1)全部適応
 - 県立青森中央病院
- 事例(2)指定管理者
 - 氷見市民病院
- 事例(3)地方独立行政法人
 - 県立日本海病院、市立酒田病院
- 事例(4)経営統合
 - JA栃木県下都賀総合病院、下都賀郡市医師会病院
- 事例(5)民間譲渡
 - 志木市立市民病院

事例(1) 全部適応 県立青森中央病院

- 2007年(平成19年)に地方公営企業法全部適応
 - 病院管理者を吉田茂昭院長が兼務
 - DPC、7対1、地域医療支援病院取得など
 - 医師数を100名から130名に増員
- 青森県立中央病院
(700床)



全部適応効果



医師数100名

医師数130名

事例(2): 指定管理者 富山県氷見市民病院 ～医科大学附属病院としての再生～

- 金沢医科大学付属病院を指定管理者として、公設民営で2008年4月1日から再スタート。
数値目標として財政健全化達成
- ◆ 医科大学が公立病院の指定管理者になるのは全国でもめずらしい⇒**公立病院の経営モデルに**
- 「聖域」無き改革に挑戦し効率的な運営体質がつけられた。
- 分限免職・本庁と一体で委員会報告を忠実に実行した。
- 氷見堂故市長は最後までぶれなかった。

事例(2): 指定管理者 富山県氷見市民病院 改革の経緯

典型的な赤字公立病院だった氷見市民病院
変わりたいが内側から変わることができないジレンマ



外部改革委員会の依頼



外部改革委員会での討議
指定管理者制度の推進・導入



指定管理者の選定

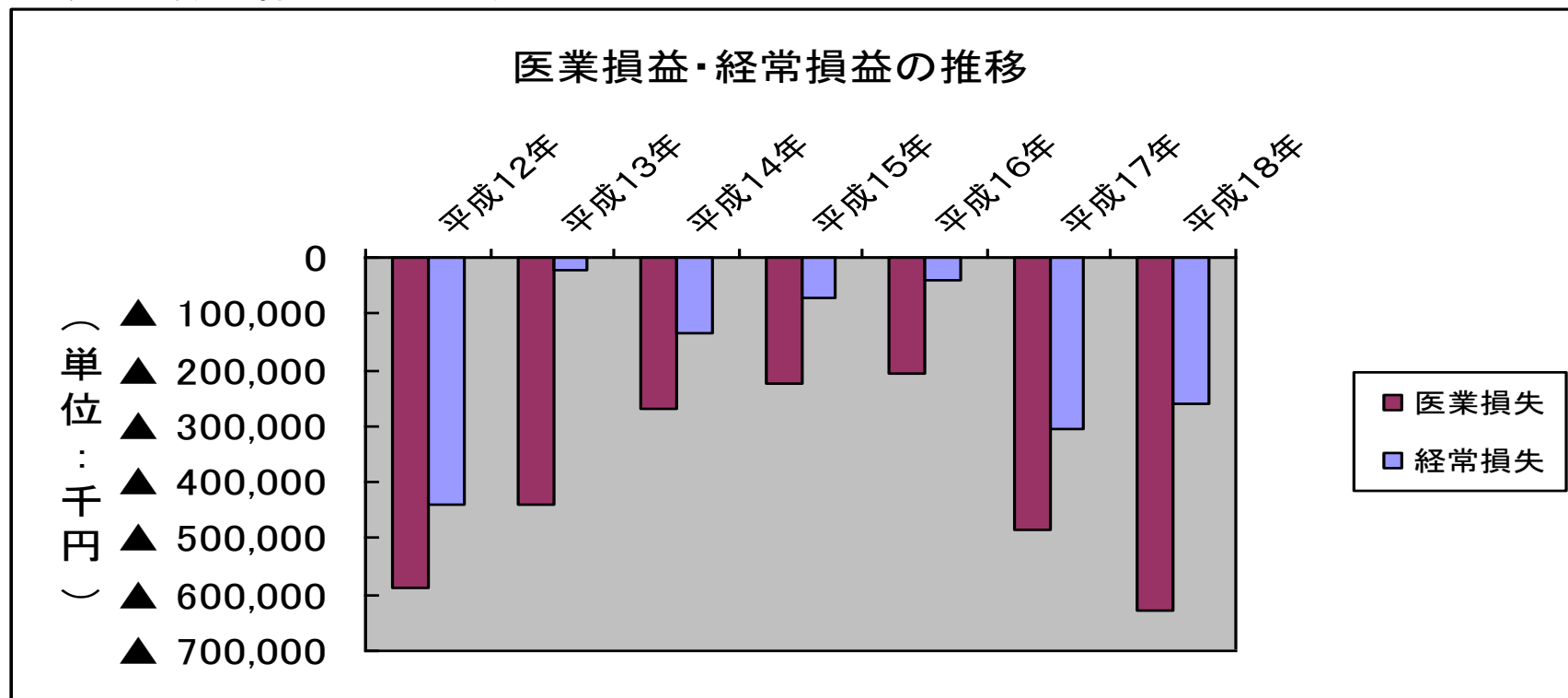


指定管理者の決定

事例(2):氷見市民病院 改革前収支

医業損益は平成16年度までは改善していたものの、平成17年度から悪化へ転じ、18年度には医業損失が6億円を超える予測であった。

経常損益も平成16年度までは概ね低位で推移していたものの、平成17年度から損失の額が増加している。

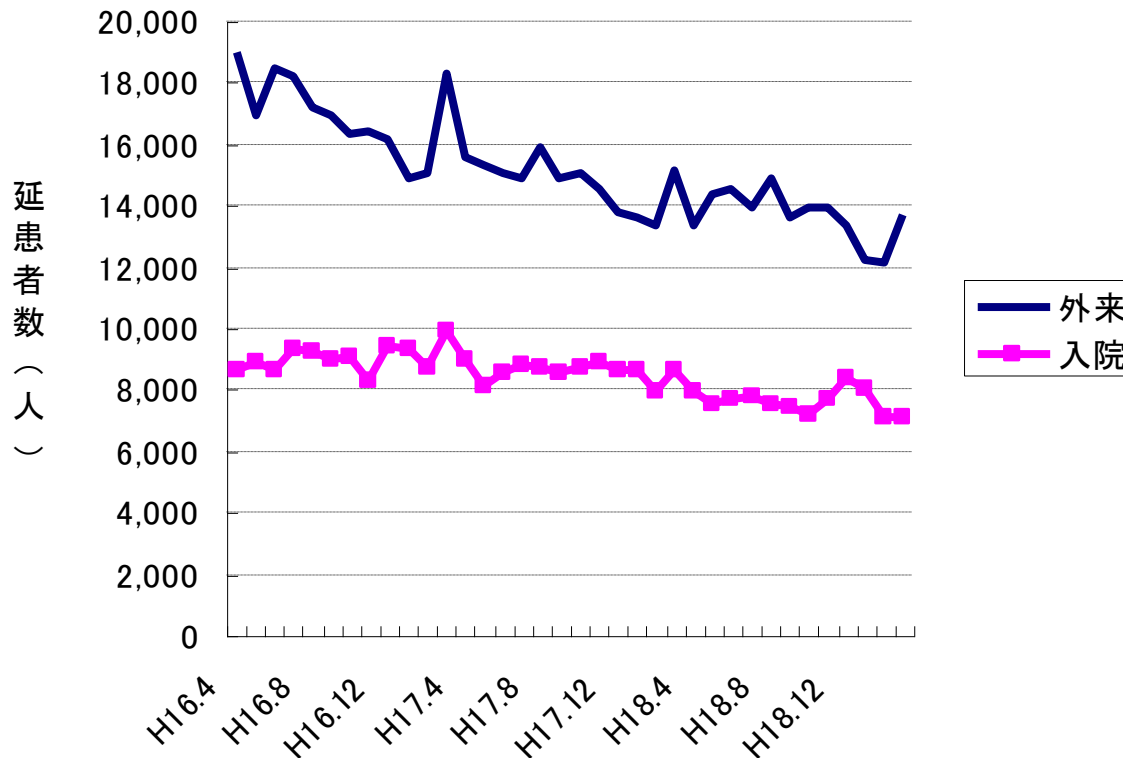


事例(2):氷見市民病院 改革前

患者数

医師不足問題が表面化するずっと以前から、患者離れは進んでおり、これは自治体病院の全国的な傾向となっている
近隣の高岡市に患者は流れていた。

過去3カ年の患者数の推移



人件費の高騰

- 職員の高齢化(看護師平均40代)
- 高度のワタリ
- 退職金追加負担の過重

→ **「頑張る人が報われる」給与体系に**

医師確保の問題

- 医師減少診療科目(産科、麻酔科、泌尿器科、耳鼻科、小児科)
- 急性期病院の維持が困難
- 医師集約化の方向性

→ **医師が集まる魅力ある病院に**

事例(2):「氷見市民病院公設民営化の経緯」より ①市民病院の経営

- 弱い経営体質
- 病院の運営を支える医師、看護師が不足
- 医師、看護師の不足に伴い、医業収支が悪化
- 不良債務が拡大
- 病院の建物が老朽化し、療養環境や人材確保の面で近隣医療機関との格差が拡大

事例(2):「氷見市民病院公設民営化 の経緯」より ②市の財政

- 市税や地方交付税等の一般財源収入が減少～三位一体の改革～
- 高齢化の進行に伴う経費が増加
- 過去の借入金の元利償還がピークとなり、公債費負担が増加
- 基金の現在高が減少
- 病院事業に対する繰出基準に定めのない追加繰出の増加

⇒財政力が弱い(財政力指数0.40)

事例(2):「氷見市民病院公設民営化の経緯」より ③

このまま抜本的な改革を行わずに
氷見市民病院の経営を続けていけば・・・

- 数年のうちに巨額の不良債務が累積し、市の財政が立ち行かなくなる
- 市民病院の存続が不可能となり、市民の医療、職員の雇用の場を守ることができなくなる
- これからも、市民病院が地域の中核病院として存続し、市民の医療をしっかりと守っていくためには、**経営体制を含めた抜本的な経営改革**を行うことが急務

事例(2):「氷見市民病院公設民営 化の経緯」より ④

民間ノウハウによる病院経営の効率化と地域医療の維持・充実を図るとともに、厳しい財政状況の下で新病院建設の見通しを確かなものとしていくため、**指定管理者制度**に移行

事例(2):氷見市民病院

現在の状況

- 現在、金沢医科大学氷見市民病院として指定管理者制度のもとに経営を行っている
- 医師、大学が経営している強みを活かし、充足している。臨床研修医とのマッチング率100%
- 看護師支援の施策を行っている。

経営改革そのものは難儀しながらも成功した。

⇒良い経営を継続するためには、改革後も「魅力のある病院づくり」というフォローが必要

平成23年9月1日 新病院建築移転 建設費 約50億円という賢明な選択



事例(3): 統合再編後 地方独立行政法人化する改革プラン

総務省: 公立病院改革プラン策定状況等について(報道資料)より
②再編・ネットワーク化に係る基本的枠組みに合意した病院(抜粋)

都道府 県名	団体名	病院名	再編・ネットワーク化の内容 (要約)
山形県	山形県	独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院	山形県立日本海総合病院と酒田市立酒田病院を統合再編し、 地方独立行政法人化 。
山形県	酒田市	独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 酒田医療センター	日本海総合病院は528床→648床に増床、急性期医療等の役割を担い、酒田医療センターは400床→110床に減床、亜急性期・回復期医療等の役割を担う。

事例(3):再編統合までにいたる経過

- ・平成5年酒田市に、県立日本海病院開設
- ・酒田病院の建物老朽化に伴い、改築構想が浮上（平成6年、第一次マスタープラン）
- ・平成11年、一般会計に市立酒田病院整備基金創設
（平成18年度末残高、11億435万円）
- ・平成17年3月、第二次マスタープラン作成
- ・有識者による市立酒田病院改築外部委員会から報告書提出
（県立日本海病院と経営統合し、一般地方独立行政法人とすべき）
- ・山形県は、県立病院の経営改善策を外部監査法人に委託
（報告書:運営形態は一般地方独立行政法人とすることが望ましい）
- ・平成18年9月、山形県知事と酒田市長で統合再編合意
- ・平成18年11月、第一回運営委員会を開催し、協議会を設立
- ・平成19年3月、山形県・酒田市病院統合再編基本整備構想が決定
- ・平成19年7月、第三回協議会を開催し、
経営形態を一般独立行政法人とすることを決定

事例(3):画期的な経営改革 システムの構築

平成20年4月1日

「**独立行政法人山形県・酒田市病院機構**」
(日本海総合病院・酒田医療センター)として
生まれ変わった

◆複数の自治体間による独法化は全国でもめずらしい
⇒**公立病院の経営モデルに**

◆高齢者等のために、2病院間をシャトルバスが運行

- 前年度に比べ営業利益の経営改善効果実質額が約5億円(2月末現在)
- 減価償却や交付金を含むと約15億円の経営改善効果

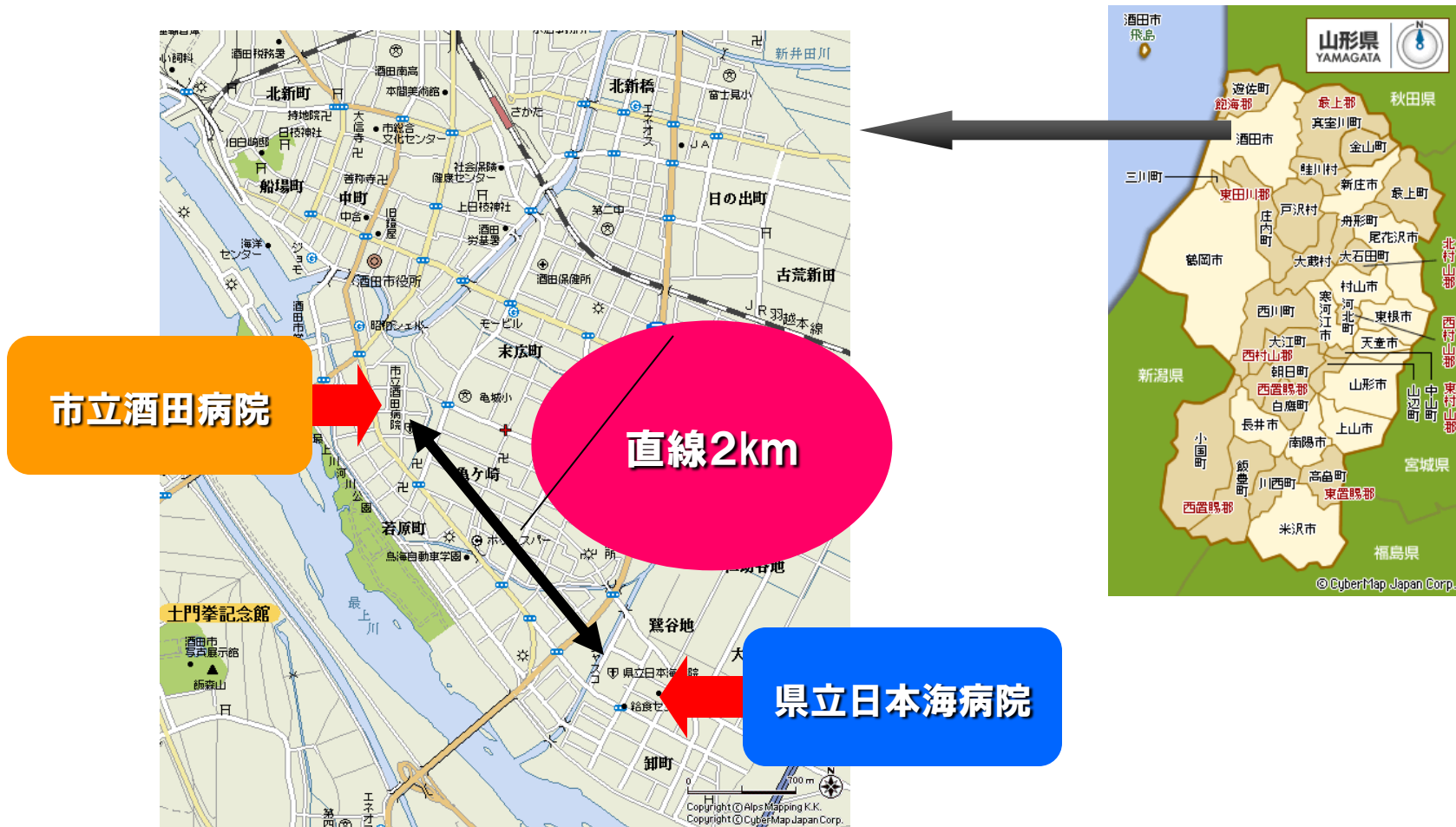
事例(3): 医師充足のために

出典: 毎日新聞

2010年8月4日 より要約

- 1 栗谷義樹理事長:「経営統合を急ぎ、経営体制を早く発表することを意識した」
→「病院が吸収される」と思われた病院から医師が離れることを他県の事例で知っていた。
- 2 統合1年目から多くの科は日本海総合病院に集約。
酒田医療センターは少数の科で診療。医療クラーク(秘書)や看護助手らを新たに約50人採用、医師を事務作業から解放した。

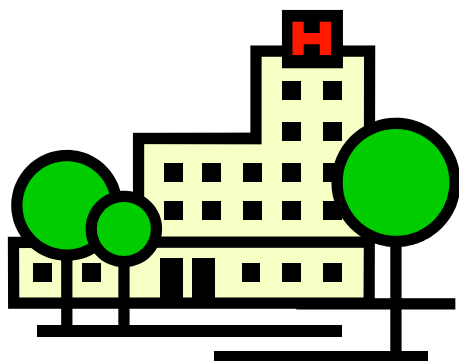
事例(3): 県立日本海病院と市立酒田病院の位置関係



事例(3): 統合再編の背景

最大理由: 診療機能の重複

県立日本海病院



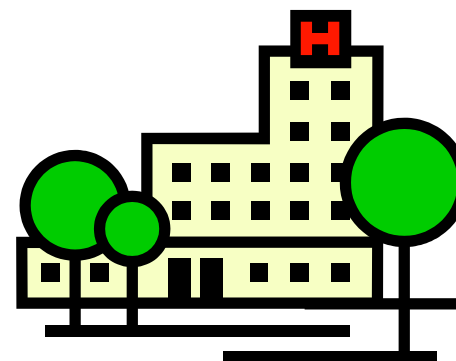
内科・消化器科・産婦人科...



一緒にやれば
効果的なんだ
けど...



市立酒田病院



内科・消化器科・産婦人科...



二つの病院に同じ科目があるために...

医師が分散配置される(医師不足に拍車がかかっている)

診療科の競合が起こっている

⇒今は良くてもこれから人口が減っていくと共倒れの危険がある

事例(3):整備基本構想について

統合病院の医療機能「選択と集中」

< 統合再編前 >

県立日本海病院

病床数:528床

診療科:25科

主な機能

2.5次救急医療・高度医療・地域がん診療
連携拠点病院・救急告示病院・臨床研修
病院・災害拠点病院・感染症医療・
人間ドック・人工透析

市立酒田病院

病床数:400床

診療科:15科

主な機能

高度医療・救急告示病院・臨床研修病院・
人間ドック

< 統合再編後 >

統合再編後の病院

病床数:758床(2病院合計)

【日本海総合病院】

病床数:648床

診療科:25科(一部の診療科を統合)

主な機能

三次救急医療(新型救命救急センター)・
高度医療・地域がん診療連携拠点病院・
救急告示病院・臨床研修病院・
災害拠点病院・感染症医療・人間ドック・
人工透析

【酒田医療センター】

病床数:110床

診療科:7科

主な機能

亜急性期・回復期医療の提供等

事例(3):現在の状況 ①

荘内日報 2009年(平成21年)

6月12日付け紙面 要約

- 救急・高度医療を集約 日本海総合病院 増築・改修工事スタート

2011年4月のオープンを目指す日本海総合病院(酒田市あきほ町、栗谷義樹理事長・病院長)の増築・改修工事が2009年6月11日、スタートした。

今回の増築は計画実現に向けた一環。病院西側に鉄筋コンクリート造り7階建て、延べ床面積約1万5600平方メートルの建物を造り、救急救命センターや外来診察室、病棟などを設ける。これにより外来ブースは従来の36から50に、手術室は7から12に、内視鏡検査室は3から8にそれぞれ拡充。また、検査機能の増強や分娩室などの増改築を行うほか、療食施設、医局、霊安室などを充実させる。総事業費は約50億円。当初計画には入っていなかったが、新たにヘリポートの整備計画も加えられた。

栗谷理事長は「通常の病院業務を行いながらの工事になる。私どもも無事完成できるよう協力する」とあいさつした。

事例(3):現在の状況 ②

荘内日報2009年(平成21年) 6月12日(金)付け紙面 要約

日本海総合病院

西南西から見た完成予想図。手前が増築部分



事例(3):進捗状況

- 目に見えて経営改革に成功している

500床以上の全国自治体黒字 病院の対医業収益比率(H18)		平成21年度 【実績】	平成22年度 【実績】
人件費	52.3%	51.7%	50.8%
材料費	28.4%	24.8%	24.8%
経費	17.3%	15.0%	15.6%

出典：独立行政法人山形県・酒田市病院機構 平成22年度 改革プランの点検・評価

- 今後も高度な医療の提供と効率的経営の両立ができるよう、マネジメントがきちんと機能するか経過観察が必要
- 2病院間でセクショナリズムが生じないよう、連携についてもアフターフォローが必要

事例(3): 新たな価値観の「創造」

2011年4月1日、院内消防署「酒田救急ワークステーション」が
始動した。

これは救急医療を地域住民に対し、迅速かつ適切に提供する
ためである。



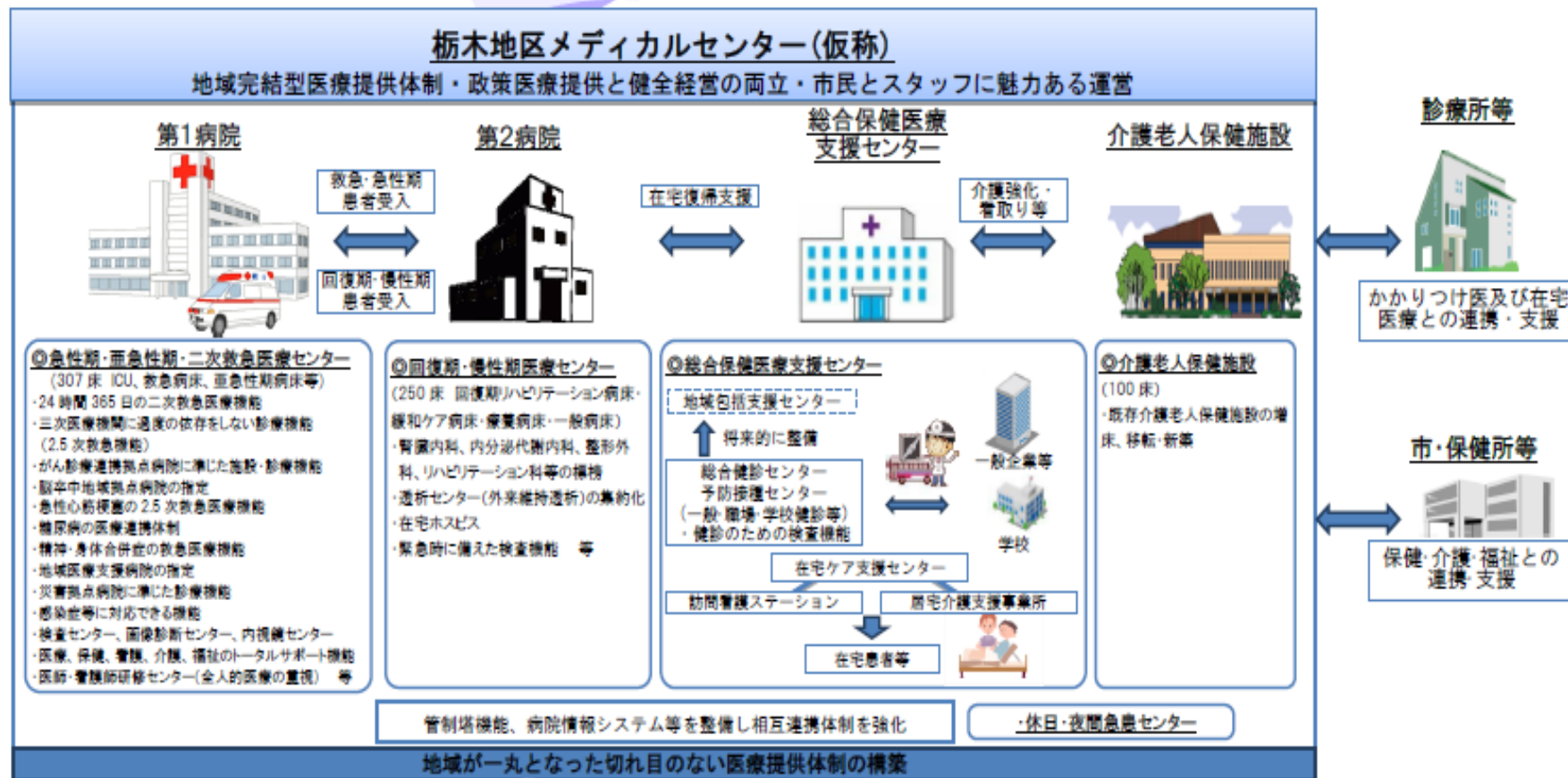
荘内日報 2011年(平成23)

事例(4) 病院再編

3病院の経営統合

- 栃木市 JA栃木厚生連下都賀総合病院(467床)、下都賀郡市医師会病院(112床)
 - 2病院とも老朽化が進んでいる
- 陽気会とちの気病院(165床)
 - 3者統合
 - 2011年6月に栃木地区病院統合再編協会を設立
 - 2013年「一般財団法人とちぎメデイカルセンター」が設立され、3病院の経営統合が実現した。

3 統合再編後の地域医療連携体制



栃木地区メディカルセンター（仮称） 基本構想



第1病院（仮称）の整備イメージ

2012年3月
栃木地区病院統合再編協議会

事例(4) 財政支援

- 第1病院
 - 栃木駅南部に新築、本体工事費60億円
- 第2病院
 - とちの木病院の建物をリニューアル
- 再編事業に対して
 - 地域医療再生基金35億円
 - 県補助金15億円
 - 市補助金33億円

事例(5) 民間移譲

- 志木市立市民病院
 - 100床
- 医師減少(整形外科、小児科等)、建物老朽化
- 当初、指定管理者方式で検討、最後は民間移譲
- 首長選挙により現職市長落選
- 新市長のもとで民間移譲が実現



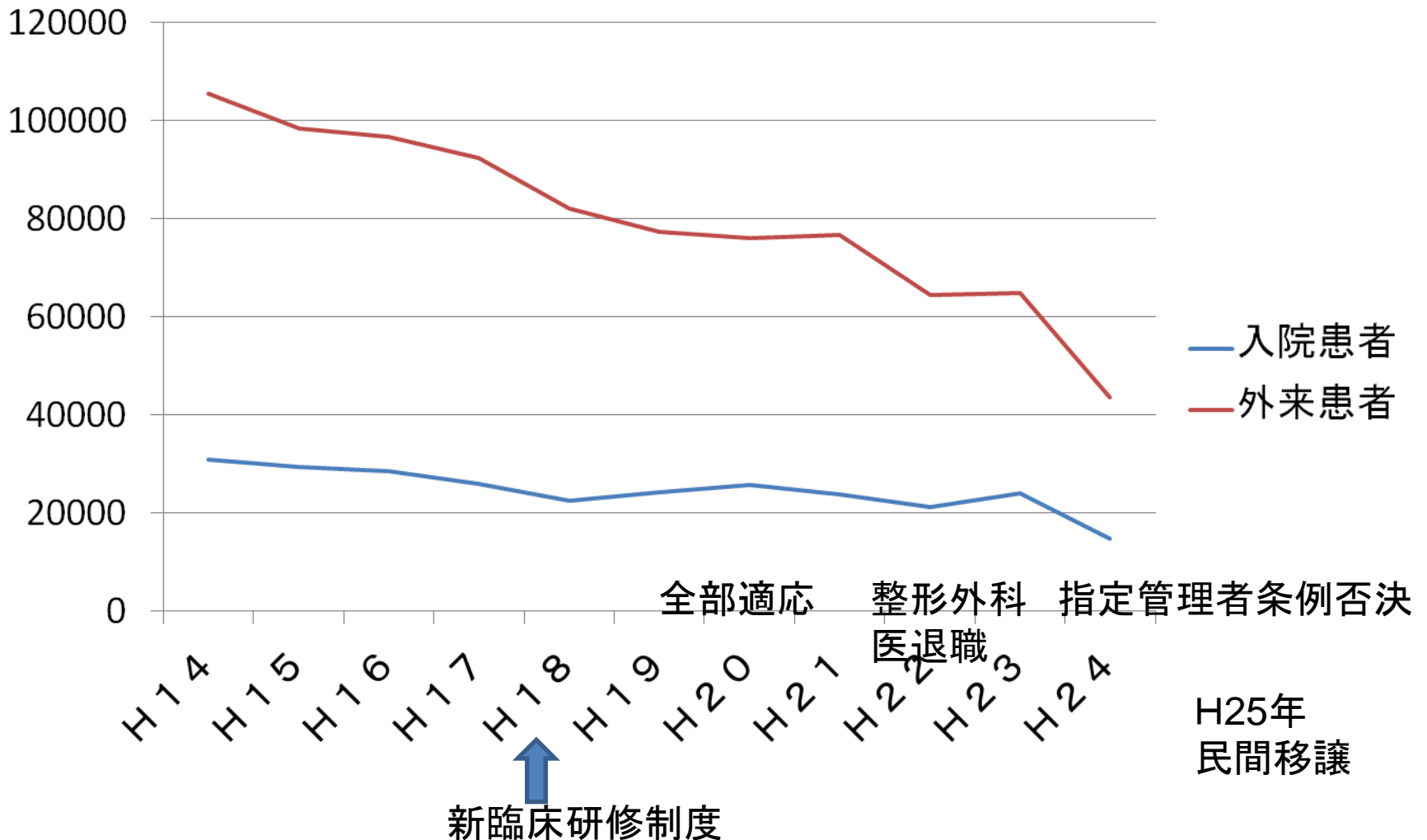
志木市立市民病院の経緯

- S54年5月 標榜3科(内科、外科、小児科)、30床で救急市民病院として発足
 - 医師は日本大学医学部より派遣
- S59年8月 100床に増床
- H7年4月 整形外科標榜
 - 医師は自治医科大学付属病院より派遣
- H13年4月 小児病院輪番制病院(小児救急医療支援事業)
- H14年4月 訪問看護ステーション併設
- H17年 医師派遣の関連病院がなくなった(新臨床研修医制度)
- H20年4月 地方公営企業法の全部適応
- H20年7月 7対1取得
- H21年5月 総合健診センターオープン
- H22年7月 整形外科医2名退職

志木市立市民病院の経緯

- H22年7月 小児外科標榜
- H22年9月 補正予算可決(5億4000万円補てん)
- H23年1月 市民病院再生構想の提案
- H24年1月 小児科入院の休止発表、経営改革委員会設置
- H24年2月 経営改革委員会報告書の提出
- H24年3月 市議会の説明(日大への関連病院の申し入れ)、H24年当初予算可決(3億4600万円補てん)
- H24年8月 小児科入院休止
- H24年9月 指定管理者導入条例案の否決
- H24年12月 指定管理者1年導入条例案の否決
- H25年2月 市民病院の民間移譲に関する公募案
- H25年3月 H25年当初予算可決(8億8600万円補てん)
- H25年5月 公募、民間移譲選定委員会の設置
- H25年6月 公開プレゼン実施 審査 移譲先の決定
市長選 現職市長落選

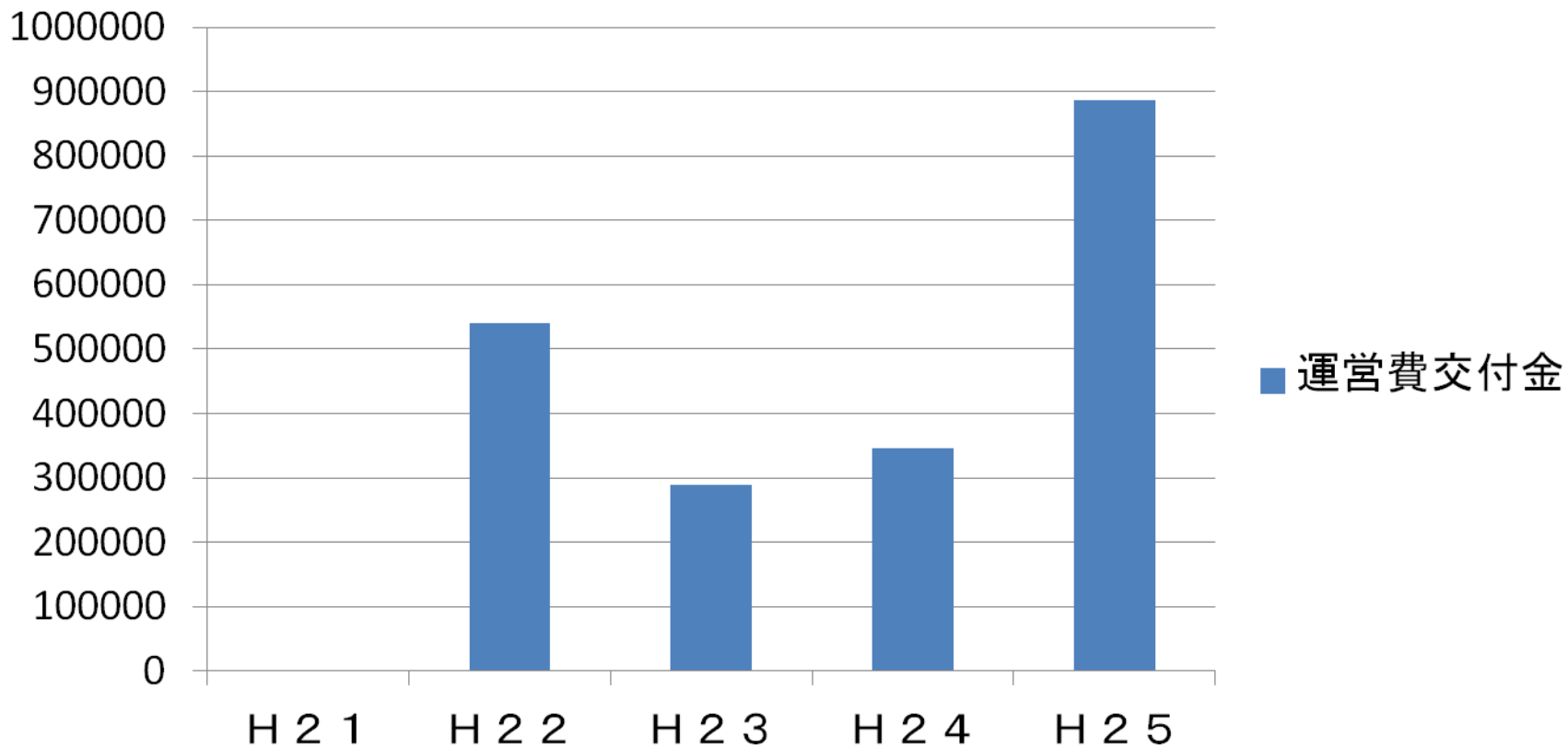
志木市立市民病院 入院・外来患者数



運営費交付金推移

単位（千円）

運営費交付金



指定管理者案から民間譲渡案へ

- 当初、市側は指定管理者による経営主体変更を考えていた
 - 日大付属病院化という案も出た
- しかし議会側の反対で指定管理者案は否決
- 民間移譲を前提として、公募を行うことになった
- 移譲先の選定委員会が2法人について審議し、武蔵野会に決定
- H25年6月の市長選挙で現職市長落選
- 新市長のもとで民間移譲が承認された

香川新市長と移譲先の 武蔵野会と協定書を締結

- 経営難の志木市民病院の民間譲渡を決めた志木市と、引受先となる「医療法人社団武蔵野会」(新座市東北一)が2013年9月25日、志木市役所で基本協定書を取り交わし、移譲手続きが正式に行われた。2014年4月より民間病院として運営を開始する。



香川市長

武蔵野会中村理事長

パート5

地域連携から地域経営統合へ

日本版IHNを目指して

医療法人制度・ 社会福祉法人制度の見直し

て、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等の間での競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。

複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。

特に、社会福祉法人については、経営の合理化、近代化が必要であり、大規模化や複数法人の連携を推進していく必要がある。また、非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められている。

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするならば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

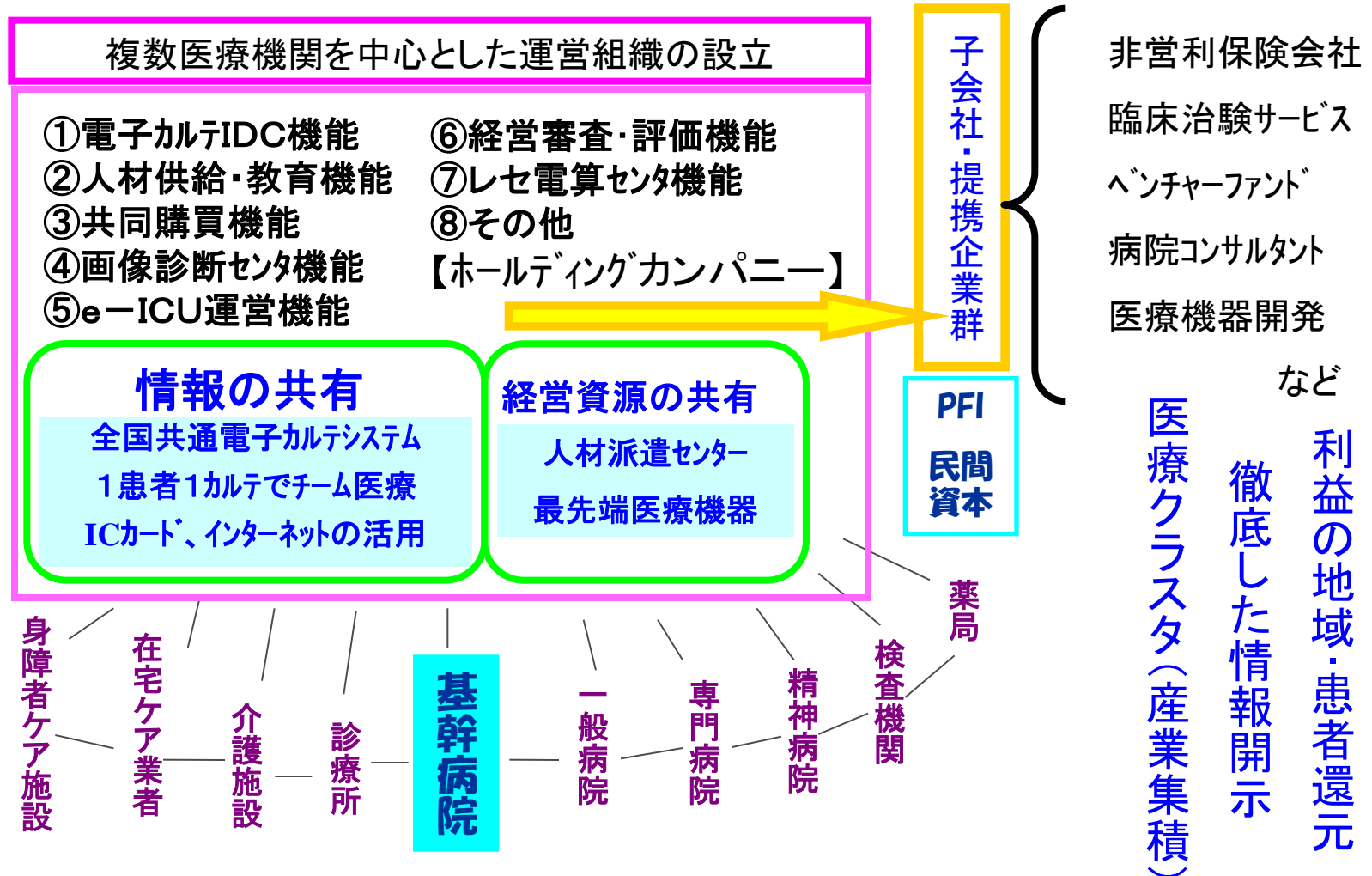
医療法人法の改正



- 経済財政諮問会議（議長：安倍首相）
 - 伊藤元重東大教授
 - 医療法人法の改正（規制緩和）
 - 医療法人同士の合併や権利の移転をしやすくするような医療法人制度の規制緩和を進めるべき
 - 新型医療法人
 - 国や自治体が運営する公設病院や健保組合が運営する公的病院などもグループに参加できるような地域経営統合の道を開く

1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



広域医療圏統合事業体

- IHN: Integrated Healthcare Network
 - 「人口数百万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、地域医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する統合医療事業体」
 - 松山幸弘氏、キャノングローバル戦略研究所

IHNモデル

- センタラヘルスケア
 - センタラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
 - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
 - 医科大学を併設
 - 開業医ネットワークとの連携
 - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
 - 規模のメリットを追求



バージニア州 ノースフォーク
センタラヘルスケア

IHNモデルの成功の秘訣

- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間手法による地域連携から地域統合へ

日本版IHN

- 日本版IHN
 - 既存の単独の医療・介護福祉・教育複合体の発展形
 - また先進的な民間病院の連合体構想なども考えられる
 - 今や存続が危ぶまれている公的病院のリストラプロセスの中での地域統合ネットワークも現実的な選択肢

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



まとめと提言

- ・公立病院は地域医療のかなめ
その存立は地域住民への大きな影響を与える
- ・公立病院は、その性格上、制度的影響を受けやすい
- ・公立病院改革はその緒についたばかり
- ・次世代の公立病院改革は地域経営統合ネットワーク化をリンクさせるべき

・

・

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp