

An aerial photograph of Tokyo, Japan, showing a dense urban landscape with numerous skyscrapers and buildings. The Tokyo Tower is visible on the left side. The title text is overlaid on the image.

# 医療と介護のクロスロード

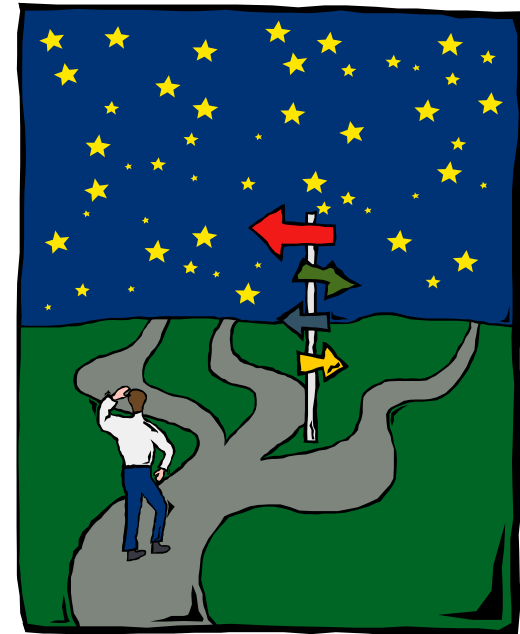
～公立病院改革ガイドラインと地域再生～



国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹

# 目次

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



# パート1

## 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

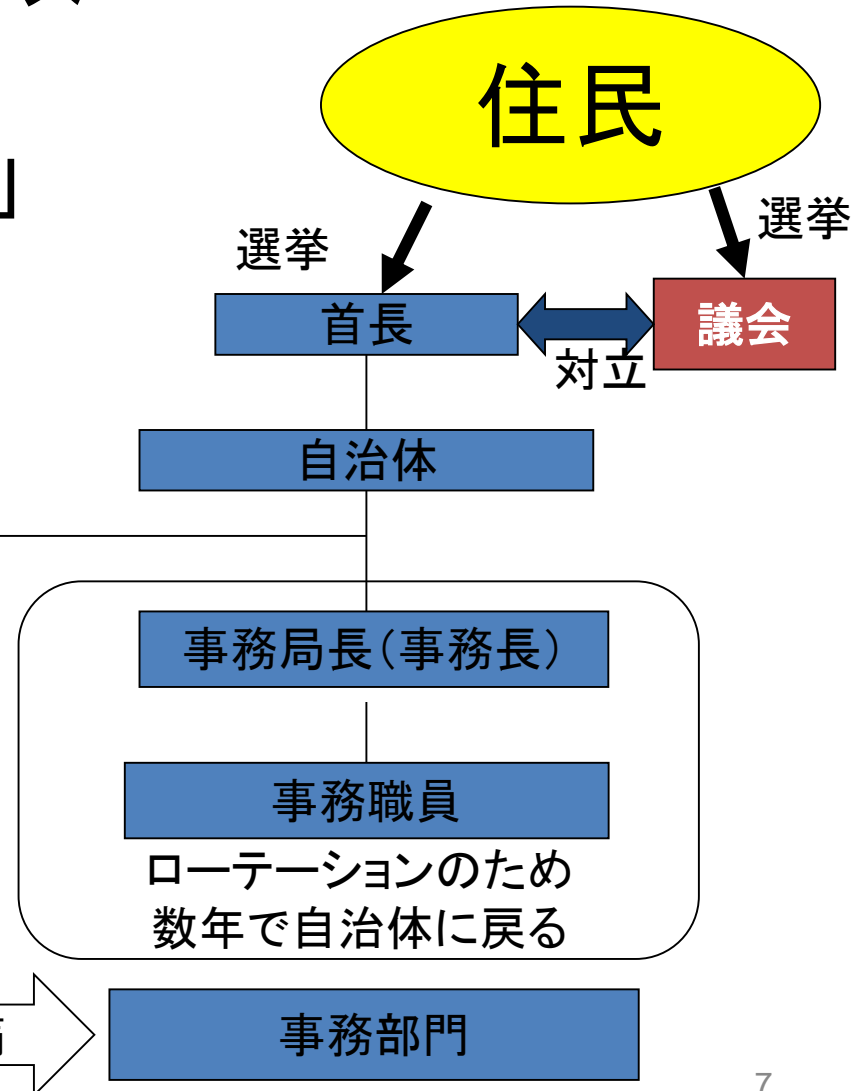
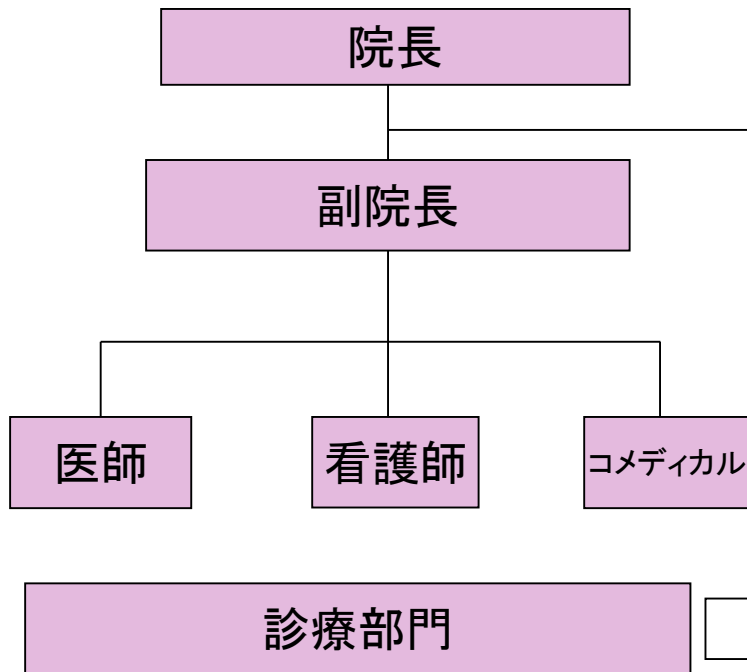
- 施設の直接の管理・運営責任者は施設長、開設者としての最高責任者は首長となっている場合が多い。
- 病院の予算、決算は、自治体の他の事業と同じように、議会の承認が必要であり、条例に基づいて執行される。
- そのため、調達や工事等の契約は、地方自治法に基づき財政を取り扱う場合の一般競争入札、指名競争入札、随意契約の事務と同じである。
- 自治体直営の病院のスタッフの身分は、医師、看護師、薬剤師などを含め地方公務員である(ただし、指定管理者、下請事業者等の従業員は除く)が、非公務員型の地方独立行政法人の病院の職員は公務員ではない。

# 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

「お役所の病院」、  
「親方日の丸の病院」



# 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、また退職金引当金を計上していない公立病院が多いことも問題



# 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

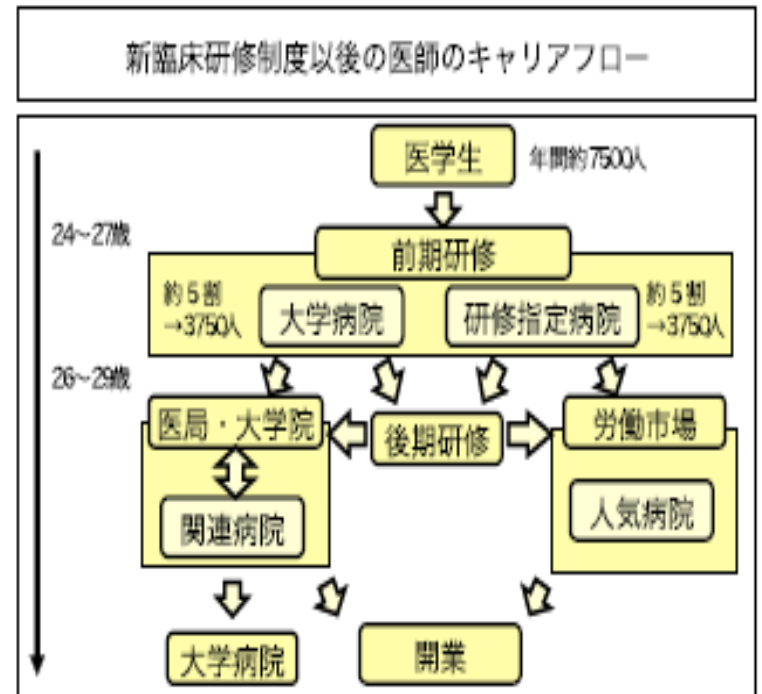
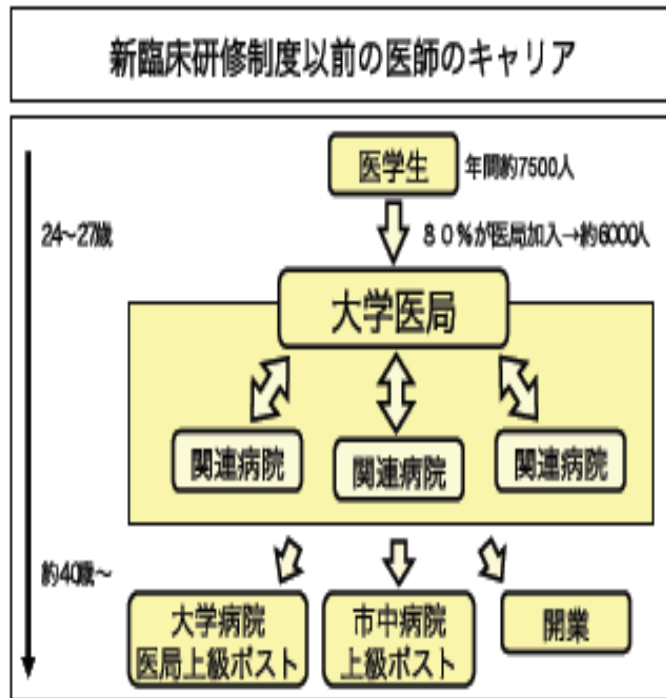
- 2006年の新臨床研修医制度以降
  - 新医師臨床研修制度の開始に伴い、従来、大学病院など特定の病院においてのみ研修が可能であったのが、一般の民間病院においても研修が可能となった
  - 研修医は症例が多い病院を選択する傾向があり、症例の多くない地方の病院や小さな病院での研修や、薄給で直接医療と関係のない下働きが多いとされた大学病院を研修先として避けるようになった

# 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 年間7500人の研修医のフローが変わった



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

<sup>19</sup> 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。

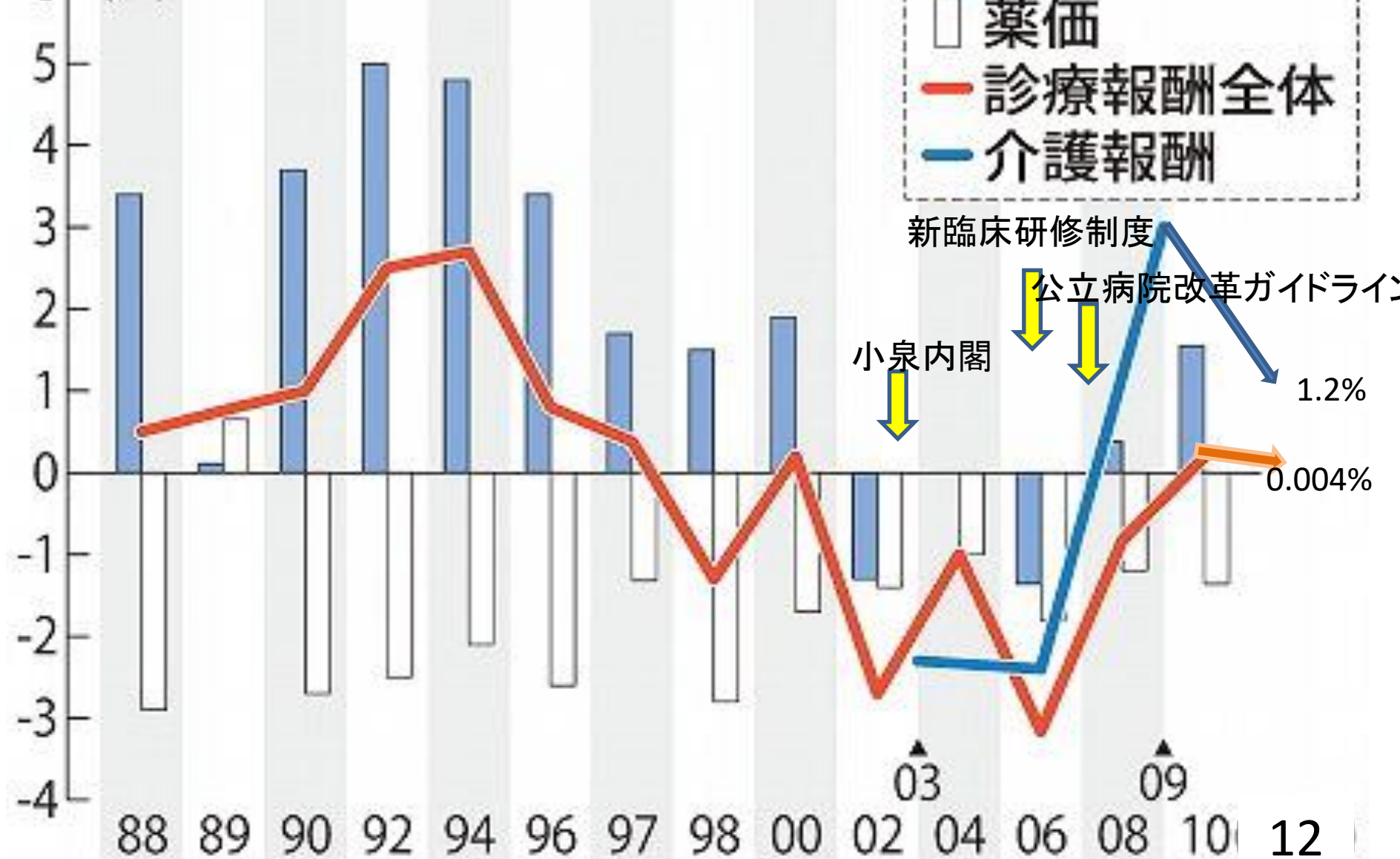
# さらに小泉内閣の構造改革路線が 公立病院経営を直撃した！

- 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

(%)



※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%
<b>医業収支比率</b>	1.4%	<b>-13.7%</b>

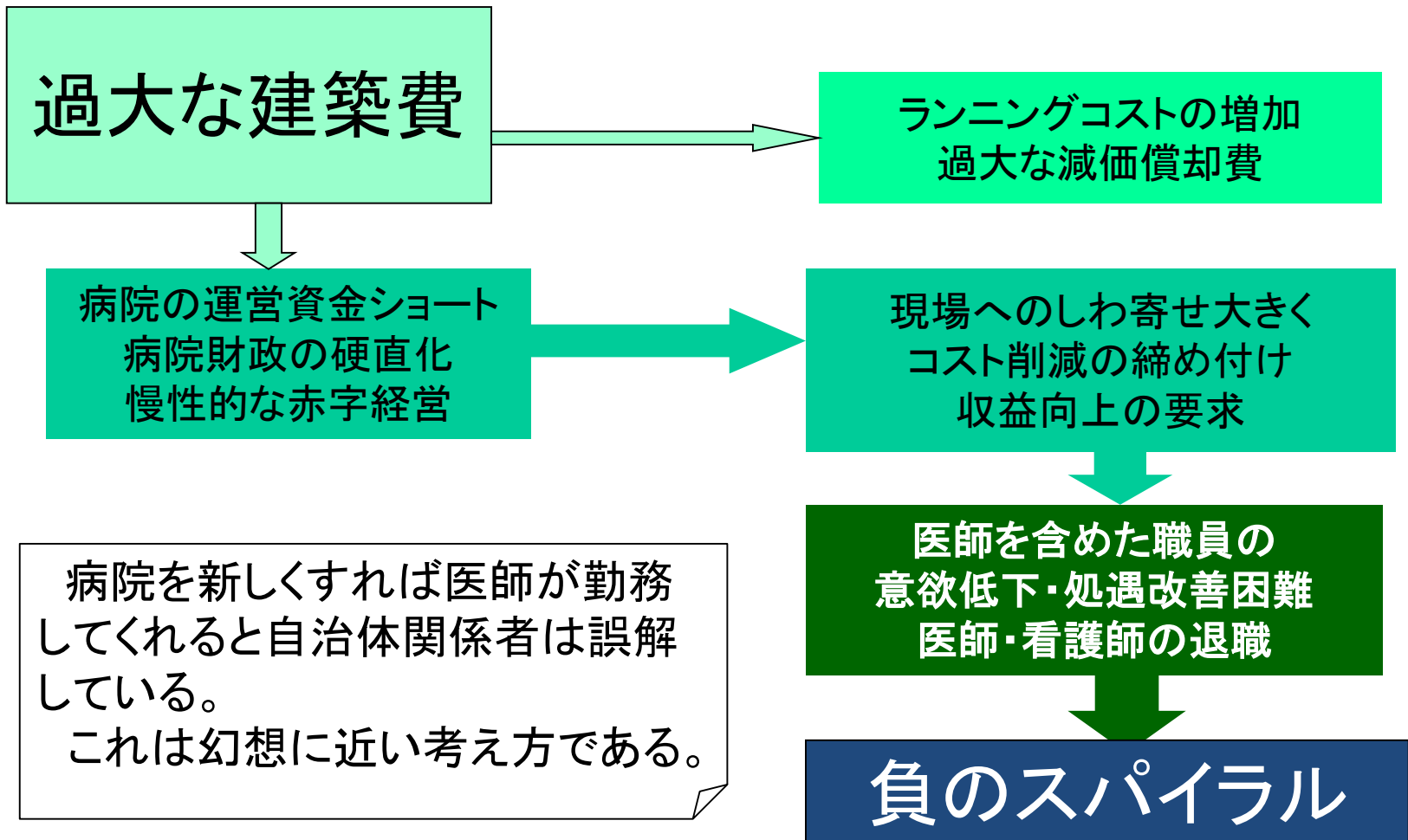
# 民間病院と公立病院の収支比較

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2

# 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

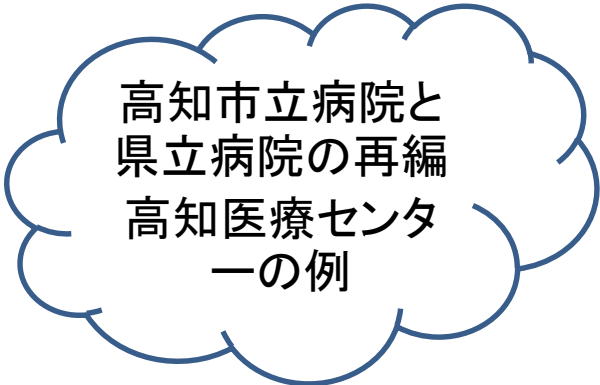
- ①経営効率化
  - 経常収支比率
  - 人件費率
  - 病床利用率
    - 3年連続で病床利用率70%未満の場合、診療所への転換や病床削減
- ②再編ネットワーク化
  - 公立病院同士の再編
  - 診療科の再編
- ③経営形態の見直し
  - 地方公営企業法全部適用
  - 独立行政法人非公務員型
  - 指定管理者制度

# 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



高知市立病院と  
県立病院の再編  
高知医療センタ  
ーの例

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)

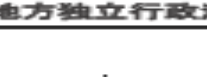


再編後

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

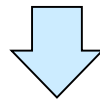
- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

# 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%

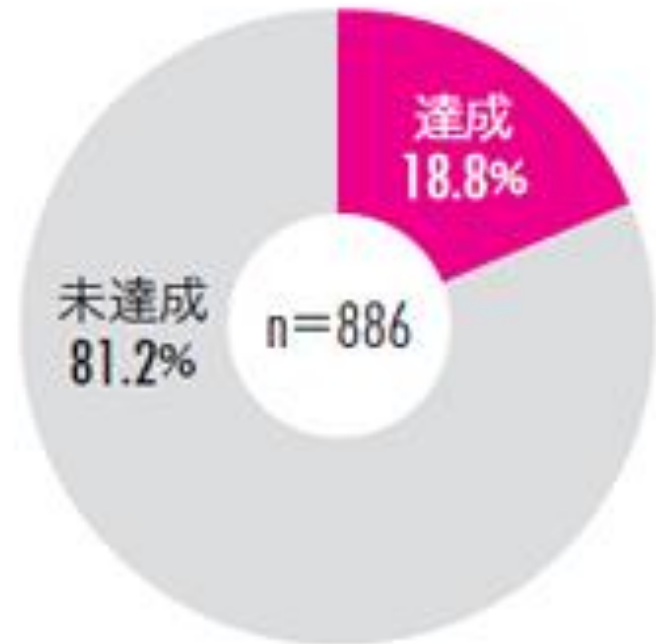
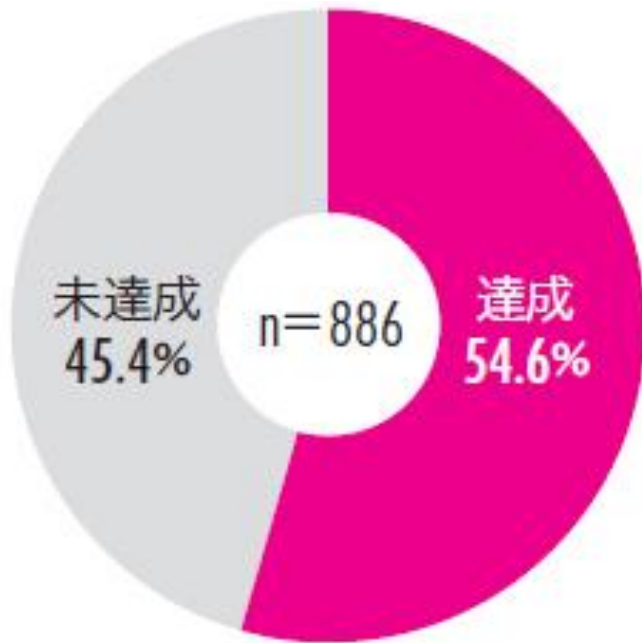
※③④⑥ 21年度又は22年度に黒字であったが、23年度は赤字となる見込の病院（84病院、9.4%）（346病院に対しては24.3%）

※(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)

### 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3

## 公立病院改革事例

# 事例

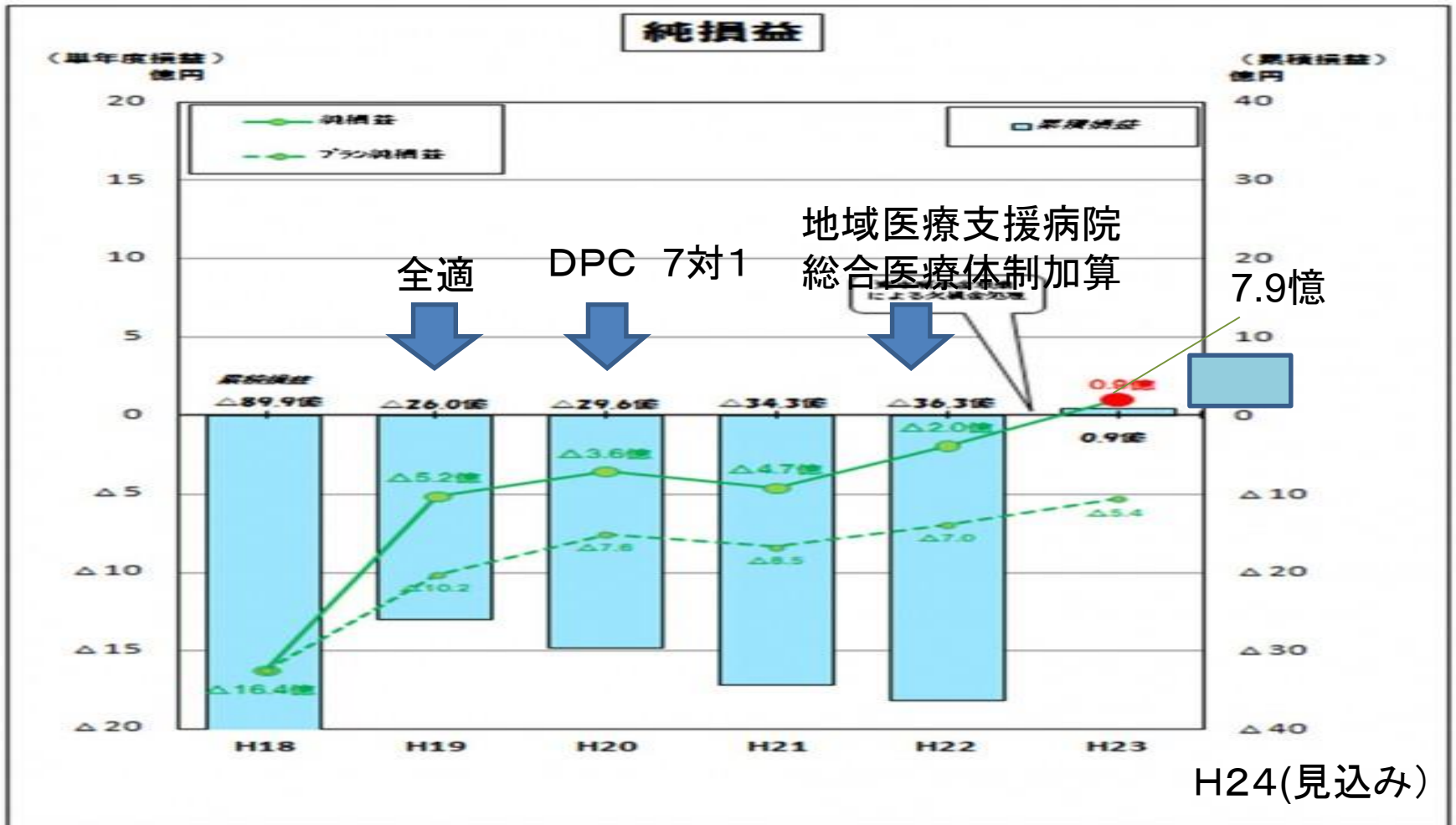
- 事例(1)全部適応
  - 県立青森中央病院
- 事例(2)指定管理者
  - 氷見市民病院
- 事例(3)地方独立行政法人
  - 県立日本海病院、市立酒田病院
- 事例(4)経営統合
  - JA栃木県下都賀総合病院、下都賀郡市医師会病院
- 事例(5)民間譲渡
  - 志木市立市民病院

# 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

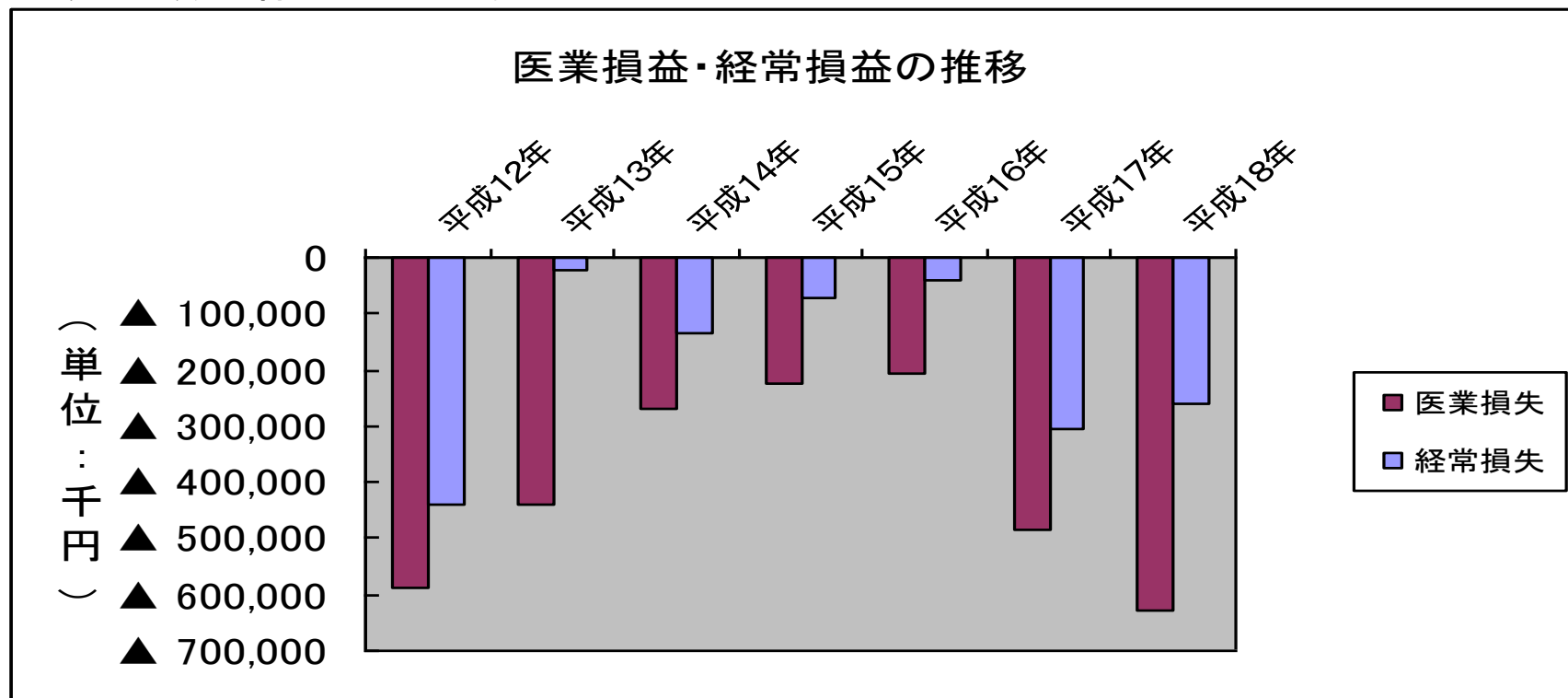


指定管理者の決定

# 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。

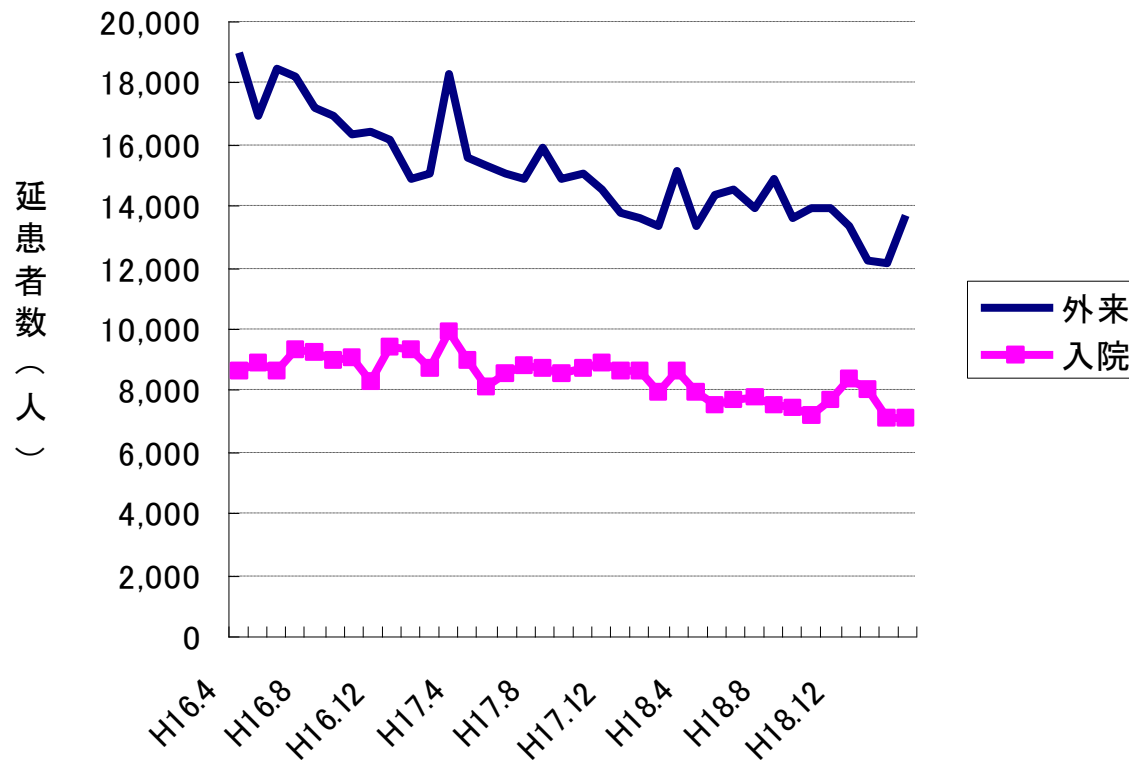


# 事例(2):氷見市民病院 改革前

## 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





## 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(5)民間譲渡

## 志木市立市民病院(埼玉県)



- 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
- 民間譲渡先の選定委員会の委員長を武藤が務めた

# 新公立病院改革ガイドライン

- 新ガイドラインでは都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえた上・・・これまでの・・・
- ①「経営の効率化」
- ②「再編・ネットワーク化」
- ③「経営形態の見直し」
- ・・・・に加えて
- ④「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」

# 新公立病院改革ガイドライン

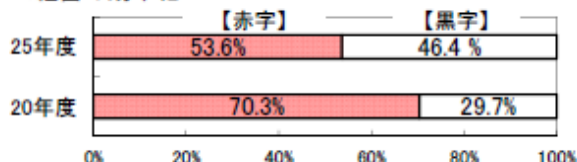
2016年8月

# 公立病院改革の推進について

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

## 公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

### 《経営の効率化》



### 《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数  
162病院(H25年度末)
- ・再編等の結果、公立病院数は減少  
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)  
H26: 881 (△ 62病院)

### 《経営形態の見直し》

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 66病院 (H26年度末)
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 17病院
- ・民間譲渡・診療所化 48病院

## 新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

### 1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの期間: 策定年度～H32年度を標準
- (3) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

#### 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

#### 経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

#### 再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

#### 経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

### 2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

### 3 地方財政措置の見直し

- 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

- 通常の整備 …… 25%地方交付税措置
- 再編・ネットワーク化に伴う整備 …… 40%地方交付税措置

## 医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

### 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)

- 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数\*と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定(H27年度～)

\* イメージ [構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	〇〇〇 人/日	〇〇〇 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

### 2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

連携

## 公立病院改革の基本的な考え方

- 究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でべき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすること。
- 今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と総合的に行われる必要がある。



## 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

- 新改革プランの策定期間は、都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定することとし、平成27年度又は平成28年度中に策定

※ 仮にプラン策定後、推進法に基づく協議の場の合意事項と齟齬が生じた場合は、速やかにプランを修正

※ 地域医療構想における当該公立病院の病床機能等の方向性が明らかである場合、地域医療構想に先行して新改革プランを策定することも可能

- 新改革プラン対象期間は、策定年度あるいはその次年度から平成32年度までの期間を対象として策定することを標準

新改革プランは2020年まで

- 新改革プランの内容は、「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に沿って記載

- 前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる見直しの必要性について検討すべきであることから、新改革プランを策定

- 既に、自主的に前ガイドラインによる公立病院改革プランの改定を行っている場合又は地方独立行政法人が地方独立行政法人法に基づき中期計画を策定している場合には、本ガイドラインにおいて要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定

# 新公立病院改革ガイドライン

- 新ガイドラインでは都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえた上・・・これまでの・・・
- ①「経営の効率化」
- ②「再編・ネットワーク化」
- ③「経営形態の見直し」
- ・・・・に加えて
- ④「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」

# パート4

## 地域連携から地域経営統合へ

日本版IHNを目指して

# 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

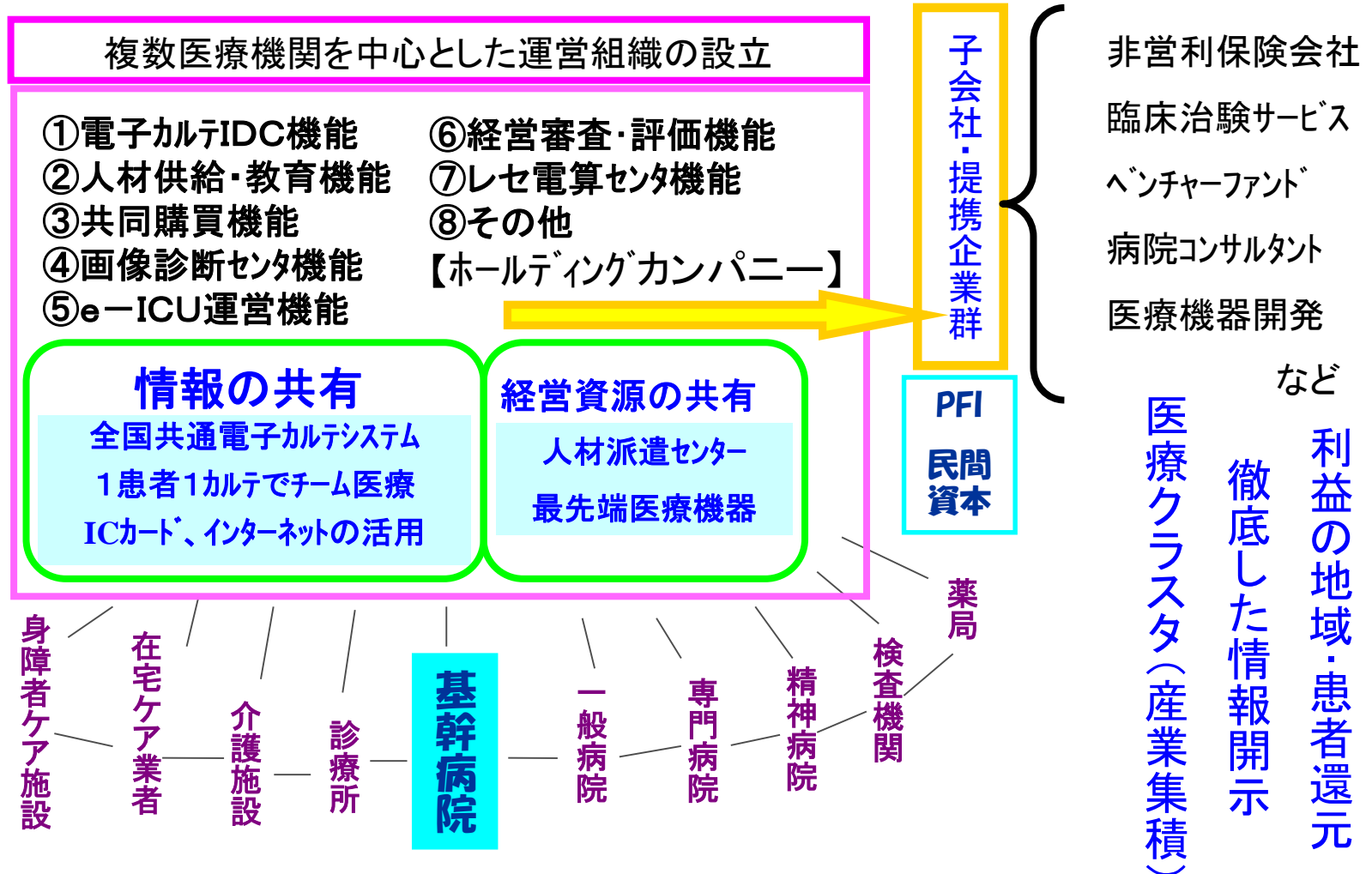
- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

# 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。**

# 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

# 医療法人の事業展開等に関する検討会



# 医療法人の事業展開等に関する検討会

## 1 設置の趣旨

医療法人に関しては、病床の機能分化・連携などを進め効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、医療法人等との連携を推進すること等としており、日本再興戦略等において課題の検討が求められており、有識者による検討会を開催する。

## 2 審議事項

- ・ 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について
- ・ 医療法人の透明性の確保・ガバナンスの強化について
- ・ 医療法人の分割について
- ・ 社会医療法人の認定要件の見直しについて 等

## 3 委員

田中 滋	慶應義塾大学名誉教授【座長】		
猪熊 律子	読売新聞東京本社社会保障部部長	鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
今村 定臣	日本医師会常任理事	西澤 寛俊	全日本病院協会会長
浦野 正男	全国社会福祉法人経営者協議会総務委員長	橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科教授
太田 二郎	全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長	長谷川 友紀	東邦大学医学部教授
大道 道大	日本病院会副会長	日野 頌三	日本医療法人協会会長
梶川 融	日本公認会計士協会副会長	松井 秀征	立教大学法学部教授
川原 丈貴	川原経営総合センター代表取締役社長	松原 由美	明治安田生活福祉研究所主席研究員
瀬古口精良	日本歯科医師会常務理事	山崎 學	日本精神科病院協会会長

## 4 審議スケジュール・開催状況

25年12月 4日	医療法人等との連携の推進について
26年 4月 2日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度に係る報告について等
26年 6月27日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の検討に当たっての主な論点等について
26年 9月10日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について等
26年10月10日	非営利新型法人制度の創設について等
26年11月27日	非営利新型法人制度の創設について等
27年 1月30日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について等
27年 2月 9日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて【取りまとめ】

# 非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

## 制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。
- 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

## 検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

### ① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

### ② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。  
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

### ③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。  
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。  
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

# 地域医療連携推進法人制度

## 趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人(仮称)の認定制度を創設する。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する。

## ポイント

※医療法改正

## ○ 法人格

- ・ 地域の医療機関等を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について、都道府県知事が地域医療連携推進法人(仮称)として認定する。

## ○ 参加法人(社員)

- ・ 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須とする。
- ・ それに加え、地域医療連携推進法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業を行う非営利法人を参加法人とすることができる。
- ・ 営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。

## ○ 業務内容

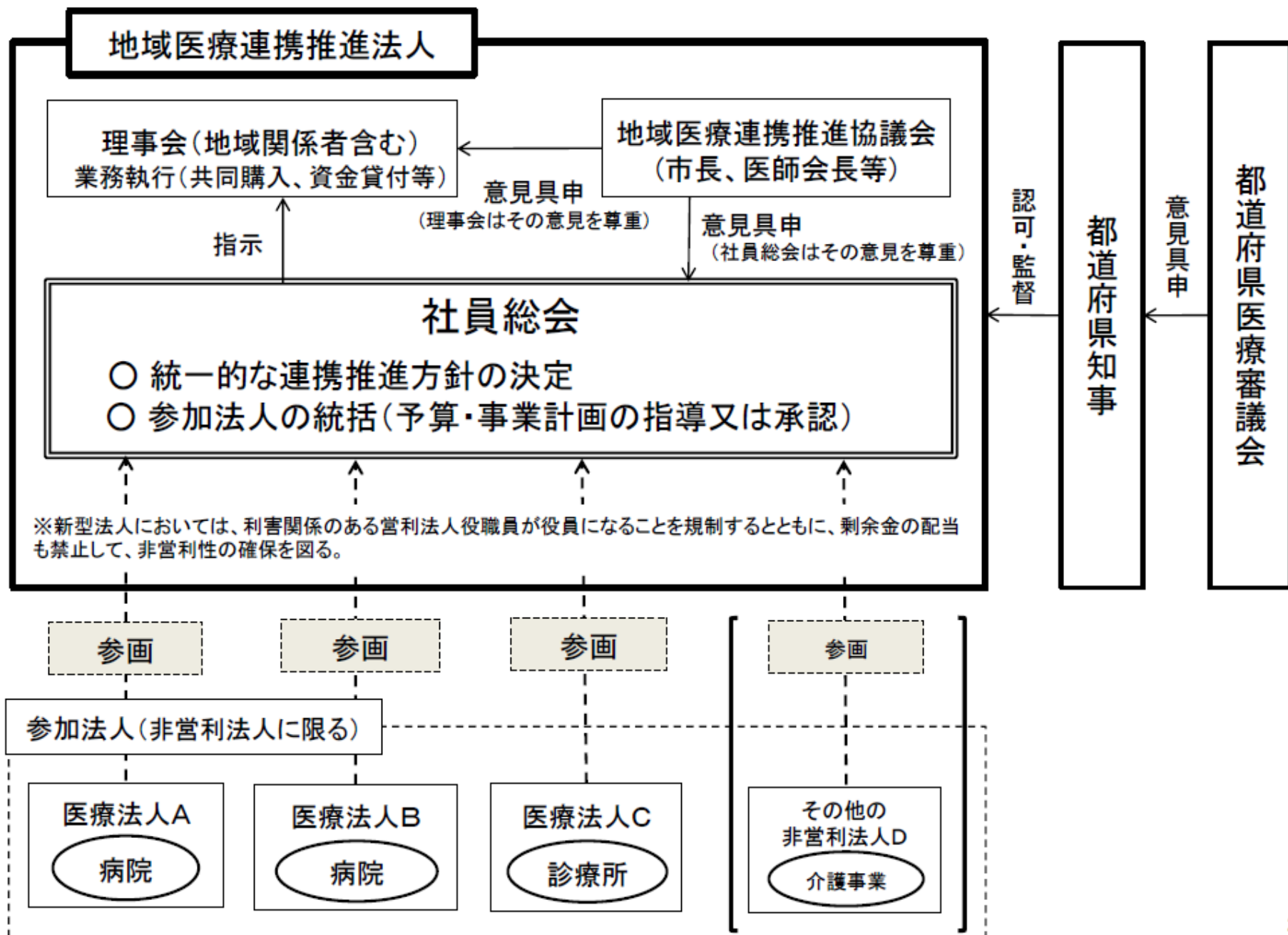
- ・ 統一的な連携推進方針(医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針等)の決定。
- ・ 病床再編(病床数の融通)、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療機器等の共同利用、病院開設、資金貸付等。
- ・ 関連事業を行う株式会社(医薬品の共同購入等)を保有できる。

## ○ ガバナンス(非営利性の確保等)

- ・ 社員の議決権は各一個とするが、不当に差別的な取扱いをしない等の条件で、定款で定めることができる。
- ・ 参加法人の事業計画等の重要事項について、意見を聴取し、指導又は承認を行うことができる。
- ・ 理事長は、その業務の重要性に鑑み、都道府県知事の認可を要件とする。
- ・ 地域医療連携推進協議会の意見を尊重するとともに、地域関係者を理事に加えて、地域の意見を反映。
- ・ 営利法人役職員を役員にしないこととするとともに、剰余金の配当も禁止して、非営利性の確保を図る。
- ・ 外部監査等を実施して透明性を確保する。
- ・ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見に沿って、法人の認定、重要事項の認可・監督等を行う。



# 地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み



地域医療連携推進法人（仮称）内における  
病床の再編の医療計画上の取扱いについて（案）

- 地域医療連携推進法人（仮称）が参加法人に係る病院等の機能の分担及び業務の連携を推進する上で、病床の再編が有効となる場合が考えられるが、現行の基準病床数制度では、全体の病床数が増加しない場合であっても、病床過剰地域において個々の病院等で増床等がなされる場合には、都道府県知事の勧告の対象となる（※）。

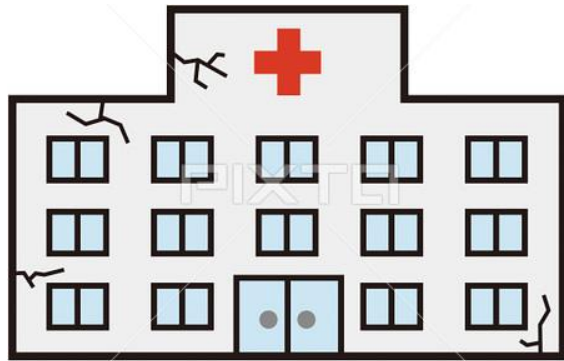
※ 例えば、病床過剰地域において、ある地域医療連携推進法人（仮称）の参加法人であるA法人が開設するA病院（200病床）と、B法人が開設するB病院（200病床）について、地域の医療需要等を踏まえ、A病院（350病床）とB病院（50病床）に病床数を変更する計画が立てられた場合など。

- 今般、地域医療連携推進法人（仮称）制度を創設するに当たり、連携推進方針（仮称）に沿った機能の分担及び業務の連携を円滑に進めるため、地域医療連携推進法人（仮称）の参加法人に係る病院等の病床の再編において、病床過剰地域であっても、地域医療構想区域を基本とした地域における病院等の間での病床の融通を認める基準病床数の特例（※）を設けることを検討する。

※ 現行の医療法では、①急激な人口の増加等の「特別な事情」により病床の整備が必要となる場合（第30条の4第7項）及び②救急医療のための病床等、更なる整備が必要となる「特定の病床」について整備する場合（同条第8項）において、基準病床数の特例が設けられている。

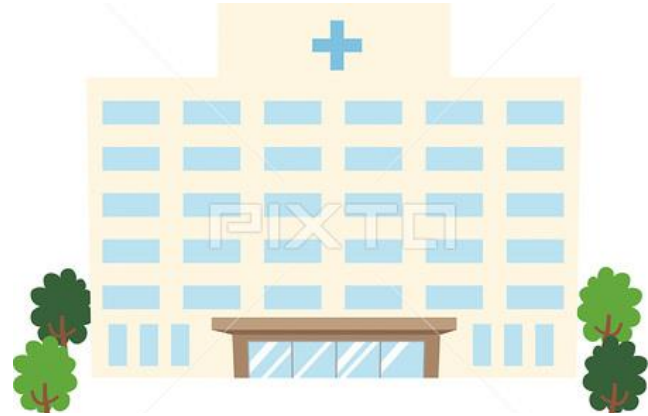
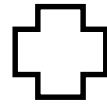
また、一部の都道府県では、同一法人内の病院等の病床の再編において、病床過剰地域であっても、地域医療の確保の観点から個別判断により病院等の間での病床の融通に関して勧告を行わないといった運用がなされている。

# 病床融通特例



pixta.jp - 4902298

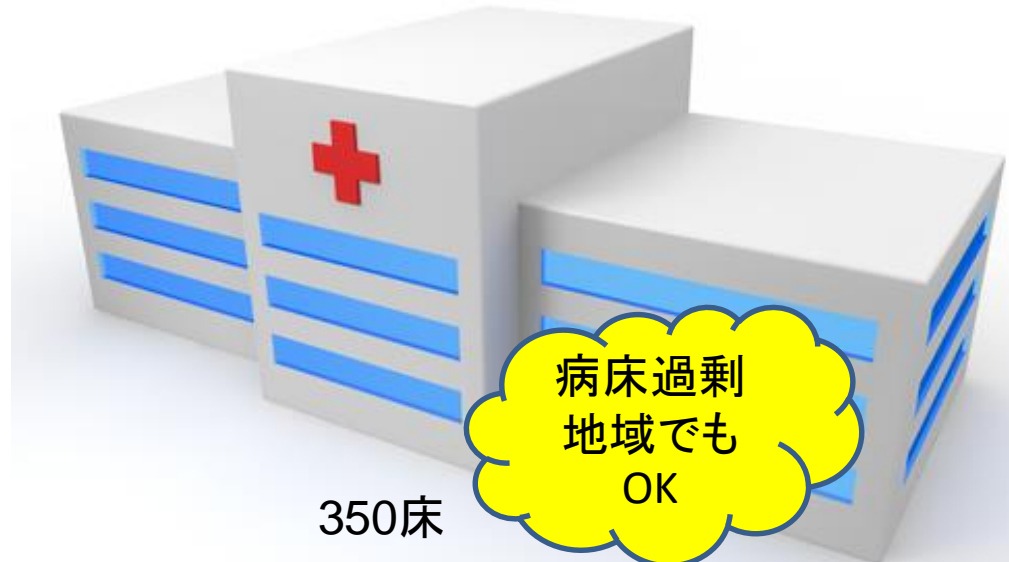
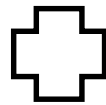
200床



200床



50床



350床

病床過剰  
地域でも  
OK

## (参考) 非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデル等について

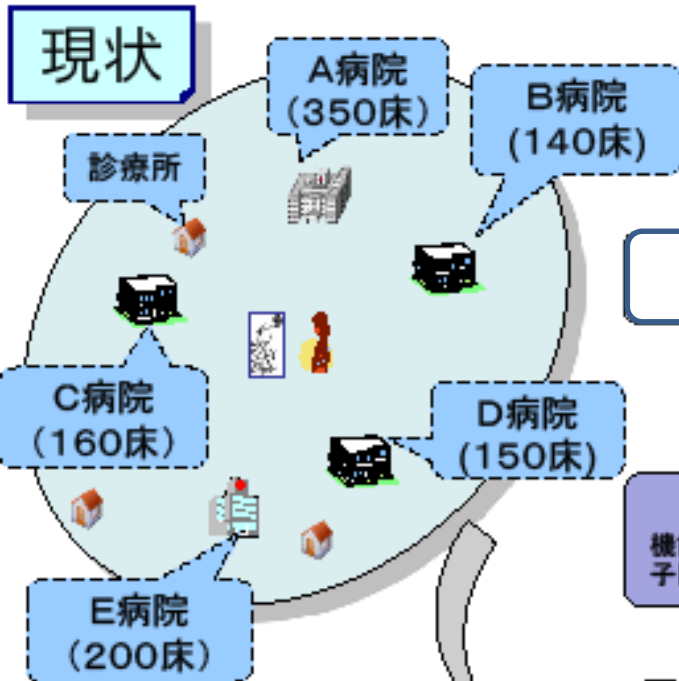
非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデルの例	具体的なイメージの例
自治体中心型	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 都道府県や市町村がその区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、非営利ホールディングカンパニー型法人（HD法人）を創設する。</li><li>○ 自治体を中心となって、医療法人等の横の連携を高めることで、地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画などと整合性を持ちつつ、病床機能の再編、地域包括ケアシステムの構築等を円滑に進めることが期待される。</li><li>○ 必要に応じて、自治体が出資したり、自治体の幹部を理事とするなど、適宜、関与することも可能である。</li></ul>
中核病院中心型	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 地域の社会医療法人、大学付属病院を運営する法人など急性期医療等を担う中核的な医療法人等が、回復期や在宅医療を担う医療法人や、介護を担う社会福祉法人に呼びかけて、HD法人を創設する。</li><li>○ 地域の中核病院が中心となることで、回復期や在宅医療の基盤が弱い場合は、中核病院の信用力を元に資金を確保してそこに投資するなど、地域の効率的な医療提供体制を構築することが期待される。</li></ul>
地域共同設立型	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 都道府県医師会や地区医師会が中心となって、その区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、HD法人を創設する。</li><li>○ 医師会が中心となることで、現在、医師会が中心的に進めている在宅医療・介護の連携の更なる促進や、共同購入や医療機器の共同使用等による中小医療法人の経営の効率化、経営の厳しい医療法人の支援や受け皿としての機能が期待される。</li><li>○ 自治体も巻き込むことによって、自治体からの出資などの支援を受けることも可能である。</li></ul>

# 連携ネットワークと統合ネットワーク

- 地域連携ネットワーク(現状)
  - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
  - 地域医療計画における連携推進
  - 疾病別・事業別ネットワーク
    - 地域連携クリティカルパス、連携コーディネーター
- 地域統合ネットワーク(今後)
  - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
  - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
  - 売り上げ規模600億~1000億円の統合ネットワーク
  - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

# 地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

## 現状



## 課題

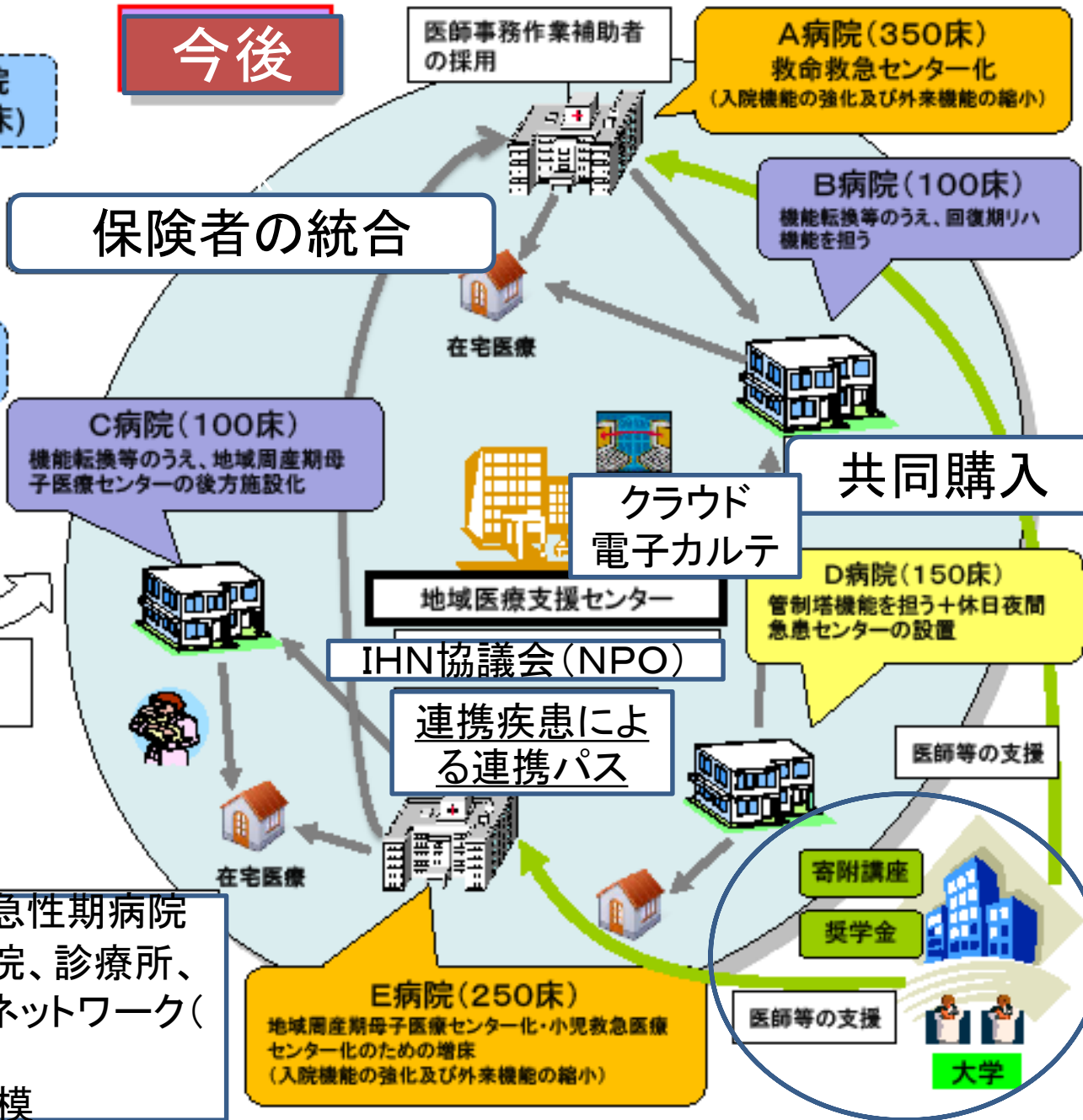
- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

## 方策

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設+大学の統合ネットワーク(IHN)を形成、  
売り上げ600億~1000億円規模

## 今後

### 保険者の統合



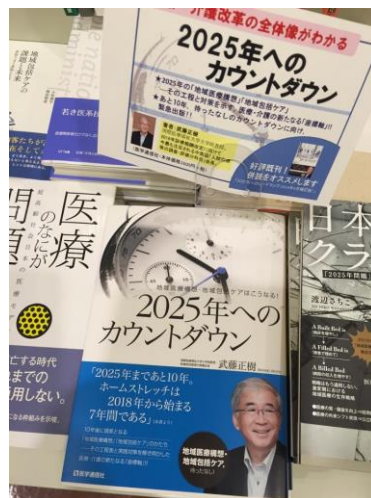
# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋  
ランキング第一位！



# まとめと提言

- ・公立病院は地域医療のかなめ
- ・今、公立病院が地域医療の中で変わらなくてはならない。
- ・新たな公立病院改革は地域医療構想に基づいて実施されるべき
- ・地域経営統合ネットワーク化を公立病院から実施すべき

- ・
- ・



# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)