

## 第3章 ケーススタディ

## ケーススタディー一覧

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

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

※1 統合時期は、法人成立時(医療法人の場合は登記日)をいう。

※2 フォントが斜体の病院については、被統合側の病院である。

# 1. 医療法人北海道家庭医療学センター

## 業務提携型（家庭医養成派遣）

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

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

### (1) 派遣先の医療環境

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

#### ① 更別村

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

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

#### ② 寿都町

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

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

#### ③ 上川町

上川町は旭川市から約50km東の人口4,500人の町である。

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



## (2) 法人の概要

### ① 医師派遣元；医療法人北海道家庭医療学センター

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

[北海道家庭医療学センターの施設]

本輪西ファミリークリニック（室蘭市）

栄町ファミリークリニック（札幌市）

### ② 医師派遣先；

#### ○ 更別村国保診療所

病床数 19 床の 24 時間救急対応有床診療所。

スタッフ 23 名中、研修医を含む医師 4 名、理学療法士 1 名を派遣。

※医師は全員、北海道家庭医療学センターからの派遣（寿都町、川上町も同様）

#### ○ 寿都町立寿都診療所

病床数 19 床の 24 時間救急対応有床診療所。

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

#### ○ 上川医療センター

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

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

## (3) 北海道家庭医療学センター設立の経緯

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

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

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

ターに研修医を派遣している。

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

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

#### (4) 研修体制

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

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

##### ① 初期研修

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

##### ② 後期研修

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

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

##### ③ フェローシップ

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

---

<sup>1</sup> 能力、高い成果を上げている人の行動特性

## (5) 北海道家庭医療学センターの現状

### ① 人員体制

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

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



本輪西ファミリークリニック（室蘭市）



栄町ファミリークリニック（札幌市）

### ② 医師派遣

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

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

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

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

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

## (6) 経営管理手法

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

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

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

### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

### ② PDCA活動の励行

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

### ③ 課題の把握と対応

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

### ④ コストダウン

未実施ではあるものの、グループ一括購入を検討している。

### ⑤ 職員研修等の充実

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

### ⑥ 医療連携の強化

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



ている。

## (7) 業務提携の効果

### ① 北海道家庭医療学センターにとっての効果

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

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

### ② 派遣先医療過疎地にとっての効果

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

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

## 2. 医療法人伯鳳会

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

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

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

### (1) 兵庫県及び西播磨 2 次保健医療圏等の医療環境

赤穂市及び統合先病院の医療環境は下記のとおりである。

#### ① 医療供給体制

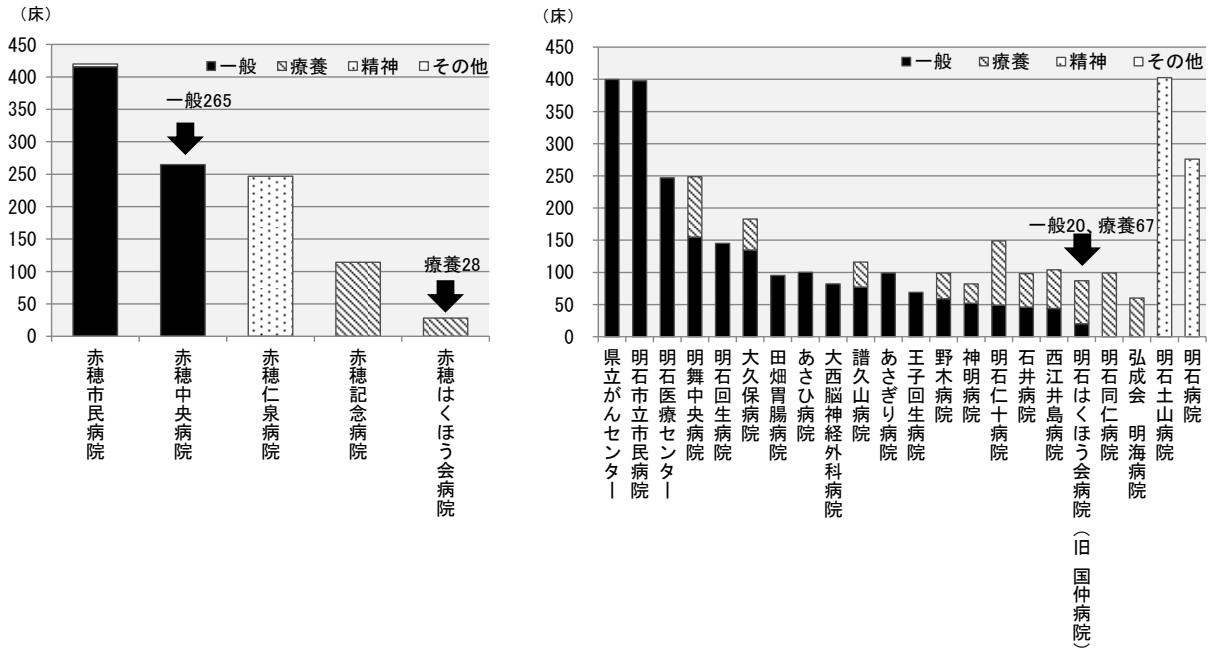
赤穂市で一般病床を持つ病院は赤穂市民病院と赤穂中央病院だけであり、その他の病院は療養病床、精神病床のみである。

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

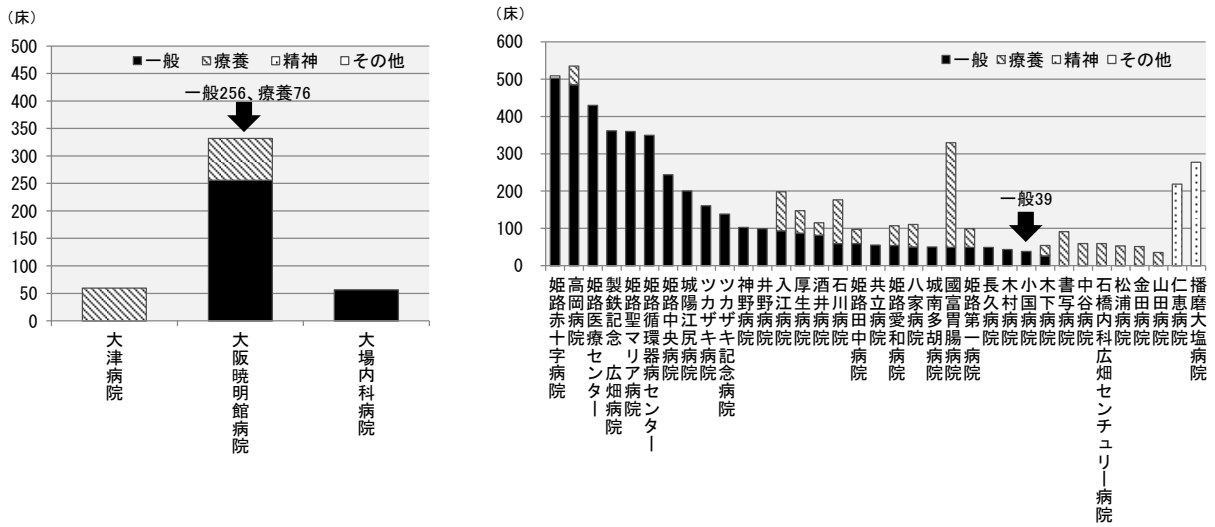
小国病院の所在する姫路市には姫路赤十字病院（509 床）、国立病院機構姫路医療センター（430 床）、製鉄記念広畑病院（362 床）、県立姫路循環器病センター（350 床）をはじめ 35 病院があるが、産科（産婦人科）を標榜するのは 4 病院のみである。

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

図表 3-2-1 兵庫県赤穂市（左）及び明石市（右）の病院別病床の種類



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



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

## ② 兵庫県の2次保健医療圏

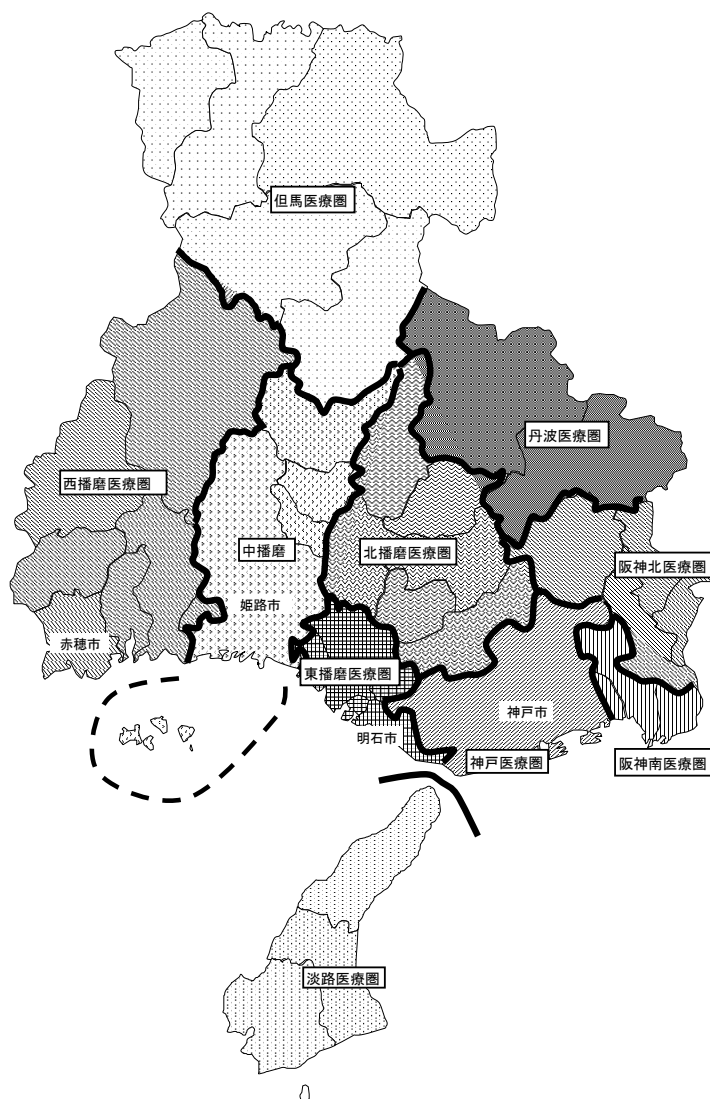
兵庫県内は10の2次医療圏が設定されている。赤穂市が属する西播磨保健医療圏は4市3町で構成され、県全体の面積の19%、人口の5%を占める。

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

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

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

図表 3-2-3 兵庫県の2次保健医療圏



資料；兵庫県保健医療計画（平成20年4月）

### ③ 医療施設数と病床数

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

図表 3-2-4 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；兵庫県保健医療計画 追補版（平成 23 年 4 月）

図表 3-2-5 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

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

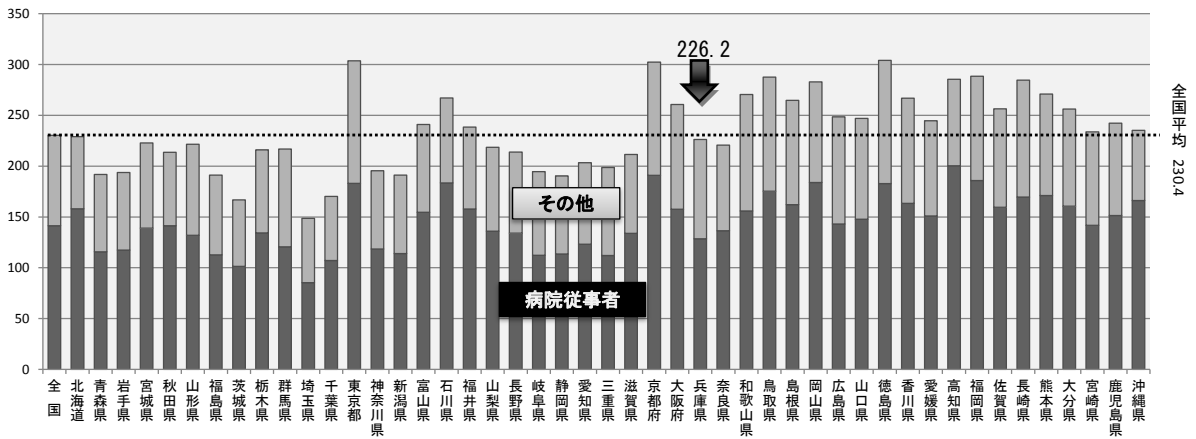
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

### ④ 医師の供給状況

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

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

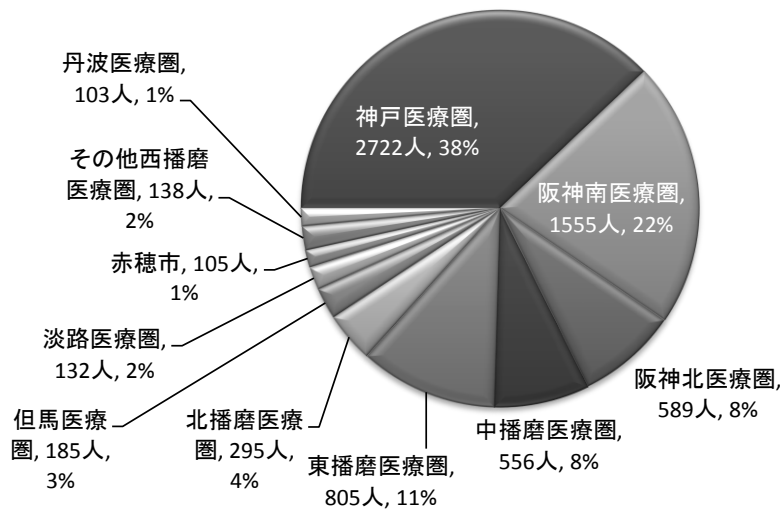
図表 3-2-6 人口 10 万人対医師数



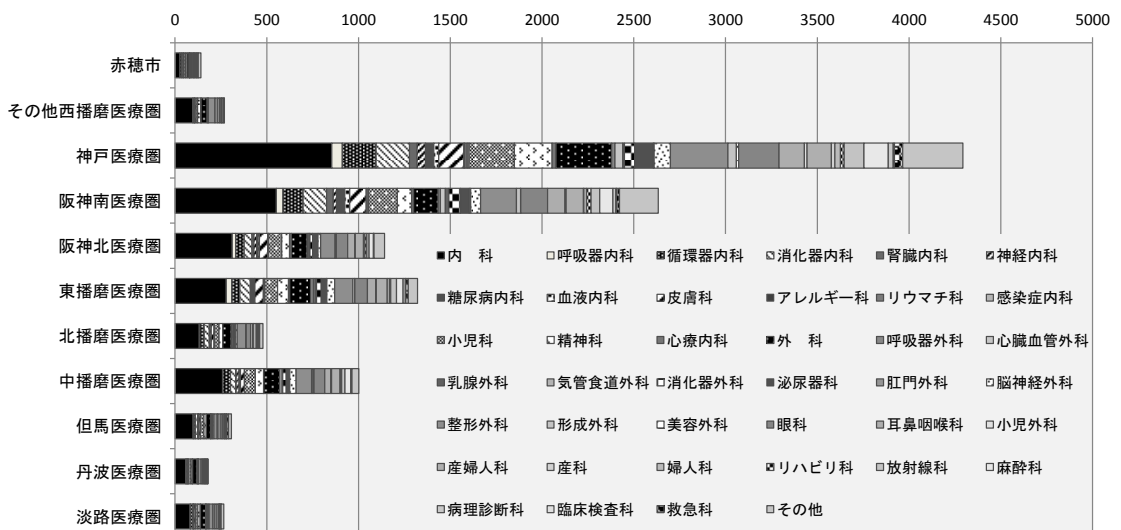
※病院従事者の対象は次のとおりである（以下同様）。

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

図表 3-2-7 病院従事医師の勤務地



図表 3-2-8 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



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

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

図表 3-2-9 県内入院患者の流出・流入状況

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

資料；厚生労働省「平成 20 年患者調査」

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；医療法人伯鳳会

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

#### [伯鳳会の施設]

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

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

※印は統合先法人より譲渡

### ② 被統合側；

#### ・医療法人十愛会 国仲病院

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

#### [十愛会の施設]

医療法人十愛会 国仲病院 (明石市；87床 (療養87床))

#### ・小国病院

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

#### [小国病院の施設]

小国病院 (姫路市；39床 (一般39床))

#### ・社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院

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



[大阪暁明館病院の施設]

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

暁明館西九条クリニック（大阪市此花区）

暁明館ケアプランセンター

おとしよりすこやかケアプランセンター西部館

暁明館訪問看護ステーション

### (3) 統合までの経緯・背景

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

#### ① 医療法人十愛会 国仲病院

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

#### ② 小国病院

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

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

#### ③ 社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院

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

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

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



赤穂中央病院



小国病院

図表 3-2-10 病院の立地状況



#### (4) 経営管理手法

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

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

する経営会議で公開し、課題改善に努める。

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

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

## ② PDCA活動の励行

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

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

## ③ 人事制度

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

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

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

## ④ 課題の把握と対応

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

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

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

## ⑤ コストダウン

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

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

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

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

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

## ⑥ 職員採用・職員研修

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

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

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

## ⑦ 医療連携の強化

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

## ⑧ 医療機能再編・設備投資

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

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

## (5) 統合実現までの負担・課題

以下では経営統合した3病院の経営改善等を紹介する。

### ① 国仲病院（現 明石はくほう会病院）

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

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

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

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

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

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

### ② 小国病院

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

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

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

### ③ 大阪暁明館病院

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

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

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

## (6) 経営統合の効果

### ① 地域医療の堅持

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

いずれの病院も経営が大幅に改善し、伯鳳会としても経営上のメリットがあった。

### ② グループ経営

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

### ③ 他の病院への示唆

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

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

### 3. 社団医療法人啓愛会

#### 法人合併・救済統合型；社団医療法人恵生会 河南病院

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

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

#### (1) 岩手県、盛岡 2 次保健医療圏及び胆江 2 次保健医療圏の医療環境

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

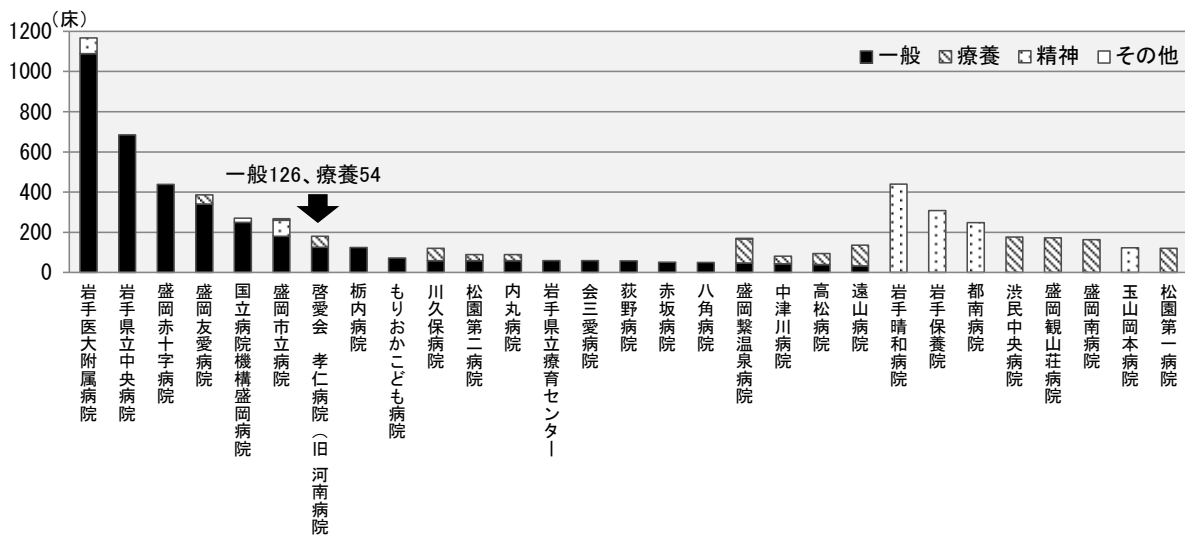
##### ① 医療供給体制

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

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

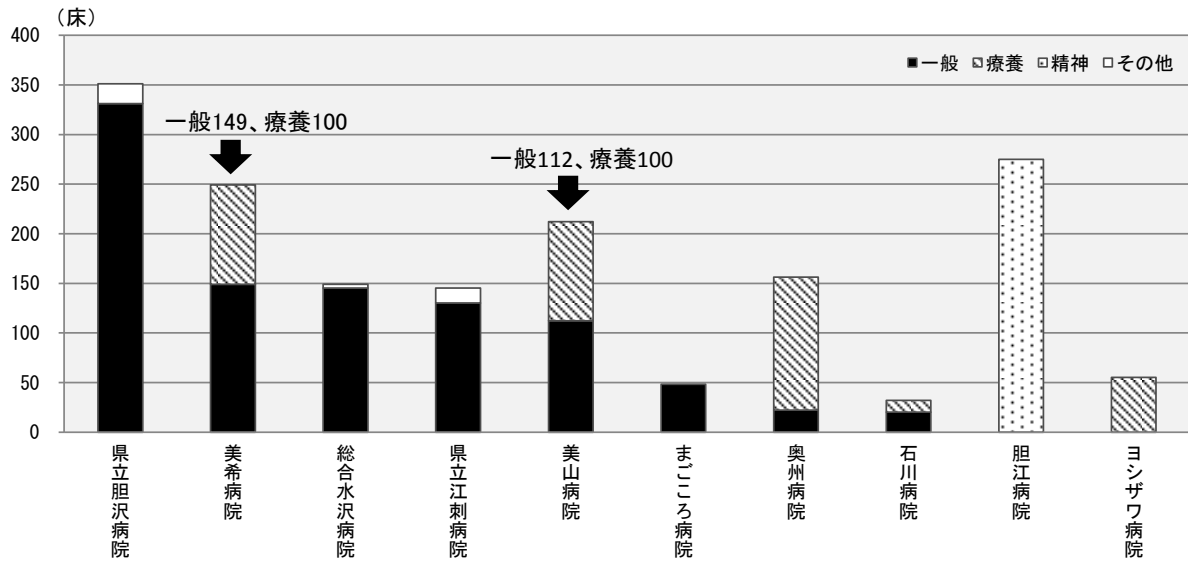
奥州市では 200 床以上ある病院は 4 施設あり、県立病院は一般病床中心、民間病院は療養病床を併設するか精神病床に特化している。

図表 3-3-1 盛岡市の病院別病床の種類





図表 3-3-2 奥州市の病院別病床の種類



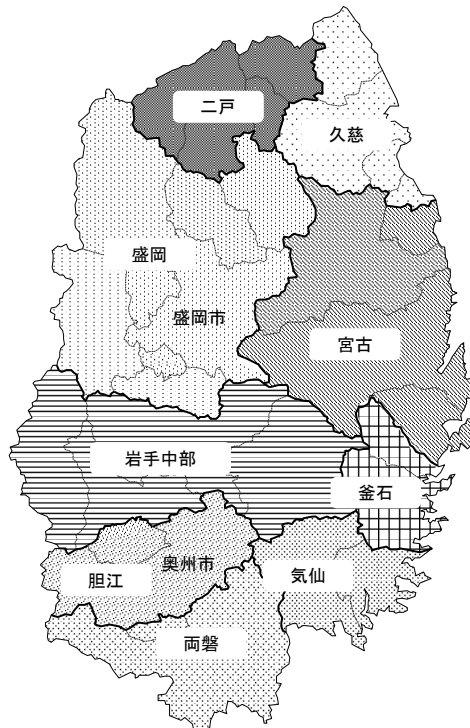
資料；東北厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 6 日現在）」を基に作成

② 盛岡 2 次保健医療圏

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

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

図表 3-3-3 岩手県の 2 次保健医療圏



資料；岩手県保健医療計画（平成 20 年 4 月）

### ③ 医療施設数と病床数

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

岩手県の人口 10 万人当たり病院数は全国平均をやや上回っている。

図表 3-3-4 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；岩手県保健医療計画（平成 20 年 4 月）

図表 3-3-5 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

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

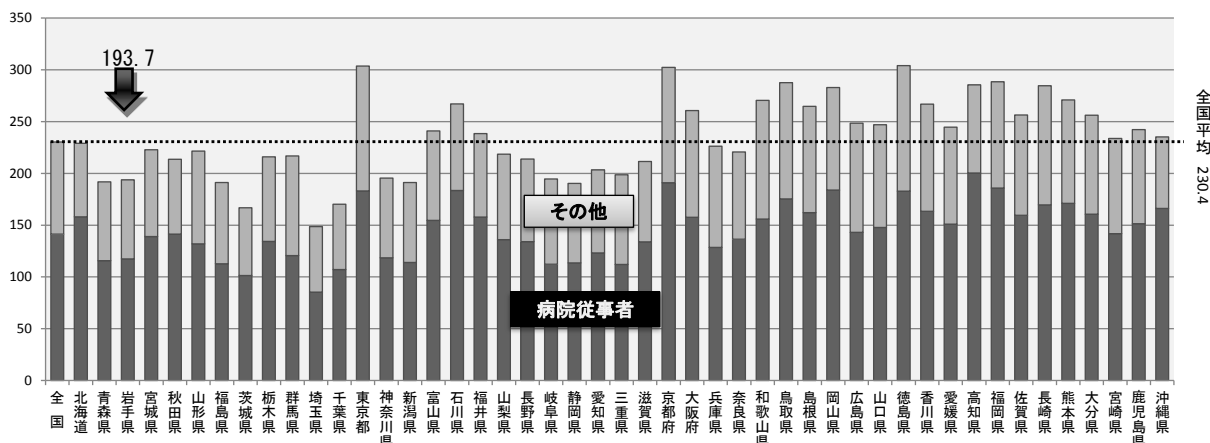
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

### ④ 医師の供給状況

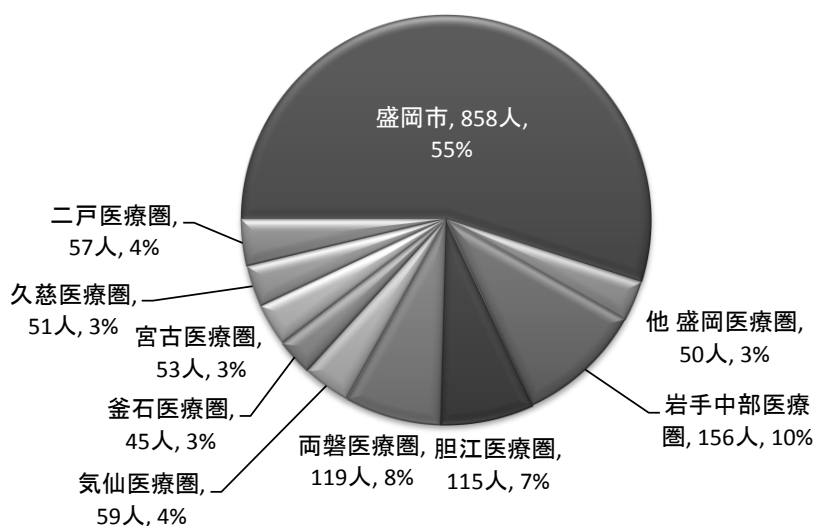
岩手県の人口 10 万人対医師数は全国平均を下回っており、相対的に規模の大きい県立病院でも医師採用難である。病院従事医師の過半数が盛岡市におり（図表 3-3-7）、盛岡市以外では医師確保がより難しい状況である。特に専門医は盛岡市に集中している（図表 3-3-8）。

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

図表 3-3-6 人口 10 万人対医師数



図表 3-3-7 病院従事医師の勤務地



図表 3-3-8 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



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

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

図表 3-3-9 県内入院患者の流出・流入状況

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

資料；厚生労働省「平成20年患者調査」

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；社団医療法人啓愛会

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

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

#### [啓愛会の施設]

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

#### [同グループの社会福祉法人美楽会の施設]

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

### ② 被統合側；社団医療法人恵生会 河南病院

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

#### [恵生会の施設]

- 河南病院（盛岡市;180 床（一般 30 床、療養 150 床））

### (3) 統合までの経緯・背景

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

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

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

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

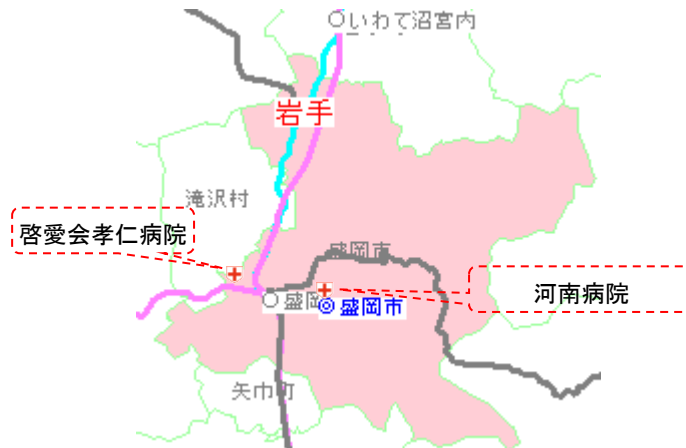


孝仁病院



孝仁病院PET画像診断センター

図表 3-3-10 病院の立地状況



#### (4) 経営管理手法

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

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

##### ② PDCA活動の励行

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

##### ③ 課題の把握と対応

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

##### ④ コストダウン

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

##### ⑤ 職員研修等の充実

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

## ⑥ 医療連携の強化

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

## ⑦ 医療機能再編・設備投資

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

## (5) 統合実現までの負担・課題

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

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

## (6) 経営統合の効果

### ① 啓愛会にとってのメリット

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

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

### ② 地域医療にとってのメリット

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

### ③ 河南病院職員にとってのメリット

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

河南病院には労働組合があったが、待遇改善を経て自然解散した。



## 4. 医療法人啓仁会

### 法人合併・救済統合型；医療法人社団礼仁会 吉祥寺南病院

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

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

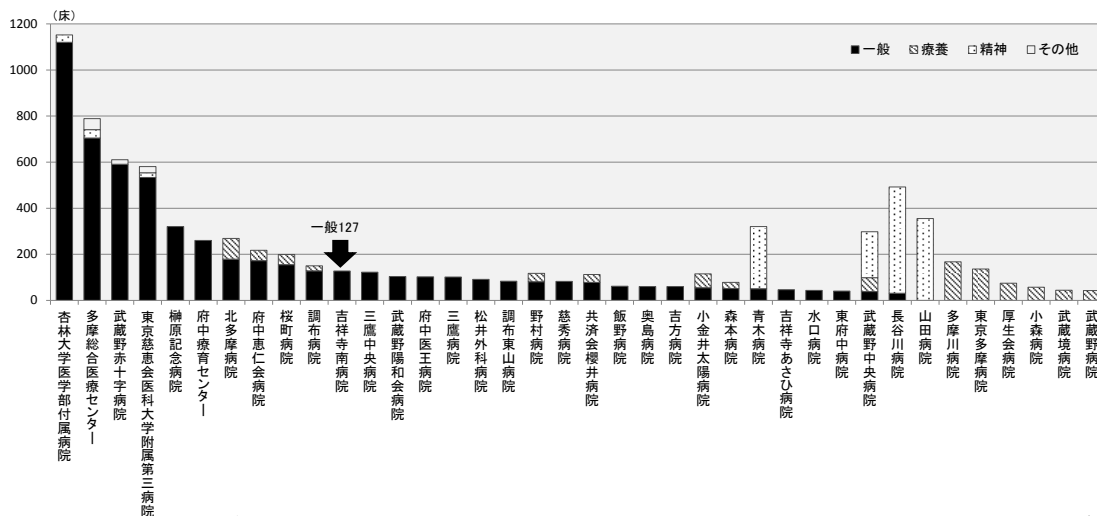
#### (1) 東京都、北多摩南部 2 次保健医療圏及び西部 2 次保健医療圏の医療環境

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

##### ① 医療供給体制

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

図表 3-4-1 北多摩南部 2 次保健医療圏の病院別病床の種類

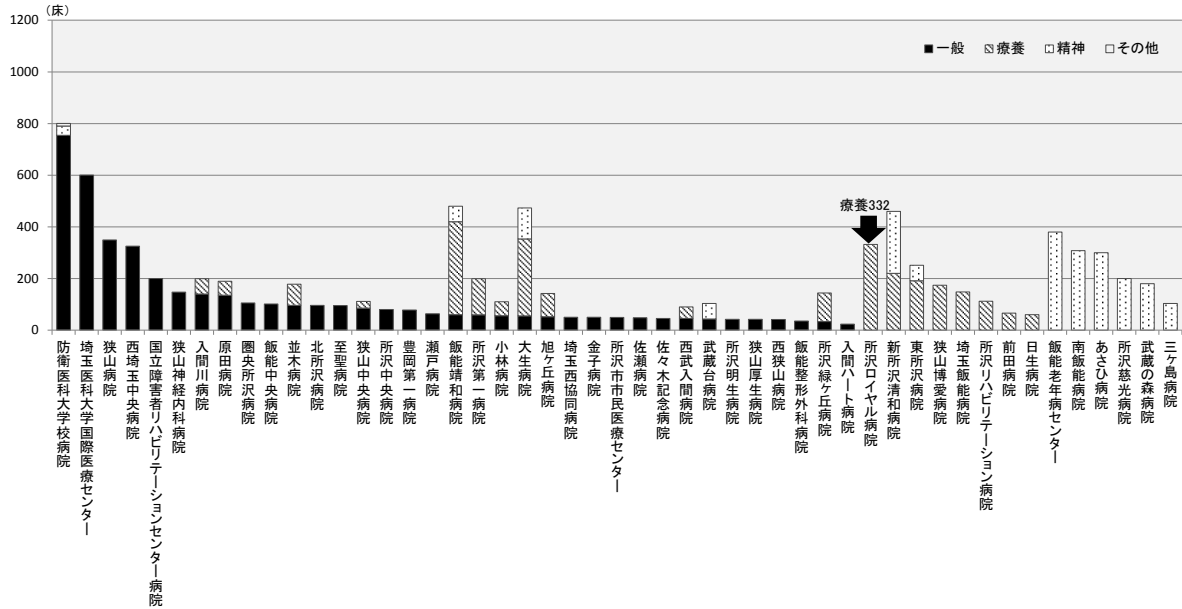


資料；関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 1 日現在）」

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

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

図表 3-4-2 西部2次保健医療圏の病院別病床の種類

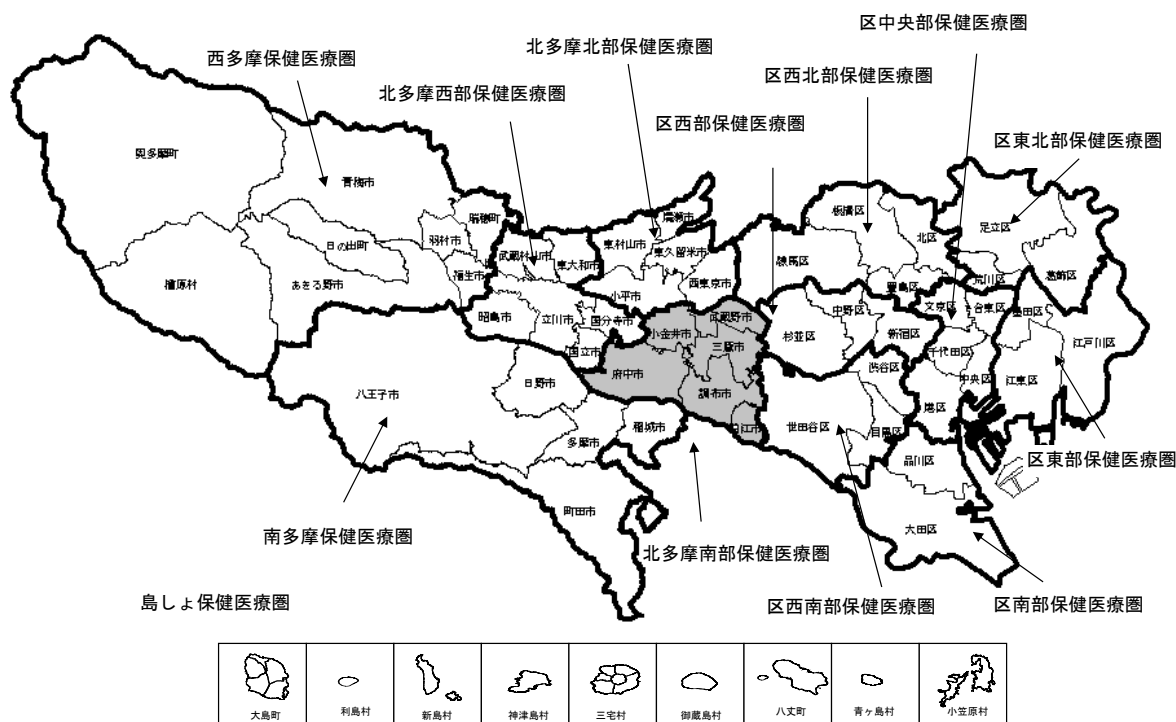


資料；関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月1日現在）」を基に作成

## ② 北多摩南部 2 次保健医療圏

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

図表 3-4-3 東京都の 2 次保健医療圏



資料；東京都保健医療計画（平成 20 年 3 月改定）

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

### ③ 医療施設数と病床数

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

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

図表 3-4-4 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；東京都保健医療計画（平成20年3月改定）

図表 3-4-5 人口10万対病院数・病院－病床の種類

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

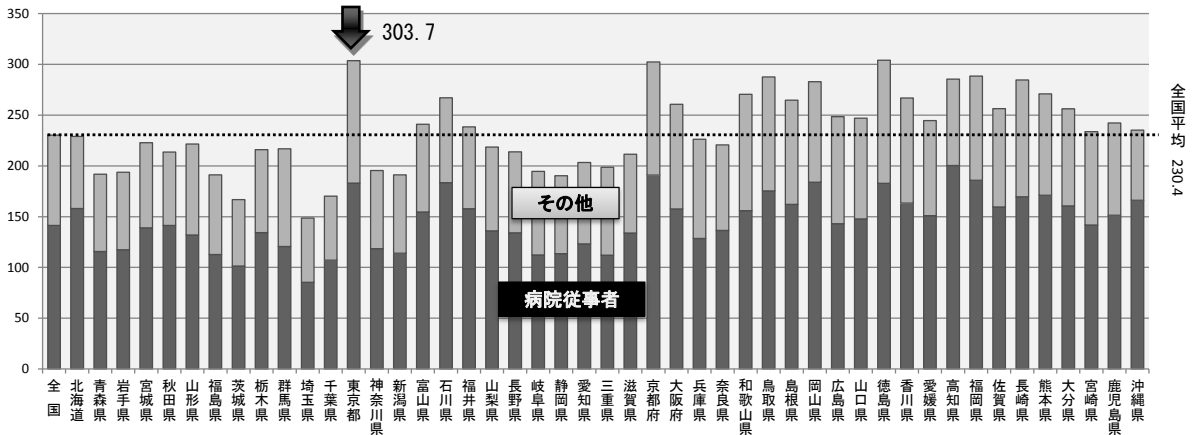
資料；厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

### ④ 医師の供給状況

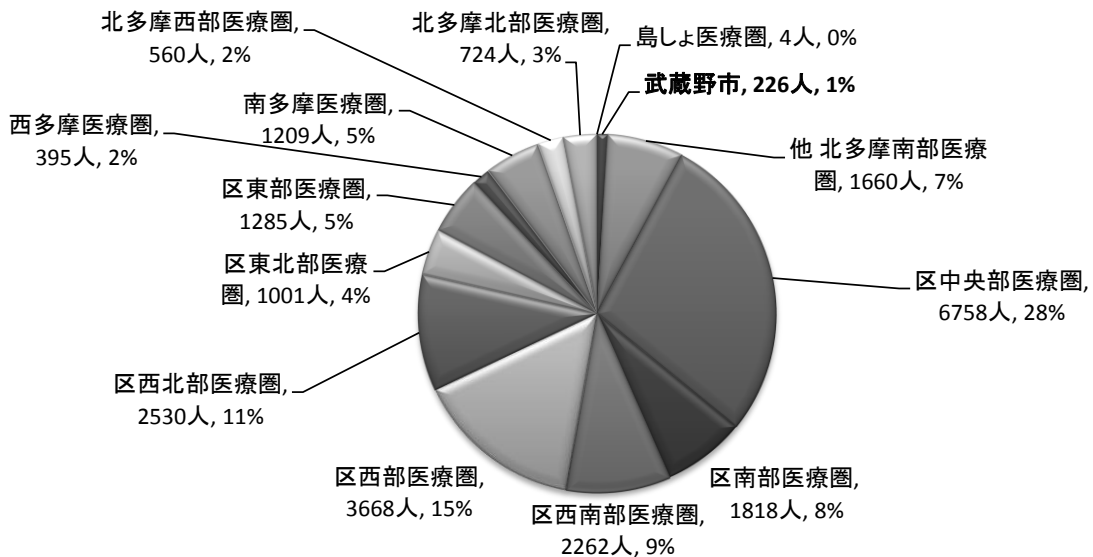
東京都の人口10万人対医師数は全国平均を大きく上回っており、徳島県（304.0）に次いで全国で2番目に多い。

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

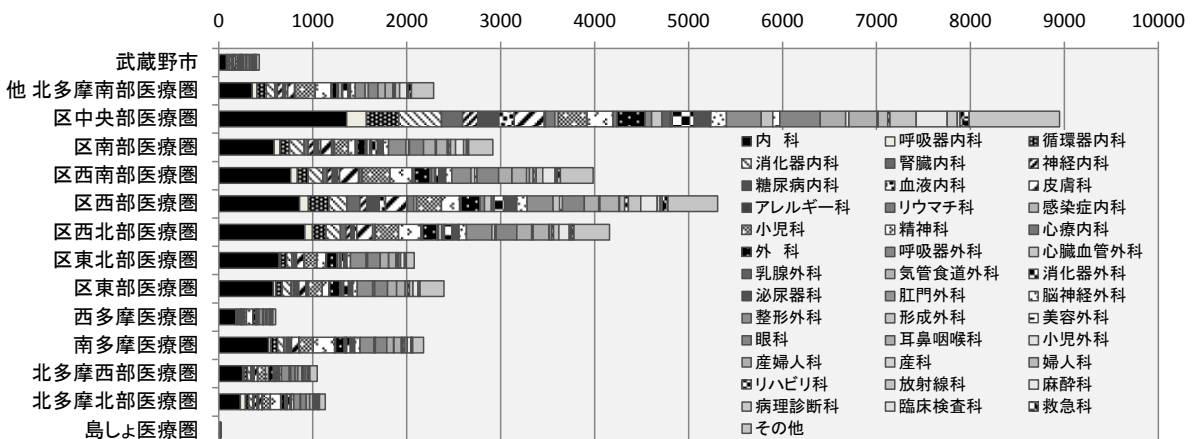
図表 3-4-6 人口 10 万対医師数



図表 3-4-7 病院従事医師の勤務地



図表 3-4-8 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科

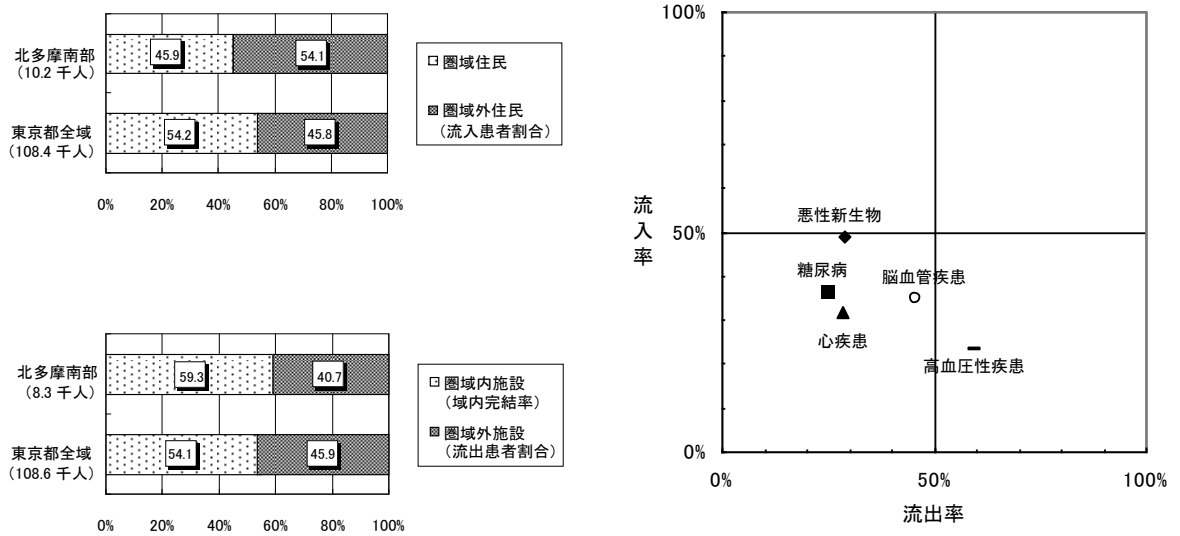


⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

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

図表 3-4-9 北多摩南部 2 次保健医療圏の入院患者の流出・流入状況



資料；東京都保健医療計画（平成 20 年 3 月改定）

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；医療法人啓仁会

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

[啓仁会の施設]

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

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

## ② 被統合側；医療法人社団礼仁会 吉祥寺南病院

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

〔礼仁会の施設〕

吉祥寺南病院（東京都武蔵野市；一般127床）



吉祥寺南病院



## (3) 統合までの経緯・背景

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

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

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

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

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



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

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

#### (4) 経営管理手法

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

事業計画に則って各病院に経営の裁量を付与している。

##### ② PDCA活動の励行

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

##### ③ 課題の把握と対応

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

##### ④ コストダウン

診療材料・医薬品の交渉窓口を一本化してコストダウンを図っている。

##### ⑤ 職員研修等の充実

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

##### ⑥ 医療連携の強化

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

##### ⑦ 医療機能再編・設備投資等

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

#### (5) 統合実現までの負担・課題

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

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

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

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

## (6) 経営統合の効果

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

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

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

---

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

## 5. 医療法人清和会

### 法人合併・救済統合型；医療法人齊藤会 齊藤病院

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

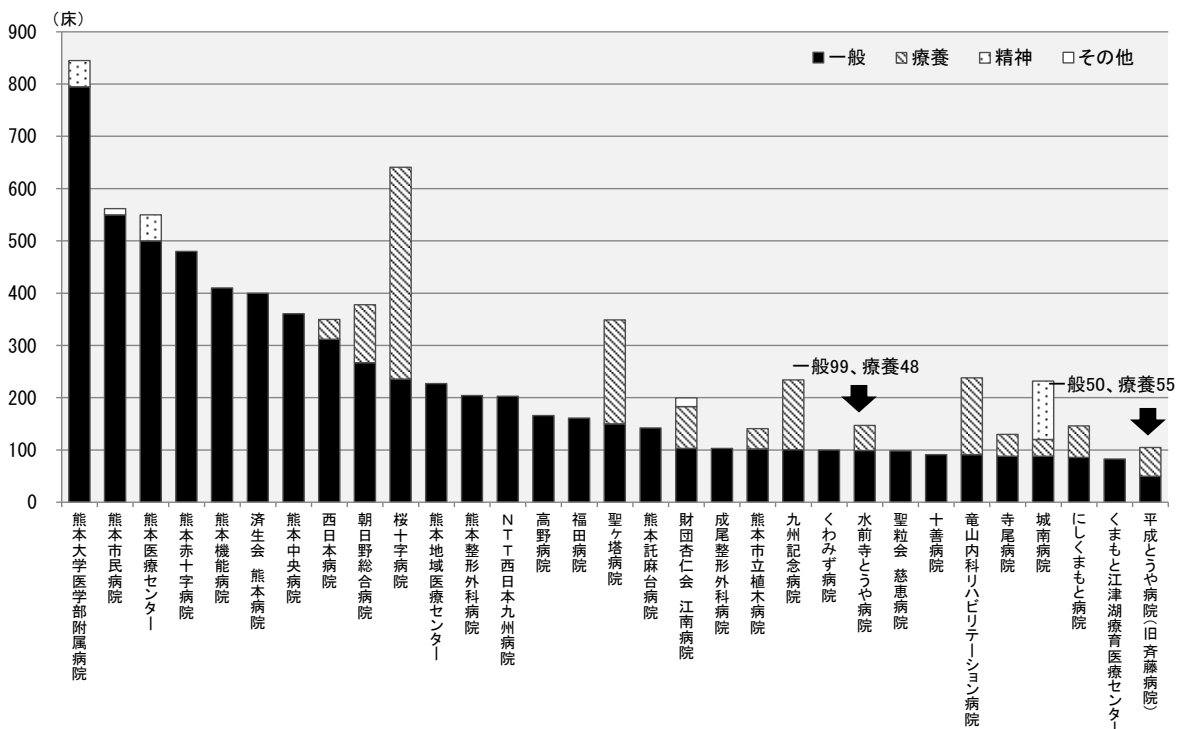
#### (1) 熊本県及び熊本 2 次保健医療圏の医療環境

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

##### ① 医療供給体制

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

図表 3-5-1 熊本市の病院別病床の種類



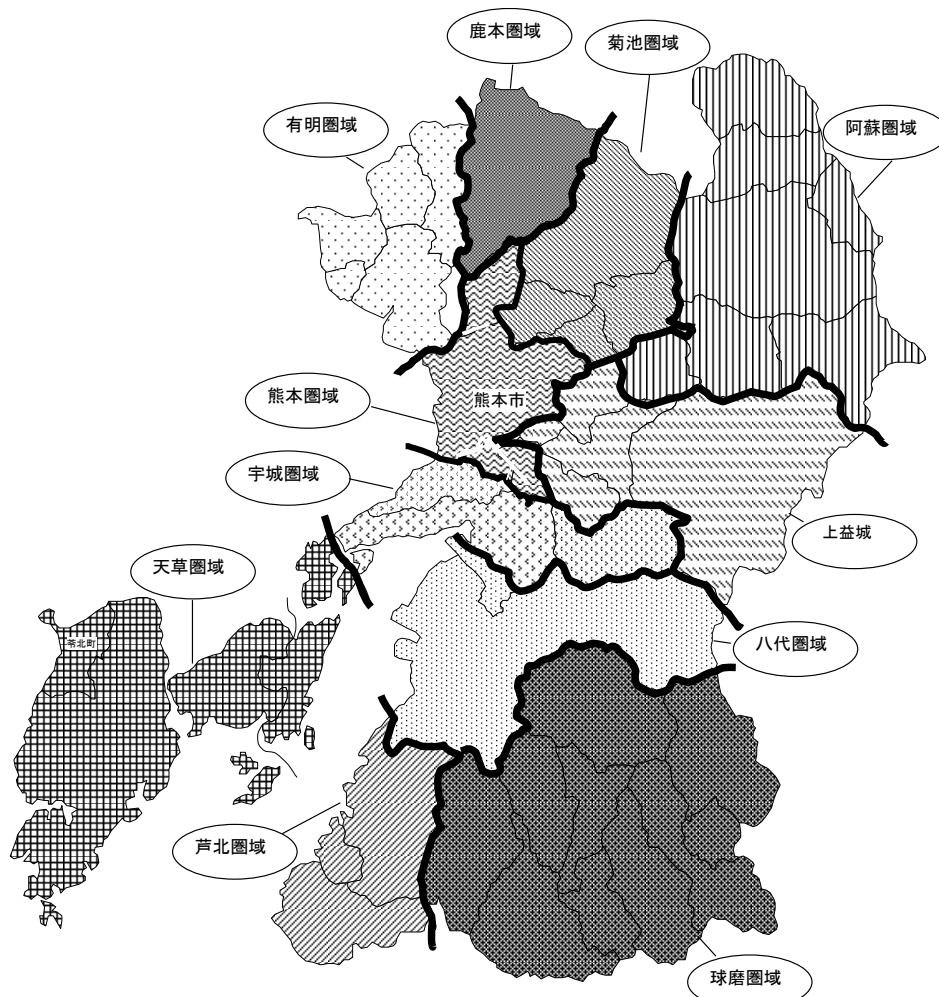
※熊本市内の一般病床の多い順 30 病院 + 平成とうや病院

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

## ② 熊本 2次保健医療圏

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

図表 3-5-2 熊本県の 2次保健医療圏



資料；熊本県保健医療計画（平成 23 年 4 月）

## ③ 熊本市の医療環境

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

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

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

#### ④ 医療施設数と病床数

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

熊本県の人口 10 万人対病院数も全国平均と比べて多い。

図表 3-5-3 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；熊本県保健医療計画（平成 23 年 4 月）

図表 3-5-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

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

資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

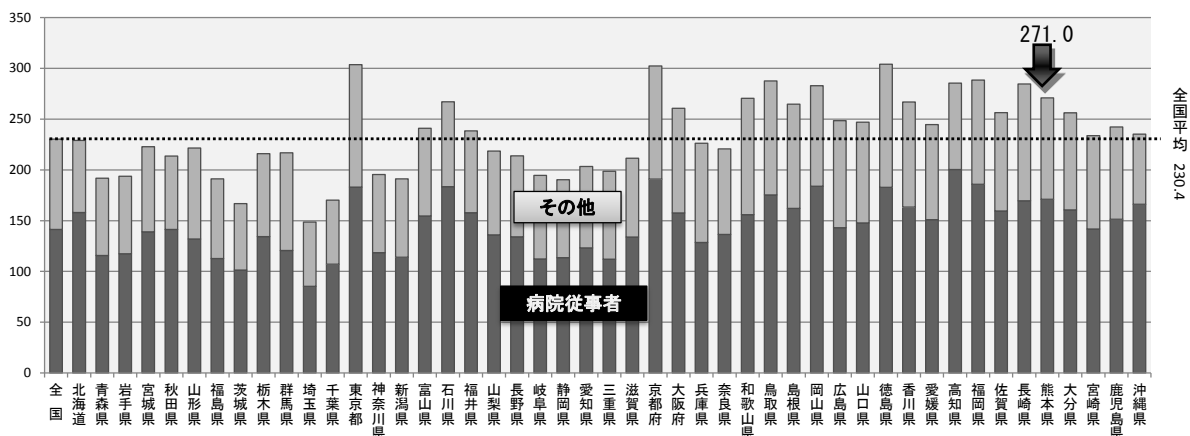
#### ⑤ 医師の供給状況

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

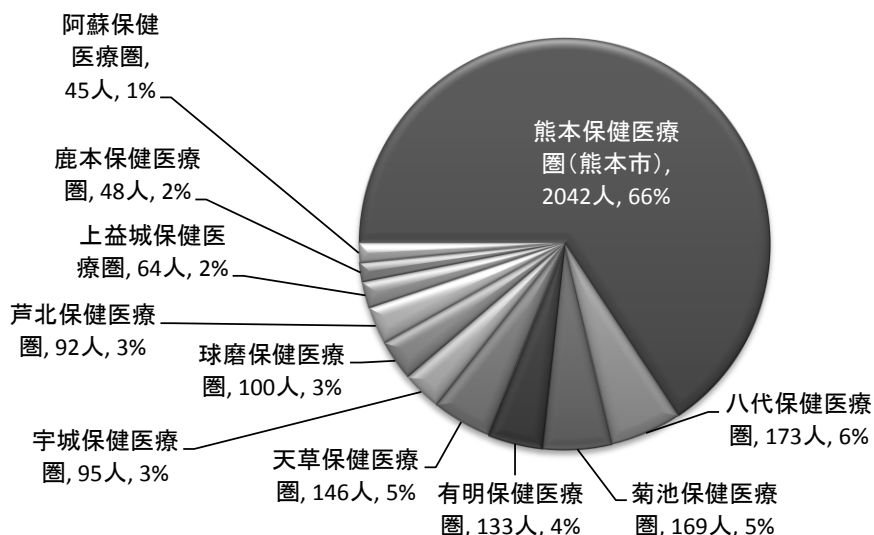
熊本市では医師不足から病棟を閉鎖する等の例がほとんどなく、医師採用状況は相対的に良好の様相である。医師採用も熊本大学医局人脈によるところが大きい。

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

図表 3-5-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-5-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-5-7 医療施設(病院・診療所)に従事する医師の主たる診療科



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

⑥ 医療圏間の入院患者の流れ

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

図表 3-5-8 県内入院患者の流出・流入状況

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

☆：人口20万人未満、患者の流入20%未満、流出20%以上で、特に圏域の設定の見直しを検討することとされた圏域。

※1 出典「平成22年国勢調査」

※2 入院患者の流入出状況は 上段：平成20年患者調査（厚労省）、下段：平成23年11月 入院患者調査（速報）（熊本県）

※3 入院患者の流入出状況は、一般病床と療養病床の合計（精神病床は含まない）

※4 入院患者調査（速報）（熊本県）のデータには県外への流出分は含まないため、患者調査（厚労省）のデータとは異なる。

資料；熊本県健康福祉部

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；医療法人清和会

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

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

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

#### [清和会の施設]

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

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

平成とうや病院※（熊本市；105 床（一般 50 床、療養 55 床））

介護老人保健施設シルバーピア水前寺（熊本市；72 床）

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

※印は被統合法人である医療法人斉藤会より譲渡

#### [社会福祉法人百八会]

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

### ② 被統合側；医療法人斉藤会 斉藤病院

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

#### [斉藤会の施設]

斉藤病院（熊本市；療養病棟 96 床）



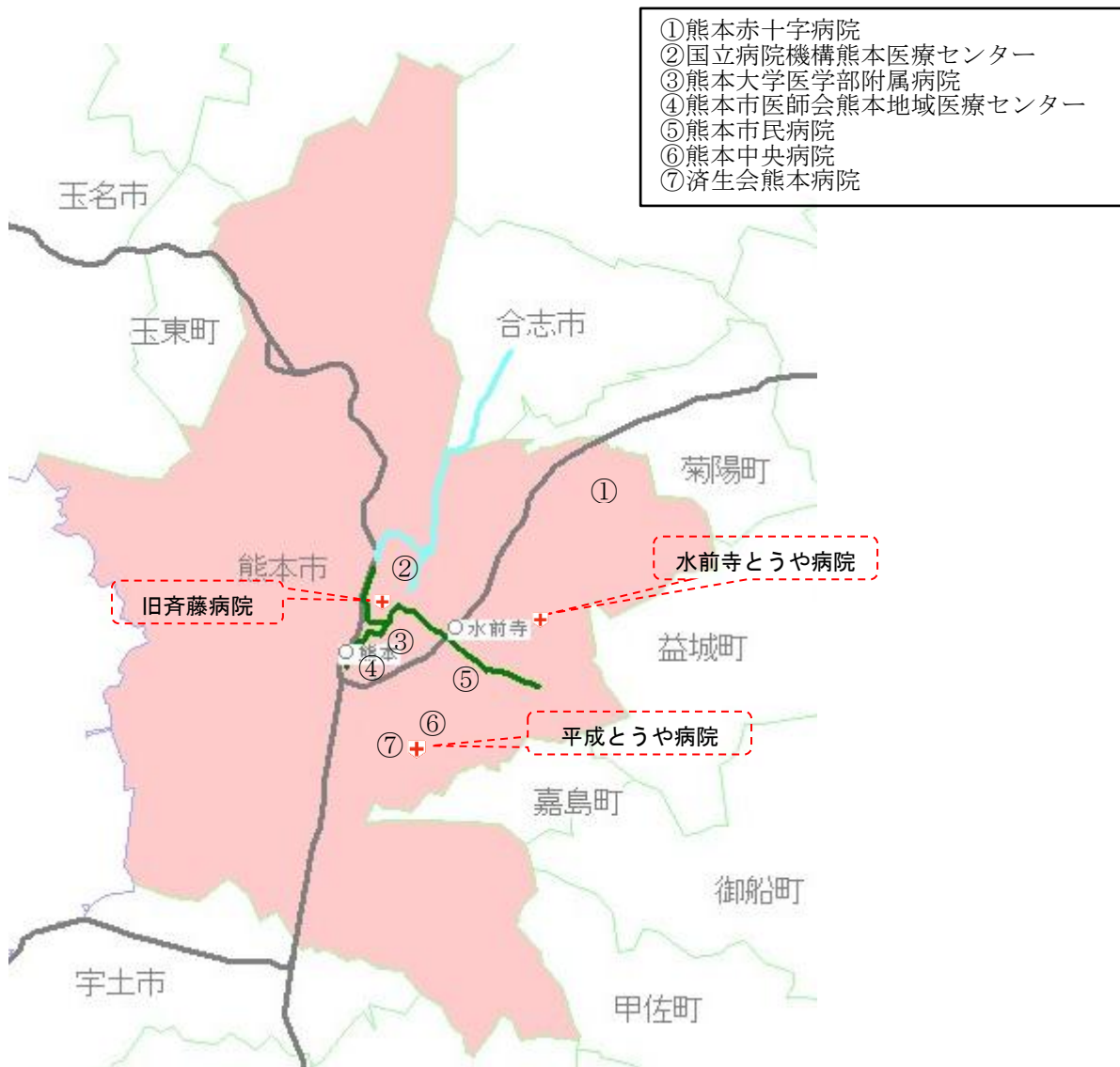


水前寺とうや病院



旧斉藤病院

図表 3-5-9 病院の立地状況



### (3) 統合までの経緯・背景

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

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

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

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

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

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

### (4) 経営管理手法

#### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

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

#### ② PDCA活動

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

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

管理会議、本部会で進捗状況を確認し、改善策等を検討している。

### ③ 課題の把握と対応

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

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

### ④ コストダウン

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

### ⑤ 職員研修の充実

専門研修は各診療部に実施を委ねている。

医療安全や個人情報保護などの病院共通テーマの研修は教育委員会が行っている。

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

### ⑥ 人事制度

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

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

### ⑦ 医療連携の強化

院長が医療連携室担当と医療機関を往訪して医療連携強化に努めている。

また、熊本大学医局出身医師の人脈を活用し、病院間の連携体制を築いている。

### ⑧ 医療機能再編・設備投資

両病院とも機能転換をし、その際に既存病棟を改修した。

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

## (5) 統合実現までの負担・課題

### ① 水前寺とうや病院の経営悪化

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

は平成とうや病院の方が集患に成功している。

## ② 規定統一化の課題

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

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

また、前記のとおり人事面における規定の統一が課題となっている。

## (6) 経営統合の効果

### ① 組織的経営体制の契機

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

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

### ② 経営改善

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

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

### ③ 職員採用と待遇改善

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

また、斉藤病院からの移籍職員は待遇改善となった。

## 6. 医療法人クオラ

### 法人合併・救済統合型；医療法人京整会 始良整形外科病院

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

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

#### (1) 鹿児島県、始良・伊佐2次保健医療圏及び川薩2次保健医療圏の医療環境

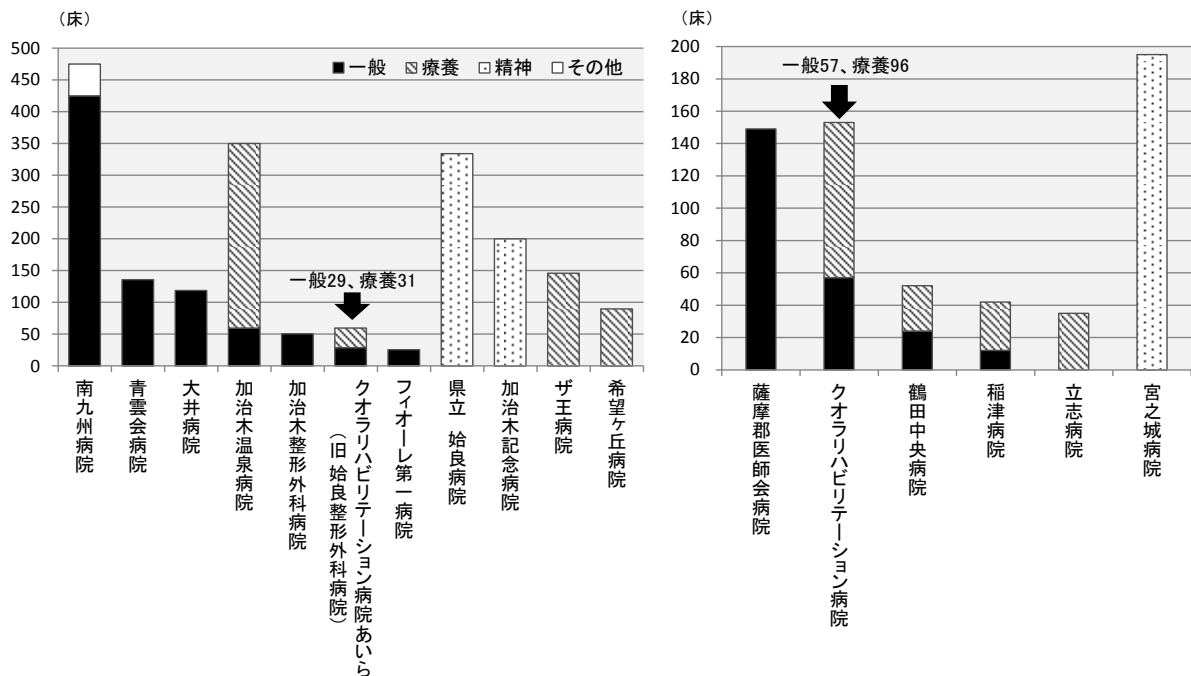
鹿児島県、始良整形外科病院が属する始良・伊佐保健医療圏及びクオラの本部が属する川薩保健医療圏の医療環境は下記のとおりである。

##### ① 医療供給体制

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

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

図表 3-6-1 鹿児島県始良市（左）とさつま町（右）の病院別病床の種類

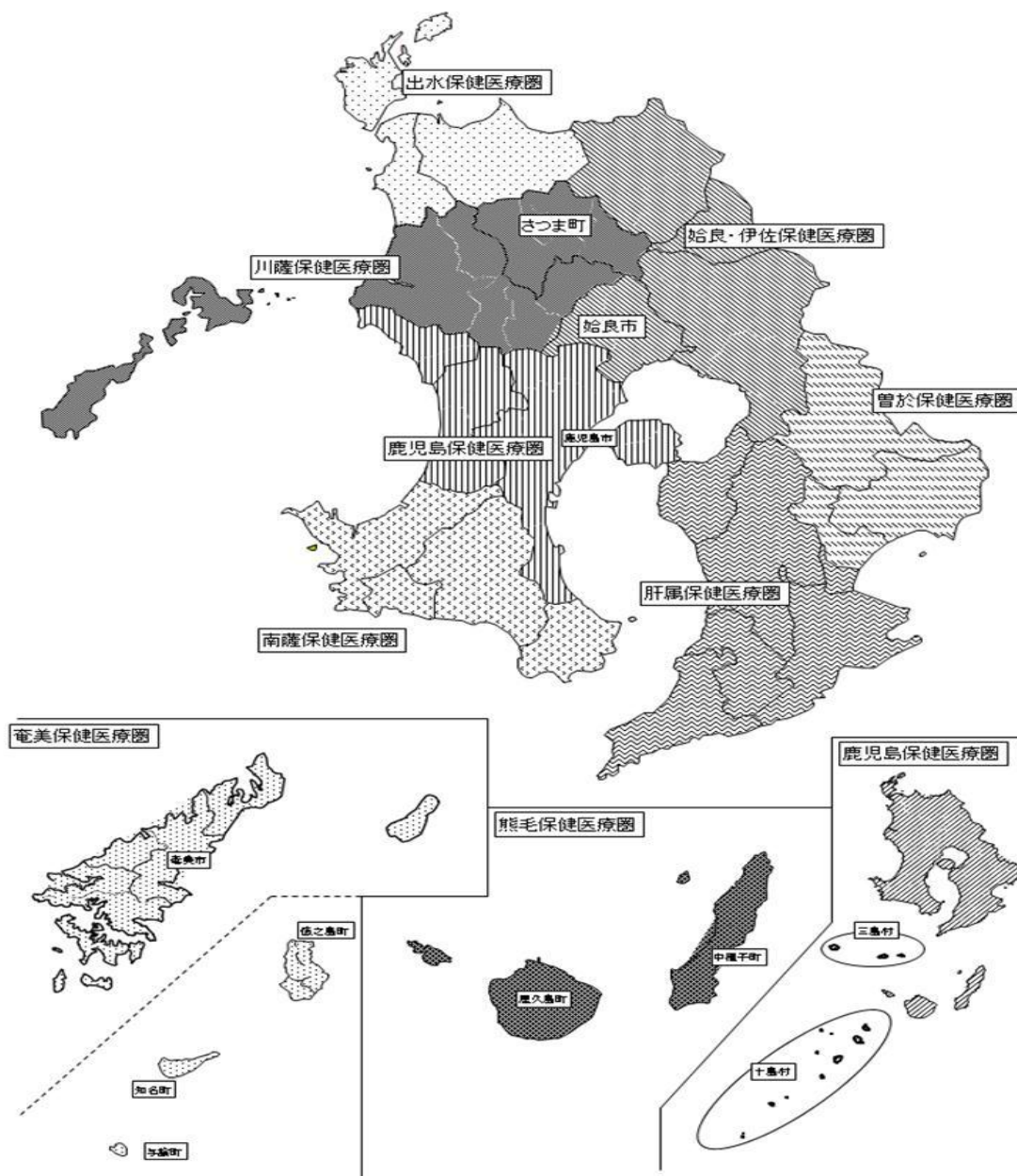


資料；九州厚生局「届出受理医療機関名簿（平成23年12月7日現在）」を基に作成

② 始良・伊佐 2 次保健医療圏と川薩 2 次保健医療圏

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

図表 3-6-2 鹿児島県の 2 次保健医療圏



資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

### ③ 医療施設数と病床数

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

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

図表 3-6-3 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-6-4 人口 10 万対病院数・病院－病床の種類

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

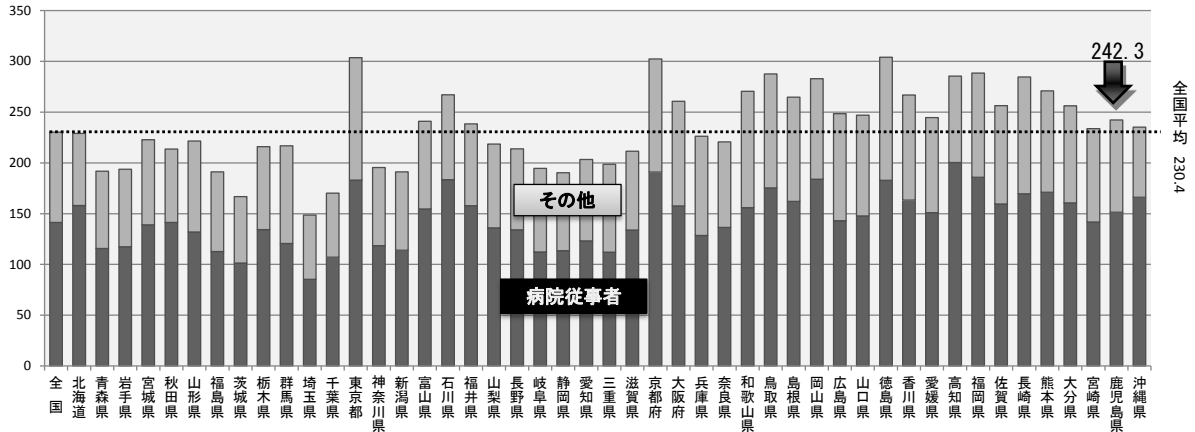
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

### ④ 医師の供給状況

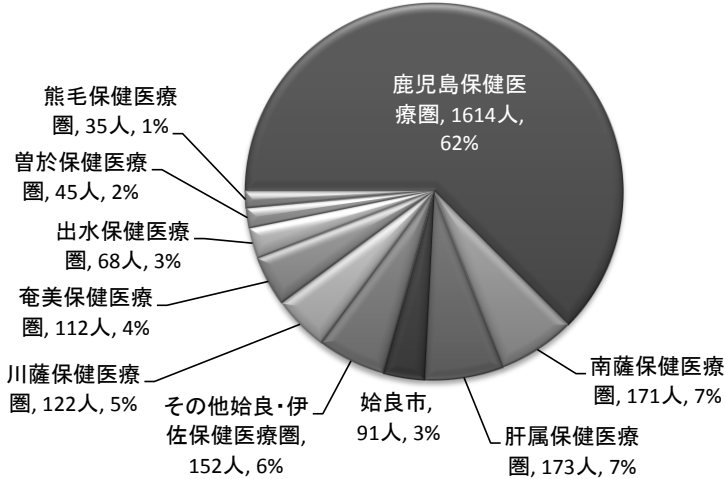
鹿児島県の人口 10 万人対医師数は全国平均をやや上回っている（図表 3-6-5）。病院従事医師の 62%が鹿児島保健医療圏に集中し（図表 3-6-6）、専門医の鹿児島保健医療圏への集中も著しい（図表 3-6-7）。

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

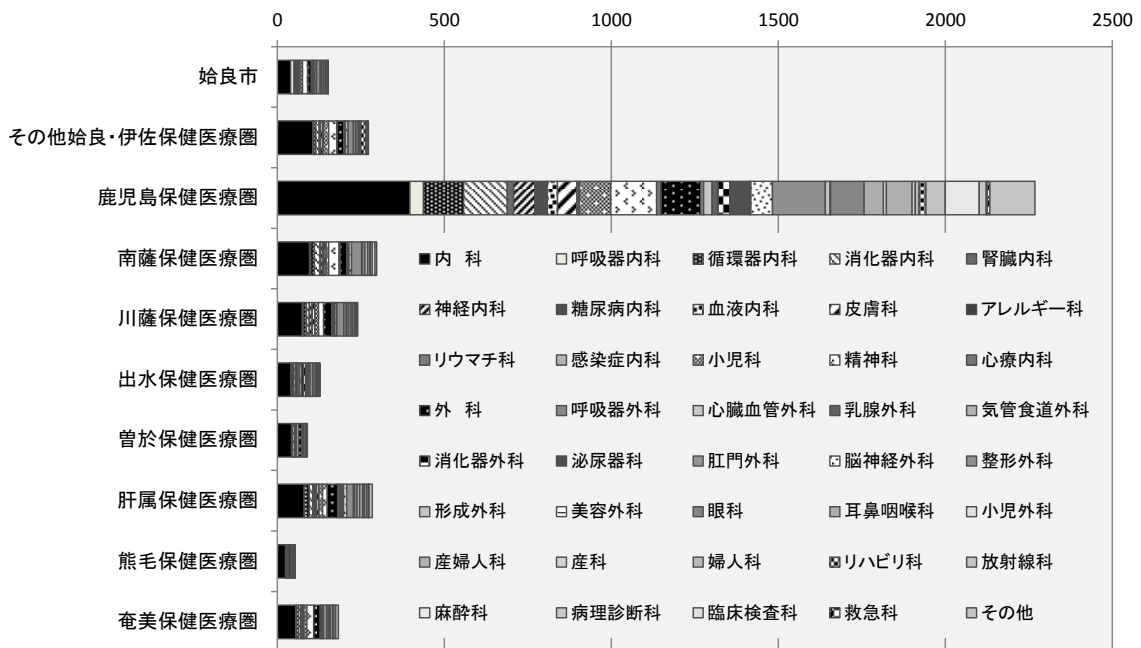
図表 3-6-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-6-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-6-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



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



⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

川薩保健医療圏は自己完結率 75%で、鹿児島保健医療圏への流出が多い。

図表 3-6-8 県内入院患者の流出・流入状況

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

資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；医療法人クオラ

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

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

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

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

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

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

#### [医療法人クオラの施設]

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

クオラクリニックせんだい (鹿児島県薩摩川内市；一床)

介護老人保健施設クオリエ (さつま町；定員 100 名)

クオラリハビリテーション病院あいら※

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

クオラクリニックあいら※ (鹿児島県始良市)

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

グループホームアリエ (さつま町；定員 18 名)

#### [社会福祉法人クオラの施設]

特別養護老人ホームマモリエ (さつま町；定員 100 名)

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

② 被統合側；医療法人京整会 始良整形外科病院

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

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

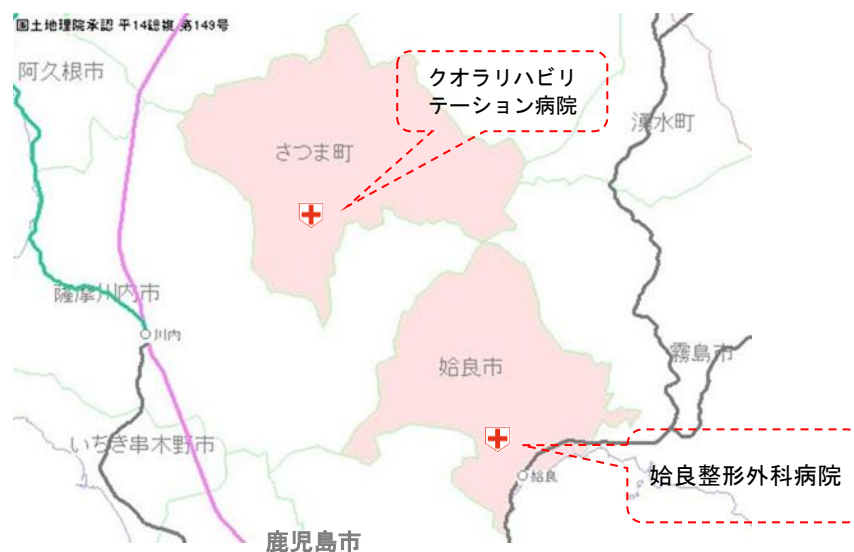
クオラリハビリテーション病院とは 40 kmほど離れており車で 1 時間弱かかる。

[医療法人京整会の施設]

始良整形外科病院（始良町;60 床（一般 29 床、療養 31 床））

始整クリニック（始良町）

図表 3-6-9 両病院の立地状況



### (3) 統合に至るまでの経緯・背景

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



クオラリハビリテーション病院



クオラリハビリテーション病院あいら

#### (4) 経営管理手法

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

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

##### ② PDCA活動

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

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

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

##### ③ 課題の把握と対応

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

99%、23年度はほぼ満床である。

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

#### ④ コストダウン

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

#### ⑤ 職員研修等の充実

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

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

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

#### ⑥ 組織体制・人事制度

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

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

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

#### ⑦ 職員採用

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

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

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

## ⑧ 医療連携の強化

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

## ⑨ 医療機能再編・設備投資

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

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

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

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

## (5) 統合上の課題

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

職員の増員や研修には手間をかけているが、混乱もなく粛々と進めている。

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

## (6) 経営統合による効果

### ① 規模のメリット

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

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

### ② 収益増

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

## 7. 医療法人タナカメディカル

### 法人合併・医療機能再編型；医療法人博友会 博友会病院

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

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

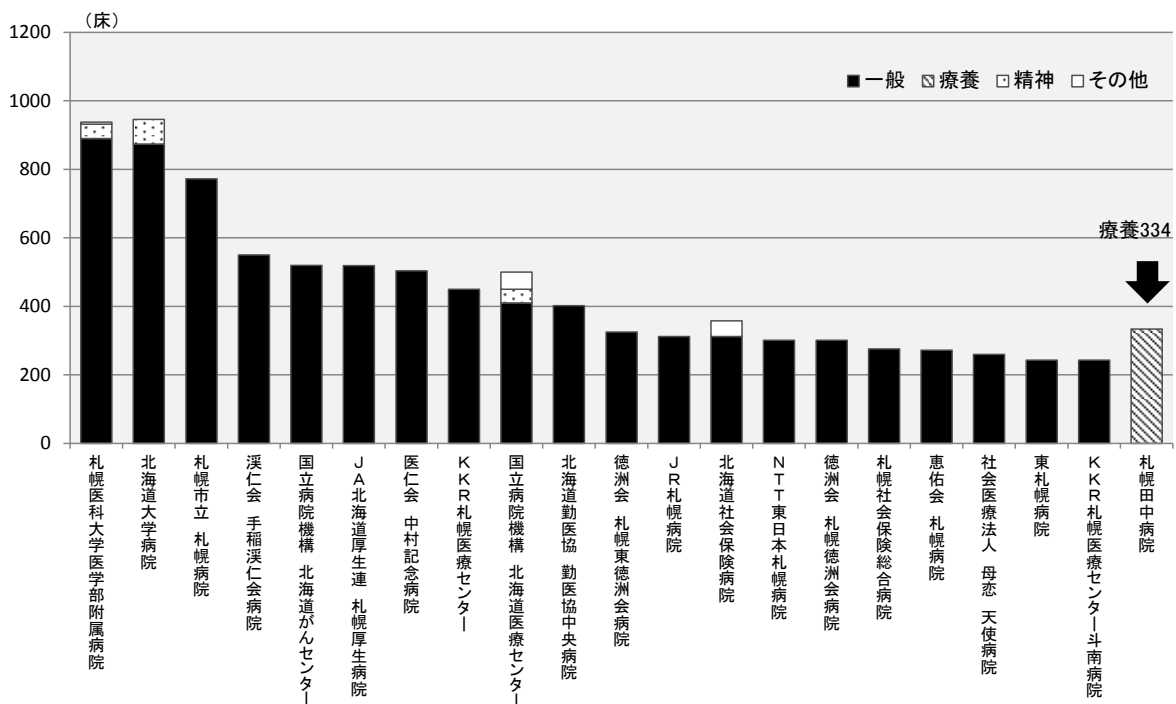
#### (1) 北海道及び札幌2次保健医療圏の医療環境

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

##### ① 医療供給体制

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

図表 3-7-1 札幌市の病院別病床の種類



※一般病床の多い順20病院+札幌田中病院を掲載

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

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

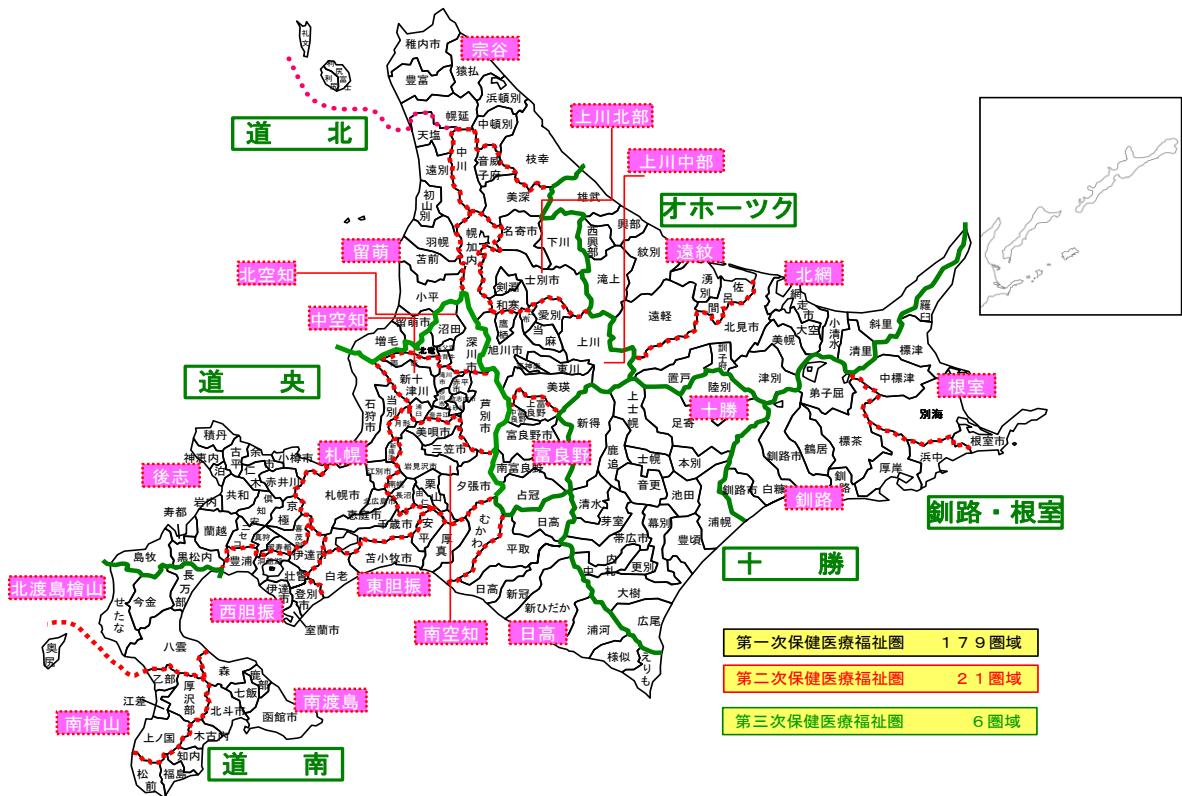


## ② 札幌2次保健医療圏

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

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

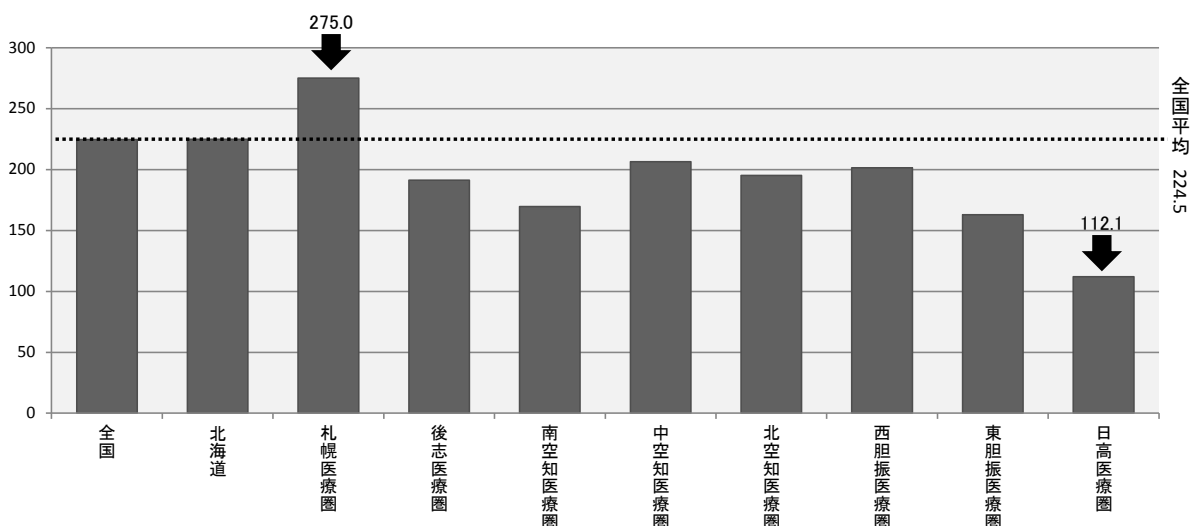
図表 3-7-2 北海道の保健医療圏



資料；北海道 保健福祉部（平成23年4月1日時点）

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

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



資料；道央圏地域医療再生計画（平成 23 年 11 月）

### ③ 医療施設数と病床数

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

病院数は全国平均と比較すると、人口に対して病院数が多い。

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

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

資料；北海道医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-7-5 人口 10 万対病院数・病院－病床の種類

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

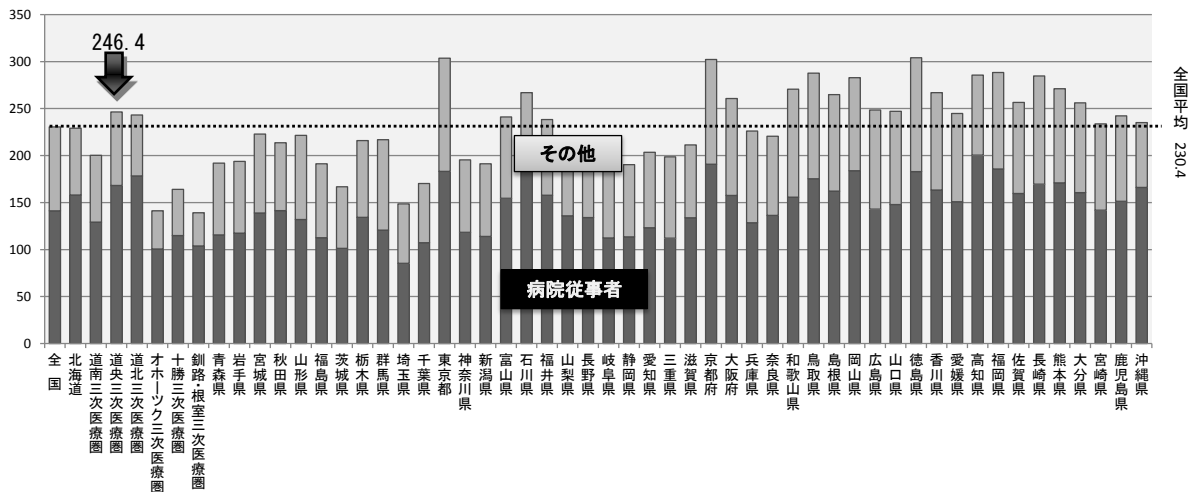
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

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

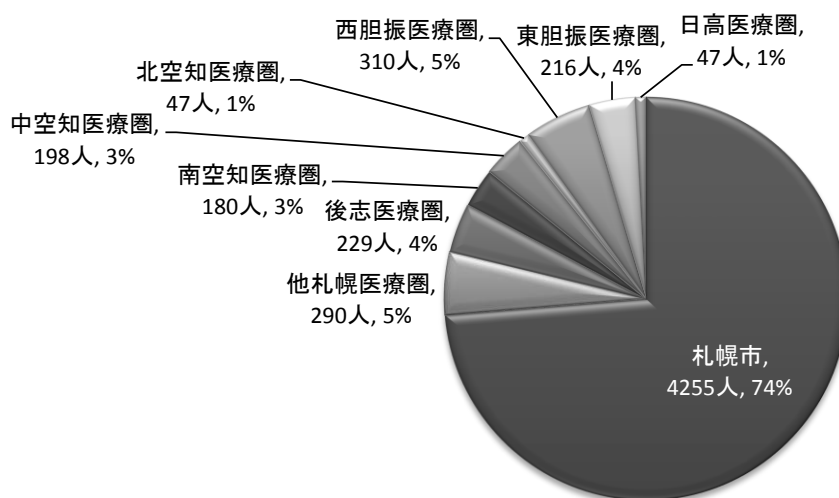
医師は、道内に所在する北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学の出身者が多く、大半の研修医が道内の病院での臨床研修を希望する傾向にあるが、研修終了後は道外に帰省等をするケースもみられる。

図表 3-7-6 人口 10 万人対医師数



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

図表 3-7-7 道央3次保健医療圏における病院従事医師の勤務地



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

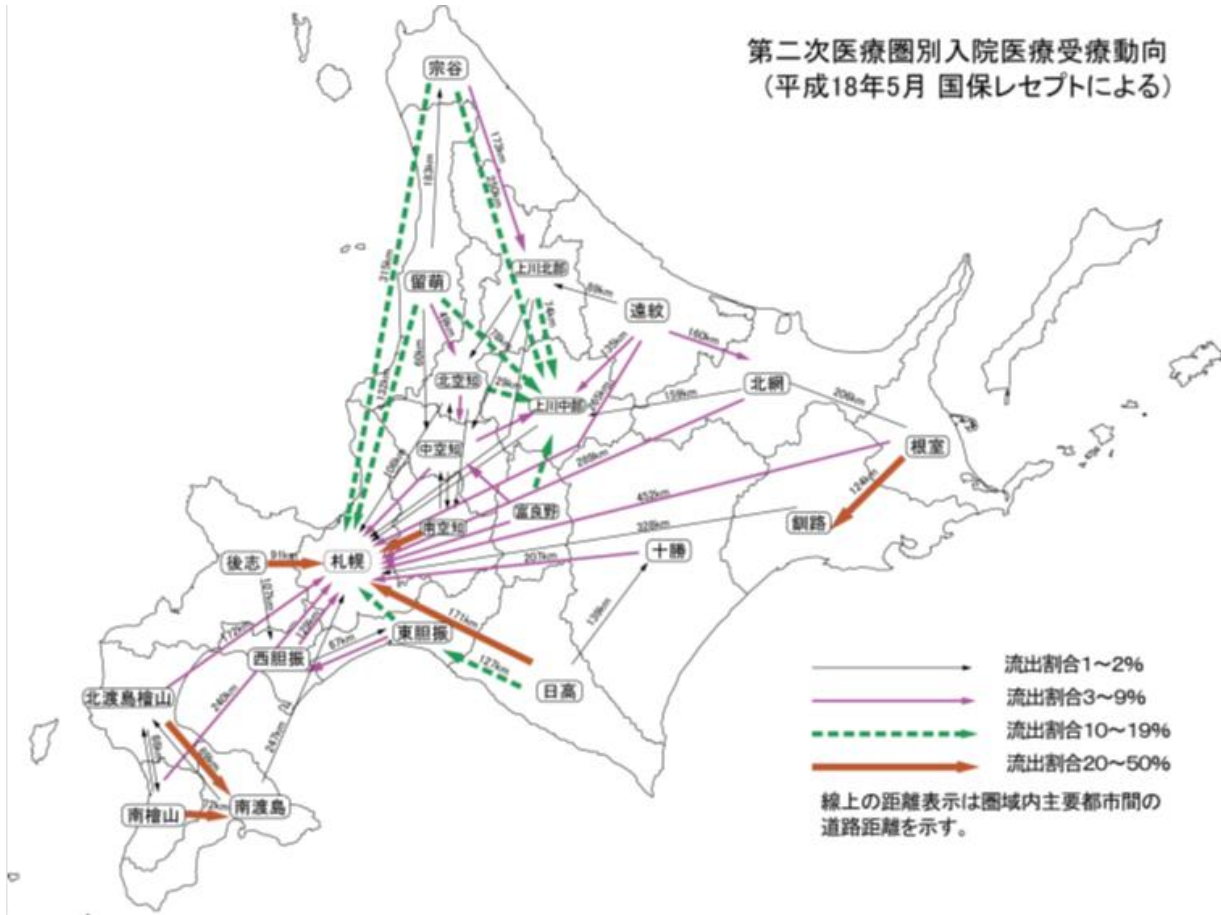


資料；いずれも厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

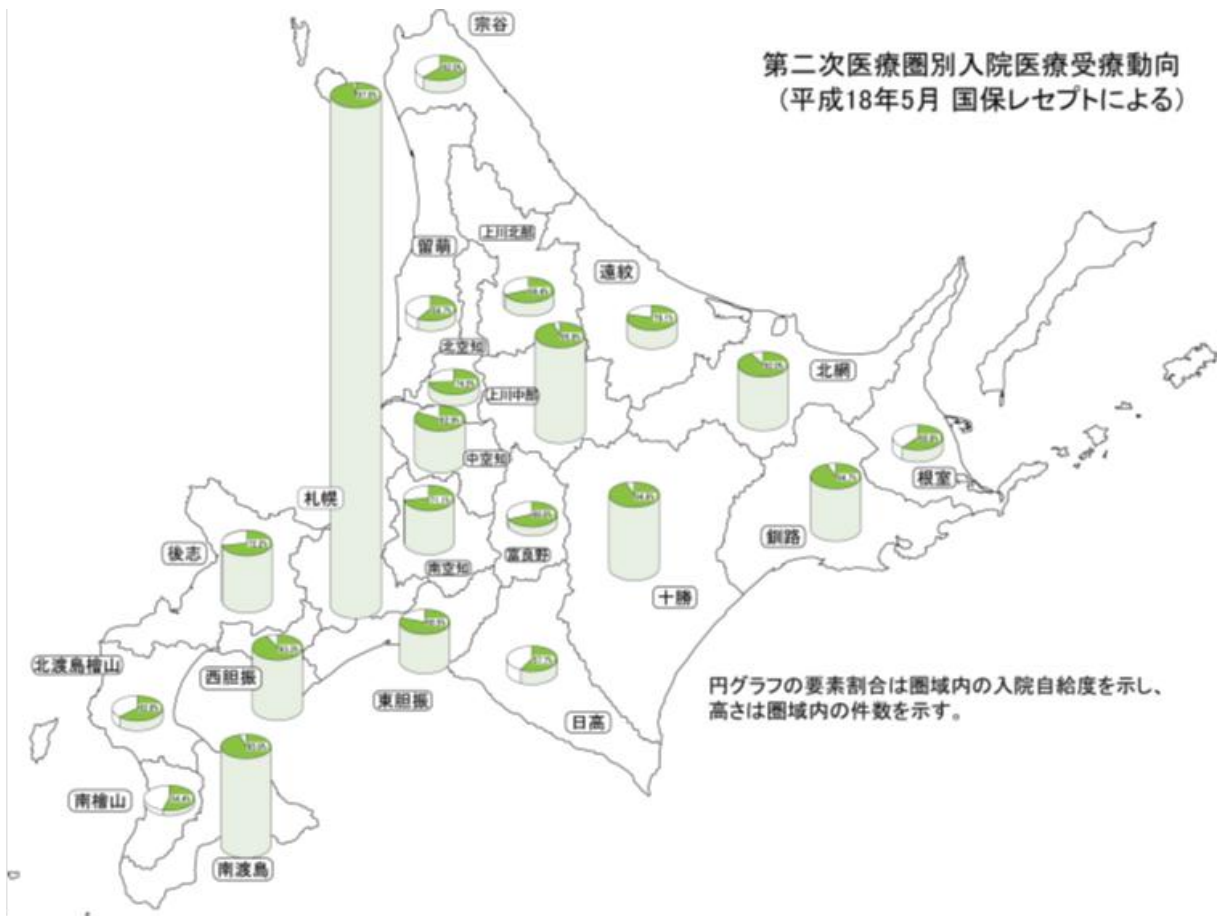
札幌保健医療圏内での入院の完結率は約 98%と非常に高く、また道内各地からの流入がみられる。

図表 3-7-9 道内入院患者の流出・流入状況



資料；北海道医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-7-10 道内入院患者の地域内完結状況



資料；北海道医療計画（平成 20 年 3 月）

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；医療法人タナカメディカル

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

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

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

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

#### [タナカメディカルの施設]

札幌田中病院 (療養 334 床)

介護療養型老人保健施設 博友会※ (定員 127 名)

※印は被統合法人である医療法人博友会より譲渡

#### [同一グループの医療法人の施設]

札幌緑誠病院 (療養 342 床)

札幌宮の沢病院 (療養 355 床)

#### [同一グループの社会福祉法人緑誠会の施設]

特別養護老人ホーム 愛輪園 (定員 82 名)

介護老人保健施設 愛の里 (定員 100 名)

ケアハウス ホワイトキャッスル (定員 100 名)

愛輪園居宅介護支援事業所

#### [同一グループのその他事業]

高齢者向け賃貸マンション ライフコート宮の沢 (83 戸)

高齢者向け賃貸マンション ライフコート西野 (83 戸)

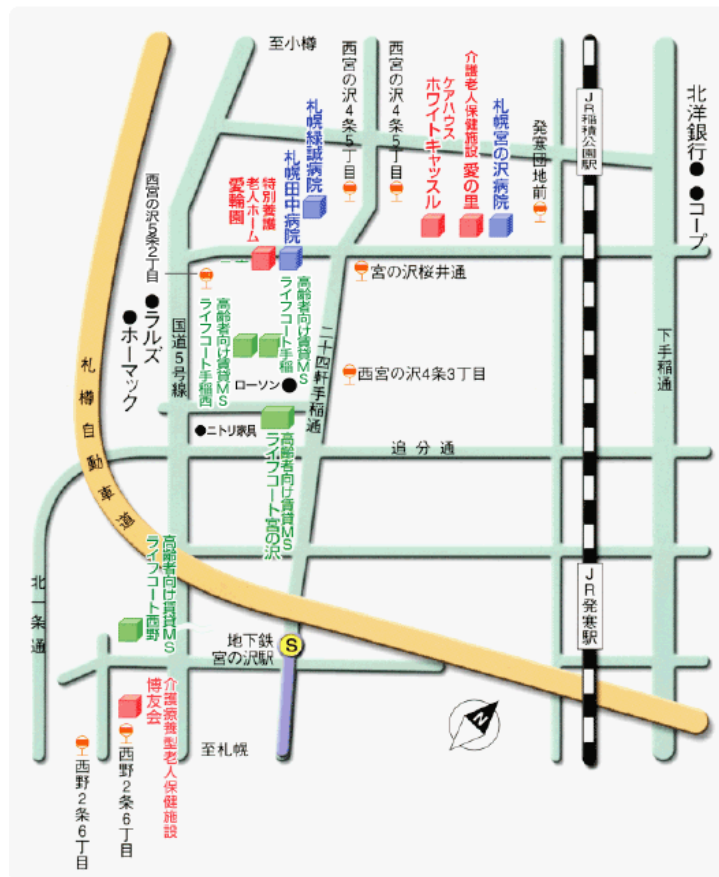
高齢者向け賃貸マンション ライフコート手稲 (81 戸)

高齢者向け賃貸マンション ライフコート手稲西 (78 戸)

### ② 被統合側；医療法人博友会 博友会病院

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

グループ所在地(アクセスマップ)



資料；タナカメディカルホームページ

### (3) 統合までの経緯・背景

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

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

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

以上のような機能再編への取り組みは理事長の経営判断である。



#### (4) 経営管理手法

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

##### ② PDCA活動の励行

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

##### ③ 課題の把握と対応

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

##### ④ コストダウン

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

##### ⑤ 職員研修等の充実

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

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

##### ⑥ 医療連携の強化

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

##### ⑦ 医療機能再編・設備投資

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

#### (5) 統合実現までの負担・課題

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

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

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

## (6) 経営統合の効果

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

## 8. 医療法人社団中川会

### 法人合併・医療機能再編型；医療法人仁井会 中川脳神経外科病院

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

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

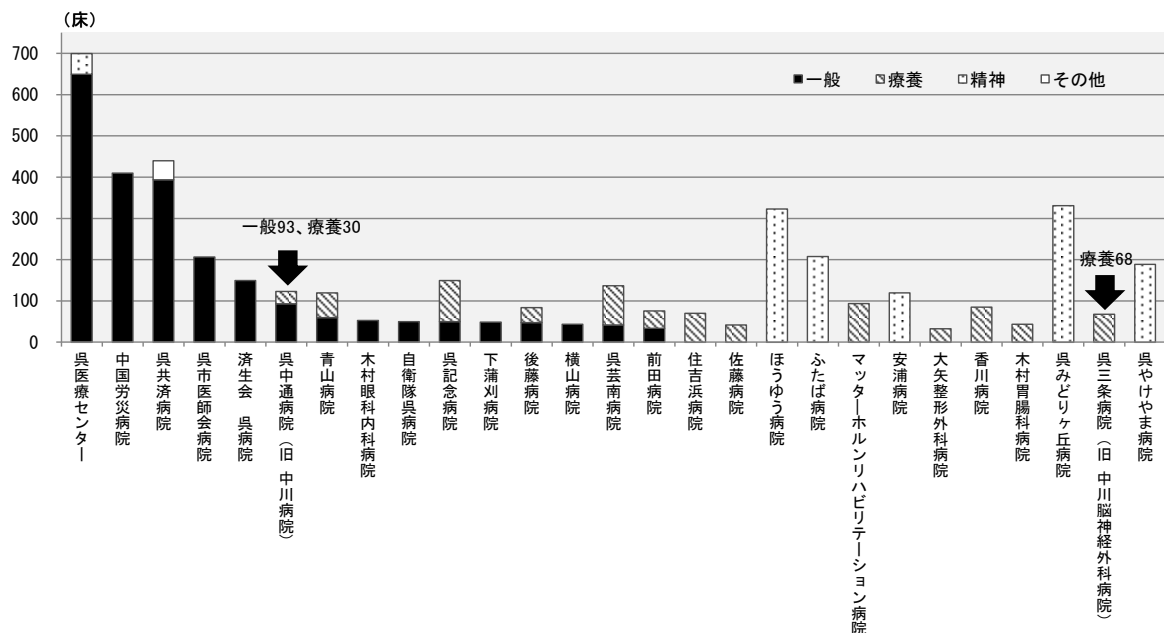
#### (1) 広島県及び呉2次保健医療圏の医療環境

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

##### ① 医療供給体制

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

図表 3-8-1 呉市の病院別病床の種類



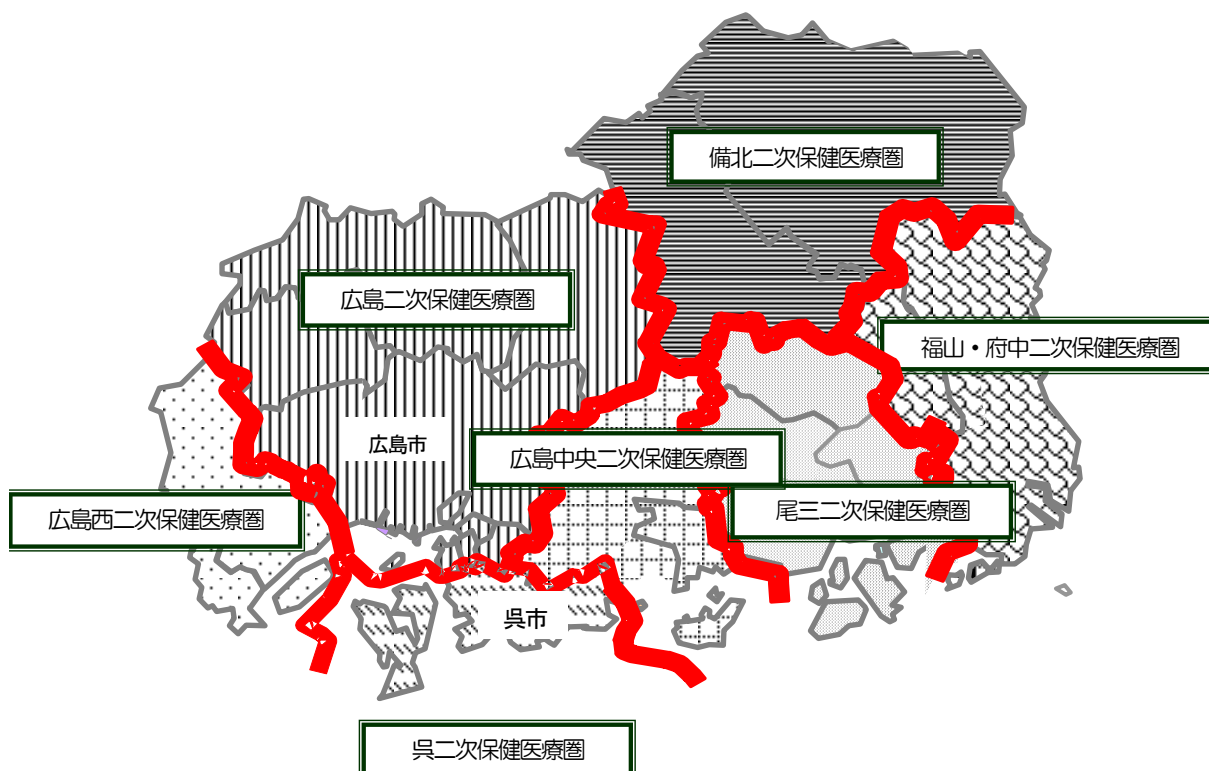
資料；中国四国厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月13日現在）」を基に作成

## ② 呉 2 次保健医療圏

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

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

図表 3-8-2 広島県の2次保健医療圏



資料；広島県保健医療計画（平成20年3月）

## ③ 医療施設数と病床数

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

図表 3-8-3 医療圏の基準病床・既存病床

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

※基準病床数は平成 23 年 1 月 1 日現在

資料；広島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-8-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

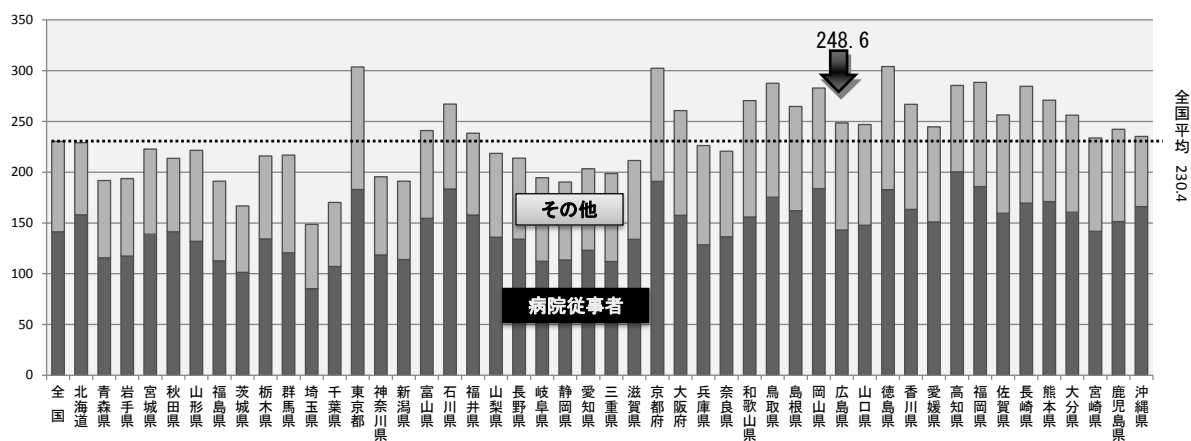
	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
広島県	8.9	7.8	0.6	4.1	4.7	6.0

資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

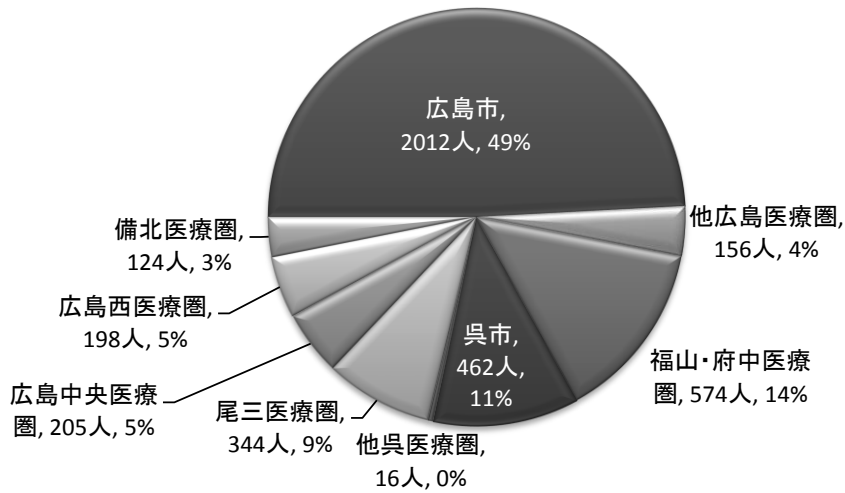
#### ④ 医師の供給状況

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

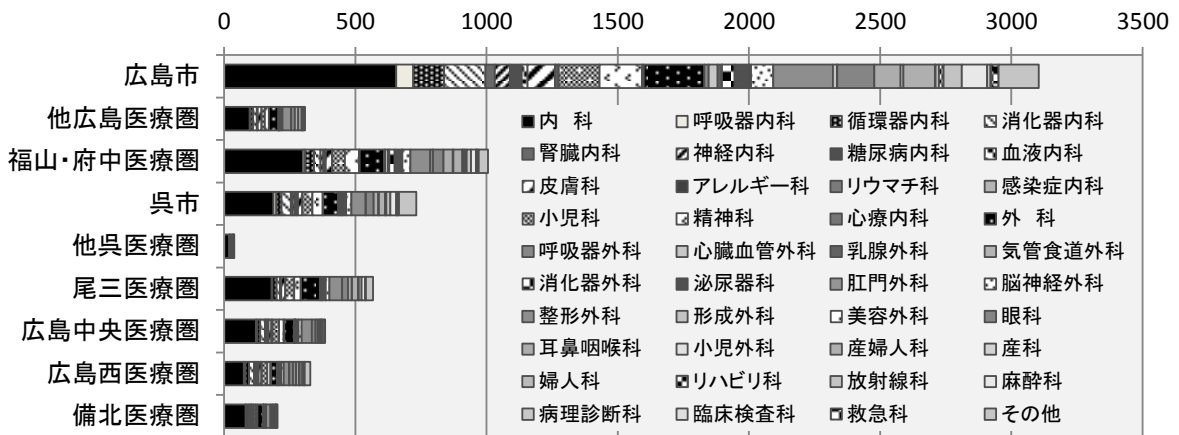
図表 3-8-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-8-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-8-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



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

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

呉保健医療圏の患者の流出割合は 18%であり、流出超過状態である。

図表 3-8-8 県内入院患者の流出・流入状況

2次保健医療圏	推計流入患者割合 (%)	推計流出患者割合 (%)
広島保健医療圏	15.9	11.7
広島西保健医療圏	39.4	37.1
呉保健医療圏	13.9	18.0
広島中央保健医療圏	28.1	26.4
尾三保健医療圏	15.6	18.5
福山・府中保健医療圏	13.6	12.8
備北保健医療圏	17.9	24.2
広島県	17.9	16.9

資料；厚生労働省「平成 20 年患者調査」

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；医療法人社団中川会

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

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

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

#### 〔中川会の施設〕

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

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

### ② 被統合側；医療法人仁井会

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

#### 〔仁井会の施設〕

中川脳神経外科病院（広島県呉市；45 床）

## (3) 統合に至るまでの経緯・背景

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

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

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

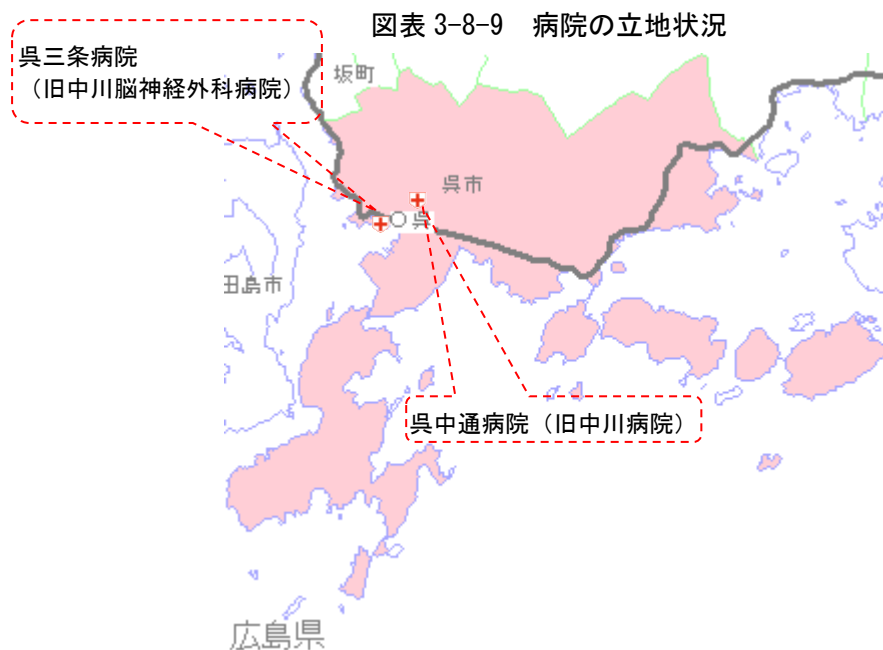
ったため、既存施設を改修して中川病院の 23 床の減床分のすべてを中川脳神経外科病院に移転した。



呉中通病院（旧中川病院）



呉三条病院（旧中川脳神経外科病院）



#### (4) 経営管理手法

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

##### ② PDCA活動の励行

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



### ③ 課題の把握と対応

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

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

### ④ コストダウン

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

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

### ⑤ 職員研修等の充実

研修参加にかかる予算計上や学会発表の成果に対する金一封などを付与している。

### ⑥ 医療連携の強化

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

### ⑦ 医療機能再編・設備投資等

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

## (5) 統合実現までの負担・課題

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

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

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

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

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

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

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

## (6) 経営統合の効果

### ① 経営改善

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

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

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

### ② 今後の展開と課題

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

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

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

### ③ 連携強化、他の病院への示唆

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

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

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

## 9. 東海市民病院

### 合併・救済統合型；医療法人東海産業医療団 中央病院

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

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

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

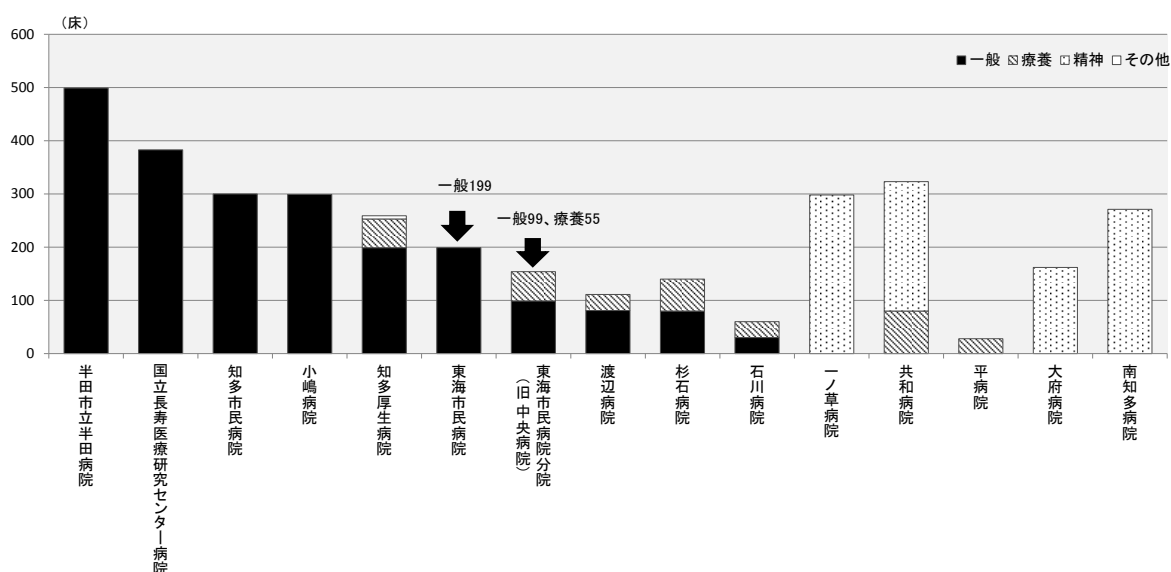
### (1) 愛知県及び知多半島 2 次保健医療圏の医療環境

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

#### ① 医療供給体制

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

図表 3-9-1 知多半島 2 次保健医療圏の病院別病床の種類



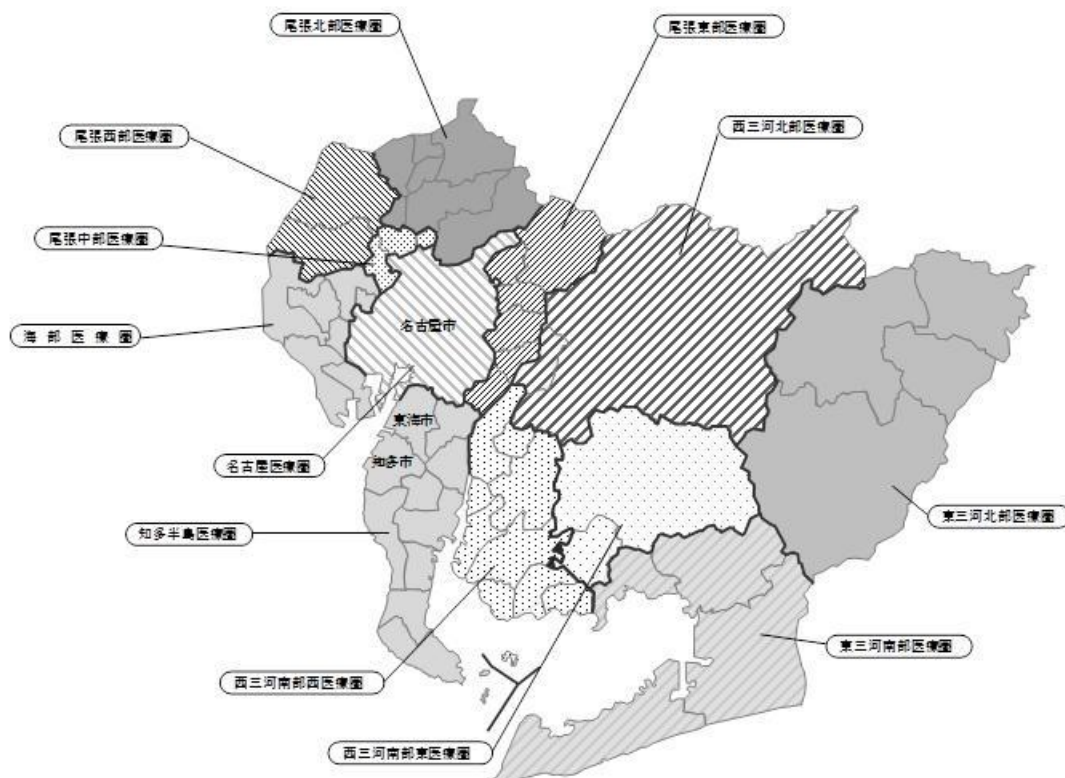
資料；東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 1 日現在）」を基に作成

## ② 知多半島2次保健医療圏

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

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

図表 3-9-2 愛知県の2次保健医療圏



資料；愛知県保健医療計画（平成23年3月）

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

### ③ 医療施設数と病床数

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

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

図表 3-9-3 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；愛知県保健医療計画（平成 23 年 3 月）

図表 3-9-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

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

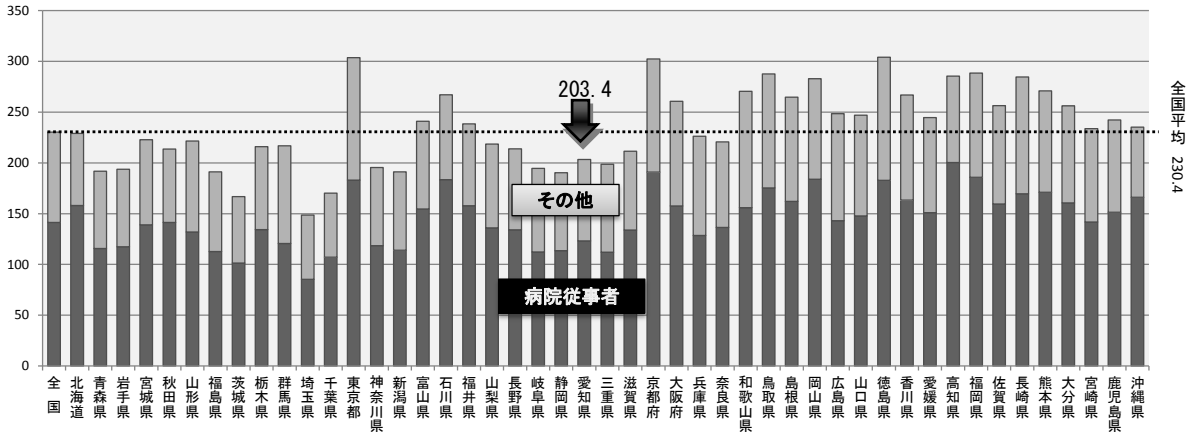
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」

### ④ 医師の供給状況

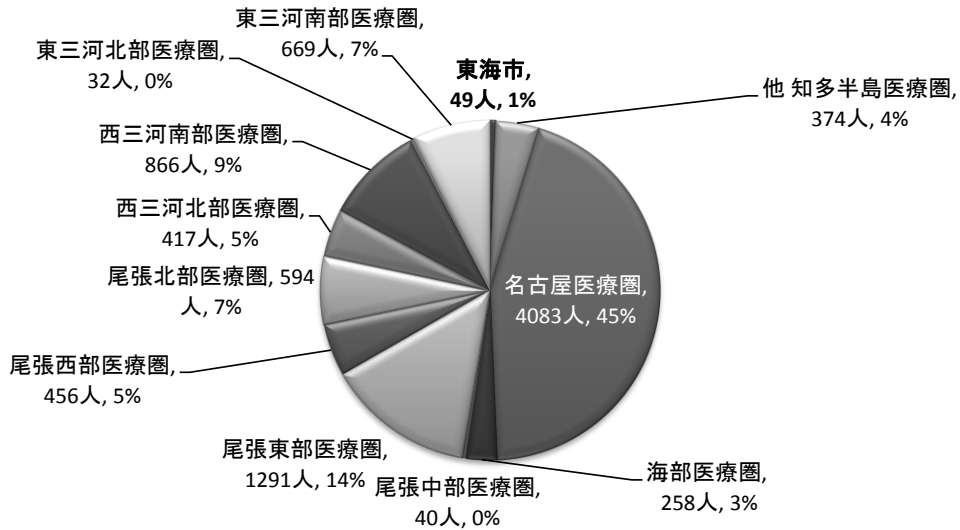
愛知県の人口 10 万人対医師数は全国平均を下回っており、3 大都市圏で比較すると歴然としている（図表 3-9-5）。病院従事医師の 45% は名古屋保健医療圏に属し（図表 3-9-6）、専門医も名古屋保健医療圏に一極集中している（図表 3-9-7）。

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

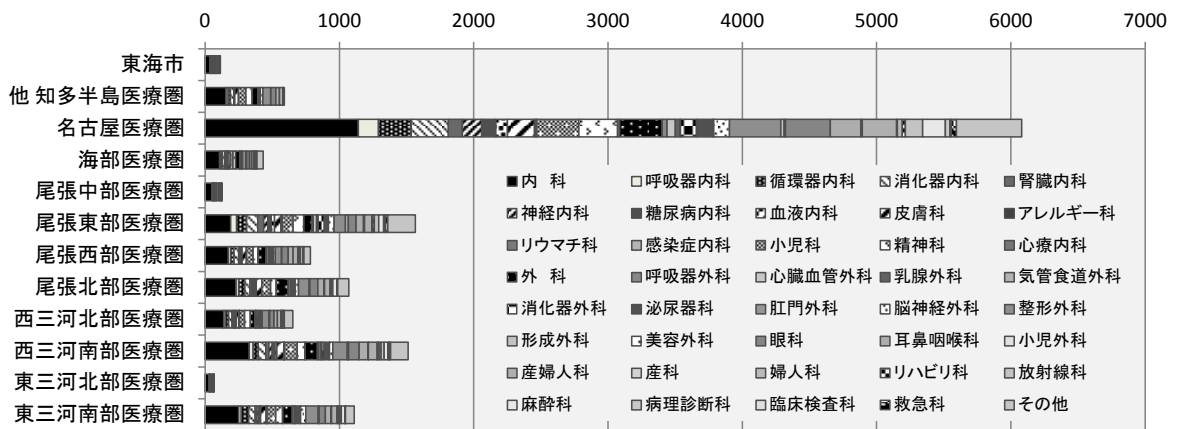
図表 3-9-5 人口 10 万対医師数



図表 3-9-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-9-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科

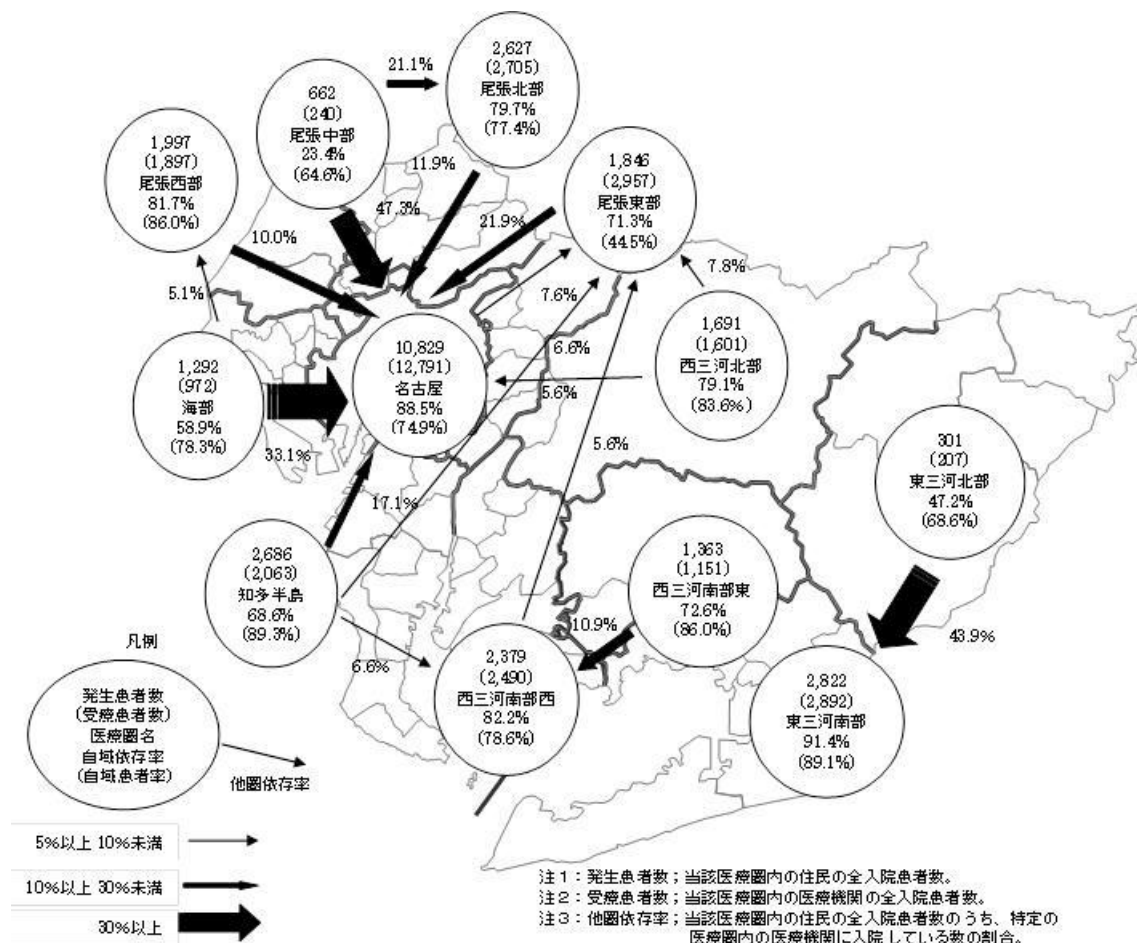


資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

### ⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

図表 3-9-8 県内入院患者の流出・流入状況



資料；愛知県保健医療計画（平成 23 年 3 月）



## (2) 法人の概要

### ① 統合側；東海市 東海市民病院

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

[東海市の施設]

東海市民病院本院（一般 199 床）

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

### ② 被統合側；医療法人東海産業医療団 中央病院

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

[東海産業医療団の施設]

中央病院（305 床（一般 250 床、療養 55 床））

図表 3-9-9 病院の立地状況



### (3) 統合までの経緯・背景

#### ① 両病院の沿革

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

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

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



東海市民病院本院



東海市民病院分院

#### ② 医師不足と他医療機関への患者集中

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

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

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

図表 3-9-10 医師数等の推移

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

※ 平成19年度は4～6月の入院患者数実績。

中央病院の医師数は麻酔科、歯科口腔外科、健診除く。

資料；東海市病院連携等協議会報告書（平成19年11月7日）

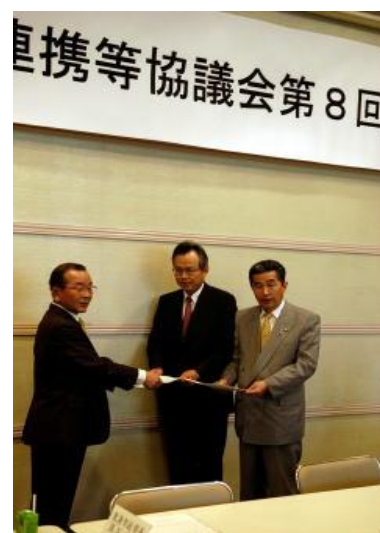
### ③ 東海市病院連携等協議会の発足による協議開始

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

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

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

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



東海市病院連携等協議会  
第8回会議報告書提出の様子

### ④ 施設統合

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

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

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

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

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

#### (4) 経営管理手法

##### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

##### ② PDCA活動

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

##### ③ 課題の把握と対応

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

##### ④ コストダウン（西知多医療厚生組合への移管後）

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

##### ⑤ 職員研修等の充実

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

##### ⑥ 医療連携の強化

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

## ⑦ 医療機能再編・設備投資

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

平成27年に統合新病院を建設・開院予定であり、診療科を増設予定である。

## (5) 統合実現までの負担・課題

### ① 職員確保

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

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

### ② 医療機能確保

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

## (6) 経営統合の効果

### ① 医療提供機能の堅持

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

### ② 医師採用

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

## 10. 加古川市民病院

### 合併・救済統合型；株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院

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

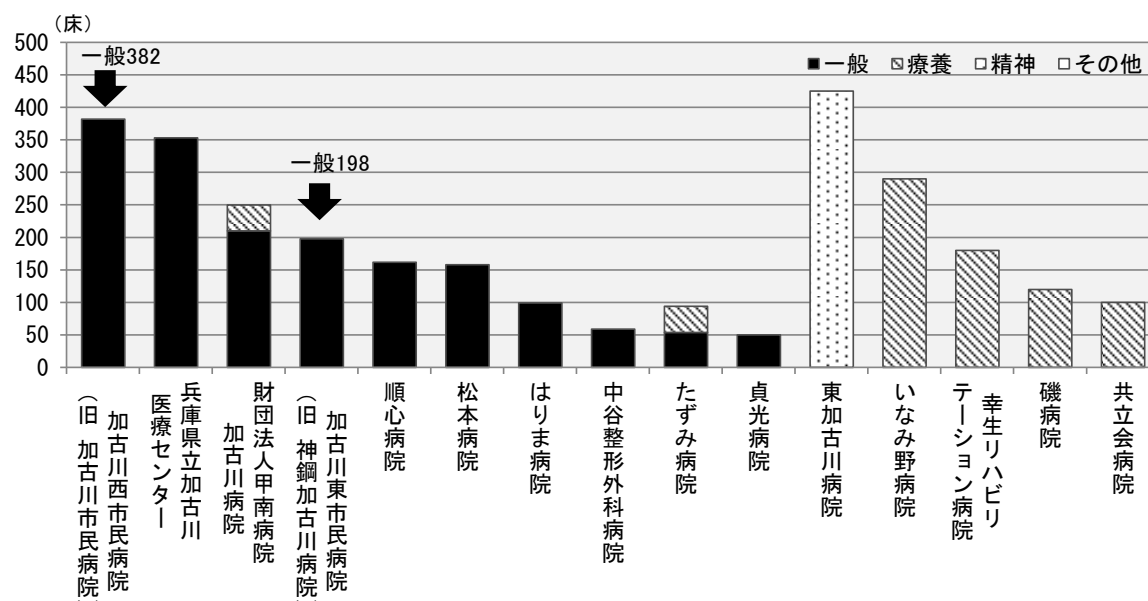
#### (1) 兵庫県及び東播磨 2 次保健医療圏の医療環境

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

##### ① 医療供給体制

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

図表 3-10-1 加古川市の病院別病床の種類



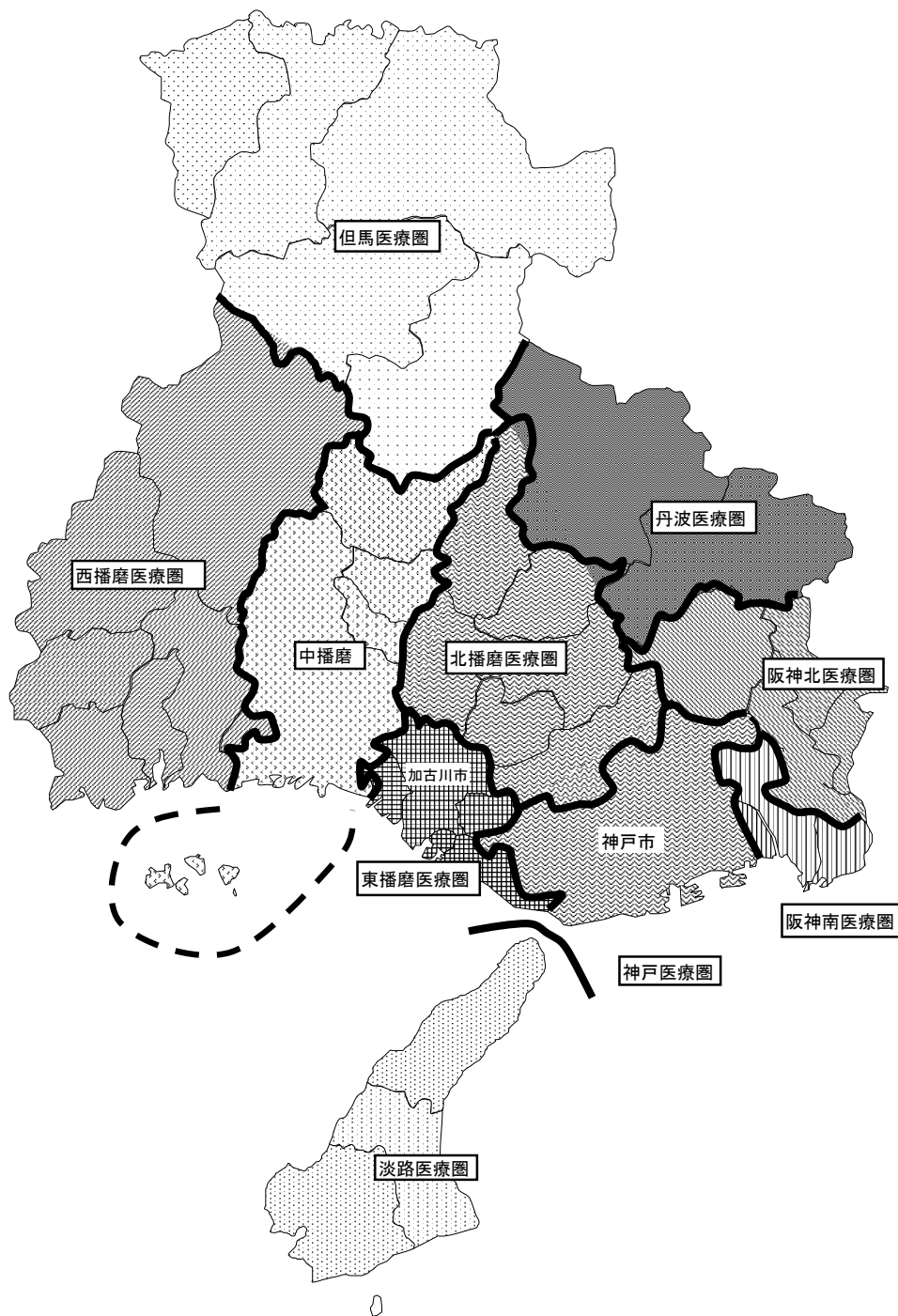
資料；近畿厚生局「届出受理医療機関名簿（平成 24 年 1 月 4 日現在）」を基に作成

## ② 東播磨 2次保健医療圏

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

両病院が属する東播磨医療圏は県全体の面積の 3%、人口の 13%を占める。

図表 3-10-2 兵庫県の 2次保健医療圏



資料；兵庫県保健医療計画（平成 20 年 4 月）

### ③ 医療施設数と病床数

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

兵庫県の人口10万人対病院数は全国平均を下回っている。

図表 3-10-3 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；兵庫県保健医療計画 追補版（平成23年4月）

図表 3-10-4 人口10万対病院数・病院－病床の種類

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

資料；厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

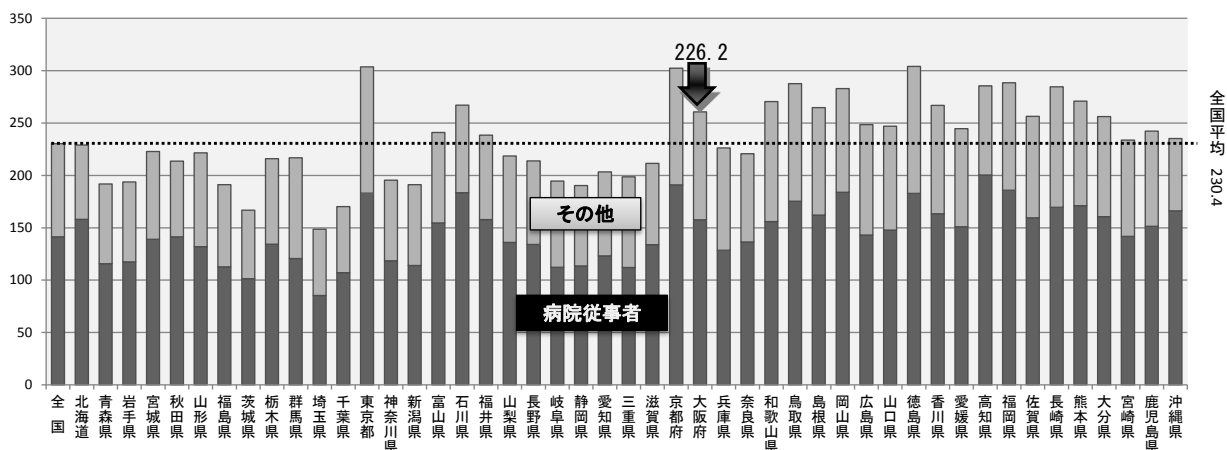
### ④ 医師の供給状況

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

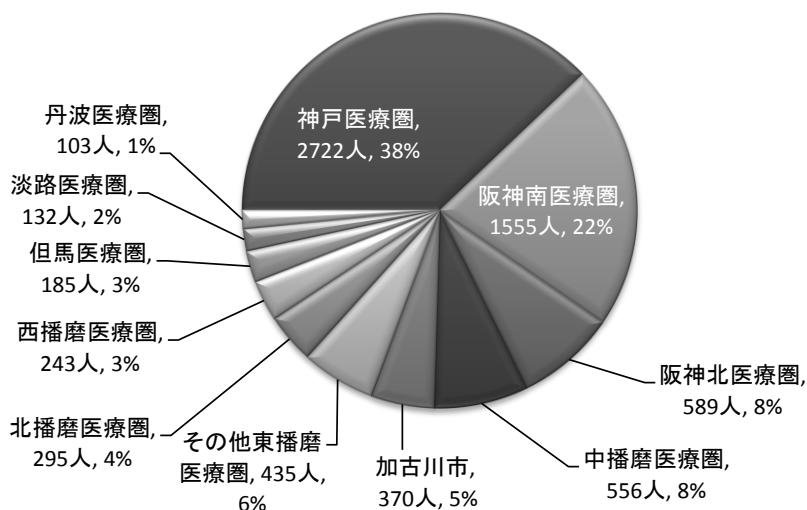
兵庫県の医師供給源については、神戸市等の県東部では京都大学、大阪大学の医局出身者が多く、県西部では岡山大学の医局出身者が多いといわれる。神戸大学医学部の医局出身者は県の中央部及び北部地域に多い。全国的な医師不足の中、神戸大学医学部の医師供給力にも限りがあり、神戸大学は医師供給先の関連病院に対し、統合して大規模なマグネットホスピタルとなるように促している。東播磨保健医療圏の北部に位置する北播磨保健医療圏ではこの流れに乗り、三木市民病院と小野市民病院が統合して新病院の建設を進めている。加古川市民病院と神鋼加古川病院の統合もこの流れの影響を受けている。



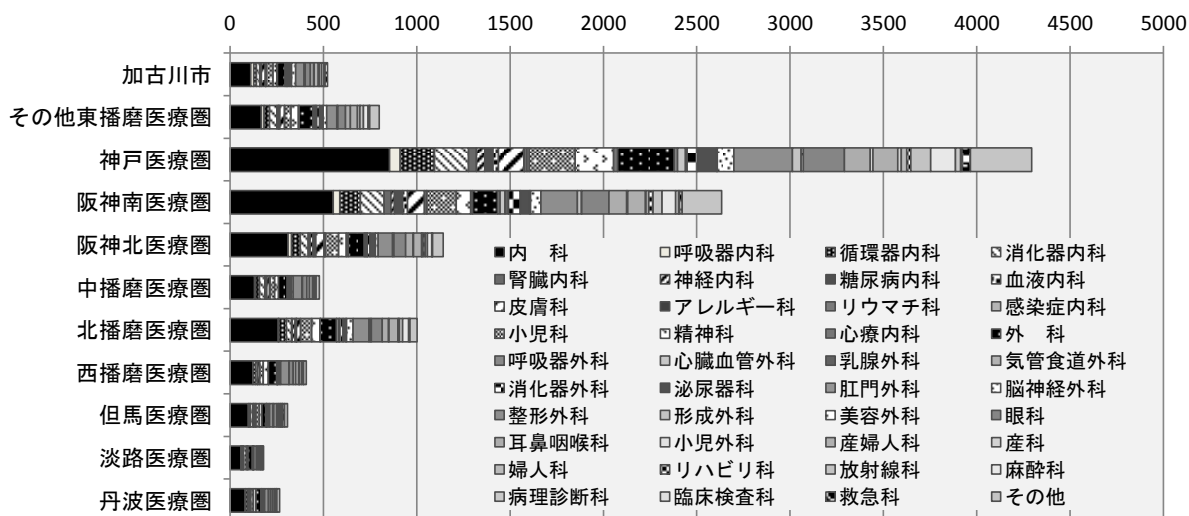
図表 3-10-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-10-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-10-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



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

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

図表 3-10-8 県内入院患者の流出・流入状況

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

資料；厚生労働省「平成 20 年患者調査」

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；加古川市 加古川市民病院

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

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

[加古川市民病院機構の施設]

加古川西市民病院（一般 382 床）

加古川東市民病院（旧 神鋼加古川病院；一般 198 床）

### ② 被統合側；株式会社神戸製鋼所 神鋼加古川病院

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

経営統合後は加古川東市民病院と改称した。

[神戸製鋼所の施設]

神鋼加古川病院（一般 198 床）

## (3) 統合に至るまでの経緯・背景

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

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

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

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

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

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

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

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

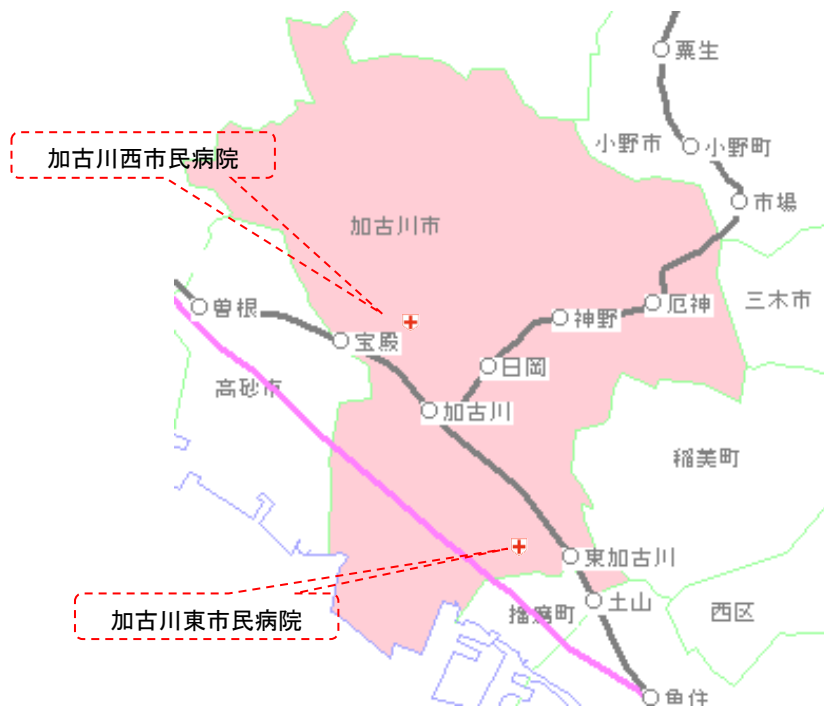


加古川東市民病院



加古川西市民病院

図表 3-10-9 病院の立地状況



#### (4) 経営管理手法

##### ① 職員経営参加意識の高揚

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

##### ② PDCA活動

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

##### ③ 課題の把握と対応

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

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

##### ④ コストダウン

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

##### ⑤ 職員研修等の充実

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

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

##### ⑥ 医療連携の強化

両病院で地域連携施策の共有を検討中。

##### ⑦ 医療機能再編・設備投資

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

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

#### (5) 統合実現までの負担・課題

##### ① 経営統合過程

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

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

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

## ② 職員採用と処遇

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

## ③ 施設統合に向けた調整

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

## (6) 経営統合の効果

### ① 医師採用

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

### ② 地域医療提供機能

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

# 11. 桑名市民病院

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

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

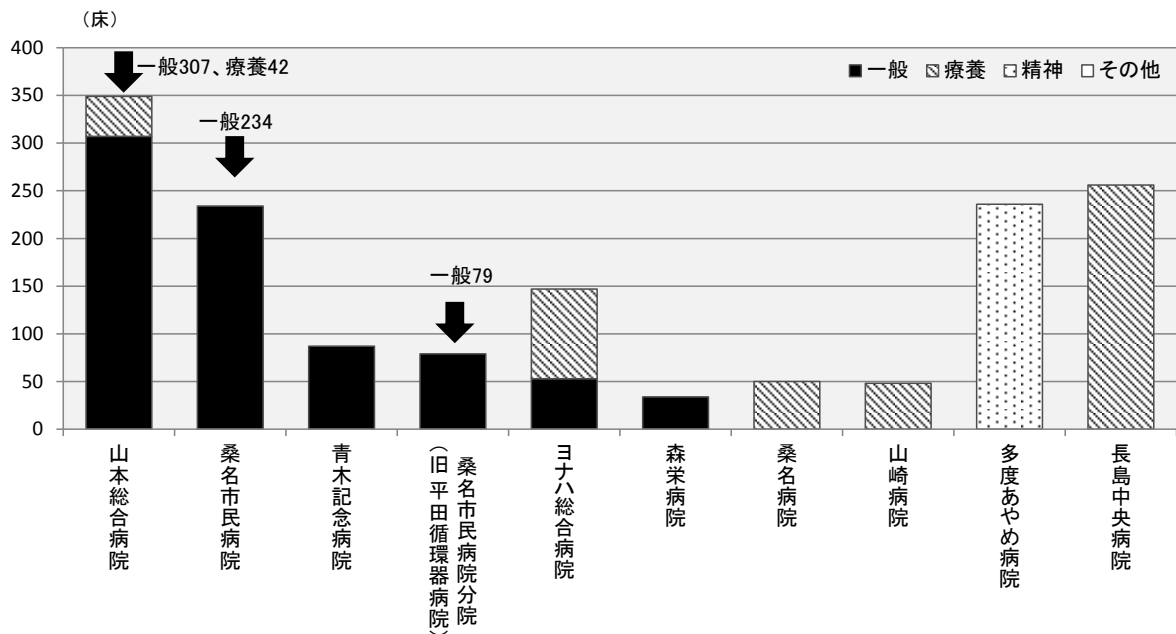
## (1) 三重県及び北勢2次保健医療圏の医療環境

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

### ① 医療供給体制

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

図表 3-11-1 桑名市の病院別病床の種類



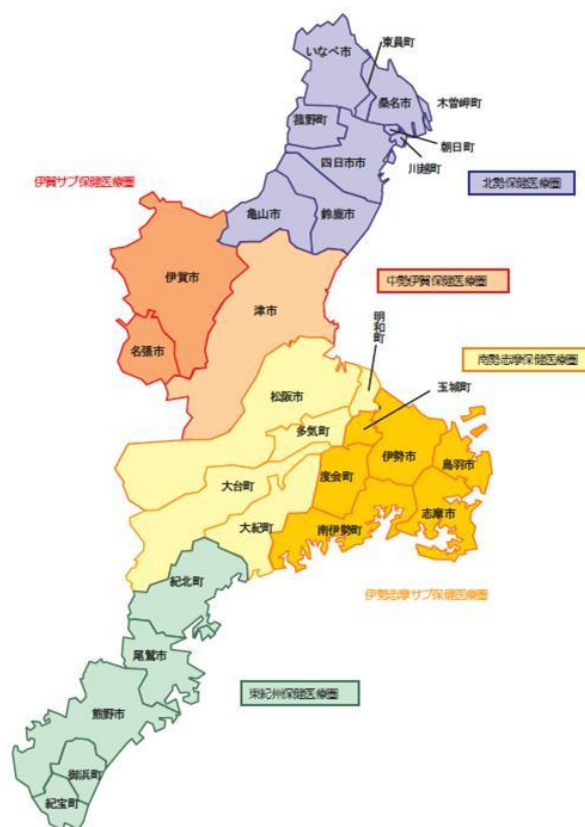
資料；東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿（平成24年1月1日現在）」を基に作成

## ② 北勢 2 次保健医療圏

三重県では北勢保健医療圏（四日市市、桑名市等）、中勢伊賀保健医療圏（津市等）、南勢志摩保健医療圏（松阪市等）、東紀州保健医療圏（尾鷲市等）の 4 医療圏が設定されている。北勢保健医療圏は四日市市、桑名市、鈴鹿市、亀山市、いなべ市、木曾岬町、東員町、菰野町、朝日町、川越町の 5 市 5 町で構成され、面積は約 1,107km<sup>2</sup>（三重県の 19%）、人口は約 84 万人（三重県の 45%）を占める。

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

図表 3-11-2 三重県の 2 次保健医療圏



## ③ 医療施設数と病床数

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

資料；三重県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

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

図表 3-11-3 医療圏の基準病床・既存病床

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

資料；三重県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

図表 3-11-4 人口 10 万対病院数・病院一病床の種類

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

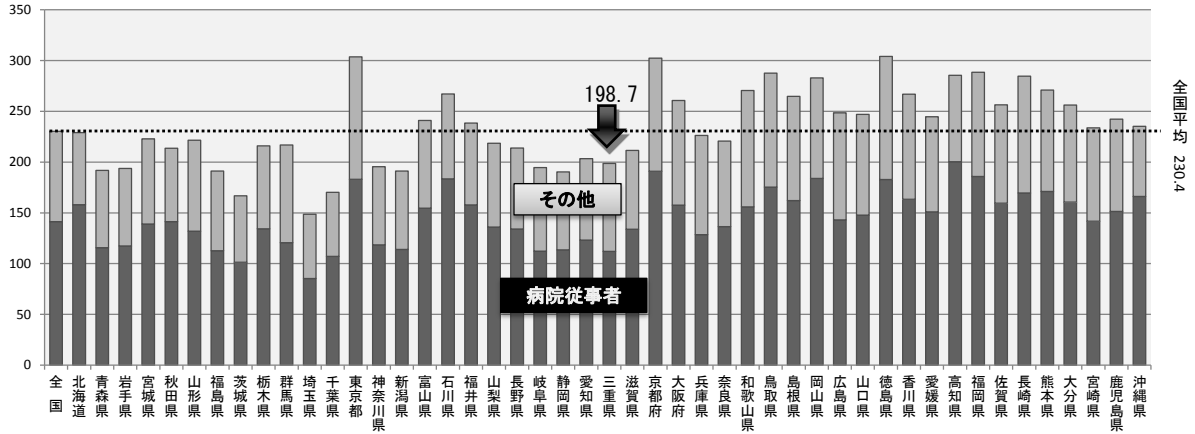
資料；厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査」



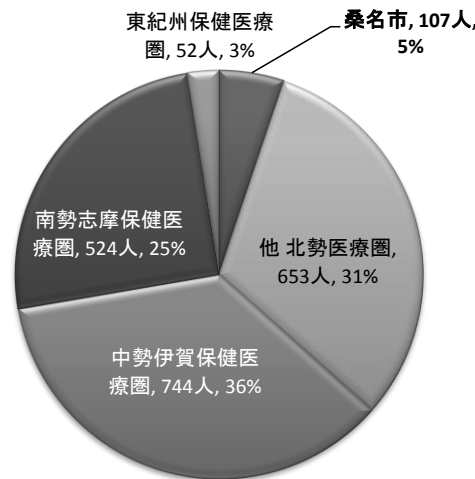
#### ④ 医師の供給状況

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

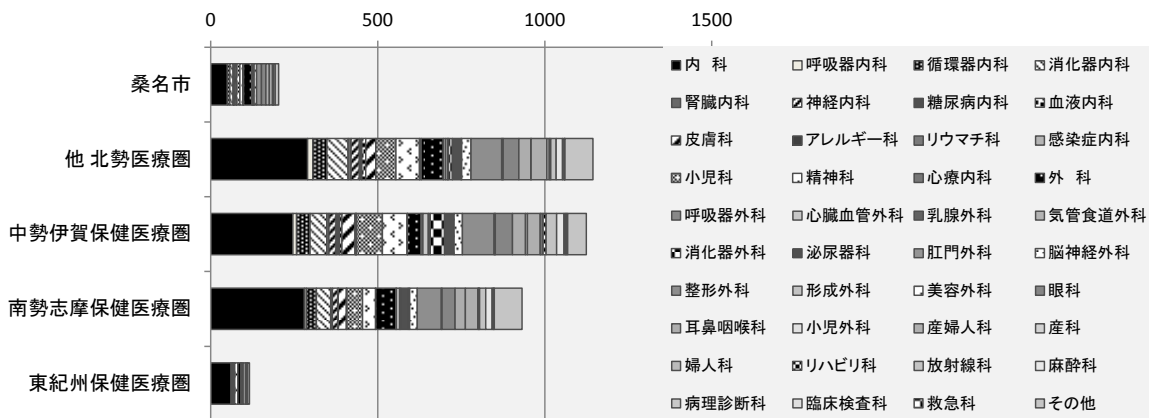
図表 3-11-5 人口 10 万対医師数



図表 3-11-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-11-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



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

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

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

図表 3-11-8 県内入院患者の流出・流入状況

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

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

※無回答があるため数表中の数字の合計と総計欄の数字は一致しないことがある。

資料；三重県保健医療計画（平成20年3月）

## (2) 法人の概要

### ① 統合側；桑名市 桑名市民病院

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

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

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

### ② 被統合側；医療法人和心会 平田循環器病院（統合済み）

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

### ③ 被統合側；医療法人山本総合病院（統合予定）

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

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





桑名市民病院分院（旧 平田循環器病院）



山本総合病院

### (3) 統合までの経緯・背景

#### ① 統合の契機

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

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

#### ② 統合の協議の経緯

##### a) 地方独立行政法人化

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

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

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

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

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

#### b) 中核病院の建設に向けて

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

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

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

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



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

### (4) 経営管理手法

#### ① 職員の経営参画意識の高揚

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

## ② PDCA活動の励行

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

## ③ 課題の把握と対応

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

## ④ コストダウン

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

## ⑤ 職員研修等の充実

認定看護師資格取得への研修費等を補助している。

## ⑥ 医療連携の強化

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

## ⑦ 医療機能再編・設備投資等

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

## (5) 統合実現までの負担・課題

### ① 規定の統一に関する事項

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

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

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

なお、医師の人事考課制度も導入する予定であり、現在制度設計中である。

## ② 人材に関する事項

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

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

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

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

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

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

## ③ 今後の課題

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

## (6) 経営統合の効果

### ① 中核病院の誕生

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

### ② 経営改善効果

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

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

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



## 12. 上尾中央医科グループ

系列型； 医療法人社団瑞心会 杉並リハビリテーション病院 ほか

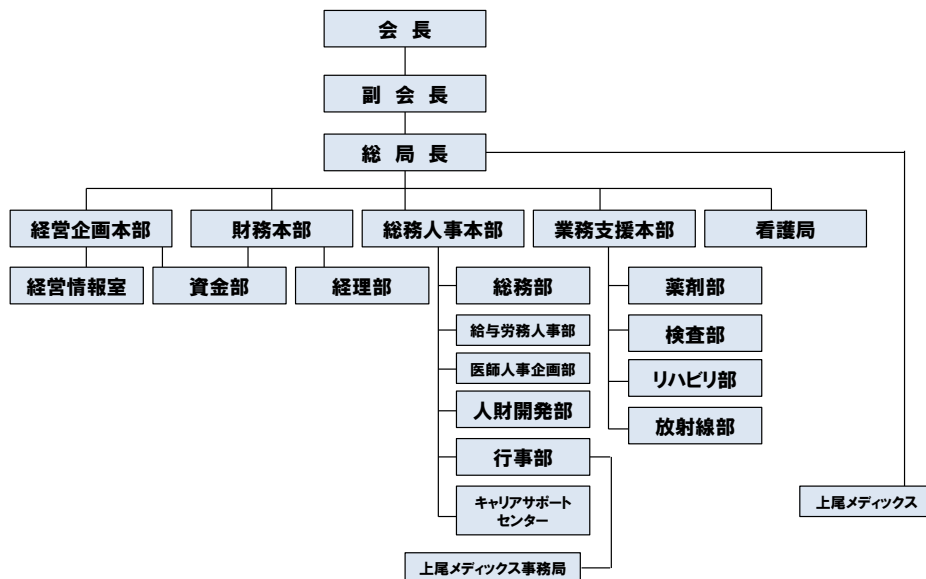
埼玉県上尾市に本部を置く上尾中央医科グループ（以下、「AMG」という。）は、上尾中央総合病院（753床）を基幹病院として、埼玉県、東京都、千葉県、神奈川県、山梨県の1都4県に26病院と17介護老人保健施設等を開設し、地域でのハイレベル・トータルケア（保健・医療・福祉）の提供を目指している。事業展開にあたっては、「地域ニーズに合っているか」、「身の丈に合っているか」を勘案し、非効率な投資を極力避けている。また、教育を通し地域医療に貢献するため、上尾中央看護専門学校、上尾中央医療専門学校を開設し、看護師や理学療法士などの育成も手掛けている。

### (1) グループの概要

#### ① 組織体制

AMGは法人統合を主眼とするものではなく、あくまでグループ内提携による業務効率の向上やブランド力強化を図っている。

図表 3-12-1 上尾中央医科グループの組織体制



資料；上尾中央医科グループホームページ

#### ② グループ傘下病院ならびにその他の事業

グループの基幹病院である上尾中央総合病院は、昭和39年に上尾市立病院を引き継ぎ、病床数11床で開設したものである。その後、病床数を753床まで拡張するとともに、新病院の開設や他病院継承により平成23年12月現在<sup>1</sup>、8法人26病院6,094床体制となった。

<sup>1</sup> 病院を運営する法人のみ集計

図表 3-12-2 上尾中央医科グループの傘下機関

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

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

## (2) 統合する病院の基準・統合手順等

### ① 経営統合の背景

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

### ② 経営統合対象案件

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

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

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

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

### ③ 統合後の経営改善

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

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

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

#### ④ 処遇・規程

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

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

### (3) 経営管理手法

上尾中央医科グループでは以下の経営管理手法をとっている。

#### ① 職員の経営参画意識の高揚

##### a) 情報開示

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

##### b) ワークアウト

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

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

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

#### ② PDCA活動の励行

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

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

図表 3-12-3 上尾中央医科グループの 23 年度マネジメント目標

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

※上記のほか、介護老人保健施設の目標も定めている。

### ③ 課題の把握と対応

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

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

### ④ コストダウン

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

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

### ⑤ 職員研修等の充実

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

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

新人看護師卒後研修制度の指導者として力を発揮している。

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

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

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

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

## ⑥ 医療連携の強化

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

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

## (4) 職員採用・育成に関する考え方

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

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

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

平成22年度の医師の離職率は7%、看護師離職率は13~14%程度であった。