

第3章 連携等に関する考察

1. 機能分化・連携のメリット

営利企業は競争に勝ち抜き、利潤や企業価値を最大化することを目的とするが、病床数や人的資源、資金調達方法等に制約のある医療機関は規模を拡大し続けることに自ずと制約を受ける。仮に競争に勝ち抜いても地域の医療需要に対応できず、押し寄せる患者に医師・スタッフが疲弊する事態を招きかねない。また、営利企業でも、下請け会社や流通会社との取引があって事業が成立するとの役割分担があるが、生命を預かる医療機関においては役割分担先との連絡調整がより緊密である必要に迫られる。医療機関も一定の利益を確保するために競争しなければならない一面もあるが、一方で地域の医療機関と協調しなければ存続できない側面がある。

連携のメリットは、①患者紹介による患者の確保と自院の医療機能に合わせた患者の選択の面が大きい、②大学病院等からの医師・看護師等の受入れ、③読影等での他医療機関からの支援等もある。現在、地域医療連携推進法人制度の施行に向けた準備が行われているところであるが、本制度は参加法人間において病床再編（病床数の融通）、医療職の共同研修とキャリアパスの構築、医療機器等の共同利用、医薬品・医療機器の共同購入、参加法人への資金貸付等が実施できることとなっている。特に、病院再整備や医療機器購入の際に市中から借入しなければならない医療法人においては、グループ全体で与信力を高め、有利な条件で資金調達できるメリットは大きいと考えられる。

医療機関の連携は、本報告書の冒頭「調査研究の概要」に示した類型ごとに下表のメリットがあるものと考えられる。医療法人等の経営環境が厳しさを増す中、それぞれの病院が努力しないと存続が危ぶまれる懸念もあるが、自院だけ頑張っても存続できるとは限らない。「競争」と連携等のメリットを引き出す「協調」のバランスが重要であり、他の医療機関との情報交換・意見交換の中で課題解決策を導き出して地域の医療提供体制の安定化を図っていくべきであろう。

図表3-1 連携等のメリット

連携等のパターン	連携等の概要	連携等のメリット
①経営統合・施設統合	1 法人の下または実質的経営支配権を持つ法人の下で複数の病院を運営する形態、もしくは、法人組織・施設とも統合する形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ スケールメリットで医師等を採用しやすくなる。 ・ 事務系の人材層が厚くなり、経営管理機能や企画・開発機能、渉外機能が高まる。 ・ 医療技術職からも経営管理職が生まれやすくなることも経営上のメリットである。 ・ 資金調達や購買に有利になる。
②グループ経営	複数の医療法人等がグループの一体的運営によりヒト・モノ・カネ・情報を有効に活用する形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営統合に準じたメリットがある。 ・ 研修やキャリアパスを効率的に展開できる。

連携等のパターン	連携等の概要	連携等のメリット
③指定管理者制	医療法人等が民間ノウハウを活用して自治体病院を運営する形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営が良い民間病院のノウハウを活用できる。 ・ 指定管理者の医療機関から医師等を派遣してもらえることもある。
④機能分化	医療機関同士で役割分担を明確化し、機能に応じて患者を割り振る（誘導する）等の協力体制を築く形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自院の得意分野に集中でき、専門性を高められる。 ・ 自院の医療機能に合致する患者が確保しやすくなる。
⑤医師・スタッフ派遣	医師・医療職の不足を補うために経営主体の異なる医療機関が、当該医療職を派遣・出向させる形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不足する医療職が確保できる。 ・ 派遣する医療職の視野が広がり、資質の向上が期待できる。
⑥診察支援	ICT等を活用し、遠隔医療で診療を支援する形態。画像診断、病理診断、診療に関するコンサルテーション等。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医不足、専門医療への経験不足を補える。 ・ 症例が少ない場合は医師を雇用するより経済的。
⑦共同購買	異なる法人が診療材料や医療機器等の購入価格情報を共有し、個別または一括で購入する形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中小規模の病院でも大規模病院と同等の条件で購入できる。 ・ 同種同効品等の絞込み選定の手間暇が軽減できる。
⑧共同運営	異なる法人が放射線治療施設等の事業を共同で運営する形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高額医療機器の購入費用負担や医療職採用負担が軽減できる。 ・ 機器の高稼働が期待できる。
⑨共同治験	複数の医療機関が同一の治験を行う形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多数の治験件数が確保できる。 ・ 窓口業務が一本化され、委託者・受託者とも事務負担が軽減できる。
⑩患者情報の共有	ICTを活用し、患者・要介護者情報を医療機関・介護事業者で共有する形態。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介患者の情報が的確に把握でき、患者紹介が円滑化する。 ・ 情報開示病院は紹介患者の増加が期待できる。
⑪その他	地域の医療機関同士での情報交換や疾患別パスの導入など。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者紹介や救急患者受入れの円滑化が図れる。 ・ 地域での一体的な医療提供体制の構築が期待できる。

2. ケーススタディの共通項

(1) 大学病院の関与

大学病院は医師輩出源であり、高度医療を必要とする患者の受け入れ先として地域の医療機関にとって不可欠の連携先である。

ケーススタディ中の「3. 大学病院の連携ネットワーク」の長崎大学病院はもとより、「1. 得意分野による機能分化」、「2. 周産期医療における機能分化」も大学病院が機能分化に関わっている事例である。背景には大学病院の医局には多数の病院の要請に応じて医師を赴任させるだけの余力がなく、また、医師数が少なく激務になることが分かっている病院の診療科に赴任したがる医師もいないことから、4～5名以上の医師がいる診療科に優先的に医師を赴任させている事情がある。このような医師の集約化は、一方では医師不足に悩む中小病院を生み出す半面、医師数を確保できた病院では症例件数が増えて研修医の研修先として選ばれる好循環を生み出している。また、地域全体でみれば、限られた人的資源を有効活用できており、救急や小児・周産期医療等において患者の受け入れ先がないとの最悪の事態を回避できている。地域によっては、「1. 得意分野による機能分化」のように、従来は同じような機能の急性期病院の中に、地域に不足する回復期や家庭医療・総合医療にシフトするものが出現し、地域の医療提供バランスを是正する効果も見られる。

機能分化の必要性が指摘されて久しいが、個別の病院だけで対応できるものではなく、また行政指導できるものでもなく、大学病院の関与によって機能分化が図られている一面があることが確認できた。

(2) 自治体の関与

ケーススタディ中の「1. 得意分野による機能分化」、「5. 共同運営」、「6. 遠隔診断」、「8. 医師出向・派遣」のいすみ医療センター、「9. 看護師出向・派遣」は地域医療再生計画に基づいて実施されたものである。行政には病院間の調整力と財源の裏付けがあり、地域医療のり・バランスを誘導する能力がある。ケーススタディの大半の事例に行政や地元医師会が関わっており、これらの関与は大学病院の関与に勝るとも劣らず機能分化や連携に大きな影響力を及ぼしている。

(3) コミュニケーションによる問題解決

ほぼすべてのケーススタディにおいて、関係者間で協議を進めながら問題解決に至っている。利害関係にある当事者間でも、行政等の第三者を介在して合意に至ったことが成功の要因である。

「1. 得意分野による機能分化」では、菊川市立総合病院、市立御前崎病院、公立森町病院は従来の急性期総合病院からケアミックス型病院に機能転換した。医療圏内に大規模急性期病院が2病院あるとは言え、病院関係者にとっても、地域住民にとっても従来の急性期機能の一部を縮小することに抵抗があったことは容易に察せられる。大学病院と行政が間に入り、各病院及び地域住民の間で合意が図られている。

「2. 周産期医療における機能分化」も貝塚市民にとって地元でお産ができなくなるとい

う事態は容易に受け入れられるものではなく、反対運動も起こったが、最後は地域内で分岐できる体制を堅持するためだということを理解してもらった経緯がある。

「3. 大学病院の連携ネットワーク」の急性期パートナーシップも、周辺急性期病院にしてみれば長崎大学病院の転院患者を受け入れることのメリットは大きくないが、長崎大学病院が丁寧な説明をしたこともあり、大学病院が高度急性期医療を必要とする患者を円滑に受け入れるために合意している。

「4. 地域で支える小児医療」では、平成15年度に「小児医療センターの共同設置」を最重要事業に掲げてから基本合意に至る18年2月まで、3医師会、3公立病院、大学等の関係機関が兵庫県の協力を得て協議を続けている。設置場所や金銭負担等、合意しなければならない事項は多々あったが、粘り強い協議の結果、阪神広域こども急病センターを設置することができた。

「5. 共同運営」でも22年の協議開始から26年3月の協定締結まで長い時間をかけて合意に至っている。「競争関係」にもある4基幹病院が「協調関係」に至るまでには様々な障壁があったと推察されるが、広島県や医師会が協力関係に誘導し、4基幹病院が地域医療のために決断した成果である。

その他の事例でも他医療機関との連携に至るまでに説明、調整、合意のプロセスを経ている点は共通している。山積する難題を前に佇んでいては解決は望めない。解決の糸口を見つけ出すべく第一歩を踏み出した医療機関と地域だけが問題解決に至っている。

(4) ICTの活用

ケーススタディ中の「2. 周産期医療における機能分化」の周産期システム、「3. 大学病院の連携ネットワーク」のあじさいネット、「4. 地域で支える小児医療」のトリアージ・システム、「6. 遠隔診断」の脳卒中診断支援システム、「7. 検査支援」の患者紹介システムはいずれもICTを活用し、患者紹介を円滑に行ったり、判断を迅速に行うのに大きな力を発揮している。

情報システムの難点は開発・運営費が大きく、維持が困難になりやすい点である。上記の例はいずれも費用を抑制を念頭においているが、特にあじさいネットと脳卒中診断支援システムは費用抑制を図るシステム設計となっており、費用に見合う効果を上げることで持続可能なシステムとしている。

(5) 公立病院と民間病院

ケーススタディは公立・公的病院を対象に行ったため、これらの病院の取り組みを紹介することとなった。公立・公的病院向けのアンケート調査も、回答者が公的病院等であることから、公的病院等が中心となる連携等の事例である。このために、本報告書が公的病院等の機能分化・連携を中心テーマとするような内容となっている。

しかし、文献等調査で民間病院間の連携事例を調べても該当が限られていたのも事実である。民間病院は連携状況等を公表する必要がないために公にならない面もあろうが、医療機関間の患者紹介を除いて連携等が進んでいない一面も影響しているのではないかと推察される。民間病院は公立病院のように病院建替えや経営損失に対して行政支援が受けられるこ

とはほとんどなく、厳しい経営環境下に置かれている。このような環境下にあるからこそ、連携等によるメリットを活かすために病院間で協調する必要性が高いと考えられる。

民間病院は公立・公的病院に比べて建替えが進んでいない可能性があり、旧耐震構造のまま建替えできない病院が少なからずあると推察される。公的病院の再編・再整備において再生基金等が投入されている事例は散見されるが¹、民間病院の再整備に公費が投入されるケースは見当たらない。建替えが困難な民間病院にとっては公立・公的病院と再編により行政資源の投入を求めるしか道がないのが現状であるが、回復期等の担う民間病院を堅持するために民間病院同士の再編にも行政資源の投入を検討すべきではないかと考えられる。

¹ たとえば栃木市の厚生連病院と医師会病院、民間病院の3病院を統合した「とちぎメディカルセンター」には栃木県も関与し、地域医療再生基金が投入されている。

本調査で実施した公立・公的病院向けアンケート調査の回答でも、建替えできない公的病院に対して、地元自治体が公立病院を整備した上で、当該公的病院を指定管理者にして運営を継続するという案件が2件あった。