

No.32

まちなか集積医療 —事例調査から学ぶ—

伊藤由希子 + 豊田奈穂

東京学芸大学
人文社会科学系経済学分野准教授

総合研究開発機構主任研究員

目次

■まちなか集積医療－事例調査から学ぶ－	3
■事例調査報告	
Case 1 中心市街地での移転	7
福島県郡山市：寿泉堂総合病院	
Case 2 中心市街地での移転	11
鳥取県鳥取市：鳥取生協病院	
Case 3 病院再編統合	15
山形県・酒田市：山形県・酒田市病院機構	
Case 4 病院再編統合	19
兵庫県三木市・小野市：北播磨総合医療センター	
Case 5 病院再編統合	23
静岡県掛川市・袋井市：掛川市・袋井市新病院	
Case 6 医療と都市形成	27
千葉県旭市：総合病院国保旭中央病院	
■インタビュー調査先一覧	31

執筆担当一覧

■まちなか集積医療—事例調査から学ぶ—
豊田奈穂 総合研究開発機構主任研究員

■事例調査報告

Case1 福島県郡山市：寿泉堂総合病院
豊田奈穂 総合研究開発機構主任研究員

Case2 鳥取県鳥取市：鳥取生協病院
豊田奈穂 総合研究開発機構主任研究員

Case3 山形県・酒田市：山形県・酒田市病院機構
伊藤由希子 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授

Case4 兵庫県三木市・小野市：北播磨総合医療センター
豊田奈穂 総合研究開発機構主任研究員

Case5 静岡県掛川市・袋井市：掛川市・袋井市新病院
豊田奈穂 総合研究開発機構主任研究員

Case6 千葉県旭市：総合病院国保旭中央病院
伊藤由希子 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授

まちなか集積医療－事例調査から学ぶ－

豊田 奈穂

2010年3月、NIRA「高齢化に対応した地域医療に関する研究会」は研究報告書『「まちなか集積医療」の提言－医療は地域が解決する－』をまとめた。この報告書では超高齢社会において持続可能な医療供給システムの構築が急務であり、医療政策とまちづくり政策の融合が医療問題と地域問題の双方に活路を見出すことが提言された。本事例調査は「まちなか集積医療」型の医療供給体制に転換を図る際の参考とするため、提言に類似する病院関係者へのヒアリング調査の結果をまとめたものである。

研究報告書は医師不足や診療科の閉鎖といった医療問題に加え、超高齢社会、人口減少などの社会構造の変化を踏まえると、医療資源を集積させた大規模病院を中心市街地に立地させることが望ましいとしている。そうしたまちなか集積による地域医療供給体制が「医療の質の向上」や「医療供給体制の持続可能性の確保」だけでなく、地域の活力にもつながるとの見解を示している。しかし、実際のところ病院統合や中心市街地への立地が議論されてはいるが、供給体制の転換に対する具体的なイメージがつかめず、一步を踏み出すことが難しいケースが散見される。本事例調査では、具体的に取り組みを始めている病院から参考となる知見を得るため、

- 複数の病院間で再編や統合を進めていること
- 中心市街地で病院の移転を実施していること

を条件に病院関係者や行政関係者に対してヒアリングを行った。

「まちなか集積医療」型の地域医療供給体制から何が得られるのか、また何が課題となるのかについて事例から学ぶ点が多い。

1. まちなか集積医療とは

ここでは事例紹介に先立ち「まちなか集積医療」について改めて確認しておきたい¹。

(1) 医療機関を集積させ規模の経済性を活かす

近年、地方都市を中心に医師不足や経営基盤の脆弱化が問題となっている。事態の背景には中・小規模病院の林立があり、医療資源の分散が一因として指摘されている。「まちなか集積医療」では、その問題を解消するため、病院間の連携や機能分化、再編統合による病院の大規模化を通じ、医療の質の向上と病院経営の安定化を目指す。

¹ 総合研究開発機構(2010)『「まちなか集積医療」の提言－医療は地域が解決する－』参照。

(2) 医療とまちづくりの融合を図る

他方で「まちなか集積医療」による供給体制は、一部の地域で医療施設へのアクセスの低下が懸念される。そのため、インフラ整備がある程度充実する中心市街地に病院を立地し、公共交通網をはじめとする都市機能とリンクさせ、まちづくりと医療の融合を図る。

さらに、地方都市では人口減少、超高齢化時代を見据えコンパクトシティの取り組みを始めている自治体もある。医療を中心として地域の活性化を促すとともに、中長期的には人口移動も視野に入れた供給体制の構築も期待する。

2. 事例調査から学ぶ

(1) 調査対象

全国の6つの医療圏から民間病院、公立・公的病院を取り上げ、「まちなか集積医療」による地域医療供給体制への転換を図る上で参考となる情報を得たい。今回調査を行った医療機関は以下のとおりである。

	病院名（機構名）	所在市	二次医療圏
Case1	寿泉堂総合病院	福島県郡山市	県中医療圏
Case2	鳥取生協病院	鳥取県鳥取市	東部医療圏
Case3	山形県・酒田市病院機構	山形県酒田市	庄内医療圏
Case4	北播磨総合医療センター	兵庫県小野市	北播磨医療圏
Case5	掛川市・袋井市新病院	静岡県掛川市	中東遠医療圏
Case6	総合病院国保旭中央病院	千葉県旭市	香取海 ^{かいそう} 匝医療圏

*Case5は新病院の名称がこれから検討されるため、ここでは便宜上、「掛川市・袋井市新病院」とした。

(2) 事例の考察

6つの事例を通じ、病院の再編統合やまちなか立地の実現によって得られるメリットや直面する課題について整理する。

再編統合－医療の質と組織文化－

病院再編統合は、多くの患者が医療機関に期待する「医療の質」の向上につながることを今回の事例は示唆していた。もちろん異なる組織文化や長年培われてきた慣習の壁を越えることは容易ではなく、再編統合ではその点が課題となる。克服にあたってはすべての関係者の危機感の共有と強い意志が不可欠となるが、乗り越える意義は大きいように思われる。

2つの医療機関のうち一方は小児医療で優れた診療実績があり、もう一方には脳外科に屈指のチームがあるとするならば、病院統合は個々に持っている得意分野を相互補完的に拡充することを可能にする。加えて、医療資源の集約化により、重複機能の解消、過度な競争による疲弊を回避でき、病院にとって最も重要な医療・看護体制の充実が図られることもポイントである。

参考事例：山形県・酒田市病院機構／北播磨総合医療センター／掛川市・袋井市新病院

まちなか立地－利便性と跡地－

中心市街地に病院を立地することの最大の利点は利便性の向上にある。中心市街地は既に一定の開発を終えているエリアのため十分な用地の確保が難しいが、まちなか立地は患者やそこで働くスタッフからの評価が高く、病院にとって大きな強みとなる。とくに、メディカルサポートの充実した病院併設型住宅に対する中高年齢者の支持が高かった点は注目に値する。核家族化、高齢化の中で、家族内扶助だけに高齢者の看護・介護を依存することが難しい時代になり、まちなか立地はアクセスを確保する上で有意義と思われる。

また、新病院の周辺でわずかながら新たな人の流れが生まれていた。「まちなか集積医療」は医療面だけでなく、まちの活性化の起爆剤となってくれることも期待している。病院移転後の跡地計画が時の経過とともに停滞することが観察されており、社会経済環境を考慮した戦略的長期ビジョンのもと官民一体で好循環につなげることが鍵となる。

参考事例：寿泉堂総合病院／鳥取生協病院

医療施設と都市形成

巨大病院（989病床）では1日平均で3,000名の外来患者を受け入れ、病院関係者や患者の家族・介助者、入院患者への見舞客などを加えると、病院を取り巻く人は1日平均5,000人を超えることが予測される。これまでまちづくりでは商業を中心として都市形成が描かれてきた。しかし、質の高い医療を提供するメガホスピタルへの患者の高い評価は、商業施設に劣らない集客力を発揮する。そこを都市の一大拠点として活かさない手はない。病院を中心とするまちづくりのあり方を模索し、地域を発展させていくことも都市形成の1つの選択肢となり得る。

参考事例：総合病院国保旭中央病院

3. まとめ—東日本大震災を経て—

「まちなか集積医療」にはいくつかの課題もあるが、本調査で取り上げた6つの事例は集積による医療の質の向上や病院経営の安定化、まちづくりにも役立つといった利点が多くあることを示唆していた。2011年3月11日、東日本大震災が発生し、東北地方各地の病院が大きな被害に見舞われた。福島県郡山市の寿泉堂総合病院（Case1）では耐震化の進んだ新病院がオープンしたばかりで医療機能の喪失を回避することができ、過去に類を見ない規模の患者を受け入れながら地域医療を支え続けたという。誰もが青天の霹靂だった震災の夜、真っ暗なまちなかで一晩中灯し続ける病院の明かりが少なからず地域の安心を支えたのではないかとの湯浅理事長の言葉にまちなかに病院が立地する1つの意義を感じた。

都道府県が策定する地域保健医療計画は二次医療圏単位での供給体制を描いているが、多くの場合、市町村単位で病院建設や医療機関誘致の議論が進められている。二次医療圏全体での一元的な医療資源の調整が難しい現状があることは否定できない。しかし、今回の事例をみる限り、住民の医療へのアクセスを確保しつつ、連携・機能分化を進め、集積型の供給体制への転換を図ることの意義は大きいと思われる。

医師不足、病院間連携、診療所との役割分担、福祉とのつながり等はこれまでも指摘されてきた課題であるが、今回の東日本大震災は医療供給体制の再構築が急務であることをあらためて認識するところとなった。医療は地域の安全・安心の中核を担う存在であり、甚大災害の中でその機能を失うことは決して望ましいことではない。緊急時の電源の確保や医薬品、情報のネットワーク構築など、東日本大震災から得た教訓も踏まえ、持続可能な地域医療供給体制のあり方、医療と福祉の連携、まちづくりとの融合など、「まちなか集積医療」にも議論すべき課題は多く残っており、それらは今後の研究課題としたい。

Case1 : 中心市街地での移転

福島県郡山市 : 寿泉堂総合病院

病院と中心市街地

人口およそ 34 万人の郡山市では、市の玄関口にふさわしい中心市街地を形成することを目的とし、JR 郡山駅周辺の再開発事業を進めてきた。その一角を占める郡山駅前一丁目第一地区市街地再開発事業では寿泉堂総合病院が中心的な役割を担い、全国的にもまだ珍しい住居併設型の新病院として 2011 年 2 月の開院を待っている。

寿泉堂総合病院は 305 床を有し、一般病院 29 病院、病床数 5,751 床からなる福島県の県中医療圏（人口 560,826 人）で郡山市民や隣接する須賀川市民の医療を支える。

多くの地方都市では高齢化・人口減少、中心市街地の空洞化が深刻な課題となっている。そのような状況にある中で中心市街地に病院を立地させることが、地域にどのような可能性をもたらすのか、また、どのような課題と直面することになるのか、関係者へのインタビューを通じてこれからの参考となる知見を得る。

Point

- サードエイジの住まいはメディカルサポートの充実した利便性が高い都市中心部が選好される。
- 各病院が単体で供給体制を維持することは難しく、得意分野を持ちながら相互に連携することで地域医療を支えている。
- 行政が土地利用転換を促し、用途地域の変更や容積率の緩和など都市計画面でのサポートが鍵となる。

県中医療圏と寿泉堂総合病院

- 県中医療圏（3市6町3村）

人口	一般病院数	既存病床数	基準病床数
560,826人	29病院	5,751床	4,756床

出所：福島県(2008)「第五次福島県医療計画」、厚生労働省(2009)「医療施設調査」

- 寿泉堂総合病院の概要

病床数	総職員数	医師数	診療科数
305床	533名	医師 48名 歯科医 3名 非常勤医師 45名	27科

出所：寿泉堂総合病院ホームページ

移転新築までの経緯

中心市街地で生まれ変わる寿泉堂総合病院の歴史は古く、創業から120余年に至る。『寿泉堂病院年報（2010）』によれば、これまで増改築が繰り返し行われてきているが、1960年代から70年代に建築された多くの病院に見られるように、老朽化・狭隘化から移転新築が検討された。過去には郊外移転を考慮したこともあったが、他の病院の郊外移転や駅東側への移転の話もあったことから中心市街地に留まることを念頭に検討を重ねた。その結果、2001年には郡山駅前地区の都市再生事業と連携させる構想があがり、市の中心部を支える病院として移転新築が実現した。

病院の移転問題では用地確保が課題となる。とりわけ、開発の進んだ中心市街地の場合、未利用地や遊休地はほとんど存在しない。そのため地権者との関係が再開発のネックとなることも多いが、本ケースでは移転先の8名

図：郡山駅前での病院移転



郡山駅前の第一地区に新病院を建設し、第二地区（病院跡地）に複合ビルを建設予定



新しい寿泉堂総合病院の正面の様子

の地権者（病院関係者を含む）に一定の理解と協力が得られたことが成功の支えとなり、地権者による再開発組合のもと民間主導で進められてきた。

住居併設型病院の魅力

モータリゼーションの進展とともに病院や公共施設の郊外化が進められてきたが、超高齢社会では歩いて暮らせるコンパクトシティの重要性が高まっている。今回の事業ではその点も考慮され、病院の新築（地下1階地上24階）に係るコスト軽減とともに、1階の一部に調剤薬局、地下1階から地上11階を病院、12階以上には全国的にもまだ珍しい病院併設型分譲住宅（78戸）とした。

（1）新病院の特徴

寿泉堂総合病院では、305床規模でこれま

で2次医療を提供してきた。年明け後に開院する新病院でも同じ病床数を維持し、循環器病センター、腎・糖尿病センター、消化器病センターを柱として機能の充実を図りながら2.5次救急までをカバーする計画である。また、東北新幹線停車駅徒歩5分以内の立地条件を生かし、将来的には地域医療支援病院の指定取得に向けて一層の環境整備を図る意向を持っている。

(2) 住居スペース

病院上層階の住宅部分については計画当初ファミリー層の入居を想定し、子育て世帯の流入を期待した面もあったが、実際には50歳以上のサードエイジが7割、2人以下の世帯で約8割を占める予定である。JR郡山駅から徒歩5分以内、郡山唯一の百貨店が隣接する利便性の高い立地条件と階下にある総合病院のメディカルサポートが受けられることが活動的なサードエイジに支持され、同エリアの築5年未満の分譲マンションに比べ3割



下層が寿泉堂総合病院、上層階が分譲マンション



病院の裏手に整備されたポケットパーク

程度価格が高いにも関わらず選好されている。

連携と機能分化

寿泉堂総合病院には、地域医療という極めて重要な役割を担っているという自負がある。しかし、郡山市は全国的にも有数の民間病院の激戦区であることから、従来は各病院が医療機関同士の連携以上に自己完結を志向し、医療資源の効率的活用を阻んでいた側面があったことも否定できない。

けれども、福島県立医科大学卒業生の半数以上（2010年3月）が県外病院に就職することにも象徴されるように、ここでも医師不足は深刻な課題である。県内に残る医師が少なくなる中では実のある連携、機能分化なしに地域医療を維持することは難しい。そのため、郡山市内を中心に医療供給を行っている複数の総合病院ではトップレベルでの情報交換を重ね、それぞれの理念のもと得意分野を生かしながら院内完結から地域内完結に向けて努力している。

このほか、寿泉堂総合病院では今回のリニューアルに際してまだ日本でも数少ない高度医療機器を導入し、かねてから実施してきたオープンホスピタルのシステムとあわせて、診療所の医師とより一層緊密な連携を図ろうとしている。

行政の役割

今回の郡山駅前一丁目第一地区第一種市街地再開発事業では、地権者による再開発組合のもと民間主導で計画が進められてきたが、郡山市をはじめ、国や福島県においても地域医療供給の観点から病院の重要性に鑑み、補助金等による財政的支援でこの活動を支えてきた。

また、これまで中心市街地は商業で支えるという考え方が大勢を占め、土地利用でも商業地域へと誘導する政策が積極的に採用されてきた。しかし、今回の事業では従来の考え方とは異なり、病院を中心市街地で建設するために容積率緩和を図るといった都市計画面でのサポートも必要とされた。郡山市では駅東側の工業用地にも480床規模の総合病院を移転させる計画が決まっており、本ケース同様、土地利用転換に柔軟に対応している。

今後の課題

今後も郡山市では区画整理事業を行うなど、中心市街地の活性化に向けた取り組みを進めるとともに、今回の病院移転によって生じる

人の流れが中心部の活力につながっていくことが期待されている。

ここまでみてきたとおり各方面から関係者が実現に向けて尽力してきたことは間違いないが、郡山市周辺の地域医療供給体制に関する課題がすべて解消されたわけではない。福島県医療計画によれば、当該地域の二次医療圏は病床過剰の状況にあり、人口規模の縮小下においてその解消が必要である。しかし、地域医療の屋台骨を民間病院が支えているこの地域の特徴を考慮すれば、民間レベルでの調整には限界があり、行政主導による医療資源の調整、病院間 M&A の仲介など、県や市行政の役割は極めて重要となる。

また、病院跡地（第二地区）を巡る計画がマクロ経済環境の影響を受けて不透明な状況にある。今後、当初案の練り直しを含め検討が必要となるのかもしれない。中心市街地のこれ以上の空洞化を避けるためには、行政もこの問題を単なる民有地の利活用と位置付けて後方支援に回るのではなく、郡山の玄関口を支えるという共通理念のもとで官民一体となって打開策を模索していく仕事が病院を取り巻くすべての人々に期待される。

Case2 : 中心市街地での移転

鳥取県鳥取市 : 鳥取生協病院

都市機能の集約と病院

モータリゼーションの進展とともに地方都市を中心に郊外化、市域の拡大が行われてきたが、近年では人口動態面や行政コストの増加を意識し、コンパクト化、歩いて暮らせるまちづくりを進める動きがある。鳥取市もその1つで、「まちの顔」となる中心市街地に病院や商業施設、公共施設などを集積させ、モビリティを確保しながらコンパクトタウンへの転換を図ろうとしている。

Case2 では、JR 鳥取駅から徒歩 8 分の中心市街地に立地している鳥取生協病院に着目する。この病院は、鳥取県の東部保健医療圏に属し、一般病床 260 床（一般病床 200 床／回復期リハビリ病床 44 床／緩和ケア病床 16 床）、17 の診療科と 1 健診センターの機能を有する急性期病院である。

本事例を通じ、超高齢社会に期待されるまちづくりとそれを支える地域医療がどのような姿であることが望ましいのかについて学びたい。

Point

- 利便性が高い立地条件は患者（住民）からの評価が高く、病院にとっても中心市街地は 1 つの強みとなる。
- 超高齢社会ではシームレスな医療サービスの提供が期待される。
- 交通弱者が増加する中、病院や住宅、交通インフラの効率的な配置による高密度なまちづくりが必要である。

東部保健医療圏と鳥取生協病院

- 東部保健医療圏（1市4町）

人口	一般病院数	既存病床数	基準病床数
243,505人	12病院	2,850床	2,667床

出所：鳥取県(2008)「鳥取県保健医療計画」、厚生労働省(2009)「医療施設調査」

- 鳥取生協病院の概要

病床数	総職員数	医師数	診療科数
260床	360名	25名	17科 (1健診センター)

出所：鳥取生協病院資料

官民協働での病院移転

鳥取生協病院は 1951 年に診療所としてその歴史をスタートさせ、1958 年に 33 床の病院へと発展、以後、増床増築による機能の充実を図りながら今日に至っている。近年、高度成長期に建設された築 40 年以上の病院が建替え時期を迎えており、1950 年代と 80 年代築の 2 棟から成る鳥取生協病院でも施設老朽化で新しいシステムへの更新が急務であった。そのため、2001 年には鳥取医療生活協同組合の第 6 次長期総合計画に新病院建設が位置付けられ、その具体化に向けた議論が始まった。

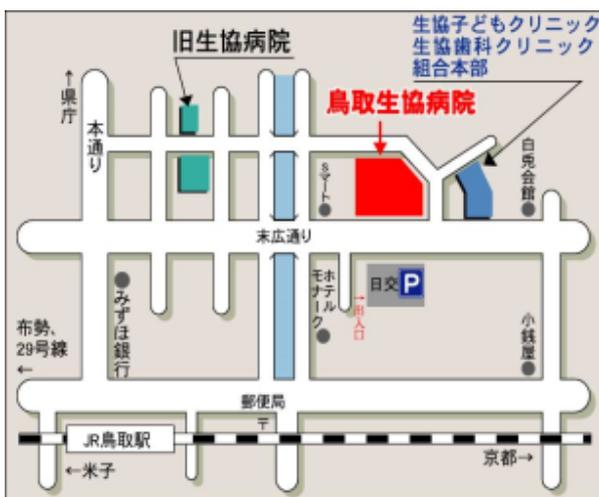
新病院建設までの検討過程では、建替えに必要となる十分な用地の確保、閉院することなく新病院にスムーズに移行することなどを考慮すると、郊外への移転も選択肢とせざるを得ないことを鳥取市に伝えている。説明を受けた行政サイドでは病院の移転によって生



旧鳥取生協病院の外観

じる中心市街地のこれまで以上の空洞化を危惧するとともに、市中心部の医療を支えてきた病院の役割に鑑み、郊外への移転回避に向けた努力を重ねた。

このケースでは、鳥取市長自らが移転用地の確保のために地元事業関係者に協力を要請するなど積極的なサポートを行ってきた。その結果、鳥取医療生活協同組合が鳥取県でバスやタクシーを運行する事業者がバスセンターとしてきた土地を借地として利用させてもらうことにより、新築計画浮上から 5 年後の 2006 年に旧病院からほど近い場所で着工し、移転新築が実現することになった。病院関係者、行政や事業者など、地域の一体的な取り組みによるものである。



JR 鳥取駅から約徒歩 8 分の場所にあったバスセンター跡地に移転。

出所：鳥取生協病院ホームページより転載

中心市街地の利便性を生かす

鳥取市の中心市街地は必要な都市基盤が整備されている。JR 鳥取駅には各方面から鉄道やバスなどの公共交通網が集中しており、



2008年3月にオープンした新病院の外観

市内全域から中心市街地にアクセスが可能である。実際、鳥取生協病院では患者の約半数が徒歩あるいは公共交通機関で通院し、患者や病院スタッフに対するアンケート調査においても駅からのアクセスの良さが魅力として認識されていた。

かつては同居する家族が通院の送迎をすることも可能であったが、昨今では核家族化、世帯の小規模化も進んでおり、今後、患者自らが徒歩でもアクセスできる立地条件へのニーズは高まるとみられる。患者の大半を市内住民で占める病院にとっては、中心市街地という立地条件が1つの強みでもある。

病院には1日平均330～340人程度の外来患者、メディカルスタッフやボランティアなど多くの人々が日常的に行き来しており、中心市街地の商店街でも病院が通行量や集客数増加の呼び水となってくれることを望んでいる。今回の移転が契機となって新たな人の流れが生まれ、まち全体にプラスの影響が波及していくことに大きな期待が寄せられる。

まちづくりと病院

さらに、鳥取市中心市街地活性化基本計画の方針の1つには、市域の拡大、低密度化の抑制を図りながら日常生活に必要な機能を中心市街地に集約させた都市構造を目指すことが掲げられ、行政も中心市街地の利便性や豊富な既存ストックを活用して効率性の高いまちづくりを進める。

鳥取生協病院の移転もその一角に位置付けられ、病院近くに70戸程度の規模を持つ高層マンションも建設されるなど、まちなか居住を実現するための民間集合住宅も供給される。鳥取市では高齢化率が23%に達し、人口減少・高齢化がより一層進むことが予測され、将来的な人口動態を考慮して商業施設、住宅や交通インフラを含めた総合的な取り組みにより職住近接の環境が整備される。市の担当者も「空気を運ぶだけのバスにならないように、新しい発想で交通網の再編を工夫することにより高密度で住みやすいまちにしていきたい」と意欲を示していたことが印象的である。

超高齢社会で期待される医療機能

これまで鳥取生協病院は、東部保健医療圏内の救急輪番群病院（ほかに鳥取県立中央病院・鳥取市立病院・鳥取赤十字病院）の1病院として月当たり120件前後の救急搬送を受け入れ、地域医療を支えてきた。2008年3月にオープンした新病院でも病床数の変更は

行わず、引き続き急性期病院としての役割を果たす。加えて、旧病院においても慢性疾患管理、リハビリテーション医療や在宅医療に対応してきたが、新病院ではそれらの更なる充実を図るとともに、同医療圏では唯一となる緩和ケア病棟（16床全室個室）を開設した。

今後、高齢化で需要が高まる医療機能に力を入れることで病院の特色を発揮し、急性期から回復期、終末期に至るまで地域に期待されるシームレスな医療サービスを提供する。

今後の課題

鳥取市ではまちづくり、病院ともに超高齢社会を意識した取り組みが進められているが、計画は明るい話題ばかりではない。郡山市の事例でも計画当初からの時間の経過とともに跡地利用、再開発計画が難しい状況に陥ることを認識したが、今回も病院跡地は課題になっている。中心市街地活性化のための関連事業の中には旧病院のコンバージョンも含まれてはいるものの、経済環境の悪化やリニューアルによって抱えた病院の赤字も影響して旧病院の活用が思うようには進んでいない。今のところ、旧生協病院の一部を取り壊した後、駐車場利用の需要に応えることで廃墟として放置されることはない。鳥取市では1995年に移転した市立病院の跡地も駐車場としての利用にとどまり、その活用が議論されている。徒歩や公共交通での移動が可能となるコンパクトタウン実現後の姿を見据え、超高齢時代

の中心市街地で需要の高い利用方法が期待される。

また、中心市街地での医療提供に対するニーズが高まる中、鳥取生協病院では二次医療圏唯一の緩和医療を担うなどによる機能分化を図っているが、地元開業医との連携はそれほど進んでおらずこれからの課題となっている。医師不足感が広がる中、東部医療圏においても病・病連携、病・診連携によるネットワークを形成し、互いに機能を補完し合いながら医療資源を効率的に利用することでより質の高い医療を享受できる供給体制の構築が求められる。

Case3 : 病院再編統合

山形県・酒田市 :

山形県・酒田市病院機構

異なる経営主体間の再編・統合

2008年4月、旧山形県立日本海病院と旧酒田市立酒田病院は、公営企業型一般地方独立行政法人である山形県・酒田市病院機構として統合再編された。現在、「日本海総合病院」が急性期医療を担い、「酒田医療センター」が療養型・回復期リハビリ機能を担っている。3年間の移行期間を経て、2011年4月からは人事制度の一本化を含めた本格的な組織統合がスタートする。同機構ではまもなく3次救急（救命救急）機能を備えた約760床規模の病院を運営する予定である。「まちなか集積医療」には「医療の機能的・立地的集積」が欠かせないが、救命救急機能を備えた大規模病院がその中核拠点として機能する。

公立病院改革の必要性が叫ばれて久しいが、統合再編が実際に軌道に乗る例は先進的であり、今回はその統合再編の経緯や統合後の成果に着目する。Case3を通じて、これまで分散・重複してきた医療サービスの集積や医療資源の集約をどのように進めればよいかについて学ぶ。

Point

- すべての関係者が病院存続への危機感を共有することが再編・統合の鍵となる。
- 重複業務の一本化により、各科の医師・スタッフを増員し、機能分担の強化が実現した。
- 旧経営組織間の異なる人事評価の統合や今後の人材配置のあり方が課題である。

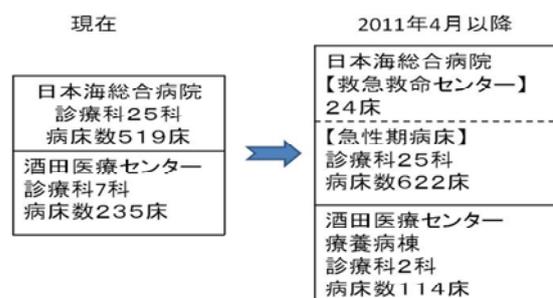
庄内医療圏と山形県・酒田市病院機構

- 庄内医療圏（2市3町）

人口	一般病院数	既存病床数	基準病床数
300,409人 (2008年10月1日現在)	17病院	2,890床	2,784床

出所：山形県(2008)「山形県保健医療計画」

- 山形県・酒田市病院機構概要



出所：山形県・酒田市病院機構資料

再編・統合の原動力

今回統合再編の原動力となったのは、当事者間で両病院の存続性に関する強い危機感を共有できたことであるという。1969年開設の市立酒田病院（400床・15科）は経営面では黒字であったが、施設の老朽化が進んでいた。一方、1993年開設の県立日本海病院（528床・25科）では開設時の多額の設備投資に伴う元利償還・減価償却の負担が年々累積し、経営状態が悪化していた。

県立病院と市立病院とはわずか2kmほどしか離れていないが、同じ診療科を持ち、常勤医師1人の科が双方に存在した。つまり、各診療科の設備などが重複する一方で、2つの病院に医療スタッフが分散し、患者も双方の病院に分かれることになった。地域住民も減少し、医療圏における病床は100床以上過剰となり、医療サービスとしては非効率で「共倒れ」になるという危機感がいよいよ強まっていたという。

地方独立行政法人への移行

2005、2006年と相次いで県と市から経営統合が望ましいとの答申がなされ、2006年9月に山形県知事と酒田市長が再編統合の合意に至った。再編にあたっては、公営企業型一般地方独立行政法人としての経営形態をとることとなった²。

地方独立行政法人では、現行の経営形態（地方公営企業法全部適用）と異なり、単年度の



2011年4月に救急救命センターが開設される日本海総合病院の外観

出所：山形県・酒田市病院機構ホームページより転載

予算方式をとらない。また中期計画による複数年度単位の目標による管理の仕組みを採用し、議会（山形県・酒田市）の議決を経て業務運営を行う。職員は非公務員の身分となり、職員定数などの規定がなくなる。結果として予算執行や人事の権限が法人に委ねられることから、外部委託契約や財務運営の面で自立した弾力的な経営が可能となる。

財政面では、県が出資債を発行して不良債務を解消するとともに、運営費負担金を県と市で負担した。人材面は、山形大学や東北大学の医学部が医師の確保に協力した。医療体制としては、移行期間内に日本海病院（現：日本海総合病院）を急性期中核病院として約120床増床するとともに、庄内地方では初となる救命救急センターを設置する。酒田病院（現：酒田医療センター）は回復期型療養病院として約280床の減床を行う。（いずれも

統合前の病床数との比較)

改革後の変化

2008年4月の発足後の統合の成果はさまざまな形で表れている。最も大きな成果は人的資源の集約に伴う業務効率の改善と診療・看護体制の充実である。病床数を縮小する一方、医師数を維持することで、診療体制が拡充した。また迅速な職員採用が可能になったこともあり、医療の補助業務（電子カルテ代行入力・臨時看護師・看護補助者）を担当する人員を増員した。結果的に医師や看護師が本来の診療業務に集中し、職務権限を拡大できるようになった。その一方で人件費比率は低下しており、全体では業務効率が改善していることも注目される。

医療サービスを受ける地域住民にとっても、医療の質の向上が図られている。明確な機能分担の指針のもと、急性期病院に実質転換した日本海総合病院では手術件数が増加し、病床の回転率も2010年度上半期平均で250%以上（平均在院日数約12日）となっている。また3次救急体制の構築に伴い、患者の通院圏の拡大・新規の患者数の拡大がみられる。酒田市を中心とする北庄内地域からの患者比率が減少する一方で、南庄内地域や秋田県南部など南北の広域からの患者比率が拡大している。人口減少に伴い、病床が過剰化する中で、通院圏が拡大し、病院が地域中核医療としての機能を強化し、急性期医療の質の充実



2011年4月以降、療養型・回復期リハビリ機能を担う酒田医療センターの外観
出所：山形県・酒田市病院機構ホームページより転載

を図ることは住民にとっても望ましい変化である。

今後の課題

今回のように、経営主体の異なる病院の経営統合と再編が構想から短期間で実現した背景には、関係者の病院存続性に対する危機感が強く、統合への抵抗感が少なかったことが大きい。医療資源の分散や経営悪化という問題を抱えた自治体病院は全国に数多いが、現状の組織を連携という名の棲み分けで温存させる対応が危機意識の低さや業務の非効率性の温存にもつながり、問題を先送りしてしまうのではないだろうか。

前述のとおり、経営統合では単なる病院間機能分担ではないさまざまな改革が可能である。ただし、医療サービスを切れ目なく提供しながら、組織の整理も同時進行で行うことは決して容易なことではない。予算措置の面

でも、県・市・新法人の3つの団体が関連する。医療スタッフも事務スタッフも当初は旧経営組織の寄せ集めの状態であり、人事評価や給与体系が異なる中、業務系統を統一することが課題である。職員数も増える中、職務の選択と集中が求められ、新しい組織に移行しても、職務が効率化し充実しなければ設備を整えてもスタッフの確保は難しい。

また、地域の人口構成の変化に対応しながら、住民の医療へのアクセス向上を図ることも今後の課題である。現在入院患者の半数以上、外来患者の4割近くが70歳以上である。現状では病院へのアクセスは自家用車が中心であるが、今後患者や家族の自家用車による来院・送迎には限界もあり、公共交通機関の

充実が望まれるところである。そのため、病院の周辺にもさまざまな地域住民へのサービス施設を充実させ、多様なニーズで人が集まるまちづくりを行うことも必要であろう。

開設から3年、移行期間を経て2011年4月からの新体制発足を控える同機構は全国的にも注目されている。その緊張感が今後も病院経営の改善と医療サービスの向上につながっていくことが期待できる。

² 地方独立行政法人は、「公共業の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事業」であるが、「地方公共団体が自ら直接に実施する必要のない事業」を行うため地方公共団体が設立する法人と定められている。法人の設立では、地方公共団体が出資及びこれまでの債務の解消を行い、地方公共団体から運営費負担金の交付を受ける場合もあるが、原則独立採算性で地方自治法財務規定の適用を受けない。

Case4 : 病院再編統合

兵庫県三木市・小野市： 北播磨総合医療センター

隣接する市の病院統合

近年、公立病院では医師不足や財政難といった課題に直面し、医療供給体制の持続可能性が問われている。山形県・酒田市病院機構の事例においても2つの病院がもつ医療資源を統合することで長期的かつ安定的な地域医療の確保が図られた。

ここで取り上げる兵庫県三木市民病院と小野市民病院が属する北播磨医療圏も、中小規模の病院が林立する状況が課題として指摘された。そのため、互いに車で15分程度の距離に立地する2つの市民病院は20年、30年先を見据えて行政区域を越える統合に合意し、新たな一步を踏み出した。この統合で誕生する「北播磨総合医療センター」は「マグネットホスピタル」を基本理念とし、比較的大規模な病院を核として地域医療の供給体制構築を描いている³。

Case4を通じて異なる自治体間の病院統合によってどのように地域医療の充実が図られるのか、転換期を迎える公立病院の将来像についての手掛かりを得たい。

Point

- 医療の中核となる大学医局が医療資源再編に果たす役割は大きい。
- 医療資源の集中により医療関係者、患者の双方に魅力ある病院「マグネットホスピタル」を実現する。
- 病院統合を契機に広域的なまちづくりへの可能性が広がる。

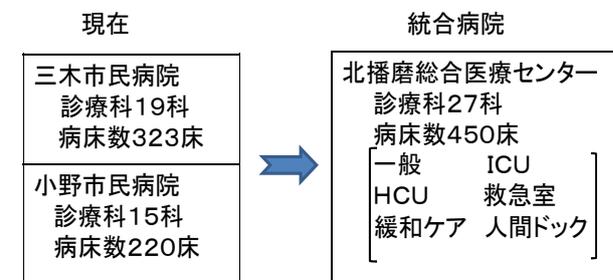
北播磨医療圏と北播磨総合医療センター

- 北播磨医療圏（5市1町）

人口	公立・公的病院数	既存病床数	基準病床数
292,000人 (2009年4月1日現在)	7病院	3,281床 (2008年4月1日現在)	3,373床

出所：三木市・小野市(2010)「北播磨総合医療センター基本構想・基本計画」

- 北播磨総合医療センターの構想



出所：三木市・小野市(2010)「北播磨総合医療センター基本構想・基本計画」

大学医局主導による再編

市立病院同士の統合は立地場所や主導権をめぐり互いに都市としてのプライドが邪魔をして難しいといわれる。それにも関わらず、三木市(人口 83,000 人)と小野市(人口 51,000 人) がそこに至った背景には神戸大学医学部の存在があった。

2007 年 5 月、北播磨医療圏内の病院に医師を派遣する神戸大医学部は、同医療圏 5 市 1 町の市町長を一堂に集め、病院から医師が離れていく厳しい現実と医療資源の点在が医師確保の阻害要因となることを説明し、再編統合の必要性を訴えた。医療の中核を担う大学医局からの働きかけが行政関係者、議会や地元からの合意を得やすい環境をつくり、高いハードルを超える原動力となった。当然のことながら一部で反対の声もあがるなど紆余曲折を経てきた。しかし、地域医療を守りたいという関係者の努力と住民の理解のもと、市長リコールや病院閉鎖といった混乱に陥ることなく、2008 年 10 月に両市は市民病院統合後に「北播磨総合医療センター」(2013 年開院予定) を発足させることで合意した。

病院統合の利点

新設の統合病院は小野市内に建設されることになり、結果的に三木市は市内最大規模の公立病院を手放すことになった。総合病院の保有にこだわる都市が多い中でここに至るにはさまざまな理由があるが、2 市が統合で生



三木市民病院、小野市民病院と新病院の立地
出所：三木市「広報みき」(No.745)より転載

まれる長期的な利点を追求したことは大きかったのかもしれない。

(1) 医師の確保

医師が勤務する病院を決めるにあたり、相談や交代が可能な医師数、必要な経験が積める十分な規模が重要な要件との指摘がある(佐野・石橋[2009])。現在の三木市民病院は一般病床数 323 床 19 科、急性心筋梗塞の拠点病院で急性期医療を得意とするが、常勤医師の減少、診療科の休止に苦しみ、経営赤字に陥っている。他方、小野市民病院は小児医療に強みを持つが、病床数 220 床と医師に魅力的な病院の要件を満たす規模にまでは及ばない。ただ、今回のケースでは両病院の 9 割以上の医師が神戸大学医学部から派遣されており、統合にあたり現場で課題となる組織文化の違いはなかった。そのため、十分な数の医師や看護師を確保することができ、互いが得意とする領域を補完的に拡充できる「統合」という選択肢は地域医療を安定的に維持して



三木市民病院の外観



小野市民病院の外観

いくうえでも有益であったとみられる。

(2) 医療の質—マグネットホスピタル—

「まちなか集積医療」では病床数が500床以上であることが医療の質や経営効率性の観点から望ましいとした。統合後の新病院も500床程度の規模が最適とされる「マグネットホスピタル」を理想としている。

神戸大学医学部の全面的支援を受けて「北播磨総合医療センター」は、総病床数450床（兵庫県内6位）、27診療科で構成され、地域の拠点病院として医療資源を集中させる。同時に大学医学部、地元医師会とも連携しながら豊富な症例を学び、優れた人材の育成施設としても充実が図られることになっている。

既に2市民病院の看護部は統合マニュアルのもとケア体制の標準化に着手し、患者と医療関係者双方にとって魅力ある体制の構築を進めている。こうした取り組みは医療の質の向上に直結するものであり、医療関係者や患

者、住民にとっての意義は大きいであろう。

新病院建設と経営体制

新たに建設される統合病院については、用地がおよそ9ha、地上7階建て、総事業費は200億円を見込み、国からの補助金（地域医療再生基金）、病院事業債などを除いた費用は2市の一般会計から折半で負担することを決めている。

統合病院の運営形態は一部事務組合（地方公営企業法全部適用）の方式を採用し、職員は公務員の身分を保持する⁴。統合病院の発足に際し、各市民病院が抱える既存の債務は各々で責任を持って処理する。統合病院は2013年の開院を目指しており、開院後は病棟を段階的に開設し、2016年には全棟をオープンさせる予定で経営も安定すると見込んでいる。将来的には統合による規模の経済性を活かし経営効率を高め、より自由度のある地方独立行政法人化も視野に入れる。

統合病院とまちづくり

(1) 統合後の計画

今後について、1970年代築の三木市民病院は老朽化も進んでおり、施設を解体して福祉施設関連施設に売却すること、また、比較的新しい部分は診療所として機能させ、在宅ケアを担う拠点とすることも検討されている。

もう一方の小野市民病院は福祉関連施設への一部転用を含め、統合病院の機能と重複しないように配慮しつつ、民間医療機関に施設をそのまま売却する方針である。

(2) 交通インフラの整備

三木市民病院は神戸電鉄粟生線三木駅、小野市民病院も同沿線小野駅から徒歩10分以内の便利な場所にあるが、統合病院の建設予定地は、両市の市境となり、これまでに比べると公共交通による利便性は低下する。患者の8割以上が車で通院していることに加え、日常的なケアは地元のクリニックを利用してもらうことを想定しているが、地域の高齢化が進んでいることも鑑み、近隣駅から送迎用のシャトルバスを運行させるなど、まちづくりとも連携しながら交通面の強化について検討が重ねられている。

今回の病院統合が浮上するまで両市の担当者は互いに政策的に手を携えることを意識したことはなかったという。これを機に医療・福祉分野のみならず、交通や消防など、市民生活を支えるインフラ整備から広域的なまち

づくりに拡張させることで、より満足度の高い居住空間の形成も期待できる。

今後の課題

これまでのところ大きな困難に直面することなく進んできている。しかし、病院の運営事業にかかる財政支援12億円の負担割合、地元医療機関との円滑な連携体制の構築、医師確保等、『北播磨総合医療センター 基本構想・基本計画』を絵に書いた餅としないために克服すべき課題も少なからず残されている。

また、ほかの事例と同様に、時の経過とともに跡地の利用計画が難しい局面を迎えることも考えられる。今回のケースも計画段階であることから不確定な要素が多いが、地元の意向も考慮しながら、利便性の良い立地条件を活かし、市民生活の安全・安心を支える医療・福祉分野での再編が期待されている。

今回の先例なき挑戦で公立病院改革のモデルケースとなることを決断した2市の統合病院が、兵庫県の取り組む3世代が交流する健康・安心・生きがいのまちづくり「小野長寿の郷（仮称）構想」の一役を担い、実現への一歩となることへの期待は大きいものである。

3 「マグネットホスピタル」とは病床数500床規模で医師の集まる、赴任しやすい病院のことを意味する。詳細は伊藤[2008]『マグネットホスピタル』参照。

4 一部事務組合は地方自治法に基づき地方自公団体が事務の一部を共同で処理するために設置する組織のこと。

Case5 : 病院再編統合

静岡県掛川市・袋井市： 掛川市・袋井市新病院

2市の市立病院統合

全国の公立病院では、総務省「公立病院改革ガイドライン」のもとで病院同士あるいは病院と診療所間の連携、再編統合など、地域医療の持続性を確保する観点からさまざまな取り組みが進められている。病院の再編統合では、異なる組織間の統合や地域の利便性をめぐる問題などが浮上し、その実現は難しいことが知られている。とりわけ、同レベルにある自治体病院同士ではどちらの市域に新病院を立地するのかといった点が政治問題にも発展しやすく、再編統合の必要性を認識しながらも断念するケースが散見される。

そうした中、Case5で注目する静岡県掛川市立総合病院と袋井市立袋井市民病院はともに中東遠医療圏に属し、Case4の兵庫県三木市と小野市の統合事例と同様に、多くの困難を克服して市立病院間での統合を決めた先駆的な事例である。改革が急がれる地方の公立病院を中心に地域医療を確保する上で何が求められているのかについて学ぶ。

Point

- 老朽化した医療施設の建替えは地域医療の再編を広域的に議論するきっかけとなる。
- 統合による医療資源の再編は、地域中核病院として医療機能を高める。
- 病院統合が市域を越えた公共交通体系づくりを促す。

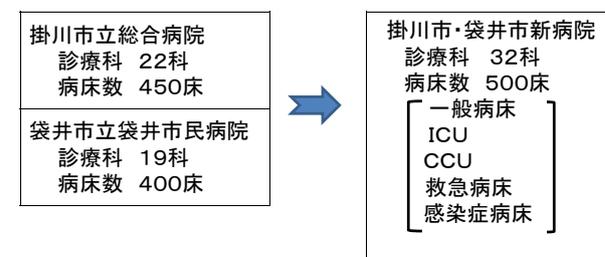
中東遠医療圏と新病院

- 中東遠医療圏（5市1町）

人口	一般病院数	既存病床数	基準病床数
477,637人 (2009年10月1日現在)	18病院	2,894床 (2009年12月31日現在)	3,186床

出所：静岡県(2010)「静岡県保健医療計画」

- 掛川市・袋井市新病院の計画



出所：「掛川市・袋井市新病院の概要」

病院の建替え議論から生まれた統合

袋井市（人口 84,831 人）の袋井市民病院は 1979 年に、掛川市（人口 116,373 人）の掛川市立総合病院は 1984 年に建設され、建物の老朽化、新しい医療機器への対応を考慮すると建替え時期を迎えている。今回、ほぼ同時期に老朽化した市立病院の建替えが浮上したことが、全国で最初に市立病院同士の統合を決定するきっかけとなった。

袋井市は 2006 年 2 月に、掛川市は同年 8 月に今後の病院のあり方に関する検討委員会を発足させた。両市が属する中東遠医療圏は、すべての自治体（5 市 1 町）が 100 床から 500 床の規模で公立病院を林立させており、既存病床は過剰気味である。背景には域内に民間総合病院が立地していないことがあるが、近年、資源の分散が医師をはじめとする医療スタッフの確保を難しくしている。そのため、検討開始から約半年程度を目途にまとめられた提言書には、単独での病院建替えではなく、



掛川市立総合病院の外観



袋井市立袋井市民病院の外観

広域的取り組みが望ましいことが両検討委員会から示された。

提言を受けた 2 市では、建替えに関わる財政的負担などにも鑑み、同医療圏内で統合先をそれぞれに模索することを決めた。その結果、対等統合、立地条件などを考慮すると、近距離で同時期の建替えとなる掛川市と袋井市が互いにパートナーとして望ましく、両市間で魅力ある地域中核病院づくりを進めることとなった。

病院の立地と地域医療の確保

複数の医療機関の統合では、新病院の立地場所が争点となることが多い。とくに、都市機能の観点からわが町の公立病院に固執し、住民もそれを希望する傾向がしばしばみられる。しかし、厳しい財政状況のもとで、良質な医療サービスの供給に足る十分な医療資源の確保は決して容易なことではない。比較的規模の小さい地方自治体で「質の高い医療の提供」と「自治体単位の病院立地」という二



現在地と新病院建設予定地

兎を追うことは必ずしも現実的な選択肢ではない時代である。

掛川市と袋井市もその例外ではなく、2市は質の高い地域医療を求めて統合に向けて舵を切ったとみられる。もちろん両市の関係者は高いハードルを越える強い意思を持っていたが、それでも当初は双方で自らの自治体内に立地することなども主張し合い、用地選定はかなり難航した。

最終的には病院建設に関わる諸条件を満たす掛川市郊外に統合後の新病院を建設することを決めている。2007年12月に協議が始まり、2009年1月に掛川市と袋井市の両市長によって「新病院建設に関する協定書」が締結された。市域内から公立病院を手放す袋井市議会にとっては、将来を見据えた大きな決断だったという。

医療機能の充実

新病院は急性期医療を中心とし、病床数を500床とする計画である。建設に関わる総事

業費は225億円、そのうち両市の負担金は概ね掛川市で6割、袋井市で4割の割合で分担する。すでに建設予定地では工事もスタートしており、2013年の開院を目指して順調に整備が進められている。

中東遠医療圏の西側では磐田市立総合病院（500床）が地域中核病院としての役割を担っている。今後は東側に位置することになる新病院との間で機能分担・連携を通じて地域医療のさらなる充実が図られる。とりわけ、新病院は糖尿病、脳卒中、心筋梗塞の3分野で強みを発揮したい考えで、「脳・心臓血管内治療センター」の設置などの青写真が描かれている。

このほか、東海地震の発生が危惧される地域であること、近隣の御前崎市には中部電力の浜岡原子力発電所も立地していることから災害拠点病院としての十分な機能を備えている。これまで同様、新病院においても24時間365日、緊急時に対応可能な体制を構築し、掛川市、袋井市をはじめ、同医療圏で生活する住民の安心・安全をサポートする。

新病院と交通網

2008年4月に実施された病院統合に向けたアンケート調査では「電車やバスなど公共交通機関が利用しやすい」立地環境が回答者の7割近くから要望された。しかし、候補地の選定では、両市民にとって均衡のとれる場所であることが重視され、最終的な建設予定

地は公共交通の利便性、徒歩によるアクセス性が高いとは言い難い立地条件となった。そのため、両市では互いに協力して「公共交通整備プロジェクト会議」を立ち上げアクセスの改善を図っている。各市内と病院を循環するバスの経路を工夫するなど、両市域からの足の確保が進む。

今後の課題

長期的には高齢化、世帯の小規模化が進み、自家用車での通院が難しくなる住民が増加することも想定される。市内と病院をつなぐアクセス環境が多くの人との交流にもつながり、新病院を中心として両市に広がる交通網が都市全体の活性化の呼び水となってくれること

も期待したい。

また、新病院はハード面の骨格が固まり、順調な滑り出しをみせているが、組織統合や経営に関わるソフト面についてはこれから本格的な調整に入る。企業合併でも知られるように、異文化を持つ組織の一体化はたやすいことではない。今後、人的面での組織統合につまずくことになれば、せっかくの構想も魅力を失うことになりかねず、残された期間ではその点の入念な準備も大きな仕事の1つとなる。

全国でも数少ない市立病院統合を成功させたいという関係者の強い意欲が印象的であった。今後の行く末も各方面から注目されている先駆モデルへの期待は大きいと思われる。

Case6 : 医療と都市形成

千葉県旭市 :

総合病院国保旭中央病院

全国有数のメガホスピタル

2008年9月、銚子市立総合病院の突然の休止はメディアで大きく取り上げられ、全国的に地域医療崩壊が注目されることとなった。ここで取り上げる国保旭中央病院は、話題となった銚子市に隣接する旭市の公立病院で、全国でも有数の規模を誇るメガホスピタルである。

この病院は、1953年の開設以来、年々診療規模を拡大し、現在ではすべての診療科を備えた第3次救急指定病院にまで発展している。規模、機能ともに充実した医療機関として、旭市内のみならず、県内他市町村や県外からの患者も多く受け入れている。

これまで中心市街地での病院立地や公立病院間での統合事例を紹介してきた。Case6では将来を見据え、アメリカやカナダなどの先進国の医療供給システムにみられるIHN体制（IHN：Integrated Healthcare Network）を1つの理想として経営努力を重ねる病院の姿を通じ、医療資源の集積、周辺地域との連携など、より安定的で発展的な地域医療の施策とは何がについて知見を得る⁵。

Point

- 充実した医療スタッフのもと、メガホスピタルで提供される質の高い医療に対する患者の評価は高い。
- 豊富な症例実績と充実した研修環境は医師、看護師などにとっても魅力的な病院である。
- 医療を中心としたまちづくりで医療城下町構想の実現を目指す。

香取海匠医療圏と総合病院国保旭中央病院

- 香取海匠^{かいそう}医療圏（4市3町）

人口	一般病院数	既存病床数	基準病床数
314,918人	22病院	2,996床	2,913床

出所：千葉県(2008)「千葉県保健医療計画」、厚生労働省(2009)「医療施設動態調査」

- 総合病院国保旭中央病院の概要

病床数	総職員数	医師数	診療科数
989床	1,940名	257名	36科

出所：総合病院国保旭中央病院資料

病院規模と医療の質

医療技術の高度化も進み、良質な医療サービスの提供に際しては、規模の経済性を活かした効率的な経営体制の確立が不可欠であることが指摘されている。NIRA で実施した病院規模と経営効率に関する実証分析においても病床数は500床以上の規模を有することが望ましいことが明らかとなった。ここで取り上げる病院が属する香取・海匠医療圏の6つの自治体病院は、病床数が80～241床と比較的中・小規模である。全国的にみられる傾向だが、近年では医師不足による診療機能の低下、病床利用率の減少など、経営の悪化に苦しんでいる。実際、これらの病院ではここ3年間で患者数の減少が最大30%近くに及ぶ。

他方、国保旭中央病院はその例外である。旭市国保が運営するこの病院は病床数989床、250名以上の医師をはじめ、看護師、メディカルクラークなど多くの医療スタッフのもと、全国的にも優れた医療サービスが提供されて



総合病院国保旭中央病院の外観

いる。国保旭病院の診療圏は半径30km、人口規模でおよそ100万人、12市8町にも及んでいる。1日平均外来患者数は約3,000名、1カ月の新規外来患者数は10,000人を超える。同病院の利用者のうち、旭市民は外来で31%、入院で25%にとどまる。そのほか、県内東部の他の市町村や茨城県鹿島地域などの県外からも多くの患者を受入れる。質の高い医療を提供するために進化を続ける巨大病院に対する患者の期待の高さがうかがわれる。

メガホスピタルの魅力

医師は豊富な診療実績、最先端の医療技術を学ぶ機会、時に指導を仰げる師がいることを勤務先の医療機関に期待することが知られている。そうした観点からみると、中央手術室12室で実施される手術件数だけでも年間8,000件以上あり、病院のホームページでは各診療科の豊富な診療実績を閲覧することができる。さらに、海外の大学病院からも世界トップレベルの医師を招聘して研修を受けたり、医師を派遣する形で留学したりするなど、充実した研修機会が整備されている。いずれも高い志を持つ意欲的な医師にとって魅力が大きいものであろう。患者のみならず、医療の中核を担う医師や看護師の期待にも応える努力を惜しまないことが、この巨大病院の特徴でもある。

加えて、病院はこれまでもメガホスピタルとしての機能を確保するためにさまざまな工

夫にも積極的に取り組んできた。たとえば、東日本大震災発生時やその後の計画停電の際には、病院への交通機能が寸断されるなどにより、緊急時に患者を受け入れることの難しさも報告された。国保旭中央病院では、医師や看護師、職員とその家族には病院敷地内でも生活可能な居住施設も確保されていることから、スタッフ不在による診療機能の麻痺を回避することが可能で、こうした地域中核病院への期待が高まることも考えられる。

医療連携

地域中核病院の機能は、周辺病院や診療所との十分な役割分担、連携があつてこそ成立するものである。すでに香取・海匝医療圏では 2006 年 1 月に千葉県と銚子市、旭市、そうさし 匝瑳市、東庄町の助役を委員とする「東総地域医療連携協議会」を立ち上げ、地域医療連携システムの構築について協議を始めている。2007 年 1 月には提言書もとりまとめられ、2 月には構想の実現に向けて各首長、議会、病院長、地元医師会や千葉県を加えた組織に改編された。現段階でも継続的に協議され、個別に病院間連携や医師派遣によるネットワーク化が図られている。

しかし、同医療圏内の公立病院の中には診療休止の事態に追い込まれるところも出てきている。そのため、長期的には地域医療の持続可能性を考慮し、経営統合によるサテライト化、診療所から在宅医療、介護、福祉施設



広い駐車場－外来患者用収容台数 1,165 台－

を含めて当該地域の人々の誕生から看取りまでを完結できる日本版 IHN 体制も視野に入れ、医療供給の安定化を図りたい考えである。

病院とまちづくり－医療城下町構想－

病院を核として地域を大きく発展させていく上で、その基盤が揺らいでしまつては話にならない。そのため、医療資源の充実は不可欠である。すでに国保旭中央病院では附属看護専門学校で看護スタッフの育成を行うとともに、老人福祉関連施設なども施設も併設している。さらに、長期的には医師を含め、専門技能の養成機関、医薬品や医療機器の研究・開発機関なども誘致し、人材や技術の集積を図っていくことも期待している。

また、国保旭中央病院には 1 日あたり 3,000 人を超える規模の外来患者とその介助者、入院患者の見舞客や病院スタッフなど、多くの人々が日常的に訪れている。ある意味、旭市の一大拠点ともいえるが、最寄り駅の JR 旭駅周辺施設は未整備で、一見すると診察で訪



JR 旭駅からバスで5分の立地条件

れるためだけの立地となっている感が否めない。もちろん、十分な規模の駐車スペースが整備され、駅から病院までの無料送迎バスも1日に17本が運行しており、通院に不便さはないであろう。しかし、鉄道の運行本数、路線バスを含めた公共交通機能については市街地の形成には必ずしも十分とはいえない。現在、病院では、院内で市のイベント（物産展など）を開催するなどを通じ行政と協力したまちづくり、将来の医療城下町構想の実現のための取り組みも展開中である。

今後の課題

交通機能や商業機能を含めた都市基盤整備を通じて医療とまちづくりが一体化を図りな

がら、医療産業を核として人が集まり、豊富な雇用機会の創出にもつながると考えられる。商業施設以上の集客力を持つ病院と都市の成長に期待がかかる。

また、2011年5月には総事業費300億円をかけ、耐震性の確保された新本館をオープンさせる。病院は戦後の開設以来、増改築を重ねて拡張してきたため、診療科の立地が分散してきた。患者やスタッフの移動距離が長くなるにつれて診療の効率が低下してきた現状を見直し、いよいよ進む本格的な超高齢社会の到来に向け、さらなる進化も図られる。

医療供給体制の持続性が揺らぐ時代に、限りある医療資源をコーディネートしながら香取海浜医療圏、さらには千葉県全体においてメガホスピタルが果たすべき役割は大きいはずである。

⁵ IHN (Integrated Healthcare Network) 体制とは、アメリカ、カナダやオーストラリアなど先進諸国で採用されている地域医療提供体制のことで、広域医療圏単位で医療資源の最適配分を行うためのガバナンス機能を意味する。具体的には意思決定の一元化することで医療資源の共有化、重複投資の回避を図り、急性期病院、慢性期病院や診療所など異なる機能を持つ医療機関をネットワーク化する。このシステムの詳細については松山・河野[2005]『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』が詳しい。

インタビュー調査先 一覧

Case1 寿泉堂総合病院

実施日 2010年11月18日

調査先 財団法人湯浅報恩会、郡山市都市整備部、株式会社アール・アイ・エー、株式会社フジタ東北支店

聞き手 伊藤由希子東京学芸大学准教授、豊田奈穂 NIRA 主任研究員

Case2 鳥取生協病院

実施日 2010年12月14日

調査先 鳥取医療生活協同組合、鳥取生協病院、鳥取市都市整備部、鳥取市中心市街地活性化協議会

聞き手 豊田奈穂 NIRA 主任研究員

Case3 山形県・酒田市病院機構

実施日 2010年12月17日

調査先 山形県・酒田市病院機構

聞き手 伊藤由希子東京学芸大学准教授

Case4 北播磨総合医療センター

実施日 2011年2月15日

調査先 三木市立三木市民病院、小野市立小野市民病院、北播磨総合医療センター企業団事務局

聞き手 豊田奈穂 NIRA 主任研究員

Case5 掛川市・袋井市新病院

実施日 2011年4月21日

調査先 掛川市・袋井市新病院建設事務組合

聞き手 豊田奈穂 NIRA 主任研究員

Case6 総合病院国保旭中央病院

実施日 2010年12月21日

調査先 総合病院国保旭中央病院

聞き手 伊藤由希子東京学芸大学准教授、豊田奈穂 NIRA 主任研究員

<NIRA 研究報告書>

「まちなか集積医療」の提言—医療は地域が解決する

URL: http://www.nira.or.jp/outgoing/report/entry/n100325_430.html

著者プロフィール

伊藤由希子（いとう ゆきこ）

2001年東京大学卒業、2006年米国ブラウン大学より博士（経済学）。東京経済大学専任講師を経て、2009年より東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授。

豊田奈穂（とよだ なお）

2005年横浜市立大学経済学研究科博士課程修了。博士（経済学）。横須賀市都市政策研究所を経て、2009年総合研究開発機構入構、2010年より現職。

まちなか集積医療—事例調査から学ぶ—

2011年7月発行

著者 伊藤由希子・豊田奈穂

発行 公益財団法人総合研究開発機構

〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3 恵比寿ガーデンプレイスタワー34階

電話 03-5448-1735

ホームページ <http://www.nira.or.jp/>

無断転載を禁じます。

©総合研究開発機構 2011