

2023年10月10日発行(毎月10日発行)第408号 1989年12月20日第三種郵便物認可

医療・介護の経営情報

日経

ヘルスケア

NIKKEI  
HEALTHCARE

2023  
10  
No.408



日経ヘルスケアの特設サイト  
「医療・介護経営」

<https://nkbp.jp/nhc2023>

誌面ビューアー  
PC版も  
スタート!

本誌の記事が  
デジタルで読めます  
▶詳しくは108ページ

特集

# 民間病院と公立病院は どう向き合うべきか

特集

虐待疑いにも要注意

特集

人材難解消の〓秘策〓  
健康経営にかじを切れ!

特集



# 民間病院と公立病院は

人口減少や医師不足など、医療経営を取り巻く環境が悪化する中、公立病院の再編・統合が進んでいる。急性期機能を集約して強化する例が目立ち、その動向は地域の民間病院の経営にも影響を及ぼす。公立病院と民間病院の適切な役割分担が成り立たなくなれば、地域医療自体が崩壊しかねない。公立病院と民間病院の共存の在り方を検証する。（遠藤 浩介、満武 里奈、井上 俊明）

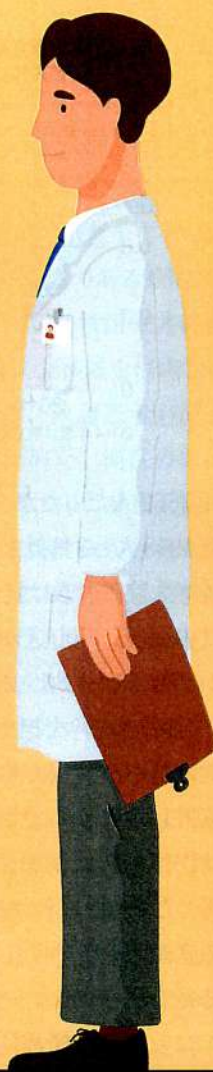
## 26 Report ● 兵庫県尼崎市

自治体病院の再編で揺れる民間病院  
兵庫県尼崎市の救急患者の受け入れ状況に変化

## 28 総論

急性期機能の集約化が進む公立病院  
近隣の民間病院は戦略見直しが必須に

# ズバリ 向 き 合 う ズバリ べきが



- 31 インタビュー1●全国自治体病院協議会会長 小熊 豊 氏  
突っ込んだ話し合いで公民の関係を円滑に
- 32 インタビュー2●全日本病院協会会長 猪口 雄二 氏  
病院ごとに自院の特徴を打ち出すことが必要
- 33 Case1●静岡県・志太榛原医療圏  
急性期担う公立病院と共存、救急の充実で経営改善
- 36 Case2●兵庫県川西市、猪名川町  
民間と公立が統合、人口減に悩む地域のモデルケースに
- 39 Case3●山形県米沢市  
公立と民間の急性期病院が協調して機能再編

# 自治体病院の再編で揺れる民間病院

## 兵庫県尼崎市の救急患者の受け入れ状況に変化

「自治体病院が大きくなり過ぎると、民間病院は淘汰されていく」——。兵庫県尼崎市のある病院の勤務医はこう話す。

今から8年前の2015年7月、兵庫県尼崎市に県立尼崎総合医療センター（730床）が設立された。だが、その開設が周辺の民間病院の運営に少なからず影響を及ぼしたという。

### 救急患者数は統合前の3倍に増加

同センターは、急性期医療を手掛けていた旧・県立尼崎病院（500床）と旧・県立塚口病院（400床）が統合して新設された大規模の自治体病院だ。施設の整備費用なども含めた総事業費は950億円とも言われる同センターでは、1次から3次まで全ての救急を担う。2022年10月からは急性期充実体制加算を届け出て、高度急性期機能をさらに高めている。

特に救急医療の充実は際立つ。尼崎市内外からの救急車搬送患者の受け入れ件数は、統合前の2014年度には尼崎病院と塚口病院の2病院の合計

で3662人だったが、2022年度には1万1948人と3倍以上に達した（図1）。延べ入院患者数は統合直後の2015年度の23万3000人から、2019年度は24万8000人に増えた。

地域の基幹を担う自治体病院の動向は、中小規模が中心の周囲の民間病院に少なからず影響を与える。本誌が尼崎市に情報公開請求をして取得した「市内における病院別の救急車搬送患者の受け入れ数」を見ると、尼崎総合医療センターの設立前の2014年における尼崎病院と塚口病院を合わせた市内の救急車搬送患者の占有率は20%ほどだった。だが、統合後

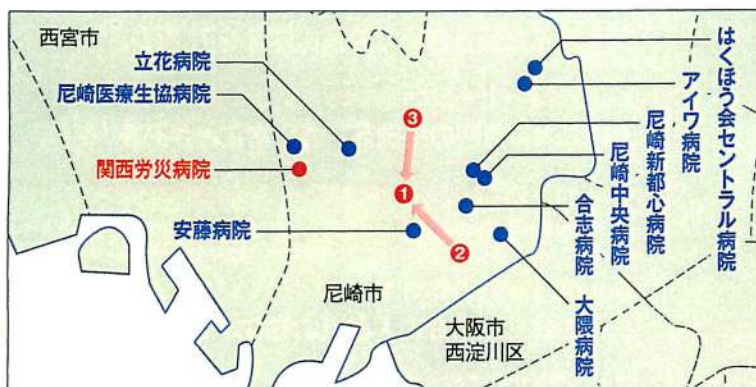
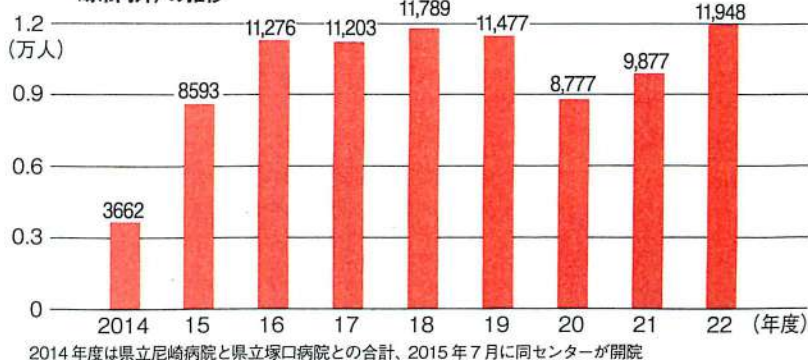
の2018年は約10ポイント増の31%に高まった（図2）。

この期間における同センターの受け入れ数の増加率は71.6%と、尼崎市内外での救急車搬送患者総数の増加率23.1%を大きく上回る。独立行政法人の関西労災病院（642床）を含めたシェアは2018年には約50%に高まった。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響により2022年の尼崎総合医療センターの占有率は若干低下したが、こうした自治体病院の診療体制の変化は地域の患者の流れを変える可能性が高いことが分かる。

### 救急が最大3割減の民間病院も

一方、周辺の主な2次救急を担う民間病院の中には、同センターの開設を機に1割から3割ほど救急患者が減り、2022年時点でも回復していないとこ

図1◎ 兵庫県立尼崎総合医療センターにおける設立前後の救急車搬送患者受け入れ件数（尼崎市内外）の推移



#### 兵庫県立尼崎総合医療センター

所在地・尼崎市東灘波町  
診療科・48診療科  
病床数・730床  
医業収益・304億円（2021年度）  
他会計からの実繰入額・約87億円



#### 旧・兵庫県立尼崎病院

所在地・尼崎市東大物町  
診療科・30診療科  
病床数・500床  
医業収益・約160億円（2014年度）  
他会計からの実繰入額・約16億円



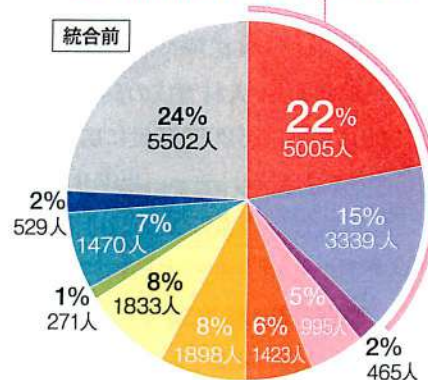
#### 旧・兵庫県立塚口病院

所在地・尼崎市南塚口町  
診療科・26診療科  
病床数・400床  
医業収益・約65億円（2014年度）  
他会計からの実繰入額・約7億円

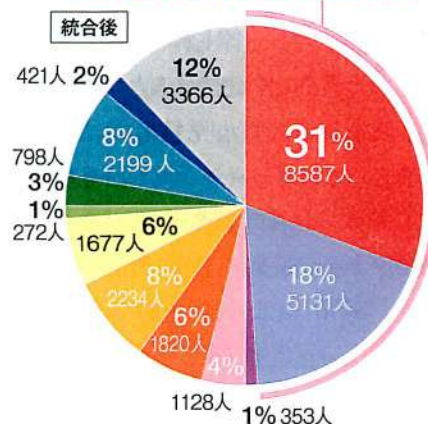
図2◎尼崎市における救急車搬送患者の病院別の占有率

- 兵庫県立尼崎総合医療センター(塚口病院と尼崎病院)
- 関西労災病院
- アイワ病院
- セントラル病院(現・はくほう会セントラル病院)
- 安藤病院
- 近藤病院
- 合志病院
- 田中病院
- 尼崎新都心病院
- 尼崎中央病院
- 尼崎医療生協病院
- その他の医療機関(市外含む)

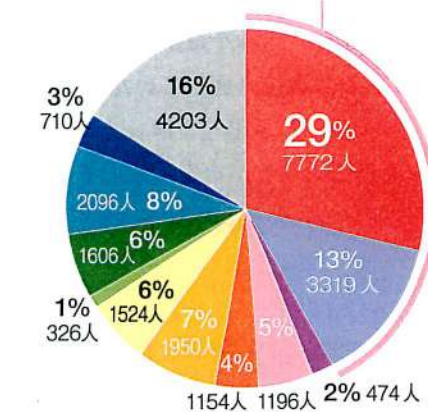
2014年(総搬送人数2万2730人)  
 公立・公的病院の2病院で37%のシェア



2018年(総搬送人数2万7986人)  
 公立・公的病院の2病院で49%のシェア



2022年(総搬送人数2万6330人)  
 公立・公的病院の2病院で42%のシェア



ろもある。同センターの設立後、急性期病床の一部を回復期病床や療養病床に転換し、後方病床の運営に軸足を移した民間病院もあるようだ。

市内の民間病院のある経営者は、「入院患者の確保にもつながり得る救急患者は単価が高いため、多く受け入れたいのが急性期病院の本音だ」と話す。実際、尼崎総合医療センターの患者1人1日当たりの収益は上昇している。統合前の尼崎病院における入院患者の1人1日当たり収益は7万円を下回っていたが、統合後の尼崎総合医療センターは2021年度時点で9万7000円に向上し、外来患者についても2万円を超えた(図3)。

**特定の疾病患者の減少の可能性も**

同センターは、設立の5年前から医師確保に注力していた。医師数は統合前の2病院の計258人から統合した2015年7月には302人に増加。2023年5月時点で非常勤医師も含めて518人が在籍する。配置医師の充実で重症患者を多く受け入れられるようになり、症例数も増えてさらに医師が集まるという好循環にあると推測される。

特定の診療科の患者が、同センターに集中している可能性もあるようだ。

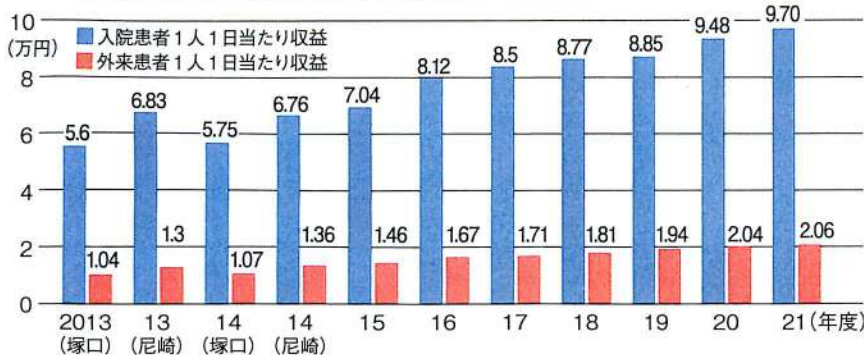
冒頭の勤務医は「尼崎総合医療センターの設立以降、当院の脳神経外科の救急患者が減った」と打ち明ける。

一方、事前に同センターの開設の影響を考慮し、自院の機能を再考した民間病院もある。市内のある病院は、当直医の人数やMRI(核磁気共鳴画像)などの高度な医療機器を倍増させて救急機能を高め、救急患者の減少を最小限に食い止めた。同院の医師は「勤務医を増やしたり、高額な医療機器を導入できる民間病院は限られる。余力のないところは今後、機能転換を迫られる可能性もある」と語る。

尼崎総合医療センターは、民間病院だけでは対応できない患者を多く受け入れている。その意味で、地域医療にとって不可欠な存在だ。「公的医療機関の再編統合による大きな効果だ」と市内の病院経営者は話す。ただ一方で、公立病院だけで全ての患者に対応できないことも事実。今回の件について兵庫県に取材を申し込んだが、見解は得られなかった。

冒頭の勤務医は「民間病院が淘汰されれば、地域医療は立ち行かなくなる。公立と民間がお互いを尊重し、どう機能分担すべきか、地域でしっかり熟考すべきだろう」と話している。

図3◎兵庫県立尼崎病院と兵庫県立塚口病院、兵庫県立尼崎総合医療センターにおける入院患者1人1日当たり収益と外来患者1人1日当たり収益





# 急性期機能の集約化が進む公立病院 近隣の民間病院は戦略見直しが必須に

「公立・民間の4医療機関を再編統合し、高度医療・人材育成の拠点となる1000床の病院を2030年度に広島市内にオープンする」——。今年9月8日、広島県知事の湯崎英彦氏は記者会見で明かした。県立広島病院（南区、一般662床、精神50床）、医療法人JR広島病院（東区、一般275床）、中国電力（株）（中区）の中電病院（同、一般248床）、県立の広島がん高精度放射線治療センター（東区）を再編し、重症用130床を含む一般950床に精神50床を加えた、全国トップレベルの医療を行う新病院を建設するという。

ERを併設した小児救命救急センターや、オーダーメイド型の治療を提供するがん医療センター、「断らない救急」——などを柱に、災害医療の充実や医師の偏在・医療人材の不足解消も目指す。2300人を超える職員を擁し、現時点で1300億円超の整備費を見込む、公立病院を核とした巨大な再編統合プロジェクトとなる。

## 200弱の公立病院が再編実施

経営悪化、医師不足、施設の老朽化などの課題に直面していた公立病院が再編へ動き出したきっかけは、2007年に総務省が策定した「公立病院改革ガイドライン」だ。各病院に改革プランの策定を求め、(1)経営の効率化、(2)再編・ネットワーク化、(3)経営形態の見直し——に取り組むよう促した。2015年の改定時には、地

域医療構想などを踏まえて役割を明らかにすることも求め、並行して財政支援も行ってきた。

結果、2008～2014年に126病院が、2015～2020年に67病院が再編・ネットワーク化を実施済み。実施中の病院も60を数える（図1）。この間、2019年に厚生労働省が「再編が必要だ」とする公立・公的の424病院のリストを公表、波紋を呼んだ。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行もあってペースダウンしたが、引き続き重要課題として取り組まれている。

一般的な再編パターンは、似た機能の2病院を統合し、医師やコメディカルを手厚く配置して急性期・高度急性期医療を手掛ける新病院を建設、残る病院は回復期にシフトしたり手放す——というもの。補助金を受けるために、再編前後で対象となる病院の

総病床数は減らすのが一般的だ。

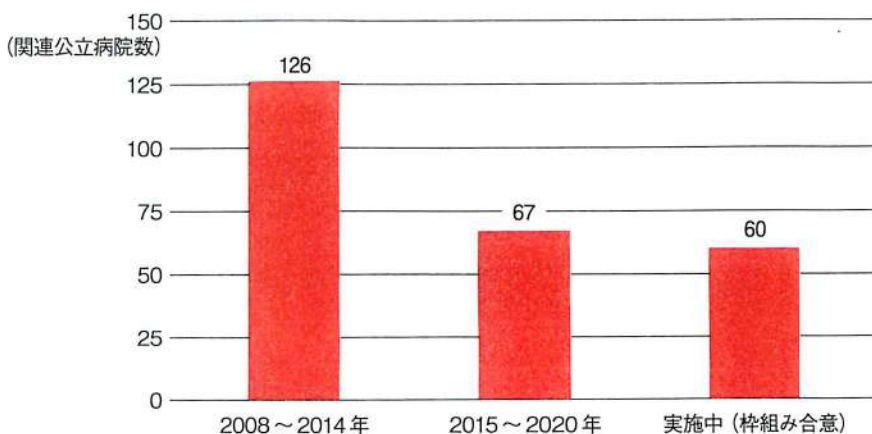
## “蚊帳の外”の民間には脅威出現

これまでの再編の大半は、公立病院同士か、公立病院を中心に国立病院や日本赤十字社などの公的病院が加わった枠組みだ。

例えば2015年に新潟県が南魚沼市に開設した新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院（一般400床、精神50床、感染症4床）は、県立小出病院（383床）、県立六日町病院（199床）、魚沼市立堀之内病院（50床）、南魚沼市立ゆきぐに大和病院（199床）の公立病院4つの再編事例。開設している3自治体と、同じ医療圏内の1市2町が出資した一般財団法人が指定管理者となり運営を始めた。

これに対し民間も加わった再編事例としては、例えば三重県の桑名市

図1◎これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績



注)「実施中」は参考値  
出典：総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」資料

総合医療センター（一般400床）がある。桑名市内の桑名市民病院（234床）、特別医療法人和心会平田循環器病院（79床）、医療法人山本総合病院（349床）の公民3病院を、地方独立行政法人を設立して2012年に傘下に入れ、6年後に統合して新病院を開院した。ほかに、茨城県の桜川市・筑西市、兵庫県加古川市、そして本特集36ページで紹介する兵庫県川西市などの事例があるが、数は多くはない。

結局、公立病院の再編・ネットワーク化は、周囲の民間病院にとって大きな脅威となるケースがほとんどだ。急性期機能を高めて病室や駐車場などのアメニティーも充実させた病院の出現は、特に救急をはじめ急性期医療に力を入れている病院に患者確保の面で大きな影響を及ぼすだろう。

宮崎産業経営大学経営学部教授の川島秀樹氏は、「公立・公的病院のネットワークと地域民間病院との関わり」の演題で今年の全国自治体病院学会で発表した。再編・ネットワーク化の成功事例とされる地域で、急性期

機能を向上させた病院が近隣の病院にどんな影響を与えるか、DPC/PDPS（診断群分類包括評価支払制度）のデータを基に分析している。

### 生き残る鍵は機能の「選択と集中」

取り上げたのは桑名市総合医療センター、奈良良総合医療センター（奈良県大淀町、232床）、尼崎総合医療センター（兵庫県尼崎市、730床）、北播磨総合医療センター（兵庫県小野市、450床）のある計4地区。各公立病院と周囲の7病院をそれぞれ選んで分析し、一部ヒアリングも行った。

例えば、2018年に統合した新病院がオープンした桑名地区。2018、2019、2021年と、桑名市総合医療センターの月平均患者数は前年を上回った（図2）。かたや近隣の民間病院には、2018年の月平均患者数が約70人と前年比約30人減の例もあった。また、県境を越えた隣町にある公的病院と診療科別に患者数の推移を比べると、再編前に流出していた患者が同センターに戻っているとみられたという。



宮崎産業経営大学経営学部教授の川島秀樹氏は、「都道府県の医療政策課や病院局は定期的に病院情報を開示して、情報の非対称性が生じないようにすべきだ」と語る

川島氏は、「診療圏が広く統合の影響が小さい1地区を除く3地区で、患者が戻り地域完結性が向上した」と再編の効果を挙げる。周囲の病院では、回復期への病棟再編やリハビリテーションセンターの開設などの動きがあることから、「民間病院が生き残るには他院との連携を図り、得意分野への『選択と集中』を目的とした診療科の整理が必要だ」と話す。また、「地域医療構想調整会議の活発化や関係者間の情報・知識の格差解消のため、都道府県の医療政策課や病院局の調整・指導が重要になる」と語る。説明の機会が十分ないまま再編が進むと不満の種になるという。

### 急性期への残留には高いハードル

同じ事業領域に強力なライバルが

図2◎桑名市総合医療センターの月平均患者数（全症例）の推移（DPCデータ）と近隣の病院の動向



※宮崎産業経営大学教授・川島秀樹氏、千葉商科大学経済研究所・白木秀典氏による第61回全国自治体病院学会ポスターセッションの資料を基に作成

#### <周囲の病院の動き>

- ・100床規模の病院で救急の外傷系が減少。地域包括ケア病棟やリハビリテーションを拡充
- ・愛知県の隣接自治体にある公的大病院は、神経・耳鼻咽喉科系などの患者の動きから桑名市総合医療センターと品質技術競争及び補完の関係にあるとみられる

出現した場合に、別の領域へ転身を図ることはごく普通の事業戦略。ただ、公立病院の整備には自治体から資金が投じられることから、民間病院サイドに不満の声があるのも確かだ。

もちろん、急性期医療にとどまる選択肢もある。帝京大学法学部准教授の朴井晃氏は、15年にわたり大阪府の八尾市立病院（一般380床）に勤務した経験を持つ。「自治体病院は急性期や高度急性期にこだわるべきと考えているが、力のある民間病院が存在する地域もある。任せきりとはいかないが、切磋琢磨し連携して地域全体を守っていくべきだ」と話す。

八尾市には400床超の八尾徳洲会総合病院があり、「市立は癌医療、徳洲会は脳神経や循環器の専門的な高度医療」といった形で、急性期分野での役割を分担していたという。川島氏

の研究でも、患者がほとんど減らない中規模の民間病院があった。「脳神経外科が強みで、地元医大と連携して医師を確保していた」（川島氏）。

ただし、全国的に高度急性期・急性期の病床が多い中、パワーアップした公立病院に伍して急性期医療をやるうとするなら、綿密な戦略と相当の努力が必要になるのはいうまでもない。

### 軽症急性期や下り搬送に注目

一方で、「現在の『高度急性期』『急性期』『回復期』『慢性期』という、地域医療構想の4区分は現場に合っていない」という意見もある。この点で注目されるのは、急性期機能を「重症」と「軽症」に分ける奈良県の取り組み。この5区分であれば回復期が減り、その分軽症急性期の病床が増える。

また厚労省の中央社会保険医療協



帝京大学法学部准教授の朴井晃氏は、公立病院の事務職員の経験を踏まえ、「自治体病院には不採算医療に加えて高度医療の提供も求められる」と話す

議会では、「誤嚥性肺炎などの高齢の救急患者は、高機能の急性期型の病院ではなく地域包括ケア病棟などで受け入れるべきではないか」という議論が始まった。診療側は反対の姿勢だが、「高齢者が高機能の病院に搬送された場合は、診断がついた時点で回復期に近い機能の病院に『下り搬送』すべきだ」との意見も出された。

このような機能区分や診療報酬上の評価が普及・導入されたりすれば、民間病院も急性期機能の一翼を担うことが明確になり、患者確保や医師採用面などでのハンディが多少なりとも減りそうだ。実際の機能に合った役割分担と連携で、地域医療を支える提供体制につながる期待もできる。

総務省が昨年策定した「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」では、項目立てから「再編・ネットワーク化」は消えたが、当面、急性期機能を高めた公立病院の開設が続く（表1）。ガイドラインが掲げた「公民の適切な役割分担の下で地域において必要な医療提供体制の確保を図る」が、その中で生かされるか注視したい。

表1◎今後行われる予定の主な機能分化・連携強化の取り組み（2023年3月末時点）

2023年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・米沢市立病院（322床）＋一般財団法人三友堂病院（187床）＋同三友堂リハビリテーションセンター（120床）</li> <li>⇒米沢市立病院（263床）＋一般財団法人三友堂病院（199床）</li> <li>同じ敷地内に一体的な建物を建設。急性期は市立が、回復期は三友堂が担う</li> <li>・新潟県立燕労災病院（300床）＋厚生連三条総合病院（199床）</li> <li>⇒済生会新潟県央基幹病院（400床）</li> <li>他の県立2病院、済生会1病院を含む5公的病院の急性期機能を集約。県が設置</li> </ul>
2024年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・泉大津市立病院（230床）＋医療法人生長会府中病院（380床）</li> <li>⇒泉大津急性期メディカルセンター（300床）＋泉大津市立産産科小児医療センター（82床）＋社会医療法人生長会府中病院（167床）</li> <li>高度急性期・急性期機能を集約した新市立病院を開院して指定管理で運営。府中病院は回復期と地域包括ケア機能に</li> </ul>
2025年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊丹市立伊丹病院（414床）＋公立学校共済組合近畿中央病院（445床）</li> <li>⇒（仮称）伊丹市立伊丹総合医療センター（602床）</li> <li>急性期機能を担う2病院を統合して高度急性期が提供できる新しい基幹病院を建設</li> <li>・土岐市立総合病院（350床）＋厚生連東濃厚生病院（270床）</li> <li>⇒東濃中部病院事務組合新病院（400床程度）</li> <li>JA岐阜厚生連を指定管理者として運営。土岐市と瑞浪市で病院事務組合を設立</li> </ul>
2026年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・兵庫県立西宮病院（400床）＋西宮市立中央病院（257床）</li> <li>⇒（仮称）兵庫県立西宮総合医療センター（552床）</li> <li>県立と市立の機能を統合して県立の新病院を建設</li> </ul>
2028年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・沖縄県立北部病院（327床）＋北部地区医師会病院（236床）</li> <li>⇒公立沖縄北部医療センター（450床）</li> <li>県と12市町村が共同で設置。医療圏唯一の高度急性期・急性期医療を担う病院に</li> </ul>

※総務省のウェブサイトなどを基に作成



インタビュー1 ● 全国自治体病院協議会会長 小熊 豊 氏

## 突っ込んだ話し合いで公民の関係を円滑に

公立・公的病院と民間病院が力を合わせ、行政とも一体となって各地域に合った医療提供体制を構築していくのが理想だが、現状は多くの地域でそうなってはいない。鍵となるのは情報共有。医療情報システムで各病院の機能が一目瞭然に分かったりすれば、自然とベストな提供体制に移行していくのではないか。

2007年以來、総務省が3回策定した公立病院改革のガイドラインでは、地域医療構想を踏まえて地域医療のあり方や連携体制を考え、再編・ネットワーク化を検討する方向性が打ち出されてきた。だが、地域医療構想調整会議でここまで視野に入れて議論に参加している病院は、公民ともに多くはないだろう。

公立・公的病院が、高度急性期医療をはじめ、へき地・不採算医療など、他の開設主体では担うのが難しい機能に重点化するのは当然のことだ。ただ、公立病院は規模や立地が様々で、果たすべき役割は地域によって大きく異なる。大都市部なら高度急性期への特化も不可能ではないが、大部分の公立病院に求められているのは、すそ野の広い一般的な医療。ここを手掛けないと住民ニーズに応えられないし、経営面でも立ち行かない。そのため、民間病院と競合することもある。

人口数十万人の診療圏では、ある程度高度で民間でも公立でも提供できる医療に対する需要が大きい。各病院がそれぞれ同じレベルの医療を提供すると、医師の配置が薄くなって負



おぐま・ゆたか氏 ● 1950年生まれ。1975年北海道大学医学部卒業後、富山医科大学（現富山大学）医学部助教授などを経て、1996年に砂川市立病院院長に就任。現在名誉院長。2018年に全国自治体病院協議会の会長に就任

担増になる。そこで主に急性期機能を集約する目的で、病院統合を核とする公立病院の再編・ネットワーク化が進んできた。

## 3分の2は軽症の急性期まで

既に200近い公立病院の再編・ネットワーク化が行われたが、民間病院が入っているケースは数えるほど。公立、公的、民間でそれぞれ理念や運営方法が違うことが背景にあるだろう。人件費についての考え方はその象徴だ。民間は圧縮して経営改善につなげられるが、自治体が開設する病院は議会に決定権があり容易にできない。

公立病院の65.4%は人口10万人以下の自治体にある。こうした地域の病院は、住民ニーズの高い一般・軽症急性期の医療を手掛けるべきだと考えている。肺炎なら軽症患者のみを受け入れ、人工呼吸器が必要な場合は他院に紹介する——といった具合だ。

約3割の公立病院がある人口3万人以下の自治体では、民間病院が十分

に機能していない例が多い。こうした公立病院が不可欠な地域では、かかりつけ医や在宅医療の機能を持って、“かゆいところに手が届く”地域密着型の医療をやっていくべきだと思う。在宅療養支援病院の役割を果たしたり、民間のグループ診療のネットワークに参加するのも良い取り組みだ。

急性期を重症と軽症に分ける試みや、高齢救急患者の急性期病院からの「下り搬送」に関する議論など、公民の協力関係の円滑化につながりそうな動きも出てきている。これらが現場に浸透すれば、住民も各病院の機能・役割について詳しい情報を持つようになり、機能分担と連携の推進に一役買うだろう。

「急性期医療は公立病院が……」という意識は、当協議会の会員病院の院長たちは持っていない。統合して高機能になっても、多様な住民の医療ニーズに応えきれないのは言うまでもない。様々な開設主体の医療機関があって、かかりつけ医から高度急性期までの機能が地域全体で満たされればよいのではないか。

統合・再編で高機能の病院が誕生した地域では、公と民の関係がぎくしゃくしているところもある。規模・機能の違いばかりに目が行きがちだが、計画段階から民間病院なども巻き込んで医療提供体制全体についてじっくり話し合うべきだった。医療の担い手に、公立も民間もないはず。お互いを尊重して認め合うことが大切だと思う。 (談)