

新築移転を控えたK市民病院の地域共生戦略

－ 近隣救命救急センターとの共存に関する一考察 －

川口 克廣

キーワード：地域共生戦略、地域連携、共存共栄、部分競争・部分共栄、新築移転

1. はじめに

2014年6月に「医療介護確保推進法」が制定され、都道府県が「地域医療構想」を策定し、2025年に向けて病床機能分化・連携を進めることとなった。これには、2006年度の診療報酬改定で、入院基本料等における看護職員配置基準を実配置表記に変更した際に、現行実施されている患者の評価、すなわち、「重症度、医療・看護必要度」といった評価基準を課さずに上位区分7対1を新設したために、増えすぎてしまった7対1入院基本料を算定する病棟の整理を目指すという目的がある。

また、少子高齢化が進む中で、患者の視点に立ちながらも限られた医療資源を効率的に活用することを目指し、急性期治療から慢性期にかけて切れ目のない医療・介護を提供するという、医療サービスの提供体制の改革が求められている。このことは、たとえ急性期に特化した病院であっても、「救急医療・急性期医療」の先にある「在宅」への復帰、すなわち、地域でQOL(quality of life; 生活の質)を保持しながら生活が継続できるような地域包括ケアシステムの構築がなされなければならないことを示している。

愛知県尾張北部医療圏の唯一の救命救急センターとして、K市民病院は「断らない救急」を理念とし存立してきたが、同医療圏では、2015年10月にA厚生病院、B市民病院が新たに救命救急センターとして認可され、愛知県に22ある救命救急センターのうち、3施設が尾張北部医療圏に林立する結果となった。

そこで本稿では、同一医療圏に競合する病院がある場合に取りべき戦略について先行研究をレビューし、地域医療を担う急性期病院が、地域及び近隣の急性期病院と共

生していくためにどのような方策をとればよいのか、また、「在宅」への復帰、地域医療との関わりをどのように進めていけばよいのかについて、DPC¹[DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System)]公開データを用いて分析を行い、K市民病院の地域共生戦略について検討を行った。

2. 先行研究のレビュー

近隣に競合病院が存在する病院が取るべき経営戦略を論じた論文はきわめて少ない。特に、競合病院が自治体病院同士である論文はほとんどない。

岩崎(2015)は、熊本市医療圏急性期基幹病院3施設（済生会熊本病院、熊本医療センター、熊本赤十字病院）の分析から、それぞれの病院が確固たる強みをもっていることを示し、その強みを生かす戦略によって差別化が図られ、病床機能分化と連携、棲み分けができていることを明らかにした。

同時に、この観点から、機能分化と棲み分けが十分にできていない、大阪市医療圏の近隣3病院を例に挙げ、「競合戦略」から話し合いによる協調を目指した「地域統合戦略」による共存を述べている。

また、呉竹(2013)は、神戸医療圏の3病院のDPCデータ、救急搬送データを分析することで、「差別化戦略」および併設する高度救命救急センターをコーディネーターとする「3病院連携の救急体制」という新たな戦略を示した。

さらに、岩田(2013)は、同じく神戸医療圏3病院の循環器領域の分析を行い、都市型中規模病院が生き残るための方策として、医療機関を越えたチーム医療を推進していく必要があると述べている。

3篇とも、3病院間の、話し合いやコーディネーターを介した医療連携について言及しているが、今日、国からの強い要請のもとで地域医療ビジョンへのコミットメントが求められ、病院の経営戦略を立てる上では、「対病院」の分析だけでなく、「対地域」、すなわち、地域の医療や介護サービスとの連携、および、それらの許認可等に影響を及ぼす市町村への対応を含めた検討が必要となる。特に、自治体病院は、公共性だけでなく経済性が追求されねばならない²ことから、これらを両立しつつ地域で信頼される病院として存続していかなければならないという使命があると考えている。

¹ 2003年に導入された急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度

² 地方公営企業法第3条

3. 愛知県尾張北部医療圏の医療事情

3-1. 愛知県尾張北部医療圏の概要

愛知県尾張北部医療圏は、愛知県の北部に位置し、5市2町からなる。人口は732,868人（2015年1月現在）で、南は名古屋市、北は岐阜県に接する。中央を東西に東名・名神高速道路が貫通し、医療圏西部を国道41号線と名古屋高速小牧線が、東部を国道19号線が南北に貫通する。公共交通機関はJR中央線が医療圏東部の春日井市へ、名鉄犬山線が医療圏西部・北部の岩倉市、江南市、犬山市へ延びて、4市から名古屋市へのアクセスは良いが、医療圏の東西を結ぶ交通機関はバス路線しかない。また、小牧市へは地下鉄を経由した名鉄小牧線という小路線しかなく、小牧市から名古屋市へのアクセスは悪い。

この圏域は、1991年から、K市民病院が救命救急センターとして、その役割を果たしてきたが、2015年10月に新たに2病院（A厚生病院、B市民病院）が救命救急センターに指定された。

同一二次医療圏内に、自治体が開設するK市民病院（一般558床）とB市民病院（一般556床、感染症6床）、JA愛知厚生連の開設するA厚生病院（一般630床、療養54床）という、ほぼ同規模の3病院が救命救急センターを持つ急性期病院として存在する状況となっている。K市民病院は、B市西部に位置するB市民病院とは5kmの距離にあり、A厚生病院とは8kmの距離にある。同医療圏域には、3病院以外にB市北東部に全国展開する医療法人の経営するNT病院（一般300床：DPC病院）と27年度DPC参加したTK病院（一般149床）、大口町（丹羽郡）に一般232床、犬山市に一般316床、岩倉市に一般141床の病院がそれぞれある。また、K市内にはK市民病院以外には、一般110床、療養60床の小規模病院が存在するのみである。K市とA市の間には丹羽郡があり、地理的・交通手段の理由で両市間の患者の動きは比較的少ないが、隣接するB市とK市の間では動きが大きい。ただし、B市北東部・東部からK市民病院へのアクセスは悪い。また、尾張中部医療圏（清須市、北名古屋市、豊山町）は、北名古屋市に一般226床の病院があるが、K市と隣接する北名古屋市、豊山町からK市民病院への来院は多く、両市町はK市民病院の診療圏と言える。

図1に尾張北部医療圏および医療圏間の医療依存度を示す。尾張北部医療圏は名古屋市に隣接するが、自域依存率は79.7%、患者流出率は20.3%、流入率は22.6%であり、圏域内から圏域外への患者の流出は比較的少ない。流入の93%は尾張中部医療圏からである。



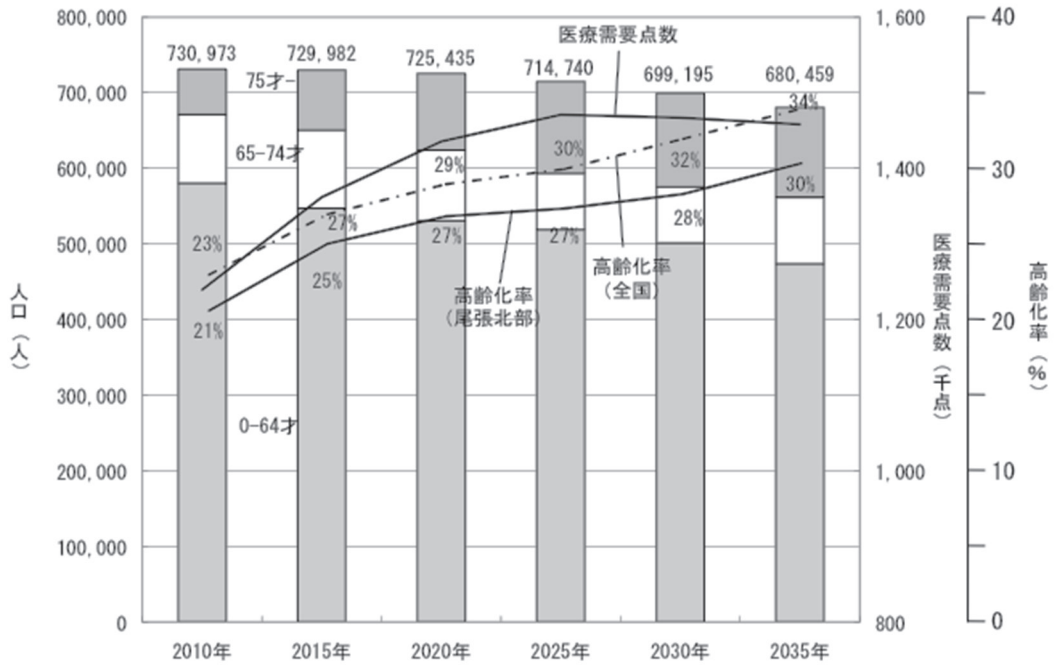
(出所：愛知県地域保健医療計画および日本医師会 JMAP より作成)

図 1：尾張北部医療圏および医療圏間医療依存度

図 2 に尾張北部医療圏の人口予測と医療需要予測を示す。人口は 2015 年までほぼ横ばいであるが、その後、減少幅が大きくなり、2030 年までの 15 年間に 4% の減少が予想される。高齢化率は全国平均に比べれば増加幅は小さいものの、2030 年には 28% に達する。医療需要は 2025 年まで増え続け、その後、減少に転ずる。

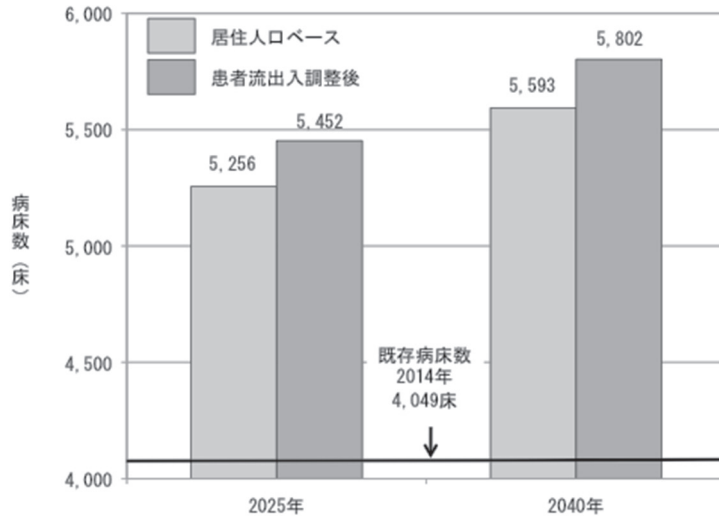
図 3 に将来の必要病床数（一般）予測を示す。尾張北部医療圏計画では基準病床数は、一般・療養合わせて 4,854 床、2014 年現在の一般病床の既存病床数は、4,049 床（2014 年地方厚生局届出情報）である。2025 年、2040 年には居住人口ベース必要病床数、患者流出調整後の必要病床数とも大幅に不足すると予測される。

尾張北部医療圏には地域包括ケア病棟は B 市に 22 床、犬山市に 26 床と少なく、回復期リハビリ病棟も B 市に 174 床、A 市に 60 床、岩倉市に 60 床、犬山市に 48 床、大口市に 54 床という状況で、K 市には地域包括ケア病棟も、回復期リハビリ病棟も存在しない。



(出所：ウェルネス2次医療圏サマリーデータ Ver. 4.0.1 より作成)

図2：尾張北部医療圏の人口予測と医療需要予測および高齢化率（65才以上）



(出所：(株)ケアレビュー 地域別必要病床数試算結果一覧表 ver. 1.3 より作成)

図3：尾張北部医療圏の一般病床の既存病床数と必要病床数予測

3-2. K市民病院の概要

K市民病院は、1963年に愛知県厚生連の病院を買収し、一般101床、結核74床、伝染病23床で発足した。その後、増床を重ね、1985年に南棟が完成して、一般378床に、1989年に東棟（一般504床）が完成し、1991年に救命救急センターが稼働開始、「断らない救急」として地域からの信頼を得てきた。さらに二期の工事を経て、現在は緩和ケア病棟14床を含む558床で運営されている。しかし、病院建設から30年が経過し、建物の老朽化・狭隘化による医療機能の制約、設備の不具合、療養環境の悪化が問題となっており、増築を重ねたことによる動線の複雑化が深刻である。特に救命救急センターは手狭で、同時に複数の救急車への対応が困難だけでなく、各検査部門・手術室・集中治療センターへの動線も長く、緊急時の対応に不都合が生じている。

そこで、2016年度から新病院の建設を進めることとなった。新病院の新築構想では、分散した機能を集約化し、手狭となった救急部門・集中治療部門・手術室部門の拡張が計画されている。また、個室化率を高め、現在の556床から520床へのダウンサイジングを予定している。

3-3. 3病院の概要比較

3病院の概要を表1に示す。数値は2014年度、各種指定は2016年7月現在のものである。K市民病院とB市民病院はほぼ同規模、A厚生病院は両病院より規模は大きく療養病床を持つ。K市民病院はDPC病院Ⅱ群であるが、他の2病院はDPC病院Ⅲ群である。A厚生病院は他の2病院に比し病床利用率は高いが在院日数が長い。入院単価については、K市民病院が2病院に比し、約10,000円高い。

診療科については、B市民病院は神経内科の常勤医師6名を擁するが、K市民病院は常勤医師が1名、A厚生病院は常勤医師不在である。また、B市民病院は血液内科の常勤医師が不在である。A厚生病院には心臓血管外科がなく、皮膚科・形成外科は非常勤医師による診療である。B市民病院には心臓血管外科はあるものの常勤医師が1名であり、緊急心臓手術には即応できない状況である。

K市民病院、B市民病院は地域医療支援病院を取得、K市民病院はがん診療連携拠点病院、B市民病院は愛知県がん診療拠点病院を取得しているが、A厚生病院は、どちらも取得できていない。すなわち、3病院とも地域を担う中核病院ではあるが、果たせる機能は異なっている。

表 1 : 3 病院の概要比較 (2014 年度)

	K 市民病院	B 市民病院	A 厚生病院
病床数	558 床	一般 556 床 感染症 6 床	一般 630 床 療養 54 床
診療科	29 科	22 科	33 科
病床利用率	89.4%	83.7%	94.7%
平均在院日数	11.8 日	11.5 日	13.1 日
外来患者数	364,713 人	315,547 人	410,758 人
1 日平均患者数	1,495 人	1,293 人	1,548 人
入院患者数	182,121 人	170,390 人	234,601 人
救急車搬送患者数	6,988 人	10,241 人	6,467 人
入院単価	64,990 円	54,781 円	55,065 円
外来単価	16,858 円	12,700 円	18,611 円
職員数	845 人	827 人	1,196 人
医師数	107 人	129 人	113 人
人口 (2015 年 1 月現在)	K 市 149,341 人	B 市 306,351 人	A 市 98,609 人
各種指定 (2016 年 7 月現在)	DPC 病院Ⅱ群 がん診療連携拠点病院 地域医療支援病院 救命救急センター 災害拠点病院 地域周産期母子医療セ ンター 臨床研修指定病院	DPC 病院Ⅲ群 愛知県がん診療拠点 病院 地域医療支援病院 救命救急センター 災害拠点病院 臨床研修指定病院	DPC 病院Ⅲ群 救命救急センター 災害拠点病院 地域周産期母子医療 センター 臨床研修指定病院

表2に2015年度の3病院の損益計算書を示す。3病院とも堅調な経営をしており、償却前経常利益率は10%前後となっている。人件費率はK市民病院が最も抑えられている。

表2：3病院損益計算書（2015年度）

	小牧市民病院		春日井市民病院		江南厚生病院	
	金額(千円)	構成比率	金額(千円)	構成比率	金額(千円)	構成比率
医(事)業収益	19,833,167	100.0	14,679,845	100.0	22,861,873	100.0
医(事)業費用	19,055,715	96.1	13,989,783	95.3	21,294,289	93.1
給与費	8,816,828	44.5	7,464,098	50.8	11,068,380	48.4
材料費	5,838,808	29.4	2,910,333	19.8	6,724,874	29.4
減価償却費	1,091,480	5.5	1,194,352	8.1	969,735	4.2
医(事)業利益	777,452	3.9	690,062	4.7	1,567,583	6.9
医(事)業外収益	884,494	4.5	806,035	5.5	173,693	0.8
医(事)業外費用	846,461	4.3	996,215	6.8	181,378	0.8
経常利益	815,485	4.1	499,882	3.4	1,559,898	6.8
特別利益	1,340	0.0	0	0.0	51,814	0.2
特別損失	7,539	0.0	10	0.0	1,321	0.0
当期純利益	809,286	4.1	499,872	3.4	1,337,681	5.9

(A厚生病院は養成事業、訪問看護事業、老人福祉事業を含めた事業収支で計算)

図4はK市民病院の医業収益、医業費用、経常利益、償却前経常利益率の推移である。2014年度に消費税率が5%から8%に引き上げられ、医業費用が増加し経常利益は減少している。また、償却前経常利益率は2012年度までは12%を越えていたが、近年は減少傾向を示している。

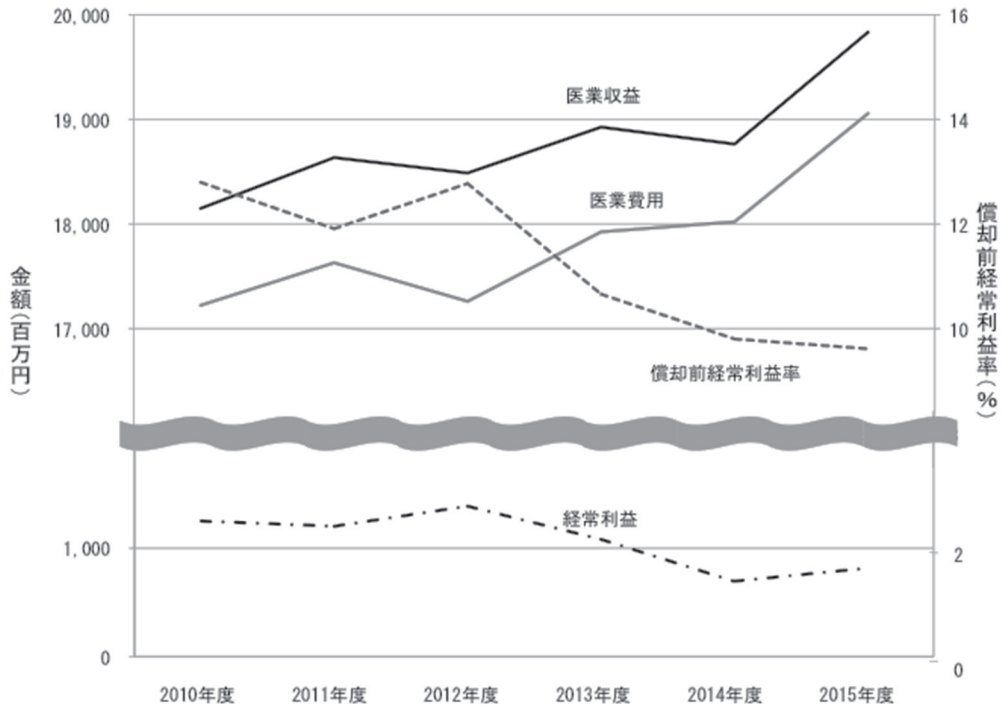


図4：K市民病院医業収支、経常利益および償却前経常利益率の推移

4. 尾張北部医療圏3病院の患者マーケット・シェア分析

4-1. K市民病院のポジショニング

加藤(2010)、井上(2012)らの方法に従い、DPCデータを利用してK市民病院のポジショニング分析を行った。図5に示す患者構成指標とは、全国の平均在院日数が長いDPC分類は重症度が高いであろうと仮定し、[当該病院のDPC毎の平均在院日数を全国平均に合わせた上で再計算したMDC(Major Diagnostic Category:主要診断群分類)別平均在院日数] ÷ [全国平均のMDC別平均在院日数]で示した数値である。全国平均は1.0となり、数字が大きいほど複雑性の高い重症の症例を扱っていると判断する。バブルの大きさは患者数を表す。

K市民病院の二次医療圏シェアは、A厚生病院には劣るが、複雑性・重症度を表す患者構成指標については、B市民病院、A厚生病院よりも高い。K市民病院は重症度が高い症例のシェアが大きいと考えられる。

また、図6に示す在院日数指標とは、[全国平均のMDC別平均在院日数] ÷ [当該病院のDPC毎の患者構成を全国平均に合わせて再計算したMDC別平均在院日数]で示

され、扱う患者の構成が同じであれば在院日数が短いほど効率が良いと判断される。この全国平均は1.0となり、数字が大きいほど効率性が良い。2病院に比較してK市民病院的効率性の良さが示された。

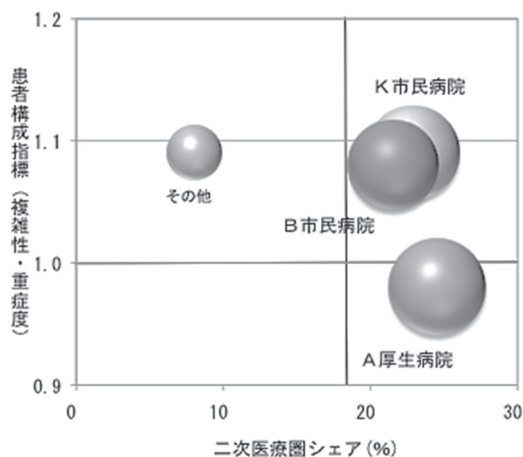
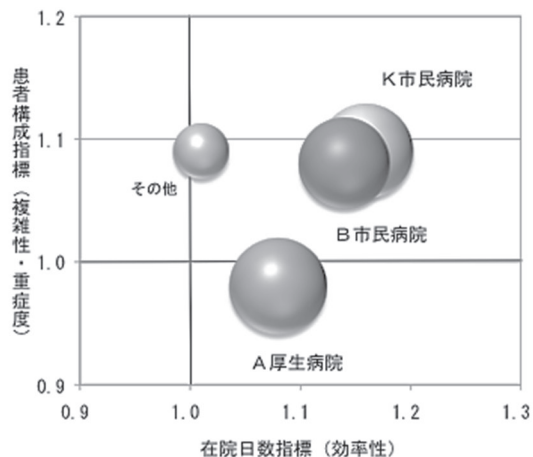
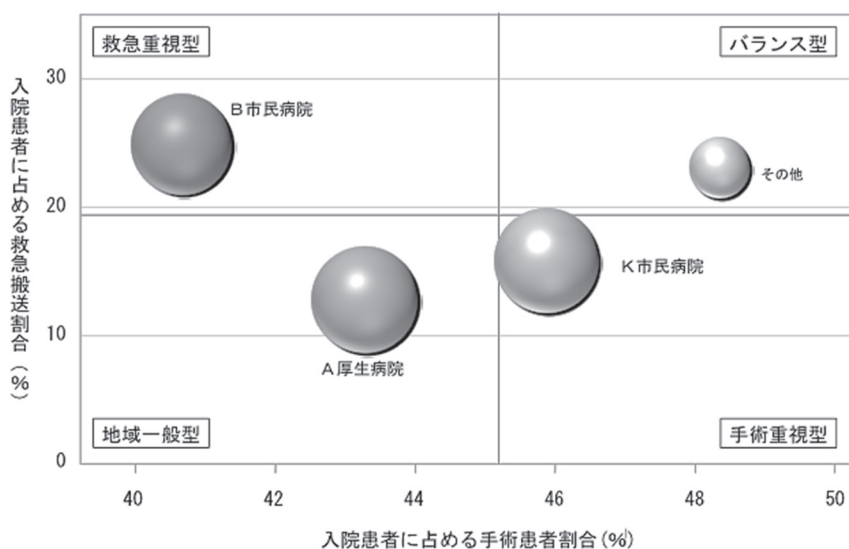


図5：尾張北部医療圏のポジショニング



(出所：病院情報局 2014 年度データより作成)

図6：尾張北部医療圏の効率性・複雑性分析



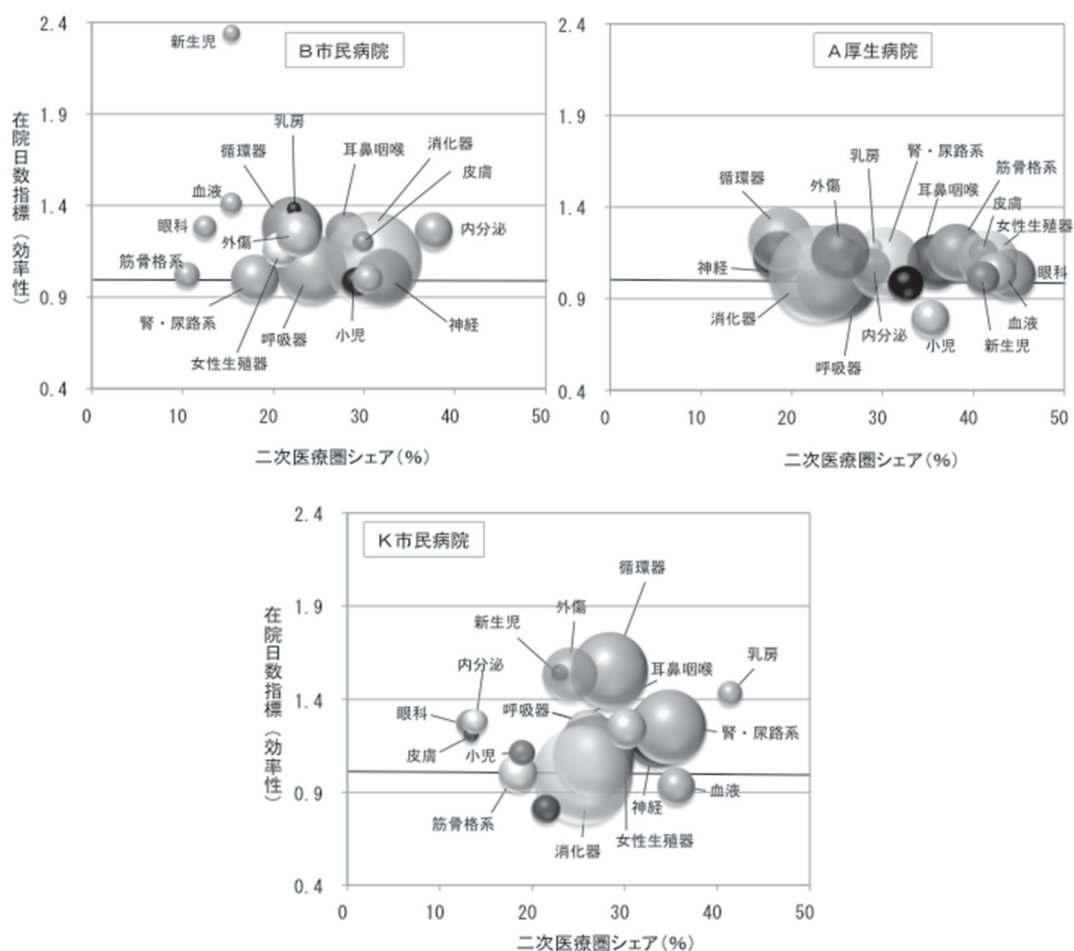
(出所：厚生労働省 2014 年度 DPC データより作成)

図7：尾張北部医療圏の救急と手術の注力状況

図7は、縦軸に入院患者に占める救急搬送患者の割合、横軸に入院患者に占める手術患者の割合をプロットしたもので、救急と手術の注力状況を示すものである。B市民病院は救急重視型病院、A厚生病院は地域一般型病院であり、K市民病院は手術重視型病院であるが、救急搬送患者の割合も比較的高い。

4-2. MDC ポートフォリオ分析

図8は、病院ごとに横軸に二次医療圏に占めるMDC別患者シェア、縦軸に効率性を示す在院日数指標をプロットしたものである。バブルの大きさはMDC別患者数を示す。



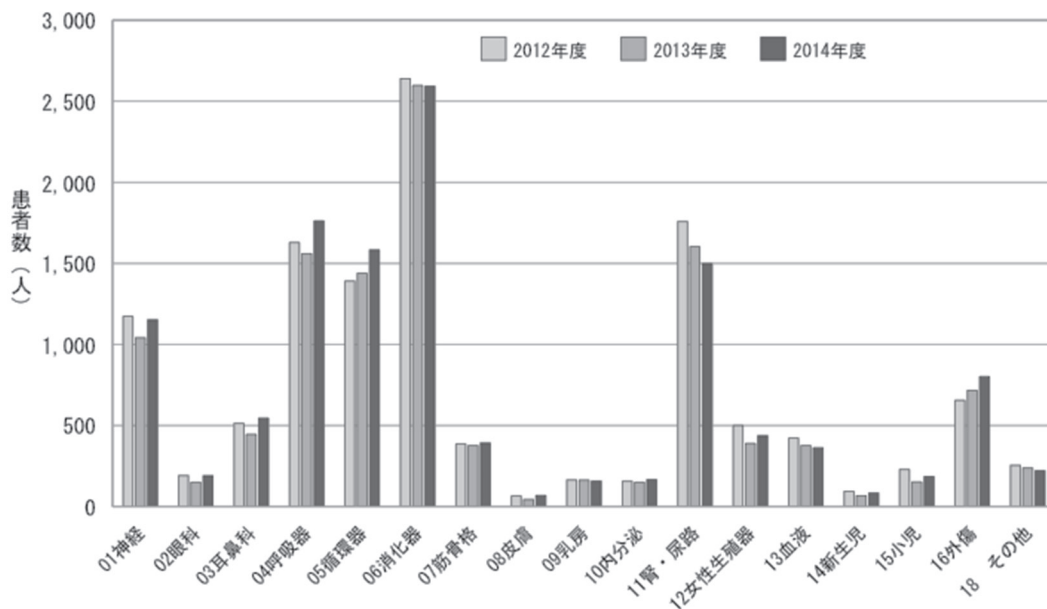
(出所：病院情報局 2014 年度データ、厚生労働省 2014 年度 DPC データより作成)

図8：尾張北部医療圏3病院のMDCポートフォリオ分析

B市民病院は、医療圏における消化器系、内分泌系のシェアが大きく、効率性も優れているのがわかる。一方、A厚生病院は、血液系、新生児系、筋骨格系、女性生殖器系のシェアが大きく、効率性も優れている。ただし、A厚生病院は全体的にどの患者群も在院日数指標は1.0の近辺に集中しており、図6でも示したように、効率性の面でB市民病院、K市民病院に劣っている。K市民病院は、乳房系、腎・泌尿器系、循環器系の医療圏シェアが大きく効率性も優れているが、消化器系が医療圏シェア、効率性とも低い。呼吸器系については3病院が拮抗、神経系はK市民病院とB市民病院が拮抗している。

4-3. K市民病院患者動向と診療圏分析

図9にK市民病院の2012年度から2014年度までのMDC別患者数推移を示す。腎・泌尿器系は圏域内でのシェアは大きいものの患者数は減少、血液系も患者数の減少が見られる。また、消化器系の患者数が増えていないのがわかる。一方、神経系、呼吸器系、循環器系、外傷系などは、患者数を伸ばしている。



(出所：厚生労働省 DPC データより作成)

図9：K市民病院 MDC 別患者数推移

図 10 は、2014 年度の DPC データから、K 市民病院入院患者の郵便番号をもとに居住地別の入院患者割合を図示したものである。圏域北西部の A 市、中北部の丹羽郡の入院が少ないのがわかる。また尾張中部医療圏の患者のうち 4 分の 3 に相当する 11.9% が北名古屋市、3.2% が豊山町の患者である。名古屋市北区も 1.7% を占める。

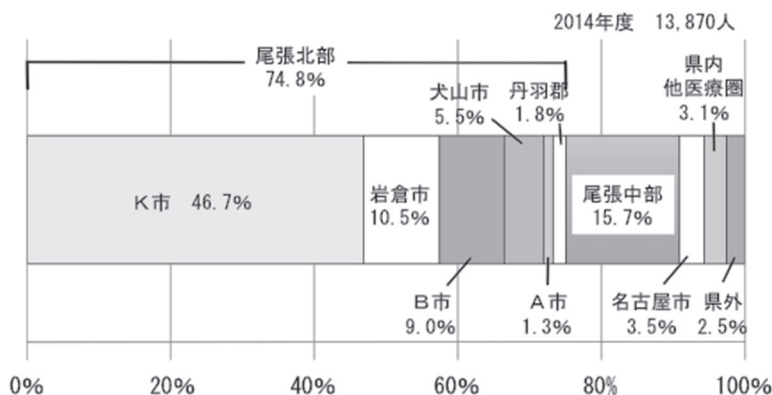


図 10 : K 市民病院入院患者居住地割合 (2014 年度)

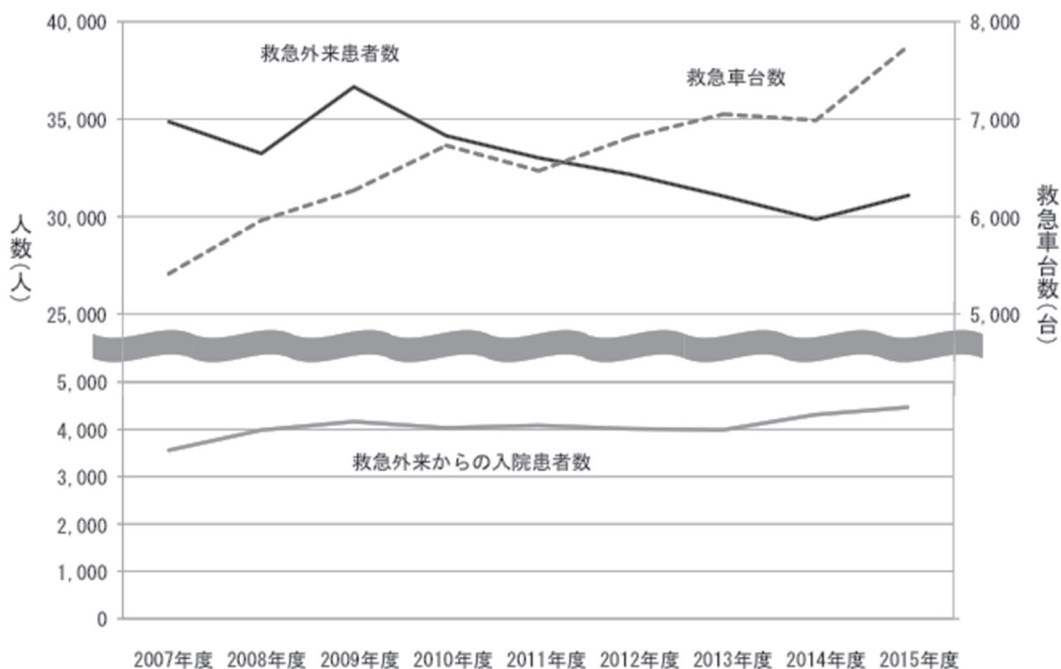
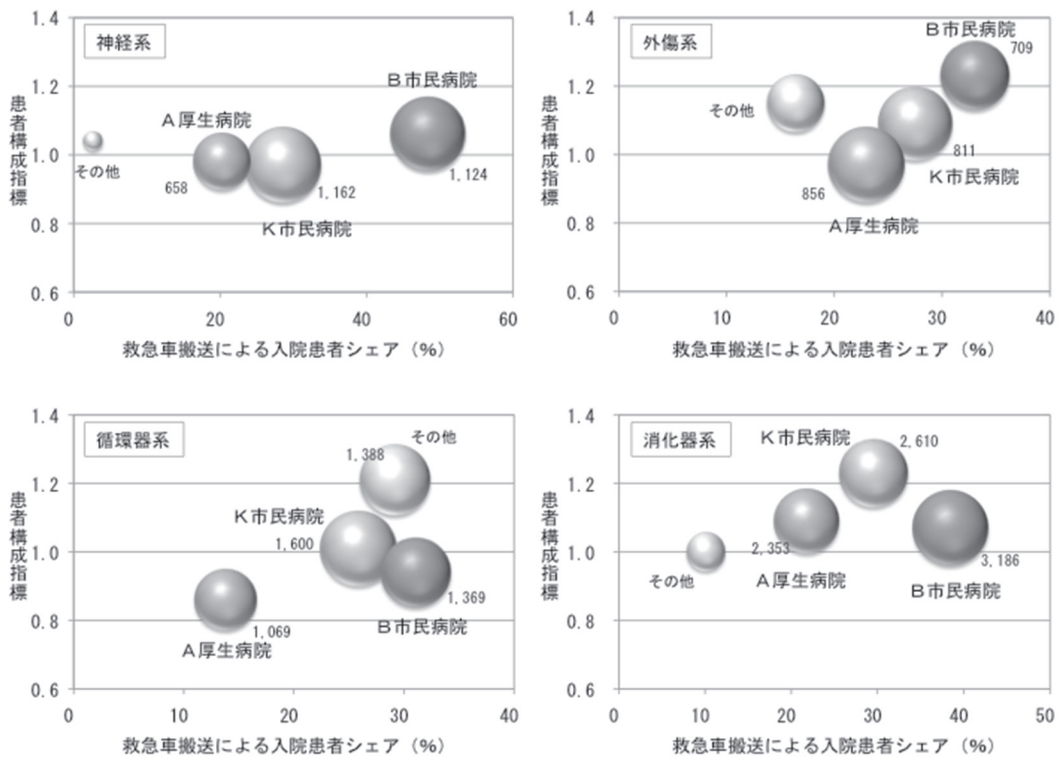


図 11 : K 市民病院救急外来患者数、救急車台数、入院患者数

救命救急センター受診患者数、救急車搬送台数、救急外来からの入院患者数を図 11 に示す。K 市民病院は、平日日勤帯は救急科医師 1 名、非常勤医師 1 名、初期研修医 2 名の体制で救命救急センターを運営しており、マンパワー不足が問題となっているが、救急車搬送台数、救急外来からの入院患者数とも年々増加傾向にある。

救命救急センターとして、さらに発展していくためには、どの分野を伸ばしていけばよいのか検証した。図 8 で患者数が多い MDC 分類のうち、救命救急センターで治療が必要になることが多い神経系、外傷系、循環器系、消化器系を取り上げた。

図 12 は、尾張北部医療圏 DPC 4 病院の、MDC 分類別救急搬送入院患者の医療圏に占める割合と重症度を示す患者構成指標をプロットして作成したバブルチャートである。バブルの大きさと数字は MDC 分類ごとの救急搬送患者を含めた全入院患者数を示す。



(出所：病院情報局 2014 年度データ、厚生労働省 26 年度 DPC データより作成)

図 12：尾張北部医療圏 3 病院の救急搬送患者 MDC ポートフォリオ分析

救急車搬送数が多い B 市民病院は救急搬送入院患者の割合が大きいが、バブルの大きさを見てわかるように、必ずしも入院患者総数には反映されない。特に、神経系、

外傷系、循環器系とも入院総患者数はK市民病院の方が多いのがわかる。つまり、K市民病院としては、シェアの少ない、神経系、消化器系の救急車搬送患者の受け入れ、入院を増やす努力が必要である。

4-4. K市民病院退院先状況

表3に3病院の退院後の状況を示す。K市民病院、A厚生病院とも同様の傾向を示しているが、B市民病院に比して退院後自院への通院患者が多く、十分な逆紹介が進められていない。平均在院日数を短縮するため、入院時から積極的に退院支援を行うことが必要である。

表3：退院後の状況

	家庭へ (自院 通院)	家庭へ (他院 通院)	家庭へ (その 他)	病院・ 診療所 へ転院	介護老 人保健 施設へ	介護老 人福祉 施設へ	社会福祉 施設、有 料老人ホ ーム等	終了 (死亡 等)	その他
K市民病院	85.0%	5.2%	0.2%	4.4%	0.2%	0.4%	0.7%	3.9%	0.0%
B市民病院	71.4%	10.5%	3.5%	6.6%	1.0%	0.9%	1.7%	4.4%	0.0%
A厚生病院	85.2%	5.4%	0.7%	3.2%	0.6%	0.6%	0.5%	3.8%	0.0%

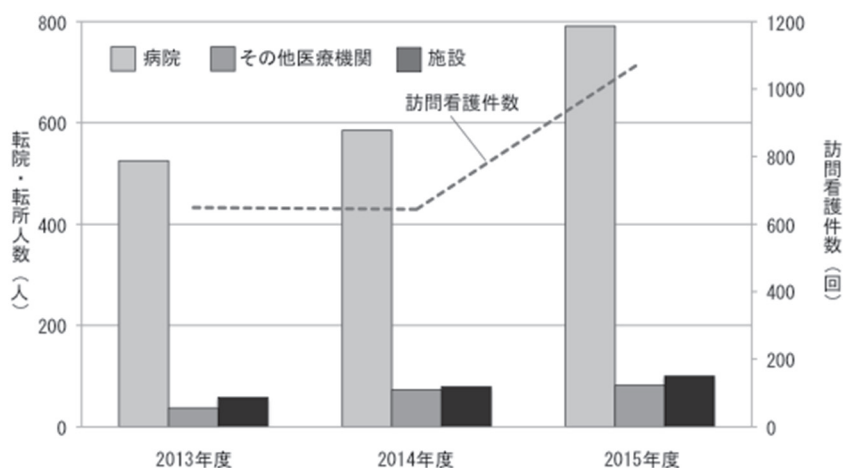


図13：地域連携室の活動状況

図 13 は、K 市民病院の地域連携室の活動状況を示す。地域連携室の機能を強化し、医療ソーシャルワーカー（MSW）を増員したことにより、順調に転院が進められるようになってきた。また、訪問看護部門も 2015 年度には訪問看護の患者数を増やし、訪問件数（のべ）は 1,000 回を超え、地域への看護サービスを提供していた。

5. K 市民病院の戦略

5-1. K 市民病院の課題

現在、K 市民病院は総工費（医療機器を含む）300 億円の新築移転を控えており、2016 年度に着工予定である。現在までは順調な経営をしてきたが、今後借財、減価償却が重くのしかかってくることから、さらに収益を増やしていく取り組みが必要になってくる。K 市民病院が生き残る道は、自治体病院としてあくまでも高度急性期医療にこだわり住民の不安を取り除くことであり、さらに、現在十分とは言えない地域医療、地域連携を進めていくことであると考えている。

5-2. K 市民病院戦略分析

今後の戦略を構築する上で、SWOT クロス分析を行った。表 4 に示す。

内部環境の「強み」は、多種の機能を備えていること、弱い診療科はあるものの A 厚生病院や B 市民病院にない診療科を持っていることである。「弱み」は、病床利用率が低下傾向にあり、開業医からの紹介率が伸び悩んでいること、救急医・集中治療医の人員補充ができず十分な機能が発揮できていないこと、訪問看護体制が弱いことなどが挙げられる。

外部環境の「機会」として、隣接する尾張中部医療圏には救命救急センターはなく、北名古屋市、豊山町からの患者流入が多いこと、また、A 厚生病院とは診療圏が異なること、尾張北部医療圏も中部医療圏も病床数が不足していることなどが挙げられる。

「脅威」は、少子高齢化・人口減に加え、K 市内の開業医の高齢化及びそれに伴う診療連携の悪さ、B 市民病院の存在、28 年度の診療報酬改定に伴う選定療養費の高額化などである。

表 4 : K 市民病院 SWOT クロス分析

		機会 (O)	脅威 (T)
		<p>尾張中部医療圏に競合病院がなく患者流入</p> <p>同一二次医療圏でも A 厚生病院とは診療圏に違い</p> <p>医療圏病床数不足</p> <p>新専門医制度</p>	<p>B 市民病院の存在</p> <p>K 市内に後方病院がない</p> <p>少子高齢化、人口減少</p> <p>開業医の高齢化、受け入れの悪さ</p> <p>診療報酬改定、選定療養費高額化</p> <p>2019 年消費税率アップ</p>
強 み (S)	<p>救命救急センター</p> <p>A 厚生病院、B 市民病院にない診療部門</p> <p>地域医療支援病院</p> <p>がん診療連携拠点病院</p> <p>安定した経営</p> <p>病院機能評価認定</p> <p>卒後臨床研修評価機構認定</p> <p>高機能病院の新築</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・魅力的な研修施設 ・紹介先・逆紹介先との連携強化 ・尾張中部医療圏開業医との連携 ・A 厚生病院との診療連携 ・救急の拡充 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括との連携 ・地域連携室の拡充、強化 ・予約方法の簡便化 ・B 市民病院とも積極的に診療連携（特に心臓血管外科、血液内科）
弱 み (W)	<p>現病院の老朽化</p> <p>病床利用率低下</p> <p>紹介率の伸び悩み</p> <p>弱い診療部門の存在</p> <p>救急科・集中治療医不足</p> <p>地域包括ケアへの関わり</p> <p>訪問看護機能が弱い</p> <p>医師の経営に対する危機意識の欠如</p> <p>新築移転に伴う負債増加</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・救急科の体制整備・救急医増員 ・厳しい入院要件の見直し ・訪問看護の強化 ・経営企画会議立ち上げ、及び部長医師の参画 	<ul style="list-style-type: none"> ・K 市および隣接地域の、特に若手開業医との診療連携、教育の場形成 ・必要のない不採算診療科の廃止 ・地域医療連携室の機能強化、スタッフ増員 ・開業医に優しい紹介しやすい病院へ

6. 考察

岩崎(2015)は、熊本市医療圏において済生会熊本病院、熊本医療センター、熊本赤十字病院の3施設のDPCデータを分析することにより、それぞれが確固たる強みをもつことを明らかにし、差別化戦略による病床機能分化と連携、棲み分けが共存の上で重要であることを示した。特に、競合・競争の長所として、切磋琢磨による診療能力の向上や組織の活性化を挙げ、短所として、患者志向から競争志向になること、人材・設備の過剰投資や、より重症患者を診なければいけないことから来る組織の疲弊などを挙げている。

そして、これらの観点を鑑み、機能分化と棲み分けが十分にできていない、大阪市医療圏の0.5km圏内にある近隣3病院を例に挙げ、「競合戦略」から話し合いによる協調を目指した「地域統合戦略」による共存を提言した。

呉竹(2013)は、神戸医療圏の2km圏内にある3病院のDPCデータ、救急搬送データを分析することで、「差別化戦略」および、併設する高度救命救急センターをコーディネーターとする「3病院連携の救急体制」の提言を行っている。また、岩田(2013)は、同じく神戸医療圏3病院の循環器領域の分析から、都市型中規模病院が生き残るための方策として、連携の推進の必要性を述べている。

本研究において、尾張北部医療圏の救命救急センターを持つ3病院のデータ分析から、それぞれの病院の特徴が明らかになった。救急医療および地域医療を担う急性期病院が共生していくためには、棲み分け・機能分化が必要であるが、経営母体が異なり、地域をまたいでいる関係上、完全な分化は難しいことがわかった。また、急性期病院であっても、今日、要請されている地域医療への貢献という観点から、在宅医療への積極的な進出は避けては通れない課題である。

先に挙げた3篇の論文は病院間の連携についてのみ言及しているが、公共性が求められる自治体病院においては、地域や地域行政との関わりを含めて考えていかなければならない。このような、現状のK市民病院が抱える課題を洗い出し、今後の戦略を検討することとした。

6-1. A厚生病院との共存共栄戦略とB市民病院との部分競争・部分共存戦略

熊本市医療圏の3病院のような棲み分けや、岩崎の提言する「地域統合戦略」は、理想ではあるものの、経営母体が異なる病院が、現実に存在する機能を削ってまで行えるものではない。ある程度の競合はやむを得ないと考えられるが、K市民病院は、

A厚生病院とは診療圏が全く異なるため共存共栄が可能である。また、B市民病院とは、診療圏、診療科とも重なるため、競合しつつの共存を考えていく必要がある。

A厚生病院は、K市民病院に比べ、新生児系や筋骨格系、特に脊椎手術が強い。K市民病院で治療できない新生児系や筋骨格系の患者を任せ、また、A厚生病院では対応できない、心臓外科手術の必要な患者や心臓外科がないために施行することができない循環器治療の必要な患者、他にも常勤のいない皮膚科、形成外科の患者は積極的に受け入れて、“Win-Win”の関係を構築する。

一方、B市民病院は年間1万台を超える救急搬送があり、K市民病院としては、救命救急センターの役割を分担し補い合いながら共存していくのがよいであろう。お互いがお互いを尊重しつつ、対応できない場合に引き受け合う関係を構築する。B市民病院では心臓外科医が1名しか在籍していないため、B市民病院からの緊急心臓外科手術に対する応需を積極的に行うことや、場合によってはB市民病院からK市民病院へ搬送した患者の手術を一緒に行ってもらうのもよい連携のひとつといえよう。また、専門医のいない血液内科についても積極的な受け入れを行うといったことが考えられる。逆に、K市民病院には神経内科の専門医が1名しか在籍していないため、K市民病院で対応できない神経疾患はB市民病院に依頼すること等が考えられよう。

2018年度に始まる予定の新専門医制度においては、K市民病院とB市民病院は内科領域で協力し合い、お互いの専門研修プログラムで基幹施設と連携施設を構成しており、内科専門医を養成する上でも理想的な関係を構築していることから、部分競争・部分共存の関係となっているといえよう。

6-2. K市民病院の地域共生戦略

K市民病院が急性期病院として、一層発展を続けるためには、後方病院の存在、地域連携、地域医療支援は必須である。K市内には、K市民病院の他に一般110床と療養60床を持つ小規模病院が存在するが、K市民病院との連携は必ずしも取れているとは言えない。患者の受け入れも悪く、年間の患者転院数もそれほど多くはないため、後方病院としての機能は果たしていない。隣接する岩倉市、中部医療圏の北名古屋市にある病院とは十分な連携が取れているため、入院した時点から退院支援を進め、早期に患者の受け入れを要請し、さらに先方からは重症患者の受け入れを積極的に進めていく。救命救急センターを含めて、「断らない」文化の醸成が重要である。

K市民病院の主な診療圏は、尾張北部医療圏の中でもK市、岩倉市、B市南部・西部など医療圏の南部と、さらに中部医療圏中部の北名古屋市、東部の豊山町である。

在宅医療を進めるためには、病院や施設への転院・転所だけでなく、特にこの地域の病診連携を強化する必要がある。

すでにB市民病院の紹介率は65%（2014年度）とかなり高い数値を示すが、K市民病院は53%（2015年度）と十分な紹介を得ていない。B市民病院ではWeb予約システムにより診察や検査の予約が随時できる体制であるが、K市民病院はFaxによるシステムを用いており、臨機応変な対応に欠けているため、予約の煩雑さを嫌って、K市の開業医もB市民病院へ紹介するといった現象が起こっている。また、予約枠人数の制限など、特定の科においては増患・集患ができておらず、医師の意識を高め、さらに改善していく必要がある。

K市民病院では、2013年に医事課から地域連携室を独立させて、徐々に増員し、現在、専任職員は看護師11名、MSW7名、事務3名、その他兼任、委託を含め総勢37名のスタッフで、2015年9月に地域医療支援病院を取得した。図12でもわかるように、弱かった訪問看護部門をてこ入れした。

高齢化が進むにつれ、入院患者も、高齢である以外に複数の疾患を持っていることが多くなり、また、身寄りがなく独居であったり、老老介護であったり、等の問題を抱えた患者が増えている。高齢者は、入院がきっかけでADL（activities of daily living；日常生活動作）が容易に低下してしまうため、地域に帰すためには、積極的に在宅リハビリを介入させ、行政や地域の自治会、開業医などを巻き込んだサポート体制の構築が急務である。この中で、自治体病院としてできることは、治療のみならず、予防に対する啓蒙・啓発や、MSWや地域のケアマネジャーなどが協力して、退院後の高齢独居患者の様子を知るためのシステムの構築であろう。現在は、退院支援を含め、地域包括との積極的な連携を図っているところである。

K市民病院が立地する市では開業医が高齢化し、フットワークが非常に重くなっている。若手開業医や介護サービスに対して教育や医療支援の場を提供し、また、オープンベッドを利用して退院後の医療連携がスムーズに行えるよう、連絡を密に取り合える関係を構築していくことが今後の課題である。

7. おわりに

地域において急性期病院の果たす役割は大きいですが、尾張北部医療圏において救命救急センターを持つ3病院が、それぞれ独自の路線で独自の治療を行っているだけでは、地域の発展にはつながらない。診療圏の異なるA厚生病院とは、お互いに足りない部

分を補い合う関係を構築する共存共栄戦略を、B市民病院とは救命救急センターの役割は分担し、対応できない場合に引き受け合う部分競争・部分共存戦略を提言したい。

また、本稿では「対病院」の戦略のみでなく、「対地域」の戦略についても検討した。入院から在宅への流れをより円滑に展開するため、地域連携室の機能強化と、行政を巻き込んだ、開業医や介護サービスとの密な連携と高齢患者のサポート体制を構築する地域共生戦略を第三の柱として、来たるべき新病院の新築移転に備えたい。

謝辞

本論文をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、筒井孝子教授、藤江哲也教授には、丁寧かつ熱心なご指導をいただきました。この場をお借りして深謝いたします。また、データ収集に際して経営研究科医療マネジメントコース1期生の林（株丹）菜緒様にはひとかたならぬご厚情を賜りましたことを厚くお礼申し上げます。

参考文献

- [1] 東一成(2016)「救急医療とかかりつけ医、在宅医療との関わり」『日本臨床』74巻2号、pp. 203-214。
- [2] 井上貴裕(2012)『診療科別・病院経営戦略の理論と実践』日本医療企画。
- [3] 岩崎輝夫(2015)「急性期病院3施設が近隣に位置しながら共存していくための経営戦略についての考察 競合戦略から地域統合戦略へ」『商大ビジネスレビュー』5巻2号、pp. 17-31。
- [4] 岩田幸代(2013)「都市型中規模病院における共生戦略 循環器領域を例に」『商大ビジネスレビュー』3巻1号、pp. 167-182。
- [5] 加藤良平(2010)「DPCデータの可視化と病院経営」『病院』69巻9号、pp. 691-696。
- [6] 呉竹礼子(2013)「神戸二次医療圏3病院の競合状況の改善策 差別化戦略と救急体制からの考察」『商大ビジネスレビュー』3巻1号、pp. 239-260。
- [7] 嶋田康之(2013)「急性期病院二次医療圏別分析の可視化」『商大ビジネスレビュー』3巻1号、pp. 291-312。

引用ホームページ

- [1] 愛知県ホームページ 愛知県地域保健医療計画（平成25年3月公示）
<http://www.pref.aichi.jp/soshiki/iryofukushi/0000059514.html>

- (2016年8月7日アクセス)
- [2] ウェルネスホームページ 2次医療圏データベース
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/> (2016年8月7日アクセス)
- [3] 株式会社ケアレビューホームページ
http://www.carereview.co.jp/reference/news_release/1121.html
(2016年7月30日アクセス)
- [4] 病院情報局ホームページ
<http://hospia.jp> (2016年7月30日アクセス)
- [5] 厚生労働省ホームページ DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049343.html>
(2016年7月31日アクセス)
- [6] 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ 将来推計人口・世帯数
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>
(2016年7月27日アクセス)
- [7] 総務省ホームページ 病院事業決算状況・病院経営分析比較表
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/index.html (2016年7月3日アクセス)
- [8] 愛知県ホームページ 愛知県人口動向調査結果
<http://www.pref.aichi.jp/soshiki/toukei/0000077326.html>
(2016年8月22日アクセス)
- [9] 日本医師会 地域医療情報システム JMAP
<http://jmap.jp> (2016年8月30日アクセス)