

<行政>

・二次医療圏内の空き病床数は50床程度と、B病院が希望する150床程度よりも少なかった。B病院は都道府県へ回復期医療の必要性を繰り返し訴え、必要な医療に対しての特別措置等を考えて欲しいと説得していた。しかし特別措置等については全く話にならず、認められなかった。

・行政が病院開設を後押しすることなどない。事前協議で公募される病床数をはじめ、必要な情報収集は病院が行っていくしかない。

<政治家>

・B病院と法人グループは、国会議員を含むあらゆる議員を応援しておらず、一切働きかけをしていない。仮に行政から150床程度の許可が下りず、系列病院からも病床を融通できなければ、議員へ働きかけを行う可能性もあっただろう。しかし今回は正攻法で必要な病床数を確保できており、そもそも政治家に頼る必要などなかった。

<他の病院>

・申請する病床数を検討するにあたり、B病院は他の病院の動向を参考としていない。噂程度で耳にすることはあるが、どこの病院が何床手上げしているという具体的な情報は手に入れようがない。そもそも競争相手を考えておらず、運営計画をきちんと計算しており、計画を修正する必要がなかった。

<その他関係者や関係する事象>

・回復期病床の制度が平成13年頃から始まり、B病院を開設した当時も回復期病床へのニーズは高かった。

・経済的な意味で不況の時代であった。大きな医療機関の受注案件も少なく、おかげで設計費や建築コストの削減には成功した。

・地域情勢からみる医療ニーズや、回復期が注目されている時代の流れから、選択と集中をすべきと判断したため、最終的にB病院では回復期一本に絞られた。近隣の地域に大規模な急性期病院がある中で、この病院が小規模な救急医療を行っても医療効率が悪く存在意義もない。中途半端にやっても経営はうまくいかない。専門特化しなければ患者の信頼も得られずスタッフも集まらない。中途半端にドクターを集めても良い医療は提供できず質が低くなるばかりである。

ケース 3 : C 病院

C 病院の概要

- 病床数：一般病床 200 床程度 計 200 床程度
- 診療科目：内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科小児科、外科、
整形外科、脳神経外科、消化器外科、呼吸器外科、肛門外科、形成外科、
リハビリテーション科、麻酔科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科 等
- 病院の性格：急性期病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から徒歩 10 分程度、もしくは最寄バス停から徒歩 1 分

インタビュー対象者：現在の法人グループ事業部長を務める。C 病院の開設にあたり事務方の責任者を務めた。

1) 病院開設を計画した経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

- ・匿名性保持の観点から記述を削除した。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

・人口約 15 万人の地域に、これまで入院できる病院が 50 床程度の病院 1 つだけであった。地域の多くの人々が病院を欲しいと考えており、市区町村の議会でも誘致の話は何度か出ていた。しかし具体的な話までは発展せず実現してこなかった経緯がある。

・C 病院が開設される 5 年程前、C 病院の法人グループはちょうど第 1 号病院を開院した頃であった。第 1 号病院の内覧会へ市区町村の議会議員や地域住民が見学に訪れており、中でもコンパクトな出来栄の病院を気に入ったとある地主が、施設を建てるまではやるから病院の運営を法人グループに任せたいと頼んできた。これをきっかけに C 病院の開設計画が始まった。

・法人グループも第 1 号病院を開院したばかりで、次の病院のことを考える余裕などなかった。しかし地域住民からこのような話がきた以上は引き受けましょうと約束している。この話を受けてから実際に病院が開院されるまで数年はかかるため、少しは余裕が生まれるだろうと判断し、地主が所有する土地に新しく病院を作る計画が始まった。

<二次医療圏><立地>

・法人グループが狙いをつけて、この地域に病院を作ろうとした訳ではない。この地に病院が欲しいという地域住民の要望を叶える形で計画が始まった。

<病床数>

- ・ C病院を作る計画の初めの頃から 200 床程度を考えていた。

<診療科目>

・ 法人グループの第 1 号病院が急性期を得意としており、同様の診療科目を考えていた。救急患者をとって内科・外科・整形外科を充実させたいと考えていた。地域の特徴として、高速道路や幹線道路が近いため、整形外科が必要である。新しいマンションが多いため、小児科が必要である。周辺地域に循環器内科がないため、心臓カテーテルが必要である。このように一部の診療科目で差別化を図りつつも、一般的な救急病院と同じ病院機能を持たせよう計画を進めていく。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

・ 事前協議を経て許可が下りた病床数は 150 床程度であった。その後二次医療圏内で病床数が不足状態となり、再び増床申請を行い 50 床程度を追加することで、当初から計画していた通り 200 床程度の病床を確保することができた。

<病床規制以外の法律規制><病院開設を後押しする法律>

- ・ 特になし。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

・ これまでそれほど多くの住民が C病院のある地域に住んでいた訳ではない。しかし近隣のマンションの住民からは反対する意見が聞こえており、その住民とは何度も話し合いを重ねてきた。救急車が何夜中にまで何度も来るのではないかと、感染症が流行るのではないかと、マンションから病室内部が見えるのではないかとという不安や心配する声があがっていた。

・ 住民との話し合いを経て、C病院はいくつかの妥協案を提示していった。病院とマンションの間に樹を植えたりや、病棟のカーテンを開けさせないことで入院患者との間で起こる揉め事をなくしていった。現在はマンションの住民もこの対応に納得している。救急車を巡る騒音問題については、救急車が走るとき音は消して欲しい、病院から数百mまで近づいたらサイレンは止めて欲しいということ、住民自らの意見として近隣の消防署へ要望書を出すよう提案を行った。また院内の換気で菌が外へ飛び散り、感染症が引き起こされるのではという不安の声があがっていたが、空気を換気は必ずフィルターを通しており、本来はそういう心配は全くなくてよい。一部の住民に根拠のない不安がつきまわっている

るだけであった。

- ・日照権の問題は設計士に全て任せており、地域住民に納得してもらう形で落ち着いた。
- ・地域の住民が困っているという話も聞いておらず、産科を設けていない。

<地主>

・地主を初めとする地域住民や、議会からの働き掛けがあったからこそ、現在の土地にこうしてC病院が作られた訳である。

<地元医師会>

・この地域の医師会とは病院の誘致の話を受けるまで関わりを持ったことはなかった。しかしそもそも新しい町で開業医の数も少ない。また地域に他の病院がないために住民や議会が働きかけてC病院を誘致してきた経緯がある。医師会はC病院の開設をすんなり受け入れる姿勢であった。

・C病院では急性期の治療が済めばすぐに患者を開業医へと返している。開業医が抱える患者を取り上げるなんてことはしない。この病院で役立つならば入院させるし、退院したあとは開業医に任せるというスタンスを取り続けている。

<行政>

・病院誘致の話を受けた当時、200床を超えると病院に対する行政の見方が厳しくなるため、200床以内に抑えていた。

<政治家>

・市区町村の議会が中心となりC病院の誘致を行った。

・インタビュー対象者も政治家はあまり好きではない性分である。C病院として政治家を利用することは基本的にない。開院にあたって挨拶には伺うが、具体的に何か頼んで主張を通してもらうことはない。C病院では病院をよくする会というものを開いており、そこへ政治家を呼ぶことがあるが、それはあくまで地域住民の声を聞いてもらうためである。

<他の病院>

・特になし。

<その他関係者や関係する事象>

・現在のC病院は年間4000台以上の救急車をとっている。

・200床以上の病床数を有する病院は、行政から拠点病院として認められやすい。東日本大震災の被災地域では、行政は140~150床の民間病院には手を差し伸べておらず、それら病院は実際は地元の人々の助けを得て運営を続けていたのである。拠点病院として認められ

ばそれだけ病院機能の復帰も早く、行政から支援を受けることができる。現在では 200 床を越える規模を問われる制度になりつつある。

・ C病院は交通アクセスが良いとは言えず、開業時の人集めには特に苦勞した。病院にとって最も大切なことはいかに人を集められるかである。人が集まらなければ開院もできない。だからこそ地方で病院を作ろうとしても難しいのである。

・ 医療過疎地では今後患者の供給が長続きすることはない。現在そこに住んでいる高齢者がいなくなれば病院はそれ以上経営することはできない。都心部では反対のことが起こり、これからどんどん高齢化が進み、患者の大半が高齢者となってくる。病院が高齢者相手の仕事をしていくのは必然である。医療過疎地に病院を持ってこれたとしても、そこで安定した利益をあげることは無理であり、税金を投入していく他ないだろう。

ケース 4：D病院

D病院の概要

- 病床数：一般病床 150 床程度 計 150 床程度
(うち一般病棟 50 床程度 回復期リハビリテーション病棟 50 床程度
産科病棟 50 床程度)
- 診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、産科、婦人科、リハビリテーション科、
麻酔科、皮膚科 等
- 病院の性格：急性期病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から徒歩 10 分程度、もしくは最寄バス停から徒歩 1 分程

インタビュー対象者：現在の法人グループの事業部長を務める。D病院の開設にあたり事務方の責任者を務めた。

1) 病院開設を計画した経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

・ 匿名性保持の観点から記述を削除した。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

・ 別の法人グループが、現在D病院の位置している二次医療圏内で新しく病院を建てる計画を進めていた。実際に行政から病床の許可が下り、土地まで確保したものの、経営状態が悪化したため計画を撤回することになった。その案件を引き継ぐ形で現在のD病院を運営する法人グループが計画を請け負うことになった。

・ 現在D病院が建っている土地は再開発地域の中にあり、約 2 万人のコミュニティができ

つつある。D病院が建てられるまでこの地域に病院はなかったため、地域住民からは実際に病院を望む声が多くあがっていた。

<二次医療圏><病床数>

・現在D病院を経営する法人グループは、同じ二次医療圏内で開設が計画されていた新しい病院の病床 150 床程度を引き継いでいる。よって計画を引き継いだ時点で二次医療圏は限定されていた。

<立地><診療科目>

・実際に再開発地域の中のコミュニティに住んでいる住民から、産婦人科・小児科・救急の3つの診療科目を持つ病院にきてもらいたいという要望があがっていた。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

・もともと新しい病院を建てる計画をしていた法人グループから、現在のD病院を経営する法人グループへ病床 150 床程度が引き継がれている。そのためD病院を建てるために病床を確保することが障害となっていた訳ではなかった。むしろこの地域で一般的な急性期病院を運営するだけなら必要以上の病床数を抱えていた。

<病床規制以外の法律規制>

・現在のD病院の敷地面積はもう少し広ければ良い。施設基準の限界まで拡大して建てられたがそれでも少し狭い。

・実際に病院を開院するには、医師や看護師、薬剤師の医療従事者に関する人員配置を規定する法律がある。病院を作る上で最も苦勞するのは、いかに働く人を集められるかどうかというその1点にある。

・病院を開設する計画ではほぼ決まったルールがあって、それに従って動けばほとんど問題ないはずである。敢えて法律から出っ張った行動をする必要はないし、そんなことをしても行政が認めてくれないだろう。病院を建てる前提としてまず法律があり、その枠内で決めるものであって、その枠からはみ出せば行政は認めようとしなないし、話し合いをする余地もない。病院の都合を法律に当てはめるしかない。病院には抱えている思いがあるとか、こうしたいという希望を言っても議論にすらならない。

<病院開設を後押しする法律>

・特になし。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

・現在D病院がある地域の住民から、実際に病院が欲しいという要望があったからこそ、他の法人グループの案件を引き継いでまで新しい病院を作ろうと決めた経緯があった。この土地は再開発地域の中にあつたが、ある行政の再開発担当者が、近隣に住む住民から常にヒアリングして情報収集をしていたことで要望を聞いていた。またD病院側がこの地域に住む住民と行った会合の中でも病院が欲しいとの意見が確認されていた。再開発地域の人口が増え続けており、D病院ができるまでに約2万人を抱えていた。

・再開発地域に住んでいる住民は年齢層が若く、お年寄りも少ない。一般病床だけで病院を経営するならば、絶対にうまくいかない地域であると考えられていた。新しく病院を作ろうと計画を引き継いだものの、初めのうちはふつうに病院経営をするだけでは難しいと考えていた。

・地域住民はどうせ病院がくるのなら最低でも産婦人科・小児科・救急をやって欲しいと希望していたことがヒアリングから分かっていて、この3科は経営上最も儲かりにくい部門であり、成功するか見当が付きにくい。産科は成功すれば儲かるが医師の確保が困難で、助産師も必要である。回復期は患者の供給が見込まれるものの儲けが出るかは不明である。D病院の周辺の地域にはいくつか大規模な病院があるため、これら病院と連携をとりながら患者確保を行っていければ一般病院として経営できると判断した。D病院が実際に引き継いだ病床数は150床程度あつたものの、この地域は若い世代が多いため急性期の一般病院であれば50床程度で足りてしまう。そこで地域住民が実際に開設を望んでいた産科を作ろうと考えた訳である。法人グループとしても産科は初体験であつたが、既に十分な病床数も確保していた。最終的に産科を徹底して行い、回復期リハビリテーション科50床程度、一般病床50床程度に加え産科50床程度を併せるという珍しい組み合わせの病院で診療すると決定した。産科は他の一般病床よりも診療圏が広いと、近隣のマンションだけでなく隣接する市区町村からも患者が来ることを見込まれていた。

<地主>

・D病院の施設自体は法人グループの所有物ではない。行政から土地を購入した新しい地主が建てたテナントをD病院が借りているだけに過ぎない。法人グループ単体で病院の開設資金をすべて自前で調達するのはとても難しく、このスキームが組めないで新しく病院を作ることはできない。

<地元医師会>

・地域において病院と開業医の関係は、お互いにいいところを利用し合えば良いと考えている。開業医からみれば病院がくることでMRIやCTスキャンと検査機器が充実し、抱えている患者を送ることができる。D病院を作るにあたってD病院の近隣で開業してい

る医師会関係者からは、MRIやCTで検査をして欲しいと頼まれていた。

・医師会の幹部から病院を建てることに反対する意見は聞かれなかった。新しい病院が作られることに反対する医師がいたかもしれないが、その声は表にまでは上がっていない。医師会長も賛成していたし、医師会には意外とすんなり受け入れられたという印象だった。必要な地域に必要な病院ができることに誰も反対の声をあげないからだろうと考えている。逆に言えば必要ない地域に必要な病院を作ろうとしても周りから疑問を持たれるだけだろう。

・D病院の法人グループはこれまで地域に住む住民が病院を作って欲しいと思っている地域でしか開設しないというスタンスを貫いてきた。もともと病院への要望が強い地域に作ろうとしているのだから、医師会も面と向かって反対することはできないだろう。行政も病院にはきてもらいたい、住民も病院が欲しいという中で、医師会だけ反対することなどではしない。

・既に病院がある地域で新しい病院を建てる必要などない。これまで地域内で上手くとれていた連携を壊すだけである。新しい病院が限られたパイを荒らすだけで医師会から反対されるのは当然である。

<行政>

・法人グループは年間救急車受け入れ4000台以上の病院を都道府県内に2つ作った実績を持っていた。その実績はそれだけでインパクトのあるもので、行政から評価されやすいと感じている。しかしそれが新しくD病院を作る際に直接影響したとは感じていない。あくまで行政はどの病院に対しても平等な対応であり、特定の病院に個別のアプローチがくることはあり得ない。

・D病院を建てる候補地はいくつかあったがどれも金銭や敷地面積から中途半端だった。最終的には行政もこの再開発地域の中に病院を建てたいことが分かり、行政とは病院を建てると約束した上で新しい地主に行政が所有していた土地を購入してもらった。

・病院を建てるにあたり施設構造は建築基準法が定める基準に従うものだが、法律が定める基準の解釈は行政の担当者によって異なることがあり得る。実際に法人グループの第2号病院では認められた施設内の構造が、D病院では認められていない。担当者の解釈次第で同じ施設でも認められないことがあり、行政の担当者の裁量は非常に大きいものである。D病院ではこのようなことがあり、現場担当者の判断ではなく厚生労働省にも直接確認しているが、結論として現場の判断が優先されるため施設内構造を変更せざるを得なかった。

<政治家>

・病院から政治家に何か頼むことは、現在の行政では職員の反感を買ってしまい逆効果だという。行政の現場担当者が圧力を嫌う傾向であり、昔と違って上司から言われることに従うばかりではない。反発を招きかねずむしろ政治家を使わない方が良い。

・実際にD病院の開設にあたり、どこかの政治家が法人グループの意図とは異なる形で勝手に動いていたとみられる。そのため都道府県と市区町村の双方から電話を受け、インタビュー対象者は両者から政治家動かしたのかと追及を受けている。このような経緯からも行政とは揉め事を起こさない方が良くと理解する。ただ一概に政治家を利用することが悪い訳ではない。地元住民の声を聞いてもらうため、限られた財産を地域で有効に使うためであれば問題ないが、病院の利益のためだけに政治家を利用するならば悪影響しかもたらさない。

<他の病院>

・特になし。

<その他関係者や関係する事象>

・産科は個人開業医が圧倒的に多い反面、裁判で訴えられるリスクが高く、1人の診療所を運営することが難しい。診療所にドクターが1人しかいない、分娩数が減っている、高齢化が進んでいる、跡継ぎがない。これらの背景から産婦人科から婦人科へ変更する診療所も多い。

・新しく病院を作り人を集めるには、周囲に交通機関が何本通っているかが重要である。D病院は最寄駅とD病院周辺の団地とを結ぶバスが運行しており利便性が高い。そのため開業時の人集めに苦労せずに済んでいる。

・病院設備の管理業者には同じ会社を使い続けている。緊急時には素早い対応が不可欠であり、最も信頼できる相手をパートナーとして選ぶことが重要である。

・法人グループの第2号病院も第1号病院と同じ都道府県内に作っている。今ではこの都道府県内の医療行政や医療配置がよく見えており、今後も新たに医療施設を作るならこの都道府県内に絞られてくる。逆に現在の都道府県の外へ飛び出していくとなると難しい。今の都道府県とは情報交換できているが、他の都道府県では実績もなく不安が大きい。

・毎日ほとんど救急車は来ない。急性期で特化している訳ではなく仕方がない。二次救急病院として救急車をどんどん受け入れるというより、住民の期待に応える形で救急を行えば良い。地域に住む住民も365日、土日でも診療してくれる病院があればありがたく、そういう意味で住民の希望に応えている。

ケース5：E病院

E病院の概要

- 病床数：一般病床 50 床程度 療養病床 50 床程度 計 100 床程度
- 診療科目：内科、消化器内科、胃腸内科、循環器内科、外科、消化器外科、呼吸器外科、胃腸外科、整形外科、肛門外科、麻酔科 等
- 病院の性格：急性期・慢性期ともに対応型病院
- 病院へのアクセス：最寄バス停から徒歩 1 分程度

インタビュー対象者：現在の病院事務長を務める。E病院が開院した半年後から事務課長を務めていた。E病院の開院後から関わっているものの、開院までに病院がとった対応に不備があったため現在までその收拾作業を行っている。ケースの最後に、インタビュー対象者による「病院が開院した後のフォロー」を記している。

1) 病院開設を巡る経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

- ・匿名性保持の観点から記述を削除した。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

・現在のE病院の敷地にはもともと病院経営者の診療所があった。小さな診療所でオペを行っていたが世間的に大病院志向が広がり患者が集まらなくなってしまった。当時、患者に占める高齢者のボリュームが増えたため介護施設を作っている。その後老健施設で具合が悪くなった患者を診療所がすべて引き受けるには手狭となり、介護施設との連携を強化する意味からも病院を作ることを計画した。診療所を一度閉鎖して跡地にE病院を建て始め、診療所は元の敷地の隣に新しく建て直している。

<二次医療圏><立地>

・診療所の敷地と隣接する形で老健施設を建てており、患者やその家族・職員の移動を円滑に行うため、診療所の跡地に加えて周囲の土地を買い足しそこで病院を開院する計画であった。そのため二次医療圏内で他に候補地は考えなかった。

<病床数>

- ・経営効率から 150 床程度を考えていた。

<診療科目>

- ・院長の専門性を出すためには外科系の診療科目が有利であった。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

- ・現在E病院がある地域では一般病床が不足していた。行政からの公募数は150床以上あり、病床の許可はすぐに下りたことから病床規制は障害とならなかった。

<病床規制以外の法律規制>

- ・商業地における建築制限はクリアしていた。

<病院開設を後押しする法律>

- ・医療福祉機構から資金の借入れを行った。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

- ・近隣住民からE病院の開設を強く反対された。病院なんて大きな建物ができたら日当たりが確保できないのではないか、施設で騒がれるのではないか、入院患者から家の中を覗かれるのではないかという心配や不安の声があがっていた。
- ・日照権の問題は法律上クリアしているかは問題となる訳ではない。実際に近隣住民の生活にどれだけ影響を与えるのか問われていた。
- ・E病院は初めにこの地域の自治会長へ話を持って行き、自治会の場を借りて新しく病院を開設する経緯を説明した。ところが自治会に参加していない住民もたくさんおり、すべての地域住民がE病院が建てられる経緯を知っている訳ではなかった。インタビュー対象者が後にヒアリングを行うと、診療所跡にできた病院が果たして元の診療所と全く別の経営なのか、どういう診療を行っているのか等、E病院のことを全く理解されていない事実が浮かび上がってきた。原因の1つに、E病院の名称が元の診療所の名称と全く違っていたことがあげられる。

<地主>

- ・現在の敷地に隣接する民家が1軒立ち退きに応じなかったことで、区画の一部へこんでしまっている。

<地元医師会>

- ・地域の医師会は絶大な権力を握っており、何事にも医師会の了承がなければならない。
- ・E病院では病院経営者の出身大学が悪い影響を与えてしまった。地域連携とは結局は医者同士の会話であり、地域の開業医と異なる大学出身の医者が開業するとその地域で孤立してしまうケースが多くみられる。また一部の大学出身という経歴だけで開業への障害と

なりえてしまう。E病院も例外ではなかった。加えてこの法人グループでは診療所の次に介護施設を建てて高齢者需要の伸びを押さえていたため介護分野で成功していた。これらを他の開業医は良く思わなかったようで、E病院は実際に開院することはできたものの、これまで医師会から文句を言われることが多かった。

- ・第一希望の大学へ進めず、他の大学医学部へ進んだ医師もいる。また一部の大学出身者が多くの病院で医局のポストを占めてしまっている。同じ大学出身の開業医で占められる地域で別の大学出身者が開業しようとするとうまく働いてしまうことがある。

- ・E病院では開院前に地域の開業医へ挨拶周りを行わなかったことで、開院後に他の診療所とうまく地域連携をすることができなかった。

- ・E病院と同じ二次医療圏内には300床以上の大規模病院がある。地域内のそう遠くない距離にお互いの病院が存在し、E病院の方が後発であるため、同じ規模の病院を建てる選択肢は初めからなかった。これも医師会へ配慮したためである。

<行政>

- ・行政からE病院を作ることで反対されたことはない。
- ・行政は関連する法律の基準を満たしていれば許可を出すのが仕事であるが、住民から反対活動が行われている等の関係ないことは一切見てくれない。病院側で全て解決して下さいというスタンスである。行政にとってはあくまで基準を満たす建物ができているかどうか重要である。

- ・法人グループが抱える介護施設のトップに、この地域の市区町村の元職員が就任している。行政へ顔が利くため行政へE病院の開設相談を行う際もその人を通していった。指導があれば行政の担当者とのやり取りしてもらい、抜け道等を含め行政から情報を仕入れていた。初めから担当部門の長と会えるため無駄な段取りを省けたことが大きい。だからといってE病院を開設するために働き掛けてもらったことはない。

<政治家><他の病院>

- ・特になし。

<その他関係者や関係する事象>

- ・現在の敷地の広さは病床数、建築費用から考えてもちょうど良かった。駐車場も広く確保できている。

- ・マスコミによって手術症例数が大々的に宣伝されるため、現在では病院から病院へ手術患者の紹介はほとんど行われていない。そうすると地域の開業医から患者を送ってもらうしかないが、E病院では開院までの経緯から医師会から良い印象を持たれておらず、開院した後も診療所と地域連携にうまく参加できていなかった。

- ・E病院を開設する計画を立てた当初は150床程度を考えていたが、E病院は消化器の専

門病院であった。患者に占める割合は手術を必要としない内科的な患者の方が圧倒的に多い。手術適用の外科系患者は少なく、手術をコンセプトとして掲げても十分な患者が集まらないことから、実際には 100 床程度で申請を行った。また申請した病床数を減らした理由の 1 つに、E 病院が病院として成功しなかった場合は介護施設への転換しようと考えていたことがあげられる。

- ・ E 病院には現在 50 床程度の療養病床があることで、この病院に加え周辺地域の急性期病院が抱える一般病床からの患者を受け入れることができている。急性期病院は平均在院日数で縛られてしまい、患者が退院できる状態でなくても退院させられるが、家族も家で患者を診ることができない。急性期から急性期の病床へ引き継がれる際は、同じ病名であれば入院期間も引き継がれてしまい、受け入れ先は療養病床しかない。E 病院内の移動は 1 つ階を移動するだけで済むため患者や家族の負担はほぼない。

- ・ 現在の新医師研修制度の下では、研修に来る医師はお客様気分の人が多く先輩医師が言うことも聞かないケースが多々ある。もちろん医療について真剣に取り組み、志高く望む人もいるが全体的にみれば少数である。医局に残ることで系列病院へ行けと指示を受け、様々な診療科で手術や臨床経験ができた昔の研修制度と異なり、そのような経験の機会さえ奪われてしまっている。新医師研修制度の下、医療過疎地で医師を回していくには国が働きかけ、大学病院と地方の病院との間に契約を結ばせて、大学病院へは補助金を出すという選択肢以外ないだろう。

3) 病院が開院した後のフォロー

- ・ 医療事務に関して素人の集団だけで病院を立ち上げたことが、E 病院の開院後に悪い影響を与えてしまった。医療コンサルタントはあくまで隙間産業であり、一般企業コンサルタントから医療業界に参入するケースが多い。診療報酬を初め病院経営に直接関わった経験もなく、資格として医療事務講座へ通っただけの人材が現場に来て役には立たない。加算の提案はできてもその加算の取り方までは分からない。医療事務も実際に現場で何年も働いた経験を持つ人でなければ使えないばかりである。

- ・ インタビュー対象者が E 病院へきた当時はひどい病院運営が行われていた。組織やシステムが全く機能しておらず、中でも特に診療報酬請求を行う医事課が弱いことが問題だった。インタビュー対象者まずドクター・看護師、コメディカルなど職員一人一人へヒアリングを行い、組織の方向性を共有していく作業から始めた。患者から感謝されるには提供できるサービスを向上させ、患者満足度を上げることを大切であると職員一人一人に意識してもらうことを心がけた。

- ・ 法人グループの敷地内には介護施設に加え、100 床程度の病院、診療所が併設されており、医師会からよく思われていなかった。マスコミにより手術症例数が大々的に宣伝される現状で、病院から病院への手術患者の紹介がほぼ皆無であり、地域の開業医から患者を送ってもらうしかないのだが、そのための地域連携すらうまく参加できていなかった。

・インタビュー対象者は地域の全ての開業医へと足を運び医療連携をして欲しいとお願いしていった。E病院を良く思っていない開業医の誤解を解くことから始めていった。開業医は自分の専門科と同じ診療科を持つ病院が近くに開院されれば患者をとられる懸念が当然生じてしまう。E病院では患者を独占しようとしているのではなく、地域の中で役割分担を行って、中でも入院患者を診ることがE病院の位置付けにすぎないことを理解してもらえよう説得を続けていった。

・現在E病院がある地域は、E病院がなくてもこれまで地域の医療が循環していた。診療所から患者の送り先となる病院は既に存在していたし、病院同士で連携するラインもできていた。そのラインをE病院へ持ってくるための挨拶回りであり、非常に気を遣う作業である。年中無休で患者も遠くに行かずに済むから、何かあればうちの病院に来て欲しいと伝え、患者が元気になれば診療所へとお返しすると必死に説明を重ねていった。

・E病院では開院時に地域住民への広報活動を怠ったため、E病院が具体的に何を行っている病院なのかほとんど知られていなかった。現在では地域住民を対象とした講演会や、地域の法人会で医療講座を開いており、病院機能の周知に努めている。

・E病院ができる前とできた後で、地域住民の意見は大きく異なっている。E病院の開院に反対していた人も、現在病院でパートとして働いていたり、家族が入院して付き合いが生まれたりした人が何人もいる。

・院長はこれまで大規模病院での勤務経験しか持っていなかった。中小規模病院で働いた経験がないため病院ごとの機能の違いに気付くことができなかった。病院規模によって職員へのコミュニケーション、医師としての目標は違ってくる。大規模病院では熱発で患者を入院などさせないが、中小規模病院では一人暮らし、二人暮らしの高齢患者が多く、一人で暮らせないケースや、家に帰れば家族の介護疲れを引き起こすケースがあり、入院の判断を行うことがある。そうすると患者はとても喜び、患者が求める医療を提供する地域密着の病院であることができる。50床程度の急性期病床があることで小回りを利かせられる。小規模病院が、大病院志向にあるような外来機能だけを売りにしても、決して流行りはしないだろう。

ケース6：F病院

F病院の概要

- 病床数：精神病床 100 床程度 計 100 床程度
- 診療科目：内科、外科、精神科 等
- 病院の性格：慢性期病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から徒歩 15 分程度

[補足説明] F病院の開設計画は初め、a地において救急病院と認知症病院の機能を併せ持つ病院を作ろうと考えていた。ところが病床規制や関係者の反対を受けて計画を変更し、b地において認知症専門病院を作ることで話を進めていった。

インタビュー対象者：F病院の開設にあたり事務方の責任者を務めた。

1) 病院開設を計画した経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

- ・匿名性保持の観点から記述を削除した。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

- ・インタビュー対象者が目指す理想像に合致する病院が現状どこにもない。自ら理想の病院を建てて運営したいことから計画が始まった。
- ・F病院の開設計画では、当初はa地にて病院を建てることを考えていたが、最終的にa地では着工の目処が立つ前に開設を断念しており、b地にて病院を建てる計画へと変更していた。

<二次医療圏><立地>

- ・インタビュー対象者が住み慣れた地域で医療を良くしたいという思いがあり、F病院の立地は制限されていた。それまでa地には救急病院がなく、隣接する市区町村に救急を扱える病院があるのみであった。a地での救急が薄れており、この地域で救急と認知症の両方を扱う病院を建てたいと考えた。またどうせ救急を行うならば消防署に近い土地の方が良いこともあり、条件に見合う土地の地主から了承を早い段階からとることができた。a地での計画は早々に土地を確保したため、他の候補地は検討していない。
- ・a地での病院開設計画は、救急病院と認知症病院をミックスさせた病院を考えていた。ところが都道府県から一般病床の許可が下りる条件は厳しいと指摘されてしまう。また認知症専門病院単体では地域住民や地主の了承を取り直すことが難しかった。そのためa地での開設計画を断念し、認知症専門病院をb地で建てる計画へと変更していった。

<病床数><診療科目>

- ・ 認知症病棟は経営視点、施設基準の両方から 2 病棟 100 床程度のみを検討していた。
- ・ 救急病棟は 1 病棟 50 床程度、緩和ケア病棟 20 床程度を検討していた。
- ・ a 地の開設計画では地域の中核病院を目指していた。救急病院と認知症病院が併設された病院作りを検討していた。初めから現在の F 病院のように認知症単体病院をイメージしていた訳ではなかった。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

- ・ a 地を含む二次医療圏では基準病床数をオーバーしており、行政と協議を行う中で一般病床を確保することが難しいと考えられた。一般病床の許可が下りるためには非常に高度な救急医療を提供できる設備とドクターを備えた施設が要求されると行政から回答をもらい、これまで高度救急医療を経験したことがない法人グループが 0 から立ち上げるにはハードルが高すぎると判断したため、救急病院を併設させる計画は断念した。

<病床規制以外の法律規制>

- ・ 現在の F 病院の敷地は都市計画法でいう市街化調整区域に該当するが、開設当時は法律の改正前であり問題なかった。

<病院開設を後押しする法律>

- ・ 特になし。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

- ・ a 地では認知症専門病院として精神患者を扱う場合、患者が病院を抜け出し近隣の住宅まで来るのではないかと反対されていた。認知症病院単体で病院を作る場合、近隣住民の了承を得ることが難しいと判断した。
- ・ b 地では近隣に住む数軒の住民から、やはり認知症患者が外を出歩かれると困ると反対されていた。

<地主>

- ・ a 地では認知症病院単体でやるなら了承できないと、地主から反対されていた。

<地元医師会>

・b地の医師会とは問題なく協議が進んだ。医師会に競合する診療科を持つ病院が他になかったことが大きい。

<行政><政治家>

・特になし。

<他の病院>

・b地で100床程度の認知症専門病院を開設する計画になってからは、開設計画に変更は生じていない。そもそも他の病院の増床計画について情報収集も行うこともしていない。

<その他関係者や関係する事象>

・インタビュー対象者がb地で真摯に熱意を持って病院を立ち上げたことで、行政の担当者から信用を得ることができた。行政の担当者が変わった後も、新しい病院開設の際にこの実績が活かされるだろうと考えている。

ケース7：G病院

G病院の概要

- 病床数：精神病床100床程度 計100床程度
- 診療科目：内科、心療内科、神経内科、精神科、リハビリテーション科 等
- 病院の性格：認知症専門病院
- 病院へのアクセス：最寄バス停から徒歩5分程度

インタビュー対象者：現在の法人グループ常務理事を務める。G病院の開設にあたり開業医から依頼され事務方の責任者を務めた。

1) 病院開設を計画した経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

・匿名性保持の観点から記述を削除した。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

・インタビュー対象者はこれまで2件の新規病院立ち上げを行った経験がある。
・開業医の依頼を受けて、指定された都道府県内で新しい病院の開設計画を進めていた。ところが病床の許可が下り、土地の取得も済ませた段階で、依頼主の開業医から計画を白

紙に戻すと言われてしまう。そこで急遽開設主体を変更し、改めて新しい病院の開設計画を立て直した。開設主体の変更に伴い病院の方向性やビジョンは変わったが、認知症専門病院であることは同じであった。

<二次医療圏>

- ・開業医の依頼で、指定された都道府県内で新しい病院の開設計画を進めていた。
- ・精神病床の病床規制は都道府県単位であり、その都道府県内ならばどこでも規制は同じである。

<立地>

- ・インタビュー対象者の住まいから離れた地域での病院開設は考えていない。
- ・初めに不動産屋から紹介された土地は、近くに大規模病院やクリニックが集まる地域の中にあった。医療が重なる地域として認知も良く、この病院がPRせずとも医療が固まっている土地として分かりやすい。すぐにこの土地に病院を建てようと決めたため、他に候補地はあがらなかった。

<病床数>

- ・都道府県からの病床の公募数は20～50床程度であった。
- ・G病院の開設計画では初めから100床程度の申請のみを考えていた。施設基準から1つの病棟単位は50床程度が限界であり50床程度・100床程度・150床程度と候補にあがる。経営視点からみて、50床程度では初期費用が回収できず採算がとれなかった。100床程度で採算の目処が立ち始め、150床程度以上でも採算面の条件は満たすが、開院時に必要な医療従事者の確保を含め運営を軌道に乗せるには大きすぎたため、100床程度の申請数を決めた。
- ・医療機能からみれば1病棟50床程度より少ない方が良い。しかし法人グループに資金がなくゼロからの開院であり、借り入れ比率が大きい。経済効率からも100床程度で開院させることに決めた。

<診療科目>

- ・認知症専門病院であり、精神科、内科、リハビリテーション科は初めから決まっていた。残りの診療科目は勤務するドクターの専門性を活かせる範囲で行うため、心療内科と神経内科は開院間際に決定している。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

- ・行政との協議は病院が開設される約 5 年前から行い、都道府県の担当課と情報交換を進めていた。G病院が開設される約 3 年前に 100 床程度の許可が下りるも、開設主体の変更があったため改めてその翌年、100 床程度の病床許可を取り直す。

- ・行政の担当者から空き病床は 20～50 床程度だと言われていた。G病院側も原則的には不足数以上の病床数を認めてもらうことは難しいだろうと考えていた。それでもインタビュー対象者はG病院が 100 床で 1 つの完結した病院として機能すると説明した上で、実際に 100 床程度で申請を行い 100 床程度の許可が下りている。

<病床規制以外の法律規制>

- ・建築基準法が改正され建築確認が厳しくなった。これまですぐに承認され建築着工できていたものが、確認申請が下りるまで 3, 4 か月待つことになってしまう。

- ・都市計画法が改正された以降、市街化調整区域で新しく病院を作ろうとしても開発規制が入ってしまう。G病院は改正前には建築着工をしていたため問題なかったが、現在の敷地は市街化調整区域に含まれるため、これから同じ敷地内で新しく病院を建てようとしても難しい。

<病院開設を後押しする法律>

- ・開設資金は福祉医療機構から借りる。金利を低く返済期間も長い。医療に特化した融資制度であり、他の民間金融機関からの信用力強化にも繋がる。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

- ・G病院の敷地はもともと更地で近くに民家もない。日照権や電波障害が問題となることはなかった。認知症専門病院が建つことに反対する声も聞かれなかった。

<地主>

- ・特になし。

<地元医師会>

- ・医師会が全てという訳でもない。G病院を作る際は医師会から指示を受けたりはしていない。これまで医師会と繋がりなどなかったが、G病院の開設にあたってやり取りがうまくいった理由に、患者の奪い合いをする競合が地域には他にいなかったことをあげている。地域内で他に認知症専門病院がなかったことが大きく影響している。地域の認知症ネットワークの代表の医師も離れたところで開業しており、競合することはなかった。

- ・G病院の開設計画が具体的にはっきりしてようやく医師会へ挨拶に向かった。病床の許可も下りて、実際に着工の目処が立った段階で最初の挨拶に訪れた。医師会へ説明を行っ

たのは、その後も開院までのスケジュールが見通せるようになって 1 回、開院式に 1 回、その他合わせても月に 1 回より少ない頻度であった。

<行政>

- ・行政とのやり取りは基本的に時間がかかってしまう。

<政治家>

・有力な都道府県の議会議員がG病院の開設に賛同して味方となっていた。行政や地元の人にG病院を紹介して声掛けをしていった。ただあまり圧力的な政治力として働かせると行政の現場担当者が強く反発し軋轢が生じることが分かっていたため、そのような強引な方法はとっていない。むしろあまり強く言わないで欲しいと控えるよう求めたくらいである。

<他の病院>

・他の病院の増床情報を聞いたとしても、申請する病床数を変更するつもりはなかった。実際に他の病院へヒアリングや設備見学を行ったがあくまで開設の参考とするためである。職員同士が定期的集まる場も存在せず、そもそも他の病院がどれだけ増床しようとしているか正確な情報を知ることもできない。

<その他関係者や関係する事象>

・行政の公募数以上の病床数を申請して、それが許可されたということは、G病院の開設計画の具体性が加味されたからだと考えられる。またインタビュー対象者が同じ都道府県内でこれまで 2 件の病院立ち上げに関わった実績が評価されたとも考えられる。どちらにせよ行政の担当者の裁量が大きく、そこに影響を与えることができたインタビュー対象者が考えている。

ケース 8 : H病院

H病院の概要

- 病床数：精神病床 200 床程度 計 200 床程度
- 診療科目：内科、心療内科、精神科 等
- 病院の性格：精神科病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から徒歩 15 分程度、もしくは最寄りのバス停から徒歩 1 分程度