

第3次愛媛県立病院財政健全化計画

平成21年8月

愛媛県公営企業管理局

目 次

第 1	医療及び県立病院を取り巻く環境	1
1	医療を取り巻く環境	1
2	県立病院を取り巻く環境	1
第 2	県立病院の使命と現状	1
1	県立病院の使命	1
2	県立病院のあり方に関する基本目標	1
第 3	財政健全化方策	1
1	経営基盤の強化	
	①医療資源の有効活用	1
	②組織体制等の柔軟な運用	2
	③職場環境の改善	3
	④収入の確保	3
	⑤費用の適正化	4
2	高度で良質な医療の提供	
	①政策医療の推進	5
	②医療技術・水準の向上	5
	③安心・安全な医療の提供	6
3	人材の育成・確保	
	①医師確保機能の強化	6
	②若手医師の確保	7
	③女性医師の活用	7
	④人材育成システムの構築	7
	⑤事務局職員の能力向上	7
4	患者サービスの向上	
	①積極的な情報提供	8
	②患者の利便性向上	8
	③療養環境の向上	9
	④人間ドックの充実	9
5	各県立病院の健全化方策	10
	①中央病院	10
	②今治病院	10
	③南宇和病院	11
	④新居浜病院	11
第 4	県立三島病院のあり方の見直し	12
第 5	財政健全化後の経営見通し	31
第 6	公立病院改革プラン	32

第1 医療及び県立病院を取り巻く環境

1 医療を取り巻く環境

総医療費抑制政策に加え平成16年度から開始された医師の新臨床研修制度の義務化等により、全国的に医師不足が顕在化しており、病院事業を取り巻く環境は一層厳しさを増している。

このような中であって、総務省は平成19年12月に公立病院改革ガイドラインを策定し、病院事業の経営改革に総合的に取り組むよう求めている。

2 県立病院を取り巻く環境

県立病院においては、平成12年度から18年度まで、平成17年度の北宇和病院の移譲に伴う特別損失分を除き、7年連続で単年度黒字を達成したが、近年は、医師・看護師不足等の影響により大変厳しい経営状況となっている。

また、県においては、平成19年11月に「行政改革・地方分権推進本部会議」で公の施設のあり方見直し方針が決定され、三島病院を除く4病院（中央・今治・南宇和・新居浜）については、今後とも経営改善に取り組みつつ、県の直営による運営が適当との結論であったが、三島病院については、再度、今後の方向性について「あらゆる選択肢」を検討することとされた。

第2 県立病院の使命と現状

1 県立病院の使命

県立病院は、地域の中核病院として「高度で良質な医療を安定的に供給するとともに、医療資源が質的・量的に不足する地域にあっては、これを補完することにより、県民医療の確保を図る」ことを使命とする。

2 県立病院のあり方に関する基本目標

地方公営企業法第3条では、「地方公営企業は、常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない。」と規定されている。

病院事業においてこれを達成するため、①経営基盤の強化、②高度で良質な医療の提供、③人材の育成・確保、④患者サービスの向上の4つの基本目標に向かって健全化策に取り組んでいく。

第3 財政健全化方策

1 経営基盤の強化

① 医療資源の有効活用

ア 医師・看護師の適正配置

病院経営の根幹を支える医師・看護師等が不足しており、経営基盤が脆弱化しつつある。県立病院全体の医療資源を有効に活用できるよう適正配置に努める。

なお、医師・看護師は、病院本来の医療行為や看護業務に専念すべきであり、事務的な業務からできるだけ解放することが求められており、医療クラークや医療補助を有効に活用する。

イ コメディカルの適正配置

コメディカル職員についても、医療安全の観点や職務量から適正な配置に努める。また、近年の医療機器の高度化や法改正を踏まえ、専門職としての臨床工学技士の拡充を図り、安心、安全な医療を提供する。

ウ 地域の医療資源を考慮した診療科の見直し

「地域でできるものは地域で」との考えのもと、地域の医療ニーズを的確に把握し、必要に応じて診療科の見直しを行う。

② 組織体制等の柔軟な運用

ア 権限移譲等の推進

医療現場においては、日々様々な問題が発生し、迅速な対応が求められている。病院長に十分な人事、予算等の権限が与えられておらず、意思決定に時間を要するとの意見もあることから、要望調査を行った上で、可能な範囲で権限移譲を進める。

イ 看護師の副院長登用

全国病院事業管理者協議会の調査によると、全国の自治体病院で看護師を副院長に登用している病院は、平成20年4月で71施設となっており、年々増加の傾向にある。看護師を副院長にすることにより、患者本位の医療サービスの提供に繋がるとともに、院内での様々な職種間の調整役としての役割が期待できる。

ウ 給与体系等の見直し

自治体病院の給与体系は、原則、公務員制度をそのまま踏襲していることから、民間病院と比較し硬直化している。今後は、全部適用のメリットが発揮できるよう、可能な範囲で能力給の割合を高めるなど、給与体系の見直しを含め、職員のモチベーションの向上する方策を検討する。

③ 職場環境の改善

ア 時間外救急加算の導入

救急現場においては、軽症であるにもかかわらず時間外に来院するといった、いわゆる「コンビニ受診」が増加しており、医師の疲弊を招いているとともに、真に治療の必要な重症患者への対応に支障をきたす恐れが生じている。

県としても、一般県民に対し、適正な受療行為に努めるよう啓蒙活動を行っているが、今後は、患者の受療動向を踏まえ、地元医師会等の関係機関と協議のうえ、一次救急体制が充実されてもなお軽症患者が減少しない場合は、時間外救急加算の徴収を検討する。

イ 院内保育所の整備・拡充

医師・看護師等が子供の心配をせず、安心して勤務できるよう職員の意見を取り入れながら、院内保育所を充実させる。

ウ 医師・看護師公舎の整備・充実

中央病院においては、建替えに併せ医師・看護師宿舎の整備・拡充に取り組んでいるが、他の病院においても居住者の意見を聞きながら、快適な居住環境が図れるよう整備・充実を検討する。

④ 収入の確保

ア 7：1看護体制の導入

平成18年度の診療報酬の改定により、新しく7：1看護体制が導入され、多くの急性期病院で採用されている。7：1看護体制は、収入の確保のみならず、患者にとっても手厚い看護を受けることができ、また、看護師にとっても負担が軽減されることから、計画的な導入を目指す。

イ 個人未収金の抑制

病院の未収金債権は、公債権から私債権に解釈変更され、不能欠損処理が大幅に減少したことや景気の低迷による生活困窮者の増加により、増加傾向にある。未収金の発生する可能性の高い機会としては、休日、時間外の診療や週末の退院等の会計職員の不在の場合がある。このような場合は、「預かり金」として徴収するなど、未収金の発生を食い止める工夫が必要である。

また、悪質な滞納者に対しては、法的措置も辞さない強い姿勢で対応する。

ウ 経営分析能力の向上

病院は、医師、看護師をはじめコメディカルなど多くの専門家集団から構成されており、その経営は大変複雑である。

このため、病院経営に必要な基礎データの収集や分析及び患者数の動向等について、常にチェックを行うとともに、その要因や背景

についても分析できる体制の構築に取り組む。

また、PFI 事業のマネジメント・サポート企業や病院経営に詳しい専門家による経営診断を受けるなど、外部の客観的な評価を得るのも有益である。

エ BSC（バランス・スコアカード）の導入

バランス・スコアカードは、全職員が戦略目標を共有し、全職員参加型の病院運営を実現させるため、財務数値に表される業績だけではなく、財務以外の経営状況や経営品質から経営を評価し、バランスのとれた業績の評価を行うための経営管理手法であり、多くの病院で取り入れられている。

BSC の導入により、日々の業務がどのように目標達成に影響するのかを意識でき、経営陣は視覚的、実質的に目標達成までを管理することができる。

⑤ 費用の適正化

ア 薬品費の節減

今後も、採用医薬品の絞込みを進めるとともに、全病院一括購入のスケールメリットを発揮する。

また、薬価が縮小している中であって、値引率を拡大させるため、価格交渉のあり方や併売品への切り替えなど、業者間の適正な競争原理を促す取組みが重要である。

イ 診療材料費の節減

平成18年度と19年度の2ヶ年にわたって、民間のノウハウを活用した診療材料費の節減に取り組んだ結果、一定の成果を上げることができた。今後は、SPD 業者の協力を得て統一単価での共同交渉を実施するなど、引き続き病院職員が一体となって診療材料費の節減に取り組む。

ウ 計画的な医療機器の整備

高額医療機器については、第2次財政健全化計画にて耐用年数の1.5倍からさらに1～2年延長するようにしており、引き続き、導入に際しては費用対効果を十分に検討する必要がある。

また、一般医療機器については、厳しい経営状況を踏まえ、地域の医療ニーズを的確に分析し、中古機器や他病院からの融通など、幅広い選択肢を検討する。

ただし、一方では医療機器の技術進歩は著しく、導入の遅延が治療成績に悪影響を及ぼす可能性も否定できないので、導入に際しては重要性を考慮し柔軟に対応する。

2 高度で良質な医療の提供

① 政策医療の推進

ア 4疾病5事業への対応強化

平成19年4月に施行された改正医療法により、医療計画制度の下で4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急含む））ごとに医療連携体制を構築することになり、県においても「第5次愛媛県地域保健医療計画」において、目標及び整備方針が示されている。県立病院においても、この方針に沿って対応を強化する。

また、切れ目のないサービスを提供するには、急性期から慢性期に至る医療機関の連携を強化するとともに、介護・福祉部門も含めた地域連携パスの構築に取り組む。

イ 病診連携の強化

厳しい経営環境の中、病院が生き残りをかけてその役割を適正に果たすには、OB医師との連携も含め、これまで以上に病診連携を強化することが重要であり、地域の診療所と顔の見える関係を構築する。

そのためには、地域医療機関との交流会の充実やOB医師との繋がり強化、更には紹介の受け入れやすい窓口体制を構築するなど、地域連携室の強化を図る必要がある。

ウ DPCの導入（診断群分類包括評価）

DPC（diagnosis procedure combination）制度は、医療マネジメントのツールとして有効であり、多くの急性期病院で導入されている。DPCを導入することにより、患者の属性、疾病や診療行為ごとの医療費情報が標準化されるため、経営及び技術の両面から医療の質の評価が可能となる。また、他病院との比較においても有用である。

エ 医療情報システムの適正管理

中央病院で導入されている電子カルテ・オーダーリングシステムの他病院への導入については、各病院での導入効果並びにシステム構築の体制づくりを踏まえ、適切に対応する。

なお、患者情報等の個人情報については、外部に流出することのないよう情報管理を徹底する必要がある。

② 医療技術・水準の向上

ア 医師の専門性向上

志の高い若手医師が、自身の専門医療技術を極めたいとする場合には、優秀な指導医による指導が不可欠である。若手医師が安心し

て治療に専念できる意味からも、指導医の充実を検討する。

また、医療技術向上のため認定医や専門医の資格を取得することは、大変有意義であることから、専門医等の取得及び更新に要する経費を援助するとともに、学会等への参加について可能な限り支援を行う。

なお、専門性に加え、幅広い視野をもった人材を育成することも必要である。

イ 看護師・コメディカルの専門性向上

看護師及び薬剤師等のコメディカルにおいても、医療の高度化に伴い各種の認定制度が創設されており、その取得に対し可能な限り支援を行う。

ウ 高度医療機器の計画的導入

県立病院の使命である高度医療に取り組むには、民間病院では採算面から導入が困難な高度医療機器を導入し、県民医療の質の向上に貢献する必要がある。

また、高度医療機器の稼働率を向上させるため、診療時間の見直しを含め有効な方策について検討する必要がある。

③ 安心・安全な医療の提供

ア より効果的な医療安全管理体制の構築

医療の高度化、組織化や、患者の医療に対する意識の変化等により、安心・安全な医療の提供の重要性は、今まで以上に増大している。また、近年、裁判以外の新たな紛争処理方法が注目されているほか、医療事故について、第三者が原因究明を行う機関の設置の検討が進められており、さらに、平成21年1月からは産科医療について部分的な無過失補償制度が開始される等、新たな動きもある。

このような状況の中で、さらに医療事故防止に努め、今まで以上に患者と医療関係者との良好な関係を築く等、安心・安全な医療を提供するために、リスクマネージャーの専任化、院内医療メディエーターや専門的能力を有する者の導入等を検討し、より効果的な医療安全管理体制の構築を図る。

3 人材の育成・確保

① 医師確保機能の強化

全国的な医師不足の中にあって、長期的に優秀な医師を育成・確保していくため、大学との協力と役割分担により、人材育成機能を相乗的に強化して、「人材を育てて確保する」枠組みを検討する。

② 若手医師の確保

ア 研修医の確保

研修医が、研修先の選定にあたって最も重視することは、優秀な指導医の存在と高度医療への期待である。研修プログラムを充実させるなど、研修医にとって魅力ある病院づくりに心掛ける。

また、地元出身の研修医を積極的に受け入れる体制を確立し、医師の確保及び定着に努める。

イ 専攻医の確保

専攻医から高い評価を得られ、多くの専攻医がそのまま県立病院に残ってもらえるよう、働きやすい職場環境の整備に努める。

ウ 自治医科大学卒の医師の活用

保健福祉部と協力し、研修の充実や専門医の養成などの積極的な支援を行い、県内への一層の定着に努める。

③ 女性医師の活用

ア 子育て終了後の復職への研修支援

医療技術の進歩が著しい時代にあって、出産や育児に伴い一定期間職場を離れ、復職に不安を持っている女性医師に対し、技術習得のための研修参加など職場復帰への支援策を検討する。

イ 多様な勤務形態の採用

女性医師の割合が高まっている中、家庭と仕事の両立が可能となるよう、短時間労働やフレックスタイム勤務等の多様な勤務形態を用意し、貴重な戦力として医療現場への定着及び復帰を促す。

④ 人材育成システムの構築

ア 医師・看護師・コメディカルの能力開発

愛媛大学医学部に設置された地域医療学講座（県寄付講座）と連携して、地域医療に従事する適格な人材を長期的な視野に立って育成する教育システム（魅力あるプログラム、指導者の育成、アカデミズムの追求、研修修了者の評価）を構築する。

⑤ 事務局職員の能力向上

ア 専門性の向上

事務局職員の多くは、一般行政職であることから、病院事務に慣れるのに時間を要し、目の前の業務を片付けるのに精一杯の状況となっている。めまぐるしく変化する医療制度に的確に応えるには、病院のマネジメント能力が重要であり、プロパー職員の採用等事務局体制のあり方を見直す必要がある。

イ 年齢構成の是正

平成20年度の病院事務局職員の年齢構成を知事部局と比較すると、「50歳代」の職員比率は、病院職員が43.7%、知事部局が31.0%と病院職員の方が高くなっている。

一方、「30歳代」は、病院職員が22.5%であるのに対し、知事部局では26.3%となっている。

病院が生き残りをかける時代にあっては、若手職員の改革マインドが不可欠であり、このためにも年齢構成の是正に努める。

4 患者サービスの向上

① 積極的な情報提供

ア インフォームドコンセントの充実

患者の信頼を得るには、できるだけ平易な言葉で丁寧に説明するなど、インフォームドコンセントの充実に努める必要がある。

イ ホームページ機能の充実

医療法の改正に伴い、積極的な情報提供の推進が求められているが、病院の治療実績や特徴等について、ホームページ等で患者にわかりやすく掲載する必要がある。また、近年は、病院の情報収集にインターネットを活用する患者が多いことから速やかな更新に努める。

ウ 公開講座の開催・拡充

一般住民を対象にした県民公開講座の開催や、患者を対象とする健康教室等を引き続き実施する。

② 患者の利便性向上

ア 接遇スキルの向上

医師・看護師等をはじめすべての病院職員が、患者の目線に立ったコミュニケーションが円滑にできるよう、接遇研修の実施やマニュアルを作成するなど、接遇スキルの向上に努める。

イ 県立病院モニター制度の創設

患者がどのような病院サービスを求めているかを知ることは、より良い病院づくりに大変有意義であるが、これには、診療のあり方を含めた病院のすべてのことに対し、県民から直接意見を聞くことが重要であるので、県立病院モニター制度の創設を検討する。

ウ 地元行政との交流会

県立病院の運営実態について、県立病院の所在市町と定期的に意見交換の場を設け、相互理解に努めるとともに市町の保健・福祉・

介護行政との連携を推進する。

エ ボランティアの拡充

現在、病院内では様々なボランティア活動がなされているが、今後も NPO 法人等との連携を強化し、患者の立場に立ったボランティア活動の拡充に努める。

オ 外来患者用託児サービスの実施

子育て中の母親等が、子供の心配することなく診察が可能となるよう、外来患者用の託児所設置を検討する。

③ 療養環境の向上

ア 高齢者等に配慮した設備の整備

高齢者等は、身体機能が低下していることから、バリアフリーの徹底など院内の施設整備を図る。

イ 個室部屋の拡充

入院中の患者が心身ともにリラックスできるよう、快適な療養環境の整備を進める。近年は、個室部屋への希望者も多いことから、入院患者及び病床利用率の動向を踏まえ、個室部屋の拡充を検討する。

④ 人間ドックの充実

ア 生活習慣病予防

平成20年4月より「特定健康診査」と「特定保健指導」が義務化され、生活習慣病を予防する動きが活発化するなど、県民の健康管理の意識が高くなっており、県立病院としても市町行政や保健所等と連携を図り、県民の健康管理に貢献する。

イ PETがんだックの利用促進

中央病院においては、がんの診断に効果の高い PET-CT 装置の有効活用を図るため、PETがんだックの更なる啓蒙による利用促進に努める。

5 各県立病院の健全化策

① 中央病院

ア 新病院建替えの促進

平成25年の新病院オープン（一部）に向け、建設準備が本格化する中、建替え工事の期間中、患者に迷惑のかからないよう細心の注意を払う必要がある。

このため、新たに「新中央病院整備室」を新設し、準備体制を強化する。

なお、完成後は、PFI事業として病院及びSPC（特別目的会社）が一体となった病院運営に努めるが、特に医薬品や診療材料の調達に関しては、民間企業のノウハウを活用し、経営実績が優れた民間病院等のデータを全国から収集して、これを基に値引率の目標を定め、価格交渉を継続的、段階的に複数回行うシステムの構築を行う。

イ 診療部門のセンター化

4疾病5事業に迅速に対応できる体制を整備するとともに、患者にも分かりやすい診療体制にするため、次のとおり診療部門のセンター化を図る。

診療部門のセンター化

4 疾 病	がん	消化器病センター（平成20年12月設置） がん治療センター ※地域がん診療連携拠点病院（平成19年1月指定）
	脳卒中	脳卒中センター
	心筋梗塞	循環器病センター
	糖尿病	腎糖尿病センター（平成20年8月設置）
5 事 業	救急医療	救命救急センター（昭和56年4月設置）
	周産期医療	総合周産期母子医療センター（平成16年3月移行） ※周産期センター（平成2年12月設置）
	小児医療	小児医療センター
	災害医療	災害医療センター
	へき地医療	へき地医療拠点病院（←へき地医療支援機構） （総合診療部）

② 今治病院

ア 地域周産期母子医療センターの認定取得

今治地域においては、ハイリスク分娩等に対応できる医療機関がなく、中央病院等に搬送せざるを得ない状況にある。地域で不足している周産期医療を守るため医療機器等の整備を行い、24時間安心のできる「地域周産期母子医療センター」の認定取得を目指す。

イ 地域医療体制の充実

周辺医療機関との地域連携パス（脳卒中・整形外科・心筋梗塞等）の活用や、医師会、消防等関係機関との協力による救急体制及び災害時体制の構築に取り組むなど、地域医療体制の充実を図る。

ウ 心臓リハビリテーションの検討

心疾患の患者が一日でも早く快適な社会生活や家庭生活に戻れ、また、再発を予防する意味からも、医師・看護師・理学療法士・検査技師等のチーム医療による心臓リハビリテーションは有効である。今後、患者の属性や収支状況を考慮の上、実施について検討する。

③ 南宇和病院

ア 円滑な医師の人事交流システムの確立

病院経営を安定させるには、診療体制の確立、とりわけ医師の確保が絶対条件である。

このため、引き続き関係大学に常勤医師の派遣を要請するとともに、県立病院間での医師の円滑な人事交流システムを確立するなどの方策を検討する。

イ 医師の確保

現在、麻酔科医師は週3日の勤務であるので、緊急手術の必要となる交通災害や脳卒中等の患者は、当院での処置ができず、市立宇和島病院や幡多けんみん病院へ搬送されているが、両病院への搬送にも一定の時間を要することから、常勤の麻酔科医師を確保し、緊急手術等にも対応できる体制を整備する。

④ 新居浜病院

ア 地域周産期母子医療センターの認定取得

平成20年4月に産婦人科を新設し、12月からは西条以東の東予地域全体を対象とする周産期医療の取組みを開始した。

現在、東予地域は、20年10月から「地域周産期母子医療センター」の空白地域となっており、ハイリスク分娩等は中央病院に搬送しているが、新居浜病院が「地域周産期母子医療センター」に早期に認定されるよう実績を上げていく。

イ 東予救命救急センターの機能強化

新居浜病院においては、平成19年10月から整形外科医が不在となっており、交通災害等の治療が十分にできない状況にある。速やかに確保するよう努める。

また、心疾患のみでなく全身の血管系に異常を有する患者も多いこ

とから、東予地域の循環器センター的な役割を担えるよう機能充実に努める。

ウ 心臓リハビリテーションの開設

東予救命救急センターとの連携を図り、心疾患の患者が一日でも早く快適な社会生活や家庭生活に戻れ、また、再発を予防する意味からも、医師・看護師・理学療法士・検査技師等のチーム医療により心臓リハビリテーションを行う。

第4 県立三島病院のあり方の見直し

1 県立三島病院の役割

県立三島病院は、県立病院の使命である「高度で良質な医療を安定的に供給するとともに、医療資源が質的・量的に不足する地域にあっては、これを補完することにより、県民医療の確保を図る」ため、平成4年、次表の体制により現在地に移転新築し、循環器疾患、脳卒中などに対応する二次救急医療をはじめ、四国中央市の地域医療の一翼を担ってきたところである。

県立三島病院の診療体制（平成4年移転新築時）

診療科目	内科	呼吸器科	許可病床数 (床)	一般病床	179	
	小児科	外科		結核病床	21 (平成12.4廃止)	
	泌尿器科	産婦人科		感染症病床	(4 平成11.4~)	
	眼科	耳鼻いんこ科				
	放射線科	整形外科		計	200	
	麻酔科	循環器科		建物 (㎡)	病院 10,999.87	
	脳神経外科			職員公舎	2,236.00	
				計	13,235.87	
				指定病院	救急告示病院	
					災害拠点病院(平成9.2)	
		エイズ診療協力病院(平成8.7)				
	全13科	第2種感染症指定医療機関(平成11.4)				

2 県立三島病院の診療機能の現状

一方、平成16年度からの臨床研修医制度の改正によって、医学生が研修先を自由に選べるようになった。このため、研修医の「大学病院離れ」が加速し、大学医局が人手不足に陥り、医師の派遣継続が困難になったことにより、各地で医師不足が表面化して来ている。

この状況は、当県立三島病院においても同様であり、医師の数が定数18人のところ、平成21年度現在9人にまで減少している。この状態は、単独の病院であれば存続不可能な水準であるが、常勤医師のいない診療科に対しては、中央病院及び愛媛大学などからの診療応援を得て、やっと診療機能を維持している状況である。

① 医師及び診療科の状況

ア 医師数の推移

医師数の推移は、次表のとおり平成11年度に21人いた医師は、臨床研修医制度が改正された平成16年度から急激に減少し、平成21年度現在9人にまで落ち込んでいる。

医師数の推移（県立三島病院）

各年度4月1日現在

区分	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
内科											
呼吸器科	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3
循環器科											
小児科	2	1	1	1	1	1	1	2	2		
外科	3	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2
整形外科	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2
脳神経外科	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
泌尿器科	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	
産婦人科	1	1	1	1	1						
眼科	1										
耳鼻咽喉科	1	1	1	1	1						
放射線科	1	1	1	1	1	1	1	1			
麻酔科	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
計	21	19	20	20	20	17	16	15	13	9	9

イ 診療科及び稼働病床の推移

診療科の推移は、次表のとおり平成11年度には13診療科全科で診療していたが、健全化策により縮小したものもあるが、平成21年度には9診療科となっている。

診療科数及び稼働病床数の推移（県立三島病院）

各年度4月1日現在

区分	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
内科											
呼吸器科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
循環器科											
小児科	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
整形外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脳神経外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
泌尿器科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
産婦人科	○	○	○	○	○						
眼科	○										
耳鼻咽喉科	○	○	○	○	○						
放射線科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
麻酔科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
計	13	12	12	12	12	10	10	10	10	9	9
稼働病床数	183	160	160	160	160	150	150	150	150	110	110

このうち「泌尿器科」は、平成20年度末で常勤医師が退職し、代替医師を確保できていない。他の県立病院から医師を派遣して、かろうじて従来からの人工透析患者にのみ対応している。このため、休止

はしていないが、新規患者への対応は困難な状況となっている。

また「小児科」は、平成20年4月に常勤医師が不在となった。このため、同年6月までは愛媛大学の応援を得て診療科を維持していたが困難となり、止むなく7月以降休止した。しかしながら、救急輪番日の小児救急には何としても対応すべきとの考えから、平成21年5月まで愛媛大学、県立中央病院の診療応援を得て対応してきたが、それも困難となり、平成21年6月からは止むなく中止した。

なお、診療科の休止及び医師数の減少に伴い患者数も減ったため、病床も平成20年以降は110床しか稼働できていない。

ウ 県立中央病院からの診療応援

県立三島病院には、以上のように他の県立病院等から医師を派遣して、診療機能をかろうじて維持しているところであるが、このうち県立中央病院からは、1日平均約2人役（平成20年度）の医師を派遣している。

なお、他の県立3病院（南宇和、新居浜、今治）も同様に医師不足に陥っており、これも県立中央病院から1日平均約5.4人役（平成20年度）の医師を派遣している。このため、県立中央病院医師には、往復の異動や長期赴任による精神的・肉体的負担が、重くのしかかっている。

一方、県立中央病院自体、夜間・休日も二次・三次の救急やオン・コール待機等に対応しており、医師1人当たりの超過勤務時間数は、県立5病院の中では最多となっており（平成20年度月平均63.5時間）、過重な勤務実態にある。

このため、他の病院への新たな診療応援は不可能であるだけでなく、現行の診療応援をいつまでも継続することもできなくなっている。

エ 今後の見通し

県立三島病院については、今後、大学からの派遣医師のさらなる引き上げ、或いは勤務医師の独立開業も予想され、この事態が現実となれば、さらなる診療機能の縮小、ひいては病院機能の停止も必至の状況である。

② 県立三島病院の患者の動向

ア 入院・外来患者数の動向

県立三島病院の入院患者数は、平成11年度には56,709人であったが、その後医師数及び診療科数の減少とともに年々減少し、平成20年度には31,101人となっている。

外来患者数も、平成11年度には134,401人であったが、平成20年度には66,294人にまで減少している。

入院外来合計患者は、平成11年度191,110人が平成20年

度には97,395人と、約50%の減少となっている。

県立三島病院の入院・外来患者数の推移

(単位:人)

区分	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
入院	56,709	54,518	52,677	52,533	50,650	49,306	49,867	43,487	37,436	31,101
外来	134,401	135,859	139,371	134,569	123,930	100,540	101,966	98,741	84,569	66,294
計	191,110	190,377	192,048	187,102	174,580	149,846	151,833	142,228	122,005	97,395

注)健康診断・人間ドックを除く

イ 患者の病院別受療動向

四国中央市の平成17年5月と平成20年5月の国保患者の受療動向を病院別にみると、次表とおりでである。

県立三島病院の利用率は、入院患者は平成17年に12.6%であったものが6.6%に、外来患者は平成17年に8.4%であったものが5.6%に、それぞれ減少している。

県立三島病院の患者減少分は、同圏域内の他病院や、県外の他医療圏域の病院に流出しているのが分かる。

病院別入院・外来患者の受療動向(平成17年5月)

圏域名	入院		外来	
	件数	割合	件数	割合
県立三島病院	190	12.6%	2,406	8.4%
A病院	170	11.3%	3,398	11.8%
B病院	166	11.0%	2,200	7.7%
C病院	81	5.4%	818	2.8%
その他圏域内病院	473	31.4%	15,120	52.6%
その他(県外を含む)	427	28.3%	4,792	16.7%
合計	1,507	100.0%	28,734	100.0%

(注)後期高齢者保険制度創設(平成20年4月)以前の患者を含む。

病院別入院・外来患者の受療動向(平成20年5月)

圏域名	入院		外来	
	件数	割合	件数	割合
県立三島病院	42	6.6%	948	5.6%
A病院	81	12.8%	1,903	11.3%
B病院	81	12.8%	1,115	6.6%
C病院	20	3.2%	501	3.0%
その他圏域内病院	165	25.9%	9,345	55.5%
その他(県外を含む)	246	38.7%	3,033	18.0%
合計	635	100.0%	16,845	100.0%

(注)後期高齢者医療制度の患者は除く

ウ 救急患者の搬送状況

県立三島病院は、A病院、B病院、C病院とともに、四国中央市の二次救急輪番を4日に1回担当している。平成20年度上半期(4~9月)の圏域内の救急搬送状況を病院別にみると、次表のとおり、B病院が29.3%、A病院が20.4%に対して、県立三島病院は14.8%の受入れとなっている。

また、県立三島病院については、救急輪番日の夜間の来院者に関し

でも重症患者は減少しており、症状によっては専門医がないため、受診後すぐに県立新居浜病院などへ搬送せざるを得ない状況にあって、救急医療、急性期病院としての本来の役割を、十分には果たすことができなくなっている。

病院別救急患者搬送状況(平成20年度上半期)

	患者数(人)	割合(%)
県立三島病院	218	14.8%
A病院	301	20.4%
B病院	431	29.3%
C病院	124	8.4%
その他圏域内病院	39	2.6%
その他(県外を含む)	359	24.5%
合計	1,472	100.0%

3 県立三島病院の経営状況

① 経常損失の推移

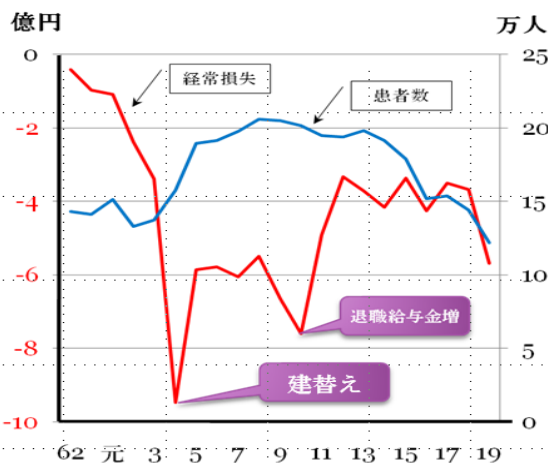
県立三島病院では、昭和62年度以降赤字決算が続いている。平成19年度決算では、総収益が約21億1千万円に対し、総費用が約26億8千万円となり、約5億7千万円の経常損失を計上し、累積赤字も約94億円となった。

この主な原因は、医師不足に伴う患者数の減少である。患者数は、平成15年度から平成19年度の5年間で約3割減少しており、それに比例して総収益が減少している。一方で、総費用はそれほど減少せず、その結果経常損失が増えて、累積損失が増加傾向を辿ったものである。

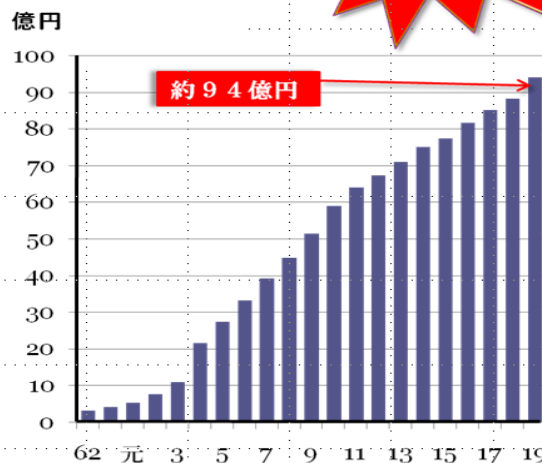
平成19年度の県立病院全体の決算は、8億900万円の赤字であり、平成11年度以来の赤字となったが、その約7割は県立三島病院の赤字が占めている。また、累積赤字は、県立病院全体で約180億円にのぼっているが、その約半分が県立三島病院の赤字である。

経営の健全性の面からみれば、非常に厳しい状況に陥っていると看做されるを得ない。

● 患者数及び経常損失の推移



● 累積損失



② 経営指標

「公立病院改革ガイドライン」で算定することを求められている経営指標を、他の県立病院と比較すると、次のとおり、病床利用率も低く、医業収益が伸び悩む中で、職員給与費等の固定費が高い割合を占めており、赤字体質に陥っている。

- 「経常収支比率」は 78.3%と、県立 5 病院全体や全国公立病院と比較して低い。
- 「職員給与費対医業収益比率」は 84.1%と、患者数が伸び悩み、充分な収益が確保できず、給与費の占める割合が高くなっている。
- 「病床利用率（一般病床）」は 57.1%で、患者数の伸び悩みが顕著となっている。

主な経営指標(平成19年度)

(単位:%)

区 分		経常収支比率 (高い方がよい)	職員給与費対 医業収益比率 (低い方がよい)	病床利用率(一般) (高い方がよい)
県立三島病院		78.3	84.1	57.1
県立 5 病院全体		97.7	61.5	79.5
全国公立 病院平均	全平均	93.3	57.0	70.3
	黒字平均	102.3	47.7	—

(資料) 平成 19 年度地方公営企業年鑑 (総務省)

全国公立病院平均は、病床規模が 100~200 床未満の病院の平均数値。

③ 将来の収支予測

現行の診療体制のまま今後も継続すると仮定した場合、平成 25 年度までの 5 年間で約 2.5 億円 (年平均 5 億円) の赤字計上を余儀なくされ、累積欠損金は約 1.24 億円に上る見込みである。

④ 現金収支の状況

企業会計上の損益の状況は、上記のとおりであるが、現金支出を伴わない減価償却費及び退職給与金を除いた「現金収支の状況」をみると、現金支出は約 3.6 億円であるが、医業収入は約 1.7 億円しかなく、その差額約 1.9 億円は、知事部局からの繰出金 (約 5 億円)、一般会計からの借入金 (約 7 億円) で補填しても、なお約 7 億円の資金不足が生じているが、これは他病院から収益現金を融通して補っている。

平成19年度現金支出ベース(県立三島病院)

(単位:千円)

収入		支出	
医業収入	1,709,656	人件費	1,338,571
一般会計負担金(3条)	391,361	材料費等	1,035,971
一般会計負担金(4条)	114,835	企業債元金償還	227,476
一般会計借入金	735,376	一般会計借入金返済	743,733
資金不足	679,592	退職金支払	285,069
合計	3,630,820	合計	3,630,820

注1) 減価償却費(210,133千円)、退職給与金(89,856千円)の非支出費用を除いている。

注2) 材料費等には、材料費、経費、企業債利息等を含む

⑤ 追加資金補填の見込み

県立病院全体でも、平成19年度は赤字決算となり、資金不足も生じる事態となっている。医師不足が解消されない限り経営の悪化が継続すると見込まれ、県立三島病院にさらに資金補填を行って、経営を維持することも不可能となっている。

(注) 他県の病院の状況

新聞報道等によれば、平成20年7月7日に突然休止宣言をした千葉県「銚子市立総合病院」は、平成18年4月に35人いた常勤医師が、平成20年4月には13人にまで減少し、平成19年度末累積欠損金は約18億円。

平成20年5月30日に民間病院への移譲を議会で可決した佐賀県「武雄市立市民病院」は、平成16年に16人いた常勤医師が、平成20年5月末には5人にまで減少し、平成19年度末累積欠損金は約6億円。

4 県立三島病院に関するまとめ

以上を総括すると、県立三島病院は「医師の不足」により医療の提供、経営の健全性の両面において、非常に困難な状況にあると言わざるを得ない。

しかも、この状況をかろうじて支えている県立中央病院からの医師派遣を、今後長期に渡って継続することは困難な状況に至っている。また、今後大学医局によるさらなる引き上げも予想され、この事態が発生すると、県立三島病院は休止の措置を取らざるを得ない。

つまり、県立三島病院は、現状においては実質維持不能の実態にあり、かつ、今後においては医師の引き上げによりいつ何時その事態が現実化し

でも、おかしくない状態になっている。

早急な対策を打ち出すことが、必須となっている。

5 あらゆる選択肢の検討

以上の実態を踏まえながら、これまで「公の施設のあり方見直し方針」及び総務省の「公立病院改革ガイドライン」に沿って、次のとおりあらゆる選択肢を検討してきたところである。

① 考えられる選択肢

- 県営維持
 - ア 県による直営
 - イ 県立新居浜病院のサテライト病院化
 - ウ 県による地方独立行政法人化
 - エ 県による指定管理者への委託
- 県営廃止
 - オ 地元市への移譲（市による指定管理者への委託）
 - カ 民間譲渡

② 検討の視点

- ア 実現可能性
 - ・現行制度からの移行について制度上の問題点はないか。
- イ 医師確保
 - ・全国的な医師不足が厳しさを増す中、医師の確保は可能か。
- ウ 経済性
 - ・自律的、機動的な病院運営の実現は可能か。
- エ 公共性
 - ・救急医療等の政策的医療に対する責任は担保されるのか。
- オ 県財政との関係
 - ・既存企業債の処理可能性等県財政との関係から見て妥当か。

③ 検討結果

検討結果の概要は、以下のとおりである。

なお、検討結果の詳細は、別表に記載している。

ア 県による直営

- ・大学医局からの医師派遣は限界にきており、今後診療科の休止、ひいては病院機能停止の可能性大。
- ・約5億円の単年度赤字、約100億円の累積欠損金は、解消の見込みがない。

イ 県立新居浜病院のサテライト病院化

- ・中央病院、新居浜病院から診療応援を行って、必要最低限の診療機

能の維持を目指す最後の選択肢である。

- ・機能を縮小しても、黒字化は困難。

ウ 県による地方独立行政法人化

- ・医師確保について、直営と同様基本的に大学医局に依存せざるを得ず、事態は改善しない。
- ・国は、財政基盤の脆弱な団体については認可しない方針であり、財務内容の悪い県立三島病院の地方独立行政法人への移行は困難。

エ 県による指定管理者への委託

- ・医師確保について、他の4県立病院とのバランスから、基本的に県直営と同様大学医局からの派遣に頼らざるを得ず、事態は改善しない。
- ・経営的にも、減価償却費、企業債利息、累積赤字が継続し、改善が見込めない。

オ 地元市への移譲（市による指定管理者への委託）

- ・市は、医師確保のノウハウを有しない。
- ・市は、病院経営においてもノウハウを有しない。

カ 民間譲渡

- ・医師確保について、民間病院であれば機動的で柔軟な採用が可能となるが、全国的な医師不足のなか、厳しさも予想される。
- ・地元既存病院と統合される形での譲渡であれば、既存病院と一体となることにより診療機能も高まり、効率的運営及び患者増が期待される。

以上のとおり、検討結果はどの選択肢によっても医師確保という課題が根本的に解決されるものではないが、5つの検討視点において、なかんずく問題点が少なく、地域医療確保の点で可能性を有するのが、民間譲渡であった。

6 解決策の検証

あらゆる選択肢の検討においては、考えられる選択肢について標準モデルを検討する形式的手法をとった。その結果、民間譲渡がなかでも可能性のある選択肢として残り、その民間譲渡についてもなお医師確保に関して懸念が残った。

そこで、具体的に宇摩圏域（四国中央市）において求められる医療機能を改めて検証し、いかにすれば求められる医療機能に応えられるのかという観点から、医療提供の要である医師の配置を中心に分析することにより、県立三島病院のあり方について課題と解決方を再構成することとした。

① 宇摩圏域の医療の概況

ア 二次医療圏域

県立三島病院の存在する宇摩圏域は、四国中央市一市で構成されており、圏域の面積は 420.09k m²（平成 18 年国土地理院面積調）、人口は 92,854 人（平成 17 年国勢調査）である。

本県の第 5 次地域保健医療計画によれば、二次医療圏域とは、「病院及び診療所における、特殊な医療を除く一般の入院医療に対応する区域であり、（中略） 県長期計画の生活経済圏や高齢者・障害者等の保健福祉圏と整合性を図っており、圏域ごとに一体的な対策を講じている。」とされている。

このため、以下の検討においては、当院の医療圏域として二次医療圏である宇摩圏域を、一個の独立した医療圏域として念頭に置いている。

イ 医療需要の動向

（ア）人口動態

宇摩圏域の人口は、平成 17 年国勢調査時で 92,854 人（平成 7 年対比：3,123 人、3.3%減）であり、県全体（同 38,885 人、2.6%減）と同様に減少傾向にある。

宇摩圏域の将来人口の動向は、国立社会保障・人口問題研究所の小地域簡易将来推計によると、平成 17 年からの 15 年間で 10.9%減少するものと推測される。ただし、65 歳以上の老年人口は、18.9%増加すると予測されている。

（イ）患者数動向

宇摩圏域の将来人口は減少するものの、老年人口は増加すると予測されているところから、一般的には入院患者・外来患者は増加すると想定される。

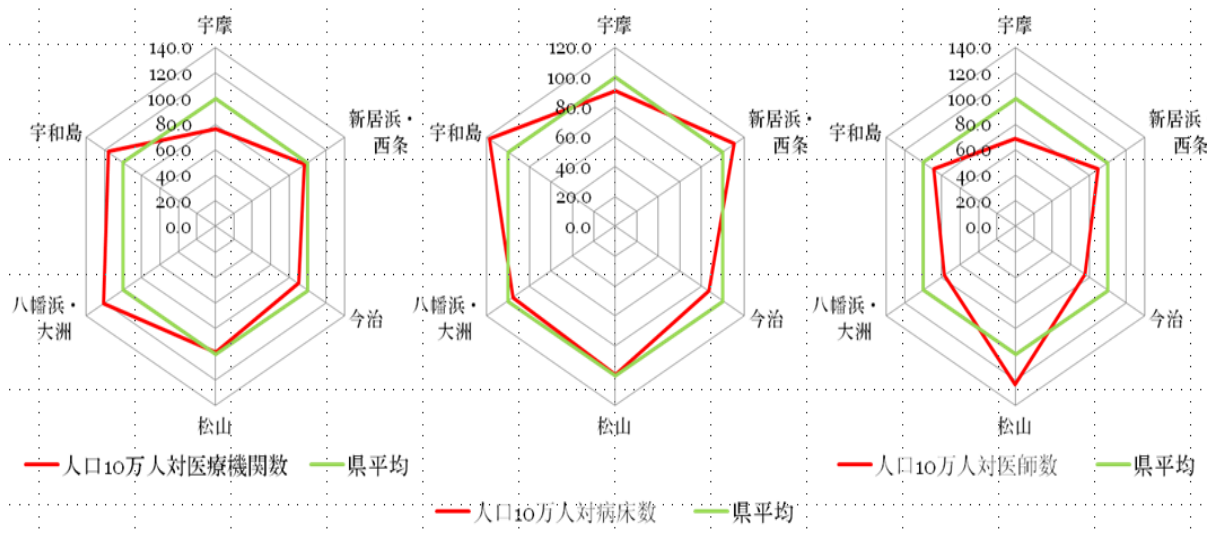
ウ 医療資源の状況

宇摩圏域における医療資源の状況は、平成 18 年 10 月時点で、病院 9、診療所 57、合計 66 施設であり、総病床数は病院 1,350 床、診療所 285 床、合計 1,635 床である。また、医師数は、平成 18 年 12 月末時点で、病院医師 83 人、診療所医師 58 人、合計 141 人となっている。

（※：福祉施設、行政機関等に勤務する医師は除く）

これを人口 10 万人当たりの数値で、県内の他の圏域と比較すると、医療機関数、総病床数、医師数とも県平均を下回り、医療資源が充足しているとは言えない状況である。

● 人口10万人対医療機関数 ● 人口10万人対総病床数 ● 人口10万人対医師数



エ 二次救急体制

宇摩圏域の「初期救急医療」は、次表のとおり、平日夜間22時までには急患医療センターが医師会の協力を得て診療を行っているが、日曜・祝日は休日当番医院で対応している。

いわゆる「二次救急医療」は、圏域内の主要4病院による病院群輪番制により維持されているが、救急患者の約8割が軽症患者となっており（「二次救急医療機関での救急患者受入実態調査（愛媛県実施：20年11月）」、初期救急医療体制が十分に機能しているとは言えない。

このため、二次救急医療機関の負担が重くなっており、仮に4病院のうち1病院でも輪番制から離脱すると、宇摩圏域の二次救急医療は維持できなくなる恐れがある。

初期救急医療体制		二次救急医療体制	三次救急医療体制
在宅当番医制	休日夜間急患センター		
宇摩医師会	四国中央市急患医療センター	県立三島病院 四国中央病院 石川病院 長谷川病院 計4病院 (公立1、その他3)	東予救命救急センター (県立新居浜病院)
			4病院で輪番

② 宇摩圏域に求められる医療機能

地元市議会や市民から県によせられた要望は、救急医療体制の維持と充実を内容としたものであり、四国中央市においても、「救急医療シンポジウム」を開催し、救急医療問題を市民共有の問題ととらえている。

県立三島病院においても、これまで二次救急体制の維持を使命とし、懸命の努力をしてきたところである。

このことから、この宇摩圏域という二次医療圏において最も求められる医療機能は、救急医療と考えられる。

旧厚生省が平成9年12月に公表した「救急医療体制基本問題検討報告書」によれば、救急医療は住民の安全保障の仕組みであり、緊急に医療を必要とする傷病者が、「いつでも、どこでも、誰でも、適切な救急医療を受けられる」ことが望ましく、また「救急医療は“医”の原点であり、すべての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療と位置づけられる」のである。

県においても、第5次愛媛県地域医療計画で、「救急医療は、県民が安心して生活するうえで欠くことのできない医療分野」と規定しているところである。

以下、適切な救急医療の提供体制について、医療機能の最大の指標である医師の配置数によって検討する。

ア 望まれる体制

救急医療の対象となることが多い心疾患や脳血管障害等の「内科的疾患」に対する入院加療や、外傷等の「外科的疾患」に対する緊急手術などが、適切に提供されることが望まれる。

そのためには、救急診療の中核をなす内科系の総合医を中心とした「内科医」と、「外科医」による救急診療体制を構築することが必要である。

加えて、小児救急医療体制の構築も喫緊の課題である。

イ 必要な医師数

ここで、1病院が二次医療圏の救急医療を全て担うとして、その体制を維持するうえで、必要な医師数を推計してみる。

まず、適切な救急医療を提供するためには、救急外来だけでなく病棟の入院患者対応を考えると、少なくとも「内科医」2人と「外科医」1人を24時間体制で確保する必要がある。

この体制維持のためには、土日の昼間の当直を含め週9回の当直業務を行う必要があり、当直は週1回が限度と考えられるので、「内科医」は18人、「外科医」は9人が最低必要となる。(内科医：9回×2人＝18人、外科医：9回×1人＝9人)

さらにこの「内科医」18人に加えて循環器や神経内科等の専門医が必要であり、「外科医」9人に加えて緊急手術時の待機医師(2日に1度呼び出しがあると仮定して4.5人)と脳神経外科、整形外科や麻酔科等の専門医も必要となる。

この人員体制が理想であるが、一方確保できなければ、医師は1週間に2回以上の当直、救急外来をしながら病棟の呼び出しにも対応するといった、勤務条件で対応することとなる。1病院に集約できないとすれ

ば、医師数はもっと必要となる。

また、市民生活に密着しており、24時間診療体制が望まれる「小児科医」についても、同様の条件で必要な医師数を推計すると、最低9人必要となるが、「小児科医」が特に確保困難なことを考慮し、週1回の当直という条件を外し、勤務時間を法定労働時間（週40時間）に収めた上で、交代制にして医師を1人24時間常駐させるとの想定で必要医師数を推計すると、単純計算で小児科医は4.2人必要ということになる。
($(24 \text{ 時間} \times 7 \text{ 日}) \div 40 \text{ 時間} = 4.2$)。

③ 宇摩圏域の医療機能の現状と評価

ア 現状

次に、当圏域の医療機能の現状について、医師の配置状況を、救急輪番制を担う4病院について分析する。

「内科医」については、平成20年10月現在で、県立三島病院3人、A病院に6人、B病院に3人、C病院に6人と、救急輪番を担当する4病院の合計は15人であり、4病院合わせても前述の救急医療体制維持のために最低必要な内科医数18人に達していない。

また「外科医」については、県立三島病院2人、A病院5人、B病院3人、C病院3人、合計13人となり、最低医師数9人が確保できているよう見えるが、緊急手術時の待機医師必要性等を考慮すると、決して充足しているとは言えない。

「小児科医」については、A病院に2人いるだけであり、2人では本院の当直体制の維持さえ困難であり、当圏域全体の小児救急の要請には到底応えられない。

さらに総医師数についても、県立三島病院9人、A病院28人、B病院14人、C病院7人であり、隣接する他の医療圏にあるD病院75人、E病院49人、F病院25人、G病院38人に比較しても少なく、地域に求められる診療機能を単独でカバーできる病院は存在していない。

また、4病院について診療科別の医師配置をみると、常勤医を確保できている診療科においても、3人以上の医師を配置できているところは半数以下であり、多くは1診療科1人又は2人医師の配置であり、常勤医のいない診療科は、非常勤医師や診療応援でカバーしている状態である。

宇摩圏域主要4病院の医師配置状況

平成20年10月現在

		県立三島病院		A病院		B病院		C病院	
標榜診療科	常勤医師数	内科	③	内科	⑥	内科	③	内科	⑥
		呼吸器科	○	消化器科	○	循環器内科	○	消化器科	○
		消化器科	○	小児科	②	総合診療科	①	循環器科	○
		循環器科	○	外科	⑤	外科	③	小児科	○
		小児科	○	泌尿器科	②	泌尿器科	○	外科	①
		外科	②	産婦人科	④	放射線科	○	泌尿器科	○
		泌尿器科	①	眼科	①	整形外科	②	整形外科	○
		放射線科	○	耳鼻咽喉科	①	麻酔科	○	リハビリ科	○
		整形外科	①	放射線科	①	脳神経外科	②	肛門科	○
		麻酔科	①	整形外科	③	形成外科	①		
		脳神経外科	①	麻酔科	○	皮膚科	○		
		皮膚科	○	神経科	①	リハビリ科	①		
				精神科	①	胃腸科	○		
				形成外科	○	肛門科	○		
				皮膚科	○	美容外科	①		
				リハビリ科	①	心臓血管	○		
		病理科	○						
常勤医師数		9	28	14	7				

注:○のみは、常勤医が不在で、非常勤医師や診療応援等で対応している診療科目

イ 評価

以上のとおり、当地域の医療は、求められる医療機能に対して、十分に答えることができていない現状にあるが、その原因は、当地域における「中小規模病院の林立」、その結果として医師が分散している点にあると考えられる。

すなわち、四国中央市は、車による走行30分圏内に、東に三豊総合病院519床、西に新居浜地域の病院【住友別子病院401床（一般病床401床）、十全総合病院350床（一般病床290床）、県立新居浜病院339床（一般病床300床）、愛媛労災病院306床（一般病床306床）】が存在し、東西が大規模病院に挟まれた地域となっている。

そのなかで、当地域の病院のうち病床100床以上の病院は、四国中央病院259床（一般病床209床）が最大である。その外、県立三島病院183床（一般病床179床）、石川病院153床（一般病床104床）、長谷川病院150床（一般病床42床）であり、中小規模病院の林立状態となっており、個々の病院では常勤医師2人以下の診療科や、非常勤医師等によって維持している診療科が多く、どの病院も求められる医療機能を満たしているとは言えない状況である。

この状況を地図で示すと、次頁のとおりである。



その結果、下表「入院・外来患者の受療動向」が示すとおり、当圏域の入院患者の約4割、外来患者の約2割が、圏域外の大規模病院に引き寄せられ、流失している。

入院・外来患者の受療動向(平成20年5月)

圏域名	入院		外来	
	件数	割合	件数	割合
宇摩圏域(四国中央市)	389	61.3%	13,813	82.0%
新居浜・西条圏域	107	16.9%	1,533	9.1%
今治圏域	2	0.3%	17	0.1%
松山圏域	38	6.0%	320	1.9%
香川県	81	12.8%	960	5.7%
その他県外	18	2.8%	202	1.2%
合計	635	100.0%	16,845	100.0%

また、平成19年度の宇摩圏域内の救急患者の搬送状況を見ると、約8割は四国中央市内の病院に搬送されているが、残り2割は隣接する他医療圏域に搬送されていることが分かる。

市町村別救急患者搬送状況(平成19年度)

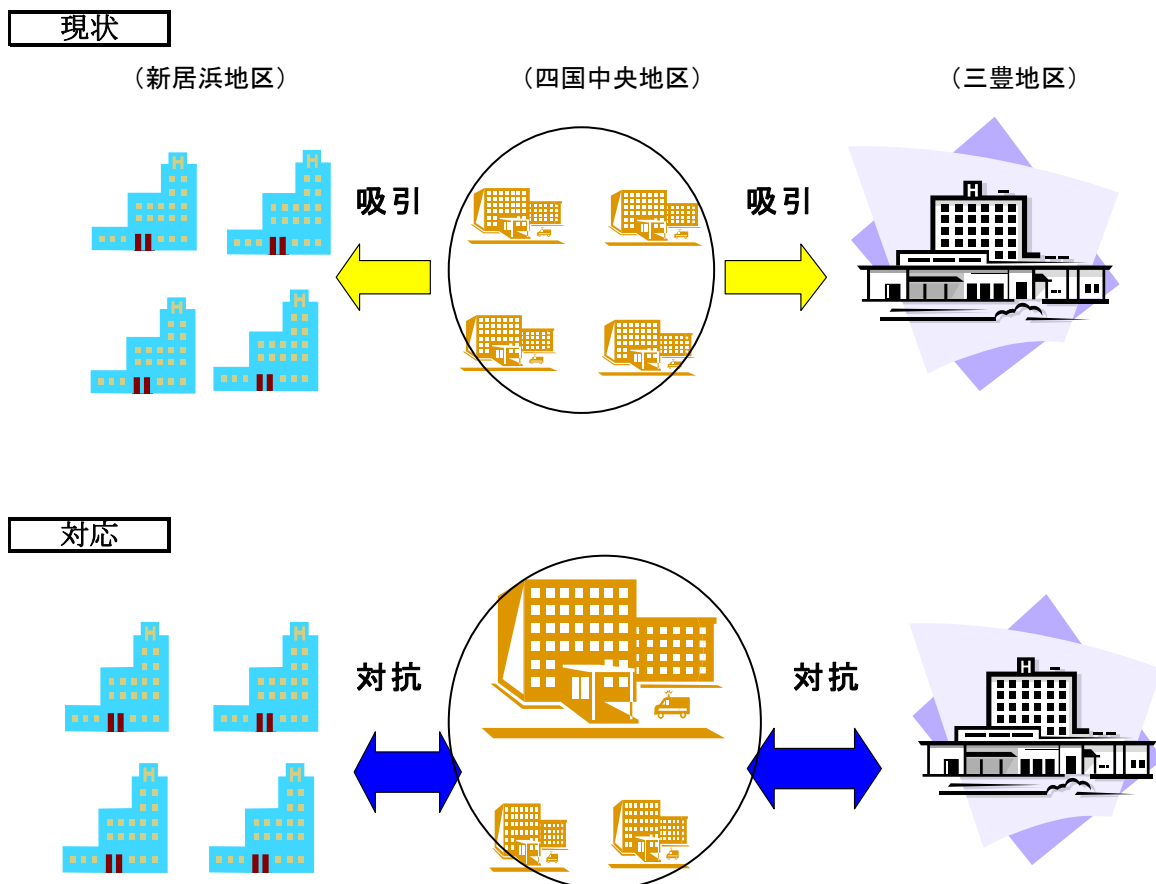
搬送先	患者数(人)	割合(%)
四国中央市	2,395	78.4%
新居浜市	325	10.6%
観音寺市	268	8.8%
その他	68	2.2%
合計	3,056	100.0%

7 解決策～「集約による中核病院の形成」

以上から明確になることは、次の事項である。

- ① ただ単に「県立」三島病院の存続を課題とするだけでは、十分ではない。なぜなら、三島病院が仮に存続しえたとしても、中小規模病院林立のなかで、東西の大規模病院に医療需要を吸収され続ける現状に変化はなく、地域においては医療機能に乏しい状況が継続するだけである。
- ② 求められている医療機能を提供するためには、本来的には医師の絶対数を増加させることが必要であるが、現在の医師不足による医師確保の困難性を考えるとそれは不可能であり、むしろ当圏域内の林立する病院に分散している医師を集約することが、有効であると考えられる。
- ③ そのためには、当圏域の既存病院の再編、すなわち複数病院を経営統合して、「中核病院を形成」し、地域の二次救急需要を基本的には充足させて、東西の大規模病院に対抗することが必要である。
- ④ 既存病院の再編により、当圏域で300床を超える規模の一般病床を持つ中核病院の形成が達成されると、医師集約の結果として、医療機能の向上することが期待される。

中核病院形成のイメージ



8 「中核病院形成」の手法

① 民間病院を主体とする中核病院の形成

中核病院の形成に当たっては、これまで説明してきたとおり、県立三島病院は、診療機能的には求心力を失っており、経営の維持も極めて困難になっている。

このため、病院再編の核にはなり得ず、県立三島病院を核として宇摩圏域の病院を再編する方法をとることはできない。

むしろ民間病院を主体として、これと県立三島病院との経営統合を図り、中核病院の形成を目指す方法が適当であると考えられる。

② 地域医療再生基金事業の活用

国においては、「経済危機対策」（平成21年4月10日「経済危機対策」に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議）において、「都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する『地域医療再生計画』に基づいて行う、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取組を支援」することを決定した。

その支援策として、平成21年度補正予算において、「地域医療再生基金事業」（国予算額：3,100億円、全国枠100億円：10箇所、30億円：70箇所、1都道府県あたり2箇所程度の医療圏が対象）を創設したところである。

国は、地域内の医療機関間の連携・経営統合等を行う二次医療圏に資金を集中投下して、地域医療体制の確立を支援することとしている。

このため、救急医療等当圏域に求められる医療機能の再構築を図るに当たっては、この地域医療再生基金事業の活用を目指すこととする。

9 「中核病院の形成」に向けて

県立三島病院の移譲を契機として、民間病院を主体として「中核病院を形成」することを通じ、圏域の医療機能の再生を図るため、公的医療機関の開設者等から次の手法により提案を公募することが適当である。

① 公募方法

プロポーザル方式

② 提案題名

「宇摩圏域の地域医療確保に関する提案」とする。

③ 県立三島病院の移譲条件

二次救急医療の確保を絶対条件とする。

県立三島病院のあらゆる選択肢検討結果

考えられる選択肢 検討の視点	県による直営 (地方公営企業全部適用)	県立新居浜病院のサテライト病院化	県による地方独立行政法人化 (非公務員型)	県による指定管理者への委託	地元市への移譲 (市による指定管理者への委託)	民間譲渡 (公的医療機関等)
制度概要	地方公営企業法に定める財務・組織・職員の身分取扱のすべてを適用し、事業者による運営を可能とする制度	外来診療(内科)のみを行う診療所とし、重症患者については新居浜病院を紹介することとする。ただし、4日に1回の二次救急輪番日には、中央病院及び新居浜病院から医師の派遣を受け、救急医療を継続する。	地方公共団体が設立した法人格を有する組織が公共サービスを提供する制度。職員は身分は非公務員。	県が設置主体のまま、公募により民間医療法人等を指定法人に選定し、民間のノウハウを生かして経営する。いわゆる公設民営。	市へ施設を移譲したうえで指定管理者制度を導入。市が設置主体となる公設民営。市への移譲の際は、土地・建物等を無償譲渡する。	経営実績の豊富な公的医療機関等に移譲し、一定の公的医療を担ってもらうとともに、民間の機動力を発揮した病院経営を行う。
実現可能性	・現状維持	・中央病院、新居浜病院の救急応援により、何とか二次救急機能を維持しようとするものであり、病院機能の低下は著しく、最後の選択肢である。	・国は不良債務を有する場合等財政基盤の脆弱な団体については、原則認可しない取り扱いであり、三島病院の財政的基礎を強固にしない限り、実現可能性はない。 ・県立5病院のうち三島病院のみ独法化することについて、市民の理解が得られない。	・平成19年4月現在、全国の公立病院に指定管理者制度を導入しているのは44病院であるが、このうち県立病院では、5県5病院に留まっており、こども病院や高齢者を対象とする病院など特定目的の病院が多い。これは、急性期を担う県立病院規模の総合病院を引き受けようとする指定法人の確保が難しいためと思われる。 ・指定管理者との契約は、3～5年毎に見直すのが一般的であり、長期的な視点に立った病院経営が困難。	・市は、医師確保のノウハウを有しない。 ・市は、病院経営においてもノウハウを有しない。 ・県の指定管理者の場合と同様に、全国的な医師不足の中、三島病院の定数(18人)を維持できる指定法人の確保は容易ではない。 ・指定管理者との契約は、3～5年毎に見直すのが一般的であり、長期的な視点に立った病院経営が困難。	・公募による移譲が想定されるが、公平性・透明性の確保できる選定方法を採用する必要がある。 ・移譲条件としては、現在の輪番制による二次救急医療の確保を絶対条件とする。 ・地元の既存病院と統合される形での譲渡であれば、診療機能も高まり、効率的運営及び患者増が期待される。
現行制度から移行する際の手続き等制度上の問題点はないか						
評価	-	△	×	△	△	△
医師確保	・医師の採用については、地方公営企業法全部適用の趣旨に沿い、随時の採用等柔軟に対応している。 ・医師確保策としては、優秀な医師を安定的・継続的に確保する観点から、大学医局からの派遣を原則としているが、三島病院の医師は、これまでの経緯から他の4県立病院とは異なり、岡山大学、徳島大学、愛媛大学、香川大学の混成となっていた。全国的な医師不足の中、県外の大学医局の引き揚げにより、後任の補充が困難となっている。 ・このため、21年4月現在で定数18名に対して9名の医師しかおらず、中央病院等からの応援で何とか診療機能を維持している。 ・今後も医師確保の見通しはつかない状況であり、診療応援を行っている中央病院の医師も疲弊しており、これ以上の支援は難しい。 ・今後大学医局からの医師派遣停止が新たに生じると、診療科の休止、病院機能の停止という事態が生じる恐れがある。	・県直営であり、これまで通り関係大学に医師派遣を依頼することとなるが、医師不足の中、規模縮小により、更に医師確保が困難となることと予想される。 ・他県の先進事例では、サテライト病院は医師の確保に苦労している状況にある。 ・新居浜病院の後送病院に位置付けるためには、新居浜病院の機能を拡充する必要があるが、同院は現在でも整形外科医が不在であるなど、更なる拡充は難しい。	・法人による人事決定であるため、職員の採用時期、試験方法を独自に決定することで、年度途中の医師の採用等の迅速な人材確保や多様な人材確保が容易とされている。 ・独自の医師給与等の処遇改善が可能となり、医師確保につながるとされているが、他の県立病院とのバランスから一定の制限を受けざるを得ない。 ・しかしながら、医師確保策については、直営と同様基本的に大学医局に頼らざるを得ず、事態は改善しない。 ・また全国的な医師不足のなか、厳しさが予想される。	・指定管理者による人事決定であるため、職員の採用時期、試験方法を独自に決定することで、年度途中の医師の採用等の迅速な人材確保や多様な人材確保が容易とされている。 ・しかしながら、他の県立4病院とのバランスから、三島病院のみ医師給与等の処遇改善することは困難。 ・指定管理者制度を導入しても、他の県立4病院とのバランスから、県直営と同様、基本的には大学医局からの派遣に頼らざるを得ず、事態は改善しない。 ・以上のことから、指定管理者の力量に期待する部分もあるが、医師確保については、厳しいと判断される。 ・また全国的な医師不足のなか、厳しさが予想される。	・指定管理者による人事決定であるため、職員の採用時期、試験方法を独自に決定することで、年度途中の医師の採用等の迅速な人材確保や多様な人材確保が容易とされている。 ・指定管理者の力量に左右されるが、指定管理者が民間病院であれば、機動力の発揮が期待できる。 ・市立の単独病院となり、市独自に医師給与等の処遇改善や医師公募を行うなどの医師確保策が可能となるが、医師確保のノウハウを有していない。 ・県としても、北宇和病院の例のように、一定期間医師派遣の応援が可能。 ・しかしながら、全国的な医師不足のなか、厳しさも予想される。	・民間病院による人事決定であるため、職員の採用時期、試験方法を独自に決定することで、年度途中の職員採用等の迅速な人材確保や多様な人材確保が容易である。 ・医師の確保については、民間病院の力量に左右されるが、民間病院であれば、機動的に柔軟な採用が可能となる。 ・ただし、全国的な医師不足のなか、厳しさも予想される。
評価	×	×	△	×	△	△

考えられる選択肢 検討の視点	県による直営 (地方公営企業全部適用)	県立新居浜病院のサテライト病院化	県による地方独立行政法人化 (非公務員型)	県による指定管理者への委託	地元市への移譲 (市による指定管理者への委託)	民間譲渡 (公的医療機関等)
<p>経済性</p> <p>毎年度3～5億の赤字が発生しており、平成19年度末の累積赤字は約94億円で、県立病院全体の約2分の1を占めるに至っている経営破綻の状況を打開できるか。</p>	<p>(収益確保) ・医師不足が解消されない限り、患者数の増加は見込めない。</p> <p>・赤字経営が続いているため、高度医療機器の更新等積極的な投資が困難。</p> <p>・県財政も危機的な状況であり、一般会計からの支援増も見込めない。</p> <p>(経費節減) ・減価償却費(平成19年度決算で約2億1千万円)の解消は不可能。</p> <p>・企業債利息(平成19年度決算で約2億円)の削減も不可能。</p> <p>・業収益に占める給与費(平成19年度で約14億3千万円)の割合が80%を超えているが、削減困難。</p> <p>・単年度赤字(平成19年度決算で約5億円)、累積赤字(同約94億円)の解消は困難。</p> <p>(効率的経営) ・地方自治法の適用を受け予算単年度主義や給与制度等の制約があり、柔軟な病院運営や制度改革に伴う迅速な対応が困難。</p>	<p>(収益確保) ・診療科の縮小等により、患者数は減少する。</p> <p>・サテライト病院の収支シミュレーションでは、赤字幅は多少改善されるものの、赤字体質からの脱却は困難である。</p> <p>・医療機器の更新等、積極的な投資が困難。</p> <p>・県財政も危機的な状況にあり、一般会計からの支援増も期待できない。</p> <p>(経費節減) ・減価償却費の解消は不可能。</p> <p>・企業債利息の削減も不可能。</p> <p>・業収益に対する給与費率が80%を超えており、大幅な改善は見込めない。</p> <p>・累積赤字の解消は困難</p> <p>(効率的経営) ・地方自治法の適用を受け、柔軟な病院運営や制度改革に伴う迅速な対応が困難。</p> <p>【収支シミュレーション】 ・現状で推移の場合 H20 △521,271千円 → H25 △479,360千円 ・サテライト化の場合 H20 △521,271千円 → H25 △270,198千円</p>	<p>(収益確保) ・医師不足が解消されない限り、患者数の増加は見込めない。</p> <p>・県から独立した法人であり、柔軟な運営が可能である。</p> <p>・地方交付税措置の活用が可能</p> <p>・県からの長期借入が可能</p> <p>(経費節減) ・減価償却費は独法化しても解消されない。</p> <p>・既往の企業債は独立行政法人に引き継がれる。</p> <p>・給与費の削減が可能</p> <p>・現在の累積赤字は引き継がない。</p> <p>(効率的運営) ・地方自治法の財務規定の適用はなく、会計規程は法人自ら定めるため、科目に縛られない弾力的な予算執行や契約事務を行うことも可能となり、剰余金の繰越及び次年度の活用などを柔軟に行うことができる。</p> <p>・また、中期目標・中期計画の制度により予算単年度主義が緩和されるため、中期目標・中期計画の範囲内で弾力的な予算執行が可能。</p>	<p>(収益確保) ・医師不足が解消されない限り、患者数の増加は見込めない。</p> <p>・指定管理者のノウハウ等柔軟な運営により患者確保が期待される。</p> <p>・県財政も危機的な状況にあり、一般会計からの支援増も期待できない。</p> <p>(経費節減) ・減価償却費は、指定管理者制度を活用しても解消される問題ではない。</p> <p>・企業債利息は、指定管理者制度を活用しても解消される問題ではない。</p> <p>・給与費は指定管理者の制度の導入後も他の県立4病院とのバランスから大幅な削減は困難</p> <p>・累積赤字の解消は困難。</p> <p>(効率的経営) ・会計規程は指定管理者自ら定めるため、科目に縛られない弾力的な予算措置や長期契約を締結することも可能となり、運営の自由度が一定増す。</p> <p>・一方、診療科の変更や施設の改修等が柔軟に行えないなど少なからず制度的な制約が排除できず、民間の経営ノウハウの発揮も限定的となる。</p>	<p>(収益確保) ・医師不足が解消されない限り患者数の増加は見込めない。</p> <p>・指定管理者のノウハウ等柔軟な運営により患者確保が期待される。</p> <p>・市の運営する病院としての地元密着性及び市の保健福祉介護行政との一体的かつきめ細やかな運営により、患者の確保が有利となる。</p> <p>・市立病院であることから地方交付税措置がなされるが、四国中央市の財政も危機的な状況であり、一般会計負担金を県以上に繰出せるか不明。</p> <p>(経費節減) ・県からの無償譲渡により現在の減価償却費が不要。</p> <p>・既往の企業債の償還が不要</p> <p>・給与費は市の単独病院となることから、削減が可能。</p> <p>・現在の累積赤字は引き継がない。</p> <p>(効率的経営) ・会計規程は指定管理者自ら定めるため、科目に縛られない弾力的な予算措置や長期契約を締結することも可能となり、運営の自由度が一定増す。</p> <p>・一方、診療科の変更や施設の改修等が柔軟に行えないなど少なからず制度的な制約が排除できず、民間の経営ノウハウの発揮も限定的となる。</p>	<p>(収益確保) ・医師不足が解消されない限り患者数の増加は見込めない。</p> <p>・患者確保について民間事業者のノウハウが期待される。</p> <p>・地元既存病院と統合される形での譲渡であれば、既存病院と一体となることにより診療機能も高まり、効率的運営及び患者増が期待できる。</p> <p>(経費節減) ・時価又は簿価による減価償却費は必要。</p> <p>・既往の企業債の償還は不要。</p> <p>・現在の累積赤字は引き継がない。</p> <p>・給与費、経費の削減が可能</p> <p>(効率的運営) ・会計規程は民間事業者自ら定めるため、独自の会計規程により、科目に縛られない弾力的な予算措置や契約事務を行うことが可能となり、長期契約を締結することも可能となり、運営の自由度が増す。</p> <p>・民間事業者であることから、経営方針に基づき重点配分も可能。</p>
評価	×	×	△	△	△	○
<p>公共性</p> <p>救急医療等の政策医療は担保されるか</p>	<p>・基本的に県立病院として救急医療等の政策医療は担保されるが、医師不足のなか、県民の期待に応えられる救急体制の維持は困難。</p>	<p>・三島病院の担ってきた二次救急医療は、最低限維持できる。</p> <p>・しかし、現在、新居浜病院では整形外科医が不在となっているなど、医師不足の中、現実的な医療体制の維持が困難な可能性。</p> <p>・重症患者の搬送に30分程度かかるなど、救急医療体制の実効を問われる可能性がある。</p>	<p>・基本的に県立病院として救急医療等の政策医療は担保されるが、医師不足のなか、現実的な維持が困難。</p>	同左	<p>・基本的に市立病院として救急医療等の政策医療は担保されるが、医師不足のなか、十分な対応は困難。</p>	<p>・移譲の際、公募の条件として救急医療等の維持を付することで、公的医療の維持可能。</p>
評価	△	△	△	△	△	△
<p>県財政との関係</p> <p>県立病院事業会計及び一般会計との関係</p> <p>既存企業債の処理</p> <p>総合評価</p>	<p>・現状維持</p> <p>・地方公共団体の財政健全化に関する法律の施行に伴い、健全化判断比率に公営企業会計の決算を含む「連結実質赤字比率」が適用されることになり、このまま県直営にて赤字経営を継続すると県財政本体にも悪影響を及ぼす可能性がある。</p> <p>・平成33年度まで県が順次償還。</p> <p>県直営による運営は困難</p>	<p>・現状維持</p> <p>・地方公共団体の財政健全化に関する法律の施行に伴い、健全化判断比率に公営企業会計の決算を含む「連結実質赤字比率」が適用されることになり、このまま県直営にて赤字経営を継続すると県財政本体にも悪影響を及ぼす可能性がある。</p> <p>・平成33年度まで県が順次償還。</p> <p>診療機能の低下は必至(必要最低限の診療機能維持)</p>	<p>・県立病院事業会計から分離</p> <p>・三島病院の資産処理のため、一時的に「連結実質赤字比率」への悪影響があるが、中長期的にみれば、赤字要因がなくなることにより、県財政本体に及ぼす影響は少なくなる。</p> <p>・地方独立行政法人に引き継がれる。</p> <p>現在の財務内容では困難</p>	<p>・現状維持</p> <p>・地方公共団体の財政健全化に関する法律の施行に伴い、健全化判断比率に公営企業会計の決算を含む「連結実質赤字比率」が適用されることになり、このまま県直営にて赤字経営を継続すると県財政本体にも悪影響を及ぼす可能性がある。</p> <p>・平成33年度まで県が順次償還。</p> <p>抜本的な経営改善は困難</p>	<p>・県立病院事業会計から分離</p> <p>・三島病院の資産処理のため、一時的に大幅な臨時損失が発生するが、中長期的にみれば、財政健全化に大きく貢献できる。</p> <p>・平成33年度まで県が順次償還。</p> <p>市による病院運営は困難</p>	<p>同左</p> <p>・有償譲渡の場合、繰上償還が必要だが、公的医療機関等であれば、低利の企業債への借り換えが可能。</p> <p>・無償譲渡の場合、繰上償還の必要はない。</p> <p>地域医療確保の可能性が残る選択肢</p>

第5 財政健全化後の経営見通し

1 収支シミュレーション

第3に列記している財政健全化計画の施策及び県立三島病院のあり方の見直しについて、所定的前提条件に基づき、今後の収支計画をシミュレーションすると、次のとおり三島病院の移譲に伴い、一時的には多額の赤字が発生するが病院全体では、3年後の平成23年度には、単年度黒字に転換する見通しである。

全体

【現状のまま推移した場合の決算見込み】

(単位：百万円)

区分	平成20年度 決算見通し	今後の決算見込み				
		21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
総収益	35,138	36,072	36,613	37,146	37,579	39,701
総費用	36,552	37,439	38,406	38,298	38,637	40,405
当期純損益	△1,414	△1,367	△1,793	△1,152	△1,058	△704
累積欠損金	△20,004	△21,371	△23,164	△24,316	△25,374	△26,078

【健全化策を実施した場合の決算見込み】

(単位：百万円)

区分	平成20年度 決算見通し	今後の決算見込み				
		21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
総収益	35,138	36,072	36,087	36,822	37,527	39,484
総費用	36,552	39,407	36,595	36,495	36,744	38,637
当期純損益	△1,414	△3,335	△508	327	781	847
累積欠損金	△20,004	△23,339	△23,847	△23,520	△22,739	△21,890

【改善効果】

(単位：百万円)

区分	平成20年度 決算見通し	今後の決算見込み				
		21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
総収益		0	△526	△324	△52	△217
総費用		1,968	△1,811	△1,803	△1,893	△1,768
当期純損益		△1,968	1,285	1,479	1,841	1,551
累積欠損金		△1,968	△683	796	2,637	4,188

第6 公立病院改革プラン

総務省から提出を求められている「公立病院改革プラン」については、多くの内容が「第3次愛媛県立病院財政健全化計画」と重複することから、「第3次愛媛県立病院財政健全化計画」を「公立病院改革プラン」に位置づける。

1 経営指標

総務省の示している「公立病院改革ガイドライン」では、概ね3年後に黒字化になる計画を策定するとともに、目標とする経営指標のうち、「経常収支率」、「職員給与費対医業収益率」、「病床利用率（一般）」を必須としている。

本県では、第5で策定した収支計画を基に、次のとおり目標とする経営指標を定める。

(1) 全体 (単位:%)

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
経常収支率	97.7	96.1	96.5	98.6	100.9	102.1	102.2
職員給与費対医業収益率	61.4	62.9	61.9	61.1	60.1	58.7	54.7
病床利用率(一般)	85.3	83.0	85.5	86.7	87.0	87.6	89.2

注1) 20年度は見込み

注2) 病床利用率は、稼働病床ベース

(2) 中央病院 (単位:%)

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
経常収支率	102.9	100.2	100.2	100.9	103.2	104.4	102.8
職員給与費対医業収益率	55.3	56.6	56.0	56.1	55.5	54.0	49.1
病床利用率(一般)	94.0	87.3	90.9	90.9	90.4	90.4	92.0

注1) 20年度は見込み

注2) 病床利用率は、稼働病床ベース

(3) 今治病院 (単位:%)

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
経常収支比率	94.8	94.0	93.5	94.1	97.3	98.0	100.2
職員給与費対医業収益率	61.3	62.8	62.4	63.4	61.6	61.1	59.9
病床利用率(一般)	89.1	89.6	89.7	89.8	89.8	89.9	90.0

注1) 20年度は見込み

注2) 病床利用率は、稼働病床ベース

(4) 三島病院

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
経常収支比率	78.3	77.1	78.6				
職員給与費対医業収益率	84.1	87.6	84.2				
病床利用率(一般)	68.2	77.5	77.5				

注1) 20年度は見込み

注2) 病床利用率は、稼働病床ベース

(5) 南宇和病院

(単位:%)

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
経常収支比率	90.9	89.8	91.6	92.1	93.6	95.4	97.6
職員給与費対医業収益率	66.9	73.0	70.4	71.6	70.3	68.5	66.8
病床利用率(一般)	78.8	70.6	72.4	74.2	76.1	78.0	80.0

注1) 20年度は見込み

注2) 病床利用率は、稼働病床ベース

(6) 新居浜病院

(単位:%)

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
経常収支比率	94.6	93.6	95.4	97.7	99.6	101.4	104.5
職員給与費対医業収益率	80.1	79.2	78.4	77.5	75.4	73.0	70.0
病床利用率(一般)	67.6	70.8	73.3	75.8	78.4	81.2	84.0

注1) 20年度は見込み

注2) 病床利用率は、稼働病床ベース