

「病院経営の効率化」に向けて

豊川市民病院
院長 佐々木 信義

はじめに

平成19年12月24日に総務省から公立病院改革ガイドラインが通達され、各自治体は20年度内にガイドラインに沿った改革プランを策定することになった。通達から改革プランの策定・実施までの期間が1年数ヶ月と極めて短いことから、各自治体とその病院は、その策定に苦慮しているものと思われる。ガイドラインの基本的な考え方は、地域において真に必要な公立病院については、安定した経営のもとで持続可能な良質な医療を提供することとされている。全自病協の平成19年度決算見込調査報告書によれば、赤字病院が70.9%と平成18年度よりは2.8ポイント減少しているものの、依然として公立病院の大部分は赤字経営である。公立病院の経営困難の最大の理由は、医師養成抑制策と新臨床研修医制度による勤務医不足、そして医療費抑制政策による診療報酬の引き下げである。すなわち、国の誤った判断と政策の結果であるが、今になって公立病院の経営がけしからんから何とかしろとは理解に苦しむところでもある。年

間6,000億円、国民1人当たり5,000円の一般会計からの繰り入れを削減し、地域医療は各自治体と現場病院の責任で守れといっているようにも思える。しかし、公立病院の使命が未だ終わっていないと確信している以上、なんとしても経営を安定化させ地域医療を守っていく責任とその対策が必要である。

さて、公立病院改革ガイドラインには「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の3つの視点が設定されている。中でも、「経営の効率化」は視点の1番目に掲げられ、対象期間も3年程度と、他の2つの視点の5年より短い。さらに、経営指標に係わる数値目標が設定され、経常収支比率、職員給与費対医業収益比率、病床利用率は必須とされ、その他にも項目毎に多くの数値目標が設けられている。公立病院の経営は非常に複雑であり、3つの視点も複雑に関連していることから各視点を単独で論ずることは難しく、また各病院の歴史や立地条件が異なることから共通の経営改善策はないと考える。本稿では、公立病院改革プラン策定への愛知県の関与、当院の現状と問題

点、経営改善への取り組みなどについて述べるが、当院はどちらかというと特殊な状況下の病院であることを先ずお断りしておく。

改革プラン策定の背景

ガイドラインにおいても、都道府県自らが改革プランの策定に積極的に参画することを要請している。愛知県は経済的には日本一元気といわれるが、医療に関しては対人口当たりの医師数や病床数は国の最低レベルにあり、医療崩壊状態の地域も現に存在する医療貧困県の一つである。

(1)愛知県の対応

県はガイドラインの通達を受け、各自治体の公立病院改革プラン策定の指針を定めるべく「公立病院等地域医療連携のための有識者会議」をいち早く立ち上げた。メンバーは県内4大学病院の病院長、県医師会長、県病院協会会長、公的病院長ら11人で構成され、公立病院からは県公立病院会会長の1人だけが参加した。会議は3月25日、4月30日、5月27日の3回開催され、その協議結果を「中間とりまとめ」として公表した。内容は、公立病院の経営改革は地域

医療の確保と切り離して考えられないとの観点から、「地域医療の確保」と「救急医療体制の確立」に主眼をおき、各公立病院は連携を含めてプラン策定に取り組むとするものである。視点からは「再編・ネットワーク化」が中心であるが、プラン策定における県ならびに大学の果たすべき役割についても言及されている。各医療圏は、この「中間とりまとめ」を基に地域医療連携検討ワーキンググループ（圏域WG）を設置して検討するが、必要なら複数の圏域で合同のWGを開催することが適当とされた。そして、問題が顕在化している海部地域と当院の属する東三河地域から重点的に進めることになった。

(2)東三河の医療

東三河は愛知県の南東の端にあり、北部と南部の2つの医療圏がある。北部医療圏は人口約6.3万人で新城・設楽の2地区から、南部医療圏は人口約70.8万人で豊橋・豊川・蒲郡・渥美の4地区からなっている。両医療圏を併せた人口77.1万は人口少数県の人口に匹敵する。当地域の医療は、基幹病院と各地区の中核病院がそれぞれの役割を果たしつつ東三河全体の医療を守ってきた。しかし、ここ数年はこの体制が崩れ始めている。特に、北部医療圏は医師不足による地域医療の崩壊状態にあり、東三河においては北部・南部医療圏合同の圏域WGが設置されることになった。7月8日の第1回WGにおいて、当院（南部）と北部医療圏の中核病院であるS市民病院とが、南部医療圏のT市民

病院とG市民病院とがペアとなり互いの連携につき検討することになった。8月22日に2回目のWGが開催され、当院はS市民病院と具体的な連携のあり方等を検討する新たな協議会を設置し、県の調整を受けながら医療機能連携や病床数の適正配置等についても協議を進めることになった。

(3)当院の概要

当院は当時東洋一の規模を誇った豊川海軍工廠の共済病院を前身として、昭和21年豊川市により開設された。60余年の歴史の中で病院整備事業増築工事が完成した昭和57年頃が大きな節目となり、医療器機の整備と人員の充実を図り大きく発展し、以来地域の中核病院としての役割を担っている。病床数は一般339、結核8、精神科106、計453の中規模病院であり、23診療科を標榜し約90名の医師が急性期医療に当たっている。臨床研修施設の認定は平成元年（新臨床研修制度では単独型）に、病院機能評価の認定は県下の公立病院第1号として平成9年に取得し、平成18年には総務省から自治体立優良病院の表彰を受けた。

平成19年度の決算概況は、病床利用率103.9%（一般）、平均在院日数13.6日（同）、年間手術数3,168件、分娩数641件、時間外救急患者数28,539人（うち入院2,476人）、救急車搬入数4,746件である。経営面では平成6年度以来経常黒字を続けており、平成19年度は経常収支比率101.4%、医業収支比率98.1%、職員給与費対医業収益比率52.0%であった。

(4)当院の現状と問題点

現時点で、経営的には順調である当院も多くの問題を抱えている。第1は建物の老朽・狹隘化である。築後40～50年を経過した建物が多く、大規模地震の発生が予想されている当地方では大きな問題である。さらに深刻なのは狹隘化で、453床の当院の延べ床面積（23,477.2㎡）は、最近建設された病院のそれと比較すると65%弱しかない。言い換えれば、急性期医療を担う当院としては、現在の1.5倍の広さが必要である。そのため、診療の効率化が妨げられ、医療安全の確保に大きな負担を強いられている。新築移転は計画されているが、最短でも5年は要するとみられ、その間の対策が必要である。第2は、病床の不足である。愛知県の対人口当たりの病床数は、全国でも最少5県の1つに入るが、当院が診療圏とする豊川地区の一般病床数はさらに少ない。人口18万3千に対する一般病床数は、当院の339と民間総合病院の137、小規模民間病院に散在する68の計544で、人口1万当たりにすると29.7しかない（表1）。この29.7を全国の71.3、県の55.8と比較するとそれぞれ実数で761床、447床少なく、500床規模の急性期病院がもう1つあっても良いことになる。表1には国、県、東三河各地区の人口1万人当たりの病床数も示してあるが、一般床は豊川地区が最も少なく、世界一少ないとされる米国の33.0よりも少ない数である。当医療圏全体の一般床は、基準値に154床足りないが、療養病床と併せた全体では529床の過剰となるため増床は認められてい

表1 病床数の比較（一般・療養）

地域等	人口	病院数	病床種別						一般・療養計		
			一般病床			療養病床			一般		過剰数
			基準数	既存数	人口万対	基準数	既存数	人口万対	既存数	人口万対	
全国	127,770,794	7,754		911,061	71.3		342,473	26.8	1,253,534	98.1	
愛知県	7,351,713	337	35,865	41,040	55.8	11,117	14,069	19.1	55,251	75.2	8,269
東三河北部医療圏	63,009	6	375	359	57.0	204	214	34.0	573	90.9	10
新城地区	51,377	5		319	62.1		184	35.8	503	97.9	
設楽地区	11,632	1		40	34.4		30	25.8	80	68.8	
東三河南部医療圏	708,057	39	3,499	3,345	47.2	2,197	2,874	40.6	6,219	87.8	529
豊橋地区	376,221	23		2,054	54.6		1,847	49.1	3,901	103.7	
豊川地区	182,926	11		544	29.7		768	42.0	1,312	71.7	
蒲郡地区	82,188	3		431	52.4		259	31.5	690	84.0	
渥美地区	66,722	1		316	47.4		0	0.0	316	47.4	
米 国(2003)					33.0						

人口：平成19年10月1日現在（統計局・推計人口）
 病床数：全国・平成20年3月末現在（医療施設動態調査）
 愛知県・平成19年10月1日現在（県健康福祉部発行病院名簿・平成20年3月）

ない。当院は、当地区で唯一の公立病院であるため、急性期疾患はもとより骨折、ヘルニア、虫垂炎などのcommon diseaseまでもが集中し、慢性的な満床状態にある。さらに近年は、医療崩壊状態の北部医療圏からの患者も増加し、病院全体が機能オーバーの状態にある。満床などの理由による救急車受け入れ不能件数は平成19年度に425あり、地区の医療機関で急変した患者の受け入れもできないことが多い。

病院経営の健全・安定化に向けて

数字的にみれば、当院の「経営の効率化」はすでに達成しているかに見える。しかし、中規模大都市であるがゆえの医師確保の不確実性、加速が予想される医療費削減政策、市の財政状況、計画中の新病院建設費の償還開始等を考えると経営の効率化は必須の課題である。

(1)病床の確保と適正管理

平成初期までの当院の一般病床の利用状況は、利用率が90%前後、平均在院日数が20日前後で推移していたが、平成5年頃から入院患者が急増し、各科からは病床配分の見直しと増床の希望が相次いだ。病床過剰圏域の理由で当院の増床は認められず、病床の有効利用について真剣な討議がなされた。そして、入院日数の短縮を図るため外来での諸検査を徹底し、入院・手術日も外来で決定することにした。さらに、各科への病床配分は一応の目安とし、空床があれば科に関係なく利用できることとし、病棟管理は看護部長室が統括し主担当を看護師長とした。その結果、平成10年頃からは利用率が100%を越え、在院日数も次第に短縮され平成15年には15日以下となった（図1）。問題として、入院予定患者の病床確保に師長が苦勞することが多い、患者の部屋・

病棟移動が頻繁（夜も）になった、各病棟が混合病棟化し業務が煩雑になった、などが生じた。

一般病床の増床は、当院にとって永年の悲願であり、県とも交渉を重ねたが、病床過剰圏域のため今までは不可能であった。しかし、今回の合同圏域GWにおいて、当院と北部医療圏のS市民病院との医療機能連携の中で病床数の適正配置についても協議することになり、また南部医療圏における一般床の減少などから、県の判断如何によっては増床も可能になった。ちなみに、S市民病院の一般床数は255で、平成19年度の利用率は45.0%であった。5年後開院予定の新病院では100床程度の増床を見込んでいるが、問題はそれまでの期間である。狹隘化が著しく敷地にも余裕がないため、管理部門を近くに移転させるなどして、取りあえず、救急病床を中心に20床程度の増床を検討している。なお、

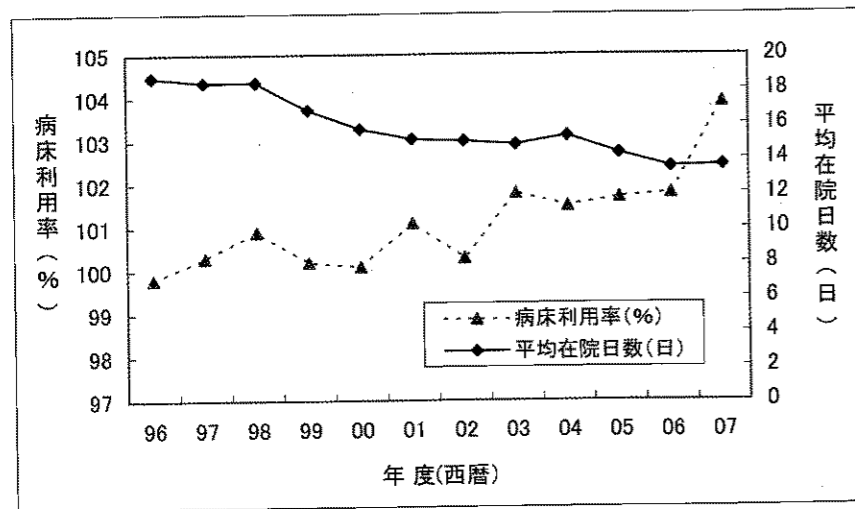


図1 病床利用率と平均在院日数の推移

新病院においてはICU、CCU、SCUの新設と新型救命救急センターの導入を予定している。

(2)外来入院患者比率と紹介率の適正化

当院は診療圏のほぼ中央に存在し、圏内のどこからも15~20分程度で来院できる。そのため、かかりつけ総合病院としてのイメージが強く残っており、外来入院患者比率は300強である。精神科患者が多いのも一因であるが極めて高い数字である。一方、紹介率は30%前後の低さで推移しており、その原因は紹介患者の実に3分の1が当院の他科受診中のため紹介患者に算入できないことにある。外来収益は医業収益の3分の1を占める貴重な収入源ではあるが、勤務医の負担軽減策、診療の効率化からも是非適正化を実現したいと考えている。それには、医療連携推進による外来機能の診療所へのシフトと住民の理解、入院診療収益で病院経営が成り立つ診療報酬体系が必要である。必ずしも容易ではないが、当初の目安として、数年以内に外来入院患者比率を

200以下に、紹介率を40%以上にしたい。

(3)診療報酬への対応

平成20年の診療報酬改定で8年ぶりに本体部分が0.38%引き上げられた。経営改善には極めて不十分な改定ではあるが、10対1入院基本料の引き上げは有難く大いに評価したい。診療報酬各種加算については、漏れがなく、可能性のあるものは徹底的に追求し取得できるよう各部署を中心に随時見直しをかけている。思わぬ加算可能な項目の発見もあり、検体管理加算(II)の取得はその1つであった。査定減については、新任医師への教育と審査機関からの情報を医師ならびに医事課職員へ周知させることが重要であり、当院では国・社保審査委員会に審査員を派遣している。レセプトのグループチェックを一部の診療科で行っているが、これを拡大し請求漏れの防止と査定減を図っている。

現在、当院で最も取得に力を入れているのは、7対1入院基本料と入院時医学管理加算である。7対1入院基本料は先回の改定で導

入されたが、看護職員の数だけが条件とされたため、小規模病院や医師不足により病棟を閉鎖した病院が多く取得したことに大きな疑問をもっていた。今回の改定で重傷度・看護必要度の条件が設けられたが、病床利用率が高く、看護師に多大な負担を強いている当院では是非取得したいと考え昨年からの準備を進めてきた。職員定数の改訂(増員)が議会で承認され、看護師採用年齢制限の緩和・撤廃、臨時(随時)採用試験の実施などを行ってきた。当院は看護師研修が充実しているとの評判から、予想以上の応募もあり目標の看護師数を確保できる見込みであった。しかし、思わぬ退職(結婚、妊娠など)や産休・育休などが相次ぎ、数名の不足状態が続き7月の算定には間に合わなかった。現在は正規以外に長時間パートの採用、産・育休明け看護師の日勤帯のみ勤務の容認、非病棟勤務看護師の一定時間病棟勤務などの工夫で近々の取得の見込みである(10月に取得)。

入院時医学管理加算は、容易に算定できるようにしたとの割にはハードルが高い気がする。例えば、施設基準要件の外来縮小体制における「転帰が治癒であり、通院の必要がない患者」の理解である。虫垂炎・鼠径ヘルニア・腹腔鏡下胆嚢摘出術などは外来で抜糸することが多い。これらを全く外来受診の必要をなくするには、入院期間が長くなってしまふ。また、治癒との判断で退院した場合も外来で一度くらいはチェックすることもある。「通院」とあるので、退

院後1ヵ月間に1回位の外来受診は許されるとの解釈(治癒に準じる)もあり、当局に確認し解決したい。また、「病院勤務医の負担の軽減に関する計画」については、当該計画の成果を毎年4月に報告するとある。これも容易ではないが、結果(成果)を出せる計画を策定し早期の取得を目指している。

当院は現在、DPC準備病院である。21年度中のDPC対象病院への移行を期待し、移行後の効率的診療に向けた検討を開始した。

(4)地方公営企業法の全部適用と経営改善

地公企法の全適用と病院経営改善との関係については議論もあるが、一部適用による法的規制下での経営改善には困難を伴うことも確かである。一部適用では財務規定のみが適用されているが、全適用では組織、人事、予算等について

の権限が一部条件付きながら管理者に委譲される。そのため、経営管理体制の整備が容易となり、給与に関しても手当部分については企業の実態に即して定めることが可能となる(表2)。職員の病院運営への自覚とモチベーションを高めるなどのメリットに加え、より迅速かつ柔軟な改善が期待できる。当院では将来の地方独立行政法人化を念頭に置きつつ、全適用を予定している。

(5)費用の削減・抑制

費用の項目には人件費、経費、材料費、医療機器の購入と保守・管理費、施設関連費などがある。当院の給与費対医業収益比率52.0%は、ガイドラインが目標とする数字には達しているが、安定経営にはギリギリの線であり、より一層の削減に取り組む必要がある。医療職を除く職種においては、退職者の補充を抑制し、再任用職

員・委託員および臨時職員の積極的活用をするとともに、外部委託業務の評価、見直しを行い競争原理に基づく契約内容と契約金額の見直しを図っている。一方、医療職とくに医師給与には、年功序列制度を見直しモチベーションを高める報酬制度の導入が必要であり、全適用を考える一因でもある。

当院の新築移転は、最近になり建設地も決まりいよいよ具体化してきた。病院にとって建設費用は、今後の償還、減価償却に関係する大きな問題である。従来、市立病院の建築費用は、バブル期に他市と競うように豪華にしたためか私的・公的病院はもとより国、県よりも高いといわれた。基準となる建築単価が公表されていなかったことも一因であるが、最近は独立行政法人福祉医療機構の融資単価、国立病院機構の病院建築標準仕様をはじめ公的病院の建築単価

表2 地方公営企業法一部適用と全部適用の比較大要

区分	地方公営企業法		メリットなど
	一部適用	全部適用	
制度の概要	財務規定のみ適用	地方公営企業法の全部を適用	
運営責任者	首長	事業管理者	運営責任の明確化
議会 議案の提出 資料の作成	首長 首長	首長 事業管理者	議案作成にのみ関与可、メリット少ない
予算 原案作成 予算の調整 決算の調整	首長 首長 会計管理者	事業管理者 首長 事業管理者	制約が多く残る
組織 内部組織	首長	事業管理者	組織作成が企業管理規定で可能
人事 任用	首長	事業管理者 (交流職員は首長の同意必要)	首長部局の協力が得られれば容易
定数 定数内での配分	首長	事業管理者	運営環境に応じた職員配分が可能
給与	人事院勧告を基に条例で定める	経営状況その他の事情を考慮できる	業績に応じた給与体系の導入が可能

の情報も入手できるようになった。実際の契約は市の担当部局が行うが、病院に過大な負担が及ばないよう、要望と監視を続ける必要がある。院内には新病院建設に向けた病院建設室があり、建設監(部長)以下病院の事情に詳しいスタッフが業務に携わっている。

おわりに

特殊な条件下にある当院であるが、過去および今後の経営改善に

向けた取り組みの概容を述べた。最近の各公立病院は、地域医療存続と生き残りをかけ必死で経営改善に取り組んでいる。「親方日の丸」なる言葉はもはや死語になった。にもかかわらず、公立病院は依然として「高コスト体質」の経営であるから、民間的経営手法を導入すべきとの指摘がある。公立病院は民間医療機関にはない多くの規制の中で、経営改革に取り組んでいるのである。時代に合わな

い規制は撤廃されるのは当然であるが、経営の効率化を強いる国と、効率化を探求する公立病院との間には相互の理解が必要である。「民にできることは民で」のスローガンは分かり易く受け容れ易いが、「公にしかできないこと」があるのも事実である。過度の「公立病院イジメ」になってはいけなし、努力する公立病院にはそれなりの評価が与えられるような制度・政策が必要である。