

有床診療所化された岩手県立 4 病院の現状

なぜ合理化しても赤字は改善されないのか？

岩手県立中央病院附属大迫地域診療センター

遠藤忠雄

本内容は 2007/Nov/17 に盛岡で行われたシンポジウム「ともに岩手の医療を考える」での発表原稿を他県の方に判り易く改変しました。Data は 2007 年 10 月末のものです。

〔はじめに〕

岩手県は四国 4 県に匹敵する面積です。医療過疎を解決するため、岩手県は県を経営母体として 27 の県立病院を運営しています。しかし、財政赤字のために県医療局は病院の再編と合理化を打ち出しました。地域の人口変動に合わせて不必要な設備や人員を削り、負担の軽減を図りました。この改革の一部として 5 病院の有床診療所化を計画し、これまで 4 病院が施行済みです。それでも、これら 4 診療所の経営は改善していません。

どうして「合理化しても赤字は改善されない」のでしょうか？この改革を進めた当時の岩手県知事の増田寛也氏は現在総務大臣であり、総務省は日本全国でこの合理化を推進すると発表しました。報道によれば北海道の病院には「赤字は改善されない」と反対するところもあるそうです。この反対の理由を理解するために、一足先にこれを行った岩手県立病院の現状を御覧下さい。併せて、医師不足についても付記しました。

〔plan〕

平成 16 年 2 月に岩手県は改革プランを策定しました。

- 1) 圏域における医療の完結性を高める。
- 2) 効率的な医療提供体制を確立する。(目標：一般病床の病床利用率 90%程度)
- 3) 経営改善を総合的に実施。

病床規模の適正化を目的と、高田、山田、江刺、一戸、遠野の各病院で 1 病棟を閉鎖し花巻厚生病院と北上病院を合併 (以上は今回検討していません。)

紫波、花泉は平成 18 年 4 月。大迫と九戸は本年(平成 19 年) 4 月に診療所化しました。住田は来年(平成 20 年) 4 月に診療所化します。当初は無床化する予定でしたが住民の強い要望で、5 病院とも 19 床の有床になりました。

〔注意事項〕

本発表で取り扱う 4 病院を並べた表は、六ヶ月ずつまとめて、上 2 段の紫波と花泉は平成 17 年と 18 年、大迫と九戸は 18 年と 19 年を並べました。上 2 段と下 2 段は一年ずれていきます。従って大迫と九戸は右下の 2 つの箱は空欄になります。

〔結果 1〕

1) 外来収益

外来収益は大迫が前年後期に大幅に落ち込みましたが、18年10月（前年前期と後期の変わり目）より院外処方へ切り替えたのが原因です。（その分経費が減りますので）外来収益での比較は困難です。

外来収益	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
志波	100%	89	94	84
花泉	100%	95	84	45
大迫	100%	64	67	
九戸	100%	79	78	

2) 外来患者数

外来患者数は診療所化前の80～90%になり、医療局の予測通りです。花泉は常勤医師の退職に伴い大きく減りましたが平成19年はやや回復傾向にあります。

外来患者数	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
志波	100%	91	89	79
花泉	100%	89	83	53
大迫	100%	90	88	
九戸	100%	81	69	

3) 入院収益

診療所化前の20～30%に減少しました。

入院収益	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
紫波	100%	85	26	24
花泉	100%	77	20	22
大迫	100%	75	28	
九戸	100%	43	29	

4) 総収益

総収益＝外来収益＋入院収益 で、約半分になりました。

総収益	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
紫波	100%	87%	52%	47%
花泉	100%	86%	55%	33%
大迫	100%	69%	50%	
九戸	100%	60%	52%	

5) 病床利用率 (六ヶ月平均)

ベッドを減らしたため病床利用率は改善しましたが、目標の 9 割には遠く及びません。また、総務省の求める 7 割にも達しません。

病床利用率	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
志波	53%	43	67	64
花泉	51	37	54	65
大迫	46	35	56	
九戸	44	18	42	

6) 一日入院患者数 (六ヶ月平均)

入院患者実数で比較。19 床に bed を減らしましたが、さらに入院患者が減少しました。

(下表での分母は各病院の病床数。故に、診療所化後の分母は全て 19。分子は一日入院患者数の六ヶ月平均。)

入院患者実数	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
志波	34.5/65	28.0/65	12.8/19	12.1/
花泉	38.0/75	28.0/75	10.3/	12.4/
大迫	24.0/52	18.0/52	10.7/	
九戸	20.0/45	8.3/45	7.7/	

ここで、前年前期を縦に 4 つ加えると 116.5 となります。診療所前期を縦に加えると 41.7 になります。 $41.7 \div 116.5 = 0.36$ になるので、入院患者は実数で約 1/3 に減少したことになります。

7) 入院患者単価 (円)

入院患者単価は似ています。21000 円から 14000 円へ、三分の二に減りました。

	前年度	診療所初年度
紫波	21443	14608
花泉	22268	15138
大迫	21717	13871
九戸	18427	13279

(大迫と九戸の診療所初年度は前期のみの集計)

8) (幕間)

6) と 7) より

$$(\text{入院患者数}) \quad 1/3 \times (\text{入院患者単価}) \quad 2/3 = (\text{入院収益}) \quad 2/9 = 22 \%$$

なので、3) の入院収益を再掲します。4 施設の診療所前期が 20~30% に一致するのは偶然ではありません。

入院収益	前年前期	前年後期	診療所前期	診療所後期
紫波	100%	85	26	24
花泉	100%	77	20	22
大迫	100%	75	28	
九戸	100%	43	29	

この入院収益の表は岩手県の医療関係者に見せると皆驚きます。というのも4施設の立地条件は全く異なるからです。紫波は東北本線と国道4号線が通っていて、盛岡まで電車で20分で行ける発展中の町であり、紫波診療センターは「地域の診療所」とは名ばかりです。九戸や大迫は人口減少に悩んでいます。花泉は小さい町ですが、車で20分で一関市内に出ます。すなわち、「病院経営には立地条件や病院職員の努力よりも政策的な値段決定のほうが重要なのだ」という推論ができます。

8) 職員数と人件費

下図に職員数の4診療所の平均をまとめました。やや乱暴な統計ですが傾向は判るはずです。ナースと技術員が半分になりました。

職員数	前年度	診療所初年度
医師	2.5人	2.25
看護師	23	12
医療技術員	6.5	3.25
事務員	4.5	3
労務員	3.75	0.5

9)

人件費は4診療所の総計で、
 診療所初年度前期÷前年度前期=62% に減少しました。

10) 差引損益

4診療所の単年度収支ですが、赤字は改善しているとは言えません。

	前年度	診療所初年度
紫波	-1.43億	-1.00億
花泉	-1.06億	-1.57億
大迫	-1.34億 (-1.40億)	-1.31億
九戸	-1.61億 (-2.33億)	-1.44億

大迫と九戸は前期同士の比較。大迫と九戸の（ ）の中は平成18年全体の単年度赤字額。

〔結果 2〕

地方の病院を悩ませているのは財務の悪化の他に医師確保が困難であることです。5施設にアンケートをとりました。

1 1) 常勤医師の月間日当直回数

4 診療所+住田病院の計 5 施設の常勤医師 11 人で。

10 回	1 名	8,9 回	4 名	7,8 回	0 名
5,6 回	5 名	0 回	1 名		

労働基準法では労働者の当直回数は週 1 回を超えてはいけません。常勤医師の勤務は違法状態です。なお、0 回の 1 名は体調不良のためです。

1 2) 月間の非常勤医師の日当直応援

- 県立中央病院 16
- 県立の中核病院 23
- 岩手医科大学 31
- 東北大学 27
- 他病院勤務医 4
- その他 12

(住田病院を含む 5 施設に対する当直応援の単純総和)

「県立の中核病院」とは近傍の中規模県立病院のこと。九戸診療所にとっては県立二戸病院。花泉にとっては(一関の)県立磐井病院。紫波と大迫は県立中央病院附属。住田病院には県立大船渡病院ですが、大船渡自身が危機的状況にあるため大船渡からの当直応援はなし。

計 113 回 ÷ (30 日+土日日直 8 回) ÷ 5 (病院数) = 0.75 すなわち、当直の 3/4 を他施設に頼っています。

[考察]

1) どうして入院患者単価がこれだけ下落したか？

厚労省の定める入院基本料の算定（一部略）

入院患者からは下記の料金を一日毎に請求できます。

一般病院入院基本料		加算	
7対1	15550円	入院≤14日	4280円
10対1	12690円	15～30日	1920円
13対1	10920円		
有床診療所入院基本料		加算なし	
7日以内	8100円		
8～14日	6600円		
15～30日	4900円		
31日～	4500円		

一般病院には入院期間による加算があるのに、有床診療所は日数によって基本料が変化します。判り難いので私の書いた下記の表をご覧ください。実は上の表と同一です。

一般病院入院基本料		加算	
7対1	15550円	入院≤14日	4280円
10対1	12690円	15～30日	1920円
13対1	10920円		
有床診療所入院基本料		加算	
	4500円	入院≤7日	3600円
		8～14日	2100円
		15～30日	400円

私の勤める大迫診療センターの病院時代はこの10対1看護基準での12690円プラス加算を請求していましたが、現在はこの下の方です。「12690円から8100円に減らされた」と思った方は錯覚です。4500円に減らされたと考えるべきです。ただし、この他に「医師と看護師の配置基準に基づき1000円」と「施設基準に基づき150円」をいただいています。つまり、5650円です。

入院患者単価	前年度	診療所初年度	差引
紫波	21443	14608	-6835
花泉	22268	15138	-7130
大迫	21717	13871	-7946
九戸	18427	13279	-5393

各診療所は病院であった時代に入院基本料を10:1看護基準で徴収したり13:1で徴収したりしていました。（入院患者数の変動による）

12690-4500=8190円（10:1→有床診療所）

10920-4500=6420 円 (13:1 →有床診療所)

入院患者単価の減少額は入院基本料の削減額に近似しています。有床診療所は病院時代にできた治療がかなり制限されます。患者の層が変わるので理論的には一致しないはずですが、入院基本料が入院患者単価に極めて大きく影響することがわかります。

ところで4500円ってどういう額でしょうか？何も追加サービスを頼まずに、宿泊した場合をビジネスホテルと有床診療所で比較してみましょう。

ホテル宿泊料 v s 入院基本料

ビジネスホテル	有床診療所
一泊 5000～10000 円	一日 4500 円
(付いても) 朝食のみ	一食 640 円
80～200 室	19 室
夜間当直はフロント 1～4 名	夜間当直は 医師 1 名 看護師 2 名×2 交代= 4

地域の診療所の土地代は安いのですが、この料金で人件費がまかなえないのは明白です。つまり、厚生労働省の示す入院基本料の行間には「地域の有床診療所は潰れなさい」と書いてあるわけです。なお、基準としては有床診療所の当直は看護師は 1 名で他は補助者で良いのですが、医療としての仕事上ではそれでは患者の急変に対応するのは困難ですし、救急車の受け入れなどできません。

また、「病床の回転率を上げれば良いのだ。長々と患者を入院させるから赤字になる」と言われそうです。地域の病院に入院する患者は高齢者の肺炎、尿路感染、心不全、脳梗塞が多いこと。あるいはセンター病院や大学病院から「癌末期で治療は無いが、地元に近い病院に帰りたいがっている」などの依頼があれば積極的に引き受けなければいけません。必然的に入院期間は伸びます。

2) 当直医が確保できない

医師をセンター病院に集約化し、地域の病院または診療所へと出張させるいわゆる「サテライトシステム」は概念が世に出た直後に崩れました。勤務医不足によりセンター病院自身が潰れかかっているからです。各診療所は「当直医の確保」が困難になりつつあります。筆者自身が平成 19 年の年度初めには月に日当直が 10 回でしたが、精神的にはかなり追い詰められます。地域住民の期待には添えませんが、近い将来勤務医が大幅に増える見通しが無い以上、各診療所の無床化は避けられません。

〔結語〕

地方自治体の財政再建を目的として、総務省は地方自治体が抱える公立病院の経営を合理化するように指導を始めました。その柱は慢性的に空いているベッドを削減して病院の規模を地域の状況に対して適正化することにあります。ところがこの方針に従って病床を削減して有床診療所化しても、厚生労働省の定める懲罰的な診療点数のために経営は改善されません。厚生労働省はおそらく、医療費削減を目的として東京周辺の有床診療所を潰し、入院患者は大病院のみで良いという施策をとっているのでしょう。新臨床研修制度は医師を都市部大病院に集める政策ですし、この保険点数制度は規模の小さい田舎の病院を潰す結果になっています。近い将来、日本には「無医村」や「無医町」、ひょっとすると「無医市」がたくさん誕生することでしょう。

〔終わりに〕

資料を提供していただきました，紫波，花泉，九戸の各地域診療センターと住田病院に感謝申し上げます。

(参考資料1)

病床利用率、70%下回れば削減も 公立病院改革

2007年10月26日 朝日新聞

赤字経営の多い公立病院の経営改善を促すため、総務省が自治体に求める改革のガイドライン（指針）案がわかった。08年度中に改革プランを策定し、3年以内に黒字化を達成するよう求め、特に病床利用率が過去3年間連続で70%未満の病院には病床数削減や診療所（病床数20床未満）への転換など抜本の見直しを求める。病院経営に具体的な数値目標を示し、自治体財政の悪化に歯止めをかけるのが狙いだ。過疎地医療を担う地方の公立病院も病床利用率が低迷していれば、早期の経営改善を迫られる。

7月に総務省が発足させた有識者による公立病院改革懇談会が来週中にもこの指針案を了承した後、同省が全国の自治体に通知する。

指針案では、自治体は08年度中に公立病院改革プランを策定し、経営効率化は3年以内、病院の再編・ネットワーク化や経営形態の見直しは5年以内を実現するよう求める。経営効率化の指標には、経常収支比率▽医療サービスの提供による医業収支比率▽職員給与費や材料費の比率▽病床利用率、などを採用する。

経営効率化では、一般会計からの繰り入れにより病院会計に財政支援をした後、経常黒字を達成できる水準をめどとするよう求める。同一地域に民間病院がある場合は、民間病院並みの効率性を達成する、としている。

赤字経営でも特に厳しいケースとして「おおむね過去3年間連続して病床利用率が70%未満となった病院」を挙げ、自治体の改革プランで病床数削減や診療所化など抜本の見直しを行うよう求めた。

(後略)

参考資料 2

岩手県立病院分布図

