

平成21年度地方公営企業等経営アドバイザー派遣事業講評議事録

平成21年7月31日（金）
身延町早川町国民健康保険病院
一部事務組合 飯富病院

《佐々木総務事務官》

総務省自治財政局地域企業経営企画室の病院事業を担当しております佐々木と申します。昨日、今日の二日間に渡りまして、地方公営企業経営アドバイザー事業ということで、お二人のアドバイザーの先生方からいろいろと助言があったところです。また、病院視察等で病院の関係者の皆様には、ご協力いただきありがとうございました。

これから講評していただきますが、この講評につきましては、総務省としてこうしろという命令をしているわけではなく、あくまでもアドバイザー先生方からの助言であるということを念頭において、アドバイスを今後の病院経営の改善に役立てていただければと思います。

それでは、海江田先生から講評をお願いします。

《海江田アドバイザー》

海江田鉄男でございます。昨日、今日とご協力いただきまして本当にありがとうございました。失礼なことも申し上げたかと思いますが、お許しいただければと思います。

現在、民間病院で多くの病院が赤字に見舞われています。そのような中で民間病院のなかでも現在の診療報酬の体系下で黒字経営されている病院も沢山あります。当社のお客様のなかでも、一昨年までは8割の病院が黒字でした。ただし、昨年度、約5割の病院が黒字経営になっていません。3割の方が赤字に転落しました。診療報酬が上がらないから、経営が悪化するということも、そういった意味では、言えるかと思いますが、それだけでは黒字経営している病院の説明もつきません。また、赤字になったからといってそのまま放置することもできませんので、黒字化への対策を立てることが必要になります。

この間の診療報酬の改定のながれですが、これは皆さんがご存じかと思いますが、このような医療をしてほしいという政策医療の側面と、もう一方で個々の病院にある非効率な面を見直してほしい、是正してほしいというメッセージとして理解しておくべきだろうと思っております。したがって、赤字経営に転落したということは、病院経営のなかに非効率があるか、もしくは、4疾病5事業の対策強化とか、病病連携、病診連携といった政策誘導に逆行していないか、そういったような反省もすべきだろうと思っております。

これまで、黒字基調でありながら、昨年、赤字転落をした病院の理由は、民間病院の場合、こちらの病院ということではなく、民間病院の一般論としては、仕入れ価格、医薬品等の仕入れ価

格の引き下げが出来なかったこと、ふたつめは、救急車の引き受けを減少させたこと。人的な資源で出来なかったこと。あるいは、時代の流れの中で手術数が減少したこと、あるいは、看護師の確保が出来ず病床の稼働を減少させたこと等が上げられます。それから、ひどい場合は、医師が退職して近隣に開業したという例もあります。そういった例で赤字転落していく民間病院が多くありました。数年前から赤字経営を続けている民間病院の特徴としては、入院患者確保のルートを昔ながらの外来ピックアップと救急ピックアップだけに依存しながら救急車の引受の後退しているところ、あるいは、外来ピックアップのみに依存していて外来だけを増やそうとしていたところ、外科手術の減少のなかであるいは、大病院集中のながれのなかで、専門性の充実だとか内科系の充実など何らかの対策を講じてこなかったところ、あるいは、若い医師や若い看護師の多くを引き入れて若い人たちの活躍の場を作ろうとしてこなかったことが、赤字経営転落の原因となっているとみられます。これは、私自身、民間病院をずっとみていて思っていることです。

民間病院で黒字経営している病院の特徴としては、徹底した無駄、非効率の排除をしている、あるいは、急性期に特化している、あるいは、回復、リハビリテーション病床、あるいは、療養病床にリハビリを強化している病院、紹介患者の確保、連携を強化している病院、医療介護、在宅のネットワークを作っている病院、若い医師や若い看護師、若いPT、OT入れて若い世代の活力を活かしてきた病院などが黒字経営を確保しています。先進的な病院は、病棟別の原価計算とか、診療科別の原価計算などを既に始めています。本来は、疾病別の原価計算まで行きたいのですが、コンピュータのソフトがなかなか開発できずに、疾病別まで行かないのが現状ですが、診療科別の原価計算を進めている、それから、オーダーリングだとか電子カルテ、SPDの導入などで無駄を排除していること、あるいは、電子カルテや画像デジタル化などで地域の連携を図っていること、看護、医事課、リハなどで研究会を院内でつくるだけでなく、外に向かって発表して意見交換を積極的に進めるといのが黒字経営をしている病院、民間病院の特徴としてあります。

これは、今までの民間病院の話で自治体病院には関係ないのでは、という話かもしれませんが、自治体病院でもやはり、いまのところは、参考にさせていただければと思います。自治体病院の現状として、皆さんもよくご存じのとおり8割の自治体病院が赤字経営になっております。赤字経営になっているところの大きな問題は、現在六つあげることができます。ひとつは、一般論として、給与比率が高い、個別の人件費において看護補助者や准看護師が看護師よりも高いということが普通に起こっています。こういったバランスの悪さが人件費の引き上げになっています。そのために、給与費比率を下げろということになるが、中身は単純な話ではありません。ただ、給与比率が高い、これがひとつ。ふたつめに、過大設備投資であること。民間病院ですと20億円の収入が確保さできるのであれば、20億円の投資が限界という発想なのですが、公的病院の場合は、この他に地域における役割というものがありますから、当然、そういう役割に対する投資もありますので、収入との見合いだけではないかもしれません。ただ、見合いだけではないかもしれませんが、結果として過大設備投資になってしまい収入の確保が出来ない。今まで診療報酬に守られていたが、そうでないと、このあたりにつけがまわってくる。ということが出てくることもふたつめの理由。3つめが、医薬品、材料費、医療機器購入の際の価格交渉力の弱さ、これもあります。それから4つめ、配置転換等人事交流がないため、逆に、院内の改革を進めよう

という動きがない。したがって、昔ながらの方法で良いじゃないかというふうの流れていく。こういったことも、赤字経営の原因のひとつになっています。最近、5番目として、医師の確保が出来ない。医師を守れない。こういったことも、赤字転落の最大の原因となっております。それから6つめ、同じようなことですが、看護師不足、硬直した人事で若い世代の活躍の場が確保できない。こういったものも赤字の理由になっています。

そういったなかで、当院の現状はどうかというと、当院の病院は、一つ目に先生方が結束して地域医療の貢献に真剣に対応している。これは、非常に良いことだと思います。それから、2番目、給与費のうち個別銘柄での逆転現象が起きていない。平均データでの話ですが。そういった意味では、バランスの悪さがもたらす人件費の高騰というのは、是正されていると思われま。それから、3番目、看護師等の年齢分布は相対的にはちょっと高めですけど、適度のばらつきは持っています。ただ、これちょっと高めなので、将来そのまま放置しておくと、高齢化が進み、人数はいるんだけど、仕事は回らないということが起こってきます。ただ、今の段階では、相対的には高めですけど、適度のばらつきは持っている。ここも問題ない。それから、4番目に透析医療とかペースメーカー交換率、老健等、利益確保に貢献する分野をきちっと実施されている。それから、5番目、検査委託業者の変更だとか、医薬品仕入れ価格交渉、例えば、10%薬価差益をちゃんと確保しろとかいう交渉も行い経費削減を努力されている。そういった意味では、先ほど申し上げた他の病院、自治体病院の中の赤字要因のうちかなりのところが解決されています。しかし、問題は、昨年度赤字に転落していったわけですが、医師問題、人件費、あるいは価格交渉能力での問題はないのですが、前回赤字に転落している。その要因として、いったい何かあるのかということいろいろみさせて頂きました。やはり、私のほうで上げさせていただくことは、いくつかあります。まずひとつは、老人保健施設の人的配置の非効率です。いままでは、非効率があったのですが、診療報酬がある程度カバーしてくれていたので、これまでのがんばりのなかで見えなかっただけだろうと思います。たぶん、老健だけだったらずっと赤字が続いていたのではないのでしょうか。一般的に、老健の場合、黒字になります。だいたい、6%から10%利益が出るのが老健の特徴です。また、そのような点数配分をしているのが現状です。ところが、当病院では赤字が継続している。ではなぜそうなのかというと、入所54、デイ20人、今25人ですかね。それに対して人員が45人なのです。結論から言うと、介護スタッフは本来法律では「3:1」でよい。実質では、入所者3人に対して1人の看護・介護スタッフがいればよいというのが法律の要請です。この法律の要請に対して、現状2対1に近くなっております。要するに、2対1に近くなっている分だけ、どうしてもそこに人件費の無駄が無駄とっていいのかわかりませんが、非効率が出ています。いま入所が54ですが、たぶん、同じような計算をして80床であれば、40床40床の80床であったとしても、たぶん、同じ数のスタッフで対応できているはず。そうゆうふうになると、そのなかでの非効率があったのではないか。ただこの非効率は、構造的な問題ですから、今すぐ解決できるという問題ではないとしても、その問題がひとつあった。それからふたつめ、療養病床の人的配置の非効率、これもやはり私自身問題だと思っています。これも診療報酬の引き下げで表面化した話だと思っています。具体的に言うと、療養病床26に対して、現在、看護介護のスタッフが16名です。看護師が法的には2名でいいところが4名、准看護師4名でいいところが4名、ここはあっていると、それから看護補

助者は、5名でいいところが8名ということですので、そういった意味では、あつい看護介護になっている。これは、構造の問題だと思っています。この人数がいないと、当直が動いていけない。当直がさばけないということになりますから、当直だけもってくるということはできません。そういった意味では、こういったことが構造のなかで出てきている。かりに、療養病床が40床であったとしても同じ人数で回っていくという試算ができます。仕事の内容はちょっとハードになるかもしれませんが、ハードになるとは思いますが。今もハードですが、今よりもハードになるかもしれません。でも、基本的に同じスタッフの数で40床でも回していくことが可能になる。そうすると、そこに構造的な問題で老健、療養病床のなかで非効率があつて、それが診療報酬の引き下げのなかで目立ってきているのではないかというふうに思っています。ですから、今回増改築をなされるのであれば、この非効率についても一度見直しをできるような形で、いろいろ検討を重ねていただくと、このあたりの改善ができるのではないかと考えております。それから、3つめとしましては、これもいままでは必要な話ですが、診療報酬が引き下げられていくとどうしても必要になってくるもの、これは経営管理のデータ整備がされていなかったこと。計画経営をしようと思っても、目標を立てて plan-do-see-check という、こうゆうふうな話のサイクルをもっていこうとしても、その前の plan を立てるための基礎的データがない。そうすると、救急患者を何人受け入れそのためにはどういう体制がどこであつて、病床がどのように稼働しているかという基礎データがないと、目標設定ができないはなしですから、そういった意味で、紹介先、紹介数のデータがない、病床別の原価計算のデータがない、救急搬送のデータがない、新患、再来新患、人間ドック、検診、そのうえでの2次検診の受講率などの基礎データ、これがあればいいという話ではなくて、さまざまな基礎データが経営管理のために、いままで作る必要がなかった、作ってこなかったのもひとつの大きな問題です。それから、4つめ、これは看護師不足です。やはり看護師が不足すると動きたくても動けなくなる。先生方が一生懸命頑張られても、なかなか動ききれなくなる。そういった意味では、職員寮の確保、奨学金、フレックス制度の導入、食事介助のフレックス制度の導入、短時間就労制度の導入、という努力をされていらっしゃると思いますが、地域柄、看護師が不足するという地域ですので、なかなか難しいというところがあるかもしれません。医療費の削減の影響でこれまでの構造的な非効率が表面化したのが、こちらの赤字転落の大きな理由ではないかと思っています。

そういった意味で、工夫あるいは経営努力しなければ、黒字化しないという診療報酬の削減というのは問題だとは思いますが、いずれにせよ当病院は、黒字化しなければいけない課題を抱えていると思いますので、以下いくつか整理して、改善提案をさせていただきます。ひとつめは、療養病床、老健の構造的な非効率の改善を図ってください。1フロア当たりの収容人員の増加、入浴の際の平行移動、これは、具体的に言うと、入浴をするとき今3階から1階に降ろして入浴をさせていますが、そうするとエレベーターを使うことによって、非常に非効率が出ます。人手の非効率が出ます。エレベーターを使わずに、入浴介護を1フロアで出来る体制、お風呂の数が増えようと、そちらの方がはるかに効率が良いと思います。そういった意味で、入浴の際の非効率は平行移動により実質人員の削減を図ることができる。そういった対策を考えて頂ければと思います。老人保健施設の場合は、建物の増改築をとまなうので、今回の増改築のなかで検討できれば、お願いしたいところです。療養病床の場合は、今回の増改築の中で入浴介助の平行移動が実施で

きます。工事をしなくても、一般病床と療養病床の境目の移動である程度の人員の削減が可能になると思います。そういった削減された人員を、在宅配置していくことによって、在宅介護とか訪問看護などにあてていくことができます。訪問介護そのものは赤字かもしれませんが、赤字でも増収になる分だけ、あるいは人員を適正に配置することなどである程度の利益が期待できる。ざっぱく私の試算のなかで、老健と療養病床の非効率を改善するだけで、およそ8000万円の利益ベースでの確保が期待できると思います。ただ、片方で老健の構造を変えなければいけないので、療養病床だけであれば、半分4000万円弱ということになるかと思っています。そういった改善も是非ともご検討頂きたいと思います。それから2番目として、経営の効率化とマーケティング的な発想を入れて頂きたい。これまでは、病院の先生はじめスタッフの努力で他の病院の模範になるような経営をされてきたので、経営の効率化やマーケティング発想は必要なかったと思いますが、医療費削減の政策のもと経営管理データの活用をしていく、こういったことも、必要になると思います。特に病床区分のところでは、原価計算をきっちと入れなければいけませんし、特に医事課では、診療報酬確保のためにどんなことが出来るのか、どんな取り方ができるのか、ということの努力を研修としてやっていかなければいけないと思っています。ですから、そういった意味でも、外部のコンサルタントの導入を提案したいと思っております。これでお金がかかってもしょうがないので、なるべく安いところで、改善ができる、あるいは、自分たちで自己点検できるというような仕組みをしながら、マーケティング発想をもって経営の効率化を図って頂ければと思います。それから3番目に、早期に公営企業法の全部適用を図られることを提案します。いまでもほぼ全部適用に近い形で運営成されているようですけども、制度的にもはっきりされて、人事権も独立していますので、今後も先生方を守って、看護師の確保を進めていく、こういった体系にされてはいかがかと思います。それから、4番目、今回の増改築については、過大投資にならないような適正投資額の見直しをお願いしたいところです。自治体病院は、ややもすると、過大投資になりがちですので、災害拠点としての耐震構造は必要ですし、病床の非効率を改善していくということも必要だし、リハビリを重視していくという増改築は必要だとは思いますが、それに対しての見返り収入にあった投資としてご検討いただければと思っております。あとでこれが禍根にならないようにだけ、お願いできればと思います。

最後に、ここの病院で先生方をはじめ、スタッフのみなさまが、進めている医療の精神を全国に伝えていっていただき、今の医療崩壊の危機を回避する砦となって、今後ともその精神を堅持されて、邁進されて頂きたいなと思っております。以上講評とさせていただきます。

《樋口アドバイザー》

アドバイザーの樋口幸一でございます。二日間に渡りまして望月町長はじめ、長田院長また、病院関係者の方々に大変お世話になりました。この場をかりまして厚く御礼申し上げたいと思います。

いま、海江田アドバイザーのほうから経営管理・改善に関するかなり詳細な説明、並びに経営改善提案があったわけですが、私のほうは、経営改善以外の全体的な話を申し上げたいと思いま

す。まず第1点は、病院の経営状況がどのように推移してきたかということですが、私も感心があって、なぜこのような状態になったのかということ、検討するため、過去のデータをみさせて頂きました。そうしますと、平成16年のときに5000万円程の赤字が出ておりました、それから17年、18年まではよかったです、19年に5500万円強の赤字、それから、20年に7000万円ほどの赤字が出てきている。従来は、かなり病院の経営状況が良かったということがあったかと思いますが、その利益分の蓄積、貯金を取り崩しながら現在、平成20年度では、約4600万円の未処理損失が発生しています。過去は、いろいろな面で努力されて良い方向で進んできたんですが、ここ2年間ぐらいがかなり経営の状況が悪化してきている。先ほど経営の状況が悪化したことは、海江田アドバイザーからのご説明のとおりでございまして、これをどのようにしていくのかというのが課題だと私も認識しております。

それに関連いたしまして、この赤字は実際、本当の病院の赤字なのかということでございます。公立病院の場合には、いわゆる不採算医療、例えば、救急だとか僻地医療、そういう問題に対して国、総務省のほうからいわゆる交付金が出ているわけでございます。この交付金は、町のほうに入りまして、町のほうから病院に入ってくるという仕組みになっております。従来から、一部はもちろん町のほうから入っておるんですが、入っていない金額が、過去からずっと続いている状況です。平成20年度の計算でいきますと5000万円くらい、本来、病院がいただくというのか、専門的に言うと、町のほうからは繰出、そのお金が5000万円ほど少ないのではないかと考えられます。この点がひとつ経営の判断をする場合に重要なことであり、また、病院の経営状況を把握するために必要なものであるということ、第1番として指摘申し上げたいと思います。これは具体的にどうなのかということ、総務省の通達で決まっております、やはり当然、公立病院の場合には独立採算として考えられているわけですが、独立採算でもまかなえない経費は、不採算医療として国のほうから町を経由して病院に入れていくことが本来の姿であると思います。このルールを是非守っていただきまして、本来どちらのほうの責任、病院側の経営責任なのか、本来入るべき不採算医療にかかる経費が町から入っていないのか、このあたりの点も関係者が集まって、議論していただいて、今後、ルールに基づいた繰入を行ってほしいということをお願いを申し上げたいと思います。このあたりのことが解決しますと、病院の経営の判断が、総合的に出来るのではないかと思います。

2点目でございますが、特殊勤務手当というかたちで職員に払われている手当があります。この手当につきましては、なかをいろいろとお聞きしますと、必ずしも特殊勤務手当に該当しないようなもの、いわゆる危険手当とかありますが、区分がおかしいために、そのあたりの表現方法を是非見直していただきたい、解決していただきたいと思います。もちろん主な内容は、医師並びに看護師確保のための特別の手当ですけど、こういうものは、本来の手当にはいるものなどいろいろあります。必ずしも特殊勤務手当ではないということで、そのあたりの表現方法を今後良く内容を精査していただきましてご検討をいただければと思います。これが第2点目でございます。

あとは先ほど、海江田アドバイザーのほうからご説明ございましたから重複を避けたいとおもいますが、私のほうでその他気が付いたこととございますが、給食部門とか事務系の業務について、外部委託を出来ないのかお聞きしたのですが、職員の身分に関する事等いろいろ事情があ

るようですので、このあたりについては、やはり段階的に解決するしかないのかと感じました。段階的に解決する方法といたしまして派遣の職員のこととか、長期的にいろいろご回答いただいているわけですが、効率性を高めるための方策をお考えになっていただいて、具体的に実行していただければもう少し経営改善に役に立つのではないかと考えております。あと、細かいことですが未収金、医療未収金が、本来患者さんからいただけるもので、いただけていないものが約300万円あります。これは300万のうち主なものは、老健で発生したのですが、このあたりも1年以上滞納していて、患者さんの事情により回収できないものがあるかと思いますが、回収努力も是非お願いしたいと思います。あと先ほど、経営管理資料の充実ということを海江田アドバイザーのほからご説明ありましたが、私も同感でございまして、今後、病院運営をやっていく場合の、一番基本となるデータが今までは必ずしも十分ではなかったというふうに判断しております。したがって今後、経営判断に役に立つようなデータの収集、これにはいろいろな面で労力がかかるとは思います。優先順位としては是非これを実行していただきたいと思っております。非常に簡単でございまして、以上をもちまして私の講評とさせていただきます。