

浜松市病院事業経営分析業務委託

報告書

平成 18 年 11 月

 株式
会社 三菱総合研究所

目次

1. 目的.....	1
2. 調査内容.....	2
3. 調査結果.....	3
3.1 自治体病院としての役割の明確化.....	3
3.1.1 自治体病院としての役割の検討.....	3
(1) 文献整理.....	3
(2) 自治体病院としての役割の検討.....	5
3.1.2 医療センターにおける不採算状況の把握.....	9
3.1.3 自治体病院としての役割のまとめ.....	15
3.2 地域医療機関との連携分析および役割分担の検討.....	17
3.2.1 医療センターの連携分析.....	17
(1) 特色の整理.....	17
(a) 病診連携.....	17
(b) 病病連携の実施.....	18
(c) 臨床研修・臨床教育実習への取り組み.....	19
(d) 3次救急の実施.....	19
(e) ハイリスク患者の受入.....	21
(f) HIVへの取り組み.....	21
(2) 地域との連携分析.....	22
3.2.2 リハビリテーション病院の連携分析.....	24
(1) 特色の整理.....	24
(2) 地域との連携分析.....	28
3.2.3 地域医療機関との役割分担の検討.....	30
3.3 経営状況の分析.....	31
3.3.1 医療センターの経営分析および課題・問題点の整理.....	31
(1) 経営分析.....	31
(a) 全国の自治体病院のうち同規模病院との比較分析.....	32
(b) 県内の自治体病院のうち同規模病院との比較分析.....	34
(c) 近隣病院との比較分析.....	37
(d) 医療センターの傾向分析.....	48
(e) 市内優良病院との比較分析.....	62
(2) 課題・問題点の整理.....	69
3.3.2 リハビリテーション病院の経営分析および課題・問題点の整理.....	70
(1) 経営分析.....	70

(a) 全国の自治体病院のうち同規模病院との比較分析.....	70
(b) リハビリテーション病院の傾向分析.....	72
(2) 課題・問題点の整理.....	74
3.4 人件費の詳細分析.....	75
3.4.1 「中医協」のデータによる分析.....	76
3.4.2 「地方公営企業年鑑」のデータによる分析.....	81
3.4.3 「病院賃金実態資料」のデータによる分析.....	92
3.4.4 人件費の問題点の整理.....	98
3.5 経営健全化への方策の提言.....	100
3.5.1 医療センターへの経営健全化の提言（短期的方策）.....	100
3.5.2 医療センターへの経営健全化の提言（中長期的方策）.....	106
3.5.3 リハビリテーション病院の経営健全化への提言.....	107
4. まとめ.....	110

図表目次

表 3.1-1	法令等により指定されている医療.....	5
表 3.1-2	公共的必要性から取り組むべき医療(1).....	6
表 3.1-3	公共的必要性から取り組むべき医療(2).....	7
表 3.1-4	先駆的医療.....	8
表 3.1-5	アンケートを実施した分野と検討した分野例.....	9
表 3.1-6	コストモデルによる試算結果(1).....	13
表 3.1-7	コストモデルによる試算結果(2).....	14
表 3.2-1	ハイリスク患者の入院割合(平成 16 年度実績).....	21
表 3.2-2	近隣の病院からの紹介件数(平成 17 年度実績).....	22
表 3.3-1	医療センターと同規模・機能を有する全国自治体病院との主要な経営指標の比較.....	32
表 3.3-2	医療センターと同規模・機能を有する全国自治体病院との主要な医業費用比率の比較(平成 16 年度実績).....	33
表 3.3-3	県内の自治体病院のうち同規模病院との主要な経営指標の比較.....	35
表 3.3-4	全国の自治体病院のうち同規模病院との主要指標の比較(平成 16 年度実績).....	71
表 3.4-1	人件費の詳細分析に用いたデータ.....	75
表 3.4-2	中医協調査による職種別常勤職員 1 人あたりの平均給与月額(*1).....	80
表 3.4-3	比較条件別職種別平均給与月額と医療センター職種別平均給与月額との差異.....	91
表 3.5-1	DPC 導入効果のあった自治体病院における平均在院日数と入院患者単価の推移.....	102
表 3.5-2	A 病院における平均在院日数と入院患者単価の推移.....	103
表 3.5-3	医療センターの服薬指導実績の推移.....	103
表 3.5-4	A 病院との服薬指導件数の比較.....	104
表 3.5-5	公的医療機関における給食材料費.....	105
図 3.1-1	コストモデルの考え方.....	10
図 3.1-2	コストモデルの試算例(急性白血病).....	10
図 3.2-1	医療センターの紹介患者数の推移(入院).....	17
図 3.2-2	医療センターの紹介患者数の推移(外来).....	18
図 3.2-3	救命救急センター(ICU)入院患者数の推移.....	20
図 3.2-4	救命救急センター(CCU)入院患者数の推移.....	20

図 3.2-5	医療センターの連携状況	23
図 3.2-6	これまでのリハビリテーション病院を取り巻く課題	24
図 3.2-7	リハビリテーション医療の早期介入による生活機能向上のイメージ	25
図 3.2-8	リハビリテーション病院が目指す方向性	26
図 3.2-9	リハビリテーション病院の機能充実による効果の連関	27
図 3.2-10	地域リハビリテーション連携推進のイメージ	29
図 3.3-1	病床利用率と平均在院日数の比較（平成 16 年度実績）	36
図 3.3-2	医業収益に対する費用比率の比較（平成 16 年度実績）	36
図 3.3-3	病床利用率の推移と平均在院日数	37
図 3.3-4	1 日平均入院患者数	38
図 3.3-5	1 日平均外来患者数	39
図 3.3-6	患者 1 人 1 日あたりの診療額(入院)	40
図 3.3-7	患者 1 人 1 日あたりの診療額(外来)	40
図 3.3-8	常勤医師 1 人 1 日あたりの入院患者数	41
図 3.3-9	常勤医師 1 人 1 日あたりの外来患者数	42
図 3.3-10	職員 1 人 1 日あたり診療収益	43
図 3.3-11	医師 1 人 1 日あたり入院診療収益	44
図 3.3-12	医師 1 人 1 日あたり外来診療収益	44
図 3.3-13	人件費対医業収益比率	45
図 3.3-14	減価償却費対医業収益率	46
図 3.3-15	材料費対医業収益率	47
図 3.3-16	外来患者数の推移（内科系）	48
図 3.3-17	外来患者数の推移	49
図 3.3-18	外来患者数の推移（外科系）	50
図 3.3-19	外来患者数の推移	50
図 3.3-20	入院患者数の推移（内科系）	51
図 3.3-21	入院患者数の推移	52
図 3.3-22	入院患者数の推移（外科系）	53
図 3.3-23	入院患者数の推移	54
図 3.3-24	医業収益の推移（外来・内科系）	55
図 3.3-25	医業収益の推移（外来・外科系）	56
図 3.3-26	医業収益の推移（入院・内科系）	57
図 3.3-27	医業収益の推移（入院・外科系）	58
図 3.3-28	二次救急の患者数推移(全体)	59
図 3.3-29	二次救急の患者数推移(外科)	60
図 3.3-30	二次救急の患者数推移(内科)	60

図 3.3-31	二次救急の患者数推移(小児科).....	61
図 3.3-32	収入に関する A 病院との比較分析結果.....	63
図 3.3-33	患者 1 人あたり診療単価の推移.....	64
図 3.3-34	ICU の病床利用率の比較.....	65
図 3.3-35	費用に関する A 病院との比較分析結果.....	67
図 3.3-36	医師数と医師 1 人あたりの生産性の推移 (A 病院との比較).....	67
図 3.3-37	看護師数と看護師 1 人あたりの生産性の推移 (A 病院との比較).....	68
図 3.3-38	リハビリテーション病院の患者数の推移.....	72
図 3.3-39	リハビリテーション病院の入院行為別診療額.....	73
図 3.3-40	リハビリテーション病院の病床利用率と平均在院日数の推移.....	73
図 3.3-41	リハビリテーション病院の医業収益に対する各費用の割合の推移.....	74
図 3.4-1	職種別常勤職員 1 人平均給料月額グラフ(医師).....	77
図 3.4-2	職種別常勤職員 1 人平均給料月額グラフ(薬剤師).....	77
図 3.4-3	職種別常勤職員 1 人平均給料月額グラフ(看護職員).....	78
図 3.4-4	職種別常勤職員 1 人平均給料月額グラフ(医療技術員).....	78
図 3.4-5	職種別常勤職員 1 人平均給料月額グラフ(事務職員).....	79
図 3.4-6	医師 1 人あたり平均給与月額 (医業収益 120 億円以上).....	82
図 3.4-7	看護師 1 人あたり平均月額給与 (医業収益規模 120 億円以上).....	83
図 3.4-8	医療技術員 1 人あたり平均月額給与 (医業収益規模 120 億円以上).....	83
図 3.4-9	事務職員 1 人あたり平均月額給与 (医業収益規模 120 億円以上).....	84
図 3.4-10	医師 1 人あたり平均給与月額 (医業収支比率 94%台).....	86
図 3.4-11	看護師 1 人あたり平均月額給与 (医業収支比率 94%台).....	86
図 3.4-12	医療技術員 1 人あたり平均月額給与 (医業収支比率 94%台).....	87
図 3.4-13	事務職員 1 人あたり平均月額給与 (医業収支比率 94%台).....	87
図 3.4-14	医師 1 人あたり平均給与月額.....	89
図 3.4-15	看護師 1 人あたり平均給与月額.....	89
図 3.4-16	医療技術員 1 人あたり平均給与月額.....	90
図 3.4-17	事務職員 1 人あたり平均給与月額.....	90
図 3.4-18	医師賃金の比較.....	93
図 3.4-19	薬剤師賃金の比較.....	93
図 3.4-20	臨床検査技師賃金の比較.....	94
図 3.4-21	診療放射線技師賃金の比較.....	94
図 3.4-22	看護師賃金の比較.....	95
図 3.4-23	事務員(大卒)賃金の比較.....	95
図 3.4-24	事務員(短大卒)賃金の比較.....	96
図 3.4-25	事務員(高卒)賃金の比較.....	96

図 3.5-1	DPC を導入した自治体病院の医業収益と医業収支比率の変化	101
図 3.5-2	DPC を導入した自治体病院の平均在院日数と入院患者単価の変化	102
図 3.5-3	今後目指すリハビリテーションモデル(1)	107
図 3.5-4	今後目指すリハビリテーションモデル(2)	108

1. 目的

浜松市では現在、県西部浜松医療センター(以下「医療センター」という。)および浜松市リハビリテーション病院(以下「リハビリテーション病院」という。)について、財団法人浜松市医療公社を指定管理者として、運営を行なっている。

医療センターは、県西部地域の医療水準確保、高度な設備と機能、オープンシステムの導入を主な目的とした公設病院であり、地域に必要とされる医療サービスを提供していくことが常に求められている。昭和 48 年の開設以来、地域医療水準の維持と質の向上を目指すとともに、地域で不足している機能を補いつつ、政策的医療の推進を行なってきた。

こうして医療環境を取り巻く地域の医療水準や患者ニーズなどが変化する中、医療センターでは、役割を検討・整理する時期にある。

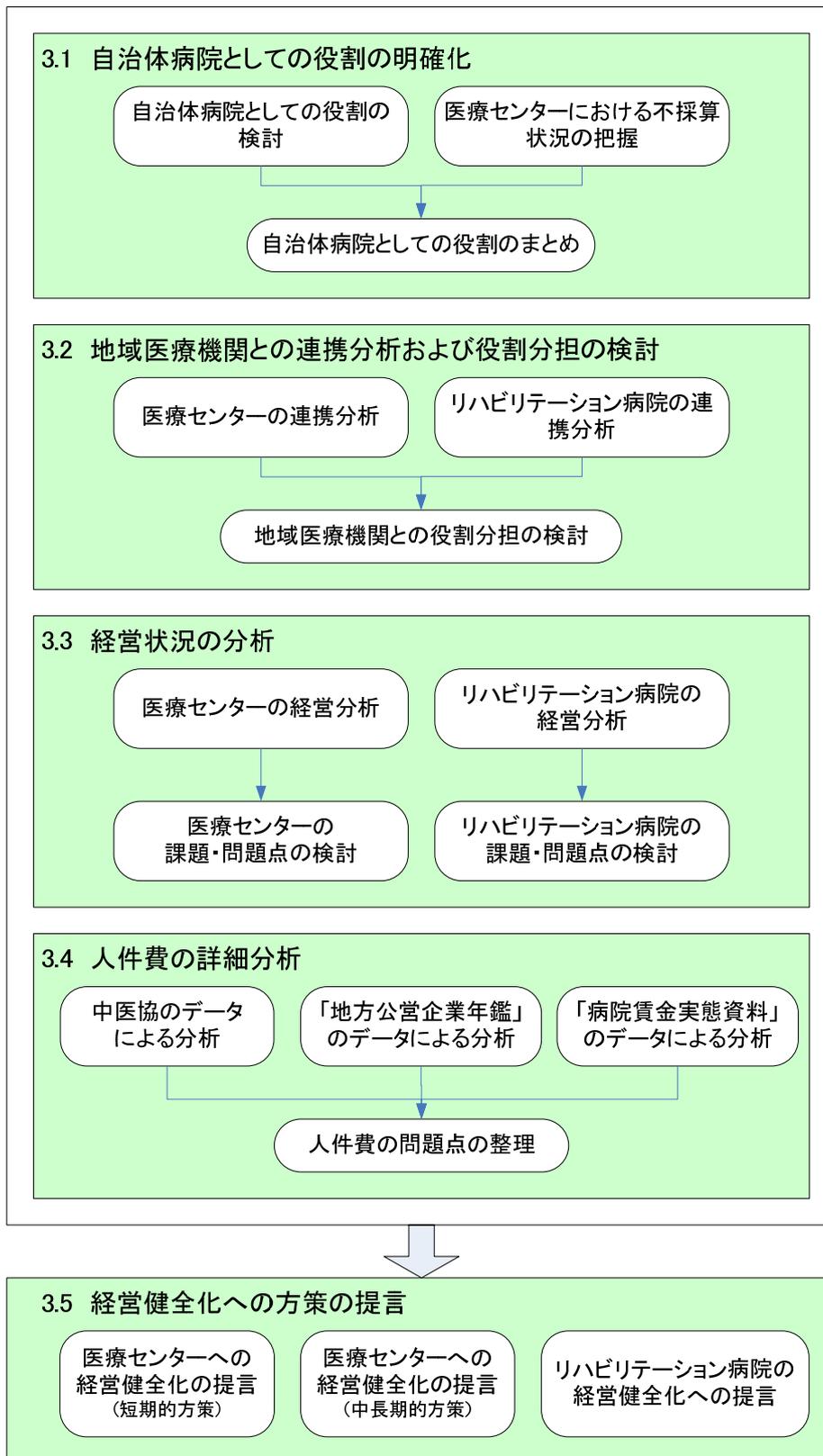
リハビリテーション病院は、県西部地域のリハビリテーション医療の中核を担う病院として、平成 11 年に国から移譲された公設病院であり、今後は高齢社会に対応した新しいリハビリテーションの展開が求められている。高齢社会に対応した新しいリハビリテーションとは、急性期から回復期までの連続性を確保したリハビリテーションシステムの確立であり、患者本位の流れに沿った医療を提供していく取り組みである。現在は、このような現状認識の下、リハビリテーション専門病院として機能強化を進めているところである。

両病院に対してはこれまで、安定的経営を支援するため、一般会計からの負担金等が支出されているが、浜松市行財政改革推進審議会からはこの負担金の整理、見直しや経営効率化による収支改善を求められているところである。

本業務は、このような現状認識の下、医療センターおよびリハビリテーション病院の経営分析を行ない、病院事業の経営健全化の推進を図ることを目的として実施するものである。

2. 調査内容

調査の流れを以下に示す。



3. 調査結果

3.1 自治体病院としての役割の明確化

3.1.1 自治体病院としての役割の検討

(1) 文献整理

浜松市ではこれまで、市内に不足する一般病床の確保や地域に必要とされる政策的医療の提供等に積極的に取り組んできた。しかし、地域における中核病院としての整備、診療技術の向上などにより地域医療提供体制の充実が図られてきているとともに、患者ニーズも変化してきている現在、自治体病院として担うべき役割とはなにかを改めて整理する必要がある。

一般論としての自治体病院の役割については、以下のような文献でその示唆を得ることができる。

○ 自治体病院のあり方

自治体病院の本来の使命は、当該地域住民の医療を確保し、あわせて医師の実地教育、医療従事者の教育、医学、医術の進歩のための研究、住民の健康保持のための公衆衛生活動等を行うことによって、地域住民の福祉の増進に資することである。

(自治体病院経営研究会「自治体病院のあり方」、昭和44年5月より抜粋)

○ 自治体病院と他の病院との相違

自治体病院は、地域住民の健康に責任を持つ自治体の長が議会の議決によって開設されたもので、個人、医療法人、公的・国立等の開設による病院と根本的に相違している。

最近、民間病院の経営も急速に悪化してきたことに関連し、自治体病院も国立病院と同等、政策医療を中心に行うべきであるとする意見も聞かれる。しかし、自治体病院はその開設の経緯、立地条件、規模等いずれも千差万別である。各々その役割、使命も一様ではなく、当該地域住民の意向により開設されたものであり、その住民の意向に沿って運営が行われるべきもので、一律に政策医療のみを行う等医療の範囲を限定することは適当ではない。

なお、高度・特殊・先駆的医療その他政策医療は、一般医療が整っていてこそ成り立つものであり、地域住民のほとんどが一般医療の実施を強く望んでいるものである。

(全国自治体病院協議会定時総会「全国自治体病院協議会の目指す方向」、平成12年5月から抜粋)

自治体病院は上述した特性により、地方公営企業法に基づく経費負担が認められており、一般会計負担金等の費目によって自治体から経費が支出されている。その定義は次のとおりである。

【地方公営企業法における経費の負担区分】

- ① その性質上地方公営企業に負担させることが適当でない経費（地方公営企業法第17条の2第1項第1号、「1号該当経費」）
- ② その地方公営企業の性質上当該企業に負担させることが困難な経費（地方公営企業法第17条の2第1項第2号、「2号該当経費」）

1号該当経費は、地方公共団体の一般行政事務を地方公営企業が肩代わりして行っている場合に生ずる経費であって、これは本来受益者負担の原則に基づき料金という形で回収するのに適しない経費である。

2号該当経費は、経費そのものの性質としては受益者負担の原則の下に料金によって賄われることが適当であるが、当該企業がいかに能率的な経営を行っても現実の問題として利用者の負担能力等からそれに要する経費の全額を受益者に負担させることは客観的に困難であると認められる経費であり、換言すれば、もともと不採算となることが明らかなサービス活動でありながら、公共的な必要性から行わざるを得ないような活動に要する経費である。

（自治体病院経営研究会「自治体病院経営ハンドブック（第12次改訂版）」、ぎょうせい、より抜粋）

以上のことから、医療センターとリハビリテーション病院が浜松市の自治体病院として果たすべき使命とは、浜松市民が、質・量ともに充実した医療を安心して受けられるよう、地域に必要とされる医療サービスを提供し、地域医療水準の維持と質向上に資することであると云える。

(2) 自治体病院としての役割の検討

(1)で整理した基本的考え方を踏まえ、医療センターとリハビリテーション病院において担うべき役割を次のとおり整理した。これら担うべき医療やサービスは、他で実施が困難なものが多く、一般的に不採算であることに留意しなければならない。

○ 法令等により指定されている医療

法令等により指定されている医療とは、法令等に基づき行政の積極的な関与が期待され主体となって担うべき医療のことである。

表 3.1-1 法令等により指定されている医療

項目	具体的な医療分野 または医療機能	必要性	既に受けている 医療機能指定等
法令等により指定されている医療	感染症医療	二類感染症の患者に対する医療機関は都道府県知事が指定することとなっており、医療センターは指定を受けている	・ 第二種感染症指定病院
	小児を含む救急医療	救命救急センター機能は、西部医療圏では医療センターと聖隷三方原病院のみ	・ 救命救急センター ・ 2次救急輪番制病院 ・ 2次小児救急医療病院
	災害時医療	医療救護活動の円滑な遂行を図るため、救命救急センター及びこれに相当する既存病院の中から都道府県知事が指定することとなっている。2次医療圏内では6つの病院が指定されており、医療センターも指定を受けている。	・ 災害拠点病院
	エイズ医療	2次医療圏内で11箇所指定されている病院うちの1つである。新規エイズ感染者は、全国的な傾向と同様に浜松市も増加傾向にある。	・ エイズ拠点病院

○ 公共的必要性から取り組むべき医療

公共的必要性から取り組むべき医療とは、地域の他の自治体病院や民間病院を含めた医療提供側の状況と、住民ニーズや患者動向といった状況との両面から見た場合、医療提供体制を質的または量的に維持するために必要と考えられる医療分野および医療機能である。

表 3.1-2 公共的必要性から取り組むべき医療(1)

項目	具体的な医療分野 または医療機能	必要性	既に受けている 医療機能指定等
地域の自治体病院や民間病院では困難な医療	骨髄移植医療	<ul style="list-style-type: none"> 血液内科医師の供給が著しく減ってきている。西部医療圏では医療センター、浜松医科大学附属病院、聖隷浜松病院のみ。 	<ul style="list-style-type: none"> 臓器移植モデル等病院
	腎臓・こう原病医療	<ul style="list-style-type: none"> 重症患者の血液浄化療法は体制、採算性、技術面において他では困難 	—
	難病医療	<ul style="list-style-type: none"> 難病医療は体制、採算性、技術面において他では困難 	<ul style="list-style-type: none"> 難病ネットワーク参加病院
	臓器提供施設	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターがあるため提供患者の発生可能性が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 臓器移植モデル等病院、救命救急センター
市民ニーズが高い医療	周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 低出生体重児等ハイリスク分娩は特にニーズが高まっている 聖隷浜松病院ではハイリスク分娩と通常分娩とで二科に分けて展開 	<ul style="list-style-type: none"> 地域周産期母子医療センター
	小児医療	<ul style="list-style-type: none"> 急性脳症や川崎病などの高度医療は特に不採算となる。 	—
	障害者歯科診療	<ul style="list-style-type: none"> 摂食・嚥下機能外来の設置は県内唯一 	—

表 3.1-3 公共的必要性から取り組むべき医療(2)

項目	具体的な医療分野 または医療機能	必要性	既に受けている 医療機能指定等
地域の医療水準を維持するために必要な医療サービス	臨床実習・臨床研修	<ul style="list-style-type: none"> 医師の実地教育は地域医療水準向上のために必要 	<ul style="list-style-type: none"> 浜松医科大学関連教育病院 浜松医科大学、長崎大学の協力型の臨床研修指定病院 管理型臨床研修病院
	病理解剖	<ul style="list-style-type: none"> 病理組織の迅速診断について他院からの受託も実施 	—
	病診連携・病病連携	<ul style="list-style-type: none"> 地域診療所医師のために開放され、専用病床を設置 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院 開放型病床
他の医療機関でも対応可能であるが、体制やコストのため量的に不足している医療	外国人診療	<ul style="list-style-type: none"> 地域労働者特性のため、日本語・英語の通じない外国人への応召が多い 保険未加入者が多く民間病院の対応は消極的 	—
	終末期医療（高齢者の末期がん治療）	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアのようなまとまった取り扱いはしていないが、終末期における疼痛管理や治療対応が必要 	—
	DPC ¹ で不採算となる分野	<ul style="list-style-type: none"> 対象患者の年齢や重症度によっては DPC で設定された特定入院期間を超えてしまい結果的に不採算となる分野がある。 	—

¹ DPC : Diagnosis Procedure Combination : 急性期入院医療にかかる診断群分類

○ 先駆的医療

先駆的医療とは時代に応じた新たな医療課題に対して、地域の医療提供体制が確立するまでの間対応すべき医療のことである。

表 3.1-4 先駆的医療

項目	具体的な医療分野 または医療機能	必要性	既に受けている 医療機能指定等
地域の医療提供体制が確立するまでの間取り組むべき医療課題	先端医療	<ul style="list-style-type: none"> • PET²を主体とする先端医療技術や医療機器を導入し、脳卒中、がん、心臓病や認知症などの病態解明、早期診断、治療法の開発 	—
	認知症外来医療	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者脳神経科（もの忘れ外来）を設置し、PET と連携することで早期診断を実現 • 社会的ニーズが強まっている。 	—
	リハビリテーション医療	<ul style="list-style-type: none"> • 今年度の改定に対応した高密度短期集中型リハビリテーションへの対応。 	<ul style="list-style-type: none"> • 地域リハビリテーション支援センター

²PET : Positron Emission Tomography、ポジトロン CT（陽電子放出断層撮影）の略称。ポジトロンを放出する放射性同位元素で標識された薬剤を被検者に投与し、その分布をPETカメラで断層画像に撮影することによって、脳・心臓など臓器の局所機能を画像に描出し、病気を診断する検査法。

3.1.2 医療センターにおける不採算状況の把握

医療センターにおける不採算状況を把握するため診療科医師に対するアンケート票を作成しヒアリング調査を実施した。不採算については『医療センターをはじめとする限られた医療機関でしか対応できないが、市民への医療サービスとして不可欠な診療分野（すなわち政策として実施すべき医療分野）』と定義し、各診療分野において該当する分野の根拠となる数値情報、近隣病院での診療動向などを把握した。ここで得られたデータをもとに、主要な収入と支出からなるコストモデルを構築し、患者 1 人あたりにかかるコストを試算して、医療センターにおける不採算の状況を整理した。

表 3.1-5 アンケートを実施した分野と検討した分野例

診療科	検討した分野例
血液科	急性白血病、骨髄移植
腎臓・こう原病科	持続的血液濾過透析、持続的血液濾過、血液濾過透析
感染症科	HIV 外来・入院、手術時の感染防御
小児科	川崎病、急性脳症
呼吸器科	肺がん化学療法
呼吸器外科	高齢者胸部外傷、肺がん末期、高価格抗がん剤
形成外科	蜂窩織炎、壊疽、外国人外来診療
泌尿器科	尿路感染症
外科	大腸がん化学療法、終末期対応
救急外来	死体検案、外国人外来診療

各分野の不採算の状況を金額として把握するため、主要なコストを試算するためのモデル化を検討した。この考え方を図 3.1-1 に示す。このモデルは、分野ごとに患者 1 人当たりの入院から退院までに得られる収入と費用の概算を把握することを目的としている。つまり、一定の前提に基づく積み上げによる簡易的なコスト計算により、当該分野の大まかな採算性を把握しようとするものである。

収入は患者入院時に算定できる主要な診療収入とした。医療センターは平成 18 年度から DPC を実施しているため、DPC による診療収入が主となる。費用は直接的にかかる主要なものだけとし、光熱費や減価償却費などの間接的な経費は付加していない。

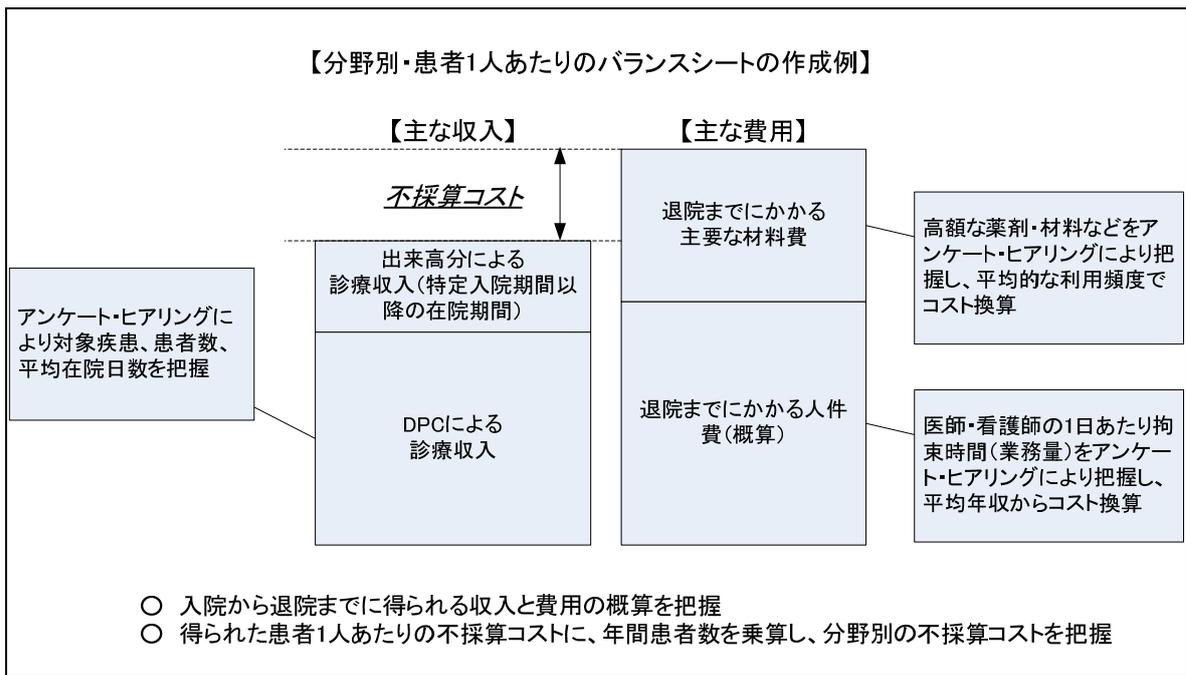


図 3.1-1 コストモデルの考え方

このモデルの考え方にしたがって、図 3.1-2 のように分野別の計算結果を整理した。

○急性白血病は -2,961,031 円の不採算となる(患者1人あたり)。																																										
<p>○収入</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">4,681 点 ×</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">24 日</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">1,123,440 円 a</td> </tr> <tr> <td>※No.1167で試算</td> <td style="text-align: right;">3,460 点 ×</td> <td style="text-align: center;">23 日</td> <td style="text-align: right;">795,800 円 b</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">2,941 点 ×</td> <td style="text-align: center;">49 日</td> <td style="text-align: right;">1,441,090 円 c</td> </tr> <tr> <td>DPC合計 a+b+c</td> <td style="text-align: right;">3,360,330 円 ×</td> <td style="text-align: center;">0.9825 係数</td> <td style="text-align: right;">3,301,524 円 ①</td> </tr> <tr> <td>出来高算定分</td> <td style="text-align: right;">20,000 円/日 ×</td> <td style="text-align: center;">174 日</td> <td style="text-align: right;">3,480,000 円 ②</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right; border: 1px solid black;">6,781,524 円 ①+②</td> </tr> </table>					4,681 点 ×	24 日	1,123,440 円 a	※No.1167で試算	3,460 点 ×	23 日	795,800 円 b		2,941 点 ×	49 日	1,441,090 円 c	DPC合計 a+b+c	3,360,330 円 ×	0.9825 係数	3,301,524 円 ①	出来高算定分	20,000 円/日 ×	174 日	3,480,000 円 ②				6,781,524 円 ①+②															
	4,681 点 ×	24 日	1,123,440 円 a																																							
※No.1167で試算	3,460 点 ×	23 日	795,800 円 b																																							
	2,941 点 ×	49 日	1,441,090 円 c																																							
DPC合計 a+b+c	3,360,330 円 ×	0.9825 係数	3,301,524 円 ①																																							
出来高算定分	20,000 円/日 ×	174 日	3,480,000 円 ②																																							
			6,781,524 円 ①+②																																							
<p>○支出</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1人あたりの医師人件費</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1日あたり給与 45,943 円/日・人 ×</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">当該患者業務量 0.2 ×</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">平均在院日数 270 日 = 2,480,914 円</td> </tr> <tr> <td>※患者数はH16実績</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1人あたりの看護師人件費</td> <td style="text-align: right;">1日あたり給与 22,106 円/日・人 ×</td> <td style="text-align: center;">当該患者業務量 0.3 ×</td> <td style="text-align: center;">平均在院日数 270 日 = 1,591,641 円</td> </tr> <tr> <td>抗がん剤</td> <td style="text-align: right;">1回あたり材料費 300,000 円/回 ×</td> <td style="text-align: center;">実施回数 9</td> <td style="text-align: center;">= 2,700,000 円</td> </tr> <tr> <td>※月1回の実施、材料費はヒアリング</td> <td style="text-align: right;">1回あたり材料費 110,000 円/回 ×</td> <td style="text-align: center;">実施回数 27</td> <td style="text-align: center;">= 2,970,000 円</td> </tr> <tr> <td>輸血</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※10日に1回の実施、材料費はヒアリングによる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right; border: 1px solid black;">支出計 = 9,742,555 円</td> </tr> </table>				1人あたりの医師人件費	1日あたり給与 45,943 円/日・人 ×	当該患者業務量 0.2 ×	平均在院日数 270 日 = 2,480,914 円	※患者数はH16実績				1人あたりの看護師人件費	1日あたり給与 22,106 円/日・人 ×	当該患者業務量 0.3 ×	平均在院日数 270 日 = 1,591,641 円	抗がん剤	1回あたり材料費 300,000 円/回 ×	実施回数 9	= 2,700,000 円	※月1回の実施、材料費はヒアリング	1回あたり材料費 110,000 円/回 ×	実施回数 27	= 2,970,000 円	輸血				※10日に1回の実施、材料費はヒアリングによる							支出計 = 9,742,555 円							
1人あたりの医師人件費	1日あたり給与 45,943 円/日・人 ×	当該患者業務量 0.2 ×	平均在院日数 270 日 = 2,480,914 円																																							
※患者数はH16実績																																										
1人あたりの看護師人件費	1日あたり給与 22,106 円/日・人 ×	当該患者業務量 0.3 ×	平均在院日数 270 日 = 1,591,641 円																																							
抗がん剤	1回あたり材料費 300,000 円/回 ×	実施回数 9	= 2,700,000 円																																							
※月1回の実施、材料費はヒアリング	1回あたり材料費 110,000 円/回 ×	実施回数 27	= 2,970,000 円																																							
輸血																																										
※10日に1回の実施、材料費はヒアリングによる																																										
			支出計 = 9,742,555 円																																							
<p>【根拠算出データ】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">○平均在院日数</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">270 日</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>※6ヶ月~1年</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>○医師1日あたり給与</td> <td style="text-align: center;">15,008,000 円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平均年収</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※平成16年度実績</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日あたり</td> <td style="text-align: center;">61,257 円/日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日あたり病棟</td> <td style="text-align: center;">7.5 割</td> <td style="text-align: center;">→ 45,943 円/日</td> </tr> <tr> <td>1日あたり外来</td> <td style="text-align: center;">2.5 割</td> <td style="text-align: center;">→ 15,314 円/日</td> </tr> <tr> <td>○看護師1日あたり給与</td> <td style="text-align: center;">5,416,000 円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平均年収</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※平成16年度実績</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日あたり</td> <td style="text-align: center;">22,106 円/日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>※年間245日、1日7.5時間</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				○平均在院日数	270 日		※6ヶ月~1年			○医師1日あたり給与	15,008,000 円		平均年収			※平成16年度実績			1日あたり	61,257 円/日		1日あたり病棟	7.5 割	→ 45,943 円/日	1日あたり外来	2.5 割	→ 15,314 円/日	○看護師1日あたり給与	5,416,000 円		平均年収			※平成16年度実績			1日あたり	22,106 円/日		※年間245日、1日7.5時間		
○平均在院日数	270 日																																									
※6ヶ月~1年																																										
○医師1日あたり給与	15,008,000 円																																									
平均年収																																										
※平成16年度実績																																										
1日あたり	61,257 円/日																																									
1日あたり病棟	7.5 割	→ 45,943 円/日																																								
1日あたり外来	2.5 割	→ 15,314 円/日																																								
○看護師1日あたり給与	5,416,000 円																																									
平均年収																																										
※平成16年度実績																																										
1日あたり	22,106 円/日																																									
※年間245日、1日7.5時間																																										

図 3.1-2 コストモデルの試算例(急性白血病)

試算結果を表 3.1-6 に示す。対象となる延患者数 1,332 人に対する不採算性の試算結果は約 2.4 億円に上った。泌尿器科の分野は計算上わずかに黒字となったが、患者 1 人が退院するまでの期間で収支がほぼ均衡しているということは病院全体の収益性として望ましいことではない。

不採算となる理由は複合的な要因となっているが、主要な例として次のような整理ができる。洗い出しができなかった診療科については、今後、次のような観点での調査・把握が必要である。

○ DPC を適用すると収入が見合わない

DPC とは、支払期間上限のある包括払い制度であるため、基本的に、患者 1 人 1 日あたりにかかるコストを一定範囲に抑えつつ、算定期間内に治療を終了させないと病院にとって採算が取れない仕組みとなっている。具体的な診療行為として高額な薬剤の使用（高価抗がん剤を使用する、保険で査定される可能性のある薬剤の使用・回数制限を越える使用が必要となる等）や、人手がかかる（処置等のため、医師、看護師、臨床検査技師などが 1 人の患者に拘束される時間が長い等）ために採算性が合わなくなるというものである。

このように DPC 点数が見合わない理由は、患者側の要因、医療側の要因、DPC 点数そのものの要因が考えられるが、医療センターは重症者や高齢者の入院比率が比較的高いため（後述）、処置等が多くなり、一部の患者に対しては DPC のコンセプトである“特定入院期間以内で短期間になるほど採算性が高い”という考え方が見合わない可能性もある。したがって、調査ができなかった他の診療部門においてもこの状況を把握しておく必要がある。

○ 行為自体が収入とならない

感染症科における他病院医師等へのコンサルテーションは、患者に対する医療行為ではないため、収入とならない。しかし、当該行為は当該診療科医師個人への信頼のもとに成り立っていること、このような交流を通じて患者紹介・医療センターの知名度向上等に寄与していることから他病院に振り替えることのできない分野である。

また、形成外科の褥瘡処置への対応も個別には収入とならない。病院全体としては医療管理料に含まれるものの特定の医師や看護師に処置が集中すると、他業務への効率が悪くなる。褥瘡処置そのものは医療センターだけの問題ではなく、どの病院においても共通するものであるが、急性期病院でかつ高齢者が多い医療センターにおいて処置数が多いにもかかわらず良質の褥瘡管理に取り組んでいることで、業務効率に影響を与えているものと推察される。類似した概念として小児科における入院児童への対応があげられる。

○ 外国人に対する診療

浜松市内には外国人労働者を雇用する企業が多い。これらの患者が医療センターを受診した際、日本語、英語が通じない場合にはコミュニケーションに時間がかかり診療効率が悪い。また、本分析では推計していないが、外国人患者の場合には保険未加入等による診

療費未払いも経営に悪影響を及ぼしている。

○ 人手がかかる

医療処置によっては医師、看護師等が患者に対応する時間が長くなる分野がある。

一例として、腎臓こう原病科の透析患者は重症者の場合、透析自体も連続時間の長い処置を要するため、臨床工学技士の対応時間も長くなる。この影響として時間外手当の増加、他患者への対応時間の不足などがあげられる。この行為自体は医療センターのみが対応可能という分野ではないが、中でも重症者・高齢者の多い医療センターでは対象症例が少なく不採算性を高めることとなる。

○ 材料費がかかる

医療センターに特徴的な材料費の内容として、HIV への感染防御にかかる材料費があげられる。近隣の病院よりも取り扱い患者数が多く、取扱件数を増やすほど持ち出しも増えるのが現状となっている。

また、小児科における留置針の使用のように、単位あたりでは少額医療材料ではあるが、使用量や多種類への対応のために材料費がかかるというケースもある。

○ 患者が退院できない

高齢者で、がん末期患者の場合などでは、積極的な治療が難しく回復も見込めないため退院できないという状態に陥りやすい。この場合、収入として見込めるのは入院管理料程度であり、ターミナル対応のため（収益性の高い）他患者を入院させることができなくなる可能性があるため、病院として採算性は悪くなる。また、がん末期患者ではなくても、自宅への退院が困難で施設等の受け入れ先が決まらない高齢者の場合も同様に不採算となる。

医療センターは高齢者の入院率が比較的高いため、この不採算理由による影響も大きいと推察される。

表 3.1-6 コストモデルによる試算結果(1)

分野		不採算理由					年間計(円)
		①収入	②人手	③薬剤	④材料	⑤退院	
血液科	急性白血病		○	○	○	○	-29,610,309
	骨髄移植		○	○	○	○	-53,334,103
腎臓こう原 病科	持続的血液濾過透析 (CHDF)	○	○	○			-578,948
	持続的血液濾過 (CHF)	○	○	○			-6,947,377
	血液濾過透析 (HDF)	○	○	○			-3,473,688
感染症科	コンサルテーション	○					-1,194,514
	HIV 外来		○		○		-5,434,690
	手術時の感染防御		○		○		-1,200,000
	HIV 入院		○		○		-25,501,593
小児科	川崎病			○			-4,235,615
	留置針				○		-15,415,816
	急性脳症			○			-1,971,832
呼吸器科	肺がん化学療法			○			-1,036,526
	長期滞在患者					○	-21,118,328
呼吸器外科	高齢者胸部外傷					○	-3,947,528
	肺がん末期	○					-4,329,129
	高価抗がん剤			○			-750,196
泌尿器科	尿路感染症	○	○			○	154,571
形成外科	褥瘡処置	○	○		○	○	-22,911,673
	蜂窩織炎	○				○	-49,561
	壊疽	○				○	-578,745
	外国人外来診療	○	○				-1,602,081
外科	大腸がん化学療法	○		○			-2,794,880
	がんの終末医療	○	○			○	-18,118,328

不採算理由の区分：①収入が少ない、②人手がかかる、③薬剤費がかかる、④材料費がかかる、⑤患者が退院できない

表 3.1-7 コストモデルによる試算結果(2)

分野		不採算理由					年間計(円)
		①収入	②人手	③薬剤	④材料	⑤退院	
救急外来	異状死体の死体検案	○					-3,675,429
	社会的背景に問題のある患者受入	○	○			○	-7,222,041
	外国人外来診療 (2)	○	○				-3,877,839
総合計							-236,878,358

不採算理由の区分：①収入が少ない、②人手がかかる、③薬剤費がかかる、④材料費がかかる、⑤患者が退院できない

3.1.3 自治体病院としての役割のまとめ

医療センターとリハビリテーション病院が浜松市の自治体病院としてどのような役割を果たすべきか、まず、一般論としての自治体病院としての役割を整理したところ、「浜松市民が質・量ともに充実した医療を安心して受けられるよう、地域に必要とされる医療サービスを提供し、地域医療水準の維持と質向上に資すること」と整理できた。このことは、どのような医療サービス・機能が求められているかを自治体みずから判断し、定義していかなければならないことを示している。

次に、浜松市における自治体としての具体的な役割を「行政として果たすべき医療」「公共的必要性から取り組むべき医療」「先駆的医療」の3点から検討した。その結果、「公共的必要性から取り組むべき医療」について多くの項目が挙げられた。これは地域の医療水準・環境や患者ニーズの変化からも時代に応じて適宜提供すべき医療であり、医療センターがその役割を担うことになる。リハビリテーション病院は先駆的医療としてのリハビリテーション医療を担っていることが明確になった。

一般的に、自治体病院が担う医療は不採算が伴うとされており、地方公営企業法によって経費負担も認められている。しかし、その負担の区分や負担額は法的には明示されておらず、各自治体の裁量に委ねられている。そこで、現在の医療センターにおける不採算の状況について把握するため医療センターの診療科医師にアンケート・ヒアリングを行い、回答結果から主要な収支を試算して医療センターにおける不採算の状況を整理した。その結果、回答の得られた医療分野による不採算の試算はおよそ2.4億円に上った。これらの分野の多くが自治体で果たすべき役割とした項目に該当する分野であった。医療センターでは自治体として取り組むべき医療をすでに実施しており、この積極的な取り組みが収支にも影響を及ぼしていると考えられる。

これまでも浜松市では医療センターとリハビリテーション病院に対して相応の経費負担を実施しており、今後も自治体病院としての役割や取り組んでいる不採算分野の状況を把握した上で、応分の経費負担が必要と思われる。説明責任の観点から、適正な経費負担水準を把握するためにも、このような不採算状況の調査が必要であろう。

なお、アンケートやヒアリングの過程では個別に具体的な診療や運営に対する意見も得られた。診療科医師は常に患者と接しているため確度の高い有益な情報を把握していることが多い。これらの情報から病院全体の運営の最適化を検討していくことが病院職員全体の意識高揚や運営の効率化につながる。今後は、これらの意見の裏づけとなるデータを把握すると共に、運営に反映していくことが重要である。

○ 業務環境に対する主な意見

- ・ 患者数が年々増加傾向にあるが、各診療段階でのインフォームドコンセントの必要性、がん患者への十分なインフォームドコンセント等、2～3年前より格段に忙しくなった。
- ・ 保険適応の拡大による手術・手技の変化があり、科別採算への影響も出ている。

- 近隣病院の診療状況に対する主な意見
 - ・ 他の近隣病院を受診している患者さんが医療センターでの手術を希望されるケースが散見されるようになった。また近隣病院医師から、診療判断が難しい患者さんについて医療センターを紹介するケースも増えているようである。
 - ・ 近隣病院の診療科を閉鎖したことにより紹介患者が急増するケースがある。また、医師の減員によっても患者の移動が大きいという特徴がある。逆に高度な医療機器の導入状況によっては、患者さんにとって最適な治療を考えると医療センターから他院へ紹介すべきケースもあり、運営上の懸案事項ともなりうる。

- 臨床実習指導等に対する主な意見（臨床研修指導、臨床実習指導が現場医師の業務量に影響を及ぼすこととの関係）
 - ・ 「教育をしない病院は廃れていく」と考えており、浜松医科大学附属病院の教育関連病院として学生、研修医の指導は医療センターで積極的に続けていくべきである。
 - ・ 教育関連病院としてはそれなりに機能していると思うが、医師には負担が多い。
 - ・ 実際の医療センターでの研修の評価（本音）については、医療センターの現場にも積極的にフィードバックすべきである。

- その他の意見
 - ・ 診療費未払いの患者さんに対する対応をもっと積極的に行なってもよいのではないか。また、土・日・祭日の診療費支払いについても対応できるシステムとし、診療費の確実な取得に動くべきである。
 - ・ 公的病院としてのイメージは強いと思われるが、開業医からは「(サービス、接遇、アメニティなどの面を理由に)他の近隣病院を紹介してほしい」と患者さんから申し出があるとのことである。
 - ・ 「重要な病気の場合には他の近隣病院にかかりたい」という市民の声を聞いたことがあるが、これは非常に残念であり、どこに原因があるかを調査すべきである。
 - ・ 市民が医療センターをどう認識しているのか不明である。ホームページで分かりやすい実績や収支を公開すべきと思う。

3.2 地域医療機関との連携分析および役割分担の検討

3.2.1 医療センターの連携分析

(1) 特色の整理

(a) 病診連携

医療センターは前身が浜松市医師会中央病院であり、開放型（オープンシステム）を取り入れた診療により、病診連携を実践している。この制度によって、初診から入院治療、退院、その後の療養指導まで診療の継続性、包括性が確保されるため地域住民にとってのメリットは大きい。

現在では、医療センターのみならず聖隷浜松病院、遠州総合病院、聖隷三方原病院、浜松赤十字病院、浜松労災病院、社会保険浜松病院、浜松医科大学医学部附属病院の 8 病院が認可を受けているが、医療センターは歴史も古く近隣病院にもたらした影響と地域医療水準に貢献してきた役割は大きい。平成 17 年度においては、延患者数 209 人、延回数 2,527 回の共同指導を実施し着実な成果を挙げている。

開業医から医療センターへの紹介についても高い実績を挙げている。

医療センターにおける紹介患者数の推移を図 3.2-1 と図 3.2-2 に示す。医療センターへの紹介入院患者数は増加しており、特に浜松市医師会からの紹介件数が伸びている。また、紹介外来患者数についても、近年浜松市医師会からの紹介件数が伸びており、旧浜松市の開業医 400 人のうち 8 割が医療センターを利用していることから、病診連携の充実ぶりが伺える。

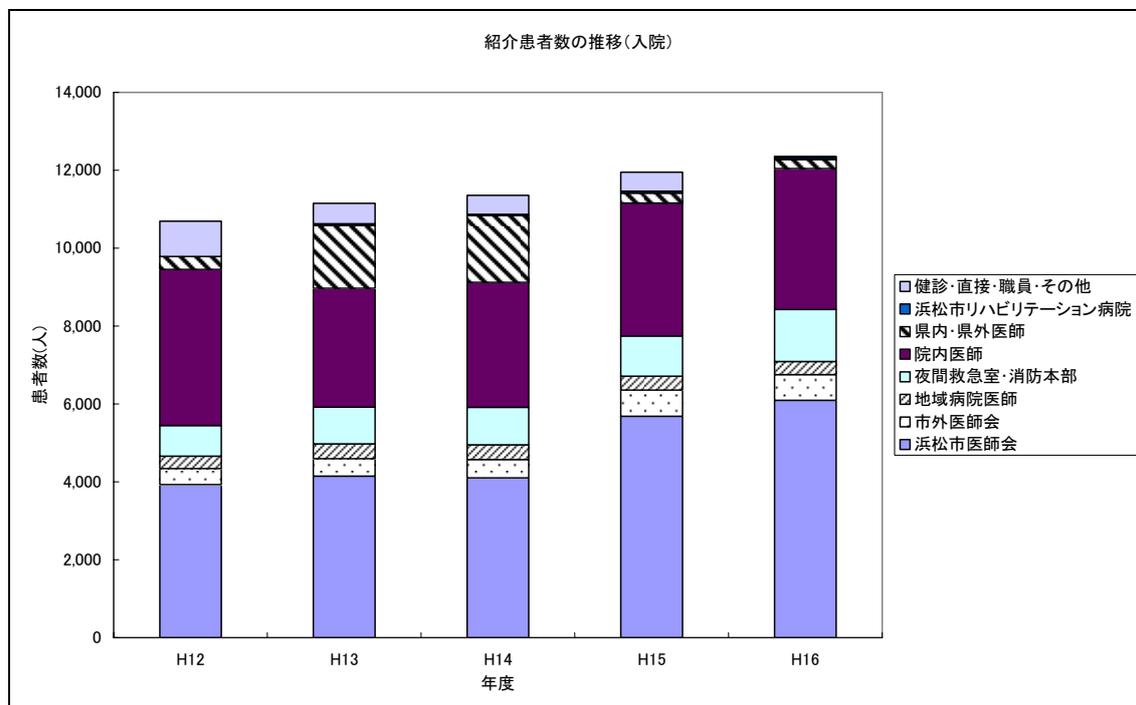


図 3.2-1 医療センターの紹介患者数の推移（入院）

資料：医療センター年報をもとに作成

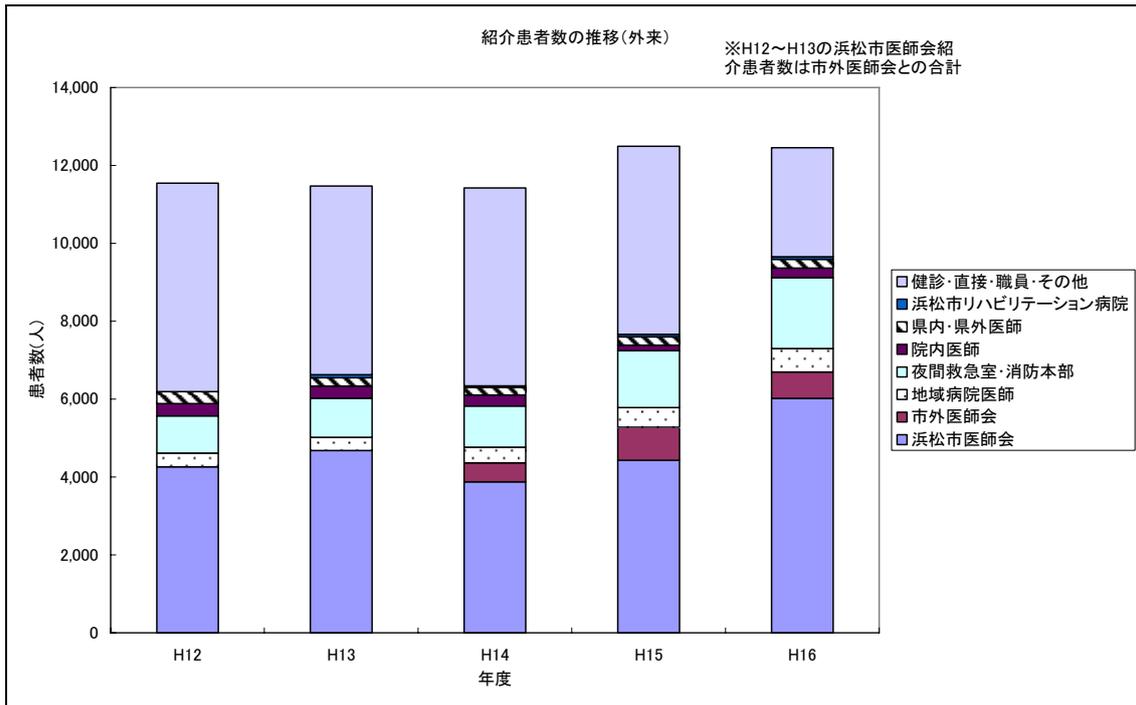


図 3.2-2 医療センターの紹介患者数の推移 (外来)

資料：医療センター年報をもとに作成

(b) 病病連携の実施

旧浜松市には医療センターをはじめ、特定機能病院を含めた急性期対応型の病院が 8 病院存在しており住民への安心と十分な医療の提供に貢献している。この 8 病院間では、現在、患者への最適な医療を提供するための連携（病病連携）を深めている。医療センターにおいても、その技術力の高さ、高度医療機器を保有しているなどの理由により、他病院からの紹介患者も多く受け入れている。

平成 17 年度に他病院から医療センターへの紹介件数は、2,161 件（入院 489 件、外来 1,672 件）であり、医療センターから他病院へ紹介した件数は、870 件（入院 399 件、外来 471 件）であった。

(c) 臨床研修・臨床教育実習への取り組み

医療センターは基本理念に基づき、病院としての役割・任務として、医療従事者の研究・研修に取り組んでいる。研修については、臨床研修の受け入れだけでなく、浜松医科大学の関連教育病院として浜松医科大学医学部の学生の臨床教育実習への協力を積極的に行っている。臨床教育実習等を担うことによって医師を始めとしたスタッフが教育指導をする等、時間的制約などを受けることになるが、医療従事者の養成に欠かせない場の提供であり、地域医療水準の維持向上にも資するものである。

- (1) 国立大学法人浜松医科大学の関連教育病院として、医学生の臨床実習に協力しており、平成 17 年度は 110 名の学生を受け入れている。
- (2) 臨床研修指定病院（管理型）、浜松医科大学医学部附属病院及び長崎大学医学部・歯学部附属病院（協力型）の指定病院として、臨床研修医の適切な教育実習を行っている。また、平成 18 年度から従来あった専修医制度に卒後 3 年次を対象とした後期研修医制度を導入し、臨床研修指定病院としてのさらなる環境整備を行っている。
- (3) 地域医師のための生涯活動を推進するため、診療協議会を開催しており、平成 17 年度は 46 回開催している。
- (4) 看護学校等への講師派遣及び臨床研修実習生等の受け入れに協力している。

(d) 3 次救急の実施

医療センターは、2 次救急病院としての役割を果たすと共に、救命救急センターを擁して 3 次救急事業も行なっている。西部医療圏の 3 次救急病院は、聖隷三方原病院と医療センターが指定されている。医療センターにおいては、図 3.2-3 と図 3.2-4 に示すとおり、平成 17 年度は年間およそ 7,500 人の延患者を 3 次救急患者として受け入れたことになる。特に、ICU に入室した患者実数は平成 16 年度から急増しており、今後ますますその役割は重要となる。

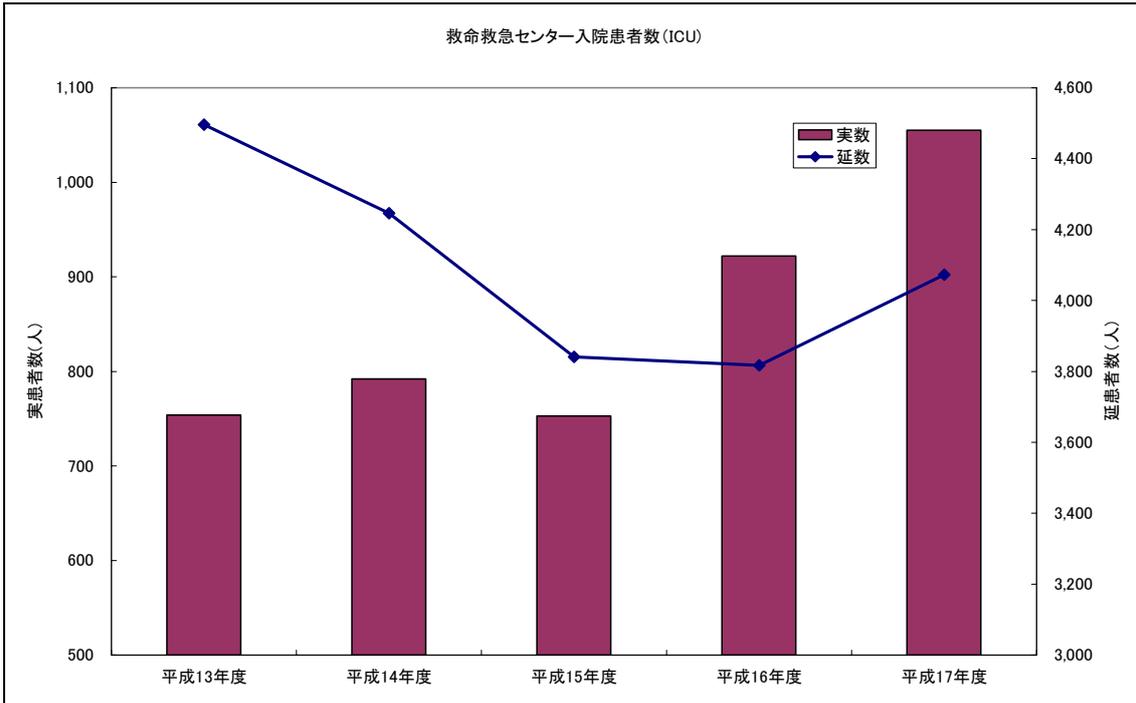


図 3.2-3 救命救急センター (ICU³) 入院患者数の推移

資料：医療センター年報をもとに作成

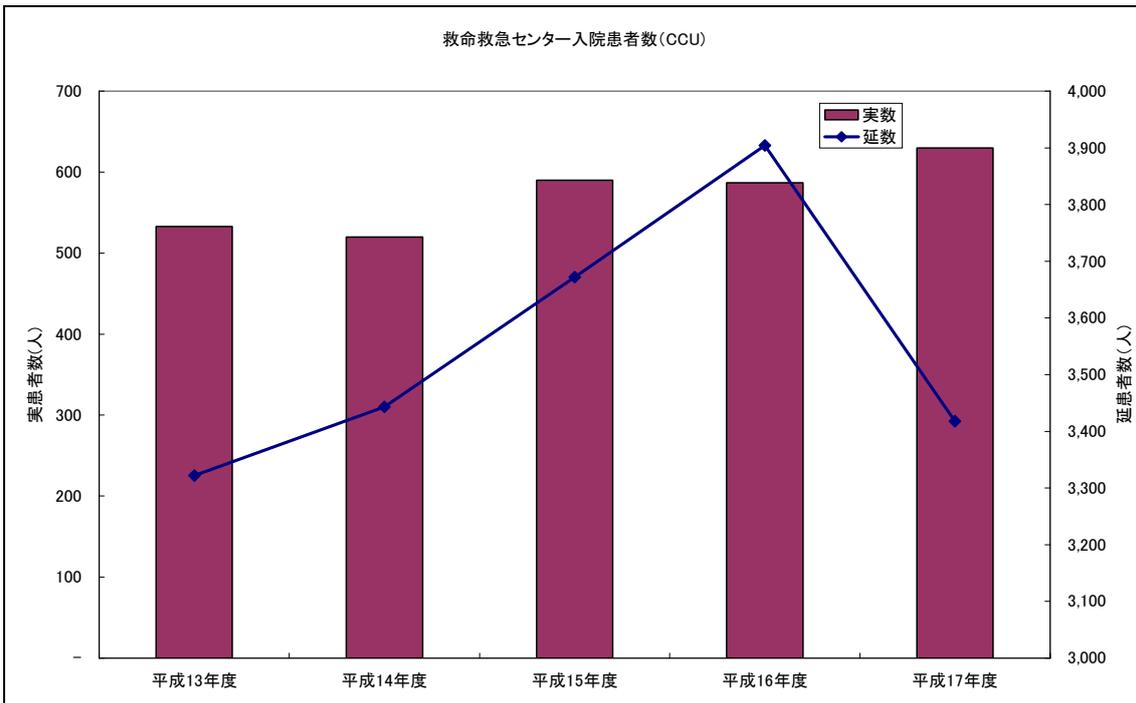


図 3.2-4 救命救急センター (CCU⁴) 入院患者数の推移

資料：医療センター年報をもとに作成

³ ICU : Intensive Care Unit の略、集中治療室のこと

⁴ CCU : Coronary Care Unit、冠疾患集中治療室のこと

(e) ハイリスク患者の受入

急性期病院を受診する高齢者は、一般的に重症化する割合や死亡率が高い。そのため疾患名が同じ若壮年層と比べると、リスクが高い上に治療期間や処置にかかる時間が長くなり、医療スタッフの労力も相対的に大きくなる。医療センターにはこのようなハイリスク患者が近隣病院よりも多い。

その例として、表 3.2-1 に平成 16 年度のハイリスク患者の入院割合を示す。近隣病院と比較すると、60 歳以上の入院患者数をもっとも多いのは B 病院であるが、その割合はほぼ同じであり医療センターにおいては 54.3%と高率である。平成 17 年度の医療センターでは全入院患者のうち、60 歳以上が 54.9%とさらに増加し、また、38.1%が 70 歳以上の患者であった。

表 3.2-1 ハイリスク患者の入院割合(平成 16 年度実績)

医療機関名	60 歳以上の患者	20 歳未満の患者
医療センター	54.3%	11.3%
	6,744 人	1,409 人
市内 A 病院	38.0%	16.6%
	6,068 人	2,647 人
市内 B 病院	55.0%	10.5%
	8,929 人	1,710 人

(上段：患者割合、下段：患者数)

資料：A 病院、B 病院ともホームページ資料、医療センター年報をもとに作成

(f) HIV への取り組み

我が国における HIV・エイズの新規感染者は増加傾向にあり、また、診療時にすでにエイズを発症している患者が全報告症例の 30%に達すると言われている⁵。特に、平成 12 年以降は地方の大都市における感染者・患者が増加傾向にあり、浜松市も同様の傾向にある。これを受け厚生労働省においてはエイズストップ作戦本部を設け、地方自治体との役割分担のもと、対策検討を進めている。

エイズ治療は特殊診療であり、経験の少ない医師では対応が困難である。医療センターにおいては我が国トップレベルの専門医 1 名が地域の HIV・エイズ患者に対する治療にあっている。また、HIV 感染者は静岡県全体で 2 百数十名おり、医療センターにおける新患も増加傾向にある。静岡県には 20 のエイズ拠点病院があるが、積極的に HIV 感染者を診療している病院はほとんどないのが実情である。

今までの医療センターにおける HIV 感染者への取り組み状況から、平成 19 年度からは静岡県よりエイズ中核拠点病院としての指定も受ける予定となっている。

⁵ 厚生労働省健康局疾病対策課「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会報告書」、平成 17 年 6 月

(2) 地域との連携分析

(1)で整理した特色や診療実績から地域とのつながりを整理すると図 3.2-5 のように示すことができる。

まず地域住民を支える基盤として年間 1 万人近くの市内の患者が利用している。周産期(分娩)、検診事業、先端医療といった公共性の高い診療でも実績を挙げている。また、2次救急、3次救急も行なっており、地域医療の中核を担っている。

近隣の病院、診療所とも患者紹介・逆紹介を通じて連携を深めており、特に診療所に対しては病院設立当初から密な連携を続けてきている。近隣病院からの紹介例としては、「他院を受診している患者自身が医療センターでの手術を希望するケース」「進行がんで切除可能かどうかの判断が難しいケース」「近隣病院の診療科が閉鎖されるために紹介されてくるケース」「医療機器の必要性から医療センターでの治療を希望するケース」などである。これら紹介のケースは表 3.2-2 に示すとおり入院/外来とも相当な数に上っており、医療センターが近隣病院からも頼られている構図が伺える。

表 3.2-2 近隣の病院からの紹介件数（平成 17 年度実績）

種別	紹介件数(件)	病院名
入院	74	聖隷浜松病院
	59	浜松市リハビリテーション病院
	41	社会保険浜松病院
	40	遠州総合病院
	34	浜松労災病院
	241	その他
	計 489	
外来	291	浜松市リハビリテーション病院
	174	聖隷浜松病院
	159	浜松医科大学附属病院
	152	聖隷予防検診センター
	130	聖隷三方原病院
	766	その他
	計 1,672	

資料：浜松市医療公社資料をもとに作成

医療センターが蓄積してきたこれらの成果は地域医療の中核の一つであることの証しであり、今後も医療センターは地域中核医療機関としての役割を果たすことが重要である。

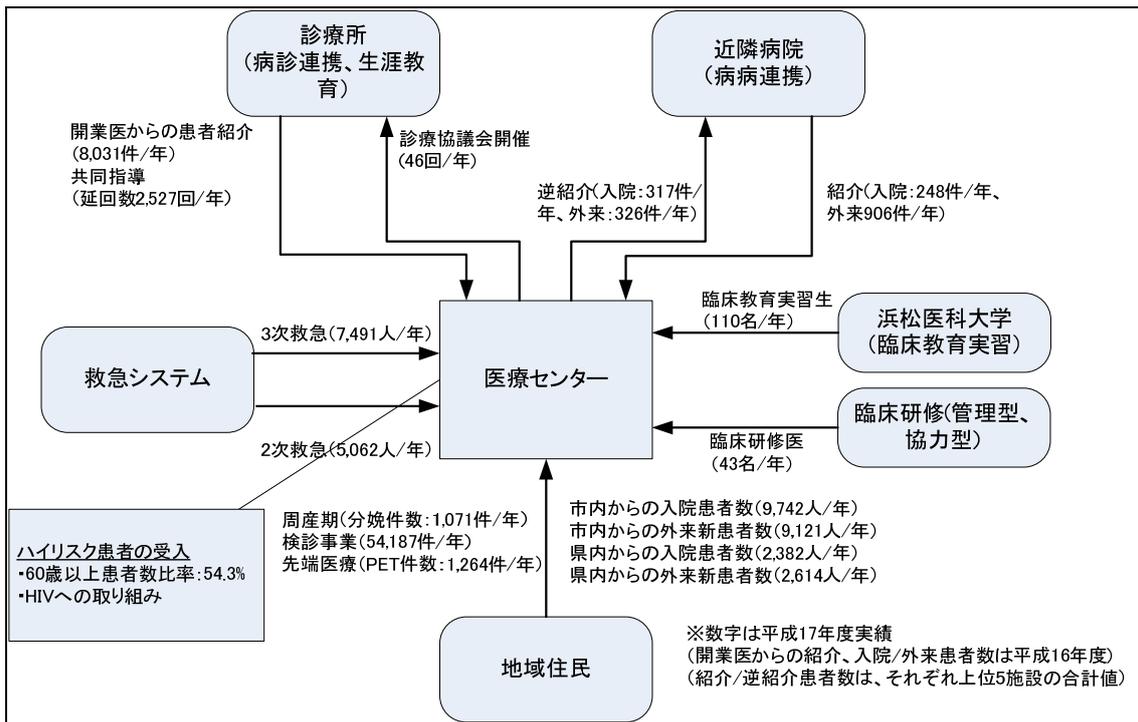


図 3.2-5 医療センターの連携状況

3.2.2 リハビリテーション病院の連携分析

(1) 特色の整理

リハビリテーションとは「単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すもの」⁶である。したがってリハビリテーション病院で取り組むべき医療は、その最終目標を在宅や社会への復帰を目的として取り組むべきであり、疾患の発症や手術の直後から、患者が在宅でどのような活動・生活を送るのかを具体的に想定した活動向上訓練など自立支援に向けて集中的に行うことが求められる。これまでのリハビリテーション医療では、このような目的が明確でなかったこともあり、従来の一般的なリハビリテーション病院では、長期収容型の運営方法が主流であり、機能維持を主目的とした医療の提供を実践してきたところである。

しかし、リハビリテーション医療の意義、評価はここ数年大きく変化している。「リハビリテーションによって機能は回復するもの」という概念が広く受け容れられるようになり、上述した国の施策も加速してきたところである。3.1章ではリハビリテーション医療を先駆的医療と位置づけたが、今後の状況を鑑みると、浜松市が運営するリハビリテーションとしてはこのような急性期高密度型のリハビリテーション医療体制を整備し、国の施策の方向性を踏まえつつ、地域リハビリテーション医療の中核として活動していかなければならない。

このような背景を受け、リハビリテーション病院では、平成17年度からは新たなリハビリテーションの展開に向けた取り組みを続けており、これが同病院の特色と言える。この特色を理解しやすくするために、まず、従来のリハビリテーション病院を取り巻く課題を図3.2-6に示す。

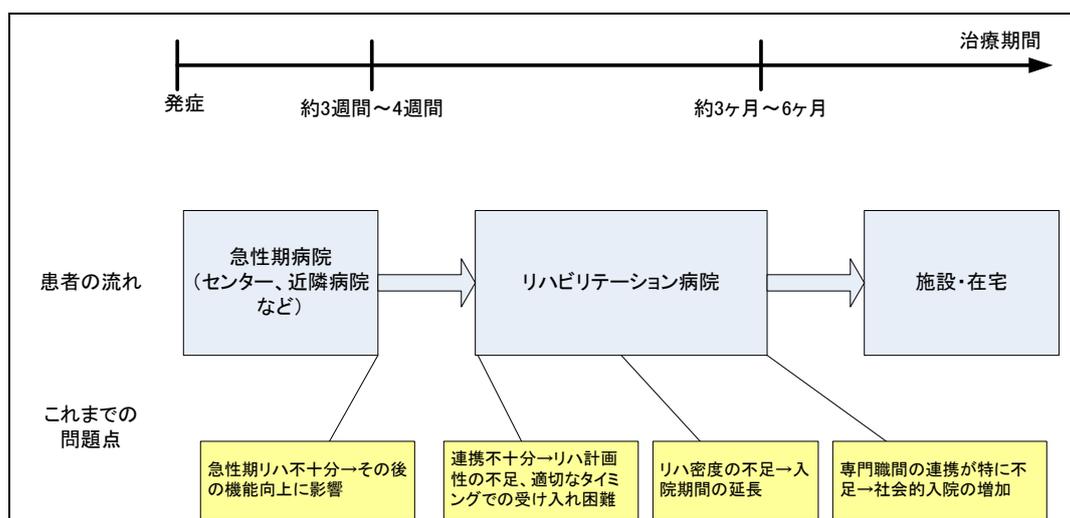


図 3.2-6 これまでのリハビリテーション病院を取り巻く課題

⁶ 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」、高齢者リハビリテーション研究会、平成16年1月

リハビリテーション医療は急性期医療と慢性期医療の間にあるため、リハビリテーション病院の前後との流れ、特に急性期病院との連携が重要である。患者にとって最適な状態で急性期医療からリハビリテーション医療に移行するためには、医療従事者間の連携が必要である。患者本位の計画的なリハビリテーションを実施するためにはリハビリテーションについても急性期のベッドサイドリハから一貫し、診療の流れが途切れないよう連携の仕組みを構築すべきである。

また、リハビリテーション病院内の体制面も充実させておく必要がある。脳卒中や廃用症候群の患者に対し、リハビリテーションの早期介入が患者の生活機能向上に資することが明らかにされている（図 3.2-7）。患者に対し治療成果を高め、治療期間を長引かせないためには、急性期病院からの患者の柔軟な受け入れのための体制整備と、リハビリテーション病院内での高密度リハビリテーションの確保が重要である。

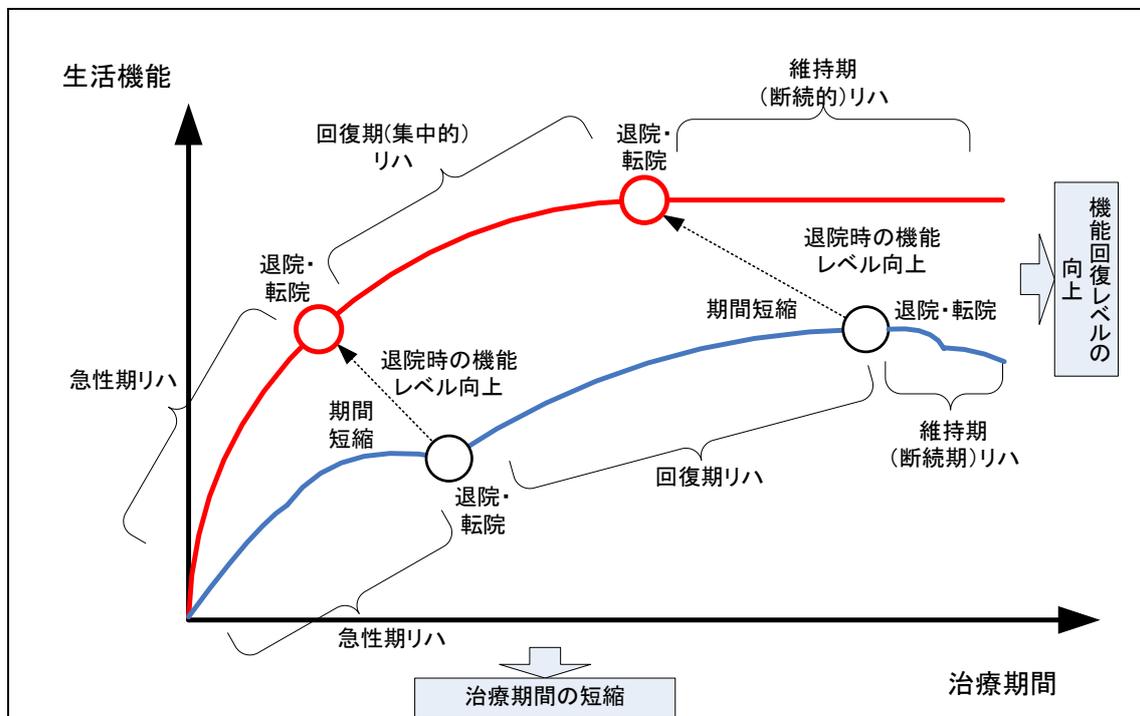


図 3.2-7 リハビリテーション医療の早期介入による生活機能向上のイメージ

（「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」（高齢者リハビリテーション研究会）図表 39 を参考にして作成）

さらに患者を円滑に退院させて、社会へと復帰させていくためには施設・在宅との連携体制も求められる。連携を促進するためには、専門職間の連携による医療保険と介護保険をトータルにコーディネートするシステムの確保が必要である。

以上の課題について、リハビリテーション病院ではこれまでの取り組みが決して十分ではなかった。今後のリハビリテーション病院が目指す方向性のイメージを図 3.2-8 に示す。

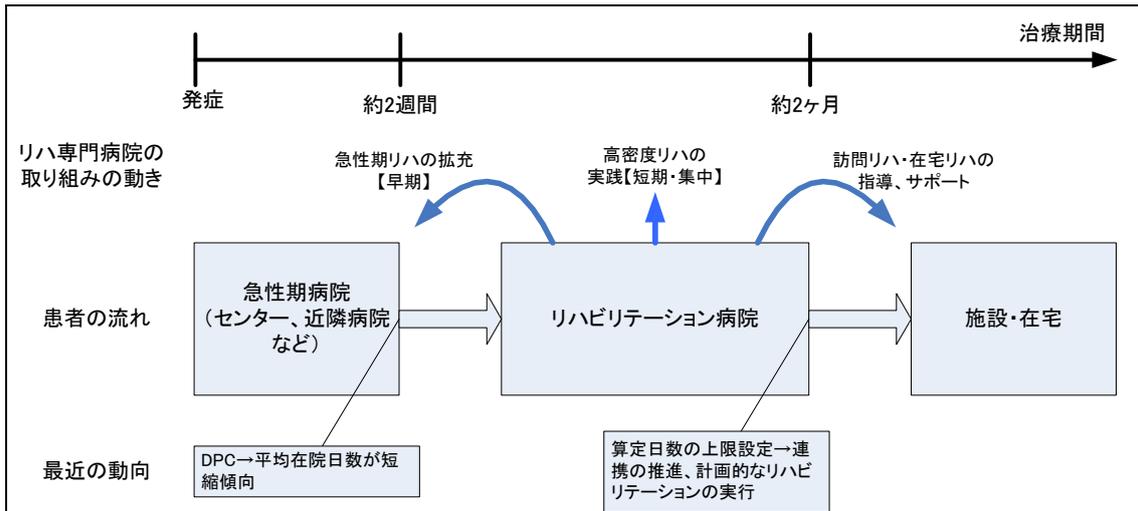


図 3.2-8 リハビリテーション病院が目指す方向性

今後、リハビリテーション病院が、急性期高密度型のリハビリテーション医療体制を整備し、国の施策の方向性を踏まえつつ、地域リハビリテーション医療の中核として役割を担っていくための具体的な方策は次の3点である。

【急性期リハの拡充】

急性期病院との連携を促進し、急性期から回復期リハビリテーションへの理想的な移行を実現する手段として地域医療連携クリティカルパス⁷（地域医療連携パス）の開発、運用がある。医療センターでは、今年度から大腿骨頸部骨折の地域医療連携パスの確立を通じて周辺医療機関との協力関係を確立する取り組みを実施させており、今後、脳卒中への連携パスの確立への拡大が期待される。

また、この際の具体的な対応として、リハビリテーション病院医師の医療センターへの回診による急性期リハビリテーションへの対応と、転院のタイミングの判断が必要となる。リハビリテーション病院ではこの取り組みも開始している。

【高密度リハの実践】

リハビリテーション病院における治療成果を高める手段としては、高密度リハビリテーションの実践、運用がある。現在の診療報酬体系では患者1人1日あたりのリハビリテーション単位が最大9単位とされている。現在のリハビリテーション病院での患者1人1日あたりのリハビリテーションは4単位程度であり、今後、単位数増加の余地がある。

高密度リハビリテーションを実践するためには、リハビリスタッフのマンパワーの確保、医師と専門職との連携、病棟整備、運用体制の強化が必要である。

⁷急性期から慢性期に至る医療機関の連携パス。地域の医療資源の有効的な活用を図り住民が地域で適切な医療を受けられるよう、地域の医療機関が共同で定めた疾病ごとの治療方針などのルール

【訪問リハ・在宅リハの指導、サポート】

リハビリテーションの実施患者の円滑な流れを維持するためには、平均在院日数の低減（在宅復帰率向上、病床回転率向上）が必要となる。単に患者を施設から出していくという意識だけでは不十分であり、受け入れる側の施設のレベル向上や安心できる在宅リハビリテーション実践に対するリハビリテーション病院としての積極的な支援が求められる。

具体的にはリハビリテーション病院医師による訪問リハビリテーションや在宅リハビリテーションへの指導、サポートがこれにあたるものである。

以上の取り組みに基づくリハビリテーション病院の機能充実による効果は、リハビリテーション病院単体だけではなく、患者へのメリット、ひいては行政的医療へのメリットとしての効果が期待できる。その連関イメージを図 3.2-9 に示す。

リハビリテーション病院での医療機能の充実は、リハビリテーション病院を利用した患者が退院し在宅や社会に復帰することの蓄積によってはじめて評価されるものであるため、効果が実感されるには時間がかかることに留意しなければならない。また、患者の入院期間の短縮化は、（現在の診療報酬体系においては）必ずしもリハビリテーション病院単体の収支を好転させるものではないが、急性期医療から在宅・社会復帰までを見据えた社会保障のトータルコストとしては削減されることとなるため、社会的意義は大きい。

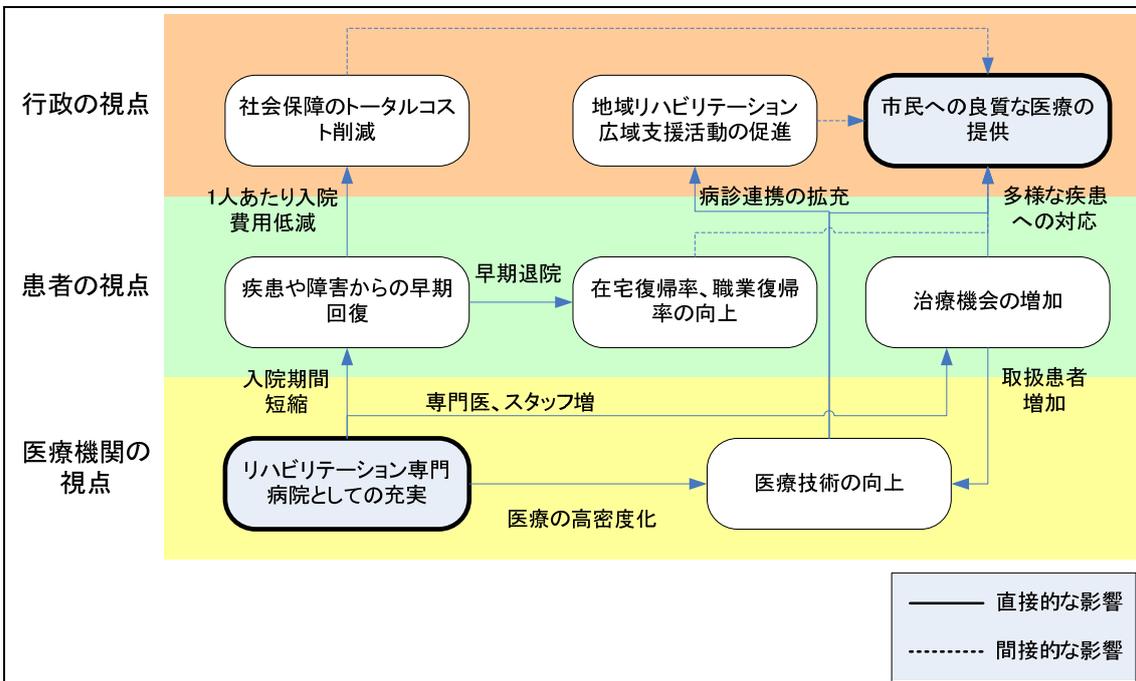


図 3.2-9 リハビリテーション病院の機能充実による効果の連関

(2) 地域との連携分析

(1)で整理したとおり、リハビリテーション病院の地域との連携はまだ十分に確立されているとは言えないが、脳卒中疾患、骨折などの個別疾患分野で急性期病院との連携確立に向けた取り組みがはじまっており、大腿骨頸部骨折については地域医療連携パスが本年 10 月 1 日より開始された。今後、実績を重ねることによって成長していくものと思われる。地域医療連携パスの対象となる急性期病院は聖隷浜松病院、聖隷三方原病院、浜松労災病院などである。

今後の連携の核となるのが、「地域リハビリテーション支援センター」としての役割の明確化である。この取り組みは医療機関と各医療資源等が連携することで、住民に対して十分なリハビリテーション医療を提供しようとするものであり、リハビリテーション病院ホームページにおいても、以下のような連携イメージが提示されている。浜松リハビリテーション協議会が設置された場合、リハビリテーションを提供する体制の整備、リハビリテーション従事者に対する研修、保健・医療・福祉の関係者やボランティア等の地域における住民への普及啓発などについて、リハビリテーション病院はその中核的役割を果たすことになる。

今後、このような連携を実践していくことで、地域の中核リハビリテーション病院としての使命を果たすことが重要であろう。

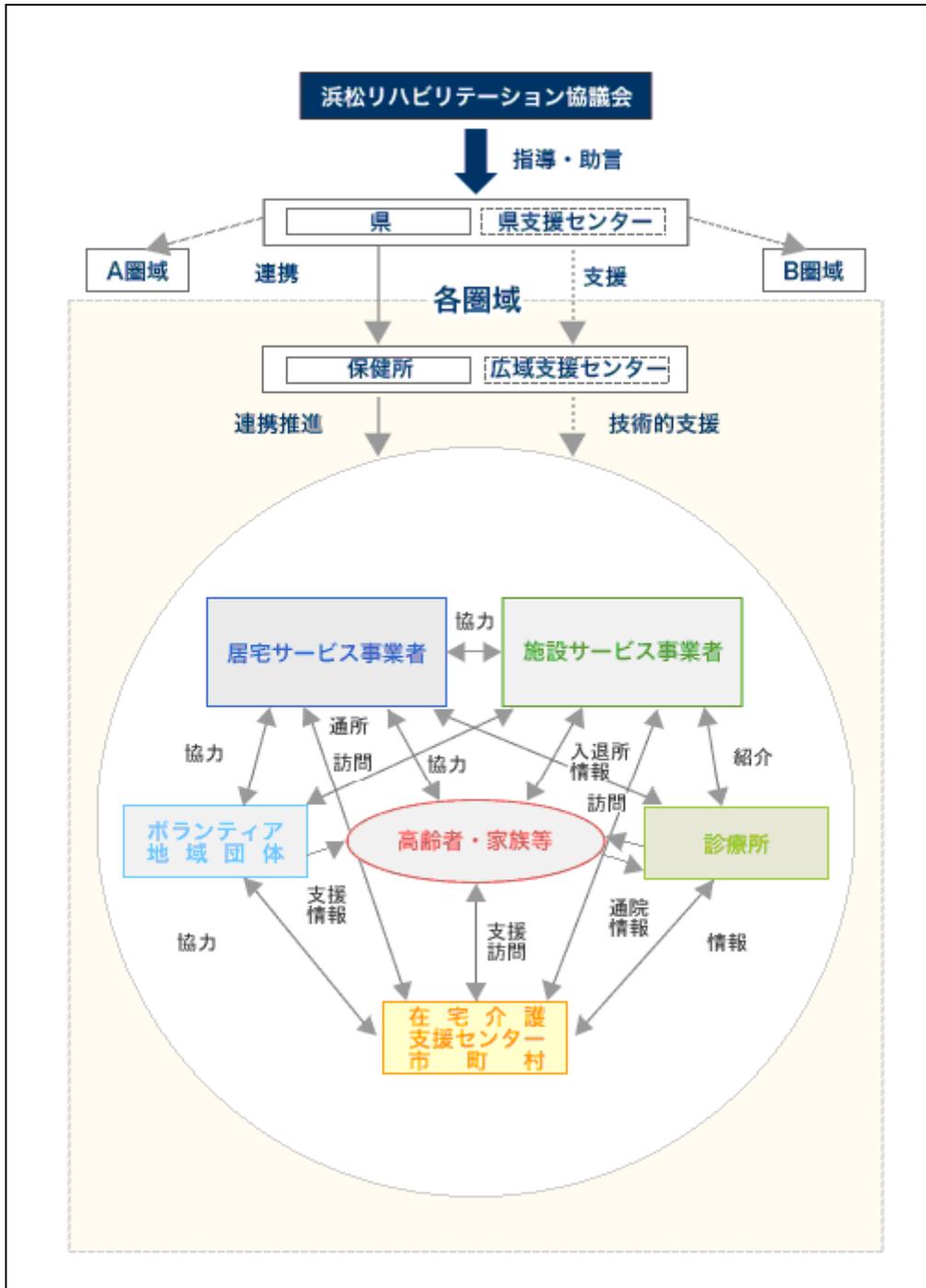


図 3.2-10 地域リハビリテーション連携推進のイメージ

資料：浜松市リハビリテーション病院ホームページより抜粋

3.2.3 地域医療機関との役割分担の検討

医療センターは、その前身である浜松市医師会中央病院を昭和 48 年に開設して以来、地域医療に貢献する公的病院としての取り組みを展開してきており、これらが現在の医療センターの特色となっていることが明らかとなった。

また、3.1 章で整理した自治体病院として果たすべき役割を長い間実践しており、「地域住民を支える基盤としての医療」に取り組んできた結果が、医療センターの特色とも言える。これらの成果は、現在の医療センターが地域医療を担う中核的な総合病院の一つであることの証しであり、今後も同様の役割を果たしていくことが求められる。

医療センター：

- 従来からの地域の中核的な急性期の総合病院として、今後もその役割を果たす。
- 地域住民を支える基盤となるため、民間病院では対応が困難な不採算性の高い医療分野についても率先して対応を行なう。
- このような取り組みを積極的に住民や近隣医療機関にも公表し、運営に対する理解を求めると共に、医療機関との連携を深め求められる役割分担について適宜検討をする。

リハビリテーション病院は、平成 11 年 12 月に国から移譲され、これまでに国立浜松病院が担っていた地域医療を一部継続して提供すると同時に、真に職場復帰・社会復帰を目指した専門的なリハビリテーション医療を提供し、県西部地域のリハビリテーション医療の中核を担う医療施設としての責務を担うべく、機能・体制面の改革に取り組んできている。

今後はこのような特色を明確にさせるため、中核病院と地域の医療資源を連携させた住民本位の効果的かつ効率的なリハビリテーションを実践し、全国的にも先駆的な取り組みを推進することによって、市民により良質な医療を提供すべきである。

今後のリハビリテーション病院は、改革を進め、地域の中核的リハビリテーション病院としての地位を確立し、使命を果たしていくことが求められる。

リハビリテーション病院：

- リハビリテーション医療に対する国の施策転換に対応し、短期高密度型リハビリテーション医療を確立して、住民に提供する。
- リハビリテーションに対する地域の医療資源を連携させ、住民本意の効果的かつ効率的なリハビリテーションを提供していくための体制を確立し、地域の中核的リハビリテーション病院として地域住民を支える基盤となる。
- このような取り組みを積極的に住民や近隣医療機関にも公表し、運営に対する理解を求めると共に、医療機関との連携を深め求められる役割分担について適宜検討をする。

3.3 経営状況の分析

3.3.1 医療センターの経営分析および課題・問題点の整理

(1) 経営分析

本節では医療センターの課題・問題点を整理するため、医療センターの経営指標をもとに、徐々に比較対象を狭めつつ、以下の流れで分析検討を行なった。

- (a) 医療センターがいわゆる大規模自治体病院としては、どの程度の経営状態なのかを把握するために、全国の自治体病院のうち同規模病院との比較分析を行なった。この際、病院が有する規模や機能は医療センターと同じであったとしても、住民ニーズ、医師の需給、設置地域、近隣病院の状況など、病院を取り巻く環境はさまざまであるため、経営指標だけでは単純な比較は望ましくない。そこで、この比較は医療センターが全国的にどのような位置づけにあるのかを明らかにする程度の比較にとどめた。
- (b) 医療センターが県内の自治体病院としては、どの程度の経営状態なのかを把握するために、県内の自治体病院のうち同規模病院との比較分析を行なった。静岡県は東西に長く東部・中部・西部で医療圏が大別されているため、市立病院も比較的多い。そこでこれらの病院群における医療センターの位置づけを経営指標から比較分析した。
- (c) 医療センターが浜松市内の主要病院として、どの程度の経営状態なのかを把握するために、近隣病院との比較分析を行なった。対象となる病院群は、いわば同じ周辺環境下で医療を提供する関係にある。そこで、患者数、診療額、職種別の生産性、費用比率など詳細な指標で比較分析した。
- (d) 医療センター内の経年変化に着目して、経営状況の変化を詳細に分析した。ここでは過去5年間の診療科別の患者数、診療収入額の推移を中心に整理し、5年間のトレンドの変化などを分析した。
- (e) 最後に、医療センターと同様の規模・機能・役割を担っていると思われる、ある近隣病院が医療センターよりも高い収益性を誇っていることから、主要な経営指標についてベンチマーク分析を行い、医療センターとの差異が生じるポイントについて整理した。

(a) 全国の自治体病院のうち同規模病院との比較分析

平成 16 年度地方公営企業年鑑をもとに、全国の自治体病院のうち急性期を主とした 27 の市民病院群を抽出し⁸、さらに医療センターと同様に第三次救急機能⁹を有する 9 つの市民病院群に絞り込んで比較分析を行なった。その結果、一般的な経営指標である医業収支比率¹⁰では、医療センターの医業収支比率は 94.2%であり下位に位置していた（表 3.3-1）。

その他の一般的な経営指標については、病床利用率が低いことを除くと医療センターはほぼ中位に位置していた。比較対象の黒字 2 病院では患者 1 人 1 日あたり入院収入が高いこと（小牧市民病院：48,197 円、市立四日市病院：50,747 円）と、医業収益に対する職員給与費の割合が低い点（小牧市民病院：39.2%、市立四日市病院：48.1%）が特徴として示された。

（平成 16 年度実績）

表 3.3-1 医療センターと同規模・機能を有する全国自治体病院との主要な経営指標の比較

	病床利用率(%)	平均在院日数(日)	1日平均患者数(人)	患者1人1日あたり収入(円)	医業収支比率(%)
医療センター (606床)	87.4	15.6	(入院) 530 (外来) 1,063	(入院) 44,391 (外来) 10,558	94.2
小牧市民病院 (544床)	100.6	14.2	(入院) 547 (外来) 2,160	(入院) 48,197 (外来) 11,217	106.2
市立四日市病院 (568床)	91.9	14.6	(入院) 522 (外来) 1,935	(入院) 50,747 (外来) 9,643	101.3
川口市立医療センター (539床)	89.8	18.2	(入院) 484 (外来) 1,654	(入院) 44,154 (外来) 6,826	99.0
春日井市民病院 (556床)	94.3	16.3	(入院) 524 (外来) 1,664	(入院) 42,382 (外来) 8,484	97.2
新潟市民病院 (743床)	84.7	17.2	(入院) 630 (外来) 1,280	(入院) 45,398 (外来) 8,179	95.9
岡崎市民病院 (650床)	96.4	17.3	(入院) 627 (外来) 1,569	(入院) 43,579 (外来) 9,675	95.8
豊橋市民病院 (910床)	89.8	15.6	(入院) 817 (外来) 2,443	(入院) 42,991 (外来) 8,468	95.5
鶴岡市立荘内病院 (520床)	96.7	17.6	(入院) 503 (外来) 1,050	(入院) 36,557 (外来) 9,733	90.4

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、医療センター年報をもとに作成

⁸ 一般病床以外の病床数が総病床数の 10%以下である病院で抽出

⁹ 初期救急医療体制及び第二次救急医療体制の医療機関との円滑な連携により、重症患者の医療を 24 時間体制で確保することを目的とした体制

¹⁰ 医業収支比率＝医業収益÷医業費用×100、医業費用が医業収益によってどの程度まかなわれているのかを示す指標であり、比率が高いほど収益性が高いといえる。

表 3.3-2 医療センターと同規模・機能を有する全国自治体病院との主要な医業費用比率の比較(平成 16 年度実績)

(単位：%)

	職員給与費	材料費	減価償却費	経費
医療センター (606 床)	54.8	28.0	8.2	15.7
小牧市民病院 (544 床)	39.2	31.3	6.6	16.3
市立四日市病院 (568 床)	48.1	29.8	5.0	15.3
川口市立医療センター (539 床)	48.2	23.9	4.7	23.4
春日井市民病院 (556 床)	46.7	25.2	13.7	17.0
新潟市民病院 (743 床)	51.4	28.4	2.6	21.4
岡崎市民病院 (650 床)	48.8	29.5	10.0	15.8
豊橋市民病院 (910 床)	50.5	27.1	7.3	19.4
鶴岡市立荘内病院(520 床)	50.9	27.9	13.4	17.5

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、医療センター年報をもとに作成

(b) 県内の自治体病院のうち同規模病院との比較分析

県内にある自治体病院のうち同規模の主要な自治体病院について、平成 16 年度地方公営企業年鑑をもとに比較分析を行なった。この結果を以下に示す。

医療センターの平成 16 年度の入院患者 1 人 1 日あたりの診療収入は 44,391 円である。同規模の県内主要自治体病院と比較すると高い水準にある。また、入院の行為別では処置・手術料、放射線、入院料が比較的高水準となっており、医療センターの技術力の高さが推測される。

外来患者 1 人 1 日あたりの診療収入は 10,558 円である。外来の行為別では検査、放射線の単価が高水準であり、これらの技術力の高さも推測される。

医師 1 人あたり患者数は、入院・外来とも同規模県内自治体病院と比べて一番多い。医師の業務量はかなり高いものとなっていることが伺える。

病床利用率と平均在院日数の比較を図 3.3-1 に示す。病床利用率が高く、平均在院日数が低いほど病床の回転率が良いとされるが、医療センターの平成 16 年度の病床利用率は 87.4%、平均在院日数は 15.6 日であり同規模県内公立病院と比べて高水準にある。

費用面の比較として、医業収益に対する主要な費用比率を比較したものを図 3.3-2 に示す。医業収益に対する費用比率が 100 ポイントを超えているのは島田市民病院、焼津市立総合病院の 2 病院であり、次いで富士市立中央病院、静岡市立清水病院、医療センターが高い。いずれも職員給与費が高水準となっている。医療センターの場合には、減価償却費も比較的大きく、これらが医業費用を圧迫している主要な要因となっていると思われる。もっとも医業収支比率が低い静岡市立静岡病院は上記 2 つの費目割合を合わせても 50%以下に抑えている。

表 3.3-3 県内の自治体病院のうち同規模病院との主要な経営指標の比較

	病床利用率(%)	平均在院日数(日)	1日平均患者数(人)	患者1人1日あたり収入(円)	医業収支比率(%)
医療センター (606床)	87.4	15.6	(入院) 530 (外来) 1,063	(入院) 44,391 (外来) 10,558	94.2
静岡市立静岡病院 (561床)	89.0	15.9	(入院) 499 (外来) 1,351	(入院) 48,186 (外来) 13,492	98.6
静岡市立清水病院 (500床)	86.2	18.9	(入院) 431 (外来) 1,252	(入院) 34,172 (外来) 8,006	88.7
沼津市立病院 (500床)	81.1	14.1	(入院) 406 (外来) 1,197	(入院) 43,438 (外来) 8,740	95.9
島田市民病院 (649床)	66.1	16.2	(入院) 472 (外来) 1,409	(入院) 36,025 (外来) 9,082	91.8
富士市立中央病院 (596床)	70.8	15.6	(入院) 422 (外来) 1,291	(入院) 37,178 (外来) 11,951	93.3
磐田市立総合病院 (500床)	93.2	21.0	(入院) 466 (外来) 1,256	(入院) 33,383 (外来) 9,422	94.5
焼津市立総合病院 (601床)	87.2	16.9	(入院) 524 (外来) 1,704	(入院) 36,011 (外来) 6,483	91.7
藤枝市立総合病院 (654床)	86.6	16.0	(入院) 566 (外来) 1,526	(入院) 37,856 (外来) 13,534	100.1

資料：地方公営企業年鑑第52集をもとに作成

(平成16年度実績)

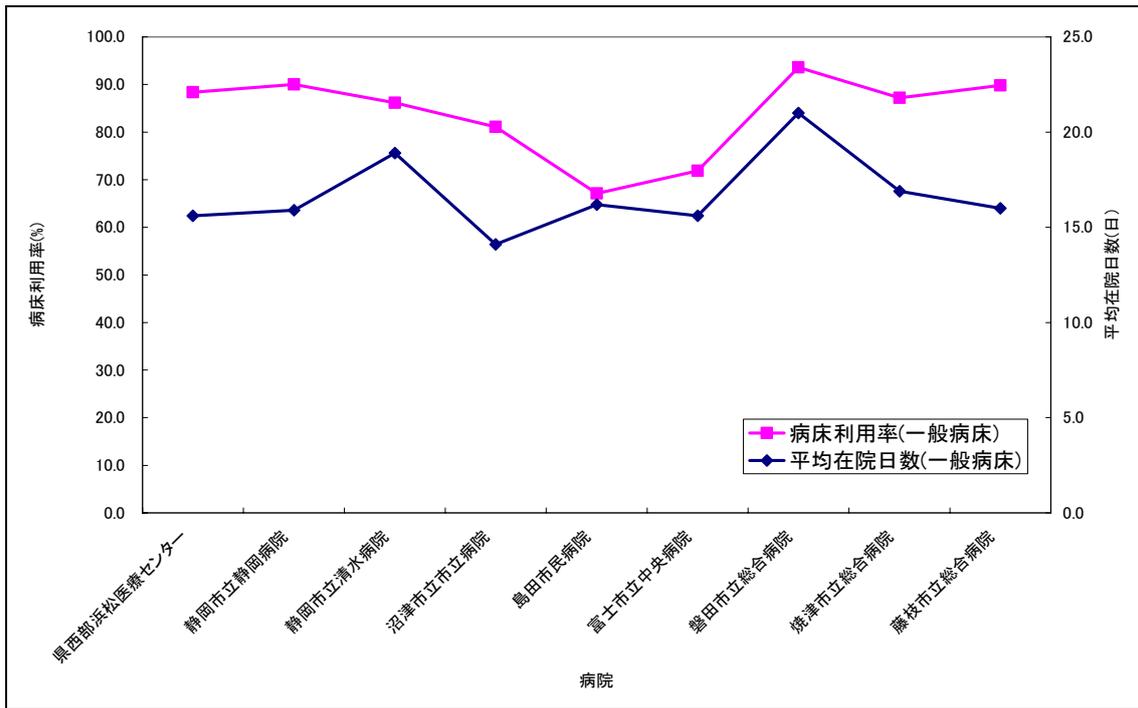


図 3.3-1 病床利用率と平均在院日数の比較（平成 16 年度実績）

資料：地方公営企業年鑑第 52 集をもとに作成

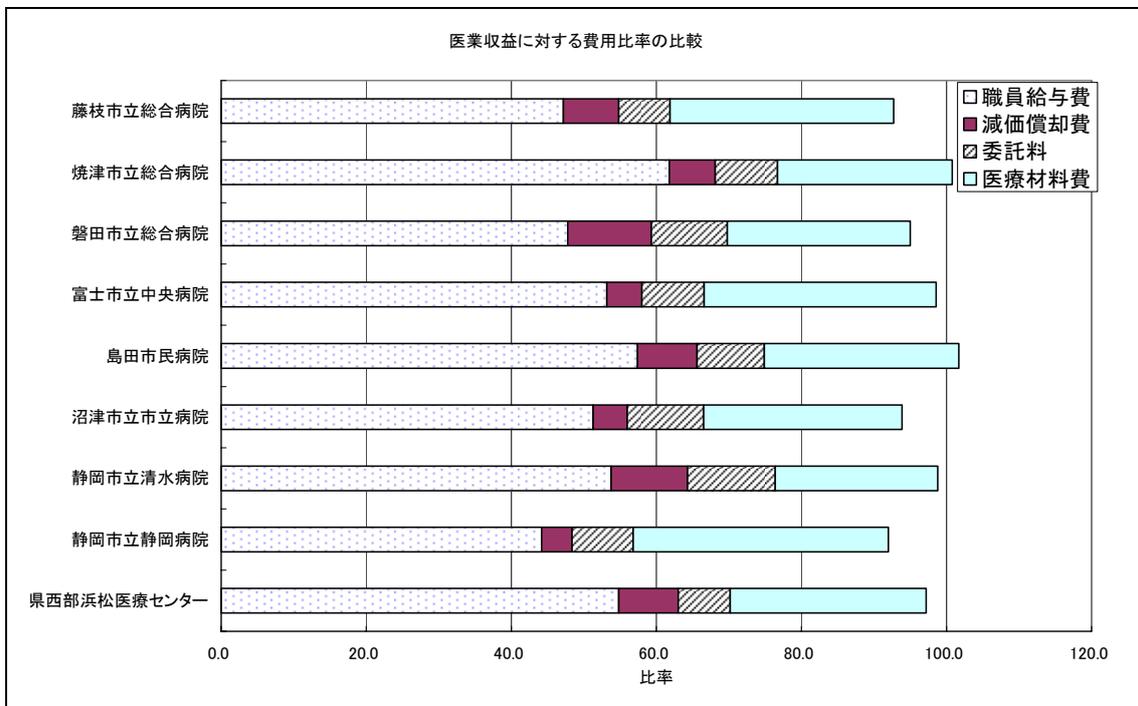


図 3.3-2 医業収益に対する費用比率の比較（平成 16 年度実績）

資料：地方公営企業年鑑第 52 集をもとに作成

(c) 近隣病院との比較分析

浜松市内にある主要な病院について、医療公社提供の資料（平成 17 年度実績）をもとに比較分析を行なった。また、主要な項目についての比較検討のため項目別にグラフを作成し検討を行なった。

○ 病床利用率の推移

病床利用率の推移と平成 17 年度の平均在院日数との関係を図 3.3-3 に示す。

医療センターの平成 17 年度の病床利用率は 86.3%で 4 年間低下を続けている。これは平均在院日数の短縮化による影響が推測されるが、A 病院、B 病院は常に 90%台の病床利用率を維持している。また、平均在院日数については医療センターの 14.7 日に対して、A 病院が 13.6 日とさらに高い水準にある。

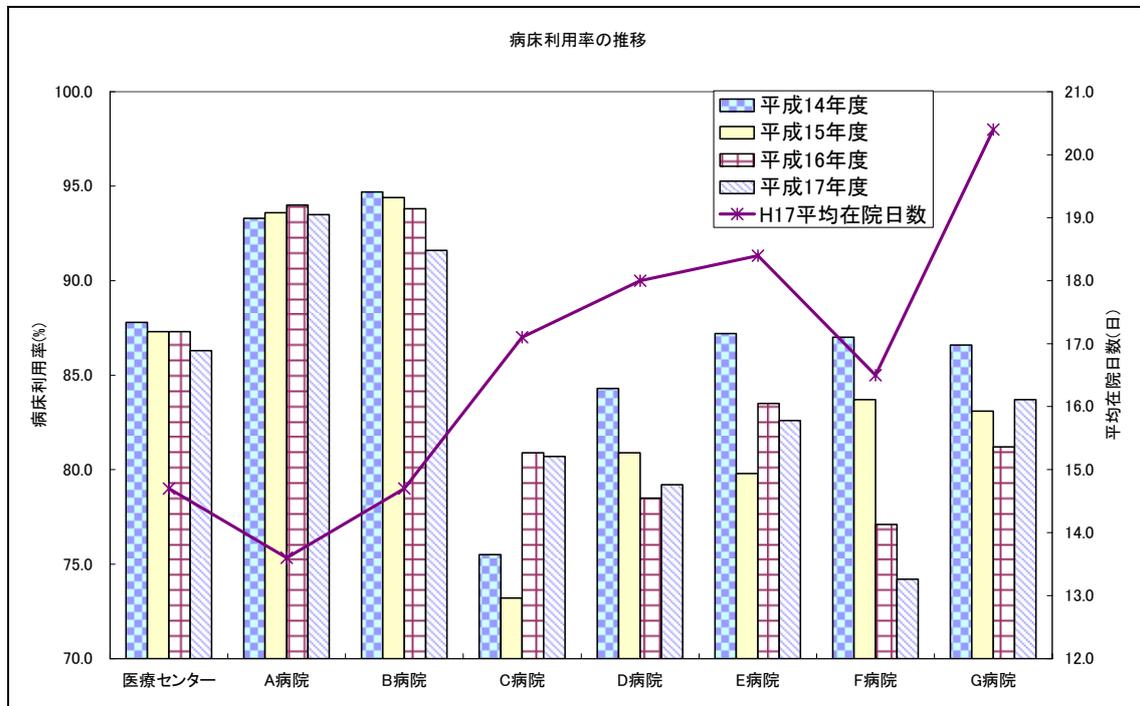


図 3.3-3 病床利用率の推移と平均在院日数

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 1日平均患者数（入院/外来）

1日の平均患者数の経年変化を図 3.3-4 と図 3.3-5 に示す。

医療センターの1日あたり入院患者数は500人程度であり同病床規模のG病院とほぼ等しい。750床程度の病床規模を誇るA病院とB病院は1日あたり入院患者数も700人規模である。

1日あたりの平均外来患者数については、医療センターとG病院が1,100人規模でありいずれも順調に患者数を伸ばしているが、B病院が1,400人規模、A病院が1,800人規模となっている。つまり医療センターとA病院では1.7倍の差がある。これにはスタッフ数だけでなく、病院の方針や外来のキャパシティも関係するため一概には比較できないが、外来患者は主要な入院ルートとなるため医業収益に影響を及ぼす重要な指標である。

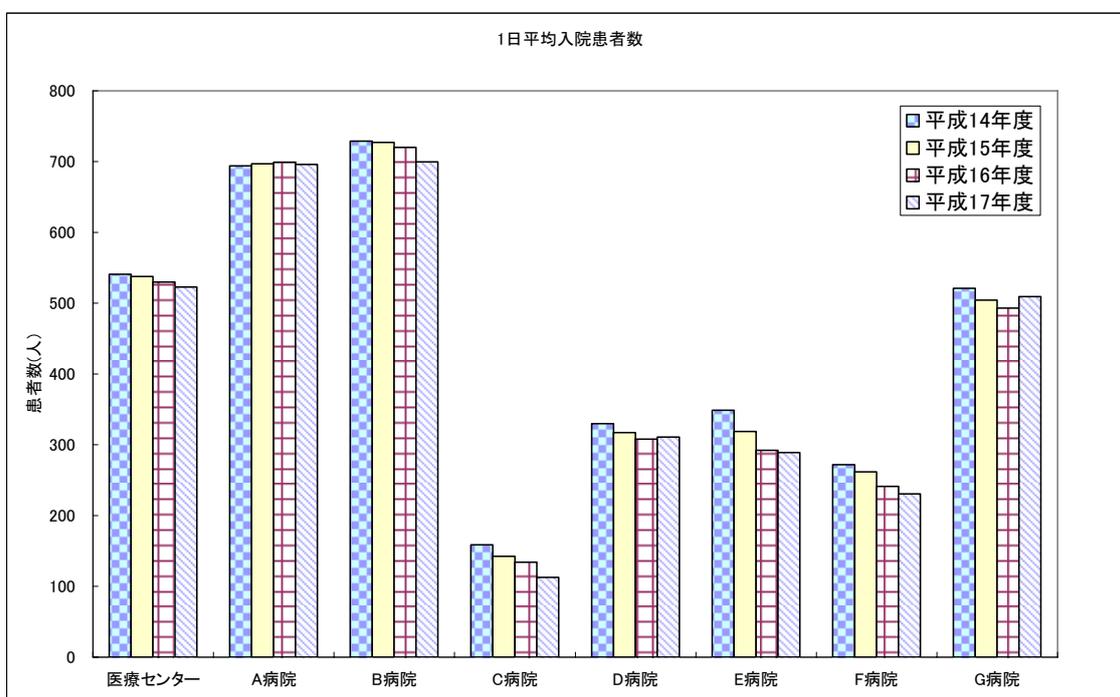


図 3.3-4 1日平均入院患者数

資料：医療公社資料をもとに作成

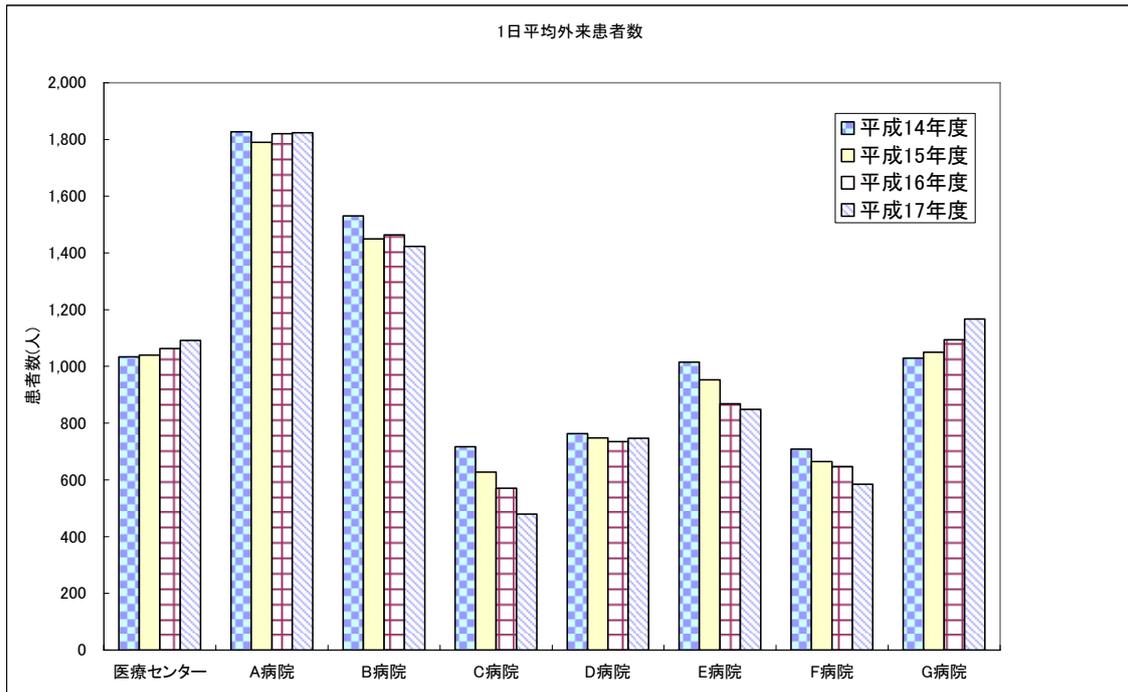


図 3.3-5 1日平均外来患者数

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 1日あたりの診療額（入院/外来）

1日あたりの診療額の経年変化を図 3.3-6 と図 3.3-7 に示す。

医療センターの平成17年度の患者1人1日あたりの入院診療額は45,899円であり、毎年順調に単価を上げているが、近隣病院と比較すると、A病院、G病院に続いて第3番目の水準となる。

また、患者1人1日あたりの外来診療額については、医療センターが10,777円でありD病院、F病院に次いで3番目に高く、A病院、B病院、G病院とほぼ同水準である。D病院は院外処方率が0.1%であるため、扱いを分けて考えると、地域として高水準であることがわかる。

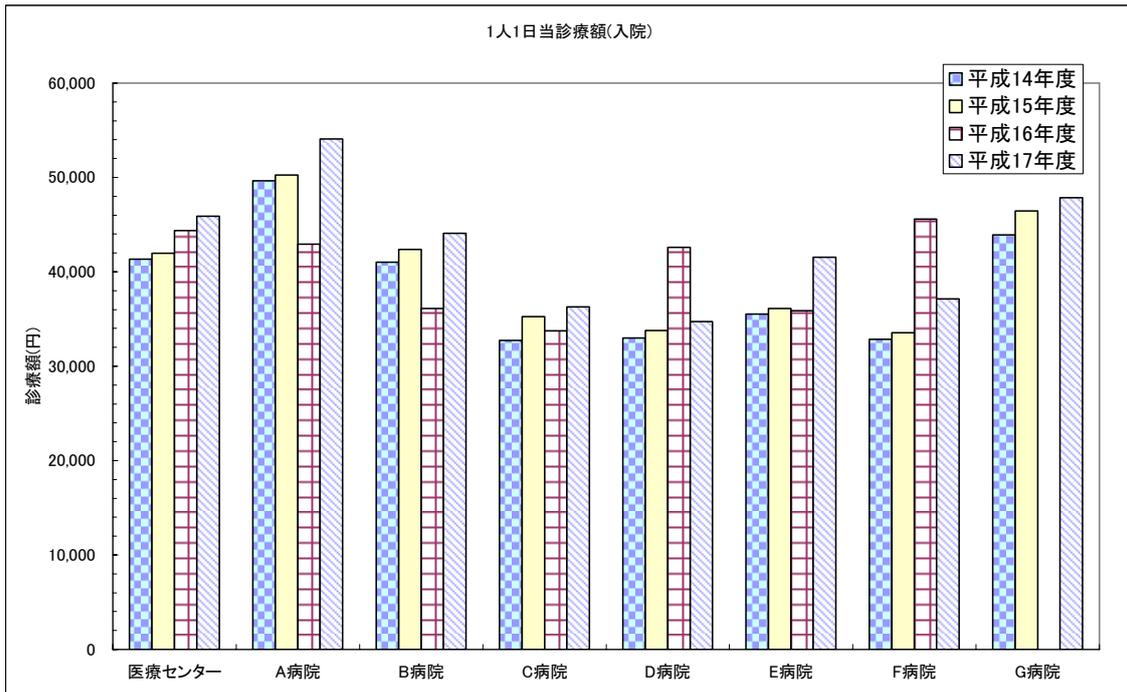


図 3.3-6 患者 1 人 1 日あたりの診療額(入院)

資料：医療公社資料をもとに作成

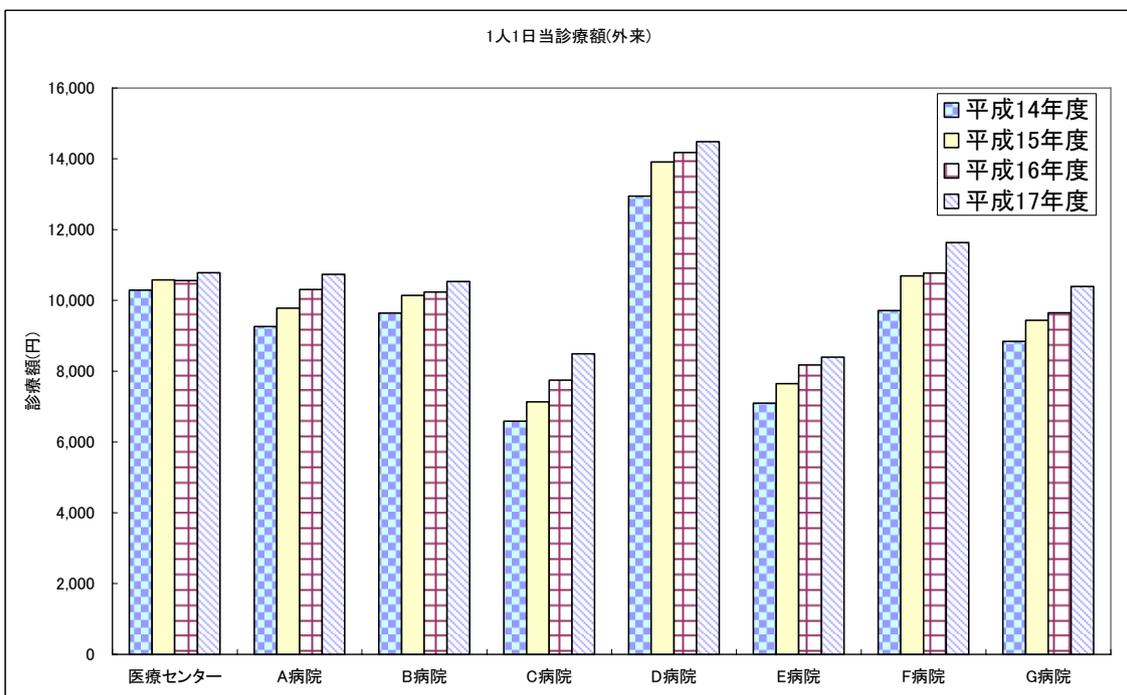


図 3.3-7 患者 1 人 1 日あたりの診療額(外来)

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 医師 1 人あたりの業務量

医師 1 人あたりの業務量指標として、常勤医師 1 人 1 日あたりの取り扱い入院患者数を図 3.3-8 に示す。平成 17 年度においてもっとも業務量が多いのが D 病院と F 病院の 8 人規模であり、医療センターは 5 人規模である。大学の付属機関である G 病院が著しく少ないが目立っている。

また、常勤医師 1 人 1 日あたりの取り扱い外来患者数を図 3.3-9 に示す。平成 17 年度においてもっとも業務量が多いのが C 病院であり、ついで F 病院と D 病院の業務量が多い。医療センターは、A 病院、B 病院と並び 10 人規模でほぼ横ばいである。G 病院が著しく少ないが目立っている。

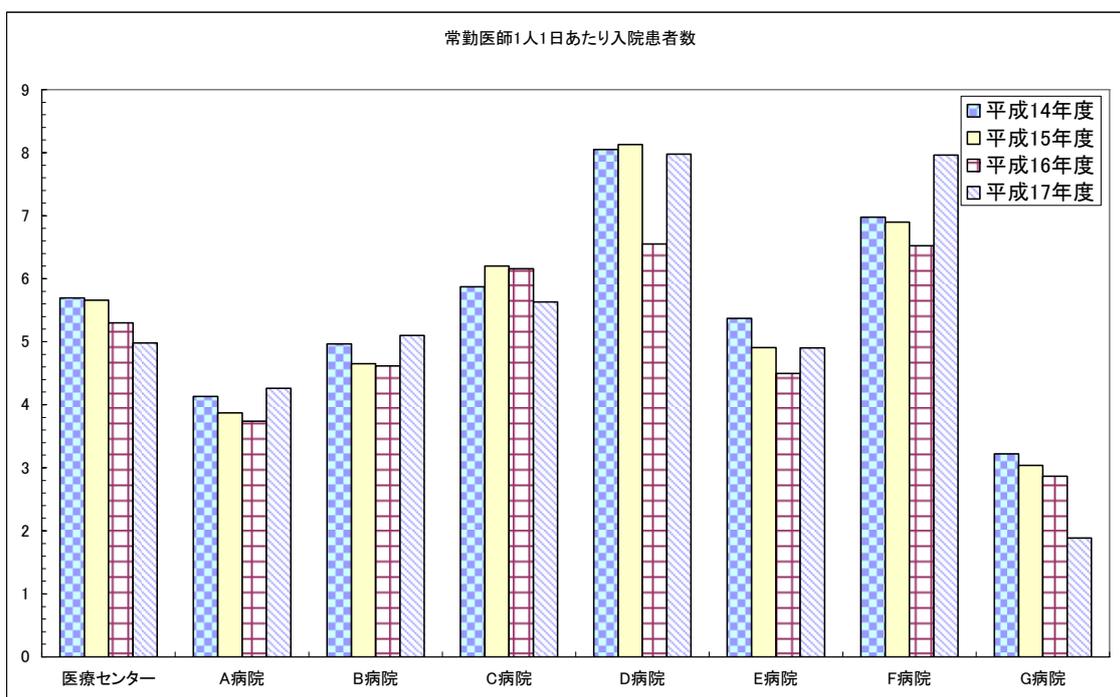


図 3.3-8 常勤医師 1 人 1 日あたりの入院患者数

資料：医療公社資料をもとに作成

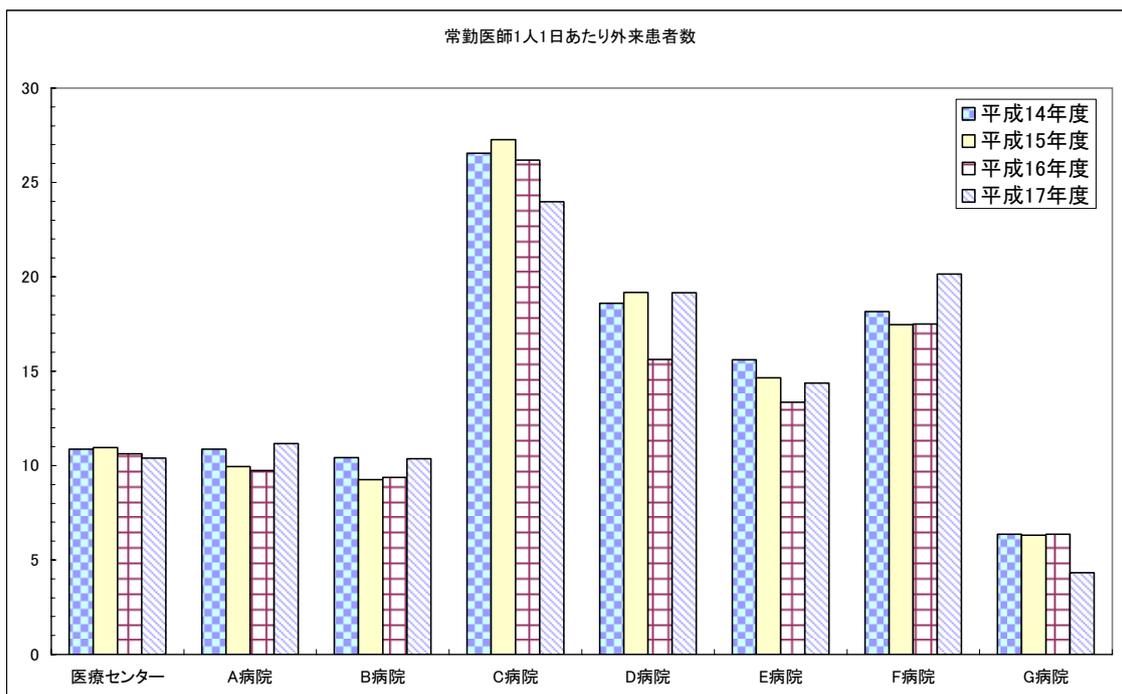


図 3.3-9 常勤医師1人1日あたりの外来患者数

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 職員の生産性

職員 1 人あたりの業務量指標として、職員 1 人 1 日あたりの診療収益を図 3.3-10 に示す。平成 17 年度において、D 病院、E 病院、F 病院の 3 病院が 1 人 1 日あたり 40,000 円台である。医療センターは 39,729 円である。

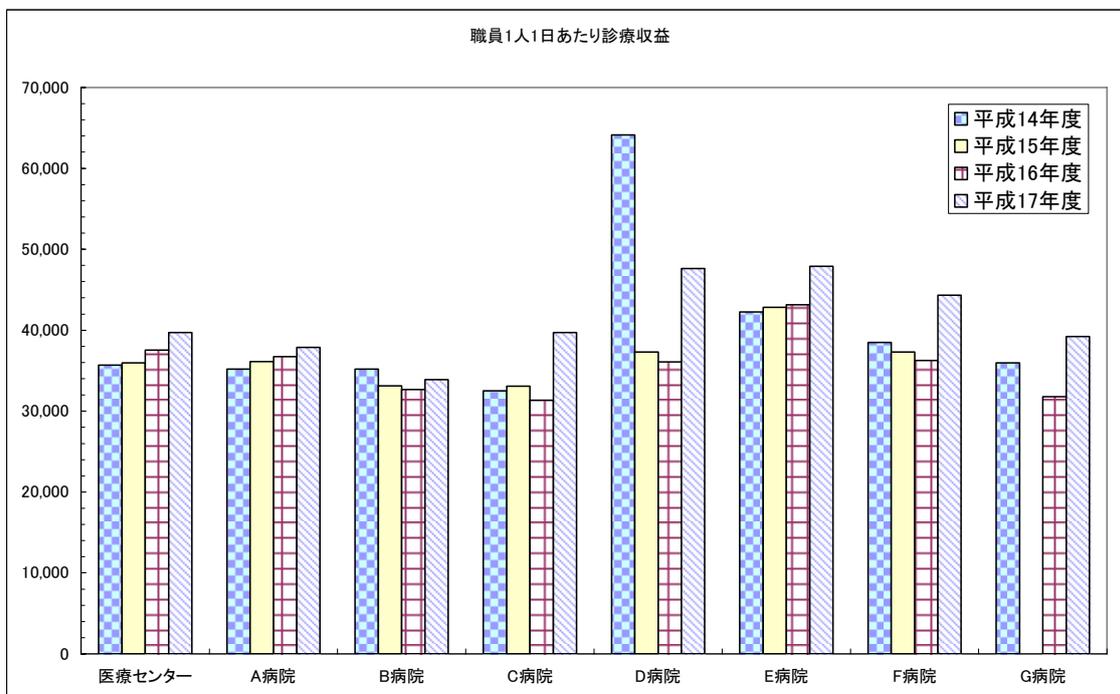


図 3.3-10 職員 1 人 1 日あたり診療収益

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 医師の生産性

医師 1 人あたりの業務量指標として、常勤医師 1 人 1 日あたりの入院診療収益を図 3.3-11 に示す。平成 17 年度において、D 病院と F 病院の生産性が 25 万円以上であり、高い。医療センターは 22 万円～23 万円台を維持しており、比較的高水準にあるが、A 病院、B 病院においても平成 17 年度は生産性があがってきている。

また、常勤医師 1 人 1 日あたりの外来診療収益を図 3.3-12 に示す。平成 17 年度においてもっとも生産性が高いのが D 病院と F 病院である。医療センターは 11 万円台で安定しているが近隣病院と比べると低水準である。

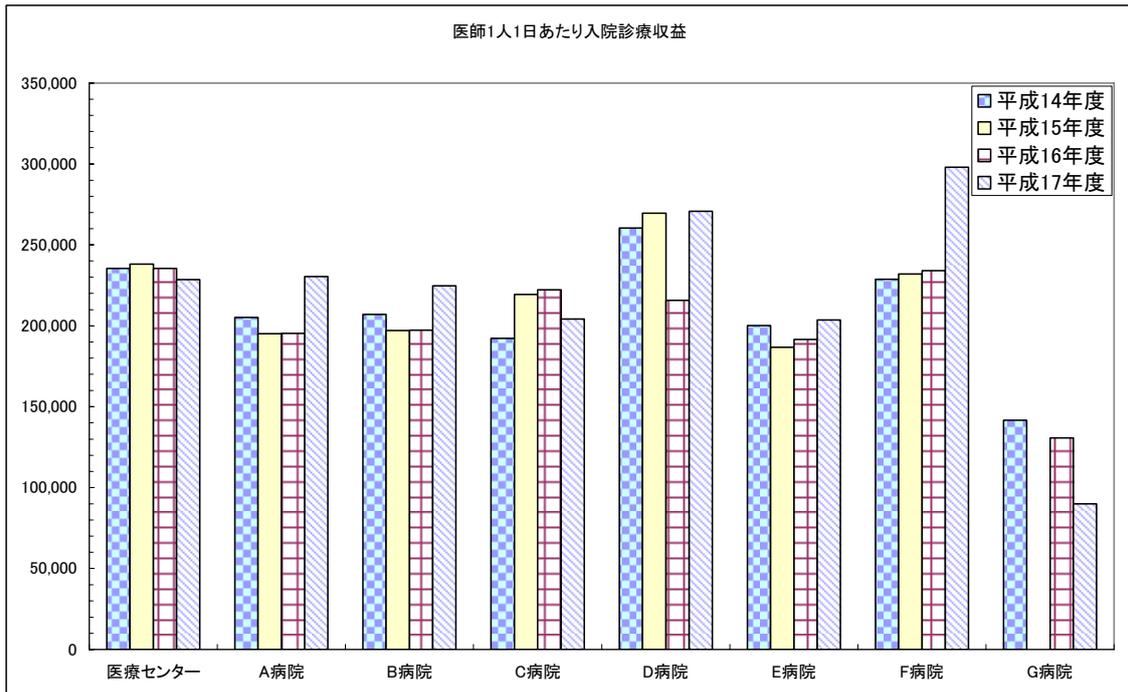


図 3.3-11 医師1人1日あたり入院診療収益

資料：医療公社資料をもとに作成

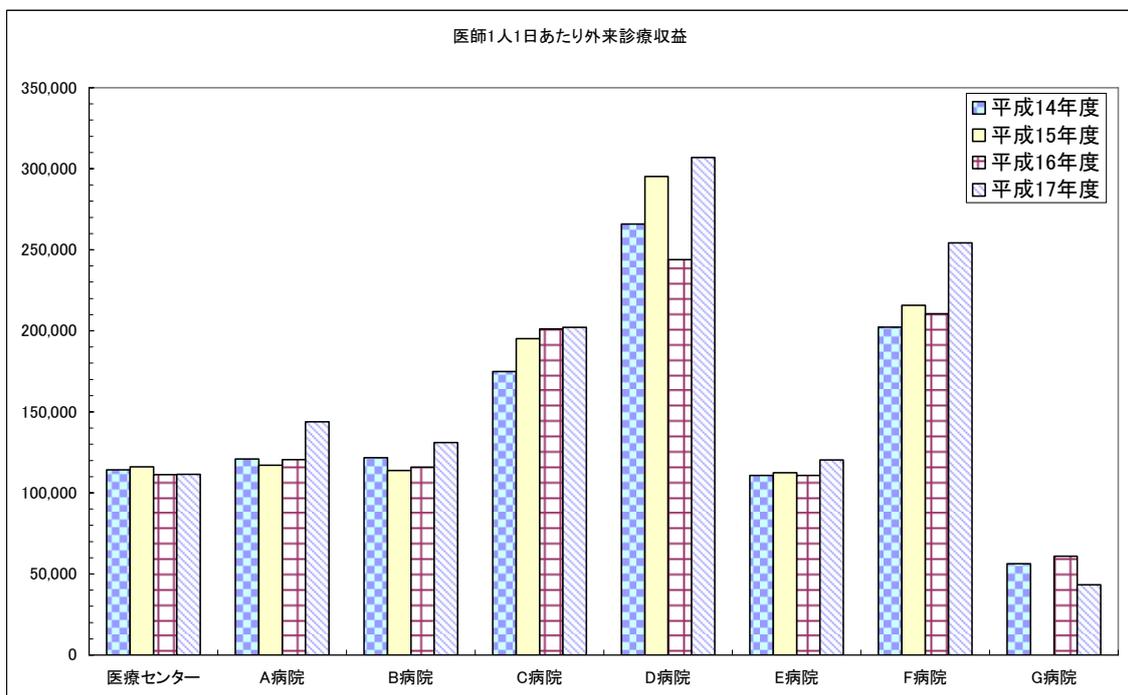


図 3.3-12 医師1人1日あたり外来診療収益

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 人件費対医業収益比率

人件費対医業収益比率とは、医業収益に対する職員給与費の比率である。この経年変化を図 3.3-13 に示す。

平成 17 年度において人件費対医業収益比率が 55%の水準となっているのは、医療センター、C 病院の 2 病院である。B 病院は 50%台、A 病院は 45%台となっている。

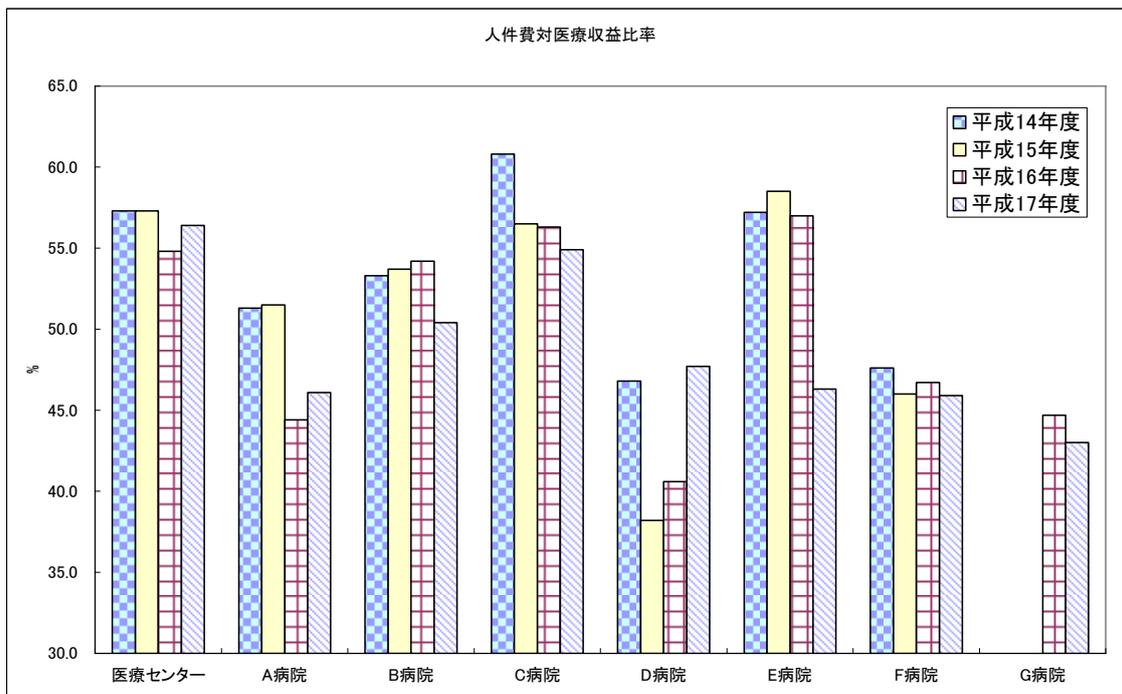


図 3.3-13 人件費対医業収益比率

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 減価償却費の医業収益に対する割合

減価償却費対医業収益比率の経年変化を図 3.3-14 に示す。

平成 17 年度において減価償却費対医業収益比率が 7%を超えているのは、医療センター、G 病院の 2 病院である。医療センターでは年々、減価償却費の比率が下がってはいるが、A 病院、B 病院と比較すると、大きな開きがある。

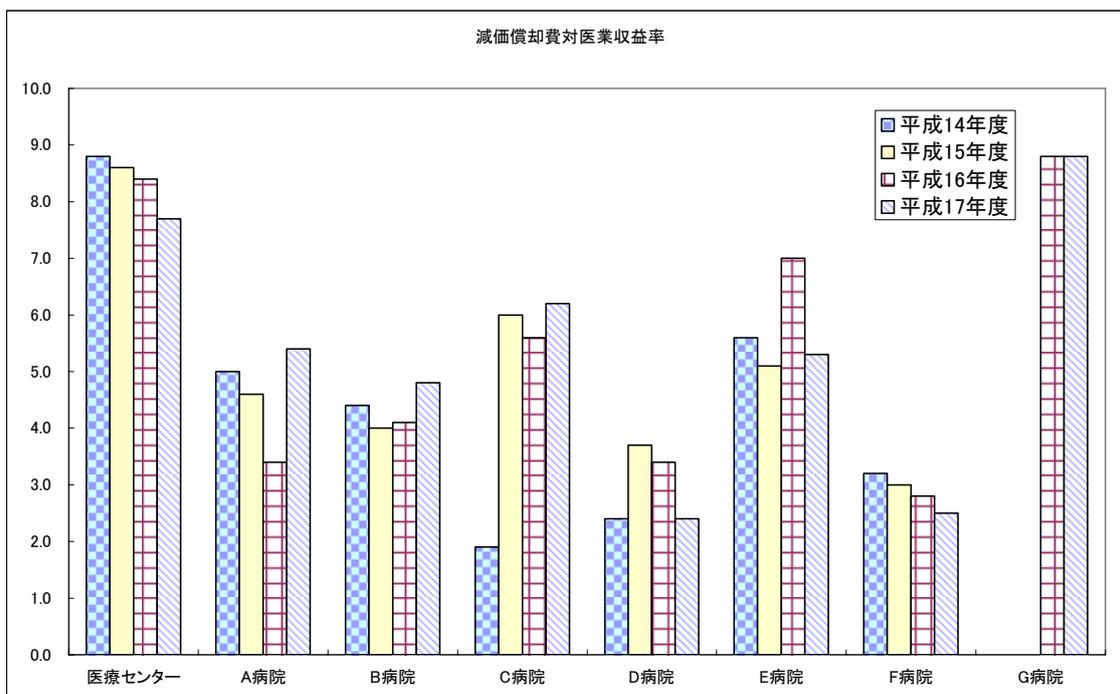


図 3.3-14 減価償却費対医業収益率

資料：医療公社資料をもとに作成

○ 材料費の医業収益に対する割合

材料費対医業収益比率の経年変化を図 3.3-15 に示す。

平成 17 年度において材料費対医業収益比率が 25%超となっているのは、医療センター、D 病院、F 病院、G 病院の 4 病院である。A 病院および B 病院は 20%台となっている。

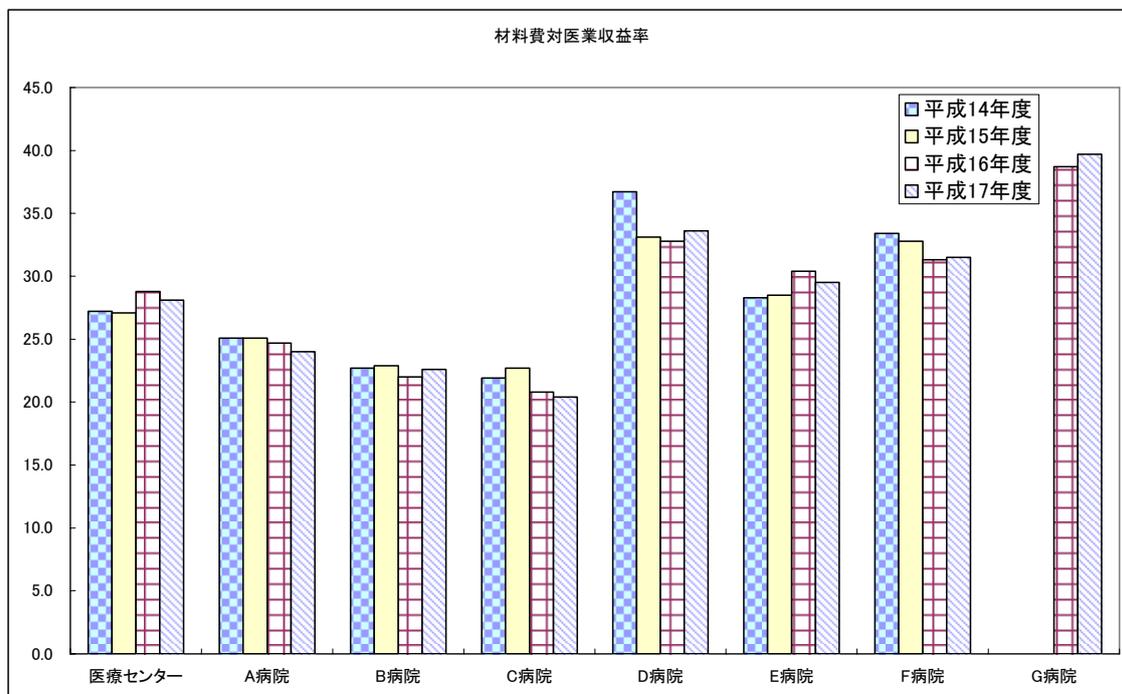


図 3.3-15 材料費対医業収益率

資料：医療公社資料をもとに作成

(d) 医療センターの傾向分析

平成13年度から平成17年度までの医療センターにおける診療実績等について、医療センターの年報をもとに傾向分析を行なった。医業収入に関わる主要な項目についての検討のため以下にグラフを作成した。

○ 患者数の推移（外来・内科系）

内科系外来の患者数の推移について、延患者数と平成13年度を100%とした場合の患者数割合を分析した結果を図3.3-16と図3.3-17に示す。内科系外来患者数は平成13年度をピークに約12,000人前後で推移している。

患者数の多い診療科のうち、総合診療科は平成15年度に2,500人台まで落ち込んだが、平成17年度は平成13年度の水準まで回復した。呼吸器科は患者数が増加しており、平成13年度比の109%となった。腎臓・こう原病科、神経内科、感染症科は患者数こそ少ないがそれぞれ128%、115%、284%と増加している。逆に小児科は平成13年度比の90%となった。

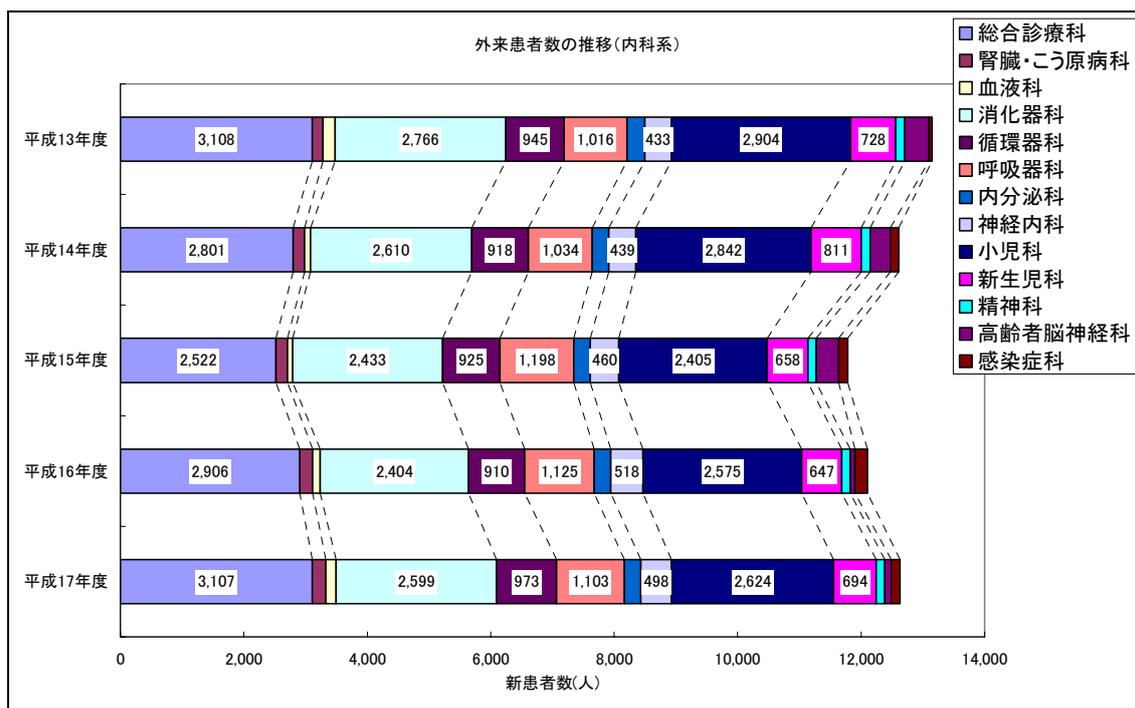


図 3.3-16 外来患者数の推移（内科系）

資料：医療センター年報をもとに作成

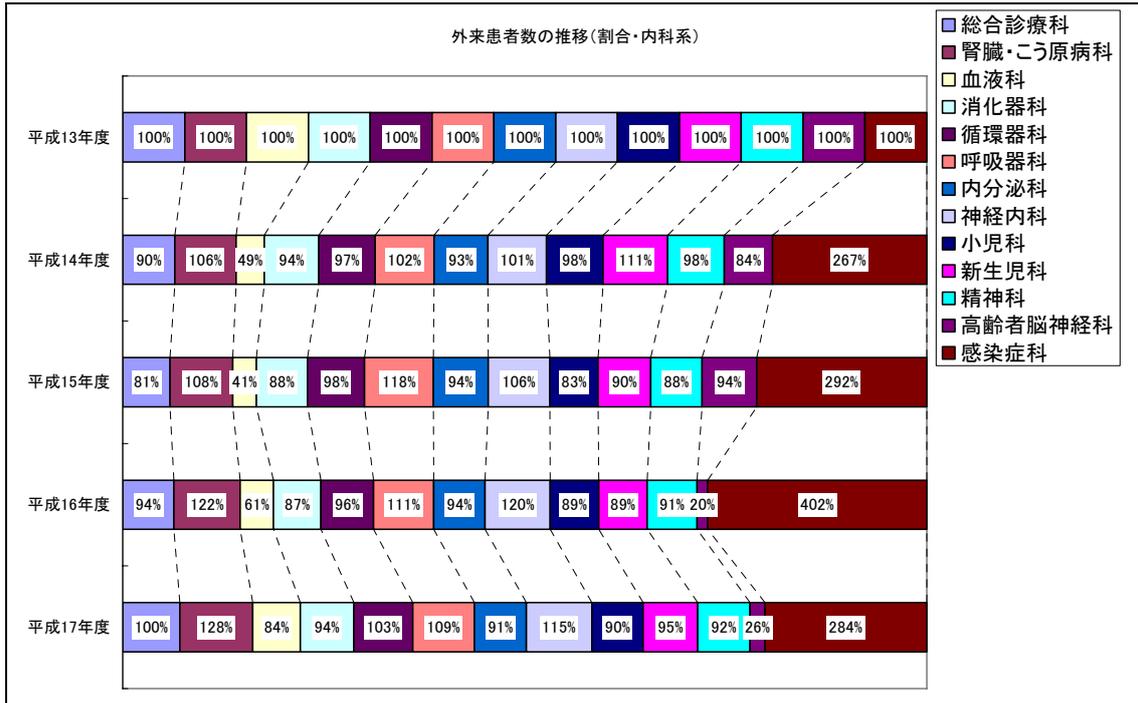


図 3.3-17 外来患者数の推移

(平成13年度患者数を100%とした場合の各診療科の推移・内科系)

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 患者数の推移 (外来・外科系)

外科系外来の患者数の推移について、延患者数と平成13年度を100%とした場合の患者数割合を分析した結果を図3.3-18と図3.3-19に示す。外科系外来患者数は平成13年度以降順調に増加しており、平成17年度は15,244人となっている。

診療科ごとの患者数の変動は内科系に比べて大きい。平成13年度に比べて、患者数が増加した診療科は、脳神経外科、整形外科、眼科、泌尿器科、耳鼻いんこう科、形成外科、歯科口腔外科であり、逆に患者数が減少した診療科は、外科、心臓血管外科、産婦人科、皮膚科であった。

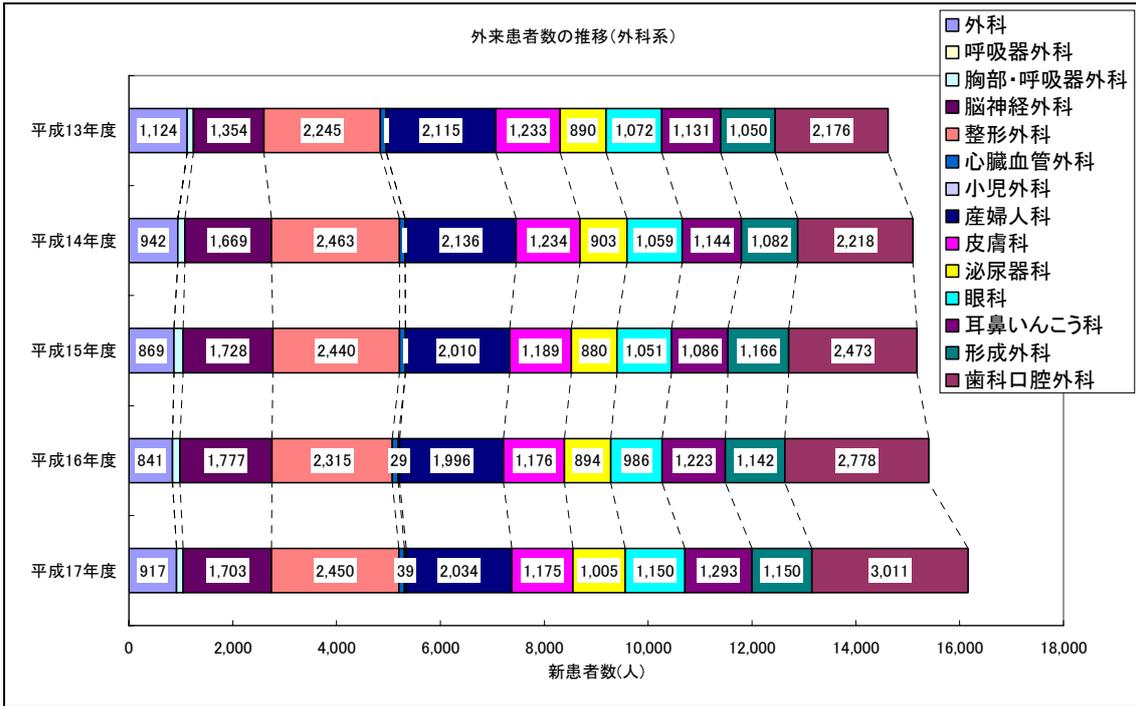


図 3.3-18 外来患者数の推移 (外科系)

資料：医療センター年報をもとに作成



図 3.3-19 外来患者数の推移

(平成13年度患者数を100%とした場合の各診療科の推移・外科系)

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 患者数の推移(入院・内科系)

内科系入院の新患者数の推移について、延患者数と平成13年度を100%とした場合の患者数割合を分析した結果を図3.3-20と図3.3-21に示す。内科系入院患者数は平成13年度から順調に増加している。

患者数が増加した診療科のうち、消化器科、循環器科、呼吸器科、総合診療科では平成17年度は平成13年度よりも100人以上患者数が増加していた。一方、患者数が減少していたのは血液科と神経内科であった。

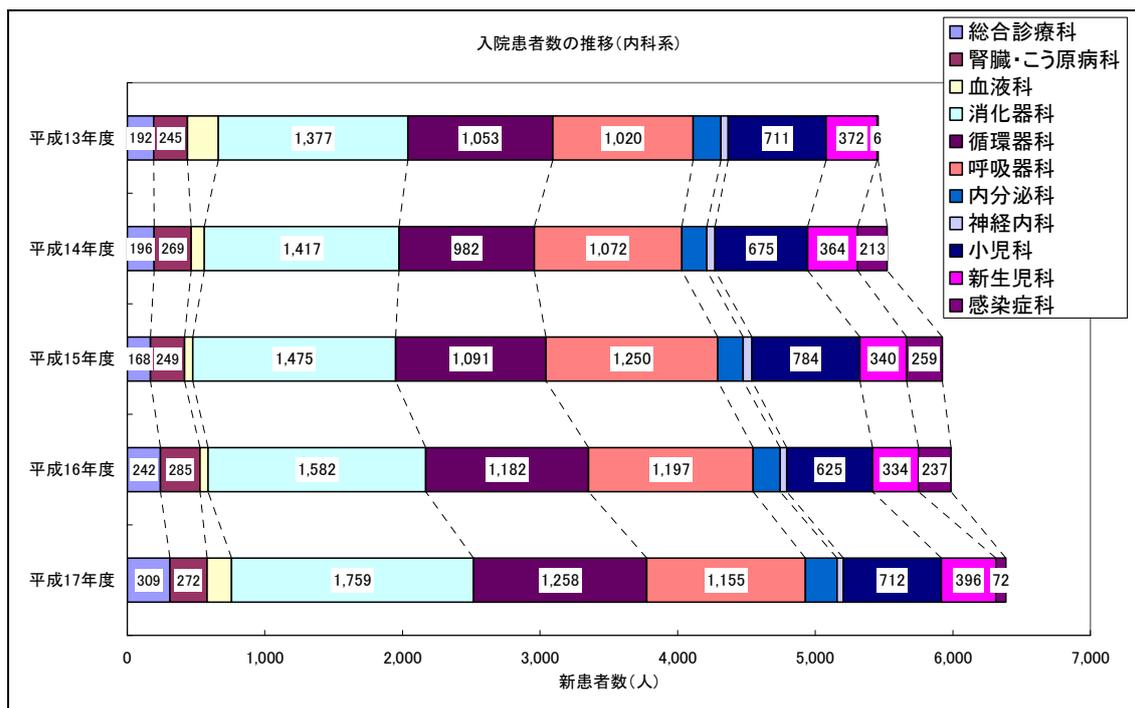


図 3.3-20 入院患者数の推移 (内科系)

資料：医療センター年報をもとに作成

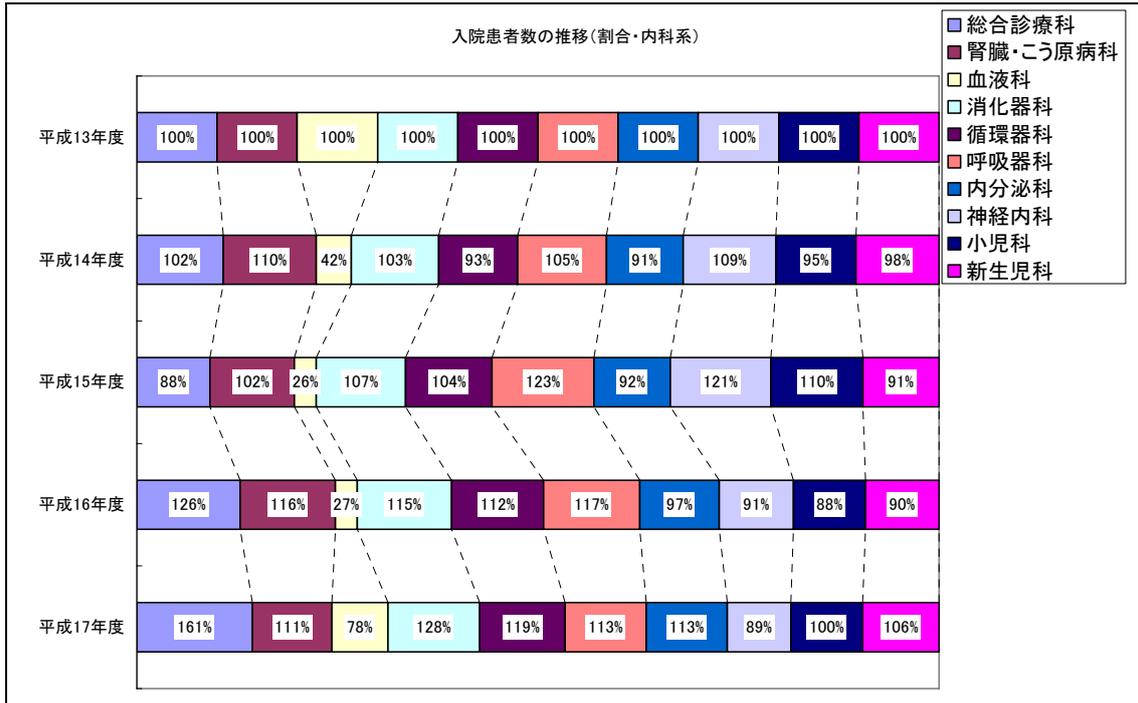


図 3.3-21 入院患者数の推移

(平成13年度患者数を100%とした場合の各診療科の推移・内科系)

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 患者数の推移（入院・外科系）

外科系入院の新患者数の推移について、延患者数と平成13年度を100%とした場合の患者数割合を分析した結果を図3.3-20と図3.3-21に示す。外科系入院患者数は平成12年度から順調に増加している。

患者数の多い診療科のうち、外科、産婦人科、脳神経外科、整形外科の増加割合が大きい。伸び率としては耳鼻いんこう科が157%と大きい。一方で、心臓血管外科、皮膚科については、平成17年度が平成13年度の水準に比べてそれぞれ86%、66%まで落ち込んでいる。

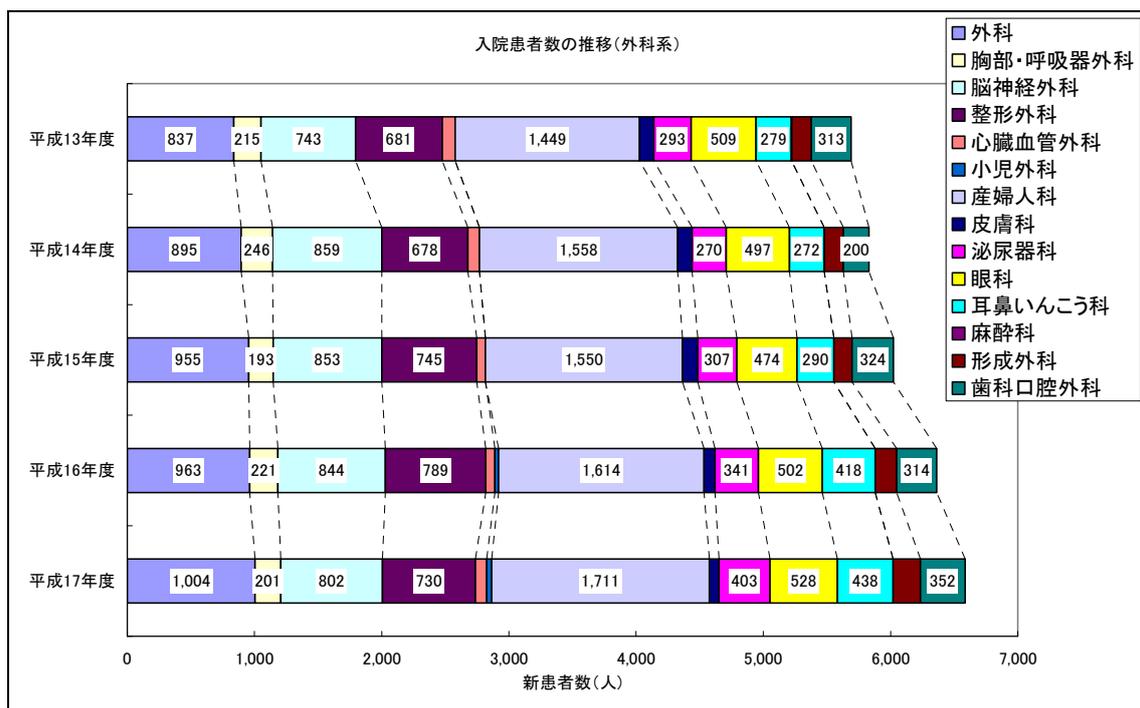


図 3.3-22 入院患者数の推移（外科系）

※小児外科は平成16年度より新設

資料：医療センター年報をもとに作成

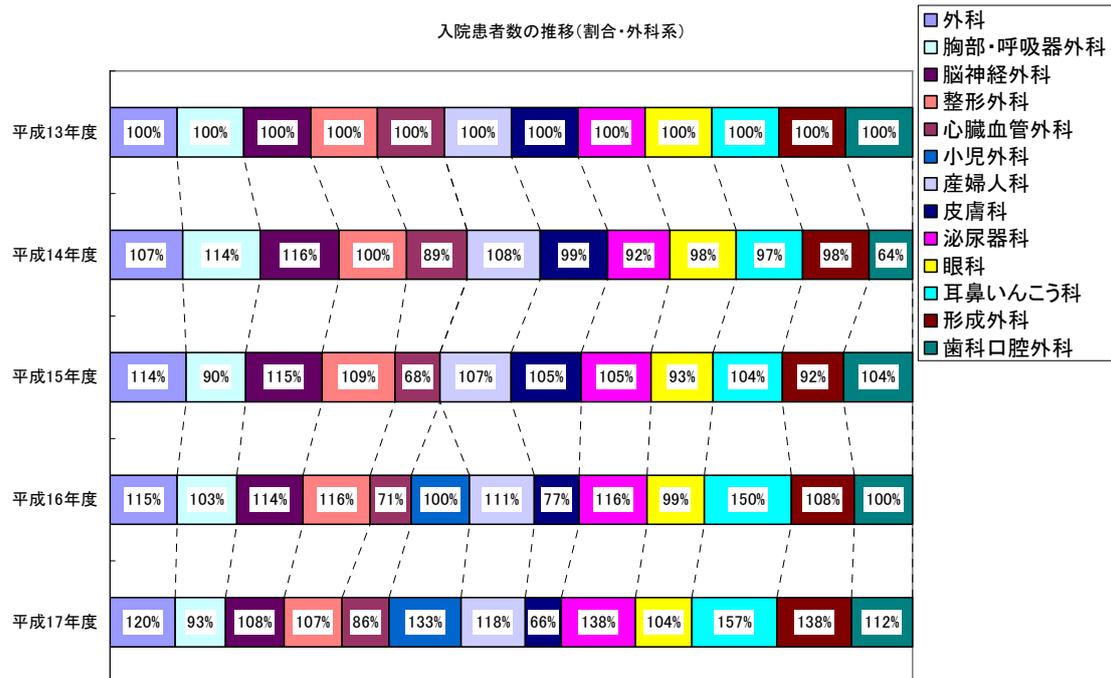


図 3.3-23 入院患者数の推移

(平成13年度患者数を100%とした場合の各診療科の推移・外科系)

※小児外科は平成16年度より新設のため平成16年度を100%としている

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 医業収益の推移（外来・内科系）

内科系外来の医業収益の推移を図 3.3-24 に示す。診療額は 16 億円規模であり、ここ 3 年間増収となっているが、平成 13 年度の規模には達していない。

平成 13 年度と平成 17 年度を比較した場合、収入の増加分が大きいのは、消化器科(+47 百万)、感染症科 (+41 百万)、腎臓・こう原病科 (+22 百万)、であり、収入の減少分が大きいのは、内分泌科 (△31 百万)、透析療法科 (△119 百万) であった。

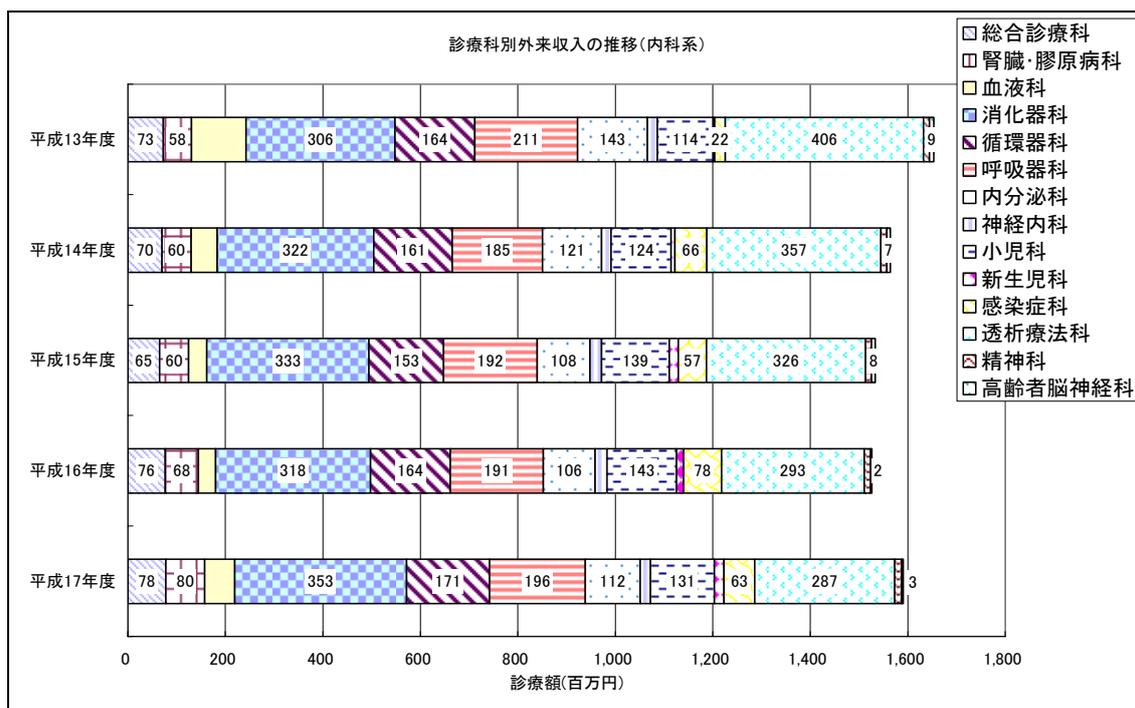


図 3.3-24 医業収益の推移（外来・内科系）

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 医業収益の推移（外来・外科系）

外科系外来の医業収益の推移を図 3.3-25 に示す。平成 17 年度の診療額は 11 億円規模であり、この 5 年間の最高益となっている。

平成 13 年度と平成 17 年度を比較した場合、収入の増加分が大きいのは、歯科口腔外科（+26 百万）、泌尿器科（+38 百万）、産婦人科（+18 百万）、整形外科（+17 百万）であり、収入の減少分が大きいのは、外科（△17 百万）であった。

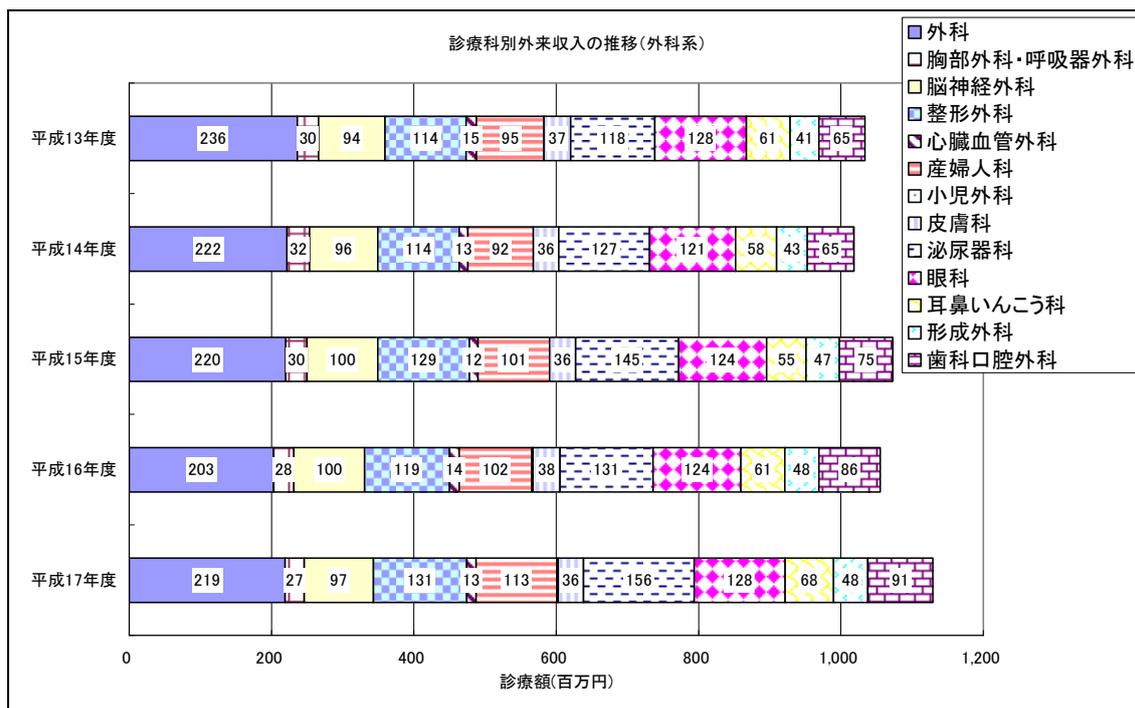


図 3.3-25 医業収益の推移（外来・外科系）

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 医業収益の推移（入院・内科系）

内科系入院の医業収益の推移を図 3.3-25 に示す。平成 17 年度の診療額は 44 億円規模であり、この 5 年間の最高益となっている。

平成 13 年度と平成 17 年度を比較した場合、収入の増加分が大きいのは、消化器科(+58 百万)、循環器科 (+267 百万)、新生児科 (+55 百万) であり、収入の減少分が大きいのは、呼吸器科 (△72 百万)、小児科 (△14 百万) であった。血液科は平成 14 年度から平成 16 年度まで低迷していたが、平成 17 年度は平成 13 年度の規模であり、前年度の倍以上の収入となっている。

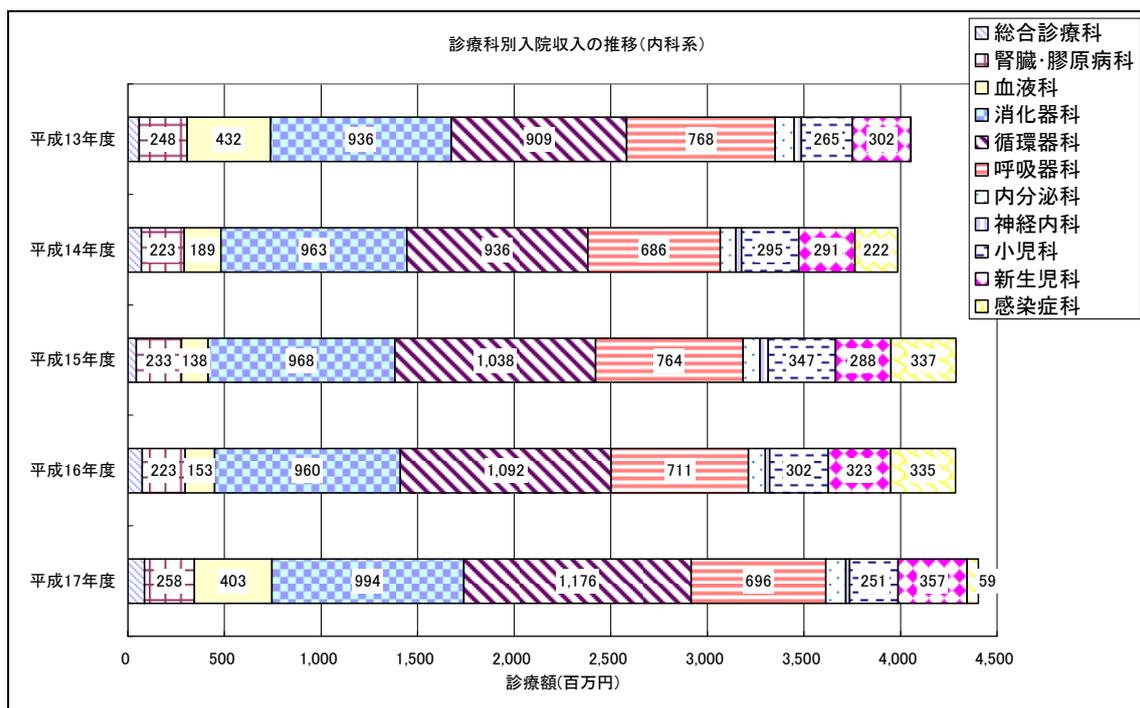


図 3.3-26 医業収益の推移（入院・内科系）

資料：医療センター年報をもとに作成

○ 医業収益の推移（入院・外科系）

外科系入院の医業収益の推移を図 3.3-25 に示す。平成 17 年度の診療額は 43 億円規模であり、この 5 年間の最高益となっている。外科系入院の医業収益は科別収益の変動幅が最も大きい。

平成 13 年度と平成 17 年度を比較した場合、収入の増加分が大きいのは、整形外科（+162 百万）、産婦人科（+74 百万）であり、収入の減少分が大きいのは、外科（△22 百万）、胸部外科・呼吸器外科（△68 百万）、心臓血管外科（△46 百万）であった。

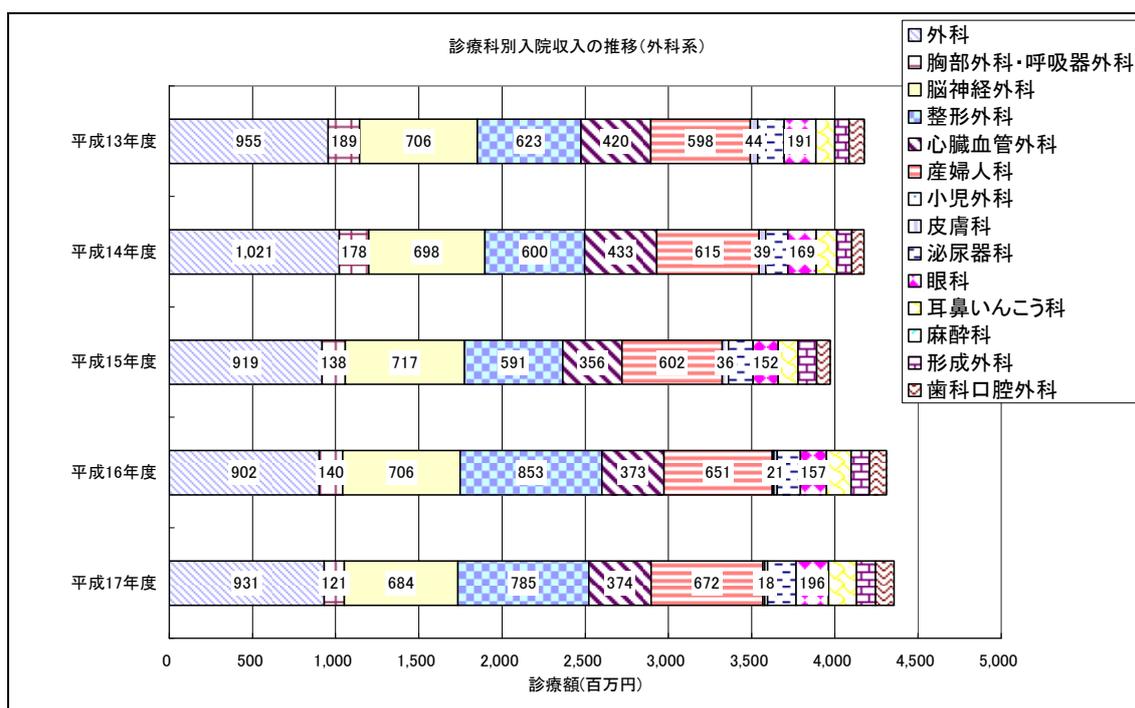


図 3.3-27 医業収益の推移（入院・外科系）

資料：医療センター年報をもとに作成

内科系入院の科別収益とあわせてみると、心臓血管外科の収入が減収し循環器科の収入が増大している。また、外科の収入が減少し消化器科の収入が増大している。このことから同様の疾患であっても手技や処置の方法が変化しつつある（開胸手術ではなくインターベンションによる心疾患治療への変化、開腹手術ではなく内視鏡手術への変化）ことが推察される。

また、産婦人科と新生児科はいずれも収入が増大していることから、周産期への需要が拡大していることが推察される。

○ 二次救急患者数の推移

二次救急患者数の推移を図 3.3-28 から図 3.3-31 に示す。これによると、平成 17 年度の二次救急患者全体は年間 5,000 人を超えた。平成 16 年度に比べて、特に直接来院する患者の増加が目立っている。外科系の二次救急患者は平成 13 年度以降下降状態にあったが、平成 17 年度は回復している。内科の患者は最も多く、平成 17 年度も増加した。小児科の患者はほぼ横這いであるが、内科に次いで患者数が多い。

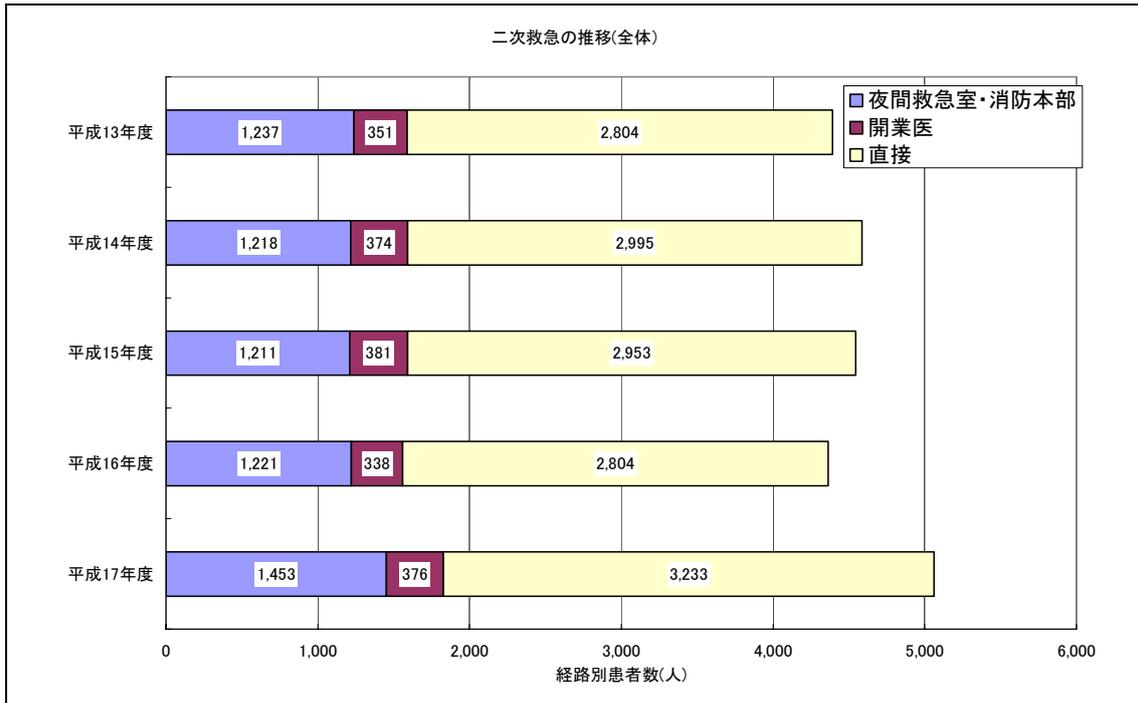


図 3.3-28 二次救急の患者数推移(全体)

資料：医療センター年報をもとに作成

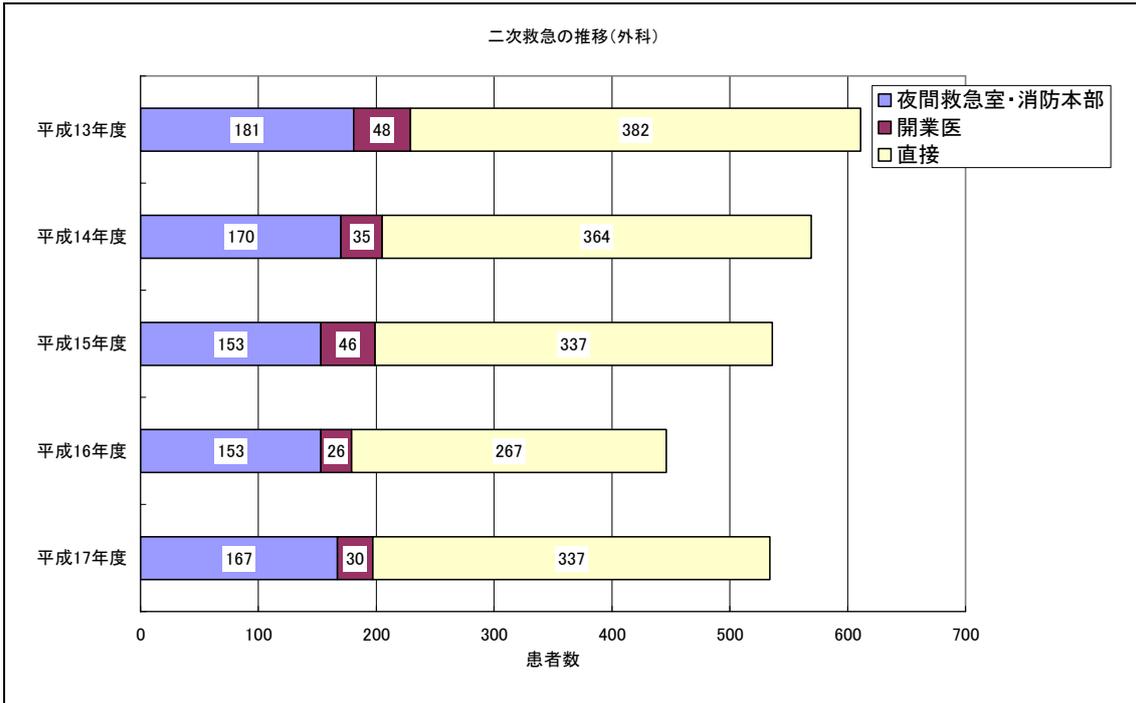


図 3.3-29 二次救急の患者数推移(外科)

資料：医療センター年報をもとに作成

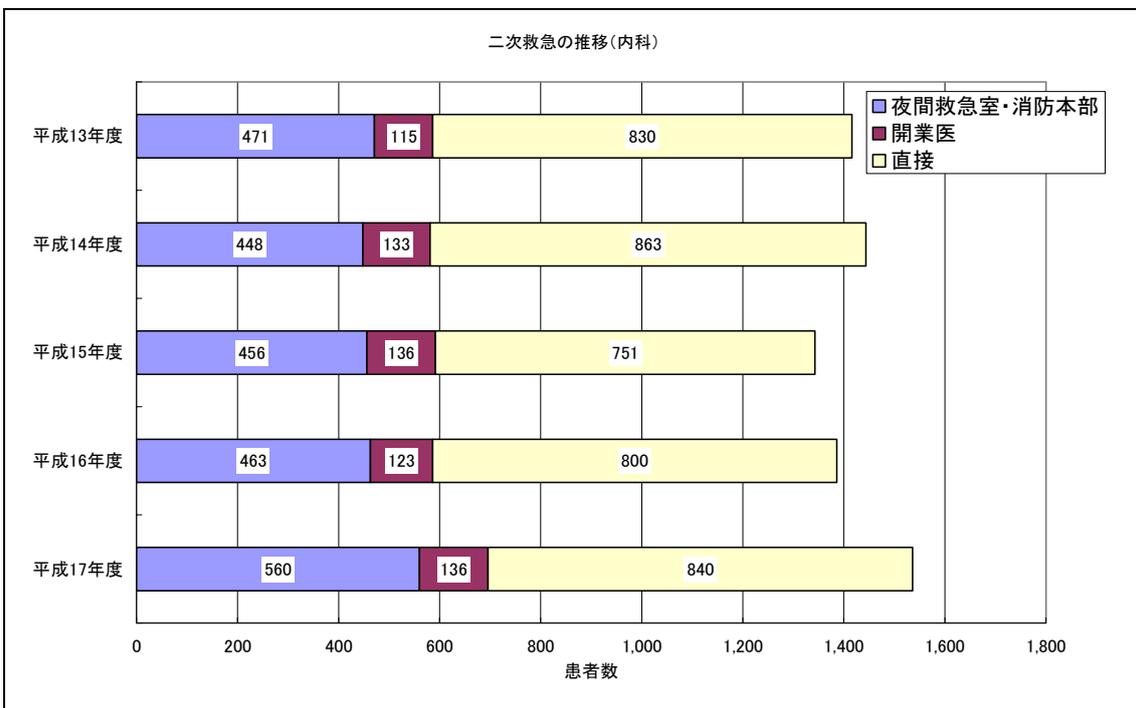


図 3.3-30 二次救急の患者数推移(内科)

資料：医療センター年報をもとに作成



図 3.3-31 二次救急の患者数推移(小児科)

資料：医療センター年報をもとに作成

(e) 市内優良病院との比較分析

(c)の浜松市内の近隣病院との分析により、A病院は医療センターと同様の規模・機能・役割を担っていることが伺われた。また、A病院は収益性が医療センターよりも高い。

そこで本節では医療センターとA病院の主要な経営指標についてベンチマーク的に比較を行ない、医療センターとの差異を整理するべく分析を行った。

<収入に関する比較>

収入に関する比較分析結果のまとめを図 3.3-32 に示す。図は平成 17 年度実績をもとに収入に関する主な指標を要素分解していったものである。

まず両病院の1床あたりの収入で比較すると、1床あたり約740万円の差異が生じている。このうち入院収入と外来収入のみに着目し細分化すると、収入のうち約7割が入院収入となっていることが分かる。入院収入は1床あたり約400万円の差がある。医療センターの収益性を上げていくためには、まず、この入院収入の向上を図ることが重要であるとわかる。

入院収入は主に、1日あたり入院患者数、患者1人1日あたり入院収入、病床利用率として基準化できる。外来は入院患者をスクリーニングするための機能であると考え、入院患者数は、外来からのルートによる影響が大きい。医療センターの外来は患者紹介率が比較的に高いこと（平成16年度医療センター紹介率69.6%、A病院紹介率57.3%）、現在の外来構造では1日あたりの患者数を許容することが困難であることを考えると、むしろ入院収入の差異に注目する必要がある。A病院や医療センターでは重症度の高い患者に対し高度医療技術を提供するため、診療単価水準は比較的高いが、市内優良病院と医療センター(45,899円/日)では診療単価に約1.2倍の差があった。

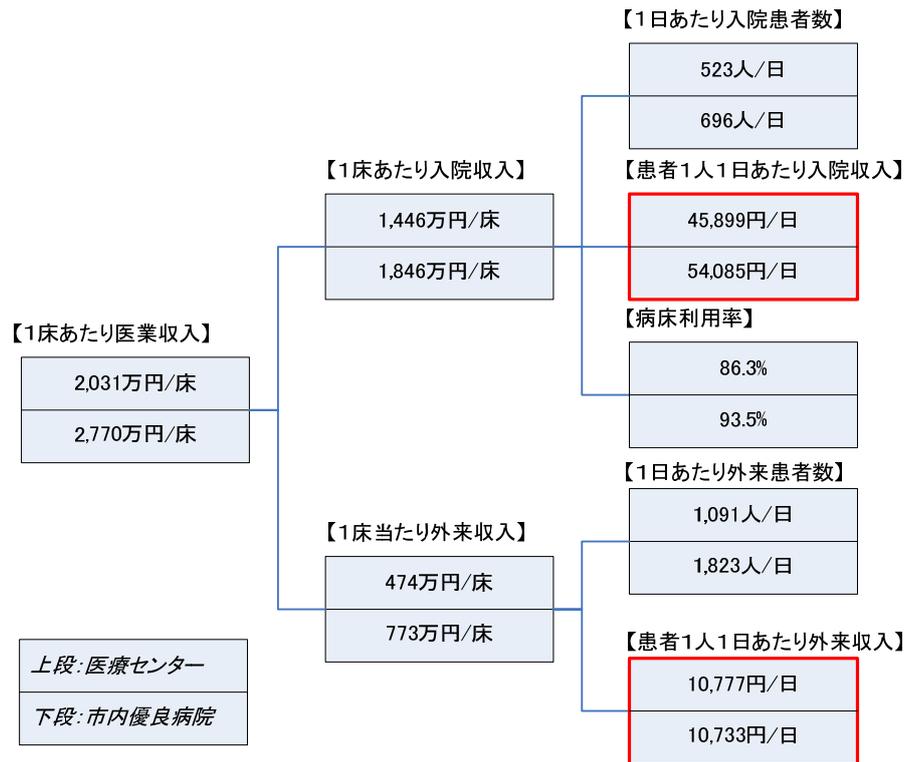


図 3.3-32 収入に関する A 病院との比較分析結果

資料：医療センター年報、A 病院ホームページ、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 診療単価の推移

2つの病院の患者1人1日あたり診療単価（入院/外来）の推移を図 3.3-33 に示す。

A病院の入院単価は、医療センターの単価を常に8,000円程度上回っておりその差は埋まる傾向にない。外来単価は、医療センターは常に高水準を維持していたが、A病院はこの4年間で約1,500円の増収となっている。

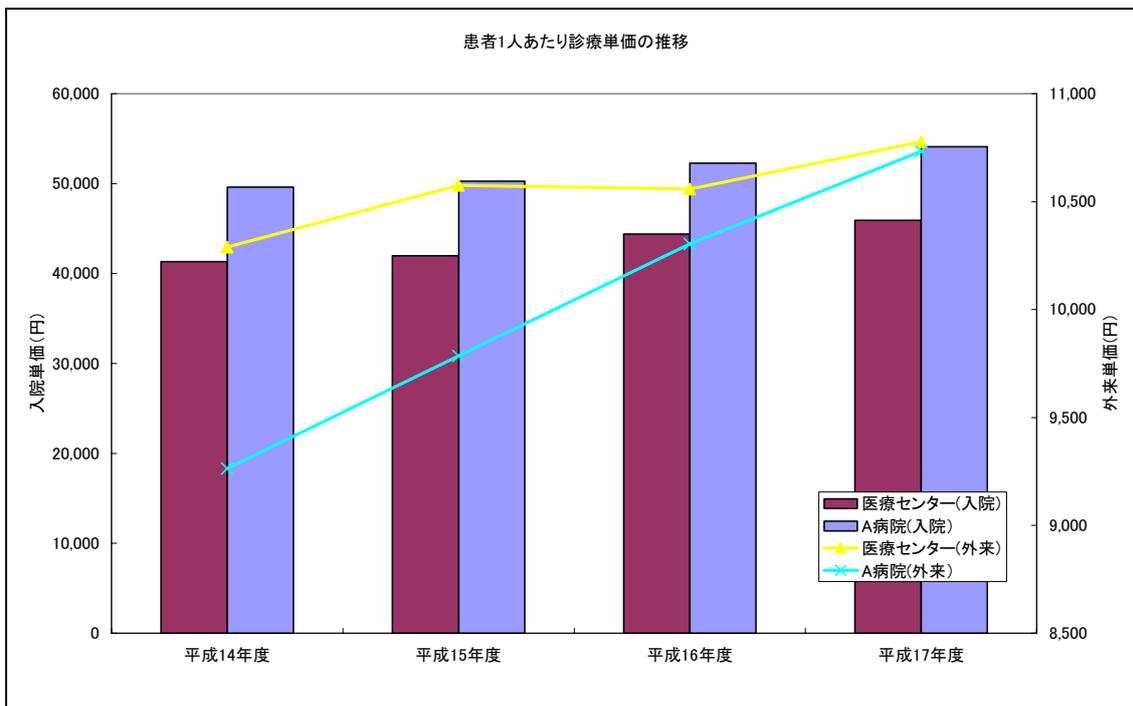


図 3.3-33 患者1人あたり診療単価の推移

資料：医療センター年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ ICU の病床利用率の推移

患者1人1日あたりの診療単価に関連する事項として医療センターとA病院におけるICUの病床利用率の推移を図3.3-34に示す。ICUには三次救急相当の重症患者が入室するとともに、手厚い医療スタッフが配置されているため高い稼働率としておくことが望ましい。

A病院の利用率が90%近いのに対し、医療センターの利用率は50%台となっている。医療センターは救命救急センターであるため、常時5床程度の空床確保が必要であるものの、より高い利用率で運用することが望ましい。

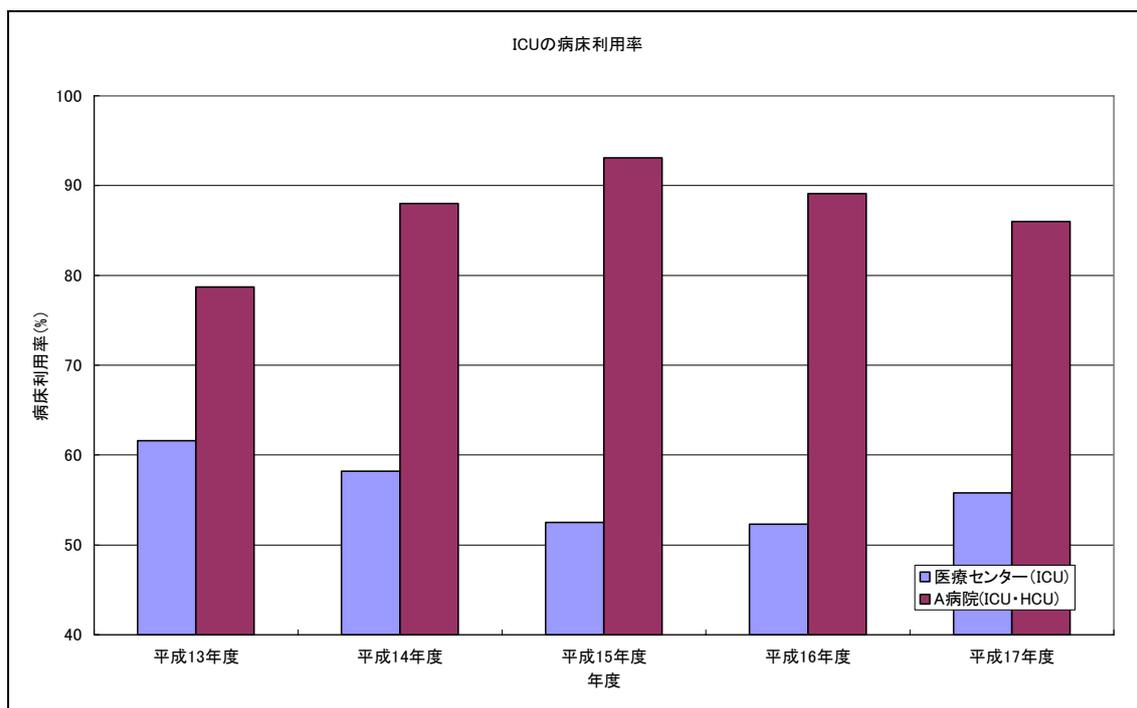


図 3.3-34 ICU の病床利用率の比較

資料：医療センター年報、A病院ホームページをもとに作成

<費用に関する比較>

費用に関する比較分析結果のまとめを図 3.3-35 に示す。図は平成 17 年度実績をもとに費用に関する主な指標を要素分解していったものである。X となっている項目はデータ取得ができなかったものである。

まず両病院の医業収益に対する医業費用の比率で比較すると、20.3%の差異が生じている。この比率が 100%未満の場合は本来業務による収支バランスが良好であるといえる。

医業費用のうち占める割合が最も大きいのが人件費であり、医療センターは 56.4%であるのに対し、A 病院は 46.1%と 10.3%も下回っている。すなわち医療センターは A 病院に比べて高コスト体質であり、特に人件費が圧迫しているということになる。

人件費の適正を検討する一つ的手段として、各職種の生産性を 1 人 1 日あたりの収入と 1 人あたりが扱う患者数で見ることができる。医師は収入ベースで A 病院のほうが約 34,000 円高いが、この差は平成 17 年度に逆転されたものであることが分かっている (図 3.3-36)。また、入院患者の取り扱い患者数は医療センターのほうが多い。

看護師は収入ベースで A 病院のほうが約 15,000 円高く、外来の取り扱い患者数も A 病院のほうが多い。このうち、看護師 1 人 1 日あたりの診療収益の差は平成 14 年度からほぼ同じ傾向にあることが分かっている (図 3.3-37)。

薬剤師はデータによる比較可能な服薬指導件数だけで見ると、A 病院のほうが約 79 万円高く、件数も 70 件の差がある。

臨床検査技師は収入ベースの比較ができないが、県内公立病院と医療センターとの比較データによると、医療センターの患者 1 人 1 日あたり診療収入 (検査料) はさほど高くない。検査件数はほぼ同じである。

放射線技師は収入ベースの比較ができないが、県内公立病院と医療センターとの比較データによると、医療センターの患者 1 人 1 日あたり診療収入 (放射線料) はかなり高い。検査件数の比較は不明である。

同様に、材料費等についても比較するとすべて医療センターが A 病院を上回っている。特に材料費について比較すると、医療センターは 28.1%であるのに対し、A 病院は 24.0%と 4.1%も下回っている。

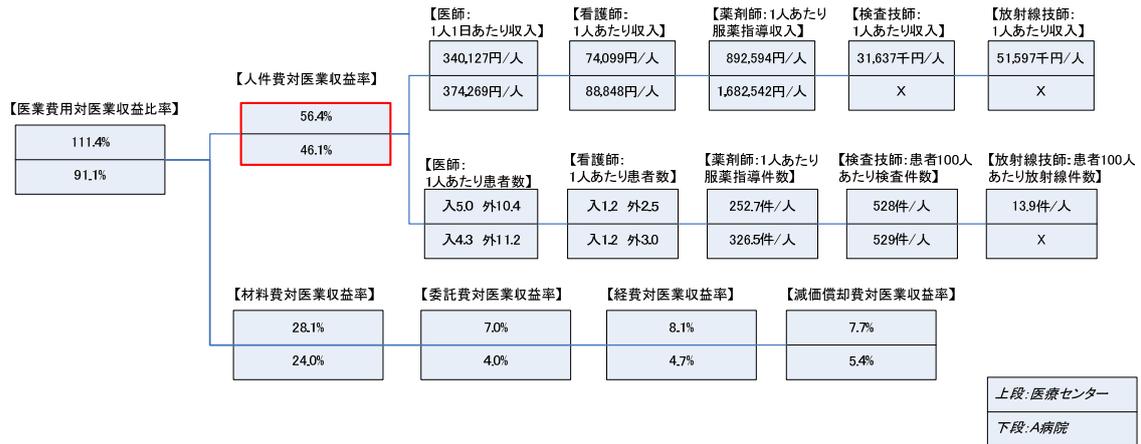


図 3.3-35 費用に関する A 病院との比較分析結果

資料：医療センター年報、A 病院ホームページ、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 医師数・看護師数と生産性の推移（比較）

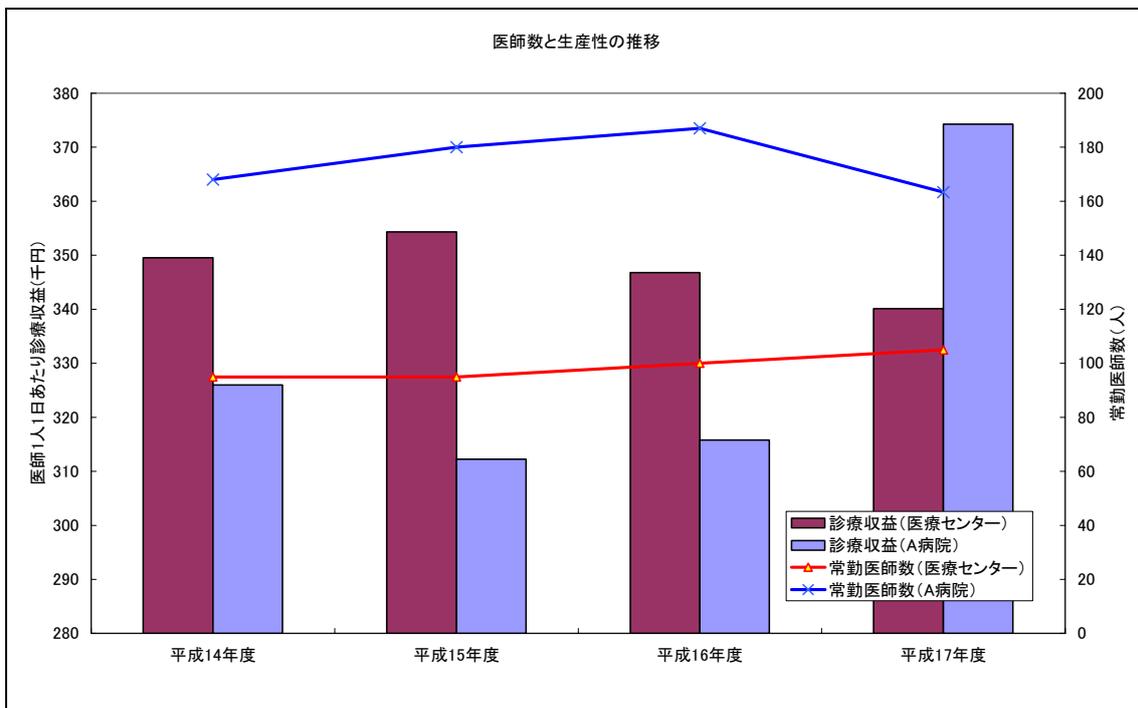


図 3.3-36 医師数と医師 1 人あたりの生産性の推移 (A 病院との比較)

資料：医療センター年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

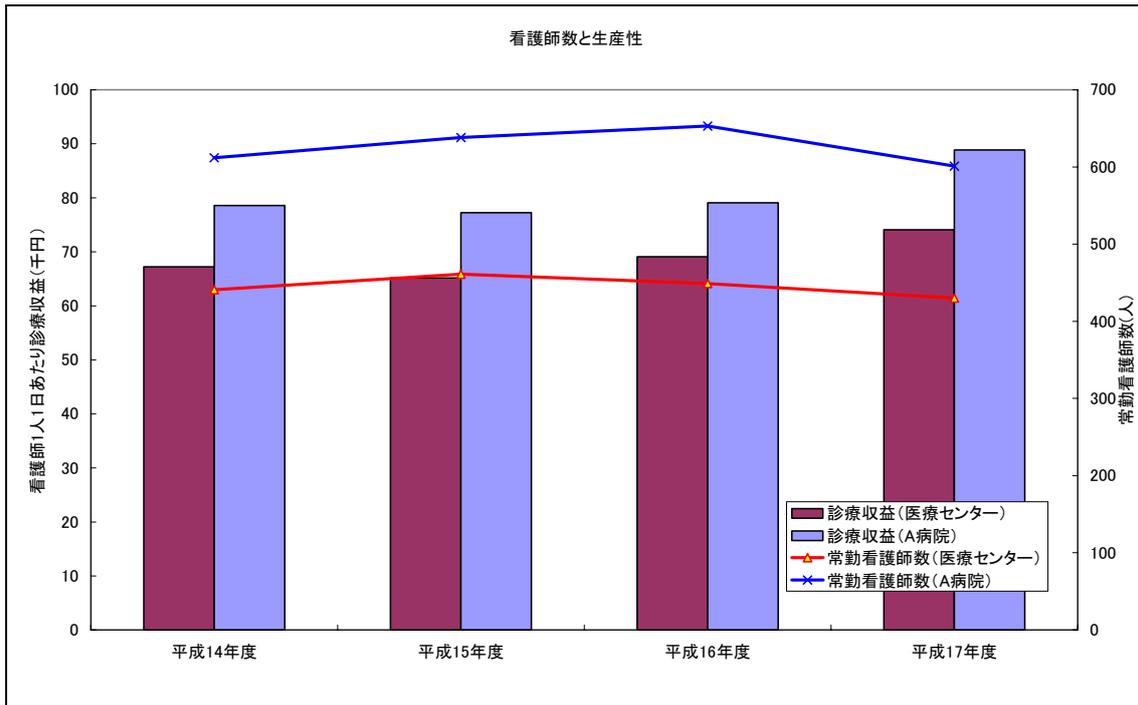


図 3.3-37 看護師数と看護師 1 人あたりの生産性の推移 (A 病院との比較)

資料：医療センター年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

(2) 課題・問題点の整理

(1)の分析結果から、医療センターは全体的な傾向として医業収入は地域レベルの中核病院として健闘しているが、医業費用が他の病院と比べて比較的高い傾向にある、いわゆる高収入高コスト体質であることがわかった。また、近隣には全国レベルの収益性を誇る A 病院がある。A 病院は、医療センターと比較するとさらに高い患者単価による収入と、医業費用の抑制を実現していることがわかった。

医療センター内の傾向としては、以下のような課題・問題点が抽出された。

○ 成長性のある分野への対応

医療センターの患者推移から周産期センター（産婦人科・新生児科）、循環器科、泌尿器科の患者が増加傾向にあった。増加傾向となっている理由には、患者ニーズの増大、診療技術の進化、近隣病院診療科の動向などが考えられるため精査が必要だが、今後さらなる発展性が望める場合には、これらの診療科に医療資源を投入するという方策も考えられる。

○ 構造の見直しの必要性が考えられる分野への対応

上記のような成長性のある分野の一方で、心臓血管外科や皮膚科では患者が減少傾向にあった。また、呼吸器科、脳神経外科や外科については新入院患者数が増えているものの入院の医業収益は減少していた。これらの減少の理由についても、治療方針の変化、近隣病院診療科の動向などが考えられるため精査が必要だが、今後も成長が見込めない場合には、医療資源の再配分や診療科区分の見直しという方策も考えられる。なお、心臓血管外科は循環器科、外科は消化器科との患者動向や連携状況を把握した上での検討が必要である。

○ 救急部門の患者数

救急部門全体としては大幅な減少は見られていないが、二次救急では外科系の患者数があまり伸びていない。平成 13 年度から平成 16 年度の 4 年間において、外科系患者数は減少の一途であり、平成 17 年度は回復基調にあるが平成 13 年度の水準までは達していない。また、三次救急や大手術と関連のある ICU の稼働率が低い。この要因を精査する必要がある。

3.3.2 リハビリテーション病院の経営分析および課題・問題点の整理

(1) 経営分析

本節ではリハビリテーション病院の課題・問題点を整理するため、リハビリテーションの経営指標をもとに、以下の流れで分析検討を行なった。

- (a) リハビリテーション病院が自治体立のリハビリテーション病院として、どの程度の経営状態なのかを把握するため、同規模病院との比較分析を行なった。自治体立リハビリテーション病院で、専門病院というのは数が少ないが、これを抽出し、浜松市リハビリテーション病院が全国的にどのような位置づけにあるのかを明らかにした。
- (b) リハビリテーション病院内の経年変化に着目して、経営状況の変化を詳細に分析した。ここでは過去5年間の診療科別の患者数、診療収入額の推移を中心に整理し、5年間のトレンドの変化などを分析した。

(a) 全国の自治体病院のうち同規模病院との比較分析

全国の自治体病院のうち、回復期リハビリテーション病棟を有している単科のリハビリテーション専門病院である市川市リハビリテーション病院（100床）と、とちぎリハビリテーションセンター（80床）の2病院とリハビリテーション病院（180床）との比較分析を行った。比較には平成16年度の実績を用いた。

その結果、病床利用率が低いこと、患者1人1日当たり入院収入が低いことがリハビリテーション病院の課題として示された。リハビリテーション病院は病床利用率を上げることが最優先課題であり、同時に患者1人1日あたり入院収入を向上させることが必要である。平成17年度は医師の体制強化、急性期リハビリテーションの重点化などの方策によりリハビリテーション専門病院としての機能が強化され、平均在院日数が一気に約20日も短縮された。このようにリハビリテーション病院は新しい急性期リハビリテーションに対応した病院への変革を進めているが、市川市リハビリテーション病院の患者1人1日あたりの単価は、入院・外来とも、リハビリテーション病院よりも2割弱高く、更なる向上が期待される。

表 3.3-4 全国の自治体病院のうち同規模病院との主要指標の比較 (平成 16 年度実績)

	市川市 リハビリテー ション病院	とちぎ リハビリテー ションセンター	浜松市 リハビリテーシ ョン病院	(参考)17年度 浜松市リハビリ テーション病院
病床数(床)	100 床	80 床	180 床	180 床
病床利用率	92.9%	85.9%	62.8%	62.4%
平均在院日数	71.6 日	65.4 日	61.6 日	43.0 日
1 日平均 患者数(人)	(入院) 93 (外来) 86	(入院) 69 (外来) 95	(入院) 113 (外来) 79	(入院) 112 (外来) 82
患者 1 人 1 日 あたり収入(円)	(入院) 27,759 (外来) 7,794	(入院) 26,096 (外来) 5,262	(入院) 23,473 (外来) 6,488	(入院) 23,538 (外来) 5,871
医業収支比率	81.1%	47.4%	72.5%	74.6%

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

(b) リハビリテーション病院の傾向分析

平成13年度から平成17年度までのリハビリテーション病院における傾向分析を行った結果、平成16年度の患者数は平成15年度より大幅に減少したことがわかった（入院、外来患者それぞれ10,000人以上の減少、図3.3-38）。この要因として、整形外科医師の退職に伴う患者構成の変化が挙げられる。

この変化は医業収入にも影響を及ぼしており、平成16年度の入院収入と外来収入の合計額は前年よりもおよそ3.7億円の減収となった（図3.3-39）。ただし、前述のように平成17年度からリハビリテーション機能の強化に取り組んだ結果、平成18年度の患者数は回復基調にあり平成18年度上期の病床利用率は73.0%まで回復している（図3.3-40）。

平成17年度時点では経営状況も厳しく、給与費が医業収益に占める割合は99.3%となっており、収入増などによる早急な改善が求められる（図3.3-41）。

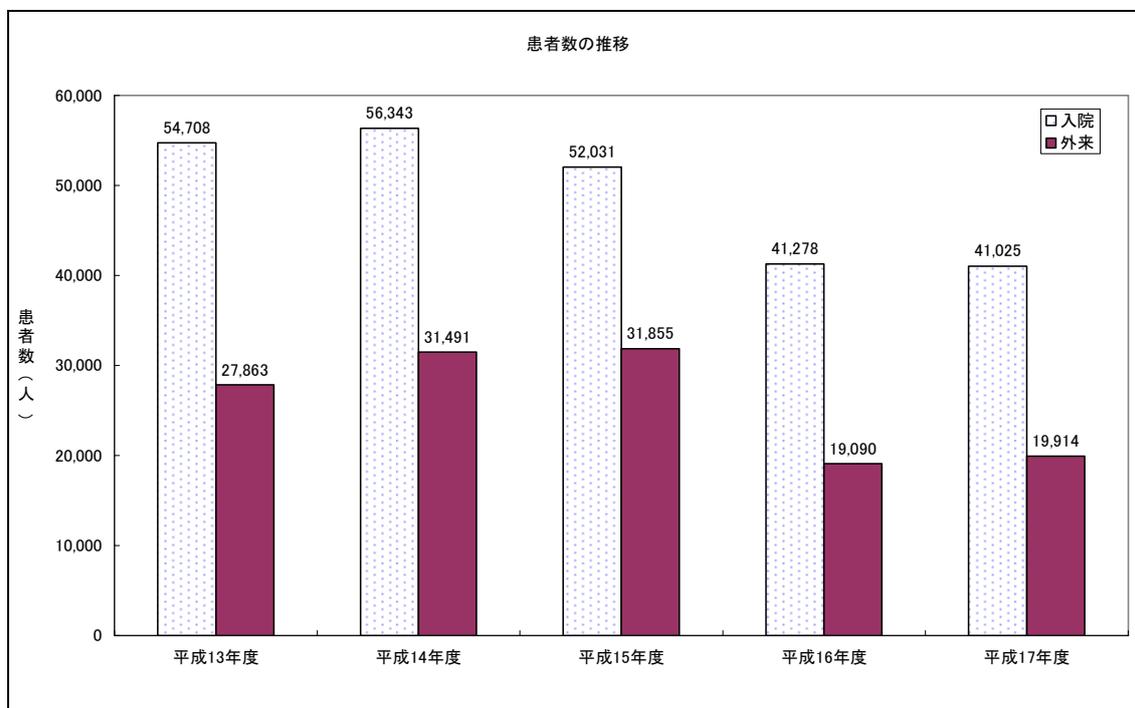


図 3.3-38 リハビリテーション病院の患者数の推移

資料：リハビリテーション病院年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

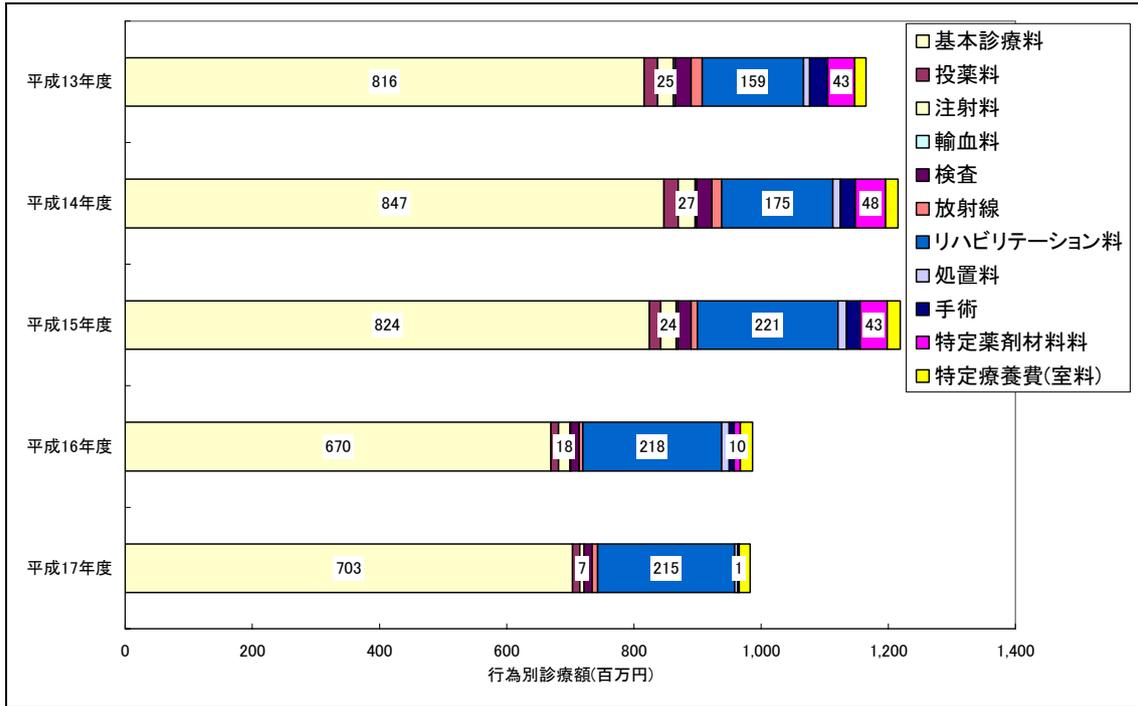


図 3.3-39 リハビリテーション病院の入院行為別診療額

資料：リハビリテーション病院年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

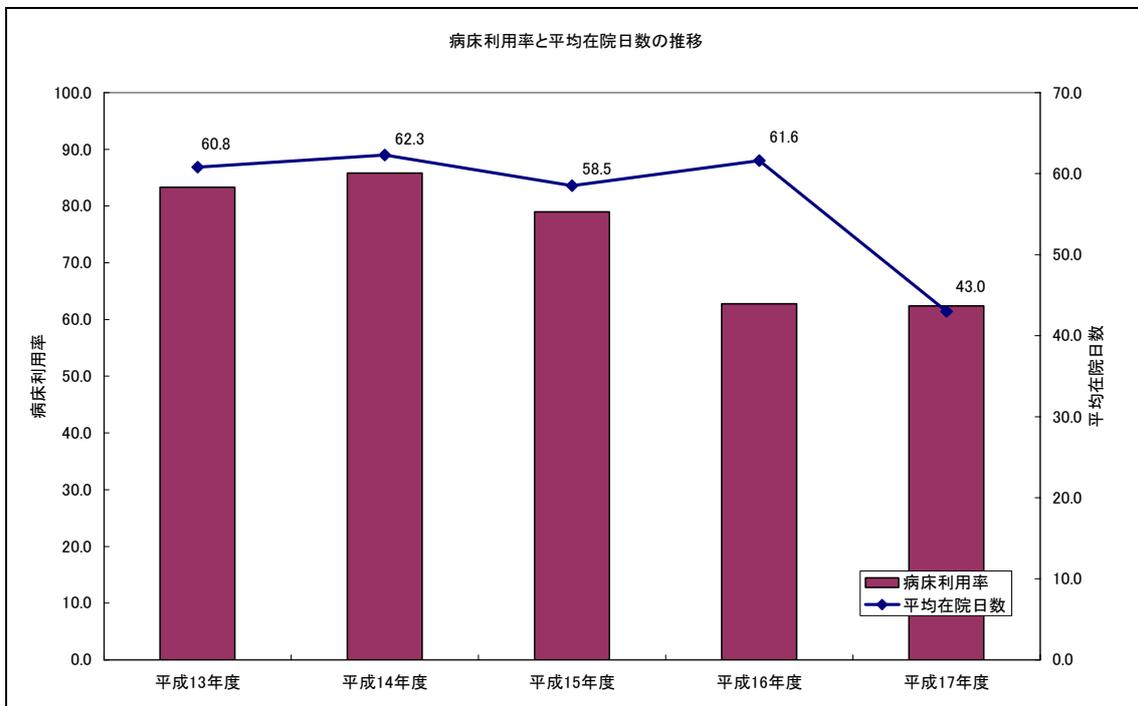


図 3.3-40 リハビリテーション病院の病床利用率と平均在院日数の推移

資料：リハビリテーション病院年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

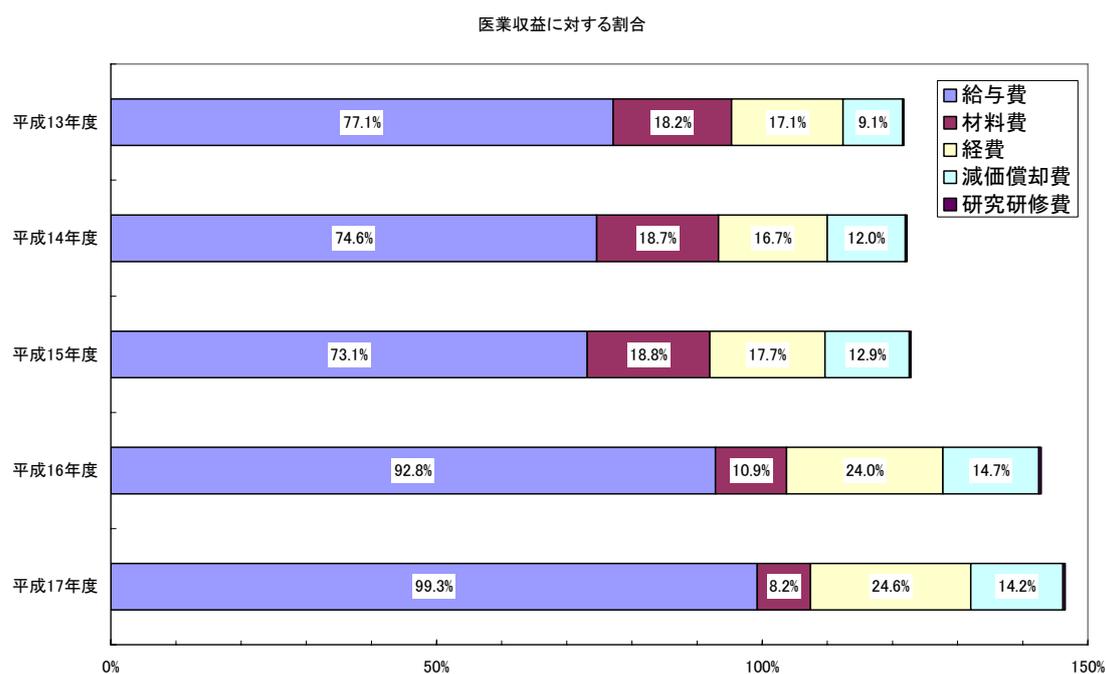


図 3.3-41 リハビリテーション病院の医業収益に対する各費用の割合の推移

資料：リハビリテーション病院年報、浜松市医療公社資料をもとに作成

(2) 課題・問題点の整理

(1)の分析結果から、リハビリテーション病院の喫緊の課題は病床利用率の低迷と患者 1 人 1 日あたりの入院収入の単価であることがわかった。リハビリテーション病院のように市立病院でかつリハビリテーション単科の専門病院は数少なく、いずれも収支が良好とは言えない状況にあるため、単独で採算を取ることは難しいがリハビリテーション専門病院としての機能強化による基本的な方策が経営改善のポイントとなることが示唆された。

3.4 人件費の詳細分析

3.3の経営分析により、医療センターおよびリハビリテーション病院において、職員の人件費総額が医業収益に比して大きいため、経営上の懸念材料となっていることがわかった。人件費はいかなる事業活動においても必要な資源であるが、人件費が安定的な事業運営を逼迫することであれば本末転倒である。

医師や看護師など、病院における職員に対する給与の統一的な基準はない。自治体病院においても、本俸については経験や年齢に基づく統一基準が存在するが手当の部分は病院によって大きく異なっている。ただし同一の機能、事業規模、経営状況によって病院間の比較を行なうことによって、病院の水準にあった給与額の目安が把握できる。

そこで、医療公社の人件費について他の医療機関との比較を行なうこととした。公社職員は医療センターとリハビリテーション病院で分かれているが、給与体系は同じであることや大半の職員が医療センターに在籍していることから、医療センターの人件費をもとに、他の医療機関との比較を実施した。比較のためのデータは、以下の資料を参照した。

表 3.4-1 人件費の詳細分析に用いたデータ

資料	概要
a) 中央社会保険医療協議会（中医協） 「医療経済実態調査」（平成 17 年 6 月）	病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を把握する。
b) 総務省自治財政局「地方公営企業年鑑第 52 集(平成 16 年度)」	地方公営企業である病院の給与水準について、職種別、規模別等具体的に把握する。
c) 産労総合研究所附属医療情報経営研究所「2006 年版病院賃金実態資料」	民間調査に協力した医療機関の給与水準について職種別、経験年数別等具体的に把握する。

3.4.1 「中医協」のデータによる分析

中医協における医療経済実態調査は、病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、毎年実施されている。この中で、職種別常勤職員の1人あたり平均給料月額が集計され、開設主体別に公表されている。

そこでこの調査結果から医療センターの職員に相当する結果部分を整理した。なお、医療経済実態調査における給与月額の定義等は以下のとおりである。

- ・ 出典：第15回医療経済実態調査（医療機関等調査）の概況、中央社会保険医療協議会
- ・ 調査年度：平成16年度
- ・ 病院区分の有効回答施設数は一般病院601施設、精神病院138施設の合計739施設である。
- ・ 給料（本俸又はこれに準ずるもの）には、扶養手当、時間外勤務手当、役付手当、通勤手当など職員に支払ったすべてのものが含まれる。
- ・ 賞与は、年間支給額の1/12の額である。
- ・ 「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。
- ・ 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士など医療に関わる専門技術員である。

常勤医師1人あたりの平均給料月額を開設区分で見ると、医療法人が1,302,998円と最も多く、国立が1,023,855円と最も少ない。医療センターの属する公立病院は1,135,594円であった（図3.4-1）。

常勤薬剤師1人あたりの平均給料月額を開設区分で見ると、国立病院が584,502円と最も多く、医療法人が403,786円と最も少ない。医療センターの属する公立病院は580,354円であった（図3.4-2）。

常勤看護職員1人あたりの平均給料月額を開設区分で見ると、公立病院が492,948円と最も多く、医療法人が372,433円と最も少ない（図3.4-3）。

常勤医療技術員1人あたりの平均給料月額を開設区分で見ると、公立病院が552,566円と最も多く、医療法人が353,524円と最も少ない（図3.4-4）。

常勤事務職員1人あたりの平均給料月額を開設区分で見ると、国立病院が547,116円と最も多く、医療法人が339,305円と最も少ない。医療センターの属する公立病院は541,442円であった（図3.4-5）。

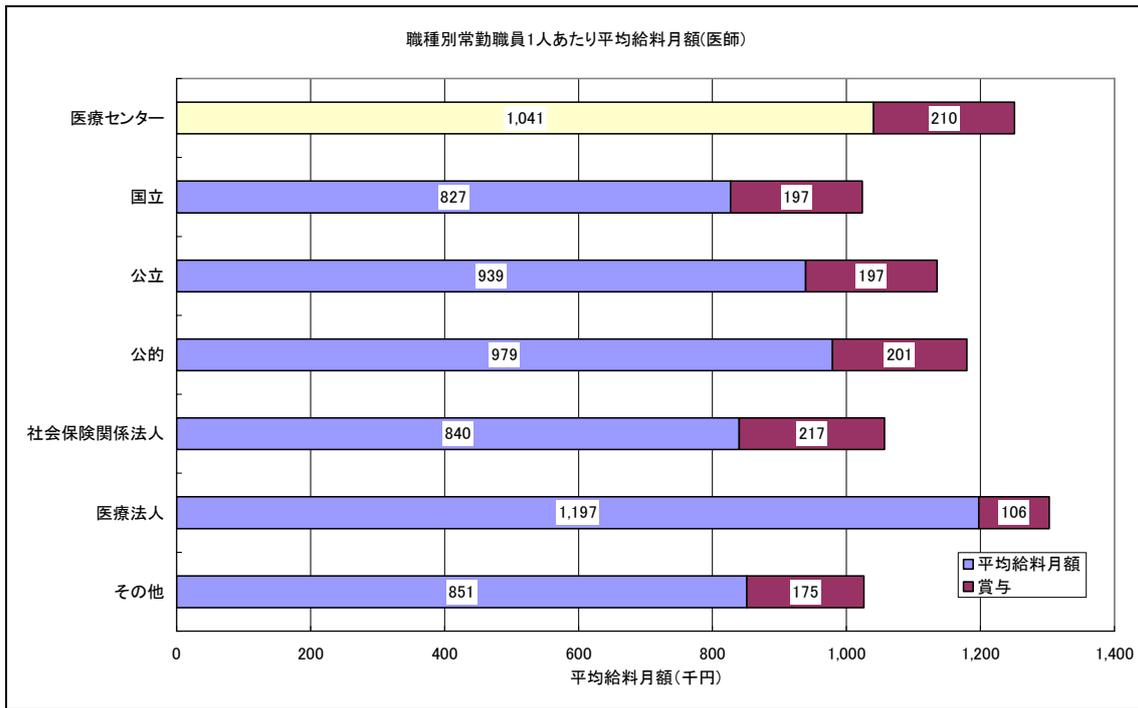


図 3.4-1 職種別常勤職員 1 人平均給料月額のグラフ(医師)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

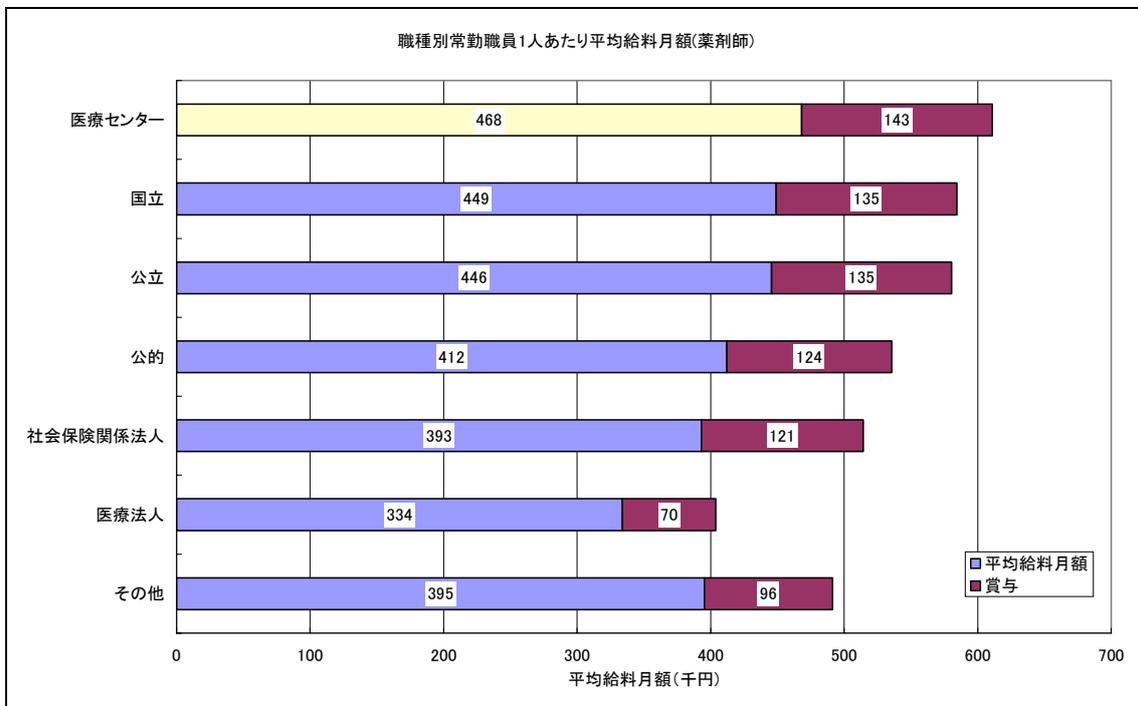


図 3.4-2 職種別常勤職員 1 人平均給料月額のグラフ(薬剤師)

*医療センターは医療技術員の平均給与月額とした。

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

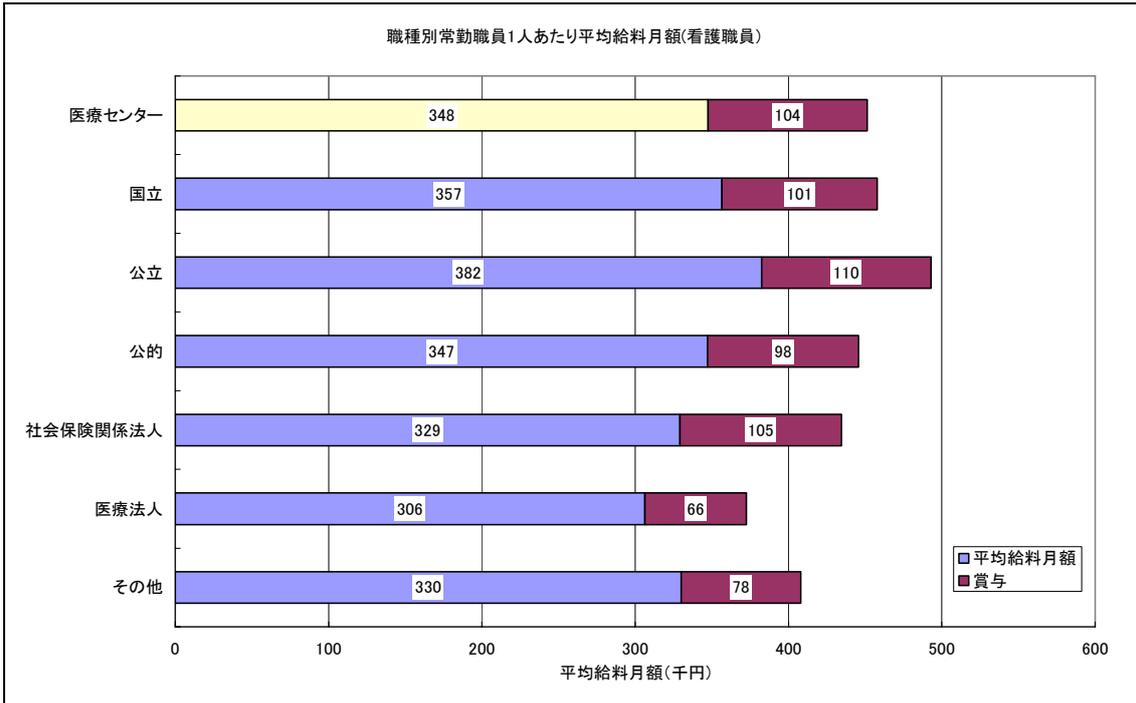


図 3.4-3 職種別常勤職員 1 人平均給料月額のグラフ(看護職員)

*医療センターは准看護師を含む

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

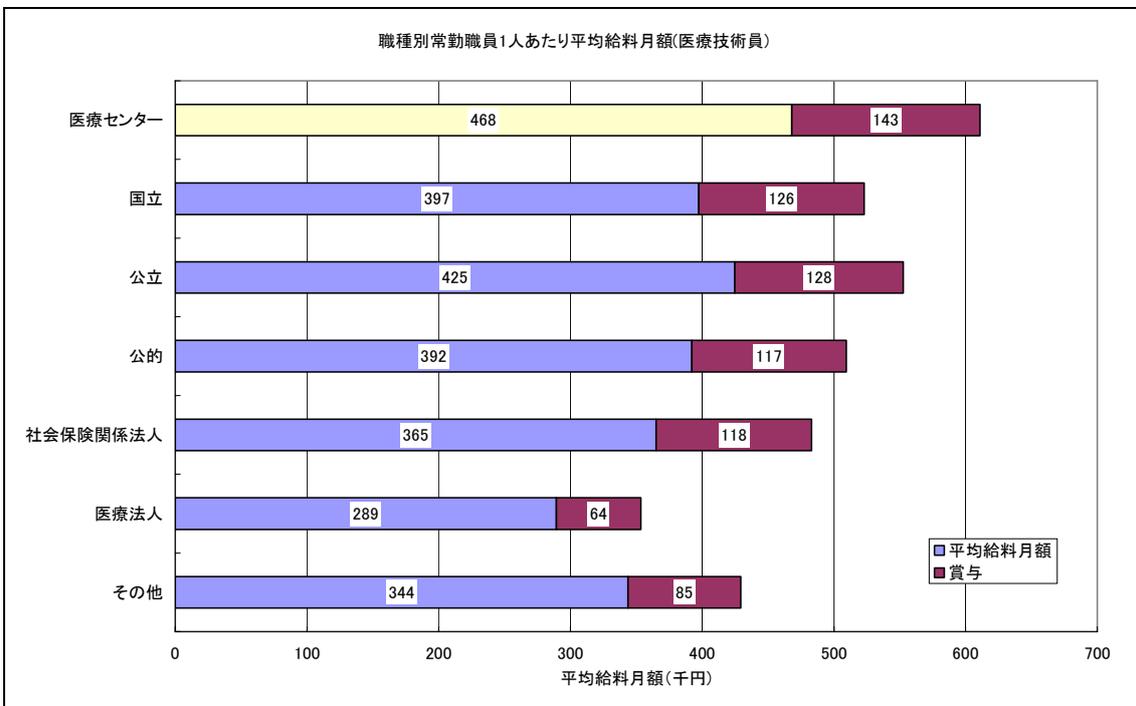


図 3.4-4 職種別常勤職員 1 人平均給料月額のグラフ(医療技術員)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

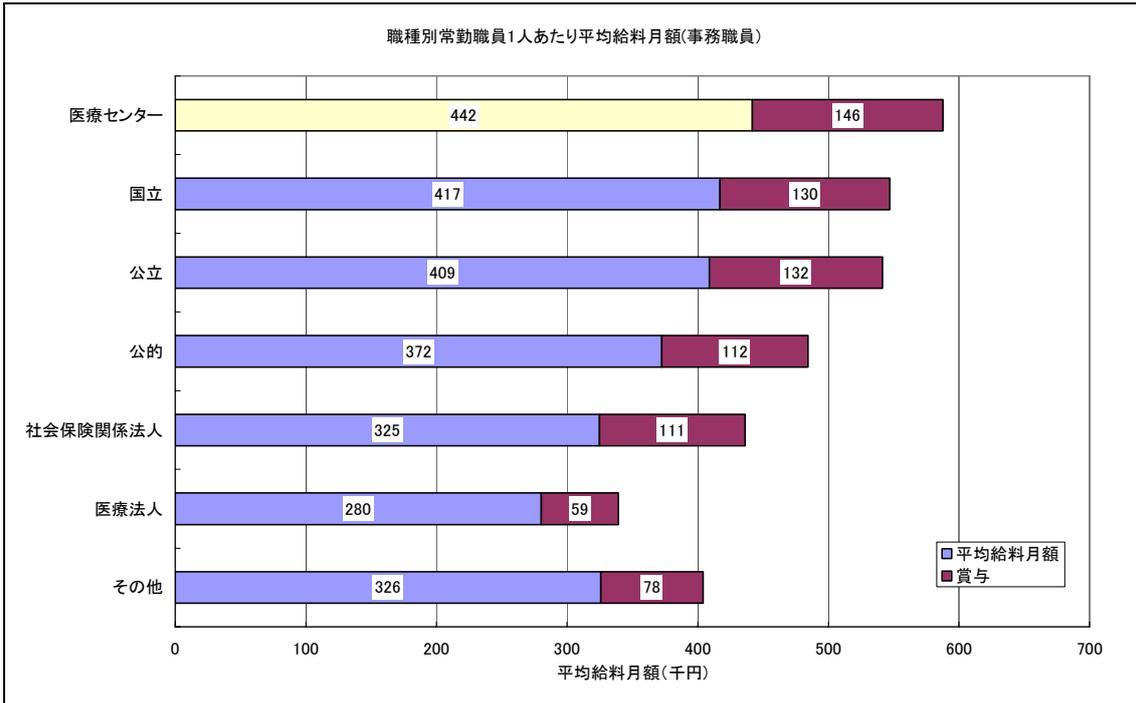


図 3.4-5 職種別常勤職員 1 人平均給料月額のグラフ(事務職員)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 比較結果のまとめ

この調査データは平均値しか示されないため、病院の規模・機能、年齢・経験年数別等の詳細な比較ができないものの開設主体別（公立病院・民間病院等）の傾向がわかった。

これによると、平均給料月額と賞与の 1/12 額との合計額について、公立病院と民間病院とでは看護職員以外の各職種で約 20 万円の差があり、看護職員においても約 12 万円の差があった。医師以外の職種では公立病院のほうが民間病院よりも給料が高い傾向にある。つまり一般的に、医師以外の職種では公立病院のほうが、人件費が高い傾向にある。

医療センターの平均給与は、医師と看護職員においては公立病院と民間病院の間に位置しており、薬剤師、医療技術員、事務職員においては医療センターのほうが高くなっている。

表 3.4-2 中医協調査による職種別常勤職員 1 人あたりの平均給与月額(*1)
(平成 16 年度実績) (単位:円)

費目	公立病院平均	医療法人平均 (民間病院平均)	医療センター平均
医師	1,135,594	1,302,998	1,250,689
薬剤師(*2)	580,354	403,786	610,959
看護職員(*3)	492,948	372,433	451,361
医療技術員	552,566	353,524	610,959
事務職員	541,442	339,305	587,786

*1 平均給与月額＝平均給料月額＋年間賞与の 1/12 額

*2 医療センターの薬剤師平均給与は医療技術員として計算されている

*3 医療センターの看護職員平均給与は准看護師(6名)を含む

3.4.2 「地方公営企業年鑑」のデータによる分析

地方公営企業年鑑は、住民の日常生活に欠くことのできない上・下水道、交通、電気・ガス、病院等のサービスの提供をはじめとした基盤整備事業のあり方の検討、経営の現状等の開示を目的として毎年公表されている。

そこで、これらのデータを活用して、各種観点から医療センターとほぼ同規模となる自治体病院を抽出し、人件費の状況について整理を行った。なお、地方公営企業年鑑における給与月額の変換等は以下のとおりである。

- ・ 調査年度：平成 16 年度
- ・ 「基本給」は、給料、扶養手当および調整手当の合算額である。
- ・ 「賞与」は、年間支給額の 1 / 12 の額である。
- ・ 「平均給与月額」は、職員に支払ったすべてのものが含まれる。
- ・ 「平均年齢」は、年度末職員の延職員年齢数を年度末職員数で除したものである。

このデータでは、個別病院ごとの職種別平均給与を把握することが可能である。医療収益及び病床規模が医療センターと同規模の病院群（医療収益が 120 億円以上、500 床以上の病院）を抽出し、その職種別の平均給与月額と比較したところ、医療センターの平均給与月額は、どの職種でもほぼ平均的な水準であった。

○ 医療収益規模の類似した病院との比較

医療センター医療収益規模はおおよそ 120 億円である。この収益規模をもとに、状況に近い病院を抽出し、平均給与の月額を比較した。

医師 1 人あたり平均給与月額（医療収益 120 億円以上）について比較した結果を図 3.4-6 に示す。もっとも給与総額が多いのは藤沢市民病院の 1,316,545 円（医療収益 136 億円）であり、少ないのは、青梅市総合病院の 1,003,725 円（医療収益 133 億円）であった。医療センターの医師月額給与総額は 1,250,689 円であり、平均値の 1,189,231 円を若干上回るが、基本給はほぼ最低ランクであった。

看護師 1 人あたり平均給与月額（医療収益 120 億円以上）について比較した結果を図 3.4-7 に示す。もっとも給与総額が多いのは公立昭和病院（東京都）の 527,111 円（医療収益 137 億円）であり、少ないのは、医療センターの 451,361 円であった。医療センターの看護師月額給与総額は、平均値の 497,484 円を大幅に下回り、基本給はほぼ最低ランクであった。

医療技術員 1 人あたり平均給与月額（医療収益 120 億円以上）について比較した結果を図 3.4-8 に示す。もっとも給与総額が多いのは青梅市立総合病院の 679,139 円（医療収益

133 億円) であり、少ないのは、春日井市民病院の 551,987 円 (医業収益 127 億円) であつた。医療センターの医療技術員の給与総額は 610,959 円であり、平均値の 610,235 円とほぼ同等であつた。基本給は平均的水準であつた。

事務職員 1 人あたり平均給与月額 (医業収益 120 億円以上) について比較した結果を図 3.4-9 に示す。もっとも給与総額が多いのは国保松戸市立病院の 700,218 円 (医業収益 138 億円) であり、少ないのは、藤枝市立総合病院の 554,892 円 (医業収益 148 億円) であつた。医療センターの事務職員の給与総額は 587,786 円であり、平均値の 610,132 円を下回っていた。基本給は平均的水準であつた。

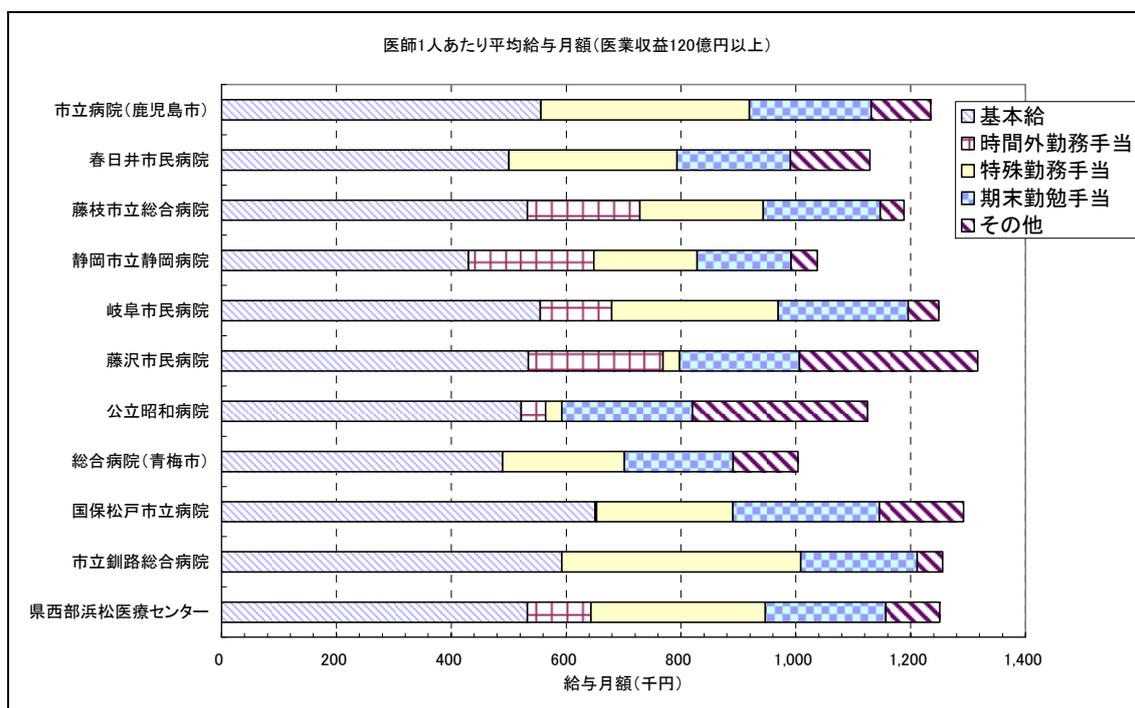


図 3.4-6 医師 1 人あたり平均給与月額 (医業収益 120 億円以上)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

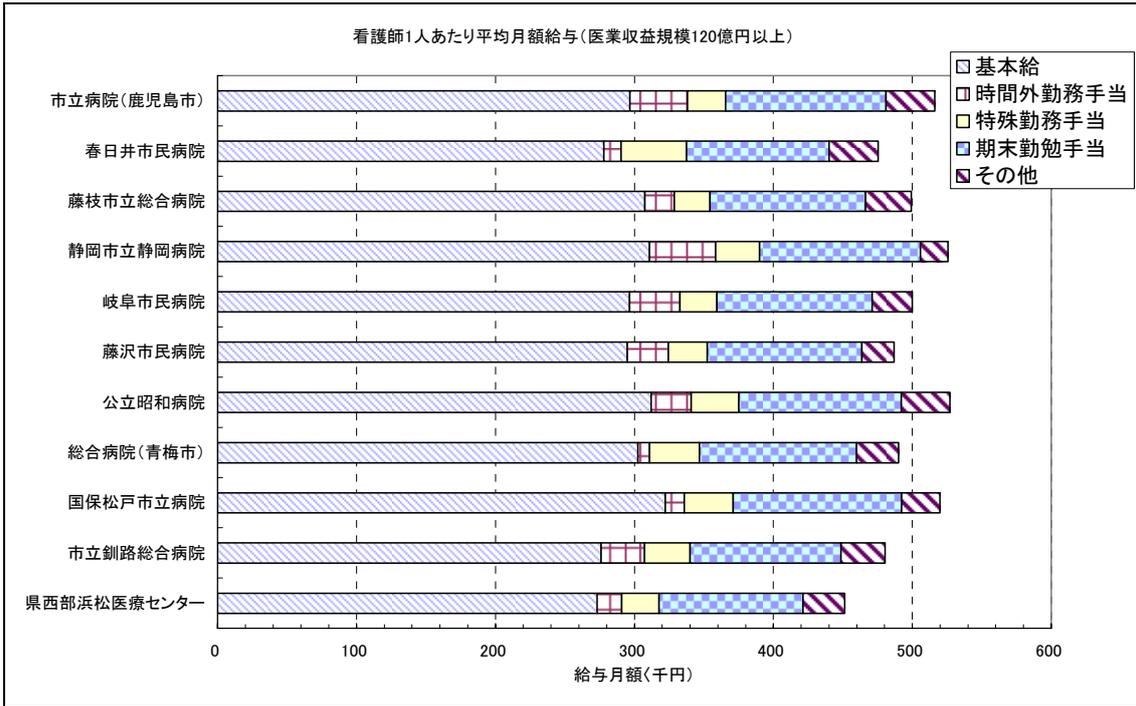


図 3.4-7 看護師1人あたり平均月額給与(医業収益規模120億円以上)

資料：地方公営企業年鑑第52集、浜松市医療公社資料をもとに作成

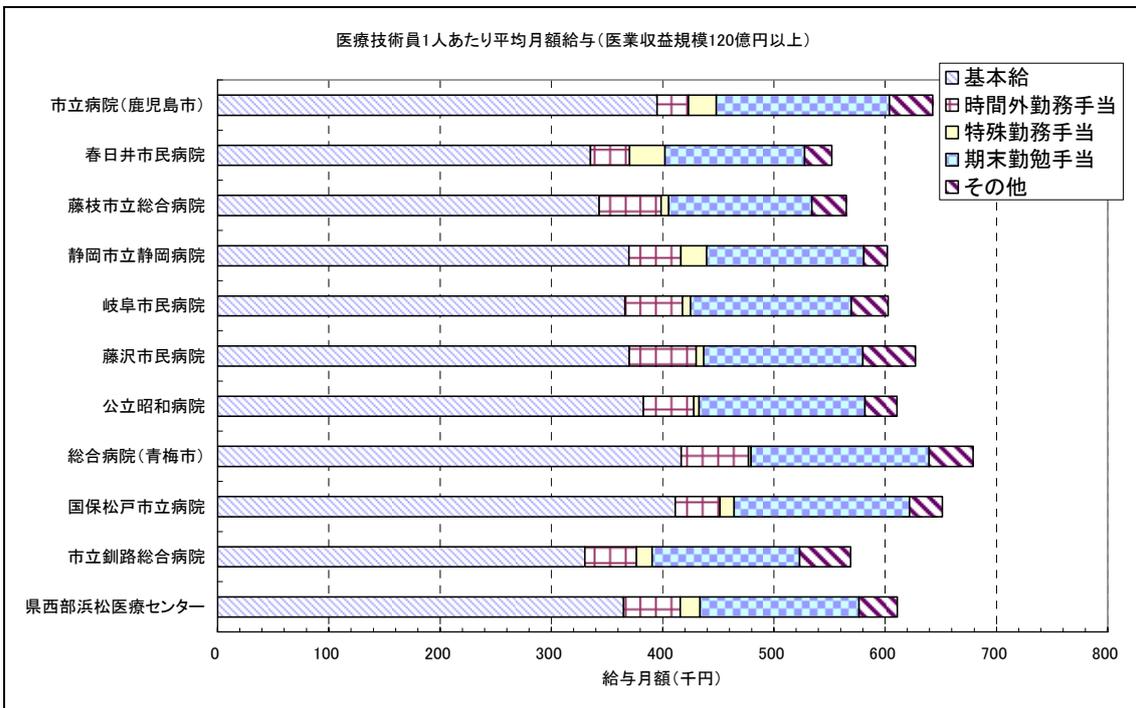


図 3.4-8 医療技術員1人あたり平均月額給与(医業収益規模120億円以上)

資料：地方公営企業年鑑第52集、浜松市医療公社資料をもとに作成

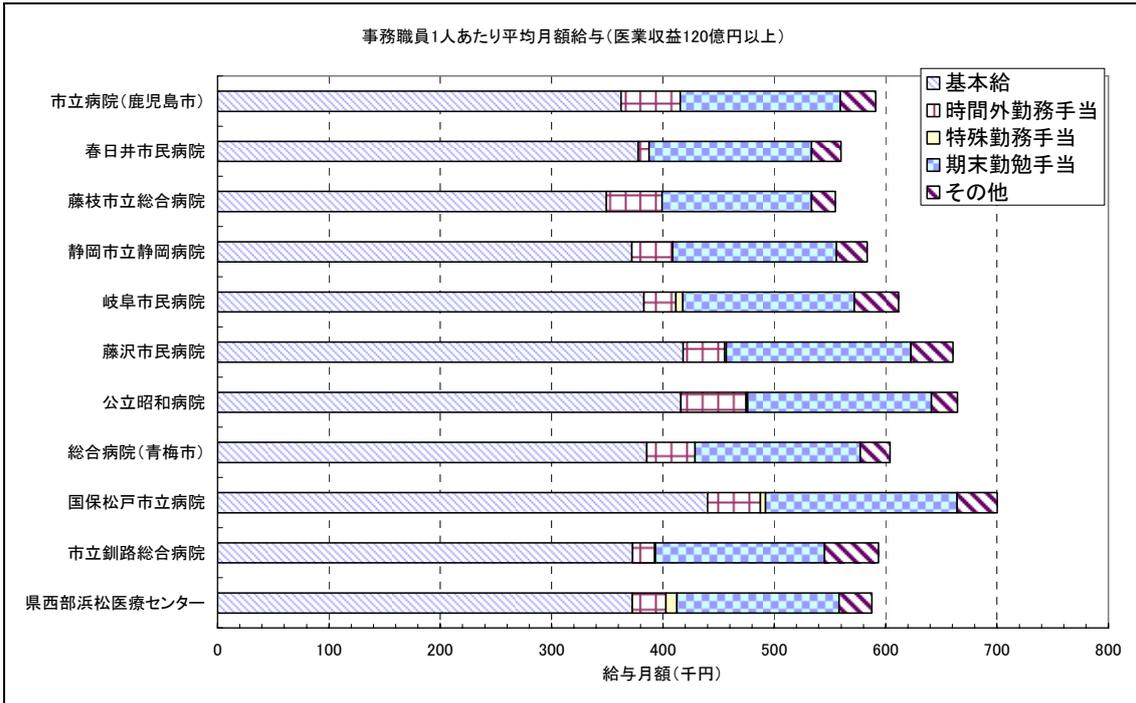


図 3.4-9 事務職員 1 人あたり平均月額給与 (医業収益規模 120 億円以上)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 医業収支比率の類似した病院との比較

医療センター医業収支比率は 94.2%である（平成 16 年度）。この医業収支比率をもとに、状況の近い病院を抽出し、平均給与の月額を比較した。

医師 1 人あたり平均給与月額（医業収支比率 94%台）について比較した結果を図 3.4-10 に示す。もっとも給与総額が多いのは郡上市民病院の 1,531,903 円（医業収支比率 94.5%）であり、少ないのは、館林厚生病院の 1,123,241 円（医業収支比率 94.1%）であった。医療センターの医師月額給与総額は 1,250,689 円であり、平均値の 1,284,581 円を若干下回り、基本給はほぼ最低ランクであった。

看護師 1 人あたり平均給与月額（医業収支比率 94%台）について比較した結果を図 3.4-11 に示す。もっとも給与総額が多いのは県西総合病院の 493,484 円（医業収支比率 94.2%）であり、少ないのは、館林厚生病院の 396,837 円（医業収支比率 94.1%）であった。医療センターの看護師月額給与総額は 451,361 円であり、平均値の 463,752 円を下回り、基本給はほぼ最低ランクであった。

医療技術員 1 人あたり平均給与月額（医業収支比率 94%台）について比較した結果を図 3.4-12 に示す。もっとも給与総額が多いのは藤沢市民病院の 627,240 円（医業収支比率 94.4%）であり、少ないのは、館林厚生病院の 449,235 円（医業収支比率 94.1%）であった。医療センターの医療技術員月額給与総額は 610,959 円であり、平均値の 532,040 円を大きく上回った。

事務職員 1 人あたり平均給与月額（医業収支比率 94%台）について比較した結果を図 3.4-13 に示す。もっとも給与総額が多いのは藤沢市民病院の 660,517 円（医業収支比率 94.4%）であり、少ないのは、郡上市民病院の 404,231 円（医業収支比率 94.5%）であった。医療センターの事務職員月額給与総額は 587,786 円であり、平均値の 551,658 円を上回った。

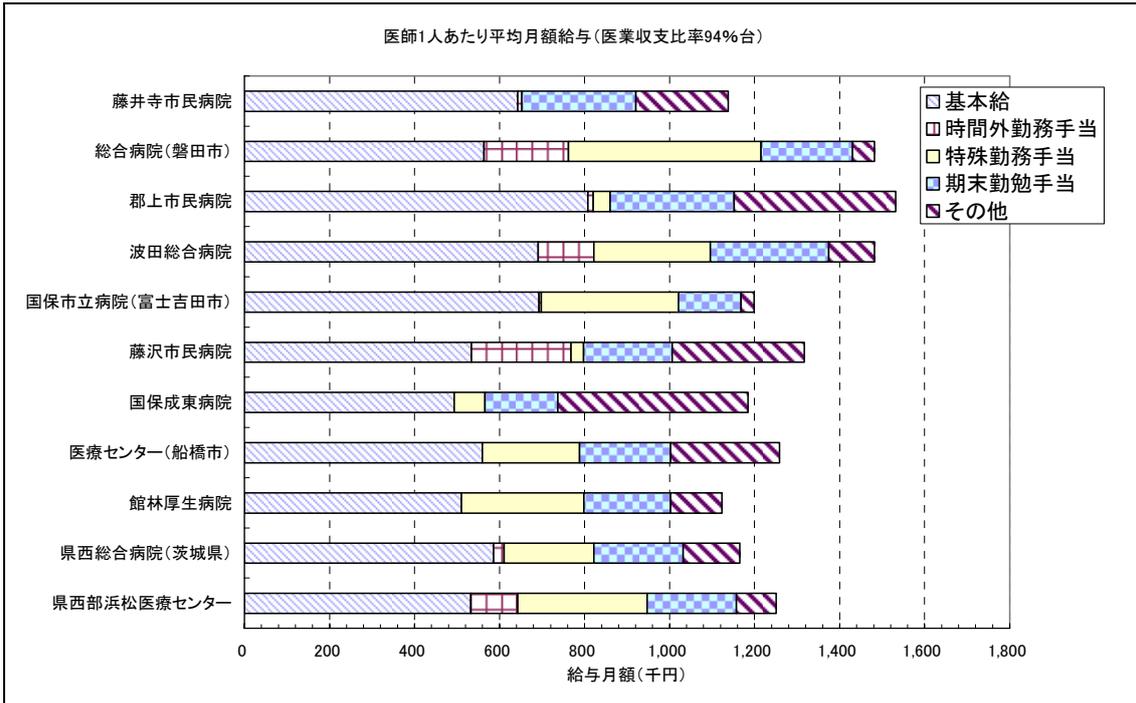


図 3.4-10 医師 1 人あたり平均給与月額 (医業収支比率 94%台)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

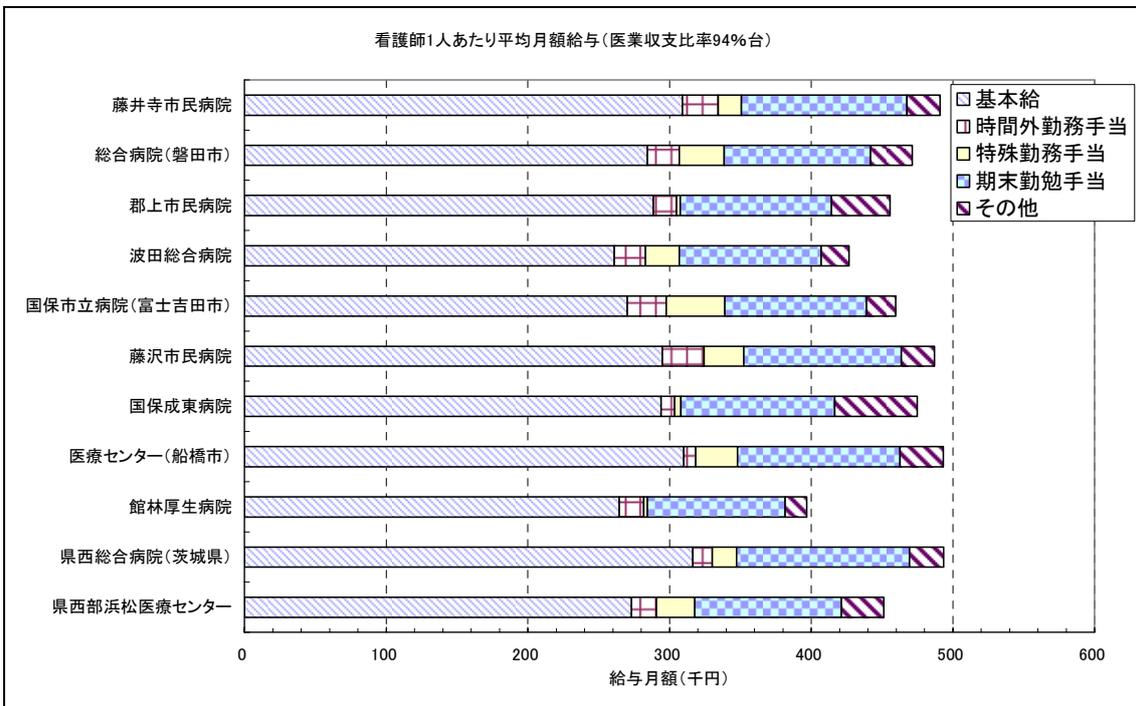


図 3.4-11 看護師 1 人あたり平均月額給与 (医業収支比率 94%台)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

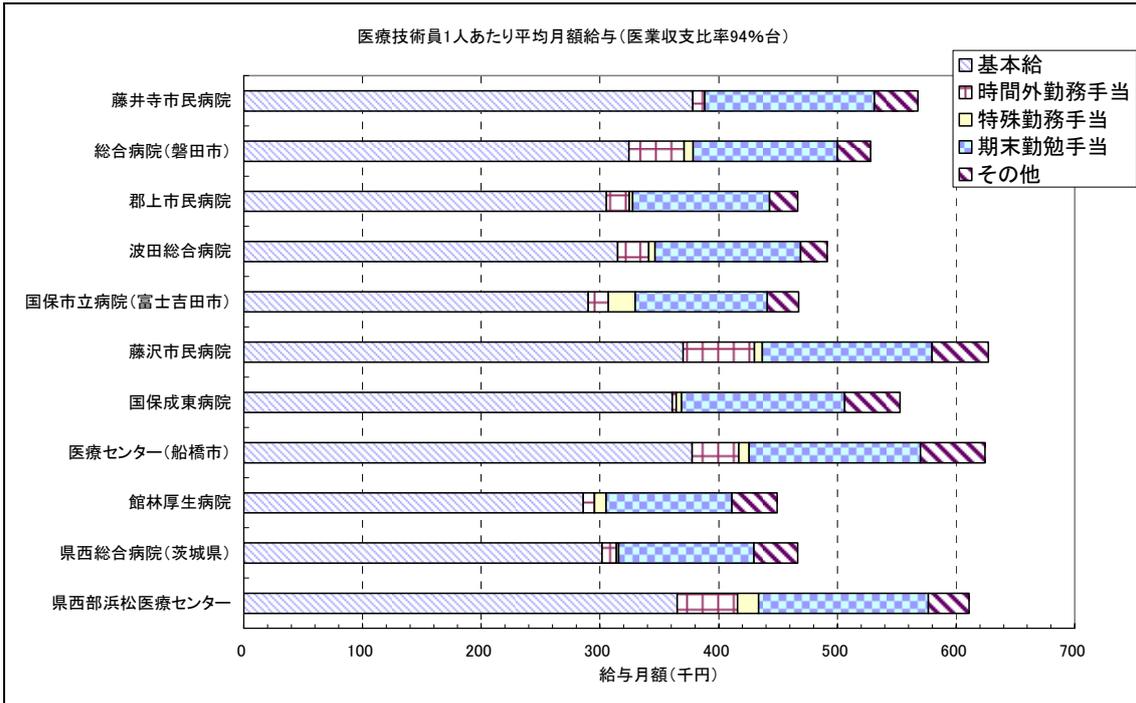


図 3.4-12 医療技術員1人あたり平均月額給与(医業収支比率94%台)

資料：地方公営企業年鑑第52集、浜松市医療公社資料をもとに作成

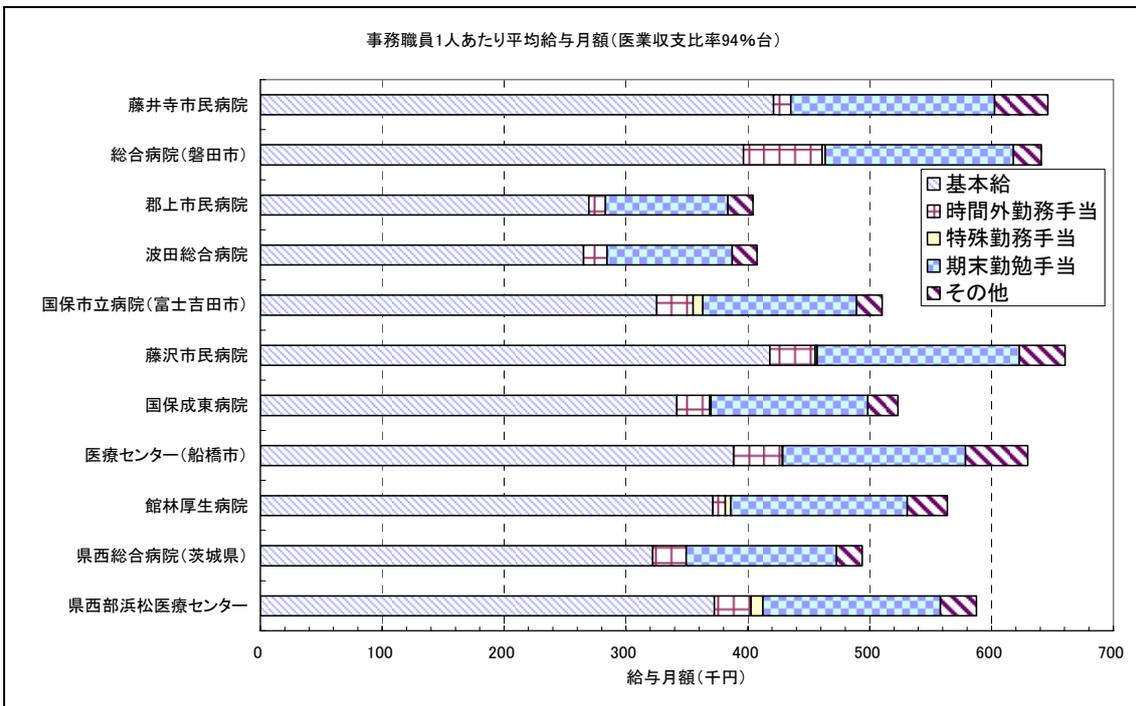


図 3.4-13 事務職員1人あたり平均給与月額(医業収支比率94%台)

資料：地方公営企業年鑑第52集、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 平均年齢および経験年数の類似した病院との比較

医療センターの職種別平均年齢および経験年数をもとに、状況の近い病院を抽出し、平均給与の月額を比較した。

医師 1 人あたり平均給与月額（平均年齢 40 歳～46 歳、経験年数 10 年以下、400 床以上）について比較した結果を図 3.4-14 に示す。もっとも給与総額が多いのは富士市立中央病院の 1,352,765 円（平均年齢 42 歳、経験年数 10 年）であり、少ないのは島田市民病院の 1,106,792 円（平均年齢 44 歳、経験年数 8 年）であった。医療センターの医師月額給与総額は 1,250,689 円であり、平均値の 1,218,434 円を若干下回るが、基本給はほぼ最低ランクであった。

看護師 1 人あたり平均給与月額（平均年齢 29 歳～34 歳、経験年数 10 年、400 床以上）について比較した結果を図 3.4-15 に示す。もっとも給与総額が多いのは静岡市立静岡病院の 525,727 円（平均年齢 31 歳、経験年数 10 年）であり、少ないのは、甲府病院の 433,110 円（平均年齢 33 歳、経験年数 10 年）であった。医療センターの看護師月額給与総額は 451,361 円であり、平均値の 479,155 円を下回る。基本給はほぼ最低ランクであった。

医療技術員 1 人あたり平均給与月額（平均年齢 43 歳～46 歳、400 床以上）について比較した結果を図 3.4-16 に示す。もっとも給与総額が多いのは医療センターの 610,959 円であり、少ないのは、高岡市民病院の 472,540 円（平均年齢 43 歳、経験年数 21 年）であった。医療センターの医療技術員の給与総額は 610,959 円であり、平均値の 511,251 円を大幅に上回り、基本給も最高であった。

事務職員 1 人あたり平均給与月額（平均年齢 43 歳～46 歳、400 床以上）について比較した結果を図 3.4-17 に示す。もっとも給与総額が多いのは国保松戸市立病院の 700,218 円（平均年齢 45 歳、経験年数 21 年）であり、少ないのは、小樽病院の 549,437 円（平均年齢 44 歳、経験年数 23 年）であった。医療センターの事務職員の給与総額は 587,786 円であり、平均値の 619,487 円を下回った。

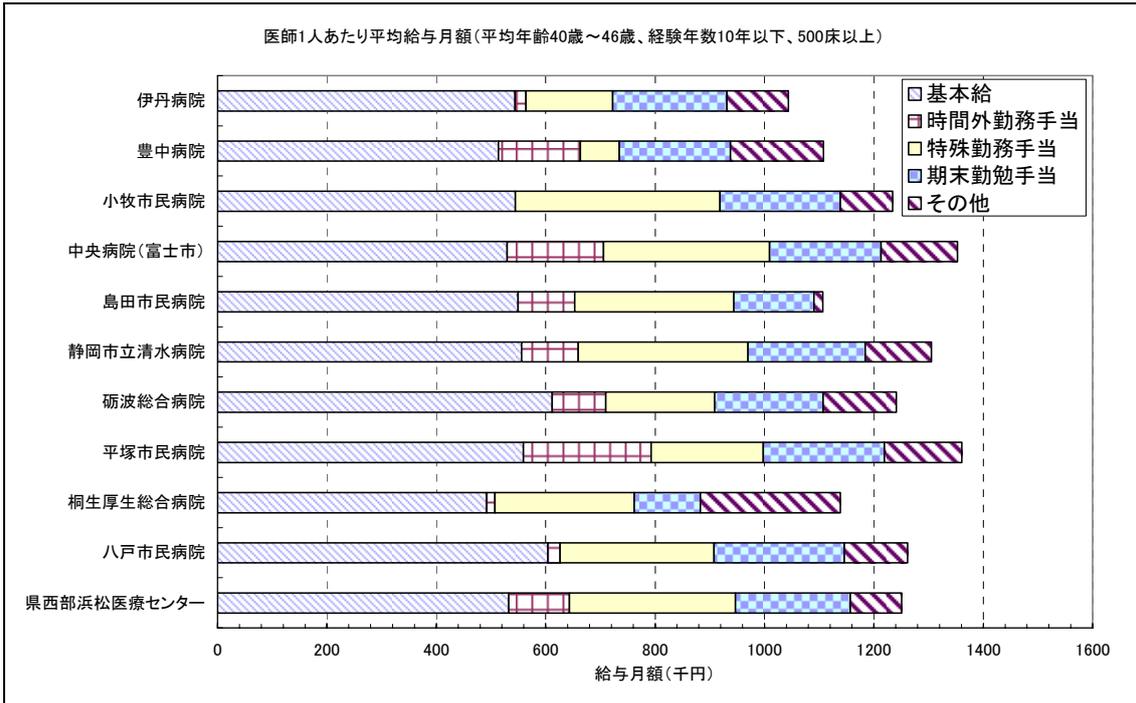


図 3.4-14 医師1人あたり平均給与月額

(平均年齢 40 歳～46 歳、経験年数 10 年以下、400 床以上)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

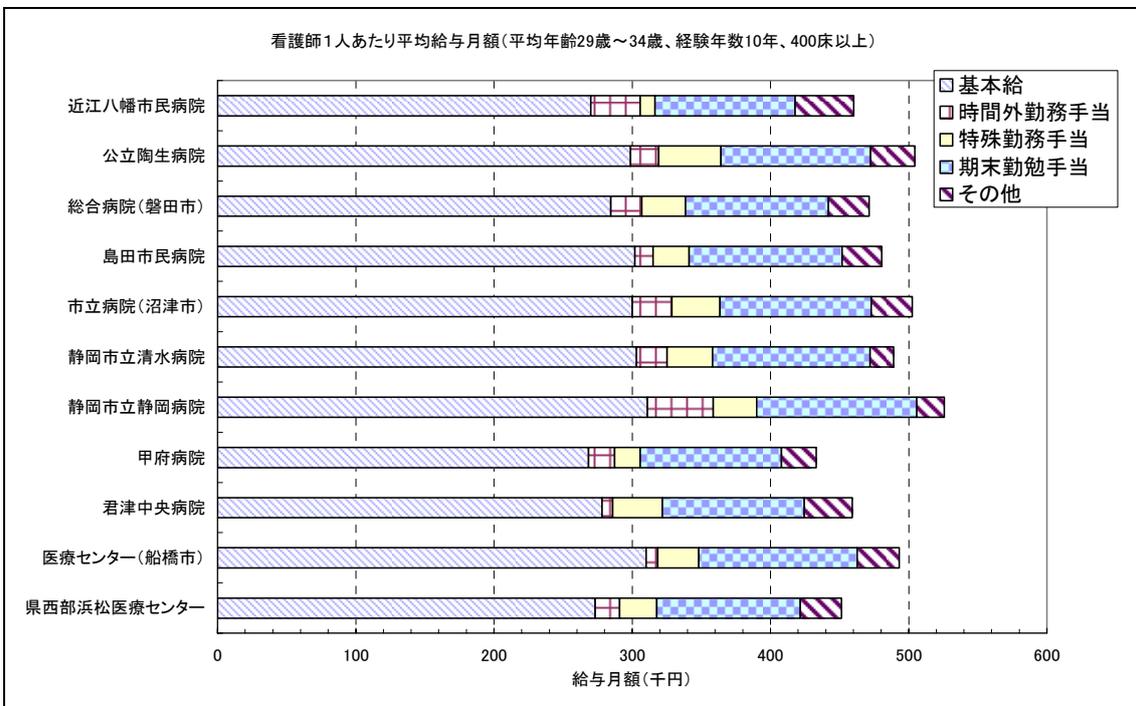


図 3.4-15 看護師1人あたり平均給与月額

(平均年齢 29 歳～34 歳、経験年数 10 年、400 床以上)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

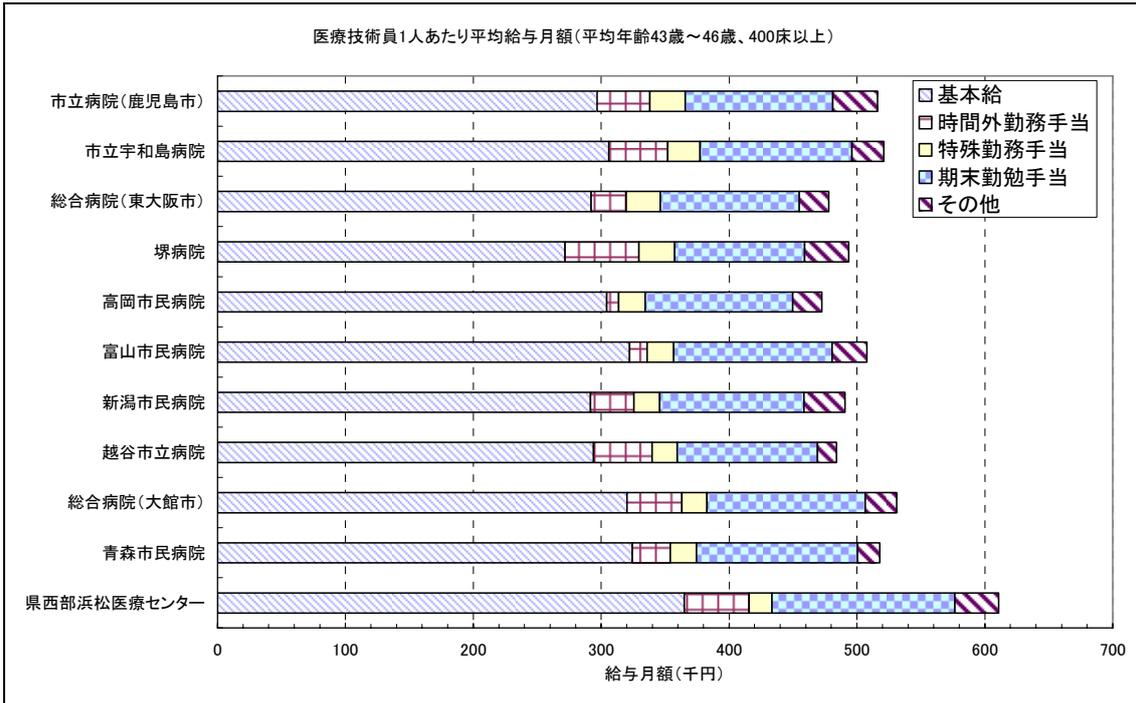


図 3.4-16 医療技術員 1 人あたり平均給与月額
(平均年齢 43 歳～46 歳、400 床以上)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

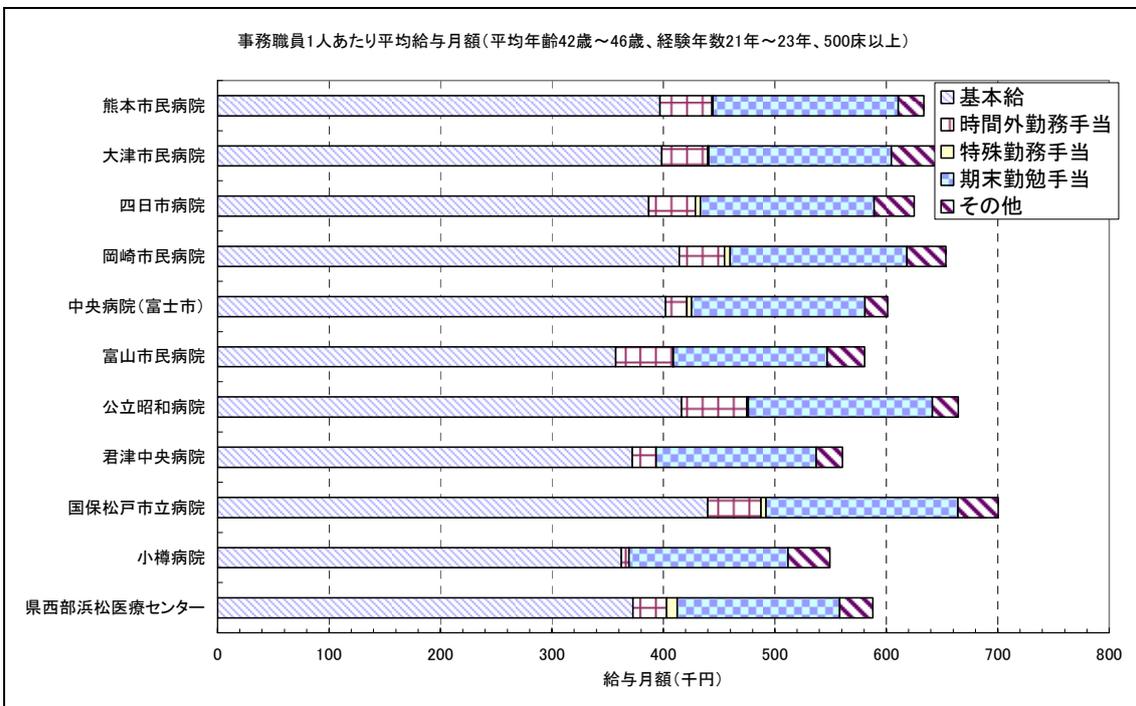


図 3.4-17 事務職員 1 人あたり平均給与月額
(平均年齢 43 歳～46 歳、400 床以上)

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 比較結果のまとめ

地方公営企業年鑑のデータによって比較した、職種別の結果を表 3.4-3 に示す。医師は医業収益規模や年齢および経験年数の水準では平均値より高い結果となった。また、看護師はいずれの比較条件においても、平均値より低い結果となった。一方、医療技術員はいずれの比較条件においても、平均値より高い結果となり、年齢および経験年数や医業収益比率が同条件の場合、特に高い結果となった。事務職員は医業収支比率を比較条件とした場合、平均値よりも高い結果となったが、それ以外の条件では平均値を下回る結果となった。

表 3.4-3 比較条件別職種別平均給与月額と医療センター職種別平均給与月額との差異

(単位：円、医療センターは平成 16 年度年報より)

	医業収益規模	医業収支比率	年齢および経験年数
医師	+61,457	△33,893	+32,254
看護師(*1)	△46,123	△12,391	△27,794
医療技術員	+724	+78,919	+99,708
事務職員	△22,346	+36,128	△31,701

※プラス (+) の場合には、医療センターの平均額が比較対象となった自治体病院群の平均額を上回ることを示す。

※マイナス (△) の場合には、比較対象となった自治体病院群の平均額が医療センターの平均額を上回ることを示す。

*1 医療センターの看護職員平均給与は准看護師(6名)を含む

3.4.3 「病院賃金実態資料」のデータによる分析

病院賃金実態資料は、病院における現在の賃金実態を正確に把握し、各病院が適正な賃金管理を行っていく上での参考とするため、民間の調査機関が実態調査を実施し、取りまとめたものである（「2006年版 病院賃金実態資料」、株産労総合研究所、2005）

この資料では、職種別経験年数別の賃金が詳細に報告されている。そこで、これらのデータを活用して、医療センターの比較対象となる統計結果（400床以上）を抽出し、人件費の状況について整理を行った。なお、この資料における定義等は以下のとおりである。

- ・ 調査時点：平成17年度6月分の給与
- ・ 賞与は、平成16年12月分+平成17年6月分の1/12の額
- ・ 回答病院総数は113施設であり、400床以上は19施設である。
- ・ 月額賃金=所定内賃金+所定外賃金（職員に支払ったすべてのものが含まれる。）
- ・ 所定内賃金=基本賃金+諸手当
- ・ 基本賃金=本給、本俸、年齢給、能力給、職能給、職務給、調整手当、勤務手当、資格手当（医師手当、看護師手当等々）
- ・ 諸手当=役付手当、家族（扶養）手当、住宅手当、研究手当、往診手当、特殊勤務手当、精皆勤手当
- ・ 所定外賃金=時間外（残業）手当、休日出勤手当、深夜勤手当、夜間看護（深夜・準夜）手当、早出・遅出手当、宿日直手当、待機手当、呼出手当

このデータはアンケート調査のためサンプル数が少なく、公立病院と民間病院も混在しているが、経験年数別（5年刻み、30年まで）で詳細な比較が可能である。

調査データのうち、400床以上の病院平均給与月額と、医療センターとを比較したところ、事務職員（短大卒）はいずれの区分においても医療センター平均のほうが低くなっていた。

一方、医療センター平均が400床以上病院の平均を10%以上、上回っていたのは、医師の10年、20年の区分、薬剤師の10年の区分、臨床検査技師の20年および25年の区分、診療放射線技師の5年の区分、事務職員（高卒）の20年の区分であった。

なお、職種別のセンター職員の経験年数が20年以上となる割合については、看護師は約14%と比較的少ないが、薬剤師は27%、臨床検査技師は94%、診療放射線技師は54%、事務職員は56%といずれも高率であった。

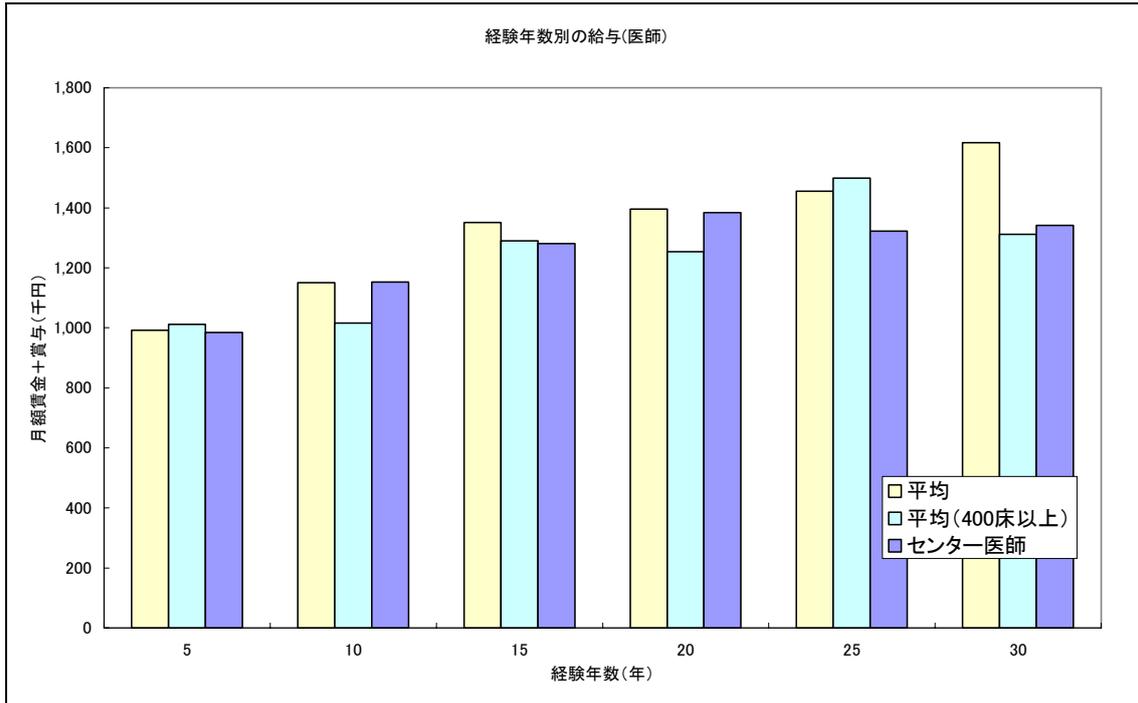


図 3.4-18 医師賃金の比較

資料：2006年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

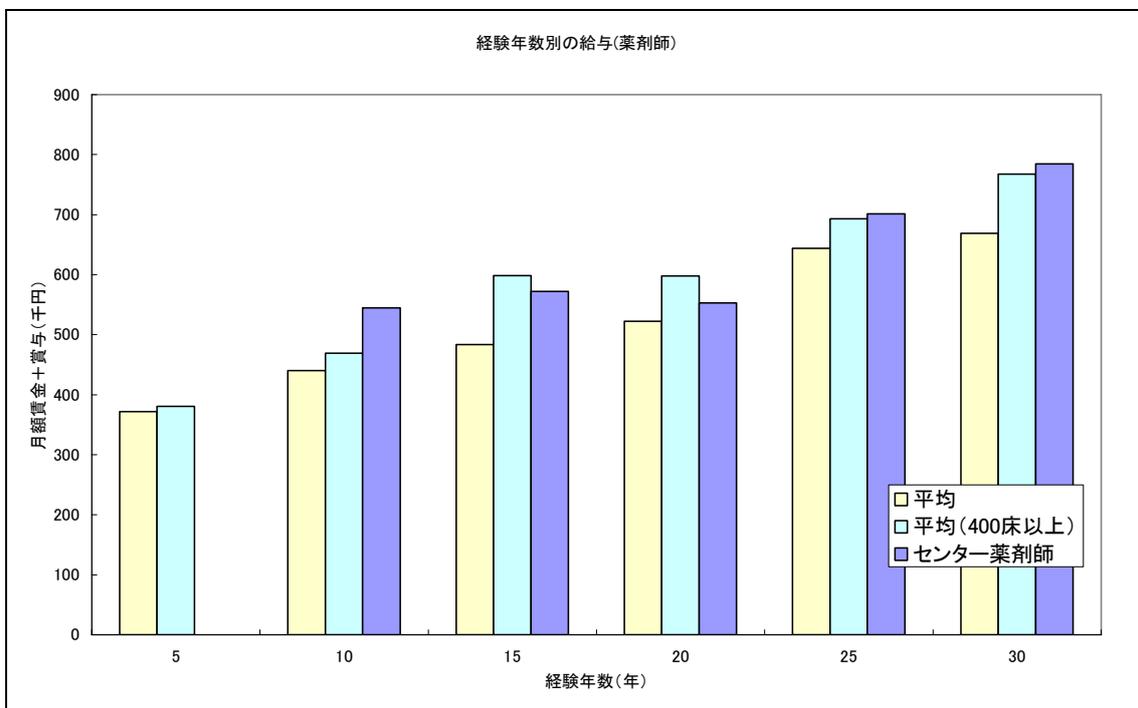


図 3.4-19 薬剤師賃金の比較

資料：2006年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

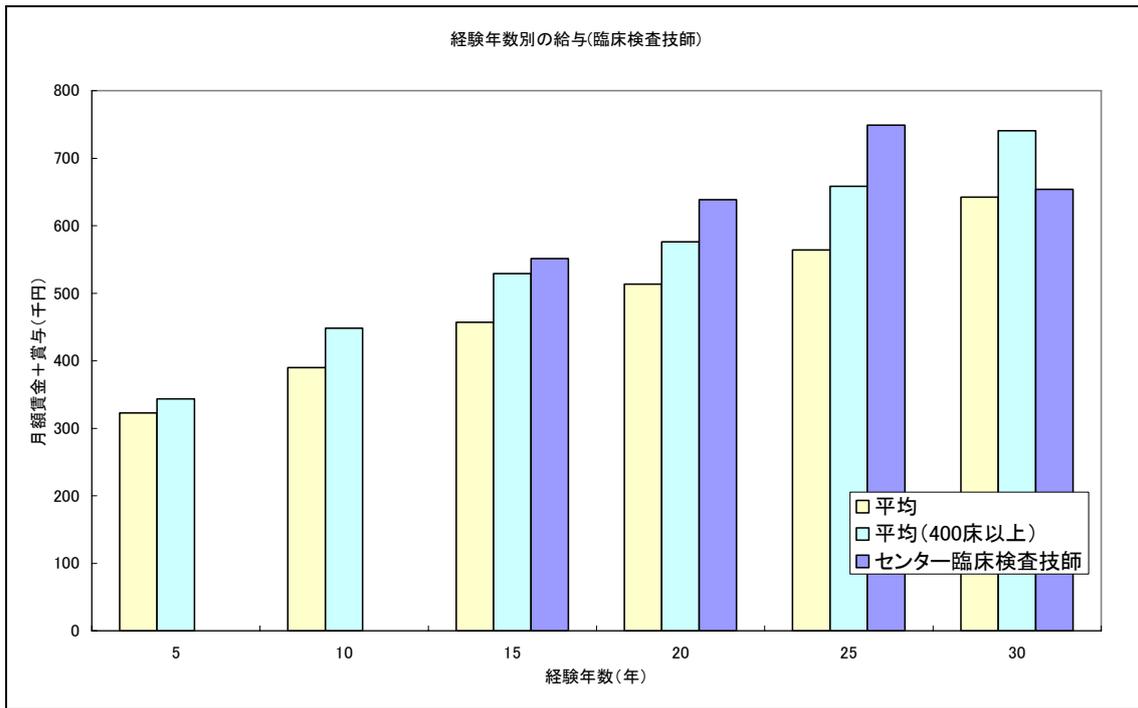


図 3.4-20 臨床検査技師賃金の比較

資料：2006年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

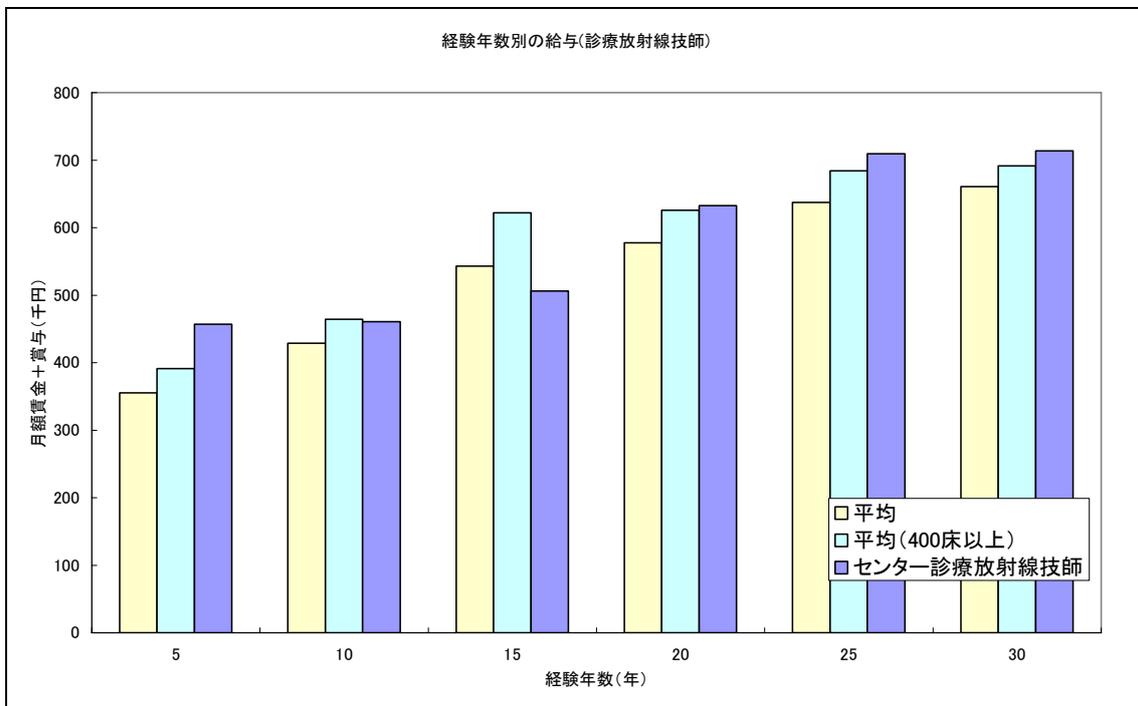


図 3.4-21 診療放射線技師賃金の比較

資料：2006年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

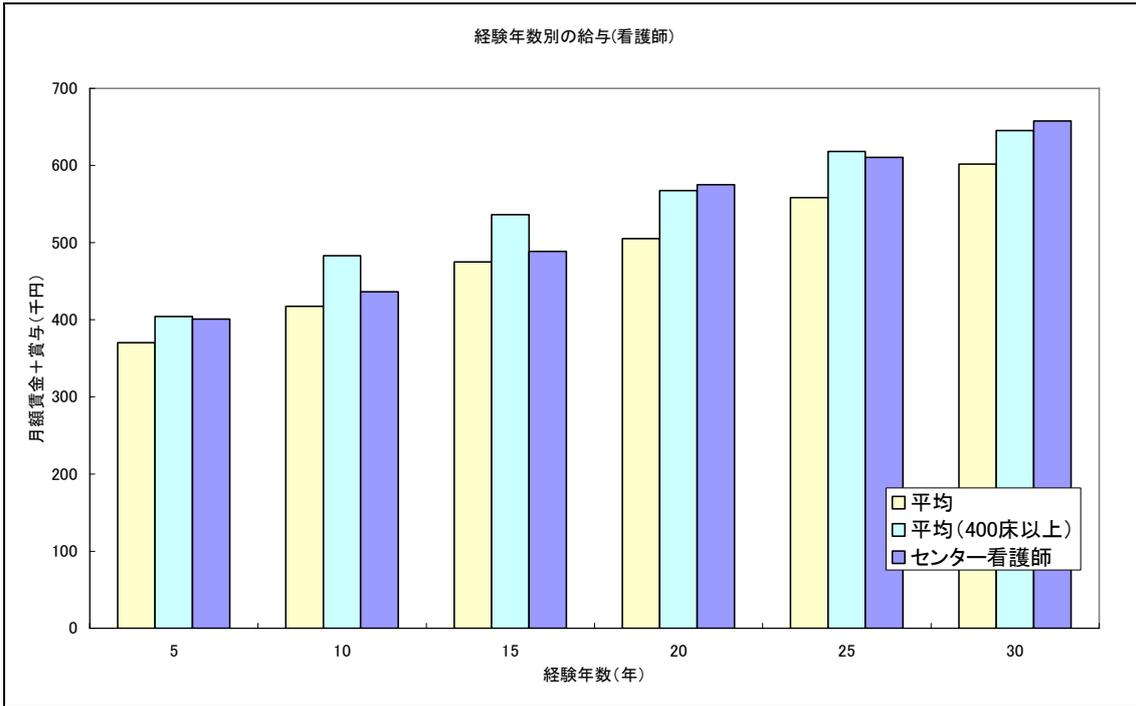


図 3.4-22 看護師賃金の比較

資料：2006年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

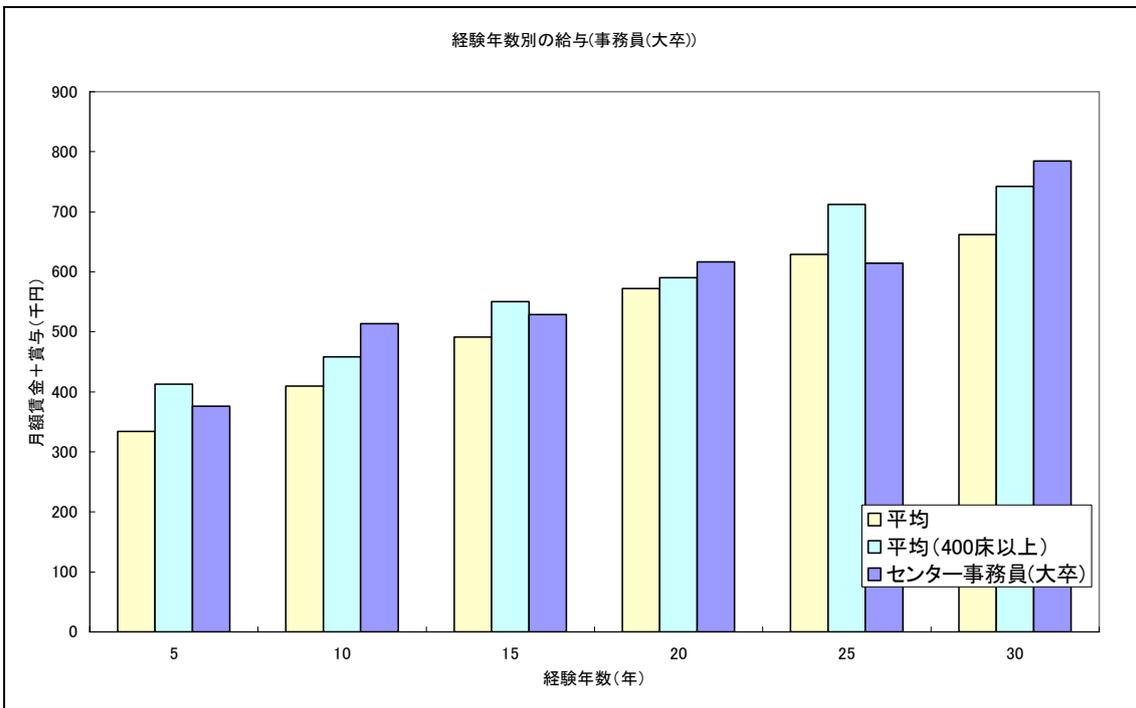


図 3.4-23 事務員(大卒)賃金の比較

資料：2006年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

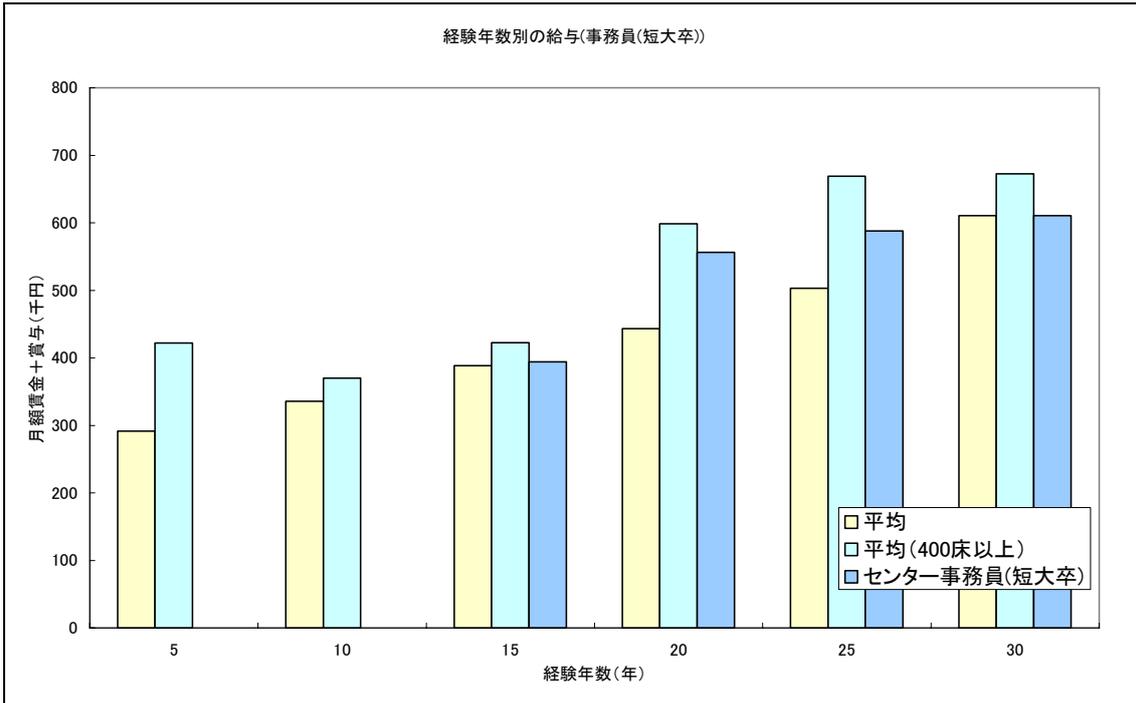


図 3.4-24 事務員(短大卒)賃金の比較

(経験年数 5 年・10 年のセンターのデータ無し)

資料：2006 年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

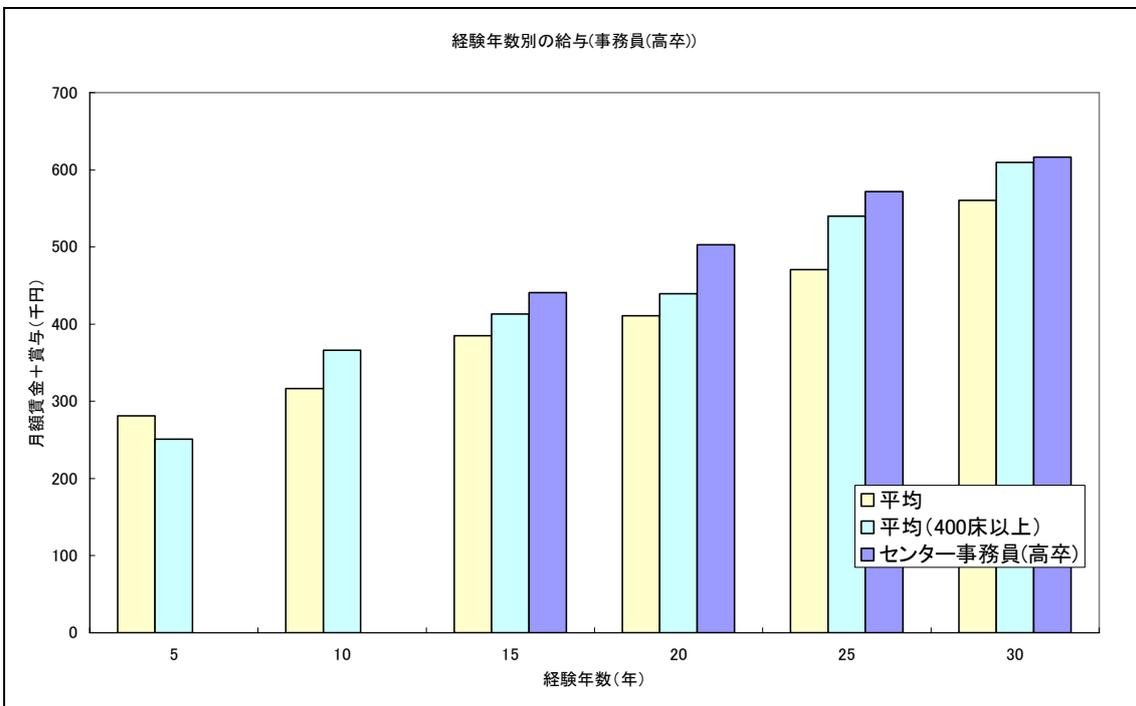


図 3.4-25 事務員(高卒)賃金の比較

(経験年数 5 年・10 年のセンターのデータ無し)

資料：2006 年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

表 民間調査機関による職種別経験年数別常勤職員 1人あたりの平均給与月額(*1)

(平成 17 年度実績) 上段：400 床以上病院平均、下段：医療センター平均(*2) (単位:円)

職種	5 年	10 年	15 年	20 年	25 年	30 年
医師	1,011,688 984,714	1,016,107 1,152,532	1,290,329 1,280,491	1,253,962 1,384,600	1,499,133 1,322,398	1,311,246 1,342,093
薬剤師	380,862 —	469,320 544,484	598,387 571,833	597,917 553,127	692,876 701,439	767,562 784,555
臨床検査技師	343,575 —	448,261 —	529,401 551,331	576,210 638,479	658,285 749,164	740,656 653,868
診療放射線技師	391,477 456,854	464,223 460,892	622,154 506,043	625,739 632,492	684,355 709,485	691,415 713,510
看護師	403,980 401,039	482,970 436,199	536,364 488,803	567,407 575,228	618,429 610,634	645,338 657,550
事務職員(大卒)	412,906 376,172	458,205 513,418	550,335 528,645	589,922 616,407	712,053 614,256	742,076 784,645
事務職員 (短大卒)	421,931 —	370,272 —	422,565 393,915	598,756 556,493	668,775 587,980	672,505 610,754
事務職員(高卒)	250,879 —	366,053 —	413,176 440,951	439,241 503,004	539,803 571,583	609,489 616,479

資料：上段は 2006 年版病院賃金実態資料、下段は医療公社提供資料をもとに作成

*1 平均給与月額＝平均給料月額（手当含む）＋年間賞与の 1/12 額

*2 □部分は医療センターの平均給与が、調査データの平均給与よりも高いことを示す。

資料：2006 年版病院賃金実態資料、浜松市医療公社資料をもとに作成

○ 比較結果のまとめ

以上の結果から、医療センターの職種別人件費は一樣に高いというわけではないこと、医療センターが他の病院の平均値を上回るケースは経験年数が高い時点で発生することが多いことがわかった。これは民間と比べ勤務条件がよく勤続年数が長い公立病院でよく見られる傾向である。

医療センターでは、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、事務職員について、経験年数が高い（20 年以上）区分に人員が多く分布しているため、人件費増大の一因となっていることが推察される。

3.4.4 人件費の問題点の整理

前述したとおり、医師や看護師など、病院における職員に対する給与の統一的な基準はないが、医療センターの人件費について、3つの調査データをもとに分析したところ、それぞれ次のような傾向が把握できた。

「中医協のデータ」による分析では、平均給与しか示されないため、年齢・経験年数別等の詳細な比較ができないものの開設主体別（公立病院・民間病院等）の傾向がわかった。

これによると、平均給料月額と賞与の1/12額との合計額について、公立病院と民間病院とでは看護職員以外の各職種で約20万円の差があり、看護職員においても約12万円の差があった。医師以外の職種では公立病院のほうが民間病院よりも給料が高い傾向にある。

つまり一般的に、医師以外の職種では公立病院のほうが人件費が高いことがわかった。医療センターの平均給与は、医師と看護職員においては公立病院と民間病院の間に位置しており、薬剤師、医療技術員、事務職員においては医療センターのほうが高くなっていた。

「民間調査機関の調査データ」による分析では、アンケート調査のためサンプル数が少なく、公立病院と民間病院も混在しているが、平均給与月額における経験年数別（5年刻み、30年まで）で詳細な比較ができた。

その結果、調査データ（113施設）のうち、400床以上の病院（19施設）の平均給与月額の平均と、医療センターとを比較したところ、医療センター平均が400床以上の病院の平均を上回っていたのは、経験年数20年以上におけるケースが大半であり、事務職員（短大卒）を除く、いずれの職種においてもその傾向が見られた。

なお、職種別のセンター職員の経験年数が20年以上となる割合については、看護師は約14%と比較的少ないが、薬剤師は27%、臨床検査技師は94%、診療放射線技師は54%、事務職員は56%といずれも高率であった。

「地方公営企業年鑑の調査データ」による分析では、自治体病院ごとの職種別平均給与を把握することが可能であるため、他の自治体病院との平均給与月額について、①医業収益及び病床規模が医療センターと同規模の病院群（医業収益が120億円以上、500床以上の病院）との比較②医業収支比率（94.2%）の類似病院との比較③平均年齢・経験年数の類似病院との比較を行った。その結果、看護師は、いずれの比較条件においても、平均値より低い結果となった。一方医療技術員は、いずれの比較条件においても、平均値より高い結果となった。

以上のことから、医療センターにおける人件費のポイントは次のように整理できる。

- ・ 医療センターの給与水準は、他の病院と比べて“著しく高い”ということはないが、医師以外の職種では“公立病院のほうが民間病院よりも給料が高い”という一般的傾向がある。これは公立病院が担う機能（急性期の大病院）や、職員の就業傾向（退職率が低く勤続年数が長い）のためであり、公立病院職員だけが理由なく高い賃金を得ているわけではない。医療センターも、この一般的傾向があてはまっており、民間病院よりは給

与水準は高い。

- ・ 同じ自治体病院や大規模病院と医療センターを比べた場合、「平均年齢が高い／経験年数が長い」場合に医療センターは他の病院よりも給与水準が高くなる傾向にある。この理由として、医療センターでは他の病院よりも、基本給が低く手当が大きい傾向にあることが関係していると考えられる。手当は変動費であるため、運用によっては給与総額を低く抑えることになるが、現場の第一線となる年代・経験年齢層においては時間外手当などの支払が増大するケースが多い。
- ・ 医療センターでは、医療技術員や事務職員においては在籍する職員の平均年齢／経験年数が高いため、結果として、人件費総額にも影響を及ぼしている。

3.3節で整理したとおり、医療センターの医業収入は決して悪くないが、この人件費の結果と合わせて考えると高収益高コスト体質に陥っていることが示唆される。一律に給与が高いというわけではないことを考慮し、職員の士気を維持した上で人件費の適正化を検討していくために、今後は次のような対応が必要であろう。

- ・ 職種別賃金体系の見直しが必要である。年齢や経験年数によって上昇する賃金総額を示す、いわゆる賃金カーブは、一般的にS字型（新入後数年の賃金上昇率は低く、中堅時に賃金上昇率がやや高くなり、定年近くなると再び賃金上昇率が低くなる）を取るが、このS字型の傾き（特に定年近くにおける傾き）について整理が必要である。
- ・ 手当等による変動費の占める割合が大きい場合、高年次においても傾きが低くならない可能性がある。したがって上記賃金体系を見直す際には、基本給（固定費）と手当等（変動費）とのバランスに留意する必要がある。
- ・ 職種別職員の計画的な採用が必要である。臨床検査技師のように経験年数が20年以上の職員がほぼ大半を占めている場合、人件費総額が高くなってしまふのは自明である。またこれらの職員が退職する際には、相応の退職金も用意しなければならない。そこで、職種別の人員構成も配慮した計画的な採用を今後検討する必要がある。

3.5 経営健全化への方策の提言

3.5.1 医療センターへの経営健全化の提言（短期的方策）

急性期医療は、平成 16 年度より導入された DPC（Diagnosis Procedure Combination：急性期入院医療にかかる診断群分類）への対応が求められている。DPC は、急性期医療に対する診療報酬を 1 日あたりの定額制にした仕組みであり、効率的な病床管理とあわせて実施すれば経営的にも寄与する体系である。この仕組みは、特定機能病院から順次導入されてきたが、その他多くの急性期病院でも移行が進んでおり、医療センターも平成 18 年度より導入に至った。

今後の経営改善を図るためには、DPC の導入効果を確実なものとするべく医療センター全体で取り組むことが大前提である。この際、DPC による増収機運に乗じ、疾病別の患者管理に合わせて生産性指標の低い分野を中心にコスト削減を図ることで、経営改善の効果をさらに充実したものとするべきである。

1. DPC 導入効果の確保

平成 18 年度より導入した DPC は「患者の在院日数が短いほど、高い診療報酬を請求できる」仕組みであることから、このコンセプトに合致しつつ、センターの高レベルの医療資源を活用していくよう各診療科の運営に留意する。センターにおける DPC 導入効果の参考とするために平成 16 年度に DPC を導入した自治体病院について、導入前後の経営状況の比較分析を行った。図 3.5-1 によると、DPC を導入した 5 つの自治体病院のうち、島根県立中央病院、広島県立中央病院、箕面市立病院では医業収益が増加したが、大阪府立成人病センター、大村市立病院では減収となった。医業収支比率が向上したのは、広島県立中央病院と箕面市立病院だけであった。

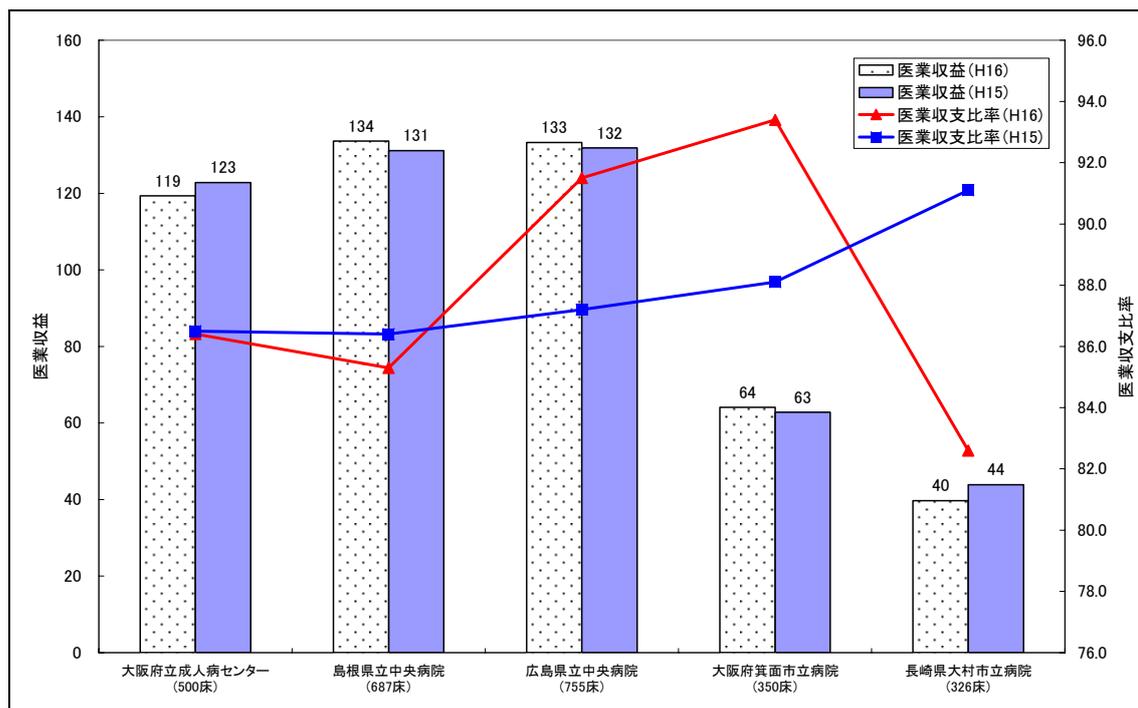


図 3.5-1 DPC を導入した自治体病院の医療収益と医療収支比率の変化

資料：地方公営企業年鑑第 52 集をもとに作成

同病院群について、DPC 導入前後の平均在院日数と入院患者の単価を比較したものを図 3.5-2 に示す。医療収支比率が大幅に改善した広島市立中央病院と箕面市立病院では、平均在院日数の短縮とそれを踏まえた入院患者単価の増加を達成している（表 3.5-1）。DPC は「患者の在院日数が短いほど、高い診療報酬を請求できる」という仕組みで設定されているため、このコンセプトに合致するよう病院運営をしていくことができるかが経営健全化へのポイントとなる。

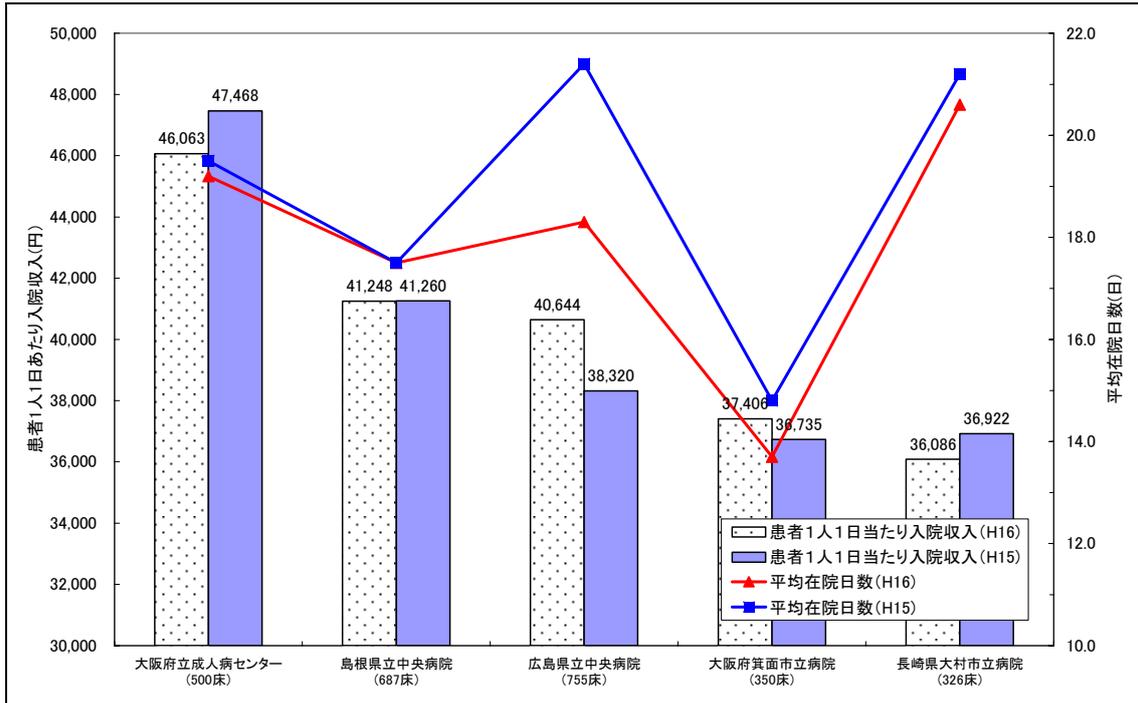


図 3.5-2 DPC を導入した自治体病院の平均在院日数と入院患者単価の変化

資料：地方公営企業年鑑第 52 集をもとに作成

表 3.5-1 DPC 導入効果のあった自治体病院における平均在院日数と入院患者単価の推移

		平成 15 年度	平成 16 年度
広島県立中央病院	入院患者単価(円)	38,320	40,644
	前年比(円)	—	+2,324
	(%)		(6.1%)
	平均在院日数(日)	21.4	18.3
	前年比(日)	—	△3.1
大阪府箕面市立病院	入院患者単価(円)	36,735	37,406
	前年比(円)	—	+671
	(%)		(1.8%)
	平均在院日数(日)	14.8	13.7
	前年比(日)	—	△1.1

資料：地方公営企業年鑑第 52 集、各病院ホームページをもとに作成

A 病院では平成 16 年 7 月 1 日より DPC を導入しているが、平成 15 年度から平成 17 年度まで平均在院日数の短縮と入院患者単価の増加を順調に達成しており、その効果を獲得している (表 3.5-2)。ただしその効果は 4% 以下であるから、医療センターにおける導入効果も 4% 程度と見込むのが妥当である。

表 3.5-2 A 病院における平均在院日数と入院患者単価の推移

	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度
入院患者単価(円)	50,265	52,265	54,085
前年比(円)	—	+2,000	+1,820
(%)		(3.8%)	(3.3%)
平均在院日数(日)	14.3	14.0	13.6
前年比(日)	—	△0.3	△0.4

平成 17 年度医業収益をベースに導入効果を試算すると、入院患者 1 人 1 日あたり診療単価は 47,735 円となり、病床利用率が同じであれば約 3.5 億円の増収となる。

(算出根拠)

$$45,899 \text{ 円 (平成 17 年度 1 人 1 日あたり診療単価)} \times 1.04 \text{ (DPC 導入効果)} = 47,735 \text{ 円}$$

$$(47,735 \text{ 円} - 45,899 \text{ 円}) \times 600 \times 86.3\% \times 365 \div \underline{\underline{3.47 \text{ 億円}}}$$

医療センターではすでに平均在院日数の短縮化が進んでいるが、DPC を活用して、急性期で質の高い医療を提供した結果、入院患者単価の向上につながるような運営を留意すべきである。

2. 服薬指導を強化する

医療センターの服薬指導収入・件数は A 病院と比べるとかなり少ない。A 病院は医療センターのおよそ倍の薬剤師を擁するため、業務分担や服薬指導の質を精査する必要があるが、例えば、医療センターへの入院患者に対する入院時服薬指導を徹底すれば服薬指導件数の上積みの余地はあると思われる。

表 3.5-3 医療センターの服薬指導実績の推移

年度	服薬指導実施人数	服薬指導回数	診療報酬点数(点)	担当薬剤師数(人)	1 人 1 日あたり服薬指導件数(件)
13	2,485	3,665	1,356,050	4.00	3.8
14	2,818	3,854	1,402,900	4.00	4.0
15	3,814	5,493	1,991,150	4.25	5.4
16	2,427	3,784	1,356,650	3.33	4.7
17	2,831	4,043	1,428,150	3.83	4.4
18*	1,466	2,057	722,500	4.00	5.1

(* 18 年度は 4 月から 8 月までの 5 ヶ月間の実績)

資料：浜松市医療公社資料をもとに作成

表 3.5-4 A 病院との服薬指導件数の比較

	医療センター	A 病院
年間算定人数(人)	2,831	11,690
年間算定金額(千円)	14,150	60,235
年間算定件数(件)	4,043	17,210
薬剤師数(人)	15	29.8
年間1人当たり算定人数(人)	188.7	392.3
年間1人当たり算定金額(千円)	943	2,021
年間1人当たり算定件数(件)	269.5	577.5
月間1人当たり件数(件)	22.5	48.1
1人1日あたり件数(件/人・日)	1.1	2.4

資料：浜松市医療公社資料をもとに作成

3. 検査業務を効率化する

検査業務の生産性指標は他の公的急性期病院を下回っている。検査技師が実施する検査は技術の高い高付加価値のものへという方向で、検査収入の増収を図ることができないのかを検討する。

効率化にあたっては検査部門だけでなく、検査指示を出す医師を始めとした診療部門全体での検討が必須である。また、DPCによりカテーテル検査等付加価値の高い検査を除いて入院医療における検査が包括化されるのを契機に、検査業務のあり方全体の見直しを進めていくべきである。

勿論、患者にとって質の高い医療を提供するために必要な検査を実施することは前提であるが、その上で検査すべきものとその実施体制を検討していくべきである。

4. 給食材料費・診療材料費の削減

医療センターにおける入院患者1人1日あたりの給食材料費は、公的病院の平均単価よりも200円以上高い。医療センターは部分委託であるため委託料も含めた給食費総額で精査し、購買方策等の見直しも含めて、削減の余地を検討すべきである。

表 3.5-5 は公的医療機関における給食材料費の年度別開設主体別平均額である。これによると自治体病院の給食材料費の平均は473.2円であり、公的病院全体でも499.3円となっている。医療センターの給食材料費はかなり高い水準にあり、積極的な削減が必要である。ただし、医療センターにおいては、すでに給食の一部委託を実施するなどの効率的な運営努力がなされているが、今後は、委託費も含めたトータルコストによる詳細な分析を行ない、全部委託の可能性も含めた削減の検討をするべきである。

表 3.5-5 公的医療機関における給食材料費

		日赤	済生会	北社協	厚生連	連合会	公立学校	自治体	全社連	厚生団	船員保険	平均	(再掲) 日赤等の団体	消費者物価 指数(食料)
実 績 (円)	10	597.3	598.6	619.4	555.0	699.8	705.5	560.4	698.2	686.2	682.6	577.2	581.2	
	11	557.6	588.8	597.0	543.7	680.2	684.1	538.0	676.8	673.3	683.0	555.0	559.0	
	12	548.9	582.1	598.4	519.3	670.7	687.9	522.6	669.2	667.8	657.1	540.4	544.8	
	13	539.2	583.8	588.2	511.7	576.9	664.3	502.0	660.5	661.4	652.0	522.5	538.2	
	14	534.5	588.3	604.1	506.5	565.0	659.1	494.9	650.3	671.7	691.1	516.4	535.5	
	15	520.1	585.8	452.0	508.0	528.9	649.8	473.2	644.7	681.0	696.7	499.3	528.4	
指 数 (%)	10	108.8	102.8	103.5	106.9	104.3	102.6	107.2	104.3	102.8	103.9	106.8	106.7	102.5
	11	101.6	101.1	99.8	104.7	101.4	99.4	102.9	101.1	100.8	103.9	102.7	102.6	102.0
	12	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	13	98.2	100.3	98.3	98.5	86.0	96.6	96.1	98.7	99.0	99.2	96.7	98.8	99.4
	14	97.4	101.1	101.0	97.5	84.2	95.8	94.7	97.2	100.6	105.2	95.5	98.3	98.6
	15	94.8	100.6	75.5	97.8	78.9	94.5	90.5	96.3	102.0	106.0	92.4	97.0	98.4
対 前 年 度 比 (%)	10	104.2	100.7	105.9	104.0	100.9	100.6	99.2	101.4	102.4	100.1	100.5	103.4	101.4
	11	93.3	98.4	96.4	98.0	97.2	97.0	96.0	96.9	98.1	100.1	96.2	96.2	99.5
	12	98.4	98.9	100.2	95.5	98.6	100.6	97.2	98.9	99.2	96.2	97.4	97.5	98.0
	13	98.2	100.3	98.3	98.5	86.0	96.6	96.1	98.7	99.0	99.2	96.7	98.8	99.4
	14	99.1	100.8	102.7	99.0	97.9	99.2	98.6	98.4	101.6	106.0	98.8	99.5	99.2
	15	97.3	99.6	74.8	100.3	93.6	98.6	95.6	99.1	101.4	100.8	96.7	98.7	99.8

注. 消費者物価指数(全国食料)については、総務省「消費者物価指数年報」(平成15年)による。

資料：「平成15年度主要公的医療機関の状況」、厚生労働省医政局指導課、平成17年9月の抜粋

また、医療センターの診療材料費は、他と比べて著しく高いわけではないが、効率的というわけでもない。一般的に、ハイリスク患者を扱う医療機関、高度医療機関では診療材料費が高くなる傾向にあるため、在庫や取扱品目の絞込み等の方策で診療材料費の削減の余地を検討すべきである。

3.5.2 医療センターへの経営健全化の提言（中長期的方策）

3.5.1 で示したとおり、医療センターにおける経営健全化のための短期的方策は DPC による増収機運に乗じて、コストの削減を図ることである。中長期的方策は、安定した経営を実現していくために、病床規模、医業収入規模に合わせた運営体制の確立や患者ニーズに合わせた診療体制の対応により、適切な目標の設定・管理の下で経営健全化を進めていくことに他ならない。

人件費や組織の再編は現場当事者にとって痛みを伴うことが多いため、十分な説明と理解の上で時間を掛けて進めていく必要がある。

1. 人件費を削減する

平成 17 年度における医療センターの医業収益に対する職員給与費比率は 56.4%であり近隣病院や収益性の高い自治体病院と比べると比較的高く、経営を圧迫する要因の一つとなっている。経営を健全化させるためには、医業収益に対する職員給与費比率をまずは 50%程度に抑制すべきであるがこの指標を抑制するためには、医業収益を上げるか、人件費を下げるかの 2 つの手段があり、両面からの対応を検討すべきである。人件費については、収入のパフォーマンスと比較して、適切な賃金のあり方を検討する必要がある。

2. 診療部門の再編を検討する

これまで整理してきたとおり、医療センターは地域の中核的な総合病院であり、現在の地域に果たしている役割を今後も担っていくためには、総合的な運営を継続する必要がある。

しかし医療センター内の傾向分析で課題として抽出されたとおり、各診療科の運営状況を年次推移で把握すると、患者数が増加傾向にある診療科と減少傾向にある診療科が散見される。病院の運営を効率化していくためには、こういった診療科の再編や医療資源の投入量の見直しも必要である。

3.5.3 リハビリテーション病院の経営健全化への提言

リハビリテーション医療は平成18年度の診療報酬改定により、大幅な施策の転換が図られている。新しいリハビリテーションのあり方は高密度短期集中型のリハビリテーション医療を推進しているため、リハビリテーション病院における体制面の充実を図るとともに、急性期病院から転院される患者の早期受入、維持期に移行した患者の地域への受入を円滑にすべく対応が求められる。

リハビリテーション病院における経営改善策とは高密度短期集中型の回復期リハビリテーションを効率的に実践して医業収益を増加させることである。具体的には、次の方針を提言する。

- ① 連携パス等を活用して急性期病院等からの紹介ルートを拡大するなど病院間の連携を図り、適切に入院患者を確保し、病床利用率を向上させる。
- ② 早期リハビリテーションを充実させ、高収入期間を持続させるとともに、高密度リハビリテーションを継続して1患者1日あたりの単価を向上させる

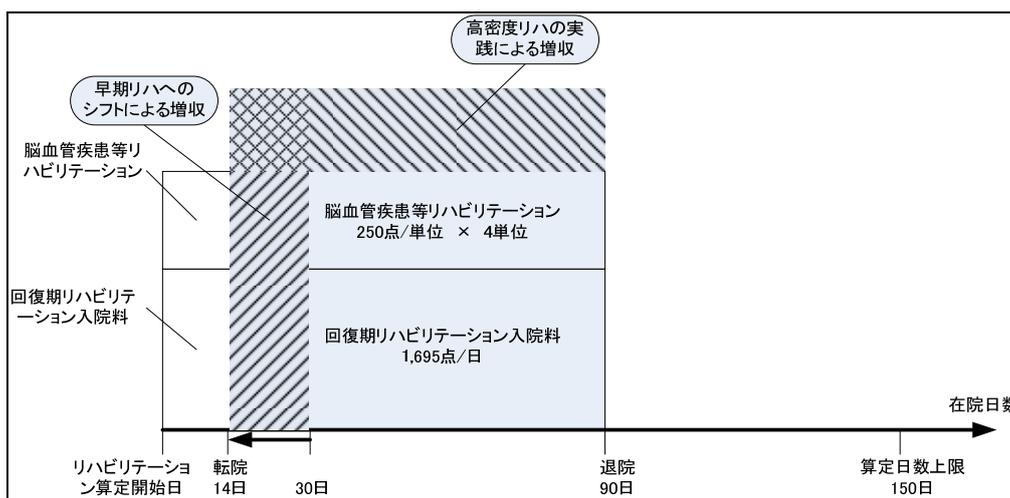


図 3.5-3 今後目指すリハビリテーションモデル(1)
(早期リハを充実させ、高収入期間を持続+高密度リハにより単価増)

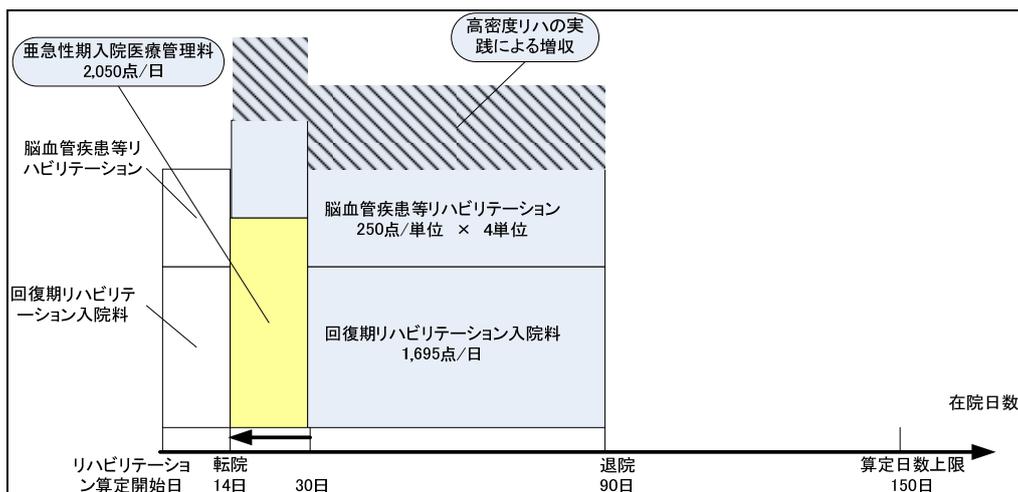


図 3.5-4 今後目指すリハビリテーションモデル(2)

(亜急性期入院医療管理料を算定し、単価増+高密度リハにより単価増)

方策としては、以下のような組み合わせ可能の方策について、順次実施していくことが望ましい。なお、これらの実施には PT/OT/ST といったスタッフ体制の整備も必要である。収入と費用の両方の増加に伴う影響を見据えた上での改善策を実施すべきである。

1. 病床利用率向上による増収【患者数増】

3.2.1 で示したとおり、リハビリテーション病院においては病床利用率の向上が課題である。平成 18 年度上期において病床利用率は 73.0%まで回復しており、急性期患者受入のための空床確保を考慮してもなお、より一層の向上が必要であろう。

患者受入数が増加して病床利用率が 5%上昇した場合、収益が増加する。平成 16 年度実績から回復期リハビリテーション病棟の病床利用率が 5%上昇したとすると、約 6,500 万円の増収となる。

(算出根拠)

$$\begin{aligned} & \text{回復期リハ病床 (132 床)} \times 5\% \times 365(\text{日}) \times \text{患者 1 人 1 日あたり入院単価} \\ & (26,950 \text{ 円/人} \cdot \text{日}) \\ & \asymp \underline{\underline{6.492 \text{ 万円}}} \end{aligned}$$

2. 早期・高密度型リハビリテーションによる増収【単位増】

急性期病院からの転院のタイミングを早め、患者に対してできるだけ早い段階から手厚い高密度なりハビリテーション医療を提供することは、患者の早期回復・早期退院につながるため、患者満足度向上や医療の質の向上に資するものである。また、この取り組みは患者 1 人 1 日あたりの入院単価も高めることができるため、経営的なメリットとも両立する。

高密度のリハビリテーションを実践するためには当然マンパワーが必要である。平成 18 年 10 月時点でリハビリテーションの平均単位数は 4.1 単位である（PT2 名、OT1 名、ST2 名）。スタッフの業務効率化によって 5 単位まで平均単位数を向上させることは短期的目標としてわかりやすい。なお、それ以上の高密度については、人員増加が必要となるため中長期的課題という位置づけになる。

現在の 1 日あたりのリハビリテーション単位数を 2 単位あげた場合、平成 16 年度患者実績から、約 1 億 1,000 万円の増収となる。

(算出根拠)

1 日あたり単価増分 (250 点×10 円×2 単位) ×365 日×回復期リハ病棟 1 日あたり入院患者数 (60.7 人) ÷ 11,078 万円

4. まとめ

本業務では、浜松市の病院事業の経営健全化を図ることを目的として、浜松市医療公社が運営する医療センターおよびリハビリテーション病院の経営分析を行ない、分析結果に基づいて提言を行なった。

自治体病院として果たすべき役割の明確化については、過去の文献を基に自治体として担うべき医療を整理した上で、医療センターについて医師へのアンケート・ヒアリングを基にした不採算な医療の分析を実施した。この結果、従来から政策医療として位置づけられてきたものを中心に、一定の前提に基づく積み上げによる簡易的なコスト計算によって、その不採算の状況を把握することができた。このような政策医療等の不採算性を定量的に把握しようとする試みは、従来の繰入金支出の必要性を示すものであると共に、今後の繰入金のあり方を考える際にも資するものである。

地域医療機関との連携のあり方については、両病院の特色を歴史的な背景を含めて整理した。これらを通じて、医療センター、リハビリテーション病院の市民にとっての必要性および市内医療機関との分担について整理することができた。今後は、ここで明確に整理した役割を踏まえて、両病院が一層地域医療に貢献していくことが強く求められる。

経営状況の分析については、2病院を他病院と経営指標で比較した場合の業務水準、2病院内での科別患者動向や科別収支の推移、職種別人件費を他病院とさまざまな角度で比較した場合の水準などが整理された。医療センター、リハビリテーション病院とも高度な技術を有しており、収入増の可能性が高いため、まずは収入力の強化が求められる。その反面、高コスト体質にも陥りやすいという弱点があるため、コスト効率化への取り組みも求められるが、長期的、短期的な取組みを併せて実施していくべきであろう。

今後は、定期的に経営改善の状況をモニタリングする仕組みを整備すべきであり、すでに設置されている経営委員会がその任を担い、経営改善目標の設定と進捗管理を行ない、適宜、対外的に公表していくのが望ましい。これは説明責任を果たすという観点からも重要である。

経営健全化への取組みは、永続的なものである。その根本は病院の課題を職員全体で認識し、一枚岩となって課題解決に取り組むという意識の共有が不可欠である。そのためには経営層と現場、職種間、市と医療公社間といった各層でのよりよいコミュニケーションが欠かせない。今回の分析結果が対話のきっかけとなり、互いの意識の差を埋めつつ、今後の経営健全化推進に資することを期待する。