

2次保健医療圏別病院病床数（一般・療養病床）

	国立	県立	市町村立	日赤	その他	合計
津 軽	1,181	50	1,063	0	2,001	4,295
八 戸	624	82	1,074	394	1,260	3,434
青 森	520	814	688	0	1,632	3,654
西 北 五	0	0	918	0	719	1,637
上 十 三	50	0	1,013	0	320	1,383
下 北	30	0	647	0	0	677
計	2,405	946	5,403	394	5,932	15,080

病 院 数

	国立	県立	市町村立	日赤	その他	合計
津 軽	3	1	7		18	29
八 戸	2	1	6	1	19	29
青 森	1	3	3	0	16	23
西 北 五			5		5	10
上 十 三	1		5		7	13
下 北	1		5			6
計	8	5	31	1	65	110
うち精神病院	0	1	0	0	17	18
差 引	8	4	31	1	48	92

上記のように、平成15年3月末現在の青森県内の病院病床数（一般病床及び療養病床）は15,080床であるが、そのうち、国立病院が2,405床、県立病院が946床、市町村立病院（一部事務組合立を含む）5,403床、日赤394床と、公的病院の病床数は9,148床で、全体の60.7%を占めている。また、一般病院92のうち公的病院は44である。特に下北地域は全てが公的病院である。

(2) 「自治体病院機能再編成」

青森県においては、31の市町村立病院の大部分の経営が苦しいため、県健康保健部を中心として各2次保健医療圏毎に病院の機能分担や機能連携を明確にする「自治体病院機能再編成」を推進中である。（全国的には県立病院は自治体病院の一部と考えられているが、青森県では、一部事務組合立を含む31市町村立病院を「自治体病院」と称しており、県立中央病院は別格の扱いとなっている。以後、県立病院を含んだ場合には自治体病院と表記し、青森県独自の定義による場合には、「自治体病院」と表記する。）平成11年12月に「青森県自治体病院機能再編成指針」を公表した。その後、青森地域及び上十三地域は自ら機能再編成計画を策定済みであり、残りの4つの2次保健医療圏の機能再編成計画は県主導で進められている。

(3) 3次医療の担い手

県立中央病院は、3次医療を提供する機能を求められていると考えられる。しかし、弘前市の弘前大学医学部附属病院は特定機能病院として高度な医療を提供しているし、また八戸市の八戸市立市民病院は救命救急センターを開設し、平成15年には地域医療

支援病院の承認を受けている。

平成15年3月末現在の青森県内における療養病床及び一般病床の既存病床数は15,080であるが、うち、弘前市を中心とする津軽地域が4,295、八戸地域が3,434、青森地域が3,654である。旧三市を中心とした2次医療圏で11,383と全体の75.5%を占めている。また、青森県全体の基準病床数13,259に対しては、これら3つの2次保健医療圏で9,947と75.0%を占めている。

ちなみに、平成12年国勢調査によれば、青森県の総人口は1,475,728人、うち津軽地域347,066人、八戸地域355,214人、青森地域329,161人と拮抗している。これら3つの2次保健医療圏の人口計は1,031,441人であって、県内全体の69.9%である。

旧三市における主な公的病院の一般病床の状況は次のとおりである。

弘前市は、弘前大学医学部附属病院、国立弘前病院、弘前市民病院の3つで一般病床数1,171（津軽地域におけるシェア27.3%）、八戸市が八戸市立市民病院、青森労災病院、八戸赤十字病院の3つで一般病床数1,396（八戸地域におけるシェア40.7%）である。これに対して、青森市は県立中央病院と青森市民病院の2つで一般病床数1,252（青森地域におけるシェア34.3%）である。

この結果、県立中央病院は、青森地域の2次医療の相当程度を担いながら、青森県における基幹病院として青森県の3次医療を支えていかなければならないというジレンマを抱えているものといえる。県立中央病院の平成14年度における新規入院患者10,446人のうち、青森市7,287人、東津軽郡788人と、青森地域2次保健医療圏だけで全体の77.3%を占めており、津軽地域や八戸地域からの新規入院患者は各々1%前後に過ぎない。新規外来患者においては、実に81.8%を青森地域で占めている。新規入院患者に対して青森地域の占める割合はここ数年でやや低下傾向にあるが、新規外来患者に関してはほとんど変わっていない。

この結果、県立中央病院は、その名称にもかかわらず、実質的には青森地域の基幹病院であるとの批判が従来から根強い。

しかし、見方を変えれば、地理的に旧三市がバランスよく配置され、2次保健医療圏地域内で相応の高度医療を各々供給できる体制になっていることは、住民福祉の面においては評価すべきものともいえる。ただ、問題はその財政的な側面である。

弘前大学医学部附属病院は国立大学のため従来は地方自治体における財政負担は考慮する必要がなかった。（今後は、平成16年度からの国立大学法人移行に伴い、法人としての自助努力が求められるものと思われる。）

八戸市立市民病院は平成9年に移転新築し、八戸地域住民に快適な医療環境を提供している。しかし、財政面においては、毎年約2億円の救命救急センター運営費補助金を青森県から受けているに過ぎず、病院の医業収入と八戸市一般会計からの繰入金によって運営されている。多額の減価償却負担の影響か、八戸市立市民病院の平成14年度の純損失は10億33百万円、年度末における累積欠損金は10億65百万円、不良債

務2億35百万円となっている。

これに対して、県立中央病院においては、昭和53年度から平成14年度までの25年間で、通常の繰入金に加え、青森県から欠損金解消のための繰入金101億7千万円が投入されている。さらに、資本剰余金217億88百万円を取り崩した結果、県立中央病院の平成14年度末の累積欠損金は34億41百万円、不良債務はゼロである。

県立中央病院が繰入金として多額の県費を投入されている現状にあつては、県立中央病院に求められている医療の質は他の「自治体病院」より高く、また、求められる経営努力や情報開示の水準も高いものであることを深く認識しなければならないものと考ええる。

1.2 県立中央病院の経営改革と今後の方向

(1) 過去の経営改善計画の評価

県立中央病院の過去の経営成績の概要については第1の「7. 過去の経営改善の状況」に示したとおりである。

平成9年7月に、濃沼信夫東北大学教授を委員長とする「青森県立中央病院の経営改善について（最終提言）」が提出されている。この中で、経営改善を進めるための県立中央病院のあり方として、次の5つを挙げている。

- ・ 職員の意識改革
- ・ 経営マネジメント
- ・ 地域医療連携の推進
- ・ 病院機能の見直し
- ・ 診療基盤の整備

また、具体的方策として、平均在院日数の短縮、病床管理の一元化、請求もれの防止、職員の適正配置、物品管理の適正化、委託業務の適正化等を提言している。

これを受けて、第4次経営改善計画期間においては、平均在院期間の短縮、医事業務の委託の拡大、病院服薬指導の拡大、院外処方等の推進等を行った。また、この間、平成11年2月からオーダーリングシステムが一部稼働し、平成11年10月に物品管理システム、平成13年3月には新生児集中治療室（NICU）が完成した。平成12年1月には、日本医療機能評価機構による認定を受けた。その結果、個々の数値目標に対する未達はあるものの、一定の成果は挙げたものと評価できるものと考ええる。

(2) 県立中央病院を取り巻く外部環境

① 保健医療行政

日本においては少子高齢化の進展が著しく、この結果、国民医療費とりわけ老人医療費の増加が大きな問題となっていた。その結果、医療と福祉の垣根を見直すこととし、

平成12年4月から介護保険制度が導入された。

しかし、その後も日本経済は構造改革の渦中にあり、国家財政、地方財政ともに健全化が求められている。

現在、国の保健医療行政は、大きくいえば次のような方針に向けて舵取りをしているものといえる。

- 1) 予防医学の推進
- 2) 急性期医療と慢性期医療の区別
- 3) 機能分担の推進

その結果、平成14年度診療報酬改定は初のマイナス改定となり、医療保険においては、平成15年4月から政府管掌健康保険の本人負担割合が2割から3割に改定された。平成15年6月からは、特定機能病院における入院医療費の包括化が導入された。平成16年4月からの診療報酬改定は、薬価が一部引き下げられる他は小幅なものになりそうである。

日本の医療提供体制は概ね次のように推移するものと予想される。

- 1) 診療所はかかりつけ医として1次医療を担当し、一部を除く民間病院は慢性期医療を担当する。
- 2) 大学院等の特定機能病院や大規模な公的病院は、十分な医療提供や手厚い看護体制を整えて第3次医療を中心とした急性期医療を担当する。
- 3) 中小規模の公的病院や比較的設備の整った民間病院が2次医療を担当する。
- 4) 手術技術料評価が厳格となっていく。
- 5) 入院医療費は全体として出来高制から包括化の方向へ進む。

② 医療の質や病院機能面

- 1) 高機能病院では、電子カルテを導入し、診療科間や病院間の連携を密にするとともに、患者からの開示請求にも十分耐えられるようにする。
- 2) クリティカルパスに基づいた診療を行い、インフォームドコンセントを十分に行う。
- 3) EBM（根拠に基づく医療）の重要性が高まる。

(3) 中央病院の今後目指すべき方向

平成14年11月に策定された第5次経営改善計画（計画期間は、平成15年度から18年度までの4ヵ年）では、「当院の進むべき方向性」として、「高度・特殊医療の提供を病院の理念の1つとして掲げる当院は、平均在院日数の短縮や医療連携の推進などを図りながら、急性期病院としての性格を一層明確化させていくべきもの」と述べている。

年度別収支計画の概要は次のとおりである。

(単位:千円)

	15年度	16年度	17年度	18年度
医業収益	13,811,321	13,849,344	13,910,022	14,165,346
医業費用	15,856,995	15,855,113	16,136,661	16,173,536
医業損益	△ 2,045,674	△ 2,005,769	△ 2,226,639	△ 2,008,190
医業外収益	125,254	132,761	143,298	143,269
医業外費用	873,706	796,655	788,353	754,811
繰入金計上 経常損益	△ 2,794,126	△ 2,669,663	△ 2,871,694	△ 2,619,732
他会計繰入金	1,558,038	1,625,152	1,718,857	1,700,869
経常損益	△ 1,236,088	△ 1,044,511	△ 1,152,837	△ 918,863
予備費	3,000	3,000	3,000	3,000
当年度純損益	△ 1,239,088	△ 1,047,511	△ 1,155,837	△ 921,863
当年度実質損益	142,712	287,352	236,373	421,325

経営改善の具体的な方策として、以下の8つを挙げている。

- ①機能見直し及び業務合理化等による人員の適正配置(病床数の削減〔平成16年度に一般病床25床の削減〕、業務委託の推進、臨時職員の削減等。)
- ②収益性の向上(平均在院日数の短縮〔一般病床の平成18年度の目標17.0日〕、初診患者率の増加等)
- ③費用の削減(材料費の削減〔医業収益比31.4%を目標〕)
- ④診療機能の充実(医師定数の見直し〔医師6名増〕、総合周産期母子医療センターの人員配置〔看護職員を外来、病棟から一部配置替する〕等)
- ⑤医療・医学教育の充実
- ⑥患者サービスの向上(再来受付機、駐車場スペース)
- ⑦施設・設備等整備計画(平成16年10月総合周産期母子医療センター稼働予定)
- ⑧情報システムの整備

また、一般会計からの財政措置を十分に行うことを求めている。

県立中央病院の現状と前述の外部環境を勘案すると、第5次経営改善計画で定める方向性は概ね妥当なものであると考える。

(4) 県立中央病院に対する意見

- ① 第5次経営改善計画は、相応の他会計繰入金の繰入を受けたうえで、なおかつ各年度の損益がマイナスという計画となっている(減価償却費や繰延資産の償却費を加算した後の「実質損益」でプラスを確保するという計画)。後述の診療科別損益計算書を参考にして、今後、自己の経営努力で達成可能な損益水準と他会計繰入金のあるべき水準の検討が必要と考える。
- ② 今回、病院に当方の考えを述べ協議した結果、病院事務局で別紙のとおり診療科別損益計算書を作成した。これは試行段階であり、現場の意見を広く募ったうえで改善していく必要がある。今後は、診療科別損益計算書を每期作成し、PDCA

(PLAN-DO-CHECK-ACTION)サイクルに基づいて診療科別損益改善に役立てる必要がある。

また、将来予想される診療報酬の包括化に備えて、疾病別原価計算ができるよう準備していく必要がある。

- ③ これから経営改善をさらに推し進めていくためには、個々の職員の意識の覚醒、適切な診療科別損益計算等に基づき、科別、職種別、職員個人別の具体的な数値目標を定め、各職員が目標を達成するよう努力し、結果を評価するシステムを作っていく必要がある。
- ④ 自治体病院と民間病院の最大の違いは、職員の人件費水準である。

これを解決するためには、第5次経営改善計画に「今後検討すべき課題」として掲げられているように、地方公営企業法の全部適用を検討する必要がある。日本でも、民間では年功序列型賃金体系から年俸制や能力給の体系に移行してきている。自治体病院においても、能力給中心の賃金体系への移行が求められているものと考えられる。ただし、全面適用する場合には、管理者を置き、管理者の独立性を確保するとともに、その権限と責任を明確にするよう努める必要がある。

また、平成16年4月より、地方独立行政法人制度が創設されることである。地方独立行政法人へ移行することのメリット・デメリットを慎重に考慮し、その適用を検討する必要がある。

- ⑤ 前述の「青森県自治体病院機能再編成指針」に基づき、「西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」が平成14年12月に策定されている。

それによると、圏内14市町村を構成員とする広域運営体制を構築し、新たに救急医療や高度・専門医療を担う中核病院を、2008年度を目途に創設し、他は後方支援病院・診療所とすることとしている。計画の中で、連携の一つとして、「大学医学部及び県立中央病院による定期的な勤務医の教育・研修と指導・助言」、「第3次医療機能を有する大学医学部附属病院及び県立中央病院との連携」という項目が明記されている。

また、平成15年9月に策定された「下北地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」にも、県立中央病院に関する同様の記載がある。

県内の「自治体病院」、とりわけ郡部の病院においては、従来から医師確保に非常な苦労を重ねてきており、いまだに医師の充足率は十分とはいえない状況である。

平成15年5月に全国自治体病院開設者協議会が発行した「自治体病院の経営改善策に関する報告書」の中にも、下記のような意見が記載されている。

・「県立中央病院クラスは臨床研修病院の指定を積極的に受け、全国から競い合って、若い研修医を受け入れるべきである。県立中央病院クラスがきちんと医師養成を行って地方に出していく(べきである)。」

・「少なくとも県の中核の県立病院は県内のへき地、中山間地に医師を出していく、養成義務があると思っている。自らが医者を集めて、周辺の市町村に派遣して行くことが本当の病診連携ではないか。」

また、岩手県立中央病院の特殊事情（岩手県には県立病院が27ある）として、「県立中央病院から、年間に延べ1,700人のスタッフが地方の県立病院あるいは市町村の病院や診療所にまで派遣されていて、彼らがそこで挙げた収益は中央病院ではなくスタッフの派遣を受けた他の田舎の病院の収益になる。そういうわけで中央病院は赤字になるけれども、県立病院全体として黒字になっているのである。」

県内の「自治体病院機能再編成」を進めて行くうえで、青森県立中央病院が進んで研修医の育成や医師の派遣センター的な機能を担うことを検討する必要がある。いずれにしても、「自治体病院機能再編成」との整合性を考えたうえで、県立中央病院の進むべき道をより広く検討する必要があると思う。

⑥ 中央病院の担うべき使命をより明確にし、紹介・逆紹介を推進し、県内の他地域からの新規患者を広く受け入れるよう努める必要がある。特に、青森地域の他病院との住み分けをより明確にすべきものと考ええる。

⑦ 諏訪中央病院管理者鎌田實氏は、「病院なんか嫌いだ」（集英社新書）で、「攻める医療」と「支える医療」の必要性を説いている。地域ぐるみの健康づくり運動やボランティア活動とともに、急性期医療、リハビリ施設、介護施設、在宅ケアの連携により、諏訪中央病院では平均在院日数約15日を達成している。

県立中央病院は、急性期医療を担うことから、「攻める医療」の担い手であることは疑う余地がない。しかし、平均在院日数の短縮は、県立中央病院単独では限界があるものと思われる。県立中央病院として積極的に病診連携・病々連携を推進すべきことはもちろんであるが、青森県としても、「自治体病院機能再編成」のみならず、医療と福祉の連携を包括的に進める必要があるものと考ええる。

2. 診療科別損益計算書の作成と今後の活用

2.1 病院診療科別損益計算作成の目的

病院診療科別損益は、病院の収支状況を診療科別に把握し、病院の経営改善及び診療報酬体系適正化のための資料を得ることを目的にしている。全国自治体病院協議会では「病院運営実態分析調査」に基づき3年に1度「病院診療科別原価計算調査」を実施し、結果を公表している。そのようなデータをベンチマークとして、当病院と比較し、経営改善の契機として活用することも可能である。

中央病院では、今まで病院診療科別損益計算を行っていないが、今回、病院のご協力を得て、初めて試作することができた。初めての診療科別損益計算の試作であるので、その概要を紹介し、私たちの意見を申し上げたいと考える。

2.2 作成と分析の視点

次のような観点から診療科別損益計算の作成と分析を行った。

- ①中央病院では、平成14年度で医業損益が25億円の赤字であった。診療科別損益を作成し、病院の収支状況を診療科別に把握し、病院の経営改善のための資料を得る。
- ②中央病院には、県負担金として、3条繰入（不採算医療等）16.1億円、4条繰入（借入金元金償還および建設改良費）15.7億円、合計で31.8億円の税金が投入されている。医業損益に、県負担金（3条繰入）を加算した後の損益は、13億円の赤字であり、さらに減価償却費12億円を控除しても、1.2億円の赤字である。診療科別キャッシュ・フロー計算書を作成し、診療別に把握し、病院の経営改善のための資料を得る。

2.3 作成方法

(1) 医業収益

医業収益は、入院収益、外来収益、室料差額、その他収益からなり、24の主部門・診療科へ配賦した。

(2) 医業費用

医業費用は、①給与費、②直接費、③施設費、④運営費の4つに大別し、それぞれ一定の配賦基準を用いて、主部門・診療科（26）と援護部門（24）に配賦し、その後、援護部門の経費を診療科へ2次配賦した。

主な内容と配賦基準は次のとおりである。

○ 医業費用の分類と配賦方法

費用分類	内容	配賦方法
①給与費	医師、看護師、職員等の人件費。 給料、手当、報酬など	直接配賦
②直接費	重要性があり、直接把握できる費用。 薬品費、診療材料費、特定の委託費・医療機器保守料、 器機備品減価償却費など	直接配賦
③施設費	施設の維持に関係する費用。 水道光熱費、施設の保守料、建物減価償却費など	面積比
④運営費	その他の費用および管理部門の経費。 旅費、消耗品費、電算システム運営管理料など	職員数

○ 援護部門から主部門・診療科への配賦方法

援護部門	主部門・診療科への配賦方法
①外来共通	外来延患者数
②病棟（1西～9西）	病床割当数
③放射線診断	画像診断料収入
④臨床検査	検査料収入
⑤手術部	手術時間数
⑥ICU	ICU・救命料入院収入
⑦輸血部	輸血料収入
⑧薬剤部	薬剤技術指導料収入
⑨栄養管理部	入院延患者数
⑩人工透析	透析延患者数
⑪中央材料室	入院・外来延患者数及び手術時間数
⑫MEセンター	主要業務稼働時間／週

原価計算の概要

