

新公立病院改革と生き残り戦略

地方独立行政法人山形県・酒田市
病院機構日本海総合病院院長

栗谷 義樹氏



庄内医療圏は、高機能病院や地域の基幹病院が複数あり、患者の流入流出が多い比較的独立した医療圏です。年間手術件数が6000件を超える日本海総合病院、3000件を超える鶴岡市立庄内病院が圏域の両基幹病院ですが、鶴岡と酒田との連携を含め、医療圏内はどのような構造になっているか、日本海総合病院の栗谷義樹院長にお聞きしました。

(文責・編集部)

新公立病院改革ガイドライン

—病院報告制度では現状投影型で高度急性期、急性期、回復期、慢性期を報告していると思いま

ます。これが将来どうなっていくと予想されて

いるか、現状ではどういう問題があるか、日本海病院ができた経過も踏まえてどういう課題があつたのか、お聞きしたいと思います。

栗谷 私たちの病院は、県立病院と市立病院が合併して、運営形態を自治体直営から一般地方独立行政法人に移行したという大変珍しいケースです。中期計画期間は4年で、2015年が第2期中期計画期間の最後の年になります。統合再編は平成20年4月ですが、この前年に第一

次の公立病院改革ガイドラインが作られており、当法人の再編統合はこのガイドラインにある、経営効率化、再編ネットワーク化、経営形態の見直しという三つの柱をすべて含むものであつたなどが求められています。

ある業界紙は、10年後には3分の1の自治体病院が消滅するかもしれないと書いています。実際、かなりの病院は存続したとしても現在の一般病床から療養や回復期リハビリなどへ病床

機能の転換が行われているだらうことは、今後始まる医療制度改革の方向性から見ると、現実のものになると予想されます。新しい公的病院改革ガイドラインでは、病床稼働率で地方財政計画にある一床あたりの交付金を決めるになりましたし、地域医療構想では病床機能の報告について、実態から乖離した報告や地域医療計画構想と齟齬があれば、都道府県知事は病床機能の転換を命令出来る、これまでになかつた権限が付与されるようになりました。現実に実現可能かどうかは別として、官民間わざ従わない場合の診療報酬単価通減まで、議論の俎上に載っています。

蔵王協議会

栗谷 山形大学は蔵王協議会という、大学医学部教授会と教室員会、関連病院会、県健康福祉部、県医師会、県歯科医師会、県看護協会、県薬剤師会で構成する団体をつくっています。この中の関連医療施設部会では本年1月、山形大学の医療政策学の村上教授を中心として、山形大学附属病院久保田病院長、山形県阿彌医療統括監、山形市立済生館病院平川秀紀館長、それ

に私の5人でワーキンググループをつくり、「山形県の医療需要の将来推計とDPCデータから見る一次医療圏別の急性期医療の動向」という報告書をまとめました。2015年から5年刻みで2040年までの二次医療圏ごとの人口推計や医療機関種別総患者数、患者の流入流出率、現在のシェアと今後の推計などを山形大学医学部医療政策学講座がまとめたものです。個別医療機関の今後については現段階では不透明ですが、条件設定の限界を考慮した上で的一般的な話としての答申で、今後始まる地域医療構想の中で議論のたたき台の資料として反映されるこ

とを期待しての作業です。

地域医療構想の中でその立場、立場にある人たちが政治決断できるかどうかが最も肝心なところですが、当院の位置する庄内二次医療圏の議論はこれからで、具体的な協議がこの中で展開されると期待しています。

非営利ホールディングスカンパニー

栗谷 これと関連して非営利ホールディングスカンパニー(HD)の制度設計を国がやっていました。診療報酬については来年度の改定を何とか

ため、成立経緯、成り行きについては設立当初から注目されました。

再編統合の経緯はいろいろなところで紹介されていますので省略します。本年3月に公立病院の新しいガイドラインが策定されました。ここでは第四の柱として地域医療構想の中での自院の立ち位置をより明確に将来計画に書き込むことが挙げられ、数値目標の中に具体的な経営、業務関連項目を数値目標として記載することなどが求められています。

ある業界紙は、10年後には3分の1の自治体病院が消滅するかもしれないと書いています。実際、かなりの病院は存続したとしても現在の一般病床から療養や回復期リハビリなどへ病床

在の公的病院の一般的な運営形態である地方公営企業法全適も含めた直営体制は歴史的な役割を終えつつあるように思えます。我々の一般地方独立行政法人も最終形とは言えないかも知れません。個人的には非営利HDが一つのモデルになるかもしれないと考えています。非営利HDは地域医療連携推進法人という名称になつて、官民区別なく一緒に組織に入ることが可能とされています。

——私もそう思います。民間よりもやりやすいと思います。

栗谷 中央省庁からつながる病院系列も同様に歴史的使命を終えようとしており、今後の少子高齢化時代の要請に応えるのは難しいと思います。全体として我が国は大縮小時代に入るわけなので、それを乗り越えることの可能なプロトタイプモデルが今後は最も必要とされます。医療提供体制のスクラップ・アンド・ビルトは系列を除外したすべてのラインを糾合した形で進められなければなりません。重要なことは決断が可能な仕組み作りです。大縮小時代は議会、行政に決断を委ねても、一方で選挙対策や公平公正を厳密に担保しなければならない制約などを考慮するとあまりに非効率で、決断できる

仕組み作りが遅れれば財政のソフトランディングすら怪しくなります。無為に時間だけが過ぎて何ら手を打たずに手遅れになれば、立ち枯れに陥るところがあちこち発生し、收拾がつかない状態になる可能性もあり、特に過疎地の自治体病院はその可能性が高いと思います。2025年はすぐそこにあるわずか10年後の近未来です。社会保障財源が底割れしないうちに、ある意味、国を救うためのひな型をつくれば、それは重要な意味があることではないかと思います。

栗谷 当然法は退職給与引当金について、平成23年度から引当を開始しましたが、初年度では一括引当しています。引当項目では退職引当が一番額が大きいですが、平成26年度から直営自治体病院も直営会計基準に沿った決算を出すことになっているので、26年度決算書は恐らくどこの病院も厳しい収支報告が予想されます。一括引当と15年分割引き当が可能ですが、26年度決算は例年とかなり違っているので、医療機関ごとに決算背景を明示されないと理解が難しか。今の形態はやりやすいですか。

栗谷 独法になつて8年目に入りましたが、今のこところはメリットの方がが多いといえます。営業成績さえ結果を出せれば大変良い制度ですが、か。今の形態はやりやすいですか。

栗谷 独法になつて8年目に入りましたが、今のこところはメリットの方が多いといえます。営業成績さえ結果を出せれば大変良い制度ですが、

悪かつたら地獄のような制度かもしれません。

——『新公立病院改革ガイドライン』の「資料1」

を見ると、「平成25年度の経常収支が黒字の公立病院の割合や公立病院全体の経常収支比率は、プラン策定前と比較して（前年度からは若干低下しているが）大幅に改善している」とあります。とくに、地方独立行政法人化している病院が53病院（予定を含めると69病院）と増加していく、経常収支比率がよくなっているというデータです。退職給与引当金は除外していませんか。

栗谷 当然法は退職給与引当金について、平成23年度から引当を開始しましたが、初年度では

一括引当しています。引当項目では退職引当が一番額が大きいですが、平成26年度から直営自治体病院も直営会計基準に沿った決算を出すことになっているので、26年度決算書は恐らくどこの病院も厳しい収支報告が予想されます。

一括引当と15年分割引き当が可能ですが、26年度決算は例年とかなり違っているので、医療機関ごとに決算背景を明示されないと理解が難しいと思われます。

全国の独法病院が加盟している全国地方独立行政法人病院協議会という団体があり、私もその役員をさせていただいています。平成26年に

は78病院が直営に移行していく、これから数カ所の病院も直営になる予定ですけれども、今後の制度改革をクリアできない病院がでてくることも予想されており、直営にすればいいというものでもありません。

——かえつて悪くなるケースもあるわけですね。栗谷 ありうると思います。

——日本海病院は成功事例として取り上げられていますが。

栗谷 繼続可能かどうかはまた別の話で、先々の医療経営環境はどんどん変わっていきますから、今と同じこと、昨日と同じことをやつていたのでは多分駄目ですね。

——2次医療圏、地域医療構想、そして公立病院改革は全部リンクしているわけですね。

栗谷 そのとおりです。

ほうはこういうふうに転換しましよう」ということになるものでしょうか。

栗谷 財政制度等審議会財政制度分科会では、この4月に今後5年間で、2兆円から2・5兆円の社会保障費の伸び抑制、診療報酬についてはマイナス改定が必要と明言しています。2020年までの財政プライマリーバランス均衡は恐らく我が国の国際公約と考へるべきで、分科会の議論が社会保障費用に集中したのは、国の財政が置かれた状況を考えると必然といえるでしょう。

診療報酬の削減下で生き延びるには結局のところ、業務の問い合わせ以外に選択肢はありません。しかし、みんなが食べていけるような問い合わせがないわけです。繰り返しますが、過疎化が進むところほど集約化しないと、医者も集まらないし経営も改善しません。行政は集約化を進めることで、24時間、365日、広域で集約化された医療機関へのアクセスを保証する方が、結局は運営コストは安く済みます。

医療費削減の中でどう生き残るか

——新公立病院改革では地域医療構想の中で、自院の病床も決めなさいと言わっています。た

だ、民間病院までそれをできるとは思いません。理想とする、みんなで議論して、「じゃあ私の

庄内医療圏の医療機能分担

——庄内医療圏は酒田と鶴岡とありますけれど受け入れているという現実もあります。そん

な状況が続ければ医師はますます過重労働に陥り、より不足に拍車をかけますし、莊内病院の医師が疲弊してどんどん少なくなっていくのではわれわれも困ります。連携という言葉は時代背景が変われば、言葉の持つ意味も変遷して行きます。綺麗事で連携を語る時代は過ぎていています。

本当の意味で両方が対等の立場で意見を言い、作り上げる地域医療が担保されないと、眞の意味での連携とは言わないですね。一人勝ちしてもう片方は倒れましたという話ではない筈です。だから安易に「連携だ」という話はすべきではなく、「具体的な診療をどうするか」に、連命共同体として本音を言い合わないといけません。人の医療資源がこの地域から失われるというのは、誰にとつてもいいことではないわけですか。

莊内病院は事業収益からみると繰入金の比率はかなり少ない方です。他院に比べると少ないお金でちゃんと頑張っている病院です。山形県は日本総人口の0・8%しか住んでいません。そのまた3分の1弱しか住んでない庄内で、勝った、負けたと矮小な話をしている時間はありません。

次医療まで、医療圈として基本的には完結しなければならない地政的な場所と言えます。過疎化は進んでいますが、風景も精神も日本の原風景みたいな地域ですので、面白いといえば面白いところです。辿ってきた国の風景の変わりようが典型的に表われているような地域なので、ここで良いモデルが出来れば、それは今後、国、地方が実現しなければならない地方創生のプロトタイプになるだろうと思うので、そういう意味ではやりがいある地域だと思っています。国の政策を引き出せるような良い仕事をしたいと思っています。

Alliance Health Care

—受け入れ先の病院はいかがでしょうか。

栗谷 本間病院との連携は透析から始まりました。120人から130人の患者さんを受けてもらいました。最初の頃は、導入期は日本海病院でやつたり本間病院でやつたりでしたが、今は維持透析の出所のほとんどが日本海病院にシフトしています。トラブルがあつたときは当院でも対応するという形で、その辺から双方の本格的な連携が始まりました。

庄内医療圏はやりがいのある地域

—医療圏が昔の旧態依然たる医療圏だとしたら、現在の人口構造や医療の提供体制とは違つてきているわけですね。医療圏のサイズと医療提供体制の構造が変わつてきているとしたら、どちらを合わせますか。一般的には医療圏を合わせるのではないかでしょうか。

栗谷 医療圏はあくまでも行政の都合でつくつた区割りで、地域によつても違うでしょうが、ともに薄れてきています。都道府県が保健医療計画を作るときは、どうしても二次医療圏が政策の執行単位になつています。しかし患者の流出入を含めた患者動態と現実の医療圏を両方考えなければ、実効ある政策にはたどり着かないのではないかでしょうか。

—5 病院5事業プラス在宅で言えば、そちらのほうが広域ですけれども、連携バスが普及してますから、現実に疾患別の医療圏が出来上がりつつあるかなという気がしてます。栗谷 三次まで完結する範囲と考えると、全体としての医療圏は広くなつたり逆に狭くなつたりする場合はあるけど、それはそれで合理的な

考え方だと思います。疾患単位のエリアで物事を考えていかないと、無駄な重複重装備投資もしてしまうことになり、施設整備経費、人的経費も極めて大きな非効率になります。

CTやMRI、照射装置等々の高額医療機器が、O E C D 各国に比して人口当たりどのくらい我が国に配置されているかを考えると、我が国は突出して異様異質な様相を呈していることは事実です。今度の新しいガイドラインの本気度がどのくらいなのか、現段階ではちょっと分かりませんが、地域医療構想とセットになってきたからには、今までとは様子が違うのだろうとは思いますね。

—そう思います。しかも、病院報告制度で医療機能がD P Cとナショナルデータベースで、県のほうできつちりと分かれますから、今までと違つて定量的な数値化ができます。

栗谷 もう言い逃れは出来なくなりますね。—今度はそういう意味ではこれまでと違うと思います。その場合、鶴岡、酒田を含めた庄内医療圏として、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と役割分担できそうですか。

栗谷 前にお話ししたように、庄内は患者の流出率が4%以下です。だから、庄内は二次～三次

完全に一体とまではいきませんが、業務的には切つても切れないような関係が出来つつあるように思います。本間病院の病床数は154床で一般病床は104床ですが、療養病棟が50床あります。当院に週1回、循環器の心臓カテーテルをやつもらうことと、循環器の先生たちとの連携を持ちながら仕事をされている先生もおられます。

—医師が日本海病院から本間病院に行くことはないのですか。

栗谷 当院から本間病院に当直医を派遣しています。当直医を仲介業者に頼むと旅費は嵩むし、冬場になると飛行機も列車も止まる日もある地域ですから、要請に応じて当院から派遣支援しています。独法には兼業の禁止規定はありませんので、業務に支障をきたさない程度の人員が揃えば派遣することは可能です。

—なるほど。それは、済生会熊本病院で行なっているアライアンス連携（Alliance Health Care）ですね。でもなぜ本間病院との連携ができたのですか。距離ですか。

栗谷 距離だけではなくて、まずそんなに連携先がないので相手を選ぶ余裕などないですし、本間病院の医師が合併前の市立病院に移つてき

たりとか、交流は今までもあつたのです。他には「ちようかいネット」という地域医療情報連携システムがあります。地域の汎用情報システムとしてはかなり規模の大きなもので、それで登録患者の診療情報を共有しています。

—やっぱり自由度が違うわけですね。庄内病院が公立病院でなかなか身動きが取れない規制が多い市立病院の場合ですね。日本海総合病院は独法ですからやりやすいですね。

栗谷 独法の中期目標は議会議決事項ですが、あとはすべて独法に中期計画の形でほぼ丸投げされる仕組みで、設置者で組織する外部評価委員会の評価は受けますが、結果が出ていれば、経営、ガバナンスの自由度はかなり高いです。ちょうどかいネットの最初の取っ掛かりは患者の紹介、逆紹介システム効率化と病診連携ツールという側面が強かつた。本システムの一番の特徴は、登録された患者の診療録をすべて開示することです。実を言うと診療録の全開示をしているところは、全国でもほとんど無いと聞いています。そして、連携先診療所、病院の最も必要なコンテンツは圧倒的に紹介先医師の診療録なのです。

IT化するというのは必須ですね。IT化なしに連携やネットワークはなかなか難しいですね。

日前後くらいで回すことになるでしょうが、後方病院の整備状況にもよるので、まだ確定した話ではありません。

ダウンサイジング

—高度急性期は医療資源投入が30000点ですが、日本海総合病院ではいかがですか。

栗谷 病棟で2病棟、入院患者割合にすると1割ちょっとです。在院日数が11～12日弱で、入院単価が6万2000～3000円です。

—そうですね。人の問題がありませんから。

ここに看護体制が付いてこないとおかしな話ですね。高度急性期だったら7対1もあり得ませんね。

栗谷 病院の反応を見ているということでしょう。

う。ただ、仕組みをつくつても原価割れするような仕組みだつたら、誰もやりませんからね。——そういうことです。ベッドはこれからダウントライングさせていくという考え方ですか。

栗谷 基本的にはそうです。地域医療構想調整会議がどのように進むかもよりますが、病床を減らす計画を今から作る準備作業はしていません。150床くらい減らしても大丈夫じゃないですかね。その場合、平均在院日数は恐らく10

—もう1つの要素は平均在院日数ですね。平均在院日数が短くなり、病床が減つていつたときに、外来数が減るのは当然としても、入院数は減るのでしょうか。産科と小児科は減りますけれども、それ以外の入院数は増えると思います。そのときに地域包括ケアシステムで在宅対応できるでしょうか。

栗谷 高度急性期、急性期はもちろん減りますが、慢性期と回復期は足りないといわれています。ただ、増やせるかどうか微妙です。増やすには資本投下が必要で、その回収見込みと継続的な経営見通しが立たなければ駄目です。

—消費税を財源として基金が立ち上がりましたから、これで検討するという話です。後で梯子を外されないかという心配もありますけれども。

栗谷 どうなるか分からなけれど、外される前には梯子を上り終えて屋根に上がってしまうか、最初から梯子に乗らないか、どちらかにすべきでしょう。登っている最中に外されると被害が大きいので、相当考えてみてからやらないと。

（聞き手＝編集部・小磯 明／5月12日）
文

—最後に一言お願いします。

栗谷 どんなことがあっても生き残ることはしてはなりません。それは同業他病院職員も同様に守らるべきで、それぞれ院長になった者の責任です。職員を守れないものに地域を守ることはできません。

—本日は、お忙しい中ありがとうございました。