

第10回 学術集会・総会 印象記

日本医療経営学会理事長・国際融合医療協会理事長
元ニューヨーク医科大学臨床外科教授

廣瀬輝夫



日本医療経営学会は2002年の創設以来10の節目を迎えた。当初、大半の医療機関は有能な経営者が稀であったが、最近では多数の病院で理事長制度が確立され、患者の権利福祉の医療を重視する理念を持った健全な経営が施行されている。これは、医療経営は単なる利益追求の経営管理のみでなく医療倫理を重んじる事により経済的な健全性も確保されると本会が主張し、啓蒙運動が浸透したためと思われる。

第10回年次会は、11年11月26日に社会保険横浜中央病院長・大道久大会長により品川の全社連研修センターに於いて「地域ケア体制の確立と医療経営」の命題で開催された。午前の部では、診療介護報酬の同時改定に対する対策のパネルディスカッションで、診療費削減とDPC包括支払下での医療介護施設経営での成功する方策と今後への要望および批判が行われた。昼には理事会、評議員会、総会と並行してランチョンセミナーで地域医療機関の経営についての講義があり、午後には中協から遠藤久夫学習院教授の「社会保障改革と今後の診療報酬体系」

で病院機能評価係数導入の可能性についての説明があった後、「地域ケア体制の確立と医療経

営一のシンポジウムで、医療介護連携とリハビリ体制充実の必要性が取り上げられた。別会場の一般演題では、医療費削減、看護師不足、救急医療体制の確立など現在直面している問題について例年より質の高い演題が公開されたが、いずれも患者の権利福祉を重んじるこ

とが医療の質の向上と医療費削減に直結することが強調されていた。

*

医療介護機関の経営は92年のバブル経済崩壊と、02年から本年まで8年間に亘る4度の診療報酬、薬価マイナス改定による6%以上の診療費支払削減のため、赤字病院は78.3%となり、黒字病院は21.7%に過ぎない。自治体病院は93.3%、その他公的病院は63.4%、私的病院でも54.5%が負債であり、国立、大学病院では公的扶助なしでは平均9%の赤字である(表1)。

70年の診療所の医業収益率は35%以上であったが、93年には診療費削減のため悪化しその回復は遅く、一般病院も70年には15%前後だった収益が93年からは5%前後の負債経営に転じている。更に、08年末のリーマンショックに始まった世界的経済恐慌により医業収入は診療所は平均10%、病院は3%の減収が報告され経営困難に直面している。

更なる診療費削減は、医療介護施設の新設および改築、医療機器の改善、在宅介護の推進を

「地域ケア体制の確立と医療経営」

表1 病院数・黒字—赤字割合、開設者・年次別

| 年次 | 総数 (国立・大学を除く) | | | 自治体 | | | その他公的 | | | 私的 (医療法人・個人・公益 社会福祉法人等) | | |
|------|------------------|----------------|----------------|-----|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|-------------------------------|----------------|----------------|
| | 病院数 | 黒字病院 割合 (%) | 赤字病院 割合 (%) | 病院数 | 黒字病院 割合 (%) | 赤字病院 割合 (%) | 病院数 | 黒字病院 割合 (%) | 赤字病院 割合 (%) | 病院数 | 黒字病院 割合 (%) | 赤字病院 割合 (%) |
| 1992 | 1,088 | 26.9 | 73.1 | 669 | 13.8 | 86.2 | 197 | 51.8 | 48.2 | 222 | 44.6 | 55.4 |
| 1996 | 1,125 | 30.4 | 69.6 | 676 | 10.4 | 89.6 | 211 | 60.2 | 39.8 | 238 | 60.9 | 39.1 |
| 1999 | 1,178 | 31.4 | 68.6 | 697 | 10.3 | 89.7 | 229 | 51.5 | 44.5 | 252 | 67.9 | 32.1 |
| 2001 | 1,208 | 33.9 | 66.1 | 684 | 11.3 | 88.7 | 229 | 59.8 | 40.2 | 295 | 66.1 | 33.9 |
| 2008 | 1,180 | 23.8 | 76.2 | 557 | 6.7 | 93.3 | 262 | 36.3 | 63.4 | 319 | 45.5 | 54.5 |

全国公私病院連盟/日本病院会「病院経営実態分布調査」

不可能とし、医療介護の質の低下を招きかねない。経営破綻に陥れば、大半の自治体病院と私的中小病院が統合合併や閉鎖を余儀なくされる。

入院日数抑制による医療費削減の目的で98年

に導入され

た米国方式

のDRG

(診断関連

群)包括支

払が不成功

であったた

め、03年に

大学病院な

ど特定機能

病院82施

設、8万3

700床に

DPC(診

断手技別)

支払を施行

したが、全

急性病床1

30万床の

6・5%に

過ぎず前年

度の医業収

入に比例し

た医療機関

係数を加算し、診断群分類別の入院日数別の支払点数漸減と出来高払いへの転換以外には総ての診断治療手技手術は出来高払いであるため

従来の入院日数30日が17日に半減されたが、先

進国平均の7日には到達できなかった。病床は

必要数の2倍とされる130万床が110万床

に削減されたが、急性病床の削減数は少なく殆

どの病床は療養病床として存続されたため、診

療費削減に対する効果は殆ど見られず、むしろ

公的機関に対しての経営補助に貢献した。06年

には民間病院360施設にも導入され、10年に

は1500病院に拡大された。

DPCは全診断群2552のうち490が出

来高払いである。包括支払の検査および教育入

院には160のうち大半は外来診断が可能なもの

が含まれている上、技術料に対する査定が重

要視されておらず、未承認の高額先進医療には

保険支払除外例が多いため医療施行の低下を招

き、出来高払いによる効果の少ない不必要な診

療や手技の増加による営利追求が増加し、医療

費削減の効果は見られなかった。

抜本的な改革には、医師と医療機関への支払

を分割し、医師には生涯教育義務化と開業権の

更新制度を規定し、有効適切な新手術、新手術

の認可を促進する。診療は医師の裁量に重きを

置き、一定の訓練課程の制定と厳格な認定およ

び再試験による認可の必要な専門医制度の確立

により、認定専門医に対する支払を増額する。

そのことにより医師の診療への倫理と意欲を向上させ、患者中心の適切な医療が可能となり、医療機関では大幅な人件費削減となる。

医療機関に対しては診断分類別に入院日数制

限と共に実費を含めた総ての出来高を加味した

包括支払を施行し、出来高支払の診断のための

検査は短期入院を必要とする経血管及び腹腔鏡

診断以外は外来診療に制限することなどによ

り、医療費削減が可能となる。

DPCの機能評価係数は大学病院本院群、大

学病院本院群以外の高診療密度病院群、その他

の急性病院群の三種の基礎係数に分類される

が、診療内容や診療原価の相違と客観的公平性

に疑問が持たれているので、暫時的に廃止する

か診療結果に重点を置いた改正が計画されてい

る。しかし病院評価機構評価は強制的ではなく、

総ての医療機関には実施されておらず、厳密性

に欠くので客観的な医療機関査定は困難である。

医療・介護・福祉を一体化するには地域独特

の人口高齢化、少子化、都市、田園地区、産業、

農業、漁業地区などの人口構成に即した対応が

必要である。90年代に全国で約1250の医療

圏が設定され、診療所、地域中核病院と介護施

設、在宅介護事務所の連携が提唱されたにも拘

わらず、現在までに中核病院の決定もできない

地域も多い。

3・11の東日本大震災では、岩手、宮城、福

島3県の30前後の被災医療圏では中核病院であ

