事例No.	1201
公表年度	R2
団体の属性	複数団体
団体名	地方独立行政法人 広尾町国民健康保険病院、社会医療法人 北斗法人本部

事例区分	公営企業

タグ	・病院事業 ・組織改革 ・人材確保・育成

事例種類	経営形態の見直し

事例内容・タイトル

北海道初、地方独立行政法人化で初年度からＶ字回復
～広尾町国民健康保険病院での赤字と医師不足からの脱却

出典

雑誌「公営企業」先進事例紹介(令和２年５月号)

先進事例紹介



北海道初、地方独立行政法人化で初年度からＶ字回復

～広尾町国民健康保険病院での赤字と医師不足からの脱却～

地方独立行政法人 広尾町国民健康保険病院
副理事長・病院長　計良基治
事務長　渡辺將人

社会医療法人 北斗　法人本部
事業推進部　副部長　大元誠

はじめに

独立行政法人（以下、独法）は公立病院が選択出来る経営形態選択の一つです。広尾町国民健康保険病院（以下、広尾国保）では、経営改善策として2019年４月から独法を選択いたしました。独法化にすることで経営は順調に改善されました。北海道初の独法を選択した広尾国保での初年度の結果から、独法化による経営改善への効果、そして今後の展開についてご報告いたします。なお、経営改善には医師と医療スタッフ（医療現場部門）と事務（経営戦略部門）が両輪となって取り組んでいます。それぞれの部門での経緯を正確に報告する目的で分担執筆といたしました。さらに独法化への経緯については、その詳細を知る広尾国保事務長に分担していただきました。

（計良基治）

独法化への経緯

地方の自治体病院を取り巻く環境は、少子高齢化や地域の人口減少が進む中、経営状態は年を追うごとに危機的な状況になっています。

当院においても、中期経営計画並びに病院事業改革プランを策定し、質の高い医療提供、地域医療の推進、健全な病院経営の推進を役割目標として取り組みを進めてまいりました。

しかし、本町人口減少や薬剤長期投与への緩和措置、医療ニーズの不一致などから患者数（入院・外来）が平成27年度から急激に減少し、平

成26年度約５万１千人が、平成29年度約４万２千人と約９千人減少、入院・外来収入も平成26年度約５億140万円が、平成29年度約４億510万円となり約9,600万円の減収となりました。

一般会計からの繰出金は、毎年約３億９千万円程度となっておりましたが、平成28年度から資金不足が発生する状況となりました。

広尾町においては、第５次広尾町行政改革大綱の実施による病院事業への繰出金の削減・抑制に取り組まなければならない状況下にあり、今以上の一般会計からの繰出金の増加は困難な状況でした。

更に、常勤医師４人中、２人が平成30年度末での退職となり、経営改善と医師確保対策の両方が必要となりました。

新広尾町国保病院事業改革プランに基づき、「新公立病院改革ガイドライン」に示された「経営形態の見直し」について、早急な取り組みと検討のため、平成30年１月に「広尾町国民健康保険病院あり方検討委員会」を設置、同時期に役場内に「庁内あり方検討会議」が、広尾町議会に「調査特別委員会」が設置されました。

「あり方検討委員会」からの答申では、①地方独立行政法人への移行、②医師派遣を安定的に供給してくれる大学医局又は大手民間病院との協定、③地方独立行政法人について住民・患者・職員に対する丁寧な説明、④公設公営による民間手法の採用、⑤広域ネットワークの構築が提言されました。

「あり方検討委員会」の答申を受け、「庁内あり方検討会議」において調査・検討を行い「地方独立行政法人への経営形態移行が最適」と判断し町長へ具申されました。

平成30年４月に町長が「病院の地方独立行政法人への移行」を表明し、同年６月に議会に独法化に必要な議案を提出、承認されました。

同年７月に「国保病院地方独立行政法人移行準備室」が設置され各種準備・手続きが開始されました。

（渡辺將人）

独法化による診療体制の変更と効率化

独法化前後で常勤医数が変わりました。広尾国保の独法前の常勤医は内科医３名、外科医１名の４名体制でした。独法化後には周辺医療機関との機能分化（選択と集中）という面から、外科医は整形外科医に変更、内科医は３名から２名に減らして常勤医３名体制とし、不足する常勤医１名分は診療科目の拡大目的もあり非常勤での総合診療医、消化器内科医、耳鼻科医を追加配置して補っています（図１）。この機能分化の結果を独法前後の７月の外来数で比較すると、独法後は外科医から整形外科医への変更では322名の外来数が1609名に増加、内科医３名から２名への変更では、内科医一人当たりの外来患者数は独法前の1.3倍に増加、さらに10月にはＡ内科医は1.6倍の700名を超えることになり、狙いどおりの効果を得ました（図２）。入院患者も内科医３名で分担していたものが２名での分担になり、Ａ医師、Ｂ医師とも独法化前よりも1.5倍に増加しました。独法化により内科は効率化され、経営改善効果も明らかでした。

整形外科の立ち上げ

私は大学の医局を離れた後、1989年から当時年間手術件数が2000件超の北海道整形外科記念病院（以下、記念病院）に９年間勤務し、主に人工膝関節置換術や膝関節鏡視下手術を行って



図１　独法広尾国保病院外来担当表

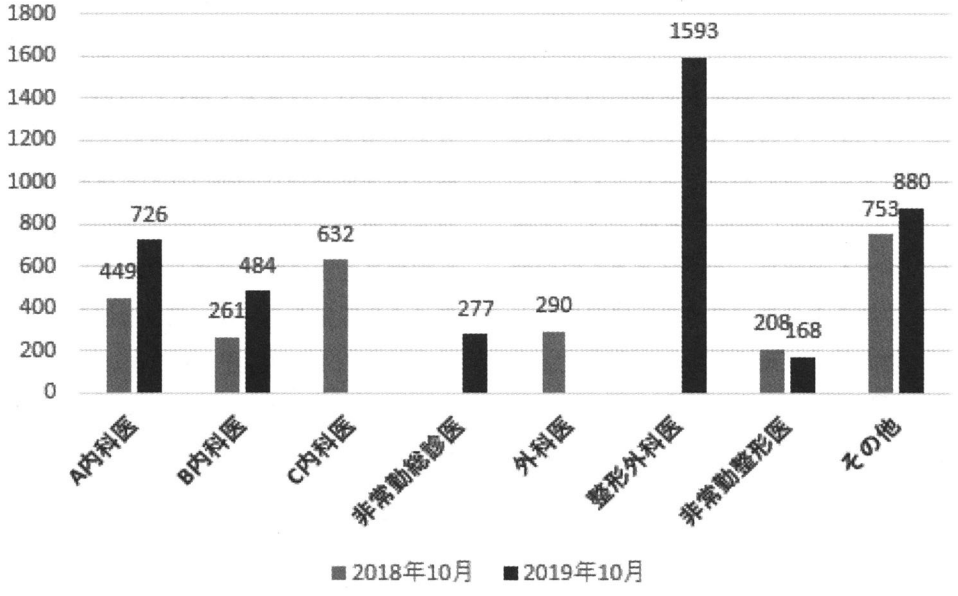


図２　独法後の医師別外来患者数の変化（10月）
C 内科医退職後の外来患者は A 内科医、B 内科医、非常勤総合診療医に分散されたが、A 医師の外来数が次第に増えた。

いました。その後1998年から新得町にてけいら整形外科医院を開院し、17年間開業医を経験しています。その後、2015年に北斗の傘下に入り新得クリニック院長になりました。そして2019年４月１日に広尾国保に出向で赴任しています。

赴任してまず調べたことは整形外科医として使用する手術室の状況です。私の記念病院での経験からも、整形外科で人工関節置換術などの手術を行うことは経営改善にとって有効な手段です。広尾国保には手術室はありましたが老朽化のため再整備なくしての使用は難しい状態でした。一方で、赴任後の手術件数は未知数であり、再設備の採算性は不透明であったため、しばらくは再整備はせずに様子を見ることにしました。従って、整形外科医ではありますが、手術という整形「外科」の部分は機能しない状態からのスタートでした。

「手術をしない整形外科」は、公立病院の機能として質的にはどうなのか？と考えましたが、未知への投資は避けて、まず初年度は外来中心の整形外科診療に専念することにしました。そして手術は独法運営母体の北斗病院整形外科に転送することで割り切りました。

一方で、「手術をしない整形外科」は、新得町での後半の診療スタイルそのものでしたので、私にとっては容易に外来患者数の計算が立つものでした。公立病院の経営悪化の原因として一番に挙げられるのは外来患者数の減少ですから、私はまずは整形外科外来数を増やすことで全体の外来患者数を押し上げることを目標と決めました。なお、前任地の新得町の人口は広尾町とほぼ同じ人口（約6,500人）なので、広尾町でも手術をしなくても新得町程度の外来数（月間外来数は1,600～2,000人）は見込めました。

４月からの広尾国保での整形外科外来患者数の推移を示します（図３）。新得町で開業した時とはまるで異なる予想外の悪い立ち上がりでした。新得町での開業初日（５月15日開院）の45名に対して広尾国保の初日（４月１日開設）は僅か26名であり、その差に疑問を持ちました。さらに、新得町での新規開業では１か月に満たない時期に１日の外来患者数は100名を突破していますが、広尾国保では２ヶ月経過しても１日の最高外来患者数は79名でした。この新得町と広尾町との違いは何なのかを暫く考えました。新得町と広尾町の人口はほぼ同じで両町とも周辺に整形外科はありません。外来診療内容や治療に用いる設備もほぼ同等にしていまし

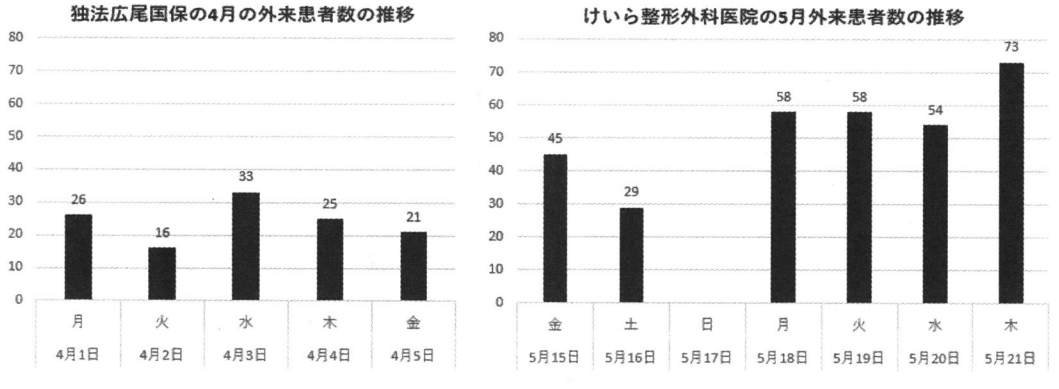


図３　独法広尾国保とけいら整形外科医院との外来患者数の立ち上がりの違い

た。違いは新規開業と既存施設、民間診療所と独法公立病院などです。

広尾国保は2013年に整形外科常勤医が退職して外来患者数は減少したものの、北斗整形外科からは週２日間午後に整形外科医の派遣が続いていました。そこに常勤医が来たところで新規開業ほどのインパクトは無いのだろうと考えました。これに似た現象は既存の病院に週１回程度の整形外科外来を開設しても立ち上がりが悪かった経験に一致します。

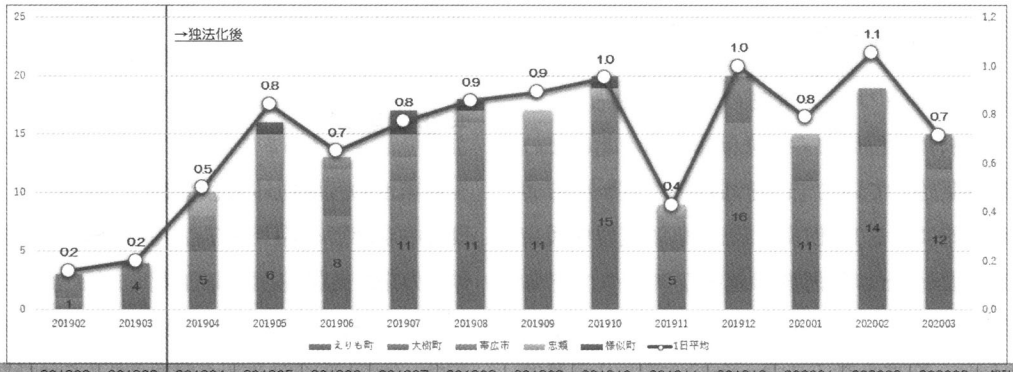
民間診療所と独法公立病院との違いでは、スタッフ数が少ない前者ではスタッフ数の多い後者よりもスタッフ一人一人への周知が徹底され、一丸となって外来患者数増加にベクトルを合わせることが出来た有利さがありました。

さらに上記以外の新得町と広尾町との違いとして、両隣の町までの距離もありました。新得町では隣町の清水町まで10km、鹿追町まで16km であるのに対して、広尾町では大樹町まで26km、えりも町まで47km でした。10km 以上の差が地政学的不利を生じていました。さらに広尾町での隣町は新得町の３方向（清水町、鹿追町、南富良野町）ではなく２方向しかありませんでした。この隣接する町からの外来患者数の違いも立ち上がりの違いに関係していると考えました。なお、開業医時代の経験から、小さな町での外来患者数増加策では、広域な医療圏を視野に置く必要があると考えています。町内の狭い範囲での外来患者数増加策は、他の医療機関との患者取り合いが軋轢となり、良好な連携に支障を来すためです。

これらのインパクトの無さや距離のハンデの解決策として、開業医時代の経営感覚をフルに発揮させることにしました。それは診療内容の工夫です。具体的には、より一層の接遇を心掛け、手間はかかるものの初診受診患者さんの住所は必ず確認しました。そして町内の患者さんにはきめ細かい診療を、遠方からの患者さんの診療には十分な時間をかけることで満足度を高めることを意識いたしました。これらの工夫により、独法に変わった広尾国保の変化を、来院した患者さんに実際に感じていただき、周辺への口コミになることを期待しました。幸い膝関節内注射の患者さんが多かったことから、短期間での連続受診の患者さんが多く、これが外来患者数の増加に直結しました。当然、短期間での受診が難しい場合には、患者さんの都合を最優先して、受診日の強制はしていません。消炎鎮痛等処置での通院も積極的に奨励しました。これは整形外科の民間診療所で良く行われていることですが、病院ではあまり行われていません。しかし、手術が出来ない整形外科としては必要な治療手段でもあり、とにかく気持ち良く受診していただくことで外来患者数の増加を目指しました。

そのような工夫もあり、次第に外来患者数は増え、遠方からの初診患者さんも増えました（図４）。結果として、目標とした整形外科外来患者数１日100名突破は３ヶ月後にやっと達成されています。

現在の整形外科月間外来数は、季節的な変動はあるものの内科系（内科＋総合診療科）を上回り、約1,400名をコンスタントに超えています（図５）。その結果は、2013年10月の整形外科常勤医退職による外来患者数の減少を十分回復させ、独法化初年度にして過去10年間で過去最高の外来患者数を達成しました（図６）。なお、北斗病院に依頼した手術件数は結果的に約20例であり、手術再開のための再整備を行わなかったことに間違いなかったと考えています。



	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003	総計
えりも町	1	4	5	6	8	11	11	11	15	5	16	11	14	12	118
大樹町	2		3	5	4	2	5	3	3	3	4	3	5	3	42
帯広市				4	1	2	1	2							10
忠類			2					1	1	1		1			6
様似町				1		2	1		1						5

図４　整形外科の近隣市町村初診患者数の推移（帯広市含む南方面抜粋）
えりも町からの初診患者数増加が目だつ。

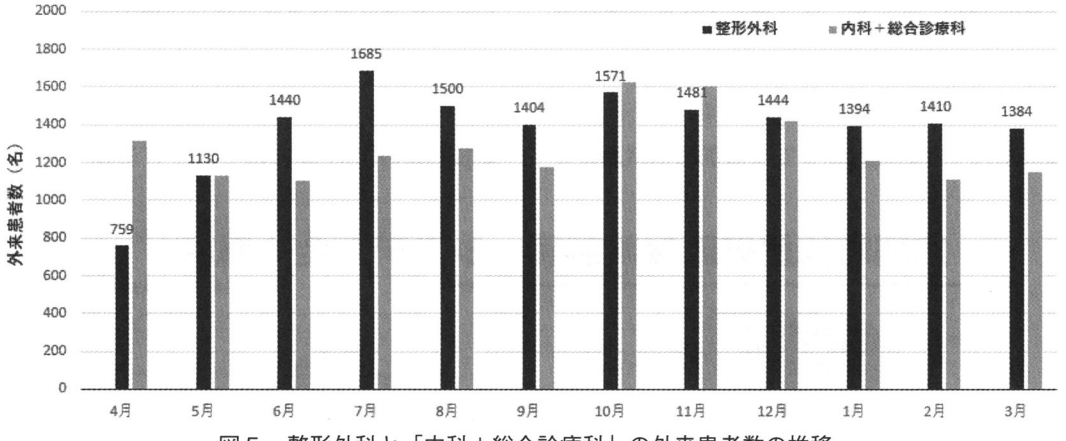


図５　整形外科と「内科＋総合診療科」の外来患者数の推移
インフルエンザ予防接種時期（10月と11月）を除くと整形外科で勝っている。

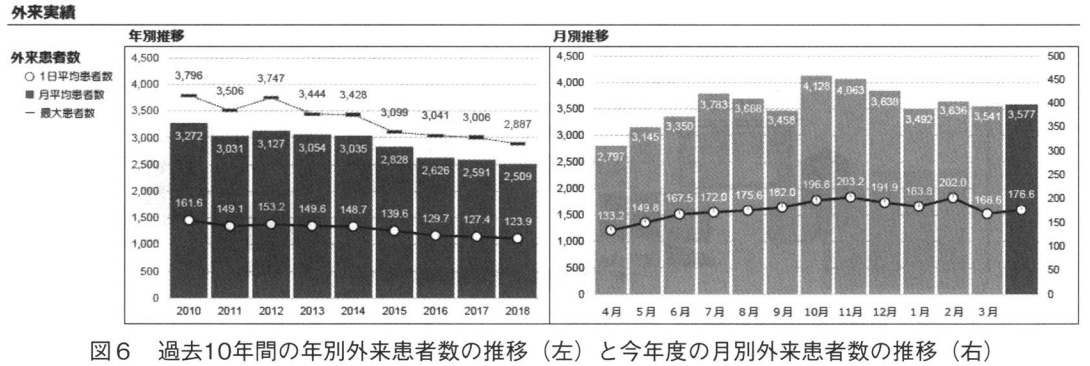


図６　過去10年間の年別外来患者数の推移（左）と今年度の月別外来患者数の推移（右）

地域医療を孤立させない工夫

広域ネットワーク構築の第一段階として、ICT ツールを活用して運営母体である北斗との連携も開始しています。それは電子カルテの共有が可能になる ID-LINK（日本事務機器株式会社）（図７）と、緊急画像連携システムである HEMI（Hokuto Emergency Medical Imaging System、株式会社 DB Powers）です。前者は患者さんの救急搬送や手術依頼、転医時などで電子カルテ情報の共有が可能になります。後者では CT 画像を24時間365日体制で北斗の脳神経外科が遠隔画像診断を行うことにより脳卒中の緊急診断が可能になります。北斗と広尾町とは80km 離れていますが、その地政学的不利や専門医の不足を ICT の活用でも補っています。

これらの連携を活用することにより、地域で診療を行う常勤医にとっては都市部への迅速な患者転送が可能になり、地域で重症患者さんを抱えるストレスなどを回避出来ています。

今後の展開

初年度の月平均外来患者数（176.6名／月）が、既に中期計画４年目（171名／月）を超え、それに伴い外来医業収益も目標値を超えました。そしてこの結果により MRI の導入が１年前倒しで決まりました。今年12月には供用が開始されることが決まりましたので、独法化２年目は新たな展開を迎えます。

MRI 検査のために、従来は帯広市まで行かなければならなかったものが12月以降は広尾国保で可能になります。それにより当初から予定の「第２次予防医療」が開始され、脳ドックや心ドックの件数が外来患者数の増加に繋がります。

整形外科では、依然として隣接する町との地政学的不利が原因で外来患者数が伸び悩んでいましたが、MRI 導入はそれを打破出来る起爆

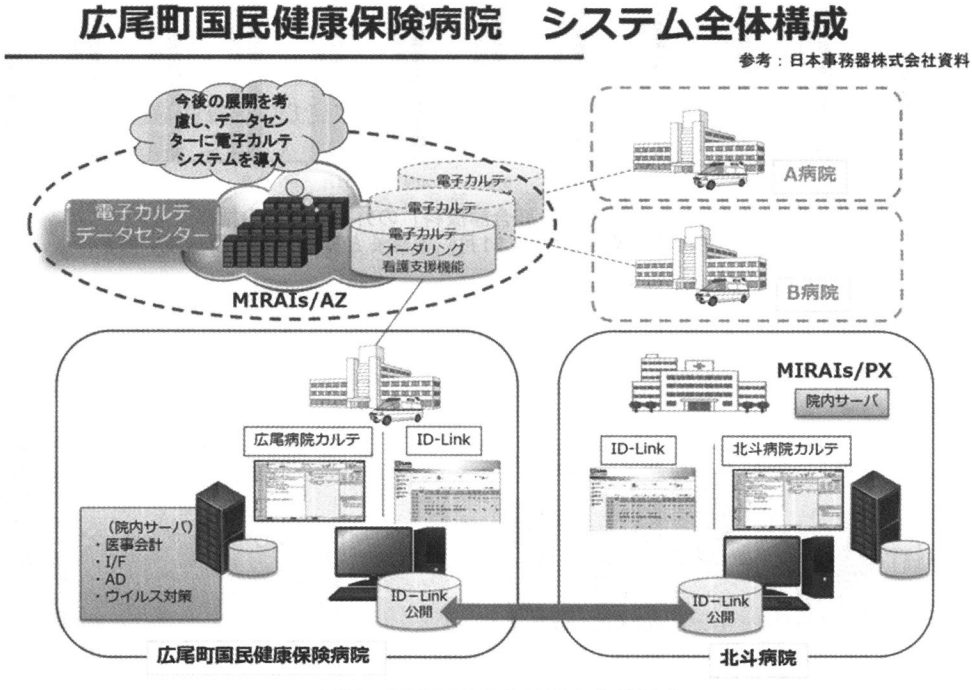


図７　ID-LINK のシステム全体構成

剤になりえます。

さらにMRIと遠隔画像診断システムとの併用により、広尾国保が南十勝や東日高における画像診断センターとして機能することにもなり、他科の外来患者数も増加することも期待されます。

広尾国保では赤字と医師不足の両方から独法化を選択することで脱却しました。一方で、今後は地域医療体制のさらなる充実・発展や地域医療を担う医師の育成なども視野に入れ、大学との連携も必要と考えています。

次に入院部門に続きます。入院に関しては、独法前後で医師の仕事内容に全く変化はありません。むしろ内科常勤医が１名減り、手術をしない整形外科医は入院には貢献出来ない（転送した患者さんは戻って来ないことが多い）ため、入院患者数はむしろ減少しています。しかし、入院医業収益は改善しました。

（計良基治）

一般病棟入院基本料のランクダウンで見え隠れする地方病院の実態

2018年２月１日に一般病棟入院基本料13対１（90日を超える入院の算定：有）から同基本料15対１（現 地域一般入院料３）へランクダウンした。その理由は、施設基準のひとつである「平均在院日数24日以内」をコントロールしきれなくなったためだった。

当時の在院患者30名の内訳を振り返ってみる。90日を超えて入院する患者が10名、その手前から60日を超えて入院する患者が７名いた。実に入院患者の半数が長期入院患者ということになる。一方で入院期間が24日以内の患者は８名と３分の１にも満たない構成で、一般病棟入院基本料を算定しながら、急性期とは言い難い状況だった（図８）。

入院期間が60日を超えた患者17名を、慢性期

	患者ID	入院日数	90日超	医療区分	介護度
1	患者25	147	○	3	要支援２
2	患者07	289	○	3	要介護４
3	患者08	246	○	3	要介護１
4	患者19	63		3	要介護１
5	患者09	85		2	要介護５
6	患者02	588	○	2	要介護４
7	患者11	154	○	1	要介護５
8	患者04	432	○	1	要介護５
9	患者06	269	○	1	要介護５
10	患者10	81		1	要介護５
11	患者17	74		1	要介護５
12	患者01	726	○	1	要介護４
13	患者03	650	○	1	要介護４
14	患者05	274	○	1	要介護２
15	患者16	76		1	要介護１
16	患者13	63		1	要介護１
17	患者12	64		1	要支援１
18	患者14	54		1	
19	患者15	54		2	要介護２
20	患者18	42		1	要介護４
21	患者20	34		2	
22	患者22	34		1	要介護３
23	患者21	21		2	要支援２
24	患者23	15		1	要介護５
25	患者24	14		1	要介護１
26	患者26	13		1	
27	患者27	12		1	
28	患者28	9		1	要介護２
29	患者29	6		2	要介護３
30	患者30	4		2	要介護３

療養病棟対象患者（60日を超える入院患者）

	医療区分		
	1	2	3
患者数	11	2	4
割合	64.7%	35.3%	

← 医療を必要とする長期入院患者はいるが、医療区分２・３の割合が50%未満のため療養病棟に転換することができない。

介護施設・福祉施設へ誘導できる可能性あり

医療区分１の患者のうち、少なくとも5名を施設もしくは在宅等に誘導できれば医療区分２・３の割合が50%以上をクリアできるが・・・。

居宅サービスを利用しつつ在宅等へ誘導できる可能性あり

地域包括ケアの見込患者層（60日以内の入院患者）

図８　2018年3月12日の入院患者の構成

の患者層と見立て、医療区分で確認してみる。医療区分２・３に該当する患者は僅か６名（約35%）しかいない。療養病棟入院基本料の最低限の施設基準「医療区分２・３に該当する患者50% 以上を満たすこと」に達しない患者層だった。一方で医療区分１に該当する患者11名を要介護度で確認してみる。介護施設等での対応が相応しいだろう要介護度４以上に該当する患者が７名、居宅介護サービスを利用しつつ在宅での生活の可能性があるだろう要介護１や要支援に該当する患者が３名いた。患者ご本人やご家族の責任とは言えないが、社会的な入院や病院の介護施設化が見え隠れしていた。

地域に求められる医療を実現できるのは「地域多機能型病院*」という類型

国は「地域医療構想」を推し進めている。「地域医療構想」は、地域の医療関係者の協議を通じて、病床の機能分化と連携を促進させ、効率的な医療提供体制を実現する取組みとされている。しかし、当院は町内唯一の病院である。さらに隣町の大樹町立国民健康保険病院まで車で30分、唯一の公共交通機関である乗り合いバス（おおよそ１時間に１本運行）で45分かかる位置にある。一定の高度急性期から急性期の機能を、帯広市内（高規格道を利用して車で１時間30分）の病院群にお任せしたとしても、都市部から離れた地域において、急性期・回復期・慢性期の機能を分化連携して医療提供体制を確保するというカタチは想像し難い。

当院が地域から求められている医療機能とは何か。外傷を含む緊急的手術等に対応できなくとも、①休日、夜間・時間外を問わず一次から二次手前までの救急医療に応需しつつ、高齢者に多い多臓器の身体合併症の治療を主として対応する「サブアキュート機能」、②住み慣れた地域で少しでも長く生活し続けるためのADLの維持・回復を目的とした「リハビリテーション機能」、③少なからず存在する高齢者の長期療養入院に応じる「慢性期機能」の３つの機能をバランスよく有することだった。しかも、たった１病棟（48床）しかない小さな病院でこれを実装するには、「地域多機能型病院」というカタチを目指すしかなかった。

＊地域多機能型病院：第３回地域包括ケア病棟研究大会（大会長＝安藤高朗・永生病院理事長）のシンポジウム「地域包括ケア病棟と医療・介護・福祉連携～2018年の姿～」で武久洋三（日本慢性期医療協会会長）が発言された病院の類型

たった１病棟48床を繰り返し再編した１年間

当初計画では、病床区分（医療法）を一般から療養に変更することとしていた。その上で療養病棟入院基本料を算定する病床12床と地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床36床の病床構成として、地域包括ケア病室で急性期～回復期の機能を、療養病室で慢性期の機能を提供する計画であった。病床区分を変更する目的のひとつには、安定した医師確保が困難な地域で病院の持続可能性を担保するために、医療法上の標準医師数を下げることにあった。当然、医師の負担軽減に対しては、加算の有無に関係なく医師事務作業補助者を配置することもセットで計画していた。しかし、独法化に伴う開設者変更の取扱いが、新規扱いとされたため、両側廊下幅の経過措置が適用外となり、病床区分の変更は幻の計画となった。両側廊下幅の問題は、病床区分変更だけでなく、地域包括ケア病室のレイアウト制限など、後々の施策に影響がでている。

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出に必要となる「データ提出加算」の届出に伴う準備は、独法化６ヶ月前から着手してもらい、独法化と同時に「データ提出加算」の届出を完了することができた。この提出データを当院では、セコム医療システム社の病院経営情報システム「セコムSMASH」を導入し、D-CAPサイクルを回すための経営情報として活用している。当初計画の変更を余儀なくされ、一般病床のままで３つの機能を有する「地域多機能型病院」を実現させるプロセスでも、同システムは活用され、対象患者層の抽出や必要病床数の推測、収入シミュレーションなどの分析から、病棟再編に係る院内の説明資料の作成まで、スムーズにすすめることができた。

ここから、独法化から１年間で地域一般入院料３（48床）が、地域一般入院料１（16床）・地域包括ケア入院医療管理料１（32床）の構成となり、そして今、地域一般入院料１を急性期一般入院料５または４へランクアップできる見通しまで到達してきた変遷について時系列で記載する（図９）。

➢ 2019年04月01日
地域一般入院料３（90日を超える入院の算定なし）で独法化される。

➢ 2019年08月01日
計画より２ヶ月前倒しで地域包括ケア入院医療管理料２（20床）を開設し、地域一般入院料３（28床）に90日を超える入院の算定を付加する。これにより、入院日当円は20,000円前後から23,000円を超えるようになる。地域一般入院料算定病床では、平均在院日数の短縮化と重症度、医療・看護必要度のアップの効果が得られる。

➢ 2019年10月01日
地域一般入院料３を同入院料１にランクアップする。このランクアップにより、当該入院料で日当円1,610円のアップが得られる。

➢ 2019年12月01日
地域一般入院料を算定する患者の中に、地域包括ケア入院医療管理料の対象となり得る患者がまだいることを「セコムSMASH」で分析でき、地域一般入院料１の病床を28床から16床に減らし、地域包括ケア入院医

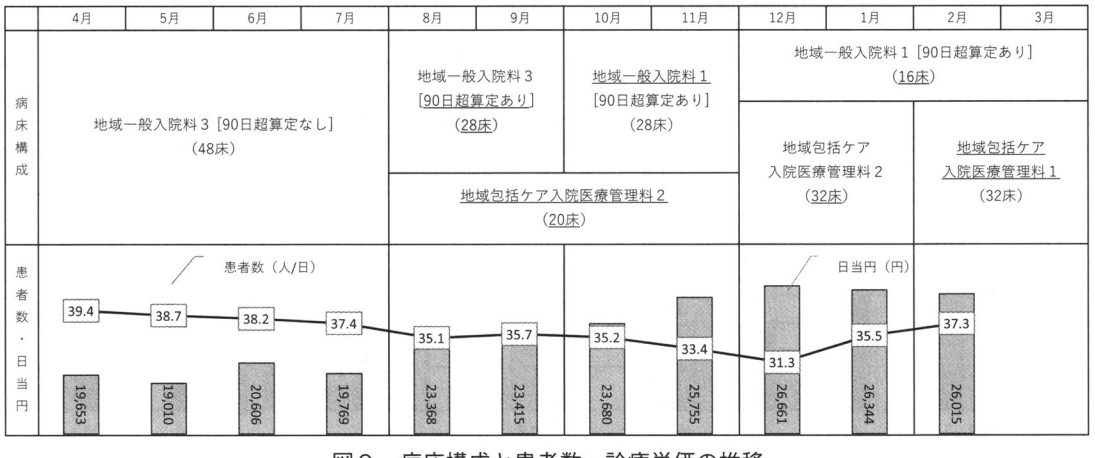


図９　病床構成と患者数・診療単価の推移

療管理料２の病床を20床から32床に増やした。この結果、入院日当円は26,000円を超えるまで成長してくる。

➢ 2020年02月01日

地域包括ケア入院医療管理料２（32床）を同管理料１にランクアップする。この結果、入院日当円は29,000円を超えてくる。地域一般入院料１の算定病床は、救急や外来即入などを入院経路とする患者と90日を超える入院患者が入院する病床とし、平均在院日数が21日以下、重症度、医療・看護必要度は急性期一般入院料５または４の基準をクリアするレベルに達する。

独法化直前の入院日当円は18,000～19,000円で推移していた。１病棟48床を繰り返し再編した１年間で、入院日当円は30,000円弱まで上がり、約10,000円の日当円改善となった。

当初10名程入院されていた長期入院患者のうち、医療依存度が少ない方は介護施設や在宅等へ移行され、直近の長期入院患者は２～３名程度で推移している。より高い入院料を狙うがために、それに見合う入院患者を選り好みするようなことはしていない（図10）。一般病棟入院基本料だけに拘ることなく、急性期・回復期・慢性期それぞれの機能と患者層に合わせた、入院料の組合せは何かを模索してきた結果である。

診療報酬制度上で一般病棟入院基本料の「90日を超える入院の算定」は、一般病棟に長期入院患者を入院させるに相応しくないというペナルティ的な見方もあるだろう。しかし、長期療養を必要とする慢性期患者を一定程度受け入れざるを得ない環境にあり、さらに１病棟しかない当院のような病院にとっては、平均在院日数の計算から除外でき、医療区分２・３の比率に捉われることもなく、療養病棟入院料１の算定方式で算定できる制度は非常にありがたい。

急性期と慢性期の機能を一般病棟入院基本料で担いつつ、そこに地域包括ケア入院医療管理料を乗せて回復期機能を付加させる。当初計画の一般から療養への病床区分の変更が頓挫したことが、１病棟に急性期・回復期・慢性期の機能を実装させるための最良の入院料組合せを導き出し、小規模ながら「地域多機能病院」の実現によい流れとなった。

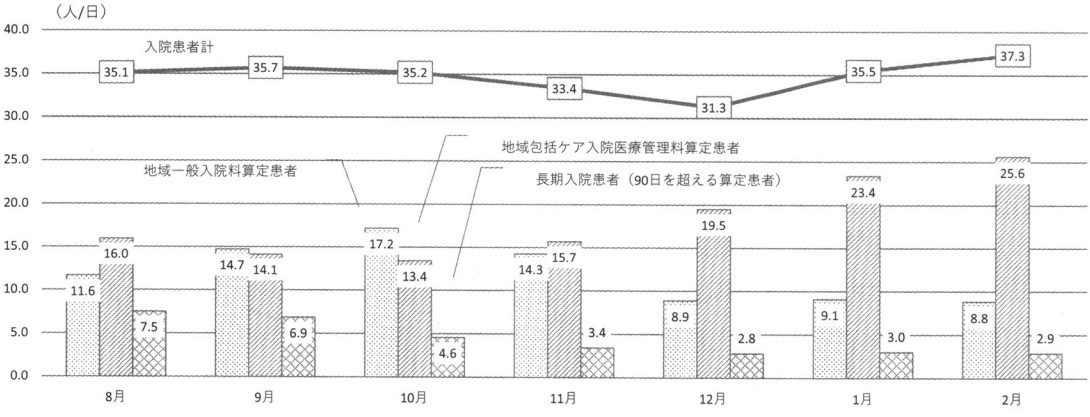


図10　算定入院料別患者数の推移

地方の小さな病院でも、できる限り医療の質を追及し、地域に安心と安全の医療を届けたい

町内唯一の病院として「医療の安全と質」を追及し、地域の医療機関等と協働して、地域に安心と安全の医療を届ける責務にあると考え、一定の医療の質を確保することで評価される加算や管理料の取得にも取り組んできた。

診療録管理体制加算２とデータ提出加算は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出に必須の施設基準であるが、診療録の管理体制やデータ精度を担保するために、独法化に合わせ電子カルテを導入した。患者の安全は何よりも優先されるべきことを認識し、医療安全や感染対策については、診療報酬の加算で求められている基準まで体制を整備し、2019年７月１日に医療安全体制加算２、感染防止対策加算２、検体検査管理加算２の届出を完了させた。また、医療メディエーター（医療対話推進者）を事務職員から２名養成し、患者からの相談や患者への支援など、患者との対話を促進する体制を整備し、2020年２月１日に患者サポート体制充実加算の届出を完了させた。現在は、入退院支援部門の設置準備をすすめており、次年度には患者サポートセンターの開設を目指している。これらは、単なる日当円アップのためという「つまみ食い」的な取り組みではなく、地域に安心と安全な医療を提供することを大前提とした「地域多機能型病院」の一要素として取り組んできた。

一方で経営的な視点では独法化直後に導入した「セコム SMASH」のベンチマーク機能を活用して、入院、外来を問わず算定できたであろう加算や管理料の算定機会損失を減らす、いわゆる「落穂拾い」の取り組みを実施し、一定の効果を得ている（図11）。その中で薬剤情報管理料については、地域包括ケア入院医療管理料に包括されるものとして、当該入院医療管理料を算定開始した2019年８月１日以降から算定機会損失のロジックから除外されたため、大きく改善したかのように見えている。これまで薬剤情報管理料は、医師、薬剤師が必要性を認め、患者に対し薬剤管理指導を実施しても、施設基準（薬剤師の人員数）を満たしていないため算定できずにいたものである。このような算定有無に関係なく実施してきた指導や管理等を、地域包括ケア入院医療管理料では包括された点数

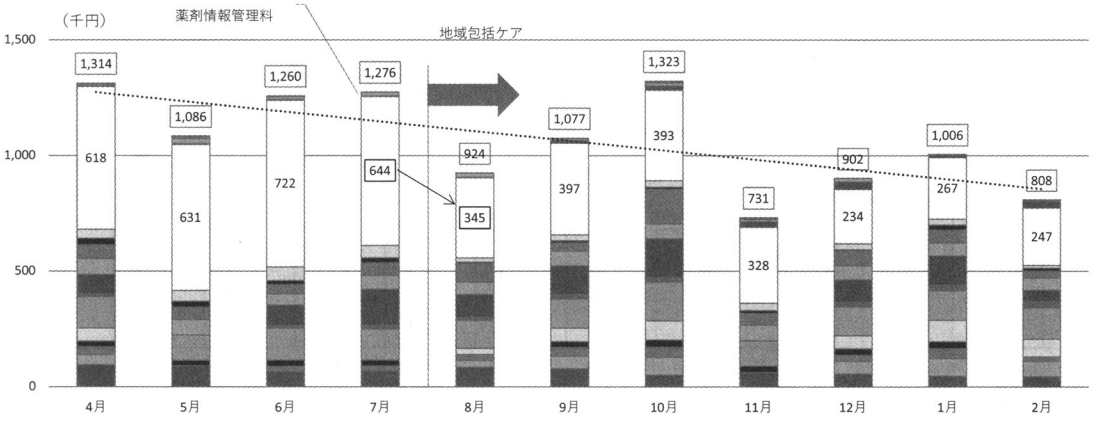


図11　加算・管理料の算定機会ロスの推移

の中で間接的に評価されると考えるのが正しい理解だろう。地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）に包括された診療に係る費用については、患者に必要なことは実施するのが大前提で、算定できないから実施しないというような損得勘定があってはならない。

まとめ

目指す病院の姿を「地域多機能型病院」と掲げ、地域に求められる機能と当院が提供できる医療を見極め、入院患者の層に合わせた入院料を適切に充てていくことに終始した独法化１年目が終わる。１病棟48床の小さな病院でも急性期・回復期・慢性期の機能をバランスよく提供することを可能とする入院料の組合せがあった。

独法化の目的のひとつは､収支の改善である。収支の改善において、費用削減は重要なことではあるが、実は削減できる幅は、それほど深くなく限界もある｡収支改善でまず必要なことは、事業を進めて得られる収入が、どれくらい期待でき、最大化できるかにある。独法化１年で収入基盤は一定程度確立されたと評価している(図12)。

しかし、これが完成形ではない。人口減少や高齢化はさらに進行し、急性期・回復期・慢性期の各機能の必要病床数もそれ相応に変化する。外部環境の変化の流れをコントロールすることは容易ではない。しかし、自院の医療及び介護の提供体制は、自らのマネジメント力で常に変化対応させていくことができるはずである。

（大元　誠）

おわりに

広尾国保での一般会計からの繰出金は、独法前の平成29年度は４億6,850万円であり、平成30年度には独法化に向けた繰越欠損金解消目的もあり５億5,070万円でした。それが独法化後の令和元年度には、中期計画に定めた３億9,890万円以内となり、更に利益が発生する結果となっています。この初年度のＶ字回復での経営改善は、病院スタッフが独法化による非公務員への転換を決断した結果であり、その決断を無くして独法化はもとより、経営改善もなされなかったと考えています。

はたして、地方公営企業法の全部適用での広尾国保の経営改善は可能であったのでしょう

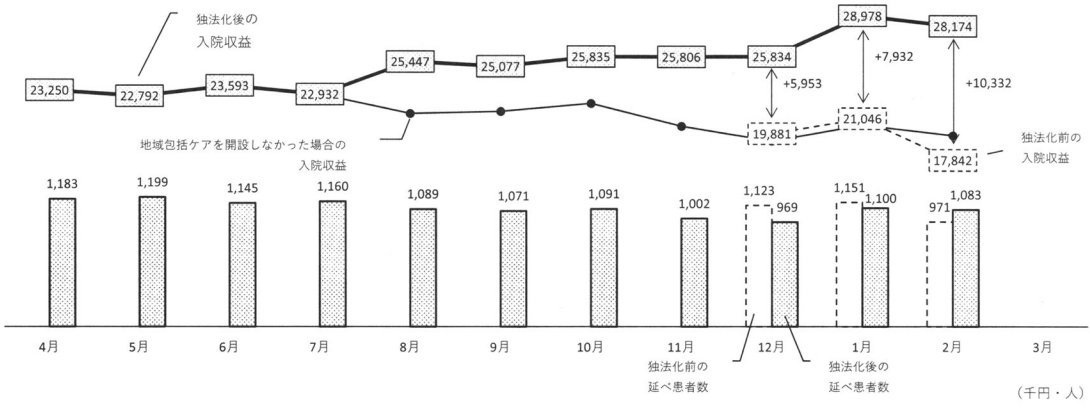


図12　入院収益と延患者数の推移

か？これについては独法での経験でしか判断は出来ませんが、全部適用ではスタッフは公務員のままなので、弾力的な職員採用や配置、必要な設備の迅速な購入などの面で不利であり、難しかったのではないかと考えます。

地域の公立病院が経営難の危機を迎えていると言われています。私は幸か不幸か、手術が多く多忙であった記念病院での勤務医時代や、患者さんが来なくて経営に悩んだ開業医時代を経験した後に公立病院長になっています。これらの経験から、独法広尾国保の経営改善策として、まずは医師と医療スタッフ（医療現場部門）では医師配置を効率化し、診療科目は機能分化を行い経営感覚を持って外来患者数を増やしました。そして事務（経営戦略部門）では民間の経営感覚でマネジメントしたことが経営改善につながりました。それらが相俟って独法化初年度でのＶ字回復をもたらしました。

（計良基治）

