

『公立病院が黒字になるはずがない』

—厚生労働省立病院創設の提案—

澤田石 順

email:jsawa@attglobal.net

homepage:<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>

鶴巻温泉病院・回復期リハビリテーション病棟専従医; 全国医師連盟運営委員

『重症リハビリ医療日数等制限差止請求事件』(3月18日)

および『後期高齢者等リハビリ入院制限等差止請求事件』(4月11日) 控訴人

2009年5月23日

1 病院経営実態調査 (H20年6月)

日本病院協会ニュース (H21年3月10日) に掲載されました。内容をかいつまんで

対象 自治体病院 599、その他公的病院 262、私的病院 319

結果 以下に一部抜粋

- 一ヶ月で100床あたり平均1391万円の赤字!(補助金を含めない)
- 赤字病院は76.2%に増加(前年比3.8ポイント増)
- 私立病院319のうち黒字はH19年が52.4%、H20年は45.5%と過半数を割った!
- 総収支比率は2.2ポイント増の110.0(100円の収入に対して110円の支出)
- 自治体病院599のうち黒字は6.7%(40病院)に減少
- その他の公的病院262のうち黒字は36.6%(36病院)に減少-史上最悪のマイナス改定のH18年度を更に上回る赤字増加!

なぜ自治体病院が私立病院に比して圧倒的に赤字が多いのか。その理由として次のようなことが指摘できます。

1. 私立病院は差額ベッド料、オムツ代など保険外負担を極限まで徴収するが、自治体病院はそのようなことがあまりできない(してはならない)
2. 救急、小児科など"厚労省が意図的に不採算"にしている医療をになっている
3. 自治体病院は私立病院よりも100床当たり高い建設費用をかけるため毎年の支払いが多くなり、更に悪いことに安いgeneric医薬品を購入することが少ないため薬などの購入費用が

割高。それに加えて医師以外の職種の給与が高い。自治体による規制により経営の自由がないためである

自治体病院を独立行政法人化するような政策を中央政府も地方政府も推奨しております。そのことにより3の問題だけはある程度は改善しますが、1と2はどうでしょうか。

独立行政法人化した病院が私立病院のように保険外負担を搾り取るようになれば、低所得者の多くは医療を受けることができなくなります。

独立行政法人化した病院が私立病院のように不採算部門を切捨て・縮小すると地域医療の崩壊がさらに悪化します。

私立病院の「保険外負担」を自治体病院への補助金のごとく、収入から除外すると私立の黒字病院は40病院(46%)から20病院(26%)と半分くらいになるかも知れません。このような試算はみたことがありません。

この文書を読んだ政治家や報道機関の方に提案します。

1. 日本病院協会(03-3265-0077、〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3)に私立病院の収入から保険外負担金を除外すると赤字は何%になるの試算はしているのかと質問したり、求める
2. 厚労省に質問する
 - (1) 私立病院、自治体病院、公的病院のそれぞれの保険外負担は収入の何%か把握しているか。
 - (2) 把握していないとしたらその理由は? 調査する予定・意思はあるのか?
 - (3) 救急や小児医療等を「不採算」にしている理由は? 救急や小児医療等は不要だと考えているからか?
 - (4) H20年度の診療報酬改定で救急や小児医療等の診療報酬全般を増額(全体の底上げ)するのではなく、ごく一部の病院(特別に医者が多い大病院)のみにだけ加算した理由は? 「普通の」病院は救急や小児医療等をしてほしくないということか?

2 『公立病院が赤字で何故いけない! ?』の意味

複数のニュアンスが渾然一体となっています。

1. 「厚労省が決めた診療報酬では赤字になって当然だ」という開き直り
2. 「赤字」が良くないとしたらその理由は?
 - 「赤字」ということそのものが悪いの?
 - 医師以外の職員の給料が民間病院より高いことは「悪い」こと?
 - 医師以外の職員の給料が民間病院より高いことは「良い」ことでないの?
必要ない道路や橋に金をかけるよりはマシでは? 公立病院は持続した雇用を生み出してます。職員は安定した雇用環境にあります。つまり退職金はもらえるし年金

も必ずもらえると安心しているので民間企業の労働者のように「不必要に貯金」するようなことはなく、必要と欲望に応じて消費してます。お金は回ることが大事!!

- 警察、消防、公立学校などの公的サービスは「赤字」じゃないの？

警察、消防、公立学校の業務は「公的保険」で運営されてないから費用はすべて「赤字」ですよ。それらは独立採算で運営することなど絶対にできません。私立の学校ですら政府からの補助金なしでは決して運営できません。

- 自治体病院への補助金が「赤字」という表現は間違っているのではないのでしょうか？

「赤字」ではなくて「運営費」ですよ。「運営費」が高額になる理由は、主として厚労省の決めた診療報酬が低いことなのです。医師不足政策を厚労省が継続してきたことも理由ですが、基本は診療に支払われる金が少なすぎるのです。

3. 私立病院が赤字ならそれは良いの？ 私立病院が赤字ならば倒産するだけのことだから？
4. そもそも、私立病院も公立病院も大多数が黒字になるような制度じゃないとオカシんでないの？ 私立病院の半分以上が赤字で、自治体病院の9割五分以上が赤字になっている現実
は論外じゃないの？
5. 自治体病院を「民営化」とか「独立行政法人化」したら、何かいいことがあるの？

病院職員の給料が全体として減り、薬屋さんとか医療機器の会社の収入もトータルで減り、同時に個室料金やオムツ代とかの保険外負担が患者さんに重くのしかかります。

こんなことにより、もしかしたら「黒字」になったり、「赤字」は減ることは間違いありませんが、そのことにより地域の市民が得をすることはあるのでしょうか。私達には得は一つもないように思えます。

自治体病院の「民営化」とか「独立行政法人化」により病院は人減らしをし、給料を減らしますから地方政府から病院への「赤字補填」は減りますが、失業者が増加し地域に回る金も減り、商店街の売上げが減るのではないのでしょうか。病院の赤字補填が減少した分を自治体が何に使うのでしょうか。

借金返済に回すならば銀行は嬉しいでしょうが、銀行が少し豊かになったら地域の厳しい経営環境にある中小企業にどんどんお金を貸すようになるのでしょうか。

もしも地方政府から病院への「赤字補填」が減ったら、借金返済に回すのではなくて、道路や橋の建設に回すかも知れません。田舎の町長さんが建設業の社長ということはよくあります。建設は一回限りでオシマイ。持続した雇用は生みません。

総じて自治体病院の「民営化」とか「独立行政法人化」は失業者増大、地域の小売店の売上げ減少、生活保護世帯の増加、年金や国民健康保険の不払い増加をもたらすばかりでは?? つまり、病院への「赤字補填」が減った以上に、自治体からの支出が増額するのではないのでしょうか。

自治体病院の「民営化」とか「独立行政法人化」により「被害とを受けないのは金持ちだけと"少し"考えるとそう思えますが、金持ちってのは多くは"商売で儲かっている"人々。貧乏な世帯が更に貧乏になる心配があれば、「金がないと病院にかかれぬ」、「年金は雀の涙しかもらえそうない」と思うために、ホントに必要な最低限の消費のみ

に支出をおさえて、「政府に期待できない、自己責任なんだね」と貯金に更に邁進して金持ちの商売すらうまくいかなくなるかも知れません。

3 首都圏に「厚生労働省立」病院を創設しよう

極めて低い診療報酬、絶対的医師不足、医師への労働基準法不適用という三重苦は厚労省の意図的な政策です。このような条件でも厚労省が病院をまともに運営できると公言しています。ではやらせましょう。

3.1 「厚生労働省立」病院の必須条件

場所 国会議事堂から半径 150km 以内に二つ (既存の病院の経営主体変更と改築でもよい) 創設する。厚労省は A と B との運用を比較検討を診療報酬改定や医療制度改革の基礎資料とする
病床の規模と内容 600 床とし、療養病棟タイプの回復期リハビリテーション病棟 50、医療保険療養病棟 50、介護保険療養病棟 50、認知症病棟 25、障害者病棟 25、他の 400 床は小児科 (NICU 含む)・産婦人科・心臓外科を含む一般病棟とする。病棟の構成は A と B で同一とする。 小児科や救急医療が赤字であっても縮小・徹底は許されない!

財政運営 収入は診療報酬のみとして保険外負担徴収は禁止

1. 年度毎の赤字は、全国会議員および中央官庁の官僚の給与から天引きして補填する。(年度の途中の運転資金不足は国庫から無利子で貸付)
2. 公費からの補助金はゼロ円

対象患者 国会議員と中央官庁の職員は、特別の理由がない限りは「厚生労働省立」病院を受診しなければならない。但し、一般市民の受診は自由。

救急医療 患者を一切断らない (満床ならば廊下にベッドをおくなどして対応)

厚労省の職員が勤務する 厚労省の技官のうち医師免許または看護師免許を有する者に同病院での診療を一定の条件で義務づける

- 一年の間に 240 時間以上の勤務
- 看護師免許を有する技官は看護師長などの管理職ではなく、一般ナースの仕事をする

3.2 「厚生労働省立」病院 A

1. 病院機能評価を受審し、認定を受ける
2. オーダリングシステムも電子カルテも導入する
3. 一般的なコンピューターソフトは“普通の病院”のごとくマイクロソフト社の製品中心
4. 医療費の自己負担分を払えない患者・家族の未集金に関しては保険者や国庫からの補助はない
5. 人事や予算に関する決定権は厚生労働大臣が指名した事務長や病院長に、つまり厚労省が

らの天下りないし現役官僚が実質的に運営

6. “普通の” の病院と同様に医師に関して労働基準法は適用しない

3.3 「厚生労働省立」病院 B

1. 病院機能評価は受審しない
2. オーダリングシステムと画像管理システムは導入するが、電子カルテは導入しない
3. 患者データのうち重要な項目に関してはリレーショナルデータベース (RDB) を院内で開発・運用する。そのためにシステム管理者を 3 名以上は置く。
4. オーダリングシステムと画像管理システム以外のすべてのコンピュータソフトはフリーソフト: レセプトを ORCA(日本医師会) で運用するために Operating system は Linux とする。Windows の端末は容認しても良い。RDB は MySQL 等、文書作成等は Open Office と LaTeX、統計処理は R、テキストデータの処理は sed/PERL/gawk 等で、院内・院外の webpage は Apache+PHP+PERL+RDB...
5. 医療費の自己負担分を払えない患者・家族の未集金に関しては年度の末に国庫から補助する
6. 病院長と事務長の資格として厚労省からの天下りは認めず、現役官僚も認めない。人事権や予算決定権などを病院長に集中!!
7. 医師を含めて全職員に労働基準法を厳格に適用する
8. 医師が他院でバイトすることは禁止 (罰則あり)。病院として他院を応援するために医師等を緊急派遣することは許され、その場合は他院が被派遣者に対して正当な報酬を支払う。
9. 主治医制度は禁止。医師チームが患者を担当する。担当医師が単独で危険を伴う検査・治療を実施することは禁止。ただし迅速な対応が必要な時は例外
10. 制度としてのチーム医療を実行する
 - (1) 患者一人に関して、医師は複数、ナースは一名、リハビリをしている場合は療法士一名ずつ、管理栄養士一名、medical social worker(MSW) 一名、そして家族 (親族等) 代表一名がチームを結成
 - (2) チームリーダーを一名決定して、リーダーは原則としてナースとするがリーダーは医師や家族等代表であっても良い
 - (3) チーム構成員はお互いに「さん」付けで呼び合い、チーム構成員が医師を「先生」と呼称することは禁止 (罰則はなし)
 - (4) 医師および MSW が担当する患者は 25 名以内とする
 - (5) 民間保険会社への書類や診断書などの書類は非医師の事務職員が記載し、医師は最終確認の署名のみ行う。ただし、医師が書類を記載した場合は、書類作成に関する費用の全額を医師個人に支払う
 - (6) 看護師が勤続 5 年を越えたらば、原則として希望する診療科で勤務できる
 - (7) 各診療科は、院内認定看護師の教育・認定制度を運営する

院内で認定された看護師は、検査や治療について患者ごとの医療チームの中の担当医師に対して提案できる。担当医師と患者・家族が提案に合意したらば、実施する。その際に合意書を作成するか否かは患者・家族と担当医師が協議の上で決定する。例えば、看護師が高齢女性の夜間頻尿に対して、残尿測定、尿検査、夜間尿の割合測定などを提案したごときの場合は、患者に危険がないので合意書は不要。院内認定看護師は給与面でも優遇される

11. 病院職員、家族・患者、地域の市民、地域の医療人との協業としての医療を実践する
 - (1) 検査や治療については「合意書」を作成する。「同意書」という文言は用いない。合意書は患者(家族)、複数の担当医師、チームリーダーの署名により成立する。
 - (2) 医師、看護師、介護福祉士、PT/OT/ST、管理栄養士などの国家資格を有する職員の中で一定の経験がある者は、年に4回程度、講演する。場所は院内または院外の公民館等において(もちろん有給)。テーマは適切な受診(コンビニ受診の抑制)、健康教育など
 - (3) オンブズマン制度

地域の有志市民を募集して、一ヶ月に一度程度、病院を見学し、患者・家族から生の声をきいてオンブズマンらは勧告を病院長に提出。病院長は勧告に従わねばならないが、できない場合は書面で回答する。勧告と書面による回答、勧告の実施状況について、患者・家族および地域の市民に公開する。
 - (4) オープンシステム: 地域の開業医の担当患者が入院した場合にチームの一員(担当医の一人)になることができることとする。
 - (5) ボランティアの受け入れ

特に認知症患者(家に帰りたないと毎日訴え、朝から晩まで誰かが話し相手になってあげないと落ち着きがない方)にとって特に必要。有償(生活に困っている方の場合は自給千円以上)か無償かは本人の申請による。
12. 病院 and/or 医師個人が民事賠償支払い責任を負った場合は、国庫から支払うしたがって「厚生労働省立」病院の医師も病院も民事賠償に備えた保険に加入する必要はない。
13. 医師に対してオンコール手当てを支払う。ただしオンコールは月に6回を上限とする。コールされて病院に行って仕事をした場合は時間外割り増賃金を払う。オンコール中は禁酒を義務付ける。
14. 非オンコールの医師に電話して病院が助言を求めることは禁止しないが非オンコールの医師が病院の依頼で時間外労働に赴いた場合は時間外割り増賃金が払われる。非オンコールの医師は理由を示すことなく、時間外労働の依頼を断ってよい。非オンコールの医師が良心に従って患者のために病院に赴く場合、飲酒や過労状態であっても良い。
15. 医療事故がおきた場合は院内事故調査委員会が事実に関する調査を速やかに開始する。
 - (1) 報告書は家族と病院の職員のみを開示する
 - (2) 報告書と調査における証言等を公開したり、行政官庁に送付することは禁止する
 - (3) 職員が正直に証言したことにより、当該職員のミスが明白になっても病院が職員を処罰することを禁止する

- (4) 報告書から個人情報を削除して、公開したり、行政庁に送付することは禁止しない
 - (5) 職員による故意の傷害・殺人が強く疑われる場合に限って、警察に通報する。
16. 差別的診療報酬と治療の日数制限を厚生労働大臣告示により"免除"
- (1) リハビリの日数制限を適用しない
 - (2) 回復期リハビリ病棟からの自宅等退院率が6割未満の場合の診療報酬減額をしない
 - (3) 認知症病棟において90日超入院の診療報酬減額をしない
 - (4) 後期高齢者特定入院基本料(90日を越えた後期高齢者に関して診療報酬が包括化され、在院日数の計算対象となる規定)を適用しない

3.4 予想

厚生労働省立病院 A 医師からも患者からも見放されるであろう

自治体病院に自治体からの補助金が一円もなくなるのがこれです。通常の自治体病院よりも更に医師不足が厳しくなることが危惧されます。「普通の病院」のように32時間勤務が強要され、オンコール手当てはゼロ円、勤務時間外に病院から呼ばれて仕事をしても無給、民事訴訟で負けたら医師や看護師個人が金を払わねばならず、院内事故調査委員会の報告書はマスコミに公開され、警察に送られますから刑事裁判の被告になります。

これまでの厚労省官僚の物言いからすると、厚労省病院 A は黒字になるはず。医師・看護師免許を持っている厚労省官僚は病院 A に勤務したいとは決して思わないでしょうが、勤務せざるを得ません。病院 A で勤務したら、感情、意志、思考が一致するようになると思えます。すなわち、診療報酬制度の不当さや労働環境の劣悪さを体で理解して、必要な政策を提案できるようになることでしょう。

厚生労働省立病院 B 医師に大人気で患者からも信頼されるであろう

理想の病院ではないでしょうか。保険外負担は取らない。これだけでもありがたい。しかも、医師らの労働条件は法律違反をしないために全国から医療専門職が集まります。なぜなら、医師は二交替ないし三交替で勤務し36時間労働はありませんし、医師にも時間外手当がきちんと払われます。医師にとっては素晴らしい病院です。それでも医師が不足してしまうかも知れませんが、その場合は診療を縮小(ベッド数を医師数にあわせて削減)することで対応します。

二交替ないし三交替で医師が勤務することとなれば、「普通の病院」の二倍の医師が必要となり、夜間勤務は割り増賃金となりますから100床あたり医師給与費用は「普通の病院」の2.5倍くらいとなるでしょう。このことだけでも「厚生労働省立」病院が黒字になることは考えられないですね。

ともあれ診療の量も質も市民の期待通りになるのではないのでしょうか。ただし、異常に低い診療報酬という現実がありますから、病院 A よりももっと深刻な赤字を生み出す

こと私は予想します。

もしかしたら逆かも知れません。医師の数が普通の病院の二倍以上いたら、一日あたりの治療や検査の量が二倍くらいにはなり、その内容も高額なものが多くなり、医師への給与支払い負担を補って余りある収入が得られる可能性がなくありません。

病院経営者にとっては医師に労働基準法を適用することは悪夢のごとき事態です。そもそも医師の絶対数が不足しているから給料を高額にしてもなかなか不足が埋められないし、診療報酬が二年ごとに減額されてきてますから、医師の診療を補助する職員の確保なぞほとんどできません。

厚労省立病院 A も B も赤字になることでしょうが、B 病院は医療の質も量も A と比較すると格段に優れた成果 (outcome) をもたらすことを疑いません。

4 おわりに

先日、嬉しいことあり。厚労省の現役医師、木村 盛世先生^{*1}にメールしたところ返信をもらえたのです。

ご時勢ですね。幕末の徳川官僚でありながら、倒幕運動をする志士と協業した偉人がおりました。日本国の未来のためにという一点で保身など全く考慮することなく公的精神のみで活動した人々。もちろん勝 海舟がその筆頭ですが、山岡 鉄太郎 (鉄舟) もそうだったと思います。

幕末において「体制」に所属しつつ日本国のために、草莽の志士や倒幕主義藩の志士と、協業した人物は勝先生らの著名人以外にもたくさんおります。木村 盛世先生を嚆矢として、厚労省の官僚が公的精神で立ち上がることを期待します。

貧すといえども浮雲の富を求むる勿れ

窮すといえども丈夫の心を屈する勿れ

矯々龍の如く沈々虎の如く身を潜め名を隠して

まさに一陽来復の時を待つべし

坂本 龍馬

^{*1} 『厚生労働省崩壊』の著者、<http://www.kimuramoriyo.com/>