

Title	III. 独法化により国立病院はどう変わったか
Sub Title	
Author	矢崎, 義雄(Yazaki, Yoshio)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.3 (2006. 9) ,p.191- 194
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20060900-0191

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

Ⅲ. 独法化により国立病院はどう変わったか

独立行政法人国立病院機構理事長

矢崎 義雄

はじめに

平成16年4月、国立病院・療養所が独法化された。独法化の趣旨は、今まで官庁会計だったものを企業会計にして、効率を高めて、中期目標を立ててそれに沿って活動を行っていくということである。

「国立病院機構」の組織

全国1法人の公務員型法人

- ・全国154の病院を一つの法人として運営
- ・役員及び職員の身分は国家公務員(特定独立行政法人)
- ・病院数 146(平成17年4月)
- ・病床数 約6万床(全国の病院病床の4%)
- ・職員数 約5万人(うち医師が約5000人)
- ・事業規模 7500億円
- ・借入金残高 7500億円

(注1) 国立病院機構は、国立病院・療養所の再編成業務を引き継ぎ、最終的には144病院となる(平成23年予定)

2

国立病院機構は1つの法人組織で、職員の身分は公務員型である。病院数は最初は154だったが、統廃合を進めた結果、現在は146である。職員数は非常勤を入れると5万3000人だが、小泉改革の報告では公務員型の特定独立行政法人の人員を7.1万人削減するということだから、われわれの5万人もその中に確実に入っていると考えられ、間もなく非公務員型になるのではないと思われる。事業規模は7,500億で財投を中心として固定負債が7,500億、収入と同等の借金を抱えての出発である。

今までの国立病院は、赤字が出ても一般会計から補てんされ、運営が非効率、親方日の丸である。あるいは国立のブランドに依存して患者サービスが悪い。あるいは孤高を保って地域との、特に医師会との密接な連携が不足している。働いている人たちとしてはやはり行政主導の運営で、その現場の医療ニーズに合った対応ができないという、両方からストレスがたまっていた医療現場ではなかったかと思う。

今までは個々の病院が本省に人事や予算、組織の変更を願い出ても、返事がくるのは1年後だった。時代はどんどん変わるのに、1年間のタイムラグがあったわけであり、しかも、どの案件が通っているかわからなかった。

今度は個々の病院が自分の身の丈に合った運営ができるということで、本部は管理監督ではなく、個々の病院がうまくできるようにサポートするという立場にある。

私は発足の時に3つのキーワードを申し上げた。まず、自分たちの自主的な意思決定ということである。今までは監督官庁の指示の下に動いていたが、自分で方針を決定してすぐ実行に移せる迅速主義と現場主義であること、現場の医療ニーズあるいは病院のニーズに合った方向を決定し、実践することができるわけである。それから今までの公務員とは違った、一生懸命働いた人が報われるようなシステムを作ろうということを出発したわけである。

国立病院機構の使命

国立病院機構の病院の使命とは何か。国民に満足される質の高い医療を効率的に提供するということは医療機関の基本だが、われわれに付加された使命としては、各病院の特色を生かしたいいわゆる政策医療の提供が挙げられる。これは感染症や重症心身障害、筋ジストロフィー、神経難病、小児難病のように公的機関あるいは民間の医療機関がなかなかアプローチしにくい医療を行なうことにある。

もう1つは普通の医療法人と違って、臨床研究を行なうて、わが国の医療の質を高めるということである。臨床研究の内容は、大学病院の臨床研究とは違って、実際の医療現場からわが国のEBMのエビデンスを作りだす、あるいは治験などを促進するという使命がある。また、教育研修を通じて、質の高い医療人の育成を行う。災害時あるいは健康被害時の医療支援として、例えば地震などの災害、SARSあるいは来年危機が来るといわれている鳥インフルエンザへの対応等も、われわれは使命として対応していかなければならない。

政策医療で、国に代わって医療を行なっているのだが、実際には運営交付金はこのような医療分野には40億円しか来っていない。予算では運営交付金は521億で、実際は516億だが、その大部分は退職金や恩給あるいは整理資源等、

＜診療業務＞

(1) 患者の目線に立った安心できる医療の提供

- ・患者満足度調査に基づく医療サービスの改善
 - 予約制を含めた診療時間の見直しなど
- ・医療安全対策の充実
 - リスクマネジメントへの取り組みの強化
 - すべての病院に医療安全管理室を設置
 - 200床以上の141病院に専任職員を配置
- ・セカンドオピニオン制度の導入
 - 他の医療機関へ紹介できる体制
 - 専門窓口を60病院で設置 ← (全国で受け入れ)
- ・救急医療の受入数の増加
 - 584,103件(+5.3%) ← (10%)
 - うち小児救急165,143件

9

義務的経費がほとんどである。大学病院は国立であれば数十億以上100億近く、私学にあっても私学助成金で何十億と来るのだが、われわれは146の病院で40億しかもらっていないということを声高に申し上げたい。

われわれの1つの目的は医療の質の向上と医療サービスの充実であり、これは病院の基本である。その上に立って経営基盤の確立をしようということが、昨年1年間の取り組みである。患者さんの目線に立つと、例えば予約時間に対するものなどが病院への不満としては一番大きい。そこで患者さんの満足度調査を行なって、患者さんの不満のありかを調査し、その点を改善して医療サービスの改善を進める。

あるいは医療安全対策の充実としてリスクマネジメントの取り組みが挙げられるが、多くの病院は忙しい師長に併任でリスクマネジャーの職務を付与している。忙しい上にさらに忙しくなり、結局リスクマネジメントがしっかりできないという事態となってしまう。特定機能病院だけに専任の職員を先ほど岩田前局長から話があったが、われわれは200床以上、146病院のうち141の病院に専任のリスクマネジャーを置いて、医療安全をしっかりやろうと努

めている(表中のカッコ内数値は中期目標値)。

また、患者さんの自分の受けている医療に対しての疑問に関して、ほかの医療機関でセカンドオピニオンが得られるような正式の専門窓口をすべての病院で設置しようという運動をしており、現在60病院で設置されている。あるいは、今まで苦手であった国立病院での救急医療を受け入れを行っている。

クリティカルパスは料理でいえばお書きのようなもので、胃ガンで入院すれば手術までどのくらいの検査をして、何日で退院できるかということである。クリティカルパスを行うと病院の運営でどういう効果があるか。医師が自分であなただけで何日くらいで退院できるということではなく、病院でクリティカルパスを作ることによってチーム医療ができるわけである。もちろん看護師さんの協力なしではできない。患者を中心に置いたチーム医療を徹底するには、クリティカルパスを作ることが一番重要なことで、これは昨年どんどん浸透してきたところである。

もちろん病診連携で、紹介率、逆紹介率をアップさせるよう努めている。われわれの病院のうち3分の2は旧療養所で人里離れたところに建っている。紹介、逆紹介ができない病院が多い。それでこの数字なので、最近初診料は保険適用しないと厚労省が試案を提出したが、国立病院機構ではそういうことがあってもたじろがない医療を推進している。即ち、外来に収入を頼らないということであり、われわれの医療をしっかり提供するというところである。

また、長期療養型でほとんど一生入院している方、あるいは人工呼吸器を付けている方がおられるが、わが国の人工呼吸器装着の患者さんの80%以上はわれわれの病院がケアしている。そういうものをちゃんと安全管理できるよう、全病院の検討会で報告書をもとめ、長期療養患者のQOLを向上するために療養介助職というボディタッチができて夜勤もできるという新しい職種を作って、看護師さんのケアのサポートをし、患者さんにも手厚く看護できるようなシステムを作っているところである。

災害時における活動としては、中越地震の時に全国の病

＜診療業務＞

(2) 質の高い医療の提供

- ・クリティカルパスの活用
 - 126,827件(+30.2%) ← (50%)
- ・病診連携・病病連携の推進
 - 紹介率 40.5%(+3.7%)
 - 逆紹介率 28.7%(+4.3%) ← (5%)
- ・長期療養患者のQOLの向上
 - 重症心身障害児等を受け入れ病院の患者家族の宿泊室等の設置 61病院(+13%) ← (10%)
 - 長期療養者にQOLの向上に資する療養介助職の創設(H17.4.1導入)
- ・人工呼吸器の標準化等に関する報告書の取りまとめ
- ・高度な先進的医療の推進 → 異島移植など

10

＜臨床研究＞

- ・ネットワークを活用してデータを集積し、エビデンス(Evidence)の形成
 - 多施設大規模臨床研究を開始
 - わが国の結核患者の入院期間を適正化(結核患者の退院基準)
- ・質の高い治験の推進
 - 治験窓口の一元化
 - 依頼者向け一括説明会の開催(東京、大阪) 700人以上が参加
 - 治験症例数3,560件(+27.6%) ← (20%)

※括弧は前年度比

13

院から64班、約350人の看護班を小千谷地区を中心に活動を展開し、自治体から感謝されているが、ここはやはり国の機関の1つとして頑張るところではないかと思っている。

臨床研究に関しては、146の病院のネットワークを生かした臨床研究が極めて重要である。国際観察研究であるREACH Studyでは五千数百例が登録された。この登録症例数はわが国で初めての数であり、その40%近くはわれわれ国立病院機構が患者登録して、患者のケアをしているわけである。

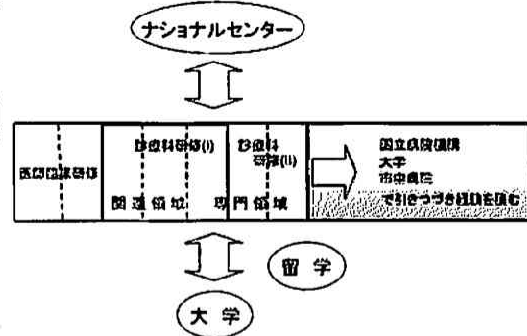
EBMのエビデンスを作るための臨床研究を9つ走らせているが、1年でその実施率は90%以上となっている。これは極めて画期的なことであり、各病院の病院機能評価にEBMのエビデンスをどのくらい作ることに貢献しているかで点数を付けている。病院長はその点数が悪いと業績給に反映するので、皆さん大変よくやってくださっていると思う。

例えばわが国の結核患者の入院期間は欧米に比べると数倍長い。しっかりした退院基準は日本の結核学会も作っていない。われわれは80%の患者さんを受け入れているので、しっかりした退院基準を作り、その退院基準が本当にエビデンスになるかどうか、現在フォローアップを行っている。これは、やはり国立病院機構でないとできない臨床研究である。

わが国で治験は高い、時間がかかる、質が悪い、実施率が低いといわれている。われわれは本部に中央治験支援室を作り、そこで依頼者と契約、あるいは倫理的な面の詰めを行なって、個々の病院で実施している。今までは依頼者側が個々の病院に出向いて説明して契約しなければならなかったが、こうすることでわれわれの治験における位置づけも極めて重要になるのではないかと考える。

教育研修については、医師臨床研修の初期の研修、卒後の研修、その後のいわゆる後期臨床研修もきっちりやろうということである。2年間の研修の後、すぐ専門だけをやるのではなく、広い幅を持った専門領域の医師を育てよう

後期臨床研修プログラム



16

というコースを作って、高度先進医療を行っている大学やナショナルセンター、あるいは海外の留学までを含めたプログラムを作成している。ただ、われわれは大学と違って、今いる研修医に対する広報が十分にいきわたっていないので、どのくらい来てくれるか予測がつかない。

国立病院機構の経営基盤の変化

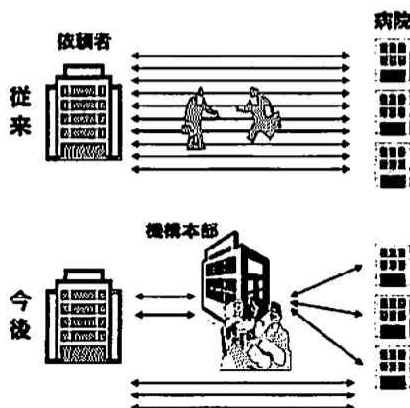
このような医療の質の向上をした後、経営基盤はどう変化したか。最初は500億くらいの赤字で、経営改善で恐らく215億まで赤字が減るだろうという見込みであったが、経営努力によって7400億の事業規模でわずか16億の損失、総収支率は99.8%ではばプラスマイナス0まで持っていくことができた。

では収入が急激に増えたかということ、そうでもない。一番はやはり計上費用の削減で、特に人件費の削減である。こう説明をしたところ、「看護師をずいぶんリストラしてこういう成績を残したのではないか」と言われた。今までは看護師を1人を増やすのにも厚労省にお伺いを立てて許可をもらっていた。しかし、われわれは1年間で1000名の看護師を増やしたわけである。これは上位基準をとって、患者さんのケアをよくしようということであり、いわゆるリストラで稼いだものではない。

われわれは公務員の給与法を廃止した。身分は公務員型だが、われわれ独自の年功序列でない、年齢で寝かせたカーブを描く給与体系を作り、業績給を導入した。全職員ではなく、今のところ管理職と医長以上の医師が対象だが、今後はもっと広げたい。

また、調整額という特別給与手当を廃止した。これは手当ではなく、ボーナスや本給、退職金に関わる公務員の既得権だが、これを廃止し、暫定的な措置として手当は退職金等に反映しないものとした。新しく入った人には、手当も給付しないことにした。それから療養介護職などの導入、あるいは機器・薬品などの共同購入で経費節減が実現したわけである。

本部依頼の治験の進め方(イメージ)



14

<損益計算書>

(単位:億円)

	16計画	16実績	差額
経常収益	7,418	7,461	43
医業収益	6,800	6,826	26
運営費交付金	521	516	△5
その他収益	97	119	22
経常費用	7,617	7,459	△158
人件費	4,332	4,238	△94
材料費	1,628	1,595	△33
経費	876	844	△32
減価償却費	554	563	9
支払利息	227	219	△8
経常利益(損失)	△199	2	201
臨時利益	149	233	84
臨時損失	165	250	85
当期損失	△215	△16	199

総収支率 97.2% → 99.8%
 経常収支率 97.4% → 100.0%
 医業収支率 101.4% → 103.6%

18

国時代を含めて今まで借入金が年々増えていったが、これを大幅に下回ることになり、固定負債を減らす方向に転換した。これについては東京医療センターの松本先生をはじめ病院長の先生方の多大なご支援をいただいて実現したと思う。

国立病院機構の

経費(とくに人件費)の節減

- ・機構独自の給与体系
- ・基本給と業績給の組み合わせ
- ・調整額の廃止、手当化
- ・療養介助職などの創設
- ・機器、物品の共同購入(WTOとの関連)

19

終わりにー今後の課題

17年度以降の課題は、やはり赤字病院を自立できるよう支援しないといけないということである。また、大部分の病院は施設が老朽化しているので、すべての病院が患者さんにある程度満足できるような施設に変えていかなければいけないというタスクフォースがある。今後も努力していきたいと思うので、先生方からも国立病院機構を大切にサポートしていただければありがたい。