

国内外の小規模病院の特徴と課題

江口 成美

1. はじめに

入院患者を受け入れることのできる診療所として、1948年以降、わが国の地域医療を担ってきた有床診療所であるが、医療の高度化や社会構造の変化にともなうさまざまな課題を抱えてきた。入院患者のための24時間、365日の体制は、診療を担う医師にとって大きな負荷であるが、入院に関わる診療報酬に病院と大きな格差があり、厳しい経営を強いられている施設が多い。しかし、住民の居住地に近接し、小規模で効率のよい入院医療を提供している有床診療所を、今後わが国の医療の中でいかに有効に活用していくかは、医療提供体制の議論のなかで大きなポイントのひとつである。

現在、わが国に50床未満の小規模病院は1,255施設ある。そのうち20～29床の施設は185施設あり、規模的には有床診療所に近い存在である。また、有床診療所は日本に特有な存在といわれるが、海外にも病院、診療所の両方の形態で小規模入院施設はある。そこで、小規模入院施設としての有床診療所のあり方を考えるために、国内の小規模病院と国外の小規模入院施設の状況を把握し、比較することを試みた。現段階での限られたデータではあるが、今後さらに詳細な調査を行うことを前提に、考察を行った。

2. 方法

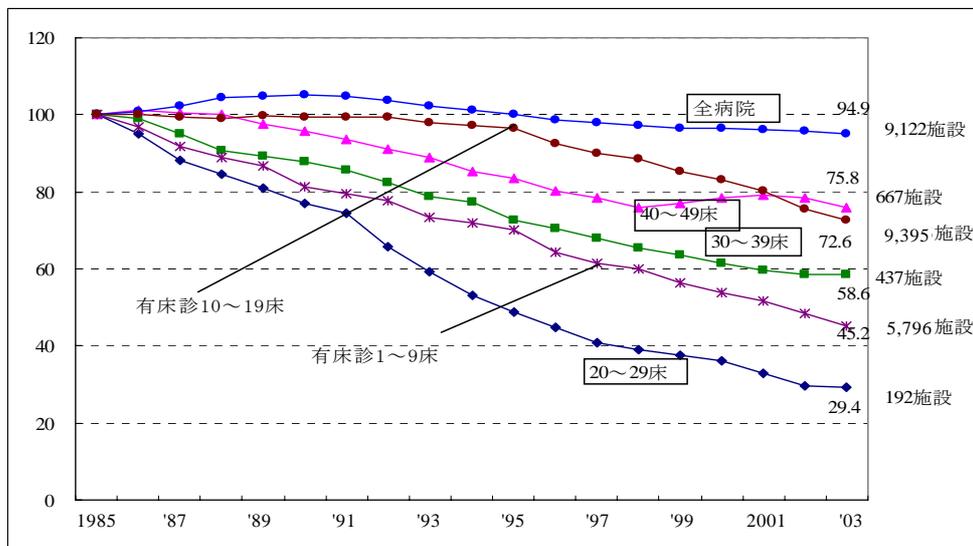
小規模の病床規模別データを掲載している全日本病院協会の病院経営分析調査報告¹を利用して、国内の小規模入院施設として小規模病院の経営状況を把握した。また、海外の小規模入院施設として、米国の小規模病院と韓国の有床診療所の状況を把握した。米国については、ルーラル医療（農村部医療）の担い手としての小規模病院の位置づけが確立しており、関連文献²を利用した。韓国は、診療所を有床と無床に区別したデータが少ないため、現地の医療関係者からの情報を中心とした。

3. 結果

1) 日本の小規模病院

日本の小規模病院は、病床規模が小さく入院収入が低いにもかかわらず、一般の病院の施設基準や職員配置基準が一律に課され、厳しい運営を余儀なくされているといわれる。実際、小規模病院は、有床診療所と同様、施設数が激減している。50床未満の小規模病院の施設数の推移を図1に示した。1985年の施設数を100として、その18年後の2003年に20～29床の病院の施設数は29.4、30～39床の病院が58.6、40～49床の病院が75.8であった。このように病床規模の小さい施設の数減少が著しい。ちなみに、有床診療所でも病床規模の小さい施設の減少が顕著である。有床診療所の1985年の施設数を100とすると、1～9床の有床診療所施設数が45.2、10～19床は72.6に減少している。

図1 小規模病院と有床診療所の施設数推移 (1985=100) 一病床規模別



厚生労働省：平成15年医療施設調査、2005

施設数の著しい減少の背景には、経営の困難さがある。全日本病院協会の調査では、20～49床や50～99床の民間病院はきわめて厳しい経営状態にある(表1、2)。医業収支率と総収支率はともに、20～49床が105%、50～99床が107%で、平均で支出が収入を上回っている。医業収入のなかで入院と外来のそれぞれの比率をみると、全病院の平均が7:3で入院の比率が高いのに対し、20～49床の病院では入院と外来の比率はほぼ1:1である。つまり、病床規模が低いと医業収入のなかで入院収入の占める割合が低くなり、外来収入に頼ることになる。支出については、全般に給与費比率が高く、20～49床施設では54.2%であった。

表1 小規模病院の収支率 (%)

	20～49床	50～99床	総数
医業収支率	105.1	107.1	102.8
総収支率	105.0	107.2	102.5
標本数	n=21	n=68	n=251

表2 医業収入と医業支出の内訳 (%)

	20～49床	50～99床	総数
医業収入合計	100.0	100.0	100.0
入院	49.6	59.3	68.3
外来	44.9	36.2	26.7
その他	5.4	4.5	5.1
医業支出合計	100.0	100.0	100.0
うち 給与費	54.2	53.1	53.7
うち 医薬品費	14.0	11.4	12.7
うち 材料費	5.4	6.5	8.3
うち 減価償却費	3.1	4.0	4.3
標本数	n=21	n=68	n=251

全日本病院協会：平成16年度病院経営分析調査報告、2005

次に、厚生労働省の病院報告を参考に病床利用率の違いをみると、一般病床の病床利用率は、20～29床の病院が56.6%、30～39床が64.9%、40～49床が71.4%で、病床規模が大きくなると病床利用率が上昇している(表3)。病床規模の小さい病院では、規模の大きい施設に比べて病床を有効に活用できていないという状況である。ただし、療養病床の病床利用率は、20～29床の病院を含めて比較的高い利用率を保っている。

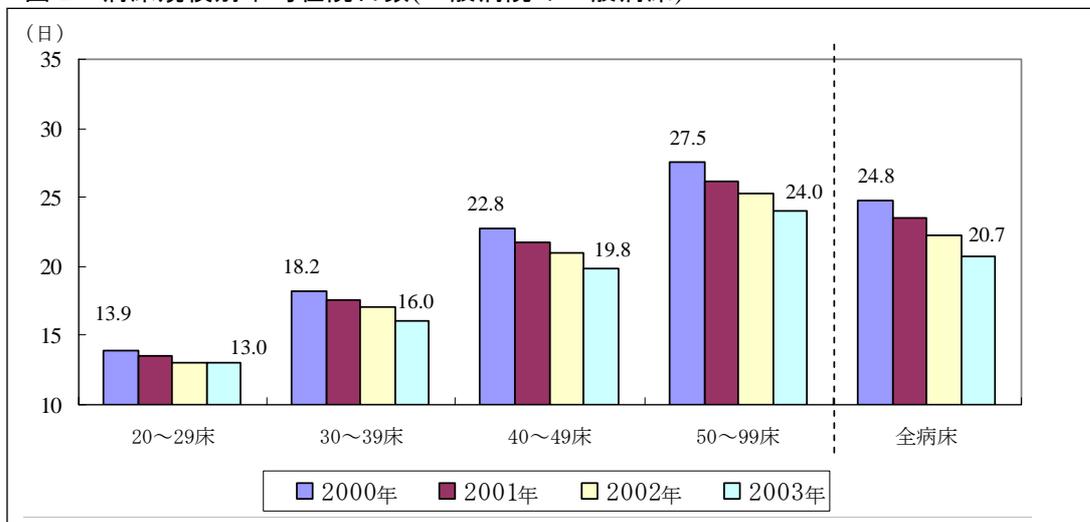
平均在院日数は、小規模であるほど在院日数が短い傾向を示している。経年的にみると、規模の大きい病院では在院日数の短縮化が顕著に起こっているが、小規模であるほど、短縮の度合いが小さい。一般病床の利用率は低い、療養病床での利用率は比較的高く、全般に、地域の患者の受け皿としての機能を果たしていることが推測できる。

表3 患者と病床の状況(一般病院) -病床規模別-

		20～29床	30～39床	40～49床	50～99床	総数(全病院)
病床利用率(%)	一般	56.6	64.9	71.4	76.2	79.9
	療養	83.1	89.1	88.9	92.3	93.4
平均在院日数	一般	13.0	16.0	19.8	24.0	20.7
	療養	110.4	105.9	128.2	144.6	172.3
施設数		192	437	667	2,315	8,047

厚生労働省：平成15年病院報告、2005

図2 病床規模別平均在院日数(一般病院の一般病床)



厚生労働省：平成15年病院報告、2005

最後に、既存調査³より、小規模病院の経営者が抱える課題を把握したい。看護師の確保と建物の老朽化、医師の確保が大きな問題となっている。また、外来・入院患者の減少や在院日数の長さ、資金調達も問題とされている。

表4 病院経営上困っていること（複数回答）－病床規模別－

	20～49床	50～99床	総数(全病院)
看護師不足	41%	38%	40%
建物の老朽化	41%	29%	33%
医師不足	39%	54%	49%
外来患者の減少	35%	34%	26%
在院日数の長さ	31%	32%	36%
資金調達が困難	25%	12%	16%
入院患者の減少	22%	20%	14%
医療機器の老朽化	18%	17%	18%
増改築が困難	18%	14%	17%
医薬品仕切り値が高い	18%	12%	13%

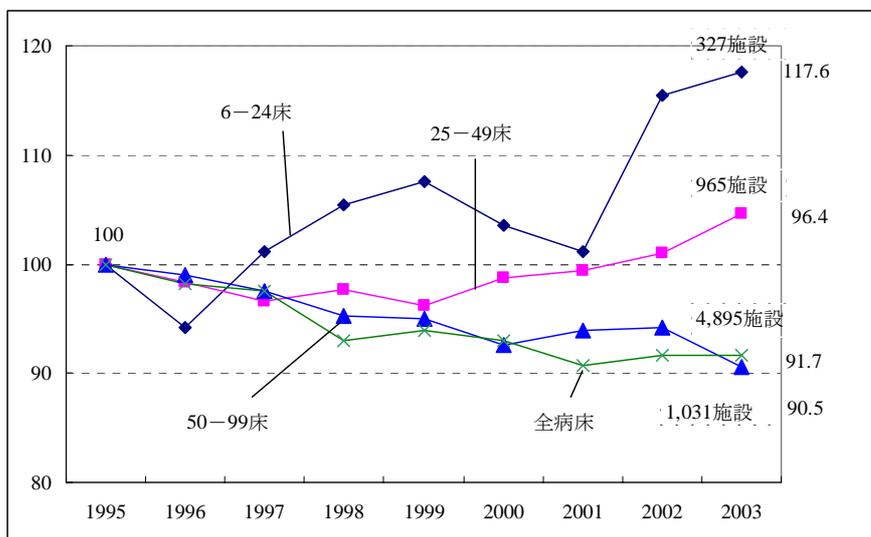
田中滋 他：資金調達に関するアンケート調査、2003

2) 海外の小規模医療機関 －米国と韓国－

(1) 米国

米国では病床を持つ施設はすべて病院とされる。ただし、米国病院協会(AHA)では最低6床を有する施設を病院と定義している⁴。同協会の統計によると、連邦立を除く一般病院は全米に4,895施設あり、うち6～24床の病院は327施設(全体の6.7%)、25～49床の病院は965施設(19.8%)存在している。1995年から2003年までの施設数の変化をみると、病院全体の施設数が減少しているなかで、50床未満の小規模施設は増加傾向にある(図3)。

図3 米国の病院施設数の推移(1995=100)－病床規模別－



AHA : Hospital Statistics 2005 edition, 2005

小規模病院の施設数の増加には、実は、政府の施策が関係している。それは、次のような事情である。国土が広い米国では、ルーラル地域と呼ばれる農村地域や過疎地の占める割合が高い。そのため、全米の病院のうち約4割が、これらのルーラル地域に存在してお

り、それらの多くは小規模の病院である。ところが、それら小規模病院の経営は厳しく、1980年代以降、閉鎖や経営悪化が相次いだⁱ。連邦政府は地域住民のセーフティネットの観点から、ルーラル地域の病院の経営健全化を図るため、特定の認定条件を満たす25床以下の病院に優遇措置を行う制度を設けたⁱⁱ。この優遇措置とは、高齢者医療保険（メディケア）の支払いを包括でなく原価に基づいて行うことなどであるが、優遇を受けるために小規模病院が増加したのである。

現在、Critical Access Hospital（CAH）と呼ばれる、これらの小規模病院は全米に1,117施設存在する。認定条件は、州から当該地域で必須の医療機関として認定されていることⁱⁱⁱ、病床は25床まで、24時間救急医療の提供、検査部門と放射線部門があること、医師は最低1人（ただし、30分以内ならオンサイトでなくてよい）、看護師が最低1人常駐、急性期患者の平均在院日数が4日以内^{iv}、などである。病床は、必要に応じて急性期病床か療養病床のどちらにでも転換できる swing bed として用いることができる。一方、手術など医療サービスの中味については、一般病院で行われるサービスと同じ基準に基づいた医療提供が要求される。距離的に最も近い一般病院との連携を徹底することも義務付けられる。

米国の小規模病院は、このような経緯で大半が CAH である。病院の運営状況は米国病院協会が公表している（表5）。入院と外来の収入の比率は6～24床の病院で3:7、25～49床の病院で4:6、病院総数が6.5:3.5で、日本と同様、病床規模の小さい施設で入院収入の割合が低い傾向を示している。外来患者については、夜間・休日などの救急患者の割合が約2割を占めている。小規模でも手術件数の多い状況がみえる。

米国の病院は病床の利用や医師の雇用に柔軟性があり、日本の医療提供体制のなかでの有床診療所の運営とは大きく異なる。米国ではいわゆるオープン病院制度で、医師の勤務形態が多様である。病院の医師は必ずしも勤務医とは限らず、独立した（開業）医師が、病院との契約に基づいて院内の設備や病床などの資源を利用している。この点は CAH でも同様である。

また、米国の地方部では、CAHを中心に病院区と呼ぶ特別な自治区を設立しているところもある。病院区では住民への特別課税や債権発行を行うことができ、CAHの収入や資金調達を助けることができる。政府の優遇措置だけでなく、地域住民からの資金援助を得た経営となっている。さらに、CAHはコスト削減を目的に、AmeriNetなどの共同購入機関を利用して医薬品材料を購入し、小規模施設であることのハンディを補っている。最後に、医療の質の観点からは、病床規模に関わらず病院はすべて JCAHO と呼ばれる第三者評価機構の認定を受けて、質向上に取り組んでいる。地域住民によい医療と安心感を提供するための行政の対応や、共同購入に現れた病院ごとの経営努力など参考になる点がある。

ⁱ 都市部にある小規模病院の多くは、統廃合を経て、地域の病院システムやネットワークのサテライト病院として再編された。この点について日本の事情と大きく異なる。

ⁱⁱ 1997年のBBA法の中のMedicare Rural Hospital Flexibility Program (MRHFP)、ならびに2003年のMMA法。州ごとに規定されている。

ⁱⁱⁱ あるいは、他の病院と35マイル以上離れている、あるいは、山間部では15マイル以上離れている。

^{iv} 米国の一般病院の平均在院日数はもともと短く、6～24床の施設で3.9日、25～49床で4.3日（米国病院協会）であるから、CAHの4日以内という条件は平均的な在院日数以内ということになる。

表5 米国の小規模病院の運営状況 (1施設あたり平均)

	6～24床		25～49床		50～99床	
総収入(千ドル)① (= ②+⑥)	8,009	100	15,077	100	28,665	100
医業収入② (= ③+④-⑤)	7,289	91.0	13,492	89.5	26,864	93.7
入院収入(請求)*③	3,787	29.6%	10,731	41.4%	31,361	52.1%
外来収入(請求)*④	9,007	70.4%	15,174	58.6%	28,876	47.9%
控除(値引き額)⑤	5,504		12,413		33,373	
その他の収入⑥	719	9.0	1529	10.5	1,857	6.3
総費用(千ドル)⑦	7,514	93.8	14,492	96.1	27,342	95.4
延べ入院患者数(年間)	2,013		5,664		14,981	
外来患者数(年間)	19,915		32,395		51,367	
うち夜間・休日・救急患者数	3,544		6,372		11,233	
(外来患者の中で占める割合)	18%		20%		22%	
入院手術件数(年間)	102		229		593	
外来手術件数(年間)	540		848		1610	
平均在院日数	4.1		5.0		6.3	
従業員数(常勤)	73.7		139.1		237.3	
従業員数(非常勤)	33.5		61.2		113.0	
施設数	N=327		N=965		N=1,031	

* 総収入を100としたときの数値を示す。但し、入院収入、外来収入の%は総請求額の中の占める割合

AHA : Hospital Statistics 2005 edition, 2005

(2) 韓国

韓国は国民皆保険制度を持ち、医療提供体制も日本と共通点が多い。現在、病院は医療法で30床以上と規定されており、診療所で病床を持つ場合は29床まで許可されている。韓国では診療所を無床・有床に区別した統計を公表していないが、有床診療所は約7,000施設で、診療所全体(23,000か所)の約3割を占める⁵。これは日本の有床診療所が占める15%に比べて高い割合である。病院が入院と外来機能を持つ点は日本と同様である。

病院と診療所の間に医師の配置基準についての区別はなく、1日あたり入院患者数20名(外来患者3名を入院患者1名に換算)に医師1人と規定されている。医療施設の規模や種類によって診療報酬の加算率が決められているが、入院基本料^vは加算率とは別に計算されて、診療所は病院に比べて2割前後低い水準となっている(表6)。

表6 入院基本料^v (2003年1月診療報酬改定後)

医療機関種類	点数(点)	比率	日本円換算(円)
総合病院	462	1	2,541
病院	408	0.88	2,244
医院(診療所)	354	0.77	1,947

注) 総合病院は100床以上の病院、病院は100床未満
韓国では点数×55が金額、1ウォン=0.1円で換算

^v 入院基本料は①医学管理料(40%)、②看護管理料(25%)、③病院管理料(35%)からなる

韓国では、有床診療所の入院機能や入院診療報酬に関わる議論がほとんど行われていない。韓国の有床診療所は病院との格差が小さく、小規模入院施設として比較的問題なく運営されている印象がある。今後、個別に医療機関の状況を把握することでさらに実態を深めることができるであろう。いずれにしても、保健省が病院と診療所の機能分化の方向性を打ち出しており、近い将来、診療所の病床のあり方についての議論が起こることが予想できる。

4. 考察

今後の有床診療所のあり方を考えるにあたり、国内外の小規模病院の状況を概観した。国内の小規模病院は施設数が激減しており、有床診療所と同様に、入院収入の制限と人件費の高さを抱え、生き残りが課題となっている。米国の小規模病院は、農村部医療という環境で、政府の優遇措置や住民の支援を受けながら住民への安心した医療提供に努めている。韓国の有床診療所は、30床未満の病床数と規定されており、小規模な入院施設として確立した存在となっている。

農村部地域とはいえ、米国の CAH の柔軟性のある運営は、示唆に富んでいる。すなわち、地域連携を患者の紹介だけにとどめず、必要時には、協力医も含めた医師の流動的な活用、病床や設備の柔軟な活用をすることである。また、経営的には、費用の中で占める割合が高い医薬品・医療材料について、米国の小規模病院同様、共同購入も視野にいたした節減方法も検討する必要がある。

また、病院と、規模も患者重症度も異なる診療所で、同様の対応を求めることが妥当でない場合もあるであろうが、有床診療所も安全性や透明性などの社会のニーズに敏感に対応していくことは必要である。有床診療所に対して行った既存調査⁶でも、「診療所に関してどのような情報を利用したいか」への患者の回答のトップは「治療実績や治療方法」であった。病院では小規模病院も含めて、医療機能評価機構の認定、クリティカルパスの公開、手術件数のホームページ掲載など、診療内容の透明性を高める方向に進んでいる。

最後に、病院と診療所の機能分化の議論が高まっているが、患者サイドからみれば、医療機関が入院と外来の両方の機能を持つことで、連続性のある医療を受けることができる。小規模の有床診療所は、やや軽症な患者^{vi}について、患者の居住地の近隣で入院医療を提供することができる。身近に存在する小規模の医療提供形態として、有床診療所が地域住民へ安心感を与える形で発展していくことを期待したい。そのためには、より柔軟性に飛んだ制度の確立や経営手法が必要と思われる。

vi 診療所の入院患者のうち「生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する」人の割合は 48.1%、「生命の危険がある」人が 5.6%であるのに対し、病院の入院患者はそれぞれ 68.2%、9.1%であった。また、診療所の患者で「受入れ条件が整えば退院可能」は 17.2%にのぼっている。(厚生労働省：平成 14 年患者調査)

文 献

- 1 全日本病院協会：平成 16 年度病院経営分析調査報告、2005
- 2 American Hospital Association、A Profile of Rural Hospitals 1994-1998, 2000
- 3 田中滋 他：資金調達に関するアンケート調査、平成 13 年度厚生科学特別研究事業、
(松原由美：これからの中小病院経営、医療文化社、2004 より引用)
- 4 American Hospital Association：Hospital Statistics 2005 edition, 2005
- 5 OECD：OECD Reviews of Health Care Systems –Korea, 2003
- 6 江口成美・沼田直子：有床診療所の実態調査－将来戦略に向けての第一ステップ、(日医総研ワーキングペーパーNo.96)、2004