

日医総研ワーキングペーパー

自治体病院の入院基本料別経営分析 —15対1の入院基本料の引き下げは妥当であったか—

No. 217

2010年6月24日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

自治体病院の入院基本料別経営分析

－15対1入院基本料の引き下げは妥当であったか－

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

研究協力者 日本医師会総合医療政策課

キーワード

- ◆ 自治体病院 ◆ 入院基本料 ◆ 15対1 ◆ 不採算地区
- ◆ 経営分析 ◆ 中医協 ◆ 診療報酬 ◆ 医療経済実態調査

ポイント

- ◆ 医療経済実態調査によると、「15対1」の病院が黒字であるとして、2010年度の診療報酬改定では、一般病棟入院基本料「15対1」が引き下げられた。しかし、医療経済実態調査は客体数が少なく、かつ単月調査である。自治体病院すべてを分析した結果、「15対1」の赤字幅は最大であった。
- ◆ 「15対1」の自治体病院は、給与費率が高く赤字であるが、給与自体が高いわけではない。投入している労働量に比べて診療報酬上の評価が低い。また、「15対1」は入院基本料が低だけでなく、加算も少なく、2010年度改定は大きな痛手になったと推察される。
- ◆ 「15対1」は中医協で慢性期と認識されつつあり、このままでは一般病院としての生き残りは難しい。しかし、「15対1」は地方にあって、看護職員の確保が困難であり、「7対1」等を目指せない。慢性期に近いとはいえ、重症の患者や看護必要度の高い患者が存在することも事実である。地方によっては地域医療を守っている病院もある。
- ◆ 重症患者がほとんどなく、看護必要度が低い病院もあるだろう。これらの病院は、より慢性期型の病院あるいは療養病床にシフトすることになるかもしれない。しかし、少なくとも、今後の療養病床等のあり方がきちんと示され、評価されるまで、淘汰させて良いはずはない。
- ◆ 2010年度の診療報酬改定の検証は、中医協の医療経済実態調査によって行われることになるが、同調査は、決算データでかつ定点観測で行うべきである。厚生労働省の予算に制約があるというのであれば、民間データの併用を検討すべきである。

目 次

1. 分析の目的と方法	1
1.1. 分析の背景と目的	1
1.2. 分析の方法	4
2. 自治体病院の一般病棟入院基本料別経営分析	5
2.1. 病院の特徴	5
2.1.1. 入院基本料別の構成割合	5
2.1.2. 病床規模	6
2.1.3. 病院の立地	8
2.1.4. 平均在院日数	12
2.2. 医業収入および費用構成	14
2.2.1. 医業収入	14
2.2.2. 医業利益率および費用構成	15
2.2.3. 入院患者1人1日当たり入院収入	16
2.3. 職員数	18
2.3.1. 100床当たり職員数	18
2.3.2. 看護部門の職員数と入院基本料の関係	19
2.4. 1人当たり給与	20
2.4.1. 医師	20
2.4.2. 看護師	22
2.4.3. 医療技術員および事務職員等	24
2.5. 自治体病院の経営分析のまとめ	26

1. 分析の目的と方法

1.1. 分析の背景と目的

2010年度の診療報酬改定では、一般病棟入院基本料のうち15対1入院基本料のみが引き下げられた(表1.1.1)。一方で、夜勤72時間以内の要件のみを満たさなかった場合の7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料が新設され、入院期間14日以内の加算が引き上げられた。

なお、前回2008年度改定で、医師配置基準を満たさない病院に対する準7対1入院基本料が新設されたが、算定が少ないため、2010年度改定で廃止された。

表 1.1.1 一般病棟入院基本料に係る2010年度診療報酬改定の内容

項目	(点)	
	改定前	2010年度改定
7対1入院基本料	1,555	1,555
準7対1入院基本料	1,495	—
10対1入院基本料	1,300	1,300
13対1入院基本料	1,092	1,092
15対1入院基本料	954	934
7対1特別入院基本料(新設) ^{※注}	—	1,244
10対1特別入院基本料(新設) ^{※注}	—	1,040
特別入院基本料	575	575
特定入院基本料	928	928
特定入院基本料(特別入院基本料算定患者)	790	790
入院期間(14日以内) 加算	428	450
入院期間(14日以内・特別入院基本料) 加算	300	300
入院期間(15日以上30日以内) 加算	192	192
入院期間(15日以上30日以内・特別入院基本料) 加算	155	155

※注) 月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合に3か月を限度として算定する

15 対 1 入院基本料は、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）において、「医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化することを検討する」¹とされ、2010 年度改定で引き下げられた。医療経済実態調査では、一般病院（民間および国公立）の損益差額は「15 対 1」のみが黒字であり、「7 対 1」、「10 対 1」、「13 対 1」は赤字であった（図 1.1.1）²。

これに対し、日本医師会は、「医療経済実態調査は、6 月単月調査であること、客体数が少ないことなど、問題点も多く、信頼性に欠ける（中略）。仮に、医療経済実態調査の結果を採用するとしても、国公立病院同士で入院基本料別に比較すると、15 対 1 の赤字幅がもっとも大きい」³と主張した（図 1.1.2）。

しかし厚生労働省は、「15 対 1」の病棟について、入院期間 91 日以上の患者が約 2 割存在していることなどを論拠に、「急性期よりは亜急性期あるいは回復期といった患者さんが多い病棟」であると説明した⁴。さらに、2010 年度の診療報酬改定では、改定率決定と同時に急性期医療への重点配分が決まったため⁵、15 対 1 入院基本料の引き下げは覆らなかった。

¹ 中医協「平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点での骨子）」p9, 2010 年 1 月 15 日

² 中医協「第 17 回医療経済実態調査の報告（平成 21 年 6 月実施）」

³ （社）日本医師会「『平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点での骨子）』等に対する日本医師会の見解」2010 年 1 月 21 日

⁴ 2009 年 12 月 2 日、中医協・基本問題小委員会議事録および参考資料

⁵ 医科本体改定率は+1.74%、改定財源は約 4,800 億円。2009 年 12 月 23 日の大臣折衝資料に「急性期入院医療に概ね 4,000 億円程度を配分することとする」と明記された。

図 1.1.1 中医協・医療経済実態調査にみる入院基本料別の費用構成

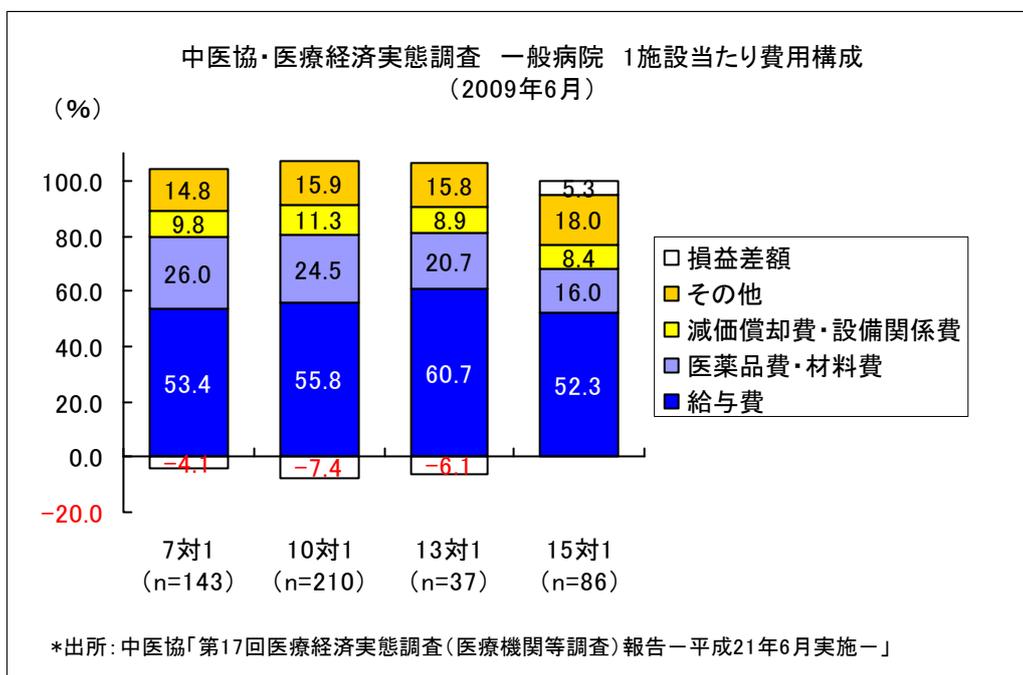
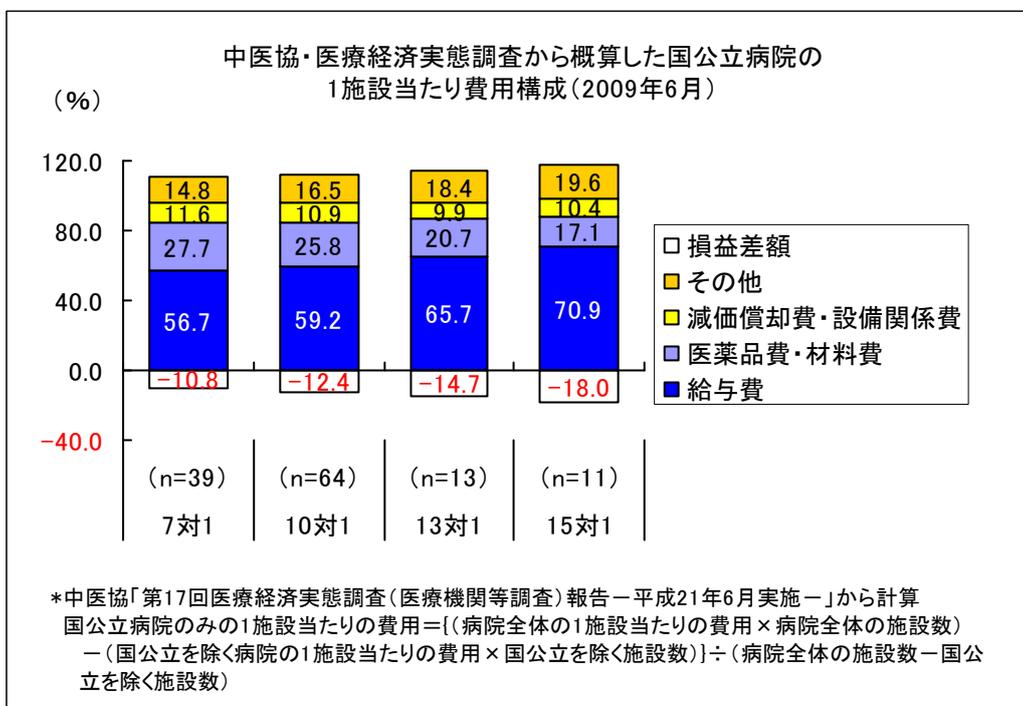


図 1.1.2 中医協・医療経済実態調査から計算した国公立病院の費用構成



1.2. 分析の方法

2010年3月、総務省から「平成20年度 地方公営企業年鑑」が発表され、自治体病院個別の損益状況が明らかになった。当該データは、決算データであり、客体数も多いので医療経済実態調査に比べてはるかに信頼性が高い。そこで、あらためて診療報酬改定前の経営状況を分析し、2010年度の診療報酬改定の妥当性の検討に資することとしたい。

地方公営企業年鑑によると、自治体病院数は2008年度には936病院、うち一般病院は891病院である⁶。このうち一般病棟入院基本料「7対1」、「10対1」、「13対1」、「15対1」を算定している病院に着目して分析を行なった。以下、たとえば一般病棟入院基本料7対1を算定している病院であれば「7対1」と省略する。

⁶ 総務省「平成20年度 地方公営企業年鑑」
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei20/html/mokuji.html

2. 自治体病院の一般病棟入院基本料別経営分析

2.1. 病院の特徴

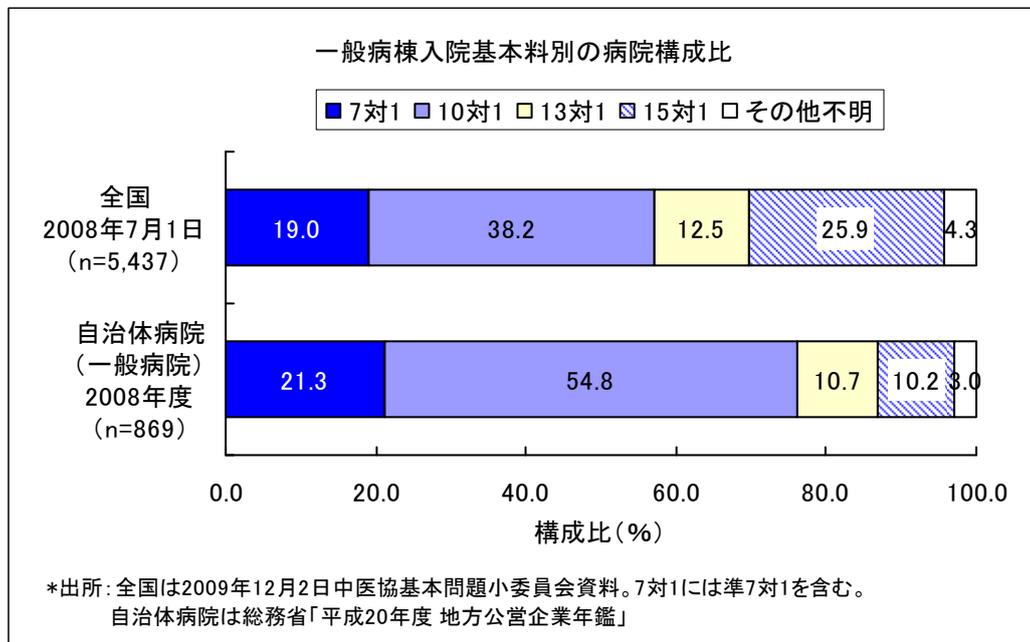
2.1.1. 入院基本料別の構成割合

全国の入院基本料別の病院構成比は、2008年7月時点で、「7対1」19.0%、「10対1」38.2%、「13対1」12.5%、「15対1」25.9%である（図2.1.1）。

自治体病院（一般病院のみ）では、2008年度において「7対1」21.3%、「10対1」54.8%、「13対1」10.7%、「15対1」10.2%であった。

「15対1」は全国では25.9%、自治体病院では10.2%であるので、「15対1」は民間病院が多く算定していることがうかがえる。また、自治体病院では、「7対1」「10対1」が合計76.1%に達していた。

図 2.1.1 一般病棟の入院基本料別の構成比



2.1.2. 病床規模

病床規模の平均は、「7対1」367.5床、「10対1」259.6床、「13対1」95.4床、「15対1」78.5床であり、看護基準が低いほど小さい（図 2.1.2）。特に「10対1」と「13対1」との間で、病床規模の差が大きかった。また「13対1」、「15対1」では、最大でも300床強であった（図 2.1.3）。

図 2.1.2 1病院当たりの病床数（総病床数）

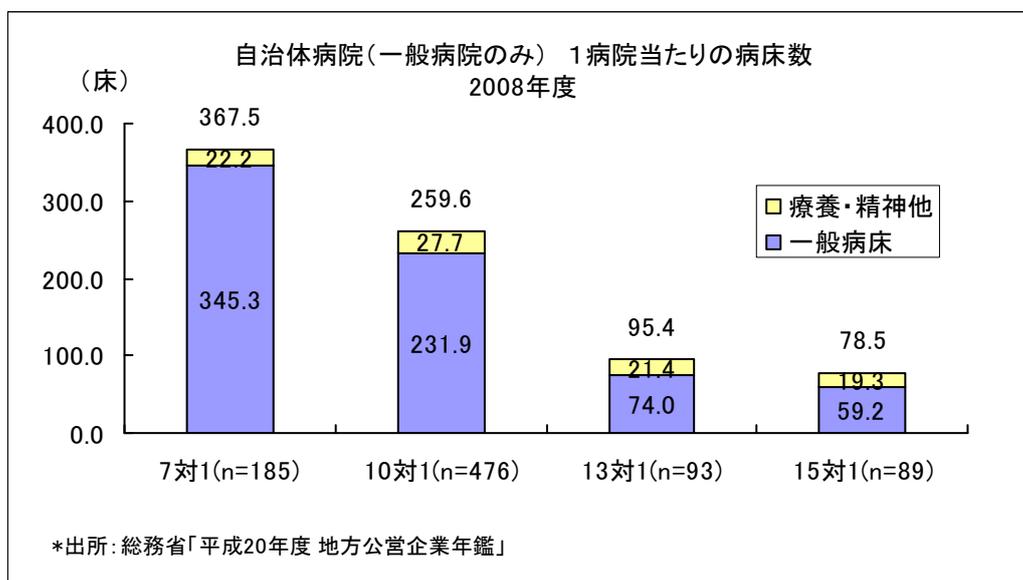
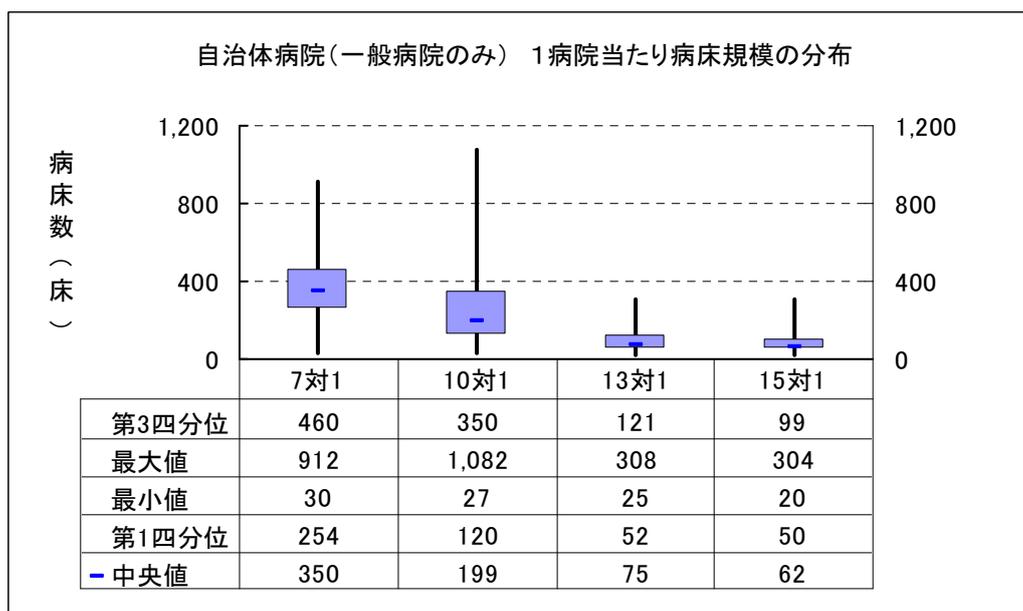
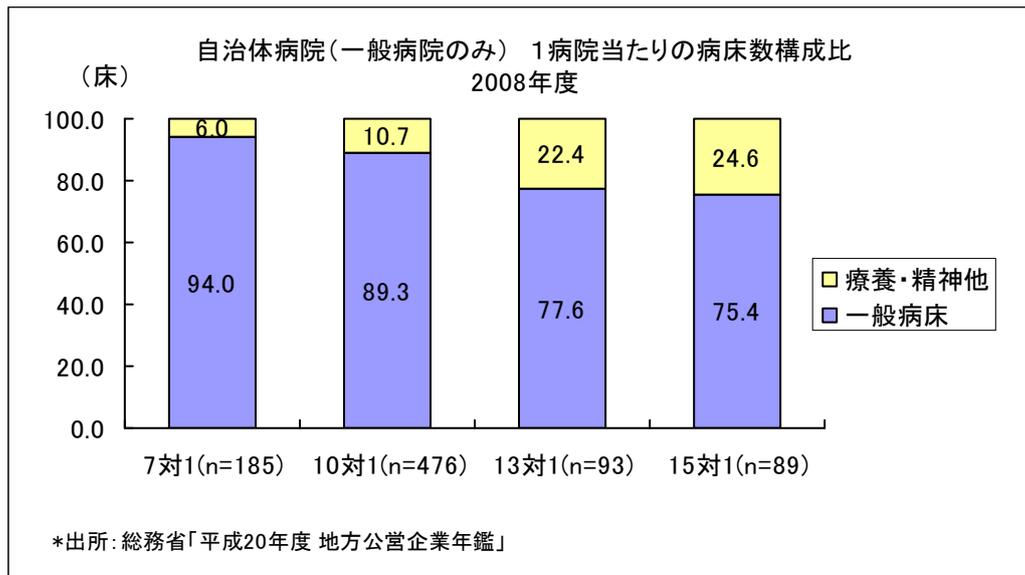


図 2.1.3 1病院当たりの病床規模の分布（総病床数）



病床数に占める一般病床の割合は、「7 対 1」 94.0%、「10 対 1」 89.3%、「13 対 1」 77.6%、「15 対 1」 75.4%であり、「13 対 1」「15 対 1」では、それぞれ病床の 2 割以上が療養病床や精神病床等であった（図 2.1.4）。

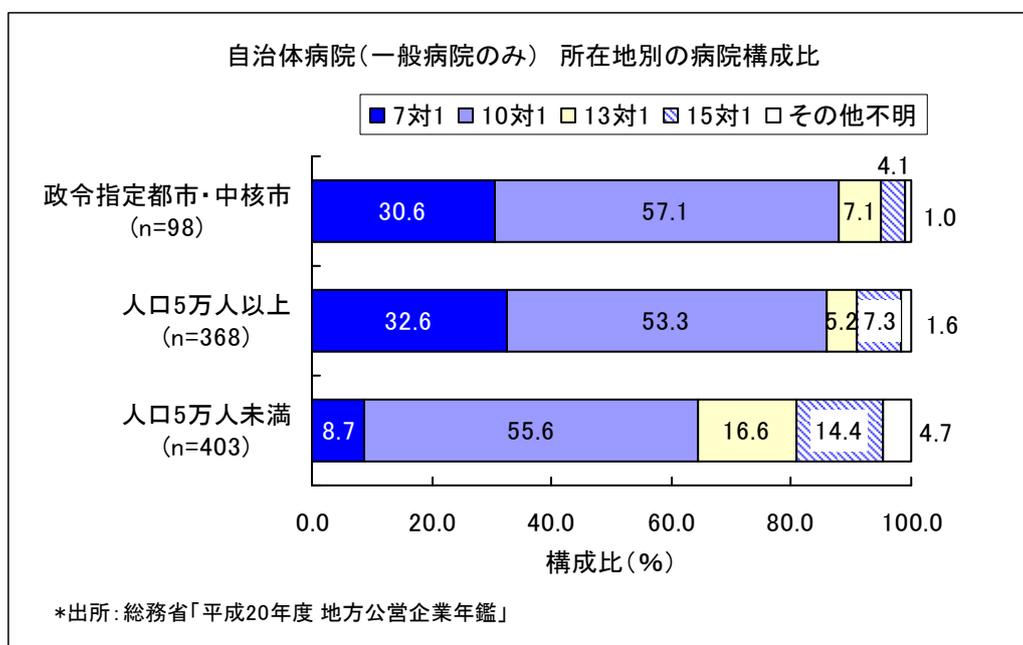
図 2.1.4 病床数の構成比



2.1.3. 病院の立地

病院所在地別では、政令指定都市・中核市および人口 5 万人以上の市区町村では、それぞれ自治体病院の約 3 割が「7 対 1」であった（図 2.1.5）。一方、人口 5 万人未満の市町村では「7 対 1」は 8.7%に止まっており、「15 対 1」が 14.4%であった。

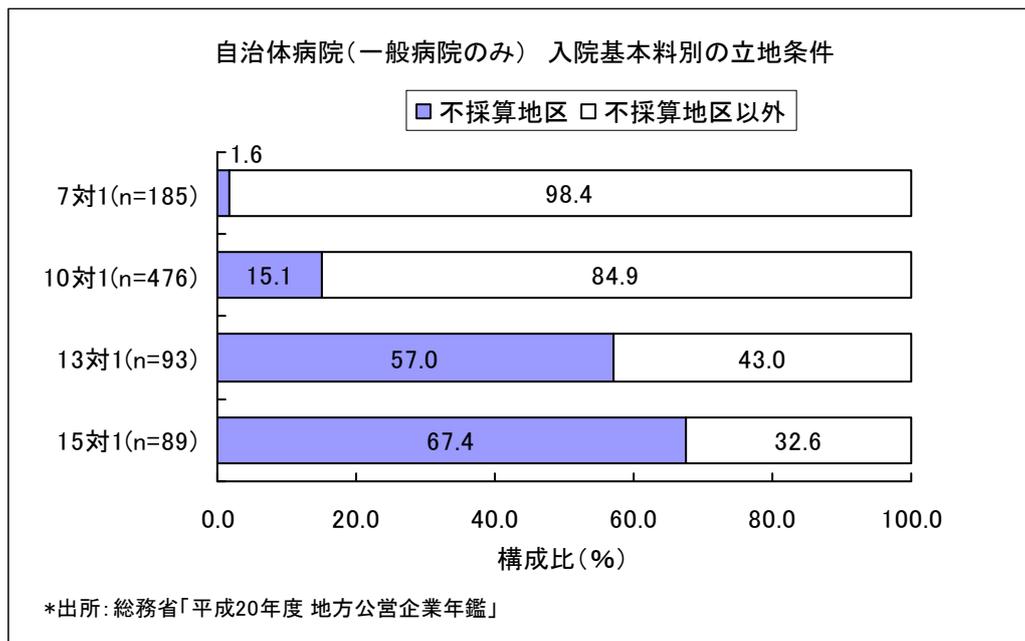
図 2.1.5 病院所在地別入院基本料別の病院構成比



中核市：人口 30 万人以上の市のうち政令で指定された市。2008 年時点の指定で分類。

立地条件について見ると、「15 対 1」のうち、不採算地区に存在している病院が 67.4%であった（図 2.1.6）。「7 対 1」で不採算地区にある病院は 1.6%（3 病院）のみであった。

図 2.1.6 入院基本料別の立地条件



総務省「公立病院改革ガイドライン」(2007年12月24日)より

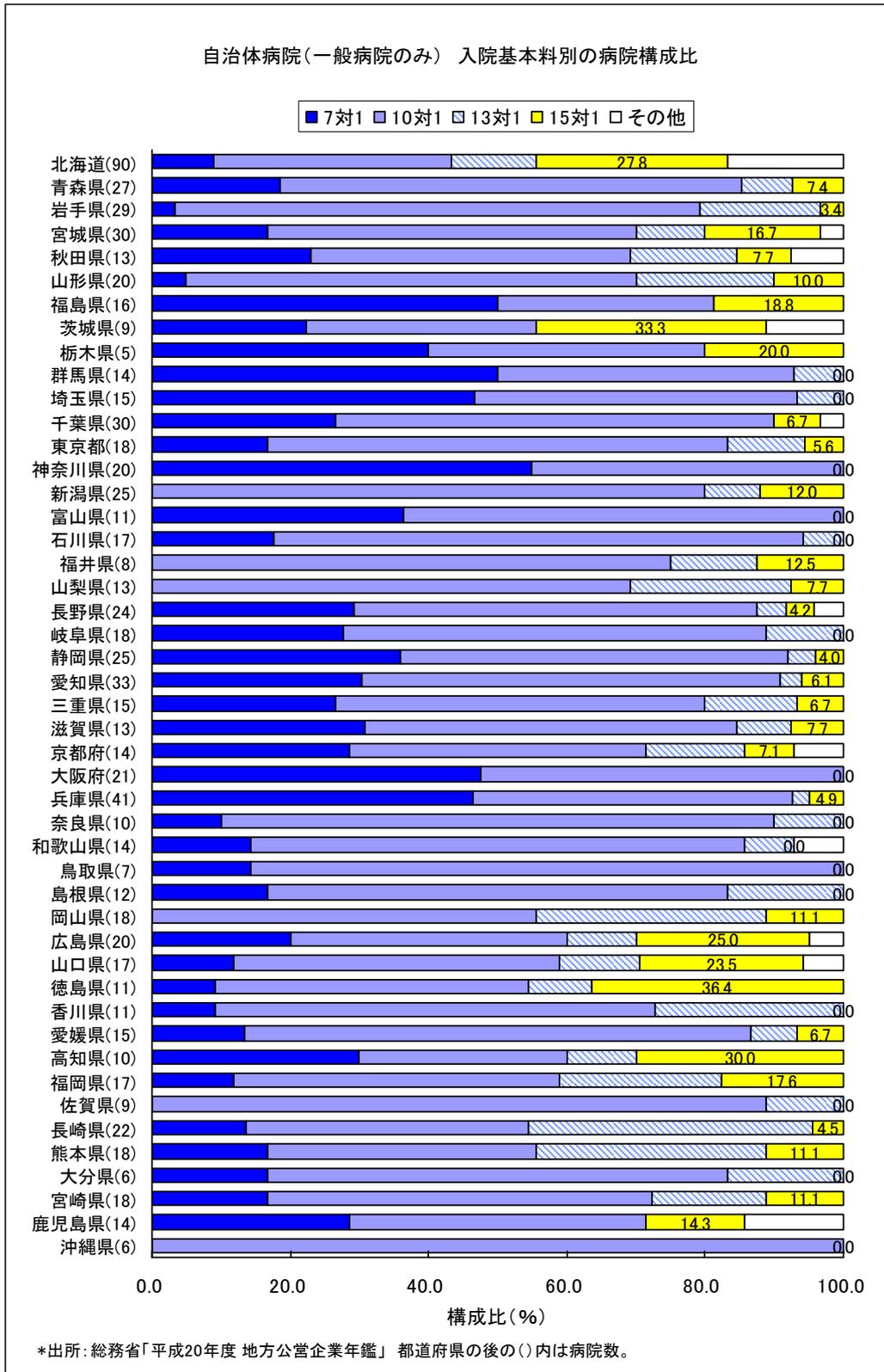
不採算地区病院とは以下の要件をすべて満たす病院をいう。

- ・病床数100床未満(感染症病床を除く)、又は、1日平均入院患者数が100人未満であり、1日平均外来患者数が200人未満である一般病院。
- ・当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの又は所在市町村の面積が300k㎡以上で他の一般病院の数が1に限られるもの。

都道府県別では、福島県、群馬県、神奈川県で「7 対 1」が半数以上であった（図 2.1.7）。また、神奈川県、富山県、大阪府、鳥取県、沖縄県では「7 対 1」と「10 対 1」のみであった。

一方、「15 対 1」の比率が高いのは、徳島県（36.4%）、茨城県（33.3%）、高知県（30.0%）、北海道（27.8%）などであった。

図 2.1.7 入院基本料別の病院構成比



2.1.4. 平均在院日数

一般病床の平均在院日数は、「7対1」15.4日、「10対1」17.9日、「13対1」23.2日、「15対1」36.2日であった（図 2.1.8）。

2010年度の診療報酬改定では、入院早期（14日以内）の加算が引き上げられた。「7対1」では、改定前の2008年度時点で、すでに約3割の病院の平均が14日以内であり、2010年度改定の効果がより大きいものと推察される。

平均在院日数は看護基準が低くなるにしたがって延びているが、「15対1」で急激に長くなり、多くの病院の平均在院日数が30日から40日である（図 2.1.9）。

なお、平均在院日数が極端に短い病院があるが、自治体病院の中には、年度途中で入院を休止、中止する病院もあるので、このようなデータが存在しうる。

図 2.1.8 一般病床の平均在院日数

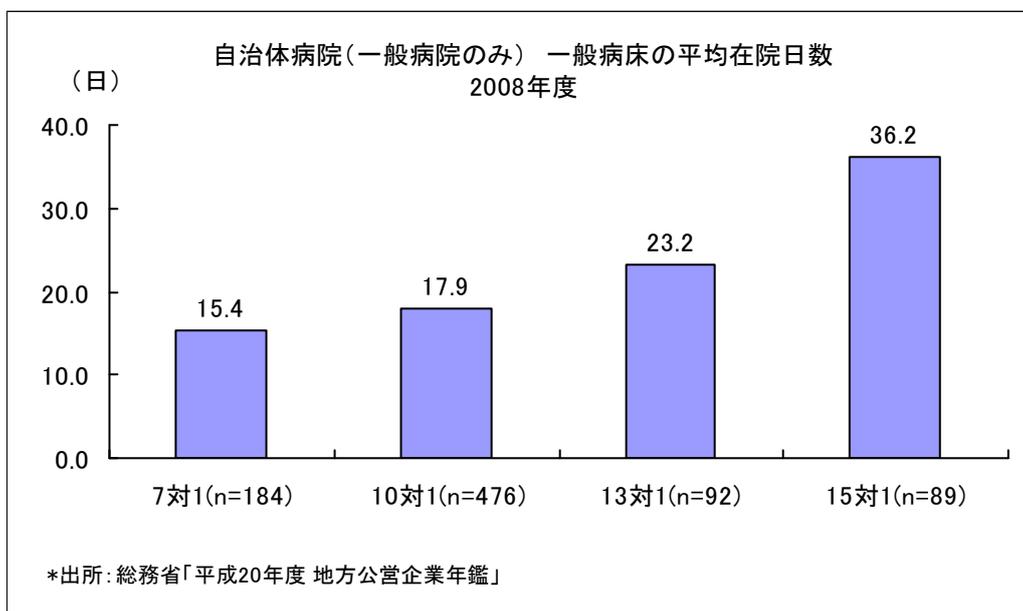
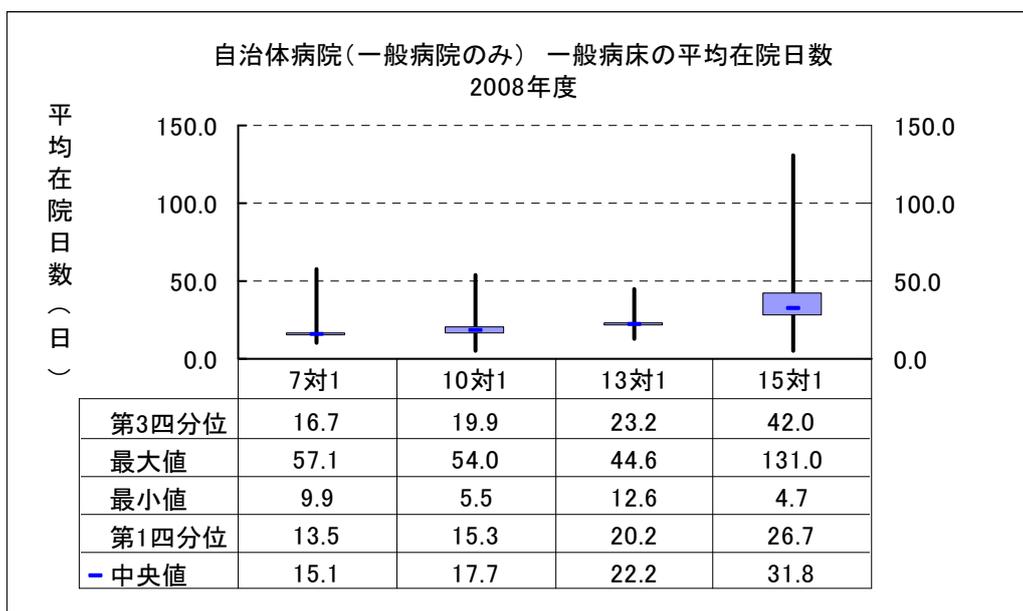


図 2.1.9 一般病床の平均在院日数の分布



2.2. 医業収入および費用構成

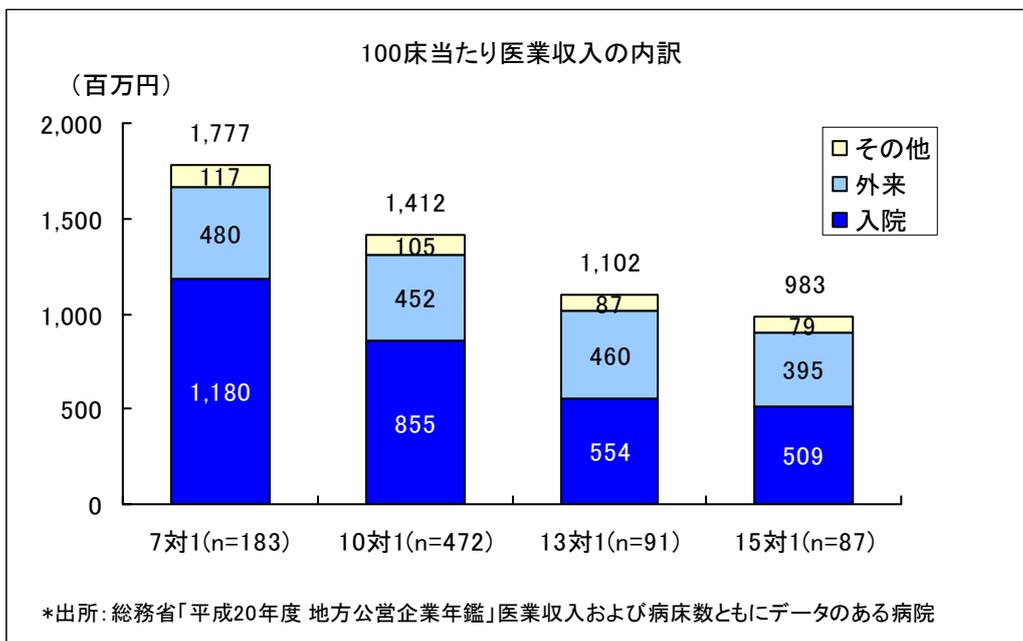
2.2.1. 医業収入

100床当たり医業収入は「7対1」1,777百万円、「10対1」1,412百万円、「13対1」1,102百万円、「15対1」983百万円であった（図 2.2.1）。

もっとも差が大きいのは入院収入であり、看護基準が低くなるにつれて小さくなっていった。特に「10対1」と「13対1」との間の差が大きかった。

外来収入は「7対1」「10対1」「13対1」では大きな差はなかったが、「15対1」は他と比べて低かった。

図 2.2.1 100床当たり医業収入の内訳



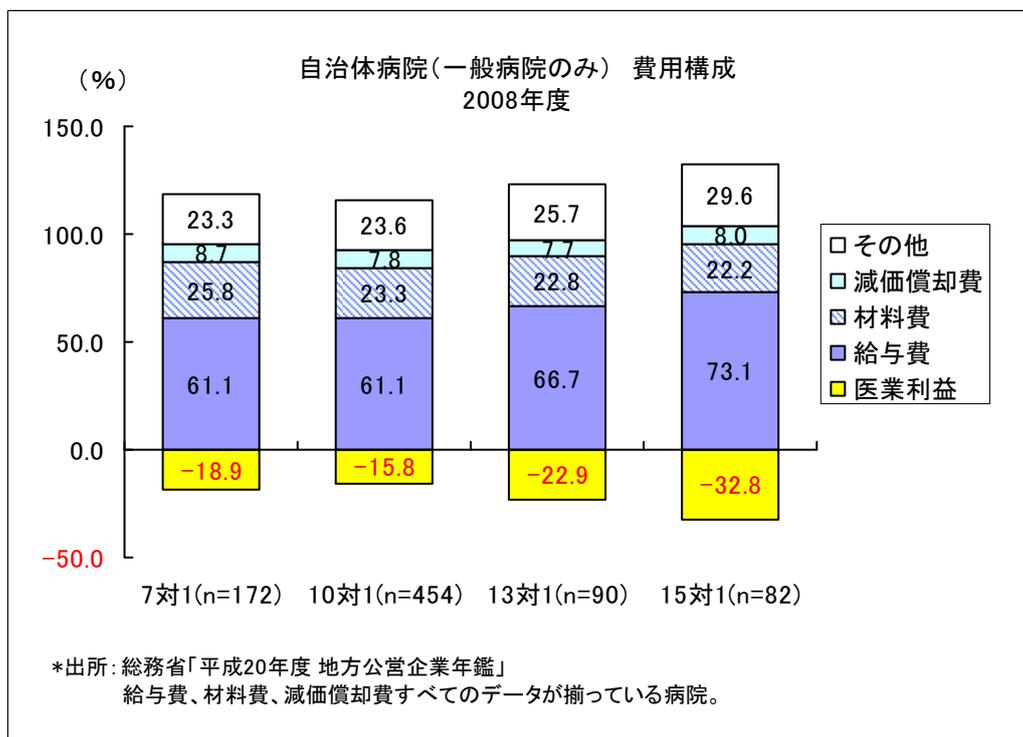
2.2.2. 医業利益率および費用構成

医業利益率は、「7対1」▲18.9%、「10対1」▲15.8%、「13対1」▲22.9%、「15対1」▲32.8%であった（図 2.2.2）。冒頭、中医協医療経済実態調査から概算した国公立病院の医業利益率（損益差額率）を示したが、ほぼ同じ傾向であり、「15対1」の赤字幅がもっとも大きかった。

費用構成は、「7対1」「10対1」はほぼ同じであったが、「7対1」はやや減価償却費率が高く、設備投資が活発であることがうかがえた。

また看護基準が低くなるにつれて、給与費率が上昇していた。

図 2.2.2 医業収入に対する費用構成



2.2.3. 入院患者1人1日当たり入院収入

入院患者1人1日当たり入院収入は、「7対1」44,868円、「10対1」32,006円、「13対1」22,764円、「15対1」19,779円であった（図 2.2.3）。

入院基本料を100としたときのその他の収入（加算等）は、「7対1」189、「10対1」146、「13対1」108、「15対1」107であった（図 2.2.4）。「13対1」「15対1」は入院基本料が低だけでなく、加算等でも大きな差がついていた。

図 2.2.3 入院患者1人1日当たり入院収入の内訳

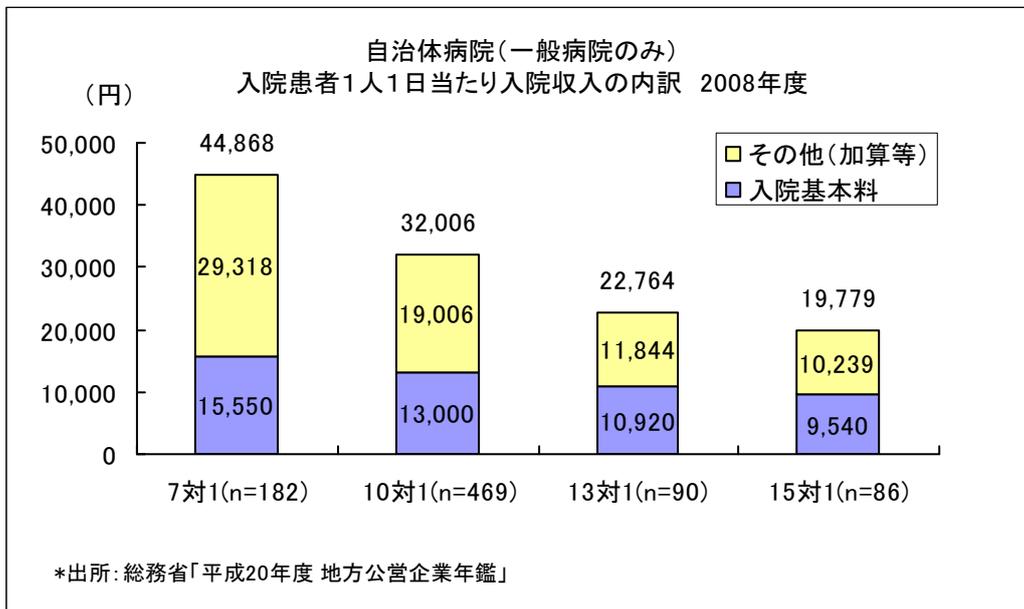
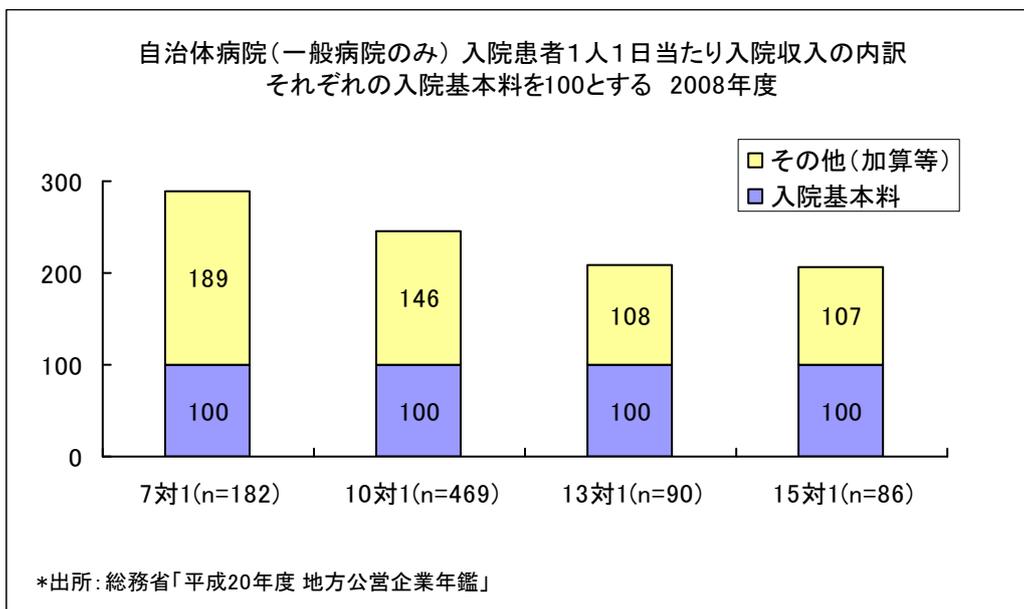


図 2.2.4 入院基本料を100としたときのその他の収入



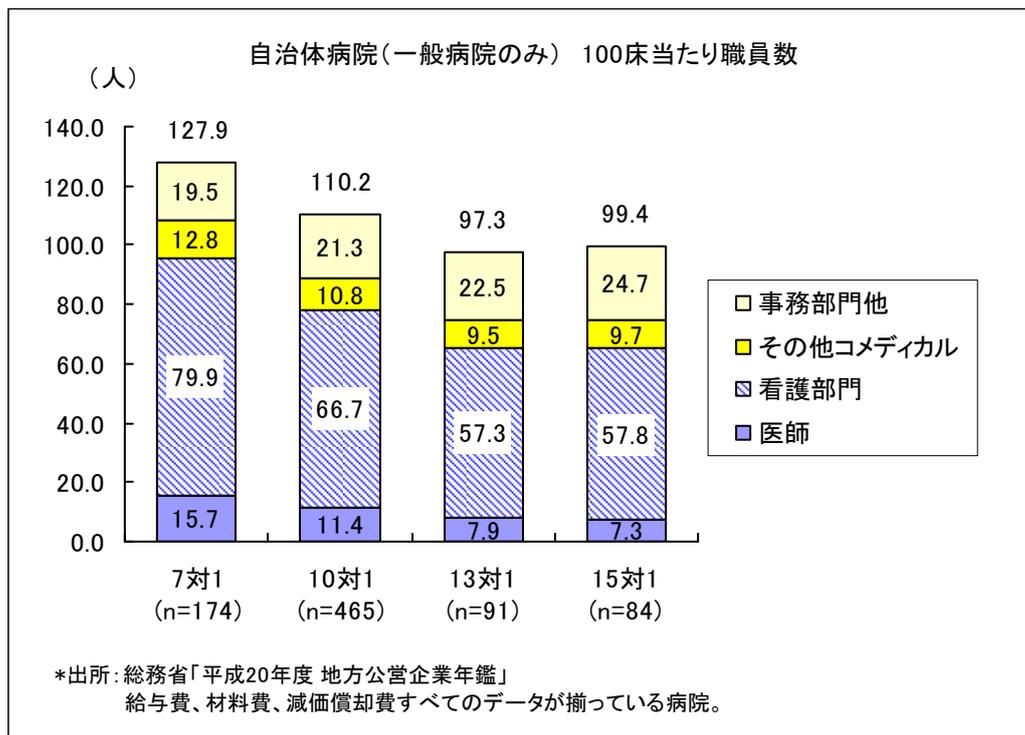
2.3. 職員数

2.3.1. 100床当たり職員数

100床当たり職員数は、「7対1」127.9人、「10対1」110.2人、「13対1」97.3人、「15対1」99.4人であった（図2.3.1）。100床当たりの看護部門の職員数は、おおむね看護基準が低くなるにつれて減少しているが、「15対1」は57.8人であり、「13対1」の57.3人よりもわずかに多かった。

また入院基本料が異なっても100床当たりの事務部門他の職員数には大きな差はなかった。入院基本料によらず、一定の事務職員は必要であるためと考えられる。

図 2.3.1 100床当たり職員数



その他コメディカル：薬剤部門、放射線部門、臨床検査部門

事務部門他：事務部門、給食部門、その他部門

2.3.2. 看護部門の職員数と入院基本料の関係

「7対1」を100としたとき、看護部門の職員数と一般病棟入院基本料（改定前）は、「13対1」まではほぼ比例している。「10対1」は看護職員83.5、入院基本料83.6、「13対1」は看護職員71.7、入院基本料70.2である（表2.3.1）。これに対して「15対1」は看護職員72.3、入院基本料60.1であり、看護職員数に比べて入院基本料が低い。「15対1」は労働力がかかっているわりには、診療報酬で十分評価されていない可能性がある。

表 2.3.1 職員数と入院基本料の比較

実数

	100床当たり職員数(人)		一般病棟入院基本料(点)	
	全体(2008年度)	(再掲)看護部門	改定前	2010年度改定
7対1	127.9	79.9	1,555	1,555
10対1	110.2	66.7	1,300	1,300
13対1	97.3	57.3	1,092	1,092
15対1	99.4	57.8	954	934

7対1を100とする

	100床当たり職員数(人)		一般病棟入院基本料(点)	
	全体(2008年度)	(再掲)看護部門	改定前	2010年度改定
7対1	100.0	100.0	100.0	100.0
10対1	86.2	83.5	83.6	83.6
13対1	76.1	71.7	70.2	70.2
15対1	77.7	72.3	61.4	60.1

2.4. 1人当たり給与

2.4.1. 医師

医師1人1か月当たりの給与の平均値は、「7対1」130.1万円、「10対1」142.9万円、「13対1」153.2万円、「15対1」170.9万円であり、看護基準が低くなるほど高かった（図 2.4.2）。中央値も看護基準が低くなるにしたがって高くなっていた（図 2.4.3）。

これは、看護基準の低い病院は規模が小さく、医師数が少ないため、規模の大きい病院に比べて、病院長の給与が薄まらない（規模が小さくても病院長は存在する）ことも一因と考えられる。また、へき地等にあつて、一定の給与水準を提示しなければ、医師を確保することが困難になっているのではないかと推察される。

なお、給与費に占める医師給与の割合は20%台であり、看護職員ほどには給与費全体に与える影響は大きくない（図 2.4.1）。

図 2.4.1 給与費の職種別構成比

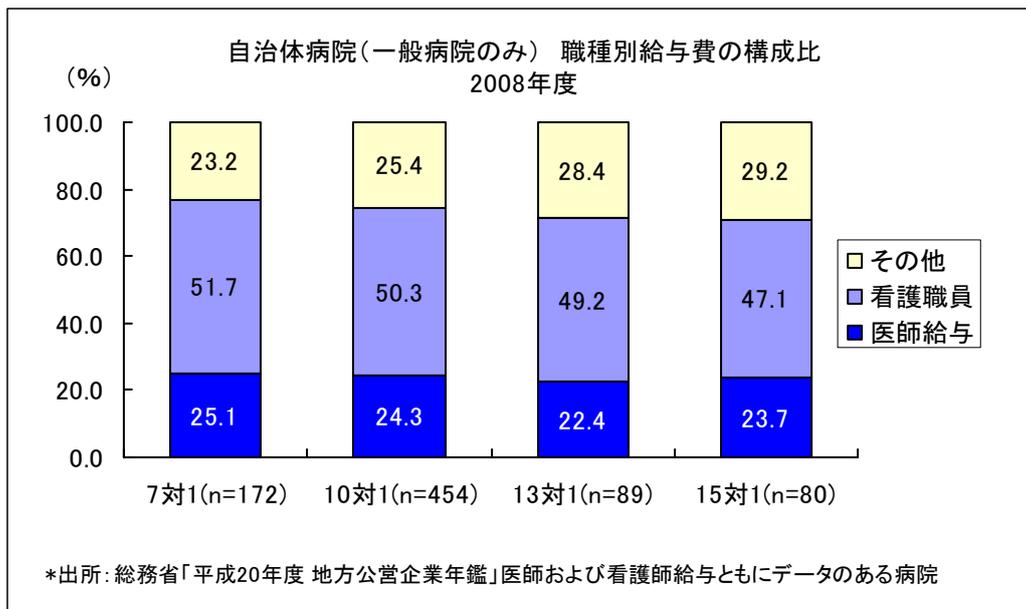


図 2.4.2 医師 1 人 1 か月当たり給与

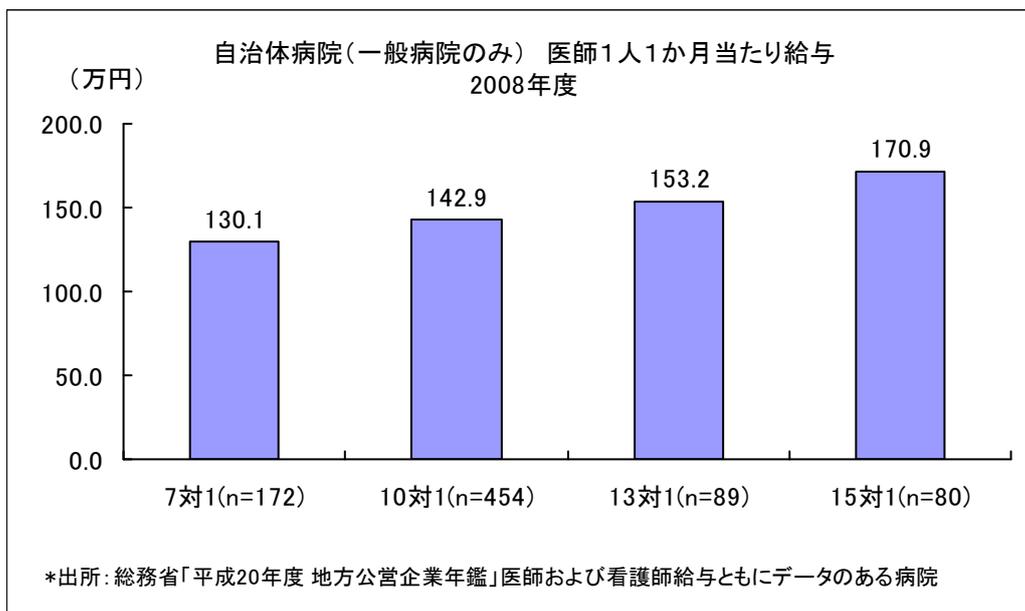
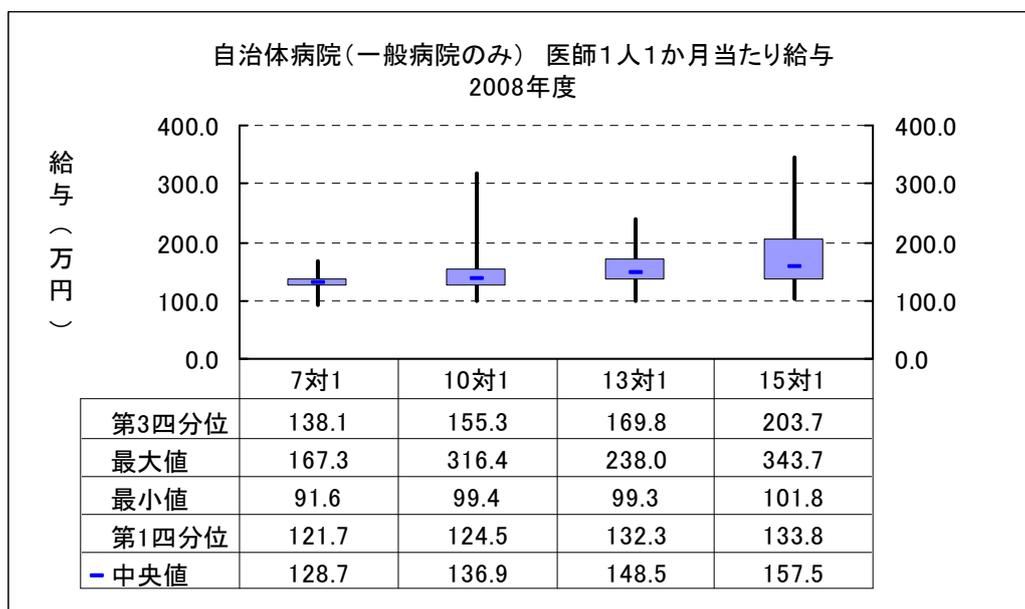


図 2.4.3 医師 1 人 1 か月当たり給与の分布



1 人 1 か月当たり給与

=基本給(給料、扶養手当、調整手当)+手当(時間外勤務手当、特殊勤務手当、
期末勤勉手当、その他)

2.4.2. 看護師

看護師1人1か月当たりの給与の平均値は、「7対1」47.2万円、「10対1」47.5万円、「13対1」48.0万円、「15対1」47.1万円であり、大きな差は見られなかった（図 2.4.4）。中央値にも入院基本料別の傾向は見られなかった（図 2.4.5）。

図 2.4.4 看護師 1 人 1 か月当たり給与

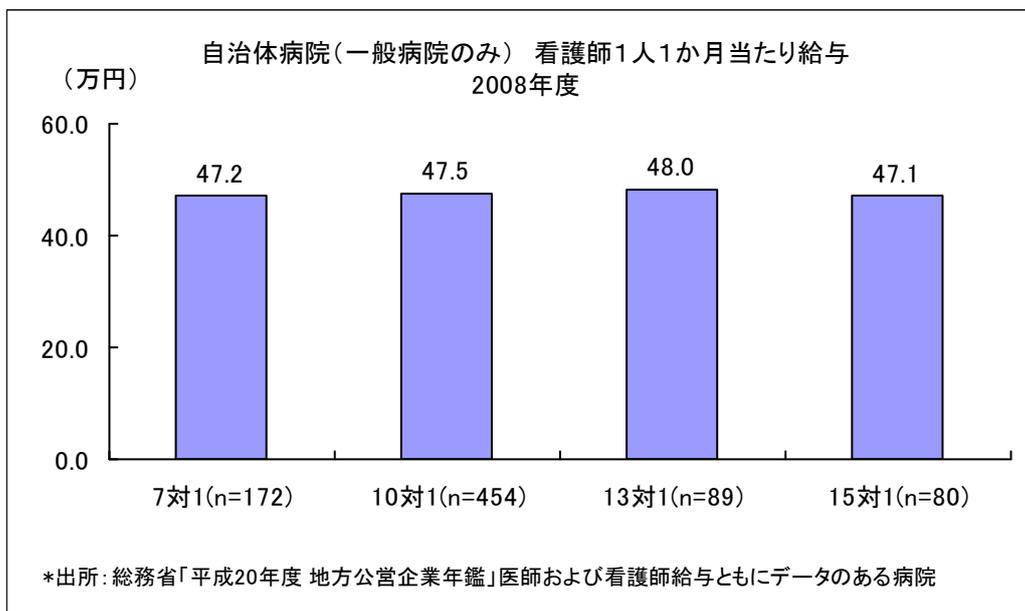
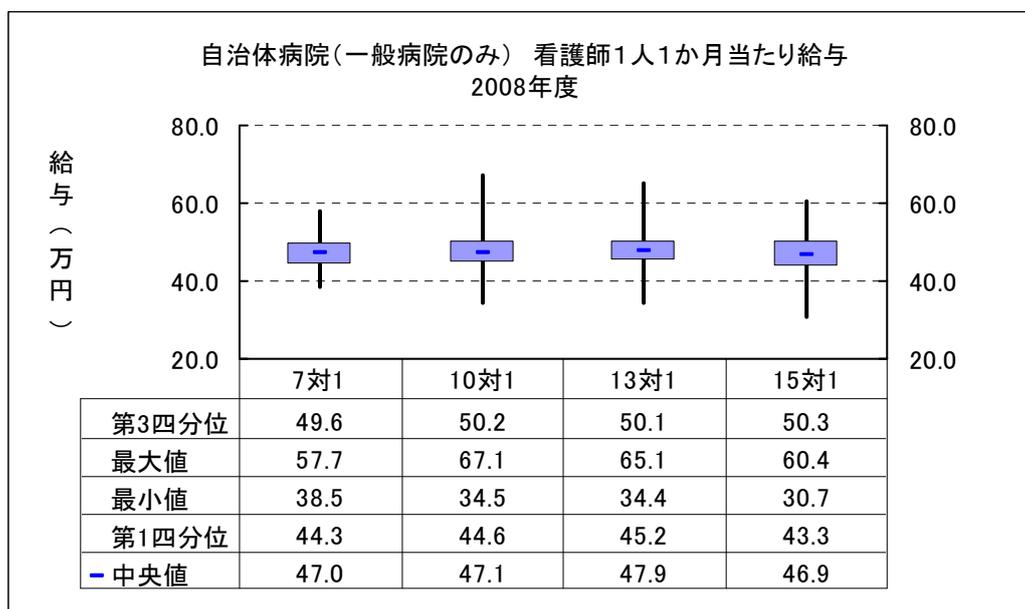


図 2.4.5 看護師 1 人 1 か月当たり給与の分布



2.4.3. 医療技術員および事務職員等

医療技術員の給与は、「7対1」「10対1」の順に高く、ついで「15対1」「13対1」であった（図 2.4.6）。事務職員等の給与も、「7対1」「10対1」の順に高かった（図 2.4.7）。いずれもおおむね看護基準が低くなるにしたがって給与も低くなっているが、「13対1」「15対1」では逆転し、若干「15対1」のほうが高かった。

図 2.4.6 医療技術員の1人1か月当たり給与

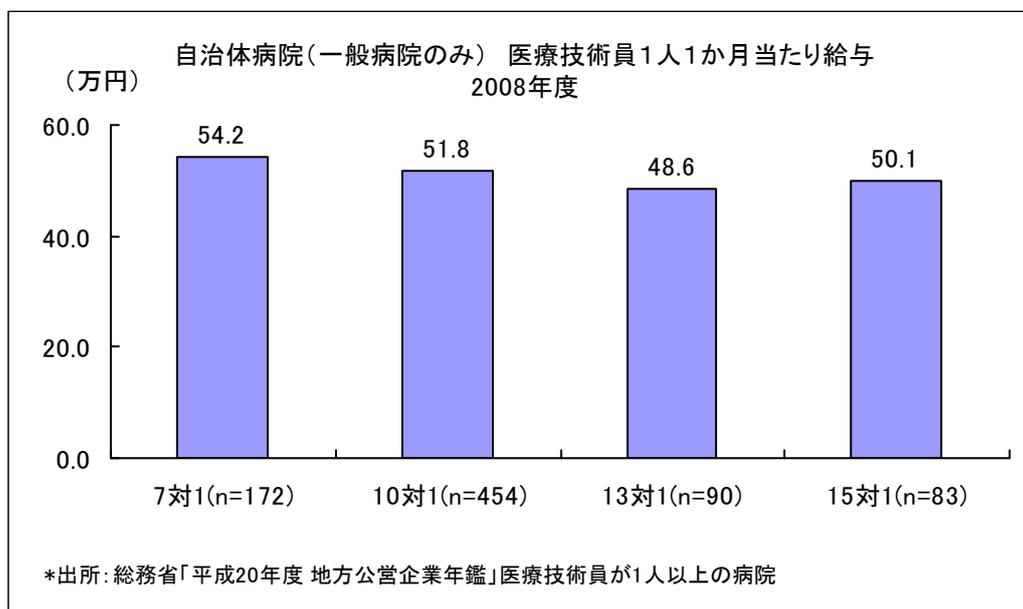
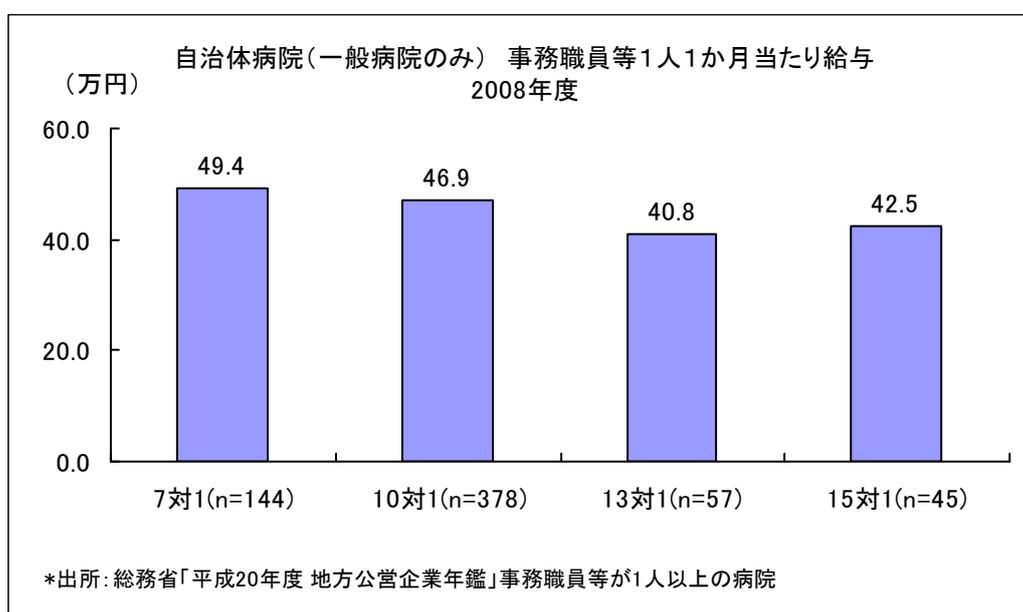


図 2.4.7 事務職員等の1人1か月当たり給与



事務職員等：医師、看護師、准看護師、医療技術員以外の職員

2.5. 自治体病院の経営分析のまとめ

自治体病院においては、2008年度には「15対1」の赤字がもっとも大きく、医業利益率の平均は▲32.8%であった。

「15対1」の特徴

- 医業収入に占める給与費の割合が高い。給与自体が高いわけではなく、労働力に比べて収入が少ないためであると考えられる。
- 医師の1人当たり給与が高い。これは、病床規模が小さく医師数が少ないため、平均給与を算出したときに、病院長の給与が薄まらないこと、へき地等にあって一定の給与水準を提示しないと医師の確保が困難であることが考えられる。なお、給与費に占める医師給与の割合は20%台であり、看護職員ほどには給与費全体に与える影響は大きくない。
- 看護職員の給与には差がなく、医療技術員、事務職員等の給与は他に比べて低い。
- 「7対1」を100としたとき、「10対1」「13対1」では、一般病棟入院基本料が看護職員数に比例して少なくなっている。しかし、「15対1」では看護職員数に比べて、一般病棟入院基本料が小さい（表 2.5.1）。

表 2.5.1 看護職員数と入院基本料（7対1を100とする）

	100床当たり看護職員数	一般病棟入院基本料 (2010年度改定前)
7対1	100.0 (79.9人)	100.0 (1,555点)
10対1	83.5 (66.7人)	83.6 (1,300点)
13対1	71.7 (57.3人)	70.2 (1,092点)
15対1	72.3 (57.8人)	61.4 (954点)

中医協では「15 対 1」は急性期ではなく、慢性期であると認識されつつある。2010 年度の診療報酬改定では、急性期入院医療に手厚く配分され、15 対 1 入院基本料は引き下げられた。このままいけば、「15 対 1」は一般病院としては立ち行かなくなる。しかし、「15 対 1」はその立地条件から、医師、看護職員の確保が非常に困難であると推察される。地方では、急性期の患者だけでは病床が埋まらないという現実もある。

「15 対 1」は平均在院日数が長く、慢性期の傾向を示しているが、重症の患者や看護必要度の高い患者が存在することも事実である。地方によっては地域医療を守っている病院もある。

一方、重症患者がほとんどなく、看護必要度が低い病院もあるだろう。これらの病院は、より慢性期型の病院あるいは療養病床にシフトすることになるかもしれない。しかし、少なくとも、今後の療養病床等のあり方がきちんと示され、評価されるまで、淘汰させて良いはずはない。

2010 年度の診療報酬改定が、病院経営にどのような影響をもたらしたのかは、中医協の医療経済実態調査で検証されることになる。医療経済実態調査は、6 月単月のアンケート調査であり、調査客体数も少なく、信頼性に欠ける調査である。2009 年調査では、直近の事業年（度）間のデータも収集されたが、これを基本とし、かつ定点観測で行うべきである。厚生労働省の予算の制約もあるようであるが、そうであれば、民間データの併用を検討すべきである。