

地方国立大学病院における皮膚科の経営と今後を考える

永井 弥生

キーワード：国立大学病院、皮膚科、DPC、平均在院日数、病床稼働率

1. はじめに

国立大学病院は臨床機能のほか、教育、研究・開発機能などが求められ、不採算な医療にもかかわらなければならないこと、積極的な先進医療への取り組みを行う必要性があることなど、特殊な側面も有している。このような環境において、現場の医療者の経営に対する意識は薄れがちとなる点は否めない。しかしながら、独立行政法人化後は、国立大学病院も収支を考え、自ら変わっていかざるをえない状況にある。

このような中で、皮膚科のようなマイナーな診療科がどのようにその存在意義を発揮しうるのであろうか。医師数は全国的に西高東低、都市集中の傾向があるが、皮膚科医の状況も同様の傾向が見受けられる。また、都市部への集中は顕著で、大都市においては3-4人の常勤皮膚科医を有する病院が多数あるのに対し、一県一大学の地方においては、状況は異なっている。大学病院には教育、研究職も兼ねて多数の医師が在籍しても、地域の基幹病院には皮膚科医が1-2名というところがほとんどである。筆者の県内においても大学病院には20名弱の医師が在籍するが、ほかには県内に常勤医師3名を派遣しているのは1病院のみ、2名派遣が県内外の5病院、地域中核病院5つを含む8病院は1人医長である。この状況はまだ良いほうで、医師不足の深刻な東北の某県では大学病院を除くと県内の8病院に1人ずつの常勤皮膚科医がいるのみで、ほかには大学からの非常勤医師の派遣である。

さらに、近年、女性医師の増加もあり、レーザーや美容、外来のみの診療へと若いうちから流れる皮膚科医が増えることが問題視され、皮膚科医のキャリアを考えるべく日本皮膚科学会でも様々な取り組みを行っている。入院患者や重症患者を診る、手術をするといった、ある程度のレベルで地域のニーズにこたえる皮膚科医が減少し、医師の疲弊、レベルの低下をきたしているとの懸念がある。これは、皮膚科医の地位の低下にもつながり、果ては皮膚科の存続を危ぶむ声もある。

多くの病院において、数値だけをみたら、皮膚科の稼働額が多いとはいえない。実

力のある皮膚科医は入院手術もこなし、病院において十分な貢献をしているが、外来しかできない皮膚科医では病院に常勤として存在しなくてもよいのでは、と言われかねない。皮膚科医が存在感を示すためには、そのスペシャリティを発揮し、チーム医療に関わり、どのような立場で病院に貢献しうるかを知ることでもある。

医師、特に大学病院に勤務するものは経営状況を気にかけないものも多い。しかし、周囲の評価をえるためには、数値から問題点をとらえ、病院に対する貢献度を適切に理解し、正当に主張することも必要である。大学病院における膨大な情報は、わかりやすい形で示されないと届きがたく、日々の業務に追われる医療者の関心をえるには発信側からの工夫も必要と思われる。まずは自らの診療科を分析することから、医療者、特に医師の関心の向上や情報の解釈と理解をえて、経営の効率化を図ることを考えてみたい。また、それをわかりやすい形で発信することで、各診療科ひいては病院全体の経営改善につなげる一歩となればと考える。

2. G大学病院の実績

国立G大学病院は病床数 725 床（ICU11 床、NICU17 床、結核 9 床、精神 40 床、感染 2 床）の県内唯一の大学病院である。外来化学療法センター37 床を有し、先進医療項目は 14 項目 14 種類、なかでも重粒子線治療件数は平成 24 年度 315 例、対前年度 105 件増であり、今後の大きな発展が期待されている。

全体の稼働額をみると、平成 24 年度は約 240 億円、対前年度 18 億円増と増収を続けている（図 1）。これに相反するように平均在院日数は短縮の一途で、平成 24 年度の平均在院日数は 14.08 日、前年より 1.01 日短縮している。病床利用率は 85.39%で、対前年度と比べ 0.01%減である。平成 15 年度と 24 年度稼働額の比較では約 90 億円増加（160.3%）、在院日数は－6.26 日と大きく短縮している（図 1）。

病床稼働率 85.39%は、わずかながら年々低下傾向である（図 2）。入院患者数は前年より 3,400 人増の 225,970 人、年度による増減はあるが、外来患者数は 487,220 人と平成 15 年度より増加傾向が続いている（図 3）。手術件数は 8,122 件と前年度より 158 件増で、現有の設備では手術室のこれ以上の稼働は厳しい状況にある。

稼働額の増収に伴い消費額も 23 年度 85.3 億円から 24 年度 94.7 億円と 11%増加している。薬品費が 62 億円（10%増）、うち注射製剤が 4 億円増、血液製剤 17 億円増などが大きい。医業費率は 0.88%増にとどまっている。限界利益率は平均 60.52%である。

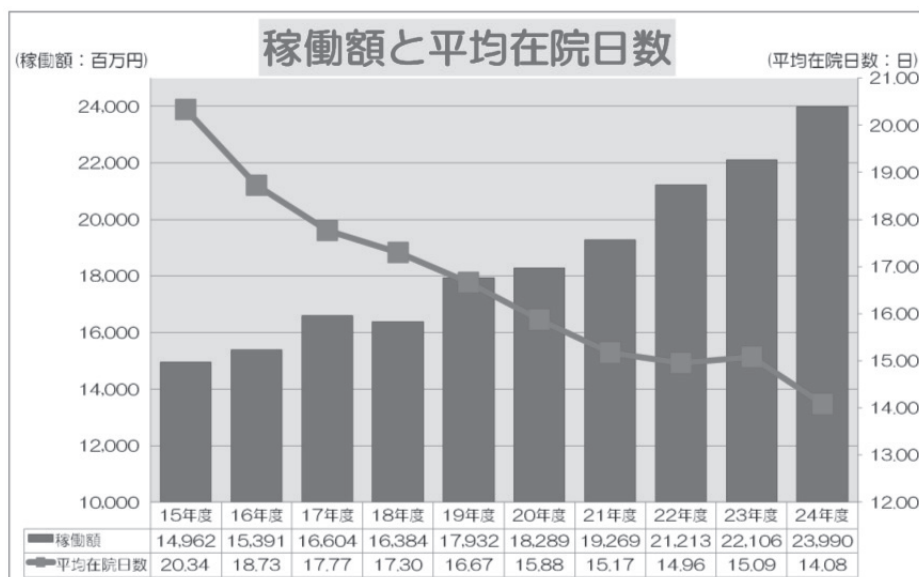


図 1：病院全体の稼働額と平均在院日数推移

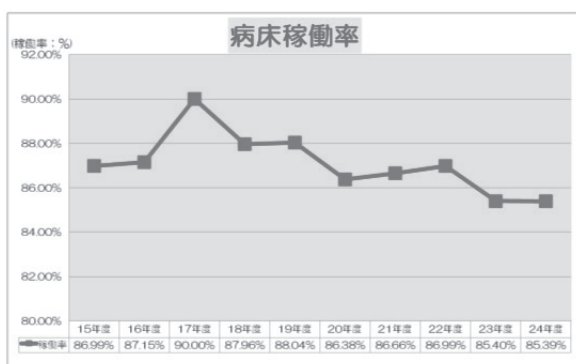


図 2：病院全体の平均病床稼働率推移



図 3：外来および入院患者数推移

3. 診療科別実績からみた皮膚科の状況

皮膚科病床数 30 床は全国の大学病院をみても有数である。以前は 40 床を有しており、現在も共用ベッドを利用すれば 40 名近くまでの入院は可能である。これは大学に形成外科講座がないため、腫瘍や熱傷などの手術をすべて皮膚科で行っていること、以前から膠原病を専門としており、膠原病の入院患者が多いことなどが要因である。皮膚科の年間稼働額 5.5 億円は大学病院の皮膚科として少なくない。それでも、病院

全体からみると平成 24 年度稼働額の 2.3%にすぎない。

前述のように、病院の総稼働額は年々増加している。一つの評価点として全診療科ごとの稼働額を平成 20 年度と平成 24 年度で比較した（図 4）。内科（A B C）・外科（F G）の主要診療科のほか、整形外科（H）、眼科（K）など手術数が増加著しい診療科をはじめとして、ほとんどの診療科で増加している。皮膚科（I）はこの両年度の比較においては微増であるが、この間に減少した年度もあり、全体の傾向として増加しているとはいえない（図 5）。

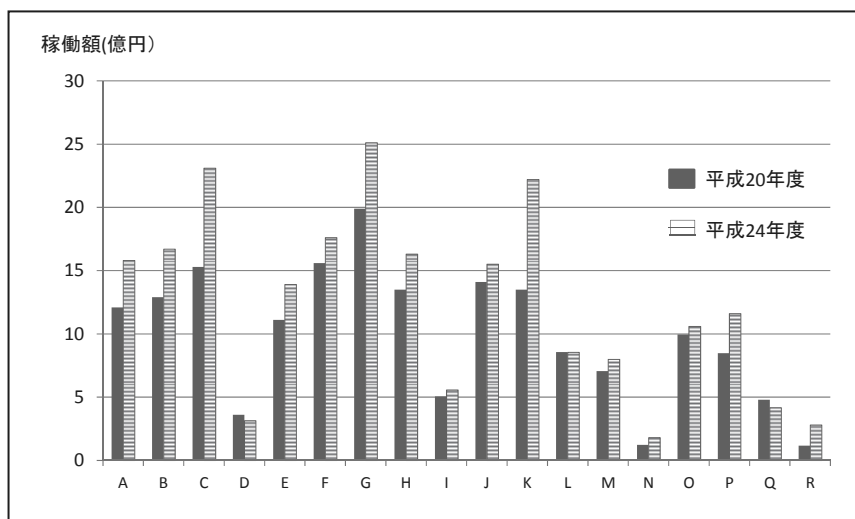


図 4：G 大学病院診療科別稼働額 平成 20 年度と 24 年度の比較

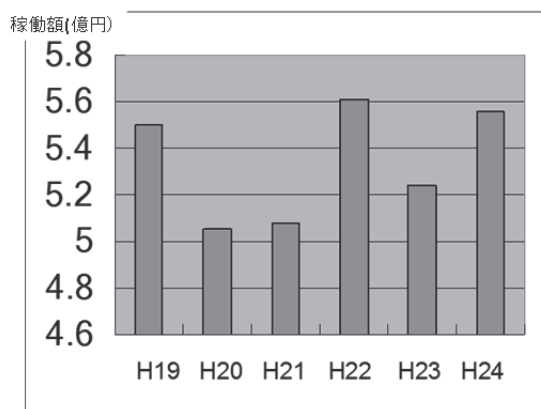


図 5：皮膚科の年度別稼働額推移

次に診療科別医業費率（図 6）および医業損益（図 7）を示す。なお、ここでは医業費率は消費額/稼働額であり、消費額には薬品費、材料費、消耗品等の費用を含むが人件費は含まれていない。医業損益は稼働額と消費額の差額である。

全診療科の平均医業費率 39%に対して皮膚科の医業費率は 32%と低く、これは例年と変化ない。医業損益は 3.7 億円、限界利益率 67.8%は全体を上回っている。稼働額の大きい診療科の中でも、医業費率が突出するところもあり、医業損益の額は稼働額とは平行していない。

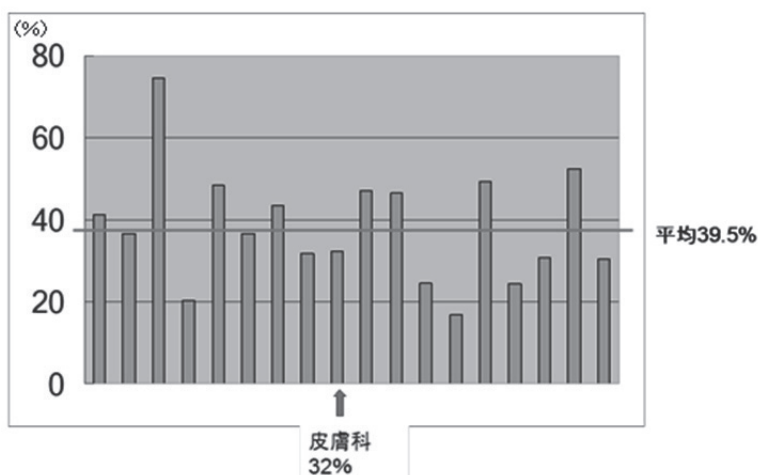


図 6：平成 24 年度診療科別医業費率

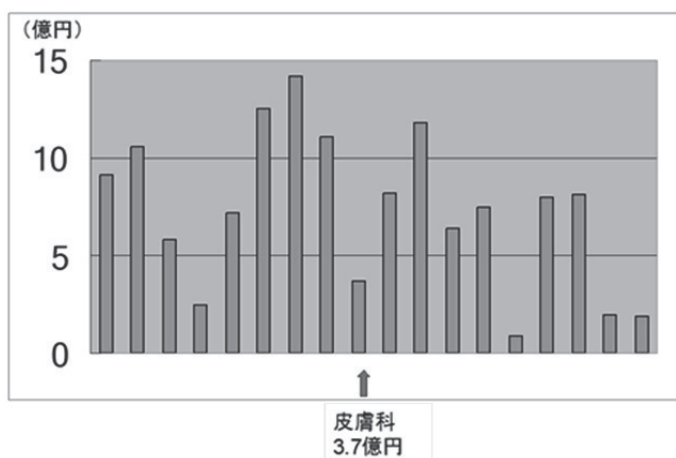


図 7：平成 24 年度診療科別医業損益

4. 皮膚科における経営指標の推移

前述のように、平成 19 年からの皮膚科の稼働額をみると、5～5.6 億円の間で推移している（図 5）。皮膚科の病床稼働率はこれまで 95%前後（30 床）を保っていたが、24 年度は 76%と低下した（図 8）。この稼働率低下だけをみると問題視されるが、平成 24 年度の入院診療単価は 66,000 円であり前年より 5,000 円弱増加、外来診療単価も 18,614 円と前年より 1,000 円増加している（図 9）。結果として、年間稼働額 5.5 億円は前年度を約 3,000 万円上回っている。平均在院日数は平成 23 年度 15.1 日から 14.1 日と 1 日短縮、これは平成 20 年度の 20 日から見ると大幅に短縮している。

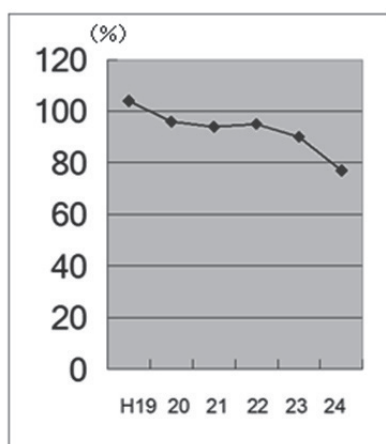


図 8：病床稼働率

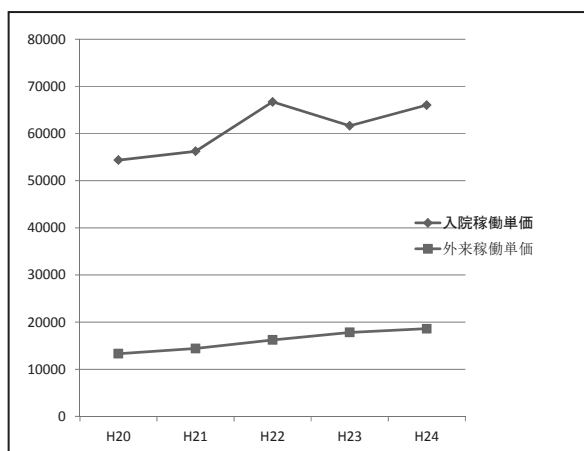


図 9：入院および外来稼働単価の推移

5. DPC データからみる皮膚科

平成 23 年度の DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) 分類による主な疾患別総収入の割合を示す（図 10）。包括出来高の差額が最も大きい疾患は悪性黒色腫であり、次いでその他の悪性腫瘍、皮膚良性腫瘍と続き、また手術や化学療法を要する疾患の比率が高いのは 24 年度も同様の傾向である。

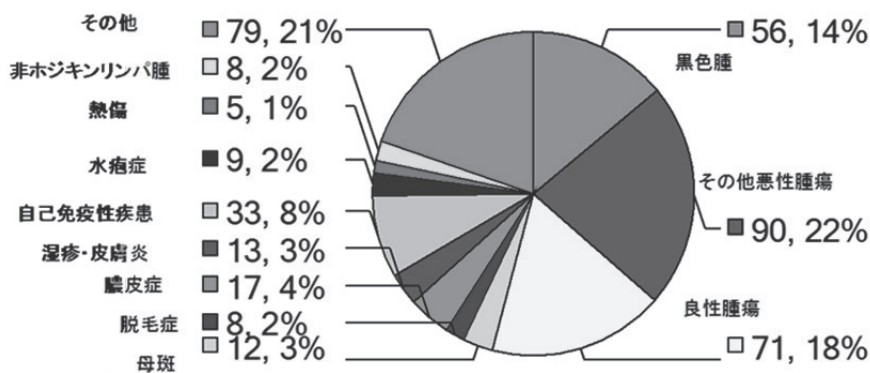


図 10：G大学病院皮膚科におけるDPC分類による主な疾患別総収入の割合(平成23年度)

前述のような数値の推移は、平成23年度より在院日数の短縮、短期入院の増加を図っていたこと、24年度はさらに徹底を進めたことも一因である。平成24年度は前年に比べて包括出来高差額プラスの疾患数が倍増し、前年のマイナス870万円からプラス2,312万円に転じている(図11)。平成24年度前半に悪性黒色腫の受診患者が例年の倍近くと非常に多く、平成23年度の倍近い包括収入高となっており(図12)、結果として年度後半の稼働率低下をカバーし増収となったともいえる。

平成23年度	平成24年度
黒色腫	黒色腫
その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍
皮膚良性腫瘍	皮膚良性腫瘍
帯状疱疹	熱傷
脱毛症	非ホジキンリンパ腫
	自己免疫疾患
以下包括出来高の差額マイナス	急性膿皮症
母斑・母斑症	帯状疱疹
湿疹皮膚炎群	脱毛症
急性膿皮症	以下包括出来高の差額マイナス
自己免疫疾患	食物アレルギー
熱傷	母斑・母斑症
	重症薬疹
	水疱症
マイナス870万円	プラス2312万
1日あたりの包括総収入 37,681円	1日あたりの包括総収入 41,671円
30診療科中28位	30診療科中7位

図 11：包括出来高差額の主な疾患別順位

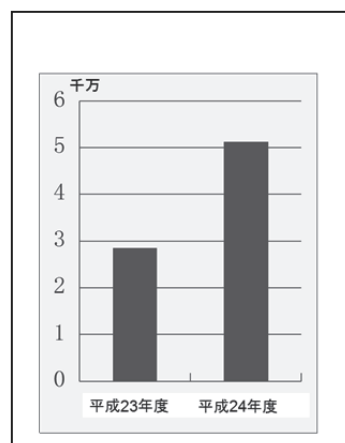


図 12：悪性黒色腫のDPC包括収入

疾患別にみると、悪性黒色腫は手術の有無にかかわらずプラス幅が大きい。その他の悪性腫瘍においても、手術のみの短期入院ですむケースが多いため、ほぼ全例プラスである。包括出来高がマイナスとなる疾患は、他科疾患が主病名となっていたり、壊死性筋膜炎、重症薬疹などで、合併症により入院が長期化した例が含まれる場合である。水疱症がマイナス要因となっているのは、高齢者が多く治療経過において合併症が多いこと、合併症後に長期入院に至っている患者が存在することが大きい。熱傷は急性期の治療が順調に進めばプラスとなる疾患であるが、23年度は合併症を有する重症例があり、大きなマイナス要因となった。

このように悪性腫瘍を中心とした手術による収益が多くを占めるのではあるが、入院稼働額中のDPC包括外手術・処置料の比率は12.2%と、外科(FG)、整形外科(H)、脳神経外科(P)、眼科(K)、耳鼻科(L)と比較するとはるかに低く、内科系診療科(A B C E)の比率に近い(図13)。なお、内科の中でも循環器内科を中心とする診療科(B)ではこの割合が48.9%と高く、他とは異なる傾向である。

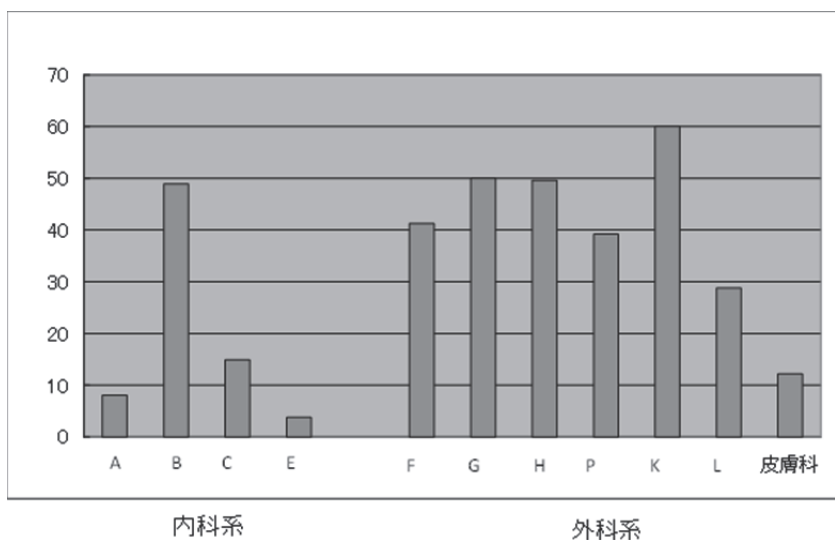


図13：診療科別入院稼働額中の包括外手術・処置料の比率

6. 全国国立大学病院の皮膚・皮下組織の疾患 DPC 資料より

「皮膚科」で扱う疾患は病院により異なっているというのが現状である。国公立大学病院の DPC データから「皮膚・皮下組織の疾患」を調べると「悪性黒色腫」「その他の悪性腫瘍」「良性腫瘍」「急性膿皮症」「母斑」「薬疹・中毒疹」「水疱症」「食物アレルギー」などの疾患が共通してあげられる。2011 年度の資料では件数のみを挙げたものだが、当院は平均ほどに位置する(図 14)。

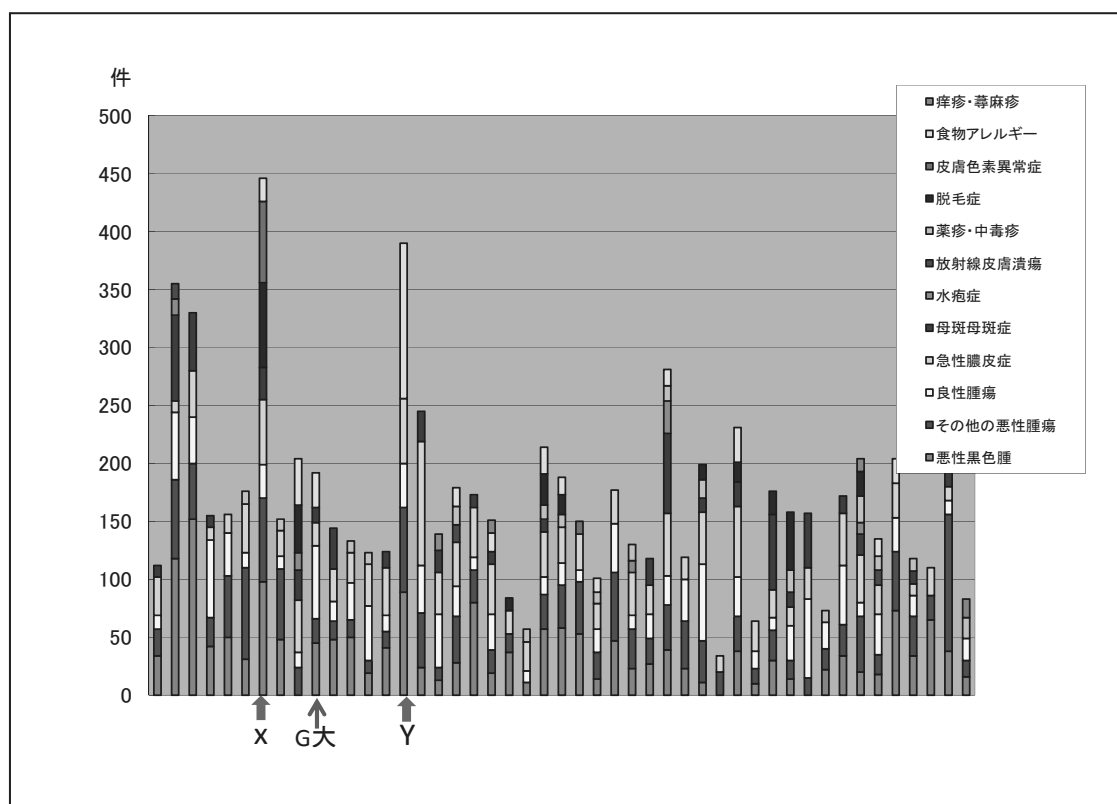


図 14：全国国立大学病院の DPC 資料より「皮膚・皮下組織の疾患」件数

件数が突出している X 大と Y 大を疾患別に検討すると、X 大では悪性腫瘍のほか、色素異常症（主に白斑に対する紫外線照射療法）や脱毛症（ステロイドパルス）の入院治療を積極的に行っていることが特徴である。Y 大では「食物アレルギー」の件数が非常に多いため、他の診療科（小児科など）で加療されている症例が多く含まれていることも推測される。当院で患者数が多い膠原病は筋骨格系疾患に含まれるので、内科で診ている疾患と区別がすることができない。形成外科講座を有する大学病院で

は悪性腫瘍や熱傷がそちらで加療されていることも多い。傾向はつかめるが、公開されているこのようなデータを用いて、疾患から各大学病院の「皮膚科」の真の臨床実績を知ることは難しいところかもしれない。

7. 考察

7-1. 国立大学病院の使命

そもそも国立大学附属病院は教育機能のみならず、臨床機能、治験・研究開発機能を有しており、医師の人事権をめぐっては今なお医局制度が残っているという特殊な面もある。「国立大学法人化後の国立大学附属病院の運営について」によれば、大学附属病院における客観的指標による評価が困難な事業として次のような点が挙げられている。

- ①医師を育成するという社会的使命を果たしていること。
- ②難病を積極的に診療する等、不採算な医療に関わっている。
- ③高度先進医療への積極的な取り組みを行っている。
- ④臓器移植や遺伝子治療の中心的役割を果たしている。
- ⑤ゲノム医療や再生医療の開発・導入を進めている。
- ⑥医療事故防止や安全管理に有効な医療機器や材料の開発を行っている。
- ⑦医師、コメディカル・スタッフの卒然・卒後教育や生涯学習事業の支援を行っている。
- ⑧治験や臨床試験の積極的な受け入れを行っている。

しかしながら、平成 16 年度に実施された国立大学病院法人化後、マネジメントが遅れているといわれていた国立大学附属病院も変革せざるをえない状況となった。

7-2. DPC と経営

さらには、DPC 導入という変化の中での対応が必要となった。導入後の大学病院の変化については、厚生労働省がまとめたデータでは次の 4 点が挙げられている。①平均在院日数は、私立よりも国立が長い、DPC 導入後、公立は国立・私立よりも有意に平均在院日数を短縮した、②調整係数は国立よりも私立の方が大きい、③国立と私立の比較では、平均在院日数の短縮傾向には差がないが、調整係数の変化率は私立の

方が大きい、すなわち、私立は DPC 導入後、平均在院日数以外の部分で国立よりも収益増の努力をしたことが伺われる、④DPC 別在院日数をベースに重症度係数を求めると、国立が最も高く、私立よりも重症患者が多いと推測された。また、重症度係数と医業収支率は全く相関がなく、「重症患者が多いから経営成績が悪い」というわけではないことも示されている。

DPC 実施後の医療費の動向をみると、DPC 対象病院は入院、外来ともに医科大学病院全体より高い伸び率を示している。このような外部環境の変化に対して、附属病院運営交付金を受ける附属病院には、経営の効率化が求められてきた。収入増には患者増、収入単価の増加のほか医療材料の統一化や在庫管理の徹底、ジェネリック薬品の増加などによる経費削減を図っていく必要性が強く認識されてきた。

平均在院日数と病床利用率には正の相関関係がある。すなわち、平均在院日数を短くすると入院単価はアップするが、病床利用率が低下する。入院日数が短縮すれば、入院単価は 0～15%増加し、稼働率が減少しなければ病院は 15%増収する。しかし、それには新規の入院患者が必要となる。患者が不足すると稼働率が低下し減収につながる。入院収入を得るには、患者一人一日あたりの単価を DPC の在院日数 I または II の期間内で行い、稼働率を 90%以上に保持することが必要である。問題はどちらの効果が強いかがであるが、これは病院によって事情が異なっている。

7-3. 皮膚科の現状

医療技術の高度化、高齢化による需要の増加、経済成長による医療需要の増加などが要因となり、医療費は毎年 3%程度の自然増があるとされる。医療費の伸びを抑制する手段として、まず行われたのは診療報酬改定率の引き下げであった。医師不足や医療現場の疲弊から医療崩壊が叫ばれ若干の改善に至ったが、引き上げられた報酬は緊急医療や産科、小児科の充実、病院勤務医の負担軽減に充てられた。

一般の病院では外来患者を主とする皮膚科の損益差額は診療科全体の平均値を大きく下回り、高収入の診療科ではない。しかし、2009 年の事業仕分けで使われたデータで、整形外科、眼科、皮膚科が高収入の診療科と報道された。これには 6 月単月分の損益差額を 12 倍した額を医師の給与としていたためである。収入には季節変動が大きく、6 月は年度平均値より 14%近く収入の多い月である。このような計算では正確に実情を反映しえないのは当然であり、数値の矛盾点は的確に指摘していく必要がある。

一般病院の勤務医では、皮膚科の一人医長率は 55%に達している。少ない収益と一人赴任は表裏一体の不可分な関係にある。外来主体となりがちではあるが、入院患者

10 床の定床が外来患者約 100 人に相当する収益である。病院皮膚科医に求められるのは救急疾患や急性期疾患の入院診療、手術や特色ある検査、治療のスキル、悪性腫瘍や難治性疾患への対応のほか、病診連携や他科とのコミュニケーションによる病院への貢献といえる。

7-4. 今後に向けて

医師の疲弊問題が言われてから久しいが、G 大学病院は年々稼働額を増加させている。この間に外来化学療法センターが増床され、当該センターの利用が多い外科系診療科では、いずれも平均在院日数が 12 ないし 13 日と、前年度より 1 日程度の短縮を図っている。さらに、大学全体としてのグローバル化の戦略推進、教育・研究面でも各種部門の強化を進め、地域医療充実のための新たな部門も設置された。診療面では重粒子線治療や腫瘍センターのほか、肝疾患センターや認知症疾患医療センターなど、診療科から専門特化した形でのセンターが機能している。皮膚科としても急性期病院として進化する病院全体の流れに乗りつつ、高度医療の提供とともに高齢化に伴う皮膚科医へのニーズの変化、病院としての機能分化を図りながら、地域医療の中心として情報を発信し続けることも必要である。また、全国に発信する特色ある分野のさらなる強化、拡充が求められる。

① 地域連携の強化

一部の関連病院は高度なレベルの診療が可能であるが、いずれも医師数は少なく、大学と全く同じような機能を持つことは難しい。大学病院でみるべき疾患の紹介、複雑な検査を積極的に行うなどの方針と広報が必要で、結果として悪性黒色腫や、短期入院による検査や手術件数の増加につながると思われる。大学病院の敷居を低くして紹介患者を受け入れる姿勢をアピールするなどの地域医療機関との連携強化も必要である。

② 在宅医療へのかかわりと啓蒙

高齢化社会に伴い、皮膚科医に対する在宅医療のニーズは、他科医師、他職種との関わりを含めますますます重要度を増していく。多職種がかかわる褥瘡治療においては、知識と手段の乏しい現場の実情と溢れる情報により混乱し、適応を無視したラップ療法の選択など不適切な治療が問題となる例は後を絶たない。褥瘡の在宅ネットワークの構築と中心的役割を担うこと、大学のスタッフが直接かかわる機会はありませんが、地域関連病院においても連携強化、交流の機会を持ち、関心を高めて

いくことも必要である。

③ 皮膚外科領域のさらなる強化と救急対応の充実

収益増加には腫瘍をはじめとした皮膚外科領域の疾患は重要である。G大学はがん診療拠点病院であり、高齢化とともに増加している膨大な数の皮膚悪性腫瘍については、データベース化し分析と発信を行うべきであろう。大学病院の救急部が充実しつつあり、熱傷なども加療する機会を増加させることも可能である。積極的な参画の姿勢を見せていく必要があり、他科との連携が欠かせない。マンパワーの強化も必要である。

④ 新たな特色ある外来

すでに多汗症の治療や話題となっている化粧品被害の対応などを開始しているが、大学ならではの基礎研究と連携した新たな疾患別専門外来をアピールしていく必要がある。

⑤ 経営状況の把握

平成24年度1年間の退院患者は504人であり、平均在院日数14日とすれば稼働率100%としても適正ベッド数は19床ということになってしまう。在院日数短縮を意識的に行う方針で増患が見込めなければ、病床稼働率70%台という状況が継続しかねない。年間の病床稼働率が110%を超える診療科は10科に及んでおり、院内の病床有効利用を考えると、ある程度の病床削減、効率の良い増収を図るべきと考えられてしまう。

しかしながら、平成25年度に至り、入院患者平均が20人強であっても、1か月の稼働額は5,000万円を超えている。このペースであっても年間6億円を超すことは可能である。現状では病床数削減は免れないが、入院患者が増加しても共用ベッド5床程度は利用でき、病床数削減により稼働率低下の問題はクリアできる。在院が長くなる患者も一定の割合で存在するのはやむをえないところではあるが、上記の対応をしつつ、短期入院患者を積極的に受け入れるなどの継続的な努力、早急な増患対策が効を奏すれば、増収は十分に見込める。現状と今後の方策を、数値からの適切な判断も含めてアピールしていくべきであろう。

8. 終わりに

G大学病院では重粒子治療センターの発展という大きな課題を抱えている。昨年、新たに災害拠点病院にも指定され、今後、より急性期病院としての機能を求められてくる。地域の唯一の大学病院であり、県内の地域事情も考慮しながら、その責務を果

たすべく、進化しなければならない状況にある。このような中で皮膚科の存在感を示すために、診療方針においても新たな方向付けが必要であろう。また、院内における適正な状況を認識し、他科から信頼される診療科たるべきである。そして、数値を正確に理解して積極的に対策を講じていく姿勢を見せないと、病院の中では埋もれてしまいかねない。

この2年間の変化を検討しても、経営に対する少しの意識の違いによって結果は大きく変化することが認識された。これはすべての診療科に共通することである。医療者の経営に対する意識づけのためには、経営改善に結びつく適切な情報、モチベーションにつながるインセンティブ、それをわかりやすく発信していくことも必要と思われる。

謝辞

本論文を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 井田正明(2006)「大学病院における経営分析と情報技術」、『大学評価・学位研究』、4巻、pp.117-122。
- [2] 臼田俊和(2010)「基幹病院皮膚科の病院経営」、『日皮会誌』、120巻13号、pp.3053～3054。
- [3] 臼田俊和(2009)「病院における保険診療－病院皮膚科が崩壊しないために－」、『皮膚臨床』、51巻7号、pp.849～855。
- [4] 大路昌孝(2006)「各地域で皮膚科在宅を行うためのネットワーク作り」、『MB Derma 』、112巻、pp.59～64。
- [5] 川渕孝一(2005)「国立大学の法人化が促す新たな病院経営」『国立大学財務・研究センター 大学財務経営研究』、2巻、pp.79～97。
- [6] 川渕孝一(2004)『進化する病院マネジメントー医療と経営の質がわかる人材育成をめざして』医学書院。
- [7] 北島康雄(2010)「大学病院での医療経営」『日皮会誌』、120巻13号、pp.3055～3058。
- [8] 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会(2002)「国立大学法人化後の国立大学

附属病院の運営について」(平成 14 年 12 月)。

- [9] 永井弥生(2011)「日本皮膚科学会「皮膚科の女性医師を考える会」直面する問題をどう解決するか?」、『臨皮』、65 巻 5 号、pp172～174。
- [10] 吉原博幸 (2003)「経営分析データによる病院経営改善の試み」、『医療情報学』、案 23、pp. 289～396。
- [11] 若林正治(2010)「医療経済と皮膚科」、『日皮会誌』、12 巻 13 号、pp. 3051～3052。

引用ホームページ

- [1] 病院情報局ホームページ
<http://hospia.jp/> (2013 年 7 月 20 日アクセス)