

# 日医総研ワーキングペーパー

## 医師会立病院の経営分析

- 九州地区を中心に -

No. 65

平成 14 年 3 月 19 日

日医総研 前田 由美子 (内線 2222)

九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会

## 医師会立病院の経営分析

日医総研 前田由美子  
九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会

### キーワード

医師会立病院	一般管理費率	効率性
売上高	収益性	生産性
売上原価率	安全性	地域医療支援病院

### ポイント

医師会立病院では、売上高・経常利益ともに増加傾向にある。しかし、経常利益は再生産費用を確保する十分な大きさではない。

売上原価率、一般管理費率の格差が大きい。売上原価・一般管理費を削減して利益を改善できるところも多いことを示している。

医師会本体から多額の資金援助（資本注入、貸付、土地・建物の無償貸与など）を受けながら、成果があがっていないところもある。目先の財政支援でなく、明確な方針のもとに経営を行うべきである。

地域医療支援病院の承認を受けている病院は、売上高・利益が比較的堅調に推移している。特徴ある役割・機能を果たすことで、その位置づけを強固にできる可能性がある。

# 目次

．研究の目的と方法	1
．医師会立病院のプロファイル	2
1．医師会立病院の分布	2
2．分析対象病院	3
．売上高・費用・利益の概況	4
1．売上高	4
2．費用	6
3．経常利益	8
．経営指標	9
1．収益性	9
2．安全性	13
3．効率性	15
4．生産性	17
5．経営指標のまとめ	20
．地域医療支援病院の経営状況	21
1．収益性	21
2．安全性	23
3．効率性	23
4．生産性	24
5．地域医療支援病院の特徴	24
．おわりに	25

## . 研究の目的と方法

2002年4月から診療報酬が引き下げられる。何もしなければ医療機関では売上高が減少し、利益も減る。医師会立病院もしかりである。医師会立病院（医師会）はもともと会員の出資で成り立っている。深刻な赤字に転落すれば、会員の債務保証による借入れや会費の増額をもって手当てしなければならない。その点で診療報酬の引き下げが影響を及ぼす範囲は、他の民間病院よりも大きい。そこで、何よりも早急なアクションが求められるが、そのためには、現状の経営実態を理解しておく必要がある。

他方、現在、公立病院や公的病院が整理・統合あるいは廃止の方向にむかっている。仮にある自治体立病院が廃止された場合に、地域住民にそれまでどおりの医療サービスを提供するためには、その分を誰かがカバーしなければならない。公立病院や公的病院のある地域では、医師会がこれを継承するかどうか議論の遡上にあがっている。そのため、既存の医師会立病院の経営状態を把握することは、このような議論にとっても重要な材料になるだろう。

そこで、今回、医師会立病院の現状について経営分析を行った。

分析の対象としたのは、九州・山口の医師会立病院のうち過去5年間の損益計算書・貸借対照表データを採取できた20病院である。医師会立病院は全国に82病院あり、その43%が九州に集中している。今回対象とした20病院の分析結果は、ほぼ代表性があるものとする。

また、データは「九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会資料」によった。九州地区では毎年共同利用施設の経営データを集約・整備している。この資料なしには今回の研究が実現しなかったことを申し添えておきたい。

## ．医師会立病院のプロファイル

### 1．医師会立病院の分布

2001年5月現在、医師会立病院は全国に82病院あり、15,112病床を有している。1999年医療施設調査によると、全国の病院は9,286病院、病床数は1,648,217床である。医師会立病院は全体で、全国の病院の約1%を占めている。

また医師会立病院の43%が九州・沖縄地区に集中している点の特徴である。

図表2-1-1. 医師会立病院数・病床数

	病院数		病床数	
		構成比		構成比
北海道・東北	8	10%	1,393	9%
関東・甲信越	19	23%	3,916	26%
中部	1	1%	140	1%
近畿	2	2%	547	4%
中国・四国	17	21%	3,080	20%
九州・沖縄	35	43%	6,036	40%
<b>医師会立病院合計</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	<b>15,112</b>	<b>100%</b>
病院全国合計	9,286	-	1,648,217	-

\*医師会立病院は2001年5月実績

\*病院全国合計は、厚生労働省「1999年医療施設調査」

## 2. 分析対象病院

今回の経営分析は、九州地区（山口の一部を含む）の医師会立病院のうち、過去 5 年間（1995 年度 - 1999 年度）の損益計算書・貸借対照表をとれた 20 病院について行った。

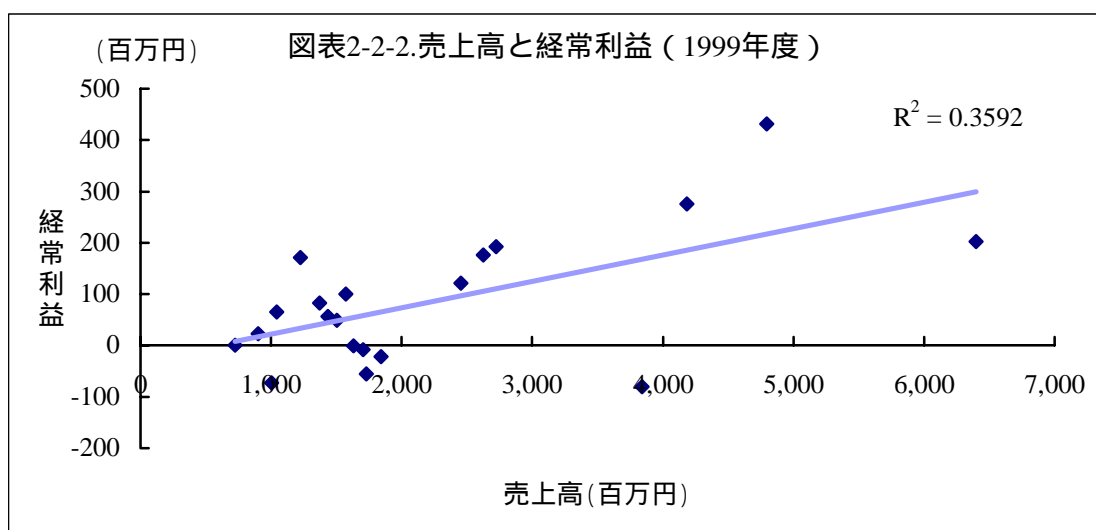
この 20 病院は、全国の病院と比べて、100 床から 200 床規模の病院が多く、300 床以上の大規模病院が少ない。

病床規模別病院数の比較

病床数	分析対象医師会立病院		病院全国合計	
	病院数	構成比	病院数	構成比
100床未満	2	10%	3,838	41%
100-149	7	35%	1,464	16%
150-199	3	15%	1,140	12%
200-249	6	30%	1,244	13%
250-299	1	5%		
300床以上	1	5%	1,600	17%
合計	20	100%	9,286	100%

\*全国合計：厚生労働省「平成11年 医療施設調査」

また、売上高では 1,000 百万円から 2,000 百万円かつ経常利益では 100 百万円以下に位置しているところが半数以上を占めている。

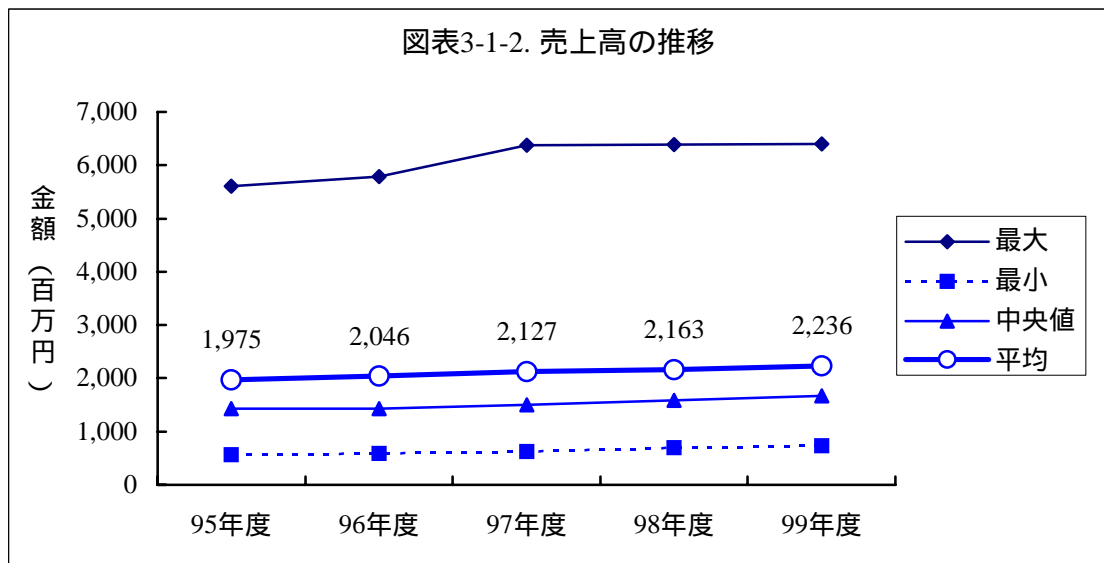
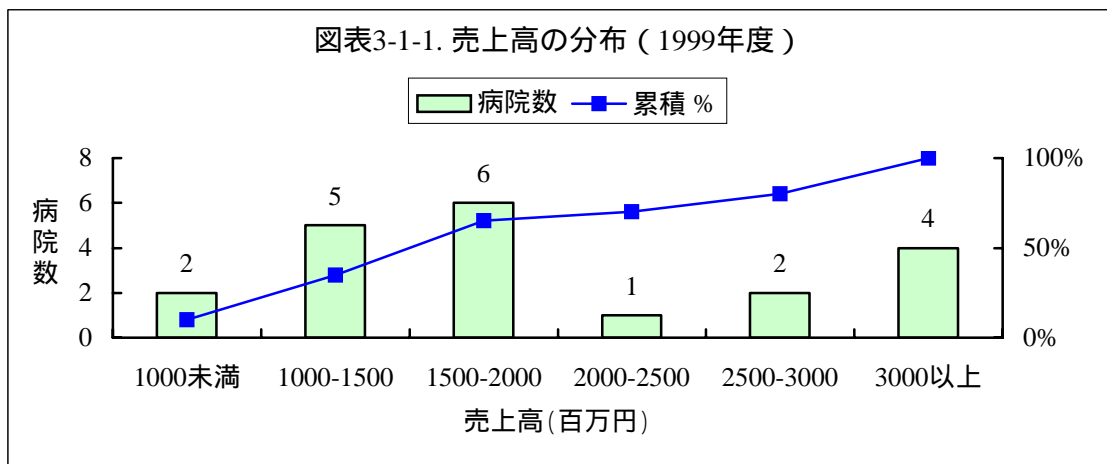


## ．売上高・費用・利益の概況

### 1．売上高

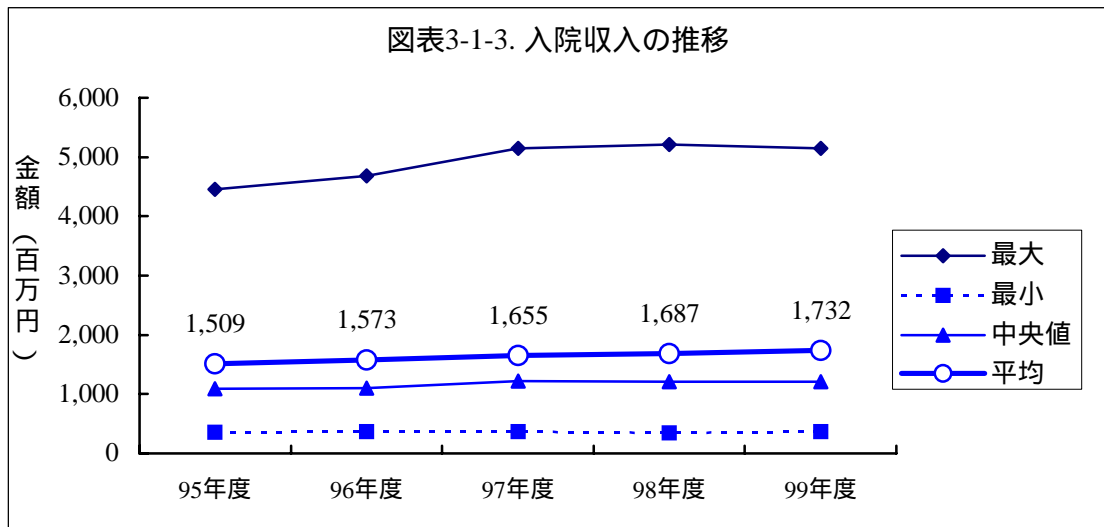
#### (1) 売上高（医業収入）の合計

半数以上の売上高 1,000 百万円から 2,000 百万円のところに分布している。また、過去 5 年間平均して年率 3.2%伸びている。売上高の大きい病院も、小さい病院もともに増加傾向にある。



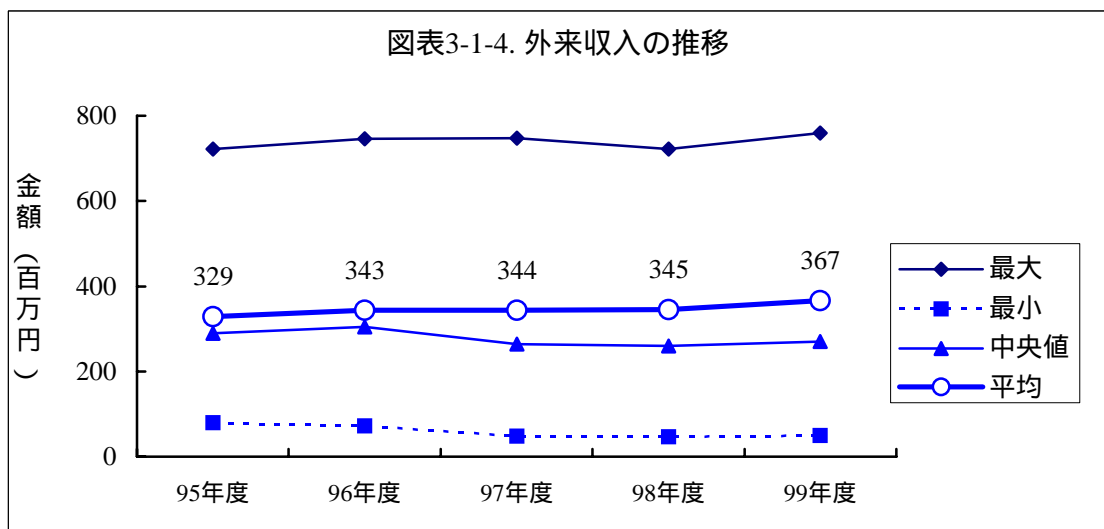
## (2) 入院収入

入院収入は年率平均 3.5%と比較的堅調に伸びている。



## (3) 外来収入

外来収入の平均値は 1996 年度から 1998 年度の間ほぼ横這いであった。中央値および最小値の病院では 1997 年度に落ち込んでいる。

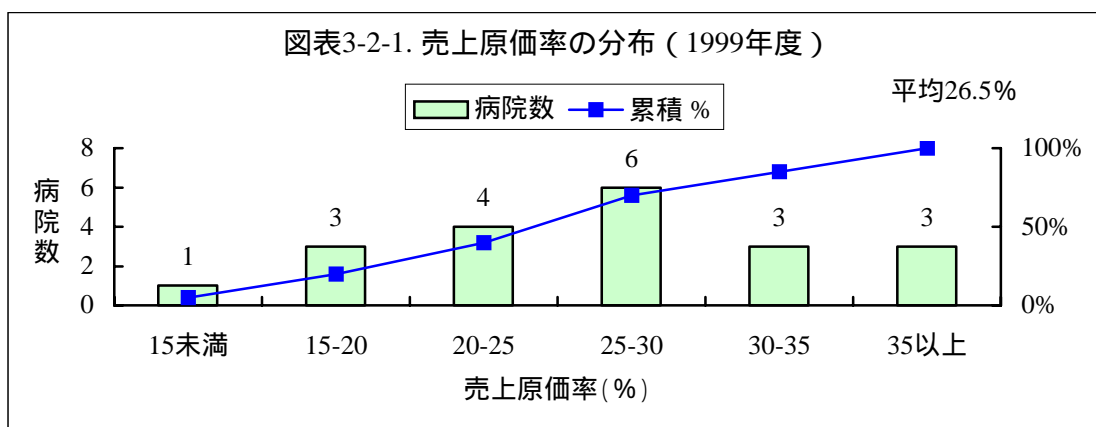




## 2. 費用

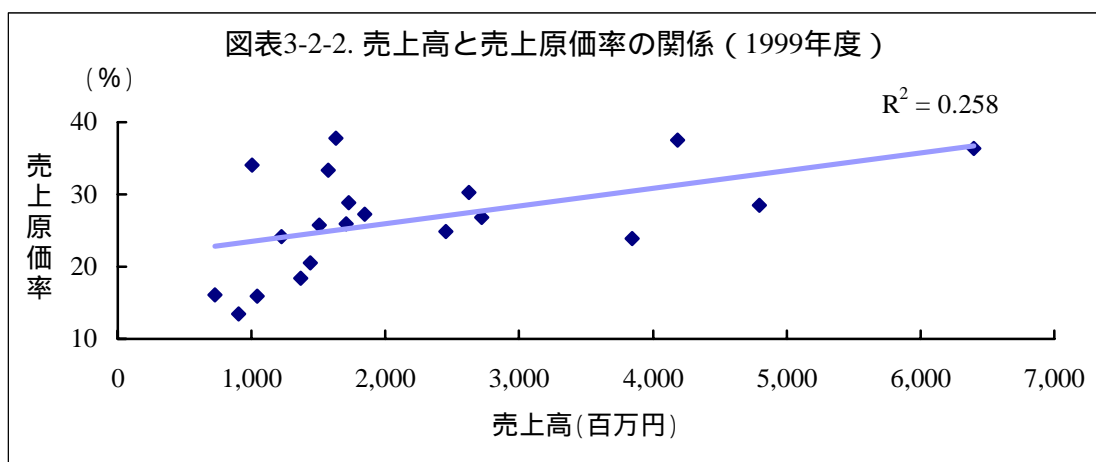
### (1) 売上(医業)原価

売上原価率は売上高に占める医薬品費・給食材料費・診療材料費その他の比率である(一部の病院では、給食材料を一般管理費の委託費に含めて計上しているところもある。なお、対象病院はすべて院内処方である)。売上原価率の平均は26.5%であり、30%を切っている。



売上原価は売上を得るために、直接的にかかる費用である。したがって、売上高と売上原価は比例する。反面、売上原価率は売上高に対する率で見ている。売上原価率は売上高の大きさにかかわらずほぼ一定になるはずである。

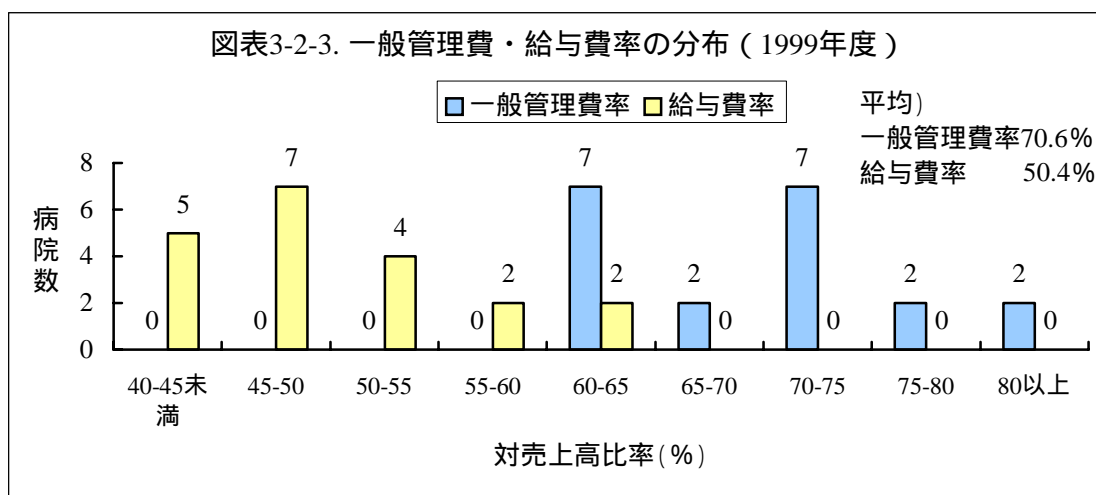
ところが医師会立病院では、特に売上高 2,000 百万円未満の病院において、売上原価率のバラツキが大きい。診療内容の違いにもよるが、売上原価率が 30%超のところは削減を検討すべきであろう。



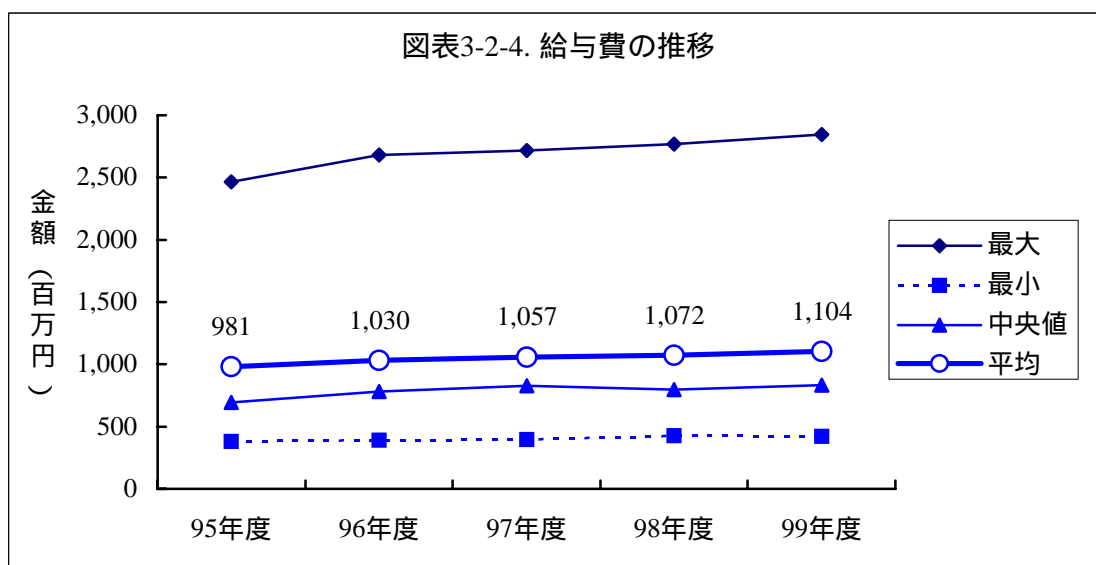
## (2) 一般管理費

一般管理費は、給与費・経費・委託費・研究研修費・減価償却費・本部費である。売上高に対する一般管理費の比率は平均 70.6%である。一般管理費率 60～65%が 7 病院、70～75%が 7 病院とやや二極化している。

一般管理費のうち給与費の比率は平均 50.4%とほぼ売上高の半分である。小さいところでは 40～45%であるが、売上高の 50%以上を占める病院も 8 病院ある。



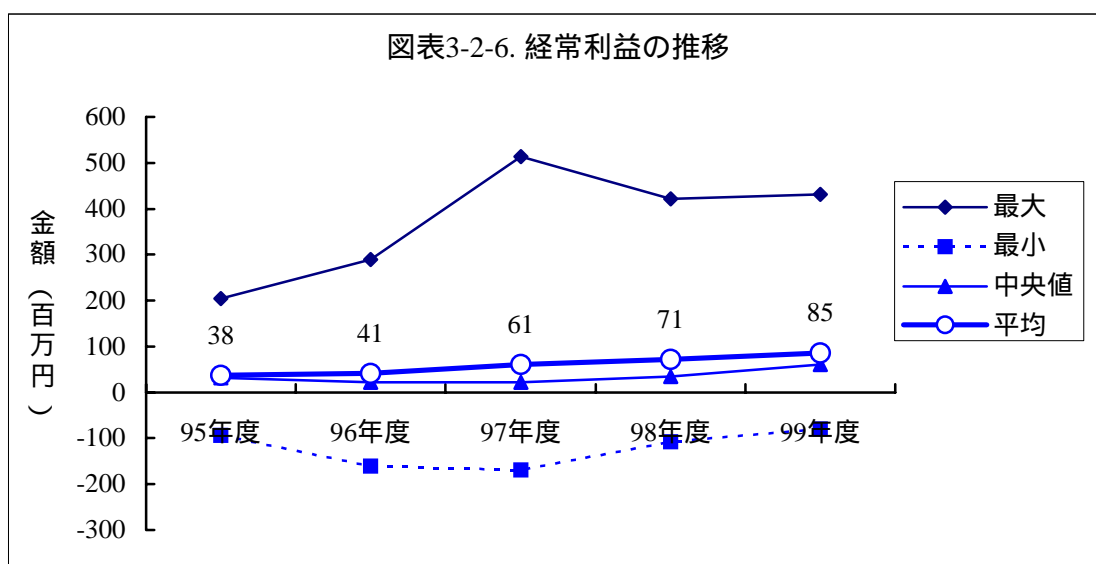
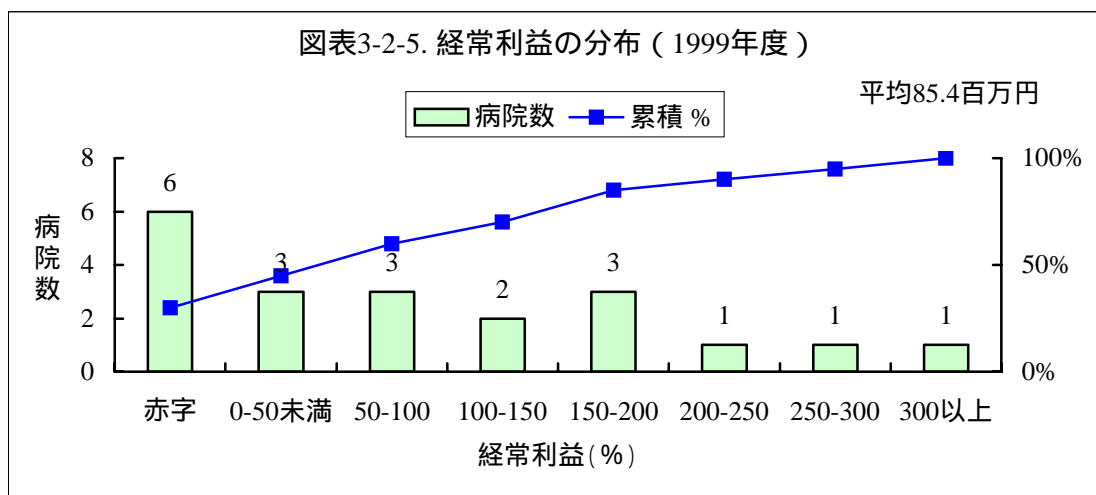
また給与費総額は、過去 5 年間平均して年率 3.0%で伸びている。給与費の伸び率は売上高の伸び率にほぼ近い。



### 3. 経常利益

1999年度には対象病院の3割に当たる6病院が赤字であった。経常利益の平均値は黒字であり、かつ増加傾向にもあるが、水面上ギリギリのところである。また赤字である6病院のうち、1995年度から連続して赤字であるのは2病院、1996年度からでは3病院、1997年度からでは4病院であった。一旦赤字に転落すると容易に脱することができないことを示唆している。

なお第1章に示したとおり、医師会立病院では、売上高規模の大きいところの方が経常利益も大きくなっている。



## ．経営指標

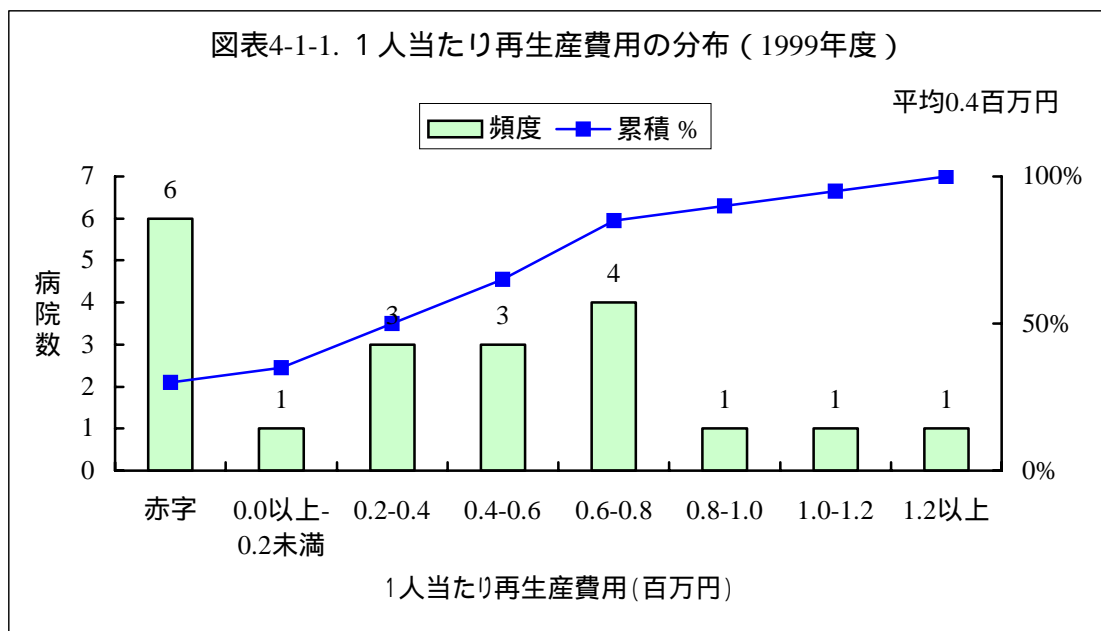
### 1．収益性

#### (1) 1人当たり再生産費用

再生産費用とは、再投資に向けられる財源のことで、医療機関においては経常利益を再生産費用と見なす。組織として健全に成長していくためには、再投資が不可欠である。

1人当たり再生産費用は0.4百万円である。ライフライン産業の中でもっとも低いJR各社平均1.5百万円<sup>1</sup>と比べて極めて低い。かろうじて、再投資のための積立ができるレベルでしかない。

しかし、1.0百万円を超えているところも2施設ある。経営次第ではある程度高い再生産費用を確保できる可能性もある。



<sup>1</sup> 2001年3月期決算の実績

( 2 ) 損益分岐点比率 ( 損益分岐点売上高 ÷ 実際の売上高 )

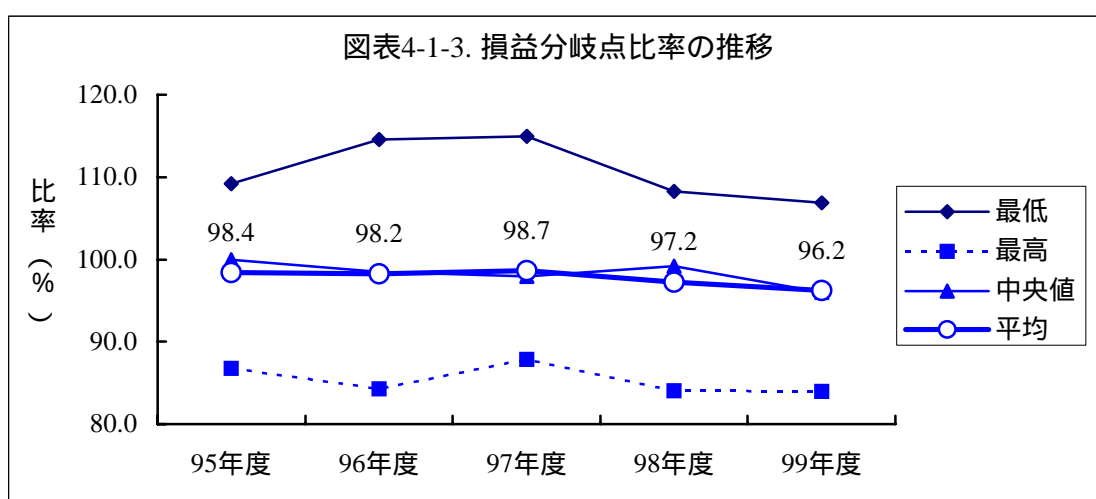
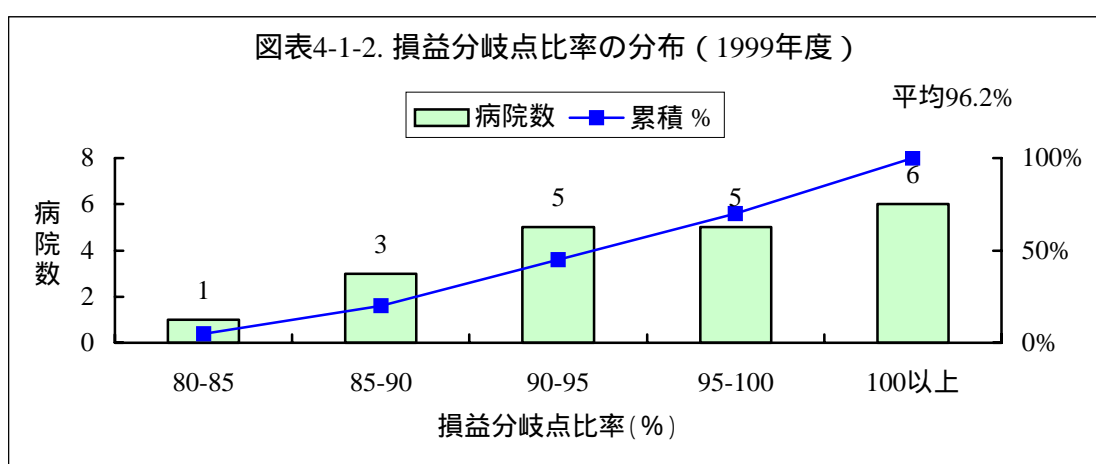
損益分岐点比率は、現状の売上高から見て、収支トントンになるときの売上高 ( 損益分岐点売上高 ) がどの位置にあるかを示したものである。

現状の売上高 = 損益分岐点売上高 のとき、損益分岐点比率は 100%

現状の売上高 > 損益分岐点売上高 のとき、損益分岐点比率は 100%未満

になる。たとえば、損益分岐点比率が 80%であれば、あと 20%売上高が落ちても収支トントンを維持できることとなる。90%未満であることが望ましい指標である。

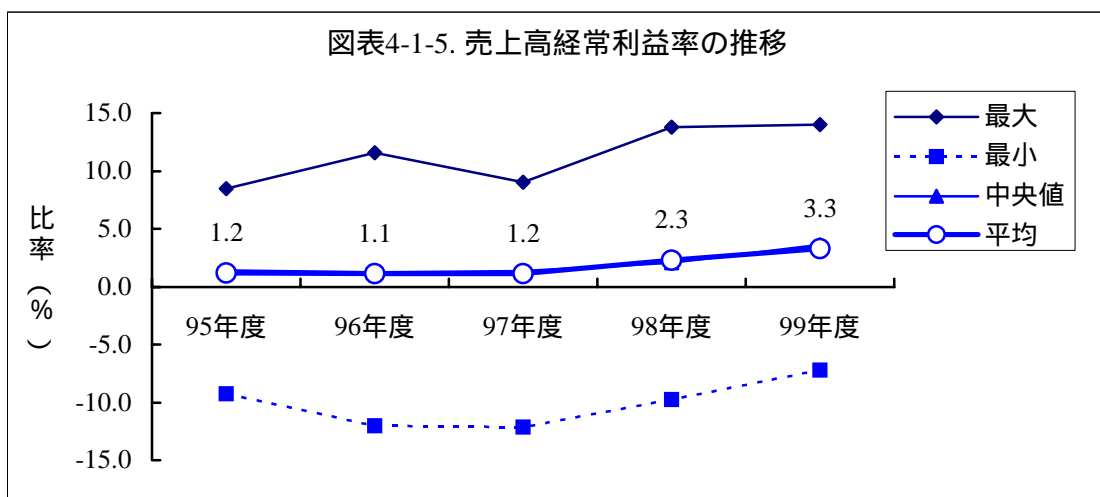
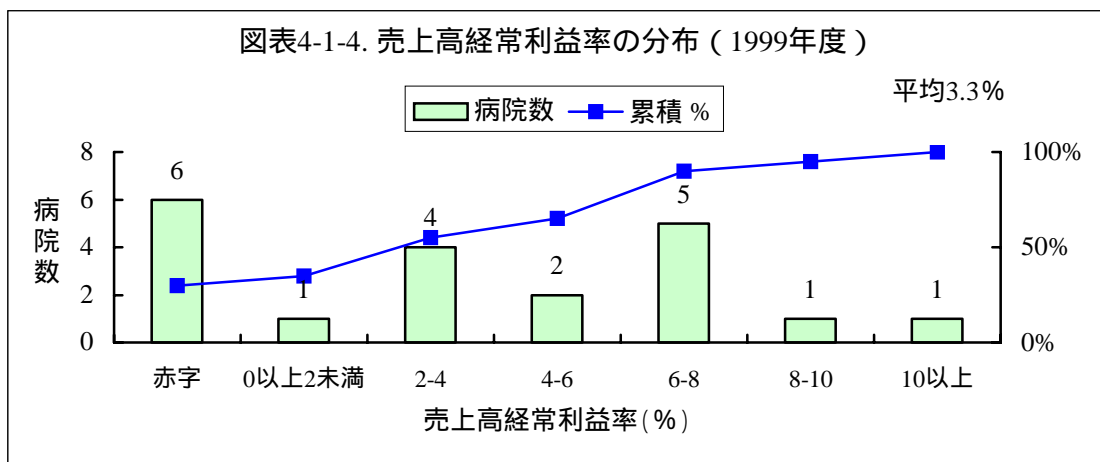
医師会立病院の損益分岐点比率は改善傾向にある。とはいえ、依然として平均では 96.2%である。これはあと 4%以上売上高が減ると赤字になるレベルであり、一般に「危険水域」と言われる経営状態である。( 2002 年度 4 月には診療報酬が 2.7%引き下げられたので予断を許さない状況になっていると思われる。)



### (3) 売上高経常利益率 (経常利益 ÷ 売上高)

経常利益は、経常状態での利益である。経常利益に含まれる受取利息や支払利息は営業活動（医療機関では医療）と直接関係ないようにも見える。しかし、毎年の経営をしていく上で、必要であるから預金や借金をしているわけである。利息はここから生じるものなので、“経常”状態の利益に含めて考える。

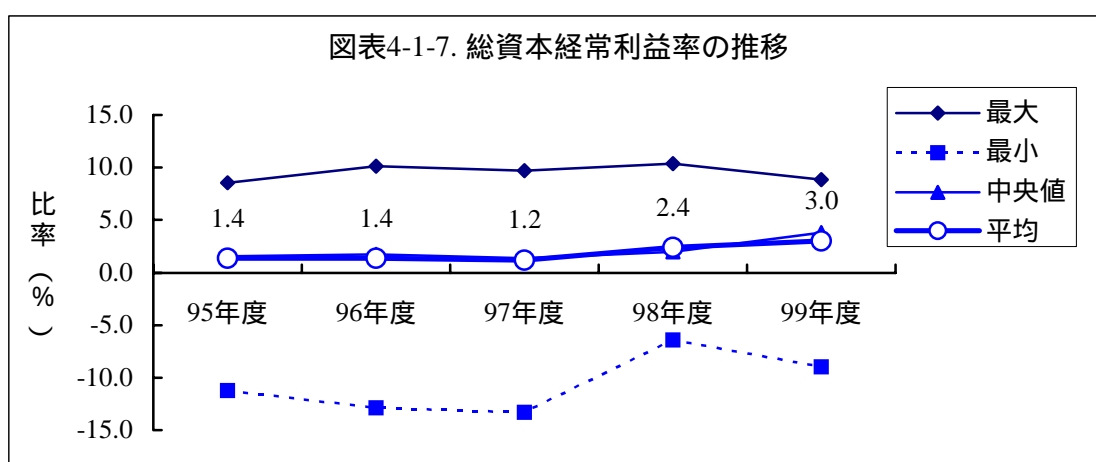
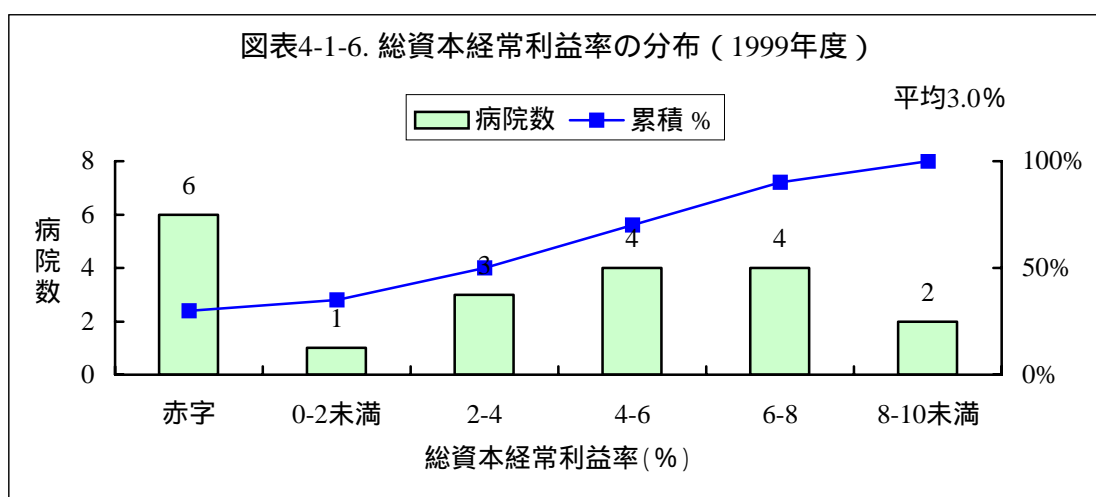
医師会立病院平均では、売上高と経常利益がともに伸びており、売上高経常利益率も上昇傾向にある。しかし、最大では10%を超えているのに対し、最小のところは7%とその開きが大きい。



#### (4) 総資本経常利益率

総資本とは、負債も自己資本も含めて、投下したすべての資本を指す。総資本経常利益率は、投下資本からどのくらいの経常利益があがったかを比率で示している。

医師会立病院の総資本経常利益率は、非常にバラツキが大きい。これはひとつには、医師会が病院に資産（土地、建物）を無償貸与していたり、つぎつぎに資本を注入していたりして、総資本の定義にバラツキがあることが原因である。総資本経常利益率8%以上の2病院のうち、1病院については土地等は無償貸与されていない。これは、最も高いレベルで総資本経常利益率8%を目指せることを示しているといえるだろう。

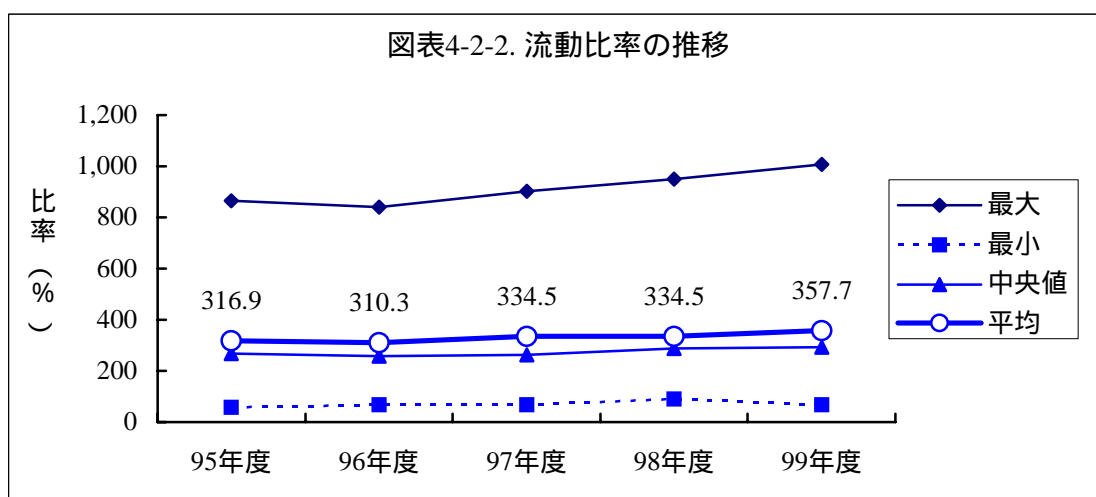
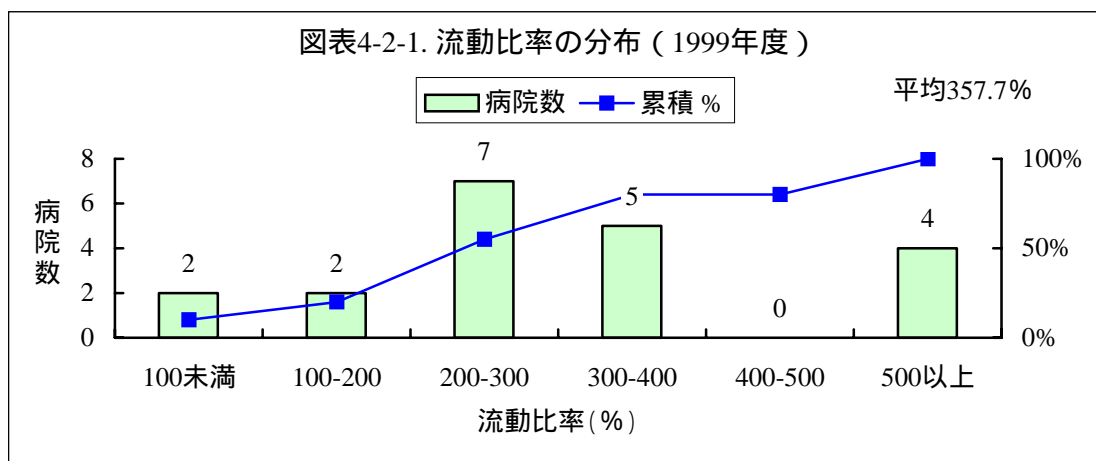


## 2. 安全性

### (1) 流動比率（流動資産÷流動負債）

流動比率は、決算期から1年以内に返済しなければならない負債に対して、1年以内に現金化できる財産がどのくらいあるか、ここ1年間の支払能力を示している。流動資産（現金・預金、医業未収金、棚卸資産など）の中には、すぐに現金化できないものもあるので、流動負債（1年以内に返済すべき負債）の2倍以上の流動資産があることが望ましい。すなわち流動比率の目標は200%以上である。

医師会立病院はおおむね200%を超えている。中には500%以上のところもあり、短期の支払能力には問題はない。しかし、次頁に示すように長期借入金も含めた借入金を決して少なくない。現金・預金を溜め込まず、借入金の返済を優先すべきである。

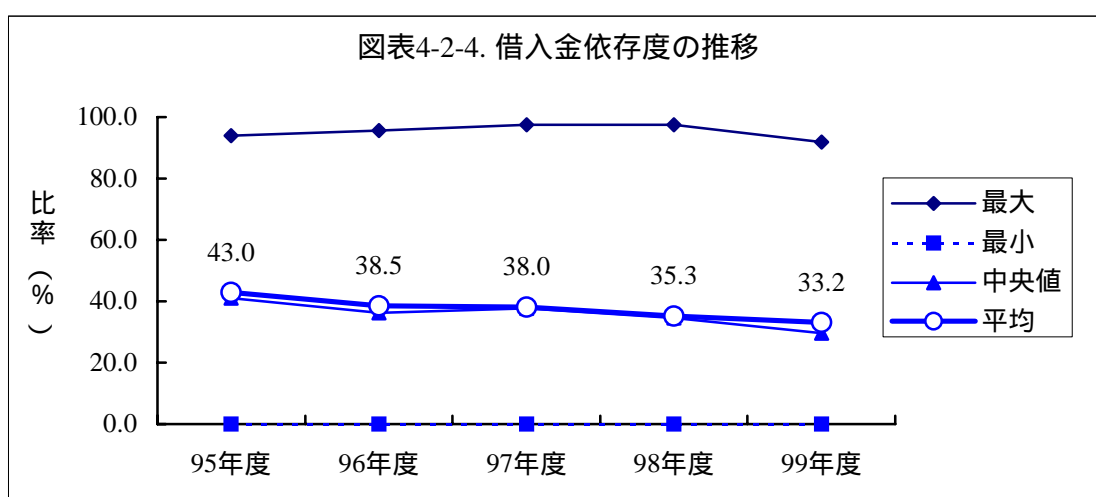
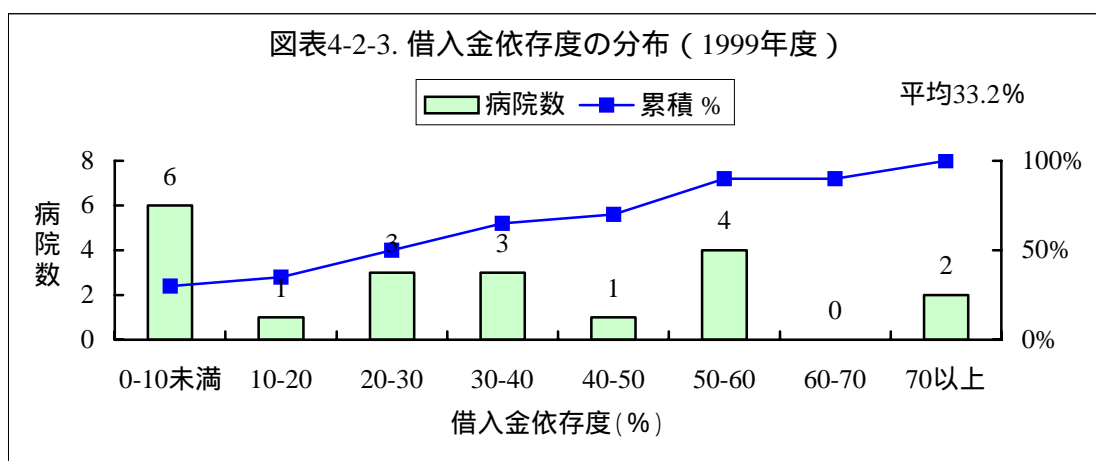




(2) 借入金依存度 ((長期借入金 + 短期借入金) ÷ 総資本)

借入金依存度は総資本のうち、利子を支払わなければならない借入金(有利子負債)がいくらあるかを示している。有利子負債が多いと、金利が少し上昇しただけでも利益が大幅に減ってしまうことがある。金利の変動という外部環境の変化で経営が左右されないよう、借入金依存度はできるだけ低い方がよい。また医師会立病院は会員で成り立つ病院である。たまたまそのときに代表者であった1人が債務保証を負うことを避けるため、できるだけ無借金経営を目指したい。

医師会立病院平均では、ここ数年借入金依存度は低下しつつある。また無借金経営を実現しているところもある。一方で、総資本の半分以上を有利子負債でまかなっているところもある。いずれも赤字病院である。



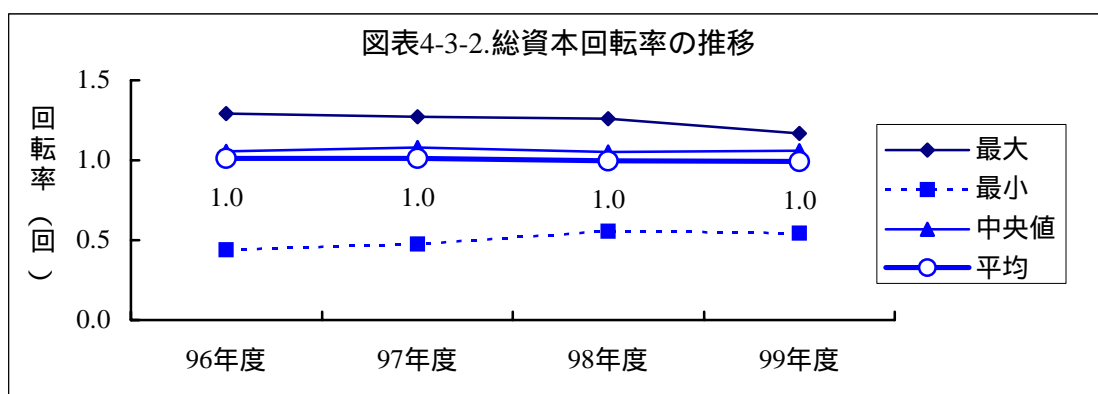
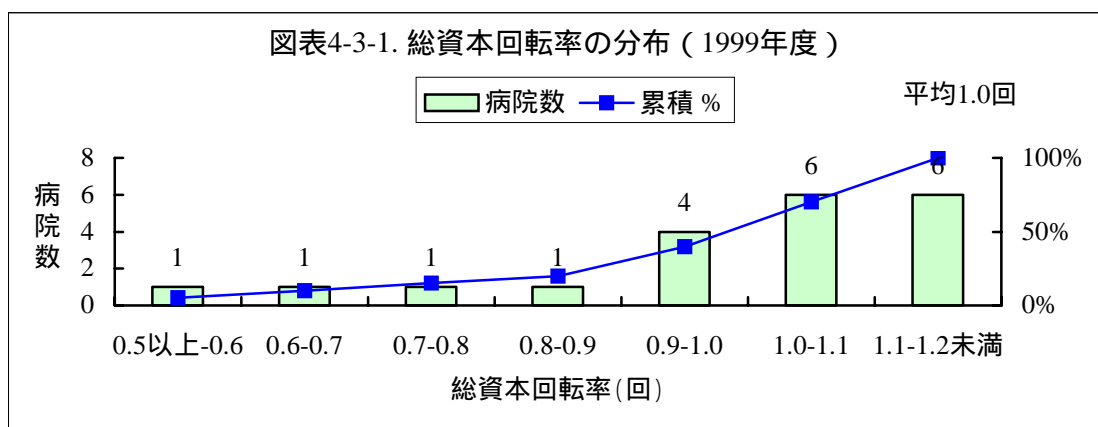
### 3. 効率性

#### (1) 総資本回転率（売上高÷期首期末平均総資本）

総資本回転率はそのつぎ込んだ資本がどのくらい活用されたかを、売上高に対する使用回数で示している。総資本の額と売上高が同じであれば、ちょうど売上高1回分の資本を使ったということになり、総資本回転率は1回である。1回以上、できるだけ高いほうがよい。総資本回転率が1回未満の場合は、売上高規模から見ると無駄な資本をつぎ込んでいるということになる。

医師会立病院の平均総資本回転率は1回で目標値ギリギリである。中には、総資本の半分近くが無駄になっている病院もある。

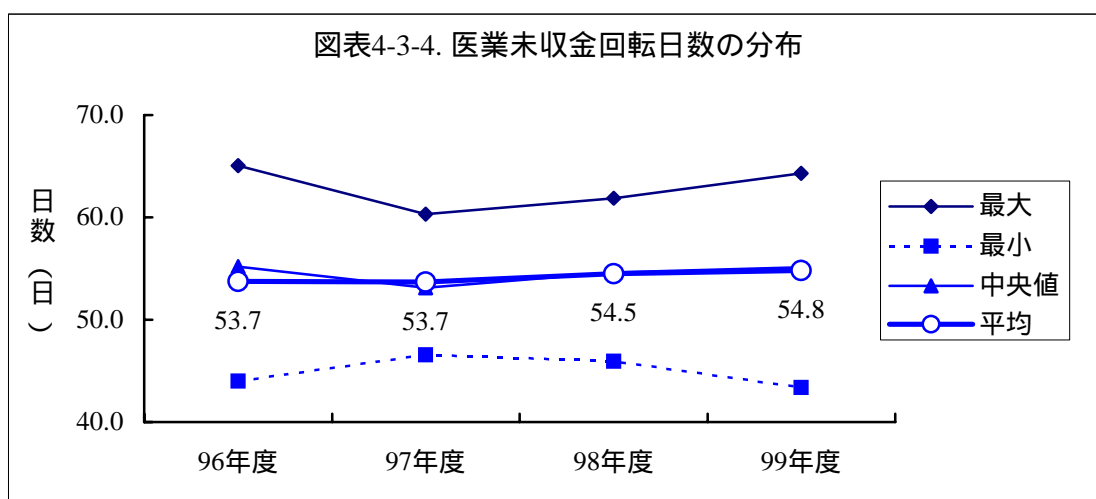
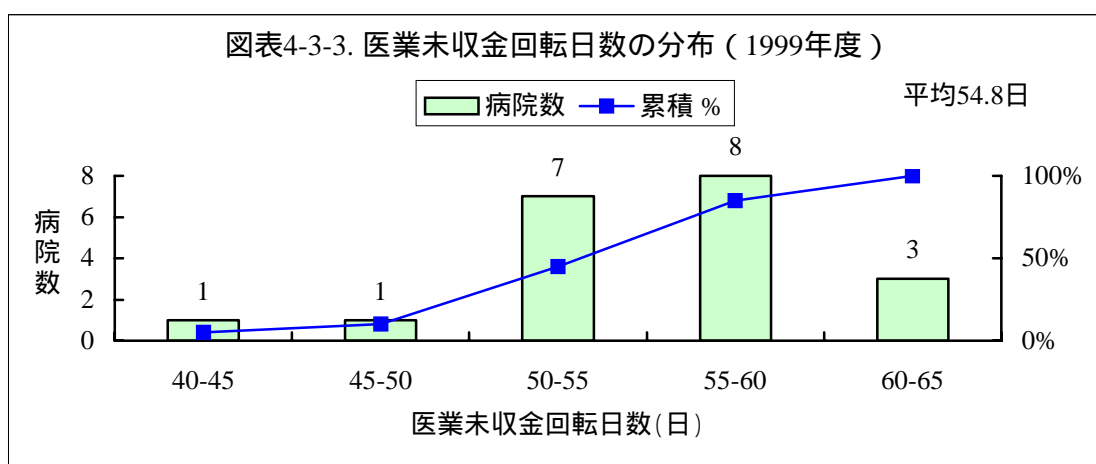
なお、土地代が0（ゼロ）のところがある（医師会本体が無償貸与しているものと思われる）。その分資本は小さくなるが、4病院の総資本回転率は最高1.2回、最低0.9回であった。土地代がないにもかかわらず、かなり小さい。逆にいえば、売上高に比して資本を投下しすぎているといえよう。



( 3 ) 医業未収金回転日数 ( 期首期末平均医業未収金 ÷ ( 売上高 ÷ 365 日 ) )

医業未収金回転日数は、売上高の何日分の医業未収金があるかを示している。診療報酬の支払制度上、保険診療分については入金されるまでに約 60 日かかる。ただし、窓口入金分は基本的にはその日に支払われるものなので、全体で見ると、医業未収金回転日数は 45 日から 54 日であれば妥当といえる。

医師会病院の医業未収金回転日数は平均で 54.8 日とほぼ妥当であるが、60 日を超えているところもある。診療以外の受託事業で回収日数が長くなっていないか、また、不良債権化していないか、確認を急ぐべきである。



## 4. 生産性

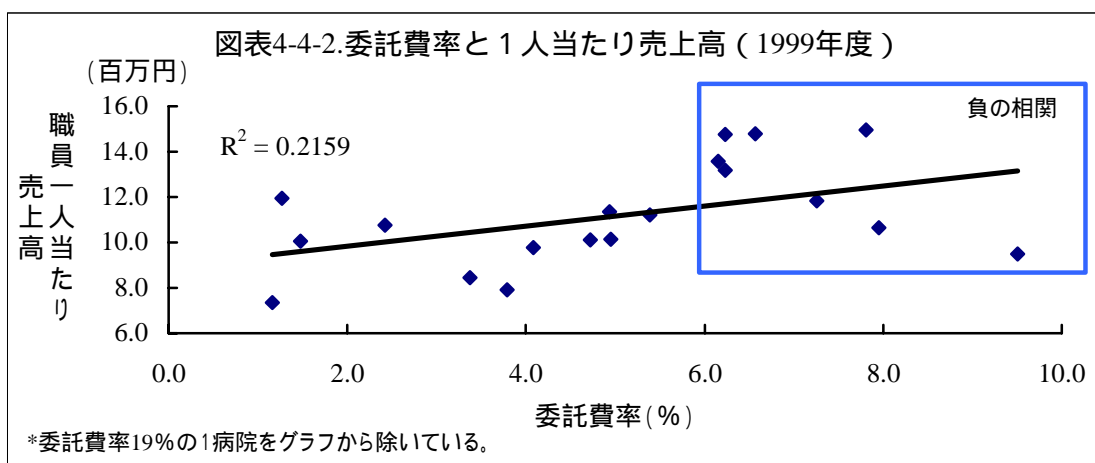
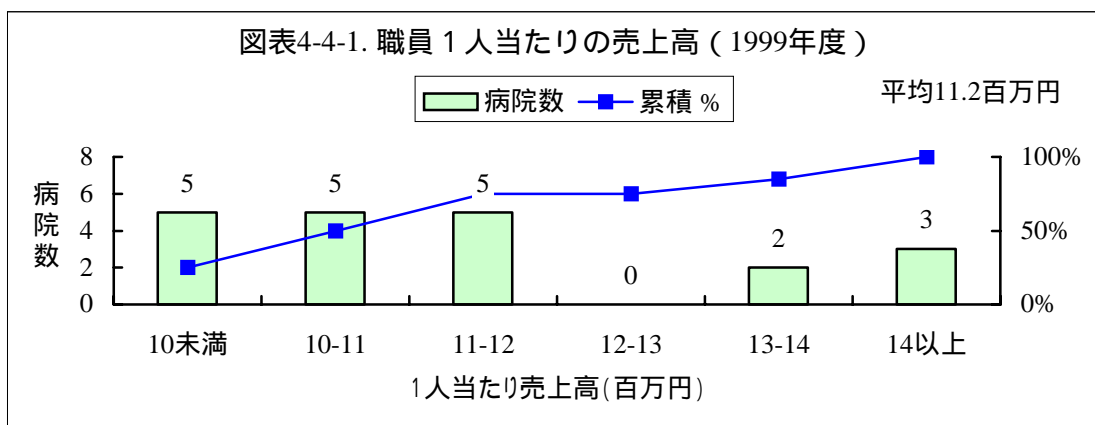
### (1) 1人当たりの売上高

医師会立病院の医師を含む職員1人当たりの売上高は平均11.2百万円である。

1人当たり売上高は、外注化が進んで従業員数が小さくなっているときには大きく、あまり外注をしておらず病院の職員でまかなっている場合には小さくなる。

ここでは外注化度を委託費率（売上高に対する委託費の比率）で計ったところ、全体では委託費率が高い病院で1人当たりの売上高が高いという結果になった。つまり、外注をして従業員数が少なくなっているため、1人当たりで見ると小さくなる。これは当然の結果である。

しかし、委託費率が6%を超える病院では、委託費率と1人当たり売上高は負の相関にある（過去も同様の傾向である）。これは外注もしているが、病院内の人手もかかっていることを示している。委託費の内容を徹底的にチェックし、合理化を図るべきである。

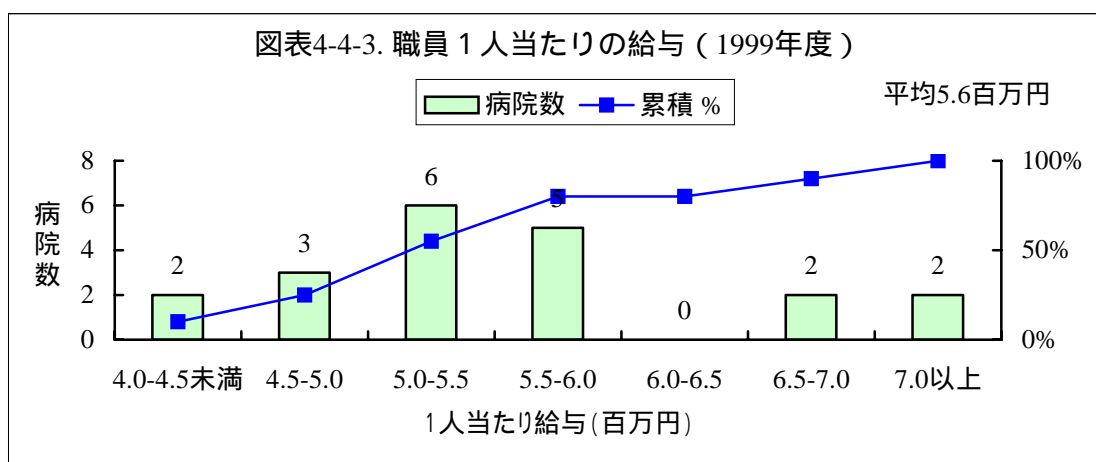


## (2) 職員 1 人あたり人件費

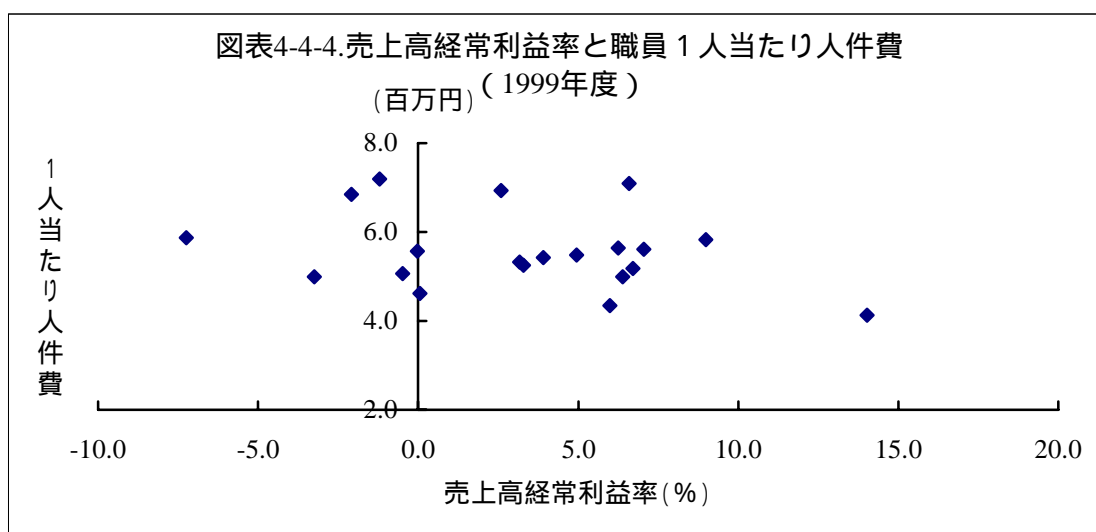
ここでの人件費には給与・賞与・退職給与引当金・法定福利費を含んでいる。

医師会立病院の平均 1 人あたり人件費は 5.6 百万円である。1 人あたりの人件費は職種別職員数の構成や職員の平均年齢によっても異なるが、約 4 百万円の施設から 7 百万円を超える施設まで格差が大きい。

医師会立病院の平均職員数は 196 人である。1 人あたり 3 百万円の差がある場合、病院全体で 600 百万円近い格差を生じることとなる。

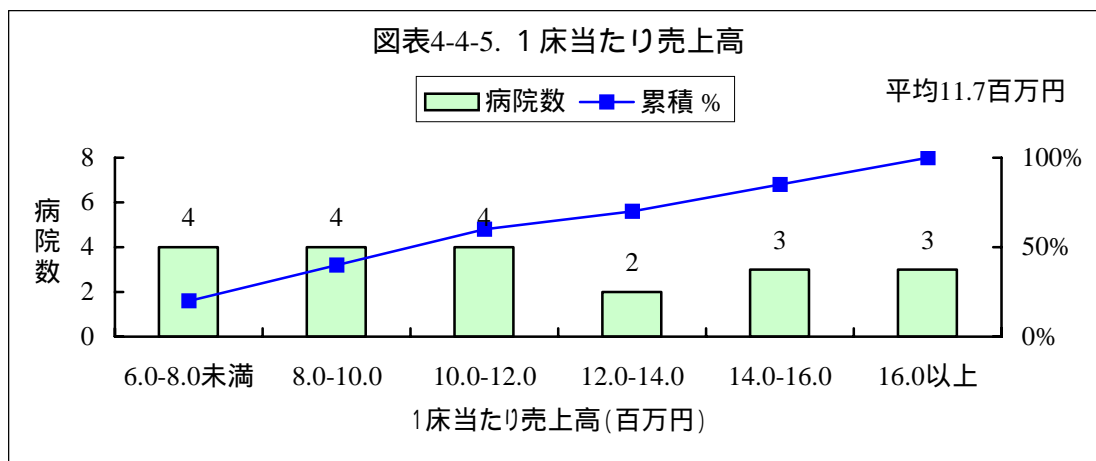


なお、1 人あたりの人件費と売上高経常利益率の間に相関はない。個々の経営状況を考慮して人件費を増加または抑制するといったことはあまり行われていないように見受けられる。

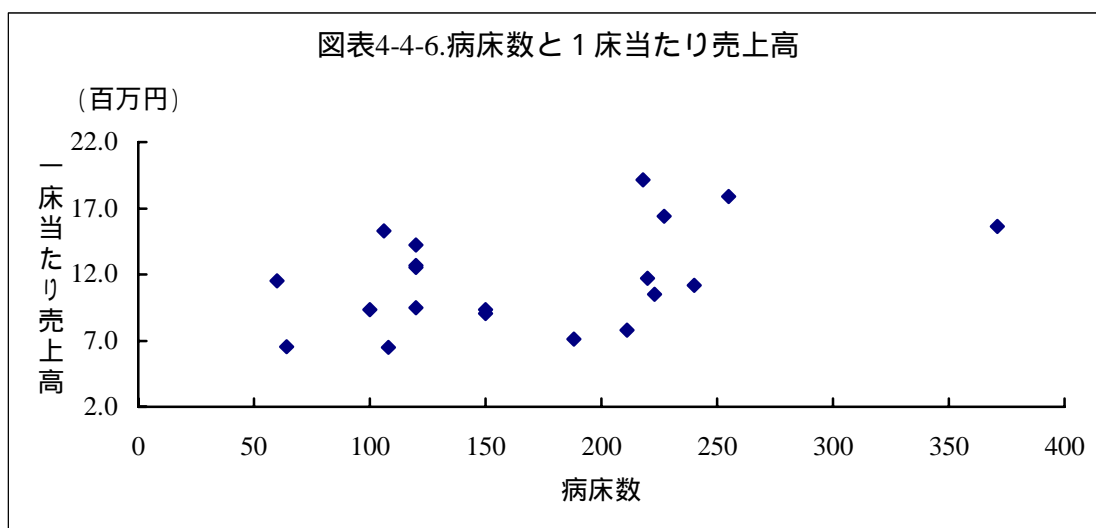


### (3) 1床当たりの売上高

ここでは外来収入、入院収入、室料差額収入を売上高として抽出している。  
 医師会立病院の1床当たり売上高は11.7百万円であるが、最も高いところと最も低いところとでは3倍以上の格差がある。



病床数と1床当たり売上高との関係は以下のとおりである。緩やかな正の相関があるが、あまりはっきりした傾向はない。ただし病床数200床から300床の中堅規模の病院では1床当たり売上高の格差は大きい。



## 5 . 経営指標のまとめ

- ・売上高・経常利益は増加傾向にある。しかし、経常利益の絶対額は再生産費用を確保する十分な大きさではない。損益分岐点比率を見ても、経営的には「危険水域」にある。
- ・1人当たり再生産費用の平均は0.4百万円である。一方1.0百万円を超えているところもある。このほか、売上原価率が30%を超えるところがあったり、一般管理費が売上高につられて増えていたりするところもある。経営指標のあまりよくない病院が多いが、まだまだ病院内で経営改善を行える余地はあるだろう。
- ・総資本回転率に示されるとおり、医師会本体から大きな援助を受けているが、成果（売上高）があがっていないところがある。目先の財政支援でなく、明確な方針のもとに支援を行う必要がある。
- ・総資本の50%以上を借りに頼っているところが3割6病院ある。代表者が債務保証をするケースあるかと思われるが、医師会立病院の場合、代表者は個人の意思ではなく会員の互選である。借りに頼る場合は計画性をもって慎重に行いたい。

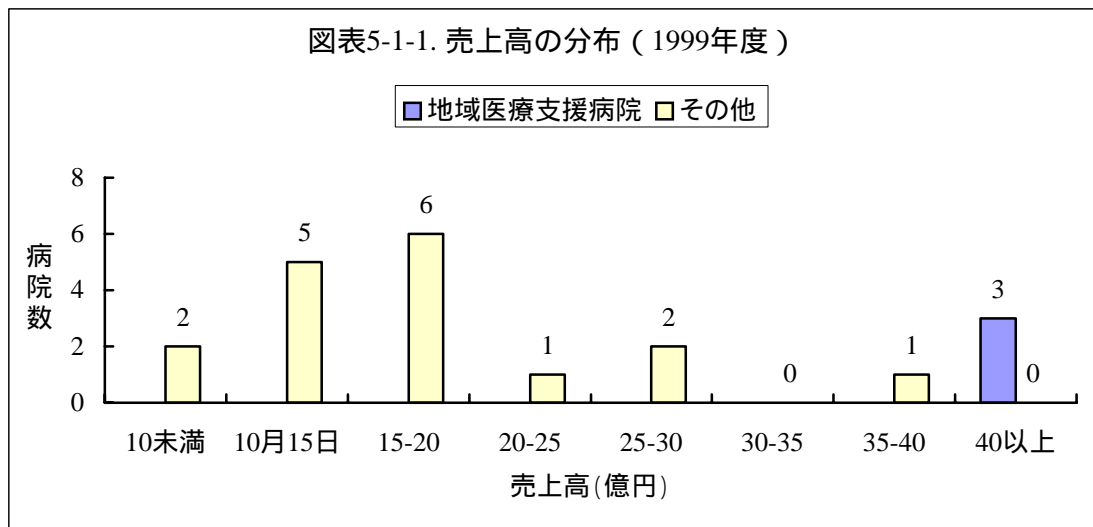
## ．地域医療支援病院の経営状況

今後の医師会病院のあり方を探るため、地域医療支援病院とその他の病院の比較を行った。対象病院のうち、地域医療支援病院は3件である。いずれも1998年度中に地域医療支援病院の承認を受けている。その後地域医療支援病院の承認を得た病院もあるが、分析対象期間後のことであるので、ここでは地域医療支援病院として扱っていない<sup>1</sup>。

### 1．収益性

#### (1) 売上高

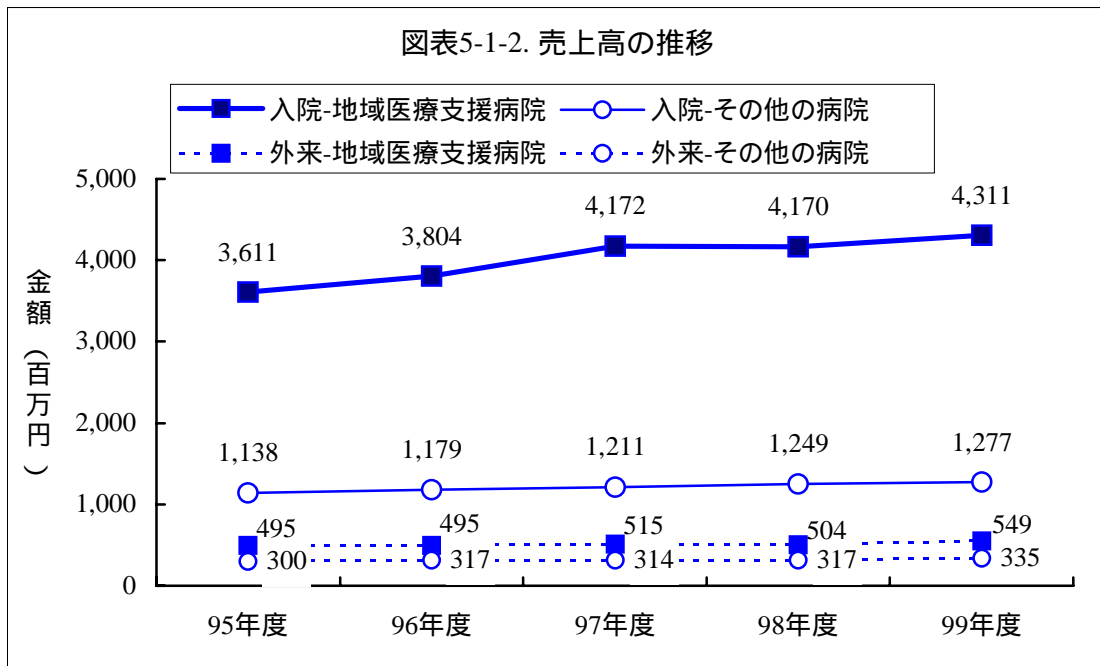
分析を行った病院の平均売上高（医業収益）は2,236百万円である。半数以上の病院が年間売上高10億円から20億円の間に位置している。地域医療支援病院3件はいずれも売上高40億円以上であり、この時点では比較的規模の大きい病院が承認を受けていたといえる。



売上高は過去5年間増加傾向にある。地域医療支援病院3件は、1998年度に承認を受けている。その後、1998年度から1999年度にかけて入院収益が3.4%、外来収益が9.0%伸びている。地域医療支援病院ではない病院では、入院収益が2.3%、外来収益が5.7%の伸びである。もともとの売上高規模が大きいということもあるが、地域医療支援病院の売上高の伸びが目立つ。

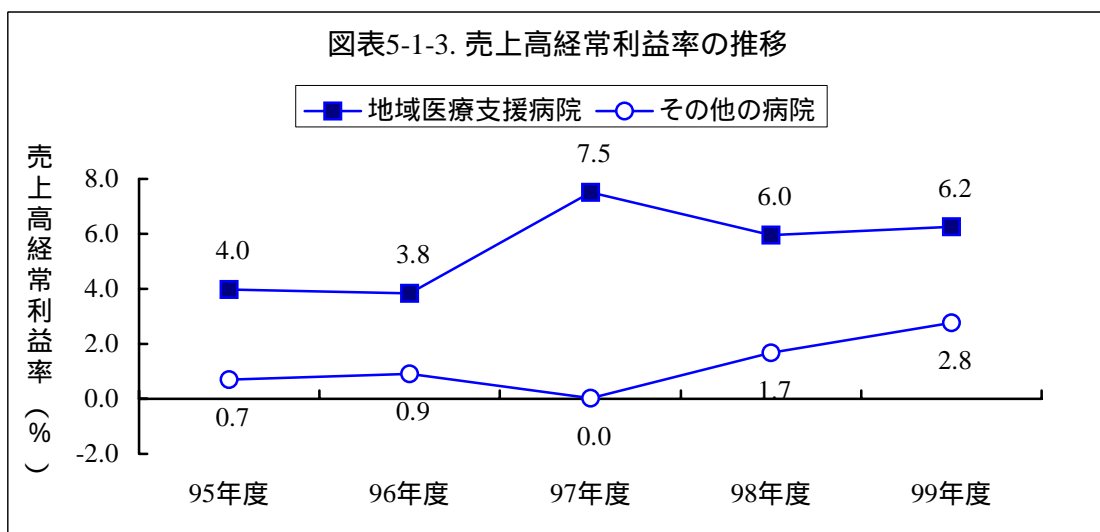
<sup>1</sup> 2002年2月現在、全国82病院のうち地域医療支援病院の指定を受けているのは38病院である。





(2) 売上高経常利益率 (経常利益 ÷ 売上高)

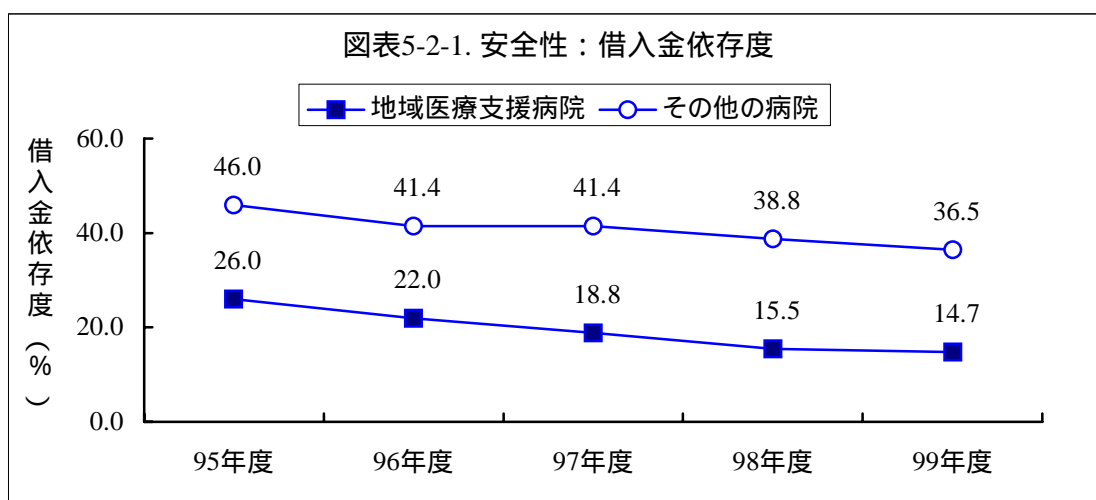
売上高の伸びを受けて、地域医療支援病院は売上高経常利益率でも高位安定である。地域医療支援病院ではない病院の売上高経常利益率も過去3年間は改善傾向にある。これは赤字が続いていた病院において、3年間で16%の給与費総額の削減や売上原価率の大幅な引き下げが実現されたことなどによる。



## 2. 安全性

ここでは、借入金依存度を取り上げる。

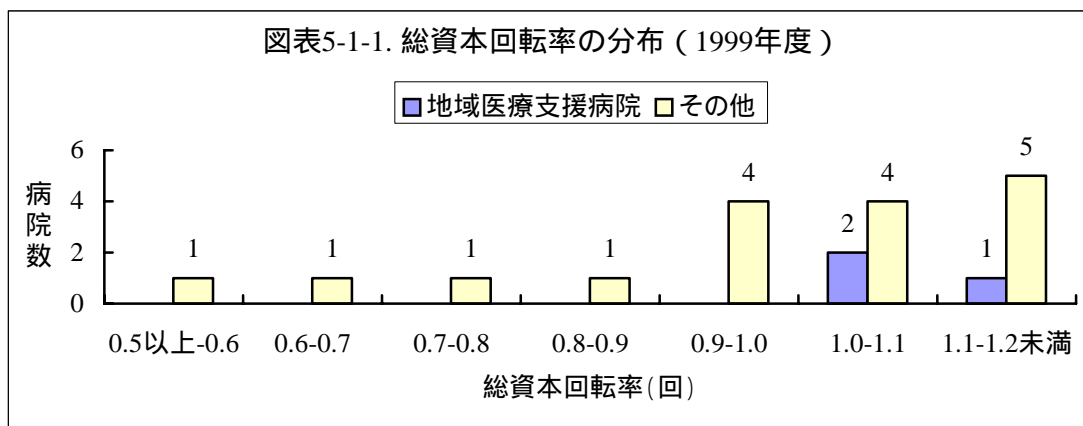
地域医療支援病院は、その他の病院に比べて借入金依存度が低く、かつさらに低下傾向にある。利益が堅調に推移しており、借入金を圧縮できてきているからである。地域医療支援病院ではないところでも借入金依存度は低下しているが、なお 36.5%である。



## 3. 効率性

効率性については、総資本回転率を取り上げる。

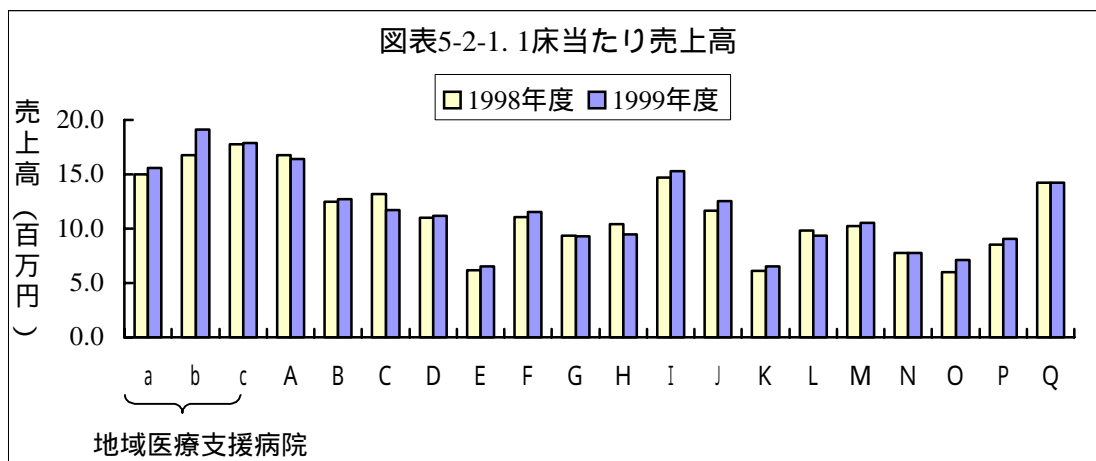
地域医療支援病院の総資本回転率はいずれも1回を超えており、資本に見合った売上高があがっているといえる。一方、地域医療支援病院でないところでは、総資本回転率1回以上が約半分、1回未満が約半分となっている。



#### 4. 生産性

生産性については、1床当たり売上高で比較する。

1999年度の1床当たり売上高の平均は、地域医療支援病院 15.7百万円、それ以外の病院 8.4百万円である。また1998年度から1999年度にかけて、地域医療支援病院ではすべてで上昇しているが、その他の病院では低下しているところもある。



#### 5. 地域医療支援病院の特徴

地域医療支援病院は、まだ母数も少なく、傾向の把握に十分な期間も経ていない。このため医師会病院の今後の方向性を決定づけるに足る分析とはいえないが、地域医療支援病院は、

- 1) その役割・機能を発揮して売上高（医業収益）を伸ばしている
- 2) 利益も比較的堅調である
- 3) 他の病院に比べ、売上高の伸びを受けて効率性や生産性が、また利益の拡大を受けて安全性が高い

といったことが見えてきている。

地域医療支援病院でない病院では、前述のようにコスト削減を徹底して経営改善を図ったところがある一方、依然として売上原価率や一般管理費が大きいところもある。まだまだ業務改善の余地があるだろう。しかし、業務改善だけでは他の民間病院に抜き出することは難しい。

今後医師会立病院が、安定した経営基盤の上、地域に医療を提供していくためには、地域医療支援病院など、特徴ある役割・機能を果たしていくことも検討されるべきであろう。

## おわりに

医師会立病院の経営は決して楽観できるものではないが、まだまだ抜本的な業務改善が十分ではない。にもかかわらず、医師会本体から、多額の資金援助(資本注入、貸付、土地・建物の無償貸与など)が行われている。まずは自助努力での改善を積み重ねるべきであり、それでも見通しが立たない場合には、財政支援の前にまず医師会立病院のあり方を見直すべきであろう。

そのひとつが、地域医療支援病院である。分析対象病院が限られた範囲・数であったため、今回の分析結果がすべてであるとは言い切れない。とはいえ、役割・機能を明確化することで、強味を伸ばしていける可能性があることが見えてきたのではないかと思う。役割・機能は地域医療支援病院に限らない。逆に、かつて担ってきた役割・機能かもはや失われてきている場合もあるだろう。今回の診療報酬の引き下げは、安定的に生き残るためには、現状の延長に固執せず、あるべき姿を検討しなおす良い機会と捉えたい。

最後になるが、やれることをやっても、なお収益性が厳しいのが実態であろうかと思う。これを打開するためには、診療報酬の適正化も重要である。今回のような経営分析を通じて、診療報酬見直しの材料を提供できればと考えている。

### 【資料】

九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会資料(第29回から第33回分)