

日医総研ワーキングペーパー

医師会立病院・臨床検査センターの経営分析 - 自治体立病院・民間企業等との比較 -

No. 72

平成 14 年 9 月 3 日

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

医師会立病院・臨床検査センターの経営分析

- 自治体立病院・民間企業等との比較 -

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

共同利用施設	民間臨床検査センター
医師会立病院	損益計算書
医師会立臨床検査センター	経営指標
自治体立病院	

医師会立病院は、自治体からの多額の補てんを受けている自治体立病院と比べ、はるかに自立的経営を行っている。しかし、

医師会立病院の中にも「年功」型給与をとっているところがあり、このままでは自治体立病院と同じように人件費負担が重くなる。今のうちに能力主義での評価に転換すべきである。

資本の一部（土地）が無償（公設民営的な場合、医師会本体の一般会計が補てんする場合がある）であるにもかかわらず、収益性や効率性が低いところがある。このままでは赤字になれば補てんする自治体立病院と同じ構造になりかねない。抜本的な経営改革を急ぐべきである。

黒字経営ではあっても、再生産・再投資のための費用は十分残らない。医薬品・材料費に削減余地があるところもあり、徹底したコスト意識の強化、コスト削減が必要である。

医師会立臨床検査センターは小規模のところが多く、民間大手企業に比べて、材料や人件費が高つく傾向にある。売上高を増加させるためには会員利用率の向上が不可欠である。一方、大手検査会社に7%前後の利益が落ちていることから、価格競争の結果、小規模事業者にしわ寄せがくる業界構造になっていないかという点も懸念される。

(要約資料)

医師会立病院・臨床検査センターの経営分析 - 自治体立病院・民間企業等との比較 -

・医師会立病院の分析

経営面での特徴

- ・売上高 3,000 百万円以上の病院はすべて売上高を伸ばしている。一方、入院収入は伸びているが、外来収入の伸びが頭打ちとなっており、病床数が少なく外来比率の高い中小規模の病院は苦戦。徹底的なコスト削減が求められる。
- ・コスト削減のポイントは売上原価率と人件費。院内処方での売上原価率は 30% 未満としたい。購買・在庫管理に注力すべきである。1 人当たり給与費は平均 5.6 百万円であるが、7 百万円を超えるところもある。「年功型」給与体系を敷いているものと思われる。このままいくと、現状の自治体立病院の水準になりかねない。能力重視の給与体系の見直しが必要である。
- ・売上高経常利益率は平均ではかろうじて黒字である。しかし、再生産費用を確保するためには十分ではない。(本文 9 頁)
- ・土地が無償(自治体等からの貸与)であるにもかかわらず、効率性が低い病院もある。これらの病院では抜本的な経営改革を急ぐ必要がある。
- ・特に収益性の高い病院を抽出すると、(1) 公立・公的病院と競合している、(2) 外部のコンサルティング(日医総研)を導入している、という共通点が見られた。定性的ではあるが、「経営者の感度」が非常に重要であると思われる。

自治体立病院との比較

医師会立病院は自治体立病院に比べ、医業活動そのものの収支(営業利益)ははるかに良い。自治体立病院は多額の補助金を受けてなんとか運営されており、まったく公平な関係にない。

・臨床検査センター

- ・会計基準の標準化、部門別会計が第一の課題である。
- ・売上高経常利益率は、医師会立平均で 2.7%、大手民間検査センターで 7% 前後と、大きな開きがある。
- ・医師会立検査センターは、民間企業に比べて、材料費・人件費のいずれも高がついている。
- ・臨床検査センターでは検査件数に対して最適人員配置をできなければコスト高につく。そのためには一定以上の検査件数(売上高)が必要である。しかし、会員利用率 60% 以下のセンターも 4 つある(本文 21 頁)このようなところでは医師会の検査センターを維持するのかが根本的な議論に立ち返る必要もある。また次のステップとして、医師会での共同運営も検討したい。

病院：損益計算書(2000年度) - 売上高を100としたときの構成比 -

	A地区		B地区		C地区		D地区	
	医師会立	自治体立	医師会立	自治体立	医師会立	自治体立	医師会立	自治体立
売上高	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
入院収入	84.1	69.2	79.0	75.3	80.8	71.0	80.3	72.4
外来収入	15.2	24.2	19.4	23.2	11.1	26.2	15.1	23.4
その他	0.8	6.5	1.6	1.5	8.1	2.8	4.6	4.2
売上原価	26.9	24.3	23.7	29.5	34.5	32.0	28.5	26.9
売上総利益	73.1	75.7	76.3	70.5	65.5	68.0	71.5	73.1
一般管理費	67.2	100.1	78.4	70.7	60.8	81.6	62.9	71.2
営業利益(損失)	5.9	-24.5	-2.1	-0.2	4.6	-13.6	8.6	1.9
営業外収入*	1.0	14.3	1.5	7.6	1.4	17.3	0.9	3.1
営業外費用	0.5	2.5	0.9	5.0	0.9	8.5	0.2	3.6
経常利益(損失)	6.3	-12.6	-1.5	2.5	5.1	-4.8	9.3	1.5
特別利益*	2.6	11.2	4.5	0.4	0.0	0.0	0.9	0.0
特別損失	0.0	0.6	0.3	0.8	0.5	0.0	0.3	0.1
当期純利益	9.0	-2.0	2.7	2.1	4.6	-4.8	9.9	1.4

* 自治体立病院においては主たる営業外収入は補助金・負担金、特別利益は他会計繰入金

1人当たり売上高(百万円)	10.9	13.1	11.6	19.1	12.3	18.3	13.3	17.6
1人当たり給与(百万円)	5.5	10.1	6.9	9.4	5.5	10.2	5.9	8.6

* 出所:自治体立病院分は「地方公営企業年鑑」(総務省)

検査センター：損益計算書の比較 - 売上高を100としたときの構成比 -

	SRL	BML	ファルコ	医師会立 (九州)	備考
売上高	100.0	100.0	100.0	100.0	
売上原価	19.5	26.2	18.6	22.6	試薬材料費のみ
売上総利益	80.5	73.8	81.4		
販売費及び一般管理費	75.3	66.9	73.9		
人件費	24.0	17.9	33.4	41.9	
外注検査費・業務委託費	23.1	17.4	7.7	12.4	
その他	28.3	31.5	32.8		
営業利益	5.1	7.0	7.5		
営業外収益	1.8	1.0	0.8		
営業外費用	0.2	0.7	1.1		
経常利益	6.8	7.2	7.2		

目次

はじめに	1
・ 医師会立病院の経営実態	
1. 医師会立病院の位置づけ	2
2. 自治体立病院との比較	3
3. 経営指標による分析	6
4. 総合評価	15
・ 医師会立臨床検査センターの経営実態	
1. 医師会立臨床検査センターの分布	18
2. 民間企業との比較	19
3. 医師会立臨床検査センター間の比較	21
4. 医師会立臨床検査センターの生き残りにかけての一考察	22

はじめに

九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会では、毎年、共同利用施設（病院、臨床検査センター、介護系施設など）の財務面や業務面のデータを調査・集計している。本書は、その資料をもとに、特に病院と検査センターについて、自治体立病院や民間検査会社と比較しつつ経営分析を行ったものである。その目的は次のとおりである。

1. 医師会立病院、検査センターの経営実態を明らかにし、経営改革・経営改善を支援すること。
2. 医師会立病院と自治体立病院とを比較分析することで、今後の公的病院のあり方についての政策提言に資すること。
3. 医師会立検査センターと民間検査会社を比較分析することで、検査センターのあり方を検討する契機とすること。

分析は、同協議会の資料を用い、経年変化を見るため、病院については過去5年間、臨床検査センターについては過去2年間のデータがもれなく整備されている施設を対象に行った。九州地区に限定された分析であるが、特に医師会立病院はその43%が九州地区に集中しており、代表性のあるデータと見て差し支えないと考える。

・ 医師会立病院の経営実態

1 . 医師会立病院の位置づけ

医師会立病院は全国に 82 病院あり、その病床数は合計 15,046 床である。全国の病院に対する医師会立病院の比率は 1%弱である。

医師会立病院の分布を見ると、43%が九州・沖縄地区に集中している。またこれに中国・四国を加えると 64%となる。

機能面から見ると、医師会立病院の約 3 割にあたる 29 病院が地域医療支援病院の指定を受けている。全国の地域医療支援病院数は 40 であり、このうち医師会立病院の比率は 73%である。

【地域医療支援病院の主な要件（医療法第 4 条より）】

- ・他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、かつ、当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること。
- ・救急医療を提供する能力を有すること。
- ・地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。
- ・厚生労働省令で定める数以上の患者を入院させるための施設を有すること。

本書では、九州地区の医師会立病院のうち過去 5 年間の損益計算書・貸借対照表が整備されている 22 病院について分析を行った。分析に使用した資料は、特に断りのない限り「九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会資料」である。

図表1-1-1. 医師会立病院の分布状況

	病院数		病床数	
		構成比		構成比
北海道・東北	8	10%	1,360	9%
関東・甲信越	19	23%	3,899	26%
中部	1	1%	140	1%
近畿	2	2%	547	4%
中国・四国	17	21%	3,083	20%
九州・沖縄	35	43%	6,017	40%
医師会立病院合計	82	100%	15,046	100%
病院全国合計	9,266	-	1,647,253	-

*医師会立病院は2002年4月実績, 日本医師会調べ

*平成12年(2000)医療施設調査, 厚生労働省



2. 自治体立病院との比較

図表1-2-1. 医師会立病院周辺の国公立・公的病院（九州・山口）

医師会立病院と公立・公的病院の両方がある二次医療圏

(1) 医師会立病院と公立・公的病院等の分布

図表 1-2-1 は、医師会立病院と同じ二次医療圏内・市町村内にある国公立病院および公的病院を示したものである。ここでの公的病院とは公的な保険料が投じられている社会保険病院・厚生年金病院・労災病院を指す。

九州地区では、多くの医師会立病院が国公立病院や公的病院と競合関係にある。また国公立病院や公的病院に比べると医師会立病院の病床規模は小さいので、規模のメリットが働いたり、患者が「大病院志向」を持っていたりするとすれば、医師会立病院は不利な立場にある。

そこで、次に具体的に経営内容を比較した（次頁図表 1-2-2）。比較対象としたのは、同じ二次医療圏内にある医師会立病院と自治体立病院各 4 箇所（計 8 病院）である。

二次医療圏	市区町村	名称	設置主体	病床数
下関	下関市	下関市医師会病院	医師会	64
下関	下関市	下関市立中央病院	市町村	460
下関	下関市	国立下関病院	厚生労働省	400
下関	下関市	社会保険下関厚生病院	全社連	315
福岡・糸島	早良区	福岡市医師会成人病センター	医師会	120
福岡・糸島	前原市	糸島医師会病院	医師会	150
甘木・朝倉	甘木市	甘木朝倉医師会病院	医師会	240
甘木・朝倉	甘木市	県立朝倉病院	都道府県	190
佐賀北部	唐津市	唐津東松浦医師会医療センター	医師会	50
佐賀北部	北波多村	北波多村立病院	市町村	56
熊本	熊本市	熊本市医師会熊本地域医療センター	医師会	227
熊本	熊本市	国立熊本病院	厚生労働省	550
熊本	熊本市	熊本市市民病院	市町村	580
熊本	熊本市	市立熊本産院	市町村	38
熊本	熊本市	熊本大学医学部附属病院	都道府県	850
熊本	熊本市	自衛隊熊本病院	防衛庁	100
有明	玉名市	玉名郡医師会玉名地域保健医療センター	医師会	150
有明	玉名市	公立玉名中央病院	市町村	351
大分	大分市	大分市医師会立アルメイダ病院	医師会	371
大分	大分市	大分県立病院	都道府県	630
大分	大分市	国立大分病院	厚生労働省	300
臼津	津久見市	津久見市医師会立津久見中央病院	医師会	120
臼津	臼杵市	臼杵市医師会立コスモス病院	医師会	202
竹田直入	竹田市	竹田医師会病院	医師会	96
宇佐高田	宇佐市	宇佐高田医師会病院	医師会	106
宮崎東諸県	宮崎市	宮崎市郡医師会病院	医師会	218
宮崎東諸県	宮崎市	宮崎社会保険病院	全社連	269
宮崎東諸県	宮崎市	国立療養所宮崎東病院	厚生労働省	290
宮崎東諸県	宮崎市	県立宮崎病院	都道府県	650
都城北諸県	都城市	都城市郡医師会病院	医師会	165
都城北諸県	都城市	国立都城病院	厚生労働省	327
宮崎県北部	延岡市	延岡市医師会病院	医師会	108
宮崎県北部	延岡市	県立延岡病院	都道府県	500
西都児湯	西都市	西都市西児湯医師会立西都救急病院	医師会	100
鹿児島	鹿児島市	鹿児島市医師会病院	医師会	255
鹿児島	鹿児島市	鹿児島通信病院	郵政事業庁	50
鹿児島	鹿児島市	鹿児島大学医学部附属病院	文部科学省	702
鹿児島	鹿児島市	鹿児島大学歯学部附属病院	文部科学省	40
鹿児島	鹿児島市	県立整肢園	都道府県	90
鹿児島	鹿児島市	鹿児島市立産院	市町村	20
鹿児島	鹿児島市	鹿児島市立病院	市町村	661
鹿児島	鹿児島市	国立九州循環器病センター	厚生労働省	300
川薩	川内市	川内市医師会立市民病院	医師会	214
出水	阿久根市	出水郡医師会立阿久根病院	医師会	299
曾於	大隅町	曾於郡医師会立病院	医師会	145
肝属	大根占町	肝属郡医師会立病院	医師会	223
北部	名護市	北部地区医師会病院	医師会	231
北部	名護市	県立北部病院	都道府県	342
北部	名護市	国立療養所沖縄愛楽園	厚生労働省	721

*出所：国公立病院・公的病院は「1999-2000病院要覧」（厚生労働省）

(2) 損益計算書の比較

売上高を100とすると、医師会立病院と自治体立病院に関しては次のような違いがみられる。

- ・医師会立病院は売上高のうち約8割が入院収入、自治体立病院は約7割が入院収入である。医師会立病院の入院収入比率がやや高い。
- ・売上原価(医薬品・材料費)は医師会立病院・自治体立病院ともほぼ同じである。(右表の自治体立病院の医薬品費には材料費が含まれる。)
- ・したがって売上総利益(いわゆる粗利)には大差はない。
- ・しかしながら、自治体立病院では給与費・経費が大きく、医薬活動上の利益(営業利益)はおおむね赤字である。

注1) 給与費・経費の内訳区分が明確ではないので、合算して論じた。

注2) 自治体立病院の外注委託費は給与費または経費に含まれていると推察される。給与費・経費・委託費の合計は、医師会立病院61.5%、自治体立病院75.6%である。委託費を含む総人件費で見ても、自治体立病院の水準はきわめて高い。

- ・一方、自治体立病院の最終的な利益である当期純利益を見ると、ほぼ収支トントンになっている。特に自治体立病院では自治体からの補助金や負担金(右の表では営業外収入)繰入金(同特別利益)が投入されているからである。
- ・自治体から自治体立病院への補てんは合計13.5%である。100の売上を上げるために、県民なり市町村民なりが13.5%の補てんをしているのと同じである。
- ・当然ながら医師会立病院に対しては、このような補てんはない。この点は、他の民間病院においても同じである。

図表1-2-2. 損益計算書(2000年度) - 売上高を100としたときの構成比 -

	A地区		B地区		C地区		D地区		4地区平均	
	医師会立	自治体立								
売上高	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
入院収入	84.1	69.2	79.0	75.3	80.8	71.0	80.3	72.4	81.0	72.0
外来収入	15.2	24.2	19.4	23.2	11.1	26.2	15.1	23.4	15.2	24.3
その他	0.8	6.5	1.6	1.5	8.1	2.8	4.6	4.2	3.8	3.8
売上原価	26.9	24.3	23.7	29.5	34.5	32.0	28.5	26.9	28.4	28.2
医薬品費	16.0	24.3	14.0	29.5	19.5	32.0	17.8	26.9	16.8	28.2
給食材料費	1.6	0.0	1.1	0.0	1.1	0.0	1.1	0.0	1.2	0.0
診療材料費	8.9	0.0	7.1	0.0	12.1	0.0	9.4	0.0	9.4	0.0
その他	0.4	0.0	1.4	0.0	1.9	0.0	0.3	0.0	1.0	0.0
売上総利益	73.1	75.7	76.3	70.5	65.5	68.0	71.5	73.1	71.6	71.8
一般管理費	67.2	100.1	78.4	70.7	60.8	81.6	62.9	71.2	67.3	80.9
給与費	50.4	77.6	59.9	49.0	45.1	55.9	44.1	49.0	49.9	57.9
経費	6.5	19.0	6.8	16.6	7.7	19.0	7.6	16.2	7.1	17.7
委託費	5.4	0.0	5.1	0.0	1.2	0.0	6.2	0.0	4.5	0.0
研究研修費	0.2	0.2	0.3	0.4	0.4	0.6	0.4	0.4	0.3	0.4
減価償却費	4.8	3.2	3.5	4.4	6.3	6.1	4.4	5.2	4.7	4.7
資産消耗費	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2
本部費(役員報酬等)	0.0	0.0	2.8	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0	0.8	0.0
営業利益(損失)	5.9	-24.5	-2.1	-0.2	4.6	-13.6	8.6	1.9	4.2	-9.1
営業外収入*	1.0	14.3	1.5	7.6	1.4	17.3	0.9	3.1	1.2	10.6
営業外費用	0.5	2.5	0.9	5.0	0.9	8.5	0.2	3.6	0.6	4.9
経常利益(損失)	6.3	-12.6	-1.5	2.5	5.1	-4.8	9.3	1.5	4.8	-3.4
特別利益*	2.6	11.2	4.5	0.4	0.0	0.0	0.9	0.0	2.0	2.9
特別損失	0.0	0.6	0.3	0.8	0.5	0.0	0.3	0.1	0.3	0.4
当期純利益	9.0	-2.0	2.7	2.1	4.6	-4.8	9.9	1.4	6.6	-0.8

* 自治体立病院においては主たる営業外収入は補助金・負担金、特別利益は他会計繰入金

1人当たり売上高(百万円)	10.9	13.1	11.6	19.1	12.3	18.3	13.3	17.6	12.0	17.0
1人当たり給与(百万円)	5.5	10.1	6.9	9.4	5.5	10.2	5.9	8.6	6.0	9.6

* 出所:自治体立病院分は「地方公営企業年鑑」(総務省)

公立・公的
は材料費
を含む

(3) 自治体立病院等の移譲に際して

前述のように自治体立病院は、自治体が補てんをしなければ、赤字になる。ひとつには公務員型年功序列給与体系のもとで、給与費が高くなっているためである。また先にあげた4病院では該当がなかったが、自治体立病院では売上原価率が30%を超える病院も少なくない¹⁾。購買・在庫管理プロセスにおいてコスト意識が希薄なためである。

このままでは自治体の負担が重くとして、一部では、自治体立病院の民間移譲が模索されはじめている。また、社会保険病院などについても、これまで保険料で施設が整備されてきたが、今後は自立的経営をすべくそのあり方が議論されている。

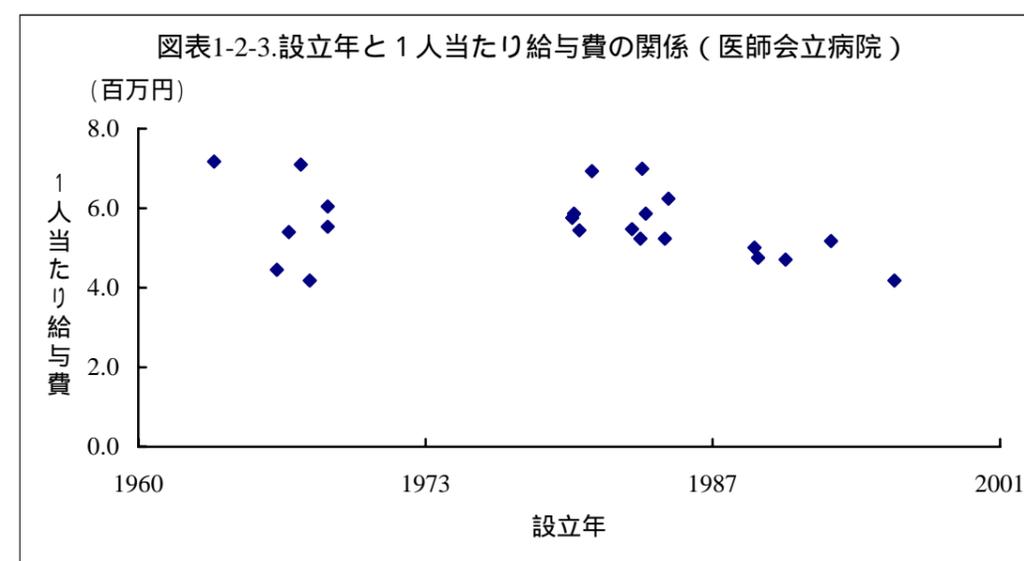
こういった動きは、医師会から見ると、移譲を受けるべきかどうかという論点を生む。論点の検証ステップは大きく分けて2つである。第一にその医師会の経営理念にあうかという点、2番目に経営が成り立つかという点である。2番目はさらに現状の機能のままであった場合、機能転換をした場合に分けられる。

医師会立病院は、会員が診療や研究のために利用するという点で、一般の民間病院とは大きな違いがある。経営理念との合致とは、医師会としてこのような施設が必要かどうか、なぜ必要かが明確にでき、会員の合意が得られることを指す。たとえ現在経営的に成り立ちそうであっても、将来も維持される保証は(特に経営トップの変わりやすい医師会においては)どこにもない。

経営的に成り立つかどうかという点については、さまざまな角度からのシミュレーションが可能であるが、まず次の2点をクリアできることが最低条件となる。

- ・現在の公立・公的病院の職員はすべて退職とし、再雇用の場合には年功序列を廃止し、民間病院なみの給与とすること(その結果高くなることもあり得る)。自治体によっては退職金を引き当てていないところもあるが、いかなる場合にも、移譲を受けた医師会が勤続年数を通算して退職金を支払うことのないよう注意が必要である。
- ・資産は徹底的に減額するか、または借受を検討すること。医師会立病院はかろうじて黒字ではあるが、再投資のために十分な積み増しをできるほど余裕があるわけでもない。また経営陣が変わった場合に事業がどのように変化するかを予測することは容易ではない。したがって、移譲に際しての新たな借入れは徹底して避けるべきである。

医師会立病院は公立・公的病院に比べると給与費が低く、ゆえに黒字であると述べた。しかし、医師会立病院にも不安要素はある。図表 1-2-3 は、横軸に設立年、縦軸に1人当たり給与費をとったものである。職種構成の違いにもよるが、過去10年間に設立された医師会立病院ではすべて1人当たり給与費が6百万円未満であるのに対し、15年以上前に設立された病院では7百万円を超えているところもある。つまり医師会立病院の中にも「年功序列」部分が重い給与体系を敷いているところがあると推察される。このままでは、10年後、15年後には、公立・公的病院と同じような結末をむかえてしまうであろう。できるだけ「年功」部分は薄くし、能力主義で評価する方向に今のうちから転換しておきたい。



¹⁾ 「医療財政分析」国民のお金で建つ病院」前田由美子, 日本医師会総合政策研究機構報告書第42号, 平成14年7月

3. 経営指標による分析

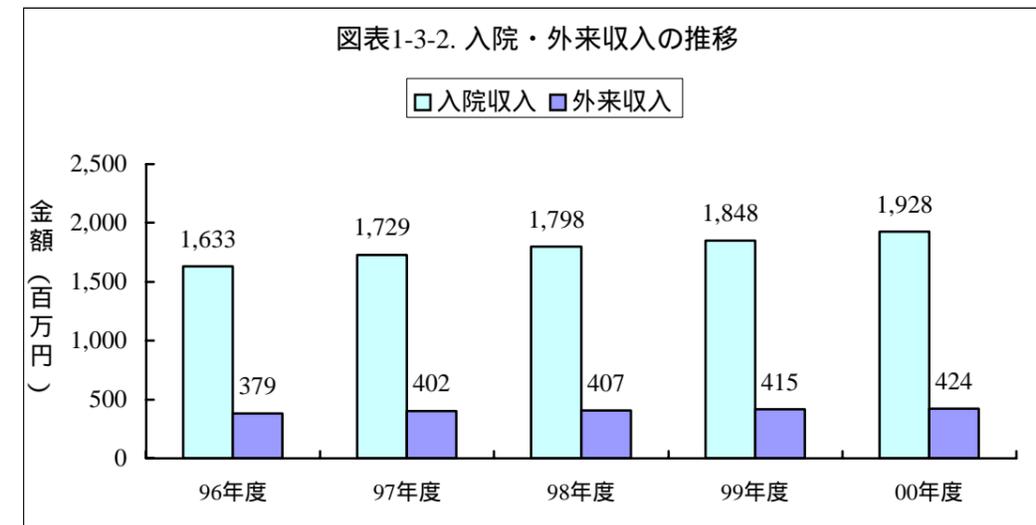
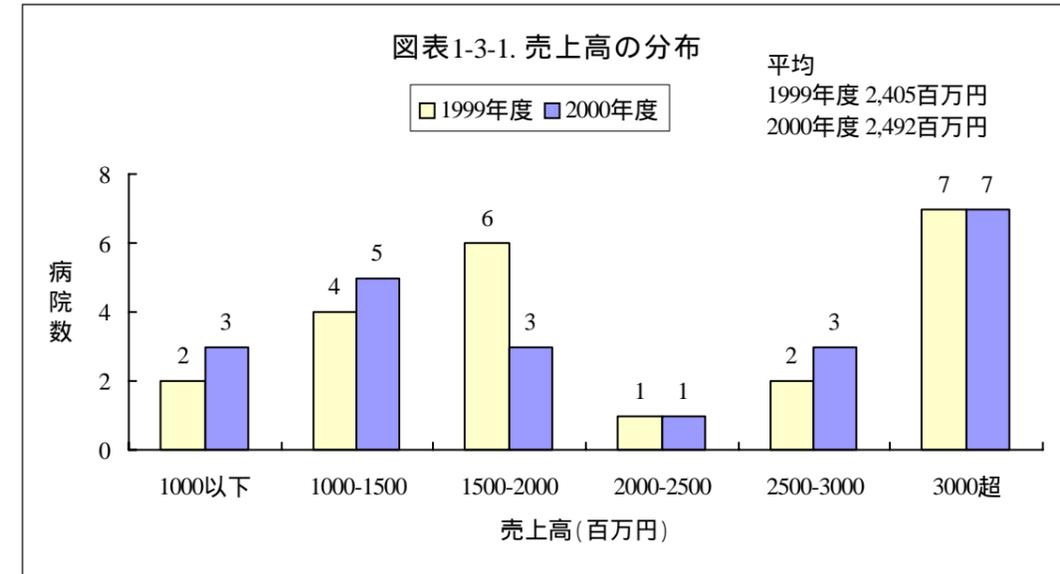
(1) 売上高・費用・利益(収益性)

売上高

今回分析した22病院は、売上高1,000百万円から1,500百万円のところにひとつの山があり、3,000百万円以上に大きなかたまりがある。このうち、1,500百万円から2,000百万円規模の病院数は前年度に比べて半減し、それ以下あるいはそれを越える売上規模にシフトしており、やや二極化傾向にある。また売上高3,000百万円超の病院はすべて売上高を増やしている。売上高については、大規模病院は順調であるが、中小病院では苦戦しているところもあるといえる。

入院・外来別では、入院収入は伸びているが、外来収入がやや頭打ちになってきている。このことから病床規模が小さく、外来比率が高い病院の苦戦がうかがえる。規模の拡大とコスト削減が課題となるが、規模を拡大しない場合にはより徹底したコスト削減が必要である。

⚡ 特に中小規模の病院では、売上高が伸びにくくなっている。拡張の計画(もちろん必要性・事業性がある場合に限る)がない場合には、徹底したコスト削減が必要である。



売上原価率（売上原価÷売上高）

売上原価率は、売上高（医薬収入）に対する医薬品費・材料費の比率である。調査時点で、分析を行った病院はすべて院内処方である。平均値は 27.7%であり、経年変化はあまり見られない。

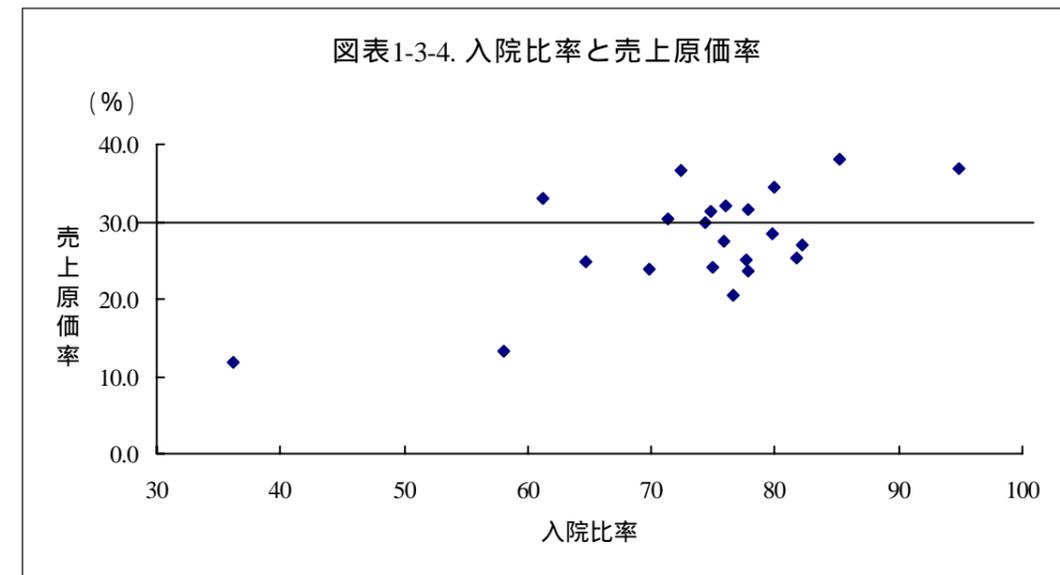
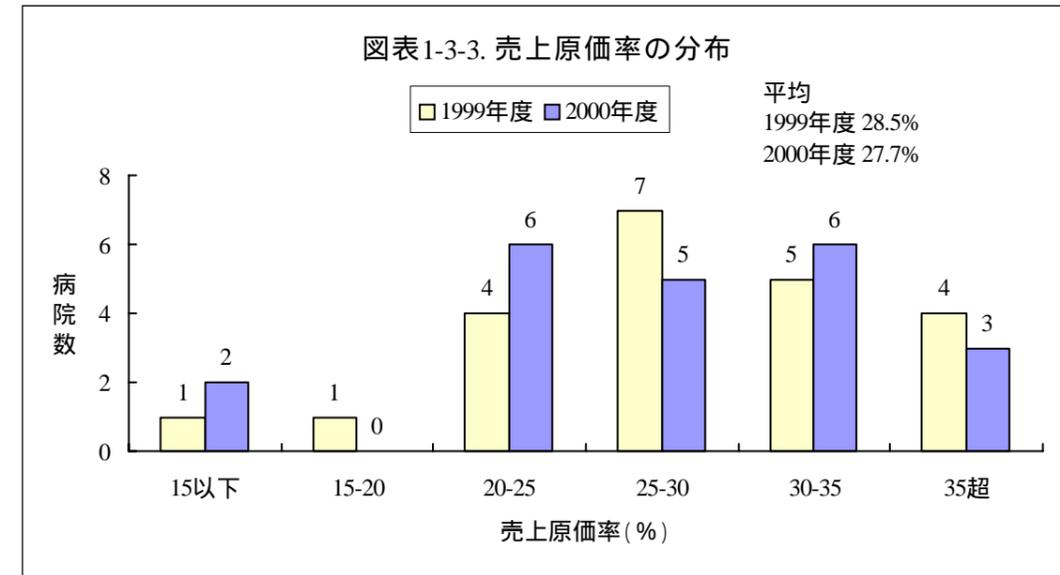
売上原価率は診療科目や入院主体か外来主体かによって差がつく場合がある。比率で見ているので売上高の大きさには左右されない。

入院比率（売上高に占める入院収入の割合）と売上原価率を比較すると、入院比率が高い方が、売上原価率も高い。ただし入院比率が 80%を超えるところでも、売上原価率が 30%を切っているところがある。

¶ 売上原価率の目標値は院内処方の場合には 30%未満としたい。

¶ 売上原価率が上がる要因は主として次の 2 点である。

- ） 購買単価が高いこと
- ） 費消数が多いこと（使い方や在庫管理がずさんな場合が多い）



給与費

給与費は、医療機関においては、一般管理費のうちもっとも大きな比重を占める。

給与費率（売上高に対する給与費の比率）の平均は 48.9%であり、過去 5 年間で見ると若干減少傾向にある。

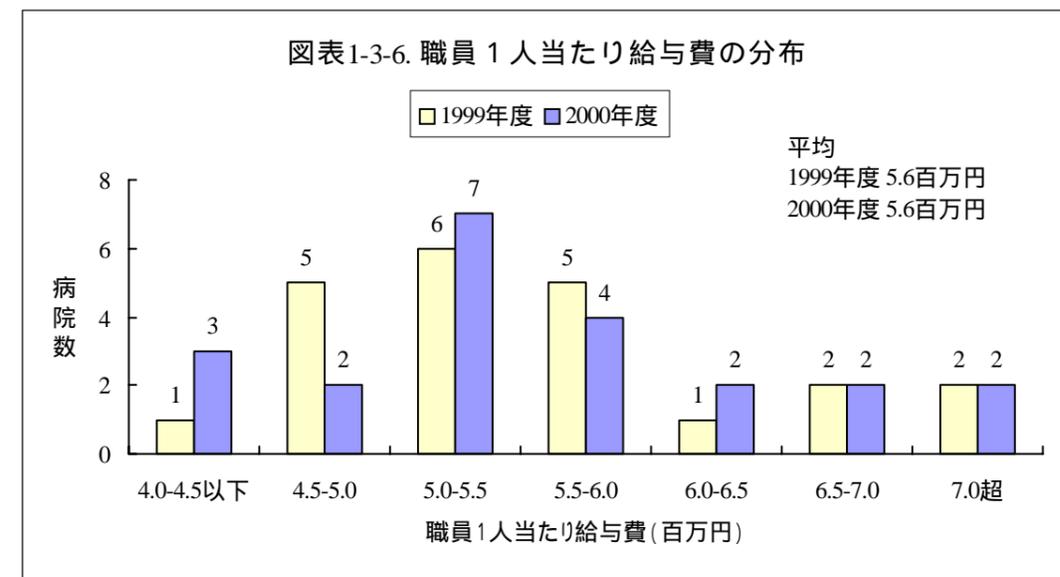
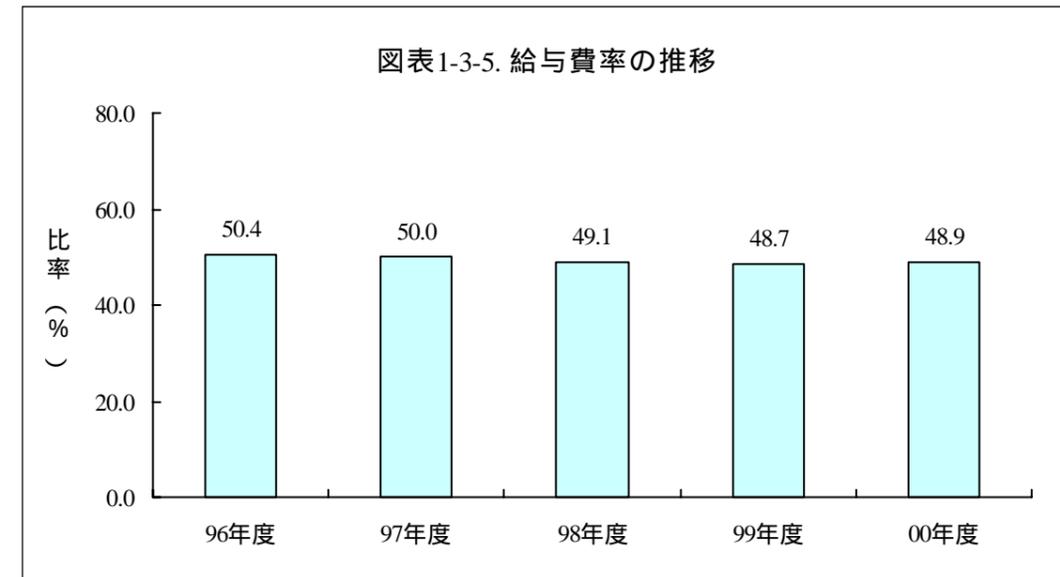
職員 1 人当たりの給与費については、平均値は 5.6 百万円であり、分布では 5.0 百万円超 5.5 百万円以下の病院がもっとも多い。7 百万円以上の病院が 2 つあるが、いずれも経常利益は黒字である。職員 1 人当たりの売上高が高く、かつ売上原価率も低いからである。

また前述したように、設立年が古い病院の中に給与費が高い病院が見られることから、医師会病院でも「年功型」給与体系になっているところがあるものと推察される。

¶ 1 人当たり給与費の平均は 5.6 百万円である。

¶ 1 人当たり給与費が 7 百万円を超えるところもあるが、1 人当たりの売上高を高く、売上原価率を低く（25%以下）できれば、経常黒字も可能である。

¶ 「年功型」給与体系のところ、あまり人材が流動していないところでは、今後、給与費の負担が重くなることは明らかである。能力重視の給与体系への見直しが必要である。

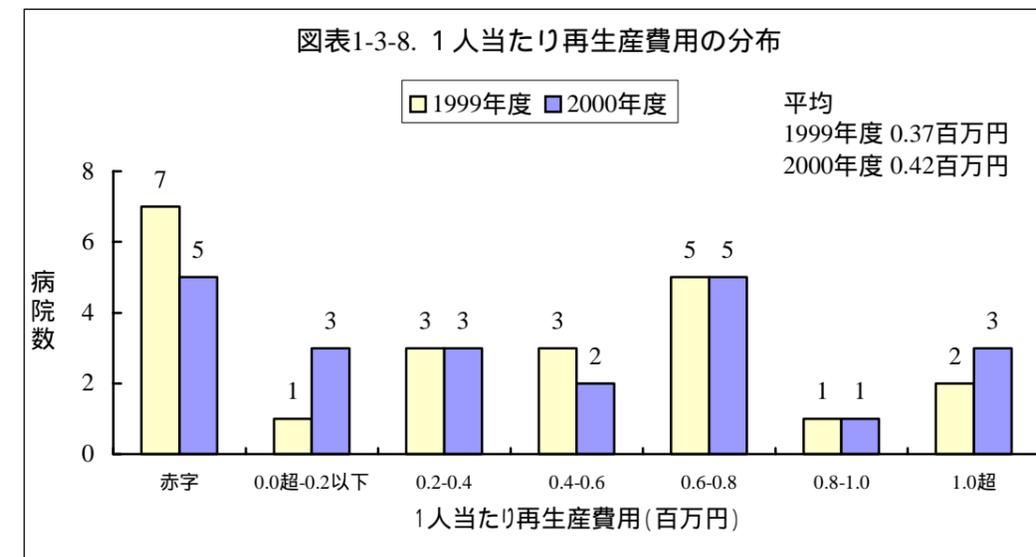
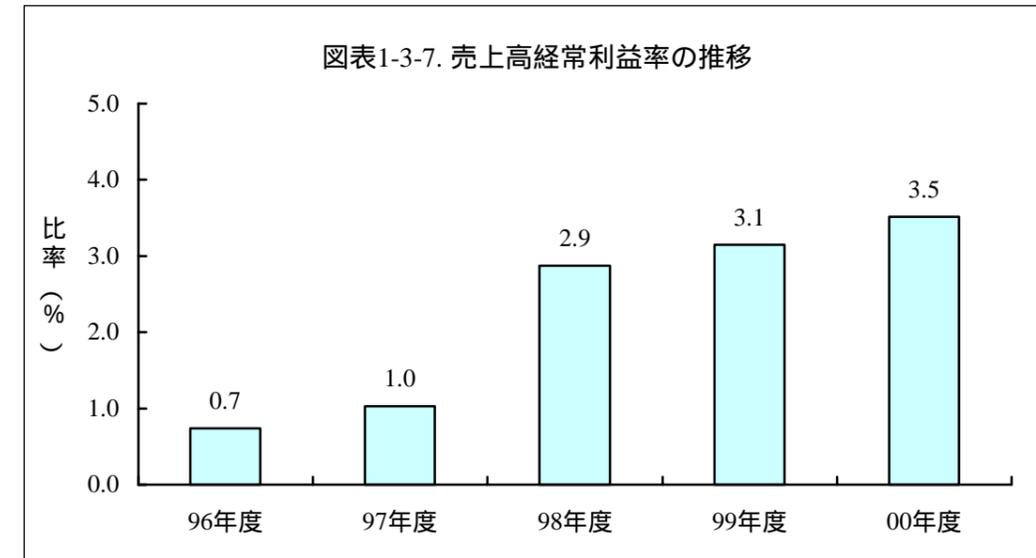


1人当たり再生産費用（経常利益÷職員数）

売上高経常利益率（売上高に対する経常利益の比率。経常利益とは特別利益・特別損失を含まない毎年の経常的な利益）の平均は3.5%であり、過去5年間では増加傾向にある。

1人当たり再生産費用は、経常利益を職員数で割ったものであり、再生産・再投資のための費用がどのくらい残ったかを示している。1人当たりになっているのは、規模の違いを修正するためである。1人当たり再生産費用の平均値は0.42百万円であった。ライフライン産業の1人当たり再生産費用（2000年度）を見ると、JRが1.5百万円、電力が5.5百万円、ガスが2.8百万円であった¹。これと比較すると、医師会立病院は黒字であるが、将来にむけた再生産・再投資の備えはほとんどできないといつてよい。

- ¶ 売上高経常利益率は平均ではかろうじて黒字であり、増加傾向にある。
- ¶ しかし、再生産・再投資のための費用を確保できるレベルにはない。また3分の1の病院では赤字である。
- ¶ 赤字病院は、再生産・再投資の場合には、医師会本体からの補てんに頼らざるを得ない。医師会本体に資金力がない場合には、他人からの借入りに依存することになる。最終目標は再生産・再投資のための費用を確保することであるが、まずは経常黒字が必須である。



¹ 各社有価証券報告書より計算。1人当たり再生産費用 = (当期純利益 - 配当金) ÷ 従業員数

総資本経常利益率（経常利益 ÷ 期首期末平均総資本）

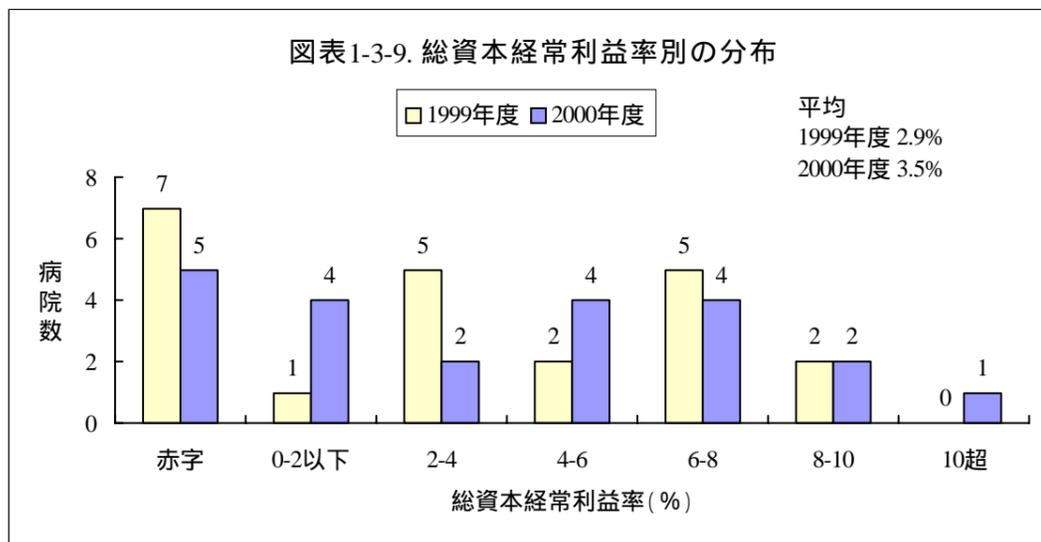
総資本経常利益率は、自己資本も他人資本（負債）もすべて含めて、投下した資本に対してどのくらいの経常利益があがっているかを比率で示したものである。高い方がよい。簡単にとらえると、この比率が銀行金利より低い場合には、病院経営をするよりも預金をおいたほうがよい、ということになる（もちろん経営理念を無視しての話である）。また医師会内でさまざまな事業を運営している場合、それぞれの事業について総資本経常利益率を比較し、事業を絞り込むことで、資源を集中投入することができる。

医師会立病院の中には、総資本経常利益率が6%を超えるというところもある。高くてすぐれているように見えるが、6%超の7病院のうち3病院で土地が無償となっており、総資本が小さくなっているからである。公設民営などで自治体の所有となっている場合には問題はない。しかし、医師会本体が負担している場合には、病院にも按分しておかなければ事業性を見誤る。病院にも相応の負担をさせた上で、再計算する必要がある。

他方、総資本経常利益率が2%未満の病院にも、土地代が無償となっているところが4箇所ある。これらは、このようなバックアップをしても利益があがらないということであり、抜本的改革が必要である。

¶ 土地代を医師会本体の一般会計が負担している場合、事業性を見誤るので、総資本はきちんと按分しておく必要がある。できるだけ部門別の貸借対照表を作成したい。

¶ 土地代が無償であるにもかかわらず、総資本経常利益率がきわめて低いところでは、抜本的な経営改革が必要である。このままでは、医師会本体からの補てんなしには存続できなくなる恐れがある。そうなっては、現状の国公立病院と同じである。



(2) 安全性

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、流動負債の2倍以上の流動資産があることが望ましいとされている。すなわち流動比率の目標値は200%以上である。

医師会立病院の流動比率はおおむね200%を超えている。中には500%を超えていることもある。一見、理想的であるかのように見えるが、問題もある。引き続き、借入金依存度を見ていただきたい。

借入金依存度 ((長期借入金 + 短期借入金) ÷ 総資本)

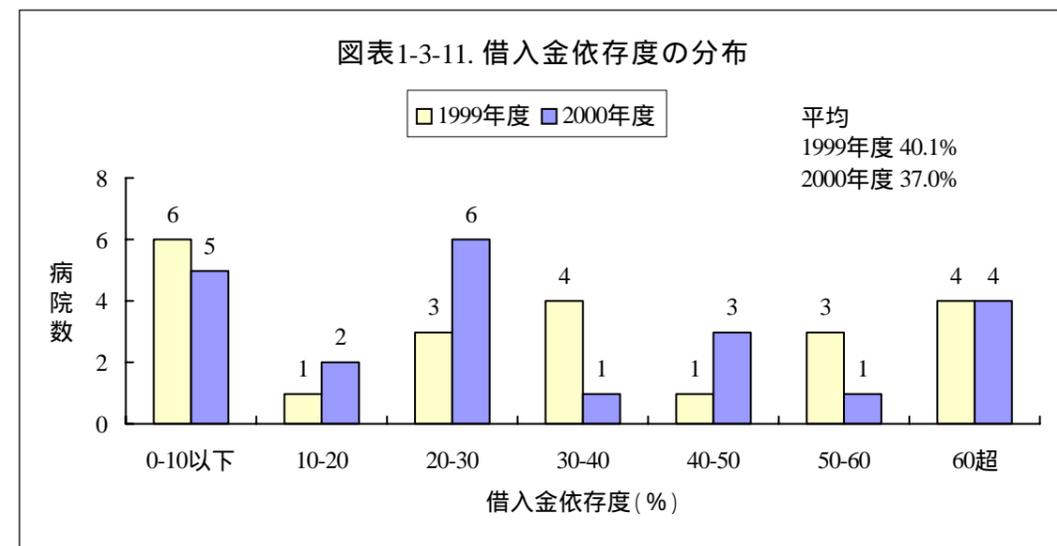
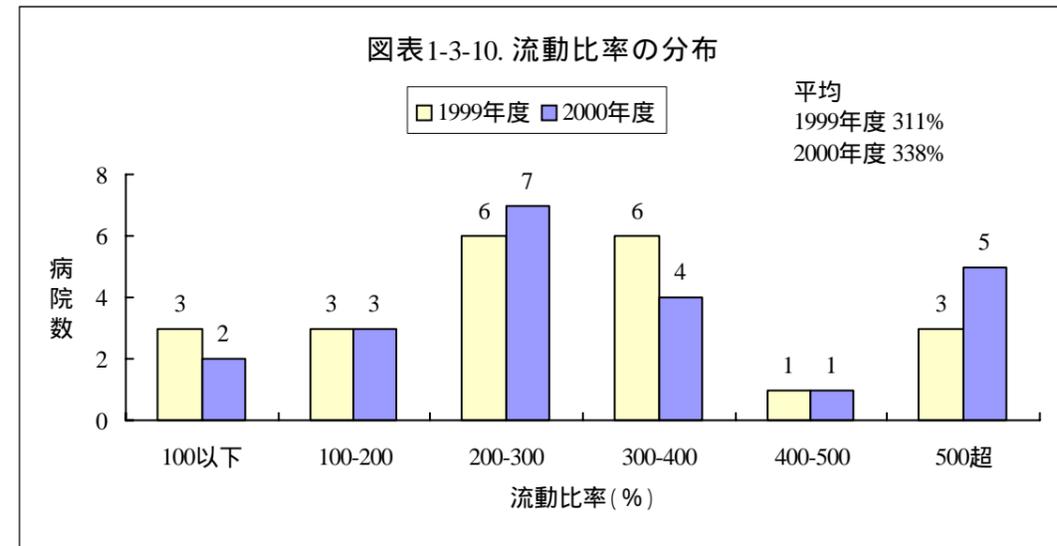
借入金依存度は、総資本のうち利子を支払わなければならない借入金(有利子負債)がいくらかを示している。借金が多いと借入金の返済に束縛されるだけでなく、金利の変動によって利益が増減しやすいので、もちろん小さいほうがよい指標である。

医師会立病院の借入金依存度の平均は37.0%であり、20%超30%以下にもっとも多くの病院が分布している。

さて問題は、流動比率に余裕がある、つまり手元資金は十分にありながら、借入金を抱えたままの病院もあることである。借入条件にもよるが、総資本経常利益率と金利を比較した上で、前倒し返済も検討すべきである。

⌘ 医師会立病院は短期の資金繰りにはあまり問題はない。むしろ、借入金の前倒し返済を検討する余地がある。

⌘ ただし流動比率200%未満のところは、借入金が過大で返済を優先せざるを得なくなっているところである。手元資金も危うくなるような借入には問題がある。



(3) 効率性

総資本回転率 (売上高 ÷ 期首期末平均総資本)

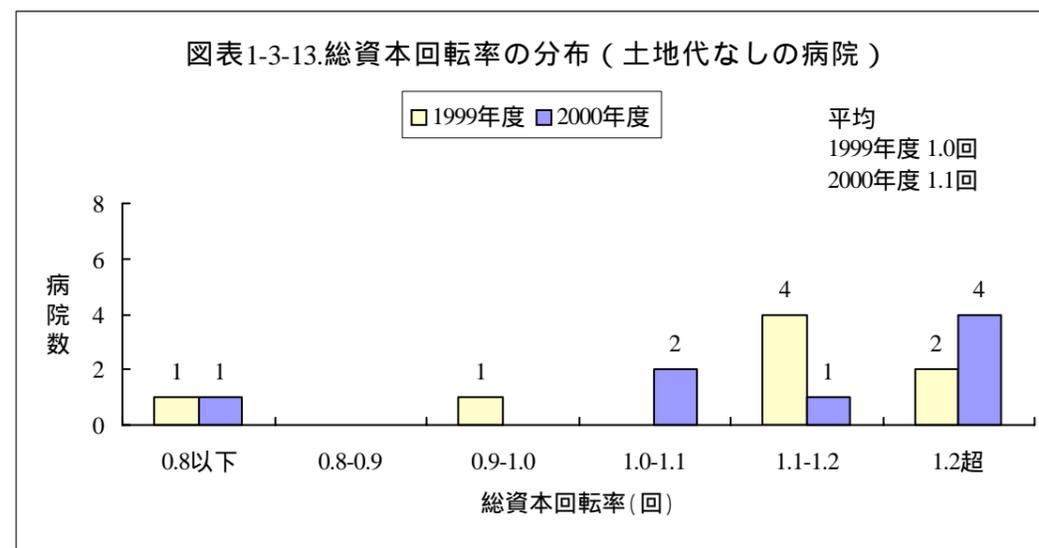
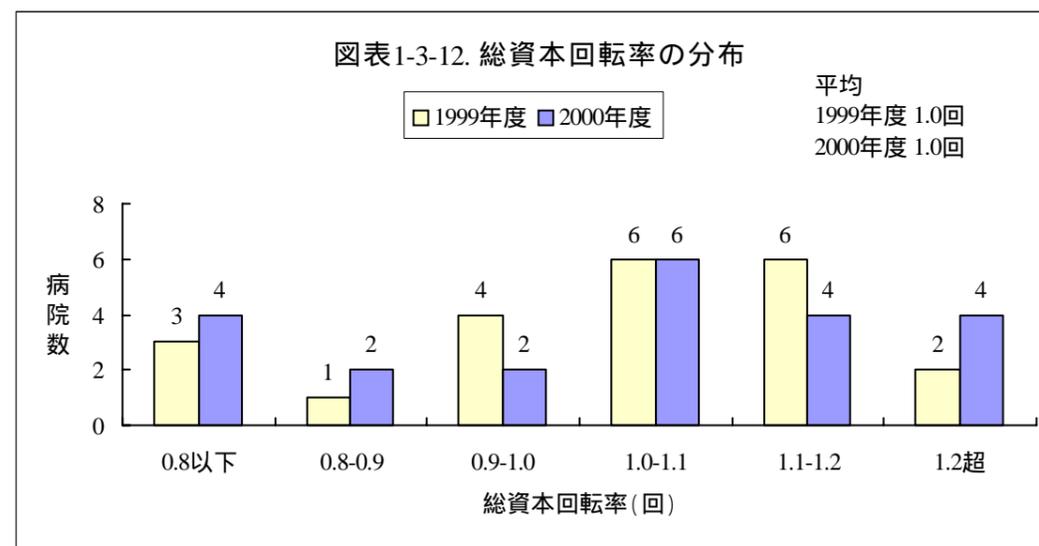
総資本回転率は、自己資本も他人資本も含めてつぎこんだすべての資本がどのくらい活用されたかを、売上高に対する使用回数で示したものである。「総資本 = 売上高」であれば、総資本をちょうど1回分使ったという。「総資本 > 売上高」であれば、総資本回転率は1回未満となり、売上高に反映されない資本をつぎ込んでいるということになる。目標値は1回以上、つまり「総資本 < 売上高」である。

医師会立病院の平均値はちょうど1回である。ただし、個別には問題もある。土地代が無償になっている病院が8箇所ある。これらの病院は土地代が0(ゼロ)であるので、土地代を含む総資本も当然小さくなり、「総資本 < 売上高」になりやすいはずである。しかし、総資本回転率が1回未満、あるいはぎりぎり1回というところも見られる。こういった病院では、土地以外の設備投資が過剰になっている可能性があり、投資はより慎重に行われるべきである。

¶ 総資本回転率はほぼ1回である。比較的効率的に資本が活用されている。

¶ しかし、中には土地代をゼロにしても総資本回転率が1回程度のところもある。今後の設備投資はより慎重に計画されるべきである。

¶ なお参考までに示すと、国からの補てんで先進設備が投下される国立大学の総資本回転率は平均0.2回である²。(経営的にみると過剰投資である。)

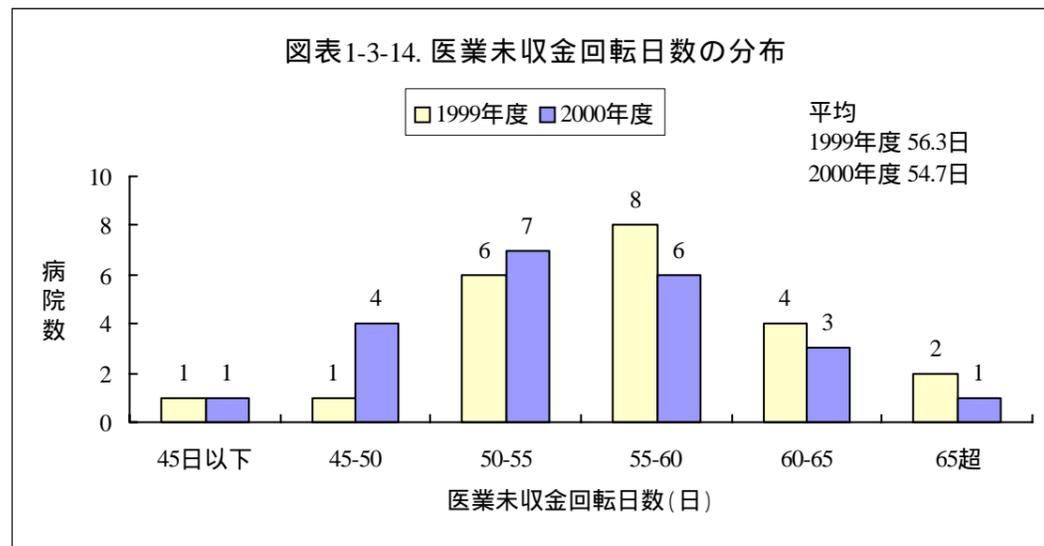


² 「医療財政分析」国民のお金で建つ病院」前田由美子, 日本医師会総合政策研究機構報告書第42号, 平成14年7月

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、売上高の何日分の未収金があるか、すなわち売上を何日で回収しているかを示している。診療報酬の支払制度上、保険診療の入金には約 60 日かかる。このほかに窓口入金分があるので、医業未収金回転日数は約 45 日から 54 日であれば妥当である。

医師会立病院の医業未収金回転日数は平均 54.7 日であり、ほぼ妥当である。また全体としては、より短くなる傾向にある。ただし 60 日を超える病院も 4 箇所ある。医療機関は、善管注意義務³を果たしたにもかかわらず一部負担金を徴収できない場合には、保険者に処分の請求を行うことができる。保険者は督促をするが、保険者自体が立て替えて医療機関に支払うわけではない。督促のレベルも保険者によって異なる。一部負担金の回収が困難な地域では、医師会として保険者の督促をさらに促すような関係構築も必要であろう。



³ 内容証明付郵便により請求を行った等の客観的事実が必要

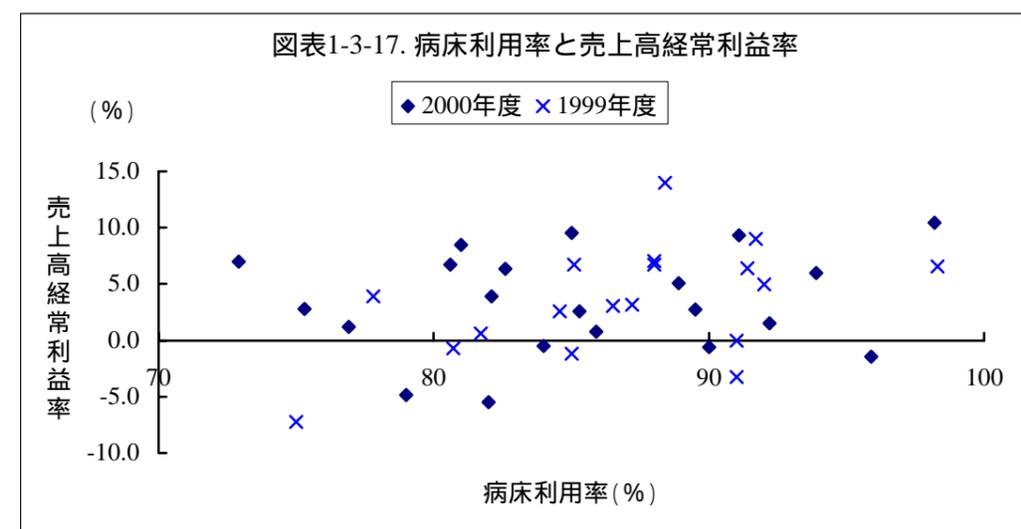
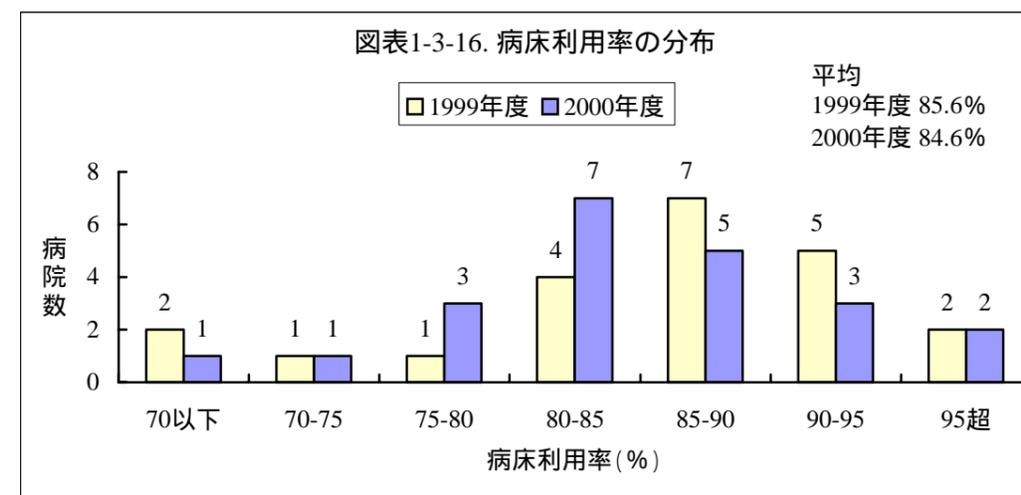
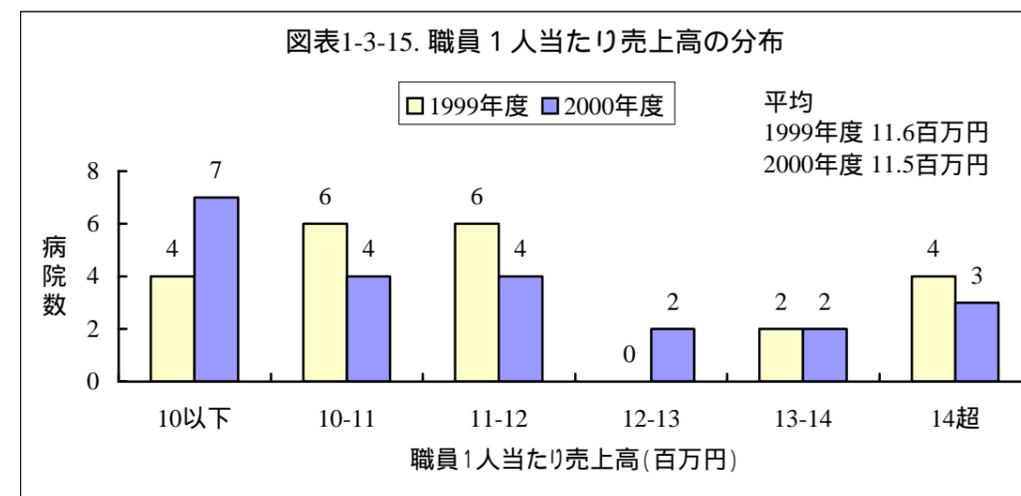
(4) 生産性

職員 1 人当たり売上高

職員 1 人当たり売上高は、最大 15.4 百万円、最小 9.2 百万円、平均 11.6 百万円である。最高と最低とでは約 1.7 倍の開きがある。また職員 1 人当たり売上高が最大の病院と最小の病院とでは職員 1 人当たり給与費にも 1.7 倍の開きがあった。1 人当たり売上高は給与費を左右する指標であり、特に低い病院では要員配置の見直しが必要である。

病床利用率

医師会立病院の病床利用率の平均は 84.6% である。1999 年度から 2000 年度にかけては低下傾向にある。病床利用率の低下は致命的なことである。医師会立病院では、病床利用率が低いところのほうが売上高経常利益率も低い(図表 1-3-16)。病床は固定費を生み、固定費は病床の利用率にかかわらず一定だからである。一般の病院においては病床利用率の引き上げは困難であるが、医師会立病院においてはその特性をいかし、会員への利用の徹底を図るべきである。



4. 総合評価

ここでは、これまでに分析してきた経営指標をもとに、総合的な評価を試みた。
 評価は、以下の配点表に基づき、得点化して行った（各指標の配点基準は17頁に示す）。その結果を、収益性に着目して類型化すると、次のようなことがいえる。

【収益性の低いグループ】

収益性が低く成長性が高い病院があるが、かねてより赤字がつづいている病院である。現在の成長性は高いが、収益的にはプラスに転じていない。売上原価率が高いことも一因である。
 収益性が低く生産性が高い病院は、職員1人当たりの給与費が高いため、収益が圧迫されている。

収益性が低く効率性の高い病院は、土地の無償貸与を受けている。土地代がゼロなので、その分、総資本が圧縮され効率性が高くなる。逆に土地が無償であるにもかかわらず、赤字であることは問題である。

収益性が低く安全性が高い病院は、補助金等で自己資本比率が高くなっているものと推察される。

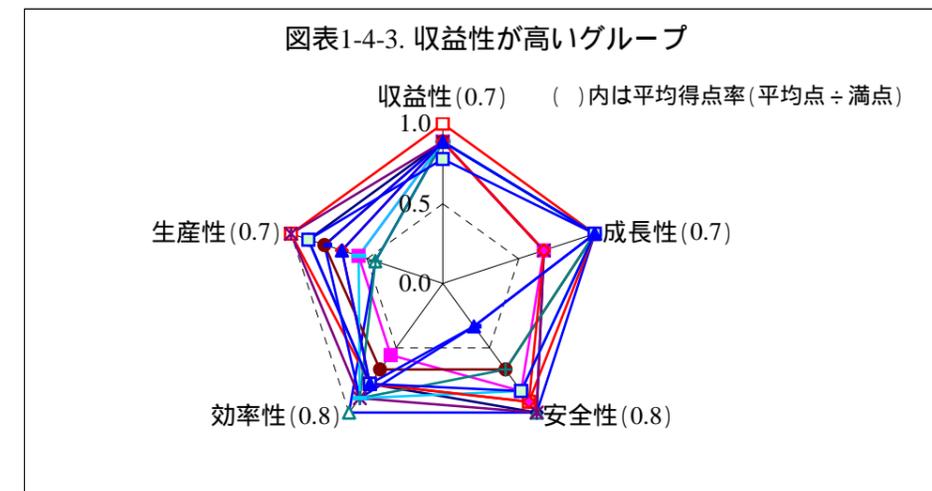
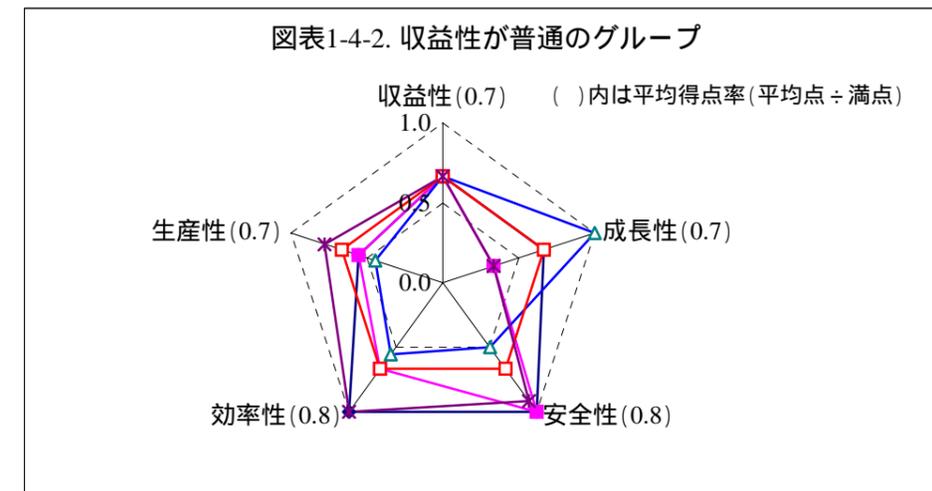
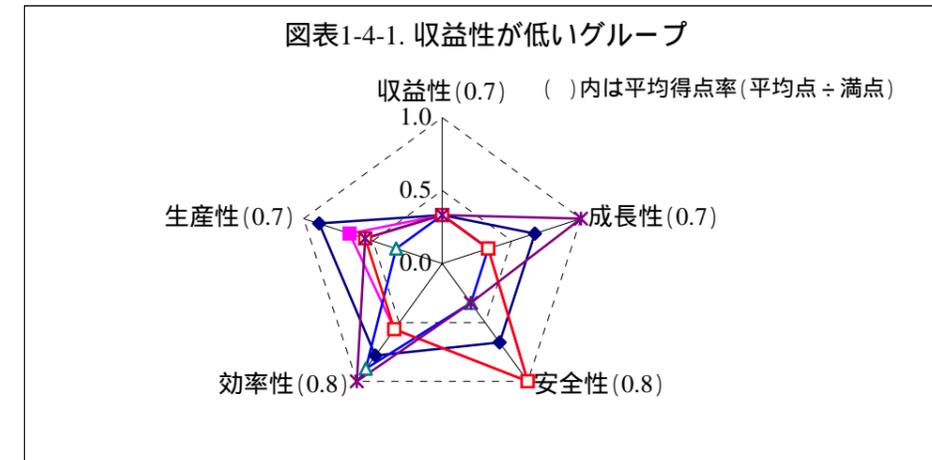
【収益性の高いグループ】

収益性が高い病院は12病院である。収益性は高いが、生産性には大きなバラツキがある。黒字であるからといって現状の生産性に甘んじることなく、職員数の圧縮や患者数増加のための働きかけを行えば、さらに余裕を持って再生産費用が確保できることとなる。

収益性が高い12病院のうち、過去5年間継続して経常利益が黒字であったのは、6病院であった。いずれも15年以上前に設立された病院であり、建物等の減価償却費負担が減少していること、借入金の返済が進んでいること、一方設立後長期間を経ている割には1人当たり給与費が高くないこと、があげられる。

	収益性の高い病院	収益性の低い病院
売上高に占める減価償却費の比率	33.1%	41.8%
職員1人当たり人件費	5.6百万円	5.6百万円

このほかに6病院中4病院が国公立病院や公的病院と競合している点も興味深い（3頁・図表1-2-1）。また日医総研は医師会立病院に対して、要請のある場合には個別に経営コンサルティングを行っており、過去2年間九州地区では4病院から要請があった。そのうち3病院が収益性の高い12病院に含まれている。定性的なことではあるが、経営に対する危機感と改革意欲（要するに経営陣の「感度」）が重要な鍵を握っているのではないかと思われる。



．医師会立臨床検査センターの経営実態

1．医師会立臨床検査センターの分布

検査センターは、臨床検査のみを行うところと、健康診断と臨床検査を行うところに大別される。このほかに健康診断だけを行うセンターもある。ここでは臨床検査を行うところを臨床検査センターとして抽出した。

医師会立の検査センターのうち、臨床検査のみのところが 65、健康診断も行うところが 81 である。近畿地方で少ないほか、地域格差はあまりない。

検査センターは医師会のいわば多角化事業という位置づけになっており、必ずしも独立した財務諸表の作成が義務付けられているわけではない。ここでは、「九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会資料」から、過去 2 年間の財務的データがとれる 22 施設（一部については 21 施設）を対象に分析を行った。

図表2-1-1. 医師会立健診・検査センターの分布状況

	健診センター	検査センター	複合体	合計
北海道・東北	4	6	11	21
関東・甲信越	13	17	20	50
東海・北陸	7	16	9	32
近畿	6	2	9	17
中国・四国	4	15	9	28
九州・沖縄	10	9	23	42
医師会立検査センター合計	44	65	81	190

*複合体：健診センター・臨床検査センター両方の機能をもつセンター

*2002年4月実績，日本医師会調べ

2. 民間企業との比較

(1) 売上高と利益

ここでは、上場企業大手3社との比較を行った。最大手はSRLであり売上高は654億円であった。九州地区医師会立臨床検査センターを合算すると売上高は121億円となる。

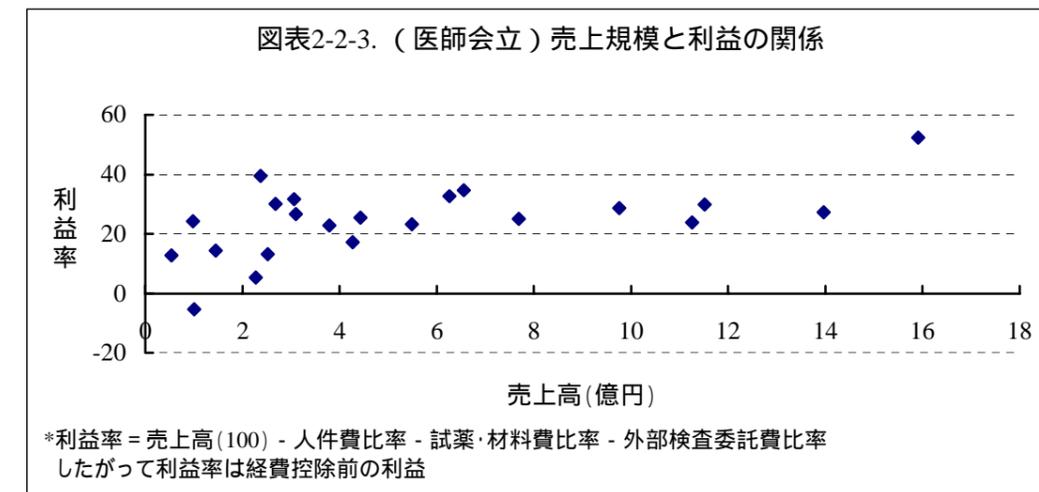
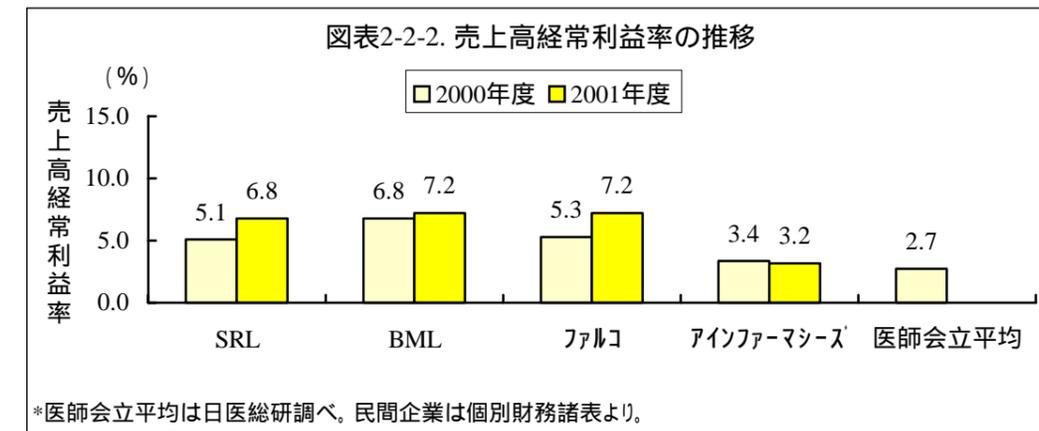
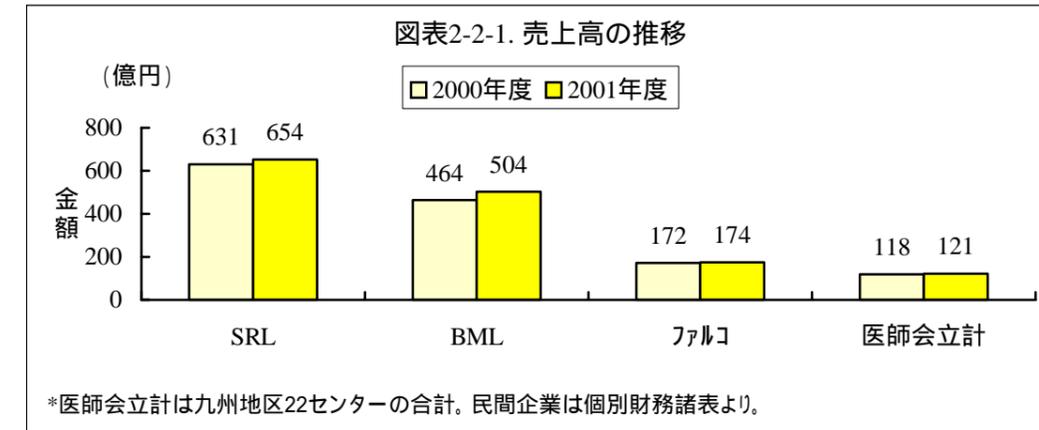
2000年度の民間企業の売上高経常利益率は4.1%から9.0%であり、増収増益であった。九州地区のデータには経常利益はないため(必ずしも事業部門別会計が行われていないため)、経常利益については日医総研が調査した医師会立臨床検査センターのデータを参考までに記した。民間企業に比べて、2.0%ポイント以上の差をあげられている。

利益格差の根本的な要因は、「売上高規模」である。たとえば、医師会立検査センター間の比較でも、売上高規模と利益はゆるやかではあるが相関関係を示している。図表2-2-3は、売上高と、売上高から試薬材料費・人件費・外注委託費を除いたもの(以下、九州地区検査センターの利益とみなす)を比較したものである。これによると売上高5億円以上のところで利益率20%を下回るところはない。検査センターは一定以上の規模を確保できなければ、利益率の向上は難しいといえる。

↑利益をあげるためには、売上高を拡大することが不可欠である。

↑検査単価(点数)は引き下げ傾向にあるので、売上高を拡大するためには、検査件数を増やさなければならない。そのためには、会員利用率の向上が最優先課題である。

↑かたや大手企業では売上高の6-9%の利益が落ちている。



(2) 損益計算書

売上高を100とすると、民間企業と医師会立臨床検査センターとの間には次のような違いが見られる。

- ・SRL、ファルコバイオシステムズの試薬材料費比率は20未満であるが、医師会立臨床検査センターの平均は22.6である。
- ・人件費・外注検査費・業務委託費を合計して総人件費を求めると、SRLでは47.1、BML 25.3、ファルコバイオシステムズでは41.1であるのに対し、医師会立臨床検査センターでは50を超えている。
- ・すなわち、現状医師会立臨床検査センターは、民間企業に比べて、材料費・人件費のいずれにおいても高い。

ただし医師会立臨床検査センターの1人当たり給与費が高いわけではない。医師会立臨床検査センターの1人当たり給与費（賞与、基準外賃金を含む）についてはデータがないので、仮に医師会立病院の値を用いて比較すると、民間企業よりも低い。にもかかわらず、人件費比率が高いのは、売上高の割には人手がかかっているからである。職員数に比べて検査件数が少ないので効率的に稼働できていないのではないかと推察される。

¶現在のところ、医師会立臨床検査センターは、材料費・人件費ともに民間企業より高くなっている。

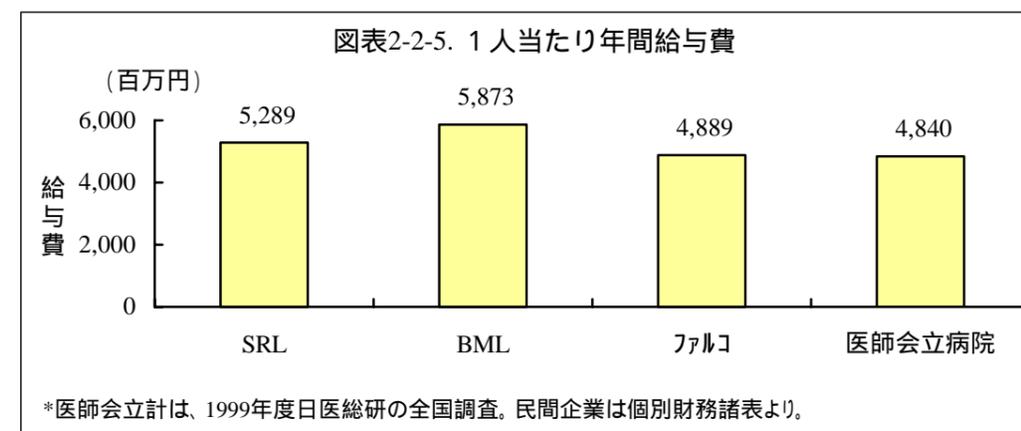
¶臨床検査センターでは、検査件数に対して最適人員配置をできなければコスト高につくと推察される。そのためには、一定以上の検査件数（売上高）が必要である。

図表2-2-4. 損益計算書の比較 - 売上高を100としたときの構成比 -

	SRL	BML	ファルコ	医師会立 (九州)	備考
売上高	100.0	100.0	100.0	100.0	
売上原価	19.5	26.2	18.6	22.6	試薬材料費のみ
売上総利益	80.5	73.8	81.4		
販売費及び一般管理費	75.3	66.9	73.9		
人件費	24.0	17.9	33.4	41.9	
外注検査費・業務委託費	23.1	17.4	7.7	12.4	
その他	28.3	31.5	32.8		
営業利益	5.1	7.0	7.5		
営業外収益	1.8	1.0	0.8		
営業外費用	0.2	0.7	1.1		
経常利益	6.8	7.2	7.2		

* 各社有価証券報告書より、最新決算期のデータ。

* 民間企業は検査に直接かかわる労務費は売上原価に計上されているが、上表のように区分しなおした。



3. 医師会立臨床検査センター間の比較

(1) 会員利用率と単価

会員利用率

医師会立臨床検査センターにおいて、検査件数を増やすにはまずは会員利用率を上げることが必要である。会員利用率の平均は77.8%、最低は56.0%、最高は100.0%であった。会員利用率が56%の医師会では、半数近くの会員は民間企業を利用しているということであり、医師会会員の施設として維持するかどうかの根本的な議論に立ち返る必要もありそうである。

利用会員1人当たり年間利用額

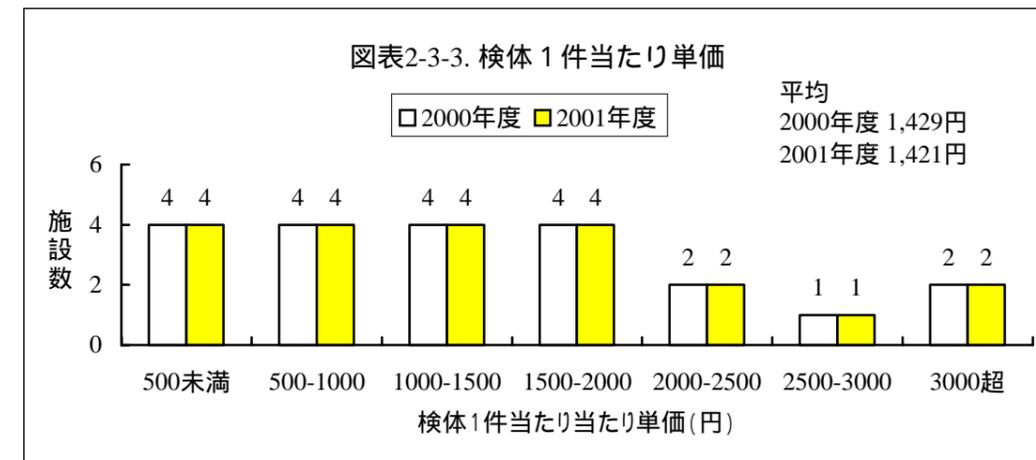
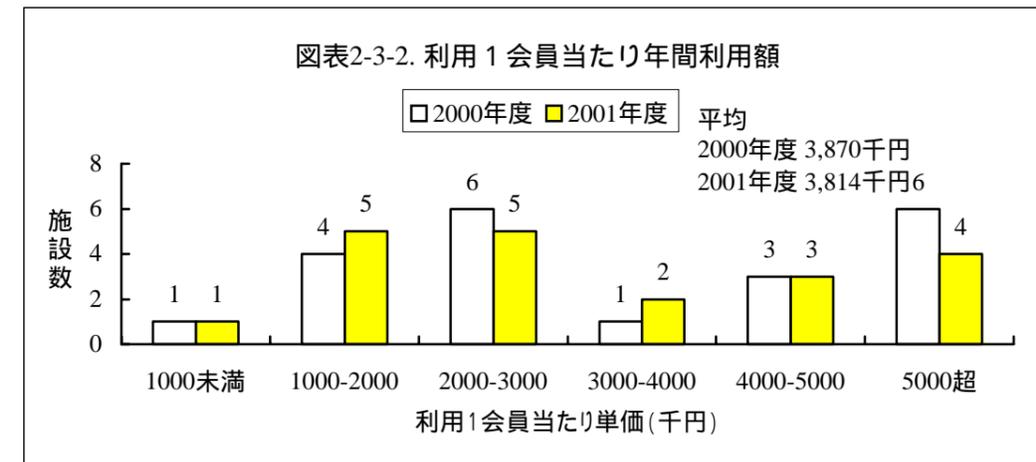
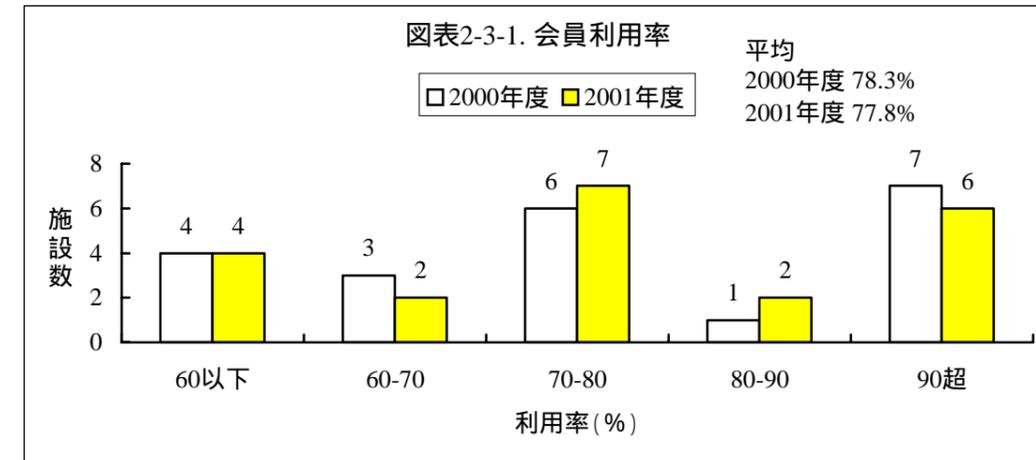
昨今は、医師会会員も検査単価を見て、検査センターを選別しつつある。会員利用率が高くても、低単価で利益率の低い検査ばかりを請け負ってはい問題である。そこで、売上高を利用会員数で割って、利用会員1人当たり単価を求めた。これがあまりに低いと医師会立臨床検査センターは低単価の検査ばかりを受託しているということになる。利用会員1人当たり単価の平均は3,814千円である。その分布を見ると、やや二極化傾向にある。

検体1件当たり単価

検体1件当たり単価は非常にバラツキが大きい。実施している検査項目にもよるが、民間企業との価格競争の結果、低価格の検査しか受託できていないところもあるのではないかと推察される。

⚠ 医師会立臨床検査センターは広域事業者ではない。受託件数と単価を上げるためには、会員が徹底的に利用するしかない。また会員が利用することによって、単価の引き下げも可能になる。一方、会員離れの結果赤字になったとすると、会費として会員に転嫁される。この点を周知徹底すべきである。

⚠ 材料費と人件費についてはコスト削減の余地がある。人件費削減にむけては、近隣医師会との共同運営や交替制などの対策も考えられる。

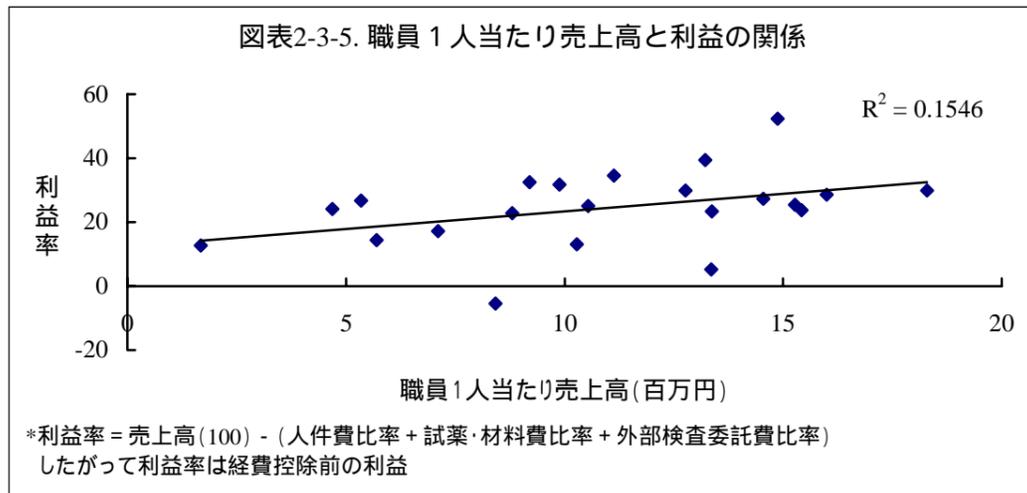
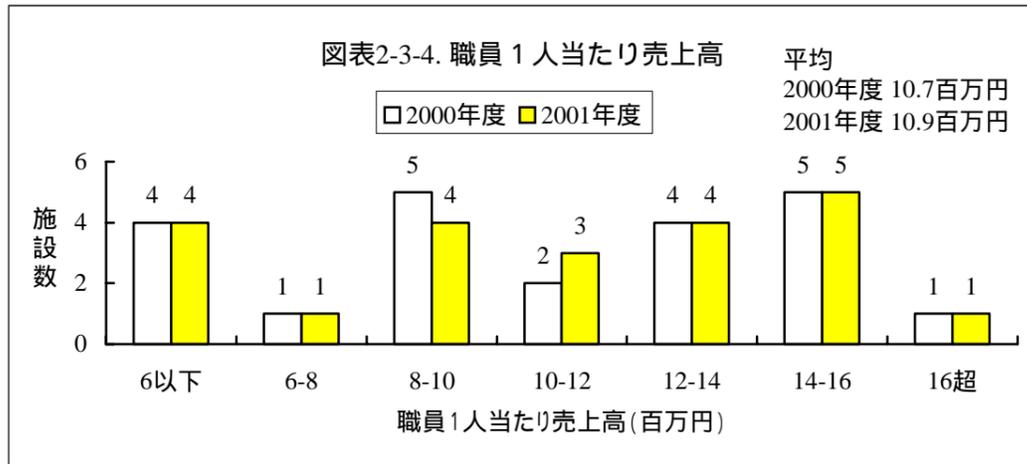


(2) 職員1人当たり売上高

医療機関全般においていえることであるが、臨床検査センターも検査件数に対する最適人員配置が課題である。検査は突発的に発生するものも多く、需要予測が難しいからである。

医師会立臨床検査センターの職員1人当たり売上高を見ると、6百万円以下のところが約2割存在する。職員数の数え方にもよるが(臨床検査センターでは多くのパート職員が活用されている)これでは人件費を支払ってしまえば、ほとんど残りが無いレベルである。

職員1人当たり売上高が小さいということは、売上高に対して職員が過剰配置されているということである。当然ながらこのような施設では、利益率が低い(図表2-3-5)。これらのことから、医師会立臨床検査センターにおいては、会員利用率を高め、売上規模を拡大することの重要性がわかる。



4. 医師会立臨床検査センターの生き残りにかけての一考察

(1) 部門別会計と会計の標準化

医師会立検査センターは、社団法人たる医師会の一部門という位置づけにある。病院は、病院会計準則により財務諸表の統一様式が示されているが、臨床検査センターには標準化された会計基準はない。臨床検査センター部門単独の損益計算書・貸借対照表が整備されているところも多くない。このため、今回の分析も、大まかな指標を示すにとどまらざるを得なかった。今後、民間企業とのきびしい競争にさらされる事業であるだけに、民間企業や他の臨床検査センターと比較分析できるよう、臨床検査センター部門単独の会計を標準化された方法¹で行う必要がある。

(2) 民間企業への対抗策

医師会立臨床検査センターと民間検査会社とのもっとも大きな違いは、広域事業者であるかどうかという点である。民間企業は、ある地域である検査の価格を引き下げても、他の地域で挽回できる。しかし、医師会立検査センターは価格面で民間企業に侵食されはじめるとひとたまりもない。検査件数が少ないところでは、検査単価を引き下げることも難しい。

これに対抗するポイントは、規模の拡大につきる。喫緊の課題は、会員利用の徹底である。一定規模を確保できれば効率的な運営が可能である。また逆に、会員利用が低下の一途をたどれば運営コストは会費から補てんせざるを得なくなり、存続も危ぶまれることを認識すべきである。また将来的には、複数の医師会による共同運営も考えられる。九州地区だけを見ても、すべての臨床検査センターを連結すれば大手企業1社分近い売上高である。さらに、医師会立検査センターのない医師会会員からの検査受託を目指せば、規模のメリットを享受できる可能性も広がってくる。

(3) エビデンス集積拠点としての活用

現状、医師会立臨床検査センターは個々の医師会が運営している。九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会では組織的に経営データを調査・集計しているが、診療報酬の検査料改定や、検査技術の向上のために活用されるレベルにはいたっていない。今後は、医師会立共同利用施設間をより強くネットワーク化し、政策提言や医療の質を向上させるための、有効な情報集積拠点として再構築していくことも望まれる。

¹ 日医総研では、メディダス(医療・介護経営実態調査)の臨床検査センター版で会計標準を示している。
<http://www.acm.med.or.jp/MEDIDAS/index.html>