

日医総研ワーキングペーパー

医師会立病院の経営分析と今後のあり方について

No. 89

平成 15 年 9 月 9 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

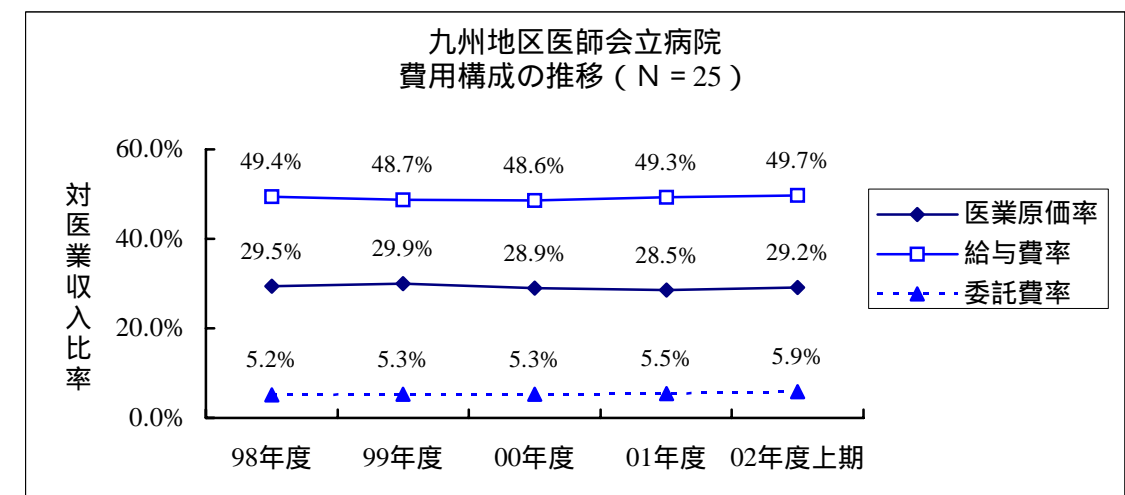
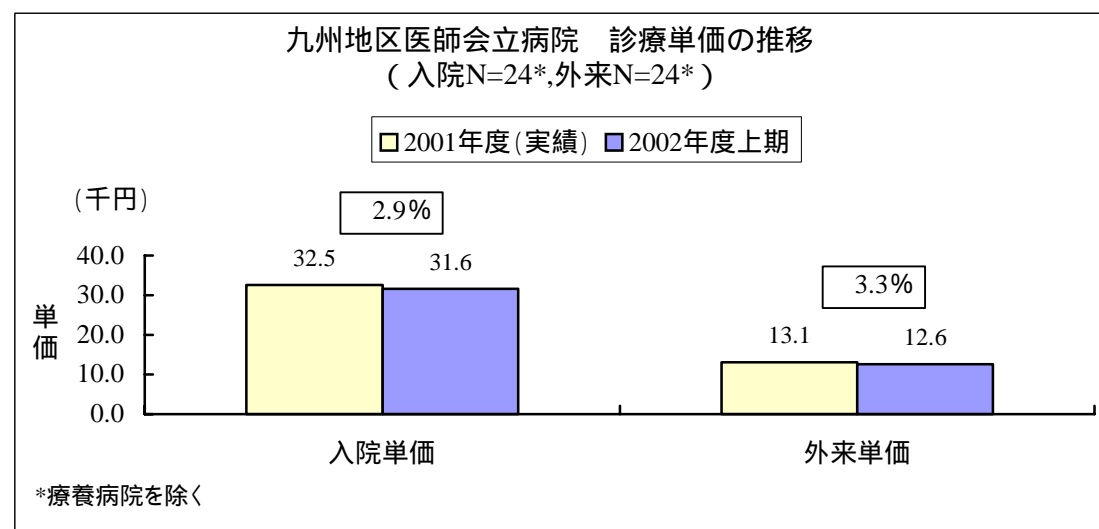
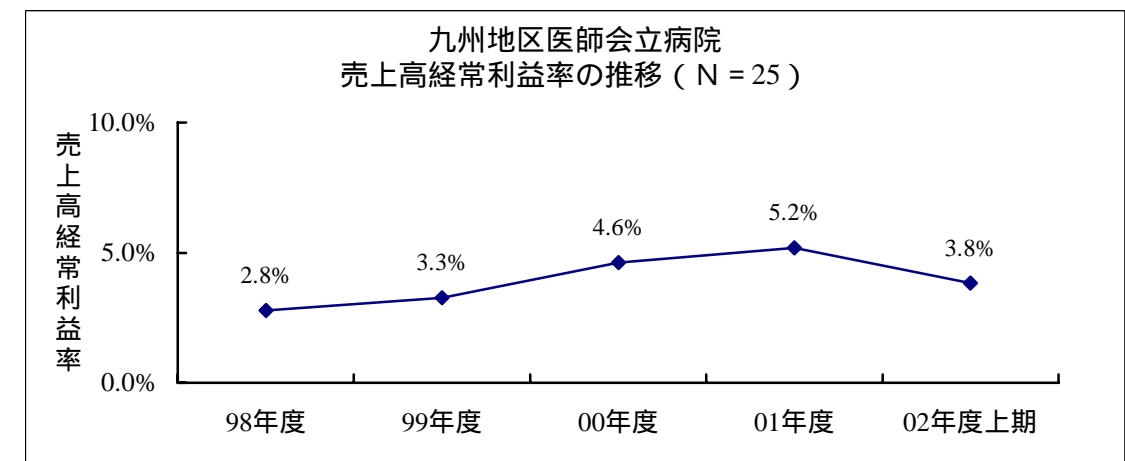
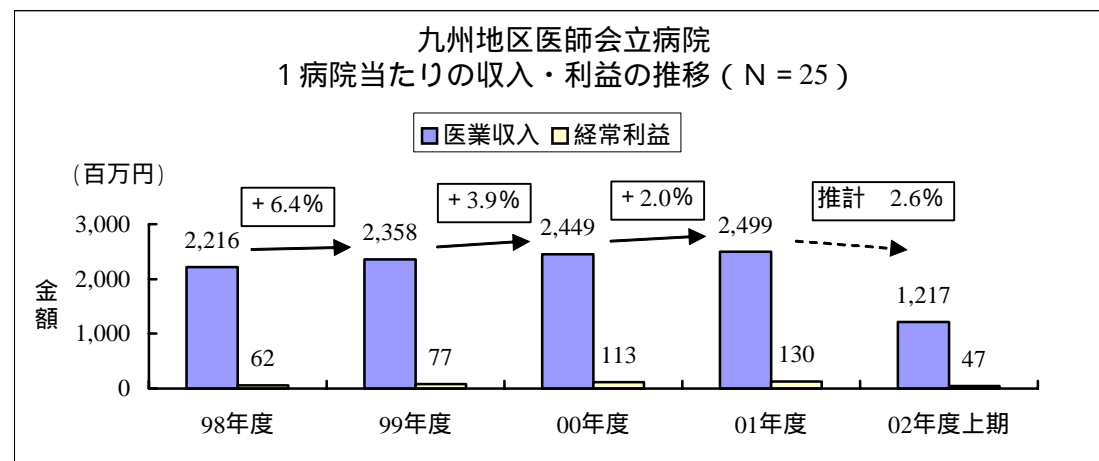
要約

医師会立病院の収入は、これまで右肩上がりではあったが、その伸び率は年々縮小してきている。2002年度上期の収入は単純に2倍しても2,434百万円となり、前年比2.6%減となる。経常利益もこのままいくと前年比27.7%減となる見込みである。

診療報酬の引き下げ率は2.7%であった。医師会立病院では、診療報酬の引き下げ以上に単価が減少しており、診療報酬引き下げの影響をまともに受けている。

売上高経常利益率は過去5年間上昇し、2001年度には5.2%になった。しかし、2002年度上期には3.8%に低下し、1999年度の水準近くに帰った。

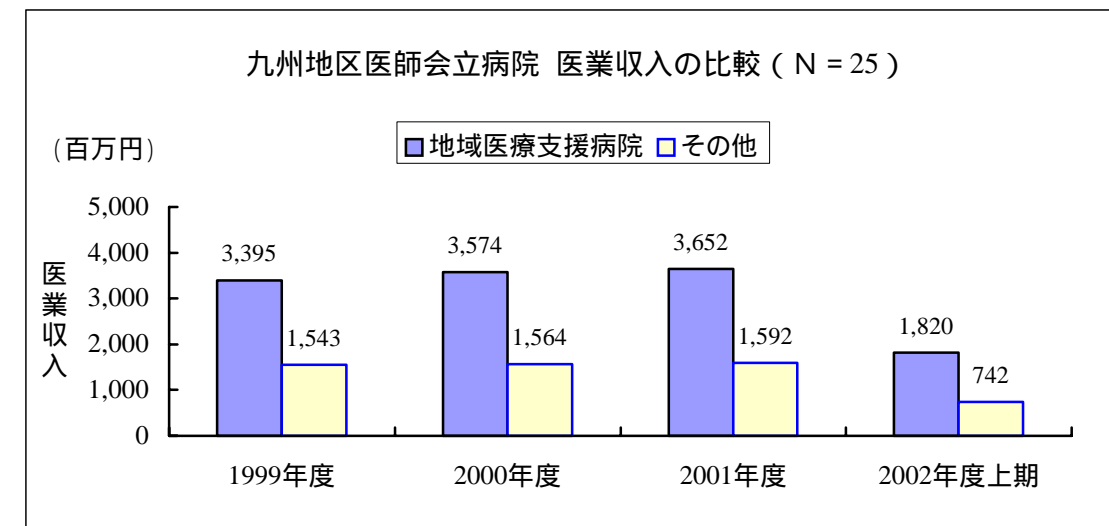
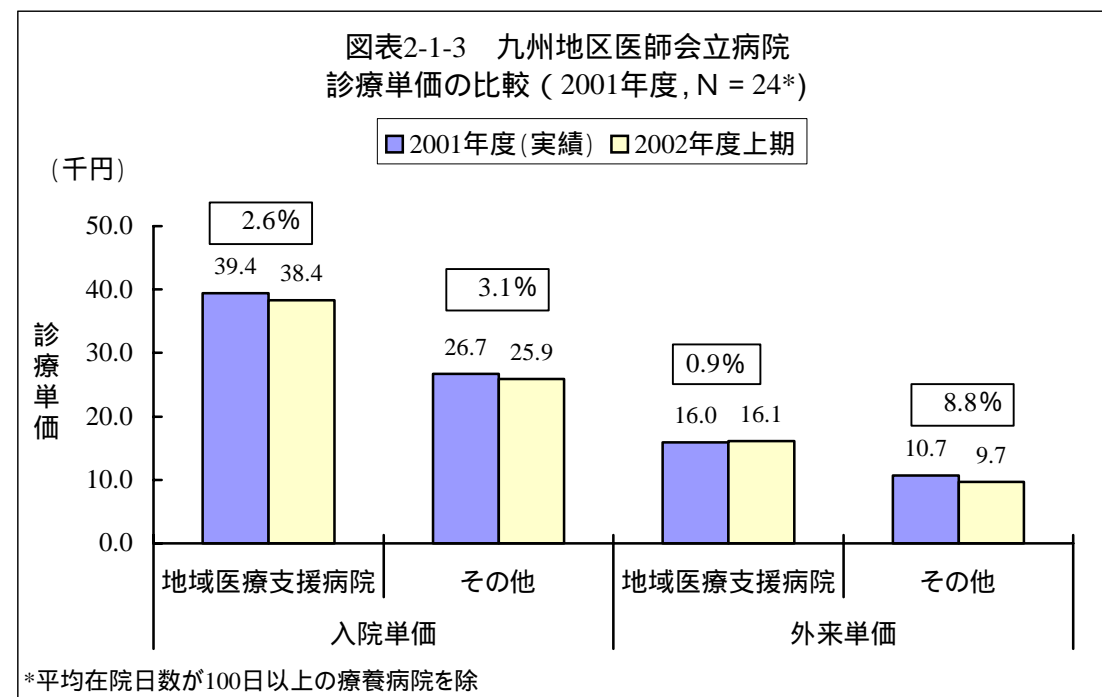
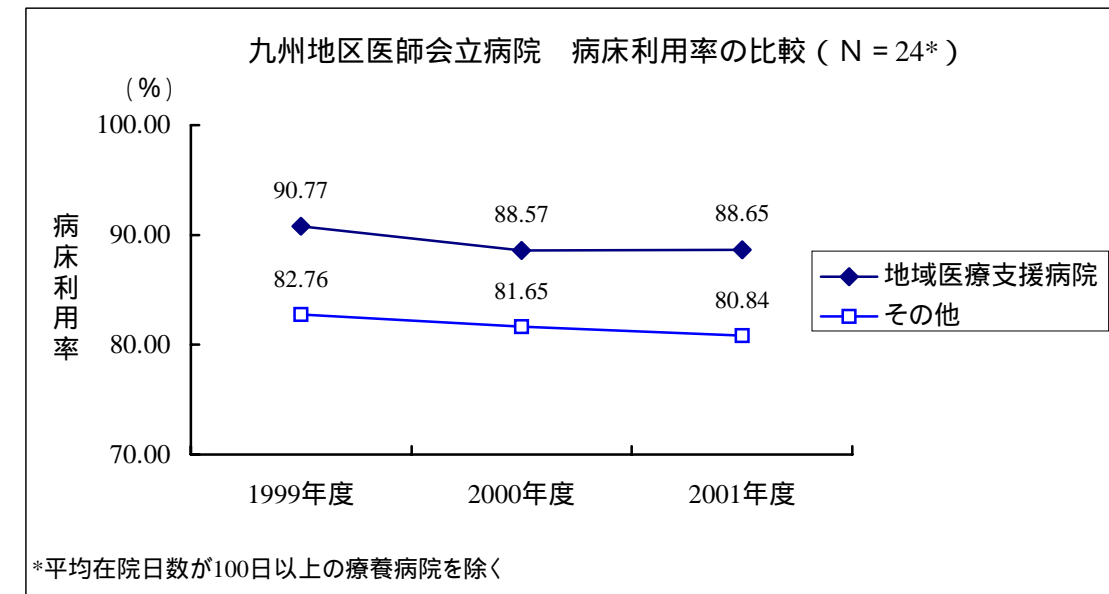
売上高経常利益率が悪化したのは、診療報酬引き下げ等の影響で収入が減ったわりに費用が減らなかったためである。2001年度から2002年度上期にかけて医業原価率、給与費率、委託費率のいずれも増加している。徹底的な値引き交渉をすれば医業原価率は下がる。この医業原価率が1999年以降上昇している点は問題である。



九州地区医師会立病院のうち、地域医療支援病院は11病院である。ここでは、地域医療支援病院とそうではない病院の比較を行ったところ、次のような傾向が見られた。

【地域医療支援病院の傾向】

- ・地域医療支援病院ではない病院が外来単価を大きく落としているのに対し、地域医療支援病院は持ちこたえている。
- ・病床利用率は、地域医療支援病院ではない病院では低下傾向が続いているが、地域医療支援病院は下げ止まり傾向が見られる。
- ・その結果、診療報酬引き下げ後、地域医療支援病院の医業収入の下げ幅は、そうでない病院に比べて小さかったと推察される。



今後のアクションに向けて

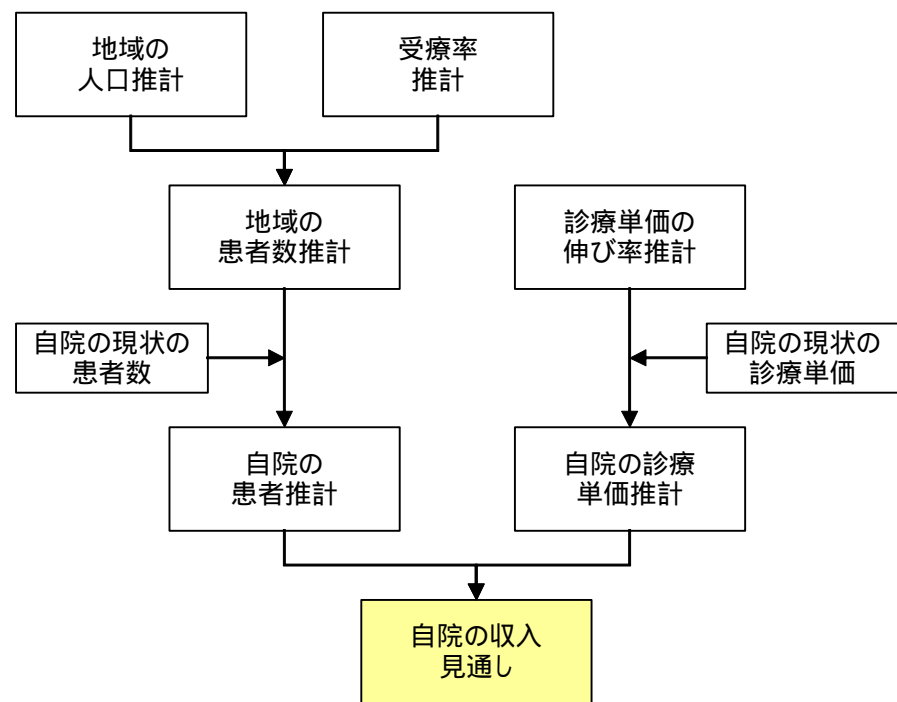
現状把握

2001年度に収入が落ちたある病院では、診療報酬点数が引き下げられたからだと考えられていたところもあった。しかし、右のように収入を分解していった結果、単価ではなく、患者数が減少していること、さらにそれは平均在院日数が短くなっていること、なぜなら新たに療養病床に転換した他の病院の患者をとられたことが明らかとなった。

事業計画の策定にあたって

以下は、収入見通しの作成ステップである。このように作成した結果、地方のある病院では、現在60歳前後の層が薄いため、高齢化の影響がそれほど大きくないことが判明した。一般論でなく、自院をとりまく市場（人口）をチェックすることが大切である。

収入見直し検討のステップ



医療収入に関わる指標
(九州地区医師会立病院の平均値)

【入院収入】		【入院診療単価】	
00年度	1,905 百万円	00年度	- 千円
01年度	1,951 百万円	01年度	34.7 千円
02年度上期	964 百万円	02年度上期	- 千円

【入院延患者数】		【平均在院日数】	
00年度	- 人	00年度	25.6 日
01年度	56,189 人	01年度	24.9 日
02年度上期	- 人	02年度上期	- 日

【病床利用率】	
00年度	84.8 %
01年度	84.4 %
02年度上期	- %

【外来収入】		【外来診療単価】	
00年度	457 百万円	00年度	- 千円
01年度	458 百万円	01年度	12.4 千円
02年度上期	221 百万円	02年度上期	- 千円

【外来延べ患者数】	
00年度	- 人
01年度	37,025 人
02年度上期	- 人

*ここでの単価は加重平均

自院の状況をこのように分割していく。

目 次

研究の目的と方法	1
1. 診療報酬改定後の経営	
（1）収入と利益	2
（2）売上高経常利益率とコスト構成	6
（3）医師会立病院の借入金	10
2. 地域医療支援病院の特徴	11
3. 今後のあり方を検討するために	
（1）自院の位置づけをどう確認するか	16
（2）事業計画作成にあたって	18
（3）経営改革に向けての課題	27
参考資料	31

【研究協力者】五十嵐和絵（日医総研）

研究の目的と方法

九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会では、毎年、共同利用施設の運営について調査を行っている。九州地区（山口県下関市を含む）には36の医師会立病院がある。この中には自治体が設置し、医師会が運営委託を受けている病院もあるが、「九州地区連絡協議会資料」には設置者が医師会の病院のみ収載されている。今年（2001年度）の経営状態について発表されている。2002年度上期の状況については別途アンケート調査が行われた。

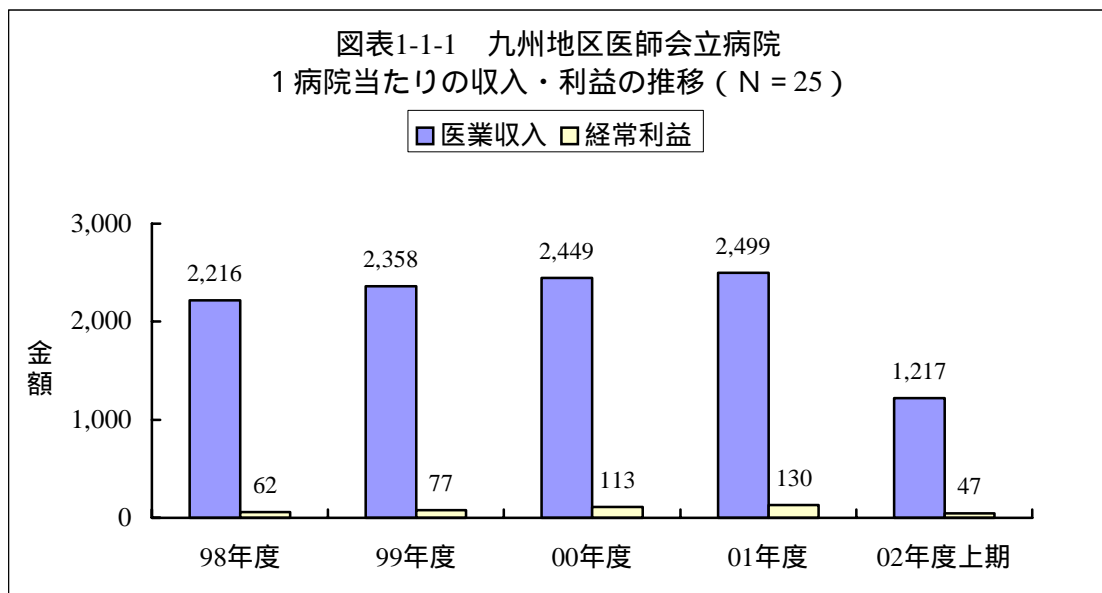
本研究は、これらの資料をもとに経営実態について分析し、改革・改善すべき課題について考察を試みたものである。分析の対象は、九州地区の医師会立病院のうち、1998年度から2001年度まで過去5年間の経年変化を追える25病院（5年以上前に設立され、欠損データのない病院）とした。

1. 診療報酬改定後の経営

(1) 収入と利益

過去5年間の推移

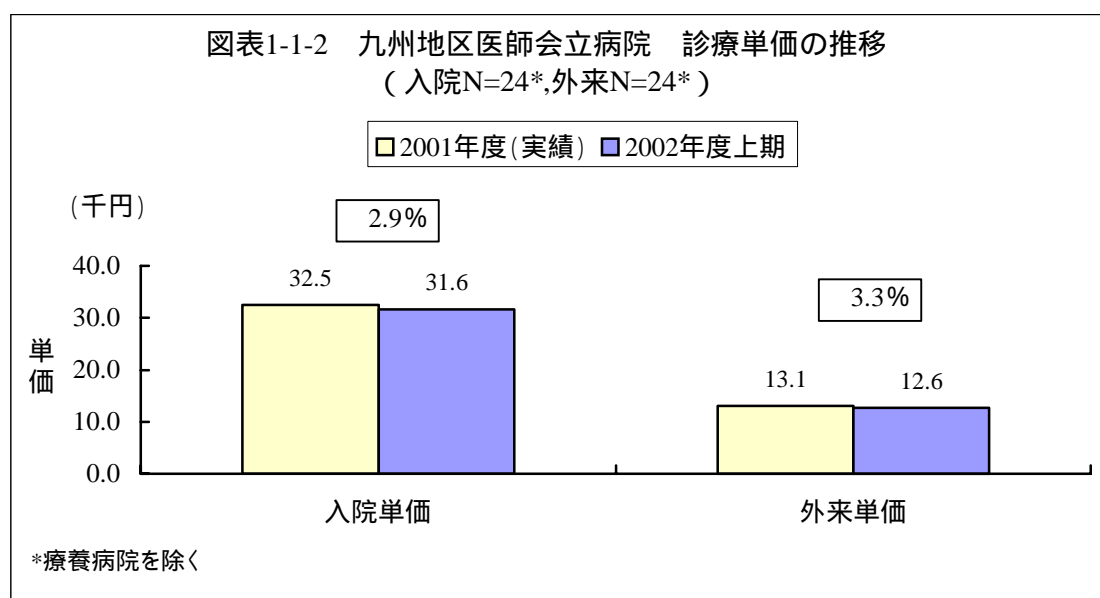
収入は、これまで右肩上がりではあったが、その伸び率は年々縮小してきていた。
2002年度上期の収入は単純に2倍しても2,434百万円となり、前年比2.6%減となる。経常利益もこのままいくと前年比27.7%減となる見込みである。



診療報酬引き下げ後の単価

2001年度から2002年度にかけて、診療報酬単価は、入院で32.5千円から31.6千円へ2.9%減、外来で13.1千円から12.6千円へ3.3%減となった¹。

診療報酬の引き下げ率は2.7%であった。医師会立病院では、診療報酬の引き下げ以上に単価が減少しており、診療報酬引き下げの影響をまともに受けたと考えられる。



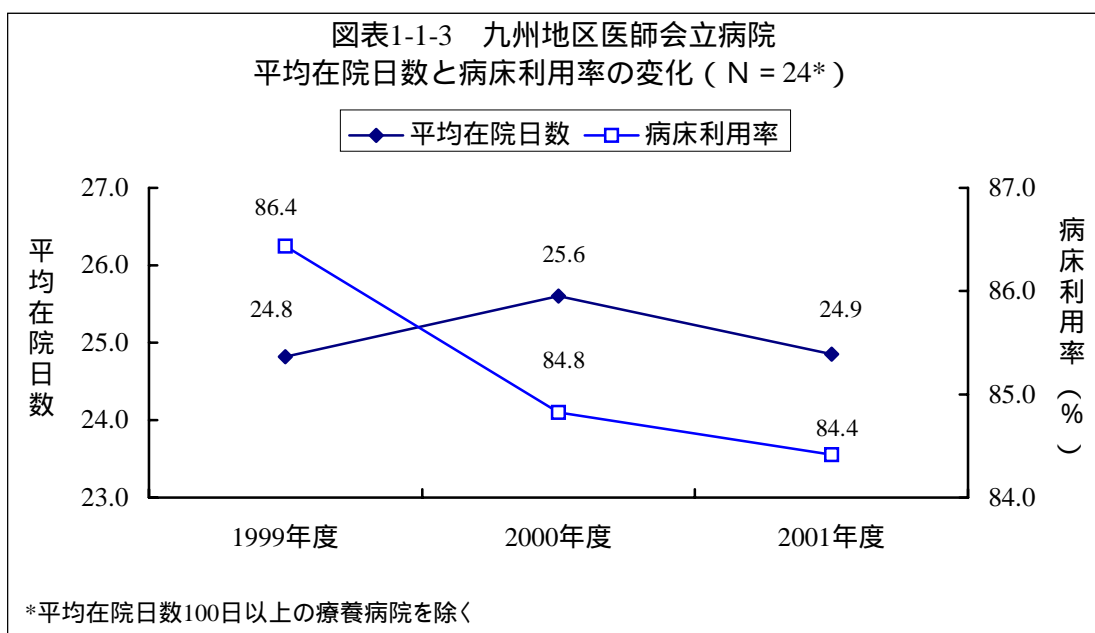
¹ 日本医師会・医師会共同利用施設委員会の調査

医業収入が頭打ちになっている背景（2001年度まで）

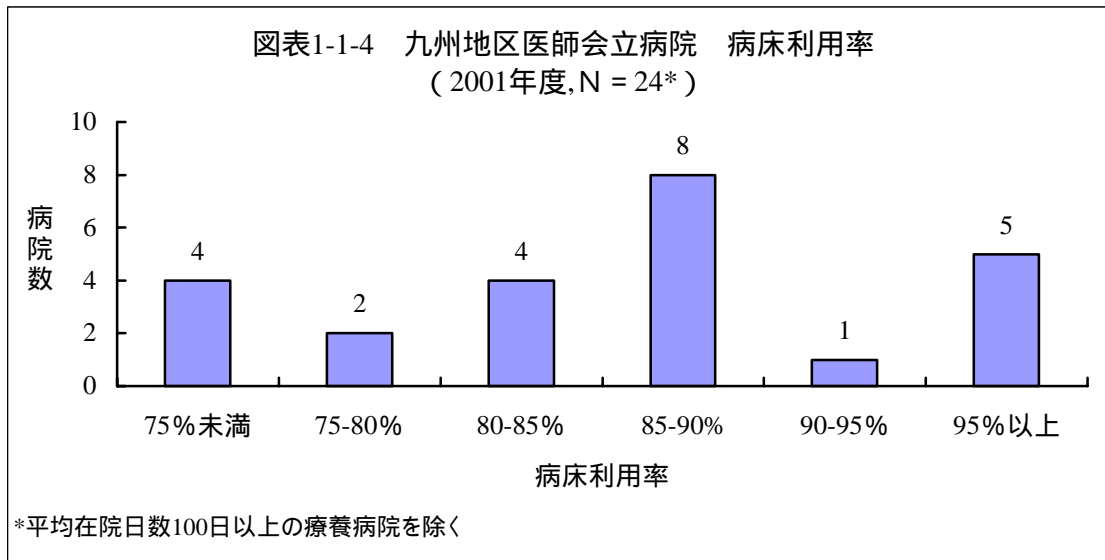
（2002年度のデータがまだないため、2001年度までの傾向で見る。）

2000年度から2001年度にかけて医業収入が減少したのは、平均在院日数の短縮化にともなって、病床利用率が下がっているためである。平均在院日数は2000年度には25.6日であったが、2001年度には24.9日となった。

平均在院日数が短くなると、患者数が顕著に増加しない限り、病床利用率が低下する。医師会立病院においても2000年度に84.8%あった病床利用率が、2001年度には84.4%に低下している。また病床利用率は1999年度から2001年度にかけては2.0%ポイント減少した。



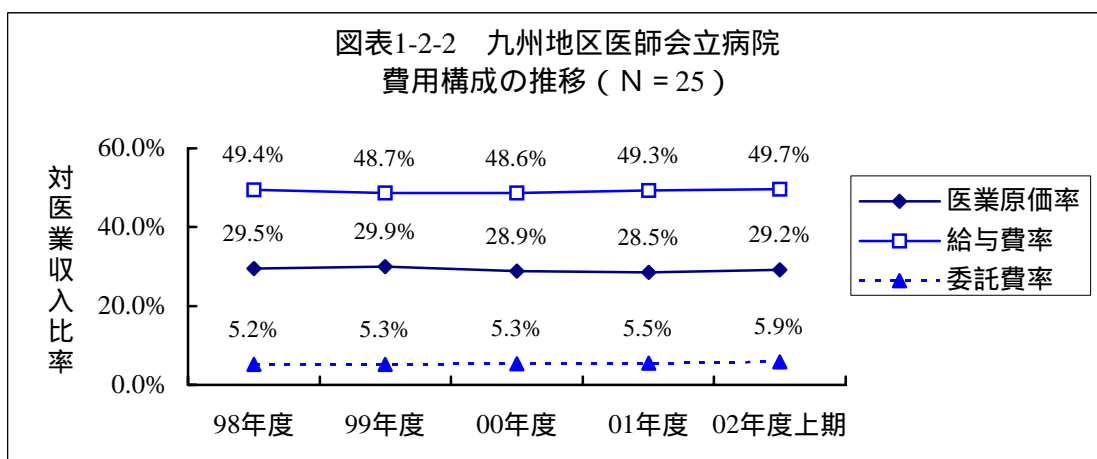
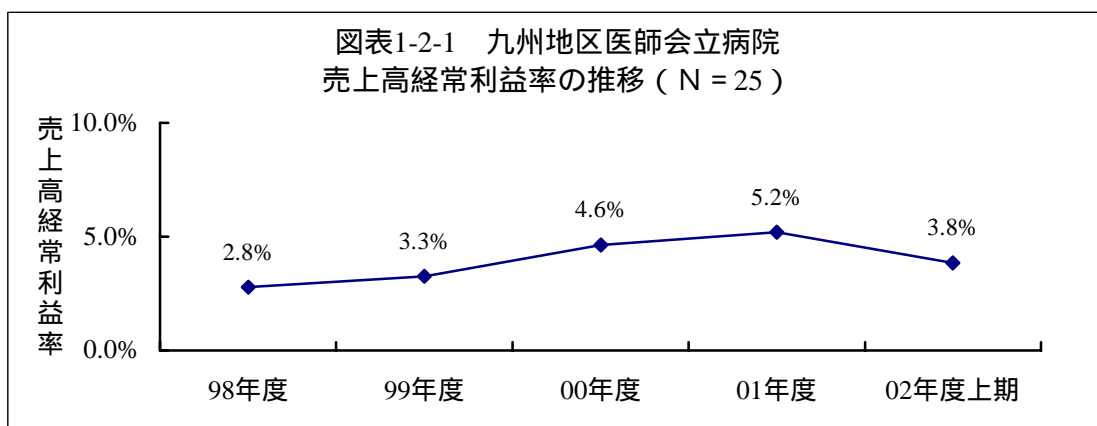
医師会立病院には、病床利用率が95%を超える病院がある一方、病床利用率が75%未満とかなり低いところもある。



(2) 売上高経常利益率とコスト構成

売上高経常利益率は過去5年間上昇し、2001年度には5.2%になった。しかし、2002年度の上期には3.8%に低下し、1999年度の水準近くに戻った。

売上高経常利益率が悪化したのは、診療報酬引き下げ等の影響で収入が減ったわりに費用が減らなかったためである。2001年度から2002年度上期にかけて原価率、給与費率、委託費率のいずれも増加している。医業原価は売上高に比例する変動費であるので、変動しないはずである。むしろ、徹底的な値引き交渉をすれば医業原価率は下がる。この医業原価率が1999年以降上昇している点は問題であろう。



医師会立病院と他の病院を比べると、次の違いがある。

- ・医師会立病院の医業原価率は、国公立病院よりは低いが民間の医療法人より高い

- ・医師会立病院の給与費率は公的病院を除いて他よりも低い

給与費率は低い、医業原価が高くついている点（患者構成にもよるが）が課題である。

図表1-2-3 医業収入を100としたときの費用構成（2001年度）

	九州地区 医師会立 病院	自治体病院		病院全体		
		県	市町村	国立	公的	医療 法人
医業収入	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医業原価(材料費)	28.5	28.9	28.1	29.1	31.3	18.8
医業総利益	71.5	71.1	71.9	70.9	68.7	81.2
給与費	49.3	62.8	51.3	57.1	46.7	53.1
経費	7.1	17.5	18.1	8.3	6.1	12.9
委託費	5.5	(経費・その他に含む)		3.2	5.7	5.1
減価償却費	5.4	8.0	6.4	0.6	5.2	3.7
その他	0.4	0.8	0.5	0.3	1.6	1.1
一般管理費	67.7	89.2	76.3	69.4	65.3	75.9
医業収支差	3.8	-18.2	-4.4	1.5	3.4	5.3
医業外収入	3.1	22.7	9.8	0.6	1.0	1.7
医業外費用	1.7	7.3	6.6	1.9	1.9	1.4
経常利益	5.2	-2.7	-1.2	0.2	2.5	5.5

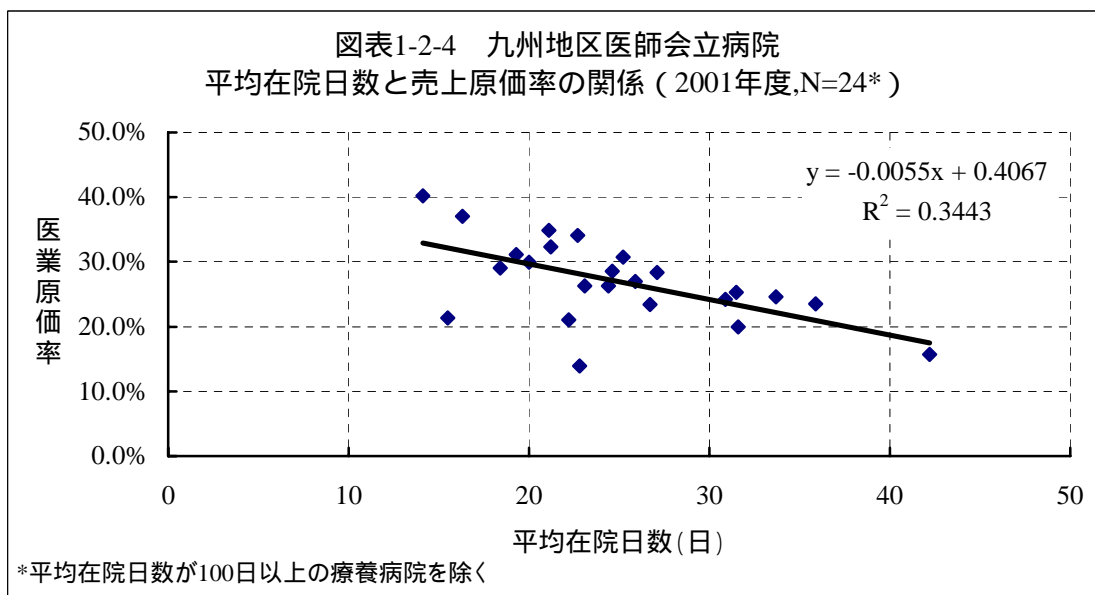
*データ:自治体病院『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局
病院全体『医療経済実態調査報告』中央社会保険医療協議会

医業原価率の水準についての考察

医師会立病院の購買マネジメントがまだまだ甘いことは、これまでも指摘してきた²。では、医師会立病院として医業原価率はどのレベルを目標とすべきであろうか。

一般に医業原価率は急性期型の病院で高く、療養型の病院で低い。急性期か療養型かの違いは平均在院日数に現れる。平均在院日数別に、医業原価率を見ると、その目標値はそれぞれ次の水準になる。

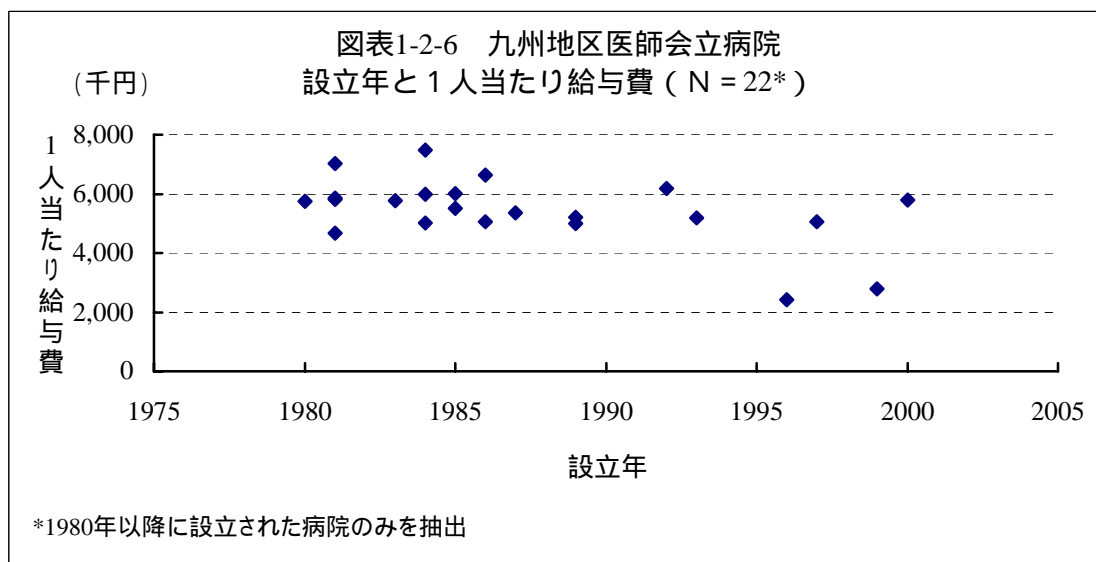
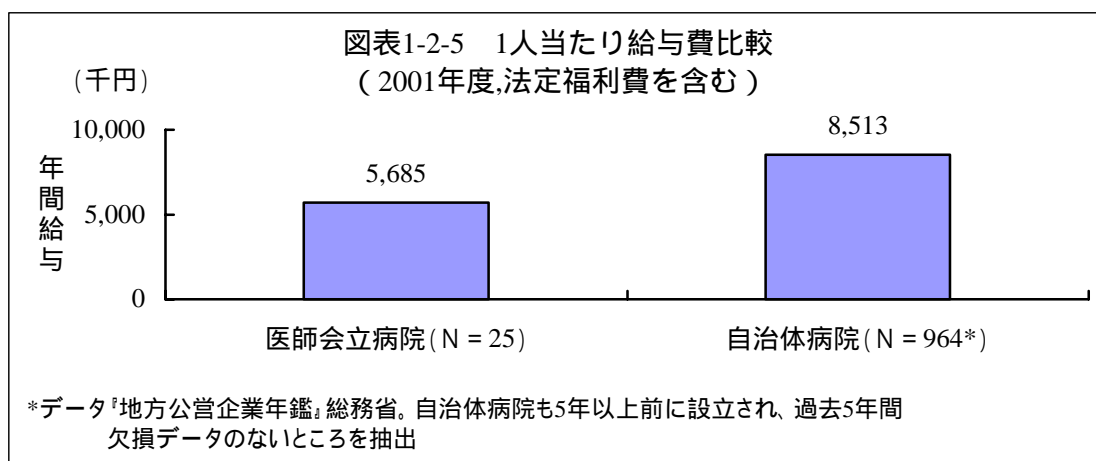
平均在院日数	医業原価率
20 日未満	30%
20 - 30 日	25%
30 日以上	20%



² 『病院経営マネジメント「購買・在庫管理」 - キャッシュフローを生む購買マネジメント』日医総研、福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構

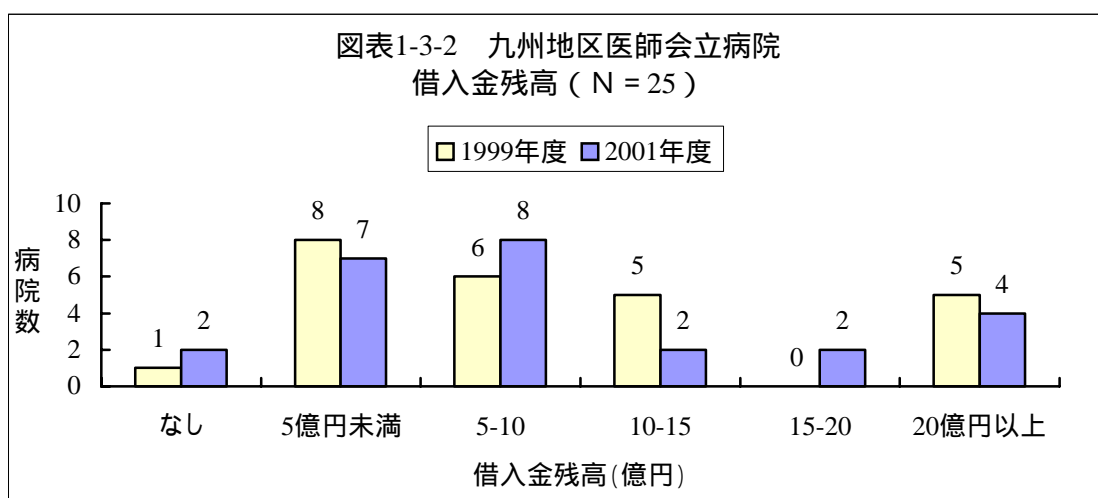
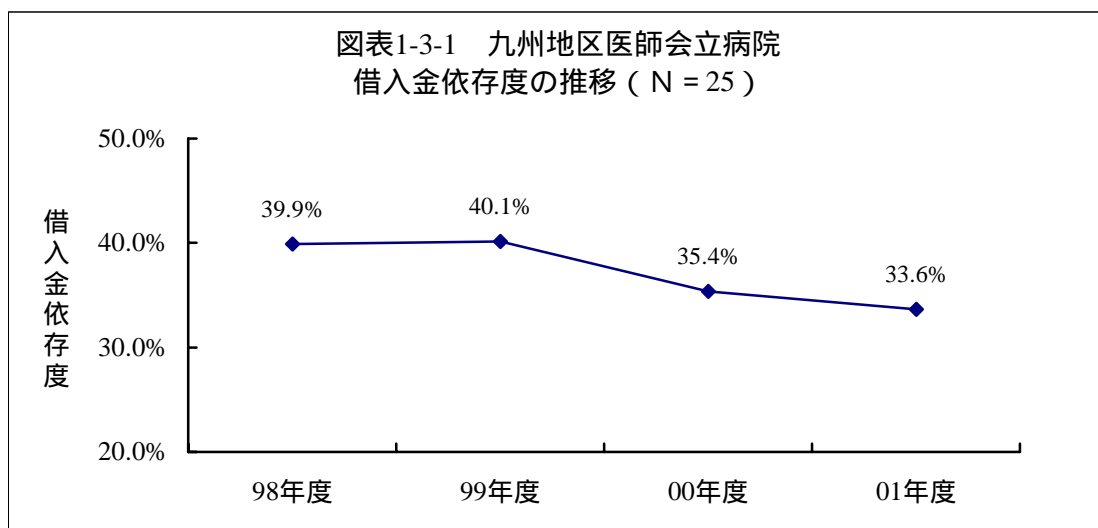
1人当たり給与と費について

医師会立病院の給与水準は、自治体病院に比べればはるかに低い。しかし、低いながらも「年功序列」になっていると推察される。設立後の経過年数が20年を超える病院の中には1人当たり給与費が7,000千円以上になっているところもある。



(3) 医師会立病院の借入金

借入金依存度は平均的には30%台で推移しており、減少傾向にある。しかし、借入金の絶対額を見ると、2001年度末の借入金残高が10億円を超える病院が8病院ある。前述したように2001年度から2002年度にかけて経常利益は縮小した。デフレ下（金利が低くなっている）の現在、流動比率200%以上を確保することを留意しつつ、できるだけ前倒し返済を進めたい。



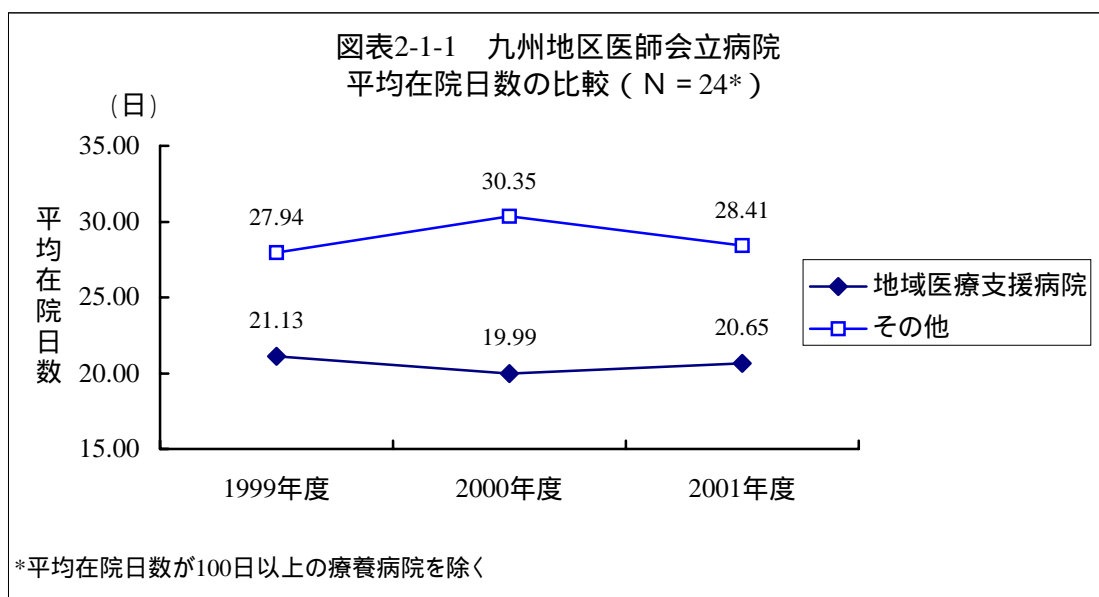
2. 地域医療支援病院の特徴

九州地区医師会立病院のうち、地域医療支援病院は 11 病院である。ここでは、地域医療支援病院とそうではない病院の比較を行う。

平均在院日数

2001 年度の平均在院日数は、地域医療支援病院 20.65 日、そうでない病院 28.41 日であり、地域医療支援病院の平均在院日数は 1 週間以上短い。

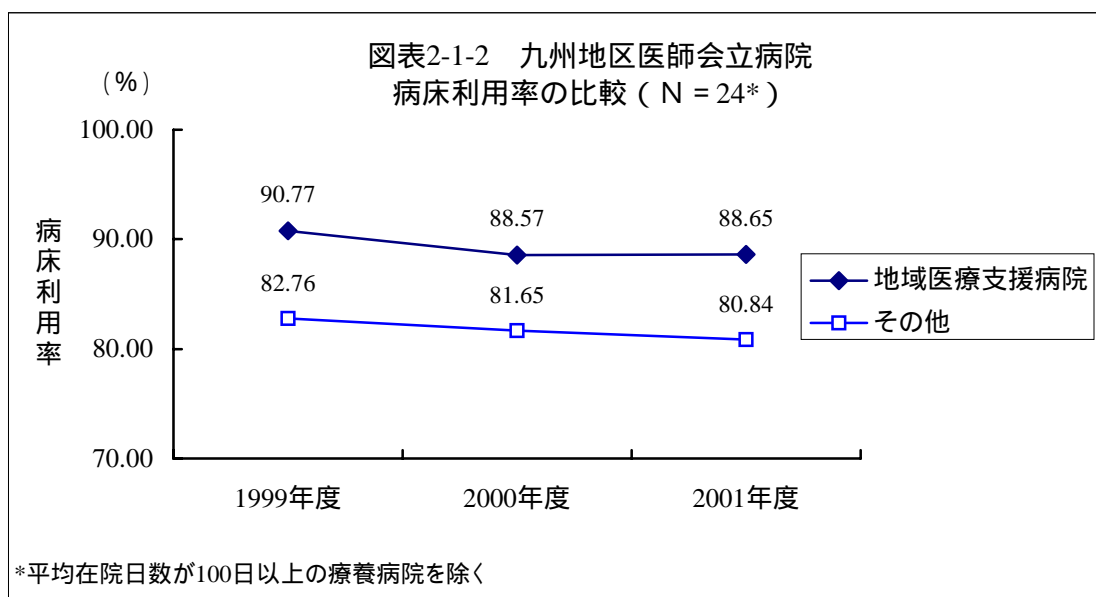
2 年前に比べて地域医療支援病院は約 0.5 日短くなり、そうでない病院は逆に約 0.4 日長くなった。地域医療支援病院の平均在院日数はやや下げ止まった感がある。



病床利用率

2001年度の病床利用率は、地域医療支援病院で88.65%、そうでない病院で80.84%と約7.8%の格差がある。

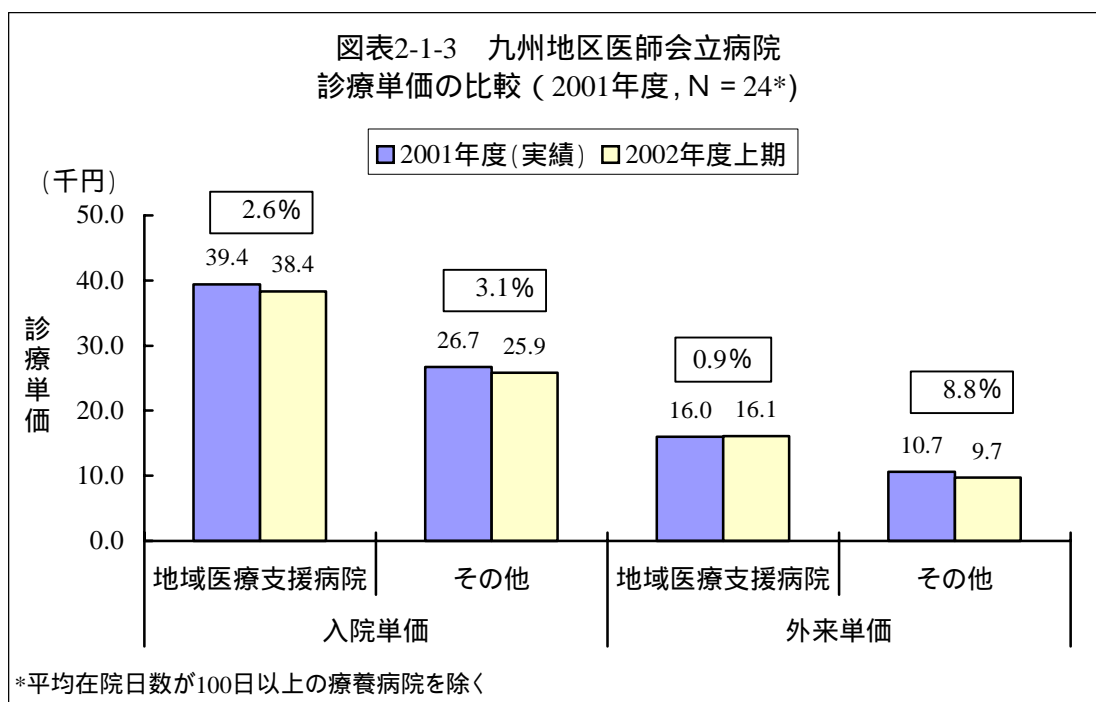
経年変化では、いずれも低下傾向にあるが、地域医療支援病院の病床利用率は下げ止まりが見られるのに対し、そうでない病院は低下の一途にある。



診療単価

2001年度の入院診療単価は地域医療支援病院で39.4千円、そうでない病院で26.7千円であり、約13千円の格差がある。外来診療単価は地域医療支援病院で16.0千円、そうでない病院で10.7千円と約5千円の格差があった。

診療報酬引き下げ後の2002年度上期にかけては、地域医療支援病院の入院単価は2.6%、そうでない病院の入院単価は3.1%低下した。外来単価は、地域医療支援病院では0.9%上がったが、そうでない病院で8.8%下がった。入院単価も外来単価も、地域医療支援病院ではない病院の下げ幅が大きかった。

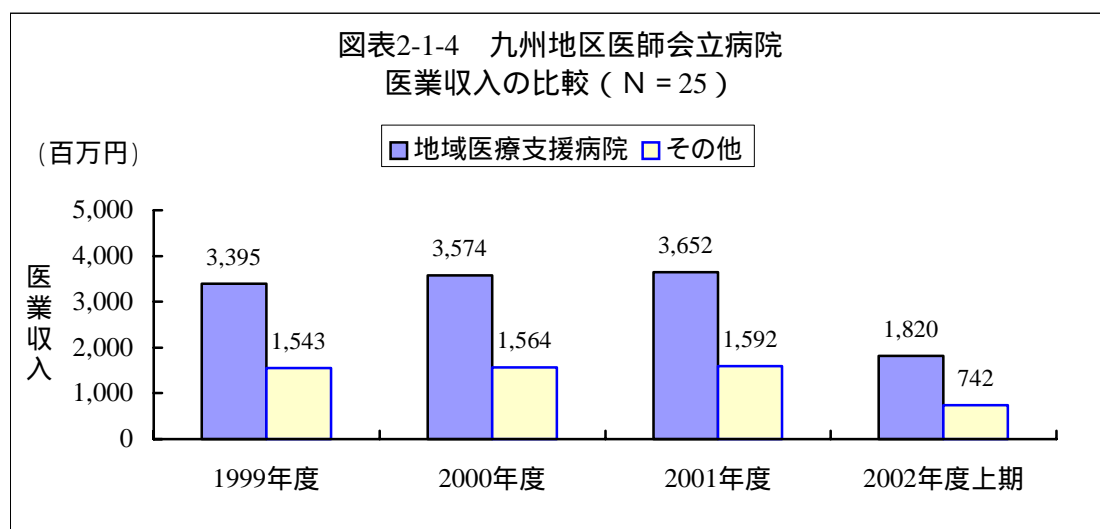


医業収入

地域医療支援病院は、平均在院日数および病床利用率が下げ止まっている。その結果、2000年度から2001年度にかけての地域医療支援病院の収入は2.1%増えたが、そうでない病院では1.7%の増加にとどまった。

2002年度にかけても地域医療支援病院の収入下げ幅は、そうでない病院に比べてやや小さかったと推察される。

また2002年度上期の医業収入を単純に2倍して推計すると、2001年度から2002年度にかけて地域医療支援病院では0.3%減、そうでない病院では6.8%減となっている。



【地域医療支援病院の傾向】

- ・ 地域医療支援病院ではない病院が外来単価を大きく落としているのに対し、地域医療支援病院は持ちこたえている。
- ・ 病床利用率は、地域医療支援病院ではない病院では低下傾向が続いているが、地域医療支援病院は下げ止まり傾向が見られる。
- ・ その結果、診療報酬引き下げ後、地域医療支援病院の医業収入の下げ幅は、そうでない病院に比べて小さかったと推察される。

3. 今後のあり方を検討するために

(1) 自院の位置づけをどう確認するか

経営指標の比較

現状を把握できなければ、問題点を発見し、その打ち手を考えることができない。では、自院の現状はどのように把握すれば良いのだろうか。

まず、他の医師会立病院や周辺の医療法人等と経営指標を比較してみる。経営指標については、これまでグラフで示してきた。そこに自院の指標を書き込んでいくと、他と比べて優れている指標と劣っている指標が見えてくるだろう。そのとき、優れている分野を伸ばす、劣っている分野を挽回する、の2つの道筋がある。どちらを採るかは効果の大きさで見極める。たとえば、介護系サービスを立ち上げたばかりで、人手はかかっているが、収入は伸びているという場合、サービスを拡大することを優先し、その地域でのシェアを高めるのもひとつの方法である。

医業収入の分解

単純化すれば、利益は収入を増やすか、費用を減らすことによって増加する。そして医業収入は、患者数と診療単価で決まる。

九州地区医師会立病院の平均値を例に、医業収入を分解するとおおよそ次のようになる。ここにも自院の数値を書き込んでみる。収入が減った場合にも、具体的にどこに課題があるかが見えてくる。

2001年度に収入が落ちたある病院では、診療報酬点数が引き下げられたからだと考えられていたところもあった。しかし、次のように収入を分解していった結果、単価ではなく、患者数が減少していること、さらにそれは平均在院日数が短くなっていること、なぜなら新たに療養病床に転換した他の病院の患者をとられたことが明らかとなった。

図表3-1-1 医業収入に関わる指標
(九州地区医師会立病院の平均値)

【入院収入】		【入院診療単価】	
00年度	1,905 百万円	00年度	- 千円
01年度	1,951 百万円	01年度	34.7 千円
02年度上期	964 百万円	02年度上期	- 千円

【入院延患者数】		【平均在院日数】	
00年度	- 人	00年度	25.6 日
01年度	56,189 人	01年度	24.9 日
02年度上期	- 人	02年度上期	- 日

【病床利用率】	
00年度	84.8 %
01年度	84.4 %
02年度上期	- %

【外来収入】		【外来診療単価】	
00年度	457 百万円	00年度	- 千円
01年度	458 百万円	01年度	12.4 千円
02年度上期	221 百万円	02年度上期	- 千円

【外来延べ患者数】	
00年度	- 人
01年度	37,025 人
02年度上期	- 人

*ここでの単価は加重平均

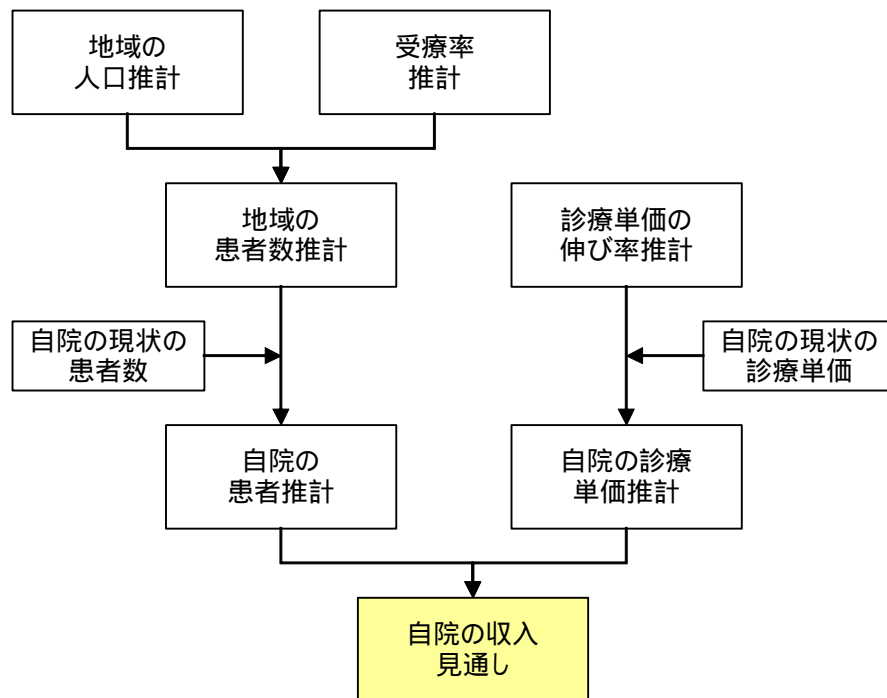
自院の状況をこのように分割していく

(2) 事業計画作成にあたって

収入見通しの立て方

ここでは、将来の収入をどう見込むかについて考えてみたい。前述したように「医療収入 = 患者数 × 診療単価」であり、「患者数 = 人口 × 受療率」である。そこで、次のステップで自院の収入見通しを検討する。

図表3-2-1 収入見通し検討のステップ



) 地域の患者推計

将来人口

将来人口は、国立社会保障・人口問題研究所のホームページ「小地域簡易将来人口推計システム」¹から、市町村別、年齢5歳階級別に推計できる。そこで、自院の診療圏に当たる市町村の人口を推計する。

次頁の表は二次医療圏Aの人口を2025年まで推計したものである²。ここから興味深いことが見えてくる。75歳以上人口に着目したい。A地域の75歳以上人口は2015年から2020年にかけて減少している。ひとくちに「少子高齢化」といわれるが、A地域ではゆるやかな過疎化が進んでおり、現在の60歳前後の人口が少ないためである。この点、サラリーマンが多い都市部とは傾向が異なる。次に2020年から2025年にかけては再び75歳以上が増加に転じる。いわゆる「団塊の世代」が高齢者に突入するためである。

病院経営においては、高齢化をにらんで療養病床へ転換したり、介護サービスを展開したりする方策もある。しかし、「団塊の世代」によって高齢者層が膨らむ2025年頃には、社会保障制度は大きく変革を遂げているかもしれない。A地域では高齢者が最初に減少しはじめる2015年までが勝負になる。つまりあと10年でどれだけ高齢者市場のシェアをとれるかが鍵となる。

このように、大きな流れとして高齢化は重要な課題であるが、今後何十年もどの地域でも同じような傾向がつつくわけではない。自院をとりまく市場（人口）をチェックすることが大切である。

¹ http://www1.ipss.go.jp/tohkei/Shou/S_Jouken.asp

² 推計最終年の合計特殊出生率をシステムに入力する必要があるが、現状と同じとして計算した。

図表3-2-2 二次医療圏A 将来推計人口

年齢	按分補正人口		将来推計人口				
	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
総数	272,819	261,949	250,195	237,126	222,596	206,953	190,843
0-4歳	11,924	10,713	10,602	9,714	8,558	7,390	6,467
5-9歳	14,408	12,169	10,932	10,819	9,908	8,720	7,525
10-14歳	17,396	14,470	12,220	10,973	10,860	9,940	8,744
15-19歳	18,456	16,487	13,737	11,625	10,437	10,344	9,484
20-24歳	15,226	13,724	12,293	10,267	8,712	7,826	7,769
25-29歳	13,744	14,427	13,014	11,665	9,738	8,268	7,441
30-34歳	14,019	13,176	13,873	12,507	11,216	9,352	7,945
35-39歳	15,712	13,854	13,025	13,721	12,363	11,075	9,234
40-44歳	19,497	15,585	13,743	12,922	13,616	12,267	10,991
45-49歳	22,061	19,143	15,303	13,489	12,681	13,358	12,036
50-54歳	17,510	21,430	18,602	14,868	13,102	12,318	12,972
55-59歳	17,967	17,072	20,889	18,151	14,507	12,786	12,022
60-64歳	19,015	17,420	16,552	20,242	17,594	14,060	12,397
65-69歳	18,091	17,924	16,417	15,588	19,048	16,565	13,237
70-74歳	14,473	16,358	16,212	14,846	14,085	17,193	14,966
75-79歳	10,298	12,560	14,174	14,051	12,869	12,192	14,852
80-84歳	7,297	8,091	9,881	11,127	11,027	10,093	9,549
85歳以上	5,719	7,339	8,732	10,548	12,275	13,206	13,215

0 - 14歳	43,728	37,352	33,754	31,506	29,326	26,050	22,736
15-74歳	205,771	196,600	183,660	169,891	157,099	145,412	130,494
75歳以上	23,314	27,990	32,787	35,726	36,171	35,491	37,616

*データ:小地域簡易将来推計人口システム

受療率

現状の全国受療率は、厚生労働省統計表データベース「患者調査」³の患者数を、人口で割って求めることができる。しかし、患者調査はある1日の調査であり、調査年によるバラツキが大きい。そこで、日医総研では患者数を給付実績ベースで補正して、年齢階級別受療率を推計している。また、その結果を「医療のグランドデザイン Annual Report」で毎年公開している。

図表3-2-3 人口10万対受療率

	年齢	1999年 実績	2017年 推計	年率
入院	0-14	247	260	0.3%
	15-64	717	456	-2.5%
	65-69	2,208	1,704	-1.4%
	70-74	2,919	1,737	-2.8%
	75-79	4,208	2,370	-3.1%
	80-84	6,164	3,557	-3.0%
	85-	10,123	9,020	-0.6%
外来	0-14	3,797	3,797	0.0%
	15-64	3,385	3,385	0.0%
	65-69	10,413	9,277	-0.6%
	70-74	13,889	12,374	-0.6%
	75-79	15,513	13,820	-0.6%
	80-84	14,897	13,272	-0.6%
	85-	12,541	11,173	-0.6%

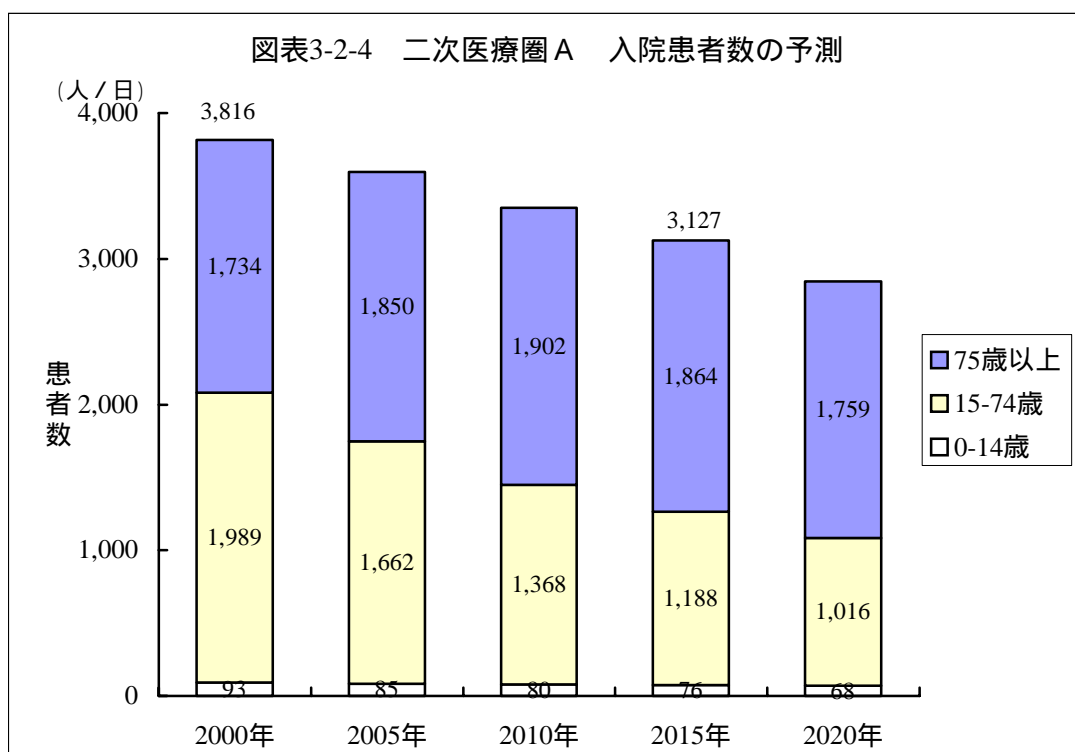
*出所『医療のグランドデザイン[2017年版]』日医総研

本来、受療率は地域ごとに異なる。ここでは補正に用いる地域別データの入手が難しいことから全国値を用いるが、医師会立病院が自院の推計を行う場合、可能であれば自治体等から診療圏の患者数や受療率を入手することが望ましい。

³ <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

患者数

年齢階級別人口に受療率を掛けて求める。A地域の入院患者数は次のとおりとなる。(外来患者数も同様に推計できる。ここでは省略。)



年齢階級	患者数(人/日)					伸び率(年率)	
	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2020年まで	2015年まで
0-14歳	93	85	80	76	68	-1.5%	-1.3%
15-74歳	1,989	1,662	1,368	1,188	1,016	-3.3%	-3.4%
75歳以上	1,734	1,850	1,902	1,864	1,759	0.1%	0.5%
全体	3,815	3,597	3,349	3,127	2,843	-1.5%	-1.3%

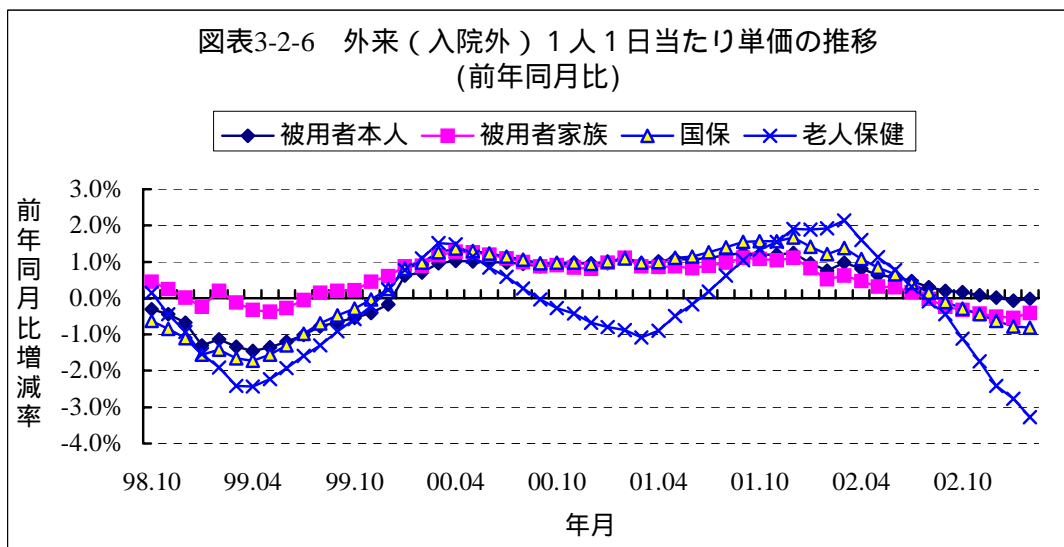
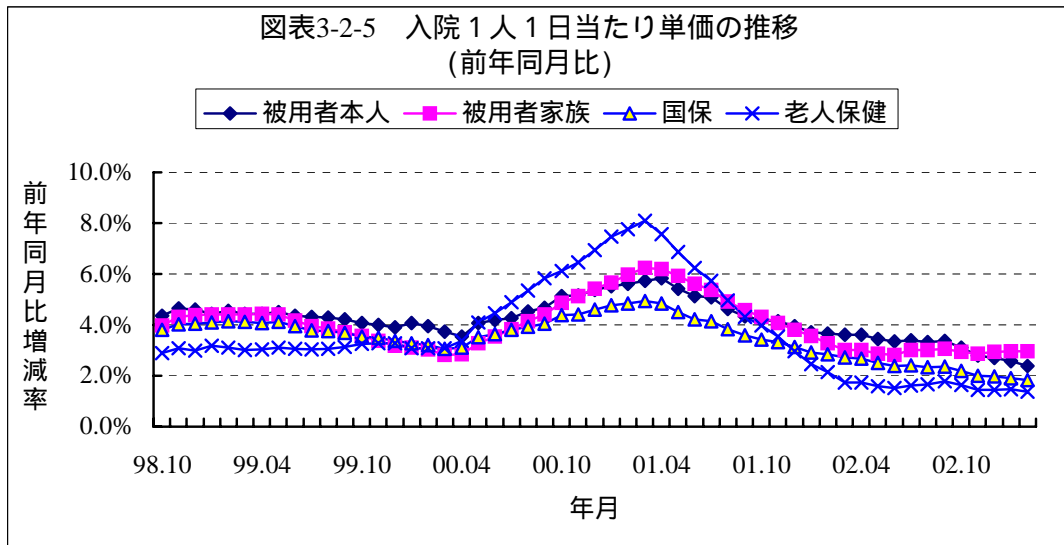
) 診療単価の見通し

診療単価は需要だけでなく、制度変更によっても変わりうる。日医総研では、現状の単価を踏まえ、将来、単価の伸び率をどのようにしていくかという日本医師会の方針も踏まえて、次のとおり単価の伸び率を予測している⁴。

なお、参考までに単価推移の実態を次頁に示す。

- | | |
|-------|--|
| ・ 一般 | (医科・ 歯科診療費) 入院 4.0%、 外来 1.0%、 (その他) 1.0% |
| ・ 高齢者 | (医科・ 歯科診療費) 入院 1.0%、 外来 0.5%、 (その他) 0.5% |

⁴ ここでは、結論だけを示す。詳しくは「医療のグランドデザイン Annual Report [2017 年版]」日医総研



日医総研「医療費経年変化監視システム」より

) 自院の収入見通し

まず大枠を次のように計算する。

$$\text{患者数} = \text{自院の現状の患者数} \times \text{その地域の患者数伸び率（年率）}$$

$$\text{診療単価} = \text{自院の現状の診療単価} \times \text{診療単価の伸び率（年率）}$$

ただし、これは、病床利用率や平均在院日数が変わらないとしたときの計算例である。今後、病床利用率や平均在院日数をどのように見込むかは、病院の経営方針として決めるべきものである。そして、その要素を織り込んで、大枠の計算結果を調整していく。

以下は、ある病院の試算例である。一般病床の入院単価は74歳以下の診療単価伸び率に、療養病床の入院単価は高齢者の診療単価伸び率に比例すると見ている。

延べ患者数についても、一般病床の主たる入院患者を15歳～74歳、療養病床の主たる入院患者を75歳以上とみて、その地域の2020年までの患者数伸び率(22頁参照)を掛けて将来予測を行った。

そして最後に、診療単価(1人1日当たり収入)に推計した患者数をかけて医業収入を予測した。その結果、A病院では診療単価の上昇を織り込んでも、少子化・過疎化の影響を免れることができず、このままでは医業収入の拡大はほとんど見込めないことが明らかとなっている(あくまで一例)。

図表3-2-7 医業収入の試算

		現状	年率	x1年度	x2年度	x3年度
診療単価(1人1日当たり収入) (千円)	入院(一般)	25.6	4.0%	26.6	27.7	28.8
	入院(療養)	32.3	1.0%	32.6	32.9	33.3
	外来	8.9	0.5%	8.9	9.0	9.0
延患者数(人)	入院(一般)	27,885	-3.3%	26,972	26,089	25,235
	入院(療養)	16,350	0.5%	16,429	16,508	16,588
	外来	63,820	-0.4%	63,566	63,313	63,060
医業収入	入院(一般)	714		718	722	727
	入院(療養)	528		536	544	552
	外来	568		569	569	570
	計	1,810		1,823	1,835	1,848

投資対効果の見方

事業計画の判断は、収支見通しや損益計算書のシミュレーションを参考に行われることが多いようである。しかし、もっと重要なのはキャッシュフローである。「勘定合って銭足らず」と言われるように、利益があがっていても資金繰りが立ち行かなくなることがある。

以下は、ある病院の事例である（数字は変更している）。この病院は100億円をかけて新築拡張することを計画していた。自己資本は20億円であり、80億円を借り入れることにした。当面は医業収入の拡大が見込め、償却費負担はあるものの単年度黒字で問題はないと考えられた。実際に事業からのキャッシュフローは5億円以上（減価償却費は費用ではあるが、キャッシュアウトではないので利益に足し戻す）と期待された。

ところが、投資は初年度の10億円だけにとどまらない。従来から持って引き続き使用する予定の医療機器が次々に更新時期を迎える。6年目には大型医療機器も更新しなければならない。これらを踏まえると、ネットキャッシュフローは年間平均3億円足らずとなる。一方で、将来は医業収入が頭打ちになると予測された。

この病院は80億円を借り入れる計画であったが、かなり順調にいても返済に30年近くかかる。30年後には再び建て替えが必要になると思われるが、その時点までには剰余金の積み増しはかなわず、全額を借入れしなければならない。

新築により単年度黒字が期待された病院ではあったが、現実を踏まえて方向転換を行った。

図表3-2-8 キャッシュフローの計算例

単位:百万円

費目	投資	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目
税引前当期利益		10	20	85	105	203	220
減価償却費		560	583	571	566	555	583
事業からのキャッシュフロー		570	603	656	671	758	803
固定資産の取得	-10,000	-239	-220	-62	-88	-54	-1,739
固定資産の売却							
投資のキャッシュフロー	-10,000	-239	-220	-62	-88	-54	-1,739
ネット・キャッシュフロー	-10,000	331	384	594	583	704	-936

(3) 経営改革に向けての課題

医師会立病院特有のプロセス上の問題点

医師会立病院はいうまでもなく医師会の病院である。このため、医師会と病院の責任・権限が分化していない面がある。会議（中には形骸化しているものもある）が何度も開かれることがその一例である。

図表 3-3-1 は、B 医師会立病院で、予算を決定するまでのプロセスを示している。

予算が承認されるまでに計 6 回の会議が開かれ、丸 2 ヶ月を要している。さらに会議のうち 2 回は、出席者がほとんど重複している。承認された予算は、現場には知らされることがない。したがって、各部署ではそれぞれが必要と思った費用を消費してしまう。これでは、何のために会議が開催されているのかわからない。仮に、特に議論も予算案の修正もされていない会議であれば、なくても良いということになる。

この病院の場合、臨時総会を除く会議の本メンバーは延べ 51 人である。1 会議当たり 2 時間をかけているとして、102 時間かかっている。会議にはコストがかかる。本質的な議論がされているかどうか、会議や組織のあり方を見直す余地があるだろう。

図表3-3-1 B 医師会立病院 予算決定プロセス

時期	組織	責任者	内容
1月末	総務課	各部署長	- 各部署長が予算申請用紙を総務課に提出
2月初旬	予算担当者事前会議	病院長	- 事前検討 ・ 出席者：病院長、事務部長、総務課長 ・ 購入優先順位を決定 ・ 以前は各部署とのヒアリングを行っていたが、現在は病院長と各部署長の日程調整が困難であるため中止
2月中旬	予算担当者会議	病院長 総務課長	- 予算担当者会議で審議 ・ 出席者：病院長、事務部長、経理部長、総務課長 ・ 病院長が次年度方針を説明し、購入優先順位を確認 - 総務課長が予算会議での話し合いを元に予算書原案を作成 ・ 前年度の収入をベースに今年度の収入目標を設定 ・ 支出は、前年度実績に基づき人件費・薬剤費等に配分
2月下旬	病院内予算会議	合議	- 予算会議で予算案を審議 ・ 出席者：医師会長、副会長、病院担当理事8人、病院予算会議担当者 ・ 病院長が予算原案について説明 ・ 出席者が協議した上で承認
3月上旬	医師会運営委員会	合議	- 運営委員会で予算案を審議 ・ 出席者；医師会長、副会長、医師会病院運営委員会理事12人、病院医長5人、看護部長、病院内予算会議担当者 ・ 病院長が予算原案について説明 ・ 出席者が協議した上で承認
3月中旬	医師会理事会	合議	- 病院理事会で予算案を審議 ・ 出席者：医師会病院運営委員会担当理事12人 ・ 病院運営委員会の内容を承認
3月下旬	臨時総会	合議	- 予算承認 ・ 決定した予算は各部署には伝えられない

現場のアクションを喚起するための整備

前述のとおり、B病院では時間をかけて予算を審議するものの、その結果は現場に伝えられない。予算を超えたところでペナルティもない。このため、購入物品の重要度や優先順位を突きつめて考えようとする意思が働かない。

医師会立病院に限ったことではないが、特にオーナー型の病院では、経営の方向性や業務の目的・必要性が十分に説明されていないために、具体的なアクションに結びついていかないことがある。

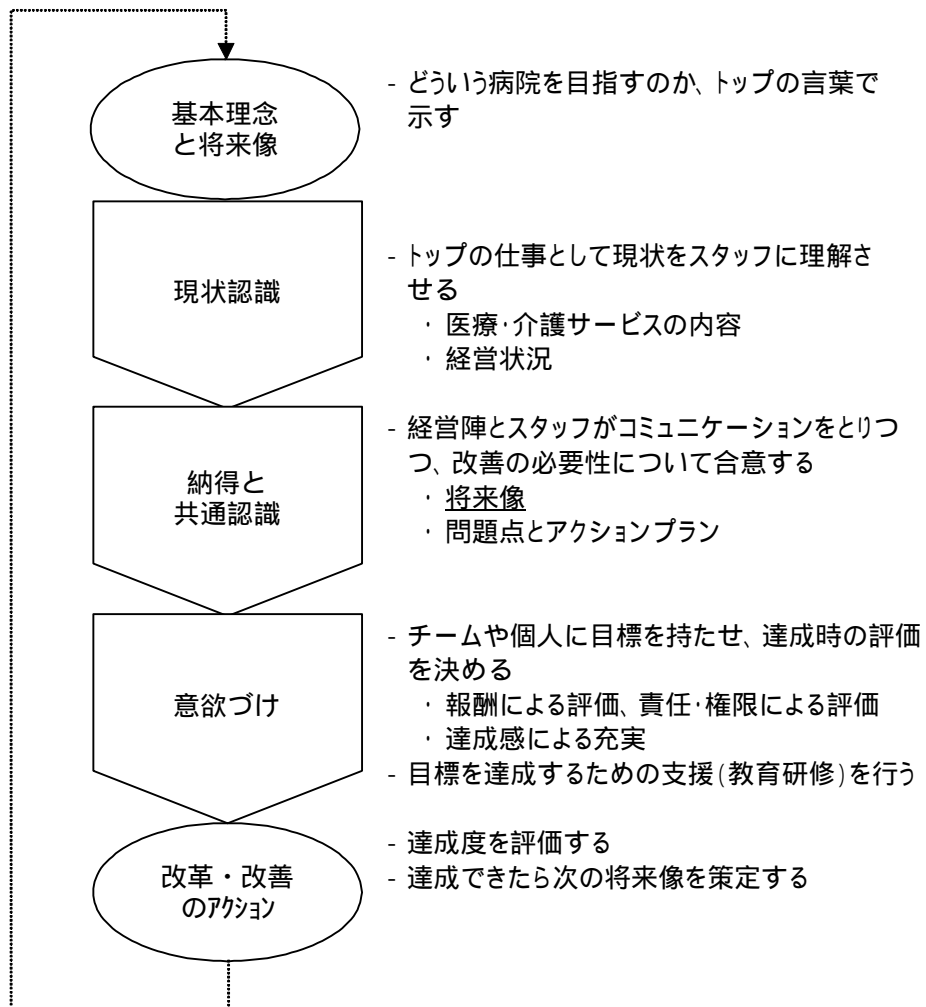
たとえば、ある病院では月次棚卸を行っており、仕入量と使用量をほぼ完全に把握している。しかし、毎月の仕入量は使用量に比べてはるかに多く、在庫は積み増される一方である。データを把握しているのであるから、最低仕入量を算出することは不可能ではないが、行われていない。本来、月次棚卸は在庫の最適化が目的であるが、月次棚卸自体が目的化しているためである。

また別の病院では人事に成果主義を採り入れようとした。成果を評価するためには、まず何をもって成果とするのかを決めなければならない。そこで初めてその病院では、病院の目指す方向が定まっていなかったことが浮かびあがった。

このように、いくつかの医師会立病院では、現場はなぜそれをすべきか、どういう方向に向かうべきか納得していないケースが見られる。次頁の図でいえば、理解も納得もなく、突然アクションを起こせといわれているようなものである。

現場の的確なアクションを期待するのであれば、トップの責任として、現状を理解させ、納得させ、また十分な支援と評価を行うべきである。

図表3-3-2 改革・改善にむけてのステップ



参考資料

『九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会資料』九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会

『九州地区医師会立病院アンケート調査』 柏木明（熊本県医師会長）

『地方公営企業年鑑』 総務省自治財政局

『医療経済実態調査報告』 中央社会保険医療協議会

『病院経営マネジメント「購買・在庫管理」 - キャッシュフローを生む購買マネジメント - 』 2003年，日医総研，福岡メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構

『小地域簡易将来人口推計システム』 国立社会保障・人口問題研究所

http://www1.ipss.go.jp/tohkei/Shou/S_Jouken.asp

『患者調査』 厚生労働省

<http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

『医療のグランドデザイン Annual Report【2017年版】』 2003年，日医総研

『医療費経年変化監視システム』 日医総研

<http://www.jmari.med.or.jp/researchmember/>