

ヒューマンケア通信 (Vol.25 H23年12月15日)

= 病院の経営状況をどう考えるか =

間もなく、平成24年度予算編成過程で、平成24年4月実施の診療報酬改定の改定率が決まります。病院等の経営状況を把握する医療経済実態調査の結果は、研究所HPにて公表した分析レポートを見ていただくとして、中央社会保険医療協議会における、11月18日の医療経済実態調査に係る診療側の見解 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vfw2-att/2r9852000001vk98.pdf>) から、病院の経営状況の実際について考えてみました。

<病院経営に関する診療側の見解>

2年に1回実施される医療経済実態調査については、毎回、診療報酬改定率を決める「前哨戦」として、11月下旬に、保険者側、診療側双方が、その評価を行い、改定に向けた意見を主張することになります。

下表は、今回調査・前回調査に係る、それぞれの診療側が提出した意見の要旨です。前回調査は、その結果の数値が厳しく、一般病院全体平均で赤字であることをはじめ、全般的な経営危機を主張していましたが、今回は、数字が良いことから、その状況説明に苦心していることがわかります。

特定機能病院（ほとんどが大学病院）の損益率の悪さと、精神科病院の損益率の悪さを明示するにとどまり、病棟入院料では、自治体病院の成り立たなくなっているおそれが強いとしています。

<今回調査の場合>

- 一般病院の場合、全体的に損益率は好転しているものの、病床規模が大きいほど厳しい。
- 特に国民に対する医療の「最後の砦」である特定機能病院の損益率は、▲5.8%となっており、依然として大幅な赤字が続いている。精神科病院も損益率は▲0.3%であり、赤字が続いている。
- 更に、損益分岐点比率を計算すると、黒字化した中小病院でも97.8%~99.6%と、一般に「危険」とされる90%をはるかに超えている。
- 7対1、10対1、13対1では好転し、7対1、13対1、15対1は黒字ではあるが、わずかに水面上に出たに過ぎない。また、国公立病院という同じ土俵で見れば、13対1、15対1が著しく苦戦している。自治体病院では不採算地区に13対1、15対1が多いことから、地方の自治体病院が成り立たなくなっているおそれが高い。
- 国民生活のセーフティネット機能を果たしている医療機関の経営は総じて、依然として非常に不安定な状態にあることが明らかになった。

<前回調査の場合>

- 一般病院全体の損益差額は、前回の▲5.0%から今回は▲4.5%とほぼ変わらず、赤字となっている。一般病院の国公立を除いた損益差額においても、前回の▲0.2%から▲0.7%とほぼ変わっておらず、赤字である。
- 税引き後の総損益差額をみると民間病院は微々たる利益があっても最終的にはほぼ0%。
- DPC対象病院の損益が悪化している。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料を算定している、いわゆる亜急性期医療を担っている病院の損益が悪化し、赤字である。
- 入院基本料別では「15:1」以外はすべて赤字であり、「10:1」が最も悪い。
- 事業年度集計においても一般病院は単月集計と同じく全体的に赤字基調である。

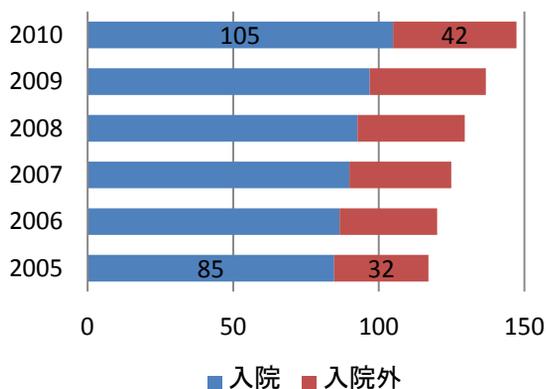
医療経済実態調査の結果においても病院の経営状況は逼迫していることが示されており、全ての病院が算定する「入院基本料」の大幅な増額が必須であると考える。

<特定機能病院は、なぜ経営不振なのか？>

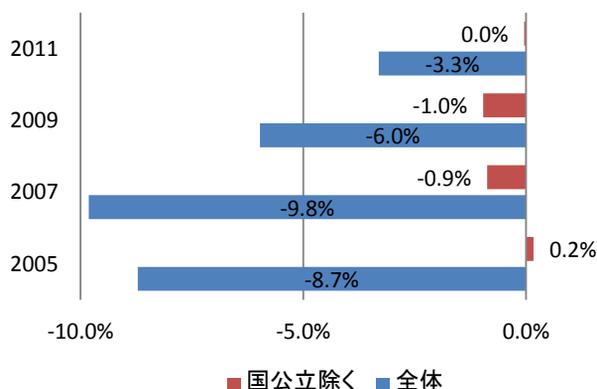
まず、特定機能病院の主力である大学病院は、この5年間で、1施設平均で医業収益は30億増え、147億円に達しています。この勢いであれば、2011年には155億に達するものと見込まれます。これだけ収入が増えて、経営が苦しいのは不思議なことです。

今回の調査結果では、特定機能病院の経営の苦しさが訴えられていますが、それは国公立を含む全体の数字を引用してのことです。しかし、特定機能病院を全体と民間（20数病院）に分けてみると、明らかに経営結果が異なります。過去比較をするために、ここでは6月単月のデータを使用しますが、国公立を除く特定機能病院（私大医学部付属病院等）では、長年にわたり、大幅な黒字とは言いませんが、概ね収支均衡を確保しています。

大学病院1施設平均 医療費収入(億)



特定機能病院 医業損益率



全体と国公立を除くとの二つの群で、費用構造の違いを見ると面白いことがわかります。

最も全体の損益率の数値の悪い2007年は、給与費比率及び減価償却費で大きな差異があり、医薬品費・診療材料費でも差異が認められました。

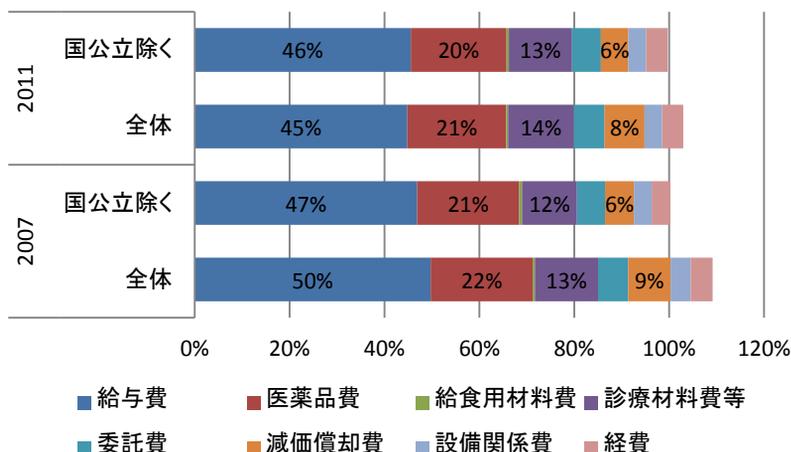
直近の2011年では、給与費の差異はなくなり、損益率の全体と国公立を除くものの差異は、減価償却費（建設投資・設備投資の価格を反映）、医薬品費・診療材利用費と、調達努力により低減できる部分での差異に限られてきます。同じ、特定機能病院ですから、使う設備・医薬品・医療材料等に大きな差異は、ないはずですので、その差異は、国公立の調達が「甘い」ということに帰結します。

昔の国病グループがそうであったように贅沢な建物、高い調達価格等のままの国公立大学病院は、非常に多いと考えられます。

これら大学病院におけるここ数年の経営改善は、収入拡大に重点が置かれており、調達面で努力していることは、聞こえてきません。

特定機能病院の経営数字の悪さは、この調達努力不足等に起因しており、診療報酬改定の前に、もっとやる必要があると考えられます。

費用の構造(対医業収益)



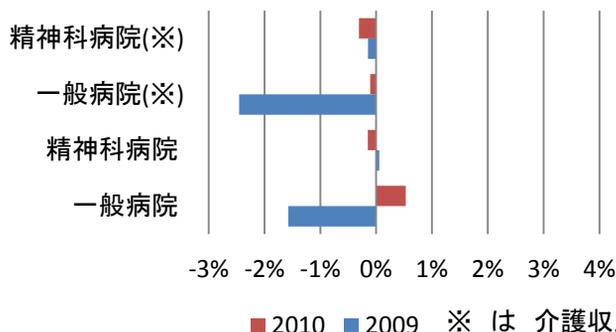
＜精神科病院は、なぜ経営不振なのか？＞

精神科病院も、特定機能病院をはじめとする一般病院と同じく、自治体病院が全体の損益率の足を引っ張り、マイナスになっている点は変わりありませんが、一般病院とは異なり、国公立を除く群でも損益率は低下しています。

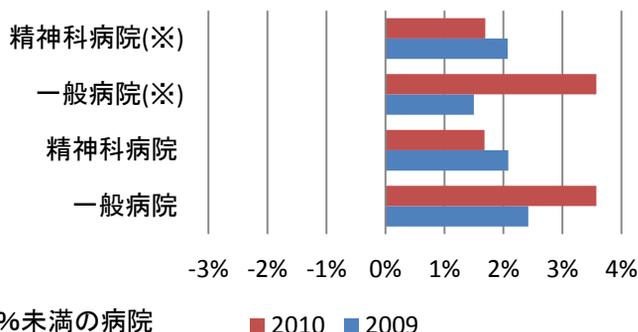
これは、通信Vol. 20、21でまとめたように、精神科病院が、その入院患者の主力である統合失調症群が高齢化し、死亡退院などが増えつつある一方で、若年者の入院期間が急速に短くなっていることから、病床利用率が低下していることが要因です。これを更に促しているのが、障害者自立支援法による地域福祉サービスの拡大です。

一方で、病床利用率を維持するための方策として、対象となっている認知症患者についても、厚生労働省では、新規入院患者の約50%が2か月以内に退院するような環境を10年かけて整備することを目標とすることを明示しており、精神科病院の対応も長続きすることは難しい状況です。現に、中央社会保険医療協議会における精神科医療の検討事項でも、認知症問題が「いの一番」と位置付けられており、どのように展開されるか注目されるどころです。

病院の損益率



病院の損益率(国公立を除く)



こうした環境からすると、各民間病院でも、大きな提供体制の構造変化をどう進めるかを実施しなければならぬ状況になっています。国立病院機構時代に、最後に事業再生として関わったH精神科病院では、大幅な病床規模の縮小、急性期・医療観察法等への人員資源の投入、余剰人員の削減等を病棟建設等を通じて実現し、2億の赤字から、現在では2億の黒字へと転換しています。

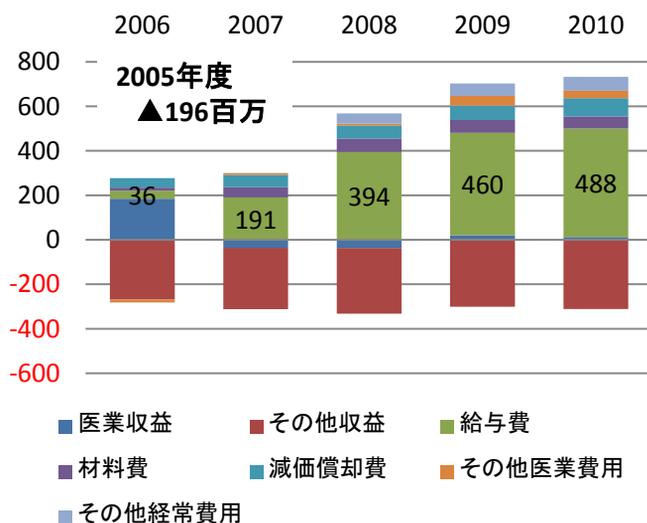
右図は、各事項の経営改善への寄与度を示すものですが、収入は、ほぼ横ばいで、給与費を5億近く削減・補助金等を2億強削減しています。

こうした変化は、経営危機を実感し、提供体制の構造変化に踏み切ることを決意した院長以下の病院スタッフの努力の賜ですが、もし、この病院の赤字を解消するために、報酬改定や補助金投入増を行ったら、こうした結果は生まれなかったはずです。

構造変化を促す必要のある精神医療の分野に、赤字を理由に、安易に一律の改善措置を講ずると、こうした変化は生じません。

ぜひ、財源投入するにしても、変化すべき先のサービスに投入して欲しいものです。

国立病院機構 H精神科病院(百万)



＜なぜ、自治体病院は改善しないのか？＞

医療経済実態調査の病院の「見かけ」の経営状況の悪さは、前回は、そして今回も、その根源はほとんどが自治体病院の経営管理の悪さに起因しています。もし、これを理由に、医療保険財源を投入すると、特に非効率な自治体病院の体制を、そのまま温存することになり、かえって医療体制の弱体化を招くこととなります。

そもそも、なぜ自治体病院は改善しないのでしょうか？

2か月ほど前に、東京近県のある自治体病院（2病院で120億の医業収益で、毎年40億の繰入れ＋4～5億の医療機器等の購入に市税金を投入）の幹部の方を対象に講演を行いました。その講演資料は研究所HPに掲載していますが、熱心な病院管理部門の方の依頼により引き受けたものでした。この講演の副題とした「過保護な子供は育たない」これが自治体病院が改善しない根源と考えています。民間も含め、病院共通に抱える問題のほか、国公立では、次のような問題を抱えています。

- ① 組織内で要求と補填の文化（苦しい理由を外に求めれば助けてもらえる環境）
- ② 組織内に経営者が不在（①の環境下で、自分で考え行動する「経営者」が出てこない）
- ③ 医療資源の多い地域に立地する自治体病院は、そもそも存在意義自体が不明確

また、国立グループと講演した市立病院との対比では、次のような外部・内部の環境の違いもあり、管理部門の一部の人のやる気とは別に、講演対象となった2病院の幹部の皆さんは、概ね「迷惑」そんな感じと見受けました。各病院の幹部が、自分の病院において、数が多い疾患名すら知らないことは驚きでした。自分達のやっていることを、振り返らないということです。

こうした自治体病院の経営改善は、「贅沢に慣れた人を、一生懸命働くようにするのが難しい」と同じことです。甘えたくても甘えられない環境に置くしかありません。

国立グループ	当該市立病院
当初国から「自分でやれ」と突き放された ⇒ 交付金は一種の手切金 （退職金の積立不足相当）	市の行政当局の意向は何か。どこまでノルマがあるのか？ ⇒ 目標が不明確？（今回20億削減が目標に）
直営時代、病院は、頑張っても欲しいものは、何も買えなかった ⇒ 元々 自由が欲しかった	今、病院で不足するものは あるのか？ ⇒ 毎年 40億の交付金以外に 4～5億の医療機器購入にも税金投入
経営改善は自分のためとの 意識が強く持てた。 （持つように仕向けたとも言えます）	何のための経営改善なのか 意識は統一されているのか？

もちろん代替資源がない無医地区等で人材も限られながら頑張る自治体病院もありますが、実際には、そうした病院は数が少なく、多額の交付金を必要とする大きな赤字の自治体病院は、代替資源の多い都市部（地方の中心等）にあることが通常です。この市立病院などは、その代表例です。

このように、調査統計数字をざっと見るだけで、病院不採算の主要因は自治体病院であることが一目了然なのですが、それを知ってか知らずか、前回はプラス改定がなされ、自治体病院以外も、その報酬改善の恩恵を受けました。民主党政権誕生後、地方交付税算定の改善など、明らかに支持母体の自治労組織の基盤である自治体病院を重視する姿勢が強まっていることは事実ですが、今回は、財政派＝野田総理＋政策仕分け × マニフェスト派＝小宮山厚労大臣＋診療団体の様相です。さて、選挙風の吹く中、どうなることでしょうか？ 選挙対策として、また医療崩壊等の、明確な根拠のない理由で、診療報酬改定率が決まることだけは、避けて欲しいものです。

ヒューマンケア・システム研究所
代表 北川博一