

＝国立病院機構の平成 23 年度決算を読み解く(その2)＝

今回も、前回に続いて、国立病院機構の平成 23 年度決算からです。

国立病院機構(NHO)のように、複数病院を抱える公的病院グループはいくつもありますが、それらとの比較で言えば、NHO の特徴は、本部を中心とする「協同」の取り組みと、それを支える「内部金融」の存在です。

今回は、そのグループ経営の特徴 及び 資金面からみた各病院の経営状況について考えてみます。

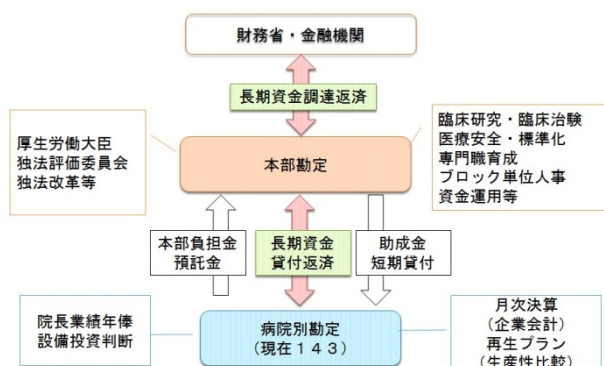
＜NHO 本部は、サービス改善ノウハウを持つ銀行＞

NHO 本部は、他産業で言えば、「開発部門」を持っていることが一つの特徴です。具体的には、中央医療安全管理委員会、EBM推進研究、総合研究センター(臨床治験、診療情報の分析・調査等)などです。

※EBM とは、Evidence-based medicine の略であり、実証された根拠に基づく理に適った医療という意味。

多くのデータを解析して、どのような場合に、どのような治療が最も効果的かを探ることで達成される。

国立病院機構の本部（ブロックを含む）機能



このうち、中央医療安全管理委員会を紹介します。

NHO は、大学病院等とならんで、ヒヤリ・ハット事例等を、日本医療機能評価機構(評価機構)が行う医療事故情報収集等事業に必要な情報を提供することが求められており、平成 23 年度では、評価機構における報告義務対象医療機関からの報告のうち約4割が NHO からの報告となりました。

NHO 本部に置かれる中央医療安全管理委員会では、この報告を単に評価機構に提出するだけでなく、その情報を自ら解析し種々の取り組みにつなげています。国病機構として、事例紹介等をする医療安全白書の作成・公表、転倒・転落を防止するアセスメントシートの作成、病院間で安全確保体制の相互レビューを進めるためのチェックシートの作成、長期療養患者の使用する人工呼吸器の標準、人工呼吸器不具合情報共有システムの運用など、各 NHO 病院の安全対策の水準を高めるための取り組み(一種の商品開発)を進めています。

こうしたグループとしての「サービス開発の協同」の取り組みは、他の病院グループでは、あまり行われておらず、各病院での取り組みに任されています。どちらが、より効果的で効率的か・ 皆さん いかがお考えでしょうか？

さて、この「協同」の取り組みを支えるのが、本部負担金というグループ共通の財源の存在です。現在は、各病院の営業収益の 2.4%、総額約 200 億円の規模です。すべての病院が負担します。グループ加入に伴う一種の税金です。

この財源を活かして、上記のようなサービス開発のほか、人材確保・育成の費用、特殊な医療を行っている病院への助成のほか、経営が厳しい病院への資金貸付などを行っています。

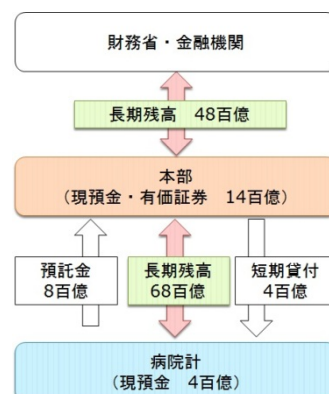
こうした大規模な取り組みも他の公的な病院グループではありません。

なお、本部負担金は、本部・ブロック職員の間接部門の給与費を賄うものではないというのが、NHO での一貫した整理です。病院から見れば、自分で稼いだカネを、「本部に吸い上げられる」という被害者意識になりがちです。そうならないような明確化が必要だったからでしょう。しかし、その結果、本部・ブロックの給与費を、「どう稼ぐ」かが、NHO の経営リスクにもなっています。

また、これと並行して、右図のように大規模な内部金融の仕組みを作り上げています。

NHO の対外的な長期債務は 48 百億ですが、NHO 内の内部金融では、病院の長期債務は 68 百億(各病院の債務額を合計)であり、その差額分は、理屈の上では、病院から預かっている預託金 8 百億強と本部資金で賄っていることになります。

これが、前回の通信で書いた、対外的な長期債務が急減している背景です。対外的な債務を減らし、内部資金を活用して、病院の長期資金需要(建設投資・設備投資)に応えているのです。資金調達を工夫して貸付を行う、この面では銀行機能を果たしています。

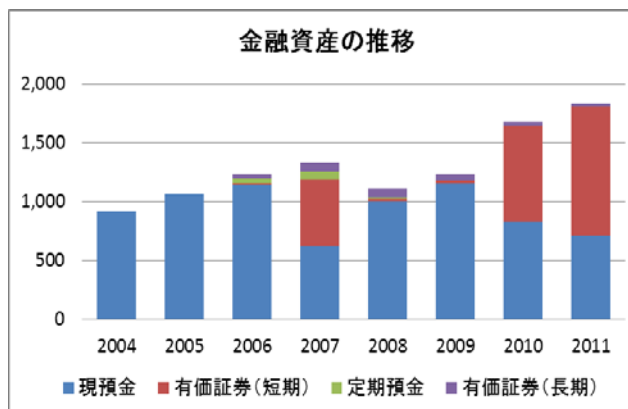
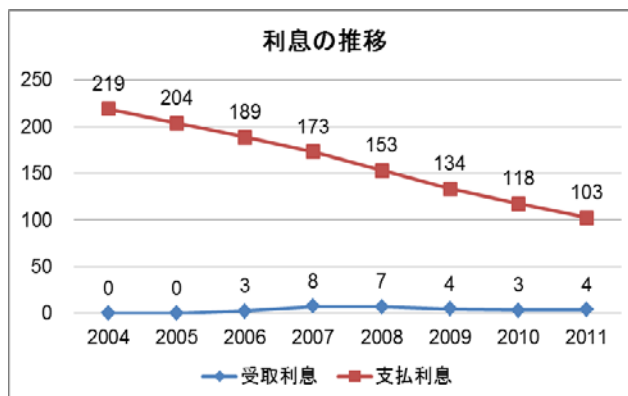


＜法人全体の資金状況の推移＞

まず、対外的な長期借入に関して、外部に支払利息は、2004年度の219億から、2011年度の103億へと、半分以上に減少しました。2004年度から2011年度にかけての経常損益改善額約600億の1/6を占めており、この大規模な内部金融による対外的な長期債務減少＝支払利息減は、極めて大きな効果をもたらしています。（右上図）

また、法人全体で保有する金融資産は、2004年度末で約900億でしたが、2011年度末では約180億円と2倍の規模になりました。これは、NHOとしての経営改善努力だけではなく、民主党政権下における追加出資（耐震強化を名目とする建替資金の出資等）によるものです。（右下図）

毎年の金融資産の構成の変化を見ると、概ね2年度ごとに変化していることもわかります。不思議なもので、概ね歴代の財務部長の在任時期と一致しています。ちなみに、私の在任期間は、2006・2007年度に該当しますが、当初の2年間で、ほぼゼロであった受取利息（運用利息）を8億まで引き上げることに成功しました。



狙いとしては、もちろん経営改善に資する運用利息の拡大ですが、中心は、本部の資金担当者の意識を高めて、各病院が普通口座に寝かせていた資金を、極力、本部に集めて、有効活用するということでした。その結果、2008年度では、その資金を建設投資等の貸付資金に充当する一方で、外部借入を中止することで、対外債務の圧縮に成功しました。それは今でも続いています。

こうしたことは、他の公的病院グループでも可能なはずなのですが、病院の「自分で稼いだ資金は自分のもの」という「意識の壁」が強く、ある病院には過大な資金が眠っている一方で、他の病院では設備投資資金にも、事欠くという不思議が状況を現出しています。

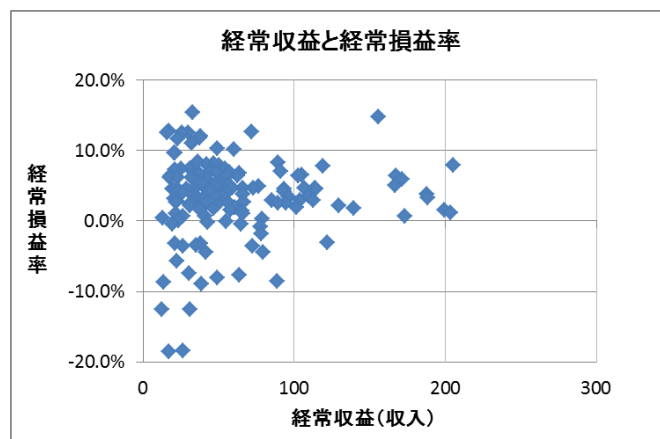
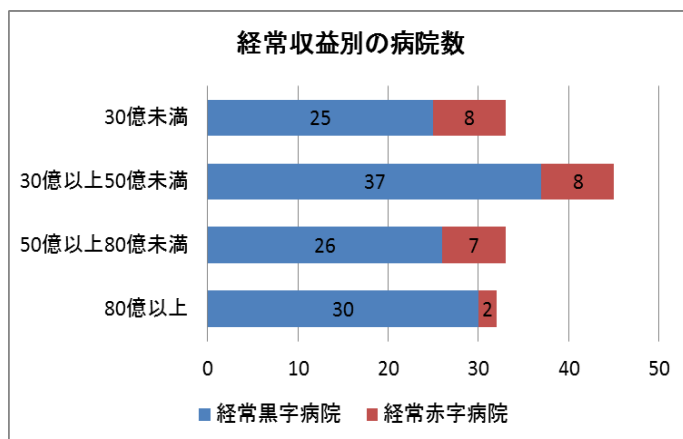
NHOのような内部金融を作り出せれば、利息の面でも、経営不振の病院の改善の面でも、相当の効果があると考えられます。全く、もったいない話です。合理的な経営を阻むものは、常に「人の意識」です。

＜病院の単年度の経常損益と中期の経営状況＞

NHOの144病院（会計区分は143・2病院1組織という形態で経営改善を進めるものあり）の経常損益率でみると、2011年度では、全体の約1/6に相当する25病院が赤字です。

一般的には、収入を増やすという経営改善が行われますので、収入規模が大きなものほど、経営状況が良いかといえば、決してそういう訳ではありません。確かに、経常収益が80億以上の病院群では、赤字はわずか2か所ですが、80億未満では、どの区分でも2割以上は赤字となっています。

その状況を詳細にみる（下左図）と、個人的に、「一時的な赤字の許容範囲」と考えている△5%を下回る病院は11病院であり、それは小規模なものほど多くなります。小規模なものは、赤字の比率が高くなる傾向＝不安定経営になりやすいことは、間違いのないようです。

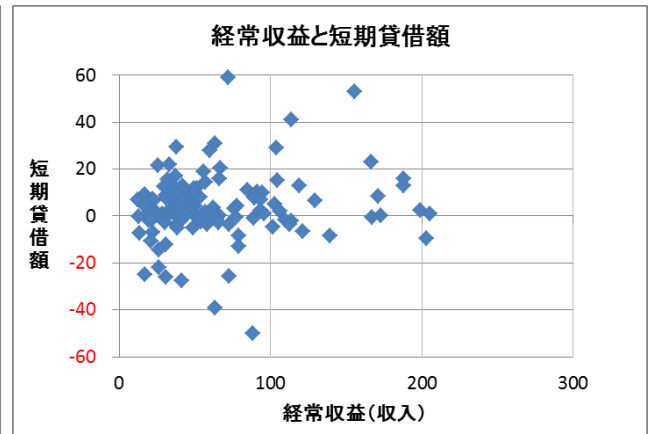
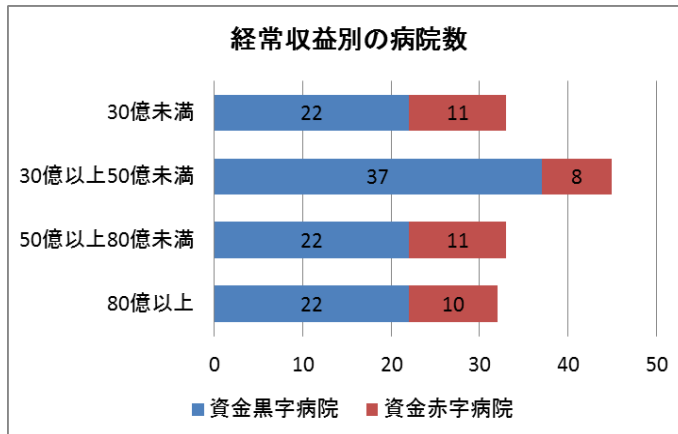


一方、NHO の各病院の中期的な経営状況は、病院の短期貸付・短期借入の状況を見れば、概ね、わかります。

各病院は、直接、外部から資金調達ができませんので、本部との貸借になります。良い経営状態が続く病院は本部への短期貸付が多く、悪い状態が続く病院は本部からの短期借入が多くなります。

さて、経常収益別の資金状況をみると、経常損益率との比較では、資金赤字病院数の数が増えます。特に、80 億以上の経常収益（収入）の区分での資金赤字病院が多くなります。これは、大規模病院で、国時代に過剰な投資を行った結果、長期債務の返済ができず、結果として短期債務に振り替わっている病院が多いことに起因します。

これ以外に、資金赤字病院数が、経常赤字病院数を上回る理由は、かつて経常損益が赤字続きであったが、最近、経常損益が黒字化したばかりであるため、過去の資金赤字分を解消しきれていない病院があるからです。なお、この問題は、NHO 後の改革で建築価格の低下に成功（コラム Personal History Episode11～15）し、全面建替病院の長期債務残高は 100 億を超えなくなった今では、新規に起きることはなく、NHO では、国時代の過去債務の清算の話となっています。



<短期貸借額と長期債務比率・経常損益率との相関>

まず、短期貸付額の多い病院は、通常、本来の医療提供に係る診療業務損益率（支払利息等は含まれない）が高く、長期債務比率が低くなります。単純に言えば、「本業がしっかりしていて、借金も少ない健全経営」です。（右上下図）

例えば、短期貸付額が 30 億を超える 4 病院（香川小児・熊本医療・岩国医療・長良医療）は、いずれも、この両方の条件を満たします。特に、熊本医療は、全面建替も終えての、この実績ですので、現時点では、NHO の中で、最も経営的に成功していると言えます。一方、岩国医療については、建替え前の長期債務が少ない段階で、経常損益率 5%程度でとどまっており、少々心配です。間もなく終了する病院建替後において、どのような状況になるかが注目されます。

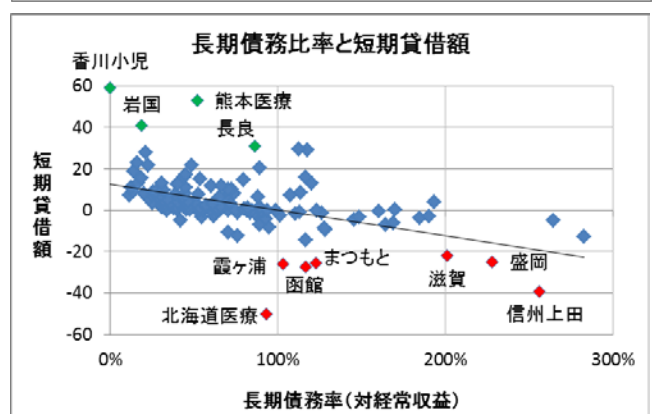
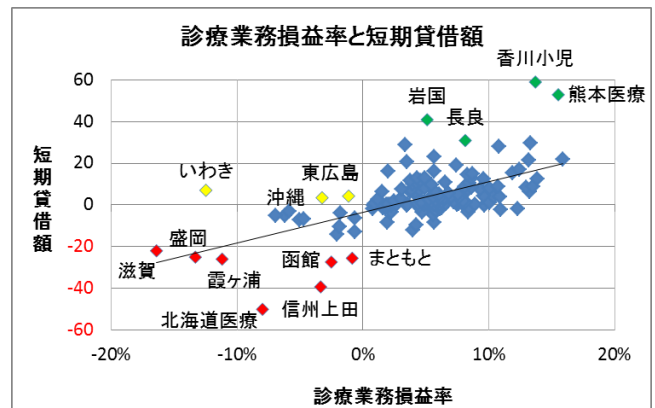
また、短期貸付があるにも関わらず、診療業務損益率がマイナスの 3 病院（いわき、沖縄、東広島）は、最近、急速に経営状況が悪化した病院です。

いわきは、福島の原因問題の影響を受けていると思いますが、他の 2 病院は、病院の基礎的な状況が大きく変わったか、建替等で混乱が生じた可能性があります。問題が小さいうちに、本部・ブロックの介入、他病院の協力で改善することが必要と考えられる病院群です。

一方、短期借入額の多い病院は、本業がダメか、借金が多すぎるかのいずれか、又は双方の条件に該当します。

短期借入額がある＝中期で見ての資金赤字病院は 40 病院ですが、そのうち短期借入額が 20 億を超える病院は 7 病院（北海道医療、信州上田、函館、霞ヶ浦、まつもと、盛岡、滋賀）です。

これらの病院は、本部負担金によるグループ内の短期貸付があってもはじめて存続していると言えます。単体でいるよりは、長く存続できましたが、いつまでも現状のままで存続できる訳ではありません。



2006 年度に始まる改善期以降の7病院の動きを見ながら、これらの病院の将来を考えてみます。

(1) 債務(長期短期計)が、診療業務収益の概ね3倍以上の病院群

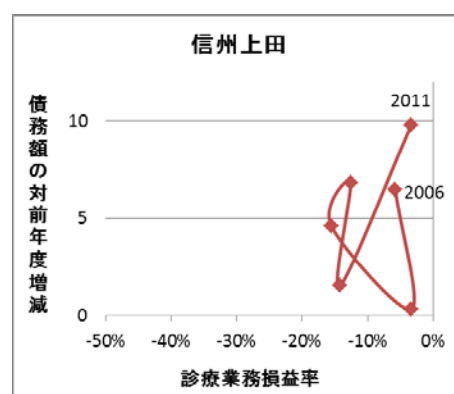
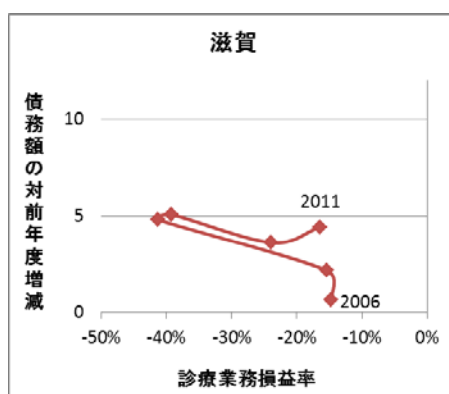
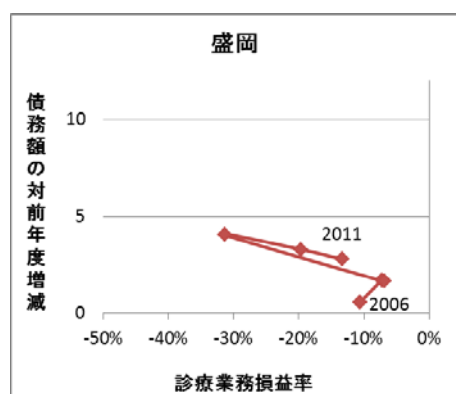
この群に該当するのは、いずれも国時代に過剰投資をした盛岡、滋賀、信州上田の3病院です。

この群は、ほぼ、債務を自己の売上だけで返済するのは無理であり、どこかの段階で、病院の廃止か、病院の長期債務額の一部圧縮(債権放棄)や返済期間の変更などの財務的な措置が必要となると考えられます。

さて、この3病院は、2009年度の積極投資期においては、いずれも改善傾向にありますが、本業(診療業務損益率)でみると、盛岡も滋賀も改善していますが、いずれも2006年度段階に戻っておらず、毎年4~5億の債務増になっています。2013年度の第2期中期計画終了までに収支均衡=債務が増えない状態になるか注目されます。これを達成できないと計10年間たっても最低限の自立ができないのですから、廃止という選択肢が現実のものになります。

一方、信州上田が最も改善していますが、2011年度では医療機器等の設備投資によって借入金が増えたものと考えられ、この投資が、2012年度に効果を出すか、元の稼働の悪い重投資病院に戻るかが、今後の存続の鍵です。

仮に、2013年度までに、本業が収支均衡すれば、存続のため、債務圧縮等の財務処理の実施が適切でしょう。

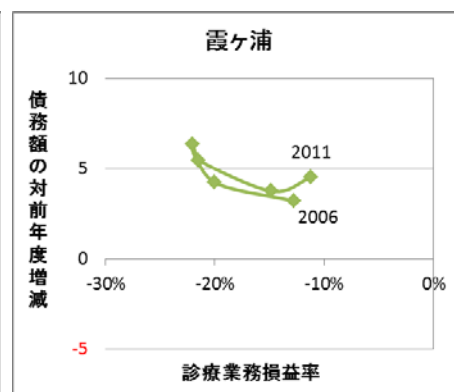
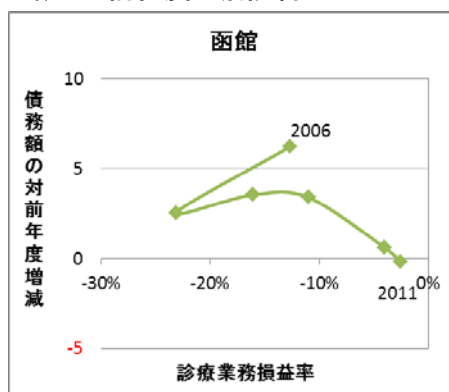


(2) 債務(長期短期計)が、診療業務収益の概ね2倍程度の病院群

この群に該当するのは、函館と霞ヶ浦の2病院です。

改善期では、いずれも4億程度の資金不足=借入額の増でしたが、5年を経て、函館は概ね収支均衡、霞ヶ浦は、ほぼ同じ状態に戻ると、大きく結果が分かれました。

霞ヶ浦については、このまま放置すると、(1)のグループになる可能性大のため、廃止を含めた検討も必要でしょう。改善傾向の出ないものを存続させるのは、法人全体の大きなリスクになります。

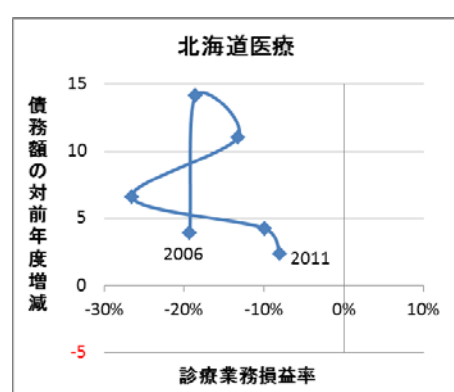
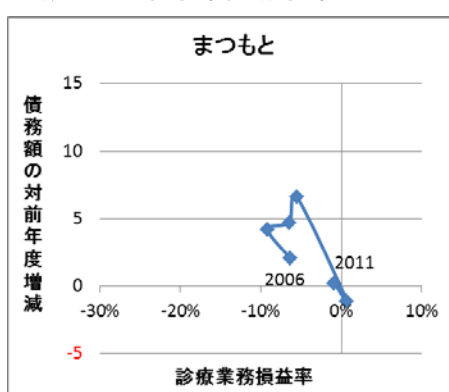


(3) 債務(長期短期計)が、診療業務収益の概ね1.5倍程度の病院群

この群に該当するのは、まつもとと北海道医療です。いずれも債務総額は100億を超えており、資金改善の問題については、早急な判断・対応が求められる対象です。

いずれも2009年度に、それぞれ2病院1組織、2病院統合新築の組織編成の見直しがありました。

右図の数値は、2008年度までは2施設の合計、北海道医療は病院新築の新規借入分を除いていますが、まつもとは早期に均衡状態になり、北海道医療は、これからという状態です。



ちなみに、まつもとは、院長交代と収支均衡の時期が重なっており、経営層の刷新が経営改善につながっています。「仕組みを変えてトップも変更する」という経営環境の変化が病院組織を活性化するという典型的な例でしょう。

さて、北海道医療も本年度に院長交代がありました(コラム Personal History Episode20)が、これまでの経過もあり、どうなるか個人的には注目しているところです。

ちなみに、私の予測は、まつもとと違って、経営自立までには 数年以上かかるのではないかと思います。その予測が当たるかどうかは、来年の今頃にわかります。当たっても外れても楽しみなところです。

<当面のNHOの注目点>

現在、NHO とは距離を置きながら どうなるかを見守っている状態ですが、これから2年が、機構がどうなるかが決まる重要なポイントです。

注目している点は、

- ① 中期的には、組織の非公務員型、民営化という 更なる体質変化が実現するか、
- ② それを起爆剤に、日本の医療の標準化・効率化という面での一層の切込みができるか
- ③ 短期的には、先送りしてきた重症心身障碍等の専門病床に配置すべき介護職員の増について、その充実を急速に図ることが求められたことから、それにより、サービスの質と経営結果がどうなるか
- ④ また、DPC(診断群別の包括払い)を採用する病院も、その分化が制度的に始まり、区分の低いものが多いNHOで、どのような成長が図られるか
- ⑤ 仕組みでは、グループ経営における「個別の力」と「協同の力」の組み合わせを どのように変えて行くのか、
- ⑥ 本部・ブロックの間接人員が、大組織の官僚とならずに、どのようなプロセスで いわば病院にノウハウを提供できる有能なコンサルタントに成長していくか

といったことです。

いずれも難しいこととは思いますが、クリアすべき課題がないと、人も組織も成長しないものです。

日本人の組織は、融和を重視しますが、それでは活力は出てきません。ぜひ、内部での厳しい議論と実証的なトライアルを続けて欲しいものです。

これは NHO に限らず、医療・福祉の事業体の内部管理に全て共通します。

私も、今の自分に安住しないように、日々、知識・スキルを高めていくよう過ごしたいものです。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一