

＝国立病院機構の平成 23 年度決算を読み解く(その1)＝

かつて所属していた国立病院機構(NHO)の平成 23 年度決算が、下記の NHO のホームページに公表されました。こうした形で、法人全体及び個別の病院の決算状況が 詳細な勘定科目で公表されることは、今のところ稀です。

私自身は、前回の通信のように、保険料・税の強制的な財源で賄われる主体は、その経営結果を、行政に届け出るだけではなく、自ら社会に公表して、その評価を問うことが必要だと考えていますが、こうした取り組みが、他の公的病院グループはもとより、民間病院でも広がることを願っています。

患者、利用者側も、病院・施設等を選ぶ一つの情報として重視することが必要です。ただ、赤字の病院・施設が良心的な経営をしているなどと、誤解しないようにしてほしいのですが・・・

さて、今回及び次回は、この国立病院機構の決算から経営動向を分析したいと思います。

まずは、法人全体の分析からです。

<NHO のホームページ>

<http://www.hosp.go.jp/12,0,74.html>

<国立病院機構は 144 病院の集合体>

国立病院機構(NHO)は、2004 年 4 月 1 日に、国の直営事業から独立行政法人に経営体制を刷新して、事業再生を始めた組織です。法律上は、「医療の提供」「医療に関する調査及び研究」「医療に関する技術者の研修」「その他附帯する業務」を行う組織であり、現在、144 か所の病院と本部(6 か所のブロック事務所含む)で構成されています。

当初は、146 病院で発足しましたが、1 病院は廃止(コラム Personal History Episode8)、2 病院は 1 病院に統合(コラム Personal History Episode20)した結果、現在は、144 病院に減少しました。それでも病床数は約 5.6 万床、職員数は常勤 5.3 万人、非常勤 1.1 万人と、非常に大きな組織です。

しかし、日本の医療産業に占めるシェアという目でみると、病院数では全病院数の約 2%、病床数では全病床数の約 3%、病院職員数では、約 3%、病院医療費(保険分)の約 4%を占めるに過ぎません。他産業分野と比較すると、いかに、中小零細の主体(1法人1病院など)が多いかがわかると思います。

この中小零細が多いという構造が、医療経営を不安定にやすく、また医療費の構造を非効率的にしているというのが私の考えです。個々の病院は頑張っているつもりでも、実際には、非効率的な状態を解消できないということです。自動車産業では、販売面ではライバルでも、部品等の調達では協調していますが、医療ではそうした動きもありません。

国立病院機構の存在意義は、その立場により、いろいろな主張・見方がなされますが、私自身は、病院経営におけるグループ経営・管理の手法を確立するための「実験場」と考え、その視点から、何かと工夫していました。

<事業管理の仕組みと その発想>

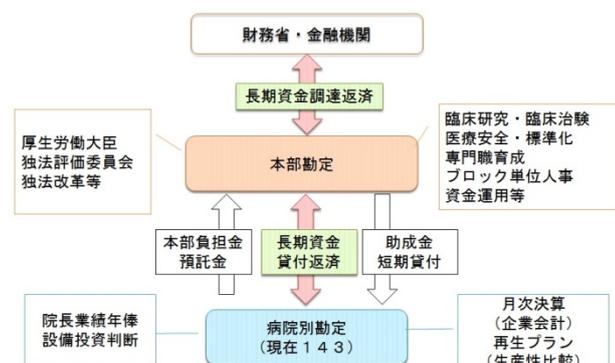
国立病院機構の管理体制は、国時代の許認可を中心とした上下関係による体制から、病院個別で頑張る事項と病院共通で取り組む事項を区分して、後者を本部という仕組みを使って効果的に実践するという、「個別と協同」の体制に変わったと言えます。

「個別」の部分については、経営結果が良いものには、経営層の年俸や医療機器の投資枠を増加させるなど、より意欲や経営自由度を高める一方で、経営結果が悪いものは、逆に抑制するなど、経営結果につき、経営層や組織に対し、明確な「信賞必罰」のルールを適用します。一律平等は、かえって不平等という発想です。

「協同」の部分については、個々の病院の取り組みでは限界がある「臨床研究・治験」「医療安全・標準化」といった商品開発的な業務、「人材確保・育成」などのヒトに関する業務、「設備投資・物品購入」などのモノや、「資金調達・融資」などのカネの費用対効果を高める業務を、本部という組織を使って、様々な試行的な取り組みを展開してきました。法人のブランドを作り、規模の利益を活かすという発想です。

こうした取り組みは、他産業では、当然のことなのですが、他の病院グループや医療関係者に講演をしても、なかなか現実のものとして受け止めてもらうことは難しいようです。私自身は、この「協同(グループ化)」という行為が、事業体としての機能を高め、それを通じて、若者の保険料や税金の負担増を ある程度は減らすことができると考えています。

国立病院機構の本部(ブロックを含む)機能



<国からの交付金なしでも黒字の水準に・しかし経営状態は減速>

国立病院機構が発足した初年度にあたる 2004 年度は、収入・費用・長期債務 75 百億の結果でした。(下左図)

それ以降7年を経て、2011 年度においては、収入は 89 百億、費用は 85 百億、長期債務 48 百億となり、長期債務の劇的な減少が目立っています(その理由は次回に)。

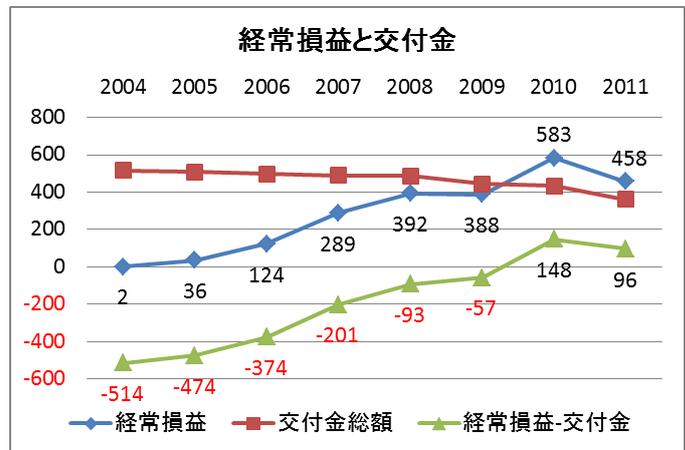
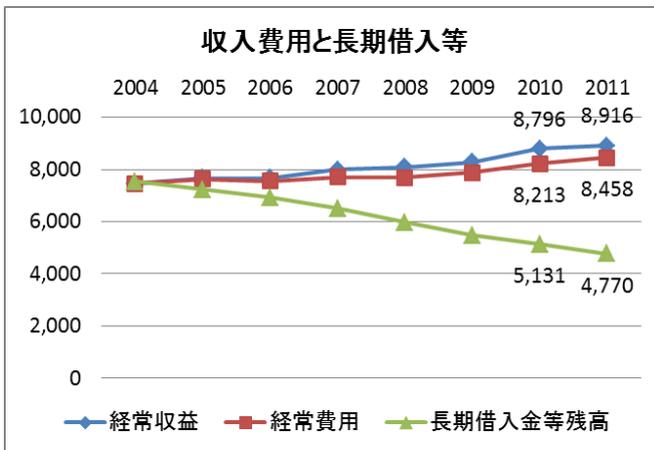
その結果、経常損益は、2004 年度の 2 億円の黒字から、2010 年度では 583 億のピークに達しましたが、2011 年度では 458 億へと、黒字幅は、▲125 億減少しました。(下右図)

しかし、国立病院機構は国からの交付金(税金投入)を受けていますので、この分を除いた実際の経営実績をみる必要があります。

交付金総額は、当初 500 億を超えていましたが、2011 年度では 361 億まで減少しました。2011 年度の交付金の内訳は、診療・教育分野で 10 億(全収入の 0.1%)、研究分野で 30 億(全収入の 0.3%)、国時代の退職金の積立不足分の支払いなどで 320 億と、ほとんどが「国時代の過去債務の清算」に係るもので、正確に言えば、収入というよりは、「NHO が国に対して保有する債権の支払」に相当するものです。

さて、この交付金分(国との債務清算分を含む)を、経常損益から引いたものが、現時点での民間病院との比較では公平ですので、その目で見ると、2004 年度では△514 億円の赤字だったものが、**2010 年度からは黒字に転じました**。さらに、正確に言えば、NHO では固定資産税・都市計画税は支払っていませんので、この分の概算額 80~100 億を除いても、2010 年度以降は、概ね収支均衡となりました。当初目標の経営自立は果たされたと言えます。

NHO 前理事長の矢崎氏が主張していた「民営化」の経営的な基盤は、確立していると言えます。もちろん、国時代の債務清算分の交付金は、実質、債権の回収ですので、この分の支払いを受けることは当然でしょうが……



NHO の決算は、診療業務、教育研修、臨床研究等の部門別の決算になっていますので、その部門別の推移をみると経営改善の変化が見えます。(下右図)

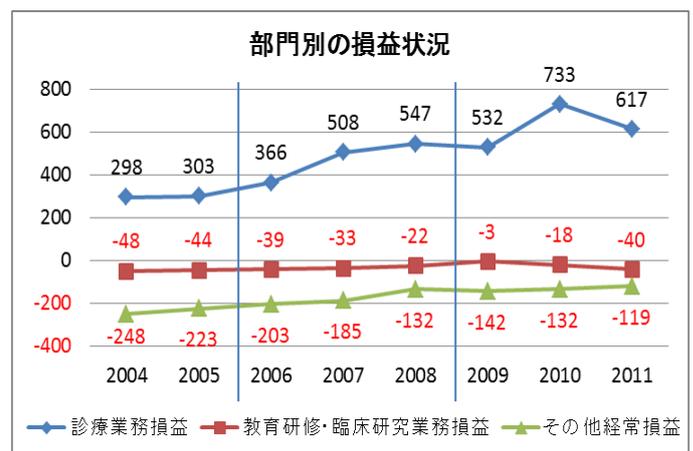
診療業務損益(病院の経営結果の合計を示すもの)の動きから、NHO の経営改善は、概ね 3 期に分けられます。2004・2005 度の基盤期、2006~2008 年度の改善期、2009~2011 年度の積極投資期です。

基盤期は、診療業務損益の少しずつの改善もありますが、その改善の内容は減価償却費の減が主要因であり、病院自体での改善は、結果は出ていなかったと言えます。その期間は、本部の一般管理費の減等による、その他の部門での費用減が支えていたと言えます。まず、間接部門の改善を図ったということです。

改善期は、診療業務損益の大幅な改善があり、基盤期より 200 億程度の水準向上がありました。基盤期での各病院での取り組み、再生プランなどの本部の展開が実を結んだと言えます。一方、他の 2 部門でも一定の改善があり、総体として、大きな改善結果を出しました。

積極投資期では、改善期の改善を基礎に、人材数、医療機器投資等を積極的に進め始めた時期です。2010 年度では、病院に有利な診療報酬改定があったことを背景に大幅に診療収入が増加し、改善期より 200 億の改善を上積みできましたが、2011 年では、診療業務損益は減少しました。

経営としては「初めて減速した年」になりました。



<診療業務損益の減速の理由は何か？>

さて、問題は、なぜ診療業務損益が悪化したかです。

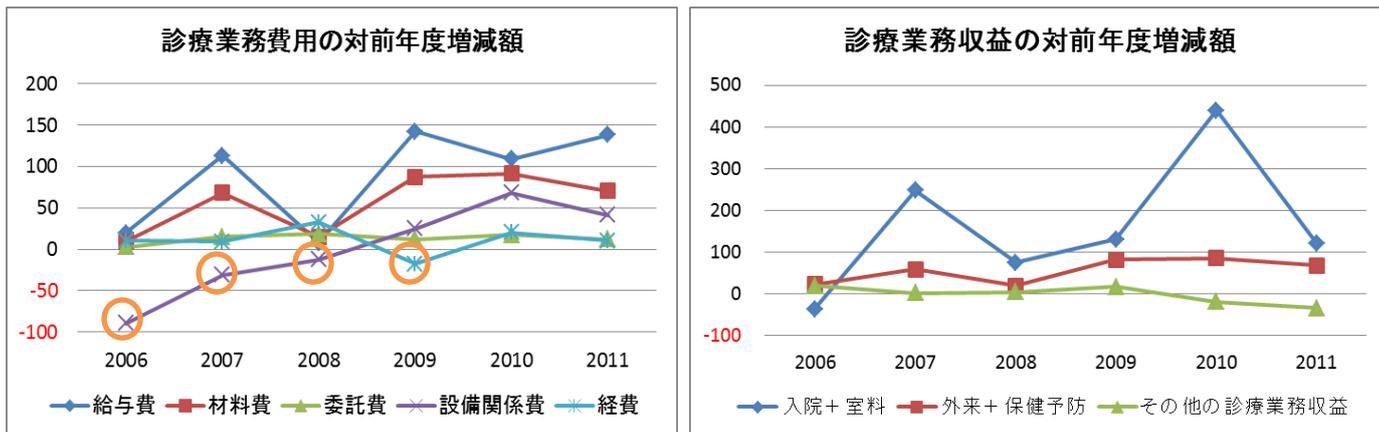
問題は、どうしても入院収入の増額幅の減少・交付金の減少などの収入の変化(右下図)に目が行きがちですが、実際には、診療業務費用の動向の基調が変わった点(左下図)にあります。

左下図は、主要の5つの費用について、対前年度の増減を示すものですが、2006～2008年度の改善期には、設備関係費が一貫してマイナスであり、積極投資期の初年度の2009年度でも経費はマイナスでした。

これらの存在と、給与費・材料費等の増とが相殺され、費用全体の伸びが小さくなり、概ね、収入増の範囲内に費用が収まっています。しかし、2010年度以降は、全ての費用が対前年度で増加しています。

2010年度は、診療報酬改定もあり、対前年度で大幅に収益改善となった結果、この問題は見過ごされましたが、2011年度では、入院・外来の対前年度収入増は例年並みになり、さらに交付金等の減があって、この費用増を収入増で「飲み込む」ことができずに減益となりました。

本来であれば、費用増を抑え込むために、法人として新たな戦略があつてしかるべきだったのでしょうか、好業績の中で、取り組みが遅れたのではないかと見ています。良い時ほど、次につながる新たなことを考えるのが大事です。



(1) 職員数等の動向

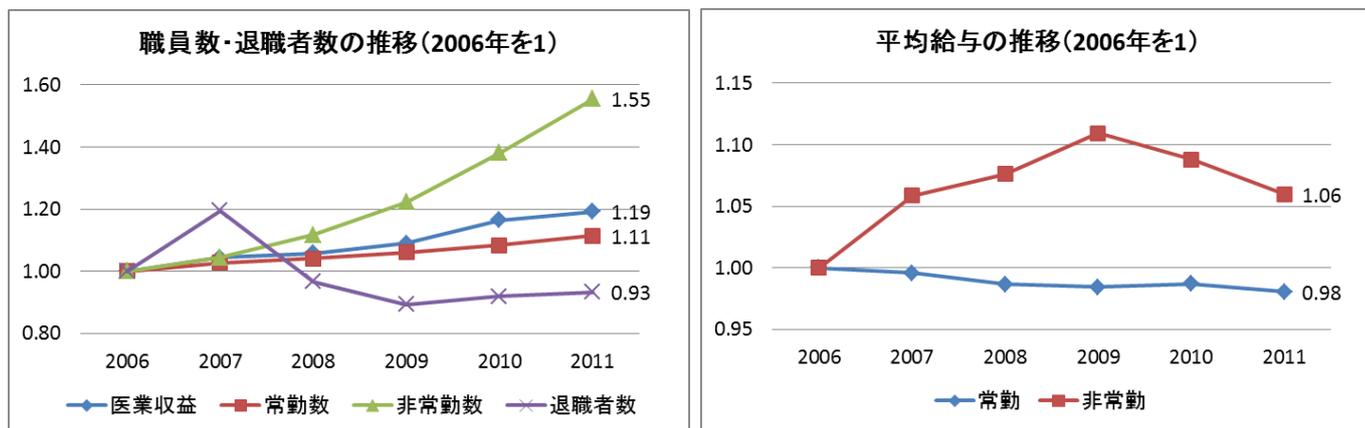
改善期以降の職員数については、常勤は医業収益の伸びの範囲内であり、職員数の増が経営を圧迫している訳ではありません。また、退職者数も、就職後における教育体制の充実などにより、減少傾向に転じ良い傾向です。

しかし、非常勤は5割を超える伸びと、非常勤への依存度が高まっており、将来的には、サービスの安定供給面での懸念があります。また、平均給与も新規採用の増加から、2010年度以降、常勤も非常勤も下降傾向にあります。

こうした非常勤シフト、平均年齢の低下による平均給与の低下は、いつまでも続くわけではなく、近い将来には、常勤の比率が高まり、平均年齢も上昇を始めることが確実です。その段階では、給与費の上昇が急速に始まりますので、大きな経営リスクとなります。これと並行して、退職金の支給総額も増え、資金繰りも考えることが必要です。

どの時期に、その段階を迎えるかは、公表されている資料では不明ですが、その時期を念頭に置きながら、更に年齢より職能を重視した給与制度への移行、今は公務員準拠となっている退職金制度の変更をすることが必要と考えられます。

こうした年齢構成に影響を受けない人事・給与制度への不断の見直しは、NHOに限らず、今後、収入単価の伸びが期待できない、医療・福祉分野の全ての事業体に共通することです。



(2) 材料費等の動向

給与費に次いで費用額の多い材料費は、給与費と異なり急速に増加しています。

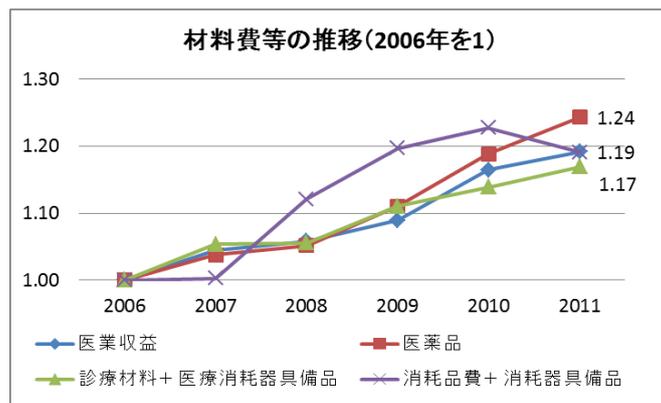
まず、医業収益に比べて、医薬品が急速に伸びています。伸びている理由には、抗がん剤使用・新薬使用などの要因もあるのですが、一方では、使用医薬品の絞り込みとブロック別の一括購入という、NHO 独自のものとして採用した手法の効果が薄れてきたということと考えられます。従来の手法を基盤として、購入額の多いものは、メーカーからの直接購入などの流通コストをより一層効率化する方法論の検討も必要な段階なのだと思います。

次に、診療材料・医療消耗器具備品も、医薬品ほどではありませんが、やはり高い伸びを示しています。

これらの費用は、主として急性期病院で高額になるものですが、NHO では重症心身障害や筋ジストロフィー患者などの長期入院患者も多いことから、急性期病院に限ってみれば、診療材料費等は医業収益の伸びを上回っているのではないかと推測されます。この診療材料等の分野では、NHO でも医薬品のような共同調達などの手法は、限定的に実施されているだけです。ここは「協同」ですべきことが、まだ沢山ある分野です。

また、材料費ではなく経費に計上される消耗品・消耗器具備品も、医薬品並みに伸びています。これも診療材料等と同じく、「協同」でできることが沢山あります。たぶん、診療材料等より、もっと簡単にできるはずです。

診療材料等と消耗品等をあわせると NHO 全体で 820 億。仮に 10%削減に成功すると、それだけで 82 億。交付金減による効果を除く、経常損益の減益額を上回る効果額です。そこにカネが眠っているように思えてなりません。



(3) 建設投資・設備投資の動向

病院の主要コストの3番目である設備関係費も増加傾向にあります。

まず、建物については、「質(面積)・単価・速度」の3つの視点から展開した「営繕業務改善」の効果もあり、積極投資に転じた現在でも、その資産額の伸びは少なく、経営全体に与える影響は少ないようです。直営時代に、高い値段で作った建物の存在のお蔭で、年間の減価償却費の減が大きく、積極投資をしても、価格が安くなったことから、減価償却費の範囲内の増にしかならないという「良い循環に」あるからです。

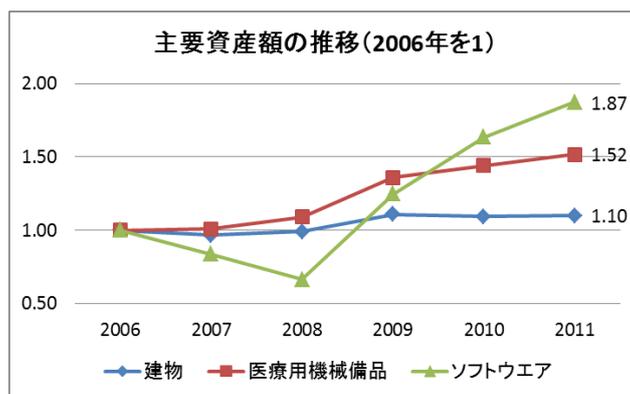
一方、医療機器やソフトウェアは、全く違う状況にあります。

建物のように償却期間が長くないことから、積極投資による資産増の結果が、そのまま減価償却費の増につながります。

右図では、医療機器(医療用機械備品)は、2006年度段階の1.5倍、ソフトウェア(電子カルテや請求処理ソフトなど)は1.9倍になっていることが、わかります。

これらの投資が、新たな収入増加・費用削減を生み出せば良いのですが、なかなか、そううまくは行きません。特に、医療機器を増やすと、それを動かすための職員も増え、仮に、それを利用する患者数が、当初の目論見通りにならないと、機械と職員双方で、大きな赤字を出します。

そのリスクを低減するには、まずは購入単価を低減することです。医療機器については、大型の放射線機器に関しメーカー直接の共同入札をNHOでは進めています(コラム Personal History Episode20)が、それ以外では、「協同」の取り組みは限定的です。診療材料等とあわせて、そこには、大きなチャンスがあるとみています。



現在、東北北海道ブロックで、医療機器の購入や、診療材料・消耗品等の購入に関し、それぞれ複数病院で共同調達する枠組みを検討中と、ブロックの統括部長(昔、厚労省で一緒に仕事をした人)から聞きました。彼が、病院の中に潜む「私はこの材料でなければならない！」との「意識の壁」をどのように打ち破り、調達改革に成功するかを注視しているところです。

また、こうしたトライアルは、設置主体が異なっても調達面での協同はいくらでもできるはずですので、近未来に、NHOと民間病院の協同調達を見たいものです。