

## ＝2012 年度 国立病院機構の経営結果(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。

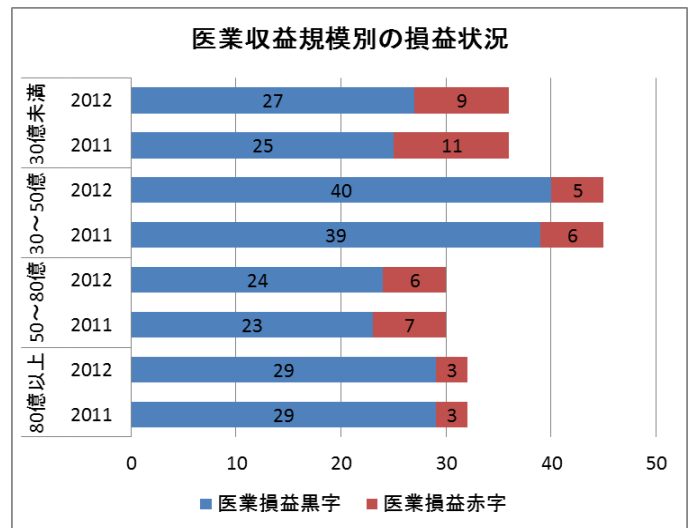
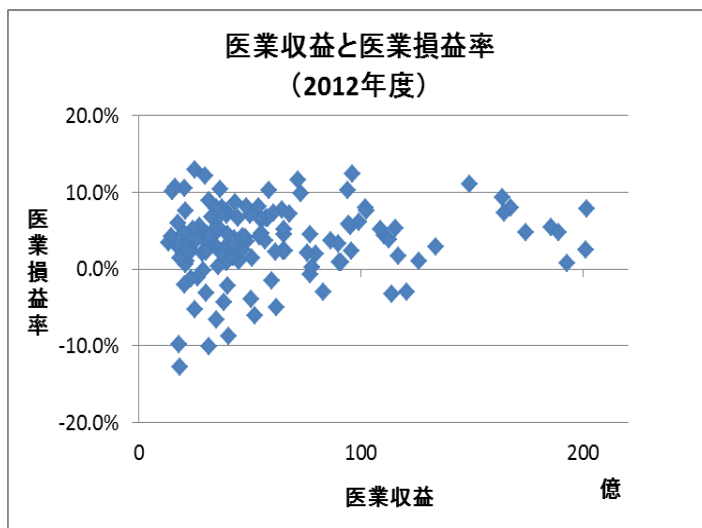
国立病院機構 (NHO) は、現在、143 施設 (1 施設 2 病院があるので、病院数は 144) ですが、各施設の経営状況を見てみます。

### < 医業収益の規模別でみると >

今回、病院別の経営状況は、医業収益 (診療業務収益から交付金・補助金等を除いた収益) 等により比較します。この場合の医業損益には、借入金の利子等を含まず、純粋な日々の事業活動での収支状況を示すことになり、事業経営の中心的部分の健全性を見ることになります。

さて、下左図は、2012 年度における 143 施設の医業収益と医業損益率の分布を示すものです。小規模な区分に医業損益が厳しいものが多いことがわかりますが、一方で、医業収益率が 10% を超えるようなものは、医業収益の規模にかかわらず、各区分に分布していることも注目されます。

ただし、下右図のように、143 施設を医業収益規模で 4 区分とすると、大学病院と比較可能な医業収益規模である 80 億円以上でも、民間病院並みの 30 億未満の規模でも、医業損益が赤字の病院があることもわかります (この 4 区分は、各区分の比較が同じ施設で行われるように、2011 年度の医業収益の区分で固定)。これら赤字の病院数は、2011 年度より 4 病院減り、23 病院となり、病院数のうえでは、改善が進んでいるように見えます。

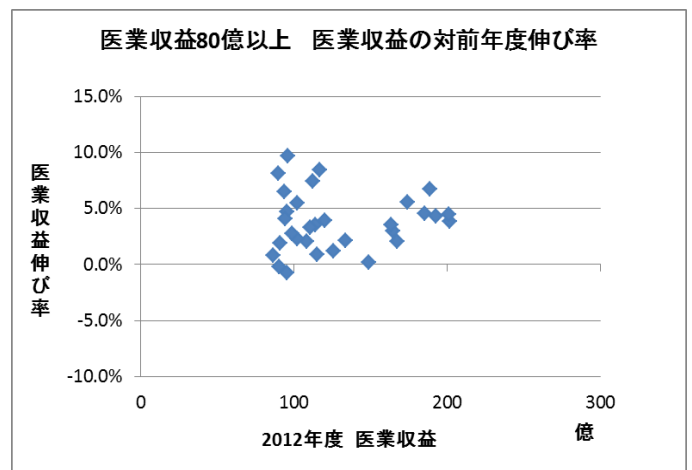


### 1 医業収益 80 億以上 (32 病院)

医業収益が 80 億円を超える 32 病院の 2012 年度における医業収益の合計は、40 百億を超え、1 病院平均では 100 億円を超えます。

さて、この区分の平均的な医業収益の伸びは 4.6% と、平均的な大学病院の医業収益 (医療費 = 約 150 億) の伸び率 5.1% より、1 割程度低い水準でとどまりました。(右図)

特に、医業収益の伸び率が、大学の平均伸び率の半分以下である 10 病院 (北海道医療の ▲5% を筆頭に) は、現状では、少なくとも大学の平均的な伸び率の 8 割程度を達成していないと、将来の可能性は厳しくなると考えられます。言い換えれば、今の伸び率では低すぎ、一段の工夫が必要ということです。

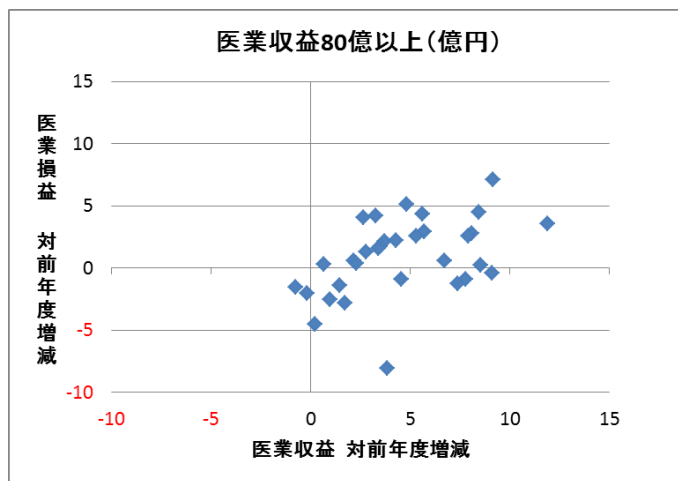


一方、損益に着目すると、増収増益の病院が21か所あります。その中には、増収を上回る増益(=費用減)に成功した3病院(仙台医療・北海道医療・四国がん)がある一方で、8億以上の増収なのに、わずか2千万しか利益が増えなかった東京医療のような非効率なものもあります。(右図)

また、減収減益となった2病院では、いずれも減収以上の減益(=減収にも関わらず費用増)という結果であり、増収減益(=収入以上に費用増)という残念な病院も9か所ありました。

このような費用増の圧力が強い病院は、一度、徹底的なコスト削減に取り組まないと、今は黒字でも、年を追うごとに経営状況が悪化することになります。

大きな病院では、こうした傾向が強くなりますので、期間を決めた集中的な介入を一度行うことが必要ですし、また、効果も大きいものですから、現時点で改善すべき第一優先グループと考えるべきです。

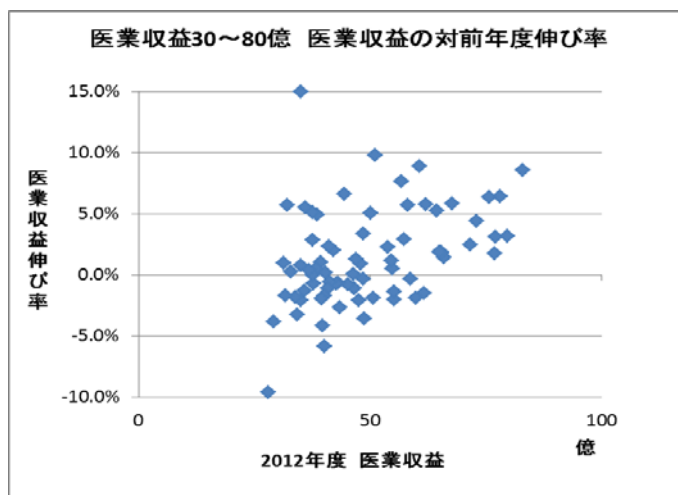


## 2 医業収益 30～80 億(75 病院)

医業収益が30～80億円の75病院の2012年度における医業収益の合計は、36百億を超え、1病院平均では約50億円です。

さて、この区分の平均的な医業収益の伸びは3.6%と、平均的な公的病院の医業収益(医療費=約50億弱)の伸び率3.3%より、1割程度高い水準となりました。(右上図)

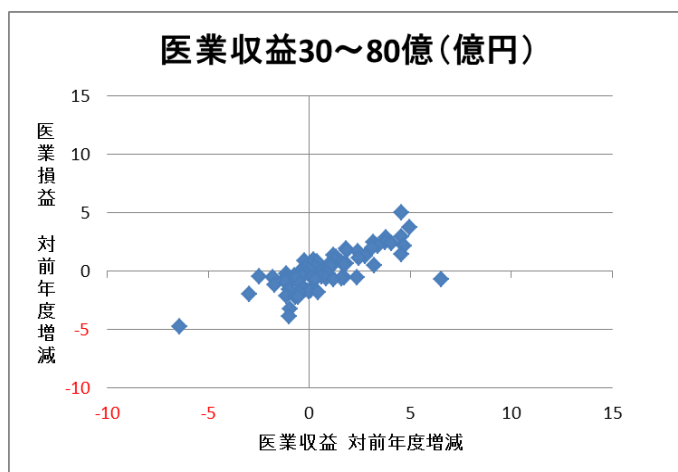
しかし、医業収益の伸び率が、民間法人の平均伸び率(2.1%)以下である病院数は47病院と全体の6割以上を占め、特定の病院の高い伸び率に支えられているのが現状です。中には、西埼玉、富山のように、▲10%前後の減収という特殊要因が考えられる病院もありますが、2%程度の改善は、医療内容の改善・医療密度の高度化で改善できる水準であり、数多くの病院で、できることが多い状態ではないかと考えられます。



一方、損益に着目すると、増益の病院が35か所あります。その中には、増収を上回る増益(=費用減)に成功した7病院、減収でも増益となった4病院がある一方で、2億近い増収で、その1割未満しか利益が増えなかった沖縄のような事例もあります。(右下図)

また、減益となった40病院のうち、増収減益(=収入以上に費用増)となった残念な病院が13病院と多数あります。

これらの費用増の圧力の強い病院については、1の第一優先グループに次いで、集中的な対応が必要なグループと考えられます。



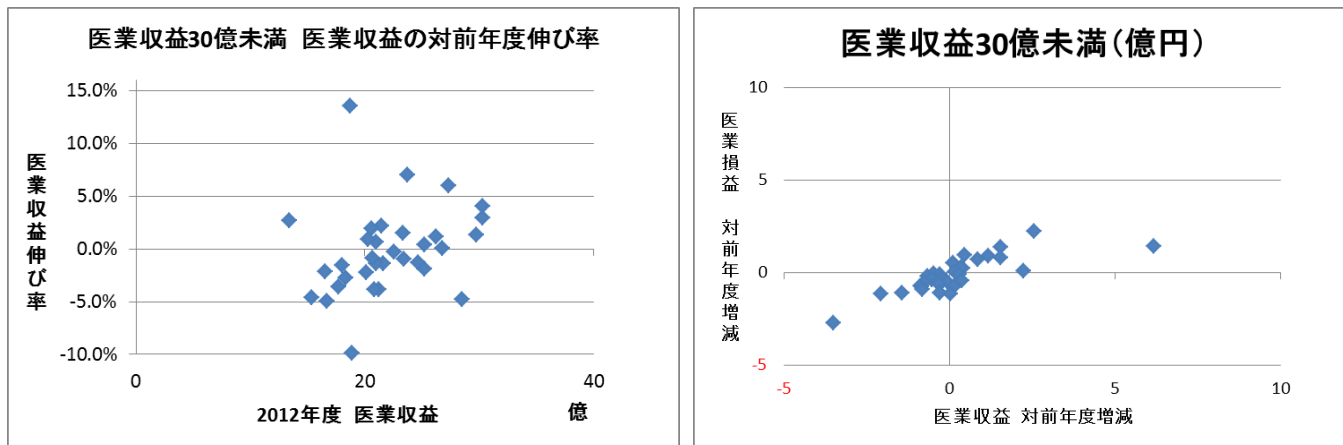
## 3 医業収益 30 億未満(36 病院)

医業収益が30億円の36病院の2012年度における医業収益の合計は、8百億弱、1病院平均では約20億円です。さて、この区分の平均的な医業収益の伸びは1.0%(損益率が▲40%と極端な榊原を除く)と、平均的な民間法人病院の医業収益(医療費=約20億弱)の伸び率2.1%の、半分程度の水準となりました。(次図左)

また、医業収益の伸び率が、マイナスの病院数は19病院と全体の5割以上を占めるなど、停滞した区分となりました。こうした規模の病院は、医療だけではなく、介護・福祉のサービスを一体的に提供することで経営の自立を図って

いる民間法人の経営が参考となりますが、残念ながら、今のNHOでは、医療以外の経営はできませんので、その意味では、改善を更に進めるのであれば、制度的な壁があるとも言えます。

一方、損益に着目すると、増益の病院が13か所ありますが、いずれも増収の病院です。一方、減益の病院が23か所あり、その中は、増収減益の病院が4か所(柳井など)、減収減益が19か所の構成となっています。これら減益の病院のほとんどは、重症心身障害等を対象とする病院や精神科病院ですが、数年前に政策の変更を踏まえた体制変更で一定の成果を出しました。しかし、現在は、それを基盤に更なる改善が求められる時代であり、本部から病院への積極的な提案等(体制変化に対する)が必要なのではないかと考えられます。



### <今回のまとめ>

こうした規模別による比較は、NHOの月次決算の中で行われています(病院機能を分けてもっと精細に)が、今回の簡単なレビューから、特に、増収減益という病院数が多いのに驚きました。この結果は、NHO本部では、病院を全体として見るという視点が弱くなっていることの反映ではないかと思えます。こうした仕事は、各担当では担当する個別の事象を見るばかりですので、本来、役員・部長クラスの方の仕事と思いますが、仕組みが精緻になり過ぎて、かえって全体が見えなくなっているのかもしれないかもしれません。お役所仕事では、よくありがちですが・

また、聴くところによれば、副理事長等は、病院スタッフの調達等の能力が弱いとして、内部の力で調達改善を図ろうとしているようですが、たぶん、これが実現することはないと思えます。個々の病院の職員は、得られる情報、付き合う人は限られており、そうした機会の少ない人が育つには、長い時間がかかるものです。時間をかけても無理かもしれません。

他産業の調達でも、支店ごとに調達のプロがいるわけもなく、調達する物の共通性を図りつつ、価格や頻度の認識が蓄積された本部の少数の者が調達を担うものです。これとの比較であれば、NHO本部が、この役割を担うべきなのでしょうが、残念ながら、そうした知識・ノウハウが身に着くようなシステム・人事は本部では行われてはいません。

これは調達に限らず、報酬算定の体制見直しの面でも同じであり、理想と現実のギャップの間で、時間だけが過ぎていくとならないかも懸念されます。

こうした状況や民間病院グループでの経験も踏まえ、NHOでは、再度、病院の規模等に応じて、外部の意見を導入しつつ、グループ別の改善の基本方針を明確にすることが大事なのではないかと考えます。個別の病院の事情に目が行き過ぎて、病院の標準的な経営方法(当たり前のことを当たり前に)や、グループ全体での調達・投資方法という大局での見方が薄くなっているようであり、また、内部の比較だけでは限界もあり、このままでは、停滞が続くのではないのでしょうか。

さらに、今、NHO本部で進めようとしている「民営化」も、その意味・必要性を明確にして進められているとは思えず、かえって、現在の停滞状況を固定化する可能性もあります(次回に記したいと思いますが)。

少なくとも、本部と病院の意識のギャップで、病院の停滞が続くことだけは避けて欲しいものです。

NHOの成功は日本の医療提供の効率化の先鞭となりますが、NHOの失敗は日本の医療保険の持続性の危機に繋がるからです。