

データで分かる病院経営の実学



ヒューマンケア・システム研究所

子どもたちに胸の張れる健全な社会を目指して、
医療・福祉・介護などの対人ケア事業を通じた「人」と「仕組み」を考える。

代表 北川 博一

<http://humancare-sys.jp/>

本書の狙い

1 基本的な疑問

毎年、医療費は1兆円規模で増加し続け、平成24年度には40兆円を超える勢いであり、1病院当たりの医療収入は増え続けています。

これだけの収入拡大がある中で、なぜ病院の中には累積赤字が増え、それを理由に閉鎖に至るものがあるのでしょうか？

また、世の中では病院の経営問題は、診療報酬などの制度問題に直結して理解されていますが、本当にそうなのでしょうか？

2 本書の狙い

① この書は、この問題に対して、基本的な状況を数値で示しつつ、病院の「経営力」という視点から世の定説とは異なる回答を示し、その改善の処方箋を提示することを狙いとしているものです。

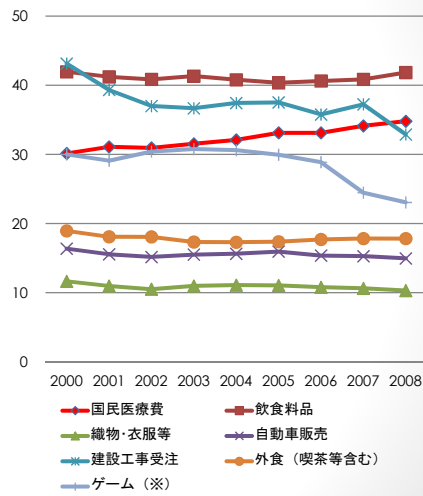
② また、私の子供たちの世代＝今後も増え続ける医療費を保険料や税金で負わざるを得ない世代に対し、医療問題に関する理解を深めてもらうことも目的です。

第1章 成長する市場で潰れる病院の不思議

第1章 始めて医療を考える人の基礎知識に

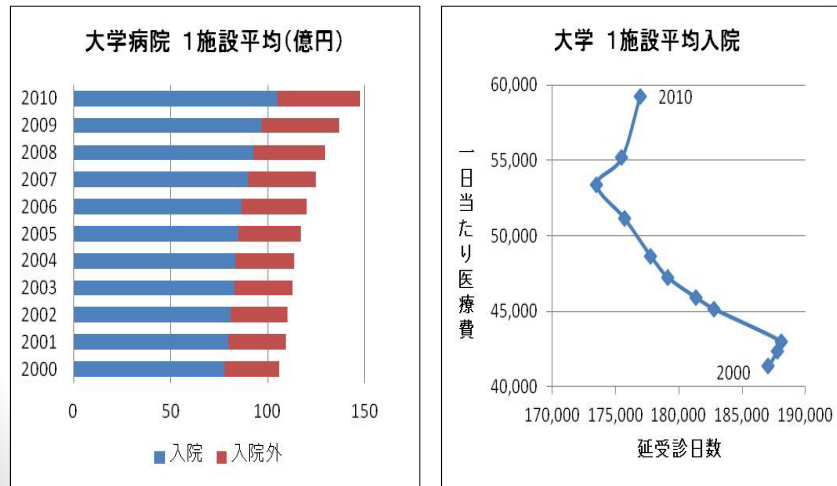
- 1 医療市場は順調に拡大**
 - (1) 医療市場の大きさ (国民医療費から)
 - (2) 医療市場が拡大する理由
 - (3) 10年上昇を続けた病院の患者1日当たり医療費
- 2 病院は淘汰の時代**
 - (1) 減少する病院
 - (2) 増加する入退院患者数・減少する在院患者数
 - (3) 増加する病院のスタッフ数
- 3 病院倒産は、医療崩壊の象徴ではない**
 - (1) 伝統的な潰れるパターン
 - (2) 現代的な潰れるパターン
 - (3) 国立病院機構時代の経験
(経営が苦しい病院経営層の3大話)

各産業の市場規模 (兆円)



経営が苦しいと言う病院の実像

- 収入は拡大の一途。ここ数年は、単価も患者数も増える好環境
- それでも経営状況が苦しいとすると、人員管理・調達に問題あり



国立病院機構時代の経験 (経営が苦しい病院経営層の3大話)

- 1 **借金が大きい**
逃げ道をふさぎ、自分で考え動くように促すきっかけを作ること。
- 2 **医師が減った**
今ある人、設備、資金を最大限活かす方策を考える。これを経営不振の病院長に求めること。
- 3 **建物・機器が古い**
「借りた金を返す」「返せる範囲だけを借りる」という認識を共通化すること。

第2章

日本の病院の置かれた環境

第2章 医療経営に関する現在の「常識」を疑う

1 甘やかされた外部環境

- (1) 経営悪化は医療崩壊のため？
- (2) 経営悪化は診療報酬マイナス改定のため？
- (3) 政策医療だから補助金投入は当然？

2 未成熟な内部環境

- (1) 不揃いの会計制度・活用されない数字
- (2) お役所以上の縦割社会
- (3) 外野からの関与が多すぎる公的病院

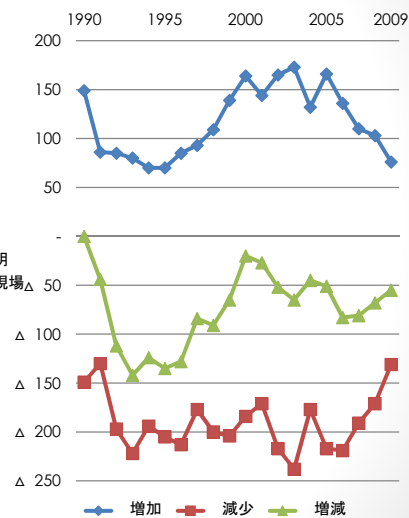
3 事業経営として対応が遅れている点は？

- (1) サービス内容の公開不足と医療リスクの形式的な説明
- (2) 特定の者へ仕事が集中しやすく女性が活躍しづらい現場 Δ
- (3) 同業者との共同の取り組みの不足

4 これからの医療は、どのように変容するか

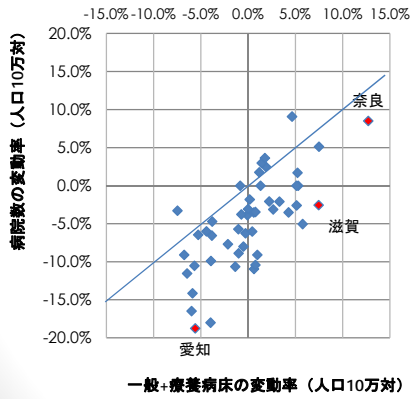
- (1) 周産期・小児医療は広域化が更に進行する
- (2) 現役世代への医療サービスが低下する
- (3) 認知症の問題に どのような答えを用意するか？
- (4) 高齢者は治す医療から支える医療へ
- (5) 地域ネットワークと国際ネットワークが重なる

病院数の対前年増減

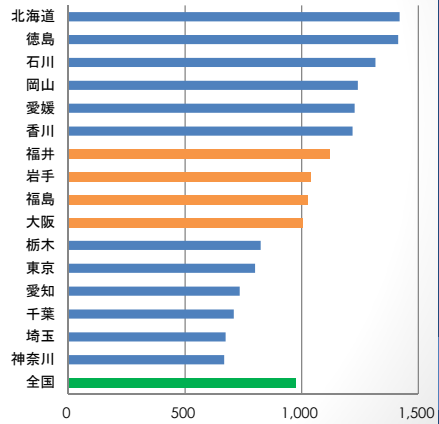


病院の減少≠地域の医療水準低下

都道府県別病院・病床変動率
(2000年⇒2009年)

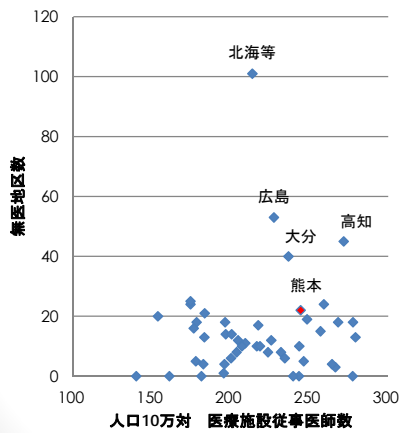


病院減少率5%以上都道府県 (病床増を除く)
人口10万対一般・療養病床数

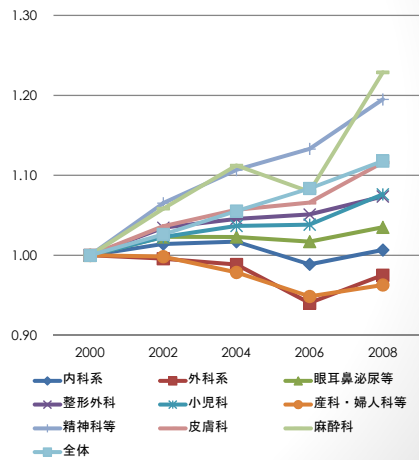


医師数の問題は偏在問題・魅力問題では？

都道府県別無医地区数と医師数



診療科別医師数の推移
(2000年を1)



第3章 病院事業の産業特性と改善の着眼点

今回は、国公立病院の経営改善を事例に

第3章 病院の経営改善の切り口は多様

1 顧客は増え続ける成長産業

- (1) 高齢化により増え続ける患者数
- (2) 顧客不足で経営不振の病院の特徴
- (3) 無いものを欲しがらない・今あるもので顧客満足度を追求

2 労働集約的な産業

- (1) 医療密度の向上で増え続ける病院スタッフ数
- (2) 人数はいるが収益不足の病院の特徴
- (3) 持てる人材を最大活用・生産性の向上を追求

3 売上費目、単価が同一の産業

- (1) 他産業では最も重要な「値付け」をしない特殊性
- (2) 逸失利益が生じやすいポイント
- (3) 隠れた課題を見つける・診療部門の知識向上を図る

4 装置型の産業

(建設投資、設備投資が必要)

- (1) 経験値の少なさから高くなりがちな投資額
- (2) 過剰投資の病院の特徴
- (3) 限られた資金の有効活用・稼働の向上を追求

5 エネルギー消費型の産業

(空調、熱源、水の使用)

- (1) 病院建替えて増加するエネルギー費用
- (2) エネルギー費用の高い病院の特徴
- (3) 設計段階での工夫が必須・運用改善は家計の節約と同じ発想

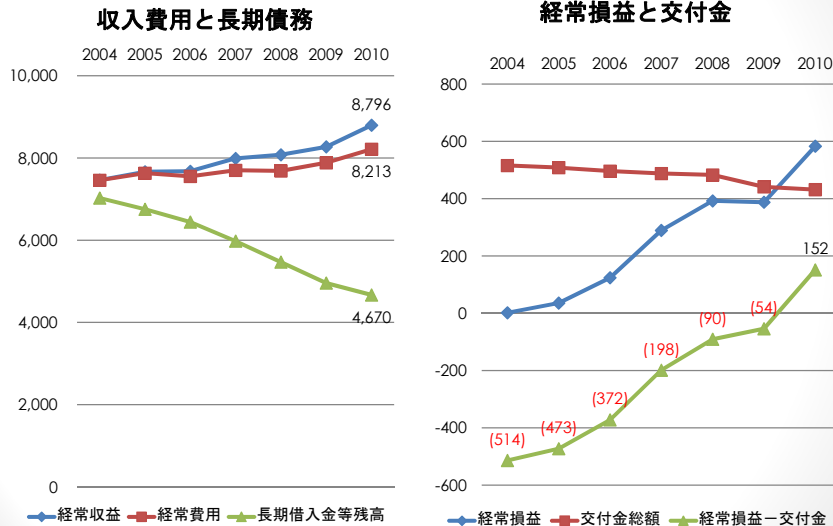
6 多種多様な診療材料・消耗品を消費する産業

- (1) 「特別価格」と言われて高価格で大量に買っている?
- (2) 材料費・消耗品費が高い病院の特徴
- (3) みんなの工夫で単価・使用量の双方を適正化

7 オーナーシップの強い産業

- (1) 民間病院では所有と経営が一体化
- (2) 公的病院では行政等の関与レベルが課題
- (3) 共同経営体制を確立し、全員が経営者の発想で

国立病院機構全体の経営実績



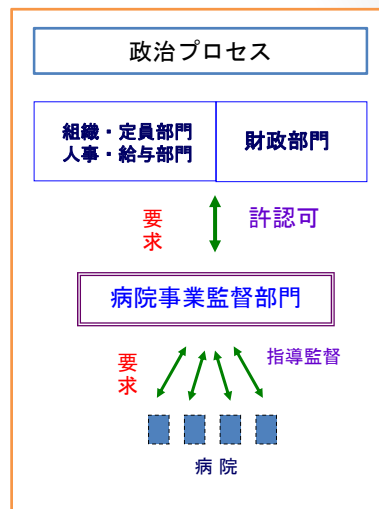
今や自治体特有の構造：組織内で要求と補填

- 経営が苦しい理由を要求先が理解すれば補填される
- 病院も監督部門も内部に目線を向けるのではなく苦しい理由づけを考える。

⇒ **政策医療のマジックワード**

平成21年度地方公営企業決算の概況から

他会計繰入金は7,710億86百万円で、前年度に比べ202億28百万円、2.7%の増加となっている。
このうち、収益的収入分は5,663億90百万円で、その主なものは、救急医療、精神科病院、リハビリテーション医療などの不採算医療及び周産期医療などの高度・特殊医療に対する繰入金である。



第4章

健全な事業形態・産業形態を目指して

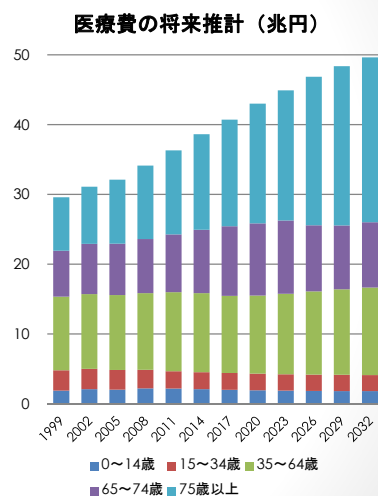
(これから事業者や政策担当者に考えて欲しいこと)

私自身の反省と想いを込めて

1 自立主義：病院はどの道を選ぶべきか？

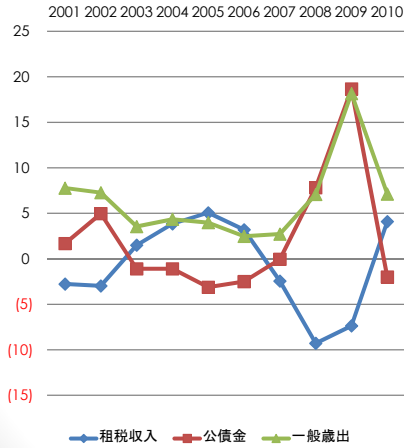
医療財政が崩壊しても自立可能な医療産業を目指して

- (1) 医療財政・国家財政の将来の明るい展望はない
- (2) 江戸時代の「札差」と同じ運命になってはいけない
- (3) 医療サービスのニーズはなくなる。
健全な事業体は必ず生き残る

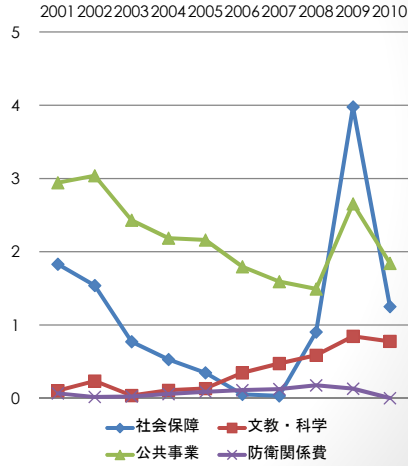


当初予算以上に厳しい現実

当初予算と最終決算の乖離（兆円）



当初予算と最終決算の乖離（兆円）



各病院はどの道を選ぶのか？

- 高度経済成長を背景にした医療費の増加政策（診療報酬の二けた改定など）で成長した日本の医療産業
- この10年、医療財政基盤の空洞化にも関わらず、高齢化で拡大を続けた医療費規模
- この状態が継続すると思うほうが無理

今後も「制度」を対象に
経営方針を決める
→制度と命運を共に

経営者として自分の病院の
価値を上げる
→サービス業として自立

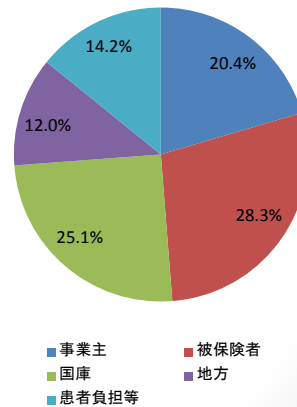
地域経営者として地域の
マネジメントを考える
→経営者として成長

2 透明主義：負担者にも経営者にも重要な課題

強制財源が投入される産業として
健全化しなければならない

- (1) 「事業仕分け」の論理は、医療・介護にもそのまま適用される
- (2) 「制度依存」からの脱却のための支援が必要
- (3) 事業経営層の情報処理・健全判断が事業継続の鍵

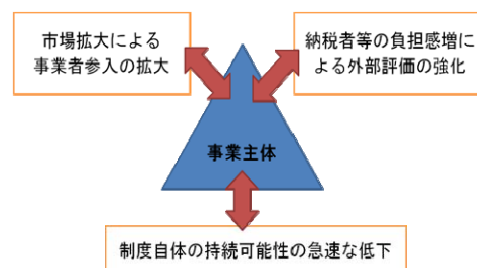
医療費の財源構成(2008)



経営不振は効果的な取り組みをした上での結果か？

「制度依存」になっていませんか？

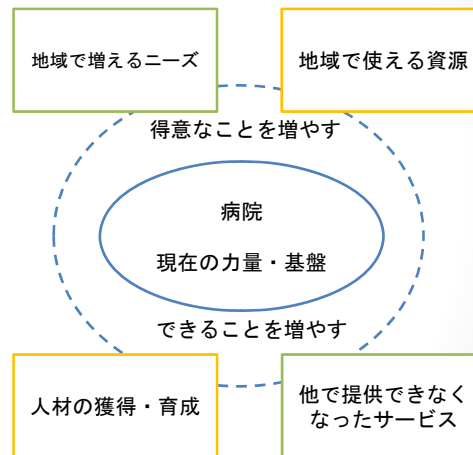
- 1 利用者目線が感じられず、職員優先に・・・
- 2 市場開拓・顧客確保の意識も弱い（受け身）・・・
- 3 時間管理・コスト管理の意識も弱い・・・
- 4 現状を把握し解決する力が弱い・・・他産業との交流も乏しい



3 現場主義：存在目標は地域社会への貢献

地域の社会資源として貢献し
続けなければならない

- (1) 地域での自らの「立ち位置」を検証し続ける
- (2) 「認知障害」への支援が必要
- (3) 現場管理層の能力開発・権限授権が事業継続の鍵



当たり前ですが・・・

- 今経営が安定し好調な病院も、次の10年も続く訳ではない
- 今苦しい病院も行動変容と蓄積で、その立場が変わることも

<これからの急性期病院の方針>

これまで急性期治療を終えて、他病院に送り出す（リハビリ病院や療養病床等へ）だけで済んでいた急性期病院も、これら後方支援病院の空き病床の低下により、退院後の受け皿作り＝退院後の在宅療養環境を整えるために、病院自ら、地域資源を発見・開発し、家庭環境等を改善する機能を持つことが必要になるはずだ。

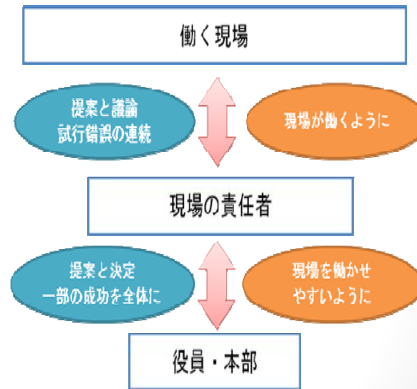
これには、退院後、円滑に地域での生活を始めるための家庭やグループホーム等への訪問診療・訪問看護などのアウトリーチ機能の強化も含まれます。

今、こうした機能は、どちらかと言えば、後方支援の役割を担う病院が担っていますが、今後は、地域全体をマネジメントする役割を担う急性期病院（人口20～30万人の圏域の中心となる）も、この機能整備を進める必要があります。

4 改善主義：自然と業務レベルは低下する

事業内部の管理方式を改善し続けなければならない

- (1) 経営結果は個々の取り組みの集積でしかない
- (2) 「発達障害」への支援が必要
- (3) 一般職層への改善意識付与・トライ評価が事業継続の鍵



病院の抱える問題は変化/解決するのは人

- 短期的には、人事異動等により診療レベル・診療密度が低下
- 中期的には、学習により初歩的な問題は解消し、もっと解決が難しい課題に焦点は変わっていく。

課題の変化に応じて、
管理方法自体にアクセントを与える＝変化させることが不可欠

- データ整理・公表は、管理方法の最も基本的なもの
- 組織・構成員のその時点の実力に応じて、段階的に改善するイメージを持つことが大事

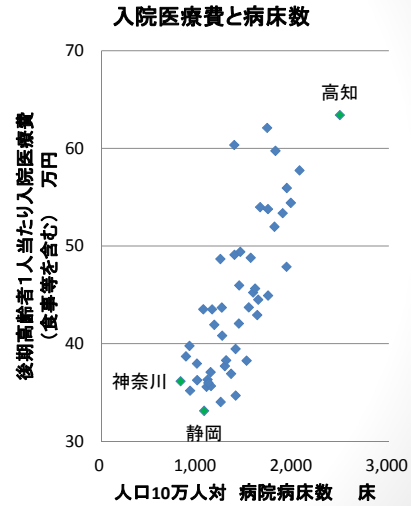
内部の管理方法を変えるのは、現場の職員が働くように促すため

- 1 必要な目標を経営側が提示しクリア方式+達成に対する「ご褒美」
- 2 次の段階は、一般職員からの改善提案を促すこと
 - ※ 目標達成という成功体験があれば、次は自分で、その目標自体を考えることに楽しみになる。

5 地域経営：受益と負担の納得度を高める

地域で考え行動する姿を目指して

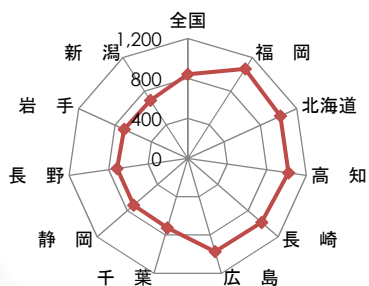
- (1) 医療問題を国で一律に考えるのは無理
- (2) 医療問題に係る「自治」の基盤づくりが必要です
- (3) 都道府県が地域医療を考える適切な主体に成長する



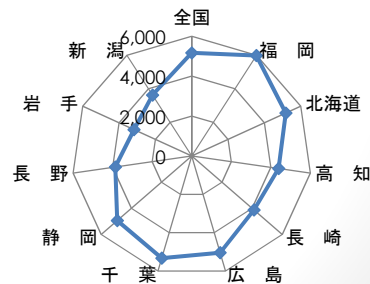
保険料負担の調整と医療費の調整

- 医療保険料負担等の面における地域間の差異だけが、「保険料の差異は一種の不公平」という意味で強調
- 国による「見えない」地域間の負担調整は、国民皆保険体制の確立以降、当たり前のように続いています。本来、地域が決め担うべき事項に過度に国が関与（特に医療費の調整が問題）

1人当たり医療費 (千円)
後期高齢者



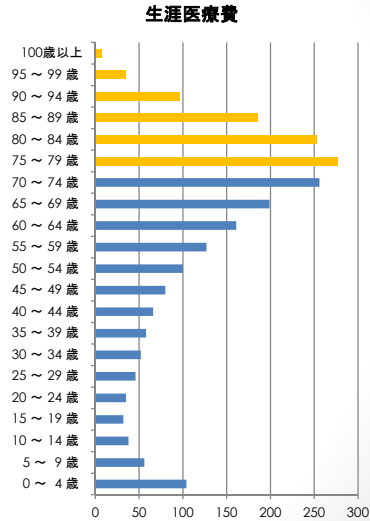
1人当たり平均保険料調定額
(円)



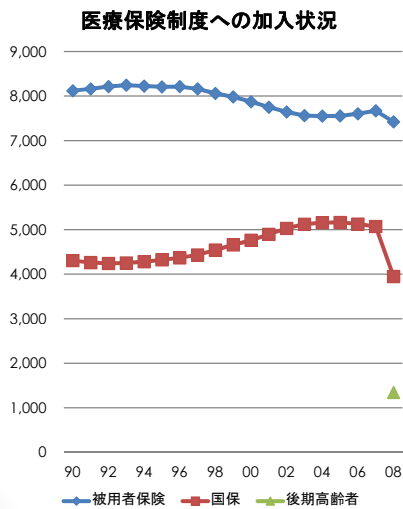
8 新負担論：皆保険は皆負担が前提

国民皆負担を目指して

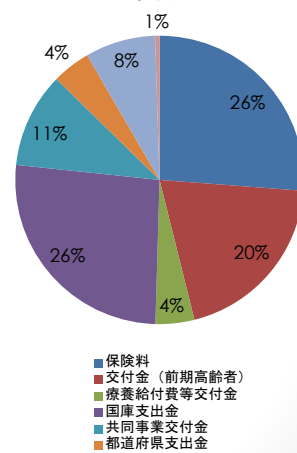
- (1) 世代を通じた保険料負担のルール作り
- (2) 各世代内での負担配分には「ゼロ」の人は作らない
- (3) 医療費の地域差を保険負担に反映するルールづくり



今のところ 低所得者対策以外に議論のない保険料問題



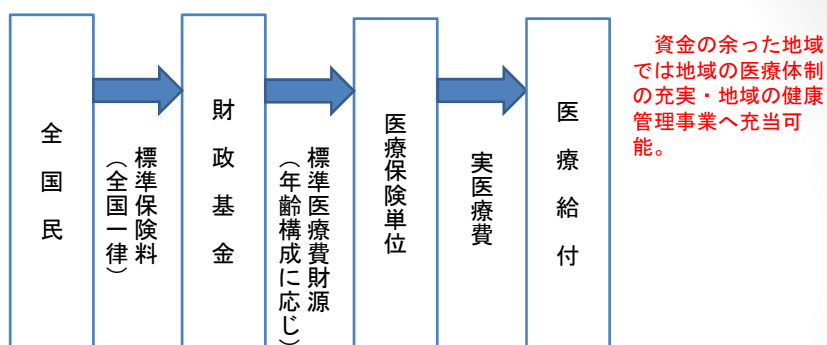
国民健康保険の収入構造 (2009)



各世代共通、各所得階層共通の 新たな保険料負担原則

- 多様な年齢構成・職業構成で成立する保険集団の財政調整を、公費により行っているが、国の歳入の過半を国債＝将来の世代の借金で賄っている現在、こうした公費による調整の拡大は、かえって医療保険財政の弱体化につながっている。
- 基本的には、
 - ① 各世代とも「生涯平均保険料」は現状は1千万程度
 - ② 生涯の平均所得に応じて各世代共通の保険料率を設定
 - ③ 保険料賦課標準は全国民共通に（所得ベース）
 - ④ 子供以外は全員皆保険加入の保険料を必ず負担
- このモデルの前提となるのは、
 - ① 共通番号による個人別の所得捕捉
 - ② 現行の事業主負担は、社会保障税として賦課
 - ③ 医療費の1/2は、全員、国・地方が負担（地方負担を主に）

地域の医療状況の違いに応じた地域負担の原則



標準医療費財源と実医療費の差異は年齢別の1人当たり医療費の差

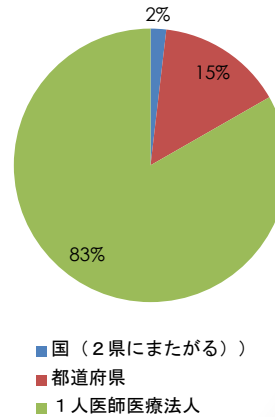
- ア 地域で負担する
地域付加保険料の設定や、住民税・住民事業税の引上げにより、その不足分を充当する。
- イ 患者が負担する
患者負担の引上げにより、その不足分を充当する。
- ウ 医療機関が負担する
診療報酬の地域設定（何かを上げて、何かを下げるなど）により、その不足分を充当する

6 新陳代謝：産業再編（淘汰・成長等）

産業としての効率化を 目指して

- (1) 公的病院と民間病院の競争条件を同一化する
- (2) 経営判断・状況判断の健全化の基礎をつくる
- (3) 合併・分離等の法人形態変更の低コスト化を図る

医療法人の構成（2011）



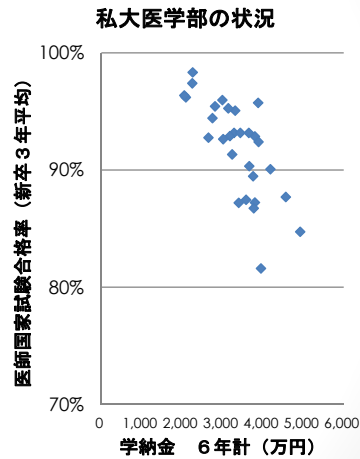
経営効率を高めるにはグループ化

- 日本では、病院グループを毛嫌いする傾向が強くなるが、今後の主力産業としての医療を考えるのであれば、その提供主体のあり方を明確にすることが必要
- 将来的に、病院を数十持つような経営主体が100法人くらいできる（全病院の半数程度を占める）と、日本の医療事業の効率性は極めて高くなる（現状は、産業としては、中小零細事業者の集まり）
 - ① 医療法人は、グループ化と経営層の新陳代謝を段階的に後押し
 - 所有と経営の分離等も容易な制限された株式方式等
 - ② 公的病院群は、今のグループのまま医療法人へと移行させ、その上で病院の廃止、他法人への売却等を経営判断として行う
 - 国の将来を考え実践すべき国の役所が、公的病院の売却・廃止等で時間をかける必要はない（できる力もないが）。
 - ③ 自治体病院群は、
 - ア 東北・北海道、関東等の広域ブロックで医療法人化
 - イ 地域住民を出資者とする地域密着型の社団医療法人
 - 住民自身が経営に参画し赤字が発生した場合は、地域住民の増資で解消する（今のような安易な税金による赤字補填はしない）

7 人材発掘：主力産業に相応しい人材集団

より良き医療人を増やす
ことを目指して

- (1) 魅力のある人材を医師の世界へ
- (2) 看護職の力を高めることは医療の効果・効率を上げる
- (3) 病院マネジメント職を育てる



医療職に関する懸念

- 医療現場は医師をはじめ厳しい環境下で働くブルーカラー（職人）であるという事実を理解し、働く覚悟のある人材が集まり育って行く、無駄のない労働市場を目指して欲しい
- 医師不足・偏在問題の背景、根源は、大学医学部進学を決める段階での医師のイメージ（社会的なステータスが高く収入の良い仕事）と、実際の医師の勤務条件の厳しさ（長時間勤務、緊張の連続等）のギャップにあるのではないか
- 看護師の高学歴は進んでいるものの、大学卒の増加が、そのまま全体の供給数を増加させているわけではない。これでは高学歴化に伴う、何らかの具体的なメリットがなければ、単に少子化で学生不足に悩む大学の経営改善に貢献しただけになってしまう

最後に 書評3つの質問に対する現時点での回答

Q1 新たな保険者のあり方について、現在の職域・地域の二本建て構造をどうするのか、保険者の地域的範囲、現在の運営主体（全国健康保険協会、健康保険組合、市町村等）をどう変えるのか

1 負担徴収と給付を分離

保険料負担を所得ベースに変え、住民税徴収機構（市町村）を通じて徴収することを想定（全国的に一律で集める）。

新保険単位は、この財源の交付を受け、地域医療の再編に関わりながら医療給付をする。

2 保険単位の基礎は全国保険協会か

都道府県別に保険単位を創設するが、現在の状況からして、全国保険協会の都道府県支部の能力を上げて、それを基礎に、疾病金庫的な組織を都道府県単位に作る。

希望があれば、職域的な疾病金庫もあると考えるが、財源は、あくまで、全国一律で集めた負担の交付財源によるものとする。

なお、傷病手当金等は、雇用施策として実施（医療に特化）すれば、被用者保険として存続させる理由もない。

Q2 身近なところで必要な医療を全て受けられるようにしたいといった、サービスの利用者側の従来からの意識を改革するには、具体的にどのようにすればよいのか。

1 こうした事例は自治体・公的に集中？

マスコミを通じて話題になるのは、ほとんどが自治体・公的が主体の病院。隠れた多額の負担が見えないまま、利用面に着目した意見表明と思える。

まずは、経営状況等について、徹底して公開することから。

なお、普通にやれば、赤字にはならないはずなので、何らかの形で存続はできるはず。

2 問題の本質はアクセスの確保

福井の過疎地域の自治体の相談に対して、病院維持の費用を、病院を交通の結節点（高速インター付近）への統合、交通アクセスの確保（タウンバス等の運行）に投資するほうが、波及効果が大きいと提案

地方では、既にバスも減り、自家用車を運転できなくなる後期高齢者の移動確保が、医療に限らず問題が顕在化しており、こうした移動確保問題として捉えるほうが、結果的に良い答えが出る。

Q3 現行制度における「非営利性」を緩和あるいは撤廃した場合、医療サービス提供主体に必要とされる資質として「非営利性」に代わる新たな評価指標を導入する必要があるか。

1 今、非営利性は実質担保されているのか？

MS企業等との取引を通じて、医療法人・病院自体は、効果的な運用をしているところもある。利益を会社を集めれば、今でも利益配当は可能であり、非営利性は、実質は医療法人・病院だけをみた一種の幻想でしかない。

2 主体制限から、運営状況を可視化する方向に

今後政策的にも進めるべきグループ化に対応して、医療法人・病院だけを見るのではなく、そのグループ全体の取引の健全性・運用の効率性を確認できる仕組みが必要となるはず。

これは、上場企業と同じような財務数値の定期公開のほか、主要な管理指標（医療に係るもの・経営に係るもの・地域貢献に係るもの等）を整備し公開することで実現されると考える。

こうした対応を図る者への税制（統合・分離・承継等）が整うことで、産業全体として、効率化しやすくなるのではないか。