

<研究ノート (Research Note)>

転換期を迎えた病院の経営 —最近の一般病院の経営分析データからの考察—

白木 秀典*

要 旨

医療機関の決算は平成 20 年以降、全体的に好調であったが、平成 24 年、25 年度と悪化しており、赤字病院の比率が一段とあがっている。その原因を公開資料をもとに構造的に分析したところ、平成 18 年度以降の 7 対 1 病床の拡大期は、人材の追加投入による入院単価の上昇で好決算が続いたが、平成 22 年度以降、平均在院日数の短縮と病床利用率の悪化が同時に進行し、平成 24 年、25 年と単価の上昇が鈍るにつれ、規模の大きな急性期病院ほど、決算が悪化したことがわかった。背景には、7 対 1 病床の削減策の一環としての、平均在院日数基準の厳格化や、DPC 制度の浸透によって、在院日数の短縮化が加速し、病床の回転は速くなったが、それに対する入院患者数の増加が追いつかず、空床率があがったにもかかわらず、投入した人材が固定化し、人件費の増加をカバーできなかったという事情がある。厚生労働省の政策では、各県とも現在地域医療構想を計画中で、2025 年にむけて病床の機能分担を明確にし、7 対 1 病床は一層削減の方向にある。これまでのように、人材の投下による単価の上昇という高コスト高収益モデルは転換期にきており、同じ資源の投入量でも、労働生産性の上昇でカバーするなど、経営管理能力の向上が求められている。

Keywords : 病院経営、7 対 1 病床、平均在院日数、労働生産性、経営管理

I はじめに

平成 26 年度の診療報酬の改定以降、一般病院を中心に医療機関の経営では決算の悪化が顕在化している¹といわれている。そしてこれについては、平成 26 年 4 月に実施された消費税の 3 % アップに伴う、損税の影響が大きい²ともいわれている。この損税に対しては、厚労省としては医療機関に対し、診療報酬による補てん³を行なった、という説明であるが、初診料や再診料に比重が置かれたので、外来診療の比重が高くなく、設備投資の負担が重い、大規模な急性期病院ほど不利な影響を受けているとの指摘があるのも事実である。

一方で前回の診療報酬の改定は、ひとえに増えすぎた 7 対 1 病床の削減にむけて、施設基準の厳格化が焦点であったが、約 2 年たった現在、期待通りには 7 対 1 病床は減少していない。しかし厚生労働省としては病床機能報告制度と地域医療構想により、全国の病床を 2025 年を一つの区切りとした超高齢化社会へむけて再編しようとしている。いわゆる診療報酬の改定率については、「8 年ぶりの下げ」だが、「診察料自体は

0.49%の増額」との報道⁵がでており、これを受けて、平成 28 年 4 月の改定では 7 対 1 病床の削減のための方策が一層加速すると想定されている。

そこで本稿では、消費税という外的な要因ではなく、医療機関（特に一般病院）の経営そのものの構造的な要因に焦点をあてて分析を行い、中長期的な変化への対応策の方向性について考察してゆきたい。

II 目的

この研究の目的は、平成 20 年以降の医療機関の収支や医療法人の決算を公開データにもとづき長期的に分析し、その悪化の原因を解明することにある。あわせて、近年の変化の動向を把握して、超高齢化社会へむけた今後の病院経営のあり方について考察することも視野にいれている。

III 方法

全国の病院を経営する医療機関の経営者へのインタビューにより分析の仮説を得て、これを裏付けるもの

* 保健医療経営大学保健医療経営学部 教授 hid-shiraki@healthcare-m.ac.jp

として、厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）における公表資料、委託調査による医療経済実態調査（医療機関調査）、日本医師会の総合政策研究機構によるワーキングペーパー、全国公私病院連盟と日本病院会の病院運営実態分析調査、独立行政法人福祉医療機構（WAM）のリサーチレポート、内閣府の年次経済財政報告などの公開資料を基礎資料とし、これを整理して検証及び考察を行った。

IV 結果

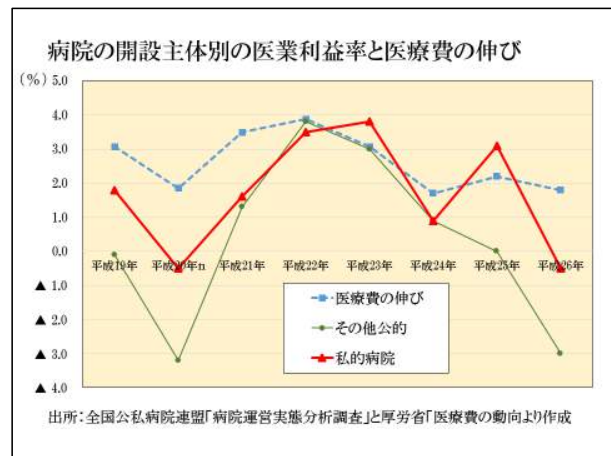
1. 最近の一般病院の決算の悪化

全国公私病院連盟の病院運営実態分析調査（各年6月の調査）に基づき、全国の一般病床の経営状態、とくに医業利益率（正確には、医業収益100対収支金額割合）を平成19年度以降分析すると、開設者別に、自治体病院、その他公的病院（日赤、済生会、厚生連、社会保険関係団体等）、そして医療法人を中心とした私的病院とも、同様な傾向を示している。すなわち、平成20年以降、22～23年までは右肩上がりに好調で、ピーク時に医業利益率は私的病院（101件の平均値）が平成22年に3.8%、その他公的病院（186件の平均値）が平成23年に3.8%であったが、そのあとは一貫して右肩下がり傾向（平成25年度の私的病院を除く）を示し、平成26年はその他公的病院がマイナス5.1%、私的病院がマイナス0.5%である。自治体病院は補助金、繰入金金を差し引いて換算しているため、常に大きくマイナスで医業利益率のパーセントとしては比較できないが、収支の推移は全く同様の傾向を示している。これは全国の連盟に加盟している645件の平均値でしかなく、その病床規模も300～350床を平均とするサンプルだが、それぞれの開設者とも同じような傾向を表している。

医療機関の決算は診療報酬の改定率や医療費の伸びに大きく影響を受けると考えられるので、厚生労働省の「医療費の動向」から医療費の伸びをみると、国民医療費の平成20年以降の伸びは、平均して2%から4%の伸びを示してきている。いわゆる診療報酬の改定の際に、改定率に対してプラス・マイナスの攻防が報じられるのが通例であるが、0%改定であろうとなかろうと、医療費は毎年2%から4%の間で伸びてきている。その原因にはもちろん高齢化の影響が第一に考えられるが、高齢化の影響は常に1.2%から1.4%程度であり、それを上回る2%から3%の増加の原因は、医療の高度化や患者負担の見直しといわれている。診療報酬の誘導の仕組みからいうと、そこには、個々の医療機関の経営努力によるものも含まれていると考えるべきであろう。

ここで医療費の伸びと、一般病院⁶の収益性の関係と同じグラフ上に表してみると、図表1のようにやはり年度ごと同様の関係を示し、医療費が伸びた年は収益性が高まり、医療費の伸びが抑えられた年は、収益性はぐんと下がる傾向にある。ただし、その関係はテコの関係に似ており、医療費の伸びでは小さな変化でも、収益性では大きな変化を生んでいる傾向にある。これは医療機関のコスト構造では、人件費を中心とした固定費の割合が高いため、損益分岐点比率の考え方からいってもうなずけるところである。

図表1



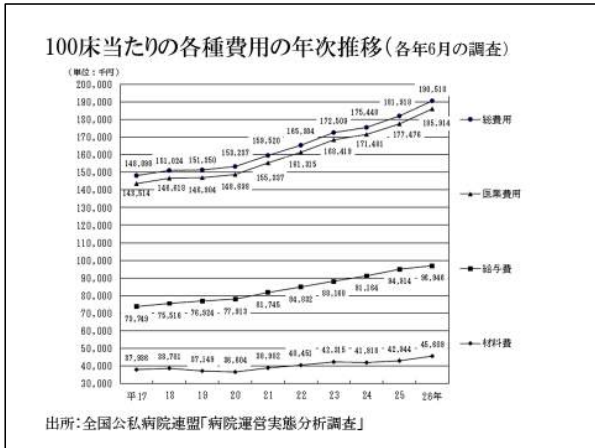
2. 平均在院日数の短縮と人材の投入

(1) 人材の投入

この間、医療機関はどのような方針で経営努力をしてきたのであろうか。

そこでその過去10年間の費用の伸びを見たのが図表2である。再び、全国公私病院連盟の病院運営実態分析調査に戻ると、これは各年度の6月単月の調査であるが、総費用の伸びが著しい。特に給与費の増加が顕著であり、診療報酬の医科部分がプラス改定になった平成20年度以降は、そのカーブが急激に右肩上がりとなっている。

図表 2



(2) 諸外国と比べた平均在院日数

こうした人件費の増加の背景には、厚生労働省による、急性期病院を中心とした医療機関に対し、医療技術者などの医療資源の重点的な投下により医療の質を高めながら、平均在院日数の短縮をはかり、超高齢社会における医療ニーズの高まりを、地域によっては病床を増やさずに、その回転率の向上という効率性のアップで対処しようとしてきた政策がある。参考にされたのは、OECD のデータ⁷である。急性期医療における平均在院日数をOECD データをもとに他の国と比較すると、日本は18.5日(2009年)でアメリカやフランスの3倍以上になっている。また人口1,000人あたりの急性期の病床数は8.11で、やはりアメリカやフランスの2倍から3倍であり日本は病床が多く在院日数が長いという特色を顕著に示している。一方で急性期病床百床当たりの臨床医師数は日本が26.6人であるが、これはフランスやイギリス、アメリカの3分の1から4分の1と少ない。同じく看護職員も117.9人であるが、フランスの2分の1、アメリカの4分の1である。比較の観察の結果として、厚生労働省としては、OECD の他の国にならって、在院日数の短縮を実現するために、医療技術者の投入によって負担を軽くしながら、患者の回復を早める政策的な意図があり、その実現を促すような診療報酬の改定を行ってきた。

なるほど、平成23年10月5日の中医協における資料によると、平成2年、100床当たりの医療従事者数が86.7人、医師と看護職員の合計が49.1人の時、平均在院日数は41.8日であったが、医療従業者数の増加とともに、平均在院日数も減少し、平成20年には従業者数が118.8人、医師と看護師の合計が68.6人で、28.2日に短縮されている。そしてこれをもって、厚生労働省としては、日本でも従業者数と平均在院日数の間には高い相関関係がみられる証左であるとしている。

それを実現するためにさまざまな医療技術者が投入され、短期的な集中医療を行うことによって早期の退院を促し病床の回転を高めようという計画で、民間の医療機関が多い日本の医療提供体制に対して、診療報酬制度で、厚労省の目指す方向に誘導するために方向付けを行ってきた。その典型的な例が7対1看護基準の(初期の)導入であることはいうまでもない。

DPC 制度でも在院日数が全国平均よりも短い場合は、より高い点数を取ることができ、特掲診療料の各加算は、医療提供体制において、より医療従事者をそろえることにより、算定が可能となっているものも多い。(3) 医療の質の向上

この「医療の質」を向上させる仕組みについては、1980年にアメリカのアベティス・ドナベディアンによって整理されたもの⁹が、現在の日本では標準的といえよう。ドナベディアンは、医療の質は「構造(structure)」「過程(process)」「結果(outcome)」という3つの側面から評価できると分類している。「構造」とは「モノや人の配置などの物的あるいは人的資源」、「過程」とは「医療従事者の態度や行動」、「結果」とは「治療や看護の結果としての患者の状態やクオリティオブライフ」である。この中でこれまでの診療報酬制度において積極的にとり入れられたのは「構造」であり、資格保有者である医療技術者を中心とした人的資源の投入を加算獲得の条件としたものが多かった。まず看護師、次に急性期病院内や回復期リハ棟の広まりによる理学療法士、作業療法士などのセラピスト、そして管理栄養士などの職種が、急性期病棟から早期に在宅へ帰す目的で、平均在院日数の短縮という医療の質をあげるために投入された。

平成26年度の病院報告によると、この10年で一般病院に勤務する職員は全体で常勤換算で151万人から187万人へ23.6%増えた。なかでも看護師や管理栄養士が36%増加しているほか、理学療法士に至っては2万8千人から6万6千人へと、年率換算で8.8%もの増加となっている。

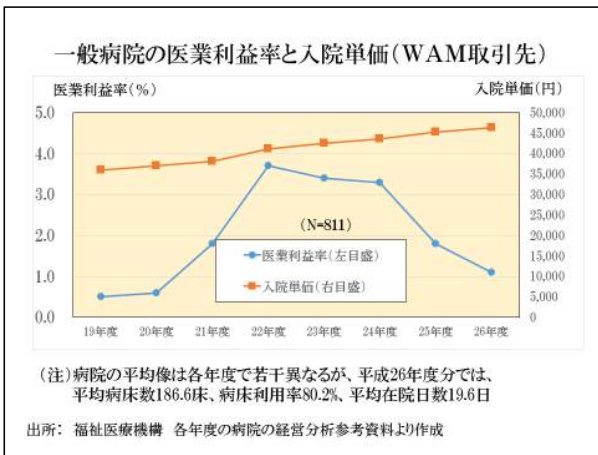
一方で過去10年間の1病院あたりの外来と入院患者の数を振り返ると、入院患者はほとんど増加していないが、外来患者の方がやや増加の傾向にある。たとえば全国公私病院連盟のデータによれば1病院あたりの入院患者が、平成20年の6,645が近年では1番ボトムであり、それ以降の最大となっているのは平成25年で、7,406と徐々に上昇しているとはいえるが、年率換算ではわずかに1%の伸びにとどまっている。すなわち患者数はほとんど増えてないのである。

したがって費用の増加に対応する収益の伸びは、全体の比率でみれば、それも収益の比率の高い入院患者

に限れば、人数よりも単価に求められることになる。

福祉医療機構（WAM）の取引先病院の経営分析参考資料から、その取引先の811件（平成26年度）全体の平均の数値を平成19年以降みると、やはり一般病院の平均値（ここでは平均病床数は182.4床とやや小さい）は同様に、平成22年をピークとした右肩下がりのカーブを示しているものの、この間、入院単価は平成19年度以降一貫して上昇している。（図表3）つまり、平成22年度以降は入院単価の上昇にもかかわらず医業利益率は下がる一方で、平成26年度決算は対前年度0.7ポイント低下の1.1%、赤字の病院の割合は43.4%と直近5年間で最大となってきた。これは経費の伸びが収入を上回っているからに他ならない。

図表3



(4) 7対1病床であるDPC病院のパラドックス

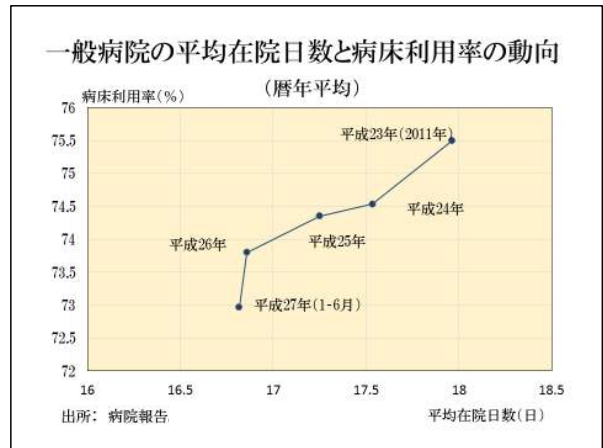
平成26年4月の改定において地域包括ケア病床が創設され、7対1病床が若干減少しつつあるが、一般病院を看護配置で7対1から15対1まで分類した場合、「平成26年度末では7対1病床のうち98%はDPC対象病院」である。すなわち、7対1病床はほとんどすべてDPC制度を選択している。DPC制度は、それまで出来高制であった診療報酬体系を、診断群分類別に1入院日単位ごとに包括支払制度を導入した、1日単位の定額支払い制度であり、DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) と呼ばれる。本来出来高制を改め包括にすることで、医療行為の効率性を高める制度であるが、ここに短い入院期間に対する1日単位の支払額のインセンティブを大きくつけたので、平均在院日数の短縮に大きな効果があった。

しかし、病床の回転を上げることが、今度はDPC病院の経営を圧迫してきている。

3. 病床利用率の低下

病床の回転がよくなった分、病床利用率の低下が目立っているのである。同じく病院報告より全体の傾向をみると、暦年平均で、平成23年は平均在院日数が17.96日で、病床利用率が75.50%であったのが、双方ともに次第に下落して、図表4にみられるように平成27年の前半には、平均在院日数が16.82日と約1日短くなり、病床利用率は72.97%と、約2.5ポイント悪くなっているのである。

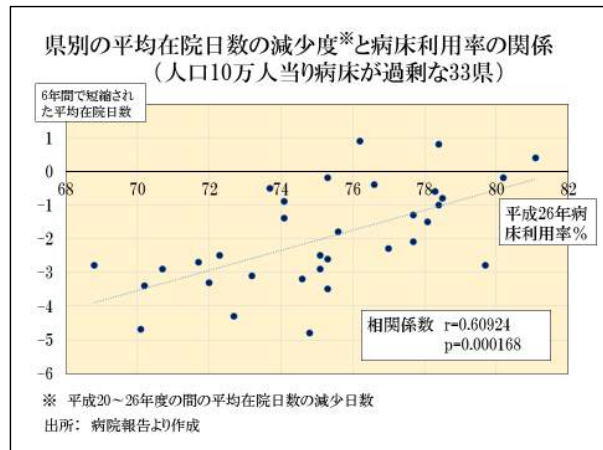
図表4



これを地域別に、元の平成23年に在院日数が長かった県、短かった県で比べてみると、やはり在院日数が長い県ほど、より多くの日数を短縮させていることがわかり、DPC制度などの標準化の影響がみてとれる。

さらに一般病床でみた、人口10万人当たりの病床数を、平成20年度の全国平均の703.6を基準にそれより病床が過剰な33県について特に取り出してみると、図表5のように平成20年から26年の間に、短縮された在院日数の長さ（マイナスで表示）と病床利用率の間には強い相関があり（相関係数0.60924）、p値も0.00016<0.05となり、有意な水準を示している。

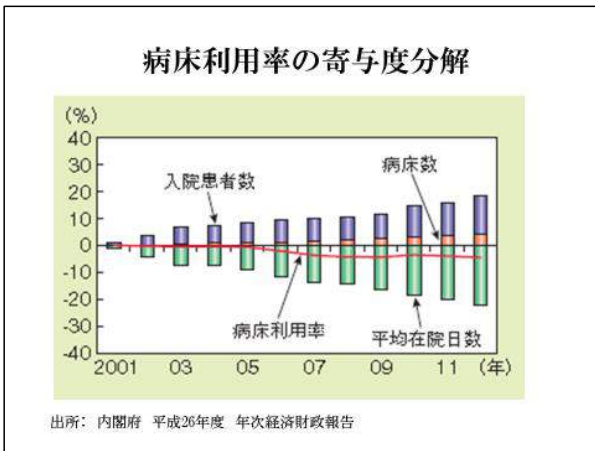
図表5



このことは、これまでの「病床が過剰な県は在院日数が長い」という現象が是正されつつあることを示している。結局病床が過剰な県は標準化によって空床率が高まっており、現在進行中の地域医療構想の中で、病床の削減の政策がとりやすくなってきている。

ここで、内閣府の平成26年度の年次経済財政報告に基づき、その要因分析を改めて振り返ると、入院患者数の伸びにもかかわらず、平均在院日数の減少により、総需要（入院患者数×平均在院日数）は2000年を100とした場合、減少の一途をたどり、2012年には80を割っている。「近年の平均在院日数の減少率は入院患者数の増加率を上回っており、総需要（入院患者数×平均在院日数）は減少している¹²。」と指摘されている。さらに病床の減少をも考慮にいたれた病床利用率の減少について、寄与度分析によると、入院患者の増加と病床数の減少（微減）による影響よりも、平均在院日数の減少による影響が大きく、2005年以降病床利用率の減少がみてとれるのである。（図表6）「病床数が減少している以上に総需要が減少しているため、低下傾向にある¹³。」

図表6



4. 病床の規模別、入院基本料別の分析

(1) 病床規模別

以上は一般病院全体の話であるが、この現象は病床の規模別や入院基本料別にみた場合はどのように異なるのであろうか。厚労省の概算医療費データベースをもとに分析すると、2008年（平成20年）以降400床～499床や500床以上の大病院における医療費の伸びは突出している。即ち500床以上の場合は2008年を100とした場合、2014年の上期で126となり、年換算で3.9%の伸びを示している。全体では120に留まるので、平成20年以降急性期病院への点数配分を手厚くしたといわれており、規模の大きな病院ではそれが反映されている。

ところが、平成27年3月までの決算をもとに調査した医療経済実態調査¹⁴によると（医療経済実態調査では「利益率」ではなく「損益の差額に基づく率」に基づいて計算されている）、病床の規模別に見た場合、300床以上の病床規模を持つ病院群の方が損益の差額の率が悪い。50床以上の規模の病院は平成25年度も26年度もプラスであるのに、300床～499床規模は平成25年度は0.1%のプラスだが、26年度は1.1%マイナス、500床以上の場合、平成25年度はマイナス0.7%、平成26年度はマイナス1.3%であり、そのマイナスの比率が大きくなっている。この規模の病院の病床機能の構成を見ると、より急性期の病床が含まれており、300床未満の病院群の場合は、療養病棟のあるケアミックスの病院が含まれていると考えられる。300床以下の規模の病院の方が損益率は良いのである。

急性期で規模の大きな病院群ほど平均在院日数が短くなり、病床利用率が下落したのである。日医総研が概算医療費データベースから作成した分析によると¹⁵、平成20年以降の約10年間、平均在院日数はどの病床規模にかかわらず一様に減少しているが、有床診を別にして、もともと日数が短い500床以上の病床においては13.8日から12.0日まで約2日も減少し、他の規模とは顕著な差を示しているのである。

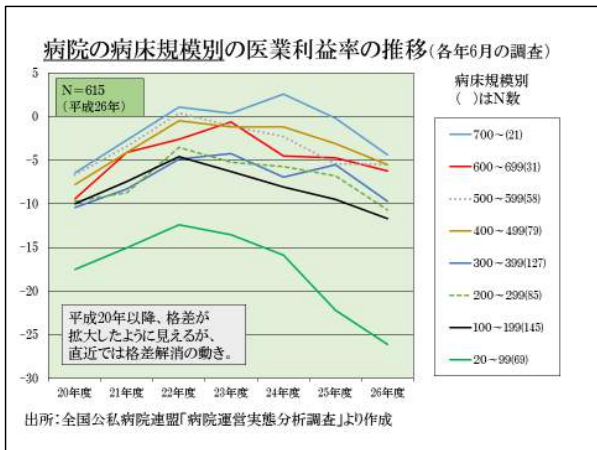
そこではやはり病床利用率の減少が起きたのである。2011年（平成23年）までは病床利用率は上昇していたが、平成23年を境にどの病床規模においても病床利用率は減少している。これは日本医師会の日医総研のワーキングペーパーの分析¹⁶であるが、元データは厚生労働省の概算医療費のデータベースから作成されている。特に平成26年度の前半（すなわち前回の診療報酬の改定）以降は極端に病床利用率が落ちており、とりわけ400床～499床、500床以上では、81%で平均では一番高かったのだが、それが79%まで2ポイント下落しているのである。

(2) 一般病棟の入院基本料別

ここで、規模の問題を別の角度からみるために、同じペーパーで一般病棟の入院基本料別に見てみよう。7対1及び10対1の入院基本料の場合は、前々年度、すなわち2013（平成25）年4月から2014（平成26）年3月までがわずかにマイナスであったのに対し、今回の前年度、すなわち2014（平成26）年4月から2015（平成27）年3月までは7対1で1.3%、10対1で0.9%のマイナスとなっている。一方で、13対1や15対1の場合は常にプラスを確保している。すなわち、医業収益が伸びている7対1や10対1の急性期の入院基本料の病棟の方が、収益性には結びついていないのである。これはこれまでとは逆の現象が起きているのである。

そこで、あらためて、全国公私病院連盟の病院運営実態分析調査より平成20年度以降の規模別の産業利益率の推移をみると、各年6月の調査ではあるが、平成20年度以降いったんは規模の大きな病院群の収益性（産業利益率）がぐんと上がり、格差が拡大したように見えるが、平成24年度以降はこれが一様に下落するなかで、規模間の格差が減ってきている。（図表7）すなわち、規模の大きな病院が必ずしも有利とはいえない状況になってきたのである。

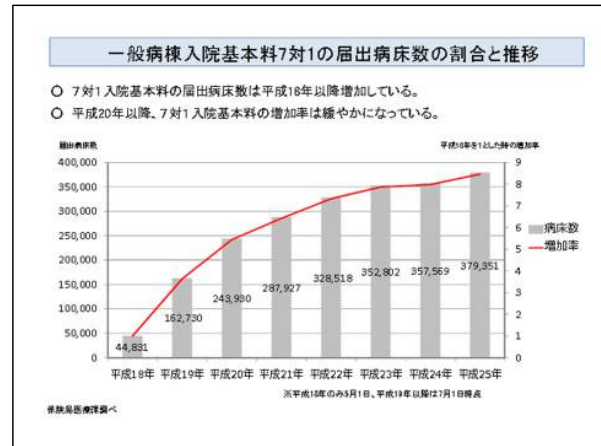
図表7



(3) 「7対1有利時代」の転換

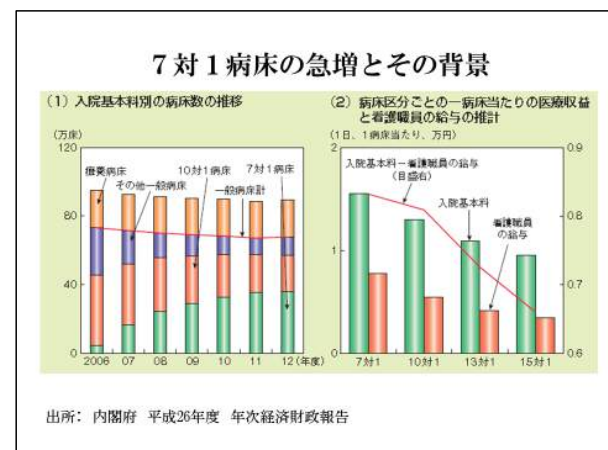
これまでの規模の大きな病院が収益を確保してきたパターンは、医療技術者（看護師や理学療法士等）などの人材を投入することで、医療の質を上げ、患者の早期回復、早期退院を実現することであり、加算を始めとする、診療報酬上の誘導に乗ることであった。その最も大きな流れは、7対1病床の選択であった。制度創設の平成18年度には4万4千床足らずであった7対1病床は、平成19年～20年以降急速に増加し、平成25年末には38万床¹⁸に達し、日本の一般病床の中で最も多いカテゴリーとなった。（図表8）厚労省の当初の意図とは異なると考えられるが、ICUなどを除くと最も看護配置の厚い基準、単価の高い病床が日本で最も多くなってしまったのである。

図表8



7対1病床が最大となった原因の一つは収益性である。たとえば内閣府の平成26年度の年次経済財政報告¹⁹では、「看護師一人当たりの入院患者数が最も少ない7対1病床が急性期の病床であると想定され、高い点数を割り振られている。」と診療報酬の点数制度の理解を前提に、「収入（入院基本料（日額））から費用（看護職員の給与（日額））を引いた額をみると、看護師配置の厚い病床ほど限界的な利益率は高くないものの、利益幅が大きい。」として、7対1の一病床当たりの利益額（収支差額）を10対1と比較の上、「医療機関が一病床当たりの収益が多い7対1の病床を増やしたという結果も合理的だと考えられよう。」と指摘している。（図表9）平成20年度の改定時は、点数だけをみると1555点と1300点と200点の違いを生んでいる。

図表9



そこで、単に収益上の理由に留まり、7対1病床創設の趣旨に合致していない病床に転換を促す政策が積極的におし進められ、平成20年度改定においては、重症度、医療・看護必要度が設定され、この基準に合致する患者を10%以上を入院させることを7対1病

院の要件とした。平成 24 年度にはさらに平均在院日数の上限が 18 日となり、平成 26 年度の診療報酬改定では、平均在院日数の計算で、90 日以上入院の患者に対する特定除外制度を廃止し、短期滞在手術の患者を別枠として平均在院の日数の計算から事実上除外することとなった。また在宅復帰率基準が設置され、退院患者の 75% は自宅か早期に在宅へ帰すことのできる施設に退院していなければならなくなった。

また、重症度、医療・看護必要度の設置以降は、10%、15%とハードルがあがり、7対1要件が厳格化されたのである。その結果7対1を維持するために解くべき方程式の変数が入退院時、入院中と大変多くなってきているのが現状である。

ところで病院規模ではなく、医療法人を医業収益の規模別に見た場合の、赤字法人、黒字法人の割合を、福祉医療機構のリサーチレポート²⁰も分析している。平成 21 年～23 年度では医業収益（売上）でいうと、40 億円以上の規模の医療法人の決算は赤字の割合が少なく、わずか 2～5%程度で、それ以下の規模の赤字割合が 10～20%となっているとの差が大きい。平成 25 年度は急に 15%を超えている。それでもセグメント別にみると他の 40 億円未満の規模の医療法人の赤字割合も 20～27%と悪化している。決算内容はよい方だといえるが、40 億円以上の規模の医療法人とそれ以下の小規模の医療法人との収益性のギャップは縮まってきているのである。医業収益規模が大きいということは大きな病院を運営していることを示すといえ、病床規模の大きな所、7対1病床を多く持っている所ほど決算が悪くなっているという最近の傾向を示している。

V 考察

1. 7対1病床の拡大と抑制

(1) 7対1病床の拡大期

平成 18 年に 7 対 1 看護基準が導入された以降は、厚労省による急性期医療への重点配分の政策が明確になり、病院経営の戦略の方向はより質の高い医療をめざし、看護師、理学療法士、管理栄養士などの人材資源の投入を中心とし、患者の早期の退院、すなわち平均在院日数の短縮を目標に、病床の回転率をたかめることであった。そしてその経営が加算で、あるいは DPC 病院にあっては入院基本料そのものにおいて評価され、患者単価のアップという形で収益に反映されてきた。

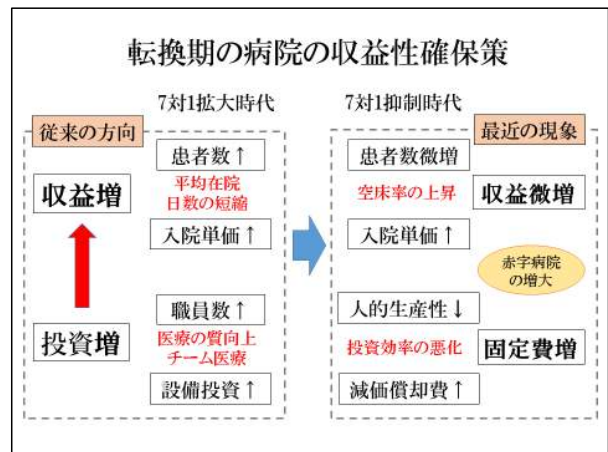
これは入院初期に資源を集中させ、早期の退院を促すわけで、病床が高稼働を続ける限り、以前よりも単価の高い患者の割合が増える、高コスト、高収益モデルである。政策的には本来これは一部の急性期病院の

みのつもりであったはずが、このモデルの 7 対 1 病床に経営上の魅力があり、全国の一般病床はこぞってこのモデルをめざした。このことが病床のほとんど減少しない中で起こったので、医療費の膨張スピードが加速したことは想像に難くない。

(2) 7対1病床の抑制期

病床の回転が早まり、実質的な患者数は増加したが、結局、すべての病床の回転をうめるだけの量はなく、全国的には平成 19 年度以降、一貫して病床利用率は下落し続けている。ただしこれは単価の上昇に打ち消されて、収益の点では目立たなかった。しかし、7 対 1 病床の拡大に急激なブレーキがかかった平成 24 年度の改定以降はついにそれが顕在化してゆき、7 対 1 病床の比率の大きい、病床規模の大きな病院群、収益（売上げ）規模の大きな医療法人の収益性が以前よりも悪化してきた、という図表 10 に示した構図である。これまでの人材の投下＝高固定費化一辺倒の医業経営が転換期を迎えているというべきであろう。

図表 10



2. 投下資源としての人材を活かすために

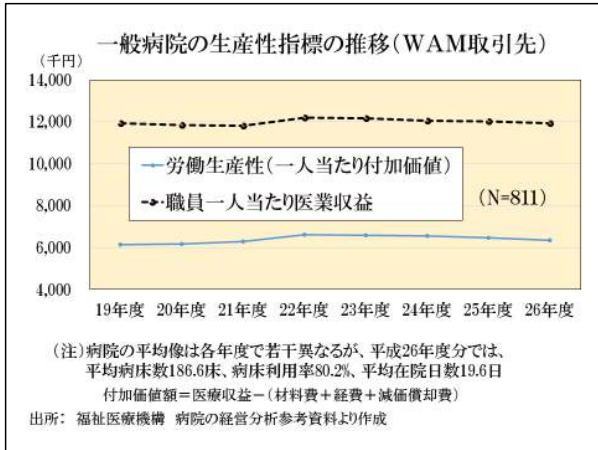
(1) 労働生産性の停滞

これまで一般病院の経営者は、人材の投下に見合った入院基本料や加算等の点数がつくという計算の下に、医療技術者などを確保してきた。当然、一病院当たりの従業者や、患者一人当たりの従業者は増加の一途をたどったのであるが、その効率性は一体どうだったのだろうか。

ここではその指標として、労働生産性を例に取り上げたい。産業によって労働生産性の定義が異なることがあるが、ここでは福祉医療機構の定義を使うと、付加価値額＝医療収益－(材料費＋経費＋減価償却費)を職員数で割ったものとなる。福祉医療機構の経営分析参考資料に基づき、平成 19 年度以降の労働生産性や職員一人当たりの医療収益を分析してみると、図表 11

のように平成 25 年度までほとんどかわらないことがわかる。

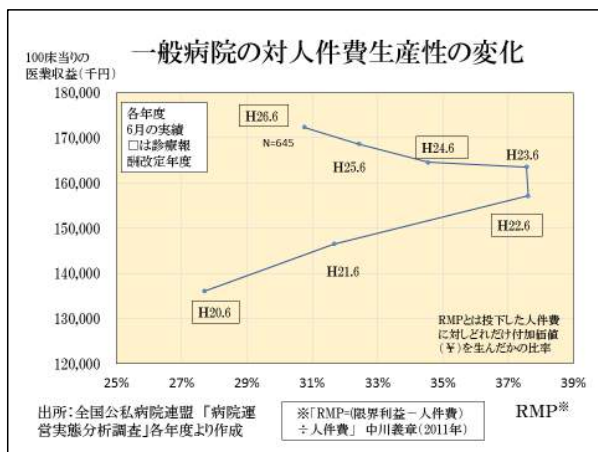
図表 1 1



ただし、これは平成 25 年度でいえば 811 件の貸出先の平均値であり、その病院の平均像は各年度で若干異なるが、平成 26 年度分では、平均病床数 186.6 床、病床利用率 80.2%、平均在院日数 19.6 日であり、設備投資に積極的な貸出先の病院に限った点に注意すべきではある。そしてこの規模の病院群ではむしろ、平成 22 年度以降は下落傾向がみえてくる。

さらに人件費部分に注目して、平成 20 年度以降の一般病院の対人件費生産性の変化の傾向を分析したのが図表 12 である。

図表 1 2



これは前述の全国公私病院連盟の病院運営実態分析調査のデータから作成したものである。横軸は「投下した人件費に対し、どれだけ人件費以外の付加価値を生んだかの比率=(限界利益-人件費)÷人件費²¹⁾であり、縦軸は病床 100 床当たりの医療収益(売上)となっている。

平成 20 年から 22 年までは人件費の投下に応じて医

業収益が増加し、付加価値も効率よく上がっており、人的生産性が上がっていたといえるが、平成 22 年及び 23 年がピークとなり、それ以降は、医療収益は上がるが、人件費の投下を続けてもそれにみあった人的生産性はあがらず、生産性は下がる一方であったことがわかる。

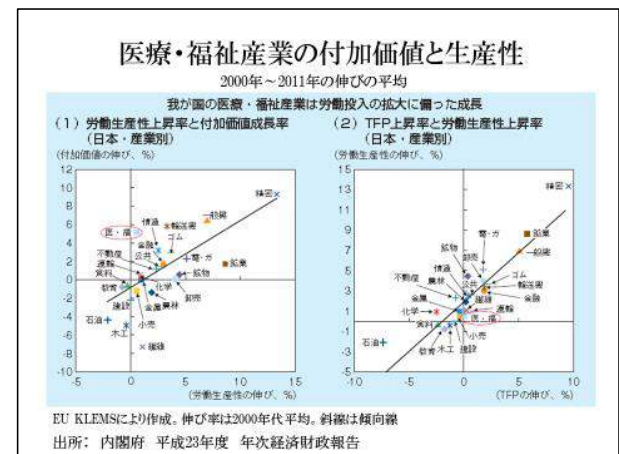
この人的生産性の問題は、結局は人件費率に反映される。例えばある北関東の公的病院(ここでは病床利用率が維持できているのだが、以下括弧内は筆者の補足の)事務長の悩みとしての、次のコメントに象徴されよう。「人(医療技術者)に点数が付いてきたので、増員せざるを得なかったが、だんだん新たに取得できる(加算の)基準がなくなってきており、入院単価の上昇ペースが鈍化している。そして、収入とベースになっている人件費率とのバランスが取れなくなってきて、人件費率を押し上げる結果になっている。」

(2) 医療・福祉産業の低い生産性の伸び

こうした労働生産性の停滞は最近の日本経済の成長率の低さとどのような関係があるのか、また他の産業と比べて特色のあることなのだろうか。

内閣府の平成 23 年度年次経済財政報告²²⁾には、この点に関連して、「医療・福祉産業」というくりではあるが、日本の代表的な産業と比較の上、産業としての「2000 年代(2000 年～2009 年)における付加価値成長率と労働生産性上昇率の相対関係」を分析、報告している。

図表 1 3



付加価値成長率からみると「医療・福祉産業は成長産業」と呼ぶことができる。「医療・福祉産業は 2000 年代平均で年 5 %前後の成長率」であり、精密機械や一般機械には及ばないが、自動車産業が中心となる輸送機械に次ぐ高さを示している。しかし労働生産性を見ると、医療・福祉産業は 2000 年代平均ではほとんど伸びておらず、全体で「1%に満たない生産性上昇

率」となっており、図表 13 にあるように産業平均を下回る。

付加価値の定義からみると、もともと人件費の比率が高いこの業界では、この稿のここまでの分析からみても「医療・福祉産業の相対的に高い付加価値成長率は、その多くが労働投入の増加によってもたらされている。」ということであり、単に雇用が伸びただけなのである。

これは公定価格である診療報酬制度の価格決定の根底にある、ドナベディアン²³⁾の定義でいえば、主として「構造」による医療の質の向上を目指してきた、即ち人材の投下が条件の加算やそれが必要だった早期の退院による加算を設定してきた原則からすれば当然といえよう。

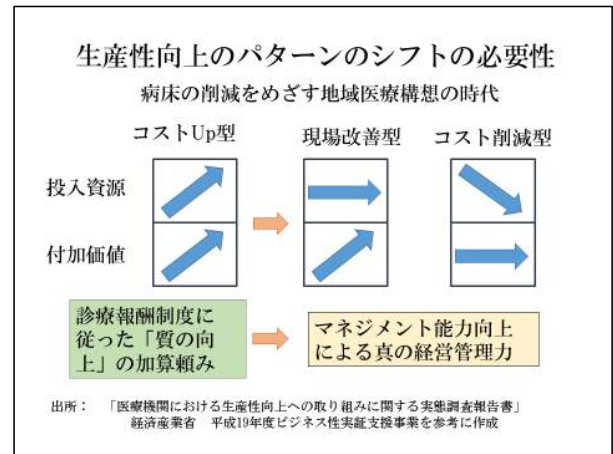
一方で経済財政報告ではそうした労働生産性の伸びだけでなく、全要素生産性（TFP）の伸びを分析して他の産業と比べている。これもまた、「TFP 上昇率は 2000 年代平均でゼロ近傍であり、労働生産性の上昇が専ら資本・労働比率（資本装備率）の上昇に依存していることを意味している。」とあり、ベースとなる医業収益（売上げ）が公定価格である診療報酬制度の点数配分に左右されると考えられる労働生産性の伸びだけでなく、全要素生産性（TFP）の伸びもほとんどなく、技術力の進歩や、習熟による効率性の向上といった、量的な資源の投入以上の質的な生産性の向上がみられないと分析している。

しかも、この点では他の OECD 諸国と比べると、「我が国では付加価値成長率の高さに比して労働生産性の伸びが低いことが際立っている²³⁾。」ということで、TFP の伸びにつながるような効率的な経営が遅れているといえるのが日本の医療産業の特色である。製造業の比率が減少し、サービス業の比率が上昇する中、日本の経済成長にとっても、ここが成長産業である医療・福祉産業が克服すべき課題であろう²⁴⁾。

（3）人材の量的な投下から質への転換

つまり「医療の質をたかめる」場合でも、人材の量的な投入に頼るだけでなく、図表 14 のように同じ量の人材を資源として投入しても、あるいはより少ない人材の投入量でも、生産性の向上の達成が必要なのである。そのための方策としては、例えば業務のイノベーション的な改革によって、仕事量が向上したり効率性がアップするようなマネジメントサイドの努力が必要である。これこそが、厳格化が進む 7 対 1 病床の施設基準や、地域によっては病床の削減を計画している医療構想の策定が進む、転換期の医業経営のとるべき方向なのであるといえよう。

図表 1 4



そのための一つの方策としては、一人一人の職員のモチベーションを高め、自発的に業務の効率アップに取り組むような仕組みを組織全体に作り上げることが必要であり、まず職場の勤務環境を良好に保ち、職員満足度を高めることから始まるものと考えられる。ただしこのテーマは本稿がメインにカバーする領域ではないので、別の機会に譲ることとしたい。

VI おわりに

厚生労働省の推計によると、2030年には産業別の就業者数で、成長産業である医療・福祉の分野が908万人で卸売・小売業と製造業を抜き首位になるといわれている²⁵⁾。しかし、公費投入の比率が高い国民医療費の増加については、常に抑制政策が取られており、このままのペースで人材の量的投下を続けることを前提として、この産業の成長を考えることはできまい。地域医療構想の展開により、今後は再び公定価格である診療報酬も実質マイナス改定が続くことも考えられる。結局その誘導に依拠すると思われるが、すべての病院が高コスト高収益を追うのではなく、イノベーション的な経営管理の進歩により、同じ資源の投入量でも生産性の向上が達成できるようなマネジメント能力を開発してゆくことが求められる。

VII 謝辞

インタビューにご協力いただいた、多くの医療機関の理事長、院長の皆様に御礼を申し上げます。

文献

¹ たたとえば、日本経済新聞朝刊 2015 年 11 月 5 日付は「医療経済実態調査」の結果を報じており、「調査結果

によると、一般病院の損益率は平均でマイナス 3.1% となった。前年度はマイナス 1.7% だったので、赤字幅が拡大したことになる。」

² たとえば、日本経済新聞朝刊 2015 年 11 月 29 日付では、「消費税にあえぐ大病院。診療費は非課税 転嫁先なく、設備更新は多く、重い負担。」とある。

³ 平成 26 年度診療報酬改定の説明資料では、「初診料で+12 点、再診料及び外来診療小で+3 点、その他の入院基本料などは平均的に+2 点程度で対応」とされた。

⁴ 中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織における「医療機関等における消費税負担に関する分科会」での検証を参照。たとえば、「消費税 8% への引上げに伴う補てん状況の把握について」2015 年 8 月 7 日資料。

⁵ 日本経済新聞朝刊平成 27 年 12 月 19 日付。

⁶ 平均病床数と病院数（平成 26 年）については、その他公的病院が 354 床（N=186）、私的病院が 307 床（N=101）となっている。

⁷ 中医協の総会平成 23 年 10 月 5 日の資料で示された「入院・外来・在宅医療について（総論）」であり、OECD Health Data 2011 を原典とする、「急性期医療提供体制の各国比較（2009 年）」から。

⁸ 同じく中医協総の総会平成 23 年 10 月 5 日の資料で示された「病床 100 床あたり従業者数と平均在院日数（一般病院）」のグラフ資料。

⁹ 1980 年刊の原典に対し近著としては Avedis Donabedian “An Introduction to Quality Assurance in Health Care” Oxford University Press, December 2002.

¹⁰ ドナベディアン博士の著書として邦訳ではアベティス・ドナベディアン、東尚宏訳「医療の質の定義と評価方法」健康医療評価研究機構、2007 年等がある。

¹¹ 平成 27 年度 11 月 16 日第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会における、DPC 導入の影響評価に関する調査（参考資料）の施設概要表によると、2014 年度（平成 26 年度）末の DPC（準備病院を除く）対象病院は 1,280 病院で 371,226 床であり、同年度末の 7 対 1 病床全体の 380.4 千床と比較すれば、その DPC 比率は約 98%（97.6%）となる。

¹² 内閣府の平成 26 年度年次経済財政報告 p74。

¹³ 内閣府の平成 26 年度前掲書の同頁。

¹⁴ ここでは、日本医師会総合政策研究機構「第 20 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」についての分析と考察、2015 年 12 月、p 41 にもとづく分析資料。

¹⁵ 前田由美子「2014 年度診療報酬改定後の医療費の動向」日医総研ワーキングペーパー、2015 年 3 月、p45。

¹⁶ 同上書、p49。

¹⁷ 日本医師会総合政策研究機構による 2015 年 12 月の前掲書、p36 にもとづく分析資料。

¹⁸ 厚生労働省保険局医療課調べ。

¹⁹ 内閣府の平成 26 年度年次経済財政報告 p76。「限界的な収入を病床の入院基本料、限界的な費用を看護職員の人件費によって表現する。収入（入院基本料（日額））から費用（看護職員の給与（日額））を引いた額をみると、看護師配置の厚い病床ほど限界的な利益率は高くないものの、利益幅が大きい。医療機関は営利法人ではないため、収益率を念頭に置いた行動を取るのではなく、総収支の差を改善することを目指し行動することも見込まれ、こうした観点からは、医療機関が一病床当たりの収益が多い 7 対 1 の病床を増やしたという結果も合理的だと考えられよう。」

²⁰ 浅野俊「医療法人の経営状況について 平成 20 年度～ 25 年度」福祉医療機構リサーチレポート、2015 年 7 月。

²¹ 中川義章他「人件費をベースとした新たな病院経営指標を用いた国立病院機構における 5 年間の分析」日本医療マネジメント学会誌 Vol. 11, 2010 年。

²² 内閣府平成 23 年度年次経済財政報告 p106。

²³ 同上の報告書では、他の国の例として「例えば、両者の関係が平均的な（傾向線上に位置する）英国では、1%強の労働生産性上昇率に対して 3%程度の付加価値成長率に対応しているのに対し、我が国では 1%弱の労働生産性上昇率に対して 5%強の付加価値成長率となっている。」とある。

²⁴ たとえば内閣府の年次経済報告平成 27 年度の第 3 章、第 1 節、「1. 低成長下での生産性の動向」を参照。

²⁵ 2014 年 3 月 14 日付け日本経済新聞電子版。

「医療・福祉の就業者、908 万人で最大に 厚労省 30 年推計」による。「医療・福祉分野は高齢化の影響で労働力需要が伸びる数少ない成長市場になる。全体の就業者数に占める比率は 12 年（11.3%）から 5.4 ポイント増え、30 年（16.7%）は産業別の割合で最大だ。」