

平成 19 年度
厚生労働省医政局委託

－ 医療施設経営安定化推進事業 －
病院経営管理指標及び中小病院の経営の方向性に関する調査

報告書

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

目 次

I	調査研究の背景と目的	1
II	事業実施体制・研究方法	1
	1. 事業実施経過	1
	2. 研究項目と研究方法	2
III	調査研究結果	2
	第一部 病院経営管理指標	2
	1. 平成18年度病院経営管理指標の概要	2
	(1) アンケート回収結果	2
	(2) 医療法人の決算分析	3
	1) 収益力の推移	3
	2) 収益力の種別比較	4
	3) 病床規模別比較	6
	4) 黒字・赤字病院の状況	9
	5) 病院種別の設備投資の実施割合	12
	6) 設備投資の資金調達	12
	2. 病院経営管理指標について	15
	(1) 指標改訂にあたっての基本的考え方	15
	(2) 指標の収載理由	16
	1) 収益性の指標について	16
	2) 安全性の指標について	19
	3) 機能性の指標について	23
	(3) グルーピング	24
	(4) 経営管理指標の利用例	26

(5) 課題	32
第二部 事例研究	33
1. 中小病院と連携	33
2. 事例	34
(1) シルバー病院（八戸市）	34
1) 財団法人シルバーリハビリテーション協会概要	34
2) 地域特性	34
3) 地域におけるシルバー病院の位置づけ	40
4) パスの作成、参加の状況	40
5) パス導入のメリット・デメリット	43
(2) 青森慈恵会病院（青森市）	47
1) 社団法人慈恵会病院グループ概要	47
2) 地域特性	48
3) 地域における慈恵会病院の位置づけ	50
4) パスの作成、参加の状況	51
5) パス導入のメリット・デメリット	53
(3) まとめ	55
参考文献	57

医療施設経営安定化推進事業 病院経営管理指標及び中小病院の経営の方向性に関する調査研究

I 調査研究の背景と目的

病院経営の厳しさが指摘されて久しい。

一方、医療の質の向上、限られた医療資源の効率利用、機能分化と連携などが謳われているものの、遅々として進まないのが現状である。

そこで本調査研究では、次の2つを考察する。1つは病院経営の実状を捉えるべく、平成18年度版病院経営管理指標を作成し、財務面からの実態を把握する。

2つめは中小病院の事例研究を行い、中小病院の経営の方向性、特に連携に焦点を当てて検討する。

これらを通し、医療施設経営安定化と地域の効率的な医療連携体制の構築に関する議論の一助とすることが、本調査研究の目的である。

II 事業実施体制・研究方法

本事業の実施にあたり、以下の構成による委員会を設置し、そこでの意見交換や検討を通じて研究を推進した。

委員会

(敬称略・五十音順)

企画検討委員会委員長	：田中 滋	(慶應義塾大学大学院教授)
企画検討委員会委員	：石井 孝宜	(公認会計士)
	西澤 寛俊	(全日本病院協会会長)
	西田 在賢	(静岡県立大学教授)
分科会委員長	：橋本 英樹	(東京大学大学院教授)
分科会委員	：五十嵐 邦彦	(公認会計士)
	橋本 寿	(特定非営利活動法人医療施設近代化センター研究員)
オブザーバー	：厚生労働省医政局指導課	
事務局	：松原 由美	(明治安田生活福祉研究所主任研究員)
	檜部 正嗣	(明治安田生活福祉研究所研究員)
	高橋 勇樹	(明治安田生活福祉研究所研究員)

1. 事業実施経過

企画検討委員会実施経過

- ・ 第1回企画検討委員会：平成19年9月6日
- ・ 第2回企画検討委員会：平成20年3月26日

2. 研究項目と研究方法

病院経営管理指標については、平成 16 年度版からスタートした民間および公的病院を一元化した病院経営管理指標の平成 18 年度版の作成であるが、今年度は単に指標の作成だけでなく、これを用いた経営分析を行い、実状を把握する。

なお、指標の作成にあたっては平成 19 年度アンケート調査データを用いた。

事例研究については、青森県における連携のケースを取り上げた。方法としては、ヒアリング調査を主体に文献調査および上記委員会の検討を通じて行った。

ヒアリングは平成 19 年 9 月から平成 20 年 3 月にかけて実施した。ヒアリング先は、事例病院だけではなく、中小病院の実像をより深く探る意味からも、地域基幹病院や他の中小病院、自治体も対象とした。そのほか、診療所、居宅介護事業者、医療関連団体（全日本病院協会、地区医師会等）、金融機関、医薬品卸、医業経営コンサルタント、学識経験者など、中小病院に関わる多くの人々から意見聴取を行った。事例病院におけるヒアリング対象者は、病院経営上の戦略やそれに対する具体的取組みなどを把握するため、原則理事長および幹部職員（事務長、施設長、介護部長など）とした。さらに、在宅医療や介護分野に携わる現場スタッフ（看護師、ソーシャルワーカー、ヘルパーなど）にも出来る限り話を伺った。

Ⅲ 調査研究結果

第一部 病院経営管理指標

1. 平成 18 年度病院経営管理指標の概要

（1）アンケート回収結果

医療法人、医療法 31 条に規定する公的医療機関、及び社会保険関係団体病院を対象に、これら病院の平成 18 年度決算状況に関するアンケート調査から、平成 18 年度版病院経営管理指標を作成した。

アンケートの回収結果は表 1 のとおりで、回収率は医療法人が約 5 割、公的病院は約 9 割であった。

ただ①長期借入金や土地・建物を当該病院に計上していない、②病院以外の事業も計上されている、③貸借対照表の貸方、借方が一致していないなどが多数あったため、これらを除いた有効回答率は医療法人では約 26%、公的病院では 5 割を切る状況であった。

なお回答した医療法人のうち、約 4 割が新病院会計準則（以下、新準則）に則っており、残りの 6 割は旧病院会計準則（以下、旧準則）を適用していた。公的病院は日赤病院以外全て新準則に依っていた。日赤も平成 19 年度から新準則に移行するとのことである。

表1 開設者別回収率

区分	病院数	平成18年度			
		回収数		有効数	
			回収率		有効回答率
医療法人	5,694	2,910	51.1	1,498	26.3
公的病院	1,476	1,288	87.3	704	47.7

(2) 医療法人の決算分析

病院経営管理指標の詳細は別冊の「平成18年度 病院経営管理指標」を参照されたい。

以下では上記指標を用いて病院の決算状況を分析するものだが、サンプル数の関係から医療法人についてのみ、その概況を述べる。

1) 収益力の推移

平成16年度から18年度にかけて医療法人の種別ごとの収益動向を営業利益率と赤字病院比率でみると表2、3のとおりである(病院種別の定義はP24参照)。

はじめに営業利益率の推移(表2)で追うと、全種別ともこの間低下傾向にあるが、とりわけ平成18年度に急激に落ち込んでいるのが目立つ。

表2 病院種別営業利益率(医療法人)

	(%)			
	H16	H17	H18	H18の対H17下落率
一般病院	3.0	2.9	2.0	31.0
ケアミックス病院	3.8	3.4	1.5	55.9
療養型病院	6.2	6.5	4.4	32.3
精神科病院	5.1	5.0	4.6	8.0

種別ごとにやや詳しく見ると、精神科病院の落ち込みは、低下傾向にある点では他の種別と変わらないものの、他の種別と比べればその幅は小幅で安定度の高さを窺わせている。これに対してケアミックス病院は、下げ幅が極めて大きいのが注目される。

次に赤字病院比率(同一種別内の全病院に対する赤字病院の割合)の面からみると、表3のとおりで、営業利益率と同じ動きにあって、やはり平成18年度に急速な悪化を見せている。

表3 病院種別赤字病院比率(医療法人)

	(%)			
	H16	H17	H18	H18の対H17増加率
一般病院	23.2	20.3	26.7	31.5
ケアミックス病院	19.0	20.3	30.7	51.2
療養型病院	12.7	12.1	20.5	69.4
精神科病院	14.9	11.6	15.4	32.8

平成 18 年度の対 17 年度比赤字病院比率の増加割合は、療養型病院が最大だが、ケアミックス病院が次いで大きく増加している。医業利益率でも同じ動きだが、療養型病院とケアミックス病院の悪化が目立っているのは、平成 18 年度の診療報酬改定で、従来の療養型病床優遇策にブレーキがかかったことを反映したものであろう。

なおケアミックス病院における赤字病院比率でもう一つ注目されるのは、その高さである。その比率は 30.7%に達している。使用データが必ずしも同一でないので、即断はできないが、赤字病院比率が 3 割台というのは異例である。

いずれにしても、こうした収益率の低落は、いうまでもなく近年の診療報酬引き下げの影響を受けたものといえる。

2) 収益力の種別比較

病院種別ごとに平均在院日数を見ると、一般病院 28.3 日、ケアミックス病院 97.4 日、療養型病院 315.0 日、精神科病院 545.3 日となっている（表 4）。

そこで分析の便宜上、一般病院・ケアミックス病院を短期入院型、療養型病院・精神科病院を長期入院型として、以下論述する。

表 4 病院種別ごとの平均在院日数（平成 18 年度 医療法人）

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
平均在院日数	28.3	97.4	315.0	545.3

(日)

短期入院型
長期入院型

平成 18 年度の種別ごとの収益力を医業利益率で示すと、表 5 のとおりで、短期入院型の一般病院、ケアミックス病院は 2%以下、これに対して長期入院型の療養型病院、精神科病院は 4%強と、両者の間には 2 倍以上の開きが認められる。

表 5 医業利益率（平成 18 年度 医療法人）

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
医業利益率	2.0	1.5	4.4	4.6

(%)

病院種別のこうした収益力格差は、わが国では一般病床削減という政策を受けて、特に療養型病院を中心に長期入院型に手厚く、短期入院型に薄い診療報酬体系が背景にあると言える。

ところでここでもケアミックス病院の低収益が目立っている。病院種別の収益力格差は、平成 17 年度以前にあつては、高い順に療養型病院、精神科病院、ケアミックス病院、一般病院となっていたが、18 年度にケアミックス病院が大幅に低下した結果、ケアミックス病院が最下位となった。

ケアミックス病院は、一般病床と療養型病床または精神病床の混合型であるが、その発生過程は、療養型病院または精神科病院が一般病床へ進出したというよりも、もともと一般病院であったものが、療養型病床などへ転換したものがメインと思われる。その背景として、一般病床削減政策のもとで、診療報酬上、療養型病床を優遇する方針があったことが挙げられる。それが18年度の診療報酬改定で、療養型病床優遇策が大きく方向転換した影響を大きく受けたものと推測される。

収益格差の大きな流れは今述べたとおりと思われるが、ここで種別病院ごとの費用構成等を比較検討してみよう。

表6 病院種別ごとの費用構成等（平成18年度 医療法人）

		一般病院 (405)	ケアミックス 病院 (440)	療養型病院 (322)	精神科病院 (331)	
費用 構成 等	人件費比率(委託費込み)	(%)	57.5	63.0	64.1	65.2
	物件費比率	(%)	33.9	29.5	24.8	23.1
	(医薬品比率)	(%)	12.8	9.9	6.3	7.2
	資本費比率	(%)	4.8	5.3	5.1	5.6
	患者1人1日当り入院収益	(千円)	34.3	21.3	16.7	13.4
	常勤医師1人当り人件費	(千円)	15,425	15,527	14,365	15,311
	常勤看護師1人当り人件費	(千円)	4,810	4,708	4,785	4,737
機能 性	平均在院日数	(日)	28.3	97.4	315.0	545.3
	病床利用率	(%)	75.7	86.5	93.2	93.5
	医師1人当り入院患者数	(人)	6.8	13.5	20.9	31.0
	看護師1人当り入院患者数	(人)	1.3	2.1	3.2	3.1

病院種別ごとの費用構成で際立つ相違は、人件費比率（委託費込み。以下同じ）と物件費比率に現れている。

短期入院型グループの人件費が一般病院で57.5%、ケアミックス病院で63.0%に対して、長期入院型グループは、64~65%。これに対して物件費比率は短期入院型グループでは一般病院33.9%、ケアミックス病院29.5%、長期入院型グループでは23~24%となっている。つまり、人件費比率の差が、物件費比率の差で相殺されていることである。

典型的な姿が一般病院と長期入院型で、両者の人件費比率の差が、物件費比率の差で見事に相殺された形になっている。一般に病院における収益力格差は、収益力の高いところでは人件費比率が低いと説明されているが、これは同一機能、あるいは同一種別内でのことで、種別・機能が異なればあてはまらない。人件費比率が高く出ているにも関わらず、長期入院型の方が高収益なのは、まさに機能の違いから生じたものである。

長期入院型グループは、人件費比率が高い分、今述べたとおり、医薬品費を中心とする物件費がその分低く出ていることである（一般病院33.9%、ケアミックス病院29.5%に対し、療養型病院24.8%、精神科病院23.1%）。これが第一の理由である。

第二は、医師・看護師1人当り人件費にさしたる相違が見られないのに対して、医

師・看護師 1 人当り入院患者数が多いことである。医師 1 人当り入院患者数は、一般病院が 6.8 人、ケアミックス病院が 13.5 人に対して、療養型病院では 20.9 人、精神科病院では 31.0 人と、2～4 倍も多い。

第三は、病床利用率の高さである。これは第二の理由と重なる面もあるが、何といっても平均在院日数が極端に長く、安定した稼働率が確保されているためである。一般病院の 75.7%、ケアミックス病院の 86.5%に比べ、療養型病院は 93.2%、精神科病院は 93.5%と、ほぼフル稼働といって良い水準にある。

ところで一方、患者 1 人 1 日当り入院収益を見ると、一般病院が 34.3 千円、ケアミックス病院が 21.3 千円に対して、療養型病院は 16.7 千円、精神科病院が 13.4 千円と長期入院型の入院収益が大きく下回っている。

こうした諸要因を勘案すると、長期入院型は結果として人件費比率が高く現れているが、薄利多売型的要素で高い人件費負担を克服し、これが 4 種別病院の中では相対的に高収益を上げている背景といえよう。

3) 病床規模別比較

種別ごとの収益性

表 7 に示すとおり、各種別とも、規模による収益力に差異が見られるが、一定の方向性は読み取り難い。ただ療養型病院およびこれを含むケアミックス病院では、規模が大きくなるにつれて、収益力が高まる傾向にある。

これは療養型病院にあっては、スケールメリットが働いていることの現れと考えられる。

同じ長期入院型でも、精神科病院にはこうした傾向は読み取れない。もっとも精神科病院では、規模によるバラツキは極めて少なく、全ての規模で同じような収益を挙げている。

なお、ケアミックス病院でも、療養型病床を含むためか、規模が大きくなるにつれて、収益力が高くなっているが、200 床以下では厳しい状況にある。先に病院種別ごとの収益力比較でケアミックス病院が最も低いと指摘したが、これは、サンプル数も多い 200 床未満群の低収益が反映したものといえ、200 床以上では、そこそこの収益は確保している姿となっている。

これに対して一般病院は規模ごとの収益力格差はバラバラで、方向性も定まっていない。現行の診療報酬体系の下では、一般病床、言い換えれば急性期型に厳しい体系と言われている。このため一般病院では規模が大きくなるに従って急性期機能が高まる傾向にあると考えられるので、大型病院だからといって収益力は必ずしも高くない。これらを背景として、200 床未満のいわゆる中小病院（一般病院）の収益力は、このような傾向のある一般病院の中にあっては、特に低いという結果は出ていない。

この点をもう少し検証するために、一般病院を 200 床未満と 200 床以上に分けて、医業利益率を比較してみたところ、表 8 のとおりで、両者とも医業利益率は 2.0% で同一であった。

表7 病床規模別医業利益率（平成18年度 医療法人）

	(%)					
	20～49床	50～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400床
一般病院	0.3	3.1	2.0	1.0	3.5	2.3
(病院数)	(96)	(163)	(99)	(25)	(15)	(7)
ケアミックス病院	0.6	0.1	1.9	3.3	4.2	3.5
(病院数)	(14)	(134)	(232)	(39)	(16)	(5)
療養型病院	-0.2	4.4	5.8	6.9	7.3	16.9
(病院数)	(64)	(102)	(108)	(34)	(12)	(2)
精神科病院	5.0			4.8	3.0	5.5
(病院数)	(124)			(117)	(57)	(33)

表8 200床未満病院/200床以上病院の医業利益率（平成18年度 医療法人）

	(病院数)	一般病院	
		200床未満 (358)	200床以上 (47)
収益性			
医業利益率	(%)	2.0	2.0
総資本医業利益率	(%)	2.2	2.4
経常利益率	(%)	2.8	1.9
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	5.7	6.0
病床利用率	(%)	75.0	81.5
固定費比率	(%)	60.6	60.0
材料費比率	(%)	20.6	23.0
医薬品比率	(%)	12.8	12.2
人件費比率	(%)	53.3	52.1
委託費比率	(%)	4.4	4.8
設備関係費比率	(%)	6.3	6.8
減価償却費比率	(%)	3.7	4.0
経費比率	(%)	10.4	9.9
金利負担率	(%)	1.0	1.2
総資本回転率	(%)	106.1	107.9
固定資産回転率	(%)	208.3	185.7
医師人件費比率計	(%)	-	-
常勤医師人件費比率	(%)	8.2	10.6
非常勤医師人件費比率	(%)	-	-
看護師人件費比率計	(%)	-	-
常勤看護師人件費比率	(%)	17.0	17.4
非常勤看護師人件費比率	(%)	-	-
その他職員人件費比率計	(%)	-	-
常勤その他職員人件費比率	(%)	13.0	12.8
非常勤その他職員人件費比率	(%)	-	-
常勤医師1人当り人件費	(千円)	15,531	14,619
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	4,822	4,722
職員1人当り人件費	(千円)	6,155	6,168
職員1人当り医業収益	(千円)	11,892	12,025
安全性			
自己資本比率	(%)	42.7	28.5
固定長期適合率	(%)	79.3	87.9
借入金比率	(%)	42.2	42.8
償還期間	(年)	11.5	10.9
流動比率	(%)	389.1	243.7
1床当り固定資産額	(千円)	12,183	10,945
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	7.5	7.1
機能性			
平均在院日数	(日)	28.9	23.4
外来/入院比	(倍)	2.8	1.6
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.7	0.8
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.9	1.3
患者1人1日当り入院収益	(千円)	33.7	38.9
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(千円)	32.1	37.8
外来患者1人1日当り外来収益	(千円)	9.7	10.9
医師1人当り入院患者数	(人)	6.9	6.1
医師1人当り外来患者数	(人)	15.3	8.8
看護師1人当り入院患者数	(人)	1.4	1.2
看護師1人当り外来患者数	(人)	3.3	2.0
職員1人当り入院患者数	(人)	0.6	0.6
職員1人当り外来患者数	(人)	1.4	0.9

4) 黒字・赤字病院の状況

① 赤字病院比率の推移

黒字対赤字病院の構成比率（以下、赤字病院比率で示す）の直近3年の推移は表9のとおりで、平成18年度に赤字病院比率が全ての種別で大幅に上昇しているのは既に述べたとおりである。

表9 病院種別ごとの赤字病院比率（再掲）

	H16	H17	H18	H18の対H17増加率
一般病院	23.2	20.3	26.7	31.5
ケアミックス病院	19.0	20.3	30.7	51.2
療養型病院	12.7	12.1	20.5	69.4
精神科病院	14.9	11.6	15.4	32.8

② 赤字病院と赤字病院の特徴

次に黒字・赤字病院の特徴を見たいが、表9の対象病院は各年における有効データ提出の全病院で、各年によって異同があるほか、黒字・赤字が単年度限りという事情もある。そこでより正確な特徴を把握するために、直近3年継続してデータを提出した病院のみを対象とし、このうち3年連続黒字の病院を恒常的黒字病院、3年連続赤字の病院を恒常的赤字病院として、各種経営指標に関し両者を比較してみた。その比較表が表10である。種別ごとに若干の相違は見られるが、ほぼ同じ傾向にあるので、一般病院を例に赤字病院の特徴を黒字病院との対比で示すと以下のとおりである。

表10 恒常的黒字・恒常的赤字病院比較（平成18年度 医療法人）

	(病院数)	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院	
		恒常的黒字 (109)	恒常的赤字 (12)	恒常的黒字 (114)	恒常的赤字 (16)	恒常的黒字 (105)	恒常的赤字 (3)	恒常的黒字 (105)	恒常的赤字 (4)
【収益性】									
営業利益率	(%)	5.3	-6.9	5.1	-6.4	7.1	-14.0	7.0	-11.4
償却金前経常利益率	(%)	10.9	0.2	10.3	0.4	12.7	-2.5	13.5	-1.3
人件費比率(委託費込み)	(%)	55.4	62.7	60.6	67.6	63.2	72.5	64.3	71.9
物件費比率	(%)	33.0	37.0	28.5	30.6	23.2	36.3	22.3	15.0
(医薬品比率)	(%)	12.0	10.9	9.4	10.2	5.8	10.1	7.1	4.8
資本費比率	(%)	4.6	7.1	5.0	7.6	5.1	4.9	5.3	8.4
(金利負担率)	(%)	0.9	2.3	1.1	2.6	1.1	1.8	1.0	2.0
固定費比率	(%)	58.3	68.8	63.0	70.8	65.7	78.6	67.5	77.2
常勤医師1人当り人件費	(千円)	15,187	15,404	15,351	15,104	14,630	16,196	15,264	16,638
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	4,668	4,573	4,862	5,123	4,586	5,823	5,039	4,917
【安全性】									
自己資本比率	(%)	47.7	17.2	45.2	9.6	51.5	61.5	54.3	37.9
固定長期適合率	(%)	72.9	101.8	72.3	104.4	71.6	73.4	67.2	81.1
借入金比率	(%)	40.0	67.6	43.5	86.6	45.2	59.2	48.0	98.1
【機能性】									
平均在院日数	(日)	30.6	23.5	105.2	66.6	302.8	190.8	517.7	501.9
病床利用率	(%)	75.9	71.4	88.7	86.6	94.4	93.5	94.6	94.6
患者1人1日当り入院収益	(千円)	36.6	35.0	21.6	22.0	16.7	18.5	13.6	12.8
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.8	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
医師1人当り入院患者数	(人)	7.0	7.0	13.9	12.1	20.3	10.7	31.7	30.7
看護師1人当り入院患者数	(人)	1.3	1.3	2.2	2.1	3.1	2.1	3.1	3.6
1床当り1日平均外来患者数	(人)	2.0	1.0	0.9	1.1	0.6	1.3	0.2	0.2
医師1人当り外来患者数	(人)	15.9	10.2	12.5	13.1	9.9	15.3	6.5	5.4
看護師1人当り外来患者数	(人)	3.3	1.8	2.1	2.5	1.7	3.0	0.7	0.6

※：3年連続データを提出し、3年連続黒字または赤字病院のみ対象

i) 人件費比率、資本費比率が高い

黒字病院の人件費比率は55.4%に対して赤字病院は62.7%と7ポイント以上も高い。

資本費比率も黒字病院で4.6%、赤字病院7.1%と、大きな相違が見られる。特に金利負担率は黒字の0.9%に対して、赤字病院は2.3%と2.5倍以上の開きがある。この結果、固定費比率では10ポイント以上もの格差が生じ、赤字病院はコストの硬直性が著しい。

ii) 安全性指標も極端に悪い

黒字病院の自己資本比率は、47.7%と5割近くに上っているのに対して、赤字病院は17.2%と2割を切る低水準にある。

借入金借入比率に見られるように、医業収益に対して、赤字病院は黒字病院の約7割増しである。これが金利負担に格差をもたらす要因となっている。

iii) 集患力が弱い

入院患者数については、1床当り入院患者数や医師・看護師1人当り入院患者数に見られるとおり、黒字・赤字病院ではほとんど差異は見られないが、外来患者数では赤字病院が大きく見劣りする¹。

1床当り1日平均外来患者数は、黒字病院2.0人に対して赤字病院1.0人と、半分である。これが医師・看護師1人当り外来患者数で大きく見劣りする結果となっている。医師1人当り外来患者数は黒字病院15.9人、赤字病院10.2人。看護師1人当り外来患者数は黒字病院3.3人、赤字病院1.8人。

病院で外来患者が多いということが、本来の姿からいえば議論の余地のあるところだが、現状では経営上の現実の問題として、外来患者の多いことは、収益面だけでなく、将来の入院患者につながる点や、また、地域における当該病院の評価、人気を測るバロメーターとしても重要である。

また外来患者数の過去3年間の推移を見ると、赤字病院では減少を続けていることは特に注目に値する(表11)。

恒常的黒字病院の1床当り1日平均外来患者数は2.0人でこの間横ばいだが、これに対して赤字病院のそれは、平成16年度の1.3人から18年度には1.0人へ、2割強もの減少を見せている。また、病床利用率も76.2%から71.4%へ低下している。

¹ 外来患者数についての説明は、一般病院についての説明であり、一般病院以外では機能が異なるので当てはまらないことに注意。

表 11 病院種別の外来患者数などの推移（医療法人）

				1床当り1日平均 外来患者数	医師1人当り 外来患者数	看護師1人当り 外来患者数	病床利用率	
(病院数)				(人)	(人)	(人)	(%)	
医療法人	一般病院	恒常的黑字	H16	(109)	2.0	16.7	3.4	76.9
			H17	(109)	2.0	16.4	3.4	77.0
			H18	(109)	2.0	15.9	3.3	75.9
		恒常的赤字	H16	(12)	1.3	11.4	2.3	76.2
			H17	(12)	1.2	11.1	2.2	74.2
			H18	(12)	1.0	10.2	1.8	71.4
	ケアミックス病院	恒常的黑字	H16	(114)	1.0	12.6	2.2	90.0
			H17	(114)	1.0	12.6	2.1	90.1
			H18	(114)	0.9	12.5	2.1	88.7
		恒常的赤字	H16	(16)	1.2	13.4	2.7	90.2
			H17	(16)	1.2	13.5	2.5	87.6
			H18	(16)	1.1	13.1	2.5	86.6
	療養型病院	恒常的黑字	H16	(105)	0.7	10.4	1.8	94.5
			H17	(105)	0.7	10.3	1.7	94.6
			H18	(105)	0.6	9.9	1.7	94.4
		恒常的赤字	H16	(3)	1.3	14.7	3.4	91.5
			H17	(3)	1.3	14.2	3.3	92.8
			H18	(3)	1.3	15.3	3.0	93.5
	精神科病院	恒常的黑字	H16	(105)	0.2	6.1	0.6	95.1
			H17	(105)	0.2	6.4	0.6	94.8
			H18	(105)	0.2	6.5	0.7	94.6
		恒常的赤字	H16	(4)	0.2	5.4	0.6	86.9
			H17	(4)	0.2	5.8	0.5	87.5
			H18	(4)	0.2	5.4	0.6	94.6

ところで病院は病棟建替えなどの大きな設備投資を行うと、たとえ優良病院であっても、資本費負担が先行して、安全性の悪化とともに、収益性も大きく低下する。そのため、赤字病院についてはそれが設備投資によるものか否かを見極めるため、設備投資負担を排除した償却金利前経常利益率（以下、SKK という）で見直す必要がある。この SKK で病院種別ごとの赤字・黒字病院の状況を見ると、表 12 のとおりで、恒常的赤字病院では設備投資負担を排除した SKK でも赤字もしくは低収益であり、設備投資が赤字の原因ではないことが判る。

表 12 償却金利前経常利益率（SKK 平成 18 年度 医療法人）

	(%)			
	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
恒常的黑字	10.9	10.3	12.7	13.5
恒常的赤字	0.2	0.4	-2.5	-1.3
黒字と赤字の差	10.7	9.9	15.2	14.8

全種別とも恒常的黑字病院の SKK は、概ね 10～13% レベルに収斂されている。

恒常的黑字病院と恒常的赤字病院の SKK の差は、長期入院型では、赤字病院の赤字幅が大きいので、その開きが大きくなっているが、短期入院型では概ね 10 ポイント前後である。

その差のうち、人件費の差が過半を占めている。たとえば一般病院の人件費比率は、黒字病院 55.4%、赤字病院 62.7% で約 7 ポイントの差、ケアミックス病院では黒字病院 60.6%、赤字病院 67.6% でちょうど 7 ポイントの差で、SKK の差の大半が人件費比

率の差であることを示している。なお参考までに他の種別の人件費比率を示すと、療養型病院では黒字病院 63.2%、赤字病院 72.5%、精神科病院では黒字病院 64.3%、赤字病院 71.9%で、ほぼ同じ傾向にある。

こうした状況を見ると、一般病院における赤字病院は、人件費をどうマネジメントするかということと、集患力をどう強化するかが課題と言えよう。

5) 病院種別の設備投資の実施割合

表 13 は、直近 3 年間（平成 16 年度～平成 18 年度）連続して有効データを提出した同一病院のうち、この 2 年間で固定資産が 150%以上増加した病院を設備投資実施病院とし、病院種別ごとに設備投資の実施割合を示したものである。

これによると、一般病院、ケアミックス病院、療養型病院では 6～7%台、精神科病院が若干低く 4%台の割合で、それぞれ設備投資を実施している様子が窺える。この 4 種別の設備投資実施割合の平均は約 6%なので、単純に単年度に換算すると医療法人のうち 3%程度が、毎年設備投資を実施していることとなる²。言い換えると医療法人立病院は 5,694 施設を数えるので、その 3%、つまり 170 病院程度が、毎年設備投資をしていると考えられる。

表 13 病院種別の設備投資の実施割合（医療法人）

	3年間データを連続して提出した病院数 (A)	設備投資実施病院数 (B)	設備投資実施病院の割合 (B)/(A)
一般病院	173	12	6.9%
ケアミックス病院	185	14	7.6%
療養型病院	144	9	6.3%
精神科病院	143	7	4.9%

※：3年連続データを提出した病院のみ対象

6) 設備投資の資金調達

表 14 は、上記設備投資を実施した病院における資金調達を見るため、平成 16 年度から平成 18 年度間の貸借対照表における固定資産およびその関連項目の増減を示したものである。表 15 は、同一病院における平成 17 年度・18 年度の減価償却実施額を示したものである。

表 14 と表 15 の意味するところは、たとえば一般病院についていえば、平成 16 年度に比べ 18 年度には固定資産が 607,492 千円増加しているが、この増加分と平成 17、18 年度の減価償却の合計 118,101 千円を加えた額を設備投資額 725,593 千円と解釈することにある。一方、負債、純資産の増加額から設備投資額を何によって調達したかを

² 平成 17 年度と平成 18 年度の 2 年間に設備投資した病院の割合が 6%。6%÷2 年間=3%/1 年間。

みょうというものである。

表 16 は、表 14、15 によって得られた設備投資額に対する自己資本、長期借入金などの調達額の割合をまとめたものである。

表 16 によると、精神科病院は意外にも設備投資額が最も多いが、その調達状況をみると、自己資本による割合が 51.3%と半分以上を占め、長期借入金を含めた長期資金合計では、104.5%となっており、設備投資額を長期資金で十分賄っている。

これに対して他種別では、長期借入金による調達割合は精神科病院と大きく変わらないが、自己資本調達比率が 20 ないし 30%と低いため、長期資金合計の調達比率が 7～8 割の水準に留まり、設備投資資金の一部を短期資金に依存している姿が窺える。

表 14 設備投資実施病院における設備投資関連項目の増減額（1 病院当り）
（平成 18 年度－平成 16 年度 医療法人）

一般病院		(千円)	
流動資産	50,282	流動負債	162,895
(現金・預金・有価証券)	45,701	固定負債	383,292
固定資産	607,492	(長期借入金)	375,429
		負債合計	546,186
		純資産合計	112,044
資産合計	658,230	負債及び純資産合計	658,230

ケアミックス病院		(千円)	
流動資産	-48,469	流動負債	54,868
(現金・預金・有価証券)	-31,313	固定負債	606,977
固定資産	834,065	(長期借入金)	600,033
		負債合計	661,845
		純資産合計	49,334
資産合計	711,179	負債及び純資産合計	711,179

療養型病院		(千円)	
流動資産	-75,780	流動負債	60,231
(現金・預金・有価証券)	-29,845	固定負債	159,095
固定資産	302,803	(長期借入金)	159,946
		負債合計	219,326
		純資産合計	13,645
資産合計	232,971	負債及び純資産合計	232,971

精神科病院		(千円)	
流動資産	-120,262	流動負債	-18,098
(現金・預金・有価証券)	-159,683	固定負債	542,336
固定資産	835,947	(長期借入金)	532,212
		負債合計	524,238
		純資産合計	189,075
資産合計	713,313	負債及び純資産合計	713,313

表 15 設備投資実施病院における平成 17、18 年度の減価償却実施額（医療法人）

(千円)

	(病院数)	平成17年度	平成18年度	合計
一般病院	(12)	45,402	72,699	118,101
ケアミックス病院	(14)	54,657	60,360	115,017
療養型病院	(9)	14,306	15,958	30,263
精神科病院	(7)	67,385	96,053	163,438

表 16 病院種別の設備投資と資金の調達状況

(千円)

(病院数)	設備投資実施額※1	自己資本※2	長期借入金	長期資金合計※3
一般病院 (12)	725,593	230,145	375,429	605,574
設備投資実施額に占める割合		31.7%	51.7%	83.5%
ケアミックス病院 (14)	949,082	195,664	600,033	795,697
設備投資実施額に占める割合		20.6%	63.2%	83.8%
療養型病院 (9)	333,066	73,753	159,946	233,699
設備投資実施額に占める割合		22.1%	48.0%	70.2%
精神科病院 (7)	999,385	512,196	532,212	1,044,408
設備投資実施額に占める割合		51.3%	53.3%	104.5%

※1：設備投資実施額＝平成 16 年度-18 年度間の固定資産増加額＋平成 17 年、18 年度の減価償却実施額

※2：自己資本＝平成 16 年度-18 年度間の純資産増加額＋平成 16-18 年度間の現預金・有価証券減少額＋平成 17、18 年度の減価償却実施額

※3：長期資金合計＝自己資本＋長期借入金

2. 病院経営管理指標について

病院経営管理指標は平成 15 年度までは 3 冊（「病院経営指標」、「病院経営収支調査年報」、「主要公的医療機関の状況」）に分冊され報告されていたが、平成 16 年度以降は一本化し、併せて収載する指標も全面的に改訂した。

そこで指標改訂にあたっての基本的考え方、改訂された指標の収載理由、その見方などについてここで改めて整理する。

（1）指標改訂にあたっての基本的考え方

① 報告書の一本化

上記のとおり 3 冊に分かれていた指標報告書を一本化した。その際、3 冊に分冊されていた旧報告書間での指標の用語、算式の不統一も一本化した。

② 指標を体系的に整理

重要な指標の収載漏れや同じような指標のダブル掲載を防ぎ、分析を体系的に行えるように、第一に収益性、安全性、機能性別に体系化し、第二に、収益性指標については、判定指標と原因指標に分けて整理した。

③ 非営利性を踏まえた指標

経営分析は一般に収益性、成長性、安全性の視点に分けて行われる。病院事業でもそうした原則は変わらないが、ただ非営利であるため、成長性は営利企業分析のように重んじられない。

一方病院としてどのような機能を発揮しミッションを果たしているかが重要であり、この意味で機能性指標を加えた。

④ 収載する指標は分析の手がかりまで

経営分析は、経営指標をシグナルとしてその背景にある経営上の問題点を探し当てることにあるので、分析者にとっては自らデータと向き合い、実態と見比べながら、自ら考え、データを二次加工、三次加工していくプロセスである。こうした努力なくして、第三者機関などから与えられた出来合いの指標を、ただ比較検討するだけでは、効果ある分析を行ったとはいえない。そうした考えにより今回の改訂で収載する指標を、分析する手がかりまでとした。手がかり以降の分析は、分析者自身に任せることとする。したがって、詳細なクロス分析やレーダーチャート、折れ線グラフ、棒グラフなど分析者が分析過程で行うような二次、三次過程で用いられる指標や図表は割愛した。

⑤ 実数はできるだけ多く掲載する

数多くの指標を用意することは、効率の点からも見易さの点からも望ましくない。収載する指標自体は極力抑えるが、代わりにできるだけ多くの指標を算出し自由に分析できるよう、現在収集しているデータの枠内で財務データ、および非財務データの実数

は幅広く収載した。

(2) 指標の収載理由

1) 収益性の指標について

収益性の指標は何を見るかといえば、①採算性（儲けているか否か）と、②経営の効率性を見るものであるが、採算性、効率性を判定する指標と、その原因を構成すると思われる指標を峻別して収載した。

① 判定指標

判定指標とは文字通り収益性を判定する指標のことで、収益性を判定する指標は一般に利益率で示される。

i) 利益率

利益率と一言で言ってもいろいろあるが、これら利益率が全て判定指標になるわけではない。

判定指標となりうる利益率は、総合的、最終的に収益性を判定するものであるから、①本業に関わるもので、②経常的で、③かつ全ての経常収益と全ての経常費用の収支差額として示される要件を満たした利益率となる。

これを満たすものとしては一般的に経常利益率が使われている。病院の場合も経常利益率がこの要件を満たすが、ただ後述する人件費比率、材料費比率などの原因指標が医業収益との対比で示すこととの連動性との問題があるため、医業利益率を判定指標とした。

ところで医業利益率といっても2つあって、売上高（医業収益）に対するもの（医業収益医業利益率）と、総資本に対するもの（総資本医業利益率）とがある。売上高に対する利益率は、売上高一単位に対する利幅の効率性を示し、総資本に対するものは投下資本一単位の効率性つまり投資利回りを問うものである。それぞれ視点が異なるため、総資本医業利益率も判定指標として採用した。

判定指標としての利益率の要件

- ・ 本業に関わるもの
- ・ 経常的なもの
- ・ 全ての経常収益から全ての経常費用を差し引いた段階での利益



- ・ 医業収益医業利益率（以下、医業利益率）
- ・ 総資本医業利益率

ii) 補正指標

病院事業は、一般に低収益で、かつ短期間に構造的な面が大きく変動することは少ないといえる。つまり低位安定型である（ここで安定とは変動が少ないことを指し、経営が楽ないしは安泰という意味ではない）。この低位安定事業に大きなインパクトを与える事象がある。それは病棟建替えをメインとする設備投資である。

一般産業にあっても、設備投資は経営に大きな影響を及ぼす行為だが、病院の場合、置換投資に等しいことから、設備投資資金が設備投資時の経営規模に比して多額になるうえ、能力増投資または合理化投資の側面は少ないので、設備投資を行っても、従前に比べ収益が増加するわけでもなく、目立って生産効率がアップするわけでもない。そのため資本費を中心とした負担増のみが先行し、利益向上に繋がらない。また他産業と異なって拡大再生産が行いにくいので、こうした負担を吸収する手段を持ち合わせていない。したがって設備投資を行うと優良病院であっても安全性はもとより収益性も著しく悪化させることになる。

平成 15 年度医療施設経営安定化推進事業「医療機関の経営評価方法に関する研究」によると（表 17）、設備投資を実施したグループでは収益性、安全性が目立って悪化し、一方、設備投資を実施していないグループは収益性、安全性ともに改善していた。

しかし病院を継続的に経営するためには設備投資は避けて通れない。このため、収益性を見る場合、設備投資負担を排除した指標で、医業利益率と総資本医業利益率の判定指標を補正する必要が生じる。この設備投資負担を排除した指標として、減価償却を戻した償却金利前経常利益率 $\{ (経常利益 + 減価償却費 + 金利) / 医業収益 \}$ を用いた。収益性指標が低い場合、この SKK で見て、これが適正範囲であれば、経営状況が悪いと速断するのではなく、設備投資による一時的な悪化と見直すことが求められる。

表 17 設備投資の有無で比較した病院の経営状況

		投資実施グループ	投資未実施グループ
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100%未満
伸び率	固定資産	219.5%	83.7%
	病床数	100.7%	96.8%
	在院患者延数	103.5%	96.3%
	新入院患者数	108.0%	101.6%
	外来患者延数	105.6%	93.4%
	医業収益	112.5%	101.0%
	入院患者収益	115.6%	103.0%
	外来患者収益	103.1%	91.9%
	長期借入金	248.1%	79.4%
	自己資本	132.5%	132.6%
	支払金利	150.7%	73.5%
	減価償却費	186.6%	93.2%
	資本費合計(金利+減価償却費)	177.2%	87.3%
	医業利益	108.0%	149.4%
経常利益	98.7%	157.4%	
税引前当期利益	105.6%	163.8%	
償却・金利前経常利益	129.1%	111.5%	
金利負担率	1996 1.0%	1.8%	
金利/医業収益	1999 1.2%	1.4%	
	2000 1.4%	1.3%	
償却負担率	1996 2.9%	4.2%	
減価償却費/医業収益	1999 3.9%	4.1%	
	2000 4.8%	3.8%	
資本費負担率	1996 3.9%	6.0%	
(金利+減価償却費)/医業収益	1999 5.1%	5.5%	
	2000 6.2%	5.1%	
医業利益率	1996 5.6%	3.4%	
医業利益/医業収益	1999 4.0%	4.4%	
	2000 5.4%	5.1%	
経常利益率	1996 6.1%	3.1%	
経常利益/医業収益	1999 4.4%	4.4%	
	2000 5.4%	4.9%	
償却・金利前経常利益率	1996 10.1%	9.1%	
(経常利益+減価償却費+金利)	1999 9.5%	9.8%	
/医業収益	2000 11.5%	10.0%	
固定資産回転率	1996 229.8%	147.0%	
医業収益/固定資産	1999 129.0%	162.3%	
	2000 117.7%	177.4%	
一床当たり固定資産	1996 4,618	7,595	
固定資産/合計病床数	1999 8,608	6,984	
*単位:千円	2000 10,071	6,564	
償還期間	1996 3.9年	8.4年	
長期借入金/	1999 7.2年	6.2年	
(税引前利益×70%+減価償却費)	2000 6.9年	5.7年	
借入比率	1996 26.0%	51.1%	
長期借入/医業収益	1999 47.4%	43.7%	
	2000 57.4%	40.2%	
自己資本比率	1996 41.0%	25.4%	
自己資本/総資産	1999 33.6%	33.0%	
	2000 31.7%	35.6%	
固定長期適合率	1996 69.9%	84.7%	
固定資産/	1999 87.5%	77.9%	
(自己資本+固定負債)	2000 85.5%	72.5%	

資料：明治安田生活福祉研究所『平成15年度医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価方法に関する調査研究』、厚生労働省、2004年

② 原因指標

原因指標は言うまでもなく、先に述べた判定指標（医業利益率）の結果の原因がどこにあるかを示唆する指標である。

原因指標としては、i) 判定指標にストレートに影響するものではないが、経営上の基盤に関わる指標と、ii) 判定指標に直結する指標とに分けて考える。

i) 経営基盤

経営基盤は収益基盤と収益構造の二つに分けて考えてみたい。

第一の収益基盤とは、具体的には経営基盤の根本を成す集患状況である。これを見る指標として、1床当り外来患者数と、病床利用率を挙げた。外来患者数の多さは病院の本来の姿からいえば既述のとおり、議論の余地のあるところだが、現状では経営上の現実の問題として、外来患者の多いことは、収益面だけでなく、将来の入院患者につながる点でも、また、地域における当該病院の評価、人気を測るバロメーターとして重要である。

経営基盤の第二は、収益構造に関する指標である。これは収益力の柔軟性をチェックする。固定費が少なく身軽な体質にあるか、逆に固定費が高く、少々のことでは収益改善が進まない体質にあるかを見るもので、固定費比率{(人件費+設備関係費+金利)/医業収益}を用いた。

ii) 判定指標に直結する指標

病院会計準則では、一般企業と違って費用が製造コストとか販売コストとかというように区分表示されておらず、ほとんど医業費用一本に集約されている。

費用が医業費用一本に集約されているだけに、医業費用として計上されている項目を出来るだけ多く、対医業収益比率として直接把握することによって原因解明の手がかりをつかむことが近道となろう。そこで新病院会計準則で、医業費用として示されている8項目のうち、データとして入手できる費用項目全て（材料費、給与費、委託費、設備関係費、経費）の対医業収益比率を原因指標として選定した。

なお、新病院会計準則で新たに設けられた設備関係費に含まれる減価償却費、および材料費のうち医薬品費、それに医業費用ではないが支払利息は、病院経営分析の上で重視すべき項目なので、独立させてその対医業収益比率に加えた。

ところで病院は実績から明らかなように、人件費が医業収益の50%前後を占める労働集約産業である。当然のことながら、人件費の動向、構造などの収益への影響度は大きいことになる。そこで人件費に関する指標をやや詳細に用意した。

最後に、投下資本を効率的に活用しているかをみるため、総資本回転率、固定資産回転率、1床当り固定資産額を挙げた。

2) 安全性の指標について

安全性指標とは倒産リスク、逆の側面から言えば事業の安定継続力を見る指標である。それは主として貸借対照表に示されている。そこでまず貸借対照表の基本的見方を整理し、もって後に示す安全性指標の収載理由とする。

① 貸借対照表の見方

表 18 は医療法人の運営する一般病院の貸借対照表の要約版である（平成 17 年度実績値）。事業経営を会計的側面から言えば、事業主体が資本（現金）を調達しその資本を事業に投下（たとえば土地・建物などの現金以外の資産に転換）し、それら資産を活用して、商品・サービスを製造または仕入れ、それを販売することによって、資本を回収（現金化）する行為と捉える。資本の投下から回収までを資本の回転というが、貸借対照表とは、資本が回転している途中の特定時点（通常は決算期末）の姿を示すもので、左側（借方）が資本の投下状況、右側（貸方）が資本の調達状況を表している。

表 18 医療法人 一般病院の貸借対照表（百万円）

流動資産	695	流動負債	340	}	他人資本
現金・預金	320	未払金	97		
医業未収金	278	短期借入金	111		
その他	97	その他	132		
固定資産	1,258	固定負債	871		
有形固定資産	1,069	長期借入金	787	}	自己資本
その他	189	その他	84		
		負債合計	1,211		
		純資産	742		
		出資金	50		
		利益剰余金	692		
資産合計	1,953	資本合計	1,953		

i) 右方：資本の調達ルート

左方：資本が何に投下されているか（資本の使われ先）

ii) 他人資本：広い意味での借金（流動負債、固定負債） = 要返済資金
自己資本：文字通り自分のお金（純資産） = 返済不要資金

iii) 流動、固定の意味（1 年を基準に区分・・・one year rule）

流動：1 年以内に現金化（回収）される資産（流動資産）

1 年以内に返済しなければならない負債（流動負債）

固定：現金化（回収）されるのに 1 年超を要する資産（固定資産）

返済に 1 年超を要してもよい負債（固定負債）

安全性に関する原理原則

i) 同じ資本額を使うなら、返済を要しない資本の多い方が、安全性が高い。

A	流動負債	450
	固定負債	450
	純資産	100
	資本合計	1,000

左の A 表と B 表を比べれば、資本のうちでも返済しなくてよい資本が多い B の方が better

B	流動負債	250
	固定負債	250
	純資産	500
	資本合計	1,000

ii) 同じ投下するのなら、回収の早い資産に投下する方が、安全性が高い。

C	流動資産	900
	固定資産	100
	資産合計	1,000

左の C 表と D 表を比べれば、すぐに現金化できる資産が多い C の方が better

D	流動資産	100
	固定資産	900
	資産合計	1,000

* ただこれは事業によって異なる。病院のように回収に長期を要する資産（病棟）へ投下せざるを得ないような事業では、固定資産が多いことを前提にした安全策を別途検討しなければならない。



iii) 回収に長期を要する資産への投資には、返済を要しない資金かあるいは返済が長期でかまわない資金を充当している方が安全性を高める上で必要。

E	流動資産	400	流動負債	600
	固定資産	600	固定負債	100
			純資産	300
	資産合計	1,000	資本合計	1,000

左の E 表と F 表を比べれば、固定資産分を固定負債、純資産で賄える F の方が better

F	流動資産	400	流動負債	200
	固定資産	600	固定負債	400
			純資産	400
	資産合計	1,000	資本合計	1,000

- * 事業の性格上止むを得ず回収に長期を要する資産に投下せざるを得ない場合は、安全性の判断基準は回収の長短によって判断するのではなく、既述iii)の原理原則がどの程度確保されているかが重要となる。

② 安全性の指標

i) 自前の資本力

同じ資本額を使うなら、返済を要しない資本が多い方が安全という原理原則から、返済を要しない資本、すなわち自己資本の使用総資本中に占める比率、つまり自己資本比率を見る。この比率が高い程安全性が高いと判断される。

これはどのような組織にも共通するものだが、事業を行うにあたっては、一定の資本を投下する。しかし事業にはいうまでもなく事業リスクが存在する。このため投下資本のうち、どれだけを返済しないで済む資本、つまり自前の資本で賄っているかというのは、安全性判定の基本中の基本といえる。

ii) 長期借入金のマネジメント

a) 資金使途との整合性・・・固定長期適合率：固定資産÷（自己資本+固定負債）

回収に長期を要する資産に対しては、長期資金（返済を要しない自己資本と、返済に1年超を要してよい固定負債）で賄うことが必要で、固定長期適合率は、その関係を検証するものである。

b) 返済能力との関連

い) 事業規模との関連・・・借入金比率：（長期借入金÷医業収益）

これは収益力、返済能力から借入規模の適切さを見るものだが、この指標は売上高（病院事業にあつては医業収益）と、長期借入金残高を直接対比させてみる簡便法である。たとえば借入金比率が100%ということは、売上高と同額の借入が存在することだが、これは市場金利との関連があるものの、売上高以上の借入は一般に危険と言われる。一般に安全度を見込んで70～80%が限界とされている。

ろ) 返済能力との関連・・・見込み償還期間：長期借入金÷（税引前利益³×70%⁴+減価償却費）

これも借入金比率と同様、収益力、返済能力との対比で借入規模の適切性をチェックする指標である。借入金比率との違いは、あえていえば借入金比率は大まかな数値であるのに対して、これはより正確に見ようとするものといえる。長期借入金残高を年間キャッシュフロー（税引後利益+減価償却費）で割ったもので、長期借入金現在残高の見込み所要返済年数を示す。この数字が10以

³ 施設会計で税引後利益が表示されていないため

⁴ 法人税等負担率（法人税、住民税及び事業税）を約30%と考え、税引前利益の約7割が手元に残るとして、税引前利益×70%とした。公的病院については非課税のため利益の全額が残るが、医療法人との比較を容易にするため、同一の式を適用した。

下であれば、10年以内を意味する。制度金融機関からの借入を除くと、長期借入金の借入れ期間は一般に10～15年くらいと言われているので、10以下が概ね妥当と思われるが、やはり安全を織り込んで7～8以下が望ましい。なお、年間キャッシュフローは、毎年その変動は大幅ではないにしても避けられないことから、一つの目安として使用するという心構えが必要である。

③ 設備投資を実施する上での安全性

既述のように、病院にとって設備投資は大きなインパクトを与える。そこで財務の安全性の面から、設備投資を行いうる体力にあるか否かの判断データを提示しようとするものである。

設備投資は大きな負担をもたらすものだが、同時に経営戦略上の重要な手段でもある。したがって物理的な要素（設備の老朽度など）とともに財務面からも設備投資のタイミングを示唆する指標を提供する意義は大きいと思われる。

この指標として、固定資産回転率、一床当り固定資産を挙げた。

医療法人立病院についていえば、固定資産回転率は200%以上、1床当り固定資産では300～400万円以下であれば、他の安全性指標の水準との兼ね合いもあるが、設備投資可能な水準あるいは設備投資を行う時期にあると考えられる⁵。

固定資産回転率、1床当り固定資産を、財務の安全性を示す指標としてここに掲げるには、違和感を覚えるかもしれないが、あえて安全性と関連づけていえば、設備投資を行う上での安全性という意味合いである。

先にあげた自己資本比率、固定長期適合率、借入金比率などが静態的な安全性指標とすれば、固定資本回転率、1床当り固定資産は動態的な安全性指標といえるかもしれない。

3) 機能性の指標について

機能性については研究の歴史も浅く、関連するデータも少なく、一部指標を除き定着しているものも少ないのが現状と思われる。

しかし機能分化、連携の促進に見られるように、これからは機能の明確化と向上への対応は欠かせない。

そのため、現状不十分ではあるが、病院経営分析の一視点として明確にこれを位置づけ、機能性の指標を取り上げた。今回は平均在院日数、病床利用率、外来入院比などのほか、人員配置や装備の充実度に関わる指標にとどまっているものの、今後は、収集できるデータの制約はあるとはいえ、たとえば急性期病院の目安としてDPC適用の有無や、臨床研修医受入の有無、病院機能評価機構の評価などの取り入れについても、検討に値するであろう。今後の推移に応じて、この部分は見直していきたいところである。

⁵ 明治安田生活福祉研究所『平成15年度医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価方法に関する調査研究』、厚生労働省、2004年

(3) グループिंग

病院経営管理指標は他との比較なくしてその有用性は発揮できない。しかし病院は種別、開設者別、規模別、立地の違いなどによって、その経営基盤が大きく異なるので、これらを見殺しした比較は適切でない。そこで様々な分類基準で種々グループングをし、その中で比較することが適切と考えられる。そうした分類基準をここではグループングという。その具体的内訳は以下の通りである。

① 病院種別比較

- ・ 一般病院 : 一般病床が全体の 80%以上を占める病院
- ・ 療養型病院 : 療養型病床が全体の 80%以上を占める病院
- ・ 精神科病院 : 精神病床が全体の 80%以上を占める病院
- ・ ケアミックス病院 : 上記以外の病院

② 開設者別比較

- ・ 医療法人
- ・ 自治体
- ・ 社会保険関係団体
 - 全社連 : 全国社会保険協会連合会
 - 厚生団 : 厚生年金事業振興団
 - 船員保険 : 船員保険会
 - 連合会 : 国家公務員共済組合連合会
 - 公立学校 : 公立学校共済組合
 - その他社会保険関係団体 : 上記連合会と公立学校を除く共済組合及びその連合会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
- ・ その他公的病院
 - 日赤 : 日本赤十字社
 - 済生会 : 恩賜財団済生会
 - 北社協 : 北海道社会事業協会
 - 厚生連 : 全国厚生農業協同組合連合会
 - 国保連 : 国民健康保険団体連合会

③ 病床規模別比較

- 20 床以上 49 床以下 (*精神科病院のみ 20 床以上 199 床以下。以下同じ)
- 50 床以上 99 床以下
- 100 床以上 199 床以下
- 200 床以上 299 床以下
- 300 床以上 399 床以下
- 400 床以上

④ 機能別比較

- i) 専門病院とその他一般（ケアミックス）病院
 - 小児科病院 : 標榜科目と入院患者 80%以上による分類
 - 産婦人科病院
 - 脳神経外科病院
 - 眼科病院
 - 耳鼻咽喉科病院
 - その他一般（ケアミックス）病院：上記以外の一般（ケアミックス）病院
- ii) 内科系・外科系別（医療施設調査の診療科目分類による）
 - 内科系 : 診療科がⅠのみのもの及びⅠとⅢにまたがるもの
 - 外科系 : 診療科がⅡのみのもの及びⅡとⅢにまたがるもの
 - 内科系・外科系：診療科がⅠとⅡにまたがるもの及びⅠとⅡとⅢにまたがるもの
- iii) 救急医療体制
 - 初期
 - 二次
 - 三次
 - その他一般（ケアミックス）病院：上記以外の病院

⑤ 医薬分業別比較

- 医薬分業実施病院 : 処方枚数に占める院外処方が 50%以上
- 医薬分業非実施病院：処方枚数に占める院外処方が 50%未満

⑥ 給食委託別比較

- 委託 : 全部委託または一部委託
- 非委託 : 委託していない

⑦ 地域別比較

- 北海道：北海道
- 東北 : 青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
- 関東 : 茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県
- 中部 : 新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
- 近畿 : 滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
- 中国 : 鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
- 四国 : 徳島県、香川県、愛媛県、高知県
- 九州 : 福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

⑧ 黒字・赤字別比較

- 黒字病院 : 当該年度の経常利益が黒字

赤字病院 : 当該年度の経常利益が赤字
恒常的黒字病院 : 直近 3 年間 (平成 16 年度、平成 17 年度、平成 18 年度) 継続黒字
恒常的赤字病院 : 直近 3 年間 (平成 16 年度、平成 17 年度、平成 18 年度) 継続赤字
中間病院 : 直近 3 年間 (平成 16 年度、平成 17 年度、平成 18 年度) 黒字と
赤字交錯

⑨ 設備投資有無別比較

設備投資実施病院 : 平成 18 年度の固定資産が平成 16 年度の固定資産より 1.5 倍以上増加

設備投資非実施病院 : 平成 18 年度の固定資産が平成 16 年度の固定資産より減少

設備投資中間病院 : 平成 18 年度の固定資産が平成 16 年度の固定資産と同額以上 1.5 倍未満

(4) 経営管理指標の利用例

手順① 自院が該当するグループを探す

経営管理指標による分析は、適切な対象との比較からはじまる。比較を効果的ならしめるために、改訂報告書では指標をグループ毎に示している。したがってまず、自院が私的病院か公的病院か、一般病院か精神科病院か療養型病院か、一般病院でも二次救急を行っているか、地域はどこかなど、自院に最も該当ないし類似するグループを探すことである。そしてそこでの指標と自院の指標とを比べる。

手順② 必要な利益額を認識する⁶

必要な利益額の認識とは一種の目標管理であるが、ここでは日々の経営が、目標からどの程度乖離しているかを測る尺度程度の意味で捉えるので、おおよその数値をつかめば足りる。

営利企業であれば、持続的成長が求められるので、たとえばその目標設定は、売上 (または利益額) 対前年比 10% 増、当該市場シェアトップといった形で表現される。

これに対して病院は非営利であるため、このような形での目標設定はそぐわないと思われるが、病院においても必要とされる利益額は存在する。

必要な利益額については、様々な捉え方が存在しようが、病院の場合、経営の維持安定を図るのに、最小限必要とされる額が基本となろう。ここで問題となるのは、必要最小額をどう算出するかである。おおよその目安として、現存する長期借入金残高の毎年の返済相当額、または 30 年に 1 度設備投資を実施すると仮定して、その額の 1/30 といったものがベースとなろう。ところで利益額といったが、考え方としてはキャッシュフロー (利益⁷+減価償却費) である。

この必要利益額をメルクマールとし、自院の利益がそれに達成したのか否か、達成しなかったとすれば、何が原因か把握し、遅滞ないフィードバックを通じ、目指す改善

⁶ 松原由美「民間病院の経営分析と資金調達」『講座 医療経済・政策学 保健・医療提供制度』勁草書房、2006 年を加筆・修正

⁷ 税引後利益

の方向と日常の経営行動が乖離しないための努力が求められる。これによりタイミングを失することなく、適切な経営行動が可能となる。

なお、必要利益額は、上述のおおよその捉え方で十分と思われるが、これに災害など不測の事態への備え分や、生活レベルの向上に伴ったアメニティ水準確保・インフレ上昇分といった経済成長対応分などは通常どの病院でも織り込む必要があるが、介護施設など新規事業進出、他病院買収資金などを上乗せすることは、各病院の個別経営方針如何で自由なのとは言うまでもない⁸。

手順③ 収益性の判定指標を見る

自院の属するグループと必要とする利益レベルを把握したので、次に収益性の判定指標に入る。

医業利益率のレベルチェック

医業利益率を自院が属するグループにおける平均値と比べ、自院の収益力の高低を把握する。

医業利益率が低いと判定された場合、まず、補正指標である **SKK** をみる。この数値が平均値近辺であれば、医業利益率の低さは設備投資によると判断され、必ずしも収益性が低いと判断するには及ばない。

ところで、収益力の高低は何を意味するかといえば、それは経営の効率性を表している。したがって仮に収益力が低いと出た場合、経営上どこかに無駄（コスト高要因）がある点が示される。そこでまず、「どこにあるかは不明だが、とにかく自院には無駄がある」という認識を持つことが重要である。そして次に、その原因は何かを追求する。この見方については後述の手順④の i) で触れる。

時系列で医業利益率を見る

以上はある一時点における分析だが、もう一つ大切なのは、時系列で推移を見ることである。

自院の過去 3～5 年程度の医業利益率推移を概観し、低下傾向か、横ばいか、上昇傾向かを掴む。たとえば先にみたある一時点の医業利益率レベルが、平均値と変わらないとしても、低下傾向にあるとすればその理由は何か、今後も低下し続けるものかを見極めなければならない。

時系列で SKK を見る

ところで時系列分析においても、補正指標である **SKK**⁹ を用いて、医業利益率の変動が設備投資によるものか否かを確認し、収益性の傾向を把握する。医業利益率が下がっていても、**SKK** が横ばい、または低下していなければ、医業利益率低下の要因は設備投資が原因と判断され、そうネガティブに考える必要はないだろう。しかし **SKK** も低下傾向が見られるのであれば、医業収益率の低下要因が設備投資以外にもあることに

⁸ 当然のことながら、上乗せ額は年率換算額である。

⁹ P11、17 参照。

なり、この場合は慎重に原因を追究しなければならない。

手順④ 収益性の原因分析

ⅰ) 収益性の原因指標

さて、先に述べた収益性の判定指標で、収益力が低いと判断されたケースに話を戻す。

収益性が低いということは、どこかに無駄が存在すると指摘したが、無駄にはいろいろ想定される。人件費が高すぎないか、医薬品を含む医療材料を割高に購入していないか、またはその在庫管理に無駄はないか、外部委託は適切か、はたまた資本費が過大ではないかなど、様々な事項が考えられる。

そこでまず医業費用の各項目の対医業収益比率をみて、どこに原因が存在するのかを検討しなければならない。

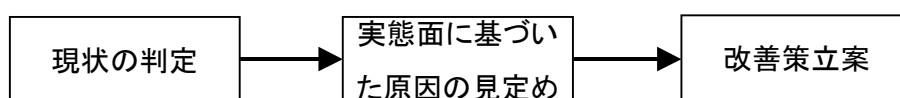
検討の結果、このケースでは人件費に問題があったと仮定しよう。人件費が高くなれば、主な要因として二つ考えられる。1人当り人件費が高いのか、あるいは職員数が多すぎるのかである。

1人当り人件費が高いケースも、その原因は一つではない。年功賃金制度採用の下で、職員の高齢化が進んでいるためなのか、または集患力を高めるためといった戦略的な方針から、優秀な医師を採用した結果なのかなど、その原因はいくつも考えられる。したがってさらに深掘して、真の理由を見定めなければならない。

こうしたプロセスを経て、最終的に高い人件費の理由として、それが年功賃金制度の下での職員の高齢化に到達したならば、今度はその対応策を考える。この事例でいえば、年功賃金制度の見直しや、職員の若返りを図るなどがまず検討対象となろうが、これも一様ではない。たとえば1～2年以内に定年者が出る場合と、5～10年を要する場合では、対策も異なろう。なお、人件費の高い理由が、集患力向上のために高給の医師をスカウトした点や、将来の看護体制評価を予想して看護師数を厚くした点などにあれば、それは経営戦略による先行投資なので、人件費ではなく他の経費の削減対策が取られなければならないのは言うまでもない。

これ以降の分析は、各病院の個別事情によるため省くとするが、内部分析では、「現状の判定」、「実態面に基づいた原因の見定め」、「改善策立案」までがセットで行われることが肝要である（図1）。また金融機関等への定例説明会や借入申込時には、こうした経営管理指標に基づく分析結果を提示しつつ、改善策や事業計画・借入計画を説明する。その際には金融機関のアドバイスを受けるように努め、そうしたやり取りを通じて金融機関の理解と協力を得ることが、生きた経営分析の方法である。

図1 経営内部分析のあり方



ii) 経営上の基盤に関わる指標

ところで原因指標を見るにあたって、はじめに原因追求のプロセスを述べたが、本来はその前に自院の経営基盤ともいべき構造的体質を、しっかりと把握しておかなければならない。これは収益の高低に直結する話ではないが、経営戦略立案や経営行動の優先順位決定に大きく影響する。これには収益基盤分析と収益構造分析の二つがある。

ア) 収益基盤

病院は、患者が来てくれなくては始まらない。経営分析で最も重要な点の一つは、経営基盤が確立されているかを見極めである。病院の場合、集患力如何が経営基盤に大きく影響する。集患力は、それが優れていればただちに収益力が高まる、あるいは財務安全性が向上するとは限らないが、その最大の必要条件である。集患力を見るには、入院患者数、外来患者数の推移の把握が必須だが、この他にも、入院・外来別に、新患の状況、外来・入院ルート、患者がどこから来ているか（医療圏）など、多角的な分析が欠かせない。

ただ患者数などの実数だけでは、相対比較が出来ないので、たとえば1床当り外来患者数や病床利用率などを参考に判断する。

集患力は、経営戦略立案を大きく左右する。たとえば集患力では他病院に比べ勝っているのに、収益性が十分でない場合は、経営戦略のポイントが、効率性の向上やコスト削減に向けられる。これに対して同じ低収益でも、集患力が劣っている場合にあっては、まさに集患力向上に注力しなければならない。したがって実行可能性は別として、経営の力点が、効率性向上やコスト削減ではなく、不便な立地ならば巡回バスの運行、優秀な医師の招聘、新病棟建設、連携の強化、介護施設などへの新規事業進出、あるいは事業転換といった抜本対策に向けられる必要がある。

イ) 収益構造

これは医業費用の硬直性を測るもので、固定費比率を用いる。固定費とは医業収益の増減に関係なく、恒常的に発生する費用のことで、一般的には人件費、減価償却費、金利を指す。

固定費は一度発生すると簡単に削減できないので、これが大きいと経営に弾力性を欠く。言い換えると損益分岐点が高くなることを指す。こういう状況の下では、医業収益が少々増加しても、利益増には結びつきがたく、逆に医業収益が少しでも減少すると、ただちに利益の大幅減ないし赤字転落となる度合いが高まる。

したがって固定費比率が高いと、経営改善策を実施しても成果を出すまでにかかりの時間がかかることになる。

この指標が意味を持つもう一つは、経営行動を起す時期を判断する上で有用な点である。適切な原因分析をし、適切な改善策が決定され、あとはいつ実施するかといった場合、既に固定費比率が相当程度高いケースにあっては、ある程度低下するまでしばし自重が求められる。幸い病院経営は自院の内部要因も含め、短期間の経営環境激変は稀なので、少々自重してもタイミングを失することは少ない。この固定費比率が60%を

大きく超えるようでは、経営上積極策に出るよりも、固定費比率削減が経営の優先課題となる。

手順⑤ 安全性の指標を見る

先の収益性の指標は、判定指標、原因指標に分類されたが、安全性の指標は専ら判定指標のみであり、あえて原因指標はといえば、それは収益性指標に遡る（収益力が高ければ安定性が高まる）。

さて、病院における安全性管理でキーポイントとなるのは、借入金マネジメントである。自己資本による調達もあるが、病院の非営利性、現状の収益レベルなどから、病院にとって出資者からの新規払込（増資）といった自己資本に依存した調達には限界がある。それゆえ、他人資本にウェイトのかかった資金調達が避けられないが、これは返済義務と金利負担がかかるため、借入時のマネジメントが重要となる。

借入金マネジメントで重要なポイントは、規模、収益力、つまり返済能力に比して、借入額が過大か否かという面と、もう一つは資金使途と調達との関係がバランスしているか否かという点である。これを検証する指標として、借入金比率、見込み償還期間、固定長期適合率がある。

借入金比率

返済能力との対比で、借入規模の適切性をみる指標としては、簡便な指標と、より正確に見る指標とがある。ここに挙げた借入金比率は前者で、たんに医業収益と長期借入金残高を比較したもので、これにより借入規模の適切性について容易に見当をつけることができる。

たとえば、借入金比率が 100%であった場合—借入金と医業収益が同額—、仮に市場金利が 5%なら、金利負担率（支払利息/医業収益）が 5%を意味することとなり、現在の病院の平均的収益水準では金利支払いだけで利益が消えてしまうこととなり、これでは借入過大であるとすぐ判断される。

また、医業収益に対して年間キャッシュフロー比率 $\{(\text{利益} + \text{減価償却費}) / \text{医業収益}\}$ は、医療法人の場合現状 6%程度とみられるので¹⁰、借入金比率 100%では返済期間に 20 年近くを要することが直ちに算出される。市場金利もキャッシュフロー比率も変動するものなので、それに応じた判断が求められるが、簡単に見当をつけられる利便性は大きい。ところで借入金比率 100%の場合は、現在の収益水準では返済期間に概ね 20 年かかることを意味するが、現在の病院の長期借入期間は 10 年以内が多いと思われるので、これとの関連で考えれば、70%あたりが安全の上限と心得ておくべきであろう。

¹⁰ 医療経済研究機構『医療経済実態調査』（平成 15 年度）、WAM『病医院の経営分析参考指標』（平成 17 年度）より試算

見込み償還期間

この比率も返済能力との対比で、借入規模の妥当性を検証する指標である。上に述べた借入金比率が簡便法であるのに対して、この比率はより正確につかもうとする指標である。

年間キャッシュフローで長期借入残高を割り、長期借入金の返済に何年を要するかをとらえるものである。算式は{長期借入金÷(税引前利益×70%¹¹+減価償却費)}。

たとえばこれが10と算出されれば、現状の収益レベルでは返済に10年かかることを示す。金融機関の借入期間は10年以内が多いので、安全を見込んで10以下、出来れば7~8以下が望ましい。

資金使途との整合性

以上は収益力と借入のバランスの話だが、もう一つは資金使途との整合性である。

病棟建替えや高額医療機器購入など、回収に長期を要する投資に対しては、その回収に見合った期間の借入や自己資本で賄うことが求められる。病院建物は構造にもよるものの回収に30~40年程度を要するが、こうした投資は固定資産に計上されているので、固定資産額に対して自己資本+長期借入金がどう対応しているかで判断するものである。この指標として固定長期適合率がある。

固定長期適合率は、理屈の上では100%でも良いのだが、これも安全を見込んで70~80%以下であれば概ね許容可能であろう。病棟建設資金の回収には30~40年要するのに対し、現実の民間金融機関からの借入期間は10年、長くても15年程度と思われるが、実際には借換えということで継続しているので、この比率が70~80%で概ねバランスしているとみて良いと考えられる。

金融機関との信頼関係構築

このように、病院の安全性では借入金を適切に管理することが重要であるが、行き着くところは、設備投資の借入金を円滑かつ有利に調達できるか否かである。そのためには、金融機関と常日頃からコミュニケーションを図り、信頼関係を構築することが求められる。具体的には、日々の金融機関取引において、経営管理指標を用い、金融機関が求めている合理的、科学的なデータで説明する体制作りが必要である。

手順⑥ 機能性の指標を見る

機能性の指標には、病院の現状の性格を判別する指標と、機能の充実度合いを見る指標がある。

病院の現状の性格を判別する指標として、患者動向に関する指標がある。それには患者単価、患者数推移、患者ルート(医療圏内・外の把握、紹介元など)、患者年齢構成などが挙げられる。

¹¹ 既述のように税金を約30%と考え、税引前利益の約7割が手元に残るとして、税引前利益×70%とした。

たとえば急性期病院を志向していても、患者単価が療養型病院レベルであり、患者年齢構成も高齢者ばかりで、診療所などからの紹介もないようであれば、急性期病院としての性格の見直しが求められる。

このように、自院が目指している方向と、地域における役割に関するギャップの有無を把握し、ギャップがあるのであれば、目指す方向に行くための具体的手段（急性期の医師の招聘、病棟建替えといった大規模設備投資など）を講じられるのか、事業転換を図るのかなど、今後の方向性や戦略を検討する。

一方、機能の充実度合いを見る指標としては、医師1人当り入院患者数・外来患者数などが挙げられる。病床利用率に見劣りがないならば、これらはその値が小さいほど、患者に対し医師が多いため、ケアの質が高い可能性が考えられる。しかしこの値が小さいほど、損益面は悪化する可能性は否定できない。先の収益性や安全性の指標を高めながら、いかにこれらケアの質に資源を費やし、機能を高めるか、その損益面と機能面のバランスが病院経営では何よりも求められるといえよう。

（5）課題

病院経営管理指標の今後の課題として、下記が挙げられる。

- i) 回収率の向上（今回は医療法人が約5割、公的病院が約9割の回収率）
- ii) 有効回答率の向上（回答病院のうち有効回答は半分以下であった）
 - ・ 施設別会計を採用していない病院が多数
 - ・ B/Sの貸方、借方が一致していない病院が多数
- iii) 上記ii)の問題は、経営管理を実施していない病院が数多くある証拠ともいえ、基本的な経営管理ノウハウの啓発が求められる。
- iv) 特に自治体病院の中には、B/Sを県で一括して記入する例が少なくなかった。これでは適切な経営把握が出来ず、経営課題が何かも分からずに経営を行うこととなり、早急な改善が必要である。

第二部 事例研究

1. 中小病院と連携

中小病院と一口に言っても、その定義は難しい。たとえば500床以上クラスの大病院が林立する都心にあつては、300床の病院でも中小病院に位置づけられる場合もあるろうし、一つの町に唯一存続する病院であれば、200床以下でも中核的な大病院といえよう。

このように実態に則して考えると、中小病院の定義は単に規模的側面から捉えるのではなく、周囲の環境を踏まえた機能、役割なども含めて総合的かつ相対的に規定される必要があるろう。

そこで本稿では、地域で中核的な役割を担う急性期病院以外の病院を中小病院と定義する。

さて、第五次医療法改正で地域連携について新たな医療計画が織り込まれた。

ここで連携とは、「適切なケアを適切な場所で適切な時に、継続的に提供されるようにする行為」と定義する¹²。

連携は患者のために切れ目のないケアを推進する意味で大切である。また、機能分化と連携とは一体であることから、病院の機能発揮のためにも、連携は不可欠である。さらに既述のように地域連携が医療計画に織り込まれたことで、地域連携は今後の病院経営、とりわけ中小病院にとって経営上重要な要素の一つとなった。

何故なら地域中核病院であれば、連携において川上の立場で不可欠な存在であり、連携に取組まなくとも患者は来るが、中小病院の場合、数ある機関の中から選ばれる必要がある。連携体制が確立された時に取り残されていけば、患者が紹介されない事態も考えられる。

しかし連携は関係者間でその必要性を十分に認識されているにも関わらず、遅々として進展していないと指摘されている。

ここでその理由のいくつかを仮説として列挙すると以下のとおりである。

- i) 連携は多職種間で行われるが、職種ごとの専門性が障壁となっている。
- ii) それだけに誰かが音頭を取る必要があるが、そういうリーダーを見出しにくい。
- iii) 連携のルール作りの欠如。これは例えば「あの病院に患者を送ると帰ってこない」「あの病院は患者の選り好みをする」といった不満が生じやすいので、患者の移動につき一定のルールを設けるなどを指す。
- iv) 連携を行うにはそのインフラとして情報の共有体制の整備が不可欠だが、その構築が難しい。

こうした障害を克服する重要なツールとして、地域連携パス（以下パス）が考えられる。

なぜならパスはその策定にあたって当然誰かが音頭を取る必要が生じ、多職種や多機関の間における何かしらのルールの役割を果たすこととなるほか、なんとといっても関

¹² 明治生命フィナンシャルランス研究所（現明治安田生活福祉研究所）「平成12年度医療施設経営安定化推進事業 介護・福祉事業実態調査報告書」、厚生労働省、2001年

係者間の情報共有の源となる機能を有するからである。言い換えると、皆が使えるパスが普及することが、連携の進展に繋がると思われる。

そこで本調査研究では、パスを地域でどのように作り上げたか、また普及するに至ったか、パス作成や普及にどのように中小病院が関わり、連携にビルトインされたかに焦点をあて、事例を紹介する。

2. 事例

(1) シルバー病院（八戸市）

1) 財団法人シルバーリハビリテーション協会概要

<p style="text-align: center;">医療事業</p> <p>・ <u>シルバー病院（201床）</u></p> <p>一般 201床</p>	<p style="text-align: center;">介護、福祉施設事業</p> <p>老健</p> <p>・ はくじゅ（定員 130人）</p>	<p style="text-align: center;">在宅事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーション 3ヶ所 ・ グループホーム 1ヶ所 (定員 18人) ・ 有料老人ホーム 1ヶ所 (定員 17人) ・ 居宅介護支援事業所 3ヶ所 ・ 在宅介護支援センター 1ヶ所 ・ 訪問介護事業所 1ヶ所 ・ 訪問入浴介護事業所 1ヶ所
<p style="text-align: center;">予防医療・リハ事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ はくじゅ 通所リハビリテーション ・ 八戸西健診プラザ 		<p style="text-align: center;">学校事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 八戸看護専門学校

シルバー病院は青森県八戸二次医療圏に立地する 201床のリハビリに重点を置いた病院である。開設は昭和 59 年で、昭和 63 年には財団法人となり、同年、県内初の老健を設立し、早くから高齢者ケアに着手した。

2) 地域特性

シルバー病院が立地する八戸市は人口 24 万人で、青森県内では青森市に次ぐ県内第二の人口規模を誇り、また北東北随一の工業都市でもある。

八戸市を含む八戸二次医療圏全体の人口は約 35 万人と青森二次医療圏（人口約 34 万人）以上の規模である。高齢化率は 21.2%（全国平均 20.1%）で全国平均よりも若干高い。

人口 10 万人当り医師数は 163.7 人と全国平均 217.5 人の約 75%に過ぎず、青森県全体にいえることだが、深刻な医師不足に陥っている（表 19）。

一方で、青森県保健医療計画（平成 17 年 3 月）によると、基準病床数（療養及び一般）の充足率は 107.4% で病床過剰地域である。

病床過剰の理由として、全体として人口が減少する一方で、公的病院が多いため、需要に応じた病床削減が弾力的に行われなかったことも影響していると考えられる。

表 19 人口 10 万人当り医師数

(単位:人)

医療圏	医師数
八戸医療圏	163.7
青森県	178.3
全国	217.5

資料：人口は総務省『平成 17 年 国勢調査』より作成

：医師数は厚生労働省『平成 18 年 医師・歯科医師・薬剤師調査』より作成

参考までに全国の都道府県毎に、全病院に占める公的病院数比率と病床数比率を示したのが表 21 だが、東北地方は全体的に公的病院数、病床数が占める割合が高い傾向にあり、なかでも青森県は病院数に占める公的病院数比率が約 4 割で全国 3 位、病床数比率は半数を超えて 5 位と、公的病院が非常に多い。

青森県全体同様、八戸二次医療圏は公的病院¹³が多い（表 20）。

急性期は、このうち 3 大公的病院（八戸市立市民病院 584 床、青森労災病院 474 床、八戸赤十字病院 434 床）が担っている。

¹³ ここでいう公的病院とは開設者が以下の病院を指す。厚生労働省、独立行政法人、国立大学法人、都道府県、市町村、日赤、済生会、北社協、厚生連、国保連、全社連、厚生団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合。

表 20 八戸二次医療圏における病院一覧

病院	開設者	病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
				シェア		シェア
八戸市立市民病院	八戸市	一般528床 精神50床 感染6床	528	20.1%	584	13.2%
青森労災病院	労働者健康福祉機構	一般474床	474	18.1%	474	10.7%
八戸赤十字病院	日赤	一般374床 精神60床	374	14.3%	434	9.8%
みちのく記念病院	医療法人	一般20床 精神262床 療養20床	20	0.8%	302	6.8%
湊病院	医療法人	精神240床 療養50床	0	0.0%	290	6.6%
松平病院	医療法人	精神204床	0	0.0%	204	4.6%
シルバー病院	財団法人	一般201床	201	7.7%	201	4.6%
青南病院	医療法人	精神199床	0	0.0%	199	4.5%
五戸総合病院	国民健康保険	一般174床	174	6.6%	174	3.9%
三戸中央病院	国民健康保険	一般144床	144	5.5%	144	3.3%
さくら病院	社団法人	精神142床	0	0.0%	142	3.2%
八戸病院	国立病院機構	一般138床	138	5.3%	138	3.1%
総合リハビリ美保野病院	医療法人	療養123床	0	0.0%	123	2.8%
八戸平和病院	医療法人	一般121床	121	4.6%	121	2.7%
八戸城北病院	医療法人社団	一般60床 療養46床	60	2.3%	106	2.4%
東八戸病院	個人	精神102床	0	0.0%	102	2.3%
岸原病院	医療法人	一般42床 療養51床	42	1.6%	93	2.1%
青森県立はまなす医療療育センター	青森県	一般82床	82	3.1%	82	1.9%
おいらせ病院	国民健康保険	一般78床	78	3.0%	78	1.8%
南部病院	特定医療法人	一般68床	68	2.6%	68	1.5%
名川病院	国民健康保険	一般26床 療養40床	26	1.0%	66	1.5%
石田温泉病院	医療法人	療養60床	0	0.0%	60	1.4%
於本病院	医療法人	療養50床	0	0.0%	50	1.1%
室岡整形外科病院	個人	一般50床	50	1.9%	50	1.1%
圭仁会病院	医療法人	療養45床	0	0.0%	45	1.0%
佐々木泌尿器科病院	医療法人	一般44床	44	1.7%	44	1.0%
内科種市病院	個人	療養42床	0	0.0%	42	1.0%
合計			2,624	100.0%	4,416	100.0%

資料：WAM-NET より作成


 は公的病院

表 21 都道府県別公的病院数と公的病院病床数比率

	病院数			病床数		
	病院数	公的病院 病院数比率	民間 病院数比率	病床数	公的病院 病床数比率	民間病院 病床数比率
全国	8,943	19.8%	80.2%	1,626,589	31.2%	68.8%
北海道	613	26.4%	73.6%	103,712	33.6%	66.4%
青森	109	40.4%	59.6%	19,292	51.3%	48.7%
岩手	103	44.7%	55.3%	19,757	48.5%	51.5%
宮城	149	34.2%	65.8%	26,885	48.2%	51.8%
秋田	78	37.2%	62.8%	16,959	55.2%	44.8%
山形	70	44.3%	55.7%	15,328	53.1%	46.9%
福島	147	24.5%	75.5%	29,742	29.0%	71.0%
茨城	201	14.9%	85.1%	33,441	27.7%	72.3%
栃木	115	15.7%	84.3%	22,576	30.8%	69.2%
群馬	141	18.4%	81.6%	25,314	33.6%	66.4%
埼玉	359	9.5%	90.5%	62,751	17.0%	83.0%
千葉	286	16.8%	83.2%	56,284	26.0%	74.0%
東京	658	10.9%	89.1%	129,939	22.2%	77.8%
神奈川	351	15.7%	84.3%	75,256	27.2%	72.8%
新潟	140	39.3%	60.7%	31,033	46.1%	53.9%
富山	116	22.4%	77.6%	18,255	46.0%	54.0%
石川	106	25.5%	74.5%	19,770	39.0%	61.0%
福井	83	20.5%	79.5%	11,861	42.0%	58.0%
山梨	61	32.8%	67.2%	11,484	39.4%	60.6%
長野	138	39.1%	60.9%	25,282	57.4%	42.6%
岐阜	108	34.3%	65.7%	20,892	49.8%	50.2%
静岡	188	26.1%	73.9%	41,248	41.6%	58.4%
愛知	347	19.6%	80.4%	69,296	36.0%	64.0%
三重	112	32.1%	67.9%	21,386	46.0%	54.0%
滋賀	60	36.7%	63.3%	14,564	49.6%	50.4%
京都	177	19.8%	80.2%	36,624	29.7%	70.3%
大阪	549	10.2%	89.8%	110,589	20.4%	79.6%
兵庫	353	17.8%	82.2%	64,972	30.0%	70.0%
奈良	78	23.1%	76.9%	16,759	32.3%	67.7%
和歌山	94	23.4%	76.6%	14,620	40.4%	59.6%
鳥取	46	32.6%	67.4%	9,396	47.7%	52.3%
島根	60	36.7%	63.3%	12,099	53.4%	46.6%
岡山	182	18.1%	81.9%	30,830	25.9%	74.1%
広島	254	18.9%	81.1%	41,981	33.0%	67.0%
山口	150	23.3%	76.7%	27,986	32.8%	67.2%
徳島	122	18.0%	82.0%	15,506	31.5%	68.5%
香川	99	28.3%	71.7%	16,489	49.1%	50.9%
愛媛	148	20.3%	79.7%	23,452	33.3%	66.7%
高知	140	12.1%	87.9%	19,164	21.4%	78.6%
福岡	475	10.7%	89.3%	88,409	17.4%	82.6%
佐賀	111	17.1%	82.9%	15,534	29.9%	70.1%
長崎	166	21.7%	78.3%	27,844	28.4%	71.6%
熊本	219	16.4%	83.6%	36,108	27.3%	72.7%
大分	165	10.9%	89.1%	20,983	26.2%	73.8%
宮崎	145	17.9%	82.1%	19,762	24.6%	75.4%
鹿児島	277	10.8%	89.2%	35,486	18.3%	81.7%
沖縄	94	16.0%	84.0%	19,689	28.0%	72.0%

資料：厚生労働省『平成 18 年医療施設調査』より作成

さて、当地域の特色の1つは、他県に先駆け早くから県がリーダーシップを取りパスが策定されている青森県において、その第一号として県主導のパスが導入されたことである。

県主導でパスが作成されたはじまりは、平成9年より「保健・医療・福祉包括ケアシステム」（以下「地域包括ケアシステム」）として地域連携の構築をスタートさせたことに由来する。

また、こうした取組みの背景に、深刻な医師不足問題に対する県としての対応が求められる点や、公的病院が多いために、比較的県がリードを取りやすい面があったことも考えられる。

平成14年には社会福祉基本計画に主要施策として、「医療機関内に看護職員等を中心とした医療と保健・福祉の間の『橋渡し』を行うしくみとひとづくり」を掲げ、地域連携室を設置し、連携室に配置する職員を中心に人材育成を行ってきた。

平成16年度に地域連携を促進させるためのツールとしてパスの導入を掲げ、平成17・18年度には、八戸および下北の2つの二次医療圏においてパスのモデル事業を実施した。さらに平成19年度からは、3年計画で県内全ての医療圏でパス導入を目指している。

パス作成にあたっては、脳血管疾患による死因が全国平均を大きく上回っていることから（平成18年時点で全国平均より33ポイント高）、脳卒中のパスを第一に手がけることとした。

脳卒中ケアでは、急性期の治療と、その後のリハビリとの連携が重要である。八戸二次医療圏内においては、シルバー病院（201床）と総合リハビリ美保野病院（123床）のほか、3大公的病院がリハビリを実施している。また、その他病院についてもPTやOT1～2名程度が在籍し、比較的リハビリは充実した地域と言えよう。

一方、隣接する上十三二次医療圏には回復期リハビリ病院がないため、八戸二次医療圏や青森二次医療圏で引き受けており、当院にも上十三二次医療圏の患者がリハビリのため入院している。

参考までに患者所在地からみた入院患者の動向をみたのが表22だが、これによると、当該八戸二次医療圏や青森二次医療圏に居住する入院患者の9割以上は、当該医療圏内に入院しているのに対し、先の上十三二次医療圏の場合、患者の7割程度しか当該医療圏に入院せず、1割以上は八戸二次医療圏に入院している。青森県内において、八戸二次医療圏は県外からの入院患者比率が最も高いが（県平均2.7%、青森二次医療圏1.1%に対し、八戸二次医療圏は5.9%¹⁴）、この理由の一つに、リハビリの充実が考えられる。

青森県では脳卒中対策が重視されている中、八戸二次医療圏は他医療圏からもリハビリ患者が多く入院するほど、リハビリ体制が比較的進んだ地域であることも、県が主導で脳卒中パスを策定する際のトップバッターに選ばれた背景があったのではと推測される。

¹⁴ 平成18年度青森県医療機能調査

図2 青森県における医療圏の地図

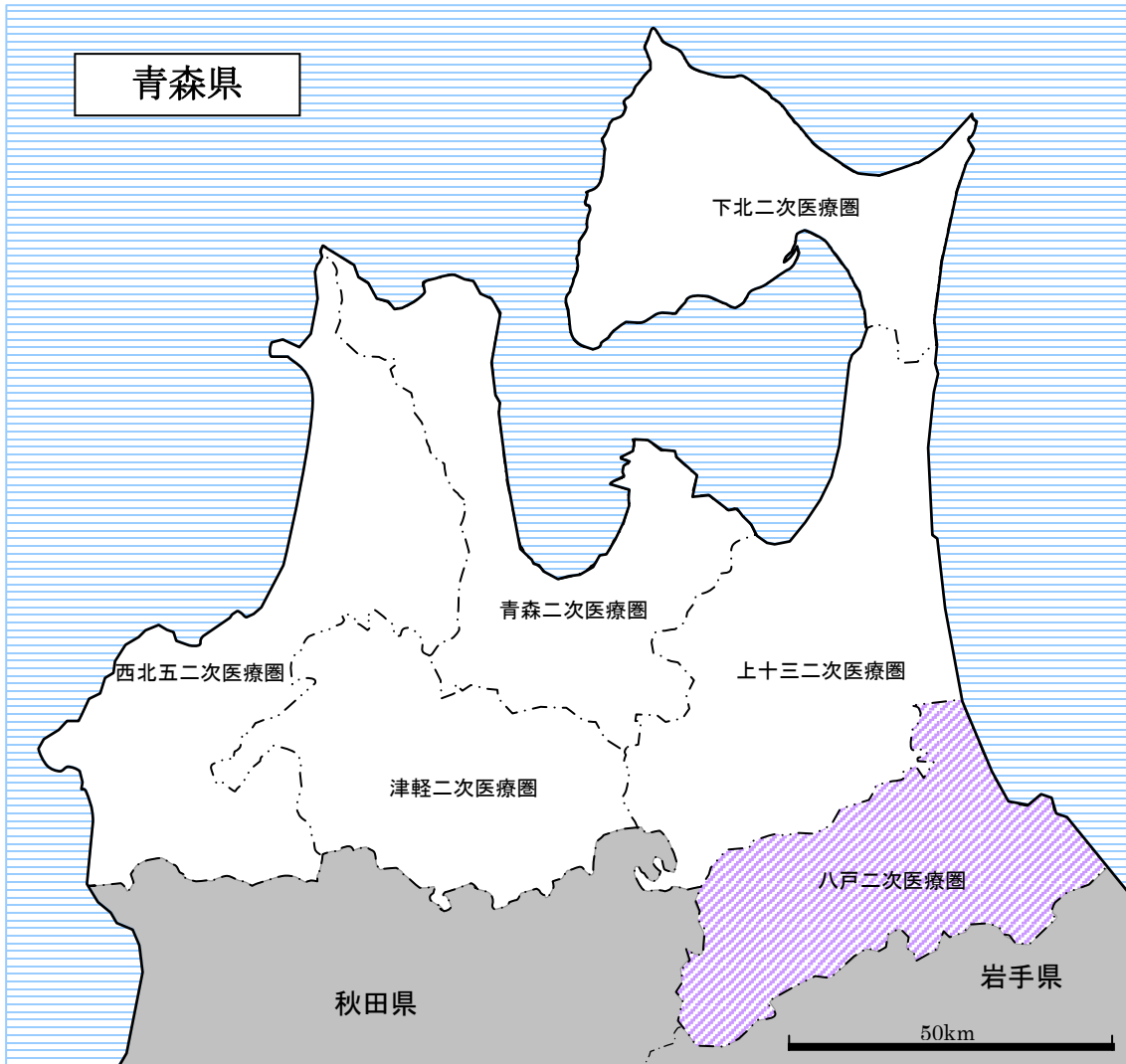


表 22 患者所在地からみた入院患者の動向

(単位:%)

患者住所地		自圏域内 自足率	受療先1		受療先2		受療先3	
地域	市町村名		施設所在地	依存率	施設所在地	依存率	施設所在地	依存率
八戸地域	八戸市	96.8	八戸市	95.5	三沢市	1.3	青森市	1.0
	三戸町	97.7	三戸町	45.5	八戸市	40.1	南部町	6.8
	五戸町	88.2	五戸町	46.1	八戸市	40.2	十和田市	7.9
	田子町	96.5	八戸市	38.4	田子町	30.2	南部町	11.6
	南部町	96.7	八戸市	64.2	南部町	25.6	三戸町	5.3
	階上町	97.4	八戸市	82.7	南部町	14.7	三沢市	1.9
	新郷村	85.1	五戸町	53.2	八戸市	31.9	十和田市	14.9
	おいらせ町	81.4	八戸市	50.5	おいらせ町	30.4	十和田市	9.3
	計	95.3	八戸市	82.4	五戸町	4.2	三戸町	3.0
青森地域	青森市	94.4	青森市	94.3	弘前市	3.3	黒石市	1.1
	平内町	95.3	青森市	55.2	平内町	40.1	弘前市	2.2
	今別町	98.3	青森市	65.0	今別町	20.0	外ヶ浜町	13.3
	外ヶ浜町	95.0	青森市	64.7	外ヶ浜町	24.4	今別町	5.9
	蓬田村	100.0	青森市	86.8	外ヶ浜町	13.2	-	-
	計	94.5	青森市	90.8	弘前市	3.2	平内町	2.2
	上十三地域	十和田市	81.6	十和田市	78.3	八戸市	11.7	青森市
三沢市	76.0	三沢市	59.2	八戸市	17.2	十和田市	11.9	
野辺地町	66.2	野辺地町	40.3	青森市	26.0	十和田市	17.5	
七戸町	76.0	七戸町	33.8	十和田市	31.4	青森市	12.3	
六戸町	65.3	十和田市	40.0	八戸市	22.1	六戸町	20.0	
横浜町	57.5	野辺地町	32.2	むつ市	19.5	青森市	19.5	
東北町	76.7	十和田市	29.1	東北町	24.0	七戸町	12.0	
六ヶ村	75.0	野辺地町	31.1	十和田市	15.9	東北町	14.4	
計	75.9	十和田市	39.4	三沢市	16.0	八戸市	11.6	

資料：平成 18 年度青森県医療機能調査

3) 地域におけるシルバー病院の位置づけ

高齢化が進み、脳卒中をはじめとした脳血管疾患患者が増える中、昭和 59 年の設立当初、八戸市にはリハビリ病院がなかった。公的病院が急性期医療を主に担う地域において、当院は高度な急性期は公的病院に任せ、患者の在宅復帰促進を目指してリハビリに重点を置いた。

当院のリハビリスタッフは PT19 名、OT16 名、ST6 名と、県内でも他院と比べ手厚く配置されている。

一般病床 201 床のうち、約 130 名はリハビリの処方箋が出ており、また、発症 2 ヶ月以内のリハビリ目的の入院患者は 70 名程度と、圧倒的にリハビリ患者が多い。

このようにリハビリに重点を置いているため、シルバー病院の入院患者は二次医療圏外からも多く、上十三二次医療圏のほか、下北二次医療圏や岩手県北部からも入院しており、リハビリ病院としての地位を確立している。

4) パスの作成、参加の状況

① 八戸脳卒中地域連携パス

八戸二次医療圏の脳卒中地域連携パスは、先にも述べたとおり県の事業として県主導で導入されたものである。

平成 19 年度の新医療計画で地域連携への県の取組みが盛り込まれる前から、青森県では既述のように先進的にパス策定へ取組んできた。その第一号ということで、八戸

脳卒中地域連携パスの意義は大きいですが、先行事例であるだけに、問題が全くなかった訳ではない。

具体的には、パス作成には多機関が参加したものの、パスを実際に使う医師など現場担当者が参加していなかったため、使い勝手が十分とは言えない。また少しでも合併症や他の症状が出るとパス適用から外れ、パス利用対象となるケースが限定的で、実際の利用に至る対象患者が少ないといった意見が出ている。また、第一号事業として仕方がないことであるが、まずは走り出してみようということでパスの目的を明確にしないまま多くの情報をパスに求めすぎ、作業量が増えた点などが指摘されている。

当パス策定にあたっては、シルバー病院は全く参加していない。パスの利用件数は、当院ではスタートから2年半で4件しか実績がなかったが、それでも他病院よりは多い。

② 上十三脳卒中地域連携パスにおけるシルバー病院の役割

八戸二次医療圏に隣接する上十三二次医療圏では、平成19年5月から同じく県の事業として脳卒中パスが導入され、シルバー病院でもこれに策定作業段階からオブザーバーとして参加し、かつ実際にパスを利用している。

シルバー病院が上十三脳卒中地域連携パス策定に参加したのは、先に述べたように、以前から上十三二次医療圏の急性期病院から紹介患者を受けていたためである。

参考までに上十三二次医療圏の病院一覧を示したのが表23で、約半分が公的病院であることが判る。

当パスは先の八戸脳卒中地域連携パスをベースに、十和田市立中央病院（一般375床）、市立三沢病院（一般220床）、公立七戸病院（一般160床）、六戸町国民健康保険病院（一般30床）の脳外科医らを中心として作成された。既述のようにシルバー病院もオブザーバーとして参加した。

当パスの特徴は、パス作成に当り中核的役割を担った十和田市立中央病院の脳外科医の意向により、既述の八戸のパスに不足しているリハビリ情報を充実させたことである。具体的には回復期病院として提供して欲しい情報を急性期病院が記入する「医療情報提供書」をパスと一緒に提出してもらうこととした。

十和田市立中央病院と当院（位置関係は図3参照）とは平成19年5月から八戸パスを用いて試験的にパスを利用しながら、改良を重ねて上十三脳卒中地域連携パスを完成させ、同年11月からの本格運用となった。先の八戸のパスは当院では2年半で4件しか患者の適用がなかったが、上十三のパスでは、1ヶ月間で5件に達した。

現場の医師が現場の目線で作成したため、パスの利用対象を広めに設定し、必要な情報が的確に共有される設定であるなど、現場スタッフにとって使い勝手が良い点が、短期間でこれだけ利用された要因である。

なお、十和田市立中央病院の脳外科医や連携室職員とは以前から月2回くらいの頻度であいさつ訪問をする等コミュニケーションはとっていたが、今回のパス策定作業を通じ、さらに密接な連携が取られるようになり、信頼関係が構築されたという。

このように、当パス策定においてシルバー病院は他医療圏の中小病院でありながらも重要な役割を担い、実際にパスを活用して地域連携に一定の貢献をしていると考えられる。

表 23 上十三二次医療圏における病院一覧

病院	開設者	病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
				シェア		シェア
十和田市立中央病院	十和田市	一般375床 感染4床 精神100床	375	31.1%	479	22.0%
十和田済誠会病院	財団法人	精神270床	0	0.0%	270	12.4%
高松病院	医療法人	精神239床	0	0.0%	239	11.0%
公立野辺地病院	広域事務組合	一般180床 療養48床	180	14.9%	228	10.5%
三沢市立三沢病院	三沢市	一般220床	220	18.2%	220	10.1%
三沢聖心会病院	医療法人	精神189床	0	0.0%	189	8.7%
公立七戸病院	広域事業組合	一般160床	160	13.3%	160	7.3%
ちびき病院	医療法人	一般53床 療養57床	53	4.4%	110	5.0%
三沢中央病院	財団法人	一般18床 療養66床	18	1.5%	84	3.9%
十和田第一病院	医療法人	一般60床	60	5.0%	60	2.8%
十和田東病院	医療法人	一般60床	60	5.0%	60	2.8%
自衛隊三沢病院	防衛省	一般50床	50	4.1%	50	2.3%
六戸町国民健康保険病院	国民健康保険	一般30床	30	2.5%	30	1.4%
合計			1,206	100.0%	2,179	100.0%

資料：WAM-NET より作成


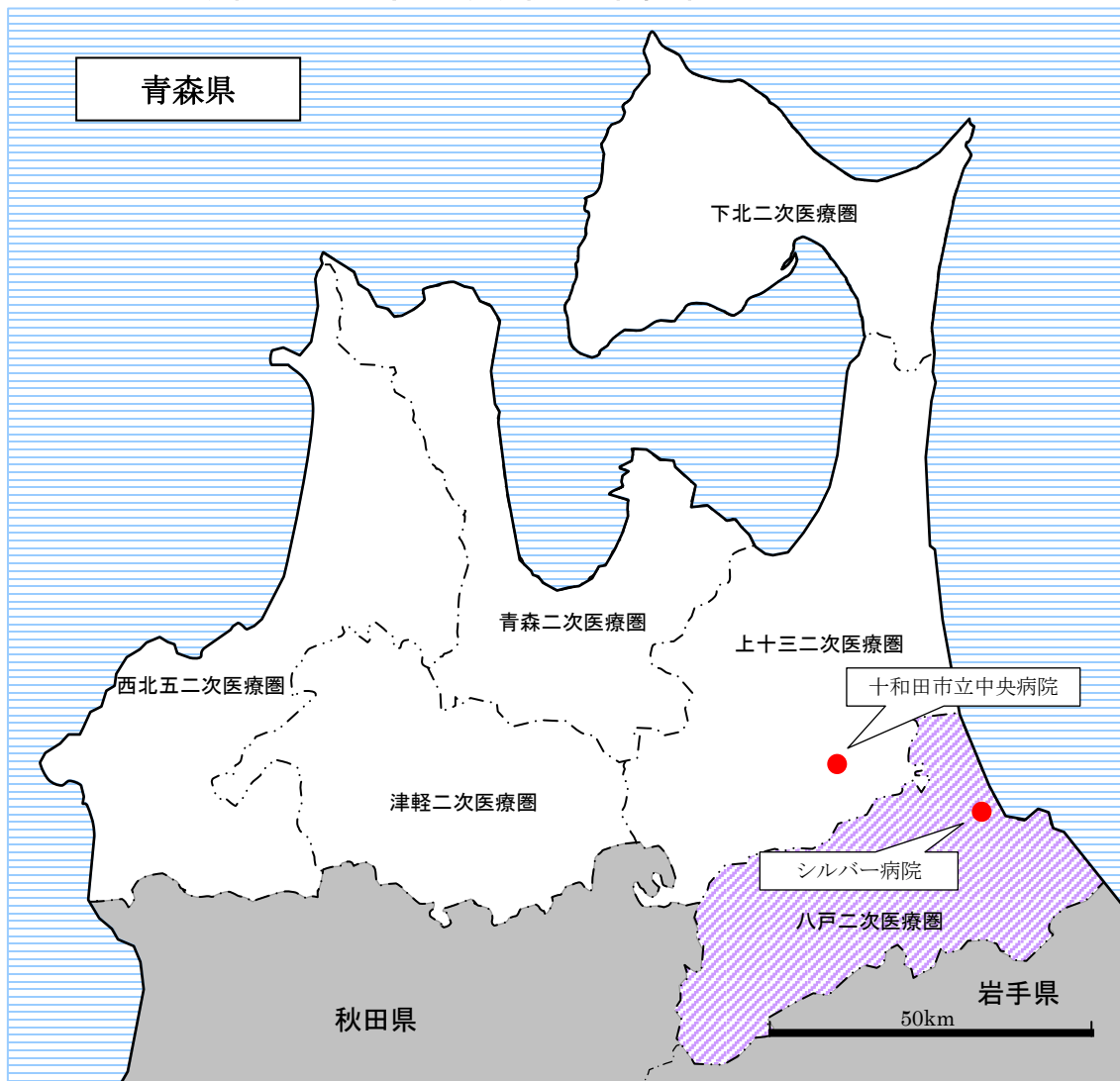
 は公的病院

図3 シルバー病院と十和田市立中央病院の位置関係



5) パス導入のメリット・デメリット

シルバー病院の地域連携担当者に、パス導入のメリット・デメリットを聞いたところ、以下の回答を得た。

まずデメリットとしては、当該パスは急性期から在宅までの使用を想定しているの
で、記入する情報が多すぎ、事務負担が増えることである。

メリットとしては、患者およびその家族側からみると、パスを活用して転院先病院
のスタッフと今後の治療計画等について話ができ、安心感につながる点である。そのた
め、転院先の病院としても患者や家族との意思疎通が円滑化しやすいという。

またパス導入の結果、急性期病院側も退院前ケアカンファレンス実施前に在宅復帰
の意思の有無を患者・家族へ確認するようになり、シルバー病院への転院後もリハビリ
の目的（在宅復帰）が明確で、後方病院での治療を進めやすくなった。

パスの使用によって平均在院日数が短縮されたが、一方、メリットと謳われている
重複受診の抑制については今のところ変化はない。同じくメリットと指摘されている医

療の標準化については、パスの影響はほとんどなく、これは合同勉強会の開催のほうが影響すると考えられるという。

患者に関する情報共有は、当院の場合、パスより退院前ケアカンファレンスの方がより効果的だという。

なお、他病院への退院前ケアカンファレンス参加は、平成 18 年春頃から試行的に行い、現在は本格的に実施している。病院ごとの退院前ケアカンファレンス参加状況は表 24 のとおりである。その他の病院には、当該医療圏外である上十三二次医療圏の十和田中央病院等が含まれる。十和田中央病院までは、車で片道 40 分以上かかるが、一人の患者のために先方の退院前ケアカンファレンスに参加することもある。シルバー病院から退院する場合にも、多くのケースで引き受け先の介護保険施設の担当者や介護事業者、ケアマネジャー等にシルバー病院の退院前ケアカンファレンスに参加してもらっている。

表 24 他病院の退院前ケアカンファレンスへの参加状況

病院	対象患者	参加頻度
八戸市立市民病院	全患者	毎週1回
八戸赤十字病院	脳外科、神経内科	隔週1回
その他の病院	必要に応じて	必要に応じて

資料：シルバー病院ヒアリングより明治安田生活福祉研究所作成

このように退院前ケアカンファレンスが活発化してきたのも、県が主導することでパス作成過程や運営過程において、他院との交流が増えたためであり、それによって互いを知り合い、信頼関係構築が図られ、地域連携が円滑に行いやすくなったという。

患者の入退院経路を見ると、表 25 のとおりで、脳卒中後遺症患者のリハビリが多いだけに、入院前の場所については、他の医療機関からの入院が最も多い（46.6%）。一方、退院後の行き先は、自宅（41.1%）が最も多い。

表 25 シルバー病院入院患者の入院経路と退院先（平成 19 年 9 月 1 日～30 日）

入院前の場所（どこから）		退院後の行き先（どこへ）	
新入院患者 総計	88人	退院患者 総計	95人
他機関からの入院	73人	他機関への退院	56人
医療機関	41人	医療機関	10人
老健	10人	老健	13人
特養	7人	特養	9人
ケア付住宅	11人	ケア付住宅	15人
その他施設	4人	その他施設	9人
自宅（※1）	15人	自宅（※1）	39人

※1：「自宅」には病院・一般診療所への通院、在宅医療も含む。

資料：シルバー病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

表 26 シルバー病院入院患者の疾患別割合（平成 19 年 9 月）

	人数	割合(%)
脳卒中	27	30.7
心疾患	1	1.1
癌	1	1.1
糖尿病	5	5.7
骨折	5	5.7
その他	49	55.7
合計	88	

資料：シルバー病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

入院患者の疾患別割合をみると（表 26）、当院の設立目的からして当然の結果とはいえ、脳卒中患者が多いが、その脳卒中患者に限定し、入退院経路を見たのが表 27 である。これによると、他病院から転院してきた患者が 9 割近くを占め、一方退院先は自宅が 7 割弱となっており、急性期治療を終えた患者のリハビリ実施と、在宅復帰に繋げるといふ、当院の目指す機能が果たされている様子がより鮮明に判る。

このように機能が発揮しやすい要因として、リハビリスタッフを充実させたこともさることながら、これと平行してパス策定や運営に関わるなどで、地域連携に取り組んできたことが、患者の入退院を円滑にし、より一層機能が発揮しやすくなったという。

表 27 シルバー病院脳卒中の入院患者の入院前の場所と退院先の比率(平成 19 年 9 月)

		(%)	
	入院前の場所	退院後の行先	
自宅	3.7	65.0	
他機関	11.1	10.0	
病院	85.2	25.0	
老健	3.7	0.0	
グループホーム	3.7	5.0	
ケア付住宅	3.7	5.0	
合計	14.8	75.0	

資料：シルバー病院資料より明治安田生活福祉研究所作成

(2) 青森慈恵会病院（青森市）

1) 社団法人慈恵会病院グループ概要

<p style="text-align: center;">医療事業</p> <p style="text-align: center;">【社団法人 慈恵会】</p> <p>・ 青森慈恵会病院（250床）</p> <p>一般 70床 （うち亜急性期病床8床） （うち緩和ケア30床）</p> <p>療養 180床 （うち医療型療養36床） （うち回復期リハ144床）</p> <p>・ 青い森病院（160床）</p> <p>精神療養 110床 老人性認知症疾患治療 50床</p> <p>・ 慈恵クリニック</p> <p style="text-align: center;">【社会福祉法人 敬仁会】</p> <p>・ 青森敬仁会病院</p> <p>療養 120床 （うち医療型療養60床） （うち回復期リハ60床）</p>	<p style="text-align: center;">介護、福祉施設事業</p> <p style="text-align: center;">【社団法人 慈恵会】</p> <p>老健</p> <p>・ 青照苑（定員100人）</p> <p style="text-align: center;">【社会福祉法人 敬仁会】</p> <p>特養</p> <p>・ 鶴ヶ丘苑（定員90人） ・ かいふう（定員50人）</p>	<p style="text-align: center;">在宅事業</p> <p style="text-align: center;">【社団法人 慈恵会】</p> <p>・ 訪問看護ステーション1ヶ所 ・ ホームヘルプサービス1ヶ所 ・ グループホーム2ヶ所 （定員45人）</p> <p>・ 有料老人ホーム1ヶ所 （定員38人）</p> <p>・ 居宅介護支援事業所2ヶ所 ・ 在宅介護支援センター1ヶ所 ・ デイケアセンター3ヶ所</p> <p style="text-align: center;">【社会福祉法人 敬仁会】</p> <p>・ 居宅介護支援事業所2ヶ所 ・ 在宅介護支援センター1ヶ所 ・ デイサービスセンター1ヶ所 ・ デイケアセンター1ヶ所 ・ ケアハウス（定員30人）</p>
<p style="text-align: center;">予防医療・リハ事業</p> <p style="text-align: center;">【社団法人 慈恵会】</p> <p>・ 疾患予防施設 VITA</p> <p>・ 青森慈恵会病院 通所リハビリテーション</p> <p>・ デイケアセンターさくら</p>		

青森慈恵会病院（以下、慈恵会病院）は青森市内に立地する3点セット（病院・老健・特養）の複合体¹⁵の中核病院である。慈恵会病院は昭和36年に、初代理事長である丹野敬蔵医師が社団法人慈恵会を設立し、精神科病院（56床）を開業したことに始まる。その後、精神科病院は青い森病院に移管し、慈恵会病院は現在、一般病床70床（一般40床、緩和ケア30床）、療養病床180床（回復期リハ144床、医療型療養36床）のケアミックス病院となっている。

昭和45年には社会福祉法人を設立し、特養を開設、平成元年には医療法人にて老

¹⁵ 二木立「保健・医療・福祉複合体」、医学書院、1998年

健を開設するなど、早い時期から複合体体制を築いた。現理事長は先代の長男で 2 代目だが、医師ではない。理事長の弟が 2 人いて、ともに医師であり、一人が専務理事で専務理事の助言のもと、もう一人の弟が慈恵会病院長を務めている。

2) 地域特性

慈恵会病院の立地する青森市は、青森二次医療圏（青森市、平内町、外ヶ浜町、今別町、蓬田村）に属する。人口は青森二次医療圏全体で約 34 万人（青森市だけで約 31 万人）、青森県全体が昭和 60 年をピークに減少しているのと同様、当該医療圏も同時期より減少傾向にある。なお、当該医療圏の高齢化率は 21.2%（全国平均 20.1%）で全国平均よりも若干高い程度である。

青森二次医療圏全体でみると、病院数 24 施設のうち公的病院が 9 施設と、3 分の 1 以上が公的病院であり、青森県全体と同じく公的病院が多い（表 28）。

青森二次医療圏の基準病床数（療養及び一般）の充足率は 103.3%で病床過剰地域である。人口 10 万人当り一般病床数をみると、全国平均 821 床に対し、青森二次医療圏は 1,255 床と全国平均を大きく上回っているが、高齢者 10 万人当り療養病床数では全国平均 1,448 床に対し、1,423 床と若干少ない（表 29）。一般病床が多い理由として、国立療養所松丘保養園のハンセン病病床（477 床）が含まれているほか、既に述べたように、公的病院比率の高さから、人口減や高齢化といった需要の変化に応じた病床削減や病床転換が弾力的に行われなかったことの影響も推測される。

表 28 青森二次医療圏における病院一覧

病院	開設者	病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
				シェア		シェア
青森県立中央病院	青森県	一般689床 結核16床	689	23.0%	705	13.5%
青森市民病院	青森市	一般538床	538	18.0%	538	10.3%
国立療養所松丘保養園	厚生労働省	一般477床	477	15.9%	477	9.1%
芙蓉会病院	医療法人	精神354床 療養53床	0	0.0%	407	7.8%
青森県立つくしが丘病院	青森県	精神350床	0	0.0%	350	6.7%
青森病院	国立病院機構	一般260床 結核60床	260	8.7%	320	6.1%
青森厚生病院	財団法人	一般227床 療養55床	227	7.6%	282	5.4%
青森慈恵会病院	社団法人	一般70床 療養180床	70	2.3%	250	4.8%
あおり協立病院	青森保健生活協同組合	一般133床 療養90床	133	4.4%	223	4.3%
青森市立浪岡病院	青森市	一般92床 精神107床	92	3.1%	199	3.8%
浅虫温泉病院	社団法人	精神198床	0	0.0%	198	3.8%
生協さくら病院	青森保健生活協同組合	精神192床	0	0.0%	192	3.7%
青い森病院	社団法人	精神160床	0	0.0%	160	3.1%
青森敬仁会病院	社会福祉法人	療養120床	0	0.0%	120	2.3%
村上病院	医療法人	一般80床 療養40床	80	2.7%	120	2.3%
近藤病院	医療法人	一般53床 療養54床	53	1.8%	107	2.1%
青森県立あすなろ医療療育センター	青森県	一般100床	100	3.3%	100	1.9%
平内中央病院	国民健康保険	一般64床 療養32床	64	2.1%	96	1.8%
渡辺病院	医療法人	一般27床 療養68床	27	0.9%	95	1.8%
村上新町病院	医療法人	一般46床 療養32床	46	1.5%	78	1.5%
浪打病院	医療法人	一般41床 療養28床	41	1.4%	69	1.3%
外ヶ浜中央病院	国民健康保険	一般50床	50	1.7%	50	1.0%
青森病院	財団法人	一般45床	45	1.5%	45	0.9%
佐藤病院	個人	療養36床	0	0.0%	36	0.7%
合計			2,992	100.0%	5,217	100.0%

資料：慈恵会資料および WAM-NET より作成


 は公的病院

表 29 人口 10 万人当り一般病床数及び高齢者人口 10 万人当り療養病床数

(単位:床)

	一般病床数 病院+診療所	療養病床数 病院+診療所
青森医療圏	1,255	1,423
青森県	1,076	1,091
全国	821	1,448

資料：人口は総務省『平成 17 年国勢調査』より作成

：病床数は厚生労働省『平成 18 年医療施設調査』より作成

次に医師について人口 10 万人当りを見ると、186.2 人と全国平均 217.5 人の約 86% に過ぎず、県庁所在地ながらも深刻な医師不足に陥っている（表 30）。

表 30 人口 10 万人当り医師数

(単位:人)

医療圏	医師数
青森医療圏	186.2
青森県	178.3
全国	217.5

資料：人口は総務省『平成 17 年国勢調査』より作成

：医師数は厚生労働省『平成 18 年医師・歯科医師・薬剤師調査』より作成

青森二次医療圏では、青森県立中央病院（705 床。以下、県立病院）、青森市民病院（538 床。以下、市民病院）といった 2 大公的病院が存在し、これが地域の中核的役割を担っている。

入院患者の流出入をみると、流入患者は全国平均 23.9% に対して 18.6%、流出患者は全国平均 23.9% に対して 9.0%¹⁶と、極端に患者流出が少なく、独立色の強い医療圏と言ってよい。

3) 地域における慈恵会病院の位置づけ

先にも述べたとおり、青森二次医療圏における高度な急性期は、県立病院と市民病院の 2 つの公的病院が担っており、この 2 病院でほぼ完結している。救急もほとんど上記 2 病院が対応している。

このような中、慈恵会グループは早くから特養、老健、在宅介護事業に乗り出し、地域の保健・医療・福祉を支える体制作りを努めた。慈恵会病院自体としてはグループのこのような機能を活かしながら、一般病床が過剰であることもあり、従来は療養病床中心であった。しかし療養病床も削減政策が明確に打ち出される中、現院長が平成 15 年に就任して以来、院長の専門分野である整形外科とリハビリにも力を入れ、亜急性期以降を担う後方病院としての位置づけを明確に打ち出した。

そのため、二次救急以上は上記公的 2 病院に任せるが、一次救急は当院で看ること

¹⁶ 厚生労働省『平成 17 年患者調査』

にした。なお、平成 18 年度の救急車搬入台数は 135 台である。また、OT、PT、ST はそれぞれ 9 名、13 名、4 名と揃え、リハビリの体制を整えた。

圏内において、回復期リハビリ病床を有するのは、あおもり協立病院（223 床）と、当院および当院のグループ病院である青森敬仁会病院（120 床）のみである。そのためこの 3 病院が、地域のリハビリを支えていると言えよう。

療養型病床は常時安定した需要があるため、地域連携に取り組まなくとも患者受入依頼がある。しかしリハビリを担う後方病院として地域密着経営を行うとなると、患者紹介を受け、また退院促進を図らなければ機能を発揮できない。そのため、急性期病院から福祉・介護施設や在宅関連機関まで、地域ネットワークにビルトインされる必要がある。

そこで当院が推進したのがパスの導入である。

4) パスの作成、参加の状況

慈恵会病院で利用している地域連携パスは 2 種類ある。一つは大腿骨頸部骨折、もう一つは脳卒中パスである。前者は当院が中心となって作成され、現在 5 病院が利用している。後者は県主導で作成され、青森二次医療圏における脳卒中患者を扱う機関の大半が参加機関となっている。以下ではそれぞれについて述べる。

ⅰ) 大腿骨頸部骨折パスにおける慈恵会病院の役割

平成 18 年度の診療報酬で大腿骨頸部骨折のパスに点数がついたのをきっかけに、慈恵会病院では、かねてから抱いていた連携ネットワーク構築のツールとして、パスの開発導入を推進することとなり、整形外科医である院長自らが先導役となってパスを導入した。

院長は、理事長が同じ整形外科医であり、民主導でパスを作成した大阪の牧りハビリテーション病院のパスを参考に、大腿骨頸部骨折のパスを作成し、県立病院、市民病院へ持ち込んだ。

急性期病院も在院日数をいかに短縮するかで悩んでいるという現状のなか、双方にとってメリット（急性期病院の平均在院日数短縮とそれによる医療資源の効率利用および質の向上、後方病院への円滑な患者の受け渡し、患者満足度の向上、診療報酬点数獲得など）がある点を強調し、同意を得た。

パス導入に際しては、慈恵会病院にのみ患者を集めるのが目的となつては広く賛同を得られないとして、リハビリで競合するあおもり協立病院も含めたいと申し出た。協立病院の医師との面識は無かったが、ここでも院長が動き、参加を促した。

競合するあおもり協立病院も含めた理由は、上述のとおり出来る限り多くの機関による利用を目的に、参加病院を増やし、輪を広げることを重要視したためである。また、パスを通じて相互理解が可能となり、ひいては医療の標準化につながると考えたからである。これで参加病院が、急性期では県立病院と市民病院、リハビリ病院では当院および当院の系列病院である青森敬仁会病院とあおもり協立病院の 5 病院となった。

パス作成にあたっては各病院 2 名を選定し、簡単なルール設定（例えば、急性期に大腿骨頸部骨折の患者が入院した時点で転院を 2 週間後と決める。手術患者が来た時点

でどの病院に転院したいか希望を聞き、受け入れ病院へ連絡する等)を行った。

その後、こういう情報がほしい、こうすればもっとよくなる等パスの使い勝手について、関係職員からのフィードバックを依頼した。フィードバックに際しては単なる批判にならないよう、改善策を挙げてもらうようにして、発表の場を設けた。

こうした取組みにより、参加病院における全ての大腿骨頸部骨折の患者に当パスが適用されている。

現在も他病院に参加を呼びかけるなど、全員参加を目指しているが、どうしても民主導の場合につきまとう疑心暗鬼もあって、今のところ増える見通しはない。ある医師会員からは、囲い込みであると非難されたこともあった。このため、今後の地域連携構築では、医師会など幅広い層の関係機関の巻き込みが必要である点を学んだという。

ii) 脳卒中パスにおける慈恵会病院の役割

以上が、慈恵会が中心となって作成した大腿骨頸部骨折地域連携パスだが、脳卒中については県が主導となり、平成 19 年 10 月から青森圏域脳卒中地域連携パスが作成された。

既述のように、県内で他に先立って作成された八戸二次医療圏のパス策定にあたっては、メンバー選定において、特定の民間病院の名指しが困難であることや、公が作った形にしたほうが、全機関が従いやすいという波及効果を考え、従来は県の審議会委員等の経験者から選んできた。

しかし使い勝手が十分ではないなどの意見を受け、県主導で新規にパスを作成する場合には、県の役割は企画と調整にとどめ、民間病院も含めて実際に当事者となる機関を中心とすることとした。

当該パスの中心人物は、急性期にもリハビリにも詳しい市民病院の脳神経外科医師である。急性期病院として市民病院と県立病院、回復期病院として慈恵会病院、あおもり協立病院が参加している。維持期として、医師会代表 (=診療所代表)、歯科医、地域包括支援センター、介護施設代表等がメンバーとなっている。また、公平性を保つために保健所や県など公的機関も参加している (表 31)。

表 31 青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会委員構成機関

関係機関・団体	所属名
医療機関	青森市民病院
	青森県立中央病院
	青森慈恵会病院
	あおり協立病院
	外ヶ浜中央病院
青森市医師会	森山内科クリニック
	南内科循環器科医院
東郡医師会	蓬田診療所
青森市歯科医師会	小田島歯科医院
青森県理学療法士会青森支部	身体障害者更正施設津麦園
橋渡し職員ネットワーク組織	青森市民病院
老人保健施設協会	老人保健施設すずかけの里
青森地域介護支援専門員連絡協議会	じけいかい居宅介護支援事業所
訪問看護ステーション	協立訪問看護ステーション
行政機関代表	平内町保健福祉課地域包括支援センター
事務局	青森市民病院
	青森県健康福祉政策課
	東青地域県民局地域健康福祉部保健総室(東地方保健所)

資料：青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会資料（平成 19 年 11 月 29 日開催分）より作成

本パス導入後は、更なる改善を図るため引き続き検討会を開催している。その際には検討会委員に加え、実際にパスの受け渡しを行う各病院の担当者も参加し、現場から上がっている今後改善してほしい点等の意見を発表し、パスの改良に努めている。

これまでも医師同士は医師会などで顔を合わせる機会があったが、他機関の医師以外の職員と顔を合わせることがなかった点を考えると、県主導により行うことで、医療機関等に会議に参加してもらいやすいという意義は大きい。

当パス策定にあたっては、先の大腿骨頸部骨折のパス作成の経緯もあり、慈恵会病院も民間中小病院ながらコアメンバーとなっている。

当院はこれら 2 つの地域連携パス作成および運営において、病院単体としては中小病院ながら一つは発起人になり、もう一つはコアメンバーとなることで、地域連携ネットワークに組み入ることに成功したといえよう。

5) パス導入のメリット・デメリット

当院の院長は、地域連携のメリットとして紹介患者数の増加を挙げている。慈恵会病院における中核病院からの紹介患者数は、平成 14 年度の 258 人から平成 18 年度の 478 人へと倍増しており、なかでも平成 17 年から 18 年度間は 349 人から 478 人へと約 130 人も増加した。

大腿骨パス導入により回復期リハビリ患者の紹介件数が増えたのが大きな要因である。また、脳卒中患者についても、慈恵会病院の脳卒中パス参加を契機として、慈恵会病院への紹介件数が増えた。

さらに、これらのパスに参加していることで、急性期病院との信頼関係が芽生え、

副産物としてパス対象以外の患者も紹介してもらえるようになった。

ただ一方で病床利用率が低下した（平成14年度97%→平成18年度95%）。慈恵会病院の平成14年度から平成18年度における平均在院日数、紹介患者数、入院患者数、外来患者数、リハ患者数、患者単価、病床利用率は表32のとおりで、地域連携が進んだことから平均在院日数が減り、延べ入院患者数も減った。そのため病床利用率が低下してしまっただが患者単価は上昇しており、機能が集約化されてきた可能性が示唆される。

表33は慈恵会病院の入院患者について、入院前の場所、退院後の行き先を示したものである。グループ内からの入院（約17%）やグループ内への退院（約15%）が比較的少なく、自己完結ではなく地域とのネットワークで連携を進めている様子がうかがえる。入院前の場所については、グループ外の医療機関からが圧倒的に多く（約58%）、退院後の行き先は自宅が多数を占め（約61%）、この傾向はパス導入後、強まっているという。急性期病院から患者を受け入れ、自宅に帰すという後方支援病院の機能が発揮されやすくなってきたと考えられる。

院長によると、他機関との勉強会など全くなかった以前と比べ、実際にパスを使って他の機関と情報共有し、互いを知り合い、より良いケアに向けた話を継続的に続けることで、ケアの質の向上を実感するとのことである。特に県主導のパス策定では、民主導だけでは難しかった多くの機関と顔を合わせて話し合う機会が可能となった。

パス導入自体は従来の業務に負荷が増すため、現場の理解が不可欠である。院長は、パス導入による地域連携への取組によって、患者のためにより良いケアを実践しているとやりがいを感じ、医療従事者としての満足感が満たされる、この点こそパスの普及に重要だと考えるという。

表 32 慈恵会病院における平均在院日数、紹介患者数、入院患者数、外来患者数、リハ入院患者数、患者単価、病床利用率の推移

			平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	対平成14年比 (%)※1
平均在院日数	一般(緩和ケア除く)	(日)	19.99	17.48	17.86	19.73	13.04	65.2
	リハ病棟	(日)	107.38	96.67	87.45	58.92	66.32	61.8
紹介患者数(中核病院)	入院	(人)	258	315	331	349	478	185.3
入院患者数		(人)	88,656	88,804	89,401	87,687	86,329	97.4
外来患者数	医科外来	(人)	40,466	45,902	46,207	51,869	49,193	121.6
	歯科外来	(人)	3,473	3,324	2,822	2,226	1,672	48.1
リハ入院患者数		(人)	17,636	27,022	31,609	31,414	42,784	242.6
患者単価	入院	(円)	21,476	23,482	23,516	24,237	25,698	119.7
	医科外来	(円)	3,101	3,592	3,605	3,607	3,365	108.5
	歯科外来	(円)	7,089	6,593	6,919	5,466	5,447	76.8
病床利用率		(%)	97.16	97.05	97.97	96.10	94.61	97.4

※1 : 変化率 = (平成18年度数値) × 100 / (平成14年度数値)

資料 : 慈恵会資料より明治安田生活福祉研究所作成

表 33 慈恵会病院入院患者の入院経路と退院先（平成 19 年 9 月 1 日～30 日）

入院前の場所（どこから）

新入院患者 総計	102人
グループ内からの入院	17人
医療機関	3人
老健	12人
特養	1人
ケア付住宅	1人
その他施設	0人
グループ外からの入院	59人
医療機関	59人
老健	0人
特養	0人
ケア付住宅	0人
その他施設	0人
自宅（※1）	26人

退院後の行き先（どこへ）

退院患者 総計	107人
グループ内への退院	16人
医療機関	4人
老健	10人
特養	1人
ケア付住宅	1人
その他施設	0人
グループ外への退院	26人
医療機関	6人
老健	2人
特養	1人
ケア付住宅	6人
その他施設	11人
自宅（※1）	65人

※1：「自宅」には病院・一般診療所への通院、在宅医療も含む。

資料：慈恵会資料より明治安田生活福祉研究所作成

（3）まとめ

以上2つの事例から、以下のことが参考になると考えられる。

- i) パス策定にあたっては、公が企画し音頭を取る、または参画することで、多くの機関の参加が促され、パスが普及しやすい。民だけではライバル心があるだけに無用の疑心暗鬼を産みやすく、公のリーダーシップが重要。
- ii) しかし具体的にパスを作成する段階で、公だけで策定するのは無理。現場で使う層にパス作成を任せなければ現場で使われにくい。
- iii) パスは連携の障害となっている情報共有体制の不整備およびルール欠如について、有力な解決策となると考えられる。これを成功させるためには、現場で使う層に作成させ、患者や家族の安心感の向上やそれに伴う入退院の円滑化、医療従事者の満足度向上など、利用目的を明確にして現場が使うインセンティブを付与することが重要。
- iv) パスの利用者がパスの使い勝手に関するフィードバックを行い、改善する仕組み作りが、普及するポイント。フィードバックの際には、パス利用が面倒などの単なる愚痴ではなく、具体的改善策も併せて挙げる工夫が必要。
- v) パスは有効な地域連携ツールの一つであるが、これを一層効果ならしめるためには、併せて合同勉強会や退院前ケアカンファレンスへの参加などが必要。これにはパス策定をきっかけとして、更なる多機関同士の協力が必要であり、そのためにも公の後押しは重要。

- vi) 中小病院であっても、地域連携の牽引役を担うことは可能。かえって後方病院のほうが小回りもきき、急性期中核病院や、退院後の介護・福祉関係機関との繋がりもあり、一連のケアの中で川上と川下を結ぶ中心的存在となりうるため適任。

参考文献

(発行年順)

- (1) 二木立「保健・医療・福祉複合体」、医学書院、1998年
- (2) 大江唯之「民間中小病院経営必勝法」、日本医療企画、1999年
- (3) 医療経済研究機構「医療・介護施設の複合化に関する調査報告書」、1999年
- (4) 二木立「介護保険と医療保険改革」、勁草書房、2000年
- (5) 医療経済研究機構「医療・介護サービスの提供体制に関する研究報告書」、2000年
- (6) 二木立「21世紀初頭の医療と介護」、勁草書房、2001年
- (7) 西田在賢「医療・福祉の経営学」、薬事日報社、2001年
- (8) 大滝純司「質的研究実践ガイドー保健・医療サービス向上のためにー」、医学書院、2001年
- (9) 明治生命フィナンシャルランス研究所（現明治安田生活福祉研究所）「平成12年度医療施設経営安定化推進事業 介護・福祉事業実態調査報告書」、厚生労働省、2001年
- (10) 松原由美「病院における介護・福祉分野との連携」『病院』、Vol.60 No10 2001年
- (11) 西村昭男、西澤寛俊、竹内實「選ばれる病院 北の国からの発信」、医療文化社、2002年
- (12) 総務省統計局「統計でみる市町村のすがた」、日本統計局、2002年
- (13) 医療経済研究機構「地域ケアにおける公立病院等の事業状況実態調査報告書」、2003年
- (14) 明治生命フィナンシャルランス研究所（現明治安田生活福祉研究所）「平成14年度医療施設経営安定化推進事業 在宅医療、介護分野を重視した中小病院経営に関する研究報告書」、厚生労働省、2003年
- (15) 医療施設政策研究会「病院要覧 2003－2004年版」、医学書院、2003年
- (16) 二木立「医療改革と病院」、勁草書房、2004年
- (17) 松原由美「これからの中小病院経営」、医療文化社、2004年
- (18) 明治安田生活福祉研究所「平成15年度医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価方法に関する調査研究報告書」、厚生労働省、2004年
- (19) 武弘道「こうしたら病院はよくなった!」、中央経済社、2005年
- (20) 西村周三、ヘルスケア総合政策研究所「医療経営白書 2005年版」、日本医療企画、2005年
- (21) エルゼビア・ジャパン「医療経営情報 データマップ 06」、2005年

- (22) 田中滋・二木立「講座 医療経済・政策学 第3巻 保健・医療提供制度」、勁草書房、2006年
- (23) 藤本俊一郎「地域連携クリティカルパスー脳卒中・大腿骨頸部骨折・NSTー」、メディカルビュー社、2006年
- (24) 橋本洋一郎「脳卒中クリニカルパス実例集<基幹病院編>」、メディカルビュー社、2006年
- (25) 明治安田生活福祉研究所「平成17年度医療施設経営安定化推進事業 病院経営管理指標（病院経営指標、病院経営収支調査年報、主要公的医療機関の状況）改正のための調査研究報告書」、厚生労働省、2006年
- (26) 松原由美「新医療計画の目指すものー連携の促進に向けてー」『健康保険』、2006年1月
- (27) 産業タイムズ社「病院計画総覧」、2007年
- (28) 木村廣道「医療経営イニシアティブ」、かんき出版、2007年
- (29) メディカ出版「ブレインナーシング第23巻3号」、2007年3月
- (30) 医療経済研究機構「医療・介護の連携に関する研究事業報告書」、2007年
- (31) 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書」、2007年
- (32) 明治安田生活福祉研究所「平成18年度医療施設経営安定化推進事業 良質な医療提供体制の構築に向けた今後の中小病院の役割に関する調査研究報告書」、厚生労働省、2007年
- (33) 明治安田生活福祉研究所「平成18年度医療施設経営安定化推進事業 病院経営管理指標に関する調査研究報告書」、厚生労働省、2007年
別冊「平成16年度病院経営管理指標」、「平成17年度病院経営管理指標」
- (34) 総務省統計局「平成17年国勢調査」
- (35) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室「平成17年患者調査」
- (36) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室「平成18年医療施設調査」
- (37) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室「平成18年病院報告」
- (38) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」

**平成 19 年度 厚生労働省医政局委託
－医療施設経営安定化推進事業－
病院経営管理指標及び中小病院の経営の方向性に関する調査
報告書**

委託先：(株)明治安田生活福祉研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1

電話 03-3283-8303

FAX 03-3201-7837