

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>医療事業</p> <p>・ <u>シルバー病院 (201 床)</u></p> <p>一般 201 床</p>	<p>介護、福祉施設事業</p> <p>老健</p> <p>・ はくじゅ (定員 130 人)</p>	<p>在宅事業</p> <p>・ 訪問看護ステーション 3 ヶ所</p> <p>・ グループホーム 1 ヶ所 (定員 18 人)</p> <p>・ 有料老人ホーム 1 ヶ所 (定員 17 人)</p> <p>・ 居宅介護支援事業所 3 ヶ所</p> <p>・ 在宅介護支援センター 1 ヶ所</p> <p>・ 訪問介護事業所 1 ヶ所</p> <p>・ 訪問入浴介護事業所 1 ヶ所</p>
<p>予防医療・リハ事業</p> <p>・ はくじゅ 通所リハビリテーション</p> <p>・ 八戸西健診プラザ</p>		<p>学校事業</p> <p>・ 八戸看護専門学校</p>

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）。