

平成 26 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

平成 25 年度 病院経営管理指標

---

---

平成27年 3 月

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

## 目 次

I	調査研究の概要	1
1.	調査研究の目的と背景	1
2.	実施体制	2
3.	調査方法	3
(1)	調査対象	3
(2)	調査実施方法	3
(3)	調査票	4
(4)	集計方法	4
4.	調査票の回収結果	5
II	病院経営管理指標に関する調査研究結果	6
1.	機能性指標に関する一部見直し	6
(1)	指標作成の基本的考え方	6
(2)	検討結果	7
2.	平成 25 年度病院経営管理指標データからみた病院経営の概況	8
(1)	施設概況	8
(2)	平均病床数	9
(3)	黒字病院比率	9
(4)	一般病院間比較	10
(5)	病床規模別比較	21
3.	平成 17 年度から平成 25 年度（8 年間）の推移分析	23
(1)	黒字病院比率	23
(2)	経常利益率とその原因分析指標	25
	【参考 1】指標一覧	38
	【参考 2】グルーピングとその定義	40
III	コンプライアンスの取組状況	45
(1)	病床規模別に見たコンプライアンスの取組状況	46
(2)	黒字・赤字別にみたコンプライアンスの取組状況	49
(3)	開設者別にみたコンプライアンスの取組状況	52
IV	中小病院のためのコンプライアンス体制構築のためのポイント	54
	【資料 1】平成 25 年度病院経営管理指標調査 調査票	67
	【資料 2】病院経営管理指標の使い方	78

## I 調査研究の概要

### 1. 調査研究の目的と背景

住み慣れた地域で、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケア体制の構築や、その推進の一翼を担う地域医療連携推進法人制度の創設など、病院を巡る経営環境は大きく変わろうとしている。こうした状況の下で、各病院とも地域における自院の位置づけ（機能）、経営上の各種課題に対して、勘などではなく客観的数値に基づいた合理的かつ効率的対処が求められている。

また、病院外のステークホルダーに対し、病院の経営状況を自ら説明・説得できる体制づくりが欠かせない。

一方、診療報酬架空請求、患者情報流出、医療事故など、病院を巡る事件、事故が少なからず報道される中、医療に対する国民の権利意識の高まりとも相まって、社会が病院を見る目も厳しくなっている。

そのため、病院におけるコンプライアンスの重要性が著しく増大しており、これへの対応も急がれる。

そこで本調査研究では、新たな経営環境の下、機能分化と連携といった病院の機能に関する病院経営管理指標（以下、指標）の充実を図るとともに、法令遵守、倫理や社会通念を守るコンプライアンスに関する病院の実態を把握し、特にその対応が遅れがちな中小病院の参考となるコンプライアンス体制構築のためのポイントを提示した。

## 2. 実施体制

本調査研究は、以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

### ○企画検討委員会委員 (敬称略・五十音順)

委員長	: 田中 滋	(慶應義塾大学 名誉教授)
委員	: 五十嵐邦彦	(公認会計士)
委員	: 石井 孝宜	(公認会計士)
委員	: 土屋 敬三	(独立行政法人 福祉医療機構 共済部 部長)
委員	: 堤 達朗	(エムスリー株式会社)
委員	: 西澤 寛俊	(公益社団法人 全日本病院協会 会長)
委員	: 斐 英洙	(メディファーム株式会社 顧問)

### ○オブザーバー

厚生労働省医政局医療経営支援課

### ○事務局

プロジェクトリーダー	: 松原 由美	(株式会社 明治安田生活福祉研究所 主席研究員)
サブリーダー	: 澤 耕一	(株式会社 明治安田生活福祉研究所 研究員)
	: 浅野 有紀	(株式会社 明治安田生活福祉研究所 研究員)
	: 恩田 裕之	(株式会社 明治安田生活福祉研究所 研究員)
	: 山本健太郎	(株式会社 明治安田生活福祉研究所 研究員)

委員会の開催状況は以下のとおりである。

#### 企画検討委員会

- ・第1回企画検討委員会 平成26年10月30日
- ・第2回企画検討委員会 平成27年3月5日

### 3. 調査方法

#### (1) 調査対象

医療法人の開設する病院、医療法31条に規定する者の開設する病院および社会保険関係団体の開設する病院全数を対象とし、厚生労働省より提供を受けた対象病院リストにより調査票を配布した。

具体的な開設者は以下のとおりである。

○医療法人

○医療法31条に規定する開設者（自治体）

- ・都道府県
- ・地方独立行政法人
- ・市町村

○社会保険関係団体

- ・全国社会保険協会連合会
- ・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

○医療法31条に規定する開設者（その他公的医療機関）

- ・日本赤十字社
- ・社会福祉法人恩賜財団済生会
- ・社会福祉法人北海道社会事業協会
- ・全国厚生農業協同組合連合会

#### (2) 調査実施方法

医療法人の開設する病院、医療法31条に規定する者の開設する病院、および社会保険関係団体の開設する病院全数を対象にアンケート調査を実施した。

調査実施時期は平成26年10月10日から平成27年2月6日である。

調査方法は次の①または②の方法で行った。

- ①事務局より、調査対象の病院に対し、「平成25年度病院経営管理指標調査」調査票を郵送。調査対象病院が調査票に手書きで記入し、記入した調査票を事務局宛に提出。
- ②調査対象病院が事務局ホームページより調査票をダウンロードし、入力した調査票を

事務局宛にEメールにて提出。

なお、回収率向上を図るため、督促はがきを全調査対象病院に送るほか、4病院団体（一般社団法人 日本病院会、一般社団法人 医療法人協会、公益社団法人 全日本病院協会、公益社団法人 日本精神科病院協会）および公益社団法人全国自治体病院協議会から会員宛てに調査票をEメールにて送る、専属のオペレーター1名を配置し督促電話をかける、締切を当初締切予定日の平成26年11月28日から平成27年2月6日まで延長する取り組みを行った。

### （3） 調査票

調査票は、【財務票】、【概況票】により構成されている。

【財務票】では、病院会計準則〔改正版〕（平成16年8月19日医政発第0819001号）に則った、平成25年度貸借対照表及び損益計算書について記入を求めた。

【概況票】では、施設の概況、従事者の状況、患者数の状況、外来患者の医薬分業の状況、外部評価の実施状況、コンプライアンスの取組状況について記入を求めた。

### （4） 集計方法

指標の算出に当たっては、規模の大きい病院の影響を抑えるため、まず各病院の指標を算出したうえで、その指標の平均値を用いた（指標の合計値／病院数）。一方、財務および非財務の実数については、項目毎の実数の合計値を病院数で除した数値（実数の合計値／病院数）を用いた。また、病院で算出していない等の理由により、一部の項目については集計しない個票を含み、明らかに合理性がないと思われる項目については集計から除外した。

上記の理由により、記載されている指標と実数から算出する指標とは一致しない。また、一部の指標が算出されない、あるいは指標間で不整合が生じている場合があるほか、一部の指標では集計対象に含まれるが、他の指標では集計対象に含まれないケースがあり、同種のグルーピングでの病院数の合計数が一致していないことがある。

各指標の算式はP38、グルーピングとその定義はP40以降に示した。なお、本調査研究の病院種別は下記に示すとおり。

- 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

#### 4. 調査票の回収結果

回収した調査票の内容点検、照会を行い、有効回答が得られた計1,349施設（医療法人775施設、公的病院が574施設）を対象に集計を行った。その結果、本件調査の有効回答率は19.1%となった。

指標算出に当っては、なるべく集計対象を増やすことを目的に、調査票の一部の項目が未記入（給与費の医師・看護師及びその他の常勤・非常勤別の内訳、患者数関連統計について未記入等）の個票も有効回答とした。一方、貸借対照表（以下、B/S）や損益計算書（以下、P/L）の実数を掲載するに当っては、全項目に記入がある個票のみを対象とした。そのため、同一グルーピングであっても実数から指標を作成した場合と、当該指標間では若干の誤差が生じる場合がある（なお、こうした有効回答の扱いは従来からの病院経営管理指標の方法を踏襲）。

図表 1 調査票の回収結果

（単位：施設）

	配布数	有効回答数	有効回答率
医療法人	5,719	775	13.6%
自治体	949	427	45.0%
社会保険関係団体	114	28	24.6%
その他公的	284	119	41.9%
合計	7,066	1,349	19.1%

## Ⅱ. 病院経営管理指標に関する調査研究結果

### 1. 機能性指標に関する一部見直し

#### (1) 指標作成の基本的考え方

指標のうち、機能性指標を一部見直すに当たり、現行の指標作成の基本的考え方を整理したい<sup>1</sup>。

#### 1) 収載する指標は手掛かりまで

経営分析は、経営指標をシグナルとしてその背後にある経営上の問題点を抽出することにあるので、分析者にとっては自ら分析対象のデータと向き合い、分析対象の実態を把握しつつ、自ら考え、自らそのデータを二次加工、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二次、三次加工に関わる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も、あくまで分析する手掛かりとして位置づけている。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示していない。

#### 2) 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、効率の点からも見やす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、代わりにこれを基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、および財務データ以外の実数は幅広く収載した。

#### 3) 指標の分類の視点

一般産業における経営評価は原則として損益基準によって判断する。損益基準とは、損益計算書だけでなく貸借対照表も含めた、いわゆる財務データによる優劣を基準とするものである。

評価の視点は収益性、安全性、成長性の3点だが、一般産業にあつては持続的規模の拡大、持続的株価上昇が要請されるので、特に成長性、収益性が重視される。したがって一般産業では、原則的には損益基準による評価が高いものが優良企業となる。

このように損益基準一本で評価される一般産業に対して、病院は二つの異なる

---

<sup>1</sup> 平成17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（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』



基準で評価されねばならない。

第一は一般産業同様、損益基準での評価。

第二は機能の発揮度による評価。

第一の損益基準では、収益性、安全性、成長性といった評価の視点は一般産業と変わらない。しかし、病院の場合は医療サービス提供の安定継続が主眼であって、必ずしも規模の持続的拡大が目的ではないので、他産業ほどには成長性は重視されない。

第二の機能の発揮度とは、いわゆる病院が有する機能に関する評価である。これは医療の質に係る評価といえるものだが、要するに与えられた医療機能をどの程度発揮しているかを判定することである。

このため病院では、損益基準だけではなく、機能性も優れている必要がある。したがって、損益基準と機能性の評価の2つのバランスが良い病院が優良病院であると考えられる。

以上から、現行の指標における評価の視点は収益性、安全性、機能性の3点としている。

上記病院における評価の視点に、生産性が抜けていると指摘されるかもしれない。しかし、生産性指標は収益性指標の補助的位置づけであり、収益性や安全性と同列に並ぶものではなく、かつ他の指標と多くの点で重複する（たとえば職員1人当たり入院患者数等）。

さらに病院は事業の性格上、生産性を一般産業のように徹底して追求する（できる）産業ではない。たとえば医師1人当たり入院患者数は生産性の面からは多いほど良いが、機能性の面からは少ないほど良いと言えよう。このためミスリードする可能性も考えられ、すでに生産性指標は内包されていることから、現状維持とすることとした。

## （2）検討結果

機能性については研究の歴史も浅く、医療を取り巻く環境変化に併せ、随時見直しが求められるところである。

近年は特に機能分化と連携が政策上も経営上も重視されており、前回（平成23年度の指標）は連携に関わる機能性指標を増やした（ケアカンファレンス実施率や紹介・逆紹介率）ことから、今年度は高機能性、急性期性を示す指標として、病院の回答のしやすさも考慮し、以下4つの指標を新たに追加した。

- ・看護必要度の高い患者割合（一般病棟・回復期リハビリテーション病棟）
- ・二次医療圏内からの在院患者割合
- ・二次医療圏外からの在院患者割合
- ・二次医療圏外からの外来患者割合

上記指標のほか、機能別比較の新たなグルーピングとして、在宅復帰やそのための連携が重視されていることから、「回復期リハビリテーション病棟入院料」「在宅療養支援病院の認定有無別」を追加した。

一方、「黒字・赤字別比較」の中の「恒常的黒字赤字」については、従来までは過去3年間の経常利益ベースで捉えていたが、自治体病院（以下、自治体）の経常利益は一般会計からの繰入金が医業外収益として計上されているため、医業本体の経営成績は医業利益率の方が実態を示すといった観点から、従来の経常利益ベースの「恒常的黒字赤字（経常利益）」とは別に、新たに医業利益ベースの「恒常的黒字赤字（医業利益）」を追加した。

また、「医薬分業別比較」について、従来は医薬分業実施か否か（院外処方か院内処方か）という2つの区分としていたが、院外処方・院内処方の両方を実施している病院が少なくないという実態に鑑み、今回は「院外処方実施病院」「院内処方実施病院」「院外・院内処方実施病院」という3区分にてグルーピングを行った。

## 2. 平成25年度病院経営管理指標データからみた病院経営の概況

平成25年度の指標の詳細については、別冊「平成25年度病院経営管理指標」を参照されたい。以下ではこの指標データを用いて、その概況を述べる。

※有効回答数が5以下の項目には、灰色の色塗りをしている。

### (1) 施設概況

本調査の集計対象施設を病院種別・開設者別に分類した施設数は、図表2のとおりである。

病院種別では一般病院が695施設（52.1%）と最も多く、半分以上を一般病院が占めていることがわかる。

また、開設者別では医療法人が765施設（57.3%）と最も多い。

図表2 病院種別・開設者別施設数

(単位:施設)

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院	合計
医療法人	276	227	161	101	765
自治体	297	86	11	30	424
社会保険関係団体	25	2	0	0	27
その他公的	97	17	4	1	119
合計	695	332	176	132	1,335

## (2) 平均病床数

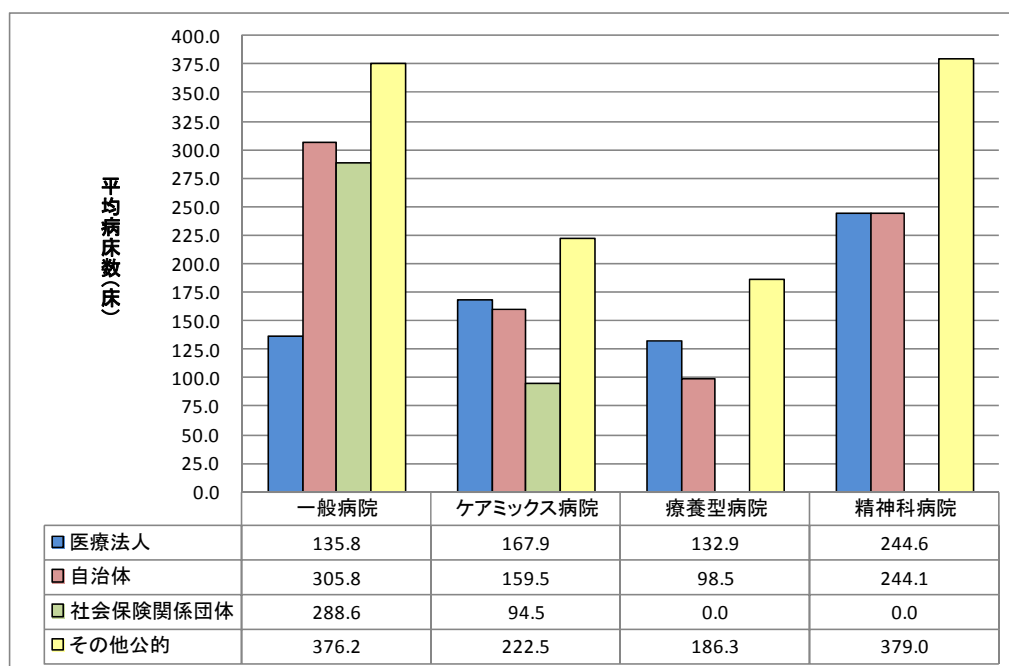
一般病院の平均病床数を病院種別、開設者別で見ると、医療法人の平均病床数135.8床に対して自治体、社会保険関係団体、その他公的といった公的病院は全て300床前後あり、公的病院は医療法人の約2倍の規模である(図表3)。

これに比べて、ケアミックス病院、療養型病院、精神科病院の平均病床数を比較してみると、医療法人は公的病院とほぼ同じか多い傾向にある。

図表3 平均病床数

(単位:床)

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院	合計
医療法人	135.8	167.9	132.9	244.6	159.1
自治体	305.8	159.5	98.5	244.1	266.6
社会保険関係団体	288.6	94.5	-	-	274.2
その他公的	376.2	222.5	186.3	379.0	347.9



## (3) 黒字病院比率

黒字病院比率(経常利益が黒字)は、図表4のとおりである。黒字病院比率は医療法人74.9%、社会保険関係団体75.0%、その他公的60.9%であるのに対し、自治体は46.0%であり、他と比較して自治体の経営状況が際立って悪い様子がわかる。

なお、自治体は一般会計からの繰入金で医業外収益として扱われるため、医業本体の経営状況は医業利益率の方が把握しやすい。そこで医業利益率を見ると(図表5)、黒字病院の比率は医療法人70.6%、自治体11.6%、社会保険関係団体75.0%、その他公的

53.6%であり、自治体の経営状態が悪い様子がより鮮明にわかる。

図表 4 黒字病院の比率（経常利益）

(単位:%)

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院	合計
医療法人	73.6	72.0	78.5	79.4	74.9
自治体	49.6	31.5	63.6	43.5	46.0
社会保険関係団体	77.3	50.0	-	-	75.0
その他公的	60.0	56.3	100.0	100.0	60.9

図表 5 黒字病院の比率（医業利益）

(単位:%)

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院	合計
医療法人	71.1	70.0	70.1	71.4	70.6
自治体	13.0	4.1	18.2	17.4	11.6
社会保険関係団体	81.8	0.0	-	-	75.0
その他公的	54.4	37.5	100.0	100.0	53.6

#### (4) 一般病院間比較

わが国の病院の過半は一般病院である。そもそも病床の種類は、精神病床、感染症病床、結核病床および療養病床と、これらに該当しないその他の病床である一般病床の5つに分類される。厚生労働省の医療施設調査等では一般病床を有する病院を一般病院と定義している（本調査研究の定義では全病床の80%以上が一般病床）。一般病床が精神病床や療養病床等の病床以外のその他の病床であり、機能が不明確であることから、一般病床から構成される一般病院も、その機能が曖昧である。

そこで、この一般病院がどのような機能を有しているのかを知るため、機能別に分類し、次にその機能別にどのような経営状況にあるのか、総数の多い医療法人と自治体の様子を見てみよう。機能性指標に関する研究の歴史も浅いため、機能別分類に何をを用いるかは議論の分かれるところではあるが、一般的に機能を表す指標として、入院患者1人1日当り入院収益（以下、入院単価）、平均在院日数、看護配置が利用されるため、この3点についてそれぞれ分類し、各種指標を見たのが図表6～図表8、図表11～図表14である。

図表6～図表12において相関分析を行った。表の右横にrがあるが、この値（絶対値）が大きいほど相関が強いことを意味する（例えば入院単価が高い程、1床当り固定資産額が大きいなど）。有意な相関があるものにだけ、該当する指標の右横にrの数値を示した。pは有意確率を示し、この値が0.05未満である場合、有意な相関があると

言える。図表 13～図表 14 は入院単価のような数値ではなく看護配置基準の分類をベースとしていることから、相関分析ではなく、区分間毎（例えば看護師配置 7 対 1、看護配置 10 対 1 等）と各指標間の統計的検定<sup>2</sup>を行った。p の値が 0.05 未満である場合、区分間毎に統計的に有意な差があると言える。統計的有意差があるものだけに、該当する指標の右横に p の数値を示した。

### 1) 入院単価別比較

入院単価別に医療法人における一般病院の経営指標を示したのが、図表 6 と図表 7 である（図表 6 は図表 7 の抜粋）。

図表 6 入院単価別比較（医療法人）①（図表 7 の抜粋）

開設主体 病院種別	医療法人 一般病院				r	p	
	入院単価	3万円未満	3万円以上～ 5万円未満	5万円以上～ 7万円未満			7万円以上
	(病院数) (平均病床数)	(31) (61.6)	(111) (132.4)	(56) (217.6)			(16) (242.2)
<b>機能性</b>							
平均在院日数	(日)	53.54	24.87	13.86	9.95	r=-0.501 p=0.000	
医師1人当り入院患者数	(人)	8.71	6.41	4.26	3.13	r=-0.523 p=0.000	
職員1人当り入院患者数	(人)	0.70	0.49	0.41	0.34	r=-0.502 p=0.000	
ケアカンファレンス実施率	(%)	19.2	5.8	2.4	1.0	r=-0.320 p=0.021	
二次医療圏外からの在院患者割合	(%)	6.3	10.7	19.1	31.1	r=0.471 p=0.000	
<b>収益性</b>							
経常利益率	(%)	-0.7	3.0	1.2	4.2		
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	3.7	8.5	7.0	10.5	r=0.160 p=0.020	
材料費比率	(%)	16.7	17.6	21.2	23.0	r=0.272 p=0.000	
人件費比率	(%)	57.4	54.8	52.8	44.1	r=-0.364 p=0.000	
職員1人当り人件費	(千円)	5,752	6,149	6,924	6,425	r=0.263 p=0.000	
<b>安全性</b>							
1床当り固定資産額	(千円)	9,667	11,760	15,859	25,194	r=0.474 p=0.000	

図表 6 では、急性期の特色が強く出ると考えられる機能性指標として、平均在院日数、医師 1 人当り入院患者数、職員 1 人当り入院患者数、ケアカンファレンス実施率、二次医療圏外からの在院患者割合をピックアップした。

はじめに平均在院日数について見ると、入院単価 3 万円未満の病院では 53.54 日にに対し、同じ一般病院でも入院単価 7 万円以上の病院では 9.95 日と平均在院日数に 5 倍以上の開きがあり、入院単価が上がるほど、平均在院日数が短い傾向にあった（ $r = -0.501$ ）。

医師 1 人当り入院患者数は入院単価 3 万円未満の病院で 8.71 人に対し、3 万円以上 5 万円未満で 6.41 人、5 万円以上 7 万円未満で 4.26 人、7 万円以上で 3.13 人と、入院単価が高いほど人員配置が手厚い傾向にあった（ $r = -0.523$ ）。職員 1 人当り入院患者数も同様である（ $r = -0.502$ ）。

<sup>2</sup> Kruskal-Wallis 検定。

ケアカンファレンス実施率は入院単価が低いほど、実施率が高い傾向にあった（ $r = -0.320$ ）。

二次医療圏外からの在院患者割合は、入院単価 3 万円未満では 6.3% だけであるが、7 万円以上では 31.1% に達し、入院単価が高いほど、二次医療圏を超えてわざわざ入院する患者の比率が高かった（ $r = 0.471$ ）。

これら以外の機能性指標で見ても（図表 7）、入院単価が高い程、急性期としての機能が強い関係が見られ、入院単価は、急性期の機能の強さの一側面を表していると考えられる。

ではその入院単価別の収益性はどうか。経常利益率を見ると、有意な相関は見られなかったものの、入院単価が最も高い 7 万円以上の病院では、経常利益率が 4.2% と、最も収益性が高かった。そこで設備投資の負担を除いた利益率である償却金利前経常利益率を見ると、入院単価が高いほど償却金利前経常利益率が高いという、緩やかな相関がわずかながら見られた（ $r = 0.160$ ）。以上から、入院単価が高いほど利益率が高い傾向にあると言えよう。

自治体の一般病院においても、同様の傾向が見られた（図表 8）。

利益率については、医療法人よりも鮮明に入院単価が高いほど利益率が高いという相関関係が見られた（経常利益率について  $r = 0.311$ ）。

なお参考までに、一般病院における病床数と入院単価の相関を見たのが図表 9、図表 10 である。医療法人では  $r = 0.402$ 、自治体では  $r = 0.804$  と、病床数が大きい程、入院単価が高い傾向にあった。

これについて、医療法人と自治体を比較すると、医療法人の方が 200 床以下の病院において入院単価が 2 万円前後から 8 万円以上まで広がり、大きく分散している様子がわかる（図表 9）。自治体は病床規模に見合った急性期機能を担っているのに比べ、医療法人は療養的機能を強く有する一般病院がある一方で、中小規模であっても高度な急性期機能を追及する病院があるなど、生き残りをかけて多様な経営を展開している可能性が示唆される。

## 2) 平均在院日数別比較

一般病院について、平均在院日数別に見たのが図表 11（医療法人）、図表 12（自治体）である。

医療法人、自治体ともに、入院単価と同様に、平均在院日数が短いほど、急性期の特色が強く見られた。

収益性については、経常利益率で見ても、その補正指標である償却金利前経常利益率で見ても、平均在院日数との間には有意な相関がなかったものの、医療法人についてのみ、最も平均在院日数が短い 10 日未満の病院、言い換えると最も急性期機能が強い病院において、経常利益率 4.9% と最も高い利益率を示した。急性期機能を強く発揮す

る病院においては、利益率が高い様子が示唆される。

### 3) 看護配置別比較

最後に一般病院について、一般病棟入院基本料から看護配置別に各種指標を見たのが図表 13（医療法人）、図表 14（自治体）である。

入院単価や平均在院日数と同様に、看護配置が手厚い病院ほど、平均在院日数も短く、医師の人員配置も手厚いなど、急性期としての特色が出ていた。

収益性については、医療法人の経常利益率が看護配置 7 対 1 病院で 2.1%、10 対 1 病院で 3.2%、13 対 1 病院で 0.5%、15 対 1 病院で -1.6%と、特に入院患者に対して看護師が最も少ない 15 対 1 の看護配置の病院において、収益性が低かった。急性期としての機能が発揮されない一般病院において、経営が苦しい様子が推測される。

以上より、一般病院という一括りにされた病院群の中で、特に急性期機能を強く発揮している病院において利益率が高い傾向が読み取れた。また、入院単価、平均在院日数、看護配置が急性期の特色を表す指標として適していること、それ以外の本調査研究で示す機能性指標も医療の機能を表していることがわかった。

図表7 入院単価別比較（医療法人）②

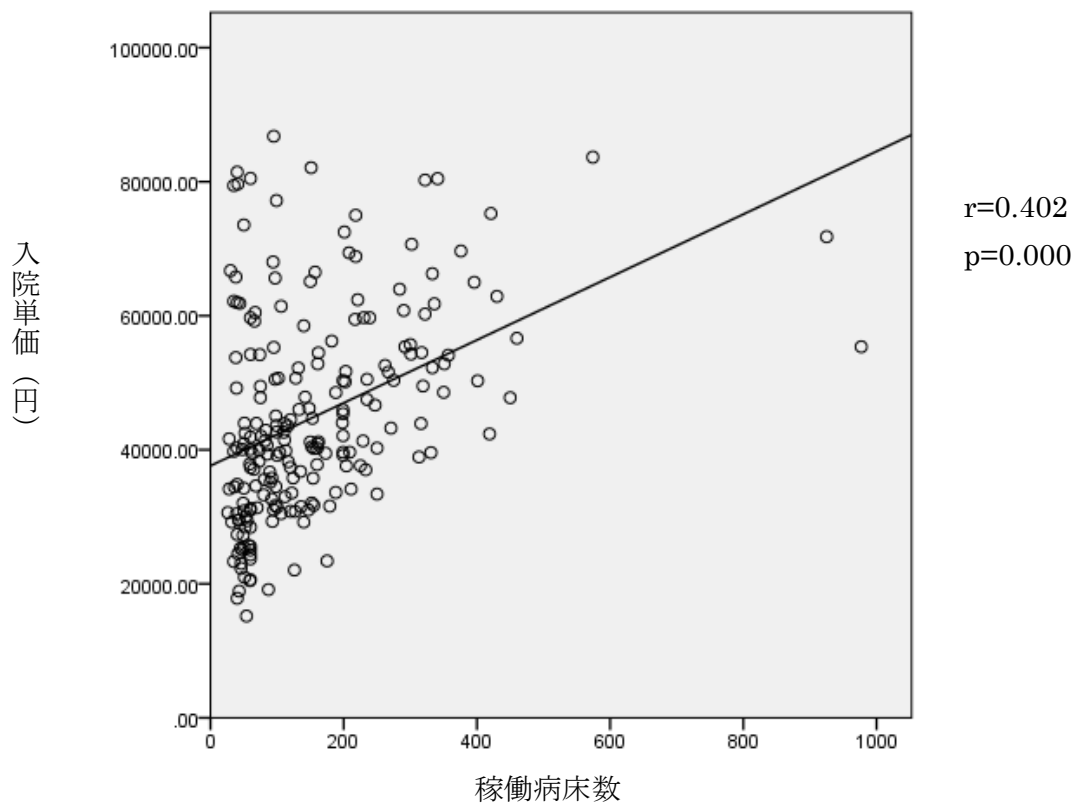
開設主体 病院種別	入院単価 (病院数) (平均病床数)	医療法人 一般病院					
		3万円未満	3万円以上～ 5万円未満	5万円以上～ 7万円未満	7万円以上		
		(31) (61.6)	(111) (132.4)	(56) (217.6)	(16) (242.2)		
<b>収益性</b>							
医業利益率	(%)	-0.8	2.3	1.0	3.8		
総資本医業利益率	(%)	0.4	3.2	2.6	3.7		
経常利益率	(%)	-0.7	3.0	1.2	4.2		
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	2.9	7.0	5.9	9.1	r=0.145	p=0.035
病床利用率	(%)	78.6	79.2	75.2	72.8		
固定費比率	(%)	67.3	64.7	62.4	55.6	r=-0.334	p=0.000
材料費比率	(%)	16.7	17.6	21.2	23.0	r=0.272	p=0.000
医薬品費比率	(%)	10.7	9.6	10.6	10.0		
人件費比率	(%)	57.4	54.8	52.8	44.1	r=-0.364	p=0.000
委託費比率	(%)	5.2	5.7	5.6	6.4		
設備関係費比率	(%)	9.0	9.1	8.6	10.6		
減価償却費比率	(%)	3.8	4.7	5.0	5.3		
経費比率	(%)	9.5	7.5	7.9	8.1		
金利負担率	(%)	0.8	0.8	0.9	0.9		
総資本回転率	(%)	116.0	115.6	115.9	99.3		
固定資産回転率	(%)	193.0	179.4	193.0	148.0		
医師人件費比率計	(%)	14.7	13.7	14.7	12.7		
常勤医師人件費比率	(%)	8.6	10.1	11.5	10.8	r=0.243	p=0.001
非常勤医師人件費比率	(%)	6.1	3.7	3.2	1.9	r=-0.298	p=0.000
看護師人件費比率計	(%)	19.3	17.8	17.6	15.4	r=-0.241	p=0.001
常勤看護師人件費比率	(%)	16.6	16.8	16.7	14.8		
非常勤看護師人件費比率	(%)	2.7	1.0	0.9	0.6	r=-0.170	p=0.022
その他職員人件費比率計	(%)	15.5	17.0	14.5	10.2	r=-0.281	p=0.000
常勤その他職員人件費比率	(%)	13.9	16.0	13.8	9.2	r=-0.272	p=0.000
非常勤その他職員人件費比率	(%)	1.6	0.9	0.7	1.0		
常勤医師1人当り人件費	(千円)	16,461	19,597	19,497	16,939	r=0.247	p=0.001
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	4,446	4,899	5,084	5,436	r=0.263	p=0.000
職員1人当り人件費	(千円)	5,752	6,149	6,924	6,425	r=0.470	p=0.000
職員1人当り医業収益	(千円)	10,423	11,376	13,307	15,014		
<b>安全性</b>							
自己資本比率	(%)	39.0	28.4	27.8	38.4		
固定長期適合率	(%)	104.0	79.4	98.1	87.7		
借入金比率	(%)	34.4	36.1	48.6	44.7		
償還期間	(年)	7.9	6.8	9.6	4.9		
流動比率	(%)	271.9	359.2	215.9	199.6		
1床当り固定資産額	(千円)	9,667	11,760	15,859	25,194	r=0.474	p=0.000
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	3.7	8.5	7.0	10.5	r=0.160	p=0.020
<b>機能性</b>							
平均在院日数	(日)	53.54	24.87	13.86	9.95	r=-0.501	p=0.000
外来/入院比	(倍)	2.02	2.34	2.35	3.04		
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.78	0.77	0.74	0.69		
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.38	1.66	1.55	1.79		
患者1人1日当り入院収益	(円)	24,506	38,877	58,158	78,135	r=1.000	p=0.000
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	23,850	37,980	57,008	76,797	r=0.998	p=0.000
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	8,746	10,706	12,705	13,419	r=0.279	p=0.000
医師1人当り入院患者数	(人)	8.71	6.41	4.26	3.13	r=-0.523	p=0.000
医師1人当り外来患者数	(人)	12.52	11.72	8.28	8.48	r=-0.273	p=0.000
看護師1人当り入院患者数	(人)	1.71	1.23	0.90	0.82	r=-0.471	p=0.000
看護師1人当り外来患者数	(人)	2.68	2.50	1.89	2.21		
職員1人当り入院患者数	(人)	0.70	0.49	0.41	0.34	r=-0.502	p=0.000
職員1人当り外来患者数	(人)	1.10	0.99	0.89	0.90		
ケアカンファレンス実施率	(%)	19.2	5.8	2.4	1.0	r=-0.320	p=0.021
紹介率	(%)	19.0	28.9	45.0	48.3	r=0.463	p=0.000
逆紹介率	(%)	13.9	17.0	28.0	28.0	r=0.409	p=0.000
看護必要度の高い患者割合(一般病棟)	(%)	16.2	20.9	17.3	16.3		
看護必要度の高い患者割合(回復期リハ病棟)	(%)	-	15.5	10.3	-		
二次医療圏内からの在院患者割合	(%)	93.7	89.3	80.9	68.9		
二次医療圏外からの在院患者割合	(%)	6.3	10.7	19.1	31.1	r=0.471	p=0.000
二次医療圏外からの外来患者割合	(%)	6.3	5.7	14.6	27.2	r=0.463	p=0.000



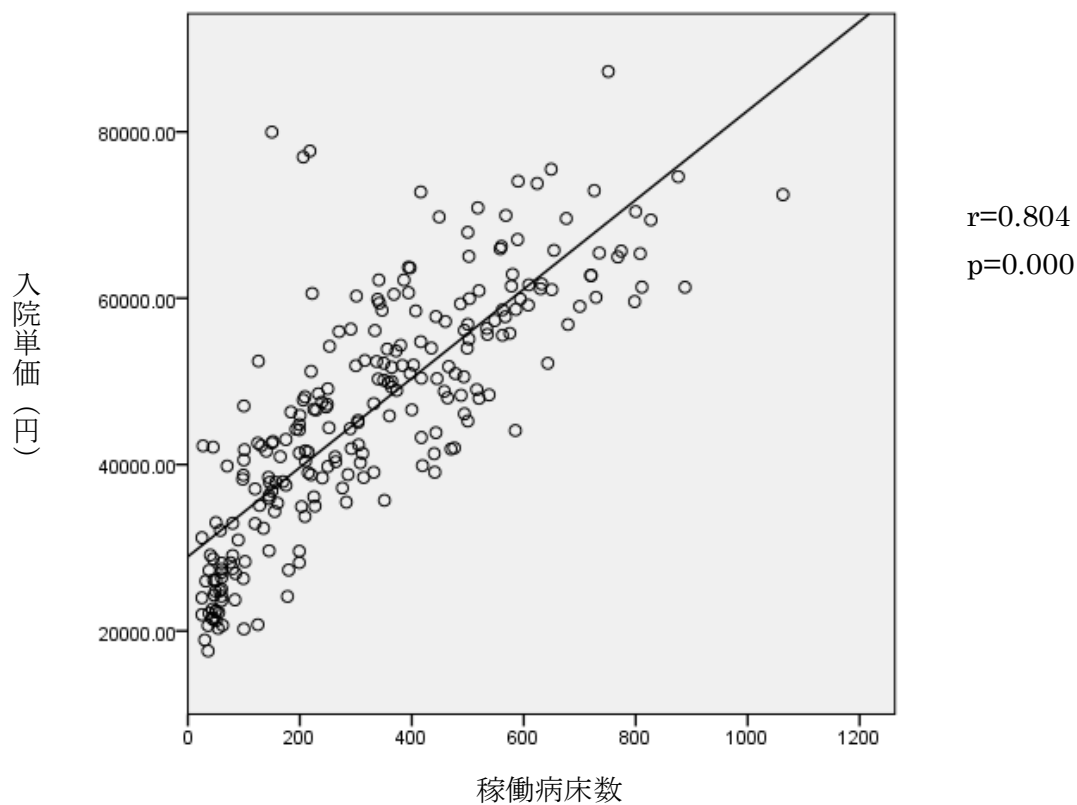
図表8 入院単価別比較（自治体）

開設主体 病院種別 入院単価 (病院数) (平均病床数)	自治体 一般病院				r	p
	3万円未満	3万円以上～ 5万円未満	5万円以上～ 7万円未満	7万円以上		
	(44)	(99)	(84)	(13)		
	(71.7)	(249.2)	(497.7)	(583.6)		
<b>収益性</b>						
医業利益率	(%)	-34.2	-16.3	-6.6	-7.4	r=0.501 p=0.000
総資本医業利益率	(%)	-20.8	-10.1	-4.5	-4.4	r=0.285 p=0.000
経常利益率	(%)	-8.4	-5.3	0.7	4.1	r=0.311 p=0.000
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	-26.7	-8.6	1.1	-0.8	r=0.516 p=0.000
病床利用率	(%)	65.6	71.6	76.3	76.7	r=0.307 p=0.000
固定費比率	(%)	93.1	78.0	64.6	63.5	r=-0.610 p=0.000
材料費比率	(%)	18.4	22.2	27.4	26.6	r=0.495 p=0.000
医薬品費比率	(%)	12.1	13.4	16.3	15.1	r=0.273 p=0.000
人件費比率	(%)	81.6	66.0	53.2	53.2	r=-0.638 p=0.000
委託費比率	(%)	11.5	9.3	8.8	6.7	r=-0.259 p=0.000
設備関係費比率	(%)	9.9	10.3	9.5	9.1	
減価償却費比率	(%)	7.6	7.8	7.1	6.5	
経費比率	(%)	11.5	7.9	6.2	11.3	r=-0.191 p=0.003
金利負担率	(%)	1.6	1.7	1.5	1.2	
総資本回転率	(%)	65.9	70.9	66.3	71.0	
固定資産回転率	(%)	78.6	97.9	89.1	126.1	
医師人件費比率計	(%)	17.4	15.2	13.1	12.4	r=-0.320 p=0.000
常勤医師人件費比率	(%)	12.4	11.8	11.1	8.6	r=-0.224 p=0.003
非常勤医師人件費比率	(%)	5.0	3.4	2.0	3.8	r=-0.291 p=0.000
看護師人件費比率計	(%)	25.5	23.8	19.9	20.8	r=-0.315 p=0.000
常勤看護師人件費比率	(%)	23.8	22.1	18.9	19.9	r=-0.312 p=0.000
非常勤看護師人件費比率	(%)	1.8	1.7	0.9	0.9	r=-0.222 p=0.003
その他職員人件費比率計	(%)	21.7	14.0	9.8	8.0	r=-0.485 p=0.000
常勤その他職員人件費比率	(%)	17.5	11.8	8.0	6.6	r=-0.475 p=0.000
非常勤その他職員人件費比率	(%)	4.2	2.2	1.7	1.4	r=-0.263 p=0.000
常勤医師1人当り人件費	(千円)	20,062	16,620	14,070	9,654	r=-0.520 p=0.000
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	5,269	5,486	5,424	5,799	
職員1人当り人件費	(千円)	7,785	7,922	7,761	8,153	
職員1人当り医業収益	(千円)	9,819	12,262	14,822	15,721	r=0.647 p=0.000
<b>安全性</b>						
自己資本比率	(%)	59.3	59.5	53.8	58.4	
固定長期適合率	(%)	79.4	84.1	80.8	72.7	
借入金比率	(%)	38.8	45.1	49.2	19.8	
償還期間	(年)	3.6	10.8	6.1	2.0	
流動比率	(%)	583.1	378.2	360.1	289.6	r=-0.164 p=0.015
1床当り固定資産額	(千円)	21,306	22,937	30,564	38,109	r=0.316 p=0.000
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	0.8	4.1	9.8	11.9	r=0.284 p=0.000
<b>機能性</b>						
平均在院日数	(日)	31.61	17.39	13.55	13.16	r=-0.395 p=0.000
外来/入院比	(倍)	2.97	2.01	1.72	1.66	r=-0.299 p=0.000
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.61	0.66	0.73	0.75	r=0.329 p=0.000
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.50	1.26	1.25	1.24	r=-0.164 p=0.011
患者1人1日当り入院収益	(円)	24,609	41,544	58,566	75,333	r=1.000 p=0.000
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	24,364	40,986	57,781	72,503	r=0.993 p=0.000
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	8,406	11,353	15,559	14,755	r=0.558 p=0.000
医師1人当り入院患者数	(人)	6.14	4.70	3.26	2.31	r=-0.651 p=0.000
医師1人当り外来患者数	(人)	14.30	9.20	5.58	3.90	r=-0.729 p=0.000
看護師1人当り入院患者数	(人)	1.50	0.91	0.80	0.74	r=-0.230 p=0.000
看護師1人当り外来患者数	(人)	3.29	1.78	1.37	1.24	r=-0.427 p=0.000
職員1人当り入院患者数	(人)	0.53	0.49	0.44	0.40	r=-0.302 p=0.000
職員1人当り外来患者数	(人)	1.27	0.95	0.76	0.67	r=-0.575 p=0.000
ケアカンファレンス実施率	(%)	9.7	6.0	1.6	0.9	r=-0.478 p=0.000
紹介率	(%)	17.5	40.5	59.4	73.4	r=0.738 p=0.000
逆紹介率	(%)	20.7	31.1	42.5	48.4	r=0.509 p=0.000
看護必要度の高い患者割合(一般病棟)	(%)	17.5	22.7	17.4	15.8	
看護必要度の高い患者割合(回復期リハ病棟)	(%)	-	12.7	10.0	-	
二次医療圏内からの在院患者割合	(%)	96.4	90.8	79.9	66.3	r=-0.401 p=0.000
二次医療圏外からの在院患者割合	(%)	3.6	9.2	20.1	33.7	r=0.535 p=0.000
二次医療圏外からの外来患者割合	(%)	6.9	8.7	19.2	44.8	r=0.383 p=0.000

図表9 病床数と入院単価の関係（医療法人）



図表10 病床数と入院単価の関係（自治体）



図表 11 平均在院日数別比較（医療法人）

病院種別 開設主体	平均在院日数 (病院数) (平均病床数)	一般病院 医療法人					r	p
		10日未満	10日以上～ 15日未満	15日以上～ 20日未満	20日以上～ 25日未満	25日以上		
		(40) (97.0)	(53) (191.4)	(65) (153.5)	(35) (161.7)	(70) (94.1)		
<b>収益性</b>								
医業利益率	(%)	4.2	3.1	-0.3	0.1	2.9		
総資本医業利益率	(%)	3.7	3.6	0.7	2.3	4.4		
経常利益率	(%)	4.9	3.1	0.4	0.9	3.2		
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	8.2	8.4	3.8	5.8	7.1		
病床利用率	(%)	63.0	78.4	77.1	79.7	83.7	r=0.292	p=0.000
固定費比率	(%)	58.0	58.8	63.9	67.7	66.5	r=0.354	p=0.000
材料費比率	(%)	16.8	25.2	20.4	17.7	14.9	r=-0.295	p=0.000
医薬品費比率	(%)	9.7	13.4	10.9	9.1	7.9	r=-0.176	p=0.008
人件費比率	(%)	48.9	48.9	54.1	57.3	56.8	r=0.375	p=0.000
委託費比率	(%)	6.0	5.1	5.4	5.1	5.5		
設備関係費比率	(%)	8.4	9.1	8.6	9.3	8.9		
減価償却費比率	(%)	4.0	5.4	4.4	5.5	4.2		
経費比率	(%)	11.1	6.9	8.7	8.3	7.5	r=-0.167	p=0.011
金利負担率	(%)	0.7	0.8	0.7	1.1	0.8		
総資本回転率	(%)	112.0	113.8	129.7	113.3	107.4		
固定資産回転率	(%)	159.5	194.6	225.9	181.0	173.5		
医師人件費比率計	(%)	15.0	14.8	14.4	13.7	12.7		
常勤医師人件費比率	(%)	12.1	11.7	10.3	9.8	8.6	r=-0.177	p=0.013
非常勤医師人件費比率	(%)	3.0	3.1	4.2	3.9	4.0	r=0.158	p=0.026
看護師人件費比率計	(%)	16.6	16.7	18.5	19.3	18.0	r=0.142	p=0.048
常勤看護師人件費比率	(%)	15.6	15.9	17.3	18.2	16.4		
非常勤看護師人件費比率	(%)	1.0	0.8	1.2	1.1	1.5		
その他職員人件費比率計	(%)	12.1	11.7	15.7	17.0	18.2	r=0.332	p=0.000
常勤その他職員人件費比率	(%)	10.9	11.2	14.5	16.0	17.3	r=0.354	p=0.000
非常勤その他職員人件費比率	(%)	1.2	0.5	1.2	1.0	0.9		
常勤医師1人当り人件費	(千円)	21,271	19,393	18,137	22,233	17,583		
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	5,342	4,935	5,085	4,820	4,671		
職員1人当り人件費	(千円)	6,583	6,832	6,529	6,030	5,679	r=-0.194	p=0.003
職員1人当り医業収益	(千円)	13,762	14,173	12,233	10,751	10,221	r=-0.379	p=0.000
<b>安全性</b>								
自己資本比率	(%)	44.6	33.9	25.9	15.0	37.4		
固定長期適合率	(%)	85.3	85.9	88.9	93.3	92.5		
借入金比率	(%)	39.4	31.9	33.5	52.0	41.0		
償還期間	(年)	9.0	7.1	6.5	10.0	7.1		
流動比率	(%)	366.7	200.1	316.9	213.0	368.7		
1床当り固定資産額	(千円)	18,916	16,067	11,667	13,428	10,071	r=-0.264	p=0.000
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	9.7	9.2	5.0	7.7	8.2		
<b>機能性</b>								
平均在院日数	(日)	7.09	12.72	17.25	22.26	49.87	r=1.000	p=0.000
外来/入院比	(倍)	4.63	2.25	2.33	2.06	1.57	r=-0.329	p=0.000
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.61	0.77	0.76	0.77	0.82	r=0.283	p=0.000
1床当り1日平均外来患者数	(人)	2.45	1.71	1.70	1.55	1.24	r=-0.318	p=0.000
患者1人1日当り入院収益	(円)	59,525	56,326	43,213	40,526	32,835	r=-0.501	p=0.000
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	58,342	55,050	42,172	39,599	32,256	r=-0.491	p=0.000
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	10,155	14,352	10,257	10,715	10,398		
医師1人当り入院患者数	(人)	3.38	4.31	5.42	6.39	8.42	r=0.587	p=0.000
医師1人当り外来患者数	(人)	13.72	9.23	11.75	11.27	10.45	r=-0.181	p=0.003
看護師1人当り入院患者数	(人)	0.78	0.95	1.08	1.15	1.70	r=0.503	p=0.000
看護師1人当り外来患者数	(人)	3.24	2.05	2.49	2.27	2.44	r=-0.160	p=0.009
職員1人当り入院患者数	(人)	0.33	0.43	0.49	0.48	0.61	r=0.489	p=0.000
職員1人当り外来患者数	(人)	1.33	0.94	1.12	0.93	0.82	r=-0.280	p=0.000
ケアカンファレンス実施率	(%)	0.6	2.8	2.4	4.7	15.4	r=0.292	p=0.026
紹介率	(%)	27.8	43.6	36.1	30.7	23.9	r=-0.247	p=0.001
逆紹介率	(%)	19.1	26.0	20.0	23.3	16.5		
看護必要度の高い患者割合(一般病棟)	(%)	12.9	17.9	23.2	20.6	15.3		
看護必要度の高い患者割合(回復期リハ病棟)	(%)	-	-	8.1	13.0	13.6		
二次医療圏内からの入院患者割合	(%)	82.2	82.6	85.5	87.1	91.3		
二次医療圏外からの入院患者割合	(%)	17.8	17.4	14.5	12.9	8.7	r=-0.230	p=0.036
二次医療圏外からの外来患者割合	(%)	12.1	10.3	9.3	8.9	10.4		

図表 12 平均在院日数別比較（自治体）

病院種別 開設主体	平均在院日数 (病院数) (平均病床数)	一般病院 自治体					r	p
		10日未満	10日以上～ 15日未満	15日以上～ 20日未満	20日以上～ 25日未満	25日以上		
		(5) (182.2)	(129) (423.6)	(85) (293.5)	(21) (117.9)	(45) (101.0)		
<b>収益性</b>								
医業利益率	(%)	-31.1	-10.6	-13.4	-26.7	-32.8		
総資本医業利益率	(%)	-5.5	-6.6	-8.9	-14.0	-20.0		
経常利益率	(%)	-14.0	-0.8	-3.4	-9.2	-6.8		
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	-22.5	-3.4	-6.2	-17.6	-24.9		
病床利用率	(%)	55.9	73.6	71.1	70.8	69.2		
固定費比率	(%)	89.0	69.7	73.9	87.7	92.3		
材料費比率	(%)	19.8	25.4	23.8	19.2	18.4	r=-0.137	p=0.032
医薬品費比率	(%)	10.1	14.8	14.8	12.4	10.8		
人件費比率	(%)	77.7	58.2	62.5	74.2	81.3		
委託費比率	(%)	8.6	9.1	8.8	12.6	10.1		
設備関係費比率	(%)	9.9	9.7	9.6	11.5	9.3	r=-0.146	p=0.021
減価償却費比率	(%)	8.6	7.3	7.1	9.2	6.9	r=-0.127	p=0.046
経費比率	(%)	14.3	6.9	8.0	8.3	13.6		
金利負担率	(%)	1.4	1.5	1.7	2.1	1.7		
総資本回転率	(%)	57.0	67.5	67.9	51.8	92.9	r=0.139	p=0.039
固定資産回転率	(%)	75.7	96.2	87.3	62.5	127.6	r=0.239	p=0.000
医師人件費比率計	(%)	12.8	14.8	14.4	15.4	16.0		
常勤医師人件費比率	(%)	10.1	11.8	11.2	11.5	11.6		
非常勤医師人件費比率	(%)	2.7	3.0	3.2	3.8	4.4		
看護師人件費比率計	(%)	20.4	21.6	23.0	24.0	25.9	r=0.192	p=0.009
常勤看護師人件費比率	(%)	17.1	20.2	21.5	22.8	24.1	r=0.180	p=0.015
非常勤看護師人件費比率	(%)	3.3	1.3	1.4	1.2	1.8		
その他職員人件費比率計	(%)	10.4	11.6	13.4	17.7	22.9		
常勤その他職員人件費比率	(%)	8.3	9.8	10.8	14.0	19.8	r=0.322	p=0.000
非常勤その他職員人件費比率	(%)	2.1	1.8	2.6	3.8	3.1		
常勤医師1人当り人件費	(千円)	16,329	14,845	16,643	18,114	19,437	r=0.255	p=0.001
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	6,121	5,483	5,414	5,309	5,298		
職員1人当り人件費	(千円)	9,260	7,944	7,810	7,341	7,463		
職員1人当り医業収益	(千円)	12,731	14,165	12,714	10,153	9,404	r=-0.126	p=0.047
<b>安全性</b>								
自己資本比率	(%)	79.9	56.7	57.3	62.6	49.9		
固定長期適合率	(%)	84.5	79.7	83.1	90.0	79.7		
借入金比率	(%)	48.7	42.9	47.4	47.9	36.2		
償還期間	(年)	10.9	5.9	10.9	6.9	3.0		
流動比率	(%)	738.7	375.0	333.5	404.0	642.8		
1床当り固定資産額	(千円)	23,570	29,055	24,181	25,739	16,993	r=-0.142	p=0.034
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	-4.0	8.2	5.4	2.0	1.7		
<b>機能性</b>								
平均在院日数	(日)	8.38	12.95	17.19	21.97	123.27	r=1.000	p=0.000
外来/入院比	(倍)	3.23	2.01	2.03	2.29	1.62		
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.47	0.70	0.66	0.68	0.62		
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.42	1.27	1.27	1.53	0.96	r=-0.240	p=0.000
患者1人1日当り入院収益	(円)	49,721	55,248	42,986	29,379	26,703	r=-0.395	p=0.000
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	49,569	54,199	42,492	29,108	26,485	r=-0.395	p=0.000
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	9,803	13,971	12,459	8,913	8,987	r=-0.186	p=0.004
医師1人当り入院患者数	(人)	3.06	3.30	4.69	6.11	7.09	r=0.298	p=0.000
医師1人当り外来患者数	(人)	9.01	6.36	9.13	13.74	10.08		
看護師1人当り入院患者数	(人)	0.57	0.80	0.92	1.09	1.48		
看護師1人当り外来患者数	(人)	1.81	1.52	1.83	2.50	2.23		
職員1人当り入院患者数	(人)	0.35	0.44	0.49	0.51	0.51		
職員1人当り外来患者数	(人)	1.04	0.82	0.95	1.16	0.78	r=-0.192	p=0.001
ケアカンファレンス実施率	(%)	0.7	3.0	3.9	10.3	10.6	r=0.338	p=0.000
紹介率	(%)	35.9	56.6	41.7	21.6	27.4	r=-0.253	p=0.000
逆紹介率	(%)	38.5	39.3	32.1	20.6	26.1	r=-0.144	p=0.023
看護必要度の高い患者割合(一般病棟)	(%)	17.3	19.3	19.1	20.5	27.0	r=0.264	p=0.001
看護必要度の高い患者割合(回復期リハ病棟)	(%)	-	14.3	12.2	1.9	14.2		
二次医療圏内からの在院患者割合	(%)	92.7	83.6	88.5	94.8	78.3	r=-0.341	p=0.000
二次医療圏外からの在院患者割合	(%)	7.3	16.4	11.5	5.2	21.7	r=0.407	p=0.000
二次医療圏外からの外来患者割合	(%)	6.4	18.7	11.9	2.8	11.7		

図表 13 看護配置別比較 (医療法人)

病院種別 開設主体 看護配置 (病院数) (平均病床数)	一般病院 医療法人				p値	
	7対1	10対1	13対1	15対1		
	(113)	(107)	(19)	(24)		
	(198.4)	(105.9)	(77.0)	(59.7)		
<b>収益性</b>						
医業利益率	(%)	1.6	2.5	0.6	-2.3	p=0.008
総資本医業利益率	(%)	2.6	3.3	1.7	0.8	p=0.020
経常利益率	(%)	2.1	3.2	0.5	-1.6	p=0.004
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	6.4	6.9	4.6	2.2	p=0.020
病床利用率	(%)	79.6	77.7	70.1	72.9	p=0.047
固定費比率	(%)	62.9	63.0	64.3	65.2	
材料費比率	(%)	21.5	17.3	17.5	18.4	p=0.000
医薬品費比率	(%)	10.9	9.4	10.9	11.6	p=0.001
人件費比率	(%)	53.1	53.6	55.2	55.1	p=0.015
委託費比率	(%)	5.2	5.7	5.0	5.0	
設備関係費比率	(%)	8.8	8.5	8.1	9.4	
減価償却費比率	(%)	4.8	4.5	3.6	4.6	
経費比率	(%)	7.0	9.5	9.0	10.3	p=0.000
金利負担率	(%)	0.8	0.7	0.9	0.7	
総資本回転率	(%)	116.9	113.2	141.3	114.1	
固定資産回転率	(%)	196.3	183.7	242.7	183.6	
医師人件費比率計	(%)	14.2	13.7	15.8	14.5	
常勤医師人件費比率	(%)	11.2	9.9	10.8	8.6	p=0.000
非常勤医師人件費比率	(%)	3.0	3.8	5.0	5.9	p=0.006
看護師人件費比率計	(%)	18.4	17.4	17.5	18.4	p=0.011
常勤看護師人件費比率	(%)	17.5	16.4	15.9	15.1	p=0.013
非常勤看護師人件費比率	(%)	0.9	1.0	1.6	3.3	
その他職員人件費比率計	(%)	14.2	15.8	15.6	16.2	p=0.004
常勤その他職員人件費比率	(%)	13.4	14.8	14.4	15.1	p=0.027
非常勤その他職員人件費比率	(%)	0.8	1.0	1.3	1.1	
常勤医師1人当り人件費	(千円)	18,339	20,970	22,647	15,725	p=0.001
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	4,991	5,031	4,768	4,268	p=0.011
職員1人当り人件費	(千円)	6,421	6,306	6,100	5,820	p=0.023
職員1人当り医業収益	(千円)	12,303	12,079	11,912	10,916	p=0.049
<b>安全性</b>						
自己資本比率	(%)	22.6	34.6	37.6	40.0	
固定長期適合率	(%)	95.7	95.1	73.6	100.3	
借入金比率	(%)	43.8	34.0	36.3	34.1	
償還期間	(年)	8.3	6.8	10.7	6.1	
流動比率	(%)	223.2	315.8	598.4	273.9	
1床当り固定資産額	(千円)	15,289	12,687	9,870	9,855	p=0.002
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	7.6	8.4	5.4	3.5	p=0.013
<b>機能性</b>						
平均在院日数	(日)	17.34	22.55	31.34	43.93	p=0.000
外来/入院比	(倍)	2.13	2.50	3.19	2.26	
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.78	0.75	0.68	0.72	
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.62	1.75	1.82	1.44	
患者1人1日当り入院収益	(円)	52,078	41,445	37,993	27,653	p=0.000
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	50,977	40,445	37,550	26,987	p=0.000
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	12,808	9,747	11,631	8,929	p=0.000
医師1人当り入院患者数	(人)	4.67	6.35	7.45	7.00	p=0.000
医師1人当り外来患者数	(人)	8.77	13.00	13.47	12.33	p=0.000
看護師1人当り入院患者数	(人)	0.91	1.23	1.37	1.87	p=0.000
看護師1人当り外来患者数	(人)	1.84	2.72	3.09	3.52	p=0.000
職員1人当り入院患者数	(人)	0.41	0.51	0.51	0.65	p=0.000
職員1人当り外来患者数	(人)	0.83	1.11	1.15	1.23	p=0.000
ケアカンファレンス実施率	(%)	3.4	3.5	36.3	20.1	p=0.032
紹介率	(%)	43.8	24.2	14.0	20.5	p=0.000
逆紹介率	(%)	24.3	18.9	11.6	17.6	p=0.007
看護必要度の高い患者割合(一般病棟)	(%)	19.4	18.2	33.8	-	p=0.003
看護必要度の高い患者割合(回復期リハ病棟)	(%)	11.1	11.8	0.3	-	
二次医療圏内からの在院患者割合	(%)	82.3	85.2	100.0	92.2	p=0.003
二次医療圏外からの在院患者割合	(%)	17.7	14.8	0.0	7.8	p=0.022
二次医療圏外からの外来患者割合	(%)	13.3	10.3	1.2	5.9	p=0.004

図表 14 看護配置別比較（自治体）

病院種別 開設主体 看護配置 (病院数) (平均病床数)	一般病院 自治体				p値
	7対1	10対1	13対1	15対1	
	(168)	(94)	(7)	(18)	
	(406.5)	(192.2)	(55.4)	(77.8)	
<b>収益性</b>					
医業利益率 (%)	-10.3	-21.5	-24.6	-36.2	p=0.000
総資本医業利益率 (%)	-5.6	-14.3	-9.3	-30.4	p=0.000
経常利益率 (%)	-1.8	-5.7	-1.9	-3.2	p=0.030
償却前医業利益率(補正指標) (%)	-2.5	-13.9	-18.5	-28.9	p=0.000
病床利用率 (%)	74.0	68.3	63.4	71.5	p=0.020
固定費比率 (%)	69.9	81.1	91.6	94.5	p=0.000
材料費比率 (%)	25.1	22.2	14.0	16.6	p=0.000
医薬品費比率 (%)	15.0	13.9	7.9	10.9	p=0.000
人件費比率 (%)	58.3	69.5	80.8	81.8	p=0.000
委託費比率 (%)	8.6	9.7	14.8	11.5	
設備関係費比率 (%)	9.7	10.1	8.8	10.2	
減価償却費比率 (%)	7.5	7.6	6.1	7.3	
経費比率 (%)	7.4	9.6	5.8	15.1	p=0.000
金利負担率 (%)	1.6	1.5	2.0	2.4	
総資本回転率 (%)	66.3	73.6	47.1	83.4	
固定資産回転率 (%)	94.2	99.8	61.0	119.6	
医師人件費比率計 (%)	13.7	16.1	17.2	17.0	p=0.042
常勤医師人件費比率 (%)	11.3	11.9	12.8	11.7	
非常勤医師人件費比率 (%)	2.5	4.2	4.5	5.4	p=0.037
看護師人件費比率計 (%)	21.8	23.7	27.9	24.8	p=0.030
常勤看護師人件費比率 (%)	20.4	22.2	26.1	23.5	p=0.009
非常勤看護師人件費比率 (%)	1.4	1.5	1.7	1.3	
その他職員人件費比率計 (%)	11.5	15.3	19.5	24.7	p=0.000
常勤その他職員人件費比率 (%)	9.6	12.0	15.9	22.3	p=0.000
非常勤その他職員人件費比率 (%)	1.9	3.3	3.6	2.4	
常勤医師1人当り人件費 (千円)	14,587	18,729	19,255	20,048	p=0.000
常勤看護師1人当り人件費 (千円)	5,427	5,416	5,665	5,250	
職員1人当り人件費 (千円)	7,782	8,028	7,368	7,555	
職員1人当り医業収益 (千円)	13,710	12,112	9,233	9,350	p=0.000
<b>安全性</b>					
自己資本比率 (%)	56.4	60.3	70.5	54.1	
固定長期適合率 (%)	82.1	82.9	80.4	79.6	
借入金比率 (%)	43.4	45.4	7.0	27.8	
償還期間 (年)	7.3	8.8	0.5	2.3	
流動比率 (%)	344.9	428.1	540.3	692.1	
1床当り固定資産額 (千円)	27,955	22,146	20,414	19,565	p=0.005
償却金利前経常利益率(補正指標) (%)	7.5	3.4	6.2	6.6	p=0.005
<b>機能性</b>					
平均在院日数 (日)	18.09	50.03	20.99	46.34	p=0.000
外来/入院比 (倍)	1.75	2.30	2.64	2.71	p=0.001
1床当り1日平均入院患者数 (人)	0.70	0.62	0.63	0.67	p=0.012
1床当り1日平均外来患者数 (人)	1.20	1.31	1.75	1.23	
患者1人1日当り入院収益 (円)	54,071	37,160	22,814	23,145	p=0.000
患者1人1日当り入院収益(室料差額除) (円)	53,167	36,740	22,462	22,923	p=0.000
外来患者1人1日当り外来収益 (円)	13,908	10,786	7,428	7,624	p=0.000
医師1人当り入院患者数 (人)	3.72	5.53	5.96	7.00	p=0.000
医師1人当り外来患者数 (人)	6.28	11.33	14.42	11.92	p=0.000
看護師1人当り入院患者数 (人)	0.81	0.97	1.33	1.31	p=0.000
看護師1人当り外来患者数 (人)	1.40	2.04	3.60	2.54	p=0.000
職員1人当り入院患者数 (人)	0.45	0.50	0.53	0.56	p=0.000
職員1人当り外来患者数 (人)	0.77	1.04	1.37	1.05	p=0.000
ケアカンファレンス実施率 (%)	2.9	6.7	-	12.7	p=0.007
紹介率 (%)	55.8	31.4	17.4	18.7	p=0.000
逆紹介率 (%)	39.3	25.2	23.2	24.9	p=0.000
看護必要度の高い患者割合(一般病棟) (%)	19.6	20.8	-	1.4	p=0.004
看護必要度の高い患者割合(回復期リハ病棟) (%)	13.7	4.8	-	-	
二次医療圏内からの在院患者割合 (%)	82.9	91.3	100.0	83.6	p=0.000
二次医療圏外からの在院患者割合 (%)	17.1	8.7	0.0	16.4	p=0.000
二次医療圏外からの外来患者割合 (%)	17.5	8.7	0.1	10.0	p=0.000

### (5) 病床規模別比較

図表 15 は開設者別、病院種別の病床規模の分布である。図表 16 ではこの病床規模別の経常利益率を見ているが、医療法人の一般病院については病床規模の小さい方が、利益率が高いように見えるものの、統計的に有意な相関関係は見られなかった。

そこで、医療法人や自治体など開設主体の区別をなくし、全開設主体を対象に病床規模別に経常利益率を見たのが図表 17 である。これによると一般病院、療養型病院で病床規模が大きい病院は経常利益率が高いという傾向が弱いながらも見られた。特に、療養型病院は相関係数が 0.2 以上と、他よりも強い相関関係が見られた。

図表 15 病床規模別比較（施設数）

(単位:施設)

		一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
医療法人	20～49床	60	3	18	38
	50～99床	86	52	58	
	100～199床	71	131	56	
	200～299床	28	21	17	
	300～399床	20	8	6	
	400床～	10	12	5	
自治体	20～49床	23	4	2	13
	50～99床	41	27	6	
	100～199床	48	36	2	
	200～299床	45	8	0	
	300～399床	44	5	0	
	400床～	96	5	1	
社会保険関係団体	20～49床	0	0	0	0
	50～99床	0	2	0	0
	100～199床	8	0	0	0
	200～299床	8	0	0	0
	300～399床	4	0	0	0
	400床～	5	0	0	0
その他公的	20～49床	1	0	0	0
	50～99床	3	3	0	
	100～199床	11	4	3	
	200～299床	15	7	0	
	300～399床	25	3	1	
	400床～	42	0	0	

図表 16 開設者別病床規模別経常利益率

(単位: %)

		一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
医療法人	20～49床	4.8	-1.6	0.8	1.7
	50～99床	1.0	0.3	4.4	
	100～199床	3.1	1.5	6.6	
	200～299床	2.5	4.6	7.6	
	300～399床	0.1	2.8	12.5	
	400床～	1.5	4.0	9.7	
自治体	20～49床	-12.5	10.1	3.6	-1.0
	50～99床	-5.0	-2.4	-2.5	
	100～199床	-8.7	-6.6	0.0	
	200～299床	-4.0	-4.6	-	
	300～399床	0.0	-1.5	-	
	400床～	0.9	-11.6	-0.1	
社会保険関係団体	20～49床	-	-	-	-
	50～99床	-	-5.9	-	
	100～199床	-0.5	-	-	
	200～299床	3.0	-	-	
	300～399床	5.0	-	-	
	400床～	10.7	-	-	
その他公的	20～49床	3.9	-	-	-
	50～99床	1.3	0.4	-	
	100～199床	-4.4	0.9	6.0	
	200～299床	-2.6	-1.9	-	
	300～399床	-0.7	2.4	11.5	
	400床～	2.5	-	-	

図表 17 全開設者を対象とした病床規模別経常利益率

(単位: %)

	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
20～49床	-0.1	4.2	1.1	1.3
50～99床	-0.7	-0.8	3.6	
100～199床	-1.7	-0.2	6.3	
200～299床	-1.1	1.5	7.6	
300～399床	0.0	1.5	12.3	
400床～	1.7	-0.1	8.1	

$r=0.104$   $p=0.010$ 
 $r=0.244$   $p=0.002$



### 3. 平成17年度から平成25年度（8年間）の推移分析

本節では、平成17年から平成25年度まで（平成24年度は事業未実施のため除外）の8年間の各指標を開設主体別に折れ線グラフ化し、病院種別による比較及び経年の変化を分析する。

本節の分析については、下記の点に注意されたい。

- 各年度によって、調査票の回答病院数が異なる為、集計対象件数が相違すること
- 集計対象件数が少ない年度や指標は、各年度の結果が大きく変動すること

※本節の過去データは厚生労働省HP「病院経営管理指標」の各年度の調査結果から取得。

#### （1）黒字病院比率

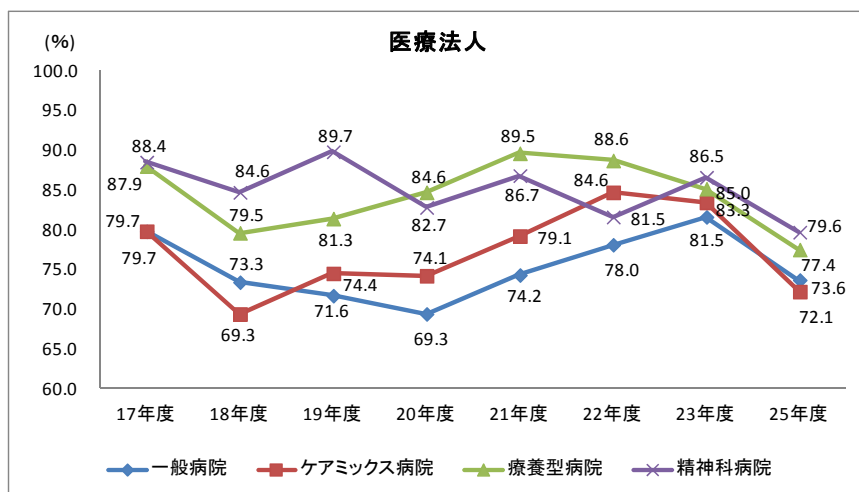
開設者ごとの病院種別で黒字病院比率の推移を見てみよう（図表18～21）。ここで黒字とは経常利益の黒字を指す。

医療法人について見ると、回答を寄せた病院のうち7割～8割程度は黒字であることがわかる。特に一般病院と比べ、療養型病院、精神科病院は黒字病院比率が70%台後半から80%台後半のやや高めの水準で推移している。

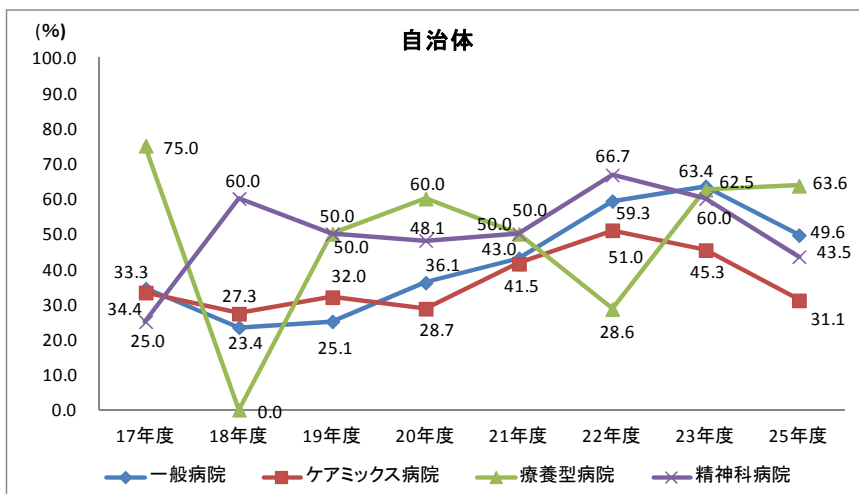
従来は、一般病院とケアミックス病院と比べ、療養型病院、精神科病院の黒字病院比率が高く、2層に分かれていたのが、近年、黒字病院比率は収斂しつつあると言える。

次に全開設者を対象に、前回調査である平成23年度と比べると、自治体の療養型を除く全開設主体別、全病院種別において、黒字病院比率が低下傾向にある。

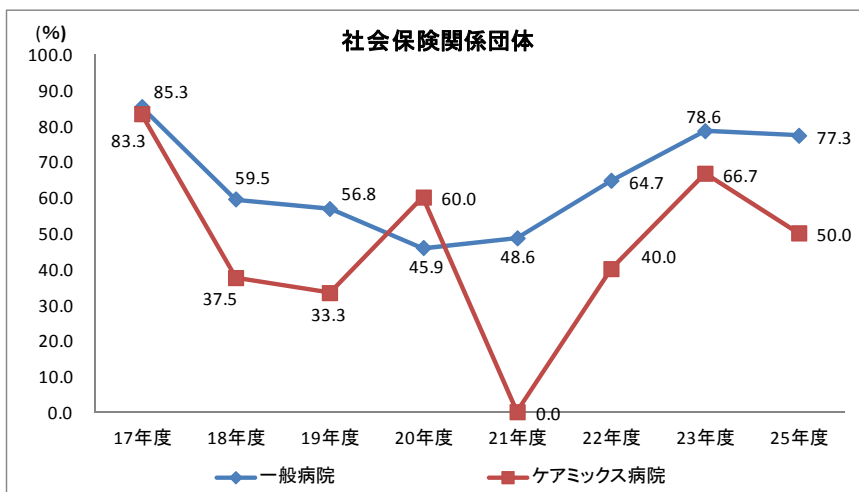
図表 18 黒字病院比率の推移



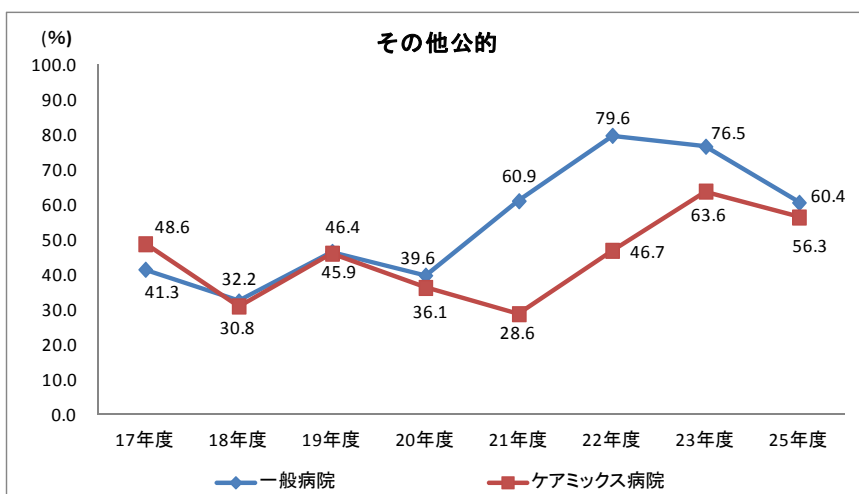
図表 19 黒字病院比率の推移



図表 20 黒字病院比率の推移



図表 21 黒字病院比率の推移



## (2) 経常利益率とその原因分析指標

次に経常利益率の推移を示したのが図表22～25である。

医療法人について見てみると（図表22）、8年間というある程度長い期間で見れば、一般病院は2～3%前後、ケアミックス病院で2～4%前後、療養型病院で6%前後、精神科病院で4～5%前後と、概ね一定レベルの範囲内で経常利益率が推移していると言える。政策的に、収益がある程度悪化すれば報酬を上げ、収益がある程度上向けば報酬を下げていることの反映と推測される。

一方、医療法人の平成23年度と平成25年度を比較すると、全病院種別において利益率が低下した（図表22）。他の公的病院を見ても、自治体の一般病院、社会保険関係団体のケアミックス病院、その他公的の一般病院及びケアミックス病院において、軒並み経常利益率が下がっている（図表23～25）。

平成24年度診療報酬改定はプラス改定であったにも拘わらず、なぜ経常利益率が低下するのかを検討するため、以下では病院の三大コストである人件費比率、資本費比率（減価償却費比率＋金利負担率）、材料費比率について検討する。以下、病院の多くを占める医療法人の一般病院に的を絞って話を進める。

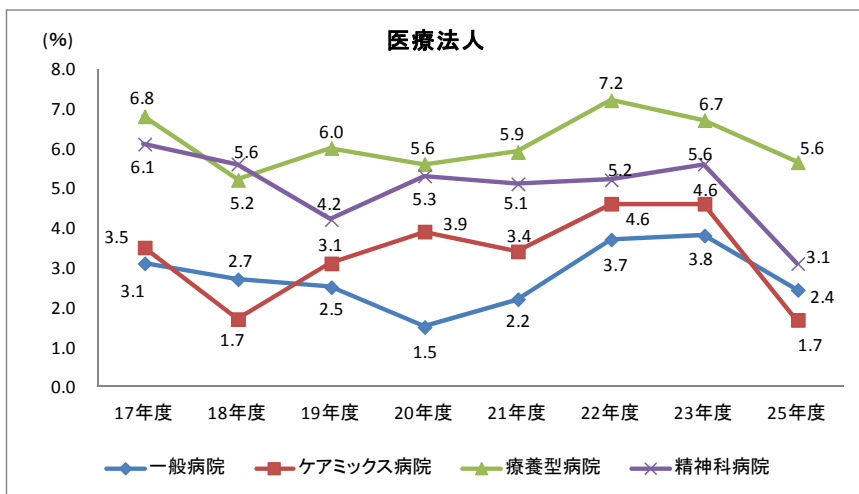
平成25年度の経常利益率は2.4%であり、前回調査の平成23年度の3.8%と比較し1.4ポイント低下し、比率にして40%程度減少している。

平成23年度と平成25年度を比べた三大コストの人件費比率、材料費比率、資本費比率の変化を見ると、人件費比率は53.7%から53.4%へ0.3ポイント低下（図表26）、材料費比率は19.3%から19.0%へ0.3ポイント低下（図表34）、資本費比率は5.2%から5.3%へ0.1ポイント増加（図表42）しており、対売上比でみた三大コストが差し引きマイナス0.5%と、むしろ減少している。指標には表れていないが、経費比率（平成23年度6.0%から平成25年度6.9%へ0.8ポイント増加）や控除対象外消費税等負担額（0.9%から1.1%へ0.2ポイント増加）、本部費配賦額（0.6%から0.9%へ0.3ポイント増加）等の割合が増加しており、これらによって経常利益率が低下した。なお、参考までに、この間の1床当り固定資産額の変化を見ると、13,298千円から13,271千円へ若干減少した（図表46）。

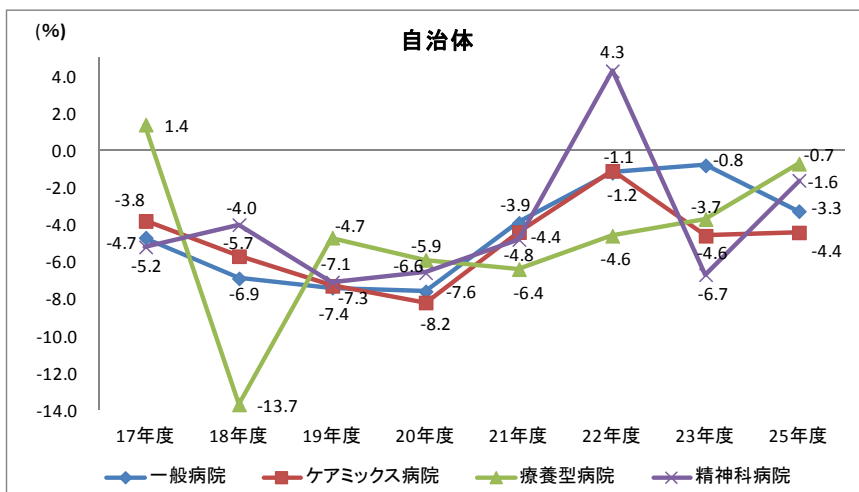
1床当り収益を見たのが図表50である。これを見ると、平成23年度22,067千円から平成25年度20,420千円へ額にして1,647千円、比率にして1割弱減少したのがわかる。例えば150床の病院であれば、病床利用率75%と仮定すると年間約185百万円の収益減となる（1,647千円×150床×75%）。

プラスの診療報酬改定でなぜ収益減なのか、病床利用率を見ると（図表54）、この間に80.2%から77.2%へ3ポイント低下していた。診療報酬がプラス改定であっても、病床利用率の低下により全体の収益の低下を招いたことが考えられる。この病床利用率低下が今回だけのことなのか、平均在院日数が短縮化する中、今後も続く傾向であるのか、注視が必要であろう。

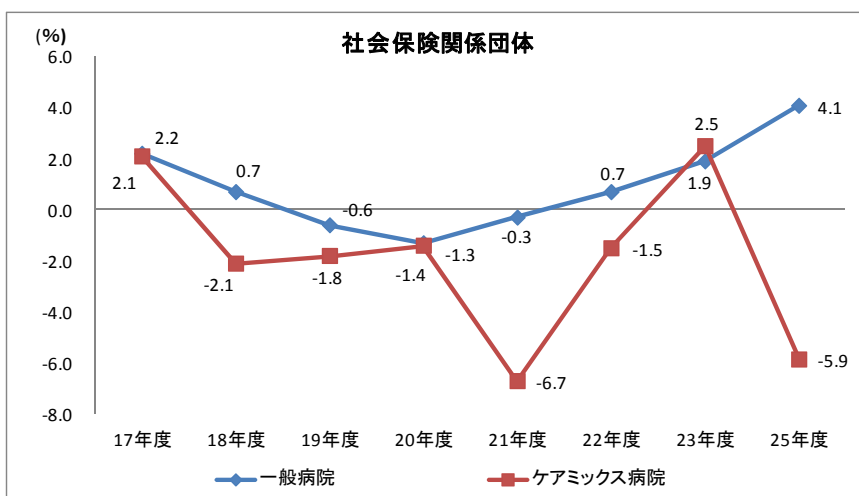
図表 22 経常利益率の推移



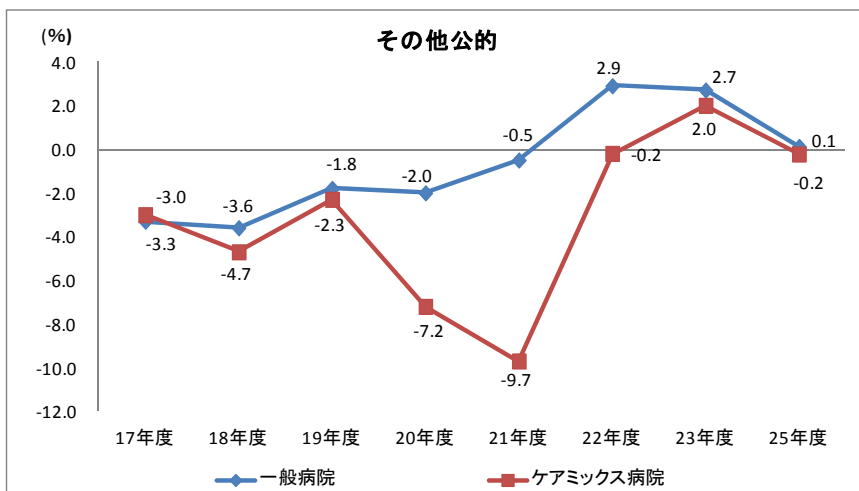
図表 23 経常利益率の推移



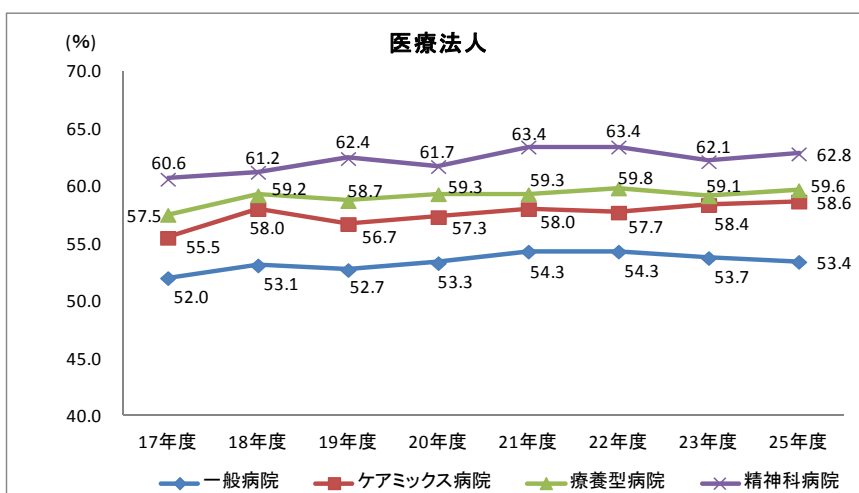
図表 24 経常利益率の推移



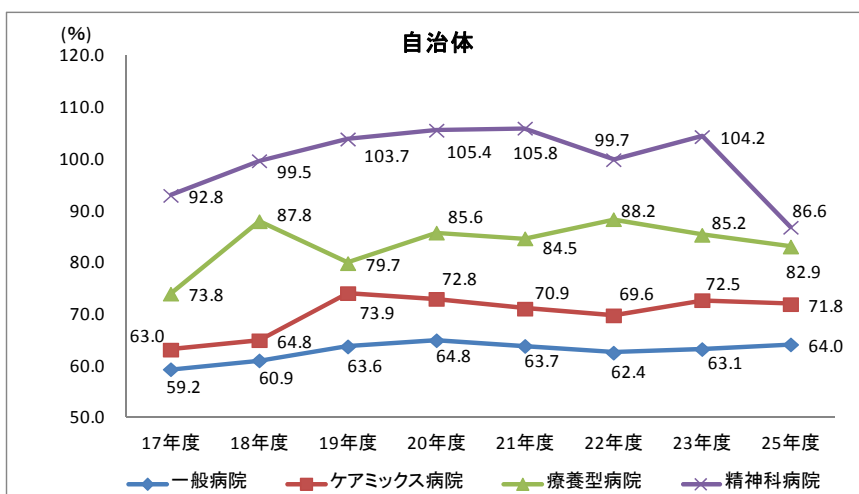
図表 25 経常利益率の推移



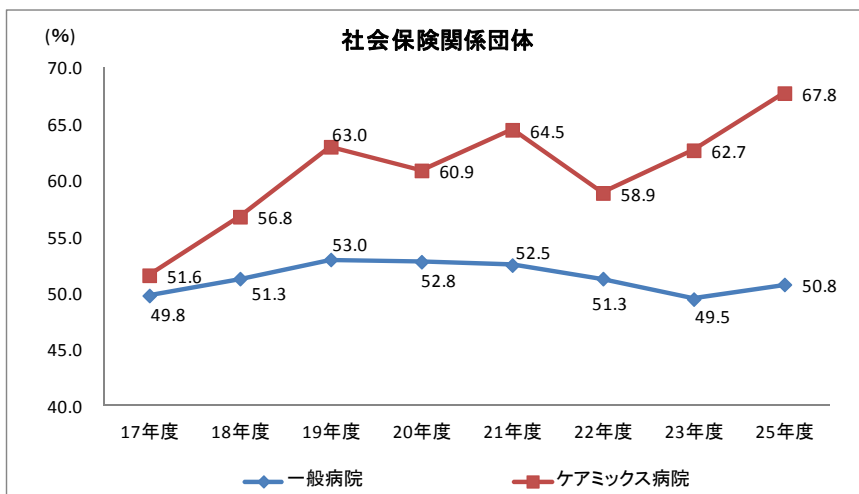
図表 26 人件費比率の推移



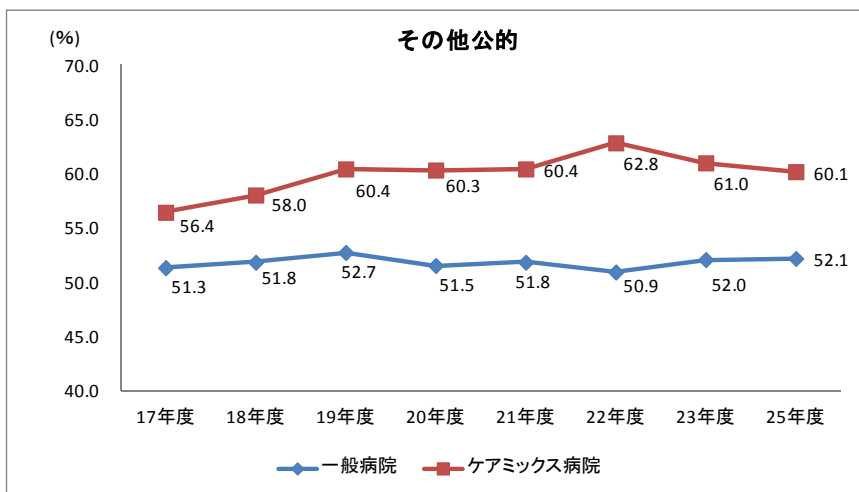
図表 27 人件費比率の推移



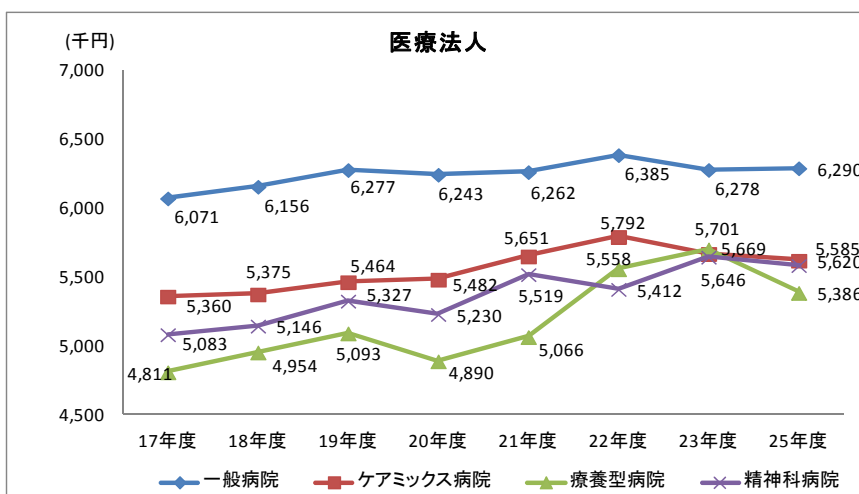
図表 28 人件費比率の推移



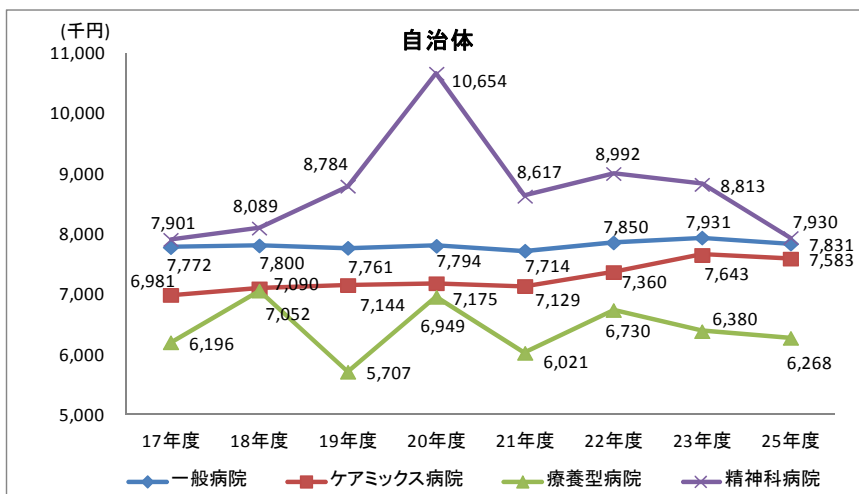
図表 29 人件費比率の推移



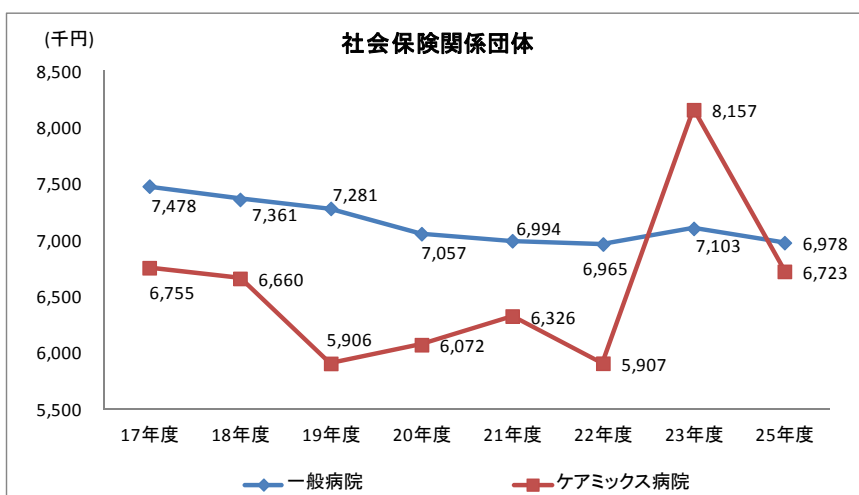
図表 30 職員 1 人当たり人件費



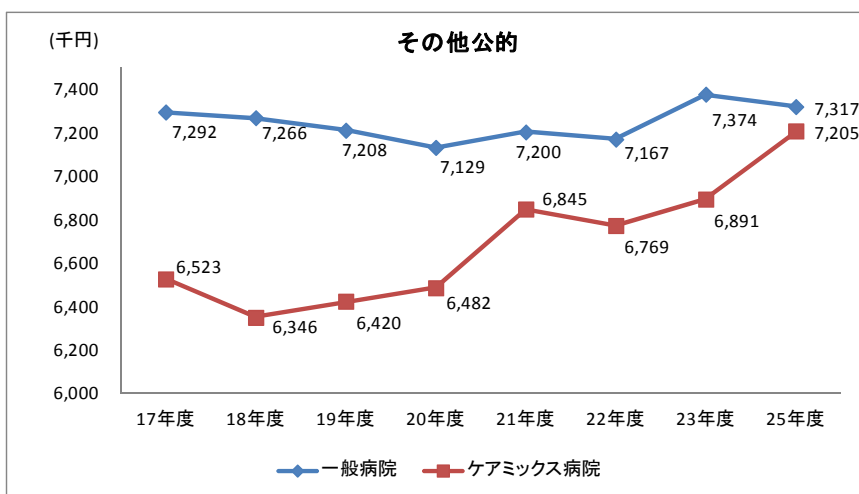
図表 31 職員 1 人当り人件費



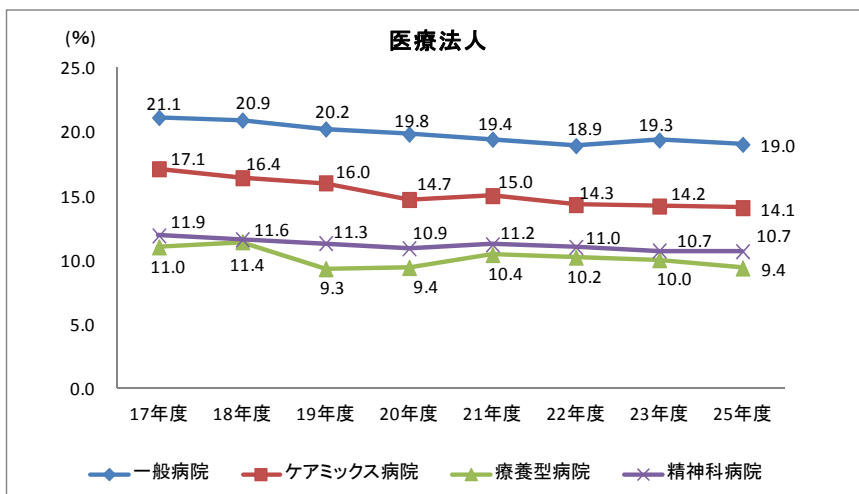
図表 32 職員 1 人当り人件費



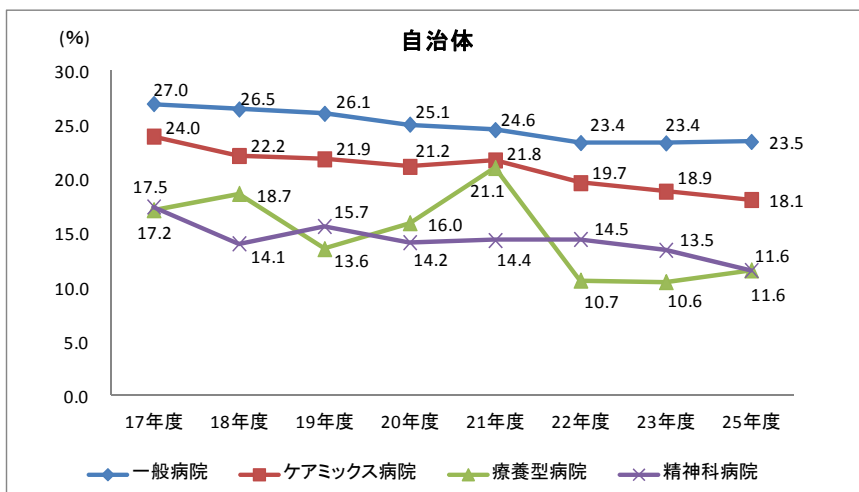
図表 33 職員 1 人当り人件費



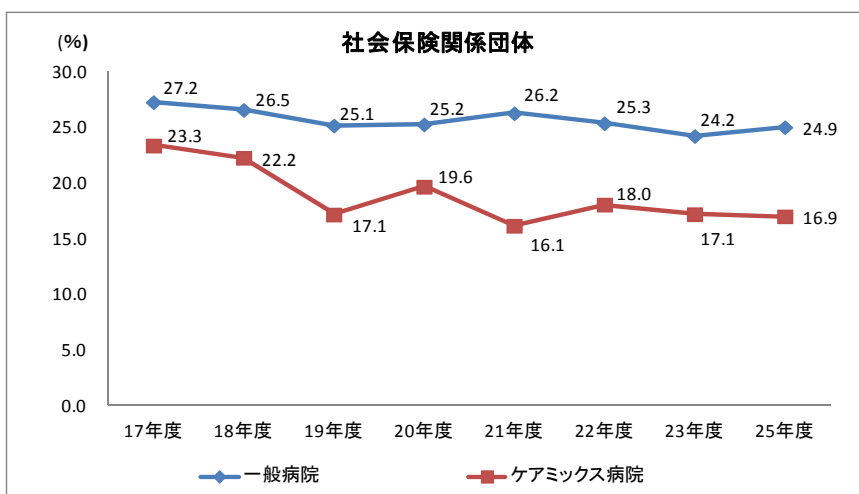
図表 34 材料費比率の推移



図表 35 材料費比率の推移

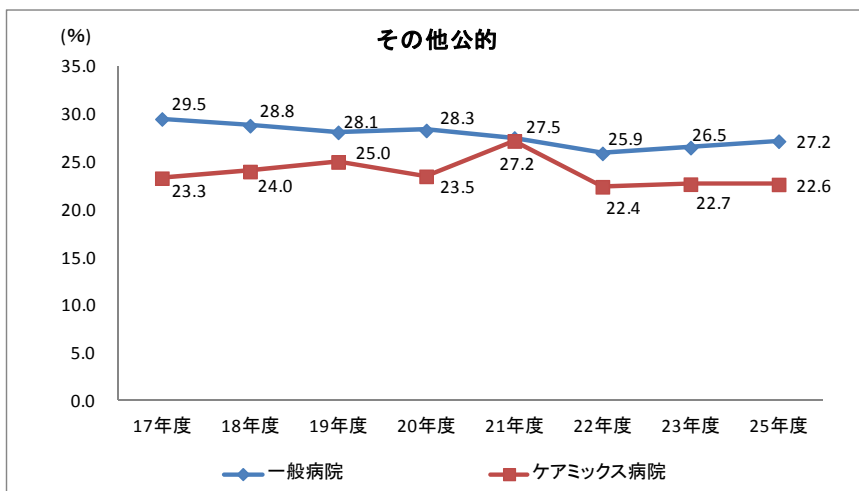


図表 36 材料費比率の推移

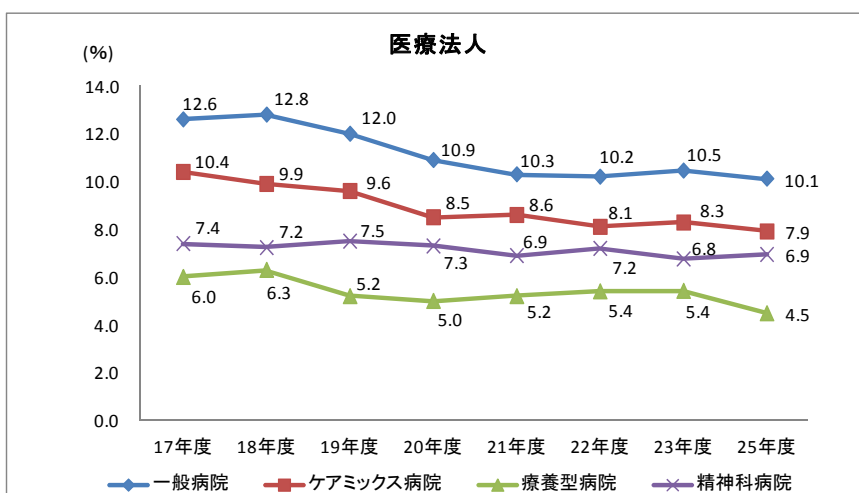




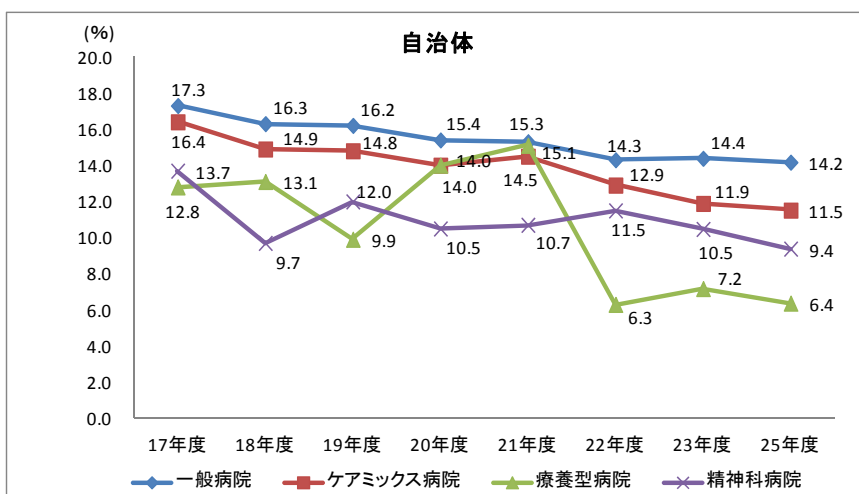
図表 37 材料費比率の推移



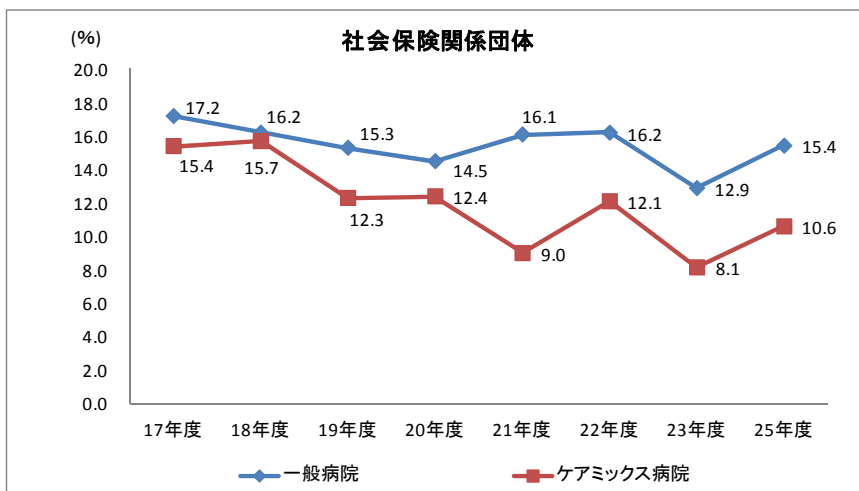
図表 38 医薬品費比率の推移



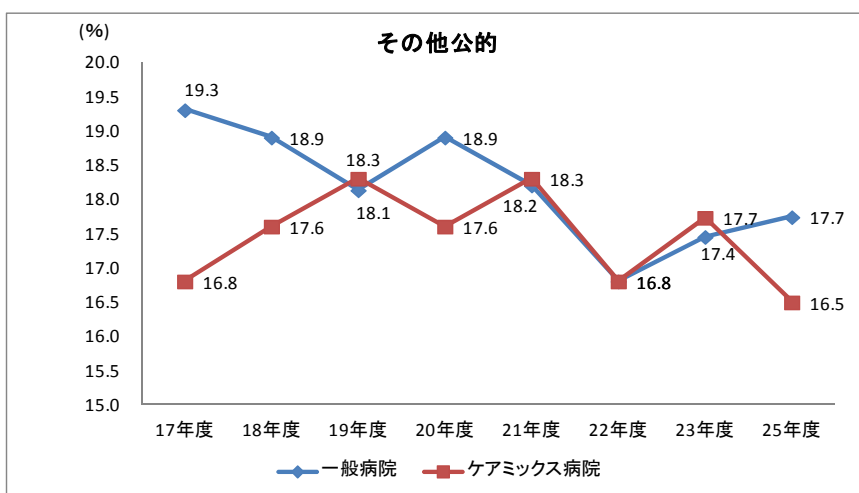
図表 39 医薬品費比率の推移



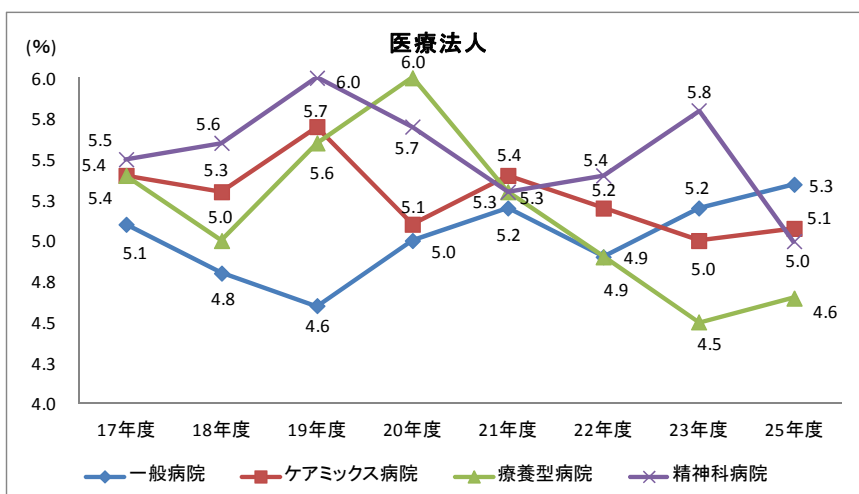
図表 40 医薬品費比率の推移



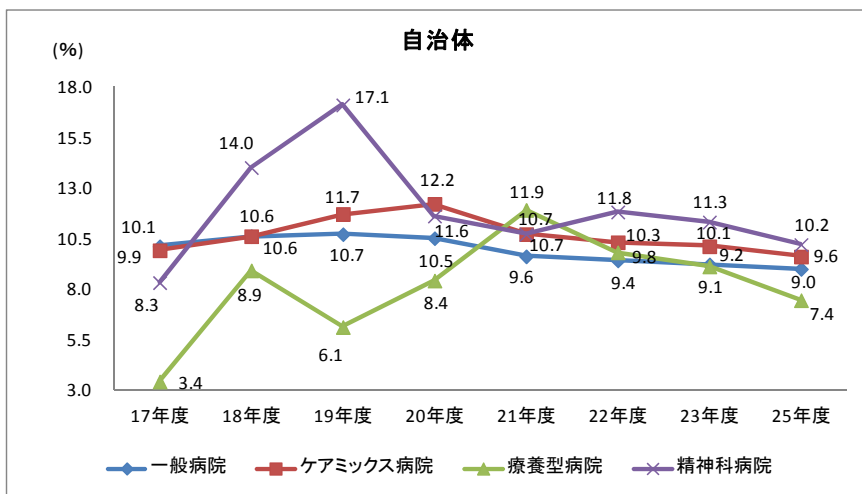
図表 41 医薬品費比率の推移



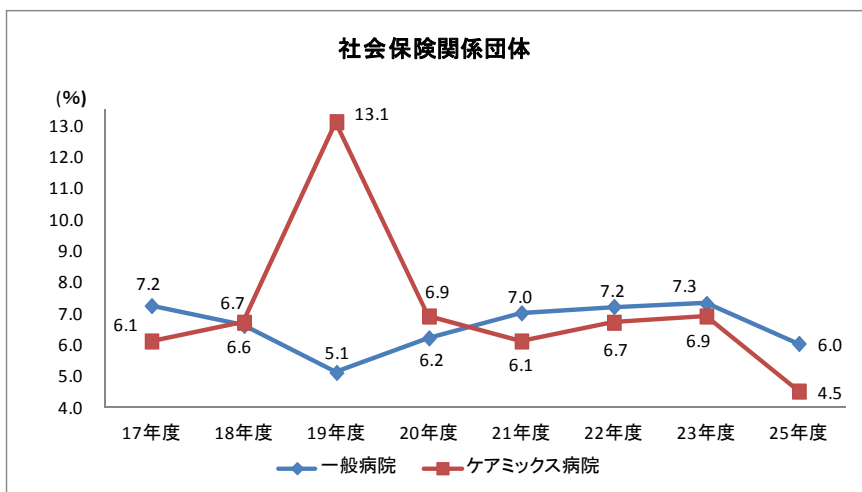
図表 42 資本費比率の推移



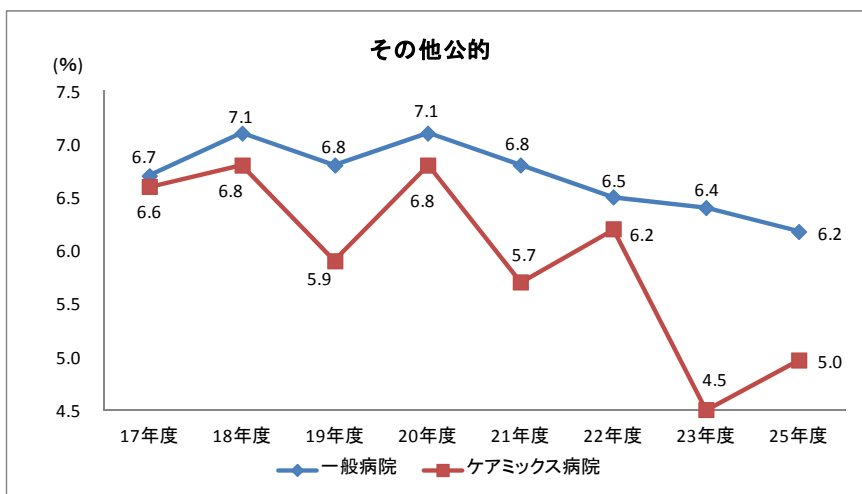
図表 43 資本費比率の推移



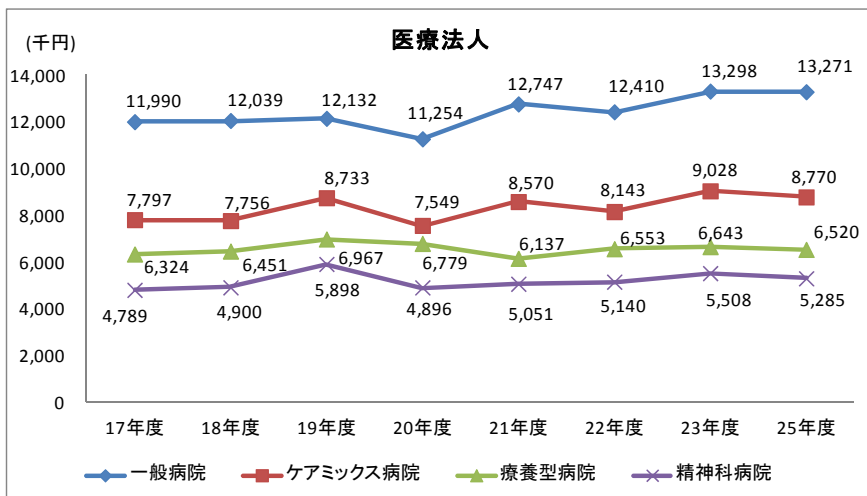
図表 44 資本費比率の推移



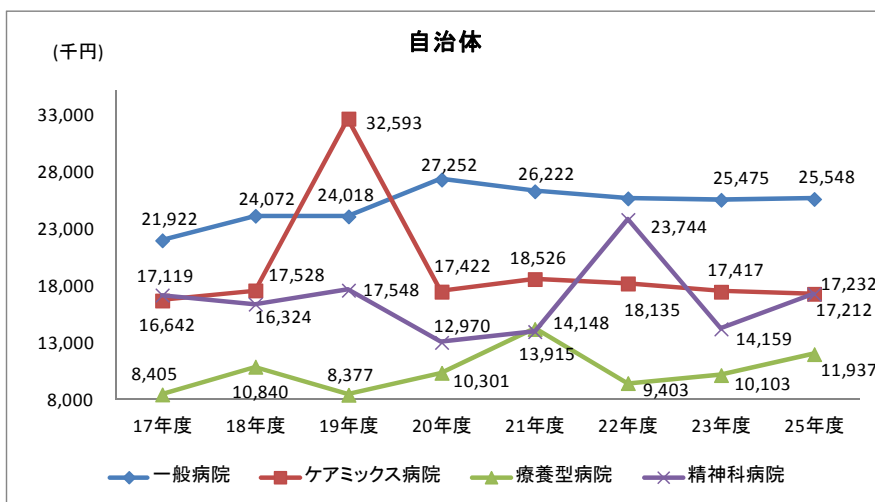
図表 45 資本費比率の推移



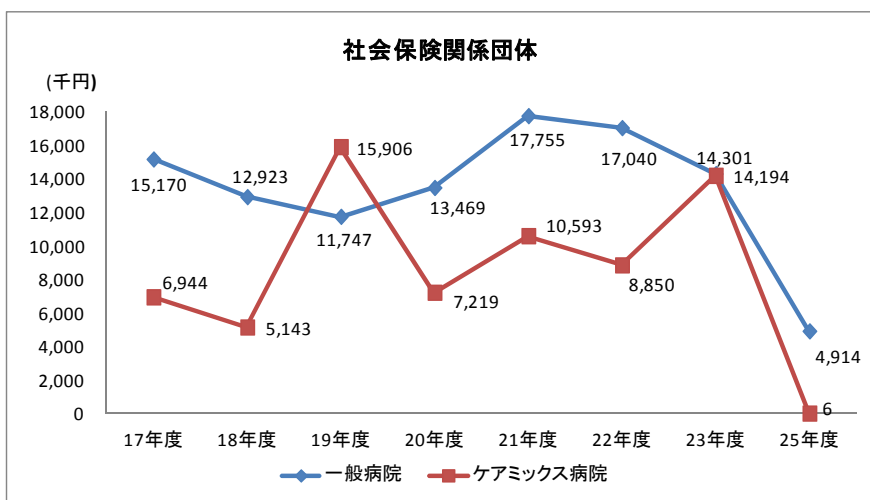
図表 46 1床当り固定資産額の推移



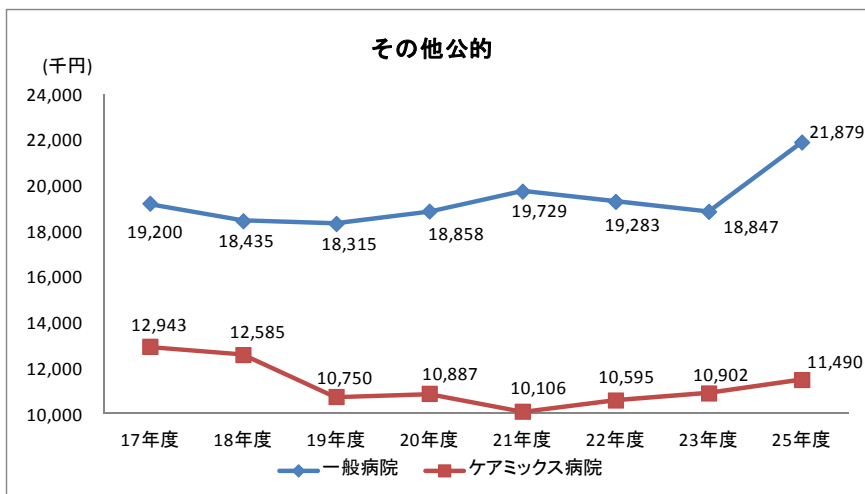
図表 47 1床当り固定資産額の推移



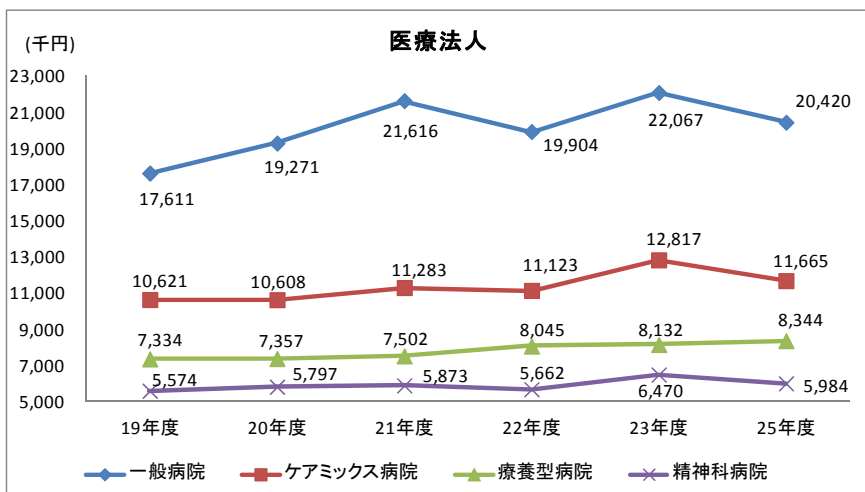
図表 48 1床当り固定資産額の推移



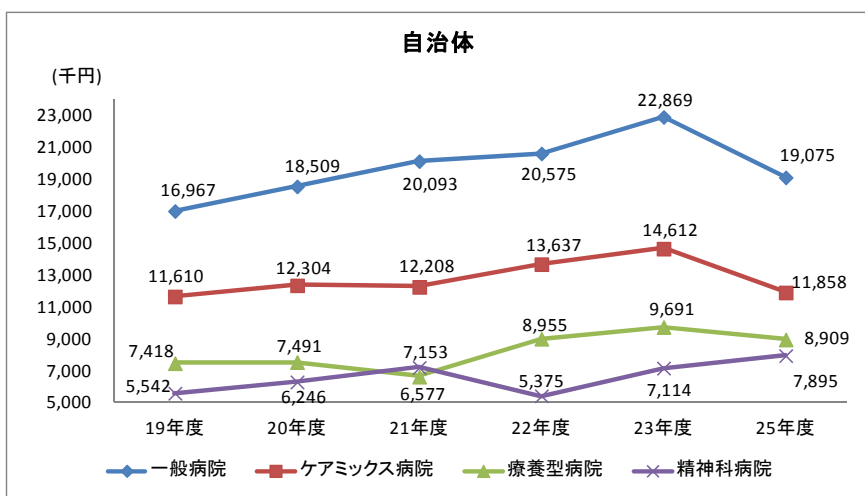
図表 49 1床当り固定資産額の推移



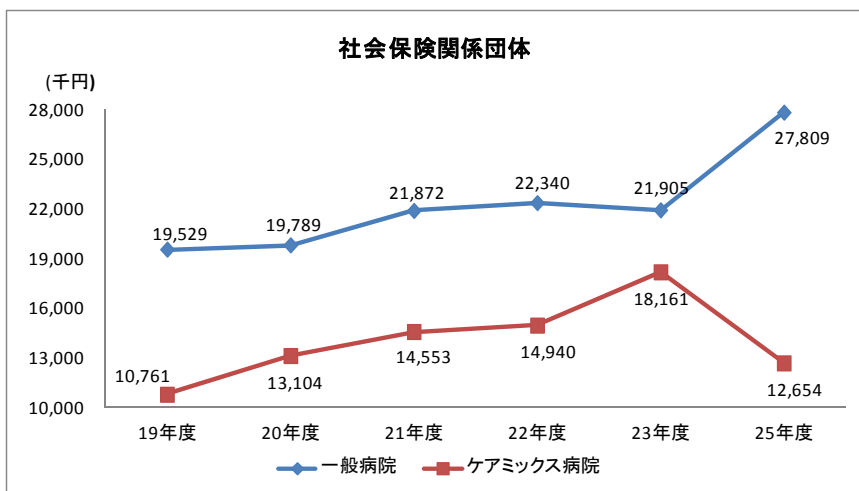
図表 50 1床当り収益の推移



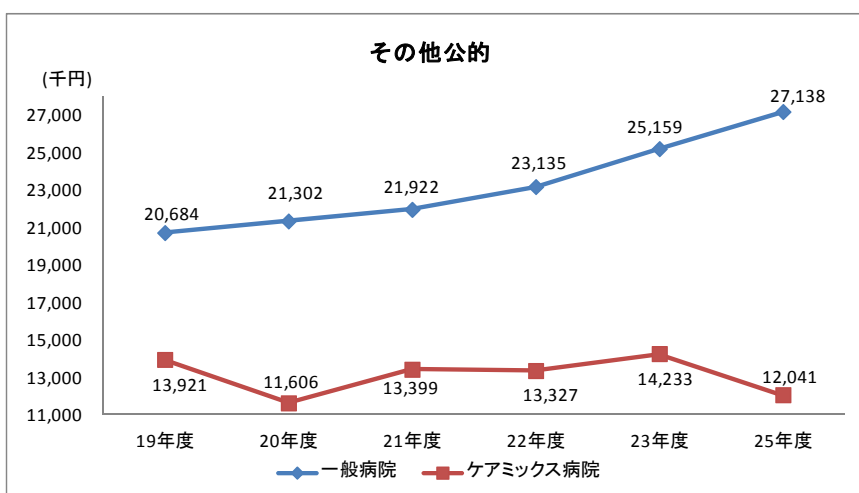
図表 51 1床当り収益の推移



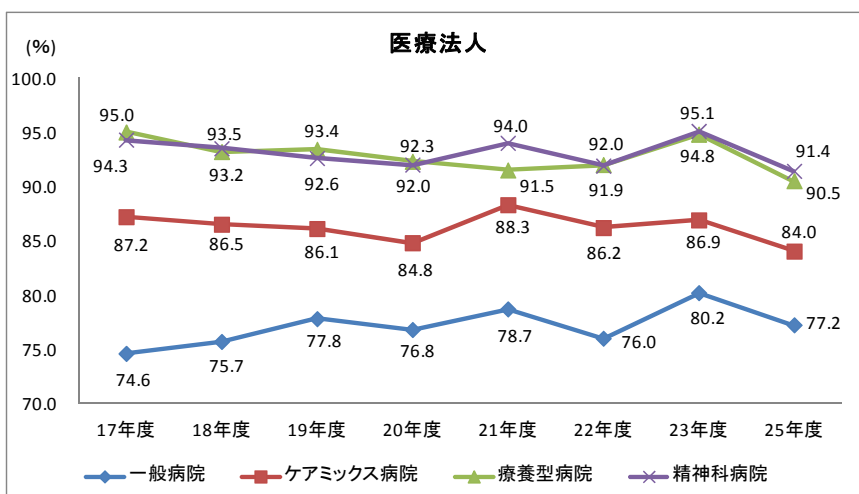
図表 52 1床当り収益の推移



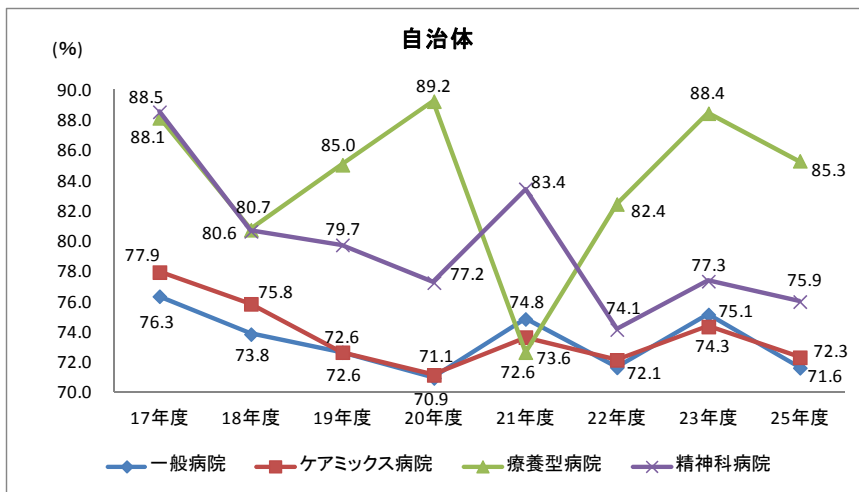
図表 53 1床当り収益の推移



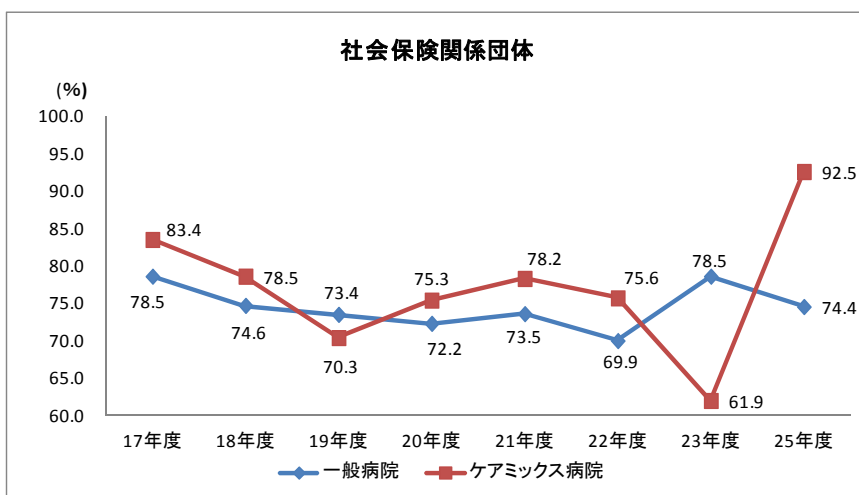
図表 54 病床利用率の推移



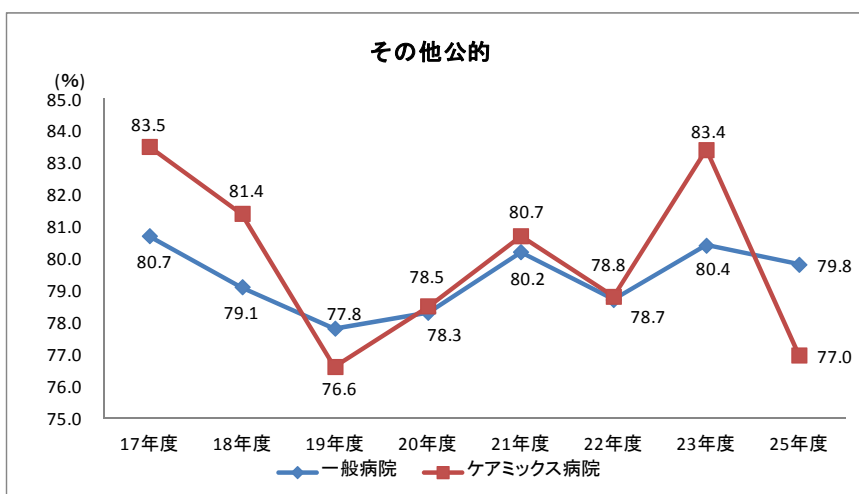
図表 55 病床利用率の推移



図表 56 病床利用率の推移



図表 57 病床利用率の推移



【参考1】指標一覧

【収益性】

指 標	算 式
医業利益率	$\frac{\text{医業利益}}{\text{医業収益}}$
総資本医業利益率	$\frac{\text{医業利益}}{\text{総資本}}$
経常利益率	$\frac{\text{経常利益}}{\text{医業収益}}$
償却前医業利益率	$\frac{\text{医業利益} + \text{減価償却費}}{\text{医業収益}}$
病床利用率	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{稼働病床数}}$
固定費比率	$\frac{\text{給与費} + \text{設備関係費} + \text{支払利息}}{\text{医業収益}}$
材料費比率	$\frac{\text{材料費}}{\text{医業収益}}$
医薬品費比率	$\frac{\text{医薬品費}}{\text{医業収益}}$
人件費比率	$\frac{\text{給与費}}{\text{医業収益}}$
委託費比率	$\frac{\text{委託費}}{\text{医業収益}}$
設備関係費比率	$\frac{\text{設備関係費}}{\text{医業収益}}$
減価償却費比率	$\frac{\text{減価償却費}}{\text{医業収益}}$
経費比率	$\frac{\text{経費}}{\text{医業収益}}$
金利負担率	$\frac{\text{支払利息}}{\text{医業収益}}$
総資本回転率	$\frac{\text{医業収益}}{\text{総資本}}$
固定資産回転率	$\frac{\text{医業収益}}{\text{固定資産}}$
常勤（非常勤）医師人件費比率	$\frac{\text{常勤（非常勤）医師給料・賞与}}{\text{医業収益}}$
常勤（非常勤）看護師人件費比率	$\frac{\text{常勤（非常勤）看護師給料・賞与}}{\text{医業収益}}$
常勤（非常勤）その他職員人件費比率	$\frac{\text{常勤（非常勤）その他職員給料・賞与}}{\text{医業収益}}$
常勤医師1人当り人件費	$\frac{\text{常勤医師給料・賞与}}{\text{常勤医師数}}$
常勤看護師1人当り人件費	$\frac{\text{看護師給料・賞与}}{\text{常勤看護師数} + \text{非常勤（常勤換算）看護師数}}$
職員1人当り人件費	$\frac{\text{給与費}}{\text{常勤職員数} + \text{非常勤（常勤換算）職員数}}$
職員1人当り医業収益	$\frac{\text{医業収益}}{\text{常勤職員数} + \text{非常勤（常勤換算）職員数}}$



【安全性】

指 標	算 式
自己資本比率	$\frac{\text{純資産}}{\text{総資本}}$
固定長期適合率	$\frac{\text{固定資産}}{\text{純資産} + \text{固定負債}}$
借入金比率	$\frac{\text{長期借入金}}{\text{医業収益}}$
償還期間	$\frac{\text{長期借入金}}{(\text{税引前当期純利益} \times 70\%) + \text{減価償却費}}$
流動比率	$\frac{\text{流動資産}}{\text{流動負債}}$
1床当り固定資産額	$\frac{\text{固定資産}}{\text{許可病床数}}$
償却金利前経常利益率	$\frac{\text{経常利益} + \text{減価償却費} + \text{支払利息}}{\text{医業収益}}$

【機能性】

指 標	算 式
平均在院日数	$\frac{\text{在院患者延数}}{(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数}) \times 1/2}$
外来/入院比	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{1日平均入院患者数}}$
1床当り1日平均入院患者数	$\frac{\text{在院患者延数}}{365日 \times \text{許可病床数}}$
1床当り1日平均外来患者数	$\frac{\text{外来患者延数}}{365日 \times \text{許可病床数}}$
患者1人1日当り入院収益	$\frac{\text{入院診療収益} + \text{室料差額等収益}}{\text{在院患者延数} + \text{退院患者数}}$
患者1人1日当り入院収益 (室料差額除く)	$\frac{\text{入院診療収益}}{\text{在院患者延数} + \text{退院患者数}}$
外来患者1人1日当り外来収益	$\frac{\text{外来診療収益}}{\text{外来患者延数}}$
医師1人当り入院患者数	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{常勤医師数} + \text{非常勤(常勤換算)医師数}}$
医師1人当り外来患者数	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{常勤医師数} + \text{非常勤(常勤換算)医師数}}$
看護師1人当り入院患者数	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{常勤看護師数} + \text{非常勤(常勤換算)看護師数}}$
看護師1人当り外来患者数	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{常勤看護師数} + \text{非常勤(常勤換算)看護師数}}$
職員1人当り入院患者数	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{常勤職員数} + \text{非常勤(常勤換算)職員数}}$
職員1人当り外来患者数	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{常勤職員数} + \text{非常勤(常勤換算)職員数}}$
ケアカンファレンス実施率	$\frac{\text{外部機関を交えたカンファレンス記録のある患者数}}{\text{退院患者数}}$
紹介率	$\frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診患者数}}$
逆紹介率	$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$
看護必要度の高い患者割合 (一般病棟用)	$\frac{\text{一般病棟用の重症度・看護必要度を満たす入院患者延数}}{\text{入院患者延数}}$
看護必要度の高い患者割合 (回復期リハビリテーション病棟用)	$\frac{\text{入院時日常生活機能指標が10点以上の入院患者延数}}{\text{入院患者延数}}$
二次医療圏内からの入院患者割合	$\frac{\text{二次医療圏内の入院患者延数}}{\text{入院患者延数}}$
二次医療圏外からの入院患者割合	$\frac{\text{二次医療圏外の入院患者延数}}{\text{入院患者延数}}$
二次医療圏外からの外来患者割合	$\frac{\text{二次医療圏外からの外来患者延数}}{\text{外来患者延数}}$

## 【参考2】グループリングとその定義

### 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（都道府県・市町村・地方独立行政法人）
- 社会保険関係団体
  - 全国社会保険協会連合会
  - 船員保険会
  - 国家公務員共済組合連合会
  - 公立学校共済組合
  - 上記「国家公務員共済組合連合会」「公立学校共済組合」を除く共済組合および連合会、健康保険組合およびその連合会、国民健康保険組合
- その他公的
  - 日本赤十字社
  - 社会福祉法人恩賜財団済生会
  - 社会福祉法人北海道社会事業協会
  - 厚生農業（医療）協同組合連合会

### 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

- ① 地域医療支援病院承認の有無別
  - 承認あり
  - 承認なし

② へき地医療拠点病院の指定有無別

- 指定あり
- 指定なし

③ 臨床研修指定区分別

- 指定あり（基幹型）
- 指定あり（協力型）
- 指定なし

④ 平均在院日数別

- 14日未満
- 14日以上～30日未満
- 30日以上～60日未満
- 60日以上～120日未満
- 120日以上～180日未満
- 180日以上～1年未満
- 1年超

⑤ DPC適用区分別

- D P C 対象病院
- D P C 準備病院
- D P C 適用なし

⑥ 一般病棟入院基本料別

- 7対1入院基本料
- 10対1入院基本料
- 13対1入院基本料
- 15対1入院基本料
- その他

⑦ 療養病棟入院基本料別

- 療養病棟入院基本料 1
- 療養病棟入院基本料 2
- その他

- ⑧ 精神病棟入院基本料別
- 10対1入院基本料
  - 13対1入院基本料
  - 15対1入院基本料
  - 18対1入院基本料
  - 20対1入院基本料
  - その他
- ⑨ 回復期リハビリテーション病棟入院料別
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1
  - 回復期リハビリテーション病棟入院料2
  - 回復期リハビリテーション病棟入院料3
  - その他
- ⑩ 救命救急センターの指定有無別
- 救命救急センターの指定あり
  - 救命救急センターの指定なし
- ⑪ がん診療連携拠点病院の指定有無別
- がん診療連携拠点病院の指定あり
  - がん診療連携拠点病院の指定なし
- ⑫ 周産期母子医療センターの指定有無別
- 周産期母子医療センターの指定あり
  - 周産期母子医療センターの指定なし
- ⑬ 災害拠点病院の指定有無別
- 災害拠点病院の指定あり
  - 災害拠点病院の指定なし
- ⑭ 外部評価<sup>3</sup>の有無別
- 外部評価の受審あり
  - 外部評価の受審なし

---

<sup>3</sup> 外部評価とは、日本医療機能評価機構の病院機能評価または ISO を指す。

⑮ 在宅療養支援病院の認定有無別

- 在宅療養支援病院の認定あり
- 在宅療養支援病院の認定なし

5) 医薬分業別比較

- 院外処方実施病院
- 院内処方実施病院
- 院外・院内処方実施病院

6) 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

7) 黒字・赤字別比較

① 黒字赤字

- 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

② 恒常的黒字赤字(経常利益)

- 恒常的黒字病院：過去3年間（平成23～25年度）経常利益が継続して黒字
- 恒常的赤字病院：過去3年間（平成23～25年度）経常利益が継続して赤字
- 中間病院：過去3年間（平成23～25年度）経常利益が黒字と赤字が交錯

③ 恒常的黒字赤字(医業利益)

- 恒常的黒字病院：過去3年間（平成23～25年度）医業利益が継続して黒字
- 恒常的赤字病院：過去3年間（平成23～25年度）医業利益が継続して赤字
- 中間病院：過去3年間（平成23～25年度）医業利益が黒字と赤字が交錯

8) 設備投資有無別比較

- 設備投資実施病院：平成25年度の固定資産が平成23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25年度の固定資産が平成23年度の固定資産より減少
- 設備投資中間病院：平成25年度の固定資産が平成23年度の固定資産と同額以上1.5倍未満

### Ⅲ. コンプライアンスの取組状況

既述のアンケート調査において、併せてコンプライアンス体制の確保に向けた取組状況についても調査を行った。

結果を俯瞰すると、医療事故対策については病床規模に関わらず、9割前後の病院が大半の項目を実施している様子が伺える（図表1）。緊急災害対策についても、緊急災害対策マニュアルの作成や災害時の連絡系統の確保と周知徹底は、大病院<sup>4</sup>の9割強、中小病院の8割強と大半の病院が実施していることがわかる（図表2）。

一方で、緊急災害対策について、地域内の資源（地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師会等）との事前連絡体制マニュアルの作成を行っている病院は、大病院において17.4%、中小病院において14.9%にとどまる。また、院内連絡系統を超えた、遠方の他地域の病院と緊急時に相互に助け合う取り決めを定めた契約等を行っている病院は、大病院24.7%、中小病院10.6%にとどまり、とりわけ中小病院の実施率が低いことが読み取れる（図表2）。

問題行動のある患者対策について見ると、患者対応マニュアルの作成は、大病院において74.5%の実施率に対し、中小病院では53.3%にとどまる。加えて、弁護士やコンサルタント等との相談体制の構築についても、大病院69.2%の実施率に対し、中小病院は42.6%と、特に中小病院が大病院と比較して実施している割合が低いことがわかる（図表3）。

病床規模別では、健康診断の確実な実施（図表8）を除くすべての項目で、中小病院の実施率が大病院と比較して低いことが読み取れる。

次に黒字・赤字別に見ると、特段目立った傾向は見られなかった（図表11～20）。開設者別に見ると、ほとんどの項目においてその他公的や自治体の実施率が他の開設者と比較して高い傾向が見られた（図表21～30）。その中でも特に、日本赤十字や済生会といったその他公的病院において実施率が高い傾向にあることがわかった。

---

<sup>4</sup> 病床規模 200 床以上の病院を指す。

(1) 病床規模別に見たコンプライアンスの取組状況

図表 1 医療事故対策

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
医療事故予防マニュアルの作成	1,247	93.6	96.0	92.1
対応手順の作成	1,198	89.9	95.4	86.4
院内のアクシデント・インシデントの収集・分析	1,301	97.7	99.0	96.8
院外の安全に関する情報の収集	1,129	84.8	91.8	80.2
ヒヤリ・ハット事例を職員研修で活用	1,176	88.3	90.2	87.0
院内掲示等を通じた医療事故対策の実施状況に関する患者への周知徹底	576	43.2	54.2	36.2
専任の医療安全管理担当者の配置	893	67.0	85.8	54.9
医療事故の原因分析及び再発防止に向けた組織的検討の実施	1,144	85.9	92.7	81.5
その他	39	2.9	3.4	2.6

図表 2 緊急災害対策

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
緊急災害対策マニュアルの作成	1,130	84.8	91.2	80.7
地域内の資源(地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師会等)との事前連絡体制マニュアルの作成	212	15.9	17.4	14.9
災害時の連絡システムの確保と周知徹底	1,180	88.6	90.0	87.7
医療物資や食料等の備蓄と定期的な点検	1,078	80.9	89.5	75.4
災害発生後の必要物資の調達方法に関し、関係業者と調達計画を策定	421	31.6	43.1	24.2
院内連絡システムを超えた、遠方他地域の病院と緊急時に相互に助け合う取り決めを定めた契約等の実施	215	16.1	24.7	10.6
災害時に提供できる自院の機能の明確化と確実に実施できる体制の構築	442	33.2	46.7	24.4
その他	25	1.9	2.5	1.5

図表 3 問題行動のある患者対策

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
患者対応マニュアルの作成	821	61.6	74.5	53.3
職員研修等を活用した患者対応ロープレの実施	349	26.2	33.5	21.5
患者対応ロープレ以外の研修の充実	430	32.3	41.2	26.5
弁護士やコンサルタント等との相談体制の構築	706	53.0	69.2	42.6
問題患者対策の専門部署を設置	281	21.1	35.8	11.6
その他	51	3.8	4.6	3.3



図表 4 患者保護対策

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
患者保護マニュアルの作成	506	38.0	41.6	35.7
患者・家族からの相談窓口の設置	1,174	88.1	93.3	84.8
患者情報の管理・活用方法の提示	675	50.7	60.7	44.2
データの真正性、見読性、保存性の確保に向けた取り組み	452	33.9	47.7	25.1
その他	17	1.3	1.1	1.4

図表 5 医療訴訟対策

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
医療訴訟対策マニュアルの作成	354	26.6	37.4	19.6
患者・家族からの意見・苦情の収集	1,184	88.9	93.5	85.9
上記で収集した意見等の対応策の検討と患者・家族に対するフィードバック	865	64.9	79.1	55.8
クレーム対応窓口の一本化又は責任者の選定	937	70.3	79.7	64.3
その他	30	2.3	2.7	2.0

図表 6 コンプライアンス専門組織／人員の配置

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
コンプライアンス推進室等、コンプライアンス確保に向けた専門部署の設置	133	10.0	13.4	7.8
内部通告者の匿名性を担保した対応窓口の設置	324	24.3	34.3	17.9
コンプライアンス推進担当者の配置	273	20.5	27.2	16.2
コンプライアンスの遵守状況に関する定期的な確認、検査の実施	250	18.8	26.2	14.0
その他	25	1.9	2.7	1.4

図表 7 医療事務の適切性の確保

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
医療事務マニュアルの作成	804	60.4	70.3	54.0
レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応	1,228	92.2	94.1	91.0
施設基準を遵守するための体制作り	963	72.3	75.3	70.4
未収金への組織的対応	1,026	77.0	87.0	70.6
職員による情報や金銭等の流用、犯罪等に対する監視体制の整備	618	46.4	56.9	39.6
その他	13	1.0	1.3	0.7

図表 8 職員に対する安全衛生管理等

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
職員の安全衛生管理マニュアルの作成	766	57.5	57.9	57.3
健康診断の確実な実施	1,285	96.5	95.2	97.3
各部門における職業感染対策の整備及び徹底	1,087	81.6	87.2	78.0
セクハラ・パワハラに関する相談窓口の設置	883	66.3	79.5	57.8
弁護士・社労士等の外部専門家によるサポート体制の構築	628	47.1	53.6	43.0
職員による暴力・暴言に関する報告制度の整備	563	42.3	55.6	33.7
院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制(委員会等)の整備	618	46.4	64.6	34.7
その他	13	1.0	1.1	0.9

図表 9 危機管理体制の整備

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
現場からの一報を経営層が迅速かつ正確にキャッチすることが可能な情報伝達ルールの確立	747	56.1	65.5	50.0
危機管理チームの設置	261	19.6	28.4	14.0
その他	6	0.5	0.8	0.2

図表 10 コンプライアンス体制の確保に向けた職員教育の充実

(単位:%)

	N	割合	病床規模別	
			大病院	中小病院
コンプライアンスマニュアルの作成	278	20.9	29.3	15.4
全職員を対象とした計画的な教育・研修の実施	620	46.5	54.0	41.7
院外の教育・研修機会の積極的な活用	629	47.2	51.3	44.6
インシデント例の共有など他の医療機関等を交えた勉強会の実施(又は出席)	462	34.7	42.5	29.6
その他	17	1.3	1.5	1.1

(2) 黒字・赤字別に見たコンプライアンスの取組状況

図表 11 医療事故対策

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
医療事故予防マニュアルの作成	1,124	93.9	94.7	92.4
対応手順の作成	1,078	90.1	90.9	88.6
院内のアクシデント・インシデントの収集・分析	1,174	98.1	98.2	97.9
院外の安全に関する情報の収集	1,016	84.9	85.8	83.1
ヒヤリ・ハット事例を職員研修で活用	1,061	88.6	89.2	87.6
院内掲示等を通じた医療事故対策の実施状況に関する患者への周知徹底	530	44.3	45.8	41.4
専任の医療安全管理担当者の配置	817	68.3	70.4	64.3
医療事故の原因分析及び再発防止に向けた組織的検討の実施	1,040	86.9	86.9	86.9
その他	35	2.9	3.6	1.7

図表 12 緊急災害対策

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
緊急災害対策マニュアルの作成	1,018	85.0	86.5	82.4
地域内の資源(地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師会等)との事前連絡体制マニュアルの作成	187	15.6	16.9	13.3
災害時の連絡システムの確保と周知徹底	1,063	88.8	89.3	87.9
医療物資や食料等の備蓄と定期的な点検	967	80.8	81.5	79.5
災害発生後の必要物資の調達方法に関し、関係業者と調達計画を策定	379	31.7	32.9	29.3
院内連絡システムを超えた、遠方の他地域の病院と緊急時に相互に助け合う取り決めを定めた契約等の実施	190	15.9	15.7	16.2
災害時に提供できる自院の機能の明確化と確実に実施できる体制の構築	407	34.0	35.0	32.1
その他	22	1.8	1.7	2.1

図表 13 問題行動のある患者対策

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
患者対応マニュアルの作成	740	61.8	62.2	61.2
職員研修等を活用した患者対応ロープレの実施	325	27.2	28.2	25.2
患者対応ロープレ以外の研修の充実	388	32.4	33.3	30.7
弁護士やコンサルタント等との相談体制の構築	647	54.1	55.9	50.7
問題患者対策の専門部署を設置	259	21.6	22.1	20.7
その他	48	4.0	4.2	3.6

図表 14 患者保護対策

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
患者保護マニュアルの作成	471	39.3	40.3	37.6
患者・家族からの相談窓口の設置	1,065	89.0	89.8	87.4
患者情報の管理・活用方法の提示	617	51.5	52.9	49.0
データの真正性、見読性、保存性の確保に向けた取り組み	407	34.0	35.0	32.1
その他	14	1.2	1.4	0.7

図表 15 医療訴訟対策

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
医療訴訟対策マニュアルの作成	326	27.2	27.9	26.0
患者・家族からの意見・苦情の収集	1,067	89.1	89.6	88.3
上記で収集した意見等の対応策の検討と患者・家族に対するフィードバック	785	65.6	66.2	64.5
クレーム対応窓口の一本化又は責任者の選定	847	70.8	72.3	67.9
その他	29	2.4	2.3	2.6

図表 16 コンプライアンス専門組織／人員の配置

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
コンプライアンス推進室等、コンプライアンス確保に向けた専門部署の設置	122	10.2	11.1	8.6
内部通告者の匿名性を担保した対応窓口の設置	283	23.6	24.1	22.9
コンプライアンス推進担当者の配置	241	20.1	20.3	19.8
コンプライアンスの遵守状況に関する定期的な確認、検査の実施	228	19.0	20.6	16.2
その他	22	1.8	1.9	1.7

図表 17 医療事務の適切性の確保

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
医療事務マニュアルの作成	726	60.7	61.8	58.6
レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応	1,114	93.1	92.9	93.3
施設基準を遵守するための体制作り	870	72.7	73.2	71.7
未収金への組織的対応	923	77.1	77.3	76.7
職員による情報や金銭等の流用、犯罪等に対する監視体制の整備	553	46.2	46.1	46.4
その他	10	0.8	0.8	1.0

図表 18 職員に対する安全衛生管理等

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
職員の安全衛生管理マニュアルの作成	684	57.1	58.4	54.8
健康診断の確実な実施	1,154	96.4	96.9	95.5
各部門における職業感染対策の整備及び徹底	985	82.3	82.2	82.4
セクハラ・パワハラに関する相談窓口の設置	799	66.8	68.3	63.8
弁護士・社労士等の外部専門家によるサポート体制の構築	567	47.4	49.7	43.1
職員による暴力・暴言に関する報告制度の整備	509	42.5	43.9	40.0
院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制(委員会等)の整備	554	46.3	47.7	43.6
その他	11	0.9	0.8	1.2

図表 19 危機管理体制の整備

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
現場からの一報を経営層が迅速かつ正確にキャッチすることが可能な情報伝達ルールの確立	675	56.4	57.7	54.0
危機管理チームの設置	240	20.1	20.7	18.8
その他	6	0.5	0.5	0.5

図表 20 コンプライアンス体制の確保に向けた職員教育の充実

(単位:%)

	N	割合	黒字・赤字別	
			黒字病院	赤字病院
コンプライアンスマニュアルの作成	244	20.4	21.8	17.9
全職員を対象とした計画的な教育・研修の実施	561	46.9	48.3	44.3
院外の教育・研修機会の積極的な活用	565	47.2	47.4	46.9
インシデント例の共有など他の医療機関等を交えた勉強会の実施(又は出席)	412	34.4	34.1	35.0
その他	15	1.3	1.2	1.4

### (3) 開設者別に見たコンプライアンスの取組状況

図表 21 医療事故対策

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
医療事故予防マニュアルの作成	1,250	93.6	92.8	94.8	88.9	95.8
対応手順の作成	1,201	90.0	88.5	91.5	88.9	94.1
院内のアクシデント・インシデントの収集・分析	1,304	97.7	97.1	98.6	92.6	99.2
院外の安全に関する情報の収集	1,131	84.7	81.8	87.3	85.2	94.1
ヒヤリ・ハット事例を職員研修で活用	1,178	88.2	88.8	85.4	92.6	94.1
院内掲示等を通じた医療事故対策の実施状況に関する患者への周知徹底	577	43.2	38.8	46.0	51.9	59.7
専任の医療安全管理担当者の配置	893	66.9	59.6	73.1	77.8	89.1
医療事故の原因分析及び再発防止に向けた組織的検討の実施	1,145	85.8	82.5	88.9	85.2	95.8
その他	39	2.9	2.7	3.3	0.0	3.4

図表 22 緊急災害対策

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
緊急災害対策マニュアルの作成	1,133	84.9	84.3	84.2	77.8	92.4
地域内の資源(地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師会等)との事前連絡体制マニュアルの作成	212	15.9	16.7	14.4	11.1	16.8
災害時の連絡システムの確保と周知徹底	1,183	88.6	87.3	90.8	74.1	92.4
医療物資や食料等の備蓄と定期的な点検	1,080	80.9	77.6	84.0	81.5	90.8
災害発生後の必要物資の調達方法に関し、関係業者と調達計画を策定	423	31.7	29.9	28.1	29.6	56.3
院内連絡システムを超えた、遠方他地域の病院と緊急時に相互に助け合う取り決めを定めた契約等の実施	216	16.2	11.1	19.1	14.8	38.7
災害時に提供できる自院の機能の明確化と確実に実施できる体制の構築	443	33.2	26.8	35.8	37.0	63.9
その他	25	1.9	2.0	1.9	3.7	0.8

図表 23 問題行動のある患者対策

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
患者対応マニュアルの作成	821	61.5	57.4	63.4	63.0	80.7
職員研修等を活用した患者対応ロープレの実施	349	26.1	23.4	26.9	25.9	41.2
患者対応ロープレ以外の研修の充実	430	32.2	29.5	34.7	18.5	43.7
弁護士やコンサルタント等との相談体制の構築	706	52.9	50.2	49.8	59.3	79.8
問題患者対策の専門部署を設置	281	21.0	16.5	21.5	22.2	48.7
その他	51	3.8	3.5	3.8	14.8	3.4

図表 24 患者保護対策

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
患者保護マニュアルの作成	506	37.9	39.6	33.7	25.9	44.5
患者・家族からの相談窓口の設置	1,175	88.0	88.2	84.9	88.9	97.5
患者情報の管理・活用方法の提示	675	50.6	46.7	53.3	51.9	65.5
データの真正性、見読性、保存性の確保に向けた取り組み	453	33.9	29.0	37.0	55.6	49.6
その他	17	1.3	1.4	0.9	0.0	1.7

図表 25 医療訴訟対策

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
医療訴訟対策マニュアルの作成	354	26.5	23.5	23.6	44.4	52.1
患者・家族からの意見・苦情の収集	1,186	88.8	88.6	87.0	92.6	95.8
上記で収集した意見等の対応策の検討と患者・家族に対するフィードバック	865	64.8	59.2	67.9	74.1	87.4
クレーム対応窓口の一本化又は責任者の選定	939	70.3	70.1	65.8	74.1	87.4
その他	30	2.2	2.1	2.4	3.7	2.5

図表 26 コンプライアンス専門組織／人員の配置

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
コンプライアンス推進室等、コンプライアンス確保に向けた専門部署の設置	133	10.0	9.0	7.5	29.6	20.2
内部通告者の匿名性を担保した対応窓口の設置	324	24.3	18.8	23.3	55.6	55.5
コンプライアンス推進担当者の配置	273	20.4	17.3	14.9	48.1	54.6
コンプライアンスの遵守状況に関する定期的な確認、検査の実施	250	18.7	16.2	14.6	18.5	49.6
その他	25	1.9	1.3	2.6	0.0	3.4

図表 27 医療事務の適切性の確保

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
医療事務マニュアルの作成	805	60.3	58.3	60.4	66.7	71.4
レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応	1,230	92.1	91.5	92.5	88.9	95.8
施設基準を遵守するための体制作り	964	72.2	72.3	69.3	77.8	80.7
未収金への組織的対応	1,027	76.9	71.5	83.3	81.5	88.2
職員による情報や金銭等の流用、犯罪等に対する監視体制の整備	619	46.4	40.3	51.2	48.1	68.1
その他	13	1.0	1.0	1.2	0.0	0.0

図表 28 職員に対する安全衛生管理等

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
職員の安全衛生管理マニュアルの作成	768	57.5	58.0	51.2	55.6	77.3
健康診断の確実な実施	1,288	96.5	97.0	95.5	88.9	98.3
各部門における職業感染対策の整備及び徹底	1,090	81.6	79.0	82.8	81.5	95.0
セクハラ・パワハラに関する相談窓口の設置	885	66.3	62.9	64.9	74.1	91.6
弁護士・社労士等の外部専門家によるサポート体制の構築	629	47.1	52.0	33.7	51.9	62.2
職員による暴力・暴言に関する報告制度の整備	563	42.2	37.4	40.6	66.7	73.1
院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制(委員会等)の整備	618	46.3	39.6	50.0	59.3	73.1
その他	13	1.0	0.9	1.2	0.0	0.8

図表 29 危機管理体制の整備

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
現場からの一報を経営層が迅速かつ正確にキャッチすることが可能な情報伝達ルールの確立	748	56.0	54.1	55.2	51.9	72.3
危機管理チームの設置	262	19.6	17.8	21.5	14.8	26.1
その他	6	0.4	0.4	0.2	0.0	1.7

図表 30 コンプライアンス体制の確保に向けた職員教育の充実

(単位:%)

	N	割合	開設者別			
			医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他 公的
コンプライアンスマニュアルの作成	278	20.8	15.0	17.9	44.4	63.0
全職員を対象とした計画的な教育・研修の実施	621	46.5	44.8	41.3	37.0	78.2
院外の教育・研修機会の積極的な活用	630	47.2	48.6	42.0	22.2	62.2
インシデント例の共有など他の医療機関等を交えた勉強会の実施(又は出席)	463	34.7	32.0	36.8	25.9	46.2
その他	17	1.3	1.2	1.4	0.0	1.7

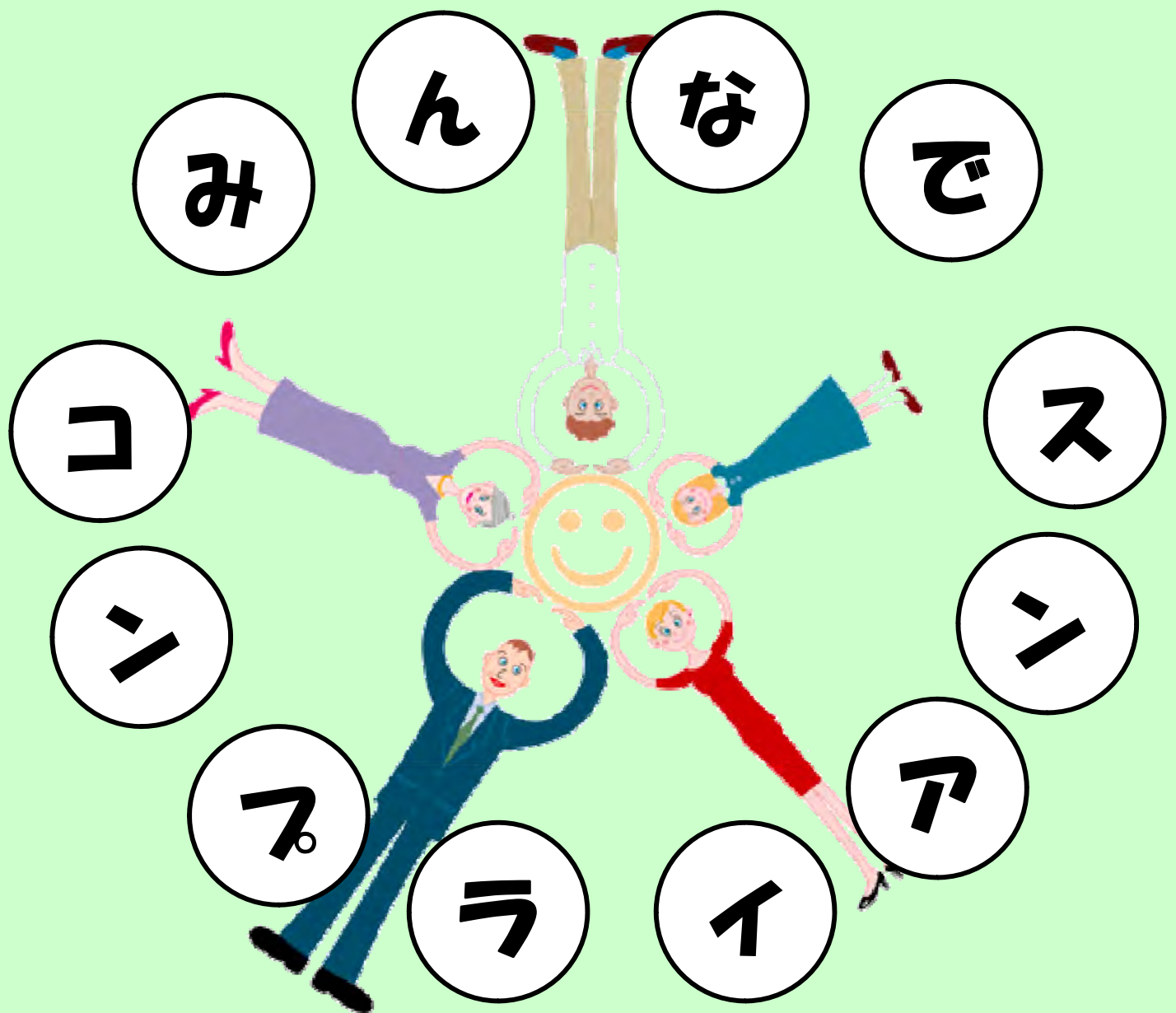
#### IV 中小病院のためのコンプライアンス体制構築のためのポイント

アンケート結果を踏まえ、中小病院のためのコンプライアンス体制構築のためのポイントに関するリーフレットを作成したので、コンプライアンスを推進する一つのきっかけ作りとして活用されたい。



中小病院向け

# コンプライアンス体制 構築のためのポイント



コンプライアンスをここから始めてみませんか？

# Step 1

## コンプライアンスってなに？

コンプライアンス遵守ってよく言われるけど、  
そもそもなんで大事なの？  
忙しくて、コンプライアンスについてなんか  
考えてられない！



コンプライアンスを守らなかったら重大な事  
故につながりかねません。  
時には病院の存続をも危ぶませます。  
例えば、過去にこのような事例がありました。



### 【事例1：医療事故】2012年

大声を上げていた認知症入院患者を静かにさせるため、看護師がうつ伏せの状態の患者に布団をかぶせ、窒息死(胃から逆流した消化物が気道に詰まる)させた。

### 【事例2：医療事故】2000年

患者の人工呼吸器の加温加湿器に、本来注入するはずの滅菌精製水と形状が酷似していた消毒用エタノールを誤注入し、死亡させた。

### 【事例3：不正受給】2009年

生活保護受給者に対して不必要な治療を施し、診療報酬を不正受給した。中には死亡した者もあり、病院は閉鎖され、事務長とカテーテル納入業者には有罪判決が下っている。

### 【事例4：情報漏えい】1999年

非常勤研修医が患者情報(氏名、年齢、性別、検査画像等)をUSBメモリに無断コピーし、紛失した。病院ではパスワードなどのセキュリティ対策が講じられていなかった。

## そもそもコンプライアンスとは・・・

広辞苑では、

「社会規範・企業倫理を守ること。法令遵守。」  
と定義されています。



裏を返せば、業務遂行上、関連する法令違反やグレーとされる行為、信頼を損なう行為を行わないことを言います。

つまり、コンプライアンスの本質は「社会的要請」を正確に把握して、これに応じた行動をとることです。したがってコンプライアンスとは、**法令を遵守さえすればいいという訳ではありません。**

先にみた事例のように、コンプライアンスに反すると、長年に亘り積み上げてきた信用や信頼が一瞬にして崩壊してしまいます。地域で必要な医療を安定・継続して提供し続けるためにもコンプライアンスの徹底は必要不可欠な取り組みです。

コンプライアンスの遵守は、事務長や看護部長だけの責任ではありません。コンプライアンスの推進には、**経営トップの覚悟が何よりも大切です。**

では、Step2でコンプライアンス対策項目の洗い出しをしてみましょう。次に、Step3以降でコンプライアンスを推進する際のポイントを学んでいきましょう。

# Step2

## コンプライアンス対策 項目を洗い出してみよう

あなたの病院はどれだけ当てはまりますか？

項目	○/×
委員会の設置、責任者の配置などコンプライアンス組織体制の整備を行っている	
患者情報の保護対策を行っている	
アクシデント・インシデントの収集分析など、医療事故を防止するための安全確保に向けた取組みを実施している	
患者やその家族からの意見・苦情の収集を行う体制を整えている	
院内感染対策を行っている	
緊急災害対策を行っている	
医療事務の適切性に対する監査を実施している	
コンプライアンスに関する職員研修や勉強会を実施している	
パワハラ、暴力対策など職員の安全管理を行っている	
職員の人事・労務管理を適切に行っている	



私の病院でもだいたい実施している取組みが多いわ。意外とコンプライアンス推進ができていってことね！

ちょっとまって！  
コンプライアンスを今以上に病院全体で推進するために必要なポイントは押さえていますか？  
Step3以降で紹介するので、ぜひ参考にしてみてください。



# Step 3 コンプライアンス推進体制 を整備しよう

## ①委員会を設置しよう

コンプライアンスを推進するためには、まず組織体制作りが大切です。病院の規模にもよりますが、問題を早期に把握し、対策を立てるためにも委員会の設置は有効です。例えば、医療安全に関する委員会を設置すると、病院の医療安全に関する責任・役割が明確化され、迅速な対応に繋がることが期待されます。

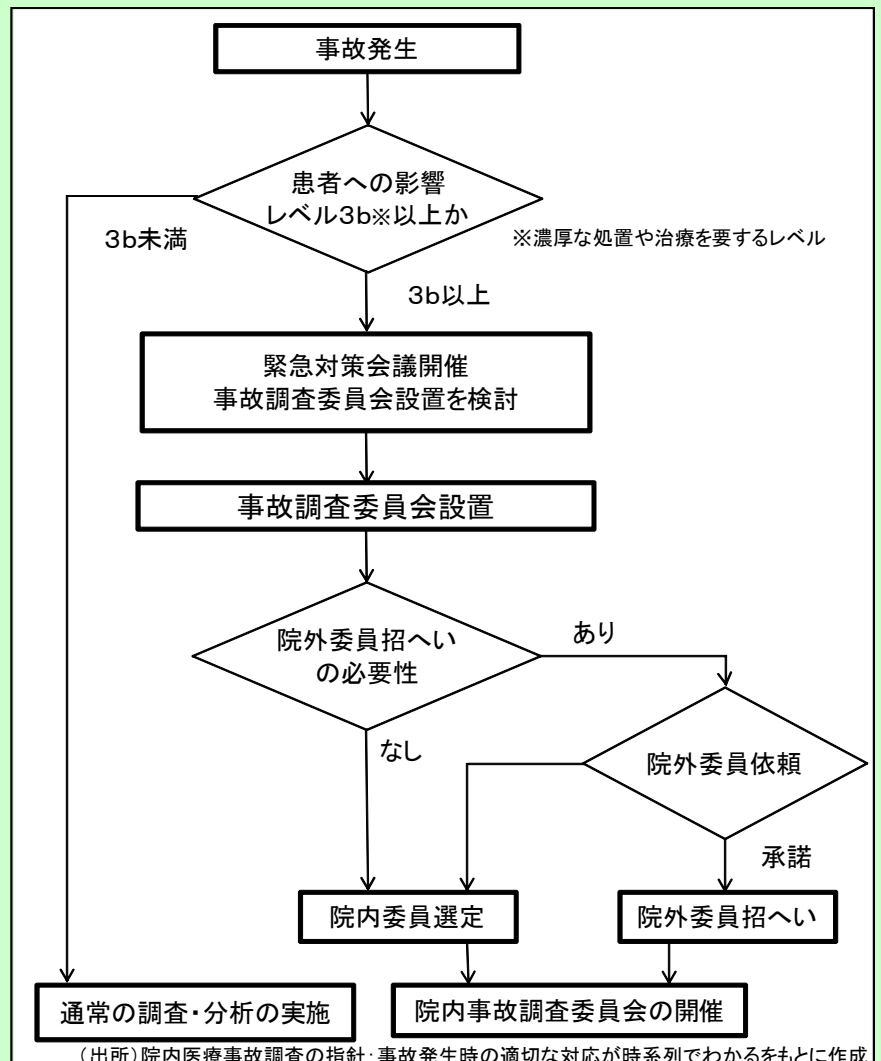
また、**委員は職種横断的に選任**することで、様々な角度から問題点を発見できるため、より効果的です。

### ◆委員会と報告ルートの一例

## ②報告ルートを整備しよう

医療事故などが発生したとき、誰にどのタイミングで報告すべきかが明確にされ、職員に周知徹底されていないと、問題の拡大や再発に繋がりがかねません。

そこであらかじめ、問題発生時の報告ルートを整備しておく必要があります。



(出所)院内医療事故調査の指針: 事故発生時の適切な対応が時系列でわかるをもとに作成

### ③通報窓口・相談窓口を設置しよう

通報窓口や相談窓口は、セクハラやパワハラ、企業倫理に関する法令違反行為を早期に発見し、再発防止策を講じるための窓口です。

社会福祉法人 聖隷福祉事業団では「監査室」に、「コンプライアンスホットライン」という内部通報窓口を設置しています。これにより職員は、例えば、セクハラ・パワハラなどを受けた場合、所属長を介すことなくダイレクトに通報・相談ができます。

このように、相談しやすいコンプライアンスホットラインを設置することで、問題の拡大など悪化防止に役立つことが期待されます。



どうされましたか？  
大丈夫ですよ。  
こちらで対応しますね。

相談してよかったわ♪



# Step 4 職員全員で共有しよう

コンプライアンス推進体制を整備したら、次は、その内容を全職員に周知徹底するプロセスです。

周知徹底の方法は様々ですが、代表的なものにマニュアルの作成や研修会の実施があります。まず、マニュアルについてですが、一言にマニュアルといっても種類は様々です。

医療事故対策マニュアル、患者情報保護マニュアル、緊急災害対策マニュアル、院内暴力対策マニュアルなど



## ①マニュアルを作成しよう

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院では、「医療安全ポケットマニュアル」を作成して、職員全員に常時携帯を義務付けています。

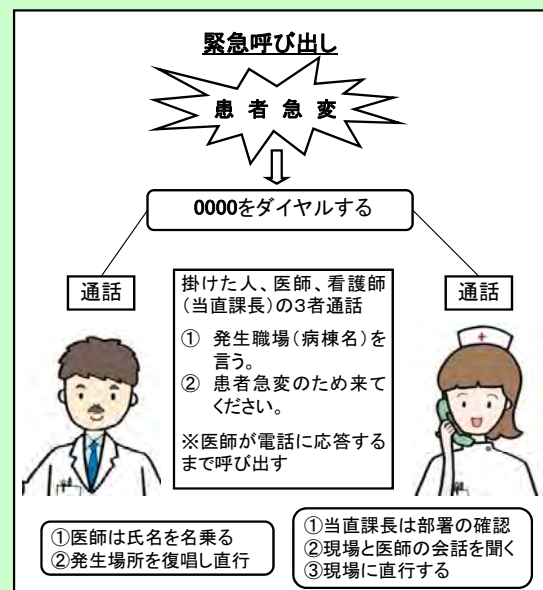
### ✧主な内容✧

- ・医療事故／インシデントへの対応方法
- ・医療における重大事故／有害事象発生時の対応方法
- ・転倒、転落発生時の対応方法
- ・患者誘拐発生時の対応方法
- ・医療機器警報設定ルール
- ・医療安全研修参加履歴
- ・院内電話一覧

このマニュアル1冊で問題発生時の対応方法が一目で分かるようになっていました。

また、このマニュアルはインシデント・アクシデント報告の内容などを踏まえ、毎年改定されています。

(一例)



(出所)聖隷浜松病院 医療安全ポケットマニュアルをもとに作成

## ②研修会を開催しよう

### ～研修会開催のポイント～

#### 1.対象職員を明確にする

全職員が対象の研修会を基本とし、それ以外に、職種別、階層別での開催が考えられます。

#### 2.マニュアルを活用する

作成したマニュアルを研修会で使用し、職員に周知徹底を図るとより効果的です。

#### 3.確認テストを実施する

研修会後に簡単な確認テストを実施することで、研修内容が職員に十分伝わっているかを把握することができます。

#### 4.研修会に参加できなかった職員に対するフォローアップをする

複数回に分けての開催、研修会資料の配布や、インターネットなどの社内インフラを活用し、全員で研修内容を共有することが大切です。

#### 5.研修会で学んだ内容が現場に反映できているか確認する

例えば医療安全については、研修会を実施した後のインシデント・アクシデント報告の分析により、現場での反映具合を把握するとより効果的です。





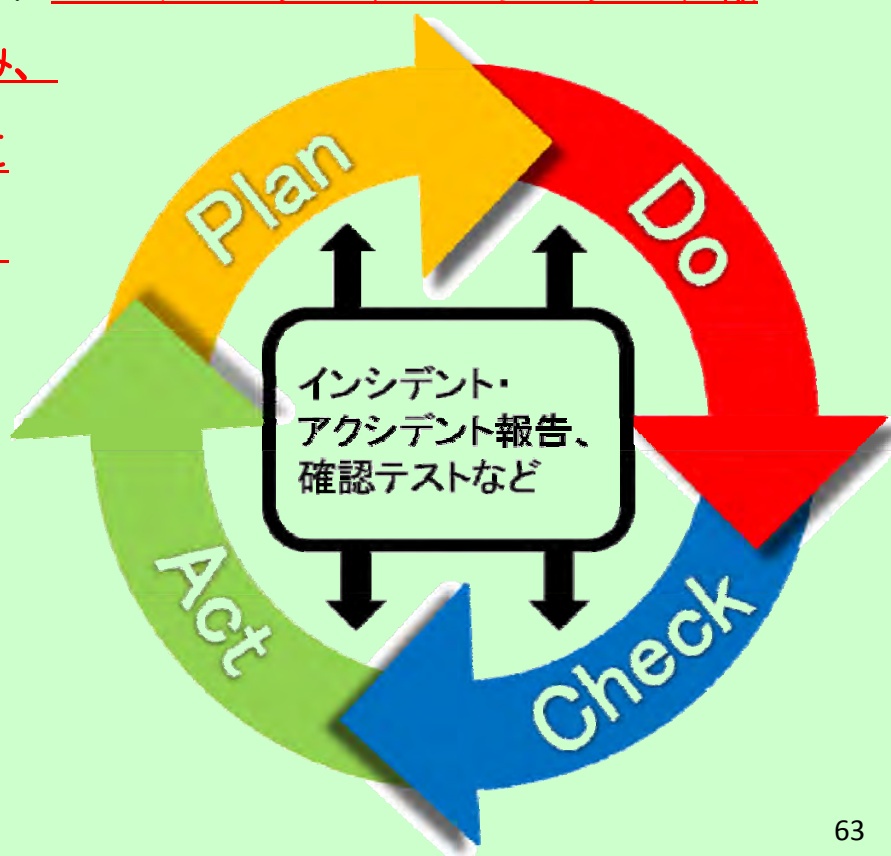
# Step 5 PDCAを意識しよう

さて、Step 1～Step 4までを行うとコンプライアンスの推進体制は完璧！というわけにはいきません。すべての取組みにおいて必ず意識すべきことが、**P (Plan : 計画) D (Do : 実行) C (Check : 評価) A (Act : 改善) です。**



先に説明したように、コンプライアンスに関する研修会は開催して終わりではありません。事後確認テストなどにより習得状況を把握し、次回の研修会につなげていく必要があります。

現在、ほとんどの病院が院内で発生したインシデント・アクシデントの収集・分析を行っています。先に紹介した聖隷浜松病院の医療安全ポケットマニュアルのように、このインシデント・アクシデント報告をPDCAサイクルに取り込み、  
様々な取組みの改善を図る際に  
活用すると、より効果的です。



## Step 6 外部評価を活用しよう

外部評価の取得は、認定までの取組みの中で職員のコンプライアンス意識を高め、かつコンプライアンス推進体制を整備できるという意味で非常に有効な取組みです。

外部評価には、よく知られている日本医療機能評価機構の病院機能評価、ISO（※1）、JCI（※2）などがあります。

### 《事例》

病院機能評価やISOを取得している病院の一つに和歌山県の社会医療法人 黎明会 北出病院があります。北出病院は、182床（うち一般80床、療養型51床）のケアミックス型の中小病院です。北出病院では、病院機能評価、ISO、JHQC（※3）A認証を部署の垣根を越えたより良い連携と医療・健診・健康増進サービスの質向上を目指す管理手法として着眼し、取得しています。

職員からは、ISO等のおかげで仕事のルールができ、今まで以上に責任を持って業務に携わっているといった声が上がっています。



（※1） International Organization for Standardizationの略。国際標準化機構による品質に関する評価。

（※2） Joint Commission Internationalの略。国際的医療機能評価機関による医療の質および患者の安全に関する評価。

（※3） Japan Healthcare Quality Clubの略。日本版医療MB賞クオリティクラブ。医療機関の経営の質向上を評価し、更なる相互研鑽を促すことを目的とした認証制度。

# Step 7 地域で連携しよう

問題行動のある患者への対策として、警察官OBの配置、院内弁護士の採用、医療メディエーター（※4）の育成などが有効らしいんだけど、中小病院にとってはコスト負担が大きく、なかなか採用できないのです。



岡山県の事例を紹介しましょう。

岡山県病院協会は、法律事務所と契約をしています。

したがって、協会に属している病院は必要な時に顧問弁護士に相談をすることができます。また、ある病院で食中毒などが発生した場合には、近隣の病院から物資を調達できるような協力体制を構築しています。その他、協会が主体となって、会員病院に対して定期的に勉強会を実施しています。



全国には、県内の公的病院同士での連携、また、病院協会が主導となり、県外の加盟病院と災害発生時の連携を取っている地域もあります。

愛媛県では、災害発生時に病院の被害状況や必要物資、患者の受入態勢などをネット上で確認できる愛媛県広域災害・救急医療情報システムを活用しています。

このように、地域ぐるみで資源を共有することで、コストをかけずに効率的にコンプライアンスを推進することができます。

また、大規模な災害発生後の必要物資の調達に関しては、あらかじめ遠方の地域との助け合いの関係を構築しておくことが求められます。

（※4）事故発生時等に患者と医療機関の間で意見の食い違いが生じた場合、対話の橋渡しを行い、解決に導く人材のことで、医療訴訟対策に効果的である。メディエーションに関するプログラムの受講により認定を受けられる。看護師等がメディエーターとして活躍しているケースが多い。

## 地域住民を交えた活動をしよう



### 病院が地域住民を交えた活動をするメリットは？

患者やその家族だけでなく、地域住民の意見にも耳を傾けることで、職員自身は普段「当たり前」と感じていることに対して新鮮な意見をもらうことができ、よりよい経営に繋げることができます。また、職員が「外部からの視線」をより意識するようになり、コンプライアンス意識の向上が期待されます。

例えば、医療法人社団 寿量会 熊本機能病院では、地域住民の声を吸い上げ、地域においてどのような機能を担うべきかを病院に助言する地域医療・福祉評議委員会を1990年代から設置しています。委員は、病院周辺の6校区（小・中学校）から選任されており、地域住民の声を幅広く吸い上げる体制を整えています。

その他、地域住民との交流を深める場として「地域交流館」を設けています。地域交流館内にある市民塾ホールでは、NPO法人 健幸会（※5）による健康講座のほか、コンサートや体操クラブなどが開催されており、多くの地域住民が集う場所となっています。

■熊本機能病院 地域交流館内観



■地域交流館外観



（出所）熊本機能病院HP

このように熊本機能病院は、地域住民の声や視線を積極的に取り入れることで、病院をより良く改善し、さらには職員のコンプライアンス意識の向上に繋がっています。

（※5）熊本機能病院の開設1年後に、地域住民の健康で幸せな生活づくりに寄与することを目的として、地域団体と共同で設立された。

**【資料 1】 平成25年度病院経営管理指標調査 調査票**

厚生労働省委託 平成26年度医療施設経営安定化推進事業  
平成25年度病院経営管理指標調査

調査の概要

1. 目的

病院経営の実態を明らかにし、病院の健全な運営に資する経営管理の指標を作成するための基礎資料を得ることを目的としています。

2. 調査対象

調査対象は平成25年度末時点における以下の開設者となります。

- 医療法人が開設する病院
- 医療法31条に規定する開設者（自治体）が開設する病院
- 社会保険関係団体等の開設する病院
- 医療法31条に規定する開設者（その他公的機関）が開設する病院

3. 調査事項

平成25年度の施設の概況、財務状況、コンプライアンス体制の確保に向けた取り組み状況等

4. 調査方法

調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。

①事務局ホームページよりダウンロードしたエクセルファイルに入力する

（事務局ホームページURL：<http://www.myilw.co.jp/>）

→ダウンロードしたファイルに入力の上、エクセルファイルを事務局宛（[yul-asano@myilw.co.jp](mailto:yul-asano@myilw.co.jp)）にメールにて送付してください。

※お使いのPC環境によってはダウンロードがうまくいかない場合がございます。

その際はお手数ですが、事務局宛にご連絡ください。メールにてファイルを送付させていただきます。

②郵送された調査票に手書きで記入する場合

→記入した調査票を同封の返信用封筒により、事務局宛に提出してください。

※返信用封筒が同封されていない場合、紛失された場合は弊社宛着払い郵便にて送付してください。

※設間の貸借対照表、損益計算書の数値については、ご記入いただく代わりに原本のコピーをメールにて送付もしくは返信用封筒に同封いただいても結構です。

※調査結果は学術研究に用いることがございます。ご回答いただいた内容は統計的に処理をし、個別の病院の情報として公表することはありません。

5. 提出期限

平成26年11月28日（金）までにご返送ください。

6. 事務局

（株）明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部 「平成25年度病院経営管理指標調査」事務局

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F

TEL：03-3283-8303、03-3283-9293（土日、祝日を除く平日9：00-17：00）

FAX：03-3201-7837

メールアドレス/[yul-asano@myilw.co.jp](mailto:yul-asano@myilw.co.jp) 担当：浅野、澤

※弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。

## 平成25年度病院経営管理指標調査【財務票】

- 1 宛名記載の医療機関の財務情報（病院単体）を記入してください。
  - ①病院単体の貸借対照表（B/S）、損益計算書（P/L）を記入してください。
  - ②病院単体のB/S、P/Lどちらかのみを作成している場合  
→病院単体で作成しているもののみ記入してください。
  - ③病院単体での財務データをお持ちでない場合  
→【財務票】については記入せず、5ページの【概況票】へお進みください。
- 2 期中で、運営主体の変更など、施設の概況に大きな変更があった場合はお問い合わせください。
- 3 各勘定科目については、病院会計準則【改正版】（平成16年8月19日医政発第0819001号）の科目により整理して記入してください。  
公的医療機関等、開設主体としての会計基準を有する医療機関においては、病院会計準則適用ガイドライン（平成16年8月19日医政発第0819002号）を参照してください。

○病院会計準則について（厚生労働省医政局HP）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/tuchi/jyunsoku01.html>

※財務票については、把握できる最新の決算書（4ページの3 過去2年度分の医業収益及び固定資産等の状況については、最新から遡って過去2年間）の数値について記入してください。

※費用が不明の欄は空欄とし、0円の場合は0を記入してください。また、合計値のみ把握し内訳が不明の場合も、内訳項目欄は空欄とし、合計欄のみ記入してください。

○以下でご記入いただく貸借対照表及び損益計算書の内容は、**病院単体の状況**をご記入ください。

※ご記入いただく代わりに、**原本のコピーをメール**（宛先：yu1-asano@myilw.co.jp）もしくは同封の返信用封筒にて送付いただいても結構です。

1 貸借対照表（平成  年  月  日）

平成25年度の貸借対照表の状況を下表にご記入ください。当該年度の状況が確定していない場合、直近の決算年度の状況について記入してください。

資産の部		負債の部	
科 目	金 額 (円)	科 目	金 額 (円)
I 流動資産（1～6の合計）		III 流動負債（1～6の合計）	
1. 現金・預金		1. 未払金	
2. 医業未収金		2. 短期借入金※4	
3. 有価証券		3. 短期の引当金	
4. たな卸資産※1		4. 未払費用	
5. 短期貸付金		5. 前受収益	
6. その他の流動資産		6. その他の流動負債※5	
II 固定資産（1～3の合計）		IV 固定負債（1～4の合計）	
1. 有形固定資産（(1)～(4)の合計）		1. 長期借入金※4	
(1) 建物		2. 長期未払金	
(2) 備品		3. 退職給付引当金	
(3) 土地		4. その他の固定負債	
(4) その他の有形固定資産※2		負債の部合計（Ⅲ+Ⅳ）	
2. 無形固定資産※3		純資産の部	
3. その他の資産（(1)～(5)の合計）			
(1) 有価証券		V 純資産合計	
(2) 長期貸付金		負債及び純資産合計（Ⅲ+Ⅳ+Ⅴ）	
(3) 役員従業員長期貸付金			
(4) 他会計長期貸付金			
(5) その他の固定資産			
資産合計（Ⅰ+Ⅱ）			

※1：医薬品、診療材料、給食用材料、貯蔵品についてはこちらに計上してください。

※2：構築物、車輛及び船舶についてはこちらに計上してください。

※3：借地権、ソフトウェア等は固定資産の「無形固定資産」に計上してください。

※4：借入資本金は負債（固定負債の「長期借入金」または流動負債の「短期借入金」）として計上してください。

（地方公営企業会計制度研究会による報告書より）

※5：未払法人税は流動負債の「その他の流動負債」に計上してください。



2 損益計算書（平成  年  月  日 ~ 平成  年  月  日）

平成25年度の損益計算書の状況を下表にご記入ください。当該年度の状況が確定していない場合、直近の決算年度の状況について記入してください。

収 益		費 用	
科 目	金 額 (円)	科 目	金 額 (円)
I 医業収益（1～5の合計）		IV 医業費用（1～8の合計）	
1. 入院診療収益		1. 材料費（(1)～(3)の合計）	
2. 室料差額収益		（1）医薬品費	
3. 外来診療収益		（2）診療材料費	
4. 保健予防活動収益		（3）その他の材料費	
5. その他の医業収益		2. 給与費（(1)～(4)の合計）	
		（1）常勤職員給料・賞与（①～③の合計）	
		①医師給料・賞与（歯科医師を除く）	
		②看護師給料・賞与※1	
		③その他給料・賞与（歯科医師を含む）	
		（2）非常勤職員給料・賞与（①～③の合計）	
		①医師給料・賞与（歯科医師を除く）	
		②看護師給料・賞与※1	
		③その他給料・賞与（歯科医師を含む）	
		（3）退職給付費用	
		（4）法定福利費	
		3. 委託費	
		4. 設備関係費（(1)+(2)）	
		（1）減価償却費	
		（2）その他の設備関係費※2	
		5. 研究研修費	
		6. 経費	
		7. 控除対象外消費税等負担額	
		8. 本部費配賦額	
		うち役員報酬	
		医業利益（損失）（I-IV）	
II 医業外収益（1～3の合計）		V 医業外費用（1+2）	
1. 受取利息及び配当金		1. 支払利息	
2. 補助金収益		2. その他の医業外費用	
3. その他の医業外収益			
		経常利益（損失）（医業利益+II-V）	
III 臨時収益		VI 臨時費用※3	
		税引前当期純利益（純損失）（経常利益+III-VI）	

※1：看護師および准看護師の給与についてご記入ください

※2：その他の設備関係費には、器機賃借料、地代家賃、修繕費、固定資産税等が含まれます。

※3：除去損は臨時費用に含めてください。

3 過去2年度分の医業収益及び固定資産等の状況

科 目	医業収益 (円)	医業費用 (円)	医業外収益(円)	医業外費用(円)	固定資産額(円)※
平成24年度					
平成23年度					

※固定資産額については、当該年度末時点におけるB/S上の残高を記入してください。

# 平成25年度病院経営管理指標調査【概況票】

※不明の項目は空欄としてください。

## 1 施設の概況（平成25年度決算期末日現在）

(1)-1 開設者 (該当するものに1を記載)	01. 都道府県	11. 厚生年金事業振興団
	02. 市町村	12. 船員保険会
	03. 地方独立行政法人	13. 健康保険組合及びその連合会
	04. 特別地方公共団体	14. 国家公務員共済組合連合会
	05. 日本赤十字社	15. 公立学校共済組合
	06. 社会福祉法人恩賜財団済生会	16. 14 及び15 以外の共済組合及びその連合会
	07. 北海道社会事業協会	
	08. 厚生（医療）農業協同組合連合会	17. 国民健康保険組合
	09. 国民健康保険団体連合会	18. 医療法人 → (1) - 2へ
	10. 全国社会保険協会連合会	19. その他 ( )

(1)-2 ▼ 医療法人の場合の種別(該当するものに1を記載)	① 種別1		② 種別2	
	01. 財団	01. 社会医療法人		
	02. 社団（持分あり）	02. 特定医療法人		
(2) 承認等の状況(該当するすべてに1を記載)	03. 社団（持分なし）	03. 出資額限度法人		
		04. その他の医療法人		
	01. がん診療連携拠点病院	07. 地域医療支援病院		
	02. 周産期母子医療センター	08. 臨床研修病院（単独型・管理型）		
	03. 救命救急センター （高度救命救急センター含む）	09. 臨床研修病院（協力型）		
	04. 災害拠点病院	10. D P C 対象病院		
	11. D P C 準備病院			
	05. へき地医療拠点病院	12. 肝疾患診療連携拠点病院		
	06. 在宅療養支援病院			

(3) 許可及び稼働病床数(病床数をご記入ください)	総数											
	精神病床		感染症病床		結核病床		一般病床		療養病床			
	許可病床数	床	床	床	床	床	床	床	床	床		
	稼働病床数	床	床	床	床	床	床	床	床			
<small>※許可病床数：医療法第7条第2項の規定に基づき届け出をした病床の種別の病床数          ※稼働病床数：病床に応じた医師、看護師等が配置されるなどして、実際に利用している病床の数          ※療養病床数：介護療養病床を有する場合、(3) -2において、療養病床の合計と内訳をご記入ください</small>												

(3)-2 療養病床の内訳	総数				
	うち医療型		うち介護型		
	許可病床数	床	床	床	床
	稼働病床数	床	床	床	

(4) 入院基本料の算定状況(該当するものに1を記載)	① 一般病棟入院基本料	01. 7対1入院基本料	04. 15対1入院基本料
		02. 10対1入院基本料	05. その他
		03. 13対1入院基本料	
	② 療養病棟入院基本料	01. 療養病棟入院基本料1	03. その他
		02. 療養病棟入院基本料2	
	③ 精神病棟入院基本料	01. 10対1入院基本料	04. 18対1入院基本料
		02. 13対1入院基本料	05. 20対1入院基本料
		03. 15対1入院基本料	06. その他
	④ 回復期リハビリテーション病棟入院料	01. 回復期リハビリテーション病棟入院料1	03. 回復期リハビリテーション病棟入院料3
		02. 回復期リハビリテーション病棟入院料2	04. その他

## 2 従事者の状況（平成25年度決算期末日現在）

職種別の従事者数をご記入ください（※派遣職員は除く）。

職 種		従事者数		職 種		従事者数	
医師 (歯科医師を除く)	常 勤	人	看護師	常 勤		人	
				非常勤（常勤換算）		人	
	非常勤（常勤換算）	人	准看護師	常 勤		人	
				非常勤（常勤換算）		人	
【再掲】			その他医療系技術者（常勤換算）			人	
指導医数（臨床研究7年目以上） （常勤換算）			人	事務職員（常勤換算）			人
前期研修医（卒後2年目まで） （常勤換算）			人	その他の職員（常勤換算）			人
後期研修医（卒後3～5年目まで） （常勤換算）			人				

※常勤は整数、非常勤は小数第一位まででご記入ください。

※医師の従事者数には、指導医、前期研修医、後期研修医も含めた人数をご回答ください。

※その他医療系技術者の欄には、歯科医師及びコメディカルなどの有資格者の数を合計して記入してください。

## 3 派遣労働者の状況（平成25年度決算期末日現在）

派遣労働者の状況（常勤換算）についてご記入ください。

派遣労働者数(常勤換算)					
総人数 (人)	うち医師(人) (歯科医師を除く)	うち看護師及び 准看護師(人)	その他医療系 技術者(人)	事務職員 (人)	その他の 職員(人)

※医師、看護師など労働者派遣が原則禁止されている医療従事者に関しては、紹介予定派遣等として容認され、受け入れた労働者数を記載してください。

### 【参考：計算式及び記入方法について】

- ・換算数は以下の計算式を用いて算出してください。

$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務時間}}{\text{病院が定めている1週間の勤務時間}}$$

- ・ただし、1ヶ月に数回の勤務である場合は、以下の計算式を用いて算出してください。

$$\frac{\text{従事者の1ヶ月の勤務時間}}{\text{病院が定めている1週間の勤務時間} \times 4 \text{ (週)}}$$

- ・従事者の勤務時間は実態に応じて算出してください。
- ・上記の計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と計上してください。

#### 4 患者数の状況（平成25年度）

患者数の状況（年間合計）をご記入ください。数値を把握していない項目は空欄としてください。

項目	患者数	備考
① 在院患者延数	人	24時現在、病院に在院している患者数
うち二次医療圏内	人	貴医療機関が所在する二次医療圏内からの在院患者延数
うち二次医療圏外	人	貴医療機関が所在する二次医療圏外からの在院患者延数
うち一般病棟用の重症度・医療看護必要度を満たす 在院患者延数	人	
うち入院時日常生活機能指 標が10点以上の在院患者 延数	人	
② 新入院患者数	人	その日のうちに退院した患者も含む。
③ 退院患者数	人	入院してその日のうちに退院した患者も含む。
④ 外部機関を交えたカンファレンス記録のある患者数	人	退院患者のうち外部機関（自院以外）を交えたカンファレンス記録がある患者に限る。
⑤ 外来患者延数	人	
うち二次医療圏外	人	貴医療機関が所在する二次医療圏外からの外来患者延数
⑥ 救急車で搬入された患者数	人	
⑦ 初診患者数	人	初診料を算定した患者数
⑧ 紹介患者数	人	他の医療機関より紹介状を持参して来院した患者数
⑨ 逆紹介患者数	人	他の医療機関に紹介し、診療情報提供料を算定した患者数

## 5 コンプライアンス体制の確保に向けた取り組み状況

### (1) コンプライアンス体制確保（強化）に向けた取り組み

コンプライアンス体制確保のために実施している取り組みについて、該当する全てに○を記載して下さい。

①医療事故対策	01. 医療事故予防マニュアルの作成	06. 院内掲示等を通じた医療事故対策の実施状況に関する患者への周知徹底
	02. 対応手順の作成	07. 専任の医療安全管理担当者の配置
	03. 院内のアクシデント・インシデントの収集・分析	08. 医療事故の原因分析及び再発防止に向けた組織的検討の実施
	04. 院外の安全に関する情報の収集	09. その他（ ）
	05. ヒヤリ・ハット事例を職員研修で活用	
②問題行動のある患者対策	01. 患者対応マニュアルの作成	04. 弁護士やコンサルタント等との相談体制の構築
	02. 職員研修等を活用した患者対応ロープレの実施	05. 問題患者対策の専門部署を設置
	03. 患者対応ロープレ以外の研修の充実	06. その他（ ）
③患者保護対策	01. 患者保護マニュアルの作成	04. データの真正性、見読性、保存性の確保に向けた取り組み
	02. 患者・家族からの相談窓口の設置	05. その他（ ）
	03. 患者情報の管理・活用方法の提示	
④緊急災害対策	01. 緊急災害対策マニュアルの作成	05. 災害発生後の必要物資の調達方法に関し、関係業者と調達計画を策定
	02. 地域内の資源（地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師会等）との事前連絡体制マニュアルの作成	06. 院内連絡系統を超えた、遠方の他地域の病院と緊急時に相互に助け合う取り決めを定めた契約等の実施
	03. 災害時の連絡系統の確保と周知徹底	07. 災害時に提供できる自院の機能の明確化と確実に実施できる体制の構築
	04. 医療物資や食料等の備蓄と定期的な点検	08. その他（ ）
⑤医療訴訟対策	01. 医療訴訟対策マニュアルの作成	04. クレーム対応窓口の一本化又は責任者の選定
	02. 患者・家族からの意見・苦情の収集	05. その他（ ）
	03. 上記02で収集した意見等の対応策の検討と患者・家族に対するフィードバック	
⑥コンプライアンス専門組織／人員の配置	01. コンプライアンス推進室等、コンプライアンス確保に向けた専門部署の設置	04. コンプライアンスの遵守状況に関する定期的な確認、検査の実施
	02. 内部通告者の匿名性を担保した対応窓口の設置	05. その他（ ）
	03. コンプライアンス推進担当者の配置	

⑦医療事務の適切性の確保	01. 医療事務マニュアルの作成	04. 未収金への組織的対応
	02. レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応	05. 職員による情報や金銭等の流用、犯罪等に対する監視体制の整備
	03. 施設基準を遵守するための体制作り	06. その他 ( )
⑧職員に対する安全衛生管理等	01. 職員の安全衛生管理マニュアルの作成	05. 弁護士・社労士等の外部専門家によるサポート体制の構築
	02. 健康診断の確実な実施	06. 職員による暴力・暴言に関する報告制度の整備
	03. 各部門における職業感染対策の整備及び徹底	07. 院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制(委員会等)の整備
	04. セクハラ・パワハラに関する相談窓口の設置	08. その他 ( )
⑨危機管理体制の整備	01. 現場からの一報を経営層が迅速かつ正確にキャッチすることが可能な情報伝達ルールの確立	03. その他 ( )
	02. 危機管理チームの設置	
⑩コンプライアンス体制の確保に向けた職員教育の充実	01. コンプライアンスマニュアルの作成	04. インシデント例の共有など他の医療機関等を交えた勉強会の実施(又は出席)
	02. 全職員を対象とした計画的な教育・研修の実施	05. その他 ( )
	03. 院外の教育・研修機会の積極的な活用	

(2) 上記(1)の取り組みのうち、特に効果的な取り組みがございましたら詳細にお書きください。

## 6 医療安全管理の状況（平成25年度）

貴医療機関における入院患者を対象として発生した以下の事項に関し、年間の件数をご記入ください。

項目	年間件数	備考
転倒・転落		転倒・転落事故のあった延患者数
アクシデント報告		病院内の医療行為等により、患者に処置・治療を施し、医療事故に繋がったもの。
うち患者誤認件数		
インシデント報告		病院内で誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見されたもの。又は、実施されたが、患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。

## 7 外来患者の医薬分業状況（平成25年度決算期末日時点）

医薬分業の実施状況に関して、該当するものに○を記載してください。

<input type="checkbox"/>	① 院外処方を実施	<input type="checkbox"/>	② 院内処方を実施	<input type="checkbox"/>	③ 院外及び院内処方を実施
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------

※年度途中に移行した場合は、期間の長い方を選択

## 8 外部評価の認定・取得状況

貴医療機関は、日本医療機能評価機構による病院機能評価等の外部評価を受審していますか。以下、当てはまるものに○を記載してください。

<input type="checkbox"/>	01. 病院機能評価の認定を受けている	<input type="checkbox"/>	03. その他（ ）
<input type="checkbox"/>	02. ISOを取得している	<input type="checkbox"/>	04. 受審していない

## ○貴医療機関の名称およびご回答担当者についてご記入ください

病院名	(医療法に基づいて許可を受けた病院名を、省略せずにご記入ください)		
所在地	(都道府県名からご記入ください)		
記入者	ふりがな		部署・役職
	氏名		
	TEL		FAX
	メールアドレス		
アンケート結果の送付	<input type="checkbox"/>	01. 希望する	<input type="checkbox"/>
			02. 希望しない

※アンケート結果の送付を希望された場合、ご記入いただいたメールアドレスに、調査結果をお送りいたします。

以上で設問は終わりです。  
 メール(宛先: [yu1-asano@myilw.co.jp](mailto:yu1-asano@myilw.co.jp))又は同封の返信用封筒で、  
 11月28日(金)までに調査票をお送りください。  
 ご多忙の中、調査にご協力賜わり、誠にありがとうございました。

## 【資料 2】 病院経営管理指標の使い方



# 病院経営管理指標 の使い方



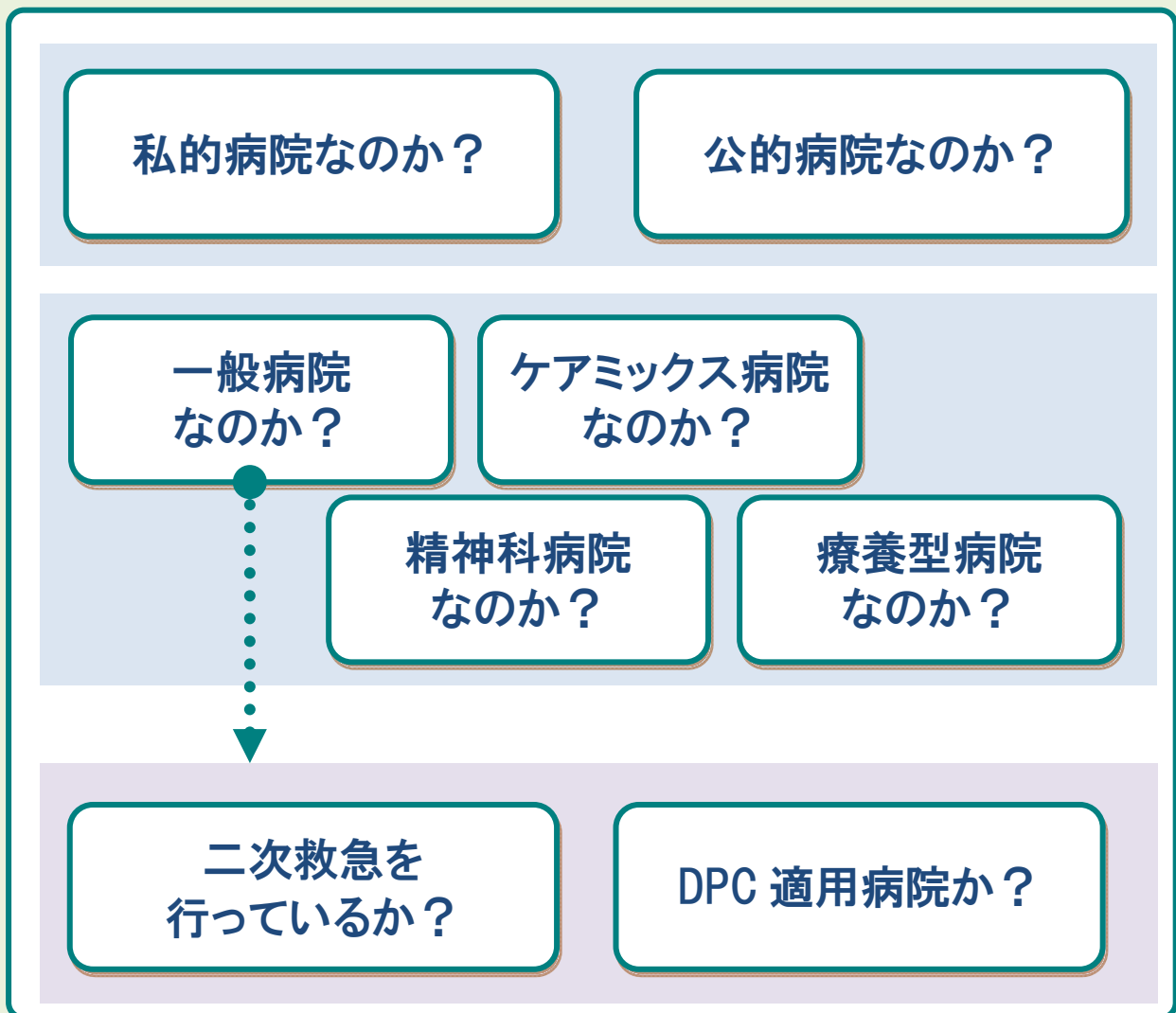
明治安田生活福祉研究所

# 1

## 自院が該当する グループを探しましょう



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ります。  
まずは、自院が該当するグループを探しましょう。



うちの病院は、どのグループになるのかな？



## 2

# 必要な利益額を 認識しましょう



必要な利益額の認識とは一種の目標管理ですが、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、おおよその数値をつかんでみましょう。



ギャップを賄うために最低限の利益を確保するのが必要だな！

**必要利益 = ギャップを賄う利益 +  $\alpha$**

**ギャップを賄う利益**

**= 減価償却期間と借入期間のギャップから生じるキャッシュフロー不足を埋めるための利益**

**= 年間借入金返済額 - 年間減価償却額(補助金対応分除く)**

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すぐわれないと思われるが、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、借入金返済額と減価償却額とのギャップを賄う利益(以下、ギャップを賄う利益)分とプラス  $\alpha$  分が挙げられる(※1)。

ギャップを賄う利益は、当初の建設費と資金調達内訳で自動的に算出される。たとえば10億円の病院建物を自己資金3割、借入金7割で調達し、借入期間20年、減価償却期間39年となると、毎期の借入金返済額は35百万円(700百万円÷20年)、減価償却額は25.6百万円(1,000百万円÷39年)より、9.4百万円(35-25.6)がギャップを賄う利益分となる。最低限はこの利益分を捻出しないと、キャッシュフロー不足となり、他に資金調達の手立てがなければ倒産となる。

さらに、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に係る、新規投資分にどの程度必要か否かを算出し、それを年率換算したのが  $\alpha$  分である。 $\alpha$  分をどの程度とするかは、病院の事業戦略による。

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、目指す改善の方向と日常の経営行動が乖離しないようにする努力が求められる。これによりタイミングを失することなく、適切な経営行動をとることが可能となる。

※1: 松原由美「介護事業者の経営のあり方」『社会保険旬報』No.2439 2010年

# 3

## 収益性の判定指標を確認してみましょう



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うえで、次に収益性の判定指標を確認します。

最初に医業利益率を確認し、医業利益率が低いと判定した場合は、償却前医業利益率を確認しましょう。同様に時系列でも確認してみましょう。

医業利益率を確認し  
自院の収益力の高低を把握

収益性		指標	自院
医業利益率	(%)	3.4	2.1
総資本医業利益率	(%)	4.9	4.1
経常利益率	(%)	3.8	3.2
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	7.5	7.8
病床利用率	(%)	80.5	78.5
固定費比率	(%)	63.7	63.2

医業利益率  
が低い場合

同様に  
時系列  
でも確認

### 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、補正指標である償却前医業利益率をみる。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4(1)で触れる。

## 時系列で医業利益率を見る

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、上昇傾向かをつかむ。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  
医業利益率を確認

収益性		2010年	2011年	2012年
医業利益率	(%)	2.4	2.6	2.1



時系列で  
**償却前**  
医業利益率を確認

収益性		2010年	2011年	2012年
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	8.0	8.3	7.8



ギリギリだな



## 時系列で償却前医業利益率を見る

時系列分析においても、補正指標である償却前医業利益率を用いて、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、償却前医業利益率が横ばい、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。

しかし償却前医業利益率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なり、この場合は慎重に原因を追究しなければならない。

## 4

# 収益性の原因を 分析してみましょ



収益性の判定指標で、収益力が低いと判断された場合には、どこにその原因が存在するかを分析して検討してみましょ。

## (1) 収益性の原因指標

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

医療費用の各項目の対医療収益比率をみて、どこに原因が存在するのかの検討

### 人件費に問題があったケースの場合

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。人件費が高いとなれば、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。

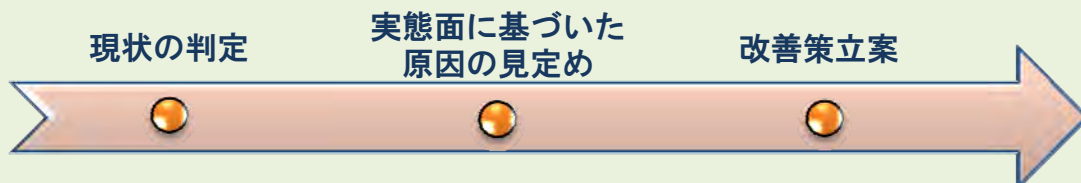
1人当り人件費が高いケースも、その原因は一つではない。年功賃金制度採用の下で、職員の高齢化が進んでいるためなのか、または集患力を高めるためといった戦略的な方針から、優秀な医師を採用した結果なのかなど、その原因はいくつも考えられる。

したがって、さらに深掘りして、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か、職員の若返りを図るなどがまず検討対象となるが、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。

### 内部分析のあり方



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2)

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。

## (2)経営上の基盤に関わる指標

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。



収益性		指標
医業利益率	(%)	3.4
総資本医業利益率	(%)	4.9
経常利益率	(%)	3.8
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	7.5
病床利用率	(%)	80.5
固定費比率	(%)	63.7

収益基盤:  
集患力(例)病床利用率

収益構造:固定費比率

### ① 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。

### ② 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を欠く。言い換えると損益分岐点が高くなる。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危険性がある。

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あげるまでにかな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、経営行動を起こ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。

## 5

# 安全性の指標を見て判別してみましょう



収益性の指標は、判定指標、原因指標に分類されましたが、安全性の指標はもっぱら判定指標のみです。あえて原因指標といえば、それは収益性指標に遡ります。  
(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、借入金への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。

借入金への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。

安全性		
自己資本比率	(%)	28.1
固定長期適合率	(%)	100.7
借入金比率	(%)	38.3
見込み償還期間	(年)	9.1
流動比率	(%)	285.9
1床当り固定資産額	(千円)	13,298
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	8.7

## (1) 返済能力と借入額のバランス

借入金比率 …(1)

見込み償還期間 …(2)



### 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、単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〔(利益 + 減価償却費) / 医業収益〕は、医療法人の場合、現状では6%程度とみられるので(※2)、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、借入金比率が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年以上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。

※2: 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

この指標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% (※2) + 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 年以下、出来れば 7~8 年以下が望ましい。

※2: 既述のように税金を約 30% と考え、税引き前利益の約 7 割が手元に残るとして、経常利益 × 70% とした。

## (2) 資金使途との整合性

### 資金使途との整合性

### 固定長期適合率 …(3)

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費用の回収に 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 + 長期借入金はどう対応しているかで判断するものである。

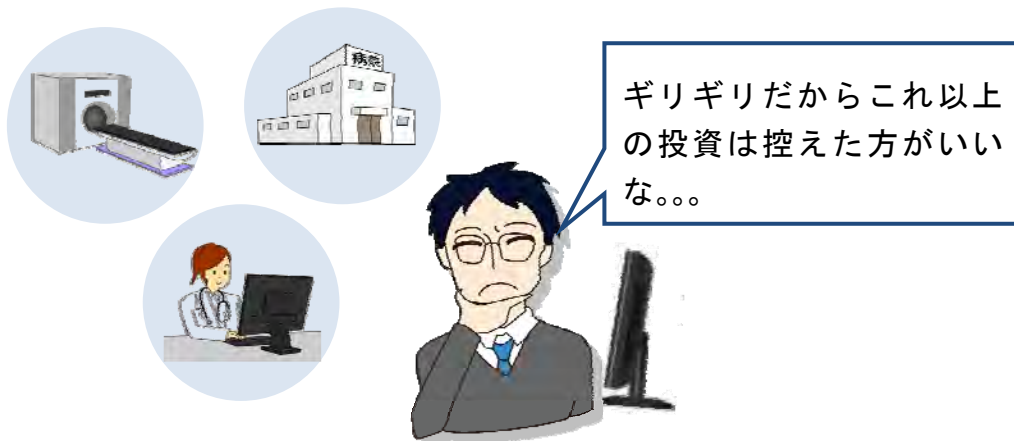
この指標として固定長期適合率がある。固定長期適合率は、理屈の上では 100% でも良いのだが、これも安全を見込んで 70~80% 以下であれば概ね許容可能であろう。病棟建設資金の回収には 30~40 年要するのに対し、現実の民間金融機関からの借入期間は 10 年、長くても 15 年程度と思われるが、実際には借換えということで継続しているので、この比率が 70~80% であれば概ねバランスしているとみて良いと考えられる。

## (3) 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。



## 6

# 機能性の指標を見て判別してみましょう

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ります。自院と比較し今後の方向性や戦略を検討してみましょう。



機能性		
平均在院日数	(日)	33.41
外来/入院比	(倍)	2.37
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.79
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.69
患者1人1日当り入院収益	(円)	43,529
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	42,545
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	11,332
医師1人当り入院患者数	(人)	5.84
医師1人当り外来患者数	(人)	11.06
看護師1人当り入院患者数	(人)	1.52
看護師1人当り外来患者数	(人)	3.19
職員1人当り入院患者数	(人)	0.49
職員1人当り外来患者数	(人)	0.98
ケアカンファレンス実施率	(%)	4.3

患者単価

医師1人当り  
入院患者数・外来患者数

ケアカンファレンス実施率

## 病院の現状の性格を判別する指標

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。

たとえば急性期病院を志向していても、患者単価が療養病院レベルであり、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。

## 機能の充実度合いを見る指標

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の向上に資源を費やし、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。

**平成26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—  
平成25年度 病院経営管理指標**

委託先：株式会社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