

自治体財政 改善のヒント 第37回

病院経営、改善のキスは医師確保 必要な原価と一般経費の見極め大切

大和エネルギー・インフラ ソリューション部副部長 鈴木 文彦

自治体病院を抱える団体にとって、病院事業の経営改善は大きな課題だ。先月の連載『「黒字倒産」リスクは何でわかるか』に登場した宮城県涌谷町も、経営不振の国保病院に対する赤字補てんが財政非常事態宣言の背景のひとつだった。

改善策として第一に挙げられるのは職員数の削減だ。職員数の削減といえば、2005年度から10年度にかけて実施された「集中改革プラン」を思い出す。総人件費改革の一環として、全国の自治体が数値目標を設定し定員管理の適正化に取り組んだ。その後も多くの団体で自主的に定員管理計画を策定し、さらなる職員削減に取り組んでいる。地方公営企業も定員管理の対象に含まれ、病院事業もそのひとつではあるが、高齢化に伴って医療ニーズが高まる中、定員管理に頭を悩ませる現場担当者が多いであろうことは想像に難くない。

経営改善にはコスト削減より収益増

そもそも自治体病院の経営改善に職員削減は有効か。人件費削減が赤字幅縮小の決め手になるのだろうか。医業収支比率に着目し、東日本大震災の前年の10年度と16年度の間で業況の変化を調べた(表)。医業収支比率は職員給与費、材料費その他の医業費用に対する、入院・外来収益など医業収益のカバー率である。100%以上が望ましい。病院によって施設整備にかかる減価償却費が大きく異なるので、運営面に焦点を当てるため医業費用から減価償却費を除いて再計算した。これを「償却前医業収支比率」と呼ぶことにする。

比較可能な695事業体のうち、16年度の償却前

表 償却前医業収支比率の変化(2010年度→2016年度)

改善ケース	改善幅			計
	5p未満	5p~10p	10p以上	
事業体数	101	43	32	176
収益増>費用増	84	32	17	133
費用減	17	11	15	43
(収入・費用減)	(16)	(3)	(7)	(26)
悪化ケース	悪化幅			計
	5p以下	5p~10p	10p超	
事業体数	191	152	176	519
費用増>収益増	137	79	31	247
収益減	54	73	145	272
(収入・費用減)	(36)	(30)	(68)	(134)

(注) 対象は2010年度と16年度の両方の統計に所載される病院事業のうち、入院収益があり、償却前医業収支比率が40%以上の695事業体。地方独立行政法人、指定管理者が運営する病院を除く。被災、新設、廃止等による影響も考慮

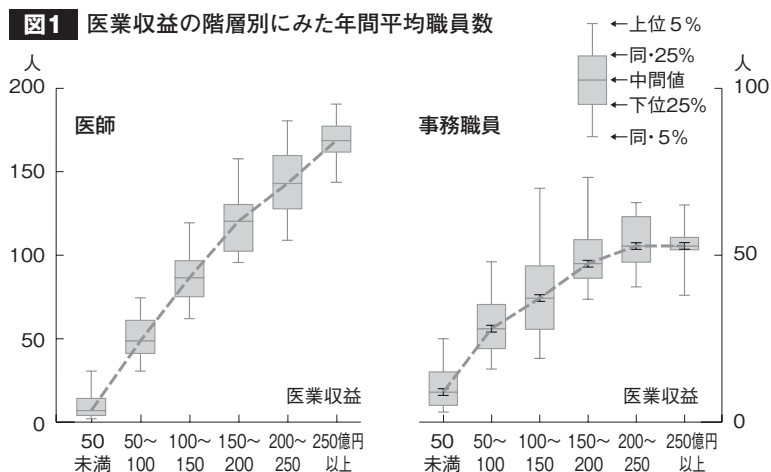
出所：総務省「地方財政状況調査」から大和エネルギー・インフラ作成

医業収支比率が10年度を上回ったもの、いわば経営改善が認められた事業体は176あった。要因を収益と費用に分解すると、収益、費用ともに増えた事業体が133と、改善ケースの4分の3を占めた。他方、費用減が要因で改善した事業体は43、うち収益増を伴わず費用減だけで改善したのは26事例と全体の1割強にとどまった。自治体病院の場合、経営改善に成功するのはコスト削減よりむしろ収益拡大。それもコスト増を伴う収益拡大である。

収益増に必要なのは医師確保

医業収益は医師の数に比例する。図1は医業収益の階層別に年間平均職員数の分布を示した箱ひげ図である。医師について中央値を結ぶ線を見ると、右肩上がりの直線になっている。病院の規模が変わっても医師1人当たりの医業収益に大きな違いはなく、自治体病院の収益を増やそうと思えばそれだけ医師の確保が必要であることがうかが

図1 医業収益の階層別に見た年間平均職員数



出所：総務省「地方財政状況調査」（2016年度）から大和エネルギー・インフラ作成

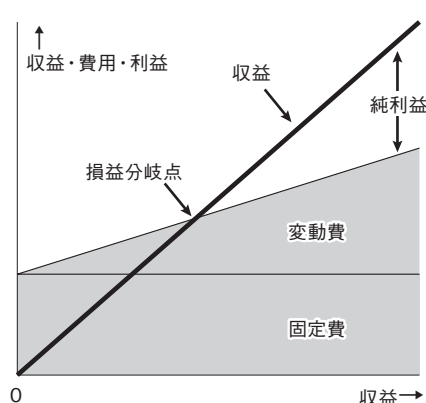
える。実際、費用増を伴って経営改善した133事業体の約7割で医師の数が増えている。

図2は収益水準に対する費用、利益の関係を示している。経営改善には収益増加策と費用削減策がある。費用には、収益水準に連動して増減する変動費と、収益水準にかかわらず生じる固定費があるが、変動費を増やさないと収益水準が上がらない。病院事業の場合、医師の人件費は変動費である。看護師も同様。他には材料費が変動費である。検査を外注している場合の委託料も含まれる。

つまり、病院事業の経営改善にあたっては、医師及び看護師を増員し、損益分岐点を上回る程度に収益を増やすことが重要だ。一般会計の定員管理に倣って職員削減に意識が向きがちだが、病院事業について言えば職員削減は必ずしも正解ではない。同じ人件費でも、それが収益を生み出すのに必要な変動費か、収益とは直接の関係がない固定費かを見極めなければならない。「費用」とはいえ、収益拡大に必要な「原価」とそれ以外の単なる経費は区別されるべきものだ。

事務職員にかかる人件費は固定費の性質が強い。図1右側の事務職員の分布をみると、中央値を結ぶ線がカーブを描いている。収益水準が高くなるほど職員数の増加ペースは緩やかになっていく。検査技師など医療技術員も同じような傾向が見られた。事務職員等は、収益水準が高まり病院規模が大きくなって同じペースでは増えない。逆に規模を小さくしても最低限の機能は必要になるの

図2 損益分岐点分析



出所：大和エネルギー・インフラ作成

で同じようには減らせない。レセプト業務など業務量が取扱件数に比例する職種もあるが、医師や看護師に比べれば収益水準に対する感応度は弱い。見方を変えれば規模の経済性が働く。事務部門、検査部門について言えば、地域医療圏の基幹病院を一箇所に集約し大規模化することはコスト削減の面で理に適っている。

収支悪化ケース、高い人件費が費用押し上げ

収支悪化ケースを見ると、10年度と16年度の比較で償却前医業収支比率が低下した事業体は519あった。悪化幅5ポイント以下の層は、改善ケースと同じく収益、費用ともに増えたケースが多かった。医師、看護師を増員し収入増を見込んだものの、高水準の人件費が費用全体を押し上げた可能性がある。相当の給与水準を保証しないと医師が来ないなどの地域事情もあろう。むろん事務職員など固定費の増加も悪化要因になる。費用が増加した385事業体の約6割で事務職員が増えた。

表からは悪化幅が大きくなるほど収益減も大きい傾向がうかがえる。悪化幅10ポイント超の層では悪化ケースの約8割の145事業体が該当した。そのうち約半分は医師も減少している。医師確保による増収が改善ポイントなら逆も然り。医師減少は悪化リスクを高める。ちなみに縮小均衡策は経営改善に寄与しないようだ。収入、費用ともに減少した事業体は改善ケースで26であるのに対し、悪化ケースにはその5倍の134あった。 G