

みんなに話したくなる!

よろしくねー!

はじめて学ぶ 病院経営のしくみ



●企画・執筆
株式会社川原経営総合センター
取締役 会計業務部門統括
海江田鉄男
(かいえだ・てつお)

病院にも不景気は関係するの? 患者さんがいっぱい来ることは良いことなの?
自分が勤める病院のこと、もっと知りたいと思いませんか?
経営のプロがわかりやすく解説します!

イラスト◎野坂泰代

第5回

患者が増えれば病院は儲かる!?

これまで利益とか費用について教えてもらいましたが、肝心の「収入」について知りたいです。患者さんがたくさん来て、長い期間入院してくれたら、病院は儲かりますよね?



こずえちゃん

病院は営利目的ではないとはいえ、収入がなければ経営が成り立ちません。でも、「在院日数の短縮」が言われたりしていますよね。それぐらい、病院の収入に関しては複雑になっています。今回は収入のことが少しでもわかるように解説していきます。



ドクターマメー

キャリア&ライフ

平均在院日数だけに とらわれてはいけません!

病院の収入のなかでも、まず入院収入について考えてみましょう。一般病院でも全体の6割以上を占めるのが「入院収入」です。しかし、これがとても複雑なのです。こずえさんが理解しやすいように、がんばってわかりやすく説明していきます。

入院収入には、手術や検査・投薬などの行為に基づいて請求する「出来高請求」のほかに、一部の検査や投薬については出来高請求を認めない「包括請求」、さらには病名や症状によって請求する「DPC (diagnosis procedure combination) 適用請求」があります。

このように請求方法には違いがあるのですが、ほかにも看護体制や平均在院日数などが絡み合っており、ます

ますわかりにくくなっています。



ではよく耳にする「平均在院日数」から教えてください。



平均在院日数は、診療報酬請求の「一般病棟入院基本料」(表1)に深く関わっています。病院には、ご存じのとおり、療養病棟や精神科病棟、結核病棟等のほかに「一般病棟」があります。この一般病棟でDPCを適用する場合や特定入院料を採用する場合以外は、一般病棟入院基本料で診療報酬を請求します。

表1をご覧くださいと、この入院基本料は看護配置と医師配置、そして平均在院日数によって条件が定められているのがわかります。ただし、7対1入院基本料を選択する場合には、一定の看護必要度の高い患者さんが1割以上入院していなければなりません。

表1 一般病棟入院基本料

項目	所定点数	看護配置	看護師比率	常勤医師	平均在院日数
7対1入院基本料	1555点	7:1	7割以上	10:1	19日以内
10対1入院基本料	1300点	10:1	7割以上	—	21日以内
13対1入院基本料	1092点	13:1	7割以上	—	24日以内
15対1入院基本料	956点	15:1	7割以上	—	60日以内
	934点		4～7割		
特別入院基本料	575点	看護配置、看護師比率、平均在院日数の最低基準を1つでも下回った場合			

※そのほかに、看護職員の月平均夜勤72時間以下という要件が満たせない場合、3カ月に限り算定する7対1特別入院基本料や10対1特別基本料などがある。

表2 常時50人の入院患者がいる病院の場合

区分	10対1入院基本料	13対1入院基本料	差異	備考
看護職員数	25人	20人		
正看護師 (a)	18	14		
准看護師 (b)	7	6		
入院基本料 (c)	1300	1092		1点=10円
1日の入院数 (d)	50人	50人		
年間収入額 (e)	2億 3725万円	1億 9929万円	3796万円	$e=c \times 10 \times d \times 365$ 日
正看護師給与 (f)	540万円	540万円		平均値
准看護師給与 (g)	480万円	480万円		平均値
法定福利費ほか (h)	18%	18%		退職金積立を含む
給与合計 (i)	1億5434万4000円	1億2319万2000円	3115万2000円	$i=(a \times f + b \times g) \times 1.12$
粗利益 (j)	8290万6000円	7609万8000円	680万8000円	$e=c - d$

看護職員の配置が多ければ多いほど、職員に支払う人件費も多くなるのですから、入院単価は高くなります。次に表2をご覧ください。例えば、常時50人の患者さんが入院している病院（3交替）で、10対1入院基本料（数年前まで「2対1」と呼ばれていたものです）であれば、標準で25人の看護職員が必要となります。そのうち、70%以上が看護師でなければなりませんから、最低でも18人が看護師でそれ以外は准看護師でなければなりません。これが13対1入院基本料になると、標準で20人の看護職員が必要で、そのうち看護師が14人以上必要となります。

「10対1」と「13対1」の看護師の差は5人分ですから、賞与や法定福利費、退職金の積立も含めて計算すると、支払う給与合計は年間およそ3115万円の差となります。一方で、病院の収入には3796万円の差があります。つまり、看護師が5人多い10対1の病院では、給与を差し引いても約680万円収入が多いのです。患者さんはナースが1人でも多ければ、安心できるでしょうし、そのほうが病院の利益も高くなるのであれば、断然、10対1入院基本料にすべきですね。働くナースも色々な面で安心です。



でも、このご時世、ナースの確保が大変ですね。



こずえさんのおっしゃるとおりです。しかも、平均在院日数の条件の問題があります。10対1であれば、平均在院日数は21日以内でなければなりません。13対1となると24日以内となります。これが病院経営にとって、とても深刻な問題になってくるのです。

表3の計算式は、平均在院日数を計算するものです。例えば、平均して毎日50人の入院患者さんがいる病院では、3～5月までの延べ入院患者数は4600人（50人×92日間）となります。その3カ月間の新規入院患者数が240人、退院患者数も240人とすると、平均在院日数は19.17日となります（表3A）。一方、新規入院患者数と退院患者数が200人の場合、平均在院日数は23日となります（表3B）。つまり、平均在院日数を21日以内にするということは、3カ月間の新規入院数と退院患者数の平均を220人以上にしておかなければならないのです。



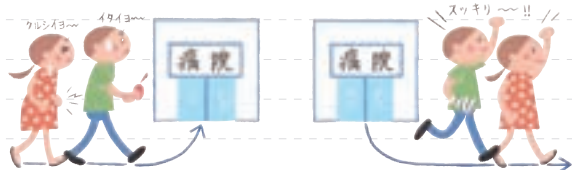
じゃあ、どんどん外来の患者さんを入院させたほうが良いですね？



理論としてはそうなりますが、実際にはそういうわけにはいかないでしょう。平均在院日数の計算式を、臨床ナースが使用することはあまりないと思いますが、これを理解しておかないと、病院が掲げる在院日数の短縮は

表3 平均在院日数

3カ月間の入院延べ患者数
 (3カ月間の新規入院患者数+3カ月間の退院患者数) ÷ 2



$$A \frac{50 \text{人} \times 92 \text{日}}{(240 \text{人} + 240 \text{人}) \div 2} = 19.17 \text{日}$$

$$B \frac{50 \text{人} \times 92 \text{日}}{(200 \text{人} + 200 \text{人}) \div 2} = 23 \text{日}$$

実現できているのに、入院患者数が増えていないから収入が下がっていることに気づけなくなります。

表4は、表2で紹介した病院で、平均在院日数の基準が維持できていないケースを示しています。職員へ支払う給与費は変わらないのに、基準が違うだけで病院の収入がダウンしています。3796万円もの損失で、これは大変なことです。

では、「10対1」を採用している病院で、平均在院日数を21日以内にするにはどうすれば良いのでしょうか。先ほどの計算式の例で、新規入院患者が3カ月で200名しかいなかった場合、それでも平均在院日数を21日以内にするには、計算式の分子である「延べ入院患者数」を減らすか、分母である「退院患者数」を240名以上に増やすかのいずれかの選択になります。ですが、これではどちらも退院患者数が増えることになり、延べ入院患者数を減らしてしまいますので、最終的には減収となります。そして、給与費は変わりませんので、経営悪化につながります。

このように、小手先で平均在院日数をコントロールしようとする、結果として病院の減収減益を招いてしまうのです。

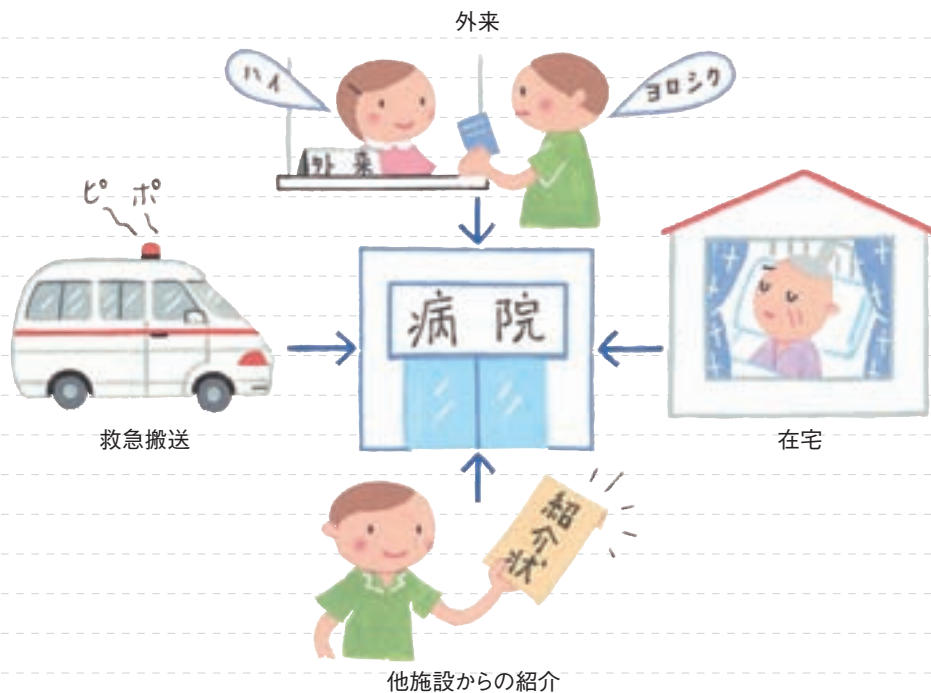
表4 10:1の平均在院日数の基準が維持できず、13:1になった場合

区分	10対1 入院基本料	13対1 入院基本料	差異	備考
看護職員数	25人	25人		
正看護師(a)	18	18		
准看護師(b)	7	7		
入院基本料(c)	1300	1092		1点=10円
1日の入院数(d)	50人	50人		
年間収入額(e)	2億 3725万円	1億 9929万円	3796万円	e=c × 10 × d × 365日
正看護師給与(f)	540万円	540万円		平均値
准看護師給与(g)	480万円	480万円		平均値
法定福利費ほか(h)	18%	18%		退職金積立を含む
給与合計(i)	1億5434万4000円	1億5434万4000円	0円	i=(a × f + b × g) × 1.18
粗利益(j)	8290万6000円	4494万6000円	3796万円	

新規患者を確保するには？

では、小手先ではなく平均在院日数をコントロールするには、どうすれば良いのでしょうか。ポイントは2つあります。1つ目は、入院計画をしっかりと作成し、退院時メルクマール(指標)をドクターとともに明確にさせることです。患者さんがいつ、どのようになったら退院なのか明確でないと、計算式にあるような退院患者数が想定できません。極論かもしれませんが、平均在院日数の管理をするのであれば、病棟師長が退院時メルクマールを確認し、退院後の指導スケジュールも含め、退院の日時を決定すべきでしょう。その判断材料は現場のナースが作成し、師長に報告すべきだと思います。

もう1つのポイントは、新規入院患者の確保です。これはドクターを含め、病院全体で議論すべき問題です。先ほど、平均在院日数21日以内で、毎日平均50人の入院患者さんがいる病院だと、3カ月間で220人以上の新規入院患者を確保しなければならないと書きました。これでは、1カ月平均74名以上の新規入院患者を確保し続ける必要があります。350床の病院で10対1入院基本料を維持するには、毎月440名以上の新規入院患者を確保



新規患者を確保するには？

し続けなければならない計算になります。



……そうですね。問題は新規入院患者をどのように確保するか、ということです。

上の図は新規入院患者を確保するルートを表しています。1つ目は病院の外来から「入院が必要です」と言って確保するルート。2つ目は、救急搬送により確保するルート。救急搬送されるということは、それだけ入院の確率は高くなります。3つ目は、他病院や他施設からの紹介です。紹介を受けられるくらいの技能が求められます。そして4つ目が、在宅医療、訪問看護、訪問介護といった在宅からのルートです。在宅医療や訪問看護を実施しているということは、それだけ入院が必要になる可能性があるということです。

しかし、これでも4つのルートしかありません。ここから毎月新規入院440名を確保することは、とても困難だといえます。外来から入院となる場合も、昔は素直に入院を決意する人が多かったのですが、最近の傾向として、「少し考えさせてください」と言って、ほかの病院に

相談に行く患者が増えているそうです。また、ルートが4つあれば良いほうで、入院患者数が減っている病院のなかには、入院患者確保ルートがいまだに「外来」だけというところもあるようです。

医療や健康に対する情報や医療費の個人負担も少なかった時代であれば、新規入院患者を確保しやすかったかもしれません。しかし、最近は費用の個人負担も高くなり、健康や医療への知識も増えてきています。患者が病院を選ぶことが多くなっているのです。

そのような流れに乗るには、正しい情報を提供することです。それは病院の広報担当だけが行なうのではなく、ドクターであり、ナースであり、病院に勤めるすべての職種の役目なのです。医療器機等の滅菌消毒は、どのような方法で行なっているとか、トイレ掃除はいつどのように行なっているとか。もちろん、手術の種類と件数、取扱疾病の件数、術式、実績なども含め、わかりやすく正直に伝えることが、患者確保の道なのです。

医療や健康の情報があふれていますが、正しく理解されていないこともたくさんあります。間違った理解、間違った判断での口コミが幅を利かすことは、病院にも患者にも好ましいことではありません。判断に資する正しい情報提供と、その周知活動が重要になります。