

はじめて学ぶ 病院経営のしくみ

みんなに話したくなる!

よろしくねー!



●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)

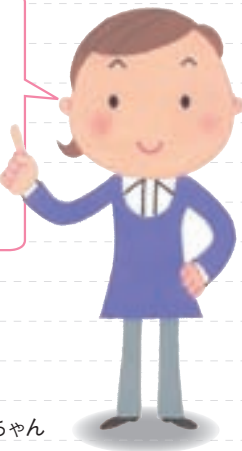
病院にも不景気は関係するの? 患者さんがいっぱい来ることは良いことなの?
自分が勤める病院のこと、もっと知りたいと思いませんか?
経営のプロがわかりやすく解説します!

イラスト◎野坂泰代

第6回

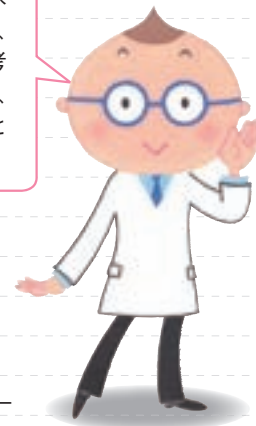
病院の利益を上げるには 病床利用率を上げる!

私たちの給料を支払うために、病院が収入について細かく考えていることはわかりました。世間一般では、患者さんは少ないほうが良いのですが、病院側は患者さんがたくさん来てくれたほうが良いですよね?



こずえちゃん

前回、平均在院日数と入院患者確保の必要性をお話ししました。今回も、入院患者を確保する方法について考えてみます。経営を考えるとときには、まず収入をどのように確保するかという視点がとても大切です。



ドクターマネー

キャリア&ライフ

黒字と赤字の境界である 「損益分岐点」

病院経営で考えるべきことの1つは、どのような人たちに、どのような疾病を対象に、どのような医療を提供して、その収入を確保するのかということです。

一方、収入の反対である経費とは、それらの収入を得るために投入される医療機器や医薬品費、人件費などの費用を言います。しかし投入した費用以上の収入が確保されなければ、借金をしてまで経費を使っていることと同じになりますね。

例えば、地域密着型の一般病院で、患者さんが1日入院すると平均して3万7500円の収入が見込めるとします。それに対して、医薬品や診療材料にかかる費用や人件費、あるいは病院維持経費、給食材料費などが3万8000円も

かかっている場合は、病院経営を続けることが困難になります。入院患者さん1人については1日500円の赤字で済んでいるように見えますが、年間の病院規模で考えると、300床の病院では5475万円の赤字となってしまいます(次ページ図1)。



えっ! 「塵も積もれば山となる」ですね



その通りです。病院の経費は、収入が増減しても支出額が変化しない「固定費」と、収入の変化に応じて増減する「変動費」に分けることができます。

固定費には、人件費や病院の維持経費、例えばエレベータの維持管理費やレセコンの保守点検料、あるいは医療機器のリース料などがあります。病院の人件費は、収入が少ないからと言って減らすわけにはいきませんから、

入院患者1人1日あたりの赤字が500円だった場合

$$500 \text{円} \times 365 \text{日} \times 300 \text{床} = 5475 \text{万円}$$



図1 塵も積もれば山となる?

固定費に当てはまります。

一方、変動費とは収入に応じて増減する費用で、例えば医薬品や診療材料、レントゲンフィルム、臨床検査費あるいは給食にかかる費用などがあります。

図2をご覧ください。総費用線が収入線と交わるところが、「損益分岐点」といわれるものです。損益分岐点よりも収入が少なければ赤字経営となり、上回ってれば黒字経営となります。損益分岐点は収入金額で表示されますが、その金額を外来患者数であれば1日何人、入院患者数であれば1日何人と、具体的な人数に置き換えて表示するとわかりやすくなります。外来患者数は、それぞれの病院ごとにおおよその数は把握できていると思います。

一方、なかなか予測がつかない、あるいは数字が伸びなくて困っているのが入院患者数です。入院患者が増加すれば収入も増加し、減少すれば収入も減少するのが一般的です。入院患者数が増加するということは、病床利用率が高くなることです。図2の損益分岐点の横軸を入院患者数あるいは病床利用率で表示すると、わかりやすくなります。

10:1看護を維持するために、平均在院日数は21日以下でなければならない病院があるとします。この施設の損益分岐点となる病床利用率は82%でした。利用率が82%を上回れば黒字経営になり、下回れば赤字経営とな

ります。

しかし、病床利用率が81%以下になったからといって、人件費などは簡単に減らせませんね。したがって、一般病院で黒字経営にするには、看護体制と平均在院日数を維持しながら、病床利用率を引き上げていかなければならないというわけです。

1日20台以上の救急搬送が必要?

では、具体的にどうやって収入を伸ばしていくかを説明していきます。収入の増加策としては、①ナースを充足させて入院基本料の引き上げを図る、②早期入退院を増やす、③新規入院患者を確保して病床利用率を引き上げる、④入院費を引き上げる、もしくは差額ベッド利用率(個室など、一般のベッドとは別の入院治療を受ける割合)を引き上げる、⑤各種診療報酬の加算を取り込み、収入単価の増加を図る、⑥検診などの取り組みを増加させる、⑦各種文書料などの雑収入の増加を図るなど、さまざまな取り組みがあります。特に今回は「③新規入院患者の確保、病床利用率の引き上げ」について考えてみます。

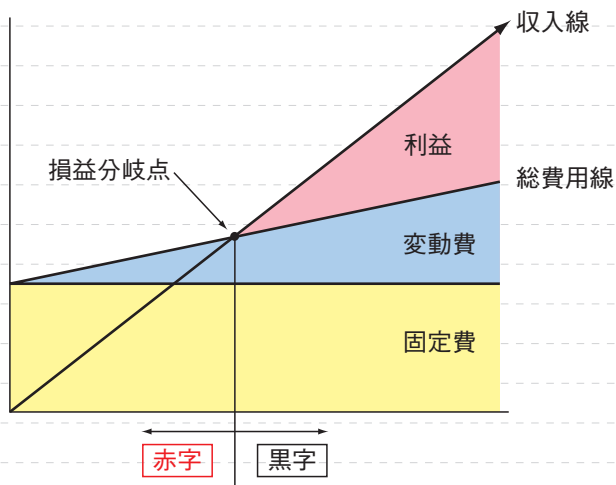


図2 損益分岐点とは？

平均在院日数＝

$$\frac{3 \text{ カ月間の入院延べ患者数}}{(3 \text{ カ月間の新規入院患者数} + 3 \text{ カ月間の退院患者数}) \div 2}$$

3カ月間の新規入院患者数

$$= (3 \text{ カ月の延べ入院患者数}) \div \text{平均在院日数}$$

$$= (100 \text{ 床} \times \text{平均利用率 } 86\% \times 92 \text{ 日間}) \div 21$$

$$= 377 \text{ 人}$$

1カ月間の新規入院患者数 ≒ 126 ~ 127 人

図3 某病院で1カ月に確保すべき新規入院患者数



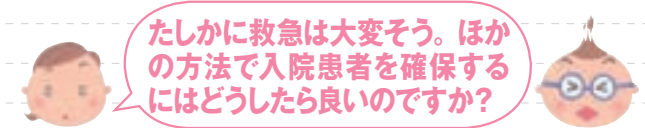
そうです。今回はもう少し詳しく説明します。問題は、入院患者をどのように確保するかということです。先月号でもお話ししましたが、入院患者を確保する方法は主に、①外来で来た患者さん、②救急搬送された患者さん、③他病院や診療所からの紹介、④在宅診療や訪問看護ステーションの利用者という、4つしかありません。

例えば、100床ある急性期の一般病院（10:1看護）で、必ず安定的に利益の確保できる病床利用率である86%を維持し、平均在院日数を21日以下にするためには、毎月コンスタントに127名前後の入院患者を確保しなければなりません（図3）。救急搬送で新規入院患者を127名確保するには、これまでの経験則から言えば、毎月600～750台の救急搬送が必要です。救急車が1カ月に600台ということは、1日平均20台です。

その場合、医療法の人員基準では、1日の外来患者が40人に対しドクター1名の配置が求められ、ナースは1日の外来患者30人に対し1名の配置が求められます。つまり、ドクターは0.5人、ナースは0.67人必要というわけです。しかし、これではまったく足りませんから、ドクターは専属で2名体制、ナースも8名体制で対応することになると思われます。当然、赤字覚悟です。それでも、

救急から入院患者が確保できれば良いと判断できれば、救急部門の赤字も大目に見てもらえるかもしれません。

とは言え、実際には救急搬送されながら医療費も払わない患者さんや、タクシー代わりに救急車を使ってささいなことでクレームをつける人もいたり、維持していくことは大変です。年末になると、急性アルコール中毒で運ばれる患者さんが続き、経営サイドが救急搬送に逃げ腰になってしまうこともあります。



他病院からの入院患者紹介は、より確実な方法といえます。そのために、紹介方法を重視する病院は「医療連携室」などを設けています。特に急性期の一般病院は、自分たちの病院の特徴、医療設備や医療実績、ドクターの紹介などを記した病院年報などを発行し、紹介を受けるための努力をしています。

例えば、CTスキャナやシネアングロ、心エコーなどの設備を整え、循環器内科のドクターを数多く揃えて、バックに心臓血管外科医や常駐の麻酔医、臨床工学技士を配置し、過去の実績を宣伝して、検査の必要のある患者さんを紹介してほしい旨の広報を医療連携室が実施しています。これにより、紹介による入院患者さんの確保が可



能になるのですが、自分の病院の特徴付けとその地域における役割をはっきりさせて、その体制を作っているところが多いようです。

また、在宅からの入院患者受け入れについては、訪問看護の充実が鍵になります。入院患者が127名いるということは、結果的に退院患者も127名出ることになります。一般的に退院はうれしいことのはずですが、高齢者のなかには退院がかえって不安要素になることもあり、退院後も外来に通院したり、在宅療養が続いたりすることもあります。その負担は患者本人だけでなく、周りの家族にも掛かってきます。すると、安心して退院してもらうには、訪問看護の充実が必須であると理解できますね。

当然、急性増悪も起こりえますので、そのときに入院ができなければ、家族からの信頼は得られません。訪問看護の登録利用者のうち、入院が必要な利用者は5%前後といわれていますので、在宅からの入院患者確保も重要なのです。

自分が働く施設で入院したいですか？

問題は外来からの入院患者確保です。約10年前までは外来からの確保が中心だったのですが、今は減少しています。これは先月号でも説明しましたが、ドクターが患

者さんにさまざまなデータを示して、入院の必要性を伝えても、「少し考えさせてください」と言って、ほかの病院で診断を受ける、いわゆるセカンドオピニオンを受ける患者さんが増えてきました。



そう言えば、私が勤める病院にもそんな患者さんがいました!



それは、こずえさんの病院の評判が良いのでしょうか。実は病院としては、患者さんを診断して入院の必要性を説き、ほかの病院に入院されるのはできれば避けたいところです。そのため、自院の信頼度を上げていかなければなりません。ただし、信頼度と人気は違います。病院としての信頼度を上げなければ、外来患者から入院を確保することは難しくなります。

病院としての信頼度とは、極論すればドクターやナースあるいはスタッフが、自分の家族や大事な人を自分の病院に入院させることができるかということです。言葉にするのは簡単なことですが、自信を持つためのハードルは、医療の質やスタッフのチームワーク、設備・スタッフの充実や清潔感の維持などたくさんあります。それらを整備するためにも、最低限、病院の機能評価の受診は必須となっていきます。

ということで次回は、「病院機能評価」について説明していきます。