

Ⅲ. 部門別収支分析

1. 部門別収支について

<略>

2. 病院収支分析

表Ⅲ—2—1は、表Ⅲ—1—1を部門別に医業総利益段階で分けたものであり、〇〇病院の病院合計と入院、外来、健診、居宅事業所の収支と配賦基準を表したものです。

病院全体としては、医業収益が9億15百万円、医業原価が9億36百万円となり、医業総利益段階で21百万円の赤字となっています。このことは、医業で上げた収益では、医療に直接関わる材料、人件費、経費などをまかなえていない状態になることを表しています。このほかに、一般管理費として66百万円かかっており、医業外収支で42百万円持ち出しになっているため、各部門、診療科の医業収益に対し11.9%の医業総利益を確保していくことが経常利益をプラマイゼロにする目安となります。また、直接労働分配率(付加価値《第一限界利益額》/直接人件費)が71.8%となっていることから、直接人員の生み出す付加価値が低い状態となっていることがわかります。一般的には、直接人件費と間接人件費を足した総労働分配率で70%をきる水準が標準として考えられています。通常、労働分配率が高い原因は、その働きすなわち医業収益高や限界利益額が低いことを意味しますが、当院については、人件費が高いことを意味しています。職員効率分析のV項で詳しく述べますが、入院患者実数約200人/日に対して看護補助者、調理師等が多いこと、一般技術職の給与単価が高いことによって200百万円/年の人件費が高くなっていることが特徴といえます。この結果、労働分配率が8%高くなり71.8%になっています。

<以下略>

<表略>

3. 外来収支分析

表Ⅲ—3—1は、外来部門の診療科別の損益、経営指標を表したものです。外来部門の医業収益は、3億32百万円、材料費等を差し引いた第一限界利益額が2億46百万円、直接人件費を差し引いた第二限界利益額で72百万円、医業原価を差し引いた医業総利益段階では、18百万円の赤字となっています。

<表略>

外来部門については、患者分析でも述べますが病床規模からみますと患者数が多い状態にあります。地域の事情により、診療報酬上で200床以上病院に求められている専門外来機能だけでなく、地域の診療所の機能も担っていると考えられます。このことは、〇〇病院がみなければならぬ一般外来患者が多く、人員を配置して診療を行っていますが、診療報酬上では十分な評価がされていないために単価が安くなっているのではないかと考えられます。

診療科別にみると医業総利益段階で黒字なのは泌尿器科、小児科、循環器内科です。泌尿器科は透析診療を行っていることが黒字の大きな要因として考えられます。透析診療については、今後も患者数の増加が見込まれる診療であり、現在2クール体制に対し稼働状況は60%であるため、看護職、MEの確保や透析施設の拡充など力を入れ透析患者を確保していく努力が必要であると考えられます。

外来と入院をあわせた透析部門については、部門別では泌尿器科の外来収益に組み込まれていますが、外来透析の医業収益は64,585千円でありました。外来収益では計上されていませんが、入院における透析部分の収益が35,419千円ありました。透析室の費用については外来で負担していますので、外来でかかっている材料費のほとんどが透析治療につかわれており、人件費については47%が透析室に配置されており、経費については、固定資産の比率をもって推計すると7,331千円となります。したがって、

医業収益	100,004千円
材料費	47,193千円
人件費	17,864千円
経費	7,331千円
医業総利益	27,616千円

となり、透析部門の医療総利益は27,616千円となります。

<以下略>

4. 入院収支分析

表Ⅲ—4—1は、入院部門の病棟別損益を表したものです。入院部門の医業収益は、5億70百万円、第一限界利益額が4億39百万円(第一限界利益率77.0%)、第二限界利益額が1億23百万円となっており、医業総利益段階で1百万円の赤字となっています。入院部門での第一限界利益率が77.0%とやや高い数値を示していることから、医薬品や診療材料などを多く使う急性期病院とは違う地域一般病院体質をしています。

<一般病棟>

一般病棟については、医業収益が5億27百万円、材料費等を差し引いた第一限界利益額が3億99百万円、直接人件費を差し引いた第二限界利益額が1億15百万円となっており経費を差し引いた医業総利益段階では2百万円の黒字となっています。しかし、医業総利益率では、0.4%となっていますので、一般管理費まで含めると赤字となります。

6月時点の一般病棟の看護職員配置をみると一般病棟の看護職員は91人で受入患者数は172人でした。91人の配置に対しては10人程度の余裕があったことが伺えます。1床あたりの付加価値額を計算すると

$$33,613(\text{患者単価}) \times 75.7\%(\text{第一限界利益率}) \times 365(\text{日}) = 9,287 \text{千円}$$

となりますので、10床で年間92,870千円の減益となっています。よって、診療科ごとの病床管理から、混合病棟をベースとした病床管理体制に移行することで、配置した看護職員を診療報酬に結びつける仕組みに移行することが重要といえます。

また、財務分析で触れましたが、一般病棟の労働生産性の悪さのそのほかの要因としては、労働実日数に起因する部分があると考えられます。具体的には、16年度までの診療報酬では、「当該病棟の入院患者数が2またはその端数をますごとに1以上であること」との記載から、「1日に看護を行う看護職員の数は、常時当該病棟の入院患者の数が10またはその端数が増すごとに1人以上」に変更されたことによります。両者の違いについては、旧診療報酬では、病棟に入院する患者に対して看護職員数を配置することをもとめているのに対して、新診療報酬では実際に病棟に勤務している看護職員の数の配置をもとめています。病床稼働については、看護配置だけの問題ではありませんが、仮に入院基本料を13対1(補助者加算2)にして病床稼働率を90%とすると

既存患者の単価の減少

$$172(\text{人}) \times 1,240 \text{円} \times 365(\text{日}) = -77,847 \text{千円}$$

患者数の増加(病床稼働率90%)

$$26(\text{人}) \times 32,373 \text{円} \times 365(\text{日}) = 307,220 \text{千円}$$

患者増に伴う材料費の増加

$$307,220(\text{千円}) \times 23.0\%(\text{変動比率}) = -70,661 \text{千円}$$

となり、158,712千円の増収となります。

また、仮に△△病院の病棟看護職員と同じ勤務日数とすると、10対1でもさらに17人の患者の受入が可能になり

増収額 $17(\text{人}) \times 33,613(\text{患者単価}) \times 365(\text{日}) = 208,568 \text{千円}$

増加材料費 $208,568(\text{千円}) \times 23.0\%(\text{変動比率}) = -47,971 \text{千円}$

となり、160,597千円の増益となります。

4階病棟については、医業収益が114百万円、第一限界利益額が93百万円、第二限界利益額が30百万円となっており、医業総利益率2.8%となっており一般管理費をふくめると赤字病棟となります。赤字の要因としては、直接労働分配率が68.3%となっており高い値を示しています。要因として考えられるのは、看護職員が21人配置されていますので42人までの受入体制を整えているのに対して、36.1人までしか入院がなかったことが考えられます。

5階病棟は、医業収益が129百万円、第一限界利益額が109百万円、第二限界利益額が30百万円となっており、医業総利益率3.7%となっており一般管理費をふくめると赤字の病棟となっています。

6階病棟は、医業収益が145百万円、第一限界利益額が107百万円、第二限界利益額が39百万円となっており、医業総利益率4.6%となっており入院の各病棟の中でもっとも収益性がよい病棟となっています。6階病棟は、泌尿器科の病棟となっていますが、透析部門があることも考慮しても泌尿器科の病院経営への貢献度は特に高いといえます。

7階病棟は、医業収益が138百万円、第一限界利益額が90百万円、第二限界利益額が17百万円となっており、医業総利益率-9.1%となっています。7階病棟は医業収益や配置看護職員と患者数の関係などをみると5階、6階病棟とあまり大きな違いはありません。後述しますが内科、循環器内科は長期の入院患者が多い診療科であることと付加価値的診療行為が少ないことの影響があると推測できます。

<療養病棟>

療養病棟については、入院部門で唯一の赤字部門となっています。療養病棟の中に医療療養病棟が23床、介護療養病棟が17床配置されています。医療療養病床の単価は17,021円で病床利用率は92.2%となっており、介護療養病床の単価は12,440円で病床利用率は63.5%となっています。介護事業経営実態調査によると介護療養型医療施設の20年3月の利用者1人当たりの収入は16,471円となりますので、介護度の高い方が入所していない状態です。医療制度改革の流れを受けて介護療養病床については、3年後に廃止の方向が決まっていますので、併設する老健施設に委譲するとして介護療養病棟を廃止することも含めた検討を行う必要があります。介護療養病棟を廃止して、現在の療養病棟と同様の患者が入院したとすると

$$12,440\text{円(単価)} \times 17\text{(床)} \times 63.5\% \times 365\text{(日)} = -49,016\text{千円}$$

$$17,021\text{円(単価)} \times 17\text{(床)} \times 92.2\% \times 365\text{(日)} = 97,377\text{千円}$$

となり、差額の48,361千円の増収となります。

看護職員数や外来の診療報酬に影響を及ぼす一般病床数などを考慮すると現在の療養病棟を維持する必要があります。

<表 略>

5. コメディカル部門別収支分析

コメディカル部門全体では、医業収益が406百万円、材料費等を差し引いた第一限界利益額が221百万円、人件費を差し引いた第二限界利益額が114百万円、医業総利益段階では20百万円の黒字となっています。医業総利益段階では、検査、リハビリ(集計上介護保険適用リハビリが外来収益として3,510千円、医業総利益で2,879千円)の黒字となっており、薬局、放射線、給食が赤字部門となっています。

< 薬剤部門 >

薬剤部門は現在の診療報酬体系ではほとんどの医療機関で赤字となる部門ですので、赤字の絶対額を減らしていく努力が必要になります。薬剤部は、薬剤師3人と補助者2人の体制となっておりこの規模の病院としてはかなり少ない体制となっています。来年度の卒業生を最後に薬科大学6年生移行のため、新卒の薬剤師がとれない状態が目前に迫っておりますので薬剤師の確保が急務となります。6月の実績からみる医療法上の薬剤師数は70人に対して1人の一般病棟178人、150人に対して1人の療養病棟で30人ですので必要数は2.7人でありぎりぎりの状態で運営していることがわかります。また、薬局長が来年定年を迎えますので補充ができなければ医療法の標準を割り込むことになります。よって、薬剤師の確保は早急に対応が必要な事項としてあげられます。

薬剤師の体制が整っていないために眼科、整形外科のオーダーは受けられなくなっているよう
ですので、薬剤師不足が診療に影響が出ている状態といえます。また、無菌製剤処理加算の対
象者も悪性腫瘍剤の患者が4月18人、5月46人、6月4人、悪性腫瘍以外のものについて4月48
3人、5月547人、6月651人確認できましたのでこれらの業務を行うこととすると十分に人件費を
稼ぎ出すことができます。

病棟注射薬の業務の流れについては、翌日分の病棟注射薬のセット出しを行っており、夜勤の看護職員の業務として混注作業が行われています。このような業務の流れになっていると、翌朝医師が回診でオーダー変更の必要性が発生したときに混注された薬剤がロスとなる可能性がありますので、一度そのような薬剤がどの程度あるのか調べてみる必要があります。

< 検査部門 >

検査部門は医業総利益段階で34百万円の黒字となっている部門です。医業総利益率も32.3%となっており高い水準となっています。検査部門の一人一日あたりの検査収入額は138,633円となっており、公私病院連盟の病院経営実態調査の同相規模の病院の69,308円を大きく上回っています。検査科の今後の課題は、医師や看護職員との連携をいっそう推進していくことにあります。

< 放射線部門 >

放射線部門は、医業総利益段階で1百万円の赤字部門となっています。しかし、10月より PACS

が導入されることにより、月に5百万円の収支改善が見込まれ年間では60百万円の改善が見込まれますので、現状では黒字化されていると推察されます。

放射線部門1人1日当たり画像収入額は6月分で108,636円と公私病院連盟の病院経営分析調査の72,832円を大きく上回っています。

高額医療機器の稼働状況は、6月実績でCTが588件で500千点となり、月の償却額が1,357千円ですのでかなりの高収益をあげていることがわかります。MRIが186件で242千点となり、月の償却額が1,925千円ですのでこちらも機器代金に見合った稼働状況となっています。

<リハビリ部門>

リハビリ部門は外来部門別に介護料として計上されていた介護保険での訪問リハビリを含めると21千円の医業収益に対して材料費はほぼありませんので、人件費の13百万円、経費の4百万円を差し引いた4百万円の利益があがっている部門です。人員体制としては、PT6人、OT4人、ST1人となっており、長期病欠の職員が1人おりましたので10人体制でした。後述する提案に回復期リハビリ病棟がありますので体制的には、病棟配置のPTが2人、OTが1人となり、リハビリ室はPT4人、OT3人、ST1人の計8人となり、脳血管疾患(1)の基準にはPT5人、OT3人、ST1人以上と合計で10人以上の職員が必要なため、PT1人を含む2人の早急な人員の補充の必要があります。

リハビリ部門の3ヶ月分の医業収益が21,591千円でしたので1人1月当たり720千円の収益を獲得していたことがわかります。通常、リハビリ職員の一月当たりの収益は800千円以上ありますので請求単位を管理することによりさらに1割程度の増収が可能だと考えられます。

80千円(1人当たり増収額)×10(人)×12=9,600千円

<以下略>