

【概要版】町立辰野総合病院 経営分析報告書

平成 24 年 3 月 23 日



株式会社川原経営総合センター 病院コンサルティング部

0. 目次

1	上伊那医療圏における3病院の機能分担と連携	2
2	辰野町における人口動態とその課題	2
3	入院患者の推移	2
4	病床利用率の推移とベッドコントロール	3
5	入院患者における収入内訳の分析	3
6	外来患者延数の推移傾向	4
7	外来患者における収益の内訳	4
8	患者シェア 入院患者15%、外来患者27%の現実	5
9	シェアを広げるために取るべき対策	5
10	コスト分析	6
11	入院部門の効率性と安定性	6
12	外来部門の効率性と安定性	6
13	人材の効率性（非財務）	7
14	人件費の効率性（財務）	7
15	一般会計からの繰入金等の状況	8
16	地方公営企業法全部適用へ	8
17	課題のまとめ	8
18	経営改革への提案	9

はじめに

本報告書は、株式会社川原経営総合センターが町立辰野総合病院（以下、辰野病院）より受託した「経営診断業務」における報告書です。

本書では、契約に従い「町立辰野総合病院 経営環境の分析」と「経営課題の抽出と将来の経営シミュレーション」について調査を行い、収集した各種データを分析し課題を抽出し経営安定化のための提案を交えて結果をまとめました。

本書の作成にあたっては辰野町及び町立辰野総合病院の皆様の多大な協力を得ているものであり、ここに深く感謝いたします。

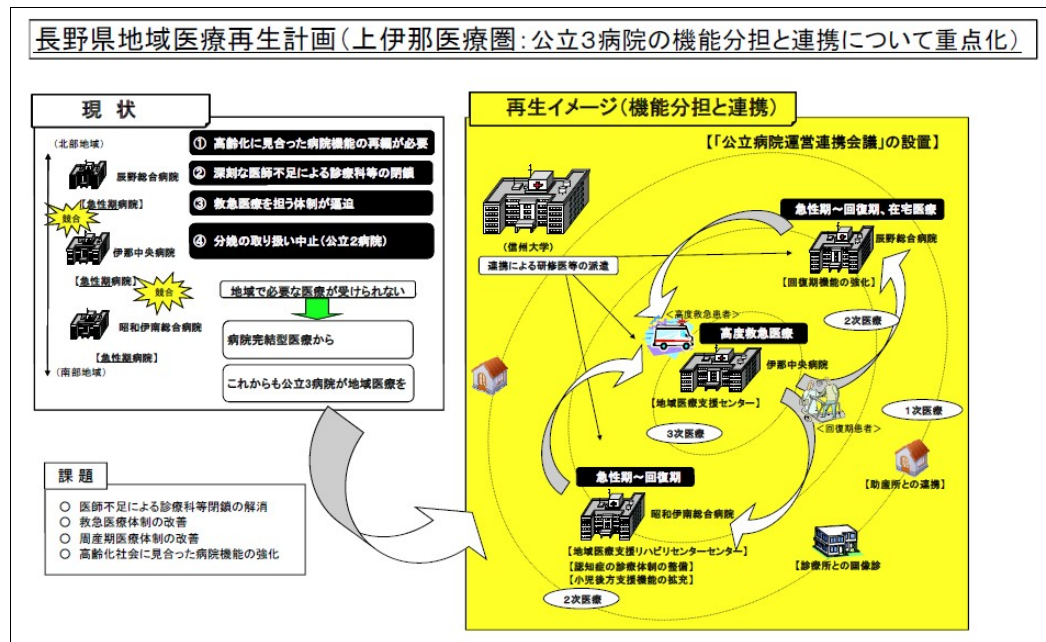
平成24年3月23日
株式会社川原経営総合センター
病院コンサルティング部

1. 上伊那医療圏における3病院の機能分担と連携

上伊那医療圏では住民の高齢化が進んでいる。その状況に合わせて医療連携体制を構築することが必要である。医師不足や人口減により救急医療・分娩機能の維持の限界も現実化している。長野県はこうした状況を踏まえ「地域医療再生計画（平成23年）」の中で上伊那医療圏の地域連携体制と機能分担のあるべき形を示した。

上伊那医療圏内にある3つの病院（伊那中央病院、町立辰野総合病院、昭和伊南総合病院）は今まではそれぞれの地域で完結型の医療を提供してきた。今後は上伊那医療圏の地域医療を守るために機能分担と役割分担を図ることが求められる。すなわち、伊那中央病院を高度救急医療を提供する地域の中核病院と設定し、町立辰野総合病院と昭和伊南総合病院を急性期から回復期・在宅医療をカバーする後方支援病院として、3病院の連携体制により地域医療を支えていく医療体制作りを重点的に進めることが計画されている。

図表1 長野県地域医療再生計画（上伊那医療圏における地域連携体制の再生イメージ）平成23年5月12日



2. 辰野町における人口動態とその課題

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると上伊那医療圏全域（伊那市、駒ヶ根市、飯島町、辰野町、箕輪町、中川村、南箕輪村、宮田村）の合計人口は減少傾向にある。辰野町のみの人口推計も将来に向かって減少傾向にある。辰野町の高齢化比率は上伊那医療圏全域の平均値より早く進む。また人口減少についても上伊那医療圏全域の平均値より速く進む。現在から約20年後の2035年には老年人口割合は約4割になり、人口は2015年対比で約70%まで人口は減少すると試算できる。

図表2 上伊那医療圏および辰野町における将来人口比率の推計（国立社会保障・人口問題研究所の試算による）

《上伊那医療圏全域における人口比率の将来推計》

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口指数	100.0	98.8	96.7	93.9	90.8	87.5	83.9
年少人口割合（%）	15.0	14.2	13.1	11.9	11.1	11.0	11.0
生産年齢人口割合（%）	61.4	59.8	57.9	57.2	56.7	55.8	54.4
老年人口割合（%）	23.6	26.0	29.0	30.9	32.1	33.2	34.7
75歳以上人口割合（%）	12.2	13.9	15.2	16.9	19.3	20.6	21.1

《辰野町における人口比率の将来推計》

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口指数	100.0	96.1	91.6	86.4	81.0	75.6	70.2
年少人口割合（%）	13.5	12.8	11.6	10.5	9.8	9.6	9.6
生産年齢人口割合（%）	59.9	56.9	54.4	53.4	53.2	52.7	51.3
老年人口割合（%）	26.7	30.3	34.0	36.1	37.0	37.8	39.1
75歳以上人口割合（%）	13.5	15.9	18.0	20.6	23.5	24.9	25.0

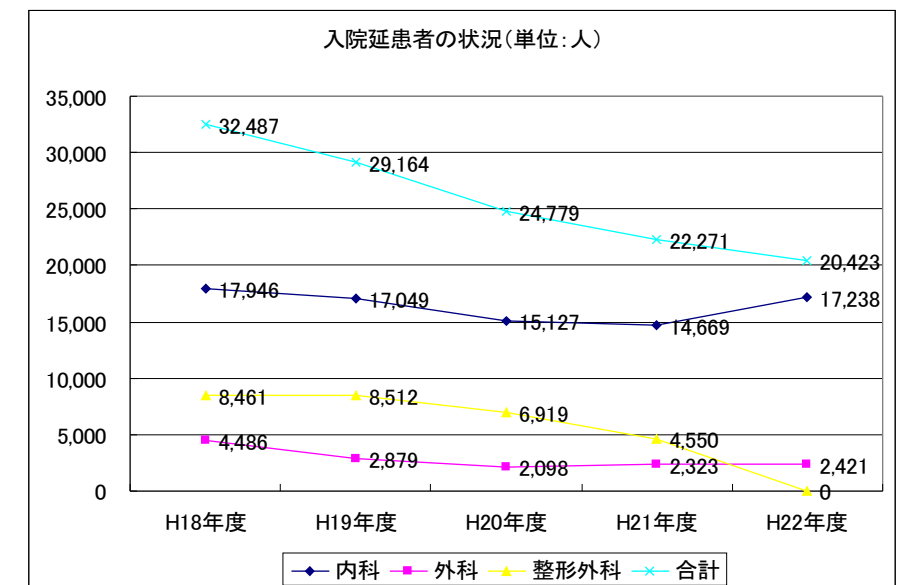
3. 入院患者の推移

入院患者数は平成18年度の32,487人をピークに減少を続け、平成22年度はピーク時の62.9%にあたる20,423人にまで減少している。

患者数が減少した原因は、平成18年度から平成22年度にかけて医師が7名減少したことに伴う患者数の単純減少と地域連携機能の整備途上による他病院への入院患者の流出だと考えられる。

診療科ごとに見ると、平成20年度までは全ての診療科において入院患者は減少していたが、平成21年度には外科が増患に転じ、平成22年には内科が前年比117.5%の増患に転じた。整形外科に関しては本年度より常勤医師が着任したため、一時期は0人にまで落ちていた患者数が好転すると予想できる。

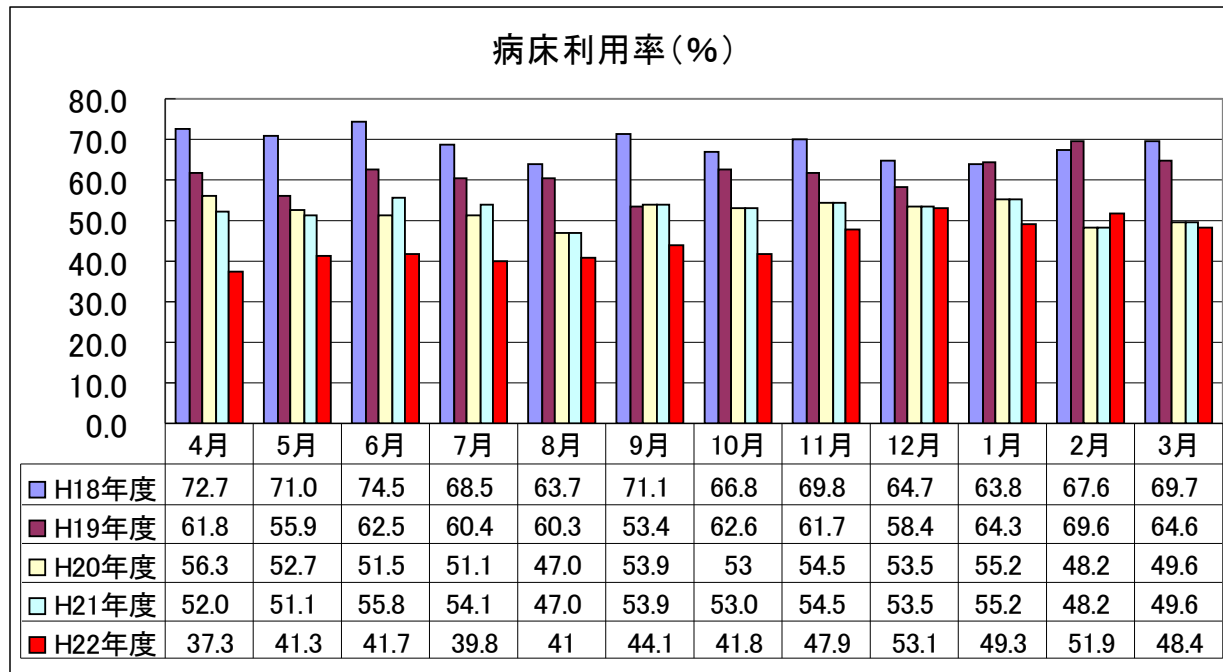
図表3 入院患者延数の推移



4. 病床利用率の推移とベッドコントロール

病床利用率は平成18年度から平成22年度にかけて23.9%の減少が見られる。平成22年度においては全ての月で病床利用率が50%を下回っている状況にある。

図表4 病床稼働率の推移



今後、入院患者数及び稼働率を抜本的に向上させるためには、医師の確保以外の方法を検討すべきだと考える。常勤医師が確保できれば入院患者数を増やすことができるのだから積極的に関連大学や外部求人への働きかけを行い医師確保を進めるべきだと考えるのは正しい。ただ、その医師を確保するために現在も院長を初めとして病院全体で対応を図っているのである。今後も医師確保対策は続けるものの、そこにのみ増患対策を集中させることは避けるべきと考える。こうした状況を踏まえ増患対策にはなるべく医師の雇用を条件としない方法を選択すべきと考える。

医師だけに頼らない増患対策として、①病床の一部休止による患者稼働率の向上と看護基準の引き上げ、②一般病床の亜急性病床への転換又は療養病床への転換による長期入院患者の確保、③既存の入院患者の入院期間等見直しによる病床稼働率の向上、④地域連携室の積極的活動による入院患者の確保と病床回転率の向上、⑤自院の外来・訪問看護・訪問リハビリテーション・その他在宅支援サービス部門との連携による入院患者の確保、などがあげられる。

5. 入院患者における収入内訳の分析

一日当たりの入院収益の内訳を下表に示す。下段の表は更に分析を細かくし、患者一人当たりの平均入院収益の内訳を示したものである。

図表5 一日あたり入院収入とその内訳[円]

	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度
初診	11,982	13,546	13,444	13,090	9,315
投薬	18,104	18,020	15,385	12,504	10,961
注射	76,229	64,888	52,451	61,386	69,105
処置	33,105	33,601	29,718	35,225	36,515
手術	71,340	50,903	44,128	34,541	33,172
検査	28,757	25,062	23,387	22,311	20,849
X線	18,685	16,955	12,963	12,243	10,373
基本料	535,994	476,407	415,066	387,439	370,865
リハビリテーション	17,173	19,145	26,314	28,949	48,237
その他	991	215	1,165	211	(385)
計	812,360	718,742	634,021	607,899	609,007

図表6 患者一人一日あたり入院収入とその内訳(円)

	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度
初診	369	464	542	588	456
投薬	557	618	621	561	537
注射	2,346	2,225	2,117	2,756	3,384
処置	1,019	1,152	1,199	1,582	1,788
手術	2,196	1,745	1,781	1,551	1,624
検査	885	859	944	1,002	1,021
X線	575	581	523	550	508
基本料	16,499	16,335	16,751	17,397	18,159
リハビリテーション	529	656	1,062	1,300	2,362
その他	30	7	47	9	(19)
計	25,005	24,642	25,587	27,296	29,820

入院一日あたりの収益の合計はゆるやかに下がっている。平成18年度では812,360円あった収益が平成22年度には609,007円にまで落ち込んでいる。原因は患者数の減少と医師不足による。ただし、患者一人一日当たりの入院収益は平成18年が25,005円、平成22年度が29,820円と上昇している。患者数等が減少する中、適正な医療を実施することで患者単価を上昇させていることは、職員一丸となって減収への対応努力がなされたことの結果である。

内訳の比率を確認すると、顕著に増えているのがリハビリテーションである。手術や投薬の収入比率が減少しまた検査等の比率は横ばいを示している中、リハビリテーションの収入に占める割合のみが大きく上昇している。上昇した項目・減少した項目を合わせて傾向を分析すると、手術等を必要とする急性期医療からリハビリテーションを主体とする慢性期医療へと診療の傾向が変化していると考えられる。

6. 外来患者延数の推移傾向

外来患者延数のうち、一番のシェアを占める内科の患者数は平成18年度から平成22年度まで大きな変化はない。そのほか、外科・眼科・耳鼻科・皮膚科とも大きな変化は見られない。減少傾向が見られるのは整形外科であるが、これは常勤ドクターの退職に伴う診療科そのものの診療機能の休止が原因である。平成24年1月には新しい整形外科医が着任したため、患者数は以前のように順調に回復すると見込まれる。逆に増加傾向が見られるのは、透析である。患者延数・収入ともに増えている。

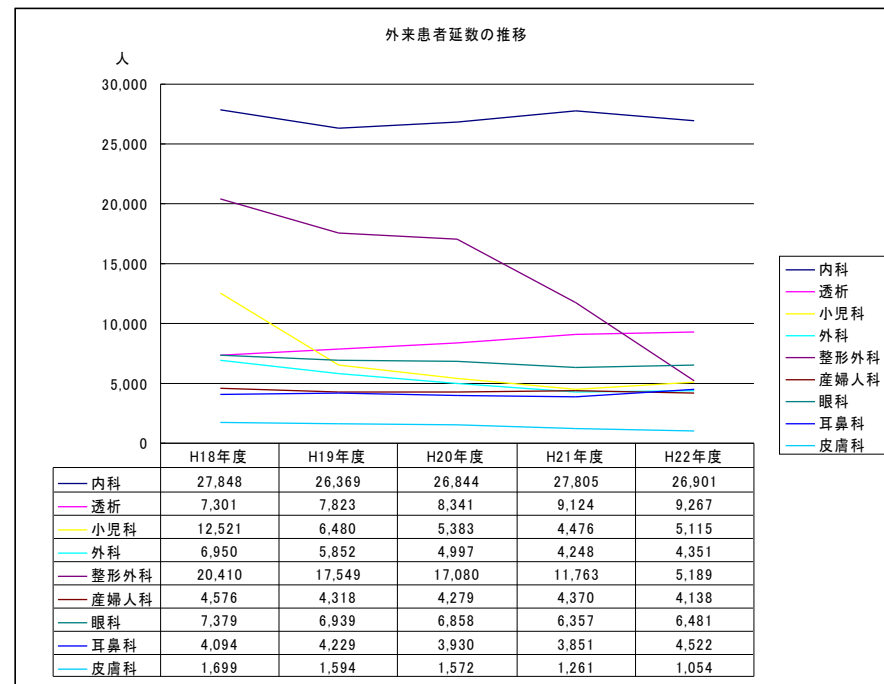
増加・減少・横ばいの状況から分析できる点は2つある。一つは、急性期医療ニーズが安定して一定数必ずあるということである。前述の入院患者の収入内訳では急性期医療ニーズ（手術等）が減少し、回復期慢性期医療ニーズ（リハビリテーション等）が確実に増加しているが、外来はどの診療科も患者数・収入が一定している。地域のプライマリ・ケアを支えるという町立病院の責任を全うされている。

その上で、更に一步踏み込んで考えると、入院患者の退院後の在宅治療ニーズを満たすことができれば、更に外来患者は増えるものとする。入院診療の傾向が変化しても外来診療の傾向が変化しないこと、これは良い意味でも悪い意味でも外来患者の来院ルートが入院と相関が少ないということである。とするなら、今後、入院機能が亜急性期・後方支援病院に移行していったとしても、外来は大きく影響を受けることがなく患者を一定数確保できると分析できる。その上で、入院患者の退院後の在宅治療について外来がより積極的にフォローするならば、内科・整形外科・リハビリテーションを中心に、外来患者のニーズは更に高まる。

退院後患者の在宅フォローについては外来で一切行うのではなく、訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問介護・通所リハビリテーション・通所介護など、医療・介護サービスを含めて患者を全方向的にフォローする体制ができることが患者にとって一番良いサポートだと考える。その役割に対するリーダーシップは、公立病院であり町で唯一の病院である辰野病院の外来部門が担っていくことが望ましいと考える。

外来中心の医療・介護連携体制が確実に構築できれば、同時にまた潜在的な入院患者の確保にもつながる。在宅にて住民の健康をフォローし、入院治療が必要な場合は入院部門へと連携を行う。こうした連携体制は患者にとっても病院の経営にとっても理想的である。

図表7 外来患者延数の推移



7. 外来患者における収益の内訳

一日当たりの外来収益の内訳を下表に示す。下段の表は更に分析を細かくし、患者一人一回当たりの外来収益の内訳を示したものである。平成20年度の一日当たりの入院収益の内訳は資料不足のため空欄としている。

図表8 外来一日あたりの収益とその内訳

	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度
初診	20,154	20,226	19,597	21,537	19,936
再診	200,744	173,951	170,150	163,723	155,281
投薬	60,499	38,693	34,328	33,212	32,849
注射	40,005	35,274	33,241	43,211	50,081
処置	195,476	205,874	212,096	232,533	229,591
手術	21,380	18,539	14,953	12,388	10,607
検査	146,323	140,538	135,638	130,794	132,112
X線	64,686	61,782	58,005	48,898	37,307
リハビリ	6,033	4,746	4,374	3,779	1,794
その他	47,572	45,296	42,584	38,331	38,984
計	802,872	744,919	724,966	728,406	708,542

図表9 患者一人一日あたり外来収入とその内訳

	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度
初診	217	249	247	294	297
再診	2,164	2,143	2,146	2,235	2,317
投薬	652	477	433	453	490
注射	431	435	419	590	747
処置	2,107	2,537	2,675	3,174	3,426
手術	230	228	189	169	158
検査	1,577	1,732	1,711	1,785	1,971
X線	697	761	732	668	557
リハビリテーション	65	58	55	52	27
その他	513	558	537	523	582
計	8,653	9,178	9,144	9,943	10,572

外来部門について、平成18年度には802,872円であった一日あたりの収入が、平成22年度には708,542円と100,000円ほどの減少が見られる。ただし、この理由は常勤であった整形外科医の退任による診療科の休止によるものである。整形外科のみの収益推移については、平成18年度が94,934,000円、平成22年度が32,437,000円。年の診療日数を266日として、整形外科の一日における単純収入を算出すると、平成18年度平均が356,895円、平成22年度平均が121,944円、差額は234,951円となる。外来全体における平成18年と平成22年の差額は約100,000円ほどであるため、仮に整形外科医が退任せず同じ状態で稼働していたと仮定すると、一日あたりの外来収益は約134,000円（234,951円-100,000円）ほど増加していると算出できる。

8. 患者シェア 入院患者 15%、外来患者 27%の現実

国民健康保険加入者が町立辰野総合病院を利用するパーセンテージは低い。診療費用を元に算定すると、入院では平成20年が12%、平成21年で15%、平成22年で14%。平均しておよそ13.5%。外来では平成20年で27.7%、平成21年で26.9%、平成22年で27.8%。平均しておよそ27%。入院では8人中7人が、外来では4人中3人が辰野病院以外の医療機関を選択している。

もちろん地域連携体制における機能分化において、前方連携先である伊那中央病院や信州大学医学部付属病院へ急性期疾患の入院患者が向かうことはごく自然のことである。だから単純に数値だけを見てシェアが低いという判断はできない。ただ現状としての数値を把握し、今後に向かって数値を高くする対策を取ることは必要である。

図表10 国保加入者における病院ごと入院患者の費用支払額 BEST10

保険医療機関名	平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	費用額	比率	費用額	比率	費用額	比率
町外A	122,563,200	20.0%	117,018,610	18.1%	109,543,130	18%
町立辰野総合病院	73,539,140	12.0%	97,381,100	15.1%	84,082,490	14%
町外B	62,914,110	10.3%	43,986,240	6.8%	43,223,530	7%
町外C	54,014,240	8.8%	96,472,010	14.9%	101,553,320	16%
町外D	49,437,130	8.1%	29,489,030	4.6%		
町外E	32,756,160	5.3%	23,276,830	3.6%	20,752,680	3%
町外F	27,148,770	4.4%	28,502,210	4.4%	36,214,400	6%
町外G	27,022,490	4.4%	39,806,720	6.2%	50,755,550	8%
町外H	15,928,060	2.6%				
町外I	12,979,860	2.1%	15,693,300	2.4%	16,677,270	3%
町外J			18,182,760	2.8%	16,271,910	3%
町外K					15,134,140	2%
その他 医療機関	134,346,420	21.9%	136,136,520	21.1%	123,643,000	20%
合計	612,649,580	100.0%	645,945,330	100.0%	617,851,420	100%

9. シェアを広げるために取るべき対策

辰野町はその立地上から諏訪市や岡谷市などに生活導線が向かうことも多く、従って長野県の定める二次医療圏の範囲内でのみ患者に受診を促すことは難しい。また患者は急性期医療を展開するより大きな規模の病院での受診を望む傾向があることも現実である。上記のリストを見ると、入院について患者が辰野病院と同じ機能役割を持つ病院や急性期病院へと向かっていることが確認できる。より現実的な言い方をすれば患者が町外に流出しているという言い方もできる。事実、伊那中央病院の入院患者のシェアは辰野病院よりも多く国保患者の約2割となっている。地域連携体制における前方連携病院であっても、この順位の逆転は地域連携体制がうまく機能している以上の要因があると考えられる。その他、諏訪赤十字病院や市立岡谷病院への入院についても同じ原因で患者が流れていると考えられる。

外来に関しては、現状で十分なパーセンテージの患者を確保している。町内のクリニックのパーセントと合わせて考えると、町内の外来診療体制の量及び質にさほどの問題は見られない。

入院と外来の双方を合わせて考えると、外来時には町内の医療機関を利用し、入院時は地域の比較的大きな規模の急性期病院を利用する傾向がある。直接的に患者が急性期病院を選択しているのか、あるいは十分な連携が取れておらず急性期病院を退院した患者を後方連携として辰野病院に入院してもらえない状態にあるのかはデータから判断ができない。いずれにしても入院のシェアを向上させることが必要である。明確にどこまでということではないが、可能であれば入院も外来と同じく25%以上の患者シェアを目標としたい。

その目標の達成のためには、診療の連携や機能をするだけではなく、住民に対して辰野病院の役割を周知し、かつ診療の質に対する信頼を更に向上させるための取り組み、いわゆる広告・宣伝・マーケティング活動も実施していかなければならない。

図表11 国保加入者における病院ごと外来患者の費用支払額 BEST10

保険医療機関名	平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	費用額	比率	費用額	比率	費用額	比率
町立辰野総合病院	176,174,880	27.7%	175,117,060	26.9%	179,717,790	27.8%
町内a	52,372,170	8.2%	51,228,220	7.9%	49,020,580	7.6%
町外D	29,405,530	4.6%	30,432,240	4.7%		
町内b	28,082,590	4.4%	26,599,510	4.1%	21,507,290	3.3%
町外A	24,632,720	3.9%	25,480,450	3.9%	32,427,060	5.0%
町内c	24,286,230	3.8%	24,687,400	3.8%	24,682,170	3.8%
町外C	23,090,470	3.6%	24,169,730	3.7%	23,684,780	3.7%
町内d	20,191,160	3.2%	19,842,410	3.1%	20,468,560	3.2%
町内e	20,029,370	3.2%	20,017,230	3.1%	20,409,320	3.2%
町外G	16,137,650	2.5%	16,999,840	2.6%	26,718,070	4.1%
町外L					17,858,060	2.8%
その他 医療機関	220,519,560	34.7%	235,287,510	36.2%	230,675,470	35.6%
合計	634,922,330	100.0%	649,861,600	100.0%	647,169,150	100.0%

10. コスト分析

医業費用（コスト）の現状について公的指標と比較した。公的指標は「医療施設経営安定化推進事業 平成21年度 病院経営管理指標 厚生労働省医政局委託 平成23年3月」及び「第18回医療経済実態調査（医療機関等調査） 報告 平成23年6月実施 中央社会保険医療協議会 平成23年11月」の2種の公的統計より抽出している。

医業損益率とは、医業利益（医業収入から医業費用を差し引いた額）と医業収入（費用を差し引かない収入合計額）との比較値で、数値が低ければ低いほど損が発生していない健全な経営状態にあると言える。人件費率とは医業収入と対比した給与費の割合である。給与費には常勤・非常勤、医師等、全ての人件費が含まれる。その他、減価償却費率、医薬品費率、診療材料費率とも、それぞれの項目を医業収入と対比した場合のパーセンテージである。

数値からは人件費率が若干高いこと、および経費率が高いことが主要な課題としてあげられる。ただし、いずれの値も改善傾向に向かっている、医業損益率は3年間で4.8%改善されている。人件費率は3年間で4%縮小した。医薬品比率や診療材料比率についても公的指標と比較した場合、問題が生じているわけではない。経営の健全化のためにコスト削減面ではまだ多くあるが、病院は経営努力を通じて改善傾向にあると見てよい。

図表12 医業費用に関する分析値

	20年度	21年度	22年度	公的指標
医業損益率（%）	16.9%	19.9%	12.1%	7.6%
人件費率（%）	64.7%	65.8%	60.8%	57.3%
減価償却費率（%）	7.1%	7.3%	6.6%	7.1%
医薬品費率（%）	11.4%	13.5%	12.7%	13.8%
診療材料費率（%）	8.8%	7.3%	6.9%	9.6%
経費率（%）	24.5%	25.8%	24.9%	5.1%

11. 入院部門の効率性と安定性

入院部門の運営状態は年々悪くなっている。病床稼働率は公的指標を大きく下回り、ここ3年で10%以上下がっている。平均在院日数も短い。急性期医療を展開する地域中核病院に近い数値であり、100床規模の後方支援病院としては極端に短いと考える。公的指標と比較しても同規模・同種の病院と比べ10日以上短い。平均在院日数が短いことで生じる問題は病床の回転率を高める必要が生じることである。患者確保が容易な状態であれば、平均在院日数を短くし、病床回転率を高め、次から次へと新しい患者で病床を埋めることができる。ただ患者確保ができない場合、平均在院日数を短くすればするほど患者は早期に退院して空き病床が生まれる。辰野病院は町に一つの町立病院として町内住民からは急性期から慢性期にいたる幅広い医療ニーズを満たすことが求められるという背景は理解できる。ただ同時に二次医療圏における後方支援病院として長期入院治療を担う役割の病

院であることも忘れてはいけない。特に病床稼働率が低下している現状であれば、積極的に長期療養が必要な患者を受け入れることや亜急性期病床を増やすことにより空床を埋めるための対策をとることも検討すべきだと考える。

そのほかに辰野病院の特徴として、医師の負担率が非常に大きいことがわかる。医師不足による常勤医師数の減少や医師確保の難しさがあり、院長を初め常勤医師に大きな負担が生じている。平成22年度の数値では医師一人一人当たりの患者数が9.3人であり、公的指標よりも2.0人多い。単純な割り算だけで図るなら、辰野病院の医師は他の同規模公立病院の医師よりも2割り増しの労働負担を強いられていると計算できる。

図表13 入院部門の運営状態に関する分析値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	公的指標
病床稼働率	67.9%	61.0%	56.0%	74.0%
平均在院日数(日)	—	18.7	18.2	29.4
患者一日一人当たりの医業収入(千円)	25.6	27.3	29.8	24.1
医師一日一人当たりの患者数(人)	9.7	7.6	9.3	7.5
看護師一日一人当たりの患者数(人)	0.9	0.8	0.8	1.3
職員一日一人当たりの患者数(人)	0.5	0.5	0.5	0.6

12. 外来部門の効率性と安定性

公的指標との比較により顕著に問題として浮き上がるのが「医師一人一人当たりの患者数（人）」と「看護師一人一人当たりの患者数（人）」である。統計値と比較して、医師は他病院より2~2.5倍、看護師は1.3倍ほどの労働負担を強いられている。現実として、そこまで多くの労働負担をかかえた状態で継続的に業務を続けることは体力的・物理的に難しい。結果、患者一人ひとりの診療の質を低下せざるを得ないという懸念も生じる。外来患者が多いことは辰野病院の外来部門への信頼の証である。ただ、だからといって従事者に高い労働負担を強いることは適切ではない。当課題については早期に解消すべきと考える。

解決策の一般的な手法は、①在宅医療・介護サービスへの振り替え、②看護師やコメディカルの外来フォロー③外来機能の分化・サテライト化である。

①については、外来診療のうち医師の診療が必要な患者と在宅での看護師やリハビリテーション職、介護サービスでのフォローが必要な患者（利用者）とを明確に区分し、適切なサポートを行うことにより外来負担を少なくする方法である。②については、看護外来やリハビリテーション外来などを積極的に行うことで医師の外来診察の負担軽減を少なくする方法である。③については、外来のサテライトを設けて、患者を分散させることにより本体の病院に来院する患者を減らす方法である。もっともサテライト化には医師の確保が必要になるため、現状ではあまり現実的ではない。

いずれにしても外来診療の医師・看護師等の労働負担を軽減することが急務である。

図表14 外来部門の運営状況に関する分析値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	公的指標
一日あたりの患者数	298.1	275.4	251.9	156.0
患者一人当たりの医業収入(千円)	9.1	9.9	10.5	8.1

医師一人当たりの患者数(人)	42.6	34.4	42.0	16.1
看護師一人当たりの患者数(人)	3.8	3.8	3.5	2.8
職員一人当たりの患者数(人)	2.4	2.3	2.2	1.4

1.3. 人材の効率性（非財務）

職員の平均年齢が高い。医師は50歳前半、看護師・コメディカル・職員全体の平均は45歳前後である。年齢の高い職員であれば経験も能力も安定するため、医療品質の面での問題はがおきにくいというメリットはある。ただ、平均年齢が高いということは、幅広い年齢層の職員がいないということであり、同じ年数の職員が多く偏っているということである。従って、定年退職等で多くの職員が退職してしまう、あるいは体力の衰えによる仕事の軽減希望などが一斉に起こってしまうというリスクを内包している。

また、視点を変えれば若い職員が少ないということでもある。若い職員がいない組織では教育・育成のノウハウが薄いということである。ベテラン職員にとってはそれでもかまわないが、これから成長していく若い職員にとって、自分の勤める組織に教育体制が整っていなければ働く魅力は半減するだろう。それに周囲が自分と年齢の離れた人ばかりであれば、何があるわけでもないが働きづらいつと感じることは想像できる。

図表 1.5 職種ごと平均年齢と職員数

平均年齢	20年度	21年度	22年度	公的指標
医師 平均年齢(年)	51.0	52.3	52.7	なし
看護職員 平均年齢(年)	42.1	44.2	45.5	なし
コメディカル・事務 職員平均年齢(年)	43.2	43.2	43.4	なし
職員全体の平均年齢(年)	43.0	44.4	45.0	なし

職員数	20年度	21年度	22年度	公的指標
医師 常勤換算人数(人)	7	8	6	19
看護職員 常勤換算人数(人)	74	68	66	86
コメディカル・事務職員 常勤換算人数(人)	43	43	44	44
職員全体の常勤換算人数(人)	124	119	116	155

1.4. 人件費の効率性（財務）

人件費率・平均賃金とも公的指標と横ばい又はやや低い傾向になる。他の多くの公立病院が人件費の高騰に頭を悩ませているが、辰野病院にあってはそうした課題はない。経営管理と経営改善が適切に行われていることの結果である。人件費については、病院の費用の中で一番を占める項目であり、かつ金額の調整が職員のモチベーションに直結する問題である。今後も推移を管理して、経営にとっても職員にとっても適切な賃金額を持つことが望まれる。

図表 1.6 人材に関する財務面での分析値

平均賃金	20年度	21年度	22年度	公的指標
医師 平均賃金(円)	18,209,143	17,703,000	19,294,833	20,831,000
看護職員 平均賃金(円)	5,178,392	5,548,368	5,422,545	5,193,000
コメディカル・事務職員 平均賃金(円)	5,186,116	5,012,860	5,026,000	なし
職員全体の平均賃金(円)	5,916,677	6,171,983	5,989,664	7,351,000

人件費率	20年度	21年度	22年度	公的指標
医師 人件費率(%)	8.5%	9.6%	7.6%	16.8%
看護職員 人件費率(%)	16.4%	17.0%	15.6%	23.7%
コメディカル・事務職員 人件費率(%)	9.8%	9.7%	9.8%	17.9%
職員全体の人件費率(%)	49.1%	50.0%	45.6%	57.3%

	20年度	21年度	22年度	公的指標
医師 一人当たり医業収益(円)	213,437,571	183,656,750	254,076,500	
看護職員 一人当たり医業収益(円)	20,190,041	21,606,676	23,097,864	
コメディカル・事務職員 一人当たり医業収益(円)	34,745,651	34,168,698	34,646,795	
職員全体の一人当たり医業収益(円)	12,048,895	12,346,672	13,141,888	11,477,000

15. 一般会計からの繰入金等の状況

辰野病院に注入される辰野町一般会計からの繰入金等公的資金注入額は収益的収入と資本的収入を合わせて、平成20年度が316,521千円、平成21年度が380,000千円、平成22年度が455,000千円。1床あたりの金額（100床として計算）は平成20年度が3,165千円、平成21年度が3,800千円、平成22年度が4,550千円となっている。公立病院における100床換算の平均額は年間で931,070千円、1床あたりでは9,311千円である。辰野病院への繰入金額は金額だけ比較するのなら公的指標の半分から3分の1ほどであり決して高い数値ではない。ただ統計値は全国の区市町村の実績を集めたものであり、自治体の予算規模等も様々ある。繰入金等の金額の評価は金額そのものを比較すると同時に、辰野町の予算規模と対比させた形で評価することが必要である。

図表17 収入的収支と資本的収支の推移

項目	内容	H20年度	H21年度	H22年度	100床換算公的指標
収益的収入 (千円)	一般会計負担金	—	—	—	301,576
	一般会計補助金	—	—	—	
	他会計補助金	—	—	—	3,983
	一般会計補助金	—	—	—	39,802
	小計	275,866	309,719	386,091	382,398
資本的収入 (千円)	他会計負担金	—	—	—	84,054
	他会計補助金	—	—	—	464,619
	小計	40,655	70,281	68,909	548,672
補助金合計(千円)		316,521	380,000	455,000	931,070
1床あたりの補助金額(千円)		3,165	3,800	4,550	9,311

16. 地方公営企業法全部適用へ

改革プランに示されるとおり辰野病院の今後の経営形態は「地方公営企業法の全部適用」ですべきと考える辰野病院は町に一つの病院であり公立病院であることから、例え不採算であっても地域の医療のために一定の政策医療等を担っていく責任を放棄するわけには行かない。また、辰野病院の経営悪化の原因は主として患者数の減少であり、公的機関であることや職員が公務員であること、町との密な連携体制がマイナスに働いているなどの理由は見られない。その意味で、今後とも公立病院としての責任ある医療を行っていくために、現在の経営形態の良い面を引き継ぎ、かつ経営管理に柔軟性を持たせた地方公営企業法上の全部適用での経営が最も適していると判断できる。

経営形態を移行するに当たって課題が2つある。一つは移行までの行動計画書が明確にされていないことである。現場や患者に負担が生じないようスケジュールや実施事項、実施責任者などを早急に定めることが必要である。もう一つの課題は、公営企業法第七条に求められる管理者の設置について候補者を選定する必要があることである。町あるいは病院の職員、また民間からの募集など管理者を選定する方法は複数ある。早急に選定期間や候補者の力量、選定手法などを定めることが必要である。選定のタイミングを間違えると望ましい管理者を確保

できない。

17. 課題のまとめ

分析結果から抽出できる課題を下記にまとめる。

【経営戦略】

- 1 人口減により患者減が想定されること。ただし、高齢者の人口は今後30年ほどは減らないため人口減と患者数減少とは比例しない。であっても、患者減は確実に起こるため、早急な患者確保対策を検討する必要があること。
- 2 地方公営企業法 全部適用への組織転換への具体的計画が明瞭でないこと。
- 3 医師の安定的な確保が難しいこと。医師だけに頼らない在宅医療サービスの仕組みを構築していくことが必要なこと。
- 4 経営管理に現場職員の意見が反映されにくい状況にあること。経営管理体制と経営管理手法を再構築すべきこと。
- 5 過去に行われてきた経営改善対策について一定の効果が見込めるが、その点について職員に十分に伝わっていないこと。
- 6 町民と医療に関する相互の情報連携・意識共有ができていないこと。辰野病院の役割が明確に伝わっていないこと。
- 7 将来（30年後以降）の町及び病院のあり方を想定すること。病院幹部は将来の病院がどのようにあるべきかというビジョンを持つこと。

【人材】

- 8 看護職員を中心に職員の平均年齢が高いこと。職員の若返りと組織の活性化のためにも新卒看護職員を確保することが必要なこと。
- 9 急性期から慢性期への医療需要の変更によりコメディカルスタッフの既存の業務量が減少していること。他の役割へと人材を活かす工夫を現状以上に進める必要があること。
- 10 職員研修があまり行われていないこと。特に管理職を対象としたマネジメント研修が行われていないこと。

【医療サービス】

- 11 入院患者の“数”が少ないことにより経営状況が悪化していること。病床稼働率を上げ、平均在院日数を増やすことが必要なこと。
- 12 二次医療圏における地域連携体制の中で求められる後方支援病院としての役割・機能が十分に果たすためによりいっそうの入院患者を増やすこと。
- 13 辰野町内において在宅医療や在宅介護への進出・連携が十分に果たせていないこと
- 14 公立病院として必須とも言える病院機能評価の認証を受けていないこと。
- 15 辰野町外の医療機関にかかる患者のアクセス性を高め病院へと足を向けてもらえる施策をとること。

【財務】

- 16 一般会計からの繰入金等について段階的な削減を目指す必要があること。
- 17 短期的な経営改善手法の実施について早急な意思決定をすること。公立病院の責任や医療サービスの質、職員のモチベーションを十分に考慮し、実行すること。
- 18 来年度以降の経営管理体制をどのようにすべきか。現状の高い水準での経営管理・改善の流れを引き継ぎつつ、退職者によって生じた役割の穴を埋めていかなければならない。

18. 経営改革への提案

分析結果から抽出した課題への対応の骨子をバランス・スコアカードの様式に従って明文化した。今後行うべき改善策は多くあるが、それらを個々に一つずつ対応するのではなく、それぞれの改善策を関連付けて行い、より大きな目標につなげることが大きな成果を生むこととなる。そうした改善策の関連性を可視化するためにバランス・スコアカードの形式を用いた。

VISION 果たすべき 目標	<ul style="list-style-type: none"> 1 内部統制体制の強化による経営管理機能の強化 2 病院と行政との連携による、予防から在宅医療まで一貫した医療・介護連携機能（医療・介護センター）の確立 3 住民の医療ニーズと地域連携体制における病院の役割を踏まえた病床規模・機能・診療科の再検討
-----------------------	---

財務の健全化 と安定化	<ul style="list-style-type: none"> 4 地方公営企業法における全部適用への組織体制の移行 5 経営管理機能の強化による事業目標及び収支状況の徹底管理 <ul style="list-style-type: none"> (1) 各部門への目標値の徹底と月次管理の徹底 (2) 亜急性病床の病床稼働率90パーセント以上へ (3) 外来・訪問から入院へ、また入院から外来・訪問への患者連携の確立 6 一般会計からの繰入金基準長期計画による削減
----------------	---

地域住民と 患者の満足	<ul style="list-style-type: none"> 7 地域に根ざした病院機能の確立 <ul style="list-style-type: none"> (4) 病院でできる診療、病院の役割ついて住民への周知・徹底 (5) 在宅医療（訪問看護・訪問リハ・デイケア）事業の推進 (6) 徹底的な入院患者数の増加作戦の実施 8 公立病院の責任の全う <ul style="list-style-type: none"> (7) 病院機能評価の取得による内外からの信頼の確保 (8) 住民サービスとしての健康教室・講演会等の開催 (9) 長期療養受入病院としての平均在院日数の適正化
----------------	--

業務プロセス の改善、サービ ス品質向上	<ul style="list-style-type: none"> 9 患者獲得を最重要目的とした地域連携体制の推進 <ul style="list-style-type: none"> (10) 患者需要を根拠とした現実的な視点による病床機能の再編（亜急性期病床の導入とコントロール） (11) 在宅医療・福祉サービス一体となった地域連携体制の強化 (12) 地域連携クリニカルパスの運用による前方および後方支援病院との連携体制の強化 (13) 地域連携室への目標の付与 10 医療サービスの質の向上 <ul style="list-style-type: none"> (14) 電子カルテの導入による診療の質の改善 (15) コメディカル職の業務領域の拡大 (16) 第三者視点による業務チェックと業務改善
----------------------------	--

人材の確保と 強化	<ul style="list-style-type: none"> 11 病院運営における内部統制体制の改善 <ul style="list-style-type: none"> (17) トップを中心とするアクティブな経営管理体制の実現 (18) 改革プランの活用と達成に向けた職員一丸となった取り組みの実施 12 人材強化による組織力の底上げ <ul style="list-style-type: none"> (19) 管理職研修の実施 組織管理・人材管理・経営管理等 (20) 看護師等の安定的確保のための新卒採用活動の実施 (21) リハビリテーション職種の積極的雇用 13 職員満足度向上と“働きやすさ”のための労働環境への改善
--------------	--

【概要版】町立辰野総合病院 経営分析報告書

平成 24 年 3 月 23 日



株式会社川原経営総合センター
病院コンサルティング部
住 所：〒104-0061
東京都中央区銀座 8 丁目 11-11 TK 銀座 8 丁目ビル
TEL 代表 03 (3572) 3051 直通 03 (3289) 0874
FAX 代表 03 (3571) 3683 直通 03 (3289) 0876
URL <http://www.kawahara-group.co.jp>

免責事項

1. 本報告書は、貴病院から提供された資料、情報または貴病院と取引のある業者からの資料に基づいて作成されており、その提供された資料や情報の正確性、完全性、網羅性については独自の検証、確認を行っておらず、その十分性、適切性、有効性、妥当性について見解を示すものではありません。
2. 本報告書にて算出された数字、金額は、ある一定の期間の資料に基づき算出されたものであり、貴病院の今後の経営において、その数字を確約するものではありません。
3. 本報告書は貴病院の経営の方向性を決定する上での参考資料であり、今後の経営の方向性を拘束するものではありません。
4. 本報告書は、平成 24 年 2 月 1 日現在の法律に基づいて作成されており、今後法律等の変更により、また何らかの外部、内部環境が変更された場合には、本報告書の内容はこの限りではありません。