

医業経営実務講座

カテゴリー	4. 収益改善
講義名	4-2 収益改善

医療総研(株) 代表取締役社長

伊藤 哲雄




公益社団法人

日本医業経営コンサルタント協会

Japan Association of Healthservice Management Consultants

当資料の無断転載を禁じます

 公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会
〒102-0075 東京都千代田区三番町 9-15 ホスピタルプラザビル 5 階
TEL.03-5275-6996 FAX 03-5275-6991 <http://www.jahmc.or.jp>

収益改善

医療経営実務講座

アットビジネスセンター池袋 別館4F

平成26年1月18日

医療総研株式会社

<http://www.iryso-soken.co.jp/>

伊藤 哲雄

中小病院経営改善 コンサルティング事例

病院概要

所在地：近畿地区

病床数：一般 55床 療養 60床

1日平均患者数：入院 一般47名 療養54名

外来 150名

透析 50名(外来20,入院30)

一般病棟入院基本料：15：1

リハビリ施設基準：脳血管Ⅲ、運動期Ⅰ、呼吸器Ⅰ

収支変化

	H16	H17	H18	H19	H20
単位:百万円					
医業収益	1,347	1,268	1,228	1,215	1,158
材料費	206	201	209	203	195
人件費	616	611	644	658	632
減価償却費	45	40	37	34	33
その他費用	315	338	319	308	314
当期利益	165	78	19	12	-16
キャッシュフロー	210	118	56	45	³ 17

課題 & 要望

課題

急激な収益減による利益の大幅減少
それに伴う、借入金返済原資の不足

要望

大幅な収益改善・・・まずは返済原資の確保

原因と対策

原因

1. 建物の構造的な非効率さによる低生産性
看護要員配置、夜勤者数、入浴等の移動
・・・病棟の職員配置が多く、診療報酬の対象にならない人件費が年間で1億円超

	3F	4F	5F	6F
一般(55床)	18	14	13	10
療養(60床)	20	19	20	1

原因と対策

原因

2. 一般病棟における患者構成

長期患者が圧倒的に多い

社会的入院患者を地域の複数病院で循環
平均在院日数・・・60日をやっと切る

(月によっては超えることも)

3. 透析部門の効率の悪さ

スペース活用のロス

午後の時間帯の患者が極端に少ない

原因と対策

原因

4. 一般病棟における患者内容の変化
長期患者が圧倒的に多い
社会的入院患者を地域の複数病院で循環
平均在院日数・・・60日をやっと切る
(月によっては超えることも)
5. 透析部門の効率の悪さ
スペース活用のロス
午後の時間帯の患者が極端に少ない

収益改善のポイント

- 厚生労働省の方針を知る・・・機能の明確化
- 診療報酬施設基準の熟知・・・もてる経営資源(ヒト・モノ・スペースetc)の有効活用
- 各種加算に精通
- 患者主体の数値管理
- 具体的分析手法
 - ・患者分析
 - ・職員効率分析
 - ・スペース分析
 - ・財務分析 etc.

例 患者分析

患者数推移

院長交代

病棟	区分	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H20年度－ H18年度
一般病棟	延患者数	18,584	16,240	15,967	17,033	16,608	641
	1日平均患者数	50.9	44.5	43.7	46.5	45.5	1.8
	病床利用率	92.6%	80.9%	79.5%	84.6%	82.7%	3.2%
療養病棟	延患者数	20,294	19,600	18,535	18,598	19,088	553
	1日平均患者数	55.6	53.7	50.8	50.8	52.3	1.5
	病床利用率	92.7%	89.5%	84.6%	84.7%	87.2%	2.5%
合計	延患者数	38,878	35,840	34,502	35,631	35,696	1,194
	1日平均患者数	106.5	98.2	94.5	97.6	97.8	3.3
	病床利用率	92.6%	85.4%	82.2%	84.9%	85.0%	2.8%

病棟	区分	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H20年度－ H18年度
一般病棟	延患者数	18,584	16,240	15,967	17,033	16,608	641
	新入院患者	367	348	384	274	279	-105
	新退院患者	370	366	370	280	277	-93
	入退院患者小計	737	714	754	554	556	-198
	平均在院日数	56.5	49.1	43.9	65.4	58.2	14.3

例 患者分析

通算入院期間	実患者数	構成比	累計実患者数	延患者数	構成比	累計延患者数	1日あたり患者数	1日あたり患者数(累計)	累計構成率	入院期間別単価(期間毎)	累計単価	平均在院日数(累計)	在院日数平均
～14日	16	23.9%	16	160	11.5%	160	5.2	5	11.5%	44,722	44,722	6.7	10.0
15～30日	9	13.4%	25	166	11.9%	326	5.4	11	23.4%	22,101	27,783	13.6	18.4
31～60日	9	13.4%	34	254	18.3%	580	8.2	19	41.7%	16,876	22,083	24.3	28.2
61～90日	10	14.9%	44	188	13.5%	768	6.1	25	55.2%	19,870	21,244	32.1	18.8
91～180日	7	10.4%	51	158	11.4%	926	5.1	30	66.6%	15,837	19,994	38.7	22.6
181～365日	12	17.9%	63	346	24.9%	1,272	11.2	41	91.4%	16,148	18,948	53.2	28.8
366日～	4	6.0%	67	119	8.6%	1,391	3.8	45	100.0%	22,372	19,241	58.2	29.8
合計	67	100.0%		1,391	100.0%		44.9	45		19,241		58.2	

原因と対策

対策

1. 一般病棟の効率化
2. 保険診療の入院施設にふさわしい患者構成への転換・・・回復期リハ病棟への転換
3. リハビリ部門の強化
4. 透析患者の増加による増収

原因と対策

具体策 (提案の一部)

一般病棟55床(15:1)を



一般病棟26床(当面10:1、最終7:1)

回復期病棟29床

リハビリ施設基準 脳血管Ⅰ、運動期Ⅰ

平成21年8月

職員への周知

研修会の実施

(提案に基づいて病棟改変終了時：平成22年8月)

病棟再編による診療報酬変化

および

収益増への対応策

〇〇病院は 大きく生まれ変わろうとしています

従来の、老人を中心とした長期入院患者の受け入れ施設から、

- 地域における急性期患者を受け入れる一般病棟。
- 基幹病院にて行われた急性期治療後の患者に充実したリハビリを実施し、回復していただく回復期リハ病棟。
- 長期に一定の治療が必要な患者を受け入れる療養病棟。

の3病棟体制に、平成22年9月より移行します。

診療報酬対応へのまとめ

一般病棟: 14日以内の患者比率の向上

- 新入院患者の増加
- 30日超の患者の退院促進

回復期病棟・リハビリ: リハビリ実施率の向上

- 回復期リハ病棟患者1日6単位以上
- 休日加算・充実加算の取得
- 早期加算の算定

加算の取得: 取得のための、質向上・体制整備

入院基本料比較

	入院基本料	補助加算	救急医療管 理加算	初期加算		
			7日以内	14日以内	15～30日	31日以上
			8,000		1,920	0
			4,500			
7対1	15,500	1,600	29,600	21,600	17,420	15,500
10対1	13,000	1,600	27,100	19,100	14,920	13,000
13対1	10,920	840		16,260	13,680	11,760
15対1	9,340	1,090		14,930	12,350	10,430
特別	5,750			8,750	7,300	5,750

入院期間別患者数(平成22年9月30日現在一般病棟)

入院日	通算入院日数	入院期間	入院期間別患者数	構成比	平成21年3月末		
					入院期間別患者数	構成比	
H22.9.30	1	1~14日	10人	45.5%	6	人	14.3%
H22.9.29	2						
H22.9.29	2						
H22.9.27	4						
H22.9.25	6						
H22.9.24	7						
H22.9.21	10						
H22.9.20	11						
H22.9.18	13						
H22.9.17	14						
H22.9.14	17	15~30日	2人	9.1%	5	人	11.9%
H22.9.10	21						
H22.8.28	34	31~90日	5人	22.7%	12	人	28.6%
H22.8.27	35						
H22.8.24	38						
H22.8.10	52						
H22.8.1	61						
H22.7.2	91	91日以上	5人	22.7%	19	人	45.2%
H22.6.14	109						
H22.5.26	128						
H22.4.26	158						
H21.11.17	318						
合計			22人	100.0%	42	人	100.0%

診療報酬の変化 平成23年9月

単価

旧一般病棟患者(55床) 19,990円/日



移行後一般病棟患者(26床) 40,293円/日

回復期病棟(29床) 31,910円/日

1ヶ月収入変化

旧(平均在院患者数44.8) 27,762千円/月

移行後(平均在院患者数 一般22.3回復期23.7)51,299千円/月

年間収入変化

326.9百万円/年間 → 604.0百万円/年間
+277.1百万円

診療報酬の変化 平成25年10月

単価

旧一般病棟患者(55床) 19,990円/日



移行後一般病棟患者(26床) 47,762円/日

回復期病棟(29床) 35,321円/日

1ヶ月(31日)収入変化

旧(平均在院患者数44.8) 27,762千円/月

移行後(平均在院患者数 一般22.6回復期26.3)62,259千円/月

年間収入変化

326.9百万円/年間 → 733.0百万円/年間
+406.1百万円

参考

急性期中規模病院の期間別患者数

一般病棟275床 10:1看護基準

診療科群	入院日数	実患者数 ※1		延患者数 ※1			総収入(千円) ※2		1日当たり 単価(円)
			構成比	(1日患者数)	構成比		構成比		
内科系合計	1-14日	1,515	55.2%	24,891	68	47.8%	991,413	59.1%	39,830
	15-30日	629	22.9%	13,328	37	25.6%	353,735	21.1%	26,542
	31日以上	601	21.9%	13,868	38	26.6%	332,864	19.8%	24,003
	小計	2,745	100.0%	52,086	143	100.0%	1,678,012	100.0%	32,216
外科系合計	1-14日	1,428	65.3%	17,759	49	53.9%	936,894	68.8%	52,757
	15-30日	354	16.2%	8,031	22	24.4%	238,401	17.5%	29,684
	31日以上	404	18.5%	7,144	20	21.7%	187,034	13.7%	26,182
	小計	2,185	100.0%	32,934	90	100.0%	1,362,330	100.0%	41,366
合計	1-14日	2,943	59.7%	42,650	117	50.2%	1,928,308	63.4%	45,212
	15-30日	983	19.9%	21,359	59	25.1%	592,136	19.5%	27,723
	31日以上	1,005	20.4%	21,011	58	24.7%	519,898	17.1%	24,744
	合計	4,930	100.0%	85,020	233	100.0%	3,040,342	100.0%	35,760

経営戦略上 重要な計算式

医療法における 〔病院の従業者員数の標準〕

第一九条法第二十一条第一項第一号の規定による

病院に置くべき医師、歯科医師、看護師その他の従業者の員数の標準は、次のとおりとする。

精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。_)の数を二・五(耳鼻いんこう科又は眼科については、五)をもつて除した数との和(以下この号において「特定数」という。)が五十二までは三とし、特定数が五十二を超える場合には当該特定数から五十二を減じた数を十六で除した数に三を加えた数

以下略

医療法上 医師数 算出計算式

$$\left(A + \frac{B}{3} + \frac{C}{2.5} - 52 \right) \div 16 + 3 = \text{医療法標準医師数}$$

(小数点第2位切り上げ)

- A : 精神・療養病床以外の入院患者数(1日あたり)
B : 精神・療養病床の入院患者数(")
C : 外来者数(")、ただし耳鼻咽喉科・眼科については5で除す

患者数・平均在院日数 職員配置等

豆知識・・・2つの入院患者数

経営分析をする際、収集されたデータの中で注意をしなければいけないのが、入院患者数である。これは、看護部長と医事課長で異なる数字が管理されているからである。

看護部長：24時現在の在院患者数(その日の退院患者は含まない)

医事課長：レセプトの入院基本料が算定される延べ患者数(退院日もカウントされる)

どちらも正しい数字であるが、値は異なるので、我々コンサルタントは、それぞれの目的に応じて使い分けが必要である。因みに、前出の患者数は、看護部長の数字が使われている。

(平均在院日数は過去3ヶ月、職員数計算のための患者数は過去1年間。)

平均在院日数

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{在院延べ患者数}}{(\text{入院患者数} + \text{退院患者数}) / 2}$$

看護基準	平均在院日数
7:1	18日以内
10:1	21日以内
13:1	24日以内
15:1	60日以内

平均在院日数と病床利用率

- 入・退院患者数が一定の時、病床利用率が上がると、平均在院日数は伸びる
- 在院患者数が一定の時、入・退院患者数が減少すると平均在院日数は伸びる
- 入・退院患者数が一定の時、平均在院日数が減少すると病床利用率は下がる
- 在院患者数が一定の時、入・退院患者数が増加すると平均在院日数は下がる

病棟における 必要看護師数・配置数

$$\begin{array}{l} \text{1日あたり必要看護師数} \\ \text{(病棟合計)} \end{array} = \text{1日患者数} \div \text{看護基準人員数} \times 3 \\ \text{(7:1であれば7)}$$

$$\text{必要配置看護師数} = \text{1日患者数} \div \text{看護基準人員数} \times 3 \times 365 \div \text{出勤日数}$$

リハビリテーション

疾患別リハビリテーション

心大血管疾患リハビリテーション料

脳血管疾患等リハビリテーション料

運動器リハビリテーション料

呼吸器リハビリテーション料

算定単位数 1単位:20分(ex脳血管 I :245点etc.)

患者1人につき1日6単位(別に厚生労働大臣
が定める患者については1日9単位)

リハビリテーション

従事者算定単位数 1単位:20分

従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。

早期加算・初期加算

早期リハビリテーション加算(30日以内):30点

初期加算(14日以内):45点

充実加算:患者1人につき平均1日6単位以上

休日加算:休日患者1人につき平均1日2単位以上

回復期リハビリテーション病棟における 必要セラピスト数・配置数

回復期病棟患者：上限9単位

充実加算取得条件

1日あたり必要セラピスト数＝1日患者数×6÷18

必要セラピスト配置数 ＝1日患者数×6÷18×365÷出勤日数

例 患者数50人の回復期病棟の場合

1日あたり必要セラピスト数：50×6÷18＝16.7人

必要配置数：16.7人×365÷245＝24.9≒25人

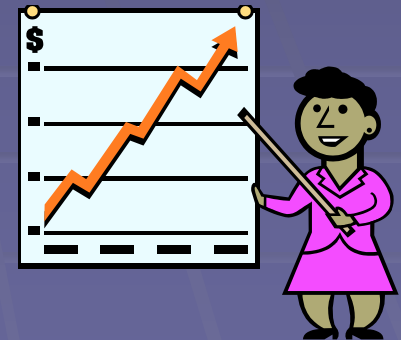
経営について



医業経営とは

「地域住民に、質の高い医療を継続的に提供する」

ために、**必要な利益**を確保するべく管理運営を行うことである



医療機関における機能の明確化

■ 病院

高度急性期病床

急性期病床

回復期リハ病床

亜急性期(地域一般病床)

慢性期病床

■ 診療所

在宅医療を中心とした

地域におけるかかりつけ医



医療機関における機能の明確化

地域におけるニーズ

と

提供する医療サービス・機能

を合わせないと

効率的な診療報酬が得られない



選ばれる医療機関

誰に

患者 + 他の医療機関

職員

行政

医療制度改革今後の展望



今後の展望

- 医療制度改革・・・2012 HOP 2018 STEP 2024 JUMP
- 消費税・・・診療報酬は現行通り非課税？
- 選定療養の拡大・・・ips等医療技術の発達により高度医療充実(7次医療法?)
→TPP(ねらいは保険か)
- 総合科の創設→病院外来患者の削減
かかりつけの医師として地域医療を支える存在
- 地域一般病床の創設
- 急性期・慢性期医療の明確化・・・療養病床当面廃止猶予 将来はナースিংホーム
- 終末期医療に対する診療報酬
包括化、特定療養費化

今後の展望

- 在宅療養支援診療所・病院の拡大→入院患者数の削減→医療費の抑制
在宅医療に関する報酬の引き上げ
在宅医療に取り組まない開業医の診療報酬は抑え込み
在宅療養支援病院の拡充
- 生活習慣病対策
特定健診・保健指導・・・メタボリックシンドローム対策の実施
- 地域の存続のために・・・医療、教育、雇用の3本柱がないと地域は崩壊する
- その他
新しい在宅・・・有料老人ホーム、サ高住
DPC医療機関別係数
ドラッグラグ、デバイスラグ
免責制度
セルフメディケーション
etc.