医療人事労務マネジメント研究会主催
2021年11月20日（土）

今さら聞けない病院経営の基本

有限責任監査法人トーマツ
古株 靖久

※ 本資料の意見に関する部分は講師の私見であり、講師の所属する法人の公式見解ではありません

本日はよろしくお願いします

自己紹介

古株 靖久（こかぶ やすひさ）
生命科学修士、経営学修士
医療経営士2級、介護福祉経営士2級

■ 経歴
京都大学大学院生命科学研究科を修了後、中外製薬株式会社での約10年の勤務を経て現職に至る。
中外製薬では、抗がん剤領域のマーケティング部門及びメディカルアフェアーズ部門に所属。在職中にグロービス経営大学院で経営学修士を修了。
2016年より、有限責任監査法人トーマツのヘルスケア領域コンサルティング部門において、病院や介護事業の経営コンサルタント業務に従事している。

■ 現職のプロジェクト実績

【病院】
- 新公立病院改革プランの策定及び実行
- 公立病院と公的病院における再編統合計画の策定
- 公立病院や民間病院の経営改善

【介護】
- 介護事業の経営分析及び戦略策定
- 高齢者向け住宅事業の戦略策定及び業務改善

【企業】
- ヘルスケア領域における新規事業計画の策定
- 健康経営度分析及び健康経営施策の立案

【厚生労働省】
- 介護サービス情報公表制度の調査
- 医療機能の分化・連携に向けた医療機関の具体的対応方針に対する調査支援

【セミナー講師】
- 病院と介護事業の経営戦略・経営改善、診療報酬・介護報酬改定 等

＜有限責任監査法人トーマツ＞
- 2021 年介護報酬改定から読み解く、未来介護の経営戦略

＜日本経営協会＞
- 地域医療構想を踏まえた公立病院の経営分析と戦略策定
- 基礎から学べる病院経営戦略の考え方

＜日本医療企画＞
- ''イチ''からわかる病院経営オンライン塾
- ''イチ''からわかる介護経営オンライン塾

“イチ”からわかる
病院経営オンライン塾

受講料
2,000円
（1回）

病院経営を学びたい方は誰でも大歓迎です

講師 **古株 靖久**（こかぶ やすひさ）
生命科学修士、経営学修士、医療経営士2級、介護福祉経営士2級

大手製薬メーカーで約10年間の勤務を経て、有限責任監査法人トーマツに入所後、アドバイザリー事業本部ヘルスケアに所属。
主に病院や介護事業における経営分析及び戦略策定から実行支援等のコンサルティングサービスを実施している。

第1回 **2021年 10月16日（土）**
第2回 **2021年 11月20日（土）**
第3回 **2021年 12月18日（土）**
第4回 **2022年 1月15日（土）**
第5回 **2022年 2月19日（土）**

時間：14:00～16:00
講義90分＋ディスカッション

対象者 病院職員・病院と取引のある企業担当者

定　員 50名

病院勤務者以外も対象としてます！

主な講義内容

＜第1回＞ 病院経営を取り巻く環境を学ぶ
- ■ 病院経営のマクロ外部環境
- ■ 地域医療構想の実現に向けた医療政策
- ■ 病院の統合再編・地域医療連携推進法人
- ■ 診療報酬改定の変遷
- ■ COVID-19が病院経営に与える影響と対策
- ■ 病院における経営戦略の必要性

＜第2回＞ 病院の外部環境分析を学ぶ
1. 外部環境データの解説
- ■ 将来患者推計
- ■ レセプト／DPCデータ
- ■ 病床機能報告　等

2. 外部環境分析の実践
- ■ 市場分析
- ■ 競合分析

＜第3回＞ 病院の内部環境分析を学ぶ
1. 病院事業収支に係る外部統計データ
- ■ 病院経営分析・実態調査報告
- ■ 地方公営企業年鑑
- ■ 病院経営管理指標　等

2. 内部環境分析の実践
- ■ 財務データ分析
- ■ 非財務データ分析

＜第4回＞ 病院経営戦略の策定と実行を学ぶ
1. 病院経営戦略の策定
- ■ 全社戦略
- ■ 事業戦略
- ■ 機能戦略

2. 病院経営戦略の実行
- ■ 実行計画（WBS）
- ■ タスクフォース

＜第5回＞ 病院経営の改善手法を学ぶ
1. 医業収益を増やす
- ■ 患者数
- ■ 診療単価

2. 医業費用を抑える
- ■ 人件費
- ■ 材料費
- ■ 委託費

セミナー受講希望の方は右記URLからお申込みください **https://www.jmp.co.jp/seminar/kansai/online_hmjuku**

問い合わせ先 株式会社日本医療企画関西支社　TEL:06-7660-1761　担 当 谷田川（やたがわ）

協賛：一般社団法人日本医療経営実践協会関西支部

- 病院経営とは
- 病院の外部環境
- 病院の内部環境
- 病院の経営戦略
- COVID-19の対応
- 100床規模・ケアミックス病院の生きる道

- ■ 病院経営とは
- ■ 病院の外部環境
- ■ 病院の内部環境
- ■ 病院の経営戦略
- ■ COVID-19の対応
- ■ 100床規模・ケアミックス病院の生きる道

病院経営とは何か
病院経営の定義（私見ですが）

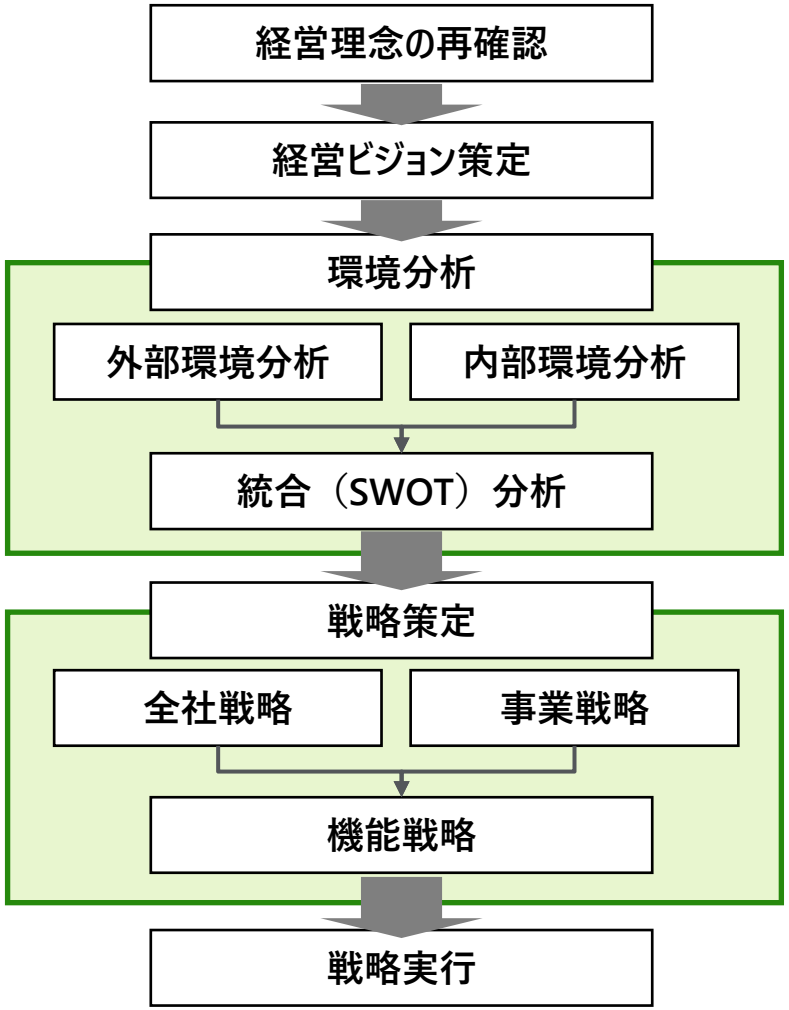
病院経営とは・・・・・

短期的視点	長期的視点
収入と費用のバランス（黒字・赤字）	経営ビジョンに沿った経営戦略

【経営の定義】
事業目的を達成するために、継続的・計画的に意思決定を行って実行に移し、事業を管理・遂行すること。
また、そのための組織体。（Goo辞書）

病院経営戦略の作り方

病院においても、経営戦略を策定するためのプロセスは、一般的なビジネスと同じです。経営戦略（経営改善）の策定には、正しい経営分析が必要です。



- 病院経営とは
- **病院の外部環境**
- 病院の内部環境
- 病院の経営戦略
- COVID-19の対応
- 100床規模・ケアミックス病院の生きる道

マクロ外部環境

代表的なフレームはPESTです。マクロ外部環境が病院経営に与える影響の範囲は非常に広く、ミクロ外部環境だけでなく、直接、内部環境にも及びます。

【マクロ外部環境】＝日本全国の動向

	PESTの一般的な要素	病院経営における例	
政治的要因 Politics	■ 法律、法改正（規制・緩和）、助成金 ■ 政治、政権交代 ■ 税制、増税・減税 等	■ 医療政策（地域医療構想・診療報酬改定）等	影響
経済的要因 Economy	■ 景気動向、金利 ■ 経済成長率 ■ 物価、株価、為替 ■ 消費動向 等	■ 診療報酬改定率 ■ 消費税 等	影響
社会的要因 Society	■ 人口動態、世帯構成 ■ 少子化、高齢化 ■ 流行、世論、嗜好 ■ 宗教、教育、事件 等	■ 人口動態の変化 ■ 新型コロナ感染拡大 等	影響
技術的要因 Technology	■ インフラ、イノベーション ■ IT活用 ■ 知的財産（特許等） ■ 新技術、技術開発 等	■ 新テクノロジーの開発 ➢ ICT、AI、RPA ➢ 遠隔医療・通信技術 ➢ ロボット、自動運転 等	影響

【ミクロ外部環境】
＝地域ごとの動向
市場／競合

影響

【内部環境】
自院の経営状況

外部環境分析の目的

分析は漠然とした作業に考えがちですが、それは分析の目的を明確化していないからです。
分析の目的を明確化することが、よりよいアウトプットを産むことができると考えています。

外部環境分析とは
企業を取り巻く様々な外部の要因・状況に対し、適切な経営戦略を立案していくための分析手法です。分析対象となる外部環境は「マクロ環境」「市場環境」「競合環境」の3つに分類されます。（出所：https://mag.sweeep.ai/topic/77419/）

		意味合い	外部環境分析の目的	内部環境分析の目的
病院経営とは	長期的視点	経営ビジョンに沿った経営戦略	SWOT分析の「機会」と「脅威」を抽出する	後で解説
	短期的視点	収入と費用のバランス（黒字・赤字）	収益増加・費用削減の打ち手を検討する	後で解説

外部環境分析の実践：外部環境分析の主な評価項目

「市場」は主に患者と医療資源を指します。「競合」は3Cフレームワークの名前というだけで、医療においては、競合医療機関と連携医療機関の明確な線引きはできないと考えます。

内外	3C	大項目	中項目	小項目	データソース
外部環境	市場	患者	将来推計人口	■ 人口推計：2020年～2045年 ■ 高齢化率、年齢階級別人口の年平均成長率	■ 将来推計人口
			将来推計患者	■ 入院・外来全体の1日あたり患者推計：2020年～2045年 ■ 入院・外来傷病別の1日あたり患者推計：2020年～2045年	■ 将来推計人口×厚労省統計（患者調査）
			患者流出入	■ 入院患者流出入 ■ 入院傷病別の推定患者流出入 ■ 入院・外来全体の患者流出 ■ 入院・外来傷病別の患者流出	■ 厚労省統計（患者調査） ■ DPCデータ ■ レセプトデータ ■ レセプトデータ
		医療資源	医療機関・病床	■ 病床機能別の既存病床数と2025年必要病床数 ■ 入院料別の人口あたり病床数 ■ 病院数・診療所数・病床数	■ 地域医療構想 ■ 将来推計人口×NDBデータ ■ 厚労省統計（医療施設調査）
			医療従事者	■ 人口あたり医師数、年齢・主たる診療科別・専門医別の人口あたり医師数 ■ 人口あたりの医療従事者数	■ 厚労省統計（医師・歯科医師・薬剤師統計） ■ 病床機能報告
			医療実績	■ 人口あたりの医療実績（手術件数、リハビリ件数、分娩件数等）	■ 病床機能報告
	競合（医療機関）	医療機関ストラクチャー	立地・基本情報	■ 医療機関の立地情報 ■ 医療機関の病床機能別病床数、標榜診療科等	■ 病床機能報告・地域医療情報システム ■ 医療機関情報検索システム・各病院HP等
		医療機関アウトカム	各種シェア等	■ 病床機能・入院料別の病床利用率 ■ 入院患者シェア ■ 診療実績シェア（手術件数、リハビリ件数、分娩件数、救急車搬送件数、紹介患者件数等）	■ DPCデータ・レセプトデータ・病床機能報告 ■ 地域の消防署データ

外部環境分析の実践：市場（患者）

人口10万人規模の3都市において、病院市場がどのくらい異なるかを比較検討します。

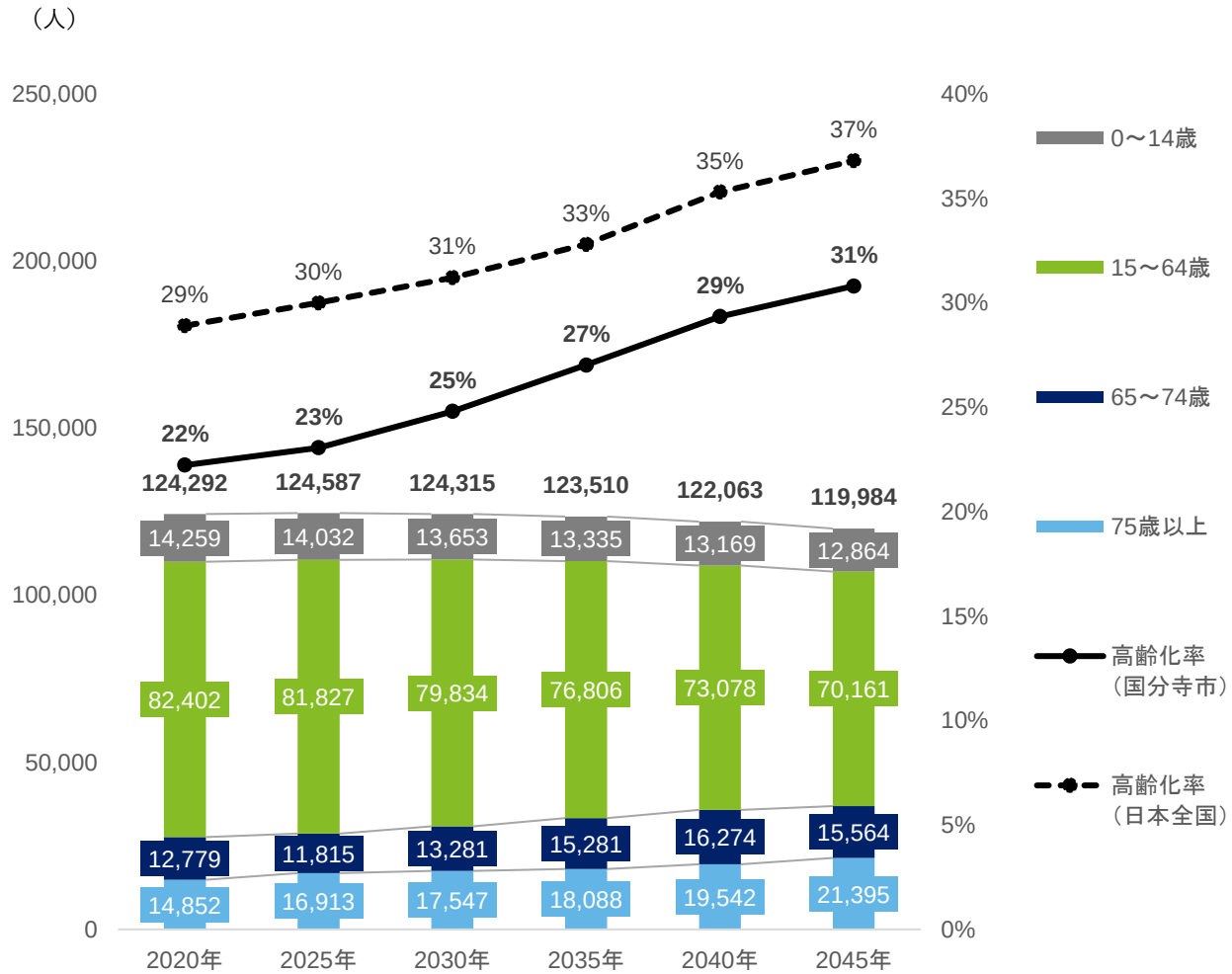
人口動態による3パターンの地域

	A地域 都市型	B地域 準都市型	C地域 地方型
総人口	➡ **増加～ 維持・不変**	⬇ **減少**	⬇ **減少**
高齢者人口 （65歳以上）	⬆ **増加**	⬆ **増加**	⬇ **減少**
人口約10万人 の事例地域	東京都国分寺市 2015年国勢調査 122,742 人	大阪府池田市 2015年国勢調査 103,069 人	宮崎県延岡市 2015年国勢調査 125,159 人
感覚的な割合	**かなり限られた地域**	**限られた地域**	**多くの地域**

外部環境分析の実践：市場（患者）

高齢化率は全国平均よりも低く、高齢者数は増加し続ける地域です。

A地域：東京都国分寺市



2020～2045年
減少割合：▲3%

2020～2045年 年平均成長率（CAGR）	
0～14歳	-0.4%
15～64歳	-0.6%
65～74歳	0.8%
75歳以上	1.5%
合計	-0.1%

【年平均成長率】
CAGR：Compound Annual Growth Rate
企業の財務分析や投資判断を行う際のデータとして使われている指標であり、複数年にわたる成長率から1年あたりの幾何平均を求めたもの（＝複利計算によって求めた成長率）

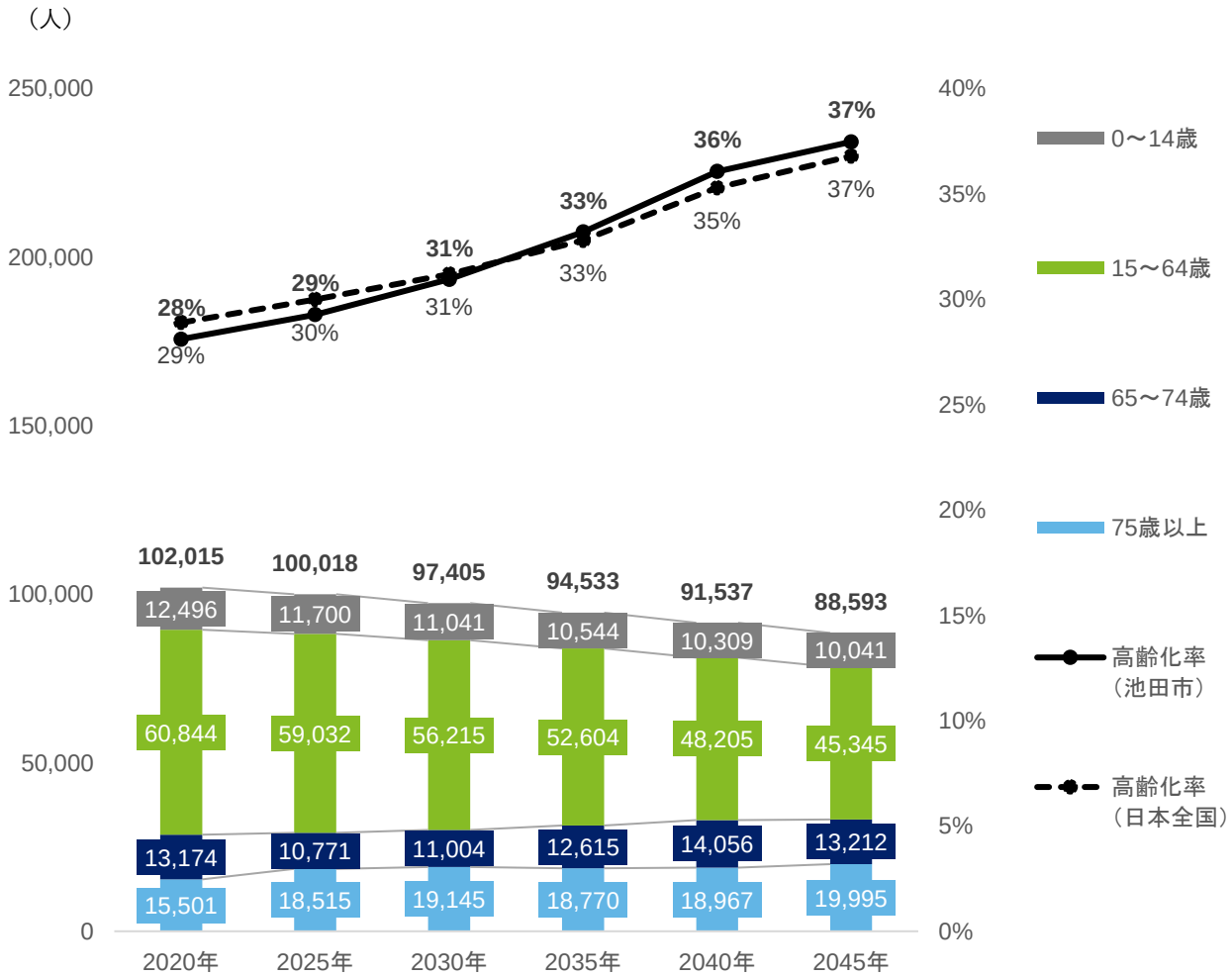
$$CAGR=\left(\frac{n年度の売上}{初年度の売上}\right)^{\frac{1}{n-1}}-1$$

出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：市場（患者）

高齢化率は全国平均と同水準、高齢者数は2040年頃にピークを迎えます。

B地域：大阪府池田市



2020～2045年
減少割合：▲13%

2020～2045年 年平均成長率（CAGR）	
0～14歳	-0.9%
15～64歳	-1.2%
65～74歳	0.0%
75歳以上	1.0%
合計	-0.6%

【年平均成長率】
CAGR：Compound Annual Growth Rate
企業の財務分析や投資判断を行う際のデータとして使われている指標であり、複数年にわたる成長率から1年あたりの幾何平均を求めたもの（＝複利計算によって求めた成長率）

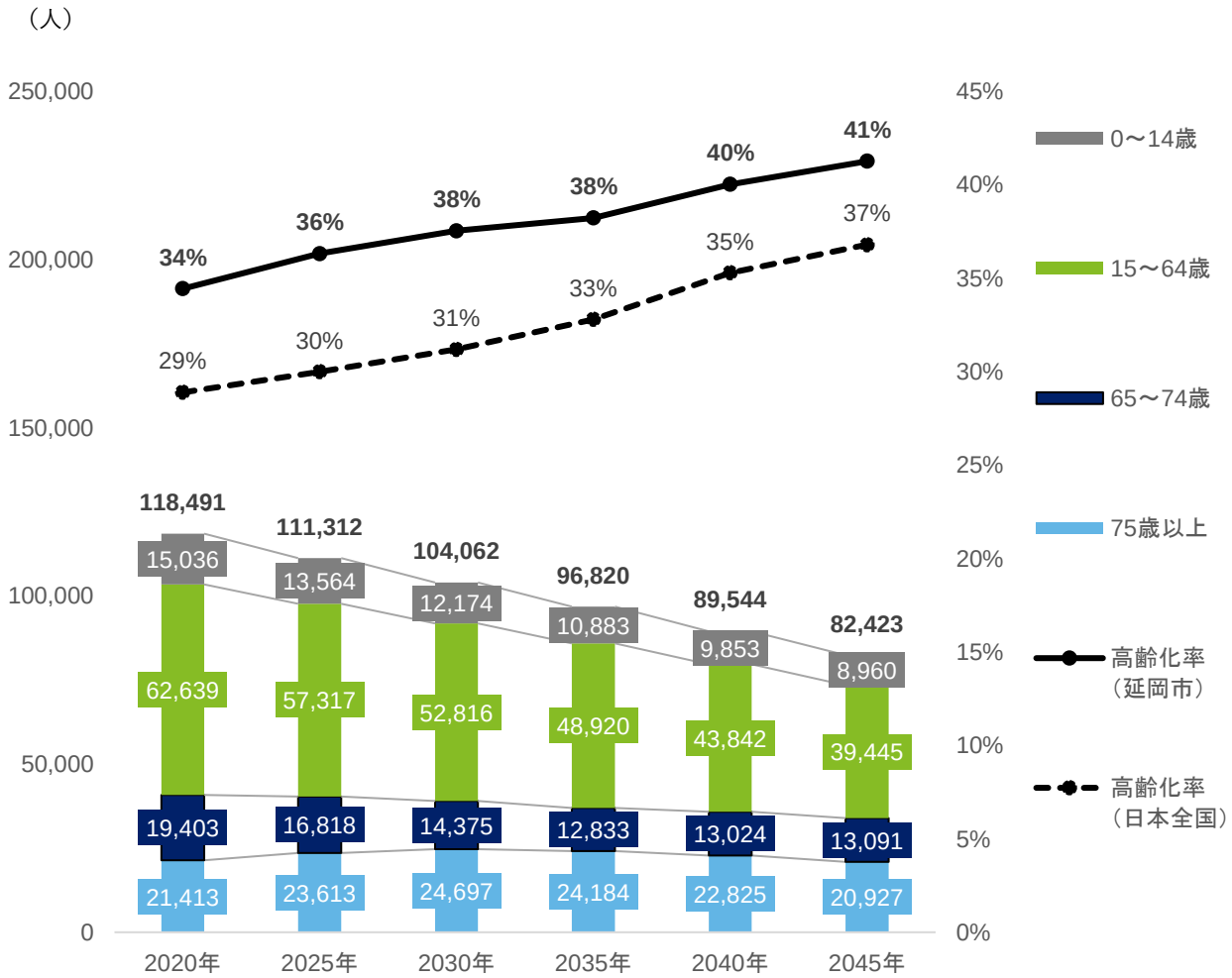
$$CAGR=\left(\frac{n年度の売上}{初年度の売上}\right)^{\frac{1}{n-1}}-1$$

出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：市場（患者）

高齢化率は全国平均よりも高く、高齢者数は減少し続ける地域です。

C地域：宮崎県延岡市



2020～2045年
減少割合：▲30%

2020～2045年 年平均成長率（CAGR）	
0～14歳	-2.0%
15～64歳	-1.8%
65～74歳	-1.6%
75歳以上	-0.1%
合計	-1.4%

【年平均成長率】
CAGR：Compound Annual Growth Rate
企業の財務分析や投資判断を行う際のデータとして使われている指標であり、複数年にわたる成長率から1年あたりの幾何平均を求めたもの（＝複利計算によって求めた成長率）

$$CAGR=\left(\frac{n年度の売上}{初年度の売上}\right)^{\frac{1}{n-1}}-1$$

出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：市場（患者）

患者数の推計方法は「人口」と「受療率」の掛け合わせです。

推定患者数の算定方法

推計患者数（人/日） ＝ 推計人口（人） × 受療率（人/日）

【受療率】ある1日に医療施設に通院又は入院した患者の推計数を人口で除し、人口10万人当たりで示した数値。
年齢階級・入院／外来・傷病大分類（ICD-10）ごとにデータが集計されている。
【データソース】①厚労省「患者調査」（都道府県単位・更新は3年ごと）　又は　②市区町村の国保・後期高齢者レセプトから作成
【留意点】将来も受療率が変わらない想定（過去1年間の受療率を利用）、患者調査の場合は受療率が都道府県単位になる

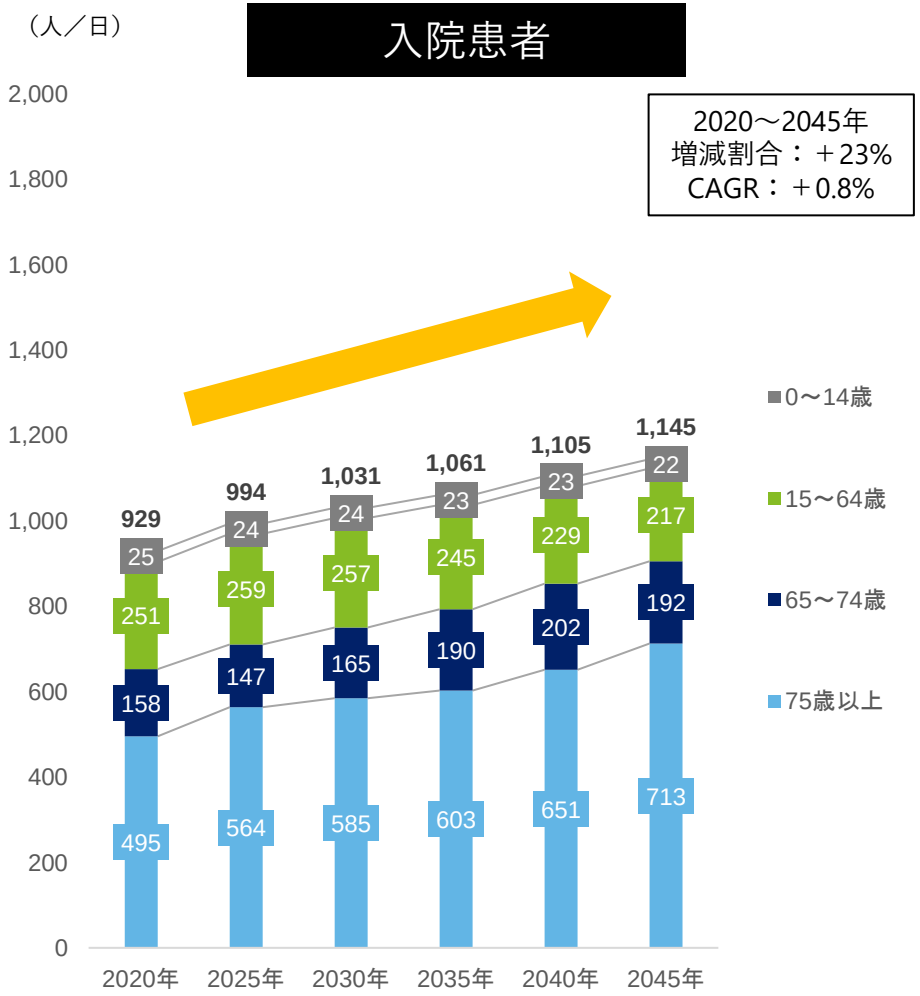
少 ↑ 患者数 ↓ 多　　低 ↑ 受療率 ↓ 高

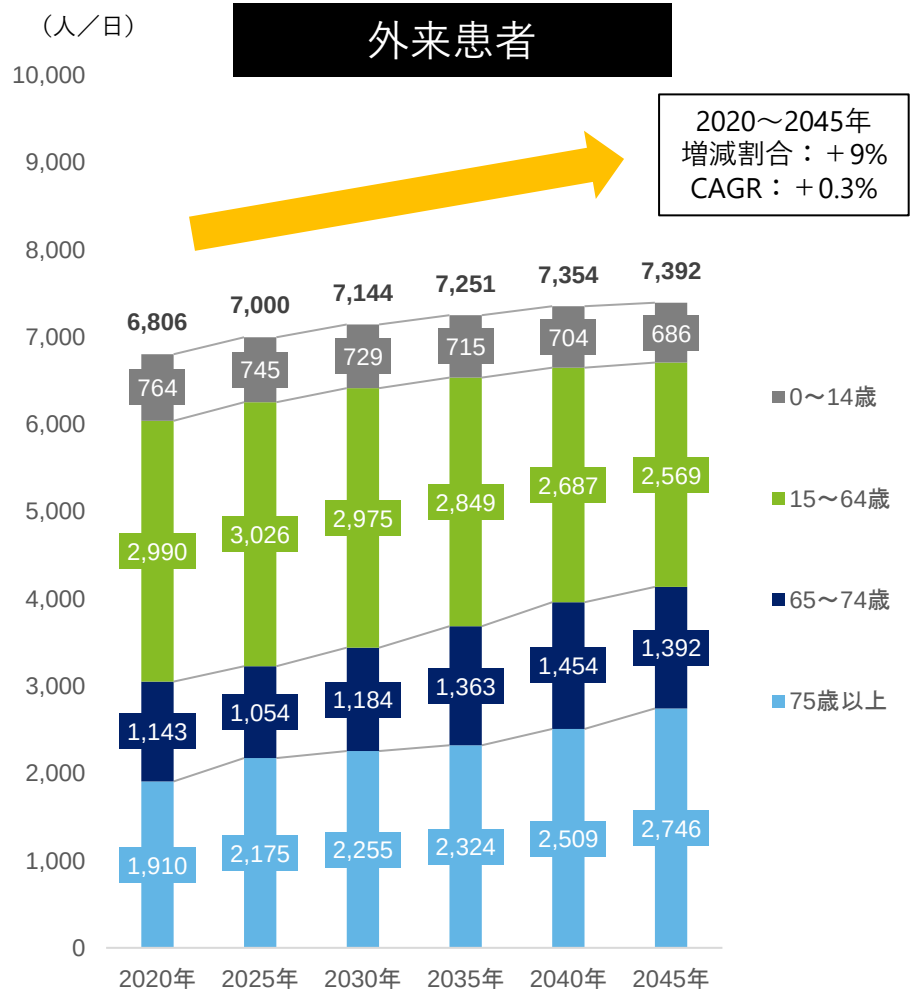
2020年の推計患者数	2025年の推計患者数	2030年 ～ 2045年
0～4歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	0～4歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	0～4歳の患者数
5～14歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	5～14歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	5～14歳の患者数
15～24歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	15～24歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	15～24歳の患者数
25～34歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	25～34歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	25～34歳の患者数
35～44歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	35～44歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	35～44歳の患者数
45～54歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	45～54歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	45～54歳の患者数
55～64歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	55～64歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	55～64歳の患者数
65～74歳の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	65～74歳の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	65～74歳の患者数
75歳以上の患者数=推計人口(2020)×受療率(2017)	75歳以上の患者数=推計人口(2025)×受療率(2017)	75歳以上の患者数
合計	合計	合計

外部環境分析の実践：市場（患者）

入院・外来需要ともに増え続ける地域なので、病院経営は比較的に楽な状況です。

A地域：東京都国分寺市



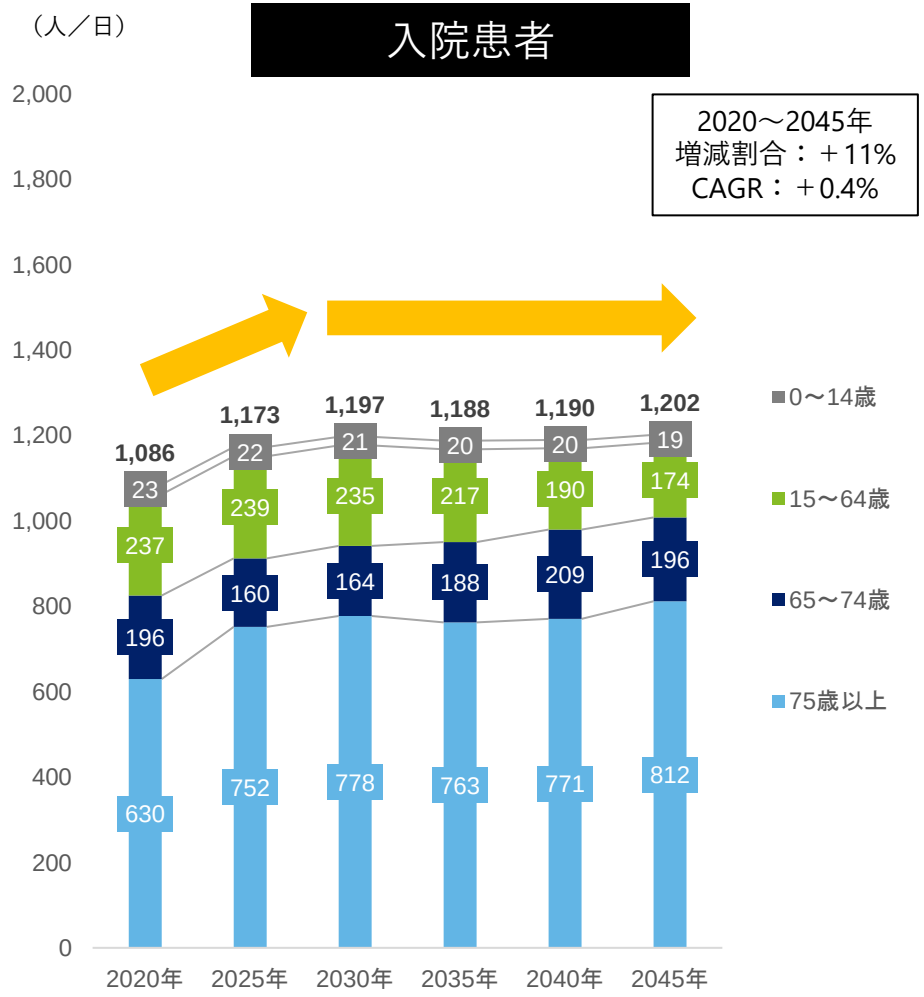


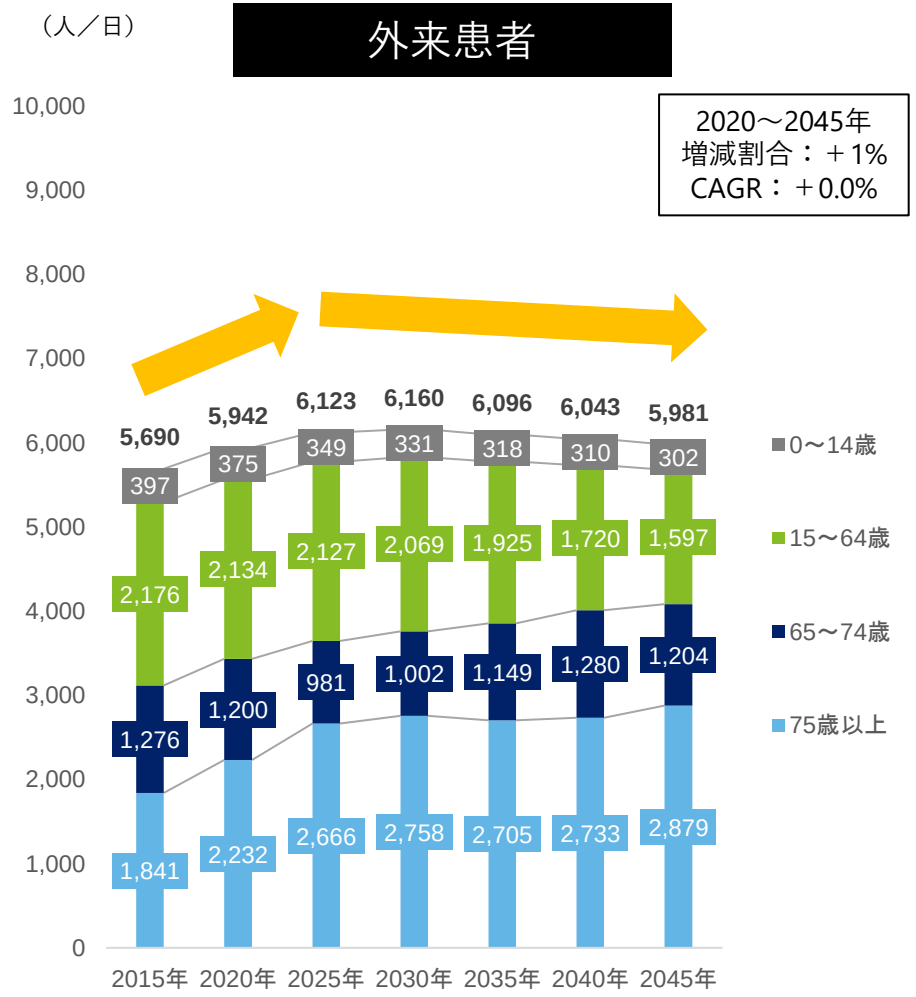
出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）、平成29年度患者調査（厚労省ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：市場（患者）

入院・外来需要ともに2030年頃にピークを迎えますが、その後は微減～維持します。

B地域：大阪府池田市



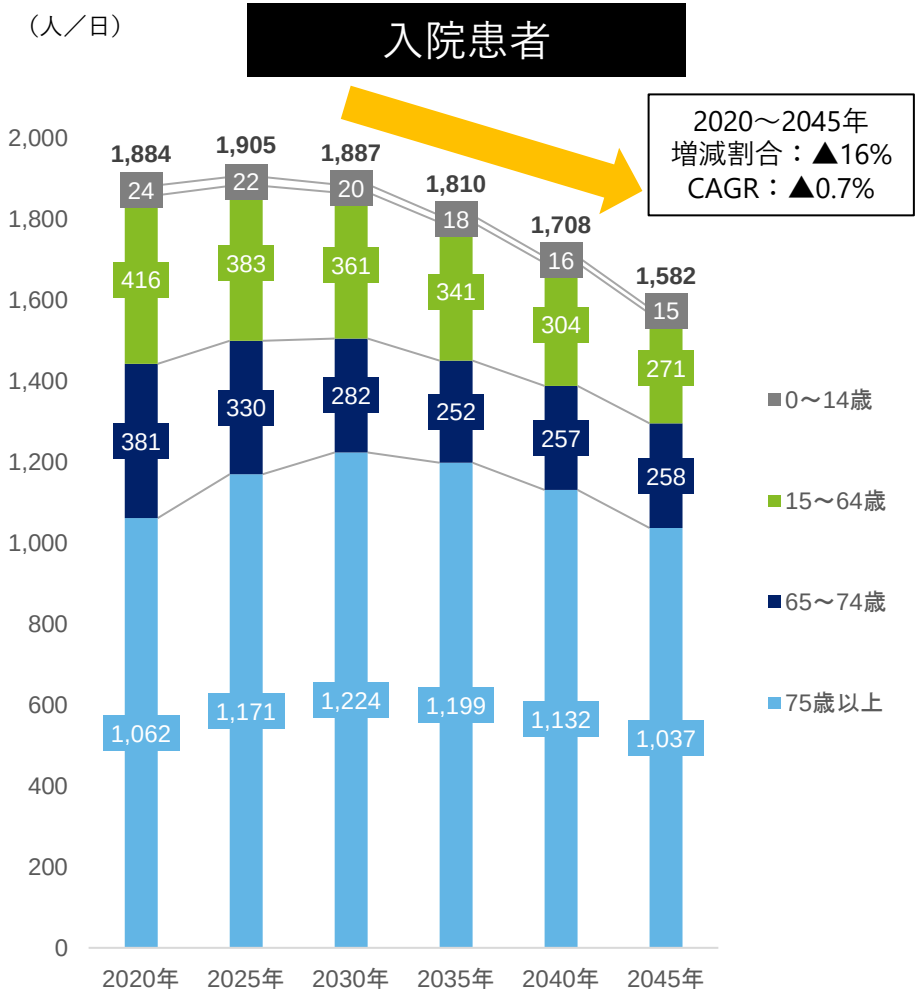


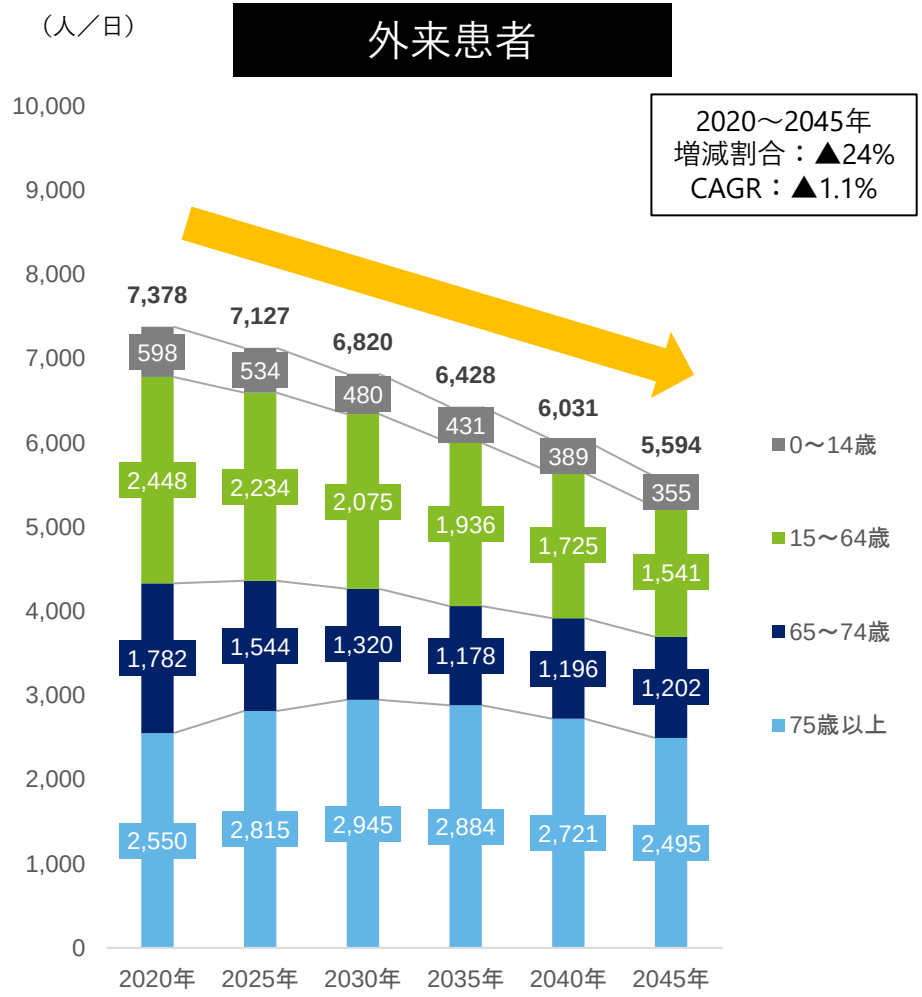
出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）、平成29年度患者調査（厚労省ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：市場（患者）

入院・外来需要ともにピークアウト後の減少が早く、病院経営は非常に厳しい状況です。

C地域：宮崎県延岡市





出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）、平成29年度患者調査（厚労省ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：市場（患者）

自院がA～C地域のどこにいるかで、経営状況の厳しさは天と地ほど変わります。

人口動態による3パターンの地域

	A地域 都市型 （東京都国分寺市）	B地域 準都市型 （大阪府池田市）	C地域 地方型 （宮崎県延岡市）
総人口	→	↓	↓
高齢者人口 （65歳以上）	↑	↑	↓
入院患者	↑	↑	↘
外来患者	↑	→	↓
病院経営の考え方（例）	**個々の病院が自由に競合**	**選択が求められる競合？連携？**	**病院の病床削減統合・再編**

外部環境分析の実践：市場（患者）
高齢化率が高い地域ほど、高齢者特有の疾患が多くなります。
将来患者推計は病院のターゲットにする疾患（診療科）を決める材料にもなります。

入院患者疾患

東京都国分寺市			大阪府池田市			宮崎県延岡市		
傷病	2045年	増減	傷病	2045年	増減	傷病	2045年	増減
Ⅸ　循環器系	210	131%	Ⅸ　循環器系	240	117%	Ⅴ　精神及び行動の障害	331	77%
Ⅴ　精神及び行動の障害	177	111%	Ⅴ　精神及び行動の障害	168	98%	Ⅸ　循環器系	268	89%
Ⅱ　新生物	135	121%	Ⅱ　新生物	138	107%	Ⅵ　神経系	197	87%
ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他	122	129%	ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他	131	115%	ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他	169	86%
Ⅵ　神経系	100	126%	Ⅵ　神経系	103	114%	Ⅱ　新生物	141	82%
Ⅹ　呼吸器系	89	134%	Ⅹ　呼吸器系	102	120%	Ⅹ　呼吸器系	116	92%
ⅩⅠ　消化器系	67	123%	ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織	75	115%	ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織	89	83%
ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織	67	127%	ⅩⅠ　消化器系	64	110%	ⅩⅠ　消化器系	74	84%
ⅩⅣ　腎尿路生殖器系	47	128%	ⅩⅣ　腎尿路生殖器系	47	113%	ⅩⅣ　腎尿路生殖器系	59	85%
Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝	28	124%	Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝	35	112%	Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝	39	88%
Ⅰ　感染症及び寄生虫症	23	123%	Ⅰ　感染症及び寄生虫症	20	109%	ⅩⅧ　他に分類されないもの	20	88%
ⅩⅧ　他に分類されないもの	14	130%	ⅩⅧ　他に分類されないもの	15	116%	Ⅰ　感染症及び寄生虫症	19	84%
ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	14	88%	ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因	12	107%	ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織	13	83%
ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因	13	106%	Ⅶ　眼及び付属器	12	112%	ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因	12	84%
Ⅶ　眼及び付属器	12	126%	ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織	11	111%	Ⅶ　眼及び付属器	9	75%
ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織	9	123%	ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	9	84%	Ⅲ　血液及び造血器の疾患	9	85%
ⅩⅥ　周産期	7	88%	Ⅲ　血液及び造血器の疾患	7	111%	ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	8	61%
Ⅲ　血液及び造血器の疾患	6	129%	ⅩⅥ　周産期	5	81%	ⅩⅥ　周産期	4	59%
ⅩⅦ　先天奇形及び染色体異常	5	91%	ⅩⅦ　先天奇形及び染色体異常	4	83%	Ⅷ　耳及び乳様突起	3	80%
Ⅷ　耳及び乳様突起	2	113%	Ⅷ　耳及び乳様突起	3	97%	ⅩⅦ　先天奇形及び染色体異常	2	64%

【入院患者数でトップ5に入る疾患】
「精神及び行動の障害」、「循環器系」、「新生物」、「神経系」、「損傷、中毒及びその他」

外来患者疾患

東京都国分寺市			大阪府池田市			宮崎県延岡市		
傷病	2045年	増減	傷病	2045年	増減	傷病	2045年	増減
ⅩⅠ　消化器系	1,424	104%	ⅩⅠ　消化器系	1,077	98%	Ⅸ　循環器系	1,027	83%
ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織	1,004	121%	Ⅸ　循環器系	913	111%	ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織	932	81%
ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因	795	108%	ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織	802	108%	ⅩⅠ　消化器系	804	72%
Ⅸ　循環器系	757	124%	ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因	594	103%	ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因	404	73%
Ⅹ　呼吸器系	578	95%	Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝	436	104%	Ⅹ　呼吸器系	357	66%
Ⅶ　眼及び付属器	396	113%	Ⅹ　呼吸器系	406	90%	Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝	306	78%
ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織	385	98%	Ⅶ　眼及び付属器	315	103%	ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他	303	73%
Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝	383	115%	ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織	266	87%	ⅩⅣ　腎尿路生殖器系	290	74%
ⅩⅣ　腎尿路生殖器系	363	108%	Ⅱ　新生物	219	102%	Ⅶ　眼及び付属器	242	76%
Ⅱ　新生物	271	114%	ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他	209	91%	Ⅵ　神経系	182	83%
ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他	260	104%	ⅩⅣ　腎尿路生殖器系	168	96%	Ⅴ　精神及び行動の障害	179	68%
Ⅴ　精神及び行動の障害	208	99%	Ⅴ　精神及び行動の障害	142	90%	ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織	164	75%
Ⅰ　感染症及び寄生虫症	176	100%	Ⅰ　感染症及び寄生虫症	131	93%	Ⅱ　新生物	157	76%
Ⅵ　神経系	168	116%	Ⅵ　神経系	124	103%	Ⅰ　感染症及び寄生虫症	108	71%
ⅩⅧ　他に分類されないもの	92	106%	Ⅷ　耳及び乳様突起	82	101%	Ⅷ　耳及び乳様突起	57	74%
Ⅷ　耳及び乳様突起	85	113%	ⅩⅧ　他に分類されないもの	60	95%	ⅩⅧ　他に分類されないもの	49	75%
Ⅲ　血液及び造血器の疾患	22	97%	Ⅲ　血液及び造血器の疾患	15	94%	Ⅲ　血液及び造血器の疾患	15	68%
ⅩⅦ　先天奇形及び染色体異常	13	93%	ⅩⅦ　先天奇形及び染色体異常	13	85%	ⅩⅦ　先天奇形及び染色体異常	8	61%
ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	11	88%	ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	6	86%	ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	7	60%
ⅩⅥ　周産期	2	89%	ⅩⅥ　周産期	2	81%	ⅩⅥ　周産期	1	59%

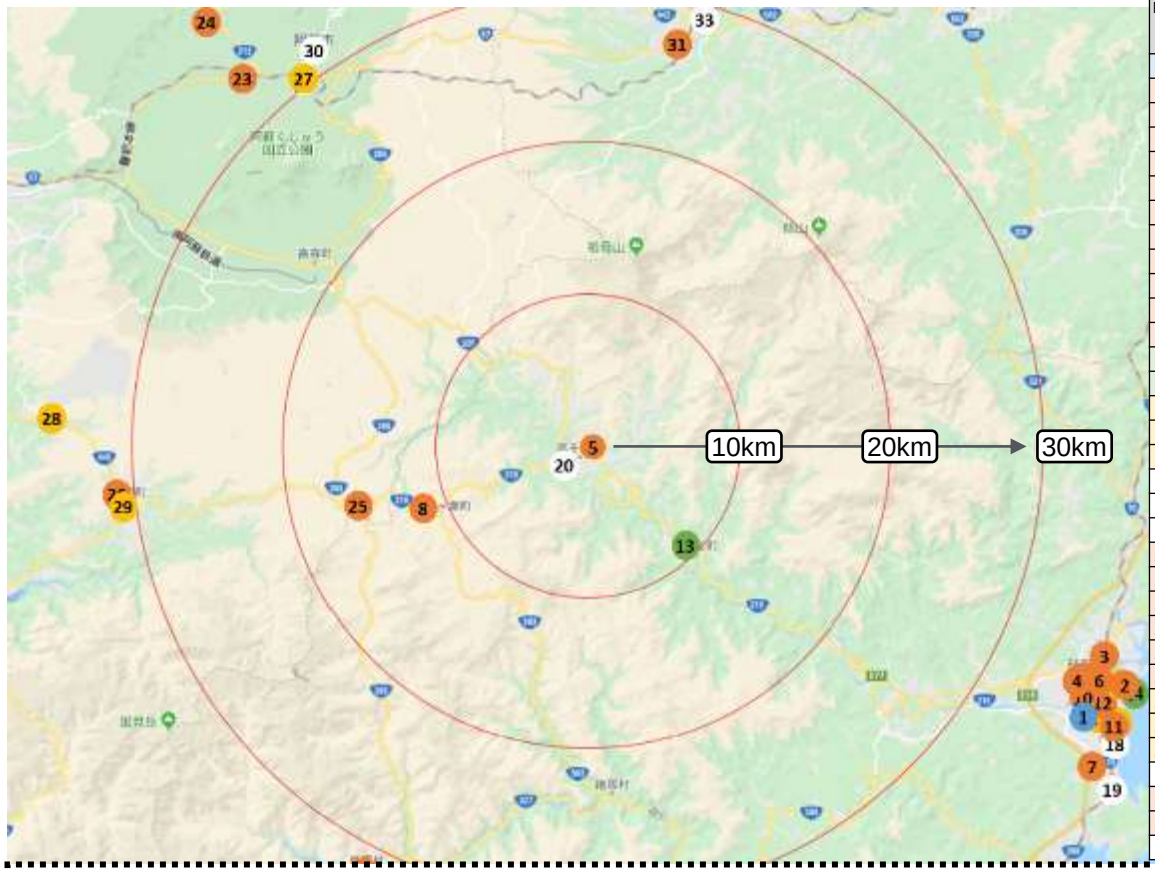
【外来患者数でトップ5に入る疾患】
「消化器系」、「筋骨格系及び結合組織」、「循環器系」、「呼吸器系」、「内分泌、栄養及び代謝」

出所：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所ホームページ）、平成29年度患者調査（厚労省ホームページ）より作成

外部環境分析の実践：競合（医療機関のストラクチャー）

医療機関分析において、まずは地域における医療機関の立地関係を把握します。

立地関係



No	都道府県	二次医療圏	医療機関名	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
1	宮崎	延岡西臼杵	病院名	456	41	365	0	0
2	宮崎	延岡西臼杵		108	0	108	0	0
3	宮崎	延岡西臼杵		195	0	88	55	52
4	宮崎	延岡西臼杵		76	0	74	0	0
5	宮崎	延岡西臼杵		120	0	60	0	60
6	宮崎	延岡西臼杵		81	0	54	0	27
7	宮崎	延岡西臼杵		125	0	44	60	21
8	宮崎	延岡西臼杵		54	0	36	0	18
9	宮崎	延岡西臼杵		72	0	34	0	38
10	宮崎	延岡西臼杵		76	0	26	0	50
11	宮崎	延岡西臼杵		52	0	22	0	30
12	宮崎	延岡西臼杵		40	0	16	0	24
13	宮崎	延岡西臼杵		50	0	0	50	0
14	宮崎	延岡西臼杵		80	0	0	45	35
15	宮崎	延岡西臼杵		93	0	0	0	93
16	宮崎	延岡西臼杵		57	0	0	0	57
17	宮崎	延岡西臼杵		42	0	0	0	42
18	宮崎	延岡西臼杵		精神	-	-	-	-
19	宮崎	延岡西臼杵		精神	-	-	-	-
20	宮崎	延岡西臼杵		精神	-	-	-	-
21	宮崎	日向入郷		30	0	30	0	0
22	宮崎	日向入郷		29	0	29	0	0
23	熊本	阿蘇		120	0	120	0	0
24	熊本	阿蘇		260	0	62	20	178
25	熊本	上益城		57	0	57	0	0
26	熊本	上益城		85	0	43	0	42
27	熊本	阿蘇		154	0	0	0	154
28	熊本	上益城		50	0	0	0	50
29	熊本	上益城		36	0	0	0	36
30	熊本	阿蘇		精神	-	-	-	-
31	大分	豊肥		156	0	84	0	72
32	大分	豊肥		136	0	58	0	78
33	大分	豊肥		精神	-	-	-	-

【補足】
地域における病院の位置関係は非常に重要です。分析は二次医療圏の病院に限定せず、患者アクセスを考慮した診療圏で評価を行う必要があり、特に同じ病床機能や診療科を有する競合病院や紹介・逆紹介の多い連携病院の位置関係の整理が重要です。

出所：地域医療情報システム（JMAP）、地図で見る統計（jSTAT MAP）、平成29年度宮崎県病床機能報告より作成

外部環境分析の実践：競合（医療機関のアウトカム）

病床機能報告の画期的な活用方法は病床利用率の計算にあると考えています。

病床利用率の簡易計算法

【病床利用率の患者数】
在棟患者延べ数（24時時点の入院患者数）
【病床稼働率の患者数】
入院延べ患者数=在棟患者延べ数＋退棟患者数
＊病床稼働率は100%を超えることがある

◆患者の入退院等の状況

入院患者の状況（年間）

		(項目の解説)	H26	H27	H28
年間	新規入棟患者数（年間）	平成25年7月から平成26年6月までの1年間に入院、退院した患者の状況を示す項目です。	4,573人	5,860人	7,059人
	うち予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者		3,073人	4,477人	5,223人
	うち救急医療入院の予定外入院の患者		798人	808人	649人
	うち救急医療入院以外の予定外入院の患者		702人	575人	1,187人
	在棟患者延べ数（年間）		15,857人	23,885人	26,015人
	退棟患者数（年間）		4,563人	5,874人	7,067人
	病床利用率		82.0%	88.4%	96.3%

加工①

加工②

病床利用率の簡易計算法（加工①）

■ 病床利用率のセルを以下の計算式で追加します。

$$\frac{\text{在棟患者延べ数（年間）}}{\text{許可病床数（又は稼働病床数）} \times 365\text{日}}$$

※病床数の情報は病床機能報告の最上段にあります

過去3年の経時比較（加工②）

■ 2014年から病床機能報告が開始されているため、過去データも追加します。

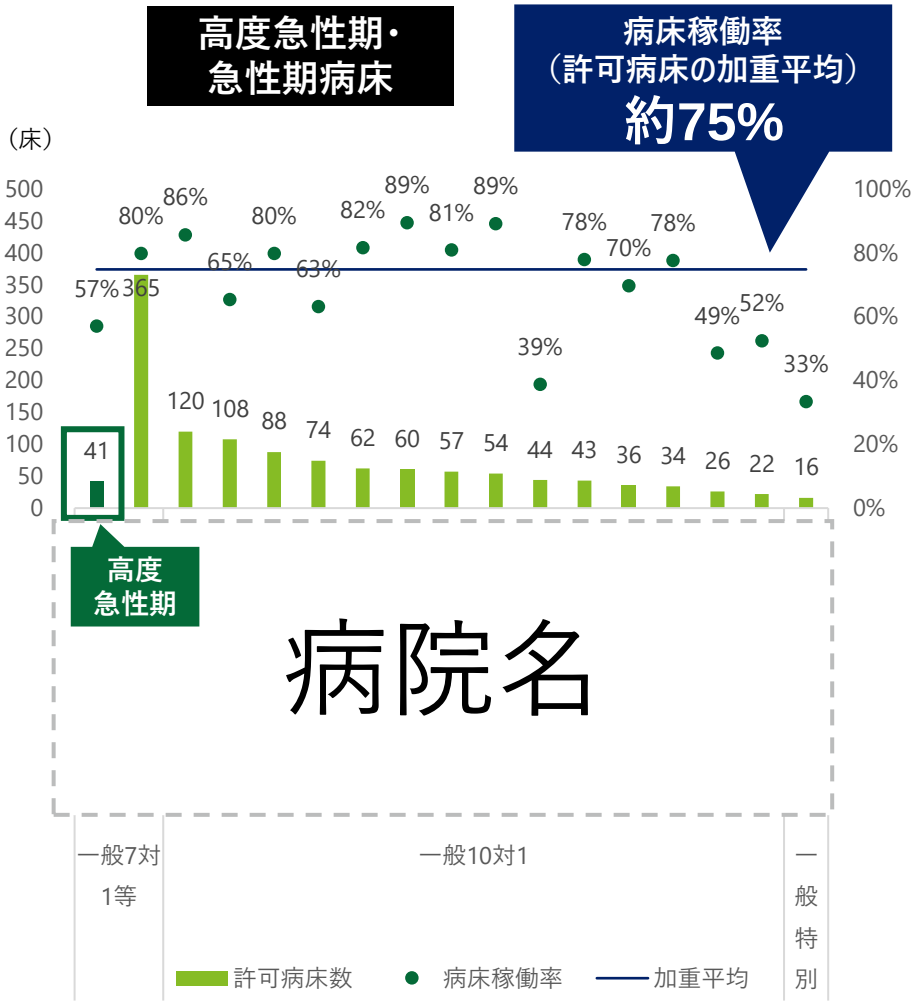
※ 都道府県によって、過去の病院個票はオンライン上になく、都道府県庁にデータ提供を依頼する場合があります。

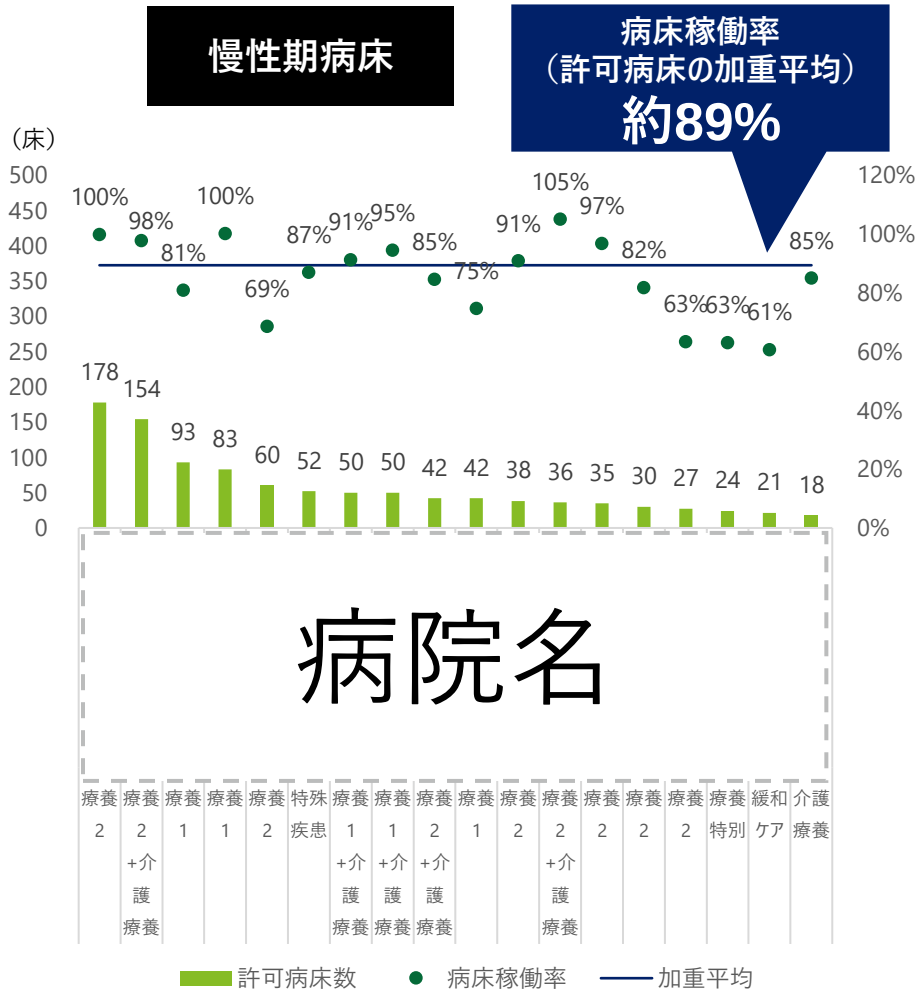
■ 病床利用率は病棟単位で報告されてるため、病床機能（入院料）ごとに計算が可能です。

外部環境分析の実践：競合（医療機関のアウトカム）

病床機能報告により、入院料・病床機能ごとに病床利用率の比較が可能です。

病床利用率





出所：平成29年度病床機能報告より作成

外部環境データの解説：データソース一覧

よく使用する外部環境分析の公表データソースをご紹介させて頂きます。

データ名	入手方法	更新頻度
将来推計人口	■ 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ http://www.ipss.go.jp/index.asp	5年ごと （国勢調査）
医療施設調査 （動態・静態）	■ 厚労省ホームページ＞統計情報・白書＞各種統計調査＞厚生労働統計一覧 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html	動態：毎月 静態：3年ごと
医師・歯科医師・ 薬剤師統計	■ 厚労省ホームページ＞統計情報・白書＞各種統計調査＞厚生労働統計一覧 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html	2年ごと
患者調査	■ 厚労省ホームページ＞統計情報・白書＞各種統計調査＞厚生労働統計一覧 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html	3年ごと
レセプトデータ	■ 国民健康保険レセプト：各自治体 ■ 後期高齢者レセプト：各都道府県の後期高齢者広域連合組合	毎月
DPC	■ 厚労省ホームページ：中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織〔DPC評価分科会〕退院患者調査 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043.html	毎年 （春頃）
病床機能報告	■ 厚生労働省ホームページ＞都道府県ホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html（厚労省ホームページのリンク）	毎年 （夏頃）
NDBオープンデータ	■ 厚労省ホームページ＞政策について＞分野別の政策一覧＞健康・医療 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html	毎年 （夏頃）

- 病院経営とは
- 病院の外部環境
- **病院の内部環境**
- 病院の経営戦略
- COVID-19の対応
- 100床規模・ケアミックス病院の生きる道

内部環境分析の目的

分析は漠然とした作業に考えがちですが、それは分析の目的を明確化していないからです。最初に分析の目的を明確化することが、よりよいアウトプットを産むための秘訣です。

内部環境分析とは

内部環境＝経営資源の分析を行い、自社の強みと弱みを明らかにしていく手法です。自社のリソースを検討し、競合他社より「勝っている」のか、「劣っている」のかを分析し、経営戦略の指針とします。（出所：https://mag.sweeep.ai/topic/77454/）

		意味合い	外部環境分析の目的	内部環境分析の目的
病院経営とは	長期的視点	経営ビジョンに沿った経営戦略	SWOT分析の「機会」と「脅威」を抽出する	SWOT分析の「強み」と「弱み」を抽出する
	短期的視点	収入と費用のバランス（黒字・赤字）	収益増加・費用削減の打ち手を検討する	収益増加・費用削減の狙い目を絞る

内部環境データの解説：内部環境フレームワーク（経営ダッシュボード）

病院の内部環境分析において、収支構造と診療実績に係る指標が非常に重要です。

内外	3C	大	中項目	小項目	重要度	ﾍﾞﾝﾁﾏｰｸ
内部環境	自院	財務	収支構造指標	＜収支比率＞ ■ 経常損益、経常収支比率、医業損益、医業収支比率　等 ＜入院収益＞ ■ 100床あたり入院収益、病床利用率、入院患者1人1日あたり診療収入 ■ 新規入院ルート、平均在院日数　等 ＜外来収益＞ ■ 100床あたり外来収益、100床あたり1日外来患者数、外来患者1人1日あたり診療収入　等 ＜医業費用＞ ■ 100床あたり医業費用、100床あたり給与費、100床あたり材料費、100床あたり経費、100床あたり減価償却費　率 ■ 給与費比率、材料費比率、経費比率、減価償却費比　等 本講座にて紹介	◎ 最重要	○ 財務はベンチマーク統計が多い
			他の財務指標	■ 固定費比率、総資本医業利益率、総資本回転率、固定資産回転率、労働生産性　等 ■ 自己資本比率、固定長期適合率、流動比率、借入金比率、償還期間　等	○	
		非財務	診療実績	＜実績数＞ ■ 手術、救急車搬送、分娩、リハビリテーション、画像診断、検査、透析、処方箋　等 ＜効率性＞ ■ 手術室・高額医療機器稼働率、救急車応需率、リハビリスタッフ1人あたり実施単位数　等 ＜施設基準のアウトカム指標＞ ■ 平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、リハビリ実績指数　等	◎ 最重要	△
			地域連携	＜アウトカム指標＞ ■ 紹介件数・逆紹介件数（医療機関別、診療科別）、紹介率・逆紹介率 ＜プロセス指標＞ ■ 紹介を受けられなかった件数、紹介の連絡から受診までの日数　等 ■ 連携医療機関のABC分析、連携医療機関等への訪問件数、地域連携イベント開催数　等	○ 3番目に重要視	×
			患者（顧客）	■ 患者満足度、クレーム数、患者属性（住所、年齢、性別、傷病等）　等	○	×
			職員	■ 職員満足度、実施研修数、人事関連指標　等	○	×
			その他	■ 上記に該当しない指標（例えば、ESGに関連する指標：Environment Social Governance）	○	?

※ 上記は講師の私見です

内部環境データの解説：データソース一覧

内部環境分析の収支構造指標をベンチマークするための主な公表データソースは下記の通りです。

病床機能報告やDPCは収支構造ではなく、診療実績のベンチマークに有効です

調査名	病院経営分析調査報告 病院経営実態調査報告	地方公営企業年鑑	病院経営管理指標	病院経営定期報告	SC Research Report
団体	公私病院連盟・日本病院会	総務省	厚生労働省	全日本病院協会	医療福祉機構
回答病院数	約900	約900	約1,000	約1,700	約1,400
対象病院	公立・民間病院	公立病院	公立・民間病院	民間病院	民間病院
費用	有料	無料	無料	有料 （概要版のみ無料）	無料
メリット	■ 経営指標が多いため、ベンチマークに使い易い	■ 経営指標が多いため、ベンチマークに使い易い ■ 個別病院のデータがある	■ 病院機能（一般・ケアミックス・療養型病院・精神病院）ごとの集計がある	■ 回答病院数が最も多い ■ 詳細版は入院料別の経営収支情報がある？	■ 入院料別の経営収支情報がある（患者1人1日平均入院単価 等）
デメリット	■ 有料 ■ 回答病院数が少ない ■ カテゴリが開設主体・病床規模・DPC別のみ（病院機能別・入院料別がない）	■ 公立病院のデータしか無い ■ 更新が遅い	■ 経営指標が少ない ■ 更新が遅い	■ 対象が民間病院のみ ■ 概要版は情報が限定的なので、協会員になる必要がある	■ 民間病院のデータしか無い ■ 経営指標が少ない
ベンチマークの使い易さ*	○	○	△ 病院経営分析・実態調査報告が無い場合	×（概要版）	△ 入院料別の患者1人1日平均入院単価を参考にする程度

※ 上記は講師の私見です

内部環境分析の実践：収支構造指標

病院の事業規模は病床数に比例、典型的な100床病院の収支構造を理解しましょう。

病院100床あたりの損益計算書（P/L）

勘定科目		単位：千円	対医業収益
医業収益		2,336,832	100.0%
	入院収入	1,550,292	66.3%
	外来収入	705,312	30.2%
	その他	81,228	3.5%
医業費用		2,481,012	106.2%
	給与費	1,287,012	55.1%
	材料費	631,896	27.0%
	経費	369,660	15.8%
	減価償却費	163,356	7.0%
	その他	29,088	1.2%
医業損益		-144,180	106.2%
医業外収益		41,604	1.8%
医業外費用		36,300	1.6%
経常損益		-138,876	105.8%
特別利益		9,108	0.4%
特別損失		14,088	0.6%
純損益（総費用-総収益）		-143,856	106.0%
病院数		629	
平均病床数		320	

※病院運営実態分析調査（平成29年6月）の平均値に12を乗じて年間データに換算しています。

出所：平成29年 病院運営実態分析調査の概要より作成

病院の損益計算書における特徴

- 100床の事業規模は約20億円
- 売上の6～7割は入院医療
- 費用の半分近くは人件費
- 病院の**多く**が赤字経営

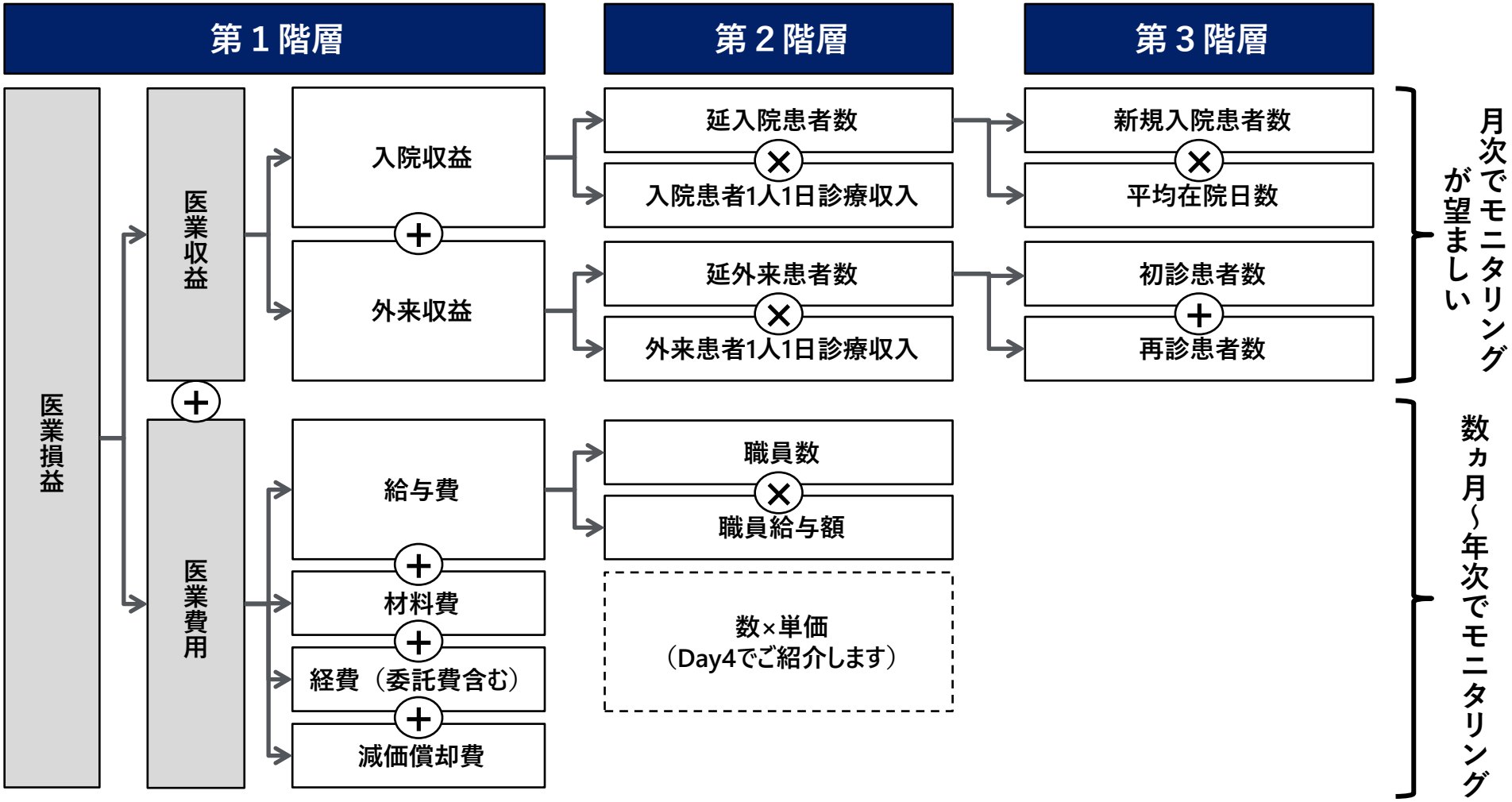
開設主体	病院数	赤字病院割合
全体	629	69%
自治体（公立）病院	324	88%
公的病院	195	55%
私的（民間）病院	110	37%

※他会計負担金・補助金等は総収益から控除。平成29年6月1ヵ月分の総費用（医業費用＋医業外費用＋特別損失）と総収益（医業収益＋医業外収益＋特別利益）の差額により黒字・赤字状況を判別しています。

内部環境分析の実践：収支構造指標

収支構造指標は第2～3階層まで分解しながら、必要な頻度でモニタリングを行います。

収支構造指標の階層



内部環境分析の実践：収支構造指標

定量分析の大まかな方法としては、ベンチマーク分析とトレンド分析の2種類あります。

内部環境分析の方法

経営改善目線の分析方法と目的

①ベンチマーク分析（比較）	②トレンド分析（経時）
外部統計データ（直近1年間）≪信頼できるN数≫	内部決算データ（最低過去3年分）
類似条件病院と比較して、問題部位を特定する	変化の原因を分析する
問題点の特定と優先順位付け	改善策の検討

医業損益

- 医業収益
  - 入院収益
    - 入院患者数 × 入院患者1人1日診療収入
  - ＋ 外来収益
    - 外来患者数 × 外来患者1人1日診療収入
- ＋ 医業費用
  - 給与費
    - 職員数 × 職員給与額
  - ＋ 材料費
  - ＋ 経費（委託費含む）
  - ＋ 減価償却費

①ベンチマーク分析から、どこに問題があるか？

②トレンド分析から、どうやって対策するか？

内部環境分析の実践：収支構造指標

病院経営実態調査報告/病院経営分析調査報告を用いた分析事例を紹介します。

病院経営実態調査報告/病院経営分析調査報告の比較対象病院数

病床規模別	公立病院		民間病院		公立病院（黒字）		公立病院（赤字）	
	病院数	平均病床数	病院数	平均病床数	病院数	平均病床数	病院数	平均病床数
20-99床	46	64	11	86	3	62	43	64
100-199床	62	159	41	144	7	163	55	159
200-299床	42	246	18	245	3	249	39	245
300-399床	61	336	21	343	8	346	53	335
400-499床	40	443	4	465	5	448	35	443
500-599床	27	534	3	529	5	542	22	532
600-699床	16	634	3	616	3	643	13	632
700-床	14	768	4	952	4	737	10	780
合計	308	314	105	263	38	386	270	304

100%

都道府県・指定都市：88
市町村・組合：220

12.3%

都道府県・指定都市：9
市町村・組合：29

87.7%

都道府県・指定都市：79
市町村・組合：191

N数が
10病院以下

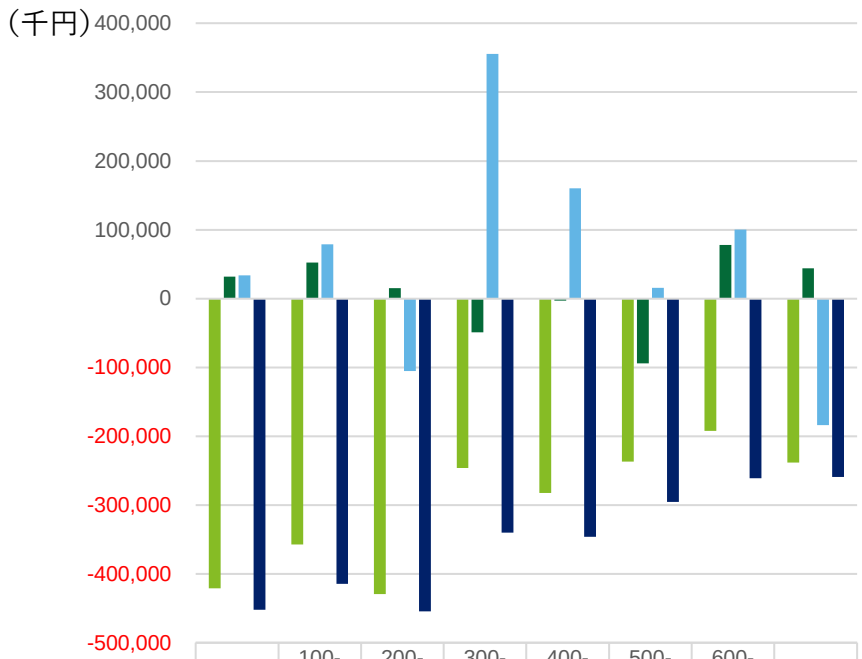
*公立病院は自治体、民間病院は私的のカテゴリに対応

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第１階層）

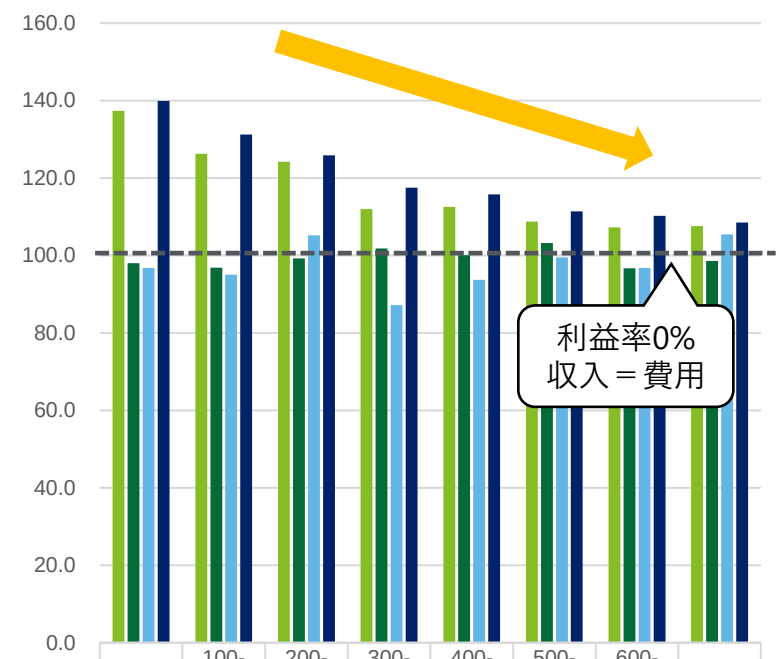
医業収支比率においても、病床規模が小さい病院ほど、経営が苦しい傾向があります。

100床あたり医業損益



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	-421,09	-357,43	-429,32	-246,16	-282,36	-236,94	-192,18	-238,35
民間病院	31,740	52,392	15,072	-48,876	-2,868	-94,056	78,192	44,064
公立病院（黒字）	34,020	78,792	-105,07	355,740	160,164	15,456	100,116	-183,81
公立病院（赤字）	-452,02	-414,45	-454,65	-340,12	-346,32	-295,32	-260,85	-258,96

医業収支比率



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	137.4	126.3	124.2	112.0	112.6	108.7	107.3	107.7
民間病院	98.1	96.9	99.3	101.8	100.1	103.2	96.7	98.6
公立病院（黒字）	96.8	95.0	105.2	87.2	93.7	99.5	96.8	105.5
公立病院（赤字）	140.0	131.2	125.9	117.6	115.8	111.4	110.3	108.5

■ 医業損益＝医業収益 - 医業費用
■ 医業収支比率＝ 医業費用／医業収益　×100

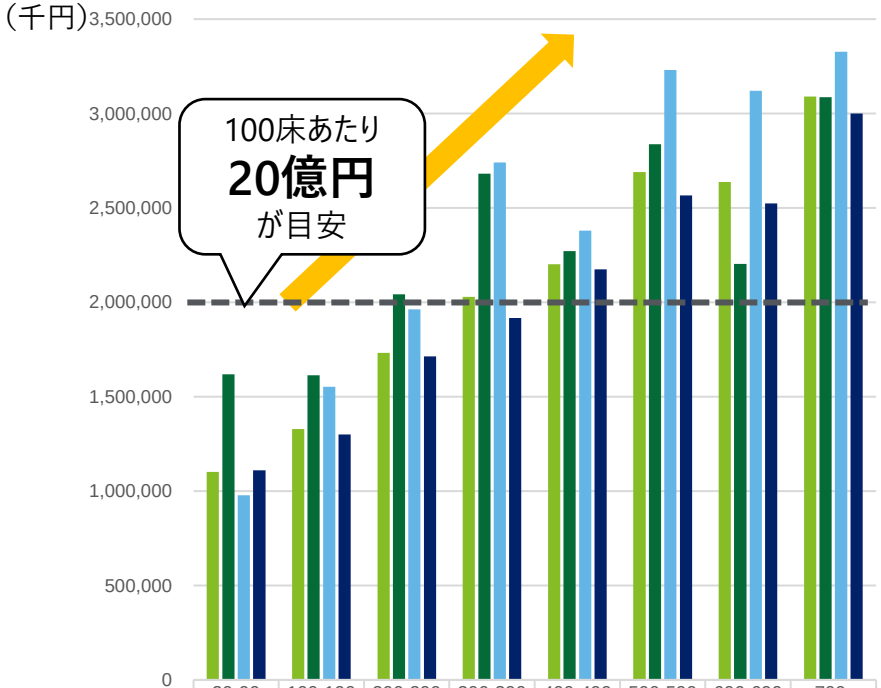
【補足】
医業収支比率も経常収支比率と同様に病床規模の小さい病院の方が経営状況が悪い傾向です。また、医業収支で黒字にするのは非常に難しいと言えます。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第１階層）

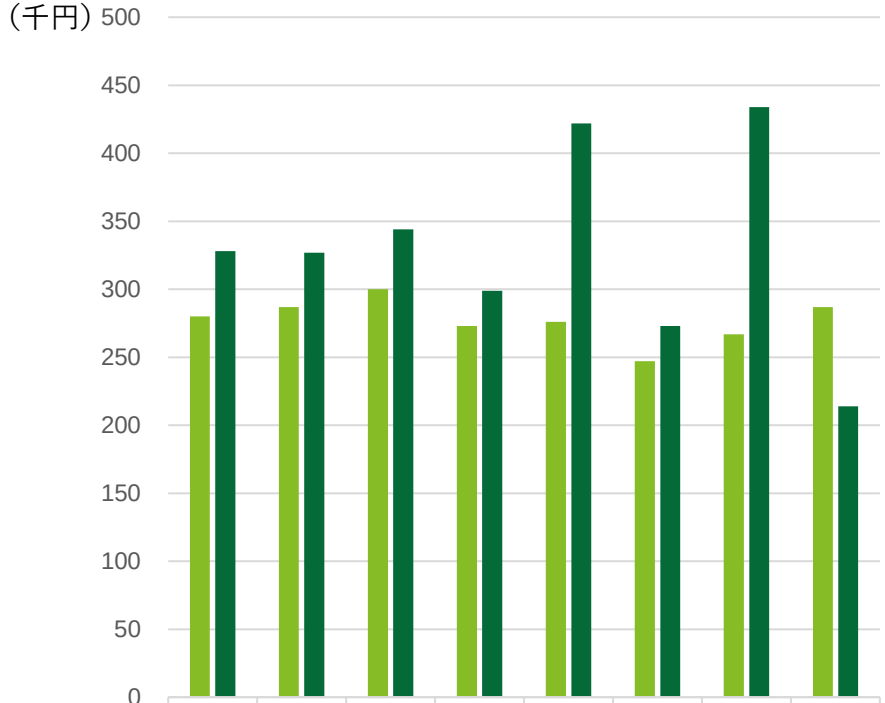
医業収益は病床規模に比例しますが、100床あたりの医業収益は20億円が目安です。

100床あたり医業収益



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	1,101,408	1,328,916	1,732,068	2,028,480	2,200,740	2,689,992	2,637,480	3,089,400
民間病院	1,618,464	1,613,940	2,041,272	2,681,040	2,271,636	2,836,236	2,202,996	3,086,292
公立病院（黒字）	977,784	1,552,368	1,962,552	2,739,972	2,379,564	3,230,724	3,119,820	3,326,868
公立病院（赤字）	1,109,808	1,299,708	1,714,056	1,917,408	2,174,892	2,564,916	2,524,140	2,999,640

医師1人1日あたり診療収入



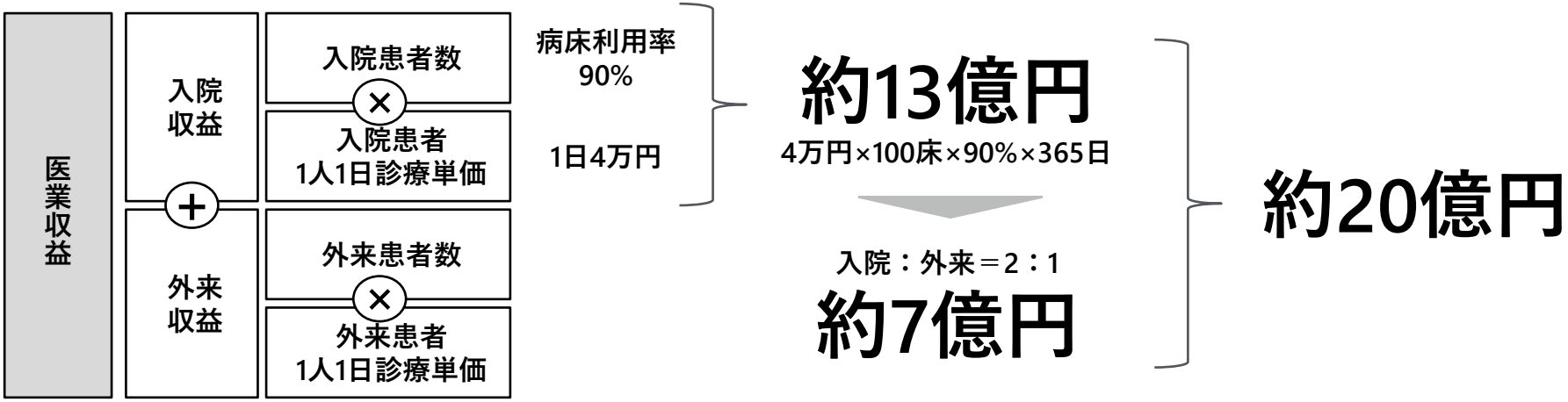
	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	280	287	300	273	276	247	267	287
民間病院	328	327	344	299	422	273	434	214

【補足】
100床あたりの医業収益は約10～30億円、病床規模に比例して増加します。一方、医師1人1日あたりの診療収入は約30万円（年間約1億円）、病床規模には影響しないため、病床規模の大きい病院は100床あたりの医師数が圧倒的に多いために医業収益に大きな差が生じています。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標

急性期～回復期～慢性期の入院単価差が、100床あたりの医業収益の差になります。

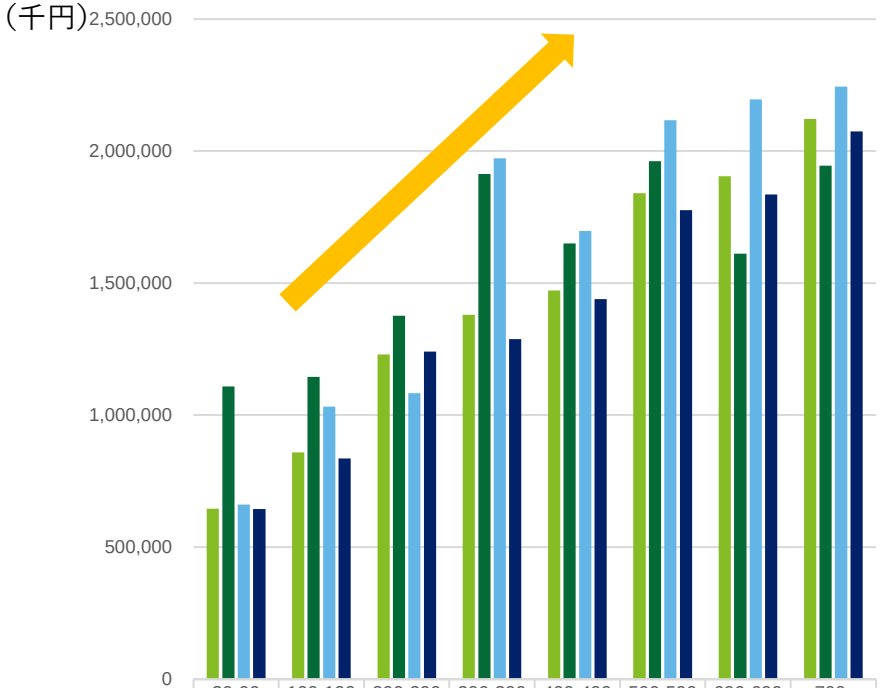


- 急性期病院：100床あたり約20億円～
- 回復期病院：100床あたり約15億円（入院単価3万円）
- 慢性期病院：100床あたり約10億円（入院単価2万円）

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第１階層）

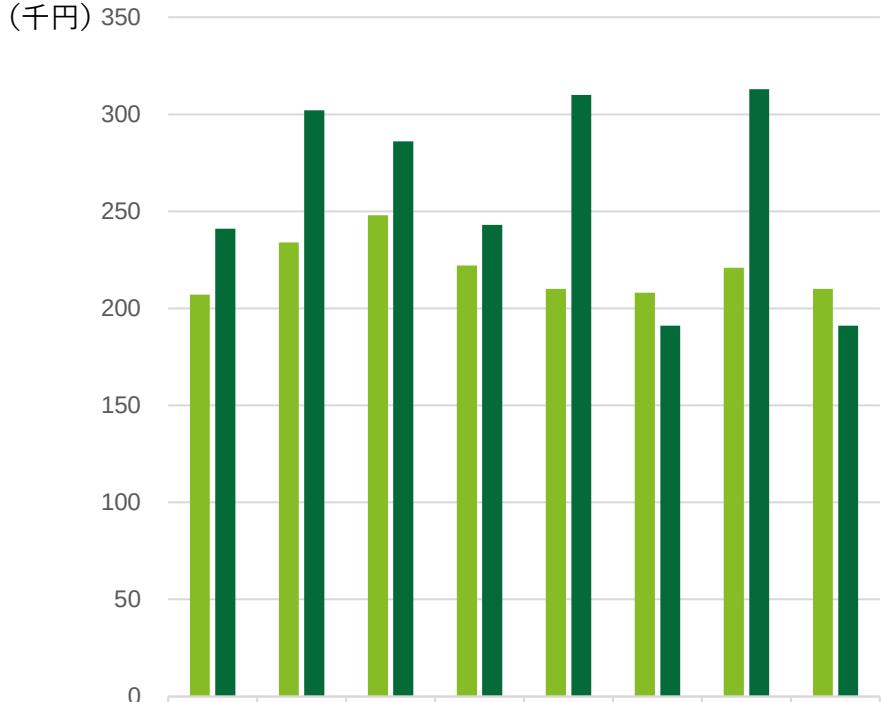
入院収益が病床規模に比例する要因は、先ほどの入院単価の差によるものです。

100床あたり入院収益



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	645,408	858,540	1,229,352	1,379,868	1,472,064	1,840,440	1,904,076	2,121,060
民間病院	1,108,392	1,145,124	1,375,572	1,913,328	1,650,192	1,961,856	1,611,096	1,944,708
公立病院（黒字）	660,852	1,032,144	1,082,616	1,972,620	1,697,580	2,116,692	2,195,892	2,244,108
公立病院（赤字）	644,364	835,848	1,240,824	1,287,336	1,439,472	1,776,540	1,835,508	2,074,560

医師1人1日あたり入院診療収入



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	207	234	248	222	210	208	221	210
民間病院	241	302	286	243	310	191	313	191

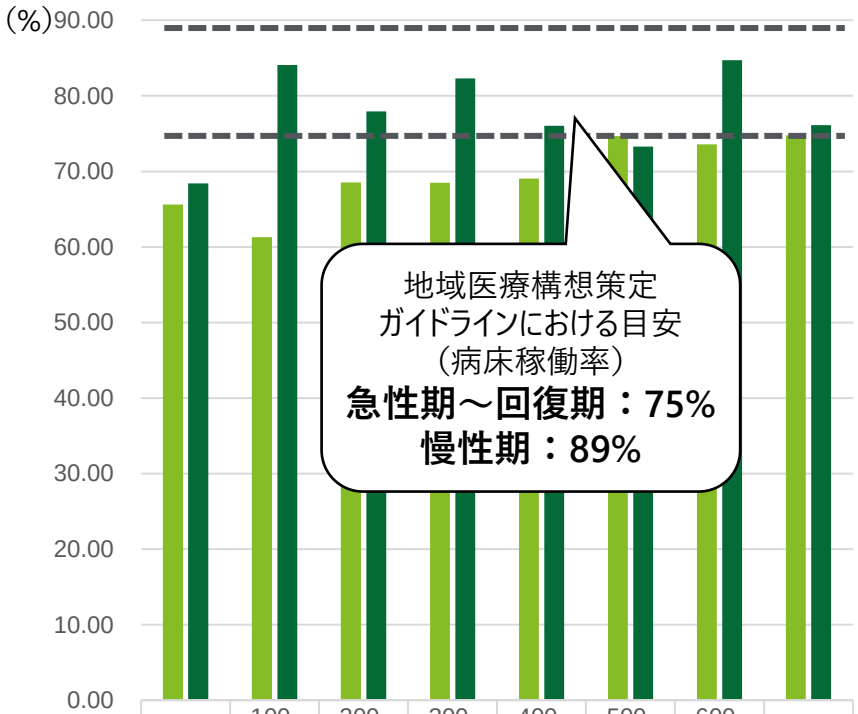
【補足】
100床あたりの医業収益は約5～20億円、病床規模に比例して増加しています。医師1人1日あたりの診療収入は約20万円、病床規模にはあまり影響しないため、病床規模の大きい病院は100床あたりの医師数が圧倒的に多いために医業収益に大きな差が生じています。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第２階層）

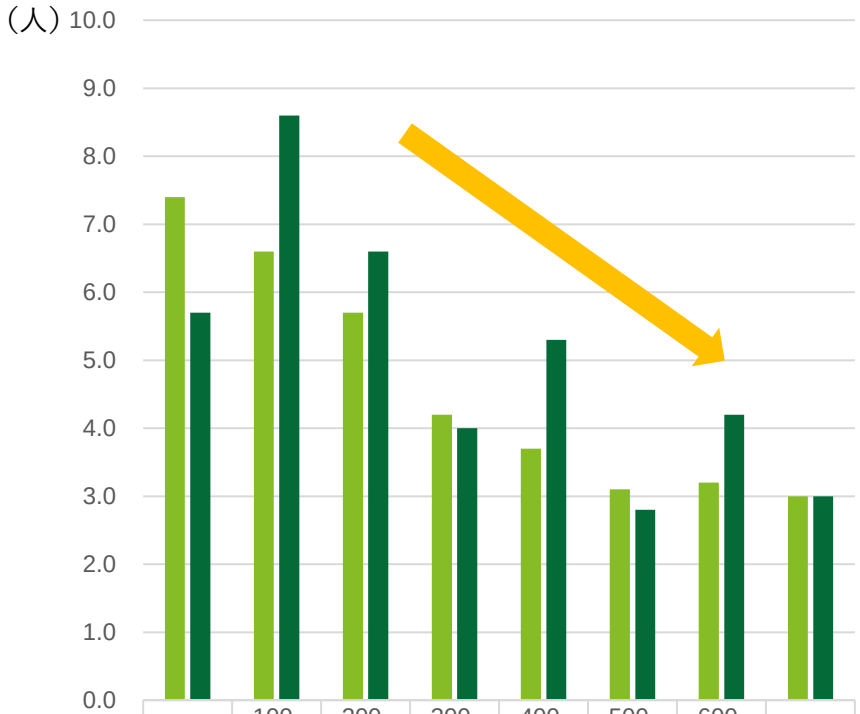
医師1人1日あたり入院患者数は、病床規模が小さいほど高い傾向にあります。

病床利用率（100床あたりの1日入院患者数）



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	65.61	61.29	68.53	68.50	69.03	74.67	73.58	74.78
民間病院	68.43	84.07	77.94	82.29	76.05	73.29	84.71	76.13

医師1人1日あたり入院患者数



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	7.4	6.6	5.7	4.2	3.7	3.1	3.2	3.0
民間病院	5.7	8.6	6.6	4.0	5.3	2.8	4.2	3.0

【補足】
病床利用率は病床規模に影響しない、民間病院で高い傾向です。医師1人1日あたりの入院患者数は、病床規模の小さい病院が圧倒的に多いため、医師不足の状況を示しています。一般的に病床利用率を70%下回ると、経営状況はかなり悪いと予測できます。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標

病床利用率と病床稼働率が混在しないように注意しましょう。利用率＜稼働率です。

病床利用率と病床稼働率の違い

病床利用率（%）

$$\frac{\text{年間在院患者延数（人）}}{\text{許可又は稼働病床数（床）}\times 365\text{日}}\times 100$$

■ 分子は24時時点の在院患者数のみなので、100%を超えることはありません。

＜

病床稼働率（%）

$$\frac{\text{年間在院患者延数}+\text{年間退院患者延数（人）}}{\text{許可又は稼働病床数（床）}\times 365\text{日}}\times 100$$

■ 分子は24時時点の在院患者数に当日の入退院患者数を加えています。1床に1日2人の入院患者が入院することができるので、100%を超えることがあります。

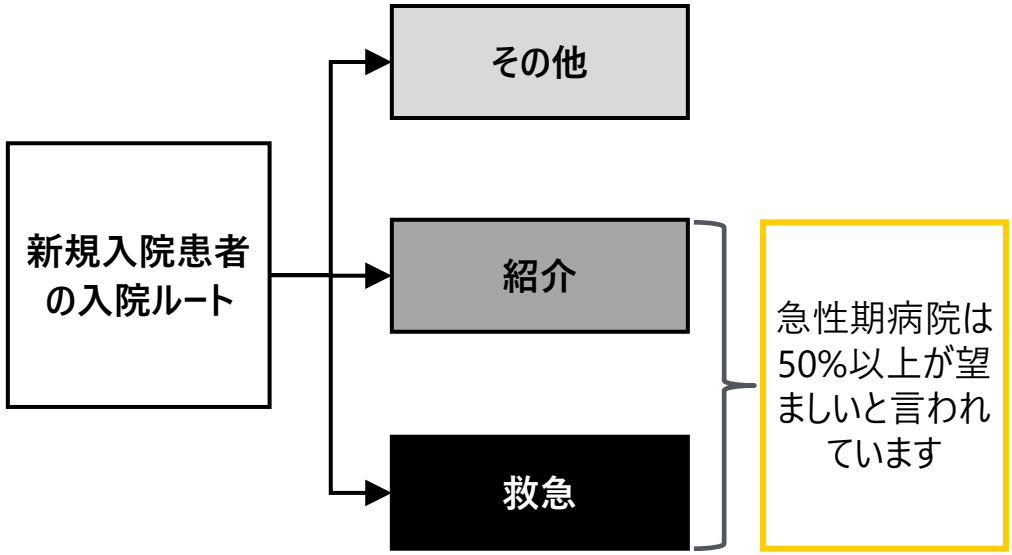
＜参考：ある地域の病床利用率と病床稼働率（病床機能報告より）＞

病床機能	全病床（許可病床）	在棟患者延べ数（年間）	延入院患者数（年間）	病床利用率	病床稼働率	病床稼働率－病床利用率	
高度急性期病床	832	250,413	275,159	82%	91%	8%	病床の回転が早いため、差が大きい
急性期病床	1,149	293,901	312,774	70%	75%	5%	
回復期病床	230	61,940	63,178	74%	75%	1%	病床の回転が遅いため、殆ど差がない
慢性期病床	1,030	352,294	356,022	94%	95%	1%	
合計	3,241	958,548	1,007,133	81%	85%	4%	

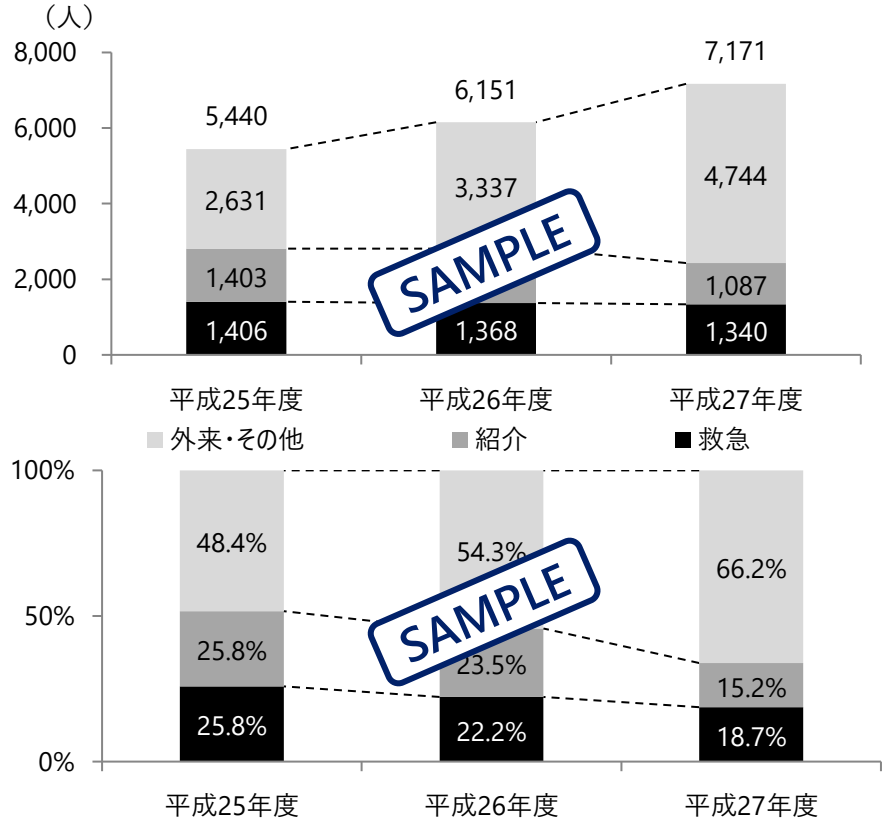
内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第３階層）

急性期病院であれば、紹介と救急車搬送による新規入院が半数を超えることが望ましい。

新規入院患者の入院経路分析



入院ルート別の入院新規患者割合



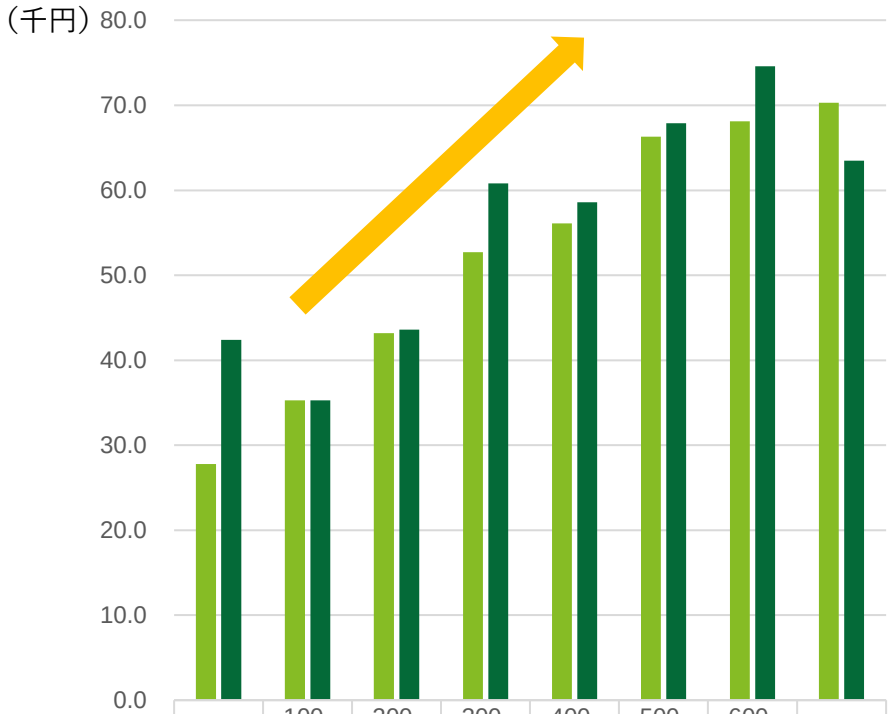
【補足】
新規入院患者の入院経路は自院で独自に管理しているデータを用いるのですが、管理していない（分析できない）病院も多くあると考えられます。

出所： A病院データ（救急・医事・地域連携実績）

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第２階層）

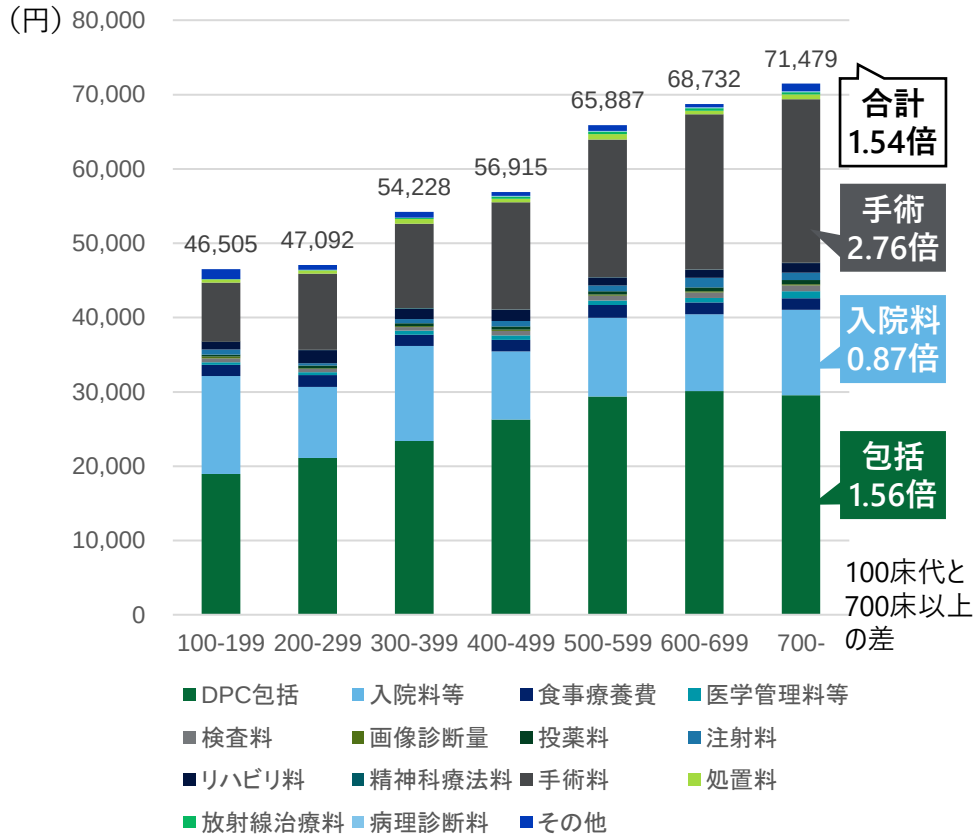
入院単価は病床規模（急性期機能）に比例して、高くなる傾向があります。

入院患者1人1日あたり診療収入（入院単価）



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	27.8	35.3	43.2	52.7	56.1	66.3	68.1	70.3
民間病院	42.4	35.3	43.6	60.8	58.6	67.9	74.6	63.5

公立病院（DPC）の入院患者1人1日あたり診療収入



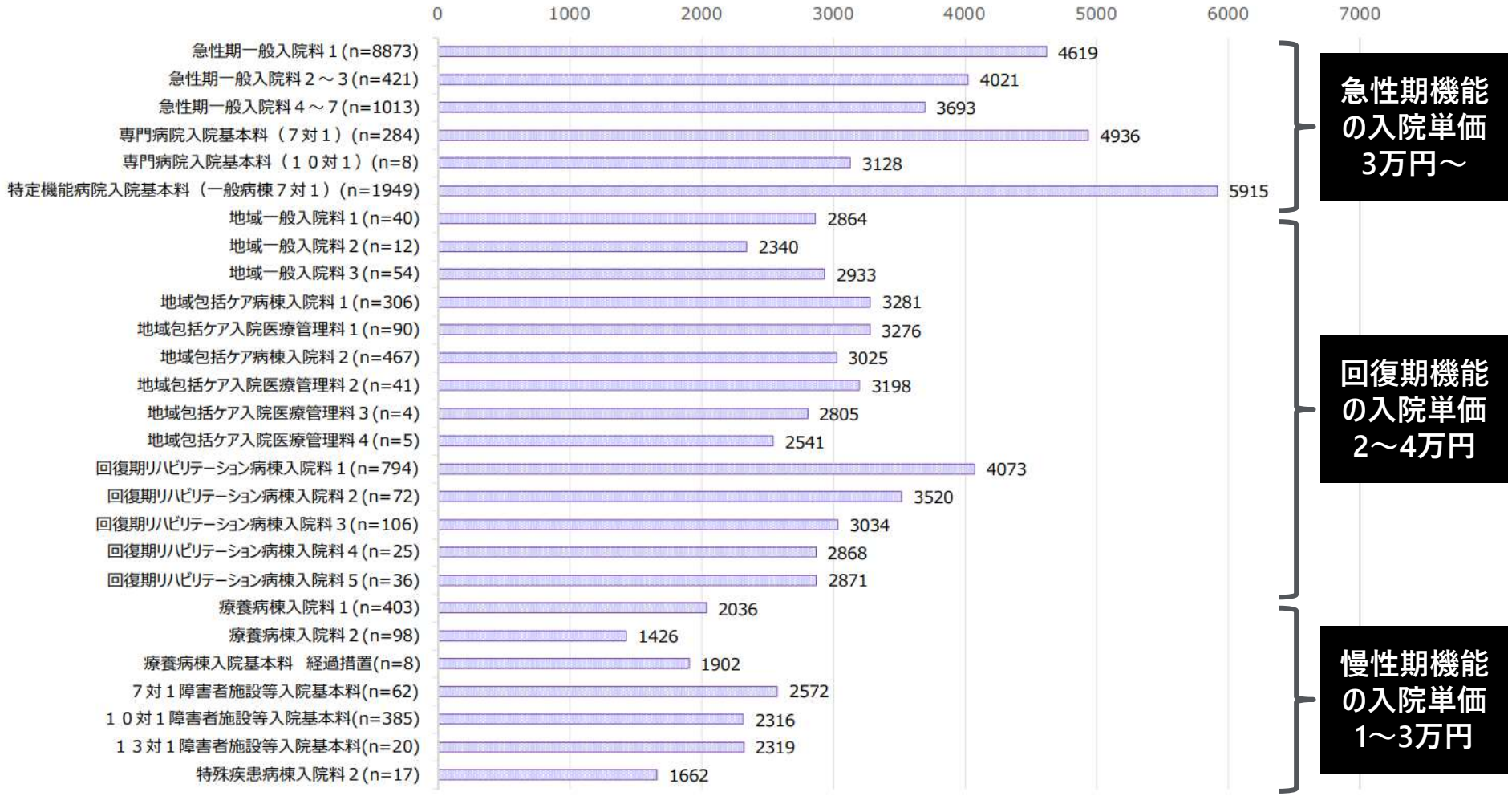
【補足】
入院患者1人1日あたり診療収入は病床規模に比例して向上しています。病床規模が大きくなるほど、主に手術料の割合が高くなります。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第２階層）

中医協の診療報酬改定調査において、入院料ごとの入院単価が公表されます。

入院料ごとの入院患者1人1日診療単価（点）

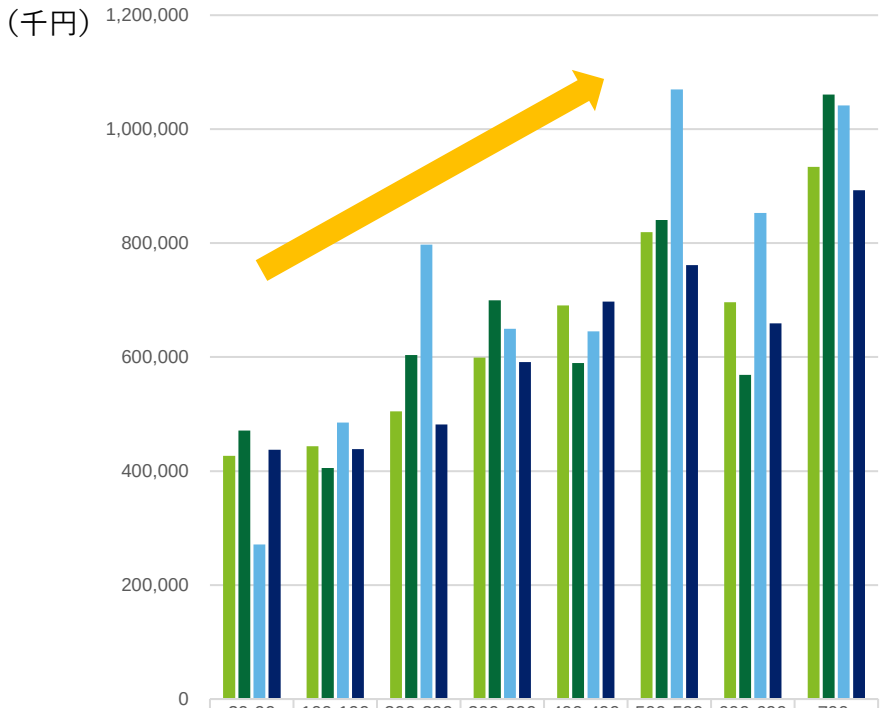


出所：第481回中央社会保険医療協議会 総会（資料：総－６－１）

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第１階層）

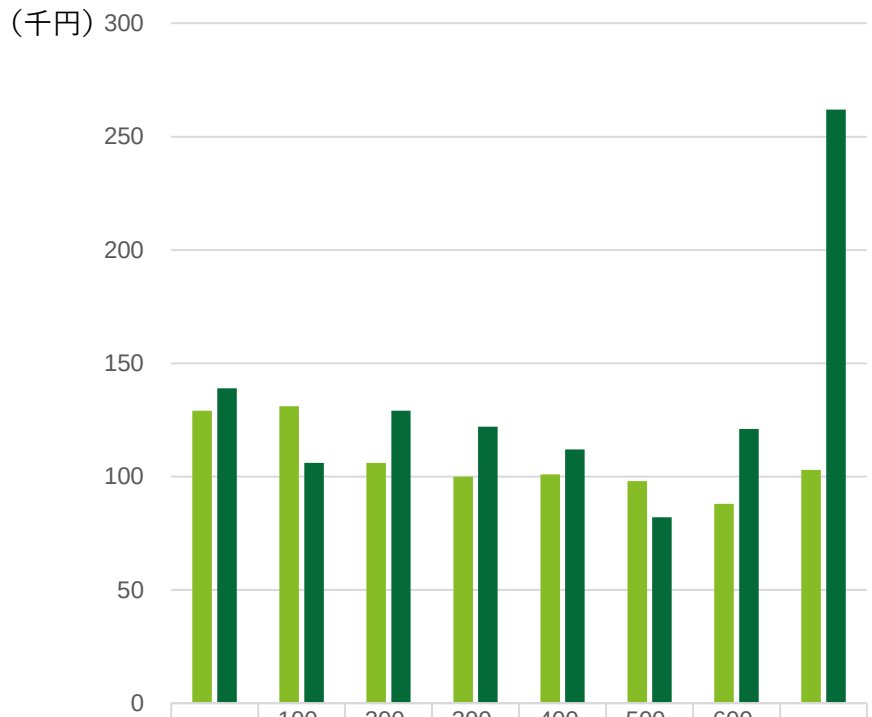
外来収益も病床規模に比例する要因は、外来単価の差によるものです。

100床あたり外来収益



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	426,840	443,688	504,540	599,208	690,684	819,144	696,228	933,732
民間病院	470,940	405,696	603,384	699,744	589,788	840,768	568,728	1,060,59
公立病院：黒字	270,936	484,896	797,160	649,932	645,228	1,069,71	853,008	1,041,79
公立病院：赤字	437,436	438,312	481,680	591,288	697,260	761,184	659,388	892,896

医師1人1日あたり外来診療収入



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	129	131	106	100	101	98	88	103
民間病院	139	106	129	122	112	82	121	262

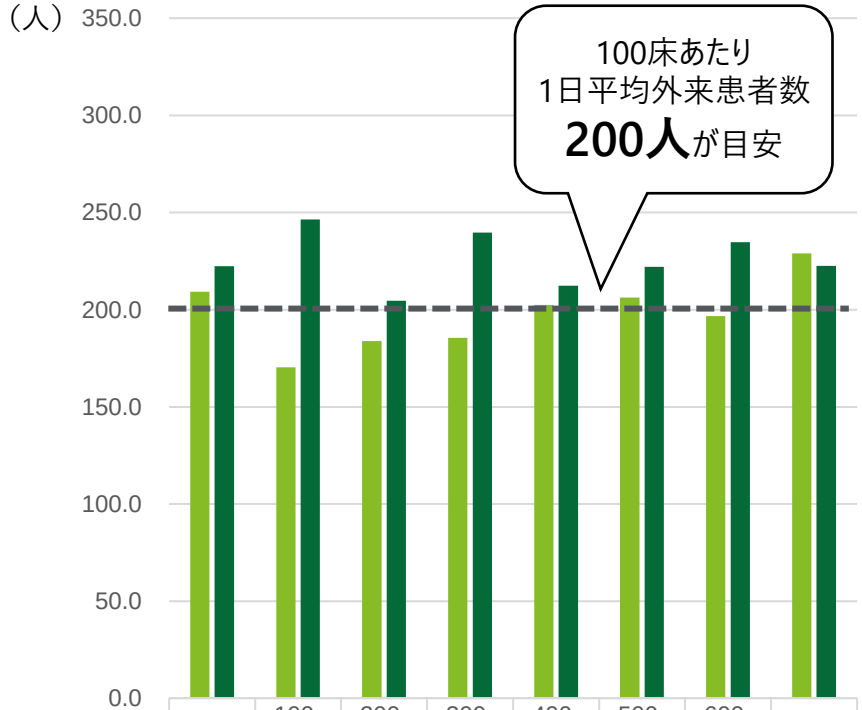
【補足】
100床あたりの外来収益は約4～10億円、病床規模に比例して増加しています。医師1人1日あたりの診療収入は約10万円、病床規模にはあまり影響しないため、病床規模の大きい病院は100床あたりの医師数が圧倒的に多いために外来収益に大きな差が生じています。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第２階層）

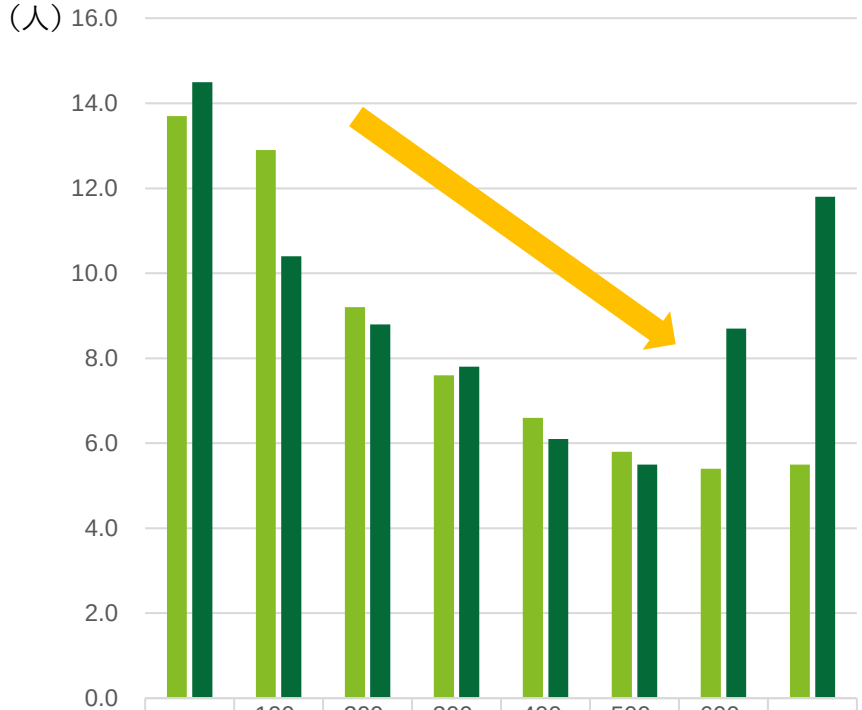
入院同様、医師1人1日あたり外来者数は、病床規模が小さいほど高い傾向にあります。

100床あたり1日外来患者数



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	209.2	170.4	183.9	185.6	202.4	206.3	196.7	229.0
民間病院	222.4	246.5	204.6	239.6	212.4	222.1	234.8	222.6

医師1人1日あたり外来患者数



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	13.7	12.9	9.2	7.6	6.6	5.8	5.4	5.5
民間病院	14.5	10.4	8.8	7.8	6.1	5.5	8.7	11.8

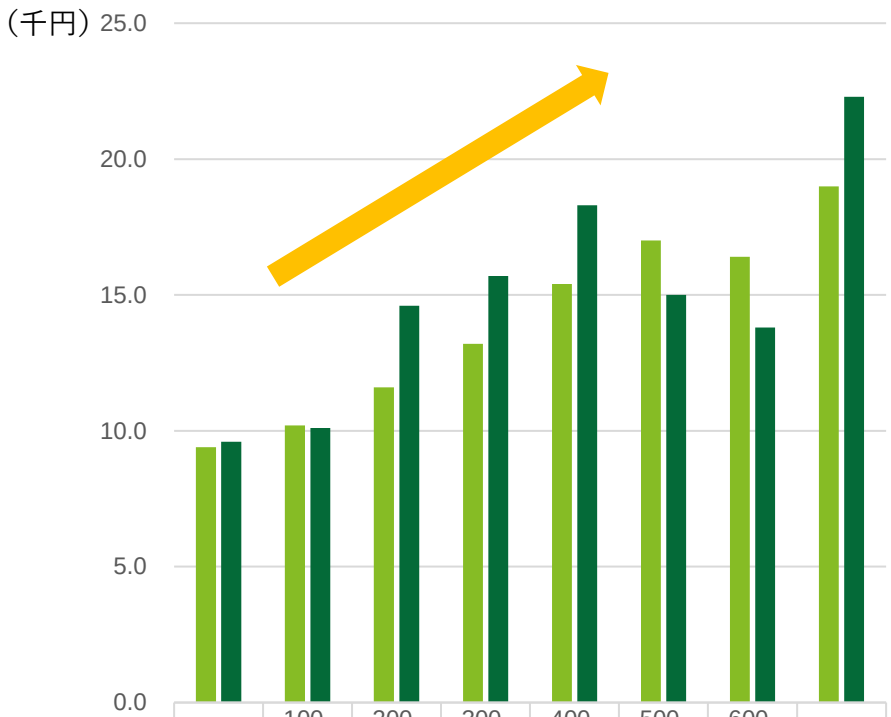
【補足】
100床あたり1日外来患者数は病床規模に影響しない、民間病院で高い傾向です。医師1人1日あたりの外来患者数は、病床規模の小さい病院が圧倒的に多いため、医師不足の状況を示しています。一般的に病床数の2倍に相当する1日の外来患者数が、外来の多い水準と言われます。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業収益：第２階層）

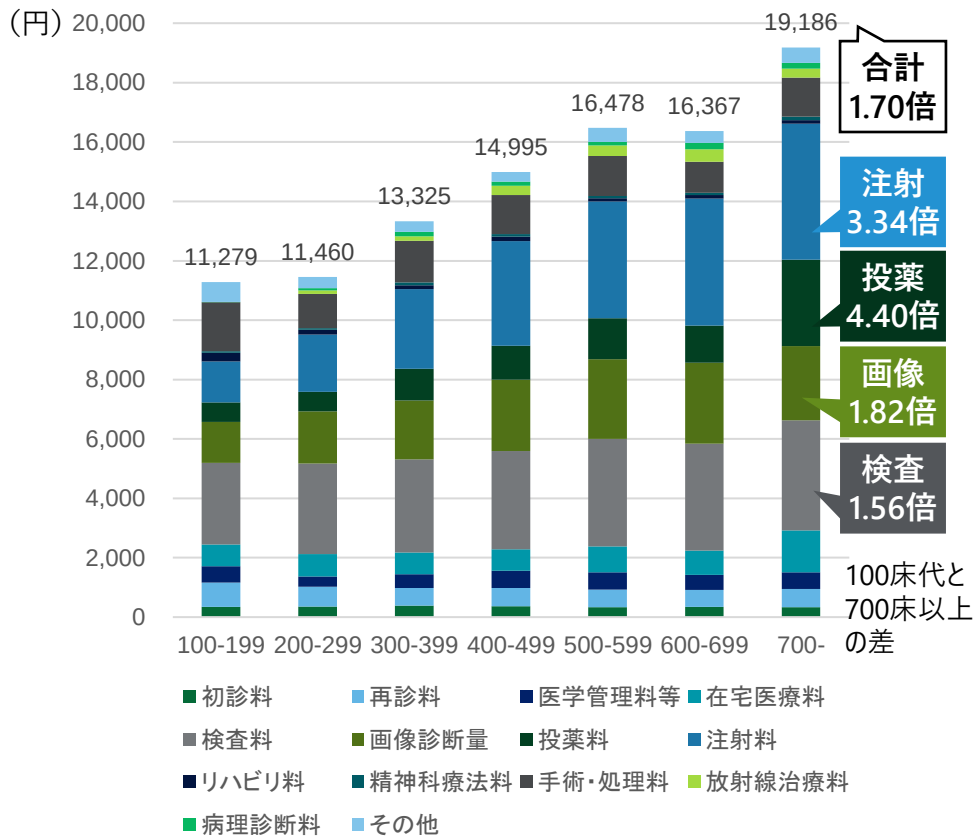
外来単価も病床規模に比例しますが、外来化学療法等の影響が大きいと予測されます。

外来患者1人1日あたり診療収入（外来単価）



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	9.4	10.2	11.6	13.2	15.4	17.0	16.4	19.0
民間病院	9.6	10.1	14.6	15.7	18.3	15.0	13.8	22.3

公立病院（DPC）の外来患者1人1日あたり診療収入



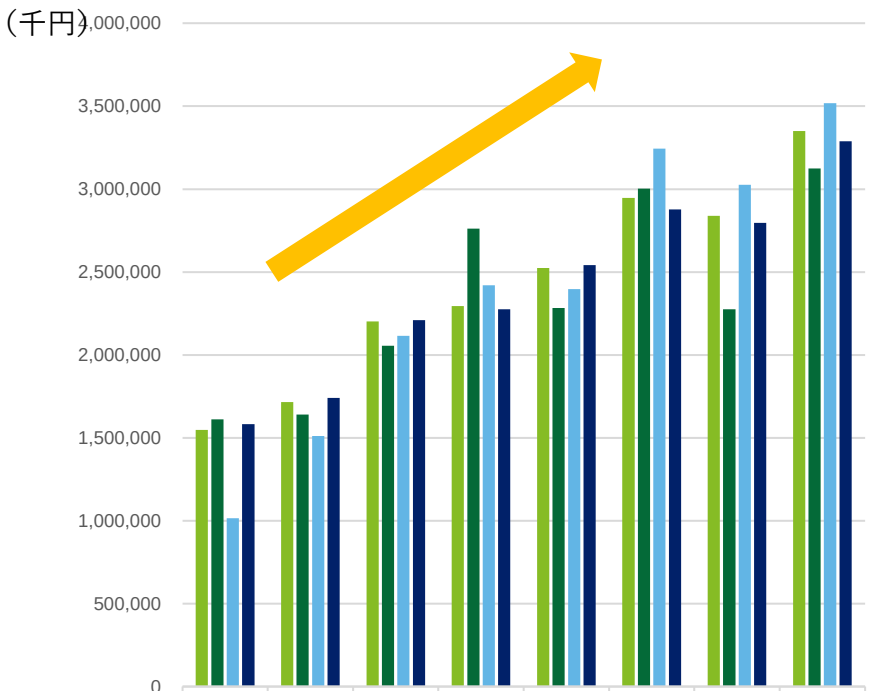
【補足】
外来患者1人1日あたり診療収入は病床規模に比例して向上していますが、外来単価は院外処方をしている割合によって大きく影響するために、ベンチマーク分析には注意が必要です。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第１階層）

医業費用をベンチマークする際は、100床あたりの金額と費用比率の両方が必須です。

100床あたり医業費用



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	1,547,184	1,714,656	2,202,888	2,294,256	2,524,140	2,946,288	2,839,656	3,351,228
民間病院	1,610,532	1,640,412	2,056,068	2,761,980	2,282,676	3,003,432	2,275,416	3,124,728
公立病院（黒字）	1,015,836	1,511,388	2,114,484	2,420,340	2,396,352	3,244,836	3,026,448	3,518,664
公立病院（赤字）	1,583,292	1,741,224	2,209,788	2,274,576	2,542,608	2,877,228	2,795,760	3,287,928

【補足】
100床あたりの医業費用は約10～30億円、医業収益と同様に病床規模と比例して増加しています。

費用項目における他病院との比較方法

100床あたりの医業費用（単位：円）

$$\frac{\text{各種医業費用額（円）}}{\text{許可病床数（床）}} \times 100\text{床}$$

【意味】単純な費用額の大きさ比較

対医業収益費用比率（単位：％）

$$\frac{\text{各種医業費用額（円）}}{\text{医業収益額（円）}} \times 100$$

【意味】医業収支と相対比較した費用額の大きさ比較

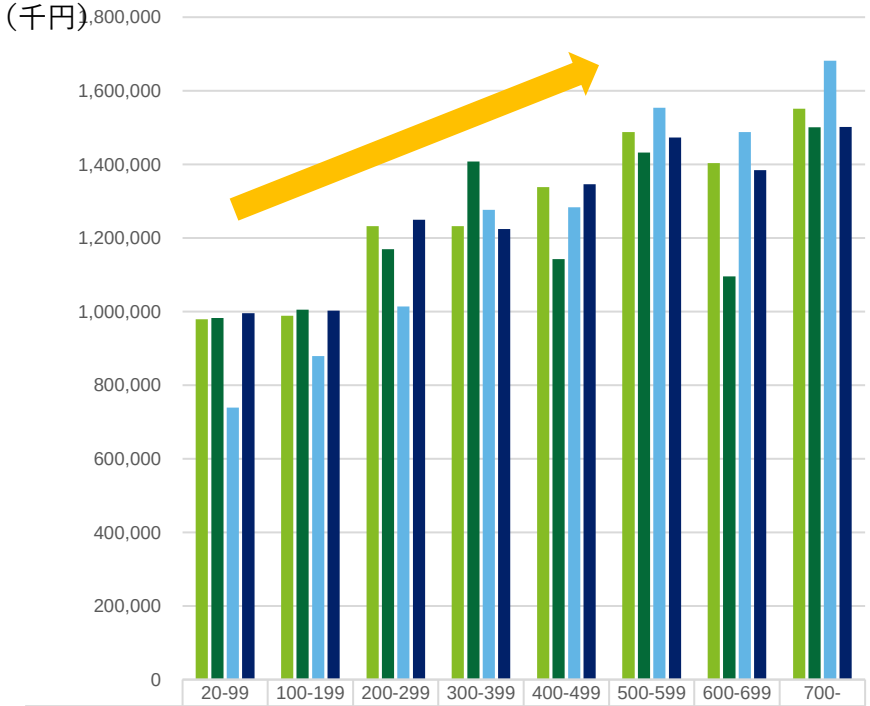
- 費用が大きいのか？収益が少ないのか？

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第１階層）

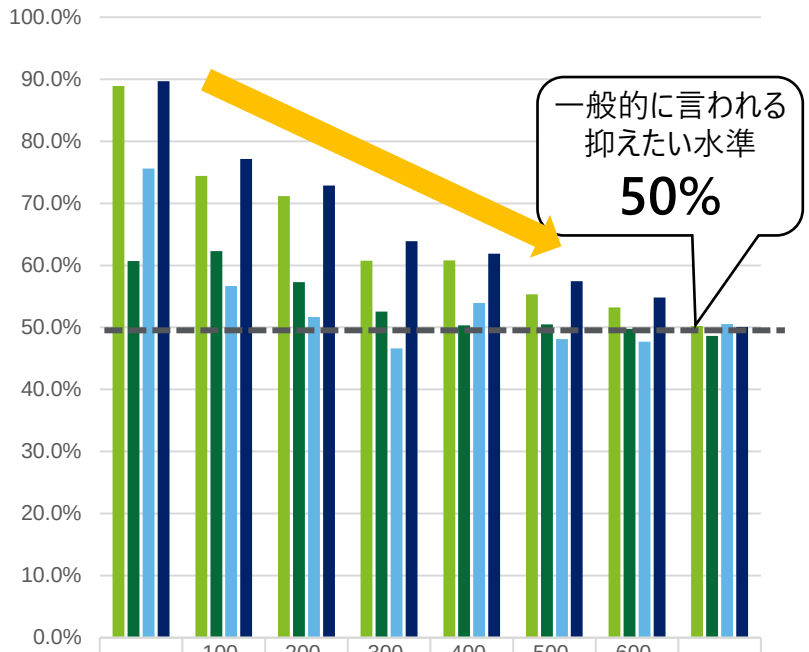
給与費比率だけでなく、100床あたりの給与費を把握しなければ、本質が分かりません。

100床あたり給与費



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	979,452	988,944	1,232,604	1,232,136	1,338,396	1,488,252	1,404,120	1,551,624
民間病院	982,740	1,005,696	1,170,036	1,408,536	1,143,024	1,432,092	1,096,128	1,500,804
公立病院（黒字）	739,284	879,552	1,014,552	1,277,292	1,284,168	1,554,108	1,488,060	1,681,704
公立病院（赤字）	995,772	1,003,236	1,249,644	1,225,092	1,346,232	1,473,024	1,384,404	1,502,460

給与費比率



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	88.9%	74.4%	71.2%	60.7%	60.8%	55.3%	53.2%	50.2%
民間病院	60.7%	62.3%	57.3%	52.5%	50.3%	50.5%	49.8%	48.6%
公立病院（黒字）	75.6%	56.7%	51.7%	46.6%	54.0%	48.1%	47.7%	50.5%
公立病院（赤字）	89.7%	77.2%	72.9%	63.9%	61.9%	57.4%	54.8%	50.1%

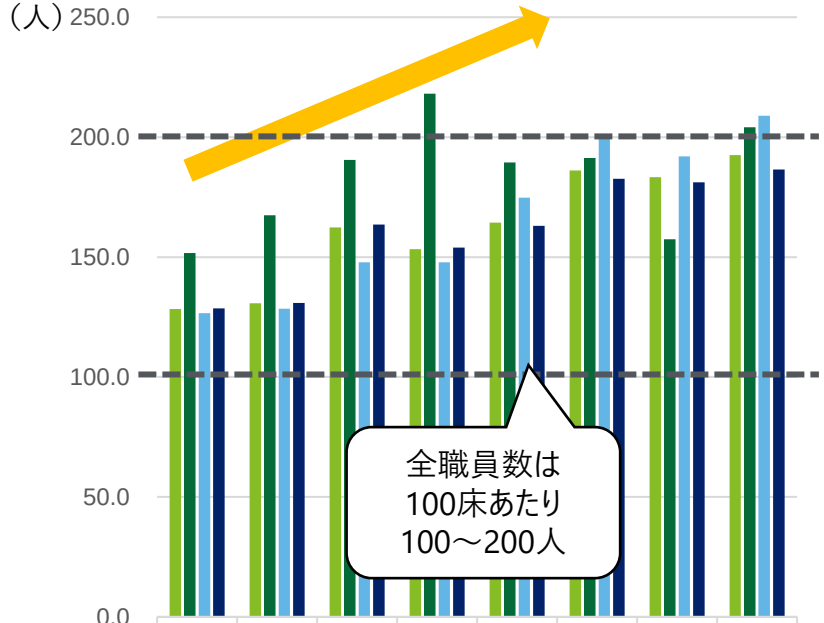
【補足】
100床あたりの給与費は約10～16億円、病床規模に比例して増加していますが、医業収益に対する給与費比率は病床規模に反して低下しています。一般的に給与費比率は50%以下に抑えないと黒字は難しいと言われています。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第２階層）

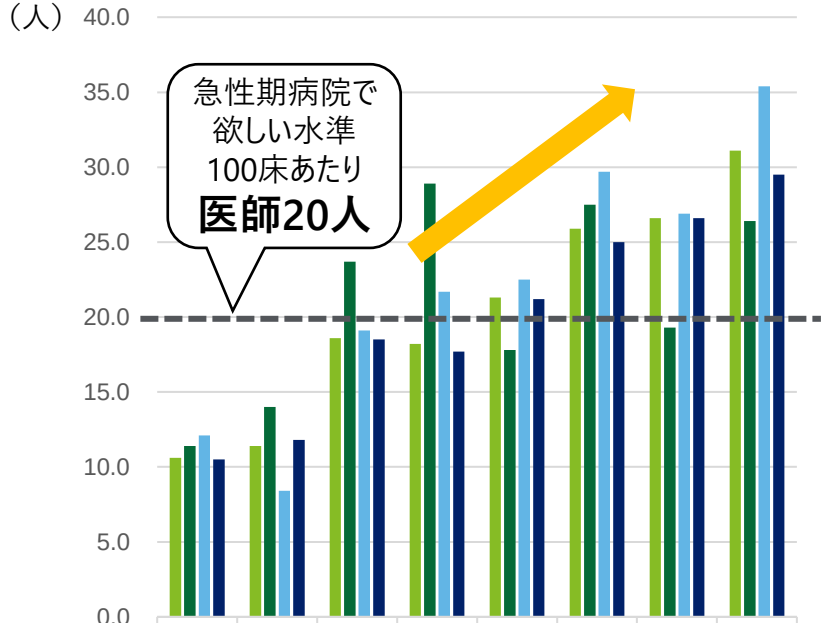
急性期病院に必要な医師数は、100床あたり20人以上と言われています。

100床あたり職員数



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	128.4	130.7	162.4	153.3	164.4	186.1	183.3	192.6
民間病院	151.7	167.5	190.6	218.2	189.5	191.4	157.5	204.1
公立病院（黒字）	126.6	128.5	147.8	147.9	174.8	200.0	192.0	208.9
公立病院（赤字）	128.6	130.9	163.6	154.0	163.0	182.7	181.2	186.5

100床あたり医師数



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	10.6	11.4	18.6	18.2	21.3	25.9	26.6	31.1
民間病院	11.4	14.0	23.7	28.9	17.8	27.5	19.3	26.4
公立病院（黒字）	12.1	8.4	19.1	21.7	22.5	29.7	26.9	35.4
公立病院（赤字）	10.5	11.8	18.5	17.7	21.2	25.0	26.6	29.5

【補足】
100床あたりの職員数は病床規模に比例して増加していますが、特に医師数は病床規模の影響をかなり大きく受けています。一般的に急性期医療を提供する場合、100床あたり20人の医師を確保したいと言われています。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標

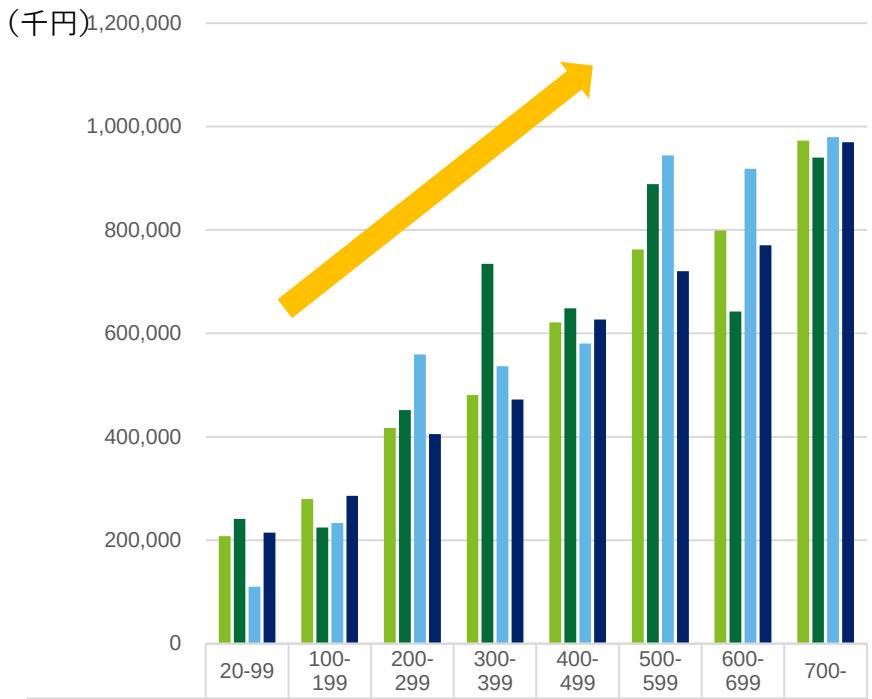
一般的な急性期病院の場合、100床あたり年間20億円・常勤医師20人を基準に考えると分かり易いです。

100床あたりの医業収益		100床あたりの常勤医師数
20億円	常勤医師1人で 年間1億円 のイメージ	20人

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第１階層）

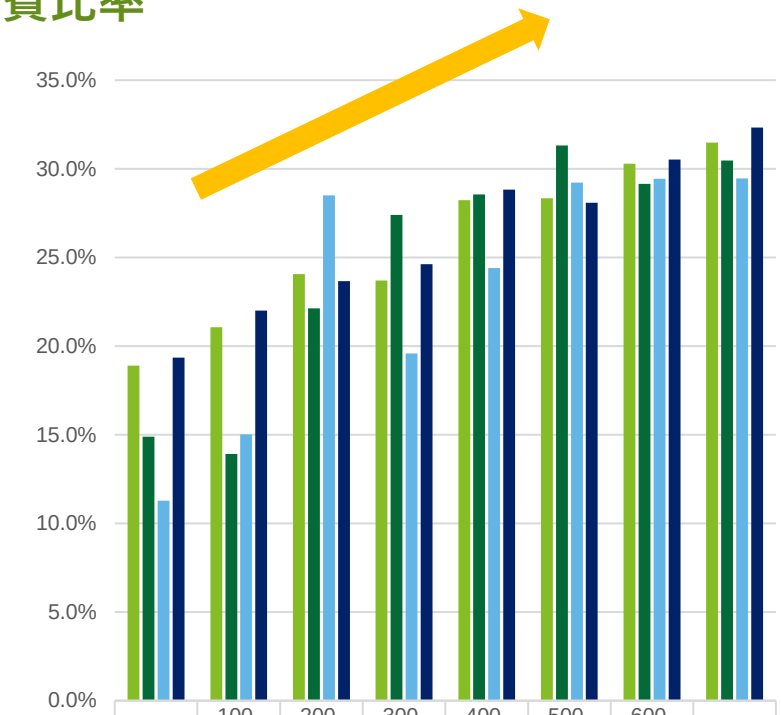
材料費比率は同規模病院でも診療科構成によって大きく異なるため、比較が難しいです。

100床あたり材料費



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	208,068	279,876	416,724	480,936	621,216	762,600	798,960	972,744
民間病院	240,924	224,652	451,932	734,508	648,864	888,576	642,204	940,380
公立病院（黒字）	110,220	233,244	559,572	536,676	580,644	944,280	918,720	980,124
公立病院（赤字）	214,716	285,972	405,564	472,224	627,084	720,576	770,820	969,960

材料費比率



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	18.9%	21.1%	24.1%	23.7%	28.2%	28.3%	30.3%	31.5%
民間病院	14.9%	13.9%	22.1%	27.4%	28.6%	31.3%	29.2%	30.5%
公立病院（黒字）	11.3%	15.0%	28.5%	19.6%	24.4%	29.2%	29.4%	29.5%
公立病院（赤字）	19.3%	22.0%	23.7%	24.6%	28.8%	28.1%	30.5%	32.3%

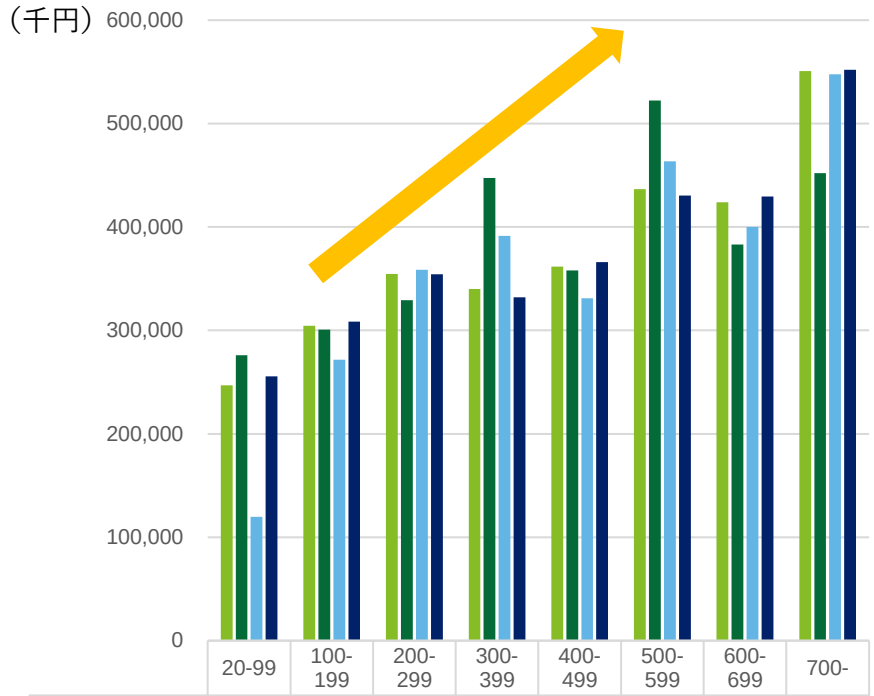
【補足】
100床あたりの材料費は病床規模に比例して増加し、医業収益に対する材料費比率も病床規模によって、10%から30%に高くなります。病床規模の大きい病院は急性期病院が多いので、高額な診療材料・薬剤を使用する傾向がありますが、診療科構成の影響を大きく受けます。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第１階層）

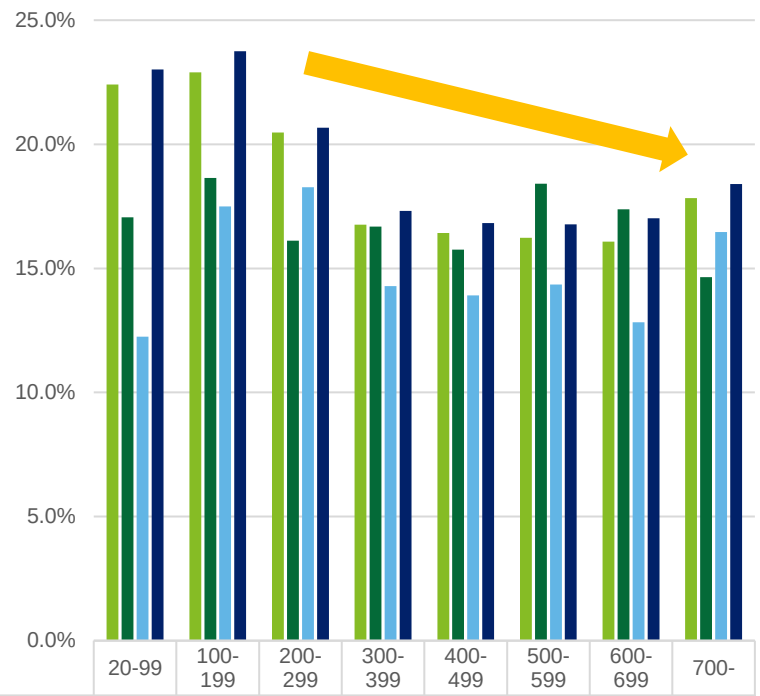
経費比率は病床規模が小さいほど高くなる傾向です。

100床あたり経費



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	246,840	304,380	354,672	340,080	361,668	436,632	424,032	551,004
民間病院	276,012	300,912	329,100	447,396	358,044	522,276	383,016	452,088
公立病院（黒字）	119,724	271,584	358,656	391,392	331,188	463,716	400,140	547,956
公立病院（赤字）	255,480	308,664	354,360	332,064	366,072	430,368	429,636	552,156

経費比率



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	22.4%	22.9%	20.5%	16.8%	16.4%	16.2%	16.1%	17.8%
民間病院	17.1%	18.6%	16.1%	16.7%	15.8%	18.4%	17.4%	14.6%
公立病院（黒字）	12.2%	17.5%	18.3%	14.3%	13.9%	14.4%	12.8%	16.5%
公立病院（赤字）	23.0%	23.7%	20.7%	17.3%	16.8%	16.8%	17.0%	18.4%

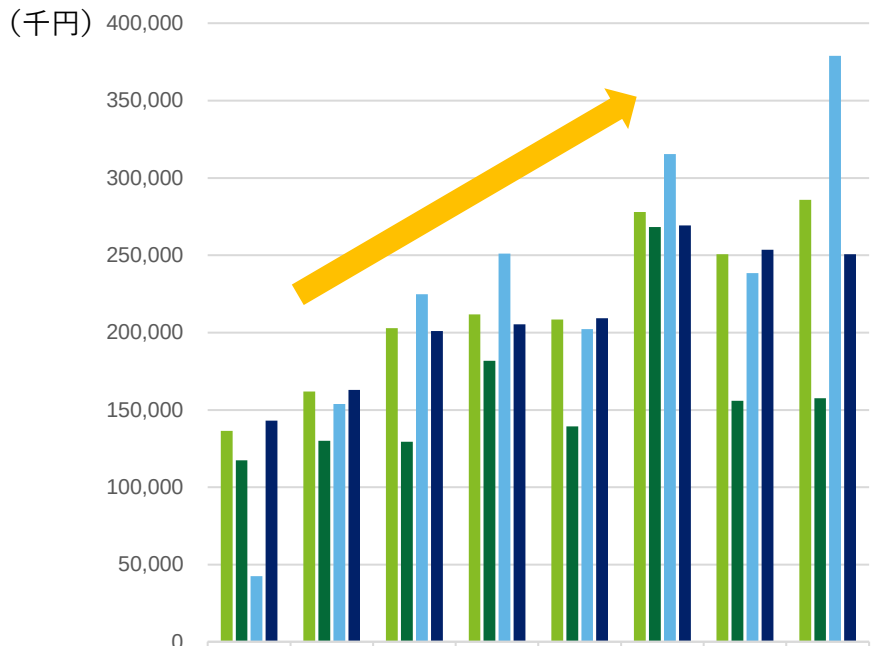
【補足】
100床あたりの経費は病床規模に比例して増加していますが、医業収益に対する経費比率は病床規模に反して低下する傾向です。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第１階層）

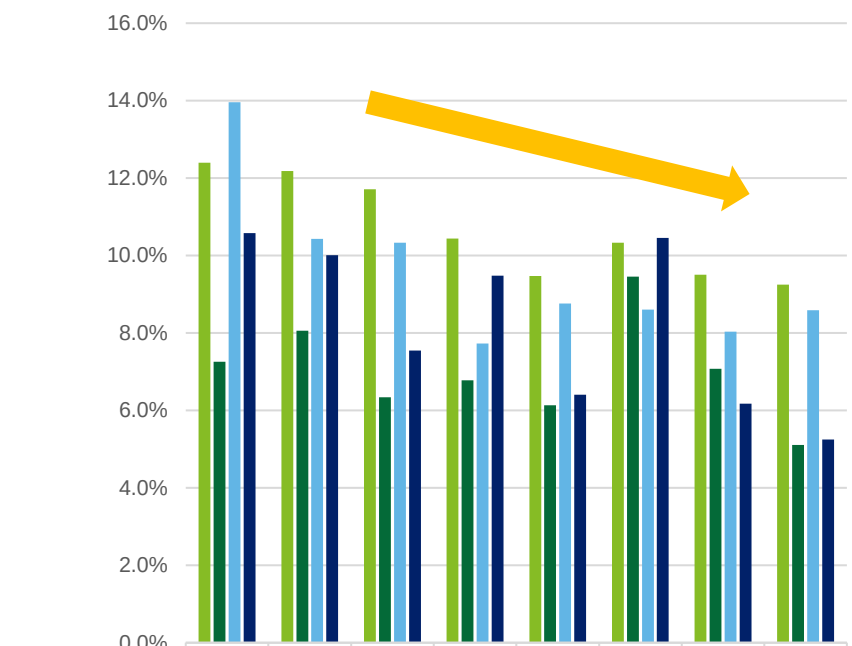
委託費比率も病床規模が小さいほど高くなる傾向です。

100床あたり委託費



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	136,548	161,904	202,848	211,716	208,488	277,956	250,716	285,780
民間病院	117,432	130,080	129,396	181,836	139,416	268,248	155,904	157,560
公立病院（黒字）	42,456	153,876	224,868	251,052	202,320	315,432	238,380	378,900
公立病院（赤字）	143,136	162,960	201,120	205,440	209,376	269,280	253,620	250,584

委託費比率



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	12.4%	12.2%	11.7%	10.4%	9.5%	10.3%	9.5%	9.3%
民間病院	7.3%	8.1%	6.3%	6.8%	6.1%	9.5%	7.1%	5.1%
公立病院（黒字）	14.0%	10.4%	10.3%	7.7%	8.8%	8.6%	8.0%	8.6%
公立病院（赤字）	10.6%	10.0%	7.5%	9.5%	6.4%	10.5%	6.2%	5.3%

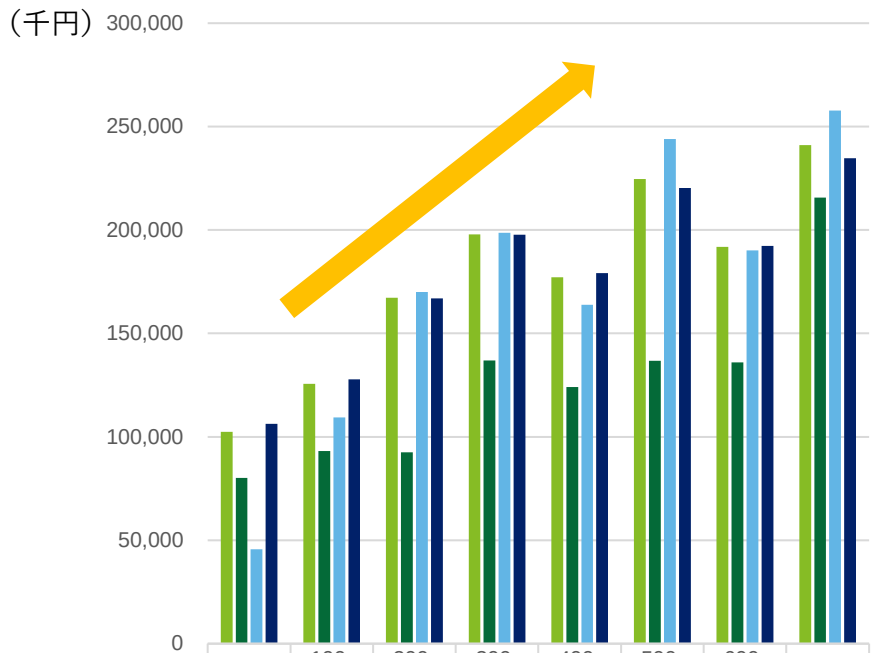
【補足】
100床あたりの委託費は病床規模に比例して増加していますが、医業収益に対する委託費比率は病床規模に反して低下する傾向です。公立病院の黒字病院の方が委託費比率が高い傾向です。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：収支構造指標（医業費用：第１階層）

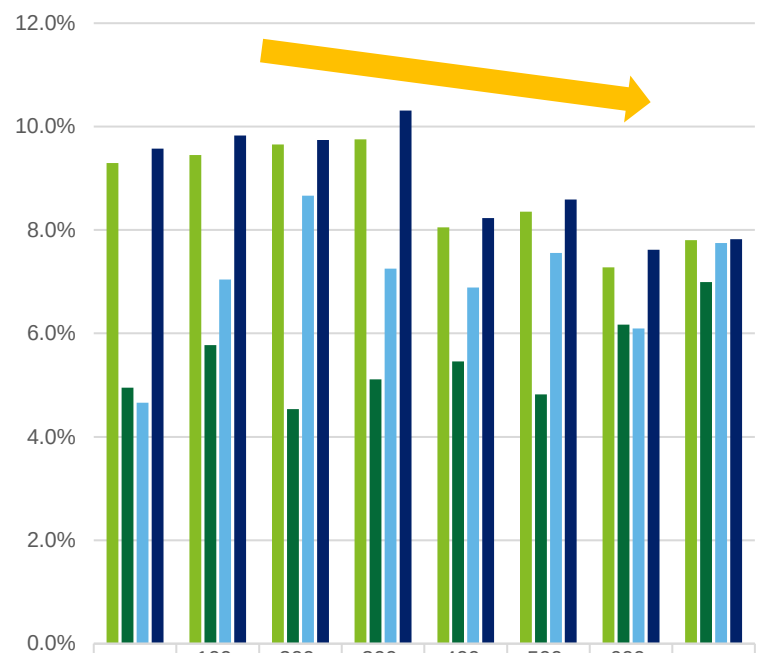
減価償却費比率は病床規模にかかわらず、一定水準の傾向です。

100床あたり減価償却費



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	102,384	125,592	167,220	197,892	177,180	224,760	191,892	241,068
民間病院	80,124	93,144	92,556	136,992	124,056	136,776	135,936	215,772
公立病院（黒字）	45,576	109,320	170,028	198,708	163,872	244,056	190,188	257,748
公立病院（赤字）	106,236	127,728	167,004	197,772	179,100	220,296	192,288	234,756

減価償却費比率



	20-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-
公立病院	9.3%	9.5%	9.7%	9.8%	8.1%	8.4%	7.3%	7.8%
民間病院	5.0%	5.8%	4.5%	5.1%	5.5%	4.8%	6.2%	7.0%
公立病院（黒字）	4.7%	7.0%	8.7%	7.3%	6.9%	7.6%	6.1%	7.7%
公立病院（赤字）	9.6%	9.8%	9.7%	10.3%	8.2%	8.6%	7.6%	7.8%

【補足】
100床あたりの委託費は病床規模に比例して増加していますが、医業収益に対する減価償却費比率は病床規模の影響はありません。減価償却費比率は公立病院の赤字病院で高い傾向です。

出所：平成29年病院経営分析調査報告・病院経営実態調査報告（全国公私病院連盟）より作成

内部環境分析の実践：診療実績

診療実績をベンチマークする際は、適正な効率性の指標を検討することが重要です。

診療実績の分析指標例

<table>
<tr><th colspan="3">カテゴリ（例）</th><th>目的</th></tr>
<tr><td rowspan="2">診療内容</td><td rowspan="2">［例］
■ 手術
■ 救急車搬送
■ 分娩
■ リハビリテーション
■ 画像診断
■ 検査
■ 透析
■ 処方箋
■ 人間ドック　等</td><td>＜実績数＞
■ 診療科別
■ 種別（例：総手術数、全身麻酔件数）</td><td>経時的に数字の変化を把握</td></tr>
<tr><td>＜効率性＞
■ 実績数／病床
■ 実績数／人
■ 実績数／設備
■ 事績数／機会</td><td>経時的に数字の変化を把握、かつ、他病院とのベンチマーク分析
（計算に工夫が必要な場合がある）</td></tr>
<tr><td>施設基準</td><td colspan="2">［診療報酬で定められたアウトカム指標］
■ 入院基本料・特定入院料（例：急性期一般入院料の重症度、医療・看護必要度等）
■ 入院基本料等加算（例：総合入院体制加算の手術件数等）</td><td>施設基準の維持・届出が主な目的
経時的に数字の変化を把握、かつ、他病院とのベンチマーク分析</td></tr>
</table>

内部環境分析の実践：地域連携

地域連携の最終的なアウトカムは、紹介件数・紹介率と考えることが一般的です。

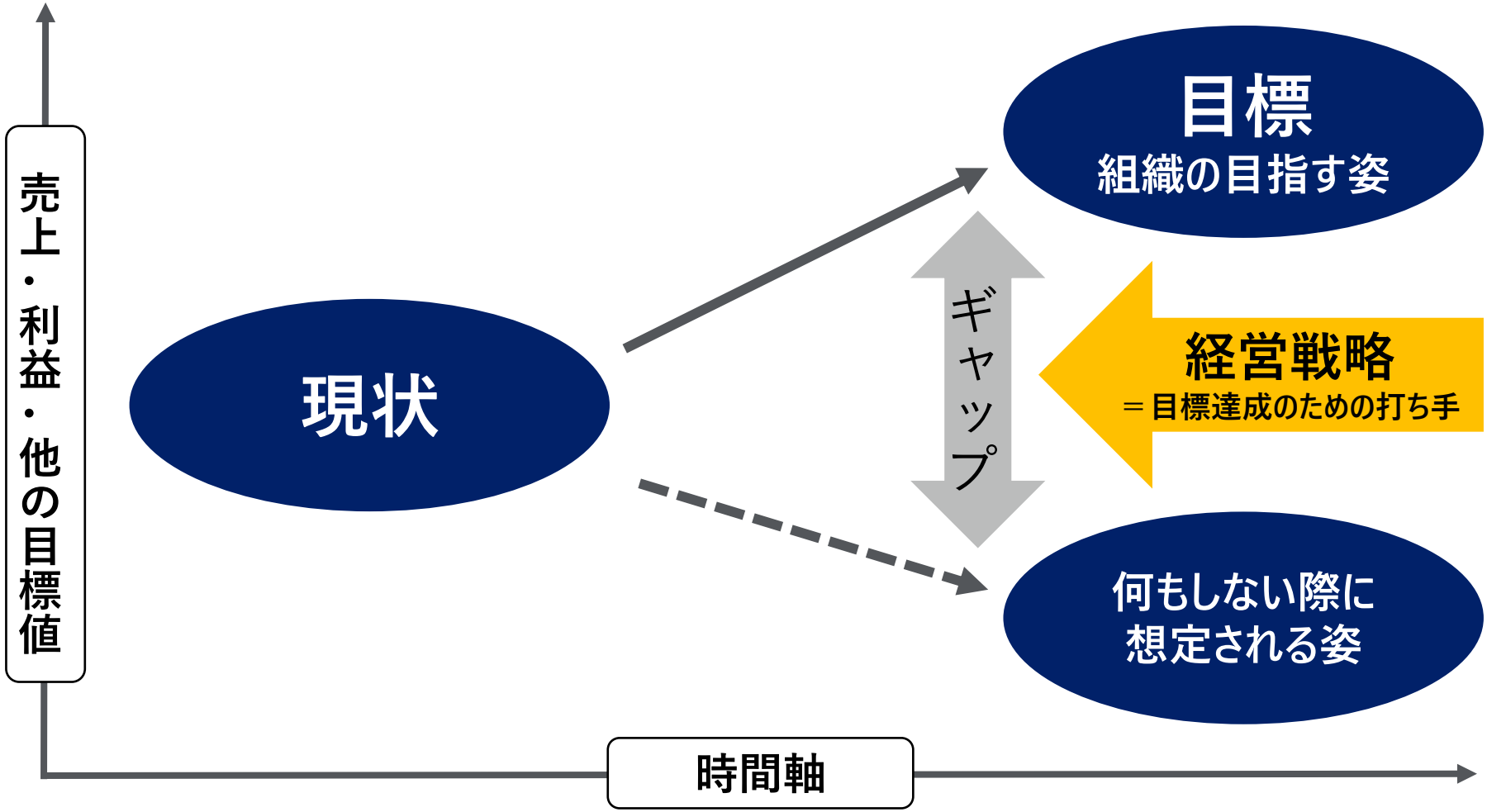
地域連携の分析指標例

カテゴリ（例）			目的
アウトカム		＜実数＞ ■ 紹介件数・逆紹介件数（医療機関別、診療科別） ■ 紹介からの入院患者数 ＜割合＞ ■ 紹介率・逆紹介率・入院化率	① 連携医療機関や介護施設等からの紹介件数を増加させるため ② 地域医療支援病院を目指す場合、施設基準を満たすため（紹介率40%、逆紹介率60%）
プロセス	院内指標	＜院内の受け入れ体制＞ ■ 紹介を受けられなかった件数・割合 ■ 紹介の連絡から受診までの日数	連携医療機関等から紹介を受けた際、院内で確実に受け入れているかをモニタリングするためのプロセス指標
	院外指標	＜院外への営業活動＞ ■ 連携医療機関のABC分析 ■ 連携医療機関等への訪問件数 ■ 地域連携イベントの開催数	紹介件数を増加させることを目的とした、連携医療機関や介護施設等への営業なアプローチのプロセス指標

- 病院経営とは
- 病院の外部環境
- 病院の内部環境
- **病院の経営戦略**
- COVID-19の対応
- 100床規模・ケアミックス病院の生きる道

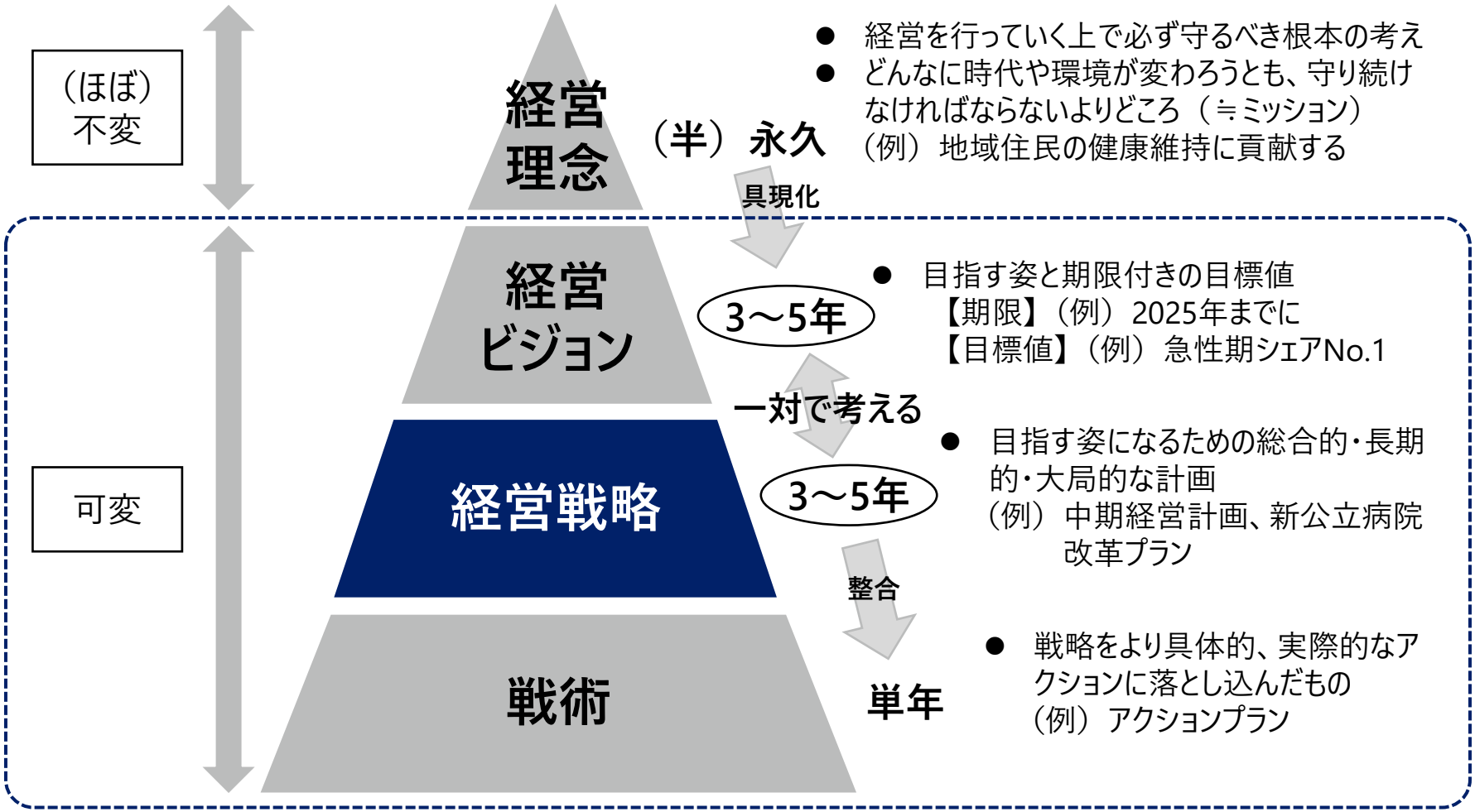
病院経営戦略の策定：概要

経営戦略とは組織が目指す姿になる（＝目標達成）ための打ち手を意味しています。



病院経営戦略の策定：概要

病院においても、経営理念～経営ビジョン～経営戦略～戦術の流れは同じです。



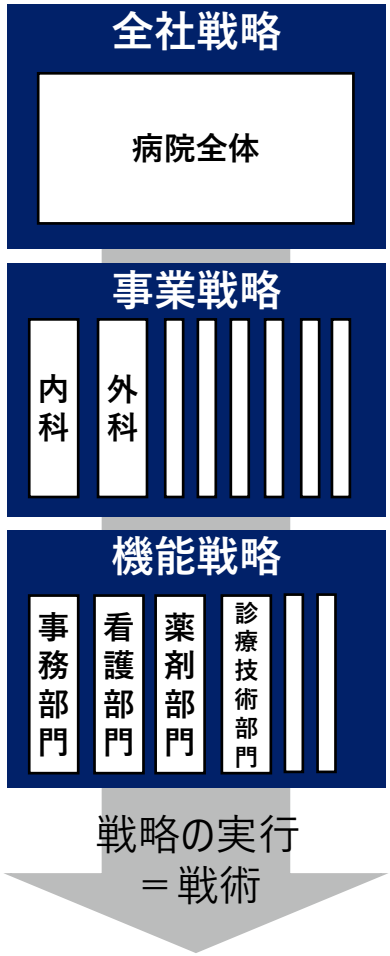
病院経営戦略の策定：3階層の戦略

一般的に経営戦略は、全社戦略、事業戦略、機能戦略の３階層で構成されます。

戦略	一般的な定義	範囲（民間企業）	戦略策定の要素
①全社戦略	企業内の複数の事業について、どのように資源配分をし、打ち手を実施するか	会社全体	■ドメイン（事業領域）の設定 ■コアコンピタンスの規定 ■経営資源の確保と配分
②事業戦略	特定事業において、どのように資源配分をし、打ち手を実施するか	事業部門 （ビジネスユニット） 例：製品・サービス単位、食品、出版、不動産 等	■ドメイン（事業領域）の設定 ■コアコンピタンスの規定
③機能戦略	事業遂行上の個別機能において、どのように打ち手を実施するか	部門 例：研究開発、生産、流通、マーケティング、人事、財務経理　等	■部門ごとの実行計画 例：マーケティング戦略、人事戦略、財務戦略 等 ≒戦術に近い

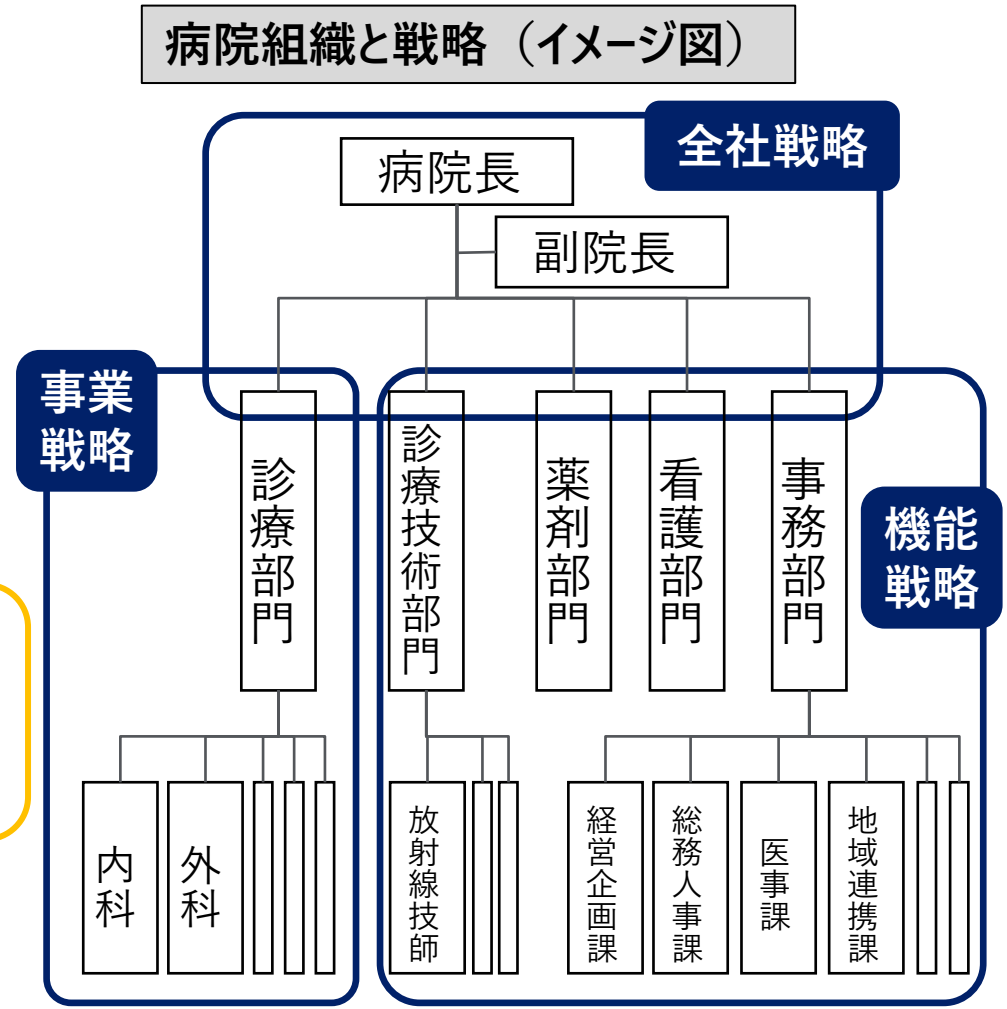
病院経営戦略の策定：3階層の戦略

病院における経営戦略３階層において、事業戦略＝診療科と捉えることがポイントです。



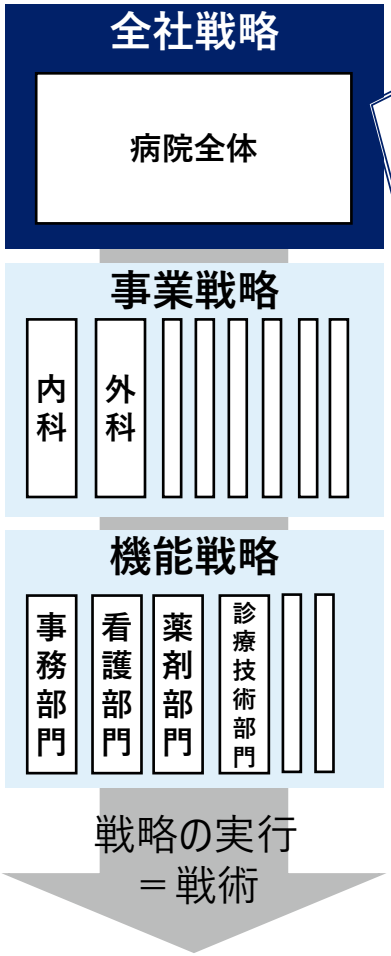
事業部門
（ビジネスユニット）
＝診療科・センター

【病院の特殊性】
ビジネスユニットとは、収益が発生する単位であり、病院では診療科として捉える



病院経営戦略の策定：①全社戦略

病院における全社戦略は、「経営ビジョン」を実現するための大きな方針です。

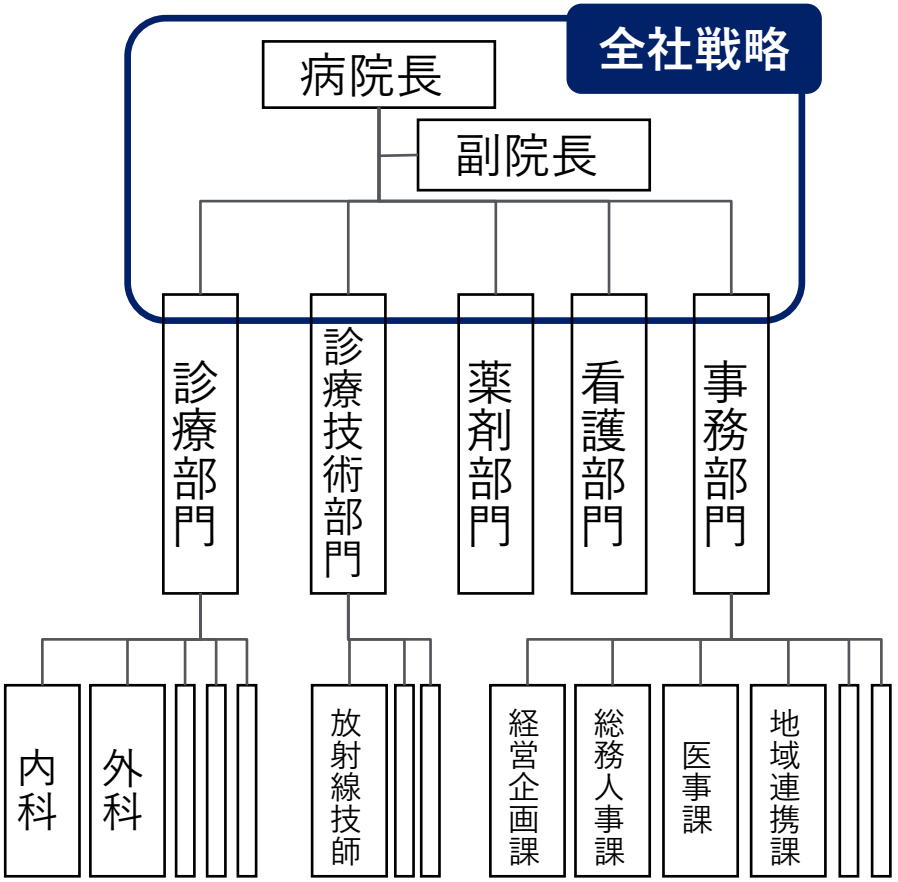


【目的】
病院の「経営ビジョン」を実現させるために進むべき方向性を明確化する。

【策定責任者】
病院長（事業管理者）
or 理事長
＊経営企画部門の支援

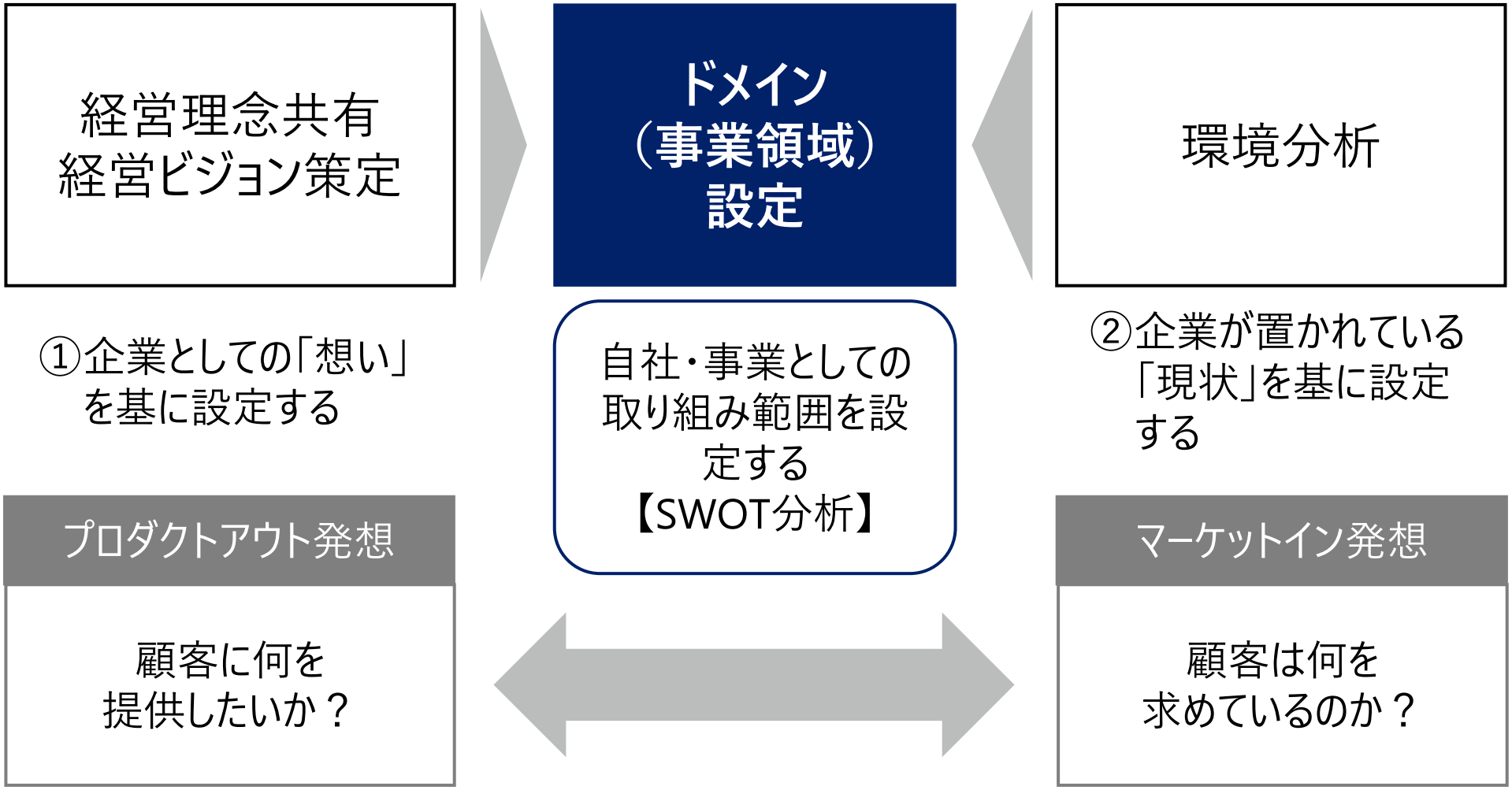
【策定プロセス】
① ドメインの設定
② コアコンピタンスの規定
③ 経営資源の確保と配分

病院組織と戦略（イメージ図）



病院経営戦略の策定：①全社戦略

戦略策定で最初に行う重要プロセスは事業ドメインの設定です。
病院においても、プロダクトアウト発想とマーケットイン発想の考え方は非常に重要です。



病院経営戦略の策定：①全社戦略

事業ドメインは、「誰に？」「何を？」「どうやって？」の3要素をセットで検討します。
特にSWOT分析の強み×機会から、機能や技術の要素を抽出することが望ましいです。

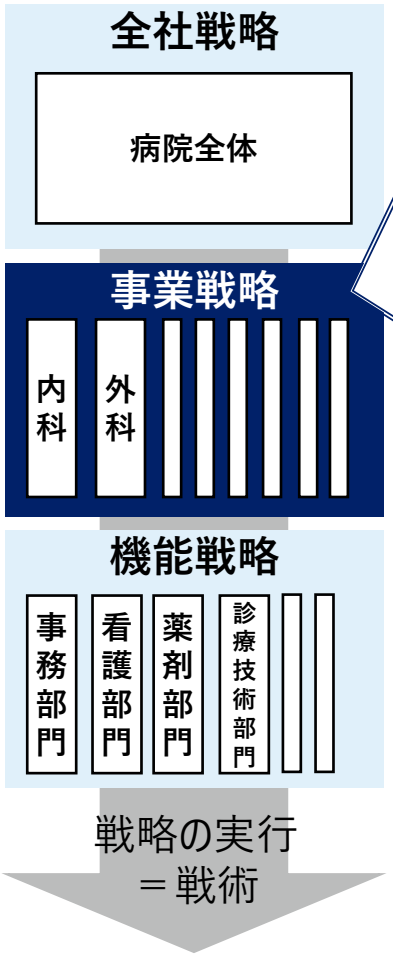
CFTのフレームワーク		病院の場合	
顧客 Customer	どのような顧客に提供するのか	誰に？	患者
機能 Function	どのような機能（価値）を提供するのか	何を？	医療サービス
技術 Technology	どのような技術によって提供するのか	どうやって？	自院の強み

SWOT分析から要素を抽出します！

差別化に重要

病院経営戦略の策定：②事業戦略

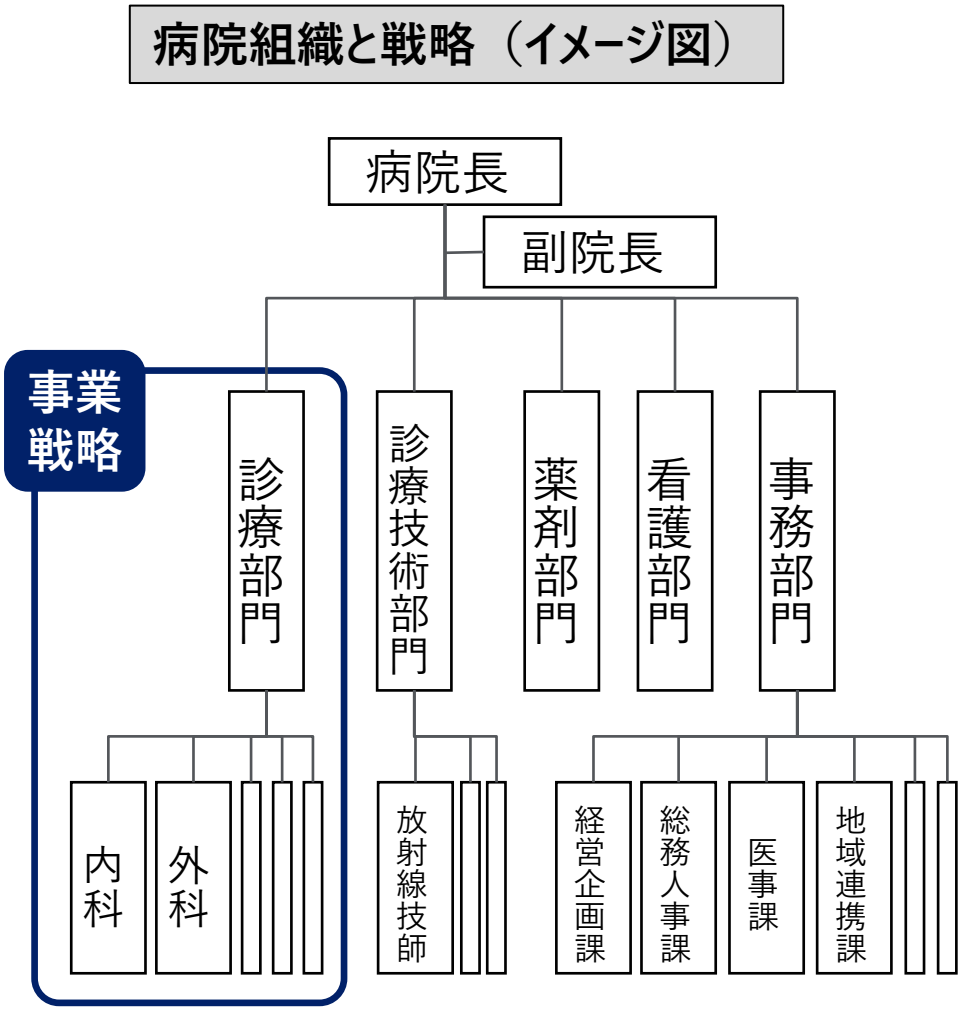
病院における事業単位は診療科単位と捉えるため、事業戦略＝診療科として考えます。



【目的】
全社戦略に従って、目指す医療提供と収益確保を同時に達成する方法を明確化する。

【策定責任者】
診療部門長
＊経営企画部門の支援

【策定プロセス】
① ドメインの設定
② コアコンピタンスの規定



病院経営戦略の策定：②事業戦略

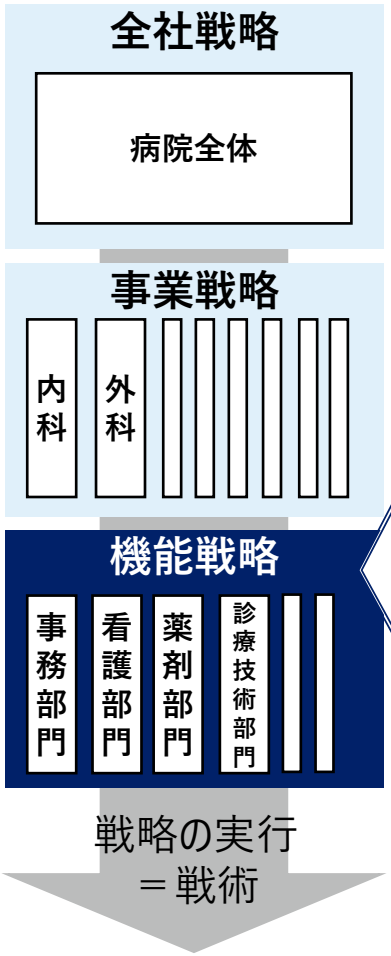
事業戦略のドメイン設定とは、診療科ごとにセグメントABCを明確にすることです。

患者セグメント	診療	集患	方針
セグメントA	可	○	積極的に集患したい 【集中的に投資する領域】
セグメントB	可	×	診療はするが、積極的に集患したくはない
セグメントC	不可	×	専門医不在等で診療できないため、集患しない

一般的にセグメントCだけが決まっていると考えられますが（専門医不在等）、事業戦略はセグメントAも明確化することが重要です。セグメントA及びC以外がセグメントBになります。

病院経営戦略の策定：③機能戦略

病院における機能戦略は、診療部門をサポートする部門による戦術に近い内容です。

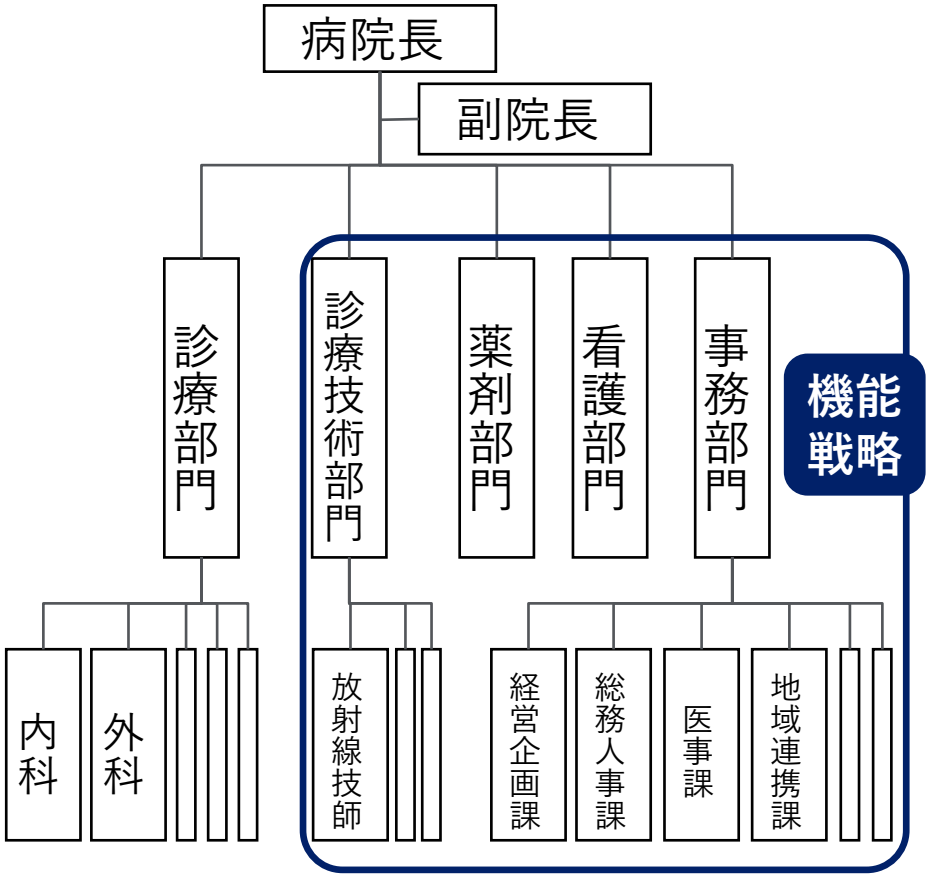


【目的】
事業戦略を実行するための具体的な方法を明確化する。

【策定責任者】
各部門長

【策定プロセス】
各実行計画を策定
- ✓ マーケティング戦略
- ✓ 医事戦略
- ✓ 人事戦略
- ✓ 財務戦略
- ✓ オペレーション戦略　等

病院組織と戦略（イメージ図）



病院経営戦略の策定：③機能戦略

病院において、特異性があり、かつ、重要な機能戦略は「マーケティング」と「医事」です。

機能戦略の例	病院特異性 病院における機能戦略が他業界と大きく異なる	関連部門
マーケティング戦略	○	経営企画・地域連携室を中心とした多くの部門
医事戦略	○	医事課を中心とした多くの部門
人事戦略	△	人事担当課
財務戦略	△	財務担当課
オペレーション戦略 （業務改善）	△	看護部、薬剤部、医療技術部　等

病院経営戦略の策定：③機能戦略

マーケティングの基本的なプロセスやフレームワークは、病院においても応用が可能です。

マーケティング環境分析と市場機会の発見

S　セグメンテーション（市場細分化）

T　ターゲティング（標的市場の選定）

P　ポジショニング

4P　マーケティングミックス（4P）
Product／Price／Place／Promotion

マーケティング施策の実行と評価

事業戦略のドメイン選定と同じプロセス（診療科単位）

【例：整形外科】

入院（高／急／回／慢）・外来・在宅

入院（回復期）と外来（膝関節専門）

地域包括ケア病棟、〇×手術

4Pの要素	病院の場合
Product：~~製品~~➔提供医療	上記の事業ドメイン
Price：価格	保険診療は設定不可能
Place：~~流通~~➔集患	集患ルート（救急・紹介・外来）
Promotion：販促	広報活動（集患ルートで決まる）

出所：MBAマネジメント・ブック（グロービス経営大学院）より作成

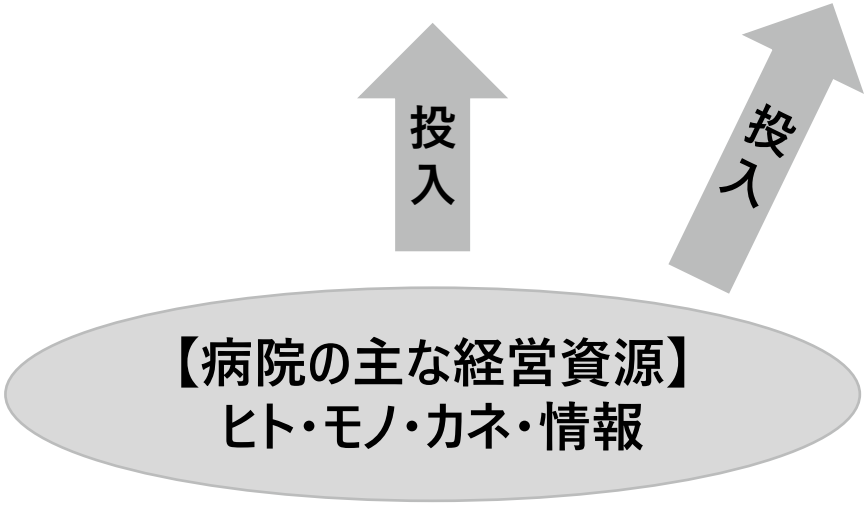
病院経営戦略の策定：③機能戦略

「医事」は病院特有の機能戦略であると考えます。医事課は請求業務だけでなく、経営企画を担うべき部門です。

短期的視点

【目的】
病院の経営改善のために、施設基準・加算等の届出や算定件数を増やす

収益増加・費用削減の具体的取り組みで紹介します



長期的視点

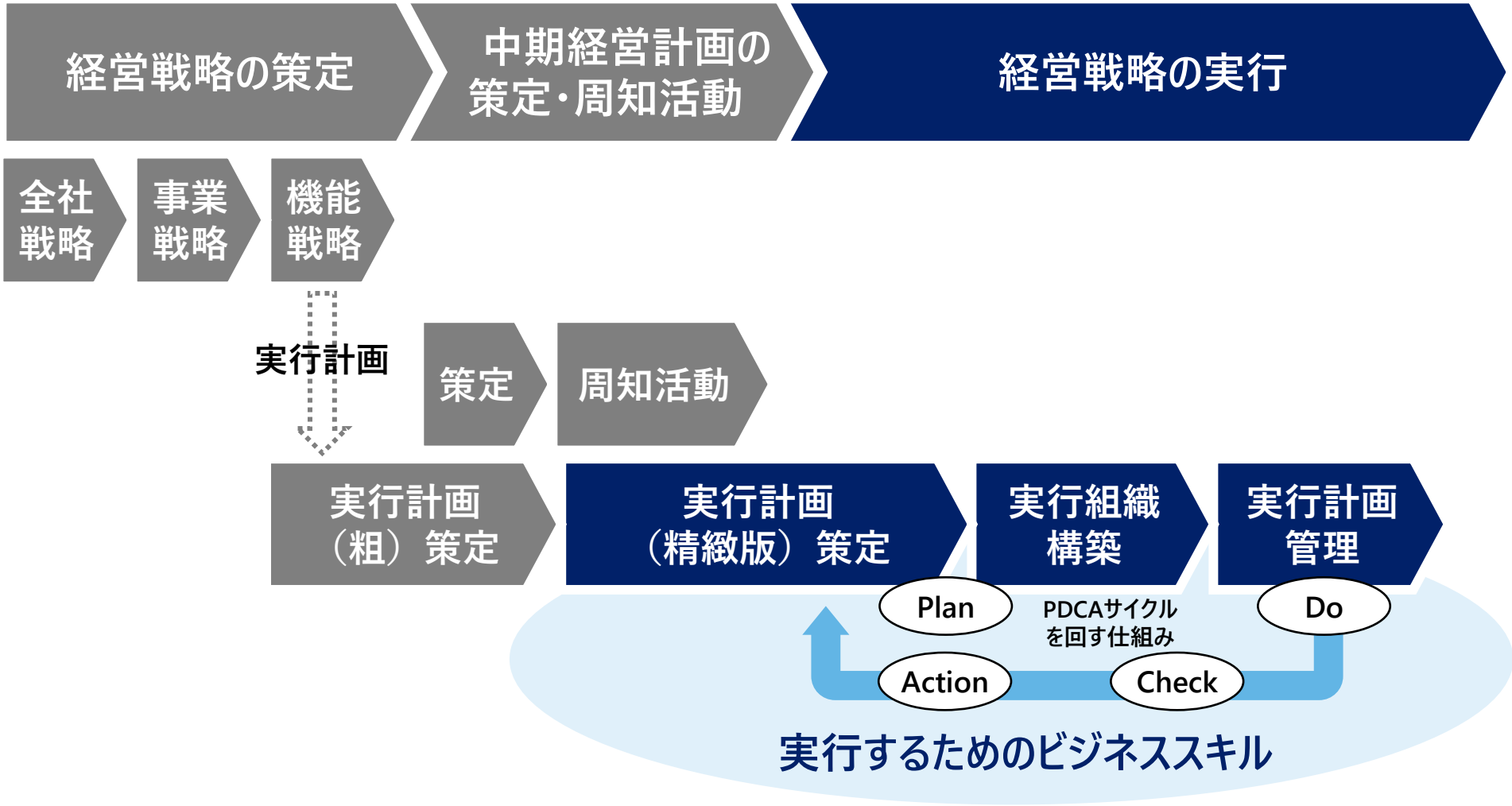
【目的】
病院の「目指す姿」に合致した指定・施設基準・加算等をとる

【都道府県の医療計画で指定】
- 救命救急センター、救急告示病院
- 小児中核病院、小児地域医療センター、小児救命救急センター
- 災害拠点病院（基幹・地域）、DMAT指定病院
- 周産期母子医療センター（総合・地域）
- へき地拠点病院
- 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院（高度型・特例型）、地域がん診療病院
- 認知症疾患医療センター（基幹型・地域型・連携型）
- エイズ治療中核拠点病院、エイズ治療拠点病院
- 感染症指定医療機関（第１種・第２種）
- 地域医療支援病院

【診療報酬上で上位の施設基準・加算等】
- 総合入院体制加算
- 上位の入院料（急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟入院料1、回復期リハビリ病棟入院料1、療養病棟入院料1　等）
- 在宅療養支援病院　等

病院経営戦略の実行：概要

経営戦略を確実に実行するためには、「実行計画」、「実行組織」、「実行のためのビジネススキル」の3要素が重要と考えます。



- 病院経営とは
- 病院の外部環境
- 病院の内部環境
- 病院の経営戦略
- **COVID-19の対応**
- 100床規模・ケアミックス病院の生きる道

Society：新型コロナウィルスと病院経営

アフターコロナで病院がやるべきことは大きく分けて2つ、感染対策と経営戦略の見直しです。

コロナ感染拡大の影響

出所：厚生労働省「第464回中央社会保険医療協議会総会：令和2年8月19日」

アフターコロナでやるべきこと

① 感染対策

- 感染マニュアル（BCP含む）の見直し、必需品の備蓄（マスク・消毒液等）、働き方改革（事務職員のテレワーク）　等

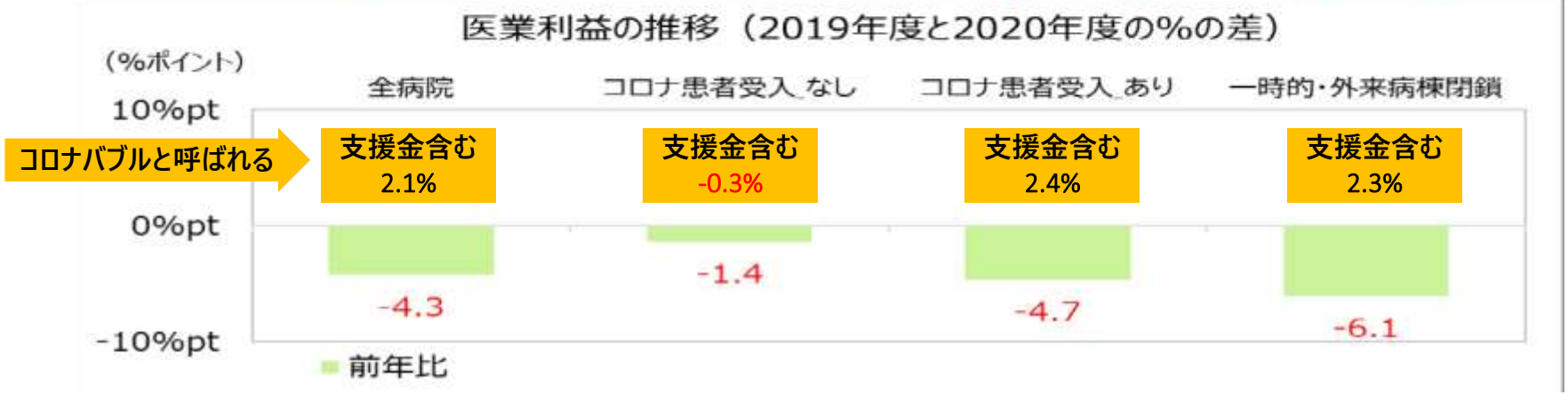
② 経営戦略の見直し

- 事業ドメイン（ターゲット患者のセグメント）を再定義＆集患施策の見直し、病院経営の頑健化　等

Society：新型コロナウィルス感染拡大における病院経営への影響

2020年の病院経営は前年比で軒並み悪化していますが、支援金によって、なんとか経営を維持できている状況が伺えます。

	平均病床数：308		n=716	平均病床数：168		n=264	平均病床数：390		n=452	平均病床数：385		n=272
（単位：千円）	全病院			コロナ患者受入_なし			コロナ患者受入_あり			一時的・外来病棟閉鎖		
※数値は平均値	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比
医業収益	8,023,737	7,680,540	-4.3%	2,699,608	2,647,373	-1.9%	11,133,406	10,620,266	-4.6%	11,016,358	10,368,469	-5.9%
入院診療収入	5,294,651	5,058,963	-4.5%	1,912,068	1,889,924	-1.2%	7,270,319	6,909,906	-5.0%	7,191,255	6,730,859	-6.4%
外来診療収入	2,327,202	2,258,299	-3.0%	617,618	594,883	-3.7%	3,325,720	3,229,852	-2.9%	3,281,072	3,161,851	-3.6%
健診・人間ドック等収入	153,243	133,984	-12.6%	64,262	60,225	-6.3%	205,214	177,064	-13.7%	207,923	175,093	-15.8%
室料差額・その他医業収入	248,642	229,294	-7.8%	105,660	102,342	-3.1%	332,153	303,444	-8.6%	336,108	300,666	-10.5%
医業費用	8,171,562	8,149,491	-0.3%	2,660,016	2,645,959	-0.5%	11,390,695	11,363,943	-0.2%	11,273,419	11,236,895	-0.3%
医薬品費	1,357,781	1,327,249	-2.2%	279,599	268,545	-4.0%	1,987,516	1,945,607	-2.1%	1,974,886	1,917,483	-2.9%
診療材料費	861,600	831,401	-3.5%	193,578	196,225	1.4%	1,251,773	1,202,389	-3.9%	1,226,096	1,175,636	-4.1%
給与費	4,056,899	4,086,486	0.7%	1,522,226	1,529,580	0.5%	5,537,328	5,579,900	0.8%	5,537,891	5,585,228	0.9%
その他経費	1,895,281	1,904,356	0.5%	664,614	651,610	-2.0%	2,614,078	2,636,049	0.8%	2,534,545	2,558,548	0.9%
医業利益	-147,824	-468,951		39,592	1,414		-257,289	-743,677		-257,061	-868,427	
医業利益率	-1.8%	-6.1%		1.5%	0.1%		-2.3%	-7.0%		-2.3%	-8.4%	



出所：日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（2020年度第４四半期）概要版」

Society：新型コロナウィルス感染拡大における病院収支構造への影響

新型コロナウィルスの影響によって、以下のような変化が見られたのではないでしょうか？

入院収入

延患者数 × 患者1人1日あたり平均単価

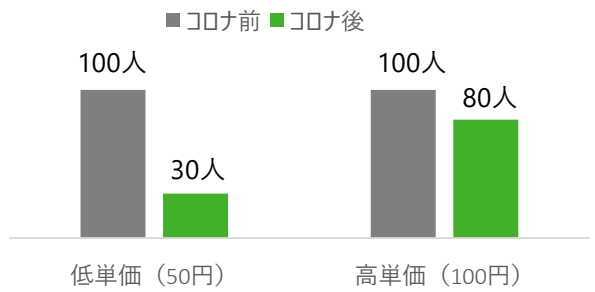
外来収入

延患者数 × 患者1人1日あたり平均単価

＜データの解釈＞

軽症患者の受診控えにより、結果的に診療密度が濃くなった

下記がイメージです。コロナ前の平均単価75円から、コロナ後の平均単価は86円に上がりました。



外来は軽症患者の受診控えがより顕著と予測される

Society：患者セグメントにおける新型コロナウィルス感染拡大への影響と対応

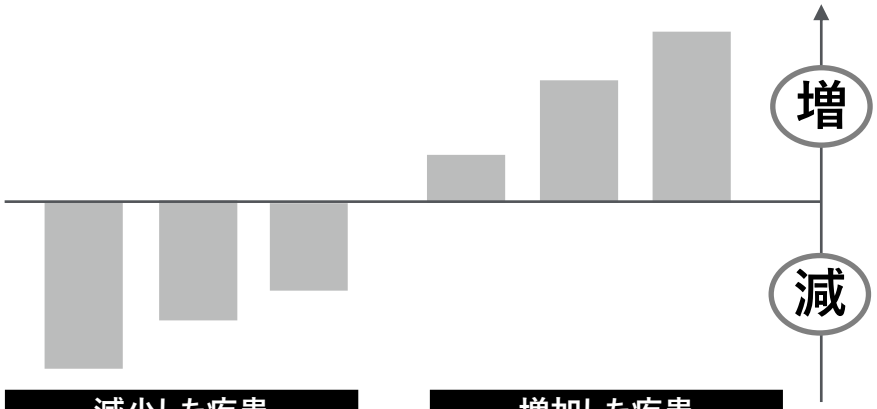
新型コロナウィルスの影響を分析し、セグメントの特徴を理解しながら、今後の事業ドメインの再定義が求められます。

コロナによる影響の考え方（例）

※ 実際には入院／外来、診療科別に分けて検討を行う

自院のコロナ影響分析（例）

＜2019年と2020年における疾患別増減＞



減少した疾患

- 減少理由を分析する
  ① コロナの影響か？（セグメントD）
  ② 人口減少に伴う医療需要の減少か？
  ③ 競合病院の影響か？
- それぞれの対応方針を検討する（理由が①や②は困難）

増加した疾患

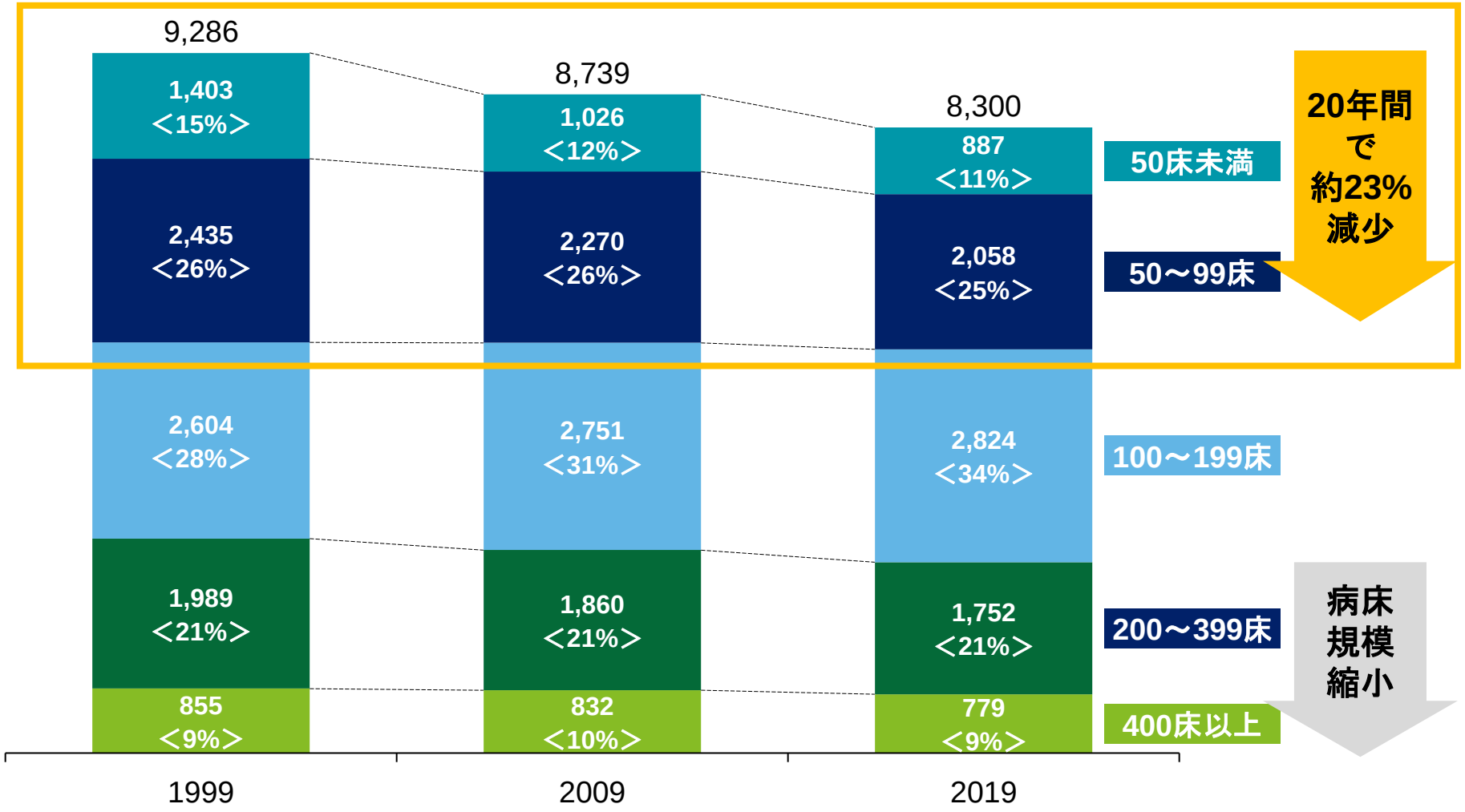
- 意図的に増加させたい疾患を特定する
- 特定した疾患を増加させる具体策を検討する

病院の事業ドメインを再定義（Day4の経営戦略で説明）

- 病院経営とは
- 病院の外部環境
- 病院の内部環境
- 病院の経営戦略
- COVID-19の対応
- **100床規模・ケアミックス病院の生きる道**

日本における病院の数

全国に病院の数は約8,300施設あります。過去20年の間に100床未満の小規模病院が減少、一方で、200床以上の中～大規模病院は病床数を減らしていると考えられます。



出所：厚生労働省「医療施設調査 令和元年医療施設（動態）調査 全国編」より作成

100床規模・ケアミックス病院の事例を考える

下記の3病院を考察したいと思います。病院の機能や取り巻く環境が全く異なるので、比較することは難しいのですが、公立B病院は経営改善に成功した事例です。

民間A病院（184床）	公立B病院（158床）	公立C病院（120床）
【所在する自治体】 約49万人／高齢化率29% 【近隣の医療機関】 かなり多い 【病床編成】 急性期一般、地域包括ケア、医療療養 【診療科】 内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、整形外科、泌尿器科等	【所在する自治体】 約1.5万人／高齢化率35% 【近隣の医療機関】 複数の病院あり 【病床編成】 急性期一般、地域包括ケア 【診療科】 内科、外科、小児科、整形外科等	【所在する自治体】 約1.2万人／高齢化率44% 【近隣の医療機関】 診療所すら少ない 【病床編成】 急性期一般、医療療養 【診療科】 内科、外科、小児科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、循環器科等
経営状況×	**経営状況◎**	**経営状況△**

公立B病院はどのような経営戦略の見直し、経営改善策に取り組んで、経営改善に成功したでしょうか？

経営戦略の見直し
経営改善策に着手 → 経常収支黒字化

金額（百万円） 100床あたりに換算	公立B病院				
	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年
	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
医業収益	1,125	1,415	1,401	1,394	1,468
入院収益	614	853	829	874	939
外来収益	329	366	369	360	366
その他医業収益	182	196	202	160	163
医業費用	1,386	1,558	1,574	1,515	1,532
職員給与費	816	713	737	704	716
材料費	236	312	279	271	260
経費	274	460	475	458	470
減価償却費	58	70	81	80	83
医業外収益	377	452	436	541	547
医業外費用	369	353	347	364	361
医業損益	-261	-143	-173	-121	-63
経常損益	-253	-44	-85	56	123
医業収支比率	81.2%	90.8%	89.0%	92.0%	95.9%
経常収支比率	85.6%	97.7%	95.6%	103.0%	106.5%
職員給与費率	72.5%	50.4%	52.6%	50.5%	48.8%
医療材料費率	21.0%	22.1%	19.9%	19.4%	17.7%
経費率	24.3%	32.5%	33.9%	32.8%	32.0%
減価償却費率	5.2%	4.9%	5.8%	5.7%	5.6%

入院外来指標 患者数は158床あたりに換算	公立B病院				
	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年
	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
入院：1日平均患者数（人）＜病床利用率＞	65＜41%＞	92＜58%＞	97＜61%＞	100＜63%＞	111＜70%＞
入院：患者1人1日当たり診療収入（円）	40,914	40,010	37,065	37,733	36,645
外来：1日平均患者数（人）	247	269	263	266	267
外来：患者1人1日当たり診療収入（円）	8,631	8,847	9,144	8,769	8,895

出所：平成26～30年度地方公営企業年鑑より作成

何が起きたでしょうか？

入院収益
➔病床利用率

医業外収益

医業費用
➔職員給与費
➔材料費

上記はどのようにして、起きたでしょうか？

「今さら聞けない病院経営の基本」まとめ

- 病院の取り巻く環境や病床規模・病床機能に関わらず、どのような病院においても、適切な経営分析を基に経営戦略を策定してから、徹底的に実行することが重要です。
- 次は病院経営オンライン塾でお会いしましょう！（笑）

ご縁に感謝！

終了した講義はアーカイブも配信しています

＜おまけ＞
2022年の診療報酬改定

診療報酬改定率（医科・薬価・全体改定率）

過去3回の診療報酬改定における改定率は、全体でマイナス、医科でプラスという結果でした。

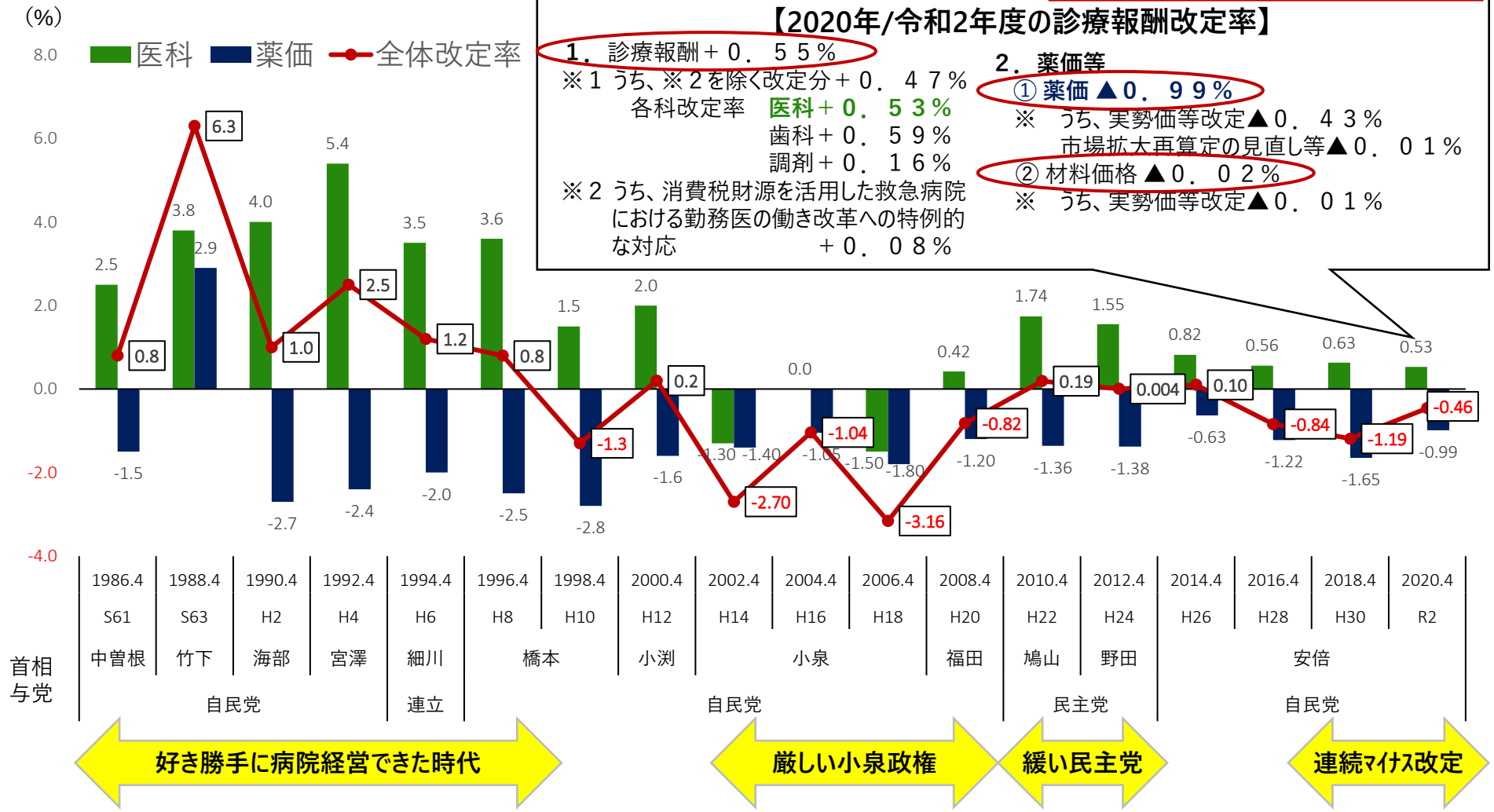
2020年/令和2年度の診療報酬改定率

■ 診療報酬（本体）	＋0.55%
■ 薬価	▲0.99%
■ 材料価格	▲0.02%
■ （全体・ネット）改定率	▲0.46%

【2020年/令和2年度の診療報酬改定率】

1．診療報酬＋０．５５％
※１ うち、※２を除く改定分＋０．４７％
各科改定率　医科＋０．５３％
歯科＋０．５９％
調剤＋０．１６％
※２ うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き改革への特例的な対応　＋０．０８％

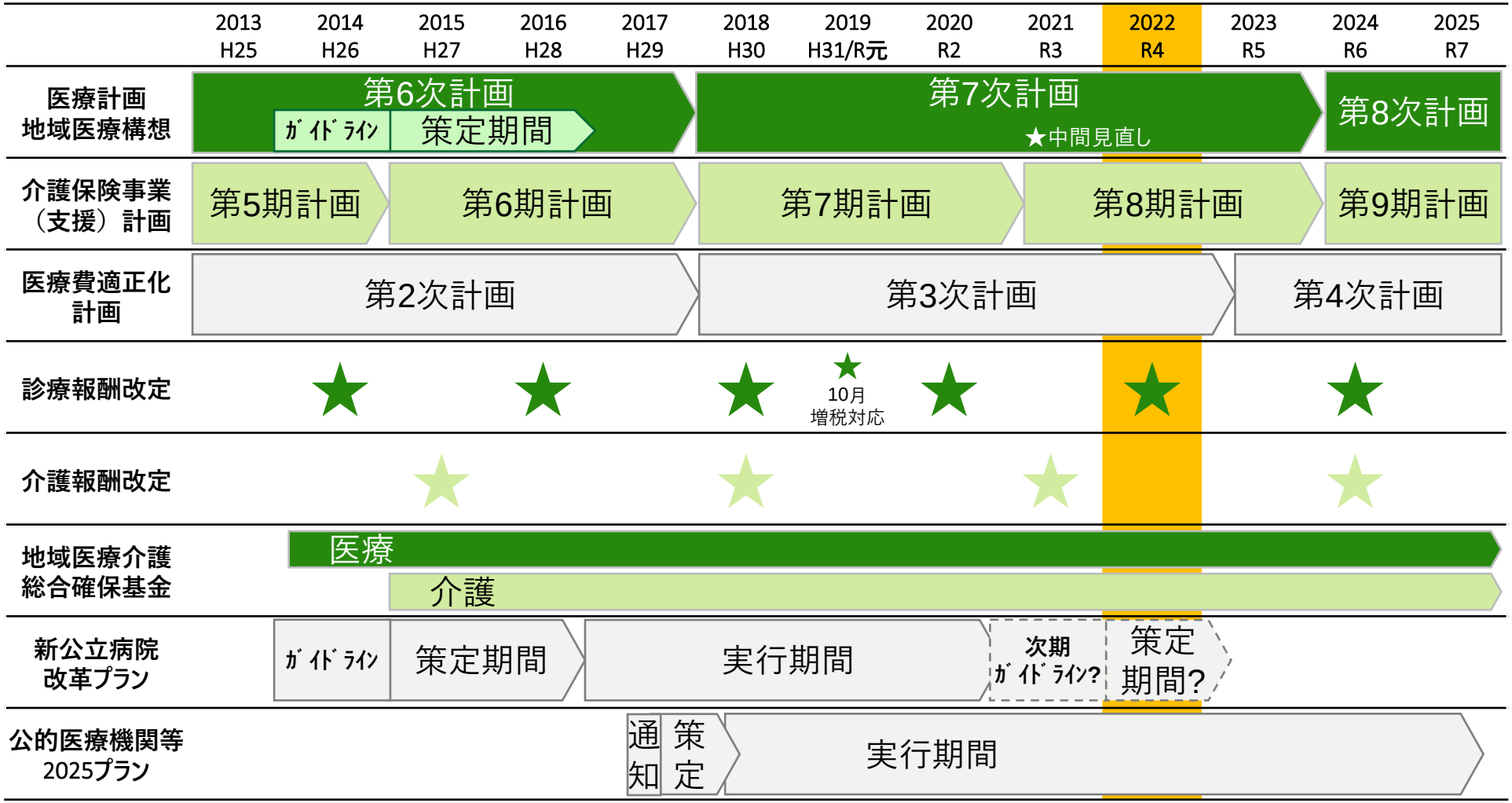
2．薬価等
① 薬価 ▲０．９９％
※　うち、実勢価等改定▲０．４３％
市場拡大再算定の見直し等▲０．０１％
② 材料価格 ▲０．０２％
※　うち、実勢価等改定▲０．０１％



出所：厚労省保険局医療課「平成30年診療報酬改定の概要」（2018年3月5日）、第447回中央社会保険医療協議会「令和２年度診療報酬改定に係る検討状況について（説明）」（2020年1月14日）より作成

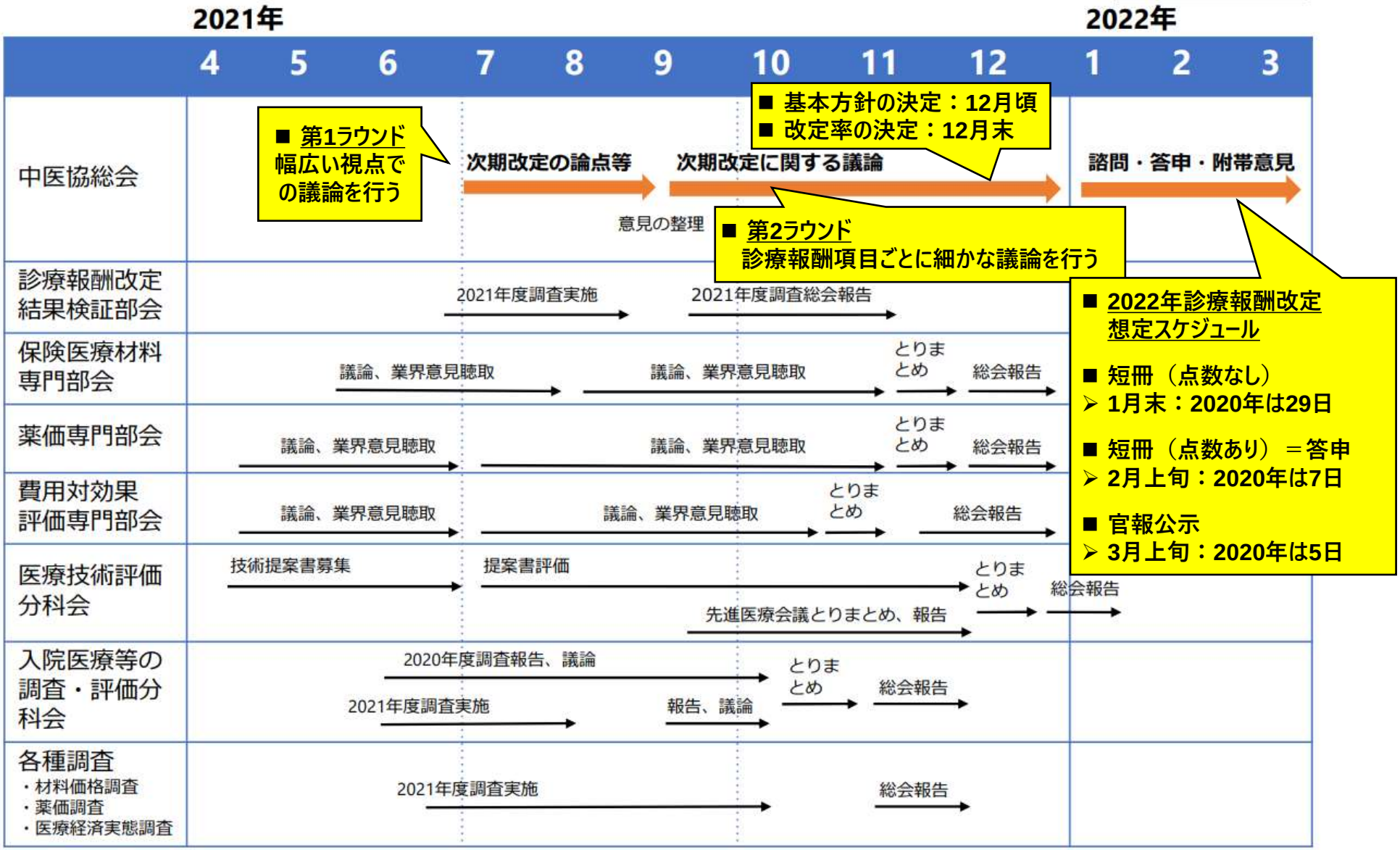
Economy：医療・介護政策のスケジュール

2018年は診療報酬・介護報酬のダブル改定でしたが、2020年は診療報酬単独、2021年は介護報酬単独の改定になります。



次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協　総－１４
３．４．１４



出所：第４７８回中央社会保険医療協議会 総会（令和３年４月14日）総-14

診療報酬改定における基本方針の変遷

2022年診療報酬改定の基本方針（案）はコロナ対策を含めて5本柱になりました。

2020年診療報酬改定の基本方針

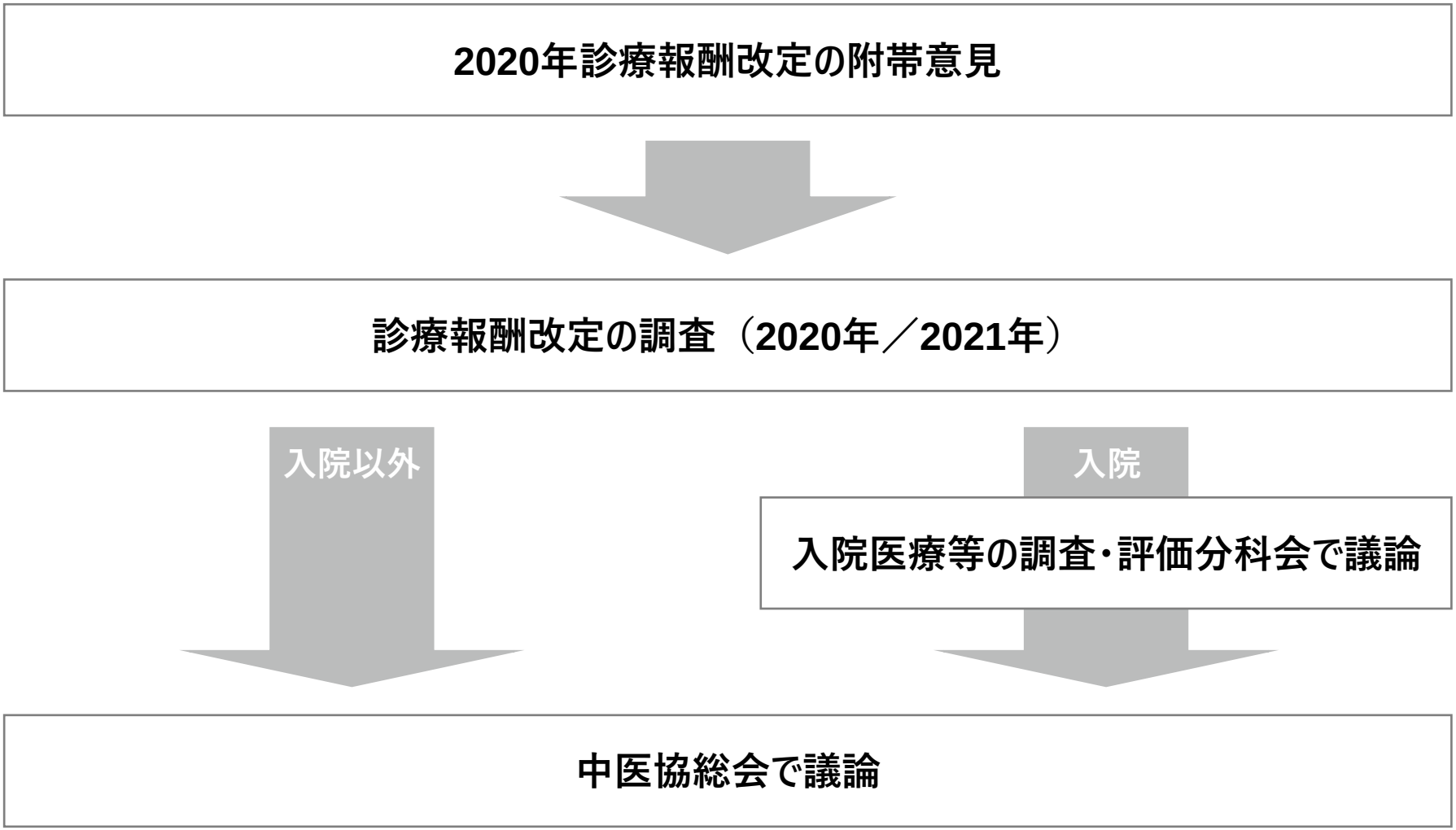
①働き方改革 Ⅰ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進	• 医師等の負担軽減等につながる取組の評価 • 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 • 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
②重点的テーマと安全で質の高い医療 Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現	• かかりつけ機能の評価 • 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進 • アウトカムにも着目した評価の推進 • 重点的な対応が求められる分野の適切な評価 • 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 • 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 • 医療におけるICTの利活用
③地域包括ケア Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進	• 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 • 外来医療の機能分化 • 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 • 地域包括ケアシステムの推進のための取組
④適正化・持続性 Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	• 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 • 医薬品の適正使用の推進 • 費用対効果評価制度の活用 • 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 • 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） • 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

2022年診療報酬改定の基本方針（案）

①コロナ対策 （例） 新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築する視点	• **当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応** • **医療計画の見直しを踏まえた新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組**
②働き方改革 （例） 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点	• 医師等の**長時間労働などの厳しい勤務環境**を改善する取組の評価 • 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 • 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
③地域包括ケア （例） 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点	• 医療機能や患者の状態に応じた**効果的・効率的で質の高い**入院医療の評価 • **質の高い外来医療を確保するための外来機能の明確化・連携の推進や、かかりつけ機能の強化** • 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 • 地域包括ケアシステムの推進のための取組
④重点的テーマと安全で質の高い医療 （例） 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	• 患者が安心して医療を受けられる体制の評価 • アウトカムに着目した評価の推進 • 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（**安心で安全な不妊治療の評価 等**） • 口腔疾患の重症化予防、口腔機能の管理、生活の質に配慮した歯科医療の推進 • 薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進 • 医療におけるICTの利活用
⑤適正化・持続性 （例） 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点	• 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進等の医薬品の適切な使用の促進 • 費用対効果評価制度の活用 • 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

出所：「令和2年度診療報酬改定の基本方針」、第145回社会保障審議会医療保険部会資料1より作成

診療報酬改定内容を検討する流れ



令和2年度診療報酬改定　答申書附帯意見（5/18を抜粋）

（全般的事項）

1　近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

（働き方改革）

2　医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（入院医療）

3　一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。

4　救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（ＤＰＣ／ＰＤＰＳ）

5　急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

出所：第４５１回中央社会保険医療協議会 総会（令和２年２月７日）総-２

入院医療等の調査・評価分科会の中間取りまとめ、総会における主な意見

中医協　総－２－１	中医協　診－１－１
３．９．２２	３．９．２２

入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について
検討結果（中間とりまとめ）

令和３年９月 22 日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長　尾形裕也

Ⅰ．概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和２年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、令和２年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和４年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和２年度入院医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

１．	一般病棟入院基本料について	別添資料Ｐ19～Ｐ74
２．	特定集中治療室管理料等について	別添資料Ｐ75～Ｐ86
３．	短期滞在手術等基本料について	別添資料Ｐ87～Ｐ98
４．	DPC/PDPS について	別添資料Ｐ99～Ｐ143
５．	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について	別添資料Ｐ144～Ｐ171
６．	回復期リハビリテーション病棟入院料について	別添資料Ｐ172～Ｐ195
７．	療養病棟入院基本料について	別添資料Ｐ196～Ｐ223
８．	障害者施設等入院基本料等について	別添資料Ｐ224～Ｐ245
９．	救急医療管理加算について	別添資料Ｐ246～Ｐ259
１０．	医療資源の少ない地域に配慮した評価について	別添資料Ｐ260～Ｐ272
１１．	横断的個別事項について	別添資料Ｐ273～Ｐ305

【一般病棟入院基本料】
- **重症度、医療・看護必要度A項目の「心電図モニター」と「点滴3本以上」**、B項目の「口腔清潔」と「衣服の着脱」が急性期の指標として適切か？
- 急性期一般入院料1の3割が**治療室**（ICU、HCU、NICU等）を持っていないのに違和感がある

【地域包括ケア病棟入院料】
- 実績水準や点数の見直しを検討するべきでないか

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
- 実績指数の実態と報酬上の要件があっていないのではないか
- **心大血管疾患リハビリテーション料**は、他の疾患別リハビリテーションより施設基準が厳しいのでは

【療養病棟入院基本料】
- **中心静脈栄養**の割合が多い。**医療区分の取り扱いの見直し検討と嚥下リハビリ**の推進が必要ではないか

【救急医療管理加算】
- データ蓄積の段階であり、今改定での改定は不要ではないか
- 加算2のあり方は議論するべきではないか

出所：第４８９回中央社会保険医療協議会 総会（令和３年９月２２日）総-２