

# 1.1 病床稼働率は平均80%強

## 病床稼働率と病床数の不思議な関係

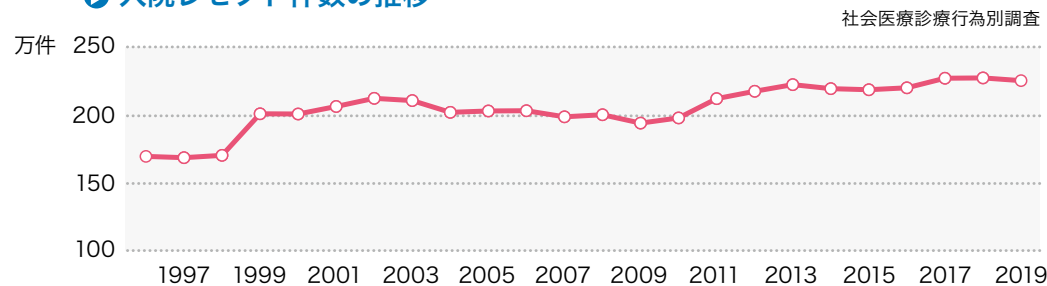
病院経営において最も重要な指標の1つが、病床稼働率です。病床稼働率は入院収益そのものに直結します。人件費や設備投資などの固定費が多い病院は、病床稼働率が一定の水準を下回ると一気に赤字経営に陥ります。そのため、多くの病院では稼働率の目安や目標を定めています。

全病床の稼働率は、この20年間80%強を保ちつつ、微減傾向にあります。稼働率は病床の種類によって多少異なり、精神病床や療養病床は90%弱を維持していますが、一般病床は80%を下回っています。一見すると、病院経営は安定しているが徐々に厳しくなっているという印象を受けます。

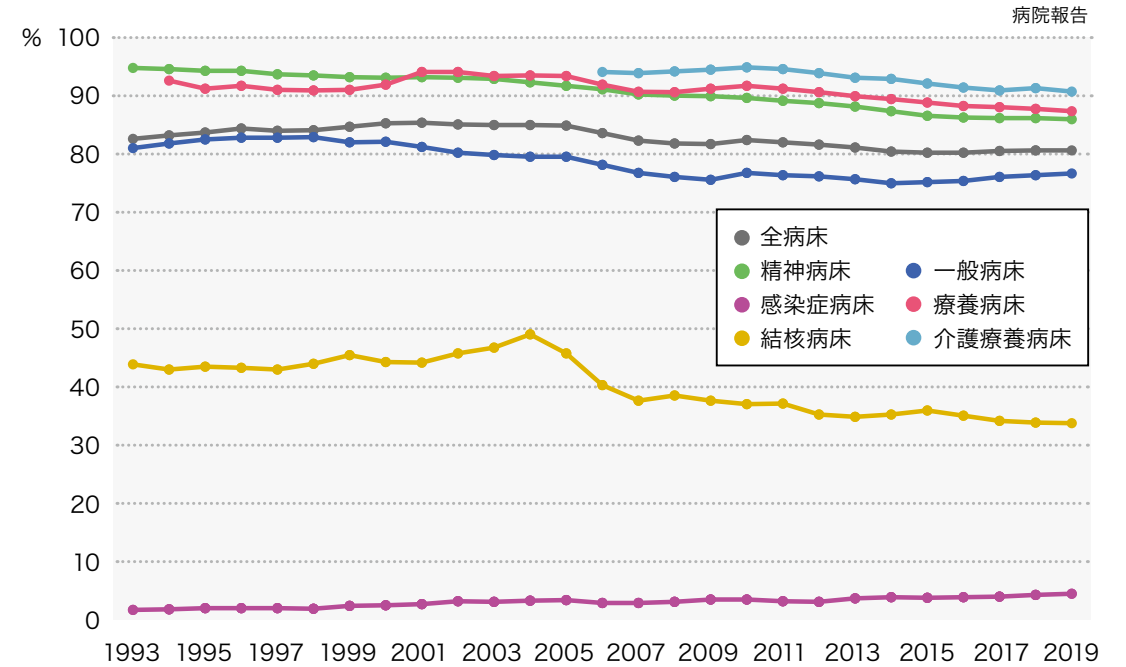
ところが、ここに着目したいデータがあります。それは、許可病床数です。一貫して減少傾向にあることです。内訳をみると、2000年以降に一般病床の一部が療養病床に転換したなどの変化はありますが、有床診療所の病床数は激減し、一般病院の病床数も微減を続けています。この間、高齢化が進み患者の頭数が増える一方で、病床稼働率が微減してきた実態と照らし合わせると、これは不思議に思えます。

事実、入院患者数を示すレセプトの件数で見ると、この20年間、増加傾向が続いています。入院患者数は増えていて、病床数は減っているにもかかわらず、稼働率は微減傾向になっている……これは一体なぜでしょう？

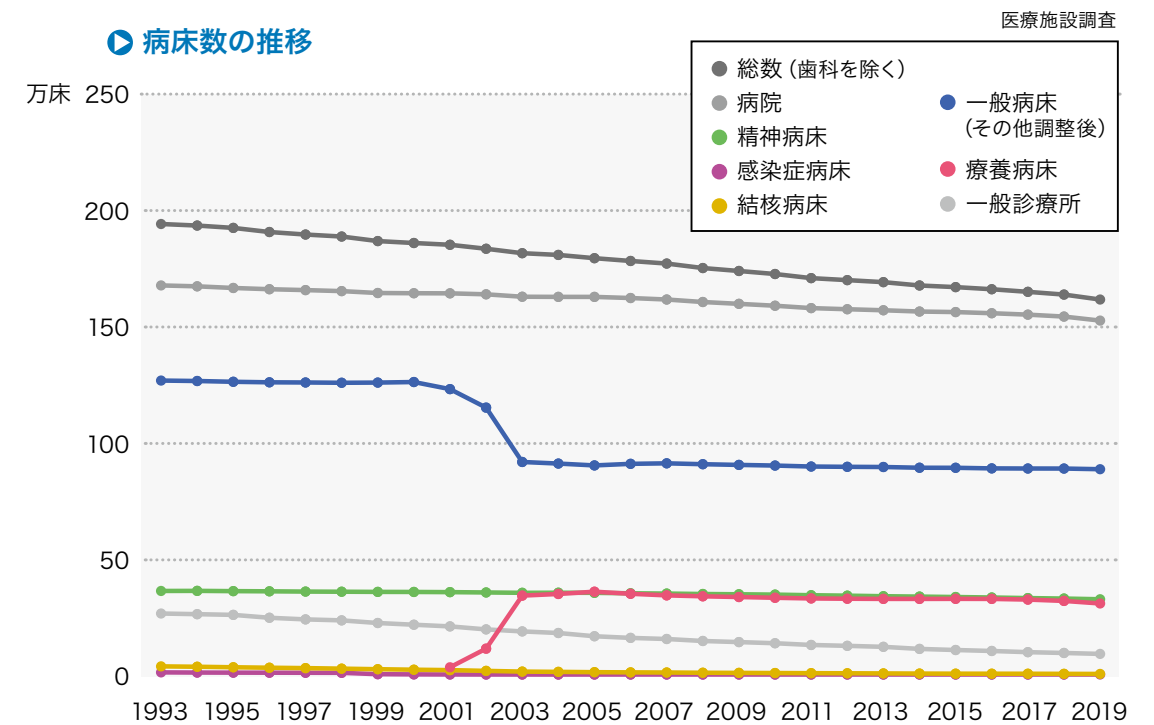
### 入院レセプト件数の推移



### 病床稼働率の推移



### 病床数の推移



## 2.2 病床稼働率の損益分岐点は80%

### 入院診療の損益分岐点の算出法

「病院経営管理指標」によれば、一般病院における費用の平均は、材料費 5.6 億円、給与費 17.8 億円、委託費 1.6 億円、減価償却費 1.3 億円などです。

この費用を、固定費と変動費に分解します。固定費とは、売上ににかかわらずほぼ一定の金額がかかる項目です。家賃や設備費（減価償却費、リース料）などがこれにあたり、その総額は 22.9 億円です。変動費とは、売上で連動して金額が変わる項目で、材料費や委託費などです。変動費の総額を売上高で割ったものが変動費率で、この場合は 24.2% になります。

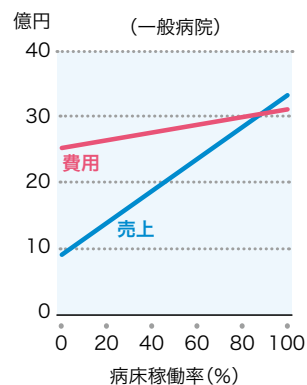
その上で、売上高－変動費＝粗利が、固定費の総額と同じになる金額を計算します。これが損益分岐点です。計算を簡単にするため、入院以外の収入（外来診療、保健予防活動、その他）は一定額の売上があるものとして計算します。

上記より、一般病院の入院収益の損益分岐点は 21.1 億円となります。この金額を、平均病床数と年間稼働日数（365 日）、1 日当たり入院単価で割ると、1 日に必要な病床稼働率が算出できます。結果は 88.2% です。少し高めの数値ですが、234 病院の平均収支から割り出した値なので、正確性に限界があるのはやむを得ないでしょう。

### 病院種類・病床規模別に見た入院損益分岐点

病院種類別に病床稼働率の損益分岐点を計算すると、一般病院 88.2%、ケアミックス病院 84.9%、療養型病院 91.6%、精神科病院 90.0% となりました。

我々の経験では、療養型と精神科で 90～95% 程度、一般病院で 80% 程度、ケアミックス病院で 85% 程度が損益分岐点です。数値は若干異なりますが、概ね 80% 以上が損益分岐点になるという事は言えそうです。



### 入院診療の損益分岐点 (病院種類別：平均値)

平成 30 年度病院経営管理指標 (単位千円)

病院種類	一般病院 (234 病院)	ケアミックス病院 (222 病院)	療養型病院 (94 病院)	精神科病院 (126 病院)
<b>医業収益</b>	2,943,003	2,170,417	1,296,669	1,623,581
入院診療収益	1,699,201	1,426,143	963,465	1,267,157
室料差額収益	26,771	17,362	10,559	10,717
外来診療収益	812,355	441,653	150,523	259,073
保健予防活動収益	26,359	19,522	10,981	780
その他の収益	69,861	70,826	51,433	39,540
保険等査定減	-4,103	-3,447	-1,200	-2,224
<b>医業費用</b>	2,933,587	2,120,048	1,268,022	1,582,600
材料費	558,439	303,859	123,207	145,017
医薬品費	199,147	128,860	44,573	86,819
診療材料費	160,137	84,065	33,657	16,264
その他の材料費	34,445	33,445	23,779	39,399
給与費	1,784,209	1,314,871	818,306	1,028,463
常勤職員給与・賞与	1,100,040	877,683	578,648	750,829
非常勤職員給与・賞与	97,435	68,438	30,801	46,363
退職給付費用	27,058	22,594	13,703	21,639
法定福利費	167,892	140,011	89,209	119,755
委託費	155,104	111,642	68,464	93,281
設備関係費	269,374	176,571	102,966	121,501
減価償却費	134,550	81,552	43,942	65,147
その他の設備関係費	85,117	76,596	50,786	52,049
研究研修費	5,626	4,755	2,334	3,060
経費	198,640	161,098	93,113	151,333
控除対象外消費税等負担額	6,106	11,416	8,651	7,879
本部費配賦額	8,860	9,297	15,223	14,399
役員報酬	14,408	16,725	18,620	24,265
その他の費用	2,284	2,129	4,772	2,186
<b>医業利益</b>	36,615	37,675	57,321	38,677
<b>医業外収益</b>	61,050	34,818	27,372	45,433
受取利息・配当金	77	83	57	105
補助金収益	10,055	4,438	3,778	4,652
その他の医業外収益	37,496	27,317	17,861	38,697
<b>医業外費用</b>	33,862	24,681	16,374	24,086
支払利息	12,090	10,143	6,060	8,834
その他の医業外費用	11,620	10,080	8,925	11,218
<b>経常利益</b>	48,388	44,503	56,181	71,800
臨時収益	766	795	528	808
臨時費用	5,366	4,654	4,456	5,153
<b>税引前当期純利益</b>	40,628	27,498	49,826	53,227
医業利益率	1.2%	1.7%	4.4%	2.4%
経常利益率	1.6%	2.1%	4.3%	4.4%
人件費率	60.6%	60.6%	63.1%	63.3%
変動費率 (材料費+委託費)	24.2%	19.1%	14.8%	14.7%
固定費計 (上記以外)	2,289,507	1,696,862	1,063,985	1,353,086
損益分岐点：売上 (医業利益ベース)	3,022,268	2,098,618	1,248,542	1,585,845
損益分岐点：入院収益	2,113,693	1,566,617	1,035,605	1,286,452
入院収益＝平均病床数×病床利用率×入院単価×稼働日数 (365 日)				
平均病床数	141.5	166.7	131.9	241.1
患者 1 人 1 日当たり入院収益 (円)	46,380	30,320	23,476	16,243
損益分岐点：病床利用率	88.2%	84.9%	91.6%	90.0%
平均病床利用率	80.2%	86.9%	94.8%	95.1%

# 3.1 民間病院の3割は赤字

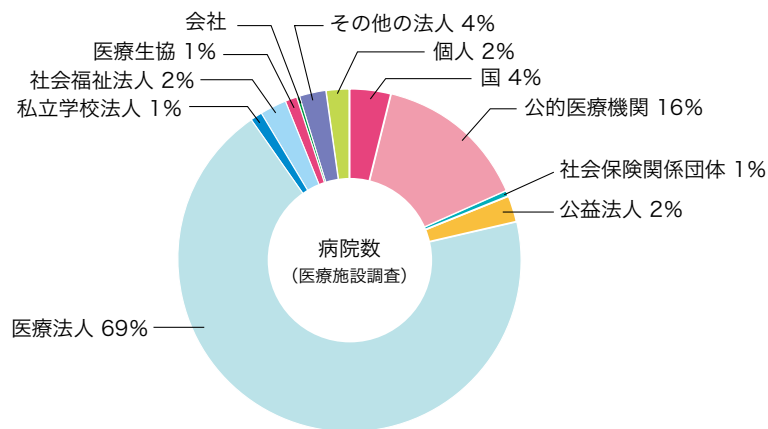
## 「病院運営実態分析調査」に見る赤字病院の比率

病院の経営状況は厳しく、赤字の病院も多いとよく言われます。その実態はどうなっているのでしょうか。全国公私病院連盟の「病院運営実態分析調査」によれば、この10年間ほぼ変わらず、黒字病院が3割、赤字病院が7割という厳しい結果になっています。

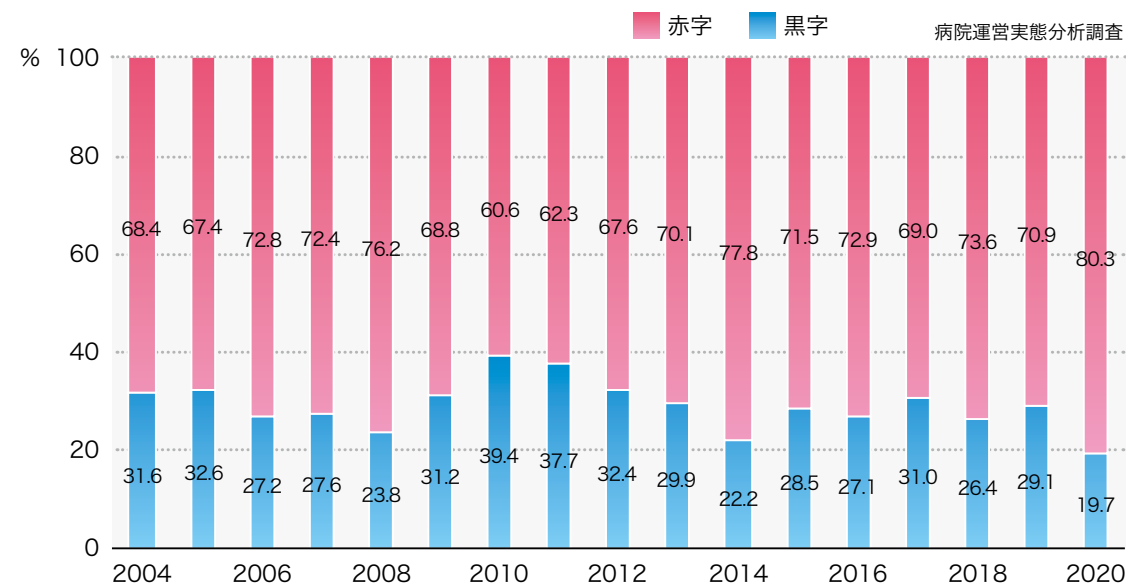
実はこの調査は、全病院調査ではなくサンプル調査です。2020年度の調査対象659病院のうち、自治体病院が296件と約半数を占め、その他公的病院は190件、私的病院は173件にとどまっています。開設者別に黒字病院の比率を見ると、自治体病院7.8%、その他公的病院21.6%、私的病院38.2%と大きな開きがあります。つまり、自治体病院の多くが赤字であり、全体の平均を赤字傾向に引っ張っていることがわかります。

これでは、全体の状況を見誤る恐れがあります。「医療施設調査」によれば、全病院に占める自治体病院の割合は約2割で、医療法人や個人病院などの私的病院が約8割を占めているからです。

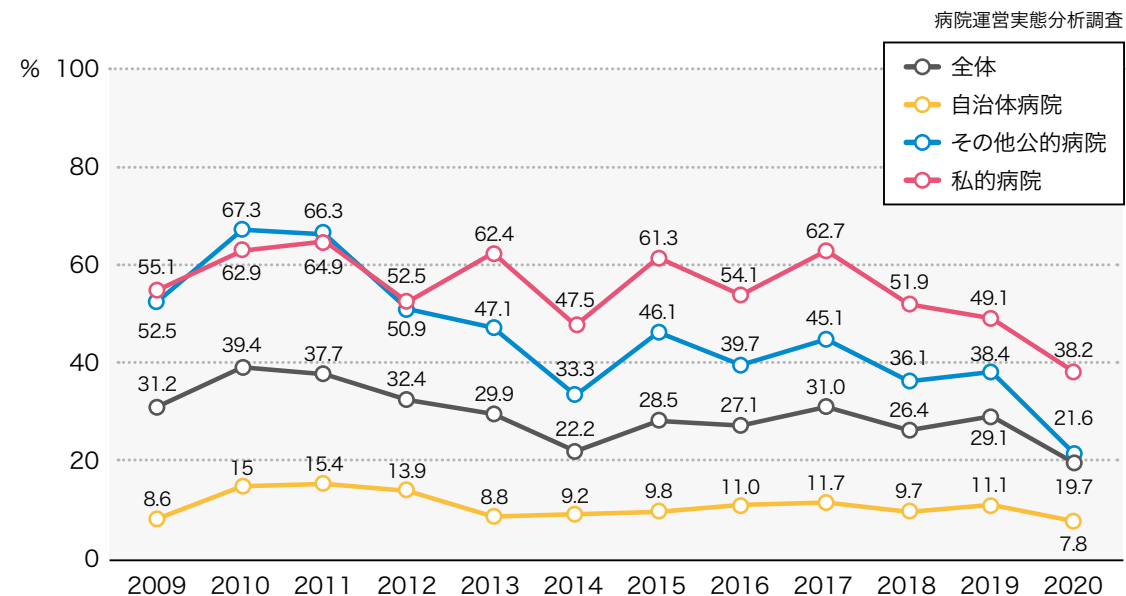
## 病院開設者の内訳



## 黒字病院と赤字病院の構成割合（総数）



## 黒字病院の比率（開設者別；6月収支）



## 3.2 リハビリ・手術・DPCは年率5%の伸び

医療費は総額では年々増えていますが、その増え方は個々の診療行為によって異なります。2025年、そして2040年を見据えた明確な目的意識のもとに診療報酬が改定されてきたため、実際の診療報酬点数の動向も、その方向性に合わせた変化が現れています。ここでは、入院医療費、入院外医療費のそれぞれについて、患者1日当たりの単価(点数)の内訳とその変化を見ていきます。

### 入院医療費の動向

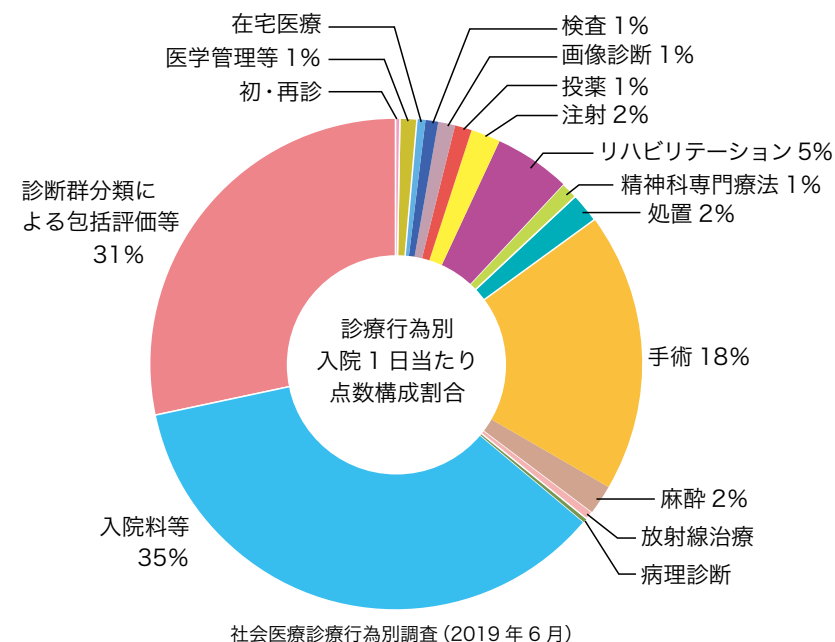
2019年6月現在の1日当たり入院医療費の内訳を示します。患者1日当たりの単価は、3万5,276円(診療報酬点数では3,527点)です。その35%を入院料等、31%をDPC/PDPSに基づく包括された診療報酬点数(以下「包括点数」)が占めています。つまり、入院医療費全体の66%が何らかの包括点数です(一定の出来高算定は可能ですが)。次いで、手術18%、リハビリテーション5%、処置・注射・麻酔が各2%で続きます。包括点数以外では、手術の占める割合が圧倒的です。

上記の点数を時系列で見ましょう。増え続けている点数と、減り続けている点数に明確に分かれています。2009～2019年度の年平均成長率で5%を超えているのがリハビリテーション7.9%、DPC/PDPS 6.6%、手術5.8%で、放射線治療4.8%、麻酔3.6%がそれに続きます。この順位と伸び率について本書の初版時(2013年度まで)と比較すると、伸びの順番に変化はありませんが、伸び率は半減しています。医療機関の診療報酬が抑制されている実態がよくわかります。

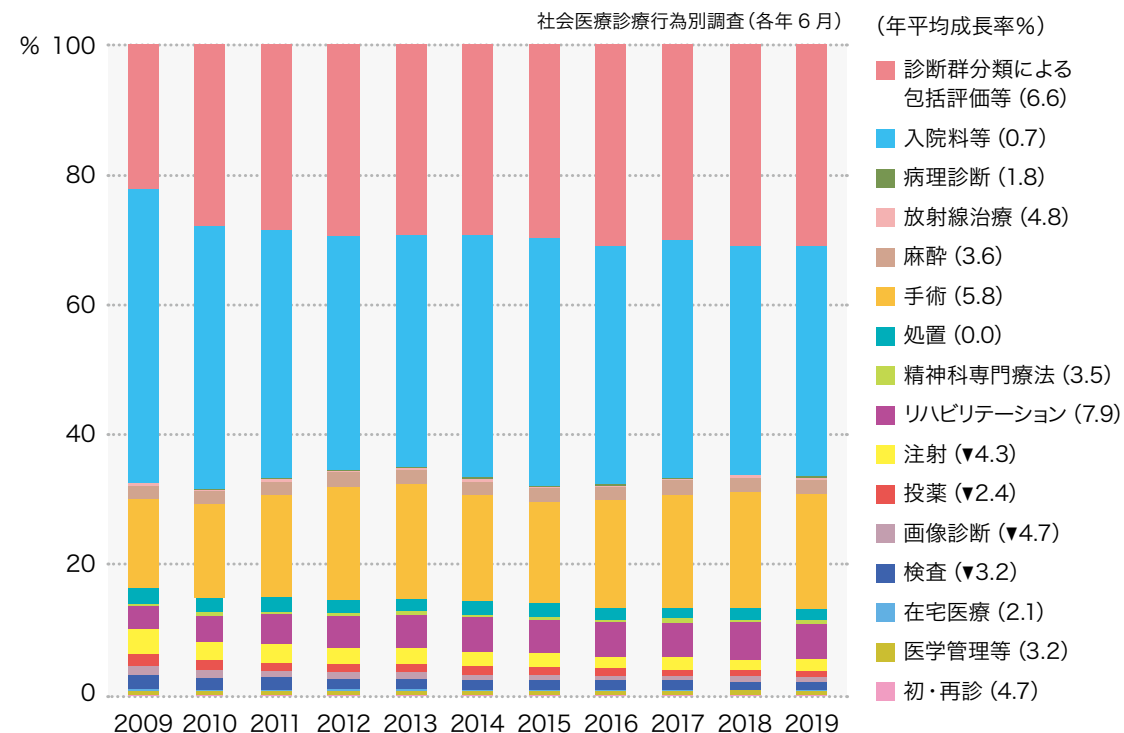
逆に減っている点数は、画像診断▼4.7%、注射▼4.3%、検査▼3.2%です。これらは単に診療報酬のマイナス改定というよりも、DPC/PDPSや包括的入院料が伸びた結果、それに包括化されたことが影響していると考えられます。

つまり、入院医療費の傾向としては、大きく2つの流れがあります。1つはDPC/PDPSや包括的入院料(回復期リハ、地域包括ケア、医療療養など)が普

### 1日当たり入院医療費の内訳(診療行為別)



### 1日当たり入院医療費の推移(診療行為別)



## 5.3 病院建設単価は9年で53%上昇

病院経営は、病棟をはじめとする施設に初期投資をして、長い年月をかけてそれを回収するというビジネスモデルです。しかも、施設の要件は、法令や診療報酬の基準によって、廊下幅やベッド当たり最低面積など細かく定められています。その要件は年々厳しくなっているため、建設コストの抑制は重要なテーマとなっています。

### 建設単価の推移

ところが、震災後の復興需要や東京オリンピックに伴うインフラ投資のために建設コスト全体が上昇しており、その結果、病院の建設コストも高くなっています。右の図④は、国土交通省の「建築着工統計調査」をもとに、病院・診療所の施設において1m<sup>2</sup>当たりいくらの事業費（主に施設費）を予定しているかをグラフ化したものです。

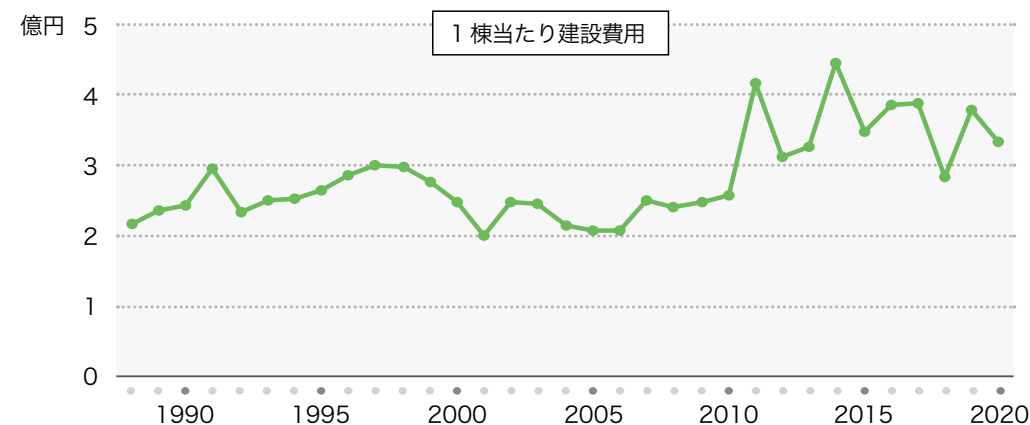
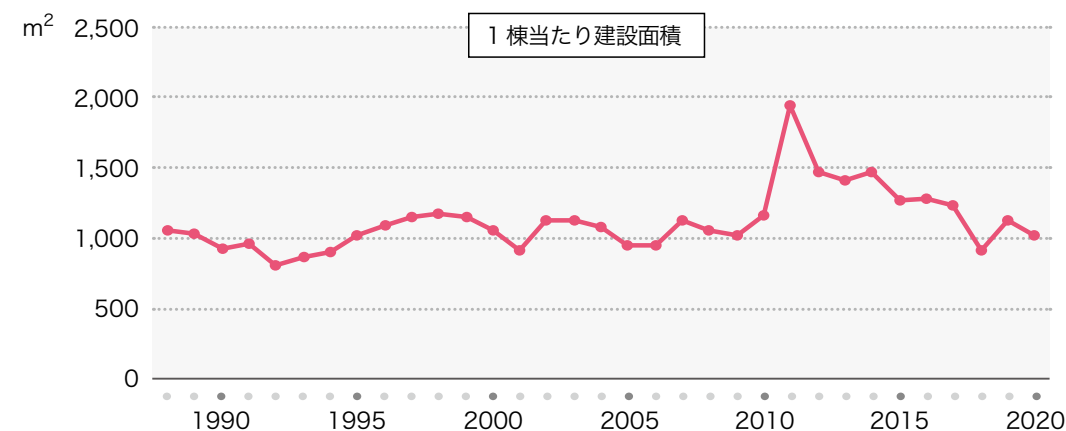
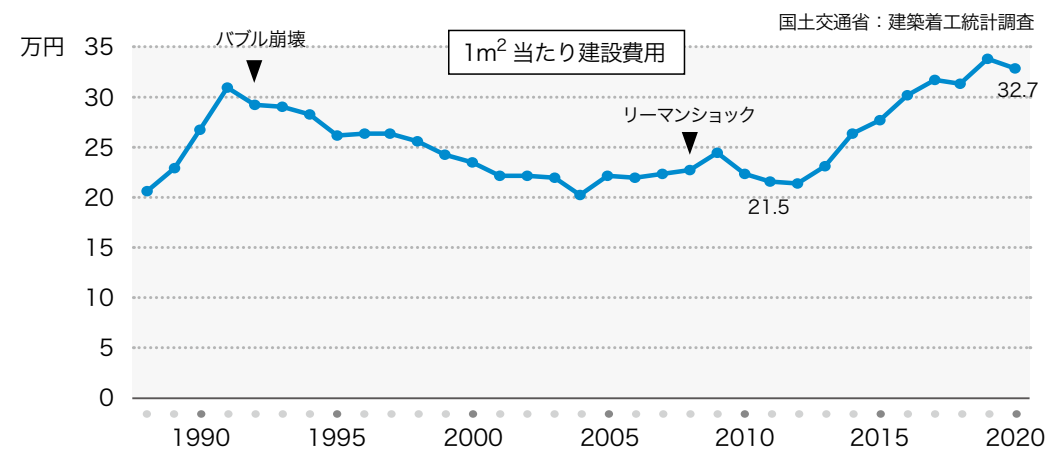
これによると、1m<sup>2</sup>当たり建設単価は、バブル景気末期の1991年に30万円を超えましたが、その後はリーマンショック前に少し上昇したものの、基本的には長年右肩下がりになっていました。

ところが、2011年から2020年までの9年間で21.5万円⇒32.7万円と53%も大幅に増加し、バブル期の単価を優に超える水準となっています。この上昇傾向がどこまで続くかはわかりませんが、すでに病院建設は採算性を確保するのが非常に厳しい状況となってきています。

上記のデータは診療所も含めた建設統計となっているため、別の資料も見てください（④77ページ）。独立行政法人福祉医療機構が出しているレポート「2019年度福祉・医療施設の建設費について」によると、2011年に20.8万円だった1m<sup>2</sup>当たり建設単価は2019年には39.2万円となっており、上記の建築着工統計調査と似たような推移をたどっていることがわかります。

この10年ほどで、1m<sup>2</sup>当たり10万円前後高くなってしまった病院の建設

④ 病院・診療所の建設費用の推移



# 6.1 病院数は20年で11%減 (50床未満は37%減)

医療機関を取り巻く環境は、この20年間で激変しました。施設整備によって医療をあまねく行き渡らせる従来の方針は、医療費財源の枯渇によって、一定の医療を適正な費用で提供する方向に向かいつつあります。この政策的な方針転換は、医療機関の経営に大きな影響を与え、その結果として、一部の病院の存続が危ぶまれる状況となっています。

1999年～2019年の20年間における、医療機関の施設数の推移を見てみましょう。一般診療所が+12%、歯科診療所が+10%と増加したのに対して、病院は▼11%と大幅に減少していることがわかります。

この20年間についていえば、人口は停滞しつつも大幅減少とはならず、むしろ高齢者が増えて医療ニーズが高まっていただけに、その状況とは逆の厳しい結果となっています。

## 規模別に見た病院数の推移

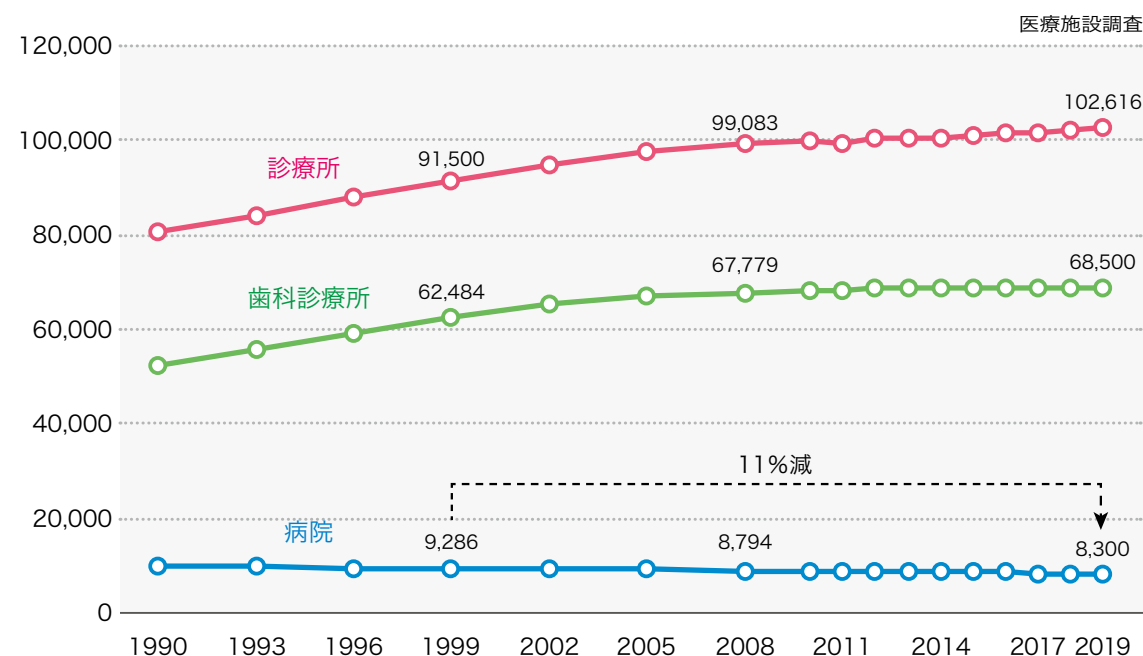
上記の病院数の減少を、病院の規模別に見るとどうでしょうか。20床～49床の小規模病院は▼37%も減っています。中規模病院のうち50床～99床は▼15%減、100床～149床は▼2%減、150～199床は+21%増、200～299床は▼14%減、300～399床は▼8%減であり、400床以上の大規模病院も▼9%減となっています。

つまり、150床～199床の病院以外はすべて減少傾向にあり、特に50床未満の小規模病院はこの20年間で大幅に減っていることがわかります。

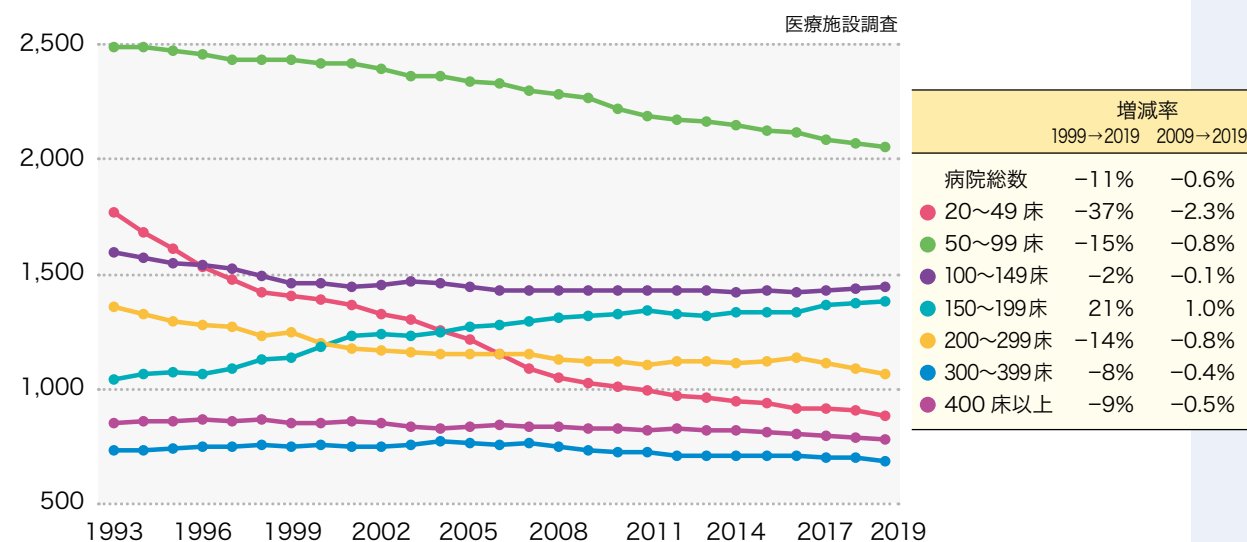
小規模病院は、診療所の延長で地域密着の家族経営で運営されてきたところが多いのです。そうした病院が、度重なる制度改正のあおりを受けて、経営の維持が厳しくなり、閉院あるいは吸収合併に追い込まれてきたことが背景にありそうです。

特に近年は、医療安全やデータ整備、また労働基準法遵守の徹底など、規模

医療機関の施設数の推移



規模別に見た病院数の推移



## 6.2 一般病床の54%がDPC病床に

### DPC/PDPS 制度のポイント

急性期の一般病院における近年の大きな経営構造の変化の1つが、DPC (Diagnosis Procedure Combination ; 診断群分類) に基づく入院1日当たり定額支払い制度、すなわち DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System) の導入です。

DPC/PDPS は、急性期の疾患を 4,000 以上の診断群に分類し、その分類ごとに1日当たりの入院基本料や検査・処置を包括した点数を設定している制度です。この制度のポイントは、以下のとおりです。

- ① 1日当たりで報酬が包括されているため、病院経営上、一定収益下での利益確保のための費用抑制が働き、結果として後発品の採用や検査の効率化が進む。
- ② 入院期間が長くなるほど点数が減少するため、早期退院を促す。
- ③ 手術や高度医療は出来高払いであり、また施設基準の標準以上の整備は加算されるため、継続的に医療の高度化が図られる。
- ④ 急性期病院として対応すべき高度医療や幅広い医療、データ整備などが係数として売上の増加に効くため、急性期病院の医療を全体的に底上げする。
- ⑤ 疾病ごとのデータ収集が可能となり、これまでの出来高報酬のレセプト以上のデータが集まり、医療や病院経営の実態がより明らかとなる。

病院経営的にはプラス・マイナスの両面がありますが、国が急性期医療については原則 DPC/PDPS 制度という方針を打ち出し、報酬的なインセンティブを含めて制度設計がなされてきた結果、多くの急性期病院はこの制度に参加するようになりました。

### ▶ DPC 対象病院数の推移

厚生労働省

年 度	100 床未満	100 床以上 200 床未満	200 床以上 300 床未満	300 床以上 400 床未満	400 床以上 500 床未満	500 床以上	病院数 計
2003 年度対象病院	0	0	0	0	1	81	82
2004 年度対象病院	1	9	11	18	8	97	144
2006 年度対象病院	5	33	40	76	42	164	360
2008 年度対象病院	41	106	131	135	84	221	718
2009 年度対象病院	135	256	258	227	136	270	1,282
2010 年度対象病院	156	288	282	244	149	271	1,390
2011 年度対象病院	170	314	293	251	150	271	1,449
2012 年度対象病院	181	335	301	265	149	274	1,505
2013 年度対象病院	179	338	304	252	153	270	1,496
2014 年度対象病院	200	373	318	262	155	277	1,585
2015 年度対象病院	215	381	302	263	151	268	1,580
2016 年度対象病院	243	420	314	272	152	266	1,667
2017 年度対象病院	266	434	309	245	150	260	1,664
2018 年度対象病院	303	463	317	244	147	256	1,730
2019 年度対象病院	317	465	310	242	140	253	1,727
2020 年度対象病院	333	480	308	247	140	249	1,757
一般病床を有する全病院 (2018 年医療施設調査)	2,191	1,868	603	499	283	365	5,809

### 拡大する DPC 病床

DPC/PDPS 制度に参加する病院数▶は年々増え続け、2020 年度には 1,757 件となる見込みです。制度開始初期の 2004 年度 (144 件) からすると、12 倍の大幅増となります。ただし、一般病院数は 2018 年度で 5,809 件ありますので、一般病院に占める割合は 30% とそれほど多いわけではありません。まだ 7 割の医療機関は、これまでの出来高による診療報酬制度で医療費を算定していることがわかります。

しかしながら、これを病床数ベースで見ると印象が大きく変わります。DPC/PDPS の対象病床数 (▶85 ページ) は、2020 年度には 48 万 3,180 床となりました。これを 2018 年度の一般病床数 89 万 712 床と比較すると、54% に相当します。DPC 対象病院は、大学病院 (特定機能病院) や災害拠点病院、地域中核病院といった大規模な急性期病院であることが多いため、病院数以上

# 7.1 入院受療率は30年で12%減 (外来受療率は微増)

患者の動向を知るために有効な統計の1つが、「患者調査」の受療率(人口10万人当たり患者数)です。これは厚生労働省が3年に1回、各医療機関に1日の患者数とその年齢、疾患などをアンケート調査するものです。

この調査は10月の調査日における入院患者と外来患者を対象としており、季節変動要因は考慮されません。また、医療機関を受診した患者だけが対象であり、病気に罹っている患者(罹患患者)とは異なります。そういった注意点はありますが、患者の年齢や疾患について一定の傾向を知ることはできます。

## 年齢別の受療率

まず、年齢別の受療率から見ていきましょう。人口10万人当たり入院患者数は、幼児が少し多く、若年世代は全般的に少ないです。50歳を越えると徐々に増え始め、70代では20代の10倍、80代では20倍にも達します。

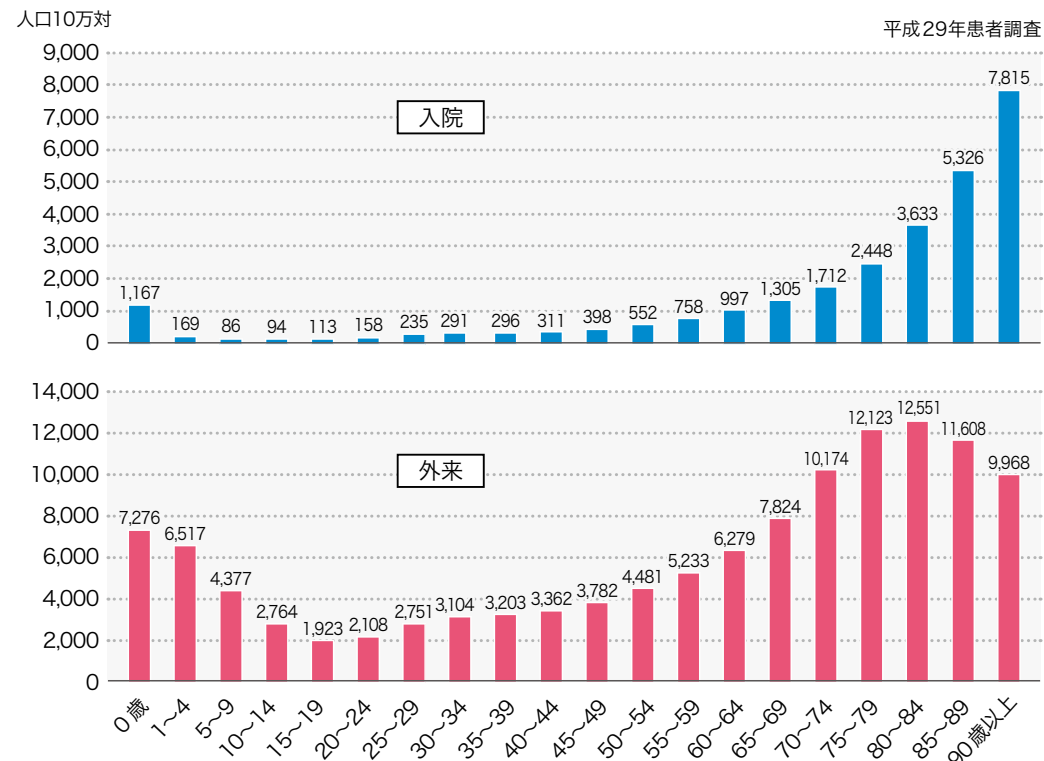
外来患者数も、やはり幼児が多く、若年世代が少なく、50代から増えてくる傾向は同じです。ただし、70代は20代の4倍、80代は20代の5倍程度であり、80代後半になると逆に減り始めます。高齢者は外来よりも入院で診ることが増えたり、通院アクセスが確保できなくなるためと考えられます。

## 延べ患者数の推移

急速な高齢化の影響で、延べ患者数も年々増えていると思われるでしょうが、入院と外来で動向が異なります。1987年～2017年の約30年間で入院受療率は12%減少し、外来受療率は4.6%増加しています。

その要因として、入院患者については平均在院日数の短縮(4ページ)、外来患者については入院よりも通院で診ることが増えたこと、処方日数の長期化による訪問頻度の低下(47ページ)、自己負担増による受診控えなどの影響が考えられます。

## 年齢階級別に見た受療率(2017年)



## 受療率の推移：延べ患者数

