

コロナ禍における医業経営状況の可視化

－長崎県内自治体病院を事例に－

前 田 瞬

I はじめに

2019年12月初旬に中国の武漢市で新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19と表記）感染者第1例目が報告されて以来、世界中がいわゆる、コロナ禍に陥った。わが国でも2020年1月に国内感染者第1例目が報告され、2020年4月7日に東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県・大阪府・兵庫県・福岡県の7都府県に第1回目の緊急事態宣言が発出され、同年4月16日にはその対象が全国に拡大した。周知のとおり、緊急事態宣言後は様々な行動制限が行われ、飲食店をはじめとする多くの業種・業態が経済活動を停止せざるを得ない状況となった。また、在宅勤務やオンライン学習など、働き方や学び方も変革せざるを得ない状況が続いた。その後、2023年5月8日からCOVID-19が2類感染症相当から5類感染症¹⁾に移行したことにより、経済活動や生活がコロナ禍以前の状況に戻りつつある。また、国境を越えた人流を伴う経済活動も再開されつつある。

コロナ禍においては、本稿が対象とする医療機関の経営にも大きな影響を及ぼした。急性期病院では、医療従事者をはじめとする多くの医療資源が日々増加するCOVID-19感染者の治療に充てられた。感染者数増加とともに、病院内で感染クラスター（5人以上の感染者集団）が発生したり、医療従事者自身も感染して、急性期病院をはじめとする様々な医療機関はCOVID-19以外の通常診療を停止せざるを得ず、医療提供体制が逼迫の状況に陥ることもあった。また、緊急事態宣言が発出された2020年は、医療機関への、いわゆる“受診控え”が発生し、それが急性期病院以外の多くの医療機関の経営を圧迫する事態も起きた。日本経済新聞（2020）によれば、2020年4月～7月の医療費の総額は、前年同期と比較し、入院が6%、外来が10%減少したということである。特に、小児科の外来（30%減少）と耳鼻咽喉科の外来（20%減少）の減少が顕著であり、小児科や耳鼻咽喉科単科の無床診療所の経営に大きな影響を及ぼした。

本稿では、筆者が所在する長崎県内の自治体病院12件の医業経営情報を用い、2020年から始まったコロナ禍が、医療機関の医業経営状況にどのような影響を及ぼしたのかについて、コロナ禍以前（2019年度）の状況と比較した結果を示す。そして、「非常事態」ともいうべき今回のコロナ禍を教訓として、自院はもちろん他の医療機関の医業経営状況を可視化する意義、即ち医療機関が安定した医業経営を実践するためには「エビデンスに基づいた医業経営」が肝要であることを示す。

II 本稿で対象とする医療機関

筆者は以前より、すべての国民が健康で安心して過ごすためには自治体病院が全国各地に立地し、質の高い医療を提供できる体制を整備する必要があることを指摘している（c.f. 前田、2017）。その上で、全国の自治体病院の医業経営状況に関心を持ち、その推移を見るとともに、経営状況改善のためのいくつかの試案を示している（c.f. 前田、2019；前田・村田、2022）。本稿でもその流れを汲み、今回、長崎県内の自治体病院12件の医業経営情報について2019年度～2021年度（現時点で公表されている最新版）の比較を行う。医業経営状況を示す情報は、総務省が毎年度公表している「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」を用いる。

なお、本稿では「自治体病院」の範囲を、県が設置する企業団立病院、地方独立行政法人立病院、市町直営病院とする。自治体が設置し、実際の運営は医療法人等が行うといった指定管理者制度を導入している病院は、データの欠損（＝自治体病院と異なる会計基準を用いて医業経営状況を示している）があるため除く。

本稿で対象とする各自治体病院の概要は、表1に示すとおりである。今回、病院名の実名は伏せ、「病院コード」を使って、各医療機関を示す。この「病院コード」の先頭2文字は、その病院が「本土」か「離島」に立地しているかを意味する。3文字目の数字は、「本土」と「離島」ごとに割り振った通し番号である。4文字目以降の「_D」はDPC対象病院²⁾に指定されている医療機関を意味し、4文字目以降がないものはDPC非対象病院を意味する。

長崎県は、本土地域のみならず、一次離島（＝主要な離島地域（上五島、下五島、壱岐、対馬））に、高度な医療設備を備えた急性期の自治体病院（DPC対象病院）が立地していることに特徴がある。

長崎県の自治体病院におけるCOVID-19感染者の受け入れ体制については、すべての病院が2020年10月から11月にかけて「発熱外来」の設置を完了している。また、8件の自治体病院が一般病床の一部を臨時的に「COVID-19感染者専用病床（コロ

ナ病床)」に転換し、入院治療を必要とする COVID-19患者の受け入れを行ってきている。特に、本土 4_D と本土 6_D の病院は、長崎県全域を対象とし、重篤な感染者の治療にあたっている。

表 1. 本研究で対象とする医療機関の概要³⁾

病院コード	発熱外来 設置の有無	コロナ病床 設置の有無	全病床数 (床)	診療科数 (科目)
本土 1	有	無	87	7
本土 2	有	無	60	5
本土 3_D	有	有	254	17
本土 4_D	有	有	513	36
本土 5	有	有	189	7
本土 6_D	有	有	594	31
離島 1_D	有	有	323	16
離島 2	有	無	55	6
離島 3_D	有	有	186	18
離島 4	有	無	60	14
離島 5_D	有	有	228	17
離島 6_D	有	有	275	25

出所) 総務省ならびに長崎県 (2023) をもとに筆者が作成。

Ⅲ 長崎県内自治体病院の医業経営状況比較

本節では、第 2 節に示した長崎県内の自治体病院 12 件について、コロナ禍前 (2019 年度) とコロナ禍 (2020 年度・2021 年度) における医業経営状況について、「入院収益」・「外来収益」・「医業損益」という 3 つの医業経営指標を用いてその趨勢を見る。加えて、各病院における 2019 年度～2021 年度の医業損益の推移も見る。

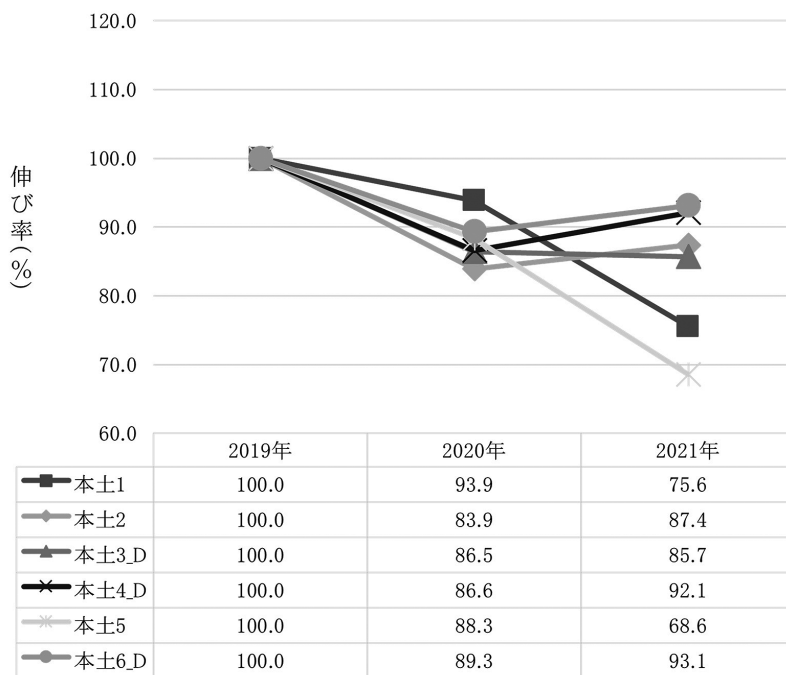
1. 入院収益と外来収益の趨勢

患者に対する診断・治療行為によって得られる純粋な収入である「入院収益」と「外来収益」に関する医業経営データを見る。ここでは、「入院収益」と「外来収益」の金額を指数化し、コロナ禍前の 2019 年度の入院収益と外来収益を基準とし、コロナ禍の 2020 年度・2021 年度のそれぞれの収益状況の趨勢を見る。便宜的に本土に立地している病院と離島に立地している病院とに分けて、その結果を示す。

まず、本土に立地している病院の「入院収益」の趨勢を図 1、「外来収益」の趨勢を図 2 に示す。

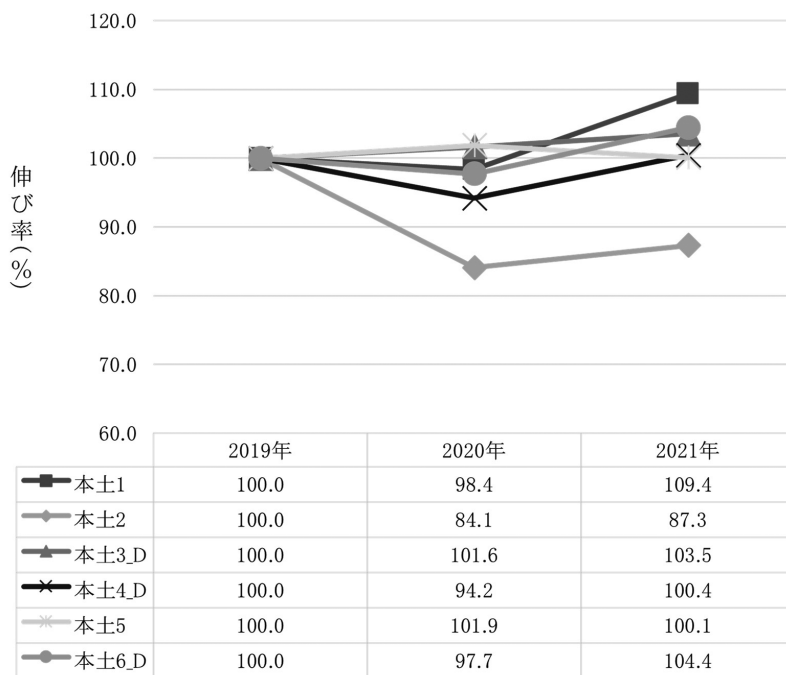
本土に立地している病院の「入院収益」は、すべての病院で 2019 年度よりも 2020

図1. 本土に立地する病院の「入院収益」の趨勢



出所) 総務省をもとに筆者が作成。

図2. 本土に立地する病院の「外来収益」の趨勢



出所) *Ibid.* をもとに筆者が作成。

年度が10%～15%程度減少していることが分かる。2021年度は、3病院（本土2、本土4_D、本土6_D）で入院収益は上向きになっているが、コロナ禍前の2019年度よりも下回った状態が続いている。また、2病院（本土1、本土5）については入院収益が減少し続け、2021年度は、2019年度と比較すると20%～30%程度も減少した結果となっている。本土1の病院については、院内で感染クラスターが発生したり、一般診療を制限した訳でもないのに、純粹に入院患者数の減少や診療報酬点数の高い診療行為が減少したことなどで、入院収益が大幅に減少したことが推測される。本土5の病院については、2021年1月中旬に院内で患者と勤務する医療従事者複数含んだ感染クラスターが発生した。その際、新規入院を一時中止し病棟規模を一部縮小したことが翌年度（2021年度）の大幅な入院収益の減少に繋がったのかも知れない。

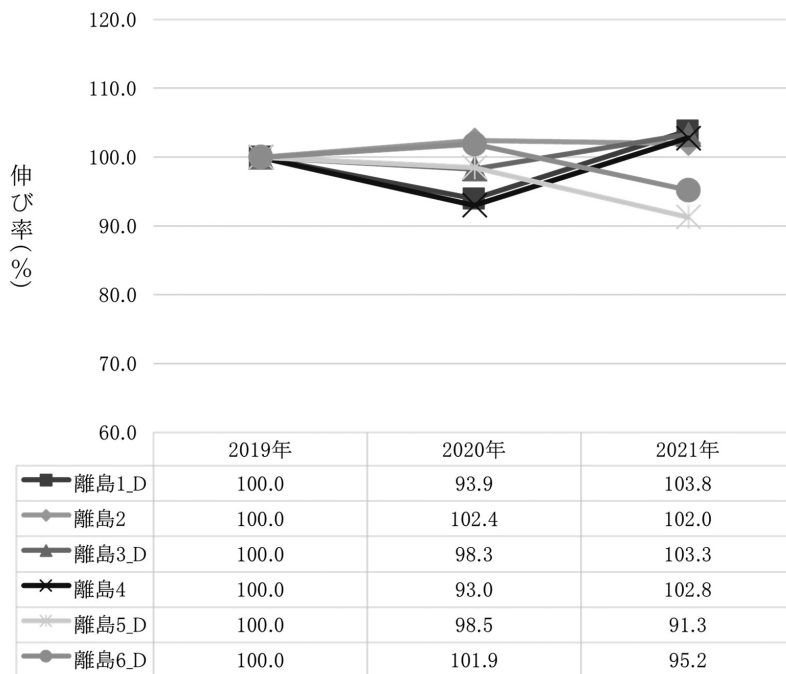
本土に立地している病院の「外来収益」は、1病院（本土2）を除いて、大幅な減少は見られなかった。この理由は、長崎県内すべての自治体病院が2020年10月もしくは11月に「発熱外来」を開設し、発熱者の診断・治療を行っていたためであると考えられる。発熱者以外の通常診療において、患者の“受診控え”があったとしても、それに匹敵する（もしくは、上回る）発熱者の診断・治療を行ったことにより、外来収益の大きな減少はなかったと考える。唯一、本土2の病院が2019年度の外来収益と比較して、2020年度に15%程度、2021年度に10%程度収益が減少している。この理由は、2019年度には4名の常勤医師で診療にあたっていたが、2020年度からは常勤医師が2名に減少したため、それが外来収益減少に繋がったことが推測される。

以上、本土に立地する自治体病院に関しては、入院収益に関してはコロナ禍前と比較すると減少傾向であり、外来収益についてはコロナ禍前とコロナ禍では、大きな変化は見られなかった。

次に、離島に立地している病院の「入院収益」の趨勢を図3、「外来収益」の趨勢を図4に示す。

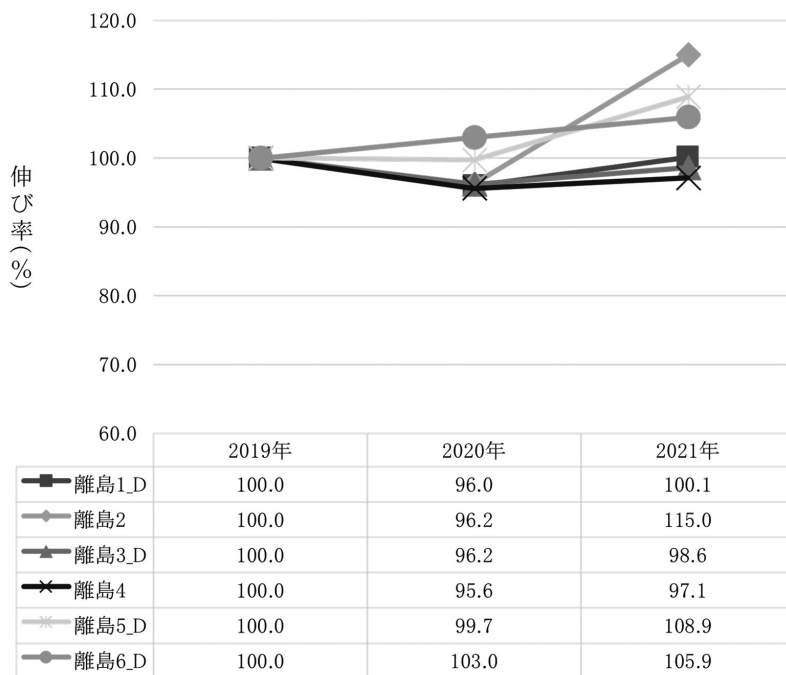
離島に立地している病院の「入院収益」は、すべての病院において、コロナ禍前の2019年度と比較して大きな変化は見られなかった。むしろ、2019年度を基準に2021年度の入院収益の伸びを見てみると、4病院（離島1_D、離島2、離島3_D、離島4）において100を超える結果となっており、本土に立地する病院とは異なる結果となった。この期間、離島に立地する自治体病院では、感染クラスター等も発生せず、COVID-19の診療とそれ以外の通常診療を継続的に行ってきた。また、離島という地理的特性上、もともと医療機関数が少ないことから、COVID-19感染者

図3. 離島に立地する病院の「入院収益」の趨勢



出所) *Ibid.* をもとに筆者が作成。

図4. 離島に立地する病院の「外来収益」の趨勢



出所) *Ibid.* をもとに筆者が作成。

の入院治療とともに一般入院患者もコロナ禍前と同様に入院治療を受けている状況があり、入院収益にあまり変化がなかったのかも知れない。

離島に立地している病院の「外来収益」については、上記の入院収益と同様、コロナ禍前の2019年度と比較して大きな変化は見られなかった。2020年度は6病院中5病院でわずかに減少したが、2021年度は4病院で100%を超える外来収益の伸びとなった。この理由は、本土に立地する病院と同様に、離島のすべての自治体病院においても「発熱外来」を開設し、発熱者の診断・治療を行っていたためであると考える。

以上、離島に立地する自治体病院に関しては、入院収益と外来収益を見る限りでは、コロナ禍前とコロナ禍では、医業経営状況に大きな変化は見られなかった。

2. 医業損益の推移

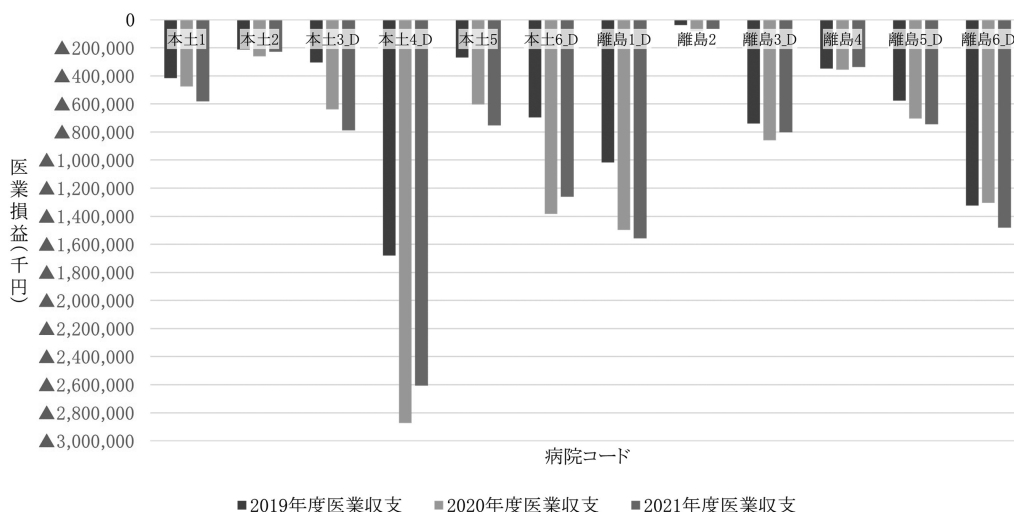
医業損益は、医業収益（入院収益・外来収益）と医業費用（職員給与費・材料費・減価償却費・経費⁴⁾・研究研修費・資産減耗費⁵⁾）の差額である。当然のことながら、医業収益が医業費用を上回れば“黒字経営”の状態であり、その逆の場合は“赤字経営”の状態となる。全国の自治体病院はコロナ禍以前から“赤字経営”に苦しむ病院が多く、診療規模の見直しや医療機能の転換など、立地する地域の人口動態に対応し、健全な経営を実現するための様々な経営改善策が実行されていた。

コロナ禍前とコロナ禍において、長崎県内の自治体病院の医業損益はどのように推移したのかを図5に示す。

他の都道府県に立地する自治体病院と同様、長崎県内の自治体病院も厳しい経営状況となっている。すべての病院において、医業損失額の大小はあるもののコロナ禍以前（2019年度）より赤字経営の状態が断続的に続いている。さらに、コロナ禍の2020年度以降は、すべての病院で医業損失額が増加している。特に、「コロナ病床」を設置した5病院（本土3_D、本土4_D、本土5、本土6_D、離島1_D）は、2019年度と比較し、2020年度は大幅な医業損失額を計上している。この5病院について医業経営情報を詳細に見ていくと、大幅な医業損失額を計上した主な要因は、以下のようにまとめられる。

- ① 本土3_D：入院収益が2019年度と比較し、5,503,073千円（2019年度比86.5%）の減収であったこと。
- ② 本土4_D：入院収益が2019年度と比較し、1,316,427千円（2019年度比86.6%）の減収で、なおかつ、職員給与費が353,617千円（2019年度比：104.7%）増加していたこと。

図5. 長崎県内自治体病院の医業損益の推移



出所) Ibid. をもとに筆者が作成。

- ③ 本土5：入院収益が2019年度と比較し、136,112千円（2019年度比88.3%）の減収で、なおかつ、職員給与費145,192千円（2019年度比：111.0%）と経費126,363千円（2019年度比：133.1%）増加していたこと。
- ④ 本土6_D：入院収益が2019年度と比較し、1,258,738千円（2019年度比89.3%）の減収であったこと。
- ⑤ 離島1_D：入院収益が2019年度と比較し、167,879千円（2019年度比93.9%）の減収で、なおかつ、職員給与費108,485千円（2019年度比：102.8%）と資産減耗費159,273千円（2019年度比798.1%）増加していたこと。

①～⑤に挙げた病院を見てみると、入院収益の減収が大幅な医業損失額を計上した大きな要因であることが分かる。これらの病院は、都道府県の要請に応じてCOVID-19感染者を即時に受け入れる体制を整備しておかなければならない（＝一定程度の病床を空床にしておかなければならない）「コロナ病床」設置病院であるため、本来、得られるはずであった入院収益が得られない状態が続いたことが、医業損失の大幅な増加を招いたことが推測される。さらに、それに相まって、医業費用のひとつである職員給与費が増加したことも、医業損失額の幅を大きくするひとつの要因として複数の病院で目立つ項目となっていた。

IV 医業経営状況を可視化する意義

医療機関が質の高い医療を提供するためには、安定した医業経営、即ち、質の高

い医業経営を実践することが肝要である。そして、質の高い医業経営を実践するためには“エビデンスに基づいた医業経営”を行う必要がある。病院長や事務長などといった病院経営管理者は、過去の経験や勘のみで経営意思決定するのではなく、客観的な情報に基づいて経営意思決定をすることが質の高い医業経営に繋がる。ポーター他（2009）は、「医療提供者が適切なコスト情報を持てば、それらを適切に解析することで、各患者の診療に本当に必要なコスト、並びにそうしたコストに影響する要因（合併症や回復期間）を理解できるようになるであろう。」（p. 276）と指摘し、医療機関の“エビデンスに基づいた医業経営”の重要性を示唆している。

また、彼は、他の医療機関との「比較可能な情報の収集」をすることが肝要であることも指摘している。それは、「他の医療提供者と比較できれば、情報の価値はさらに高まる。」（*Ibid.*, p. 282）と指摘し、それは、自院の医療の質や医業経営情報、医療機関としての強みや弱みを客観的に明らかにすることが可能になることを示している。続けて、「医療の価値に基づく競争が激化すれば、診療行為と診療価値を積極的に結びつけようとする医療提供者ほど適切な診療を提供するようになり、より成長していくのである。」（*Ibid.*, p. 289）と指摘しているように、医療機関が他の医療機関の医業経営状況と比較し、それを経営意思決定に活用することができれば、自院の競争優位性を確立し、質の高い医療と質の高い医業経営の両立が実現できることを示唆している。

さらに、筆者は、病院経営管理者が“エビデンスに基づいた医業経営”の実践を行うためには、医業経営情報の分析支援機構やその結果を可視化するためのDSS（Decision Support Systems：意思決定支援システム）のような分析支援環境の構築が必要であると考え。具体的には、質の高い医業経営情報を分かりやすく（＝可視化された情報）提供できるシステムが構築されれば、病院経営管理者の“エビデンスに基づいた医業経営”実践の支援に寄与することが可能になる。

本稿では、上述のような問題意識のもと、コロナ禍という医療提供体制にとっても医業経営にとっても“非常事態”とも言うべき時期の長崎県内自治体病院の医業経営状況について比較し、可視化することを試みた。その結果、どの自治体病院も厳しい経営状況であり、コロナ禍の2020年度以降は、すべての病院で医業損失額が増加していたという結果であることが明らかとなった。

そして、本稿の意義は次の2点にまとめられる。第1に、複数医療機関の医業経営状況可視化することで、他院の先駆的な取り組みを把握するきっかけに繋がることを示した。例えば、赤字幅の小さかった病院は“非常事態下”でどのような工夫をして経営実践してきたのかという調査をするきっかけになるかも知れない。第2

に、コロナ禍のようなパンデミックや大規模災害など“非常事態”が今後発生した際に医業経営を平常時と同じように継続させるための方途や経営戦略を“エビデンスに基づいて”立案することが可能であることを示した。本稿では、「入院収益」・「外来収益」・「医業損益」という3つの経営指標を用いて、2019年度（コロナ禍前）と2020年度・2021年度（コロナ禍）の医業経営状況を可視化し、医業経営の悪化を招いた要因を示した。その他に、例えば、DPC対象病院であれば疾病別の診療件数や手術実施件数などといった他の経営指標を組み合わせることで、より質の高い医業経営情報を示すことができるかも知れない。

大規模災害やパンデミックのような非常事態において、持続可能な医業経営を実践するための対策については、多くの医療機関で十分な検討がなされていないのではないと思われる。今回のコロナ禍について、厚生労働省からの「病床確保料」⁶⁾という臨時的な補助金交付がなければ、コロナ禍前から赤字経営が断続的に続いていた病院は存続の危機に瀕していたかも知れない。

医療機関が「強固な経営基盤」を計画的に確立するためには、病院経営管理者は、日頃から自院の医業経営情報に注視し、「エビデンスに基づいた医業経営」を実践することが肝要である。

V おわりに

自治体病院は、地域住民が健康で安心して過ごすことができるようになるための“最後の砦”である。自治体病院は、如何なる非常事態の中であっても、持続可能な医業経営を実践し、地域住民に対して質の高い医療を提供する使命を担っている。

本稿では、2019年度～2021年度の長崎県の自治体病院の医業経営情報を見て、コロナ禍が医業経営にどのような影響を及ぼしたのかということを示した。その上で、“非常事態”ともいふべき今回のコロナ禍を教訓として、自院はもちろん他の医療機関の医業経営状況を可視化する意義、即ち医療機関が安定した医業経営を実践するためには「エビデンスに基づいた医業経営」が肝要であることを示した。

今後の研究課題は、本稿で示した医業経営情報の整理や可視化の仕組みも盛り込んだ“医業経営DSS”とも言うべき、医業経営情報の分析支援機構のシステム構築に着手することである。この研究課題の報告は、向後の研究に俟つ。

謝辞

本稿は、JSPS 科研費 JP20K02226・JP20K13609・JP23K01623の助成を受けたもの

である。

注

- 1) わが国では、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、感染症法と略記）において、感染症の感染力や感染した場合の症状によって1類～5類に分類している。COVID-19は、2023年5月7日まで「新型インフルエンザ等感染症（2類相当）」に分類されていた。感染症法2類相当では、①国や自治体が感染者に対して入院勧告・就業制限・外出自粛の要請を行う、②感染者の検査・治療費用は全額公費で負担される、③患者の報告は、全数報告することとする。となっていた。感染症法5類に移行したことで、上記①の要請は行われなくなり、②の感染者の検査・治療費用は自己負担となり、③は基幹病院からの定点報告に変更された。
- 2) DPC（Diagnosis Procedure Combination：診断群分類）制度が適用される医療機関を意味する。厚生労働省より急性期病院としての条件が満たされていることを認められ、その上で、入院医療費の定額支払制度を導入している医療機関を示す。詳細は、厚生労働省（2011）を参照されたい。
- 3) 「発熱外来設置の有無」と「コロナ病床設置の有無」に関する情報は、本稿が対象としている2021年度末時点までのものである。
- 4) 病院職員の福利厚生に要する法定外福利費が計上される医業費用項目である。
- 5) 固定資産を減価償却せずに廃棄した場合に計上される医業費用項目である。
- 6) 詳細は、日本経済新聞（2023a；2023b）を参照されたい。

参考文献

- 厚生労働省（2011）「DPC 制度（DPC/PDPS）の概要と基本的な考え方」<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000105vx-att/2r9852000010612.pdf>, 2023年10月25日確認。
- 総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表（令和元年度～令和3年度）」https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/index.html, 2023年10月25日確認。
- 長崎県（2023）「長崎県内の外来対応医療機関一覧表」<https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2023/09/1694133830.pdf>, 2023年10月25日確認。
- 日本経済新聞（2020）「コロナで医療費1兆円減 受診控え続く」日本経済新聞2020年10月19日朝刊。
- 日本経済新聞（2023a）「医療の効率化遠く－コロナ病床確保 過剰に補助金」日本経済新聞2023年1月14日朝刊。
- 日本経済新聞（2023b）「診療報酬の増減 少子化財源左右」日本経済新聞2023年6月15日朝刊。
- ポーター・E・マイケル, エリザベス・オルムステッド・テイスバーク著, 山本雄士訳（2009）『医療戦略の本質－価値を向上させる競争－』日経BP社。
- 前田瞬（2017）「北海道内自治体病院の経営効率性分析」『都市学研究』No.54, pp.11-18。
- 前田瞬（2019）「自治体病院における病床利用率と平均在院日数に関する一分析－黒字病院と赤字病院の比較－」『徳山大学総合研究所紀要』No.41, pp.123-130。
- 前田瞬, 村田幸則（2022）「医療情報システム構築における情報品質向上への技術的アプローチ」『日本情報経営学会誌』Vol.42, No.1, pp.28-35。
- Lewandowski, A. R. (2023) *Management Control in Hospitals: A Breakthrough Approach to*

Improving Performance and Efficiency, Productivity Press.

Vest, J. R. and Gamm, L. D. (2010) "Health Information Exchange: Persistent Challenges and New Strategies," *Journal of American Medical Information Association*, Vol.17, No. 3, pp.288-294.

Wager, A. K., Frances W. L. and John P. G. (2017) *Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management*, Jossey-Bass.