# 黒字病院と赤字病院におけるコスト要因の比較分析

久 保 亮 一

## 1. はじめに

10 年ひと昔と言われるが，2020 年度の病院経営の状況は 10 年前と比べてどのように変化しているのだろうか.

まず最初に，倒産状況から見ていこう．帝国データバンクによる 2019 年度医療機関の倒産動向調査によると，2019 年度における医療機関の倒産は過去 10 年間で最多であり，10 年間の累積倒産数は 54 病院にのぼることが報告されている [1].

次に，黒字病院と赤字病院の比率を扱った 2 つの調査から，病院の経営状況を確認しよう．全国公私病院連盟による 2019 年度病院運営実態分析調査では，836 病院のうち黒字病院が 29.1％（185 病院）であり，赤字病院が 70.9％（450 病院）であったことが明らかになっている [2]．もう 1 つの日本病院会，全日本病院協会，日本医療法人協会の 3 団体による 2019 年度病院経営定期調査では，1412 病院のうち黒字病院が 44.7％であり，赤字病院が 55.3％であることが判明している [3]．これら 2 つの調査では，サンプルの属性（自治体病院，公的病院，私的病院，国立・大学附属病院など）の比率が異なるため結果に違いがみられるものの，10 年前と同様に過半数の赤字病院が存在することを確認することができる.

このような状況の下で病院が本来の役割を継続的に果たすためは，単に質の高い医療サービスを提供するのでなく，高品質な医療サービスを効率的に低コストで提供し，適切なレベルの医業利益を確保することが求められているのは疑いないだろう（栗栖・島・安酸, 2019）．支出当たりの患者にとってのアウトカムの質を高めながら，コスト削減を目標とするべきなのである（Porter and Teisberg, 2004）.

以上より，本稿は，高品質な医療サービスと低コストを両立させることをあるべき姿としてとらえながらも，病院の経営状況，ひいてはその存続や成長に影響を与えるコスト構造に焦点をあて，

1） 2010 ～ 2019 年間における累積倒産数を計算すると，病院 54，診療所 156，歯科医院 134 件である（帝国データバンク, 2019）.

2） この調査では，1 年のうち 6 月 1 カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院数の割合であることに注意が必要である．なお，他会計負担金・補助金等の組織活動以外の収入は総収益から控除されている.

3） 本データの黒字・赤字病院の割合は，本業以外の収益を含む経常利益ではなく，医療サービスの提供のみによる医業利益を用いて表している.

黒字病院と赤字病院を比較することを目的とする[4]．具体的には，研究方法は下村・久保（2011）を踏襲し，2018 年の独立行政法人国立病院機構の財務諸表データを用いながら，黒字病院グループ（N=37）と赤字病院グループ（N=42）におけるコスト構造に差があるのかどうかを定量的に分析していく．

## 2. 先行研究

### 2.1 非営利組織としての病院

病院は，非営利組織に位置づけられる．非営利組織としての病院は，医療を公共サービスとして考えるべきであり，たとえ不採算であっても公的使命をふまえながら病院全体としての経営を考える必要があるとされる（井田・渋井, 2006）．病院は営利を追求しない経営体ではあるが，それは利益を配当として出資者に分配することを禁じる営利禁止であって，利益の発生自体が禁じられているわけではない（中島, 2002）．病院にとっての利益は「目的」ではなく，質の高い医療サービスの提供を行うための「手段」なのである（厚生労働省医政局委託報告書, 2004）．だが，かりに病院で赤字経営が続いてしまうと最初に資金が不足する．そうなると，次に医療サービスの前提となる固定資産に関わる能力が減少することになり（藤本・坂本, 2002），最終的には病院組織の存続や成長が危うくなってしまう．

以上より，医療保険制度の改変や病院間の競争激化に伴う病院の収益環境の悪化を念頭に置けば，医業収益の増大を期待するのではなく，コスト・マネジメントを通じて利益の出る財務体質を構築することが病院経営における喫緊の課題である（栗栖・島・安酸, 2019）．では，黒字病院と赤字病院とをコスト面で比較すると，どのような違いがみられるのであろうか．これが本稿における主たる問いとなる．

### 2.2 財務指標を用いた定量的研究

データの入手可能性の問題から，わが国の病院経営について財務指標を用いて検討した定量研究はあまり蓄積されていない．財務指標が公開されている国立病院機構のデータを用いた先行研究は，安酸・梶原・島・栗栖（2011），木下・筒井・東野（2019），衣笠（2007），中川・竹村・吉原・中川（2010）などがある[5]．

安酸・梶原・島・栗栖（2011）は，国立病院機構の財務データと非財務データを組み合わせながら，収益の変動に対してどのようなコスト調整が行われるのか（コスト下方硬直性が現象として見られるのか），という問題意識にもとづいて定量分析を行っている．その結果，前年度収益が減少した場

4） 荒井（2007）によると，日本の病院はコスト管理よりも収益管理を重視して医療サービス活動を行ってきた現状がある．本稿は収益・コスト面の両方のアプローチが重要であると考えるが，今回の分析はコスト面に焦点を当てる

5） 国立病院機構以外の財務指標を用いた研究に，羽田（2015），松田・村田（1996），左右田（2016）などがある．

合に，給与費・材料費の変化率のうち，給与費はあまり減少しないが（下方硬直性が存在した），材料費は給与費と比べて減少していたこと．そして，前年度収益と材料費の変化率の関係を病床稼働率がモデレートしていることを示している．

木下・筒井・東野（2019）は，一般病院と重症心身障害有床病院にサンプルを分類し，これら 2 グループ間で収益構造，費用構造，病床規模別のデータ比較を経年的に行うことによって，重症心身障害有床病院の特徴を記述することを目的にしている．その結果，重症心身障害有床病院は，経常利益率が黒字であったこと，病床規模に関わらず給与費の割合が高いこと，病床規模が小さくなるにつれて経常利益率が高くなっていることなどを報告している．

衣笠（2007）は，独立行政法人化された国立病院機構の初年度のデータと日赤，済生会，自治体病院とを比較したり，国立病院機構に属する赤字病院・黒字病院の費用構造や診療業務収益を平均値で比較して当時の現状を記述している．

中川・竹村・吉原，他（2010）は，国立病院機構の一般病院 73 院と政策医療病院 71 院を対象にして，著者達が独自で開発した指標である RMP，RIP，OPP[6] を用いて損益分岐点を示すことを目的としている．その結果，RMP − RIP で損益分岐点が求められること，OPP が現在の経営状態を示すことを報告し，さらに 3 つの指標を用いた病院経営の有効性を示唆した．

以上述べた先行研究では，研究の関心に応じてさまざまな分析手法が用いられているが，個別病院のデータを用いながら黒字病院と赤字病院を分かつ可能性のあるコスト費目を定量的に分析することを目的とした研究は見当たらない．次節からこの課題に対して分析を行っていく．

## 3. 研究方法

前述したとおり，本稿は下村・久保（2011）での研究方法を踏襲し，下村・久保（2011）の 10 年後のデータを用いて分析を行う．データは独立行政法人国立病院機構の財務諸表を利用した．国立病院機構に属する病院は，一般的な医療サービスの提供のほか，政策医療として厚生労働省により定められた 19 医療分野 14 疾患への対応，医療に関する調査・研究，医療技術者の育成を目的として運営されている．したがって，政策医療を事業目的に含めている点で，一般の医療法人よりも事業目的の範囲が広く設定されている．

### 3.1　データソースとサンプル選択

分析には，平成 30 年度（2018 年度）の独立行政法人国立病院機構（全 141 病院）の第 15 期事業年度財務諸表を用いた[7]．国立病院機構に属する病院は，政策医療の実施を目的の 1 つとするため一

6)　これらの指標は，RMP（人件費対人件費排除後限界利益率），RIP（人件費対間接費率），OPP（人件費対営業利益率）とされる．

7)　2018 年の財務諸表であるため，COVIT-19（旧通称：新型コロナウイルス）の影響は考慮しなくてもよいと考えられる．

般病院と異なる属性を有する．だが，本稿の分析はわが国で多数を占める一般病院での知見に貢献することを意図するため，分析対象を一般病院に近づけるように工夫する．具体的には，以下の手続きを用いてサンプルの選択を行った．厚生労働省の定義によれば，一般病院とは，「特定機能病院」，「精神科病院」，「療養病床を有する病院」以外の病院のことである．この定義を参考にして，本稿では公表されている医療機能情報のデータおよび病院 HP を参照し，病床の種別に注目しながら，独立行政法人国立病院機構に属する 141 病院から次に該当する病院をサンプルから除外した．①特定機能病院などの 12 病院，②一般病床数より精神病床数が多い 10 病院，③一般病床数より政策医療病床数が多い 20 病院，④一般病床数より結核病床数が多い 0 病院である．さらに，上記の 42 病院を除いた 99 病院の病床数の再チェックを行い，一般病床割合が 50％に満たない 20 病院をサンプルから除いたところ，分析対象となる病院は 79 病院になった（N=79）．

次に，本稿では医療サービス活動の結果としての純粋な経営成果を検討するため，分析対象になる 79 病院の損益計算書を参照し，医業収益から本業とは関係のない運営費交付金収益・補助金等収益･寄付金収益を引いた値を用いて，黒字病院か赤字病院かを判断した．この処理の理由を述べると，国立病院機構に属する病院は，運営交付金・補助金・寄付金等の補填によって，最終的に黒字決算になる場合があるためである．その結果，経常収益が黒字を示した病院が 37，赤字の病院が 42 となり，それぞれを黒字病院，赤字病院のサンプルとして利用することにした．

### 3.2 分析方法

独立行政法人国立病院機構の損益計算書のデータを用いて，黒字決算の病院と赤字決算の病院との費用項目を比較し，統計的に有意な差がないかどうかを検討した．分析ソフトウェアは SPSS，分析手法は t 検定を用いた．費用項目に関するデータの処理は，各費用項目を医業収益で除したものを使用している．つまり，医業収益に占める費用の割合をデータにおける数値として用いている．なお，ここでいう医業収益とは，黒字病院と赤字病院のグループ分けの処理の場合と同様に，本業とは関係のない運営費交付金収益･補助金等収益･寄付金収益を医業収益から引いた値を用いている．

本稿で比較する費用項目は以下のとおりである．①診療業務費に属する保険等査定減，②給与費，③材料費，④診療材料費，⑤医療消耗器具備品費，⑥給食材料費，⑦委託費，⑧設備関係費，⑨減価償却費，⑩経費，⑪一般管理費に属する支払利息，⑫その他経常費用である．

③材料費は，④～⑥の費用項目と医薬品費の和より構成されるが，医薬品費に関しては，院外処方と院内処方が黒字病院と赤字病院の双方に混在していることから，今回の分析対象からは除くことにした．また，材料費をひとくくりで分析することにくわえ，どの費用項目に差があるのかを見出すため，④～⑥でも別途の分析を行うことにした．同様に，⑧設備関係費は，減価償却費，機械保守料，車両費，修繕費，賃貸料により構成される．その設備関係費の中で，特に多額な⑨減価償却費に関しては，別途に分析を行った．

## 4. 結果

t 検定の結果をまとめたものが表 1 である[8]．②給与費「t (72) = 1.666 p<.05」・⑩経費「t (72) = −1.682 p<.05」は，それぞれ 5%水準で有意な差がみられるという結果が得られた．また，⑦委託費「t (72) = −3.422 p<.001」・⑧設備関係費「t (72) = −5.169 p<.001」・⑨減価償却費「t (72) = −4.134 p<.001」については，それぞれ 0.1%水準で有意な差がみられるという結果が得られた．

一方で，①診療業務費に属する保険等査定減，③材料費，④診療材料費，⑤医療消耗器具備品費，⑥給食材料費，⑪一般管理費に属する支払利息，⑫その他経常費用に関しては，有意な差がみられなかった．

**表 1　分析結果：黒字病院と赤字病院のコスト構造の差（2018 年度）**

| | 黒字病院 | | 赤字病院 | | t 検定 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | t 値 | p 値 |
| ②給与 | 34.915 | 24.189 | 37.371 | 25.239 | 1.666 | p＜0.05 |
| ⑦委託費 | 4.946 | 0.945 | 5.870 | 1.612 | -3.422 | p＜0.001 |
| ⑧設備関係費 | 9.411 | 5.175 | 12.233 | 5.592 | -5.169 | p＜0.001 |
| ⑨減価償却 | 5.616 | 3.710 | 7.611 | 4.631 | -4.134 | p＜0.001 |
| ⑩経費 | 5.366 | 0.910 | 5.706 | 0.611 | -1.682 | p＜0.05 |

t 検定の結果と平均値から，②給与費・⑦委託費・⑧設備関係費・⑨減価償却費・⑩経費に関しては，黒字病院と比べて赤字病院は高コスト構造であることが明らかになった．

さらに，今回得られた結果と比較するため，下村・久保（2011）での結果を以下に示す（表 2 参照）．サンプルが多少入れ替わっているものの，10 年の期間をおいたこれらの表を比較すると，②給与費・⑧設備関係費・⑨減価償却費・⑩経費は一貫して黒字病院と赤字病院の差があることが見てとれる．その一方で，2008 年度には差が見られた①診療業務費に属する保険等査定減，③材料費，④診療材料費，⑪支払利息が，10 年後には消えている．そして，2018 年度には 2008 年度にはなかった⑦委託費が新たな費目として登場していることが分かる．

8)　最初に Levene の検定を用いて，黒字病院と赤字病院とのグループ間に等分散が仮定できるかどうかのチェックを行った．その結果に応じた t 検定の結果を表 1 には示している．結果は，表 1 におけるすべての費目（給与，設備関係，委託費，減価償却，経費）において等分散が仮定できていた．

表 2　分析結果：黒字病院と赤字病院のコスト構造の差（2008 年度）

| | 黒字病院 | | 赤字病院 | | t 検定 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | t 値 | p 値 |
| ①保険査定 | -0.192 | 0.103 | -0.305 | 0.144 | 4.396 | p＜0.001 |
| ②給　与 | 53.685 | 7.811 | 57.498 | 11.203 | -2.014 | p＜0.05 |
| ③材　料 | 20.543 | 7.497 | 24.551 | 6.683 | -2.791 | p＜0.01 |
| ④診療材料 | 7.051 | 4.027 | 8.813 | 4.211 | -2.138 | p＜0.05 |
| ⑧設備関係 | 8.143 | 2.243 | 10.493 | 3.278 | -4.075 | p＜0.001 |
| ⑨減価償却 | 4.687 | 1.960 | 6.799 | 3.316 | -3.750 | p＜0.001 |
| ⑩経　費 | 7.638 | 0.809 | 8.338 | 1.166 | -3.404 | p＜0.01 |
| ⑪支払利息 | 1.900 | 1.078 | 2.620 | 1.641 | -2.523 | p＜0.05 |

出所：下村・久保（2011）

以上の分析結果を用いて，病院経営に関する様々な示唆を導くことができる．次節では，分析結果を確認しながら考察や推論を行うことにする．

## 5．考察

最初に，本稿でのサンプルである 2018 年度の分析で統計的に有意な差がみられた項目について，下村・久保（2011）の内容を参考にしながら，考察や推論を加えていくことにする．

まず，②給与費「t（72）＝1.666 p<.05」について述べる．独立行政法人国立病院機構の各病院では，同じ給与体系が採用されている．それにもかかわらず，黒字病院と赤字病院の間に差が生じているため，次のような推論が可能である．第 1 に，黒字病院は，適正な人員配分が実現できているのかもしれない．具体的には，医療従事者及び事務スタッフが適正人数で構成されていること，年齢構成のバランスが良いこと，常勤職員と非常勤職員の割合をうまく調整していることがあげられる．第 2 に，黒字病院では業務委託を上手く活用し，人件費の抑制ができている可能性がある．実際に，国立病院機構の年度計画では，「技能職などの職種で，業務の簡素化・迅速化，アウトソーシング化などによる効率化」を目標にしていることからも業務委託による人件費削減の重要性がうかがえる．

⑦委託費「t（72）＝－3.422 p<.001」は，黒字病院と赤字病院の間に統計的に有意な差があるという結果が得られた．委託業務は，専門性が必要なもの（例：検査，医事）からそうでないもの（例：清掃，給食，寝具）まで存在し，各病院にそのマネジメントが委ねられている．これらから，以下の可能性が考えられる．第 1 に，委託業務の選定に関する問題である．委託業務を選定するうえで，自院内外でその業務を行った場合のコスト比較の検討が不十分，といった状況が想定される．第 2 に，委託業者との契約内容に関する問題である．委託業者との折衝や契約方法のまずさから，コストパフォーマンスに見合わない委託契約を結んでいることがありえる．この⑦委託費と②給与費の結果を合わせて考えると，赤字病院は黒字病院よりも委託費が多くかかっているが，同時に人件費（給

与費）の割合も多いとみなすことができる．一般に，病院経営では委託費と人件費との合計で適正な人員配分が行われているかが判断される．よって，個々の病院はこれら 2 つの費用のバランスを取りながら，同時に医療サービスの量と質を満たすマネジメントが求められる．

⑧設備関係費「t（72）＝－5.169 p<.001」およびその 1 項目である⑨減価償却費「t（72）＝－4.134 p<.001」に関しては，黒字病院と赤字病院の間に差がみられた．ということは，以下の可能性が考えられる．設備関係費は，減価償却費・器械賃借料・地代家賃・修繕費・固定資産税等・機器保守料・機器設備保険料・車両関係費・及び PFI 費用（国立病院機構の決算科目）の費用項目で構成されていることから，第 1 に，赤字病院は設備等の固定資産に対する維持管理に経費がかさんでいる．第 2 に，立地条件や病院規模に不釣合いな設備投資を実行しているのかもしれない．医療サービスを充実させるためには，新たな検査機器や建物に投資をすることが欠かせないが，医療機器・施設整備計画を策定する際に投資対効果の分析と予測を綿密にする必要があるのではないだろうか．

⑩経費「t（72）＝－1.682 p<.05」」に関しては，福利厚生費・旅費交通費・通信費・消耗品費などで構成されている．これらは，一般の企業会計の決算書でいうところの販売費及び一般管理費とほぼ同じである事から，赤字病院は販管費に費用がかかりすぎている．これらから，赤字病院における経営の問題点として，コスト削減に関する意識の不足や実行手段の不備が考えられる．

以下では，2008 年度には差が見られたものの（下村･久保, 2011），2018 年度には差が見られなかった①診療業務費に属する保険等査定減，③材料費，④診療材料費，⑪支払利息について検討していくことにする．

①保険査定の差が 2018 年度に見られなかった点について述べる．医療機関は医療行為を診療報酬点数表に照らし合わせて診療報酬を算定し，患者一部負担金を控除した金額を審査・支払機関にレセプト請求する（新日本監査法人医療福祉部編, 2005）．その際，審査支払機関がレセプト請求を不適当と判断した場合に「査定」，医療行為の適否が判断できない場合に「返戻」の処置がなされる．これらの処置により，診療業務費に属する保険等査定減という結果を招く．つまり，保険査定で問題が起こると，病院側は診療したのにも関わらず報酬を得られないことになる．保険査定で黒字病院と赤字病院の差が見られなくなった理由を推論すると，DPC 対象病院の増加や電子カルテなどの ICT を利用したオンライン申請が普及することにより請求行為が標準化され，レセプト請求の巧拙が医事担当者の能力に依存しなくなったのかもしれない．

③材料費およびその 1 項目である④診療材料費で，黒字病院と赤字病院の間に差がみられなくなった理由に関して述べる [9]．診療材料費とは「1 回毎に消費する診療材料の費消額」であるが，医療材料の共同購入や価格交渉の方法の見直しにより費用を削減できた可能性がある．さらに，各院が

9）　前述したとおり，医薬品費に関しては，院外処方と院内処方が黒字病院と赤字病院の双方に混在していることから，材料費を構成する費目である医薬品費を分析から省いている．

SPD と呼ばれる院内物流管理システムを導入・改良し，在庫管理の適正化に取り組んだ結果なのかもしれない．

最後の⑪支払利息に関して述べる．国立病院機構のもとで各病院が独立法人化された際に多額の借入金が存在したケースがあった．差がなくなった理由として，これらの長期債務を償還した結果であるのかもしれない．

## 6. 結論と示唆

本稿は，2018 年度独立行政法人国立病院機構の財務諸表データを用いながら，赤字病院グループと黒字病院グループにおけるコスト構造に差があるのかどうかを定量的に分析した．その結果，②給与費・⑦委託費・⑧設備関係費・⑨減価償却費・⑩経費の項目で，2 グループ間に差があることを明らかにした．さらに，10 年前の 2008 年度の結果と比較することにより，①診療業務費に属する保険等査定減，③材料費，④診療材料費，⑪支払利息におけるグループ間の差が見られなくなっている状況を指摘した．

本稿の貢献として，第 1 に，定量的な分析手段を用いて，病院経営におけるコスト効率の重要性を再検証していることである．病院経営に関わる先行研究では，コスト面での重要性について指摘がされる一方で，個別病院のデータを用いて定量的な分析方法で検証したものはあまり存在しなかったと思われる．本稿では，サンプルが国立病院機構に属している病院という制約はあるものの，その結果を一般病院に対しても適用可能な形で提示するよう心がけた．

第 2 に，黒字病院と赤字病院間で差が見いだされる費用項目を具体的に再提示したことである．本稿では費用項目を具体的に明示しているため，現実の病院経営に携わる実務家にとって，どの項目部分に対処すればよいのかを示唆できると考える．

本稿の課題を述べると，結果の解釈に関して，実際にフィールド調査をしながら事実関係を確認する必要がある．この点については，今後の課題としたい．

**【謝辞】**

本稿の作成にあたり，株式会社キャンドウ（医学博士）下村欣也さんにはデータの収集・整理でご協力いただいた．記して感謝したい．

**【参考文献】**

荒井耕（2007）『医療原価計算：先駆的な英米医療界からの示唆』中央経済社.

安酸建二, 梶原武久, 島吉伸, 栗栖千幸（2011）「非営利組織 / 公的組織におけるコスト変動に関する実証研究 : 病床稼働率によるモデレート効果」『原価計算研究』35（1）, 141-150.

藤本孝一郎，坂本眞一郎（2002）「財政状態格差に関する財務情報と自治体経営病院の資本構造」『情報文化学会論文誌』,

9（1）, 76-84.

厚生労働省医政局委託報告書（2005）「病院経営をはじめとした非営利組織の経営に関する調査研究 報告書」, 2021 年 12 月 29 日検索,」 https://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/61caf27c367a2d3049257067000d725a/$FILE/hokokusho.pdf

井田正明，渋井進（2006）「大学病院における経営分析と情報技術―京都大学医学部付属病院の事例―」『大学評価・学位研究』4, 115-123.

羽田明浩（2015）「病院経営における競争優位の源泉の検証：病院経営の戦略グループ間移動障壁の探求」『日本医療・病院管理学会誌』52（4）, 201-208.

木下隆志, 筒井孝子, 東野定律（2019）「国立病院機構における重症心身障害病床を有する病院の財務の特徴に関する研究」『経営情報イノベーション研究』8, 59-73.

衣笠陽子（2007）「医療機関の赤字経営とその意味：独立行政法人国立病院機構の分析を通して」『日本管理会計学会誌』15（2）, 93-108.

栗栖千幸, 島吉伸, 安酸建二（2019）「日本の一般病院における会計情報利用に関する実態調査」『商経学叢』25（3）, 755-776.

厚生労働省, 厚生労働省医政局, 用語の定義, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa09/yougo.html, 2021 年 12 月 29 日閲覧

松田晋哉，村田洋（1996）「財務諸表を用いたわが国の民間病院の経営状況の分析（1982-1991 年）」『産業医科大学雑誌』18（2）, 151-164.

中川義章, 竹村匡正, 吉原博幸, 中川義信（2010）「人件費をベースとした新たな病院経営指標を用いた国立病院機構における 5 年間の分析」『日本医療マネジメント学会雑誌』48（3）, 129-136.

中島照雄（2002）「医療財政と医療経営システム」『群馬大学社会情報部研究論集』, 9, 93-114.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O.（2006）. *Redefining Health Care.* Harvard Business Press. マイケル・E・ポーター, エリザベス・オルムステッド・テイスバーグ（2009）『医療戦略の本質』山本雄士 訳, 日経 BP 社.

左右田裕生（2016）「黒字病院群と赤字病院群の比較による財務特性と経営指標の有用性に関する研究：社会福祉法人済生会病院群での検証」『商大ビジネスレビュー』6（2）, 159-179.

全国公私病院連盟（2020）「令和 2 年 病院運営実態分析調査の概要」, 2021 年 12 月 29 日閲覧, http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/pdf/R1-gaiyou.pdf

下村欣也, 久保亮一（2011）「病院経営におけるコスト構造の定量分析―国立病院機構の黒字病院と赤字病院とのグループ間比較―」『日本医療・管理学会誌』129, 5-12.

新日本監査法人医療福祉部 編（2005）『病院会計準則ハンドブック』医学書院.

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会（2019）「2019 年度病院経営定期調査」2021 年 12 月 29 日閲覧, https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/2019keieichousa.pdf

帝国データバンク（2020）「医療機関の倒産動向調査 2019 年」, 2021 年 12 月 29 日閲覧, https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/pdf/p200101.pdf

# Comparative Analysis of Cost Structures between groups of profitable and deficit hospitals

Ryoichi KUBO

## ABSTRACT

This study analyzed quantitatively whether there were differences in cost structures between the profitable hospital group（N=37）and the deficit hospital group（N=42）, using financial statement data of the National Hospital Organization. Few previous studies have used quantitative methods to examine financial data from individual hospitals. The results of comparative study showed that there were differences between the 2 groups in the following items :（1）salary expense ;（2）consignment costs ;（3）equipment-related costs;（4）depreciation expense;（5）other expenses.

From the results of this study, we can suggest the following points : first, the importance of cost effectiveness in hospital management was verified using comparative analysis method; second, this study specifically identified the cost items where differences were found between profitable and deficit hospitals.