

国保病院の改革の手引き

概 要 編
総 論
各 論

平成20年 11 月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

● はしがき

● 概要編

| | |
|----------------------------|---|
| 1 「国保病院の改革の手引き」の趣旨 | 3 |
| 2 国保病院の責任者としての責務 | 3 |
| 3 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント | 3 |
| 4 国保病院の特性と役割 | 4 |
| 5 公立病院改革にどう対応すべきか | 4 |
| 6 経営の効率化 | 4 |
| 7 再編・ネットワーク化 | 5 |
| 8 経営形態の見直し | 5 |
| 9 結論のまとめと国診協の今後の対応 | 6 |

● 総 論

| | |
|-------------------------------|----|
| 1 「国保病院の改革の手引き」の趣旨および構成 | 11 |
| 2 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント | 13 |
| 3 国保病院の特性と役割 | 19 |
| 4 公立病院改革にどう対応すべきか | 22 |
| 5 総論のまとめと国診協の今後の対応 | 26 |
| [補論] 国保病院とその他の自治体立病院の経営状況等の比較 | 28 |

● 各 論

| | |
|-----------------------------|----|
| 1 各論の趣旨・構成等 | 33 |
| 2 各国保病院が果たすべき役割及び一般会計負担の考え方 | 36 |
| 3 経営の効率化 | 43 |
| 4 再編・ネットワーク化 | 55 |
| 5 経営形態の見直し | 56 |

は し が き

国保直診の多くは医療資源が乏しく高齢化率の高い中山間地域等に主として設置されており、地域包括医療・ケアの理念の下、健康づくり、健診、急性期医療（入院・外来）から在宅医療（ケア）、リハビリまで保健・医療・福祉（介護）の全人的医療をシームレスに提供し、不採算部門を抱えながらも地域づくりと医療費の適正化に貢献してきた。

しかし、近年、医療・介護を取り巻く環境は大きく変化しており、国保直診もその対応に迫られている。相次ぐ診療報酬のマイナス改定、7対1看護基準の導入による看護師の不足、療養病床の削減策への対応、介護予防の円滑な実施は、その一例であるが、とりわけ、医師の引き揚げ等による医師不足は国保直診を直撃し、地域医療を崩壊させかねない深刻な事態を招いている。このように国保直診をめぐる状況は誠に厳しいものがあるが、国保直診は開設者と意思疎通を密にして、健康づくり事業、在宅医療の推進、栄養・口腔ケアを含む介護予防の推進等を図り、住民が住みなれた場所で安心して生活できるように地域の維持発展に寄与することが求められている。

こうした中で、平成19年12月24日、総務省より「公立病院改革ガイドライン」が示され、公立病院を抱える自治体は、平成20年度中に改革プランを作成することが求められることとなった。この「ガイドライン」が策定されたきっかけは、経済財政諮問会議において、民間議員から自治体病院の高コスト構造是正が指摘され、平成19年6月19日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2007」において、「平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」ことが盛り込まれたことによる。そして、同年19年7月に総務省に「公立病院改革懇談会」（座長：長隆 [公認会計士]）が設けられ、そこにおける検討を踏まえ、「公立病院改革ガイドライン」として通知されたものである。

公立病院改革は避けて通ることのできない課題である。しかし、改めて言うまでもなく、一口に公立病院といっても置かれている条件は同じではない。特に国保直診の病院は中小病院が多く、医療資源が乏しい中山間地域等に多く設置されているなど、経営的に厳しい病院が圧倒的に多い。また、高齢化や過疎化が進む中で、国保病院が立地する自治体の財政状況そのものが厳しい状態にあり、改革プランの策定に苦慮する国保病院や自治体は少なくない。国診協としては、このような認識の下に、平成20年1月に「国保直診における公立病院改革検討委員会」を設置し検討を重ね、「国保病院の改革の手引き」を作成したものである。

「国保病院の改革の手引き」は、①概要編 ②総論 ③各論 ④資料編の4部からなっている。①「概要編」は総論及び各論の要点をまとめたものである。②「総論」は、この手引きの趣旨、ガイドライン策定の背景等、国保病院の特性と役割、この改革に国保病院がどのように対応すべきか等基本的な事項をまとめたものであり、必要な事項が全て網羅されているといっても過言ではない。③「各論」は、総論を受けて公立病院改革の視点ごとに、国保病院が果たすべき役割、一般会計負担の考え方を具体的に記述したものである。

④「資料編」は、改革ガイドライン、そのQ&A、地方公営企業繰出基準、国保病院に関連する諸統計等を参考資料にまとめたものである。

この手引きを作成するにあたり最も心を配ったのは、国保直診・国保病院の実状や特性をいかに踏まえたものにするか、特に、国保直診・国保病院が理念として掲げてきた地域包括医療・ケアをどのように公立病院改革プラン策定に反映させるか、ということであった。

これらを解決できたのは、「国保直診における公立病院改革検討委員会」の岩崎榮委員長のご指導をはじめ委員の方々のご意見、オブザーバーとして検討会に参加していただいた厚生労働省保険局国民健康保険課 神田裕二課長、総務省自治財政局地域企業経営企画室濱田省司室長の専門的かつ高い見地からのご助言のお蔭である。とりわけ、総務省の「公立病院改革懇談会」の委員でもあった政策研究大学院大学の島崎謙治教授には、総論・各論の原案を起草していただいた。関係各位には紙面をお借りして心より深謝申し上げる次第である。

このように多数の方々のご協力のお蔭で作成することができた「国保病院の改革の手引き」が会員の皆様の手元に置かれ、今後の公立病院改革プランの策定はもとより、個々の国保病院の実際の改革を通じ地域医療の発展に寄与することを切に願うものである。

平成20年11月

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会

会 長 富 永 芳 徳

概要編

1 「国保病院の改革の手引き」の趣旨

- (1) 平成20年度中に国保病院が公立病院改革プランを策定するにあたり参考となる事項をまとめたものである。
- (2) 各論では、基本的に各国保病院の院長をはじめ病院関係者の側に立って記述している。
- (3) 国保病院の置かれている実状や特性等を踏まえ、公立病院改革にどのように取り組んでいくべきか、基本的な考え方・理念を明確にし「指針」を示すことが趣旨である。
- (4) 国保病院は、へき地医療や救急医療など地域医療を支えるほか地域包括医療・ケアに積極的に取り組んできており、国保病院の使命は、地域医療を確保するとともに疾病予防・介護予防等を通じ、地域住民の健康と安心を守ることにある。この重要性から総論において「国保病院の特性と役割」、各論において「地域包括医療・ケアの取り組み」の項を設け、記述している。

2 国保病院の責任者としての責務

- (1) 改革の動きにどのようなスタンスで臨むのか決断が必要
- (2) 各病院の問題点や課題を正確に分析把握することが必要
- (3) 地元市町村の首長・議会関係者・住民のほか、都道府県の関係部局に対し、改革プランを説明し納得を得なければならない
- (4) 病院長、事務長をはじめ病院スタッフは単なる「関係者」ではなく、実質的な「主体者」であり、改革プランの策定をリードしていくことが求められる

3 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント

- (1) 「公立病院改革ガイドライン」が出された背景の第1は公立病院（自治体病院）の経営状況・コスト構造、第2は地方財政の健全化の要請、第3は「民間でできることは民間へ」という流れ、第4は医師不足（特に僻地・小規模病院において深刻化）である。
- (2) ガイドラインのポイントは、第1に地域において公立病院として果たすべき役割は何か見直すこと、第2に赤字補填的な繰出を認めていないこと、第3に「経常黒字」達成が求められていること、第4に経営に関し数値目標を掲げること、第5に医療機能の確保に関する指標も数値目標を設定すること、第6に「再編・ネットワーク化」および「経営形態の見直し」に係る部分は当面の検討・協議に係るスケジュール等を掲げるにとどめることも認められていること、第7に民間病院並みの水準により新增築、改築等が行われるよう留意すること、第8に実施状況の「点検・評価・公表」、第9に公立病院改革の実施に伴う財政支援措置である。

4 国保病院の特性と役割

- (1) 国保病院は地域包括医療・ケア拠点として「予防と診療の一体的提供」を行う施設であり、その使命は、地域医療を確保するとともに疾病予防・介護予防等を通じ、地域住民の健康と安心を守ることにある。国保病院関係者は、公立病院改革においても、その原点は見失ってはならないし、その矜持と誇りをもって臨むべきである。
- (2) まず基本となるのは、地域においてどのような医療機能が必要なのか把握することである。一言でいえば、地域における国保病院の果たすべき役割とポジションを明確化するということである。

仮にその病院がなくなった場合に、どのような支障が生じるのか分析・検討することも有用であり、定量的かつ具体的に分析する。
- (3) 一般会計繰出金については各論の2-2-2一般会計繰出金の明確化の中で事例を記述している。

5 公立病院改革にどう対応すべきか

第1に地域の中で果たすべき役割を突き詰めて考えるべき、第2に経営に関する具体的な数値目標をどう考えるか、第3は「再編・ネットワーク化」、第4は経営形態の見直し、について各国保病院で十分議論し認識を共有する絶好のチャンスと捉える。

6 経営の効率化

- ① 経常収支比率は原則として100%以上の目標設定が求められており、減価償却前黒字ではないことに留意、
- ② 職員給与費対医業収益比率は、病院の特性や外部委託の程度により、時系列や類似病院との比較等が重要である。
- ③ 病床利用率の目標設定（適正病床数の検討）では、疾病の流行や気候の変動による変動を考慮して、具体的な向上策を図る。
- ④ その他の数値目標は経営効率化を図る指標として適当なものを選択、複眼的・総合的な考察が必要である。
- ⑤ 民間的経営手法の導入では、人事考課、民間委託方式、材料等調達効率化が具体策として考えられる。
- ⑥ 職員給与費の削減については、特に看護師や医療技術職、福祉職等について行政職給与からそれぞれ医療職給与、福祉職給与への変更などを早急に検討すべきである。
- ⑦ 病院経営では、建物への投資負担が大きく、投資に当たっては、自己の国保病院の財政規模、役割に応じた建物にすることが必要である。具体的には、将来の投資については、1床あたりの減価償却費で同規模病院等との比較を行う等で適正な投資水準を確認し、投資額を抑えることによって財政の健全性を保つ必要がある。

損益管理の視点では、金利・減価償却費の医業収益に対する比率や病院年間予算に占める割合、資金収支管理の視点では、企業債償還元金・利息の病院年間予算や診療収入に対する比率等を勘案し、その負担について市町村の財政部門と協議することが必要である。

7 再編・ネットワーク化

再編・ネットワークは、個別の病院が単独で、あるいは、単独の地方公共団体だけで検討できるものではない。再編・ネットワークが避けられない病院については、都道府県の積極的関与の下、関係医療機関、地方公共団体による検討の場の設定に向けた準備を行うことが必要である。

再編・ネットワーク化は当該病院の役割、経営形態の見直しと密接に関係していることを念頭に、基幹病院とサテライト医療機関の間で取り決め、地域包括医療・ケアの継続の確認等に留意しながら検討する。

この場合、再編・ネットワーク化に際しては、次の点について基幹病院とサテライト医療機関の間で取り決めを行うなどが必要である。

- ・ 特にネットワーク全体に医師の不足が生じた場合の医師の派遣方法及び基幹病院から当該病院への支援体制について
例えば、支援病院への医師の派遣・支援体制が薄れ支援病院から基幹病院への一方通行の患者の紹介・搬送等の面が強くなっていることがある。
基幹病院から支援病院への医師の派遣・支援体制が確立されて、はじめて地域全体として安定的かつ質の高い医療の確保が可能と思われる。
したがって、安定的な医師等確保の一方策として、基幹病院からの医師はじめ看護師等の派遣および支援体制について関係者と十分協議を行う必要がある。
- ・ 一時的又は恒常的な経費負担が生じる場合の経費の負担方法について

8 経営形態の見直し

総論で「国保病院の現状を見ると一部適用のところが圧倒的に多く、『公立病院改革ガイドライン』の要請と温度差が最も大きいところのひとつ」と指摘している。

「人事」と「予算」の権限をいかに確保するか、いわゆる「権限と責任を一致」という観点から、国保病院、市町村、住民、外部有識者などの間で積極的な検討をすることが必要である。また、いずれの経営形態によるとしても、経営を担う人材（の招聘）が非常に重要であることはいうまでもない。

国保病院においては、公立病院としての責務を果たすためにどのような形態が望ましいのかを関係者と議論していくことが必要である。

いずれの経営形態を選択する場合であっても、組合交渉・職員個人との面談、関係機関との調整等十分余裕をもったスケジューリングが不可欠である

9. 結論のまとめと国診協の今後の対応

| | 事項 | 国診協としての考え方（要旨） |
|---|--|--|
| 1 | 地域医療を継続・確保していくには経営効率で表すことができない要素が多い。公立病院改革の視点は経営効率を重要視しすぎているのではないか | <ul style="list-style-type: none"> ・経営効率の改善は医療の継続性を確保するために重要であるが、公立病院改革は地域にとって必要な医療の確保が究極の目的。 ・そのためには、各国保病院が地域の中で真に果たすべき役割は何かを明確にし、自ら改革すべきことは積極的に取り組むとともに、地元自治体関係者・住民等と十分協議することが必要。 ・国診協としても、こうした国保病院の取組みを支援。 |
| 2 | 国保病院は概して山間へき地など立地条件に恵まれず病床規模も小さい。こうした病院については都市部の公立病院とは別の配慮が必要ではないか | <ul style="list-style-type: none"> ・「公立病院改革ガイドライン」においても、山間僻地に立地する病院には一定の配慮（都市部で病院が集積している場合と同列に扱っていない）。 ・今般の「手引き」でも、国保病院の立地等の特性と経営状況を分析。今後とも各方面に必要な働きかけを実施。 |
| 3 | 国保病院は地域包括医療・ケアに積極的に取り組んでいる。こうした取組みを適正に評価すべきではないか | <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括医療・ケアは国保病院の基本的使命であり、適正な評価が行われるよう各方面に要請。 ・健診・医療相談等は一般会計繰入対象経費であり、「行政肩代わり」経費については費用負担されるよう地元自治体と十分な協議が必要。 |
| 4 | 医師や看護師等の確保に汲々としている状況の中で、経常収支の黒字化は厳しい状況にある | <ul style="list-style-type: none"> ・医師不足等は国の総合的対策や都道府県の広域的調整が必要。国診協としても働きかけを促進。 ・医師や看護師の定着のためには健全経営も重要。自らの経営効率化と併せ、必要な繰入等が行われるよう地元自治体との協議が重要。 |
| 5 | 地元自治体の財政状況も厳しい中で繰出額（病院からみれば繰入額）は減少傾向にある。一部適用の場合には病院長の権限は制限されている | <ul style="list-style-type: none"> ・地域において真に求められる役割を果たすために必要かつ不採算の経費は適正な繰入が行われるよう、合理的基準の設定が重要。 ・経営の自律性を確保するため、今般の改革を機に、地元自治体も交え経営形態の検討が必要。 |
| 6 | 市町村合併により広域化し、従来の地域包括医療・ケアの継続は困難である | <ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で各国保病院がどのような役割を果たしていくべきか、開設者である首長のほか地元議員・住民・医師会等も交え十分議論することが重 |

| | | 要。 |
|---|--|--|
| 7 | 都道府県の関係部局（例：公立病院改革担当部局、医療政策担当部局、国民健康保険担当部局）が多く、また地元市町村も同様に相談するところに苦慮している | <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県医療計画は医療政策との整合性の観点等から非常に重要。 ・都道府県の関係部局の十分な連携の下に公立病院改革が進められるよう、関係部局への働きかけも必要。 ・国診協は今般の「手引き」の策定をはじめ、国保病院が適切な改革プランを策定できるよう支援。 |

総論

1. 「国保病院の改革の手引き」の趣旨および構成

はじめに、国診協が「国保直診における公立病院改革検討委員会」を設け、この「国保病院の改革の手引き」を策定した趣旨および構成について述べる。

平成 19 年 12 月に総務省から「公立病院改革ガイドライン」が発出され、平成 20 年度内に、「経営効率化」に関する部分については 3 年程度、「再編・ネットワーク化」および「経営形態の見直し」に係る実施計画に係る部分については 5 年程度の期間を標準として、各公立病院の改革に関するプランを策定し実施することが求められている。

「公立病院改革ガイドライン」が出された背景やポイント等については後述するが、いずれにせよ、国保病院を含め公立病院を有する地方公共団体は、平成 20 年度内に改革プランを策定しなければならない。実際、都道府県の関係部局から改革プランに関する基礎資料や今後の策定スケジュール等の提出が求められているほか、改革プラン案の内容に関するヒアリングが行われているところもある。

このように公立病院改革が急ピッチで進んでいる中で、国保病院の病院長をはじめ関係者からすれば、もうひとつ得心がいかない部分もあると思われる。例えば、①地域医療を継続・確保していくには経営効率で表すことができない要素が多い。公立病院改革の視点は経営効率を重要視しすぎているのではないか、②国保病院は概して山間僻地など立地条件に恵まれず病床規模も小さい。こうした病院については都市部の公立病院とは別の配慮が必要ではないか、③国保病院は地域包括医療・ケアに積極的に取り組んでいる。こうした取組みを適正に評価すべきではないか、④医師や看護師等の確保に汲々としている状況の中で、経常収支の黒字化は厳しい状況にある、⑤地元自治体の財政状況も厳しい中で繰出額（病院からみれば繰入額）は減少傾向にある。一部適用の場合には病院長の権限は制限されている、⑥市町村合併により広域化し、従来の地域包括医療・ケアの継続は困難である、⑦都道府県の関係部局（例：公立病院改革担当部局、医療政策担当部局、国民健康保険担当部局）が多く、また地元市町村も同様に相談するところに苦慮している、といったことが代表的なものであると思われる。

「国保病院の改革の手引き」を策定した趣旨のひとつは、国診協として、こうした国保病院の置かれている実状や特性等を踏まえ、公立病院改革にどのように取り組んでいくべきか、基本的な考え方・理念を明確にし「指針」を示すことにある。

上述した諸点の考察はひとまず措き（2 以下で逐次検討する）、国保病院の責任者として行うべきことは 3 つある。

第 1 は、改革の動きにどのようなスタンスで臨むのか決断しなければならない。

第 2 は、各病院の問題点や課題を正確に分析し把握しなければならない。

第 3 は、地元市町村の首長・議会関係者・住民等のほか、都道府県の関係部局に対し、

改革プランを説明し納得を得なければならない。

いうまでもなく、この3つは相互に関連している。改革に本腰を入れて取り組む姿勢がなければ、各病院の問題点や課題の分析は浅薄なものになってしまう。そして、表面的な分析では深みのある議論はできず、関係者の理解と納得を得ることはできない。その結果、問題は先送りされ、かえって事態の悪化を招きかねない。

3で詳述するが、本検討委員会の基本的な立場は、公立病院改革について「煩わしい仕事が降ってきた」とマイナス思考で捉えるのではなく、自分たちの病院が地域の中でどういう役割を果たし、改革すべき課題等は何かということについて、住民も含め地元関係者と議論し認識を共有する絶好のチャンスと捉えるべきだというものである。その上で、“襟を正し”、自ら改革すべきところは改革するとともに、地元市町村をはじめ関係者に課題と方針を提示し、必要な協力・支援を求め問題を解決していくという姿勢が重要である。ただし、そのためには、自らの国保病院に即し、その現状を分析し課題を明確にする作業が不可欠である。この「国保病院の改革の手引き」を策定したもうひとつの趣旨は、国保直診の特性・役割等をも踏まえ、各国保病院の関係者がそうした検討を行うために参考となる事項をまとめて提供することにある。

もとより、各国保病院の置かれている事情等は千差万別である。したがって、単純にこの「手引き」を当てはめれば自動的に「答」が出てくるものではない。自ら分析の作業を行い、考察し、方針を決め、関係者と議論を重ねるプロセスこそ重要であり、それが真の意味の改革に繋がるものであることを最初に強調しておきたい。

この「国保病院の改革の手引き」は次のように構成されている。

総論では、病院改革に当たっての基本的な考え方、国保病院全体の現状や特性などについて述べている。具体的には、1. 「国保病院の改革の手引き」の趣旨および構成、2. 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント、3. 国保病院の特性と役割、4. 公立病院改革にどう対応すべきか、5. 総論のまとめと国診協の今後の対応、[補論]国保病院とその他の自治体病院との属性・経営状況等の比較分析、から成っている。

各論は、1. 各論の趣旨・構成等、2. 各国保病院が果たすべき役割及び一般会計負担の考え方、3. 経営の効率化、4. 再編・ネットワーク化、5. 経営形態の見直し、から成っている。

なお、別綴 [参考資料] には、総務省の「公立病院改革ガイドライン」の原文、平成20年4月15日に開催された「公立病院事務担当者会議」における「公立病院改革ガイドライン Q&A (以下「Q&A」という)、国診協のこれまでの報告書や検討資料の中で改革プランの策定に当たり参考となる資料等を掲載している。

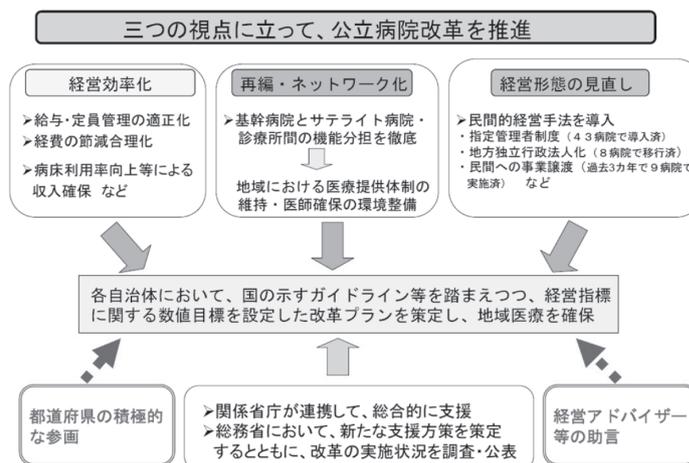
2. 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント

(1) 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景

「国保病院の改革の手引き」の各論の記述は、総務省の「公立病院改革ガイドライン」に沿っている。その理由は、「公立病院改革ガイドライン」は法的強制力こそないものの、これに即し改革プランを策定することが「強く要請されるもの」であり（Q&A：12 参照）、実際、都道府県関係部局からの「指導」等もこの「ガイドライン」に即し行われている。したがって、「国保病院の改革の手引き」も、この「ガイドライン」の“土俵”に載るほうが関係者との折衝等における便宜にかなうからである。

いずれにせよ、国（総務省）の考え方は、「公立病院改革ガイドライン」に端的に表れており、その内容をこれが出された背景も含め正確に理解することが議論の「出発点」となる。

この「ガイドライン」が策定された直接のきっかけは、経済財政諮問会議における菅総務大臣（当時）の発言および「経済財政改革の基本方針 2007」（閣議決定）にある。すなわち、経済財政諮問会議では、民間議員から医療・介護分野の「高コスト構造是正プログラム」の策定を求める意見が強く出され、その一環として自治体病院の高コスト構造是正も指摘されてきた。これに対し、菅大臣（当時）は、平成 19 年 5 月 15 日の経済財政諮問会議において、「経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し（民間的経営手法の導入）」という 3 つの視点に立って公立病院改革を推進することとし、国の示すガイドライン等を踏まえつつ、各自治体において経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定し、地域医療を確保する」旨の方針を示した（下図参照）。



（出典）経済財政諮問会議（2007. 5.15）総務大臣提出資料

そして、平成 19 年 6 月 19 日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針 2007」において、公立病院改革として、総務省は、「平成 19 年以内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」旨が盛り込まれた。これを受け、同年 19 年 7 月に総務省に「公立病院改革懇談会」（座長：長隆 [公認会計士]）が設けられ、そこにおける検討を経て、同年 12 月に総務省から「公立病院改革ガイドライン」として通知されたものである。

「公立病院改革ガイドライン」が出された経緯は以上のとおりであるが、公立病院改革は決して唐突に出されたものではないことに留意する必要がある。「公立病院改革ガイドライン」が出された背景としては、次のようなことが挙げられる。

第 1 は、公立病院（自治体病院）の経営状況・コスト構造である¹。平成 18 年度の「地方公営企業決算統計」によれば、純損失が生じた自治体病院は全体の 72%、純損失額は 2,285 億円、累積欠損金は 1 兆 8,736 億円となっている。他方、自治体の一般会計から自治体病院への繰出し額は、平成 20 年度地方財政計画の収益勘定では 3,882 億円となっている。これは不採算部門に対する正当な負担・補助であり赤字補填ではないが、3,882 億円もの公費が投入されながら、2,285 億円もの純損失が生じていることになる²。

それではなぜこのような赤字が生じるのか。立地条件の違いや不採算部門の有無に起因する部分もあるが、決してそればかりではない。下表は、「病院経営分析調査報告」に基づき、100 床当たり換算して、自治体病院と民間病院の経営状況を比較したものである。これをみると、医業収入は自治体病院のほうが低いにもかかわらず、医業費用は自治体病院のほうがはるかに大きいことがわかる。そして、医業費用の内訳を医業収入対比でみると、給与費、材料費、減価償却費などいずれの項目も民間病院に比べ割高になっている。ちなみに、給与費を比較すると、常勤職員 1 人当たり平均給与月額、医師が自治体病院 99.0 万円、民間病院 102.0 万円、看護師が自治体病院 37.8 万円、民間病院 32.7 万円、准看護師が自治体病院 40.4 万円、民間病院 29.2 万円、事務職員が自治体病院 34.8 万円、民間病院 29.1 万円となっている。厳密に給与費を比較するためには職員の平均年齢や勤続年数の差異も考慮しなければならないが、看護関係・事務職員については自治体病院と民間病院の給与格差は大きい³。

¹ この「国保病院の改革の手引き」では、文脈や出典データの相違等により、「公立病院」と「自治体病院」を使い分けているが、ほぼ同義として解して差し支えない。

² 不採算部門とは山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療、救急・小児・周産期などの医療をいう。

不採算地区病院とは病床数 100 床未満又は 1 日平均入院患者数 100 人未満であり、かつ 1 日平均外来患者数 200 人未満である一般病院のうち、当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの、又は所在市町村の面積が 300 k² 以上で他に一般病院の数が 1 にかざられるものをいう。

³ データにより「給与」の範囲（例：諸手当や賞与を含むか）が異なる。したがって、ここでの「給与」と後述する「地方公営企業年鑑」との給与の額は一致しない。

表：自治体病院と私的病院との経営状況比較

(平成18年6月現在調査)

| 区 分 | | 自治体病院 | 私 的 病 院 |
|-----------------|------|---------|---------|
| 医業収入(100床当たり) A | | 127,362 | 132,083 |
| | (千円) | | |
| 入院収益 | | 84,790 | 88,565 |
| 室料差額収益 | | 1,287 | 2,646 |
| 外来診療収益 | | 39,371 | 36,231 |
| その他の医業収益 | | 1,915 | 4,641 |
| 入院収益/A | % | 66.6% | 67.1% |
| 室料差額収益/A | % | 1.0% | 2.0% |
| 外来診療収益/A | % | 30.9% | 27.4% |
| その他の医業収益/A | % | 1.5% | 3.5% |
| 医業費用(100床当たり) | | 146,751 | 131,612 |
| | (千円) | | |
| 給与費 | | 77,309 | 67,902 |
| 材料費 | | 36,749 | 31,754 |
| 委託費 | | 11,604 | 9,111 |
| 減価償却費 | | 10,132 | 6,124 |
| その他の経費 | | 10,957 | 16,721 |
| 給与費/A | % | 60.7% | 51.4% |
| 材料費/A | % | 28.9% | 24.0% |
| 委託費/A | % | 9.1% | 6.9% |
| 減価償却費/A | % | 8.0% | 4.6% |
| その他の経費/A | % | 8.6% | 12.7% |

※1 病院経営実態調査報告(社団法人 全国自治体病院協議会)より

※2 「自治体病院」は都道府県・指定都市・市町村・組合が開設者となっている病院である。

※3 「私的病院」は公益法人・社会福祉法人・医療法人・個人病院等である。

※4 結核・精神病院を除いた一般病院の数値である。

第2は、地方財政の健全化の要請である。すなわち、経済基調が大きく変化する中で、国のみならず地方自治体も借金依存体質からの脱却が強く求められている。周知のとおり、こうした議論に拍車をかけたのは平成18年6月の北海道夕張市の財政破綻である。これを機に、これまでのいわゆる「財政再建法」のスキームは大幅に拡充強化されることとなり、平成19年6月に「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」が成立した。この法律は、地方公共団体の財政状態を、3つのフロー指標（実質赤字比率、連結実質

赤字比率、実質公債費比率)とストック指標(将来負担比率)を用いて判定し、財政の早期是正・健全化の措置を講じることを内容とするものである。重要なことは、地方公共団体の財政には、地方公営企業や第三セクターも含まれることであり、個々の公営企業についても資金不足比率という指標を基に経営状態を判定し、必要な経営健全化の措置を講じることとされている。この資金不足比率とは、資金の不足額を事業規模で除した数値であり、資金不足額は、(流動負債+特定の地方債の現在高-流動資産)-解消可能資金不足額、であり、考え方としては、連結実質赤字比率に算入する資金の不足額と同じであり、病院事業でいえばこれまでの「不良債務」とほぼ同義であると考えられる。いずれにせよ、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の制定により、自治体病院の経営状態について当該自治体はこれまで以上に厳しい目を向けることになる⁴と考えられる。

第3は、以上述べたことと関連するが、「簡素で効率的な政府の実現」という旗印の下で、「民間でできることは民間へ」という流れである。公立病院に即していえば、平成17年11月14日の経済財政諮問会議の「2. 総人件費改革指針」では、「1. (2) 地方公務員の純減目標」の中で、「公営企業等の地方独立行政法人化(非公務員型)、民営化等を進める」こととされている。また、平成18年6月に成立した「簡素で効率的な政府の実現を実現するための行政改革の推進に関する法律」第55条第5項において、「地方公共団体は、公立の大学及び地方公営企業について、組織形態の在り方を見直し、(中略)一般地方独立行政法人(中略)その他の法人への移行を推進するものとする」ことが規定されている。3および4で述べるように、「公立病院改革ガイドライン」は真に公立病院として果たすべき役割を否定しているものではなく、また、組織形態を変えれば直ちに経営が改善されるものではない。しかし、「今までこのような経営形態でやってきたのだから」とか「公立病院なのだから赤字でも仕方ない」といった考え方は通用しない。

第4は、医師不足、とりわけ僻地・小規模病院における深刻化である。これは、医療の専門・高度化の進展、国民の医療に対する要求の増大等に加え、卒後臨床研修による諸問題の顕在化や国立大学の独立行政法人化の影響等が絡み合っている構造問題である。国(厚生労働省や文部科学省)も医師確保対策を今後さらに講じていくことされており、国診協としても、関係各方面とタイアップして、国および都道府県のきめ細やかな取組みに対する働きかけを行っていくが、例えば大学医学部の定員を増やしてもその効果が現れるのは10年以上先になるという事情もあって、抜本的に医師不足を解消することはなかなか難しい面がある。いずれにせよ、現状では、大学病院(医局)は自らの病院や基幹的病院の医師の確保に精一杯であり、地域の医療機関からの医師派遣の要請を断わるケースが増えている。特に自治体病院はその影響を最も強く受け、医師が引き揚げられ、それにより診療科の閉鎖のみならず廃院に追い込まれるところもみられる。「公立病院改革ガイドライン」において「再編・ネットワーク」が打ち出されているの

⁴ 「厳しい目」を向けるのは地元自治体ばかりではない。例えば、一時借入れをしようにも、民間金融機関は償還能力に不安があればこれに応じない(あるいは応じたとしても高いリスクプレミアムを要求する)ことも生じうることに注意する必要がある。

は以上のような事情があるが、このような構想は唐突に出されたものではなく、平成16年11月の総務省の「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会」（座長：邊見公雄〔赤穂市民病院長〕）の報告書において既に示されていることに留意すべきである。

（２）「公立病院改革ガイドライン」のポイント

ここでは「公立病院改革ガイドライン」のポイントがどこにあるのか、全体を通じこれを読む際にどこに留意する必要があるのか、箇条書き風に述べることにする（各事項に即した留意点等についてはⅡ部：各論を参照されたい）。

第1に、各公立病院は、地域において公立病院として果たすべき役割は何か見直すことが強調されている。特に民間病院等が集積している都市部では、必要性が乏しいものは廃止・統合を含めて検討すべきこととされている。なお、公立病院が果たすべき役割等を検討するに当たっては、都道府県医療計画を踏まえることとされている点も留意すべき点である。地域において果たすべき役割の明確化は、改革プランを策定する際に最も基本となる点であり、「3. 国保病院の特性と役割」および「4. 公立病院改革にどう対応するか」の中で詳述する。

第2に、一般会計等からの繰出（病院からみれば「繰入」であり、以下、文脈により適宜使い分ける）を漫然と行うことや赤字補填的な繰出を認めていない。これは第1で述べたことと裏腹の関係にある。つまり、公立病院として果たすべき役割が大前提となっており、かつ、それが「独立採算原則に立って最大限効率的な運営を行ってもなお不足する、真にやむを得ない部分を対象に」、一般会計等からの繰入が認められるものであることが強調されている。「一般会計等との間での経費の負担区分について明確な基準を設定し、健全経営と医療の質の確保に取り組む必要がある」と述べられていることも同様の趣旨に基づくものである。

第3に、一般会計等から所定の繰出が行われれば「経常黒字」が達成されることが求められている。目標設定の基準が「減価償却前黒字」（キャッシュフローがショートしない指標）ではないことは注意を要する（Q&A：25 参照）。なお、改革プランの対象期間中に「経常黒字」になることが著しく困難であれば、最終的に「経常黒字」の達成を目指す時期を明らかにしつつ、改革プラン対象期間末時点における目標数値を定めることも認められている。しかし、将来にわたり「経常赤字」でもよいとはされていない。

第4に、経営に関し具体的な数値目標を掲げることが求められている。これは、改革プランがペーパープランに終わらせることなく実効性を確保するためである。既述したように、「経済財政改革の基本方針 2007」において、「経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」と明記されていた。経営指標に係る数値目標は数多くある（Q&A：21 参照）が、設定が必須とされている数値目標は、「経常状況を判断するうえで最も代表的な指標である」（Q&A：22 参照）、①経常収支比率、②職員給与費対医業収益比率、③病床利用率の3つだけである（ただし、この3つだけ管理すればよいと考えることは適当ではない。4 で後述する）。このうち、①経常収支比率については、最終的に100%以上を目指すこととされており、③病床利用率については、

過去 3 年間連続して 70%未満となっている病院は、病床数の削減などの抜本の見直しが要請されている（Q&A：34 から 36 参照）が、②職員給与費対医業収益比率については、具体的な数値基準が設けられていない。しかし、これは、医療機能、病床規模、委託の有無等により職員給与費対医業収益比率は大きく変わるため具体的な基準数値の設定を避けただけであり、職員給与費の水準の見直しの要請を緩めたものでないことに留意する必要がある（Q&A：31 の③人権費の箇所を参照）。

第 5 に、経営指標だけでなく医療機能の確保に関する指標についても数値目標を設定することとされているとともに、数値目標達成に向けた各種取組についても医療内容に踏み込む考え方がみられる（Q&A：21 および 31 参照）。また、「点検・評価・公表」の箇所でも、「当該病院の医師、看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される医療機能の発揮の状況等について併せて評価・検証することが望ましい」と記載されている。これは、公立病院改革が単に「経常赤字」を出さなければよいというのではなく、地域において真に住民に必要な医療を行うという観点からみて重要な点である。さらに、事業形態の見直しの箇所では、「地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を改めて検証し、必要な場合、病院事業の診療所化や老人保健施設、高齢者住宅事業等への転換」も視野に入れることが記載されている。

第 6 に、「再編・ネットワーク化」および「経営形態の見直し」に係る実施計画に係る部分については、平成 20 年度中に具体的な実施計画を確定することが困難である場合には、当面の検討・協議に係るスケジュール等を掲げるにとどめることも認められている。しかし、「再編・ネットワーク化」および「経営形態の見直し」の検討を行わずによいことを認めていない。なお、これについては、「4. 公立病院改革にどう対応するか」の中で詳述する。

第 7 に、施設・設備整備費の抑制として、「民間病院並みの水準費により新增築、改築等が行われるよう特に留意すべきであること」が強調されている（Q&A：37 参照）。これは、これまで公立病院の場合、将来負担を考えずにデラックスな新增築、改築等を行い、その結果、減価償却費の過大な負担に追われるところがまま見られるからである。

第 8 に、改革プランの実施状況の「点検・評価・公表」が明記されている。すなわち、改革プランは単に病院内部で策定すればよいのではなく、「有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなど」により、評価の客観性を確保することが求められている。さらに、病院の経営状況等については専門的で分かりにくい、「立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や地域の民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど」、住民の理解と関心を高めるよう要請されている。これは、一般会計負担は住民に帰着するものであり、その正確な理解を得る努力を行うことは当然だからである（Q&A：54 参照）。また、改革プランは“作りっぱなし”ということではなく、定期的な見直し（改革プラン対象期間のうち遅くとも 2 年経過した時点で点検・評価）が求められているほか、総務省も改革プランの策定状況および実施状況を年 1 回以上調査し公表することとされている。

第 9 に、公立病院改革の実施に伴う財政支援措置である。とりわけ、①「再編・ネットワーク化」により新たな医療機能の整備を要する場合の病院事業債（一般会計出資債）

の措置、②「再編・ネットワーク化や経営形態の見直し」を行う場合の清算等に要する経費に係る措置（平成 20 年度に限り、平成 15 年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」の発行など）、③病床削減時には削減後 5 年間は削減病床数を有するものとして普通交付税を講じる措置は、相当思い切った内容であり、財政支援措置の裏打ちの下に、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しを進めようとする政策意図がうかがえる。

3. 国保病院の特性と役割

(1) 国保病院の属性・経営特性

国保直診施設は国民健康保険の保険者としての市町村が設置するものであり、その性格上、元々医療不足地域に整備されたものが圧倒的多数を占める。その後、当該地域の都市化や病院長等の努力により大規模な国保病院に発展したものもみられるが、全体としてみれば病床規模は小さく過疎地に立地しているものが多い。

具体的に平成 17 年度の「地方公営企業決算統計」により、自治体病院（982 病院）を国保直営病院（350 病院）とそれ以外の自治体病院（以下「その他病院」という：632 病院）に区分し分析すると、次のような相違がみられる。なお、より詳しくは総論末尾の「補論」および参考資料を参照されたい。

まず立地条件および病床規模についてみると、国保病院は不採算地区に立地している病院が 152（構成比：43%）、その他病院は 67（構成比：11%）と大きな違いがある。また、国保病院の平均病床数 135 床に対し、その他病院の平均病床数は 298 床となっており 2 倍以上の差異がある。さらに、その分布をみると下表のとおりであり、国保病院の場合は 100 床未満の小規模病院が過半数を占めているのに対し、その他病院では 200 床以上が 3 分の 2 近くを占めていることがわかる。

表：国保病院とその他病院の病床規模の分布

| | 20～49床 | 50～99床 | 100～199床 | 200床以上 | 計 |
|-------|-----------|------------|------------|------------|-------------|
| 国保病院 | 59 (16.9) | 135 (38.6) | 90 (25.7) | 66 (18.9) | 350 (100.0) |
| その他病院 | 21 (3.3) | 69 (10.9) | 144 (22.8) | 398 (63.0) | 632 (100.0) |

(注) 括弧書きは構成比 (%) である。

次に経営特性についてみると、1床当たりの入院収入は国保病院が6,593(千円/年)、その他病院が9,076(千円/年)、患者1人1日当たりの外来診療収入は国保病院が7,990円、その他病院が9,424円と大きな差がある。これは、国保病院の立地条件や病床規模の特性により主として地域の一般医療を担っていることによると考えられる。ちなみに、同規模の病床規模別で比較すると、国保病院のほうがその他病院に比べ若干低いものの格差は大幅に縮小する。

給与水準をみると、不採算地区や病床規模が小さいほど医師確保が困難であり給与水準が高いが、医師1人当たり診療収入を比べると、不採算地区のほうがそうでない地域に比べ高い。これは、不採算地区の場合、周辺に医療機関が乏しく医師1人当たりの外来患者数が非常に多いためであると考えられる。

また、医業収支比率および経常収支比率を、国保病院とその他病院で比較すると、次の表のとおりである。一般会計等繰入後の経常収支はどれもあまり変わらないが、その他病院に比べ国保病院のほうが医業収支比率は高く、国保病院が“健闘”していることがうかがえる。しかし、小規模病院や不採算地区の医業収支比率は低く、経営状況が厳しい状況がみてとれる。

表：国保病院とその他病院の病床規模別の収支比率

| | 20～49床 | 50～99床 | 100～199床 | 200床以上 | 計 |
|-------|--------|--------|----------|--------|------|
| 国保病院 | 81.6 | 88.3 | 92.6 | 94.8 | 89.5 |
| | 96.3 | 97.9 | 95.2 | 96.2 | 96.6 |
| その他病院 | 73.9 | 77.8 | 86.1 | 88.3 | 86.2 |
| | 96.7 | 95.4 | 94.6 | 96.1 | 95.7 |

(注) 上段は医業収支比率、下段は経常収支比率である。

表：国保病院とその他病院の立地別の収支比率

| | 不採算地区 | その他の地区 | 計 |
|-------|-------|--------|------|
| 国保病院 | 84.5 | 93.3 | 89.5 |
| | 96.9 | 96.4 | 96.6 |
| その他病院 | 76.8 | 87.3 | 86.2 |
| | 95.1 | 95.8 | 95.7 |

(注) 上段は医業収支比率、下段は経常収支比率である。

（２）国保病院の性格・役割

地方公共団体は地方自治法第 244 条に基づき「公の施設」として病院・診療所を設置することができる。国保病院も同条の「公の施設」である。ただし、国保病院は国民健康保険法第 82 条の「保健事業」の一環として設置されている施設でもある。国保病院はいわば「2 つの顔」を持っていることになる。なお、「公の施設」の設置については設置条例が必要になるが、国保病院の場合には、市町村国民健康保険条例に「保健事業を行うこと」および「病院を設置すること」を規定したうえで、国保病院設置条例を定めることになる。会計上も、国民健康保険に関する特別会計において、事業勘定とは区分して直営診療施設勘定として経理しなければならないこととされている（国民健康保険法施行令第 2 条）。ただし、国保病院については、地方公営企業法の財務規則が適用されるため、直営診療施設勘定とは別個の特別会計を設けることとされている（地方公営企業法第 2 条、第 7 条および第 17 条）。

国保病院と一般の公立病院の役割を対比すれば、一般の公立病院は基本的に医療サービスの提供を行うことが一般の公立病院の使命であるのに対し、国保病院の場合には、これに加え、「被保険者の健康の保持増進」を行うことが求められる施設、簡単にいえば「予防と診療の一体的提供」を行う施設である。そして、今日ではこれをさらに発展させ、地域包括医療・ケアの拠点として活動を行い、寝たきり老人の減少、在宅医療・ケアの推進、地域住民の健診や疾病予防を通じた医療費適正化等を展開してきた。そして、こうした国保病院の性格や役割上、その経営については、通常の公立病院（自治体立病院）と同様の地方交付税措置等のほかに、保健事業活動に関して国民健康保険サイドからの助成も行われている。

公立病院改革に当たって、地域の中で公立病院が果たすべき役割は何かを明確にすることが重要であることは既述したが、国保病院は、へき地医療や救急医療など地域医療を支えるほか地域包括医療・ケアに積極的に取り組んできた。国保病院の使命は、地域医療を確保するとともに疾病予防・介護予防等を通じ、地域住民の健康と安心を守ることにある。国保病院関係者は、公立病院改革においても、その原点は見失ってはならないし、その矜持と誇りをもって臨むべきである。また、地元市町村の財政負担の問題は、本来、病院部門だけでなく国民健康保険や介護保険も含めトータルで考える必要がある。例えば、病院が診療内容に見合った診療報酬を確保することは当然であるが、過剰な診療等を行うことにより国民健康保険会計の支出が増大するというのは本末転倒である。地域包括医療・ケアを行うことにより住民の健康度が上がり要介護状態の発生率が低下するのであれば、地元市町村の全体の財政負担はむしろ低い可能性がある（なお、[参考資料] 国保直診所在市町村の老人医療費（平成 6 年度から平成 15 年度）と自治体立病院所在市の老人医療費（平成 6 年度から平成 15 年度）の比較を参照）。

公立病院の一般会計繰入対象経費は不採算事由に着目しており、地域包括医療・ケアそのものが繰入対象経費として認められているわけではない。しかし、地域包括医療・ケアは医療のみならず保健・福祉・介護といった隣接領域にまたがるものであり、地域包括医療・ケアの構成要素、例えば、「集団検診、医療相談等に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができない」経費は繰入の対象となる。また、国保病

院が行政に代わって保健・介護・福祉等を行っている場合は、その費用の補填を求めていく必要もあろう。いずれにせよ、各国保病院においては、自らの病院や地域の実状に即した指標をとりその分析・実証等を行うとともに、必要に応じ住民満足度調査等を行うことを通じ、地元自治体や住民と費用負担のあり方も含め十分協議し、理解と協力を求めていく必要がある。なお、国診協としても、こうした国保病院の性格・役割が正しく評価されるよう、今後とも研究を重ねるとともに国や地方公共団体に働きかけを進めていきたい。

4. 公立病院改革にどう対応すべきか

1でも多少触れたが、各国保病院の責任者としては、まず、公立病院改革の動きにどのようなスタンスで臨むのか決断しなければならない。これが基本である。

2で述べたように、今回の公立病院改革は決して一過性のものではない。“潮目が変われば国の方針が変わるのではないか”と考えるむきも一部に見受けられるが、国や地方公共団体の財政構造や医師不足など公立病院を取り巻く構造がかつてとは大きく変化している以上、そうした考え方で臨むことは適当ではない。むしろ、都道府県や地元自治体もいやおうなく公立病院改革に向き合わざるをえなくなっているからこそ、地元議会関係者や住民などを含め関係者に、各国保病院が地域の中でどういう役割を果たし、改革すべき課題等は何か、十分議論し認識を共有する絶好のチャンスと捉えるべきである。

各個別項目はⅡ部：各論に譲るが、最も重要で、かつ、国保病院関係者の得心がいきにくいと思われる4点に絞り、「国保直診における公立病院改革検討委員会」としての考え方を述べる。

第1に、各国保病院が地域の中で果たすべき役割は何か、また、そうした役割を将来にわたって果たしていくにはどうすればよいのか、突き詰めて考えるべきである。例えば、住民等からすれば、より医療機能を充実してほしいという要望が出されるのは無理からぬところがある。しかし、それには当然負担が伴うことを理解してもらう必要がある。国保病院として、給与水準の見直しなど自らギリギリの経営努力を行うことが前提であるが、その上で、地域の中で国保病院が必要な役割を果たすためには、これだけの不採算が発生し一般会計等からの繰入が必要だということであれば、その基準の合理性・妥当性につき地元自治体の首長をはじめ議会関係者や住民等と積極的に話し合うべきである。

また、地域の中で果たすべき役割は何か検討する際には、都道府県医療計画を踏まえることも重要である。今般の「公立病院改革ガイドライン」において特徴的なことは、病院経営の効率化という視点だけでなく医療政策との整合性の確保という観点が色濃く出ていることである。都道府県全体を見渡した中で、各国保病院がこのような役割を果たすことが必要であると、都道府県医療計画で“オーソライズ”されるのであれば、それを前提に議論を円滑に進めていくことができる。もっとも、各都道府県医療計画の実態をみると、都道府県によって精粗があり、個別病院の役割や位置づけには触れられていない場合が少なくなく、都市部の大規模病院の議論が中心で僻地の医療や小規模病

院のあり方等が十分議論されていないケースも見受けられる。さらに、都道府県の医療計画策定部局、公立病院改革の指導窓口部局、国保担当部局は本来緊密な連携をとるべきであるが、これらがバラバラに対応し、病院経営と医療政策を全体的に見るという観点が乏しい場合が多い。こうした場合には、受身の姿勢ではなく、関係部局が適切に連携をとり国保病院のあり方等につき十分かつ総合的な検討が行われるよう働きかけることも必要である。

第2に、経営に関する具体的な数値目標をどう考えるかである。一部には、必須項目とされている3つの指標、すなわち、①経常収支比率、②職員給与費対医業収益比率、③病床利用率、だけを管理すればよいと考えるむきがあるが、これは正しくない。3で既述したように、必須項目を3つのみとしたのは、立地条件、医療機能、病床規模等により経営数値は変わるため、単独の指標だけをとり数字が“独り歩き”することを避けたことによるものである。換言すれば、経営の現状を正確に把握しその効率化を図るためには、複数の指標をとり、同様の立地条件・同規模の病院とも比較し、いわば“縦・横・斜め”から眺め相対化させることが重要であり、とるべき経営指標は数多くある(Q&A：21 参照)。特に、国保病院を含め自治体病院では必要以上にデラックスな増改築や過大な設備投資を行うきらいがあるため、「減価償却費対医業収益比率」や「企業債元利償還金対医業収益比率」も適正に管理する必要がある。なお、政策論にわたるが、現状の地方交付税措置は届出病床数を基準に算定されていることから、病床利用率が低下しても病床数を削減することに消極的な傾向がみられる。本来、地方交付税措置の総枠が限られている中で、実態に合った公平な配分という観点からは、実稼動病床数を基準に配分すべきものと考えられる。

第3に、経営形態の見直しである。「公立病院改革ガイドライン」では、「民間的経営手法の導入を図る観点から、例えば地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入などのより、経営形態を改めるほか、民間への事業譲渡や診療所化を含め、事業の在り方を抜本的に見直すことが求められる」と記載されているほか、「地方公営企業法の全部適用については、現在財務規定等のみを適用している団体にとって比較的取り組み易い側面がある半面、逆に経営形態の見直しを契機とした民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであるとの指摘がある点について、特に留意が必要である」と強い調子で述べられている。国保病院の現状をみると一部適用のところが圧倒的に多く、「公立病院改革ガイドライン」の要請内容と“温度差”が最も大きいところのひとつだと思われる。

医業経営に限ったことではないが、経営の要諦は「権限と責任の一致」であり、それが確保されてはじめて経営の自律性が確保できる。とりわけ医療についてはそれを取り巻く環境が大きく変化する中で、経営方針の基本は維持しつつも、状況の変化を踏まえ柔軟かつ機動的に対応していくことが強く求められる。例えば、看護師を1人採用すれば診療報酬の看護基準の区分が上がり、かつ、地域医療の確保等の観点からもそれが有用であるにもかかわらず、職員定数の縛りがあり病院長の判断で行えず採用のタイミングを逃すというようなことでは、病院経営は務まらない。また、組織の規律を維持するには、煎じ詰めれば、「人事」と「予算」の権限が必要であるが、このいずれか1つを欠いても経営は成り立たない。したがって、自律的な経営の確保という観点に立って、この際、幅広い観点

から経営形態のあり方について積極的に検討を進める必要があると考える。

ただし、経営形態の見直しが必要な理由は、権限と責任を一致させることにあり、経営形態という形だけ整えれば済むのではなく、実態を変えていかなければならないことも強調しておきたい。例えば、全部適用に移行すれば法的には独自の給与規程等を定めることができるが、全部適用に移行した事例をみると、給与規程もそのままであるだけでなく、職員の採用等も事実上市町村人事部局の了解が必要だというのでは、一部適用と本質は何ら変わっていない。また、経営の良否を決めるのは究極のところ「人材」であり、指定管理者制度も有力な選択肢であるが、それを導入するという形だけに目が向き、指定管理者の「人材」の評価が疎かになってはならない。

第4は、「再編・ネットワーク化」である。「公立病院改革ガイドライン」において、これが強調されていることは既述したが、その背景には、医師不足をはじめ医療環境をめぐる厳しい現実を踏まえ、医師確保や医療機能を個々の病院で考えるのではなく、地域全体をカバーする基幹的病院とネットワークを組むことによって地域医療を守っていくという考え方がある。

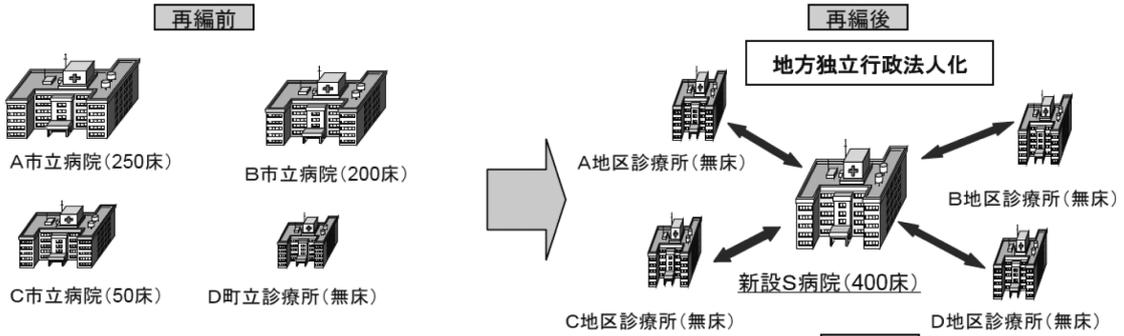
ちなみに、「公立病院改革ガイドライン」では別紙3として、「再編・ネットワーク化のパターン例」が示されている（下図参照）。このうち、パターンⅠは山形県置賜のネットワーク例、パターンⅡは山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院の統合例、パターンⅢは横浜市立みなと病院の指定管理者制度導入例などを参考にしたと思われる（ただし、別紙3では、それぞれ経営形態やサテライト医療機関の形態等を変えている）。それぞれの事例の内容については、本「手引き」では紹介していないが、医師確保を含め地域医療の水準の確保、経営の抜本的改善等を図るための大きな決断である。

もっとも、「再編・ネットワーク化」については、「自分のまちの病院がなくなったり、診療所に格下げになるのは絶対反対である」という住民感情が強い。また、特に国保病院の場合、過疎地域にあるなどの理由により基幹病院との距離が遠いといった事情も十分斟酌する必要がある。ただし、先に“現状ありき”という姿勢をとることは適当ではない。医師や看護師等のスタッフが今後とも確保できるという見通しが立つかという問題があるほか、医療密度が薄ければ医療安全の問題も含め医療の質は低下せざるをえないからである。いずれにせよ、「再編・ネットワーク化」を頭から否定するのではなく、各国保病院の立地条件、医師確保の見通し、診療機能等を十分踏まえ、その適否を検討する必要がある。なお、「再編・ネットワーク化」は単なる基幹病院への集約化ではない。基幹病院とサテライト病院（あるいは診療所）の間で機能分化と連携が図られることによって「ネットワーク」の意味が生まれることに留意する必要がある。

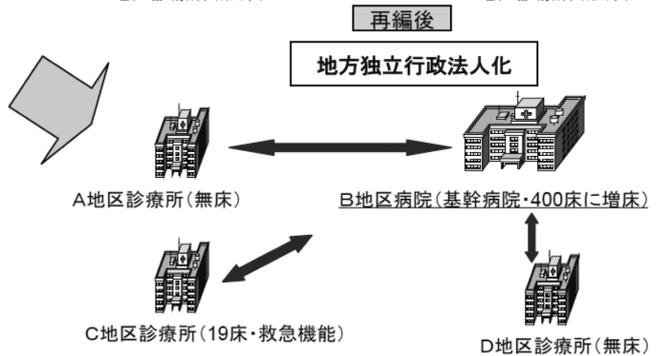
再編・ネットワーク化のパターン例

別添2

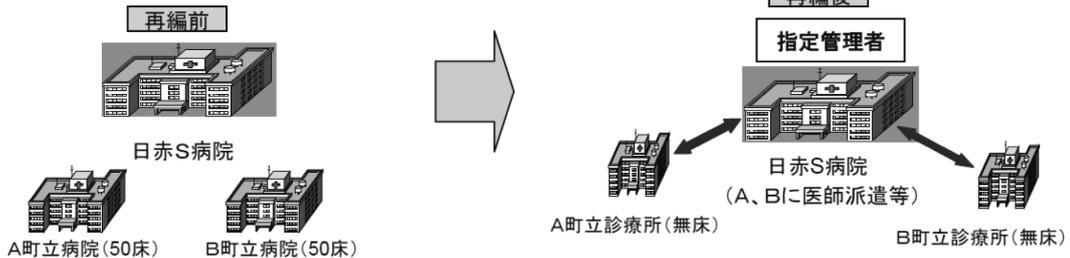
パターンⅠ



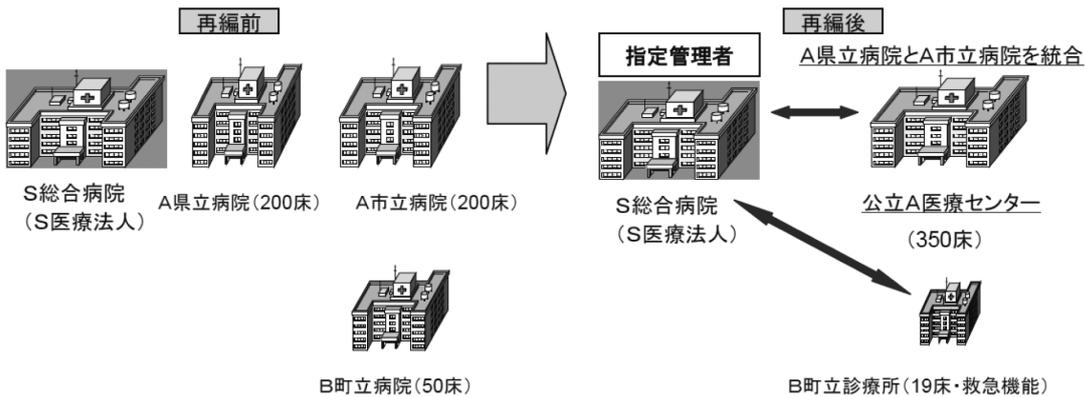
パターンⅡ



パターンⅢ



パターンⅣ



5. 総論のまとめと国診協の今後の対応

以上、1.「国保病院の改革の手引き」の趣旨および構成、2.「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント、3. 国保病院の特性と役割、4. 公立病院改革にどう対応すべきか、ということについて述べた。

そのまとめを兼ねて、冒頭の“国保病院関係者の得心がいかないと思われる事項”に対する本委員会の考え方を表の形式で整理しておく。

国診協としては、公立病院改革が急ピッチで進んでいることから、各国保病院に一刻も早く「国保病院の改革の手引き」を手渡すことができるよう作業を進め平成20年6月26日に中間報告としてまとめ会員に配付した。今回最終報告としてとりまとめたものである。

| | 事項 | 国診協としての考え方（要旨） |
|---|--|--|
| 1 | 地域医療を継続・確保していくには経営効率で表すことができない要素が多い。公立病院改革の視点は経営効率を重要視しすぎているのではないか | <ul style="list-style-type: none"> ・経営効率の改善は医療の継続性を確保するために重要であるが、公立病院改革は地域にとって必要な医療の確保が究極の目的。 ・そのためには、各国保病院が地域の中で真に果たすべき役割は何かを明確にし、自ら改革すべきことは積極的に取り組むとともに、地元自治体関係者・住民等と十分協議することが必要。 ・国診協としても、こうした国保病院の取組みを支援。 |
| 2 | 国保病院は概して山間へき地など立地条件に恵まれず病床規模も小さい。こうした病院については都市部の公立病院とは別の配慮が必要ではないか | <ul style="list-style-type: none"> ・「公立病院改革ガイドライン」においても、山間僻地に立地する病院には一定の配慮（都市部で病院が集積している場合と同列に扱っていない）。 ・今般の「手引き」でも、国保病院の立地等の特性と経営状況を分析。今後とも各方面に必要な働きかけを実施。 |
| 3 | 国保病院は地域包括医療・ケアに積極的に取り組んでいる。こうした取組みを適正に評価すべきではないか | <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括医療・ケアは国保病院の基本的使命であり、適正な評価が行われるよう各方面に要請。 ・健診・医療相談等は一般会計繰入対象経費であり、「行政肩代わり」経費については費用補填されるよう地元自治体と十分な協議が必要。 |

| | | |
|---|--|--|
| 4 | 医師や看護師等の確保に汲々としている状況の中で、経常収支の黒字化は厳しい状況にある | <ul style="list-style-type: none"> ・医師不足等は国の総合的対策や都道府県の広域的調整が必要。国診協としても働きかけを促進。 ・医師や看護師の定着のためには健全経営も重要。自らの経営効率化と併せ、必要な繰入等が行われるよう地元自治体との協議が重要。 |
| 5 | 地元自治体の財政状況も厳しい中で繰出額（病院からみれば繰入額）は減少傾向にある。一部適用の場合には病院長の権限は制限されている | <ul style="list-style-type: none"> ・地域において真に求められる役割を果たすために必要かつ不採算の経費は適正な繰入が行われるよう、合理的基準の設定が重要。 ・経営の自律性を確保するため、今般の改革を機に、地元自治体も交え経営形態の検討が必要。 |
| 6 | 市町村合併により広域化し、従来の地域包括医療・ケアの継続は困難である | <ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で各国保病院がどのような役割を果たしていくべきか、開設者である首長のほか地元議員・住民・医師会等も交え十分議論することが重要。 |
| 7 | 都道府県の関係部局（例：公立病院改革担当部局、医療政策担当部局、国民健康保険担当部局）が多く、また地元市町村も同様に相談するところに苦慮している | <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県医療計画は医療政策との整合性の観点等から非常に重要。 ・都道府県の関係部局の十分な連携の下に公立病院改革が進められるよう、関係部局への働きかけも必要。 ・国診協は今般の「手引き」の策定をはじめ、国保病院が適切な改革プランを策定できるよう支援。 |

[補論] 国保病院とその他の自治体立病院の経営状況等の比較

1. データについて

(1) データの出所

地方公営企業年鑑「平成 17 年度」のデータを使用し、一部独自に試算した。一般会計等繰入の大小による影響を排除するため、経常比率だけではなく、医業収支比率、修正医業収支比率も比較している。医業収支比率は医業収入に係る一般会計等繰入を含まない比率である。修正医業収支比率とは、武弘道氏（前川崎市病院事業管理者）の考え方になり、さらに看護師施設費などの繰入金を控除したものを修正医業収益とし算出したものである。

(2) 対象病院

平成 17 年度の地方公営企業年鑑にデータの掲載されている 984 病院のうち、勘定のみ掲載されている神奈川県立厚木病院および実質的な経営データが掲載されていない新大江病院を除外した 982 病院を対象とした。その中で国保病院は、18 年度当初会員名簿（病院）と突合のできた 350 病院について分析を行っている。

(3) 留意事項

経営区分別、地区別（不採算地区か否か）、病床規模別に区分し、それぞれにおいて、国保病院とそれ以外の病院（以下「その他病院」という）に分け、対象病院の単純平均を算出した。欠落等の事情により、数値が 0 のデータについても平均値算出の基礎に含まれているため、比較に当たっては留意する必要がある（特に、人員や給与等に関する数値については目安として扱われる）。

2. 区分別の特徴

(1) 規模・患者数・収入構造等

①全体

国保病院の病床数はその他病院の 1 / 2 以下と規模の小さい病院が多く、入院患者数も同様に 1 / 2 以下となっている。病床利用率はさほど変わらない。他方、外来患者数は 1 / 2 を若干上回っており、外来患者の比率はその他病院より高く、診療所に類する機能も担っていることがうかがわれる。

また、患者 1 人 1 日当たりの診療収入をみると、入院、外来とも国保病院はその他病院より低く、1 床当たりの入院収入も同様である。上述とも併せ、国保病院は地域の一般医療を担っていることがうかがえる。

②経営区分別

国保病院のうち、地方公営企業法の全部適用の病院は 350 のうち 30 と 1 割弱と、その他病院の全部適用の割合が 3 割弱であるのに対して少ない。

国保病院について規模・患者数・収入構造等をみると、一部適用の病院に①の国保病院の特徴が顕著にあらわれているが、その他病院については、全部適用と一部適用とでは、規模はさほど変わらないが、患者 1 人 1 日当たりの診療収入は若干の差がつくなど、全部適用に①のその他病院の特徴があらわれている。

③地区別

その他病院のうち不採算地区立地病院の割合が 1 割程度であるのに対し、国保病院のうち不採算地区立地病院の割合は 4 割を超えており、過疎地等医療不足地域の医療を担っているという国保病院の現状が見られる。

国保病院について規模・患者数・収入構造等をみると、不採算地区立地病院に①の国保病院の特徴が特に顕著にあらわれている。その他病院についても傾向は同様であるが、不採算地区立地病院を比べた場合、若干ながらも病床利用率や1床当たりの入院収入は国保病院が上回っている。

④病床規模別

病床規模別に患者数・収入構造等をみると、国保病院、その他病院とも同様に、規模が小さいほど病床利用率は低く、外来患者の比率が高く、患者1人1日当たりの診療収入は低いという特徴が見られる。国保病院とその他病院の同規模比較を行うと、病床利用率では各区分とも国保病院の方が高く、患者1人1日当たりの診療収入はその他病院が高いが、国保病院とその他病院それぞれの全体平均の格差より小さい。ちなみに、その他病院で20-49床の患者1人1日当たりの診療収入が高いのは、病院数が少ない中において、特殊な病院が含まれていることによるものである。

(2) 職員数・給与水準等

①全体

病床100床当たりの職員数をみると、医師、看護部門は国保病院が少なく、医療技術職はほぼ同じ（職種によってバラツキはあるが）、事務部門、給食部門は国保病院が多くなっている。これは、国保病院が立地条件等の面から医師、看護師の確保が難しい一方で、病床規模が小さいこと等から間接的な部門の職員が多いものと思われる。この結果、医師あるいは看護部門1人当たりの患者数、特に外来患者数は国保病院が多くなっており、上述のように患者1人1日当たりの診療収入は低いにもかかわらず、医師1人1日当たりの診療収入は国保病院が1割以上上回っており、小規模の国保病院の医師・看護師の負荷が大きいことがうかがえる。

上述の留意事項に加え、平均年齢が異なる等のため目安として給与平均をみると、医師を除けば、傾向としてその他病院の方が国保病院より水準は高いが、これは、その立地条件等故に医師確保のために給与水準を上げざるをえない状況がうかがわれる。

②経営区分別

国保病院についてみると、給与水準は若干バラツキがあるが、相対的には一部適用に①の国保病院の特徴があらわれている。参考までに、その他病院についてみると、医師、看護部門とも病床100床当たりの職員数は全部適用が多いながらも、医師、看護部門1人当たりの入院患者数は全部適用が多い。また、給与水準は総じて全部適用が高くなっている。

③地区別

国保病院、その他病院とも、不採算地区立地病院に①の国保病院の特徴が顕著であり、概ね同様の傾向を示している。

④病床規模別

国保病院の病床100床当たりの職員数をみると、全般的には小規模病院に①の国保病院の特徴があらわれているが、特に、医師、看護部門は20-49床より、50-99床、100-199床の方が少なく、そのため、医師1人当たりの入院患者数はこの両区分が最も多くなっている。ただし、外来患者に関しては、20-49床の患者数が多いため、20-49床の医師1人当たりの外来患者数が最も多い。

給与水準は、医師は病床数が小さいほど高い傾向がみられる。その他職種はバラツキ

がみられる。

その他病院についても傾向的には国保病院と同様である。

(3) 収支・繰入金等

①全体

国保病院は、規模が小さく、不採算地区立地病院の割合が高いなどのハンディを抱えているにもかかわらず、医業収支比率はもとより、繰入金を控除した修正医業収支比率もその他病院を上回っており、相対的に経営状況は良好である。しかしながら、これはあくまでもその他病院との相対比較であり、100の医業費用を投じていながら、繰入前で86.8、医業収益に計上されている繰入金を加えたとしても89.5の医業収益しか計上できておらず、医業外損益を含めた経常収支比率でも96.6と費用超過の厳しい経営状況にあることに変わりはない。

最大の費用項目である職員給与費の医業収益に対する割合および修正医業収益に対する割合をみると、国保病院はその他病院より低くなっているが、これは、医師給与は相対的に高いながらも、総額として比重を占める医師以外の職種の給与水準が総じて低いこと、さらには、医師や看護職員の確保に苦慮し、結果として少ない医師、看護職員で診療を行っていることなどが要因であると推察される。ただし、民間の医療機関に比べ医師以外の給与水準が相当高いことは指摘されているところであり、民間医療機関における医業収入に対する人件費比率の目安が50%程度とされている中であって、相対的にはまだ高い水準にある。

さらに、医業収益に対する他会計繰入金の割合をみると、不採算地区立地病院の割合が高い等にもかかわらず、国保病院の方がその他病院より低くなっている。

②経営区分別

国保病院については、経営区分による違いはほとんど見られないが、あえて差を見出すならば、医業収益に対する他会計繰入金の割合は一部適用の方が高く（繰入金を含む医業収支比率は全部適用が高いながらも、他会計繰入金を控除した修正医業収支比率は一部適用の方が高い）、その結果、経常収支比率は一部適用の方が高いこと、医業収益および修正医業収益に対する職員給与費の割合は全部適用の方が低いことが挙げられよう。後者については、全部適用が高くなっているその他病院とは対照的である。その他病院は、一部適用が、医業収益に対する他会計繰入金の割合が低いながらも医業収支比率、修正医業収支比率、経常収支比率とも高い。

③地区別

国保病院、その他病院とも、医業収益および修正医業収益に対する職員給与費の割合は不採算地区立地病院の方が高く、一方で医業収益に対する他会計繰入金の割合は不採算地区立地病院の方が高いが、医業収支比率、修正医業収支比率とも不採算地区立地病院の方が低くなっており、不採算地域立地病院は経営面で厳しい局面にあることが推察される。ただし、経常収支比率は、国保病院では不採算地区立地病院の方が高いが、一方、その他病院では不採算地区立地病院の方が低くなっている。

④病床規模別

国保病院、その他病院とも、規模が小さいほど、③の不採算地域立地病院の特徴が顕著にあらわれている。ただし、経常収支比率については、特に傾向はみられない。

各 論

1. 各論の趣旨・構成等

1-1 各論の趣旨

各論は、総論を踏まえ、改革プラン策定に当たり参考となる事項をまとめたものである。

改革プランを策定する主体は、一義的には公立病院の開設者（設置主体）である地方公共団体である。総務省の「公立病院改革ガイドライン」においても、「病院事業を設置している地方公共団体においては、（中略）、『公立病院改革プラン』を策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組んでいただくようお願いいたします」と記載されている。しかし、この各論では、基本的に各国保病院の院長をはじめ病院関係者の側に立って記述している。したがって、まずこのことについて説明している。

国保病院を含め公立病院のステイクホルダーは誰か。公立病院の開設者は地方公共団体である。地方公共団体とは、簡単にいえば、その地域の住民を構成員とし、その区域における住民の福祉（広い意味での）の増進のための活動を行うことを存立目的とし統治権を有する団体である。そして、公立病院のステイクホルダーは基本的には住民であり、意思決定機関である議会を構成する議員および執行機関としての首長が住民の意思を「代弁」することになる。しかし、このことは、国保病院を含め公立病院の病院長らの経営責任を軽減することを意味しない。病院長らは医療の専門家として病院運営の責任と権限を与えられており、その職責を全うする義務を負っている。

公立病院改革に即していえば、病院長、事務長をはじめ病院スタッフは単なる「関係者」ではなく、開設者と並んで運営に責任を持つ実質的な「主体者」である。実質的な「主体者」であれば、病院長をはじめ病院スタッフも「受身の姿勢」ではなく、改革プランの策定に積極的に関わり、改革プランの策定をリードしていくことが求められる。

同時に、病院長、事務長をはじめ病院スタッフは唯我独尊であってはならない。国保病院を含め公立病院は住民のためのものであり、その受益と負担は住民に帰する。公立病院改革の究極の目標も、地域の実状等を踏まえ、質の高い地域医療を将来にわたりいかに確保するかということにある。したがって、総論でも強調したように、一般の公立病院改革は、国保病院のあり方について関係者と協議し課題の認識を共有化する絶好の機会として捉えるべきものである。特に、日頃、地元関係者等と必ずしも十分な意思疎通が行われていない場合には、これを機に、地域における国保病院の存在意義、繰出基準の明確化、地元自治体と病院長の責任と権限の配分等について、十分協議し方針を見定める必要がある。

要は、病院関係者と開設者および住民らに対立的に捉えるのではなく、共通認識をもち互いに手を携え真摯に改革に取り組んでいくことが必要だということであるが、そのためには、まず病院長、事務長をはじめ病院スタッフが、自らの病院のポジションや経営状況等についてきちんと分析し課題を明確化しなければならない。この各論の記述に当たっては、このような観点から、基本的に、各国保病院の院長、事務長を

はじめ病院関係者の側に立ち、改革プランの策定に参考になる事項を解説しているものである。

1-2 各論の構成・内容と「公立病院改革ガイドライン」との関係

総論でも述べたとおり、総務省の「公立病院改革ガイドライン」では、安定的かつ自立的な経営の下で良質な医療を継続して提供できる体制を構築するために、まず、「病院が果たすべき役割及び一般会計負担の考え方」について明確化したうえで「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」という3つの視点に立った改革を一体的に推進することを求めている。これを改革プランの「目次」の形で表記すれば、次のとおりとなる。実際、各公立病院の改革プランの構成案をみると、次のような目次・構成が通例であり、都道府県のヒアリング等もこの順番で行われることが多いと思われる。このため、各論の解説の順番は、改革プラン策定や関係者との折衝等の便宜を考慮し、基本的に総務省の「公立病院改革ガイドライン」に沿って整理している。

ただし、この各論は、「公立病院改革ガイドライン」の単純な“焼き直し”ではない。国保病院も公立病院である以上、「公立病院改革ガイドライン」に即した改革プランを策定することは当然であるが、総論でも述べたとおり、国保病院は僻地や不採算地区に立地しているものが多く、病床規模も概して小さい。また、地域包括医療・ケアの実践に取り組んでいるなど固有の事情がある。こうした国保病院の特性等にも配慮し必要な解説を加えている。

公立病院改革プランの目次例

| |
|---------------------------|
| 1. 病院が果たすべき役割及び一般会計負担の考え方 |
| (1) 果たすべき役割 |
| (2) 一般会計負担のあり方 |
| 2. 経営の効率化 |
| (1) 財務内容の改善に係る数値目標及び対策 |
| (2) 対象年度中の収支計画 |
| (3) 目標達成に向けての具体的な取組み |
| ① 民間的経営手法の導入 |
| ② 事業規模・形態の見直し |
| ③ 人件費削減対策 |
| ④ 経費削減対策 |
| ⑤ 収入増加・確保対策 |
| 3. 再編・ネットワーク化 |
| (1) 二次医療圏単位の状況 |
| (2) 医師確保等対策 |
| 4. 経営形態の見直し |

1-3 留意事項

以下、各論の解説を行っていくが、1-1 で述べたことを敷衍する意味で、個別事項に含まれない総括的事項あるいは留意事項について3点ばかり記載しておく。

第1は、改革プランの策定プロセスの重要性である。改革プランは病院事業を設置する地方公共団体と病院側の双方が協力し策定する必要があり、国保病院側と地元自治体の健康福祉部門や財政部門等関係部署等と緊密な連携の下に検討を進めることが求められる。また、「有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなど」により、十分な議論と適切なプロセスを踏み、評価の客観性の確保と住民を含め関係者の理解・納得を得ることが重要である。

第2は、病院事業の現状、とりわけ医師等の確保の困難性や「受益と負担」の関係の情報開示等の重要性である。住民や議員からすれば、提供される医療機能は高ければ高いほどよく、診療科目も多ければ多いほうがよいという判断になりがちである。しかし、現実に医師や看護師等の確保は可能なのか、また、地元自治体の財政規模や負担能力等からみて現実的なのかということは十分検討しなければならない。また、受益は負担を伴うものであり、(直接的な医療費負担に加え)政策医療に伴う不採算部分の一般会計繰出もその負担は住民に帰する。したがって、「財政錯覚」に陥らないよう、わかりやすい指標(例えば、一般会計繰入金の標準財政規模比や住民1人当たりの金額等)によって情報開示を行うことが重要である。

第3は、以上述べたことと関連するが、病院の改築や医療機器の整備等に当たっても将来的な負担が過大にならないよう十分配慮することが必要である。往々にして、公立病院は必要以上にデラックスな施設をつくりがちである(総論で示したように、公立病院と民間病院との比較でも「減価償却費対医業収益比率」は高い)が、こうした費用は後年度負担となって経営を圧迫することになる。「経営の効率化」では、主要な経営指標について具体的な数値目標の設定が求められており、その中でも必須指標として、「経常収支比率」、「職員給与費対医業収益比率」、「病床利用率」が挙げられているが、それ以外にも、増改築や設備投資に当たっては、「減価償却費対医業収益比率」や「企業債元利償還金対医業収益比率」の将来見通しを算出し適正水準に抑えることが必要である(3-3-4で後述する)。

2 各国保病院が果たすべき役割及び一般会計負担の考え方

2-1 各国保病院が果たすべき役割

記載する項目

- ・地域において必要とされている医療機能と医療提供の状況
- ・地域包括ケアシステムの取組みとその成果

2-1-1 地域において必要とされる医療機能と医療提供の状況

まず基本となるのは、地域においてどのような医療機能が必要なのか把握することである。この場合、抽象的な記述にとどまることなく、できる限り定量的に分析することが必要である。具体的には、地域の人口や年齢構成、疾病構造、受療率等を基に、現状のみならず中長期的な展望を踏まえ整理することが求められる。同時に、自らの病院以外に各地域においてどのような医療機関が必要な医療機能を提供しているか把握することも不可欠である。一言でいえば、地域における国保病院の果たすべき役割とポジションを明確化するということである。

これは、本来、都道府県の医療計画策定の際に分析され記述されるべきものである。また、医療計画は都道府県でオーソライズされたものであり、議論の際の共通のベースになる。したがって、医療計画策定時に分析・検討したものがあれば、それを積極的に活用すべきである。もともと、各都道府県の医療計画は精粗があり、必ずしも患者の受療行動や個別の病院の役割等まで踏み込んだ医療計画が策定されているわけではない。しかし、その場合でも、二次医療圏の病床の過不足の状況、主要医療機関の医療機能等については記載があるはずであり、そうした分析データ等を活用することが有用である。

都道府県の医療計画以外にも、①地域ケア整備構想、②医療費適正化計画、③健康増進計画などでもこうした分析が行われている場合があり、また、④市町村の総合計画等でも人口動向や医療機関の役割等について分析・検討されているはずである。さらに、国民健康保険所管部局がレセプトを分析し受療行動の分析を行っている場合や介護保険所管部局が要介護状態にある者の医療必要度等の分析を行っている場合がある。要は、既存のデータを極力活用しつつ、地域において必要とされる医療機能と医療提供の状況につき、できるだけ客観的かつ定量的に分析する必要がある。

「施設基準に関する項目」および「その他の項目」の例を示せば以下のとおりである。なお、病床規模等については、3-3-2 で後述する。

○ 施設基準に関する項目（例示）

結核病床、感染症病床、開放型病床、緩和ケア病床、緩和ケアチーム、回復期リハビリテーション病棟、がん診療拠点病院、救急告示病院、小児救急体制への参加、地域連携クリティカルパス、病診連携組織、高度医療機器の設置、中核病院の後方病院、巡回診療

○ その他の項目（例示）

臨床研修医、看護学生・薬学部学生・リハビリテーション科学生の実習受入、学校医活動、産業医活動、学術活動、医師会活動、巡回による住民への健康教育

2-1-2 「仮に国保病院がなくなった場合」の医療提供の状況

地域における病院の果たすべき役割を検討するに当たって、仮にその病院がなくなった場合に、その医療機能を他のどの医療機関が担うのか、あるいは具体的にどのような支障が生じるのか分析・検討することも有用である。特に国保病院は医療資源の乏しい中山間地域等に立地し、地域住民の保健・医療・介護ニーズに対応している市町村で唯一の病院である場合も多い。これに関して検討の対象となる診療項目等を例示すれば次のとおりである。こうした項目について、できるだけ定量的かつ具体的に分析する必要がある。例えば、救急医療を例にとれば、年間の疾患別・救急対応件数（昼間、夜間）、当該国保病院がない場合に救急対応する際の時間のロス（特に「脳卒中」など時間経過により予後に多大な影響を与える場合）、当該国保病院がない場合搬送された患者の命にかかわるような実例等についても明記する。

○ 主な診療項目等（例示）

救急医療、小児科対応、産科対応、人工腎臓（透析）、健診、併設施設への往診、他の福祉施設への往診、併設施設からの患者受入、在宅医療

2-1-3 地域包括医療・ケアの取組み

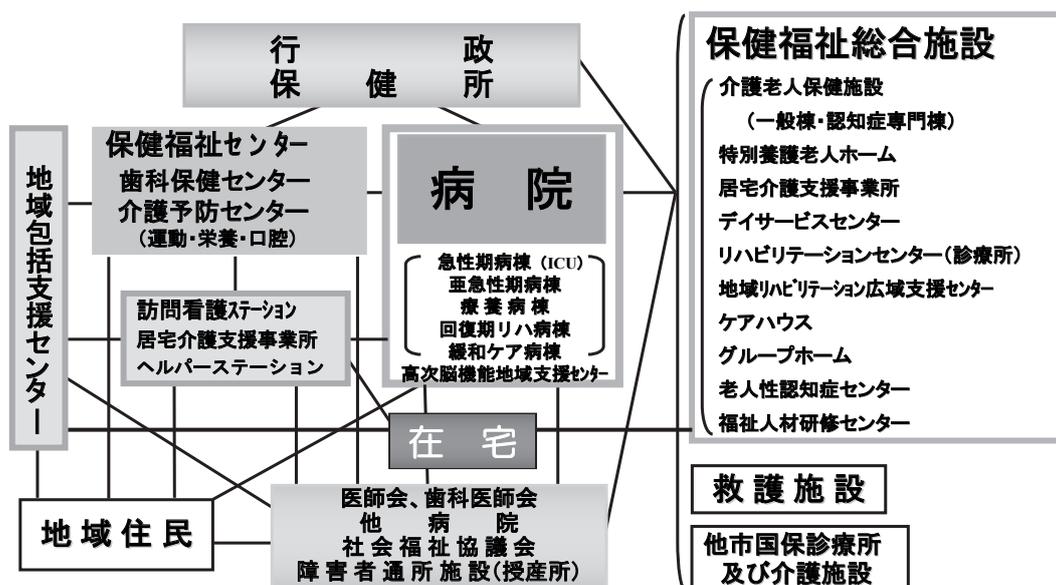
総論でも述べたとおり、国保病院はへき地医療や救急医療など地域医療を支える医療サービスの提供のほか、これに加え、「被保険者の健康の保持増進」を行うことが求められる施設、簡単にいえば「予防と診療の一体的提供」を行う施設である。そして、今日ではこれをさらに発展させ、地域包括医療・ケアの中核的施設として様々な取組みが実践されている。

地域包括医療・ケアは、地域において、治療（キュア）のみならず、保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスを包括的に提供することにより、地域住民のQOLの向上を図ることを理念とする（国診協「地域包括医療・ケアを推進する国保直診」参照）。国保病院は、医療資源のみならず保健・福祉・介護等の供給資源が乏しい地域において、こうした地域包括医療・ケアを展開することにより、地域住民の健康と安心を守るという観点から、寝たきり老人の減少、在宅医療の推進、健診や疾病予防を通じた医療費適正化等を展開するとともに、特定健診・特定保健指導や介護予防など国の政策展開の先導的な役割を果たしてきた。

具体的には、国保病院は、狭義の医療の提供のほか、併設又は隣接している総合保健施設、健康管理センター等と一体的にあるいは連携しながら、健康づくりないしはこれに関連する事業として、総合相談、健康相談、健診の事後指導、退院した者に対する訪問活動、疾病別健康教室、生活習慣改善指導、多受診世帯を中心とす

る家庭訪問活動、高齢者のいきがづくり、在宅ケアサービスの実施、訪問看護等を行っている。特に平成18年の医療制度改革に伴い平成20年度から実施することとなった特定健診・特定保健指導については、国民健康保険事業の一翼を担うとの自覚の下、これを積極的に受託・実施していくこととしている。また、介護保険関連としては、平成18年度から実施された介護予防について、地域包括支援センター事業を市町村から受託あるいはこれとの連携により積極的に実施し、さらに訪問介護、通所介護、訪問リハビリ、通所リハビリ等を実施している。

これら事業の実施・関係機関との連携の実態は、地域の実状等により様々であるが、一例を挙げると下図のとおりである。



① 地域包括医療・ケアの取組みおよびその指標

前述の地域包括医療・ケアは、地域住民の QOL を向上させることを目標とするものであり、医療のみならず、看護のほか、保健・介護・福祉など「隣接領域」は広い。下表は、病院本体で行う医療内容に関するもの以外、具体的には、①（在宅医療等の）医療・看護関係、②健康増進・疾病予防関係、③介護関係（訪問看護は便宜上①で整理）に分け、基本データおよび指標等をまとめたものである。これらの例示も参考にしできるだけ具体的にまとめて記載する。

なお、これらの事業は単に実施することに意味があるのではなく、健康増進や介護予防等の事業効果に結びつけることが重要である。また、費用対効果という観点から、事業に要する費用との関係についても把握する必要がある。

・医療・看護関係

| 事 業 | 基本データおよび指標 (例示) |
|------|---|
| 在宅医療 | <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療対象別（重症度別等）患者数 在宅訪問診療延べ回数 看取り件数 |
| 連携関係 | <ul style="list-style-type: none"> 疾患別の他の医療機関との連携状況 紹介患者数、逆紹介患者数 医師等派遣件数、医師等受入件数 |

| | |
|------|--|
| 訪問看護 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの設置の有無・実施体制 ・訪問看護対象別（重症度別等）患者数 ・訪問看護延べ回数（昼間・夜間別等） |
|------|--|

・健康増進・疾病予防関係

| 事業 | 基本データおよび指標（例示） |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・総合相談（保健・医療・福祉等） ・健康相談 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業の実施体制 ・相談延べ件数（実施者・相談内容別） ・事業効果（サービス提供等に結びついた件数、相談内容の変化） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・健診の事後指導 ・生活習慣改善指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・指導実施者数 ・事業効果（実施後の健診改善率、行動変容者数等） |
| 退院した者に対する訪問活動 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問活動件数 ・運動・栄養・口腔等に関する退院時指導の遵守状況 ・事業効果（経過良好者数・再指導者数等） |
| 健康教室 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業の実施回数（テーマ別、「出前健康講座」など形態別） ・健康教室受講者数 ・事業効果（行動変容者数・通院頻度の減少等） |
| 特定健診・特定保健指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・受託状況（国保およびその他） ・実施者数（国保被保険者、国保以外の被保険者・被扶養者） ・健診率・保健指導率 ・事業効果（メタボ減少率、行動変容者数等） |

・介護関係

| 事業 | 基本データおよび指標（例示） |
|--------------------------------|---|
| 介護予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの受託・連携状況 ・介護予防の受託件数（延べ人数・件数） ・事業効果（運動機能の向上、低栄養状態の改善、口腔機能の向上等それぞれの実施件数対改善件数） |
| 訪問介護、通所リハ、通所介護 訪問リハビリテーション等 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護実施者数・延べ件数 ・通所介護者数・延べ件数 ・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの実施者数・延べ件数 ・事業効果（運動機能の維持・向上等の状況） |

② 記載にあたっての留意事項は次のとおりである

- ・健康づくり事業において住民自らの健康づくりを促し、住民のQOLを上げるとともに受療が減ったことにより医療費の適正化にもつながるということであれば、そのような内容を記載する。具体的には、下記のような分析を行い、医療費適正化や通院の減少等のエビデンスが示せれば、その点も記載すべきである。

- ・ 経年的に1人あたり医療費の低下傾向があれば記載する。また、地域包括医療・ケアの実施により市町村国保の被保険者1人当たりの医療費が県下の他の市町村に比べ低いという分析結果が得られるのであれば記載する。
- ・ 住民の健康度が上がり要介護度の発生率が低下するなどの実績があれば、要介護認定者数の推移や介護サービスの利用者数推移を記載する。
- ・ 介護保険事業とりわけ介護予防事業の取組み、特定健診等の受診件数や特定指導の実績・内容等について、県下の市町村等と比較し記載する。
- ・ 現在の新医師臨床研修制度において必須の分野とされている地域保健・医療の研修協力施設として、全国の単独型、管理型臨床研修病院と連携することが出来るようになっている。このような制度を利用することで、地域包括医療・ケアを担う次代の医師を養成することに貢献することができる。そのため積極的に自施設が研修協力病院または協力施設となり得ることを情報発信して単独型、管理型と連携するよう働きかける必要がある。
- ・ なお、住民の満足度調査等を通じ住民がどのように事業評価しているかも記載することが望ましい。さらに、地域包括医療・ケアシステムがもたらした地域経済の活性化効果についても分析する。例えば、雇用の創出、消費拡大と昼間人口の拡大、地域包括医療・ケアの実施による転入や流出阻止という人口減少への歯止め効果などが考えられる。このような経済効果は高齢化が著しい過疎地、中山間地域等であるほど無視できないものである。

2-1-4 国保病院収支と医療費等との関係

国保病院のあり方や経営を考えるに当たっては、提供される医療の内容や質を向上させる観点が重要である。また、住民の負担という意味でも、国保病院の収支だけをみるのではなく、医療費や介護費用を含めトータルの負担を考えることが重要である。

望ましい姿は、必要な繰入が行われた上で、疾病予防や介護予防を含め適切な医療・介護が提供されるとともに効率的な経営を行うことにより、国保病院における経常収支黒字が達成され、かつ、市町村の被保険者1人あたりの医療費や介護費用が低いことである。

ちなみに、国保病院が所在する266市町村のデータ（平成17年度）をみると、国保病院の経常黒字を達成しているのは99市町村（複数国保病院を有する市町村は合計値）、そのうち1人あたり国保保険料7万円（266市町村の平均値70,369円、中央値69,352円）以下であるのが55市町村、同6万円以下であるのが23市町村、同5万円以下であるのが5市町村となっている。

これは高齢化の状況、医療資源の分布等の違いがあり、また、介護保険との関係を見ているわけでもなく、単なる参考数値にすぎないが、各国保病院においては、県下の類似の市町村との比較、経年変化等を分析することにより、トータルの負担がどうなっているか、その要因は何かといったことを考察することが望まれる。

2-2 一般会計負担のあり方

2-2-1 一般会計負担の考え方と繰出金

国保病院を含め公立病院は独立採算が原則である。ただし、公立病院はその性格上、僻地医療や救急医療など不採算の事業を行わざるを得ない。一般会計繰出はそのような不採算性に着目し行われるものである。逆にいえば、適正な一般会計繰出が行われれば収支（すなわち経常収支）は黒字となるよう運営されるのが原則であり、赤字補填的な繰出は認められるものではない（「公立病院改革ガイドライン」を参照）。

なお、地方公共団体に対しては、病床数等に着目し地方交付税の基準財政需要額に算入されている。ただし、地方交付税は一定の基準に基づいているとはいえ用途が限定されていない一般財源である。したがって、計算上の病院に関する交付金と実際の一般会計からの繰入金は必ずしも一致するものではない。

2-2-2 一般会計繰出金の明確化

一般会計繰出金は、地方公営企業法第17条の2・第17条の3、同法施行令第8条の5・附則第14項、「平成20年度の地方公営企業繰出金について」（総務省自治財政局長通知。以下、「総務省通知」という）により繰出基準が定められている（巻末資料参照）が、基本的には、立地条件や医療内容の不採算性等に着目して設定されている。病院事業の運営に当たっては、こうした政省令・通知を踏まえ、個々の病院事業の実態等に即し明確なルールを設定することが必要である。この点について地元市町村と病院の間で十分な協議が行われていないきらいがあるが、繰出基準の明確化は経営管理目標の設定と密接な関係にあることに留意すべきである。考え方としては、後述の経営効率化、病院の自助努力等を行っても、なお、当該病院が地域医療のために果たすべき役割を担っていくために必要な経費を賄えない部分については、住民の意向等も踏まえつつ財政部門等も含め団体内で十分な議論を行い、それに対する一般会計負担のあり方を明確にすべきである。その際の留意事項は以下のとおりである。

- ・ 繰出基準は本来客観的に決められるべき性格のものであり、地元市町村の財政事情等によって便宜的に変更すべきものではない。
- ・ 2-2-1で述べた病院事業に対する市町村に対する交付税の算入額は、繰出基準の設定に当たりひとつの目安にはなるが、これと同額でなければならぬというものではない。
- ・ 一般会計繰出金は、既述したように不採算性等に着目し政省令・通知により繰出基準が定められており、地域包括医療・ケアそのものが一般会計繰出し（病院からみれば繰入れ。以下同じ）対象経費に認められているわけではない。ただし、地域包括医療・ケアは幅広い概念であり、地域包括医療・ケアに関連する経費の中には、総務省通知により一般会計繰出しが認められるものがある。具体的には、「保健衛生行政事務に要する経費（集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政事務経費）」以外にも、「リハビリテーション医療に関する経費」、「保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費」、「救急医療の確保に要する経費」等については、繰出し対象経費となりうる。

例えば、①健康教育、集団検診、検診後の事後指導、退院した者に対する訪問

活動等の健康増進・疾病予防事業に関する費用の一定割合、②医療相談を含む総合相談に関する費用の一定割合、③高齢者に対する退院に向けて、訪問看護ステーションや地域包括支援センター等の連携施設との打合せ会議に要する行政経費及び高齢者の生きがいつくり事業に関する行政経費の一定割合、④通所リハ、訪問リハ等のリハビリテーションに係る経費のうち診療報酬で賄えない部分の経費、⑤病院が中心となつて行う保健・医療・福祉に関する一般行政部門との共同研修等に要する経費について、具体的な積算を基に協議を行うことが考えられる。

- ・ なお、国保病院が地域包括医療・ケアを円滑に実施するため、「保健衛生行政事務に要する経費（集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政事務経費）」等のほかにも、国保病院が病院内において保健福祉関係の行政事務を分担して行っている場合には、その経費の一部について一般会計負担を求めることは許容されると考えられる。
- ・ 日常的な経費はもちろんであるが、臨時的経費、例えば建物の増改築、修繕に要する経費についての負担等については、その分担を明確にしておく必要がある。

3. 経営の効率化

3-1 財務内容の改善に係る数値目標及び対策

| |
|----------------------------|
| 記載する項目 |
| ・ 経常収支比率の目標とその設定の考え方 |
| ・ 職員給与費対医業収益比率の目標とその設定の考え方 |
| ・ 病床利用率の目標とその設定の考え方 |
| ・ その他の数値目標とその設定の考え方 |

3-1-1 経常収支比率の目標設定の考え方

- ① 地域における医療提供体制を継続的・安定的に確保していくには、当然ながら、病院の経営が健全でなければならない。「地域医療の確保」と「健全な病院経営」は車の両輪である。一般会計負担の考え方のところでも述べたように、一般会計繰出（病院からみれば繰入）後の収支すなわち経常収支比率は、原則として100%以上を目標として設定することが求められている（なお、対象期間中に「経常収支黒字」が著しく困難であれば、最終的に「経常収支黒字」の達成を目指す時期を明らかにして、改革プラン対象期末時点における目標数値を定めることも認められている）。いわゆる「減価償却前黒字」ではないことに留意が必要である。
- ② 経常収支の改善を図るために病院が主体的に取り組めるのは医業収支の改善であり、医業収支の改善には収入増加、費用削減の両面のアプローチが必要である。改善項目ごとの記入イメージは次のとおりである。

| | | 19年度実績 | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 |
|--------|----------------|--------|-------|-------|-------|--------|
| 経常収支比率 | | 90.6% | 92.0% | 95.0% | 98.0% | 100.0% |
| 収入 | 病床利用率向上による増収 | | 5,500 | | 2,000 | |
| | 未収金対策の強化 | | 500 | | | |
| | その他 | | | | | |
| | | | | | | |
| 費用 | 人件費削減 | | | 7,000 | | 7,000 |
| | 購入価適正化による材料費削減 | | 1,000 | | 3,000 | |
| | 契約見直しによる委託料削減 | | | | 2,000 | |
| | | | | | | |

3-1-2 職員給与費対医業収益比率の目標設定の考え方

- ① 労働集約型の業態である病院においては固定費である人件費が経営に与える影響は大きい。国保病院の職員給与費対医業収益比率の平均は62.7%であり、50%未満の病院が57病院、50%以上の病院が284病院である。

この職員給与費対医業収益比率については、病院の特性や外部委託の程度によって数値が絶対ではないことに留意が必要である。例えば、救急病院では人件費比率は高めになるし、病院の中で介護事業を実施している国保病院では、介護保険施設が病院よりも職員給与費対収入の比率が約10%高い（物件費は逆に低い）ため、職員給与費対医業収益比率が医療だけを対応している病院よりも高めになることが考えられる。また、「公立病院改革ガイドライン」の留意点でも触れられているように、この指標では委託費が反映されていないが、実際に国保病院の経営管理をするためには委託費も併せて分析する必要がある。したがって、時系列や類似病院との比較等数値を相対化したり、他の指標と併せて見ることが重要である。

- ② 職員給与費の削減内容については、要因別に改善目標額を示すことが必要である。取り上げる要因の例としては、業務の見直し・効率化による人員減、給与水準の見直し、超過勤務の削減、委託化の検討などが考えられる。看護師や医療技術職、福祉職等に対して、医療職給与・福祉職給与でなく行政職給与を適用している国保病院も多い。そのような病院では医療職・福祉職給与への変更などを早急に検討すべきである。（人件費削減対策については3-3-3 後述）
- ③ 当該病院の医療内容等によっては、10：1看護料から7：1看護料への変更など人員増を伴う対策で収益増を図り、結果として職員給与費対医業収益比率を適正な水準にしていくことも考えられる。ただし、その場合には、経営的な視点で費用対効果を考慮するのはもちろんのこと、総定員の関係で増員できないこともあり、雇用形態等の検討が必要な場合も出てくることには留意を要する。
- ④ 地域包括医療・ケアを実施している国保病院においては、医師、看護師などの業務が病院の事業活動だけに留まらず、併設施設での業務や関連施設への定期的な派遣など多様な働き方がされている。このような場合の給与費をどの部門で、そのような基準で負担すべきか、その分をどのような形で繰出しするか、といったことをこの機会に再度、検討することも重要である。

3-1-3 病床利用率の目標設定の考え方

公立病院改革ガイドラインにおいては、一般病床および療養病床が病床利用率が概ね過去3年間連続して70%未満となっている病院については、病床数の削減、診療所化等の抜本的な見直しが適当とされているが、低水準の病床利用率は、経営効率化の観点からも問題であり、場合によっては、病床数の削減も必要である。病床利用率の目標設定（適正病床数の検討）に当たっては、以下の点が重要である。

- ① 病床利用率は、季節、労働繁忙期等地域事情により、また、疾病の流行や気候の変動により変動があり、これら事情を考慮し目標を設定することが必要である。

② 病床利用率の目標設定に当たっては、新入院患者の確保、ベッドコントロールによる入院待ちの解消等病床利用率の具体的な向上策を図らなければならない。

新入院患者の確保に当たっては、これまで以上に病病連携、病診連携が重要である。そのためには、診療所の医師や病院の勤務医に対して、病院での各種取り組みを周知することも有効であり、定期的に交流の場を設定している医療機関もある。また、特に診療所に対しては、受け入れた患者の経過を適宜報告するとともに、逆紹介（退院後に診療所に戻すこと）も積極的に行うといった姿勢も重要である。また、入院待ちの患者がいる一方で利用率が低い病院の場合には、ベッドコントロールの権限を実態を最も良く把握している看護師に委譲することによって病床利用率の向上を図ることも有効な場合がある。

③ 国保病院の特性上、在宅医療を受けている患者、併設施設、関連施設を含めて患者の状況を常に把握し、対処できるような体制の構築が必要であろう。

3-1-4 その他の数値目標及び目標設定の考え方

① Q&A：21 では、財務全般に関するもの、財務に関する個別事項の指標の例示がされている。以下に指標の意味や作成の際に参考となる情報を記載する。

各病院にあつては、経営効率化を図る指標として適当なものを選択し、かつ、類似の優良病院の数値をベンチマークとして、具体的な方策を踏まえつつ、目標設定することが重要である。また、複数の指標を用いた複眼的・総合的な考察が必要であることはいうまでもない。

② PL（損益計算書）に関し、Q&A：21に提示されている主な指標を以下の表に示す。なお、損益計算書と貸借対照表の勘定科目は下記を参照されたい。

（損益計算書）

| 総収益 | | 総費用 | |
|-----------|--|----------|--|
| 医業収益 | | 医業費用 | |
| 入院収益 | | 職員給与費 | |
| 外来収益 | | 材料費 | |
| その他医業収益 | | 減価償却費 | |
| うち 他会計負担金 | | 経費 | |
| 室料差額収益 | | 研究研修費 | |
| | | 資産減耗費 | |
| 医業外収益 | | 医業外費用 | |
| 受取利息配当金 | | 支払利息 | |
| 看護学院収益 | | うち 企業債利息 | |
| 国庫補助金 | | 企業債取扱諸費 | |
| 都道府県補助金 | | 看護学院費 | |
| 他会計補助金 | | 繰延勘定償却 | |
| 他会計負担金 | | その他医業外費用 | |
| その他医業外収益 | | | |
| 特別利益 | | 特別損失 | |
| うち 他会計繰入金 | | | |
| 固定資産売却益 | | | |

（貸借対照表）

| 固定資産 | | 固定負債 | |
|------------|--|--------------|--|
| 有形固定資産 | | 企業債 | |
| うち 土地 | | 再建債 | |
| 償却資産 | | 他会計借入金 | |
| 減価償却累計額(△) | | 引当金 | |
| 建設仮勘定 | | その他 | |
| 無形固定資産 | | 流動負債 | |
| 投資 | | 一時借入金 | |
| 流動資産 | | 未払金及び未払費用 | |
| 現金及び預金 | | その他 | |
| 未収金 | | 負債合計 | |
| 貯蔵品 | | 資本金 | |
| 短期有価証券 | | 自己資本金 | |
| 繰延勘定 | | 固有資本金(引継資本金) | |
| 資産合計 | | 再評価組入資本金 | |
| | | 繰入資本金 | |
| | | 組入資本金(造成資本金) | |
| | | 借入資本金 | |
| | | 企業債 | |
| | | 他会計借入金 | |
| | | 剰余金 | |
| | | 資本剰余金 | |
| | | 国庫補助金 | |
| | | 都道府県補助金 | |
| | | 工事負担金 | |
| | | 再評価積立金 | |
| | | その他 | |
| | | 利益剰余金 | |
| | | 減値積立金 | |
| | | 利益積立金 | |
| | | 建設改良積立金 | |
| | | その他積立金 | |
| | | 当年度未処分利益剰余金 | |
| | | 当年度未処理欠損金 | |
| | | うち 当年度純利益 | |
| | | 当年度純損失 | |
| | | 資本合計 | |
| | | 負債資本合計 | |

（注）地方公営企業年鑑では貸借対照表は事業単位であるが、各病院でも作成しているものとして記載。

PL（損益計算書）に関する指標

| 指標 | 算式 | 概要 |
|----------------|------------------------------------|---|
| 総収支比率 | 総収益 ÷ 総費用 × 100 | 総費用が総収益で賄うことができているかを示す指標。 100%を下回る幅が大きいほど赤字が大きい。 |
| 経常収支比率 必須項目 | 経常収益 ÷ 経常費用 × 100 | 経常的な経営活動から生ずる経常収益で経常費用を賄うことができているかを示す指標。 繰入金の大宗は医業外収益に計上されており、繰入後の収支を示す重要な指標である。 100%を下回る幅が大きいほど赤字が大きい。 |
| 医業収支比率 | 医業収益 ÷ 医業費用 × 100 | 医業活動に要する費用である医業費用を医業活動で得た収入である医業収益で賄うことができているかを示す指標。 100%を下回る幅が大きいほど赤字が大きい。 |
| 実質収支比率 | (形式収支 - 翌年度繰越財源) ÷ 標準財政規模 | 市町村財政の健全性を示す重要な指標。財政健全化法施行に伴い、病院事業等を連結したベースでの算出が必要になる。 標準財政規模の確認等、財政部門等との連携が必要。 |
| 修正医業収支比率 | (医業収益 - 医業収益中の他会計繰入金) ÷ 医業費用 × 100 | 医業活動に要する費用である医業費用を医業活動で得た収入である医業収益から繰入金を控除した修正医業収益で賄うことができているかを示す指標。 |

| | | |
|--------------------------|---------------------|--|
| 職員給与費対医業収益 比率 必須項目 | 職員給与費÷医業収益×100 | 医業収益に対する職員給与費の割合。 最大の費用項目である。 |
| 材料費対医業収益 | 材料費÷医業収益 ×100 | 医業収益に対する材料費の割合。 |
| 薬品費対医業収益 | 薬品費÷医業収益×100 | 医業収益に対する薬品費の割合。 |
| 他会計繰入金対医業収益 | 他会計繰入金÷医業収益×100 | 医業収益に対する他会計繰入金の比率。 他会計繰入金への依存度を示す。 |
| 資本費対医業収益 | (資本金+剰余金+固定負債)÷医業収益 | 資本費が医業収益の何倍となっているかを示す指標。 数値が大きいほど、資本費負担が重い。 |

③ 以下に、Q&A：21 に提示された BS に関連する指標を示す。

BS（貸借対照表）に関する指標

| 指標 | 算式 | 概要 |
|------------|------------------------------------|--|
| 不良債務比率 | (流動負債-(流動資産-翌年度繰越財源)) ÷ 医業収益 × 100 | 当面の支払い能力を超える債務である不良債務の医業収益に対する割合。 比率が 10% を超えると企業債の発行が制限されることとなり、経営健全化計画を作成する必要がある。 |
| 資金不足比率 | 資金不足額 ÷ (医業収益-受託工事収益) × 100 | 資金の不足額の事業の規模に対する比率。市町村財政の健全性を示す重要な指標の一つ。 |
| 累積欠損金比率 | 累積欠損金 ÷ (医業収益-受託工事収益) × 100 | 実質赤字額の累積額の度合いを示す指標。 |
| 自己資本構成比率 | (自己資本金+剰余金) ÷ 負債・資本合計 × 100 | 総資本と自己資本の関係を示す指標。 比率が高いほど安定的。 |
| 固定資産長期資本費率 | 固定資産 ÷ (資本金+剰余金+固定負債) × 100 | 固定資産の調達と長期の安定した資金の関係を示す指 |

| | | |
|---------|-------------------------------|--|
| 流動比率 | 流動資産÷流動負債×100 | 標。 100%を超えている場合は資金繰りに注意が必要。 1年以内に現金化できる資産と支払わなければならない負債の比率を比較する安全性の指標。 200%以上が理想。 |
| 自己資本回転率 | (医業収益-受託工事収益)÷平均自己資本(期首・期末平均) | 自己資本に対し、医業収益が何倍であるのかを示す効率性の指標。 高いほど医業活動が活発であることを示すが、一方で過小資本の懸念も。 |
| 固定資産回転率 | (医業収益-受託工事収益)÷平均固定資産(期首・期末平均) | 固定資産が有効活用されているかどうかを示す指標。 数値が小さい場合には、設備過剰か医業収益過小の懸念。 |

④ Q&A: 21 では、財務全般に関するもの以外に、財務に関連した個別事項(指標)も掲げられている。以下は、その指標と算式である。

財務に係る個別指標

| 指標 | 算式 |
|-------------------|--|
| 病床利用率 必須項目 | 年延入院患者数÷年延病床数×100 |
| 平均在院日数 | 延べ患者数÷((新入院患者数+退院患者数)×1/2) |
| 職員平均給与月額 | 年間職員給与÷(年間平均職員数×12) |
| 病床100床あたり職員数 | 年度末職員数÷年度末病床数×100 |
| 患者1人1日あたり診療収入 | 入院: 入院収益÷年延入院患者数 外来: 外来収益÷年延外来患者数 |
| 職員1人1日あたり診療収入 | 入院外来収益÷年延職員数 |
| 1日平均患者数 | 入院: 年延入院患者数÷入院診療日数 外来: 年延外来患者数÷外来診療日数 |
| 外来入院患者比率 | 年延外来患者数÷年延入院患者数 |
| 職員1人1日あたり患者数 | 入院: 年延入院患者数÷年延職員数 外来: 年延外来患者数÷年延職員数 |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 検査技師（放射線技師）1人 当たり検査（放射線）件数 | 年間検査（放射線）件数÷年度末検査（放射線） 技師数 |
| 1床あたり償却資産 | （償却資産－減価償却累計額）÷年度末病床数 |

⑤ 医療機能の確保に関する指標

以上の財務に関する指標以外に、医療機能の確保に関する指標もとり、目標設定を行う必要がある。Q&A：21の医療機能の確保に例示されているのは、次のとおりであるが、これ以外にも、各国保病院の果たすべき機能に応じた臨床指標をとり、目標設定を行うことが望ましい。

○ 医療機能の確保に関する指標（重複は除く）

| |
|--|
| 1日平均患者数、平均在院日数、救急患者取扱件数、救急自動車搬送件数、診療科別手術数、巡回診療回数、医師派遣件数、臨床研修医数など |
|--|

3-2 対象年度中の収支計画

| |
|--------|
| 記載する項目 |
|--------|

- ・平成23年度までの収益的収支の見通しを反映させた表
- ・平成23年度までの資本的収支の見通しを反映させた表
- ・平成23年度までの一般会計からの繰入金の見通しを反映させた表

3-3 目標達成に向けての具体的な取組み

| |
|--------|
| 記載する項目 |
|--------|

- ・経営の効率化のために導入する民間的経営手法
- ・事業規模・形態の見直しの検討結果
- ・経営の効率化のために導入する経費削減方策
- ・経営の効率化のために導入する収入増加・確保対策

3-3-1 民間的経営手法の導入

① 民間的経営手法

公立病院改革ガイドラインにおいて、民間的経営手法として例示されているのは、経営形態の見直し、PFI方式、民間委託の活用である。民間的経営手法という表現の明確な定義はされていないが、迅速な意思決定、柔軟な対応・情報伝達によるスピード感のある経営、例えば医師、看護師の採用を考えた場合、タイミングが重要であるがこれらは「権限と責任の一致」を意図しているものと考えられる。これらを妨げている状況を分析することが民間的手法の導入の前段階として必要である。

阻害している要因としては、病院長権限の制限、都道府県・市町村を含めた関係機関との調整、公務員としての職員の意識、専門職集団であることからくる縦割り意識等が公立病院全般では考えられ、国保病院で当てはまる場合もある。

② 人事考課

平成 18 年 1 月に国や地方において能力及び実績に基づく人事管理として人事評価制度が導入されたが、これは職員の意識改革を行って人材の育成を図ることにより組織力を高めていこうとの趣旨であり、勤務成績が給与・賞与に反映される仕組みとなっている。

国保病院においても、効率化が求められ、また保健・医療・福祉（介護）まで広範囲の業務を行っていることから、業務の実施方法等にいろいろな工夫を行い、個人の力が十分発揮できる職場であり、人事評価の導入は良い結果を生むことになると考えられ積極的に導入・活用を検討する必要がある。

③ 民間委託方式への変更

業務形態を見直す上で、職員がすべきコア業務は職員が、民間の活用が可能なものは民間に委託するという事も検討すべきである。

しかし、問題は、委託料は増加しているのに、人件費は減らないという病院が多いことである。何のための委託なのか。委託を検討するに当たっては、人員の適正化、業務見直し等と一体的に行うべきである。

また、委託業者をコントロールできていない事例も多々見受けられる。委託業者の管理は病院が責任をもってきめ細かく行う必要がある。例えば、委託仕様書の見直しや競合事業者とのコンペ実施など委託方式の変更をすること等でコストダウンやサービス改善に繋がるようにしなければならない。

○ 委託に関連して考えられる経営改善例

| |
|--------------------------------------|
| 競争入札、随意契約の制限、一括発注、モニタリング強化、周辺価格情報の収集 |
|--------------------------------------|

④ 医薬品・材料等調達の効率化方策

同一自治体内の病院による共同購入、委託の一種である SPD の導入などが材料費購入価格の削減の手法として考えられる。国立病院機構などではブロック単位で共同購入をしている例もあり、国保病院の多い都道府県などでは共同購入も選択肢と考えられる。また共同購入によるコストダウンは医療機器等の購入においても有効である。SPD 導入等により在庫削減、消費期限切れの削減等のメリットがあるが、初期導入経費や外部委託職員人件費を含めたコストに見合った効果があるのかは十分な検討を要する。

○ 材料調達に関連して考えられる経営改善例

| |
|---|
| 共同購入（国保病院相互、同一自治体、周辺自治体、民間病院と共同等）、SPD 導入、品目の標準化・集約化、スケールメリットの追及、入札の適正化、調達業者の見直し |
|---|

3-3-2 事業規模・形態の見直し

① 適正事業規模の検討をする

現在の病床利用率が低水準の病院においては、10 年先を見越して適正な病床規模を検討する必要がある。また、高齢化による急速な人口減少が見込まれる地域に

においても同様である。人口データは市町村でまとめているもの等を検証の上、利用すればよい。

● 圏域の患者数を推計する。

患者数は人口に 10 万人対患者発生数である受療率を乗じることで求める。受療率は性・年齢によって異なるので、5 歳階級の性・年齢別人口を利用する。

推計患者数 = Σ 性・年齢階級別人口 \times 性・年齢階級別受療率

性・年齢階級別受療率は厚生労働省の患者調査で疾病別で都道府県単位のデータが公表されており、厚生労働省ホームページから入手可能である。

同様に将来人口を乗じることにより将来患者数も推計できる。

| 入院 | | 2010年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 増減率 (1995-2025) |
|------------------------------|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| 総 | 数 | 18,984.3 | 19,200.8 | 19,206.6 | 19,589.1 | 124.4% |
| 感染症及び寄生虫症 | | 337.6 | 345.8 | 350.1 | 348.5 | 115.4% |
| 腸管感染症(再掲) | | 39.9 | 38.5 | 37.2 | 37.7 | 97.3% |
| 結核(再掲) | | 104.5 | 111.3 | 115.9 | 114.3 | 124.5% |
| 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患(再掲) | | 27.7 | 29.6 | 31.2 | 30.0 | 110.9% |
| 真菌症(再掲) | | 16.5 | 17.7 | 18.6 | 18.8 | 148.5% |
| その他の感染症及び寄生虫症(再掲) | | 149.0 | 148.8 | 147.3 | 147.9 | 112.1% |
| 新 | 生 | 1,677.8 | 1,714.3 | 1,730.7 | 1,745.9 | 124.4% |
| (悪性新生物)(再掲) | | 1,410.4 | 1,446.6 | 1,463.7 | 1,477.7 | 126.9% |
| 胃の悪性新生物(再掲) | | 268.7 | 274.9 | 277.4 | 287.6 | 137.3% |
| 結腸及び直腸の悪性新生物(再掲) | | 210.3 | 216.3 | 220.7 | 225.6 | 131.2% |
| 気管、気管支及び肺の悪性新生物(再掲) | | 145.9 | 149.0 | 148.9 | 149.4 | 127.1% |
| その他の悪性新生物(再掲) | | 785.5 | 806.4 | 816.6 | 815.0 | 122.5% |
| 良性新生物及びその他の新生物(再掲) | | 267.4 | 267.7 | 267.1 | 268.2 | 112.3% |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫障害 | | 62.5 | 62.3 | 61.1 | 61.5 | 117.8% |
| 貧血(再掲) | | 32.7 | 31.8 | 30.4 | 30.9 | 120.3% |
| その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害(再掲) | | 29.8 | 30.6 | 30.7 | 30.5 | 115.4% |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | | 655.8 | 657.2 | 652.5 | 666.1 | 126.2% |
| 甲状腺障害(再掲) | | 58.1 | 57.6 | 56.3 | 57.1 | 112.4% |
| 糖尿病(再掲) | | 513.8 | 515.8 | 512.6 | 520.5 | 126.6% |
| その他の内分泌、栄養及び代謝疾患(再掲) | | 83.7 | 83.7 | 83.5 | 88.4 | 133.7% |

● 病院の患者状況を分析する。患者の住所地分析や時系列分析を実施する。医師の配置状況による変動も見ておくべきポイントである。

● この2つの要素から患者の取り込み状況を分析する。

まずエリアの患者の一定数を獲得して、相応の病床利用率が確保できているのかそれが将来も維持できるのかを検証する。

次に診療科ごとの状況で大きな落ち込みがないか、落ち込んでいる場合に回復できるものかを見極める必要がある。現在、落ち込んでいなくても医師の退職等で将来落ち込むことが予想されるようであれば、その点も考慮する必要がある。リハビリテーションやデイサービスなど診療以外の事業についても、上記分析を参考に検討する。

病院の患者需要の分析ではあるが、視点としては併設施設、関連施設を含めた地域包括医療・ケアを忘れるべきではなく、紹介・逆紹介、転送数、受入数などの基礎データは十分な分析が必要である。

3-3-3 人件費削減対策

人件費は医業費用の大半を占め、また固定費として負担をしなくてはならない。人件費を削減するには、配置人員を削減するか、給与の水準を下げるかのいずれかの手段を講じる必要がある。

配置人員を削減するには、病院全体の業務の見直し・効率化に伴うダウンサイジングまたは各部門の業務の見直し・効率化を図ることが重要である。退職者の不補充、市町村他部署への異動、他法人への転籍等の方法がある。中長期的には、情報化の推進も有効であろう（ただし、短期的にはむしろ人員増、業務量の増加を招く懸念もある）。

給与の水準を下げるには、行政職給与から医療職給与への切替、時間外勤務の削減、諸手当の見直し、給与単価の見直し等の方法があるが、労働諸条件の不利益変更になるので、法的検討を含め周到な準備が必要である。

職員給与の適正な水準を検討するにあたっては、地域の民間病院における職員給与水準等とも比較し、現行の職種別の平均給与費が適正なものといえるのかを公開するなどして、オープンな議論の中であるべき姿を検討する姿勢も重要である。

○ 人件費に関連して考えられる経営改善例

行政職給与から医療職給与への転換、退職者不補充、業務見直しによる効率化、IT化による事務処理向上、人事制度見直し（年功制の撤廃等）、インセンティブ報酬の導入、キャリアパス検討、出向、転籍、兼業禁止規定の緩和

3-3-4 経費削減対策

① 医薬品・材料費削減方策

医薬品については、診療報酬点数が包括化されている場合は、ジェネリック医薬品の使用促進が有効である。医師の抵抗もあると思われるが、ジェネリック医薬品学会等の調査を踏まえ、実績のある品目から試行的に使用し、問題がないことをはっきりさせた上で本格使用に踏み切る等の配慮によって抵抗感を和らげることも検討すべきである。

次に、材料については、まずは、医師の協力の下、品目数の削減等集約化が必要になる。さらには、「3-3-1④医薬品・材料等調達効率化方策」で述べたような方策が挙げられる。

医薬品・材料とも、在庫圧縮も重要である。在庫圧縮には定数管理の徹底、高額診療材料管理の徹底、期限切れチェックの徹底等の方法がある。

② 材料費以外の経費削減方策

- ・ 特に高額な医療機器等については、当該病院の役割・機能に応じて性能や価格を考慮して選定することが必要であり、購入にあたっては共同購入、入札、価格交渉などで医療機器購入コストを削減することが必要である。
- ・ 修繕費の見直し、省エネルギー対策等による光熱水費の見直し、備品等の購買方式や在庫管理の徹底、既存システムの活用等による業務効率化・経費削減等の方策を検討する。

- ・ 委託費等削減方策については「3-3-1③民間委託方式への変更」で既述のとおり。

③ 減価償却費等の留意点

病院経営では、建物への投資負担が大きく、特に公立病院では必要以上にデラックスな建物にする傾向があり、建築単価が民間と比べて高く、安易に起債に依存する傾向があったことも否めない。その結果として、償還に苦慮している実態もある。つくってしまったからでは後戻りできない。投資に当たっては、自己の国保病院の財政規模、役割に応じたものにする必要がある。具体的には、将来の投資については、1床あたりの減価償却費で同規模病院等との比較を行う等で適正な投資水準を確認し、投資額を抑えることによって財政の健全性を保つ必要がある。

しかしながら、必ずしも病院の意向によらない過大投資によって、結果として、重い金利・償却負担に経営が圧迫されている事例も少なくない。損益管理の視点では、金利・減価償却費の医業収益に対する比率や病院年間予算に占める割合、資金収支管理の視点では、企業債償還元金・利息の病院年間予算や診療収入に対する比率等を勘案し、その負担について市町村の財政部門と協議することが必要である。

3-3-5 収入増加・確保対策

病院事業を円滑かつ健全に実施するための第1は、収入の確保が重要である。ただし、病院の収支は良くなったが、国保財政は悪化した、というのでは地方公共団体全体としてみればかえってマイナスである。

収入確保策としては、請求漏れ・減点対策の徹底、未収金対策、差額病床収入などを含めた選定療養費の確保などが考えられる。また、検診業務の積極的な取り扱い等も国保特別会計の負担増とはならない方策として検討に値しよう。また、瑣末なことではあるが、差額ベッド代を上げたり、駐車場料金を上げたりといったことも考えられるが、病院単独では決められないことが多いので、地方公共団体の担当部署との連携が重要である。

未収金対策では、徹底した収納管理対策とともに、悪質な者に対する法的措置、あるいは、ケースワーカーとの協力によって状況を把握し、速やかに福祉部署と連携する等といった方策を検討する必要がある。

差額病床の料金については公立病院では低額な場合が多い。住民の負担等を考慮してのことだと思われるが、新しい設備等であればある程度の料金値上げは許容される場合もあり、適正な料金設定を図るべきである。

4 再編・ネットワーク化

4-1 二次医療圏単位の状況

4-1-1 再編・ネットワークについての検討

再編・ネットワークについての基本的考え方等については、総論の「2 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント」の(1)第4および「4 公立病院改革にどう対応すべきか」の第4に記述されているとおりである。

再編・ネットワークは、個別の病院が単独で、あるいは、単独の地方公共団体だけで検討できるものではない。医師不足が厳しさを増している中で、再編・ネットワークの必要性は認めながらも、「総論賛成・各論反対」のまま推移し、結果的に「ジリ貧状態」に陥り閉院を余儀なくされるケースもみられる。

病床利用率の低迷等によって再編・ネットワークが避けられない病院については、まずは、都道府県の積極的関与の下、関係医療機関、地方公共団体による検討の場の設定に向けた準備を行うことが必要である。その際には、継続的な医師の確保の視点から派遣医局の関係者、地元医師会関係者、住民代表等に早期から参加を求めることも重要である。

4-1-2 再編・ネットワーク化を検討する際の留意点

再編・ネットワーク化は当該病院の役割、経営形態の見直しと密接に関係していることを念頭に、適否を検討することが重要である。

- ① 再編・ネットワーク化に際しては、次の点について基幹病院とサテライト医療機関の間で取り決めを行うなどが必要である。
 - ・ 特にネットワーク全体に医師の不足が生じた場合の医師の派遣方法及び基幹病院から当該病院への支援体制について
 - ・ 一時的又は恒常的な経費負担が生じる場合の経費の負担方法について
- ② 地域包括医療・ケアの継続を確認すること
- ③ 都道府県・市町村の関係部局と十分連携をとり・協議を行うこと。この際には国保病院の主体性を持って協議を行うこと。
- ④ 経営形態の見直しと同様、住民の理解を得ることが最も重要であることから、住民に対する資料、検討経緯の公開、十分な説明は必須であること。このため、効率的な仕組みを検討する必要がある。
- ⑤ 再編・ネットワーク化の検証を行い、これの見直し時期、見直し手順、仕組みを設けておくべきである。

4-2 医師確保等対策

4-2-1 現在の医師の配置への取組み

- ① 現在の定数に対しての医師の配置状況、在任年数、出身大学医局、今後の見込みをまとめる。過去に退職した医師の動向についても、同一診療圏域での開業、他病院への転任も連携の観点からまとめる。
- ② 周辺医療機関についても大学医局等把握可能な項目について整理する。
- ③ 当該圏域における人口10万人対医師数を基礎データとして把握、全国、全県

と比較する。

④ 国診協が（社）全国自治体病院協議会と共同で実施している自治体病院・診療所医師求人求職支援センターの斡旋成立件数は、この制度が開始から3年経過して定着したこともあり、平成19年度実績はこの制度の創設された平成17年度と比較して著しく増加している。成立はしなかったものの、斡旋・照会件数はさらに多くあり、このセンターの活用は有効である。

⑤ 医療機関の集約化が進む中で、ネットワークの本来の意義とは異なる事態、例えば、支援病院への医師の派遣・支援体制が薄れ支援病院から基幹病院への一方通行の患者の紹介・搬送等の面が強くなっていることがある。

基幹病院から支援病院への医師の派遣・支援体制が確立されて、はじめて地域全体として安定的かつ質の高い医療の確保が可能と思われる。

したがって、安定的な医師等確保の一方策として、基幹病院からの医師はじめ看護師等の派遣及支援体制について関係者と十分協議を行う必要がある。

5. 経営形態の見直し

基本的な考え方等は、総論の「4 公立病院改革にどう対応すべきか」の第3に記述している。その中で「国保病院の現状を見ると一部適用のところが圧倒的に多く、『公立病院改革ガイドライン』の要請と温度差が最も大きいところのひとつ」と指摘している。

「人事」と「予算」の権限をいかに確保するか、いわゆる「権限と責任を一致」という観点から、国保病院、市町村、住民、外部有識者などの間で積極的な検討をすることが必要である。また、いずれの経営形態によっても、経営を担う人材（の招聘）が非常に重要であることはいうまでもない。

5-1 経営形態の考え方

国保病院においては、公立病院としての責務を果たすためにどのような形態が望ましいのかを関係者と議論していくことが必要である。

経営形態ごとの比較は、次頁の表を参照されたい。

◇ 経営形態の比較

| | 公営企業 | | 地方独立行政法人 | | 公設民営 (指定管理者) |
|-------------------|----------------------|--------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| | 一部適用 | 全部適用 | 公務員型 | 非公務員型 | |
| 開設者 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方公共団体が法人、 その他の団体を指定 |
| 開設者 ・ 経営トップ | 運営責任者 | 設置者 | 病院の事業管理者 | 理事長 | 指定管理者 |
| | 管理者の設置 | 公営企業管理者を設置 | 公営企業管理者を設置(人 事・財務に一定の権限を持つ) | 独立行政法人 理事者 | 指定管理者 理事者 |
| | 人事権 | 管理者に職員の任命権あり | 管理者に職員の任命権あり | 法人の理事長に職員の任命権あり | 独自に決定 |
| 組織・人事 (人) | 内部組織 | 診療科の設置などの組織変更 については事前査定を受ける | 診療科の設置などの組織変更 については管理者が決定 | 診療科の設置など組織の変更 は法人が決定 | 独自に決定 |
| | 職員の身分 | 公務員 | 公務員 | 公務員 | 非公務員 |
| | 給与 | 当該自治体の条例に基づく | 種類と基準のみを条例に規 定、給与の額及び支給方法等 の細目は労働協約、企業管理 規定等による | 他独立行政法人の職員並び に民間事業の従事者の給与を 考慮して決定 | 当該法人の業績実績や 社会情勢に適合した独 自の制度構築が可能 |
| | 組織定数 | 条例による定数管理 事前査定を受ける | 条例による定数管理 | 中期計画の人員費の範囲内 で法人が決定 | 独自に決定 |
| | 争議権 | 争議権なし | 争議権なし | 争議権なし | 労働三権付与 労働三権付与 |
| 資産の扱い (物) | 労働組合・ 職員団体の 結成 | 職員団体の結成可。当局と職 員団体との協定締結可 | 労働組合を結成し当局と団体 交渉可、労働協約締結可 | 労働組合を結成し当局と団体交渉可、 労働協約締結可 | 民間企業に同じ |
| | 資産所有 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方独立行政法人 | 地方公共団体 |
| | 維持管理の 責任 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方独立行政法人 | 民間事業者(指定管理 者) |
| 施設更新・ 整備の責任 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 地方公共団体 |

| | 公営企業 | | 地方独立行政法人 | | 公設民営 (指定管理者) |
|--------------------|--|---|--|--|--|
| | 一部適用 | 全部適用 | 公務員型 | 非公務員型 | |
| 財務 (金) | 資金調達 | 起債・設置者からの長期借入金が可能 | 起債・設置者からの長期借入金 | 起債・長期借入金は不可。ただし、設立団体からの長期借入金は可能 | 独自資金調達 |
| | 地方自治法の財務規定適用 | あり 予算単年度主義 | あり 予算単年度主義 | なし 契約や財務運営面で弾力的な経営が可能 | なし |
| 運営と評価 | 行政の関与 | 首長・議会の相当の関与あり | 首長・議会の相当の関与あり | 設立団体・議会の相当の関与あり | 首長・議会の相当の関与あり |
| | 中期計画 中期目標 | 制度なし | 制度なし | 長が中期目標を設定する | なし |
| 開設者 ・ 経営トップ | 評価制度 | なし | なし | 執行機関の付属機関として独法評価委員会を設置し、業務実績にかかると評価等を行う。 | なし |
| | 【メリット】 ・地方公共団体の関与が大き く、不採算部門の運営が行い やすい | 【メリット】 ・管理者が権限を発揮すること により、企業としての独立性が 高まり、効率的な企業経営が 可能である。 ・地方公共団体が経営に関与 するため、不採算部門の運営 が行いやすい | 【メリット】 ・人事・財務に関して地方公営 企業以上の権限が理事長に 与えられ、法人として独立する ため責任範囲が明確になる | 【メリット】 ・人事・財務に関して地方公 営企業以上の権限が理事長に 与えられ、法人として独立する ため責任範囲が明確になる | 【メリット】 ・地方公共団体と別法人が業 務を担い、契約を結ぶため、責任の 範囲・所在が明確になる |
| メリット ・ デメリット | 【デメリット】 ・地方公共団体の内部組織で あり、経営責任の範囲が不明 確になる恐れがある | 【デメリット】 ・地方公共団体の内部組織で あり、経営責任の範囲が不明 確になる恐れがある | 【メリット】 ・病院など、技能により人事給 与のバリエーションをつけやす い場合には、経営効率化を推 進しやすい | 【メリット】 ・病院など、技能により人事給 与のバリエーションをつけやす い場合には、経営効率化を推 進しやすい | 【メリット】 ・病院など、技能により人事給 与のバリエーションをつけやす い場合には、経営効率化を推 進しやすい |
| | 組織・人事 | | | | |

| | 公営企業 | | 地方独立行政法人 | | 公設民営 (指定管理者) |
|--------------------|---|---|--|--|---|
| | 一部適用 | 全部適用 | 公務員型 | 非公務員型 | |
| メリット ・ デメリット | <p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企業債の発行が可能であり、一般会計との区分が明確となる。 ・歳計現金の活用が可能であるため、一時借入の利払いが不要である。 ・住民の福祉のために行う事業に係る費用、施設改修などにかかる費用については、認められれば一般会計の負担もあり、実施が可能である。 <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経費の縮減は委託費用が主であり、人事給与体系の変更に基づく人件費の縮減は行えない。 | <p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企業債の発行が可能であり、一般会計との区分が明確となる。 ・歳計現金の活用が可能であるため、一時借入の利払いが不要である。 ・住民の福祉のために行う事業に係る費用、施設改修などにかかる費用については、認められれば一般会計の負担もあり、実施が可能である。 ・管理者は、予算、決算を調整し、契約を結ぶことができる。 ・このため、管理者の権限で繰越しなどの資金繰りの自由度が増す。 <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・給与が変更とならない場合、経費の縮減は委託費用が主となり、従来方式(一部適用)での実施が可能である。 ・管理者の権限を生かした自由度が、独立採算の追求を妨げる可能性がある(財政的なモラルハザードがおきる可能性あり) | <p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別法人であるため、財務の透明性が高い ・効率的な経営を行うことが目的であり、また実行が可能である <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期借入金が一般会計の負担となる ・一時借入金は、市中銀行から行うため、利払いが必要である ・効率的な経営を追求するため、医療福祉の不採算部門を法人の責任で行わせることが困難になる。この部分は政策的な支援が必要 | <p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別法人であるため、財務の透明性が高い ・効率的な経営を行うことが目的であり、また実行が可能である <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期借入金が一般会計の負担となる ・一時借入金は、市中銀行から行うため、利払いが必要である ・効率的な経営を追求するため、医療福祉の不採算部門を法人の責任で行わせることが困難になる。この部分は政策的な支援が必要 | <p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別法人であるため、地方公共団体は指定管理者の財務に与する必要がなくなる ・効率的な経営を行うことが目的であり、契約書に業務を明記にすることが可能である <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の維持管理などについて、指定管理者と地方公共団体の間で解釈の相違が生じるケースがある ・効率的な経営を追求するため、医療福祉の不採算部門を法人の責任で行わせることが困難になる。この部分は政策的な支援が必要 |

5-2 検討に当たっての留意事項

「人事」と「予算」の権限と責任が伴った形でいかに確保するか、いわゆる「権限と責任を一致」させるような形態が重要であるが、経営形態の見直しについては、関係者がその本質を十分理解し得心して移行することが重要である。特に、市町村関係部局側の認識が従前のままであったり、実際に業務を担当する職員が疑問を持ったままでは、実態は今までと変わらず結果として不成功に終わることがある。主な経営形態のポイントは以下のとおりである。

- 国保病院は現状では一部適用が圧倒的に多い。これは立地条件や病床規模等によるものと考えられるが、経営裁量の自由度という面では限界がある。それに対して全部適用は、経営面での裁量は相当拡大する。ただし、制度で許容されている内容まで権限が委譲されておらず、一部適用とさほど変わらない、という実態も往々にしてみられる。例えば、全部適用では、給与規程の策定権限を病院長に委ねることは可能であるが、市長部局や人事委員会が権限を握っている場合が少なくない。「公立病院ガイドライン」では、「全部適用によっても所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人など、更なる経営形態の見直しに向け取り組むことが適当である」とされているが、各々の経営形態の特性、メリット・デメリット等を比較考量し検討する必要がある。
- 地方独立行政法人は、債務負担行為の議決を経ずして複数年契約が可能となるなど全部適用以上に経営裁量の自由度は高く、より自律的・弾力的な経営が可能となる経営形態である。ただし、非公務員型の場合には、職員の身分・取扱いが大きく変わるため、処遇条件等につき十分な検討・協議を行い進める必要がある。
- 指定管理者制度は、民間の医療法人等に病院の運営を委ねるもので、より民間的な経営手法の導入が期待される経営形態である。ただし、指定管理者の選定・契約、その後のモニタリングが重要である。また、国保病院の地域特性・病床規模等から適任の指定管理者の担い手を確保できるかという問題がある。

なお、住民の理解を得ることが最も重要であり、住民に対する資料、検討経緯の公開、十分な説明のための、効率的な仕組みを検討する必要がある。

5-3 経営形態変更のためのスケジューリング等

いずれの経営形態を選択する場合であっても、決定の際に十分時間をかけた検討が必要であることはもとより、決定後についても、住民や職員へ周知等相応の時間が必要となる。特に、職員の身分が変わる場合にあつては、組合交渉・職員個人との面談、関係機関との調整等十分余裕をもったスケジューリングが不可欠である。