

国保病院の改革の手引き

(中間報告)

【Ⅱ部 各論】

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

平成 20 年 6 月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

Ⅱ部 各論

1. 各論の趣旨・構成等

1-1 各論の趣旨

Ⅱ部 各論は、Ⅰ部 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、その区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、Ⅰ部 総論でも強調したように、今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Ⅱ部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、安定的かつ自主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、Ⅱ部 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意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る、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が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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 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。もっとも、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

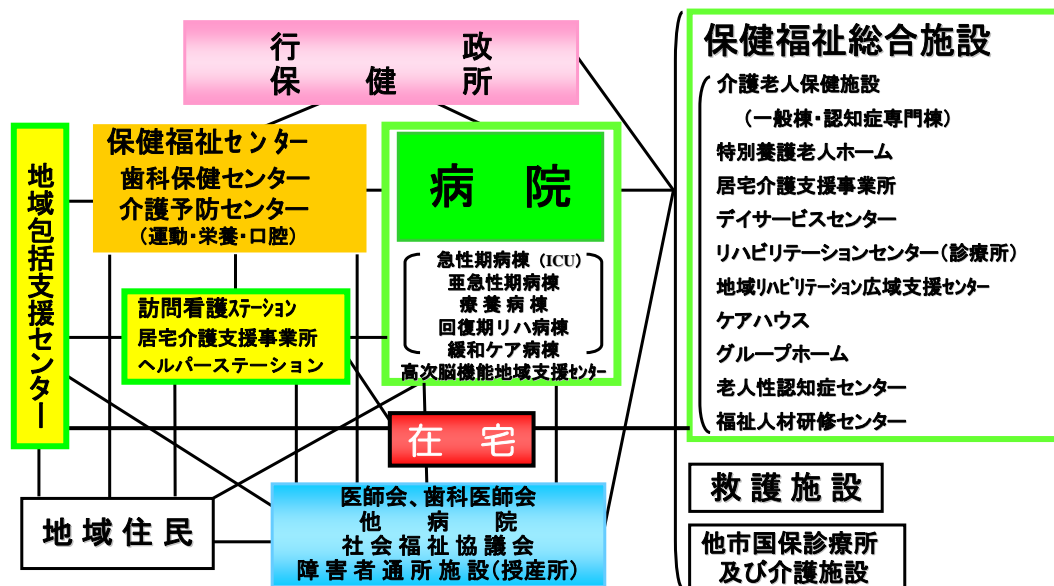
2-1-3 地域包括医療・ケアの取組み

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）
・総合相談（保健・医療・福祉等） ・健康相談	・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）
・健診の事後指導 ・生活習慣改善指導	・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	・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	・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	・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	・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	・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、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人当たり国保保険料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み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ない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がづ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病院が中心となっていく保健・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ことが考えられる。
- ・ 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。

項目ごと改善額記入イメージ

		(単位:千円)				
		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、ど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。

各病院にあっては、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	
		減価積立金	
		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	$\text{総収益} \div \text{総費用} \times 100$	総費用が総収益で賄うことができるかを示す指標。 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	$\text{経常収益} \div \text{経常費用} \times 100$	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	$\text{医業収益} \div \text{医業費用} \times 100$	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	$(\text{形式収支} - \text{翌年度繰越財源}) \div \text{標準財政規模}$	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	$(\text{医業収益} - \text{医業収益中の他会計繰入金}) \div \text{医業費用} \times 100$	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

		標。 100%を超えている場合は 資金繰りに注意が必要。
流動比率	流動資産÷流動負債×100	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おこなっていることから、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、人事評価の導入はよ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こと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。

$$\text{推計患者数} = \sum \text{性・年齢階級別人口} \times \text{性・年齢階級別受療率}$$

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により将来患者数も推計できる。

将来患者数推計結果イメージ					
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 物	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。

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、法的検討を含め周知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。

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・ 経営トップ	開設者	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体		地方公共団体が法人、 その他の団体を指定
	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	独自に決定
	職員の身分	公務員	公務員	公務員	非公務員	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	当該法人の業務実績や社会情勢に適合した独自の制度構築が可能	受託者との労働協約、就業規則等に基づいて決定
	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	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(団結権、団体交渉権、争議権)	労働三権付与
	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
資産の扱い (物)	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	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が可能	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
	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、業務実績にかかる評価等を行う。		なし
メリット・ デメリット	開設者・ 経営トップ	【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
	組織・人事	【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。 ・非公務員であるため、職能に応じた職種を設定するなどのバリエーションが作りやすい	【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

		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	資産 ・ 財務	【メリット】 ・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。 【デメリット】 ・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。	【メリット】 ・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。 【デメリット】 ・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)	【メリット】 ・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 【デメリット】 ・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	【メリット】 ・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 【デメリット】 ・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	【メリット】 ・別法人であるため、地方公共団体は指定管理者の財務に関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できる 【デメリット】 ・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

三菱総合研究所作成

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っては、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ルリングが不可欠である。