

# 国保病院の改革の手引き (中間報告)

## 【 I 部 総論 】

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立病院の経営状況等の比較

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



## I 部 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。こうした取り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。

I部総論では、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。

II部各論は、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。

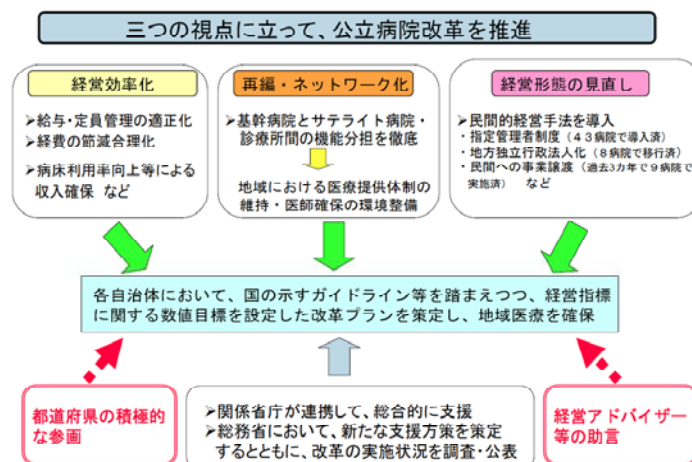
## 2. 「公立病院改革ガイドライン」策定の背景とポイント

### (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Ⅱ部各論の記述は、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<sup>1</sup>。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<sup>2</sup>。

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の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 床当りに換算して、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

---

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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 k m<sup>2</sup> 以上で他に一般病院の数が 1 にかぎられるものをいう。

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<sup>3</sup>。

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 (千円)	127,362	132,083
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) (千円)	146,751	131,612
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。

<sup>3</sup> 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。

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<sup>4</sup>。

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

---

<sup>4</sup> 「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、一時借り入れをしようにも、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。

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としてえない部分を対象に」、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的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」の検討を行わなくて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。

医療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つて、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

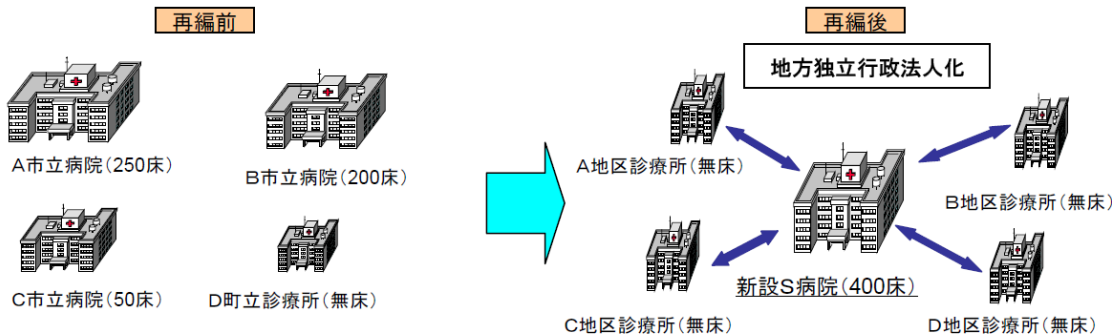
ンⅢは横浜市立みなと病院の指定管理者制度導入例などを参考にしたと思われる(ただし、別紙3では、それぞれ経営形態やサテライト医療機関の形態等を変えている)。それぞれの事例の内容については、本「手引き」では紹介していないが、医師確保を含め地域医療の水準の確保、経営の抜本的改善等を図るための大きな決断である。

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。

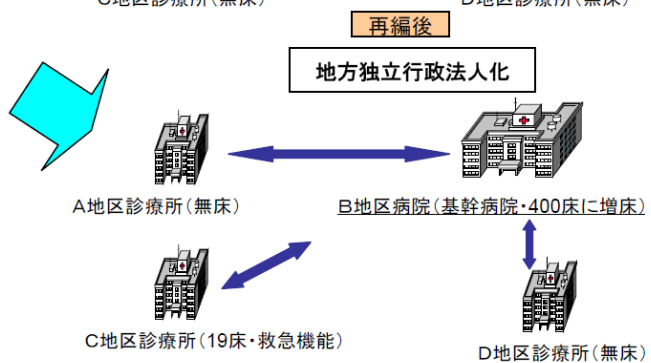
再編・ネットワーク化のパターン例

別添2

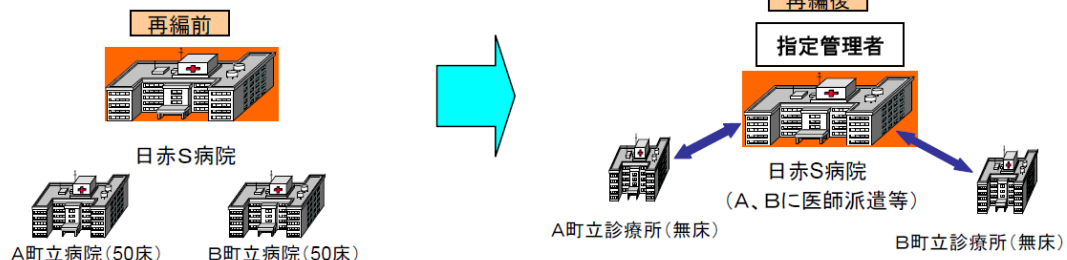
パターンⅠ



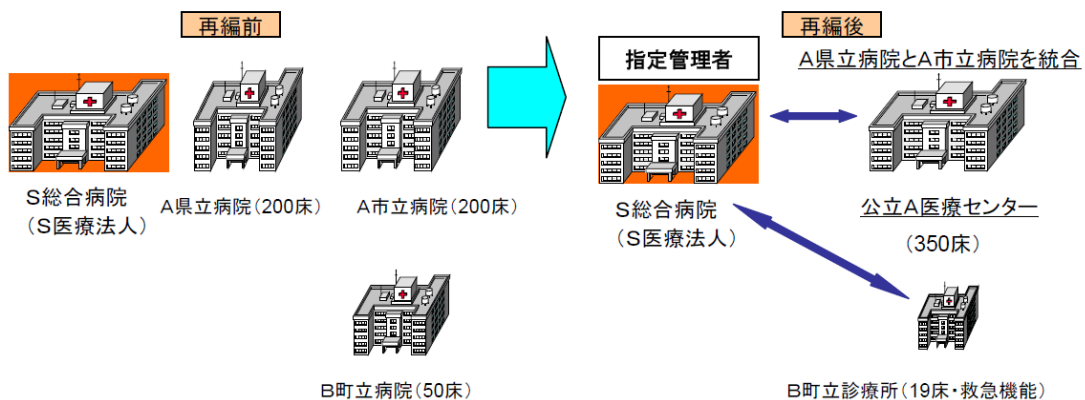
パターンⅡ



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てきた。したがって、まだ荒削りのところもあろうし、参考事例も十分収集できていない。その意味では、文字通り「中間報告」である。

各国保病院におかれては、意見や疑問点等があれば国診協までお寄せいただくとともに、他の国保病院の参考になるような取組みがあれば、是非積極的に紹介していただきたい。それらを基にさらに検討を進め、「最終報告」の完成を目指していきいたいと考えている。

	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・国診協としても、こうした国保病院の取組みを支援。</li> </ul>
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"> <li>・「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）。</li> <li>・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。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>

	うした取組みを適正に評価すべきではないか	<p>請。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>

## 〔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、病院数が少ない中であって、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对比较であり、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

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。