

(本文挿入資料)

全国の病院に占める公立病院の役割

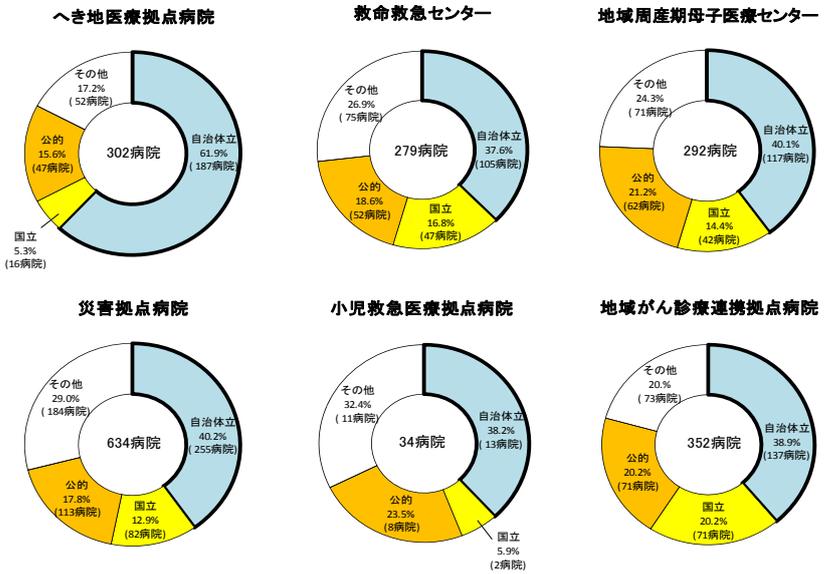
- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で11%、病床数で約14%。
- へき地における医療や、救急・災害・周産期などの不採算・特殊部門に係る医療の多くを公立病院が担っている。

○全国の病院に占める公立病院の割合

	病院数	病床数
全 体	8,447	1,561,500
公 立	930	224,315
	(11.0%)	(14.4%)
国 立	327	129,294
	(3.9%)	(8.3%)
公 的	282	93,100
	(3.3%)	(6.0%)
そ の 他	6,908	1,114,791
	(81.8%)	(71.4%)

厚生労働省 医療施設動態調査(平成28年6月末)

○自治体病院の役割



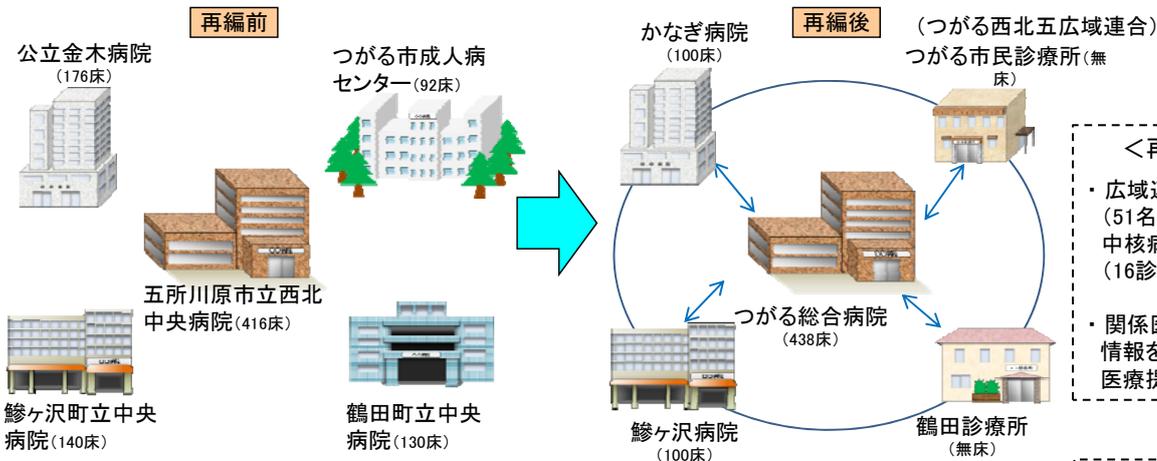
※表の公立病院は、地方公営企業の病院、公立大学附属病院、地方独立行政法人病院を含む (出典:平成28年度全国自治体病院協議会資料より作成)

※表の公的病院は、日本赤十字社、済生会、厚生連等が設置・運営する病院

再編・ネットワーク化(自治体病院間)

- 地域全体で必要な医療サービスを提供できるよう、医師派遣機能等を有する基幹病院と日常的な医療を提供する病院・診療所に再編し、これらをネットワーク化するなど、公立病院はじめ医療機関相互の機能分担と連携を推進。

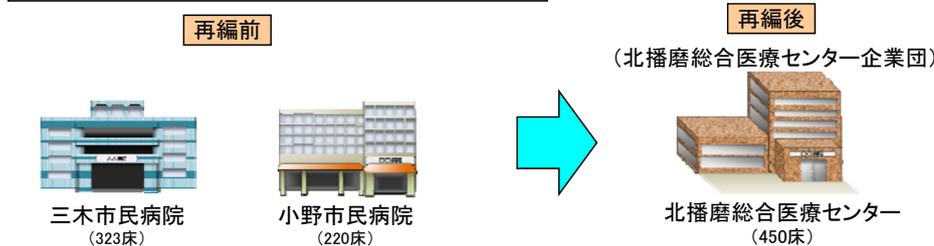
基幹病院・サテライト型(青森県西北五医療圏の例)



<再編による主な効果>

- ・広域連合内の医師数が増加(51名→61名)するとともに、中核病院の診療科が充実。(16診療科→21診療科)
- ・関係医療機関において患者情報を共有し、切れ目ない医療提供を実現。

統合型(兵庫県三木市・小野市の例)

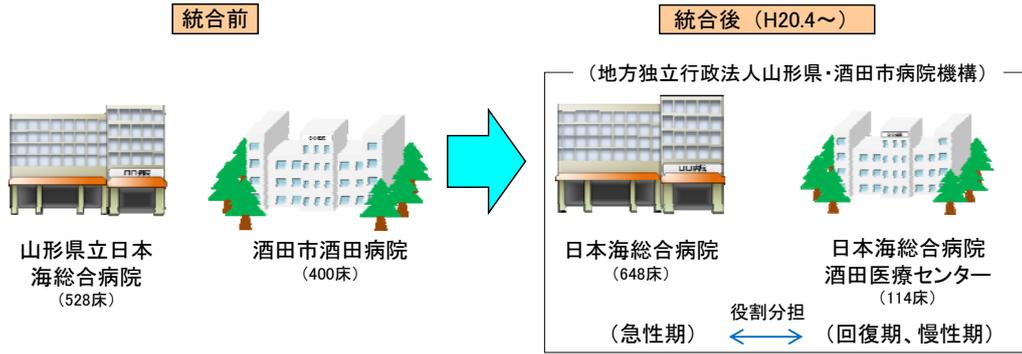


<再編による主な効果>

- ・医師数が増加(60名→80名)し、診療科が充実。(21診療科→33診療科)
- ・休止・縮小していた分娩や小児救急を開始・拡充するなど、必要とされる地域医療を確保。

再編・ネットワーク化(他自治体・民間との統合例)

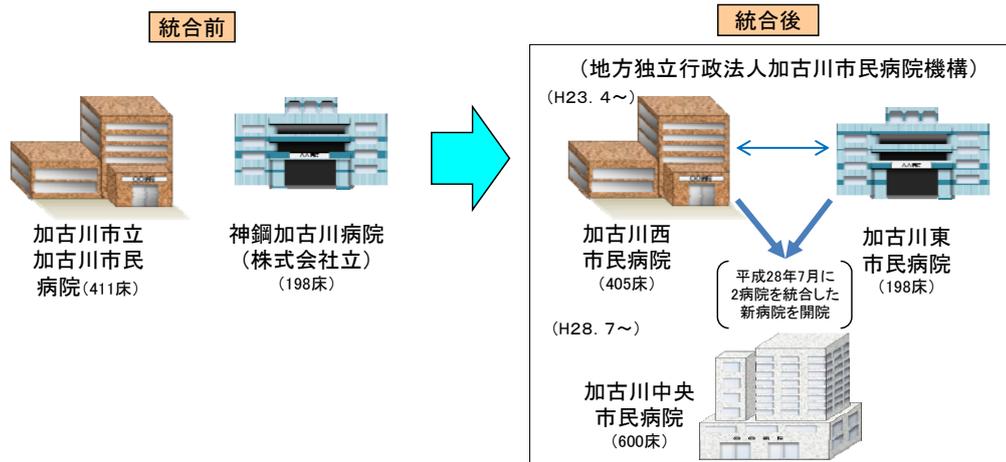
県・市統合型(日本海総合病院の例)



<統合による主な効果>

- 〈日本海総合病院〉
酒田医療センターから診療科を移行して、急性期病院として集約を図り、手術件数の増加、平均在日数の短縮を実現。
- 〈酒田医療センター〉
療養病床への移行(7科→2科)、回復期リハビリテーション機能の強化により、回復期・慢性期に対応
- ・ 2病院間の役割分担と、人員配置の弾力化により、医師数の増加(87名→94名)等を実現。

官・民統合型(兵庫県加古川中央市民病院の例)



<統合による主な効果>

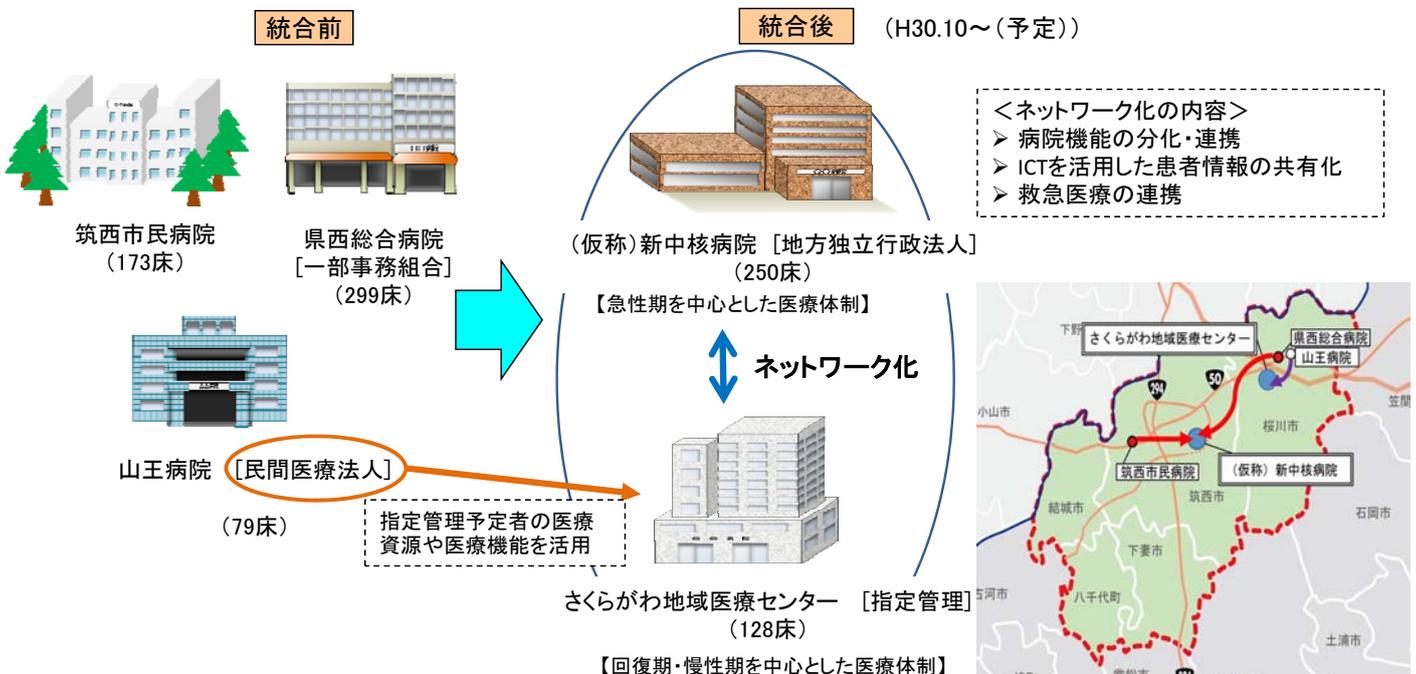
- ・ 民間手法を取り入れた価格交渉、両病院の診療材料の統一等により、コストの削減を実現。
- ・ 実質的に1病院に見立てた運営をスタート。両病院間の人事異動を臨機に実施し、業務運営の一体化を促進。

病院事業債(特別分)を活用した事例 ①

資料3

茨城県筑西市・桜川市内公立2病院と民間病院の再編・ネットワーク化(3病院を2病院へ再編統合)

- 医師の分散等による急性期医療機能の低下という課題解決を目的として、筑西市民病院と県西総合病院を統合し、(仮称)「新中核病院」を整備
- 併せて県西総合病院の統合に伴う桜川市の医療機能低下に対応するため、新たに「さくらがわ地域医療センター」を整備(山王病院(民間)による指定管理を想定)
- 機能を集約化することにより、地域内で二次救急医療まで完結できる体制を強化。



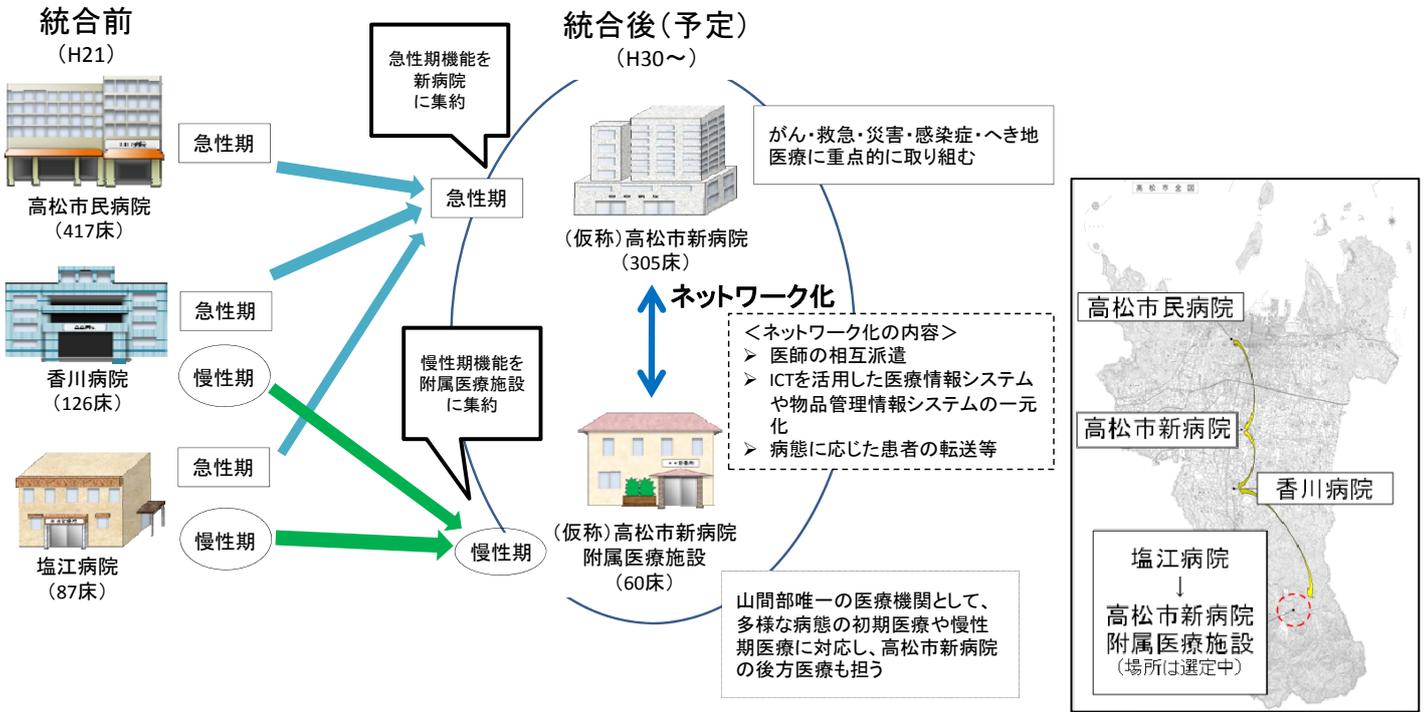
- <ネットワーク化の内容>
- 病院機能の分化・連携
 - ICTを活用した患者情報の共有化
 - 救急医療の連携



病院事業債（特別分）を活用した事例 ②

香川県高松市内の3公立病院の再編・ネットワーク化（3病院を2病院へ再編統合）

- 高松市民病院と香川病院を移転統合して高松市新病院を建設し、塩江病院をその附属医療施設とする再編
 「高松市新病院」: 高松市医療全体の最適化を目指すリーディングホスピタルとして地域の医療水準の向上を図る
 「附属医療施設」: 山間部唯一の医療機関として多様な病態の初期医療等に対応するとともに、高松市新病院の後方支援病院としての機能も担う



(2) 現状(新公立病院改革ガイドラインにおける経営形態の見直し)

第5回研究会資料

資料4

① 経営形態の類型整理について

新公立病院改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要を記載することとされている。見直しに関し、新ガイドラインに掲げられている選択肢は以下のとおり。

- (1) 地方公営企業法の全部適用 (2) 指定管理者制度の導入 (3) 地方独立行政法人化(非公務員型) (4) 民間譲渡 (5) 事業形態の見直し

形態	定義	効果	留意点
(1) 地方公営企業法の全部適用	地方公営企業法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するもの。	事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待される。	地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。 同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当。
(2) 指定管理者制度の導入	地方自治法第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度。	民間の医療法人等(日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。)を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるもの。	本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徹取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。
(3) 地方独立行政法人化(非公務員型)	地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するもの。	地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。	設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当。 また、これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、人事面・財務面での自律性が向上し、経営上の効果を上げているケースが多いことにも留意すべき。 なお、現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合にも、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべき。
(4) 民間譲渡	地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが望ましい地域にあっては、これを検討の対象とすべき。 公立病院が担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡に当たり相当期間の医療提供の継続を求めると、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。		
(5) 事業形態の見直し	地域医療構想においては、構想区域における医療需要や病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量が示されることになる。これに加え、介護・福祉サービスの需要動向を十分検証することにより、必要な場合、診療所、老人保健施設など病院事業からの転換を図ることも含め事業形態自体も幅広く見直しの対象とすべきである。		

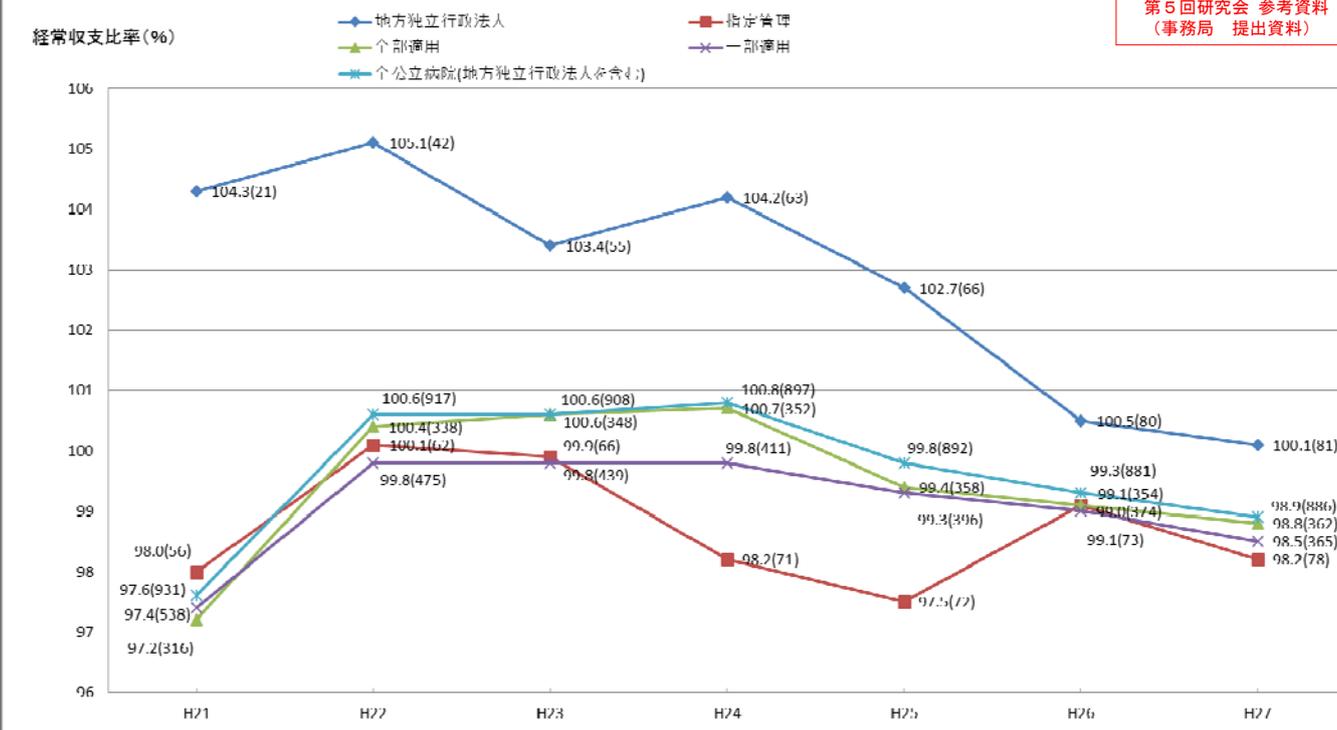
② 新公立病院改革ガイドラインに基づく主な地方財政措置について

見直し内容	公営企業としての位置づけ	主な地方財政措置	
		移行時・移行後の施設・設備等に対する措置	移行時の退職手当、債務整理に対する措置
経営形態の見直しに伴う措置			
①地方公営企業法の全部適用	公営企業存続	—	—
②指定管理者制度の導入		○指定管理者制度移行後も、従来の建設改良費の元利償還金に対する普通交付税措置等の地方交付税措置を継続	○指定管理者制度の導入に際し必要となる退職手当の支給に要する経費について、退職手当償を措置
③地方独立行政法人化(非公務員型)	公営企業廃止(※)	○地方独立行政法人移行後も、従来の建設改良費の元利償還金に対する普通交付税措置等の地方交付税措置を継続	○新たな経営主体(一部事務組合、広域連合又は地方独立行政法人(以下「一部事務組合等」という))の設立及び既存の一部事務組合等への参画に際し、構成団体の継承する不良債務に対しては地方債の措置が可能 ※公立病院と公立病院以外の病院との統合等により、公営企業廃止となる場合には、不良債務等に対する地方債や退職手当償を発行することは、現行制度では不可能
④民間譲渡		○不要施設の除却等に要する経費について、一般会計から繰出すこととし、繰出金の一部に特別交付税措置(公営企業廃止前の実施が必要)	
⑤事業形態の見直し(診療所化、老人保健施設など病院事業からの転換)		○病院施設の他用途への転用に際しては、経過年数が10年以上の施設等の財産処分である場合、従来の元利償還金に対する普通交付税措置を継続	
再編・ネットワーク化に伴う措置	—	○病院事業債(特別分) ・病院事業債(特別分)を措置(元利償還金の3分の2を一般会計から繰出し、繰出額の60%(事業費の40%)を普通交付税措置)(通常分は事業費の25%)	—

36(※) ⑤は公営企業存続のケースもあり得る

地方独立行政法人における経常収支比率の推移について

3. 経営形態見直し後の経営状況の推移



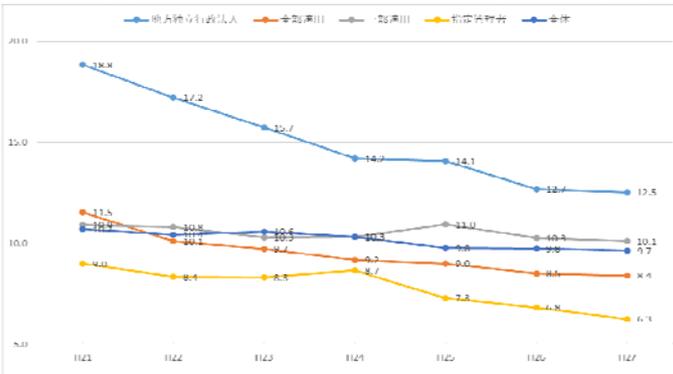
(参考) H29. 6. 15
第5回研究会 参考資料
(事務局 提出資料)

※ 経常収支比率は、各年度末時点の加重平均である。
 ※ 指定管理の経常収支比率は、地方公共団体の病院事業会計と指定管理者の決算を合算したものである。
 ※ ()は病院数(建設中を除く)である。

【図①】 地方独立行政法人における経営指標の推移



【図②】 経営形態別の運営費繰入金対経常収益の推移



＜ 図①について ＞ 経常収支比率等の指標から判断できる要因分析

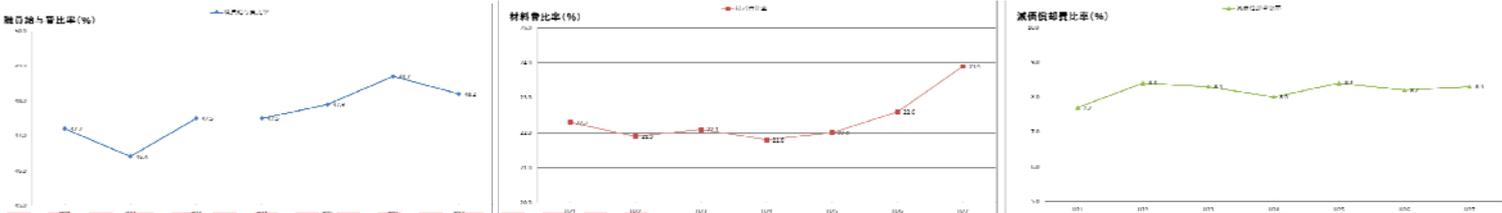
- 地方独立行政法人の経常収支比率は平成21年度以降、概ね低下傾向である一方で、営業収支比率及び修正営業収支比率は平成24年度までの上昇傾向を経て、平成25年度に低下し、それ以降は横ばいで推移している。
- ⇒ 経常収支比率が低下傾向となっている要因の一つは、「医業外収益の減少」又は「医業外費用の増加」のいずれかであると考えられる。

＜ 図②について ＞ 医業外収益(運営費繰入金)に係る経営形態別の分析

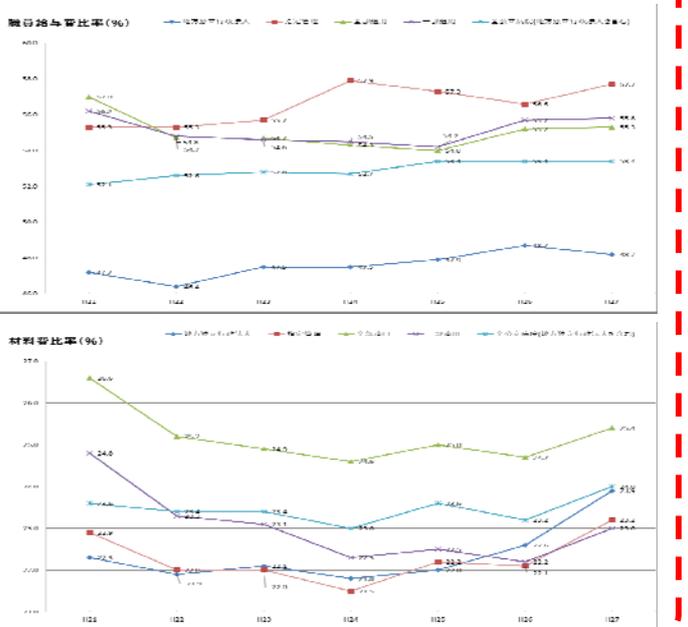
- 地方独立行政法人以外の経営形態は横ばいで推移しているが、地方独立行政法人は平成21年度以降、経常収益に対する運営費繰入金の割合が低下傾向となっている。
- ※ 一方、運営費繰入金以外の医業外収益・医業外費用の項目は、経常収支に与える影響は大きくない。
 - 運営費繰入金以外の医業外収益が経常収益に占める割合は毎年度1%程度
 - 医業外費用が経常費用に占める割合は毎年度3%程度
- 運営費繰入金が増加している地方独立行政法人に対して、その要因について聞き取りを行ったところ、様々な取組により収支が改善し、収支差に対する運営費繰入金が増加していることを確認。(収支改善となった取組内容)
 新規入院患者の確保による収益増、患者1人当たり診療収益の増加、省エネルギー対策への取組による光熱水費の減少 など

- ⇒ 地方独立行政法人の経常収支比率が低下傾向となっている収入面の要因は、経常収益に占める運営費繰入金の割合の減少であると考えられる。
- ⇒ 一方、経常収益に占める運営費繰入金の割合の推移は、地方独立行政法人と他の経営形態で大きな差異がある。

【図③】 地方独立行政法人における医業収益に占める職員給与費比率、材料費比率、減価償却費比率の推移



【図④】 経営形態別の職員給与費比率及び材料費比率の推移



＜ 図③について ＞ 地方独立行政法人における主な費用の経営指標の状況

- 職員給与費比率は、平成22年度及び平成27年度を除き上昇傾向となっている。
- 材料費比率は、平成24年度以降、上昇傾向となっている。
- 減価償却費比率は、概ね横ばいで推移している。

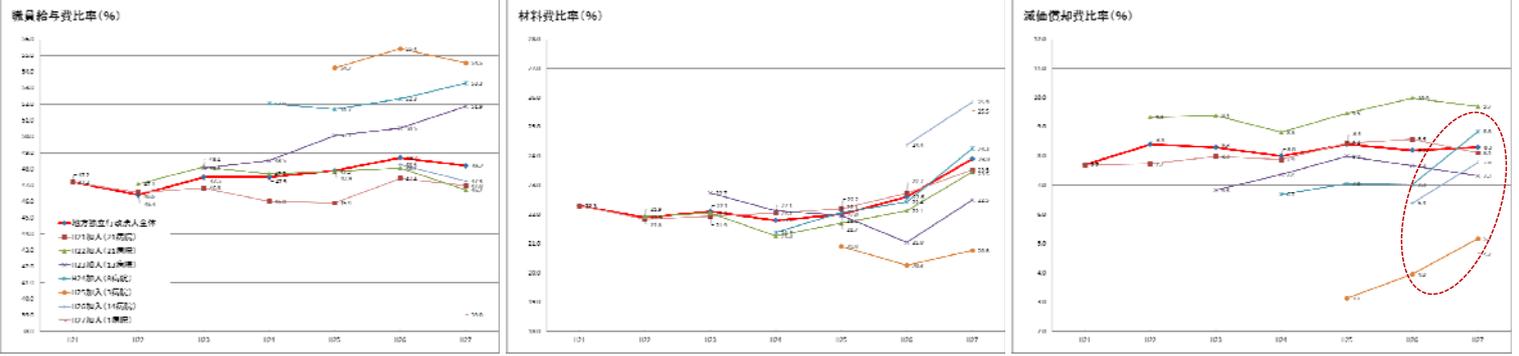
＜ 図④について ＞ 経営形態別：職員給与費及び材料費の経営指標の状況

- 上昇傾向となっている職員給与費比率及び材料費比率は、経常収支比率が低下傾向となっている費用面の要因であると考えられることから、他の経営形態の状況と比較して分析。
- 職員給与費比率については、経営形態の如何に関わらず、平成22年度以降上昇傾向となっている。
 - ⇒ 地方独立行政法人の職員給与費比率は平成25年度の上昇等を除けば、全体的な傾向と概ね同様の推移となっている。
- 材料費比率については、経営形態の如何に関わらず、平成21年度以降の低下傾向を経て、平成25年度は上昇、平成26年度は低下した後、平成27年度に再び上昇している。
 - ⇒ 地方独立行政法人の材料費比率は平成26年度の上昇を除けば、全体的な傾向と概ね同様の推移となっている。

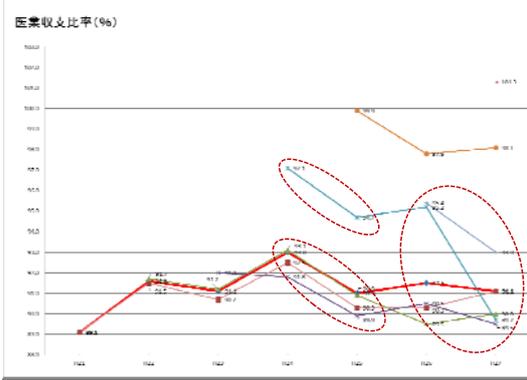
- ⇒ 地方独立行政法人の経常収支比率が低下傾向となっている費用面の要因は、職員給与費比率及び材料費比率の上昇であると考えられる。
- ⇒ 一方、職員給与費比率及び材料費比率の推移は、地方独立行政法人と他の経営形態で大きな差異はない。

【参考】地方独立行政法人における主な経営指標の推移③(移行年度別)

【図⑤】地方独立行政法人における移行年度別の医業収益に占める職員給与費比率、材料費比率、減価償却費比率の推移



【図⑥】地方独立行政法人における移行年度別の医業収支比率の推移



○ 図⑤及び図⑥は、地方独立行政法人により運営する病院数が平成21年度の21病院から平成27年度は81病院に増加していることから、移行した年度別にグループ化して分析。

＜ 図⑤について ＞ 移行年度別の医業費用における経営指標から判断できる要因分析

○ 職員給与費比率は、上昇傾向となっているグループ(平成23年度及び平成24年度加入グループ)がある。

○ 材料費比率は、全体の傾向と同様に、平成24年度以降、概ね増加傾向となっている。

○ 減価償却費比率は、全体的に横ばいで推移しているが、平成24年度以降の加入グループは地方独立行政法人への移行後に増加幅が大きくなっている。

＜ 図⑥について ＞ 移行年度別の医業収支比率の推移から判断できる要因分析

○ 医業収支比率の減少幅が大きい3つのグループに聞き取りを行い、下記内容により減少傾向となっていることを確認。

- ・ 新病院移転に向けた入院患者数の調整等により延入院患者数の減少が生じたことに伴い、入院収益が減少したことにより収支悪化となった。
- ・ 新規に設立した病院のため、患者確保に苦慮した一方で、病床規模に併せた職員を確保したため職員給与費が割高となり収支悪化となった。
- ・ 再編・統合を控えていたが、前年度(H26)の職員数を維持したまま、入院患者数の制限(病床削減)を実施したことにより収支悪化となった。

⇒ 地方独立行政法人により運営する病院個別の収支の状況を確認したところ、一部ではあるが、特に医業収支が悪化している病院があり、経常収支比率の低下傾向には、病院個別の要因も考えられる。

(3) 経営形態の見直しに関する課題について

第5回研究会資料

資料8

(ア) 「地方公営企業の抜本的な改革等に関する取組状況調査(平成28年3月31日現在調査)」の結果
当該調査から、各公立病院が経営形態の見直しに当たって課題と考えている事項について主なものを抜粋

見直し内容	公営企業としての位置づけ	見直しに当たった主な課題	
		合意形成・移行事務等の負担に関すること	設立団体の財政的な負担に関すること
(1) 地方公営企業法の全部適用	公営企業存続	○事業管理者の実質的な権限と責任の明確化(病院長との明確化等)を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性があること	—
(2) 指定管理者制度の導入		○経営形態の見直しに当たって、地域住民の理解を得るために十分な説明等を行うなどに時間を要すること ○採算性の優先から、不採算医療や政策医療の安定的かつ継続的な提供を損なう恐れがあること	○老朽化施設の改修内容・改修費用の負担を自治体と指定管理者のどちらが負担することになるかの合意形成が困難 ○指定管理者による病院運営上の収支不足を自治体が補てんするなど、財政的な負担が大きい
(3) 地方独立行政法人化(非公務員型)	公営企業廃止(※)	○職員の身分や給与体系が変わる場合もあり、職員(組合)の同意を得ることに時間を要すること ○公務員身分を失うことに伴い、都市部や近隣の他の病院への転職等による退職者増加の懸念があること	○地方独立行政法人への移行時及び中期目標の期間において、財産的基礎の維持(債務超過ではないこと)が求められているが、特に、退職給付引当金計上により短期的に多額の負担が発生するため債務超過の解消が困難
(4) 民間譲渡		○経営形態の見直しにより再編・統合等を伴う場合、複数病院の人事制度や関係システムの統合が必要になること ○民間譲渡に当たっては、採算性の観点から事業の撤退・縮小のおそれがあること	○民間譲渡に当たっては、特に、無償譲渡・有償譲渡の選定や譲渡条件(価格設定、一定年数以上病院所在地で運営することなど)の設定に係る合意形成が困難
(5) 事業形態の見直し(診療所化、老人保健施設など病院事業からの転換)		○設立団体側の各種規定の整備に伴い、事務量が増大すること	○事業形態の見直しに当たっては、再編・統合等やネットワーク化に伴い見直しを行う場合が多いため、病床機能の役割、機能分化・連携に伴う負担のあり方に関する合意形成が困難 ○退職手当に係る資金手当が短期的に多額の負担となる可能性があること

(※)⑤は公営企業存続のケースもあり得る

(イ) 個別団体への聞き取り

地方独立行政法人への移行を具体的に検討している公立病院が、移行に当たって課題と考えている事項について、別途聞き取り調査を実施。

公立病院が考える地方独立行政法人への移行に当たっての主な課題

○ 退職給付引当金の計上について

- ・ 退職給付引当金の計上は、地方公営企業であれば最大15年間の内で均等に分割計上することが認められているのに対し、地方独立行政法人では同様の分割計上は、移行当初の中期目標期間(3~5年間)内でしか認められておらず、自治体の財政的負担が短期間に集中してしまうこと。

○ 債務超過の解消について

- ・ 病院の経営改革のために地方独立行政法人への移行に取り組みたいが、地方公営企業時代の累積欠損金の解消ができず、現状では移行できないこと。
- ・ 具体的な検討を行っていたものの、現状の病院の収支の改善ができず、債務超過を解消できなかったこと。
- ・ 債務超過の解消のためには、別途設立団体からの金銭出資等が必要となるため、設立団体が短期間に多額の財政負担を要すること等の調整ができず、検討が進まないこと。
- ・ 短期間に多額の財政的負担ができない財政力が小さい自治体にとっては、地方独立行政法人に移行したくても移行できない。

○ 移行事務等に関するものについて

- ・ 例規等の整備による職員の事務負担が大きいこと。
- ・ 移行事務に関してのノウハウがなく、事務の一部を外部委託する場合もあり、その費用も多額になってしまうこと。

収益に関する指標	費用に関する指標	その他
他会計繰入金対経常収益比率	職員給与費対医業収益比率	総収支比率
他会計繰入金対医業収益比率	材料費対医業収益比率	経常収支比率
他会計繰入金対総収益比率	減価償却費対医業収益比率	医業収支比率
一日平均患者数(入院)	委託料対医業収益比率	累積欠損金比率
一日平均患者数(外来)	医師数	病床数
患者1人1日当たり診療収入(入院)	医師平均給与月額	平均在院日数
患者1人1日当たり診療収入(外来)	医師平均年齢	病床利用率
医師1人1日当たり診療収入(入院)	看護師数	紹介率
医師1人1日当たり診療収入(外来)	看護師平均給与月額	
看護部門1人1日当たり診療収入(入院)	看護師平均年齢	
看護部門1人1日当たり診療収入(外来)	准看護師数	
医師1人1日当たり患者数(入院)	准看護師平均給与月額	
医師1人1日当たり患者数(外来)	准看護師平均年齢	
看護部門1人1日当たり患者数(入院)	事務職員数	
看護部門1人1日当たり患者数(外来)	事務職員平均給与月額	
100床当たり医師数	事務職員平均年齢	
100床当たり看護部門職員数	医療技術員数	
100床当たり薬剤部門職員数	医療技術員平均給与月額	
100床当たり事務部門職員数	医療技術員平均年齢	
100床当たり給食部門職員数	その他職員数	
100床当たり放射線部門職員数	その他職員平均給与月額	
100床当たり臨床検査部門職員数	その他職員平均年齢	
100床当たりその他職員数		

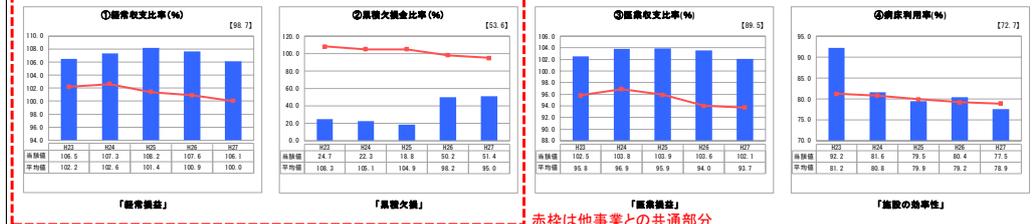
病院経営分析比較表 (27年度)		都道府県名		市町村・組合名		病院名	
施設及び業務概況等							
法適用区分	条別全部	特殊診療機能	D未達未開				
病院区分	一般病院	指定病院の状況	非該当				
建物面積	11,000㎡	指定病院の状況	敷地 へ				
診療科数	17	看護配置	10:1				
許可公営企業		経営形態	直営				
DPC対象病院							
特殊診療機能欄 下…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU・未熟児室 訓…運動機能訓練室 ガ…ガン(放射線)診療 ※指定病院の状況欄 救…救急告示病院 臨…臨床研修病院 が…がん診療連携拠点病院 感…感染症指定医療機関 へ…へき地医療拠点病院 災…災害拠点病院 地…地域医療支援病院 特…特定機能病院 輪…病院群輪審判病院							
一日平均患者数・外来入院患者比率(A・%) 区分 入院 院外 来 外来入院患者比率 27年度 94 316 222.9 全国平均 169 409 167.1 類似平均 100 266 184.5 対前年度伸率 -10.5 -2.8 26年度 105 325 208.2 対前年度伸率 11.7 -2.7 25年度 94 334 237.9							
患者1人1日当たり診療収入(円・%) 区分 入院 院外 来 27年度 30,357 12,105 全国平均 44,807 12,429 類似平均 30,566 9,472 対前年度伸率 -2.5 3.1 26年度 31,121 11,802 対前年度伸率 -1.2 2.9 25年度 31,491 9,681							
職員1人1日当たり診療収入(円・%) 区分 入院 院外 来 27年度 551,095 38,012 全国平均 303,481 58,535 類似平均 352,135 50,330 対前年度伸率 -19.5 -21.0 26年度 684,814 48,132 対前年度伸率 7.1 18.1 25年度 639,302 40,769							
患者1人1日当たり患者数(A) 全国平均 類似平均 入院 院外 来 入院 院外 来 27年度 9.6 4.6 7.3 全国平均 21.4 7.7 13.5 類似平均 0.7 0.9 1.0 26年度 1.5 1.5 1.9							
100床当たり職員数(A) 全国平均 類似平均 医 師 15.2 4.6 8.8 看護 80.5 78.9 63.3 薬剤 4.5 3.7 2.9 事務 8.6 11.8 11.8 給食 1.0 2.6 2.9 放射線 2.5 3.7 2.9 臨床検査 3.5 4.7 3.7 その他 6.7 10.6 12.4 全職員 111.9 131.2 108.7							
基金不足等の状況 累積欠損金比率(%) 54.0 健全化法上の基金不足額(円) - 健全化法上の基金不足比率(%) - 地財法上の基金不足比率(%) -							
区 分 職員数(人) 平均数 毎月平均 平均数 医 師 114 1,846,981 1,401,010 46.4 44.5 48.0 看護 514,591 468,129 43.9 38.7 41.7 准看護 511,867 495,170 54.0 51.7 50.9 事務 517,270 48.4 43.2 44.0 医療技術 479,755 41.4 39.5 40.4 その他 432,127 54.3 46.9 45.3 全職員 340,116 379,688 44.3 40.2 42.6							
区 分 職員数(人) 平均数 毎月平均 平均数 医 師 114 1,846,981 1,401,010 46.4 44.5 48.0 看護 514,591 468,129 43.9 38.7 41.7 准看護 511,867 495,170 54.0 51.7 50.9 事務 517,270 48.4 43.2 44.0 医療技術 479,755 41.4 39.5 40.4 その他 432,127 54.3 46.9 45.3 全職員 340,116 379,688 44.3 40.2 42.6							

病院事業

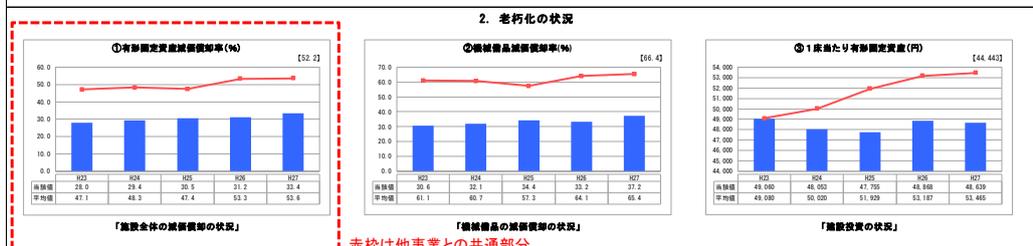
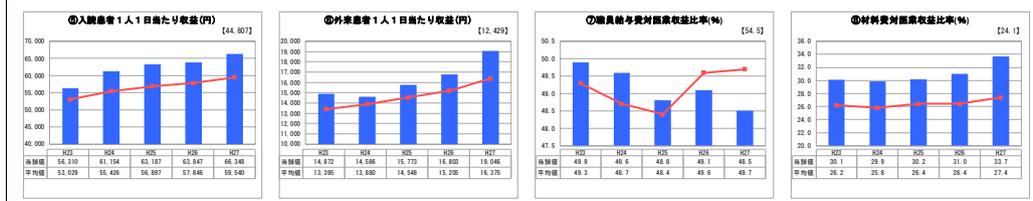
経営比較分析表

法適用区分	診療区分	施設数(nf)	診療科数	DPC診療科	特殊診療機能 第1	不特定地区診療	指定病院の状況 第2
法適用	一般病院	53,650	23	2	トコト1部が	非該当	教員が定地輪
管理形態	経営形態	許可病床(一般)	許可病床(産婦)	許可病床(健診)	許可病床(精神)	許可病床(産産)	許可病床(合計)
7:1	直営	685	0	0	0	685	
人口(A)	一般病院の500床以上	685	0	685			

1. 経営の健全性・効率性



赤枠は他事業との共通部分



赤枠は他事業との共通部分

グラフ凡例

- 当院実績値(直線値)
- 類似団体平均値(平均値)
- 平成27年度全国平均

I 地域において担っている役割

II 分析値

1. 経営の健全性・効率性について

2. 老朽化の状況について

全体概況

第6回研究会資料 病院事業における「経営比較分析表(案)」の経営指標等について

地域において担っている役割

地域の医療を確保のため重要な役割を果たしている公立病院が、民間病院の立地が困難であるへき地における医療や、救急、周産期、小児医療等の不採算・特殊部門に係る医療などを担うことにより指標が悪化することもあるなど、経営比較分析上の数値だけでは判断できない部分もあることから、当該役割を踏まえた比較・分析が可能となるよう記載欄を設けるもの。

経営の健全性・効率性（経営の状況）

※緑色の網掛けは上下水道にない新指標

※赤字は新公立病院改革ガイドラインにおいてプランの中で必ず数値目標を設定することとしている指標

指標	算式	指標の使い方・効果
1 経常収支比率	経常収益÷経常費用	当該年度において、料金収入や一般会計からの繰入金等の収益で、医療費用や支払利息等の費用をどの程度賄えているかを表す指標。
2 累積欠損金比率	当年度未処理欠損金÷医療収益	医療収益に対する累積欠損金（事業運営により生じた損失で、前年度からの繰越利益剰余金等で補填することができず、複数年度にわたり累積した欠損金）の状況を表す指標であり、累積欠損金が発生していないことを表す0%であることが求められる。
3 医療収支比率	医療収益÷医療費用	医療活動から生じる医療費用に対する医療収益の割合を表す指標であり、通常100%以上が求められるが、不採算医療等を担う病院は医療収支の均衡の達成が難しいため、類似病院の比較等により状況を把握・分析し、適切な数値となっているか、対外的に説明できることが求められる。
4 病床利用率	年延入院患者数÷年延病床数	病院の施設が有効に活用されているか判断する指標であり、新公立病院ガイドラインにおいて、病床利用率が3年連続70%未満である場合は、地域の医療提供体制を確保しつつ、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しなどについて抜本的に見直すことを検討することが求められる。
5 入院患者1人1日当たり診療収入	入院収益÷年延入院患者数	入院患者又は外来患者の診療、療養に係る収益について、患者1人1日当たりの平均単価を表す指標であり、経年比較で減少傾向にある場合や、類似病院の平均より下回っている場合は、その原因について分析し、安定した収益が確保できるよう、改善へ向けて検討することが求められる。
6 外来患者1人1日当たり診療収入	外来収益÷年延外来患者数	入院患者又は外来患者の診療、療養に係る収益について、患者1人1日当たりの平均単価を表す指標であり、経年比較で減少傾向にある場合や、類似病院の平均より下回っている場合は、その原因について分析し、安定した収益が確保できるよう、改善へ向けて検討することが求められる。
7 職員給与と費対医療収益比率	職員給与と費÷医療収益	医療収益の中で職員給与と費が占める割合を表す指標。病院事業は人的サービスが主体であり、費用のうち職員給与と費が最も高い割合を占めている。なお、業務委託化が進んでいる病院は、委託料対医療収益率と合わせて確認することも有効である。
8 材料費対医療収益比率	材料費÷医療収益	医療収益の中で材料費が占める割合を表す指標。薬品費等を含む材料費は、費用のうち職員給与と費に次いで高い割合を占めており、類似病院平均より上回っている場合は、その原因について分析し、費用の削減等へ向けて検討することが求められる。

基本情報

- ① 法適用区分
- ② 病院区分
- ③ 建物面積
- ④ 診療科数
- ⑤ DPC対象病院
- ⑥ 特殊診療機能(※1)
- ※1: 人間ドック、人工透析、ICU・CCU、NICU・未熟児室、運動機能訓練室、がん治療室
- ⑦ 不採算地区病院
- ⑧ 指定病院の状況(※2)
- ※2: 救急告示病院、臨床研修病院、がん診療連携拠点病院、感染症指定医療機関、へき地医療拠点病院、災害拠点病院、地域医療支援病院、特定機能病院、病院群輪番制病院
- ⑨ 看護配置
- ⑩ 経営形態
- ⑪ 許可病床(一般)
- ⑫ 許可病床(療養)
- ⑬ 許可病床(結核)
- ⑭ 許可病床(精神)
- ⑮ 許可病床(感染症)
- ⑯ 許可病床(合計)
- ⑰ 人口
- ⑱ 類似区分
- ⑲ 移動病床(一般)
- ⑳ 移動病床(療養)
- ㉑ 移動病床(合計)

老朽化の状況（資産の状況）

指標	算式	指標の使い方・効果
1 有形固定資産減価償却率	有形固定資産減価償却累計額÷有形固定資産のうち償却対象資産の帳簿原価	保有資産がどのくらい法定耐用年数に近づいているかを把握・分析し、中長期的な観点から更新計画を立てることが求められる。
2 機械備品減価償却率	機械備品減価償却累計額÷償却資産のうち機械備品の帳簿原価	保有資産のうち、機械備品がどのくらい法定耐用年数に近づいているかを把握・分析し、中期的な観点から更新計画を立てることが求められる。
3 1床当たり有形固定資産	有形固定資産のうち償却対象資産の帳簿原価÷年度末病床数(合計)	1床あたりの有形固定資産の保有状況を表す指標。過大な投資は、将来的に減価償却費として収益的支出の増大にもつながることから、類似病院平均より上回っている場合は、その原因について分析し、病床規模に応じた投資とすることが求められる。

経営比較分析表における今後の展開

経営比較分析表を活用することにより、当該病院の経年比較や他病院との比較、複数の指標を組み合わせた分析を行い、経営の現状及び課題を的確かつ簡明に把握することが可能となることから、更なる公立病院改革を進めるため各病院において策定された「新公立病院改革プラン」の進捗状況等を確認する上で有益な情報が得られるほか、議会や住民に対する経営状況の説明等に活用することが求められる。

第4回研究会資料

目標・手法・組織の連関性を意識した改善策の考え方

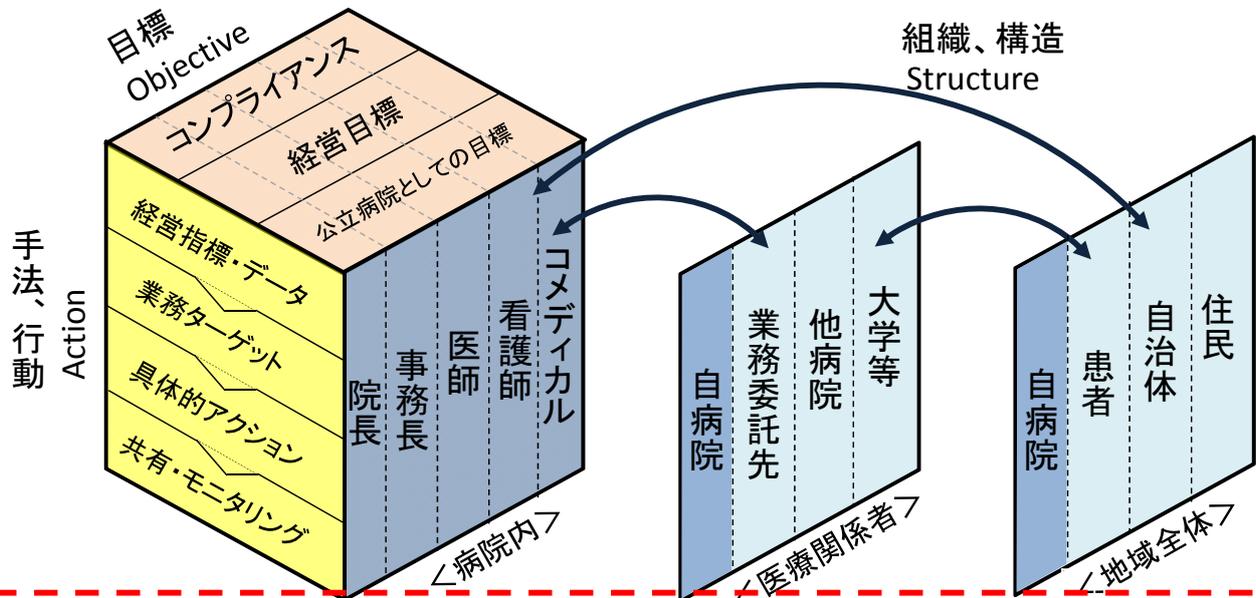
資料12

経営指標は多数存在するが、具体的な改革に結びついていないのではないか？



- ・事業管理者、院長、事務長といった病院幹部が考える病院としての目標が、日常業務のレベルで具体化されていない
- ・経営指標を用いた目標達成のためのPDCAサイクルが確立されていない
- ・目標達成のためのアクションが、組織の構成員やカウンターパートごとに具体化されていない

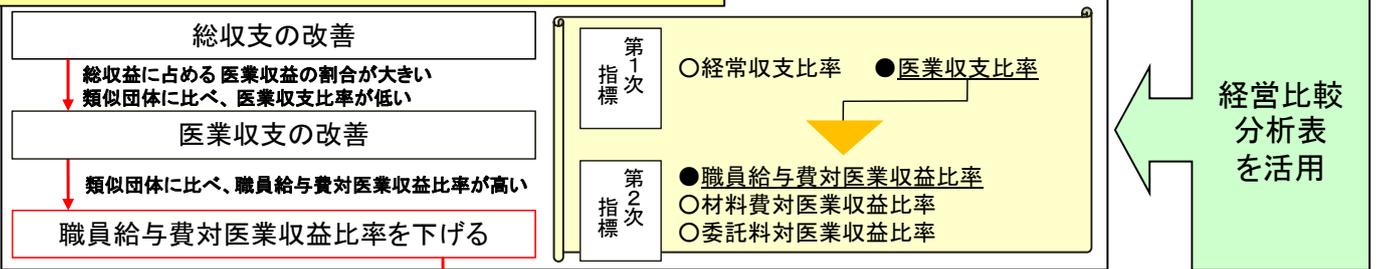
目標・指標・日常業務を結びつけるプロセスを整備することで、経営改革を実現



①経営層の考える経営目標

経営状況(収支)の改善を図る

②経営目標の経営指標・データへの落とし込み



③業務ターゲットの設定

選択肢として、職員給与費の削減か、収益の増加が考えられるが、

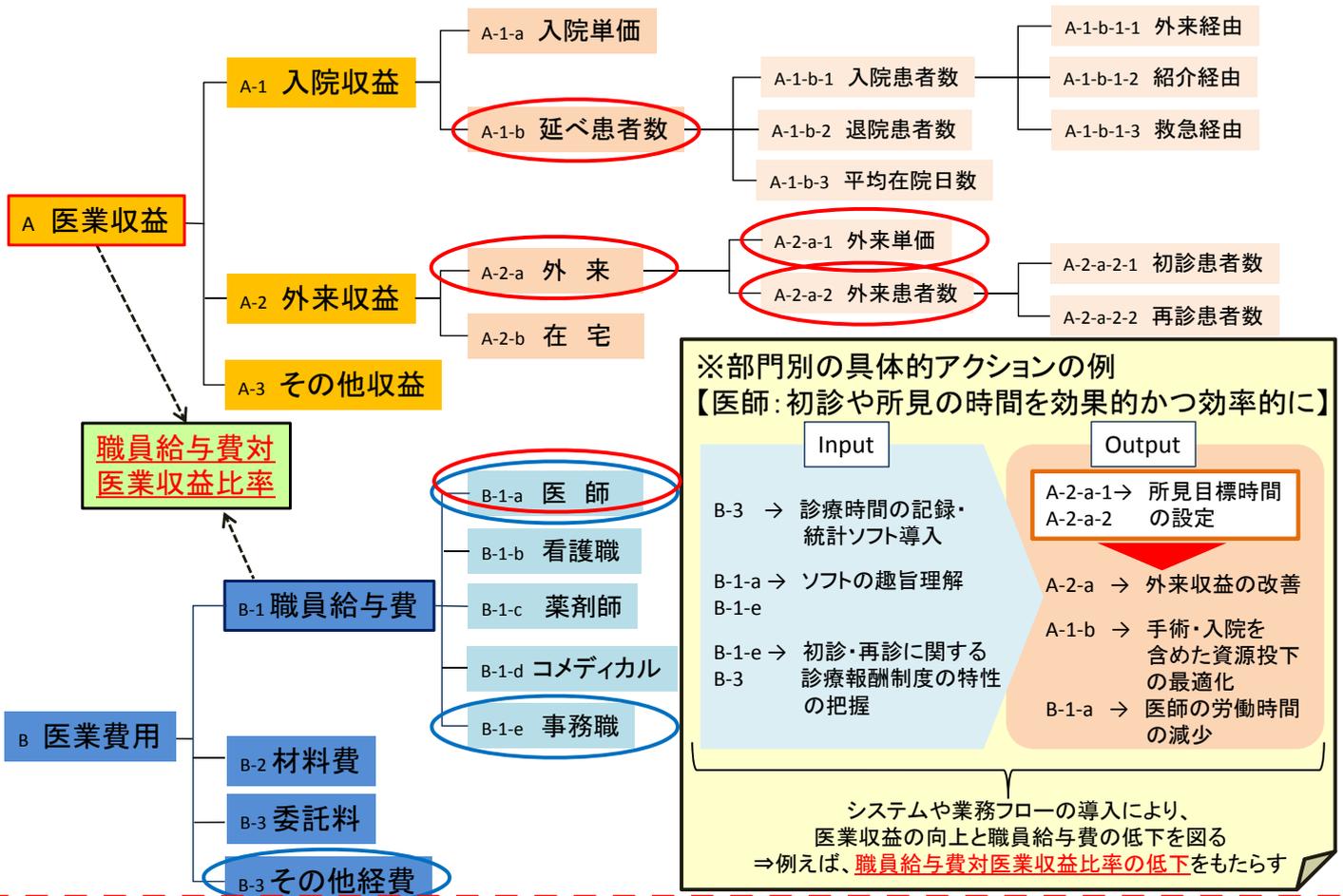
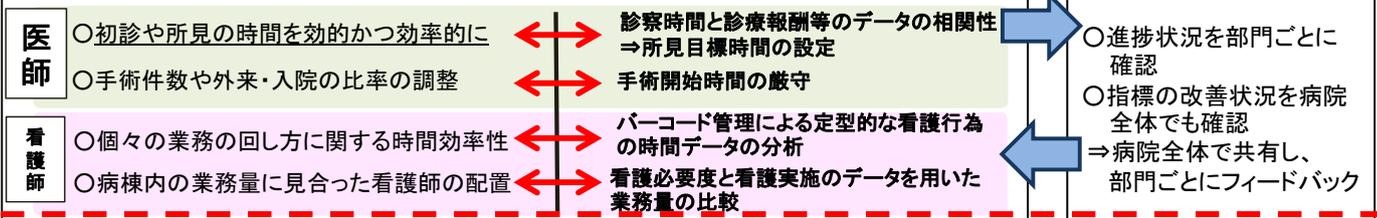
医療＝人的投資増で収入増を図る (職員数の削減が妥当な策ではない場合も多い)

(1) 効果的かつ効率的な医療スタッフの業務

(2) 診療報酬の高い診療事業にスタッフを投下

④部門別の具体的なアクションの設定

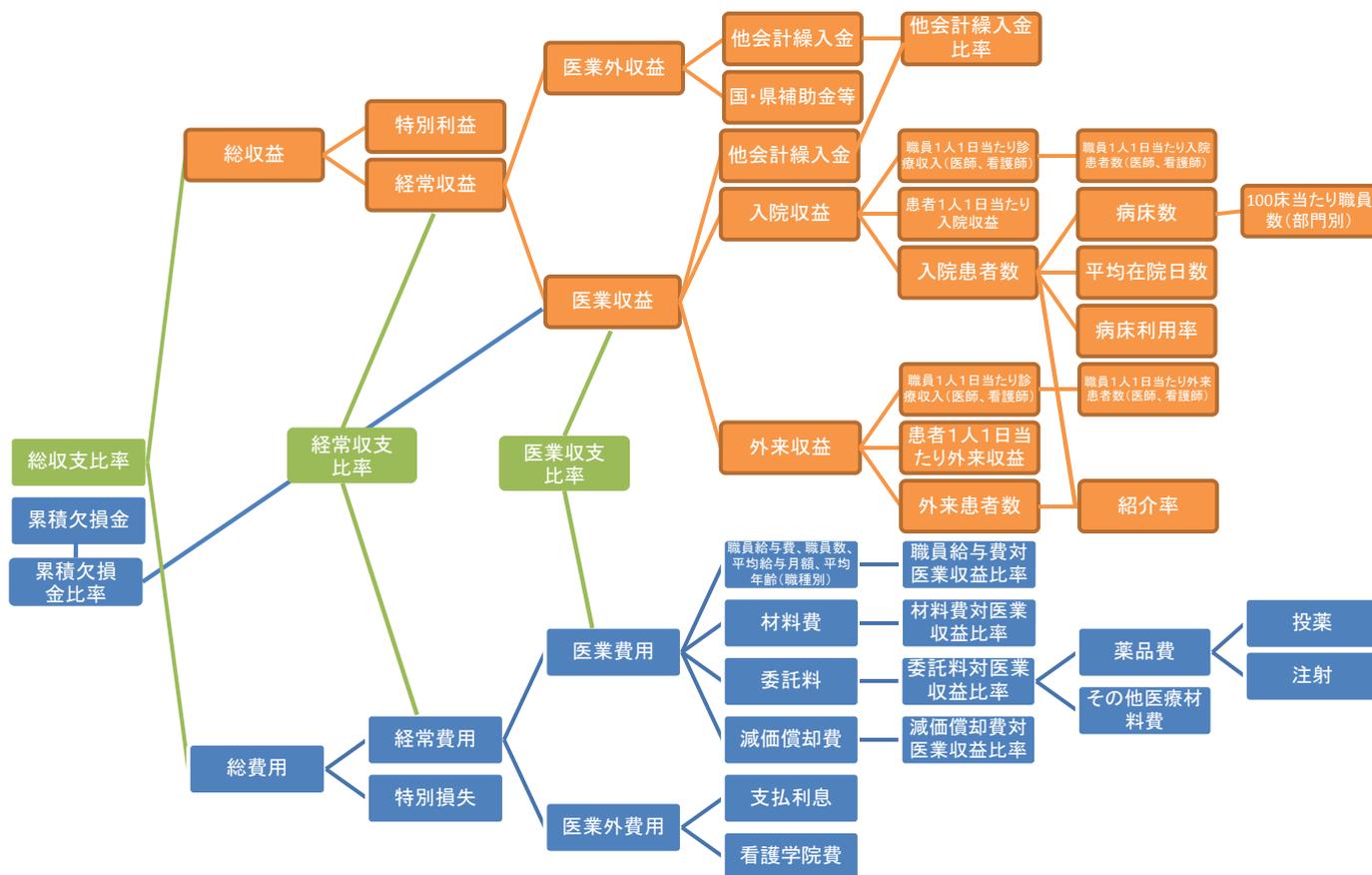
部門ごとに、日常業務に関連づけた取組や数値目標を設定



※部門別の具体的なアクションの例
【医師：初診や所見の時間を効果的かつ効率的に】

Input	Output
B-3 → 診療時間の記録・統計ソフト導入	A-2-a-1 → 所見目標時間の設定
B-1-a → ソフトの趣旨理解	A-2-a → 外来収益の改善
B-1-e → 初診・再診に関する診療報酬制度の特性の把握	A-1-b → 手術・入院を含めた資源投下の最適化
	B-1-a → 医師の労働時間の減少

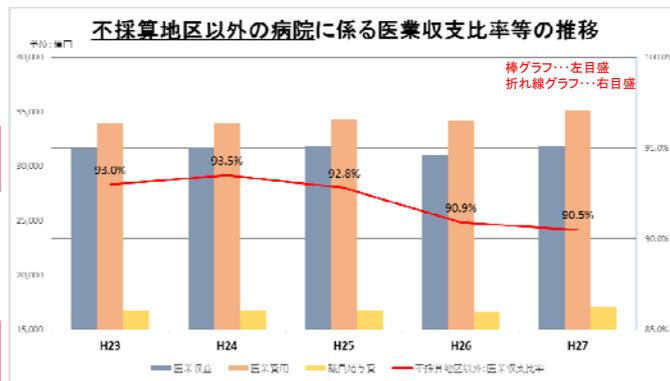
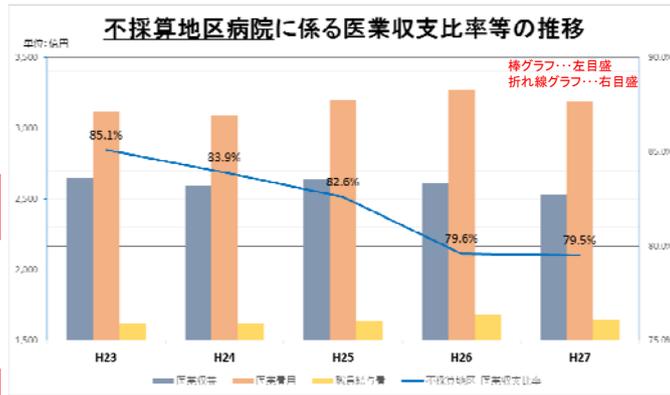
システムや業務フローの導入により、
医療収益の向上と職員給与費の低下を図る
⇒例えば、職員給与費対医療収益比率の低下をもたらす



不採算地区病院及び不採算地区以外の病院における直近5年間の経営指標の状況について

- 不採算地区病院と不採算地区以外の病院を比較すると、医業収支比率、職員給与比率及び病床利用率が大きく乖離しており、近年は更にその乖離が広がる傾向にある。

		H23	H24	H25	H26	H27
医業収支比率	不採算地区病院	85.1%	83.9%	82.6%	79.6%	79.5%
	不採算地区以外の病院	93.0%	93.4%	92.8%	90.9%	90.5%
	差	△7.9%	△9.6%	△10.2%	△11.3%	△11.0%
経常収支比率	不採算地区病院	99.1%	98.2%	97.2%	97.6%	97.5%
	不採算地区以外の病院	100.4%	100.5%	99.6%	99.2%	98.8%
	差	△1.3%	△2.3%	△2.4%	△1.6%	△1.3%
職員給与比率	不採算地区病院	61.4%	62.4%	62.2%	64.8%	65.2%
	不採算地区以外の病院	52.9%	52.7%	52.5%	53.5%	53.7%
	差	+8.5%	+9.7%	+9.7%	+11.3%	+11.5%
病床利用率	不採算地区病院	70.9%	69.0%	69.0%	68.1%	68.1%
	不採算地区以外の病院	74.9%	74.5%	74.0%	73.5%	73.4%
	差	△4.0%	△5.5%	△5.0%	△5.4%	△5.3%



平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果について

1) 医師確保の状況についての認識

医師が全体的に不足していると認識している不採算地区病院(53.4%(151病院))は、不採算地区以外の病院(37.6%(216病院))を約16ポイント上回っている。(単位: 病院)

	医師充足	特定診療科で医師不足	全体的に医師不足	未回答	計
全 体	114 (13.3%)	375 (43.7%)	367 (42.8%)	2 (0.2%)	858
うち、不採算地区病院	58 (20.5%)	74 (26.1%)	151 (53.4%)	0 (0.0%)	283
うち、不採算地区以外の病院	56 (9.7%)	301 (52.3%)	216 (37.6%)	2 (0.4%)	575

2) 病院内の医師数に対する非常勤医師の割合

(単位: 病院)

病院内の6割以上が非常勤医師により構成されている不採算地区病院(46.3%(131病院))は、不採算地区以外の病院(25.6%(147病院))を約21ポイント上回っている。

	10割	8割~10割	6割~8割	4割~6割	2割~4割	2割未満	非常勤無	未回答	計
全 体	278病院 (32.4%) 2 (0.2%)	108 (12.6%)	168 (19.6%)	167 (19.5%)	167 (19.5%)	91 (10.6%)	63 (7.3%)	92 (10.7%)	858
うち、不採算地区病院	131病院 (46.3%) 2 (0.7%)	62 (21.9%)	67 (23.7%)	36 (12.7%)	48 (17.0%)	17 (6.0%)	14 (4.9%)	37 (13.1%)	283
うち、不採算地区以外の病院	147病院 (25.6%) 0 (0.0%)	46 (8.0%)	101 (17.6%)	131 (22.8%)	119 (20.7%)	74 (12.9%)	49 (8.5%)	55 (9.6%)	575

3) 非常勤医師と常勤医師の給与比較

(単位: 病院)

常勤医師の1.5倍以上の給与となっている非常勤医師は、不採算地区病院(21.9%(62病院))と不採算地区以外の病院(19.8%(114病院))で約2ポイント差と大きな差はない。

	常勤医師より低い	常勤医師と同水準	常勤医師の1倍以上	常勤医師の1.5倍以上	常勤医師の2倍以上	未回答	計
全 体	200 (23.3%)	221 (25.8%)	173 (20.2%)	176病院 (20.5%) 105 (12.2%)	71 (8.3%)	88 (10.2%)	858
うち、不採算地区病院	46 (16.2%)	81 (28.6%)	61 (21.6%)	62病院 (21.9%) 31 (10.9%)	31 (11.0%)	33 (11.7%)	283
うち、不採算地区以外の病院	154 (26.8%)	140 (24.3%)	112 (19.5%)	114病院 (19.8%) 74 (12.9%)	40 (6.9%)	55 (9.6%)	575

平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果を踏まえた経営指標の状況

1) 医師確保の状況についての認識

区分	医業収支比率	経常収支比率	給与費比率	医業費用に占める給与費の構成比	
全体的に医師不足	不採算地区病院 (53.4%) 151病院	78.5%	97.8%	67.1%	52.6%
	不採算地区以外の病院 (37.6%) 216病院	89.6%	98.6%	55.4%	49.6%

2) 病院内の医師数に対する非常勤医師の割合

区分	医業収支比率	経常収支比率	給与費比率	医業費用に占める給与費の構成比	
病院内の6割以上が非常勤医師	不採算地区病院 (46.3%) 131病院	81.4%	98.2%	64.8%	52.7%
	不採算地区以外の病院 (25.6%) 147病院	89.6%	97.7%	56.2%	50.4%

3) 非常勤医師と常勤医師の給与比較

区分	医業収支比率	経常収支比率	給与費比率	医業費用に占める給与費の構成比	
非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与	不採算地区病院 (21.9%) 62病院	83.6%	98.2%	59.9%	50.1%
	不採算地区以外の病院 (19.8%) 114病院	92.4%	98.6%	51.5%	47.6%

4) 不採算地区病院における経営指標の状況

区分	医業収支比率	経常収支比率	給与費比率	医業費用に占める給与費の構成比
医師は充足している	78.8%	98.3%	63.2%	49.8%
うち、非常勤医師が6割以上	81.0%	99.1%	68.6%	55.5%
うち、非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与	85.8%	97.8%	60.8%	52.2%
全体的に不足	78.5%	97.8%	67.1%	52.6%
うち、非常勤医師が6割以上	79.7%	97.9%	66.7%	53.2%
うち、非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与	81.5%	98.6%	61.3%	50.0%

⇒ 上記1)~3)のいずれの区分においても、不採算地区病院と不採算地区以外の病院について一定の条件下において経営指標を比較すると、不採算地区病院がより厳しい経営状況であることが確認できる。

一方、4)において、不採算地区病院を医師が充足している病院と不足している病院とに分け、それぞれ非常勤医師が6割以上かつ常勤医師の1.5倍以上の給与となっている病院の経営指標の比較をみると、充足している方が高い医業収支比率を示すことが確認でき、給与が割高な非常勤医師であっても確保できれば医業収益の改善に寄与するものと考えられる。

建築単価の推移(着工年度別)

【公立病院】

	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
件数 (件)	2	26	38	43	38	29	14	19
平均建築単価 (千円/㎡)	270	276	307	326	353	472	491	406
平成21年度を100とした 場合の指数	100	102	114	121	131	175	182	150

【公的病院等】 ※日赤、済生会、厚生連、国立病院機構

	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
件数 (件)	—	8	24	26	25	10	8	17
平均建築単価 (千円/㎡)	—	151	214	259	321	358	415	364
平成22年度を100とした 場合の指数	—	100	142	172	213	237	275	241

【上記のうち国立病院機構】

	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
件数 (件)	—	5	22	19	11	7	3	11
平均建築単価 (千円/㎡)	—	166	192	221	281	287	337	360
平成22年度を100とした 場合の指数	—	100	116	133	169	173	203	217

平成28年度着工事業における建築単価の分布

建築単価(㎡あたり)	公立病院	公的病院	
			うち、国立病院機構
25万円以下	1		
25万円超～30万円以下	1	4	4
30万円超～35万円以下	4	5	3
35万円超～40万円以下	1	4	2
40万円超～45万円以下	1	3	2
45万円超～50万円以下	6	1	
50万円超～55万円以下	1		
55万円超～60万円以下	2		
60万円超	2		
合計	19	17	11

③ 現状を踏まえた課題

1. 公立病院の建築単価は、公的病院等と比べて割高になっている状況が見受けられるが、その理由及び抑制策は何か。
2. 病院事業債に係る普通交付税措置の対象となる建築単価を、公立病院の実勢に応じて見直すべきか。

新公立病院改革プランに基づき行われる公立病院等の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を措置。

① 複数病院の統合

- 関係する複数病院が、統合により1以上減となることが原則。
- 経営主体も統合されていること。



原則として整備費全額が対象

② 相互の医療機能の再編

- 機能分担による病床規模又は診療科目の見直しを伴うことが必要。
- 経営主体が統合されていること。



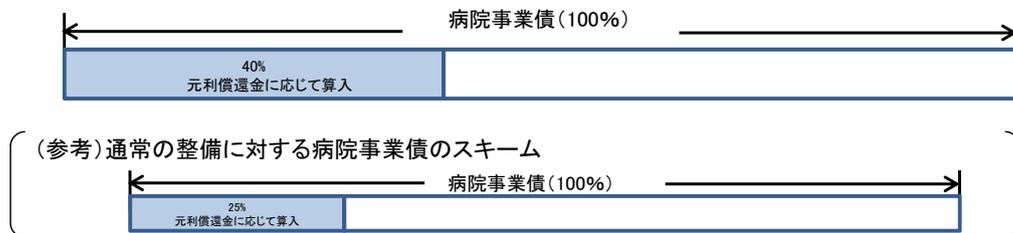
再編に係る経費のみが対象

〔対象経費の例：遠隔医療機器、情報システムの統合整備費、高度医療施設、高度医療機器など〕

※ただし、経営主体の統合を伴わない場合でも、以下に掲げる全ての取組が行われていれば再編に係る経費を対象とする。

- ・機能分担による病床規模又は診療科目の見直し
- ・共同購入等による医薬品、診療材料等の効率的調達
- ・医師の相互派遣による協力体制の構築
- ・医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築

病院事業債の特別分の対象：元利償還金の40%を普通交付税措置〈特別分〉



方向性(案)

第5回研究会資料

資料20

今後は、病床転換の促進により、病院の再編・ネットワーク化に加え、病院と介護施設等の複合化や病院から介護施設等への転用のニーズが高まることが予想される。

これらの再編・ネットワーク化・複合化・転用事業に係る施設整備費については既に一定の地方財政措置がなされているが、医療と介護等の連携を支援するため、複数の病院と介護施設等との再編・ネットワーク化を病院事業債(特別分)の中で位置づけることを検討すべきか。

	事業実施前	事業実施後	現行の地方財政措置
再編・ネットワーク化			既存の公立病院を統合し、一体の病院施設として整備する。 ⇒病院事業債(特別分)により措置
複合化事業①			既存の公立病院と介護施設等を統合し、これらの施設の機能を有した複合施設を整備する。 ⇒病院の附帯事業として実施する場合、病院事業債により措置
複合化事業②			既存の公立病院を改修し、介護施設等を含む複合施設として利用する。 ⇒病院の附帯事業として実施する場合、病院事業債により措置
転用事業			既存の公立病院を改修し、介護施設等として利用する。 ⇒転用後の施設に応じて、 ・介護サービス事業債(介護施設)、 ・公共施設等適正管理推進事業債(福祉施設(一般会計債の対象施設))、 ・公営住宅建設事業債(サービス付き高齢者向け住宅)により措置