

## 要旨

### 公立病院経営の状況と小規模公立病院の経営課題

－持続可能な地域の医療提供体制の確立へ向けて－

#### 1 分析の目的

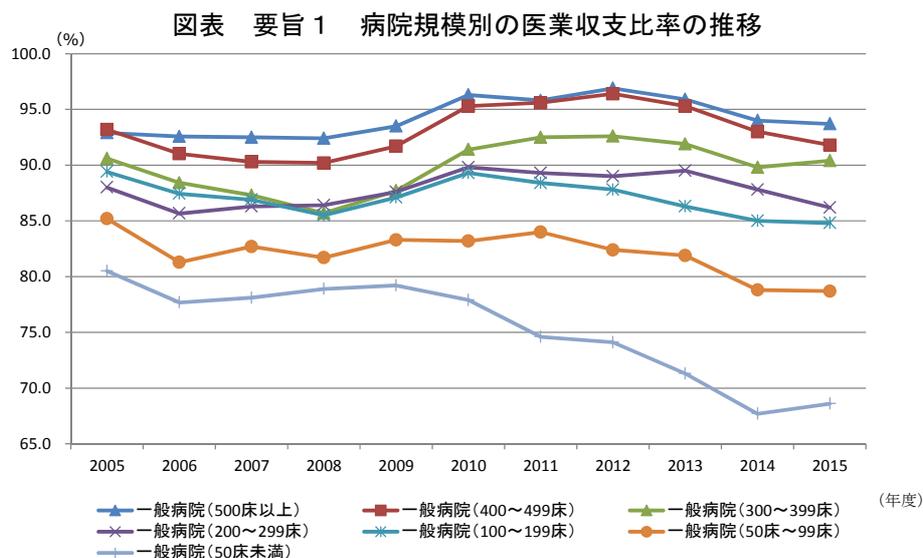
- 公立病院改革をエビデンス面で後押しするため、病院経営の現状を概観し、大規模病院では経営改善の成功例が多い一方、小規模病院では改善が遅滞する例の多い背景的要因をデータによって明らかにする。
- 地域医療の提供体制を維持する観点より、小規模公立病院の経営状況と立地環境との関係性をデータにより分析し、小規模公立病院の経営課題を明確化する。

#### 2 主な分析の内容

- 公立病院経営の概況を病床規模別のデータで整理し、近年の経営変化の特徴をみた。
- 大規模病院を中心にDPC制の導入が進んでいることを踏まえ、公立病院を病床規模とDPC制の導入・非導入に応じて分類し、分類毎の入院・外来単価の各内訳の変化を時系列に調査した。
- 小規模公立病院（病床200床未満の病院）について、不採算地区病院の該当の有無及び近隣の中大規模病院の有無によって分類を行った上で、各タイプの立地環境と経営状況との関係性をデータにより検証し、タイプ別の経営課題を検討・整理した。

#### 3 主な分析の結果

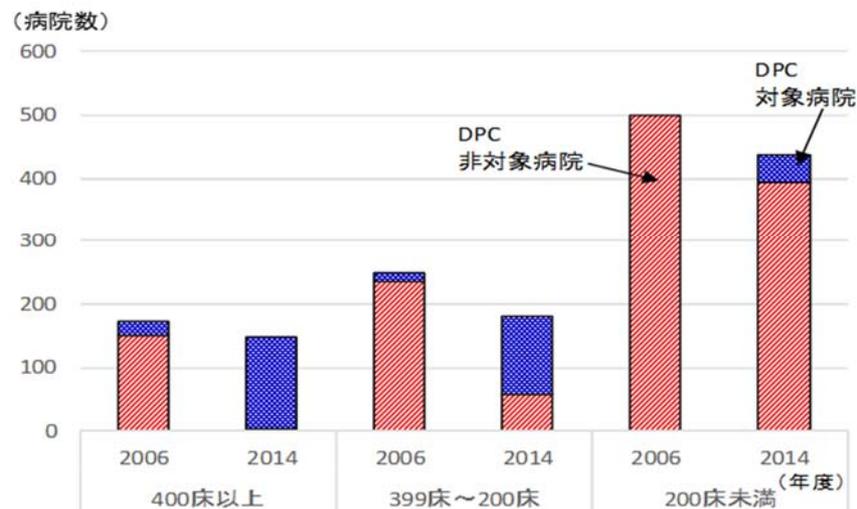
- 公立病院の医業収支比率は病床数の多い大規模な病院ほど比率が高い傾向にある。また、小規模病院の比率は低下傾向にあり、大規模病院との比率の差が拡大する傾向にある（図表 要旨1）。



(備考) 本文図表 1-5。

- 近年、大規模病院が小規模病院に比べ有利な経営を進められた背景として、D P C制<sup>1</sup>の導入が進んだこと（図表 要旨 2）に合わせて、過去の診療報酬改定が大規模のD P C制導入病院で入院料等の収益面でプラスに働いた可能性がある（図表 要旨 3）。
- D P C制の導入病院は400床以上の病院で顕著に増加したが、200床未満の病院では殆んど増加していない。次に入院料単価について、D P C制導入の有無及び病院規模別に算出した上昇率を比較すると、大中規模のD P C導入病院とD P C非導入の中小規模病院との間には2%程度の差があったほか、年度毎の単価上昇率が、大規模のD P C導入病院において隔年で高まる傾向がみられた。過去の診療報酬の改定は、特にD P C導入の大規模病院においてプラスに寄与したが、小規模病院では病床や医師数など経営資源の制約により、環境変化に十分な対応が出来なかった可能性がある。

図表 要旨 2 D P C導入病院数の増加（2006年度と2014年度の比較）



（備考）本文図表 1—14。

図表 要旨 3 入院料単価の推移（D P C導入・非導入、病院規模別）

入院料単価	(円)							
	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC	
年度	400床以上	伸び率	200床以上 400床未満	伸び率	200床以上 400床未満	伸び率	200床未満	伸び率
2009	24,615		23,975		16,474		13,543	
<b>2010</b>	26,931	9.4%	25,768	7.5%	17,211	4.5%	13,884	2.5%
2011	27,432	1.9%	26,691	3.6%	17,522	1.8%	14,221	2.4%
<b>2012</b>	28,969	5.6%	27,305	2.3%	18,037	2.9%	14,503	2.0%
2013	29,726	2.6%	28,245	3.4%	18,068	0.2%	14,619	0.8%
<b>2014</b>	31,390	5.6%	29,715	5.2%	18,631	3.1%	15,184	3.9%
平均伸び率		5.0%		4.4%		2.5%		2.3%

（備考）本文図表 1-21。

<sup>1</sup> D P C制とは、診断群分類による包括支払方式のこと。患者に対して診断群分類（D P C : Diagnosis Procedure Combination）に応じた医療を施すことを前提に、入院料や投薬等のコストが包括して支払われる。

○ 小規模公立病院がおかれた外的環境には相当の幅があり、経営課題も環境に応じて様ではない状況にある（図表 要旨4）。各タイプ別の立地環境と経営指標の特徴、またデータより推察された各タイプの経営課題の整理は以下のとおりである。

- タイプ①の病院群は、(イ) 立地地域の人口密度は高いが、(ロ) 医療圏内の病床シェアは低く、(ハ) 経営は悪化傾向にある。病院設置目的の明確化、他の医療機関との機能分担等が課題であるとみられる。
- タイプ②の病院群は、(二) 分類中で最も人口減少率の高い地域に立地するが、(ホ) 1日当たり外来患者数も多く、(へ) 目下の経営状況は他のタイプに比べれば良好な状況にある。将来的には病院規模等を随時見直すことが必要と考えられる。
- タイプ③の病院群は、(ト) ②や④に比べ人口密度が高い地域に立地するが、(チ) 療養病床比率が高く、外来患者数は少ない。(リ) 収支は④に次いで悪化の傾向にある。経営課題としては地域包括ケアシステム等の確立への貢献などが考えられる。
- タイプ④の病院群は、(ヌ) 人口密度の低い地域に立地しており、(ル) 1日平均外来患者数が少なく、(オ) 病床稼働率も低い。(ワ) 収支状況は分類中で最も厳しいが、地域唯一の病院であるため、医療機能の維持のための支援も必要と考えられる。将来的には、病床削減や機能転換、統廃合・ネットワーク化の検討等が課題となる。

図表 要旨4 タイプ別の主要経営指標等

項目	最大値のセル■、		最小値のセル■		
	不採算地区外		不採算地区内		
	競合 有り タイプ① (病院数89)	競合 無し タイプ② (病院数35)	競合 有り タイプ③ (病院数130)	競合 無し タイプ④ (病院数152)	
公立病院 平均	総病床数	152.2	171.2	84.4	71.9
	修正医業収支率	89%	90%	85%	76%
	修正医業収支率5年増減	(ハ) -1.8%	(へ) -0.5%	(リ) -4.8%	(ワ) -8.9%
	病床稼働率	67%	67%	71%	(オ) 65%
	病床稼働率5年増減	-2.6%	-1.2%	-4.1%	-4.8%
	総病床数2次医療圏内シェア	(ロ) 5%	16%	4%	7%
	療養病床比率	12%	13%	28%	19%
	1日平均外来患者数	267	(ホ) 364	(チ) 167	(ル) 151
	外来患者比率	70%	75%	72%	76%
	療養病床比率60%以上の病院数比率	1.2%	2.9%	12.7%	5.3%
	1日平均外来患者数50人未満の病院数比率	4.8%	0.0%	4.8%	1.3%
公立病院 立地環境 (2次医 療圏) 平均	総病床数	5,500	3,346	3,832	2,982
	総人口	417,857	225,206	276,242	198,383
	人口5年増減率	-2.6%	(二) -5.2%	-4.0%	-4.8%
	高齢化率	29.1%	32.3%	30.5%	31.7%
	人口密度	(イ) 834	156	(ト) 300	(ヌ) 114
	総病床数HHI	0.09	0.17	0.11	0.15
	総病床数/人口10万人	1,370	1,435	1,460	1,526

(備考) 本文図表2-9。