

目 次
政策課題分析シリーズ12

公立病院改革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－

はじめに.....	1
1 . 公立病院経営をめぐる現状と課題.....	2
1. 1 公立病院の経営状態.....	2
1. 2 自治体繰入金の動向.....	7
1. 3 収支変化の背景.....	10
1. 4 入院・外来単価にみる病院収益の構造と変化.....	12
1. 5 まとめ.....	22
2 . 持続可能な地域の医療提供体制の確立.....	24
2. 1 分析の目的.....	24
2. 2 分析対象の抽出.....	24
2. 3 サンプルの分類方法.....	25
2. 4 立地環境・経営状況のタイプ別特徴.....	31
2. 5 小規模公立病院のヒアリング調査.....	32
2. 6 まとめ.....	36
参考文献.....	38
付表 小規模公立病院分析（病床数を変化させた場合の試算結果）.....	39
補論 インタビュー調査.....	40

はじめに

地方自治体の経営する公立病院は、財務健全性を改善することを狙いとして、様々な改革に取り組んでいる。特に2007年度からは総務省が改革ガイドライン²を提示し、改善をサポートする取組を進めており、現在は第二期³（2015年度～）に入っている。

こうした状況を踏まえ、内閣府（経済財政分析担当）では、2016年8月に公立病院経営に関する調査レポート「公立病院改革の経済・財政効果について」を公表した⁴。レポートでは、近年の公立病院経営は病床数が多い病院で収支改善が進んでいるものの、患者当たりの医療費が高まることで収支が改善する構造が大宗であることを明らかにした。また、地域に立地する小規模病院においては、改善が遅滞している病院も多く、背景には患者数の減少による収益の伸び悩みを費用の抑制によって吸収しきれていない例が多いと示唆されている。

本調査の目的は、前述の調査結果を受け、大規模病院で経営改善の成功が多くみられた一方、小規模病院で改善が遅滞する例が多かった背景について、DPC制の導入といった変化を踏まえつつ、データによって明らかにすること、及び地域医療の提供体制を維持する観点から、小規模公立病院の経営状況と立地環境との関係を分析した上で、病院関係者に対するインタビュー調査を実施し、小規模公立病院の経営課題を定量的かつ定性的に明確化することである。

なお、本調査にあたっては、専門的な識見を有する有識者によって構成される研究会を複数回開催し貴重な御意見をいただいた。有識者各位の御協力に記して感謝する。本稿のエッセンスについては、内閣府経済・財政一体改革推進委員会・評価分析ワーキング・グループ（2017年4月）、及び日本経済学会春季大会・特別セッション（2017年6月）にて報告したものであり、両会議の出席者方から数々の有益なコメントを頂戴した。またインタビュー調査においては、公立病院関係者方より現場経験に基づいた貴重なコメントを数多く頂戴した。各位の御厚意にこの場を借りて改めて御礼を申し上げます⁵。

（有識者研究会委員）

座長	池上 直己	聖路加国際大学公衆衛生大学院特任教授
委員	伊関 友伸	城西大学経営学部マネジメント総合学科教授
委員	伊藤 由希子	東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
委員	島崎 謙治	政策研究大学院大学教授

（五十音順、敬称略）

² 総務省自治財政局通知（2007）。

³ 総務省自治財政局通知（2015a）より。

⁴ 内閣府政策統括官（2016b）。

⁵ 研究会の開催及び分析に当たっては株式会社大和総研及びみずほ情報総研株式会社に御協力をいただいた。なお、本稿は有識者委員及び内閣府の公式見解を示すものではなく、文中に残された誤りは執筆者である田中吾朗（内閣府政策統括官（経済財政分析担当）付参事官（企画担当）付）、堤雅彦（内閣府政策統括官（経済財政分析担当）付参事官（企画担当））の責に帰するものである。

1. 公立病院経営をめぐる現状と課題

本章では公立病院経営の現状と課題を整理する。近年の公立病院においては、病院規模により経営状況とそれに伴う自治体への財政的依存度に差が生じる傾向が強まっていることに着目し、こうした変化の背景として、大規模病院が収益主導で経営改善に成功するケースが多い一方、小規模公立病院では患者数の減少などにより改善が遅滞するケースの多いことを検証する。また、大規模病院ではDPC制の適用といった機会を活用することで、収益面で経営改善に有利な立場にあった可能性について検証する。

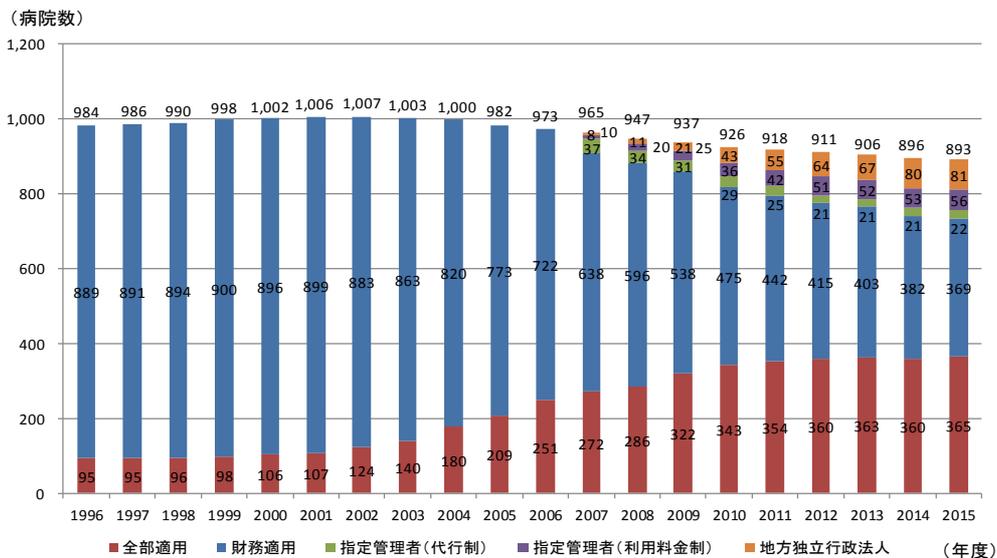
1. 1. 公立病院の経営状態

1. 1. 1. 公立病院数の推移

2015年度に自治体が経営する病院数は893病院であり、2002年度以降、減少傾向が続いている。一方、2007年度以降に公立病院改革の進展が進むにつれ、経営形態の多様化が進んでおり、いわゆる自治体直営型の公立病院（全部適用・財務適用）に加え、指定管理者制（代行制・料金制）や地方独立行政法人が増加しており、直営型においても全部適用型の公立病院が増加している⁶（図表1-1）。

制度上、全部適用は事業管理者に対し人事・予算等の権限が付与される点で、財務規定適用に比べて一段の自律的な経営が可能である。地方独立行政法人の場合であれば、予算・財務・契約、職員定数・人事などの面で、全部適用に比べて一層自律的・弾力的な経営が可能である（図表1-2）。

図表 1-1 公立病院の数（経営形態別）



（備考）総務省「地方公営企業年鑑」、「地方公営企業決算の概況」により作成。

⁶ 地方独立行政法人化に関しては、本稿の補論として病院関係者へのインタビュー調査を収載している。

図表 1-2 公立病院の経営形態の比較

項目	地方公営企業		地方独立行政法人(公営企業型)
	財務規定等適用	全部適用	地方独立行政法人
職員の任用	地方公共団体の長が任免	管理者が任免	理事長が任免
職員身分	地方公務員	地方公務員	非地方公務員
定員管理	条約定数に含まれる	条約定数に含まれる	条約定数に含まれない
職員給与	一般の当該地方公共団体職員の給与に関する規定による	○生計費、同一又は類似の職種の間及び地方公共団体の職員並びに民間事業の従事者の給与、当該地方公営企業の経営の状況等を考慮 ○給与の種類及び基準は条制定(給与の額、支給方法等の細目事項は管理規定)	○独法の業務の実績を考慮し、かつ、社会一般の情勢に適合したもの ○給与等の支給基準を定め、設立団体の長に届け出、公表
資産の取得、管理及び処分	地方公共団体の長が資産を取得、管理及び処分(ただし、条例で定める重要な資産及び処分については予算で定めなければならない)	管理者が資産を取得、管理及び処分(ただし、条例で定める重要な資産及び処分については予算で定めなければならない)	条例に定める重要な財産の譲渡又は担保に供するときは設立団体の長の認可が必要
予算(年度計画)	地方公共団体の長が予算を調製し、議会の議決を経る	地方公共団体の長が、管理者が作成した予算の原案に基づいて予算を調製し、議会の議決を経る	毎事業年度の開始前に、中期計画に基づき年度計画を定め、設立団体の長に届け出、公表(評価委員会、議会の関与なし)
決算	地方公共団体の長が決算を調製し、議会の認定に付す(当該地方公共団体の会計管理者に行わせることができる)	○管理者が決算を調製し、地方公共団体の長に提出 ○監査委員の審査後当該委員の意見をつけ、議会の認定	毎事業年度に財務諸表、事業報告書、決算報告書を作成し、設立団体の長に提出し、その承認を得る(承認に際し評価委員会の評価聴取)
会計制度	公営企業会計制度	公営企業会計制度	公営企業型地方独立行政法人会計原則
資金調達手段等	○特定の経費につき一般会計等からの出資、貸付、負担金、補助等 ○国庫補助金 ○病院事業債 ○診療報酬		○特定の経費に係る設立団体からの交付金 ○国庫補助金、地方公共団体からの補助金 ○設立団体からの長期借入金(転貸債) ○診療報酬

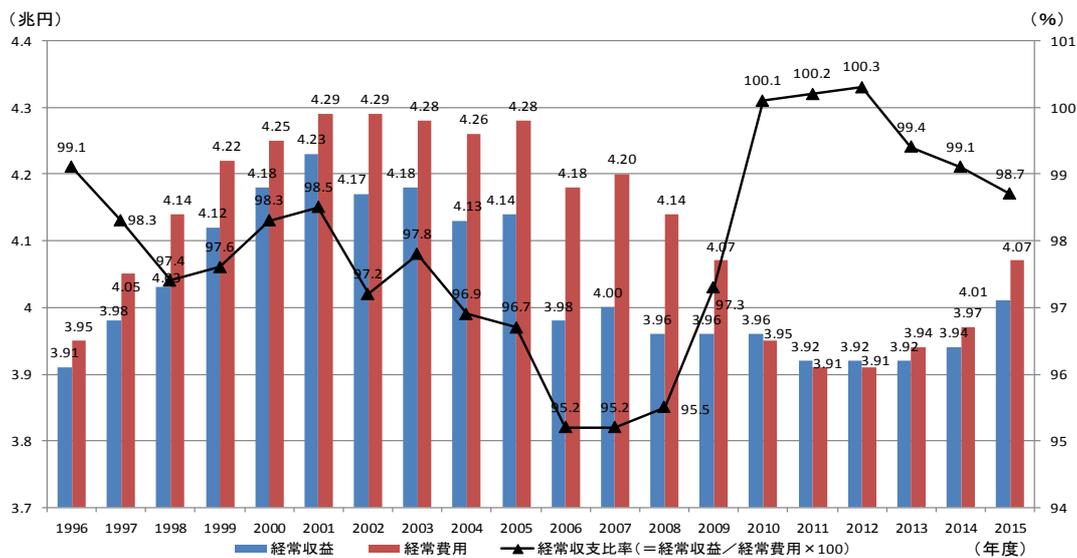
(備考) 総務省「公立病院経営改革事例集(平成28年3月)」により作成。

1. 1. 2. 経常収支、及び医業収支の推移

2015年度における公立病院の経常収益総額は4兆108億円、経常費用は4兆656億円であり、経常収支比率は98.7%となっている。収支比率の推移をみると1996年以降は悪化傾向が続く、2006年度には95.2%まで低下した。その後改善し2010年度には100%を超えたが、近年は再び100%以下の水準に低下している(図表1-3)。一方、医業収支は、医業費用が医業収益を恒常的に上回る状態が続いている⁷。医業収支比率も経常収支比率と同様に、2010年度に大きく改善したものの、直近3年度には連続で低下し、2015年度は89.5%となっている(図表1-4)。

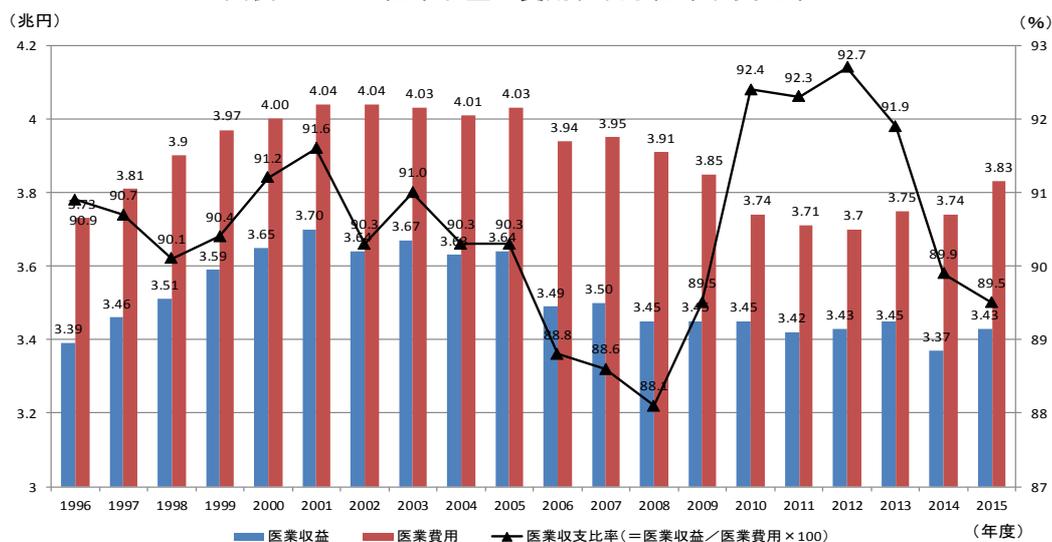
⁷ 公立病院の経常収益の場合、病院事業の収益である医業収益に自治体からの繰入金等が加算されているため、結果として経常収支の方が医業収支よりも良好な数値となることが多い。よって本稿では、病院事業の経営状態を検証するため、以降医業収支を中心に分析を進める。

図表 1-3 経常収益と費用、及び医業収支比率



(備考) 総務省「地方公営企業年鑑」、「地方公営企業決算の概況」により作成。

図表 1-4 医業収益と費用、及び医業収支比率

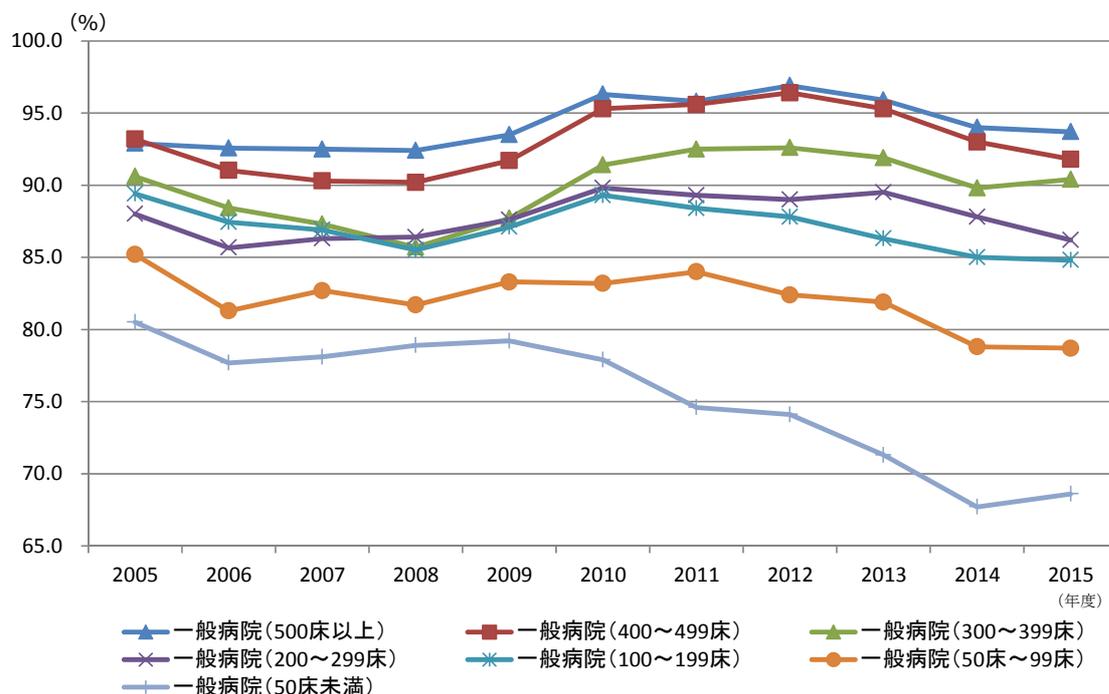


(備考) 総務省「地方公営企業年鑑」、「地方公営企業決算の概況」により作成。

1. 1. 3. 病院規模別の医業収支比率の推移

病床を基準とした病院規模別に医業収支比率を比較すると、病床数の多い病院ほど収支比率が高い傾向にあり、特に100床以上の病院とそれ以下の病院では、収支比率に大きな開きがある。また過去からの推移をみると、2005年度には50床未満の病院と500床以上の病院との比率の差は12%程度であったが、以降その差が拡大し2015年度には25%程度にまで広がっている(図表1-5)。

図表 1-5 病院規模別の医業収支比率の推移



(備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」、「地方公営企業決算の概況」により作成。
 2. 各年度のサンプル数は下表のとおり。

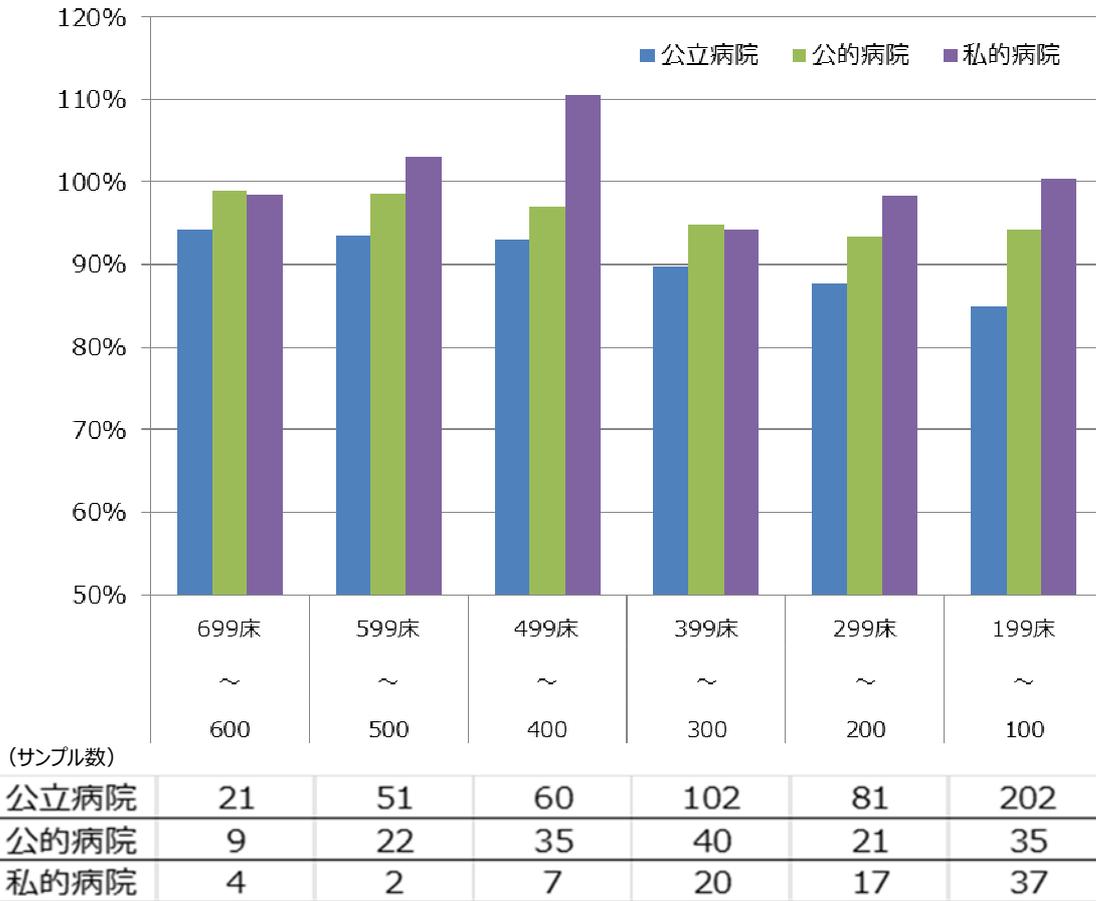
	一般病院 (500床以上)	一般病院 (400~499床)	一般病院 (300~399床)	一般病院 (200~299床)	一般病院 (100~199床)	一般病院 (50床~99床)	一般病院 (50床未満)
2005	107	72	130	120	225	201	80
2006	100	72	132	116	221	206	75
2007	100	73	128	106	225	204	73
2008	97	76	122	104	228	193	67
2009	94	74	120	96	228	192	64
2010	90	73	115	84	225	185	66
2011	88	73	107	83	222	175	70
2012	87	69	107	85	213	173	67
2013	91	66	102	87	205	175	67
2014	88	60	102	80	202	171	69
2015	85	62	98	86	199	172	71

1. 1. 4. 私的病院等との医業収支比率の比較

公立病院の医業収支比率を、公的病院及び私的病院の比率と比較した場合、病院規模によらず公立病院の医業収支比率が最も低い傾向にある(図表1-6)。また、大規模病院に比べて小規模病院では、特に公立病院と私的病院等との比率の差が大きい傾向がある⁸。

⁸ 背景として、病床数が少なくとも一定数の診療科に係わる医療を提供しなければならない公立病院の性格から医業収支率が低くなっているものと考えられる

図表 1-6 私的病院等との医業収支比率の比較（2014年）



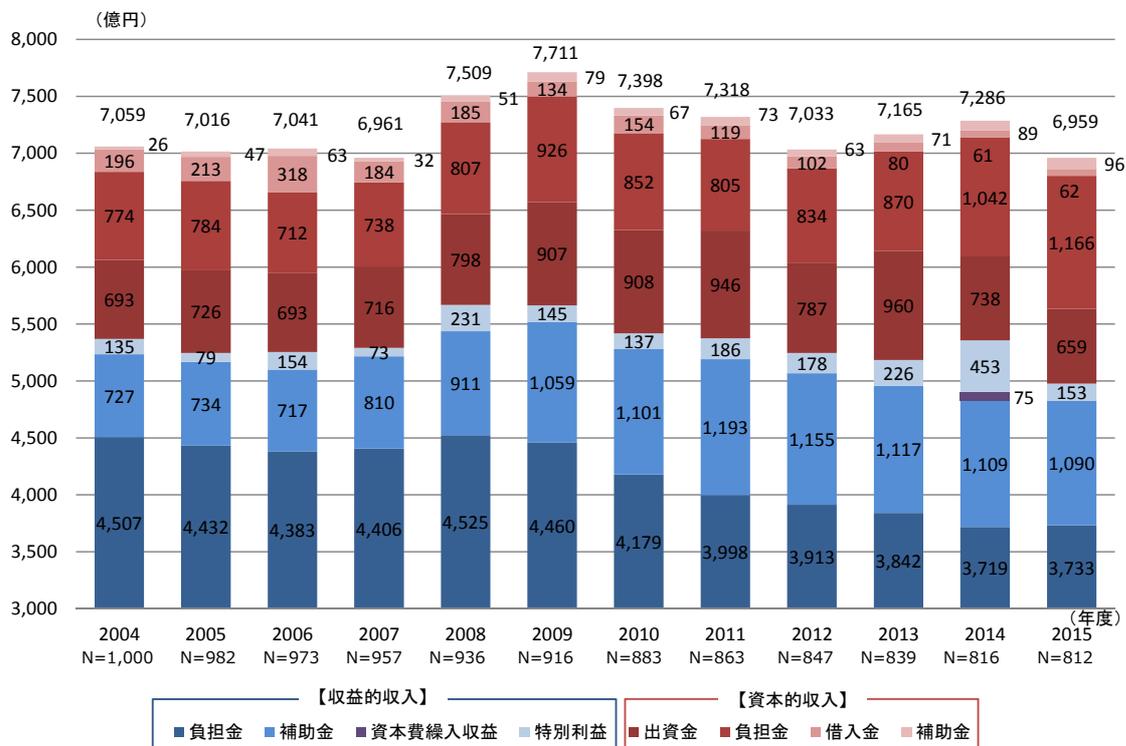
- (備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」、全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告（平成26年6月調査）」により作成。
2. 「公的病院」とは、日赤、済生会、厚生連、社保険関係団体等により、「私的病院」とは医療法人、個人等により開設された病院。
3. 「公立病院」は2014年度、「公的病院」及び「私的病院」は2014年6月のサンプル調査の値。
4. 医業収支比率＝医業収益/医業費用×100として算出。

1. 2. 自治体繰入金の動向

1. 2. 1. 他会計からの繰入金の推移

公立病院が他会計（病院事業以外の自治体会計等）から受け入れる繰入金（自治体等側からみた場合の繰出金）の全体額は、近年7,000億円程度で推移している。2015年度の繰入金は6,959億円であり、前年度比では326億円（▲4.5%）減少した。内訳としては、収益的収入⁹が380億円（▲7.1%）減少した一方、資本的収入は54億円（+2.8%）増加している（図表1-7）。

図表 1-7 他会計からの繰入金の推移



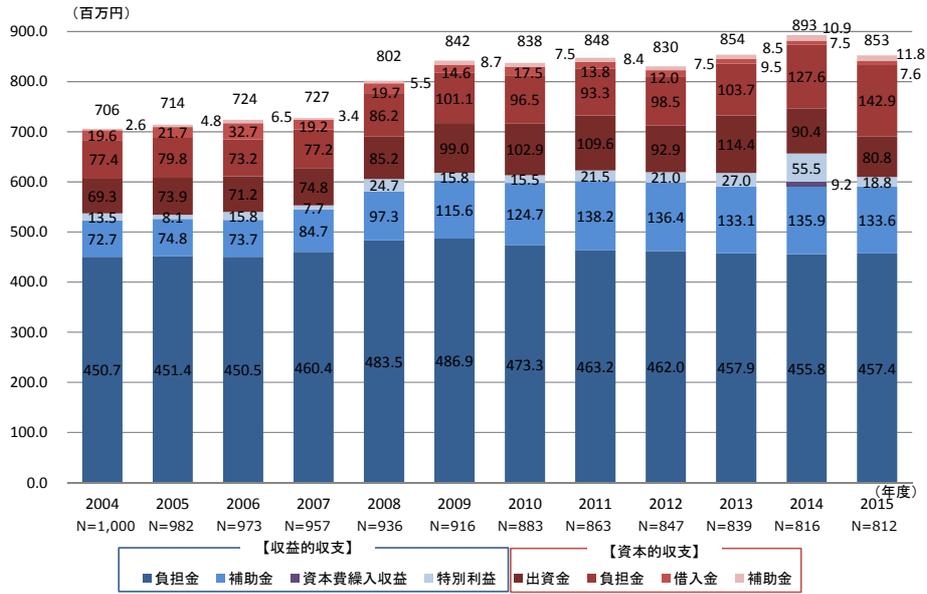
（備考）総務省「地方公営企業年鑑」により作成。

1. 2. 2. 他会計からの繰入金（病院・病床あたり）

病院あたり繰入金の推移をみると、繰入金の額は漸増傾向にある。2015年度の病院あたり繰入金は約8.5億円であり、約0.4億円（前年度比▲4.5%）の減少となっている（図表1-8）。一方、病床あたり繰入金についても漸増傾向にあるが、2015年度の病床あたり繰入金は370万円であり17万円（前年度比▲4.5%）程度と減少している（図表1-9）。

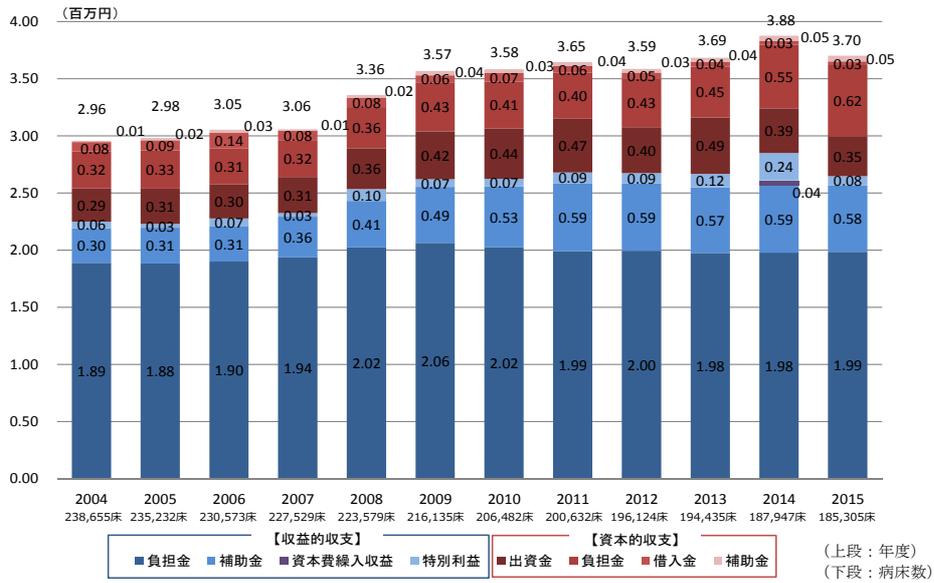
⁹ 公営企業会計の財務諸表では、営業活動に係わる勘定（収益的収支）と、施設の改良など営業外活動に係わる勘定（資本的収支）が区分して作成される。したがって、繰入金も会計基準に基づき両勘定に計上されていることが一般的である。

図表 1-8 他会計からの繰入金の推移（病院あたり）



(備考) 総務省「地方公営企業年鑑」により作成。

図表 1-9 他会計からの繰入金の推移（病床あたり）

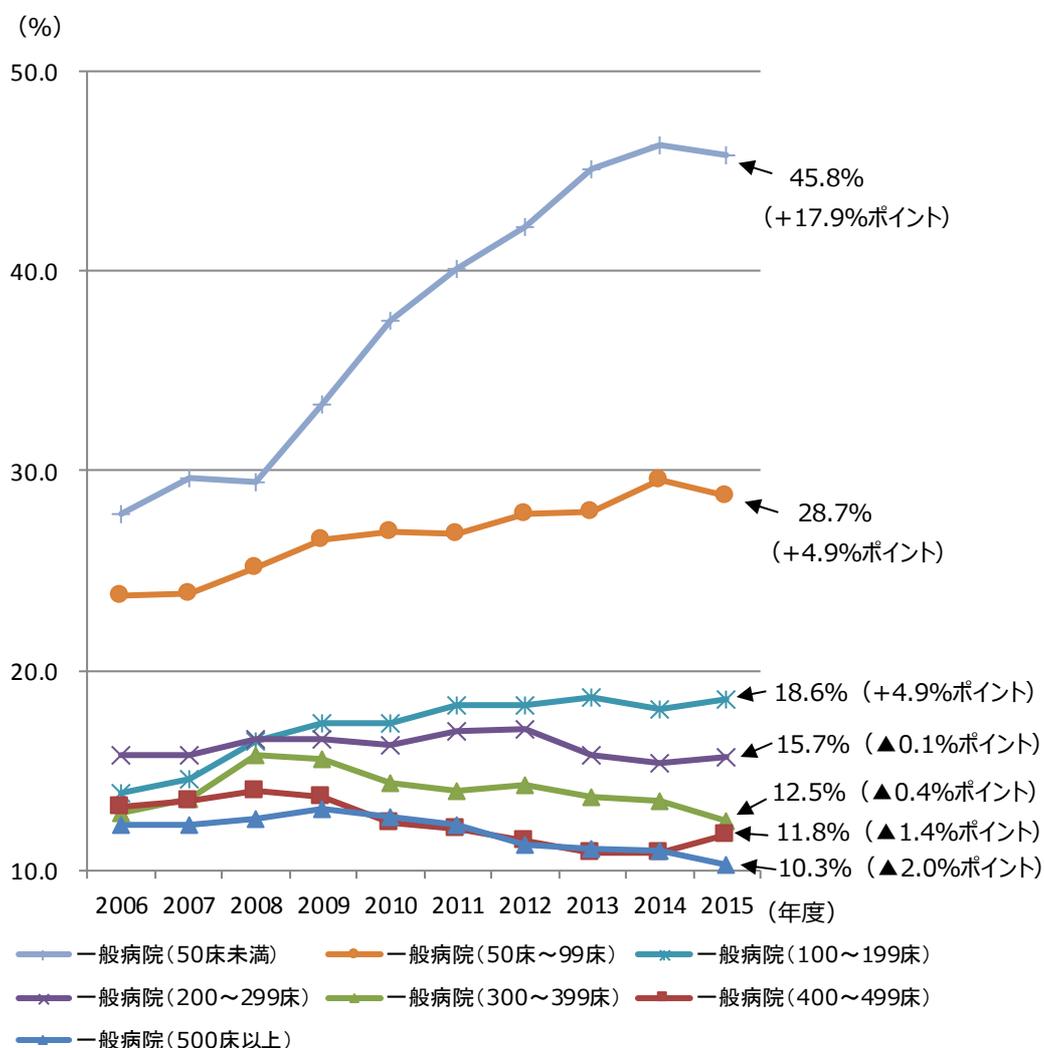


(備考) 総務省「地方公営企業年鑑」により作成。

1. 2. 3. 他会計からの繰入金（病院規模別）

他会計からの繰入金について、病院規模別に医業収益に対する比率をみると、2015年度は、50床未満の病院で45.8%と特に高く、次いで50床以上100床未満の病院が約28.7%となっている。その他100床以上の病院は、10%から20%の範囲に分布している。また、比率の推移をみると、200床未満を境に上昇傾向がみられ、特に50床未満の病院の比率は17.9%ポイントと顕著な上昇を示している。一方、200床以上の病院の比率は、横ばいかやや低下する傾向にあることから、全体的としては、小規模病院ほど繰入金の医業収益に対する比率が上昇する傾向にあり、200床以上の中・大規模病院の同比率との差は、拡大する傾向にある（図表1-10）。

図表 1-10 他会計繰入金対医業収益比率の推移（病院規模別）



(備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」により作成。
2. 図中の数値は2015年度の値（括弧内の数値は2006年度の比率からの変化差）。

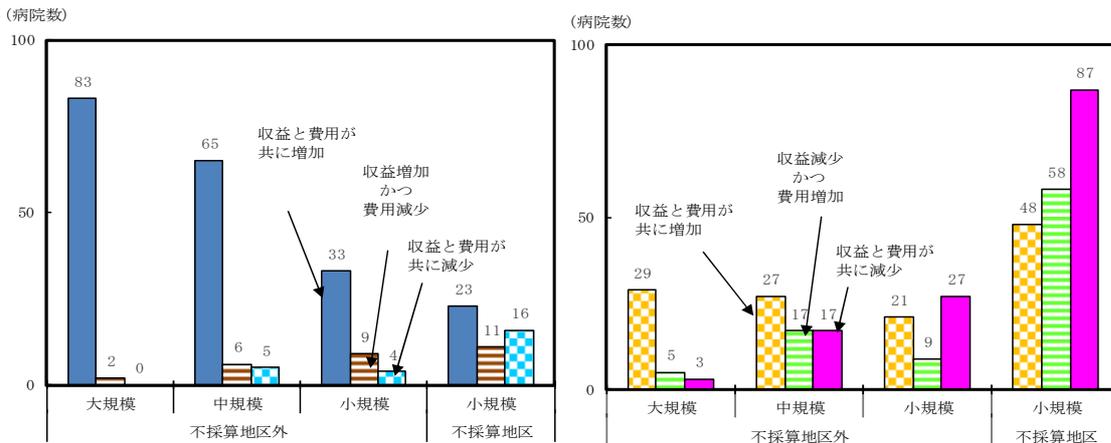
1. 3. 収支変化の背景

1. 3. 1. 収支変化の構造

ここでは、2007年度から2014年度の間、組織形態の変化等を行わず、継続的に事業を実施した605病院について、病院規模別・不採算地区病院¹⁰別に医業収支の変化を分析する（図表1-11）。その結果は、605病院のうち、修正医業収支¹¹が改善した病院は257病院、悪化した病院は348病院となり、悪化した病院が多かった。同時に、病床数別に収益と費用それぞれの増減方向の組み合わせによって収支変化の要因分類をしたところ、収支が改善した病院は、病床数の多い病院ほど多く、病床数が少なくなるにつれて減少していたが、収支が悪化した病院では、逆の傾向がみられた。収支の改善した病院の場合、大規模病院であればあるほど、「収益と費用が共に増加」したケースが多く、収支が悪化した病院では、小規模病院であるほど「収益と費用が共に減少」したケースが多かった。

図表 1-11 修正医業収支が改善・悪化した病院数と変化要因
(2007年度から2014年度までの変化)

(1)修正医業収支の改善した病院 (257病院) (2)修正医業収支の悪化した病院 (348病院)



- (備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」により作成。
 2. 分析対象サンプルは、2007年度より2014年度まで名称や管理者の変更が無く継続的に存在した一般病院（地方独立行政法人を除く）。
 3. 総病床数400床以上を大規模、400床未満200床以上を中規模、200床未満を小規模と分類。

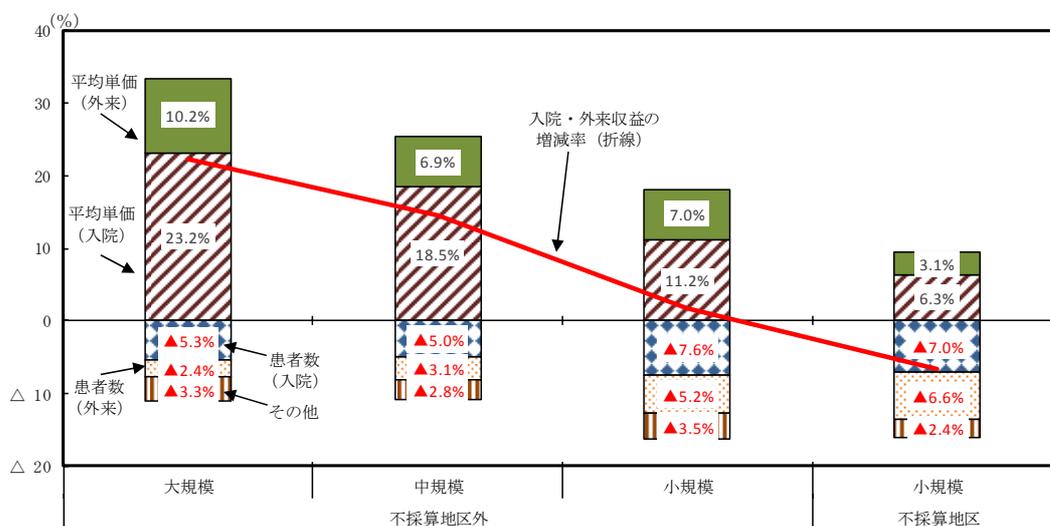
¹⁰ 不採算地区病院とは、150床未満の一般病院であり、「最寄りの一般病院まで15km以上」若しくは「人口集中地区以外に所在」する病院（2014年度基準）のこと。なお、同基準のうち人口集中地区に係わる基準は、2015年度以降、「半径5Km以内人口が3万人未満であること」に変更されている。

¹¹ ここでは、病院事業の経営力を評価するため、医業収益より自治体負担金を、医業費用より減価償却費等をそれぞれ除いた値を算出し、その差を修正医業収支として分析を行った。

1. 3. 2. 収益変化における単価と患者数の寄与

次に、同一サンプルである605病院について、2007年度から2014年度までの入院と外来の収益増加率を単価要因と患者数要因に分解したところ、病院規模によらず、単価が収益にプラス寄与、患者数はマイナスに寄与していた（図表 1-12）。ただし、病院規模が大きくなるほど、単価のプラス寄与は大きく、特に、外来単価に比べて入院単価の寄与が顕著に高まる傾向（病院規模が小さくなるほど単価のプラス寄与は小さい）傾向となった。また、患者数変化のマイナス寄与は、大規模と中規模では同程度であるが、小規模では、不採算地区であるか否かに関わらず、一段と大きかった。

図表 1-12 入院・外来収益の寄与度分析（2007年度～2014年度）



- (備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」により作成。
2. 分析対象サンプル及び分類基準は図表 1-11と同じ。

1. 4. 入院・外来単価にみる病院収益の構造と変化

1. 4. 1. 分析概要

近年の公立病院では、単価の上昇が収支改善の重要な要素であったが、単価が変化する一要因は診療報酬・薬価の改定である（図表 1-13）。もっとも、診療報酬・薬価の改定は、病院の属性によって影響が異なるため、集計的な経営データから個別の改定がもたらした変化を一つ一つで抽出することはできない。そこで本節では、公立病院の経営データのうち、患者 1 人当たりの医業収益単価（以下単価）について、病床規模別及び D P C（診断群分類による包括支払方式）適用有無別に集計し、単価推移の特徴を経年で観察する。

図表 1-13 近年の診療報酬・薬価改定の履歴

年度	本体			薬価 材料含む
	医科	歯科	調剤	
2006 平成 18 年度	▲1.50%	▲1.50%	▲0.60%	▲1.80%
2008 平成 20 年度	0.42%	0.42%	0.17%	▲1.20%
2010 平成 22 年度	1.74%	2.09%	0.52%	▲1.36%
2012 平成 24 年度	1.55%	1.70%	0.46%	▲1.38%
2014 平成 26 年度	0.82%	0.99%	0.22%	▲0.63%
(消費税引上分)	(0.71%)	(0.87%)	(0.18%)	(0.73%)
2016 平成 28 年度	0.56%	0.61%	0.17%	▲1.33%

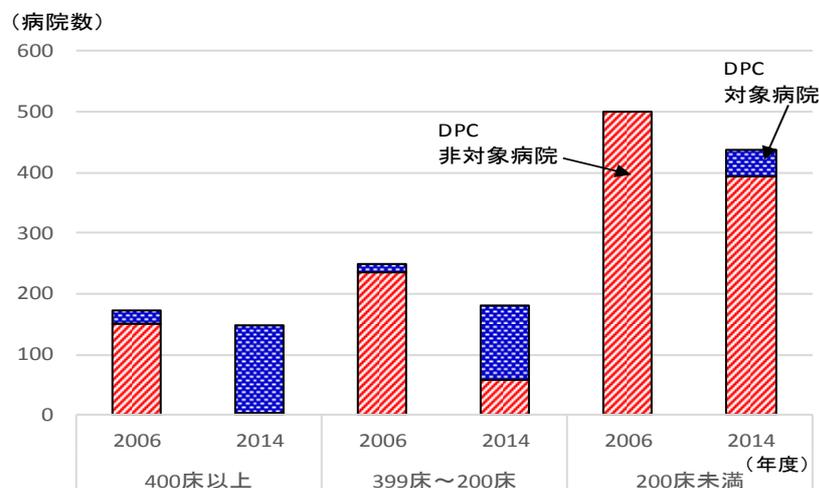
（備考）中央社会保険医療協議会資料により作成。

分類に際し、D P C の導入有無を明示的に勘案したのは、大規模公立病院を中心に導入が進んできたためである（図表 1-14）。具体的には、時系列で比較が可能となるよう 2009 年度から 2014 年度までの期間、組織変更等を行わず継続的に事業を行っていた一般病院（地方独立行政法人は除く）を抽出した上で、病床規模によって大規模（400 床以上）、中規模（400 床未満 200 床以上）、小規模（200 床未満）に 3 分割した。最後に、大規模病院については期間中に D P C を継続的に導入していた病院（分類①：185 病院）、中規模病院については D P C を継続的に導入していた病院（分類②：73 病院）及び継続的に非導入であった病院（分類③：32 病院）、小規模病院については継続的に D P C を非導入であった病院（分類④：306 病院）を分析サンプルとして再抽出し（合計 509 病院）、分類毎に入院・外来の各単価の内訳値を集計した。

なお、単価の内訳データは「地方公営企業決算状況調査」（総務省）及び「地方公営企業年鑑」（総務省）に診療報酬区分に準ずる形式で掲載されているため、データ項目を幾つかの大

項目にまとめた上で集計を行った¹²（図表 1-15）。

図表 1-14 D P C対象病院の増加（2006年度と2014年度との比較）



（備考）総務省「地方公営決算状況調査」により作成。

図表 1-15 入院・外来単価の各内訳と集計項目

入院 単価	集計項目	入院料	投薬		手術	その他			
	原データ項目	入院料	投薬	注射	処置・手術	検査	放射線	食事療養	その他
外来 単価	集計項目	投薬		手術	検査等		その他		
	原データ項目	投薬	注射	処置・手術	検査	放射線	初診料	再診料	その他

（備考）総務省「地方公営決算状況調査」により作成。

¹² D P C導入病院と非導入病院とは同じ単価でも集計項目が異なる（D P C病院では入院薬剤費などが入院料や手術料に包括算定される）ため、入院単価については、その内訳額をD P C導入病院（分類①と②）とD P C非導入病院（分類③と④）と間で、比較する事は出来ない点に留意。

1. 4. 2. 病院分類別の入院単価の特徴

ここでは2009年度から2014年度までの入院単価について内訳の変化を確認し、近年の入院単価の上昇要因を確認するほか、年度毎の伸び率の変化にも着目し、診療報酬・薬価の改定が与えた影響について、規模別・DPC導入別に検証する。

[分類①] DPC導入病院・大規模（400床以上：98病院）

DPCを導入している大規模病院では、入院単価（サンプル平均）が、57,479円と4分類中で最も高く、2014年度では、入院料と手術が入院単価の8割程度を占めている。入院単価は、2009年度からの5年間で10,203円（+21.6%）増加し、その主な増加要因は入院料と手術であったが、投薬は僅かであるが低下に寄与している（図表1-16）。

図表 1-16 入院単価 [DPC導入病院・大規模]

内訳	(円)		
	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	増加額
入院料	24,615	31,390	6,775
手術	12,676	15,439	2,764
投薬	2,806	2,085	△ 721
その他	7,178	8,564	1,386
合計	47,276 [6,194]	57,479 [7,962]	10,203

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

[分類②] DPC導入病院・中規模（200床以上400床未満：73病院）

DPCを導入している中規模病院では、単価水準は48,539円と4分類中で2番目に高い。2014年度では、入院料と手術が入院単価の8割程度を占めており、単価の構造は[分類①]と類似しているが、手術の水準がやや低い。2009年度からの5年間で、平均単価は7,192円（+17.4%）増加し、その主な増加要因は入院料である。一方、投薬については[分類①]と同じく減少している（図表1-17）。

図表 1-17 入院単価 [DPC導入病院・中規模]

内訳	(円)		
	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	増加額
入院料	23,975	29,715	5,741
手術	9,775	11,272	1,497
投薬	2,238	1,508	△ 730
その他	5,358	6,043	685
合計	41,346 [9,247]	48,539 [10,378]	7,192

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

[分類③] D P C 非導入病院・中規模（200床以上400床未満：32病院）

D P C 非導入の中規模病院では、単価水準は 36,813 円と [分類②] と比べて 11,726 円低い。平均単価は 2009 年度からの 5 年間で 3,743 円（+11.3%）増加し、主な増加要因は入院料だが、分類①や②と異なり、その他（検査、放射線及び食事等）の増加寄与が大きい。なお、投薬の低下寄与は同じである（図表 1-18）。

図表 1-18 入院単価 [D P C 非導入病院・中規模]

内訳			(円)
	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	増加額
入院料	16,474	18,631	2,157
手術	6,271	6,779	507
投薬	4,099	3,785	△ 313
その他	6,225	7,618	1,393
合計	33,069 [8,222]	36,813 [10,354]	3,743

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

[分類④] D P C 非導入病院・小規模（200床未満：306病院）

D P C を導入していない小規模病院では、2014 年度の単価水準は 25,554 円と [分類③] の病院と比べても 11,259 円低い。平均単価は 2009 年度からの 5 年間で 1,723 円（+7.2%）増加しており、入院料とその他が増加に寄与しているが、投薬だけでなく、手術も低下に寄与している（図表 1-19）。

図表 1-19 入院単価 [D P C 非導入病院・小規模]

内訳			(円)
	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	増加額
入院料	13,543	15,184	1,641
手術	2,579	2,558	△ 20
投薬	2,540	2,261	△ 279
その他	5,169	5,551	382
合計	23,831 [8,084]	25,554 [9,377]	1,723

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

1. 4. 3. 入院単価内訳の年度毎の推移

入院単価は、病床が多い大規模病院ほど高く、病床数の少ない小規模病院ほど低い傾向にあり、単価の伸び率も大規模で高く、小規模では低い。特に [分類①] から [分類③] の病院では、2010 年度と 2012 年度に伸び率が高いが、[分類④] の傾向は異なっている（図表 1-20）。

図表 1-20 入院単価全体比較

入院単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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	47,276		41,346		33,069		23,831		
2010	50,808	7.5%	43,637	5.5%	34,236	3.5%	24,286	1.9%	
2011	52,523	3.4%	44,838	2.8%	34,827	1.7%	24,775	2.0%	
2012	54,943	4.6%	46,709	4.2%	35,925	3.2%	25,126	1.4%	
2013	56,269	2.4%	47,755	2.2%	36,503	1.6%	25,136	0.0%	
2014	57,479	2.2%	48,539	1.6%	36,813	0.8%	25,554	1.7%	
平均伸び率		4.0%		3.3%		2.2%		1.4%	

- (備考) 1. 「地方公営企業決算状況調査表」により作成。
 2. 年度の太字は診療報酬・薬価改定年度。
 3. 平均伸び率は2009-2014年度までの幾何平均。
 4. 網掛けは各分類内の伸び率の年度比較において、色が濃いほど高い数字であることを示す。
 5. 図表 1-20より24までの備考は本図表と同じ。

入院単価の内訳別に動きをみていくと、まず入院料単価は、大規模病院であるほど高く、規模が小さくなるほど低い。また [分類①] と [分類②] では、平均伸び率が4%以上であったのに対し、[分類③] と [分類④] では、平均伸び率は2%程度である。年度毎の伸び率をみると [分類①] から [分類③] については2010年度の伸びが高く、特に [分類①] では2010年度、2012年度、2014年度と隔年で伸び率が高かった。一方 [分類④] では傾向が異なる (図表 1-21)。

図表 1-21 入院料単価比較

入院料単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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		
2010	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%	
2012	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%	
2014	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%	

次に、入院手術単価は、入院料単価と同様、大規模病院であるほど高く、規模が小さくなるほど低い。[分類①] から [分類④] まで、2010年度と2012年度で伸び率が高いが、2014年度は全分類でマイナスとなっていた (図表 1-22)。

図表 1-22 入院手術単価比較

入院手術単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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	12,676		9,775		6,271		2,579		
2010	13,781	8.7%	10,148	3.8%	6,576	4.9%	2,691	4.3%	
2011	14,250	3.4%	10,468	3.2%	6,693	1.8%	2,714	0.9%	
2012	15,271	7.2%	11,277	7.7%	7,135	6.6%	2,780	2.4%	
2013	15,507	1.5%	11,606	2.9%	7,349	3.0%	2,736	-1.6%	
2014	15,439	-0.4%	11,272	-2.9%	6,779	-7.8%	2,558	-6.5%	
平均伸び率		4.0%		2.9%		1.6%		-0.2%	

投薬単価は、平均伸び率では各分類に共通してマイナスになっている。特に〔分類①〕から〔分類③〕では2010年度、2012年度、2014年度の各年度に伸び率が低下する傾向がみられ、背景として近年の薬価改定においてマイナス改定が継続していることが影響している可能性がある¹³。(図表1-23)。

図表 1-23 入院投薬単価比較

入院投薬単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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	2,806		2,238		4,099		2,540		
2010	2,382	-15.1%	1,799	-19.6%	3,980	-2.9%	2,434	-4.2%	
2011	2,419	1.6%	1,678	-6.7%	3,997	0.4%	2,497	2.6%	
2012	2,203	-8.9%	1,512	-9.9%	3,873	-3.1%	2,326	-6.9%	
2013	2,249	2.1%	1,597	5.6%	3,984	2.9%	2,304	-0.9%	
2014	2,085	-7.3%	1,508	-5.6%	3,785	-5.0%	2,261	-1.9%	
平均伸び率		-5.8%		-7.6%		-1.6%		-2.3%	

その他（検査、放射線及び食事等）は各分類で平均伸び率はプラスであったが、各年度の伸び率には一貫した傾向は見られない（図表1-24）。

¹³ ただし、投薬単価はほぼ薬剤費とバランスしているため、病院の収支差（純利益）に与える影響は小さいことに留意が必要である

図表 1-24 入院その他単価比較

入院その他単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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	7,178		5,358		6,225		5,169		
2010	7,714	7.5%	5,922	10.5%	6,470	3.9%	5,278	2.1%	
2011	8,422	9.2%	6,000	1.3%	6,616	2.3%	5,343	1.2%	
2012	8,500	0.9%	6,614	10.2%	6,880	4.0%	5,517	3.3%	
2013	8,786	3.4%	6,307	-4.7%	7,102	3.2%	5,477	-0.7%	
2014	8,564	-2.5%	6,043	-4.2%	7,618	7.3%	5,551	1.4%	
平均伸び率		3.6%		2.4%		4.1%		1.4%	

1. 4. 4. 病院分類別の外来単価の特徴

ここでは外来単価について、前節と同様、2009年度から2014年度までの内訳の変化と年度毎の伸び率の変化を確認し、報酬改定や薬価改定が与えた影響について、規模別・DPC導入別に検証する。

[分類①] DPC導入病院・大規模（400床以上：98病院）

DPCを導入している大規模病院の外来単価の合計額（サンプル平均）は、14,621円と全分類で最も高く、内訳では投薬と検査等（検査及び放射線）が大きな割合を占めている。単価は全体で2009年度からの5年間に2,525円（+20.9%）増加し、主な増加要因は投薬と検査等となっている。特に投薬の増加寄与が顕著である（図表1-25）。

図表 1-25 外来単価 [DPC導入病院・大規模]

内訳	(円)		
	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	増加額
投薬	3,458	4,688	1,230
手術	1,056	1,160	104
検査等	4,798	5,732	934
その他	2,783	3,040	257
合計	12,095 [3,425]	14,621 [4,299]	2,525

（備考）「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

[分類②] DPC導入病院・中規模（200床以上400床未満：73病院）

DPCを導入している中規模病院の単価は、12,777円と4分類中で [分類①] に次いで高い。内訳は [分類①] と同じく投薬と検査等の割合が高い。単価は、2009年度からの5年間で1,163円（+10.0%）増加し、その主な要因は検査等に増加によるものである（図表1-26）。

図表 1-26 外来単価 [D P C導入病院・中規模]

内訳	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	(円) 増加額
投薬	3,136	3,269	133
手術	1,321	1,391	70
検査等	4,326	5,037	711
その他	2,831	3,079	248
合計	11,614 [4,055]	12,777 [4,054]	1,163

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

[分類③] D P C非導入病院・中規模 (200床以上400床未満：32病院)

D P C非導入の中規模病院における単価は 10,733 円と、D P Cを導入している [分類②] の病院群より 2,044 円低かった。単価は 2009 年度からの 5 年間で 1,103 円 (+11.4%) 増加し、増加率では [分類②] と同程度となっている。増加の主な要因は検査等である (図表 1-27)。

図表 1-27 外来単価 [D P C非導入病院・中規模]

内訳	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	(円) 増加額
投薬	2,157	2,320	164
手術	1,480	1,618	138
検査等	3,157	3,677	520
その他	2,837	3,118	281
合計	9,630 [3,716]	10,733 [4,229]	1,103

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

[分類④] D P C非導入病院 (200床未満：306病院)

D P C非導入の小規模病院の単価は、8,856 円と全分類中で最も低かった。内訳では手術の占める割合が他の分類に比して低い。2009 年度からの 5 年間で単価は 337 円 (+4.0%) とほぼ横ばいとなっている。内訳の変化をみると、検査等はプラスだが、投薬がマイナスとなっている (図表 1-28)。

図表 1-28 外来単価 [DPC非導入病院・小規模]

内訳	(円)		
	2009年度 [標準偏差]	2014年度 [標準偏差]	増加額
投薬	2,497	2,135	△ 362
手術	809	897	88
検査等	2,088	2,433	345
その他	3,125	3,391	266
合計	8,518 [5,422]	8,856 [4,674]	337

(備考)「地方公営企業決算状況調査表」により作成。

1. 4. 5. 外来単価内訳の年度毎の推移

次に外来単価の変化について分類毎に伸び率の特徴を確認すると、外来単価の合計額は、大規模病院であるほど高く、規模が小さくなるほど低いが、規模に応じた単価の差は入院単価に比べれば相対的に小さい。単価の平均伸び率は、大規模病院であるほど高く、規模が小さくなるほど低いが、[分類②]と[分類③]の平均、伸び率はそれぞれ2%程度であり大きな差はない(図表1-29)。

図表 1-29 外来単価全体比較

外来単価全体		(円)							
年度	分類① DPC 400床以上		分類② DPC 200床以上 400床未満		分類③ 非DPC 200床以上 400床未満		分類④ 非DPC 200床未満		
	単価	伸び率	単価	伸び率	単価	伸び率	単価	伸び率	
2009	12,095		11,614		9,630		8,518		
2010	12,588	4.1%	11,846	2.0%	9,899	2.8%	8,598	0.9%	
2011	13,146	4.4%	11,964	1.0%	10,239	3.4%	8,801	2.4%	
2012	13,582	3.3%	12,075	0.9%	10,456	2.1%	8,782	-0.2%	
2013	13,938	2.6%	12,381	2.5%	10,538	0.8%	8,857	0.8%	
2014	14,621	4.9%	12,777	3.2%	10,733	1.8%	8,856	0.0%	
平均伸び率		3.9%		1.9%		2.2%		0.8%	

- (備考) 1. 「地方公営企業決算状況調査表」により作成。
 2. 年度の太字は診療報酬・薬価改定年度。
 3. 平均伸び率は2009-2014年度までの幾何平均。
 4. 網掛けは各分類内の伸び率の年度比較において、色が濃いほど高い数字であることを示す。
 5. 図表1-29より33までの備考は本図と同じ。

投薬単価の平均伸び率をみると、[分類①]で特に伸び率が高く、次いで[分類②]と[分類③]が1%前後の平均伸び率となっており、[分類④]ではマイナスとなっていた。年度毎の伸び率の高低は、分類によってばらつきがあり、分類間で共通する特徴はみられなかった。(図表1-30)。

図表 1-30 外来投薬単価比較

外来投薬単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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	3,458		3,136		2,157		2,497		
2010	3,683	6.5%	3,177	1.3%	2,187	1.4%	2,396	-4.0%	
2011	3,928	6.7%	3,156	-0.7%	2,363	8.1%	2,521	5.2%	
2012	4,155	5.8%	3,039	-3.7%	2,402	1.6%	2,325	-7.8%	
2013	4,296	3.4%	3,102	2.1%	2,360	-1.7%	2,269	-2.4%	
2014	4,688	9.1%	3,269	5.4%	2,320	-1.7%	2,135	-5.9%	
平均伸び率		6.3%		0.8%		1.5%		-3.1%	

手術単価の水準をみると、[分類③] がもっとも高く [分類④] が最も低い。平均伸び率では全ての分類でプラスとなっており、平均伸び率には大きな差異がみられない(図表 1-31)。

図表 1-31 外来手術単価比較

外来手術単価		(円)							
年度	分類① DPC		分類② DPC		分類③ 非DPC		分類④ 非DPC		
	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	1,056		1,321		1,480		809		
2010	1,067	1.0%	1,327	0.4%	1,537	3.9%	829	2.4%	
2011	1,085	1.7%	1,350	1.7%	1,578	2.7%	854	3.0%	
2012	1,125	3.6%	1,357	0.5%	1,576	-0.1%	860	0.7%	
2013	1,123	-0.1%	1,398	3.0%	1,599	1.4%	884	2.8%	
2014	1,160	3.3%	1,391	-0.4%	1,618	1.2%	897	1.4%	
平均伸び率		1.9%		1.0%		1.8%		2.1%	

検査等(検査・放射線)単価の水準は、大規模病院であるほど高く、規模が小さくなるほど低い傾向にある。平均伸び率は分類によらず3%程度であり、各年度の伸び率も全ての分類でプラスとなっている(図表 1-32)。

図表 1-32 外来検査等単価比較

年度	分類① DPC 400床以上		分類② DPC 200床以上 400床未満		分類③ 非DPC 200床以上 400床未満		分類④ 非DPC 200床未満	
	単価	伸び率	単価	伸び率	単価	伸び率	単価	伸び率
2009	4,798		4,326		3,157		2,088	
2010	5,051	5.3%	4,554	5.3%	3,305	4.7%	2,145	2.7%
2011	5,147	1.9%	4,654	2.2%	3,342	1.1%	2,190	2.1%
2012	5,376	4.4%	4,775	2.6%	3,428	2.6%	2,259	3.2%
2013	5,567	3.6%	4,924	3.1%	3,513	2.5%	2,353	4.1%
2014	5,732	3.0%	5,037	2.3%	3,677	4.6%	2,433	3.4%
平均伸び率		3.6%		3.1%		3.1%		3.1%

その他（初診料、再診料及びその他）単価は、分類によらずほぼ同程度の水準であり、平均伸び率も全分類で1%台後半となっている（図表1-33）。

図表 1-33 外来その他単価比較

年度	分類① DPC 400床以上		分類② DPC 200床以上 400床未満		分類③ 非DPC 200床以上 400床未満		分類④ 非DPC 200床未満	
	単価	伸び率	単価	伸び率	単価	伸び率	単価	伸び率
2009	2,783		2,831		2,837		3,125	
2010	2,787	0.2%	2,788	-1.5%	2,869	1.1%	3,228	3.3%
2011	2,985	7.1%	2,804	0.6%	2,955	3.0%	3,237	0.3%
2012	2,927	-2.0%	2,904	3.6%	3,050	3.2%	3,339	3.2%
2013	2,952	0.8%	2,957	1.8%	3,067	0.5%	3,351	0.4%
2014	3,040	3.0%	3,079	4.1%	3,118	1.7%	3,391	1.2%
平均伸び率		1.8%		1.7%		1.9%		1.6%

1. 5. まとめ

（公立病院経営をめぐる現状と課題）

全国の自治体が経営する公立病院の数は全体として減少傾向にあるが、近年は経営形態の多様化が進んでおり、地方独立行政法人や地方公営企業法の全部適用など、自治体から一定の経営権の独立を持つ形態が増加してきている。ただし、公立病院の経営状況は、私的病院や公的病院に比べて劣っており、特に小規模病院ではその傾向が強い。公立病院間においても、大規模公立病院に比べ小規模病院は経営状態が厳しく、その差は拡大する傾向にある。自治体負担の面でも、小規模病院の自治体依存度が高まっており、こうした公立病院の経営改善は重要な課題である。

次に、このような経営変化の要因について、費用と収益の両面より確認をしたところ、大

規模病院ほど収益増加に主導される経営改善に成功した病院が多いが、小規模病院では収益の減少を費用の減少で補うことが出来ずに経営が悪化した病院が多かった。また収益変化の要因をみると、規模によらず患者数の減少がマイナスに寄与していたが、病院規模により単価の増加率が異なる傾向にあり、特に大規模病院では入院単価の増加が収益増加にプラスに寄与していたが、小規模病院では単価の上昇寄与が小さく患者数の減少を補うことができていなかった。

（入院・外来単価にみる病院収益の構造と変化）

近年、特に大規模病院で入院・外来単価が上昇していた背景について、DPC制の導入や報酬改定が与えた影響を確認するため、公立病院を病院規模とDPC制の導入・非導入によって4分類し、各分類の入院単価と外来単価の内訳の変化を確認したところ、入院単価は全体的に上昇傾向にあったが、単価と伸び率はどちらも大規模病院であるほど高く、病院規模が小さくなるほど低下する傾向にあった。特にDPCを導入していた大規模病院では、2009年度から2014年度までに平均単価が20%程度上昇していた¹⁴。また、中規模病院でDPCを導入している病院とDPCを導入していない病院を比較した場合、DPCを導入している病院群の方が、単価の水準が高く伸び率も高かった。入院単価の年度毎の伸び率を内訳別に確認すると、入院料・手術料において隔年で上昇率が高まる傾向がみられた一方、投薬は全分類でマイナス基調であり、かつ隔年で低下率が高まる傾向がみられた。

次に、外来単価についても同様に動向を確認したところ、全体的に上昇傾向であったが、大規模病院と小規模病院の単価の差は、入院単価に比べ小さい傾向にあった。また、DPC導入と非導入の中規模病院について外来単価の上昇率を比較した場合、両分類に大きな差はみられなかった。外来単価の年度毎の変化をみると、検査等が各年度にわたり全分類でプラスに寄与していたほか、DPCを導入していた大規模病院群では、投薬がプラスに寄与していた。ただし、入院単価にみられたような、隔年での上昇率・下降率の変化といった特徴は見られなかった。

以上の結果より、近年の大規模病院で入院単価の上昇が顕著であり、患者数の減少にも関わらず収益主導の改善に成功した病院が多かった背景の一つとして、DPC制を導入した大病院において診療報酬の改定がプラスに働いたことが影響した可能性がある。一方、小規模病院は病床や医師数などの経営資源に制約があるため、DPC制のような経営政策に取り組むことは困難であり、患者数減少の影響を相対的に強く受けた結果、改善が遅滞した病院も多かったものと推察される。

¹⁴ こうした上昇の原因としては、DPC制における報酬算定において機能評価係数Ⅱの算出方法が、大規模病院に有利であった可能性がある。