

## 参考文献

- [1] 池上直己、J. C. キャンベル (1996) 『日本の医療—統制とバランス感覚』, 中央公論新社
- [2] 池上直己 (2010) 『医療問題』 [第4版], 日本経済新聞社
- [3] 池上直己 (2014) 『医療・介護問題を読み解く』, 日本経済新聞社
- [4] 池上直己 (2017) 『日本の医療と介護—歴史と構造、そして改革の方向性』, 日本経済新聞出版社
- [5] 伊関友伸 (2007) 『まちの病院がなくなる!?-地域医療の崩壊と再生』, 時事通信社出版局
- [6] 伊関友伸 (2014) 『自治体病院の歴史—住民医療の歩みとこれから』, 三輪書店
- [7] 伊藤由希子 (2010) 「まちなか集積医療：医療資源の集積がなぜ戦略となりうるのか」, 総合研究開発機構, 『「まちなか集積医療」の提言—医療は地域が解決する—』 p. 46-63.
- [8] 大場久照、小笠原克彦、谷川琢海、櫻井恒太郎 (2006) 「空間相互作用モデルと地理情報システム (GIS) を用いた受療行動モデルの構築と空間的分析—北海道における遠隔医療整備のために」 医療情報学, Vol. 26, No. 5
- [9] 島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』 東京大学出版会
- [10] 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問い直す—国民皆保険の将来』 筑摩書房
- [11] 全国公私病院連盟・日本病院会 (2015a) 「平成26年 病院経営実態調査報告」
- [12] 全国公私病院連盟・日本病院会 (2015b) 「平成26年 病院経営分析調査報告」
- [13] 総務省自治財政局編 『地方公営企業年鑑』 (各年度版)
- [14] 総務省自治財政局通知 (2007) 「公立病院改革ガイドライン」
- [15] 総務省自治財政局 (2011) 『公立病院経営改善事例集』
- [16] 総務省自治財政局 (2014) 「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」
- [17] 総務省自治財政局通知 (2015a) 「新公立病院改革ガイドライン」
- [18] 総務省自治財政局通知 (2015b) 「平成27年度の地方公営企業繰出金について」
- [19] 総務省自治財政局 (2016a) 『公立病院経営改善事例集』
- [20] 総務省公立病院に関する財政措置のあり方等検討会 (2008) 「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」, 2008. 11
- [21] 総務省 『地方財政状況調査表』 (各年度)
- [22] 総務省 『地方公営企業決算状況調査表』 (各年度)
- [23] 内閣府政策統括官 (2016b) 「公立病院改革の経済・財政効果について—「地方公営企業年鑑」による個票データを用いた分析—」, 政策課題分析シリーズ10, 2016. 8
- [24] 三浦英俊 (2015) 「緯度経度を用いた3つの距離計算方法」 オペレーション・リサーチ, Vol160, No. 12
- [25] 武藤猛 (2009) 『医療圏分析と医薬品マーケティング』, SASユーザー総会 アカデミア/ソリューション&テクノロジー セッション発表論文

## 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）

付表1 分類別の主要経済指標及び立地環境の状況（200床基準）

項目	最大値のセル 太字、		最小値のセル 斜体・下線		
	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	154.8	<b>174.9</b>	82.8	<u>71.4</u>
	修正医業収支率	89%	<b>91%</b>	84%	<u>76%</u>
	修正医業収支率5年増減	<b>-1.8%</b>	<b>0.6%</b>	<b>-5.5%</b>	<b>-8.9%</b>
	病床稼働率	67%	67%	<b>71%</b>	<u>65%</u>
	病床稼働率5年増減	<b>-2.2%</b>	<b>-2.0%</b>	<b>-4.2%</b>	<b>-4.8%</b>
	総病床数2次医療圏内シェア	6%	<b>21%</b>	<u>4%</u>	7%
	療養病床比率	<u>12%</u>	14%	<b>26%</b>	20%
	1日平均外来患者数	279	<b>395</b>	166	<u>150</u>
	外来患者比率	<u>71%</u>	<b>76%</b>	72%	76%
	療養病床比率60%以上の病院数比率	<u>1.0%</u>	5.9%	<b>10.7%</b>	6.3%
	1日平均外来患者数50人未満の病院数比率	3.9%	<u>0.0%</u>	<b>4.0%</b>	1.6%
公立病院 立地環境 (2次医 療圏) 平均	総病床数	<b>5,374</b>	<u>1,863</u>	3,683	3,003
	総人口	<b>400,428</b>	<u>130,926</u>	260,885	202,261
	人口5年増減率	<b>-2.9%</b>	<b>-6.1%</b>	<b>-4.0%</b>	<b>-4.9%</b>
	高齢化率	<u>29.5%</u>	<b>33.3%</b>	30.7%	31.6%
	人口密度	<b>730</b>	<u>90</u>	275	110
	総病床数HHI	<u>0.10</u>	<b>0.21</b>	0.11	0.16
	総病床数/人口10万人	<u>1.380</u>	1,436	1,489	<b>1,503</b>

- (備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」、医療経済研究機構「全国保健医療機関一覧（医療経済研究機構）」、厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」により作成。  
2. 総病床数HHI（ハーフィンダール・ハーシュマン指数）：2次医療圏内に立地する各病院の病床数シェアの2乗和（0～1の間の値となり、1に近いほど寡占度の高い市場を意味し、0に近いほど競争の強い状態）。

付表2 分類別の主要経済指標及び立地環境の状況（400床基準）

項目	最大値のセル 太字、		最小値のセル 斜体・下線		
	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	150.8	<b>165.6</b>	83.5	<u>75.1</u>
	修正医業収支率	88%	<b>90%</b>	87%	<u>78%</u>
	修正医業収支率5年増減	<b>-1.0%</b>	<b>-1.8%</b>	<b>-4.7%</b>	<b>-8.0%</b>
	病床稼働率	67%	67%	<b>71%</b>	<u>67%</u>
	病床稼働率5年増減	<b>-2.9%</b>	<b>-1.5%</b>	<b>-3.4%</b>	<b>-4.9%</b>
	総病床数2次医療圏内シェア	5%	<b>13%</b>	<u>3%</u>	6%
	療養病床比率	<u>11%</u>	13%	<b>24%</b>	23%
	1日平均外来患者数	255	<b>341</b>	170	<u>153</u>
	外来患者比率	<u>69%</u>	<b>74%</b>	73%	74%
	療養病床比率60%以上の病院数比率	<u>1.6%</u>	1.8%	7.4%	<b>9.2%</b>
	1日平均外来患者数50人未満の病院数比率	<b>6.3%</b>	<u>0.0%</u>	2.5%	3.1%
公立病院 立地環境 (2次医 療圏) 平均	総病床数	<b>6,243</b>	3,305	4,124	<u>3,050</u>
	総人口	<b>471,031</b>	237,060	298,748	<u>206,458</u>
	人口5年増減率	<b>-2.0%</b>	<b>-4.8%</b>	<b>-3.9%</b>	<b>-4.6%</b>
	高齢化率	<u>28.3%</u>	<b>32.0%</b>	30.0%	31.6%
	人口密度	<b>1,031</b>	185	356	<u>133</u>
	総病床数HHI	<u>0.08</u>	<b>0.15</b>	0.10	0.15
	総病床数/人口10万人	<u>1.363</u>	1,417	1,425	<b>1,526</b>

- (備考) 1. 総務省「地方公営企業年鑑」、医療経済研究機構「全国保健医療機関一覧（医療経済研究機構）」、厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」により作成。  
2. 総病床数HHI（ハーフィンダール・ハーシュマン指数）：2次医療圏内に立地する各病院の病床数シェアの2乗和（0～1の間の値となり、1に近いほど寡占度の高い市場を意味し、0に近いほど競争の強い状態）。

## 補論 インタビュー調査

### —地方独立行政法人化による公立病院経営の変化について—

今後厳しい地域人口の減少が見込まれる中、地域医療の中核的役割を期待される中大規模の公立病院が、地方独立行政法人制度の活用によって経営の自律性と採算性を高めることは、一層重要な課題になると見込まれる。そこで補論では過去の事例より、制度導入が病院経営に与えた影響を把握するため、近年、地方独立行政法人化を実施した3院の病院事業者に対して実施したインタビュー調査の結果を示す。

#### (1) 調査の概要

調査対象とする病院の選定においては、2014年度の200床以上の地方独立行政法人病院（72病院）から、2007年度以前に独立行政法人であった病院（8院）、統合再編等により組織の同一性がなく、財務状況の経年比較が困難である病院（16院）、子ども病院等の特定医療を提供する病院（13院）、独法化後の経営期間が1年以下の病院（10院）の都合47病院を除外し、残った25病院について、病床数、修正医業収支比率の改善幅、立地する二次医療圏の情報等を比較し決定した。

その際、インタビューの回答を比較し易いように、立地する医療圏が類似した非公務員型地方行政法人病院を2院選択肢した後、公務員型と非公務員型の経営特徴を比較検討するため、公務員型の地方独立行政法人病院であり、先の2院に類似した規模と二次医療圏に立地する1院を調査対象に加えた。調査対象の3院の概要は（補図1）のとおりである。

補図1 調査対象病院の概要

病院名	地独法化後 経過年数	総病床数 (床)	自治体人口 (2014年、万人)	人口増減率 (2007年-14年)	立地する 二次医療圏の情報 (2014年)			
					総病床数 (床)	病床シェア	人口 (万人)	高齢化率
①市立A病院（非公務員型）	約5年	約400	30	1.8%	7,700	5%	71	26%
②県立B病院（非公務員型）	約6年	約600	11	-1.7%	3,200	20%	34	30%
③県立C病院（公務員型）	約4年	約400	31	3.2%	8,400	5%	84	24%

(備考) 総務省「地方公営企業年鑑」、医療経済研究機構「全国保健医療機関一覧（医療経済研究機構）」、厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」により作成。

## (2) 人事関係に係わる変化

補図2 人事関係に係わる変化

	病院名	①市立A病院（非公務員型）	②県立B病院（非公務員型）	③県立C病院（公務員型）
人事関係	経営トップの経歴	他院で病院経営に携わった経験あり。独法化後、本院の理事長兼院長に就任。	独法化後に病院副院長から理事長兼病院長に昇格。	独法化前から病院長を務める。独法化に伴い理事長を兼任。
	定数管理の変化	独法化前は市の条例で定数管理だったが、独法後は現場に必要な人員体制を整えることが可能となった。	独法化後、定数管理は自由度が増した。	独法化前は自治体と協議し条例により定数管理。独法化後は配置数協議で決定。
	職員採用	新規採用を病院独自採用に切り替え。中途採用も実施。	新規採用を病院独自採用に切り替え。県の一括採用時代と比べると、幅広い人材の確保に課題。	新規採用を病院独自採用に切り替え。中途採用も実施。
	職員育成	若手の育成に課題。	看護師やコメディカルには院内で独自研修を実施。事務職員の育成やローテーション整備に課題（管理職も含む）。	職員をローテーションで回しづらいため、人事の硬直化が課題。職員の病院への帰属意識を高めるため、研修や給与等で職員に業績を還元する仕組みが必要。
	俸給・待遇	独法化後の一定期間、従来の俸給制度を維持した後、独自の俸給テーブルを導入。時間をかけたことで組合の十分な理解を得ることができた。	俸給は県の支給テーブルを基礎に、賞与の一部を支給月数を業績に連動。現在、人事評価制度の独自構築に取り組む。	医師の人事評価制度は独自のものを構築・運用。俸給は原則的に県の俸給表に従う。
	経営改善への影響	人件費比率等を意識しつつ、新たな施設基準の取得などに柔軟に対応したことが収益増につながった。特に医師数は医業収益に大きく影響。	自由度の高い職員採用を通じた医療の質的向上が収入増加につながった。人件費負担とのバランスがとれた効率的医療が今後の課題。	新規患者の受入体制強化に医師・看護師の増員が寄与。短期的な収支改善でなく、病院の長期的戦略を見据えることが重要。

経営トップの経歴は各院で異なっており、病院マネジメントの経験が無い医師が経営トップとなっている病院もあったが、3院のいずれにおいても、理事長等に就任後には、経営方針の決定には深く携わっており、院内での定期的なミーティング等を通じて現場の状況を把握し、マネジメントに深く関与していた（補図2）。一方、地方独立行政法人において、経営ガバナンスの最上位組織となる理事会の構成員については、公立病院経営に豊富な知見を持つ人材が必要であるが、適した人材を集めることが難しいといった声もあった。

職員定数の管理については、自治体との協議や病院が独自の決定権を所持するように変化したことにより、現場に必要な人員配置が可能になったとの評価が多かった。一方、人事に関する自由度が高まった反面、職員の新規採用や職員育成については病院独自に実施していく必要があるため、採用者の質の確保、採用後の研修やジョブ・ローテーション制度の確立等が課題に挙がった。

職員待遇については、地方独立行政法人は原則として理事長権限で自治体と異なる俸給表を設定することが可能であるものの、自治体の俸給表を基礎に決定している病院が多かった。ただし、医師を対象とした人事評価制度の導入や特殊手当の設定など独自の取組を推進していた。

人事関係の変化が経営に与えた影響としては、3院に共通して、医療スタッフの採用の自由度が向上したことにより、必要な職員が確保され収益の増加につながったとの回答が挙が

った。また人件費負担率や長期的な経営戦略を踏まえた、バランスのとれた経営が重要であるとの声があった。

### (3) 調達等に係わる変化

補図3 調達等に係わる変化

	病院名	市立A病院（非公務員型）	県立B病院（非公務員型）	県立C病院（公務員型）
調達等に係わる変化	薬品調達関係	ベンチマークや医療コンサルタントを活用し、調達価格の引下げに取り組む。	医療コンサルタントを活用し調達価格の引下げの取り組み実施。	医療コンサルタントを活用し、業者に対して価格交渉等を実施。
	事業契約関係	医事業務委託について、医療経営コンサルタントの助言を得つつ事業者と価格交渉し、契約価格を削減。	入札等は県のルールに準じる。価格要素だけの入札では事業の質が維持できない。プロポーザル方式を積極的に活用。	入札等は県のルールに準じるが、入札予定価格の設定などで、コンサルタントによる調査を活用して経費削減の取組。
	資金調達	一定金額を超える資金調達は市が起債するルールとなっている。	施設改修費用などは県の起債に頼っているが、関連協議に時間がかかることが課題。	資金調達は県に依存。自治体の信用力で低金利借入れが可能な点はメリット。

調達等に係わる経営変化としては、薬品調達について医療コンサルタント等の活用によって、粘り強い価格交渉を実行し調達コストの削減に成功したとの回答が3院よりあった（補図3）。また、事業契約関係についても、コンサルタント等を活用して市場価格水準を調査し、事業者の選択や価格交渉、入札予定価格の設定などを通じて経費削減の取組をおこなっていた。入札等の調達方式については、独法化前と大きく変更はないが、コンサルタント等の外部知識の活用や、中途採用による医療知識の豊富な担当人材の確保といった取組により、病院の事務組織内におけるノウハウ蓄積や医療知識の向上が進展し、コスト削減に成功したとの回答が多かった<sup>1</sup>。

資金調達については、施設改修費等を自治体の起債に依存しており、協議等に係わる事務負担があるとの声があった一方、病院単体の信用力で金融機関等から資金調達を行うことは困難であり、自治体の調達支援を得られる方が、経営上好ましいとの意見もあった。

<sup>1</sup>特に薬品調達において市場価格情報の収集や病院担当者の専門的知識が、効率的な調達のために重要であるとの指摘が多くあった。

#### (4) その他の経営事項

補図4 その他の経営事項に対する回答

病院名		①市立A病院（非公務員型）	②県立B病院（非公務員型）	③県立C病院（公務員型）
その他	自治体との関係	議会や市長との関係は良好で、応援を受けている。	自治体との関係は良好。	独法化以前から自治体とは継続して良好な関係にある。
	地方独立行政法人化の総評	専門性の高い医療事務は、一般の自治体職員にとって負担が大きい。独法化によって医療事務に精通した人材の確保が容易となった。	独法化後は経営改革が促進され、経営状況は大分良くなった。現在はメリット面が一巡し、人材育成といったデメリット面への対処が必要と感じるところ。	基幹災害拠点病院としての公的役割も踏まえ、公務員型の地方独立行政法人を選択したが、独法化の効果は、十分得られていると感じる。

自治体との関係については、3院ともに良好であった（補図4）。また、地方独立行政法人化により、自治体との協議事務等の負担がかなり軽減されたとの声もあった。地方独立行政法人化については、公務員型か非公務員型かを問わず、すべての病院で肯定的な評価であった。一方で独法化の効果は、短期的な良効果にのみ着目するのではなく、中長期的なスパンで評価していく必要があるとの声もあった。

#### (5) まとめ

地方独立行政法人化を近年に実施した3病院の事業者にインタビューを実施したところ、病院経営に与えた影響として、特に人員採用の自由度が高まったことが、経営改善に大きく寄与したとの指摘が強かった。人員確保については、医師や看護師といった医療スタッフだけではなく、医事に関する専門知識を持つ事務職員を確保することも、経営改善の重要な要素となっている。ただし、増員にあたっては人件費負担の増加も踏まえ、長期的な経営戦略の観点から実施する必要があるとの指摘もあった。

一方、各院からは人事マネジメントが課題として挙がっていた。独法化病院では人事権が強化されると同時に、採用や研修制度、人事評価制度等を独自に構築していく必要がある。こうした課題に対しては、自治体の仲介等を通じて、独法病院間の人事交流、共通研修や採用制度の導入、人事評価制度のノウハウ共有といった取組を促進していくことが必要であろう。

次に調達等に係わる変化については、3院より事務部門における医事関連知識の蓄積と情報収集の重要性が指摘されており、医療コンサルタントや外部人材の登用等を活用していた。一方、調達制度は自治体に準じた形態で運用している病院が多く、調達コストの削減に関する取組の成否については、必ずしも地方独立行政法人の導入が前提ではない可能性がある。その場合、自治体直営型の公立病院も含めた調達情報の共有基盤の整備、外部人材の積極的な登用といった取組が、公立病院全体の経営改革推進の上で有効である可能性もある。

最後に、地方独立行政法人制度について各院は肯定的に評価する声が多かった。現在までの公立病院の地方独立行政法人化は、主に都道府県立の病院を中心に進展してきたが、今後

は中核市等で制度導入の検討が進んでいくものと予想される。今後の同制度の推進においては、先行的な制度導入の事例からメリット及びデメリットの両面について継続的に情報を収集・整理し、自治体間で幅広く共有されることが、効果的な公立病院改革の進展のために望ましいものと考えられる。