

地方独立行政法人化による公立病院の経営再建の有用性と問題点

齋藤 実

キーワード：地方独立行政法人、公立病院改革、運営費負担金、地域医療構想

1. はじめに

全国の地方自治体が設置・運営する公立病院は、へき地医療や救急医療などの地域の医療サービスの供給源として、基幹的な役割を担っている。しかし、多くの地方都市にある病院は、少子高齢化による急速な人口減少が進む中、地域での医療サービスを安定的に供給するためには、自治体からの負担金等を受けざるを得ない状況になっている。それでも、この多くが経常赤字の状況にあり、2008年では経常収支が赤字の公立病院はおよそ70%であった¹⁾。

このため自治体の財政負担を抑制する公立病院の経営改革は喫緊の課題となっていた。総務省は2007年12月に「公立病院改革ガイドライン」を公表し、各自治体に対して公立病院改革を促した。各自治体はガイドラインに示された経営改善手法①経営効率化（給与・定員管理の適正化、経費の節減合理化、病床利用率向上による収入確保等）、②再編・ネットワーク化（基幹病院とサテライト病院・診療所間の機能分担を徹底し地域における医療提供体制の維持・医師確保の環境整備）、③経営形態の見直し（民間の経営手法を導入：指定管理者制度、地方独立行政法人化、民間への事業譲渡など）に沿って改革プランを策定し、公立病院の経営改善を求められた²⁾。

このような中、A市立市民病院（以下A病院）は地方都市の市民病院としての機能を果たし、また経営状態も比較的順調に経過していたが、2009年に内科系医師の一斉退職を契機に救急をはじめとした公立病院の機能を十分に果たせなくなり、病院の経営状況は急激に悪化した。

この時に A 市は市民病院の存続のために、公立病院改革ガイドラインに沿ってその経営形態を見直し、平成 23 年に地方独立行政法人（以下、地独法）として病院運営を開始した。地独法はその経営形態のメリットとして意思決定の迅速化、安定的・専門的な人材確保、弾力的・効率的な経営管理などが考えられるが一方では、デメリットとして、業務量が増加すること、人材確保が容易である反面で人件費高騰に繋がること等が懸念されている³⁾。

2. 目的と方法

本研究では、A 病院の地独法化後の財務諸表、経営指標を分析することにより、病院の経営形態変更に伴う課題を整理し、地方都市における公的病院の地独法化の有用性、問題点を明らかにする。

また、同時期に地独法化がなされた全国の公立病院との比較から、A 病院において地独法化が適切に施行され、かつ地域医療の確保という市民病院の本来の役割を果たしながら、健全な経営がなされているかを検証する。次に、A 病院における今後の更なる改革について考察する。

方法としては、A 病院における平成 24 年度から、30 年度の損益計算書、貸借対照表をもとに経営指標の推移を示し、患者数、平均在院日数、手術数、診療単価などのデータから医業収益の改善と人件費、材料費などを中心とした費用削減への取り組みなどが適切に行われてきたかを検討する。

本論文では、地独法として先行する病院の経営状態の把握と問題点を抽出し、A 病院の地独法化に至る経過を示し、地独法化後の診療実績をもとに経営指標を確認する。

次に、他の地独法病院や経営形態の違いによる経営指標の特徴、地独法に特有の繰入金、経営形態そのものの問題点や改革について考察し、A 病院における地独法化の有効性の要因を分析し、今後の A 病院の方向性について述べる。

3. 先行研究のレビュー

島崎は、公立病院においては、①開設者（自治体）と病院長の権限・責任の帰属がはっきりしていないこと、②定数管理や人事異動の権限は本庁の人事部が、予算やその執行については本庁の財務部がその権限を有していること、③首長や公務員は病院よ

りも議会や住民を優先すること、④自治体の内部が縦割り型の組織であり病院運営に関しては病院の事務局が権限を有していないことなどを指摘し、高コスト構造、経営戦略の不在、硬直的な運営ということが公立病院の問題の本質であると述べ、解決策としては経営形態を変更し行政機関からの独立が必要であり、その代表が地方独立行政法人であるとしている⁴⁾。

また新公立病院ガイドラインにおいて、既に地独法化が行われた49病院の経常収支比率、医業収支比率の改善がそれぞれ77.6%、75.5%であり、地独法への経営形態の変更が効果を上げていることが報告されていることから、地方公営企業型の病院で改革の効果が達成できない場合は、地独法化に向けて取り組むべきとしている⁵⁾。

現行の独法制度及びその評価制度は、2003年に導入され、その時点で先行して各府省の従来業務の一部が切り出されて57法人が設立された⁶⁾。

自治体病院では、2008年から地独法制度がスタートし、2009年4月に総務省に提出された公立病院改革プランでは、地独法への移行済みは11病院、総務省の地方公営企業年鑑では、22病院で開始され^{1),7)}、平成30年12月には全国で104病院、40,769床が運用されている⁸⁾。

萬代らは、2008年に先行して地独法化した大阪府立病院機構（5病院）と岡山県精神医療センター、那覇市立病院を分析しいずれも地独法化の翌年に経常収支の改善があり黒字化に成功していることを報告している⁹⁾。

原は、地独法化によるメリットと考えられる6項目（①不採算医療に対する経費の確保、②経営責任の明確化、③独自の給与規定、④必要な医療スタッフの増員、⑤柔軟な予算執行によるコストの適正化、⑥病院の経営管理におけるノウハウの蓄積）の観点から、既に地独法として運営実績のある6法人を検討している。

この結果、6法人すべてにおいて①の指標となる「資金収支の健全化」は得られたが、③・⑤のそれぞれの指標である「人件費の節減」、「材料費の節減」に関しては2法人で有効性を示す結果ではなかった。しかし、6法人ともに資金収支全体で黒字が増加し、地独法化が有効であったと結論付けている¹⁰⁾。

谷光は、2014年から地独法化した岡山市立総合医療センターの3年間の分析を行い、医業収益は3年連続で順調に右肩上がりに推移し、特に入院収益の増加が顕著であったが、3年間の当期純損益の推移は変動があるものの、3年分が全て損失であること、移行前地方債償還債務と長期借入金の残高が150億円残っていることなどを指摘し、地独法化の採算性を問題にしている¹¹⁾。

4. A病院の経営状態と地方独立行政法人に到る経緯

4-1 A病院の沿革と経営状態

A病院は昭和25年に9診療科、124床でA市民病院として開設し、総合病院として18診療科、398床を持つ高度で良質な医療を提供する地域の中核病院として機能していた。平成17年には経常利益が3.2億円、病床稼働率92.2%であり地方の公立病院として健全に経営を行うことができていた。

しかし、平成19年に2.1億円の赤字を計上し、平成20年6月からは産婦人科診療を休止、平成21年4月からは消化器内科医の大量退職により、11名が2名に減少し、消化器内科の診療を休止した。平成22年4月には、内科医8名が2名に、小児科医4名が2名に減少し、平成22年6月には肝臓内科が休止となった。

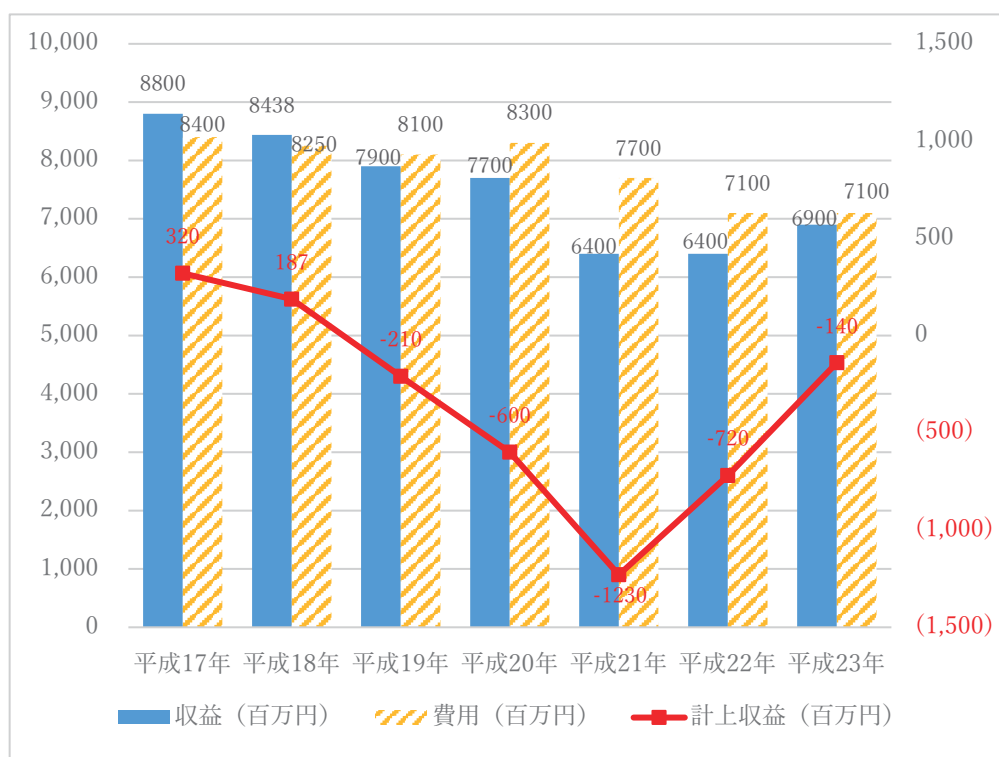


図1 地独法化前の経常利益と費用の推移

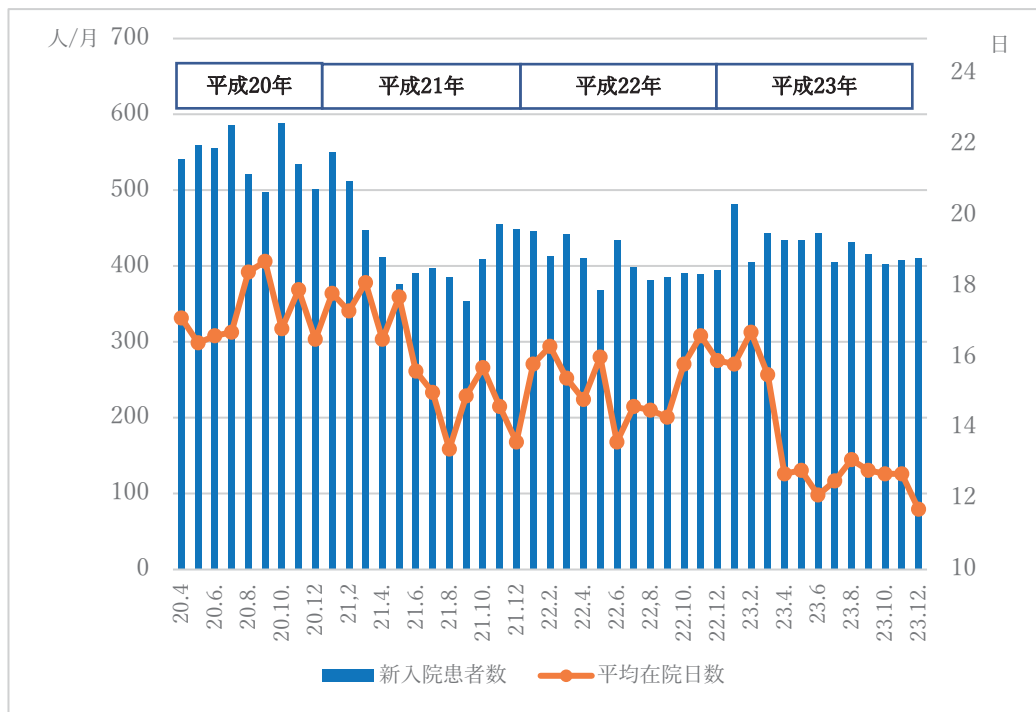


図2 地独法化前の新入院患者数と平均在院日数

常勤医師数は平成20年4月には55名であったが平成21年に48名、最も少ない平成22年6月には38名まで減少した。新入院患者数は、平成20年度で月500人以上であったが、平成21年度は月350人程度まで減少し、経常利益では平成20年度は6億円、平成21年度は12.3億円の赤字決済となった。軽症疾患が増加したために在院日数は短縮した結果、空床数が増加し、2病棟が休止となった。

4-2 A市民病院の経営再建の決定

平成19年に総務省から公立病院改革ガイドラインが公表され、A病院でもこの改革に取り組んでいる時に、医師の大量離職に伴う経営悪化が進み、A市内で経営再建に向けた「A市安心の医療確保政策協議会」（以下協議会）が2009年6月に発足し、協議が開始された¹²⁾。

この中でA市とその隣接市町の医療提供体制、入院医療将来推計、主要疾患ごとの入院医療需給バランスを示し、今後A病院に求められる役割・機能と実際の診療内容との乖離を明らかにした。

また、職員1人当たりの年間支給額や委託料が多いために給与費と委託費との合計

の医業収益に占める割合が 69～71%と高く病院の収支を圧迫していること、必要な医療を提供するにあたり医師 30 人程度、看護師 30～50 人、リハビリテーション職員 14 人、専門事務職 6 人程度が不足していることが指摘された。

組織運営に対しては、「経営戦略」の立案者と実行者が一致しないため、求められる戦略の転換やそれに伴う事業構造の変更などが容易でないこと、経営責任の所在が市長・議会・病院長のいずれにも明確ではなく経営不振が恒常化しやすいことなどが問題点として示された。

これらの事項をまとめて 2009 年 11 月には協議会から最終答申として改革に必要な要件を満たせなかった阻害要因として 5 項目が指摘された。

- ① 職員の採用・待遇・育成への制約が多い。
- ② 医師以外の職員採用について院長・事務局長の権限が制限される。
- ③ 職員定数の制約の下で医療職を確保するために非医療職削減や外部委託が進み、医療経営・管理の人材が不足している。
- ④ 予算化されていない設備の購入や急を要する経費支出、職員採用に対応しにくい。
- ⑤ 診療材料、医療機器等の調達や委託契約に際して全市統一の調達システムの制約を受けて価格が下がりにくい。

協議会は当時の地方公営企業法の一部適応では対応できないため、その経営形態を指定管理者制度あるいは地方独立行政法人に変更する提言を行った。

専門家に任せる指定管理者制度の方が迅速性に優れているものの、市民病院として求められる機能・役割を果たすことができる適切な受託者を選定できるかの点が不確実であるため、この不安要素が解決されない状況下では、地方独立行政法人への移行を提案するという結論に至った。

最終的に A 市市長は病院の経営形態を地方公営企業法の「一部適用」から地方独立行政法人に変更し平成 23 年 10 月から地方独立行政法人として、再スタートを開始した。

5. 地方独立行政法人に移行後の経営方針と実績

5-1 中期目標の提示と中期計画、年度計画の作成

A 市から平成 23 年 10 月から平成 28 年 3 月末までの 4 年 6 ヶ月を第 1 期として中期目標の提示があり、これに対して、地方独立行政法人 A 病院は第 1 期中期計画及び各年の年度計画を作成し、年度ごとに評価委員会による達成度の評価を受け、平成 28 年

4月から平成31年3月までの第2期中期目標の提示を受け第2期中期計画、年度計画が作成され、実行された。

5-2 第1期中期計画

(1) 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

- ① 市民のための病院としての役割を明確化し、高度な総合的医療の提供と地域医療支援体制の構築、市と連携した政策医療の実施および市内で不足する機能の補完を行う。
- ② 市の「安心の医療確保政策」に基づく医療機能の整備として、がん、脳血管疾患、心疾患、周産期・小児医療、消化器系疾患、呼吸器系疾患および救急医療の充実を図る。
- ③ 利用者本位の医療サービスとして、医療における信頼と納得の実現や利用者満足度の向上をめざすこと。
- ④ 医療の質の向上として、継続的な取組による質の向上、医療事故や院内感染防止対策の徹底およびコンプライアンス（法令・行動規範の遵守）を徹底すること。
- ⑤ 地域とともに推進する医療の提供として、地域医療機関との連携や地域社会や地域の諸団体との交流および積極的な情報発信を行うこと。

(2) 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

- ① 総合力による医療の提供として、チーム医療と院内連携の推進すること。
- ② 医療職が集まり成長する人材マネジメントとして、医療職の確保、医師事務作業補助者の拡充や看護補助者の雇用及び育成、魅力ある人材育成システムのため医師や看護師の臨床研修の充実や専門資格の取得を推進すること、人事評価制度をもとに、職員の能力や職責、成果に応じた処遇や給与制度の導入すること。
- ③ 経営体制の確立として、役員の責務を明確にし、組織と管理運営体制の構築、事務職の専門性の向上

(3) 財務内容の改善に関する目標を達成するために取るべき措置

- ① 業績管理の徹底
- ② 安定した経営基盤の確立

上記のように必要な措置項目を決定しその具体的な業務を実行すべく数値目標を決

めて予算、資金計画が策定された¹³⁾。

5-3 地独法化後の実績値

平成23年10月から地独法病院として運営を開始し、平成24年から事業収益が改善し、平成26年度を除いて黒字化が達成できた。表1はA病院の損益計算書、表2は貸借対照表、表3は経営指標の年次推移である。図3は独法化後の経常利益と費用の推移である。平成30年度の営業収益は平成24年と比較して約10億円増加し、1.66億円の黒字であった。

表1 A病院の損益計算書の年次推移

単位(千円)

		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	
I	総収益	7,408,506	7,527,603	7,547,818	8,585,577	8,223,966	8,707,425	8,445,223	
	1 営業収益	7,304,070	7,442,297	7,416,750	8,504,668	8,132,621	8,602,076	8,344,668	
	1 1 医業収益	5,870,897	6,129,220	6,048,180	7,075,669	6,866,193	7,425,618	7,235,891	
		(1) 入院収益	4,069,931	4,220,108	4,189,290	4,728,277	4,627,758	5,086,343	4,785,398
		(2) 外来収益	1,661,696	1,765,305	1,733,651	2,197,145	2,097,714	2,228,265	2,327,585
		(3) その他医業収益	139,270	143,807	125,238	150,246	156,601	111,010	122,908
	2 受託収益	3,362	1,659	6,101	4,387	2,759	1,775	1,343	
	3 運営費負担金収益	1,045,934	993,244	1,088,032	1,168,921	1,070,357	1,054,914	1,041,090	
	4 補助金等収益	13,775	12,828	22,835	41,474	19,873	16,252	17,503	
	5 寄付金収益	100	0	0	0	0	0	0	
	6 資産見返負債戻入	370,002	305,345	251,603	214,217	173,540	103,516	48,841	
	2 営業外収益	104,199	81,684	128,768	79,639	91,344	104,840	100,512	
	1 運営費負担金収益	20,332	18,054	16,359	14,503	12,260	10,311	8,405	
	2 財務収益	3,029	0	0	0	0	0	720	
	3 その他営業外収益	80,838	63,630	112,409	65,136	79,084	94,529	91,387	
	3 臨時利益	238	3,622	2,300	1,270	0	509	43	
II	総費用	7,017,985	7,439,595	7,628,050	8,280,900	7,898,146	8,255,139	8,279,246	
	1 営業費用	6,978,324	7,405,177	7,548,725	8,245,588	7,866,719	8,224,714	7,986,752	
	1 1 医業費用	6,784,823	7,167,291	7,315,016	7,998,717	7,639,712	8,011,503	7,736,496	
		(1) 給与費	3,620,429	3,781,219	3,868,467	3,999,569	3,927,518	4,148,892	4,333,441
		(2) 材料費	1,303,217	1,440,239	1,390,195	1,945,752	1,784,969	1,992,430	1,795,313
		(3) 減価償却費	562,743	560,042	604,450	619,798	592,010	534,801	470,686
		(4) 経費	1,269,184	1,362,722	1,422,356	1,402,049	1,307,857	1,309,389	1,111,025
		(5) 研究研修費	29,250	23,069	29,547	31,550	27,358	25,992	26,031
	2 一般管理費	193,500	237,887	233,709	246,871	227,007	213,211	250,256	
		(1) 給与費	159,103	202,063	198,385	211,918	192,518	176,285	212,402
		(2) 減価償却費	16,213	15,587	15,453	15,554	14,926	14,978	15,443
		(4) 経費	18,184	20,237	19,872	19,399	19,563	21,948	22,411
	2 営業外費用	39,424	30,987	74,590	31,200	28,293	28,592	286,315	
	1 財務費用	33,859	28,916	26,152	23,139	19,393	16,222	13,154	
		(1) 移行前地方債利息	26,906	23,266	19,982	16,855	14,290	12,526	10,777
		(2) 長期借入金利息	5,741	5,565	6,161	6,284	5,104	3,696	2,376
		(3) その他支払利息	1,212	85	9	0	0	0	0
	2 控除対象外消費税	0	0	0	0	0	0	268,961	
	3 その他営業外費用	5,565	2,070	48,438	8,061	8,900	12,371	4,200	
	3 臨時損失	238	3,431	4,735	4,111	3,134	1,832	6,179	
	当年度純益損	390,521	88,008	-80,232	304,677	325,820	452,286	165,977	

表2 貸借対照表の年次推移

単位 (円)

	年度	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年
総資産		9,948,857,184	9,902,335,375	9,533,234,716	9,319,875,255	8,820,938,834	8,880,136,327	8,824,032,013
固定資産		7,199,527,639	7,320,244,169	7,300,261,357	6,827,580,370	6,423,107,618	6,100,886,039	6,049,037,537
流動資産		2,749,329,545	2,582,091,206	2,232,973,359	2,492,294,885	2,397,831,216	2,779,250,288	2,774,994,476
現金及び預金		1,755,682,561	1,547,723,120	1,184,039,438	1,129,973,287	1,221,362,597	1,530,229,182	1,587,294,273
医業未収金		975,297,143	1,002,077,636	1,012,848,945	1,344,351,817	1,154,747,843	1,228,063,347	1,126,580,494
固定負債		6,667,841,086	6,329,749,229	6,037,537,616	5,223,311,875	4,627,770,307	4,272,494,436	4,209,389,932
流動負債		1,447,296,700	1,650,858,451	1,654,201,413	1,950,390,333	1,721,175,793	1,683,363,553	1,524,386,478
純資産		1,833,719,393	1,921,727,695	1,841,495,687	2,146,173,047	2,471,992,734	2,924,278,338	3,090,255,603

表3 経営指標の年次推移

年度	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年
経常収支比率	105.6	101.2	99.0	103.7	104.2	105.5	102.1
ROA	0.39%	0.09%	-0.08%	0.33%	0.37%	0.51%	0.20%
総資産回転率	0.07%	0.08%	0.08%	0.09%	0.09%	0.10%	0.09%
医業収支比率	86.5	85.5	82.7	88.5	89.9	92.7	93.5
人件費対医業収益比率	64.4	65.0	67.2	59.5	60.0	58.2	62.8
材料費対医業収益比率	22.2	23.5	23.0	27.5	26.0	26.8	24.8
減価償却費対医業収益比率	9.9	9.4	10.2	9.0	8.8	7.4	6.7
経费率	22%	23%	24%	20%	19%	18%	16%
委託费率	13.1%	13.3%	13.4%	11.6%	11.0%	9.4%	10.9%
運営費負担金対経常収益比率	14.4	13.4	14.6	13.8	13.2	12.2	12.4
流動比率	190.0%	156.4%	135.0%	127.8%	139.3%	165.1%	182.0%
自己資本比率	18.4%	19.4%	19.3%	23.0%	28.0%	32.9%	35.0%
固定長期適合率	84.7%	88.7%	92.7%	92.6%	90.5%	84.8%	82.9%

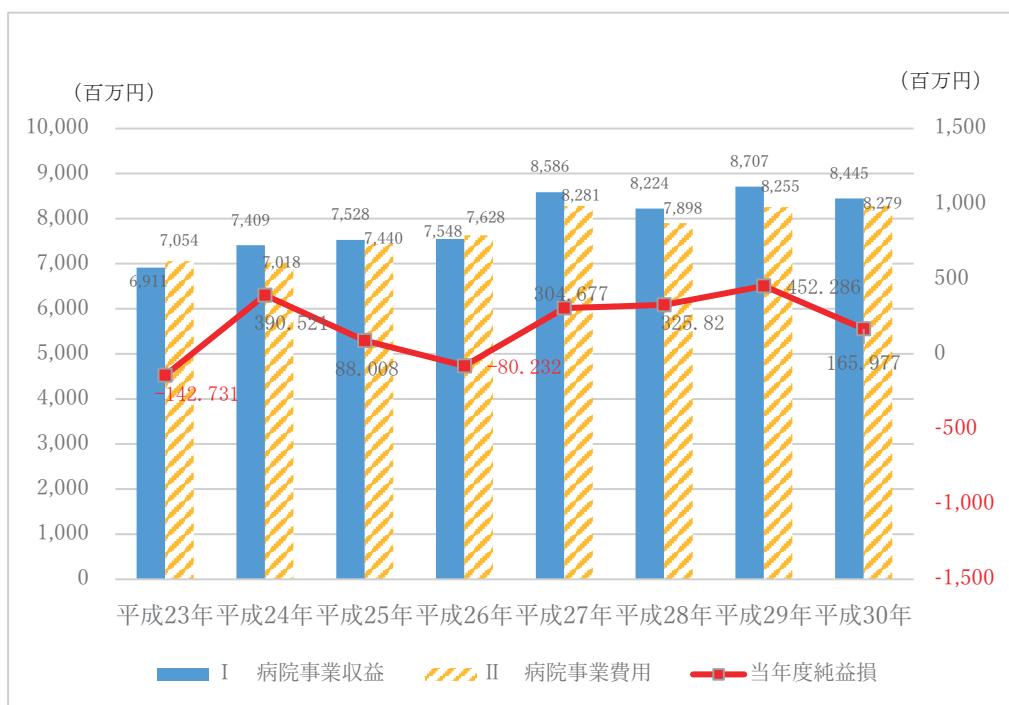


図3 独法化後の経常利益と経費の推移

図4は経営指標の年次推移をグラフにしたものである。地独法化直後から経常収支比率は改善がみられ平成26年度は99.0であったが、他の年度は101～105で推移していた。医業収支比率は78前後であったものが、平成30年には93.5まで回復した。平成27年以降の経常収支比率は変動が少なくなっていたが、この間の医業収支比率は増加傾向を認めた。材料費率はやや低下していたが、平成27年には上昇傾向となった。人件費率は70%前後であったが、次第に低下し60%前後での推移となった。

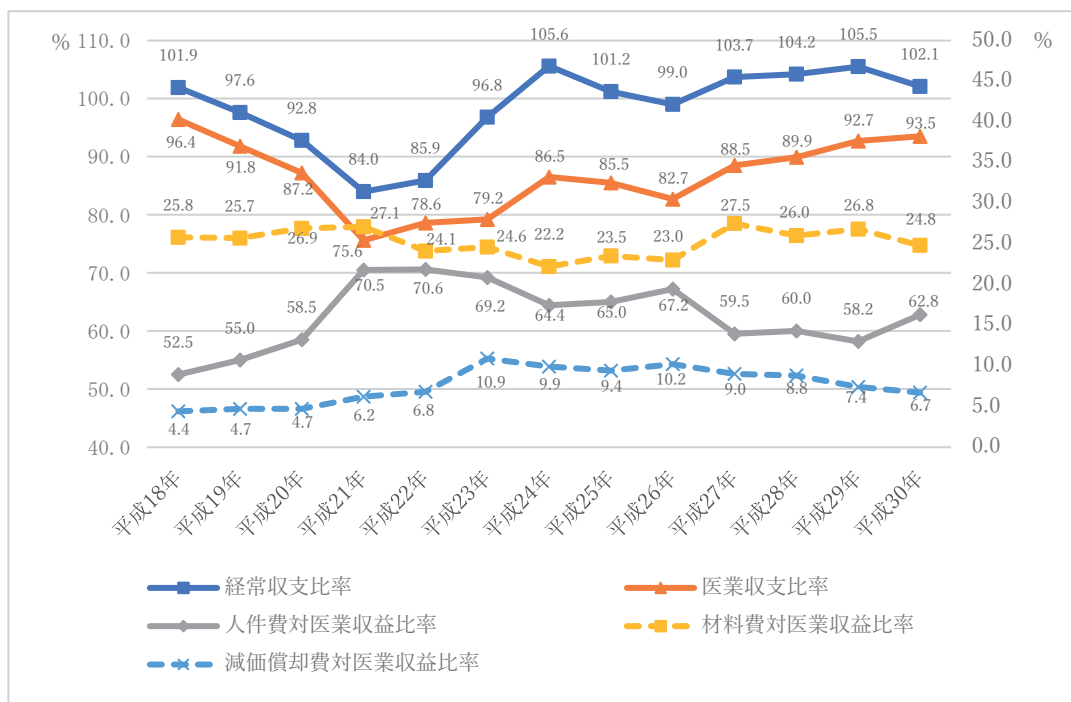


図4 経営指標の年次推移

経営改善に影響したのは、入院・外来患者数の増加、救急受入れ数の増加、手術数の増加であった。図5では入院患者数は次第に増加し、延入院患者数では74,000人であったものが平成29年度には94,000人を超えるまで増加した。

また平成27年から地域包括ケア病棟を開設したために急性期病棟の入院単価は上昇し、平成30年に60,000円を超えるまで回復した。外来患者数は地域支援病院として逆紹介を増やしたために横這いであったが、外来診療単価は10,000円程度から、15,000円まで上昇した。

図6では、新入院患者数が経年的に増加、月400(年4,800)人程度であったが、600(年7,200)人程度まで増加し、平均在院日数は経年的に短縮し、平成30年度には9.4

日まで短縮した。

図7の救急患者の受入れ数は、平成23年の3,701件から平成30年の6,481件と1.75倍に増加し、救急車搬送数が1,569件から3,307件と倍増した。救急車に対する非応需率は、平成26年に34%であったが、平成30年には20%まで低下した。

図8のように手術件数は眼科医の診療体制の変化により増減があるものの全身麻酔による手術が982件から1,503件まで増加した。

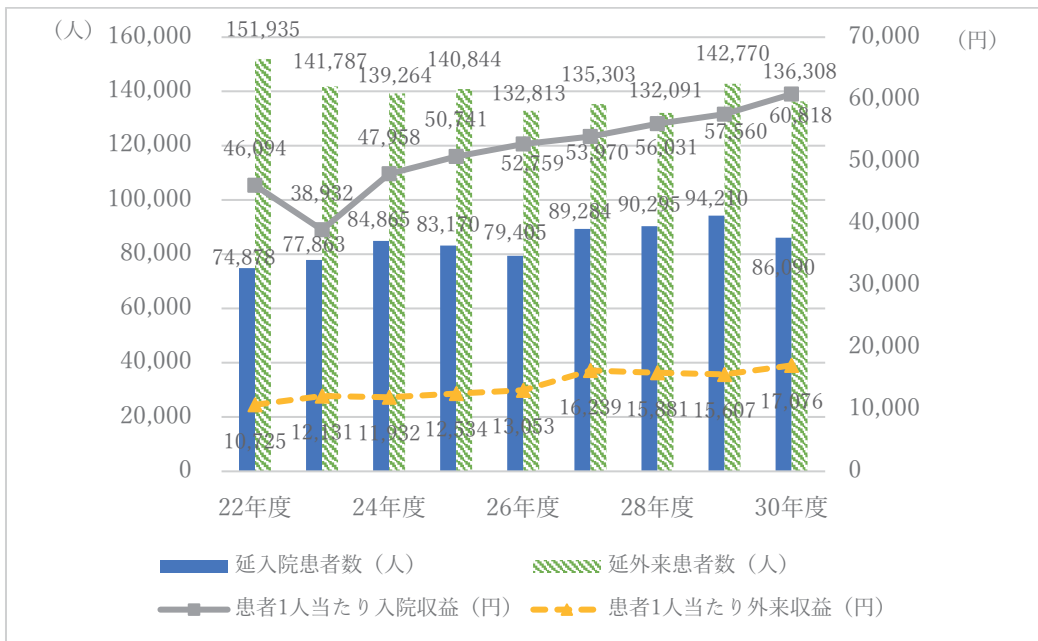


図5 延入院・外来患者数と診療単価

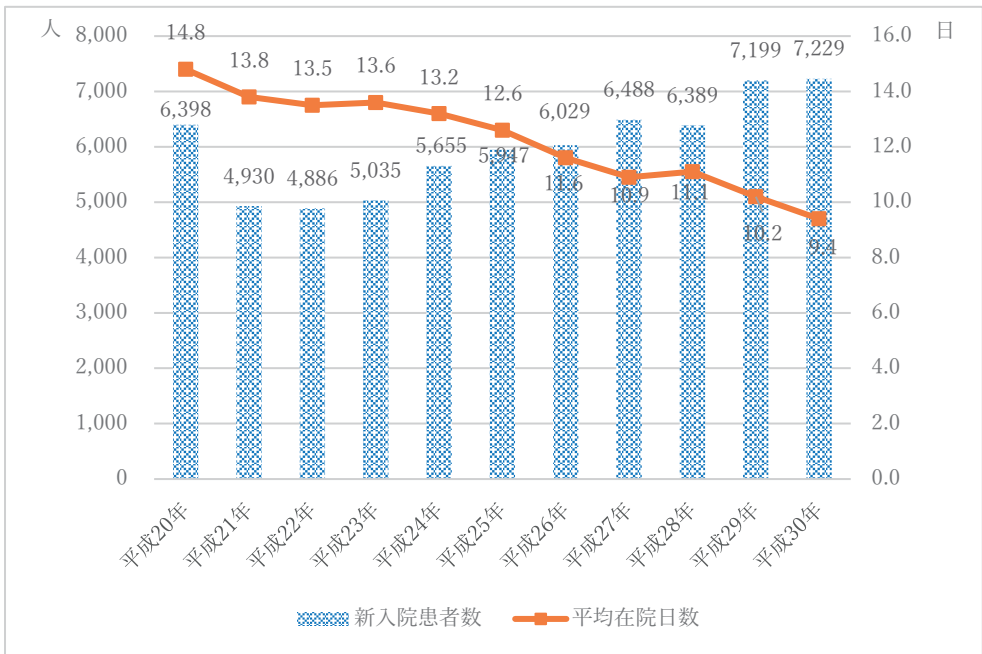


図6 年度別新入院患者数と平均在院日数

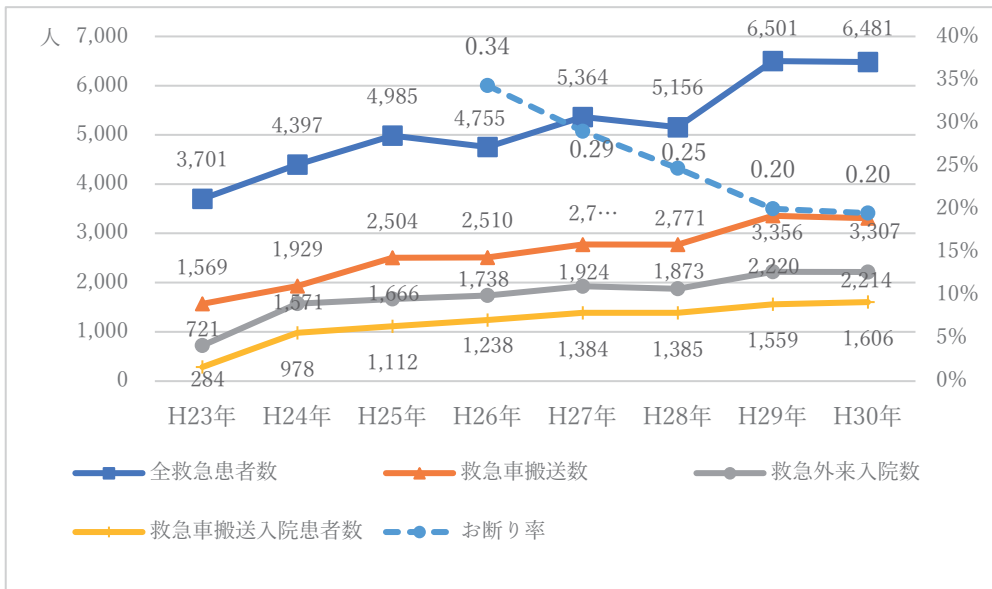


図7 救急診療統計

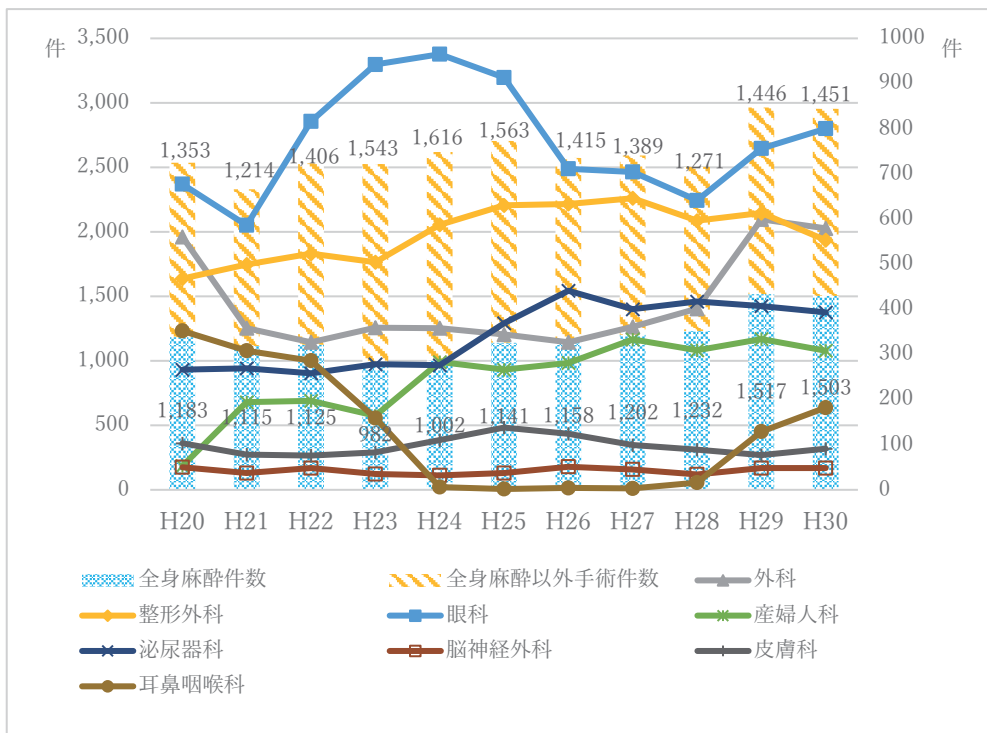


図8 手術件数推移

表4 常勤医師数の推移

診療科	平成20年4月	平成22年7月	平成25年3月	平成29年4月	平成31年4月
内科	8	2	7	8	7
循環器内科	6	6	6	6	5
神経内科	1	2	0	0	0
消化器内科	11	0	4	8	8
心療内科	2	2	3	1	1
小児科	5	2	4	4 (1)	5
産婦人科	3	2	2	2	3
外科	8	7	4	6	6
整形外科	6	5	4	6	5
脳神経外科	2	2	2	2	2
皮膚科	1	1	1	1	1
泌尿器科	3	3	3	3	3
眼科	3	3	3	2 (1)	3 (1)
耳鼻咽喉科	2	2	0	1	2
放射線科	2	1	2	2 (1)	2
麻酔科	2	2	2	1	4
病理診断科	1	1	1	1	1
救急総合診療科			1	1	
研修医	5	7	3	3	5
常勤医師合計	66	43	50	56 (3)	58 (1)

表4に示したように、医師の獲得を積極的に大学病院などに働きかけ医療職の確保に努め、医師数は最も少ない38名から58名に回復した。

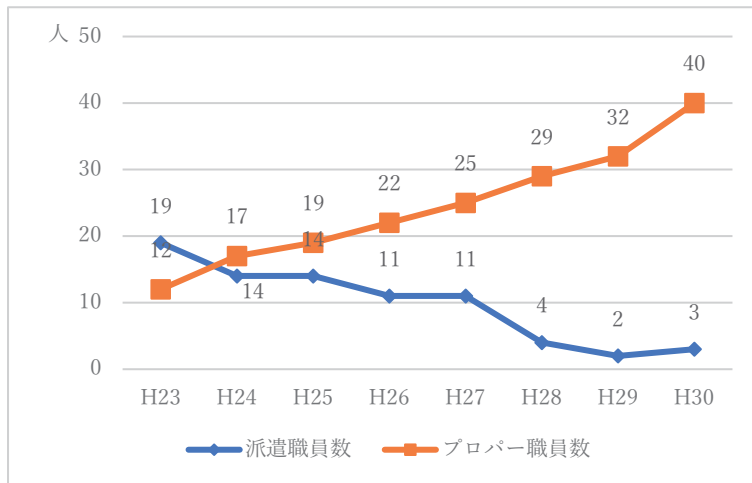


図9 事務職員数

図9の事務職員は、法人独自のプロパー職員を随時採用し市からの派遣職員は3名まで減少させていた。図10は、経常収支比率と自己資本比率の推移であるが、経常収支を保ちながら内部留保を行えている状態で、地独法化開始時には自己資本比率が18%程度であったものが平成26年度を除いて自己資本率を増加させ平成30年には35%まで増加させていた。

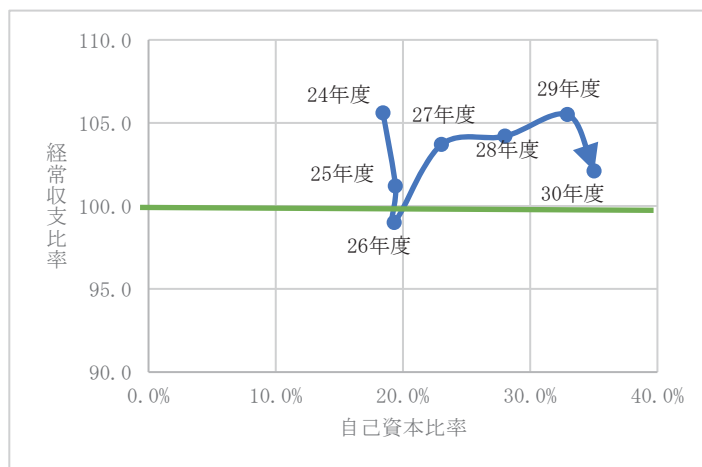


図10 経常収益と自己資本比率の推移

5-4 A 病院の診療機能

A 病院は H 医療圏に属するが、別の医療圏である隣接する K 市との境に位置する（A 病院の敷地の一部は K 市 N 区である）ために、二つの医療圏の外部要素を検討した。

図 11 は、DPC データを元に作成した平成 29 年度の A 病院入院患者の住所別の受け入れ患者数である。A 市が 68.5%、次いで K 市が 26.4%であった。

特に K 市のうち A 病院に隣接する N 区が 74.1%、T 区が 21.1%であった。救急車受け入れ台数は図 12 のように経年的に増加しているものの特に A 市東部と K 市 N 区に多い傾向にあった。A 市内西部（U・O・F・E 地区）は急性期医療を担う他の医療法人があるために搬送される診療科は限定される。すなわち A 病院の主な医療圏は A 市と K 市 N 区、T 区であった。

図 13 は、DPC データを用いた在院日数と診療単価による効率性係数と複雑性係数の関連の経年的変化をみたものであった。地独法後にまず複雑性が改善しその後効率性を改善させていた。

図 14 は、MDC 分類別診療内容の比較である。平成 23 年と比べて平成 29 年には多くの診療内容が効率性を改善し、特に循環器系、神経系、外傷系では複雑性も改善がなされており急性期病院としての診療内容が整備されていると考えられた。

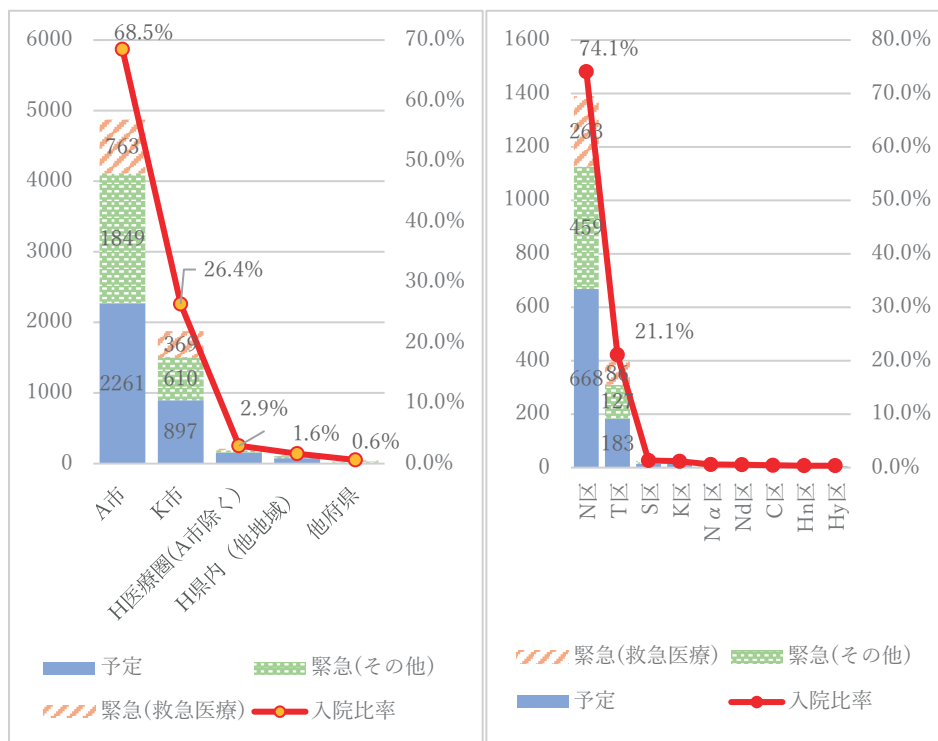


図 11-1 地域別入院経路

図 11-2 地域別入院経路 (K 市)

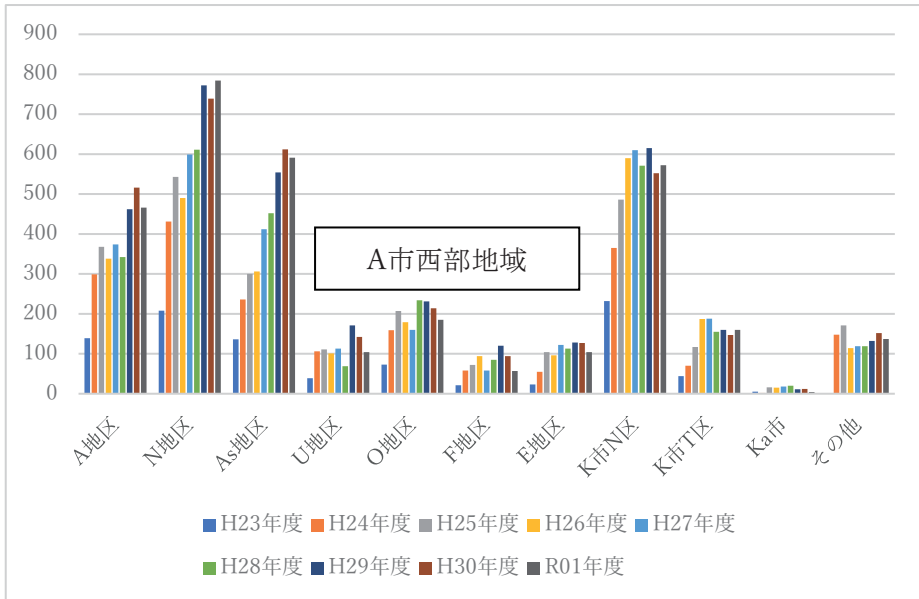
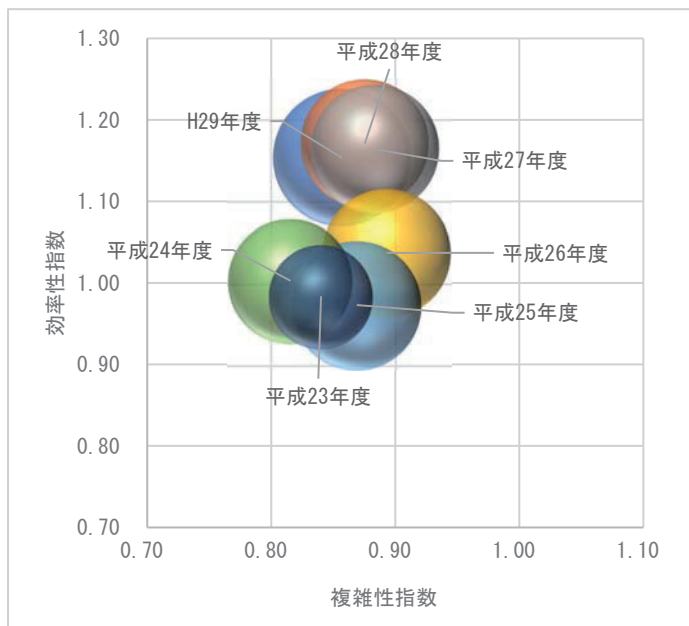
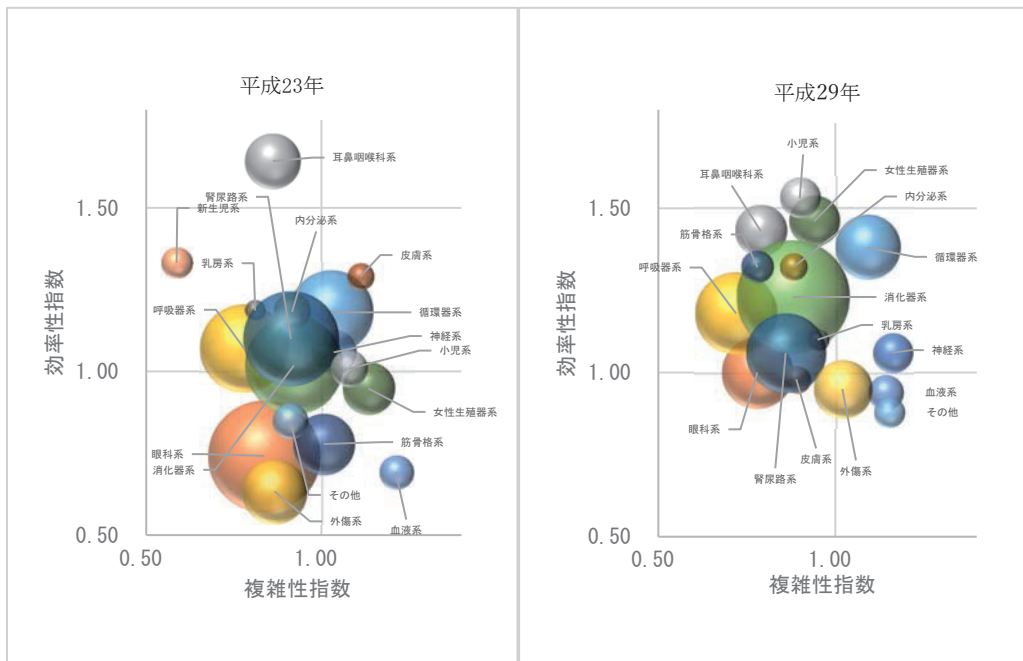


図 12 地区別の救急車受け入れ台数



出典：中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（DPC 評価分科会））平成 23 年度～平成 30 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査¹⁴⁾より筆者作成

図 13 効率性指数×複雑性指数の推移



出典：中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (DPC 評価分科会))平成23年度～平成30年度DPC導入の影響評価に係る調査^{15),16)}より筆者作成

図14 MDC別の複雑性指数×効率性指数の推移

5-5 A病院の方向性

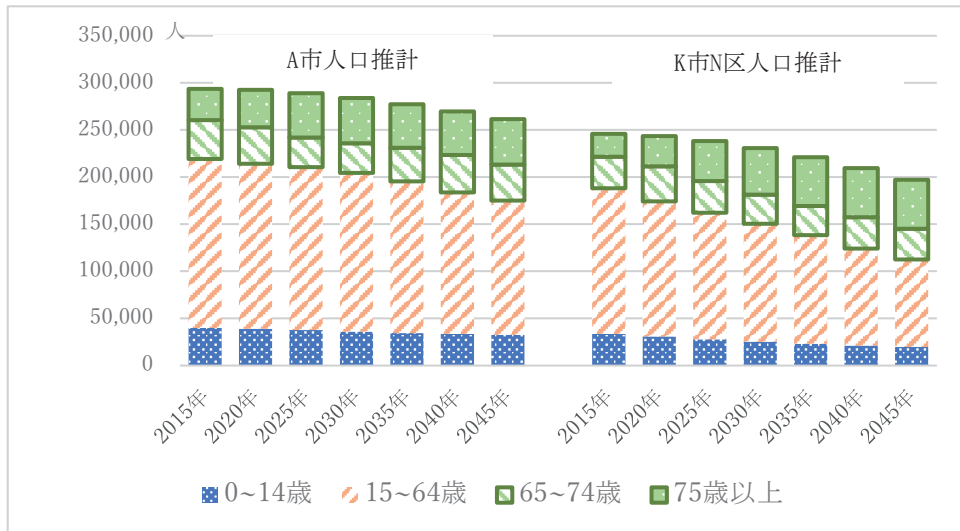
図15の今後の人口動態をみると、A市の人口は2015年で28万人であるが2040年には24万人程度に、K市N区は25万人程度が23万人程度に減少すると見込まれている。しかしいずれも65歳以上の年齢層はむしろ増加傾向にあり医療・介護需要共に増加すると推定される。

図16は、2045年までのA市とK市N区の医療介護需要の予測である。医療需要は2035年まで伸び、介護需要は2045年までが伸びることが予測される。特にK市N区では高齢者人口の増加がA市よりも顕著であるため、介護需要は2015年の1.9倍になると推計されている。

図17は、A病院での平成28年4月から令和2年3月までの入院患者の年齢分布であり小児と高齢者が多くを占める。この中で比較的軽症感染症での入院が多い小児科と短期入院の多い眼科での患者を除いた、65歳以上の患者における入院回数について検討したものが表5である。

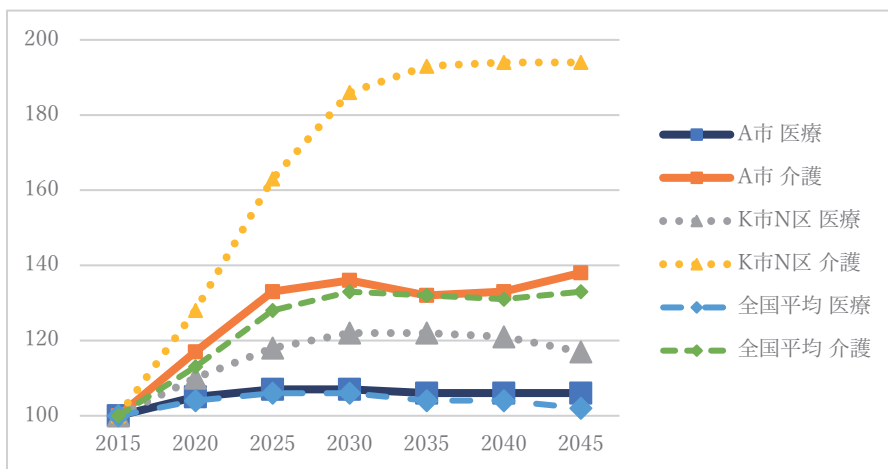
これから明らかに、単回入院が全患者の70.7%で最も多く、2回入院が17.4%であ

り入院回数の平均は 2.4 回であった。次に、入院回数の違いによる在院日数が病床全体に占める割合を比較すると単回入院患者は全病床数の 43.5%を、複数回入院患者が 56.5%を占めていた。また、病床占有率が高いのは、単回入院、複数回入院ともに大腿骨骨折、肺炎、脳梗塞、心不全であった。即ち、A 病院では高齢者特有の疾患を有する患者が繰り返し入院する傾向が示された。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口平成 30 (2018) 年推計¹⁷⁾より筆者作成

図 15 A市とK市N区の人口推計



出典：JMAP 地域医療情報システム¹⁸⁾をもとに筆者作成

図 16 A病院の診療圏における医療介護需要予測

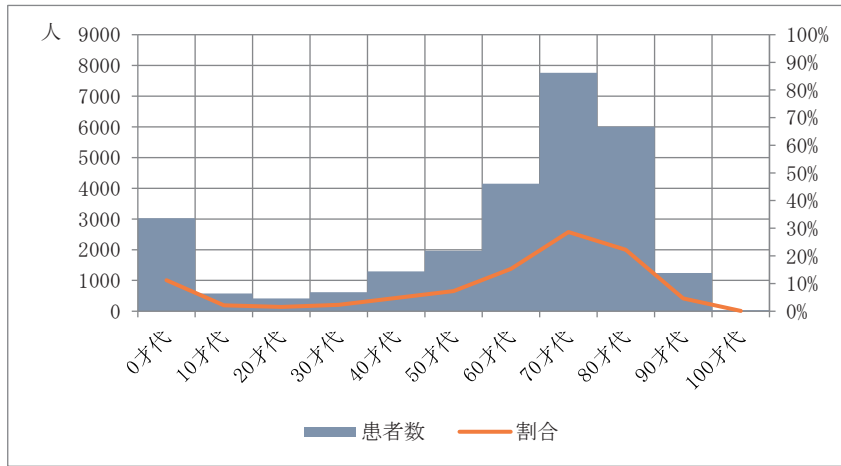


図 17 入院患者年齢分布

表 5 入院回数の分布および単回入院と複数回入院の疾患別在院日数

入院回数	単回入院		複数回入院	
	全患者	小児科・眼科を除く	疾患	在院日数
1	12667	8628	70.7%	
2	3319	2122	17.4%	
3	1002	738	6.0%	
4	399	332	2.7%	
5	199	160	1.3%	
6	79	71	0.6%	
7以上	178	149	1.2%	
総計	17843	12200		

単回入院		複数回入院	
股関節大腿近位骨折	14575	心不全	10502
誤嚥性肺炎	4947	股関節大腿近位骨折	7607
脳梗塞	4776	誤嚥性肺炎	5536
肺炎等	3284	肺炎等	4848
心不全	2932	脳梗塞	3653
敗血症	2777	胆管（肝内外）結石、胆管炎	3188
膝関節症（変形性を含む）	2591	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	3153
頭蓋・頭蓋内損傷	2128	肺腫（虫垂を含む）の悪性腫瘍	2724
脊椎骨粗鬆症	2115	胃の悪性腫瘍	2639
胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰椎損傷を含む）	1973	ヘルニアの記載のない腸閉塞	2600
病床占有率	43.50%		56.50%

6. 経営形態別の財務状態の比較

地独法移行後の経営改善の指標として、経常収支比率、医業収支比率、他会計負担金比率、医業収益に対する各種費用項目（人件費率・材料費率・経費率・減価償却費率）の割合を経営形態別に比較した¹⁹⁾。

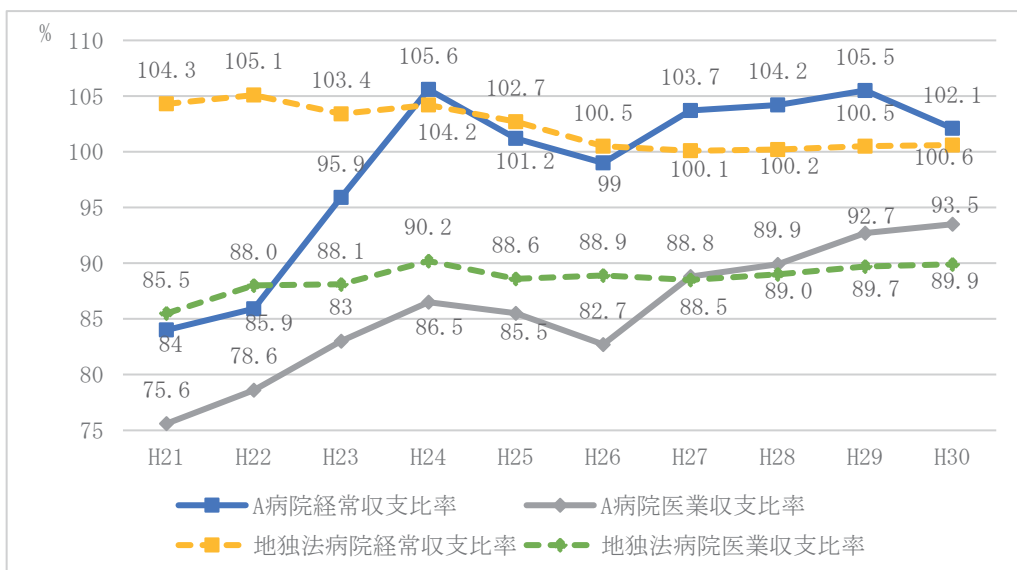
6-1 経営形態別の経常収支比較

図 18 の経常収支比率は、平成 21 年に既に独法化している病院の平均が 104.3 であ

った。A病院は地独法化前の経営難の状態であり84と低かったが、平成23年10月からの地独法化により平成26年が99に低下した以外には経常収支比率は100を超えていた。

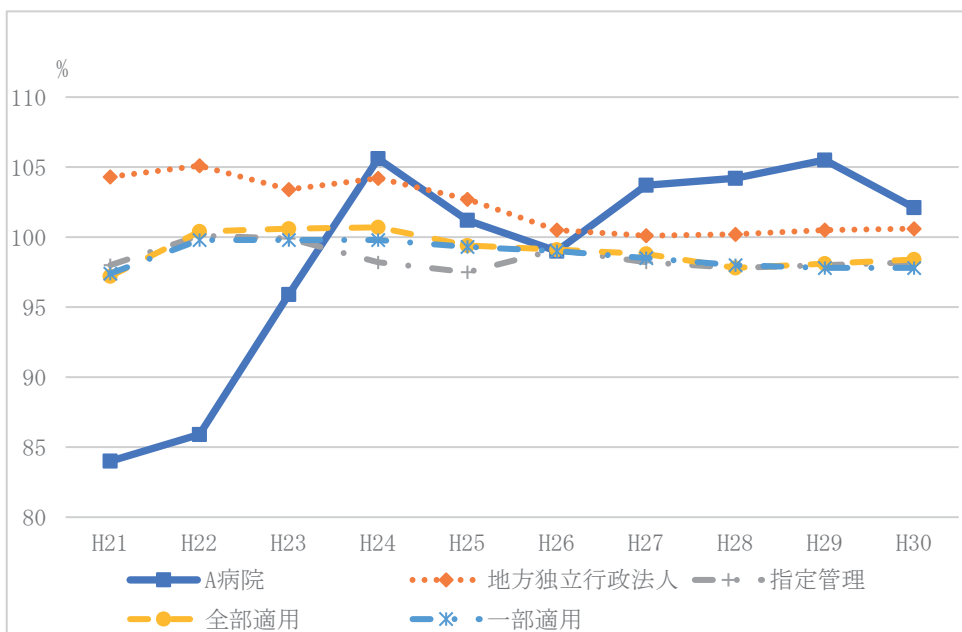
全国の地独法化病院の平均からは、医業収支比率は経年的に上昇傾向にある反面、経常収支比率は低下傾向にあることがわかった。A病院は医業収支比率の改善が顕著であり、経常収支比率は平成27年までは低下傾向であったもののその後は102から105で維持していた。

図19で経営指標の年次推移を経営形態別に比較すると、経常収支比率は地独法病院の平均が地方公営企業病院より高い傾向にあったが、次第に同程度に低下していた。



(出典：総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書¹⁹⁾及び総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表 平成23年～平成30年¹⁶⁾をもとに筆者作成)

図18 他の地方独立行政法人との経営指標比較



(出典：総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書¹⁹⁾ 及び総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表 平成23年～平成30年¹⁶⁾ をもとに筆者作成)

図19 経営形態別の経常収支比率の推移

表6 地独法病院への繰入金推移

(億円)

	2013	2014	2015	2016	2017
病院数	67	80	81	88	90
運営費負担金収益(営業収益)	647	770	856	908	950
運営費交付金収益(営業収益)	73	43	36	32	29
運営費負担金収益(営業外収益)	56	70	73	78	75
運営費交付金収益(営業外収益)	22	21	22	21	21
運営費負担金等(臨時利益)	3	6	11	2	10
収益的収入に対する繰入金(c)	801	910	997	1,041	1,086
1病院当たり運営費交付金等	12	11	12	12	12
運営費交付金	74	61	73	92	90
運営費負担金	27	5	3	0	0
資本的収入に対する繰入金(d)	101	66	76	92	90
地方独立行政法人合計(c)+(d)	902	977	1,073	1,133	1,176

(出典：文献20より引用)

表6は地独法化病院への繰入金の推移を示した表で、独法化病院の数が増えているために繰入金総額は2017年で1,176億円に達していた。しかし、1病院当たりの繰入額は約12億円であり著変はなかった²⁰⁾。これは、地独法病院は医業収益の改善がなされており相対的な繰入金割合が低下している可能性が示された。

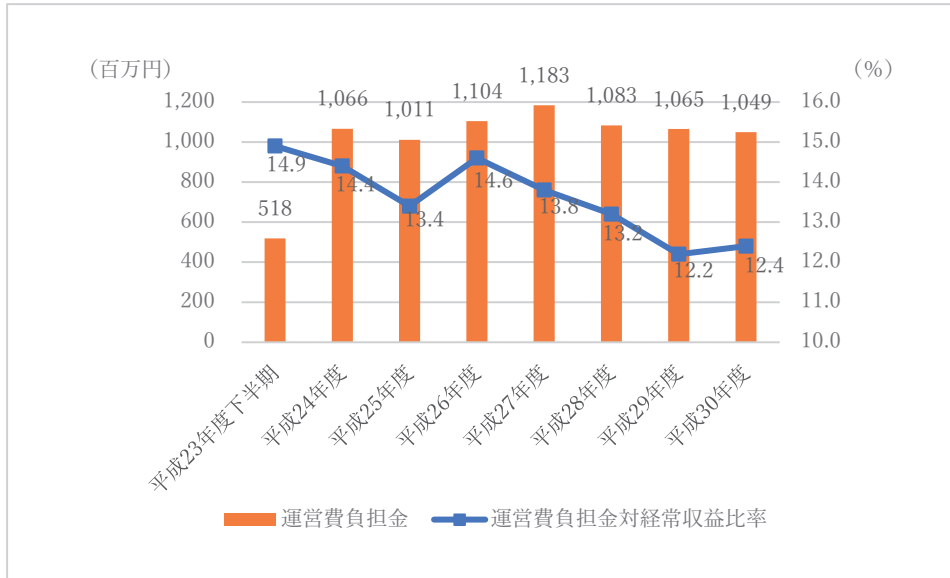


図 20 A 病院への運営費負担金の推移

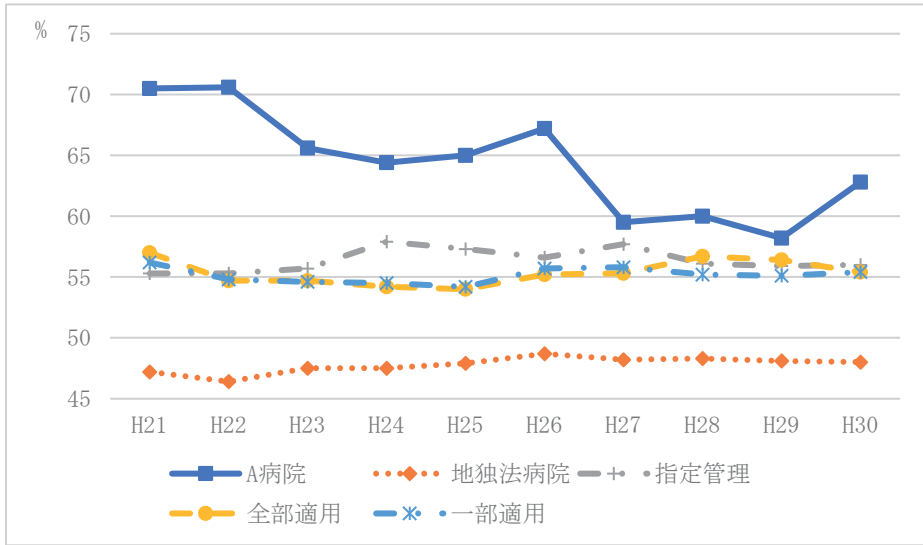
図 20 は A 病院での運営費負担金と経常収支に対する割合である。運営費負担金は、表 6 の平均額より少なくその額は平成 27 年度まで増加していたが、以後は漸減していた。地独法化後に運営負担金割合が 14% から 12% に次第に低下していたが、運営費負担金を除いた医業収支比率は緩やかに改善傾向で運営費負担金の減少分を医業利益でカバーできている状態であることを示していた。

6-2 経営形態別の費用面での比較

図 21 では、地独法病院の職員給与比率は平成 22 年、平成 27 年を除いて上昇傾向にあり地独法病院の経常収支比率の低下の費用面での要因と考えられたが、他の経営形態でも同様の推移を示していた。

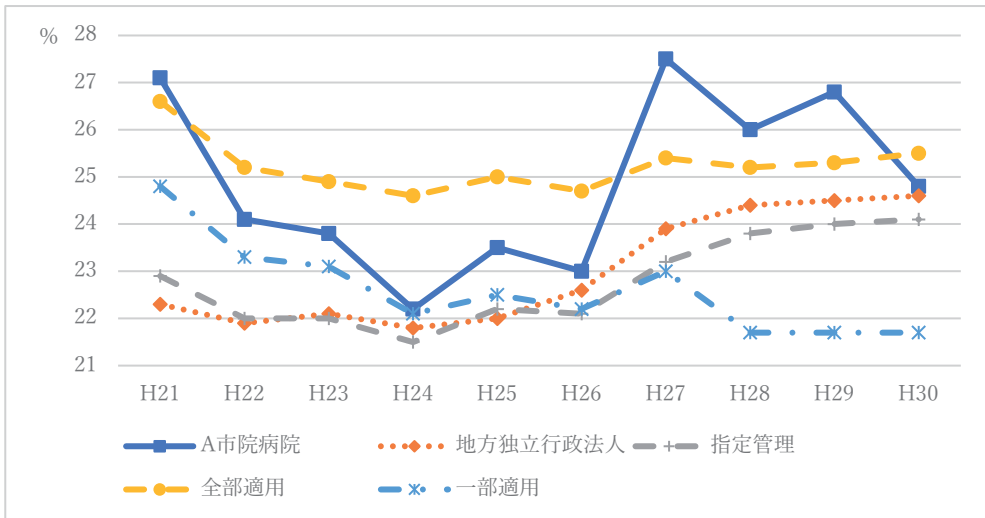
図 22 に示した材料費率は、平成 21 年以降に低下傾向であったが、平成 26 年頃から再び上昇していた。地独法病院の材料費率上昇も経常収支比率低下の費用面の要因の一つと考えられたが、一部適応の病院を除いて他の経営形態でも同様の推移を示していた。

A 病院の材料費率は平成 27 年に C 型肝炎治療薬などの高額薬剤による影響で一時的に 27.5% まで上昇していたが、その後は低下傾向であった。



(出典：総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書¹⁹⁾及び総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表 平成23年～平成30年¹⁶⁾をもとに筆者作成)

図21 経営形態別の職員給与費率



(出典：総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書¹⁹⁾及び総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表 平成23年～平成30年¹⁶⁾をもとに筆者作成)

図22 経営形態別の材料費率

7. 地方独立行政法人制度について

7-1 地方独立行政法人制度の概要

国の独立行政法人制度をモデルとして、2003年に制定された地方独立行政法人法（平成15年法律第118号、以下地独法）は2004年（平成16年）4月から施行された²¹⁾。2009年に自治体病院での地独法化が始まり、地方公共団体とは別の法人格を持つ法人を設立し、「住民の生活、地域社会及び地域経済の安定などの公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体に委ねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものと地方公共団体が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、地方独立行政法人法の定めるところにより地方公共団体が設立する法人」として定義された。

これは、地方公共団体からの事前関与・統制を排除し、地方公共団体は業務の事後評価を行い、法人が弾力的かつ効率的に運営し同時に透明性を確保することを主眼としたものと考えられる。

地方公共団体の長は3～5年の期間を定めて行政サービスの向上や業務運営の効率化に関する中期目標を議会の承認を経て定めること、法人の長は中期計画を定めて設立団体の長の認可を受けてその業務を遂行することが規定されていた。

その業務遂行は法人の自律性・自主性に委ねられ、業務実績に対しては、中期目標に照らして評価が行われ、設立団体の附属機関として設立される評価委員会が定期的に評価を行い、設立団体の長はその意見を参考にして法人の業務継続の必要性を検討すること、法人の業務を確実に実行するために運営交付金を法人に交付し法人が自律性・自主性を持ってこれを運用できるような仕組みとなっていた^{7), 22)}。

公立病院改革においては経営形態を地独法化することのメリットとして、

- ① 柔軟で安定的な専門職の人材確保
 - ② 運営面での意思決定の迅速化
 - ③ 効率的・弾力的な経営管理
 - ④ 職員における経営ノウハウの蓄積とモチベーションの向上
- などが挙げられていた。

赤木は、全国地方独立行政法人病院協議会総会において、地独法病院からのアンケート集計では全ての病院で地独法化によるメリットがあったと回答し、そのうち8割は大いにメリットがあったと回答したと報告している³⁾。

7-2 A病院における地方独立行政法人としての管理と運営

A病院で、これらのメリットを十分に生かした経営であったかを検討した。人材確保に関しては、表4や図9で示したように医療従事者を確保し、経営ノウハウを蓄積できるプロパー職員への転換を進めていた。

運営面では、地独法化後から理事連絡会議を定期的に開催し病院の業務・運営についての管理が徹底されていた。平成27年からは経営戦略会議に名称を変更し月1回開催して経営上の最優先課題を抽出し、その解決に向けて迅速に取り組むこととされた。

このような中で地域の医療ニーズを分析し、ニーズの高い地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を開設するとともに、在院日数短縮による稼働率の低下を考慮して休床病床の返還などを遅滞なく決定し遂行してきた。またベンチマークシステムを用いた医療材料の購入過程の適正化を実施し、地独法化前には値下げ交渉を積極的に行わずに購入していた材料費の効率的な削減を行なった。

「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究書」によると、公立病院の経常収益は病床数との関連があり400床以上の病院において黒字化の達成率が高くになっている一方で、300床以下の規模では継続的に赤字経営であると報告されている¹⁹⁾。A病院はこの境界域の病床数であったが、適切な経営管理により、黒字化へ導くことができたといえる。

8. 考察

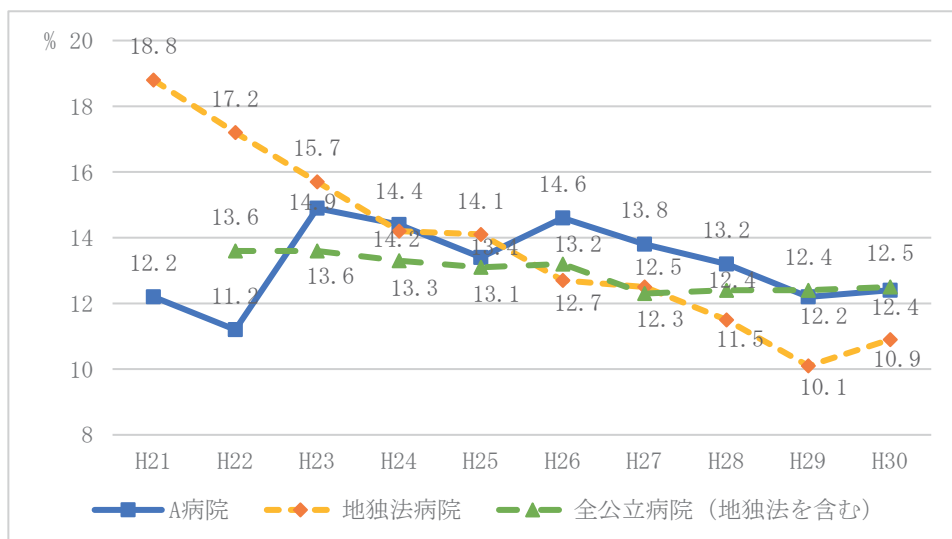
8-1 経営形態別の財務状況

地独法病院の経常収支の平均は高い傾向を示していたが、経年的に低下し、地方公営企業病院に比較して、同程度まで低下した。原因は、収入面の要因では、医業収益において改善が得られ、繰入金額の減少により、経常収支比率が低下したと考えられた。経営形態別に比較した繰入金の経常収益に対する割合を経年的に見ると、地独法病院における繰入金の低下割合が他の経営形態の平均より大きいことが示されていた(図23)。

平成29年に報告された「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書」で、地方独立行政法人の経常収支が低下傾向になっていた収入面での要因は、設立自治体からの運営繰入金の割合が減少したこととあり、他の経営形態と大きな差があると報告されていた¹⁹⁾。

A病院の職員給与費率は70%を超えていたが、平成27年から60%前後に低下して

いた。だが、地独法病院の平均 50%以下、公営企業病院の 55%前後と比較すると依然高い数値であり、是正の余地があると考えられた。平成 30 年に再び上昇していたのは、回復期リハビリテーション病棟の開設のために、その準備としてセラピストの雇用が前倒して行われた影響と考えられた。



(出典：総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書¹⁹⁾ 及び総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表 平成 23 年～平成 30 年¹⁶⁾ をもとに筆者作成)

図 23 経営形態別の繰入金対経常収益の推移

上記の結果から、地独法病院では医業収益が伸びているものの経常収支比率が漸減し、その理由として繰入金の低下の影響が大きいことが推定された。これらのことから病院の経営形態の見直しを行えば、直ちに経営状態が改善し維持できるものではないことは自明であり¹⁹⁾、独法化制度のメリットを利用し、如何にその後の経営を安定させるかという視点が必要と考えられた。

病院の経営形態を地独法化することのメリットは、運営費負担金を交付されることと、意思決定を迅速化し、人材の確保や弾力的な経営管理などの自律性が認められていることといえる。

8-2 地方独立行政法人運営の自律性

山之内らは、経営形態の見直しによる新たな組織の設立が目的ではなく、組織のパフォーマンスを向上させて組織のビジョン、使命を達成しいかに社会貢献をするかが

重要であると述べている。そして、事業が継続的に実施されるように経営の健全化を図っていくことの重要性とコントロールできない外部環境として、診療報酬改定と消費税増税をあげ、これらが自治体病院の経営に影響することを考慮すべきと指摘している²³⁾。

図 24 は A 病院の地独法移行後の活動を図式化したものである。地独法化初期にはそのメリットを生かしヒト、モノ、カネ、更に独法化によって芽生えた職員の意識改革を元手に、救急の受け入れ・入院・手術の増加など積極的な急性期医療の推進による収益の改善を得ることができた。

多くの地独法化病院でも同様に経営形態の変更初期には経営改善が見られていることは、運営費負担金と経営形態の変更によるメリットを生かしての改革が進められているためと考えられる。しかし、運営費負担金は漸減されることが多く、その後の運営・管理をいかに適切に行うかが問題となる。即ち、経営形態変更後に地独法病院の将来を予測した青写真を作成し運営する具体的なシステムを作ることが必要である。

A 病院では地独法化後に経営を管理する目的で経営戦略会議を置き、常に効率的な運営がなされているかという点と病院の将来性を考慮した戦略について議論してきた。前者に関しては、入院患者数や救急受入れ数、入院単価や稼働率などの経営指標をモニタリングし問題点を抽出し、その解決に努めてきた。後者に関しては、前者から得られたデータや近隣地域の医療ニーズ分析、また政策などの外部環境を考慮して公的医療機関としての方向性を決定していく作業を繰り返してきた。

経営形態の変更によりメリットがあることは、上述した通りであるが、そのメリットを生かしてマネジメントすることと、そのマネジメントが適切に実施されているかを監視し、随時修正できる体制づくり、すなわち、ガバナンスの適切さが極めて重要ということであろう。磯は、自治体病院の経営について、済生会病院、厚生連病院、赤十字病院などと比較した結果、赤字病院の割合が多いのは不採算部門を担っているからだけでなく、その病院運営に問題があると指摘している。その要因は「経営の効率化」のみに目が向けられ、マネジメントの点からの指摘や研究はなされているが、実際にはガバナンスにこそ問題点があるのではないかと述べている²⁴⁾。

病院経営のマネジメントとは、限られた経営資源をいかに有効に活用することができるかという行為であるが、ガバナンスは行為の主体が理事会や監査役などでありマネジメントする経営層はチェックを受ける側となる²⁴⁾。公立病院では以前からこのガバナンスの脆弱性が指摘されており、経営形態を地独法へ変更することはガバナンス構造が飛躍的に適正化すると述べてられてきた^{4), 25)}。

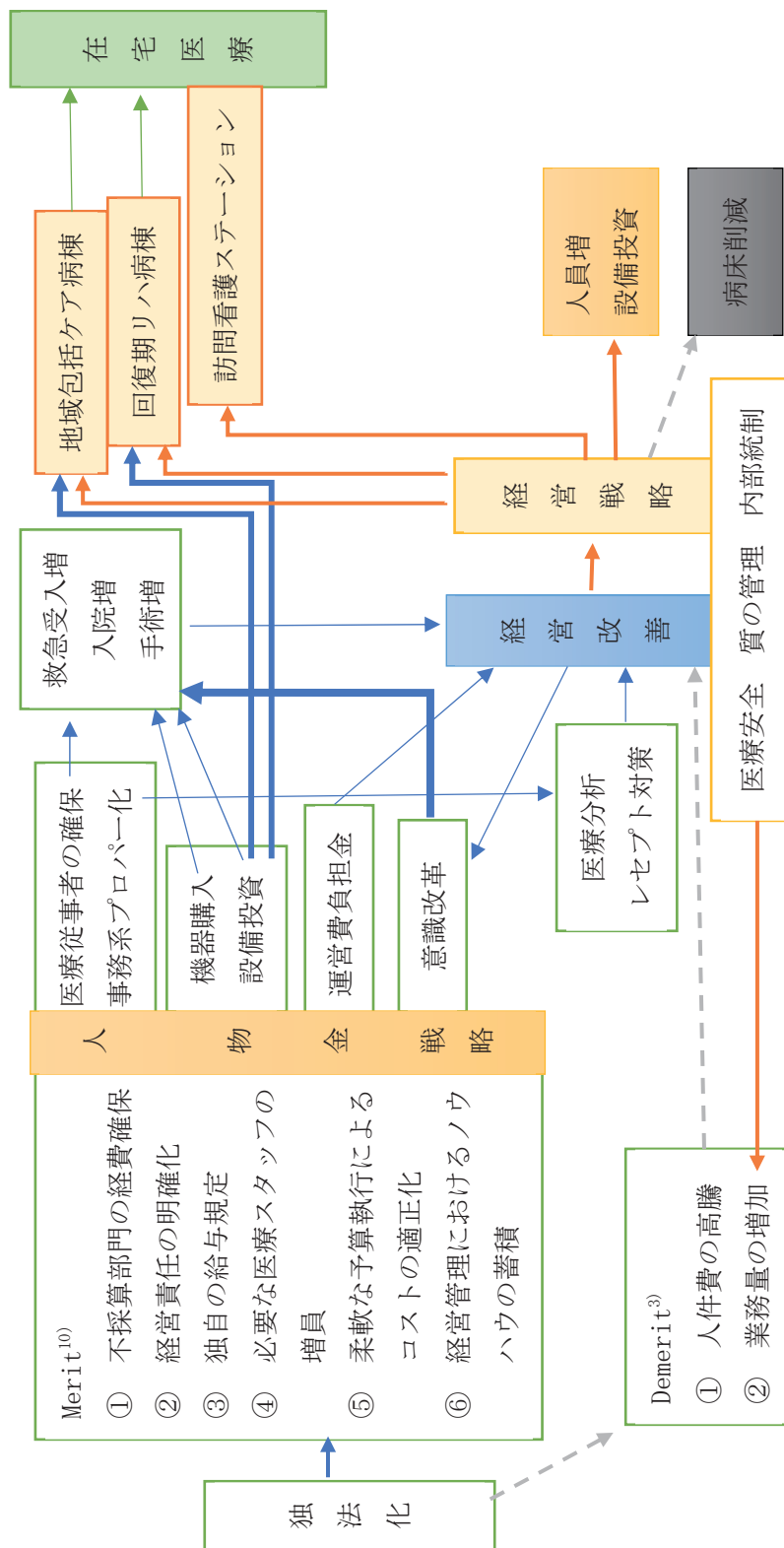


図 24 A 病院での独法化後の運営 (筆者作成)

A 病院においても、このガバナンス上の課題を解決することが求められているものと考えられる。

8-3 運営費負担金を巡る自治体との関係について

公営企業型地方独立行政法人では、事業からの自己収入が見込まれているために原則として独立採算制とされる。ただし、地方公営企業法第 17 条の 2 第 1 項で定められている内容と同様の規定が地方独立行政法人法（以下地独法）85 条 1 項で「1 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」及び「2 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難である認められる経費」は設立団体に負担すると規定された。即ち、一般的に利益の獲得を前提としない地独法病院では、運営費負担金により運営されることが想定されていた。

前田によると、地独法病院に対する繰入金額は 2013 年に 902 億円で病院数が増加したために 2017 年には 1,176 億円に増加していたが、1 病院あたりの平均額では 11.9 億円が 12.1 億円であり、大きな差はなかった²⁰⁾。しかし、図 23 で示したように負担金の割合が経年的に低下していたという矛盾がある。

地独法病院に対する運営費負担金は、その設立団体が国から受ける普通交付税と特別交付税から捻出されている。繰入金の法的根拠は、地独法第 85 条（財源措置の特例）や第 42 条（財源措置）などにより規定されていたが、実際はその基準が明確にはされておらず、自治体によりばらつきがあった。

各地域の事情を考慮すると基準の統一は困難であり、国からの指針も明確ではなく設立団体の財政状況や病院の経営状況によりその額が変動する。地独法化すると中期計画（3～5 年）毎に負担金が決定されて交付されるため地独法化の経過が長くなると負担金は次第に減額されるが、新たに地独法化が行われる病院が増えると地独法化病院の平均としての負担額には差異がなくなると思われる。

赤木は平成 30 年第 7 回全国地方独立行政法人病院協議会総会において、平成 29 年度の決算状況報告で対前年度に比較して医業収支比率が改善した病院は 55.2%であったのに対して、経常収支比率の改善は 48.3%に留まっていること、地独法化前と比較しても医業収支比率の改善が 74%であったにもかかわらず経常収支比率の改善が 53.8%であり乖離があることを指摘している。

これは、前述した経常収益に占める運営費負担金の割合が年々減少していることが影響していると推定され、地独法病院が公共性と企業性のバランスを保ちながら持続

して地域医療を提供できる体制を維持するためには、経常収支が黒字であっても運営負担金が減額されることのないように設立団体との協議を行うことが必要であると述べている³⁾。

病院の努力による黒字化の達成に対しては、運営費負担金の減額が続くと、次第に経営努力が決算に現れなくなり、職員のモチベーション低下につながるおそれがある。法的にも運営費負担金の繰り出し基準は設立団体である地方自治体側にあると考えられる。

石橋は、指定管理者制度を導入している病院を除いた自治体直営の 726 病院の重回帰分析を行い、経常損益の増減に影響する因子で最も有意差が認められたものは他会計繰入金と入院診療単価であるとし、自治体病院の経営に対する繰入金の役割は大きいことを指摘している²⁶⁾。一方、大島らは、他会計繰入金には病院経営上、収入源となるが、安定的な繰入が経常費用を増加させる負の側面も有すると指摘している²¹⁾。

南島は、公立病院の経営形態のバリエーションについて、図 25 のように「市場か行政か」の観点から検討している。公立病院改革ガイドラインで示されている公立病院が山間僻地・離島など民間医療機関の立地が困難な地域での一般医療の提供、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供を期待していることは、市場メカニズムによるサービス提供が困難な「市場の失敗」であるとする一方、この点にこそ、公立病院の存在意義があると述べている²¹⁾。

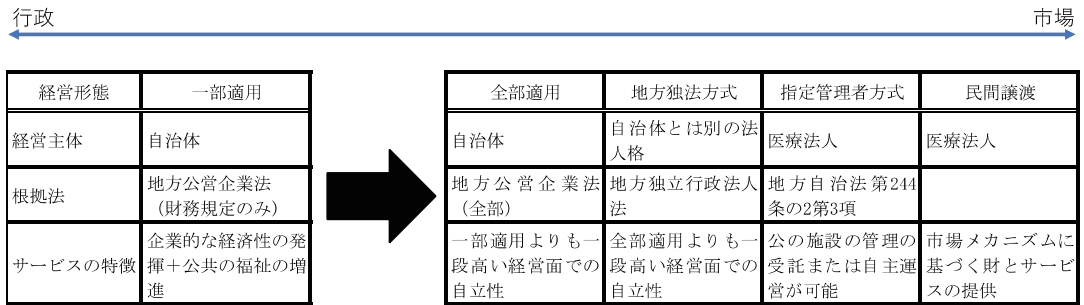
ただ問題であるのは、その効率性である。市場に委ねることのできない地域医療の提供を前提とした上で効率性を向上させることが必要だが、そのバランスは病院の経営形態により差異があり、他会計繰入金はその地域における行政と市場のバランスによって、加減されると推定される²¹⁾。A 市は平成 30 年度から中核都市になり子育て政策等で人口増加が続いている。その平成 30 年度の財政力指数¹⁾は、0.80 であり政令指定都市平均 0.86 よりは低いが、全国の平均 0.52、市町村平均 0.51、H 県平均 0.61 と比較すると高かった²⁸⁾。A 市における 1 期、2 期の運営費負担金の額は減少傾向にあるものの著しい低下ではなく、経常利益の増加による相対的な低下と考えられる。

伊関は、自治体病院が立地する地域では、医療費の地域差指数が低く、私的病院の割合が高くなることで医療費の支出が多くなることを示している。私的病院の独占による医療費の高騰を抑制するためには、一般会計から繰入金をできるだけ抑制しつつ医療費の少ない標準的な医療を提供することが重要であると指摘し、医療経済の側面か

¹⁾ 地方公共団体の財政力を示す指数：基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去 3 年間の平均値。財政力指数の高いほど普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、財源に余裕があるといえる

らの公立病院の存在意義を強調している^{29), 30)}。

立地する自治体の財務状況を勘案しつつ、A 病院がいかなる医療ニーズに対応すべきかを検討し、経常費用を過剰に増加させずに標準的な医療を提供することにより効率性の向上を図ることが求められている。



(出典：文献 21 より引用)

図 25 公立病院の経営形態のバリエーションと行政・市場の関係

8-4 地方独立行政法人における人件費に関わる課題

赤木の報告したアンケート集計結果からは、全法人の6割が地独法化によるデメリットを感じており、その業務量の増大が多くあげられていた³⁾。A 病院でも適切な管理には人員確保が必要で、職員の年齢構成が高いことと合わせると給与費の低下を阻害する原因となっている。

給与費については、堀は、自治体病院の給与体系では、医師以外の医療従事者の給与が高いことを指摘し、特に看護部門で自治体病院は、私的病院と比較して高く、この理由として、看護師の年齢が高く、また勤続年数が長いことをあげている³¹⁾。白木も病院経営の特殊性として、技術者集団である従業員は、資格保有者であり組織へのロイヤリティーが低く、流動性が高い傾向にあるため、リストラや急激な人件費の削減を行うことは極めて難しいと述べている³²⁾。

A 病院でも、いかに人件費を適正化するかが、今後の経営上の大きな課題となる。人件費の圧縮には、人員配置の見直しが必要であり、その基本的な視座としては、地域における医療需要を正確に把握することや、在院日数の短縮による病床利用率の低下を考慮した病床数の縮小などを検討すべきである。人員削減は、その結果として論じられなければならない。

それは、医療従事者の削減は、昨今の働き方改革の推進による医療従事者の確保と逆行する方針となり、離職率の上昇に繋がる懸念を払拭できないからである。最悪の場合、A病院が地独法に移行する以前の状況が再現される恐れもある。このため積極的な削減の方針を現時点では示すというよりは、将来的な課題として提言するにとどめる方がよいと考える。

むしろ、現在の職員に対して、ライフワークバランスを考慮した勤務形態の導入や人材育成を行うことで職員の技術やモチベーションの向上を図るべきと考える。

地独法化後の運営に関する問題点として、外川は、持続的に効率化を推進することの困難さ、効率化を考慮して地独法化病院を設立した自治体と地独法化病院との方向性の相違が生じたときの行政責任の曖昧さを指摘している³³⁾。

また、極めて高度な専門性を有する医師をその中核とする病院に対して地独法制度を適用したことによるエージェンシー・スラックの表出や上記の諸問題を析出できない現在の外部評価制度などの地独法病院に内在する諸問題を挙げている。山之内の指摘した外部環境などに依存せざるを得ない状況の中で、地独法化病院に対して効率性の追求のみに拍車がかかることは、地独法の将来として明るいものではないと述べている³³⁾。

齋藤は、地独法病院では運営費負担金の減額により、公的な医療提供が疎かになるおそれがあること、地独法化病院にとどまる事が困難であること、将来的に民営化の方向に向かう可能性のあることを指摘し⁷⁾、戦略的経営を実践し続けるためには、経営層が医療・経営・行政の3領域の知識と経験を備える必要があるとしている。このためこれらの知識と経験を備えた人材の確保の重要性を強調している²⁵⁾。

A病院は、経営層がチームとなり、戦略的経営を継続することで病院の黒字化を達成してきた。このことから、地方独立行政法人化による経営形態の変更を推進するだけでなく、効率よく病院を運営・維持できる「ガバナンス構造」の強化と共に、チームとして経営できる人材育成についても検討すべきである。医療従事者が経営に関する基礎的知識を身につけ、更にマネジメントが可能になる専門性の高い教育を体系的に受けることは、組織内に経営意識を浸透させて更なるガバナンス構造の強化に繋がると考える。

8-5 今後の経営方針

平成30年のH圏域の地域医療構想会議では、表7のように回復期病床機能が不足していると示された。また、A病院は急性期医療の提供のみならず、A病院では高齢者特

有の疾患を有する患者が繰り返し入院する傾向にある。このことは、高齢者のケアサイクルシステムを考慮した戦略³⁴⁾を検討する必要があることを示している。さらに、A 病院で大腿骨頸部骨折や脳梗塞患者の入院が多いことを考慮すると、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を運用して、在宅医療へ切れ目なく繋げていくことも考えられる。

表 7 病床機能報告数と地域医療構想推計表

	2016 (H28) 年度	2025 (H37) 年		差引
		医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	
病床機能	病床機能報告 (稼働病床)			正数：過剰 △：不足
高度急性期	422	548	730	△ 308
急性期	3,668	1,739	2,229	1,439
回復期	602	1,903	2,115	△ 1,513
慢性期	1,527	1,270	1,380	147
病床数小計	6,219	5,459	6,454	△ 235

(出典：平成 30 年 2 月兵庫県地域医療構想会議資料 4 より引用)

A 病院では、第 3 期中期計画を策定し、これまでの 2 期の経験と今後のこの地域の医療介護需要を考慮して、病院の行うべきミッションとして、「地域とともに歩み続ける市民のための病院」を掲げ、その実現にむけた具体的なビジョンとして、以下のように

- ① 高度な総合的医療の推進
- ② 地域密着型の切れ目のない病院診療の実現
- ③ 医療と経営の継続的な質の向上
- ④ 市と連携した政策医療の充実

を示した。

①と③は既述したように積極的な医療職の確保に努め、経営層による適切な管理を継続している。②は既に地域包括ケア病棟を運用し、平成 30 年からは総合病院併設型の訪問看護ステーションを、平成 31 年から回復期リハビリテーション病棟を開設した。④については、令和 2 年から COVID-19 感染症に対して A 市内での患者発生前から受け入れ病床を確保するために 1 病棟 (50 床) をすべて COVID-19 に対応できるように整備し、A 市内での患者発症後に直ちに受け入れを開始した。

これは運営面でのメリットである意思決定の迅速化を生かし人員の配置、簡易工事や物品購入などを行うことが可能であったためである。その後 A 市内で発症した COVID-19 の全ての患者と K 市の一部患者を受け入れ、公立病院として地域で担うべき

医療機能を提供することができている。

9. おわりに

本論文では、A 病院が地独法病院として適正に経営を行ってきたかを検証する過程において、経営形態の変更そのものよりも、適切な「ガバナンス構造」の構築が重要であることが示唆された。

また A 病院が地独法病院として存続し続けるためには、地域における自院の役割を明確にし、急性期だけでなく高齢者の慢性期疾患に対しても医療提供を継続しなければならないことが示された。

医師会・行政と連携した病院運営を継続し、「地域とともに歩み続ける市民のための病院」というミッションを実現することで、市民に満足してもらえる病院を目指していきたい。その時にはじめて A 病院の再建が成されたといえるのであろう。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授に丁寧なご指導を賜りましたことを感謝申し上げます。

また兵庫県立大学大学院経営研究科の医療マネジメントコース、介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援をいただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

引用文献（引用ホームページを含む）

- [1] 内閣府政策統括官(経済財政分析担当) (2016) 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 <https://www5.cao.go.jp/keizai3/2016/08seisakukadai10-0.pdf> (2020年6月14日アクセス)
- [2] 公立病院改革ガイドライン https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/071224_zenbun.pdf (2020年6月14日アクセス)
- [3] 赤木一成 (2018) 「地方独立行政法人後の現状について-自治体病院を変える-」『第7回全国地方独立行政法人病院協議会総会抄録』p14
- [4] 島崎謙治 (2009) 「公立病院のガバナンス構造と改革の本質」『地域政策研究』

- 47 卷 p9-16.
- [5] 新公立病院改革ガイドライン
https://www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf
(2020年6月14日アクセス)
 - [6] 縣公一郎 (2014) 「独立行政法人制度とその評価制度の展望」『会計検査研究』
49 卷、p5-10.
 - [7] 齋藤貴生 (2009) 「自治体病院の経営改革 (4) 一般地方独立行政法人と地方公
営企業法全部適用：その得失の評価と選別のあり方」『全自病協雑誌』48 卷 8
号、p57-74.
 - [8] 厚生労働省 医療施設動態調査 (平成 30 年 12 月末概数)
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m18/d1/is1812_01.pdf
(2020年6月14日アクセス)
 - [9] 萬代望 (2011) 「地方独立行政法人化にむけて経営上のポイントと今後のあり
方」『保健経営大学紀要』3 卷、p31-37.
 - [10] 原彰二郎 (2014) 「自治体病院経営の現状と課題」『経営戦略研究』8 号、p99-
116.
 - [11] 谷光透 (2018) 「地方独立行政法人岡山市立総合医療センターの病院経営分析-
地方独立行政法人への移行後 3 年分の時系列分析を通して-」『川崎医療福祉学
会誌』28 卷 1 号、p275-281.
 - [12] 明石市立市民病院の経営のあり方に関する答申 (2009)
[https://www.city.akashi.lg.jp/shimin_kenkou/iryoku_ka/shise/shingikai/i
chira/iryokakuho/documents/tousin20091120.pdf](https://www.city.akashi.lg.jp/shimin_kenkou/iryoku_ka/shise/shingikai/ichira/iryokakuho/documents/tousin20091120.pdf)
(2020年3月15日アクセス)
 - [13] 明石市立市民病院ホームページ [http://www.akashi-
shiminhosp.jp/pdf/liaa4.pdf](http://www.akashi-shiminhosp.jp/pdf/liaa4.pdf) (2020年3月15日アクセス)
 - [14] 総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表 平成 23 年～平成 30 年
[https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-
bunseki/index.html](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/index.html) (2020年6月14日アクセス)
 - [15] 中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (DPC
評価分科会))平成 24 年度第 5 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会議事
3. DPC 導入の影響評価に関する調査結果について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs91.html>

- (2020年6月14日アクセス)
- [16] 中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会))平成29年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告についてDPC導入の影響評価に関する調査
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00001.html
(2020年6月14日アクセス)
- [17] 国立社会保障・人口問題研究所 「日本の地域別将来推計人口 平成30(2018)年推計」<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp> (2020年6月14日アクセス)
- [18] JMAP 地域医療情報システム(日本医師会) 地域別統計 兵庫県
<http://jmap.jp/cities/detail/pref/28> (2020年3月14日アクセス)
- [19] 総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書(2017) https://www.soumu.go.jp/main_content/000532435.pdf
(2020年6月14日アクセス)
- [20] 前田由美子(2019)「公立・公的医療機関の現状と課題」『日医総研ワーキングペーパー』No.432、p1-57.
- [21] 南島和久(2012)「地方独立行政法人の制度と評価」『自治総研通巻』404号、p29-53.
- [22] あずさ監査法人(2016)『第2版 公立病院の経営改革 地方独立行政法人への対応』同文館出版
- [23] 山之内稔、石原俊彦(2013)「自治体病院における経営人材育成の意義と課題」『ビジネスアカウンティングレビュー』12号、p15-34.
- [24] 磯伸彦(2016)「わが国における公立病院のガバナンス-ガバナンス機能に注目して-」『経営情報イノベーション研究』5巻、p13-26.
- [25] 齋藤貴生(2012)「経営形態の比較と選択(2)」『自治体病院の経営改革-原則と実践-』九州大学出版会.
- [26] 石橋賢治(2016)「公立病院改革プランの経営の効率化に影響を与えた要因-自治体の直営病院に着目して-」『日本医療・病院管理学会誌』53巻1号、p8-18.
- [27] 大島誠、石田和之(2011)「自治体病院の経営に他会計繰入金や政策医療が与えた影響についてのパネルデータ分析」『徳島大学社会科学研究』24巻、p1-12.
- [28] 総務省 平成30年度地方公共団体の主要財政指標一覧

https://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/H30_chiho.html

(2020年6月14日アクセス)

- [29] 伊関友伸 (2019) 『人口減少・地域消滅時代の自治体病院経営改革』ぎょうせい
- [30] 伊関友伸 (2018) 「自治体立・公的病院の存在意義はどこにあるのか?」『全自病協雑誌』57巻11号、p48-51.
- [31] 堀真奈美 (2007) 「医療供給体制における自治体病院のあり方」『会計検査研究』36巻、p61-76.
- [32] 白木秀典 (2017) 「病院の経営管理指標の課題」『佐賀大学経済論集』49巻4号、p233-260.
- [33] 外川伸一 (2015) 「地方独立行政法人と地域医療：特定地方独立行政法人 山梨県立病院機構 を例として」『山梨学院大学法学論集』75号、p254-220.
- [34] 筒井孝子 (2020) 「病院・介護施設運営管理論」兵庫県立大学経営研究科 病院運営管理論 講義資料

参考文献

- [1] 喜田泰史 (2017) 「公立病院経営と政府部門の財政との関係性-枠組みと時系列データの整理-」『川崎医療福祉学会誌』27巻1号、p169-181.
- [2] 石川雅俊 (2019) 「主として急性期医療を提供する公立病院における、公立病院改革前後の医業収支の推移に関する病床規模別要因分析」『日本医療経営学会誌』13巻1号、p11-17.
- [3] 河合晋、岡崎一浩 (2017) 「自治体病院の経営状況と経営指標の妥当性」『愛知工業大学研究報告』52巻1号、p 14-19
- [4] 東山勝彦 (2013) 「病院の経営形態比較と医療機関のあるべき姿についての一考察」『商大ビジネスレビュー』3巻1号、p 389-408.
- [5] 柳至 (2012) 「自治体病院事業はどのようにして廃止されたか」『公共政策研究』12巻、p48-60.
- [6] 大谷泰史、福田治久 (2019) 「公立病院再編による経営改善効果に関する研究」『日本医療・病院管理学会誌』56巻1号、p17-27.
- [7] 竹中賢治 (2009) 「地方独立行政法人化の選択」『全自病協雑誌』48巻7号、p4-6.
- [8] 竹中賢治 (2013) 「地方独立行政法人の課題～第1期中期目標3年間を終えて

- ～』『全自病協雑誌』52巻9号、p4-6.
- [9] 竹中賢治 (2015) 「地方独立行政法人化による福岡市院病院の経営改革」『病院』74巻9号、p36-40.
- [10] 河合晋 (2017) 「会計基準の改正が自治体病院の財務諸表に及ぼした影響」『岡崎女子短期大学研究紀要』50巻、p11-20.
- [11] 横井由美子 (2014) 「自治体病院の経営改革と今後の課題-経営形態の見直しと地域医療連携の強化をめぐって-」『名古屋学院大学論集』50巻4号、p177-195.
- [12] 小林甲一、横井由美子 (2012) 「公立病院改革における経営形態の多様化と経営課題：地域医療の担い手をめぐって」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』49巻1号、p11-28.
- [13] 齋藤貴生 (2008) 「自治体病院の経営改革 (2) 地方公営企業全部適用による法的制約の緩和は部分的かつ僅か」『全自病協雑誌』47巻3号、p31-44.

参考ホームページ

- [1] 総務省 公立病院改革の取組について
https://www.soumu.go.jp/main_content/000640525.pdf
(2020年3月29日アクセス)
- [2] 山口県立病院改革プラン策定検討懇話会資料 (2011) p38-47.
<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cmsdata/3/9/4/394f25fb8935a1b8b23e3141f74df6a6.pdf> (2020年3月29日アクセス)
- [3] 総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会第6回資料1-(1) (2017) https://www.soumu.go.jp/main_content/000501352.pdf
(2020年3月29日アクセス)
- [4] 総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会第5回資料3 (2017) https://www.soumu.go.jp/main_content/000495947.pdf
(2020年3月14日アクセス)
- [5] 総務省 経営指標の概要 (病院事業)
https://www.soumu.go.jp/main_content/000583118.pdf
(2020年3月14日アクセス)
- [6] 内閣府政策統括官(経済財政分析担当) (2017) 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-政策課題分

- 析シリーズ 12 <https://www5.cao.go.jp/keizai3/2017/08seisakukadai12-0.pdf> (2020年3月14日アクセス)
- [7] 総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会第7回資料別紙2 https://www.soumu.go.jp/main_content/000511324.pdf
(2020年3月15日アクセス)
- [8] 内閣府 経済・財政一体改革推進委員会 経済財政諮問会議 評価・分析ワーキング・グループ第3回会議資料 資料3 公立病院経営に関する分析
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg5/290417/shiryou3.pdf>
(2020年3月15日アクセス)
- [9] 総務省 地方独立行政法人制度の改革に関する研究会報告書 (2015)
https://www.soumu.go.jp/main_content/000388522.pdf
(2020年4月5日アクセス)
- [10] 総務省 公立病院経営改革事例集平成28年3月
https://www.soumu.go.jp/main_content/000547215.pdf
(2020年3月29日アクセス)
- [11] 総務省 地方公営企業法の一般会計負担金と地方独立行政法人法の運営費負担金
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/kaikeiki_jun/pdf/080513_1_si3.pdf (2020年3月14日アクセス)