



政務活動報告書

令和3年11月18日

〔会派名： 自由クラブ 〕

代表者氏名	山下 登 	記録者氏名	山下 登 
活動者氏名	山下 登		
活動日	令和3年11月11日(木) 10:00～16:45		
活動先	京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町 676-13 メルパルク京都 4F		
活動目的	① 自治体病院経営最前線 2021-最新情報を伝授 ② あなたの地域の自治体病院の経営を診断する 2021年版		

講師

伊関友伸氏(城西大学経営学部教授)

東京都立大学法学部法律学科卒・東京大学大学院法学政治学研究科修了

1987年埼玉県庁に入庁し大和町企画財政課長(派遣)、県立病院課、精神保健総合医療センター等に勤務。

2004年に城西大学経営学部准教授に転じ現在に至る。

講演内容

① 自治体病院経営最前線 2021-最新情報を伝授

② あなたの地域の自治体病院の経営を診断する

- ・テーマは自治体病院の経営を良くするには何が必要で、またどのようにすれば自治体病院の経営がよくなるかであった。

そもそも自治体病院の設置された地域・立地・規模はさまざま自治体病院の多くは中小規模自治体に立地し全自治体病院の65.3%は人口10万人以下の自治体にあり30.2%は人口3万人未満の自治体に立地している。

所在市町村の人口	病院数	
合計	857	
23区及び指定都市	75	
30万人以上	64	
10万人～30万人未満	158	全体の65.3%
5万人～10万人未満	178	
3万人～5万人未満	123	
3万人未満	259	
		全公立病院の30.2%

21.03.17 病院改革セミナー総務省準公営企業室資料

また、へき地等を多く抱える都道府県ほど、全病床数に占める公立病院の病床数の割合が高い傾向にある。



全国の病院に占める公立病院の割合

	病院数	病床数
全体	8,273(100%)	1,522,377(100%)
公立	857(10.4%)	205,259(13.5%)
国立	322(3.9%)	126,006(8.3%)
公的	344(4.2%)	105,403(6.9%)
その他	6,750(81.5%)	1,085,709(71.3%)

・自治体病院の財務状況

全体の繰入金は約 8,200 億円、その一定額は地方交付税措置されている。また交通の条件の悪い町村、病床数の少ない病院を中心に医業収益は悪化の傾向にある。

2020 年度は新型コロナの患者受入補助金で経常収支は大幅に改善され、21 年度もコロナ補助金による収益改善傾向は続くと思われる。

赤字/黒字病院数の推移(建設中を除く)

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R02-R01 増減率
黒字病院	485	452	414	395	369	334	344	359	319	488	53.0%
赤字病院	423	445	478	486	517	539	523	507	538	365	▲32.2%
計	908	897	892	881	886	873	867	865	857	853	▲0.5%

・進む経営形態の変更

地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法全部適用、民間譲渡、診療所化など経営形態を変更する自治体が相次いでいる。

努力では無理と考えるが立地地域、規模に応じて財務の評価は異なり自治体病院の財務についてどのように考えるべきか。

都市部の自治体病院の評価軸は、国の地方交付税措置を前提に一定の繰入金の中で地域に必要な質の高い医療を提供している。が限度を超えた一般会計繰入額は病院の存続を脅かすものとなる。

他方、地方の自治体病院の評価軸は、国の地方交付税を前提に何よりも病院を存続させ一定の質の医療の提供で、医療提供の持続可能性が重要課題である。

・総務省の自治体病院政策(2回にわたりガイドラインの公表)

前ガイドラインのポイント

- ① 国の進める社会保障・税の一体改革に基づき都道府県が策定する地域医療構想のガイドラインを厚労省が検討していることを踏まえ、公立病院改革に地域医療ビジョンを踏まえた役割の明確化を盛り込む事を求めた。
- ② 病院の新設・建替えに対して現行では元利償還金の 30%を交付税で措置、再編・ネットワークには 40%に引上げ、それ以外の老朽化による建て替えは元利償還金の 25%に引き下げ。

新ガイドラインのポイント

- ① 公立病院の運営費に係る地方交付税措置(病床単価 H26 年度 707 千円)に関して算定基礎を従来の「許可病床数」から「稼働病床数」に見直し病床利用率の悪い自治体病院の普通交付税が減額される。

また普通交付税の算定基準が稼働病床になる代わりに不採算地区病院や小児周産期医療病床の特別交付税の単価を上げるなどメリハリのついた支援や、令和 2 年度からは不採算地区の中核的病院の特別交付税措置が創設された。

そして経営に関する指標としては経常収支比率と医業収支比率のみ設定すべきとされ、旧ガイドラインにおいて示すことが求められた「職員給与費対医業収支比率」「病床利用率」は削除となった。

収益の向上策として医薬品日、医療材料費の経費節減に加え医療の質の向上による収益確保が盛り込まれ指標とし DPC 機能評価計数など診療報酬に関する指標がしめされた。

• 自治体病院の地方交付税制度の理解

操出金への地方交付税措置→自治体病院は独立採算が原則だが、収入を以って充てることが適当でない経費と能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入を以って充てることが困難な経費は一般会計からの操出が認められており、一般会計からの操出金に対して地方交付税措置が認められている。

経常収支の黒字については、総務省は一般会計繰入金を入れた後の経常収支での黒字を重視し、必要ならば一般会計の繰入金を入れることは必要という立場だが、奨めているわけではない。

普通交付税

病床割として稼働病床 1 床当たり 73.5 万円(R2 年度)で稼働病床の数をあげることが必要で救急告示についても措置され病院事業債(企業債)の 25%(統合再編は 40%)が措置。

特別交付税

不採算地区病院・周産期・小児医療病床・感染症病床・小児救急医療提供病院・救命救急センターなどには特別交付税が措置される。

また特別交付税には実際に繰り入れが必要だが、総務省は基準を超えた繰り入れを問題視している一方、必要な繰り入れをしない過小繰り入れも問題としている。

• 不採算地区病院

第一種不採算地区病院は病床数が 150 床未満、直近の一般病院までの移動距離が 15 km 以上となる位置に所在している病院。第二種は病床数が 150 床未満、直近の国勢調査に基づき病院の半径 5 km 以内の人口が 3 万人未満である一般病院。(伊賀市は対象か?名張市は対象外か?不明)

不採算地区病院は原則許可病床 150 床未満、許可病床 150 床以上で病床利用率が 100 床レベルであれば許可病床 149 床以下に減らすことも検討すべき。

年々不採算地区の病院単価は上昇している。

21 年不採算地区特別交付税は大幅に増加している。

• 20 年中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設

不採算地区の財政措置の要件が 150 床未満であるため 150 床を超える病院は財政措置の対象にならなかった。僻地に立地し二次救急患者の受け入れや災害の拠点となる中核的な自治体病院は病床数が 150 床を超えることが多く不採算地区の財政措置の対象外となっていたが 20 年度から措置された。

公的病院、社会医療法人一助成に対する特別交付税措置は、不採算地区にある病院だけでなく、総務省は不採算地区に立地する医療法 31 条に規定されている公的病院や社会医療法人に対して自治体が時制した額に対して特別交付税措置をおこなっている。

- 不勉強な不採算地区対象自治体の存在

不採算地区への特別交付税等の財政措置を知らずに操出金の削減や無床化を行う自治体は多数ある。

果たして一般会計繰入金は悪なのか、自治体病院の支出の 6~7 割は人件費であり地域の重要な雇用先という面があり物品や食材の購入などで地域に落ちるお金を相当額に及ぶ。交付税+ α で病院運営出来るのなら問題はないが。どうすれば自治体病院の経営が良くなるのかが不明。

- 自治体の病院と本体の経営は異なる

自治体本体は、歳入歳出差引残額=歳入-歳出であり歳入を増やすのは難しく、歳出削減を目指すのが通常であり病院(企業)と自治体本体の違いは、病院(利益)=売上-支出であり簡単ではないが収入を増やすことは可能であり支出を減らすのは難しい。

自治体病院の収入を増やすには医業収益を増やす a.医師.看護師.医療技術職の雇用増 b.医療を高度化して単価を上げる c.病棟構成を見直す d.入院患者増 e.診療報酬加算を取得する f.入院期間の短縮 g.外来患者増などが主としてある。

しかし医業収益を 100 として、人件費は国立 52.4%自治体立 54.1%公的 51.1%医療法人 54.8%(名張は 70%超えている)が平均値。

- 収益改善は入院患者を増やすことが王道であり増加策としては、医療介護施設へのアプローチ、消防本部救急隊や地域住民などへのアプローチがポイント。

また退院の促進の必要性、DPC における標準入院期間は入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた三段階の定額報酬の設定であり入院期間Ⅱまでのうちに退院することを目指す。DPC 非導入でも病院、病棟の平均在院日数が長いと診療報酬は下がるため退院促進はどの病院でも必要。

- また入退院支援加算として、入院前から退院に備えた準備を行うことで加算を取得できるため、地域連携室のスタッフを配置することが必要となる。

- 医療機能向上による収益向上

今後の病院の収益改善のポイントは、研修機能を向上させて医師や看護師などの医療食を集める事、医療機能を向上させて加算を取ること、DPC 対象病院は調整計数Ⅰ・Ⅱをあげて収益を増加させることが重要。

- 診療報酬加算

病院の収益改善で最も重要と言えるのは診療報酬加算取得。病院は一定の要件を整えなければ診療報酬加算を取得できない。

診療報酬加算の取得は医療提供の質向上につながるが、職員が研修していないと加算がとれない。

- DPC 計数について

ほとんどの急性期病院の入院費は包括医療支払い制度(DPC)を採用している。

DPC 計数は病院を厚労省の目指す医療に誘導する意思をもって設定されている。

DPC 計数の内訳

1 基礎計数(医療機関群)	病院を 3つの病院群に分け計数を設定。大学病院Ⅰ・DPC 特定病院Ⅱ・DPC 標準病院Ⅲ
2 機能評価計数Ⅰ	医療機関の体制や設備など基本的な機能を評価するための計数
3 機能評価計数Ⅱ	診療の実績を 6つの基本的評価軸に分類して評価

- 支出の削減について

自治体病院の支出を減らすには、人件費を減らす。人材が重要な病院ではマイナス面は大きい。薬品費、診療材料費を減らす。多少の削減余地が外部コンサルに頼ると利益の中は少ない。委託料を減らす。人手不足で削減幅はあまりない。

- マネジメント力向上による収益改善

院長、管理者のリーダーシップ、いかに院長、管理者に人材を得るか。

事業管理者のあり方

現在地方公営企業法一部適用の病院にあっては、地方公営企業法全部適用への経営形態見直しにより、知見のある現在の院長を事業管理者とし若手の副院長を院長に登用することで早い時期から経営者としての人材育成を図る。

自治体病院事務職員の問題点

病院経営に求められる知識が不足している。

病院経営に求められるマインド(意識)が不足している。(病院に不向き、病院嫌い)

病院の仕事が合っても役所の人事ローテーションでは数年で異動してしまう。

事務職員の人事異動サイクルの見直しと、医療制度や病院経営に関する研修体制を構築する。病院経営が高度専門家している中において、医事業務などに関してすべてを外部委託するのではなく、中心となる人材に継続的に事務職員を配置し診療報酬やDPCなどの制度変更に的確に対応することが必要。

- 運営形態等の変更による経営改善

病院の運営形態変更による経営改善は地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化による病院マネジメント改善や病院の統合再編による規模拡大、病院の大幅な病床削減による病棟構成見直しによる単価向上。

病院機能の再編としては医療の高度・専門化に対応し医師が集まる医療機関にするには病院機能の再編を行い、医師を中核的な病院に集める必要がある。

医師が中核病院に集まることで一人あたりの負担も軽減され、専門医資格がとれる医療機関にすることが可能。

- 国の財政的支援

公立病院の再編、ネットワーク化に係る施設等の整備に病院事業債(特別分)による元利償還金の40%の交付税措置や「地域医療介護総合確保基金」の支援(病床機能再編支援事業)がある。

- 病院の再編統合のポイント

病院の統合再編のポイントは、現在働いている医師が残り勤務できるか。

無理に統合再編する場合、医師が大量退職するリスクがある。

1+1=2ではなく、0.8になる可能性もある。

無理な統合は避ける。地域医療を崩壊させる。

周辺病院への影響は少なからずある。

- 経営形態の変更

自治体病院が地方独立行政法人を目指す大きな要因としては、職員雇用の弾力化を目指すため職員定数の制約は経営を悪化させる要因となる。

現在の医療は人を雇用することで加算を取り、収益を向上させる方向にある。

職員定数の制約は病院経営にとってはマイナスでしかない。

公立 D 病院と民間急性期 E 病院との職員数比較

	公立 D 病院	民間 E 病院
病床数	430	471
職員数	625	1434
常勤医師	81	133
研修医	19	-
歯科医師	0	4
看護師	315	519
助産師	15	27
准看護師	17	41
薬剤師	18	19
理学療法士	4	59
作業療法士	0	34
言語聴覚士	0	15
診療放射線技師	18	29
臨床検査技師	29	51
臨床工学技士	2	23
視能訓練士	2	1
保健師	0	10
社会福祉士	0	5
介護福祉士	0	20
管理栄養士	4	7
歯科衛生士	0	4
医療心理士	0	4

伊関友伸講師作成資料 2008 年 4 月

おわりに

研修を終え・・・

地方の病院経営の悪化は、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報告」などより医業収支が悪化している病院があると指摘しているが、経営形態の見直しをすれば直ちに経営状態が改善するもではないと様々な資料から読み取れる。経営形態の見直しについては、それ自体が目的ではなく、その先に何を指すのか、それは現在の形態でも達成できないのかどうかといったことも含め考えなければならない。

講師への質問は、現状の市民病院の決算より市債についてと欠損金について問いアドバイスをいただいたが、財務諸表を読み取り経営判断が出来るという専門家も不在のなか、伊関講師におかれても難しいとの言質もあり、病院経営については大変難しい課題であることをあらためて認識した。

以上