

令和6年度  
公立病院の経営に関する調査  
結果報告書

令和7年3月  
全国衛生部長会 調査研究部会



## 目 次

I 研究の概要	1
1 研究のねらい	3
2 謝辞	3
3 調査の概要	3
II 考察 及び まとめ	5
1 考察	7
(1) 経営悪化の原因について	7
(2) 必要となる支援	7
(3) 今後の課題	8
2 まとめ	9
III 自治体調査結果	11
1 自治体編 調査票	13
2 調査対象となる病院数（問2）	15
3 対象病院の基本属性等（問3）	17
(1) 開設者	17
(2) 運営主体	18
(3) 医療行政担当部局としての支援	19
(4) 医療過疎地域か	21
(5) 競合病院の有無	22
(5) 医療過疎と競合病院のクロス集計	23
4 病院経営や管理に関する学術団体への要望（問4）	25
IV 病院調査結果	27
1 病院編 調査票	29
2 病院の財政状況（問3）	31
(1) 税引前利益	31
(2) KPC分析	32
3 病院が担当している政策医療の分野（問4）	38
4 病院経営に関する意見（問5）	41
(1) 経営悪化の原因について	41
(2) 医師確保について	44

(3) 看護師等の確保について .....	48
(4) 希望する支援等の内容（対自治体） .....	50
(5) 希望する支援等の内容（対国） .....	52
資料1 KPC 分析プロットの結果 .....	56
資料2 病院規模別 KPC 分析 .....	66
資料3 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要 .....	67
付録 病院の経営持続性を診る .....	69
調査研究部会名簿 .....	72



# I 研究の概要



## 1 研究のねらい

---

昨今、医療機関の経営が医師不足や物価高騰等の影響を受け悪化していることが問題となっており、多くの公立病院においても経営問題が取り沙汰されている。本来、公立病院の役割は、政策医療（不採算ではあるが地域で必要とされている医療）を提供するなど、地域医療に係る「リスク・テイク」を引き受けることであり、これにより周辺地域内の民間医療機関等が対応できない医療提供が可能となる、あるいは、民間医療機関等の経営が安定化し地域の医療提供体制も安定化するといった効果が期待され、この機能に見合う一定の財政的支援等を自治体から受けている。

公立病院の経営悪化の原因としては、医療機関全般に共通するものもあれば、公立病院であることに起因する要因、個別の医療機関に固有の要因などが考えられるが、いずれにせよその経営を安定化させるために自治体の財政的負担が増加することで、医療・介護・福祉といった衛生主管部局の所管する行政施策等の自由度が縮小する、あるいは失われてしまうことが懸念されている。

このため、全国衛生部長会として会員自治体（都道府県及び政令指定都市）が設置した公立病院の経営状態を把握するとともに、経営悪化の原因やその改善に向けた取り組みの状況等を調査・分析することで、公立病院の経営改善のための糸口を探ることとしたものである。

## 2 謝 辞

---

本研究に対し、公立病院に係る公表データの提供をいただいた全国自治体病院協議会、KPC 分析に関しご指導並びにご助言をいただいた一般財団法人社会福祉・医療事業の経営研究会代表理事の西田在賢先生、および、調査・分析作業に協力をいただいた静岡市保健福祉長寿局保健衛生医療課の職員の皆様に対しこの場をお借りして感謝を申し上げます。

## 3 調査の概要

---

調査期間	令和6年11月29日（金）～令和6年12月31日（火） ※調査期間後も可能限り回収数に含めた
調査方法	メール配信・メール回収 ※自治体に自治体調査・病院調査の2種類を送信し、病院調査については、自治体から対象病院に回答を依頼した
対象及び対象数	自治体調査：47 都道府県と政令指定都市 20 市 合計 67 病院調査：47 都道府県と政令指定都市 20 市の自治体立及び医療法第 31 条に規定される開設者の病院合計 279 病院
有効回収数及び有効回収率	自治体調査：有効回収数 67 有効回収率 100.0% 病院調査：有効回収数 223 有効回収率 79.9%





## II 考察 及び まとめ



# 1 考 察

---

公立病院の経営悪化の原因については、医療機関全般の経営悪化要因に加え、公立病院であることに起因する要因、個別病院固有の要因といった複合的要因が考えられた。経営改善に向けた各種対策が講じられているが、特にコロナ禍以降は物価高騰等の新たな要因により経営が一層悪化し、経営安定化のために公的資金による支援への依存度が高まっている。

## (1) 経営悪化の原因について

公立病院の経営は、以下に示すような要因が複合的に影響し悪化していると考えられる。

- ① 医療機関全般の経営悪化要因
  - ・ 急激な物価高騰
  - ・ 診療報酬改定
  - ・ コロナ禍における患者の受療行動の変化
  - ・ 医療職の疲弊とそれによる退職の増加
  - ・ 患者や家族の意識の変化
  - ・ 大学病院の経営悪化等による医師派遣の打ち切り
- ② 公立病院固有の要因
  - ・ 人事院勧告に準じた人件費の引き上げ
  - ・ 不採算部門の事業継続
  - ・ 条例等による人材採用に関する制約
  - ・ 政策医療に係る補助金の不足
  - ・ 人事異動により病院経営に精通した人材が育たない
  - ・ 医療 DX への対応に対する支援が不十分
- ③ 個別病院の事情に起因する要因
  - ・ へき地や離島といった不利な立地条件
  - ・ 周辺地域の急激な人口減少による医療需要の減少
  - ・ 増改築の影響
  - ・ 競合病院の台頭といった地域の医療事情の変化

これらの多くは以前から指摘されていたものではあるが、急激な物価高騰や人口減少、コロナ禍の影響のように最近指摘され始めた新たな要因により公立病院の経営環境が厳しさを増し、余力が失われている状況において病院や自治体の努力だけでは対応が困難となり、経営悪化問題がより顕在化したものと考えられる。

なお、調査対象時点では「医師の働き方改革」の影響は少ないが、今後の影響を懸念する意見が複数あった。

## (2) 公立病院への支援について

公立病院が国や自治体に求めている具体的な支援は以下の通りであった。

- ① 急激な物価高騰等の医療・経済状況の変化に対応した診療報酬による適宜適切な対応(対国)
- ② 物価高騰や診療報酬改定で賄いきれない分野等への財政的支援
- ③ 医師等の人材確保や働き方改革への対応の支援
- ④ 経営問題に対応できる院内体制構築への支援
- ⑤ 施設・設備の老朽化等への支援
- ⑥ 公立病院の経営問題にリーダーシップを発揮する(対自治体)

### ⑦ 公立病院に何を求めているのかを含め、在るべき病院像を示す（対自治体）

これに対しては、自治体側も（その効果が十分であるか否かはともかく）取り組んでいるとの回答であったが、必要な支援を行うためには国からの交付金、補助金等による支援や診療報酬による適宜適切な対応を求めるべきなどの意見があった。

さらに④に関連し、調査対象とした67自治体のうち30自治体から、病院経営に関し経営分析や専門的知識を有する人材派遣等の支援を関連学術団体に希望するとの回答があり、希望する自治体が支援を受けられるよう関連学術団体への働きかけも考慮すべきと考えられる。

また⑦に関連し、政策医療を公立病院が担う根拠となる医療計画において、病院が担当していると自己申告している領域と医療計画に記載されている内容とが必ずしもリンクしていない。このことは、地域において公立病院に公的資金を投入する必要性についての整理が不十分であり対外的に説明しきれていないことが懸念される。特に、今回の調査では医療行政担当部局と病院経営担当部局との回答を区別せず求めたことも理由として考えられるが、両部局間の日常的な情報共有や調整が十分になされていない可能性もある。

以上を踏まえ、当調査研究部会としては、全国衛生部長会として国及び会員自治体に対して下記の対応を取るよう要請することを提案する。

- ① 国に対し、公立病院による政策医療が継続的に提供可能となるよう、
  - ・診療報酬による手当てが適宜適切になされること
  - ・自治体に対し必要な財政的支援を行うこと
  - ・医師・看護師等の人材確保に必要な施策の強化・充実を要望する。
- ② 病院経営担当部局と医療行政担当部局間の連携の下、地域において担うべき政策医療の内容を病院に対し明示的に示すとともに医療計画に確実に記載する。
- ③ 公立病院に対し、②で示した政策医療を医療計画に沿って継続的に提供できるよう、必要となる支援を行う。一方、その他の一般医療については病院に対し経営努力を求める。
- ④ 病院経営に関する院内体制の構築を支援する。
- ⑤ 病院経営に関連する学術団体に自治体から支援要望があることを伝える。

なお、人口減少等による医療需要の変化については、2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定が各地域で予定されていることから、その内容を踏まえた公立病院の在り方を検討する必要がある。

### （3）今回の調査に係る課題等

今回の調査では各病院の置かれている諸条件（個別事情等）を踏まえた経営分析について十分に踏み込めなかったことから、収集されたデータについて追加的に分析を継続することが望ましい。特に小児専門医療等の特殊な領域を担う公立病院に関する考察も不十分である。

また、アンケートの回答率を上げるため締め切りを延長するなどした結果、時間的制約等によりデータ・クリーニングが十分でなかったことから集計等において欠損値が発生するなどしており、一部結果の解釈等に留意する必要がある。

なお、今回は公立病院として都道府県及び政令指定都市が設置した病院を調査対象としたが、より小規模で経営上の課題を抱えていると考えられる市町村立の病院を調査対象とすること

も検討する必要がある。

自由意見として病院サイドからの意見や要望等について回答をまとめ、多くの病院から率直な「声」を聴くことができたのではないかと考えているが、一方で、自治体サイドからは、これらの要望等が必ずしも適切なものばかりではないと公立病院からの意見等に対する反論や要望もあるのではと考えられる。「儲からないけれども地域で取り組むべき医療」があるように「相手の耳には痛いけれど言わねばならない意見」というものもあることから、自治体からの公立病院に対する意見や要望等について調査することも今後の課題としておきたい。

## 2 まとめ

---

公立病院の経営に関しては、病院全般の経営悪化要因に加え、政策医療等の不採算部門を抱えていることや職員が公務員としての性格を有すること等が固有の要因として以前から指摘されている。これらに対しては個別公立病院における工夫や対策、自治体や国からの各種支援等がなされてはいるが、これらの経営努力を上回る昨今のコロナ禍の後遺症ともいえる患者の受療行動の変化や診療報酬改定が対応できない急激な物価高騰などの影響により経営悪化問題がコロナ禍以前を上回って顕在化したものと考えられる。

全国衛生部長会および会員自治体におかれては提言した内容を踏まえた対応を望みたい。





### III 自治体調査結果



# 1 自治体編 調査票

全国衛生部長会 調査研究部会  
**【自治体編】 公立病院の経営に関する調査**

●回答の締切は  
**令和6年12月31日(火)です**

●回答エクセルファイルの送付先  
**publichospital@comon.jp**

●回答方法とセル色の説明

	単数回答、選択肢番号を直接記載あるいはプルダウン
	複数回答、あてはまる選択肢番号を記載
	数字を記載
	文字を記載、記載内容のすべてがセル内に表示されなくても、記載内容は保存されています

↓ここから質問が始まります。

**問1 本件に関し照会先となる職員を記載してください。**  
 ※ 必ずしも、全ての質問への照会に対応しただけなくても、回答可能な方へつないでいただける方を1名記載ください。

自治体名	
氏名	
部局	
役職	
電話番号	
メールアドレス	

**問2 貴自治体における調査対象となる病院の数をお尋ねします。【令和6年4月時点】**  
 ※ 都道府県は、県立病院をカウント・回答してください。  
 ※ 市町村は、市立・町立・村立病院をカウント・回答してください。  
 ※ 複数の自治体が共同で設置している病院(組合立等)については、代表となる市町村が代表してご記入ください。  
 ※ 無い場合は、「0」を入力してください。

①自治体立及び医療法第31条に規定される開設者の病院数		病院
②そのうち、経営上の問題を抱えている病院の数		病院

1

**問3 問2の①で回答した 0 病院について、個々の対象病院について差し支えない範囲でお答えください。**  
 ※ その他の選択肢を選んだ場合、黄色のセルに具体的内容を記載してください

No	①病院		②開設者		③運営主体		④医療行政担当部局としての支援		⑤医療過疎地域か	⑥競合病院の有無
	病院名	医療機関コード番号(10桁)	1.知事 2.市長 3.町長 4.村長 5.その他 →右の黄色に具体的内容を記載 ※1つを選択	1.直轄 2.地方独立行政法人 3.指定管理者 4.その他 →右の黄色に具体的内容を記載 ※1つを選択	1.財政的支援 2.地域枠・修学資金を受けた医師の派遣 3.大学医学部等への働きかけ 4.当該病院に係るいわゆる「あり方検討会」などへの検討委員派遣 5.その他 →右の黄色に具体的内容を記載 ※複数回答可 選択肢2と3の場合は 2、3 2、3 のように記載	1.はい 2.いいえ ※1つを選択	1.有 2.無 ※1つを選択			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

2

問4 病院経営や管理に関する学術団体への要望をお教えください。

※ あてはまるものすべてに○

- 1. 個別病院の経営分析
- 2. 個別病院への人材派遣
- 3. いわゆる「あり方検討会」への委員推薦
- 4. その他 その他の選択肢を選んだ場合、下記の黄色のセルに具体的内容を記載してください

- 5. 要望はない

これで調査は終了です。  
ファイル名を下記のとおり書き換えていただき、ファイルを下記メールアドレス宛にお送りください。

ファイル名 j\*\*\*\*\* (\*部分は全国地方公共団体コード)

回答エクセルファイルの送付先 [publichospital@comon.jp](mailto:publichospital@comon.jp)

～ご協力いただき、ありがとうございました～

## 2 調査対象となる病院数（問2）

問2 貴自治体における調査対象となる病院の数をお尋ねします。【令和6年4月時点】

- ① 自治体立及び医療法第31条に規定される開設者の病院数
- ② そのうち、経営上の問題を抱えている病院の数

今回の調査対象となる公立病院279病院のうち、経営上の問題を抱えていると設置自治体が認識している数は196病院（70.3%）であった。

67自治体における、調査対象となる病院数の合計は279病院である。そのうち、経営上の問題を抱えている病院数は196病院（70.3%）となっている。

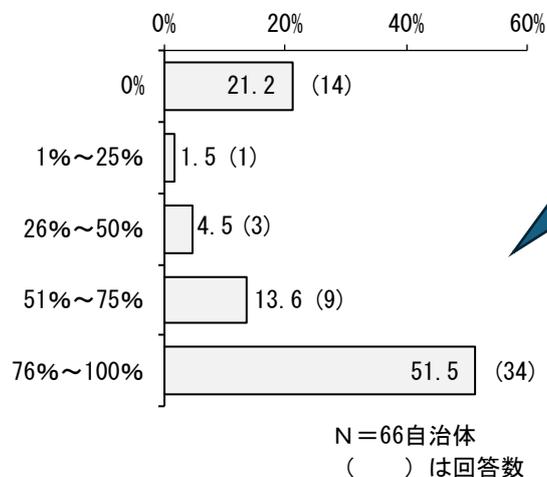
図表1 調査対象となる病院数

	合計	割合
自治体立及び医療法第31条に規定される開設者の病院数	279	100.0%
そのうち、経営上の問題を抱えている病院数	196	70.3%

自治体ごとに対象となる公立病院に占める経営上の課題を有する病院の割合をみると、もっとも多いのが34自治体※で約3/4を超える76%以上の公立病院が経営上の問題を抱えている。逆に、14自治体では設置した病院で経営上の問題を抱えていない、18自治体で半数以下という結果が得られた。

※ 本調査においては個別の自治体名や病院名等を公表することは了解を得られていない。以下同じ。

図表2 経営上の問題を抱えている病院の割合



自治体ごとに、対象となる病院数のうち経営上の問題を抱えている病院数の割合を算出した。

〔N=66 自治体〕について  
相模原市は対象病院が「0」のため、集計のNは 66 自治体である

※ なお、公立病院を設置していない相模原市については、本分析からは除外してある。

今回の調査では経営悪化の視点から各種の分析等を試みたが、一方で、経営問題を抱えていない公立病院を好事例として経営が安定している要因や経営改善に向けた取り組み、自治体の関与等について調査し他の病院の経営改善方策等の参考にできるのではと本調査研究部会での検討において指摘があったことから、今後の課題としたい。

### 3 対象病院の基本属性等（問3）

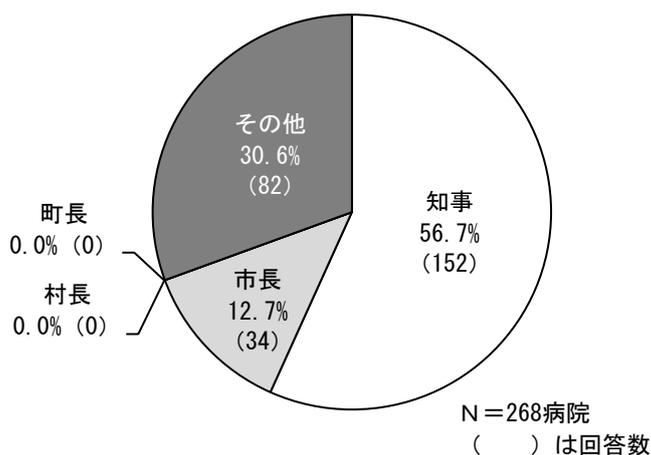
問3 問2の①で回答した病院について、個々の対象病院について差し支えない範囲でお答えください。

- ① 開設者
- ② 運営主体
- ③ 医療行政担当部局としての支援
- ④ 医療過疎地域か
- ⑤ 競合病院の有無

#### (1) 開設者

管内の公立病院について回答のあった解説者を示す。

図表 3 開設者



〔N = 268 病院〕について

問2①の対象病院の足し上げ数は 279 病院である

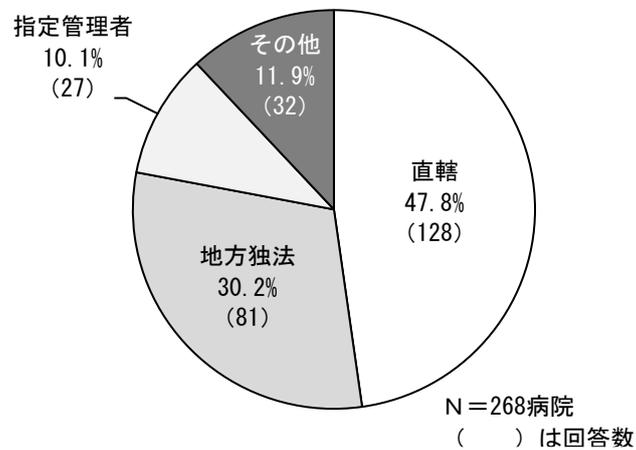
そのうち、個々の病院について問3で回答があったのは 268 病院である

問3の回答率は、 $268 \text{ 病院} \div 279 \text{ 病院} \times 100 = 96.1\%$ である

## (2) 運営主体

運営主体が設置自治体の直轄であるものは 128 病院 (47.8%) であり、過半数の公立病院は地方独法、指定管理者等により運営されている。

図表 4 運営主体

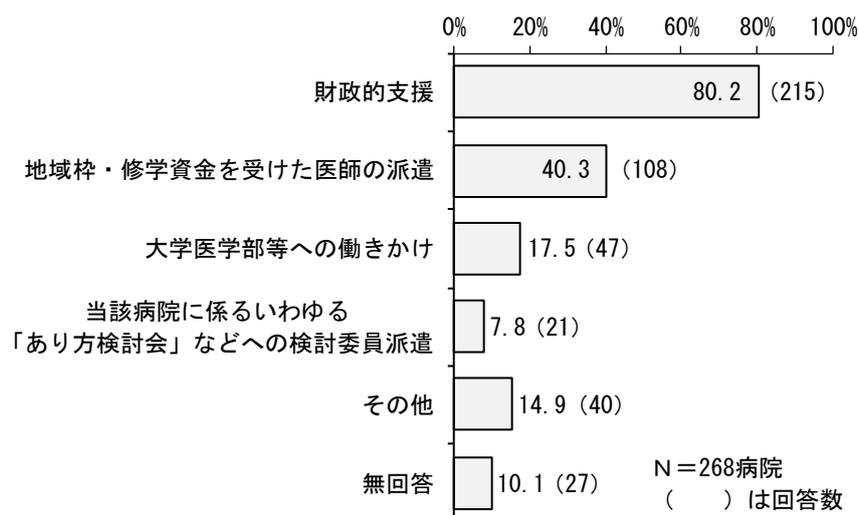


### (3) 医療行政担当部局としての支援

自治体が行った公立病院への支援の状況を示す。なお、回答は医療行政担当部局と病院経営担当部局の別には求めているので、いずれの部局においてなされたものかの区別はしていない。

- ① 215 病院 (80.2%) が自治体からの財政的支援を受けている。逆に考えると、約 2 割の病院は財政的支援を受けていない。施設や設備の整備についての支援も広い意味での財政的支援として考えられる。
- ② 医師確保に関しては地域枠や就学資金を受けた医師の派遣が 108 病院 (40.3%)、自治体から大学医学部等への働きかけている病院が 47 病院 (17.5%) あった。この他には自治医科大学卒業医師の派遣、管内公立病院間での派遣調整等の支援があった。なお、一部に地域枠医師について「制度上は可能だが行っていない」という記載があった。
- ③ 病院の経営改善に係る有識者等の人材派遣については、病院に係る「あり方検討会」などへの委員派遣が 21 病院 (17.5%) あり、その他は自治体職員 (事務職) や委託したコンサルを派遣しているという回答があった。また、直接的な人材派遣ではなく病院職員に対する経営に関するセミナー等の研修により、職員の病院経営一方、病院側から自治体への支援要望の内容については病院調査自由意見④にまとめてあるが、赤字経営の公立病院が存在しているという事実からは、その支援が十分か不十分かという論点はあるものの、概ね自治体を実施している支援と病院側が要望している支援に関する資質向上を図る取り組みもあった。
- ④ との内容自体には大きな乖離は無いものと考えられた。また、具体的な支援策ではないが、経営改善に係る自治体のリーダーシップや自治体側が期待している病院像の提示を求めるといった意見があった。

図表 5-1 医療行政担当部局としての支援(複数回答)



#### ■その他

- 自治医科大学卒業医師の派遣
- 各種調整 (県立病院のあり方の検討含む)
- 経営会議に本局職員が参加、経営力強化セミナー等の研修開催、広報強化の取組等、

### 経営底上げのための支援

- 地方独立行政法人法の規定による指示、評価等
- 事務職員の派遣
- 県がコンサルに委託し経営状況分析及び改善業務を実施
- 2については制度上可能であるが、事例は無し
- 医療機器の購入、施設の修繕
- 物価高騰対策補助金等
- 輪番病院負担金を支出

参考までに財政的支援に関し、2023 年度における病院の病床規模別に一床当り公的資金の投入による支援額の平均値（億円）を示す。なお、地方公営企業法に定められた負担金（第 17 条の 2）と補助金（第 17 条の 3）との切り分けについては必ずしも自治体ごとの統一的な運用がなされていない可能性が高いことから、一般財源からの支援額として両者を合計し一括して取り扱うこととした（以下、同じ）。

図表 5-2 病床規模別一病床当り支援額(億円)

病床規模		病院数	一病床当り支援額
20 - 99	小規模	24	0.05233
100 - 299	中規模Ⅰ	75	0.04752
300 - 499	中規模Ⅱ	64	0.04591
500以上	大規模	53	0.04015

(億円)

### 【参考】 地方公営企業法（抜粋）

#### （経費の負担の原則）

**第十七条の二** 次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費
- 二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費

**2** 地方公営企業の特別会計においては、その経費は、前項の規定により地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において負担するものを除き、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てなければならない。

#### （補助）

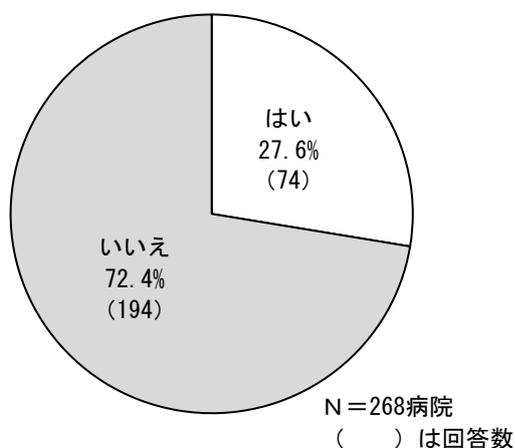
**第十七条の三** 地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助をすることができる。

#### (4) 医療過疎地域か

調査対象となる病院周辺の医療提供体制に係る環境については、公金を投入してもなお当該病院を存続させるだけの存在意義を有するか否かを判断する上で重要な視点の一つとなる。医療提供体制については基本的に二次医療圏を単位として整備が行われるが、同一二次医療圏域内においても医療提供体制に濃淡があり、一概に調査対象となる病院の存在する二次医療圏域の評価のみをもって機械的に医療過疎の状況を判断することは適当ではない。

そのため、公立病院を設置する自治体の評価を個別の調査対象となる病院単位で回答を求めたものである。約 1/4 に相当する病院は医療過疎地域に立地していた。残り約 3/4 の病院は医療過疎地域ではない立地であった。

図表 6 医療過疎地域か



## (5) 競合病院の有無

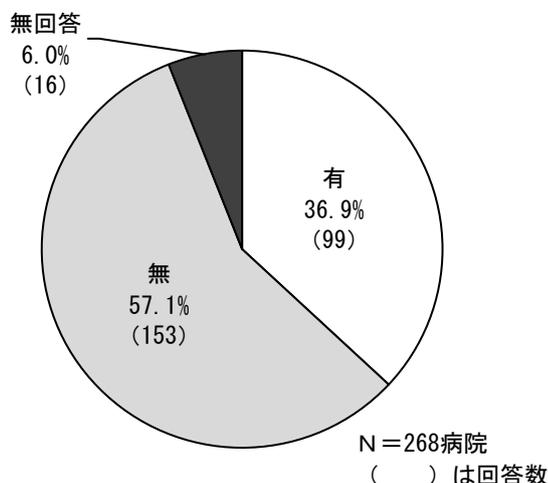
公的資金を投入してもなお当該公立病院を存続させるだけの存在意義を有するか否かを検討する一つの視点として、当該病院の診療機能を代替できる他の医療機関、すなわち競合病院の存在の有無が考えられる。ただし、病院間の競合関係については患者や住民の分布や疾病構造、交通手段、他の保健福祉サービスの提供状況等といった地域内の医療提供に係る複雑な要因とも関連するため、競合病院の存在をもって直ちに公立病院の存在意義が失われるという短絡的な結論とすることは適切ではない。

一方、次期地域医療構想の策定に当たっては、「2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)」という基本的考え方<sup>3)</sup>が国から示されていることから(資料3)、地域包括ケアシステムの整備や人口減少等の医療環境の変化を念頭に置きつつ、圏域内の病床数等の医療提供の必要量を見積もるとともに、圏域内の各医療機関の有する機能に着目し、競合する医療機関間の調整等を一層求められることが予想される。

競合病院の有無をいかに判定すべきかについては、本調査研究部会においても議論となったが、医療計画を立案する自治体の部局が圏域内の医療提供体制を俯瞰する観点から病院間の競合関係を理解していないとは考えられないことから、自治体の判断に任せ回答を求めるとしたものである。

なお16の病院(6.0%)については回答がなかったがいずれも同じ自治体の設置した病院であり無回答の理由については不明である。

図表 7 競合病院の有無



## (6) 医療過疎と競合病院のクロス集計

医療過疎地域であるか否かと競合病院の有無についてクロス集計を行った。医療過疎地域か否か、競合医療機関の有無で公立病院の存在意義についての評価は異なると考えられる。もちろん、地域の医療事情は様々な要因が関係しているため、この2つの要因のみで単純に病院の存在意義等の評価を行うことは適当ではないが、今回の調査では公立病院の類型化の試みとして以下の4群に分類して病院規模と公的資金の投入の状況を比較した。

なお本分析結果に関しては、アンケート集計時点での欠損値のため一部の集計結果で合計数が一致しないものがある。

### 医療過疎・競合病院の視点からの公立病院の類型化

- 1群：過疎地で競合病院有り
- 2群：過疎地で競合病院無し
- 3群：非過疎地で競合病院有り
- 4群：非過疎地で競合病院無し

図表 8-1 類型群における規模別病院数と割合

	1群	2群	3群	4群	小計
100床未満	1	18	4	4	27
300床未満	4	17	21	31	73
500床未満	6	12	19	20	57
500床以上	0	0	31	17	48
小計	11	47	75	72	205

	1群	2群	3群	4群	
100床未満	9.1%	38.3%	5.3%	5.6%	13.2%
300床未満	36.4%	36.2%	28.0%	43.1%	35.6%
500床未満	54.5%	25.5%	25.3%	27.8%	27.8%
500床以上	0.0%	0.0%	41.3%	23.6%	23.4%

医療過疎地となる1群、2群病院には500床以上の大規模病院は無かったが、300～499床の総合病院規模となる病院は18病院存在する。総合病院規模の病院の存在により当該地域の医療需要に対し一元的に対応することが可能となるが、医療需要の減少、医師確保等に苦戦を強いられること、また、1群6病院には競合病院が有るので機能分担の調整が求められるなどの課題が経営上の懸念事項と考えられる。

次に類型群ごとの公的支援の状況について分析した結果を示す。1病床当りの公的資金による支援額（億円）をまとめた。

図表 8-2 類型群別の一病床当たり平均支援額(億円)

類型	病院数	一病床当たり支援額
1群	11	0.04577
2群	48	0.06773
3群	78	0.04126
4群	70	0.06435

(億円)

注：病院調査と自治体調査の回答内容突合の関係で群内の病院数の集計が病院規模の分析結果と多少異なる

1 病床当たりの公的支援額については 2 群で最も多く、次いで 4 群、1 群、3 群の順であった。過疎地で競合病院の無い 2 群で公的支援が最も多く非過疎地で競合病院のある 3 群で最も少なくなることについては合理的な理由があるものと考えられる。しかしながら、2 群病院については、過疎地での一元的な医療提供を単独で引き受けるため多様な診療体制を維持する必要があり、人口減少等による医療需要の減少が今後の経営的課題となるものと考えられる。また、1 群については医療需要が減少する状況において公的資金により引き続き病院を維持することについて競合病院との役割分担等の検討が一層必要になると考えられる。

また、4 群の病床当たり公的支援が大きい原因として、医療過疎地域ではない地域に設置される大規模病院は特に不採算となる特殊領域の医療（小児専門医療等）や高度先進医療（がん、粒子線治療、高度救命救急等）等の領域を担当し、広い圏域からの医療需要に対応している可能性が高く、これに要する公的資金の投入が要因として考えられる。

なお、これら特殊な領域の公立病院については、今後、公費資金の投入に関し別途に分析を行う必要がある。

## 4 病院経営や管理に関する学術団体への要望（問4）

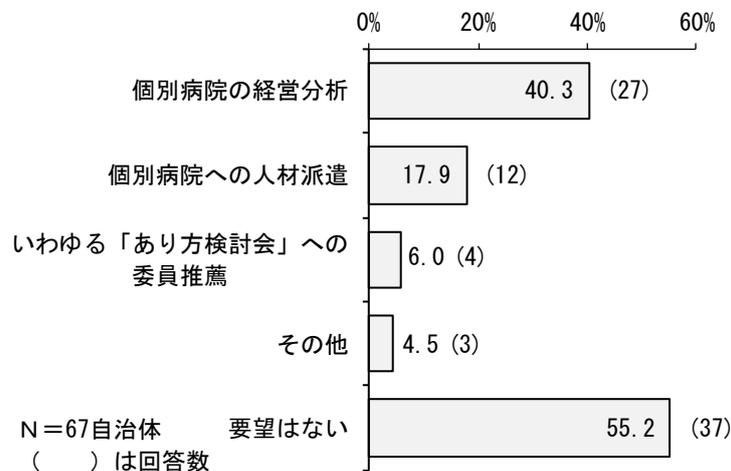
問4 病院経営や管理に関する学術団体への要望をお教えてください。

病院の経営管理については、医療制度、健康保険制度、各種身分法（医師法、保健師・助産師・看護師法等）、薬事法制等といった法的規制のみならず利用者（患者、家族等）への倫理的な配慮や安全確保、時代に即した制度変更といった特殊な対応が求められるなど、一般事業の経営管理手法が単純には適用し難い分野と考えられる。

このような複雑かつ専門的な病院経営に関し、各自治体や公立病院の職員（病院長や医師等を含む）が必ずしも熟知しているとは限らないことから、経営コンサルタント等に対し病院経営管理に関する業務を委託するケースもあるが、一方で国内には我が国の医療制度や病院経営等を研究対象とする学術団体も存在することから、このような学術団体がこれまでに蓄積したノウハウや知見を公立病院の経営問題に活用することの自治体側の需要の有無について回答を求めたものである。

その結果、67自治体のうち30自治体で何らかの要望を有しているとの回答があった。具体的には、病院経営に関する分析について27自治体と最も多くの需要があり、経営改善策を検討するため、単なる赤字、黒字だけでなく病院経営上の課題等を実証的に分析することなどが求められているものと考えられる。また、病院経営に関するノウハウを有する人材を病院に直接派遣すること、「あり方検討会」のような経営改善に関する検討会への委員といった外部の専門的知見を有する人材（専門家）を確保したいという要望もある。

図表 9-1 病院経営や管理に関する学術団体への要望



### ■その他

- 経営計画の外部評価委員に欠員が生じた場合、委員を推薦していただくと幸いです。
- 病院機構本部への人材派遣
- 「1」の個別病院の経営分析について、他の自治体においてどのような内容で実施しているのか、またその成果はどのようなものなのかを知りたい。

なお、学術団体への要望が「無い」と回答した 37 自治体と何らかの要望が「ある」とした 30 自治体で平均病院数を比較すると、要望があるとした自治体では有意差 ( $p < 0.05$ ) までは認められないが病院数、直轄病院数ともに多い傾向があった。

この結果については、対応が求められる病院数が多い、特に人事異動で病院経営に精通した人材が育ちにくいとされる直轄病院が多い自治体では外部専門家を求める傾向があることも理由の一つとして考えられる。

図表 9-2 学術団体への支援要望の有無別でみた自治体内平均病院数

自治体	病院数	直轄病院数
要望がある	5.13	2.73
要望がない	3.35	1.22

$p=0.053$        $p=0.072$



## IV 病院調査結果



# 1 病院編 調査票

全国衛生部長会 調査研究部会  
【病院編】 公立病院の経営に関する調査

- 回答の締切は **令和6年12月31日(火)です**
- 回答エクセルファイルの送付先 [publichospital@comon.jp](mailto:publichospital@comon.jp)
- 回答方法とセル色の説明

	単数回答、選択肢番号を直接記載あるいはプルダウン
	複数回答、あてはまる選択肢番号を記載
	数字を記載
	文字を記載、記載内容のすべてがセル内に表示されなくても、記載内容は保存されています

↓ここから質問が始まります。

問1 本件に関し照会先となる職員を記載してください。

※必ずしも、全ての質問への照会に対応いただけなくても、回答可能な方へつないでいただける方を1名記載ください。

氏名	
部局	
役職	
電話番号	
メールアドレス	

問2 病院の所在地と病院名、医療機関コード番号(10桁)を記載してください。

所在地(都道府県)	
病院名	
医療機関コード番号(10桁)	

1

問3 以下の表の①～⑤、⑦に数値の記入をお願いします。

(デフォルトとして0.0が入っています)

⑥はプルダウンで回答をお願いします。

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
	病院医療収益 【億円】	公的支援金 【億円】	医療原価相当 【億円】	人的コスト 【億円】	キャピタルコスト 【億円】	税引前利益黒字(≧0) ・赤字(<0)	医療費用	医療外費用	臨時費用
	医療収益と臨時収益の合計額 なお、公立病院の場合は納入金の公的支援金を除く。ちなみに、このためのコロナ補助金は臨時収益に該当すると考える。	公立病院における納入金等の取組指図書	材料費、医療外費用(長期借入金支払利息を除く)、委託費、控除対象外消費税等負担額、本部費配賦額などの経費の合計	人件費または給与費、研修研修費、運輸給付費用の合計額	設備関係費、固定資産売却損益戻入やその他の臨時費用(固定資産売却費、資産に属する控除対象外消費税等負担額、災害損失)、長期借入金支払利息、固定資産償却の合計額	不明をご回答ください。(プルダウン)			
	※数値は小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位まで記入してください。						※数値は小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位まで記入してください。		
2019年度	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円		0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円
2020年度	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円		0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円
2021年度	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円		0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円
2022年度	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円		0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円
2023年度	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円		0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円

特記事項:

2019～2023年度の間に統廃合等の経営形態の変化等があった場合は、当該事業の発生年度と内容を記入してください。

※例:○○年度 内容:(自由記載で全角30文字程度)

2

問4 貴院が担当している政策医療の分野をお答えください。  
 ABそれぞれについて、1.有 2.無 をプルダウンしてください。

政策医療の分野	A 政策分野の 担当の 有無	B 医療計画への 病院名の記載 の有無
がん		
脳卒中		
心筋梗塞		
糖尿病		
救急医療		
災害医療		
へき地医療		
周産期医療		
小児医療		
在宅医療		
精神疾患		
感染症		

問5 病院経営に関し意見をお聞かせ下さい。(自由記載)

①経営悪化の原因について

②医師確保について

③看護師等の確保について

④希望する支援等の内容(対自治体)

⑤希望する支援等の内容(対国)

⑥その他

これで調査は終了です。ファイル名を下記のとおり書き換えていただき、ファイルを下記メールアドレス宛にお送りください。

ファイル名 h\*\*\*\*\* (\*部分は10桁の医療機関コード)

回答エクセルファイルの送付先 [publichospital@comon.jp](mailto:publichospital@comon.jp)

～ご協力いただき、ありがとうございました～

## 2 病院の財政状況（問3）

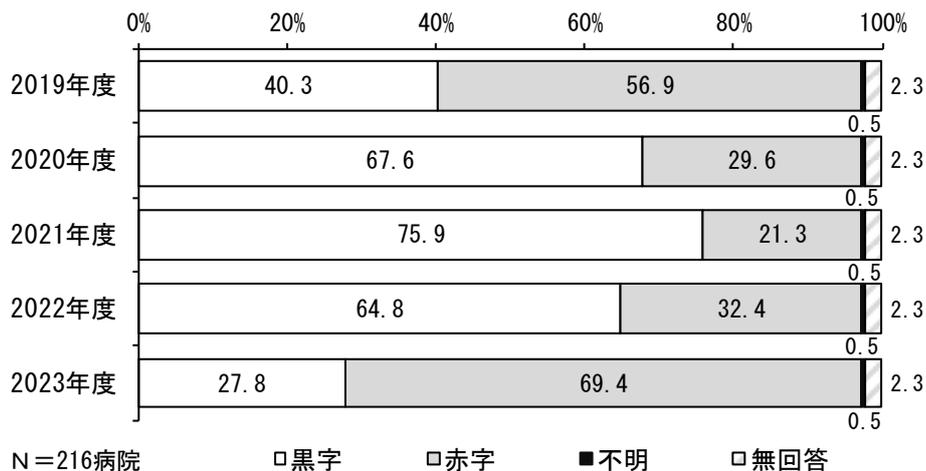
問3 以下の表の①病院医療収益、②公的支援金、③医療原価相当、④人的コスト、⑤キャピタルコスト、⑦医業費用、医業外費用、臨時費用に数値の記入をお願いします。  
⑥税引前利益はプルダウンで1.黒字 2.赤字、3.不明の回答をお願いします。

### （1）税引前利益

コロナ禍の期間に赤字病院の割合が一旦減少したが、2023年度にはコロナ禍以前よりも赤字病院の割合が約12%増加した。

本結果から、コロナ禍の期間は病院経営上の視点からは特殊な経営環境にあった時期であり、統計学的にはいわゆる「外れ値」に相当するものとも考えられる。すなわち、コロナ禍内の2021年度を基準に「赤字病院が3倍近く増加した」と評価するか、2019年度を基準に「赤字病院は2割程度増加した」と評価するかで印象が全く異なるだけでなく、医療現場での職員の士気や原因の分析の結果にも影響する可能性に注意する必要がある。

図表 10 税引前利益



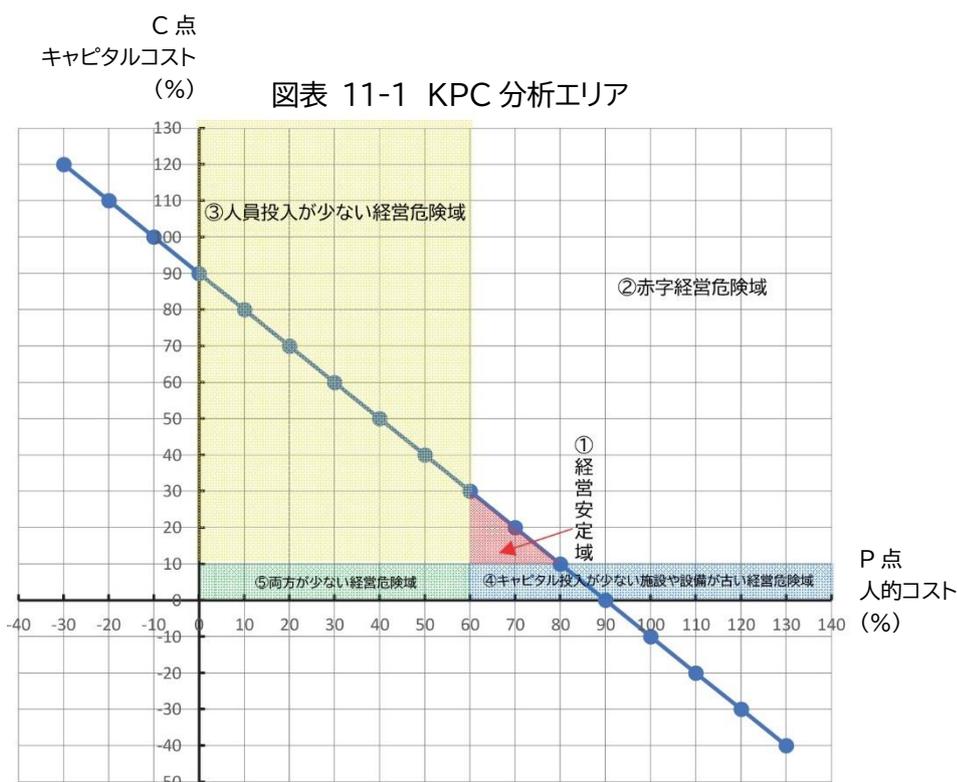
## (2) KPC 分析

今回の調査分析では、西田氏<sup>1) 2)</sup>が開発し提唱する公立病院の経営持続性等を簡便に評価するための KPC 分析を試みた。これは、病院調査票・問3に示す5つの経営指標を用い PC 平面上に各病院の位置を経年的にプロットすることで経営持続性や経営改善の効果等を大まかに把握できるものとして開発された。

本手法に基づき PC 平面を5つに分類し、回答のあった病院の公的資金投入前後の各領域内における年度ごとにプロットし分布状況を解析した。理想的には公的資金の投入無しに①の経営安定領域にプロットされることであるが、公的資金の投入前後のプロットされた位置で、経営安定化への公的資金投入の効果が①の領域への距離をどの程度短縮しているかで大まかに判定できる。また、プロットされたエリアにより、赤字経営の原因が人員への投入が少ないこととキャピタル（施設、設備）投入が少ないことの2大要因の寄与の大きさが可視化されることも特徴となっていて、これを経年的に追跡することで各種の改善方策の効果も評価されるとされている（図表 11-1）。

調査年度における公的資金投入の有無別にプロットされた①～⑤各エリア内の病院数の変化を図表 11-2～7 に示す。

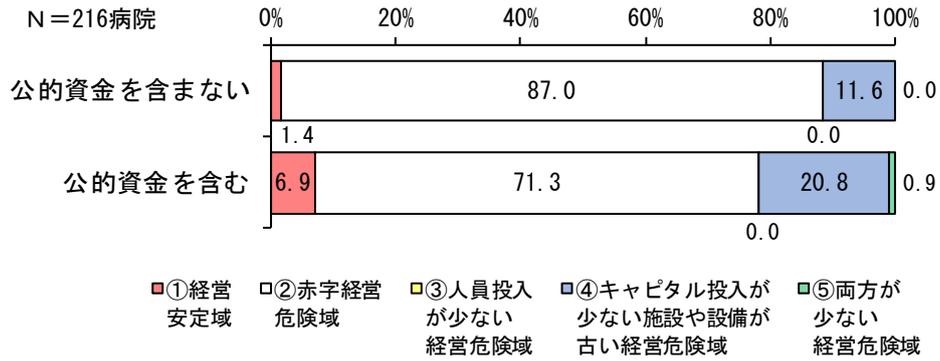
なお、今回は個別病院ごとの分析は行っていないので、興味のある自治体や病院においては参考文献等を参考に個別分析を試みられたい。



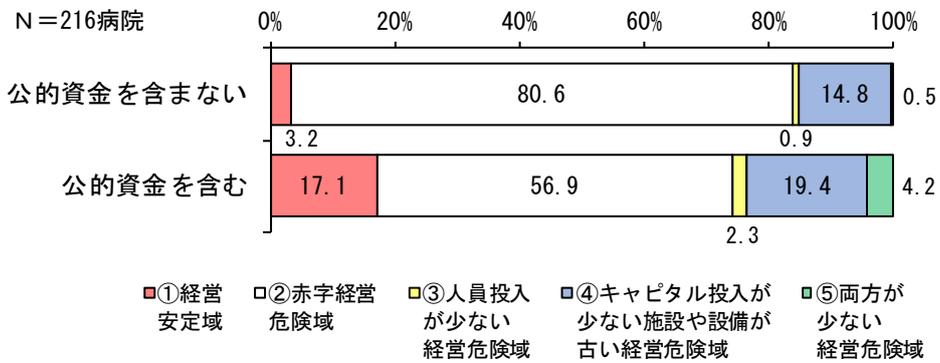
※エリアのカテゴリー

- ①経営安定域
- ②赤字経営危険域
- ③人員投入が少ない経営危険域
- ④キャピタル投入が少ない施設や設備が古い経営危険域
- ⑤両方が少ない経営危険域

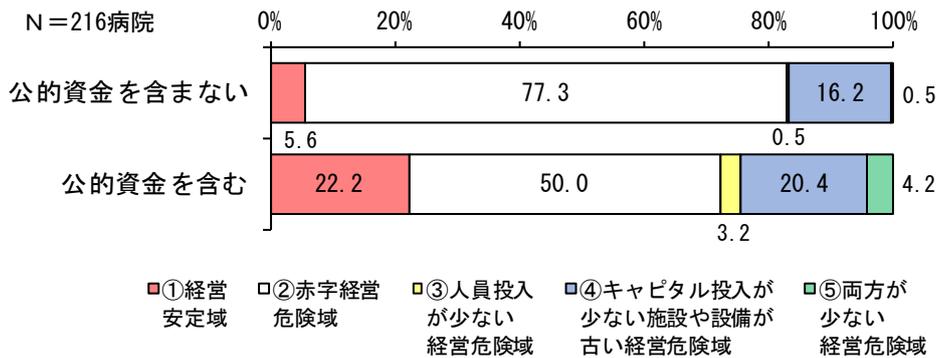
図表 6-2 2019年度のKPC分析エリア



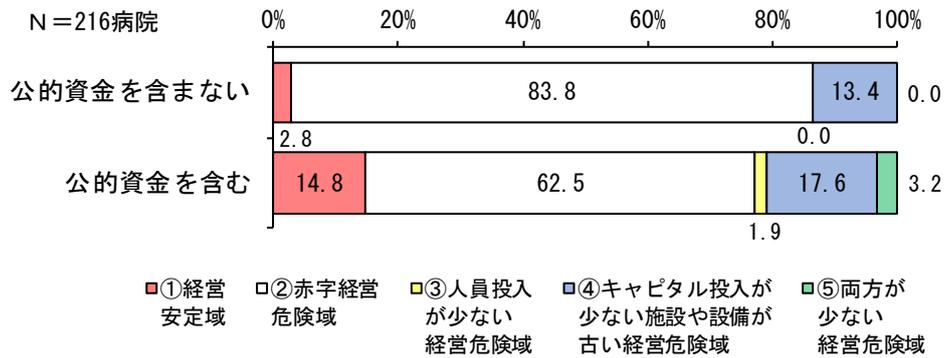
図表 11-3 2020年度のKPC分析エリア



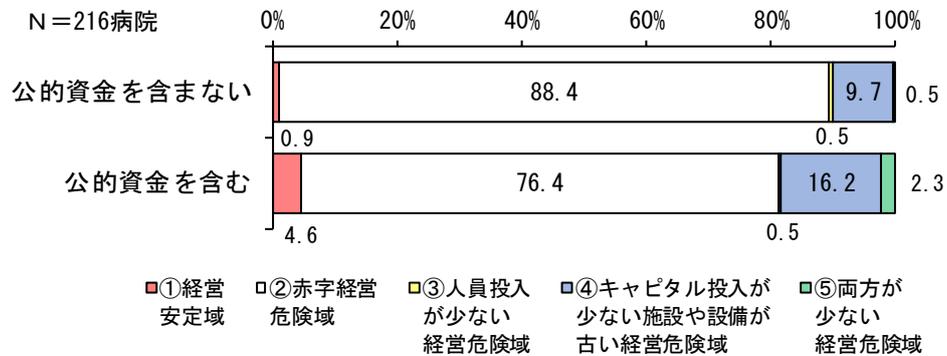
図表 11-4 2021年度のKPC分析エリア



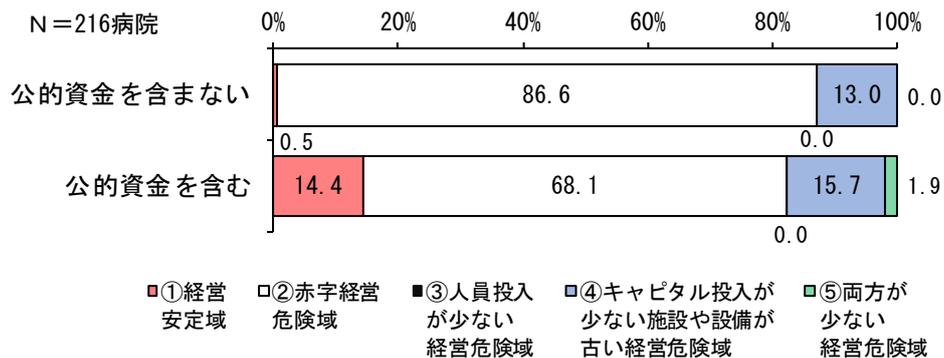
図表 11-5 2022 年度の KPC 分析エリア



図表 11-6 2023 年度の KPC 分析エリア



図表 11-7 5 年間平均の KPC 分析エリア



KPC 分析においても、コロナ禍を挟んで一旦経営が安定化したのが、その後はコロナ禍以前よりも経営が悪化した状況が見て取れる。特に、人員要因に比較しキャピタル要因への影響が大きい傾向があり、人件費が優先される状況で設備・施設の老朽化等への対応が後手に回っている可能性がある。

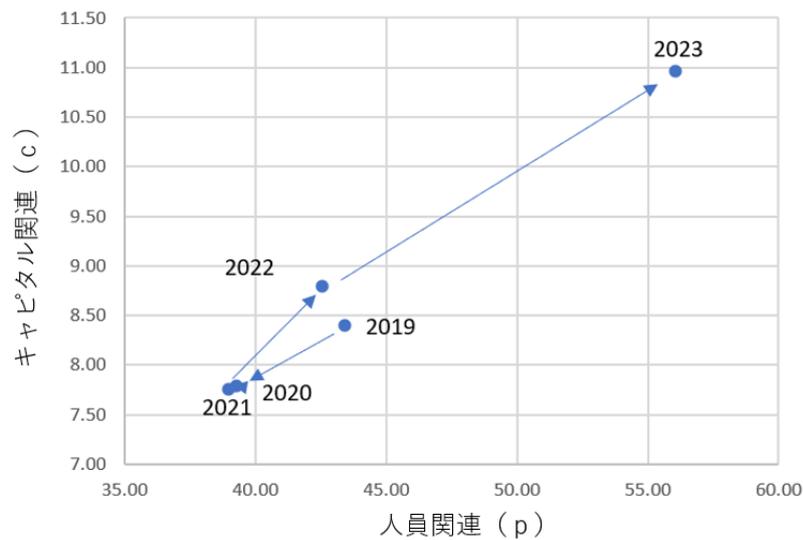
一つの試みとして、全病院の p 値、c 値の平均値を公的資金有り無しの場合について求め、これらを結ぶベクトルを各年度で計算し推移を可視化した（図表 11-8）。このベクトルは公的

資金による病院経営安定化への寄与を人員要因とキャピタル要因で分けて可視化するものと考えられる。

この結果からも、全体としてコロナ禍においては公的資金の病院経営安定化への寄与は少なくなりましたが、コロナ禍以降は公的資金の必要性が復活し、2023年度はさらに必要性が増しているという結果となった。

今回の分析は「病院群」として経営状態がどのように評価できるのかについて検討を行ったものであるが、個別の公立病院において経年的に KPC 分析を行えば、より詳細に自院の立ち位置の変化が可視化され客観的に認識することが可能と期待される。

図表 11-8 公的資金による経営安定気に向かうベクトルの年次推移



○ 本調査における KPC 分析の課題等（西田在賢氏からの意見）

KPC 分析では 5 つの領域を分割するための  $\kappa$  値の設定が課題となるが、本来であれば経営安定している病院群とそうでない病院群をプロットし両群を分割できる損益分岐点比率： $\kappa$  値を求め経営安定領域を設定する必要があるが、今回の分析では  $\kappa$  値の設定については西田論文の図表の値を仮に適応しているため本来の設定方法とは異なることに注意が必要である。

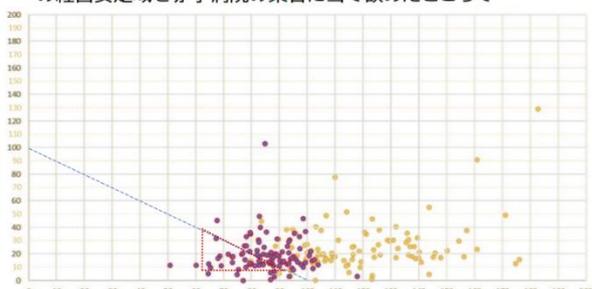
実際に今回の分析で PC 平面にプロットされた病院群の状況（資料 1）をみると、経営安定域①から大きく外れているにもかかわらず黒字と報告している病院や経営安定域に入っているにもかかわらず赤字と報告している病院があり、これについて、以下のコメントが西田氏からあった。

「『総収入－総費用＝利益』、そして『総費用＝変動費＋固定費』なので、変動費に相当する医療費原価の仕分けと積み上げに問題がなければ、限界利益（＝総収入－変動費）をほぼ把握でき、限界利益に対する固定費との比率として  $\kappa$  値が求められる。

$\kappa$  の近似値  $K=P+C$ （P:人的費用、C:キャピタル的費用）で、P 値と C 値の仕分けや積み上げが十分に為されていないと誤差が大きくなり、K が実際よりも大きかったり（＝黒字なのに経営安定域から外れる）、小さかったりする（＝赤字なのに経営安定域に入る）ことになる。つまり、人的費用やキャピタル的費用の仕分けを誤っている可能性もある（下図参照）。」

### 赤字と報告した病院について 公的支援の前と後で比較…

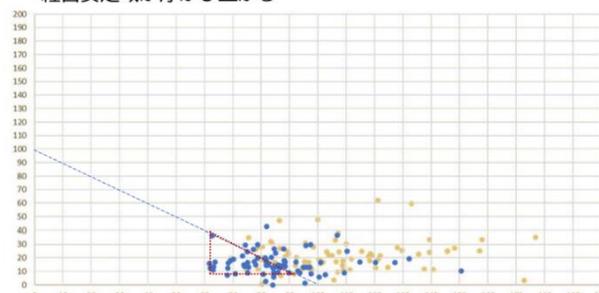
黒字と報告した病院のプロットから浮かび上がる直角二等辺三角形の経営安定域を赤字病院の集合に当て嵌めたところで…



経営安定域に入っているにもかかわらず赤字と報告している病院は人的費用やキャピタル的費用の仕分けを誤っている可能性がある…

### 黒字と報告した病院について 公的支援の前と後で比較…

そのうえで直角二等辺三角形（タテヨコの倍率に注意）を当て嵌めたところに経営安定域が浮かび上がる



経営安定域から大きく外れているにもかかわらず黒字と報告している病院は人的費用やキャピタル的費用の仕分けを誤っている可能性がある…

この「仕分け」に関連しては、調査期間中に回答を求められた病院から「費用を仕分けできない」「迷っている」等といった問い合わせがあったり、実際に計算した P 値や C 値がマイナスになった病院があり分析対象から外す結果となった。このような状況についての西田氏からのコメントは以下の通りであった。

「経営安定域から大きく外れているにもかかわらず黒字と報告している病院は、黒字であれば人的コストとキャピタル的コストとの合計額は限界利益を超えることはないため、計算上の分母となる限界利益が過少になっている、また、経営安定域に入っているにもかかわらず赤字と報告している病院は、赤字であれば人的コストとキャピタル的コストとの合計額は限界利益を超える可能性が高くなるため、計算上の分母となる限界利益が過大になっていると考えられる。

さらに、そのため、限界利益の計算要素である医療原価相当の費用の振り分けに最も原因

がありそうだが、加えて公立病院の KPC 分析では負担金や補助金などの繰入金等の公的資金の影響が大きくなる。すなわち、公立病院のように繰入金等の公的資金により黒字または赤字が左右される場合には、限界利益の計算も公的資金の金額に大きく左右されるため、この取り扱いが一律に揃わないと今回みられるような K 値の大きなばらつきになることが考えられる。

そのようなことから公立病院の KPC 分析では、繰入金等公的資金を反映した上で、医療原価相当ならびに分子の人的コスト及びキャピタル的コストの費用の振り分けの課題があり、そのため KPC 分析を正しく使うには、一定の研修（少なくとも質疑応答を含む 120 分程度）を受けることが推奨される。」

さらに西田氏から以下のような興味深い考察が示された。

「今回のデータの検証を共に行った山田博己氏（一般財団法人社会福祉・医療事業の経営研究会医療経営人材育成アドバイザー）から調査対象の 200 余りの公立病院について病床規模別に分け、2019 年から 2023 年までの PC 平面上の展開を観察したところ、病床規模が大きくなるほど病院プロットの分布のばらつきが少なくなってまとまる様子を確認しましたと考察が送られてきた。このことは規模が大きい病院ほど経営管理体制が整っているため、KPC 分析に必要な費用仕分けや積み上げの計上管理ができていていることを示唆しているものと思われる。」

この考察について 2023 年度のデータにより確認すると、資料 2 に示す通り他の要因は考慮せず機械的に病床規模のみで分類した病院群で PC 平面上の分布は病床規模が大きくなるほどばらつきが少なくなることが追認され、「規模が大きい病院ほど経営管理体制が整っている」ことが原因という仮定も妥当なものであり、逆に考えると規模の小さな病院に対しては経営管理体制を強化・整備するための支援が必要と考えられる。

以上の結果から、病院経営の改善には KPC 分析に限らず経営状況や改善方策の評価等について客観的に判断するための分析能力を有することが望まれるものの、現状、全ての公立病院においてそのような体制が十分とは言い切れず、病院経営に関する人材確保や職員の教育・研修等を行うなど院内体制の構築ができるよう支援を要するものと考えられた。

### 3 病院が担当している政策医療の分野（問4）

問3 貴院が担当している政策医療の分野をお答えください。

A 政策分野の担当の有無、B 医療計画への病院名の記載の有無それぞれについて、1. 有 2.無 をプルダウンしてください。

総論的な政策医療の定義はともかくとして、現実的には一般医療との線引きが必ずしも明瞭でないことから、各病院において実際に政策医療に取り組んでいるか否かについて把握することは容易ではない。しかしながら、公的な財政的支援等を受ける以上、一般財源をどの程度まで投入することが許容されるかを対外的に説明する上で、一般医療としてではなく政策医療として提供されていることを客観的に示すことは必要と考えられる。

そこで、各病院の自己申告と保健医療計画（全圏域版または二次圏域版。以下「医療計画」という。）における病院名の記載について回答を求めた。

集計結果を図表 12-1~4 に示す。

図表 12-1 病院が担当している政策医療の分野

	政策分野の 担当有	医療計画への 病院名記載有
がん	59.6	50.7
	133	113
脳卒中	56.1	41.7
	125	93
心筋梗塞	52.9	40.4
	118	90
糖尿病	45.7	28.7
	102	64
救急医療	67.3	60.5
	150	135
災害医療	57.8	53.4
	129	119
へき地医療	28.3	22.9
	63	51
周産期医療	47.1	39.0
	105	87
小児医療	57.8	44.8
	129	100
在宅医療	19.3	9.0
	43	20
精神疾患	46.6	35.9
	104	80
感染症	64.6	41.7
	144	93

※N=223 病院

※選択肢「有」「無」のうち、「有」の割合のみ記載

※上段%、下段実数

図表 12-2 自己申告した政策医療分野が医療計画に記載されている割合

領域	記載率 (%)
災害医療	92.25%
救急医療	90.00%
がん	84.96%
周産期医療	82.86%
へき地医療	80.95%
小児医療	77.52%
精神疾患	76.92%
心筋梗塞	76.27%
脳卒中	74.40%
感染症	64.58%
糖尿病	62.75%
在宅医療	46.51%

図表 12-3 医療計画に記載があるが自己申告していない病院数

がん	脳卒中	心筋梗塞	糖尿病	救急	災害	へき地
4	4	6	2	2	3	0
周産期	小児	在宅	精神	感染症		
1	0	2	3	3		

図表 12-4 領域別、群別にみた1病床当り公的支援額の平均値

	がん	脳卒中	心筋梗塞	糖尿病	救急	災害	へき地
1群	0.04333	0.03378	0.03335	0.04137	0.04579	0.04511	0.04408
2群	0.05314	0.04343	0.04918	0.04504	0.04574	0.04214	0.03804
非1, 2	0.03653	0.04180	0.04095	0.03588	0.03660	0.04114	0.04353

	周産期	小児	在宅	精神	感染症	
1群	0.04622	0.04776	0.03928	0.04166	0.04753	
2群	0.04979	0.03388	0.04003	0.04457	0.02462	
非1, 2	0.03826	0.03579	0.04131	0.03944	0.03445	(億円)

1群：自己申告と医療計画の乖離が無い

2群：自己申告はあるが医療計画に記載が無い

公立病院が自己申告において政策医療として提供しているとした領域が必ずしも医療計画に記載されていない。また、在宅医療や糖尿病といった住民に身近な領域で記載率が低く、災害医療、救急医療においても1割程度の乖離がある。さらに問題と考えられるのは、病院自身は政策医療としては取り組みをしていないと申告しているにもかかわらず医療計画に病院名が記載されているケースも少なからず存在することである。

なお、在宅医療領域については既に多くの医療機関が参画しており、一般医療と政策医療との切り分けが必ずしも明確でないことから網羅的に医療機関名が記載されていない場合もある。ただし、へき地で在宅医療を提供している場合や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」のように一般医療とは明確に異なる位置付けを受けた場合等については医療計画に病院名が記載されるものと考えられ、逆に政策医療として在宅医療に取り組んでいるという公立病院については、一般医療とは異なる位置付けも含め明示的に医療計画に記載されるべきと考えられる。

参考までに自己申告と医療計画への記載が一致している病院群（1群）と乖離している病院群（2群）とで領域別に公的資金の投入状況を単純に比較した結果を示すが、1病床当りに換算すると2群間でほぼ同額、あるいは逆転している領域もあることから、公的資金の投入が医療計画と必ずしもリンクしていないのではないかとということが伺われる結果となった。

いずれにせよ、これらの結果は、公立病院の政策医療への取り組みに対し公的な評価が与えられていない、あるいは、医療計画に記載するだけの活動に値すると自治体が評価していないという両方の可能性がある。

このような病院の自己申告と医療計画への記載との乖離は、自治体が公立病院として期待している役割と実際の病院の活動内容とのギャップを示すものであり早期に解消を図る必要がある。その上で、政策医療と判断される領域には必要な公的支援、一般医療と判断される領域には病院側の経営努力がそれぞれ求められるものとする。

特に地域医療構想が描く将来像の実現のためには、医療計画に沿った医療提供体制の整備が求められることになることから、医療計画が軽視されることの無いよう、先ず「お膝元」の公立病院の整備が医療計画に沿ったものとなることが必要であろう。

## 4 病院経営に関する意見（問5）

問4 貴病院経営に関し意見をお聞かせ下さい。(自由記載)

- ①経営悪化の原因について
- ②医師確保について
- ③看護師等の確保について
- ④希望する支援等の内容(対自治体)
- ⑤希望する支援等の内容(対国)
- ⑥その他

問5について自由意見の内容を取りまとめた。重複する内容等があった場合については回答内容の主旨を変更しない範囲で修文等を行っている。

なお、これら回答のあった要望等については多岐に渡るため網羅的に全ての内容等を取り上げられなかったこと、あくまでも個別病院からのもので互いに調整等が行われたものではないため対立する意見や状況等が存在することに留意する必要がある。

### (1) 経営悪化の原因について

#### 1) 患者数減少

患者数減少の原因としては、地域の人口減少（特に15歳未満人口の減少）とコロナ禍の影響が挙げられるとともに、国策による平均在院日数の短縮による延べ患者数の減少や入院患者の地域移行を推進していることの結果として病院の医療需要が年々減少したことで病床利用率がコロナ禍以前に戻らない状況にあるとの意見が多い。実患者数は減少していないが患者の入院期間が短縮されたことで病院の稼働率が低下していることや入院患者のみならず、救急患者数も減少し収益の減少を懸念する意見もあった。

#### 2) 物価高騰

経費、材料費、人件費がいずれも上昇しており、医業費用が大幅に増加している。具体的な数値として令和5年度の経費は令和元年度（コロナ前）比25%増、材料費は10%増との数値を付記した回答もあった。

人件費に関しては、業務委託料等の経費及び医療従事者の給与費の増加の影響が大きく、労務単価の上昇による委託費の増加が経営悪化の要因として大きい。さらに、常勤医の不足により雇い入れている非常勤医師の費用が高額となることや医師の管理職の範囲見直しに伴い時間外手当が増加したことも指摘されている。

また、高額薬剤を含む医薬品や医療機器の価格上昇、光熱水費など施設維持管理費の影響についての回答も多く、これらの高額な医薬品の使用量増にともなう消費税の増加も影響を及ぼしているとの意見もあった。

#### 3) 診療報酬改定

令和6年診療報酬改定により支出増加を診療報酬がカバーできない状況を経営悪化の原因とする意見が多かった。診療報酬改定による増収分は看護職員等の賃上げに充てられ、人件費増分の差額を病院が負担している状況にある、医師の働き方改革への対応等により費用負担が大幅に増加している、医療DX対応のための情報システム投資が増大している、物価高騰が継続的に続いていること等が診療報酬で手当されていない、といったことも指

摘されている。

各論的には、回復期リハビリテーション病棟入院料が実質マイナス改定（梯子外し）であること、外来収益が減少したこと、運動器リハビリテーション6単位の上限定額や施設基準の厳格化（特定集中治療室の医師配置要件等）等が経営悪化の原因として回答があった。

医業収益（繰入金を除く）は入院診療単価の増加に伴い、前年度と比較して増収となっている一方で、医業費用については、前年度と比較して材料費（薬品費及び診療材料費）や経費が増加しており、コロナ補助金の純減の影響もあり経常損益はマイナスとなっており、光熱水費も増大し診療報酬改定のみでは増え続ける医業経費を賄うことはできない状況にあるとの意見もあった。

根幹には、病院の収入の大部分を占める診療報酬に関しては、物価（光熱水費、診療材料等）の上昇や人件費の増加、消費税率の上昇などを即時的に反映する仕組みは存在せず、基本的には2年に一度診療報酬が改定されるが前期の項目を反映させる仕組みは存在していないことに原因があるとする意見があった。

仮に対策がとられたとしても後手に回ることになり、現在のように物価が上昇しインフレが進んでも医療提供サービスに対しての価格を調整できない医療機関の経営が構造的に悪化する要因となっているとの指摘もあった。

#### 4) コロナ禍の影響

新型コロナウイルス感染症については5類感染症に移行したが、コロナ禍の影響がいまだに病院経営に影響を与えているとの意見が多い。コロナ補助金廃止による補助金の減少を指摘する意見の一方で、コロナ禍により患者の受療行動が変容し、受診・検診控えといった意識の変化により、軽症では容易に病院を受診しない、通院治療を希望する等により入院患者数がコロナ禍以前の水準を回復できていない等の変化に伴い、在宅医療へのシフトや入院医療の外来化が進み病床稼働率が思うように回復せず、コロナ禍前の水準には戻っていないとする回答が多かった。具体的な数値が記載されているものとして、患者数や医業収益はコロナ以前の令和元年度と比較すると、6割程度の回復に留まっているとの回答があった。

また一部には、コロナ診療に伴う一般診療の制限により、地域との医療連携関係が崩れ紹介患者数が大きく減少した事例、今まで診てきた患者さんを他院へ紹介したことにより患者数を増加させることが出来ない事例、収入減少のため、積極的な人材確保を控えていたため各部署人材不足、高齢化が進んだ事例等といったコロナ禍の影響に関する回答があった。

さらに、看護師の離職が増加し、夜勤従事者の人員を十分に確保できていないことで、病床の一部休止を行っているほか、その一方で、人件費や物価の上昇による委託料等の経費の増、給与改定による給与費の増により医業費用は増加しているため、経常収支が大幅に悪化しているとの回答もあった。

以上から、コロナ禍から通常の体制に戻った現状においても、引き続きその影響が継続し5類移行後も感染症が病院経営に与えている影響は大きいものと考えられる。

#### 5) 設備投資等

設備投資を行った結果、経営が悪化したとの回答があった。具体的には、診療機能拡充に伴い行った設備投資（新病棟建設および医療機器等更新）により財務的な支出が増加した事例、医療機器等備品の更新や電子カルテ等のシステム関係経費の増加した事例、新病棟の開院に伴う費用（延床面積の増や設備・医療機器の新設等による委託料の増、指定管

理者負担金等)の増加した事例、建て替えによる増床の影響(患者数の伸び悩み)と人件費が増大した事例等である。これらについては、物価高騰や建築費の高騰が状況をさらに悪化させているものと考えられる。

#### 6) 人員不足

定員の充足が困難な状態にあり、医業収益が減少していることも経営悪化の原因として回答があった。依然として、医師の退職(主要診療科の撤退)により収益が減少しているとの回答や、看護師の退職増加など、看護師確保が困難な状況が継続している、看護師数減に伴い稼働病床が制限され収益が減少しているとの回答もあった。

また、「2)物価高騰」及び「5)設備投資等」とも関連し、診療棟を開設したが建築費の高騰などにより費用が増加したことに加え、看護師不足で一部病床を休床したことで入院収益が伸び悩んでいるといった複合的理由で経営状況が悪化した事例もある。

#### 7) 公立病院に固有の理由

上記の1)~6)については、公立病院以外の病院にも当てはまる近年の経営悪化の要因であるが、公立病院固有の理由として以下のような回答があった。

まず、令和6年診療報酬改定でベースアップ評価料が新設され、2024年度に2.5%、25年度に2.0%の賃上げを行うこととされたが、公立病院においては人事院勧告に基づく給与改定による賃上げ(2.69%アップ)がベースアップ評価料による増収額を上回っていることが多くの病院から指摘されている。さらに、会計年度任用職員の勤勉手当新設等により人件費が増加しているという指摘もあった。

また、不採算医療である救急、精神科、小児医療などについて支給されている補助金額では賄えなくなっていること、特に救急医療に関しては受け入れ件数に対して金額に差がつけられる等、公的病院のように断れない病院に対してメリットがないことを指摘する回答があった。

さらに、精神科は診療報酬の評価が限定されており、稼働を上げる以外は収益の増加が頭打ちの中、近年の物価高騰等による経費や材料費の増加等により、費用の延びに収益の増加が比例していないため、収支は悪化傾向にあるとの意見もあった。

へき地や医療過疎地域では診療圏内の人口減少及び高齢化が顕著であり、依然としてこれらの要因が圏内の公立病院の経営を圧迫しており、人口が少なく民間医療機関が参入しにくい地域での広域医療や、診療の特性から採算性の低い分野を担い病床利用率が低い中であっても、一定の病床数を確保するには、必要な看護要員等の人員拡充を進めざるを得なく、経年的に費用が増加している状況にあると回答があった。

#### 8) その他指摘事項

経費についてはスライド条項適用等による委託料の増加や電気及びガスの単価増加に伴う光熱水費の増加が医業費用の増加に影響していること、予定入院(がん患者等)の件数・割合の伸びの鈍化していること、麻酔科医不足に伴う麻酔応援医師招聘費の増加、非常勤職員の待遇改善による経費増加(最低賃金改定による賃金増、賞与支給)、カスタマーハラスメント対策費用、電子処方箋にともなうシステム改修費用といった支出増加の要因について回答があった。

個別事情として、近隣に競合医療機関が複数開設したことを回答した病院もあった。

## (2) 医師確保について

### 1) 現状認識（医師不足の原因等）

医師確保については、離島・へき地という立地条件、民間病院に比べ医師の年俵が低いなど収入面でのメリットが乏しい、職員定数条例の制約によりスピーディーな人員確保が医師も含めできない、大学医局に増員を依頼するが大学病院の人員体制確保が優先されるといった理由により医師確保が困難な状況が継続しているという回答が多かった。

また、常勤医師の確保が難しいという状況ではあっても時給の高い非常勤医師は採用できない、医師紹介業の利用に要する経費が高額、紹介された医師が病院側の要求とミスマッチしている、すぐに辞めてしまい定着しないなどといった不満や否定的な回答が目立ち、将来的に病院経営悪化や地域医療構想により域内の病院間で不足する診療機能を補い無理をしてまで診療科を維持する必要性が乏しくなるといった方向で再編が進むと、フリーランス医師やショート・ホッパー医師（注：短期間で転職を繰り返す医師）の就業に影響する可能性がある。

一方、専攻医確保に積極的に取り組んできたため今のところ問題は特になく、大学医局からの派遣や自院での研修を希望する若手医師等の確保により概ね充足している、不断の医師確保活動により令和6年度に向け増員できたとの回答もあった。また、診療のための医師は概ね充足しているが専門医が不足している、地域における医師確保のため必要となる専門医の育成・雇用について経営的な負担が大きい、一部の診療科においては大学医局からの派遣が難しく確保が難航しているなど、全体的には確保出来ているが特定の診療科や専門医は不足しているという偏在に関する回答もあった。

総じて、公立病院では、立地条件が悪く医師の給与も低いため常勤医の確保が難しく、医局人事に頼る病院では地域医療の実態に即し必要とされる医師の確保を主導的にできないという状況が伺われる。

### 2) 医師不足の影響

医師不足により、病院運営に支障をきたしているという回答は多く、具体的には、医師の時間外・休日労働規制にも対応出来ない恐れがある、当直体制の縮小などを検討せざるを得ない、ギリギリの人数で夜間勤務のシフトを組んでいるが夜勤の翌日も残って診療にあたる状況が常態化している、時間外勤務も長時間化している。このまま医師が増えなければ地域医療体制の縮小が懸念されるなどの回答があった。

また、診療科ごとの事情については、外科系医師が不足し日常診療に影響が出ている、外科系診療科では新規入院患者数が伸び悩んでいる、消化器内科の医師が確保できておらず腹部疾患への対応が困難（救急受け入れも逃している）、麻酔科医の不足により長期の手術待ちが発生しているといった回答があった。

### 3) 不足する領域

不足している診療科として具体的に回答があったのは、麻酔科、脳外科、産科、小児科、精神科、放射線科、整形外科であった。これら診療科の医師については常勤医のみならず、指導医・専門医、専攻医のレベルでも不足を指摘する回答もあった。

麻酔科医の不足は手術件数の伸び悩みの原因となり、小児科・産科については周産期医療や小児医療の確保、精神科については精神保健指定医の不足が措置入院、医療保護入院等に影響をきたしているなどの状況があるとの回答があり、特に小児科については、児童精神や集中治療といった特殊な領域の医師確保体制を国全体で構築すべきとの意見があった。

また政策医療を担う次世代の医師養成について、指導医やレジデント医師の確保も思うようにいかず、働き方改革施行の中、各現場で支障が生じているとの回答があった。

#### 4) 現在実施中の対策

経営改善の視点から医師確保は収益増に直結するとの率直な意見もあり、医師確保対策については多くの意見や回答があった。具体的には大学医局への派遣要請を行っているとの回答が多く、要請先の大学については、地元だけでなく首都圏の大学に院長等幹部が訪問し直接要請を行っている、地元県立医科大学に支援を依頼といった回答もあった。

募集方法については、SNS の活用や就職情報誌等の各種媒体や民間人材紹介事業者を活用し人材の確保を図っているとする意見、自治医科大学卒業医師や地域枠医師の受け入れ、公募による募集や医局等への依頼、更には経営上層部による採用活動を適宜実施している、不足している診療科についてはホームページで募集しているなどの回答があった。

臨床研修医や専攻医の確保については、教育体制の充実と積極的なリクルート活動を基本とし、「NPO 法人卒後臨床研修評価機構 (JCEP)」による認定を受ける、研修プログラムや指導医・教育施設の充実を図り研修体制を整備している、研修医や医学生を積極的に受け入れ病院の特徴を活かした充実したカリキュラムを提供している、総合診療、小児、精神医療等の専門医を目指す専攻医の受け入れ等について行っている、ホームページを改修し精神保健指定医が取得しやすい環境であることの PR や専門医研修を受ける医師 (専攻医) を受け入れている、初期臨床研修プログラムや新専門医制度に対応した専攻医プログラムの提供を通じて様々な診療科の医師の育成・確保に取り組んでいる、シミュレーション機器の整備・活用、指導医の確保といった充実した研修環境整備などの回答があった。

また、医師の処遇改善については、医師の働き方改革への対応を念頭に置き、超過勤務時間が多い診療科について増員を行い負担の軽減に努めている、令和 6 年度の診療報酬改定における 40 歳未満の勤務医師の賃上げ実施の観点から診療医の月額・日額賃金を改定し処遇改善を行う、医師事務作業補助者の配置などタスクシフト・シェアの推進、宿日直を含めた勤務体制の見直し、精神科医師の負担軽減のため初診時の予診を精神保健福祉士が実施する、薬剤師が薬剤処方代行入力を行う、内科において時間外労働規制の上限を超えることから、特定地域医療提供機関 (B 水準) の指定を受けているなどの回答があったが、一方で、増員したいが予算との兼ね合いから現状維持という回答もあった。

これら方策の成果として、超過勤務時間が多い診療科については他の医療機関も同様の状況であり医師を確保できない、医師派遣の要請を行っているが難しい状況にある、グループ全体として医師の人数は横ばいの状況、独自での確保が困難となっており他病院からの派遣が頼みの綱となっている、地元大学医学部をはじめ関係大学への積極的な働きかけを展開しているが基本的には医局人事により採用・退職が決定してしまう、公募および人材紹介会社等に依頼しているが応募がないなど、思ったような成果が得られていないという回答が多く、各種対応を模索しながら苦戦している状況が伺われる。

また、今回の調査対象には自治体立医学部付属病院も含まれていることから、「助教の下に学内助教 (卒後 5 年目以降の医師) を設けることで、採用の裾野を広げ、より多くの医師が本学で勤務できるよう努めている。学内助教はフルタイムと短時間勤務があり、子の養育や介護等でフルタイムが難しい場合でも本学で勤務できる制度となっている。」「医学部入試では一般枠の他に県民医療枠及び地域医療枠を設け、原則 9 年間は本学を含む県内医療機関で勤務する制度となっている他、医学部生に臨床系講座教員との交流会を設け本学の魅力をアピールしている。」という大学側の対応についても記載があった。

## 5) 今後必要となる支援策

医師確保に関し病院が望む支援策については、個別病院で対応可能な方策への支援に加え、産科及び小児科の医師不足を解消するため、診療報酬の更なる評価の充実、へき地の医師確保は困難を極めており医療施策の中で都市部から地域へ医師が流れる仕組みの構築が必要、医師少数区域等での勤務経験を管理者要件とする病院の対象拡大、都道府県間の医師の派遣調整等の仕組みづくりなどといった個別病院では対応できない内容やシステム構築について要望があった。

また、医師の待遇について民間と比較して差があるようであれば改善を求める意見も多かったが、給与等の処遇に関する決定権が無い公立病院固有の問題と考えられた。特に喫緊の課題となっている逼迫する診療科の医師については、病院側では各種取り組みを行っているが決定打に欠けるため、政策医療（小児、産科、救急等）に必要な診療科に特化した支援を国や自治体、医局等に求める意見が多い。医師派遣業者の利用に関しては高額となることから、ハローワーク等の公的機関が中心となり過剰な投資をせず医師を確保できる仕組みがあるとよいという意見が複数あった。

また、医師確保については新規の採用だけでなく、現在勤務している医師の離職防止や定着のための支援を求める回答もあった。

## 6) その他

その他、医師確保に関し以下のような意見や回答があった。

- 法人本部が各病院の医師の配置状況を把握・共有し、人材の有効活用等を図ることを目的とした調査を実施し、個別に応援体制の検討・調整を進めていく予定。
- 公立病院の使命として、医師不足地域も含めた関係病院へ可能な限り医師派遣を行っていく必要がある。
- 働き方改革を踏まえた全医師を法定内の時間外勤務時間とするためには約 1.5 倍の人数が計算上必要となる。
- 地域偏在などに対しては大学の医局制度が調整役となり、多くの犠牲を払いながら維持してきたという現実がある。
- 医局の事情により派遣状況が左右されるため、医局に頼らない医師確保方法が必要となる。
- 統計上の医師数は増えているが必要な地域、必要な診療科（特に救急に関連する診療科）の医師を確保することは困難な状況にある。
- 市内医科大学と当院において医療連携推進法人の設立を進めている。医療連携推進法人の設立により積極的に人事交流を行い医師の育成、人材確保に努める。
- 人事委員会勧告により大きく引き上げられている給与費の増をしっかりと賄えるような財源が必要。現行のベースアップ評価料では不十分。
- 診療実績が上り就職希望医師が増え人件費率が増加しているが、不採算の診療科では却って経営悪化につながっている。不採算医療を根本から考えないと医師確保により経営が改善するとは必ずしもいえない。
- 国が推し進めた新臨床研修制度や新専門医制度や種々の研修の実態や就労環境の情報が拡散できる状況となったことが背景にある。
- より高い専門性を習得できる環境を希望する若い医師が増えている。
- 自由に診療科や勤務地を選べる状況になっている現在、楽で稼げる、生活環境や教育環境がよいところへ人が動くことは自然なこと。
- 現場では、休日・夜間診療を自己犠牲ベースに奮闘している医療者に“専門医を出せ”“専門医以外が診て何かあったら責任は取るのか”などと平気で要求される。

- 若手医師の定着化が課題（定着している医師の高齢化）
- 診療の中心を担う中堅医師も不足。
- 人材紹介業者を活用せざるを得ない状況にあるが、高額な手数料なうえに、離職率が高い。
- 医師紹介派遣会社等も活用しているが、必要とする人材（報酬や当直、呼出の有無等）とミスマッチがある
- 女性医師が安心して就業の継続や復職ができる環境の整備を行う。
- 医師確保に関する好事例や効果のある取り組みなどがあれば紹介してもらいたい。

### (3) 看護師等の確保について

#### 1) 現状認識

看護師については、定期試験採用で充足できている、自治体病院の待遇は悪くなく確保できている、域内の病院全体で積極的に採用活動を行っているため看護師、放射線技師、検査技師等について概ね新規採用者は確保できている、看護師は概ね充足しているという回答がある一方で、様々な確保対策を講じているが常に欠員を抱えている状況という主旨の回答も多く、看護師不足については地域間、病院間での認識の乖離が大きい。また、充足していると回答した病院からも、夜勤対応看護師の確保には苦慮している、病休・育休者が発生した場合の代替採用には応募者が少なく確保が難しいという意見もあった。

看護師以外にも薬剤師は募集しても応募が少ない状況で数年欠員が続いている、医師事務補助者や夜勤ができる看護補助者の採用に苦慮しているとの回答もあった。精神科医療の専門職である精神保健福祉士や心理士は、精神保健福祉法の改正や発達障害の診断増などにより、ニーズが高まっており近年確保が困難になっているとの回答があった。

#### 2) 看護師不足の原因

看護師不足の原因としては、職員定数条例の制約によりスピーディーな人員確保ができない、短期間の雇用では正職員並みの業務をこなせる人材の応募は非常に少ない、立地条件が悪く看護師の給与が低い、看護学生が減少し待遇がよい関東圏を中心とした都市部への流出傾向がある、新型コロナウイルス感染症対応への疲弊という意見があった。

また、要介助入院患者が増加し食事介助などの現場負担が急増、労働環境が悪化し離職原因となっている、入職から間もない離職が多い、若年層の給与が民間病院より低額で給与提示後に採用を辞退する、コロナ禍で使命感をもって働いた看護師は、労働時間、労働環境、技術力に見合うだけの収入を得ていない、収入が高くない職業を目指す若者は減っているといった回答があり、何らかの抜本的な対策が必要と考えたとの意見があった。

調査対象となった自治体立の医学部附属病院からは、(大学病院)勤務看護師の給与水準が低いこと等により直接雇用による大学病院における看護師確保は年々厳しさを増しているとの回答があった。

#### 3) 看護師不足の影響

看護師不足により患者受け入れ体制の維持や病院運営に支障をきたしているという回答が多かった、また、病院経営の観点からは、不足分を派遣看護師にて補っているため経費が増加している。採用しても技術の向上が図れないので派遣に頼らざるを得ず費用の方が大きくなるといった意見もあった。看護師確保のための経費についても、有料求人サイトへ掲載することも増えており募集にかかるコストは無視できない、合同就職説明会等についても政令指定都市等での開催が多いため経費の面からも苦慮しているとの意見があった。

逆に 10 名の増員ができた病院からは入院患者増に対応でき収益増加につながったという回答もあり、看護師不足の解消が病院経営に与える影響は少なくないものと考えられる。

#### 4) 具体的確保対策

看護師等の確保対策の具体例として、SNS や就職情報誌等の各種媒体、民間人材紹介事業者を活用している、募集を目的とした動画を作成する、大学や養成校での病院紹介の際に若手看護職員を講師とする、学生を対象に行う職場説明会の開催、人材派遣会社が主催する職場説明会での PR 活動などが記載されていた。

他にも、看護師募集サイトのリニューアル等看護師確保に力を入れている、有資格者については病院長の裁量で随時採用できる権限が付与されている、院内他部署だけでなくグルー

プ内他病院への一時的な兼務発令が可能としている、非常勤看護師は経験者を年度途中でも採用している。育児・介護を行う職員へのサポート体制の整備などが回答されており、病院単位での工夫や努力だけでなく地域医療を維持するための視点から関係者間の連携による看護師確保の仕組みも重要という意見もあった。

また、看護師宿舎や院内保育所を設置するなど働きやすい環境を整える、日勤帯のみの勤務に限定した看護師の確保といった離職防止対策もあった。

## 5) その他

その他、看護師等の確保に関し以下のような意見や回答があった。

- 地域医療を支える病院が医療スタッフの確保に窮することなく病院運営に集中できるよう、持続可能な供給体制の確立を図っていただきたい。
- 精神科に興味をもってもらえるような看護学生への取り組みなどが必要。
- 質の高い教育を受けた学生を採用し育成することが課題である。受験者数を増やし、よりよい人材を確保することが必要。
- 看護学校の定員割れなどで応募が少なくなってくるのが予想されます。
- 人材確保経費も診療報酬の見直しを要望します。
- 2交代制勤務の一部導入など職員の実情に応じた勤務時間の設定。
- 50代以上の看護師も多く、近い将来において看護師不足の深刻化が予想される。看護補助者に対する処遇改善の方策も必要。
- 子育て支援策が拡充される一方、それをサポートする側（雇用を増やす費用への補助）への支援が無い。
- 重症度に応じた7対1入院基本料の点数アップがないと、人件費をカバーできない。
- ベースアップ評価料による人件費補填だけでは対応できない。
- 医師の働き方改革に対応するため、医師の仕事の一部を看護師が担う部分もあることから国公立の大学における看護学部の定員増員が必要。
- 人件費に見合う加算を新たに取得できなければ人員増も容易ではない。
- 高度化する医療への対応などのため、看護師やコメディカルスタッフの体制の充実の必要性は一層高まっている。

## (4) 希望する支援等の内容（対自治体）

### 1) 経済的支援

#### ①診療報酬に関連するもの

自治体への支援要望のうち診療報酬に関連するものとして、診療報酬改定の適正な改定がなされるまでの間は交付金等による支援を行う、ベースアップ評価料で賄いきれない人件費の増に対して一般会計から繰入を行うなど繰入基準を見直す、新人看護職員研修事業補助金や食材料費高騰対策等各種価格高騰に対する支援など診療報酬では十分に賄えない経費に対する支援を引き続き継続する、診療報酬におけるベースアップ評価料など評価と実態が乖離している部分に対する自治体独自の支援などを求めるといった意見があった。

#### ②政策医療（不採算医療）に係るもの

政策医療（不採算医療）に係る支援要望としては、地域の実情に応じた繰入をお願いする、政策医療に財政支援がなされることが必然な時代、政策医療（自治体事業を含む）を提供していることへの理解・配慮を中期計画等策定や運営費負担金に反映させる、住民が安心して医療を受けられる体制を確保・維持するという視点からの評価・補助を希望するなどの回答があった。

不採算部門として、災害医療（政策医療かつ非収益分野）、小児医療（児童精神領域含む）、周産期医療、精神科、特殊外来診療の例示があり、これら機能の充実、維持に対する財政支援を求める意見があった。

#### ③機器関係（ハード整備）に係るもの

機器関係では、高額な設備投資へのより手厚い助成、設備・医療機器には新設だけでなく更新のための補助金があるとよい、高度医療に対応する医療機器の整備・更新等に対応できる財政的支援をお願いしたいという回答があった。また、医療DXの導入等による新たな費用の発生に対応した財政的支援の充実・強化を求める意見や、オンライン資格確認に関し補助金や加算で補いきれない規模のシステム改修費や維持、更新費用が発生し病院の持ち出しになっている現状を踏まえ、費用に見合う支援を希望するとの回答もあった（国に対しても同様の要望が記載）。

#### ④その他

その他の経済的支援に係る要望として、重点支援地方交付金を活用した光熱水費や食材料費の物価高騰に対する支援、指定管理料の増額等、人事委員会勧告による人件費の増に見合う運営費負担金の増額、公立病院として担うべき役割に見合った資金投入について速やかに検討する、不採算医療や政策医療の収支実態について原価計算などによる可視化、特別地方交付税交付金の確実な病院への配分などを求める回答があった。

### 2) 人材確保

#### ①医師確保

医師確保に係る要望として、奨学金の増額、医師研究資金の増額、医師の派遣制度の確立（数年間）、指定管理料における医師確保経費の増額、医師派遣による逸失利益補填制度の拡充及び恒久化との回答があった。また、地域での取り組みとして、常勤医師の地域偏在の是正、医師が不足している地域や診療科の医師を確保するための優遇措置の実施、医師少数区域への医師派遣を活用した支援といった例示があった。

## ②看護師確保

看護師の確保に関する要望としては、看護師等の派遣制度の確立（数年間）、看護師等の地域偏在の是正、看護師の確保支援を今後も継続すること、転居して就職する看護職員への転居および住居費の補助、看護職員向け住宅の整備や設備の充実といった意見があった。

## ③その他の医療人材確保

医師・看護師以外の医療人材の確保に係る要望として、タスクシフトに必要な医師以外の職種の人件費費用の確保、病院事務についても専門性が高く、経験の蓄積も必要であり事務遂行能力のある職員の確保を求める、企業会計、建築設計・施工監理、ビル管理等の専門知識を持つ職員の優先的な配置といった回答があった。また、人材確保に関しては採用だけでなく、医療過疎地の医療従事者定着に向けた各種施策の拡充や職員の健康を守るための補助といった定着のための支援を求める意見があった。

## 3) その他

その他以下のような意見や回答があった。

- 公立病院の構造的な課題と真摯に向き合う。
- 地域医療体制（再）整備に向けた強力なリーダーシップ。
- 絵に描いた餅のような地域医療構想ではなく、有効な地域医療構想を作ること。
- 医療機関の統合再編を進めることは今後不可欠であり自治体が中心となって統合再編を検討する医療機関の仲立ちをして欲しい。
- 地域のクリニック等へのより強力な受診誘導策。
- 外来で担える医療であれば外来に移行するなどを検討。
- 救急医療、高度医療など不採算医療に関する地域住民への貢献度に応じた財政負担。
- 高度急性期、急性期医療を担う医療機関は利益率が悪化し、この状況が続けば地域医療が立ち行かなくなることも想定。
- 発達に課題がある子どもに対する相談などの支援体制の一層の充実。
- 公立病院であるがゆえに補助金交付のない領域への補助金。
- 自治体が独自に行う繰出金を検討していただきたい。
- 患者家族によるハラスメント防止啓発強化。
- 一般市民に向けて、今、自分たちが置かれている立場を理解させるような説明責任を果たすこと。
- 病院の老朽化に伴う建て替えについては、一定の補助がないと建て替えは不可能なほど経営状態が悪化。
- 電子カルテシステム等については更新サイクルが短く、サイバーセキュリティー対策が強く求められているなか、ソフト、ハード、保守費用を含め莫大な経費を要している。
- 病院への交通インフラの強化。
- 外国人患者の未収対策。
- 薬品費の値引率が近年悪化傾向にあり費用の大幅な増加につながっている。
- 労働組合に対し持続可能な病院経営と職員満足度の向上を共に追求すること求める。
- 頑張っている人が損をしないような補助の仕方を考える。

## (5) 希望する支援等の内容（対国）

### 1) 経済的支援

#### ①診療報酬以外の支援

公立病院に対する経済的支援として診療報酬以外の内容には、診療報酬の適正な改定までの間（タイムラグ）における公立病院への安定的な運営のための地方財政措置、自治体が適切に公立病院に繰出金を繰り出せるよう一般会計繰出金の基準額の引き上げと財源（交付税措置の拡充）、病院の努力により賄うことが困難な人件費や物価高騰（診療材料、給食材料、光熱水費、燃料費、委託料等）への経済的支援の必要性の認識を持つ、経常運営費の助成の他に高額な設備投資へのより手厚い助成や医師確保への実効的な支援、建築資材、労務単価の高騰により病院の再整備事業が困難となっている近年の状況への配慮などといった回答があった。

また、物価高騰に関しては重点支援地方交付金の活用、医療費の未払いが困難な患者からの未収金回収のための労力や経費に掛かる支援、医療 DX 推進（マイナ保険証、電子処方箋等）や公共性の高い医療事業（5 疾病 6 事業や不採算性の高い事業など）に関する運営費補助金や施設設備整備補助金の増額や申請期間の延長といった要望もあった。

#### ②診療報酬

診療報酬に関しては、必要費用を適切に反映した物価上昇や人件費等の社会的実態に相応した改正、2年に1回の改定に縛られず物価変動に合わせた臨時改定等の機動的な運用、人員配置要件や各種算定要件の緩和と施設基準取得に伴う基準の引き下げ、地域包括ケアシステムを支える訪問診療・訪問看護・医療相談・地域包括ケア病床の診療報酬の増額、急性期医療に対する診療報酬点数の増額（高度急性期及び急性期医療を維持するため、「A100 一般病棟入院基本料イ急性期一般入院料1」の点数引き上げを要望）、2026年度以降のベースアップ評価料の継続及び評価料の大幅なアップ、子育て支援に対応している医療機関の評価、乳幼児・小児医療に係る診療報酬（食事療養費含む）のプラス改定、医療 DX 推進に伴う点数の引き上げ、タスクシフティング等の業務効率化を推進する報酬の設定、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関への評価、就労支援相談への精神疾患の追加など多岐に渡る要望があった。

また、保険制度の見直し（混合診療の拡大、民間保険の活用等）や税制の見直し（控除対象外消費税等の見直し）、都市部と地方とで物価上昇の格差是正についての回答もあった。

#### ③人材確保

公立病院における人材確保については、医師や看護師等の地域偏在化を改善するより強力な施策、医師や看護師の確保や処遇改善に必要な支援、人事院勧告等に準じた人件費への支援、医師のシーリング制度の見直し（麻酔科医の不足など）、医師・看護師を含む医療スタッフの派遣制度の確立（数年間）、15対1を上回る医師事務作業補助者の増員への手厚い支援、タスクシフトに必要な医師以外の職種の人件費費用の確保、社会人や学生への学費や生活費の支給型奨学金の整備、女性が働きたいと思う環境整備（税の優遇、年金の上乗せ、給与アップ、子育て支援）といった要望があった。

また、義務教育に看護職を目指す職員を増やすための授業を盛り込む、外国人看護師受入れ（EPA）の推進といった提言もあった。

#### ④過疎地への支援

離島・僻地の過疎地域の公立病院からは医療格差解消に向け、診療報酬上の優遇措置（人員配置要件の緩和など）、医師及び看護師等の処遇改善、医療人材の確保・育成ができる体

制構築といった要望があった。

⑤その他

その他、国に対する以下のような要望や意見があった。

- 災害拠点精神科病院への補助について、ハード面も対象とするなど補助対象の拡大
- 診療報酬の精神科急性期医師配置加算におけるクロザピン新規導入の要件緩和
- コロナのクラスター対策としての病床確保への支援
- 減損会計の見直し

(解説)

地方公共団体の出資により設立された病院において、交付金等を受け行政的医療を担う立場であり、かつ有形固定資産の保有目的は、医業を将来的に継続していくため、本来、売買を目的とするものではない。

このような特性から、企業のように、資産の収益性が低下して投資額の回収が見込めなくなった場合、当該資産の帳簿価額に、その価値の下落を反映させる減損会計の手続を行う必要があるのか。学校法人と同等に適用を見直してほしい。

- 患者家族によるハラスメント防止啓発強化
- 救急医療や夜勤に従事する医療者が報われる制度設計
- 適正な受療行動をうながすよう国民への啓発活動
- 各医療機関が共同利用できる電子カルテ等の医療情報システムの整備
- 地域のクリニック等へのより強力な受診誘導策
- 医療 DX における標準規格の推進等

(具体的要望内容)

IT 技術の導入による情報共有化、利活用といった主旨は理解できるが、それに伴う HIS の修繕や新規導入に、システムベンダーからは莫大な費用を請求される。国としての一元的な仕様、共通のプログラムの配信など、システム関連経費を抑えるための仕組み作りも並行して行って欲しい。

マイナ保険や医療政策において必要とされるシステム導入・プログラム改修などへの補助金などでの支援。簡単な変更であっても導入ベンダーから開発費・リリース費用(人件費)の請求が都度病院に来ている状態にある。各医療機関では毎回予定外の支出を余儀なくされているため、支援をお願いしたい。

電子カルテシステムの開発・運用には多大な経費がかかるため、国によるクラウドシステムの開発・運用を検討いただきたい。

医療業界における脆弱なシステムセキュリティ対策についての改善が必要であるが、セキュリティ強化に係る診療報酬の対応が不足している。医療安全管理加算のように国指定の 40 時間の研修を受けた専従管理者を配置しセキュリティ対策を推進している病院には一定の診療報酬による加算や SE の配置とそのためへの支援。

健康・医療に関するリアル・ワールド・データの利活用が推進される中において、医療機関における地域連携を強化するためのシステム導入や電子カルテを含めた情報共有のためのインフラ整備に対する支援を行うべき。

- 資金繰りの円滑化のための企業債の創設
- 公立病院への補助金、負担金の原資となる交付金等の一層の充実(自治体が支援するための財源を増額)
- 支払消費税額の負担に対する見直し

- 食事療養費の増額改定
- 構築費用の圧縮及び導入費用の補助
- 緊急的な各種補助金
- 医療従事者に対するコロナワクチン接種費用の負担軽減措置
- 児童精神科外来診療に係る診療報酬の評価の適正化
- 特定機能病院における高度急性期医療、重症患者が多い病棟の体制充実にかかる適切な評価による人件費財源等の確保（措置の増額や区分の創設）
- 医師以外も含めた働き方改革推進のために必要な施設基準等の見直等の措置
- 粒子線治療に係る診療報酬点数の増
- 機能分化・連携強化に伴い不要となる既存病院等施設の除却等に要する経費を新病院の整備に要する経費等と同様に病院事業債（特別分）の対象とする。
- 病院の老朽化に伴う建て替えについては、一定の補助がないと建て替えは不可能なほど経営状態が悪化している。
- 物価上昇等に機動的に対応できるよう、診療報酬の1点の単価を小数点以下銭単位とすることを検討。  
また、さらに手術に使用される保険医療材料の物価高により病院の負担が増えているため、手術の所定点数や保険償還額の見直し。
- 医療法における精神科の医師数・看護師数の法定数の引き上げ（職員の配置数は法定数ベースで議論されるため）
- 全国の多くの病院経営が赤字で苦しむ現状にもっと目を向け、国民の医療環境が狭められることのないよう、地域医療構想の見直しと合わせて切れ目のない施策の展開。
- 政策医療として課された役割を十分にかつ継続して果たせるよう、人件費や物価の上昇水準に見合う診療報酬の設定に加え、自治体の繰出金の財源となる特別交付税について拡充。
- このままでは、現場がもたないという意識を国民や政府および自治体の方々には認識していただきたい。「予約なしの外来は診ません。予約は半年待ちです。手術は2年待ちです。当然救急も予約制ですので半年待ってください。」という時代は目の前に来ています。
- 少子化の進行により小児医療の総量は縮小し、民間や市町村の病院では小児医療・周産期医療からの撤退を余儀なくされ、小児科医不在の地域が増加している。加えて、小児科開業医の高齢化も進む中で、地域の小児医療を支援しつつ三次医療機関として高度専門医療の維持が求められている。小児医療の維持は重要な子育てのインフラであり、少子化対策の核であるとの国民の合意形成が急務と考える。
- 当面の医療機関経営を維持するために機器の更新を後ろ倒しにしているが、更新を遅らせるだけで、中長期的には診療の質低下も招きかねない。
- 地域医療機関との連携強化や救急患者の積極的な受け入れによって患者の確保に努めるほか、適切なベッドコントロールにより経営の効率化を図りつつ、病床利用率の向上に取り組む必要がある。
- 公立の単科医系大学は、大学病院の経営状況と設立団体の支援の厚みにより、特に経営状況が大きく左右されると思われる。地域医療を支える役割の大きさを考えると、安定した病院経営が行える条件と財政的支援が必要であると感じる。

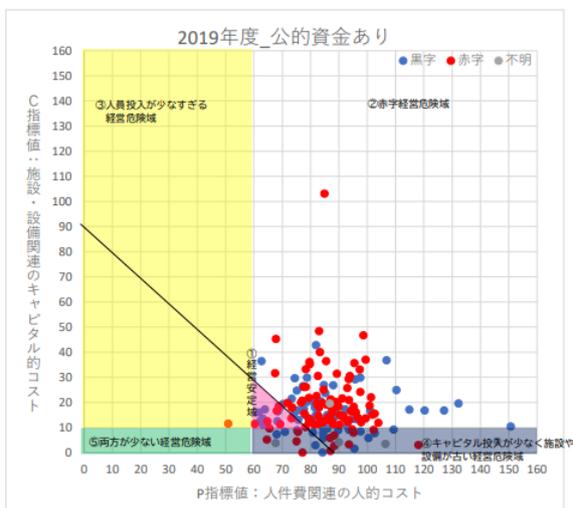


# KPC 分析プロットの結果

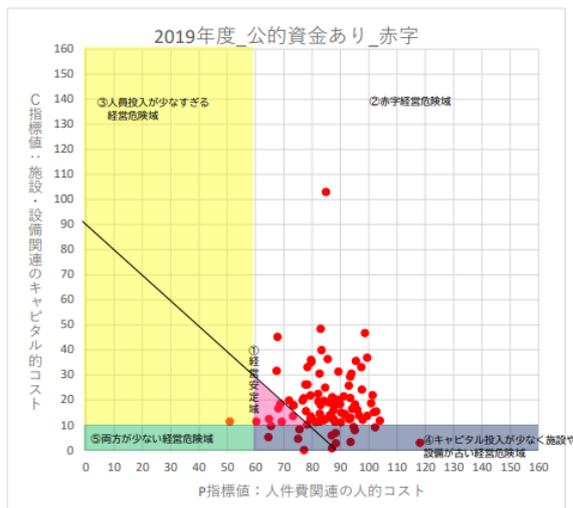
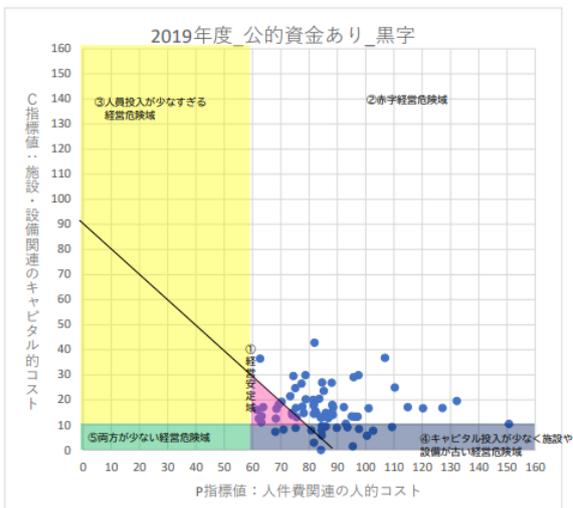
## 【2019 年度】

### (1) 公的資金あり

#### 1) 全体

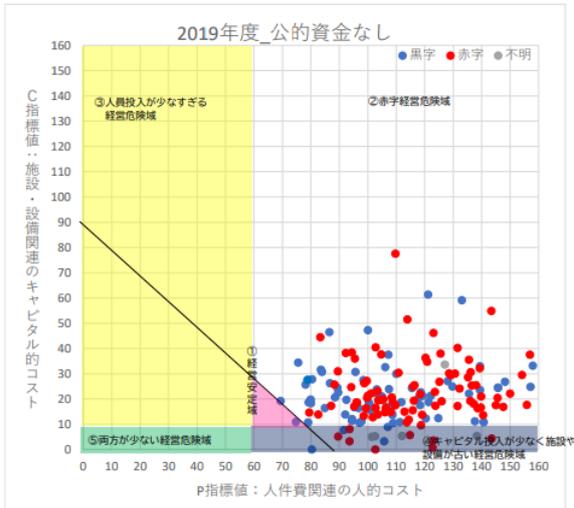


#### 2) 黒字、赤字病院の別

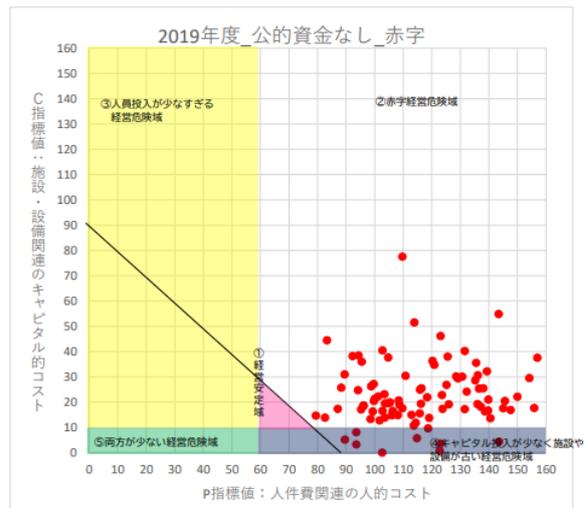
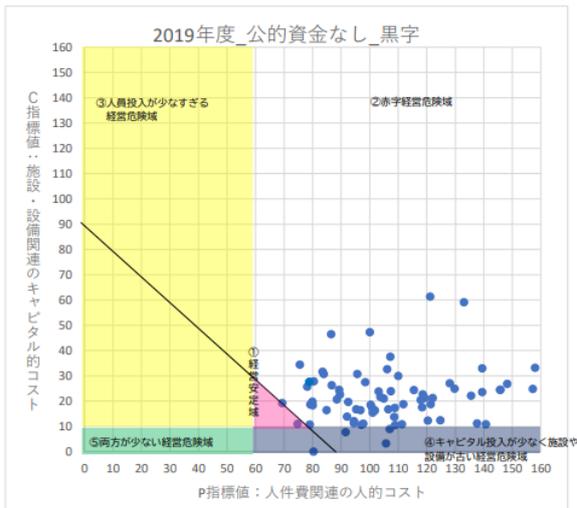


(2) 公的資金なし

1) 全体



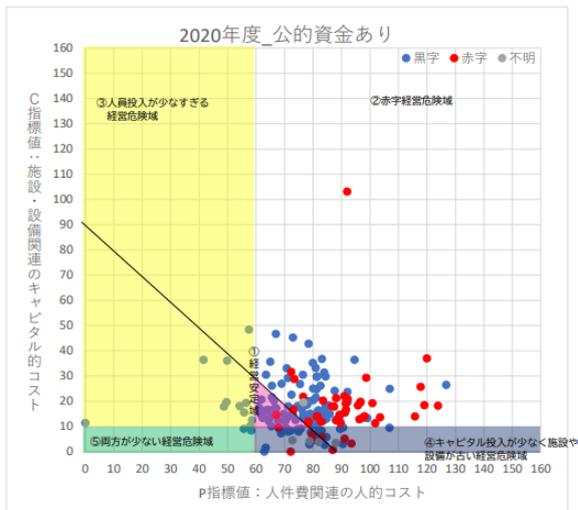
2) 黒字、赤字病院の別



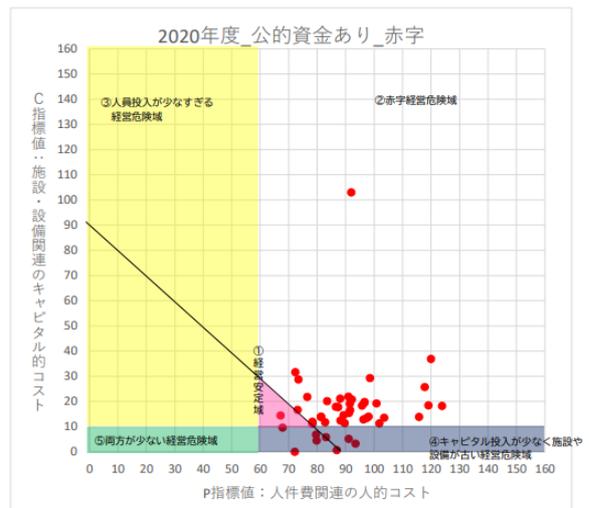
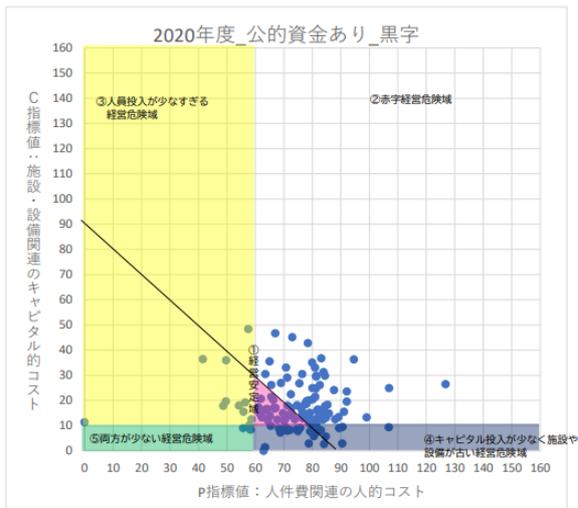
## 【2020年度】

### (1) 公的資金あり

#### 1) 全体

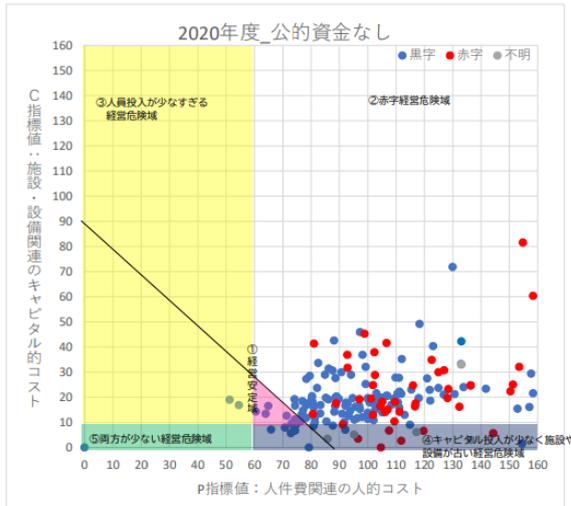


#### 2) 黒字、赤字病院の別

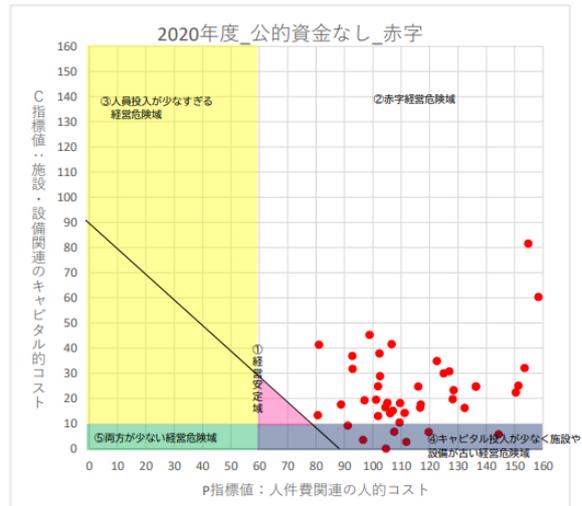
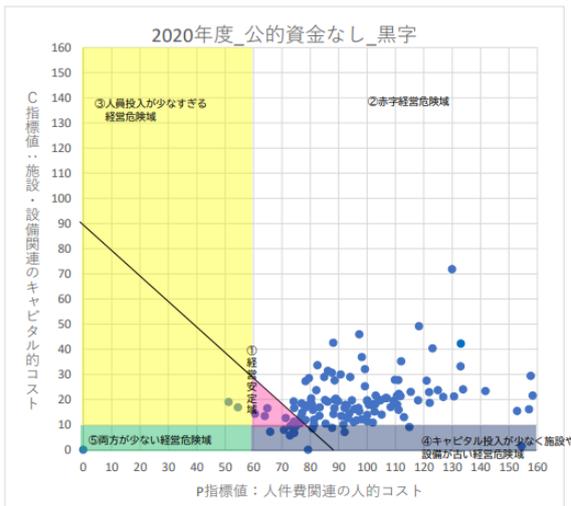


(2) 公的資金なし

1) 全体



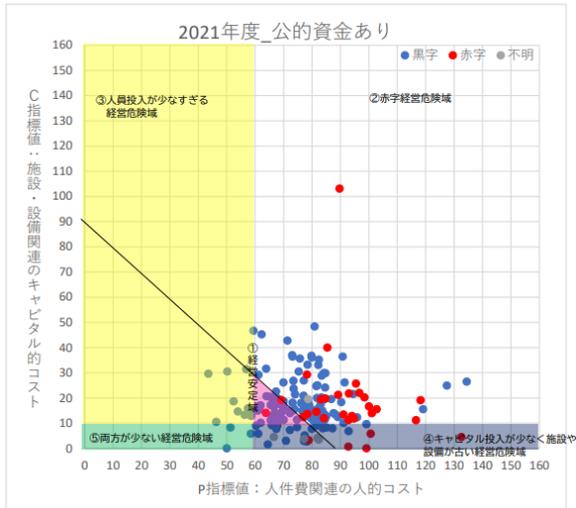
2) 黒字、赤字病院の別



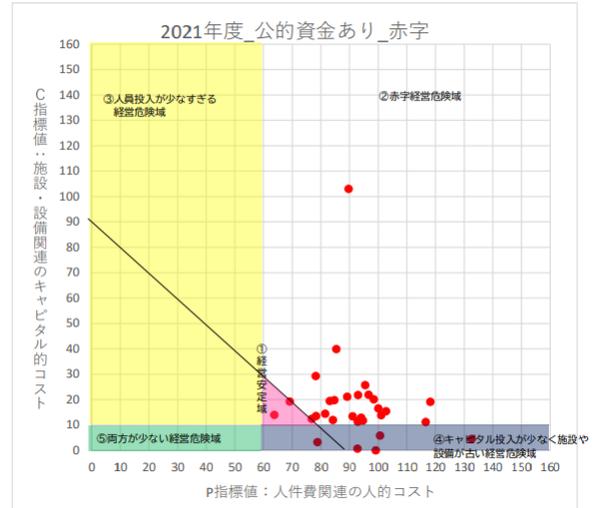
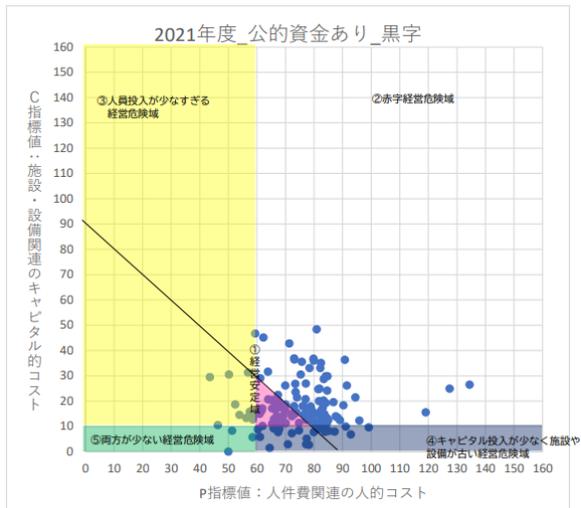
# 【2021 年度】

## (1) 公的資金あり

### 1) 全体

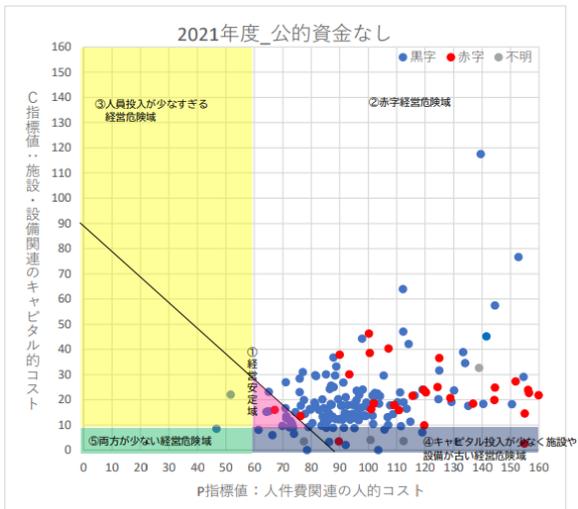


### 2) 黒字、赤字病院の別

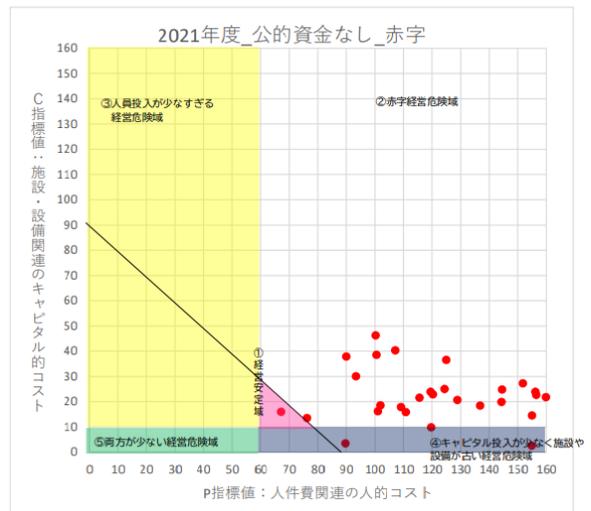
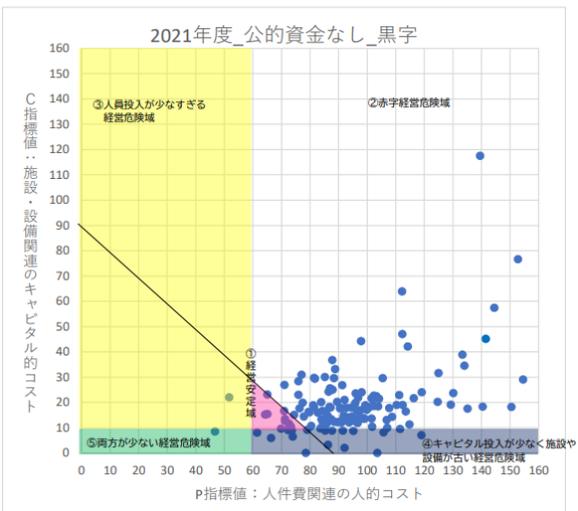


(2) 公的資金なし

1) 全体



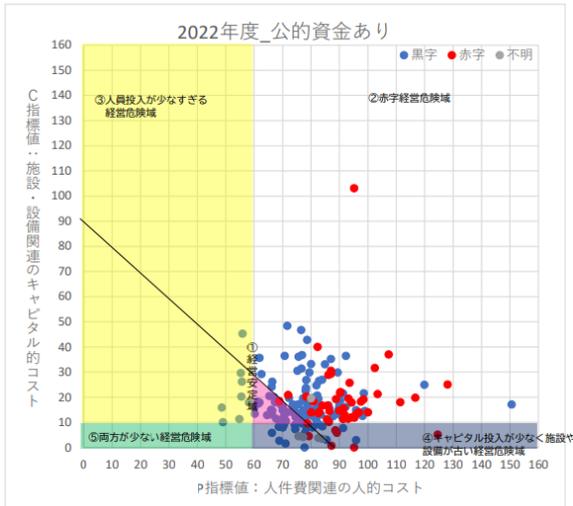
2) 黒字、赤字病院の別



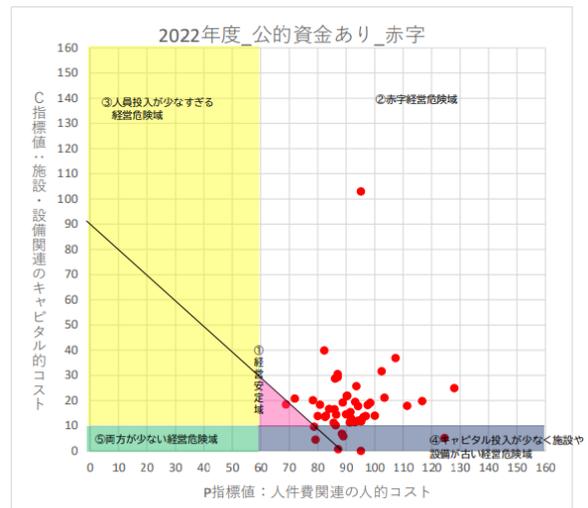
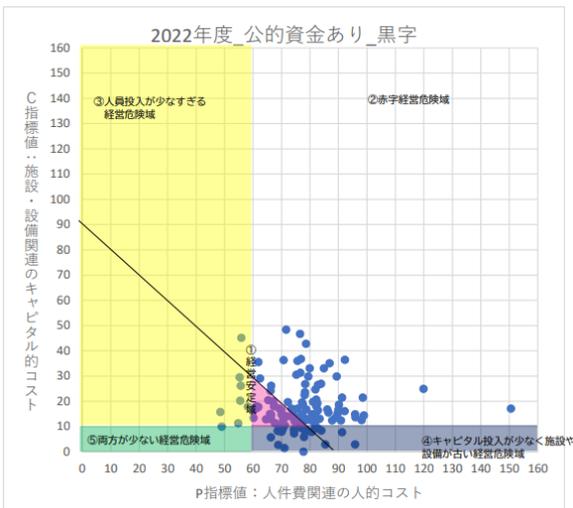
# 【2022年度】

## (1) 公的資金あり

### 1) 全体

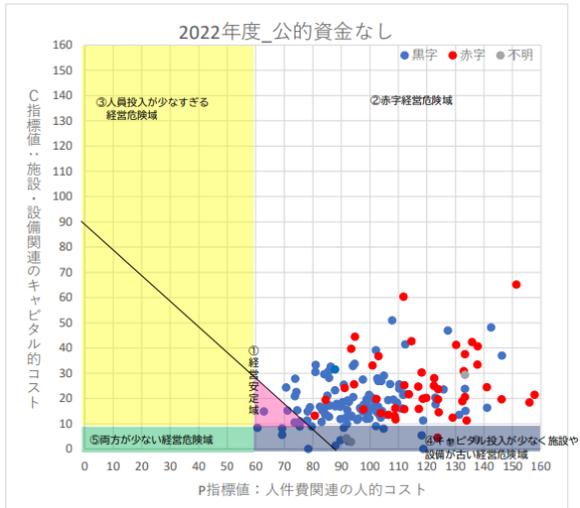


### 2) 黒字、赤字病院の別

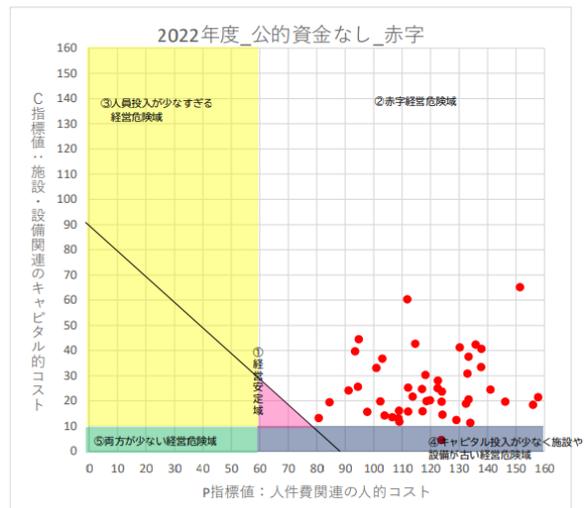
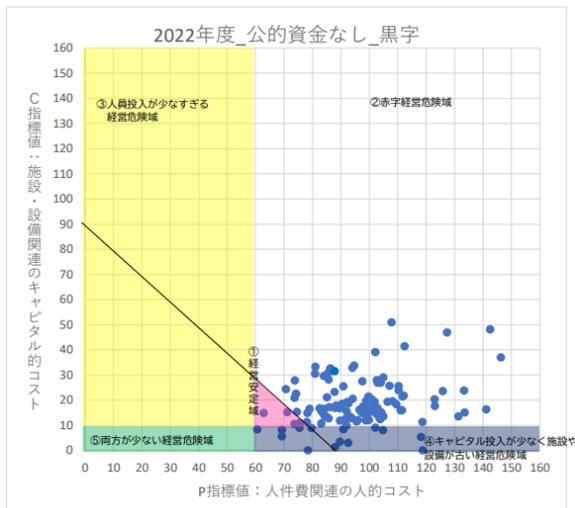


(2) 公的資金なし

1) 全体



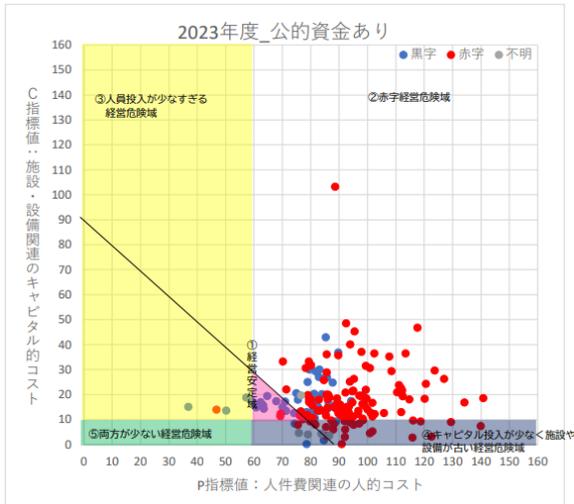
2) 黒字、赤字病院の別



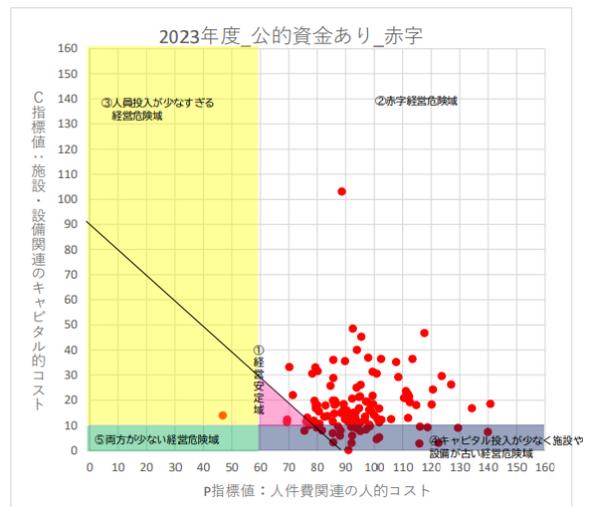
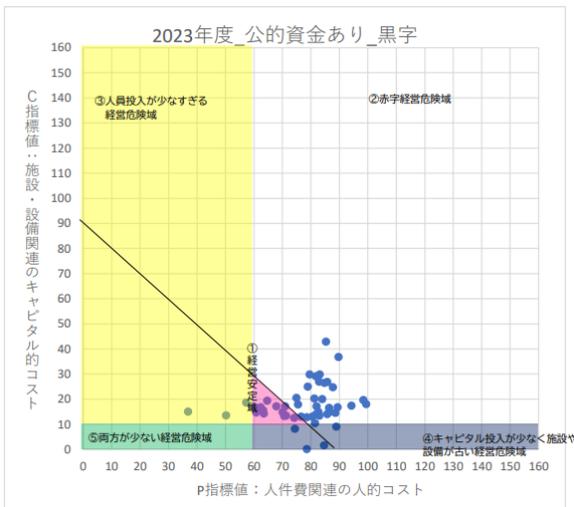
# 【2023 年度】

## (1) 公的資金あり

### 1) 全体

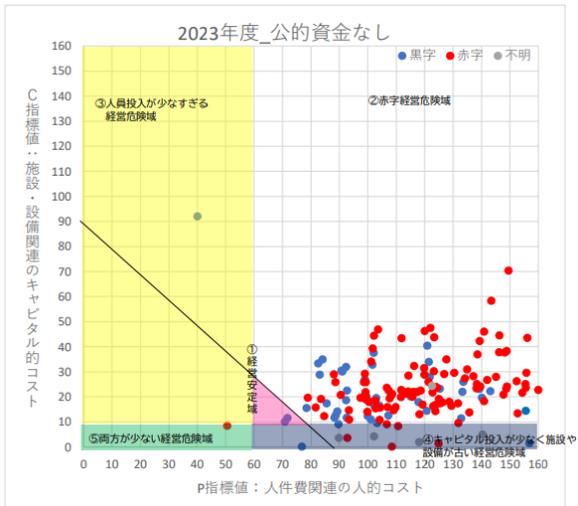


### 2) 黒字、赤字病院の別

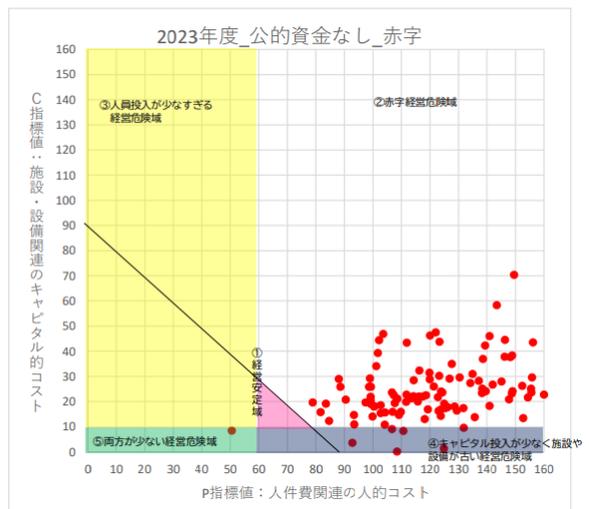
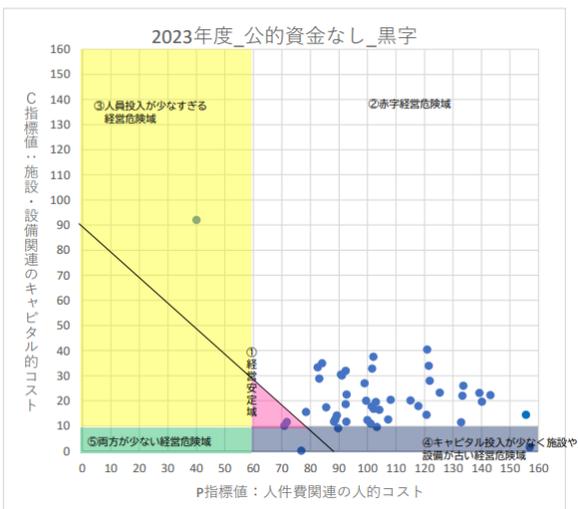


## (2) 公的資金なし

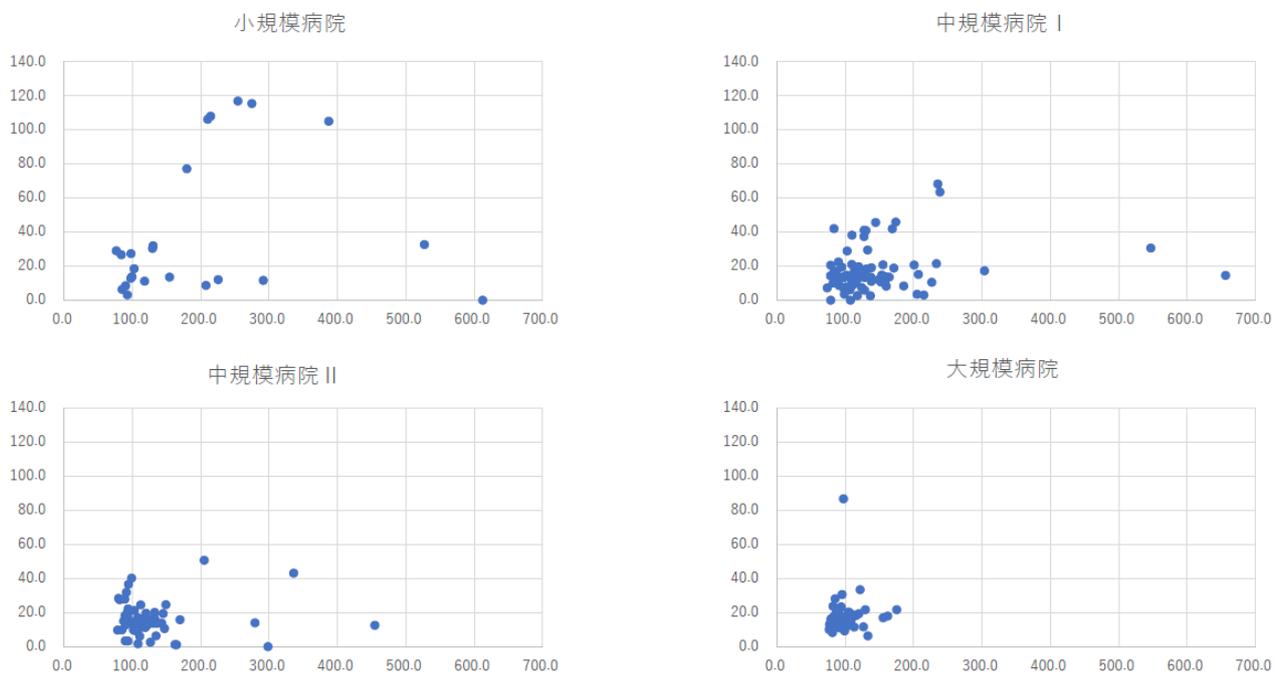
### 1) 全体



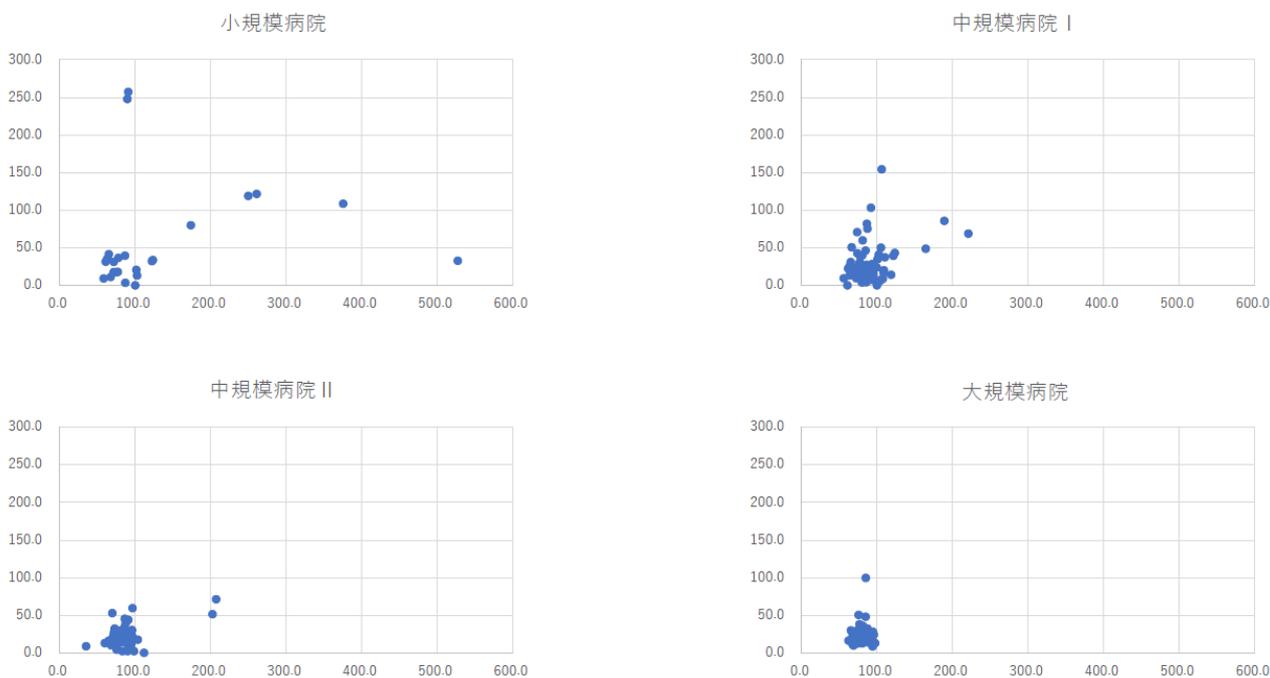
### 2) 黒字、赤字病院の別



### 病院規模別KPC分析 (2023年度公的資金投入無し)



### 病院規模別KPC分析 (2023年度公的資金投入あり)



注： 小規模病院：病床数 100 床未満  
中規模病院Ⅱ：病床数 300～499 床

中規模病院Ⅰ：病床数 100～299 床  
大規模病院：500 床以上

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

社会保障審議会

介護保険部会（第116回）

令和6年12月23日

参考資料 2

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進（従来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等）
- ・新たな構想は27年度から順次開始（25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等）
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能  
これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）  
構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医療及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場  
必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
- ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚労大臣）の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

(参考文献)

- 1) 西田在賢：病院の経営持続性を診る、社会保険旬報、No.2872、28-33、2022
- 2) 西田在賢：特集 地域ニーズに合致した病院機能の変革 病院経営持続性を診る分析について、病院 82 巻 10 号、906 (70) -910 (74)、2023
- 3) 厚生労働省：新たな地域医療構想に関するとりまとめ、新たな地域医療構想等に関する検討会、令和 6 年 12 月 18 日

西田氏の文献 1 は本報告書の付録として添付した。文献 2 は下記から入手可能である (有料)。

<https://webview.isho.jp/journal/detail/pdf/10.11477/mf.1541212034>



【注 意】

付録 (文献 1) については、著者の西田在賢氏の許諾を得て社会保険旬報社のご厚意により掲載したものであり、本報告書と切り離して配布する等のご利用はお控え下さい。

# 病院の経営持続性を診る

下

東立広島大学特任教授、HBM S地域医療経営研究センター長 (静岡聖立大学名誉教授) 西田 在賢

## 病院の経営持続性を診る 新指標との出遇い

病院の経営持続性を診る目的は、公・私病院を問わず病院経営幹部が現在の経営状況を把握して今後の経営に備える視座を拓くことを行うためのものであり、管理会計/マネジメント/アカウンティングである。そのためツールになると見たのが、四半世紀前に出遇った「K点分析」である。

時代を振り返ると、日本社会の成熟が進む中でまずは人口高齢化の影響が見えてきた1980年代から当時の厚生省は大掛かりな医療制度改革に着手し、医療費支出の在り方についても見直しを進め

た。そうしたところ1990年代に入る頃、北海道地域で病院経営の困難を訴える声が高まった。その背景には冬場が長いためにその間の患院が促されず在院日数が長くなるという事情があつて、北海道には一人当たり医療費が高い市町村が集中していた。そんなところへ、重要な改革施策の一つとして医療費の地域差是正が強力に進められたわけであつた。

さて、K点分析のあらましである。全国でも早くから病院経営の困難に見舞われた北海道で、厚生省から医療経営改善支援事業の委託を受けた北海道私的病院協会では病院経営改善策を調べるために道内の全病院を対象に経営収支の

細目を求めたアンケート調査を行い、病院の経営安全度を示す何らかの指標が得られないかと試行錯誤で分析を進めた。そうしたところ、偶然、ある興味深い指標を見つけた<sup>1)</sup>。それは人件費関連のP指標と施設・設備費関連のC指標を算出し、両指標値を足し合わせたK指標が90を境に黒字と赤字の病院に分かれたこと。また年次を改めて病院ごとに調べてみると、K指標が90以下の病院は平均的にポイントを下げて経営改善が進んでいったことがわかったというものである(図表12)。

筆者が「病院の経営持続性に関する研究」に着手して間もない1996年秋のことだったが、同

協会の幹部からこの新しい経営管理指標の理論的な意味合いを教えて欲しいと頼まれた。調べてみたところ、K指標とは損益分岐点となる収益と実際の収益との比率を示す「損益分岐点の位置」の近似値になると説明できた。

ちなみに損益分岐点とは収益と費用とが等しくなるところであり、「K点分析」が扱う総人件費や施設・設備費関連のキャピタルコストというのは信わせるとほぼ固定費である。また「K点分析」の中で医療原価といっているものは、ほぼ変動費に相当するので、K指標を計算するときの分母(総収益-医療原価)は、いわゆる限界利益に相当する。そして、固

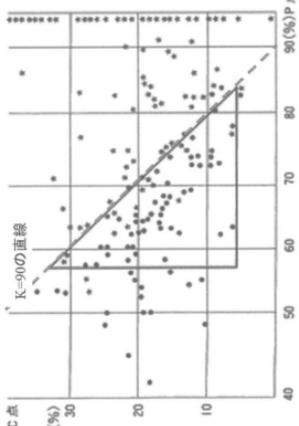
K点分析の算式

$$K = \frac{P + C}{P} \times 100$$

$$P = \frac{\text{総人件費}}{\text{総収益} - \text{医療原価}} \times 100$$

$$C = \frac{\text{キャピタルコスト}}{\text{総収益} - \text{医療原価}} \times 100$$

- ただし、
- ・総人件費：全従業員に法定福利費や退職給付引当金を含む人件費総額。
  - ・キャピタルコスト：資本関連コストの総額。
  - ・医療原価：収入のうち直ちに支払わなければならない費用の総額。



西田在賢「ソーシャルビジネスとしての医療経営学(新装版)」P190-192参照。

図表12 KPC分析  
K点の範囲

の内側は黒字病院、外側は赤字病院がほとんど...

定費を限界利益と削つたものが損益分岐点の位置となるので、K指標の算式を整理していくと、K=90はP+C=90(ほぼ損益分岐点の位置)というわけである。詳しくは、本稿「上」に掲載した文庫4を参照されたい。

なお、限界利益の原語は、Marginal profitで、この訳語では利益の限界、もうこれ以上利益がでない限界、というような誤解を招く恐れがある。原語からわかるように、利益の余白、余地ということである。

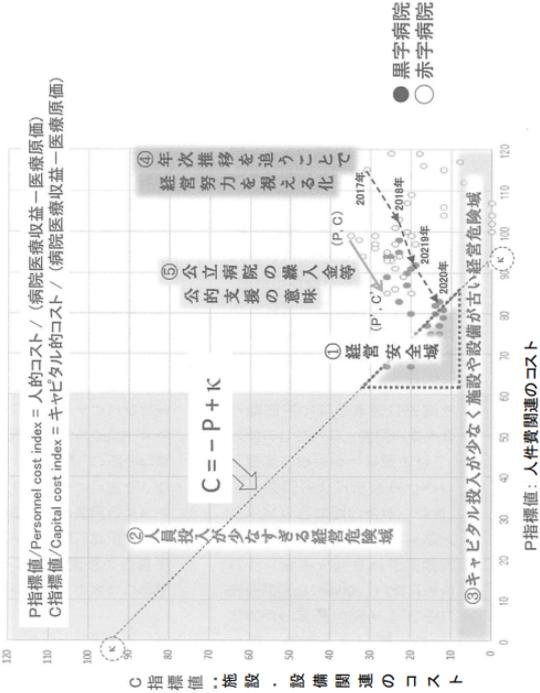
ところで財務管理上の収支差つまり利益には間接費もあり、K点分析が扱う収支は経営利益の後たが、また特別損益の全部や法人税等の計算前であることから、目安として税引前利益について黒字か否かの確認をとって分析が進められることになる。そうしてK指標値が90より低い病院は税引き前の収支を確保して経営が安定的に推移すること。また90を超えている病院は経営改善がなかなか進まない様子。当時の北海道私的病院協会が北海道の病院群で確認したわけであつた。

余談だが、北海道私的病院協会の幹部たちがこの分析を「K点分析」と命名したのは、彼らなぞは、このことであつた。そもそもK点とは、スキージャンプ競技の着地地点は傾斜路の曲率が急変する着地時に危険が伴うことから、これ以上急変と危険であるという「危険点」を意味する独語Kritischer Punkt(英語critical point)のことであり、競技中において着地飛距離の長い選手であつても着地地点がK点を越えなければ、大会運営者はスタート地点の高さや助走路の長さを調節して設定した。そして1972年の札幌オリンピックのスキージャンプ競技でもK点は出いられており、彼の地では耳に慣れた用語だとなつてある。

ただ、昨今は、滑走士の姿勢を含む滑走技術・着地技術・競技服装が大転進進歩したことでジャンプ場の急峻さに慣れさせたK点を越えるいわゆる「K点越え」のジャンプが可能になり、危険点の意味をなさなくなったため、2004年のシラノスからK点の扱いが変わり、これと趣意を同じく

図表14 KPC分析の概念図

…経営、すなわちヒト・モノ・カネのやりくりを可視化して病院経営のアカウスタビリティを高める!!



すると説明したが、じつところ増益分岐点といふものを実際に計算しようとする、費用を固定費と変動費に振り分ける因果分解の作業が必須となる。そして、因果分解は病院業に限らず、どの事業であつても正確に行うことは煩雑で難儀であつて、なかなか割に合わない分析である。それだけに簡便な計算でおおよその増益分岐点の位置を見つけられるのは価値がある。財務会計では1円単位で勘定が合うことを求められるため近似値というアバウトな値は受容されれないが、経営の意思決定に用いる管理会計では数値の扱い方に留意すれば近似値でも大いに役に立つ。

なお、KPC分析の特徴的なアプローチは、横軸P、縦軸CとしたPC平面上に標本となる各病

院の(P値、C値)をプロットして観察するところにある。さて、実際に分析を施すとすると、分析に参加する病院を募つて病院データ個票を提出してもらうことになる(図表13)。このとき、ある程度の数の病院が集まらないことには経営安全域の推定ができない。また、人件費関連の人的コストと施設・設備関連のキャピタル的コストのそれぞれで算定項目を揃えることが必要となるが、財務諸表上では必ずしも明確ではない、病院内部の費用振り分けルールを確認しなければならぬ場面も生じる。分析そのものは病院を特定する必要はなく匿名でよいのだが、病院法人にとつて内部の費用振り分けルールは個人情報のようなものなので、心理的な抵抗が生じるところである。そのためにも分析実施者と分析参加病院の間の信頼関係が重要となる。

なお、公立病院のデータは地方公営企業年鑑等に公表されているとはいうものの、病院個別での費用仕分けルールもあつて、必ずしも一律とはかきらない。その上に繰入金や補助金、そしてまたいろ

下回ると減点となっている。そのようなことから今では命名当初の病院経営の「安全度を示す何らかの指標」を表すにはふさわしくないものになつた。しかし、次節に説明するように、このアプローチを改めて整理して考察すると、病院事業におけるヒト・モノ・カネの投入のやりくり、つまり病院の経営取り組みの可視化をかなえて、病院の経営持続性を診れることから、「下ろし分析」と名を改めて説明を続ける。

### 病院の経営取り組みを可視化するKPC分析

K点分析に出遇つた当時は「近似的な増益分岐点分析に相当する」という程度の説明に留めた。というのも、その頃は病院経営のリアルデータを入手することがたいてい困難しく、筆者自身でデータを取集して検証することが困難だつたこと、筆者の米国留学で学んだことが重なるためであつた。しかしその後、2002年頃に筆者が関わつた病院経営の研究會に集まる病院幹部たちにK点分析を紹介したところ、16の民間病院

からリアルデータの提供を受けて分析を実施でき、また分析結果についても意見交換ができたことから、筆者自身で初めてこの分析の有用性を断言することができた。また、2012年には当時勤務する静岡東立大学に開設した医療経営研究センターにおいて、静岡県から委託された「医療経営改革能力向上講座」に参加した18の公的病院に向けてK点分析の講習を行つたことで、P指標値とC指標値の算定にあつて公立病院の繰入金をどのように扱うかについての考察を進めることができた。詳しくは本稿「上」に載せた参考文献①②を参照された。

そして、昨2021年には東立、広島大学HBMIS地域医療経営研究センターが企画開催する医療経営人材養成プログラムの中で、20の公立病院が参加して発表されたこと、K点分析の活用を公表したこと、から、以下に説明するKPC分析の整理に至つていく。

ところが、増益分岐点の位置突際の発生量に対する増益分岐点の売上高の比率」の近似値を算出

図表13 KPC分析の病院データ個票

	病院医療収益 【(億円)】 ※①参照	公的支援金 【(億円)】 ※②参照	医療原価相当 【(億円)】 ※③参照	人的コスト 【(億円)】 ※④参照	キャピタル的コスト 【(億円)】 ※⑤参照	【参考】 税引前利益 黒字 or 赤字 黒字 or 赤字 黒字 or 赤字 黒字 or 赤字 黒字 or 赤字
2017年度						黒字 or 赤字
2018年度						黒字 or 赤字
2019年度						黒字 or 赤字
2020年度						黒字 or 赤字
2021年度						黒字 or 赤字

★数値は小數第2位を四捨五入して、小數第1位までを記入してください。

※①医療収益と臨時収益の合計額。なお、公立病院の場合は繰入金等の公的支援金を除く。ちなみにこの年度のコロナ補助金は臨時収益に該当すると考える。

※②公立病院における繰入金等の財政措置額

※③材料費、医療外費用(長期借入金支払い利息を除く)、委託費、控除対象外消費費等負担額、本部費配賦額などの経費の合計額

※④人件費または給与費、研究研修費、退職給付費用の合計額

※⑤設備関連費、固定資産売却損益取支やその他の臨時費用(固定資産除却損、資産に係る控除対象外消費費等負担額、災害損失)、長期借入金支払い利息、固定資産税の合計額

いるな脱の免除があるため、収支の黒字・赤字を民間病院のように一律に判別することが難しくたりする。

そのようなことからK・P・C分析にあたっては、病院からの提出データに関する疑問は抱かし、また、守秘を崩壊して病院のリアルデータを預かり、そして預かったデータをもとにP・値、C値を計算し、病院を匿名のまま全データをP・C平面上にプロットしておよその経営安全域を画した分析シートを病院にフィードバックするコーディネータの役割が分析実施者に求められることを経験的に了解している。

このような手順を経た分析実施者／コーディネータから病院に分析シートが届けられると、個々の病院では自分たちのP・値、C値に該当するプロットを分析シート上で特定し、また年次を追ったプロットの軌跡を確認することで、以下に説明する病院の5つの経営点検を視覚的に行うことができる(図表14)。

① P・C平面中に描かれたC・I・P+K定数、先の北薄道の例で

は90であった)という右下がりの直線を斜辺とした直角二等辺三角形エリア(以下、経営安全域)と記す)の中に黒字病院が推定される。これはまさにサステイナブルな病院経営のためのヒト・モノ・カネ投入バランスの目安となる。なお、黒字病院すべてが必ずしもこの領域に集まるとは限らない。これについては、病院それぞれで費用仕分けの解釈に相違があつたり、また計算に誤りがあつたりすることを経験的に確認している。なお、計算されるときは黒字病院となるとき「損益分岐点の位置」の近似値であることから、経営安全域の輪郭はぼかして表現するのが適切と考えている。

② P・C平面の経営安全域の左側となるP値が低いエリアは、人的投入が少ないことを表しており、過度な人件費抑制、または医師、看護師等の診療スタッフを確保できずにいることが予想され、ここにポジションされる病院は経営持続性が危ぶまれることを示唆する。

る。③ P・C平面の経営安全域の底辺の下となるC値が低いエリアは、キャピタルコスト、つまり施設・設備等関連の投入が過小であることを表しており、病院の施設や設備が古いことや設備の更新が滞っている場合が該当し、患者のみならず医療スタッフも敬遠して病院を離れていくため、ここにポジションされる病院は経営持続性が危ぶまれることを示唆する。

④ P・C平面において、自分たちの病院のP・値、C値を確認して年次推移を追うことにより経営努力の見える化を図ることができ。すなわち、経営安全域に近づく場合は経営改善が進歩したことを意味し、経営持続性を高めたといえる。一方、経営安全域から遠ざかる場合は経営改善が後退していることを意味するので、それがP値の増大が、C値の増大が、あるいは両方の増大かで取り組むべき経営改善課題を明らかにできる。

⑤ 公立病院の場合だが、総収益に占める繰入金等の公的支援が小さくないため、提出するデータの財政措置額を含まないこととして、別途に設ける公的支援を欄記入し提出する。そして、分析実施者／コーディネータはP・値、C値の他に、公的支援金を加えたときのP・値(C・値)も算定し、P・C平面には(P・C)点と(P・C)点の両方をプロットする。このときP・値、C値の算定では共に分子はそのまま、分母が公的支援金分だけ大きくするため、P・A・P・C・A・Cとなり、近似的な損益分岐点の位置K/A・K・A・P・C・A・C)となつて、公的支援金投入が公立病院の経営安全に貢献している様子が見えてくる。すなわち(P・C)点は経営安全域に近づく。公立病院は政策医療と不採算医療を先頭に立つて引き受ける役目があり、収支黒字状態が本来の役目を果たすことにはならない。そのため、(P・C)点もP・C平面上で推定された経営安全域

から離れた位置になるのは仕方ないが、繰入金投入されたP・C)点は必然的に経営安全域)に向かうことになり、経営安全域)に至る経営努力を明らかにすることが求められる。その努力の様子については、コーディネータからフィードバックされた分析シート上で自院の(P・C)点と(P・C)点を見比べることで、繰入金等の公的支援の程度を確認でき、病院を開設する自治体やそこに暮らす住民に向けた説明、つまりアカウンティングの工夫につなげられるものと考えている。

なお、この度のコロナ補助金は公的支援金ではなく、臨時収人に該当するものと考え。

以上がK・P・C分析を使った病院経営持続性を診る概要である。日本の医療法は病院の医療スタッフの配置や施設・設備の基準を定めていることを考えれば、②や③で説明するようにP・値やC値に下限があるのは当然ともいえるが、病院経営の視点から限利益に對する

る総人件費や施設・設備関連費の割合として投入バランスを視覚的に説明するのが、この分析の特徴である。

そして、経営安全域)は、病院経営をサステイナブルに行うにあたり、何通りものP・値とC値の組み合わせがありうることを示唆している。日本の病院の経営特性のところ触れたように、病院事業はヒト・モノ・カネのいずれの経営資源も多く要するが、人的投入と施設・設備等投入の間で何がしかのトレードオフの可能性を示唆するわけである。ただし、筆者はこれまでのところ病院を機能別にして経営安全域)を探ったことがないので、病院機能別に測ると人的投入と施設・設備等投入のトレードオフの幅は小さいものになるかもしれない。

また、経営安全域)の斜辺、いわばKラインも注目される。Kラインは近似的な損益分岐点の位置、つまり収支が取れて経営持続がかなうか否かを診る境界となるP・値、C値の組み合わせが並ぶラインである。これは経済学でいう予算制約線の教え、つまり制約線

から下は予算内で財の組み合わせが可能という説明にも似るが、Kラインの場合は人的投入と施設・設備等投入に対する回収の目安となるP・値とC値の組み合わせの可能域を示す。ただし、先にも触れたように日本の病院は医療法で人員配置や施設・設備の基準が定められているので、P・値、C値は然るべき値以下の病院の存続は考えられない。それゆえに、それぞれの軸に平行するラインとKラインとで囲まれた直角二等辺三角形の経営安全域)が現れるわけである。

おわりに

「病院経営持続性を診る」とは、この先の病院経営の在り様を見通すことでもある。本稿の前半で説明したように、この30年余りにわたつて日本の病院の数は毎年減り続けている。そして、まだ減り続けるであろう。そのような中で生き残つた病院は必然的に経営規模が大きくことから、むしろ病院の経営人材育成が喫緊の課題であると確信している。そのような考えから先年より県

立広島大学専門職大学院経営管理研究科、いわゆるビジネススクールの講義を移し、ここに開設するH・B・N・S地域医療経営研究センターで医療経営人材養成プログラムの運営を実践している。

参考までにホームページ(<https://mba-pu-hiroshima.ac.jp/ja/forpublic/project/hbps>)を記すので、ご活動にご関心があれば参照されたい。

- 【参考文献】13) 西田憲策、竹内賢「病院経営の新しい指標—中小病院の経営のために」病院 (Vol.55 No.11)、1996年11月14) 西田在賢「公的病院の経営人材養成の試み：静岡県医療経営力向上事業(2009-11年度)における取組み」社会保険旬報No.2510、2012年10月

## 全国衛生部長会

### 令和6年度 公立病院の経営に関する調査研究部会

	役割	氏名	所属
調査研究部会	会長	田中 一成	静岡市保健福祉長寿局理事兼保健所長
	会員	守川 義信	青森県健康医療福祉部長
		野原 勝	岩手県企画理事兼保健福祉部長
		岩佐 景一郎	栃木県保健福祉部長
		谷口 栄作	島根県医療統括監
		河野 英明	愛媛県医療政策監
	オブザーバー	山本 光昭	社会保険診療報酬支払基金理事
		浅沼 一成	国立保健医療科学院次長
	参考人	家保 英隆	高知県理事（保健医療担当）兼健康政策部医監
	アドバイザー	西田 在賢	一般財団法人社会福祉・医療事業の経営研究会代表理事





令和6年度 公立病院の経営に関する調査  
結果報告書

発行日 令和7年3月

編集・発行 全国衛生部長会 調査研究部会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8

TEL 03-3352-4281

FAX 03-3352-4605

Email buchokai@jpha.or.jp