

公立病院改革における企業会計の役割

—熊本県内の公立病院を事例として—

森 美智代 (熊本県立大学)

はじめに

2025(平成 37)年には、団塊の世代が後期高齢者医療に入ることから医療費の増大が見込まれ、厚生労働省は、2 年毎の診療報酬改定をとおして医療提供体制の改革を行っている。他方、総務省は、各自治体が運営する公営事業の一つである公立病院経営の不採算性は財政負担につながることから、公立病院の経営改善の改革を行っている。

総務省と厚生労働省の二つの省庁が実施している政策のなかで、本稿は、総務省による財政を基盤に運営される各自治体の公立病院改革を考察する。この公立病院改革は、総務省が、2007(平成 19)年に各自治体に対して、公立病院の病院改革ガイドライン(以下:旧ガイドライン)を公表したことに始まる。医療経営の改善のための改革は、民間的経営手法が導入されることになり、企業会計の役割が注目される改革である。

2000(平成 12)年から進められてきた三位一体改革(国庫補助金の廃止及び縮減・税財源の移譲・地方交付税の一体的な見直し)のもとで、地方分権化が進められ、地方財政の健全化のための法律「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」(以下:健全化法)が中核となった。この健全化法と公立病院改革ガイドラインは並行に進められてきた。この公立病院改革は、自治体に健全化法の 4 つの健全化判断比率(実質赤字比率・連結実質赤字比率・実質公債費比率・将来負担比率)の公表を義務付けたことによって、各自治体本体と公営事業との連結評価が求められたことに始まった¹。

これを背景にして、2007(平成 19)年旧ガイドラインは、地方公共団体が運営する病院事業の経営改善をめざすものであり、その基礎となったのは「経済財政改革の基本方針 2007」である。この方針は 6 月に閣議決定されたもので、同年 12 月には、総務省が各自治体に対して、公立病院改革ガイドラインとして公表したものである。

旧ガイドラインの公表後は、2008(平成 20)年には公立病院改革プラン(以下:改革プラン)が策定され、2009(平成 21)年に改革プランが実施された。さらに 2010(平成 22)年から 2013(平成 25)年にわたって、公立病院の調査結果が公表された。この改革プランにしたがって、公立病院では、「経営効率化」・「再編・ネットワーク化」・「経営形態の見直し」を 3

¹金川佳弘(2008)『自治体病院経営分析』自治体研究社、28-29 頁。

つの柱として改革が進められた²。

そして再び新公立病院改革ガイドライン(以下：新ガイドライン)が、2015(平成 27)年に公表された。この新ガイドラインでは、旧公立病院改革による現状調査結果が明らかになったことから、この調査結果を基にして、再度公立病院に経営改善を求めるものである。今後、各自治体の公立病院は、新ガイドラインにしたがって、新改革プランを策定することになる。

本稿では、まず 2007 (平成 19) 年以降、旧ガイドラインと新ガイドラインの比較をとおして何が新しくなったのか、また 2015(平成 27)年新ガイドラインでは、2025 年の後期高齢者医療の時代に入る高齢化社会を背景に、公立病院に何が求められるのかについて探究する。まず新旧ガイドラインには、どのような相違がみられるかを明らかにした上で、次に新ガイドラインのねらいについて、熊本県内の規模別の一般病床をもつ公立病院の改革後の現状について考察することにする。

I. 新旧公立病院改革ガイドラインの相違

1. 新ガイドラインの枠組み

新旧ガイドラインを比較すると、以下 2 点において相違がめだつ。

- 1) 地方公共団体における旧改革プラン策定では、「当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方」となっていたのに対して、新ガイドラインでは、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が追加されている。
- 2) 地域医療構想の策定、管内公立病院の施設の新設・建替等について、都道府県の役割・責任の強化が、新たに追加されている³。

以上の 1) と 2) のなかで、「地域医療構想」という用語が、新ガイドラインには新たに示された。この「地域医療構想」は、2014(平成 26)年度診療報酬改定で、地域医療介護総合確保基金の財源が確保されたことから始まっている⁴。

以上のことから、「地域医療構想」は 2014(平成 26)年度以降から進められて、2015(平成 27)年新ガイドラインに織り込まれたといえる。

2. 新たに追加された「地域医療構想」

新たに追加された「地域医療構想」には、以下のような法律で基盤整備されている。

- 1) 医療従事者の確保・勤務環境の改善、消費税増収分を活用した基金（「地域医療介護総合確保基金」）の設置を内容とする「地域における医療及び介護の総合的な確保を

² 総務省：公立病院改革 (<http://www.soumu.go.jp/>) 参照、東日本税理士法人編『病院再編・統合ハンドブック』13-14 頁。

³ 総務省：公立病院改革 (<http://www.soumu.go.jp/>) 参照、東日本税理士法人編、前掲書、159-160 頁。

⁴ 厚生労働省「平成 27 年度社会保障の充実・安定化について」(平成 27 年 1 月 13 日)6 頁(参考資料 4)、平成 27 年度:公費 904 億、基金の負担割合:国 3/2、都道府県 1/3 として、平成 27 年度以降は地域医療構想によって書く医療機関の役割分担を策定して、①病床の機能分化・連携、②在宅医療の推進、③医療従事者等の確保・養成を計画している。

推進するための関係法律の整備等に関する法律」（「医療介護総合確保推進法（平成26年6月25日公布）」）が施行された。

- 2) 医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、都道府県が地域医療構想を策定して、公立病院・民間病院を含めた各地域の医療提供体制の将来めざすべき姿が示され、これを実現するための各種措置が法律で定められている。

以上の二つの法律のもとで、医療法に基づく「地域医療構想」を検討して、整合的に進めるものである⁵。この点で、新改革プランには、医療法と「地域医療構想」との整合性が求められている。しかし新改革プランの策定後は、地域医療構想調整会議での協議で合意が生じた場合には、新改革プランを修正することが認められ、各自自治体では、2015(平成27)年～2020(平成32)年の間に新改革プランの策定が行われることになる。

この新改革プランは、旧ガイドラインにもある経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し、その他に、地域医療構想を踏まえた役割の明確化という4つの柱から構成されている。前述したように、旧ガイドラインの3つの柱に、新ガイドラインでは「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が追加された。

II. 旧公立病院改革の実施結果

新ガイドライン公表のねらいを明らかにするためには、まずは旧ガイドラインにしたがった改革プランによって、2010（平成22）年から2013（平成25）年までに実施されてきた公立病院の経営改革の結果をみる必要がある。

総務省が示した旧ガイドラインの3つの柱となる改革について、公表された決算書及び経営分析表をとおして、新ガイドラインの公表の意味をみいだすことができるであろう。

1. 経営組織の見直し

旧ガイドラインと同様に、新ガイドラインでも、経営の見直しが継続されているなかで、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間譲渡が示されている。それに新たに追加されたものに、事業形態の見直しが挙げられている。

また「地域医療構想」には、医療の需要と病床機能区分ごとの将来の病床数の必要量が示されている。そのなかで介護及び福祉サービスの需要動向を検証することによって、病院事業から診療所、老人保護施設への事業形態の見直しが、新たに求められている⁶。

⁵ 総務省：公立病院改革（<http://www.soumu.go.jp/>）参照、東日本税理士法人編、前掲書、161－162頁。公立病院改革ガイドラインのなかで、「医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、今後、都道府県が、地域医療構想を策定することとなる。」（2頁）としている。

川渕孝一著(2014)『第六次医療法会計のポイントと対応戦略 60』日本医療企画、67頁：医療法第六次改正では、都道府県は各医療機関からの病床機能の報告を活用して、医療計画を策定することが織り込まれている。

⁶ 総務省：公立病院改革（<http://www.soumu.go.jp/>）参照。総務省「公立病院ガイドライン」5頁。同報告書では「数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、経費削減・抑制対策、収入増加・確保対策などについて、具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを明記する」（6-7頁）としている。

これは、「地域医療構想」のなかには、医療機関から「かかりつけ医院」への転院、また医療機関に入院した患者の高齢化が進む傾向から、高齢者の医療機関から老人保護施設への転院等の連携が考えられる。

2. 経営の効率化

総務省は病院会計準則に会計基準を統一し、病床数の規模、病院経営状況、病院の種類にしたがった経営指標の目標数値を設定している。その目標数値に全国平均値と類似病院の平均数値を提示することで、各公立病院は決算書を作成し、各自治体における他の公立病院の経営状況との比較が可能となっている。これは、旧ガイドラインによる調査結果を基礎として、全国平均の経営指標を設定し、民間医療機関との比較を可能にしている。

表1に全国平均の経営数値の推移を示すことにする。

目標指数	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
経常収支比率	100,1	100,2	100,3	99,4
医業収支比率	92,4	92,3	92,7	91,9
人件費率	53,3	53,5	53,5	53,2
医療材料費率	23,6	23,6	23,2	23,6
薬品費率	12,2	12,2	12,0	12,1
委託費率	10,7	10,2	10,1	10,4
病床利用率	76,2	76,0	75,3	74,6
他会計繰入金比率	15,3	15,2	14,8	14,4

(出所)総務省「新公立病院改革ガイドライン」2015年と平成25年決算書から作成。注)各項目は医業収益との比率で示している。

表1の全国的平均経営数値は、民間病院と公立病院の旧ガイドライン、プラン実施後の調査結果を基礎とした平均数値である。病床利用率の平均的数値のなかで、旧ガイドラインでは、病床率70%未満が3年間連続する医療機関には、病床数削減及び診療化に取り組むことが促された。しかし新ガイドラインでは70%未満の病院については、全国的に相当数あるとして、これらの病院には抜本的な見直しが促されている。

本稿では、表1に示される全国平均の経営数値との比較で、表2で、熊本県内の公立病院A B C Dに焦点をあてて、経営目標数値を取り上げることにする。

表 2. 熊本県内のABCDの病院施設及び業務概況

公立病院	適用区分	院区分	診療数	DPC	不採算地域区分	看護配置	経営形態
A	条例全部	一般病院	22	対象	非該当	10:01	直営
B	条例全部	一般病院	18	対象	非該当	10:01	直営
C	当然財務	一般病院	20	対象	非該当	7:01	直営
D	条例全部	一般病院	26	対象	非該当	7:01	直営

(出所)総務省「新公立病院改革ガイドライン」2015年と平成25年決算書から作成。

3. 熊本県内の病院規模別の経営効率化

表 2 で示した熊本県内の公立病院を、さらに病床規模別(200 床・300 床・400 床・500 床)の経営状況についてみていくことにする。まず表 3 は総務省が目標数値として設定している経営指標と各病院の経営指標を比較したものである。2010(平成 22)年から始まった公立病院改革の結果公表は、2013(平成 25)年にはほぼ定着してきた年度である。しかし2014(平成 26)年は新会計基準が採用され、退職給付引当金等が設定されるなど、会計処理方法と会計数値の継続性を求めることができない。そのことから、2013(平成)25 年度の全国平均(網掛け部分)と熊本県内の公立病院の全体的な経営指標(黒字病院)の比較をしている。

表3 熊本県内の主要な公立病院と一般病棟(黒字病院)目標指標との比較

病床規模	(単位:%)							
	経常収支比率	医業収支比率	人件費率	材料費比率	薬品費比率	減価償却費比率	委託料比率	病床利用率
500床以上	103,4	99,1	46,3	26,6	13,5	7,0	10,1	83,3
A	100,5	91,8	55,0	24,0	12,1	7,1	7,7	65,4
400床以上	103,5	100,2	48,2	23,7	12,4	6,1	8,1	79,8
B	108,5	108,4	47,3	20,8	10,1	5,7	4,0	73,1
300床以上	103,0	99,2	51,4	23,5	11,3	6,0	8,9	76,8
C	101,8	97,6	50,7	20,4	10,2	3,9	6,2	85,7
200床以上	103,6	97,9	52,0	19,4	10,4	7,3	8,4	74,6
D	105,4	100,8	56,1	20,2	12,2	5,1	7,7	82,3

(出所)総務省「新公立病院改革ガイドライン」(資料2)から作成。病院規模にしたがった網掛けは目標経営指標の数値を示している。

熊本県内の公立病院を病床数にしたがって、2013(平成 25)年の経営指標を示したのが、表 3 である。表 3 の A B C D の 4 つの公立病院の経常収支比率は 100 % を超えている。表 3 での熊本県内の公立病院の人件費は A を除き平均的に良い。以下で、人件費に関わる熊本県内の公立病院の現状についてみていくことにする。

病院経営において、一般病棟の場合には入院費用のなかで、看護ケアが大部分を示すことから、看護配置基準は人件費にもっとも影響があるとされる。そのため経営指標のなかで、表 3 で、人件費、病床利用率、在院日数、看護配置基準との関係についてみていくことにする。

表4は、公立病院A B C Dの人件費の2010(平成22)年から2013(平成25)年までの推移を示している。

公立病院	一般病床数	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
A	550	5,546,173	5,897,843	6,275,465	6,174,785	6,169,766	5,937,086
B	413	3,118,796	3,010,525	2,948,895	3,328,751	3,266,397	3,124,121
C	302	2,316,629	2,325,230	2,544,994	2,665,269	2,778,089	2,848,195
D	270	2,626,897	2,708,147	2,846,555	2,802,621	2,911,716	3,035,910

(出所)総務省「新公立病院改革ガイドライン」(資料2)を基礎として、各公立病院の病院事業決算状況から作成。網掛け部分は著しく変化した数字を示す。

表4で特徴的なのは、Aは、2009(平成21)年から2010(平成22)年には人件費が上昇し、2013(平成25)年には減少している。Bの場合には、2010(平成22)年に人件費が減少しているが、2011(平成23)年には大幅に上昇している。その後、2012(平成24)年には人件費は削減されている。Cの場合には、2009(平成21)年の人件費は、2010(平成22)年には上昇している。Dの場合、人件費は2010(平成22)年から2011(平成23)年には引き下げられている。

このような人件費は、病床利用率とどのように関係しているのかについてみていくことにする。

病床利用率(%)は、 $\text{患者延べ数} \div (\text{稼働病床数} \times \text{診療実日数}) \times 100$ で示されることから、総務省が目標数値として設定する数字に向けて、病床利用率を引き上げるには、できるだけ患者延べ数を増やすことで、目標数値に近づける調整ができる。

また他方では稼働病床数を削減し、また在院日数を縮小することで目標数値に近づける調整ができる。したがって、病床利用率の算出式から、患者数が多いことが病床利用率を高くすることになる。しかし病床数が多く、患者の診療日数(在院日数)が長くなると、病床利用率は下がることになる。総務省が目標数値として設定している病床利用率に近づけるためには、まずは患者数の増加、病床数の縮小、在院日数の短縮ということを検討することになる。

この算出式の示す意味を考慮して、熊本県内の前述の公立病院の病床利用率をみていくことにする。表5が、熊本県内の病床利用率の推移を示したものである。

公立病院	一般病床数	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
A	550	80.0	81.0	79.6	74.3	71.6	65.4
B	413	76.9	75.7	75.8	74.1	70.5	73.1
C	302	71.0	74.8	84.8	86.0	86.1	85.7
D	270	66.6	62.6	72.8	83.7	84.0	82.3

(出所)総務省「新公立病院改革ガイドライン」(資料2)を基礎として、各公立病院の病院事業決算状況から作成。

表5に示すAの場合、2009(平成21)年と2010(平成22)年を比べ、2010(平成22)年は病床利用率が下がっている。また2014(平成25)年に病床利用率は著しく下がるまで年々下降傾向にある。Cの場合、2010(平成22)年の病床利用率は、2009(平成21)年と比べ、

上昇している。Dの場合、2010(平成 22)年と比べ、2011(平成 23)年病床利用率は上昇している。

Bは、他の病院とは異なり、2011(平成 23)年までは病床数は413床であったが、2012(平成 24)年以降、397床に削減されている。その影響が及んでいるのか、病床数16床減少していることから、上記の算出式からみても病床利用率は上昇する要因があるといえる。しかし2012(平成 24)年には74,1%から70,5%に下がっている。Bの場合、2011(平成 23)年と2012(平成 24)年の間の患者数を調べる必要がある。病床利用率の算出式からみても、この式には患者数の増減は影響することから、表6に上記4つの公立病院の患者数の変動を示すことにする。表6に示すように、Bの場合、患者数が2011(平成 23)年から2012(平成 24)年にかけて入院患者数が減少している。

表6 熊本県内の公立病院の1日入院患者数の推移

公立病院	一般病床数	入院患者数	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
		外来患者数						
A	550	入院患者数	440	445	438	409	394	360
		外来患者数	1009	1027	997	953	939	789
B	413	入院患者数	318	313	313	306	291	290
		外来患者数	868	871	893	939	860	874
C	302	入院患者数	215	226	256	260	260	259
		外来患者数	388	406	393	380	365	379
D	270	入院患者数	210	213	221	226	227	222
		外来患者数	369	367	355	354	346	344

(出所) 総務省、『新公立病院改革ガイドライン』(資料2)を基礎として、各公立病院の病院事業決算状況から作成。

Dの場合、2008(平成 20)年及び2009(平成 21)年は70%未満が連続する恐れがある。Dは、2011(平成 23)年に病床利用率を引き上げるには、どのようなことを見直すべきかが課題となる。4つの公立病院の2008(平成 20)年から2013(平成 25)年までの入院患者数の推移だけでは病床利用率の増減は明らかにならない。その他、病床利用率は、在院日数の推移が影響することから、表7に熊本県内の公立病院4つの在院日数の推移を示すことにする。

表7 熊本県内の公立病院の平均在院日数の推移

公立病院	一般病床数	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
A	550	15,1	15,2	14,5	13,5	13,5	12,3
B	413	18,9	18,4	17,2	17,4	17,1	17,1
C	302	18,0	17,1	21,6	21,0	21,8	21,6
D	270	17,5	18,1	17,6	17,6	16,5	16,1

(出所) 総務省『新公立病院改革ガイドライン』(資料2)を基礎として、各公立病院の病院事業決算状況から作成。

D病院の2010(平成 22)年から2011(平成 23)年の病床利用率が高くなっていることの原因は、表7に示す患者の在院日数には変化がないことから、1日の入院患者数が1人上昇していることにある。

しかし、このような病床利用率の経営指標の算出式だけで、患者の疾病が完治できる状況と在院日数とが必ずしも一致するわけではない。このような数値だけの操作だけで、医療経営の効率化を医療の質へ転換することは難しい。数値だけではなく、実質的な医療の質の維持或は向上に努める必要があるのは、言うまでもない。つまり数値は、判断の方

向性を示すもので、あくまでも判断のための指標であり、絶対的な数値ではない。

以上、効率化に努めるための経営目標指数の他に、新ガイドラインでは、以下のような要点が示されている。

Ⅲ. 公立病院改革ガイドラインの要点

公立病院の新ガイドラインでは、以下のことが考慮されている。

- (1) 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割
- (2) 医療と介護が総合的に確保される
- (3) 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法上、一定の経費については、一般会計等において負担するものとされている。したがって、新改革プランの前提として、当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにした上で、これに対応して一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）を記載することが求められている。

- (4) 医療機能等指標に係る数値目標の設定

医療機能・医療品質に係るもの救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣件数、紹介率・逆紹介率、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数等、患者満足度、健康・医療相談件数についての数値目標の設定が、「医療の質」を高める。

その他に、新ガイドラインでは、表 8 に示すような旧ガイドラインにはみられなかった新しい情報が開示されなければならないことになる。

- (5) 住民の理解

住民の理解が挙げられている⁷。

以上の要点から考えられるのは、公立病院が「地域医療構想」のなかで果たすべき役割を十分認識した上で、医療から介護への連携に努め、地域医療確保のための一般会計等による負担が認められることを述べている。その他に、住民の理解も必要であることが新たに織り込まれていることは、新ガイドラインの特徴である。そのためには、経営効率のために、決算書における目標数値は開示されなければならない。

Ⅲ. 新公立病院改革ガイドラインにおける効率性の評価

前述したことの他に、新ガイドラインでは、医薬品費、医療材料費等の経費節減や「医療の質」の向上等による収入確保に積極的に取り組むことが求められている。全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として新改

⁷ 総務省：公立病院改革（<http://www.soumu.go.jp/>）参照。総務省「公立病院ガイドライン」4・5頁。

革プラン対象期間末時点における数値目標を定めている。

その例として、経常収支比率・医業収支比率が挙げられている。「必ず数値目標を設定するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定めること」(新ガイドライン抜粋)としている。

次に、表8で、新ガイドラインで開示を求めている項目について、A B C Dの比較を示している。

経営指標	経営指標比率	A	B	C	D
規模	病床数	550	397	302	270
収支改善(%)	経常収支比率	100.5	108.5	101.8	105.4
	医業収支比率	91.8	108.4	97.6	100.8
	修正医業収支比率	90.1	106.1	96.2	96.8
	不良債務比率	0	0	0	2.4
	資金不足比率	0	0	0	2.4
経費削減(%)	累積欠損金比率	14.9	0	19.2	47.2
	材料費対医業収益比率	24.0	20.8	20.4	20.2
	薬品費対医業収益比率	12.1	10.1	10.2	12.2
	委託費対医業収益比率	7.7	4.0	6.2	7.7
	職員給与費対医業収益比率	55.0	47.3	50.7	56.1
	減価償却費等対医業収益比率	7.1	5.7	3.9	5.1
	医薬材料費の一括購入による〇%削減				
収入確保	100床当たり職員数(全職員人数)	159.4	140.0	136.5	148.8
	後発医薬品の使用割合				
	1日当たり入院患者数	360	290	259	222
	外来患者数	789	874	379	344
	入院・外来患者1人1日当たり診療収入	59,802	37,679	40,339	45,399
	医師(看護師)1人当たり入院・外来診療収入	13,530	10,750	14,158	16,191
	病床利用率	65.4	73.1	85.7	82.3
経営の安定性	平均在院日数	12.3	17.1	21.6	16.1
	DPC機能評価係数等				
	診療報酬に関する指標				
	医師数	87	47	36	33
経営の安定性	純資産額	12,953,958	9,275,863	5,431,916	1,681,287
	現金保有残高	1,493,634	2,118,041	2,245,649	510,824
	企業債残高	0	0	0	0

(出所)総務省「新公立病院改革ガイドライン」2015年と平成25年決算書から作成。/はまだ未開示である。ABCDはすべてDPCを対象としているが、まだ係数等は示していない。

表8では、収支改善率、経費削減率、収入確保、経営安定性の4つの視点から指標が示されている。しかし平成25年の決算書ではまだ開示されていない指標(/ の箇所)があり、これらの項目については、2015(平成27)年度決算書から開示されることになるであろう。

IV. 新ガイドラインにおける会計のもつ意味

本稿では、2010(平成22)年度から2013(平成25)年度決算書を対象としてみてきたが、2014(平成26)年度以降、新会計基準が採用されている。そのなかで、

1. 退職給付引当金を設定することで、費用の負担が嵩むことから、経過処置が設けられている。過去分の退職給付引当金を除いて経常黒字化の数値目標をつくることのできる(抜粋)⁸としている。
2. 公立病院の経営目標指標を設定することで、民間病院との経営比較が可能となる。

⁸総務省：公立病院改革 (<http://www.soumu.go.jp/>) 参照。総務省「公立病院ガイドライン」4・5頁。

したがって、民間病院との経営比較を行い、当該公立病院の果たす役割を踏まえつつ、民間病院並みの効率化を目指して取り組むべきである（抜粋）⁹としている。

以上ことから、2014(平成 26)年度予算及び決算から地方公営企業の会計制度が見直されたこととともに、これまで地方公営企業会計制度に新たな変化をもたらした。1996(昭和 41)年以来大きな改正がなされてこなかったことから、「相互比較分析を容易にするためにも、企業会計制度との整合性を図る必要が生じている」¹⁰と記述されている。このように地方公会計整備のための会計モデルには、企業会計原則に準じた会計制度が導入された。

これまで、公立病院の経営が各自治体の公営事業として、国の財政を基盤として自治体の管轄下のもとで運営されてきた予算至上主義であったことから、採算のとれない運営を行ってきたことについて問題にされなかった。また厚労省によって 2 年毎に改正される診療報酬によって医療収益は確保され、医師及び看護師等の医療従事者の数、国民皆保険制度、病床数等、国の医療政策としての運営が行われてきたことから、市場原理は機能していなかった。しかし医療経営の改善のために費用対効果が注目され、公立病院の経営改善の政策に転換されるようになった。

医療機関の診療報酬は、以下のようなしくみになっていることから医療収益としての診療報酬には限定的な要因がある。他方、費用については無駄な費用は削減し、効果が期待できる費用を活用するというコストマネジメントの余地が残されている。

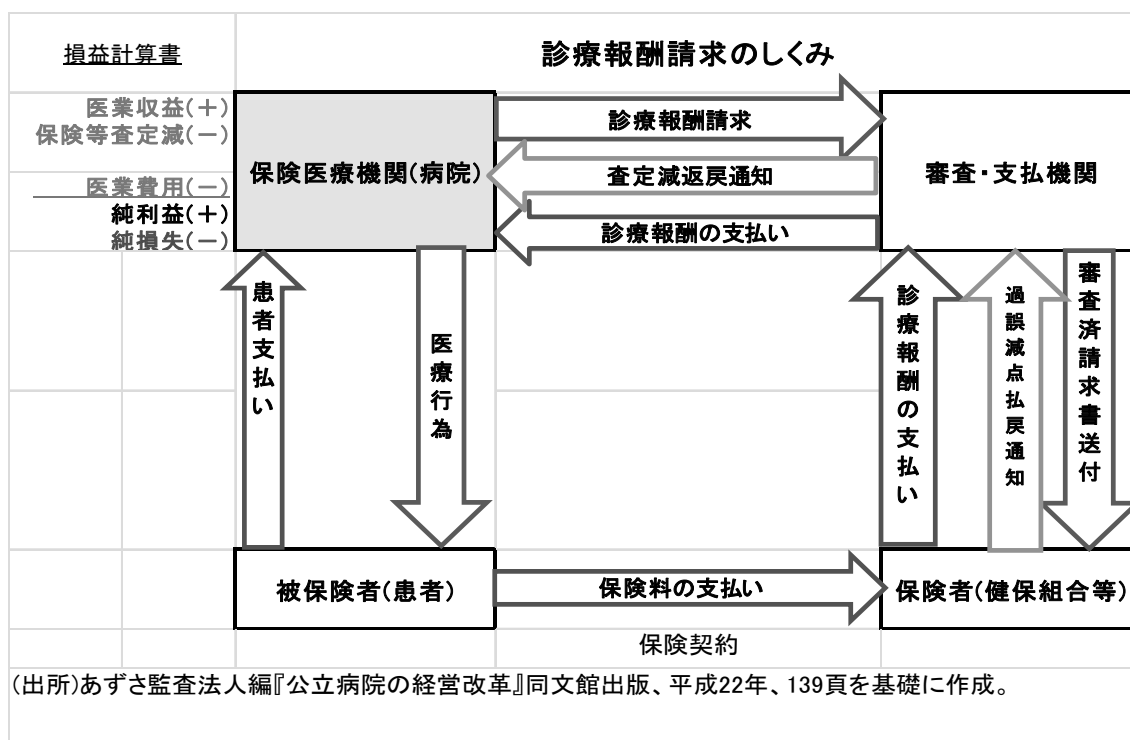
被保険者(患者)は、医療行為を受けた際に医療費の一部を支払うが、医療費の残額には保険会社との契約で支払っている保険料が当てられる。保険者(組合及び会社)が支払っている診療報酬は、医療機関が医療提供をして審査機関の審査を受けて査定された後に、医療機関は診療報酬を受け取ることとなる。そのため査定が不当であれば査定減返戻をすることになる。基本的には、図 1 の診療報酬のしくみにしたがって、診療報酬が確定することになる。そのため医療収益は査定をとおして確定されるという限定的なものである。診療報酬の点数表にしたがった診療を行うことから、医療収益の幅を広げる方法も残されているが、診療報酬改定には国の政策が 2 年毎に及ぶので、医療収益には少なからず政策的な影響が及ぶことになる。

他方、企業会計が導入されたといわれる理由の一つは、これまで現金収支計算を基盤とする単式簿記から複式簿記の「収益－費用＝純利益或は純損失」という計算へ移行したことである。そしてこの損益計算の費用領域には、無駄な費用を削減する効果が期待される費用は支出するというマネジメントの余地が残されている。

⁹総務省：公立病院改革 (<http://www.soumu.go.jp/>) 参照。総務省「公立病院ガイドライン」4-5 頁。

¹⁰ 総務省自治財政局公営企業課『地方公営企業会計制度の見直しについて』(平成 24 年 6 月)2 頁。

図1 診療報酬のしくみ



おわりに

以上のように、新ガイドラインは、当該公立病院が地域医療確保のため果たすべき役割を明らかにすることを述べている。これに対応して、公立病院は、改革プランでは、一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）を記載しなければならない。この点で、公立病院の役割が果たされることによって、一般会計等の繰出金が行われることになる。

公立病院改革に民間的経営手法と企業会計が導入されたことから、経営目標の指標数値設定をとおして、各医療機関の将来の持続可能な運営と民間病院を含め各医療機関との経営比較を可能にする。このことは「地域医療構想」における各医療機関の機能分化と融合することで、新ガイドラインでは、「医療の質の向上」のための効率化が求められている。

しかし医療経営における効率化は、無駄な費用の削減等の資金的な経営だけではなく、

人的及び組織的な全体的なマネジメントによって可能になる。それには、地域における医療の機能分化における自治体の責任の明確化が求められ、それとともに、地域における公立病院の役割も明確化されるべきである。さらに住民の理解が重要となっていることも無視できない。しかしまだ医療、福祉及び介護領域には、多くの課題が残されていることは言うまでもない。

本稿では、熊本県内の 200 床から 500 床の主要な公立病院に焦点をあてて、新ガイドラインに基づくプラン策定のために、旧ガイドラインによる調査結果を基礎として公表された新ガイドラインとを比較検討して、新ガイドラインの意味することを検討した。

1) 参考文献

- あずさ監査法人編(2010)『公立病院の経営改革』同文館。
井上貴裕(2014)『病院経営マネジメント』清文社。
金川佳弘(2008)『自治体病院経営分析』自治体研究社。
川渕孝一著(2014)『第六次医療法会計のポイントと対応戦略 60』日本医療企画。
グローバルヘルス研究所編(2009)『医療の質と経営の質－病院の本質と病院の基盤－』日本医学出版。
東京大学公共政策大学院・医療政策教育・研究ユニット(2015)『医療政策集中講義－医療を動かす戦略と実践－』。
新日本監査法人医療福祉部(2005)『病院会計準則ハンドブック』医学書院。
自治体病院経営研究会編集(2012)『自治体病院経営ハンドブック』ぎょうせい。
東日本税理士法人編(2015)『病院再編・統合ハンドブック』日経メディカル開発。
西田在賢(2011)『医療経営学』薬事日報社。

2) 白書

- 医療経営白書（2015－2016 年版）(2015)『地域医療創生－個別経営から地域経営へ－』日本医療企画。

3) 報告書

- 熊本県(2013)『第 6 次熊本県保健医療計画』（平成 25 年～29 年）。
日本政策投資銀行ヘルスケア室・日本経済研究所医療福祉部(2014)「医療経営データ集 2014」日本医療企画。

追記) 平成 28 年 4 月 14 日及び 16 日に熊本地震が発生して、本稿で調査対象とした県内の公立病院に地震の影響を受けたことから、新ガイドラインに従ったプランの策定が遅れているのが現状である。なお本稿での調査対象は、平成 20 年度から平成 25 年度までの財務諸表である。平成 26 年度財務諸表では、新会計基準が導入され、公立病院改革後の過去の経営比較には異なる視点が求められること、また当該年度の財務諸表には病床数を削減するということがあり、平成 26 年度は本稿では調査から外すことにした。