

日医総研ワーキングペーパー

大手病院グループの経営状態について
ー国立・公的医療機関などー

No. 320

2014年7月28日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

国立・公的医療機関など大手病院グループの経営状態について

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子／研究協力者 角田政
公益社団法人 日本医師会 地域医療第一課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 独立行政法人国立病院機構
- ◆ 独立行政法人労働者健康福祉機構
- ◆ 日本赤十字社
- ◆ 社会福祉法人恩賜財団済生会
- ◆ 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）
- ◆ 厚生農業協同組合連合会
- ◆ 公益社団法人地域医療振興協会

ポイント

- ◆ 2010年度の診療報酬改定では、急性期入院医療に手厚く配分されたが、大手病院グループではその効果が顕著であり、現在も好調を維持している。このことは、いったん診療報酬上で差がつくと、その後、差が拡大しつづけることを示唆している。
- ◆ 地域包括ケアシステム構築への流れの中で、大手病院グループは、地域医療支援病院の承認拡大を目指している。地域によっては、すでに地域医療支援病院の承認を受けている病院がある。大手病院グループの動きいかんで、紹介元、逆紹介先医療機関の引き抜き、囲い込みが起きることも懸念される。
- ◆ 大手病院グループといえども、へき地など立地条件に恵まれないところでは、経営は苦戦している。民間中小病院の経営がなおさら厳しいことは容易に推察できる。診療報酬を補完する財政支援も必要である。

- ◆ 今後は、国立病院と民間病院との連携もあるかもしれない。その際は、独立した法人とはいえ、「国立」としての立場から、民間医療機関との友好的な連携、経営ノウハウの共有を目指して行ってほしい。
- ◆ 今後、大手病院グループ主導の病院再編にならないよう、国が都道府県行政に対し、新たな基金の官民公平な配分と、地域医療ビジョンの「協議の場」などで地域医療現場の意見を踏まえることの徹底を図っていくことが望まれる。

目 次

1.	はじめに	1
2.	病院の開設者とその動向	2
2.1.	病院数の推移	2
2.2.	日本の病院グループ	9
3.	経営分析	16
3.1.	国立病院機構	17
3.1.1.	経緯と概要	17
3.1.2.	経営概況	20
3.2.	労働者健康福祉機構	44
3.2.1.	経緯と概要	44
3.2.2.	経営概況	48
3.3.	日本赤十字社	56
3.3.1.	経緯と概要	56
3.3.2.	経営概況	58
3.4.	済生会	66
3.4.1.	経緯と特徴	66
3.4.2.	経営概況	68
3.5.	地域医療機能推進機構（JCHO）	76
3.5.1.	経緯と概要	76
3.5.2.	経営概況	79
3.6.	厚生連	82
3.6.1.	経緯と概要	82
3.6.2.	経営概況	86
3.7.	地域医療振興協会	96
3.7.1.	経緯と概要	96
3.7.2.	経営概況	99
4.	おわりに	106
5.	参考資料	108

1. はじめに

病院数は1990年には10,096施設あったが、2014年4月末には8,512施設（▲1,584施設）になった。主な減少要因は、民間中小病院の減少である。民間病院（本稿では医療法人、個人を民間病院とする）は、1990年の7,326施設から、2014年4月末には6,023施設（▲1,303施設）に減少した¹。民間病院では合併や系列化も進んでいる。国公立病院でも統廃合、移譲が行なわれた。こうした病院再編の結果、全国の病院1施設当たり病床数は1990年には166床であったが、直近では185床へと大規模化している。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を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）²では、2014年度から運用が始まる病床機能報告制度による情報を活用して、2015年度以降、地域医療構想（ビジョン）を策定し、医療機能の分化・連携を推進していくことになっている。

また、「骨太の方針」³では、医療提供体制について、病床の再編等を含めて、早急に適正化を推進することとしている。

さらに、「日本再興戦略」では、複数の医療法人や社会福祉法人等について一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」を創設することを提案している⁴。

このような動きを通じて、病院、病床の再編は統合がさらに進むだろう。そこで、今後に向けての示唆を得るため、国立、公的医療機関など、現在すでにある病院グループの現状を概観することとした。

¹ 厚生労働省「医療施設調査」「医療施設動態調査（平成26年4月末概数）」

² 2014年6月25日公布

³ 「経済財政運営と改革の基本方針2014～デフレから好循環拡大へ～」2014年6月24日閣議決定
http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2014/2014_basicpolicies.pdf

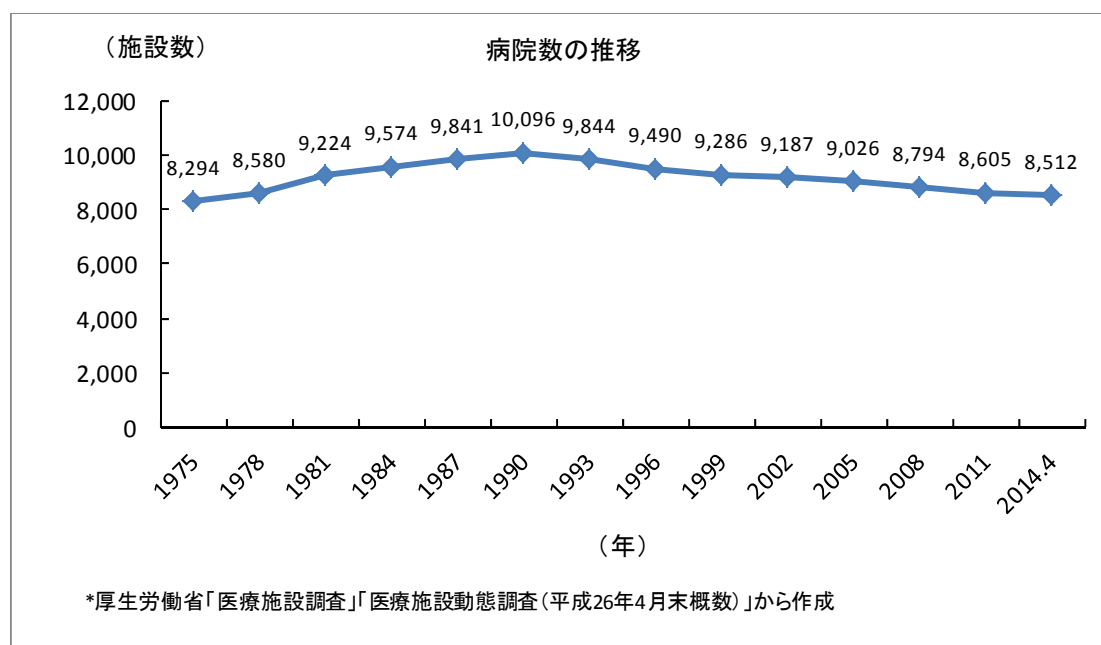
⁴ 「「日本再興戦略」改訂2014～未来への挑戦～」2014年6月24日閣議決定
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/honbun2JP.pdf>

2. 病院の開設者とその動向

2.1. 病院数の推移

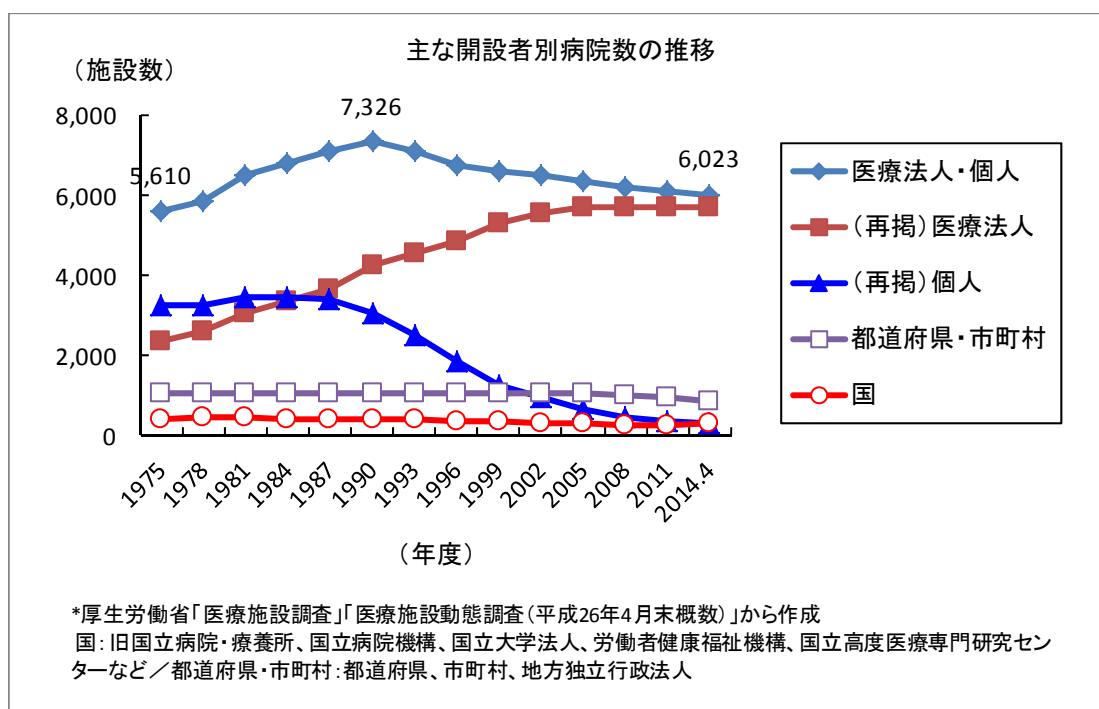
全国の病院数は1990年には10,096施設であったが、2014年4月末には8,512施設になった(図2.1.1)。1990年から今までに1,584施設(15.7%)減少した。

図 2.1.1 病院数の推移



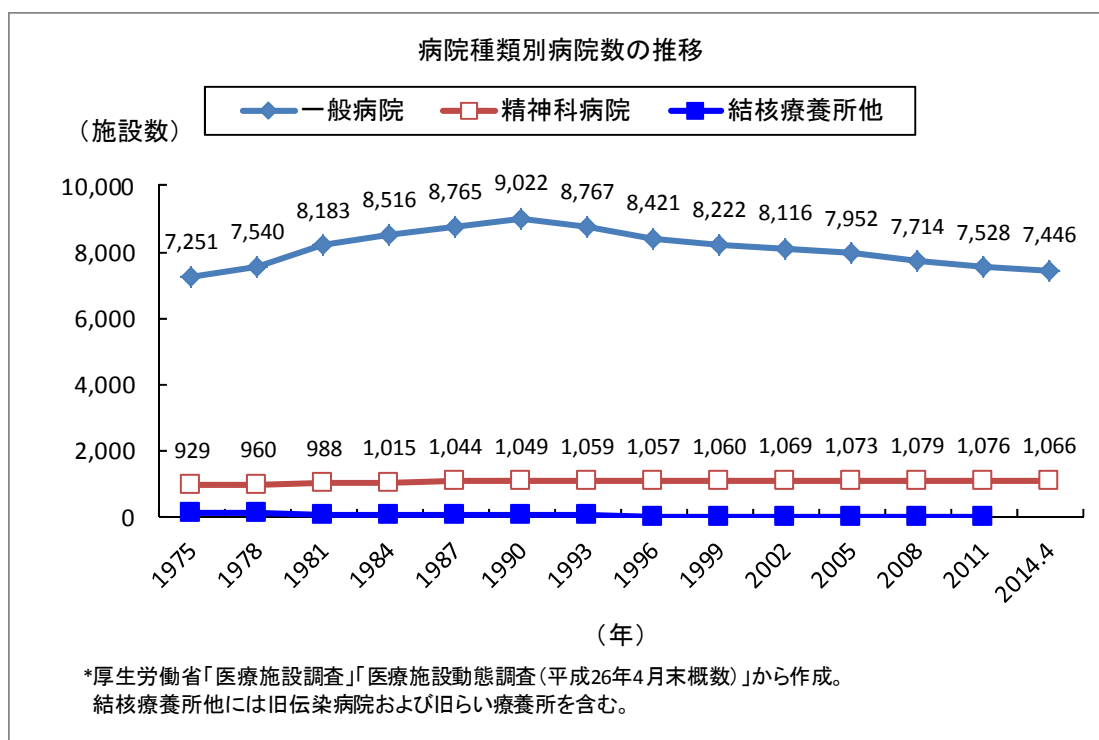
病院数は、特に民間個人病院で減少した（図 2.1.2）。個人立から医療法人に移行したところもあったが、民間病院（医療法人・個人）全体でも、1990年の7,326施設から、2014年4月には6,023施設へと1,303施設（17.8%）減少した。

図 2.1.2 主な開設者別病院数の推移



病院種別では、一般病院は1990年以降減少している。精神科病院は最近まで増加傾向にあった(図2.1.3)。2012年までは結核療養所が1施設(医療法人)あったが、2013年に閉院し、現在は存在していない。

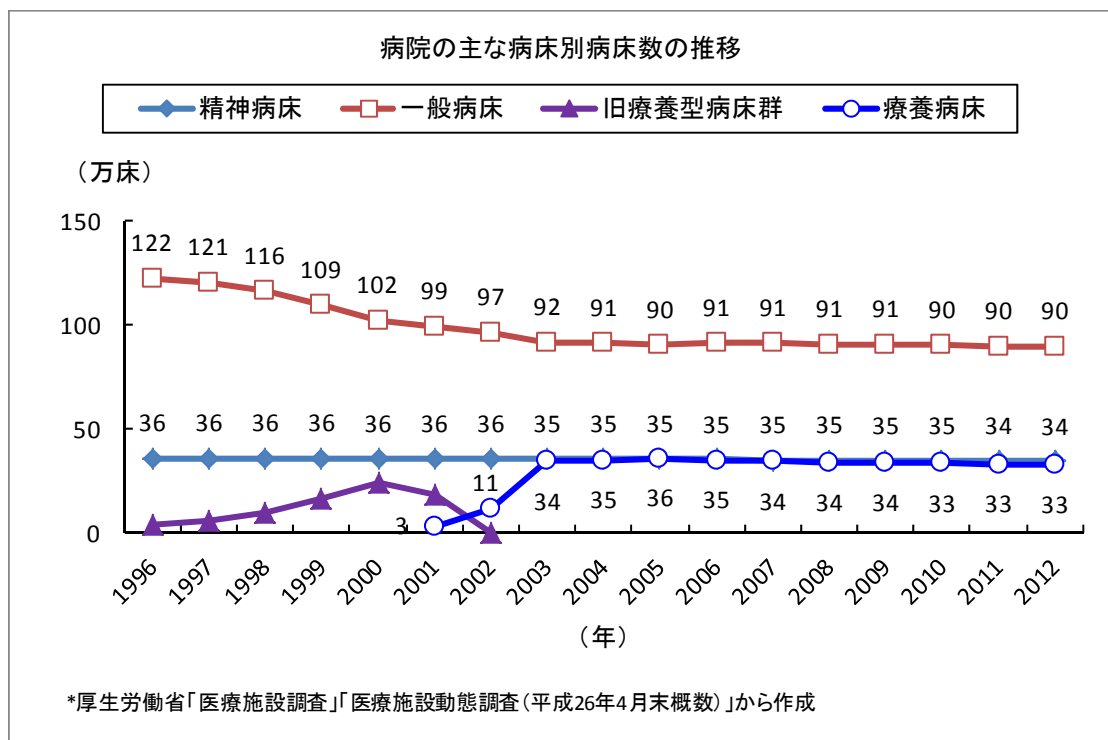
図 2.1.3 病院種別病院数の推移



病床種類別では、一般病床⁵は一部が療養病床に転換するなどしたため、2005年まで減少傾向にあったが、その後はほぼ横ばいである（図 2.1.4）。

精神病床は微減に止まっている。厚生労働省は精神病床入院患者の地域移行を促進し、精神病床を削減する方針を示している⁶。

図 2.1.4 病院の主な病床別病床数の推移

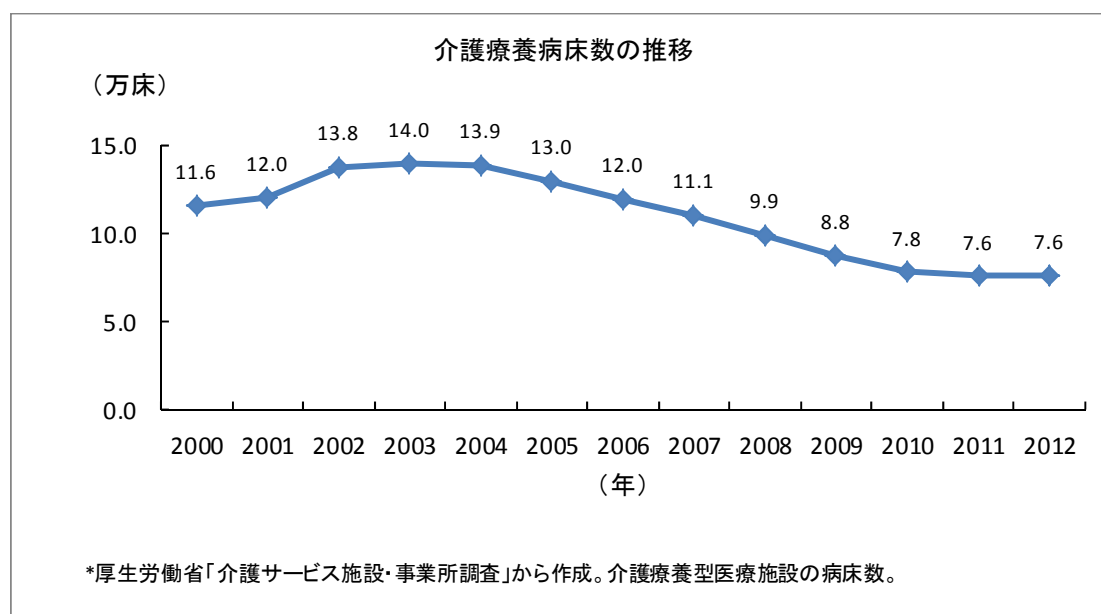


⁵ 2001年3月1日以降。それ以前は、医療法上「その他の病床」（結核病床、精神病床、感染症病床を除いた病床）として区分されていた。2001年の医療法改正後、「その他の病床」は「一般病床」または「療養病床」への移行を届出ることになったが、2003年8月までの経過措置として届出をしていない旧「その他の病床」は、「経過的旧その他の病床」に区分されていた。

⁶ 「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」2014年5月29日，長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会作業チーム資料
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000047198.pdf>

療養病床については、1993年の医療法改正で療養型病床群が創設され、2001年の医療法改正で療養病床が創設された。2006年の医療制度改革では、当時の療養病床38万床（医療療養病床25床、介護療養病床13万床）について、2012年度に医療療養病床を15万床まで削減し、介護療養病床を2012年3月末に廃止することとした⁷。しかし介護療養病床の老健施設等への転換が進まなかったことから、2011年に、現存する介護療養病床の転換期限が6年間（2017年度末まで）延長された（ただし新たな指定は行わない）⁸。介護療養病床は2012年時点で7.6万床である（図2.1.5）。

図 2.1.5 介護療養病床数の推移



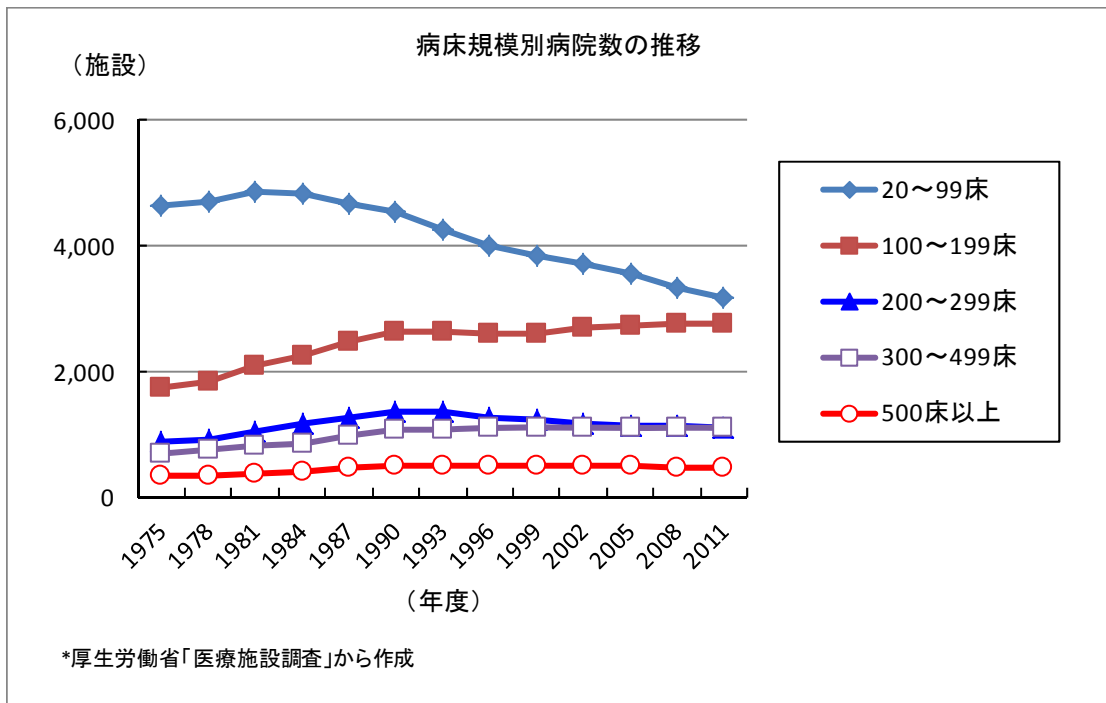
⁷ 厚生労働省「療養病床再編の意義」（2006年4月13日、療養病床に関する説明会配布資料）を参考に記載。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/ryouyou01b1.pdf>

⁸ 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）第130条の2（健康保険法等の一部改正に伴う経過措置）

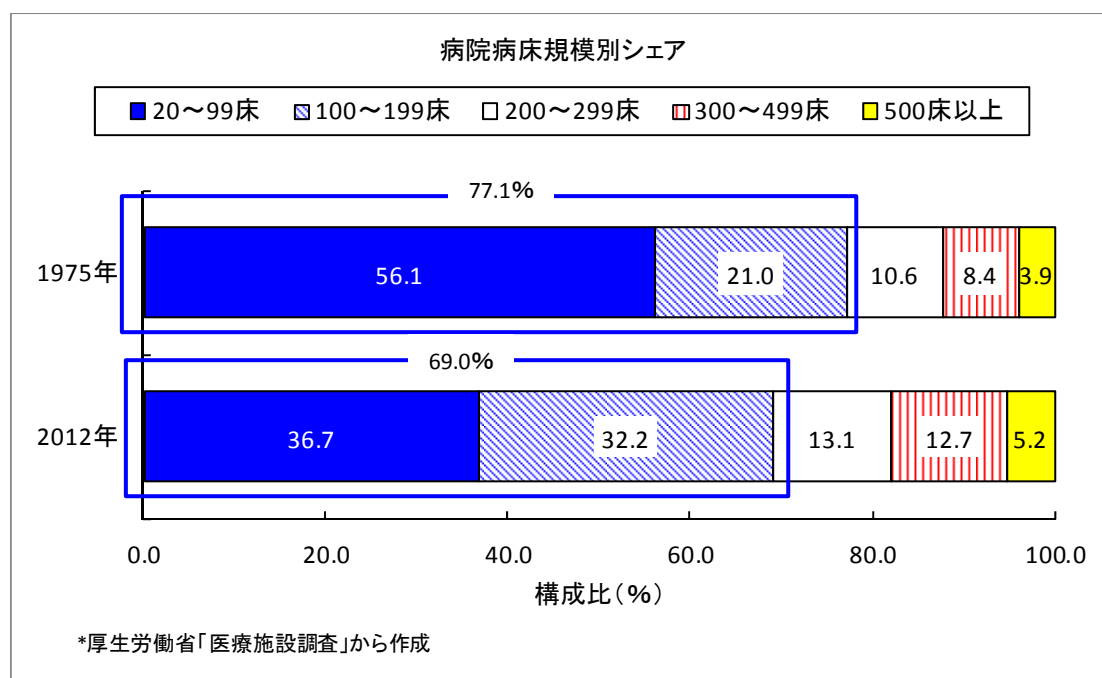
病床規模別では、1980年代後半以降、20～99床の施設が大幅に減少している。20～99床の施設のうち、100～199床に転換した施設もあったものと推察されるが、最近では100～199床の伸びも頭打ちである。また、200～299床の病院は1990年代後半以降減少している。300～499床の病院は増加傾向にあったが最近では減少に転じている（図 2.1.6）。

図 2.1.6 病床規模別病院数の推移



病床数 200 床未満の中小病院は、1975 年には 77.1%であったが、2012 年には 69.0%に縮小している（図 2.1.7）。

図 2.1.7 病院病床規模別シェア



2.2. 日本の病院グループ

ここでは、ひとつの法人、あるいはグループとして多くの病院を経営、管理するケースを示した。以下、正式名称を記載したほうがわかりやすい箇所を除いて、次の略称で記載している（表 2.2.1）。

表 2.2.1 法人名・病院名の略称

法人名	本稿での略称／病院名
独立行政法人国立病院機構	国立病院機構／国立病院
日本赤十字社	日赤／赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団 済生会	済生会／済生会病院
独立行政法人地域医療機能推進機構	JCHO
厚生農業協同組合連合会	厚生連／厚生連病院
独立行政法人労働者健康福祉機構	労働者健康福祉機構／労災病院
公益社団法人地域医療振興協会	地域医療振興協会

最大手は、国立病院機構で 143 施設である（図 2.2.1）。

厚生連が開設者である病院は全国では 107 施設であるが、各地域の厚生連がそれぞれ設置、運営を行っている。ひとつの厚生連として病院数が多いのは新潟厚生連、長野厚生連、北海道厚生連である。

地域医療機能推進機構（JCHO：Japan Community Health care Organization）は、2014 年 4 月に発足した。旧独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO⁹）が全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会に運営委託してきた病院 57 施設を承継した。

都道府県が開設者である病院は、全国では 210 施設であるが、ひとつの県として病院数が多いのは岩手県、新潟県である。兵庫県はさらに、2015 年 5 月に県立尼崎病院・塚口病院を統合して「兵庫県立尼崎総合医療センター（仮称）」を開設する予定である¹⁰。

⁹ Readjustment of Facilities for insured persons and beneficiaries Organization

¹⁰ 兵庫県立尼崎総合医療センター（仮称）ホームページ

<http://www.amahosp.amagasaki.hyogo.jp/newhospital/>

図 2.2.1 開設者別病院数

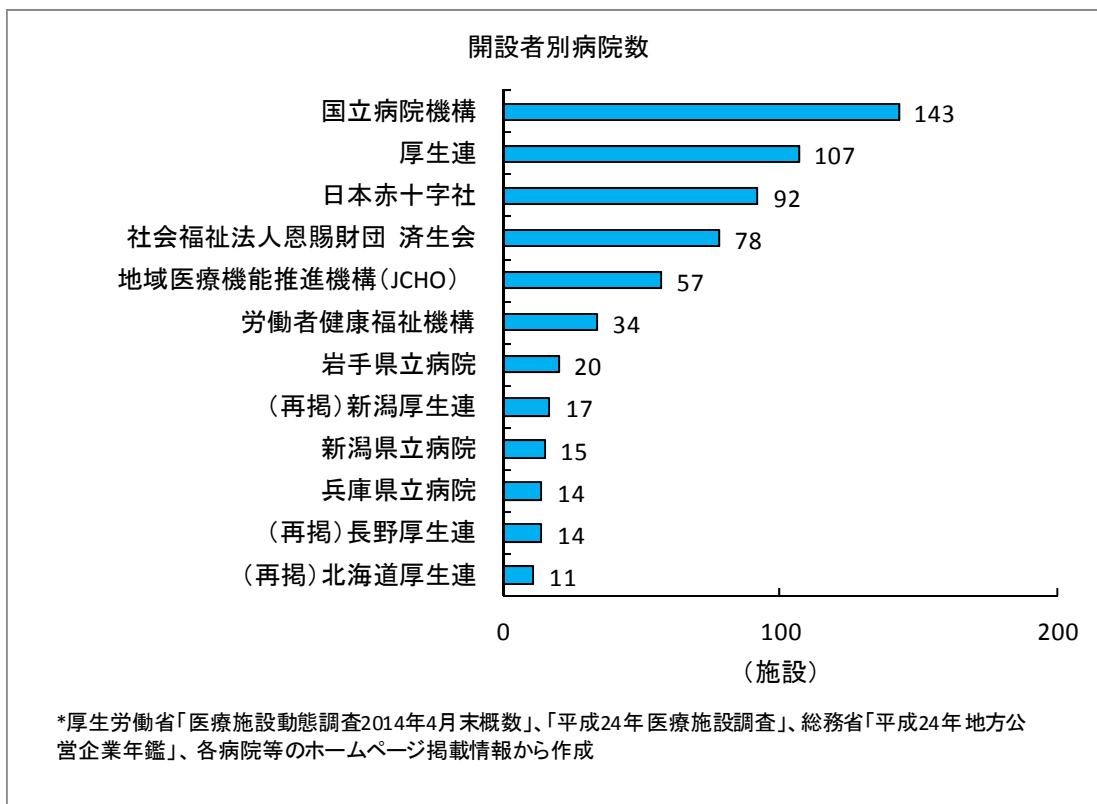
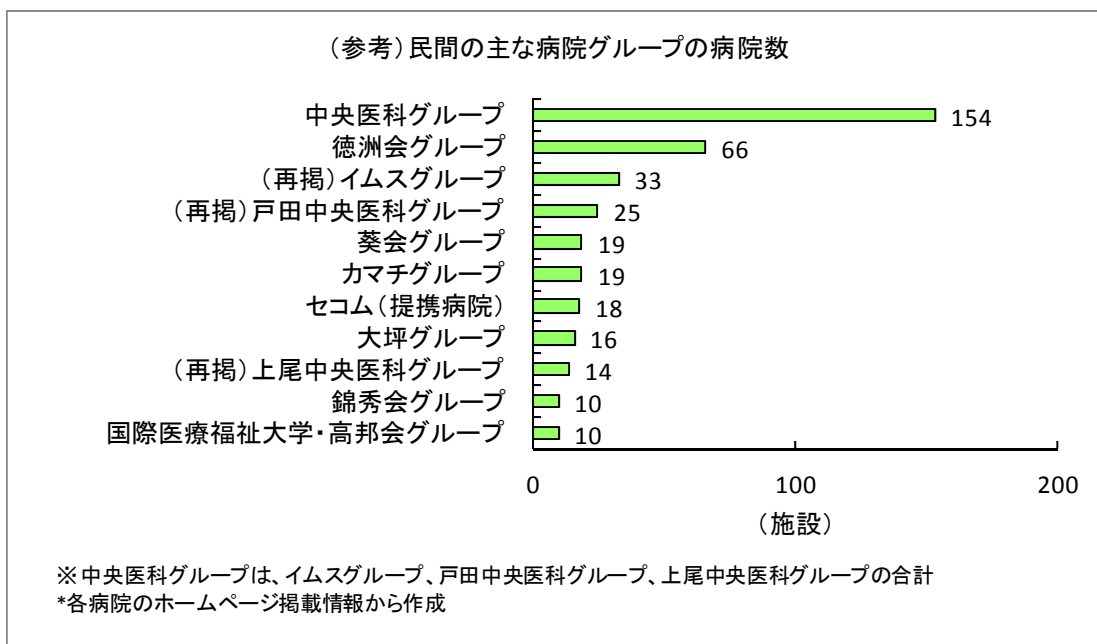
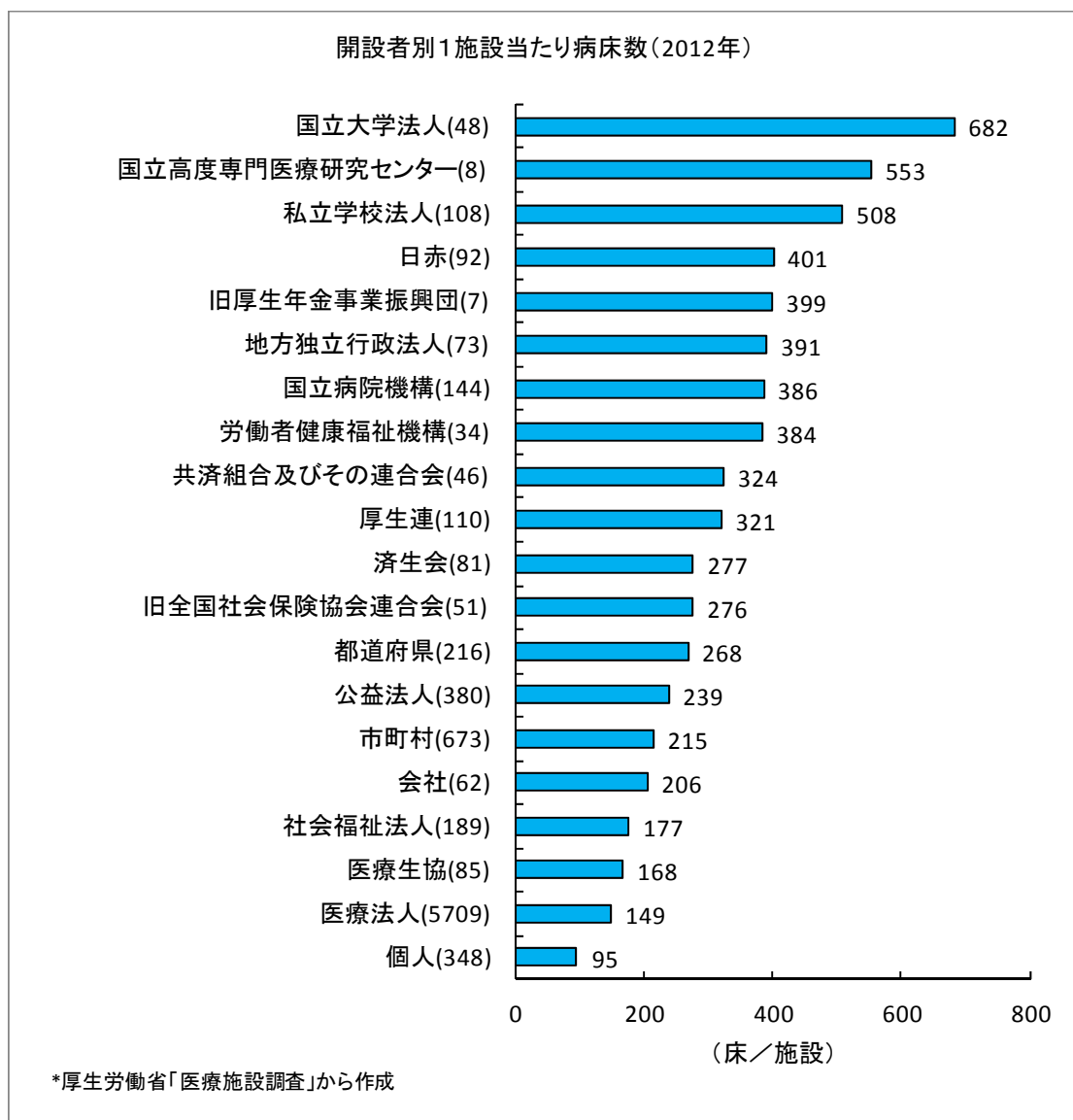


図 2.2.2 (参考) 民間の主な病院グループの病院数



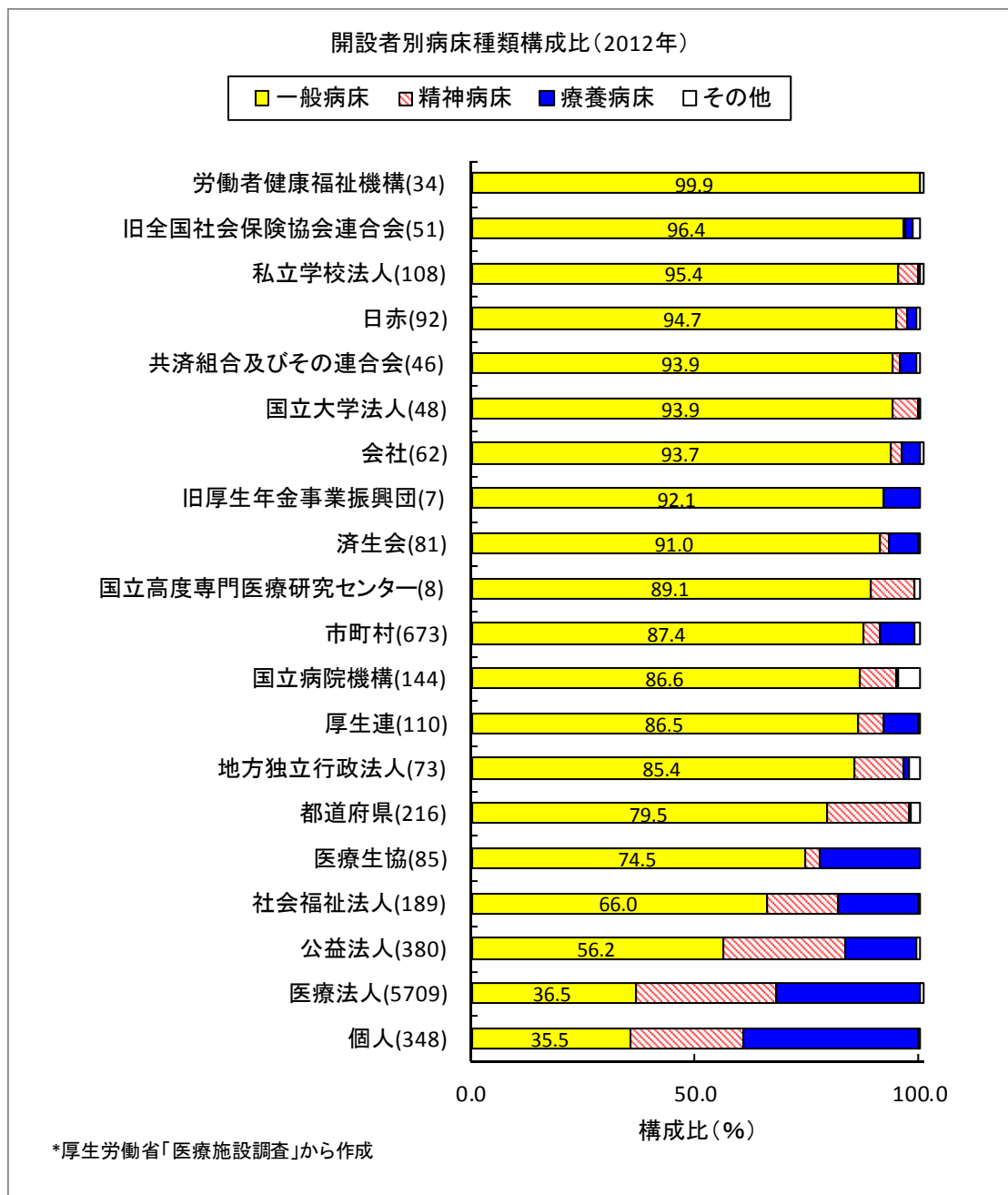
1施設当たりの病床規模は、国立大学法人で682病床ともっとも大きいですが、国立大学法人、国立高度専門医療研究センター、私立学校法人はそれぞれ独立した法人の平均値である。これらを除くと、病床規模が大きいのは日赤（赤十字病院）で、1施設当たり病床数は401床である（図 2.2.3）。

図 2.2.3 開設者別1施設当たり病床数



日赤（赤十字病院）は一般病床の割合が高い（図 2.2.4）。赤十字病院は1施設当たり病床数も多いので、「大規模急性期型病院」といえる。国立病院の「その他」は主に結核病床である。また、済生会、厚生連は、赤十字病院に比べると療養病床が多い。

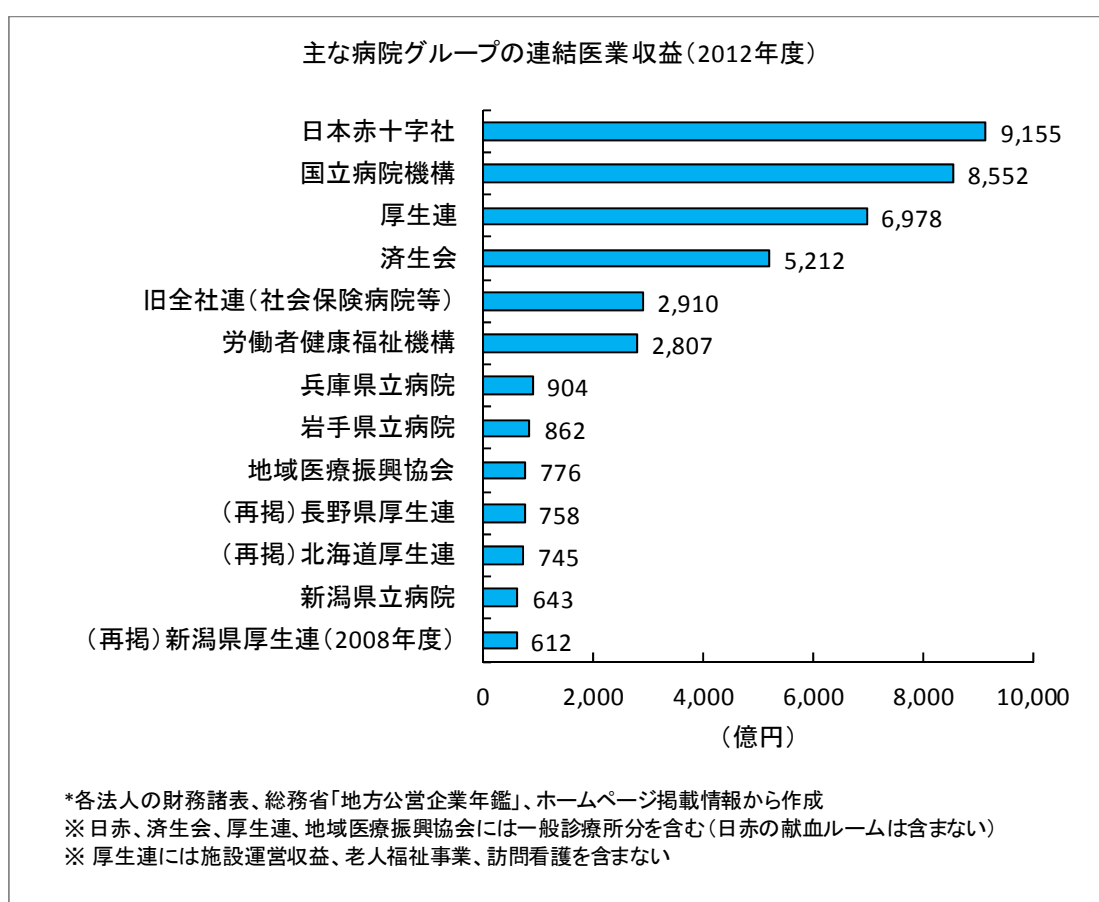
図 2.2.4 開設者別病床種類構成比（2012年）



国立病院は、病院数では最大であるが、赤十字病院は急性期大規模病院が多いことから医業収益がもっとも大きい（図 2.2.5）。

兵庫県は一般病棟入院基本料 7 対 1 の施設が約 7 割を占めており、県立病院としては施設数の割に医業収益が大きい。7 対 1 の割合は、岩手県立病院では 3 割、新潟県立病院では 2 割である¹¹。

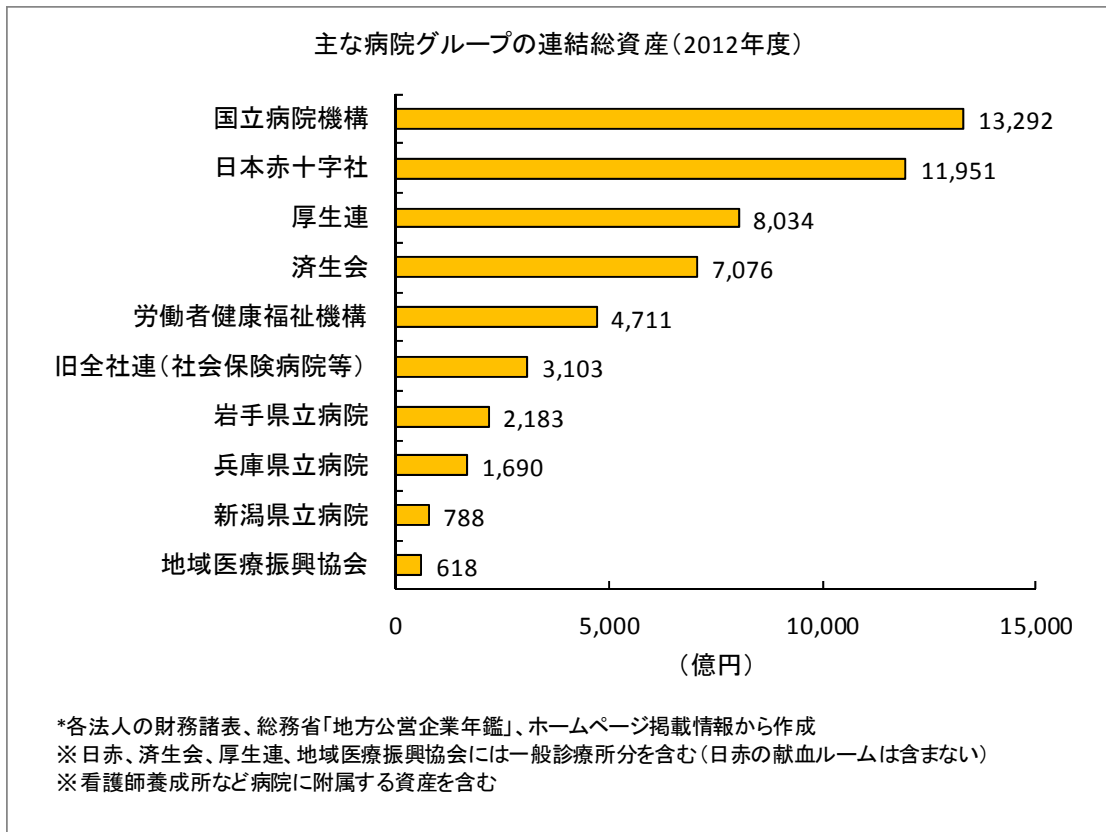
図 2.2.5 主な病院グループの連結医業収益（2012 年度）



¹¹ 総務省「平成 24 年度 地方公営企業年鑑」
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei24/html/mokuji.html

国立病院の総資産は1兆3,292億円、赤十字病院は1兆1,951億円である(図 2.2.6)。労災病院は医業収益(前述)に比べると総資産が大きい。

図 2.2.6 主な病院グループの連結総資産(2012年度)



3. 経営分析

各法人の財務諸表等を用いて分析を行った。このとき、できるだけ比較しやすくするため、医業以外の介護保険収益や、運営費交付金、補助金は医業外収益に組み替えて使用した。ただし法人によっては、医業とそれ以外の収益および費用を切り分けられないなどイレギュラーな扱いをせざるを得ないものもあり、それらについては、それぞれの法人の経営分析のところで注記している。

3.1. 国立病院機構

3.1.1. 経緯と概要

国立病院・療養所の再編

1945年12月に厚生省の外局として医療局が設置され、国立病院が旧陸海軍病院（146施設）、国立療養所が傷痍軍人療養所（53施設）を承継した。1947年には、国立療養所が日本医療団¹²の結核療養施設（93施設）を承継した¹³。1955年には当時占領軍が使用中であった5施設（横須賀海軍病院、呉海軍病院など）が国立病院に移管された。

1983年、臨時行政調査会の行政改革に関する答申を受けて、国立病院・療養所について、「公私医療機関の整備」¹⁴が進んできたことから、「人口構造の高齢化、疾病構造及び保健・医療・看護需要の変化への対応、国民医療費の増加の抑制、医療供給体制の適正化等」に対処するため、「おおむね10年を目途に相当数の施設の統廃合及び移譲を行う」方針が示された¹⁵。1986年には、当時の239施設を2005年（予定）までに165施設にすることが計画された。さらに1999年には152施設までにすることが計画された¹⁶。

独立行政法人へ

1997年、「行政改革会議最終報告」によって、独立行政法人制度の創設と、国立病院・療養所の独立行政法人化が提案された¹⁷。

¹² 1943年、日本医師会役員がすべて官選となったときに、設立された特別法人。会長は日本医師会長と兼任。「陸海軍病院を除く国公立病院を傘下に収めたほか、戦地に赴いた医師が開業していた医院を中心に、民間の病院、診療所の吸収も進めた。」『日本医師会 戦後50年のあゆみ 日本医会通史』7頁より。<http://www.med.or.jp/jma/about/50th/>

¹³ 独立行政法人国立病院機構ホームページ「機構のあゆみ（沿革）」を参考に記載。
http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0_000005.html

¹⁴ 1986年12月11日第107回国会 衆議院社会労働委員会第11号議事録
<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/syugiin/107/0200/10712110200011c.html>

¹⁵ 「臨時行政調査会の最終答申後における行政改革の具体化方策について（新行政改革大綱）」1983年5月24日閣議決定、<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/7.pdf>
国立社会保障・人口問題研究所「日本社会保障資料集IV（1980-2000）」のホームページより。
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/shiryoku.html>

¹⁶ 厚生労働省「国立病院・療養所の再編成等について」2002年1月16日、全国厚生労働関係部局長会議資料、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/bukyoku/kenkou/1-5.html>

¹⁷ 「行政改革会議最終報告」1997年12月3日 <http://www.kantei.go.jp/jp/gyokaku/report-final/>

2000年の「行政改革大綱」では、再編計画の速やかな実施、独立行政法人への移行が定められた¹⁸。

2002年に「独立行政法人国立病院機構法」が成立し、2004年4月1日独立行政法人国立病院機構を設置し、政策医療を担う病院を移行させることになった。また自治体病院や民間病院と同様の機能を有する国立病院・療養所については、引き続き移譲、廃止（一部は機構移行後に実施）に取り組むことになった¹⁹。

2004年、国立病院・療養所154施設が独立法人国立病院機構に移行した。この後、2008年に1病院を廃止、計20施設を10施設に統合しており（表3.1.1）、直近の病院数は143施設である（図3.1.1）。

表 3.1.1 国立病院機構移行後の統廃合

年月	統合前(旧名称・後者が再編対象病院)	統合後
2004.10	国立甲府病院・国立療養所西甲府病院	甲府病院
2004.12	国立療養所西奈良病院・国立奈良病院	奈良医療センター
2004.12	国立療養所大牟田病院・国立療養所筑後病院	大牟田病院
2005.3	国立療養所豊橋東病院・国立豊橋病院	豊橋医療センター
2005.3	国立療養所長良病院・国立療養所岐阜病院	長良医療センター
2005.7	国立療養所医王病院・国立療養所金沢若松病院	医王病院
2005.7	国立療養所西鳥取病院・国立療養所鳥取病院	鳥取医療センター
2005.7	国立大竹病院・国立療養所原病院	広島西医療センター
2008.12	国立療養所南横浜病院	廃止
2010.3	国立療養所西札幌病院・国立療養所札幌南病院	北海道医療センター
2013.5	国立善通寺病院・国立療養所香川小児病院	四国こどもとおとなの医療センター

※統合・廃止は国立病院機構移行後であるが、旧病院名は旧国立病院・療養所名で記載した

*(独)国立病院機構ホームページ「機構のあゆみ(沿革)」、「国立病院・療養所の独立行政法人化等について」(2004年1月20日、全国厚生労働関係部局長会議資料)から作成

¹⁸ 「行政改革大綱」2000年12月1日閣議決定

<http://www.gyokaku.go.jp/about/taiko.html>

¹⁹ 厚生労働省健康局「国立病院・療養所の独立行政法人化等について」2004年1月20日、全国厚生労働関係部局長会議資料、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/kenkou/1-5.html>

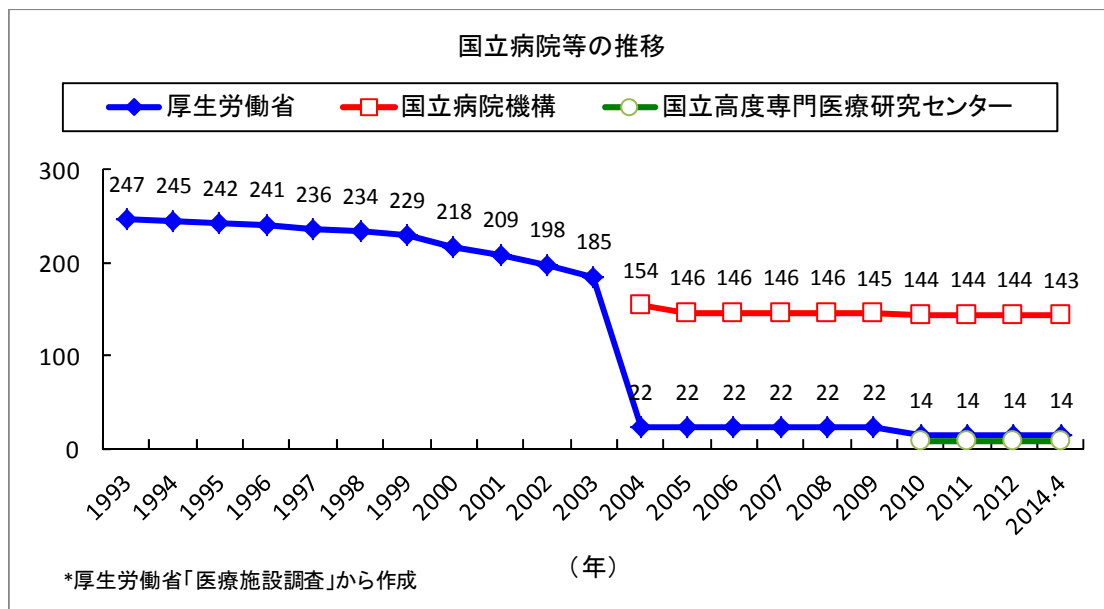
国立病院以外で厚生労働省が所管していた病院では、2010年4月1日に労災病院が労働福祉事業団から独立行政法人労働者健康福祉機構に移行し、国立高度専門医療研究センターがセンター単位で独立行政法人に移行した（表 3.1.2）²⁰。現在、厚生労働省直轄の病院は、国立ハンセン病療養所 13 施設、国立障害者リハビリテーションセンター1 施設（埼玉県所沢市）計 14 施設である（図 3.1.1）。

表 3.1.2 国立高度専門医療研究センター

独立行政法人 国立がん研究センター	中央病院・東病院
独立行政法人 国立循環器病研究センター	病院
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター	病院
独立行政法人 国立国際医療研究センター	病院・国府台病院
独立行政法人 国立成育医療研究センター	病院
独立行政法人 国立長寿医療研究センター	病院

*出所:「国立高度専門医療研究センターの概要」2012年7月2日, 第1回国立高度専門医療研究センターの在り方に関する検討会資料

図 3.1.1 国立病院等の推移



²⁰ 厚生労働省「国立高度専門医療研究センターの概要」2012年7月2日, 第1回国立高度専門医療研究センターの在り方に関する検討会資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002esyb-att/2r9852000002et42.pdf>

3.1.2. 経営概況

2003年度までの旧国立病院・療養所と、2004年度国立病院機構移行後の経営状況を、損益計算書を組み替えた上で比較した（表 3.1.3, 表 3.1.4）。

旧国立病院・療養所については、国の国立病院特別会計国立病院勘定および療養所勘定の損益計算書、貸借対照表を参照したが、旧国立高度専門医療センターの分も含まれている。

表 3.1.3 旧国立病院・療養所損益計算書の組み替え（2003年度の例）

原本	金額	組み替え	金額
診療収入	7,646	医業収益	7,646
一般会計より受入	1,208	人件費	3,381
医療技術開発等研究収入	51	医薬品費	940
利子収入	0	食料品費	132
雑収入	129	施設整備経費	183
雑益	319	業務費	2,625
固定資産評価差益	0	負担金	637
本年度損失	480	医業費用	7,898
経常利益合計	9,832	医業利益	-253
病院・療養所経営費	7,715	一般会計より受入	1,208
人件費	3,381	医療技術開発等研究収入	51
医薬品費	940	利子収入	0
食料品費	132	雑収入	129
業務費	2,625	雑益	319
負担金	637	医業外収入	1,706
医療技術開発等研究費	35	医療技術開発等研究費	35
看護婦等養成費	66	看護婦等養成費	66
施設整備経費	183	支払利子	323
支払利子	323	未収金償却引当金繰入	9
未収金償却引当金繰入	9	雑損	1,338
雑損	1,338	医業外費用	1,771
固定資産評価差損	0	経常利益	-317
本年度利益	162	固定資産評価差益	0
経常損失合計	9,832	特別利益	0
		固定資産評価差損	0
		特別損失	0
		当期純利益(純損失)	-317

*国立病院特別会計「損益計算書」から作成

国立病院については、運営費交付金収入を医業外収入として扱うなどした。

表 3.1.4 国立病院機構損益計算書の組み替え（2012年度の例）

原本	金額	組み替え	金額
I 診療業務収益	8,642	医業収益	8,552
医業収益	8,552	給与費	4,325
資産見返運営費交付金戻入	5	材料費	2,031
補助金等収益	31	(再掲)医薬品費	1,186
寄附金収益	4	(再掲)診療材料費	691
資産見返物品受贈額戻入	0	委託費	400
施設費収益	1	設備関係費	859
その他診療業務収益	49	研究研修費	3
II 教育研修業務収益	51	経費	372
III 臨床研究業務収益	98	一般管理費(本部のみ)	297
IV その他経常収益	294	医業費用	8,288
受取利息	3	医業利益	264
土地建物等貸付料収入	9	資産見返運営費交付金戻入	5
宿舍貸付料収入	9	補助金等収益	31
運営費交付金収益	258	寄附金収益	4
補助金等収益	0	資産見返物品受贈額戻入	0
寄附金収益	0	施設費収益	1
その他経常収益	15	その他診療業務収益	49
経常収益	9,085	教育研修業務収益	51
I 診療業務費	7,992	臨床研究業務収益	98
給与費	4,325	受取利息	3
材料費	2,031	土地建物等貸付料収入	9
(再掲)医薬品費	1,186	宿舍貸付料収入	9
(再掲)診療材料費	691	運営費交付金収益(その他経常収益)	258
委託費	400	補助金等収益	0
設備関係費	859	寄附金収益	0
研究研修費	3	その他経常収益	15
経費	372	医業外収益	533
II 教育研修業務費	65	教育研修業務費	65
III 臨床研究業務費	119	臨床研究業務費	119
IV 一般管理費(本部のみ)	297	支払利息	89
V その他経常費用	115	支払手数料	3
支払利息	89	債券発行費	0
支払手数料	3	債券発行差金償却	0
債券発行費	0	その他経常費用	23
債券発行差金償却	0	医業外費用	298
その他経常費用	23	経常利益	498
経常費用	8,586	臨時利益	2
経常利益	498	臨時損失	82
臨時利益	2	当期純利益	419
臨時損失	82		
当期純利益	419		

*国立病院機構損益計算書から作成

医業収益

旧国立病院・療養所時代の終わり頃には、病院の統廃合や移譲により施設数が減っていたこともあり、医業収益の伸びはマイナスであった。ただし施設数がそれほど削減されなかった年にも、医業収益の伸びがマイナスになった年もあった（図 3.1.2）。

国立病院機構移行後も病院の統廃合が行なわれ施設数が減少しているが、2006年度を除いて医業収益の対前年度比はプラスである（図 3.1.3）。

2006年度の対前年度比はマイナスであるが、診療報酬本体マイナス改定年であり、医科本体の改定率は▲1.50%であった。診療報酬改定がない年（奇数年）の医業収益の対前年度比は2～4%台である。

2010年度の医業収益の対前年度比は6.9%である。2010年度の診療報酬改定における医科本体改定率は入院+3.03%、外来+0.31%、入院の改定財源の内訳は急性期4,000億円、その他400億円であった。国立病院機構の2010年度の医業収益の伸びは、急性期に手厚い診療報酬改定が寄与している。

図 3.1.2 旧国立病院・療養所 医業収益

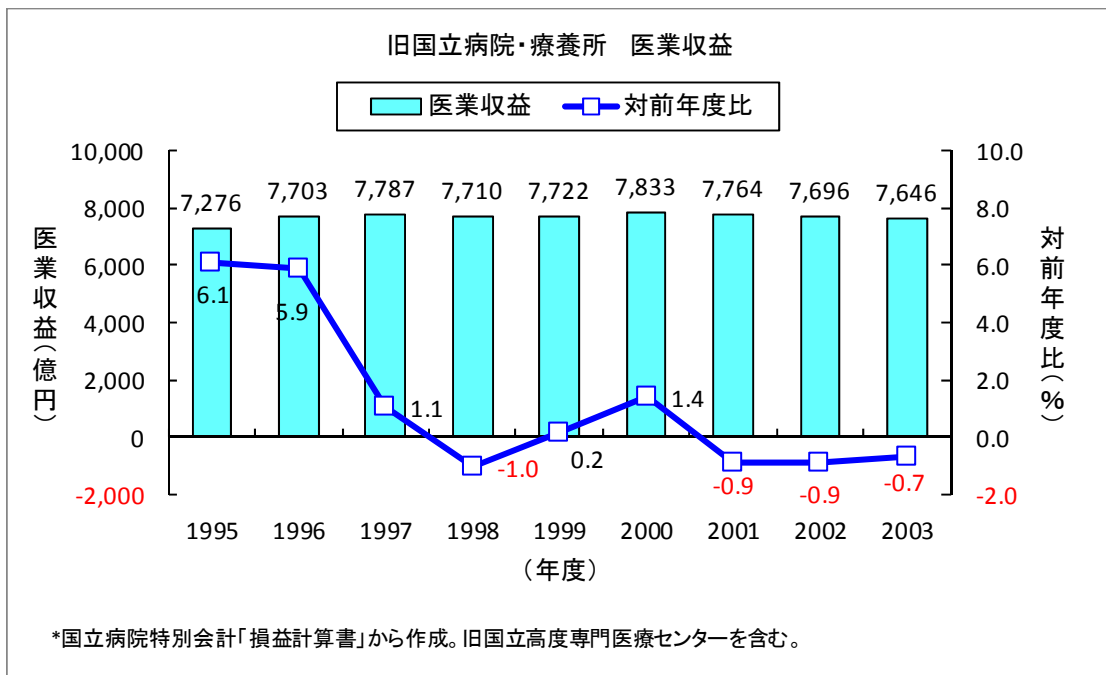
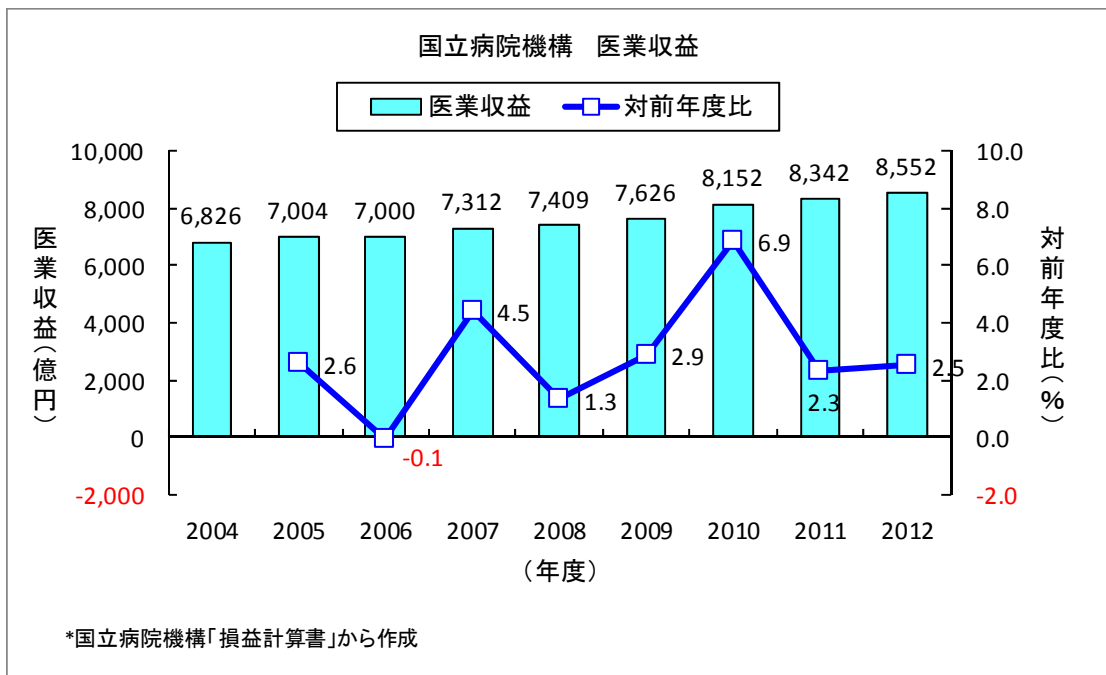


図 3.1.3 国立病院機構 医業収益



売上高医業利益率・売上高経常利益率

旧国立病院・療養所時代には、売上高医業利益率は改善傾向にあったものの、黒字化にはいたらなかった（図 3.1.4）。売上高経常利益率は、国の一般会計からの繰り入れがあったためかつてはプラスであったが、年々繰り入れが減少し、旧国立病院・療養所時代の終わり頃には売上高経常利益率はマイナスであった。

国立病院機構移行後、2008 年度には売上高医業利益率が黒字化し、その後もほぼ右肩上がりである（図 3.1.5）。売上高経常利益率が売上高医業利益率を上回っているのは、医業外収益として運営費交付金収益（主に国勤務時代の退職給付費用分）等があるためである。

2010 年度は診療報酬改定効果で医業収益が大幅に増加し、売上高医業利益率が前年度に比べて大きく上昇した。

図 3.1.4 旧国立病院・療養所 売上高医業利益率・売上高経常利益率

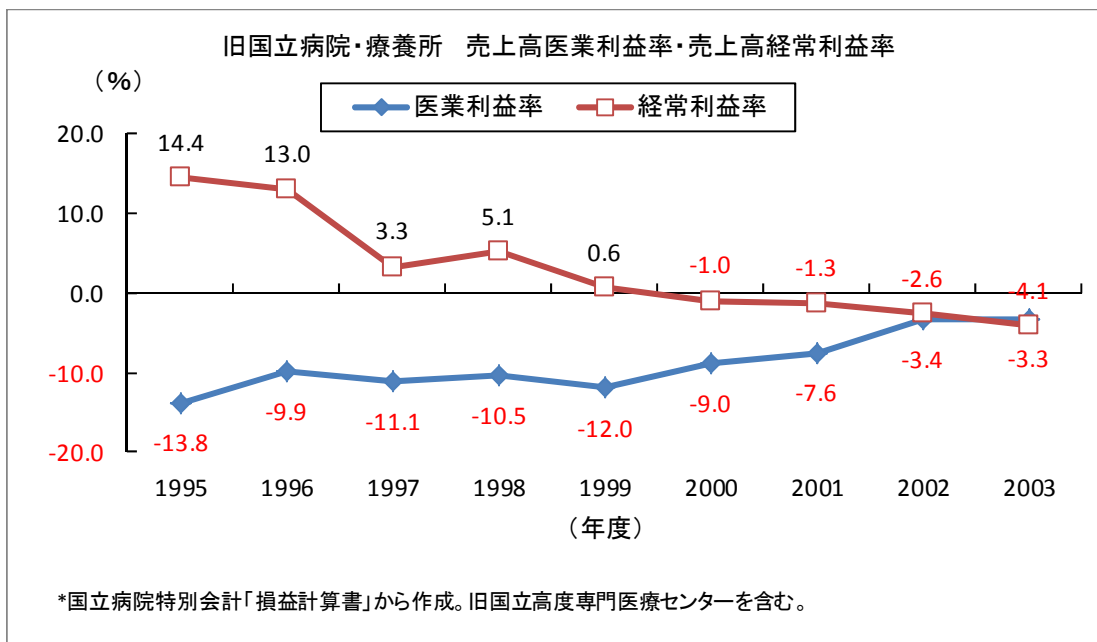
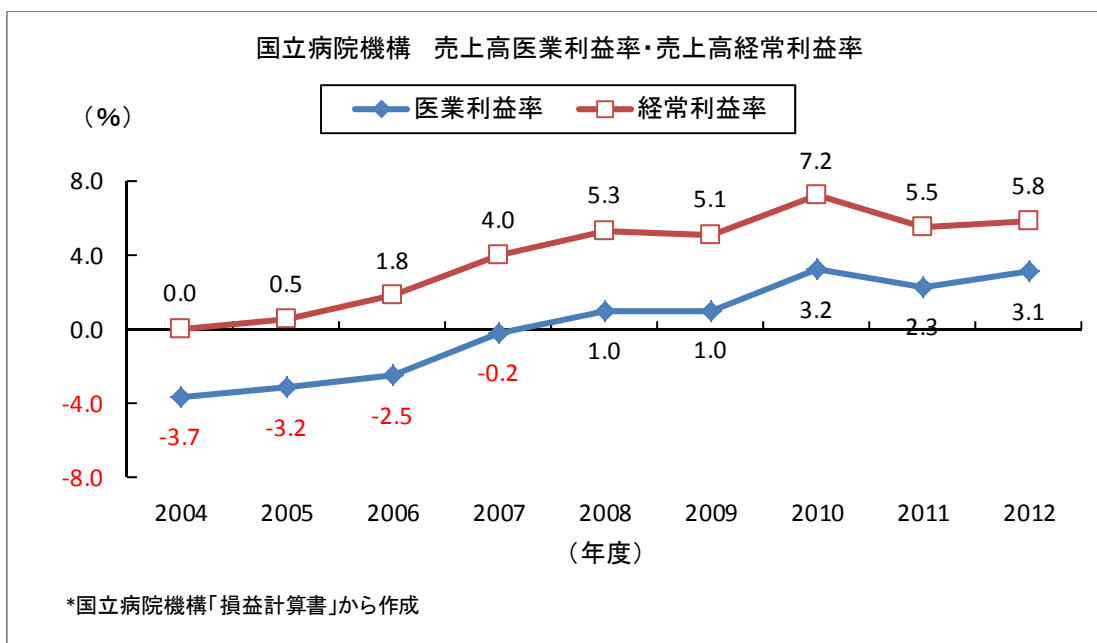


図 3.1.5 国立病院機構 売上高医業利益率・売上高経常利益率



材料費率

会計科目が異なるので単純には比較できないが、医業収益に対する医薬品費等の比率（売上高百分比）の推移を示した。

旧国立病院・療養所時代には、医薬品費率は縮小がつづいていた（図 3.1.6）。

国立病院機構移行後は、医薬品費率、診療材料費率はほぼ横ばいにとどまっており削減されていない（図 3.1.7）。これについて、国立病院機構は抗がん剤をはじめとする高額な医薬品の増加を挙げている²¹。2012 年度には、労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センターとの医薬品の共同入札も実施している。

²¹ （独）国立病院機構「平成 24 年度（第 9 期事業年度）事業報告書」75 頁
<http://www.hosp.go.jp/files/000027935.pdf>

図 3.1.6 旧国立病院・療養所 医薬品費率

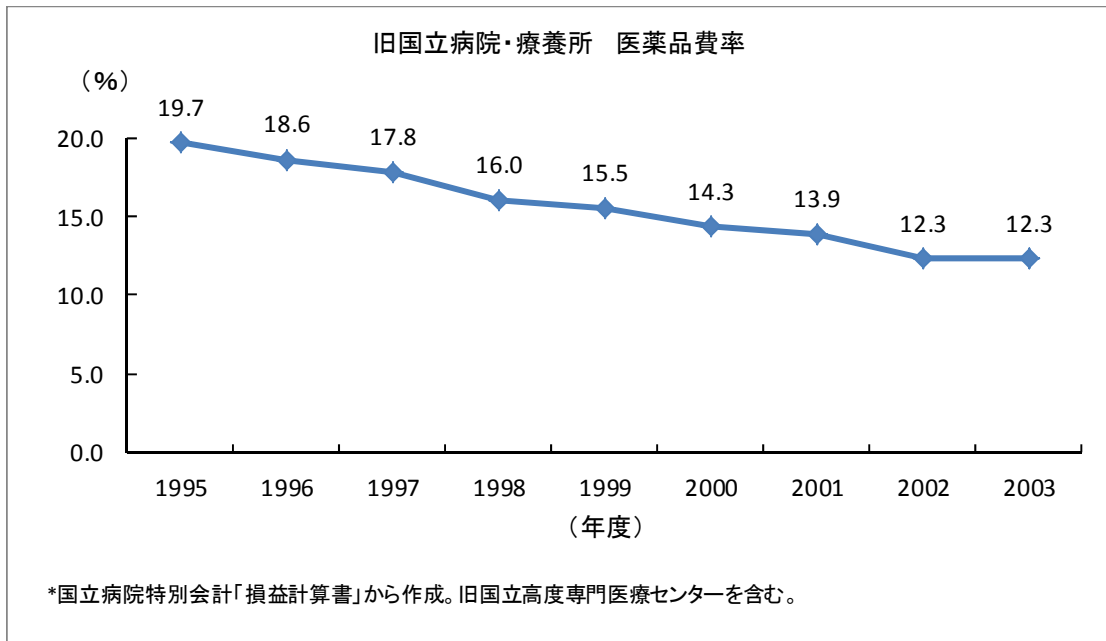
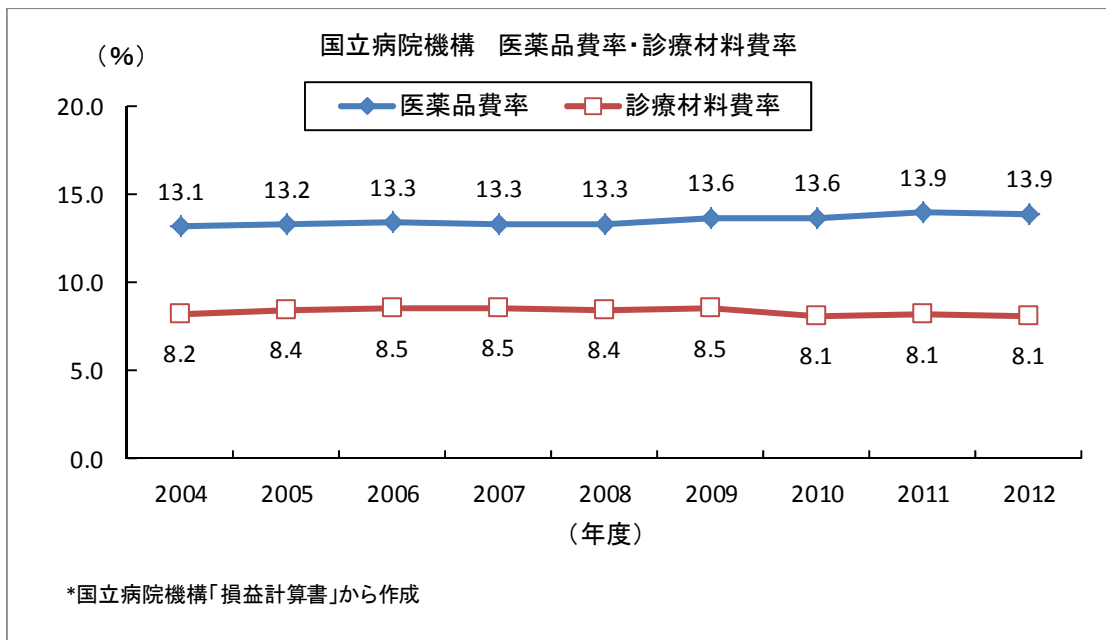


図 3.1.7 国立病院機構 医薬品費率・診療材料費率



給与費率・委託費率・一般管理費率

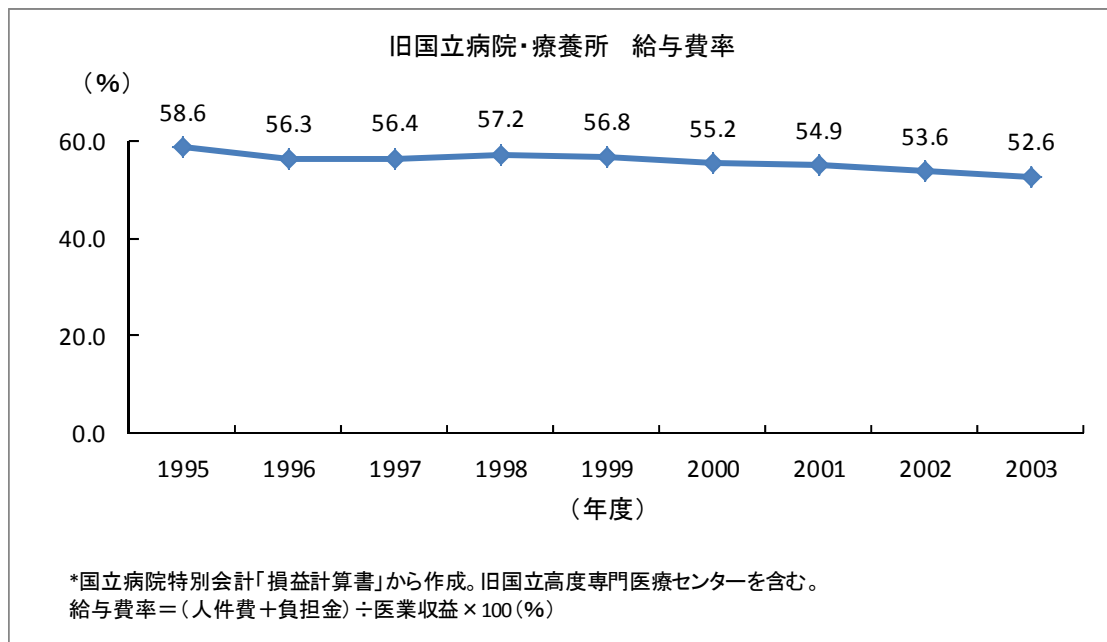
会計科目が異なるので単純には比較できないが、医業収益に対する給与費等の比率（売上高百分比）の推移を示した。

旧国立病院・療養所時代、給与費率は徐々に減少していた（図 3.1.8）。

国立病院機構移行後、給与費率は縮小傾向にはあるが、旧国立病院・療養所時代と比べて大幅な削減が進んでいるわけではない（図 3.1.9）。このことについて、国立病院機構では、医療法及び診療報酬上の人員配置基準に沿った体制をとったことを挙げている²²。一般病棟入院基本料 7 対 1 を算定するために看護師を確保したこと等が推察される。ただし、技能職（看護補助者等）の削減は進めている²³。一方、委託費率が上昇しているため、アウトソーシングが進んでいることがうかがえる。

国立病院の医業利益率の向上（前述）に寄与しているのは本部一般管理費の削減である（図 3.1.10）。

図 3.1.8 旧国立病院・療養所 給与費率



²² (独) 国立病院機構「平成 24 年度 (第 9 期事業年度) 事業報告書」75 頁

²³ 同上

図 3.1.9 国立病院機構 給与费率・委託费率

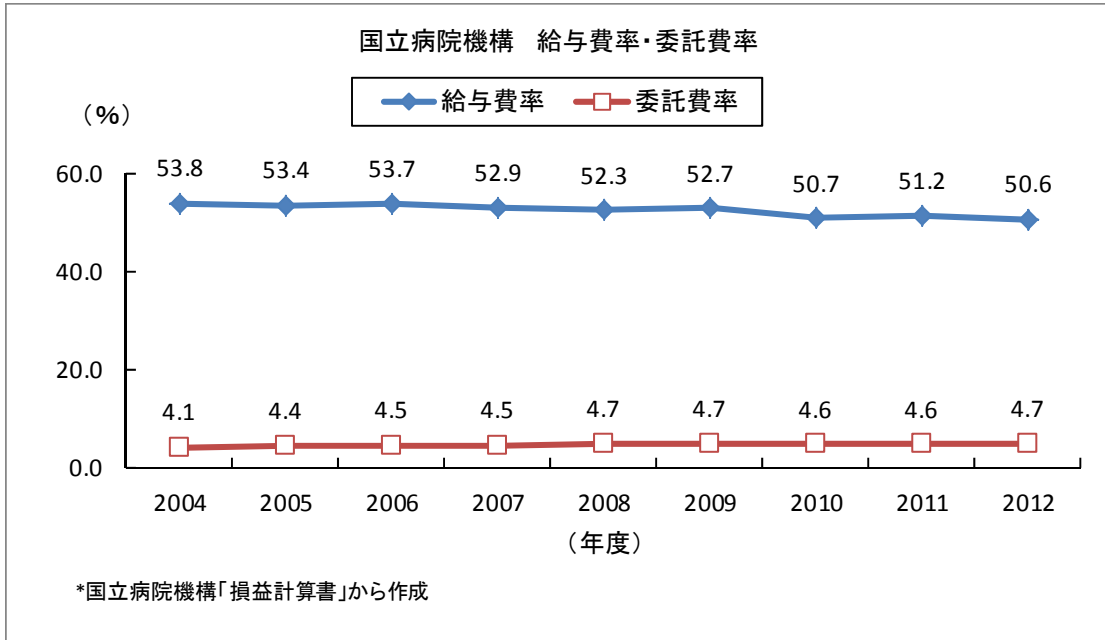
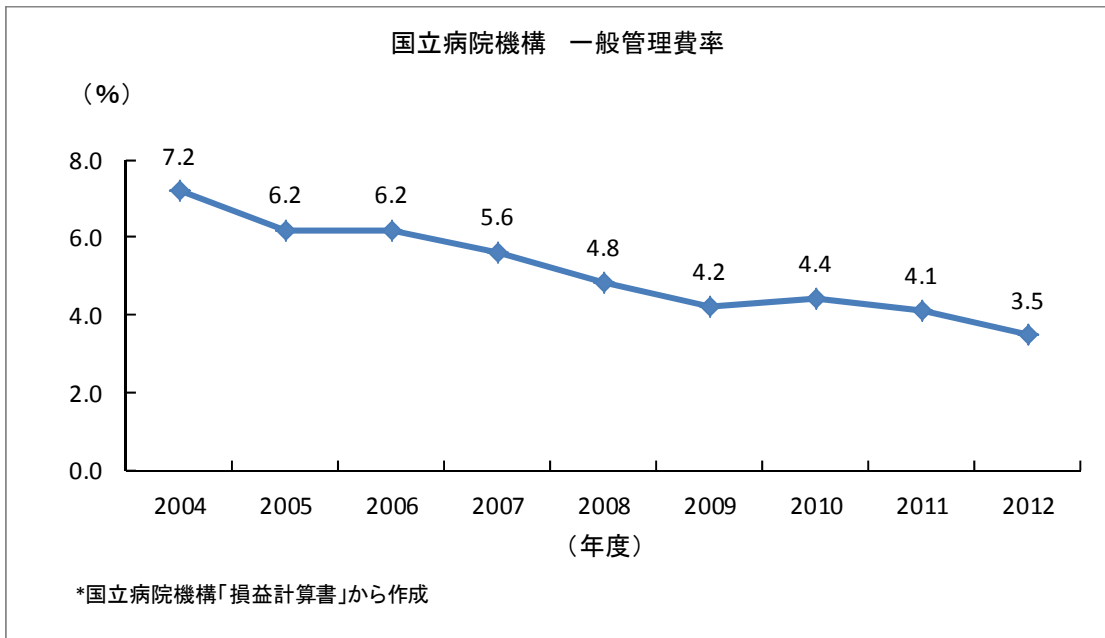


図 3.1.10 国立病院機構 一般管理费率



総資本回転率

総資本回転率は、売上高（医業収益）に対して総資本が大きすぎないか、あるいは総資本から見て売上高が小さすぎないかを表す指標である。総資本回転率が 1 回の場合には、売上高イコール総資本であり、イメージとして、すべての資本を 1 回は使って売上を上げたということになる。総資本回転率が高いほど効率が良い。

総資本回転率＝売上高÷総資本（回）

総資本（資本、負債）＝総資産（現預金、土地、建物、医療機器など）

旧国立病院・療養所時代の総資本回転率は 0.3 回台であり、低位横ばいである（図 3.1.11）。

国立病院機構移行後は、総資本回転率は 0.6 回台になった（図 3.1.12）。旧国立病院・療養所時代の決算には、現在はそれぞれ独立行政法人になっている旧国立高度専門医療センター分も含まれているため、単純に比較はできないが、国立病院機構移行後、資産効率は向上したといえる。ただし、最近の総資本回転率は伸びなやんでいる（赤十字病院や済生会病院は 0.7 回台である（後述））。

図 3.1.11 旧国立病院・療養所 総資本回転率

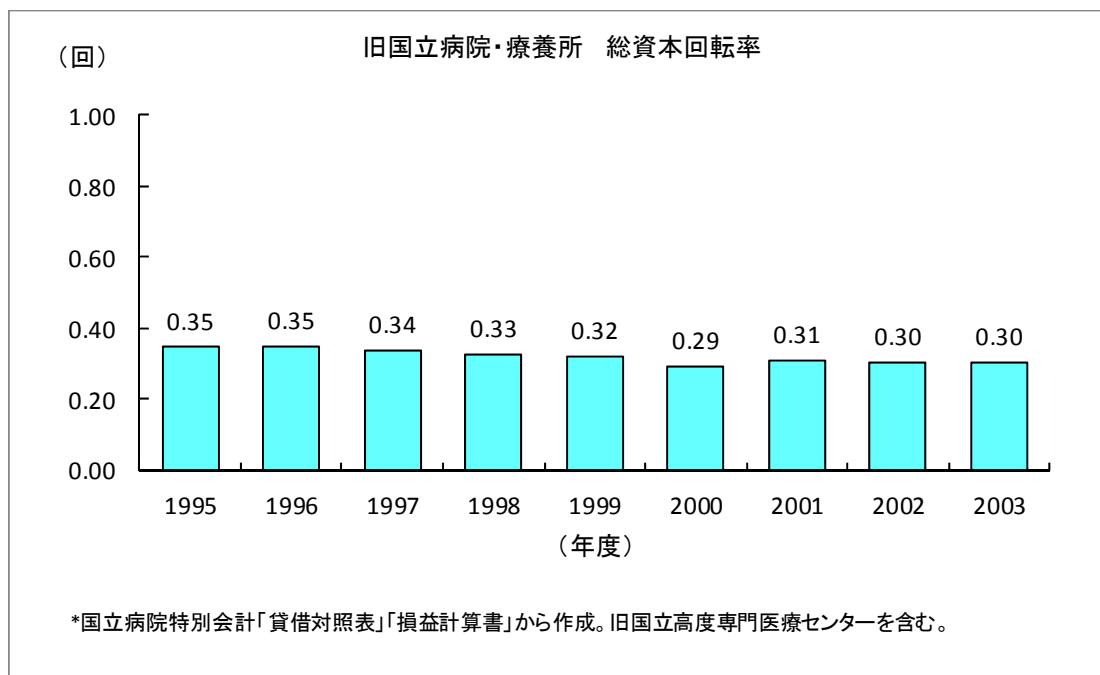
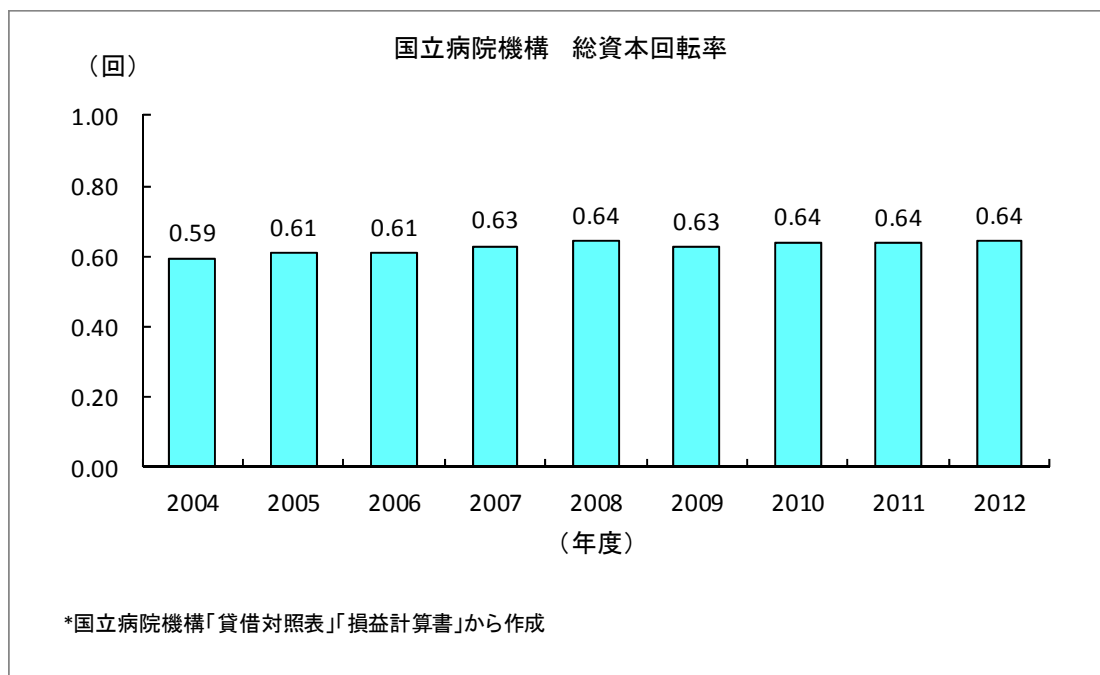


図 3.1.12 国立病院機構 総資本回転率



運営費交付金

旧国立病院・療養所に対しては、一般経費をまかなうため、国の一般会計から年 1,000 億円以上が国立病院特別会計に繰り入れられていた（図 3.1.13）。

国立病院機構移行後も、国から運営費交付金が交付されているが（図 3.1.14）、そのほとんどは国勤務時代の退職給付費用等である²⁴。それ以外は、2011 年度、2012 年度にはかなり圧縮されている²⁵。2012 年度の退職給付費用以外の運営費交付金は、臨床研究、教育研修に対するもののみで、診療業務に対するものはなくなっている。

²⁴ 恩給負担金、整理資源負担金（恩給期間に係る退職給付債務の積立不足を補う負担）を含む。

²⁵ 2008 年度は、独立行政法人会計基準第 80 条第 3 項により、中期目標期間最終年度のため、運営費交付金債務残高を全額収益化し運営費交付金収益に計上しており当該額を含む。また、運営費交付金収益には前年度以前に運営費交付金で取得した固定資産の減価償却に係る資産見返運営費交付金戻入（前年度以前に交付されたものであっても、減価償却費が発生した年に計上する）が含まれる。

図 3.1.13 旧国立病院・療養所 一般会計からの繰入金（一般経費分）

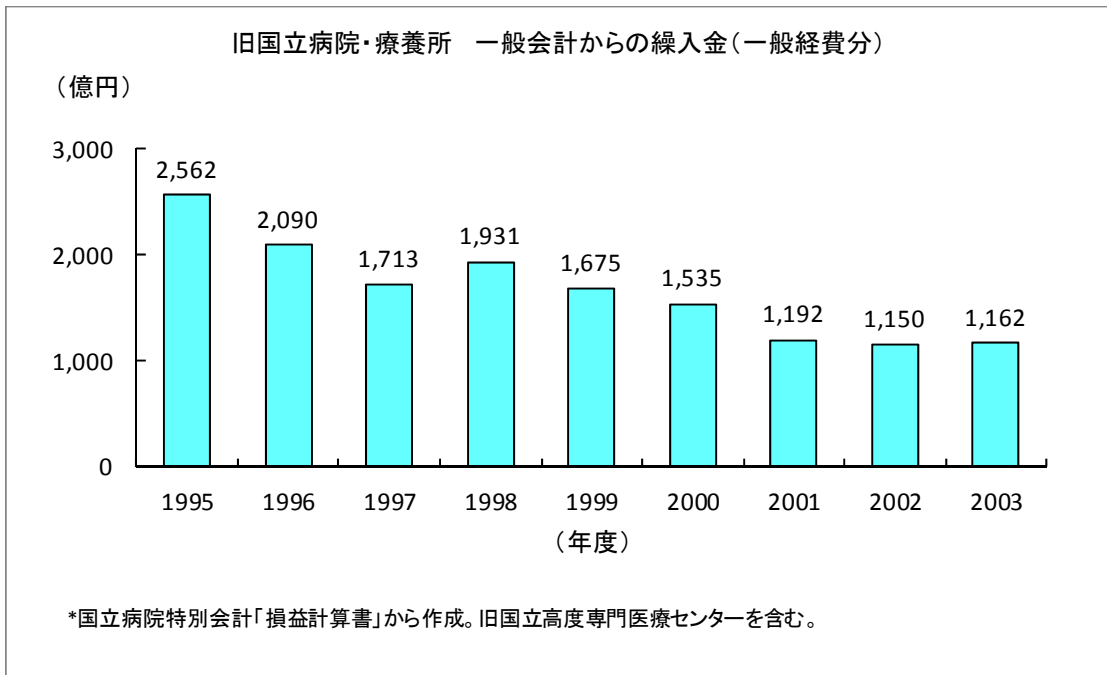
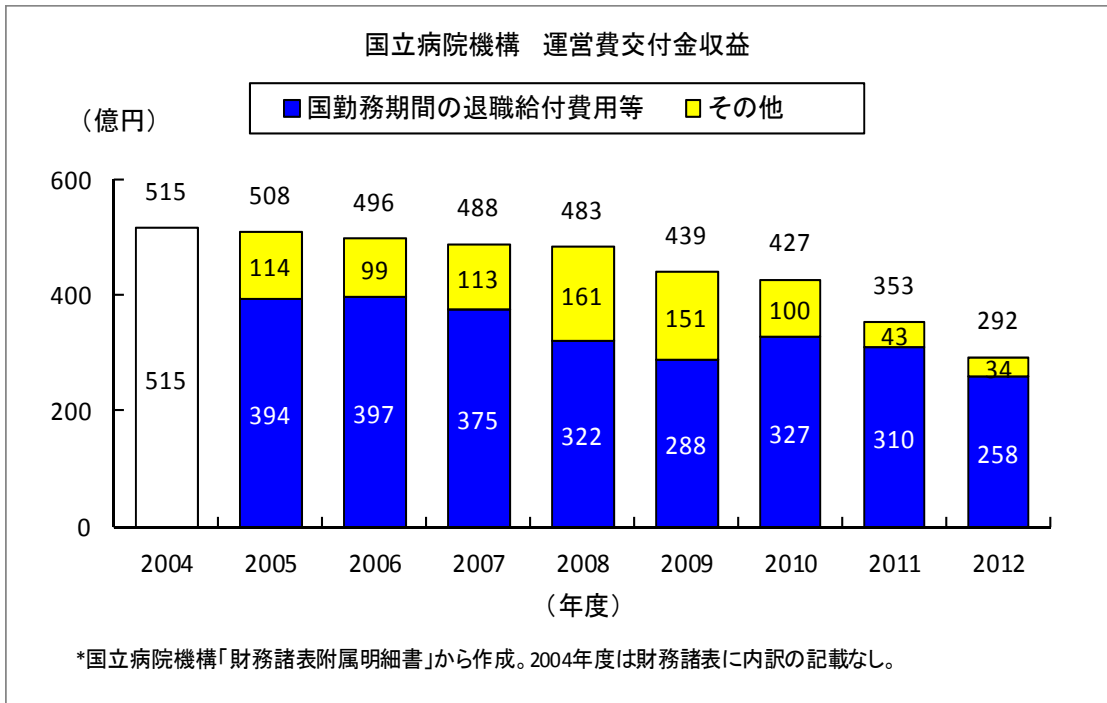


図 3.1.14 国立病院機構 運営費交付金収益



借入金

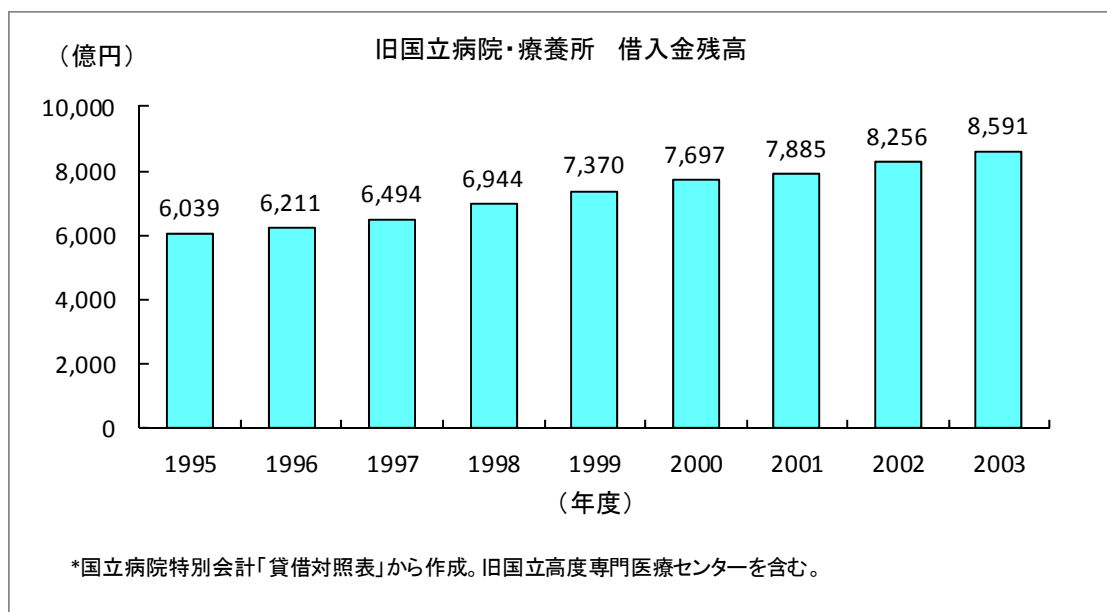
旧国立病院・療養所時代には、一般会計からの繰り入れがあったものの、借入金は毎年膨らみつつけていた（図 3.1.15）。

国立病院機構移行直後には長期借入金は減少し、借入金依存度も下がっている（図 3.1.16）。ただし、2012 年度には病院建替えのため、長期借入金 336 億円、機構債（病院債）50 億円、合計 386 億円の調達を行った（図 3.1.17）。

国立病院の多くは更新時期を迎えている。病院債（機構債）も発行しているが、必要資金のほとんどは財政融資資金からの借り入れである。財政融資資金の借入利率は、民間病院が福祉医療機構から借り入れる場合よりも低い。

- 財政融資資金 償還期間 25 年（うち据置 5 年）借入利率 0.6%²⁶
- 福祉医療機構 償還期間 20 年超 30 年以内、病床充足地域における病院増改築の場合 借入利率 1.80%²⁷。

図 3.1.15 旧国立病院・療養所 借入金残高



²⁶ 「独立行政法人国立病院機構の平成 26 年度長期借入金計画（案）」2014 年 4 月 3 日，独立行政法人評価委員会国立病院部会資料

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12605000-Seisakutoukatsukan-Seisakuhyoukakanshitsu/0000044254.pdf>

²⁷ 「独立行政法人福祉医療機構（医療貸付）主要貸付利率表」2014 年 4 月 9 日改正

<http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/kinri/pdf/20140409iryo.pdf>

図 3.1.16 国立病院機構 長期借入金残高および借入金依存度

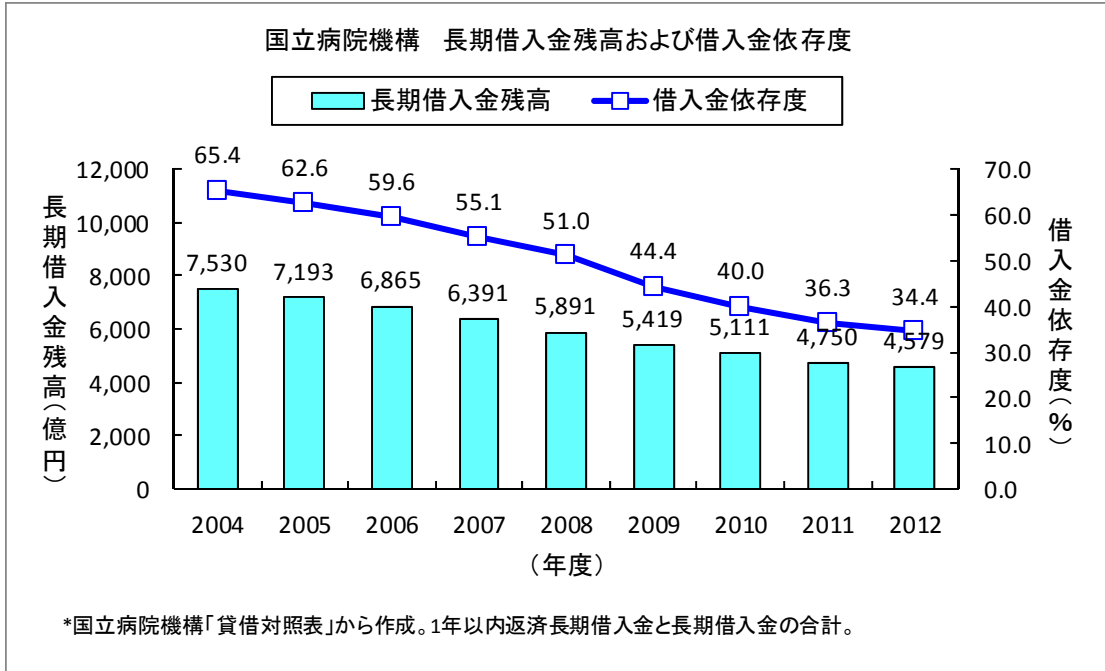
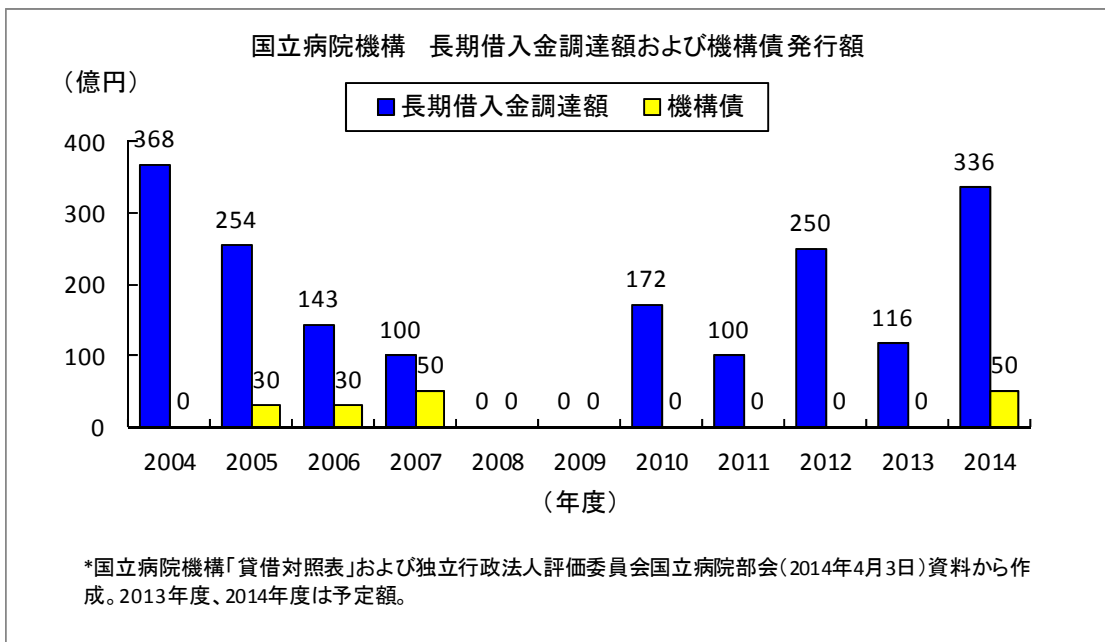


図 3.1.17 国立病院機構 長期借入金調達額および機構債発行額



売上高当期純利益率

旧国立病院・療養所時代は、売上高医業利益率は赤字であったが（前述）、国の一般会計から経費分の繰り入れが行なわれていたため、売上高経常利益率は国立病院・療養所時代の終わりごろまではプラスであり（前述）、売上高当期純利益率も同じように推移した（図 3.1.18）。

1995 年度は売上高当期純利益率が大幅に赤字であるが、国有財産の価格改定が行われ、固定資産評価差損が発生したためである²⁸。

国立病院機構移行後、売上高経常利益率はプラスで、おおむね上昇傾向にあり（前述）、売上高当期純利益率も同様に推移している（図 3.1.19）。

2011 年度は売上高当期純利益率が大幅にマイナスであるが、整理資源負担金財源の変更にとまなう処理である。

【整理資源負担金】

1959 年以前、国家公務員共済組合発足前の退職公務員の恩給期間に係る退職給付債務の積立不足を補う負担金（整理資源金）は²⁹、運営費交付金を財源としていたが、2012 年度から医業収益を財源として支出することになった。このため、従来引当外であった当該負担を退職給付引当金に含めて計上し、同額を臨時損失に計上した³⁰。

²⁸ 価格改定：国有財産台帳に新たに登録される価格は、原則として取得価格で登録されており、その後の価格変動等に伴う修正を行うため、評価替を行うこと。かつては 5 年ごとであったが、2012 年 3 月 31 日から毎会計年度末において行われている。

財務省「国有財産統計」より。http://www.mof.go.jp/national_property/reference/statistics/index.htm

²⁹ 行政刷新会議ワーキンググループ「事業仕分け」WG-A 議事概要 2 頁
<http://www.cao.go.jp/sasshin/shiwake3/details/pdf/1118/gijigaiyo/a-11.pdf>

³⁰ 国立病院機構「平成 23 年度 財務諸表等」注記事項より
<http://www.hosp.go.jp/files/000019447.pdf>

図 3.1.18 旧国立病院・療養所 売上高当期純利益率

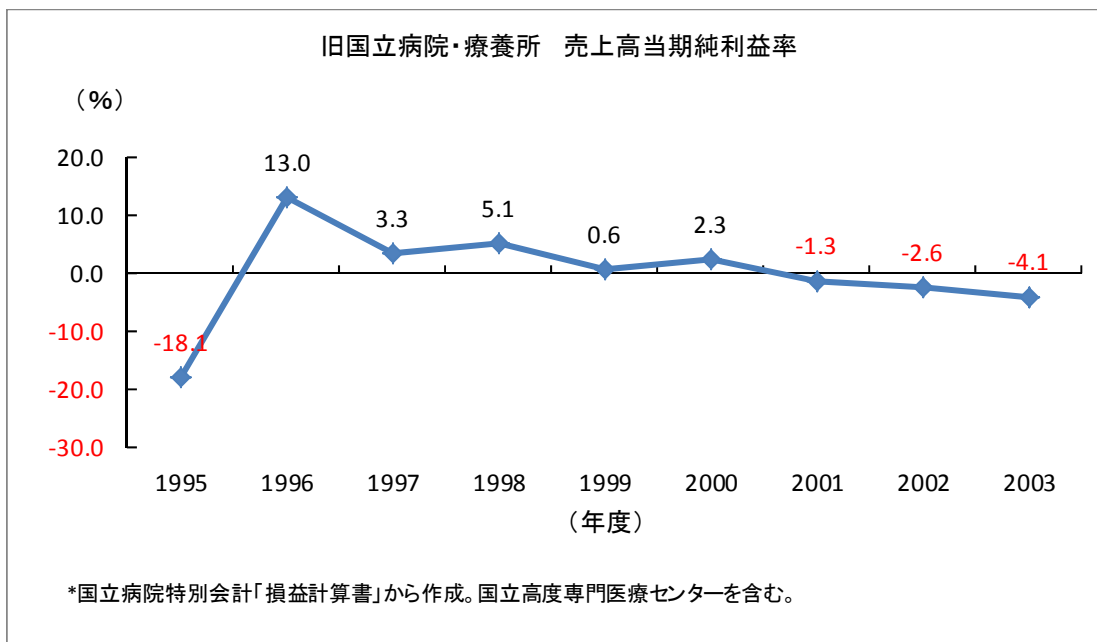
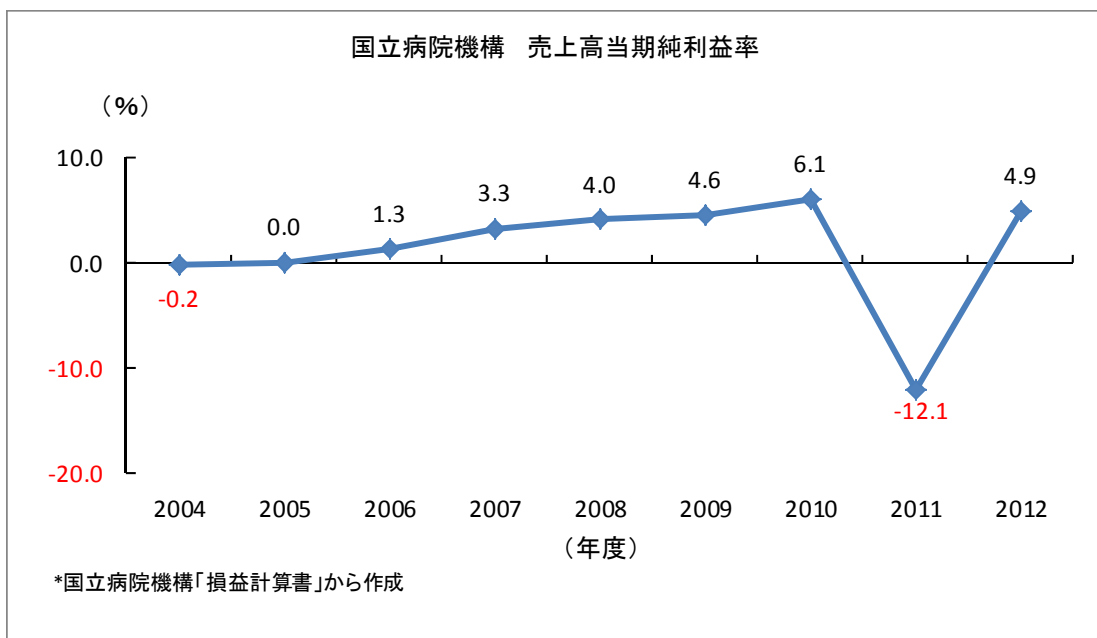


図 3.1.19 国立病院機構 売上高当期純利益率



後発医薬品

国立病院の後発医薬品使用割合（数量ベース）は2012年度には30.5%であり（図 3.1.20）、全国平均と大きな差はない。

全国平均は、調剤報酬明細書（電算処理分）からの集計である。

※注）2010年4月以降は、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤を除外。

2012年4月以降は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤を除外。2013年4月以降の全国平均には新指標による計算式が採用される³¹。

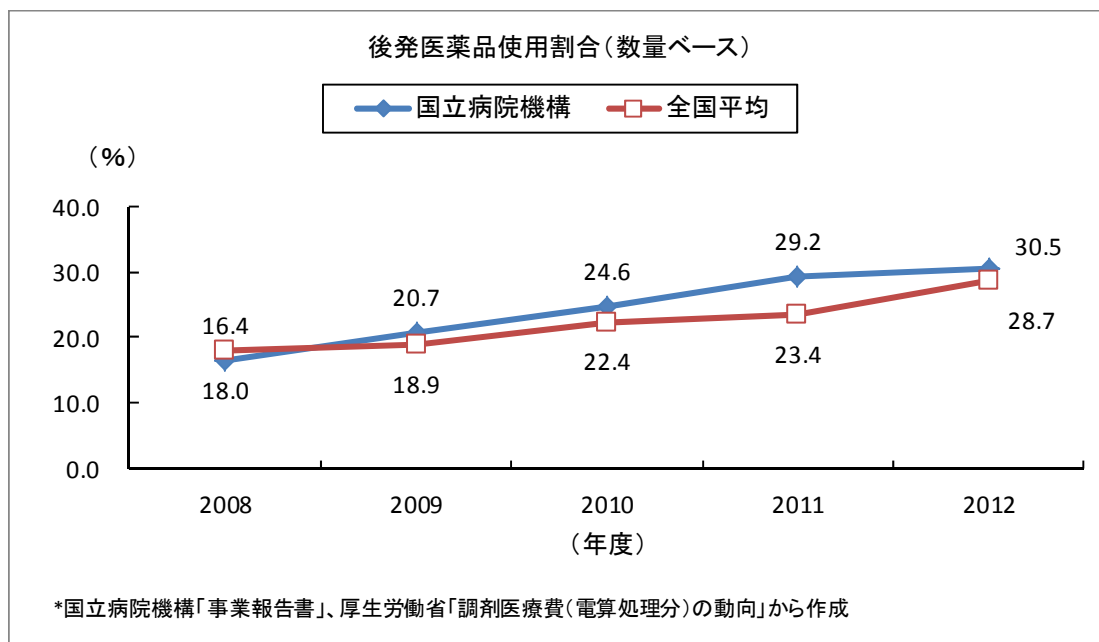
- 旧指標 後発医薬品の数量シェア＝[後発医薬品の数量]÷([先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])

目標 2012年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上

- 新指標 後発医薬品の数量シェア＝[後発医薬品の数量]÷([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])

目標 2018年3月末までに60%以上

図 3.1.20 後発医薬品使用割合（数量ベース）

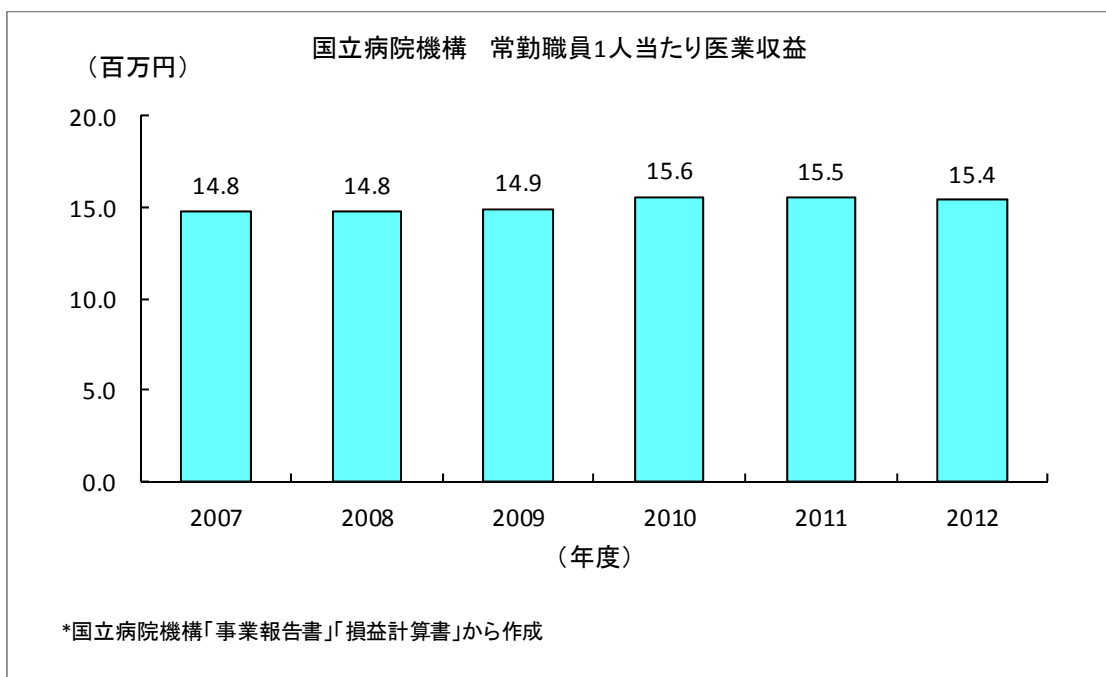


³¹ 厚生労働省「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」2013年4月5日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002z7fr-att/2r9852000002z7it.pdf>

生産性（常勤職員 1 人当たり医業収益）

常勤職員 1 人当たり医業収益は、2010 年度に上昇した（図 3.1.21）。2010 年度の診療報酬改定の効果であると推察される。2010 年度以降は、常勤職員 1 人当たり医業収益は微減であり、給与費率もそれほど下がっていない（前述）。

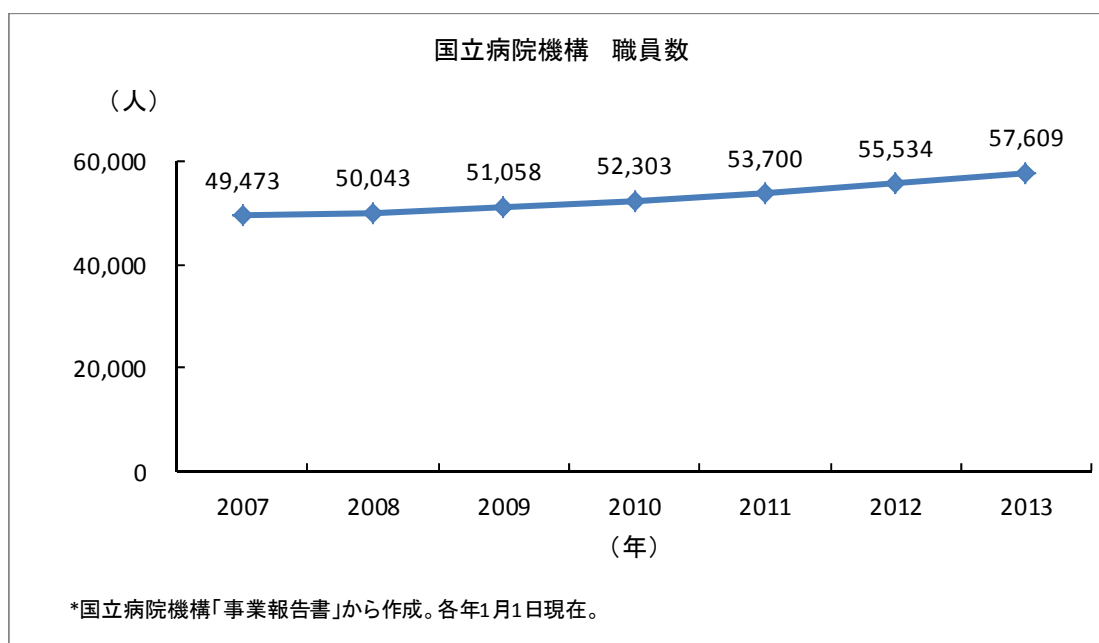
図 3.1.21 国立病院機構 常勤職員 1 人当たり医業収益



職員数

国立病院機構の職員数は、2013年1月1日時点で57,609人である（図3.1.22）。国立病院機構は技能職を削減しており（前述）、かつ本部一般管理費率が低下（前述）していることから、職員のうち医師・看護師等の医療職が増加しているものと推察される。

図 3.1.22 国立病院機構 職員数

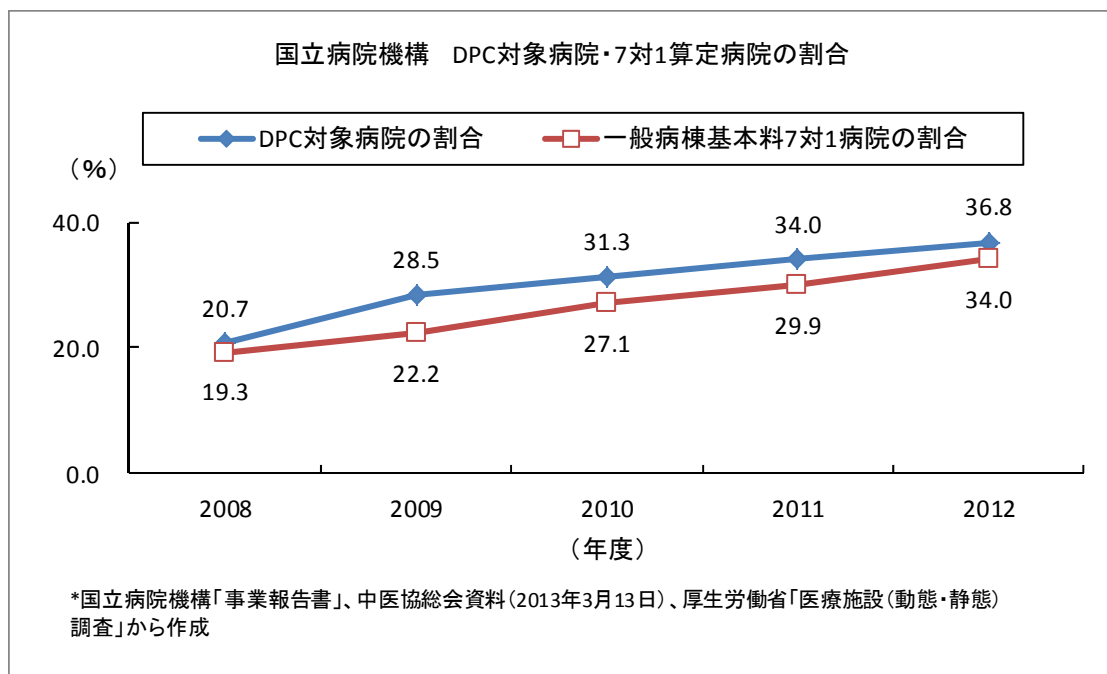


診療報酬

国立病院では DPC 対象病院が拡大しており、2012 年度には 36.8%である（図 3.1.23）。全国では、2012 年度 DPC 対象病院の割合は一般病院の約 2 割である³²。

国立病院において一般病棟入院基本料 7 対 1 を算定する病院の割合は 34.0%である。全国では、7 対 1 届出病床は一般病床の約 4 割である³³。

図 3.1.23 国立病院機構 DPC 対象病院・7 対 1 算定病院の割合



³² 2012 年度 DPC 対象病院 1,505 施設（「DPC 対象病院・準備病院の規模（平成 26 年 4 月 1 日）見込み」2014 年 3 月 26 日、中央社会保険医療協議会総会資料）、一般病院 7,493 施設（厚生労働省「平成 24 年医療施設（動態）調査」）

³³ 2011 年 7 対 1 届出病床 352,802 床（2013 年 3 月 13 日、中央社会保険医療協議会総会資料）、一般病床全体 899,385 床（厚生労働省「平成 23 年 医療施設（静態・動態）調査」）

国立病院機構の経営概況からの示唆

国立病院機構移行後、大幅な収益の改善が見られる。民間病院でも、収益向上、コスト削減に取り組んでいるが、国立病院機構には、日本最大の病院グループという強みがある。国立病院機構自身の分析（「事業報告書」に記載されているもの）も踏まえると、収益改善の背景として次のような点が挙げられる。

- 医業収益の伸び

最近では、2010年度の急性期医療重視の診療報酬改定の好影響が大きく、その後もそれを維持している。また、国立病院機構全体で診療報酬請求業務の研修を行ったりしている。膨大なレセプトにもとづく算定ノウハウの共有が進み、請求業務の精度が向上しているのではないかと推察される。さらに、これらの背景として組織移行によって意識改革も進んでいることも挙げられよう。

- コスト削減

医業収益が増加しているが、本部コストを増やしていない。材料費等については、医療機器、医薬品等の一括契約、共同購入を行って抑制している。法人の規模がきわめて大きいので、本部による一括管理は、その効果もかなり大きいと推察される。

- 経営分析力の強化

総合研究センター診療情報分析部を設置し、DPC・レセプトデータを用いた診療機能分析を行っている³⁴。国立病院機構の病院のみならず、地域の他の病院と、効率性、患者特性、患者シェアなどを比較分析している。また分析結果が各病院に対し、わかりやすく示されていることも特筆される³⁵。

国立病院機構は長期借入金をするときや財務諸表について独立行政法人

³⁴ 国立病院機構「診療機能分析レポートについて」

http://www.hosp.go.jp/cnt2-1_000003.html

³⁵ 国立病院機構「平成25年度 国立病院機構診療機能分析レポート」

<http://www.hosp.go.jp/files/000030988.pdf>

評価委員会国立病院部会の意見を聴かなければならない。また評価委員会は、業務実績の評価も行っている。こうした外部評価が、いわば株主的な機能やコンサルティング的な機能を担っており、国立病院機構の経営改革にある程度、貢献しているのではないかと考える。

今後、国立病院機構は、スケールメリットをいかしてさらに競争力を高めていくことであろう。民間病院との系列化も現実味を帯びてくるかもしれない（国立病院機構は、将来は民営化したいという意向も持っている³⁶）。

³⁶ 「国立病院機構の挑戦と応戦 一国から独法へ、そして新法人へ」独立行政法人評価委員会国立病院部会（2012年3月13日）資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026xe8-att/2r98520000026xws.pdf>

3.2. 労働者健康福祉機構

3.2.1. 経緯と概要

1949年、労働省が九州労災病院を開設し、その後、各地に労災病院が設置された。1957年、労災病院は労働福祉事業団に移管された³⁷。労働福祉事業団は労働福祉事業団法にもとづく特殊法人であり、労働保険料で整備された労災病院、予防医療センター、健康診断センターなどの運営を行っていた。

2001年、「特殊法人等整理合理化計画」で労災病院の廃止、移譲が打ち出され³⁸、2004年3月の「労災病院の再編計画」で労災病院37施設（総合せき損センターを除く）を30施設に再編することになった（廃止5病院、統合4病院（統合後2病院））³⁹。そして、その直後の2004年4月、独立行政法人労働者健康福祉機構に移行した。

機構移行後、再編計画において廃止とされた5病院は、すべて廃止された（表3.2.1）。統合対象4病院は、本院、分院として存続することになった。

なお現在新潟県では、燕労災病院と厚生連三条総合病院とを再編して、県中央基幹病院として統合し、公設民営とする方向で検討が進んでいる⁴⁰。

³⁷ 独立行政法人労働者健康福祉機構ホームページ「労働者健康福祉機構の沿革」を参考にまとめた。

³⁸ 「特殊法人等整理合理化計画」2001年12月19日閣議決定

<http://www.gyokaku.go.jp/jimukyoku/tokusyuu/gourika>

「労災疾病について研究機能を有する中核病院を中心に再編し、業務の効率化を図る。この再編の対象外となる労災病院については廃止することとし、地域医療機関として必要なものは民営化又は民間・地方に移管する。」

³⁹ 厚生労働省「労災病院の再編計画」2004年3月30日

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/03/h0330-1.html>

⁴⁰ 新潟県県中央基幹病院基本構想策定委員会「県中央基幹病院基本構想（素案）」2013年10月31日

http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Simple/896/120/shiryo_soan_hontai,0.pdf

表 3.2.1 労災病院の統廃合

廃止対象病院	廃止予定	状 況
霧島温泉労災病院	2004年度	2004年4月廃止。
珪肺労災病院	2005年度	2006年3月廃止、学校法人獨協学園へ移譲(獨協医科大学日光医療センター)。
大牟田労災病院	2005年度	2006年3月廃止、(財)福岡県社会保険医療協会へ移譲(社会保険大牟田吉野病院)。
岩手労災病院	2006年度	2007年3月廃止、花巻市へ財産譲渡。市は医療法人杏林会へ当該財産を貸与し、杏林会が後継医療機関を開設(イーハトーブ病院)。
筑豊労災病院	2007年度	2008年3月廃止、飯塚市へ移譲(飯塚市立病院。管理運営は(社)地域医療振興協会)。

統合対象病院	統合予定	状 況
美唄労災病院 岩見沢労災病院	2007年度	2008年3月、岩見沢労災病院を本院、美唄労災病院をせき髄損傷医療に特化した分院として統合。岩見沢労災病院を「北海道中央労災病院」、美唄労災病院を「北海道中央労災病院せき髄センター」と名称変更。
九州労災病院 門司労災病院	2007年度	2008年3月、九州労災病院を本院、門司労災病院を分院として統合。九州労災病院を「九州労災病院」、門司労災病院を「九州労災病院門司メディカルセンター」と名称変更。

*「(独)労働者健康福祉機構における病院の概要」(2010年10月19日、独立行政法人・公益法人等整理合理化委員会第3回資料)、各ホームページ掲載情報から作成

労災病院は現在、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、を含めて 34 施設である（図 3.2.1）。労災病院は、その設立経緯から必ずしも全国に分布しているわけではなく、労災病院のない県が 22 府県ある（表 3.2.2）。

図 3.2.1 労災病院数の推移

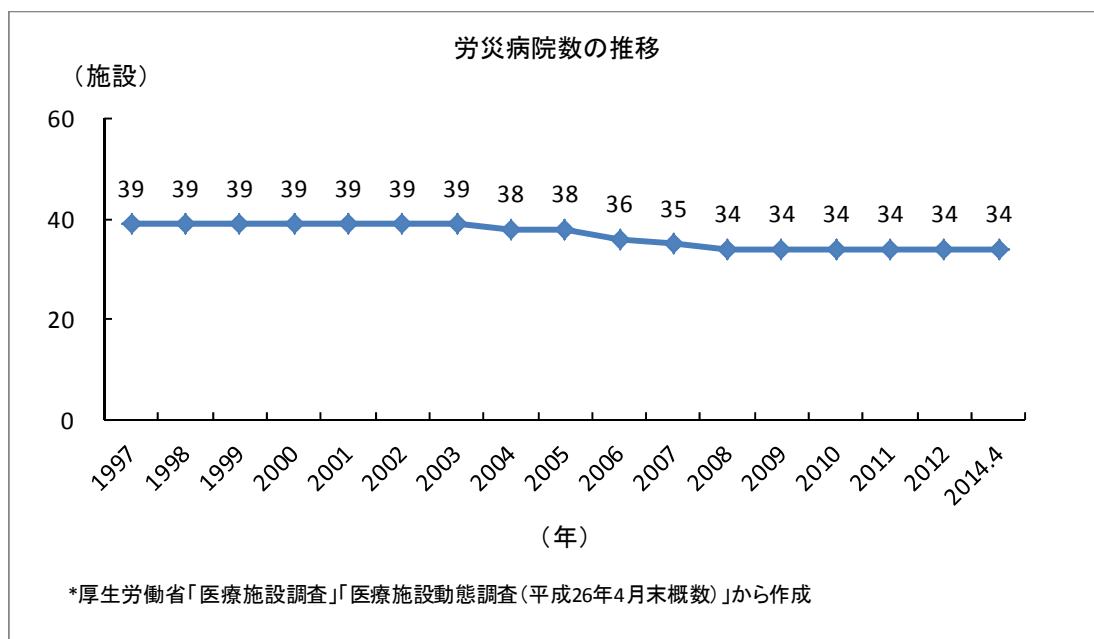


表 3.2.2 労災病院一覧

都道府県	施設名	病床数	所在地
北海道	北海道中央労災病院	312	北海道岩見沢市
	北海道中央労災病院せき損センター	157	北海道美唄市
	釧路労災病院	500	北海道釧路市
青森県	青森労災病院	474	青森県八戸市
岩手県			
宮城県	東北労災病院	548	宮城県仙台市
秋田県	秋田労災病院	250	秋田県大館市
山形県			
福島県	福島労災病院	406	福島県いわき市
茨城県	鹿島労災病院	300	茨城県神栖市
栃木県			
群馬県			
埼玉県			
千葉県	千葉労災病院	400	千葉県市原市
東京都	東京労災病院	400	東京都大田区
神奈川県	関東労災病院	610	神奈川県川崎市
	横浜労災病院	650	神奈川県横浜市
新潟県	燕労災病院	300	新潟県燕市
	新潟労災病院	360	新潟県上越市
富山県	富山労災病院	300	富山県魚津市
石川県			
福井県			
山梨県			
長野県			
岐阜県			
静岡県	浜松労災病院	312	静岡県浜松市
愛知県	中部労災病院	621	愛知県名古屋市中区
	旭労災病院	250	愛知県尾張旭市
三重県			
滋賀県			
京都府			
大阪府	大阪労災病院	678	大阪府堺市
兵庫県	関西労災病院	642	兵庫県尼崎市
	神戸労災病院	360	兵庫県神戸市
奈良県	和歌山労災病院	303	和歌山県和歌山市
和歌山県			
鳥取県	山陰労災病院	383	鳥取県米子市
島根県			
岡山県	岡山労災病院	358	岡山県岡山市
	吉備高原医療リハビリテーションセンター	150	岡山県加賀郡吉備中央町
広島県	中国労災病院	410	広島県呉市
山口県	山口労災病院	313	山口県山陽小野田市
徳島県			
香川県	香川労災病院	404	香川県丸亀市
愛媛県	愛媛労災病院	306	愛媛県新居浜市
高知県			
福岡県	九州労災病院	450	福岡県北九州市
	九州労災病院門司メディカルセンター	250	福岡県北九州市
	総合せき損センター	150	福岡県飯塚市
佐賀県			
長崎県	長崎労災病院	350	長崎県佐世保市
熊本県	熊本労災病院	410	熊本県八代市
大分県			
宮崎県			
鹿児島県			
沖縄県			

*労働者健康福祉機構および各病院のホームページ掲載情報から作成

3.2.2. 経営概況

労働者健康福祉機構では、労災リハビリテーション作業所の運営、産業保健推進センターの運営（現在は産業保健総合支援センター）、未払賃金立替払事業なども行っている。これらについては、医業外収入、医業外費用として扱った。一般管理費も、医療事業と他の事業との按分が不可能であるため、医業外費用として扱った（表 3.2.3）。

【産業保健活動総合支援事業】

産業保健推進センターは、2005年に初めて開設され（山形、栃木、愛知、兵庫、広島、福岡）、その後、47都道府県に拡大した。

2010年、「独立行政法人の事業・業務の見直しの基本方針」で、産業保健推進センターの3分の2を上回る統廃合が決まり⁴¹、2012年度末までに15都道府県に集約、それ以外は連絡事務所を置くことになった⁴²。しかし、「事業実施機能が低下」⁴³したことなどから、地域産業保健事業、メンタルヘルス対策支援事業の一元化が提案された⁴⁴。そして2014年4月、これらの事業を一元化し、産業保健総合支援センターがスタートした⁴⁵。

⁴¹ 「独立行政法人の事業・業務の見直しの基本方針」2010年12月7日 閣議決定
http://www.gyokaku.go.jp/suishinnshitsu/siryoudokuhou/101207_khoshin.pdf

⁴² 「産業保健を支援する事業の在り方に関する検討会報告書」2013年6月
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034ys2.html>

⁴³ 同上

⁴⁴ 同上

⁴⁵ 厚生労働省「産業保健活動総合支援事業のご案内」（2014年4月1日 報道発表資料）から作成
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042680.html>

表 3.2.3 労働者健康福祉機構 損益計算書の組み替え (2012 年度の例)

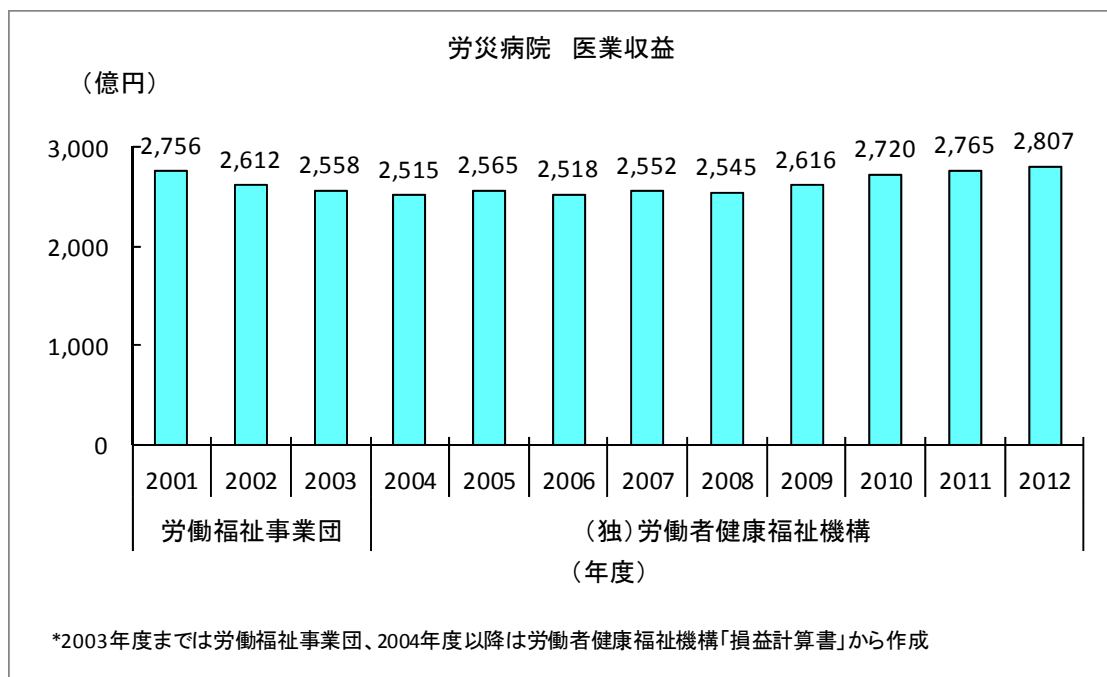
原本	金額	組み替え	金額
医療事業費	2,886	医療収益	2,807
給与及び賞与	1,011	給与及び賞与	1,011
法定福利費	109	法定福利費	109
賞与引当金繰入	67	賞与引当金繰入	67
退職給付費用	211	退職給付費用	211
経費	620	経費	620
医療未収金貸倒引当金繰入	0	医療未収金貸倒引当金繰入	0
材料費	683	材料費	683
助成費	0	助成費	0
減価償却費	184	減価償却費	184
未払賃金立替払業務費用	127	医療費用	2,886
受託経費	12	医療利益	-79
一般管理費	32	運営費交付金収益	81
給与及び賞与	10	施設費収益	1
法定福利費	1	補助金等収益	137
退職給付費用	3	寄付金収益	0
経費	17	政府受託収入	12
貸付金貸倒引当金繰入	0	財源措置予定額収益	0
減価償却費	1	財務収益	2
財務費用	1	雑益	27
支払利息	1	医療外収入	260
融資資金借入金利息	0	未払賃金立替払業務費用	127
雑損	0	受託経費	12
経常費用合計	3,059	給与及び賞与	10
医療事業収入	2,807	法定福利費	1
運営費交付金収益	81	退職給付費用	3
施設費収益	1	経費	17
補助金等収益	137	貸付金貸倒引当金繰入	0
寄付金収益	0	減価償却費	1
政府受託収入	12	一般管理費	32
財源措置予定額収益	0	支払利息	1
財務収益	2	融資資金借入金利息	0
雑益	27	財務費用	1
経常収益合計	3,067	雑損	0
経常利益	8	医療外費用	173
臨時損失	0	経常利益	8
固定資産売却損	0	固定資産売却益	0
固定資産除却損	4	施設費収益	0
減損損失	1	貸倒引当金戻入益	0
災害損失	0	臨時利益	0
国庫納付金	0	固定資産売却損	0
未収財源措置予定額取崩額	0	固定資産除却損	4
その他の臨時損失	0	減損損失	1
臨時利益	0	災害損失	0
固定資産売却益	0	国庫納付金	0
施設費収益	0	未収財源措置予定額取崩額	0
貸倒引当金戻入益	0	その他の臨時損失	0
当期純利益	3	臨時損失	0
		当期純利益	3

*労働者健康福祉機構「損益計算書」から作成

医業収益

労災病院の医業収益は、統廃合の影響もあって伸び悩んでいたが、2009年度以降は対前年度比プラスがつづいている（図 3.2.2）。ただし医業収益の伸びは、国立病院や公的医療機関に比べるとやや緩やかである。労災病院という性格上、特定の診療内容に重点を置いており、そうした特性を反映しているのではないかと推察される。

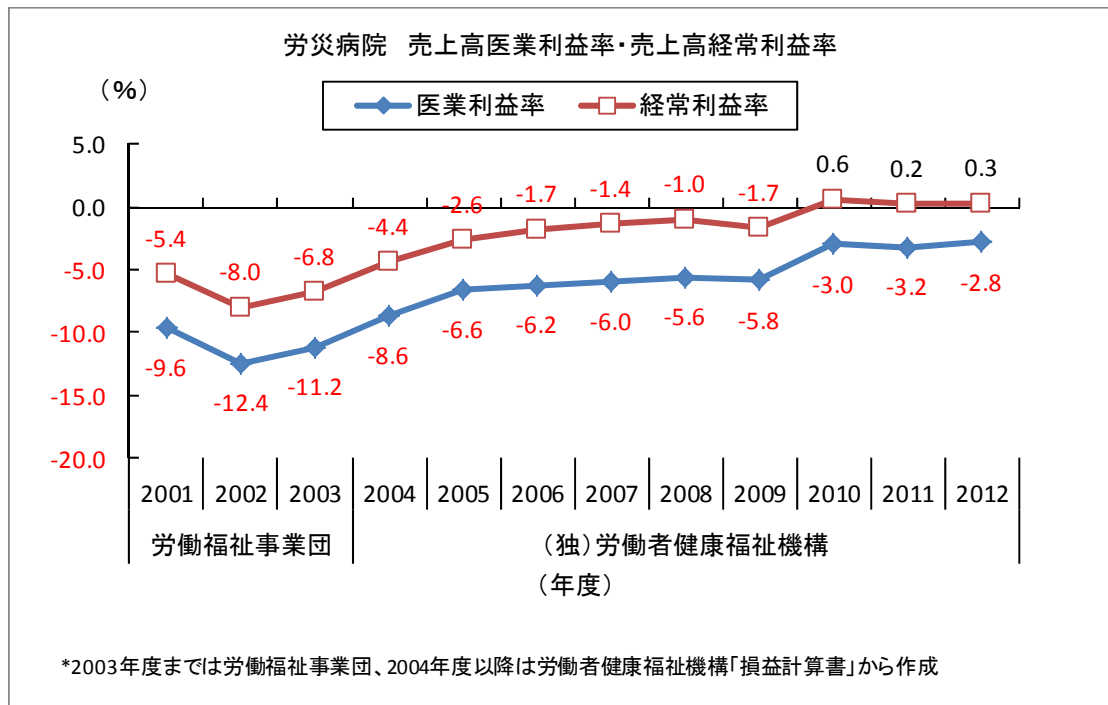
図 3.2.2 労災病院 医業収益



売上高医業利益率・売上高経常利益率

労災病院の売上高医業利益率は改善傾向にあるものの、依然としてマイナスである（図 3.2.3）。売上高経常利益率は売上高医業利益率よりも高く、ここ3年間は黒字である。医業外収入として未払賃金立替払事業に対する補助金、産業保健活動事業に対する運営費交付金等があるためである。

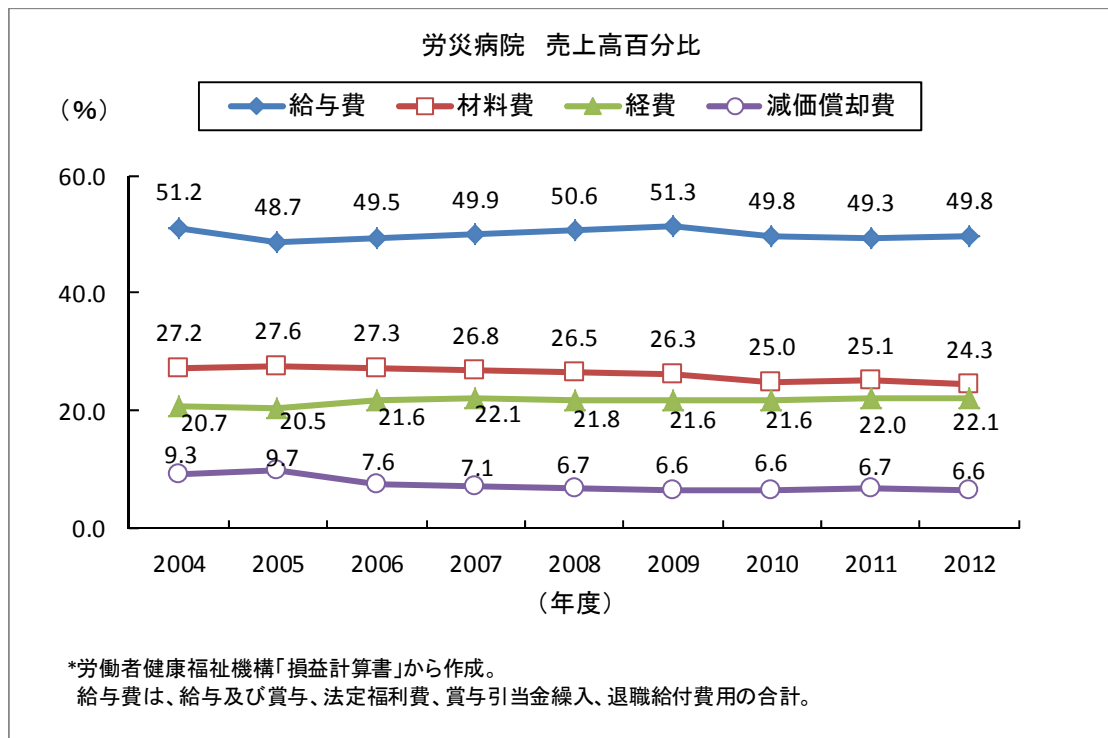
図 3.2.3 労災病院 売上高医業利益率・売上高経常利益率



売上高百分比

労災病院の売上高医業利益率の改善には、給与費率と材料費率の両方の削減が寄与している（図 3.2.4）。また減価償却費率が低下しているため、設備投資を抑制していることがうかがえる。

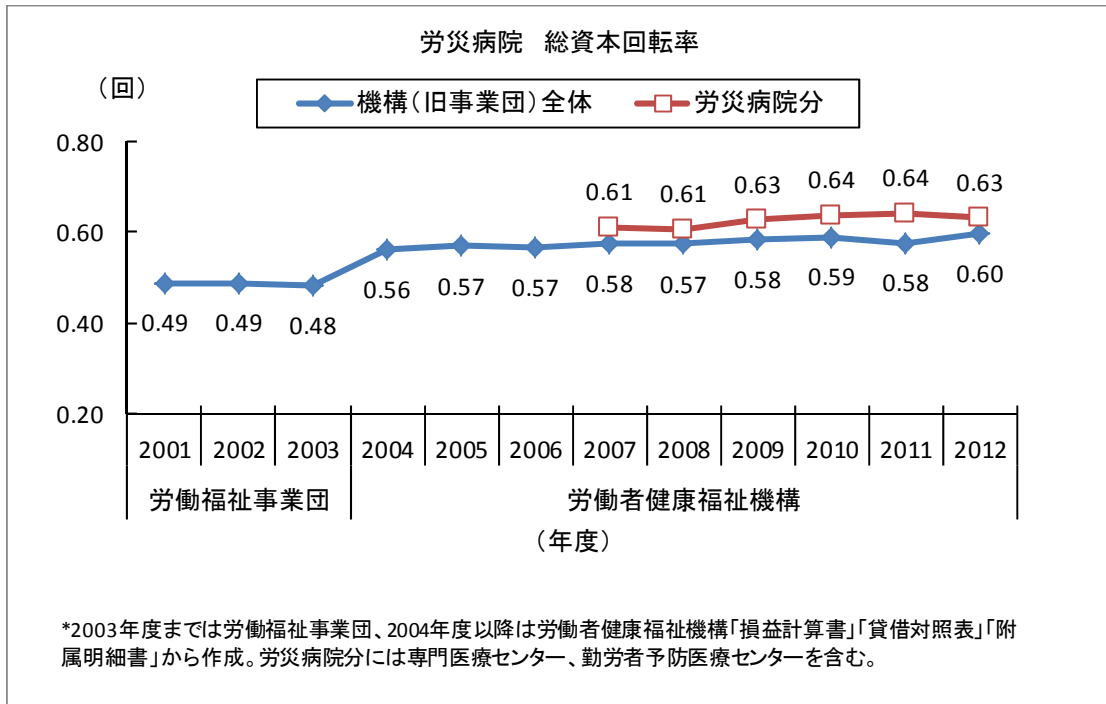
図 3.2.4 労災病院 売上高百分比



総資本回転率（売上高÷総資本）

2007年度以降は、セグメント別の医業収益、総資産の情報が公開されているので、労働者健康福祉機構全体の分と、労災病院セグメント分（専門医療センター、勤労者予防医療センターを含む）とを併記した。労災病院の総資本回転率はほぼ横ばいであり、国立病院（前述）とほぼ同水準である（図3.2.5）。ただし赤十字病院、済生会病院の0.7回台（後述）と比べるとやや低い。

図 3.2.5 労災病院 総資本回転率

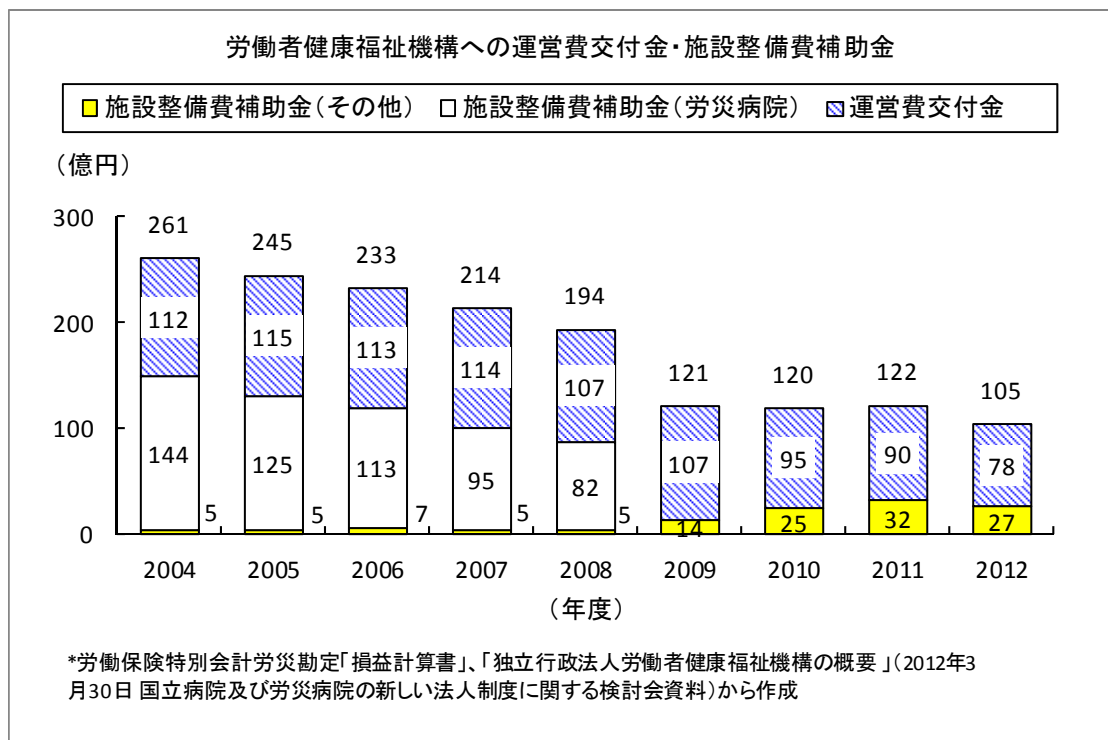


運営費交付金・施設整備補助金

労災病院は、労災保険料で施設整備が行われてきた。

労働者健康福祉機構移行後は、労災病院に対する施設整備費補助金は廃止されている。ただし、着工済病院については2008年度まで補助されており、この間(2004～2008年度)に投入された施設整備費補助金は559億円に上っている(図3.2.6)。

図 3.2.6 労働者健康福祉機構への運営費交付金・施設整備補助金



労災病院からの示唆

労災病院の経営は、一言でいえば苦戦している。労災病院という特性上、診療内容に制約があり、収益性を高める行動をとりにくいという課題もあるのではないかとと思われるが、2013年度まで、個別病院単位の財務関係書類を作成、公表しておらず⁴⁶、病院グループとしてのガバナンス機能も十分に働いていないようである。そのことは、最近の「独立行政法人等に関する基本方針」⁴⁷で、「法人本部が各病院の経営実態を的確に把握」することを求められていることから読み取れる。労働者健康福祉機構が必ずしも主体的に実施しているとはいえない他の事業もあるため、病院の経営に集中しにくい面もあるのではないかと考えられる。

労働者健康福祉機構は、今後、国立病院機構との連携を強化し、研修の相互参加、高額医療機器の共同購入を行うほか、「他法人との連携についても検討を行う」としている⁴⁸。

⁴⁶ 「独立行政法人労働者健康福祉機構中期計画」2014年3月7日
https://www.rofuku.go.jp/Portals/0/data0/jigyogaiyo/jyoho/koukai_shiryou/gyoumu_jyoho/tyuki_keikaku-3-2.pdf

⁴⁷ 「独立行政法人等に関する基本方針」2013年12月24日 閣議決定
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/gskaigi/pdf/sankou-k3.pdf>

⁴⁸ 「独立行政法人労働者健康福祉機構 平成26年度計画」2014年3月31日
https://www.rofuku.go.jp/Portals/0/data0/jigyogaiyo/jyoho/koukai_shiryou/gyoumu_jyoho/26nendo_keikaku2.pdf

3.3. 日本赤十字社

3.3.1. 経緯と概要

日本赤十字社は、1877年に創立された博愛社を前身としている。1887年に日本赤十字社に改称⁴⁹、1942年以降は、日本赤十字社法に基づく法人として、病院、社会福祉施設等を運営している。

現在、赤十字病院は92施設である（図 3.3.1）。このうち日赤が設立した病院が48施設、移譲を受けた病院が44施設である⁵⁰。またこのほかに、病院附属の診療所が8施設ある。厚生労働省の「医療施設調査」では、日赤を開設者とする診療所が211施設（2014年3月末）となっているが、その多くは、献血ルーム（採血所）や血液センターである。

赤十字病院には以下のような特徴がある。

- 規模が大きい。1施設当たり病床数は、赤十字病院401床、国立病院機構386床、済生会277床、医療法人168床である（前述）。
- 救急および災害関連の全国シェアが高い。また半分以上が地域医療支援病院（48/92施設）であり、全国シェアも高い（図 3.3.2）。

⁴⁹ 日本赤十字社ホームページ「日本赤十字社の成り立ち」

<http://www.jrc.or.jp/about/jrc/index.html>

⁵⁰ 日本赤十字社「病院の設立・移管状況」

http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/byouin-seturitu-ikan110801.pdf

図 3.3.1 赤十字病院数の推移

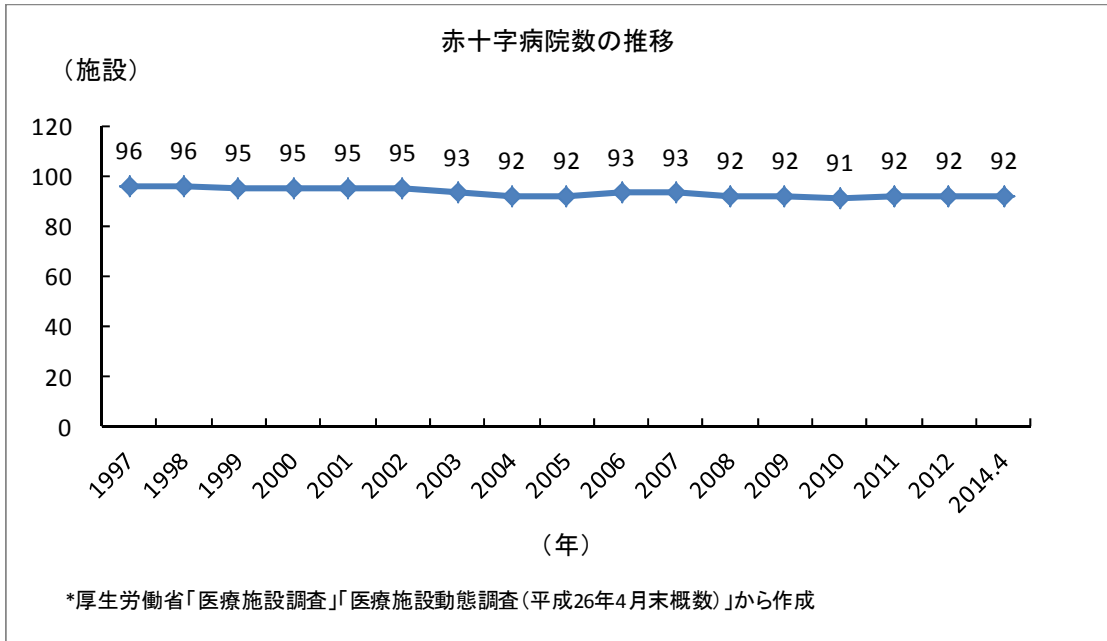
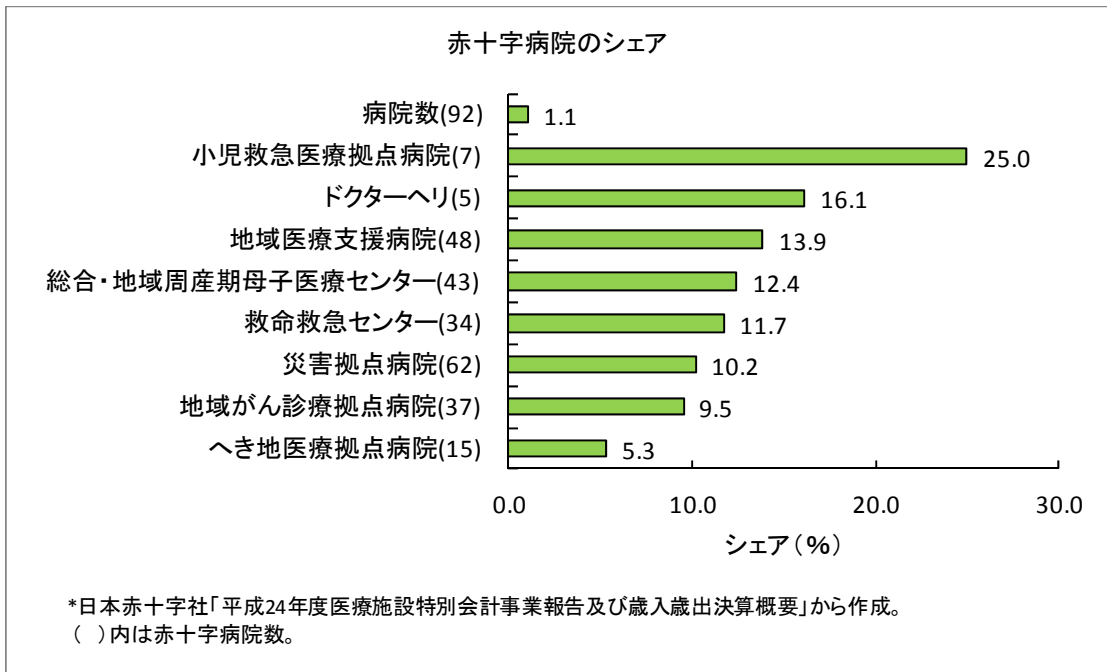


図 3.3.2 赤十字病院のシェア



3.3.2. 経営概況

日赤の「医療施設特別会計損益計算書」を、他の病院と比較しやすくするため、以下のように組み替えて分析を行った（表 3.3.1）。

表 3.3.1 損益計算書の組み替え（2012 年度の例）

原本	金額	組み替え	金額
医療収益	9,155	入院診療収益	6,302
入院診療収益	6,302	室料差額収益	162
室料差額収益	162	外来診療収益	2,446
外来診療収益	2,446	保健予防活動収益	200
保健予防活動収益	200	受託検査・施設利用収益	2
受託検査・施設利用収益	2	その他医療収益	66
その他医療収益	66	保険等査定減	-22
保険等査定減	-22	医療収益	9,155
医療費用	9,026	人件費	4,626
人件費	4,626	材料費	2,480
材料費	2,480	経費	394
経費	394	委託費	590
委託費	590	研究研修費	34
研究研修費	34	設備関係費	903
設備関係費	903	医療費用	9,026
医療事業利益	129	医療利益	129
医療外収益	345	医療外収益	345
医療外費用	221	医療社会事業収益	11
医療外利益	124	付帯事業収益	100
医療社会事業収益	11	医療外収益	455
医療奉仕費用	66	医療外費用	221
医療社会事業損失	-56	医療奉仕費用	66
事業損失	198	付帯事業費用	110
付帯事業収益	100	医療外費用	397
付帯事業費用	110	経常利益	187
付帯事業損失	-10	特別利益	25
経常利益	187	特別損失	93
特別利益	25	税引前当期純利益	120
特別損失	93	法人税等	5
税引前当期純利益	120	当期純利益	114
法人税等	5	前期繰越損失	1,754
当期純利益	114	当期末処分利益	1,868
前期繰越損失	1,754		
当期末処分利益	1,868		

*日本赤十字社「医療施設特別会計損益計算書」から作成

赤十字病院の経営上の特徴

日赤では各赤十字病院からの出資金による財政調整を行っている⁵¹。

(1) 病院建物建設資金

各病院が前年度の医業収益の 1000 分の 2 を毎年度拠出。各施設に施設・設備整備資金を貸付。

(2) 病院財政調整事業資金

各病院が前年度の医業収益の 1000 分の 1 を毎年度拠出。各病院に運転資金を貸付。

(3) 医療事業資金

各病院が前年度の医業収益の 1000 分の 0.2 を毎年度拠出。このほか、病院建物建設資金および病院財政調整事業資金の運用収益を財源として、医療施設全体の経営と運営の改善等の経費に充当。

日赤の会計は、医療施設特別会計（本稿の分析で対象とした部分）以外に、一般会計、血液事業特別会計、社会福祉施設特別会計などからなる。一般会計は日赤の本部機能を持ち、災害救護、社会活動、国際活動などの経理も行っている。一般会計の財源は主として社資収入（社員納付金と寄付金）で、2012 年度決算では 215 億円である⁵²。

⁵¹ 日本赤十字社「平成 21 年度 事業報告書」32 頁

http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/03_redecross_soumu100618jigyohokoku.pdf

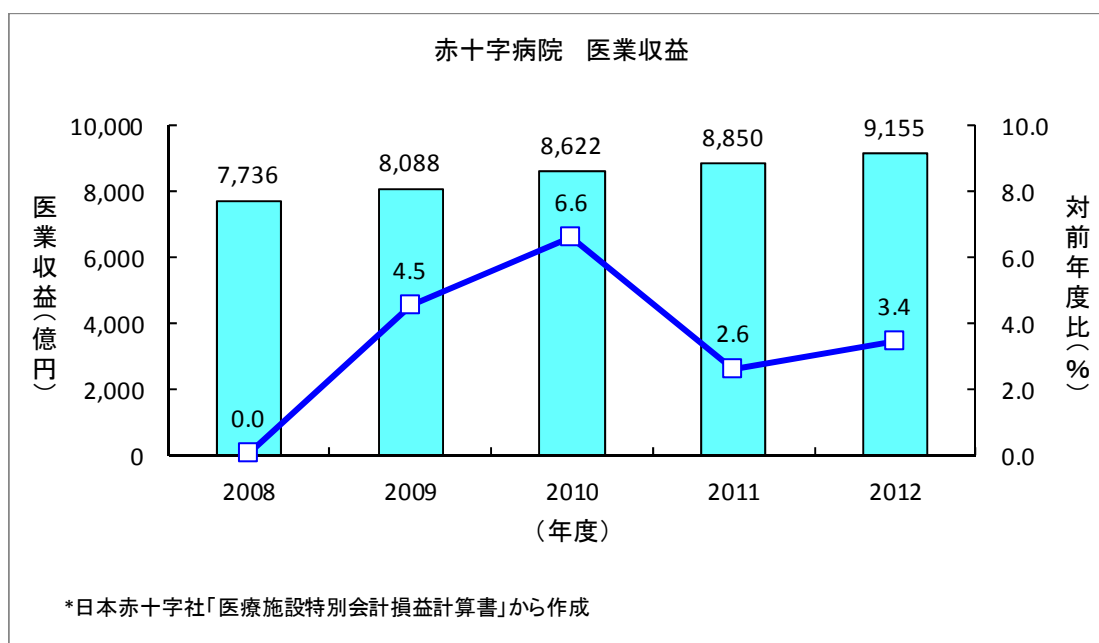
⁵² 日本赤十字社「平成 24 年度事業報告及び歳入歳出決算の概要 一般会計」

http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/09_redecross_soumu130624ippanppt.pdf

医業収益

赤十字病院の医業収益の対前年度比は、診療報酬改定のない年（奇数年）では2～4%台である。2010年度は診療報酬改定で急性期病院に手厚く配分された年であり、医業収益の対前年度比は+6.6%（この年、国立病院は+6.9%）であった（図 3.3.3）。

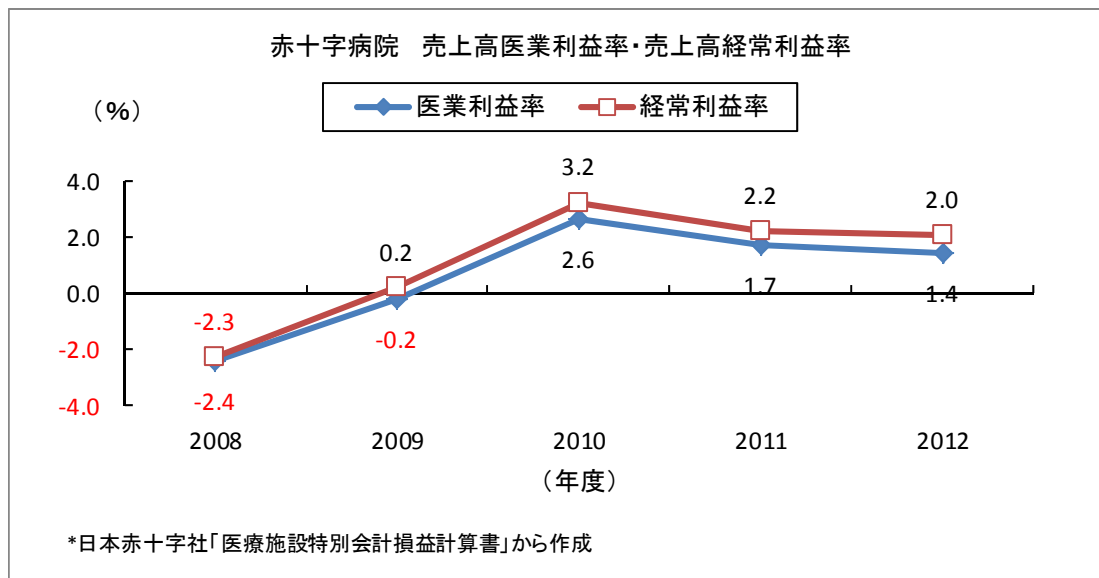
図 3.3.3 赤十字病院 医業収益



売上高医業利益率・売上高経常利益率

赤十字病院の売上高医業利益率は2010年度にプラスに転じ、黒字を維持している（図 3.3.4）。売上高経常利益率は医業外収益（詳細不明）があるため、売上高医業利益率よりも高い。

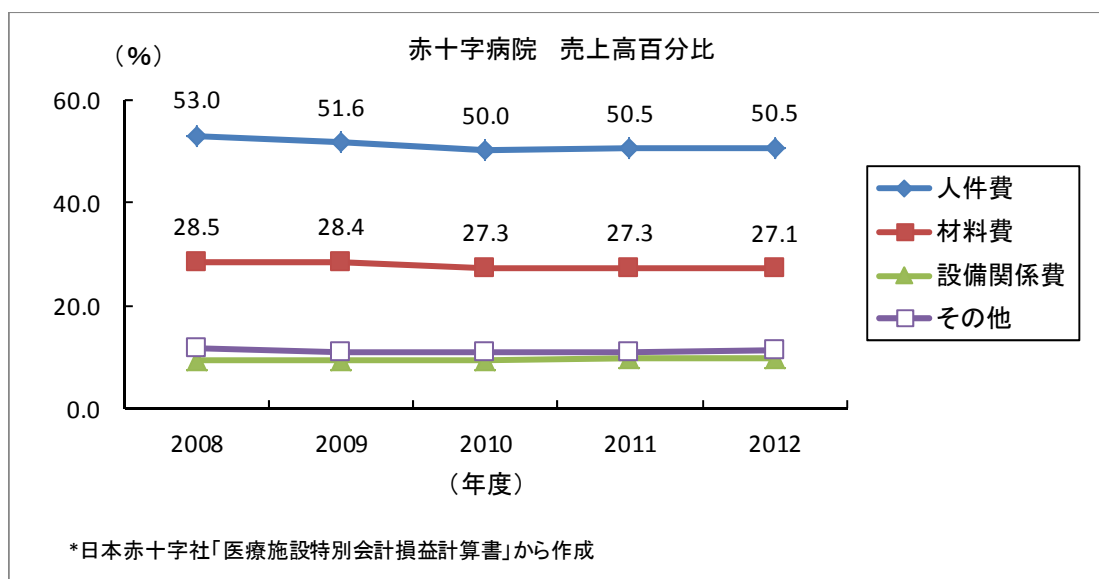
図 3.3.4 赤十字病院 売上高医業利益率・売上高経常利益率



給与費率・材料費率

赤十字病院は、2010 年度に売上高医業利益率がプラスに転じた。急性期重視の診療報酬改定により医業収益が増収になり、その結果、相対的に人件費、材料費の比率が低下したためである（図 3.3.5）。

図 3.3.5 赤十字病院 売上高百分比



患者数・診療単価

赤十字病院の外来患者数はやや減少傾向、入院患者数はほぼ横ばいである（図 3.3.6）。診療単価は、入院単価が上昇傾向、外来単価がやや上昇傾向にある（図 3.3.7）。

図 3.3.6 赤十字病院 患者数

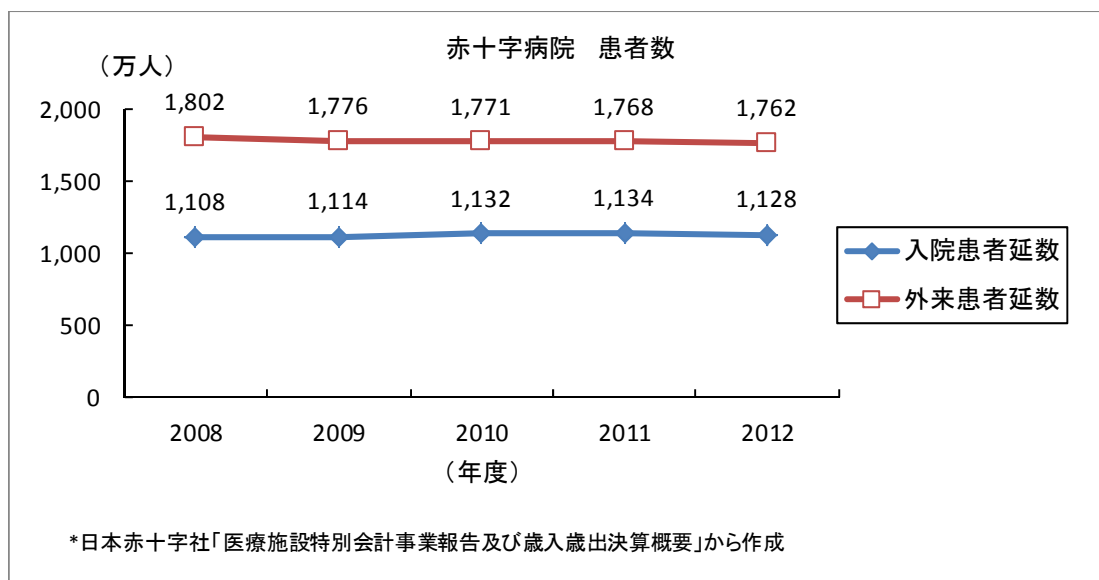
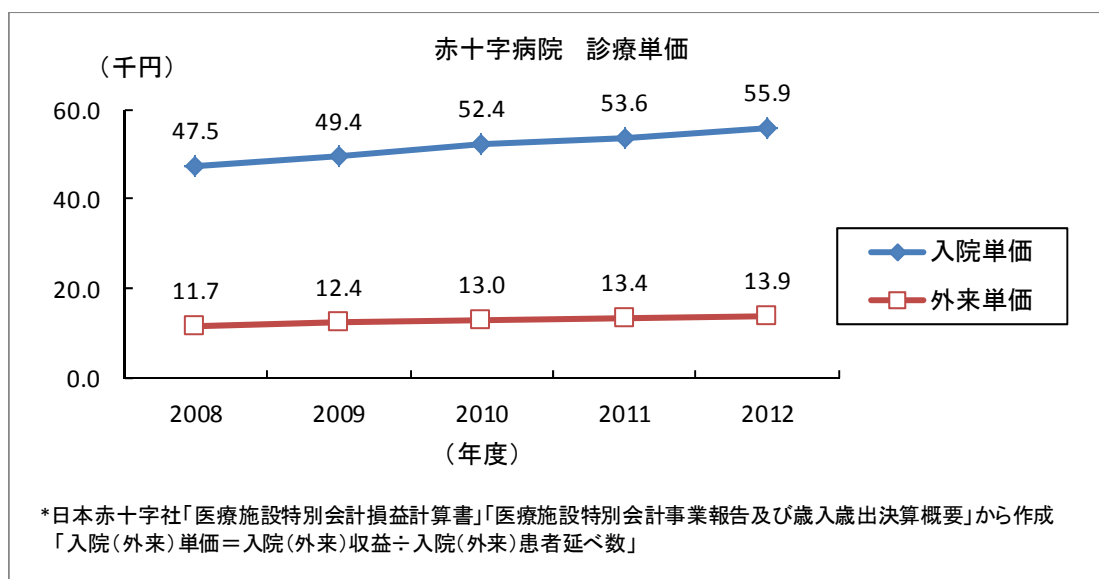


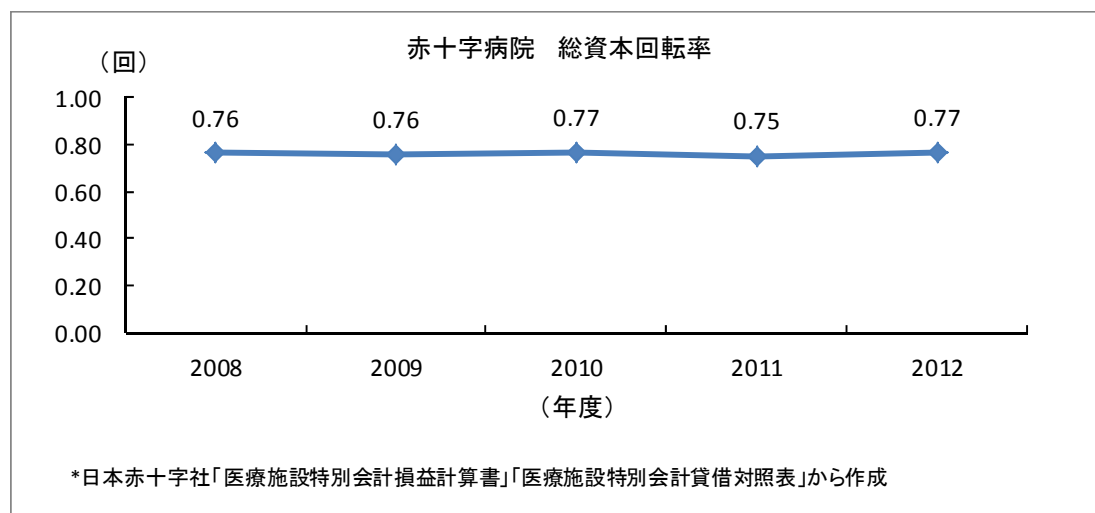
図 3.3.7 赤十字病院 診療単価



総資本回転率（売上高÷総資本）

赤十字病院の総資本回転率は 0.75 回以上で安定的に推移している（図 3.3.8）。国立病院など他の病院グループに比べて高い。

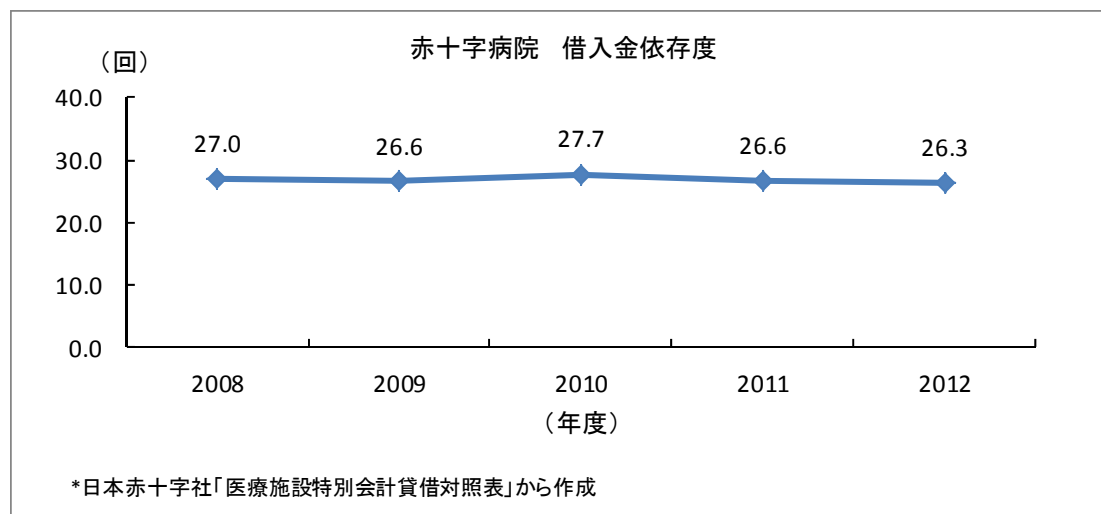
図 3.3.8 赤十字病院 総資本回転率



借入金依存度（借入金÷総資本）

赤十字病院の借入金依存度はほぼ横ばいである。済生会病院の 30%台と比べると低い（図 3.3.9）。

図 3.3.9 赤十字病院 借入金依存度



赤十字病院の経営概況からの示唆

赤十字病院は、救急医療をはじめ急性期医療を担っており、2010年度の診療報酬改定によって9年ぶりの黒字決算を達成した。日本赤十字社の「事業報告」にもあるように、2010年度の診療報酬改定で、「急性期入院医療へ重点的な配分」⁵³が行われたことが奏功した。

赤十字病院において地域医療支援病院の施設は2012年度には92施設中48施設(52.2%)である。地域医療支援病院では、入院初日に地域医療支援病院入院診療加算(1,000点)を算定することができる(DPC病院は機能評価係数Iで評価)。日本赤十字社は、入院単価上昇要因のひとつに地域医療支援病院の増加をあげており⁵⁴、経営上、地域医療支援病院に承認されるメリットが小さくないことがうかがえる。

しかし、赤十字病院においても中小病院の多くは赤字である(図 3.3.10)。このことについて日本赤十字社は「医師不足や地域事情等の影響」があると述べている⁵⁵。医師不足や立地の問題は、経営努力だけでは解決できないことが示唆されている。

⁵³ 日本赤十字社「平成22年度 事業報告書」

http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/09_redcross_soumu110829jigyohokoku.pdf

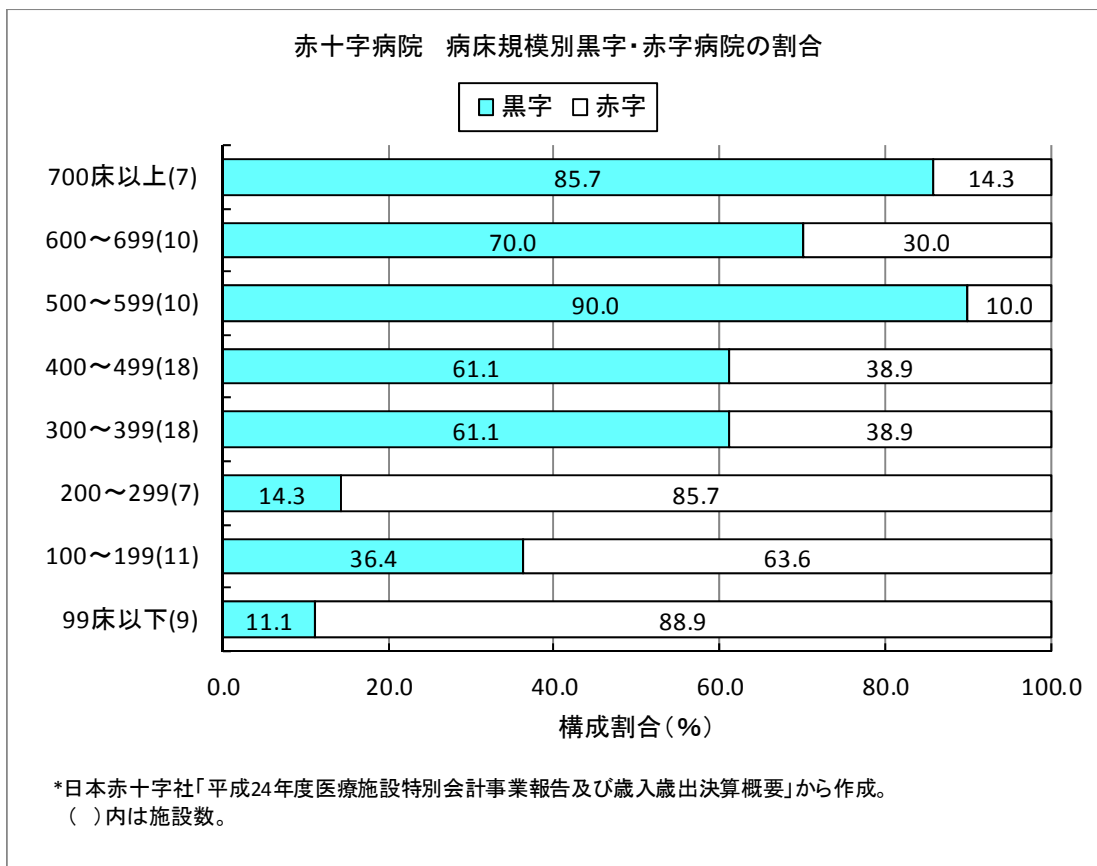
⁵⁴ 日本赤十字社「平成24年度事業報告及び歳入歳出決算の概要 医療施設特別会計」

http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/10_redcross_soumu130702iryoppt.pdf

⁵⁵ 日本赤十字社「平成23年度 事業報告」

http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/10_redcross_soumu120620houkoku.pdf

図 3.3.10 赤十字病院 病床規模別黒字・赤字病院の割合



3.4. 済生会

3.4.1. 経緯と特徴

1911年、明治天皇のご下賜金により恩賜財団済生会が創立された。当初は、「各地に診療所を設け、貧困所帯に無料の特別診療券を配布して受診をうながしたほか、巡回診療班を編成してスラム街を回って診察・保健指導」⁵⁶を行っており、1914年に最初の病院（神奈川県病院）を開設した。

現在は、病院（以下、済生会病院）、診療所、老人福祉施設等を運営している。また岡山済生会病院が瀬戸内海巡回診療船「済生丸」を保有しており、岡山県、広島県、香川県、愛媛県の地域医療再生基金で整備費の補助が計画されている⁵⁷。

現在、済生会病院は78施設（図 3.4.1）、診療所が16施設である⁵⁸。赤十字病院に比べると、病院数に変動があり、最近も移譲を受けて新たに開設された病院や老人保健施設に転換した病院がある。

- 2003年 済生会みすみ病院（熊本県）開設（旧国立療養所三角病院より移譲）
- 2006年 大阪府済生会泉尾病院が済生会泉尾第二病院を統合
- 2007年 飯塚嘉穂病院（福岡県）開設（旧県立嘉穂病院より移譲）
- 2008年 済生会新潟病院閉院（1991年に開院した済生会新潟第二病院は存続）
- 2012年 島根県済生会江津総合病院と高砂病院の統合・再編（地域医療再生基金から補助⁵⁹）により、高砂病院が介護老人保健施設に転換。

⁵⁶ 済生会ホームページ「なりたちから今へ」<http://www.saiseikai.or.jp/about/history/>

⁵⁷ 「地域医療再生計画のこれまでの実績及び成果」2012年11月5日、地域医療再生計画に係る有識者会議資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002o5x8-att/2r9852000002o602.pdf>

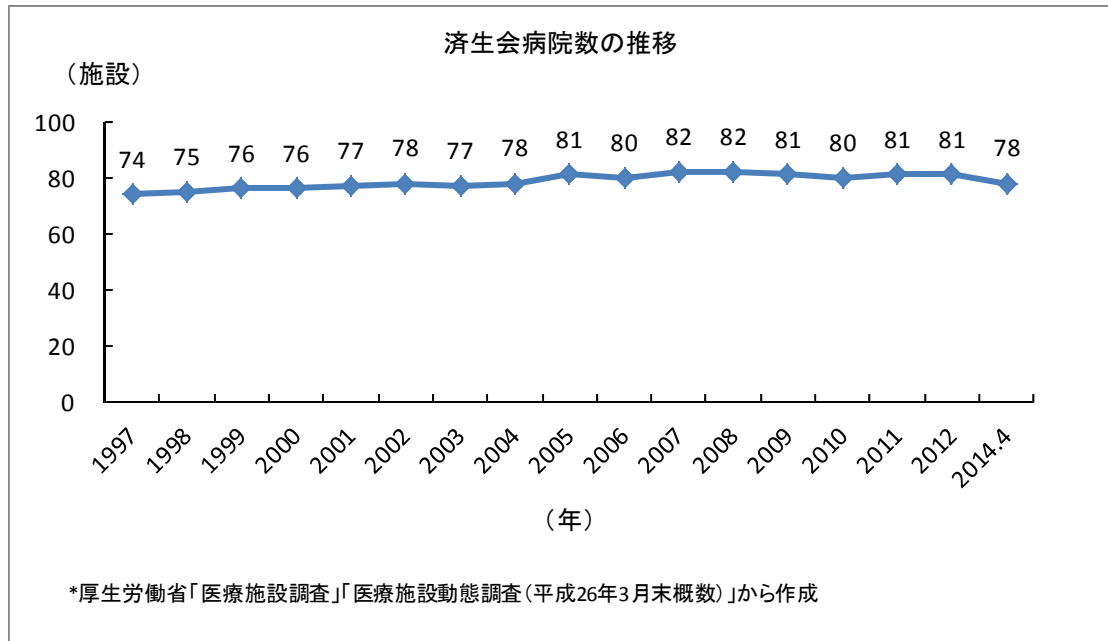
⁵⁸ 済生会「平成24年度事業の概況」<http://www.saiseikai.or.jp/about/information/h24br.pdf>

⁵⁹ 「地域医療再生計画のこれまでの実績及び成果（2分冊の2）」76頁、2012年11月5日、地域医療再生計画に係る有識者会議資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002o5x8-att/2r9852000002o602.pdf>

また、茨城県立こども病院は水戸済生会総合病院に隣接しており、済生会が運営を受託している。

図 3.4.1 済生会病院数の推移



3.4.2. 経営概況

済生会の医療施設特別会計「損益計算書」を、他の病院と比較しやすくするため、以下のように組み替えて分析を行った。介護老人保健施設収益・費用は、医業外収益・費用とした（表 3.4.1）。

表 3.4.1 損益計算書の組み替え（2012 年度の例）

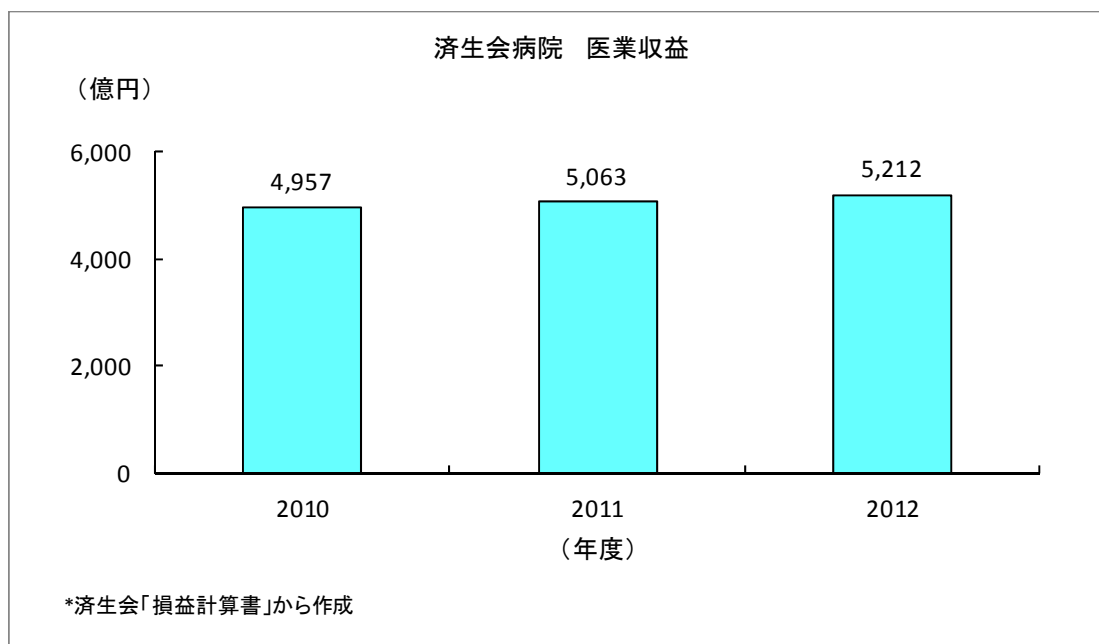
原本		組み替え (億円)	
	金額		金額
入院料収益	2,146	入院料収益	2,146
入院診療収益	1,267	入院診療収益	1,267
室料差額収益	90	室料差額収益	90
外来診療収益	1,502	外来診療収益	1,502
保健予防活動収益	57	保健予防活動収益	57
医療相談収益	76	医療相談収益	76
その他の医業収益	85	その他の医業収益	85
小計	5,224	小計	5,224
保険等査定減	-12	保険等査定減	-12
医業収益小計	5,212	医業収益	5,212
受取利息	5	給与費	2,636
介護老人保健施設収益	120	材料費	1,377
障害児通所支援事業Ⅰ収益	3	経費	393
障害児入所施設収益	52	委託費	383
肢体不自由児施設収益	0	研究研修費	21
重度心身障害児施設収益	0	減価償却費	282
その他の医業外収益	73	役員報酬	2
医業外収益小計	252	医業費用	5,093
特別利益	121	医業利益	118
当期損失	0	受取利息	5
給与費	2,636	介護老人保健施設収益	120
材料費	1,377	障害児通所支援事業Ⅰ収益	3
経費	393	障害児入所施設収益	52
委託費	383	肢体不自由児施設収益	0
研究研修費	21	重度心身障害児施設収益	0
減価償却費	282	その他の医業外収益	73
役員報酬	2	医業外収益	252
医業費用小計	5,093	支払利息	27
支払利息	27	介護老人保健施設費用	115
介護老人保健施設費用	115	障害児通所支援事業Ⅰ収益	3
障害児通所支援事業Ⅰ収益	3	障害児入所施設収益	48
障害児入所施設収益	48	肢体不自由児施設費用	0
肢体不自由児施設費用	0	重度心身障害児施設費用	0
重度心身障害児施設費用	0	社会事業等費	34
社会事業等費	34	その他の医業外費用	14
その他の医業外費用	14	医業外費用	242
医業外費用小計	242	経常利益	129
特別損失	88	特別利益	121
当期利益	162	特別損失	88
		当期純利益	162

*済生会「損益計算書」から作成

医業収益

済生会病院の医業収益は直近 3 年間では年率 2% 台の伸びである（図 3.4.2）。赤十字病院（前述）と比べると、やや伸び率が低い。

図 3.4.2 済生会病院 医業収益



患者数・診療単価

済生会病院の外来患者数は減少傾向、入院患者数は横ばいである（図 3.4.3）。済生会病院の医業収益の伸び（前述）は、診療単価の伸びによるものである（図 3.4.4）。

図 3.4.3 済生会病院 患者数

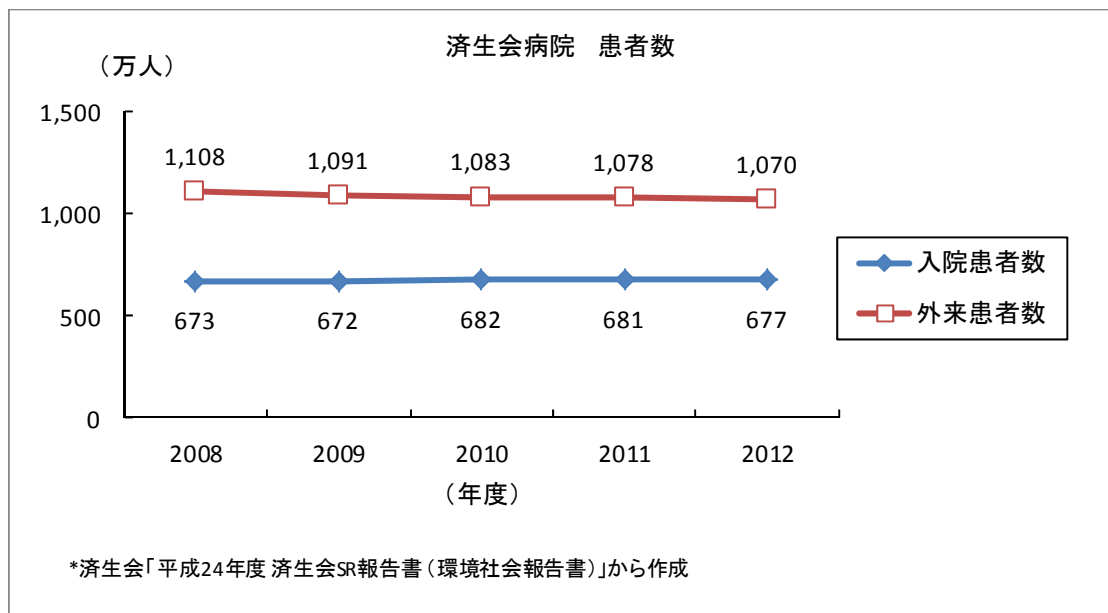
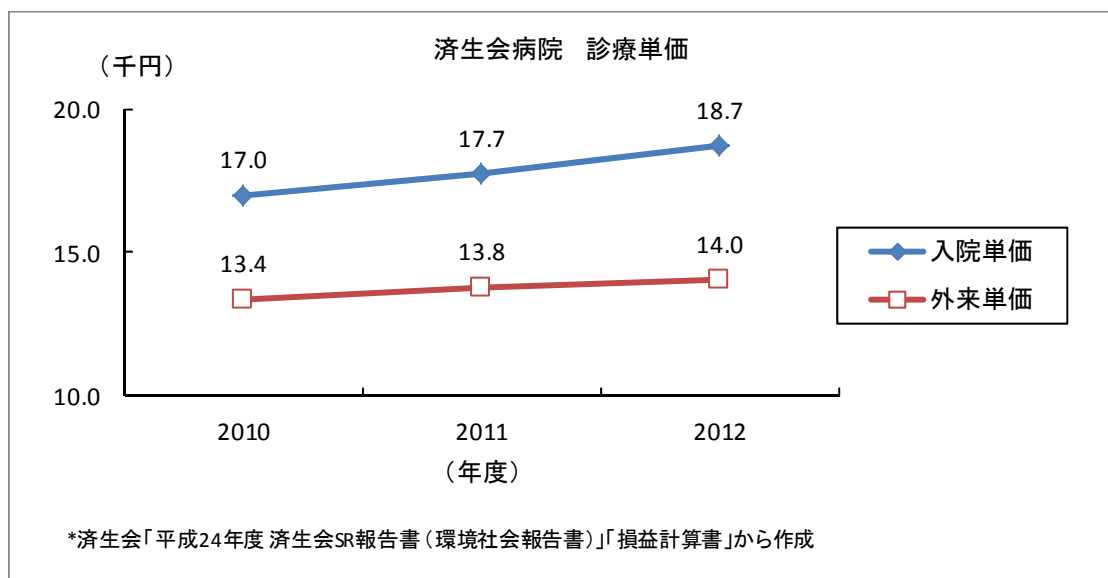


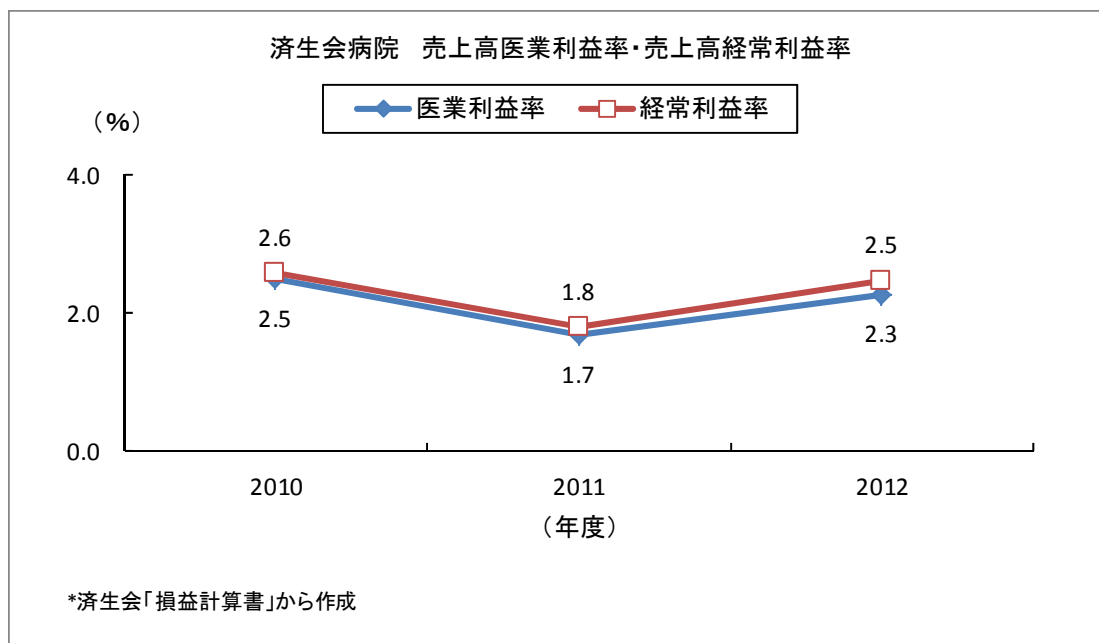
図 3.4.4 済生会病院 診療単価



売上高医業利益率・売上高経常利益率

売上高医業利益率、売上高経常利益率は直近3年間プラスでほぼ安定している（図 3.4.5）。医業外の介護老人保健施設、障害児入所施設で利益が出ていることもあり、売上高経常利益率が売上高医業利益率よりやや高い。

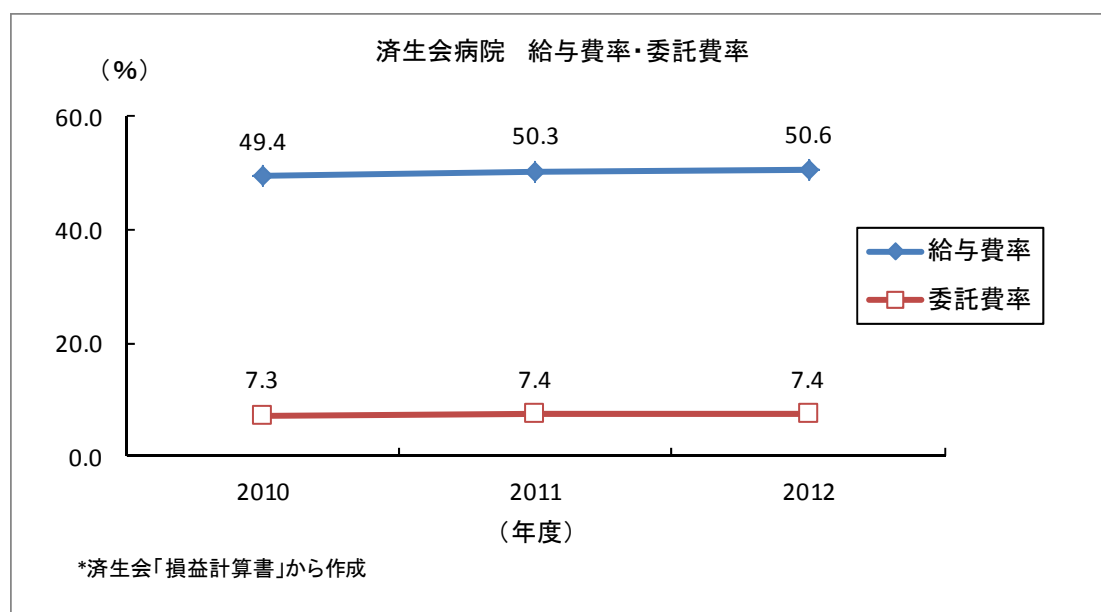
図 3.4.5 済生会病院 売上高医業利益率・売上高経常利益率



給与費率・委託費率

済生会病院では給与費率、委託費率ともにやや上昇している（図 3.4.6）。このことについて済生会病院は、「診療報酬の施設基準取得を目的に医療技術者を主に職員が増加し、給与費が大幅に増加」⁶⁰したと述べている。

図 3.4.6 済生会病院 給与費率・委託費率

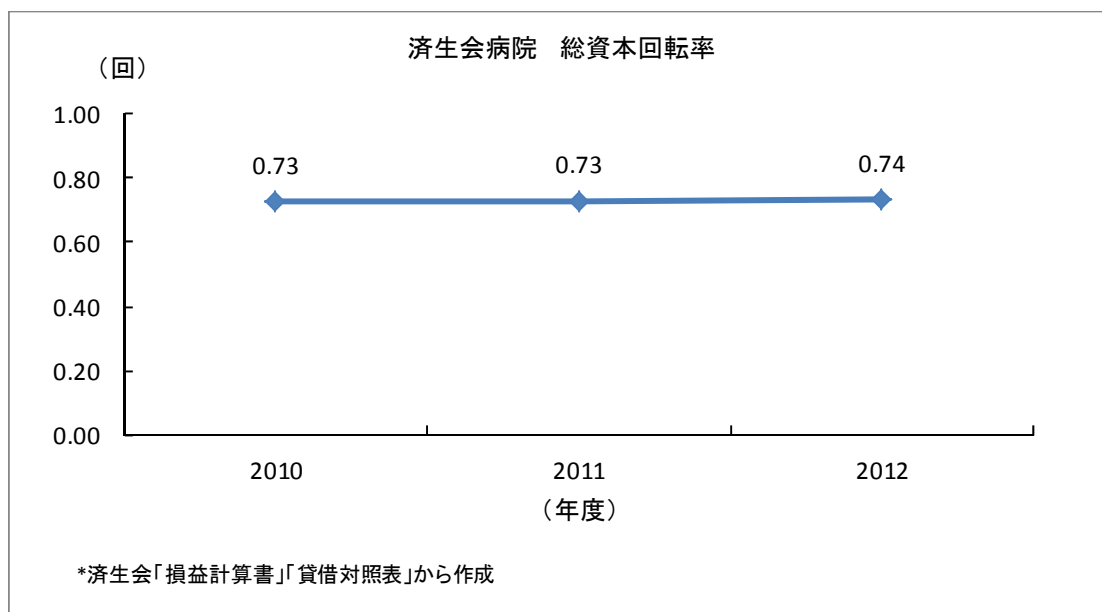


⁶⁰ 済生会「平成 24 年度事業の概況」1 頁
<http://www.saiseikai.or.jp/about/information/h24br.pdf>

総資本回転率（売上高÷総資本）

総資本回転率は0.7回台であり、国立病院の0.6回（前述）に比べると高く、赤十字病院の0.75回以上に近い（図3.4.7）。

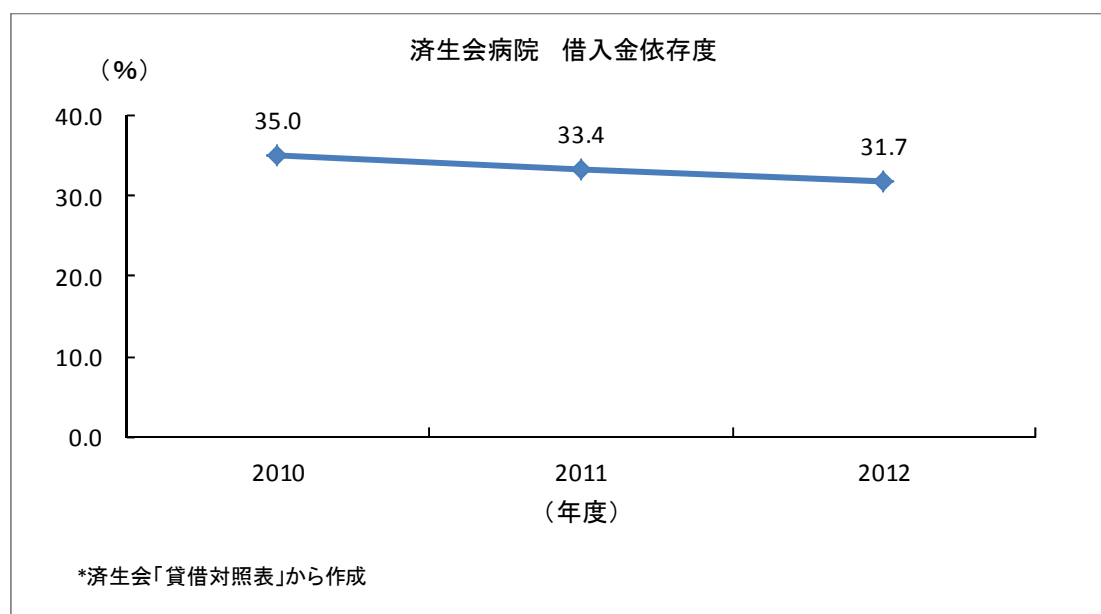
図 3.4.7 済生会病院 総資本回転率



借入金依存度（借入金÷総資本）

借入金依存度は、過去3年間で少しずつ低下しているが（図 3.4.8）、赤十字病院（前述）と比べるとやや高い。

図 3.4.8 済生会病院 借入金依存度



済生会病院の経営概況からの示唆

済生会病院は、経営状況について報告書で以下のように述べている⁶¹。

「入院収益は、医師不足や平均在院日数の短縮等により患者数が減少したものの、新入院患者数の増加、手術件数の増加、各種加算（急性期看護補助、医師事務作業補助等）の取得等による診療単価増に伴い、増加した。」

「外来収益は、地域医療の連携推進等により患者数が減少したものの、術前検査の外来化、外来化学療法の数増加等による診療単価増により増加した。」

「費用は、診療報酬の施設基準取得を目的に医療技術者を主に職員が増加し、給与費が大幅に増加した。その他の材料費、経費等についても増加したが、対医業収益比率では、減少した。」

済生会病院は、職員数を増やして加算を算定しているが、収益性（売上高医業利益率）はほぼ横ばいである。しかし、診療報酬上の加算を確保しなければ、患者が減少している中、医業収益の落ち込みは避けられない。

⁶¹ 済生会「平成24年度事業の概況」<http://www.saiseikai.or.jp/about/information/h24br.pdf>

3.5. 地域医療機能推進機構（JCHO）

3.5.1. 経緯と概要

独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO：Japan Community Health care Organization）は、2014年4月に発足した。旧社会保険病院等を運営している。

社会保険病院の設立経緯はさまざまであるが、たとえば徳山中央病院の場合、1946年に海軍共済組合病院を買収して、健康保険徳山中央病院を開設し、山口県社会保険協会が経営を担っていた。1958年に経営主体を全国社会保険協会連合会（以下、全社連）に変更した。全社連は、都道府県社会保険協会を会員とする社団法人であり、社会保険病院のほとんどと厚生年金病院の一部の経営を受託するなどしていた⁶²。

社会保険病院は、健康保険料を財源として整備されてきた（厚生年金病院は厚生年金保険料）という背景があり、健康保険財政がひっ迫する中、2002年に健康保険法等の一部を改正する法律の附則によってその見直しが求められた⁶³。厚生労働省は、これにもとづき、社会保険病院について統合・移譲も含めて見直す方針を策定した⁶⁴。

2005年に独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構法が成立した。これは2010年9月末までの時限立法であり、社会保険庁の年金福祉施設等を独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO：Readjustment of

⁶² 社団法人全国社会保険協会連合会のホームページより
<http://www.zensharen.or.jp/>

⁶³ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）附則「健康保険の保険者である政府が設置する病院の在り方の見直しについては、おおむね二年を目途に、その具体的内容、手順及び年次計画を明らかにし、所要の措置を講ずるものとする。」

⁶⁴ 厚生労働省「医療保険制度の運営効率化について」（別添）社会保険病院の在り方の見直しについて
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/49256fe9001ac4c749256cc90016b01f/\\$FILE/sankou.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/49256fe9001ac4c749256cc90016b01f/$FILE/sankou.pdf)

「自立した経営を行うことが困難であると認められる病院や地域医療における重要性が薄れていると判断される病院などについては、統合や移譲等の所要の措置を講ずる」

「社団法人全国社会保険協会連合会（全社連）への一括委託方式は、経過期間措置（平成15年度から平成17年度まで）を経て終了」

Facilities for insured persons and beneficiaries Organization) に出資して、譲渡、廃止を行うことが目的であった。

社会保険病院は RFO への出資対象外であったが、2007 年 6 月に社会保険庁改革関連法が成立し、社会保険庁の廃止が決まった。これにより、社会保険庁の健康保険業務が 2008 年 10 月に全国健康保険協会へ、年金業務が 2010 年 1 月に日本年金機構へ移管されることになった。このままでは、社会保険病院、厚生年金病院が存続できなくなることから、2008 年 10 月にあらためて社会保険病院、厚生年金病院を RFO に出資した。この時点では譲渡等を検討する方向であったが、2009 年 9 月に、社会保険病院、厚生年金病院の存続を公約とした民主党政権が発足し、RFO を 2012 年 9 月末まで存続させることになった。

そして、2014 年 4 月に独立行政法人地域医療機能推進機構が発足した⁶⁵。機構発足までの間に全社連が運営していた病院 4 施設が廃止された（表 3.5.1）。

表 3.5.1 全社連が運営していた病院の最近の廃止・移譲事例

	旧病院名	移譲先
2010年3月	社会保険浜松病院	廃止／医療法人弘遠会すずかけグループに健診事業を移譲
2013年3月	東北厚生年金病院	廃止／東北薬科大学に移譲(東北薬科大学病院)
2013年3月	川崎社会保険病院	廃止／医療法人社団葵会に移譲(川崎南部病院)
2013年3月	健康保険鳴門病院	廃止／徳島県に移譲(地方独立行政法人徳島県鳴門病院)

*「(独)年金・健康保険福祉施設整理機構(RFO)における病院の概要」(2010年10月19日 独立行政法人・公益法人等整理合理化委員会資料)、各病院のホームページ掲載情報等から作成

⁶⁵ このあたりの経緯は、以下の資料を参考にとりまとめた。

厚生労働省「社会保険病院等に関する主な経緯」

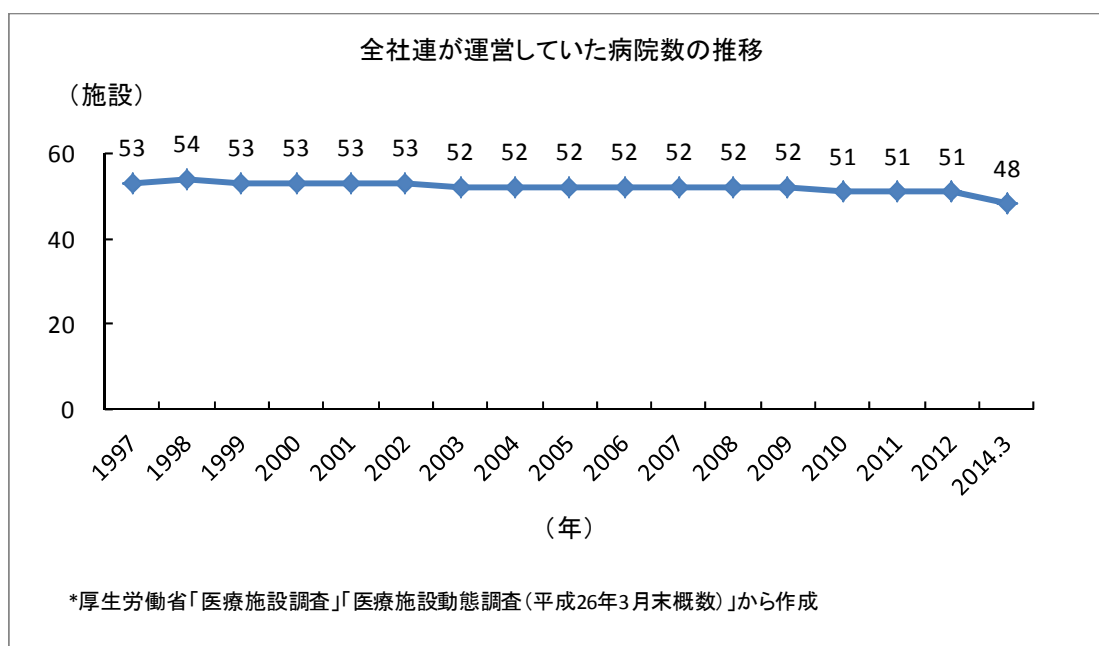
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002j049-att/2r9852000002j09c.pdf>

佐藤哲夫(参議院厚生労働委員会調査室)「社会保険病院等をめぐる経緯と課題～保険運営の見直しと地域医療の確保～」立法と調査, 311号, 2010年12月1日

http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2010pdf/20101201031.pdf

JCHO は、全社連が運営していた社会保険病院と厚生年金病院（図 3.5.1）に加え、厚生年金振興団が運営していた厚生年金病院、船員保険病院、計 57 施設を承継してスタートした。

図 3.5.1 全社連が運営していた病院数の推移



3.5.2. 経営概況

JCHOは2014年4月にスタートしたばかりであるので、旧全社連時代の最後の財務状況を示しておく。2012年度の医業収益は2,910億円、売上高医業利益率は2.0%、売上高経常利益率は3.5%であった(表3.5.2)。事業外収益(詳細不明)があるため、経常利益が医業利益よりも大きい。2012年度決算では、施設整備費補助金18億円が投入されているが、決算書に交付元等は記されていない。

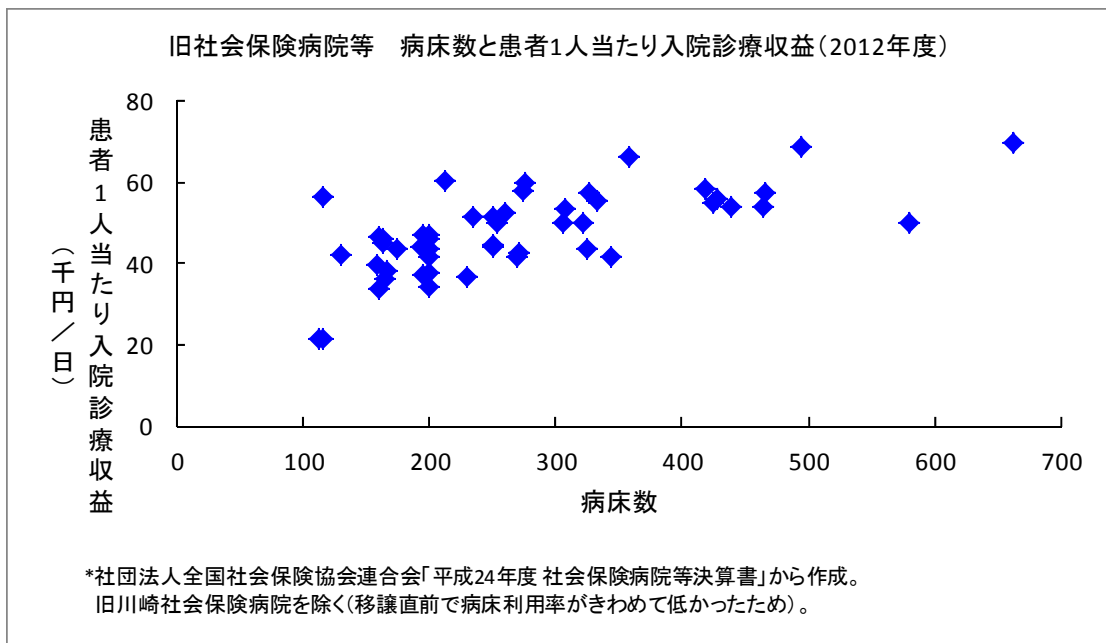
表 3.5.2 旧全社連 社会保険病院等の損益計算書

金額	(億円)		売上高百分比 (%)	
	2012年度 決算	2013年度 予算	2012年度 決算	2013年度 予算
I 医業収益	2,910	2,799	100.0	100.0
入院収益	1,816	1,757	62.4	62.8
室料差額収益	36	36	1.2	1.3
外来診療収益	811	763	27.9	27.3
保健予防活動収益	243	232	8.3	8.3
受託検査施設利用収益	1	1	0.0	0.0
その他医業収益	9	9	0.3	0.3
保険等査定減	-6	1	-0.2	0.0
他会計からの繰入額	0	2,749	0.0	98.2
II 医業費用	2,851	2,749	98.0	98.2
材料費	672	635	23.1	22.7
労務費	1,577	1,533	54.2	54.8
委託費	177	169	6.1	6.0
設備関係費	251	249	8.6	8.9
研究研修費	10	9	0.3	0.3
経費	143	132	4.9	4.7
他会計への繰出額	21	21	0.7	0.8
医業利益	59	50	2.0	1.8
III 事業外収益	51	40	1.8	1.4
IV 事業外費用	9	9	0.3	0.3
経常利益	101	82	3.5	2.9
V 臨時収益	839	2	28.8	0.1
VI 臨時費用	396	5	13.6	0.2
税引前当期純利益	544	79	18.7	2.8
法人税等負担額	3	2	0.1	0.1
当期純利益	542	77	18.6	2.8

*社団法人全国社会保険協会連合会「平成24年度 社会保険病院等決算書」から作成

個別の病院を概観すると、旧社会保険病院等には病床数 100 床強の施設から、病床数 700 床近い病院まである。病床数の多い大規模施設は、患者 1 人当たり入院診療収益が高く、どちらかという急性期医療を提供していることがうかがえる（図 3.5.2）。

図 3.5.2 旧社会保険病院等 病床数と患者 1 人当たり入院診療収益（2012 年度）



今後の見通し

JCHO は、約半数の病院に老健施設が附属しているという特色を活かして、中期目標のひとつに地域包括ケアの推進を掲げている⁶⁶。また、中期計画では、地域医療支援機能の体制整備も挙げている⁶⁷。

現在 JCHO では病院 57 施設中、地域医療支援病院が 14 施設、地域包括支援センターが 10 施設ある。今後、それぞれの拡大を目指していくことが予想されるが、地域の医療機関との連携、役割分担が課題となろう。たとえば山口県周南市では、JCHO 徳山中央病院、徳山医師会病院のいずれも地域医療支援病院であるが、「機能分担がかなり良好」⁶⁸に進められている。

JCHO はこうした事業展開を行うにあたり、独立行政法人地域医療機能推進機構法により、「機構は、施設の運営に当たり、協議会の開催等により、広く当該施設の利用者その他の関係者の意見を聴いて参考とし、当該地域の実情に応じた運営に努めなければならない」（第 18 条）ことになっている。地域の医療現場に混乱をもたらさないよう、協議会の適切な運営と透明化が期待される。

⁶⁶ 「独立行政法人地域医療機能推進機構中期目標の公表について」2014年3月26日

<http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shokanhoujin/dokuritsu/shiryoushiyou21/dl/chiki01.pdf>

⁶⁷ 「独立行政法人地域医療機能推進機構中期計画」2014年4月1日

<http://www.jcho.go.jp/wp-content/uploads/2014/03/tyuukikeikaku.pdf>

⁶⁸ 徳山医師会病院ホームページ「病院長あいさつ」

<http://hospital.tokuyamaishikai.com/aboutus/message.html>

3.6. 厚生連

3.6.1. 経緯と概要

厚生連の医療施設は、1919年に産業組合が島根県に診療所を設立したのが始まりである。その後全国展開し、1947年の農業協同組合法の下⁶⁹、1948年に都道府県、郡単位の厚生農業協同組合連合会（厚生連）、その全国機関として全国厚生農業協同組合連合会（全厚連）が設立された。当時は、病院169施設、診療所347施設であった⁷⁰。

1951年、「全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生（医療）農業協同組合連合会が開設する施設」⁷¹が医療法第31条の公的医療機関の指定を受けた。

厚生連が設置されているのは33都道府県である（表3.6.1）。ひとつの厚生連として病院数が多いのは、新潟県、長野県、北海道である。

現在、14府県には厚生連がないが、過去には設置されていたケースもある。たとえば、青森市民病院は1958年に青森県厚生連東青病院の移譲を受けて開設された病院である⁷²。また栃木県厚生連は2013年に病院を移譲し、解散したが、栃木県には上都賀厚生連（上都賀総合病院）、佐野厚生連（佐野厚生総合病院）がある。

⁶⁹ 農業協同組合法：第10条第1項 組合は、次の事業の全部又は一部を行うことができる。
第11号 医療に関する施設

⁷⁰ このあたりは、JA厚生連のホームページ「JA厚生事業の沿革」から要約した。

<http://www.ja-zenkouren.or.jp/introduction/history.html>

⁷¹ 昭和26年8月22日厚生省告示第167号

⁷² 青森市民病院ホームページ「沿革」<http://www.city.aomori.aomori.jp/contents/hospital/index.html>

表 3.6.1 厚生連病院の設置状況

2013年4月1日現在

都道府県	厚生連	病院	診療所	都道府県	厚生連	病院	診療所
北海道	北海道	12	4	三重県	三重	6	1
青森県				滋賀県	滋賀		1
岩手県	岩手		1	京都府			
宮城県				大阪府			
秋田県	秋田	9	9	兵庫県	兵庫		1
山形県				奈良県			
福島県	福島	6	2	和歌山県			
茨城県	茨城	6	2	鳥取県			
栃木県	上都賀	1		島根県	島根		1
	佐野	1		岡山県	岡山		2
群馬県	群馬		1	広島県	広島	3	1
埼玉県	埼玉	2		山口県	山口	3	
千葉県	千葉		1	徳島県	徳島	3	1
東京都	東京		1	香川県	香川	2	
神奈川県	神奈川	2	3	愛媛県	愛媛		1
新潟県	新潟	17	8	高知県	高知	1	
富山県	富山	2		福岡県			
石川県				佐賀県			
福井県	福井		1	長崎県			
山梨県	山梨		1	熊本県	熊本		1
長野県	長野	13	10	大分県	大分	1	2
岐阜県	岐阜	7		宮崎県			
静岡県	静岡	4	2	鹿児島県	鹿児島	1	1
愛知県	愛知	8	2	沖縄県			
				計		110	61

*JA全厚生連「JA厚生連施設名簿」から作成

厚生連病院は、最近では一部の新設を除いて、閉院する病院がある。栃木県厚生連は、相次いで病院を閉院し、2014年に解散した⁷³。また、新潟県では、新潟県厚生連三条総合病院と燕労災病院とを再編して、県央基幹病院として統合する計画がある⁷⁴。

表 3.6.2 JA 厚生連病院の最近の異動

2009年	栃木県厚生連塩谷病院閉院／学校法人国際医療福祉大学に移譲 (国際医療福祉大学塩谷病院)
2011年	福島県厚生連双葉病院閉鎖
2012年	広島厚生連府中総合病院閉院／地方独立行政法人府中市病院機構 府中市民病院に組織変更。同機構はこのほか府中北市民病院を運営 (旧府中市立府中北市民病院)
2013年	長野県厚生連佐久総合病院美里分院閉院
2013年	栃木県厚生連下都賀総合病院閉院／栃木厚生連下都賀総合病院は、 下都賀郡市医師会病院、とちの木病院(民間)と統合し、一般財団法人 とちぎメディカルセンター設立
2013年	栃木県厚生連石橋総合病院閉院／医療法人社団友志会に移譲
2014年	長野県厚生連佐久総合病院 佐久医療センター開院
2014年	北海道厚生連沼田厚生病院閉院／診療所化

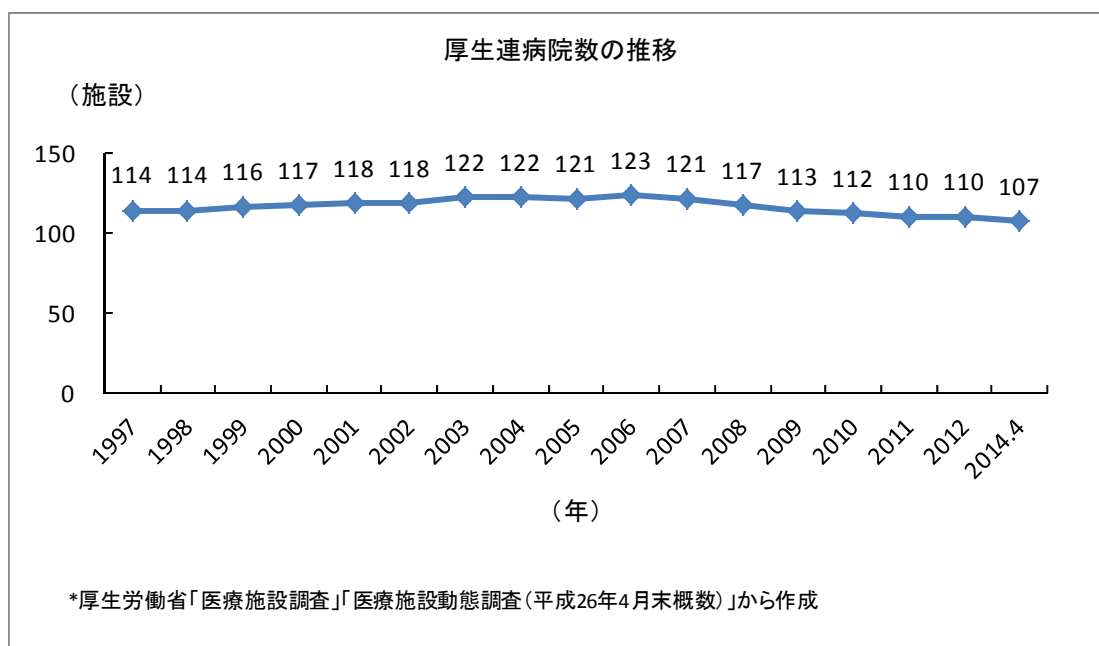
*各病院のホームページ掲載情報から作成

⁷³ JA 栃木厚生連ホームページ, <http://www.ja-tekousei.jp/>

⁷⁴ 新潟県県央基幹病院基本構想策定委員会「県央基幹病院基本構想(素案)」2013年10月31日
http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Simple/896/120/shiryo_soan_hontai,0.pdf

厚生連病院は中長期的に減少しており、2014年4月時点で107施設である（図 3.6.1）。

図 3.6.1 厚生連病院数の推移



3.6.2. 経営概況

厚生連病院は、各地域の厚生連がそれぞれ設置・運営しているが、全国農業協同組合中央会（全中）のように全厚連が総合的にマネジメントをしております（表 3.6.3）、経営改善が必要な厚生連への対応や財政調整事業を行っているので、全国集計の結果を示した。

表 3.6.3 JA グループの組織（一部抜粋）

	市町村・地域段階	都道府県段階	全国組織段階	事業
組合員	JA(組合農協)	JA厚生連	JA全厚連	厚生事業
		JA中央会	JA全中	指導事業
		JA全農		経済(販売・購買)事業
		JA経済連		

*全国厚生農業協同組合連合会「平成26年 厚生事業の概要」から抜粋

損益計算書は、他の病院と比較しやすくするため、組み替えて分析を行った（表 3.6.4）。ただし、施設運営、老人福祉、訪問看護は一定の給与費がかかっていると推察されるが、給与費を病院・診療所分と切り分けられないので、これらも含めて「医業」として扱った。特に病院・診療所分に注目する必要がある際には、「医業収益（病院・診療所）」のように記している。

表 3.6.4 厚生連病院 損益計算書の組み替え (2012 年度の例)

原本		組み替え (億円)	
	金額		金額
1 事業収益	7,268	医業収益(病院・診療所分)	6,978
医業収益	6,978	訪問看護収益 ※	42
保健資材収益	29	施設運営収益 ※	129
訪問看護収益	42	老人福祉事業収益 ※	33
施設運営収益	129	その他の収益	37
老人福祉事業収益	33	医業収益(広義)	7,219
養成収益	14	医業費用(病院・診療所分)	2,237
売店収益	5	給与費	3,771
その他の収益	37	設備関係費	665
2 事業費用	7,263	研究研修費	29
医業費用	2,237	業務費	441
保健資材費用	16	訪問看護費用 ※	0
訪問看護費用	0	施設運営費用 ※	8
施設運営費用	8	老人福祉事業費用 ※	2
老人福祉事業費用	2	その他の事業費用	66
養成費用	25	医業費用	7,219
売店費用	4	医業利益	0
給与費	3,771	保健資材収益	29
設備関係費	665	養成収益	14
研究研修費	29	売店収益	5
業務費	441	事業外収益	57
その他の事業費用	66	医業外収益	107
事業利益	5	保健資材費用	16
3 事業外収益	57	養成費用	25
4 事業外費用	57	売店費用	4
経常利益	5	事業外費用	57
5 特別利益	271	医業外費用	102
6 特別損失	125	経常利益	5
税引前当期利益	151	特別利益	271
7 法人税、住民税及び事業税	1	特別損失	125
当期剰余金	150	税引前当期純利益	151
当期首繰越剰余金	24	法人税、住民税及び事業税	1
任意積立金取崩額	18	当期純利益	150
当期末処分剰余金	192	当期首繰越剰余金	24
		任意積立金取崩額	18
		当期末処分剰余金	192

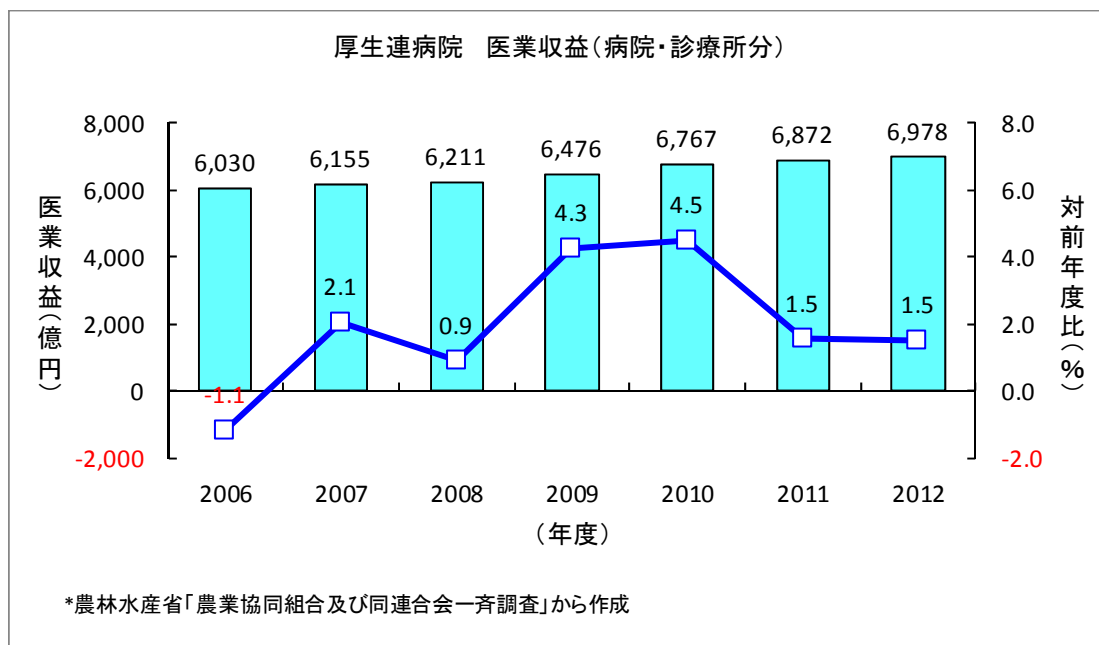
※給与費を医業(病院・診療所分)とそれ以外に切り分けることができないので医業収益・医業費用に含めた

*農林水産省「農業協同組合及び同連合会一斉調査」から作成

医業収益（病院・診療所分）

厚生連病院数は減少してきているが、医業収益は増加傾向にある（図3.6.2）。2009年度に医業収益が増加した要因について、全厚連は「7対1入院基本料の取得やDPC導入による加算」を挙げている⁷⁵。2010年度の医業収益の増加は、2010年度診療報酬改定の効果であろうと推察される。なお、これまで見てきた他の病院グループと比較すると、対前年度比の推移は傾向としては似かよっているが、2010年度診療報酬改定時の伸び率はやや低く、その後の対前年度比はやや低い。

図 3.6.2 厚生連病院 医業収益（病院・診療所分）

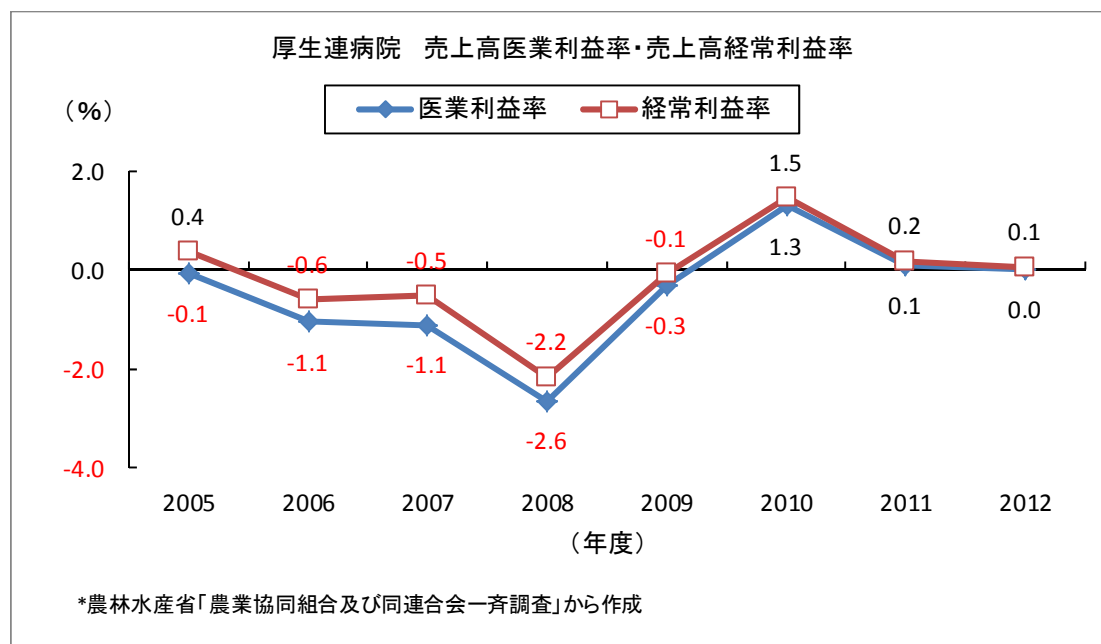


⁷⁵ 全国厚生農業協同組合連合会「JA全厚連情報」No.915, 2010年6月1日

売上高医業利益率・売上高経常利益率

厚生連病院の売上高医業利益率は赤字が続いたのち、2010年度の診療報酬改定後に黒字化したが、その後は水面上ぎりぎりに戻った（図 3.6.3）。

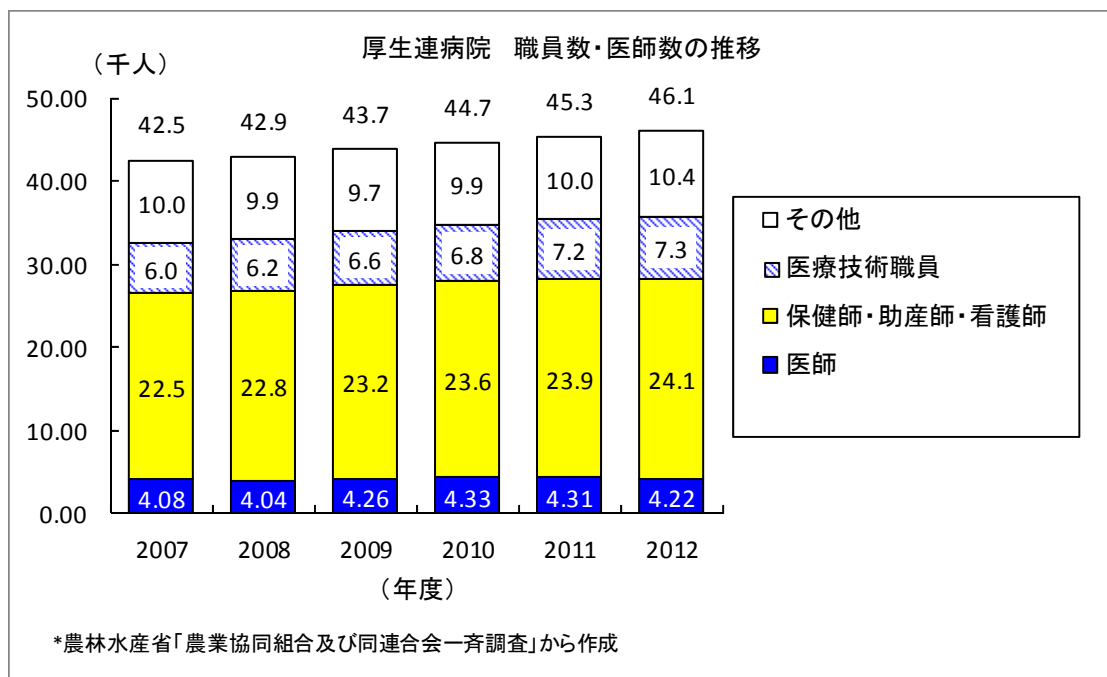
図 3.6.3 厚生連病院 売上高医業利益率・売上高経常利益率



職員数

厚生連病院の職員数は2012年度において4万6,059人である。職員数全体では増加傾向にあるが、2010年度以降、医師数が減少している点が特筆される(図3.6.4)。一方、ここ5年間で保健師・助産師・看護師は1.07倍、医療技術職員は1.22倍になっている。看護師の増加については、7対1入院基本料の取得が進んだこと(前述)が挙げられる。

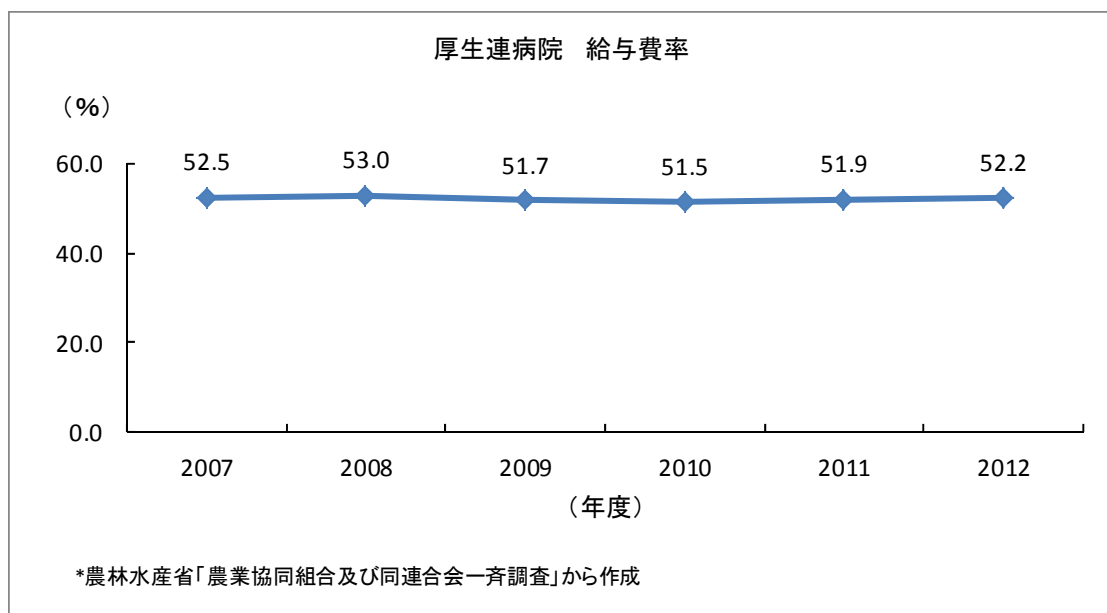
図 3.6.4 厚生連病院 職員数・医師数の推移



給与費率

厚生連病院の給与費率は、ほぼ横ばいである（図 3.6.5）。職員数は増加しているが、医師よりも相対的に給与費の低い職種の割合が増加しているため、給与費単価が下がっているものと推察される。

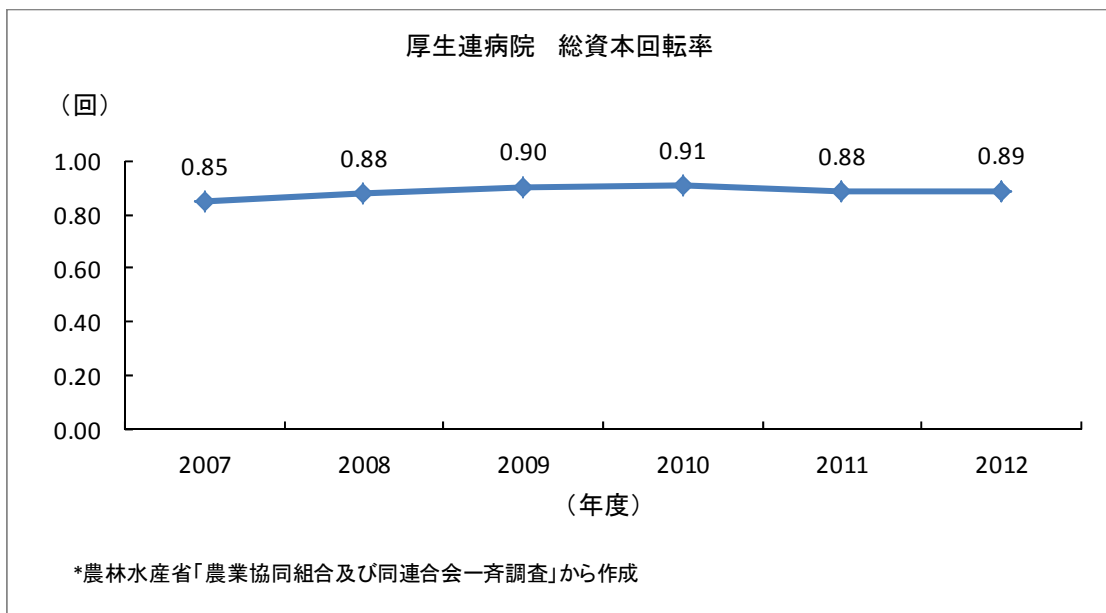
図 3.6.5 厚生連病院 給与費率



総資本回転率（売上高÷総資本）

総資本回転率はかなり高く（他の病院グループでは0.6～0.7回台）、高位安定である（図 3.6.6）。

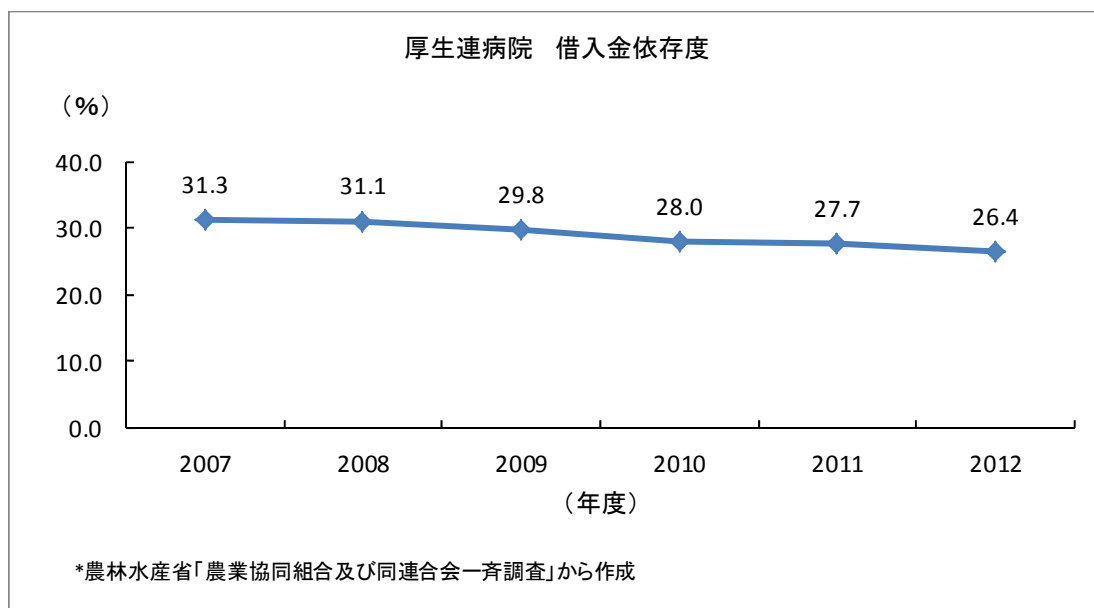
図 3.6.6 厚生連病院 総資本回転率



借入金依存度（借入金÷総資本）

厚生連病院の借入金依存度はここ数年、毎年低下している（図 3.6.7）。

図 3.6.7 厚生連病院 借入金依存度



厚生連病院からの示唆

- 医業収益は他の病院グループほどには伸びていない。厚生連の病院は、全国的には人口 5 万人未満の地域に立地する施設が約 4 割、へき地医療拠点病院の指定を受けている施設が約 2 割あり⁷⁶、こうした地域では他に比べて患者数がより減少しているのではないかと推察される。しかし、厚生連の資産効率は平均的には高く維持され、借入金依存度も減っている。
- 厚生連は組合農協から出資を受けており、農協には組合員が出資している⁷⁷。ただし、農協の正組合員は減少傾向にあり、准組合員の増加で組合員数を維持している（図 3.6.8）。また規制改革会議は、「准組合員の事業利用は、正組合員の事業利用の 2 分の 1 を越（原文ママ）えてはならない」という提案をしており、准組合員数を制限しようとしている⁷⁸。
- 厚生連病院は毎年のように撤退している。立地条件が厳しいこと、その中で組合出資の施設としての維持の困難さがうかがえる。

⁷⁶ 全国厚生農業協同組合連合会「平成 26 年 厚生連事業の概要」

<http://www.ja-zenkouren.or.jp/images/pdf/jigyuu.pdf>

⁷⁷ 尾高恵美「JA 厚生連病院と農協が連携した地域活動－病院栄養部門と農協組合員組織との連携を中心にして」2011 年 7 月 1 日、農林中央総合研究所リポート

<http://www.nochuri.co.jp/report/pdf/n1107jo1.pdf>

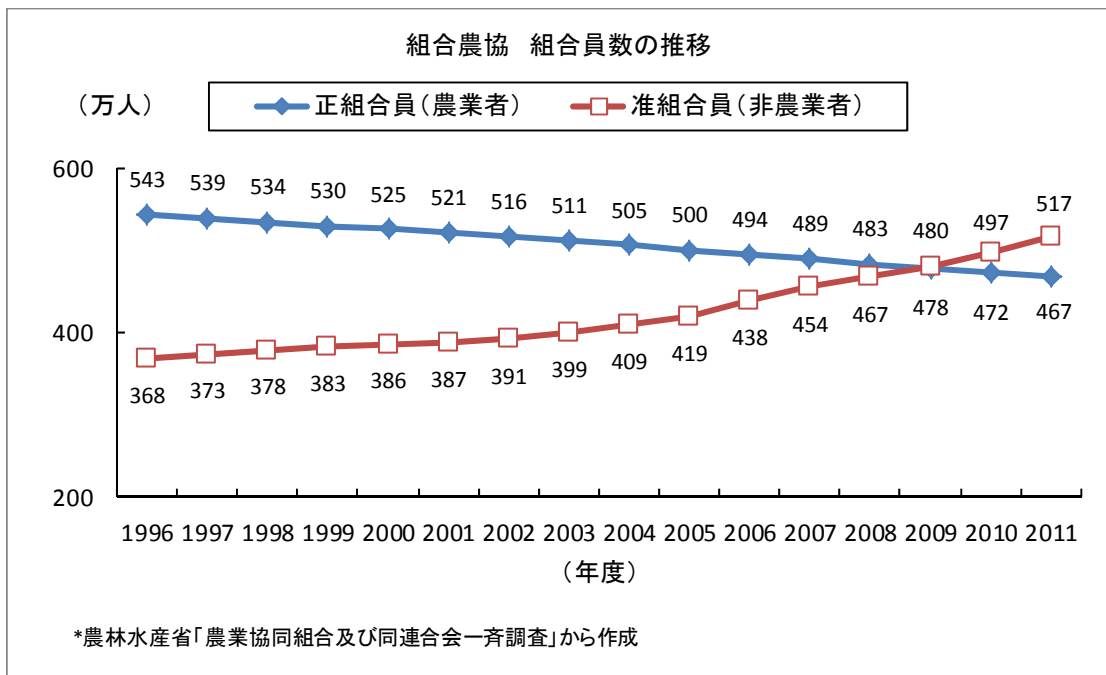
⁷⁸ 規制改革会議「農業改革の方向性について」2014 年 5 月 14 日

<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/nogyo/140514/item1.pdf>

なお 2014 年 6 月 24 日に閣議決定された「規制改革実施計画」では「准組合員の事業利用について、正組合員の事業利用との関係で一定のルールを導入する方向で検討する」（40 頁）となっており、数値目標は設定されなかった。

<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/publication/140624/item1-3.pdf>

図 3.6.8 組合農協 組合員数の推移



【正組合員と准組合員⁷⁹】

正組合員：耕作面積が10アール以上、1年のうち90日（60日のところもある）以上農業に従事。

准組合員：運営についての議決権はないが、出資に応じた配当金、組合員特典（ローン金利、給油価格優遇など）がある。

⁷⁹ JA南すおう広報誌、JA愛知東ホームページ、JAいわみ中央ホームページなどから作成

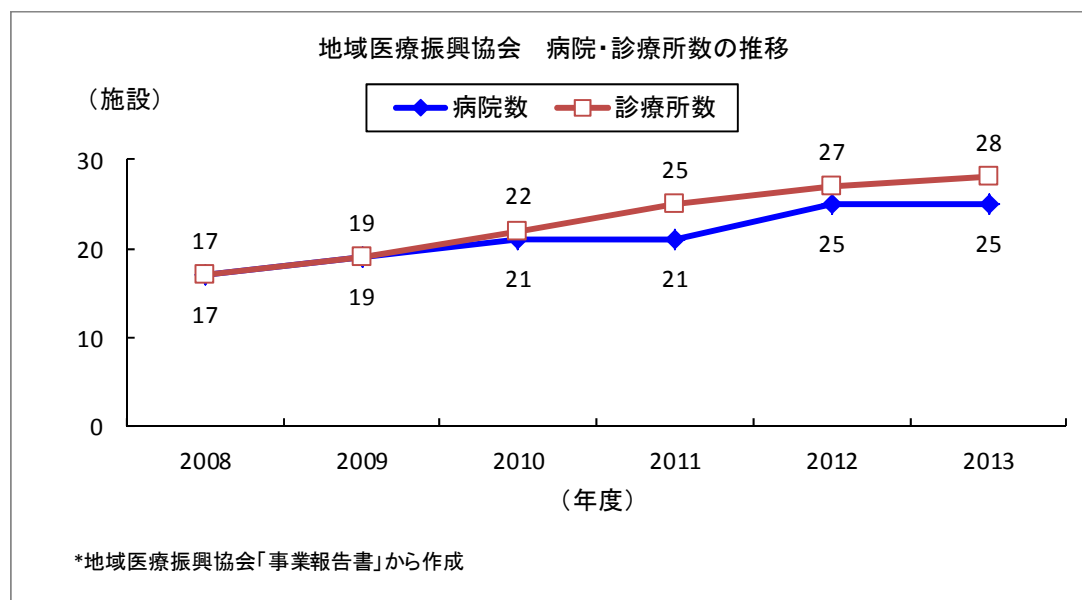
3.7. 地域医療振興協会

3.7.1. 経緯と概要

公益社団法人地域医療振興協会は、自治医科大学の卒業生が中心になり、1986年に設立された。その目的は「へき地を中心とした地域保健医療の調査研究及び地域医学知識の啓蒙と普及を行うとともに、地域保健医療の確保と質の向上等住民福祉の増進を図り、もって、地域の振興に寄与すること」⁸⁰である。

地域医療振興協会の病院は25施設、診療所は28施設である⁸¹。病院のうち直営は6施設、地方自治体から指定管理を受けているものが19施設である（図3.7.1, 表3.7.1）。

図 3.7.1 地域医療振興協会 病院・診療所数の推移



⁸⁰ 地域医療振興協会ホームページ「定款」より
<http://www.jadecom.or.jp/overview/teikan.html>

⁸¹ 地域医療振興協会「平成24年度事業報告書」では診療所は27施設。これに2013年8月に指定管理を受けた真鶴町国民健康保険診療所を加えた。
<http://www.jadecom.or.jp/overview/pdf/jigyoreport24th.pdf>

表 3.7.1 地域医療振興協会の病院

	都道府県	病院名	開設	形態
1	茨城県	石岡第一病院	1992.7	直営(医療法人からの買収)
2	福井県	公立丹南病院	2000.2	公立丹南病院組合から指定管理(旧国立鯖江病院の移譲)
3	栃木県	日光市民病院	2000.4	直営(古河記念病院の後継病院)
4	静岡県	伊東市民病院	2001.3	伊東市から指定管理(旧国立伊東温泉病院の移譲)
5	群馬県	西吾妻福祉病院	2002.2	西吾妻福祉病院組合から指定管理
6	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	2002.7	横須賀市から指定管理(旧国立横須賀病院の移譲)
7	新潟県	湯沢町保健医療センター	2002.8	湯沢町から指定管理
8	石川県	山中温泉医療センター	2003.3	加賀市から指定管理(旧国立山中病院の移譲)
9	岐阜県	市立恵那病院	2003.12	恵那市から指定管理(国立療養所恵那病院の移譲)
10	東京都	東京北医療センター	2004.4	旧(独)年金・健康保険福祉施設整理機構(RFO)から経営委託。2014.4～RFOから移譲を受け直営。
11	奈良県	市立奈良病院	2004.12	奈良市から指定管理(旧国立病院機構奈良病院が奈良市に移譲)
12	宮城県	公立黒川病院	2005.4	黒川地域行政事務組合から指定管理
13	茨城県	村立東海病院	2006.5	東海村から指定管理
14	福岡県	飯塚市立病院	2008.4	飯塚市から指定管理(旧筑豊労災病院の移譲)
15	長崎県	市立大村市民病院	2008.4	大村市から指定管理
16	山梨県	上野原市立病院	2008.10	上野原市から指定管理
17	千葉県	東京ベイ・浦安市川医療センター	2009.4	直営(浦安市市川市病院組合浦安市川市民病院の後継病院)
18	東京都	台東区立台東病院	2009.4	台東区から指定管理
19	神奈川県	横須賀市立市民病院	2010.4	横須賀市から指定管理
20	北海道	十勝いけだ地域医療センター	2011.10	池田町から指定管理
21	東京都	練馬光が丘病院	2012.4	直営(日本大学付属練馬光が丘病院の後継病院)
22	福井県	越前町国民健康保険織田病院	2012.4	越前町から指定管理
23	三重県	三重県立志摩病院	2012.4	三重県から指定管理
24	沖縄県	公立久米島病院	2012.4	沖縄離島医療組合から指定管理
25	静岡県	伊豆今井浜病院	2012.5	直営

*地域医療振興協会「平成25年度 事業計画」、各病院のホームページ掲載情報等から作成

最近の直営施設は、以下のような経緯で開設されている。

- 2012年4月 練馬光が丘病院
日本大学付属練馬光が丘病院の後継病院。
- 2012年5月 伊豆今井浜病院
静岡県の共立湊病院の経営受託から撤退した後に、同じ二次医療圏内に開設した病院である。
 1. 1997年に、国立病院の移譲を受けて静岡県賀茂地区6市町が共立湊病院組合を設置して共立湊病院を開設し、地域医療振興協会に運営を委託していた⁸²。2008年、地域医療振興協会は2009年度以降、病院運営の撤退を決定したが⁸³、その直後、施設移転を含めた新病院構想を1年以内に提示すれば、病院運営を2008年度から2010年度末まで継続する意向を示した⁸⁴。旧共立湊病院は、2011年度からは社会医療法人ジャパンメディカルアライアンスに委託され、2012年5月に新築移転して、1市5町（下田市、南伊豆町、東伊豆町、河津町、西伊豆町、松崎町）からなる一部事務組合による下田メディカルセンターが開設された⁸⁵。
 2. 2010年、医療法人が運営する伊豆下田病院（静岡県）が、地域医療振興協会に譲渡された⁸⁶。2012年、地域医療振興協会は、伊豆下田病院を移転、新築して伊豆今井浜病院を開設した⁸⁷。
- 2014年3月 東京北医療センター
2004年に、社会保険庁が旧社会保険都南総合病院（東京都品川区）を移転し、旧東京社会保険病院（北区）を開設して、地域医療振興協会に経営委託。2014年3月、地域医療振興協会に移譲した。

⁸² 2005年10月31日 静岡新聞

⁸³ 2008年2月16日 静岡新聞

⁸⁴ 2008年2月22日 静岡新聞

⁸⁵ 下田メディカルセンター、社会医療法人ジャパンメディカルアライアンスのホームページを参考に記載。

⁸⁶ 地域医療振興協会「平成22年度 事業報告書」

<http://www.jadecom.or.jp/overview/pdf/jigyoreport22th.pdf>

⁸⁷ 2011年11月29日 静岡新聞, 2012年5月2日 静岡新聞

3.7.2. 経営概況

地域医療振興協会の正味財産増減計算書を、他と比較しやすいように損益計算書の形に組み替えた。経営受託元の地方公共団体からの補助金は医業外収益とした（表 3.7.2）。

表 3.7.2 地域医療振興協会 損益計算書の組み替え (2012 年度の例)

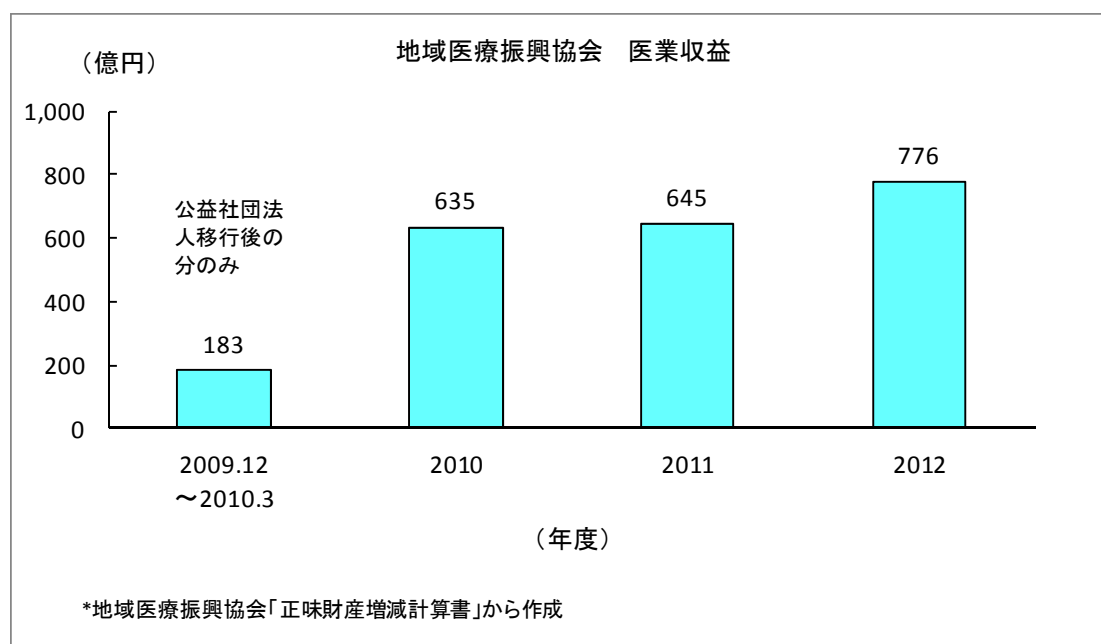
原本(正味財産増減計算書)		組み替え (億円)	
	金額		金額
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益		入院診療収益	501
受取入会金	0	室料差額収益	11
受取会費	0	外来診療収益	236
事業収益	845	歯科収益	3
入院診療収益	501	保健予防活動収益	20
室料差額収益	11	受託検査・施設利用収益	0
外来診療収益	236	その他の医業収益	6
歯科収益	3	保険査定減	-2
保健予防活動収益	20	医業収益	776
受託検査・施設利用収益	0	1. 材料費	174
その他の医業収益	6	2. 給与費	550
医業収益	778	3. 委託費	69
介護保険収益	67	4. 設備関係費	95
支援センター委託料等収益	0	5. 研究研修費	3
健康増進施設収益	0	6. 経費	65
その他の事業収益	1	医業費用	956
合計	847	医業利益	-180
保険等査定減	-2	受取入会金	0
受取補助金等	62	受取会費	0
受取負担金	0	介護保険収益	67
雑収益	17	支援センター委託料等収益	0
経常収益計	924	健康増進施設収益	0
(2) 経常費用		その他の事業収益	1
事業費	956	受取補助金等	62
1. 材料費	174	受取負担金	0
2. 給与費	550	雑収益	17
3. 委託費	69	医業外収益	148
4. 設備関係費	95	その他費用	10
5. 研究研修費	3	管理費	3
6. 経費	65	医業外費用	13
その他費用	10	経常利益	-45
管理費	3	経常外収益	3
経常費用計	969	経常外費用	10
当期経常増減額(A)	-45	税引前当期純利益	-52
2. 経常外増減の部			
(1) 経常外収益	3		
(2) 経常外費用	10		
当期経常外増減額(B)	-7		
税引前当期一般正味財産増減額(C)=(A)+(B)	-52		
住民税	0		
当期一般正味財産増減額(D)	-52		

*地域医療振興協会「平成24年度正味財産増減計算書」から作成

医業収益

医業収益は、2010年度から2011年度にかけては微増である(図 3.7.2)。2011年度から2012年度にかけては増収であるが、病院数が増加したためである(前述)。

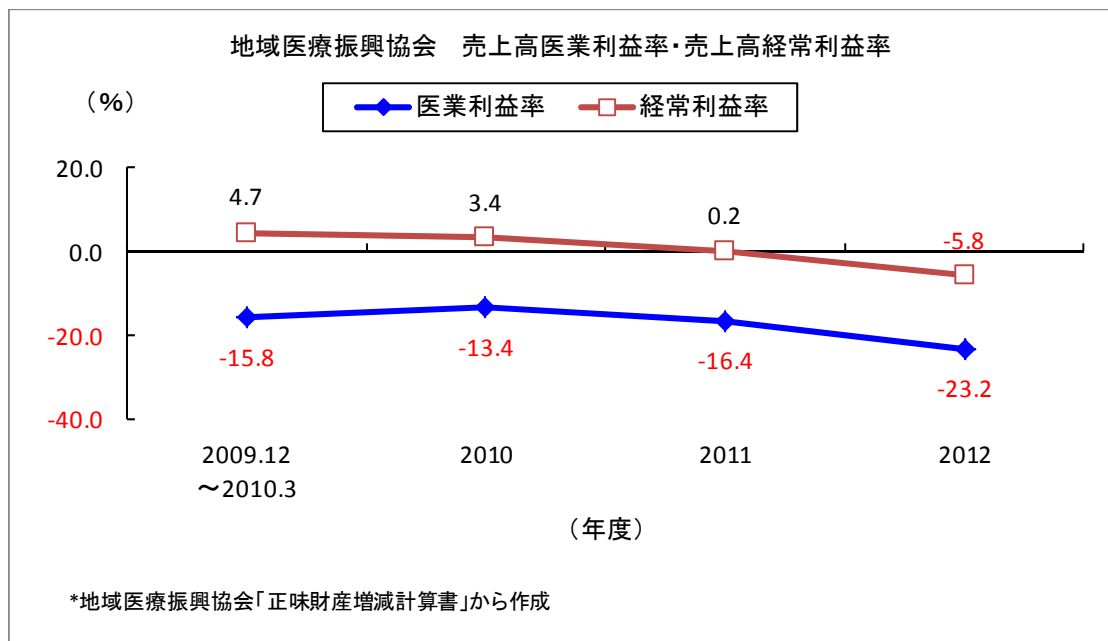
図 3.7.2 地域医療振興協会 医業収益



売上高医業利益率・売上高経常利益率

売上高医業利益率はマイナスであり、2010年度以降赤字幅が拡大している。売上高経常利益率は地方公共団体からの補助金等があり、2011年度まではプラスであったが、2012年度は、医業利益の赤字を補助金等の医業外収益で補うことができず、マイナスに転じた（図 3.7.3）。

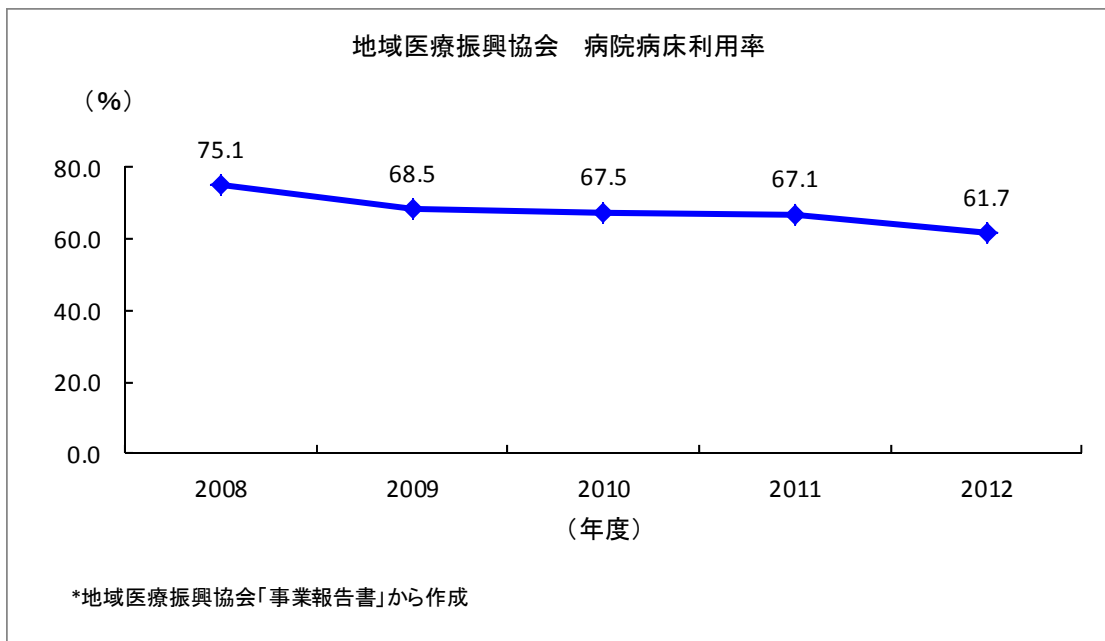
図 3.7.3 地域医療振興協会 売上高医業利益率・売上高経常利益率



病床利用率

医業収益の伸び悩みおよび売上高医業利益率のマイナス要因として、病床利用率の低下が挙げられる。地域医療振興協会の2012年度の病床利用率は61.7%である（図 3.7.4）。

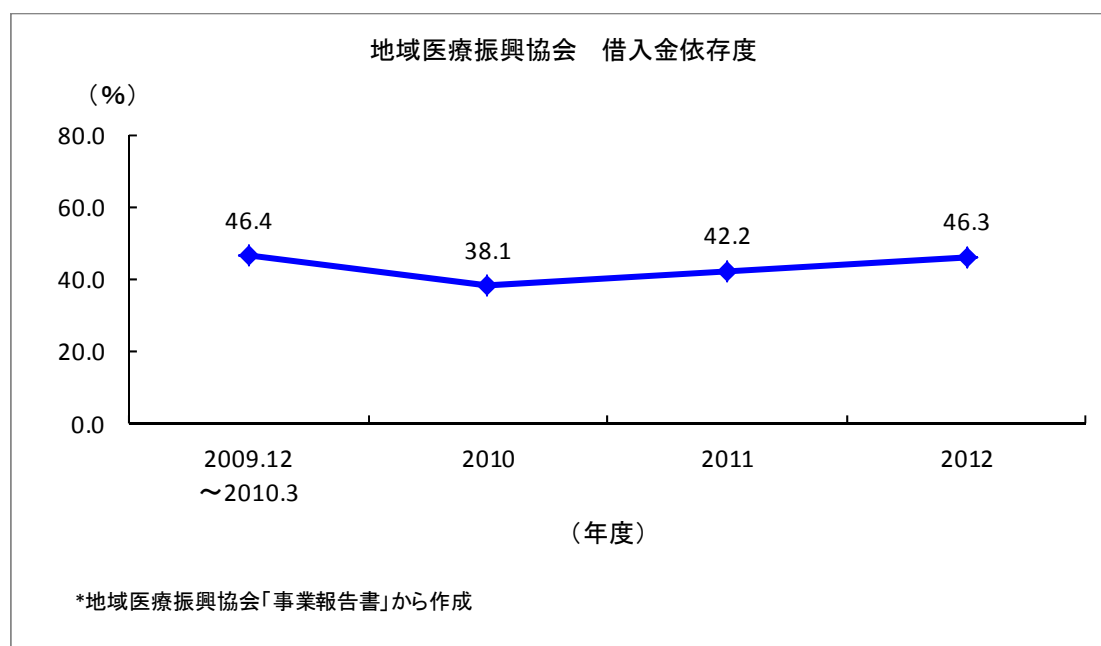
図 3.7.4 地域医療振興協会 病院病床利用率



借入金依存度（借入金÷総資本）

借入金依存度は2009年度から2010年度にかけてはいったん縮小したが、その後増加し、2012年度には46.3%になっている（図3.7.5）。

図 3.7.5 地域医療振興協会 借入金依存度



地域医療振興協会からの示唆

地域医療振興協会の経営は厳しい状況にある。指定管理を受けている病院は旧国立病院等からの移譲を受けたものであったり、直営の病院は撤退した医療機関の後継施設であったりと、もともと経営が厳しい環境に置かれている。そのような地域にあっては、指定管理受託者としては大手の地域医療振興協会としても、経営改善は困難なようである。同じような環境に置かれた民間病院においては自治体からの補助金がないため、さらに経営が厳しいであろうことは容易に推察できる。しかし、そうした病院が撤退してしまえば地域医療への影響は大きい。病院機能の再編、集約化を行いつつ、地域で必要不可欠な医療については、安定的に確保されるよう全国的な財政支援が必要である。

4. おわりに

国立・公的医療機関等の経営概況を踏まえて

- 2010 年度の診療報酬改定では、急性期入院医療に手厚く配分されたが、大手病院グループではその効果が顕著であり、現在も好調を維持している。このことは、いったん診療報酬上で差がつくと、その後、差が拡大しつづけることを示唆している。
- 地域包括ケアシステム構築への流れの中で、大手病院グループも、地域医療支援病院の承認拡大を目指している。しかし、地域によってはすでに地域医療支援病院の承認を受けている病院もある。大手病院グループの動きいかんで、紹介元、逆紹介先医療機関の引き抜き、囲い込みが起きることも懸念される。
- 大手病院グループといえども、へき地など立地条件に恵まれないところでは、経営は苦戦している。民間中小病院の経営がなおさら厳しいことは容易に推察できる。診療報酬を補完（「代替」ではない。あくまで「補完」）する財政支援も必要である。
- 今後は、国立病院と民間病院との連携もあるかもしれない。その際は、独立した法人とはいえ、「国立」としての立場から、民間医療機関との友好的な連携、経営ノウハウの共有を目指してほしい。

今後の病院再編に関して

医療介護総合確保推進法により、都道府県は、医療計画において、地域医療構想（ビジョン）を策定する。地域医療構想を実現するため、都道府県は、構想区域等ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進に必要な事項について、協議を行うことになっている（2015年4月1日施行）。

2014年度予算では「新たな基金」（医療介護提供体制改革推進交付金、地域医療対策支援臨時特例交付金）が計上された。基金の交付条件には、「新基

金の趣旨に鑑み、官民に公平に配分すること」と明記される予定であり⁸⁸、官民公平が期待できる。しかし、過去の地域医療再生基金⁸⁹では、官民配分割合は、公立・公的 73.9%、民間 26.1%（2009・2010 年度分）であった⁹⁰。

今後、経営力のある大手病院グループ主導の病院再編にならないよう、国が都道府県行政に対し、新たな基金の官民公平な配分と、地域医療ビジョンの「協議の場」などで地域医療現場の意見を踏まえることの徹底を図っていくことが望まれる。

また、JCHO は「施設の運営に当たり、協議会の開催等により、広く当該施設の利用者その他の関係者の意見を聴いて参考とし、当該地域の実情に応じた運営に努めなければならない」ことになっているが、他の公立・公的医療機関に対しても、そうした場を自主的に設定することも期待したい。

⁸⁸ 厚生労働省「新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議」（2014 年 3 月 20 日）資料

⁸⁹ 診療報酬とは別に、地域医療再生のため、2009 年度第一次補正予算で 3,100 億円（一部執行停止後 2,350 億円）が確保されたのが始まりであり、2012 年度補正予算まで累計 6,080 億円が予算計上された。

詳しくは、前田由美子「新たな財政支援制度「基金」の活用に向けてー地域医療再生基金の振り返りー」日医総研ワーキングペーパーNo.317, 2014 年 4 月 25 日

⁹⁰ 「地域医療再生基金における公立・公的、民間への補助比率について」2013 年 11 月 22 日，社会保障審議会医療部会資料

5. 参考資料

参考資料は脚注に示したが、主なものを以下に再掲した。

医療機関数・病床数

- 厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」
- 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
- 総務省「地方公営企業年鑑」

病院の沿革など

- 日本医師会「戦後 50 年のあゆみ日本医会通史」
<http://www.med.or.jp/jma/about/50th/>
- 独立行政法人国立病院機構ホームページ「機構のあゆみ（沿革）」
http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0_000005.html
- 厚生労働省「国立病院・療養所の再編成等について」2002年1月16日、
全国厚生労働関係部局長会議資料
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/bukyoku/kenkou/1-5.html>
- 厚生労働省「労災病院の再編計画」2004年3月30日
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/03/h0330-1.html>
- 厚生労働省「社会保険病院等に関する主な経緯」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002j049-att/2r9852000002j09c.pdf>
- 日本赤十字社「日本赤十字社の沿革」
<http://www.jrc.or.jp/about/jrc/history/index.html>
- 日本赤十字社「病院の設立・移管状況」
http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/byouin-seturitu-ikan110801.pdf
- 社会福祉法人恩賜財団済生会「なりたちから今へ」
<http://www.saiseikai.or.jp/about/history/>
- 全国厚生農業協同組合連合会「JA 厚生事業の沿革」
<http://www.ja-zenkouren.or.jp/introduction/history.html>

財務諸表および事業報告

- 独立行政法人国立病院機構 財務諸表
http://www.hosp.go.jp/disclosure/disclosure_zaimu.html
- 独立行政法人国立病院機構 事業報告書
http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0_000012.html
- 独立行政法人労働者健康福祉機構 業務実績報告書・財務諸表など
<http://www.rofuku.go.jp/jyoho/tabid/536/Default.aspx>
- 独立行政法人労働者健康福祉機構 業務実績報告書など
<http://www.rofuku.go.jp/jyoho/tabid/536/Default.aspx>
- 日本赤十字社 決算報告
<http://www.jrc.or.jp/about/report/kessan/index.html>
- 日本赤十字社 代議員会報告（事業計画など）
<http://www.jrc.or.jp/about/report/delegate/index.html>
- 社会福祉法人恩賜財団済生会 決算報告・事業報告
<http://www.saiseikai.or.jp/about/information/>
- 社会福祉法人恩賜財団済生会 平成 24 年度 済生会 SR 報告書（環境社会報告書）
http://www.saiseikai.or.jp/about/sr/SAISEIKAI_H24SRall_v2.pdf
- 社団法人全国社会保険協会連合会 事業報告収支決算書
<http://www.zensharen.or.jp/>（情報公開のページ）
- 独立行政法人地域医療機能推進機構 中期計画・年度計画・中期目標
<http://www.jcho.go.jp/category/jchoinfo/>
- 農林水産省「農業協同組合及び同連合会一斉調査」（厚生連の財務諸表等）
http://www.maff.go.jp/j/tokei/kouhyou/noukyo_rengokai/
- 全国厚生農業協同組合連合会「平成 26 年 厚生連事業の概要」
<http://www.ja-zenkouren.or.jp/images/pdf/jigyoku.pdf>
- 全国厚生農業協同組合連合会「JA 全厚連情報」
<http://www.ja-zenkouren.or.jp/ja/index.html>
- 公益社団法人地域医療振興協会 経営計画・財務情報
<http://www.jadecom.or.jp/overview/disclosure.html>

その他

- 佐藤哲夫（参議院厚生労働委員会調査室）「社会保険病院等をめぐる経緯と課題～保険運営の見直しと地域医療の確保～」立法と調査, 311号, 2010年12月1日
http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2010pdf/20101201031.pdf
- 尾高恵美「JA 厚生連病院と農協が連携した地域活動－病院栄養部門と農協組合員組織との連携を中心に－」2011年7月1日, 農林中央総合研究所レポート <http://www.nochuri.co.jp/report/pdf/n1107jo1.pdf>