

University Academic Repository

Financial Analysis of Private Hospitals: Comparative Study on Public and Private Hospitals

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-06-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中嶋, 貴子, 跡田, 直澄 メールアドレス: 所属:
URL	https://kaetsu.repo.nii.ac.jp/records/346

研究論文

財務面から見た私立病院の経営

～ 公私病院比較の視点から ～

Financial Analysis of Private Hospitals:
Comparative Study on Public and Private Hospitals

中嶋 貴子

Takako NAKAJIMA

跡田 直澄

Naosumi ATODA

<要約>

医療費抑制政策の下、公立病院だけでなく私立病院の経営も厳しさを増している。本稿では、公立病院と比較して、私立病院の経営努力がどのように行われているのかを明らかにするため、公私病院の財務データ等を用いて、収入・支出の収益性、資本・労働の生産性、財務の効率性、将来性をみる成長性という4側面の指標に基づく経営力評価を行った。また、高い公益性が求められる社会医療法人の経営力についても公私病院との比較と評価を試みた。

その結果、公立病院では、自治体の補助金や負担金による財源補填によって、財務の安定化を図っている一方、収支及び資本に対する財源補填の受入が殆どない私立病院では、収益面では医業外収入を公立病院の他会計からの負担金・補助金相当分まで稼ぎ出し、資本面では、綿密な投資計画の元で、施設整備を行う経営努力が行われている実態が示された。また社会医療法人の経営力については、制度創設当初からわずか3年で中小を含む私立病院の平均をも下回り、公立病院に近い経営状態に陥っていることが明らかになった。

地域医療の確保・拡充のためには、供給体制を維持できる財源が不可欠であり、補助金等の拡充だけでなく、民間資金を効果的に用いる非営利ホールディング会社など、組織の非営利性や公益性を考慮した法人制度の創設が、今後の医療改革において重要な課題となる。

<キーワード>

公立病院、私立病院、社会医療法人、経営指標、経営比較、財務分析

1 はじめに

小泉内閣時に示された医療費の抑制方針以来、抜本的な医療改革の必要性が認識され、厚生労働省もさまざまな改革を進めている。診療報酬の改定における抑制策だけでなく、医療法人制度そのものの改革も実行し始めている。そうした改革に医療供給側はその都度対応を迫られながらも、上質な医療サービスの提供に腐心しているというのが実態である。

地域包括ケアシステムの本格的な導入に対しても、公立病院だけでなく私立病院もその実現に向け、対応を迫られている段階である。しかし、医療費抑制という大目標にしたがった診療報酬の改定により、公私病院ともにその経営は厳しいものになっているというのが現状である。厳しい予算制約の中、良いパフォーマンスを發揮している公立病院もあるが、平均化すると、財務状況にはかなり大きな問題を抱えている病院が多いというのが実情である。

公立病院のこうした点については、中嶋・跡田（2015）、Nakajima et.al（2015）などで個票データを用いて詳細な経営分析が試みられている¹⁾。公私病院の経営比較については、厚生労働省が、医療法人の開設する病院（私立病院）、医療法第31条に規定する者（都道府県・市町村等の地方自治体及び地方独立行政法人、特別地方公共団体）が開設する病院（公立病院）及びその他公的病院²⁾について、多様な経営指標による経営分析を試みている（厚生労働省 2013）。しかし、公的病院と比較した私立病院の経営状況については、データの制約もあり、これまであまり分析されていない。

そこで、本稿では、まず、次章にてわが国における病院の法的な定義と概要を述べ、各病院の位置づけを論じる。次に、3章において公立病院と私立病院の経営効率比較をそれらの病院に関する基礎データおよび財務データに基づく分析により試み、私立病院が公立病院に比べて、どこで、どのように優れているかを明らかにする。経営効率比較では、私立病院の経営力を収支面、生産性、財務状況、成長性の4側面から経営分析を行うことによって、その経営状況を把握する。また、私立病院と公立病院の経営効率について比較分析を行い、両者の経営状況を検証する。これらの結果を踏まえて、4章では、私立病院のうち、特に、公立病院を補完する医療供給主体として期待が寄せられ、より公益性が求められる社会医療法人の経営力について、平均的な公私の病院のそれと比較することにより、社会医療法人の経営状況を検証する。最後に、5章において、今後の医療改革のなかで期待される社会医療法人制度が抱える経営上の問題とその背後にある制度の問題などについても検討を加える。

2 わが国における病院制度の概要

自治体病院経営研究会編（2015）によれば、「病院」とは、20人以上の患者を入院させるための施設を有する医師または歯科医師が公衆又は特定多数人のために医業又は歯科医業を行う場所であり（医療法第1条の5）、うち「公的医療機関」とは、都道府県、市町村、その他厚生労働大臣の定める者（一部事業組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連

合会、社会福祉法人北海道社会事業協会)の開設する病院及び診療所をいう(医療法第31条)。

本稿における「公立病院」とは、公的医療機関のうち、『病院運営実態分析調査の概要』(一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会2014)が自治体立として定義するものであり、「都道府県・指定都市・市町村・組合が開設する病院ならびに地方独立行政法人立の病院」を示す。また、「私立病院」とは、「医療法人・個人等が開設する病院」である。医療法人は、医療法に基づく社団又は財団であるが、このうち、より高い公益性を有するものとして、租税特別措置法を根拠法とする「特定医療法人」と医療法を根拠法とする「社会医療法人」がある。「特定医療法人」は、その事業が社会福祉とその他公益の増進に著しく寄与し、かつ公的に運営されている法人であり国税庁長官の承認を受けた法人である。他方、「社会医療法人」は、救急、災害、へき地、周産期、小児救急医療のいずれか1つ以上を実施し、かつ公益法人等と同様の公的な運営が確保されている法人である(厚生労働省医政局長2014)。社会医療法人は、2008年の医療法改正において、地域住民に不可欠な医療を担う公益性の高い医療法人として新たに制度化された法人である。両者には上記のほか、制度上の相違点があるが、税制優遇では、特定医療法人には法人税が課されるが、社会医療法人の医療保険業に対する法人税や救急医療等の確保事業に係る固定資産税は非課税である点が異なる(岩崎2014)。

厚生労働省(2015a)平成26年度医療施設(静態・動態)調査によれば、2014年10月1日現在、全国の病院総数は8,493病院である(一般診療所を除く)。このうち、厚生労働省などの国立は329病院(3.9%)、公立は957病院(11.2%)、その他公的が284病院(3.3%)、私立は5,721病院(67.4%)であり、私立病院が過半数を占めている。なお、厚生労働省(2015b)によれば、2014年3月31日現在、全国の医療法人数は50,866法人であり、このうち特定医療法人は376法人、社会医療法人は239法人である。医療法人のうち、一人の医師によって開設されている医療法人は42,328法人であることから、医療法人の大部分を個人医院などの一般診療所が占めている。このような現状から、公立病院のみならず、私立病院や特に公益性の高い社会医療法人の役割が医療改革において期待を寄せられている。

このほか、今後の医療改革では、私立病院の経営緩和に対する施策として、複数の医療法人をグループ化し、経営効率化と民間資金の柔軟な活用の促進を目的とした「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」創設の検討(日本再興戦略改定2014(平成26年6月24日閣議決定)や複数の医療法人の連帯を強化することを目的とした「非営利新型法人(地域医療連帯推進法人(仮称))」の創設も議論されている(厚生労働省2015c)。

3 公私病院の経営比較

本節では、公立病院と私立病院の経営効率を平均的な財務データや基本的な病院データで比較分析を試み、私立病院のどこに、どのような優れた点があるかを明らかにする。

3.1 私立病院の経営力把握

私立病院の経営力を一般企業の経営状況把握に用いられる収支面（収入面と支出面）、生産性、財務状況、成長性の4側面から捉えてみる。病院は営利法人とは異なり、非営利性を求められるが、組織の経営力を把握する上では、私立企業に一般的に用いられる指標も十分に有効と考えられる。

そこで、本稿では『病院運営実態分析調査の概要』（一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会 2014）から、上記4側面に該当する指標を抽出し、2009年度から2013年度までの5年間のそれぞれの値の推移から、私立病院の経営状況を確認する³⁾。

収支面：収入状況

私立病院の最大の収入は、表1に示されているように、やはり医業収入の中でも入院収入で、いずれの年にも67%から69%を占めている。次に大きいのは、外来収入で25%から26%を占めている。この2つで、全体の収入の93%を占めている。その他収入は5%程度で、他会計負担金・補助金は0.4%から0.7%を占めるに過ぎない。また、医業外収入も多い年度でも1.5%、特別収入は多くても0.4%程度である。いかに本業収入に依存しているかが理解できよう。逆にみれば、それしか収入の途がないということでもある。

表1 私立病院の収入状況（100床当り収入）

	単位：百万円				
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
収入総額	1,758	1,925	2,008	1,788	1,945
（構成比）合計	100%	100%	100%	100%	100%
医業収入（入院収入）	1,177.66	1,306.22	1,351.48	1,235.96	1,324.99
（構成比）	66.99%	67.87%	67.30%	69.12%	68.14%
医業収入（外来収入）	458.33	487.70	524.29	437.36	489.68
（構成比）	26.07%	25.34%	26.11%	24.46%	25.18%
医業収入（その他）	92.10	102.13	101.64	86.35	93.84
（構成比）	5.24%	5.31%	5.06%	4.83%	4.83%
医業外収入	26.89	26.65	24.10	26.45	28.69
（構成比）	1.53%	1.38%	1.20%	1.48%	1.48%
特別収入	2.99	1.85	6.55	2.14	7.44
（構成比）	0.17%	0.10%	0.33%	0.12%	0.38%
他会計負担金・補助金等収入	7.00	11.82	12.66	10.79	14.44
（対総収入額・比率）	0.40%	0.61%	0.63%	0.60%	0.74%

（出所）一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会（2014）より。

収支面：支出状況

では、支出状況はどうだろうか。表2からわかるように、支出の最大項目は、人件費で給与の構成比は52%から55%となっている。第二の項目は、材料費で21%から24%となっている。第三の項目は、経費で16%から17%となっている。これらの医業費用で全体の92%を占めている。経営努力をするにしても、必要経費的な項目が支出の9割を占めているため、なかなか難しいことが予想できる。設備投資に対する経費である減価償却は5%から6%に過ぎない。医業外費用や特別損失は収入も少ないので、当然支出もそれぞれ1%から2%と1%未満にとどまっている。

表2 私立病院の支出状況（100床当り費用）

	単位：百万円				
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
支出総額	1,734	1,865	1,938	1,772	1,887
(構成比) 合計	100%	100%	100%	100%	100%
医業費用 (給与)	906.02	965.96	1,005.34	974.78	1,025.94
(構成比)	52.25%	51.81%	51.89%	55.01%	54.36%
医業費用 (材料費)	392.48	437.65	457.42	365.82	418.37
(構成比)	22.63%	23.47%	23.61%	20.65%	22.17%
医業費用 (経費)	298.21	312.30	326.40	287.59	296.34
(構成比)	17.20%	16.75%	16.85%	16.23%	15.70%
医業費用 (減価償却費等)	83.56	93.22	94.08	97.50	87.79
(構成比)	4.82%	5.00%	4.86%	5.50%	4.65%
医業費用 (その他)	20.15	20.09	19.56	18.70	21.10
(構成比)	1.16%	1.08%	1.01%	1.06%	1.12%
医業外費用	27.13	29.63	26.50	20.92	22.82
(構成比)	1.56%	1.59%	1.37%	1.18%	1.21%
特別損失	6.52	5.71	8.24	6.60	14.86
(構成比)	0.38%	0.31%	0.43%	0.37%	0.79%

(出所) 表1と同じ。

生産性

次に、私立病院の生産性を見てみよう。生産性には、労働生産性と資本生産性とがある。まず、表3に示した、労働生産性を医師一人当たり医業収入と職員一人当たり医業収入で見ることにしよう。どちらで見ても、2009年から2012年まで労働生産性は低下傾向にあったが、2013年には若干の上昇傾向に転じている。また、資本生産性を固定資産医業収入比率や病床利用率、100床当たり医業収入の推移で見ると、2011年までは概ね上昇傾向にあったが、

2012年以降低下傾向にある。両者の結果を総合すると、労働生産性が低下している間は、資本生産性を上げる形の経営をしていたが、労働生産性が上昇し始めると、資本生産性を低下させる経営をしている。両者が補完関係にあるのが私立病院経営の一つの特徴と言える。

表3 私立病院の生産性の状況

	単位：百万円、%				
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
医師1人当り医業収入	148.61	112.03	112.86	98.89	104.65
職員1人当り医業収入	13.15	12.05	12.01	10.75	11.25
固定資産医業収入比率	73.40%	74.39%	79.00%	76.96%	72.91%
病床利用率	83.95%	85.28%	85.52%	81.07%	79.79%
100床当り医業収入	1,728.08	1,896.06	1,977.41	1,759.68	1,908.52

(出所) 表1と同じ。

財務状況

医業収入に対する医業外収入の比率、医業収入に対する累積医業収支比率（いわゆる売上高累積利益率または赤字ならば売上高累積損失率）、医業収入に対する累積補助金除外総収支比率（売上高累積補助金除外総利益率）、医業収入に対する累積総収支比率（売上高累積総利益比率）と固定資産に対する医業収入の比率の5指標で、財務状況を概観してみよう。表4に示した、医業収入医業外収入比率は1.2%から1.6%の範囲で推移しており、表1からも、私立病院の場合、収入のほとんどは本業収入である医業収入で構成されていることがわかる。医業収入累積医業収支比率でみた累積利益率の推移をみると、2011年までは順調に伸びていたが、2012年に大きく落ち込んでいる。しかし、2013年には3%まで回復している。補助金を含む場合と含まない場合での総利益率の推移を医業収入累積補助金除外総収支比率と同累積総収支比率で見ると、数値は小さくなっているが、累積利益率と同様な推移となっている。最後に、固定資産医業収入比率（固定資産売上高比率）の推移を見ると、やはり2011年までは上昇していたが、その後は低下傾向にある。つまり、2011年までは財務状況はむしろ良好であったが、その後やや悪化したものの、2013年にはやや改善傾向にあるという状況である。

表4 私立病院の財務の状況

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
医業収入医業外収入比率	1.56%	1.41%	1.22%	1.50%	1.50%
医業収入累積医業収支比率	1.60%	3.53%	3.77%	0.87%	3.09%
医業収入累積総収支比率	0.01%	0.03%	0.04%	0.01%	0.03%
医業収入累積補助金含む総収支比率	0.02%	0.04%	0.04%	0.02%	0.04%
固定資産医業収入比率	73.40%	74.39%	79.00%	76.96%	72.91%

(出所) 表1と同じ。

成長性

私立病院の成長性について、表5で、収益率の変化率や資産の増加率を経営指標として検討してみることにしよう。医業収入に対する補助金あり・なしのケースで利益率の変化率を求めてみた。2012年までは低下傾向にあったが、2013年には増加に転じている。医業収入に対する経常収支比率の変化率、また医業収入に対する医業収支比率の変化率でも同様な傾向にある。さらに、一床当たりの固定資産額の変化率もまた同じ傾向にある。つまり、成長性をやや失いかけていたが、近年やや回復してきたと言える。

表5 私立病院の成長性の状況

	2010年	2011年	2012年	2013年
補助なし医業収入利益の変化率	1.29%	0.13%	-0.74%	2.24%
補助あり医業収入利益の変化率	1.12%	0.11%	-0.63%	1.44%
医業収入経常収支の変化率	1.12%	0.08%	-0.68%	1.87%
医業収入医業収支の変化率	1.20%	0.07%	-0.77%	2.56%
一床当たり固定資産の変化率	8.27%	-1.80%	-8.65%	14.47%

(出所) 表1と同じ。

3.2 公私の経営状況比較

前項で再説した私立病院の経営力指標に対応する公立病院のデータを『病院運営実態分析調査の概要』（一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会 2014）から抽出し、公私の比較分析を試みることにしよう。

収支面：収入状況比較

表6に示されているように、全収入の中では入院収入が最大項目であることでは、両者に違いはない。しかし、構成比は私立の方が常に0.6%から2.7%ポイントほど大きくなっている。公立病院より入院で稼ぐ傾向にあると言える。その分、外来は公立病院の構成比の方が、2.7%から4.3%ポイントほど大きくなっている。全体の中ではそれほど大きな構成比となっていないが、その他の医業収入が私立では5%前後で推移してきたが、公立ではほぼその半分ぐらいであった。こうした構成の違いに加えて、最も大きな両者の違いといえるのが、他会計からの負担金・補助金等の収入の構成比である。公立では2012年まで14%前後あった。財政再建の一環での廃止統合などもあったので、2013年度には9.8%まで低下している。これに対して、私立では2013年度の0.7%が最大で、公立の10分の1にも達していない。いかに公立病院への補助金投入が多いかわかる。ほとんどの収入項目の構成比はそれほど大きく公私間で異なるわけではないが、補助金収入の構成比の違いだけは異常に大きい点が、公立病院と私立病院の収支面における相違点になっているという現状である。

表 6 公私の収入状況比較(100床当り収入)

単位：百万円

	2009年		2010年		2011年		2012年		2013年	
	公立	私立								
収入総額	1,646	1,758	1,775	1,925	1,854	2,008	1,890	1,788	1,907	1,945
(構成比)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
医業収入(入院収入)	1,081	1,178	1,188	1,306	1,236	1,351	1,254	1,236	1,285	1,325
(構成比)	65.7%	67.0%	66.9%	67.9%	66.7%	67.3%	66.4%	69.1%	67.4%	68.1%
医業収入(外来収入)	484	458	505	488	534	524	545	437	543	490
(構成比)	29.4%	26.1%	28.5%	25.3%	28.8%	26.1%	28.8%	24.5%	28.5%	25.2%
医業収入(その他)	40	92	45	102	45	102	49	86	47	94
(構成比)	2.4%	5.2%	2.5%	5.3%	2.4%	5.1%	2.6%	4.8%	2.4%	4.8%
医業外収入	37	27	33	27	34	24	37	26	30	29
(構成比)	2.2%	1.5%	1.9%	1.4%	1.8%	1.2%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%
特別収入	4	3	4	2	6	7	5	2	2	7
(構成比)	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%	0.1%	0.1%	0.4%
他会計負担金・補助金等収入	231	7	245	12	251	13	271	11	187	14
(対収入総額・比率)	14.0%	0.4%	13.8%	0.6%	13.5%	0.6%	14.3%	0.6%	9.8%	0.7%

(出所) 表 1 と同じ。

収支面：支出状況比較

支出面での違いを表 7 で、構成比の大きい項目から順に見ていくことにしよう。最大の項目は公私ともにやはり人件費であるが、予想と異なり、私立病院の人件費が占める割合の方が公立病院のそれよりほとんどの年度で上回っている。特に、近年で私立の割合の方が 2% ポイント強高くなっている。また、材料費でも、私立病院の構成比の方が公立病院のそれより僅かだが上回っている年が多くある。さらに、経費では、私立病院の構成比の方が公立病院のそれを全ての年で若干上回っている。

逆に、公立病院の構成比の方が全ての年で上回っているのは、減価償却費と医業外費用である。とは言うものの、減価償却費で 2% ポイント弱、医業外費用では 1% ポイント程度である。つまり、費用構成でも公私の病院間にはあまり違いはない。

表 7 公私の支出状況比較(100床当り費用)

単位：百万円

	2009年		2010年		2011年		2012年		2013年	
	公立	私立								
支出総額	1,912	1,734	1,975	1,865	2,041	1,938	2,097	1,772	2,159	1,887
(構成比)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
医業費用(給与)	991	906	1,031	966	1,056	1,005	1,098	975	1,143	1,026
(構成比)	51.8%	52.2%	52.2%	51.8%	51.8%	51.9%	52.4%	55.0%	52.9%	54.4%
医業費用(材料費)	437	392	449	438	467	457	468	366	474	418
(構成比)	22.8%	22.6%	22.7%	23.5%	22.9%	23.6%	22.3%	20.6%	21.9%	22.2%
医業費用(経費)	282	298	294	312	307	326	315	288	327	296
(構成比)	14.7%	17.2%	14.9%	16.7%	15.1%	16.8%	15.0%	16.2%	15.1%	15.7%
医業費用(減価償却費等)	127	84	129	93	135	94	137	98	140	88
(構成比)	6.7%	4.8%	6.5%	5.0%	6.6%	4.9%	6.5%	5.5%	6.5%	4.7%
医業費用(その他)	12	20	14	20	18	20	19	19	20	21
(構成比)	0.6%	1.2%	0.7%	1.1%	0.9%	1.0%	0.9%	1.1%	0.9%	1.1%
医業外費用	53	27	51	30	49	26	46	21	47	23
(構成比)	2.8%	1.6%	2.6%	1.6%	2.4%	1.4%	2.2%	1.2%	2.2%	1.2%
特別損失	10	7	7	6	8	8	14	7	9	15
(構成比)	0.5%	0.4%	0.3%	0.3%	0.4%	0.4%	0.6%	0.4%	0.4%	0.8%

(出所) 表 1 と同じ。

生産性

表 8 から明らかなように、医師一人当たり医業収入の公私比較では、2012 年以外の全ての年で、私立病院の生産性の方が公立病院を上回っている。2013 年では、一人当たり 300 万円も上回っている。ところが、職員一人当たり医業収入で見ると、全ての年で公立病院の生産性の方が私立病院のそれを上回っている。最大は 2012 年で、公立病院の生産性の方が 230 万円も高くなっている。医師の生産性では私立病院が高く、職員の生産性では公立病院の方が高いという結果は、私立病院では少ない医師で効率よく稼いでいる姿が想起される。他方、職員全体では公立病院の生産性の方が高いというのは、理解に苦しむところと言えるが、出向元の都道府県、市町村からの派遣職員などをカウントしていないためなどによるものとも考えられる。

これに対して、資本生産性は圧倒的に私立病院の方が高くなっている。2012 年の 100 床当たりの医業収入以外、全ての年で私立病院の資本生産性は公立病院のそれを大きく上回っている。固定資産医業収入比率では、両者の間に約 40%ポイント程の格差が発生している。また、病床利用率でも、7%から 10%ポイント程の格差が発生している(図 1)。つまり、公立ではかつて投資した巨大な施設を保有しながらも、病床などを十分には使用せずに運営しているのに対して、私立では効率的な投資計画の下で、収入見込みに見合った施設を保有し、十分に稼働させて医業収入をあげていると解釈できる。

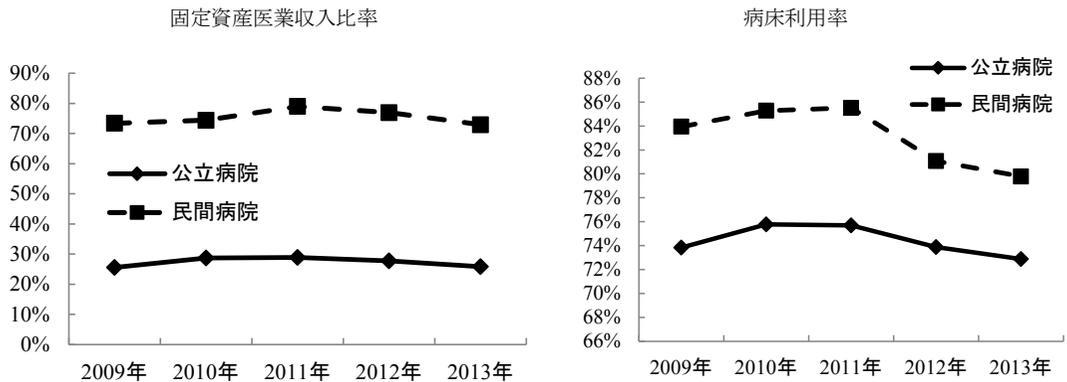
公立病院では、過剰設備の元、十分な供給体制が組めず、宝の持ち腐れともいえる状況で非効率な経営が行われ、赤字が発生し、その分を公費で穴埋めしているというのが実態ということである。

表 8 公私の生産性比較

単位：百万円、%

	2009年		2010年		2011年		2012年		2013年	
	公立	私立								
医師1人当り医業収入	116.8	148.6	105.0	112.0	105.0	112.9	103.8	98.9	101.7	104.7
職員1人当り医業収入	13.6	13.2	13.3	12.0	13.3	12.0	13.0	10.7	12.7	11.3
固定資産医業収入比率	25.6%	73.4%	28.7%	74.4%	28.9%	79.0%	27.8%	77.0%	25.8%	72.9%
病床利用率	73.8%	84.0%	75.8%	85.3%	75.7%	85.5%	73.9%	81.1%	72.9%	79.8%
100床当り医業収入	1,605.4	1,728.1	1,738.5	1,896.1	1,814.3	1,977.4	1,847.7	1,759.7	1,874.3	1,908.5

(出所) 表 1 と同じ。



(出所) いずれも表 1 と同じ。

図 1 資本生産性の公私比較

財務状況

次に、表 9 より財務状況の公私比較をしてみる。一般企業で言う売上高利益率に相当するものとして、医業収入累積医業収支比率、医業収入累積補助金除外総収支比率、医業収入累積総収支比率の 3 指標をまず見てみよう。医業収支比率は公立では全年度マイナスで赤字である。これに対して、私立は全年度黒字である。累積総合収支比率でも負担金・補助金等を除外した比率は、公立マイナスで私立プラスである。また、負担金・補助金等を加えた累積総合収支比率は、公立でも 2010 年から 2012 年にはプラスとなっている。しかし、いずれの指標でも私立を下回っている。

また、一般企業では、固定資産売上高比率に相当する固定資産医業収入比率は、私立病院が圧倒的に大きく、その格差は約 50%ポイントに達している。公立病院の財務状況は補助金なしでは、大きな累積欠損を抱え、経営に苦しんでいることがわかる。また、資本売上高も芳しいものではないことが明らかである。公立病院の自立的な医業収入獲得力は私立病院に比べやや劣っている状況と公立病院は現状では必要不可欠なレベル以上の設備を擁している実態がこの財務分析から読み取れる。この実態を逆にみれば、私立病院は綿密な投資計画の下で設備投資を行い、できるだけその稼働率を上げながら、必死に収入を稼ぎ出していると

いう経営努力を見出すこともできる。

表 9 財務状況の公私比較

	2009年		2010年		2011年		2012年		2013年	
	公立	私立	公立	私立	公立	私立	公立	私立	公立	私立
医業収入医業外収入比率	2.28%	1.56%	1.92%	1.41%	1.86%	1.22%	1.98%	1.50%	1.62%	1.50%
医業収入累積医業収支比率	-15.19%	1.60%	-10.27%	3.53%	-9.32%	3.77%	-10.29%	0.87%	-12.19%	3.09%
医業収入累積総収支比率	-0.17%	0.01%	-0.11%	0.03%	-0.10%	0.04%	-0.11%	0.01%	-0.13%	0.03%
医業収入累積補助金含む総収支比率	-0.02%	0.02%	0.03%	0.04%	0.04%	0.04%	0.03%	0.02%	-0.03%	0.04%
固定資産医業収入比率	25.57%	73.40%	28.67%	74.39%	28.88%	79.00%	27.76%	76.96%	25.80%	72.91%

(出所) 表 1 と同じ。

成長性

組織の成長可能性については、利益や資本の増加率が持続的にプラスで変化していることなどで捉えられる。そこで、医業収入利益率と医業収入経常収支の変化率と一床当たり固定資産額の変化率で見てみることにした。表 10 で利益面をみると、私立病院では 2012 年と 2011 年の一床当たり固定資産の変化率以外はプラスで変化しており、どちらかと言えば、この期間では比較的安定的な成長性を有していたと評価できるのではないだろうか。それに対して、公立病院は他会計からの負担金・補助金等が投入されてもマイナスの時がある。しかし、一床当たりの固定資産額は 2010 年以外プラスで推移している。この固定資産の増加が将来の成長性に結びついているのであれば、問題はないのであるが、これまでの経営実態から見ると、過剰投資・過剰設備による経営悪化が明白であるから、収益性の面での不安定性にむしろ注意した方がよいと考えられる。

表 10 成長性の公私比較

	2010年		2011年		2012年		2013年	
	公立	私立	公立	私立	公立	私立	公立	私立
補助なし医業収入利益の変化率	-0.31%	1.29%	-0.10%	0.13%	0.09%	-0.74%	0.20%	2.24%
補助あり医業収入利益の変化率	-2.21%	1.12%	0.33%	0.11%	-0.02%	-0.63%	-2.01%	1.44%
医業収入経常収支の変化率	-0.30%	1.12%	-0.10%	0.08%	0.06%	-0.68%	0.21%	1.87%
医業収入医業収支の変化率	-0.32%	1.20%	-0.09%	0.07%	0.10%	-0.77%	0.18%	2.56%
一床当たり固定資産の変化率	-3.41%	8.27%	3.58%	-1.80%	5.96%	-8.65%	9.14%	14.47%

(出所) 表 1 と同じ。

4 社会医療法人経営の現状と問題

経営実態という側面から判断するならば、公立病院に比べ私立病院はかなり健全経営を行っていることが明らかになった。もちろん、公立病院にはその設立趣旨から果たすべき役割があるので、経営面だけでその存立のあり方を議論していくことはできない。では、私立病院は不採算部門をすべて公立病院に押し付け、採算部門だけを事業対象としていくだけでよ

いのであろうか。一般の医療法人にも基本的には非営利性が求められる。非営利性は、公益性とは異なるので、税制上の優遇も少なく、行える事業も病院経営に関するごく限られたものとされている。

こうした規制を受けた医療法人では、公益的な事業を展開することは難しいと考えられる。しかし、救急医療や周産期医療は大都市地域でも不足している状況であり、へき地医療は当該地域では死活問題となっている。これを現行の医療法人に押し付けることは不可能と考えられることから、厚生労働省は医療法を改正し、新たに「社会医療法人制度」を設立した（厚生労働省医政局長 2014）。実際には、2008年4月から都道府県の認定が始まり、2014年10月1日現在では全国で234法人設立されている⁴⁾。

社会医療法人は、基本的には、地域で必要な医療の提供を担う医療法人を優遇するために医療法42条2で規定した法人である。一定の収益事業を行うことも可能とされ、病院、診療所および介護老人保健施設から生じる非収益事業および本来業務の医療保険事業については法人税を非課税とし、救急医療に供する固定資産に対する不動産取得税、固定資産税、都市計画税についても非課税とされている。優遇に伴い公益性が強く求められるため、認定要件も下記に挙げた5項目にさらに詳細な条件が厳しく列挙されている⁵⁾。

- ① 同一親族関係者の制限
- ② 救急医療等確保事業に係る業務の実施と基準
- ③ 公的な運営に関する要件（理事・監事の選任など）
- ④ 解散時の残余財産の帰属先の制限
- ⑤ その他（理事会機能など）

こうした条件のもとで設立されている社会医療法人はその公益性ゆえにホームページにさまざまな情報を開示している。地域に必要な医療の提供と共に若干の収益事業を認められたとはいえ、公益性を満たすためには不採算部門を抱えることになるので、経営はかなり難しいものになると予想できる。そこで、このような法人の経営実態を先の平均的私立病院や公立病院の経営実態と比較しながら、今後の制度改革における課題を考えてみる。

4.1 社会医療法人の経営実態

2014年10月時点で認定されている234の社会医療法人についてホームページを悉皆調査した結果、全国で10法人がホームページ上に財務情報を掲載していた。会計情報については、全ての法人が実際には作成し、関係機関には開示しているわけであるが、ホームページにまで開示している団体はまだこの程度であった。非常に少ないサンプルではあるが、その中でも時系列で会計情報が入手できたのは、長野県のA法人とB法人、鳥根県のC法人、沖縄県のD法人とE法人の5法人である。これらの法人のデータでその経営力を先の4側面から見ていく。

収支面

収入面を表 11 の上段に示した 100 床当り医業総収入で見ると、C 病院以外は私立病院と公立病院の平均よりかなり大きい値となっている。特に、A 病院と E 病院は私立病院平均の 8 から 9 倍近い値となっており、かなり大規模な病院を抱える法人と考えられる。他方、費用面を同表下段に示した 100 床当り総支出で見ると、やはり C 病院以外はかなり大きく、特に A 病院と E 病院は私立病院平均の 8 から 9 倍となっている。公益性を付与される社会医療法人は、救急医療なども行っていく必要があるため、ある程度の規模を必要とすることがこのような収入面と支出面の数字に表れていると考えられる。

表 11 社会医療法人の収入と支出

単位：百万円

100床当り医業総収入	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	3,270	3,365	3,530	3,539	3,553
B病院	2,029	2,300	2,425	NA	NA
C病院	671	739	744	713	720
D病院	2,433	2,562	2,671	2,752	NA
E病院	4,109	4,310	4,276	4,475	4,375
社会医療法人（平均）	2,503	2,655	2,729	2,870	2,882
公立病院（平均）	1,646	1,775	1,854	1,890	1,907
私立病院（平均）	1,758	1,925	2,008	1,788	1,945

単位：百万円

100床当り総支出	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	3,233	3,206	3,424	3,531	3,542
B病院	1,003	1,052	1,111	NA	NA
C病院	647	684	724	694	709
D病院	2,265	2,313	2,481	2,606	NA
E病院	3,895	4,032	4,108	4,275	4,342
社会医療法人（平均）	2,208	2,257	2,369	2,776	2,864
公立病院（平均）	1,912	1,975	2,041	2,097	2,159
私立病院（平均）	1,734	1,865	1,938	1,772	1,887

（出所）公立病院と私立病院の平均は、表 1 と同じ。

生産性

設備の有効な利用は収益面にも大きく影響している。まず、資本生産性を表12に示した病床利用率で見ると、公立病院では73%から76%、私立病院では80%から85%である。これに対して、社会医療法人では、社会医療法人C病院を除いて、92%を超える稼働率となっている。また、平均在院日数では、2009年を除くと、公立病院が15日から16日、私立病院が18日から19日である。これに対して、社会医療法人では12日から13日と短くなっている。私立病院の平均よりも6日ほど短縮されている。病床利用率が高く、入院日数が短いわけであるから、かなり病床の回転率が高く、資本効率が高い医療を提供していると言える。

表12 資本の生産性

単位:%					
病床利用率	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	92.38	96.47	96.53	92.36	87.55
B病院(NA)	NA	NA	NA	NA	NA
C病院	49.38	32.32	34.02	32.14	31.92
D病院	NA	NA	93.23	93.80	NA
E病院	104.09	104.13	102.00	102.60	100.74
社会医療法人(平均)	81.95	77.64	81.45	80.22	73.40
公立病院(平均)	73.84	75.77	75.69	73.88	72.87
私立病院(平均)	83.95	85.28	85.52	81.07	79.79
単位:日					
平均在院日数	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	12.4	13.8	13.3	13.3	12.4
B病院	12.3	11.9	11.0	11.1	11.1
C病院	15.7	13.9	14.7	15.0	14.0
D病院	15.4	14.4	14.6	13.9	NA
E病院	10.1	10.0	9.6	9.7	9.7
社会医療法人(平均)	13.18	12.80	12.64	12.60	11.80
公立病院(平均)	17.83	16.15	15.64	15.41	15.21
私立病院(平均)	27.32	19.18	18.06	19.32	18.82

(出所) 公立病院と私立病院の平均は、表1と同じ。

他方、もう一つの労働生産性の側面を表 13 に示した医業収入人件費比率で見てみることにしよう。この比率は職員の生産性を示すとも考えられるもので、公立病院では 60%前後であるのに対し、私立病院では 50%前後から近年徐々に上昇し、54%になっている。社会医療法人でも私立病院平均と同様な動きを示し、平均では 51%レベルから近年では 59%レベルにまで上昇している。労働生産性の病院による違いは近年減少してきていると評価できるのではないだろうか。

表 13 医業収入人件費比率

	単位:%				
医業収入人件費比率	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	57.33	55.93	55.93	57.52	57.67
B病院	47.15	44.06	44.48	NA	NA
C病院	NA	63.20	63.65	65.49	65.41
D病院	NA	NA	NA	NA	NA
E病院	49.96	50.08	50.88	51.53	55.01
社会医療法人(平均)	51.48	53.32	53.73	58.18	59.36
公立病院(平均)	61.73	59.32	58.21	59.44	60.98
私立病院(平均)	52.43	50.95	50.84	55.40	53.76

(出所) 公立病院と私立病院の平均は、表 1 と同じ。

財務状況

財務における収益という側面を一般企業では、売上高利益率ないしは経常収支比率という指標で捉えている。ここでもそれに相当する表 14 に示した医業収入経常収支比率で私立病院および公立病院の平均と比較してみよう。5 社会医療法人の平均値を見ると、2012 年までは、公立病院は論外としても私立病院の平均をも上回っている。規模の利益がかなり明確に現れていたと言える。しかし、2013 年には、私立病院の平均をも下回っている。この指標については、公私病院も低下傾向があり、社会医療法人でも 2010 年以降同様な傾向にある。その一環で大きく落ち込んだとも考えられるが、公益性の付与による赤字体質がかなり大きく影響し始めたとも考えられる。

表 14 100 床当り医業収入経常収支比率

					単位:%
医業収入経常収支比率	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	1.15	4.75	3.00	0.23	0.31
B病院	1.70	9.16	9.02	NA	NA
C病院	3.95	8.61	3.11	3.15	1.88
D病院	7.04	9.90	7.29	5.57	NA
E病院	5.27	6.50	4.01	4.43	0.77
社会医療法人(平均)	3.82	7.78	5.29	3.35	0.99
公立病院(平均)	-16.21	-11.28	-10.16	-10.80	-13.10
私立病院(平均)	1.59	3.37	3.65	1.18	3.40

(出所) 公立病院と私立病院の平均は、表 1 と同じ。

成長性

では、社会医療法人の成長性はどうか。表 15 に示した、一般企業の売上高利益率に相当する医業収入利益率の変化で見てみることにしよう。なお、私立法人の実態を捉えるため、ここでは負担金・補助金等の収入を含まない利益で見てみることにする。

表 15 では、2012 年以外、私立病院は基本的にはプラスで、最近年ではプラス 2.2%となっている。また、公立病院でも近 2 年はプラスでしかも値が大きくなっている。しかし、社会医療法人では、2010 年まではプラスであったが、その後は 3 年間マイナスが続いている。わずかにマイナスが縮小はしているが、やはり、長期的な成長性は見込めないという評価をせざるを得ない状況である。

表 15 医業収入利益率の変化からみた成長性

医業収入利益の変化率 (補助金収入なし)	単位:%				
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
社会医療法人					
A病院	6.77	3.14	-0.37	-0.92	0.33
B病院	-0.97	8.03	-0.01	NA	NA
C病院	0.50	0.18	-2.63	0.30	0.03
D病院	41.09	0.58	-0.35	-0.80	NA
E病院	-0.03	0.32	-0.44	0.22	-1.00
社会医療法人(平均)	9.47	2.45	-0.95	-0.30	-0.21
公立病院 (平均)		-0.31	-0.10	0.09	0.20
私立病院 (平均)		1.29	0.13	-0.74	2.24

(出所) 公立病院と私立病院の平均は、表 1 と同じ。

4.2 経営力総合比較 (公私 VS 社会医療法人)

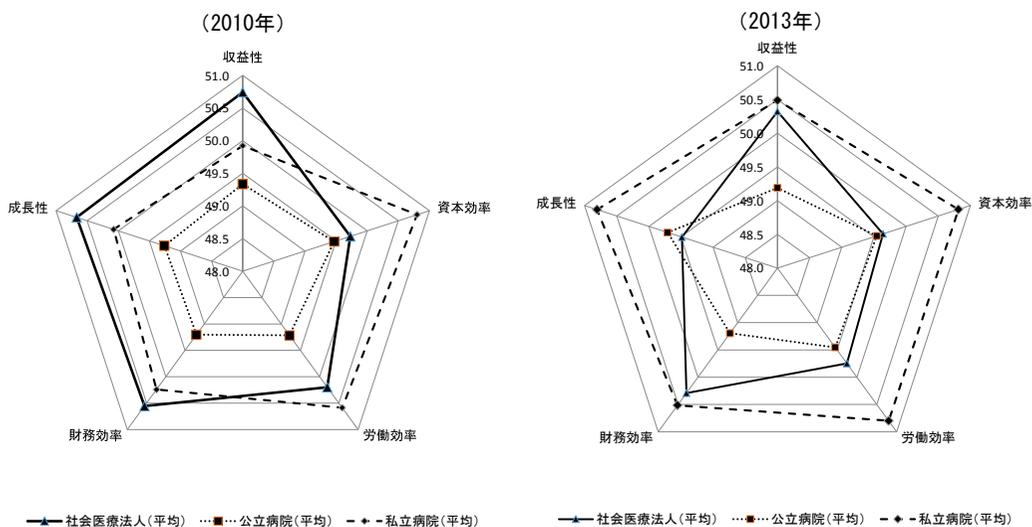
社会医療法人の経営力を公立病院および私立病院の経営力と総合的に比較することにしよう。まず、図 2 に示した 2010 年のレーダーチャートで比較してみよう。ここでは、収益性 (医業収支)、資本効率性 (病床利用率)、労働効率性 (医業収入人件費比率)、財務効率性 (医業収入経常収支比率)、成長性 (医業収入 (負担金・補助金なし)、利益率の変化率) の 5 側面を一覧的に比較できるようにしてみた。また、外側に広がるほど、収益性、効率性、成長性が高まるように (労働効率では、医業収入人件費比率を逆数に置換) するとともに、同一次元で比較を可能にするため原数値の偏差値化を試みている。

2010 年のレーダーチャートでは、資本効率と労働効率以外では、社会医療法人が一番外側に位置していた。病床回転率では平均的私立病院の方が高くなっているため、設備の有効利用という点では社会医療病院は劣っているが、救急等の公益的な医療を義務付けられているので、多少の非効率性は発生していても受け入れざるを得ないのではないだろうか。また、労働効率という側面でも、周産期医療への対応なども求められるので、そのための医療従事者等を増員せざるを得ないため、この非効率もある程度はやむを得ないのではないだろうか。このように、2010 年時点では、収益性や財務効率、さらには成長性ではまだ社会医療法人の経営力に期待ができ、社会医療法人化インセンティブが存在していたと言える。

しかし、2013 年になると、わずか 3 年しか経過していないにもかかわらず、図 2 に示したようにレーダーチャートの構造が大きく変わっている。ほとんどの側面で一番内側に公立病院が位置している点では変わらないが、社会医療法人は全ての側面で平均的な私立病院の内側になっている。しかも、成長性では平均的な公立病院よりも内側になっている。

収益性と財務効率の2側面では、私立病院の平均に近い位置になっているが、資本効率と労働効率および成長性は平均的な公立病院の位置に近づいてしまった状況である。単年度での収益はまだなんとか維持しているが、医業収入人件費比率の高さ、病床回転率の低さは収益低下につながるファクターであるため、長期的な収益動向としての成長性がかなり低下してきた姿がここに現れている。このように、社会医療法人の経営力が、近年、かなり低下してきている実態が如実に現れている。この状況に2014年の消費税増税が加わると、現在はかなり厳しい経営状況に陥っている可能性があると考えられる。

大規模化と収益事業や社会福祉事業などの展開を認めながら、公益性を強く求められているためか、社会医療法人の財務パフォーマンスは急速に悪化しているようである。今後の医療改革では、地域包括ケアシステムの確立において、社会医療法人は重要な役割を担うものと期待されているが、経営の実態はそれほど楽観できるものでないことが伺える。現在、政府はさらに一歩進めた非営利ホールディング会社という組織を新たに想定し、一層の改革を進めようとしている。しかし、規模の経済が働く大規模化と、公益的医療提供の要求とは経営上は相反することになるため、両者をどのようなバランスで組み合わせるか、あるいはホールディング会社全体のグループ利益をグループ間で融通することをどこまで認めるのかなどが、今後の議論では重要な問題となってくると考えられる。



(出所) 公立病院と私立病院の平均は、表1と同じ。

図2 レーダーチャートによる病院間経営比較 (2010年、2013年)

5 今後の病院経営のあり方

本稿では、公立病院と私立病院との財務データ等を用いて、その経営力の比較を試みてきた。具体的には、一般の営利企業の経営分析で用いられる収入・支出の収益性、資本・労働

の生産性、財務の効率性、将来性をみる成長性という4側面の指標に基づいて経営力評価を行った。

まず収入と支出の側面では、公私で収益構造においても費用構造においても表面的にはそれほど大きな違いはなかった。しかし、公立病院では医業以外の収入に他会計からの負担金・補助金がかかり含まれており、本質的な収益構造には違いがあることが確認された。これが全て単なる赤字補填であるならば、かなり問題であるが、公立病院が担うべき公益的な医療サービス提供（たとえば救急医療や周産期医療など）の維持のためのものであるならば、必要不可欠な公金支出投入とも言える。この点については、地域包括ケアシステムのなかで、公立病院のそれぞれの地域での位置づけを明確にすることにより、その正当性や意義、さらには必要規模も明確化できるはずである。

収益構造で私立に比べややその構成比が大きいのは、費用面での減価償却等の部分である。2%程度のものであるが、常に上回っている状態が続いている。これは設備や機器が私立と比べると過剰という意味にも捉えられる。設備投資計画に無理がないかなどの再点検が必要とも言える。

公立病院に対するこのような評価は、逆にみれば私立病院がいかに合理的に経営しているかという評価につながるわけである。経営の安定化を図るため、収益面では医業外収入を公立病院の他会計からの負担金・補助金相当分まで稼ぎ出すという経営努力が行われていることが理解できる。また、綿密な投資計画の元で、施設整備が行われている実態も現れていると解釈できる。

本稿後半では、2008年頃から導入された社会医療法人制度の下で設立されている病院の経営実態と経営力の評価を試みた。大都市地域での救急医療や周産期医療、さらにはへき地医療といった、地域で必要な医療提供を行うという公益性を強く求める一方で、税制上の優遇措置を付与する新たな法人制度を創設し、地域医療拡充の一つの施策が始まっている。しかし、その経営実態はあまり知られていない。そこで、公表されている少ないサンプルではあるが、その経営実態を調べてみた。

その結果では、制度創設当初の2010年頃は規模の拡大で経営も順調であったが、わずか3年後の2013年の経営力は中小を含む私立病院の平均をも下回る状況で、公立病院に近いものとなっている。公益性の追求が経営の足枷となっている可能性が否定できない。社会医療法人制度は、地域医療の拡充ないしは確保の一環として創設された制度であるが、今回の調査研究の範囲でも、経営内容的には公立病院化していると評価せざるを得ないところがある。

地域医療の確保・拡充のためには、供給体制を維持していくための財源が不可欠である。他会計からの負担金・補助金を一層拡充するのも一案ではあるが、民間の資金をより効果的に用いる現在発案されている非営利ホールディング会社というアイデアは非営利組織の運営の効率化・安定化のためには有効な考え方も評価できる⁶⁾。グループ内利益の再配分における個々の法人の非営利性ないしは公益性との関係を十分に考慮した法人制度の創設は、今

後の医療改革においても特に重要であるし、注目すべき課題となっていくことを最後に指摘しておく。

謝辞

本論文は、文部科学省科学研究費補助金、基盤研究 (C)、課題番号 25380375 の助成を受けた研究成果である。

注

- 1) 公立病院の経営分析については、中嶋・真鍋他 (2014)、中山 (2004)、野竿 (2007) などがある。なお、本稿は、中嶋・跡田 (2015) に加筆・修正を行ったものである。
- 2) その他の公的病院の開設者は以下のとおりである。日赤 (日本赤十字社)、済生会 (社会福祉法人恩賜財団済生会)、北社協 (社会福祉法人北海道社会事業協会)、厚生連 (厚生 (医療) 農業協同組合連合会)、国保連 (国民健康保険団体連合会) (医療法第 31 条)。
- 3) このデータは、2015 年 3 月 1 日現在では、「平成 26 年病院運営実態分析調査の概要」(一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会) が公表されている。本分析では、平成 25 年版を一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会 (2014) より取得して分析を行った。
- 4) 社会医療法人数と内容については、厚生労働省が「社会医療法人の認定状況について」として、下記のホームページで公表している。
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoudl/shakaiiryouthouzinintei.pdf#search=%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E5%8C%BB%E7%99%82%E6%B3%95%E%E4%BA%BA>)
- 5) 社会医療法人の認定制度の詳細については、厚生労働省の下記のホームページを参照されたい。
(http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoud/about_nintei.html)
- 6) 非営利ホールディングカンパニー制度の詳細については、厚生労働省平成 25 年度医療施設経営安定化推進事業の下記報告書を参考されたい。
(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho_h24.pdf)

参考文献

- [1] 岩崎保道 (2014) 『非営利法人経営論』 大学出版会。
- [2] 一般社団法人全国公私病院連盟・日本病院会 (2014) 「平成 25 年病院運営実態分析調査の概要 (平成 25 年 6 月調査)」 (https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20140303_01.pdf) 2015/3/1。
- [3] 厚生労働省 (2013) 「平成 23 年度病院経営管理指標 平成 24 年度厚生労働省医政局委託 (委託先株式会社明治安田生活福祉研究所)」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoud/igyoudkeiei/keieisihyou/23kannri.html>) 2015/3/1。
- [4] 厚生労働省 (2015a) 「平成 26 年度医療施設 (静態・動態) 調査」 (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001141080>) 2015/12/6。
- [5] 厚生労働省 (2015b) 「医療法人数の推移」 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000089657.pdf>) 2015/12/6。
- [6] 厚生労働省 (2015c) 「地域医療連携推進法人制度 (仮称) の創設及び医療法人制度の見直しについて (医療法人の事業展開等に関する検討会 平成 27 年 2 月 9 日)」 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000073732.pdf>) 2015/12/7。
- [7] 厚生労働省医政局長 (2014) 「社会医療法人の認定について」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoudl/shakaiiryouthouzin1212.pdf>) 2015/5/26。
- [8] 自治体病院経営研究会編 (2015) 『自治体病院経営ハンドブック 第 22 次改訂版 (平成 27 年度)』 ぎょうせい。
- [9] 中嶋貴子・跡田直澄 (2015) 「財務指標を用いた公私病院の経営比較分析」 *Discussion Paper In Management and Economics*, No.15-1。
- [10] 中嶋貴子・真鍋雅史・西田喜平次・濱田吉之輔 (2014) 「公的病院の財務評価一因子分析による接

近一」 *Discussion Papers In Simulation Studies*, No.3.

- [11] Nakajima, Takako; Nishida, Kiheiji and Manabe, Masashi. (2015) “Financial Evaluation of Public Hospitals: A Factor Analysis Approach” *Discussion Papers In Simulation Studies*, No.8.
- [12] 中山徳良 (2004) 「自治体病院の技術的効率性と補助金」『医療と社会』vol.14, no.3, 69-79 頁.
- [13] 野竿拓哉 (2007) 「地方公営病院におけるインセンティブ問題—DEA による非効率性の計測及びその要因の計量経済分析とともに—」『会計検査研究』vol.3, no.35, 117-128 頁.

(平成 27 年 10 月 12 日受付、平成 27 年 12 月 11 日再受付)