

## 資料 1 第 7 回懇談会議事録

国立病院・療養所の独立行政法人における  
財政運営と効率化方策に関する懇談会

議事録（第7回）

日 時 : 平成14年7月26日（金） 10:30～12:30

場 所 : 松本楼 2階 花水木の間

議事次第

1. 開 会
2. 議 事
  - (1) 第6回懇談会議事録について
  - (2) 企業会計基準に基づく財政運営について
  - (3) 安定的で効率的な法人運営のための取り組みについて
  - (4) その他
3. 閉 会

出席委員 : 浅田座長、大道座長代行、小幡委員、川渕委員、岸委員、黒木委員、  
小村委員、住田委員、谷委員、夏目委員、西島委員、藤田委員

欠席委員 : 竹内委員

事務局 : 下田健康局長、河村国立病院部長、佐藤審議官、高橋企画課長、  
滝澤政策医療課長、加藤経営指導課長、吹野職員厚生課長、  
中井川組織再編推進室長、今村国立病院・療養所対策室長、  
木村高度・専門医療指導官、柳沢看護師等養成指導室長、  
一乗経営監査指導室長、深田施設整備管理室長、金井首席営繕専門官、  
齋藤国立名古屋病院長 他

(座 長) 定刻になりましたので、ただいまより「国立病院・療養所の独立行政法人に  
おける財政運営と効率化方策に関する懇談会」の第7回会議を開催いたします。  
初めに事務局から本日の出欠状況の報告をお願いいたします。

(事務局) おはようございます。本日は竹内委員がご欠席でございます。西島委員は台  
風の影響で出発が遅れておまして、11時過ぎぐらいにお見えになるというこ  
とです。住田委員は所用のため途中で退席されるということです。以上でござ  
います。

(座 長) ありがとうございました。

それでは本日の議事に移ります。まず議題1. 前回の議事録についてですが、お手元に配付されております。あらかじめ事務局より各委員にご覧いただいていると伺っておりますが、特段、何かご発言がありましたらお願いいたします。

ご発言がないようですので、これでご了承いただいたということで、本日の会議終了後、公表することといたします。

それでは早速、本日の本題に移ります。本日は、前回お示した今後の進め方のメモに従いまして、「企業会計基準に基づく財政運営」と「安定的で効率的な法人運営のための取り組み」の2つを議題としたいと思っております。議題2と議題3は相互に関係しますので、事務局から一括して説明をお願いいたします。

(事務局) まず、資料2「企業会計基準に基づく財政運営について」をご説明いたします。これは、独立行政法人の会計基準の考え方等について皆様方に改めてご確認いただくという趣旨でお示ししている資料です。

まず1ページは独立行政法人の会計基準の仕組みをフロー図によって示しています。

独立行政法人は、設立の趣旨に鑑みまして企業会計原則に準拠してやっていくことを大原則としておりますが、カッコ書きにありますように、国の組織から離れている、大臣に任命権がある、中期目標等で国の政策を遂行するという公共的な性格があります。

当初に出資資本金を計上するわけですが、利益が上がった場合、出資者への配当等は目的としていない。特にこれは先行独法において顕著ですが、独立採算性を前提とはしていない。運営費交付金等が財政で大きな位置を占めているということです。

また、企業会計原則をベースとしながらも独立行政法人固有の会計処理が必要であるということです。

2ページ、3ページは、総務省の副大臣のもとで独立行政法人会計基準研究会が開催されまして、平成12年2月に「独立行政法人会計基準の設定」という報告書が出されましたが、その前文です。今申し上げたことが書いてありますので、ご参考にしていただければと思います。

4ページは会計制度の比較の表です。左から国立病院特別会計、企業会計原則、独立行政法人会計基準という欄がありますが、ご覧いただくとおわかりのとおり、ほとんど企業会計原則による会計処理がなされるということです。

企業会計原則と異なる部分を申しますと、予算・決算の欄のところですが、企業会計原則は決算中心主義ですが、独立行政法人は中期計画、中期計画を年度ごとにブレイクダウンした年度計画の拘束を受けるということです。

次に、その2つ下の利益処分のところですが、企業であれば、株主への配当など利益処分方法は企業の裁量によって実践されていますが、独立行政法人の場合は中期計画において剰余金の使途については定性的にこういう対象に使うということを記載した上で大臣認可を受けるという制約があります。

財務諸表につきましては概ね企業会計原則と同じような形ですが、右下に行政サービス実施コスト計算書というのがあります。これについては企業会計原

則にはない独立行政法人固有の処理がなされます。

5 ページは財務諸表上の会計処理の違い、どういうものが企業会計ではなく、独立行政法人にあるのかということについて記載したものです。

基準第77とか基準第73、74とありますが、これは会計基準の第77条、第73条、第74条ということです。

下のほうからご説明しますと、先ほど申しましたように独立行政法人は運営費交付金というものが大きな特徴としてありますが、これを受け入れる場合、P/L上の収益という形で受けるのではなくて、B/S上の債務という形で計上して受け入れて、費用発生が生じる、もしくは業務の達成度合い等に応じて、徐々にそれを収益化、費用化していくという処理になります。

この趣旨としては、交付金を受け入れる段階で独立行政法人としては国から当該運営費交付金に対応する業務を行う概念上の債務があるんだということを認識していただくという趣旨だと承っています。

また、ストックに対する支出として運営費交付金以外に施設費というものが計上されますが、これは施設整備費をイメージしていただければいいと思います。施設費の処理としては、まず最初に預り施設費という形で流動負債で受け入れて、そのあと具体的に当該年度で資産を取得した場合、それを資本剰余金に振り替えます。

P/Lとの関係で申しますと、上の基準第77ですが、減価償却というものを損益計算上で計上しないという扱いになっています。これは先行独立行政法人の研究所の建物とか研修所の施設をイメージしていただけるとわかりやすいと思います。企業会計上では減価償却の計上は、一定の収益に対応するためのコストという概念で整理されていますが、研究・研修施設については収益が想定されませんので、それに対応する減価償却を計上するのは不適切ではないかということで、P/L上の概念には出てこないということです。

資産のほうは経年に応じて資産価値が減りますが、借方の債務のほうでは資本剰余金が毎年減るということで、P/Lを通り越して、いきなりバランスシート(B/S)のほうの処理になります。これは収益を予定していない施設の減価償却の処理ということで、独立行政法人の会計基準固有の処理ということになります。

6 ページは、今の国立病院特別会計と独法後の損益計算書との違いを単純化して、わかりやすくポンチ絵にしたものです。

今の国立病院特別会計は資本収支も含めたキャッシュ全体の収支になっていますが、独立行政法人後はキャッシュという概念ではなくて、減価償却費を乗せる。借入金とか施設費等の資本取引はB/S上で整理をするという特徴があるということを図で示しています。

損益計算書のほうに書いてありますが、私どもの見込みとしては、費用を分類するにあたっては病院会計準則を念頭に置いて医業費用と医業外費用に区分することが必要になってくるのではないかということをお示ししています。

7 ページは行政サービス実施コスト計算書です。これは何かと申しますと、

企業会計では毎年度の費用、損益は損益計算書上であらわれますが、独立行政法人の場合、運営費交付金など種々の事情によって、損益上では費用が見えてこない。納税者である国民の立場から見た時に費用が明確にわかるような計算書を作って欲しいという趣旨で作るものです。

まず1番の業務費用ですが、これは損益計算書上の費用から自己収入分を引いたものです。私どもの場合は診療収入、先行独立行政法人の場合は美術館の入場料とか車検の検査料などが入ってきますが、費用(A)から収入(B)を引いたものが業務費用ということです。

2番目に損益外減価償却相当額というのがあります。先ほど申しましたように、損益計算書上、減価償却を計上しないものがあるわけですが、現在の建物を30年後ぐらいに新たに整備するためには一般会計からご負担いただかなければいけないということを想定して、それを毎年度、費用として認識していただくということで、損益外減価償却相当額というものを(C)という形で計上します。

3番目は機会費用というものです。独立行政法人は国有財産を無償で使用していますが、地主としての国が民間等に貸した場合はそれなりの賃借料が入ります。また、政府から一定額の出資が出ていますが、これにつきましても民間等へ出資、あるいは株式等に出資すれば利息が得られる。しかし独法に出資したために得られないという部分があるのではないかと、これも国民にとってみれば費用として認識すべきではないかと、こういう考え方に基づいて機会費用というものを計上します。

以上のプラス・マイナスを合わせて、行政サービス実施コスト計算書というふうに計上したということです。

次に、資料3-1「独立行政法人制度における経営改善手法」をご覧くださいと存じます。

独立行政法人の制度上のスキームで経営改善のためにどんな仕組みがビルトインされているのかというと、中期計画の策定とその評価ということになります。

1ページは独立行政法人の中期計画の仕組みをフロー図で示しています。

中期計画につきましては、認可を受けたあと、それを年度計画にブレイクダウンして、毎年度、業績評価を受けるというシステムになっています。

評価については、中期計画においては経営改善ということで経営状況も書くわけですが、サービスの内容についても書かれますので、そういう実施状況についても評価を受けることとなります。

法律上は法人全体としての中期計画ですが、実際に業務を行うのは144施設ですので、施設ごとにも中期計画を作らせて、その集積が法人の中期計画という認識です。

そのほかに各施設は、この前ご説明したとおり個別法において各施設ごとのバランスシートなり損益計算書を作らなくてはなりません。

サービス面と経営面について毎年度の評価を受けたあと、中期計画終了時に

において、右下にありますますが、評価委員会による評価を受けます。

また、左下にありますますが、厚生労働大臣による検討がなされます。この際、法人の存亡をかけた業務継続の必要性、組織形態のあり方、業務全般にわたる検討が想定されます。これを私どもの法人にブレイクダウンした場合はどうということになるかと申しますと、法人の存廃、法人の経営形態の話はもとより、施設ごとの機能の適正、独立行政法人施設としての存在意義などが各施設ごとに見られていくこととなります。

2 ページは中期計画（3～5年）のイメージです。私どもとして検討はしてないのですが、中期計画とはどういうものかというのを先行の独立行政法人の事例をもとに、こういうものが指標化されているということを説明しています。

1 番目は、業務運営の効率化に関する目標を達成するためにとるべき措置です。

先行独立行政法人の事例を見ますと、運営費交付金を充当する業務について効率化を図っていく。これは税金の使われ方という観点から一定の目標値を出しているパターンとか、経費総額でやっていくものがあります。

例3のように、私どもの法人でいえば医業収支率というのも目標の一つの前提になってこようかと思えます。ただ、私どもは債務も負い、借入れもするという法人ですので、経営目標においてはストックを念頭に置いた目標の設定も考えなくてはいけない。これは先行の独立行政法人にはない私どもの一つの特徴かと存じます。

2 番目はサービスの向上に関する事項です。

中期計画において、政策医療19分野を実施する施設を5年間で特定し、ネットワークを強化していくということを書くことが想定されます。サービス向上のための目標を法人全体として、もしくは各施設を念頭に置きながら設定することも求められるのではないかと思います。

研究分野については、先行独法では研究論文の本数、学会への出席回数が目標値になっているところもあるようですが、ここは一工夫というところかと思えます。

3 番目から5 番目については、当該年度の収支計画、資金計画、お金の流れについての5年間のめどを作っていくということです。

6 番目は、その他主務省令で定める事項です。

先行独立行政法人では施設整備等に関する計画、人事に関する計画、これは人件費の効率化のためにこうしていきたいという事項を定めている事例があるようです。

中期計画の性格からいって、いくつか記載が不適切である事項があると承っています。1 つは独立行政法人の長が自ら決める裁量事項で、法人の組織をどうするか法人が定めると法律上になっているもの、これは大臣認可にかかわらしめて、主務省のチェックが入るのはおかしいではないかという点。

もう1 つは労使交渉マター、給与とか労働条件、こういうものについては労使双方で決めるべきものという性格がありますので、その点について中期計画

であらかじめ大臣の認可にかかわらしむるとするのは不適切ではないかという話があります。

次に3ページをご覧くださいと思います。現在、国立病院・療養所においては経営管理のために、経営管理指標に基づいて施設サイドでも自己評価をしていただいています。経営管理指標の具体的な項目が6ページに載っております。本省サイドでも施設運営の評価をしていく。経営管理指標をもとに毎年度、事業計画を策定して、事業計画において、3ページにあります①から⑥までの事項について具体的に施設に対して説明を求め、本省が承認をするというスタイルをとっています。

4ページに、その具体的な手続きが書いてあります。ポイントとしては、毎年度の事業計画でして、本省のヒアリングが実施される時期は、毎年の予算の政府原案が決定したあと、それを念頭に置きながらやっていくというスタイルになっているということです。

簡単ですが、資料3-1の説明は以上でございます。

(事務局) 続きまして、資料3-2についてご説明させていただきます。国立病院・療養所の経営の現状につきましては3回目の懇談会でご説明させていただきましたが、今後の取り組みをご議論いただく前提として、現状がどうなっているかということを再度ご説明したいと思います。

1ページは、平成12年度の設置主体別の指標の比較(1)です。

左から3番目に医業収支率という欄があります。私どもは官庁会計の中で減価償却をしていませんが、国立以外の他の設置主体につきましては医業費用の中に減価償却費が含まれています。私ども国立病院はそのかわりに借入金の元金の償還金を入れた数字で表しています。

医業収支率につきましては、公的、私的に比べますと病院・療養所ともに低い値ですが、自治体病院に比べますと良い数字になっています。

ここで一つ注意していただきたいのは、国立病院のほうは他の設置主体と似通ったところがありますが、国立療養所については慢性の患者を主として扱っているということで、他の設置主体と一概に比較できないという点はご理解いただきたいと考えます。

次に100床あたりの数字ですが、医業収益につきましては、病院・療養所ともに国立のほうは他のものより低い。入院収益で見てくださいと、他の公的病院に比べますと国立病院のほうも劣りますが、自治体病院とか私的に比べると少し高い数字が出ています。

外来収益につきましては、国立病院・療養所ともに他の設置主体に比べますと極めて低い状況にあります。他の設置主体が入院収入と外来収入の割合が2対1から2.5対1というのに比べて国立病院の収入は4対1ということで、極めて入院中心の医療になっているという状況です。

給与費につきましては、療養所のほうは慢性期ということで比率が高いのですが、絶対額で見てくださいと、国立病院・療養所ともに給与費が6億円台ということで、他の設置主体に比べますと極めて低くなっています。対医業

収益給与費比率を見ますと、国立病院のほうはその他公的、私的に比べますと少し高く、自治体病院と比べると低い状況にあります。国立療養所については慢性期の患者を扱っているため収益が低いということから給与比率は高いということになります。

対医業収益材料費比率については、国立病院のほうは33.3%で、他の設置主体に比べて少し高いんですが、絶対額としては低くなっています。医業費用全体についても、100床あたりで見ますと国立病院・療養所は他の設置主体と比べて低いという状況が見受けられると思います。

2ページは、平成12年度の設置主体別の指標の比較(2)です。

外来／入院比率につきましては、他の設置主体で見ますと、公的は全体で2.2ですが、国立病院のほうは1.3ということで低いし、国立療養所でも0.4ということで、外来患者が極めて少ないという状況が見受けられます。

病床利用率につきましては、国立病院で81.3%ということで、他の設置主体より少し低いんですが、療養所は85.6%ということで非常に高い。国立病院はちょっと低いんですが、いま再編成が進んでおりまして、再編成対象施設の患者離れというのがありまして低くなる傾向がありますので、そのあたりが出ているということかと思えます。

平均在院日数につきましては、国立病院が24.3日ということで、他の設置主体と比べて平均在院日数は長い。療養所は83.5日と長いんですが、これは長期療養ということでご理解いただきたいと思えます。

患者1日1人あたり入院収入を見ますと、国立病院が35,318円ということで、その他の公的よりは少し低いんですが、かなり高い収入を上げています。

患者1日1人あたり外来収入は、国立病院が6,930円ということで非常に低いんですが、これは院外処方せんの発行率が他の設置主体と比べると極めて高い状況ですので、医薬品比率が低いということをご理解いただきたいと思えます。

3ページは主な経営管理指標について、平成4年度と12年度を比較した表です。

比較の対象としては、その他公的が医療機能も似通ったところがありますし、規模的にも近いということで、国立病院、国立療養所、その他公的、この3つを比べています。国立病院と療養所は4年度と12年度、その他公的は3年度と12年度になっています。

注4をご覧くださいますと、その他公的の欄は、全国公私病院連盟の2つの資料が書いてありますが、主として後者の「病院経営分析調査報告」をもとにしております。

収支に関する評価で見えますと、会計処理の方法が違いますので直接的な比較は困難と思えますが、国立病院のほうも相当伸びてきているということになります。

収益に関する評価で見ますと、入院1人1日当たり診療収益では、国立もその他公的も同じように伸びてきていますが、外来患者1人1日当たり診療収益



は国立病院のほうは非常に低くなってきている。これは院外処方せんの発行が大きな原因であろうと考えております。

100床当たり年間診療収益についても私どもは伸びていますが、公的のほう伸びが大きいという実態が見受けられます。

費用に関する評価のところ、4年度からの伸び率の欄を太い黒枠で囲ってありますが、これについては減るほうがいいということで、逆の数字を使っております。12年度を分母として4年度/12年度ということでやっておりますので、数字が大きいほど改善しているということです。

人件費率ですが、国立のほうは落としてきている。材料費率も国立が落としてきているという状況です。

100床当たり人件費の伸びを見ていただきますと、国立病院は平成4年度と12年度で7千万円ほど人件費を増やしていますが、その他公的では2億7千万円ほど伸ばしています。

材料費は国立のほうは落としてきていますが、これは院外処方大きいと思います。その他公的は材料費も大きく上げてきています。ここから見受けられますのは、その他公的病院はそれなりの費用もかけているが、それだけ収入を上げているということになります。

生産性に関する評価では、国立と公的とそれほど差はないのではないかと、それなりに頑張ってきているのではないかと思います。

医療資源の利用状況の評価ですが、病床利用率については国立よりもその他公的のほう少し上げてきている。平均在院日数については国立はまだ長いものの、短縮率ではその他公的よりも短縮を図っているということになると思います。

4ページは国立病院・療養所と他の設置主体の入院患者100人当たり職員数を比べたものです。

先ほど人件費率は少し高いが給料費の絶対額は低いと申しましたが、看護師で見ていただきますと、他の設置主体では患者100人当たり77.2人に対して、国立病院は59.7人、国立療養所は52人となっています。計の欄で見ても、他の設置主体は143人に対して、国立病院は104.4人、国立療養所は88.6人ということで、人数が少ない体制の中で頑張ってきていると言えるのではないかと考えております。

5ページは国立病院・療養所における経営改善項目です。このような改善をしてきたわけですが、具体的にどのようなことをやってきたのかということです。

1. 収入に関する事項です。

(1) 請求漏れ、査定減の防止対策を講じてきました。

(2) 収入増加方策として、人の配置とか施設の整備の時には、各種施設基準を勘案しながらやってきました。

(3) 医療機器の使用効率も高めてきたということもあろうかと思います。

2. 費用縮減に関する事項です。

(1) 材料費の節減では、医薬品、医療用消耗器材の購入努力とか在庫管理の

徹底を行ってきたということもあります。

後発医薬品の採用というのも遅れてたんですが、今年5月の調べでは4.2%ぐらい使っているということで、経費を下げているという状況があります。

外部委託検査の院内実施ということで、費用対効果を十分考えながら対応しています。

材料費の節減と業務の合理化等を進めてきました。例えば、SPDシステムを導入しながら在庫管理を徹底している施設もいくつかあります。

(2) 経費の節減では、光熱水費の削減ということで、業務用季節別時間帯別電力契約を締結して電気料金を下げたり、節水器を取りつけて削減を図ったり、管理棟などは昼間に電気を消していたり、そういう努力をいろいろとやっているのではないかと思います。

業務委託の導入・拡大ということもやってきておりますし、患者数が少なく非効率な病棟については集約を図って経費削減に努めています。

6ページは、収入を上げるため、主な診療報酬施設基準の届出を行ってきていますが、その状況を表にしています。平成12年7月と14年5月の比較です。

初診料紹介外来加算1～4のところを見ますと、これは紹介率が30%以上のところになりますが、平成12年7月は59施設だったのが今年5月には89施設ということで増えています。

下の届出施設割合の表で見ますと、国立病院・療養所は今年5月には49%ですから、約半分の施設が紹介率30%以上になっています。そういうことでいろいろ努力をしているという状況があります。

7ページは、更なる費用縮減に向けた取り組みということです。収入面については、先ほど申し上げたことを着実に進めて収入を上げていくということですが、更に費用の削減を進める必要があるということで、検討中の取り組みも含めて書いています。

まず1番ですが、国立時代と同じく、独立行政法人になってもいろいろな制限事項があります。

独立行政法人については、給与法、財政法および会計法等の適用はなくなりますが、政府調達に関する協定、官公需についての中小企業者の受注の確保に関する法律は引き続き適用されていきますので、費用削減に関していろいろな制限が加わってくるということです。

政府調達に関する協定については、8ページの別紙1をご覧いただきたいと思います。表にあります。物品・役務の調達については1,400万円以上の場合は官報公告をする。落札価格を公表するという手続きが必要です。

医薬品の場合、薬価で公定価格が決まってるわけですが、協定に従って入札しますと落札の結果が公表されます。医薬品卸としては、国立が安く買っていることが公表されると、そこを基準として他の設置主体の施設と交渉していくということになりますので、医薬品の価格が落ちにくい原因の一つではないかと私どもは考えております。

医療機器については国立は高いのではないかと問われますが、民間はどのく

らいかという公式な数字は出ておりません。価格の高い医療機器については一般競争をして、落札価格が公示されます。それが基準となって他の設置主体との交渉が始まるということで、これも高くなる理由ではないかと考えています。

7ページに戻りまして、2番目、今後に向けた更なる取り組みです。

まず1. 人件費です。今は給与法で決まっております、私どもでどうこうできないわけですが、今後は国家公務員及び民間の給与体系との均衡、法人の経営状態を勘案しながら、職員の能力や職務内容に応じたものとなるよう検討を進めていくこととなります。

2. 医療材料費につきましては、徹底した価格交渉、品目数の絞り込み、在庫管理の徹底などにより費用の削減に努める。また、現在はやっておりませんが、共同購入をやるとスケールメリットが出ますので、単価の圧縮をしたり、院外SPDの導入などの研究も進めていきたいと思っています。

SPDについては10ページの別紙2をご覧くださいと思います。SPDはSupply Processing Distributionの略語ですが、物品の管理システムです。これを導入しているところもありますが、主に在庫管理の徹底のために入れています。コンピュータシステムで納入から使用、発注を一元管理するわけですが、そういうシステムを導入して、私どもの職員が動かしている施設もありますし、役務の提供者に来ていただいて動かしているところもあります。今後は物品の購入も含めたSPDの導入についても研究を進めたいと考えております。

7ページに戻りまして、3. 業務委託です。業務委託もそれなりに進んできていますが、業者間の更なる競争を促して単価の圧縮に努めるとともに、業務委託の範囲の拡大に努めたいと考えています。

4. 医療機器購入費です。医療機器については、現在、本省において各施設の要望と投資効果を勘案して整備していますが、施設の裁量を拡大することにより各施設の能力に応じた整備を目指したい。あわせて、スケールメリットを発揮できるように共同購入の検討も進めていきたいと考えています。

5. 建築費です。各施設の老朽度、機能などを勘案して本省が施設の要望を取り入れながら整備してきましたが、最近では、施設の償還能力も勘案して整備をすることとしています。独法移行後は、原則として、各施設の償還能力に着目した整備を行うとともに、更なる費用削減を目指したい。また、建築、維持管理、運営を行うPFI事業の導入の方法についても調査、検討を進めていますが、その結果を受けて対応を考えていきたいと思っています。

以上が削減の取り組みですが、皆様方のご意見があるかと思っておりますので、よろしく願い申し上げます。

(事務局) 引き続きまして、資料3-3「人件費の状況」についてご説明申し上げたいと思います。

1ページは、経営費に占める人件費のシェアの推移を示したグラフです。分母を経営費として、その経費に占めるシェアということで、下の部分が人件費ですが、非常に固定的な経費であることがわかります。

人件費の内訳としては、私どもは医療職(三)と呼んでおりますが、看護職の

シェアが5割強でして、その次にドクターが20%程度、薬剤等のコメディカルが10%程度、事務職が15%程度、あとは現業の職員という内訳になっています。

2ページは官民の給与比較の表です。

民間の数字はどういう数字かと申しますと、下の注にありますように、人事院が公務員給与を決定する時に参考資料とする「民間給与の実態」というのがありまして、事業所規模では50人以上の民間事業所のサンプリングということです。

この表を一目しますと、私どもは医療職（一）と呼んでおります医師の水準が民間と比べて低い水準にある。医療職（三）の看護職の部分が低い水準にあることがわかります。公務員の場合も民間の場合も平均年齢をとっていますので、年齢による若干の格差はありますが、現象面としてはそういうことが言えるのではないかということをお示しした資料です。

3ページは国家公務員給与制度の今の体系ですので、説明は省略いたします。

4ページにいきまして、給与をめぐる最近の動向について簡単にご説明します。現在、公務員制度改革の流れがありまして、国家公務員法の改正法案が次の通常国会に上程されますが、その中に公務員の給与の問題があります。これは主として私どものような事務職を念頭に置いた議論でして、技術職の議論には至っておりません。

4ページから5ページに書いてあるのは、基本的に、まず年功的な要素は極力フラット化していこう。5ページのウに業績給とありますが、これはボーナスです。本人の業績を評価して、その上で業績反映部分をボーナスに反映させていくべきではないかというのが現在の公務員給与の一つのトレンドということです。

6ページ、7ページは、ご参考までに民間の給与システム等について調査結果を書いています。複数回答等の制約がありまして、必ずしもはっきりしたデータではありませんが、最近の傾向としては、年功・学歴を反映した給与から、成果を反映した業績給に徐々にシフトしつつあるというのが民間の状況ではないかと認識しています。

次に、資料3-4をご覧いただきたいと思います。昨年来、法人内部における責任と権限のあり方論が議論になっておりますので、現状がどうなっているかということをご説明した資料です。

1ページは国立病院・療養所等における権限の所在について書いています。

現在は国家行政組織法、給与法等の体系の中で管理を行っていますが、(1)職員の組織・定員につきましては、級別定数による管理が行われています。

3ページをご覧いただきたいと思います。上の欄に行政職（一）から医療職（三）までありまして、行政職（一）であれば1級～11級、医療職（三）であれば1級～7級と分かれています。事務部長であれば、そのうちの9級～11級、院長であれば4級～指定という形での俸給上の定めがあります。某施設であれば、その施設の看護部長は5級の看護部長が1人ですねとか、3級の副看護師長が3名とか5名ですねという形で級別の管理がなされています。これは