

国保病院の改革の手引き

資料編

平成20年11月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

1. 公立病院改革ガイドライン	1
(1) 公立病院改革の必要性	1
(2) 地方公共団体における公立病院改革プランの策定	3
(3) 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表	13
(4) 財政支援措置等	13
2. 公立病院改革ガイドライン Q&A	20
(1) 公立病院改革の必要性	20
(2) 地方公共団体における公立病院改革プランの策定	23
(3) 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表	32
(4) 財政支援措置等	34
3. 「公立病院改革プランの概要」記入例について	38
4. 地方公営企業法に定める繰入基準	70
5. 平成20年度の地方公営企業繰出金について（総務省自治財政局長通知）	72
6. 国保病院の位置づけと経営状況	78
7. 国保病院の諸分析	84
8. 地域包括医療・ケアに関する地域医療誌への掲載一覧（地域医療誌より転載）	96

公立病院改革ガイドライン

第1 公立病院改革の必要性

1 公立病院の現状と課題

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年、多くの公立病院において、損益収支をはじめとする経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっている。

加えて第166回通常国会において成立した「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、事業単体としても、また当該地方公共団体の財政運営全体の観点からも、一層の健全経営が求められることとなる。

以上のような状況を踏まえれば、公立病院が今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくためには、多くの公立病院において、抜本的な改革の実施が避けて通れない課題となっている。

2 公立病院改革の目指すもの

(1) 基本的な考え方

今般の公立病院改革の究極の目的は、改革を通じ、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにある。このような中で、地域において真に必要な公立病院については、安定した経営の下で良質な医療を継続して提供することが求められる。このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとする。

国においても、近年多くの公立病院をはじめとして全国各地で医師不足が深刻化していることを受けて、関係省庁が協力して累次にわたり医師確保対策に取り組んできているところであるが、「緊急医師確保対策」(平成19年5月政府・与党とりまとめ)等を踏まえ、今後さらに各般の措置を総合的に講じていく。

(2) 公立病院の果たすべき役割の明確化

公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある。

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小

児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。各公立病院は、今次の改革を通じ、自らが果たすべき役割を見直し、改めて明確化すると同時に、これを踏まえ、一般会計等との間での経費の負担区分について明確な基準を設定し、健全経営と医療の質の確保に取り組む必要がある。

このような観点からすれば、特に民間医療機関が多く存在する都市部における公立病院については、果たすべき役割に照らして現実に果たしている機能を厳しく精査した上で、必要性が乏しくなっているものについては廃止・統合を検討していくべきである。また、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院、社会保険病院等が並存し、役割が競合している場合においても、その役割を改めて見直し、医療資源の効率的な配置に向けて設置主体間で十分協議が行われることが望ましい。

3 公立病院改革の3つの視点

各公立病院は、今次の改革を通じ、地域医療の確保のため自らに期待されている役割を改めて明確にし、必要な見直しを図った上で、安定的かつ自律的な経営の下で良質な医療を継続して提供できる体制を構築することが求められる。このためには、次の3つの視点に立った改革を一体的に推進することが必要である。

(1) 経営効率化

各公立病院が自らの役割に基づき、住民に対し良質の医療を継続的に提供していくためには、病院経営の健全性が確保されることが不可欠である。この観点から、主要な経営指標について数値目標を掲げ、経営の効率化を図ることが求められる。

(2) 再編・ネットワーク化

近年の公立病院の厳しい経営状況や道路整備の進展、さらには医師確保対策の必要性等を踏まえると、地域全体で必要な医療サービスが提供されるよう、地域における公立病院を、①中核的医療を行い医師派遣の拠点機能を有する基幹病院と②基幹病院から医師派遣等様々な支援を受けつつ日常的な医療確保を行う病院・診療所へと再編成するとともに、これらのネットワーク化を進めていくことが必要である。

この場合において、地域の医療事情に応じ、日本赤十字社等の公的病院等を再編・ネットワーク化の対象に加えることも検討することが望ましい。

(3) 経営形態の見直し

民間的経営手法の導入を図る観点から、例えば地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入などにより、経営形態を改めるほか、民間への事業譲渡や診療所化を含め、事業の在り方を抜本的に見直すことが求められる。

4 公立病院改革ガイドライン策定の趣旨

「経済財政改革の基本方針2007について」(平成19年6月19日閣議決定)において、社会保障改革の一環として公立病院改革に取り組むことが明記され、「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」とこととされた。

本ガイドラインは、関係地方公共団体が公立病院改革に係るプランを策定する際の指針を示し、改革の実施に関する技術的な助言を行おうとするものである。全国に設置された約1,000の公立病院をめぐる状況は、その立地条件(都市部か農村部か、他の医療資源の状況)や医療機能(一般病院か専門病院か)などにより様々であり、改革に係るプランの内容は、一律のものとはなり得ない。関係地方公共団体は、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に各公立病院の改革に関するプランを策定し、これを着実に実施することが期待される。

なお、関係地方公共団体において、病院事業について既に中期経営計画や施設整備計画等が策定されている場合にあっても、本ガイドラインの提示を踏まえ、既存の計画等について必要な見直しを行うとともに、改革プランを策定することが求められる。

第2 地方公共団体における公立病院改革プランの策定

病院事業を設置する地方公共団体は、平成20年度内に下記により公立病院改革プラン(以下「改革プラン」という。)を策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。その際、都道府県は、各都道府県内の公立病院等の「再編・ネットワーク化」及び「経営形態の見直し」について市町村と共同して自ら計画、構想等を策定することも含め、積極的に参画することが強く求められる。また、関係地方公共団体が改革プランを策定する場合には、公立病院経営に知見を有する外部の有識者の助言を得ながら行うことが望ましい。

なお、地方公共団体の設置する診療所についても、必要な場合、本ガイドラインを踏まえた改革プランを策定し、各般の改革に取り組むことも考えられる。

1 改革プランの対象期間

改革プランは、前掲の改革に係る3つの視点のうち、経営効率化に係る部分については3年程度、再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しに係る実施計画に係る部分に

については5年程度の期間を対象として策定することを標準とする。

なお、再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しについて、平成20年度中に具体的な実施計画を確定することが困難な場合には、平成20年度においては後掲のとおり当面の検討・協議に係るスケジュール等を掲げるにとどめ、後日改革プランの改定により実施計画を追加し、おおむね平成25年度までの間での実施を目指すことも妨げないものとする。

2 改革プランの内容

関係地方公共団体が策定する改革プランには、おおむね次の各事項を記載するものとする。

(1) 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法上、①その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び②当該地方公営企業の性格上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費については、一般会計等において負担するものとされている。したがって、改革プランの前提として、まず当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにし、これに対応して一般会計等が負担すべき経費の範囲について記載する。

具体的には、都道府県医療計画を踏まえ、地域医療確保のため当該病院が果たすべき役割及び医療の提供体制(診療科目、病床数等)並びに当該病院の提供する医療等のうち一般会計等において費用負担が行われるべきものの範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準(繰出基準)について明らかにする。

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

次のような経営指標について、別紙1及び別紙2に掲げる全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、個々の病院単位を基本として改革プラン対象期間末時点における目標数値を定める。

- 1) 財務内容の改善に係る次の経営指標の中から、数値目標を設定する。この場合、経常収支比率、職員給与費対医業収益比率及び病床利用率については必ず数値目標を設定することとする。

ア 収支改善に係るもの

(例) 経常損益の額、資金不足額、資金不足比率、減価償却前収支の額、経常収支比率、医業収支比率、職員給与費対医業収益比率、100床当たり職員給与

費など

イ 経費削減に係るもの

(例)医薬材料費を一括購入により〇%削減、薬品使用効率、材料費対医業収益比率、100床当たり職員数など

ウ 収入確保に係るもの

(例)病床利用率、平均在院日数、患者一人当たり診療収入など

エ 経営の安定性に係るもの

(例)純資産の額、現金保有残高など

2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保に係る指標の中から、数値目標を設定する。これらの指標は、当該病院が一般会計からの繰入に見合った医療機能を十分に発揮しているか否かを検証する趣旨を含むことに鑑み、臨床指標も選定の対象として検討するなど、医療機能に関する成果をわかりやすく示す指標となるよう工夫を凝らすことが望ましい。

(例)外来・入院患者数、救急などいわゆる4疾病5事業に係る取扱件数(又は地域における取扱比率)、臨床研修医の受入人数、医師派遣等件数など

3) 以上のほか、各地方公共団体の判断により、例えばサービス向上に係る指標(患者満足度など)などについて数値目標を設定することも考えられる。

②財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方

前項により数値目標を設定する際には、おおむね以下の考え方に沿って行うことが適当である。

1) 各公立病院に共通する事項

公立病院がその役割を果たすためやむを得ず不採算となる部分については、繰出基準に基づき支出される一般会計等からの負担金等によって賄われることが法的に認められている。したがって、上記の経営指標に係る数値目標の設定に当たっては、一般会計等からの所定の繰出が行われれば「経常黒字」が達成される状態(すなわち経常収支比率が100%以上となること)を想定して、これに対応した水準で各指標の目標数値が定められるべきである。

この場合の一般会計等からの繰出は、独立採算原則に立って最大限効率的な運営を行ってもなお不足する、真にやむを得ない部分を対象として行われるものであって、現実の公立病院経営の結果発生した赤字をそのまま追認し補てんする性格のものでないことは言うまでもない。

なお、当該公立病院の経営の実態から、今次改革プランの対象期間中に上記の水準に到達することが著しく困難と認められる場合には、最終的に「経常黒字」の達成を目指す時期を明らかにしつつ、改革プラン対象期間末時点における目標数値

を定めるものとする。

2) 同一地域に民間病院が立地している場合の留意事項

上記のほか、同一地域に民間病院が立地している公立病院にあっては、地域において類似の機能を果たしている民間病院の状況等を踏まえつつ、「民間病院並みの効率性」の達成を目途として、経営指標に係る数値目標を設定することが望ましい。その際、地域における民間病院との精確な比較対照が困難な場合には、全国的な民間病院の経営状況に係る統計を参照し、目標設定を行うことも考えられる。

③経営指標の目標設定及び評価に関する留意点

前掲の各種の経営指標の数値は、各病院の経営状況等をわかりやすく表象するものとして、数値目標の設定や類似団体との比較に活用することが期待されるものであるが、その前提となる各団体における事業運営の実態や会計処理実務が異なる場合、単一の指標のみを用いた分析が必ずしも妥当しないことも多いため、複数の指標を用いた複眼的・総合的な考察や評価が求められる点に留意すべきである。

例えば、①職員給与費対医業収益比率には、委託・外注に係る人件費は反映されないため、実質的な職員給与費負担の軽重を病院間で精確に比較するためには、委託費対医業収益比率を合算した数値も併せて参照する必要があること、②経常収支比率は、一般会計等からの現実の繰入額の大小が反映されるため、必ずしも病院事業自体の効率性を表象しない場合があり、この観点から病院事業間の比較を行う場合にはむしろ医業収支比率を用いる方が適切なことも多いこと等に注意が必要である。

さらに、これらの経営指標の水準は、病院の立地条件、医療機能等により大きく左右される場合も多く、こうした事情を捨象してあらゆる指標について一律の水準での目標設定や相互比較を行うことは困難である。とりわけ、例えば北海道や沖縄における離島、へき地に立地する病院や、小児科、産科、周産期、精神医療等に特化した専門病院は、一般会計等繰入前の経営指標は著しく厳しい水準とならざるを得ず、一般会計からの繰出基準の設定や経営指標の評価において一般的な公立病院とは異なる取扱いが必要な場合が多い点に留意すべきである。

④目標達成に向けた具体的な取組

(2)①及び②により掲げた目標の達成に向けて、具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを明記する。

具体的な取組として想定される事項は、例えば次のとおりである。

ア 民間的経営手法の導入

(例)後掲の経営形態の見直し、PFI方式、民間委託の活用など

イ 事業規模・形態の見直し

(例)過剰病床の削減、老人保健施設や診療所への転換など

ウ 経費削減・抑制対策

(例)職員給与体系の見直し、契約の見直し(長期契約や薬剤一括購入などによるスケールメリットの追求、競争性の導入)など

エ 収入増加・確保対策

(例)医療機能に見合った診療報酬の確保、紹介率・逆紹介率の向上、未収金の管理強化、未利用財産の活用、医業外収益の増加など

⑤改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

④に掲げる取組の実施を前提として、改革プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を掲げるものとする。

なお、収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、改革プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。

⑥その他の留意事項

以上のほか、経営の効率化に当たって特に留意すべき点は以下のとおりである。

1) 指定管理者制度導入団体における目標設定

当該公立病院の運営について指定管理者制度を導入している場合には、上記①1)に掲げる財務内容の改善に係る数値目標は、関係地方公共団体から指定管理者に対する財政支出の水準を掲げれば足りるほか、上記③及び④に掲げる事項についても、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって代えることができるものとする。

2) 経営感覚に富む人材の登用等

経営効率化の実現に向けては、経営形態の如何に関わらず、病院事業の経営改革に強い意識を持ち、経営感覚に富む人材を幹部職員に登用(外部からの登用も含む。)することが肝要である。こうした人材登用等を通じ、医師をはじめ全職員の経営に対する意識改革を図り、目標達成に向け一丸となった協力体制を構築することが不可欠である点に特に留意すべきである。

3) 医師等の人材の確保

近年の医師不足等の状況を踏まえれば、医師・看護師等の人材確保は、良質な医療の提供はもとより、病院事業の安定的な経営のためにも必要不可欠であり、こうした医療スタッフの人材確保に資するためにも、勤務環境の整備等に特に意を払うべきである。

4) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

一般病床及び療養病床の病床利用率がおおむね過去3年間連続して70%未満となっている病院については、本改革プランにおいて、病床数の削減、診療所化等の抜本的な見直しを行うことが適当である。その際、病床数が過剰な二次医療圏内に複数の公立病院が所在する場合には、後掲の再編・ネットワーク化により過剰病床の解消を目指すべきである。

5) 民間病院と比較可能な形での財務情報の開示

民間病院との間の比較可能性の確保の観点から、公・民の会計制度の相違点を踏まえつつ、当該公立病院について病院会計準則(平成16年8月19日付け厚生労働省医政局長通知)を適用した場合の病院別の財務情報を整備し、その積極的な開示に努めることが望ましい。

6) 施設・設備整備費の抑制等

病院施設の新增築、改築等に当たっては、将来的な減価償却費負担の軽減の観点から、当該施設・設備整備に要する経費を必要最小限度に抑制するよう努めることが適当である。その際、病院施設・設備の整備については、当該病院が公立病院として果たすべき役割を踏まえ必要な機能が確保される必要があるが、こうした要因から特に割高となる部分を除き、民間病院並みの水準の整備費により新增築、改築等が行われるよう特に留意すべきである。

また、病院施設・設備の整備に際しては、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図ることも重要であり、こうした観点から民間事業者のノウハウの活用を図る手法の一つとしてPFI方式がある。しかしながら、同方式は契約期間が極めて長期に及ぶことが一般的であり、同方式の採用を検討する場合には、契約期間中の事業環境の変化に対応したリスクの発生に備え、あらかじめ公・民間で適切なリスク負担のルールを定める等、相当程度慎重な準備と調整を重ねることが求められる。

(3)再編・ネットワーク化

①再編・ネットワーク化に係る計画の明記

改革プランにおいては、都道府県及び関係市町村等との検討・協議の状況を踏まえつつ、当該二次医療圏等の単位で予定される公立病院等の再編・ネットワーク化の概要と当該公立病院において講じるべき措置について、その実施予定時期を含め、具体的な計画を記載する。その際、平成20年3月までを目途に行うこととされている都道府県の医療計画の改定との整合を図るものとする。平成20年度において未だ具体的な計画を確定することが困難な場合にあっては、当該公立病院を含む二次医療圏等における再編・ネットワーク化の検討・協議の方向性、検討・協議体制及びそのスケジュール並びに結論を取りまとめる時期を明記することとし、

後日その結論を踏まえて改革プランに具体的な計画を追加し、おおむね平成25年度までの間での実現を目指すものとする。

②再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割

都道府県は、医療法に基づく医療計画の見直しとの整合を図りながら、平成20年度までに都道府県内の公立病院等の再編・ネットワーク化に関する計画等を策定し、その実現に向けて主体的に参画することが強く求められる。このため、各都道府県にあっては、二次医療圏等の単位での公立病院等の再編・ネットワーク化に向け、例えば、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会に部会を設ける等の方法により、有識者を含めた検討・協議の場を設置した上で、庁内の都道府県立病院・医療政策・都道府県財政・市町村財政のそれぞれの担当課等が一体となって、計画・構想等を策定し、関係者の協力の下にこれを実施していくことが求められる。

③再編・ネットワーク化に係る留意事項

以上のほか、再編・ネットワーク化に係る計画の策定に当たって特に留意すべき点は以下のとおりである。

1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

二次医療圏内の公立病院間の連携を強化し、ネットワーク化の実を上げるためには、これらの公立病院の経営主体を統合し、統一的な経営判断の下、医療資源の適正配分を図ることが望ましい。したがって、再編・ネットワーク化に係る計画には、例えば①関係地方公共団体が共同して新たな経営主体として地方独立行政法人(非公務員型)を設立し、当該法人の下に関係病院・診療所等を経営統合する、②関係地方公共団体が共同して関係病院・診療所の指定管理者として同一の医療法人や公的病院を運営する法人等を指定し、当該法人の下に一体的経営を図る等の方策を盛り込むことが期待される。なお、一部事務組合方式による場合には、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定を迅速・的確に行うための体制整備に特に留意する必要がある。

2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院の整備

再編・ネットワーク化に係る計画策定に際しては、医師確保対策に資する観点から、基幹病院にその他の病院・診療所に対する医師派遣等の拠点機能が整備されるよう、特に留意すべきである。この場合、地域医療に貢献する大学等との連携が図られることが望ましい。また、必要な場合、1)に掲げる二次医療圏単位での経営統合に留まらず、医師派遣体制の整備の観点に立って、さらに、広域での経営主体の統合も検討の対象とすることも考えられる。

3) 病院機能の再編成及び病院・診療所間の連携体制

再編・ネットワーク化に係る計画においては、病院間での機能の重複・競合を避

け、相互に適切な機能分担が図られるよう、診療科目等の再編成に取り組むこととするとともに、再編後における基幹病院とそれ以外の病院・診療所との間の連携体制の構築について特に配慮することが適当である。

特に、都市部において、複数の公立病院や国立病院、公的病院等、更には大規模な民間病院が多数立地し、相互の機能の重複、競合が指摘されるような場合には、他の医療機関の配置状況等を踏まえ、当該公立病院の果たすべき機能を厳しく見直し、必要な場合、他の医療機関との統合・再編や事業譲渡等にも踏み込んだ大胆な改革案についても検討の対象とすべきである。この場合において、複数の地方公共団体間や地方公共団体と公的病院等の運営主体との間の調整等については、地域医療対策協議会等を活用することも併せて検討すべきである。

④再編・ネットワーク化のパターン例

再編・ネットワーク化の検討に当たってモデルとなるパターンは例えば次のとおりである(別紙3参照)。

パターンⅠ 二次医療圏内のA市立病院(250床)、B市立病院(200床)、C町立病院(50床)及びD町立診療所(0床)を4市町が設立した新たな地方独立行政法人に経営統合し、新設の公立S病院(400床)及びA・B・C・Dの4地区診療所(いずれも0床)に再編・ネットワーク化

パターンⅡ 二次医療圏内のA市立病院(250床)、B市立病院(200床)、C町立病院(50床)及びD町立診療所(0床)を4市町が設立した新たな地方独立行政法人に経営統合し、B地区病院を増築して400床の基幹病院とするほか、A・Dの2地区は無床の診療所とし、C地区は救急機能を存置しつつ19床の診療所化

パターンⅢ A町立病院(50床)及びB町立病院(50床)は、ともに無床の診療所化し、共同して二次医療圏内の拠点病院である日本赤十字社S病院を指定管理者に指定。同病院から安定的に医師の派遣を受ける体制を構築

パターンⅣ 二次医療圏内の県立A病院(200床)、A市立病院(200床)及びB町立病院(50床)のうち、建物が老朽化した県立A病院及びA市立病院は新築した公立A医療センター(350床)に機能を統合、継承し、S医療法人(S総合病院を経営)を指定管理者に指定。B町立病院は救急機能を存置しつつ19床の診療所化、同様にS医療法人を指定管理者に指定することにより公立A医療センターと一体的経営

(4)経営形態の見直し

①経営形態の見直しに係る計画の明記

改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営

形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要(移行スケジュールを含む。)を記載する。平成20年度において未だ具体的な計画を確定することが困難な場合にあつては、経営形態の見直しに係る検討の方向性、検討体制及びそのスケジュール並びに結論をとりまとめる時期を明記することとし、後日その結論を踏まえて改革プランに具体的な計画を追加し、おおむね平成25年度までの間に実現を目指すものとする。

②経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び課題などの留意事項は次のとおりであるが、このうち地方公営企業法の全部適用については、現在財務規定等のみを適用している団体にとって比較的取り組み易い側面がある半面、逆に経営形態の見直しを契機とした民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであるとの指摘がある点について、特に留意すべきである。

なお、次のいずれの形態によるとしても、経営形態の見直しが所期の効果を上げるためには、人事・予算等に係る実質的な権限が新たな経営責任者に付与され、経営責任者において自律的な意思決定が行われる一方で、その結果に関する評価及び責任は経営責任者に帰することとするなど、経営に関する権限と責任が明確に一体化する運用が担保される必要がある。

また、下記に掲げる経営形態のうち、「民間譲渡」以外については、引き続き公立病院に係るものと同等の地方財政措置が講じられる対象となる点に留意する必要がある。

○ 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものであるが、経営の自由度拡大の範囲は地方独立行政法人化の場合に比べて限定的であり、民間的経営手法の導入という所期の目的が十分に達せられるためには、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に特に意を払う必要がある。このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当である。

○ 地方独立行政法人化(非公務員型)

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待され

る。ただし、この場合、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

また、現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合には、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべきである。

○ 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等(日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。)を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

なお、本制度を導入する場合、同条第8項に規定する利用料金制度をあわせて採用すれば、診療報酬が地方公共団体を經由せず、直接指定管理者に収受されることとなる。

○ 民間譲渡

地域において必要な医療は公・民の適切な役割分担により提供されるべきものであり、「民間にできることは民間に委ねる」という考え方に立てば、地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが可能な地域にあっては、これを検討の対象とすべきである。ただし、公立病院が担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡に当たり相当期間の医療提供の継続を求めると、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

③事業形態の見直しの検討等

以上のように民間的経営手法の導入という観点から行われる経営形態の見直しのほか、今次の公立病院改革においては、必要に応じ、病院事業という事業形態自体の適否という点に立ち返った検討が行われることが望まれる。

例えば、前掲の経営効率化や再編・ネットワーク化の推進の視点のみならず、地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を改めて検証し、必要な場合、病院事業の診療所化や老人保健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、事業形態自体も幅広く見直しの対象とし、その地域において最適な保健福祉サービス

が提供されるよう総合的な検討が行われることが望ましい。

第3 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

1 地方公共団体における点検・評価・公表

関係地方公共団体は、当ガイドラインを踏まえ策定した改革プランを住民に対して速やかに公表するとともに、その実施状況をおおむね年1回以上点検・評価を行うこととし、評価の過程においては例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要がある。

この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師、看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される医療機能の発揮の状況等についても併せて評価、検証することが望ましい。

2 積極的な情報開示

関係地方公共団体は、前項の点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や地域の民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な情報開示に努めるものとする。また、前項の有識者等による委員会等の審議状況などについても報道機関に積極的に公開するなど、住民の関心をできる限り高める工夫を凝らすことが必要である。

3 改革プランの改定

関係地方公共団体は、前項の点検・評価等の結果、改革プラン対象期間のうち遅くとも2年間に経過した時点において、改革プランで掲げた経営指標に係る数値目標の達成が著しく困難であると認めるときは、改革プランの全体を抜本的に見直し、経営形態の更なる見直しも含め、その全面的な改定を行うことが適当である。

4 総務省における取組

総務省は関係地方公共団体の協力を得て、公立病院改革プランの策定状況及び実施状況をおおむね年1回以上全国調査し、その結果を公表する。

第4 財政支援措置等

総務省は公立病院改革が円滑に進められるよう、改革の実施に伴い必要となる経費について財政上の支援措置を講じるとともに、公立病院に関する既存の地方財政措置

について所要の見直しを行う観点から、次の措置を講じることとする。(別紙4参照)

1 公立病院改革に対する支援措置

改革の実施に伴い必要となる次の経費(原則として平成20年度から平成25年度までの間に生じるものを対象とする。)について、財政上の支援措置を講じることとする。

(1)改革プランの策定に要する経費

平成20年度における公立病院改革プランの策定及びその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。

(2)再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費

公立病院等(公的病院を含む。)の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費の一部について一般会計からの出資を行う場合、病院事業債(一般会計出資債)を措置するとともに、その元利償還金の一部を普通交付税により措置する。

(3)再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

①不良債務(資金不足)解消に係る措置

1) 公立病院特例債の創設

平成20年度に限り、平成15年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」を発行できることとし、不良債務の計画的な解消を支援する。

2) 一般会計出資債の措置

再編・ネットワーク化に伴う新たな経営主体の設立等に際し、病院の経営基盤を強化し健全な経営を確保するために行う出資(継承する不良債務の額を限度とする。)について、病院事業債(一般会計出資債)を措置する。

②施設の除却等経費

医療提供体制の見直しに伴い不要となる病院等の施設の除却等に要する経費に対する一般会計からの繰出金の一部を特別交付税により措置する。

③既往地方債の繰上償還費

病院施設の譲渡又は他用途への転用に際し、既往地方債の繰上償還措置が必要な場合、借換債を措置する。また、繰上償還が猶予された残債相当部分については、従来の普通交付税措置を継続する。

④退職手当の支給に要する経費

指定管理者制度の導入等に際し必要となる退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて退職手当債による措置の対象とする。

⑤病床削減時の既存交付税措置の5年間継続

医療提供体制の見直しにより病床の削減が行われた場合、削減後5年間は削減病床数を有するものとして、普通交付税措置を講じる。

2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

公立病院改革の推進に資する観点から、公立病院に関する既存の地方財政措置について次のとおり見直しを行うこととする。

(1) 公的医療機関に関する地方財政措置の充実

①病院から診療所に移行した後の財政措置の継続

公立病院が診療所に移行し、引き続き救急告示を受ける場合及び過疎地等の「不採算地区病院」の地域要件を満たす場合には、病院に準じ、これらに係る特別交付税措置を適用する。

②公的病院に対する財政措置の創設

過疎地等の「不採算地区」に立地する日本赤十字社等の公的病院の運営費に対する市町村からの助成に対し、公立病院に準じて特別交付税により措置する。

(2) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

公立病院に関する地方財政措置のうち、①今後の病院施設等の整備費について病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外すること及び②病床数に応じた普通交付税措置に際して、今後の各病院における病床利用率の状況を反映することを検討する。

これらとあわせて、過疎地等における病院及び診療所に係る地方交付税措置を充実することを検討する。

○ 経営効率化にかかる目標数値例
 (主な経営指標にかかる全国平均値の状況:平成18年度)

		経常収支 比率	医業収支 比率	職員給与 費対医業 収益比率	材料費対 医業収益 比率	うち薬品 費対医業 収益比率	病床利用率		
							計	うち 一般	うち 療養
計	民間病院	100.1%	100.3%	51.0%	24.4%	13.5%	80.5%	-	-
	公的病院(自治体以外)	98.9%	99.0%	49.9%	30.4%	19.8%	79.8%	-	-
	公立病院(黒字病院)	102.1%	95.2%	52.3%	28.4%	15.5%	82.7%	84.5%	81.2%
	公立病院(上位1/2)	99.6%	93.2%	53.6%	28.1%	14.8%	81.2%	82.7%	80.6%
	公立病院(一般病院全体)	95.1%	89.4%	56.2%	27.4%	14.4%	77.5%	78.9%	77.9%
500床以上	民間病院	101.4%	101.6%	48.0%	27.4%	15.5%	84.7%	-	-
	公的病院(自治体以外)	99.8%	100.1%	48.6%	31.8%	21.0%	80.9%	-	-
	公立病院(黒字病院)	102.2%	97.5%	48.7%	30.1%	16.2%	87.3%	89.2%	93.1%
	公立病院(上位1/2)	99.8%	94.4%	50.5%	29.9%	15.1%	86.2%	87.8%	90.7%
	公立病院(一般病院全体)	97.4%	92.6%	51.5%	29.8%	14.9%	84.8%	86.6%	76.8%
400床以上 500床未満	民間病院	101.1%	101.0%	49.9%	24.5%	13.4%	77.8%	-	-
	公的病院(自治体以外)	98.5%	98.3%	49.2%	31.4%	19.6%	81.0%	-	-
	公立病院(黒字病院)	102.1%	94.3%	54.0%	27.4%	14.4%	84.4%	85.4%	90.0%
	公立病院(上位1/2)	99.5%	94.2%	54.3%	27.2%	13.8%	82.9%	84.6%	86.0%
	公立病院(一般病院全体)	95.7%	91.0%	55.7%	27.1%	13.8%	80.5%	82.1%	77.4%
300床以上 400床未満	民間病院	98.5%	98.6%	50.6%	27.7%	14.4%	78.4%	-	-
	公的病院(自治体以外)	99.0%	99.1%	50.1%	29.5%	19.4%	78.3%	-	-
	公立病院(黒字病院)	101.3%	95.2%	52.4%	29.9%	16.2%	81.1%	84.3%	69.3%
	公立病院(上位1/2)	99.1%	93.3%	53.6%	28.8%	15.2%	79.3%	81.1%	70.6%
	公立病院(一般病院全体)	93.6%	88.5%	57.2%	27.2%	14.2%	76.4%	77.8%	70.1%
200床以上 300床未満	民間病院	98.3%	98.6%	52.7%	22.3%	12.7%	79.6%	-	-
	公的病院(自治体以外)	96.8%	96.9%	53.2%	26.7%	17.4%	77.8%	-	-
	公立病院(黒字病院)	102.0%	93.5%	58.2%	24.9%	12.7%	81.1%	81.8%	81.5%
	公立病院(上位1/2)	99.5%	91.7%	57.5%	25.0%	13.3%	77.1%	77.9%	81.9%
	公立病院(一般病院全体)	92.6%	85.2%	62.1%	25.4%	12.8%	71.5%	72.4%	81.4%
100床以上 200床未満	民間病院	99.6%	100.4%	54.3%	19.2%	10.4%	82.7%	-	-
	公的病院(自治体以外)	97.8%	98.0%	55.1%	25.3%	17.5%	79.0%	-	-
	公立病院(黒字病院)	102.0%	92.0%	57.8%	24.0%	14.0%	75.2%	76.5%	79.0%
	公立病院(上位1/2)	99.4%	90.6%	59.1%	24.6%	14.8%	74.6%	74.8%	80.9%
	公立病院(一般病院全体)	92.7%	87.1%	61.1%	23.9%	14.4%	71.5%	71.2%	78.7%
50床以上 100床未満	民間病院	100.2%	100.3%	54.8%	19.0%	12.4%	77.1%	-	-
	公的病院(自治体以外)	93.5%	91.6%	63.3%	23.0%	18.5%	83.3%	-	-
	公立病院(黒字病院)	104.2%	88.0%	62.2%	23.1%	15.9%	74.1%	71.9%	82.5%
	公立病院(上位1/2)	101.2%	86.5%	63.1%	24.1%	17.1%	73.0%	71.0%	80.8%
	公立病院(一般病院全体)	94.1%	81.3%	65.4%	23.9%	17.0%	68.7%	66.6%	77.5%
50床未満	民間病院	100.2%	100.3%	54.8%	19.0%	12.4%	77.1%	-	-
	公的病院(自治体以外)	93.5%	91.6%	63.3%	23.0%	18.5%	83.3%	-	-
	公立病院(黒字病院)	102.9%	85.7%	62.0%	23.2%	17.4%	73.5%	72.3%	78.0%
	公立病院(上位1/2)	100.5%	83.5%	59.1%	20.6%	14.7%	73.9%	73.4%	76.4%
	公立病院(一般病院全体)	94.4%	77.8%	65.6%	24.4%	18.6%	68.3%	65.6%	77.2%

- (注) 1. 「民間病院」及び「公的病院」の数値は、全国公私病院連盟による「病院経営実態調査報告」(平成18年6月調査)及び「病院経営分析調査報告」(平成18年6月調査)に基づく平均値である。
 2. 「公立病院」の数値は、総務省による「平成18年度地方公営企業決算状況調査」に基づく平均値である。
 3. 平成18年度において、経常収支の黒字を達成している公立病院は全体の約1/4程度であり、上記の「公立病院(上位1/2)」の平均値が、概ね経常収支均衡の水準に相当するものと考えられる。
 4. 民間病院並びに公的病院の「500床以上」は、全国公私病院連盟調査における「500～599床」、「600～699床」及び「700床以上」各階級の集計数値の単純平均、「50床以上100床未満」と「50床未満」は、それぞれ全国公私病院連盟調査における「99床以下」で集計した数値である。

○ 経営効率化に係る目標数値例(不採算地区病院分)
 (主な経営指標にかかる全国平均値の状況:平成18年度)

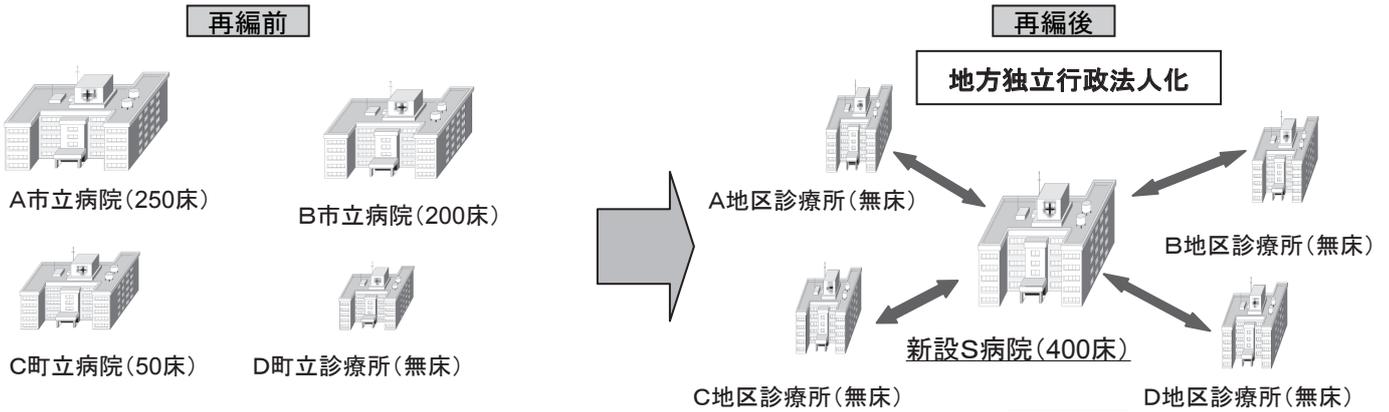
		経常収支 比率	医業収支 比率	職員給与 費対医業 収益比率	材料費対 医業収益 比率	うち薬品 費対医業 収益比率	病床利用率		
							計	うち 一般	うち 療養
計	公立病院(黒字病院)	103.7%	86.9%	62.3%	24.1%	17.5%	71.2%	69.0%	79.2%
	公立病院(上位1/2)	101.0%	85.1%	63.4%	24.9%	18.2%	72.5%	70.6%	78.8%
	公立病院(一般病院全体)	93.5%	79.7%	67.0%	25.4%	18.7%	67.9%	65.3%	76.5%
100床以上 200床未満	公立病院(黒字病院)	100.7%	87.8%	57.1%	30.7%	24.6%	51.5%	56.0%	61.6%
	公立病院(上位1/2)	99.3%	87.7%	59.5%	28.1%	22.2%	64.1%	64.5%	76.8%
	公立病院(一般病院全体)	89.5%	79.7%	70.4%	25.4%	19.0%	61.4%	59.8%	76.0%
50床以上 100床未満	公立病院(黒字病院)	104.3%	87.7%	62.9%	23.1%	16.2%	73.5%	70.2%	81.2%
	公立病院(上位1/2)	101.2%	85.7%	63.8%	24.4%	17.5%	73.5%	70.9%	80.0%
	公立病院(一般病院全体)	94.4%	80.9%	65.9%	24.7%	17.8%	69.2%	66.4%	77.0%
50床未満	公立病院(黒字病院)	101.9%	82.6%	61.3%	26.0%	20.5%	70.8%	71.2%	69.4%
	公立病院(上位1/2)	100.6%	80.3%	63.5%	26.5%	20.1%	71.6%	71.9%	70.7%
	公立病院(一般病院全体)	92.6%	75.1%	69.7%	28.4%	22.2%	66.9%	64.5%	74.0%

(注)

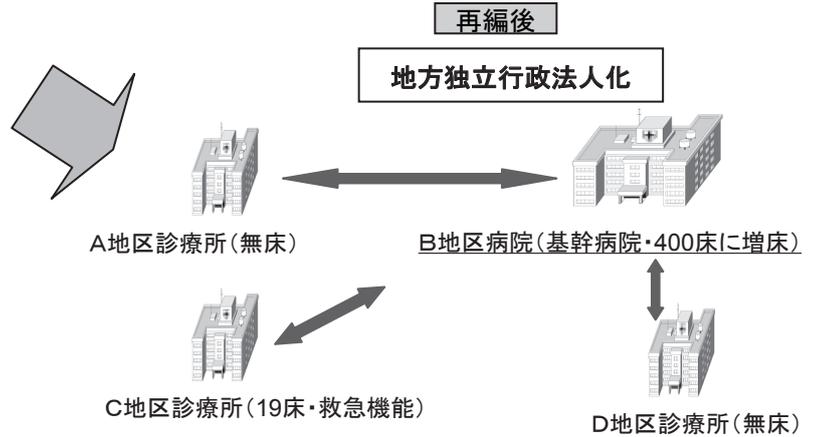
不採算地区病院とは以下の要件をすべて満たす病院をいう。

- 病床数100床未満(感染症病床を除く)、又は、1日平均入院患者数が100人未満であり、1日平均外来患者数が200人未満である一般病院。
- 当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの又は所在市町村の面積が300km²以上で他の一般病院の数が1に限られるもの。

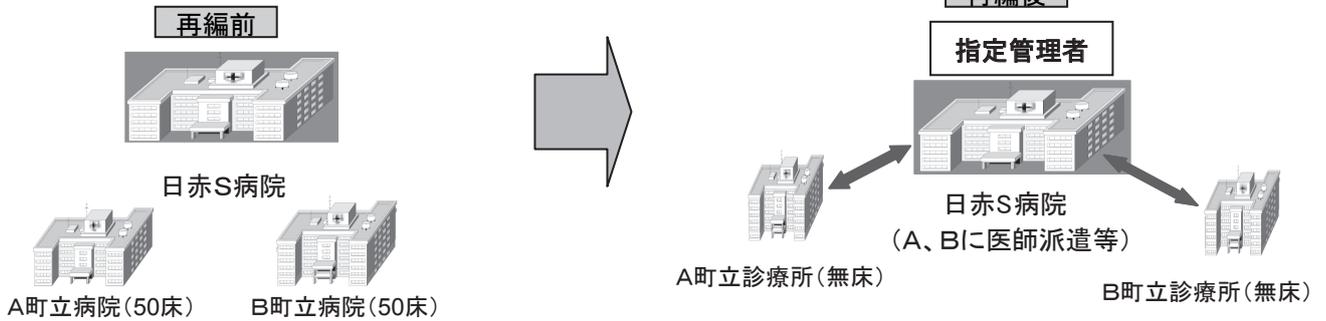
パターンⅠ



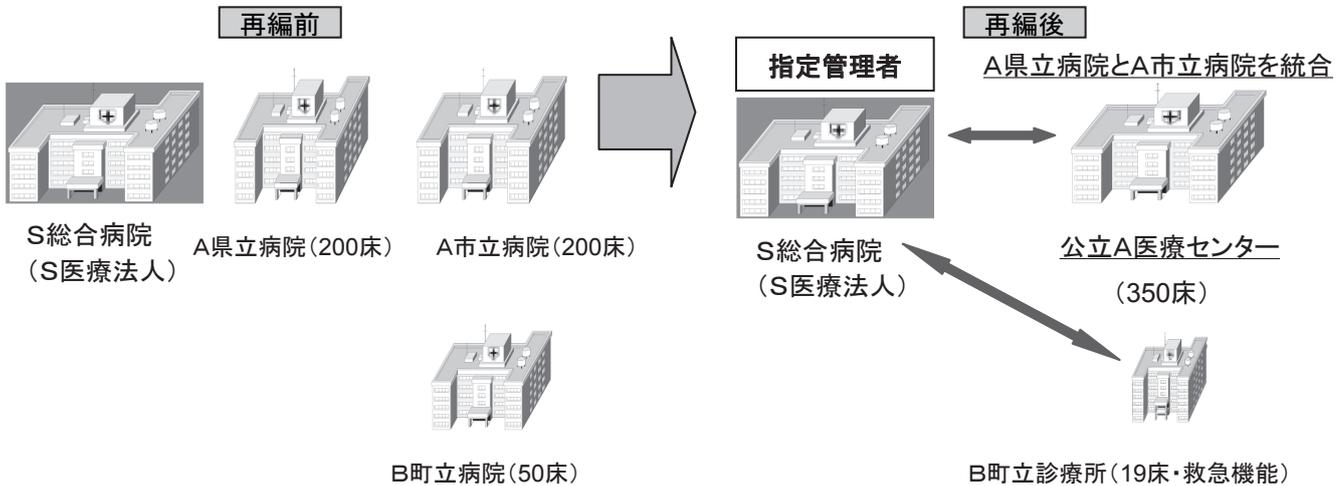
パターンⅡ



パターンⅢ



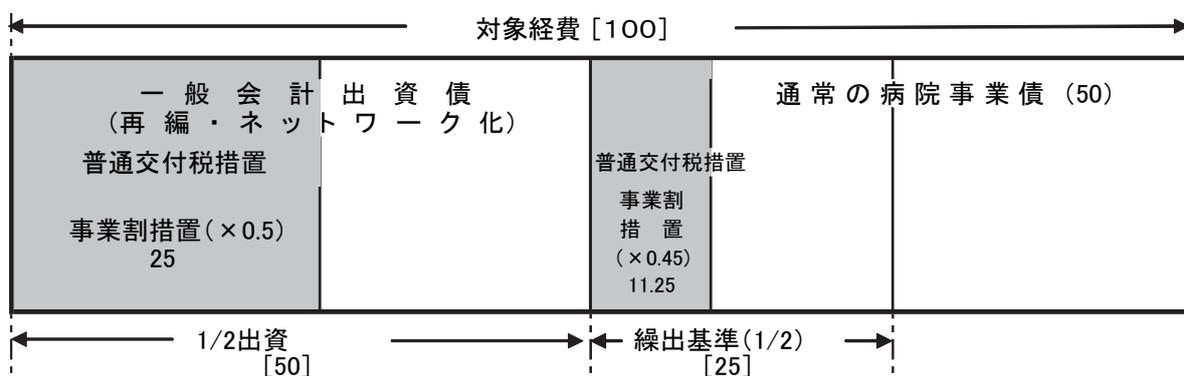
パターンⅣ



公立病院改革に関する財政措置の概要

I 公立病院改革に対する支援措置

- (1) 改革プランの策定に要する経費
公立病院改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置。
- (2) 再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費
公立病院等（公的病院を含む。）の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債（一般会計出資債）を措置し、元利償還金の一部を普通交付税措置。



- (3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費
 - ① 公立病院特例債の創設
平成20年度に限り、平成15年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」を発行できることとし、不良債務の計画的な解消を支援。
併せて、同特例債に係る利払額に対して特別交付税措置。
 - ② その他
再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資、病院等の施設の除却、退職手当の支給等に対する経費について、所要の地方財政措置。

II 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

- (1) 公的医療機関に関する地方財政措置の充実
 - ① 病院から診療所に移行した後の財政措置の継続
公立病院が診療所に移行し、引き続き救急告示を受ける場合及び過疎地等の「不採算地区病院」の地域要件を満たす場合、病院に準じ、これらに係る特別交付税措置を適用。
 - ② 公的病院に対する財政措置の創設
過疎地等の「不採算地区」に立地する公的病院（日本赤十字社、済生会、厚生連等が設置する病院）の運営費に対する市町村からの助成に対し、公立病院に準じて特別交付税措置。
- (2) 公立病院に関する地方財政措置の重点化
公立病院に係る施設整備費及び病床数に応じた普通交付税措置に関する見直しの検討とあわせて、過疎地等における病院、診療所に係る地方交付税措置の充実を検討。

公立病院改革ガイドラインQ & A

第1 公立病院改革の必要性

1. 公立病院の現状と課題

Q1 公立病院の課題は何か。

A1 現在多くの公立病院が直面している最大の問題は、経営の悪化と医師不足等による医療機能の低下に直面し、公立病院がその地域で担うべき医療の提供に支障が生じはじめていることと認識。その背景には、医師の過重勤務、経営感覚の欠如、高コスト体質等の問題点も指摘されており、これらを解消して公立病院を立て直し、地域医療の中で適切な役割を果たしていくことが喫緊の課題となっている。

Q2 地方の病院は医師確保が難しく、医業収入の確保が難しい状況である。まずは、こうした医師不足の解消に向けた施策を実施すべきではないか。

A2 医師確保対策については、関係省庁と協力して政府全体で取り組んでいるところであり、必要に応じ、さらに新しい対策も講じていく所存。それとともに、今回の公立病院改革の中で、医師不足対策として「再編・ネットワーク化」を打ち出しており、これを進め基幹病院を整備していくことにより地域の医師を集約するとともに、地域外からも新たに医師を集められる体制を整備していくことが必要と思料。

2. 公立病院改革の目指すもの

(1) 基本的な考え方

Q3 公立病院改革を進める意図は何か。

A3 今般の公立病院改革の究極の目的は、改革を通じ、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにあると思料。具体的には、各公立病院がその地域で担うべき医療を適確に実施していけるよう、必要な医療機能を整備するとともに、経営の改革を進め、持続可能な公立病院を築き上げることにある。

Q4 病院経営は「医療の質の向上」と「健全経営」が両輪となって運営されるべきであり、経営効率化のみの視点だけでは現場の士気が上がらないのではないか。

A4 公立病院改革の究極の目的は、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにあると考えており、ご指摘の両輪で進めていくべきことは当然である。しかしながら、一方で経営効率化を軽視すると病院の経営が成り立たず、結局地域の医療提供体制に支障が生じてしまうことにもなりかねないことに留意が必要と考える。

(2) 公立病院の果たすべき役割の明確化

Q5 医療サービスは民間提供が原則であり、公的医療機関は民間の補完的役割を担う

ということと理解してよいか。

A5 公立病院の責務と役割は、それぞれの病院の立地条件等により異なるものであるが、地域において必要な医療は公・民の適切な役割分担によって提供されるべきもの。この観点から、民間医療機関に委ねることが可能な分野については、民間医療機関に委ねるという考え方を基本に、公立病院改革に取り組むことが適当であると思料。

Q6 同一医療圏内に複数の病院等が並存している場合に、他の医療機関が引き受けない感染症医療や周産期センター等のような不採算な部分のみを引き受けさせられることも想定でき、逆に経営が悪くなってしまう可能性もあるのではないか。

A6 例えば感染症や救急医療などの不採算な部分の医療を提供するためには、病院自体に通常の医療提供に係る相応の規模・機能が必要となる場合が一般的であると考えられ、合理的に必要な範囲でこれを保持することは支障がないと考えられる。また、医療計画において当該公立病院が担うべきとされた不採算部門については、最終的に一般会計において所要の経費負担が行われるべきものである。

なお、大都市部等で、一般的に不採算部門とされる特殊な医療分野に特化した場合においても、スケールメリット等により一定の採算性の確保が見込まれる場合には、そうした機能に特化することによる他の医療機関との役割分担の徹底も検討の対象とすべきものとする。

Q7 当該公立病院の果たすべき役割を明確にした上で、不採算部門に係る経費の負担区分を明確にする必要があるが、昨今の自治体の厳しい財政事情により経費の一般会計負担割合が独自に引き下げられる可能性があるのではないか。

A7 ガイドラインは、改革プランの策定過程において病院側と財政当局が十分協議し、当該公立病院に求められる機能と一般会計負担のルールを表裏一体のものとして取り決め、住民に対して公表することを想定している。したがって、仮に財政上の理由で一般会計負担のルールを変更しようとするのであれば、併せて病院に求められる医療機能の水準自体も見直しが行われるべき関係にあるものであり、こうした観点から病院側と財政当局の間で十分協議の上、対応していただきたい。

Q8 公立病院に対して期待される機能は、単に「診療機能」のみならず、「政策支援機能」や「教育・研修機能」「情報発信機能」「研究機能」等、多様な機能が求められているのが現状である。

A8 ガイドラインに掲げた公立病院の機能はあくまで「主なもの」の「例示」にすぎない。例示した以外の広範な機能については、各地方団体の改革プランにおいて必要に応じて盛り込み、対応する一般会計負担の考え方を明示していただければよいと考える。

3. 公立病院改革の3つの視点

Q9 「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の3つの視点とした理由は何か。

A9 3つの視点は、これまでも病院事業あるいは地方公営企業全体として取り組んできた課題であり、今日の公立病院の経営環境を踏まえれば、これらの3つの視点に立った改革を一体的に進めることで、各公立病院に真に必要なとされている機能を安定的に確保する体制を構築することが求められることによる。

Q10 病院経営の健全性確保の根幹は、医療体制の整備、特に医師が確保できるかどうかにかかっているが、地方の公立病院としては、大学病院に医師の派遣を頼らざるをえない現実がある。派遣元の医局の医師不足が解決しない限り、地方の公立病院の健全化は厳しいのではないか。

A10 国として中長期的な医師の養成も含めた医師確保対策は講じているところであるが、各公立病院において十分な医師確保の見通しが立てられない場合には、これに対応した医療提供体制の見直し自体も検討していく必要があると考える。大学病院による医師派遣が不確実となった状況下、機能分担により基幹病院に医師を集約し、ネットワーク内の医療機関に医師を派遣するといったシステムを実現するためにも再編・ネットワーク化が必要。また、医師等の勤務環境整備のためにも、「医師にとっても魅力のある病院」が実現されるよう、自律的な経営形態の下での健全経営の確立が求められていると考える。

Q11 経営の効率化を優先すると「へき地医療」「救急医療」などの不採算部門の切捨てに繋がるのではないか。

A11 ガイドラインにおいては、地域医療の確保のために各公立病院が果たすべき役割をまず明らかにし、所要の一般会計負担を求めた上で、病院を持続できるものとしていくために経営の効率化を求めているのであって、地域において真に必要な医療提供体制の確保よりも効率性の追求を優先させることを求めているものではない。財務内容の改善のみならず公立病院として果たすべき医療機能についても数値目標を設けるよう要請しているのは、このような位置づけにあるとご理解願いたい。

4. 公立病院改革ガイドライン策定の趣旨

Q12 公立病院改革ガイドライン策定の趣旨は何か。

A12 このガイドラインは、関係地方公共団体が公立病院改革に係るプランを策定する際の指針を示し、改革の実施に関する技術的な助言を行おうとするもの。ガイドラインに法的な強制力はないが、地域医療確保のため公立病院に真に必要な機能・体制を再構築するという観点に立って、改革に取り組むことを要請する。

Q13 既存の経営計画や集中改革プラン、公営企業経営健全化計画等との関係をどう整理すればいいのか。

A13 既存の計画等がある場合、ガイドラインを踏まえてこれらについて必要な修正を加え、ガイドラインの求める内容、機能等を満たすものとするのであれば、その名称の如何にかかわらず、本ガイドラインの求める「改革プラン」と位置づけることとして差し支えない

と考える。

第2 地方公共団体における公立病院改革プランの策定

Q14 改革プラン策定の対象如何。小規模自治体では、地域住民の医療保健面での必要なサービスを診療所の設置によって提供しているところもある。このことから地域医療を確保する意味においても公立診療所も対象となるのか。

A14 改革プランの対象は、一義的には地方公営企業法を適用する公立病院であるが、これに準じて、病院事業を実施している地方独立行政法人においても策定していただきたい。精神科、小児科、周産期医療、がんセンター、成人病センター、循環器病センターなど極めて専門的な疾患に特化したいいわゆる専門病院は再編・ネットワーク化等の計画の策定が困難な場合も考えられるが、これらについても周辺病院との連携強化等、ガイドラインの趣旨を参酌して可能な限り改革、改善の方策を検討されたい。また、必要に応じて診療所においても病院に準じた取り組みが行われることは望ましいと考える。

Q15 改革プラン策定に際しては、地域住民の意見を聴取すべきではないか。

A15 ガイドラインにおいては、各団体に共通して想定される標準的なプラン策定の手順として都道府県の積極的な参画及び外部の有識者の助言等を掲げているが、関係者等の意見聴取・集約等の具体的な進め方については、これを踏まえつつ、各団体において適切に判断いただくべき事柄であると考え。例えば「住民の意見聴取」も、その具体的な形態としては住民を代表する議会との意見交換をはじめ様々な方法が考えられるため、各団体においてご判断いただきたい。

Q16 平成20年度内に、公立病院改革プランの中に再編・ネットワーク化を計画するのは困難なのではないか。

A16 再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しについて、平成20年度中に具体的な実施計画を確定することが困難な場合には、平成20年度においては当面、検討・協議に係る方向性、検討・協議体制、スケジュール並びに結論を取りまとめる時期等を掲げるにとどめることで足りるが、後日改革プランの改定によりこれらに係る実施計画を追加し、その追加された実施計画についてはおおむね平成25年度までの間での実現を目指していただきたい。

Q17 プラン策定にあたっては、雛型のようなものをできるだけ早い時期に示してほしい。

A17 総務省として、改革プランの策定状況・策定内容を調査するため、各地方団体に改革プランの要点を記入していただく調査様式を示した(平成20年3月19日付け総務省自治財政局地域企業経営企画室長通知「様式3」参照)ので、必要に応じ「雛型」として活用していただきたい。

1. 改革プランの対象期間

Q18 経営効率化に係る部分については3年程度、再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しに係る実施計画に係る部分については5年程度の期間を対象としたのはなぜか。

A18 経営効率化については、数値目標の達成状況が毎年度明らかになるので、その結果を評価することが可能であるという趣旨で比較的短めの3年を標準としたが、再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しについてはその実現までに各方面との調整等、一定の期間が必要になることを考慮して5年を標準としたもの。

Q19 診療報酬の改定など自助努力の及ばないところで収益の大部分が決まってしまう現状では、経営効率化に係る部分が3年程度では短いのではないか。

A19 公立病院の経営改革については、診療報酬改定等収入面での様々な動きに影響を受けることは事実であるが、むしろそれ以上にいわゆる高コスト体質の是正等支出面での改革も重要であると認識。したがって、経費節減等に関しては、3年間で集中的な取組をお願いしたい。なお、事業の現状から3年以内に経常黒字化を図ることが著しく困難な場合には、経常黒字化の目標年度を明示した上で、3年後の目標数値を設定するよう、ガイドライン上明記しているところ。

2. 改革プランの内容

(1) 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方

Q20 一般会計からの繰入れについては国の繰出基準が定められているところであるが、各項目の対象となる経費について、もう少し具体化するべきではないか。

A20 病院事業における繰出基準(自治財政局長通知)は、繰出すべき経費の考え方を定性的に示すに留めているものが多いが、これは約1,000の公立病院の置かれている経営環境は様々であり、一律の定量的基準を設定することが困難であるためである。改革プラン策定に当たり、改めて個々の病院の状況に応じて一般会計との負担区分のルール作りを行う必要があるが、その際には、各病院における不採算要因を十分に分析した上で、例えば地方財政計画計上単価、地方交付税の算定基準、類似団体における繰出水準等も参考に検討されたい。

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

Q21 数値目標を設定する経営指標には、どのようなものが考えられるか。

A21 主なものを例示すれば次のとおり。

(1) 財務全般に関するもの

① PLに関するもの

総収支比率、経常収支比率、医業収支比率、実質収支比率、修正医業収支比率、職員給与費対医業収益、材料費対医業収益、薬品費対医業収益、他会計

繰入金対医業収益、資本費対医業収益など

②BSに関するもの

不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率、自己資本構成比率、固定資産対長期資本費率、流動比率、自己資本(固定資産、流動資産)回転率など

(2)財務に係る個別事項

病床利用率、平均在院日数、職員平均給与月額、職員平均年齢、病床100床当たり職員数、患者(職員)1日1人当たり診療収入、1日平均患者数、外来入院患者比率、職員1人1日当たり患者数、検査技師(放射線技師)1人当たり検査(放射線)件数、薬品使用効率、1床当たり償却資産など

(3)医療機能の確保に関するもの

1日平均患者数、平均在院日数、救急患者取扱件数、救急自動車搬送件数、診療科別手術件数、巡回診療回数、医師派遣件数、臨床研修医数など

Q22 数値目標の設定に関して、「経常収支比率」、「職員給与費対医業収益比率」及び「病床利用率」について必須とした理由如何。

A22 経営状況を判断するうえで最も代表的な指標であるため。この場合、「医業収支比率」ではなく、「経常収支比率」としたのは、公立病院の置かれた経営環境は様々であるが、公立病院は不採算な部分については一般会計等負担金等によって賄われることが法的に認められていることから、その算定基準(繰出基準)に基づいて所定の繰出が行われれば「経常黒字」が達成される状態(経常収支比率が100%以上)となるべきであることはすべての公立病院に共通すると想定したことによる。なお、経常収支比率には、一般会計等からの現実の繰入額の大小が反映されるので、経営環境が類似した病院間の比較を、いわゆる「実力」ベースで行う場合にはむしろ「医業収支比率」を用いる方が適切なことも多いことに注意が必要。

Q23 目標数値の設定にあたっては、個々の病院の独自性を配慮する余地を残していただきたい。

A23 目標数値は、個々の病院の状況に応じて設定されたい。ただし、通常の場合、最終的な目標数値は一般会計繰入後の経常収支比率については100%以上、病床利用率については少なくとも70%以上となることを想定している。参考までに一例を挙げれば、

- ① 医業収支比率 — 95%を平成23年度までに達成
- ② 経常収支比率 — 100%を平成23年度までに達成
- ③ 職員給与費対医業収益比率 — 52%を平成23年度までに達成
- ④ 不良債務残高 — 平成19年度末不良債務残高を平成23年度までに解消
- ⑤ 年間資金収支 — (平成19年度の資金収支がマイナスであるのに対し、)平

成21年度までにプラス転換

⑥ 病床利用率 — 平成23年度までに80%を達成

Q24 例示として、4疾病5事業の取扱い件数があるが、4疾病に関しては、医療費適正化計画又は健康増進計画において、当該疾病に係る医療費を抑制する方向での計画が打ち出されることとなる。当該計画との整合を図り、先細りの数値目標の設定を是認するのか。

A24 ここに例として掲げた「4疾病5事業の取扱い件数」は、当該病院が医療機能を十分に発揮しているか否かを検証する指標であり、必ずしも増加を目標とする必要はないと考える。また、例えば救急受入れ要請件数に対する実際の受入れ件数の割合などにより、数値目標を立てることも考えられる。

② 財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方

Q25 これまでは資金ショートしないように減価償却前黒字を目指していたが、「経常黒字」達成を目指すのはハードルが高過ぎるのではないか。

A25 年間資金収支の均衡が確保できていない場合には、資金ショートしない状態を当面の最低限の目標として経営改善に取り組むことはあり得ようが、仮に資金収支の均衡を達成しても内部留保資金が確保できない状態であれば、退職手当引当金も計上できず、自己資本の蓄積もできない状態が続くこととなる。独立採算を旨とする公営企業として持続可能な経営を図るためには、最終的に「経常黒字」達成を目指すのは当然のことと考える。

Q26 同一地域に民間病院が立地している場合は「民間並みの効率性」の達成を目途とされている。同一地域とはどのような範囲か。

A26 当該病院の立地条件にも左右されるため特に厳密な定義を行う考えはなく、当該病院を利用する住民が通常利用可能な範囲の地域と解していただきたい。

Q27 採算性を優先する民間病院と不採算部門を担っている公立病院では、経営基盤や考え方が違うため民間並みの経営や比較を行うことは適当ではないのではないか。

A27 公立病院においても不採算部分に関する一般会計負担が法令で規定され、これを踏まえた上で独立採算原則による考え方が取られている以上、これらを前提として民間病院との比較対照を行うことは可能であると考えられる。

Q28 他の公的・民間病院の経営指標等は公表されていないものが多く、また、公表されているものであっても病院の機能(急性期主体か・療養期主体かなど)に応じた分類はされていないものが多いため、指標として活用することは困難ではないか。

A28 公的・民間医療機関が経営指標等を公表していない場合も多いので、精確な比較対照には技術的な限界があることは事実であるが、全国的な統計データの状況や医療法改正に伴い整備される情報開示制度等を活用して工夫いただきたい。

③ 経営指標の目標設定及び評価に関する留意点

Q29 経営指標は、「産科、小児科、周産期、精神医療等に特化した専門病院については一般的な公立病院とは異なる取扱いが必要」とあるが、一般的な公立病院と異なる取扱いとは、具体的にどのような目標設定が想定されるのか。

A29 例えば、平均在院日数、看護体制、1日1人当たり診療収入、外来入院患者比率、検査件数など、診療科によってそれぞれの特異性から一般的な病院における平均値とは単純な比較が困難であるため、これら専門病院においては類似の単科の医療機関との比較や具体的な取組によりどの程度の改善が図れるかを念頭に目標を設定すべきものとする。

Q30 都市と地方では病院を取り巻く環境や条件が違っており、ガイドラインを一律に当てはめるのはいかがか。

A30 ガイドラインにおいても、「改革プランの内容は一律のものとはならず、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、プランを策定することを期待する」旨明記している。ガイドラインは公立病院に共通する課題を踏まえて求められる取り組みの標準的な姿を示そうとしているものであり、取り組みの要否や内容を形式的に判断するのではなく、ガイドラインの趣旨を参酌して「よりよい姿」を目指すプランの策定に取り組んでいただきたい。

④ 目標達成に向けた具体的な取組

Q31 数値目標実現化に向けての取組としては、どのようなことが考えられるか。

A31 取組の例としては、以下のようなことが考えられる。なお、これらのほかにも医療の質の向上、患者に対するサービスの向上、職員の勤務環境整備等は経営改善を進めていく上で必要な取組であり、並行して具体的対応を進めていくべきと見られる。

① 経営全般

ミッション・戦略の明確化、病院経営の専門家の登用・外部招聘、診療科別・病棟別・医師別・患者別損益計算などの管理会計の利用、予算・実績の差異分析の実施、月次決算制度の導入、医療職の研修・研究体制の充実、医療過誤防止の対策の強化、BSCなどの目標管理制度の導入、病院機能評価の受審、ベンチマーキング分析の実施など

② 収益

診療報酬加算漏れの可能性の追求、クリニカルパス・EBMの導入・普及による医療の標準化・質の向上、患者満足度・職員満足度の測定による経営是正措置、手術室の固定的な割当てから患者需要に応じた利用への見直し、診療科や割り当てベッド数の科別損益や病院の専門分野に応じた見直し、急性期医療の病院にあってはDPCの導入、救急医療体制の強化、外来・入院機能の見直し、紹介率・逆紹介率の向上、医療職の負担軽減のため業務内容の見直し、患者窓口負担に係る未収金の管

理強化の検討など

③ 人件費

事務部門の業務見直しによる重複の是正・効率化の追求、IT化による事務処理効率の向上、人事制度の年功序列制度の見直し、モチベーションを高める報酬制度の導入、医師・看護師の報酬体系の市場動向を考慮した見直し、医事業務の専門家養成、委託化の促進・モニタリング、職員のキャリアパスの明示、兼業禁止規定の緩和など

④ 材料費

医薬品・診療材料等の在庫削減の努力・共同購入、SPDの導入による間接業務の効率化、ジェネリック薬品の使用率の向上、使用医薬品・診療材料の標準化・集約化、購買契約における競争原理の導入、スケールメリットの追求、在庫定数管理の徹底など

⑤ 経費

競争入札の完全実施、費用対効果の厳密な測定、外部委託の積極的導入、省エネ技術の積極的導入など

⑥ 施設・設備

随意契約の制限、施設整備の一括発注、医療福祉機構の標準建築単価の参照、保守・管理のスケジュール化、購買意思決定機関による費用対効果の測定、医療機器の稼働率の管理、定期点検の強化など

Q32 「高コスト体質の是正」の一環として人件費の削減を強く求めていると思うが、医師の給与を下げろと言っているのか。それならばますます医師不足になるのではないか。

A32 公立病院の医師の給与水準は民間と比較しても高くないと言われているが、平均年齢が高いこと、年功序列型の給与体系となっていることから、民間と比較しても高いとの指摘が強い。また、医師確保対策としては医師の処遇の改善や適正数の配置は大変重要と思われる。これらのことを総合的に考えて、各職種の給与体系や人員配置について判断していくべきものと考えます。

⑤ 改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

Q33 診療報酬改定は、通例2年毎に行われ、また、社会情勢等の変化にも的確に対応するために、2年単位で見直すことを前提としてはどうか。

A33 平成20年度に改革プランを策定し、3年間の収支計画を策定した場合、期間中平成22年度に診療報酬改定が見込まれる。こうした診療報酬改定等の経営環境の変化に対応して収支計画等については必要な見直しを行うことが適当である。

⑥ その他の留意事項

Q34 見直しを行うことが適当である病床利用率の基準を70%未満とした根拠は何か。

A34 ①病院経営において経常収支が均衡するためには、病床利用率は通常80%強の水準を達成することが期待されること、②恒常的に相当程度の空床が現に継続している場合には、医療資源の有効活用の観点からも警告し、見直しを促すことが適切であること等の考え方に立って、公立病院改革懇談会の有識者がその経験を踏まえコンセンサスとして取りまとめられた水準を、抜本の見直しを促す目安として示したもの。

Q35 病床利用率70%未満要件については、立地条件や病床規模等により状況が異なるので一律に適用することは問題ではないか。

A35 病床利用率が過疎地等や小規模病院で低い傾向にあることは事実であるが、恒常的に極めて低い水準にある場合、健全経営の面のみならず限られた医療資源の有効活用の面からも問題があるという観点に立って、何らかの抜本の見直しを行うべき水準であるという趣旨で、あえて一定の定量的な目安を示したもの。

Q36 病床利用率の算定については、余剰病床ではなく、医師不足等によりやむを得なく休止している場合等を考慮すべきではないか。

A36 そのような場合を考慮して「おおむね過去3年間連続して」という限定を付したところ。低水準が一時的なものでなく、今後も恒常的に継続すると見込まれる場合には、何らかの抜本の見直しを行うことが適切であると考え。

Q37 「民間病院並みの水準の整備費により新增築、改築等」とあるが、「民間病院並みの水準」はどの程度か。

A37 民間医療機関の建築単価の水準にも一定の幅はあると考えられるが、独立行政法人福祉医療機構の融資単価は耐火5階以上で219,600円/㎡となっている。また、仮に公的な医療機関として必要な機能による割高要因を考慮するとしても、例えば国立病院機構の病院建築標準仕様は25万円～30万円/㎡であり、まずはこれを目安にすべきと考える。

(3)再編・ネットワーク化

① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

Q38 再編・ネットワーク化は、何のために進めるのか。単に小規模な病院の廃止や診療所化を目指しているだけではないのか。

A38 公立病院の再編・ネットワーク化は、地域全体で必要な医療サービスが提供されるよう、地域における公立病院を、①中核的医療を担う基幹病院と、②日常的な医療確保を行う病院・診療所(いわゆるサテライト病院等)に再編成しようとするもの。再編を通じた基幹病院への医師配置の集約化により、医師の当直勤務などの過重勤務を軽減し、勤務環境の整備を図ることや、多様な症例を経験できる基幹病院に医師の研修・派遣の拠点機能を整備し、サテライト病院等への医師派遣を円滑に行うことが可能となり、地域全体で見た医師確保対策に資することが期待されること。地域における公立病院の医師不足による「共倒れ」を防ぎ、必要な地域医療の提供体制を確保する

ためにも、再編・ネットワーク化の推進は喫緊の課題であると思料。

Q39 「基幹病院」の具体的イメージ如何。どのような病院を目指すのか。

A39 地域の医療提供体制の現状に即して具体的イメージも異なってくるが、あえて言えば「若手医師が集まってくる病院」を目指すことが必要と考える。具体的イメージの一例をあげると、相当数の症例を有するために相応の病床数を有し、相当程度の技術水準と診療科、若手医師への適切な指導体制を有していることが考えられよう。

Q40 「基幹病院」はともかく、周辺の中小病院や診療所については、医師が確保できるのか。また、外来患者は結局「基幹病院」に集中し、「基幹病院」の医師が疲弊するだけではないのか。

A40 基幹病院が「若手医師が集まってくる病院」となることにより、サテライト医療機関への一定期間の派遣が可能となり、医師自身の技術向上やサテライト医療機関の医師確保の双方に資することとなる。また、基幹病院による診療支援、遠隔医療や電子カルテの共有化を図る等、患者がサテライト医療機関でも安心して診療を受けられる体制を築くことも大切と考える。さらに、基幹病院への患者集中は地域の医療体制を崩しかねないことについての普及啓発も必要と思料。

Q41 再編・ネットワーク化は全国一律ではなく、地域の実情を考慮すべきではないか。

A41 自治体病院の責務と役割は、それぞれの病院の立地等により異なるものであり、再編・ネットワーク化に際しては、地域の実情を踏まえ検討する必要があると考える。その際には、医療計画との整合を図ることが不可欠であり、各都道府県が主体的に参画するよう要請している。

Q42 再編・ネットワーク化の計画は誰が策定するのか（策定者は都道府県か市町村か）。

A42 各都道府県には、自ら再編・ネットワーク化に係る計画・構想案を策定することを含め、市町村間の調整等について積極的に関与・参画するよう要請しているが、各公立病院に係る改革プランにおいて当該病院における再編・ネットワーク化の取組計画を最終的に決定するのは、それぞれの病院の設置主体となる。

② 再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割

Q43 再編・ネットワーク化のような広域的な課題は、県の調整が不可欠であると考えられるかどうか。

A43 ガイドラインにおいても、都道府県自らが再編・ネットワーク化に関する計画・構想等を策定するなど、主体的に参画することを要請している。再編・ネットワーク化を検討する際には、医療計画との整合を図ることや市町村間の調整を図るため、各都道府県の主体的参画が不可欠であると考えられる。

③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項

Q44 「再編・ネットワーク化」に向けては、医師確保に十分配慮する必要があり、都道府県や関係市町村だけではなく、医師派遣元の大学や地域医師会の意見も十分に聴きながら取り組みを進める必要があるのではないかと。

A44 必要に応じご指摘のような関係機関も含めた検討・協議の場を設置するよう、各都道府県に要請しているところであり、こうした検討協議の場の活用も含めて、大学・医師会等との間で必要な調整を行っていただきたい。

Q45 経営主体の統合の具体的なイメージを示してほしい。

A45 端的に言えば、複数の市町村立病院が一部事務組合、広域連合、独立行政法人など単一の法人格の下での経営に移行すること。また、複数の公立病院が同一の法人を指定管理者として経営を委ねることも考えられる。必ずしも病院の建物を統合することではなく、複数の病院を1人の管理者(理事長)が管理・経営することが重要であると認識。最近では開設主体の異なる複数の病院の経営を統合して、一つの独立行政法人を設立し、複数の病院を運営する例も見られるところ。

Q46 経営主体の統合による経営上のメリットは何か。

A46 管理者が複数の医療機関の人的・物的資源の配分を強力に統括できるようになるため、再編・ネットワーク化による効率化の効果を最大限に発揮することが期待できる。例えば、医療の機能分担、共通部分(管理部門等)の統合、医薬品等の共同購入などを大胆に進めることができるというメリットが期待できる。

④ 再編・ネットワーク化のパターン例

Q47 日赤・済生会等の公的病院と公立病院の間で再編・ネットワーク化を組むことは可能か。

A47 例えば、日赤・済生会等の公的病院を基幹病院とし、再編・ネットワーク化を行うことも可能であるし、更には公的病院を基幹病院とした上で周辺の公立病院は当該公的病院を指定管理者とすることにより経営統合を図ることも考えられる。医師不足の状況は公立病院に限ったことではなく、公的病院、民間医療機関も含めて地域全体の問題でもあるので、地域医療の確保のためにはどのような医療提供体制が望ましいのかを考えていく必要がある。

(4) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る計画の明記

Q48 ガイドラインは公立病院(黒字赤字関係なく)全てが経営形態の見直しを強いられると受け取れるが如何。

A48 ガイドラインは法的な強制力を伴うものではないが、現在黒字経営の病院といえども将来にわたって順調な経営状況が持続する保障はない以上、病院経営の更なる改善を目指して、経営形態の見直しを含む改革プランの策定に取り組んでいただきたい。例えば、一般行政部門と同様の人事・組織統制に服する中では経営環境の変化に対

応して迅速かつ弾力的に職員の増員を図ったり、職員のモチベーションを高めるための給与体系を採用したりすることには限界があり、経営の自律性向上に向けた経営形態の見直しを検討することは不可避であると思料。

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

Q49 地方独立行政法人化、指定管理者制度導入など、経営形態を変えることにより経営状況が改善されるのか。

A49 経営形態の如何に関わらず、人事・予算等に係る実質的な権限が新たな経営責任者に付与される一方、結果に対する評価・責任も経営責任者に帰することとなるよう、運用上十分に配慮することが必要。その上で例えば地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入等については人事、予算、契約等の取扱いにおいて制度的な制約が取り払われ、弾力的な事業運営が可能になるという利点があるので、この点も含めて検討を進めていただきたい。

③ 事業形態の見直しの検討等

Q50 病院を診療所に転換縮小することも選択肢の一つであると考えられるが、赤字経営そのものについては必ずしも改善されるとは限らないことから、段階的廃止の一過程に過ぎないのではないのか。

A50 当該病院が地域医療において果たすべき役割について見直しを行い、医師確保の見通し等を踏まえた結果として診療所への転換が行われる場合がありうる。転換後、公立診療所として運営される場合には、不採算部分については一般会計の負担が予定されるものと考えられるが、当該診療所のあり方については、地域医療体制の中での位置づけ等も踏まえつつ、関係地方団体において適切に判断されるべきものである。

第3 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

1 地方公共団体における点検・評価・公表

Q51 評価委員会はどの程度の規模を想定しているのか。

A51 各団体の実情に応じ判断していただければよいが、実質的意見交換を可能にする観点に立てば、あまり大規模でない数とし、有識者や地域住民等により構成することが考えられるのではないのか。

Q52 評価委員会の役割如何。

A52 委員会等は、改革プランの目標設定の考え方を検証・確認した上で、当該病院が一般会計からの経費負担に見合っ、地域医療の確保の上で期待される役割を果たしているか否かという観点に立ちながら、改革プランの実施状況の点検・評価に当たることが求められる。具体的には、改革プランがどの程度進捗しているのか、目標が達成できなかった場合の原因は何か、今後の改革をどう進めるか等について、経営責任者

及び地方公共団体側の自己評価を聴取した上で、その妥当性を検証し、意見を述べる
こと等が期待される。

Q53 評価委員会について、中期計画同様にまた別の委員会を立ち上げることは事務的
にも煩雑になるため、既存の審議会等を活用することはできないか。

A53 例えば各種の審議会など、既存の点検・評価組織等がある場合、ガイドラインの求
める内容、機能等を満たすものであれば、その名称の如何にかかわらず、「ガイドライ
ン上の点検・評価のための委員会等」と位置づけることとして差し支えないと考える。

2 積極的な情報開示

Q54 「地域の民間病院等における状況等を併せて明らかにする」とあるが、役割の異な
る民間病院については、ただちに比較の対象とはならないのではないか。

A54 点検・評価・公表に際しては、住民にわかりやすく行うことに努めるべきであり、その
一環として、地域において民間病院等が立地している場合には、最初から比較対照の
努力を放棄するのではなく、果たしている役割、運営体制・手法等において、なぜ違い
が出るのかを説明し、公立病院が一般会計負担を求めることについて理解を得るよう
努力を払うことが必要であると考え。

Q55 「地域の民間病院等における状況等を併せて明らかにする」とあるが、情報収集が
困難ではないか。

A55 現状では民間医療機関等の経営状況が公表されていない場合も多く、民間病院と
の精確な比較対照には技術的な限界があることは事実であるが、全国的な統計デー
タの状況や医療法改正に伴い整備される情報開示制度等を活用して工夫いただきたい。

3 改革プランの改定

Q56 2年経過時点での状況によって、「改革プランの全体を抜本的に見直し、経営形態
の更なる見直しも含め、その全面的な改定を行うことが適当」とされているが、2年とい
う期間ではプランを評価するには短いのではないか。

A56 改革プランの経営効率化に係る部分は3年程度の期間を標準と考えており、2年経
過時点で「数値目標の達成が著しく困難」な状況であることが判明したのであれば、残
り1年間を徒過することなく、早急に改革プランの抜本的見直しを行い、新たな改革の
方策を講じることが適当との趣旨である。

4 総務省における取組

Q57 全国調査を行うだけでなく、改革プラン策定の前段階からバックアップをお願いした
い。プラン策定に関するアドバイザー派遣や相談窓口を常設する等して、現場で直面
する諸課題に対して迅速に対応できる体制を整えていただきたい。

A57 改革プランの策定に要する経費については、地方交付税措置を講じることとしている
ので、これを活用して外部有識者等の助言を得ながらプランを策定していただくよう期

待しているが、制度面等について個別のご相談がある場合には、都道府県のご協力も得て、極力対応するよう努めたい。

Q58 国においては全国の実施状況等の情報を調査した結果を踏まえ、公表にとどめるだけではなく、地域の実態にあったガイドラインの見直しや、地方財政措置の適正な見直しを行うことを検討すべきではないか。

A58 改革プランの策定・実行が進む過程において共通して留意すべき点が新たに明らかになった場合には、その都度地方団体に対し連絡し、助言していく考えである。また、地方財政措置の見直し等については、ガイドラインに掲げた方向に沿って今後とも検討作業を続けていく方針。

第4 財政支援措置等

1 公立病院改革の実施に要する経費

(1) 改革プランの策定等に要する経費

Q59 改革プラン策定に要する経費は、具体的にどのような措置になるのか。

A59 平成20年度に各地方団体において策定される公立病院改革プラン(都道府県による再編・ネットワーク化に係る計画・構想等を含む。)の策定経費及び計画策定後の実施状況の点検・評価等に要する経費として定額を地方交付税により措置する予定。都道府県分は普通交付税、市町村分は特別交付税での措置を考えている。

(2) 再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費

Q60 「通常の医療機能整備に比して割高となる経費」の範囲を示されたい。

A60 具体的には、次のような経費をイメージしているが、例えば①で基幹病院の改築に伴い既存の医療施設の更新も併せて行う場合の対象経費の区分の方法等については、再編・ネットワーク化の形態に応じ、一定の基準を設けて行う方向で今後詳細を検討することとしている。

① 医療機能拡充等経費

(例) 基幹病院における医療機能拡大・高度化のための施設・設備整備費、
医師派遣拠点機能整備費、サテライト病院等における施設の改修経費

② ネットワーク形成経費

(例) 患者搬送車、遠隔医療設備等の整備費

③ 経営主体統合経費

(例) 情報システムの統一等に要する経費

Q61 公的病院と再編・ネットワーク化する場合、措置の対象となるのか。

A61 例えば再編・ネットワーク化により公的病院の敷地(建物)内に地方公共団体が高度医療施設を整備し、当該公的病院を指定管理者としたような場合の施設整備費・運営

費についても地方財政措置の対象とする方向で検討することとしているので、計画段階で相談されたい。

Q62 新たな医療機能整備に係る一般会計出資債(病院事業債)に対する普通交付税措置の割合は、どの程度か。

A62 割高となる経費の1/2に一般会計出資債(病院事業債)の充当を認め、その元利償還金の1/2について普通交付税で措置する予定。

(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

① 不良債務(資金不足)解消に係る措置

1) 公立病院特例債の創設

Q63 公立病院特例債の対象団体如何。

A63 平成19年度決算において不良債務比率が10%以上であり、病院改革によって単年度資金不足からの転換を図ることが見込まれる団体のうち、平成15年度以降医師不足等により不良債務が増加している団体を基本とし、改革プランの策定を要件とすることを予定している。発行年度は平成20年度に限ることとしている。

Q64 発行可能額如何。

A64 平成15年度末から平成19年度末までに増加した不良債務額を基本に検討中。ただし、対象期間において一般会計からの繰入額が地方交付税措置額を下回った場合等、経営の責に帰すべき特別の事情が認められる場合については、その額を控除するなど、対象団体の状況に応じて一定の調整を行う予定。

Q65 償還期間はどのくらいか。また、資金は民間資金か。

A65 償還期間はおおむね7年以内を基準とすることを予定している。資金については銀行等民間資金及び地方公営企業等金融機構の資金を予定。

Q66 公立病院特例債に係る財政措置如何。

A66 利息分について、一般会計からの繰り出しを認め、その一部について特別交付税で措置する方向で検討中。

2) 一般会計出資債の措置

Q67 不良債務に着目した一般会計出資債の措置は、現行の再編・ネットワーク化に係る財政措置の延長か。

A67 お見込みのとおり、再編・ネットワーク化に係る新たな経営主体の設立等に際して、その経営基盤の強化を図るための出資を対象として想定しているもの。

② 施設の除却等経費

Q68 施設の除却等経費に対する措置は、現行の再編・ネットワークに係る財政措置の延長か。

A68 再編・ネットワーク化を伴い、公立病院の医療提供体制の見直しを行う団体を対象に対象期間を延長(平成20年度から平成25年度まで)する予定。

③ 既往地方債の繰上償還費

Q69 繰上償還費に対する措置如何。

A69 施設譲渡や他用途への転用に際し、公的資金の繰上償還が必要な場合は、その財源に民間資金による借換債の発行が認められている。

Q70 改革プランによって用途を変更するような場合、繰上償還をしなくても良い方法はな
いか。

A70 地域再生計画の策定により、施設譲渡の場合等の公的資金の繰上償還不要の措
置が認められる場合があるので、その活用を検討されたい。

④ 退職手当の支給に要する経費

Q71 指定管理者制度導入等に際して退職手当が必要となる場合、退職手当債の発行は
認められるか。

A71 公営企業退職手当債の発行の可否については、その償還財源をいかに確保するの
かという点が問題となるが、資金手当の必要上発行を希望する場合には個別に相談さ
れたい。

⑤ 病床削減時の既存交付税措置の5年間継続

Q72 病床削減時の既存交付税措置の5年間継続は、現行の財政措置の延長か。

A72 基本的には現行措置を継承することを想定しているが、本来的には再編・ネットワ
ーク化等に伴う各種の清算経費等の財源を保障するための特例措置として導入されたも
のであるので、平成21年度以降はその適用に際し各団体の改革プランの内容を確認
する取扱いとすることを考えている。

2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

(1) 公的医療機関に関する地方財政措置の充実

① 病院から診療所に移行した後の財政措置の継続

Q73 一般行政で運営する診療所は対象とならないのか。

A73 経理明確化等の観点から、当面、改革プランに基づき公立病院から診療所へ転換し、
引き続き公営企業会計により運営を行う診療所を対象とする予定。(平成19年度以前
に診療所への転換が行われた場合の取扱いについては、今後実態も把握した上で別
途検討。)

② 公的病院に対する財政措置の創設

Q74 公的病院に対する地方財政措置の範囲如何。

A74 公的病院が地域医療において果たしている役割に着目し、「不採算地区病院」の要
件に該当する公的病院の運営費に対し、市町村が助成している場合、公立病院に準じ

て特別交付税により措置する予定。

(2) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

Q75 施設整備費に標準単価を復活させるということか。

A75 建物の建築単価のうち、普通交付税措置の対象となる部分について上限を設定することを検討する趣旨であり、病院事業債自体の発行額を制限する予定はない。

Q76 病床利用率は、立地条件や病床規模等により状況が異なるので、普通交付税で一律に反映することは問題ではないか。

A76 病床利用率が過疎地等や小規模病院で低い傾向にあることは事実であるが、恒常的に極めて低い水準にある場合には、経営効率化及び医療資源の適正配置の観点から見直しを行うべきと思料。実際には病棟を閉鎖しているにもかかわらず、許可病床数で措置されている例もあり、地方公共団体の間にはこうした事例を念頭に、見直しを求める意見があることも事実である。

いずれにしても、今回の見直しは公立病院等に係る財政措置の総額の削減を目的とするものではなく、限られた財源をより適切に配分しようという趣旨で検討しているものである。近年医師不足等により経営悪化が著しい過疎地等における病院・診療所に係る措置の充実と併せて今後検討することにより、公立病院に関する地方財政措置について財政需要の実態を踏まえて重点化することを意図している。

事務連絡

平成20年7月31日

各都道府県財政課
各都道府県病院担当課
各都道府県市町村担当課
各指定都市財政課
各指定都市病院担当課
関係一部事務組合等担当課
(都道府県・指定都市が加入するもの)

御中

総務省自治財政局地域企業経営企画室

「公立病院改革プランの概要」記入例について

標記のことについて、「公立病院改革プラン策定に係る取組状況について」(平成20年3月19日付け総経65号総務省自治財政局地域企業経営企画室長通知)において、改革プラン策定後様式3の提出をお願いしていますが、同様式への記入に際し参考とさせていただくため、別添のとおり記入例を作成しましたので、送付します。

なお、各都道府県においては、都道府県内の関係市町村並びに企業団及び関係一部事務組合等に対しても、配布していただくようよろしく申し上げます。

担当

自治財政局地域企業経営企画室

病院事業係・病院経営係 目貫 鈴木

電話 03-5253-5642(直)

FAX 03-5253-5644

「公立病院改革プランの概要」記入例

- 事例1 大規模な県立病院(400床以上)が市立病院と地方独立行政法人化により経営統合・再編するケース (P1)
- 事例2 大規模病院(400床)で地方独立行政法人化を検討するケース (P6)
- 事例3 中規模病院(200床～399床)に地方公営企業法を全部適用するケース (P11)
- 事例4 中規模病院(200床～399床)で指定管理者制度導入済のケース (P16)
- 事例5 合併市町村において、複数の小規模な市町村立病院(100床未満)の統合・再編を行うケース (P21)
- 事例6 小規模病院(100床未満)に指定管理者制度を導入するケース (P26)

(事例1)

公立病院改革プランの概要

大規模な県立病院(400床以上)が市立病院と地方独立行政法人化により経営統合・再編するケース

団 体 名		甲 県					
プ ラ ン の 名 称		A総合病院改革プラン					
策 定 日		平成 20年 9月 30日					
対 象 期 間		平成 21年度 ～ 平成 25年度					
病院の現状	病 院 名	A総合病院					
	所 在 地	甲県B市××町××番					
	病 床 数	530床					
	診 療 科 目	内科、循環器科、消化器科、精神科、神経内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、病理科					
公立病院として今後果たすべき役割(概要) (注)詳細は別紙添付[添付省略]		当病院は、平成20～24年度を計画期間とする「第3次甲県保健医療計画」に基づき、県のA二次保健医療圏域における中核病院として、がん、脳卒中、糖尿病、小児医療、周産期医療などの専門医療の分野において、民間医療機関及び他の公立病院においては提供できない高度・先進治療を担うとともに、地域における他の医療機関との協力・連携等により、A地域の医療水準の向上に貢献する。このため、B市内のB市立病院と経営統合・再編し、当病院は急性期医療に、B市立病院は亜急性期・回復期医療に特化し、機能分担を行う。					
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要) (注)詳細は別紙添付[添付省略]		甲県は、地方独立行政法人甲県・B市病院機構の設立団体として、地方独立行政法人法第85条第1項の規定により、法人が実施する政策医療や病院の施設整備等に対して運営費負担金を交付する。 運営費負担金の交付基準としては、原則として法人設立前の地方公営企業法に基づく繰出基準と同等に、交付事由毎に地方財政計画計上単価を基礎に算定する方法を基本とするが、平成23年度までに救命救急センター等、新たな診療機能が整備されることに合わせて運営費負担金の算定基準を見直す。					
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率(%)	98.2	99.9	103.6	102.1	101.8	
	職員給与費比率(医療収益比%)	57.2	52.6	51.0	51.3	49.0	
	病床利用率(%)	86.8	90.9	94.9	94.9	89.6	
	医師1人1日当たり収入額	385,412	390,123	395,124	401,788	408,445	単位:円
	看護師1人1日当たり収入額	51,214	54,011	54,228	55,489	55,990	単位:円
	患者1人1日当たり収入額(入院)	37,334	37,787	41,943	42,405	42,377	単位:円
	患者1人1日当たり収入額(外来)	8,523	9,001	10,033	10,035	10,032	単位:円
上記目標数値設定の考え方		計画初年度の平成21年度において経常黒字化を達成し、計画期間中はこの水準を維持する。 任意項目は医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標を選択した。 (経常黒字化の目標年度:平成21年度)					

				団体名 (病院名)	甲県 (A総合病院)		
公立病院としての医療機能に係る 数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度	21年度	22年度	23年度	備考
年延手術件数		3,036	3,311	3,329	3,388	4,080	単位:件
年延入院患者数		162,751	166,589	179,300	179,371	220,433	単位:人
年延外来患者数		219,530	223,920	228,398	230,681	232,987	単位:人
救急車による年間患者数		1,290	1,310	1,350	1,365	1,638	単位:人
民間的経営手法の導入		○平成21年4月に地方独立行政法人へ移行予定。					
事業規模・形態の見直し		○2つの公立病院を統合再編し、平成23年度においてA総合病院は120床程度増床して急性期機能に特化し、B市立病院は120床程度減床して亜急性期・回復期機能に特化する。					
経費削減・抑制対策		○A総合病院とB市立病院を合わせて880床の病床数を、平成21年度に合計で170床削減し、平成23年度までに費用面では職員数を15人減する。(年間約1億円削減) ○平成21年度から2病院間で薬品、診療材料の共同購入を実施。(実績の7%削減を目指す) ○平成21年度の地方独立行政法人化に際し、昇給カーブと諸手当について、地域における同職種とのバランスを考慮して見直しを行う。(人件費全体の10%の削減を目指す) ○医療機器の保守委託や外注検査委託等の各種契約内容の見直しを行う。(平成20年度から8%減を目指す)					
収入増加・確保対策		○平成21年度に7:1看護配置基準を取得し、これに見合う診療報酬の増収確保。(年間増収見込額0.9億円) ○地域の診療所との連携、機能分担の強化により、平成21年度に診療単価を平均で約5%増加。 ○クリニックバスを拡充し、地域の医療・保健・福祉サービスと連携し、平均在院日数の短縮を行う。(現状19.8日→平成23年度17.4日)					
その他		○職員駐車場の有料化や院内保育所の保育料の引き上げ(平成21年度から) ○クレジットカードによる医療費の支払いシステムを導入(平成21年度から) ○医師、看護師の専門性や知識の向上を図るため、院内研修の実施や外部研修・学会への参加の促進。(平成21年度から)					
各年度の収支計画		別紙1のとおり					
病床利用率の状況		17年度	83.2%	18年度	84.8%	19年度	86.8%
病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等		A総合病院とB市立病院をあわせた病床数を計画期間中に170床削減する。(880床→710床) 平成19年度:A総合病院 530床、B市立病院 350床 平成21年度:A総合病院 5床減、B市立病院 165床減 平成23年度:A総合病院 120床程度増床して救命救急センターの開設等により急性期機能に特化 B市立病院 120床程度減床して亜急性期・回復期機能に特化					

団体名 (病院名)	甲県 (A総合病院)
--------------	---------------

再編・ネットワーク化に係る計画	二次医療圏内の公立病院等配置の現況	当病院が所在するA医療圏には下記の4つの公立病院等が開設されている。 A総合病院(県立) 530床 B市立病院 350床 C市立病院 150床 D町立病院 50床	
	都道府県医療計画等における今後の方向性	B市には、B市立病院と県立A総合病院が所在し高度な機能を有する病院が集中しているため、双方の役割分担の下、再編統合を検討する必要があると考える。 C市立病院は病床利用率が高く、比較的健全な経営状態を保っているが、A総合病院及びB市立病院の経営統合の検討の進展を踏まえつつ、これらとの経営統合を検討する。 D町立病院は比較的小規模であり、病床利用率が低いことから、診療所化を含めた規模の適正化と、医療圏単位での経営統合について検討する必要がある。	
	再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<時期> 平成19年3月 平成21年4月	<内容> 県立A総合病院とB市立病院との統合・再編の方針を決定(経営形態は一般地方独立行政法人) 県立A総合病院とB市立病院を統合再編し、地方独立行政法人を設立。 救急医療、急性期医療、高度医療などを県立A総合病院に集約し、A地域の中核病院としての役割を分担。一方、B市立病院は、回復期や亜急性期の医療を提供し、在宅復帰を支援。
経営形態見直しに係る計画	経営形態の現況 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 公営企業法財務適用	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 地方独立行政法人
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を記入、検討中の場合は複数可)	<input type="checkbox"/> 指定管理者制度	<input type="checkbox"/> 一部事務組合・広域連合
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 民間譲渡	<input checked="" type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input type="checkbox"/> 指定管理者制度 <input type="checkbox"/> 診療所化 <input type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行
点検・評価・公表等	点検・評価・公表等の体制 (委員会等を設置する場合その概要)	地方独立行政法人法の規定に基づく地方独立行政法人評価委員会において、業務実績評価と併せて改革プランの実施状況についての評価を行い、公表する。	
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	地方独立行政法人評価委員会において、毎年7月を目途に業務実績評価と併せて改革プランについての点検・評価の作業を開始、その結果を毎年9月に取りまとめ、公表する。	
その他特記事項			

(別紙1)

団体名 (病院名)	甲県 (A総合病院)
--------------	---------------

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収	1. 医業収益 a	8,453	8,834	10,352	10,518	10,522	12,246
	(1) 料 金 取 入	8,024	8,377	9,913	10,078	10,082	11,684
	(2) そ の 他	429	457	439	440	440	562
	うち他会計負担金	115	112	121	123	123	209
	2. 医業外収益	1,275	1,456	1,013	957	940	982
入	(1) 他会計負担金・補助金	1,226	1,408	915	864	847	934
	(2) 国(県)補助金	0	0	45	45	45	0
	(3) そ の 他	49	48	53	48	48	48
	経常収益(A)	9,728	10,290	11,365	11,475	11,462	13,228
	支	1. 医業費用 b	9,538	9,723	10,667	10,404	10,511
(1) 職員給与費 c		5,118	5,054	5,445	5,369	5,395	6,004
(2) 材 料 費		2,279	2,328	2,727	2,633	2,714	3,340
(3) 経 費		1,251	1,388	1,514	1,428	1,402	1,706
(4) 減価償却費		804	837	887	780	706	841
(5) そ の 他		86	116	94	194	294	154
2. 医業外費用		884	755	705	676	713	947
(1) 支払利息		669	655	635	608	645	679
(2) そ の 他		215	100	70	68	68	268
経常費用(B)		10,422	10,478	11,372	11,080	11,224	12,992
経常損益(A)-(B) (C)		▲ 694	▲ 188	▲ 7	395	238	236
特別損益	1. 特別利益(D)	4	12	5	12	12	13
	2. 特別損失(E)	18	11	13	13	13	12
	特別損益(D)-(E) (F)	▲ 14	1	▲ 8	▲ 1	▲ 1	1
純 損 益 (C)+(F)		▲ 708	▲ 187	▲ 15	394	237	237
累 積 欠 損 金 (G)		▲ 10,472	▲ 10,659	▲ 10,674	394	631	868
不良債務	流動資産(ア)	1,672	1,961	1,788	2,410	2,945	3,419
	流動負債(イ)	2,810	2,470	1,077	1,077	1,077	1,077
	うち一時借入金	2,051	1,848	0	0	0	0
	翌年度繰越財源(ウ)						
	当年度同意等債で未借入又は未発行の額(エ)						
差引不良債務(オ)	1,138	509	0	0	0	0	
[[イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]							
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$		93.3	98.2	99.9	103.6	102.1	101.8
不良債務比率 $\frac{(イ)}{(ア)} \times 100$		13.5	5.8	0.0	0.0	0.0	0.0
医業収支比率 $\frac{a}{b} \times 100$		88.6	90.9	97.0	101.1	100.1	101.7
職員給与費対医業収益比率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$		60.5	57.2	52.6	51.0	51.3	49.0
地方財政法施行令第19条第1項により算定した資金の不足額(H)		1,138	509	0	0	0	0
資金不足比率 $\frac{(H)}{(ア)} \times 100$		13.5	5.8	0.0	0.0	0.0	0.0
病床利用率		84.8	86.8	90.9	94.9	94.9	89.6

団体名 (病院名)	甲県 (A総合病院)
--------------	---------------

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 入	1. 企業債	1,225	540	461	3,433	3,183	209
	2. 他会計出資金						
	3. 他会計負担金	892	885	834	877	874	899
	4. 他会計借入金						
	5. 他会計補助金						
	6. 国(県)補助金						
	7. その他						
	収入計 (a)	2,117	1,425	1,295	4,310	4,057	1,108
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)						
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	126					
純計(a)-(b)+(c) (A)	1,991	1,425	1,295	4,310	4,057	1,108	
支 出	1. 建設改良費	1,225	558	461	3,439	3,189	215
	2. 企業債償還金	766	867	1,084	1,318	1,335	1,403
	3. 他会計長期借入金返還金						
	4. その他						
	支出計 (B)	1,991	1,425	1,545	4,757	4,524	1,618
差引不足額 (B)-(A) (C)		0	0	250	447	467	510
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金			250	447	467	510
	2. 利益剰余金処分額						
	3. 繰越工事資金						
	4. その他						
	計 (D)	0	0	250	447	467	510
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)		0	0	0	0	0	0
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)							
実質財源不足額 (E)-(F)		0	0	0	0	0	0

- 複数の病院を有する事業にあつては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
- 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収益的収支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	1,341	1,520	1,036	987	970	1,143
資本的収支	(190)	(160)	(0)	(0)	(0)	(0)
	892	885	834	877	874	899
合計	(190)	(160)	(0)	(0)	(0)	(0)
	2,233	2,405	1,870	1,864	1,844	2,042

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

公立病院改革プランの概要

大規模病院(400床以上)で地方独立
行政法人化を検討するケース

団 体 名		甲県A市					
プランの名称		A市民病院地域医療再生改革プラン					
策 定 日		平成 20年 12月 24日					
対 象 期 間		平成 21年度 ～ 平成 25年度					
病院の現状	病院名	A市民病院					
	所在地	A市〇〇町1-2-3					
	病床数	一般430 結核20 精神20 感染症6 合計476床					
	診療科目	内科 精神科 消化器科 循環器科 小児科 外科 整形外科 形成外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 放射線科 麻酔科					
公立病院として今後果たすべき役割(概要) (注)詳細は別紙添付[添付省略]		<p>①△△圏域で唯一の「救命救急センター」の指定を受け、3次救急機能を担う。</p> <p>②△△医療圏で唯一の「地域医療支援病院」の指定を受け、地域の診療所と連携を図るとともに、保健、医療、介護の支援を行う。</p> <p>③「地域がん診療拠点病院」として、がん診療の連携協力、支援、相談を行うほか、「へき医療地拠点病院」としてのへき地診療所へ医師の派遣、結核・感染症の入院医療を行うなど、圏域内の民間医療機関では担うことのできない機能を担当する。</p>					
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要) (注)詳細は別紙添付[添付省略]		<p>(1)建設改良分 繰出基準に関する総務省通知により、1/2(15年度以降分)又は2/3(14年度以前分)を一般会計で負担。</p> <p>(2)不採算医療提供分 繰出基準に関する総務省通知の考え方に基づき、項目ごとに地方財政計画単価又は地方交付税単価を用いて算定することを基本とするが、高度医療分については、配置基準を上回って配置する医師、看護師等の人件費相当額を一般会計で負担する等、精緻化を図る。</p>					
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率(%)	96.7	97.3	99.1	100.2	100.9	
	職員給与費比率(%)	45.2	46.1	45.7	45.6	45.2	
	病床利用率(%)	89.0	89.9	90.5	90.8	91.0	
	平均在院日数	16.0	15.4	14.8	14.2	14.0	
	医師1人1日当たり患者数(入院)	6.2	6.3	6.0	5.9	5.8	
	医師1人1日当たり患者数(外来)	11.2	11.2	10.6	10.3	10.1	
	看護師1人1日当たり患者数(入院)	1.2	1.2	1.1	1.1	1.3	
	看護師1人1日当たり患者数(外来)	2.2	2.2	2.0	2.0	2.0	
	医師1人1日当たり収入額	331,602	337,642	341,722	348,675	350,109	単位:円
看護師1人1日当たり収入額	59,102	62,083	62,198	59,552	59,782	単位:円	
上記目標数値設定の考え方		任意項目は、医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標を選択した。 (経常黒字化の目標年度:22年度)					

団体名 (病院名)	甲斐A市(A市民病院)
--------------	-------------

公立病院としての医療機能に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度	21年度	22年度	23年度	備考
紹介率	52.9	61.1	61.0	63.0	67.8	
逆紹介率	31.6	50.8	55.1	57.3	58.4	
手術件数	3,509	3,680	3,786	3,710	3,729	年間延べ件数
全身麻酔手術件数	2,895	3,001	3,189	3,010	3,066	年間延べ件数
救急患者数	22,562	23,888	24,773	24,998	25,047	年間延べ件数
救急患者入院比率	20.3	20.8	22.2	21.9	21.8	
臨床研修医受入医数	4	4	6	8	8	初期研修医
へき地診療所等への派遣	1,214	1,230	1,230	1,240	1,240	年間延べ人数

数値目標達成に向けての具体的な取組及び実施時期 経営効率化に係る計画	民間的経営手法の導入	地方独立行政法人化を検討(平成22年度末までに結論を得る)					
	事業規模・形態の見直し	病棟の老朽化・狭隘化により建替が必要であることから、新病院建設及び独立行政法人化(ともに平成23年度以降予定)と併せて必要な病床数の見直しを行う。					
	経費削減・抑制対策	<ul style="list-style-type: none"> ①総務係と施設管理係の統合、民間委託推進等により、事務部門において職員数の削減を行う。(21年度から3名減、年間1,800万円の減) ②医薬品、医療材料の調達に当たって種類(数)の見直し合理化を行い、購入価格を低下させる。また、同種同効能品について複数メーカー間で競争原理を働かせる。(21年度から) ③SPDについて、単純な在庫管理の側面を排し流通管理の合理化を図るとともに、購入先の選定や一括調達の実施等調達の段階から関与し調達価格を削減させる。(21年度から) ④機器選定は医師の判断だけによることなく、診療・治療目的に合った機器を価格面も含めて選定委員会にかけ決定する。この場合、原則として機種の一統を図り、調達価格と管理費の低減、機器取扱いの合理化を図る。(21年度から) ⑤DPCの分析によって診療行為の検証、投入資源の洗い直しを行い、パスの改善、合理化を図る。(21年度から) ⑥昇給カーブと諸手当を、地域における同職種バランスを考慮したものに見直す。(22年度から) 					
	収入増加・確保対策	<ul style="list-style-type: none"> ①看護配置体制7:1を取得する。(22年度 年間約1億円の増収) ②診療報酬上の緩和ケア診療加算とがん診療連携拠点病院加算を取得し、入院患者単価3%アップさせる。(22年度から) ③診療報酬の請求漏れを防止するため、院内研修の実施や外部研修への参加によりレセプト精度調査を実施(平成22年度から査定減実績0.2%→目標0.1%未満) ④紹介率の向上や弾力的な病床管理によって、平均在院日数を16日から14日に短縮させ、新入院患者の増加、病床利用率の向上を図る。病床管理に当たっては、病床管理委員会を設置するとともに、特命の副院長をリーダー調整役、主担当を看護師長とし、情報の共有を図り効率的な運用体制を構築する。(21年度から) ⑤地域の医師会と「地域と市民病院の連絡運営協議会」を年に4回開催し、市民病院の最新の診療内容について情報提供とそのあり方について意見交換し、患者にとって最善の医療連携体制を構築する。(21年度から) 					
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ①業務報告として目標達成状況を毎日グラフにより作成、達成の有無を検証し日々の業務に反映させるとともに、週報、月報を経て年報としてとりまとめたものを患者住民に対する政策医療その他の医療提供内容の「ミッション報告書」として位置づける。(21年度から) ②全国の類似病院とのベンチマークを実施し、検証のうえ平成22年度中に改善計画を作成し実施に移す。 ③医師の超過勤務を軽減するため平成21年度から医療補助者を配置し、医師の負担を軽減させる。 					
各年度の収支計画	別紙1のとおり						
その他の特記事項	病床利用率の状況	17年度	86.60%	18年度	83.10%	19年度	89.00%
	病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等	○新病院の改築(平成23年度以降実施予定)に併せて、減床を行う一方、集中治療室(CCU、SCU)を10床程度増設するとともにSCU早期リハビリテーションを実施するための設備整備を行う方向で検討する。					

		団体名 (病院名)	甲県A市(A市民病院)
再編・ネットワーク化に係る計画	二次医療圏内の公立病院等配置の現況	当病院が所在する△△医療圏には下記の3つの公立病院が開設されている。 A市民病院(A市476床)、B市立病院(B市130床)、C町立病院(C町50床)	
	都道府県医療計画等における今後の方向性	甲県は、医療計画に定める医療連携体制との整合を図りつつ、平成19年12月に総務省が公表した「公立病院改革ガイドライン」を参考として、県全体の公的医療機関の役割の再構築と再編・ネットワーク化に関する県からの助言として、その基本的な方向性を示す「甲県地域医療再編構想」を定めた。 「甲県地域医療再編構想」によれば、A市民病院は圏域の基幹病院としての機能を強化し、B市民病院、C町立病院は、診療所化を含む規模の見直し、亜急性期・回復期機能等への特化を検討すべきものとされている。	
	再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること	<時期> 平成20年1月 平成20年9月 平成22年度末まで	県医療審議会の専門分科会として「甲県公立病院再編・連携等検討会」を設置し、県と関係市町村との間で具体的な検討・協議を開始。 甲県公立病院再編・連携等検討会において「甲県地域医療再編構想」を決定。 県、関係市町村、医療関係者等により、「△△医療圏公立病院再編・連携等協議会」を設置し、県構想に示された方向を踏まえ、検討を開始。 結論を得る予定。
経営形態見直しに係る計画	経営形態の現況 (該当箇所に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 公営企業法財務適用 <input checked="" type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input type="checkbox"/> 指定管理者制度 <input type="checkbox"/> 一部事務組合・広域連合	
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所に☑を記入、検討中の場合は複数可)	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input checked="" type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input type="checkbox"/> 指定管理者制度 <input type="checkbox"/> 民間譲渡 <input type="checkbox"/> 診療所化 <input type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行	
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<時期> 平成20年6月 平成22年度末まで	<内容> 市長部局と病院部局との共同で「地方独立行政法人等検討委員会」を設立、一般地方独立行政法人への移行を想定し、検討を開始。 再編・連携等に関する協議とあわせ、結論を得る予定
点検・評価・公表等	点検・評価・公表等の体制 (委員会等を設置する場合その概要)	「A市民病院経営改革評価委員会」を設立し、毎年度の決算と併せて改革プランの取組状況の点検・評価・公表を行う。 また、改革プランの内容の変更等に際しても当委員会において審議し、意見等を反映させる仕組みとする。 <構成メンバー> 病院事業管理者、院長、病院事務長、市総務部長、市企画部長、市財政部長、地元医師会代表、外部有識者、市議会代表、市民からの公募メンバー	
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	A市民病院経営改革評価委員会での審議を経て、毎年度9月末までに公表する。	
その他特記事項			

(別紙1)

団体名 (病院名)	甲県A市(A市民病院)
--------------	-------------

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収	1. 医 業 収 益 a	7,794	8,317	8,360	8,411	8,555	8,567
	(1) 料 金 収 入	7,387	7,903	7,945	8,001	8,148	8,166
	(2) そ の 他	407	414	415	410	407	401
	うち他会計負担金	271	270	268	265	260	260
	2. 医 業 外 収 益	1,141	1,118	1,118	1,097	1,069	1,066
	(1) 他会計負担金・補助金	1,097	1,097	1,097	1,076	1,048	1,045
	(2) 国(県)補助金	1	5	5	5	5	5
	(3) そ の 他	43	16	16	16	16	16
	経 常 収 益 (A)	8,935	9,435	9,478	9,508	9,624	9,633
	入	1. 医 業 費 用 b	9,038	9,246	9,216	8,982	8,992
(1) 職 員 給 与 費 c		4,031	4,026	4,030	4,012	4,010	4,009
2) 材 料 費		2,599	2,755	2,768	2,788	2,836	2,841
(3) 経 費		1,314	1,326	1,324	1,129	1,123	1,122
(4) 減 価 償 却 費		1,038	1,096	1,051	1,010	980	978
(5) そ の 他		56	43	43	43	43	43
2. 医 業 外 費 用		633	748	653	630	629	628
(1) 支 払 利 息		558	541	522	500	476	449
(2) そ の 他		75	79	78	77	77	76
経 常 費 用 (B)		9,671	9,994	9,869	9,612	9,621	9,621
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 736	▲ 559	▲ 391	▲ 104	3	12	
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	31	0	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	0	0	0	0
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	31	0	0	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)	▲ 705	▲ 559	▲ 391	▲ 104	3	12	
累 積 欠 損 金 (G)	▲ 2,559	▲ 3,118	▲ 3,509	▲ 3,613	▲ 3,610	▲ 3,598	
不 良 債 務	動 資 産 (ア)	2,604	2,730	2,952	3,446	4,131	4,946
	流 動 負 債 (イ)	875	1,071	1,093	1,084	1,066	1,079
	うち一時借入金	0	0	0	0	0	0
	翌年度繰越財源(ウ)	0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (エ)	0	0	0	0	0	0
差引 不 良 債 務 (オ)	0	0	0	0	0	0	
	[(イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]						
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	92.4	94.4	96.0	98.9	100.0	100.1	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	86.2	90.0	90.7	93.6	95.1	95.3	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	51.7	48.4	48.2	47.7	46.9	46.8	
地方財政法施行令第19条第1項 により算定した資金の不足額 (H)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
病 床 利 用 率	83.1	89.0	89.9	90.5	90.8	91.0	

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 入	1. 企 業 債	327	201	180	180	180	270
	2. 他 会 計 出 資 金	0	0	0	0	0	0
	3. 他 会 計 負 担 金	613	708	727	641	629	570
	4. 他 会 計 借 入 金	0	0	0	0	0	0
	5. 他 会 計 補 助 金	0	0	0	0	0	0
	6. 国 (県) 補 助 金	0	0	0	0	0	0
	7. そ の 他	1	0	0	0	0	0
	収 入 計 (a)	941	909	907	821	809	840
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0
純計(a)-[(b)+(c)] (A)	941	909	907	821	809	840	
支 出	1. 建 設 改 良 費	368	203	220	220	220	320
	2. 企 業 債 償 還 金	921	1,063	1,092	1,069	1,048	950
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金	0	141	0	0	0	0
	4. そ の 他	7	0	0	0	0	0
	支 出 計 (B)	1,296	1,407	1,312	1,289	1,268	1,270
差 引 不 足 額 (B)-(A) (C)		355	498	405	468	459	430
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	355	498	405	468	459	430
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額	0	0	0	0	0	0
	3. 繰 越 工 事 資 金	0	0	0	0	0	0
	4. そ の 他	0	0	0	0	0	0
	計 (D)	355	498	405	468	459	430
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)		0	0	0	0	0	0
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)		0	0	0	0	0	0
実質財源不足額 (E)-(F)		0	0	0	0	0	0

1. 複数の病院を有する事業にあつては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
2. 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 益 的 収 支	(120) 1,368	(117) 1,367	(110) 1,365	(110) 1,341	(110) 1,308	(110) 1,305
資 本 的 収 支	(0) 613	(0) 708	(0) 727	(0) 641	(0) 629	(0) 570
合 計	(120) 1,981	(117) 2,075	(110) 2,092	(110) 1,982	(110) 1,937	(110) 1,875

(注)

- 1 ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 2 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

(事例3)

公立病院改革プランの概要

中規模病院(200床~399床)に地方公営企業法を全部適用するケース

団体名		甲県A市					
プランの名称		甲県A市立病院経営健全化計画					
策定日		平成 20年 9月 30日					
対象期間		平成 21年度 ~ 平成 25年度					
病院の現状	病院名	A市立病院					
	所在地	甲県A市〇〇町					
	病床数	一般病床209床					
	診療科目	内科・外科・眼科・整形外科・耳鼻科・皮膚科・リハビリテーション科・小児科					
公立病院として今後果たすべき役割(概要) (注)詳細は別紙添付		<p>本院は、平成18年度以降内科医の退職により入院患者制限を行ってきたが、近隣自治体病院との医療機能の分担により医師配置の集約化を図り、「安心、信頼、高度の医療提供」と「保健、医療、福祉の地域連携」の理念の下、〇〇医療圏の中核的公立病院としての機能の再構築を図る。具体的には、〇〇圏域の2次救急医療を担うほか、がん等の専門医療、災害医療、感染症医療等、圏域内の民間医療機関では提供できない高度な医療機能を担う。</p>					
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要) (注)詳細は別紙添付		<p>○病院の建設改良に要する経費の1/2(起債分を除く) ○病院事業債元利償還金の2/3(14年度以前分)ないし1/2(15年度以降分)相当額 ○高度医療の経費(リース料等からその収入を差し引いた分の1/2) ○救急に要する経費(特別交付税措置分相当額) ○リハビリに要する経費(((一般病院1日1人当たり平均収入)-(リハビリ患者1日1人当たり収入))×年間延べ患者数)</p>					
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率(%)	91.8	94.6	102.1	103.6	105.5	
	職員給与費比率(%)	66.6	65.8	64.1	58.6	58.5	
	病床利用率(%)	57.2	58.3	77.0	85.0	87.0	
	平均在院日数(日)	27	25	23	22	22	
	医業収支比率(%)	88.8	91.7	95.6	96.7	97.7	
	不良債務比率(%)	16.7	7.4	0.0	0.0	0.0	
	患者1人1日当たり診療収入(入院)	29,154	29,542	32,221	33,568	34,741	単位:円
	患者1人1日当たり診療収入(外来)	8,238	8,461	8,963	9,154	9,214	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(医師)	269,745	291,549	323,943	339,727	339,629	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(看護部門)	35,948	42,604	51,476	54,282	54,419	単位:円
患者1人1日当たり薬品費	2,091	2,011	1,898	1,862	1,720	単位:円	
上記目標数値設定の考え方		<p>任意項目は、医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標を選択した。 (経常黒字化の目標年度: 21年度)</p>					

				団体名 (病院名)	甲県A市 (A市立病院)		
公立病院としての医療機能に係る 数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度	21年度	22年度	23年度	備考
入院患者1,000人当たり手術件数		5.8	6.5	9.4	10.2	10.8	
紹介率(%)		15.3	17.6	19.2	20.5	24.1	
クリニカルパスの利用率(%)		32	34	42	43	45	
数値目標達成に向けての具体的な取組及び実施時期 経営効率化に係る計画	民間的経営手法の導入	○平成21年度から医事課業務、給食業務の委託化を実施。					
	事業規模・形態の見直し	○平成21年度から地方公営企業法全部適用を実施。					
	経費削減・抑制対策	○業務量や業務内容の状況を考慮し、適正な職員配置や非常勤・看護補助職員の活用を図る。(平成21年度から、年間2,000万円の削減) ○SPDシステムを導入して在庫管理を徹底し、遊休品・死蔵品の発生防止と在庫量の適正化。(平成22年度から数値目標を設定の上実施。) ○既存の業務委託契約について、長期継続契約を導入するなど業務内容や契約方法の見直しを行い、委託経費の削減を図る。(平成21年度から、年間500万円削減) ○医療ニーズに適応した医療機器の計画的整備、整備に当たっての費用対効果や維持管理費用の検討、整備後の活用等の状況について、平成21年度から病院評価委員会に報告し、検証する。					
	収入増加・確保対策	○良質な医療の提供と収益性の向上を図るため、診療報酬制度に的確に対応し、DPCを取得する。(平成21年度から) ○事務局のみならず、医師・看護師をはじめとする医療部門においても、診療報酬等に関する研修を実施し、知識の向上と部門間の連携を強化して請求漏れの削減に努める。(査定減:現状0.23%→平成23年度0.15%) ○医師の集約化による増員や病床管理の責任体制の明確化による効率的なベットコントロールの徹底により、病床利用率を向上させる。(平成21年度目標77%) ○患者の自己負担額について、退院当日に清算ができるよう退院の2~3日前に概算金額を伝え、未収金の発生を極力防止(平成21年度から)。また、過去からの未収金については、電話催告、訪問徴収の他、少額訴訟制度や支払督促など法的手段を導入(平成22年度から)。(医業未収金:現状650百万円→平成23年度200万円)					
その他	○診療情報の積極的な提供、インフォームドコンセントの充実、看護技術や接遇の向上等を内容とする「市民に信頼される病院づくりマニュアル」を策定する。(平成22年度) ○平成21年度から臨床研修医のプログラム充実等により教育研修体制を強化。 ○平成23年度末までに認定看護師数の倍増を図る。						
各年度の収支計画		別紙1のとおり					
その他の特記事項	病床利用率の状況	17年度	57.3%	18年度	54.9%	19年度	57.2%
	病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等	二次医療圏における医師の確保の状況を踏まえ、再編・ネットワーク化により他の医療機関との機能分担を図り、本病院に医師を集約化することにより、病床利用率の向上を図る。					

		団体名 (病院名)	甲県A市 (A市立病院)
再編・ネットワーク化に係る計画	二次医療圏内の公立病院等配置の現況	当病院が所在する甲県◇◇保健医療圏には、公立病院が3病院所在。 (A市立病院(A市209床)、B町立病院(B町90床)、C町立病院(C町60床))	
	都道府県医療計画等における今後の方向性	「甲県公立病院機能分担のあり方等検討会」の報告書(平成18年3月)によれば、A市立病院は2次救急医療をはじめとして、医療圏の中核的医療機能を担うことが期待される一方、B町立病院とC町立病院は、比較的小規模で病床利用率も低いことから、A市立病院との連携の下に診療所化を含めた規模の適正化について検討する必要がある、とされている。	
	再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<時期> 平成18年3月 平成19年3月 平成19年度～平成20年度 平成21年4月	<内容> 県検討会報告書公表 A市、B町及びC町の間で病院再編に関する基本協定締結(B町立病院、C町立病院を診療所化し、A市立病院に医療資源を集約する方針を決定) 具体的再編計画の策定及びA市立病院休止病棟の改修工事等 「◇◇保健医療圏自治体病院再編計画」の実行 〔A市立病院……医療資源を集中し、休止病棟を再開〕 〔B、C町立病院……老健施設を併設する診療所化〕
経営形態見直しに係る計画	経営形態の現況 (該当箇所に☑を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 公営企業法財務適用	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 地方独立行政法人
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所に☑を記入、検討中の場合は複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> 公営企業法全部適用	<input type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input type="checkbox"/> 指定管理者制度
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<input type="checkbox"/> 民間譲渡	<input type="checkbox"/> 診療所化 <input type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行
点検・評価・公表等	点検・評価・公表等の体制 (委員会等を設置する場合その概要)	外部有識者を長とする「市立病院評価委員会」を設立し、毎年8月・2月に改革プランの取組状況の点検・評価を行う。 <構成メンバー> 住民代表、病院事業管理者、院長、市総務部長、市財政部長、外部有識者、地元医師会長	
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	年2回(8月・2月)	
その他特記事項		当面地方公営企業法全部適用の体制で改革に取り組むが、平成22年度中に所期の効果が達成されない場合には、指定管理者制度の導入など、更なる経営形態の見直しに直ちに取り組む。	

(別紙1)

団体名 (病院名)	甲県A市 (A市立病院)
--------------	-----------------

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収	1. 医 業 収 益 a	2,312	2,339	2,460	2,825	2,866	2,901
	(1) 料 金 収 入	2,203	2,212	2,328	2,653	2,685	2,711
	(2) そ の 他	109	127	132	172	181	190
	うち他会計負担金	105	110	110	162	168	178
	2. 医 業 外 収 益	143	147	147	273	282	310
	(1) 他会計負担金・補助金	130	133	132	260	270	298
	(2) 国 (県) 補 助 金						
	(3) そ の 他	13	14	15	13	12	12
	経 常 収 益 (A)	2,455	2,486	2,607	3,098	3,148	3,211
	入	1. 医 業 費 用 b	2,662	2,635	2,682	2,954	2,965
(1) 職 員 給 与 費 c		1,539	1,538	1,578	1,656	1,678	1,690
(2) 材 料 費		465	438	441	459	442	436
(3) 経 費		458	454	458	621	622	618
(4) 減 価 償 却 費		184	182	190	203	208	210
(5) そ の 他		16	23	15	15	15	15
2. 医 業 外 費 用		59	72	75	79	74	76
(1) 支 払 利 息		33	47	52	55	50	52
(2) そ の 他		26	25	23	24	24	24
経 常 費 用 (B)		2,721	2,707	2,757	3,033	3,039	3,045
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 266	▲ 221	▲ 150	65	109	166	
特別損益	1. 特 別 利 益 (D)	150	150	254	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	0	0	0	0
	特別損益 (D)-(E) (F)	150	150	254	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)	▲ 116	▲ 71	104	65	109	166	
累 積 欠 損 金 (G)	▲ 3,772	▲ 3,701	▲ 3,805	▲ 3,870	▲ 3,979	▲ 4,145	
不良債務	流 動 資 産 (ア)	2,170	2,217	2,350	2,400	2,395	2,390
	流 動 負 債 (イ)	2,555	2,389	2,341	2,355	2,355	2,344
	うち一時借入金	2,210	2,375	2,312	2,321	2,315	2,279
	翌年度繰越財源 (ウ)						
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (エ)						
差引 不良債務 (オ)	385	172					
	$\{ (イ)-(エ) \} - \{ (ア)-(ウ) \}$						
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	90.2	91.8	94.6	102.1	103.6	105.5	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	16.7	7.4					
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	86.9	88.8	91.7	95.6	96.7	97.7	
職員給与費対医業収益比率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	66.6	65.8	64.1	58.6	58.5	58.3	
地方財政法施行令第19条第1項 により算定した資金の不足額 (H)	385	172					
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	16.7	7.4					
病 床 利 用 率	54.9	57.2	58.3	77.0	85.0	87.0	

団体名 (病院名)	甲県A市 (A市立病院)
--------------	-----------------

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 入	1. 企業債	15	164	152	50	74	62
	2. 他会計出資金	69	54	50	50	54	49
	3. 他会計負担金						
	4. 他会計借入金						
	5. 他会計補助金						
	6. 国(県)補助金						
	7. その他			7	1		
	収入計 (a)	84	218	209	101	128	111
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)						
	前年度許可債で当年度借入分 (c)						
純計(a)-(b)+(c) (A)	84	218	209	101	128	111	
出 支	1. 建設改良費	25	167	155	54	76	63
	2. 企業債償還金	87	83	65	54	52	48
	3. 他会計長期借入金返還金						
	4. その他						
	支出計 (B)	112	250	220	108	128	111
差引不足額 (B)-(A) (C)		28	32	11	7	0	0
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金			11	7		
	2. 利益剰余金処分量						
	3. 繰越工事資金						
	4. その他	1					
計 (D)	1	0	11	7	0	0	
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)		27	32	0	0	0	0
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)							
実質財源不足額 (E)-(F)		27	32	0	0	0	0

- 複数の病院を有する事業にあつては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
- 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収益的収支	(27)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	385	393	496	422	438	476
資本的収支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	69	54	50	50	54	49
合計	(27)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	454	447	546	472	492	525

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

公立病院改革プランの概要

中規模病院(200床～399床)で指定管理者制度導入のケース

団 体 名		甲県A市					
プランの名称		A市立病院改革プラン					
策 定 日		平成 20年 9月 30日					
対 象 期 間		平成 21年度 ～ 平成 25年度					
病院の現状	病院名	A市立病院					
	所在地	甲県A市〇〇町1-2-3					
	病床数	一般250 療養100 合計350床					
	診療科目	内科 循環器科 小児科 外科 整形外科 形成外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 リハビリテーション科 放射線科					
公立病院として今後果たすべき役割(概要) (注)詳細は別紙添付		<p>△△医療圏唯一の「災害拠点病院」(地域災害医療センター)の指定を受け、圏域内の災害医療の中核的役割を担うとともに、がん、脳卒中等の分野においてA市内で最高水準の高度医療を提供するほか、市内の救急医療の過半を担う。</p> <p>特に「地域がん診療連携拠点病院」として当医療圏の民間病院では行われないリニアック等の高度医療機器を用いた治療を行う。</p> <p>また、市民の疾病予防、健康増進の拠点として集団検診、医療相談、健康講座等の保健衛生活動を行う。</p>					
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要) (注)詳細は別紙添付		<p>○病院の建設改良に要する経費→企業債利息及び元金償還額の全額(平成20年度以降の企業債については1/2)</p> <p>○救急医療に要する経費(特別交付税算定相当額)</p> <p>○高度医療機器に要する経費(企業債利息及び元金償還額の全額)</p> <p>○保健衛生行政事務に要する経費(計画事業に係る所要人件費及び物件費相当額)</p> <p>○リハビリテーション医療に要する経費(地方財政計画単価×年間患者見込数)</p>					
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率	89.1	89.5	93.6	95.9	100.9	
	職員給与費比率	-	-	-	-	-	指定管理者制度のため
	病床利用率	86.4%	88.0%	89.2%	91.2%	93.8%	
	平均在院日数	22.3	20.5	20.3	19.8	18.5	
上記目標数値設定の考え方		<p>計画3か年度目に当たる平成23年度に経常黒字化を目指す。</p> <p>任意項目としては、医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標として、平均在院日数を採用。</p> <p>(経常黒字化の目標年度:23年度)</p>					

				団体名 (病院名)	甲県A市(A市立病院)		
公立病院としての医療機能に係る 数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
紹介患者数		1,091	1,130	1,230	1,330	1,430	年間延べ患者数
手術件数		1,671	1,728	1,715	1,807	1,894	年間延べ患者数
救急患者数		3,534	3,611	3,723	3,755	3,801	年間延べ患者数
地域医療相談数		4,473	4,846	5,016	5,011	5,323	年間延べ相談数
数値目標達成に向けての 具体的な取組及び実施時期	民間的経営手法の導入	○平成18年度から指定管理者制度(利用料金制)を導入済(医療法人S会を指定管理者に指定)。					
	事業規模・形態の見直し	○指定管理者制度導入時に一般病床を50床削減済み。					
	経費削減・抑制対策	○指定管理者制度導入時に、指定管理料支出を精査し、一般会計からの繰入金を減少。 (平成17年度650百万円 → 平成18年度577百万円)					
	収入増加・確保対策	○現在、指定管理者制度導入以前の企業債については、全額市が財政負担を行うこととしているが、平成20年度からの新規企業債についてはその1/2を委託先医療法人が負担することとし、負担金収入を確保する予定。 ○不良債務の解消のため、平成20年度から平成22年度まで各50百万円を一般会計から計画的に繰入を行う。					
	その他	○蓄積した診療情報のインフォームドコンセントへの活用(平成21年度から) ○再来受付機及び自動入金機導入による待ち時間の短縮(同上)					
各年度の収支計画		別紙1のとおり					
その他の特記事項	病床利用率の状況	17年度	76.70%	18年度	80.20%	19年度	86.40%
	病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等	施設の増改築については、再編・ネットワーク化計画の具体化と併せて検討。					

団体名 (病院名)	甲県A市(A市立病院)
--------------	-------------

再編・ネットワーク化に係る計画	二次医療圏内の公立病院等配置の現況	当病院が所在する△△圏域には、下記の公立病院及び公的病院が開設されているほか、E市内には医療法人S会が250床の総合病院(救急告示病院)を開設している。 A市立病院(350床)、B市立病院(B市200床)、C日赤病院(C市200床)、D町立病院(D町、50床)	
	都道府県医療計画等における今後の方向性	「甲県公立病院再編・ネットワーク化構想」によれば、当病院及びB市立病院は指定管理者制度の活用等により実質的な経営統合を検討、D町立病院は診療所化を含む病床規模見直しの上、同様に指定管理者制度の活用等により実質的な経営統合を検討すべきものとされている。	
	再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<時期> 平成20年度中 平成21年度中 平成22年度中	<内容> B市及び医療法人S会との間でB市立病院の指定管理に係る協議完了 医療法人S会がB市立病院の指定管理者に指定された場合、A市、B市及びS会で、A市立病院、B市立病院及びS総合病院間の機能分担に関する医療機能再編協議会(仮称)を設置。S会とB市の協議不調の場合、A市及びB市間で協議会を設置。 上記協議について結論を得る。
経営形態見直しに係る計画	経営形態の現況 (該当箇所に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 公営企業法財務適用	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 地方独立行政法人
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所に☑を記入、検討中の場合は複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> 指定管理者制度	<input type="checkbox"/> 一部事務組合・広域連合
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 民間譲渡 <input type="checkbox"/> 診療所化	<input type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定管理者制度 <input type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行
点検・評価・公表等	点検・評価・公表等の体制(委員会等を設置する場合その概要)	既存の「市立病院経営評議会」を活用して、毎年度指定管理者からの事業報告と併せて改革プランの取組状況等の点検・評価を行う。	
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	市立病院経営評議会での審議を経て、毎年度9月末までに公表する。	
	その他特記事項		

(別紙1)

団体名 (病院名)	甲県A市(A市立病院)
--------------	-------------

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収	1. 医 業 収 益 a	359	354	360	375	386	405
	(1) 料 金 収 入	0	0	0	0	0	0
	(2) そ の 他	359	354	360	375	386	405
	うち他会計負担金	311	310	330	350	375	384
	2. 医 業 外 収 益	65	64	64	64	64	62
	(1) 他会計負担金・補助金	65	64	64	64	64	62
	(2) 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0
	(3) そ の 他	0	0	0	0	0	0
	経 常 収 益 (A)	424	418	424	439	450	467
	入	1. 医 業 費 用 b	400	401	407	403	403
(1) 職 員 給 与 費 c		0	0	0	0	0	0
(2) 材 料 費		0	0	0	0	0	0
(3) 経 費		228	223	227	220	220	218
(4) 減 価 償 却 費		152	158	160	163	163	162
(5) そ の 他		20	20	20	20	20	20
2. 医 業 外 費 用		68	68	67	66	66	64
(1) 支 払 利 息		68	68	67	66	66	64
(2) そ の 他		0	0	0	0	0	0
経 常 費 用 (B)		468	469	474	469	469	464
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 44	▲ 51	▲ 50	▲ 30	▲ 19	3	
特別損益	1. 特 別 利 益 (D)	0	0	50	50	50	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	0	0	0	0
	特別損益(D)-(E) (F)	0	0	50	50	50	0
純 損 益 (C)+(F)	▲ 44	▲ 51	0	20	31	3	
累 積 欠 損 金 (G)	▲ 2,544	▲ 2,595	▲ 2,595	▲ 2,575	▲ 2,544	▲ 2,541	
不良債務	動 資 産 (ア)	30	32	32	32	32	32
	流 動 負 債 (イ)	190	180	130	80	30	746
	うち一時借入金	170	160	100	50	0	310
	翌年度繰越財源(ウ)	0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額(エ)	0	0	0	0	0	0
	差引不良債務(オ) [(イ)-(エ)]-(ア)-(ウ)	160	148	98	48	0	0
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	90.6	89.1	89.5	93.6	95.9	100.6	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(イ)}{(ア)} \times 100$	44.6	41.8	27.2	12.8	0.0	0.0	
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	89.8	88.3	88.5	93.1	95.8	101.3	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	0	0	0	0	0	0	
地方財政法施行令第19条第1項 により算定した資金の不足額 (H)	128	143	94	46	15	0	
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{(a)} \times 100$	44.6	41.8	27.2	12.8	0.0	0.0	
病 床 利 用 率	80.2	86.4	88.0	89.2	91.2	93.8	

団体名 (病院名)	甲県A市(A市立病院)
--------------	-------------

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

年度		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	
収 入	1. 企業債	330	246	100	90	100	100	
	2. 他会計出資金	0	0	0	0	0	0	
	3. 他会計負担金	201	214	225	130	141	130	
	4. 他会計借入金	0	0	0	0	0	0	
	5. 他会計補助金	0	0	0	0	0	0	
	6. 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0	
	7. その他	0	0	0	94	82	94	
	収入計 (a)	531	460	325	314	323	324	
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0	0	
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0	
	純計(a)-(b)+(c) (A)	531	460	325	314	323	324	
	支 出	1. 建設改良費	351	256	120	100	120	120
		2. 企業債償還金	201	214	225	224	223	224
		3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0
4. その他		0	0	0	0	0	0	
支出計 (B)		552	470	345	324	343	344	
差引不足額 (B)-(A) (C)		21	10	20	10	20	20	
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金	0	0	20	10	20	20	
	2. 利益剰余金処分量	0	0	0	0	0	0	
	3. 繰越工事資金	0	0	0	0	0	0	
	4. その他	0	0	0	0	0	0	
計 (D)		0	0	20	10	20	20	
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)		21	10	0	0	0	0	
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)		0	0	0	0	0	0	
実質財源不足額 (E)-(F)		21	10	0	0	0	0	

- 複数の病院を有する事業にあっては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
- 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収益的収支	(0)	(0)	(50)	(50)	(50)	(0)
	376	374	444	464	489	446
資本的収支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	201	214	225	130	141	130
合計	(0)	(0)	(50)	(50)	(50)	(0)
	577	588	669	594	630	576

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

(事例5)

公立病院改革プランの概要

合併市町村において、複数の小規模な市町村立病院(100床未満)の統合・再編を行うケース

[総括表]

団体名		甲県A市						
プランの名称		A市病院事業改革プラン						
策定日		平成 20年 9月 30日						
対象期間		平成 21年度 ~ 平成 23年度						
病院の現状	病院名	A市立A市民病院 A市立A市民病院B分院						
	所在地	A市民病院: 甲県A市××町111-2 B分院: 甲県A市◇◇町23						
	病床数	本院: 90床 分院: 65床						
	診療科目	本院: 内科・外科・脳神経外科・眼科・整形外科・耳鼻科・皮膚科・リハビリテーション科 分院: 内科・外科・整形外科・皮膚科・婦人科						
公立病院として今後果たすべき役割(概要) (注)詳細は別紙添付[添付省略]		○市内で唯一の救急告示病院として市民の救急医療を取り扱うとともに、外科や脳外科に係る手術等の地域の民間医療機関では担えない高度な医療を提供する。 ○平成21年度に両病院を統合・再編し、現分院を診療所化する一方で、本院に医療資源を集中する。						
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要) (注)詳細は別紙添付[添付省略]		○病院の建設改良に要する経費の1/2(起債分を除く) ○病院事業債元利償還金の2/3(平成14年度以前分)ないし1/2(平成15年度以降分)の繰入 ○高度医療機器の導入に要する経費(リース料等からその収入を差し引いた分の2/3) ○救急に要する経費(救急受け入れ体制(医師・看護師手当等)整備に伴う増加経費のうち2/3) ○公立病院附属診療所の経費(普通交付税算定相当額) ○不採算地区病院に要する経費(特別交付税算定相当額) ○リハビリに要する経費(((一般病院1日1人当たり平均収入) - (リハビリ患者1日1人当たり収入)) × 年間延べ患者数)						
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率(%)		93.0	92.6	100.4	104.0	104.6	
	職員給与費比率(%)		72.2	73.0	63.3	60.1	59.2	
	病床利用率(%)		51.4	50.1	66.8	75.9	80.7	
	平均在院日数		20.4	18.8	17.5	16.9	14.0	
	患者1人1日当たり診療収入(入院)		18,500	19,000	24,300	26,400	27,800	単位:円
	患者1人1日当たり診療収入(外来)		6,800	7,200	7,600	7,600	7,600	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(医師)		330,400	330,800	330,900	331,400	331,600	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(看護部門)		40,700	40,800	43,800	46,500	48,200	単位:円
	職員数(全体)人		114	112	104	106	100	
上記目標数値設定の考え方		計画初年度の平成21年度において経常黒字化を達成し、計画期間中に経常収支比率の更なる改善を図る。 任意項目は医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標を選択した。 (経常黒字化の目標年度: 21年度)						

				団体名 (病院名)	甲県A市 (A市民病院・B分院)		
公立病院としての医療機能に係る 数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
救急車による患者数		290人	310人	670人	676人	698人	年間延べ人数
手術件数		300件	320件	760件	770件	780件	年間延べ件数
地域開業医の検査受付		0件	25件	30件	50件	60件	年間延べ件数
数値目標達成に向けての 具体的な取組及び実施時期 経営効率化に係る計画	民間的経営手法の導入	○医事課業務を段階的に民間委託化。(平成21年度～平成23年度) ○外来投薬の院外処方化。(平成22年度)					
	事業規模・形態の見直し	○平成18年度、外部(国立病院機構)から事業管理者を迎え、地方公営企業法の全部適用を実施済み。 ○本院は、人的資源を集中させ、病床を90床から110床へ増床させる一方、B分院は、無床の診療所(65床→0床)にし、入院機能を本院に集約。(平成21年度)					
	経費削減・抑制対策	○物品購入一元化を平成20年度に実施済み。(年間1,500万円の削減) ○平成21年度に診療体制の見直しを行うに際して医師、看護師以外の職員の削減。(平成19年度末20名→平成23年度14名)(年間3,500万円の削減) ○特殊勤務手当の見直し。(平成21年度)(年間700万円の削減) ○清掃等の委託契約内容の見直し。(平成21年度)(年間100万円の削減) ○職員給与を地域における同職種バランスを考慮したものに見直す。(平成22年度)(年間1,000万円の削減)					
	収入増加・確保対策	○看護基準の引き上げ(13対1から10対1へ)を平成21年度に実施。(年間1,000万円の増収) ○医療資源の集約化により平成21年度から手術件数を増加。(年間2,000万円の増収) ○地域医療連携室を平成20年度に設置済み。 ○紹介率の向上や弾力的な病床管理によって、平均在院日数の短縮。(現在20.4日を平成23年度までには14日以内に短縮する)(年間1,500万円の増収)					
	その他	○医師の確保については、①超過勤務の軽減を図るための交代勤務体制の導入、②補助事務員の配置、③勤務実績に応じた給与体系の導入を平成22年度から予定。 ○看護師確保のため院内保育所を平成21年度から開設予定。また非常勤の看護助手や非常勤看護師を増員。(平成21年度から) ○医師、看護師等の専門性や知識の向上を図るため、研修を充実する。(平成21年度から)					
各年度の収支計画		別紙1のとおり					
その他の 特記事項	病床利用率の状況	17年度	57.3%	18年度	51.7%	19年度	47.9%
	病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等	○病床利用率の状況を踏まえ、平成21年度に2病院を1病院1診療所化し、病院数を削減。 ○このため、平成21年度に改修工事等を実施。(事業費6,000万円程度)					

団体名 (病院名)	甲県A市 (A市民病院・B分院)
--------------	---------------------

再編・ネットワーク化に係る計画	二次医療圏内の公立病院等配置の現況	当病院が所在する甲県△△保健医療圏には、公立病院が5病院所在。県立C病院(D市、250床)、D市立D病院(150床)、E町立病院(150床)のほか、A市民病院本院及びB分院は100床未満の小規模病院。		
	都道府県医療計画等における今後の方向性	県では、公立病院再編等検討委員会を立ち上げ、県主導のもと関係市町村と調整し、医療計画を踏まえた公立病院の再編・ネットワーク化について平成20年度中に方向性を示す予定。特に当医療圏のみが県内で救命救急センターが所在していないため、県立病院の建替えとあわせて県立病院を地域の中核病院とした体制の構築を検討。		
	再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<時期> 平成21年4月 同月 平成21年中	<内容> 当面、A市立の2病院を1病院1診療所へ再編 県、市町村、関係機関からなる「△△圏域公立病院再編等協議会」を設置。 県の公立病院再編等検討委員会が平成20年度中に示す当医療圏における再編等の方向性を踏まえ、上記協議会において検討し、結論を得る。	
経営形態見直しに係る計画	経営形態の現況 (該当箇所に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 公営企業法財務適用	<input checked="" type="checkbox"/> 公営企業法全部適用	<input type="checkbox"/> 地方独立行政法人
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所に☑を記入、検討中の場合は複数可)	<input type="checkbox"/> 指定管理者制度	<input type="checkbox"/> 一部事務組合・広域連合	
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用	<input checked="" type="checkbox"/> 地方独立行政法人	<input type="checkbox"/> 指定管理者制度
点検・評価・公表等	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<input type="checkbox"/> 民間譲渡	<input checked="" type="checkbox"/> 診療所化	<input type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行
	点検・評価・公表等の体制 (委員会等を設置する場合その概要)	<時期> 平成21年4月 同月 平成21年度中	<内容> B分院を無床診療所へ再編 県、市町村、関係機関からなる「△△圏域公立病院再編等協議会」を設置。 △△医療圏での経営主体の統合(地方独立行政法人化を検討対象)について、県の公立病院再編等検討委員会の検討結果を踏まえ、上記協議会において検討し、再編のあり方とあわせて結論を得る。	
その他特記事項	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	「市民病院改革委員会」を設立し、毎年8月・2月に改革プランの取組状況の点検・評価を実施。市ホームページや市議会(委員会)で報告 <構成メンバー> 病院事業管理者(院長)、市総務部長、市企画財政部長、外部有識者、地元医師会長、住民代表		
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	年2回(8月・2月)		

(別紙1)

団体名 (病院名)	甲県A市 (A市民病院・B分院)
--------------	---------------------

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 入	1. 医 業 収 益 a	1,095	1,106	1,095	1,175	1,222	1,227
	(1) 料 金 収 入	984	971	965	1,069	1,116	1,120
	(2) そ の 他	111	135	130	106	106	107
	うち他会計負担金	70	95	90	81	83	84
	2. 医 業 外 収 益	190	179	178	137	148	144
	(1) 他会計負担金・補助金	182	172	172	130	136	137
	(2) 国 (県) 補 助 金	0	0	0	0	0	0
	(3) そ の 他	8	7	6	7	12	7
	経 常 収 益 (A)	1,285	1,285	1,273	1,312	1,370	1,371
	支 出	1. 医 業 費 用 b	1,354	1,344	1,338	1,263	1,273
(1) 職 員 給 与 費 c		794	798	799	744	734	726
(2) 材 料 費		308	296	305	285	296	300
(3) 経 費		181	179	163	160	159	158
(4) 減 価 償 却 費		67	67	67	70	80	78
(5) そ の 他		4	4	4	4	4	4
2. 医 業 外 費 用		34	37	37	44	44	45
(1) 支 払 利 息		9	8	8	9	8	8
(2) そ の 他		25	29	29	35	36	37
経 常 費 用 (B)		1,388	1,381	1,375	1,307	1,317	1,311
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 103	▲ 96	▲ 102	5	53	60	
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	0	0	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	21	0	0	0
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	0	0	▲ 21	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)	▲ 103	▲ 96	▲ 123	5	53	60	
累 積 欠 損 金 (G)	▲ 749	▲ 845	▲ 968	▲ 963	▲ 910	▲ 850	
不 良 債 務	流 動 資 産 (ア)	741	650	757	777	807	826
	流 動 負 債 (イ)	176	178	157	155	150	154
	うち一時借入金	120	120				
	翌年度繰越財源 (ウ)						
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (エ)						
差引 不 良 債 務 (オ)							
	[(イ)-(エ)]-(ア)-(ウ)						
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	92.6	93.0	92.6	100.4	104.0	104.6	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$							
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	80.9	82.3	81.8	93.0	96.0	96.9	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	72.5	72.2	73.0	63.3	60.1	59.2	
地方財政法施行令第19条第1項 により算定した資金の不足額 (H)							
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$							
病 床 利 用 率	51.7	51.4	50.1	66.8	75.9	80.7	

団体名 (病院名)	甲県A市 (A市民病院・B分院)
--------------	---------------------

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

年度		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
取 入	1. 企業債	25	11	54	60	6	5
	2. 他会計出資金	51	26	27	30	31	22
	3. 他会計負担金	0	0	0	0	0	0
	4. 他会計借入金	0	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金	0	0	0	0	0	0
	6. 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0
	7. その他	1	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	77	37	81	90	37	27
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0
純計(a)-(b)+(c) (A)	77	37	81	90	37	27	
出	1. 建設改良費	31	13	50	62	9	12
	2. 企業債償還金	52	42	101	51	53	37
	3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0
	4. その他	0	0	0	0	0	0
支出計 (B)	83	55	151	113	62	49	
差引不足額 (B)-(A) (C)	6	18	70	23	25	22	
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金	6	18	70	23	25	22
	2. 利益剰余金処分量	0	0	0	0	0	0
	3. 繰越工事資金	0	0	0	0	0	0
	4. その他	0	0	0	0	0	0
計 (D)	6	18	70	23	25	22	
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)	0	0	0	0	0	0	
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)	0	0	0	0	0	0	
実質財源不足額 (E)-(F)	0	0	0	0	0	0	

- 複数の病院を有する事業にあっては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
- 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収益的収支	(11)	(37)	(57)	(0)	(0)	(0)
	252	267	262	211	219	221
資本的収支	(10)	(3)	(3)	(0)	(0)	(0)
	51	26	27	30	31	22
合計	(21)	(40)	(60)	(0)	(0)	(0)
	303	293	289	241	250	243

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

事例6)

公立病院改革プランの概要

小規模病院(100床未満)に指定管理者制度を導入するケース

団 体 名	甲県B町						
プランの名称	B町病院改革プラン						
策 定 日	平成 20年 12月 24日						
対 象 期 間	平成 20年度 ~ 平成 25年度						
病院の現状	病院名	B町立病院					
	所在地	甲県B町××					
	病床数	一般病床70床 療養病床20床					
	診療科目	内科・外科・眼科・整形外科・耳鼻科・皮膚科・リハビリテーション科・小児科					
公立病院として今後果たすべき役割(概要) (注)詳細は別紙添付	当町唯一の病院としてB町民の入院医療、救急医療等の提供。B町の企画する健康づくり事業の実施主体となるとともに、町内診療所、介護施設等との協力・連携によりB町民の健康増進に貢献。						
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要) (注)詳細は別紙添付	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の建設改良に要する経費の1/2(起債分を除く) ○病院事業債元利償還金の2/3(14年度以前分)ないし1/2(15年度以降分)相当額 ○高度医療の経費(リース料等からその収入を差し引いた分の2/3) ○救急に要する経費(特別交付税措置分相当額) ○不採算地区病院に要する経費(特別交付税措置分相当額) ○リハビリに要する経費(((一般病院1日1人当たり平均収入)-(リハビリ患者1日1人当たり収入))×年間延べ患者数) 						
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率	87.1	93.5	100.3	100.4	100.0	
	職員給与費比率	70.1	64.2	59.1	0.0	0.0	
	病床利用率	64.8	70.8	73.6	81.9	85.6	
	平均在院日数	26.4	25.8	24.9	20.9	19.8	
	患者1人1日当たり診療収入(入院)	29,518	34,300	33,280	33,380	34,390	単位:円
	患者1人1日当たり診療収入(外来)	6,798	7,218	7,523	7,513	7,504	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(医師)	300,201	300,941	308,513	315,020	333,550	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(看護部門)	57,472	60,271	62,475	65,112	65,212	単位:円
上記目標数値設定の考え方	平成22年度からは指定管理者制度(利用料金制)の導入予定を前提として目標設定。任意項目は、医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標を選択した。 (経常黒字化の目標年度: 21年度)						

				団体名 (病院名)	甲県B町 (B町立病院)		
公立病院としての医療機能に係る 数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度	備考
数値目標達成に向けての具体的な取組及び実施時期	救急車による患者数	260人	265人	275人	300人	320人	年間延べ人数
	手術件数	250件	260件	260件	260件	260件	年間延べ件数
	健康相談件数	512件	498件	510件	530件	540件	年間延べ件数
経営効率化に係る計画	民間的経営手法の導入	○医事課業務、給食業務の委託化を平成20年度に導入済み。 ○平成22年度から指定管理者制度(利用料金制)へ移行。					
	事業規模・形態の見直し	○平成21年度末限りで療養病床を廃止し、老健施設に転換。					
	経費削減・抑制対策	○平成20年度から市場価格等の情報収集、比較検討により材料を廉価購入し、年間300万円の削減。 ○既存の業務委託契約について、平成20年度から長期継続契約を導入するなど業務内容や契約方法の見直しを行い、委託経費を削減。(年間80万円の削減) ○人件費の抑制を実施。(平成20年度2名、平成21年度3名の職員数の削減)					
	収入増加・確保対策	○平成20年度から医業未収金の電話・訪問督促を開始。また、同年度から患者の自己負担額について、退院当日に清算ができるよう退院の2～3日前に概算金額を伝えることにより、未収金の発生を防止。(現状未収金700万円→目標200万円) ○平均在院日数の短縮や空き病床の有効利用など効率的なベットコントロールを徹底し、病床利用率を向上。(平成23年度目標 85.6%) ○平成20年度地域医療連携・相談室の新設。 ○平成21年度遊休資産(旧医師住宅等)の売却。(5,000万円程度の増収)					
	その他	○診療情報の提供、インフォームドコンセント、接遇の向上について平成21年度から職員研修を開始。					
各年度の収支計画		別紙1のとおり					
その他の特記事項	病床利用率の状況	17年度	67.3%	18年度	67.5%	19年度	64.8%
	病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等	○平成21年度末限りで療養病床を廃止し、老健施設に転換する。					

団体名 (病院名)	甲県B町 (B町立病院)
--------------	-----------------

再編・ネットワーク化に係る計画	二次医療圏内の公立病院等配置の現況	当B町立病院が所在する△△圏域には、下記の公立病院及び公的病院が開設されているほか、A市内には医療法人J会が250床の総合病院(救急告示病院)を開設している。当病院(90床)、A市立病院(A市200床)、C町立病院(C町、50床)			
	都道府県医療計画等における今後の方向性	「甲県公立病院再編等計画」(平成20年12月)によれば、当病院及びC町立病院は診療所化を含む病床規模見直しの上、指定管理者制度の活用等によりA市立病院との実質的な経営統合を検討すべきものとされている。			
	再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<時期> 平成20年12月 平成21年6月まで	<内容> A市、B町及びC町並びに甲県により、「△△圏域公立病院再編等協議会」を設立。 上記「甲県公立病院再編等計画」に示された方向性を踏まえ、上記協議会において検討・協議を行い、結論を得る。		
経営形態見直しに係る計画	経営形態の現況 (該当箇所に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 公営企業法財務適用	<input checked="" type="checkbox"/> 公営企業法全部適用	<input type="checkbox"/> 地方独立行政法人	
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所に☑を記入、検討中の場合は複数可)	<input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用	<input type="checkbox"/> 地方独立行政法人	<input checked="" type="checkbox"/> 指定管理者制度	
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1 詳細は別紙添付 2 具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。	<input type="checkbox"/> 民間譲渡	<input type="checkbox"/> 診療所化	<input checked="" type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行	
		<時期> 平成21年末まで 平成22年4月	<内容> A市、C町と共同し、共通の指定管理者に管理を委ねる方向で上記協議会において検討・協議を行い、平成21年6月を目途に結論を得た後、直ちに公募を行い管理者を選定。 指定管理者制度導入開始 療養病床について、老健施設に転換		
点検・評価・公表等	点検・評価・公表等の体制 (委員会等を設置する場合その概要)	「町立病院評価委員会」を設立し、毎年9月・3月に改革プランの取組状況の点検・評価を行う。 <構成メンバー> 院長、事務長、町総務課長、財政課長、外部有識者、町議会代表、地元医師会長、町民からの公募メンバー			
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)	年2回(9月・3月)			
その他特記事項					

(別紙1)

団体名 (病院名)	甲県B町 (B町立病院)
--------------	-----------------

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収	1. 医 業 収 益 a	1,095	1,072	1,145	1,147	75	75
	(1) 料 金 収 入	984	937	1,010	1,012	0	0
	(2) そ の 他	111	135	135	135	75	75
	うち他会計負担金	70	95	80	90	90	90
	2. 医 業 外 収 益	190	169	171	176	175	175
	(1) 他会計負担金・補助金	182	162	165	170	170	170
	(2) 国 (県) 補 助 金						
	(3) そ の 他	8	7	6	6	5	5
	経 常 収 益 (A)	1,285	1,241	1,316	1,323	250	250
	入	1. 医 業 費 用 b	1,324	1,297	1,280	1,196	156
(1) 職 員 給 与 費 c		764	751	735	678	0	0
(2) 材 料 費		308	296	299	289	0	0
(3) 経 費		181	179	175	167	96	96
(4) 減 価 償 却 費		67	67	67	59	57	58
(5) そ の 他		4	4	4	3	3	3
2. 医 業 外 費 用		124	127	128	123	93	93
(1) 支 払 利 息		99	98	99	94	93	93
(2) そ の 他		25	29	29	29	0	0
経 常 費 用 (B)		1,448	1,424	1,408	1,319	249	250
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 163	▲ 183	▲ 92	4	1	0	
特別損益	1. 特 別 利 益 (D)	0	0	0	50	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	21	6	0	0
	特別損益 (D)-(E) (F)	0	0	▲ 21	44	0	0
純 損 益 (C)+(F)	▲ 163	▲ 183	▲ 113	48	1	0	
累 積 欠 損 金 (G)	▲ 112	▲ 295	▲ 408	▲ 360	▲ 359	▲ 359	
良 債 務	流 動 資 産 (ア)	741	650	640	757	157	116
	流 動 負 債 (イ)	176	144	139	169	125	135
	うち一時借入金	120	120	120			
	翌年度繰越財源(ウ)						
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (エ)						
差引 不 良 債 務 (オ)							
	[(イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]						
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	88.7	87.1	93.5	100.3	100.4	100.0	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$							
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	82.7	82.7	89.5	95.9	48.1	47.8	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	69.8	70.1	64.2	59.1	0.0	0.0	
地方財政法施行令第19条第1項 により算定した資金の不足額 (H)							
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$							
病 床 利 用 率	67.5	64.8	70.8	73.6	81.9	85.6	

団体名 (病院名)	甲県B町 (B町立病院)
--------------	-----------------

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

区分		年度					
		18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 入	1. 企 業 債	25	11	19	27		5
	2. 他 会 計 出 資 金	35	26	27	30	31	22
	3. 他 会 計 負 担 金						
	4. 他 会 計 借 入 金						
	5. 他 会 計 補 助 金	3	3	3	3		
	6. 国 (県) 補 助 金						
	7. そ の 他	1					
	収 入 計 (a)	64	40	49	60	31	27
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)						
	前年度許可債で当年度借入分 (c)						
純計(a)-{(b)+(c)} (A)	64	40	49	60	31	27	
支 出	1. 建 設 改 良 費	31	15	15	30		10
	2. 企 業 債 償 還 金	52	52	101	51	53	37
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金						
	4. そ の 他						
	支 出 計 (B)	83	67	116	81	53	47
差 引 不 足 額 (B)-(A) (C)	19	27	67	21	22	20	
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	19	27	67	21	22	20
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額						
	3. 繰 越 工 事 資 金						
	4. そ の 他						
	計 (D)	19	27	67	21	22	20
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)	0	0	0	0	0	0	
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)							
実 質 財 源 不 足 額 (E)-(F)	0	0	0	0	0	0	

1. 複数の病院を有する事業にあっては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
2. 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	18年度(実績)	19年度(実績)	20年度(見込)	21年度	22年度	23年度
収 益 的 収 支	(11) 252	(37) 257	(57) 245	(57) 260	(0) 260	(0) 260
資 本 的 収 支	(3) 38	(3) 29	(3) 30	(3) 33		31 22
合 計	(14) 290	(40) 286	(60) 275	(60) 293	(0) 291	(0) 282

(注)

- 1 ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 2 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰入金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

地方公営企業法に定める繰入基準

地方公営企業法（抜粋）

第三章 財務

（特別会計）

第十七条 地方公営企業の経理は、第二条第一項に掲げる事業ごとに特別会計を設けて行なうものとする。但し、同条同項に掲げる事業を二以上経営する地方公共団体においては、政令で定めるところにより条例で二以上の事業を通じて一の特別会計を設けることができる。

（経費の負担の原則）

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

一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費

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

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

（補助）

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

（出資）

地方公営企業法施行令（抜粋）

（一般会計等において負担する経費）

第八条の五 法第十七条の二第一項第一号に規定する経費で政令で定めるものは、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める経費（当該経費に係る特定の収入がある場合には、当該特定の収入の額をこえる部分）とする。

一 水道事業 略

二 工業用水道事業 略

三 病院事業 看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費、救急の医療を確保するために要する経費及び集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

《改正》平 14 政 004

2 法第十七条の二第一項第二号に規定する経費で政令で定めるものは、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める経費（当該経費に充てることができる当該事業の経営に伴う収入の額をこえる部分に限る。）とする。

一 軌道事業 略

二 病院事業 山間地、離島その他のへんぴな地域等における医療の確保をはかるため設置された病院又は診療所でその立地条件により採算をとることが困難であると認められるものに要する経費及び病院の所在する地域における医療水準の向上をはかるため必要な高度又は特殊な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費

附則（抄）

（一般会計等において負担する経費に関する経過措置）

1 4 法第十七条の二第一項第二号に規定する病院事業の経費で政令で定めるものは、当分の間、第八条の五第二項第二号に定める経費のほか、病院及び診療所の建設又は改良に要する経費（当該経費に充てることができる病院事業の経営に伴う収入の額をこえる部分に限る。）とする。

平成20年度の地方公営企業繰出金について (総務省自治財政局長通知(抜粋))

最近における社会経済情勢の推移、地方公営企業の現状にかんがみ、地方公営企業法等に定める経営に関する基本原則を堅持しながら、地方公営企業の経営の健全化を促進し、その経営基盤を強化するため、毎年度地方財政計画において公営企業繰出金を計上することとしています。

その基本的な考え方は、下記のとおりですので地方公営企業の実態に即しながら、この趣旨を踏まえ適切に運営されるよう期待するものです。

この場合、一般会計が下記の基本的な考え方に沿って公営企業会計に繰出しを行ったときは、その一部について必要に応じ地方交付税等において考慮するものです。

なお、貴都道府県内市町村等に対しましても、この旨通知のうえ、趣旨の徹底を図られるようお願いいたします。

第7 病院事業

1 病院の建設改良に要する経費

(1) 趣旨

病院の建設改良費について一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

病院の建設改良費（当該病院の建設改良に係る企業債及び国庫(県)補助金等の特定財源を除く。以下同じ。）及び企業債元利償還金（PFI事業に係る割賦負担金を含む。以下同じ。）のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額（建設改良費及び企業債元利償還金等の2分の1（ただし、平成14年度までに着手した事業に係る企業債元利償還金等にあつては3分の2）を基準とする。）とする。

2 へき地医療の確保に要する経費

(1) 趣旨

へき地における医療の確保を図るために必要な経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

ア 地域において中核的役割を果している病院が、巡回診療車、患者輸送車等を備えて巡回診療を行うために必要な経費等のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

イ 遠隔医療システムの運営を行うために必要な経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

3 結核病院の運営に要する経費

(1) 趣旨

結核病院の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

結核病院の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

4 精神病院の運営に要する経費

(1) 趣旨

精神病院の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

精神病院の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

5 リハビリテーション医療に要する経費

(1) 趣旨

リハビリテーション医療の実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

リハビリテーション医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

6 周産期医療に要する経費

(1) 趣旨

周産期医療の実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

周産期医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

7 小児医療に要する経費

(1) 趣旨

小児医療の実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

小児医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

8 公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費

(1) 趣旨

公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

公立病院附属看護師養成所において看護師を養成するために必要な経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

9 院内保育所の運営に要する経費

(1) 趣旨

病院内保育所の運営に要する経費について一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

病院内保育所の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

10 救急医療の確保に要する経費

(1) 趣旨

救急医療の確保に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

ア 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)第2条の規定により告示された救急病院における医師等の待機及び空床の確保等救急医療の確保に必要な経費に相当する額とする。

イ 災害拠点病院整備事業実施要綱(平成8年5月10日付け健政発第435号厚生省健康政策局長通知)に基づく災害拠点病院が災害時における救急医療のために行う施設(通常の診療に必要な施設を上回る施設)の整備に要する経費に相当する額とする。

ウ 災害拠点病院が災害時における救急医療のために行う診療用具、診療材料及び薬品等(通常の診療に必要な診療用具、診療材料及び薬品等を上回る診療用具、診療材料及び薬品等)の備蓄に要する経費に相当する額とする。

11 公立病院附属診療所の運営に要する経費

(1) 趣旨

公立病院附属診療所の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

公立病院附属診療所の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

12 高度医療に要する経費

(1) 趣旨

高度な医療で採算をとることが困難であっても、公立病院として行わざるをえないものの実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

高度な医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

1 3 保健衛生行政事務に要する経費

(1) 趣旨

集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

(2) 繰出しの基準

集団検診、医療相談等に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

1 4 経営基盤強化対策に要する経費

(1) 不採算地区病院の運営に要する経費

ア 趣旨

不採算地区病院の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

イ 繰出しの基準

不採算地区病院（病床数100床未満（感染症病床を除く。）又は1日平均入院患者数100人未満（感染症の患者を除く。））であり、かつ1日平均外来患者数200人未満である一般病院のうち当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの又は所在市町村の面積が300 k m²以上で他の一般病院の数が1に限られるもの（平成14年4月1日から平成17年3月31日までに行われた地方自治法第7条第1項又は第3項の規定による申請に基づき、平成18年3月31日までに市町村の合併が行われた場合にあっては、合併前の市町村の区域内においてこれらの要件に該当しているものを含む。）をいう。）の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

(2) 医師及び看護師等の研究研修に要する経費

ア 趣旨

医師及び看護師等の研究研修に要する経費の一部について繰り出すための経費である。

イ 繰出しの基準

医師及び看護師等の研究研修に要する経費の2分の1とする。

(3) 病院事業の経営研修に要する経費

ア 趣旨

病院事業の経営研修に要する経費の一部について繰り出すための経費である。

イ 繰出しの基準

病院事業の経営研修に要する経費の2分の1とする。

(4) 保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費

ア 趣旨

病院が中心となって行う保健・福祉等一般行政部門との共同研修・共同研究に要する

経費の一部について繰り出すための経費である。

イ 繰出しの基準

病院が中心となつて行う保健・福祉等一般行政部門との共同研修・共同研究に要する経費の2分の1とする。

(5) 経営健全化対策に要する経費

ア 趣旨

「第五次病院事業経営健全化措置について」（平成14年4月19日付け総経第103号）に基づく経営健全化計画による不良債務解消のための繰出しに要する経費である。

イ 繰出しの基準

経営健全化計画において不良債務を解消するために、一般会計から繰り入れることを認められた額の範囲内とする。

(6) 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費

ア 趣旨

病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費の一部について繰り出すための経費である。

イ 繰出しの基準

当該年度の4月1日現在の職員数が地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法（昭和37年法律第153号。以下「施行法」という。）の施行の日における職員数に比して著しく増加している病院事業会計（施行法の施行日以降に事業を開始した病院事業会計を含む。）に係る共済追加費用の負担額の一部とする。

(7) 自治体病院の再編等に要する経費

ア 趣旨

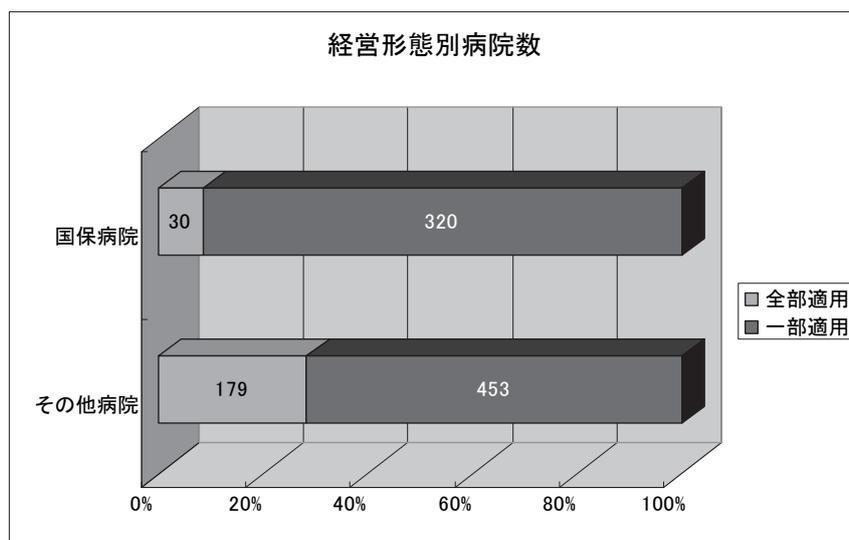
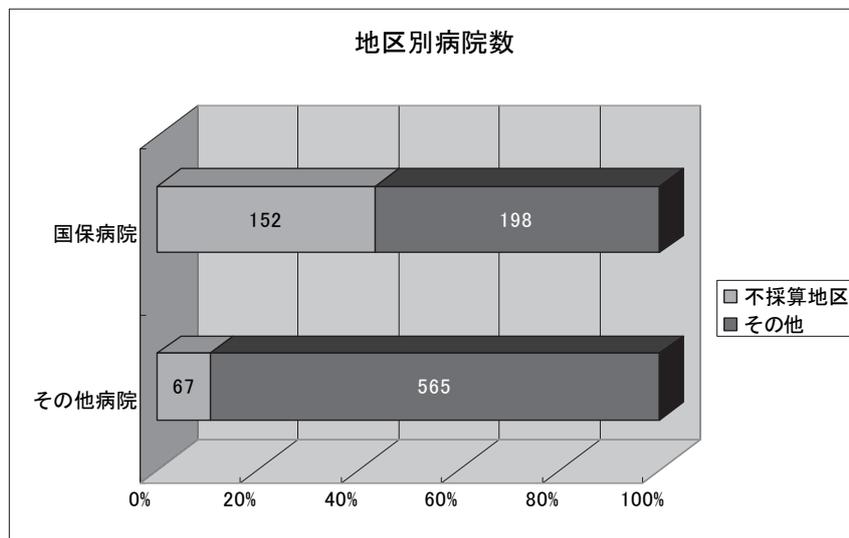
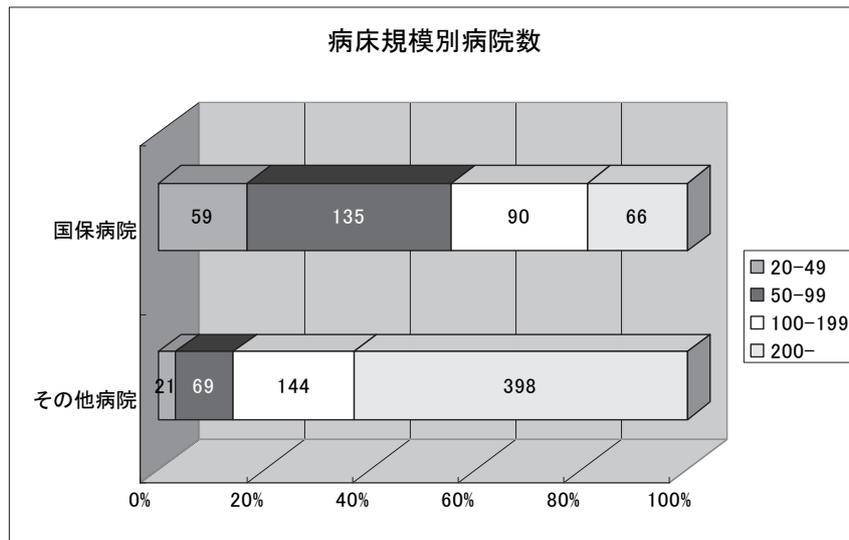
「公立病院改革ガイドラインについて」（平成19年12月24日付け総経第134号）に基づく公立病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）の実施に伴い必要な経費の一部について繰り出すための経費である。

イ 繰出しの基準

- ① 改革プランの策定並びに実施状況の点検、評価及び公表に要する経費とする。
- ② 改革プランに基づく公立病院の再編等の実施に伴い必要となる施設の除却等に要する経費のうち、経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。
- ③ 改革プランに基づき経営主体の異なる公立病院間において一部事務組合又は広域連合の設立（既存の一部事務組合又は広域連合を活用する場合を含む。）に伴い経営基盤を強化し、健全な経営を確保するために要する額のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに対する出資に要する経費（④の経費を除く。）とする。

- ④ 改革プランに基づき公立病院等の再編等を行うことに伴い、新たに必要となる建設改良費のうち、経営に伴う収入をもって充てることができないと認められる額に対する出資に要する経費とする。
- ⑤ 公立病院特例債に係る利子支払額とする。

国保病院の位置づけと経営状況



* 地方公営企業年鑑（平成 17 年度）及び国診協データより日本政策投資銀行・財団法人
日本経済研究所において作成

	(床)		(%)		(人)		(%)		(人)		(人)		(人)	
	病院数	病床数	病床利用率	入院	1日平均患者数	外来	外来入院患者比率	入院	医師1人あたりの患者数	外来	入院	看護部門1人あたりの患者数	外来	
全地方公営企業病院	982	239.5	76.9	192.2	485.9	203.4	8.5	15.5	8.5	15.5	1.2	2.4		
国保病院	350	134.7	76.3	107.4	307.7	236.2	9.7	20.1	9.7	20.1	1.4	2.9		
その他病院	632	297.6	77.3	239.2	584.6	185.2	7.9	12.9	7.9	12.9	1.2	2.1		
経営区分別														
全適	30	187.1	78.3	155.5	439.8	224.9	8.8	17.5	8.8	17.5	1.3	2.8		
一部	320	129.8	76.1	102.9	295.3	237.3	9.7	20.3	9.7	20.3	1.4	3		
全適	179	300.6	77.3	242	562.5	170.7	8	12	8	12	1.2	1.9		
一部	453	296.4	77.3	238.1	593.3	191	7.8	13.3	7.8	13.3	1.2	2.1		
不採算地区	152	60.6	72	44.1	133.5	259	10.7	23	10.7	23	1.4	3.2		
その他	198	191.6	79.6	156	441.5	218.8	8.9	17.9	8.9	17.9	1.3	2.8		
不採算地区	67	67.8	65.5	43.9	137.1	253.9	10.5	23.2	10.5	23.2	1.3	3		
その他	565	324.8	78.7	262.3	637.6	177.1	7.5	11.7	7.5	11.7	1.2	2		
国保病院	59	37.9	68.9	26.4	117.2	362.6	8.1	24.9	8.1	24.9	1.2	3.9		
50-99	135	69.7	74.3	51.6	155.8	229.1	10.8	21.7	10.8	21.7	1.4	3		
100-199	90	141.6	79.6	112.2	322.1	202.5	10.2	19.5	10.2	19.5	1.4	2.8		
200-	66	344.9	82.5	287.4	769.4	183.9	8	13.4	8	13.4	1.2	2.2		
20-49	21	38.3	61.7	24.3	90.2	339.3	8	16.1	8	16.1	1.1	2.8		
その他病院	69	70.3	70	48.7	147.3	232.2	10.7	23.1	10.7	23.1	1.3	2.8		
50-99	144	149.8	74.6	111.5	298.7	192.8	8	14.7	8	14.7	1.1	2.1		
100-199	398	404.1	80.4	329.7	789.9	166.2	7.3	10.3	7.3	10.3	1.2	1.9		
200-														

* 地方公営企業年鑑(平成17年度)及び国診協データより日本政策投資銀行・財団法人日本経済研究所において作成

	(円)		(千円/年)	
	患者1人あたりの 入院診療収入	患者1人あたりの 外来診療収入	1床当たりの入院取 入	医師1人あたり診 療収入
全地方公営企業病院	28,773	8,913	8,187	339,897
全体	23,420	7,990	6,593	369,773
国保病院	31,738	9,424	9,076	323,351
その他病院	24,992	8,602	7,300	357,660
経営 区分 別	23,272	7,933	6,527	370,909
全適	34,683	11,009	9,903	337,169
一部	30,575	8,797	8,741	317,891
国保病院	19,439	7,714	5,119	377,074
不採算地区	26,475	8,202	7,725	364,169
その他	20,030	7,620	4,680	379,680
その他病院	33,126	9,638	9,591	316,671
その他	19,446	7,494	4,910	337,996
20-49	20,603	7,739	5,573	379,097
50-99	24,360	8,184	7,100	396,242
100-199	31,450	8,682	9,494	343,058
200-	26,398	17,331	6,506	349,924
その他病院	22,096	9,074	5,582	403,660
50-99	27,328	8,248	7,365	317,880
100-199	35,287	9,493	10,427	310,005
200-				

* 地方公営企業年鑑(平成17年度)及び国診協データより日本政策投資銀行・財団法人日本経済研究所において作成

	病床100床当たり職員数										全職員
	医師	看護部門	薬剤部門	事務部門	給食部門	放射線部門	臨床検査部門	その他部門	(人)		
全地方公営企業病院	10.4	61.7	3.3	9	4.2	3	3.8	6.7	(人)		102
全体	8.9	60.5	3.5	10.3	5.1	2.9	3.5	7.6	(人)		102.4
国保病院	11.2	62.4	3.1	8.3	3.7	3	4	6.2	(人)		101.7
その他病院	10.1	61.6	3.3	9.7	5	2.8	3.6	12.9	(人)		108.9
経営	8.8	60.4	3.5	10.3	5.1	2.9	3.5	7.1	(人)		101.8
区分	12.1	64.9	3.3	8.1	4.1	3.2	4.1	5.7	(人)		105.4
別	10.8	61.4	3.1	8.4	3.5	2.9	3.9	6.4	(人)		100.3
一部	7.4	57	3.6	10.8	6.1	2.8	3.2	7.2	(人)		98.2
国保病院	10	63.2	3.4	9.9	4.3	3	3.8	7.9	(人)		105.6
地区	7.1	50.6	3.8	10.5	5	2.7	3.1	6.5	(人)		89.3
別	11.6	63.8	3.1	8	3.5	3	4	6.1	(人)		103.2
その他	9	59.8	4.4	12	7	3.5	3.6	6.8	(人)		106
国保病院	7.7	57	3.5	10.6	5.8	2.7	3.2	7.3	(人)		97.7
20-49	8.5	60	3.2	9.3	4.1	2.8	3.3	8.1	(人)		99.3
50-99	11.9	69.1	3.2	9.4	3.4	3.1	4.4	8.4	(人)		112.9
100-199	9.1	53.2	4.3	13.1	4.1	3.1	3.5	4.2	(人)		94.6
200-	7.5	4.7	3.7	10.3	5.5	3	3.4	8.8	(人)		96.8
その他病院	8.4	57.1	2.9	8.2	3.5	2.7	3.2	7.1	(人)		93.1
20-49	12.9	66.1	3.1	7.7	3.4	3.1	4.3	5.5	(人)		106
50-99									(人)		
100-199									(人)		
200-									(人)		

* 地方公営企業年鑑(平成17年度)及び国診協データより日本政策投資銀行・財団法人日本経済研究所において作成

職種別平均給与

	事務職員		医師		看護師		准看護師		医療技術員		その他職員	
	給与(円)	平均年齢	給与(円)	平均年齢	給与(円)	平均年齢	給与(円)	平均年齢	給与(円)	平均年齢	給与(円)	平均年齢
全地方公営企業病院	570,470	44	1,344,199	42	470,497	37	524,332	45	515,075	40	371,986	37
国保病院	527,797	44	1,498,108	44	467,464	40	529,220	48	492,397	42	306,807	35
その他病院	594,102	43	1,258,964	41	472,176	36	521,625	42	527,634	39	408,082	38
経営	542,539	43	1,339,256	45	465,105	39	535,967	49	481,496	40	348,361	38
区分	526,415	44	1,513,001	44	467,685	40	528,587	48	493,419	42	302,912	35
別	657,392	43	1,283,598	42	499,756	37	537,368	42	462,495	41	452,278	40
	569,094	44	1,249,230	40	461,278	35	515,405	43	513,859	39	390,619	37
国保病院	525,193	44	1,701,522	46	462,377	41	511,331	48	493,702	43	254,070	31
不採算地区	529,796	44	1,341,952	43	471,370	39	542,953	49	491,396	41	347,292	39
その他	522,638	43	1,724,784	46	468,540	39	496,275	45	505,177	42	270,204	29
不採算地区	602,577	43	1,203,725	40	472,607	35	524,631	42	530,297	39	424,432	39
その他	532,434	45	1,685,832	45	467,692	42	496,319	45	501,516	44	252,412	29
国保病院	525,018	44	1,608,739	46	463,278	41	512,464	48	488,749	43	273,996	33
20-49	514,082	43	1,400,463	44	472,080	40	537,465	50	479,925	41	325,047	38
50-99	548,040	44	1,237,157	42	469,529	37	581,661	50	508,716	40	397,675	43
100-199	512,119	42	1,617,429	47	467,859	40	398,349	40	497,694	43	193,546	21
200-	557,833	45	1,623,182	45	486,219	39	499,935	44	515,687	42	293,977	31
その他病院	593,422	42	1,176,059	38	418,271	33	458,403	39	459,447	36	32,663	33
20-49	604,962	44	1,206,902	41	489,472	36	554,765	43	555,956	40	468,679	42
50-99												
100-199												
200-												

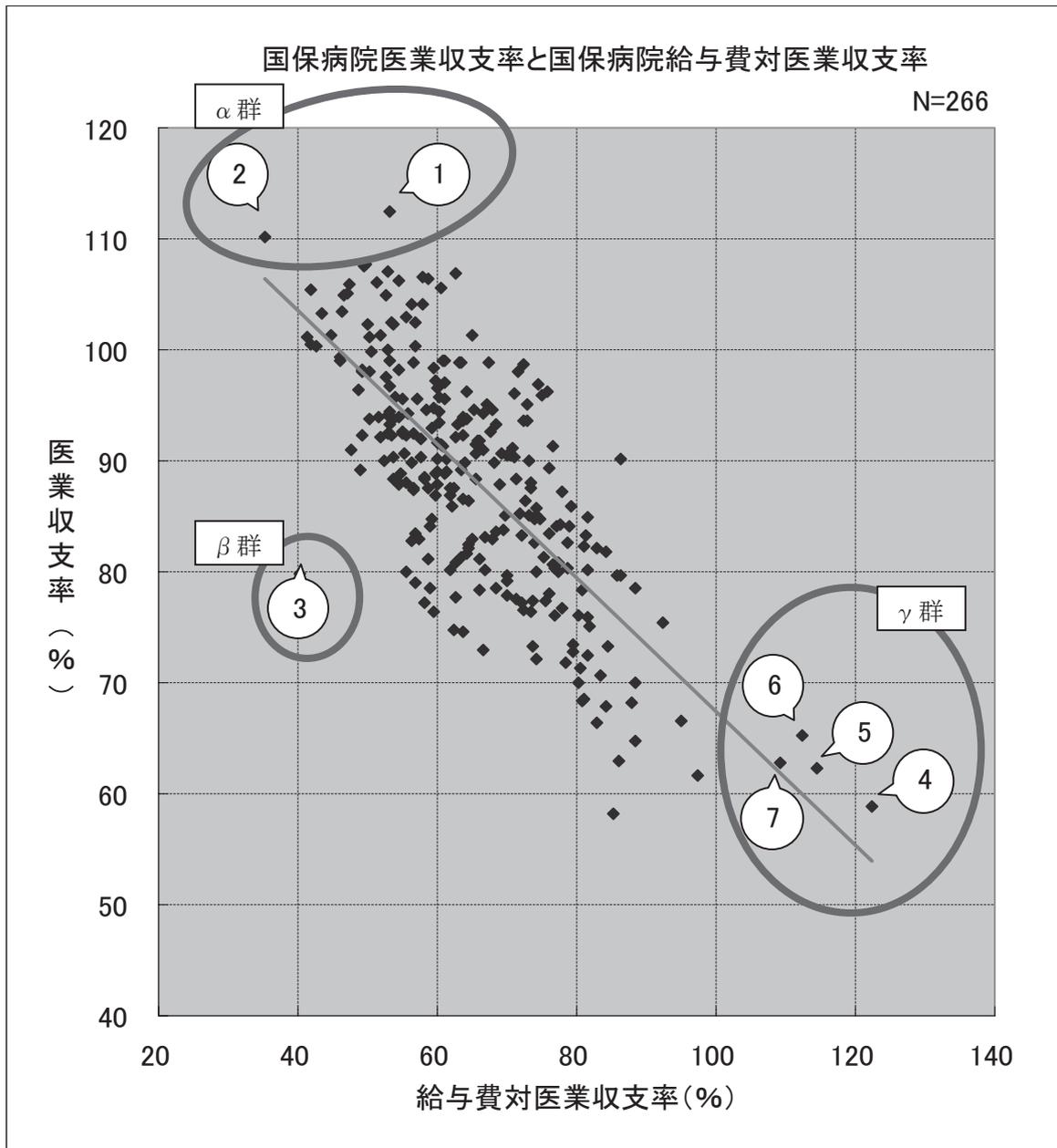
* 地方公営企業年鑑(平成17年度)及び国診協データより日本政策投資銀行・財団法人日本経済研究所において作成

	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
	医業収支比率	修正医業収支比率	経常収支比率	実質収益対経常費用比率	職員給与対経常業収支比率	職員給与対医業収支比率	職員給与対修正医業収支比率			
全地方公営企業病院	87.4	84.8	96	82.1	61.3	63.4				
全体	89.5	86.8	96.6	84.2	60.3	62.3				
国保病院	86.2	83.8	95.7	80.9	61.9	63.9				
国保病院	89.7	84.1	94.4	84.1	58.1	60.2				
一部	89.5	86.8	96.8	84.2	60.5	62.5				
全適	84.2	81.5	95.5	78.4	66.7	68.9				
一部	87	84.7	95.8	81.9	60	62				
国保病院	84.5	81.5	96.9	79.7	65.1	67.6				
不採算地区	93.3	90.8	96.4	87.6	56.5	58.2				
その他	76.8	74.8	95.1	72.8	73.2	75.2				
国保病院	87.3	84.9	95.8	81.9	60.6	62.6				
20-49	81.6	78.8	96.3	77.5	67.8	70.3				
50-99	88.3	85.2	97.9	83.1	62.4	64.8				
100-199	92.6	89.8	95.2	86.6	56	57.9				
200-	94.8	93	96.2	89.1	54.9	56				
20-49	73.9	71.8	96.7	74	76	78				
50-99	77.8	76	95.4	73.2	73.1	75.1				
100-199	86.1	83.8	94.6	81.1	59	61.1				
200-	88.3	85.8	96.1	82.6	60.3	62.3				

* 地方公営企業年鑑(平成17年度)及び国診協データより日本政策投資銀行・財団法人日本経済研究所において作成

国保病院の諸分析

1) 国保病院医業収支率と国保病院給与費対医業収支率



国保病院給与費対医業収支率 平均値 65.5%、最大値 122.2%、最小値 35.2%

国保病院医業収支率 平均値 88.2%、最大値 112.4%、最小値 58.2%

相関係数 $r = -0.741$

国保病院給与費対医業収支率と医業収支率に相関関係が見られ、前者が低いほど医業収支率はよくなっている。給与費を適正に抑制している病院ほど医業収支が黒字になる傾向が強いことを示している。

α群（医業収支率(y軸)110%以上：n=2、グラフ上の1、2）

国保病院給与費対医業収益比率が低く（1=53.3%、2=35.2%）、この事が極めて高い医業収支率（1=112.4%、2=110.2%）の主要因と推測される。国保被保険者比率（国保被保険者数÷人口）は、1は42.9%と平均（46.3%）をやや下回る程度であるが、2は34.4%と低い。1人あたり保険料は1=61,420円、2=64,992円と平均(70,369円)を下回っている。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
1	112.4	110.3	21.2	53.3	42.9	424,827	119.0	61,420
2	110.2	107.0	4.5	35.2	34.4			64,992

(注) 2は合併のため被保険者1人当たり医療費データ不明

β群（国保病院給与費対医業収益比率(x軸)41%以下、医業収支率(y軸)80%以下：n=1、グラフ上の3）

国保病院給与費対医業収益比率は低い病院は概ね医業収支率が良好であるが例外の病院がある。3の給与費対医業収益比率は40.2%、医業収支率は79.9%であるが、医業外収益対医業収益比率が26.3%あること等により経常収支率は100.6%と100%超となっている。1人当たり医療費（245,380円、全国平均357,132円）、1人当たり保険料（59,925円、平均70,369円）とも平均を下回る。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
3	79.9	100.6	26.3	40.2	68.7	245,380	68.7	59,925

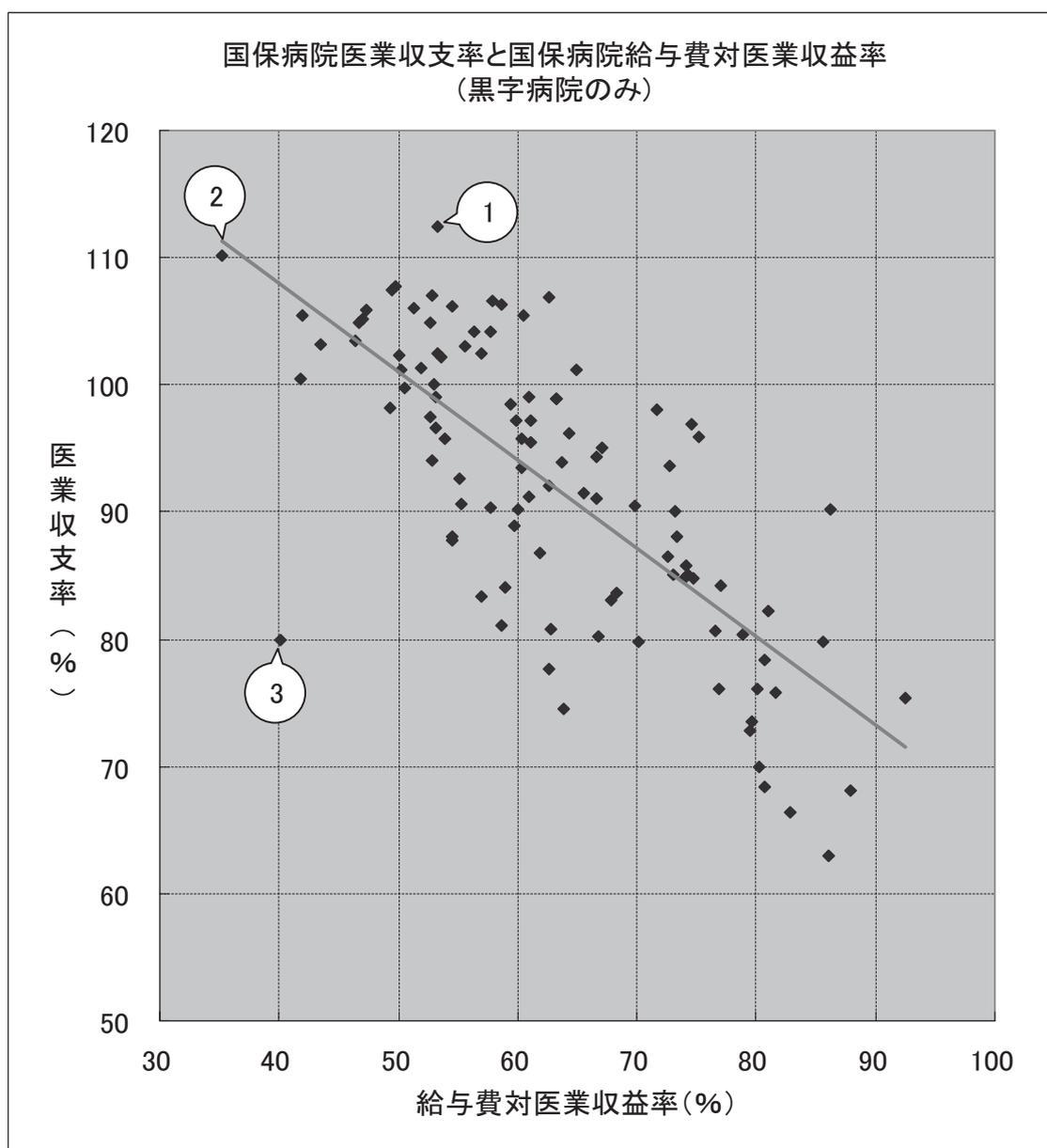
γ群（国保病院給与費対医業収益比率（x軸）100%以上：n=4、グラフ上の4、5、6、7）

国保病院給与費対医業収益比率が100%以上と極めて高い群である。

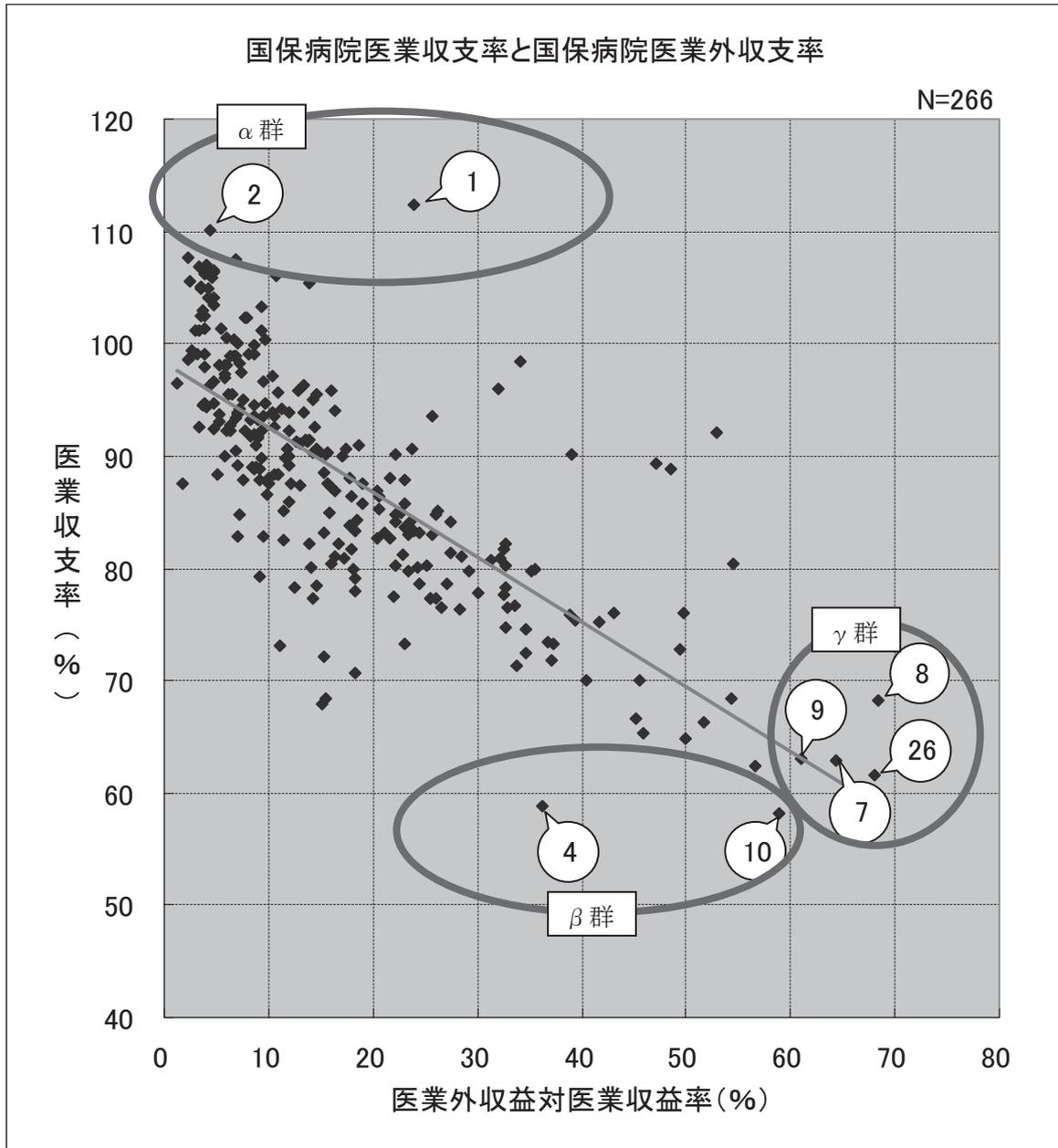
医業収支率が60%前後と低いこともあり、経常収支率は4=76.6%、5=93.8%、6=92.7%、7=97.5%と100%を下回っている。1人あたり医療費は、329,485円の6を除き、全国平均（357,132円）を上回っている（4=463,935円、5=475,715円、7=405,453円）。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者1人当たり保険料 (円)
4	58.9	76.6	20.4	122.2	34.0	463,935	129.9	71,488
5	62.3	93.8	33.9	114.5	43.7	475,715	133.2	80,837
6	65.3	92.7	29.2	112.4	45.5	329,485	92.3	69,249
7	62.8	97.5	38.2	109.1	51.7	405,453	113.5	67,332

一方、経常収支が黒字の病院に限定して国保病院の医業収支率と国保病院給与費対医業収益比率を計算すると次図のようになるが、相関係数は -0.767 と全データの場合より強い相関を示している。



2) 国保病院医業収支率と国保病院医業外収益対医業収益比率



国保病院医業外収益対医業収益比率 平均値 13.6%、最大値 45.3%、最小値 1.80%

国保病院医業収支率 平均値 88.2%、最大値 112.4%、最小値 58.2%

相関係数は $r = -0.776$

国保病院医業外収益対医業収益比率とは前者を後者で除したものであり、前者の医業外収益は、他会計補助金、県補助金、国補助金、特別収益、その他の医業外収益で構成される。医業収支の良好な場合はこの比が小さく、悪い場合には大きくなるのではという

推測をしたが、国保病院医業収支率の低いところほど国保病院医業外収益対医業収益比率が高い傾向があり、両者には強い相関があった。

α群（医業収支率（y軸）110%以上：n=2、グラフ上の1、2）

医業収支率110%以上の2つの医業外収益対医業収益比率は、1が21.2%、2が4.5%と差がある。国保病院給与費対医業収益比率も1が53.3%、2が35.2%と差がある。国保被保険者比率（国保被保険者数÷人口）は、1は42.9%と全体平均（46.3%）をやや下回る程度であるが、2は34.4%と低い。1人あたり保険料は1=61,420円、2=64,992円と平均（70,369円）を下回っている。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者1人当たり保険料 (円)
1	112.4	110.3	21.2	53.3	42.9	424,827	119.0	61,420
2	110.2	107.0	4.5	35.2	34.4			64,992

（注）2は合併のため被保険者1人当たり医療費データ不明

β群（医業収支率（y軸）60%未満：n=2、グラフ上の4、10）

医業収支率60%未満は、経常収支率も4=76.6%、10=89.8%と90%未満と低い。1人当たり医療費は4=463,935円、10=407,757円と全国平均（357,132円）より高く、1人当たり保険料も4=71,488円、10=70,331円と平均（70,369円）とほぼ同水準である。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者1人当たり保険料 (円)
4	58.9	76.6	20.4	122.2	34.0	463,935	129.9	71,488
10	58.2	89.8	33.3	85.3	52.0	407,757	114.2	70,331

γ群（国保病院医業外収益対医業収益比率（x軸）60%以上：n=4、グラフ上の7、8、9、26）

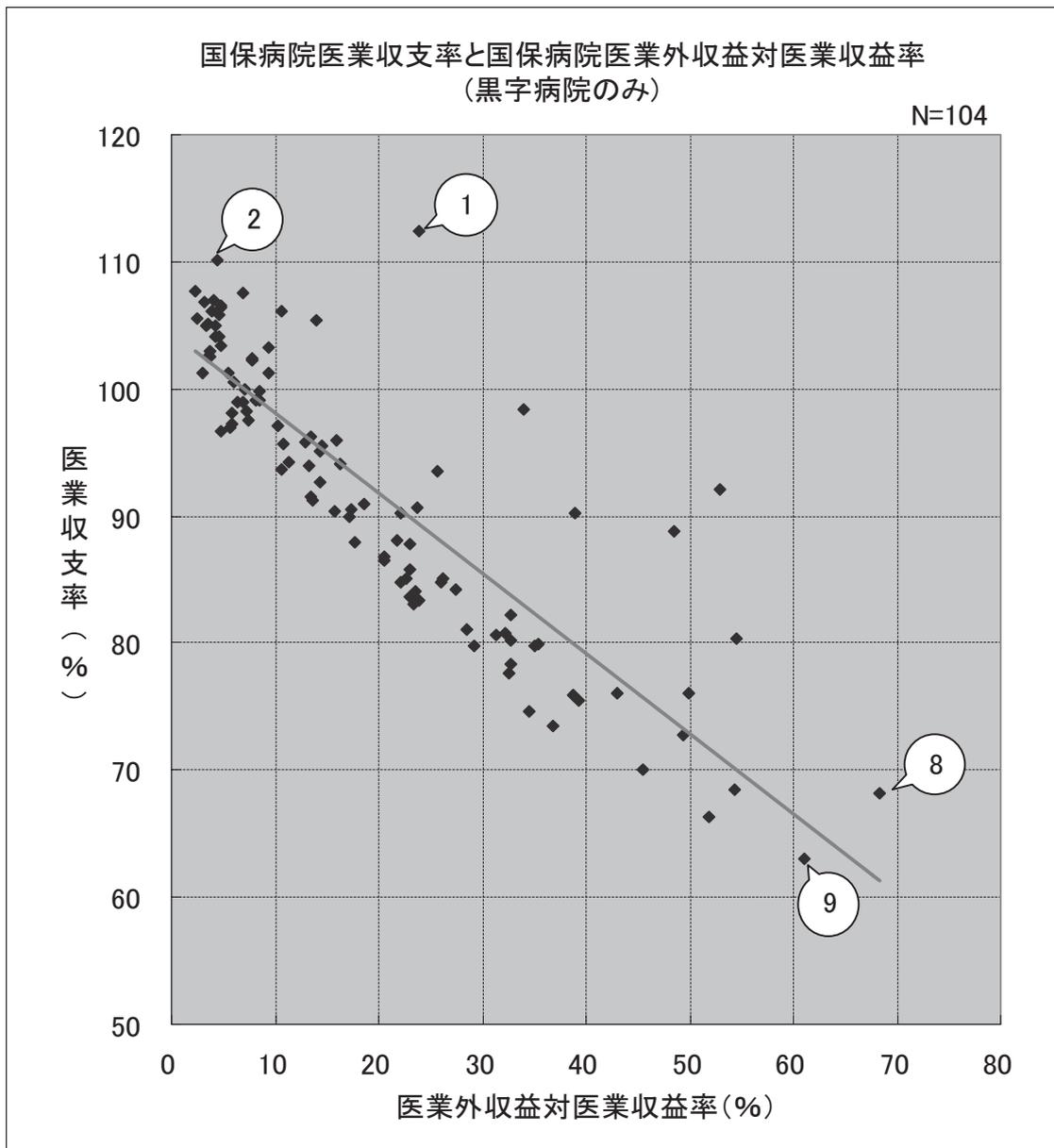
医業外収益対医業収益比率が60%以上の4つは、すべて医業収支率が60%台（26=61.6%、7=62.8%、9=63.0%、8=68.2%）で、経常収支率は100%以上が2（8=111.6%、9=100.0%）、100%未満が2（7=97.5%、26=93.0%）である。

給与費対医業収益比率は、4つとも80%以上（7=109.1%、26=97.5%、8=87.9%、9=86.0%）と高い。

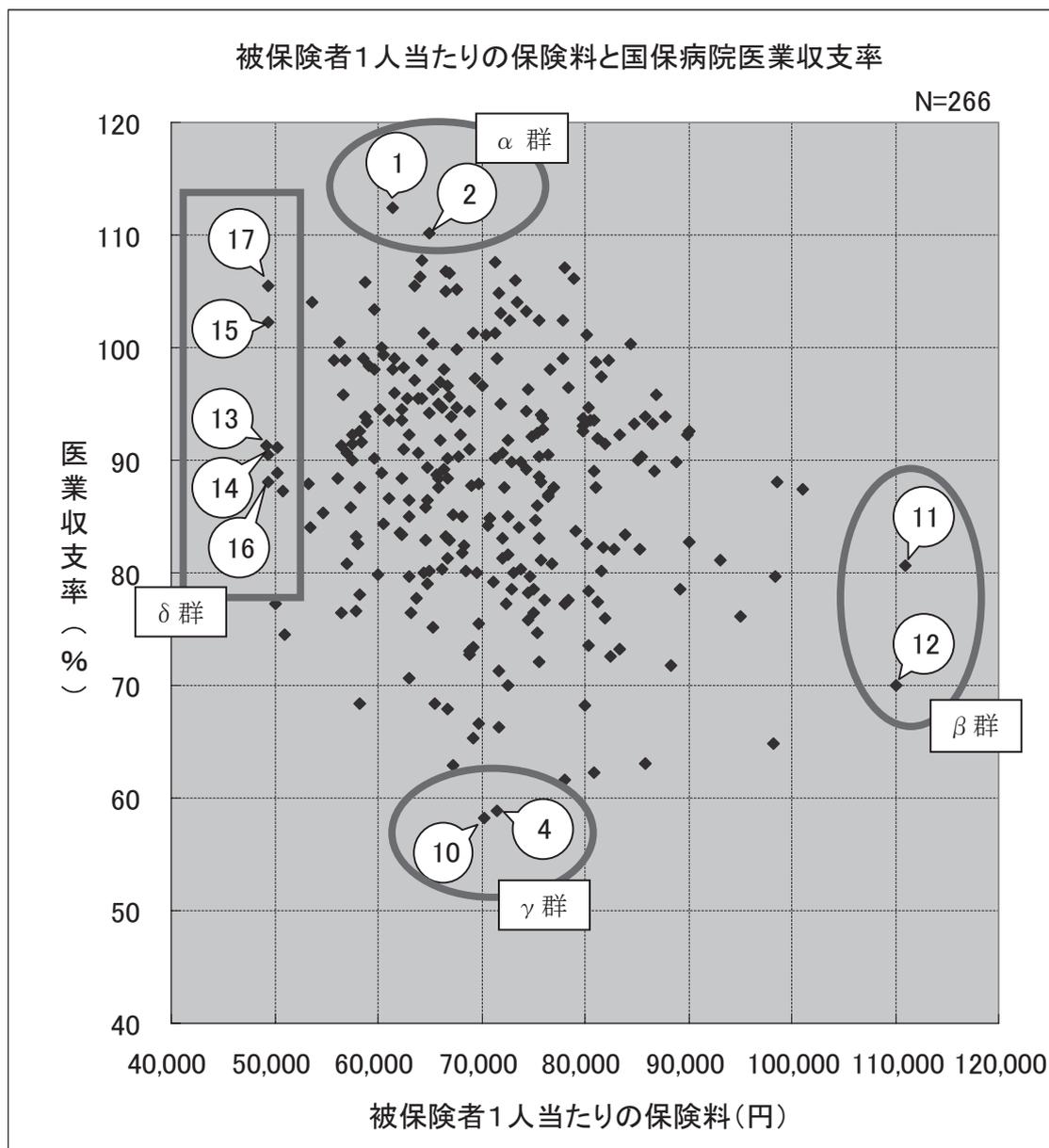
記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者1人当たり保険料 (円)
7	62.8	97.5	64.4	109.1	51.7	405,453	113.5	67,332
8	68.2	111.6	68.3	87.9	43.4			79,982
9	63.0	100.0	61.1	86.0	38.5	503,689	141.0	85,848
26	61.6	93.0	68.0	97.5	47.5	409,421	114.6	78,057

(注) 8は合併のため被保険者1人当たり医療費データ不明

経常収支が黒字の病院のみに絞った図を作成すると、相関係数は $r=-0.866$ と全データで見た場合より強い相関を示している。



3) 被保険者1人当たりの保険料と国保病院医業収支率



国保病院医業収支率 平均値 88.2%、最大値 112.4%、最小値 58.2%

被保険者1人当たり保険料 平均値 70,374円、最大値 110,906円、最小値 49,174円

被保険者1人当たり保険料は平均値中心に分布しているが、少数の市町村では中心の分布から乖離している。

α 群 (医業収支 (x 軸) 110%以上 : n=2 グラフ上の 1、2)

医業収支率 110%以上の2つの1人あたり保険料は 1 = 61,420円、2 = 64,992円と平均 (70,369円) を下回っている。

国保病院給与費対医業収益比率も低く (1 = 53.3%、2 = 35.2%)、この事が極めて高い医業

収支率（1=112.4%、2=110.2%）の一因と思われる。国保被保険者比率（国保被保険者数÷人口）は、1は42.9%と全体平均（46.3%）をやや下回る程度であるが、2は34.4%と低い。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
1	112.4	110.3	21.2	53.3	42.9	424,827	119.0	61,420
2	110.2	107.0	4.5	35.2	34.4			64,992

(注) 2は合併のため被保険者1人当たり医療費データ不明

β群（被保険者1人当たり保険料（y軸）110,000円以上：n=2、グラフ上の11、12）保険料が11万円以上と極めて高く、11=80.7%、12=70.0%と医業収支率が平均（88.2%）以下であるが、経常収支率は11=104.6%、12=100.1%と100%を上回っている。1人当たり医療費について11は321,348円と低く、12は369,667円と全国平均（357,132円）をやや上回っている。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
11	80.7	104.6	25.0	76.6	66.8	321,348	90.0	110,901
12	70.0	100.1	31.3	80.2	50.7	369,667	103.5	110,060

γ群（医業収支率（x軸）60%未満：n=2、グラフ上の4、10）1人当たり保険料はd=71,488円、h=70,331円と平均（70,369円）とほぼ同水準である。医業収支率60%未満は、経常収支率も4=76.6%、10=89.8%と90%未満と低い。1人当たり医療費は4=463,935円、10=407,757円と全国平均（357,132円）より高い。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
4	58.9	76.6	20.4	122.2	34.0	463,935	129.9	71,488
10	58.2	89.8	33.3	85.3	52.0	407,757	114.2	70,331

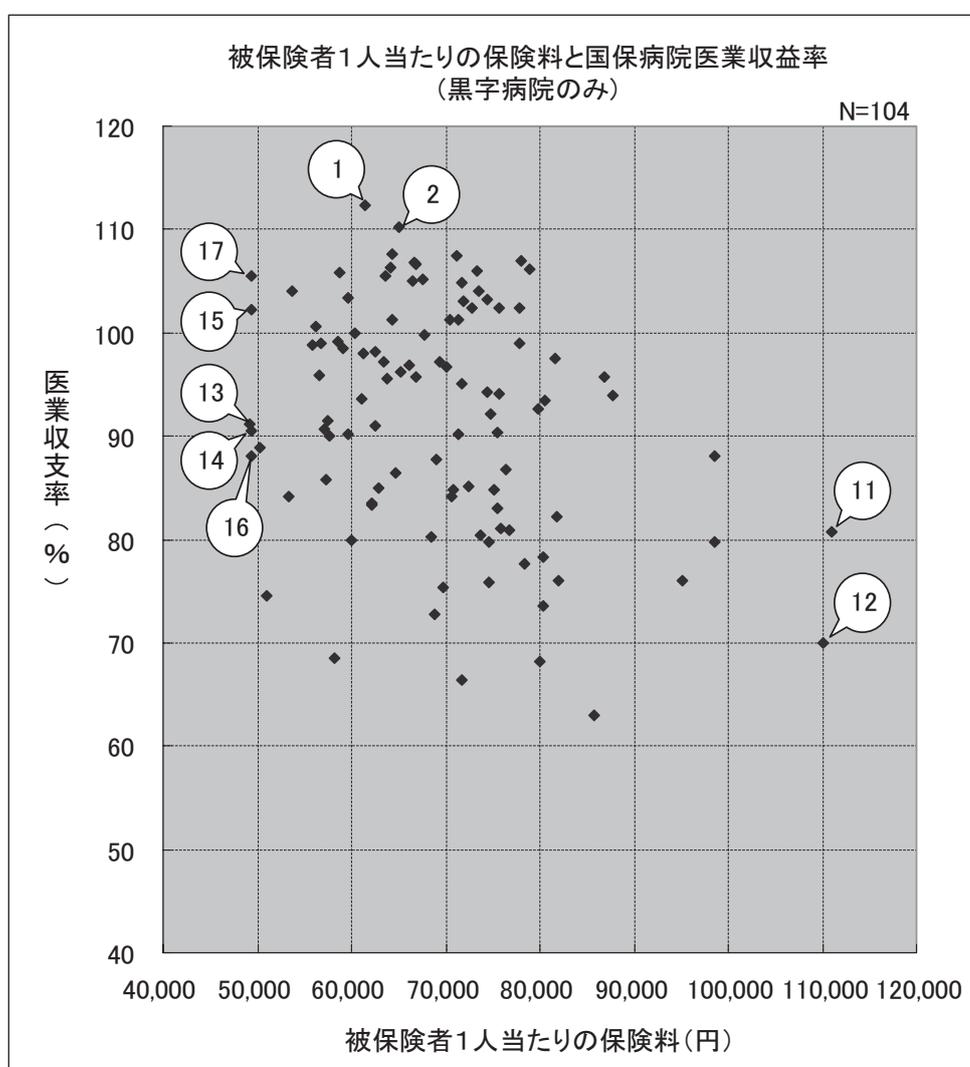
δ群（被保険者1人当たり保険料（y軸）50,000円未満：n=5、グラフ上の13、14、15、16、17）被保険者1人当たり保険料が5万円未満の市町村の医業収支率は、17=105.5%、

15 = 102.2%、13 = 91.2%、14 = 90.6%、16 = 88.0%であり、被保険者1人当たり保険料と医業収支率は無関係と思われる。

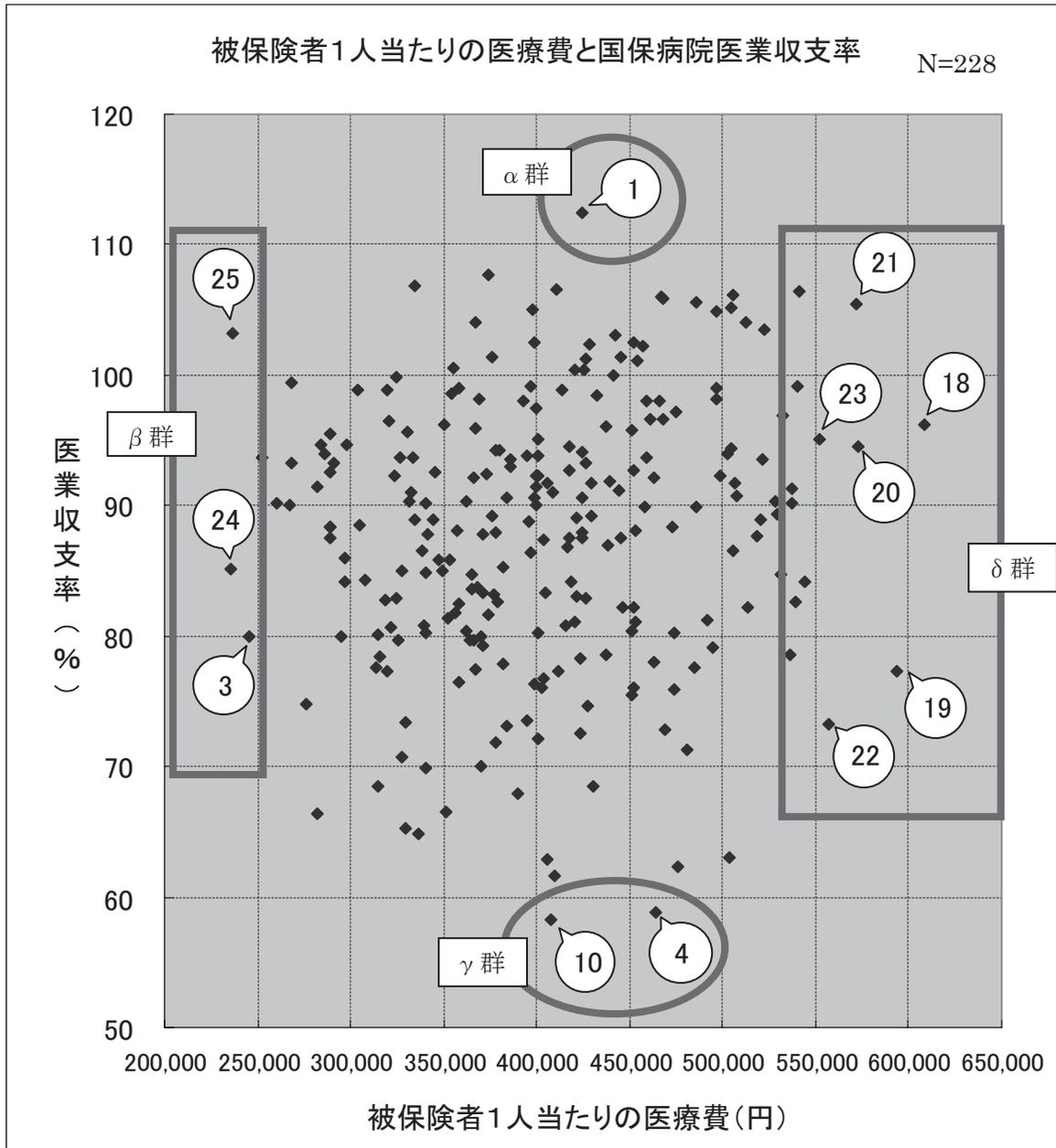
1人あたり医療費は13 = 537,692円、17 = 485,805円、15 = 457,271円、16 = 424,027円、14 = 398,995円はいずれも全国平均(357,132円)を上回っており、1人あたり医療費と1人当たり保険料も無関係と思われる。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者1人当たり保険料 (円)
13	91.2	100.8	12.1	60.9	48.7	537,692	150.6	49,174
14	90.6	104.2	15.4	69.9	53.2	398,955	111.7	49,300
15	102.2	101.6	7.3	53.6	38.6	457,271	128.0	49,387
16	88.0	100.1	15.1	54.5	49.4	424,027	118.7	49,400
17	105.5	104.3	2.6	60.4	53.0	485,805	136.0	49,457

経常収支が黒字の病院のみを対象にした図は以下の通りである。



4) 被保険者1人当たり医療費と国保病院医業収支率



被保険者1人当たり医療費 平均値 403,348 円、最大値 608,497 円、最小値 235,947 円

国保病院医業収支率 平均値 88.2%、最大値 112.4%、最小値 58.2%

1人当たり医療費が確認できた228市町村について、医業収支率との関係を見たが明確な傾向はなかった。

α群（医業収支率（y軸）110%以上：n=1、グラフ上の1）

1人当たり医療費は424,827円と全国平均（357,132円）を上回っているが、1人あたり保険料は61,420円と平均（70,369円）を下回っている。

国保病院給与費対医業収益比率が低く（53.3%、平均 65.5%）、この事が極めて高い医業収支率（112.4%）の原因である。国保被保険者率（国保被保険者数÷人口）は、42.9%と平均（46.3%）をやや下回る。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
1	112.4	110.3	21.2	53.3	42.9	424,827	119.0	61,420

β群（1人当たり医療費（x軸）25万円未満：n=3、グラフ上の3、24、25）

1人当たり医療費が25万円未満の3つについて見ると、医業収支率は25=103.2%、24=85.1%、3=79.9%と格差があるが、経常収支率は25=102.3%、24=104.6%、3=100.6%と同水準である。

1人当たり保険料は25=74,346円、24=72,512円の2つは平均（70,369円）を上回っているが、3=59,924円は下回っている。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
3	79.9	100.6	26.3	40.2	68.7	245,380	68.7	59,924
24	85.1	104.6	21.8	74.3	40.5	235,947	66.1	72,512
25	103.2	102.3	8.8	43.5	54.3	236,395	66.2	74,346

γ群（医業収支率（y軸）60%未満：n=2、グラフ上の4、10）

医業収支率60%未満は2つとも北海道であり、1人当たり医療費は4=463,935円、10=407,757円と全国平均（357,132円）より高い。

経常収支率は4=76.6%、10=89.8%と90%未満であり、1人当たり保険料は4=71,488円、10=70,331円と平均（70,369円）とほぼ同じである。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者一人当たり保険料 (円)
4	58.9	76.6	20.4	122.2	34.0	463,935	129.9	71,488
10	58.2	89.8	33.3	85.3	52.0	407,757	114.2	70,331

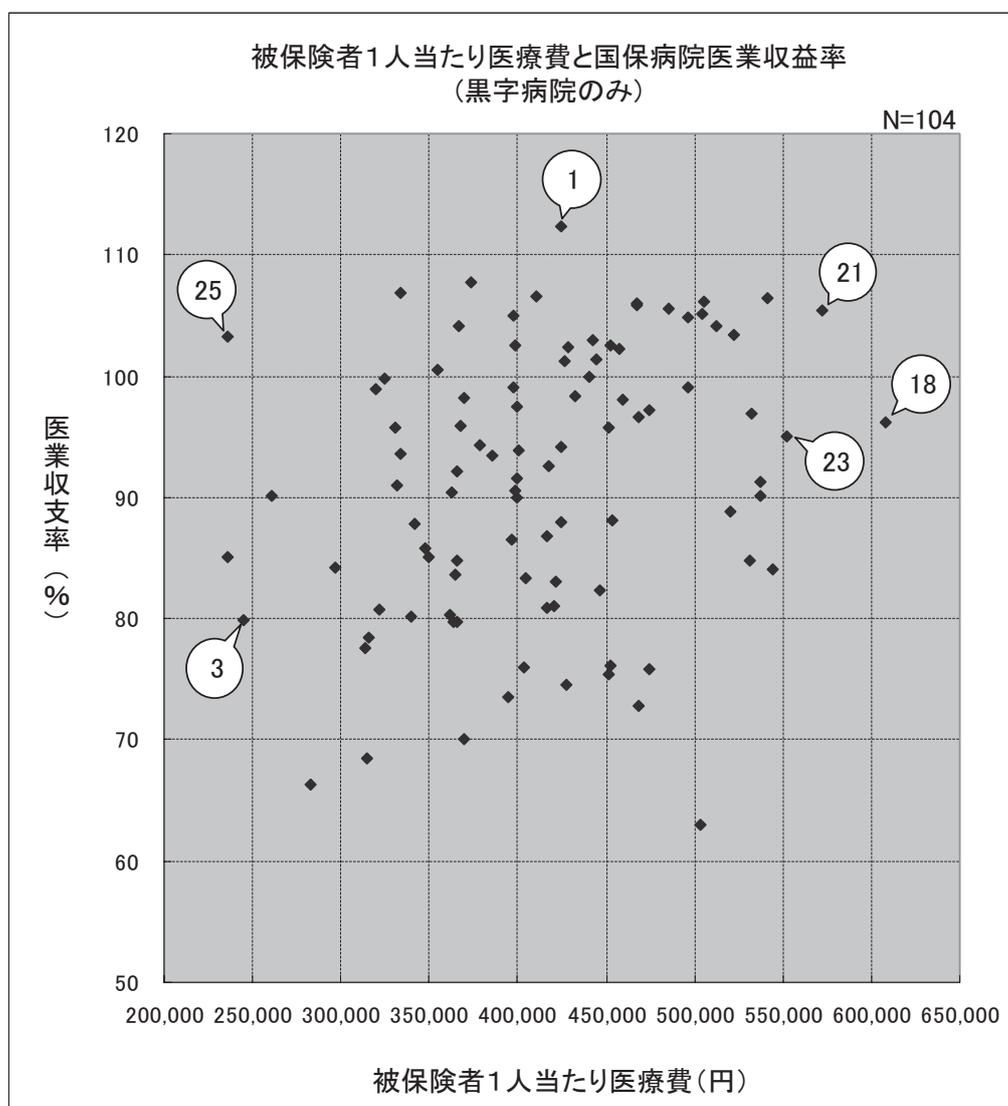
δ群（1人当たり医療費（x軸）55万円以上：n=6、グラフ上の18、19、20、21、22、23）

医業収支率は21=105.4%、18=96.3%、23=95.1%、20=94.6%、19=77.3%、22=73.2%とばらつきがある。

1人あたり保険料は、22=83,347円、19=78,021円、23=71,794円と平均を上回っているのが3で、18=65,288円、21=63,567円、20=60,217円と下回っているのが3つあり、1人あたり医療費や医業収支率との関係はない。

記号	医業収支率 (%)	経常収支率 (%)	医業外収益対医業収益比率 (%)	給与費対医業収益比率 (%)	国保被保険者数比率 (%)	被保険者1人当たり医療費 (円)	被保険者1人当たり医療費対全国平均 (%)	被保険者1人当たり保険料 (円)
18	96.3	103.1	12.2	64.3	48.0	608,497	170.4	65,288
19	77.3	94.6	19.3	75.5	48.8	593,754	166.3	78,021
20	94.6	96.7	7.7	65.4	46.8	572,422	160.3	60,217
21	105.4	105.8	12.9	41.9	41.4	571,801	160.1	63,567
22	73.2	87.6	16.4	73.7	45.0	557,375	156.1	83,347
23	95.1	106.5	13.3	67.1	36.2	552,539	154.7	71,794

経常収支が黒字の病院のみを対象にした図は以下の通りである。



※ 国診協データより三菱総合研究所において作成

地域包括医療・ケアに関する地域医療誌への掲載一覧

タイトル	執筆者	掲載日	現在の経営形態
「意欲ある若い医師を直診へ」の期待	宮崎県・西郷村国保病院長 現・美郷町国保西郷病院 金丸吉昌	H17.3 (42-4)	一部適用
地方公営企業法「全適」までの歩み	徳島県・つるぎ町立半田病院事業管理者（院長兼務） 三村経夫	H17.9 (43-2)	全部適用
地域包括ケアの道のりとその成果	京都府・京丹後市立久美浜病院長 奥田聖介	H19.1 (44-3)	一部適用
市立医療機関の運営統合めざした「南砺市医療局」の設置	富山県・南砺市医療局管理者／南砺市民病院長 倉知圓	H19.6 (45-1)	一部適用
住民が満足できる環境づくりをめざして	岡山県・備前市国保市立吉永病院長 荻野健次	H20.1 (45-3)	一部適用

宮崎県・西郷村国保病院長

金丸吉昌

「意欲ある若い医師を直診へ」の期待

私の地域医療の歴史

西郷村国保病院へ勤務して14年目を迎えている。無医地区での診療を志し、医学部へ入学。そして、卒業後11年目からの地域医療のスタートであった。無我夢中で毎日の診療を行った。地域に慣れそして地域に根ざして、患者中心の医療を心がけてきた。

この間、全国の国保診療施設の先生方の地域医療実践に関する情報を参考にしながら、また、当地ならではの状況も考えながら実践を重ねてきた。いろいろと試行もした。学校保健、職域保健、一次予防、二次予防、福祉との関わり等……。包括ケアシステムの確立に向けて、努力もした。それでも、目に見えての効果があがっているのかどうかはわからないのが率直な気持ちだ。ある地域医療の先輩医師の「20年続けると少しわかってくるかも」という言葉を改めて思い出しているところだ。

平成14年4月、待望の新病院（ベッド数27床）が完成した（写真1）。いままでの足りなかった点を大いに解決できた。明るく、あったかく、そしてやさしいことを基本のコンセプトとして建築できた。また、新たな医療サービスとして、慢性維持透析医療を開始した。近隣には透析医療機関はなく、離れたところ（片道で1～2時間かかる）に行かなければ、透析の治療を受けることができなかった。今回、当院が始めたことで、少しでもこの状況が解消されたのではないかと思う。

もちろん、簡単に、透析医療ができるようになったわけではない。「ゼロ」からのスタートであった。ま

ず、普通ならまずあり得ないことだと思うが、同じ二次医療圏内で開業されている民間の透析医療機関の院長先生の全面的な支援がなければ、実現できなかったのではないかと、感謝の気持ちでいっぱいである。たとえば、必要な医療スタッフの当院への派遣、当院職員の研修の受け入れ、院長先生自らの応援等……。現在、サービスを開始して3年を経過し、近隣3村から13名の患者さんが利用されている。

さらに、救急の備えとして、思い切って屋上にヘリポートを設置した（写真2）。村長の英断のおかげで実現できた。これまでは、本村の救急輸送体制は、専門救急隊員による救急車輸送ではなく、役場職員の交代での救急車運転による体制で支えられてきた。大いに感謝しているところであるが、さらにヘリコプターによる救急輸送の選択肢を持つことは、災害時に対する備えを含め、また広域的に対応できる点においても、大変役に立つことになると思っている。

事実、先日、実際に屋上ヘリポートからの離発着の必要な救急患者の発生があった。近くの県立病院まで、通常、救急車で約1時間かかるところを、わずか10分足らずで送ることができた。改めてヘリコプター輸送のすばらしさを感じた。また同時に、屋上ヘリポートの利便性を痛感したところである。

地域医療継続に不可欠な「絆」

このごろは社会の価値観も多様化してきている。このことは過疎地であっても同様である。ただ幸いにも、人と人との絆がまだまだ壊れずに残っている。地域共同



写真1 新病院の正面



写真2 屋上ヘリポート。周囲の山の様子から当院の立地条件がうかがえる

体的存在は、いま改めて国がめざしてきているところではないかとも考えているが、それが本村にも十分残っている。田舎独特の絆の深さゆえに嫌われている部分ではあるにしても、全体を考えると、人が人として、その人らしく生きていけるためには、いろいろなかたちでの絆の存在は大きなものがあると思う。家族の絆、組織の絆、地域の絆等々……。そして、地域包括医療のもっとも中心にこの絆があるのではないだろうか。そのうえで、患者－医師間、患者－医療従事者間、患者－医療機関間の信頼関係の構築が大切になってくると思う。しかしこのことの達成は、短い期間ではむずかしい。最低でも5年ぐらいいかかるのではないかと思っている。

また、地域包括医療を継続していくためには、職員

との間での地域医療に対する共通認識の確立は当然であるが、市町村立病院ならではあるかもしれないが、事務長、師長、総務課長、助役、収入役、教育長もきわめてに大切な存在である。そのうえで、市町村長との信頼関係がポイントとなる。どんなに医療技術が高くても、これらの間での良好な人間関係、信頼関係がなければ地域医療の継続は厳しい。

なかでも、医師自身の家族との絆が最大のポイントではないだろうか。いままでの先輩たちの地域医療の現実の姿には、自己犠牲的要素も大いにあったのではないかと思う。私自身、家族の理解と協力があり、単身赴任のなかでの地域医療の継続となった。この姿がよかったかどうか、一人の人生として考えると複雑な思いがあるのも正直なところではあるが、この家族と

の関係は大きなポイントである。

▶ 医師確保と救急医療体制

さて、最近いろいろな事情が重なった結果と思われるが、医師の確保が非常に困難となってきた。地域医療の現実の厳しさゆえだろうか、これからの若い医師の専門医志向のなかでは、地域医療は厳しいのか、地域医療の魅力がないのか、薄らいでいるのか……。いろいろな要因があるのかもしれない。

いずれにしても、地域医療の現場では医師が不足しているのは現実である。各医療機関が、その確保に向けて、できる対策を立てて必死に動いてはいるものの、現実には「厳しい」の一言である。さらに、自治体立の医療機関の経営の厳しさと相重なって、この課題を解決するためには、地域医療の現場における思い切った医療提供体制の変革が求められているのかもしれない。たとえば、小病院から有床診療所への変更、有床診療所から無床診療所への変更など。

しかし、この問題の解決は一つの医療機関だけでは厳しいのが実情だろう。ある程度の広域的な医療連携・役割の見直しなどで、ある種の医療の効率化、人と物とお金の効率化も図らなければならないのかもしれない。

そのなかでも大きな課題は、救急医療に対する体制の整備だと思う。これまでの歴史をみると、かつては、それぞれのかかりつけ医療機関で一次救急医療を担ってきたが、このごろでは、都市部では病々連携、病診連携が進み、救急医療体制も整備・充実され、広域的に救急医療のサービスが行われてきているようである。過疎地、へき地、離島の現場においてもそのことがうまくできると、もしかしたら、解決の一つになるのかもしれない。現代の風潮から、また、人々の医療に対して求める価値観からしても、ごく限られた施設で、ごく限られたスタッフで救急医療を担うにはあまりにも無理があり、そして過酷ではないのかと思われる。ある意味で限界かもしれない。

しかしながら、救急医療は地域医療の根幹の一つでもあり、地域住民からも、しっかりと、このことを共

通認識として理解を得ることが必要だろう。現実としては、どういう体制で、広域的に地域のなかに救急の拠点をつくり、そこに救急を集約し、そして、その救急施設への輸送の確保ができるかがポイントかもしれない。広域救急の考えに基づき、広い山間へき地においてもその工夫が大いに必要なことではないだろうか。

▶ 医療が「核」として機能するには

また、地域包括医療、地域包括ケアシステムのなかで、医療はやはり、どうしても核となる位置づけになると思う。したがって、核としての医療の確保は、さらに、住民にとっての安心と安全の基本となる医療の確保は、絶対的に必要となる。そして、どのような内容がその地域において現実に必要な姿かを、医療提供者側の立場と、そこに暮らす住民の側の立場で、お互いに検討し、すり合わせを行わなければならない。もし、その考え方が大きく違ったら、核としての存在意義を発揮することは厳しいだろう。この点について、いま改めて、住民の身近なところでの議論が必要とされていると思う。

そういった二人三脚的關係を医療提供者の立場と、利用者での立場である住民とがつくりあげていく医療を、これからも、その医療の原点として位置づけしていかなければ、地域包括医療の安定・継続は厳しいのではないだろうか。

ただ、忘れてはならないのが、高齢社会の現実は、過疎地ではとくに進んでいるという点である。高齢者一人暮らしもあり、高齢者だけの世帯も多く、集落が散在していて、とくに、いざというときの救急の搬送のシステムをどうつくれるかが、やはり大きな課題だ。このことは地震、火災等の災害発生時にも共通のこととなるのかもしれない。その点、当院に屋上ヘリポートが設置されたことでさまざまな事態に対応できるようになり、大きな意味を持ってくるものと思われる。

いま、各地域において市町村合併が大きく進んでいる。その流れのなかで、いろいろな意味において、国保直診の役割が改めて問われていると思う。その継続・存続においても、これまで以上の活発な議論が出

てくると思われる。このことも、国保直診のあり方検討会のなかで大いに検討していかなければならない点ではないだろうか。国保直診の経営の厳しさと、医師確保の厳しさと、地域における役割とを、どう解決し、整理していけるのか、いまこそ現実的な議論が必要だろう。理想はもちろん高くある必要はあるが、現実の厳しさのなかでの議論が必要であるし、その議論には利用者の視点、利用者の参画が絶対的に必須となる。むしろ、その議論の過程のなかで、ある種の二人三脚の共通認識が深まっていくことも期待できるのではないだろうか。

▶ いまこそ直診の役割・使命の発揮を

介護保険の改正のポイントの一つとして、介護予防の強化があげられている。また、健康日本21、健康増進法などで、国はいままで以上に、健康づくり、疾病予防に力を入れてきている。一方、疾病予防も介護予防も、国保直診は普段の業務の一環として、今日まで、地域包括医療の実践をとおして実施してきたところである。いま、まさに、国保直診の本来の使命の発揮が問われているのではないだろうか。

▶ 「地域医療」を専門分野に

ここまで述べたことを押さえながら、そのうえで、必要な、そして財政上も許される無理のないなかでの医師の確保がどうしたら可能になるのかの、問題解決の議論を併行していくことが必要かと考える。さらに地域の魅力、各医療機関の魅力をどのようにしたら高めていけるのかも問われてくる。

医師の専門医志向はますます高まると思われる。それを前提とするならば、地域医療そのものを専門分野の一つとして位置づけることは、現実的対策の大きな一つではないだろうか。逆に、このことの検討と合わせて、もし望むならば、地域医療の現場でも希望する専門医をめざせるようになれば、これもまた地域医療の魅力となるのかもしれない。それができるように、どのように工夫していけばいいのかについて検討する価値はあると思うし、すでにあちこちで始まっている

と思われる。さらに、日常の生活習慣病を含むいわゆるプライマリ・ケアを担うかかりつけ医として、かかりつけ医療機関としての役割を発揮し、地域包括医療システムを確立・強化することと、救急体制の広域的整備をしっかりとすることが必要かと考える。

▶ 住民と議論し首長の決断を

いろいろと述べてきたが、まとめると、これからの地域医療は、医療者と患者との信頼関係のなかで、おのおのの共通の努力と理解によって、よりよい方向に向かっていくのではないかと思う。

したがって、いま必要なことは、現実の課題をすべて地域住民との議論のなかで出しきり、できることを一つひとつ解決していくことだろう。そうでなければ、せっかくなつくりにあげてきた地域包括医療が壊れていくのを、黙って見過ごすことになる可能性も出くおそれがある。

これらのことは同時に、行政上の大きな課題でもあるので、内部でしっかりと意見を集約し、そして最終的には、トップである市町村長の、時としては大きな英断を、あるいは苦渋の決断を得て、現場での役割を発揮していけたらいいのではないかと考えている。

いずれにしても、先の見えない医師確保の厳しさは現実であり、そのむずかしさは、しばらくは続きそうである。いろいろな対策の効果が出るにはある一定の期間は必要であろうし、それまでの間、待たなければならない。いつの日か、地域医療に志のある、意欲のある医師たちが、次々と全国の国保直診に勤務し始める日が訪れることを期待したい。

しかし、ただ待つわけではない。いまわれわれにできることはというと、少し大変なことではあるが、医学部の学生のクリニカル・クラークシップを積極的に受け入れ、また研修医の教育の一端を担いながら、これからの医師のスタート地点での関わりをとおして、彼らとありのままに語り合うことではないだろうか。そして、その語り合いをとおして、もしかしたら地域医療の原点についての共通理解を、自然と深めていけるのではないだろうか。

地方公営企業法「全適」までの歩み

三村 経夫

徳島県・つるぎ町立半田病院事業管理者（院長兼務）

つるぎ町の概要

つるぎ町は平成17年3月1日に、旧半田町・貞光町・一宇村の2町1村が合併した人口1万2,486人（平成17年7月1日現在）、予算規模約82億円の新しい町である。本町は徳島市から西へ約50kmの吉野川中流域に位置し、面積194.8km²、高齢化率36.6%（平成17年3月31日現在）の静かな町である。町の北側には吉野川が東西に流れ、川に沿ってJR徳島本線、国道192号線、徳島自動車道が通っている。南側には剣山（1955m）をはじめ1000m以上の山々が連なっている。

産業としては清流と寒冷の気候を利用した半田素麺が有名であるが、他にこれといった基幹産業は見当たらない。

半田病院の概要

1. 診療圏および病院の沿革

当病院は徳島県西部の美馬郡にあり、1町1市の人口約4万8千人を診療圏としている。そのうち65歳以上の高齢者比率は30%以上となっており、典型的な過疎地である。なお、病院の受診者の約7割が診療圏の住民であることから、地域密着型の病院といえる。

当病院は昭和24年4月に、町国保組合直営施設として、当初は外科のみで診療を開始した。昭和25年1月に町立半田病院と改称し、以後、産婦人科、耳鼻咽喉

科、内科が増設された。昭和61年には小児科医常勤化、平成元年には整形外科医常勤化となり、同時にリハビリテーション施設を増築した。また、平成5年4月には給食部門を業務委託とした。平成6年から私が第7代院長としての大役を担っている。その後、平成11年には総合福祉施設を併設する本館および病棟増改築が完成した（写真）。さらに平成14年に泌尿器科を増設し、平成16年6月より透析医療を開始している。

そして平成17年3月1日には、町村合併に伴い公営企業法全部適用した「つるぎ町立半田病院」として認可を受けた。このようにここ数年来、急激に変動してきた感がある。

2. 施設の概要

診療科目は内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科である。常勤医16名で、耳鼻咽喉科、

写真 町立半田病院の全景



表1 半田病院の経営指数

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
外来患者数（人）	95,375	84,796	85,090	89,729
入院患者数（人）	45,803	46,705	46,517	44,497
一般病棟利用率（％）	97.9	102.5	99.1	96.8
一般病棟平均在院日数（日）	18.4	19.8	16.2	15.3
患者一人当たり1日医業収益（入院）（円）	26,027	25,996	26,517	28,349
患者一人当たり1日医業収益（外来）（円）	5,955	5,901	6,312	6,405
経常収支比率（％）	97.9	94.9	98.4	100.1
医業収支比率（％）	98.2	95.2	98.7	101.4
医業収益に対する給与比率（％）	61.8	63.9	62.8	61.2
他会計繰入金対医業収益比率（％）	6.4	6.1	6.7	5.7
実質収益対経常費用比率（％）	92.0	89.4	92.2	94.7

患者一人1日当たり医業収益（入院）には療養病床も含む。

眼科、放射線科は週2～3回のパート医により診療が行われている。その他、薬剤師3名、放射線技師5名、検査技師4名、理学療法士4名、管理栄養士1名、臨床工学技士2名、看護師69名、准看護師22名、看護助手12名、事務職21名で全職員数は160名（非常勤職員含む）となっており、病床数は134床（医療型療養病床30床）である。また、厨房、清掃は業務委託し、医事の一部も業務委託している。

外来患者数は平成13年度が1日平均389人であったが、14年度に行われた診療報酬改定の影響により当年度は患者数が346人まで落ち込んだ。しかし、その後は毎年増加し17年度（8月まで）は1日平均385人と平成13年の実績まで回復している。一方、外来の患者一人1日当たり医業収益は13年度が5,955円であったが、平成17年度（6月まで）は7,158円（95%院外処方）まで増加した。診療単価の上昇した要因としては、①時間外患者数の増加、②一人当たりの外来通院日数の減少、③透析医療の開始——などが考えられる。

平成13年度の一般病床利用率は97.9%で、療養病床（30床）を含めた利用率は93.6%、一般病床の平均在院日数は18.4日であった。16年度には病床利用率が低下した反面、平均在院日数は15.3日と短縮した。また、17年度（8月まで）の一般病床利用率は98.4%、平均在院日数は15.0日である。平均在院日数の短縮化の要

因は、①徳島県は全国と比較すると老健施設等が多く、退院後の受け入れ施設が整っている、②分娩件数が増加した、③クリニカルパスが整備されつつある、④診療圏の拡大と急性期疾患の増加により入院病床確保が困難な場合があり、医療職員の入院に対する考え方に変化が生じた——などがあげられよう。

経営状況は、昭和62年度までは慢性的な赤字に陥っていたが、昭和63年度に旧自治省指導による健全化計画を作成し、昭和63年度以降は好転した。しかし、平成8年度から再度赤字に転落した。しかし、この2～3年間は経営も安定しており、平成16年度はわずかではあるが黒字化した（表1）。

なお参考までに、当院は以下の施設認定を受けている。

- 臨床研修病院（協力型）
- 救急公示病院
- 災害拠点病院
- へき地医療支援病院
- 日本医療機能評価機構認定病院

全部適用まで

相次ぐ診療報酬の改定により、病院を取り巻く環境は非常に厳しさを増している。去る8月に厚生労働省

表2 地方公営企業法の全部適用の状況

区 分	全部適用団体	管理者設置	院長と兼務	院長以外の医師	病 院 数
都道府県	18	17	0	11	120
指定都市	5	5	1	3	12
市	34	30	18	9	41
町村	11	7	3	1	11
一部事務組合	1	1	1	0	1
合計	69	60	23	24	185

(平成17年4月1日現在。全国自治体病院協議会調べ)

は、平成15年度国民医療費が前年度から5,863億円増え、過去最高の31兆5,375億円であったと発表した。公的医療保険の給付費が現行のままなら、2025年度に59兆円に膨らむ見通しで、財政圧迫が懸念されている。そのため、平成18年度予算の概算要求基準において、社会保障関係費は自然増分8,000億円のうち医療費抑制策を中心に2,200億円を削減する予定である。平成18年度の診療報酬改定は平均在院日数の短縮化、一部長期入院患者の食費・居住費の自己負担化など、病院・患者双方にとっても相当な負担増は避けられない情勢である。また、市町村合併を行ったとしても、もともと市町村の財政基盤には困難なものがある。この3月に3町村が合併し誕生したつるぎ町も人口は約1万2,500人で、病院職員を除く町職員数は同規模町村の約2倍にあたる300人を抱え、財政的にも非常に厳しいものがある。

このような情勢のもと当病院は、国によるさらなる医療費抑制政策、町財政の緊迫化から予想される病院に対する繰入金減額の可能性等を考慮し、公営企業法一部適用よりも組織的にも財政的にも独立性が強く経営責任が明確にされた公営企業法全部適用の道を選択した。

1. 公営企業法全部適用病院とは

全部適用病院の財務規定は一部適用病院と同様であるが、異なる点としては、①管理者の設置、②管理者の権限、③職員団体の結成、④政治活動、⑤給与の決定権限——などがある。管理者は首長から任命された任期4年の特別職で、地方公営企業の業務に関して、

首長から一般的な指揮監督は受けず、企業経営に対して相当広範な独自の権限を有している（長に留保された権限以外）。また、管理者には人事考課を考慮した独自の給与体系も決定できる。そして、管理者には民間からの登用、医師以外の職種からの登用、院長の兼任も可能であり、議会に出席することが義務づけられている。

平成17年4月1日現在、地方公営企業の全部適用を受けている事業体は69団体で、病院数は185病院である（表2）。このうち、管理者を設置しているのは60団体で、47団体が医師の管理者である（表3）。最近は、この全部適用病院に移行する病院が少しずつ増加してきている（表4）。

2. 全部適用までの過程

平成15年3月に報告された「半田病院経営診断報告書」（全国自治体病院協議会）では、当病院の今後のあり方として13項目が提言された。その項目のみ列記すると、①改正医療法への対応、②ケアミックス型病院としてのあり方、③人工透析設備の導入、④病歴部門の充実、⑤医療提供体制のあり方、⑥「地方公営企業法全部適用」および「地方公営企業独立行政法人化」、⑦基本理念の再確認、⑧経営方針の明確化、⑨臨床研修病院への対応、⑩医師の役割と医師の確保、⑪職員配置について、⑫事務職の人事について、⑬広域化の検討——であった。

全部適用については、次のように記載されている。

「全部適用し、事業管理者を設置した場合、管理者にはほとんどの権限が首長から委譲されることにより、

表3 地方公営企業法全部適用の国保病院

No.	都道府県	国保病院名	病床数	管理者の医師資格			管理者非設置 または 市長村長
				有		無	
				院長兼務	院長以外		
1	北海道	猿払村国保病院	28床				○
2	岩手県	水沢市国保水沢病院	303床	○			
3	岩手県	国保藤沢町立病院	54床	○			
4	秋田県	横手市立大森病院(H17.10全適予定)	150床		○		
5	山形県	白鷹町立病院	70床	○			
6	千葉県	国保旭中央病院	956床	○			
7	千葉県	国保松戸市立病院	631床			○	
8	東京都	国保町立八丈病院	54床			○	
9	富山県	氷見市民病院	368床	○			
10	長野県	佐久穂町立千曲病院	117床				○
11	長野県	波田総合病院	215床		○		
12	滋賀県	公立能登川病院	120床				○
13	和歌山県	橋本市市民病院	255床				○
14	鳥取県	智頭町国保智頭病院	144床			○	
15	鳥取県	日南町国保日南病院	160床		○		
16	鳥取県	岩美町国保岩美病院	99床			○	
17	鳥取県	南部町国保西伯病院	210床			○	
18	島根県	安来市立病院	217床	○			
19	岡山県	岡山市立せのお病院	75床		○		
20	岡山県	岡山市立金川病院	60床		○		
21	岡山県	井原市立美星病院	40床		○		
22	岡山県	組合立国保福渡病院	60床				○
23	広島県	公立みつぎ総合病院	240床		○		
24	山口県	光市立大和総合病院	280床	○			
25	山口県	周防大島町立大島病院	99床			○	
26	山口県	周防大島町立東和病院	131床			○	
27	山口県	周防大島町立橋病院	36床			○	
28	徳島県	つるぎ町立半田病院	134床	○			

(平成17年8月9日国診協調べ等を参考)

病院の経営責任の明確化、経営の自立性、職員の意識の高揚等が図られる等のメリットがある。職員給与についても病院事務独自の基準を設けることが可能であり、とくに医師に対して手当の部分で能率給を主体とした病院独自の給与体系を取り入れることができる。報告書が提出された3月の時点において、首長・病

院および労働組合の幹部は全適の概要を認識したと思われる。

一方、平成15年度前半ごろから、病院の経営上相容れない人事・採用が行われるようになった。再々、町三役との話し合いが持たれたが、改善がなされなかったため、私は9月25日に辞表を提出した次第である。

表 4 国保病院の移管状況

	都道府県	変更前病院名	変更後の運営主体	日付
移譲	北海道	砂原国保病院	医療法人	平成10年4月
	山梨県	石和町国保峡東病院	医療法人	平成14年10月
	徳島県	鳴門市立板東病院	医療法人	平成15年12月
	大分県	佐賀関町国保病院	医療法人	平成16年10月
公設民営	茨城県	東海村立東海病院	地域医療振興協会	平成18年予定
	山梨県	勝沼町勝沼病院	厚生病院	平成2年
	京都府	大江町国保大江病院	医療法人	平成17年4月
	山口県	豊浦町立病院	済生会	平成12年7月
	香川県	高瀬町立香川病院	医師会	平成12年2月
独立行政法人	長崎県	江迎町立北松中央病院	非公務員型	平成17年4月

(医療経営財務協会による)

10月6日にそのことについて、医師全員出席の医局会が開かれ、次のような意見が集約された。

「いま、公立病院においては独立行政法人化にあるなか、今後、半田病院が公営企業法全部適用に向かうのであれば、三村院長に留任をお願いして、医局員一同協力していく。嘆願書は三村院長に対して留任の嘆願書を提出することとする」。

その後、事務長と町三役の打ち合わせが再々行われ、意見調整が行われたと思われる。そして、10月24日に次の条件で辞表を撤回した。①事務部の適正な人事異動と人員整理、②公営企業法全部適用に向かう、③外部有識者を含めた経営委員会の発足——である。

こうして、平成15年12月8日から労働組合執行部との間で全部適用についての協議が始まった。まず、私から今後の医療情勢・全部適用の概要を説明し、次の4案を検討するように組合に提示した。①公営企業法一部適用のまま進み、経営が思わしくなければ民営化への道、②公営企業法全部適用の道、③地方独立行政法人の道、④民営化への道。

その後、組合は全部適用の学習会を開いたり、病院の執行部との協議を繰り返し、平成16年6月28日に組合総会を開催し、病院から示された公営企業法全部適用の道に同意した。その間、町長の出席のもとに職員集会を2回開き、職員から「職員の身分は」、「町からの繰入金はいままでどおりか」、「人事考課は」、「事務

部門の異動は」等の質問が出された。

半田町議会も平成16年2月に、全員協議会等で全部適用について2回審議された。その内容としては「管理者を誰にするか」、「患者の病院に対するクレームを病院で解決できるのか」などの議論があったと聞いている。

病院経営委員会は、病院幹部職員がオブザーバーとして出席のもとに、平成16年5月26日から12月6日までの間に4回開催された。外部委員には総務省病院経営アドバイザーの茨常則氏、三重県病院事業庁総括マネージャーの山本浩和氏、半田町議会議長、半田町収入役の四氏を交えて、病院のあり方、方向性等を議論してきた。全部適用については「開設者と病院長とは話し合う機会をつねに持ち、関係を密にすることが大切である」、「全部適用となれば、議会対策はますます重要な問題となる」、「職員は従来の病院経営のままでは病院が存続できないことを職員一人ひとりが自覚し、経営に参画していくことが必要である」、「今後の経営方針として、全適の大原則である年俸制度は導入すべきである」などの意見が出されたあと、全部適用への移行について、委員全員の同意が得られた。

公営企業法全部適用への移行時期についての議論が町三役、病院幹部との間で行われ、町村合併する平成17年3月1日と決まった。平成16年10月27日の合併協議会に全部適用を議題として提出した。その審議内容

は「全適すれば、黒字経営は可能か」、「現時点の病院の累積赤字、企業債残高はどうするのか」、「一般会計からの繰入金は地方交付税算入分のみとする」、「職員の給与体系はどうするのか」、「全適後の職員の身分は」、「事務職員の役場との人事交流はむやみにすべきでない」、「管理者を誰にするのか」等の意見がだされたあと、病院運営を公営企業法全部適用することが承認された。



おわりに

三位一体改革が進行するなか、国による医療費抑制政策はさらに強力に行われるであろう。また、市町村財政も非常に緊迫している状況にあるとき、自治体病院が市町村の繰入金に依存していく時代は終わりつつある。金融機関が淘汰されたように、病院淘汰の時代に入った感さえある。今後、それぞれの病院が生き残り策を真剣に考えなければならない時期がきた。その

手段として、全部適用、独立行政法人、公設民営化等が考えられる。

首長と病院長との考え方にも相違がある。首長は公選の人であり、地域住民感情に左右され、ときには地域住民の就職まで心配しなければならない。他方、病院長は優秀な人材を確保・雇用し、病院を発展させていかなければならない。とくに、首長と管理者（病院長）との密な話し合いは必要であろう。しかし、病院運営上の重要な課題で対立すれば、管理者は病院を去らなければならないであろう。また、経営状況が悪くなれば、当然去らねばならない。

半田病院が全部適用になってから、6か月が過ぎた。病院経営はいまのところ安定している。そして、病院運営も管理者に権限が移行されたため小回りが効き、運営しやすくなった。しかしながら、まだ全部適用を理解していない人も一部にはあり、完全な公営企業法全部適用までにはもう少し時間がかかりそうである。

京都府・京丹後市立久美浜病院長

奥田聖介

地域包括ケアの道のりとその成果

▶ はじめに

私の郷里である京都府・久美浜町の国保久美浜病院（現在の京丹後市立久美浜病院）に勤務して25年目を迎えている。当院は昭和56年に開院し、開院2年目の昭和57年から勤務し現在に至っている。当院に勤務する前は、京都市内の病院に勤務していたが、当時の町長（井尻 武氏）から、「国保久美浜病院に2年でも3年でもいいから、なんとか帰ってきてもらえないだろうか」との要請を受け、かなりの迷いもあったが、以前から郷里である久美浜町への愛着も強くあって、当院にお世話になることになった。この25年間に病院開設者である町長は3人替わり、平成16年には市町村合併により名称も京丹後市立久美浜病院となり時代の変遷を感じている。

赴任当時は診療科5科、病床数50床であったが、平成6年および平成12年の増改築により、診療科13科、病床数170床となり現在に至っている。このように当院が発展してきた背景には、当院が取り組んできた地域包括ケアに、病院開設者である3人の町長からの理解が得られ病院をバックアップしていただいたこと、また議会の理解が得られたこと、当院の職員の理解と協力が得られたこと、地域包括ケアを实践するにあたって行政（とくに保健師）や地域住民（ボランティアである健康推進委員）との緊密な連携ができたことがあげられる。

地域包括ケアにより、地域住民は健康で長生きし、医療費は安くてすみ、その結果、国保税は安くなり、地域住民にとってもっとも望ましい結果がもたらされることが実証され、改めて地域包括ケアのすばらしさ

を実感している。今後とも病院と行政、地域住民と連携して、地域包括ケアをさらに推進して行きたいと思っている。

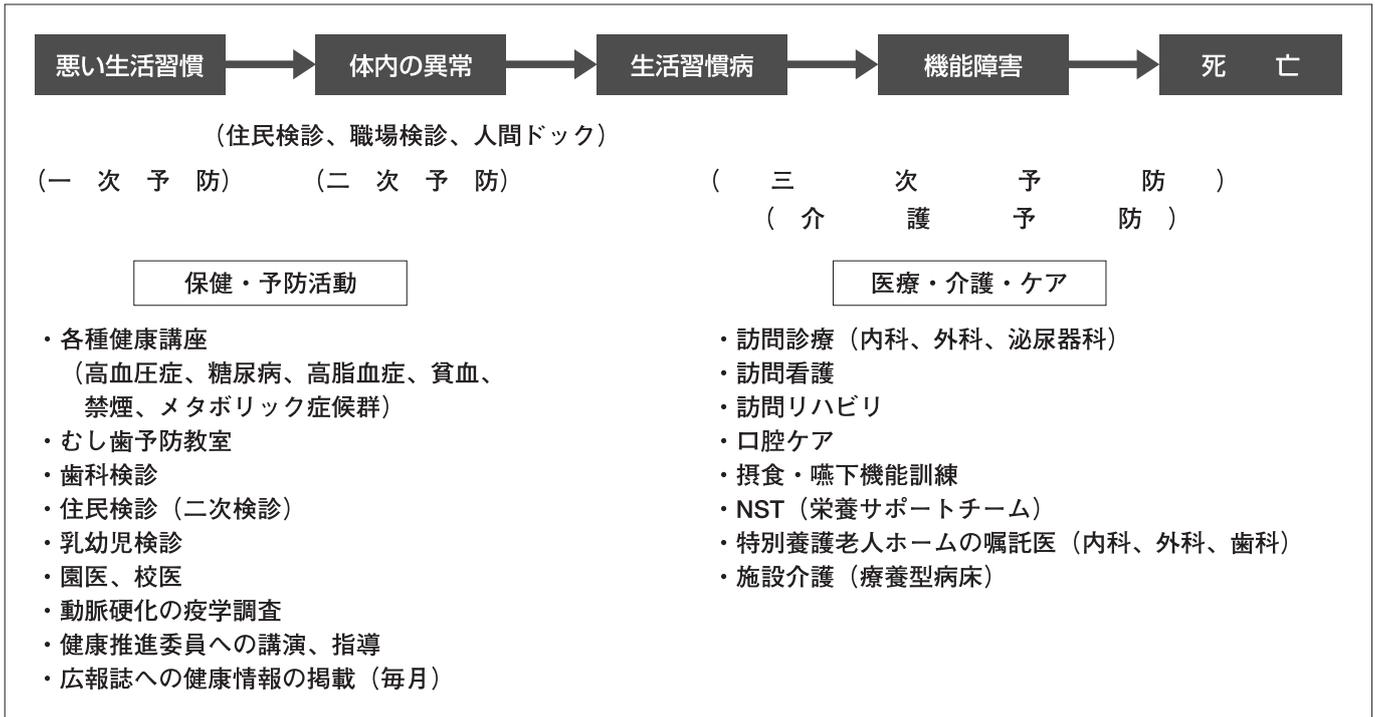
当院が取り組んできた地域包括ケアの経過、地域包括ケア推進するためのキーポイント、地域包括ケアによる地域住民の健康度と医療経済に及ぼす成果、今後の地域包括ケアの課題について私見を述べてみたい。

▶ 当院における地域包括ケアの経過

当院に赴任する前は「地域医療」に関しての知識や経験はなく、「地域包括ケア」に関してまったく知らずに当院に赴任したが、赴任したその年に町長、病院事務長、保健課長と地域医療の先進地へ視察に行き、このなかで医療と保健との連携の重要性を学び、「このような医療があるのだ」と「目からうろこ」で大変感動したことをいまでも憶えている。さらに、全国国保地域医療学会に積極的に参加し、地域住民が求めている医療をできるだけ知るようにした。また、赴任したその年に久美浜町国保運営協議会委員に任命され、国保会計について勉強する機会を得ることができ、そこから、国保直診としての病院のあり方を学んだ。

このようにして得られた結論は、病院のあり方として、医療だけにとどまらずに検診や健康教室等の予防活動に病院も積極的に関与することの重要性であった。さらに、病院と行政と地域住民との連携の重要性であった。当初は医療と保健との連携を行ってきたが、当町の高齢化とともに介護を要する高齢者が年々増加してきた。しかしながら、受け入れる在宅では一人暮らしとか、高齢者夫婦だけの家庭が年々増加し、在宅での介護が大きな課題となってきた。このような折、平

図1 久美浜病院における地域包括ケア



成2年に京都府の訪問看護在宅ケアモデル事業が開始され、当院が府下で最初の指定を受け、平成3年から当院の訪問看護、さらに訪問リハビリによる在宅ケアを開始した。

当院の地域包括ケアは、昭和57年からの医療と保健との連携、平成3年からさらに福祉(介護)が加わり、地域包括ケアとして発展して現在に至っている。この間の保健・予防活動や医療・介護・ケアの内容に関しては、国協協や先進地の情報を取り入れながら、年とともに充実発展しつつ現在に至っている。

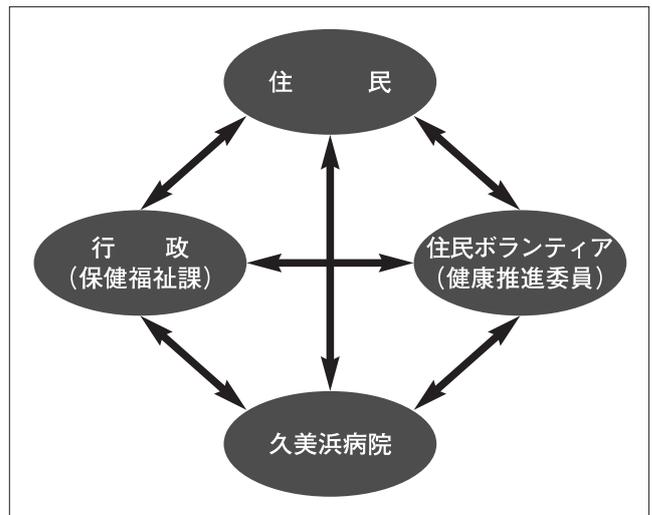
当院が行っている地域包括ケアは図1のとおりである。図に示した保健・予防活動や医療・介護・ケアを行うことにより、図の矢印を右に進めないようにすることが地域包括ケアの目的であると考えている。

▶ 地域包括ケア推進のキーポイント

地域包括ケアの推進には、①開設者である町長(現在は市長)、②議会、③病院(病院職員)、④行政(とくに保健師)、⑤地域住民——のそれぞれの理解と協力と連携が重要である。当院においてはそれぞれが良好にでき、その結果、地域包括ケアが推進できたものと思っている。

とくに、当院のすべての医師が地域包括ケアに対し

図2 地域包括ケアの理解と住民参加



での意識が高く、保健・予防活動や医療・介護・ケアに対して積極的に関与し、病院職員へのリーダー的存在として地域包括ケアの推進に大きな力となっている。

行政と病院との連携では、保健福祉課の保健師と病院との連携が緊密に行われ、さらに保健師の熱心な保健活動が地域包括ケアの推進に大きく関与している。

また、当町では住民のボランティアである健康推進委員制度があり、71地区に89名の健康推進委員を配置し、その地区の健康づくりのリーダー的存在として活躍され、また行政と住民の橋渡し役でもあり、地域

包括ケアの発展に大きな役割を担ってきた。地域包括ケアを推進するためには、このような住民の参加がぜひとも必要である。図2が示すように、地域包括ケアを推進するためには、地域住民、健康推進委員のような住民のボランティア、行政（とくに保健師）、病院の四者の理解と協力と連携が大変重要であると思う。

▶ 地域包括ケア成果－住民の健康度

当院が行ってきた地域包括ケアの成果を住民の健康度の指標として、標準化死亡率と100歳以上の高齢者の比率から検討した。

1. 標準化死亡率からの成果

標準化死亡率は、年齢構成の影響を除いて死亡率を全国と比較したもので、基準値を100としそれより小さいほど死亡率が低く健康状態がよいことを意味している。京都府下54市町村区（京都市：11区、京都市を除く市町村：43）で比較すると、男性の標準化死亡率は、久美浜町は85で、京都府下54市町村区のなかでもっとも低い。このことは、54市町村区のなかでもっとも死亡率が低く、健康度が高いことを示している。

女性は、久美浜町の女性が89で、京都府下54市町村区で3番目に低く、男性と同様に女性も健康度が高いことを示している。

2. 100歳以上の高齢者からの成果

当町では100歳以上の高齢者が常時10名以上生存されているが、100歳以上の高齢者の比率を当町と全国と比較した。図3が示すように、人口10万人あたり当町は103人で、全国平均の18人と比較すると、当町の100歳以上の高齢者は全国平均より約6倍多く生存されていることが示された。

このように、標準化死亡率と100歳以上の高齢者の比率から検討した結果、地域包括ケアの成果として、住民が健康で長生きすることが示された。

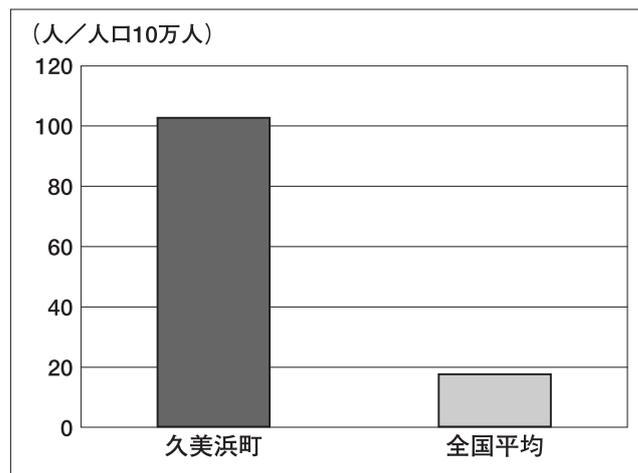
▶ 地域包括ケア成果－医療経済

当院が行ってきた地域包括ケアの成果を医療経済の指標として、①1人当たりの老人医療費、②1人当たりの国保税——から検討した。

1. 1人当たりの老人医療費からみた成果

図4は当町の1人当たりの老人医療費を、京都府の

図3 100歳以上の高齢者の比率（平成16年）



平均と年度ごとの比較を示している。平成9年度から平成15年度まで当町の1人当たりの老人医療費は京都府の平均と比べて低く、その差は約17万円である。このことは、1人当たりの老人医療費は約17万円安くしていることを示している。

2. 1人あたりの国保税からみた成果

京都府における1人当たりの国保税を京都府下44市町村で比較すると、当町は上位から37番目で、市町村全体の平均と比べて約1万1千円安い。

このように1人当たりの老人医療費と1人当たりの国保税から検討した結果、地域包括ケアの成果として、医療費は安くなり、その結果、国保税が安くなることが示された。

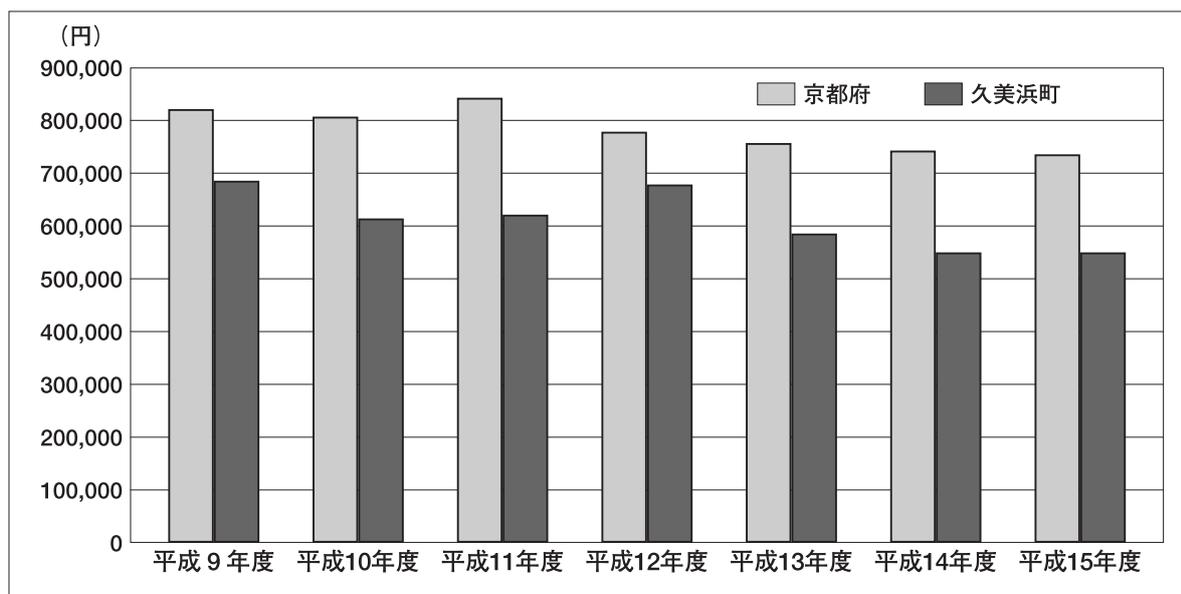
▶ 今後の課題

地域包括ケアを行うことによって、住民が健康で長生きし、その結果、医療費は安く、それによって国保税は安くなり、住民にとってもっとも好ましい結果がもたらされることが示され、今後も地域包括ケアをぜひとも発展・充実させたいと思っている。

しかしながら、これまでは久美浜町という限られた地域での地域包括ケアであったが、これからは市町村合併により、環境が大きく変化してきている。今後の課題として、①市町村合併による広域化、②地域包括ケアの理解と住民参加、③マンパワーの低下、とくに医師不足によるマンパワーの低下、④病院経営と国保直診の設置・運営形態——の4つをあげたい。

まず市町村合併による広域化であるが、合併により

図4 久美浜町1人当たり老人医療費（国保）



当市は非常に広域となり、当院から車で1時間30分ほどかかる地域もある。訪問診療、訪問看護等の在宅ケアを行うには、雪の季節もあり当院がすべての地域をカバーするのは困難で非効率的である。合併後の広域化に対しては地域にある国保直診（2病院、2診療所）、さらに民間医療機関を含めた地域分担、地域連携が重要で、これによって広域での地域包括ケアが可能になるものと思われる。

地域包括ケアの理解と住民参加であるが、とくに国保直診のない旧町では地域包括ケアの理解が乏しく、地域包括ケアを推進するためには、行政、議会、地域住民に地域包括ケアをアピールすることが重要である。市民への講演、行政や保健師や市議会議員との懇談会等で機会があるたびに地域包括ケアのアピールを行っている。また、当町で行ってきた健康推進委員制度による住民参加も地域包括ケアを推進するためには重要である。しかしながら、合併後この制度がなくなり、それによって住民検診の受診率が低下するなど地域包括ケアが後退している現実がある。地域包括ケアを推進発展させるためには、健康推進委員のような住民の参加がぜひとも必要である。

マンパワーの低下、とくに医師不足によるマンパワーの低下は地域包括ケアにとって大きなマイナス要因である。当地でも医師不足により救急患者の受け入れの制限、病棟の一部閉鎖、医師の過重勤務、病院経営

の悪化等の深刻な影響が出てきている。医師不足により診療だけで手いっぱい状況で、地域包括ケアの意識があってもできない状況である。地域包括ケアを推進するためには、医師をはじめとしたマンパワーの確保が今後とも絶対に必要である。

病院経営と国保直診の設置・運営形態であるが、市町村合併による広域化により病院の評価が病院経営重視でなされる傾向にあり、地域包括ケアを含めた医療内容はあまり評価されないことに危惧を抱いている。当院においても、合併協議会さらに合併後の医療対策審議会において、地域包括ケアを含めた医療内容よりもむしろ病院経営を中心として協議され、病院の経営状態によっては設置・運営形態として、現在の公設公営以外に公設民営（指定管理者制度）等も検討することが示されている。当院の経験から、地域包括ケアを推進するためには行政と病院の緊密な連携がもっとも重要であることが実証された。行政と病院との緊密な連携ができる理想的な設置・運営形態は、設置者（行政）と病院とが一体である公設公営である。地域包括ケアによって地域住民は健康になり、医療費が安くてすみ、その結果、国保税は安くなることが実証された。この地域包括ケアの成果と病院経営とをトータルで評価し、国保直診の設置・運営形態として、行政との連携が緊密にできる公設公営をぜひとも堅持していただきたい。

市立医療機関の運営統合めざした「南砺市医療局」の設置

倉知 圓

富山県・南砺市医療局管理者／南砺市民病院長

はじめに

平成16年11月1日に井波・福野・城端・福光の4町と井口・利賀・平・上平の4村が合併し、新市・南砺市が誕生して、すでに2年半が経過した。市長がもつとも心を砕いたのは、それまでの行政体制や文化背景

の違いを克服して一体感を醸成することであったが、ここへ来て、ようやく南砺市としてのまとまりを見せつつある。そのなかにあつて、諸般の事情から合併以前にはほとんど論議されなかった南砺市全体の医療提供体制についても、議会と行政のなかで関心が高まってきている。

本稿では、南砺市の医療提供体制の状況と南砺市民

図1 南砺市の誕生と医療提供体制

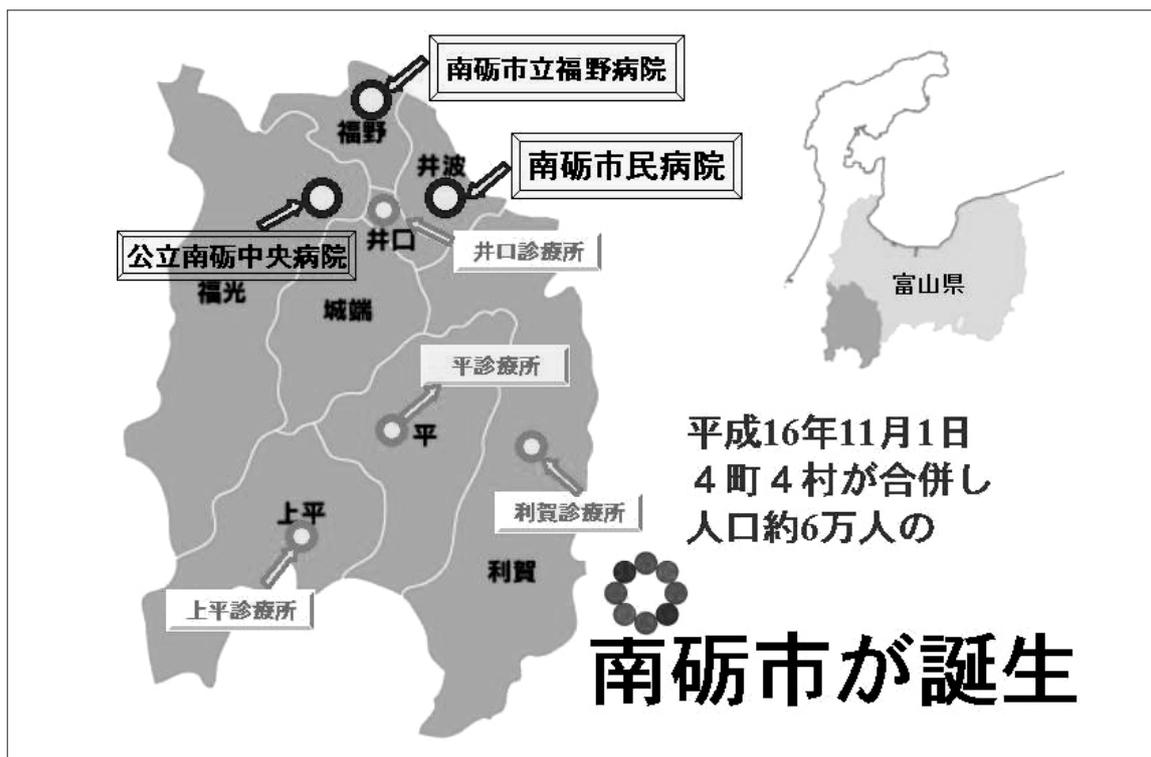
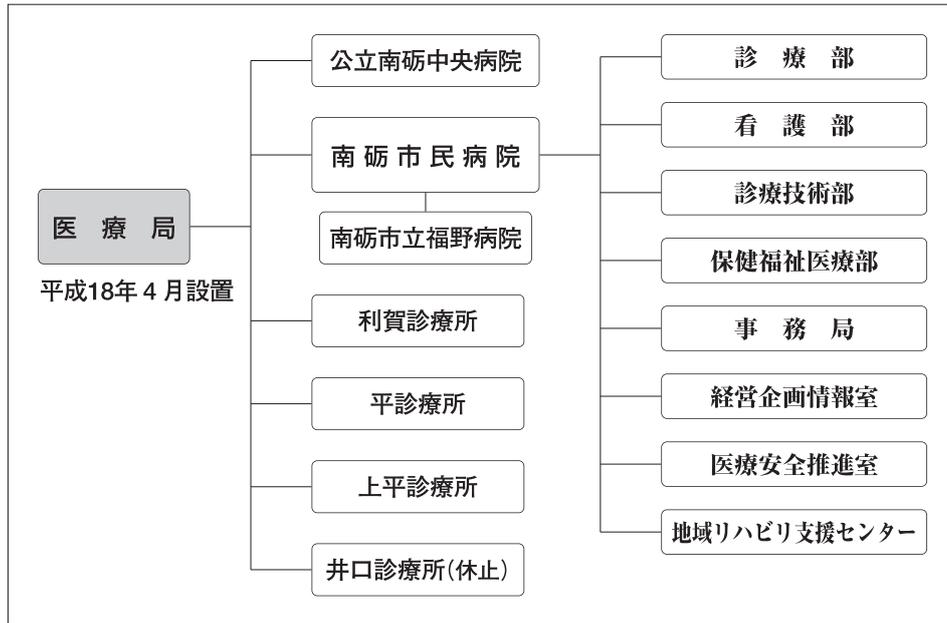


図2 南砺市立医療施設と組織



病院の現状を報告し、読者の参考に供したい。

南砺市の医療提供体制

【医療局の設置】

旧井波町に180床の南砺市民病院（旧公立井波総合病院）と旧福野町に50床の南砺市立福野病院（旧福野厚生病院）があり、さらに旧城端町・福光町・平村・上平村および岐阜県白川村で構成された広域連合立の190床（うち45床は療養病床）の公立南砺中央病院があることになった（図1）。この広域連合は、合併により南砺市と白川村で構成されることになったため、平成18年3月で連合を解消し、南砺市立病院として移管された。この結果、南砺市立の病院として3病院合計420床の病床を有することになった。南砺市の人口は約5万8,000人であるので病床数としては必ずしもオーバーではないが、分散している3病院を統括し効率的な運営をする目的で南砺市医療局を立ち上げた（図2）。

また、南砺市には、井口、利賀、平、上平の4旧村立診療所があるが、井口診療所は診療実態が週2日であり患者数も少なく、また病院に約10分の時間距離で

あるので、住民の理解を求めて平成19年3月で休止とした。さらに、残る3診療所は、国保会計の関係で南砺市民生部に所属していたが、平成19年4月から医療局管轄へ移管した。これらの組織改革は、まだ端緒に着いたばかりで、十分な成果が得られているとは言えないが、現状を提示することとする。

【医療局の実績と今後の目標】

医療局の構成は、医療局管理者として南砺市民病院長が兼務し、市部長級の事務局長と主幹、事務、病院経験のある嘱託職員の5名で発足し、今年度は嘱託職員として前南砺市民病院副院長・看護部長を招請し、診療所管理のために民生部から担当職員を増員した。

昨年度は、初めての設定と不慣れな職員でのスタートであったが、最初に理念と方針を明確にし、南砺市長・副市長と3病院長・事務局長および医療局で構成する南砺市医療運営会議を設置し2～3か月ごとに開催してきた。

3病院の歴史や組織風土はそれぞれ異なっており、これまでは職員交流もなく患者紹介もほとんどなかったため、最初の仕事は実態調査と問題点の洗い出しであった。南砺市民病院以外は、これまで外来患者アンケートや退院時アンケートなどもなされておらず、職

員意識調査もなかったもので、まず患者アンケートと職員意識調査を実施したが、病院間にはかなりの差異が見られた。分析結果を職員へ開示し、改善努力をいただいている。今年度に入り、部署別職場見学会を実施し、ようやく互いのよいところを学び合おうとする意識が芽生えたと感じている。お互いの研修会に自由に参加すること、院内の各種委員会のうち、重要なものから合同委員会の開催を企画しているところである。

医師不足と医療制度改革の影響

【市立福野病院の位置づけ】

さて、50床の南砺市立福野病院であるが、合併前の旧福野町議会で老朽化した病院の建て替えが決議されていたため、合併後に着工となり平成18年4月に改築竣工したが、合併後には一般病床としては不要であり療養病床として再出発する方針であった。療養病床として起債を受けた関係もあり平成19年2月に療養病床へ転換したが、3人の常勤医師のうち2人が退職したために、4月からは外来診療機能を維持することにして病床は休止せざるを得なくなった。この間に、国の療養病床削減方針が打ち出され、常勤医師が確保できない状況下で療養病床としての再開が望めない状況から、転換型老人保健施設や健康管理施設への転換の道を探っている現状である。福野病院自体は、4月から南砺市民病院の分院として位置づけ、会計も一体化することで、職員交流も円滑に行えているのは幸いである。

【南砺市立診療所の運営】

先に触れたように、井口診療所は休止とし3診療所の運営を医療局へ移管した。最大の目的は、包括医療システムの構築と経営改善である。

井口診療所の実態は週2回午後の限定診療で、南砺市民病院から医師を派遣していたが、受診患者は日に5人程度でアクティブ診療患者は約50人であり、市民病院へも車で約10分と近いため、議会や住民への説明を重ねて了解が得られたので平成19年3月31日で休

止（事実上廃止）となった。患者のほぼ全員と診療記録は市民病院へ移管したが、患者用バスの運行変更など、病院として最大限の協力を行った。

残る3診療所は、平診療所には地元出身の就職常勤医師が10年来頑張っているが、利賀・上平診療所は富山県から自治医科大学卒業医師が毎年交替勤務となっている。合併前にはそれぞれの村立診療所として活動していたが、合併後も市へ管轄が替わっただけで診療体制の変化はなかった。これまでの実績の検討からは、診療所としての包括医療体制を深める必要があること、経営に無駄が見られること、何よりも医療施設としての理念や将来計画が欠けており、南砺市の医療システム全体計画の中での位置づけを明確にしたいこと、などの動機で平成19年4月から医療局へ運営を移管したのである。

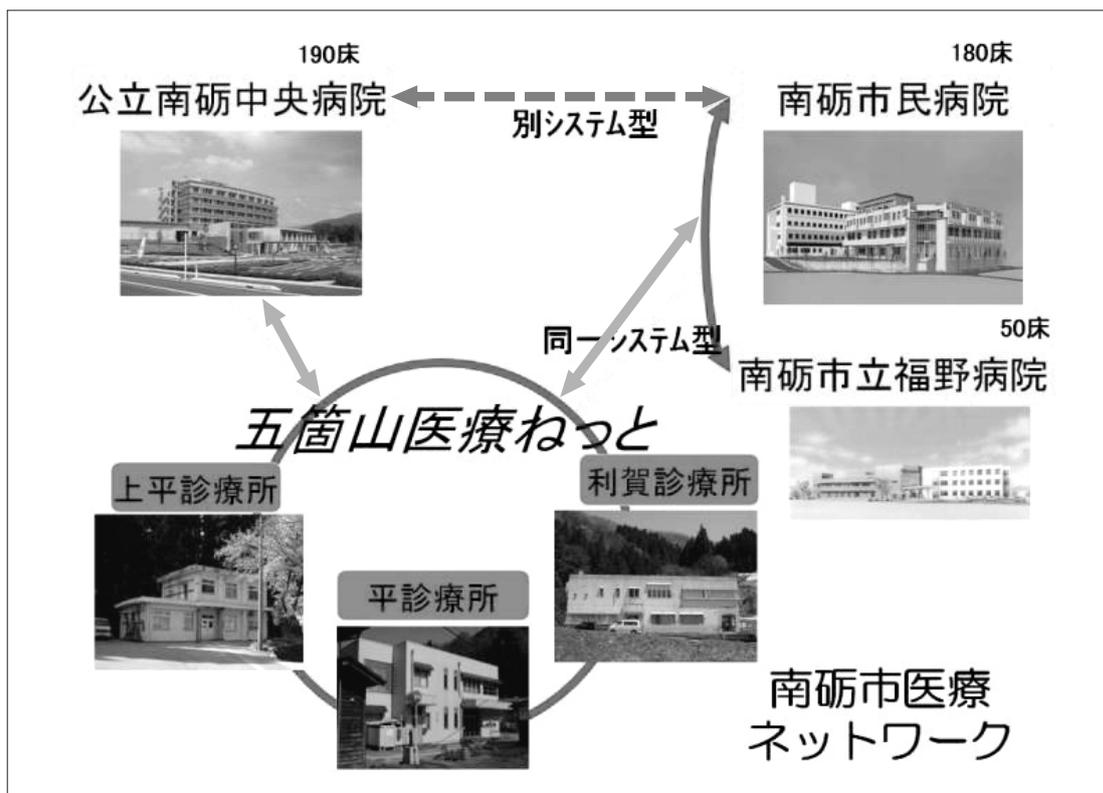
南砺市立医療機関の統合運営

さて、3病院と4診療所の平成18年度の決算は、いずれも赤字となり、大変厳しい現実である。このうち、3病院の建設負債分と減価償却費を引いた収支を検討すると、南砺市民病院はなんとかトントンの水準であるが、他の2病院は大幅な赤字決算であり、このままでは将来の存続が危ぶまれる状況である。

市立福野病院は、ある程度の方向性が見えてきたのだが、公立南砺中央病院の経営改善は深刻である。まず、医師不足の解消策が見えない。2年前には18人であった常勤医師が現在は11人（1人は産休中）であり、補充の見通しが立っていない。このため非常勤医師に頼らざるを得ないが、人件費を圧迫する以上に住民からの信頼に影響している。看護師不足も深刻であり、退職者の補充ができず1病棟を閉鎖している。このために、入院収入が減少し経営悪化に拍車がかかる始末である。これらの要因から医業収入の劇的な増加は見込めない以上、経費節減とスリム化が焦眉の課題となる。

経費節減と市立病院としての一体化を推進する目的で、3病院・3診療所の診療材料の統一化とSPDシステムの共同契約を実行した。関係5事業者の競争入札

図3 南砺市医療ネットワーク



としたが、南砺市民病院が契約している業者が圧倒的に低価格であったので、協議のうえ公立南砺中央病院のSPDを変更することになり、契約終了を待って本年10月に一本化となる予定である。

医薬品に関しても、可能な限り品目を整理統合し、入札価格を交換して低価格の納入に努めている。これまでは院外処方を控えてきた経緯があるが、来年度を目途に院外処方に変更するべく準備中である。

医療の質の向上努力

【第三者機関の認定】

経営改善も重要だが、本来は住民から信頼される医療システムを構築することが先決であることは論をまたない。各種学会認定施設であることも重要であるが、診療機能として現在、日本医療機能評価機構の認定やISO9001、あるいは個人情報保護認定など、第三者による評価が求められている。南砺市民病院は、平成13年に富山県下の公立病院として先頭を切って日本医療

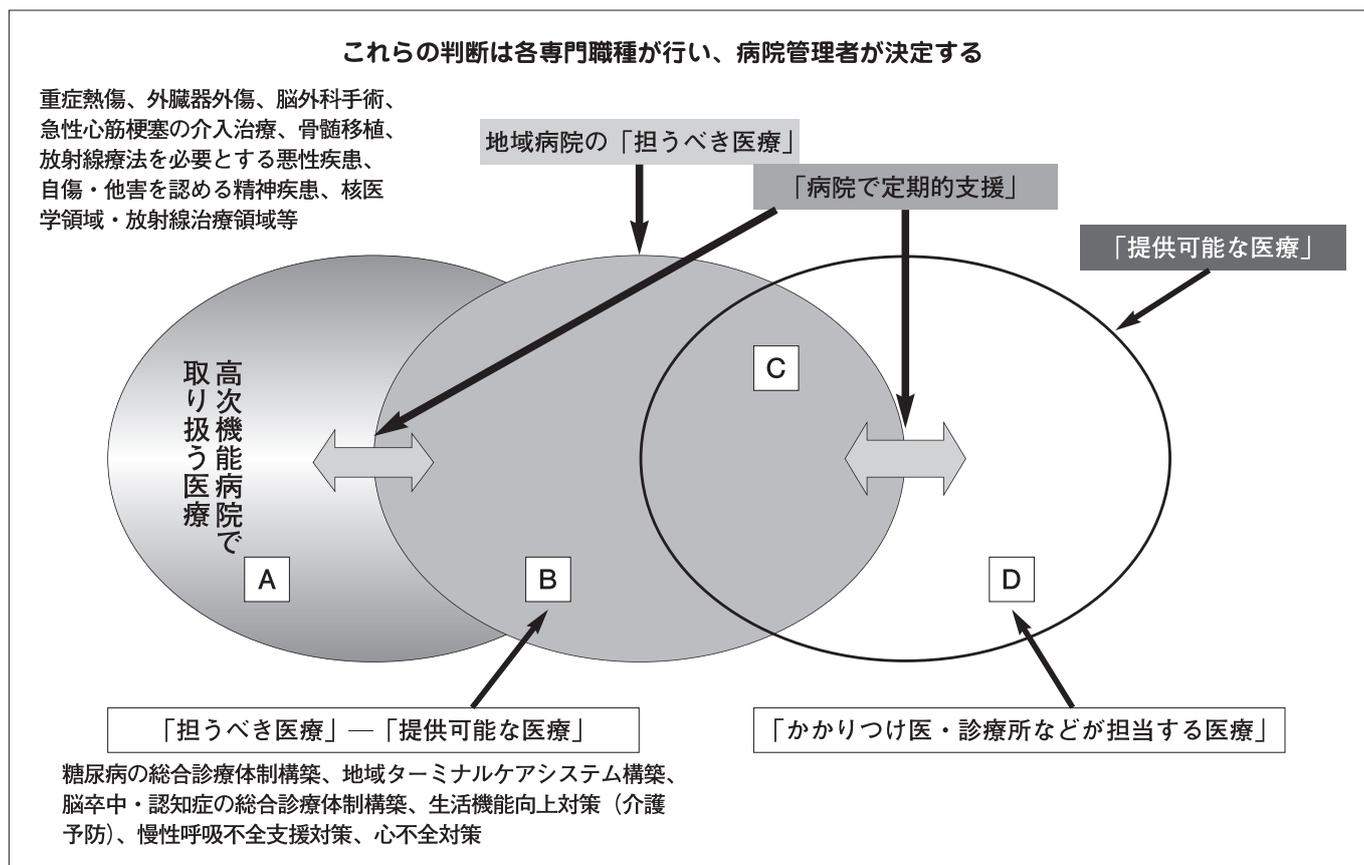
機能評価機構の認定を受けたが、昨年、いわゆるバージョンVで再審査を受け更新認定された。一方、公立南砺中央病院は未受審であり、今後の課題となっている。

また、南砺市民病院では、院内業務改善をめざした組織マネジメント手法として、平成16年から「シックスシグマ手法」を導入しているが、病院活動の課題解決や委員会活動の改善につながっている。TQMも十分に有効な手法であるが、「シックスシグマ」ではテーマをトップが提示し、ボトム的な発想でメンバーが解決に向けて定義・測定・分析・改善・管理を繰り返す手法であり、テーマによっては直接的な経営貢献も見られている。

【急性期医療への対応策：DPC対応】

いま、国は約90万床あるとされる一般病床（急性期病床）を約60万床で十分として、削減を図る方針である。平成10年のDRG／PPS研究から始まった急性期包括支払い制度であるが、平成15年の特定機能病院へのDPC導入から始まり、平成16年には82対象病院と

図4 地域としての医療の考え方



62試行的適用病院ならびに228調査協力病院が参入し、平成18年4月には360DPC対象病院と371準備病院となった。平成19年には準備病院へ約300病院が手あげしているとされ、これらの病床の合計病床数は40万床に迫るとされている。

すなわち、急性期医療病床数とDPC対象病床数が近似していることから、今後の急性期病床はDPC対象であることとイコールに近いと想定される。このことは、国保直診病院のなかでも中規模以上の中核病院としては無視できない現実であり、また、小規模病院でも急性期を標榜しようとしているならば、DPC対応は必須項目となる。

ITの活用と地域医療

昨年の第20回地域医療現地研究会でも披露したが、南砺市立病院には、それぞれ電子カルテが整備されており、ことに市民病院と福野病院および利賀診療所に

は同一システムが導入されていて、全面的な情報連携が実現している。一方、公立南砺中央病院には別システムが導入されているが、DICOM接続で画像は市民病院で読影している（図3）。

市民病院が協力病院となっている特別養護老人ホームの2施設では、市民病院と福野病院の電子カルテを共有して情報管理を実現し、施設分の院外処方を開始したところである。将来は、Web型電子カルテとして医師会とも情報連携を進める考えである。

欧米先進国ではすでに「EHR」の考え方が実用段階になっていると聞いているが、わが国ではこれからの研究段階である。めざしているのは、診療記録や健康記録を一括管理することで、疾病予防と医療費適正化に貢献しようとするものであるが、健診記録と医療機関の情報をどのように安全に長期間管理するのかが課題である。

地域医療におけるITの役割は、①退院後の生活支援、②在宅療養支援と施設連携、③地域の医療機関と

の連携、④行政との連携——などがあげられよう。これらを進めるには、入院時点からの支援、異なる開設母体の施設との連携、医師会との協調などが重要であり、とりわけ行政情報との連携が鍵となる。行政が持っている住民健康情報や検査データを医療機関が活用することや、保健師記録などの共有が可能となれば、効率的な健康管理と疾病予防に貢献すると考えられる(図4)。

国は終末期医療に関してもあるべき姿を提案してきているが、南砺市民病院の地域リハビリテーション広域支援センターを核にして医療機関や医師会、警察、消防などの関係機関と検討会を設けて議論してきた。その結果、共通認識のもとに「終末期医療ガイドライン南砺市版」ができあがったところである。在宅医療を受け持つ開業医師の患者が終末期となり在宅での看取りを希望される場合には、訪問看護師を介入させ、主治医が不在のときは病院医師がバックアップするシステムを構築し、すでに1例の開業医師の在宅看取りを支援したが、これからの方向であると考えている。

地域包括医療システムと人材育成

急性期医療と対比する意図はないが、国保直診としてもっとも重要な課題が、在宅医療の充実・推進、診療所や各種施設との密接な連携、行政機関との連携・統合運営であろう。在宅医療を推進するために必要なことは、首長の理解と病院職員の意識改革である。地方財政が逼迫している現在、行政としては人員削減案には賛成するであろうが、人員増にはおいそれとは賛成が得られない。南砺市民病院では、前身の公立井波総合病院時代から病院で育てた人材とシステムを井波町へ派遣し、「井波町高齢福祉支援センター」を展開していたが、「南砺市介護福祉支援センター」に変わってからも病院職員の出向派遣人事を継続している。

これは、システム構築と発展に寄与しているだけでなく、病院職員とのコミュニケーションが円滑である直接的な要因でもある。現在の派遣は、看護師8名、社会福祉士1名、PT3名、OT3名、ST1名、事務1名にのぼっていて、訪問看護ステーション所長は元病

院看護師長を充てている。

次に人材育成が重要である。先に述べた「シックスシグマ」も、問題発見と問題解決手法を職員の身につけてもらうのが狙いであった。導入から3年を経過し、ようやく日常的な業務実行に際しても、問題提起と解決手法として役立ってきた感がある。

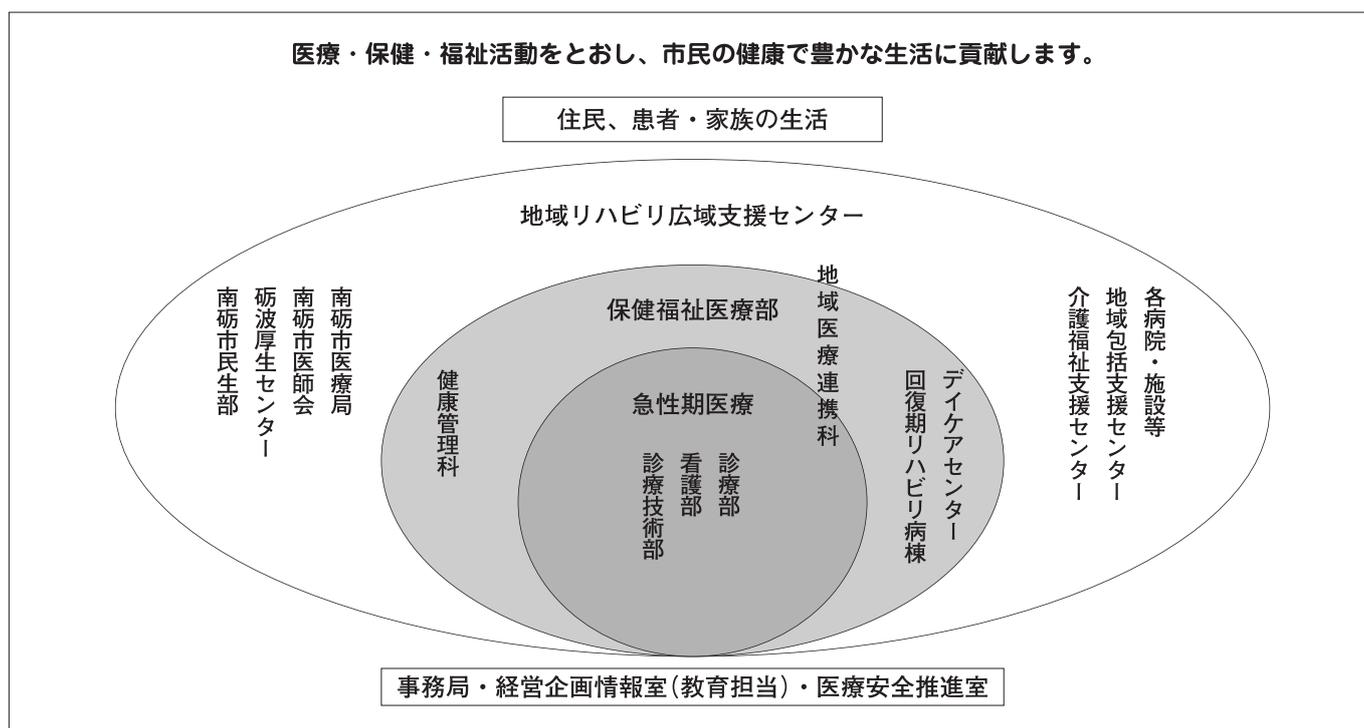
医師教育はもっとも重要であるが、もっとも手が付けにくい分野でもある。医師臨床研修制度では、南砺市民病院は当初から管理型臨床研修病院として登録したが、残念ながらこれまでのところ初期臨床研修医は実現していない。しかし、金沢大学や富山大学からの地域医療研修には多くの研修医師がきて包括医療を十分に学んでもらっている。

国診協と全自病が協力して設置した「地域包括医療・ケア認定制度」は始まったばかりであるが、現在10病院と6診療所、医師は26名、歯科医師は5名、コ・メディカルは92名(保留分を含む)が認定を受けている。今後拡大することを期待するが、これとは別に、国は「総合診療医師」の資格認定を想定した準備態勢に入っている。内容はまだ確定していないようだが、雛形となる日本家庭医療学会が認定する後期研修プログラムでは、その研修内容に「6か月の診療所研修」が義務化されると聞いている。これが実現するとすれば、多くの国保直診は「総合診療医師」あるいは「家庭医」の研修の受け皿として、その存在が必要不可欠となることが想定される。

この「総合診療医」や「家庭医」はいわゆる専門科を満遍なく研修しただけでは相応しくなく、総合診療医師として全人的な医療の具現者として豊富な知識と診療技術を身につけなければならないとされている。すなわち、研修場所としては、大学病院や大規模急性期病院での専門研修ではなく、まさに国保直診病院と診療所がその研修先となることが期待されているのである。

南砺市民病院では、富山大学総合診療部とタイアップして、本年から総合医をめざす後期研修プログラムを立ち上げ、1名の研修医を引き受けた。初めての試みであり、大学と本人に相談しながら研修プログラムを実践しているところである。

図5 南砺市民病院地域医療体制のイメージ図



おわりに

いただいたテーマは「国保直診・難局を乗り切る」であったが、南砺市医療局と南砺市民病院の実情からは、とても「難局を乗り切る」状況からはほど遠く、むしろ“水難状態”に近い。合併により市立医療機関として3病院・3（4）診療所をいかに運営するか、まだまだ出口は見えず、とくに医師確保対策と看護師確保対策は、打ち手がないと言っても過言ではない。

地元3大学もいっせいに7：1看護体制へ向かって走り出しており、来年度の看護師募集は悲観材料ばかりである。

限られた人員からいかに人材を確保するか、結局は魅力ある病院であり続けるしかない。そのためには、つねに職員間のコミュニケーションを良好にし、運営の風通しをよくして、職員全員が危機意識とともに地域に貢献する意識を保ち続けることが大切であると痛感している（図5）。

岡山県・備前市国保市立吉永病院長

荻野健次

住民が満足できる環境づくりをめざして

はじめに

本稿の執筆依頼があり、当初は締め切りまでの時間が短いことや、平成18年3月発行の本誌の「国保直診難局を乗り切る」というコーナーに執筆してまだ2年しか経っていないことから、新鮮さを欠くと考えお断りするつもりであった。しかしその間、合併により新市へ移行し、吉永病院も総合保健施設を併設した新病院に変わっており、その経過を含めて報告するという意味でお受けした。

私と地域包括ケアとの出会いは約16年前にさかのぼる。縁あって、国診協と関わるようになり、山口昇先生から「急性期医療のみの公的病院はいずれ淘汰される。保健や福祉を充実し、その連携・統合を推進する施設は必ず地域住民の信頼を得て生き延びる」との地域包括ケアの理念をうかがって感銘を受けた。このときから急性期医療オンリーの病院では駄目だと考えるようになったことが、私の地域包括ケアの出発点となっている。

吉永病院の概要

吉永病院のある吉永町は人口約5,100人、耐火煉瓦、珪石などの加工中心の町であったが、企業誘致を積極的に行った結果、現在は100人以上の従業員を持つ製造業が数社あり、昼間、企業で働く人口は2,000人弱となっている。

吉永病院も企業誘致と同じ発想で、昭和54年に40床の病院として新築された。2か所の附属診療所を抱え、

昭和55年に私が赴任したころの外来患者数は1日当たり50人にも満たない典型的な赤字病院であり、町長は赤字体質からの脱却と町からの繰入金への減額を望んでいた。当時も医師不足であり、常勤医を募集しても集まらないため、私は多くの診療科の専門医（非常勤）を集めて配置し、少ない常勤医でフォローする「ミニ総合病院」とも呼べるシステムを創ろうと考えた。

幸い大学のある岡山市の中心から吉永病院までJR山陽本線で約35分と比較的近いことから、専門医の応援は可能であった。また、各種手術、検査は可能な限り病院内で実施し、医療と患者の町外への流失を防ぐことをモットーとした。そして、夜間受付窓口は午後9時まで開けておくこと、救急車の搬入は断らないことを徹底して、地域住民の信頼を得ることに腐心し、スタッフのがんばりや地元住民の後押し、さらには町議会の積極的な支援によって黒字体質に転換することができた。

昭和63年には増改築により50床に増床、その後、高度医療機器（MRI、ヘリカルCTなど）も整備し、年間手術数は全麻100例、腰麻100例、救急車による搬入は年間約300件にも達した。また土曜日診療も継続中で午前中だけでも160人前後の来院があり、外来患者数は1日平均350人ほどに伸びて、町長の目論みどおり繰入金は減額されたものの、黒字経営は続いている（図1・2）。

この結果、平成17年合併時、「備前市内3市立病院のあり方検討会」の調査では「吉永町の住民の約83%は吉永病院に通っている」と報告された。

図1 吉永病院の収益、繰入金および職員数の推移

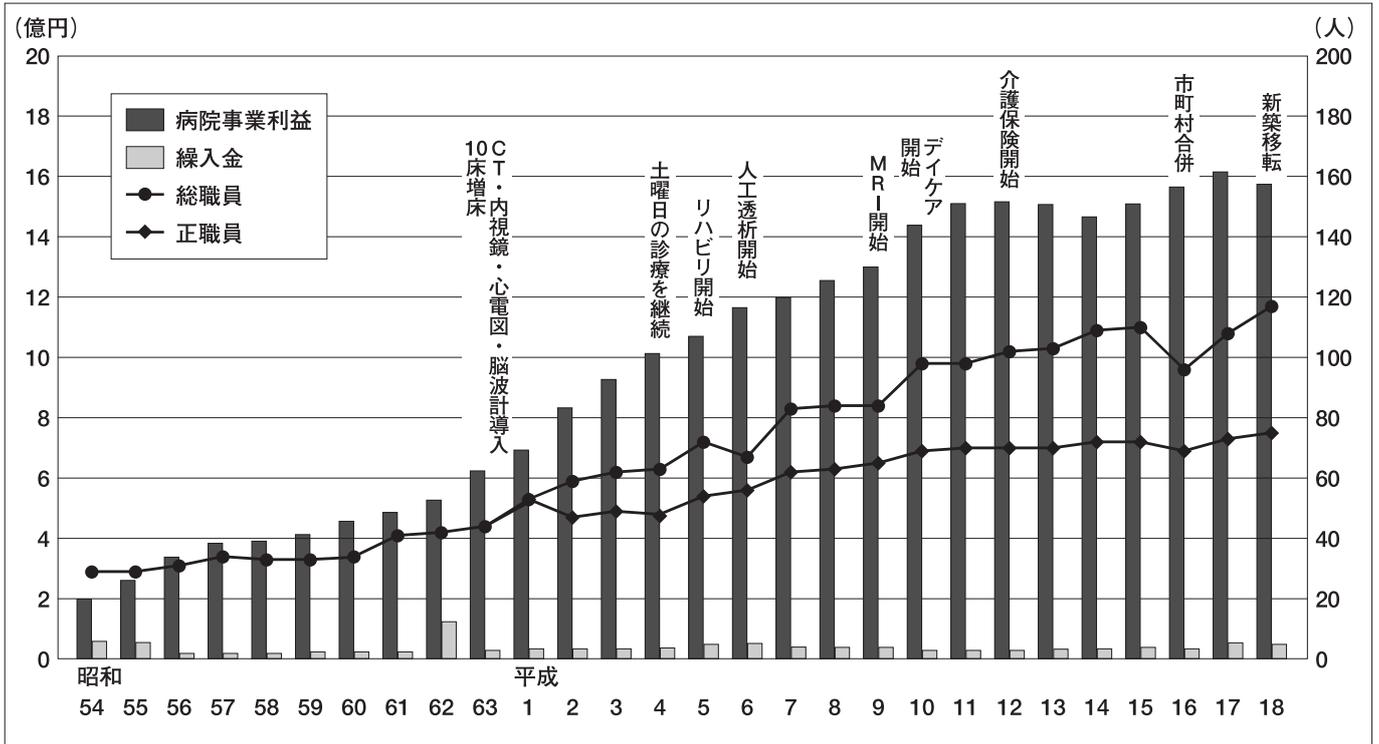


図2 吉永病院の純利益および繰入金推移

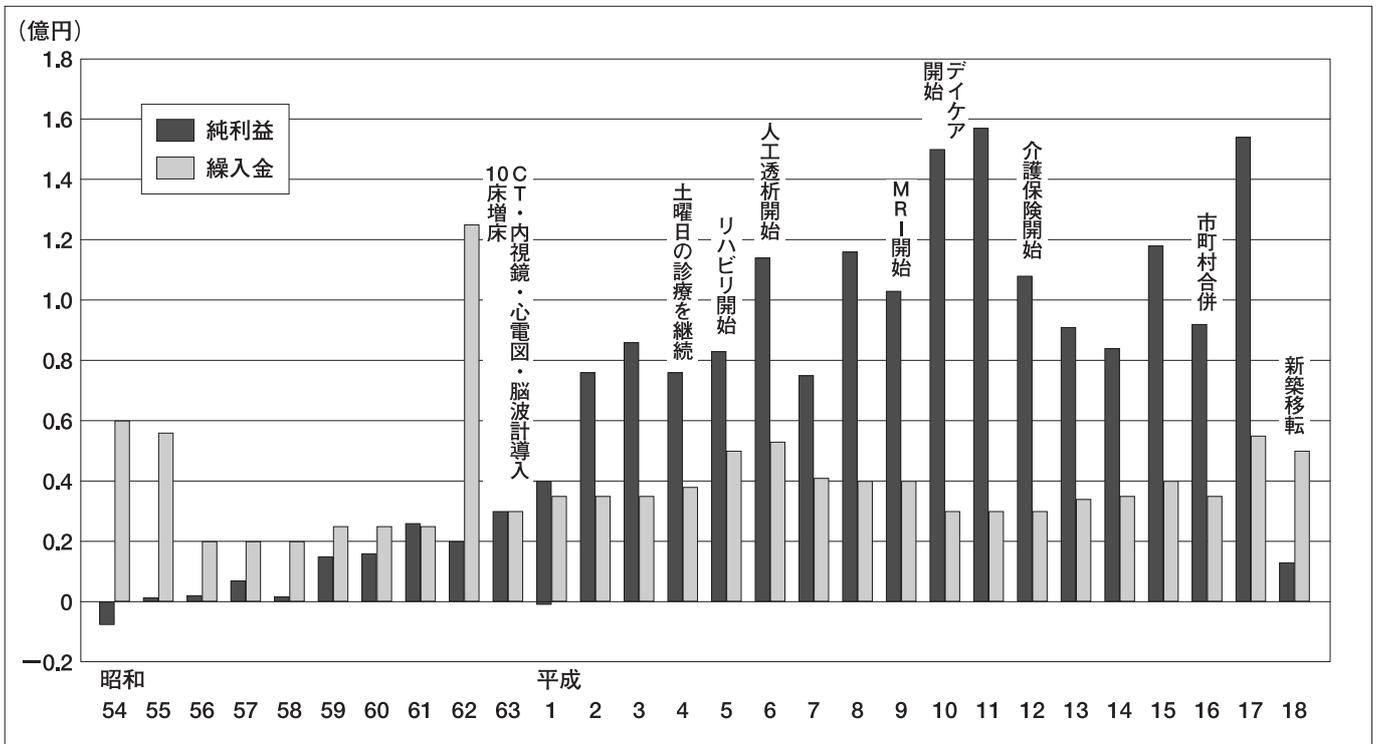


写真1 吉永病院正面



▶ 地域包括ケアの理念との遭遇

はじめに述べたように、約16年前に山口先生の地域包括ケアの理念に感銘を受けてから、急性期中心の病院から包括ケアを取り込んだ病院へ積極的に変身を図ることにした。

山口先生の「これから病院にはリハビリが重要になる時代が来る」とのお話を聞き、まずリハビリ部門に注目、理学療法士をやっとの思いで探し、平成4年リハビリ室設置に漕ぎつけた。その後増員し、現在では理学療法士5人、作業療法士2人、言語聴覚士1人を配置するリハビリテーション科となった。

リハビリ室開設を機に通所リハビリも開設、その後、介護保険に組み込まれてデイケアセンターとして独立した。田舎の地で地域住民に必要なことは、医療・保健・介護・福祉の一体的提供であり、包括ケアで大切なことは在宅医療である。そのため、往診から訪問診療、訪問看護、訪問リハビリなどの在宅介護分野にも積極的に取り組み、地域住民のニーズにできるかぎり応えるような体制づくりに努めた。

また、吉永病院は中間施設を持たないため、地元の開業医や介護施設の方々との緊密な病診連携関係を維持していくことが大切であると考え、近隣の特別養護老人ホーム2施設、老健施設1施設、デイサービスセンター、グループホームと契約し、福祉、保健、介護が有機的に機能するよう努めた。その結果、各施設で

食物摂取が不能となった患者の内視鏡を使った胃瘻増設術や大腿骨頸部骨折などの手術も増加傾向にある。

これからは地域住民の疾病予防の啓発も重要となるため、地区の集会には積極的に参加し、メタボリックシンドロームなどの講演を行っている。

▶ 新病院建設

吉永町では、吉永病院が患者やスタッフの増加により手狭となり駐車場も常時満杯となっていること、病院への進入路が狭く事故が多発していたこと、JR吉永駅南側の県道沿いの地区の活性化を図るなどの理由で病院の新築移転を計画し、合併前には議会の承認も受けていた。また、国保直診の理念である地域包括ケアにさらに真剣に取り組む意思を示す意味で「地域包括ケアシステムの推進に関する議決」を行っていた。

これらの経緯を踏まえ、私は地域包括ケアシステムの確立に不可欠な総合保健施設を新病院に併設することを要望し、合併から1年後の平成18年4月24日によりやく新築開院した(写真1)。

新病院はJR吉永駅から徒歩5分、県道沿いに位置し、敷地は12,000m²、駐車場は160台収容できる。病室は多床個室の設計で、各ベッドに窓があり景色が見えるようになっている。また、バリアフリー、多目的トイレ、特殊浴室、手術室の拡張、クリーン度向上などの改善を図った。

新病院では、疾病予防の観点から検診事業にさらに積極的に取り組み、住民基本健診は年間500人以上、加えて一般住民検診、肺がん、胃がん、大腸がん、前立腺がん、子宮がん検診の体制も整えている。とくに、乳がん検診は、マンモグラフィーによる精密検診を取り入れており、岡山県下ではまだ数少ない乳がん精密検診機関に認定されている。また、人間ドッグも新たに承認を受け、本年度は政府管掌生活習慣健診等の実施機関として約150人の健診を予定している。

▶ 総合保健施設

新病院には、念願であった総合保健施設が併設され

写真2 「貯筋しま専科」

た。建設に当たっては山口先生をはじめ国診協に大変ご尽力をいただいた。

この総合保健施設には、各種健診スペースや大会議室に加え、吉永地域を担当する保健課と地域包括支援センター、病院からは居宅介護支援事業所、訪問看護室、通所リハビリテーション（デイケア）を配置している。当初の計画時点では、歯科検診のできる歯科保健センターをドッキングすることを考えていたが、歯科医師の問題や将来、歯科を病院内に設置する計画もあり断念した。

同じ建物のなかに保健、医療、介護が共存することは、地域にとって大変有意義なことである。それぞれの職種が離れたところで仕事をするより、一つの建物内にいれば情報の共有化が可能となり、住民の方々の利便性もよくなる。たとえば、病院に来院した方が同時に総合保健施設で介護申請や保健の相談を受けることが可能であり、主治医、ケアマネジャー、保健師、栄養士の連携がスムーズに行われることとなり、地域包括ケアシステムの基盤整備が図れたものと考えられる。

保健課と地域包括支援センターには、保健師4人、社会福祉士1人、栄養士1名、事務職1人が配置されている。そして、健康教室、認知症講演会、介護予防教室、介護予防ケアプランの作成、ケアマネジャー個別指導・支援独居高齢者などへのあんしん電話事業など介護保険制度の地域支援事業に基づき生活習慣病予防をはじめとした健康づくりを推進している。

とくに、住民参加の健康づくり事業として実施している「貯筋しま専科」教室は、食事や運動の知識・技術の取得を中心として、自分の体力診断、健康度チェック、メタボリック講座、食事バランス講座、ヨガ、筋肉トレーニングなどを行っている（写真2）。

さらに、本年4月から岡山大学の派遣医師による精神科医療相談「心の健康相談室」が設置されている。吉永病院にも6年前まで精神科の医師が勤務していたが、いまは近隣地区を含め精神科がなくなり困っていた。この「心の健康相談室」は、大変好評であり、これまでに約20人が相談を受けている。



老健施設を持たない吉永病院では、在宅介護の要は通所リハビリ（デイケア）である。旧病院では床面積の広さから1単位20人までであったが、新病院では2単位40人までの通所が可能となったため、現在約80名、1日約27名が利用されている。そこでは、ボランティアの方々にチェロ、バイオリン、三味線、琴、マンドリン、日本舞踊など披露していただき、通所者の楽しみとなっている。

居宅介護支援事業所は、ケアマネジャー3人で主にケアプランの作成やプランを作成した方のいろいろな相談に応じている。ケアプランの作成事例は1か月約100例前後であったが、平成18年4月の改正で人数制限ができたため件数は減少している。

この施設には100人以上収容できる会議室があり、院内会議や研修会等にたびたび利用させてもらっている。旧病院にはこうした会議室がなく、カンファレンスも職員食堂や看護師詰所を使用していた。吉永病院は経営的に安定しているためか自治体からの視察研修依頼も多く、また2、3か月に一度は大学や専門家による病院講演会を開催しており、大変重宝している。

地域包括ケアを考えるうえで在宅介護サービスの提供は不可欠である。ショートステイ、デイサービス、デイケア、入浴サービス、ヘルパー派遣など多種多様のサービスが、利用者の望むように調整できて提供できれば問題はないが、中断してしまうことが多々ある。一事業所ですべて対応できれば可能と考えられるが、

法律的にも無理である。そこで、これらのサービスが継続してスムーズに提供できるような協力体制の構築が必要であり、そのためには他施設を含めた広域ケアカンファレンスの実施が必要と考える。

▶ 市町村合併

平成17年3月22日に吉永町、備前市、日生町が合併、新しい備前市が誕生した。岡山県の東南部に位置し、人口約4万200人。JR赤穂線沿いの旧備前市は「備前焼」で有名だが、吉永町はJR山陽本線沿い、備前市では北部に位置し、特記すべきものは少なく、岡山池田藩の藩校であった閑谷学校に一番近い駅がJR吉永駅という程度である。吉永町から備前市の中心部へのアクセスが悪いためか、吉永町の住民は山陽本線に沿って移動する傾向にあり、住民間の交流が課題となっている。

平成の大合併により、全国の国保直診のほとんどがなんらかの影響を受けている。とくに、規模の小さな診療所や病院などはその影響も大きく、この『地域医療』誌にも、行政効率の悪い地域では市町村合併により保健・医療・福祉・介護など包括ケアの質が低下してきているとの報告もある。

合併すれば、スケールメリットとリストラ効果により市町村の財政は好転し、国保直診にとっても経営上のメリットがあるはずと聞いていたが、デメリットのほうが目に付く。吉永病院でのメリットは、市が各方面から病院へ向けたバスを走らせることとなったことである。繰入金が増加することを期待したがそれもない。病院の診療圏内にある隣接の和気町では、15歳まで医療費の無料化を実施しているが、備前市は完全無料化までは実施していない。市町村合併により人口が増え、逆にこれまでのような地域に密着したきめ細かい検診などのサービスが低下している感がある。現に、吉永町の基本健診受診率は合併により少し後退しているようである。

合併した備前市には備前・日生・吉永病院と3つの市立病院があり、日生病院、吉永病院は合併と同時期

に新築された。残る備前病院も建替えを計画中であり、人口4万人の市に3つの市立病院がともに新築することになる。病床数はどの病院も100床以下である。医師不足、市の財政難、医療費の抑制策、少子高齢化の時代に本当にやっていけるのかと不安である。せっかく新築した病院なのでできるだけ経営は健全にと考えているが、吉永病院もこれまでのように黒字を維持できるか疑問である。

むしろ、東北大学の伊藤恒敏氏の推奨する医師や研修医や患者が集まる拠点病院となるマグネットホスピタルを主要都市に造るという構想のほうが本論であろう。

話は備前市に戻すが、合併した備前市の3病院は国保直診であるが、それぞれかなり温度差がある。病院のめざす機能も別々である。合併した備前市は、国診協の全国国保地域医療学会や現地研修会などへの参加はノンアカデミックとの理由で無意味であるとの意見であった。私は、この学会で国保直診が地域住民とともに包括ケアを実践している生の声が聴け、がんばっている国保直診を紹介してくれる講演を聴くのが好きである。このような学会の参加を「よし」としない考え方はそれこそ言語道断である。これでは地域包括ケアの意味も理解できないであろう。地域の国保直診の開設者や院長がどのようにがんばって包括ケアを実施しているのか実情を聴き、自分の病院に生かしていくことで住民が満足し信頼する病院を創っていけるものとする。確かに、医師が参加する学会はアカデミックな面も必要であるが、もっと大切なことは、一人の患者の全人的医療をどうするかであり、診察する際の「病気を診ずして人を見ろ」と同じ意味であろう。

昨年10月、石川県金沢市で開催された国保地域医療学会では、香川県綾川町陶病院の在宅ケア専門委員会設置などの講演、石川県富来病院のNSTで他職種連携により病院内のチームワークづくりが図られた話、さらに福井県越前町織田病院の、赤字自治体のなかで公立病院は雇用を生み出す優秀な企業であるという講演など聴いて、大きな感銘を受けた。会が終わるたび

表1 岡山県下国保病院の経営状況

病院名	年度	病床数 (床)	純利益 (△純損失) (千円)	総収益 (千円)	うち医業収益 (千円)	うち他会計繰入金 (千円)	他会計繰入金対 医業収益比率 (%)
市立吉永病院	17年度	50	154,368	1,616,426	1,602,521	44,631	2.8
	18年度	50	12,855	1,574,933	1,542,670	38,969	2.5
A病院	17年度	75	63,450	941,167	843,521	174,407	20.7
	18年度	75	80,783	922,699	824,508	172,279	20.9
B病院	17年度	60	78,819	498,757	441,050	82,630	18.7
	18年度	60	34,071	477,245	410,309	98,024	23.9
C病院	17年度	60	23,790	941,437	871,920	83,426	9.6
	18年度	60	70,050	890,686	822,766	83,748	10.2
D病院	17年度	100	16,832	1,834,101	1,444,231	90,422	6.3
	18年度	100	105,546	1,717,229	1,348,027	68,565	5.1
E病院	17年度	92	5,319	859,887	848,482	64,250	7.6
	18年度	92	30,064	1,181,572	1,088,122	127,877	11.8
F病院	17年度	136	34,140	1,509,426	1,410,549	109,094	7.7
	18年度	136	129,112	1,388,315	1,294,415	103,164	8.0
G病院	17年度	117	3,231	1,596,725	1,491,516	86,624	5.8
	18年度	117	63,692	1,588,928	1,508,811	78,900	5.2
H病院	17年度	80	74,290	940,317	701,446	132,097	18.8
	18年度	80	105,123	924,523	792,139	140,462	17.7
I病院	17年度	82	71,105	592,390	486,323	65,438	13.5
	18年度	82	74,804	534,808	447,805	104,868	23.4
J病院	17年度	80	49,508	812,765	694,696	158,828	22.9
	18年度	80	27,331	750,214	646,568	146,617	22.7
K病院	17年度	50	1,382	762,333	616,898	155,150	25.2
	18年度	50	7,493	729,250	542,353	196,909	36.3
L病院	17年度	105	110,313	1,282,922	1,157,711	158,633	13.7
	18年度	105	17,539	1,377,645	1,185,416	216,941	18.3
M病院	17年度	88	59,605	1,248,545	1,207,102	40,000	3.3
	18年度	88	6,108	1,173,738	1,130,835	40,000	3.5
合計	17年度	1,175	52,546	15,437,198	13,817,966	1,445,636	10.5
	18年度	1,175	441,285	15,231,785	13,584,744	1,617,323	11.9

に私たちの病院に取り入れ、少しでもレベルアップできるのではないかと考える。

市町村合併に関して鹿児島県の「ドクターコート」のモデルである瀬戸上健二郎氏も『地域医療』誌に、市町村合併は医療・独自性の崩壊と述べている。吉永病院のことで恐縮であるが、年末年始は多数の患者さんで外来が混雑する。休日にもかかわらず1日100人程度が受診するため、これを見越して12月30日の午前中は外来を開き、それ以外の日も外来看護師2人、薬

局1人、受付会計2人を配置し、レントゲンと検査室は自宅待機体制にしていた。合併前には、年末年始手当や待機手当などの制度があったため、少額ではあるがその勤務に応じて支給が行われていた。しかし、合併後はこの手当が廃止され、他の病院と同様に休診体制にするよう望む声が大きくなり、吉永病院で30年続いてきた年末の休日外来制度が終息に向かいそうである。このように地元住民への医療や福祉、介護が後退していくことは残念でならない。いかに住民のために

表2 備前市立3病院の経営状況（平成18年度）

	備前病院 100床	日生病院 92床	吉永病院 50床
1. 1日平均患者数			
入院	80.1人	75.7人	47.9人
外来	226.8人	225.1人	369.3人
2. 病床利用率	80.1%	90.2%	95.9%
3. 平均在院日数	22.1日	22.9日	20.0日
4. 人件費比率	63.3%	48.0%	47.0%
5. 他会計繰入金対医業収益比率	5.1%	11.5%	2.5%
6. 実質収益対経常費用比率	90.9%	91.9%	98.6%

と書いていても、他の病院に制度を合わせるという行政の感覚では、地域医療は合併によって次第に後退していると言わざるを得ない。

町立病院の時代は、町長、助役、議会に説明し理解を得られれば大抵のことは通用した。しかし、合併して3つの市立病院の均一化が重視されると、年末年始の休日でもがんばろうとしている病院でも結局やる気がなくなってしまう。これが合併により生ずるスタッフのモチベーションの低下であり、地域住民に対するサービスの低下となり、挙句の果ては病院の経営の低下に結びつくと考えられる。ここで以前から唱えている独立行政法人化の要望につながるわけである。独立行政法人化に関しては、本誌平成18年3月発行の第43巻第4号で執筆したが、諸般の事情で止まっている。しかし、合併により病院の独自性が失われ、目的や機能が異なる病院を一元的な制度に押し込むことにより地域包括医療・ケアが衰退することは避けなければならない。独立行政法人化は国立病院、県立病院へと進み、いまや市立病院にも波及し、大阪市や那覇市も決定している。地方公営企業法の全適は、一自治体に複数の公立病院が存在するケースでは問題が多いことは前回の本誌に書いたところである。

▶ 経営問題

健全経営は地元の住民に対する責任である。とくに、新築した病院は莫大な借金をして貴重な税金をつぎ込

んだわけであるから、地元住民に対する責任は大きい。

私たちの病院は28年間黒字を続けている（図2）。これは病院のスタッフと国診協の先輩方のお陰と考えている。とくに、東京での山口先生の「国の動向」の説明や理念を聴き、病院に生かされたからと考えている。

病院の経営が安定しているためか、あるいは新築したためか各地より病院の視察が多い。先日、岡山県内にある某党派15人ほどの議員団の訪問を受けた。病院の概要や沿革などいつも説明しているが、今回は毎年1億円以上の赤字の公立病院をもつ議員さんから、いかにしたら黒字経営に持っていけるだろうかなどの経営改善に関する質問が多かった。

私は、いつもその質問に対して「私は国診協に深く関わらせてもらって以来、公立病院というものは急性期医療も大切だが、急性期を過ぎた患者さんのフォローをしっかりと、つまり包括医療をしっかりとやらないと患者さんはついてきません。地元の方々に慕われる病院づくりに努力すると自然に患者さんが増え経営も安定する。私たちの病院は早くから包括ケアの理念のもとに医療、リハビリや在宅介護に注目してやってきたことで経営がよいのでしょうか」と説明している。

経営に関して物申したい。各病院の経営の赤字・黒字は不明瞭な面が多く、自治体からの繰入金額に左右される。個々の自治体の財政力には差があり、財政力のない自治体の病院は基準どおりに繰入金を交付してもらっていないのが現状であろう。

岡山県下の国保病院の繰入金状況を示した（表1）経営を黒字にするには、繰入金を多くすれば可能であろう。また、同じ自治体に複数の公立病院がある場合に、繰入基準に差があるのも問題であろう。経営面ばかり重視するのではなく、住民の満足度、在院日数、病床稼働率、人件費率、繰入金比率など他の指数も比べて総合的に判断すべきと考える。参考資料として、合併した新市の市立3病院のデータを示した（表2）。

総務省は、民間でできることは民間にという基本姿勢で、このほど「公立病院改革ガイドライン（案）」を示した。公立病院の経営健全化を主眼とし、経営改善

と効率化、悪化した施設の経営形態の改革についても示唆している。しかしながら、本来は良質の医療の提供がまず重視されるべきであり、住民を無視して不採算医療を切り捨てることは厳に慎むべきと考える。

▶ 住民の満足度

合併した平成17年度以降、備前市は施策に対する満足度や重要度について市民意識調査を実施している。その分析結果によると、平成18年、19年度いずれも備前地区、日生地区に比べ吉永地区住民の医療部門に対する満足度は高いという結果であった(図3)。救急部門の満足度においても同様に、吉永地区の住民は他の2地区に比し満足しているという結果であった。

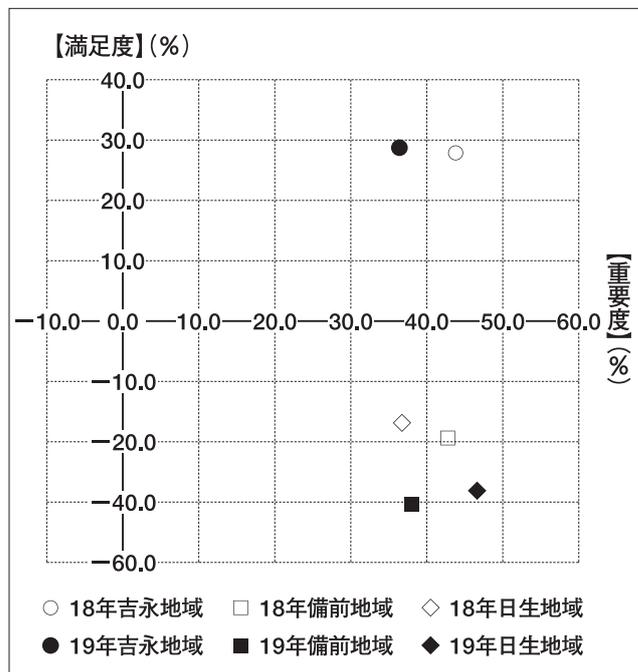
医療や救急は、住民にとって生命に関わる重要な問題であり、この結果は吉永病院のスタッフの努力と、吉永病院が他の病院に先んじて国保直診の理念である包括ケアを実践した成果であると感じている。

▶ まとめ

まとまりのない話になったが、私は国診協との出会いにより田舎の私たちクラスの病院がどのようにして地域に貢献すればよいのかを教えていただいた。急性期医療のみでは公的病院の将来はない、包括ケアの実践によってこそ、住民の信頼を得て必ず生き残るという理念により、少しずつ在宅部門を拡げてきた。包括ケアの目的は、住民が住み慣れた町で快適に過ごし、安心して老い、満足して終焉を迎えられるような地域(環境)を創ることであろうと思っている。

吉永病院のハード部門は完成したが、これからはソフト部門の構築である。目下の課題は在宅医療であり、とくに公立病院のため夜間や日曜、祝日の対応がむずかしい。現在、在宅看取り対応が問題視されている。先日、肝臓がん末期の75歳女性の在宅看取りを開業医から依頼され、2週間近く在宅医療を実施した。しかし、浮腫が強く補液不能、吐血あり、昼夜苦しがる状況で、家族3人が交替で患者さんのそばに付いている。昼間はなんとかスタッフが対応できるが、夜間・深夜

図3 医療施設に関する地域別満足度および重要度
(市民意識調査による)



は在宅看取りを承諾した私の出番となる。当直医は病院外に出ることができないので、全部私一人に対応しなければならず、大量吐血で在宅管理不能となり、亡くなる1週間前に入院となった。いかに小規模病院が在宅看取りをするのがむずかしいか痛感させられた。

今後、看取りなどの在宅医療が活発に論議されると思うが、マンパワーなどの対応が大変である。政府は在宅医療を推し進めるが、深夜・休日の対応に課題が多い。医師不足や看護師不足なども追い討ちをかける。さらに医療費や介護費の抑制策、少子高齢化など多くの難問が山積みである。

また、今年特定健診・保健指導、後期高齢者医療制度など国保直診を取り巻く環境も著しく変化することが想定される。しかし、これらの課題は一病院の問題ではなくどの国保直診にも共通である。国保直診の皆様の実践や意見を聴き、十分論議を尽くして各機関が連携をとっていかなければならない。そして、地域のニーズにできるだけ対応すべく努力して、包括ケアの理念を衰退させることなく、地域住民が満足できる環境を創っていくことを最優先したい。