

# 国保病院の改革の手引き

## (中間報告)

### 【 資料編 】

1. 公立病院改革ガイドライン
2. 公立病院改革ガイドラインQ & A
3. 地方公営企業法に定める繰入基準（抜粋）
4. 平成 20 年度の地方公営企業繰出金について（抜粋）
5. 国保病院の位置づけと経営状況
6. 参考事例（地域医療誌より転載）

平成 20 年 6 月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会



# 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経由せず、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など、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年間が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)

		經常収支 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300km<sup>2</sup>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

再編前



A市立病院(250床)



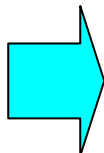
B市立病院(200床)



C町立病院(50床)



D町立診療所(無床)



再編後

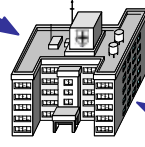
地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区診療所(無床)



新設S病院(400床)



C地区診療所(無床)



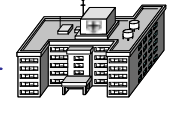
D地区診療所(無床)

再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区病院(基幹病院・400床に増床)



C地区診療所(19床・救急機能)



D地区診療所(無床)

## パターンⅡ

## パターンⅢ

再編前



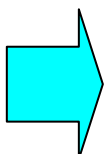
日赤S病院



A町立病院(50床)

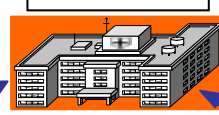


B町立病院(50床)



再編後

指定管理者

日赤S病院  
(A、Bに医師派遣等)

A町立診療所(無床)



B町立診療所(無床)

## パターンⅣ

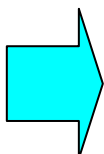
再編前

S総合病院  
(S医療法人)

A県立病院(200床)



A市立病院(200床)



再編後

指定管理者

S総合病院  
(S医療法人)

A県立病院とA市立病院を統合

公立A医療センター  
(350床)

B町立診療所(19床・救急機能)

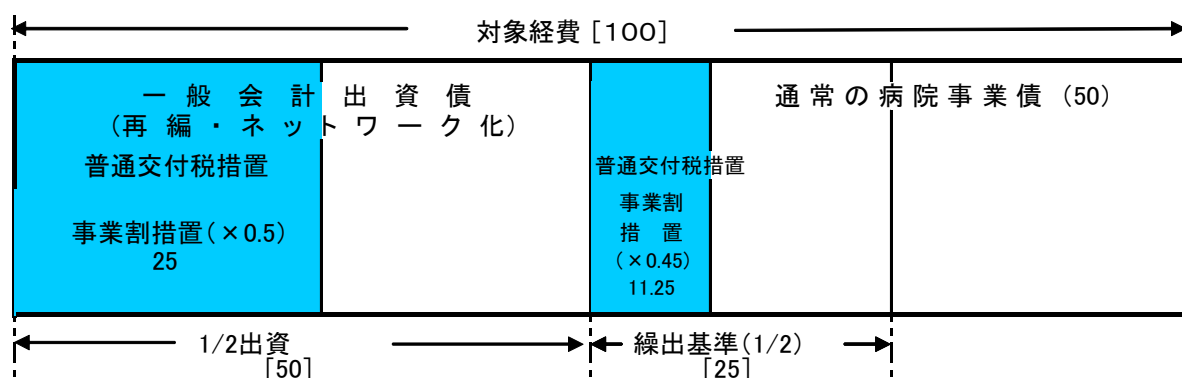


B町立病院(50床)

# 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。

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と。

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と。

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と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 — 52%を平成23年度までに達成  
医業収益比率
- 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える。

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が必要」とあるが、一般的な公立病院と異なる扱いとは、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殊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るべきものと考ええる。

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思料。

#### 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する。

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、抜本的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、何らかの抜本的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、何らかの抜本的見直しを行うことが適切であると考ええる。

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ところ。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ているかどうか。

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ている。

## 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かと。

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て、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の際して、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。

## 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）

14 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（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たしている病院が、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300k㎡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

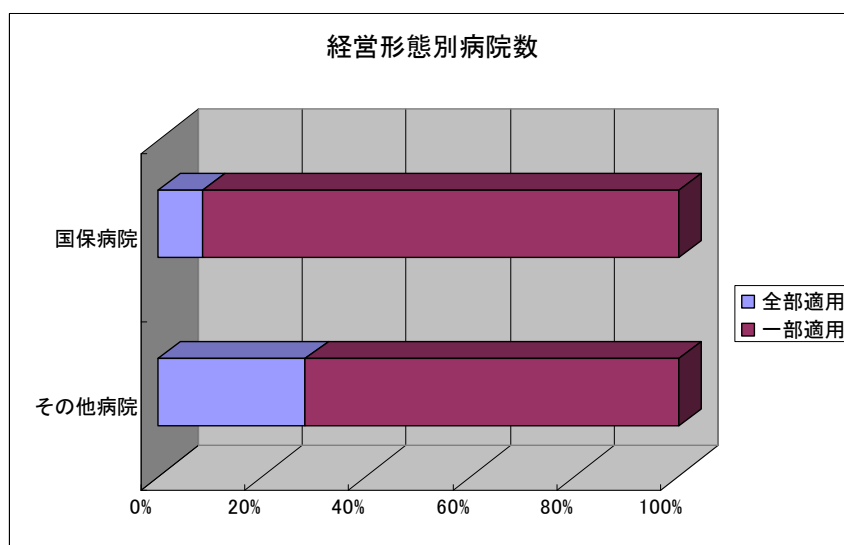
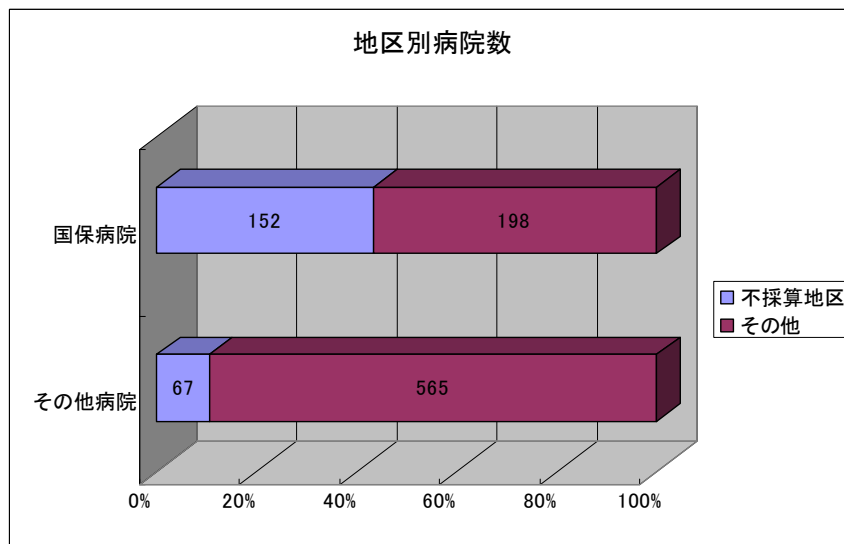
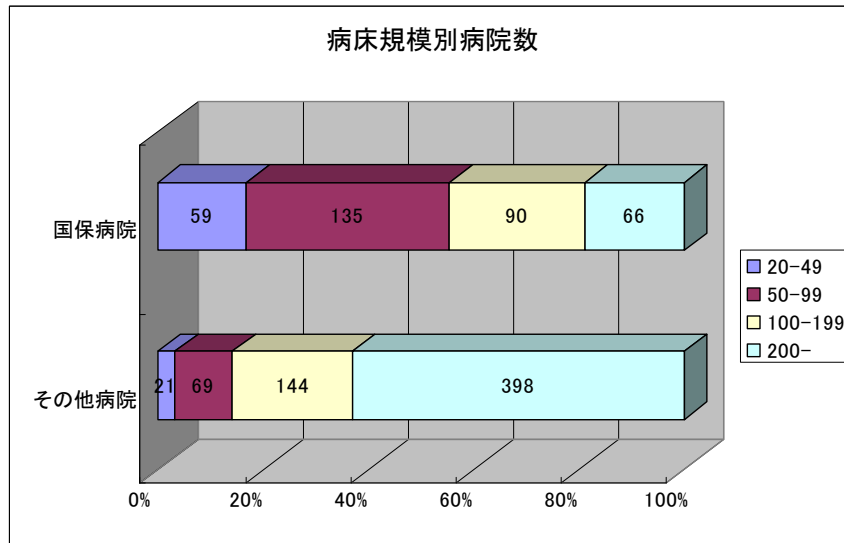
「公立病院改革ガイドラインについて」（平成19年12月24日付け総経第134号）に基づく公立病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）の実施に伴い必要な経費の一部について繰り出すための経費である。

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)	(人)	(人)	
					1日平均患者数		外来入院患者	医師1人あたりの患者数		看護部門1人あたりの患者数		
			病院数	病床数	病床利用率	入院	外来	比率	入院	外来	入院	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	1.2	2.4
全体	国保病院		350	134.7	76.3	107.4	307.7	236.2	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	1.2	2.1
経営 区 分 別	国保病院	全適	30	187.1	78.3	155.5	439.8	224.9	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	1.4	3
	その他病院	全適	179	300.6	77.3	242	562.5	170.7	8	12	1.2	1.9
		一部	453	296.4	77.3	238.1	593.3	191	7.8	13.3	1.2	2.1
地区 別	国保病院	不採算地区	152	60.6	72	44.1	133.5	259	10.7	23	1.4	3.2
		その他	198	191.6	79.6	156	441.5	218.8	8.9	17.9	1.3	2.8
	その他病院	不採算地区	67	67.8	65.5	43.9	137.1	253.9	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	1.2	2
病床 規 模 別	国保病院	20-49	59	37.9	68.9	26.4	117.2	362.6	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	1.4	3
		100-199	90	141.6	79.6	112.2	322.1	202.5	10.2	19.5	1.4	2.8
		200-	66	344.9	82.5	287.4	769.4	183.9	8	13.4	1.2	2.2
	その他病院	20-49	21	38.3	61.7	24.3	90.2	339.3	8	16.1	1.1	2.8
		50-99	69	70.3	70	48.7	147.3	232.2	10.7	23.1	1.3	2.8
		100-199	144	149.8	74.6	111.5	298.7	192.8	8	14.7	1.1	2.1
		200-	398	404.1	80.4	329.7	789.9	166.2	7.3	10.3	1.2	1.9

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

\* 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

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

\* 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
全体	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 区 分 別	国保病院	全適	542,539	43	1,339,256	45	465,105	39	535,967	49	481,496	40	348,361	38
		一部	526,415	44	1,513,001	44	467,685	40	528,587	48	493,419	42	302,912	35
	その他病院	全適	657,392	43	1,283,598	42	499,756	37	537,368	42	462,495	41	452,278	40
		一部	569,094	44	1,249,230	40	461,278	35	515,405	43	513,859	39	390,619	37
地区 別	国保病院	不採算地区	525,193	44	1,701,522	46	462,377	41	511,331	48	493,702	43	254,070	31
		その他	529,796	44	1,341,952	43	471,370	39	542,953	49	491,396	41	347,292	39
	その他病院	不採算地区	522,638	43	1,724,784	46	468,540	39	496,275	45	505,177	42	270,204	29
		その他	602,577	43	1,203,725	40	472,607	35	524,631	42	530,297	39	424,432	39
病床 規 模 別	国保病院	20-49	532,434	45	1,685,832	45	467,692	42	496,319	45	501,516	44	252,412	29
		50-99	525,018	44	1,608,739	46	463,278	41	512,464	48	488,749	43	273,996	33
		100-199	514,082	43	1,400,463	44	472,080	40	537,465	50	479,925	41	325,047	38
		200-	548,040	44	1,237,157	42	469,529	37	581,661	50	508,716	40	397,675	43
	その他病院	20-49	512,119	42	1,617,429	47	467,859	40	398,349	40	497,694	43	193,546	21
		50-99	557,833	45	1,623,182	45	486,219	39	499,935	44	515,687	42	293,977	31
		100-199	593,422	42	1,176,059	38	418,271	33	458,403	39	459,447	36	32,663	33
		200-	604,962	44	1,206,902	41	489,472	36	554,765	43	555,956	40	468,679	42

\* 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	職員給与費対医業収支収益比率	職員給与費対修正医業収益比率
全地方公営企業病院			87.4	84.8	96	82.1	61.3	63.4
全体	国保病院		89.5	86.8	96.6	84.2	60.3	62.3
	その他病院		86.2	83.8	95.7	80.9	61.9	63.9
経営 区 分 別	国保病院	全適	89.7	86.7	94.4	84.1	58.1	60.2
		一部	89.5	86.8	96.8	84.2	60.5	62.5
	その他病院	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
地区 別	国保病院	不採算地区	84.5	81.5	96.9	79.7	65.1	67.6
		その他	93.3	90.8	96.4	87.6	56.5	58.2
	その他病院	不採算地区	76.8	74.8	95.1	72.8	73.2	75.2
		その他	87.3	84.9	95.8	81.9	60.6	62.6
病床 規 模 別	国保病院	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
	その他病院	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

