

総財準第 59 号
平成 27 年 3 月 31 日

各都道府県知事
(各都道府県財政担当課、市町村担当課、
都道府県立病院担当課扱い)

各指定都市市長
(各指定都市財政担当課、市立病院担当課扱い)

関係一部事務組合管理者
(都道府県・指定都市が加入するもの)

関係広域連合の長
(都道府県・指定都市が加入するもの)

殿

総務省自治財政局長

公立病院改革の推進について(通知)

病院事業を設置している地方公共団体においては、「公立病院改革ガイドライン」(平成 19 年 12 月 24 日付け自治財政局長通知)を踏まえ、公立病院改革プランを策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組んでいただいているところですが、今般、新たな公立病院改革ガイドラインを別添のとおり策定いたしましたので、来年度以降の公立病院改革について、本ガイドラインを踏まえ、取り組んでいただくようお願いいたします。

各都道府県知事におかれては、貴都道府県内の市区町村に対しても、この旨を周知していただくとともに、適切な御助言をお願いいたします。

また、地域の元気創造プラットフォームにおける調査・照会システムを通じて、各市町村に対して、本通知についての情報提供を行っていることを申し添えます。

新公立病院改革ガイドライン

第1 更なる公立病院改革の必要性

1 公立病院改革の現状

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、多くの公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、平成19年12月24日付けで「公立病院改革ガイドライン」(以下「前ガイドライン」という。)を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、公立病院改革プランの策定を要請したところであり、これを踏まえ、それぞれの地方公共団体において病院事業の経営改革に取り組んでいるところである。

公立病院改革プランに基づくこれまでの取り組みの結果については、総務省において毎年度実施状況を調査し公表してきたが、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組む病院が大幅に増加するとともに、経常損益が黒字である病院の割合が、公立病院改革プラン策定前の約3割から約5割にまで改善するなど一定の成果を上げているところである(資料1)。

しかしながら、依然として、医師不足等の厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれない病院も多い。また、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことがますます必要になっている。このため、引き続き、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しとの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療を確保していく必要がある。

2 医療制度改革の推進

国においては、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年法律第112号)に基づく措置として、都道府県による地域の将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)の策定、医療従事者の確保・勤務環境の改善、消費税増収分を活用した基金(以下「地域医療介護総合確保基金」という。)の設置等を内容とする「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。)が、平成26年6月25日に公布され、順次施行されているところである。

今後の公立病院の改革のあり方は、こうした医療制度改革と密接な関連があり、連携を十分にとって進めていく必要がある。

3 公立病院改革の基本的な考え方

今後の公立病院改革の目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではない。すなわち、公立病院改革の究極の目的は、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り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにある。

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、医師不足の課題について、医師確保支援等を行う地域医療支援センターの機能を法律上位置付けるとともに、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、医療従事者の勤務環境改善に取り組む等、引き続き各般の措置を総合的に講じていく。

一方、医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、今後、都道府県が、地域医療構想を策定することとなる。これは、公立病院・民間病院を含めた各地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものであり、これを実現するための各種措置が法律に定められている。

公立病院改革と地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとの目的は共通しており、その検討も重なり合うこととなる。

したがって、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

第2 地方公共団体における新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、下記により新公立病院改革プラン(以下「新改革プラン」という。)を策定し、病院機能の見直しや病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。

公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能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ことから、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新改革プランを策定し、これを着実に実施することが期待される。

また、関係地方公共団体において、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる見直しの必要性について検討すべきであることから、新改革プランを策定するものとする。

既に、自主的に前ガイドラインによる公立病院改革プランの改定を行っている場合又は地方独立行政法人が地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)に基づき中期計画を策定している場合には、本ガイドラインにおいて要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りるものである。

なお、「公営企業の経営に当たっての留意事項について」(平成 26 年 8 月 29 日付け総務省自治財政局公営企業課長、公営企業経営室長、準公営企業室長通知)に基づく経営戦略の策定の要請については、病院事業にあつては新改革プランの策定をもって経営戦略の策定と取り扱うものとする。

1 新改革プランの策定期間

新改革プランは、都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定することとし、平成 27 年度又は平成 28 年度中に策定するものとする。

なお、新改革プランは、地域医療構想と整合的であることが求められているものであるが、仮に、新改革プラン策定後に、地域医療構想の達成を推進するために行う関係者との協議の場(以下「地域医療構想調整会議」という。)の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

また、早期に改革を進める観点から、地域医療構想における当該公立病院の病床機能等の方向性が明らかである場合、地域医療構想に先行して新改革プランを策定することも可能であるが、この場合にも、地域医療構想や地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

2 新改革プランの対象期間

新改革プランは、策定年度あるいはその次年度から平成 32 年度までの期間を対象として策定することを標準とする。

3 新改革プランの内容

都道府県が策定する地域医療構想は、各地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を明らかにするものであることから、各公立病院の果たすべき役割は、この地域医療構想を踏まえたものでなければならない。

したがって、今般の公立病院改革は、これまでの「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた 4 つの視点に立って改革を進めることが必要であり、関係地方公共団体が策定する新改革プランには、この視点に沿って、おおむね次の各事項を記載するものとする。

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

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。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見

直し、改めて明確化するべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象を含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、機能分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な機能を有しており、救急医療の維持や医師確保が課題となっている場合もある。さらに、基幹病院へのアクセス等により、二次医療圏や県域を越えて患者の流出入が生じている場合もあるなど、公立病院の置かれている状況は様々である。

したがって、立地条件や求められる医療機能の違いを踏まえつつ、以下の点を明確にすべきである。

① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

都道府県が策定する地域医療構想においては、構想区域(医療法に基づき都道府県が二次医療圏を原則として設定)における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等が示され、これに基づき、地域の医療提供体制の目指すべき姿が明らかにされる。

当該公立病院は、都道府県が策定する地域医療構想を踏まえて、地域の医療提供体制において果たすべき役割を明確にすることが必要である。

また、その際には、当面の診療科目等の医療提供内容だけでなく、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等が示される地域医療構想と整合性のとれた形で、当該公立病院の将来の病床機能のあり方を示すなどの具体的な将来像が示されていなければならない。

なお、地域医療構想における推計年は平成 37 年(2025 年)であることから、当該公立病院の具体的な将来像とは平成 37 年(2025 年)における将来像をいうものであり、それに至る途中段階としての新改革プランに基づく取組はこの将来像の実現に資するものとする必要がある。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築を目的の一つに掲げており、地域医療構想の中でも将来の在宅医療の必要量を示すこととしているなど、医療と介護が総合的に確保されることを求めている。

特に、中小規模の公立病院にあっては、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、在宅医療に関する当該公立病院の役割を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な機能を示すなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明らかにすべきである。

加えて、大規模病院等にあっては、緊急時における後方病床の確保や人材育成など病院の特性に応じて果たすべき役割についても積極的に明らかにすることが望ましい。

③ 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、一定の経費については、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、新改革プランの前提として、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た上で、これに対応して一般会計が負担すべき経費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)を記載する。

④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定

当該公立病院が、その果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、以下の例示を踏まえ適切な医療機能等指標について、数値目標を設定する。

1) 医療機能・医療品質に係るもの

救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数 など

2) その他

患者満足度、健康・医療相談件数 など

⑤ 住民の理解

当該病院が担う医療機能を見直す場合には、これを住民がしっかりと理解し納得しなければならない。多くの地域においては、各々の病院があらゆる機能を持つようとしても、医療スタッフを確保できないばかりか、適切な勤務環境を確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないことを理解し合う必要があり、そのための取組が求められる。

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医薬品費、医療材料費等の経費節減や医療の質の向上等による収入確保に積極的に取り組むことが重要である。

このため、経営指標について、資料2及び資料3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、原則として、個々の病院単位を基本として新改革プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、経常収支比率及び医業収支比率については、必ず数値目標を設定するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定めることとする。

なお、指定管理者制度導入団体にあつては、指定管理者への財政支出の水準や、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、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。

- 1) 収支改善に係るもの
経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率 など
- 2) 経費削減に係るもの
材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対医業収益比率、医薬材料費の一括購入による〇%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合 など
- 3) 収入確保に係るもの
1日当たり入院・外来患者数、入院・外来患者1人1日当たり診療収入、医師（看護師）1人当たり入院・外来診療収入、病床利用率、平均在院日数、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標 など
- 4) 経営の安定性に係るもの
医師数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高 など

② 経常収支比率に係る目標設定の考え方

公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある。

このため新改革プランにおいては、公立病院が担っている不採算医療等を提供する役割を確保しつつ、対象期間中に経常黒字（すなわち経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定めるべきであり、仮にそれが著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を明らかにするものとする。なお、その際以下の点に留意する。

- 1) 一つの経営主体が複数の病院を持ち、その複数の病院が基幹病院とサテライト病院のように機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には、複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることのできるものとする。
- 2) 平成26年度から適用された新会計基準により過去分の退職給付引当金を複数年で経常費用に計上することにより経営に与える影響が一時的に著しく大きくなる場合は、経過的な取扱いとして、注記した上で過去分の退職給付引当金を除いて経常黒字化の数値目標をつくることのできるものとする。

③ 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、経費削減・抑制対策、収入増加・確保対策などについて、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。参考までに、前ガイドラインに基づく取組例は資料4のとおりである。

また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。

1) 医師等の人材の確保・育成

地域医療支援センターや地域医療介護総合確保基金等を通じた取組とも連携しつつ、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備、研修機能の充実など、医師等の医療スタッフを確保するための取組を強化すべきである。

また、地域に関心を持つ医師を増やす観点から中小規模の病院も積極的に研修医・医学生等の研修受入れに取り組むことが重要である。大規模病院においては、中小病院等への医師派遣や人材育成に関する連携・支援を行うことが重要である。

2) 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化

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。)すべきである。

また、医療経営の専門性の高まり、医療を巡る環境の急激な変化等を踏まえると、事務職員の人材開発が急務である。このため、外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、人事管理の中で専門的なスキルをもった職員を計画的に育成する仕組みの構築等の対策を講じることが重要である。

3) 民間病院との比較

平成26年度から公立病院の会計について新会計基準に移行していることから、民間病院との比較が容易になる。

民間病院の経営状況に係る統計も参考にしながら、できる限り類似の機能を果たしている民間病院との経営比較を行い、当該公立病院の果たす役割を踏まえつつ、民間病院並みの効率化を目指して取り組むべきである。

4) 施設・設備整備費の抑制等

公立病院については減価償却費が大きい傾向があることが指摘されていることから、前ガイドラインに基づき建築単価の抑制を図ってきたところであり、一定の成果が見られる。

新設・建替等に当たっては、公立病院として果たすべき役割を踏まえ必要な機能を確保しつつ、引き続き建築単価の抑制を図るとともに、近年の建設費上昇の動向を踏まえた整備時期の検討、民間病院・公的病院の状況も踏まえた整備面積の精査等により整備費の抑制に取り組むべきである。

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。

5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

前ガイドラインにおいては、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%未満の病院については、抜本的な見直しを行うことが適当であるとしていたが、病床数の削減、診療所化等に取り組んだ病院も多いものの、依然として3年間連続して70%未満の病院が相当数ある。

これらの病院にあつては、新改革プランにおいて、地域の医療提供体制を確保しつつ、病床数の削減、診療所化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなど、再度抜本的な見直しを検討すべきである。

④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

上記取組の実施を前提として、新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、新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。

(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

新改革プランにおいては、都道府県と十分連携しつつ、二次医療圏又は構想区域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が講じるべき具体的な措置について、その実施予定時期を含めて、記載する。その際、都道府県の策定する地域医療構想との整合を図るものとする。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に再編・ネットワーク化に取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点等から、更なる見直しの必要性について検討する。

② 取組病院の更なる拡大

前ガイドラインに基づき、現時点で実施中又は実現した再編・ネットワーク化の事例は資料5のとおりである。今後、これまでの取組事例も参考にしつつ、地域の医療提供体制の確保を図るとの観点から、再編・ネットワーク化の取組を進めていく必要がある。

また、少なくとも以下の公立病院については、今般の新改革プランの策定のタイミングを捉え、再編・ネットワーク化の必要性について十分な検討を行うべきである。

- 1) 施設の新設・建替等を行う予定の公立病院
- 2) 病床利用率が特に低水準である公立病院(過去3年間連続して70%未満)
- 3) 地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討することが必要である公立病院

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

二次医療圏や構想区域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を整備する必要がある。

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等の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(公的病院、民間病院等との再編を含む)

地域医療構想は、公立病院だけでなく、公的病院、民間病院を含め、地域の医療提供体制の目指すべき姿を示すものである。したがって、地域医療構想を踏まえて当該公立病院の役割を検討した結果、公的病院、民間病院等との再編が必要になるケースも生じてくると考えられる。

例えば、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院等、さらには民間病院が併存し、相互の機能の重複、競合がある場合には、地域医療構想や地域医療構想調整会議等も活用しつつ、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改革案についても検討の対象とすべきである。

また、病院機能の適切な再編成に取り組むとともに、ICTを活用した医療等の情報連携を行うなど、効果的な医療提供の連携体制の構築に配慮することが適当である。

(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

新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

ルを含む。)を記載する。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に経営形態の見直しに取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討する。

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。なお、前ガイドラインに基づき経営形態の見直しを行った公立病院の経営状況は資料6のとおりである。

1) 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法(昭和27年法律第292号)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。

ただし、地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。

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取り組むことが適当である。

2) 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、これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、人事面・財務面での自律性が向上し、経営上の効果を上げているケースが多いことにも留意すべきである(資料6)。

なお、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も、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。

3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法(昭和22年法律第67号)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。

4) 民間譲渡

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望ましい地域にあっては、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。

5) 事業形態の見直し

地域医療構想においては、構想区域における医療需要や病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量が示されることになる。これに加え、介護・福祉サービスの需要動向を十分検証することにより、必要な場合、診療所、老人保健施設など病院事業からの転換を図ることも含め事業形態自体も幅広く見直しの対象とすべきである。

第3 都道府県の役割・責任の強化

1 地域医療構想の策定等を通じた取組

都道府県は、医療法に基づき、地域医療構想の策定及びこれを実現するための措置（地域医療構想調整会議の設置、協議が調わない場合の要請・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることとなるものであり、地域の医療提供体制の確保についてこれまで以上の責任を有することとなる。

地域医療構想の策定と実現に向けた取組の中で、管内の公立病院の役割や再編・ネットワーク化のあり方が決まってくるケースが多くなると考えられることから、都道府県は、自らの公立病院に係る新改革プランとは別に、病院事業設置団体の新改革プランの策定についても、市町村担当部局と医療担当部局とが連携し、適切に助言すべきである。

特に、再編・ネットワーク化の取組については、複数の市町村が関係する再編や、公的病院、民間病院等との再編も考えられることから、公立病院を設置する市町村等が再編・ネットワーク化に係る計画を策定する際には、都道府県においても、積極的に参画すべきである。

2 管内公立病院の施設の新設・建替等を行う場合の検討

これまでも、都道府県は管内市町村の病院施設の新設・建替等に当たっては、公営企業債の協議等を通じて収支見通し等について助言を行ってきた。

しかし、一旦、病院施設の建替等が行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定されることから、これまで以上に収支状況の点検を行うことに加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが求められている。

そこで、上記1のとおり都道府県が地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つこととなったことを踏まえ、自らが設置する病院施設に加え、管内市町村の病院施設の新設・建替等に当たっては、都道府県が医療計画(地域医療構想を含む)の達成の推進及び病院経営等に関する助言の観点から、当該公立病院の機能・役割分担、統合・再編のあり方、適切な規模、医師確保の方策、収支見通し等について十分に検討すべきである。また、その際、都道府県は、市町村担当部局と医療担当部局とが一体となって検討を行うべきである。

第4 新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新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 新改革プランの改定

関係地方公共団体は、前項の点検・評価等の結果、新改革プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難である場合には、抜本的な見直しを含め新改革プランの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、新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5 財政措置等

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。

1 公立病院改革に対する措置

新改革プランに基づく取組を実施することに伴い必要となる次の経費(原則として平成27年度から平成32年度までの間に生じるものを対象とする)について、財政上の措置を講じることとする。

(1) 新改革プランの策定に要する経費

平成27年度及び平成28年度における新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施設・設備の整備等に要する経費

公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を充当することとし、その元利償還金に対する普通交付税による措置を拡充する。

なお、前ガイドラインに基づく一般会計出資債の対象となる事業等の継続分については従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費

① 新たな経営主体の設立等に際しての出資に要する経費

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(不良債務額を限度とする。)について、病院事業債(一般会計出資債)を措置する。

また、再編・ネットワーク化等に伴い、公立病院廃止等を行う場合の財政措置のあり方について、今後の各地方公共団体の取組内容等を踏まえ検討する。

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 他用途への転用に伴う経費

病院施設の他用途への転用に際しては、既往地方債の繰上償還措置が必要な場合に借換債を措置するとともに、経過年数が10年以上の施設等の財産処分である場合には従来の元利償還金に対する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。

(4) 許可病床削減時の普通交付税算定の特例

普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更する(下記2 (2)参照)ことに伴い、削減許可病床数を有するものとして算定する既存の措置を見直し、地域の医療提供体制の見直しを推進する観点から、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる(平成28年度から実施)。

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) 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し

公立病院施設の新設・建替等(医療機器整備を含む)に係る病院事業債に関しては、地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つ都道府県が、同意等に際して収支見通し等について十分検討を行うとともに、当該公立病院に係る機能・役割分担等の地域医療構想との整合性についても十分に検討を行い、適当と認められるものに地方交付税措置を行う。

(2) 病床数に応じた地方交付税算定の見直し

公立病院の病床数に応じた地方交付税措置については、算定の公平性の確保、稼働病床数の把握が可能となったこと等を踏まえ、算定の基礎となる病床数を許可病床数から稼働病床数に変更する。その際、措置額の減少を緩和する方策を講じる。

(3) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

① 病院施設の整備費に係る措置

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制度を継続するとともに、当面、全国的な建築単価の急激な上昇を反映するため措置対象となる単価を引き上げる。

② 不採算地区病院に対する措置

不採算地区病院の第2種の対象病院について、その適正化を図るため、人口集中地区以外に所在する公立病院から、周辺人口が少ない地域に立地する公立病院に見直す。

③ 公立病院に対する特別交付税措置の重点化

財政措置の重点化を図る見地から、公立病院に対する特別交付税措置について、病床数等に単価を乗じて算定する方式から、これと一般会計からの繰出額等とを比較する方式への見直しを検討する。

(4) 公的病院等に対する措置

公的病院等の運営費に対する地方公共団体の助成については、公立病院に準じた特別交付税による措置を継続する。

平成19年12月に策定した公立病院改革ガイドラインに基づく取組の概要

地域において必要な医療提供体制を確保するため、平成21年度から5年間を標準とし、各地方公共団体が策定した「公立病院改革プラン」に基づく改革を実施。

公立病院(892病院(640団体))における5年間の実施状況等の概要は以下のとおり(平成26年3月末現在)。

I.公立病院改革プランの実施状況等

○ 経営の効率化

- 平成25年度の経常収支が黒字である公立病院の割合や公立病院全体の経常収支比率は、プラン策定前と比較して大幅に改善しているが、前年度からは若干低下している。

経常収支黒字病院の割合 ⑳ 46.4%(㉑ 29.7%、㉒ 50.4%)

経常収支比率 ㉑ 99.8%(㉒ 95.7%、㉓ 100.8%)

○ 再編・ネットワーク化に係る取組み

- 平成25年度までに策定された再編・ネットワーク化に係る計画に基づき、病院の統合・再編に取り組んでいる事例は65ケース、162の病院(公立病院以外の病院等を含めると189が参画)。

○ 経営形態の見直し

- 平成21年度から平成25年度までに経営形態の見直しを実施した病院は、227病院。(平成26年度以降に見直しを予定している40病院を含めると267病院。)

地方独立行政法人化 53病院(見直し予定16病院を含めると69病院)

指定管理者制度導入 16病院(見直し予定 5病院を含めると21病院)

民間譲渡 14病院(見直し予定 2病院を含めると16病院)

診療所化 30病院(見直し予定 4病院を含めると34病院)

内訳

II.公立病院改革プランの平成25年度における点検・評価・公表の状況

○ プランの点検・評価・公表の状況

- 都道府県関係では37団体、市町村等関係では339団体、合計376団体(92.4%)が点検・評価を実施済み又は実施を予定。

※公立病院改革プランの対象期間が平成25年度以降にわたるものについてのみ計上

○ 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25年度)

		経常収支 比率	医業収支 比率	職員給与と費 対医業収益	材料費対 医業収益	うち薬品費 対医業収益	減価償却費 対医業収益	委託料対 医業収益	病床利用率		
									計	うち 一般	うち 療養
計	民間病院	103.5%	103.3%	53.5%	22.2%	12.1%	4.5%	6.4%	76.2%	—	—
	公的病院(自治体以外)	100.0%	100.0%	51.6%	27.0%	17.2%	6.0%	6.3%	75.6%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.3%	98.2%	48.8%	24.4%	12.5%	6.7%	9.4%	77.6%	79.2%	78.1%
	公立病院(上位1/2)	103.1%	97.8%	49.2%	24.3%	12.4%	6.7%	9.6%	77.5%	79.1%	77.3%
	公立病院(一般病院全体)	99.8%	93.8%	51.9%	23.6%	12.0%	7.3%	9.8%	73.7%	75.0%	76.3%
500床以上	民間病院	101.4%	100.6%	50.7%	27.2%	15.5%	5.6%	6.4%	71.7%	—	—
	公的病院(自治体以外)	101.7%	101.5%	49.5%	29.0%	18.5%	6.0%	6.1%	76.3%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.4%	99.1%	46.3%	26.6%	13.5%	7.0%	10.1%	81.2%	83.3%	—
	公立病院(上位1/2)	104.6%	100.6%	45.5%	27.0%	13.9%	6.9%	9.4%	81.9%	84.2%	—
	公立病院(一般病院全体)	101.7%	97.1%	47.7%	26.2%	13.2%	7.4%	10.4%	80.3%	82.4%	62.8%
400床以上 500床未満	民間病院	117.4%	117.3%	48.1%	18.7%	9.4%	2.6%	5.9%	78.4%	—	—
	公的病院(自治体以外)	100.6%	100.6%	51.0%	25.7%	15.2%	5.9%	6.5%	76.6%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.5%	100.2%	48.2%	23.7%	12.4%	6.1%	8.1%	78.7%	79.8%	96.7%
	公立病院(上位1/2)	103.8%	100.9%	47.7%	23.6%	12.4%	6.2%	8.1%	79.8%	80.6%	96.7%
	公立病院(一般病院全体)	100.3%	96.4%	51.5%	23.8%	12.0%	6.8%	8.5%	76.0%	77.4%	89.7%
300床以上 400床未満	民間病院	98.9%	99.3%	56.2%	23.6%	12.9%	4.5%	7.0%	69.8%	—	—
	公的病院(自治体以外)	98.1%	98.7%	53.6%	25.1%	16.0%	6.4%	6.7%	74.7%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.0%	99.2%	51.4%	23.5%	11.3%	6.0%	8.9%	75.1%	76.8%	72.4%
	公立病院(上位1/2)	103.0%	99.1%	51.5%	23.5%	11.3%	6.0%	8.9%	74.8%	76.5%	72.4%
	公立病院(一般病院全体)	98.9%	93.5%	53.7%	23.2%	11.3%	7.2%	9.9%	70.5%	72.3%	62.2%
200床以上 300床未満	民間病院	103.6%	103.7%	55.4%	22.0%	10.6%	4.7%	6.2%	78.9%	—	—
	公的病院(自治体以外)	94.9%	94.8%	56.7%	25.8%	17.3%	5.8%	6.1%	69.4%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.6%	97.9%	52.0%	19.4%	10.4%	7.3%	8.4%	74.3%	74.6%	85.9%
	公立病院(上位1/2)	102.7%	97.6%	52.0%	20.4%	10.1%	7.1%	8.5%	74.5%	75.0%	85.8%
	公立病院(一般病院全体)	98.0%	91.8%	55.3%	20.8%	10.6%	7.0%	9.3%	69.2%	69.4%	82.3%
100床以上 200床未満	民間病院	102.4%	102.2%	58.2%	15.2%	8.6%	4.3%	7.1%	81.9%	—	—
	公的病院(自治体以外)	97.2%	97.3%	57.4%	23.5%	16.8%	5.6%	5.9%	76.4%	—	—
	公立病院(黒字病院)	102.8%	92.0%	52.8%	19.0%	10.8%	6.6%	8.5%	73.4%	71.6%	81.3%
	公立病院(上位1/2)	101.5%	91.6%	54.6%	19.2%	10.6%	6.9%	8.9%	72.8%	71.7%	80.8%
	公立病院(一般病院全体)	96.2%	86.9%	57.0%	18.3%	10.1%	8.0%	9.7%	68.5%	67.2%	79.0%
50床以上 100床未満	民間病院	103.0%	102.6%	58.5%	17.8%	11.9%	4.6%	6.7%	71.0%	—	—
	公的病院(自治体以外)	89.2%	87.9%	68.0%	22.0%	18.8%	4.1%	7.3%	74.8%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.0%	85.1%	61.7%	18.9%	12.2%	7.0%	10.7%	67.5%	68.1%	69.5%
	公立病院(上位1/2)	102.3%	84.7%	60.4%	18.6%	12.1%	7.1%	10.9%	67.9%	68.3%	70.0%
	公立病院(一般病院全体)	97.7%	82.2%	63.4%	19.0%	12.5%	8.0%	10.5%	68.5%	67.7%	72.9%
50床未満	民間病院	103.0%	102.6%	58.5%	17.8%	11.9%	4.6%	6.7%	71.0%	—	—
	公的病院(自治体以外)	89.2%	87.9%	68.0%	22.0%	18.8%	4.1%	7.3%	74.8%	—	—
	公立病院(黒字病院)	105.5%	77.2%	73.5%	19.1%	13.2%	5.9%	11.5%	66.1%	64.1%	79.4%
	公立病院(上位1/2)	105.1%	76.8%	73.0%	20.6%	14.6%	5.9%	11.2%	66.4%	64.9%	77.4%
	公立病院(一般病院全体)	98.7%	71.9%	75.5%	19.3%	13.1%	7.0%	11.2%	65.6%	64.4%	72.6%

- (注)
1. 「民間病院」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25年6月調査)及び「病院経営分析調査報告」(平成25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25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. 「公立病院(上位1/2)」は、各病床規模区分の公立病院において経常収支比率が上位1/2にある病院の平均値である。
 4. 民間病院の「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。
 5. 民間病院等の数値については、注1に記載の調査報告以外にも、たとえば「医療経済実態調査(医療機関等調査)報告」(中央社会保険医療審議会)など種々あるので参考とされたい。
 6. 「減価償却費対医業収益」及び「委託料対医業収益」は指定管理者制度を導入している病院を除いて算出している。

○ 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25年度)

		経常収 支比率	医業収 支比率	職員給 与費対 医業収 益	材料費 対医業 収益	うち薬品 費対医 業収益	減価償 却費対 医業収 益	委託料 対医業 収益	病床利用率		
									計	うち 一般	うち 療養
計	公立病院(黒字病院)	103.2%	85.8%	60.7%	18.4%	12.0%	6.8%	10.2%	72.1%	72.0%	74.5%
	公立病院(上位1/2)	102.5%	86.1%	60.1%	18.4%	11.9%	6.8%	10.2%	72.0%	71.6%	74.7%
	公立病院(一般病院全体)	96.8%	82.0%	63.0%	19.0%	12.1%	7.9%	10.3%	69.4%	68.2%	74.6%
100床以上 150床未満	公立病院(黒字病院)	103.1%	93.7%	51.1%	18.8%	12.5%	6.0%	8.2%	80.9%	81.7%	81.6%
	公立病院(上位1/2)	101.5%	92.5%	53.1%	19.2%	12.4%	6.2%	8.7%	78.0%	78.2%	79.6%
	公立病院(一般病院全体)	94.9%	85.2%	58.1%	19.1%	11.7%	7.7%	9.7%	71.7%	70.4%	77.7%
50床以上 100床未満	公立病院(黒字病院)	102.7%	84.1%	62.6%	18.6%	12.2%	7.4%	11.1%	68.5%	69.3%	69.0%
	公立病院(上位1/2)	102.2%	84.3%	61.9%	18.7%	12.3%	7.2%	11.0%	68.8%	69.4%	69.4%
	公立病院(一般病院全体)	97.8%	81.7%	64.0%	18.9%	12.3%	8.2%	10.7%	68.5%	67.5%	72.4%
50床未満	公立病院(黒字病院)	105.3%	75.1%	78.1%	16.5%	10.2%	6.6%	11.5%	67.4%	64.5%	92.0%
	公立病院(上位1/2)	105.3%	75.1%	78.1%	16.5%	10.2%	6.6%	11.5%	67.4%	64.5%	92.0%
	公立病院(一般病院全体)	99.2%	72.3%	77.1%	18.9%	12.6%	7.2%	11.0%	66.1%	64.4%	76.6%

(注)

- 公立病院は、地方公営企業として運営する病院及び公営企業型地方独立行政法人が運営する病院である。
- 不採算地区病院とは、その有する病床数が主として一般病床又は療養病床である病院のうち主として理学療法又は作業療法を行う病院以外の病院及び当該病院の施設が主として児童福祉施設である病院以外の病院(以下「一般病院」という。)で、以下の要件を満たすものをいう(第2種については平成27年度以降の要件)。
 - 病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している一般病院であること(第1種該当)。
 - 病床数が150床未満であり、直近の国勢調査に基づく、当該公立病院の半径5km内人口が原則として3万人未満の一般病院であること(第2種該当)。
- 「公立病院(上位1/2)」は、各病床規模区分の公立病院において経常収支比率が上位1/2にある病院の平均値である。
- 「減価償却費対医業収益」及び「委託料対医業収益」は指定管理者制度を導入している病院を除いて算出している。
- 本表は、「平成25年度地方公営企業決算状況調査」の対象病院で、注2の要件に該当する見込みの病院の集計である。

○経営の効率化の数値目標達成に向けた具体的な取組例

①	医師、看護師の確保
②	患者サービスの向上
③	未収金の管理強化
④	医療機能に見合った診療報酬の確保
⑤	紹介率、逆紹介率の向上
⑥	職員の経営意識向上のための研修等の実施
⑦	人材確保のための勤務環境の整備
⑧	薬剤、医療材料等の一括購入
⑨	長期契約の導入
⑩	競争入札の導入
⑪	施設・設備整備費等の抑制
⑫	過剰病床の削減等病床規模の見直し
⑬	経営形態の見直し
⑭	給与体系の見直し
⑮	PFI方式、民間委託の活用
⑯	診療科の見直し
⑰	経営感覚に富む人材の登用
⑱	その他未利用財産の活用
⑲	老人保健施設や診療所への転換
⑳	民間病院と比較可能な財務情報の開示

※ 本表は、公立病院897病院に対し行った調査結果(平成25年3月末調査)であり、複数回答可とし集計し、回答数の多い20項目を順に並べたもの。

平成25年度までに策定された再編・ネットワーク化に係る計画に基づき、病院の統合・再編などに取り組んでいる事例(65ケース、162病院(公立病院以外の病院等を含めると189が参画))

都道府県名	団体名	再編前	再編後
北海道		概要:平成24年4月に市立札幌病院静療院(精神科単科病院)の一般精神(成人)部門を本院に統合し、児童部門を一般行政病院化。	
	札幌市	(平成22年度) 市立札幌病院(818床)(本院) 市立札幌病院静療院(162床)	(平成24年度) 市立札幌病院(本院772床+38床) (一般精神(成人)部門を統合) 札幌市児童心療センター(60床) (児童精神部門を一般行政病院化)
青森県		概要:平成25年度末までに順次医療圏内の病院機能を再編。	
	五所川原市 金木町 鱒ヶ沢町 つがる市 鶴田町 中泊町	(平成20年12月) 五所川原市立西北中央病院(416床) 公立金木病院(176床) 鱒ヶ沢町立中央病院(140床) つがる市成人病センター(92床) 鶴田町立中央病院(130床)	(平成25年度):つがる西北五広域連合 つがる総合病院(438床) かなぎ病院(100床) 鱒ヶ沢病院(100床) つがる市民診療所(無床) 鶴田診療所(無床)
岩手県		概要:1つの病院と5つの地域診療センター(附属診療所)を無床診療所化。	
	岩手県	(平成20年度) 紫波地域診療センター(19床) 大迫地域診療センター(19床) 花泉地域診療センター(19床) 住田地域診療センター(19床) 九戸地域診療センター(19床) 沼宮内病院(60床)	(平成21年度) 紫波地域診療センター(無床) 大迫地域診療センター(無床) 花泉地域診療センター(無床) 住田地域診療センター(無床) 九戸地域診療センター(無床) (平成23年度) 沼宮内地域診療センター(無床)
宮城県		概要:平成20年4月の4病院3診療所体制から平成24年度までに順次3病院4診療所体制に再編。	
	登米市	(平成21年度) 佐沼病院(300床) 豊里病院(99床) 米谷病院(49床) よねやま病院(53床) 登米診療所(無床) 上沼診療所(無床) 津山診療所(無床)	(平成24年度) 登米市民病院(258床) 豊里病院(99床) 米谷病院(49床) よねやま診療所(無床) 登米診療所(無床) 上沼診療所(無床) 津山診療所(無床)
		概要:大崎市民病院本院並びに大崎市民病院岩出山分院の移転新築に伴い、機能分担(大崎市民病院本院を高度医療・急性期医療を担う圏域の拠点病院として整備、岩出山分院の初期・二次救急機能を強化)による事業規模の見直しを図る。	
	大崎市	(平成20年度) 大崎市民病院本院(466床) 大崎市民病院岩出山分院(95床) 大崎市民病院鳴子温泉分院(170床) 鹿島台分院(70床)	(平成26年度) 大崎市民病院本院(456床) 大崎市民病院岩出山分院(40床) 大崎市民病院鳴子温泉分院(130床) 鹿島台分院(70床)
	概要:平成28年度を目途に東日本大震災により被災した市内2病院を統合し、新病院を新築する。(平成24年3月策定「石巻市立病院復興基本計画」に基づく再編事例)		
石巻市	(平成22年度) 石巻市立病院(206床) 石巻市立雄勝病院(40床)	(平成28年度) (仮)新病院(180床) 石巻市雄勝診療所(無床)	
秋田県		概要:平成22年4月に厚生連北秋中央病院(厚生連)、米内沢病院(北秋田市上小阿仁村病院組合)、阿仁病院(北秋田市)3病院の医療機能を統合、再編。	
	北秋田市	(平成21年度) 厚生連北秋中央病院(厚生連、199床) 米内沢総合病院(組合、252床) 阿仁病院(北秋田市、60床)	(平成22年度) 北秋田市民病院 (北秋田市開設・指定管理者(厚生連、320床)) 米内沢総合病院(組合、60床) 阿仁診療所(北秋田市、無床)
山形県		概要:平成20年4月に県立病院と市立病院を統合、再編し、地方独立行政法人化。	
	山形県 酒田市	(平成19年度) 山形県立日本海総合病院(528床) 酒田市酒田病院(400床)	(平成23年度):(独)山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院(646床) 日本海総合病院 酒田医療センター(114床)

都道府県名	団体名	再編前	再編後
山形県	概要:平成7年度に県、2市2町において置賜広域病院組合を設立し、圏域内の病院を再編(平成12年度新病院開院)。		
	山形県 長井市 南陽市 川西町 飯豊町	(平成6年度) 長井市立総合病院(463床) 南陽市立総合病院(251床) 川西町立病院(98床) 飯豊町中央診療所(無床)	(平成22年度):置賜広域病院組合 公立置賜総合病院(基幹病院、520床) 公立置賜長井病院(サテライト病院、110床) 公立置賜南陽病院(サテライト病院、50床) 公立置賜川西診療所(サテライト診療所、無床) 飯豊町国保診療所(サテライト診療所、無床)
福島県	概要:平成25年度に、県立喜多方病院と県立会津総合病院を統合。再編し、福島県立医科大学の附属病院化(平成25年5月開院)。		
	福島県	(平成21年度) 県立喜多方病院(50床) 県立会津総合病院(309床)	(平成25年度):福島県立医科大学附属病院化 会津医療センター(226床)
いわき市	概要:平成22年度に2病院の診療機能を統合し、統合後の常磐病院については民間医療機関へ引き継いだ。		
	いわき市	(平成21年度) いわき市立総合磐城共立病院(880床) いわき市立常磐病院(305床)	(平成22年度) いわき市立総合磐城共立病院(828床) 常磐病院(240床)
群馬県	概要:平成28年度を目途に、市立病院と国立病院を統合、再編し、国立病院機構が経営主体で運営。		
	渋川市	(平成22年度) 渋川市立渋川総合病院(154床) 国立病院機構西群馬病院(380床)	(平成28年度) (仮)統合新病院(450床)
千葉県	概要:平成25年度で県立東金病院を閉院し、その機能を東千葉メディカルセンターで引き継ぐ。		
	千葉県 東金市 九十九里町	(平成24年度) 千葉県立東金病院(191床)	(平成22年度):(独)東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター(314床) ※開院は平成26年度
東京都	概要:医療機能の集約とネットワークの充実強化を実現するため都立病院の再編を実施。		
	東京都	(平成21年度) 広尾病院(482床) 大塚病院(508床) 駒込病院(906床) 墨東病院(772床) 府中病院(821床) 清瀬小児病院(303床) 八王子小児病院(90床) 梅ヶ丘病院(264床) 神経病院(304床) 松沢病院(1,264床)	(再編後(予定)) 救急・災害医療センター(検討中) 母子・リウマチ医療センター(検討中) がん・感染症医療センター(833床)(H23.9開設済) 救急・総合医療センター(検討中) 多摩総合医療センター(789床)(H22.3開設済) 小児総合医療センター(561床)(3病院統合、H22.3開設済) 脳・神経医療センター(検討中) 精神医療センター(898床)(H24.5開設済)
神奈川県	概要:平成22年4月に市立市民病院において市立うわまち病院と同一の経営形態(同一の指定管理者による運営)に移行し、2病院相互の医療機能を補完し、連携。		
	横須賀市	(平成21年度) 市立うわまち病院(417床、指定管理者) 市立市民病院(482床、直営)	(平成22年度) 市立うわまち病院(417床)・市立市民病院(482床) (同一指定管理者)
新潟県	概要:平成27年度を目途に、医療圏内の病院を再編し、基幹病院を設置。		
	新潟県 魚沼市 南魚沼市	(平成21年度) 県立小出病院(383床) 県立六日町病院(199床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院(199床) 魚沼市立堀之内病院(84床)	(平成27年度) 新潟大学地域医療教育センター・ 魚沼基幹病院(高度医療、454床) 魚沼市立小出病院(134床) 南魚沼市立市民病院(140床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院(40床) 魚沼市立堀之内病院(50床)
富山県	概要:平成27年度を目途に、3つの一般行政病院を再編・統合する(公営企業化)。		
	富山県	(平成24年度) 高志リハビリテーション病院(150床) 高志学園(76床) 高志通園センター(無床)	(平成27年度) (仮)富山県リハビリテーション病院・こども支援センター (202床)
石川県	概要:平成28年度を目途に、2市立病院を統合し、病床数の削減を実施する等、医療資源の集約化を行う。		
	加賀市	(平成23年度) 加賀市立市民病院(226床) 山中温泉医療センター (199床、指定管理者)	(平成28年度) (仮)統合新病院(300床)
福井県	概要:平成24年4月に越前町国民健康保険織田病院において公立丹南病院と同一の経営形態(同一の指定管理者による運営)に移行し、2病院相互の医療機能を補完し、連携。		
	越前町 公立丹南病院組合	(平成23年度) 越前町国民健康保険織田病院(55床、直営) 公立丹南病院(199床、指定管理者)	(平成24年度) 越前町国民健康保険織田病院(55床) 公立丹南病院(179床) (同一指定管理者)

都道府県名	団体名	再編前	再編後
山梨県	概要:平成25年度に一部事務組合を設立。その後町立病院と社会保険病院を一部事務組合に移管し、経営を統合する。新病院は平成26年度に開院予定。		
	市川三郷町 富士川町	(平成25年度) 市川三郷町立病院(100床) 社会保険鯉沢病院(158床)	(平成26年度): 峡南北部二病院統合事務組合 市川三郷病院(90床) 富士川病院(158床)
静岡県	概要:両市立病院を統合、再編し、一部事務組合が経営主体で運営。平成25年度開院。		
	掛川市 袋井市	(平成21年度) 掛川市立総合病院(450床) 市立袋井市民病院(400床)	(平成25年度): 掛川市・袋井市病院企業団 中東遠総合医療センター(500床)
長野県	概要:2病院の施設集約を段階的に進め、平成27年度に新病院を建設し、完全に施設を統合。		
	岡谷市	(平成24年度) 岡谷病院(264床) 健康保険岡谷塩嶺病院(53床)	(平成27年度) (仮)岡谷市民病院(295床)
岐阜県	概要:平成20年度に市内2病院のうち1病院を老人保健施設に転換し、同時に1病院の病床数を8床削減して91床とし、ケア・ミックス型病院(一般病床58床、療養病床33床)とした。		
	飛騨市	(平成19年度) 国民健康保険飛騨市民病院(99床) 国民健康保険ケアホスピタルたかはら(76床)	(平成20年度) 国民健康保険飛騨市民病院(91床) 老人保健施設
愛知県	概要:平成19年度時点の5病院体制を、2グループと1病院(指定管理者による運営)に再編し、病床数についても段階的に見直し。		
	名古屋市	(平成19年度) 東市民病院(498床) 守山市民病院(200床) 城北病院(251床) 城西病院(305床) 緑市民病院(300床)	(平成32年度) 東部医療センター(498床、急性期医療機能充実) 東部医療センター守山市民病院 → H25.4民間譲渡 西部医療センター(500床、救急、小児・周産期医療の充実) 西部医療センター城西病院(120床) → H23.4民間譲渡 緑市民病院(300床)(H24.4指定管理者制度導入)
	概要:平成20年7月(今伊勢分院)、平成21年4月(尾西市民病院)の民間譲渡により4病院を2病院に再編し、病床種別についても見直し。		
	一宮市	(平成20年度) 一宮市立市民病院(560床) 一宮市立市民病院今伊勢分院(217床) 一宮市立尾西市民病院 (186床 うち回復期リハビリテーション病床38床) 一宮市立木曾川市民病院 (138床 うち療養病床48床)	(平成21年度) 一宮市立市民病院(560床) 一宮市立木曾川市民病院 (138床 うち回復期リハビリテーション病床48床) (H20.7 今伊勢分院、H21.4 尾西市民病院は民間譲渡)
	概要:平成22年度中の県立病院の廃止にあたり医療機能を市立病院に移転。		
	愛知県 一宮市 稲沢市	(平成21年度) 県立循環器呼吸器病センター(286床) 一宮市立市民病院(560床) 稲沢市民病院(392床)	(平成22年度) 県立循環器呼吸器病センター廃止 一宮市立市民病院(560床) (循環器医療・結核医療・感染症医療機能移転) 稲沢市民病院(392床) (心臓カテーテル治療など循環器内科の診療機能移転)
概要:平成22年4月に両市の病院事業を統合し、一部事務組合が経営主体で運営。			
東海市 知多市	(平成21年度) 東海市立東海市民病院(199床) 東海市立東海市民病院分院(154床) 知多市立知多市民病院(300床)	(平成22年度): 西知多医療厚生組合 東海市民病院(199床) 東海市民病院分院(154床) 知多市民病院(300床)	
三重県	概要:平成21年10月に地方独立行政法人を設立するとともに医療法人が経営する病院と統合・再編し、桑名市民病院とその分院として開院。平成24年4月1日には、医療法人が経営する旧山本総合病院と統合し、市民病院を桑名西医療センター、市民病院分院を桑名南医療センター、旧山本総合病院を桑名東医療センターとして運営。		
	桑名市	(平成20年度) 桑名市民病院(234床) 医療法人和心会平田循環器病院(79床) 山本総合病院(349床)	(平成24年度): (独)桑名市総合医療センター 桑名西医療センター(旧桑名市民病院)(234床) 桑名南医療センター(旧桑名市民病院分院)(79床) 桑名東医療センター(旧山本総合病院)(349床)
	概要:平成20年度に2病院再編・統合し、1つの病院と1つの診療所として整備した。		
志摩市	(平成19年度) 市立大王病院(50床) 市立前島病院(24床)	(平成20年度) 国民健康保険志摩市民病院(50床) 市立前島診療所(無床)	

都道府県名	団体名	再編前	再編後
三重県	概要:平成27年度に報徳病院を診療所化し、病床を大台厚生病院に移行する。		
	大台町	(平成25年度) 大台厚生病院(95床) 報徳病院(30床)	(平成27年度) 大台厚生病院(110床) 大台町報徳診療所(無床)
滋賀県	概要:平成25年度4月に、国立病院と東近江市立2病院の再編を行い、中核病院と後方支援病院として整備。		
	東近江市	(平成23年度) 国立病院機構滋賀病院(220床) 東近江市立能登川病院(120床) 東近江市立蒲生病院(120床)	(平成25年度) (独)国立病院機構東近江総合医療センター(320床、中核病院) 東近江市立能登川病院(60床、後方支援病院) 東近江市蒲生医療センター(19床) ※能登川病院は今後指定管理者制度導入・民間譲渡等を含めて検討
京都府	概要:圏域内の4つの公的病院が有する特徴的な機能の充実・高度化を図り、互いの連携を強化していくとともに病床の見直しも行う。舞鶴市民病院については舞鶴赤十字病院の隣接地に移転し、連携を強化する。		
	舞鶴市	(平成24年度) 舞鶴医療センター(339床) 舞鶴共済病院(320床) 舞鶴赤十字病院(198床) 舞鶴市民病院(198床)	(平成27年度) 舞鶴医療センター(280床):脳卒中センター機能の充実 舞鶴共済病院(310床):循環器センター機能の充実 舞鶴赤十字病院(198床):リハビリ機能の充実 舞鶴市民病院(100床):療養病床に特化
大阪府	概要:まず住吉市民病院を含む大阪府立病院を独法化した後、大阪府立病院機構と統合する。その後、現・大阪府立病院機構の急性期・総合医療センターの敷地内に、急性期・総合医療センターの機能の一部と住吉市民病院の機能を統合させた新棟・住吉母子医療センターを設立する。		
	大阪府 大阪市	(平成24年度) 大阪府立急性期・総合医療センター(768床) 市立住吉市民病院(198床)	(平成28年度):(仮)(独)大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター(865床予定) (うち住吉母子医療センター125床)
	概要:平成22年4月に市立北市民病院を民間譲渡するにあたり政策医療を他の市民病院へ移転。		
	大阪市	(平成21年度) 市立総合医療センター(1,063床) 市立北市民病院(150床) 市立十三市民病院(280床) 市立住吉市民病院(198床)	(平成22年度):市立北市民病院民間譲渡 市立総合医療センター(1,063床、緩和医療機能移転) 市立十三市民病院(279床、結核医療機能移転) 市立住吉市民病院(198床)
大阪府	概要:平成25年度に泉州医療圏南部にある公立4病院の機能再編を行う。		
	大阪府 貝塚市 泉佐野市 阪南市	(平成22年度) 貝塚市立貝塚病院(249床) 泉佐野市立泉佐野病院(358床) 阪南市立病院(185床) 府立泉州救急救命センター(30床)	(平成25年度) 貝塚市立貝塚病院(249床)(がん診療に重点) りんくう総合医療センター(388床)(旧市立泉佐野病院) (H23.4独法化、救急、がん診療に重点、 H25.4 府立泉州救急救命センターを移管) 阪南市民病院(185床)(旧阪南市民病院) (H23.4指定管理者制度導入、亜急性期・回復期、 他2病院の後方支援)
	概要:県立尼崎病院と県立塚口病院を統合、再編し、新病院を整備。		
兵庫県	(平成21年度) 県立尼崎病院(500床) 県立塚口病院(400床)	(平成27年度予定) 県立尼崎総合医療センター(仮称)(730床)	
兵庫県	概要:平成21年4月に(独)神戸市民病院機構を設立し、中央市民病院については「救急医療・高度医療・急性期医療の充実強化」、西市民病院については「高齢者医療の充実強化(亜急性期・回復期リハ)」を進め、病床規模の見直しと機能分担を図る。		
	神戸市	(平成21年度):(独)神戸市民病院機構 市立医療センター中央市民病院(912床) 市立医療センター西市民病院(358床)	(平成25年度) 市立医療センター中央市民病院(700床) 市立医療センター西市民病院(358床)
	概要:平成23年4月に、市立病院と神鋼加古川病院(株式会社立)との間で経営統合及び地方独立行政法人化。		
	加古川市	(平成21年度) 加古川市民病院(411床) 神鋼加古川病院(198床)	(平成23年度):(独)加古川市民病院機構 加古川西市民病院(405床) 加古川東市民病院(198床) (また、2病院を統合することについても決定しており、平成28年度開院予定。)
兵庫県	概要:平成25年10月に、両市立病院を統合、再編し、一部事務組合が経営主体で運営。		
	三木市 小野市	(平成21年度) 三木市民病院(323床) 小野市民病院(220床)	(平成25年度):北播磨総合医療センター企業団 北播磨総合医療センター(450床)
	概要:但馬こうのとり周産期医療センターを新たに整備し、但馬のハイリスク患者を受け入れるハード整備と、但馬地域全体で産婦人科医師確保を行い、産科医療を安定的に確保できる態勢を強化する。		
豊岡市 朝来市	(平成24年度) 公立豊岡病院(500床) 公立八鹿病院(420床) 日高医療センター(100床)	(平成27年度) 公立豊岡病院(510床) (うち但馬こうのとり周産期医療センター56床) 公立八鹿病院(420床) 日高医療センター(83床)	

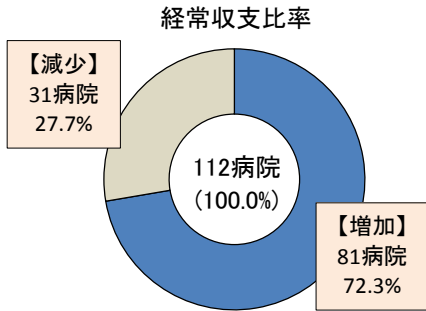
都道府県名	団体名	再編前	再編後
兵庫県	概要:平成28年度を目途として2病院について、統合して新病院を開院する予定		
	公立豊岡病院組合	(平成24年度) 公立朝来梁瀬医療センター(50床) 朝来和田山医療センター(139床)	(平成28年度) (仮)朝来医療センター(150~180床程度)
奈良県	概要:平成28年度末を目途に、県南和地域の3つの公立救急病院を再編し、1市3町8村及び奈良県で構成する一部事務組合で運営。		
	奈良県、 五條市、吉野町、 大淀町、下市町、 黒滝村、天川村、 野迫川村、十津川村、 下北山村、上北山村、 川上村、東吉野村	(平成23年度) 県立五條病院(199床、急性期) 吉野町国民健康保険吉野病院 (99床、急性期) 大淀町立大淀病院(275床、急性期)	(平成28年度目途) 南和広域医療組合(H24.2設立) (仮)救急病院(232床程度、急性期) (仮)地域医療センター(90床程度、療養期) (仮)地域医療センター(90床程度、療養期)
和歌山県	概要:平成23年度に両病院を統合、再編し、新病院を開院。		
	串本町	(平成21年度) 国保直営串本病院(106床) 国保古座川病院(60床)	(平成23年度) くしもと町立病院(130床)
岡山県	概要:平成20年度に市内2病院を再編し、1病院1診療所化した。		
	瀬戸内市	(平成18年度) 邑久病院(80床) 牛窓病院(82床)	(平成20年度) 瀬戸内市民病院(110床) 牛窓診療所(無床)
	赤磐市	(平成24年度) 赤磐市民病院(50床) 赤磐医師会病院(196床)	(平成26年度) (仮)新診療所(無床) 赤磐医師会病院(245床)
広島県	概要:平成22年4月に三原市立くいな市民病院を世羅中央病院企業団に再編。平成23年10月に入院機能を集約化。		
	世羅中央病院企業団 三原市	(平成21年度) 公立世羅中央病院(110床) 三原市立くいな市民病院(45床)	(平成23年度):世羅中央病院企業団 公立世羅中央病院(155床) 公立くいな診療所(無床)
	概要:市内にある公立病院と民間病院を経営統合し、地域完結型の医療提供体制を構築。		
	府中市	(平成22年度) 府中市立府中北市民病院(110床) 厚生連府中総合病院(199床)	(平成24年度):(独)府中市病院機構 府中北市民病院(70床、後方支援病院) 府中市民病院(150床、二次救急)
山口県	概要:平成20年度に町内の2病院を再編し、1病院1診療所化した。		
	安芸太田町	(平成19年度) 安芸太田町加計病院(218床) 安芸太田町戸内河内病院(52床)	(平成20年度) 安芸太田病院(218床) 安芸太田戸内河内診療所(無床)
	光市	(平成22年度) 光市立光総合病院(210床) 光市立大和総合病院(264床)	(平成23年度) 光市立光総合病院(210床) 光市立大和総合病院(243床)
山口県	概要:平成20年4月に山陽市民病院を小野田市民病院へ機能を統合、再編し、1病院体制へ移行。山陽市民病院の土地、建物は同所で内科系の病院又は内科系有床診療所の運営を行うことを条件に民間移譲した。		
	山陽小野田市	(平成19年度) 小野田市民病院(215床) 山陽市民病院(160床)	(平成21年度) 山陽小野田市民病院(215床) 山陽市民病院建物を民間譲渡。 (現在は有床診療所及び老人福祉施設として運営)
徳島県	概要:平成28年度を目途に町立2病院を1病院1診療所化するとともに、移転新築を行う。		
	美波町	(平成24年度) 美波町国民健康保険日和佐病院(30床) 美波町国民健康保険由岐病院(50床)	(平成28年度予定) (仮)美波町立病院(50床程度) (仮)美波町保健センター(無床)
香川県	概要:平成19年度に津田病院の機能を白鳥病院に引き継ぐとともに附属診療所化。平成22年度からは津田診療所をさぬき市民病院に移管した。		
	香川県	(平成18年度) 香川県立白鳥病院(166床) 香川県立津田病院(60床) さぬき市立さぬき市民病院(420床)	(平成22年度) 香川県立白鳥病院(150床) さぬき市立さぬき市民病院(179床) 津田診療所(無床)
	概要:平成26年度に中央病院を移転新築する際に、がん検診センターを廃止し、質の高いがん検診機能や高度ながん診療機能の引き継ぐ。		
	香川県	(平成20年度) 香川県立中央病院(631床) 香川県立がん検診センター(無床)	(平成26年度) 香川県立中央病院(530床程度)
香川県	概要:高松市民病院と香川病院を移転統合して新病院を整備し、塩江病院をその附属医療施設とする再編。		
	高松市	(平成21年度) 高松市民病院(417床) 香川病院(126床) 塩江病院(87床)	(平成30年度目途) 高松市新病院(306床) 高松市新病院附属医療施設(60床)

都道府県名	団体名	再編前	再編後
香川県	概要:平成28年度を目途に、新病院を開院。土庄中央病院及び内海病院は、無床診療所化した上、空いた施設については、福祉の用途等を検討。		
	土庄町 小豆島町	(平成23年度) 土庄中央病院(126床) 内海病院(196床)	(平成28年度目途) (仮)小豆新病院(234床程度) 土庄中央病院(無床診療所化等予定) 内海病院(無床診療所化等予定)
愛媛県	概要:平成22年度に県立三島病院を公立学校共済組合に移譲し、公立学校共済組合四国中央病院と一体的に運営するとともに、将来基幹病院化することを旨とする。		
	愛媛県	(平成21年度) 県立新居浜病院(339床) 公立学校共済組合四国中央病院(259床) 県立三島病院(183床)	(平成26年度) 県立新居浜病院(329床) 公立学校共済組合四国中央病院(279床) 公立学校共済組合三島医療センター(70床)
高知県	概要:平成10年度に県と高知市が高知県・高知市病院組合を設立。平成17年3月に新病院開院。		
	高知県 高知市	(平成16年度) 高知県立中央病院(400床) 高知市立市民病院(366床)	(平成22年度)高知県・高知市病院企業団 高知医療センター(632床)
	概要:平成24年度に県立安芸病院と県立芸陽病院を組織統合・再編し、平成26年度に新病院を開院。		
	高知県	(平成21年度) 県立安芸病院(258床) 県立芸陽病院(153床)	(平成26年度) 県立あき総合病院(270床)
佐賀県	概要:市立病院と町立病院を統合、再編し、一部事務組合が経営主体で運営。		
	伊万里市 有田町	(平成21年度) 伊万里市立市民病院(64床) 有田共立病院(165床)	(平成24年3月)伊万里・有田地区医療福祉組合 伊万里有田共立病院(206床)
長崎県	概要:かたばる病院の療養病床部門を苓岐市民病院に統合し、かたばる病院は閉院。		
	苓岐市	(平成23年度) 苓岐市民病院(200床) かたばる病院(48床)	(平成25年度) 苓岐市民病院(228床)
	概要・平成28年度を目途に市民病院と成人病センターを統合。 ・長崎市立野母崎病院は診療所化、長崎市立琴海病院は民間譲渡。		
	長崎市	(平成21年度) 市立市民病院(414床) 市立病院成人病センター(176床) 市立野母崎病院(65床) 市立琴海病院(61床)	(平成28年度) (仮)長崎市立病院(500床程度) 長崎市野母崎診療所(無床):平成23年度診療所化 ニュー琴海病院(60床):平成22年度民間譲渡
	概要:平成21年4月に長崎県と島原地域、五島地域及び対馬地域の5市1町が「長崎県病院企業団」を設立。		
長崎県 島原市 南島原市 雲仙市 五島市 新上五島町 対馬市	(平成20年度) 【長崎県】 県立精神医療センター(141床) 県立島原病院(254床) 【長崎県離島医療圏組合】 五島中央病院(304床) 上五島病院(186床) 対馬いづはら病院(199床) 中対馬病院(139床) 上対馬病院(84床) 富江病院(55床) 奈留病院(52床) 有川病院(50床) 奈良尾病院(60床)	(平成27年度):長崎県病院企業団 精神医療センター(139床、精神科基幹病院) 【基幹病院】 島原病院(254床) 五島中央病院(304床) 上五島病院(186床) 対馬いづはら病院(199床、中対馬病院と統合予定) →新病院(275床、H27.5開院予定) 【地域病院】 中対馬病院(139床、対馬いづはら病院と統合予定) 上対馬病院(60床)(新病院のサテライト病院とする予定) 富江病院(55床)(検討中) 奈留医療センター(19床)(H26.1有床診療所化) 有川医療センター(H21.11 無床診療所化) 奈良尾医療センター(H23.4 無床診療所化)	
熊本県	概要:平成21年12月に市民病院と産院を一体化し、総合周産期母子医療センターとしての機能を充実させた。		
	熊本市	(平成20年度) 熊本市市民病院(562床) 熊本市市民病院附属熊本産院(28床)	(平成21年度) 熊本市市民病院(562床)
大分県	概要:平成22年10月に市立病院と県立病院の医療機能を統合し、県立病院施設を無床診療所化、公立おがた総合病院は増床。		
	大分県 豊後大野市	(平成21年度) 公立おがた総合病院(148床) 大分県立三重病院(165床)	(平成22年度) 豊後大野市民病院(199床) 豊後大野市民病院三重診療所(無床)
鹿児島県	概要:平成20年4月に旧野田医療センターを、平成23年10月に旧高尾野医療センターを診療所化。		
	出水市	(平成19年度) 出水総合医療センター(334床) 野田医療センター(37床) 高尾野医療センター(30床)	(平成23年度) 出水総合医療センター(334床) 出水総合医療センター野田診療所(無床) 出水総合医療センター高尾野医療診療所(19床)

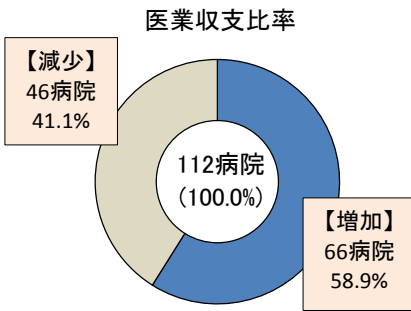
平成21～25年度に地方公営企業法の財務適用から全部適用へ移行した病院※1、地方独立行政法人化した病院※2、指定管理者制度を導入した病院※3の平成20年度決算と平成25年度決算を比較している。

【地方公営企業法の全部適用化】

全部適用化病院の経常収支比率(平均)
H20 94.2% → H25 98.5%

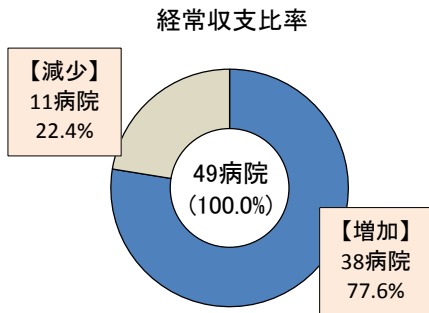


全部適用化病院の医業収支比率(平均)
H20 85.6% → H25 87.7%

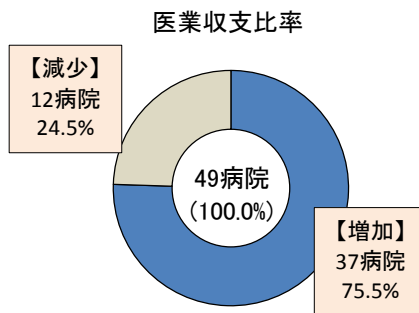


【地方独立行政法人化】

地方独立行政法人化病院の経常収支比率(平均)
H20 97.1% → H25 101.8%

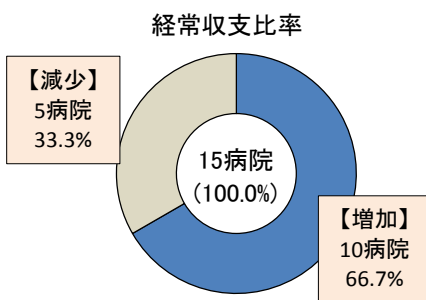


地方独立行政法人化病院の医業収支比率(平均)
H20 80.8% → H25 85.6%

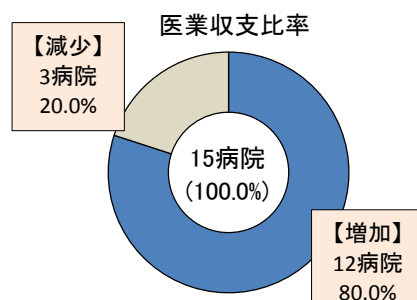


【指定管理者制度導入】

指定管理者制度導入病院の経常収支比率(平均)
H20 87.9% → H25 93.1%



指定管理者制度導入病院の医業収支比率(平均)
H20 66.8% → H25 76.8%



※1：112病院。H25年度末に存在する病院のみ。

※2：49病院。民間病院等から独法化した4病院を除く。

※3：15病院。公的病院から公立病院化した1病院を除く。

※4：医業収支比率は他会計負担金等を除いて算出している。

【参考】経営形態の見直しにより効果があったと回答した病院の割合

〔「公立病院改革プランの平成24年度実績等について(照会)」(平成25年4月総務省実施)より〕

見直し後の経営形態	回答数 (a)	経営の自主性		経営の効率化	
		効果あり回答数(b)	割合(b/a)	効果あり回答数(c)	割合(c/a)
全部適用	100	76	76.0%	68	68.0%
地方独立行政法人	48	48	100.0%	42	87.5%
指定管理者制度	15	—	—	11	73.3%

※回答数はH21～24年度に経営形態を見直した病院のうち回答のあったものである。自由記載形式のアンケートであるため、回答内容を踏まえて効果あり回答に含めるかどうか判断している。