

骨子(案)参考資料

【目次】

(現状・課題)

- 1. 公立病院を取り巻く現状及び環境変化
 - (1) 公立病院の経営の現状 ……P. 2
 - (2) 公立病院を取り巻く環境の変化 ……P. 7
- 3. 地域医療の確保と公立病院改革を進めていく上で4つの視点から見た課題
 - (1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ……P. 10

(今後の公立病院経営に向けた提言)

- 1. 病院マネジメントの観点からの経営手段の充実
 - (3) 経営指標の分析に基づく取組、PDCAサイクルの展開 ……P. 12
- 2. 公立病院の経営に対する財政的・制度的支援
 - (1) 地域医療確保のための財政的支援 ……P. 23
 - (2) 地域医療構想を踏まえた多様な形態の再編・ネットワーク化の推進 ……P. 29
 - (3) 経営形態の見直しを支援する制度運用上の対応 ……P. 35

【現状・課題】

1. 公立病院を取り巻く現状及び環境変化 (1) 公立病院の経営の現状

全国の病院に占める公立病院の役割

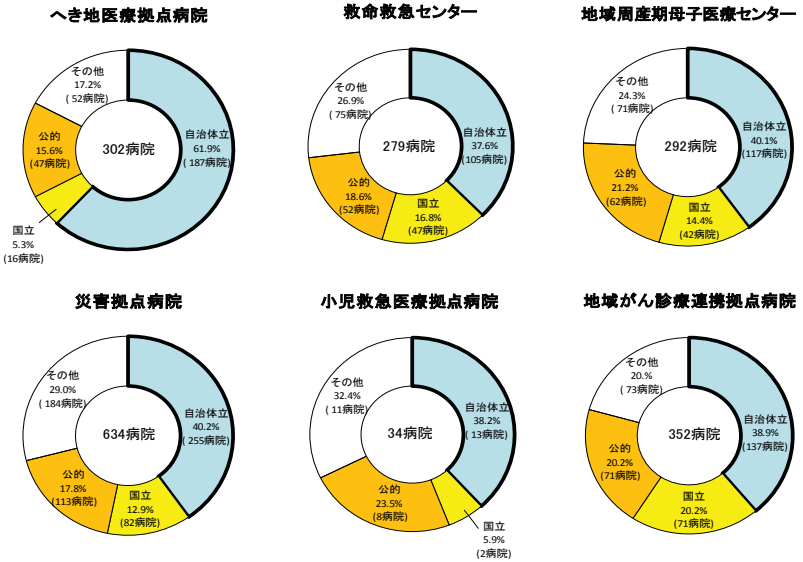
- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で11%、病床数で約14%。
- へき地における医療や、救急・災害・周産期などの不採算・特殊部門に係る医療の多くを公立病院が担っている。

○全国の病院に占める公立病院の割合

| | 病院数 | 病床数 |
|-----------|-----------------------|---------------------------|
| 全体 | 8,447 | 1,561,500 |
| 公立 | 930 (11.0%) | 224,315 (14.4%) |
| 国立 | 327 (3.9%) | 129,294 (8.3%) |
| 公的 | 282 (3.3%) | 93,100 (6.0%) |
| その他 | 6,908 (81.8%) | 1,114,791 (71.4%) |

厚生労働省 医療施設動態調査(平成28年6月末)

○自治体病院の役割



※表の公立病院は、地方公営企業の病院、公立大学附属病院、地方独立行政法人病院を含む
 ※表の公的病院は、日本赤十字社、済生会、厚生連等が設置・運営する病院 (出典:平成28年度全国自治体病院協議会資料より作成)

公立病院の立地

○ 公立病院の約7割は10万人未満市町村に、約3割は3万人未満市町村に所在

○ へき地等を多く抱える都道府県ほど、全病床数に占める公立病院の病床数の割合が高い傾向にある

【所在市区町村人口区分別の公立病院数】

| 所在市区町村の人口 | 病院数 ※ 精神・結核等除いた一般病院のみ | |
|-----------|--------------------------|-----------------|
| 合計 | 773 | |
| 23区及び指定都市 | 43 | |
| 30万人以上 | 53 | |
| 10万人~30万人 | 141 | 全公立病院の 69.3% |
| 5万人~10万人 | 170 | |
| 3万人~5万人 | 108 | |
| 3万人未満 | 258 | 全公立病院の 33.4% |

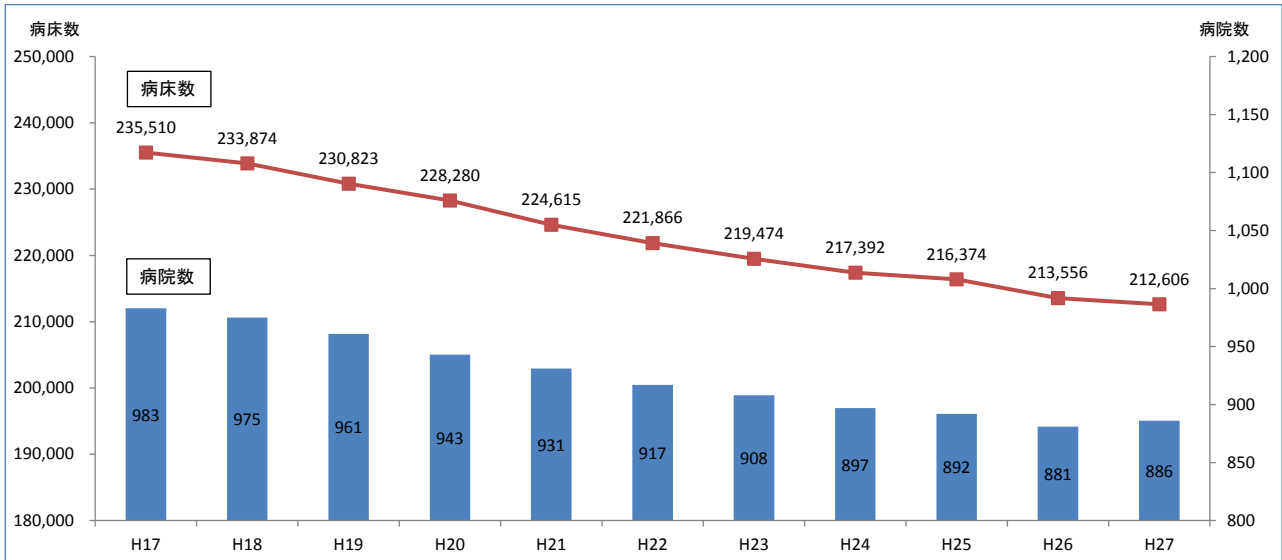
【公立病院の病床数の割合が高い都道府県】

| 都道府県名 | 割合(%) | 公立病院の病床数 / 全病床数 |
|-------|-------|-----------------|
| 山形県 | 47.1 | 5,543 / 11,763 |
| 岩手県 | 39.9 | 5,537 / 13,863 |
| 青森県 | 37.9 | 5,549 / 14,648 |
| 山梨県 | 31.0 | 2,761 / 8,896 |
| 岐阜県 | 30.8 | 5,338 / 17,359 |
| 島根県 | 30.2 | 2,727 / 9,034 |
| 滋賀県 | 29.5 | 3,753 / 12,733 |
| 静岡県 | 29.2 | 9,436 / 32,366 |
| 和歌山県 | 29.1 | 3,485 / 11,975 |
| 富山県 | 28.9 | 4,190 / 14,497 |

※1 表の病院数は、平成27年度における地方公営企業の一般病院
 ※2 地方公営企業法適用病院で建設中の病院を除く

(参考) 東京都 8.2%
 大阪府 11.4%

公立病院数と病床数の推移 (地方独立行政法人を含む)



| 年度 | H17 | H18 | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| 病院数 | 983 | 975 | 961 | 943 | 931 | 917 | 908 | 897 | 892 | 881 | 886 | |
| 増減率 | | △1.6 | △0.8 | △1.4 | △1.9 | △1.3 | △1.5 | △1.0 | △1.2 | △0.6 | △1.2 | 0.6 |
| 病床数 | 235,510 | 233,874 | 230,823 | 228,280 | 224,615 | 221,866 | 219,474 | 217,392 | 216,374 | 213,556 | 212,606 | |
| 増減率 | | △1.3 | △0.7 | △1.3 | △1.1 | △1.6 | △1.2 | △1.1 | △0.9 | △0.5 | △1.3 | △0.4 |

※出典：地方公営企業決算状況調査
地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査
※病院数は、建設中のものを除いている。

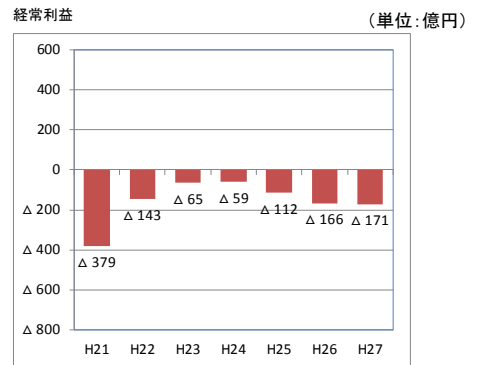
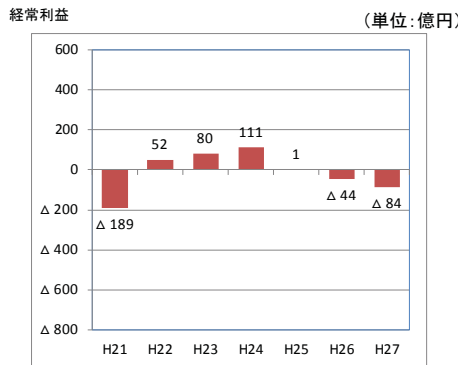
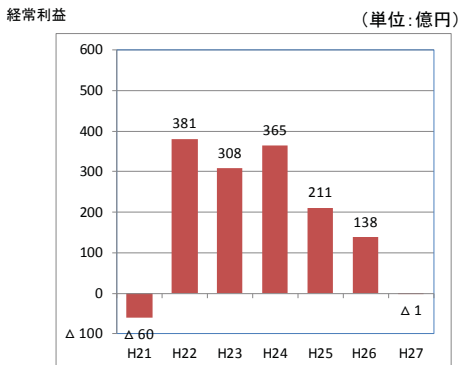
規模別の公立病院の経営状況 (一般病院)

500床以上病院
(H27: 85病院)

400床以上500床未満病院
(H27: 62病院)

300床以上400床未満病院
(H27: 98病院)

経常損益



経常損失

経常損失

経常損失

経常収支比率

(単位: %)

| 年度 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|--------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 経常収支比率 | 99.6 | 102.7 | 102.2 | 102.6 | 101.4 | 100.9 | 100.0 |

(単位: %)

| 年度 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|--------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| 経常収支比率 | 97.2 | 100.8 | 101.2 | 101.7 | 100.0 | 99.3 | 98.7 |

(単位: %)

| 年度 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| 経常収支比率 | 95.0 | 98.1 | 99.1 | 99.2 | 98.4 | 97.7 | 97.6 |

他会計繰入金比率

(単位: %)

| 年度 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|----------|------|------|------|------|------|------|-----|
| 他会計繰入金比率 | 11.7 | 11.4 | 11.2 | 10.2 | 10.5 | 11.3 | 9.1 |

(単位: %)

| 年度 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| 他会計繰入金比率 | 12.2 | 11.3 | 11.2 | 10.7 | 10.0 | 10.5 | 10.5 |

(単位: %)

| 年度 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| 他会計繰入金比率 | 13.9 | 13.2 | 12.8 | 13.2 | 12.8 | 12.5 | 11.6 |

※経常収益に対する他会計繰入金の比率

※独法・建設中の病院を除く

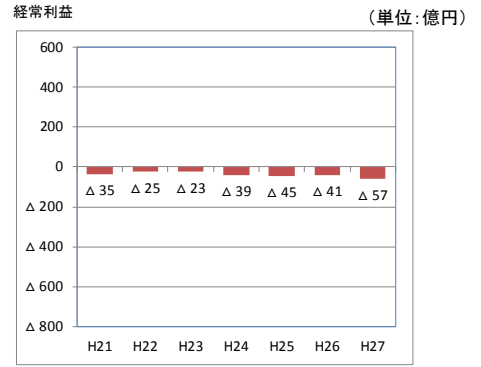
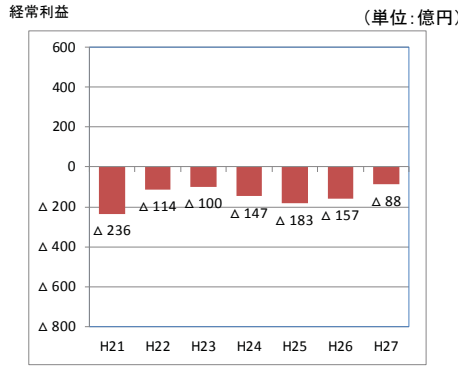
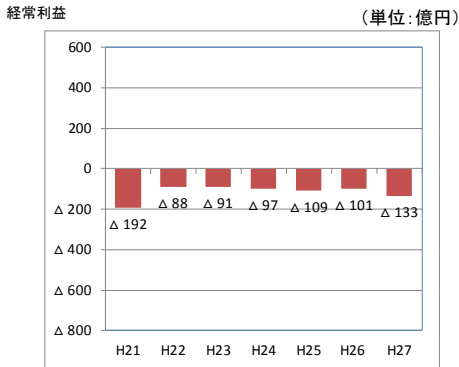
規模別の公立病院の経営状況（一般病院）

200床以上300床未満病院
(H27: 86病院)

100床以上200床未満病院
(H27: 199病院)

100床未満病院
(H27: 243病院)

経常損益



経常損失

経常損失

経常損失

経常収支比率

(単位: %)

| H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 95.3 | 97.5 | 97.4 | 97.3 | 97.1 | 97.2 | 96.6 |

(単位: %)

| H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 95.3 | 97.7 | 97.9 | 96.9 | 96.1 | 96.7 | 98.1 |

(単位: %)

| H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 98.4 | 98.8 | 98.9 | 98.1 | 97.9 | 98.1 | 97.5 |

他会計繰入金比率

(単位: %)

| H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 15.2 | 15.0 | 15.4 | 15.5 | 15.0 | 14.3 | 14.3 |

(単位: %)

| H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 16.4 | 15.7 | 16.8 | 17.3 | 16.6 | 16.0 | 16.0 |

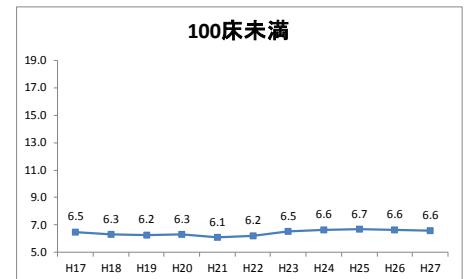
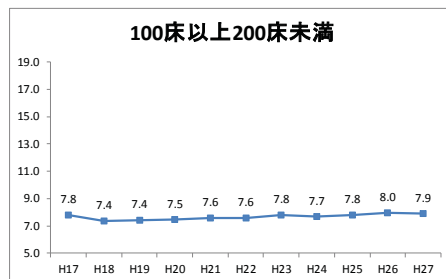
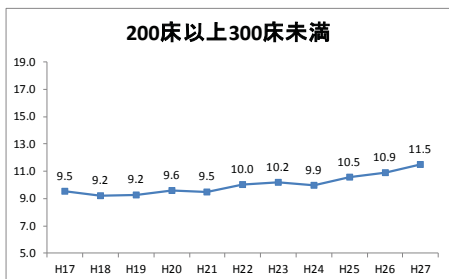
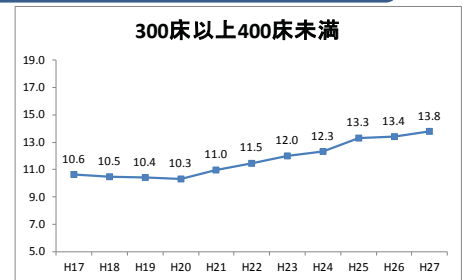
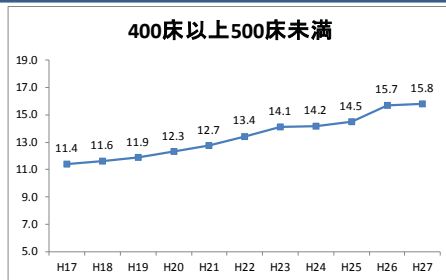
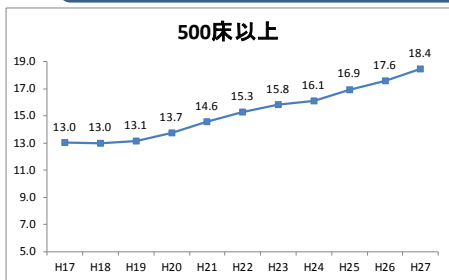
(単位: %)

| H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 22.6 | 23.4 | 24.1 | 24.3 | 24.5 | 25.0 | 24.1 |

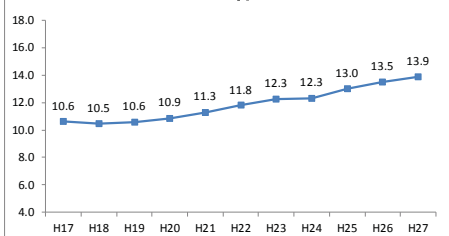
※経常収益に対する他会計繰入金の比率

※独法・建設中の病院を除く

公立病院の病床規模別常勤医師数（100床当たり）の推移



全体



※出典: 地方公営企業決算状況調査
地方独立行政法人(病院事業)に関する決算状況調査
※指定管理者制度導入病院を除く

公立病院改革ガイドライン（平成19年12月通知）の概要

第1回研究会資料

公立病院改革の目的・必要性

- 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を確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

公立病院改革プランの策定

- 地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定（経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準）
- 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方を明記
- 改革の視点

3つの視点に立って、公立病院改革を推進

経営の効率化

➢ 経営指標の数値目標を自治体が独自に設定し、経費削減や収入確保へ努力

※ 黒字病院の割合
H20:29.7% ↗ H25:46.4%

再編・ネットワーク化

➢ 病院の統合や基幹病院と日常的な医療を行う病院とに再編する等の取組み

※ 統合・再編に取り組んでいる公立病院
65ケース、162病院

経営形態の見直し

➢ 民間的経営手法等を導入

※ H21～H25見直し実施（予定含む数）
うち地方独立行政法人化 69病院
指定管理者制度の導入 21病院
民間譲渡・診療所化 50病院等

公立病院改革プランの点検・評価・公表の状況

- ほぼ全ての公立病院において公立病院改革プランを策定
- 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

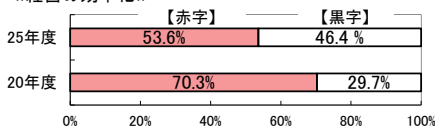
医療提供体制の改革と連携した公立病院の経営効率化・再編等の推進

第1回研究会資料

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

・統合・再編等に取り組んでいる病院数
162病院
・再編等の結果、公立病院数は減少
H20:943 ⇒ H25:892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

(予定含む数)
・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
・民間譲渡・診療所化 50病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定期間: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1) 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

| | |
|-----------------|---------------|
| 通常の整備 | …… 25%地方交付税措置 |
| 再編・ネットワーク化に伴う整備 | …… 40%地方交付税措置 |
- (2) 特別交付税措置の重点化(H28年度～)
 - 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
 - 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

連携

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
 - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数*と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定(H27年度～)

※ イメージ [構想区域単位で策定]

| | 2025年(推計) | |
|-------|-----------|--------|
| | 医療需要 | 必要病床数 |
| 高度急性期 | ○○○ 人/日 | ○○○ 病床 |
| 急性期 | □□□ 人/日 | □□□ 病床 |
| 回復期 | △△△ 人/日 | △△△ 病床 |
| 慢性期 | ▲▲▲ 人/日 | ▲▲▲ 病床 |

2 実現するための方策

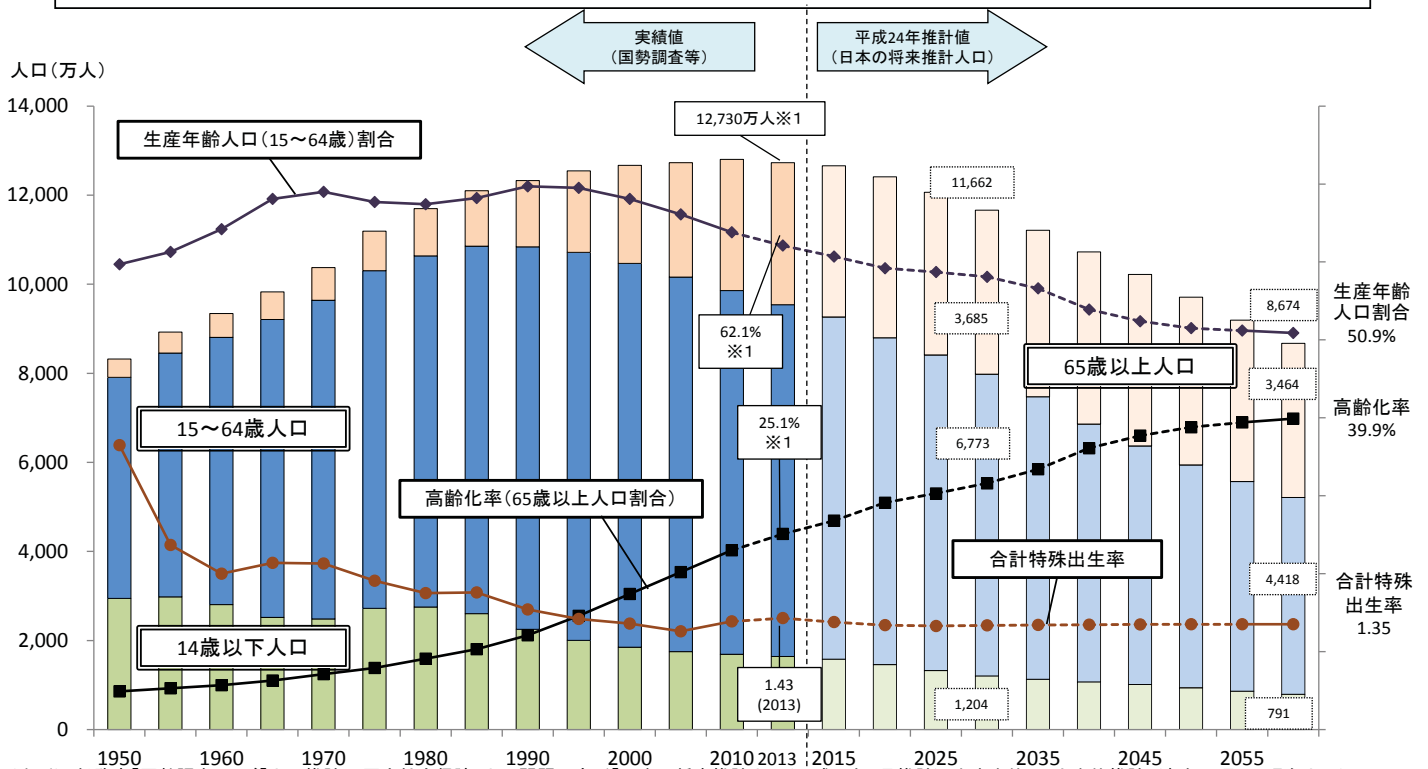
- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

(2) 公立病院を取り巻く環境の変化

日本の人口の推移

厚生労働省資料

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

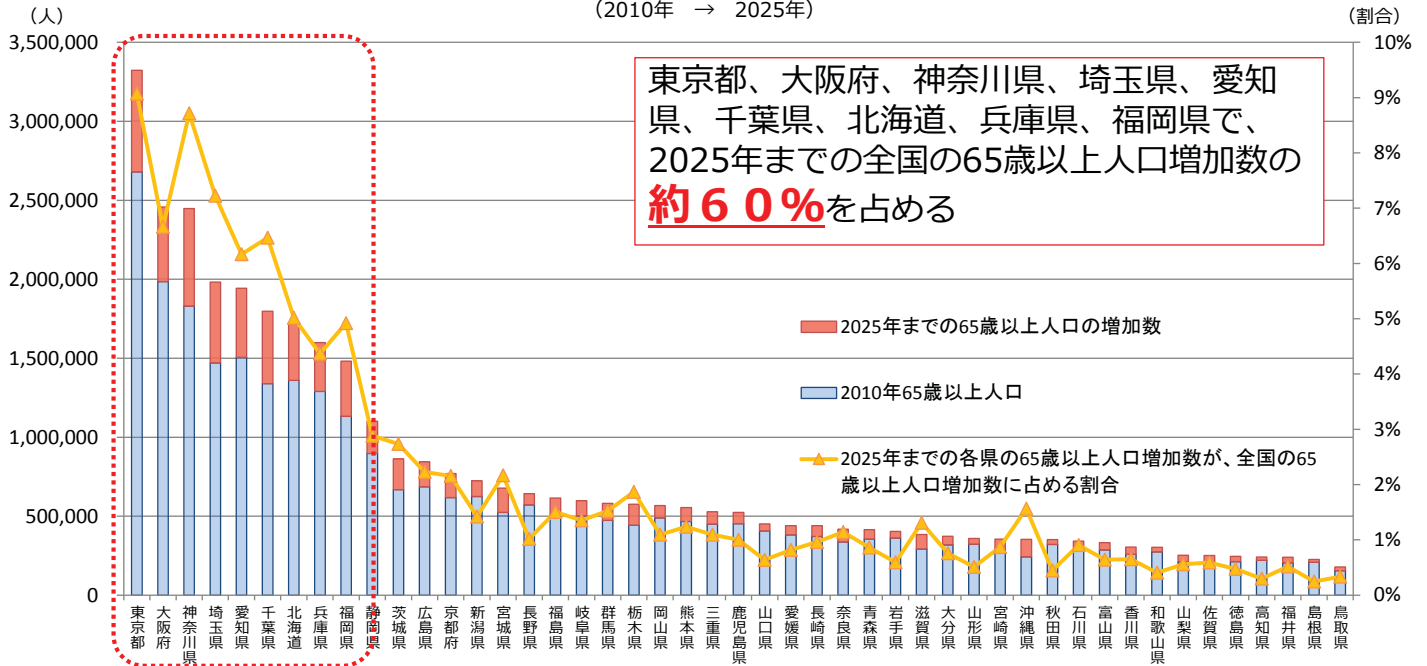
※1 出典：平成25年度 総務省「人口推計」(2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

高齢者数増加の地域差について

厚生労働省資料

- 高齢化の進展には地域差
- 首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加（既に人口減少が始まっている都道府県も）

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
(2010年 → 2025年)



東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県、愛知県、千葉県、北海道、兵庫県、福岡県で、2025年までの全国の65歳以上人口増加数の約60%を占める

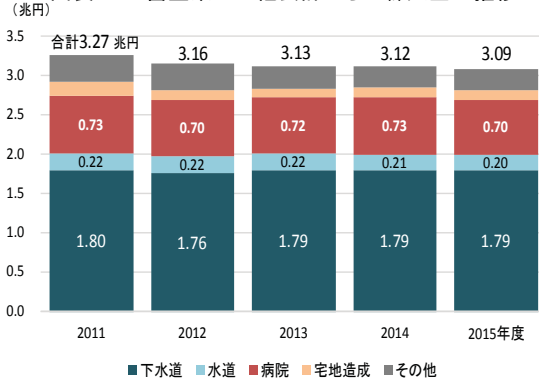
出典：国勢調査（平成22年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

経済・財政再生計画 改革工程表

| | | 集中改革期間 | | | 2019年度 | 2020年度～ | KPI (第一階層) | KPI (第二階層) |
|---------------------------|--|---|--|----------------------------------|---|---|---|---|
| | | ～2016年度 《主担当府省庁等》 | 2017年度 | 2018年度 | | | | |
| | | 通常国会 | 概算要求 税制改正要望等 | 年末 | 通常国会 | | | |
| | | <④公営企業、第三セクター等の経営の改革> | | | | | | |
| | | ○公営企業の抜本的な改革（広域化等）の検討の推進 | | | | | | |
| 地方交付税をはじめとした地方の財政に係る制度の改革 | 水道 | ○2016年度 各都道府県における検討体制の構築を推進 | 広域化等の検討結果の経営戦略への反映を推進 | | 改革期間を通じ、同様の取組を実施 | 水道 (広域連携に取り組みこととした市町村数) 【増加、進捗検証】 | ・地方の自主的な取組を前提としつつ、地方公営企業分野全体における改革の成果を事後的に検証する指標（収支、繰入金） ※必要に応じその他の指標も追加 (再掲) | |
| | | ○2015年度 生活基盤施設耐震化等交付金制度を創設 | 左記交付金を通じて水道事業の広域連携を推進 | | 改革期間を通じ、同様の取組を実施 | 下水道 (広域化に取り組みこととした地区数) 【増加、進捗検証】 | | |
| | | ○2016年度 厚生科学審議会生活環境水道部会「水道事業の維持・向上に関する専門委員会」において、制度改正の提言を取りまとめ | 都道府県における協議会の設置、基盤強化計画の策定、官民連携等に関する所要の法令改正等 | | 左記制度改正を踏まえ、広域連携を推進 | 改革期間を通じ、同様の取組を実施 | | ※広域化には、下水道同士だけでなく、集落排水同士、下水道と集落排水との広域化を含む |
| | ○2015年度 下水道法の改正により、広域連携に向けた協議会制度を創設 | 広域連携の取組状況・先進事例を把握 | | 左記を踏まえ、事例集等の作成・周知を通じ水道事業の広域連携を推進 | 改革期間を通じ、同様の取組を実施 | | | |
| | ○2013年度 関係省庁において「持続的な汚水処理システム構築に向けた都道府県構想策定マニュアル」を策定 | 改正下水道法に基づく協議会の活用による検討・協議を推進 | | 各都道府県において構想の見直しの中で広域化を検討 | 見直し後の構想に基づき広域化を推進 | | | |
| 下水道 | ○2014年度 新公立病院改革ガイドラインを策定し、再編・ネットワーク化の推進等に取り組むよう要請 | ・関係省庁において構想の見直しによる広域化の検討状況を把握 ・上記を踏まえ、広域化の推進について助言 | | 改革期間を通じ、同様の取組を実施 | 病院 (再編・ネットワーク化に係るプランを策定した病院数) 【増加、進捗検証】 | | | |
| | ○2014年度 新公立病院改革プランのフォローアップ調査・公表を通じて再編・ネットワーク化に係る取組状況を把握し、重点化した地方交付税措置を通じて引き続き推進 | | | 改革期間を通じ、同様の取組を実施 | | 《総務省自治財政局・厚生労働省・国土交通省・農林水産省・環境省》 | | |

- 全国8,614事業にのぼる公営企業の経営マネジメントを強化する観点から、経営体制の見える化や外部人材の登用を制度的に促すべき。公営企業経営戦略等の策定を促すとともに、構造改革の進捗状況と効果をチェックすべき。
- 総務省は策定の遅れている新公立病院改革プランの策定を促すとともに、病床再編等の地域医療構想との関係性をしっかり明示すべき。不採算地区以外の病院については、繰入金への依存をより減らすべき。

図表9. 公営企業への他会計からの繰入金の推移



(備考)総務省「地方公営企業年鑑」より作成

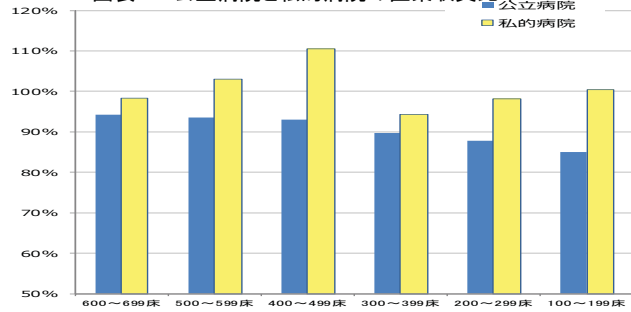
図表10. 公営企業経営戦略等の策定状況
(2016年3月策定済・取組中の事業、病院割合)

【公営企業経営戦略】 【新公立病院改革プラン】

| 上位5県 | | 下位5県 | | 上位5県 | | 下位5県 | |
|--------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|
| 1.秋田県(96.3%) | 43.佐賀県(9.9%) | 100%の県 | 43.山梨県(60.0%) | 群馬県、岐阜県 | 44.石川県(58.8%) | 滋賀県、山口県 | 45.埼玉県(57.1%) |
| 2.長野県(43.6%) | 44.沖縄県(8.5%) | 群馬県、岐阜県 | 44.石川県(58.8%) | 長崎県、大分県 | 46.奈良県(54.5%) | 長崎県、大分県 | 46.奈良県(54.5%) |
| 3.新潟県(38.9%) | 45.福島県(7.7%) | 長崎県、大分県 | 46.奈良県(54.5%) | 沖縄県 | 47.佐賀県(50.0%) | 長崎県、大分県 | 47.佐賀県(50.0%) |
| 4.大阪府(38.6%) | 46.鹿児島県(6.0%) | 沖縄県 | 47.佐賀県(50.0%) | | | | |
| 5.兵庫県(34.9%) | 47.高知県(3.9%) | | | | | | |

(備考)総務省「公営企業の経営戦略及び新公立病院改革プランの策定状況」(2016年3月31日時点)より作成

図表11. 公立病院と私的病院の医業収支比率



12. 小規模公立病院への他会計からの繰入金

| 分類 | 病院数 (a) | 病床数 (b) | 他会計繰入金 (c) | 医業収益 (d) | 単位:百万円、% | | |
|-------------|---------|---------|------------|----------|--------------------|--------------------------|-------|
| | | | | | 一病院当たり他会計繰入金 (c/a) | 一床当たり他会計繰入金対医業収益比率 (c/d) | |
| 不採算地区外・競合有り | 89 | 13,853 | 29,032 | 182,648 | 326 | 2.1 | 15.9% |
| 不採算地区外・競合無し | 35 | 5,686 | 13,899 | 84,742 | 397 | 2.4 | 16.4% |
| 不採算地区・競合有り | 130 | 10,933 | 29,268 | 135,450 | 225 | 2.7 | 21.6% |
| 不採算地区・競合無し | 152 | 10,958 | 40,133 | 125,625 | 264 | 3.7 | 31.9% |
| 合計 | 406 | 41,430 | 112,332 | 528,464 | 277 | 2.7 | 21.3% |

<参考>

公立病院全体 816 187,947 490,358 3,365,934 601 2.6 14.6%

(備考)経済財政一体改革推進委員会評価・分析WG(2017年4月17日)内閣府分析担当提出資料3より作成。
図表11私的病院とは、医療法人、個人等により設立された病院
図表12・公立病院893病院のうち病床200床未満の施設(小規模病院)406施設についての分析。
・「不採算地区」とは2014年度の不採算地区指定(「150床未満の一般病院で最寄りの一般病院まで15km以上」又は「150床未満で人口集中地区以外に所在」)
・「競合の有無」は15km圏内(直線距離)における300床以上の病院の有無で分類。

経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日閣議決定)(抄)

第3章「経済・財政一体改革の進捗・推進」

3. 主要分野ごとの改革の取組

(3) 地方行財政等

③ 地方交付税をはじめとした地方の財政に係る制度の改革

地方公営企業について、マネジメントの向上の観点から、管理者の設置などの経営体制や経営状況の「見える化」、公営企業会計の適用及び外部の知見の活用を推進する方策を講じる。また、公営企業の経営戦略や新公立病院改革プランの策定を促すとともに、抜本的な改革の検討を推進し、進捗状況と効果をチェックする。さらに、事業体間の経営状況の違いを乗り越えて事業統合・再編を進めるなどの先進事例の横展開、将来予測のための簡易支援ツールの活用や試算結果の公表の推進等により、事業統合・再編を含む広域化等の検討の加速に向けた支援を強化する。

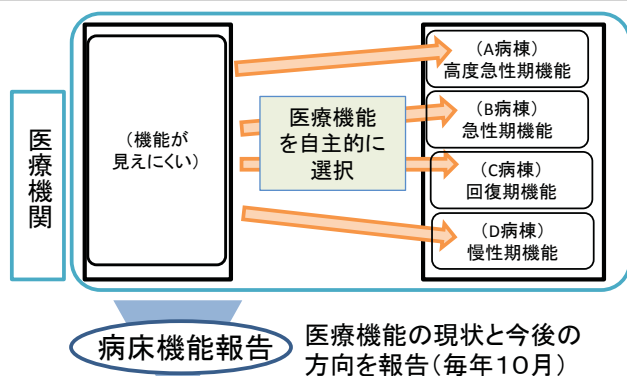
3.地域医療の確保と公立病院改革を進めていく上で4つの視点から見た課題

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

地域医療構想について

厚生労働省資料

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

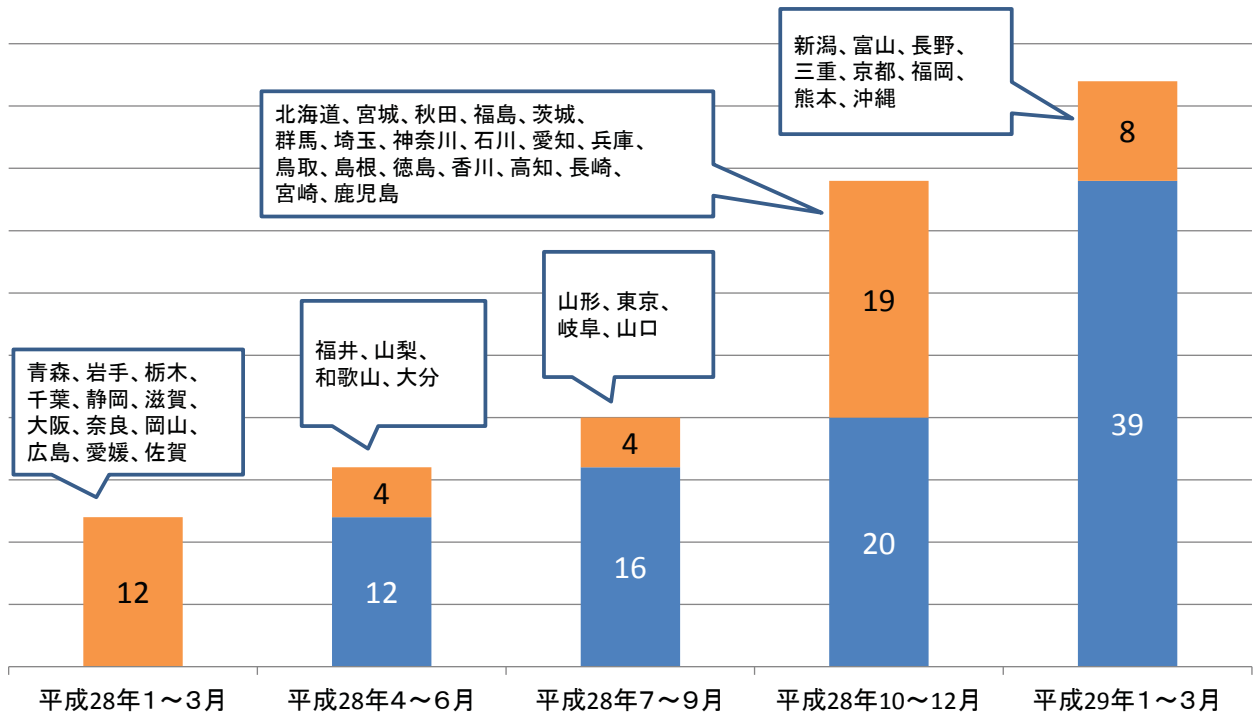


都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

○ 平成27年4月より、各都道府県において地域医療構想の策定を開始し、平成28年度末までに全ての都道府県で策定を完了。



地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

【今後の公立病院経営に向けた提言】

- 1.病院マネジメントの観点からの経営手段
の充実
- (3)経営指標の分析に基づく取組、PDCA
サイクルの展開

病院マネジメントの現状を踏まえた更なる経営の効率化に資する取組

第4回研究会資料

論点

病院マネジメントの観点から、更なる経営改革につながる方策の議論が必要ではないか

(1) これまでの研究会におけるご意見(第3回)

- 決算統計などに多くの指標があるが、必ずしも経営改革に生かされていないのではないかと
⇒ 病院事業においても、指標を活用した経営分析に早急に取り組むべき
 - ・ 経営指標を活用することで、経営の現状や課題等を把握し、管理者や医療スタッフが具体的な行動と結びつけ、理解できるようにする
 - ・ 住民、首長、議会に向けて効果的に説明を行えるようにする

(2) 現状

- 決算統計上に多くの経営指標が存在
- 決算カードにおいて、経営指標の数値を全国平均や類似団体と比較

課題抽出に活用可能な、経営指標・データと業務改善策の関連付けを検討してはどうか

- 分析に用いる経営指標の設定方法
- 経営指標の具体的な経営改善策への結びつけ

経営指標に関する現状(決算統計上の経営指標)

第4回研究会資料

| 収益に関する指標 | 費用に関する指標 | その他 |
|---------------------|--------------|---------|
| 他会計繰入金対経常収益比率 | 職員給与対医業収益比率 | 総収支比率 |
| 他会計繰入金対医業収益比率 | 材料費対医業収益比率 | 経常収支比率 |
| 他会計繰入金対総収益比率 | 減価償却費対医業収益比率 | 医業収支比率 |
| 一日平均患者数(入院) | 委託料対医業収益比率 | 累積欠損金比率 |
| 一日平均患者数(外来) | 医師数 | 病床数 |
| 患者1人1日当たり診療収入(入院) | 医師平均給与月額 | 平均在院日数 |
| 患者1人1日当たり診療収入(外来) | 医師平均年齢 | 病床利用率 |
| 医師1人1日当たり診療収入(入院) | 看護師数 | 紹介率 |
| 医師1人1日当たり診療収入(外来) | 看護師平均給与月額 | |
| 看護部門1人1日当たり診療収入(入院) | 看護師平均年齢 | |
| 看護部門1人1日当たり診療収入(外来) | 准看護師数 | |
| 医師1人1日当たり患者数(入院) | 准看護師平均給与月額 | |
| 医師1人1日当たり患者数(外来) | 准看護師平均年齢 | |
| 看護部門1人1日当たり患者数(入院) | 事務職員数 | |
| 看護部門1人1日当たり患者数(外来) | 事務職員平均給与月額 | |
| 100床当たり医師数 | 事務職員平均年齢 | |
| 100床当たり看護部門職員数 | 医療技術員数 | |
| 100床当たり薬剤部門職員数 | 医療技術員平均給与月額 | |
| 100床当たり事務部門職員数 | 医療技術員平均年齢 | |
| 100床当たり給食部門職員数 | その他職員数 | |
| 100床当たり放射線部門職員数 | その他職員平均給与月額 | |
| 100床当たり臨床検査部門職員数 | その他職員平均年齢 | |
| 100床当たりその他職員数 | | |

経営指標に関する現状(公営企業決算カード)

| 施設及び営業業務概況等 | 都道府県名 | 市町村・組合名 | 病院名 |
|-------------|---------|---------|------|
| 法適用区分 | 条件全部 | 特殊診療機能 | 下送未等 |
| 病院区分 | 一般病院 | 不採算地区病院 | 非該当 |
| 建物面積 | 11,000㎡ | 指定病院の状況 | 救急へ |
| 診療科数 | 17 | 看護配置 | 10:1 |
| 許可公営企業 | - | 経営形態 | 直営 |
| DPC対象病院 | - | - | - |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|----------------|------|------|------|
| 一般 | 47.4 | 74.1 | 66.7 |
| 療養 | - | - | 75.1 |
| 結核 | - | 19.5 | 18.8 |
| 精神 | - | 64.9 | 56.1 |
| 感染症 | - | 1.0 | 2.4 |
| 計 | 47.4 | 72.7 | 68.2 |
| 平均在院日数(一般病床のみ) | 18.4 | 20.2 | 18.6 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 総収益 | 2,351,506 | 2,520,868 | 2,194,815 |
| 1 医療収益 | 2,031,896 | 2,238,382 | 1,918,431 |
| (1) 入院収益 | 1,044,828 | 1,187,088 | 1,078,342 |
| (2) 外来収益 | 933,504 | 937,196 | 788,683 |
| 2 医療外収益 | 319,610 | 342,486 | 236,204 |
| 3 特別利益 | - | - | - |
| 1 医療費用 | 2,767,057 | 3,065,486 | 2,674,624 |
| (1) 職員給与費 | 1,087,812 | 1,301,502 | 1,235,944 |
| (2) 材料費 | 295,818 | 320,772 | 348,732 |
| (3) 薬価費 | 189,192 | 177,167 | 190,000 |
| (4) 経産費 | 440,582 | 481,106 | 485,132 |
| (5) 研究開発費 | 8,531 | 8,425 | 10,117 |
| (6) 経産費 | 3,587 | 5,099 | 3,196 |
| 2 医療外費用 | 105,839 | 119,475 | 132,810 |
| 3 特別損失 | - | 939,740 | - |
| 総収益 | 415,551 | -204,877 | -519,809 |
| 経常収益 | 415,551 | -144,617 | -519,809 |
| 経常収支比率 | 85.0 | 98.7 | 98.1 |
| 医療収支比率 | 79.4 | 86.8 | 77.7 |
| 他会計繰入金 | 9.5 | 12.0 | 9.9 |
| 他会計繰入金 | 11.0 | 14.0 | 11.4 |
| 他会計繰入金 | 9.5 | 12.3 | 10.7 |
| 実収収益 | 76.0 | 86.8 | 83.3 |

| 区分 | 当基病院 | 全国平均 |
|-------|------|------|
| 医師 | 46.4 | 44.5 |
| 看護師 | 41.7 | 38.7 |
| 准看護師 | 41.7 | 41.0 |
| 事務職員 | 44.0 | 41.0 |
| 医療技術員 | 40.4 | 39.5 |
| その他職員 | 45.3 | 46.9 |
| 全職員 | 42.6 | 40.2 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|---------|-------|------|-------|
| 区 | 94 | 316 | 222.9 |
| 院 | 169 | 409 | 167.1 |
| 外 | 100 | 265 | 184.5 |
| 計 | 110.5 | 228 | - |
| 26年度 | 105 | 325 | 208.2 |
| 対前年度増減率 | 11.7 | 2.7 | - |
| 25年度 | 94 | 334 | 237.9 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|------|--------|--------|--------|
| 区 | 30,307 | 44,307 | 12,429 |
| 院 | 44,307 | 30,366 | 9,472 |
| 外 | 31,121 | 11,802 | 3.1 |
| 計 | 31,491 | -1.2 | 21.9 |
| 25年度 | - | - | 0.081 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|---------|---------|--------|------|
| 区 | 551,005 | 88,012 | - |
| 院 | 303,481 | 58,335 | - |
| 外 | 32,135 | 50,330 | - |
| 計 | 19.5 | -21.0 | - |
| 26年度 | 684,814 | 48,132 | - |
| 対前年度増減率 | 7.1 | 18.1 | - |
| 25年度 | 639,392 | 40,760 | - |

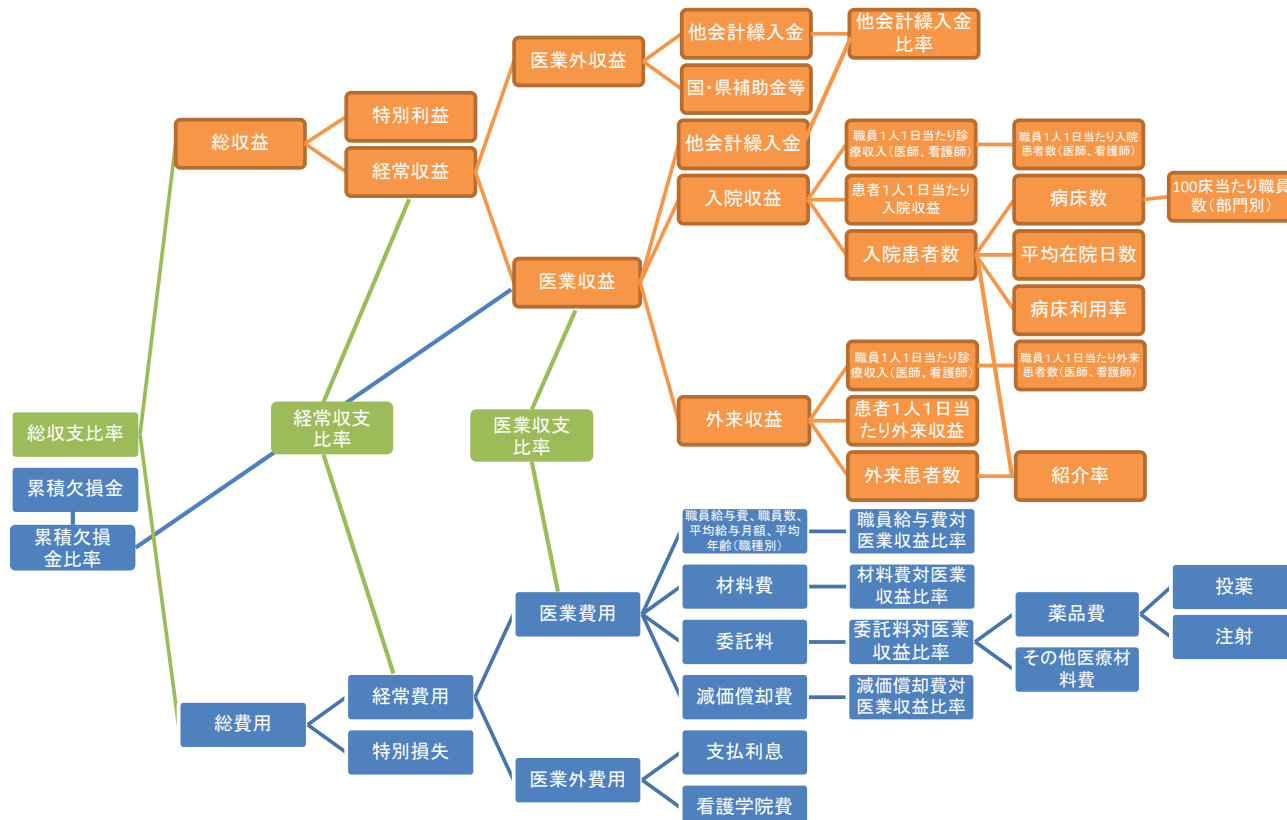
| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|----|-------|-------|-------|
| 投資 | 100.4 | 110.8 | 119.6 |
| 注射 | 102.6 | 90.2 | 106.1 |
| 計 | 102.1 | 96.6 | 111.6 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|----|------|------|------|
| 医 | 9.6 | 4.6 | 7.3 |
| 外 | 21.4 | 7.7 | 13.5 |
| 計 | 0.7 | 0.9 | 1.0 |
| 外 | 1.5 | 1.5 | 1.9 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|------|-------|-------|-------|
| 医 | 4.5 | 15.2 | 8.8 |
| 看護 | 89.5 | 78.9 | 63.3 |
| 薬剤 | 4.5 | 3.7 | 2.9 |
| 事務 | 8.6 | 11.8 | 11.8 |
| 給食 | 1.0 | 2.6 | 2.9 |
| 放射線 | 2.5 | 3.7 | 2.9 |
| 臨床検査 | 3.5 | 4.7 | 3.7 |
| その他 | 6.7 | 10.6 | 12.4 |
| 全職員 | 111.9 | 131.2 | 108.7 |

| 区分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 |
|------------------|------|------|------|
| 連結損金比率(%) | 54.0 | - | - |
| 健全化法上の資金不足額(CFD) | - | - | - |
| 健全化法上の資金不足比率(%) | - | - | - |
| 地附法上の資金不足額(CFD) | - | - | - |
| 地附法上の資金不足比率(%) | - | - | - |

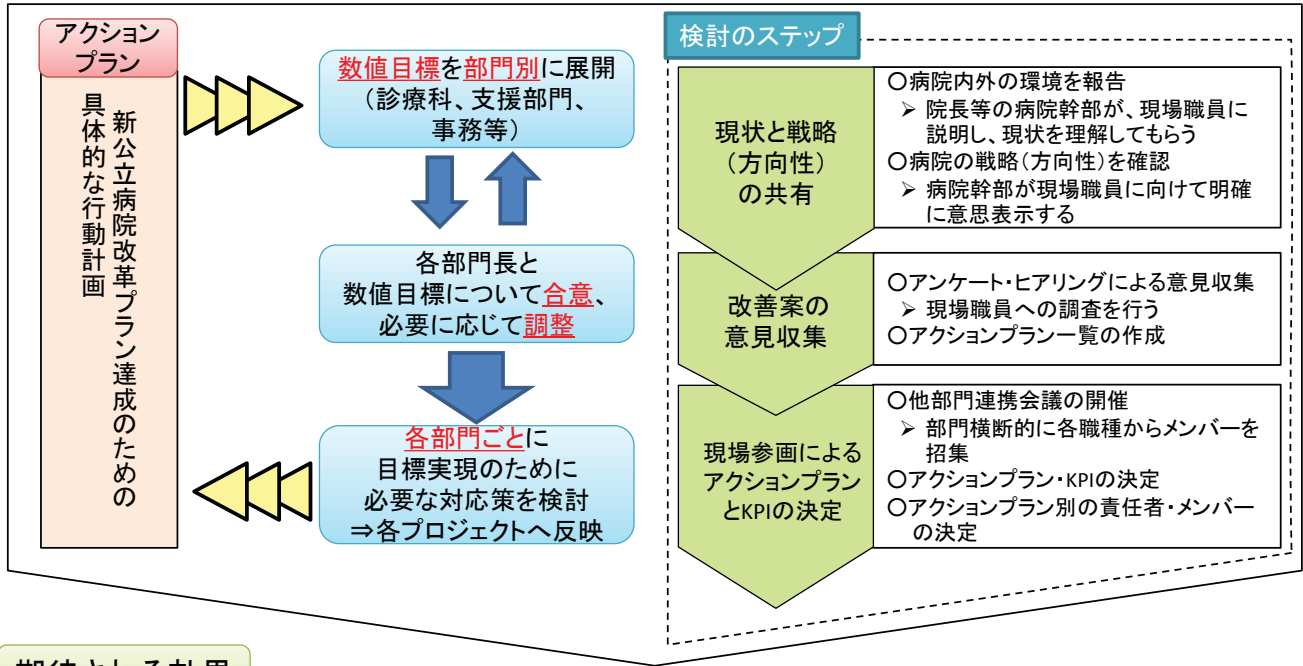
経営指標に関する現状(経営指標の分類)



経営指標に関するコンサルタントからの見解 (新公立病院改革プランを踏まえた経営改革の例)

第4回研究会資料

経営改善の実行のために、現場を巻き込んだ、数値目標を備えたアクションプランやKPIを検討



期待される効果

- 現場における**当事者意識**の醸成
- 状況を最もよく把握する**現場職員**が考える**改善策**の活用

現場に実行の責任

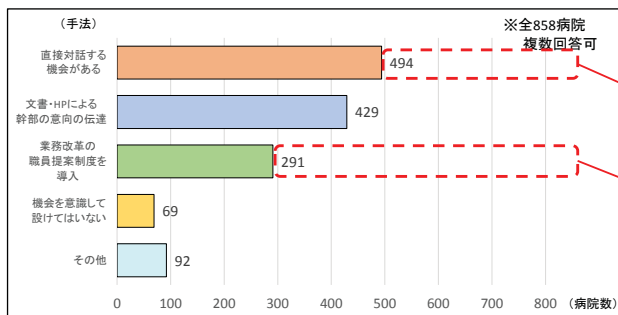
改革の実現可能性を担保

経営指標に関する公立病院へのアンケート結果

第4回研究会資料

平成29年2月13日付けで実施した「公立病院の実態調査等」において、下記の結果を得た。

病院幹部と職員の意思疎通の機会について



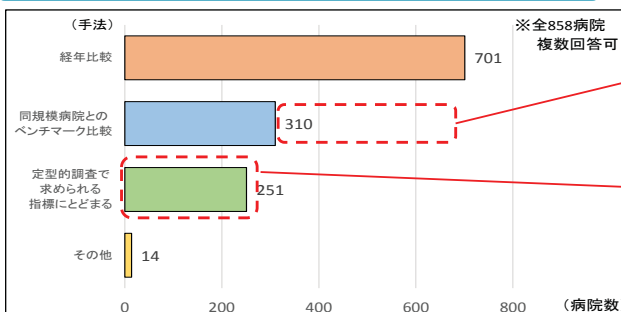
- 直接対話の機会がない病院が半数弱
- 現場職員の提案制度がない病院が多い

○病院幹部が**客観的な資料**をもとにした**現場職員との意思疎通の機会**

を持つために

○**他病院との比較**を備えた**新たな分析の枠組み**の提示が有用ではないか

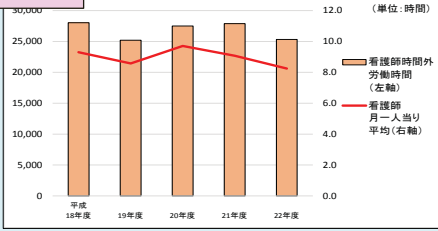
経営状況の統計的な分析手法について



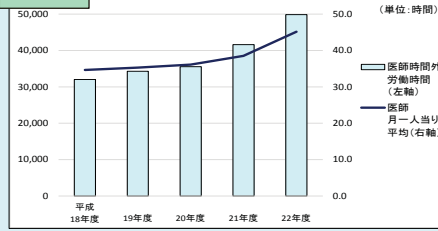
- 同規模他病院との比較を行う病院が少ない
- 定型的調査の指標のみで分析する病院も一定数存在

医療職の時間外労働が多い(~平成22年度)

看護師



医師



横ばいではあるが、**更なる削減が必要**

伸びが顕著であり、**抑制が必要**

医療職の過重労働を減らすための方策例

- 外来・入院の見直し
 - 手術・検査などの見直し
 - 当直体制、救急体制の見直し
 - 病診・病病連携
 - 業務内容の見直し
 - チーム医療の推進
- etc.

改善には医師の協力が不可欠

医師の協力を得るために

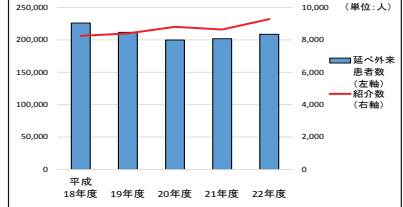
(一例として)

行いたい改善の合理性を、**データを用いることで理解してもらう**

● 外来・手術体制の見直し(外来患者数の適正化、水曜の整形外科外来を休診し手術日へ)

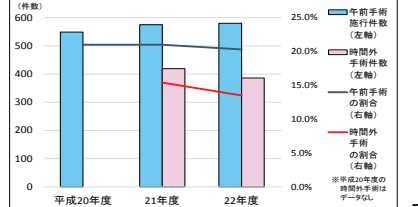
【用いたデータ】 外来患者数、紹介数、時間外延時間数/割合、午前中手術件数/割合
【データから見える改善事項】

外来患者数と紹介数の推移



・紹介数が横ばい
・外来患者数が高止まり

午前手術数と時間外手術数



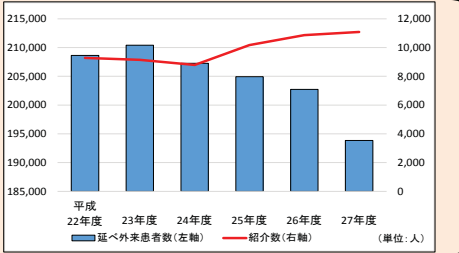
・午前手術の割合が少ない
・時間外手術が存在する

【改善内容(平成22年度~)】

- ・可能な限り診療所へ患者を紹介
- ・整形外科の水曜午前外来の休診→手術日化
- ・現状低い午前開始の手術割合を半分に増加
- ・手術予定時間の厳守、定時手術の時間内開始

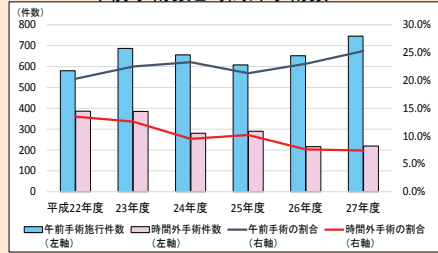
改善取組みの結果

外来患者数と紹介数の推移



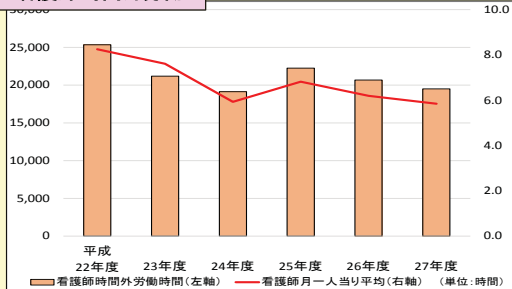
・紹介数の増加
・外来患者数の減少

午前手術数と時間外手術数

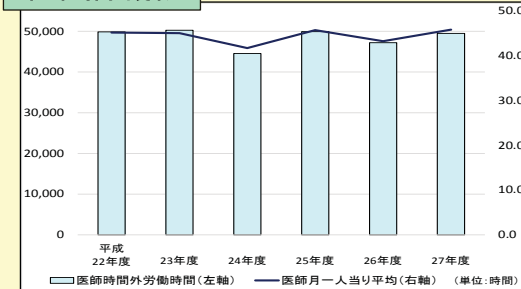


・午前手術割合の増加
・時間外手術数の減少

看護師 時間外労働



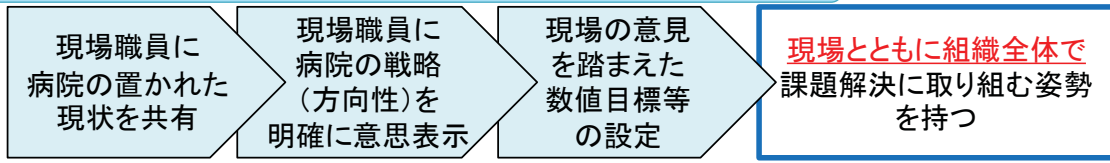
医師 時間外労働



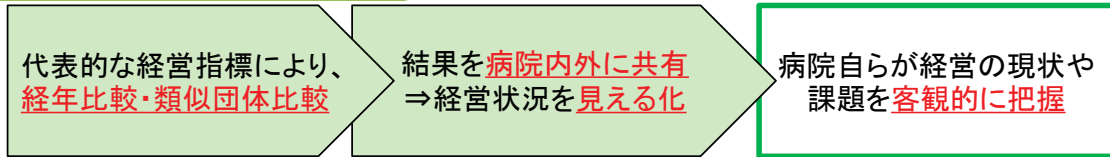
看護師の時間外労働は減少したが、医師には変化が見られなかった

⇒ 今後、医師の時間外労働について、データをもとに再度要因を分析し、改善内容を検討

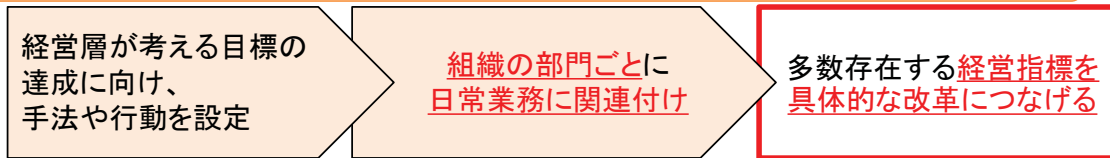
1. 病院幹部（事業管理者、院長、事務長など）の意識改革



2. 経営比較分析表の作成



3. 目標・手法・組織の連関性を意識し、現場のアクションにつなげる改善策



経営改革の実現へ

経営比較分析表の作成

- 総務省では、経営比較分析表の対象拡大・内容充実を公営企業の全面的な見える化として推進
- 病院事業においても、経営指標の経年比較・類似団体比較を行い、経営改革につなげる

経営比較分析表

〇〇県△△市

| 指標名 | 業種名 | 事業名 | 類似団体区分 |
|-------|-------|-------|--------|
| 経費削減率 | 下水道事業 | 公共下水道 | 公立 |
| 経費削減率 | 下水道事業 | 公共下水道 | 公立 |
| 経費削減率 | 下水道事業 | 公共下水道 | 公立 |

1. 経営の健全性・効率性

2. 老朽化の状況

グラフ凡例

- 類似団体 (業種)
- 類似団体平均値 (平均値)
- 平成25年度全国平均

分析欄

1. 経営の健全性・効率性について

【記載内容、考え方】

- ①経年比較・類似団体比較により、現状やその背景について分析
- ②経費削減率が100%以上でも、累積欠損金比率が高い場合は、引き続き経営改善を図る必要
- ③原価が高いと、経費回収率を引き下げ、経営の効率性を低下させる要因に

2. 老朽化の状況について

上記①の他、②老朽化率が高いにも関わらず、改善率が低い場合は、更新が進んでいない可能性

全体総括

○上記2つの分析結果に基づき、経営戦略の策定・見直しや、都道府県・近隣市町村との情報共有・連携強化を含めた、今後の改善に向けた取組等を記載

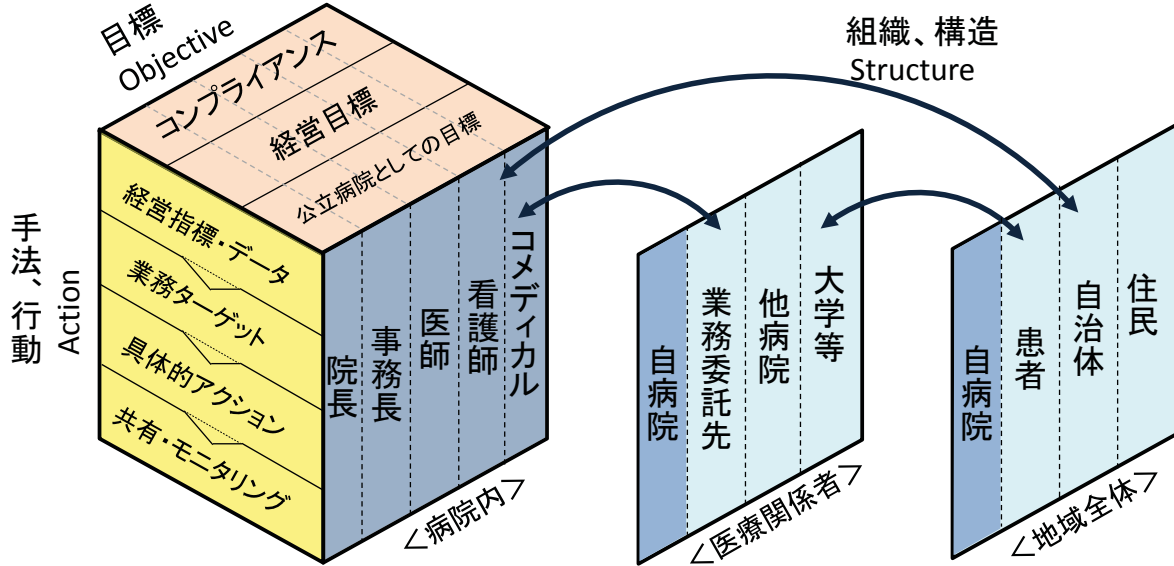
※下水道事業の例を掲載

経営指標は多数存在するが、具体的な改革に結びついていないのではないか？



- ・事業管理者、院長、事務長といった病院幹部が考える病院としての目標が、日常業務のレベルで具体化されていない
- ・経営指標を用いた目標達成のためのPDCAサイクルが確立されていない
- ・目標達成のためのアクションが、組織の構成員やカウンターパートごとに具体化されていない

目標・指標・日常業務を結びつけるプロセスを整備することで、経営改革を実現

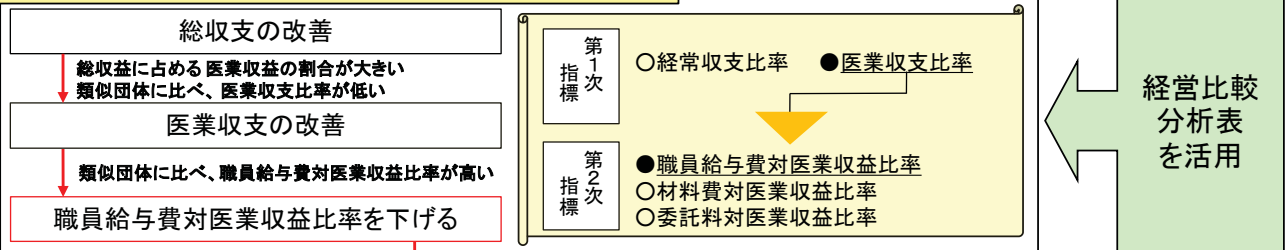


目標・手法・組織の連関性を意識した改善策の具体的イメージ

①経営層の考える経営目標

経営状況(収支)の改善を図る

②経営目標の経営指標・データへの落とし込み



③業務ターゲットの設定

選択肢として、職員給与と費の削減か、収益の増加が考えられるが、

医療＝人的投資増で収入増を図る (職員数の削減が妥当な策ではない場合も多い)

- (1) 効果的かつ効率的な医療スタッフの業務
- (2) 診療報酬の高い診療事業にスタッフを投下

④部門別の具体的アクションの設定

部門ごとに、日常業務に関連づけた取組や数値目標を設定

| | | | |
|-----|---------------------|---|--------------------------------|
| 医師 | ○初診や所見の時間を効果的かつ効率的に | ↔ | 診察時間と診療報酬等のデータの相関性 ⇒ 所見目標時間の設定 |
| | ○手術件数や外来・入院の比率の調整 | ↔ | 手術開始時間の厳守 |
| 看護師 | ○個々の業務の回し方に関する時間効率性 | ↔ | バーコード管理による定型的な看護行為の時間データの分析 |
| | ○病棟内の業務量に見合った看護師の配置 | ↔ | 看護必要度と看護実施のデータを用いた業務量の比較 |

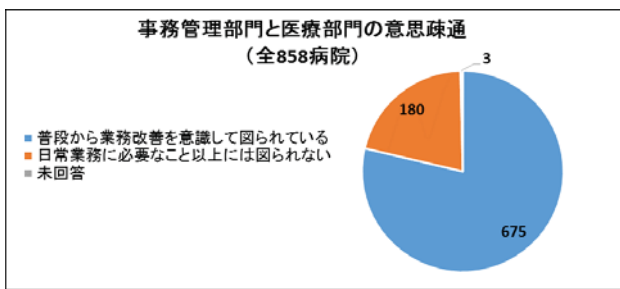
⑤共有・モニタリングの実施

- 進捗状況を部門ごとに確認
- 指標の改善状況を病院全体でも確認 ⇒ 病院全体で共有し、部門ごとにフィードバック

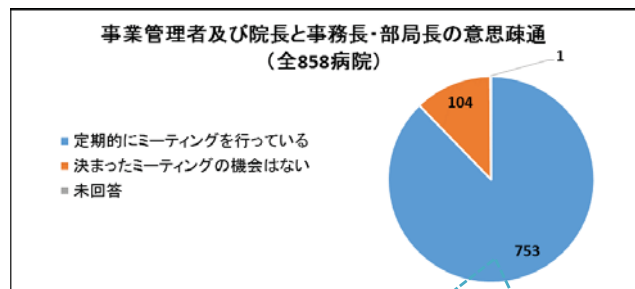


(参考) 平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果①

①病院職員の意味疎通(事務管理部門と医療部門の意味疎通)



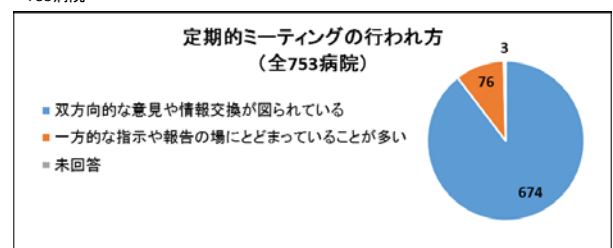
②病院職員の意味疎通(事業管理者及び院長と事務長・部局長の意味疎通)



- 事務部門と医療部門は約8割の病院が「普段から業務改善を意識して(意思疎通が)図られている」と回答。
- 事業管理者及び院長と事務長・部局長は約9割の病院が「定期的にミーティングを行っている」と回答。
- さらに、「定期的にミーティング行っている」病院のうち、「双方向的な意見や情報交換が図られている」と回答した病院が9割程度存在する。
- 一方で、一定数は意思疎通が十分に図られていないと考えられる病院が存在する。

③病院職員の意味疎通(定期的ミーティングの行われ方)

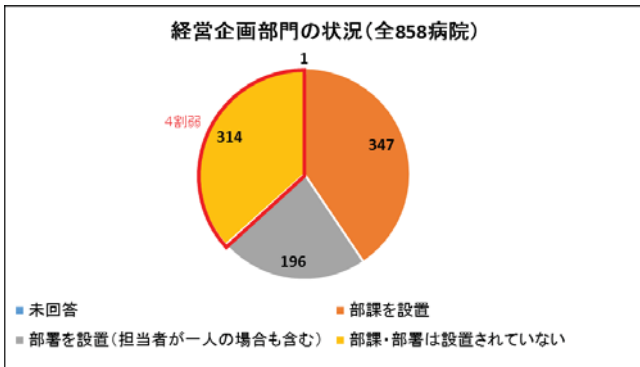
※「②病院職員の意味疎通」において「定期的にミーティングを行っている」を選択した753病院



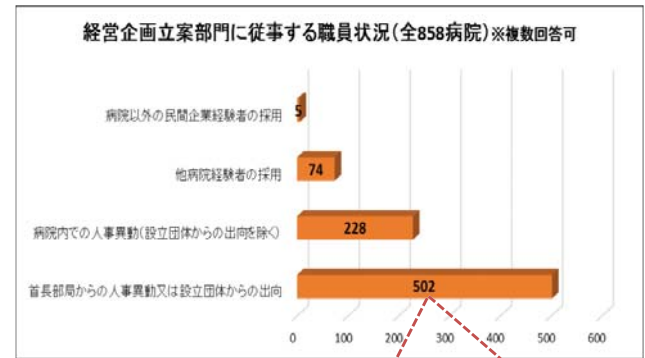
(参考) 平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果②

第4回研究会資料

④病院経営事務関係(経営企画立案部門の状況)



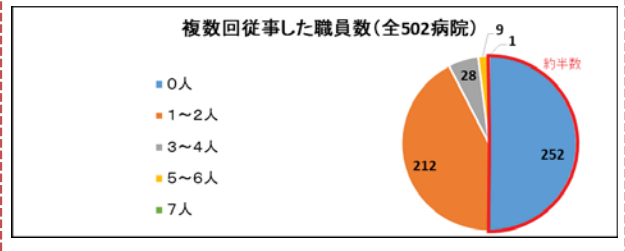
⑤病院経営事務関係(経営企画立案部門に就くする職員状況)



- 経営企画部門の状況において、「部課・部署は設置されていない」病院が4割弱存在する。
- 経営企画部門に就くする職員状況において、6割弱の病院で「首長部局からの人事異動又は設立団体からの出向」による職員が存在する。
- なお、「首長部局からの人事異動又は設立団体からの出向」による職員のうち、約半数は初めて就くする職員である。

⑥病院経営事務関係(複数回就くした職員数)

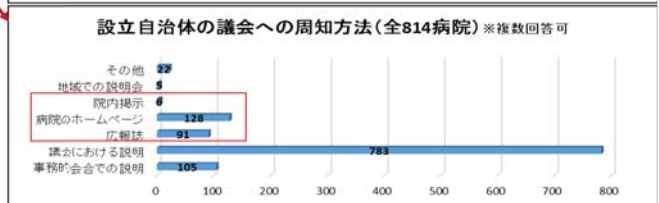
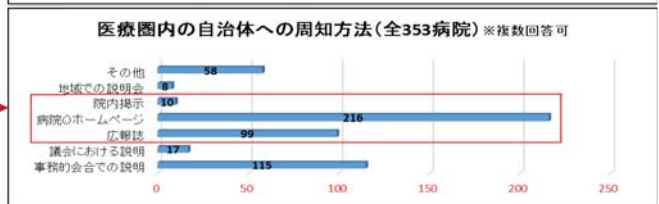
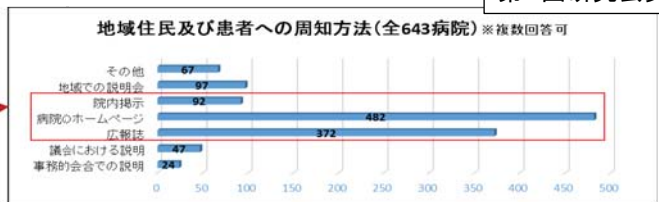
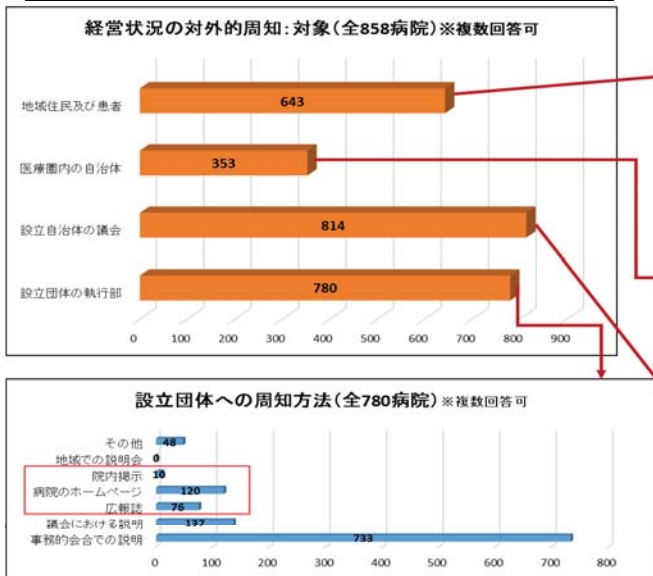
※「⑤病院経営事務関係」において「首長部局からの人事異動又は設立団体からの出向」を選択した502病院



(参考) 平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果③

第4回研究会資料

⑦病院経営事務関係(経営状況の対外的周知)

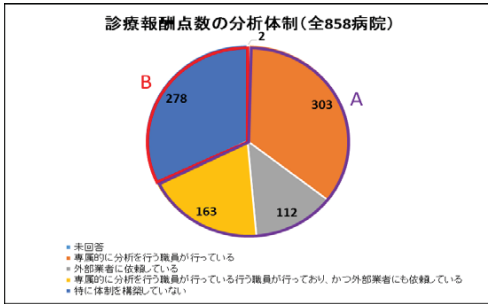


- 「経営状況の対外的周知」において、「設立自治体の議会」及び「設立自治体の執行部」に対しては9割以上の病院が何らかの形で経営状況を周知している。
- なお、「地域住民及び患者」に対する経営状況の周知をしている病院は7.5割であり、前述の設立自治体向けの周知に比して低い水準となっている。
- 周知方法について、「地域住民及び患者への周知」をはじめ、様々な面で広報誌や院内掲示といった文書等による周知が図られており、分かりやすく経営状況の「見える化」を行うことにより、各方面の理解を得ることが重要。

(参考) 平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果④

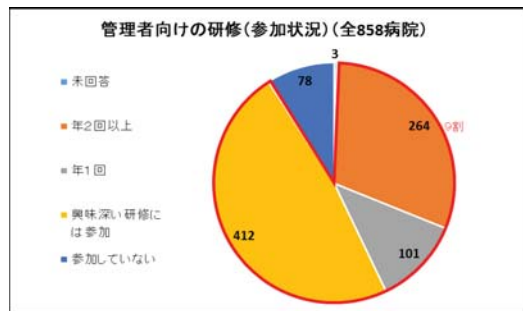
第4回研究会資料

⑧病院経営事務関係(診療報酬点数の分析)

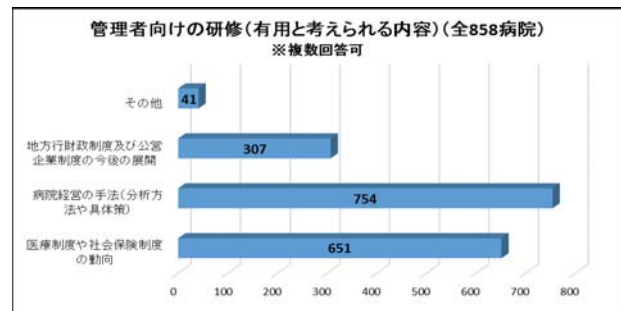


○診療報酬点数の分析体制について、少なくとも「専属的に分析を行う職員が行っている」・「外部業者に依頼している」病院(A)は578病院(約67.4%)。
○一方、「特に体制を構築していない」病院(B)は278病院(約32%)となっている。

⑨管理者向けの研修(参加状況)



⑩管理者向けの研修(有用と考えられる内容)



○管理者向けの研修の参加状況は、約9割が何らかの研修に参加している状況。
○なお、「興味深い研修には参加」と回答した病院が半数近くを占めている。
○管理者向けの研修として有用と考えられる内容として、最も多い回答は「病院経営の手法」となっており、754病院(約88%)が回答している。次いで、「医療制度や社会保険制度の動向」を回答した病院が651病院(約76%)となっている。

伊関委員からの提案に対する事務局案

経営改善に資する診療報酬加算状況の比較

1. データベースの構築について

診療報酬の加算状況が把握可能なデータベースを整備してはどうか

- 全国の公立病院がどの加算項目に該当しているのかを一覧化(伊関委員ご提供)
- 各病院の固有情報(有する診療科、立地、病床数、自治体の基礎情報等)を付与し、類似病院の検索が可能なデータベースを構築
- ⇒ 類似の団体・病院と比較することで、収益向上の余力を見いだすことができる

(イメージ)

| 基礎的な情報 | | | | | | | 加算に関する情報 | | | | | | | | | |
|---------|-------|---------|-----------------|-----|------|-----|----------|-----|----------|---------|-----|----------|----------|----------|-----------|-----|
| 都道府県コード | 都道府県名 | 医療機関番号 | 医療機関名称(厚生労働省届出) | 診療科 | | | 立地 | 病床数 | 設置地方公共団体 | 人口 | 届出数 | 基本診療科 | | | | |
| | | | | 内科 | 心療内科 | 精神科 | | | | | | 時間外対応加算1 | 時間外対応加算2 | 地域包括診療加算 | 一般病棟入院基本料 | ... |
| 1 | 〇〇県 | 1234567 | 市立〇〇病院 | ● | | | | 520 | 〇〇市 | 600,000 | 150 | | | | ● | ... |
| 2 | △△県 | 2345671 | 県立△△病院 | ● | ● | | | 150 | 〇〇市 | 50,000 | 200 | ● | | | ● | ... |
| 2 | △△県 | 3456712 | 市立◇◇病院 | ● | ● | ● | | 300 | 〇〇市 | 200,000 | 70 | ● | | | ● | ... |
| 3 | ××県 | 4567123 | 県立××病院 | ● | | ● | | 350 | 〇〇市 | 350,000 | 40 | | | ● | ● | ... |
| 3 | ××県 | 5671234 | 市立××病院 | ● | ● | ● | | 500 | 〇〇市 | 550,000 | 30 | ● | | | ● | ... |
| 3 | ××県 | 6712345 | 市立□□病院 | ● | | ● | | 110 | 〇〇市 | 15,000 | 10 | | | ● | ● | ... |

2. 当該データベースの管理・運営主体及び取扱いについて

自治体病院協議会で管理・運営いただくこととし、会員であれば閲覧することが可能となるような取扱いとしてはどうか。

城西大学経営学部伊関友伸研究室作成

自治体病院加算取得状況比較ツール(試作品)

地方厚生局届出受理医療機関名簿より作成(データ取得2016年12月8日21時)

(イメージ)

| 都道府県コード | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
|-------------------|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 都道府県名 | | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 | A県 |
| 医療機関番号 | | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** |
| 医療機関名称 (厚労省届出) | | A病院 | B病院 | C病院 | D病院 | E病院 | F病院 | G病院 | H病院 | I病院 | J病院 | |
| 届出数 | | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** |
| 基本診療料 | 時間外対応加算1 (時間外1) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 時間外対応加算2 (時間外2) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 時間外対応加算3 (時間外3) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 地域包括診療加算 (地包加) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 (病初診) | 病初診 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 歯科外来診療環境体制加算 (外来環) | 外来環 | - | - | - | - | 外来環 | - | - | - | - | - |
| | 歯科診療特別対応運搬加算 (歯特運) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 一般病棟入院基本料 (一般入院) | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 | 一般入院 |
| | 療養病棟入院基本料 (療養入院) | - | - | - | - | - | - | 療養入院 | 療養入院 | 療養入院 | - | 療養入院 |
| | 結核病棟入院基本料 (結核入院) | - | - | - | - | - | 結核入院 | - | - | - | - | - |
| | 精神病棟入院基本料 (精神入院) | - | - | 精神入院 | - | - | - | - | - | 精神入院 | - | - |
| | 特定機能病院入院基本料 (特定入院) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 専門病院入院基本料 (専門入院) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 障害者施設等入院基本料 (障害入院) | - | 障害入院 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 有床診療所入院基本料 (診入院) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算 (診入帰) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 有床診療所療養病床入院基本料 (診療養入院) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算 (診療養入帰) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 総合入院体制加算1 (総合1) | 総合1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 総合入院体制加算2 (総合2) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 総合入院体制加算3 (総合3) | - | - | - | - | - | 総合3 | - | - | - | - | - |
| | 超急性期脳卒中加算 (超急性期) | 超急性期 | - | - | - | - | - | 超急性期 | - | - | - | - |
| | 診療録管理体制加算1 (診療録1) | - | - | - | - | 診療録1 | 診療録1 | - | - | - | 診療録1 | - |
| | 診療録管理体制加算2 (診療録2) | 診療録2 | 診療録2 | 診療録2 | 診療録2 | - | - | - | - | 診療録2 | - | - |
| | 医師事務作業補助体制加算1 (事補1) | - | 事補1 | - | - | 事補1 | 事補1 | - | - | 事補1 | - | - |
| | 医師事務作業補助体制加算2 (事補2) | - | 事補2 | - | 事補2 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 急性期看護補助体制加算 (急性看護) | 急性看護 | 急性看護 | 急性看護 | 急性看護 | 急性看護 | 急性看護 | - | - | 急性看護 | - | - |
| | 看護職員夜間配置加算 (看夜配) | 看夜配 | 看夜配 | - | 看夜配 | - | 看夜配 | - | - | - | - | - |
| | 特殊疾患入院施設管理加算 (特施) | - | 特施 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 看護配置加算 (看配) | - | - | 看配 | - | - | - | - | - | 看配 | 看配 | - |
| 看護補助加算 (看補) | - | - | 看補 | - | - | - | - | - | 看補 | 看補 | 看補 | |
| 療養環境加算 (療) | - | 療 | 療 | 療 | 療 | 療 | - | - | 療 | 療 | 療 | |
| 重症者等療養環境特別加算 (重) | 重 | - | 重 | 重 | 重 | 重 | - | - | 重 | 重 | 重 | |
| 療養病棟療養環境加算1 (療養1) | - | - | - | - | - | - | 療養1 | - | - | - | - | |

2. 公立病院に対する財政的・制度的支援

(1) 地域医療確保のための財政的支援

1. 公立病院を取り巻く環境の変化に伴う、更なる医療連携の必要性

第5回研究会資料

論点2

地域医療の確保に資する公立病院の標準的な需要をどう捉えるか

① 不採算地区医療を確保するために必要な措置(医師確保等の取組に資する措置を含む)

(1) これまでの研究会における主なご意見(再掲)

- 不採算地区病院を抱える自治体は、地域医療を確保するため多額の繰出しを余儀なくされている。
- 地域の開業医の廃院等により、自治体病院の役割が増大することが予想される。
- 地域医療の最後の砦としての役割を果たしている自治体病院の中でも、特に不採算地区での医療等への重点的な支援を含め、何らかのメリハリのきいた支援というものが必要ではないか。地方公共団体が不採算地区に対する繰入額を増額しても、交付税措置は繰入ほどの伸びがなく、持ち出しが増えているという実態がある。
- 現行の臨床研修制度(H16～)以降、医師不足が深刻化しており、厳しい財政状況の中で公立病院の経営悪化が広がっているという実態がある。経営改善のためには、医師数の改善が必要ではないか。
- 常勤医師の確保が困難な地域は、非常勤医師の応援により対応しているが、交通費の支弁の他、非常勤医師に係る給与は常勤医師の2倍であり、割高という実態がある。経費負担が大きいことから、経営的に難しい状況があるのではないか。当該事情を考慮した医師派遣経費に対する財政措置の継続・充実が必要ではないか。

(2) 現状（現行の地方財政措置等）

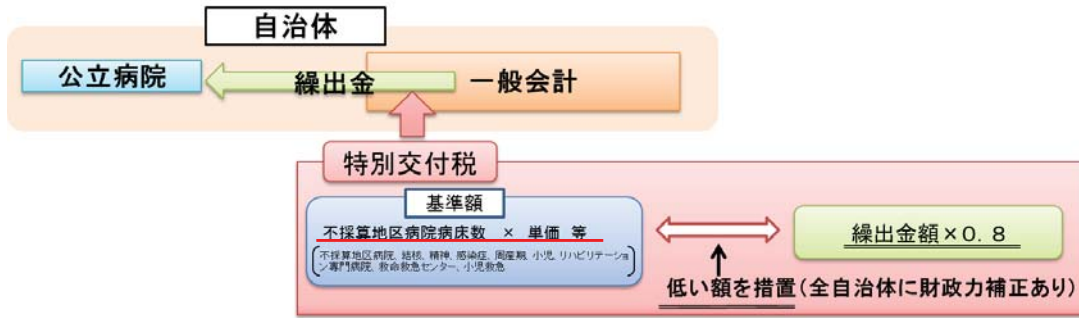
① 現行の地方財政措置について

○ 不採算地区病院の運営に要する経費

(第1種) 1,263千円 × 不採算地区病院の病床数
 (第2種) 842千円 × 不採算地区病院の病床数

- ※ 第1種：病床数が150床未満で、直近の一般病院まで15km以上に所在する一般病院
- ※ 第2種：病床数が150床未満で、半径5km以内の人口が3万人未満の一般病院
- ※ 稼働病床数と許可病床数の差には緩和措置。
- ※ 許可病床数が100床以上の場合、150床で零となるよう逡減させた病床数を上限とする稼働病床数を用いる。
- ※ 半径5km以内の人口が3万人以上10万人未満の病院は、第2種単価を10万人で零となるよう逡減して措置。
- ※ 平成26年度に第2種に該当した病院で、平成27年度の要件の変更により半径5km以内の人口が3万人以上10万人未満の病院または第2種に該当しなくなった病院には経過措置を講じる。

《特別交付税措置のイメージについて》



○ 医師確保対策に要する経費（医師の派遣を受けることに要する経費）

医師派遣受け入れ経費 × 0.5（特別交付税） ※人件費を除く

※ 公立病院において医師の派遣を受けることに要する経費について繰り出すための経費。

非常勤医師にかかる経費

(参考) H29.1.19
 第3回研究会 資料1
 (中川正久委員 提出資料)

緑出金に対する地方財政措置（平成27年度緑出金基準）

医師確保対策に要する経費【医師の派遣を受けることに要する経費】

- ・ 公立病院において医師の派遣を受けることに要する経費について繰り出すための経費である。

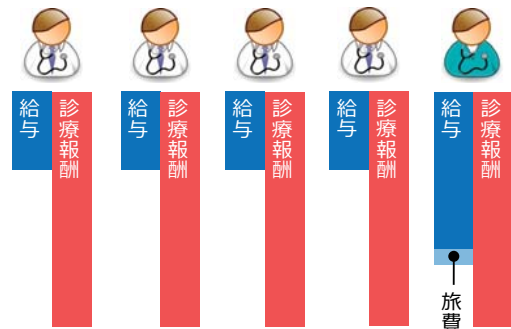
医師派遣受け入れ経費 × 0.5（特別交付税） ※人件費を除く

○ A町立病院（中小規模【国指定の過疎地域、特別豪雪地帯指定地域】）の例

- ・ 内科、外科、整形外科、小児科他（10診療科）。入院は内科のみ。
- ・ 内科以外は全て非常勤で対応。内科、小児科の外來は毎日診療、他診療科は不定期。

常勤医師（内科）4名
 平均年齢：54才
 平均月収：158万円
 診療日：月・火・水・木・金・土（午前のみ）

非常勤医師（小児科）1名（毎日交代）
 平均年齢：-
 月平均支払給与額：293万円（平均日給12.2万円×24日）
 往復旅費：31.2万円（1日当たり1.3万円×24日）
 診療日：月・火・水・木・金・土（午前のみ）



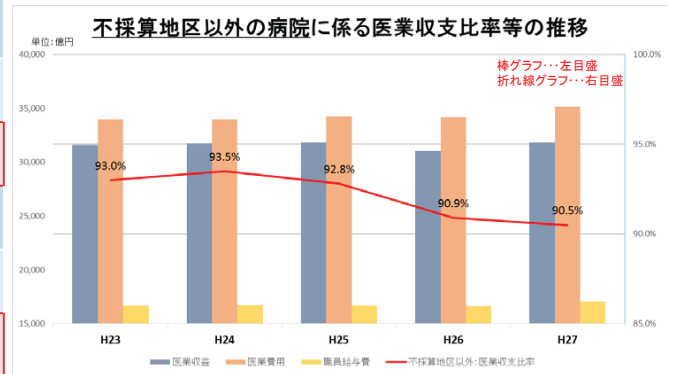
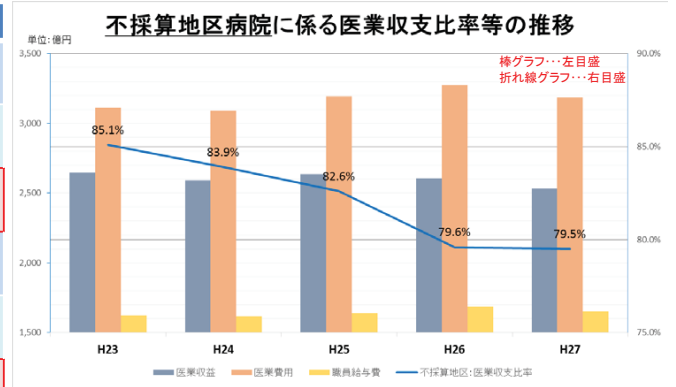
常勤医師の平均月収158万円に対し、
 非常勤医師の経費（給与費 + 交通費の月額）は約324万円。

医師確保に寄与しており地財措置の継続・充実が必要

② 不採算地区病院及び不採算地区以外の病院における直近5年間の経営指標の状況について

- 不採算地区病院と不採算地区以外の病院を比較すると、医業収支比率、職員給与比率及び病床利用率が大きく乖離しており、近年は更にその乖離が広がる傾向にある。

| | | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|--------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 医業収支比率 | 不採算地区病院 | 85.1% | 83.9% | 82.6% | 79.6% | 79.5% |
| | 不採算地区以外の病院 | 93.0% | 93.4% | 92.8% | 90.9% | 90.5% |
| | 差 | △7.9% | △9.6% | △10.2% | △11.3% | △11.0% |
| 経常収支比率 | 不採算地区病院 | 99.1% | 98.2% | 97.2% | 97.6% | 97.5% |
| | 不採算地区以外の病院 | 100.4% | 100.5% | 99.6% | 99.2% | 98.8% |
| | 差 | △1.3% | △2.3% | △2.4% | △1.6% | △1.3% |
| 職員給与比率 | 不採算地区病院 | 61.4% | 62.4% | 62.2% | 64.8% | 65.2% |
| | 不採算地区以外の病院 | 52.9% | 52.7% | 52.5% | 53.5% | 53.7% |
| | 差 | +8.5% | +9.7% | +9.7% | +11.3% | +11.5% |
| 病床利用率 | 不採算地区病院 | 70.9% | 69.0% | 69.0% | 68.1% | 68.1% |
| | 不採算地区以外の病院 | 74.9% | 74.5% | 74.0% | 73.5% | 73.4% |
| | 差 | △4.0% | △5.5% | △5.0% | △5.4% | △5.3% |



③ 平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果について

1) 医師確保の状況についての認識

医師が全体的に不足していると認識している不採算地区病院(53.4%(151病院))は、不採算地区以外の病院(37.6%(216病院))を約16ポイント上回っている。(単位:病院)

| | 医師充足 | 特定診療科で医師不足 | 全体的に医師不足 | 未回答 | 計 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|----------|-----|
| 全体 | 114 (13.3%) | 375 (43.7%) | 367 (42.8%) | 2 (0.2%) | 858 |
| うち、不採算地区病院 | 58 (20.5%) | 74 (26.1%) | 151 (53.4%) | 0 (0.0%) | 283 |
| うち、不採算地区以外の病院 | 56 (9.7%) | 301 (52.3%) | 216 (37.6%) | 2 (0.4%) | 575 |

2) 病院内の医師数に対する非常勤医師の割合

病院内の6割以上が非常勤医師により構成されている不採算地区病院(46.3%(131病院))は、不採算地区以外の病院(25.6%(147病院))を約21ポイント上回っている。(単位:病院)

| | 10割 | 8割~10割 | 6割~8割 | 4割~6割 | 2割~4割 | 2割未満 | 非常勤無 | 未回答 | 計 |
|---------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------|------------|-----|
| 全体 | 278病院 (32.4%) (0.2%) | 108 (12.6%) | 168 (19.6%) | 167 (19.5%) | 167 (19.5%) | 91 (10.6%) | 63 (7.3%) | 92 (10.7%) | 858 |
| うち、不採算地区病院 | 131病院 (46.3%) (0.7%) | 62 (21.9%) | 67 (23.7%) | 36 (12.7%) | 48 (17.0%) | 17 (6.0%) | 14 (4.9%) | 37 (13.1%) | 283 |
| うち、不採算地区以外の病院 | 147病院 (25.6%) (0.0%) | 46 (8.0%) | 101 (17.6%) | 131 (22.8%) | 119 (20.7%) | 74 (12.9%) | 49 (8.5%) | 55 (9.6%) | 575 |

3) 非常勤医師と常勤医師の給与比較

常勤医師の1.5倍以上の給与となっている非常勤医師は、不採算地区病院(21.9%(62病院))と不採算地区以外の病院(19.8%(114病院))で約2ポイント差と大きな差はない。(単位:病院)

| | 常勤医師より低い | 常勤医師と同水準 | 常勤医師の1倍以上 | 常勤医師の1.5倍以上 | 常勤医師の2倍以上 | 未回答 | 計 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------------|------------|------------|
| 全体 | 200 (23.3%) | 221 (25.8%) | 173 (20.2%) | 176病院 (20.5%) | 105 (12.2%) | 71 (8.3%) | 88 (10.2%) |
| うち、不採算地区病院 | 46 (16.2%) | 81 (28.6%) | 61 (21.6%) | 62病院 (21.9%) | 31 (10.9%) | 31 (11.0%) | 33 (11.7%) |
| うち、不採算地区以外の病院 | 154 (26.8%) | 140 (24.3%) | 112 (19.5%) | 114病院 (19.8%) | 74 (12.9%) | 40 (6.9%) | 55 (9.6%) |

(3) 平成29年2月13日付け「公立病院の実態調査等」の調査結果を踏まえた経営指標の状況

1) 医師確保の状況についての認識

| 区分 | | | 医業収支比率 | 経常収支比率 | 給与費比率 | 医業費用に占める給与費の構成比 |
|----------|------------|---------------|--------|--------|-------|-----------------|
| 全体的に医師不足 | 不採算地区病院 | 151病院 (53.4%) | 78.5% | 97.8% | 67.1% | 52.6% |
| | 不採算地区以外の病院 | 216病院 (37.6%) | 89.6% | 98.6% | 55.4% | 49.6% |

4) 不採算地区病院における経営指標の状況

| 区分 | | | 医業収支比率 | 経常収支比率 | 給与費比率 | 医業費用に占める給与費の構成比 |
|-------------------------|--|--|--------|--------|-------|-----------------|
| 医師は充足している | | | 78.8% | 98.3% | 63.2% | 49.8% |
| うち、非常勤医師が6割以上 | | | 81.0% | 99.1% | 68.6% | 55.5% |
| うち、非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与 | | | 85.8% | 97.8% | 60.8% | 52.2% |
| 全体的に不足 | | | 78.5% | 97.8% | 67.1% | 52.6% |
| うち、非常勤医師が6割以上 | | | 79.7% | 97.9% | 66.7% | 53.2% |
| うち、非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与 | | | 81.5% | 98.6% | 61.3% | 50.0% |

2) 病院内の医師数に対する非常勤医師の割合

| 区分 | | | 医業収支比率 | 経常収支比率 | 給与費比率 | 医業費用に占める給与費の構成比 |
|----------------|------------|---------------|--------|--------|-------|-----------------|
| 病院内の6割以上が非常勤医師 | 不採算地区病院 | 131病院 (46.3%) | 81.4% | 98.2% | 64.8% | 52.7% |
| | 不採算地区以外の病院 | 147病院 (25.6%) | 89.6% | 97.7% | 56.2% | 50.4% |

3) 非常勤医師と常勤医師の給与比較

| 区分 | | | 医業収支比率 | 経常収支比率 | 給与費比率 | 医業費用に占める給与費の構成比 |
|----------------------|------------|---------------|--------|--------|-------|-----------------|
| 非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与 | 不採算地区病院 | 62病院 (21.9%) | 83.6% | 98.2% | 59.9% | 50.1% |
| | 不採算地区以外の病院 | 114病院 (19.8%) | 92.4% | 98.6% | 51.5% | 47.6% |

⇒ 上記1)～3)のいずれの区分においても、不採算地区病院と不採算地区以外の病院について一定の条件下において経営指標を比較すると、不採算地区病院がより厳しい経営状況であることが確認できる。

一方、4)において、不採算地区病院を医師が充足している病院と不足している病院とに分け、それぞれ非常勤医師が6割以上かつ常勤医師の1.5倍以上の給与となっている病院の経営指標の比較をみると、充足している方が高い医業収支比率を示すことが確認でき、給与が割高な非常勤医師であっても確保できれば医業収益の改善に寄与するものと考えられる。

(4) 現状の分析

- 直近5年間の経営指標を踏まえると、不採算地区病院と不採算地区以外の病院では、医業収支比率及び職員給与比率に大きな乖離があり、より厳しい経営状況にあることが確認できるとともに、近年はその乖離が広がる傾向にある(P4)。
- 公立病院の実態調査の結果、「全体的に医師不足」及び「病院内の6割以上が非常勤医師」となっている不採算地区病院の割合は、それぞれ不採算地区以外の病院の割合を大幅に上回っている(P5)。
- また、「全体的に医師不足」、「病院内の6割以上が非常勤医師」及び「非常勤医師が常勤医師の1.5倍以上の給与」となっている病院について、それぞれ不採算地区病院と不採算地区以外の病院における経営指標を比較しても、不採算地区病院の方が厳しい経営状況にある一方、給与が割高となる非常勤医師であっても確保できれば、医業収益の改善に寄与するものと考えられる(P6)。

なお、不採算地区病院に限るものではないが、医師確保の取組には、下記の経費が生じている場合があることを全国自治体病院協議会に確認している。

- 医療需要はあるものの医師確保につながらず維持費等の費用負担が重くなっているケース
例) 診療科の未開設による診察室の未活用及び病床の空きスペース、着任に備え整備した公舎の空室の維持 など
- 医師確保のために講じている環境整備に係る経費
例) 院内の勤務環境又は公舎の生活環境の整備・充実等 など
- その他医師確保に要する経費
例) 医師招聘活動、ドクターバンクなど医師の求人・求職の斡旋事業の活用、医師募集サイト等への広告 など

(5) 方向性 (案)

- 不採算地区病院が、不採算地区以外の病院と比較してより厳しい経営状況にあることを踏まえ、不採算地区病院に対する財政措置を充実する方向で検討してはどうか(その際、非常勤医師の給与負担の重さを考慮すべきか)。
- 併せて医師確保の重要性に鑑み、医師確保対策に係る財政措置の充実が必要か。

論点2

地域医療の確保に資する公立病院の標準的な需要をどう捉えるか

近年の資材単価等の動向を勘案した、公立病院の施設整備に関する措置

(1)これまでの研究会における主なご意見(再掲)

- ・ 建設改良に係る交付税措置について、近年、建築単価の上昇、入札不調の傾向が続いている状況。平成27年度から、建設改良に係る交付税措置が拡充をされたところだが、自治体病院はなお多額の負担をしており、社会経済情勢の動き

に即して、その所要額を確実に確保するとともに、充実を図ることが必要ではないか。

※平成28年11月22日 全国自治体病院開設者協議会・全国自治体病院協議会要望書を踏まえてのご発言。

(参考)これまでに総務省に寄せられている要望等

- ・ 今後、東京オリンピックに関連する整備が進むにつれ、更なる労務単価や建築資材の上昇が予想されることから、公立病院施設整備にあたり、実勢に合致した交付税対象建築単価に見直していただきたい。(宮崎県(平成29年4月))
- ・ 病院事業債の交付税措置される施工単価の上限(36万円)について、近年の労務単価高騰を反映したものに直直すること。(島根県大田市(平成29年4月))

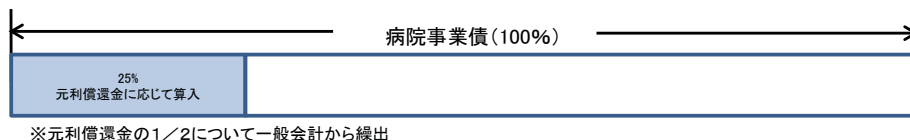
(2)現状 (病院事業債の概要及び建築単価の実勢の推移等)

① 病院事業債の概要について

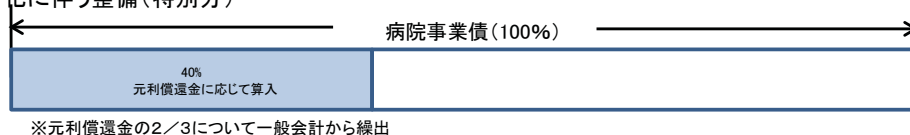
【病院事業債の概要】

- 対象経費
 - ① 病院、診療所、その他の医療施設、職員宿舎及び看護師宿舎の建設改良費等
 - ② 医療又は看護のために必要な機械器具の整備費等
 - ③ 用途廃止施設の処分に要する経費
- 普通交付税措置
 - ・ 建設改良費等については、建物の建築単価が1㎡当たり36万円以下の部分に相当する額に係る病院事業債(特別分を含む。)の元利償還金について普通交付税措置を行う。
 - ・ 平成27年度以降に実施設計を行う病院施設の新設・建替等については、地域の医療提供体制の確保に大きな役割・責任を有する都道府県の十分な検討を踏まえて、適当と認められるものに対し普通交付税措置を行う。
 - ・ 上記③については普通交付税措置なし(既存建物を撤去しなければ、施設の増改築ができない場合を除く。)

《通常の整備》



《再編・ネットワーク化に伴う整備(特別分)》



【病院事業債の資金】

- 財政融資資金、地方公共団体金融機構資金及び民間等資金を充てることとしている。
 ※ただし、地方独立行政法人への貸付金にかかる病院事業債の資金については、地方公共団体金融機構資金及び民間等資金

② 建築単価の実勢の推移等

建築単価の推移(着工年度別)

【公立病院】

| | H21年度 | H22年度 | H23年度 | H24年度 | H25年度 | H26年度 | H27年度 | H28年度 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 件数 (件) | 2 | 26 | 38 | 43 | 38 | 29 | 14 | 19 |
| 平均建築単価 (千円/㎡) | 270 | 276 | 307 | 326 | 353 | 472 | 491 | 406 |
| 平成21年度を100とした 場合の指数 | 100 | 102 | 114 | 121 | 131 | 175 | 182 | 150 |

【公的病院等】 ※日赤、済生会、厚生連、国立病院機構

| | H21年度 | H22年度 | H23年度 | H24年度 | H25年度 | H26年度 | H27年度 | H28年度 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 件数 (件) | — | 8 | 24 | 26 | 25 | 10 | 8 | 17 |
| 平均建築単価 (千円/㎡) | — | 151 | 214 | 259 | 321 | 358 | 415 | 364 |
| 平成22年度を100とした 場合の指数 | — | 100 | 142 | 172 | 213 | 237 | 275 | 241 |

【上記のうち国立病院機構】

| | H21年度 | H22年度 | H23年度 | H24年度 | H25年度 | H26年度 | H27年度 | H28年度 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 件数 (件) | — | 5 | 22 | 19 | 11 | 7 | 3 | 11 |
| 平均建築単価 (千円/㎡) | — | 166 | 192 | 221 | 281 | 287 | 337 | 360 |
| 平成22年度を100とした 場合の指数 | — | 100 | 116 | 133 | 169 | 173 | 203 | 217 |

平成28年度着工事業における建築単価の分布

| 建築単価(㎡あたり) | 公立病院 | 公的病院 | |
|--------------|------|------|-----------|
| | | | うち、国立病院機構 |
| 25万円以下 | 1 | | |
| 25万円超～30万円以下 | 1 | 4 | 4 |
| 30万円超～35万円以下 | 4 | 5 | 3 |
| 35万円超～40万円以下 | 1 | 4 | 2 |
| 40万円超～45万円以下 | 1 | 3 | 2 |
| 45万円超～50万円以下 | 6 | 1 | |
| 50万円超～55万円以下 | 1 | | |
| 55万円超～60万円以下 | 2 | | |
| 60万円超 | 2 | | |
| 合計 | 19 | 17 | 11 |

③ 現状を踏まえた課題

1. 公立病院の建築単価は、公的病院等と比べて割高になっている状況が見受けられるが、その理由及び抑制策は何か。
2. 病院事業債に係る普通交付税措置の対象となる建築単価を、公立病院の実勢に応じて見直すべきか。

(3) 方向性(案)

公立病院及び公的病院等の建築単価の実勢を踏まえた定期的な見直しの仕組みを検討することが必要か。

参考

〔平成21年度以前〕 制限なし → 〔平成21年度～〕 30万円/㎡以内 → 〔平成26年度～〕 36万円/㎡以内

○ 平成21年度に建築単価の上限を設けた理由・経緯

平成20年度に開催された「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」における「公立病院と民間病院の経営環境の相違点を踏まえつつ、一定の上限を設けることが適当」との提言を受けたもの。

設定した建築単価は、「国立病院機構における建物整備の指針」等を踏まえたもの。

※ 「国立病院機構における建物整備の指針」(平成17年3月)(抜粋)
病院(経理責任者)は常にコスト削減に留意し、1平米当たり25～30万円あるいはそれ以下を目途として、工事の積算・契約に当たっても、より経済的で効率のよい調達が可能となるよう入札方式の選定や予定価格の算出等を行うものとします。

○ 平成26年度に建築単価の上限を引き上げた理由・経緯

東日本大震災以降の公立病院の建築単価の急激な上昇を受けて、実勢を踏まえた単価の引き上げを行ったもの。

設定した建築単価は、公的病院等(国立病院機構、日赤、済生会及び厚生連)の最近の建築単価を調査し、この平成26年着工の実績平均並の単価(約36万円)まで引き上げたもの。

(2) 地域医療構想を踏まえた多様な形態の再編・ネットワーク化の推進

公立病院を取り巻く環境の変化に伴う、更なる医療連携の必要性

論点

第4回研究会資料

新たな公立病院の役割に応じた再編・ネットワーク化の取組をさらに促進するには、どのような方策が考えられるか

(1)これまでの研究会における主なご意見

- 地理的条件や人口動向、産業や交通条件など地域の状況によっては、病院間の再編・ネットワーク化以前に一つの病院をどう存続させるかが問題になるケースもある。(第1回)
- コスト優先で病院を統廃合して地域の暮らしが維持できなくなることはないよう、地域のトータルの仕組みを考えることが必要(第1回)
- 患者が減少、人的なスタッフも確保できない、財政力も乏しい場合、ネットワークでつないでいくしかない。個々の単体を地方交付税で存続させていくことより、まだ相対的に力のある病院とのネットワークを積極的に誘導していくようなことを考えていく必要(第2回)

(2)現状(再編・ネットワーク化に対する支援措置)

新公立病院改革プランに基づき行われる公立病院等の再編・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)を措置

※以下の①、②のいずれかに該当する場合が措置の対象

- ① 複数病院の統合
- 関係する複数病院が、統合により1以上減となること
 - 経営主体も統合されていること

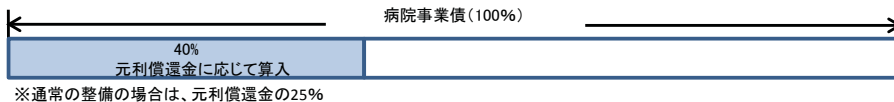
→ 原則として整備費全額が対象

- ② 相互の医療機能の再編
- 機能分担による病床規模又は診療科目の見直しを伴うことが必要
 - 経営主体が統合されていること

→ 再編に係る経費のみが対象

[対象経費の例: 遠隔医療機器、情報システム統合の整備費、高度医療施設、高度医療機器]

病院事業債の特別分の対象: 元利償還金の40%を普通交付税措置(特別分)



(参考) 従来の再編・ネットワーク化の事例

第4回研究会資料

※本研究会第1回資料より抜粋

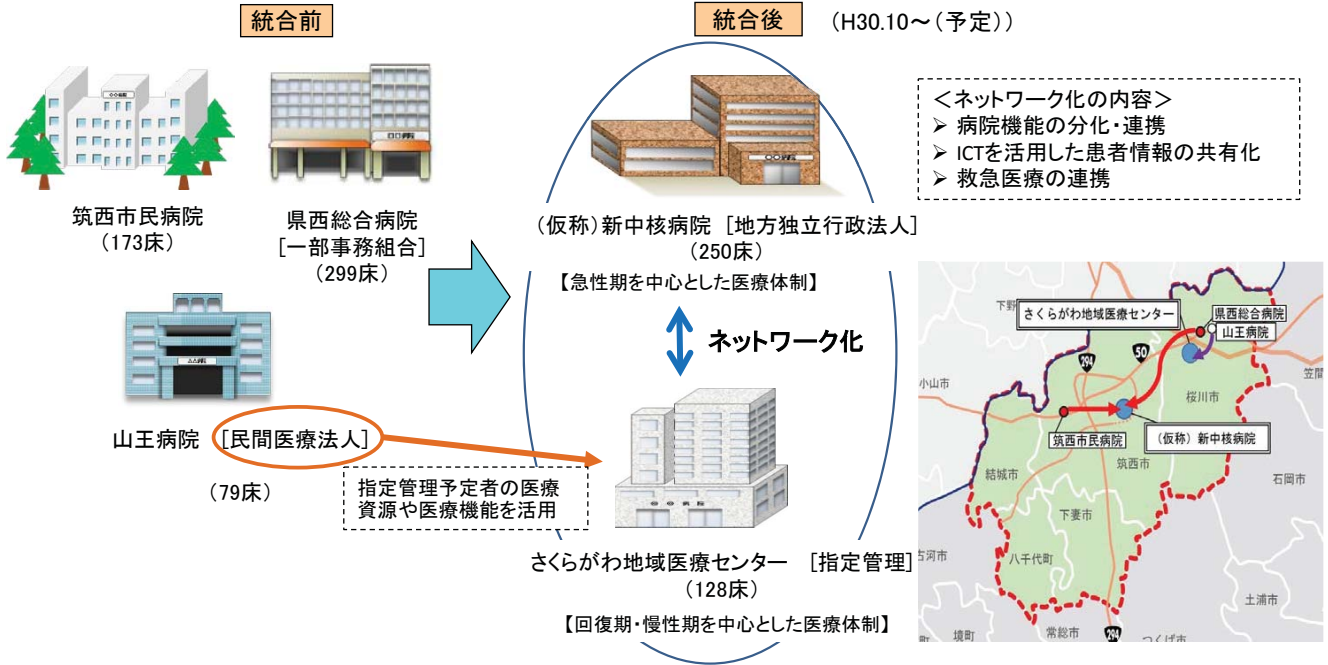
| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <p>基幹病院・サテライト型(青森県西北五医療圏の例)</p> | <p>統合型(兵庫県三木市・小野市の例)</p> |
| <p>県・市統合型(日本海総合病院の例)</p> | <p>官・民統合型(兵庫県加古川市民病院(仮称)の例)</p> |

病院事業債（特別分）を活用した事例 ①

第4回研究会資料

茨城県筑西市・桜川市内公立2病院と民間病院の再編・ネットワーク化(3病院を2病院へ再編統合)

- 医師の分散等による急性期医療機能の低下という課題解決を目的として、筑西市民病院と県西総合病院を統合し、(仮称)「新中核病院」を整備
- 併せて県西総合病院の統合に伴う桜川市の医療機能低下に対応するため、新たに「さくらがわ地域医療センター」を整備(山王病院(民間)による指定管理を想定)
- 機能を集約化することにより、地域内で二次救急医療まで完結できる体制を強化。

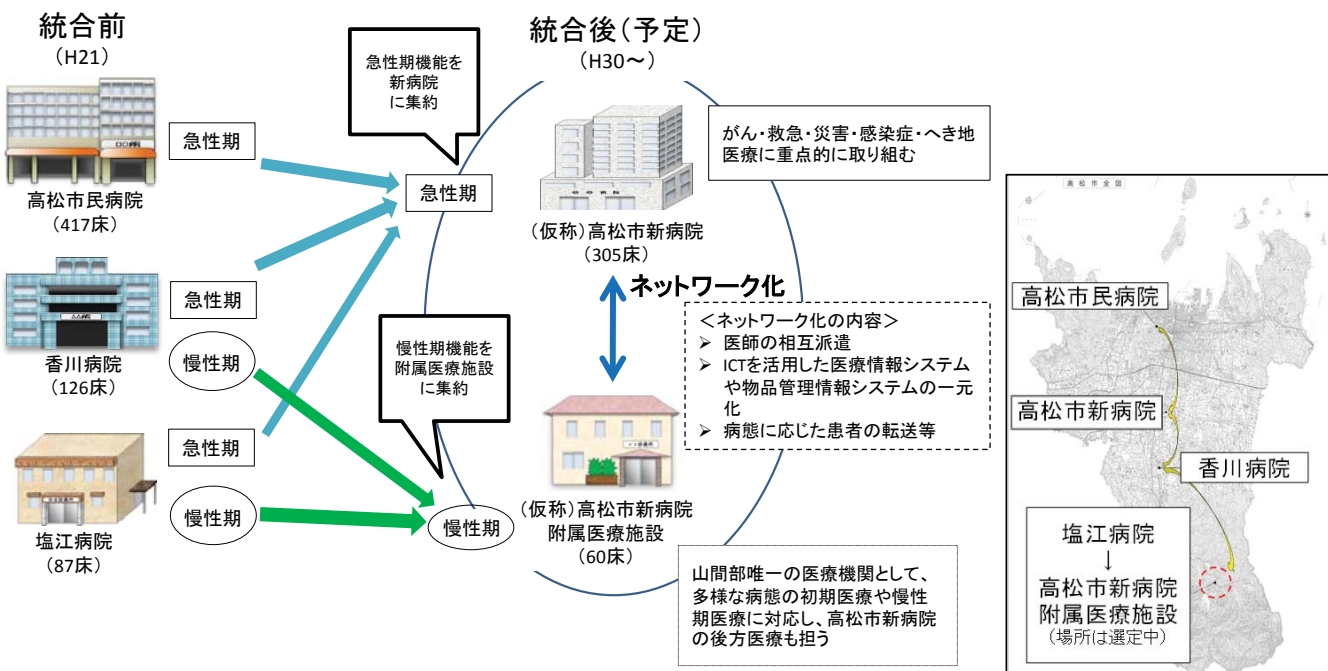


病院事業債（特別分）を活用した事例 ②

第4回研究会資料

香川県高松市内の3公立病院の再編・ネットワーク化(3病院を2病院へ再編統合)

- 高松市民病院と香川病院を移転統合して高松市新病院を建設し、塩江病院をその附属医療施設とする再編
- 「高松市新病院」: 高松市医療全体の最適化を目指すリーディングホスピタルとして地域の医療水準の向上を図る
- 「附属医療施設」: 山間部唯一の医療機関として多様な病態の初期医療等に対応するとともに、高松市新病院の後方支援病院としての機能も担う



1. 公立病院を取り巻く環境の変化に伴う、更なる医療連携の必要性

論点2

第5回研究会資料

地域医療の確保に資する公立病院の標準的な需要をどう捉えるか

② 地域医療構想等を踏まえ、医療と介護等の連携のために必要な措置

【検討に当たっての前提】

- ・ 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、地域医療構想の中でも医療と介護が総合的に確保されることを求めている。また、新公立病院改革ガイドラインにおいても、地域包括ケアシステムの構築に向けて公立病院が果たすべき役割について明らかにするよう要請しており、今後必要な措置について検証することとする。

(1)これまでの研究会における主なご意見(再掲)

- ・ 中山間地域、離島等の地域では、地域によって医師の高齢化で跡継ぎがない状況が発生しているため、地域の公立病院が在宅医療に出なければならぬ状況がどんどん出てきている。地域医療構想実現や地域包括ケアシステム等の構築に向けて議論を進めていただきたい。
- ・ 国民健康保険診療施設は200床未満の病院が約8割を占め、そのほとんどがその地域に必要とされる医療あるいは医療にまつわる保健、福祉の事業等にも関与しているのが実態。
- ・ 空き病床を有効活用する手段として、病床を住まいに転換するなど、施設を有効に活用する取組への支援が必要。
- ・ 介護など、様々なニーズに対応した病院経営などの取組を推進していくには、病床転換等により経営の規模が小さくなった場合でも、公立病院が引き続き安定的に経営を継続することができる財政支援等のインセンティブが必要ではないか。
- ・ 総合診療医が2、3名の有床診療所と50床程度の介護老人保健施設を担当するという形が必要最小限度の医療等を賄えるユニット。病院という形にこだわらず、こうした最小限のユニットを作り直していくというのがよいのではないか。

(2)現状 (病床転換の国の主な動き及び現行の地方財政措置)

第5回研究会資料

① 病床転換の国の主な動き

- 平成18年以降の医療保険制度改革の医療費適正化の議論を受け、療養病床(※)の再編成が検討されており、その在り方については現在までに様々な議論が行われている。

(※)療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの医療保険の「医療療養病床(医療保険財源)」と介護保険の「介護療養病床(介護保険財源)」がある。

- 直近の動きとしては、平成27年度から開催された「療養病床の在り方等に関する検討会」等の議論を受け、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設(介護医療院)を創設するなどを盛り込んだ「地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が提出され、平成29年5月26日に成立している(平成30年4月1日施行予定)。

これにより、医療施設と介護施設を組み合わせ合わせた施設も含め、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応や各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けた新たな動きが進められている。

- また、「経済財政運営と改革の基本方針2017」においては、「地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。(中略)転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。」とされ、また、「病床の機能分化・連携を更に後押しするため、(中略)介護医療院の介護報酬・施設基準の在り方等について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。」こととされている。

- なお、病床転換については以下の財政支援が行われている。
 - ・ 医療療養病床を介護施設等に転換した場合の費用助成(病床転換助成事業)
(1床当たり:①改修50万円、②創設100万円、③改築120万円、いずれも国:10/27、都道府県:5/27、保険者:12/27)
 - ・ 介護療養病床を介護施設等に転換した場合の費用助成(地域医療介護総合確保基金)
(国2/3、都道府県1/3)

(参考)経済財政運営と改革の基本方針2017(抄)

第3章 「経済・財政一体改革」の進捗・推進

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。

⑤ 平成30年度診療報酬・介護報酬改定等

地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携を更に後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料の在り方や介護医療院の介護報酬・施設基準の在り方等について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

② 現行の地方財政措置

現行制度においては、病床転換により、病院から他の施設へ転換する場合の施設整備について、以下の措置を講じている。

公営企業債による措置

- 病院と介護施設(※1)、社会福祉施設(※2)やサービス付き高齢者向け住宅(以下、「介護施設等」という。)との複合化に関しては、病院事業の附帯事業(※3)として位置づけられた場合に限り、病院事業債により整備することが可能であり、措置がなされている。

また、複数の病院を集約化し整備することについては、再編・ネットワーク化に係る病院事業債(特別分)が措置されている。

(※1) ①老人デイサービスセンター、②老人短期入所施設、③特別養護老人ホーム、④介護老人保健施設、⑤訪問看護ステーション

(※2) 介護老人福祉施設その他の社会福祉施設のうち、介護施設を除く福祉ホームなどの施設

(※3) 本来の事業と事業の性格上密接な関係にある場合等、経営に相当因果関係を持ちつつ附帯して経営される事業

- 病院から介護施設への転用に関しては、介護サービス事業債により整備することが可能であり、措置がなされている。

一般会計債(公共施設等適正管理推進事業債等)による措置

- 地方公共団体の公共施設等に関しては、集約化・複合化・転用事業について公共施設等適正管理推進事業債が措置されている(～平成33年度)。

病院・介護施設(公営企業債の対象)と社会福祉施設(一般会計債の対象)との複合化や、病院・介護施設から社会福祉施設への転用については、社会福祉施設の施設整備部分は上記起債の対象となっているが、病院・介護施設に係る施設整備部分は対象外(※)となっている。

(※) 公営企業施設のほか、庁舎等の公用施設、公営住宅及びサービス付き高齢者向け住宅も対象外

- また、病院から上記起債の対象外であるサービス付き高齢者向け住宅への転用に関しては、公営住宅建設事業債により整備することができる。

今後は、病床転換の促進により、病院の再編・ネットワーク化に加え、病院と介護施設等の複合化や病院から介護施設等への転用のニーズが高まることが予想される。

これらの再編・ネットワーク化・複合化・転用事業に係る施設整備費については既に一定の地方財政措置がなされているが、医療と介護等の連携を支援するため、複数の病院と介護施設等との再編・ネットワーク化を病院事業債(特別分)の中で位置づけることを検討すべきか。

| | 事業実施前 | 事業実施後 | 現行の地方財政措置 |
|------------|-------|-------|--|
| 再編・ネットワーク化 | | | <p>既存の公立病院を統合し、一体の病院施設として整備する。 ⇒病院事業債(特別分)により措置</p> |
| 複合化事業① | | | <p>既存の公立病院と介護施設等を統合し、これらの施設の機能を有した複合施設を整備する。 ⇒病院の附帯事業として実施する場合、病院事業債により措置</p> |
| 複合化事業② | | | <p>既存の公立病院を改修し、介護施設等を含む複合施設として利用する。 ⇒病院の附帯事業として実施する場合、病院事業債により措置</p> |
| 転用事業 | | | <p>既存の公立病院を改修し、介護施設等として利用する。 ⇒転用後の施設に応じて、 ・介護サービス事業債(介護施設)、 ・公共施設等適正管理推進事業債(社会福祉施設(一般会計債の対象施設))、 ・公営住宅建設事業債(サービス付き高齢者向け住宅) により措置</p> |

(参考) 病院事業債(特別分)の対象となる再編・ネットワーク化の要件

新公立病院改革プランに基づき行われる公立病院等の再編・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)を措置。

① 複数病院の統合

- 関係する複数病院が、統合により1以上減となることが原則。
- 経営主体も統合されていること。

原則として整備費全額が対象

② 相互の医療機能の再編

- 機能分担による病床規模又は診療科目の見直しを伴うことが必要。
- 経営主体が統合されていること。

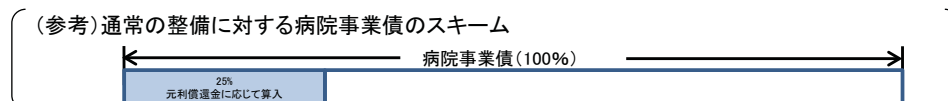
再編に係る経費のみが対象

対象経費の例: 遠隔医療機器、情報システムの統合整備費、高度医療施設、高度医療機器など

※ただし、経営主体の統合を伴わない場合でも、以下に掲げる全ての取組が行われていれば再編に係る経費を対象とする。

- ・機能分担による病床規模又は診療科目の見直し
- ・共同購入等による医薬品、診療材料等の効率的調達
- ・医師の相互派遣による協力体制の構築
- ・医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築

病院事業債の特別分の対象: 元利償還金の40%を普通交付税措置(特別分)



(3) 経営形態の見直しを支援する制度運用上の対応

2. 病院マネジメントの現状を踏まえた更なる経営の効率化に資する取組

論点2

第5回研究会資料

地方独立行政法人化が困難な要因を取り除くにはどのような方策が考えられるか

【検討に当たっての方向性】

- ・ 地方公営企業法の全部適用や指定管理者制度の導入等の他の経営形態の見直しにおける検討課題と併せて、その課題や対応策について検討する
- ・ 検討に当たっては、各経営形態における実態を踏まえた課題の整理及び阻害要因について検証する

(1) これまでの研究会における主なご意見

- ・ 経営形態の見直しについて、これまでの推進の中で成功例も失敗例もあり、地域毎の最適な経営形態が何かは自治体も考察していることを踏まえるべきではないか。(第1回中川委員)
- ・ 自治体病院の経営改革を考える際には、足元の財務状況だけを見て少しでも経費を安くするために経営形態の変更という選択を行うのではなく、10年先、20年先を見た地域医療のあり方を考えた上で経営改革について考えていくべきではないか。(第1回伊関委員)
- ・ 人口構造の変化等に伴う人的・財政的な制約という今後の地域医療を取り巻く厳しい環境のもとで、公立病院のマネジメントに当たっては機能的に、また地域の実情に応じた意思決定ができる形態にしていく必要があるのではないか。(第1回島崎委員)
- ・ 地方独立行政法人化のメリットは、医師や看護師の確保が容易であること、職員定数に縛られないことや、様々な規則などを、法人内での検討・協議により、迅速に変更できるということ。(第2回田中委員)
- ・ 地方独立行政法人は2～3病院で統合すればメリットがあるだろうが、1病院では全部適用とあまり変わらないので全部適用のままが良いのではないか。(第2回森田委員)

① 経営形態の類型整理について

新公立病院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を記載することとされている。見直しに関し、新ガイドラインに掲げられている選択肢は以下のとおり。

- (1)地方公営企業法の全部適用 (2)指定管理者制度の導入 (3)地方独立行政法人化(非公務員型) (4)民間譲渡 (5)事業形態の見直し

| 形態 | 定義 | 効果 | 留意点 |
|---------------------|---|---|--|
| (1)地方公営企業法の全部適用 | 地方公営企業法第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。 | 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。 | 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。 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切り替えることが適当。 |
| (2)指定管理者制度の導入 | 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。 | 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。 | 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留意すること、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。 |
| (3)地方独立行政法人化(非公務員型) | 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。 | 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。 | 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。 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。 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。 |
| (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。 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。 | | |

② 新公立病院改革ガイドラインに基づく主な地方財政措置について

| 見直し内容 | 公営企業としての位置づけ | 主な地方財政措置 | |
|-----------------------------------|--------------|---|---|
| | | 移行時・移行後の施設・設備等に対する措置 | 移行時の退職手当、債務整理に対する措置 |
| 経営形態の見直しに伴う措置 | | | |
| ①地方公営企業法の全部適用 | 公営企業存続 | - | - |
| ②指定管理者制度の導入 | | ○指定管理者制度移行後も、従来の建設改良費の元利償還金に対する普通交付税措置等の地方交付税措置を継続 | ○指定管理者制度の導入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、退職手当債を措置 |
| ③地方独立行政法人化(非公務員型) | 公営企業廃止(※) | ○地方独立行政法人移行後も、従来の建設改良費の元利償還金に対する普通交付税措置等の地方交付税措置を継続 | ○新たな経営主体(一部事務組合、広域連合又は地方独立行政法人(以下「一部事務組合等」という))の設立及び既存の一部事務組合等への参画に際し、構成団体の継承する不良債務に対しては地方債の措置が可能 ※公立病院と公立病院以外の病院との統合等により、公営企業廃止となる場合には、不良債務等に対する地方債や退職手当債を発行することは、現行制度では不可能 |
| ④民間譲渡 | | ○不要施設の除却等に要する経費について、一般会計から繰出すこととし、繰出金の一部に特別交付税措置(公営企業廃止前の実施が必要) | |
| ⑤事業形態の見直し(診療所化、老人保健施設など病院事業からの転換) | | ○病院施設の他用途への転用に際しては、経過年数が10年以上の施設等の財産処分である場合、従来の元利償還金に対する普通交付税措置を継続 | |
| 再編・ネットワーク化に伴う措置 | - | ○病院事業債(特別分) ・病院事業債(特別分)を措置(元利償還金の3分の2を一般会計から繰出し、繰出額の60%(事業費の40%)を普通交付税措置)(通常分は事業費の25%) | - |

(※) ⑤は公営企業存続のケースもあり得る

(3) 経営形態の見直しに関する課題について

(ア) 「地方公営企業の抜本的な改革等に関する取組状況調査(平成28年3月31日現在調査)」の結果
 当該調査から、各公立病院が経営形態の見直しに当たって課題と考えている事項について主なものを抜粋

| 見直し内容 | 公営企業としての位置づけ | 見直しに当たっての主な課題 | |
|--------------------------------------|--------------|---|--|
| | | 合意形成・移行事務等の負担に関すること | 設立団体の財政的な負担に関すること |
| (1) 地方公営企業法の全部適用 | 公営企業存続 | ○事業管理者の実質的な権限と責任の明確化(病院長との明確化等)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と | — |
| (2) 指定管理者制度の導入 | | ○経営形態の見直しに当たって、地域住民の理解を得るために十分な説明等を行うなどに時間を要すること ○採算性の優先から、不採算医療や政策医療の安定的かつ継続的な提供を損なう恐れがあること | ○老朽化施設の改修内容・改修費用の負担を自治体と指定管理者のどちらが負担することになるかの合意形成が困難 ○指定管理者による病院運営上の収支不足を自治体が補てんするなど、財政的な負担が大きい |
| (3) 地方独立行政法人化(非公務員型) | 公営企業廃止(※) | ○職員の身分や給与体系が変わる場合もあり、職員(組合)の同意を得ることに時間を要すること ○公務員身分を失うことに伴い、都市部や近隣の他の病院への転職等による退職者増加の懸念があること | ○地方独立行政法人への移行時及び中期目標の期間において、財産的基礎の維持(債務超過ではないこと)が求められているが、特に、退職給付引当金計上により短期的に多額の負担が発生するため債務超過の解消が困難 |
| (4) 民間譲渡 | | ○経営形態の見直しにより再編・統合等を伴う場合、複数病院の人事制度や関係システムの統合が必要になること ○民間譲渡に当たっては、採算性の観点から事業の撤退・縮小のおそれがあること | ○民間譲渡に当たっては、特に、無償譲渡・有償譲渡の選定や譲渡条件(価格設定、一定年数以上病院所在地で運営することなど)の設定に係る合意形成が困難 ○事業形態の見直しに当たっては、再編・統合等やネットワーク化に伴い見直しを行う場合が多いため、病床機能の役割、機能分化・連携に伴う負担のあり方に関する合意形成が困難 |
| (5) 事業形態の見直し(診療所化、老人保健施設など病院事業からの転換) | | ○設立団体側の各種規定の整備に伴い、事務量が増大すること | ○退職手当に係る資金手当が短期的に多額の負担となること |

(※)⑤は公営企業存続のケースもあり得る

(イ) 個別団体への聞き取り

地方独立行政法人への移行を具体的に検討している公立病院が、移行に当たって課題と考えている事項について、別途聞き取り調査を実施。

公立病院が考える地方独立行政法人への移行に当たっての主な課題

- 退職給付引当金の計上について
 - ・ 退職給付引当金の計上は、地方公営企業であれば最大15年間の内で均等に分割計上することが認められているのに対し、地方独立行政法人では同様の分割計上は、移行当初の中期目標期間(3~5年間)内では認められておらず、自治体の財政的負担が短期間に集中してしまうこと。
- 債務超過の解消について
 - ・ 病院の経営改革のために地方独立行政法人への移行に取り組みたいが、地方公営企業時代の累積欠損金の解消ができず、現状では移行できないこと。
 - ・ 具体的な検討を行っていたものの、現状の病院の収支の改善ができず、債務超過を解消できなかったこと。
 - ・ 債務超過の解消のためには、別途設立団体からの金銭出資等が必要となるため、設立団体が短期間に多額の財政負担を要すること等の調整ができず、検討が進まないこと。
 - ・ 短期間に多額の財政的負担ができない財政力が小さい自治体にとっては、地方独立行政法人に移行したくても移行できない。
- 移行事務等に関するものについて
 - ・ 例規等の整備による職員の事務負担が大きいこと。
 - ・ 移行事務に関してのノウハウがなく、事務の一部を外部委託する場合もあり、その費用も多額になってしまうこと。

(4) 方向性(案)

以上の実態調査を踏まえると、

- ① 住民説明や組織内の合意形成、利害関係者との調整に多くの時間や労力を要する
- ② 自治体が短期間に多額の財政的負担を要する

ことが主な課題として考えられる。

①に関しては自治体が自らの取組で解決できるものと考えられる一方で、②に関しては、自治体の財政力等の事情によっては自らの取組のみでは解決が困難で、経営形態の見直しが進まないという実態もあるものと思われる。

以上のことから、経営形態の見直しにおける課題について、現行制度の見直し等を含めた推進方策を検討することが必要か。

(具体的な課題)

- ・ 地方公営企業と公営企業型地方独立行政法人との間にある退職給付引当金の計上方法の相違
- ・ 経営形態の見直し時に自治体に生じる多額の財政的負担