

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する
調査研究会

報 告 書

平成 29年12月

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書 目次

| | |
|--------------------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 第1部 公立病院の現状と課題 | |
| 1. 地域医療を取り巻く環境の変化及び公立病院の現状 | 3 |
| (1) 地域医療を取り巻く環境の変化 | 3 |
| (2) 公立病院の現状 | 6 |
| 2. 地域医療における今後の役割を念頭に置いた公立病院の位置づけ | 8 |
| (1) 病床規模別の公立病院の現状 | 8 |
| (2) へき地などの地域における公立病院の位置づけ | 10 |
| (3) へき地などの地域以外における公立病院の位置づけ | 11 |
| (4) 地域医療構想を踏まえた機能分化、再編・ネットワーク化の必要性 | 12 |
| 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 | 12 |
| (1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化 | 12 |
| (2) 経営効率化 | 13 |
| (3) 再編・ネットワーク化 | 15 |
| (4) 経営形態の見直し | 19 |
| 第2部 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 | 29 |
| (1) 公立病院の事務局の強化、経営人材の確保・育成 | 29 |
| (2) 公立病院の経営指標の「見える化」と地域における経営展望の理解促進 | 31 |
| (3) 経営指標の分析に基づく取組、PDCA サイクルの展開 | 35 |
| (4) 総括 | 40 |
| 2. 公立病院に対する財政的・制度的支援 | 40 |
| (1) 地域医療確保のための財政的支援 | 40 |
| (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 | 45 |
| (3) 経営形態の見直しを支援する制度運用上の対応 | 49 |
| おわりに | 51 |
| 資料編 | 52 |

はじめに

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、依然として医療需要を踏まえてもなお医師不足の地域がある等の厳しい環境が続く中、持続可能な経営を確保しきれていない病院も数多く見られる。

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、国の進める医療提供体制の改革と連携し、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かなければならない。

このような中、総務省では平成 27 年 3 月に「新公立病院改革ガイドライン」を示し、各地方公共団体に対して平成 28 年度中に新公立病院改革プランを策定の上、経営改革に取り組むよう要請したところである。この要請を受け、平成 28 年度末現在、全公立病院の約 9 割（92.7%）に当たる 800 の病院が同プランの策定を終えており、今後、地域医療構想調整会議における議論と並行して経営改革に向けた具体の取組を進めることとなる。

これらの動きを背景として、地域における医療提供体制の確保や公立病院の更なる経営改革を推進する観点から、総務省では平成 28 年 9 月より「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」を開催し、学識経験者や公立病院の経営に携わる者などに意見を伺いつつ、公立病院に対する施策の在り方等について検討を行ってきた。

本報告書は、今後、各地方公共団体において公立病院改革を推進する中で、その方向性の検討や具体的な取組の参考となるよう、各委員からの意見や指摘等を提言の形に取りまとめたものである。

第 1 部

公立病院の現状と課題

1. 地域医療を取り巻く環境の変化及び公立病院の現状

(1) 地域医療を取り巻く環境の変化

① 人口減少・高齢社会の到来

・我が国の人口は、減少局面を迎えている。平成 27 年国勢調査等に基づく総務省統計局の「人口推計」によると、少子高齢化の進行により生産年齢（15～64 歳）人口は平成 7（1995）年（※）をピークとして減少に転じ、総人口も平成 20（2008）年をピークに減少に転じている。また、年少（0～14 歳）人口は昭和 57（1982）年から連続して減少が続いている一方、老年（65 歳以上）人口は年々増加している。平成 27（2015）年の総人口は 1 億 2,709 万人、年少人口は 1,595 万人、生産年齢人口は 7,728 万人、老年人口は 3,387 万人となり、高齢化率（65 歳以上の人口割合）は 26.6%となっている。

※ 出典データが和暦と西暦を併記しているため、本項においても同様に表記している。また、年齢区分については、0～14 歳人口を「年少人口」、15～64 歳人口を「生産年齢人口」、65 歳以上人口を「老年人口」と統一して表記する。以下、本項において同じ。

・国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）によると、総人口は平成 52（2040）年には 1 億 1,092 万人、平成 77（2065）年には 8,808 万人（平成 27（2015）年人口の 30.7%減）まで減少すると見込まれており、生産年齢人口は平成 52（2040）年には 5,978 万人、平成 77（2065）年には 4,529 万人（同 41.4%減）にまで減少する一方、老年人口は平成 54（2042）年の 3,935 万人をピークに減少に転じるが、人口減少が続く中で平成 77（2065）年には高齢化率が 38.4%に達すると見込まれている。

・また、同研究所が示した直近の地域別データである「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」によると、老年人口は、首都圏をはじめとする都市部を中心に増加が見込まれる（平成 22（2010）年から平成 37（2025）年までの老年人口の増加数は、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、福岡県で約 60%を占める）。

・更に、上記の推計を用い、地域別人口等の状況について、次の三段階に分けて分析された結果も報告されている（内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン 参考資料」（平成 26 年 12 月 27 日閣議決定）より）。

1) 第 1 段階：年少人口・生産年齢人口は減少するが、老年人口は増加

2) 第 2 段階：年少人口・生産年齢人口の減少が加速化するとともに、老年人口が維持から微減へ移行

3) 第 3 段階：年少人口・生産年齢人口の減少が一層加速化し、老年人口も減少

※ 別添した参考資料上では、生産年齢人口を「現役人口」と、老年人口を「高齢人口」と表記している。その結果を見ると、日本全体ではまだ第 1 段階にいる平成 22（2010）年から平成 52（2040）年において、東京圏や大都市は第 1 段階に該当する一方で、人口 5 万人以下の地方都市は第 2 段階、過疎地域市町村は既に第 3 段階に入っており、都市部に比べ地方部において人口減少・高齢化がより早く進展していくものと考えられる。

・以上のとおり、人口減少や高齢化の状況は地域によって大きく異なるため、一律に論じることができないものの、これらの動向が地域の医療需要に与える影響は非常に大きくなることが予想さ

れ、個々の地域においては人口の変化に伴う将来の医療需要を見据えた医療提供体制の早期の構築が求められる。

→ 以上、〔本文参考資料〕資料 1～4 参照。

② 国の医療制度改革の動向等

(これまでの経緯)

- ・医療制度は、社会保障制度改革の重要な柱として議論されてきた。平成 24 年 8 月にはいわゆる社会保障・税一体改革関連法が成立し、翌 25 年 8 月には社会保障制度改革国民会議の報告書が取りまとめられた。
- ・この報告書では、「病院完結型」医療から「地域完結型」医療への転換、医療提供体制の改革とそのため地域医療ビジョン策定の必要性、都道府県の役割強化と国民健康保険の財政運営責任主体の都道府県への移行、医療と介護の連携と地域包括ケアシステムの構築など、将来にわたって目指すべき改革の方向性とその考え方が示されている。
- ・その後、この報告書の実現のために平成 25 年 12 月に制定された「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」に基づき、平成 26 年 6 月には「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」（以下、「医療介護総合確保推進法」という。）が成立し、同年 10 月から、医療機関が都道府県知事に病床の医療機能を報告する制度が開始されるとともに、厚生労働省が策定した地域医療構想策定ガイドラインなどを踏まえて、都道府県知事は二次医療圏等の構想区域における 2025 年の医療機能ごとの医療需要と必要病床数を推計し、地域の医療提供体制の目指すべき姿を明らかにすることとされた。これが「地域医療構想」であり、都道府県はその達成に向けて医療機能の分化・連携を進めるための諸施策を講じることとされ、都道府県知事の新たな権限として、医療機関への要請、指示、命令等の権限が付与されており、この一連の改革を通じて、都道府県の役割・権限・責任が大幅に強化されている。
- ・平成 27 年度には、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により「国民健康保険法」が改正され、平成 30 年度から都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となるとともに、基本的に地域ごとの医療費水準を反映した「標準保険料率」を設定することとされた。合わせて、「高齢者の医療の確保に関する法律」が改正され、都道府県が策定する「医療費適正化計画」について、地域医療構想と整合的な形で策定することとされた。
- ・地域医療構想は平成 28 年度末までに全ての都道府県において策定済みとなっており、今後は構想区域ごとに都道府県が設置する地域医療構想調整会議において、個々の医療機関の機能分化・連携を促進するための協議が行われる。
- ・また、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」（H29.6.9 閣議決定）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。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。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。」とされている。

- ・このような経緯を経て、本年度においては、平成 30 年度から実施される第 7 次医療計画、第 3 期医療費適正化計画（以上、都道府県が策定）、第 7 期介護事業計画（都道府県が策定する「都道府県介護保険事業支援計画」と市町村が策定する「市町村介護保険事業計画」をいう。）の策定作業が進められ、また国においても平成 30 年度から適用される診療報酬、介護報酬の同時改定作業が行われており、節目に当たる重要な時期となっている。

（都道府県の担う役割とその課題）

- ・先に述べたとおり、都道府県にあっては、地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想調整会議を設置して個々の医療機関の機能分化・連携を促進するための協議を進め、これを実現する役割を担う（そのための、医療機関への要請、指示、命令等の権限が付与されている）。
- ・加えて、平成 30 年度から国民健康保険の財政運営の責任主体となり、国保財政の「入り」と「出」を管理するとともに、医療費適正化計画の策定・実施を通じての医療費適正化について推進する役割も担っている。
- ・一方で、県立病院を設置する都道府県においては、当該病院の経営を通じて、民間医療機関では提供が困難な医療提供を直接担う立場でもある（こうした都道府県にあっては、地域医療構想の策定に当たり、自ら経営する病院の特性や担う役割、その見直しの必要性等を念頭に置きつつ、地域医療構想を策定しているものとする）。
- ・今後、これらのバランスをどのようにとって医療政策を展開していくかが都道府県に課せられた大きな課題であると考えられ、都道府県の病院事業担当部局のみならず財政担当部局、市町村担当部局及び医療政策担当部局、保健福祉担当部局並びに介護保険部局はこれまで以上に認識の共有と連携した取組が必要となることに留意すべきである。

（市町村の担う役割とその課題）

- ・市町村は、地域住民に最も身近な行政機関として、地域の実情に応じて予防・保健・医療・介護等の総合的な対策を実施している。
- ・また、今後、都道府県との適切な役割分担の下、国民健康保険の安定運営や医療費適正化、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められており、加えて、市町村立病院を設置する市町村にあっては、地域医療構想の達成に向けた取組が求められる。
- ・それらの取組における課題を総合的に勘案しながら、市町村内部の関係部局間及び都道府県関係部局との間で連携をとり、今後の施策の方向性等を十分に検討することが必要である。

→ 以上、〔本文参考資料〕資料 5～7 参照。

③ 医療と介護の連携

- ・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、医療と介護が総合的に確保されることを求めている。
 - ・平成 29 年 5 月には、「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」が成立しており（平成 30 年 4 月 1 日施行予定）、これにより、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」においても、「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。」とされている。
- 以上、〔本文参考資料〕資料 8～10 参照。

（２）公立病院の現状

① 公立病院改革ガイドライン及び新公立病院改革ガイドライン

- ・地域や特定の診療科で医師が不足している現状や、厳しさを増す地方財政を背景に、公立病院の経営状況は悪化し続け、医療提供体制の維持が危ぶまれるような状況であった。このため、公立病院の経営改革に係る初めての指針として、平成 19 年 12 月に、総務省から地方公共団体に「公立病院改革ガイドライン」（以下、「前ガイドライン」という。）が示された。
- ・前ガイドラインにおいては、数値目標を伴う経営の効率化、公立病院間の再編・ネットワーク化、民間的経営手法の導入の観点からの経営形態の見直しの三つの視点から「公立病院改革プラン」（以下、「前プラン」という。）の策定が求められている。
- ・この前ガイドラインを受けて、地方公共団体が設置するほぼ全ての公立病院において前プランが策定され、改革に取り組みされた結果、経常収支が黒字である病院の割合が取組前に比べて 3 割程度（平成 20 年度 29.7%）から 5 割程度（平成 25 年度 46.4%）まで改善したほか、再編・ネットワーク化（平成 25 年度までに策定された計画に基づくもの 65 ケース、162 病院）、経営形態の見直し（平成 25 年度までの見直し実施 227 病院、うち地方独立行政法人化 53 病院、指定管理者制度の導入 16 病院）への取組など、一定の成果があったものと考えられる。
- ・しかしながら、依然として公立病院の中には中小規模の病院を中心に医療需要を踏まえてもなお医師不足等の厳しい環境が続いているところがあり、また半数以上の公立病院が一般会計の繰入を含めても赤字経営の状況にあって、なお安定的経営の確立に至っていないと考えられ、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つつ持続可能な経営を確保していくために、不断の改革努力が求められているところである。
- ・こうした公立病院の現状と課題、前述した国の進める医療提供体制の改革の動向を踏まえ、総務省は平成 27 年 3 月に「新公立病院改革ガイドライン」（以下、「新ガイドライン」という。）を示

し、地方公共団体に対し「新公立病院改革プラン」（以下、「新プラン」という。）の策定及び更なる改革の取組を求めたところである。

- ・新ガイドラインにおいては、前ガイドラインの基本的な考え方を踏襲しつつ、それまでの経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの三つの視点に、都道府県の策定する地域医療構想を踏まえた役割の明確化を加えた四つの視点から新プランを定めるよう要請している。
- ・新プランは、平成 28 年度中に策定することとされており、平成 29 年 3 月末日現在で、全公立病院の約 9 割（92.7%）にあたる 800 病院が策定を終え、改革への取組を開始している。
- ・今後、総務省において、新プランに係るヒアリングを通じて、新プランの具体的な内容を把握するとともに、その取組の状況に応じて必要な助言を行っていくこととしており、未策定の公立病院にあっては、早期の策定が求められるところである。

→ 以上、〔本文参考資料〕資料 11、12 参照。

② 公立病院の現状、経営状況の推移

- ・地方公営企業決算状況調査（以下、「公営企業決算統計」という。）に基づく平成 28 年度における公立病院は 873 病院（地方独立行政法人 88 病院を含む。）、病床数は 210,023 床となっており、平成 18 年度比で病院数が 10.5%、病床数が 10.2%の減と、ここ 10 年間は減少基調で推移している。
- ・公立病院の立地状況を見ると、その 64.8%は 10 万人未満の市町村に、30.1%は 3 万人未満の市町村に所在している。また、結核病院、精神科病院を除いた一般病院の規模を病床数（100 床単位）で区分すると 400 床未満の病院が 78.9%、200 床未満の病院が 54.0%を占める。
- ・公立病院の経営状況を見ると、公立病院改革開始前の平成 20 年度決算における経常損益は 1,829 億円の赤字であったが、平成 22 年度から 24 年度にかけて全体で黒字化を達成しており、これは経営効率化への取組等の成果であると考えられる一方で、診療報酬の増改定も影響していると考えられる。
- ・しかし、平成 25 年度においては電気料金の値上げ等の影響もあって再び赤字に転じ、以降、赤字幅が徐々に大きくなり、平成 28 年度決算における経常損益は 831 億円の赤字となっている。
- ・更に、病床規模に着目して平成 20 年度以降の公立病院の経営状況（経常損益）を見ると、400 床以上の病院は平成 22 年度から 26 年度までは黒字経営を達成している一方で、200 床以上 400 床未満の病院は各年度とも赤字のまま推移するとともに、その赤字額は年々増加しており、経営状況が大変厳しいものであることが読み取れる。
- ・また、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の条件不利地域における病院が多く、不採算地区病院がその 69.1%を占める 200 床未満の病院を見ると、赤字額についてほぼ横ばいで推移しているものの、200 床以上 400 床未満の病院と同様に一度も黒字化することなく現在に至っている。
- ・公立病院の病床規模別の 100 床当たり医師数の推移を見ると、300 床以上の病院は平成 20 年度以降、増加しているが、300 床未満の病院では、ほぼ横ばいの状態にある。

→ 以上、〔本文参考資料〕資料13～19参照。

2. 地域医療における今後の役割を念頭に置いた公立病院の位置づけ

(1) 病床規模別の公立病院の現状

- ・当研究会には、公立病院を直接経営する立場の者に委員として参加いただき、それぞれの病院の現状等を聴取した。
- ・その概要は次のとおりであり、病院の規模や立地によって、それぞれの病院が担っている役割・機能等に違いが見受けられた。

【静岡県立総合病院のケース】

1) 病院の概要

開設者：地方独立行政法人 静岡県立病院機構 理事長

経営形態：地方独立行政法人

診療科目：内科、救急科、心療内科、精神科、循環器内科、心臓血管外科、心臓リハビリテーション科、腫瘍内科、腎臓内科、泌尿器科、糖尿病・内分泌内科、神経内科、脳神経外科、消化器内科、消化器外科、呼吸器内科、呼吸器外科、産婦人科、乳腺外科、小児科、整形外科、リハビリテーション科、眼科、頭頸部・耳鼻いんこう科、血液内科、皮膚科、形成外科、歯科口腔外科、麻酔科、放射線科、病理診断科（31科）

病床数：712床（一般662床、結核50床）

職員数：1,682人（うち医師270人、看護師869人、准看護師5人、事務職員205人、医療技術者232人、助手92人、医療ソーシャルワーカー6人）

2) 医療圏における役割

静岡県における中核的医療施設として先進的医療に取り組むとともに、医師・薬剤師・看護師などの教育研修施設および臨床研究施設としてその役割を果たしている。

地域医療構想を踏まえ、引き続きこれまでの役割を果たすとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域医療を支援する中心的機能を担う立場から、地域の医療機関との相互連携や機能分担を進めていく。

3) 特色ある取組

- ・ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル（地域医療連携）
- ・バーチャル・メディカル・カレッジ（仮想医科大学：医師確保策）
- ・医師確保に向けた大学との協定の締結
- ・地方独立行政法人化による柔軟で弾力的な病院運営

迅速な意思決定が可能
医師、看護師を確保しやすい
職員の定員に縛られない
プロパー職員の確保が可能
様々な規則を主体的に変えることが可能

4) 今後の課題等

- ・ 他病院への常勤医師の派遣
- ・ 病院間ネットワークの ICT 化
- ・ 県を超えたニーズへの対応

【市立ひらかた病院のケース】

1) 病院の概要

開設者：枚方市長

経営形態：地方公営企業法全部適用

診療科目：内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、小児科、消化器外科、乳腺・内分泌外科、形成外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、歯科口腔外科、麻酔科、救急科、病理診断科（23科）

病床数：335床（一般327床、感染8床）

職員数：427人（うち医師49人、看護師268人、准看護師9人、事務職員26人、医療技術員75人）

2) 医療圏における役割

幅広い疾患に対して効率的な医療を提供する急性期病院の役割を担うとともに、北河内医療圏における唯一の市立病院として、救急医療や災害時医療、小児・周産期医療などの政策的医療を担う。

地域医療構想を踏まえ、今後、地域包括ケアシステムが構築されていく中で、急性期と在宅をつなぐ病床としての地域包括ケア病棟の導入や在宅医療を支える訪問看護や訪問リハビリテーションの実施についても調査、検討を行う。

3) 特色ある取組

- ・ 24時間365日の診療体制（特に小児救急は二次医療圏で当院のみ）
- ・ 地域の医院・病院への病院長・部長が訪問
- ・ ICTを用いた基幹4病院と開業医の連携
- ・ 病院ニュースを地域医療機関や市民向けに発行
- ・ 緩和ケア病棟退院患者の遺族ケア
- ・ 枚方コンソーシアム事業（市内の病院・大学との共働事業）

4) 今後の課題等

- ・ 病床稼働率の向上
- ・ 緩和ケア担当医の負担軽減
- ・ レスパイト入院（在宅重症難病患者一時入院）の導入
- ・ 入院診療単価、外来診療単価のアップ
- ・ 新病院建設に伴う建物、医療機器に係る償還金の一時的な増大

【平戸市民病院のケース】

1) 病院の概要

開設者：平戸市長

経営形態：地方公営企業法全部適用

診療科目：内科、外科、小児科、整形外科、眼科、放射線科、リハビリテーション科、救急科（8科）

病床数：100床（一般58床、療養42床）

職員数：88人（うち医師7人、看護師56人、准看護師2人、事務職員4人、医療技術員19人）

2) 医療圏における役割

平戸市中南部地域において、病床機能を有する唯一の医療機関であり、救急告示病院として、この地域の保健・医療・福祉のすべての分野にサービスを提供している。

地域医療構想による今後の医療需要の推移を考慮し、回復期を担う病床への転換や長期療養患者に対応する在宅医療の充実などニーズに応じた医療提供体制の構築に取り組む。

3) 特色ある取組

- ・元氣老人の創出（地域包括ケアシステムの構築）
- ・出張健診、在宅ケア
- ・出前講座

4) 今後の課題等

- ・医師（総合診療医）、看護・介護要員の確保
- ・医師の高齢化

(2) へき地などの地域における公立病院の位置づけ

- ・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の条件不利地域（以下、「へき地などの地域」という。）に医療を提供している公立病院（不採算地区病院を含む。以下同じ。）には、その地域に必要とされる医療に加え、医療と密接に関連する保健、福祉の事業に関与している実態があり、地域の暮らしそのものを支える役割が求められている。今後、こうした地域においては、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築が求められていく中であって、健康政策・予防対策・介護福祉施策との有機的な連携の必要性は更に高まると考えられる。
- ・また、へき地などの地域における医療は、診療所をはじめとする病院以外の医療提供施設により担われている場合も多いが、そうした施設の後継者不足により、それらが担っていた在宅医療をも公立病院がカバーするケースもあり、公立病院とそれ以外の医療提供施設との連携や機能分担も重要となってくる。
- ・加えて、このような地域の医療を支えるためには、病院設置自治体のみならず、その病院がカバーする医療圏の他自治体や近隣の自治体とも連携協力して、地域医療を支える体制の構築が求められる。
- ・更に、周囲に他の民間病院等がなく、公立病院が医療提供の中心とならざるを得ない地域におい

て、公立病院については、医療機能そのものに対する評価のほか、医療サービスの提供を通じた居住可能地域の確保や地域の雇用創出など、いわば地域の社会経済システムを支える拠点として、地域における生活や産業の持続可能性に対する貢献があるといった側面も評価すべきである。

(3) へき地などの地域以外における公立病院の位置づけ

- ・へき地などの地域以外における公立病院は、当該地域の実情に応じて規模や機能も異なり、地域医療において基幹的な役割を果たしているものや、他の基幹的医療機関の補完的役割を果たすもの、特定の医療機能に特化したものなど様々なケースが考えられる。
- ・そのため、一律に類型化することは困難であるが、現在担っている役割や今後担うべき役割といった観点から整理することは、今後の公立病院の進むべき道を検討する上で参考になるものと考え、以下のとおりまとめた。

ア) 県庁所在地にあって基幹病院となる公立病院や県立中央病院の中には、へき地医療を支える他の病院や診療所、その他医師確保に悩む病院への医師派遣を行っているものがある。

そうした先行事例を踏まえ、今後これらの病院においては、地域医療支援センターやへき地医療支援機構、医科大学等の医師派遣機関等と連携の上（更に可能であれば、他の公的・民間医療機関とも協力し）、医療需要に応じた医師の派遣機能や人材育成機能（特にへき地や不採算地区の病院で求められる総合診療専門医の育成）などを新たな役割と位置づけていくことが重要である。

→ [本文参考資料] 資料20、21参照。

イ) その他の公立病院においては、災害時における医療支援（災害拠点病院やその後方支援を担う病院）や、新型インフルエンザ等への対応（感染症予防や拡散対策を講じている病院や国際空港周辺にあって防疫対策を講じている病院）など突発的な事態へ対応しているものもある。また、外国からの観光客が増加している中、観光地に所在する公立病院においては国内観光客の他、外国人観光客などへの対応を行っているものもあり、こうした地域の特性に応じた役割は、病床機能の観点のみでは語られない側面があることにも留意すべきである。

ウ) 病床規模や機能の面で大きな差がない公立病院が同一医療圏内で近接している場合がある。

このような場合、設立時における設置目的が現在においてもそれぞれ維持されているか、当該地域の医療需要に照らしつつ、民間医療機関をはじめとする他の医療機関との適切な役割分担の観点も含め、十分に検討することが必要である。

- ・以上のとおり、へき地などの地域以外の公立病院においては、現在においても様々な役割を担っていると考えるが、地域医療構想を踏まえ、各病院が医療圏において果たす役割を明確にしておくことが求められている中であって、医療需要を踏まえた病床規模や医療機能の見直しはもとより、地域の実情を勘案して公立病院でなければ担えない分野への重点化や、隣接する他の医療機関との役割分担が必要である。

(4) 地域医療構想を踏まえた機能分化、再編・ネットワーク化の必要性

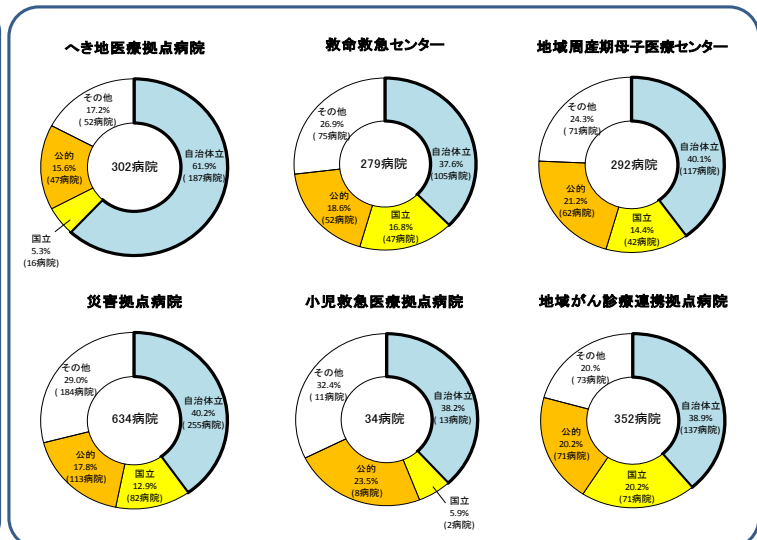
- ・新ガイドラインにおいては、公立病院に期待される主な機能として、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられている。
- ・これを踏まえて、現在の公立病院の機能を見ると、次表のとおり、へき地医療や救急・災害・周産期などの不採算・特殊部門に係る医療の相当部分を公立病院が占めていることがわかる。

○ 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

- ・また、新ガイドラインにおいて、新プランの策定にあたっては、構想区域（原則二次医療圏）における病床機能毎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在り方を示すなどの具体的な将来像を示さなければならないとしている。
- ・更に、1) 新設・建替等を行う予定の公立病院や、2) 病床利用率(※)が特に低水準の公立病院（過去3年連続して70%未満のもの）に加え、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については、新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検討を行うことが求められている。

※ 病床利用率とは、地方公営企業決算状況調査における「年間延入院患者数」を「年間延許可病床数」で除して得たものをいう。

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

- ・平成28年度以降、構想区域ごとに都道府県が設置する地域医療構想調整会議において、都道府県医療政策担当部局、区域内の医療機関、地元医師会その他の医療関係者、医療保険者その他の

関係者によって、個々の医療機関の機能分化・連携を促進するための協議が進められている。

- ・地域医療構想調整会議の場では、公立病院に関し、構想区域内の民間医療機関をはじめとする他の医療機関との間のミッション（使命、任務、活動目標）やポジショニング（位置づけ）の相違といった点が議論されるものと思われる。そのため、公立病院としてのミッションやポジショニングを踏まえた役割を明確化しておくことが重要である。
- ・また、新ガイドラインにおいては、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プランの見直しをすることとしており、当該見直しによって、地域の医療体制に大きな変更が生じる場合には、関係する地域住民等に対しても丁寧に説明し、その理解を得つつ進めていくことが重要である。

（２）経営効率化

① 事業管理者や事務局に求められる資質、能力

- ・地方公営企業法全部適用の病院にあっては、事業管理者には、医業と経営の双方への理解のみならず、医療スタッフと経営事務スタッフの相互理解や意思疎通を円滑にする役割も求められる。
- ・また、病院経営の現状把握、課題の抽出からその対応策の検討と実施、目標設定、成果の検証・評価など高いマネジメント能力が求められる他、地方公共団体の長や議会、都道府県医療政策担当部局や地域の医療関係者等との調整能力が求められる。
- ・加えて、必要となる医師の安定的な確保を図るための医科大学等医師派遣機関とのネットワーク構築能力も重要である。
- ・以上のとおり、病院事業管理者には高い知見と経営意識、能力が求められるが、これを地方公共団体幹部の定期異動の一ポストと捉えてしまえば、適任者は育たないものと考えられる。
- ・一方、地方公営企業法一部適用の病院にあっては、地方公共団体の長が病院経営の責任者となるが、公務多忙な地方公共団体の長がこれらの役割を全て担うことは事実上困難な場合もあり、病院長と事務長とが適切に役割分担をしていくことが重要となる。
- ・また、いずれの場合にあっては、責任者の下で病院経営を直接担うこととなる事務局には、診療報酬制度をはじめとする医療制度・実務の理解や経営指標を活用した経営分析が求められる。

② 具体的なマネジメント上の課題

- ・病院経営には、先に述べたとおり専門的な知識や経営能力が求められるが、これを事務局に配属された職員（以下、「事務職員」という。）が地方公共団体の（比較的短期間での）人事異動サイクルの中で、実務だけで身につけることは難しく、十分な知識や能力を事務局に蓄積できないことが課題となっている。
- ・また、事務職員は、人事異動の中の一時的なポストとしての認識から、在籍期間中、前例に従い無難な対応をとりがちだという指摘がある。それでは組織はもとより、当該職員の能力向上にもつながらず、地方公共団体全体の業務改善をも阻害する要因ともなる。
- ・この課題は、医師、看護師をはじめとする医療スタッフにもあてはまると考えられる。公立病院

であるが故に公金をもって経営が支えられている安心感（不採算医療を担っているのだから赤字が出て仕方がないといった感覚や、公務員として身分は保障されているといった感覚）は、提供する医療サービスの質や採算性の向上といった感覚の持ち難さにもつながるものである。

- ・このため、公立病院の経営改革を進めるためには、事務処理に関する知識や能力の蓄積以上に、当該病院に所属する全職員の意識を変えていくことが大きな課題と考える。
- ・なお、小規模な地方公共団体や公立病院にあつては、そもそも人的資源が限られ、職員個々の意欲はあつても、絶対的なマンパワー不足が課題となるケースもある（小規模な地方公共団体でなくとも、人事部局が定数抑制を意識するあまり、十分な職員配置が行われない場合にも同様の課題が生じる）。
- ・このマンパワー不足に関しては、病院マネジメント上の課題という以上に、当該地方公共団体の政策として病院事業をどのように評価しているのかという課題を含んでいる。
- ・病院事業は、人的サービスの提供により対価を得る事業モデルである。このため、公・民の役割分担に留意しつつ、地域の医療需要に照らして必要が認められる場合には、人材を適切に雇用・配置することで収益増につながる場合があることを理解すべきである。一方、急激な人口減少下にあつて、将来も含めた医療需要を踏まえ、見直しを行う場合には、事務の効率化・合理化を図ることにより経費を削減する方法が有効であることも指摘されている。

③ 住民、首長、議会等に対する理解促進

- ・公立病院の経営改革を進める上で、事業管理者や病院長などがしっかりした目的意識を持ち、病院内の医療スタッフや事務職員との意識の共有を図ることが重要である。
- ・その上で、当該病院と地方公共団体の長、議会や関係部局との間において地域医療の在り方や持続可能な病院経営についての認識を共有し、医師確保対策や健康・予防施策なども含めた効果的な連携が図られることが重要である。
- ・そのためにも、病院サイドからは、当該病院の経営状態や将来的な経営展望について、経営指標等を用いた経営分析や客観的なデータ等により、誰にでもわかりやすく、適切な説明をすることが必要である（なお、医療制度や病院経営は専門性の高い分野であることから、説明を受ける側にも積極的に理解しようとする姿勢が望まれる）。
- ・一方で、人口減少・高齢社会が到来し、過疎化が進む中にあつて、地域づくり政策の中に保健医療や介護その他の福祉施策をどう位置づけていくかは各地方公共団体にとって大きな政策課題となっている。特に公立病院を設置・運営している地方公共団体にとって、目指すまちづくりを進めていくためには、当該病院の現状を的確に把握するとともに、公・民の役割分担を踏まえた上で、当該病院に求められる役割とそれに必要な規模や機能、立地、更には公共交通の整備や周辺の社会福祉施設等との連携も視野に入れてまちづくり計画等を立案すべきである。
- ・以上のような地域政策の側面から自治体と事業管理者や病院長との認識の共有を図り、経営に対してコミットしていくことが公立病院の役割の明確化にもつながるのではないかと考える。
- ・合わせて、公立病院改革を進める上で、地域住民の理解は必要不可欠である。当該病院の医療機能や病床規模の見直し、他の医療機関との機能分担や連携、統合再編が必要となる場合もあるが、

そうした場合に突然、改革内容を説明しても理解は得られない。このため、日頃から、当該病院の経営状況や提供される医療と負担の関係、更には医療の質やサービスを測る指標であるクリニカルインディケーター（臨床指標）などの情報開示や説明を丁寧に行い、地域に開かれた病院として住民の理解を醸成しておくことが必要である。

（３）再編・ネットワーク化

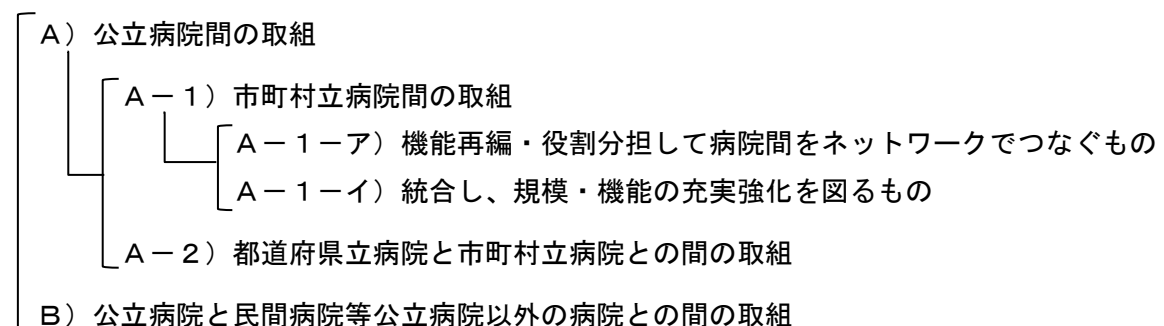
① 公営企業の抜本的改革における「再編・ネットワーク化」の位置づけ

- ・「経済財政運営と改革の基本方針 2016」（H28. 6. 2 閣議決定）においては、公営企業の抜本的な改革（事業廃止、民営化、広域的な連携及び民間活用）の推進を着実に進めることとされており、また、「経済・財政再生アクション・プログラム 2016」（H28. 12. 21 経済財政諮問会議決定）において、「公営企業（水道事業・下水道事業・病院事業）の広域化等については、新たにKPIを設定して進捗の検証を行うこととし、独立した改革工程を明記して取り組む（例えば、下水道事業の都道府県構想、新公立病院改革プラン、経営戦略など地方団体の策定する各種計画での具体化を促す。）」こととされた。
- ・公立病院改革における再編・ネットワーク化は「広域化等」の取組と位置づけられ、経済・財政再生計画改革工程表の第一階層 KPI において「再編・ネットワーク化に係るプランを策定した病院数」が設定されている。各地方公共団体においては、公営企業の抜本的改革の観点からも公立病院の再編・ネットワーク化の取組が注目されていることに留意すべきである。
- ・更に、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」においては、「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。更に、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…（中略）…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。」とされ、再編・ネットワーク化の取組の加速化が指摘されている。

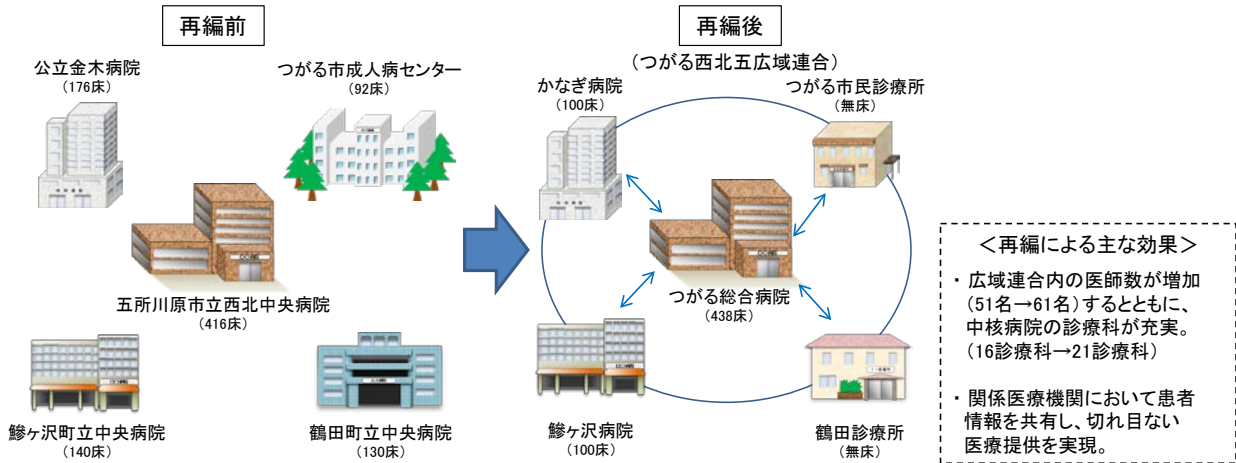
→ 以上、〔本文参考資料〕資料 22、23 参照。

② 前ガイドラインに基づく取組事例と新ガイドラインに基づく取組事例の概要

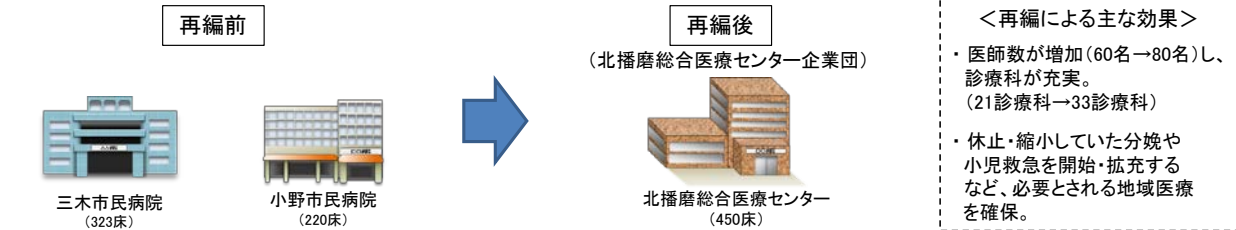
- ・再編・ネットワーク化は、前公立病院改革の視点の 1 つとして前ガイドラインに位置づけられ、平成 25 年度までに策定された再編・ネットワーク化計画に基づき、65 ケース、162 病院が統合・再編などに取り組んできた。
- ・再編・ネットワーク化のこれまでの取組を概観すると次のとおりとなる。



基幹病院・サテライト型(青森県西北五医療圏の例)



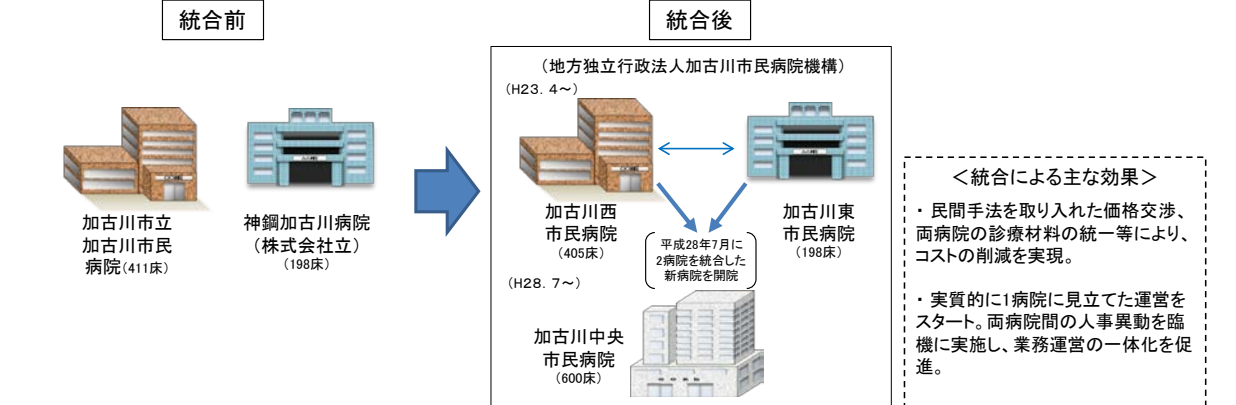
統合型(兵庫県三木市・小野市の例)



県・市統合型(日本海総合病院の例)

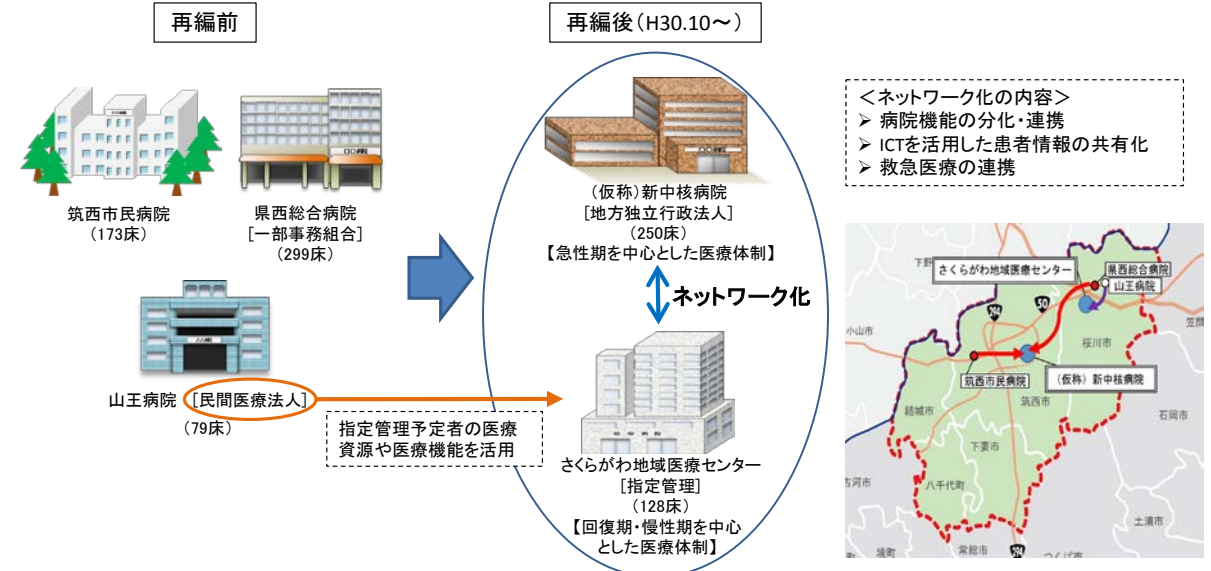


官・民統合型(兵庫県加古川中央市民病院の例)



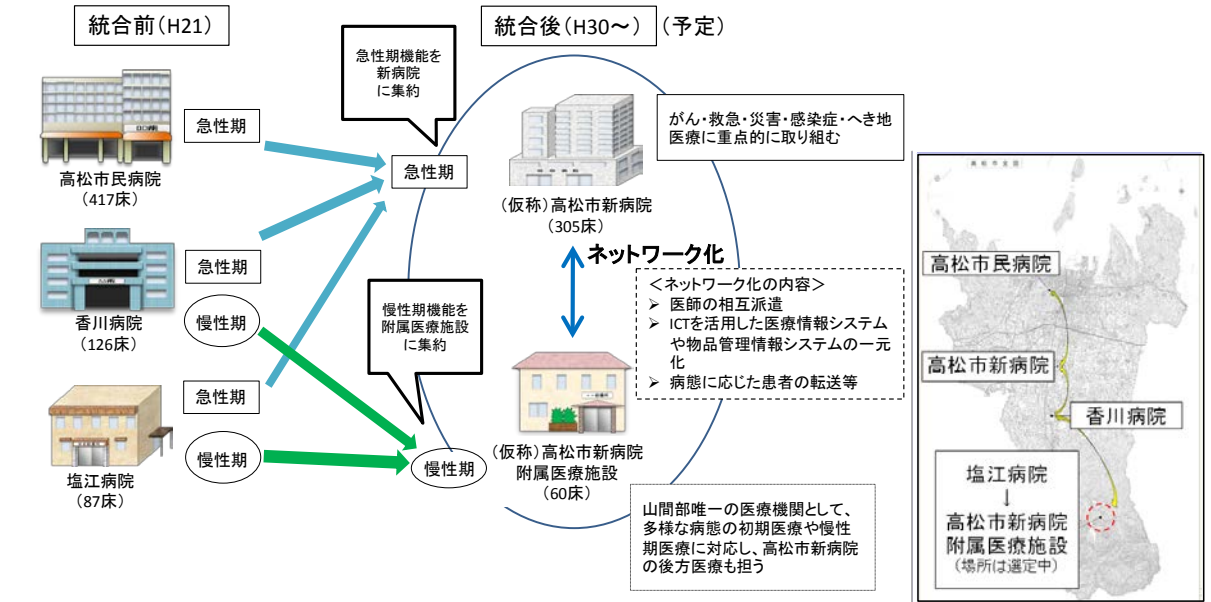
茨城県筑西市・桜川市の公立2病院と民間病院の再編・ネットワーク化(3病院を2病院へ再編統合)

- 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



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



- ・前ガイドラインは公立病院の経営改善を主眼としたものであり、その手法としての再編・ネットワーク化の取組も、原則として公立病院間を想定したものであったが、現在の医療提供体制の改革は、地域医療構想を踏まえ、医療圏内の全ての医療機関の機能の分化・連携が求められている。このため新ガイドラインにおいては、「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」とされているところである。
- ・以上のことから、今後の再編・ネットワーク化の取組には、更に多様な形態に関する検討が想定されるとともに、またそうした取組が求められていることに留意すべきであり、地域医療の確保を優先課題とし、医療サービスの供給者である病院側のみならず、受給者である地域住民・受診者の視点に立った検討が求められる。

③ 医療と介護の連携の必要性

- ・1（1）③で述べたとおり、医療介護総合確保推進法においては、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いるところである。
 - ・また、2（2）でも述べたとおり、へき地などの地域では、公立病院がその地域における医療のみならず保健、福祉や予防を含めた介護の事業にも関与している実態があり、また近年では、地方公共団体の施策として、公立病院の空き病床をサービス付き高齢者住宅に転換するなどの取組事例も出てきている。
 - ・このような状況から、今後、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築に向けて、公立病院がその中核として、訪問診療など在宅生活者を支える役割を果たしていくことに加え、医療間の連携のみならず病院事業と介護施設事業等の連携や、民間事業者ではサービス提供が困難な場合には、病院事業から介護事業等への転換などについても検討する必要がある。
- 以上、〔本文参考資料〕資料24参照。

④ 再編・ネットワーク化を検討する上での課題

- ・再編・ネットワーク化は、その相手となる医療機関との合意形成が不可欠である。費用負担の在り方やどういった機能をどちらが担うかといった利害調整は相当の時間と労力を伴うものとなる。状況によっては当該病院間で、医師の派遣元が異なることから医師派遣機関との調整が必要となることもある。
- ・更には、病院を再編する場合（民間病院等、公立病院以外の医療機関との統合等により、結果的に公立病院を廃止する場合を含む。）、地域によっては「病院がなくなる（病院までの距離が遠くなる）」、「規模・機能の縮小や経営形態が変わることにより、これまでどおりの医療サービスが受けられなくなるのではないか」、「診療所になってしまう」ということを理由に、地域住民からの反対が生じ、最悪の場合、再編・ネットワーク化計画が頓挫することもある。
- ・このため、再編・ネットワーク化の実現に向けては、再編・ネットワーク化する当事者間はもちろん、自治体内・関係自治体間・地域の医療関係者等ですっかり認識を共有するとともに、地域

住民への丁寧な説明を行い、住民の不安を払拭し、その理解を得ることが重要である。

- ・なお、再編・ネットワーク化の検討に当たっては、対象となる病院間の距離や立地、交通条件などを考慮せず、地理的に無理がある再編に取り組む場合には、結果として地域医療を崩壊させかねないリスクがあることに留意すべきである。

(4) 経営形態の見直し

① 経営形態の類型、効果と留意点

- ・新プランにおいては、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。新ガイドラインにおいては、経営形態について次の5つの選択肢を掲げており、その概要は次表のとおりである。
 - 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

○ 経営形態の類型整理について

| 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に取り組むことが適当。 |
| (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。 |
| (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 各経営形態への移行時等に対する主な地方財政措置

- ・公立病院の経営形態を見直す場合には、新ガイドラインに基づき、その移行時・移行後の施設・設備等や退職手当、債務整理に対する地方財政措置が講じられる。主な地方財政措置は次表のとおりである。

○ 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

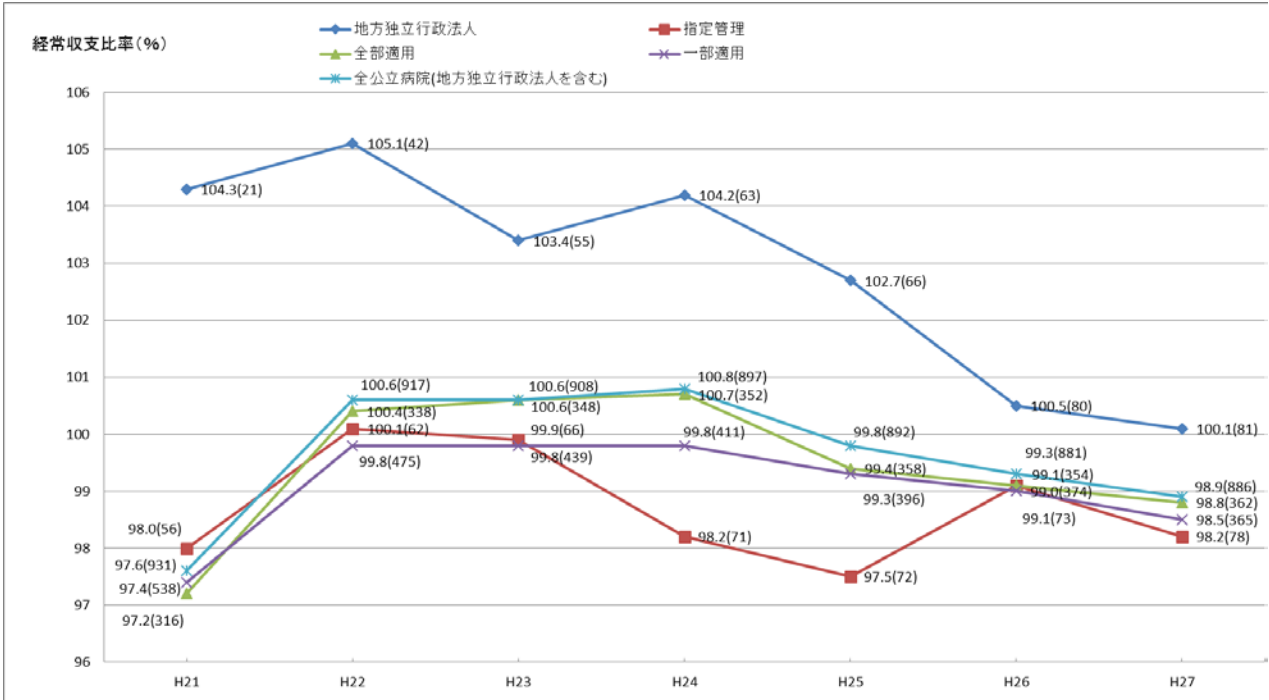
| 見直し内容 | 公営企業としての位置づけ | 主な地方財政措置 | |
|-----------------------------------|--------------|---|--|
| | | 移行時・移行後の施設・設備等に対する措置 | 移行時の退職手当、債務整理に対する措置 |
| 経営形態の見直しに伴う措置 | | | |
| ①地方公営企業法の全部適用 | 公営企業存続 | — | — |
| ②指定管理者制度の導入 | | ○指定管理者制度移行後も、従来の建設改良費の元利償還金に対する普通交付税措置等の地方交付税措置を継続 | ○指定管理者制度の導入に際し必要となる退職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 経営形態を見直した病院の経営状況

- ・ 経営形態を見直した病院の経営上の効果の検証に関し、特に地方独立行政法人の経営状況について、他の経営形態に比べて経常収支比率が大きく低下傾向にある状況から、その要因を分析した（分析結果の詳細は、第6回研究会資料1-①を参照）。
- ・ その結果、地方独立行政法人の経常収支比率が低下傾向となっている収入面の要因は、経常収益に占める設立自治体からの運営費繰入金金の割合が減少したことであった（この要因は他の経営形態との間で大きな差異となっている）。また、費用面の要因は、職員給与比率、材料比率が上昇したこと（この要因は他の経営形態との間で大きな差異はないこと）であったことが確認できた。

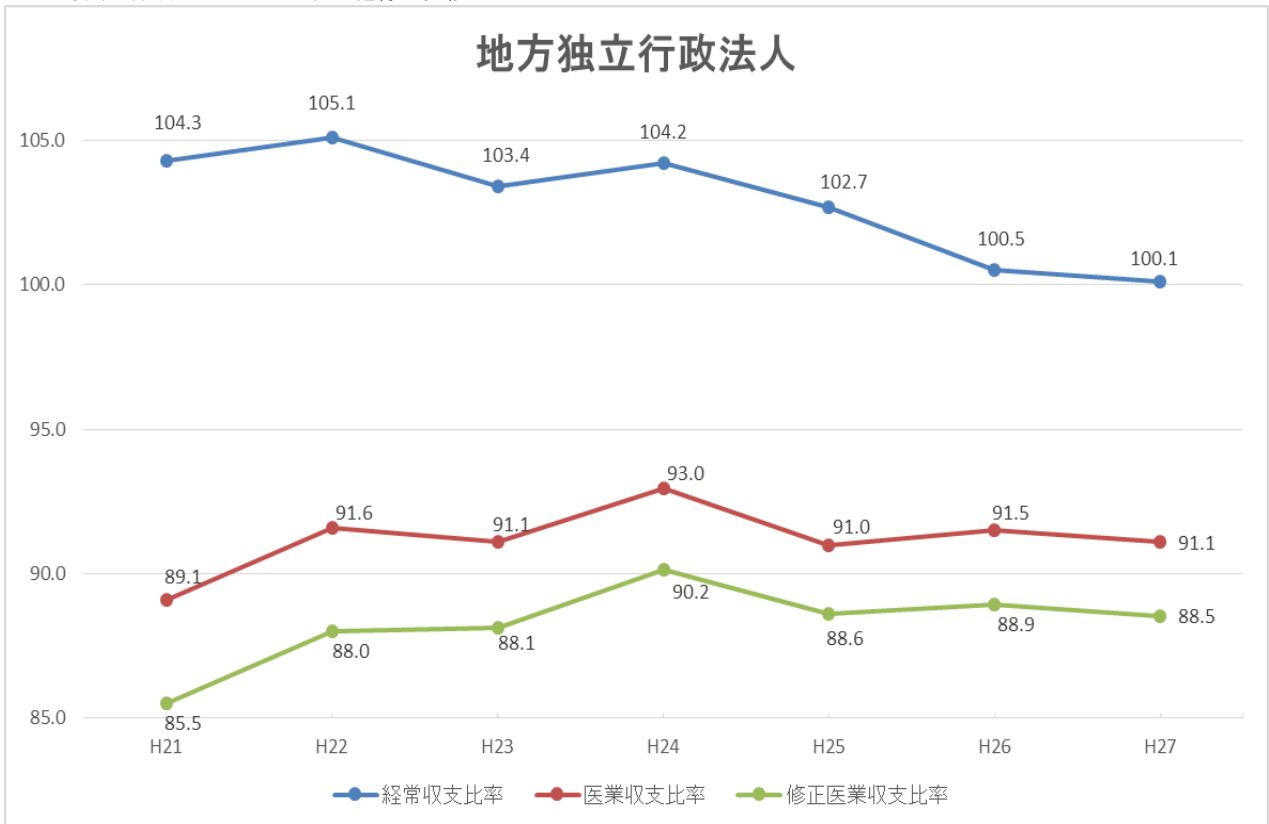
○ 経営形態見直し後の経営状況の推移



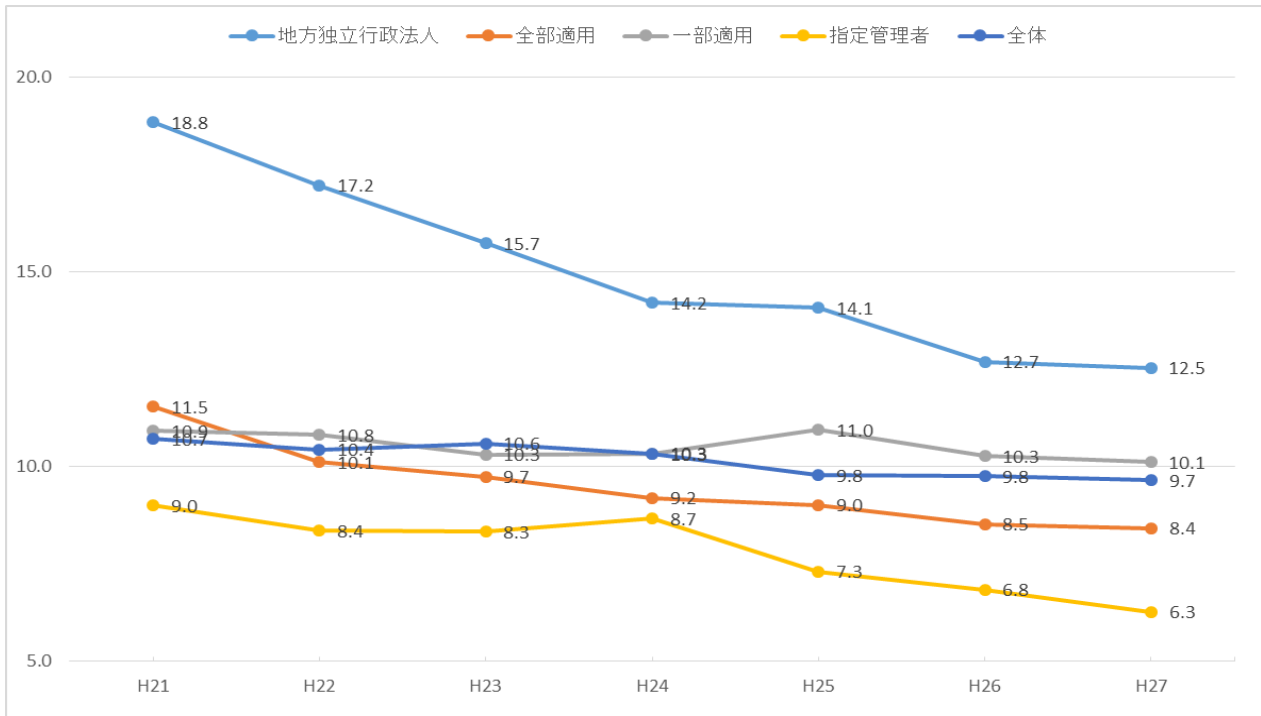
※ 経常収支比率は、各年度末時点の加重平均である。
 ※ 指定管理の経常収支比率は、地方公共団体の病院事業会計と指定管理者の決算を合算したものである。
 ※ ()は病院数(建設中を除く)である。

(出典) 地方公営企業決算状況調査
 地方独立行政法人に関する決算状況調査

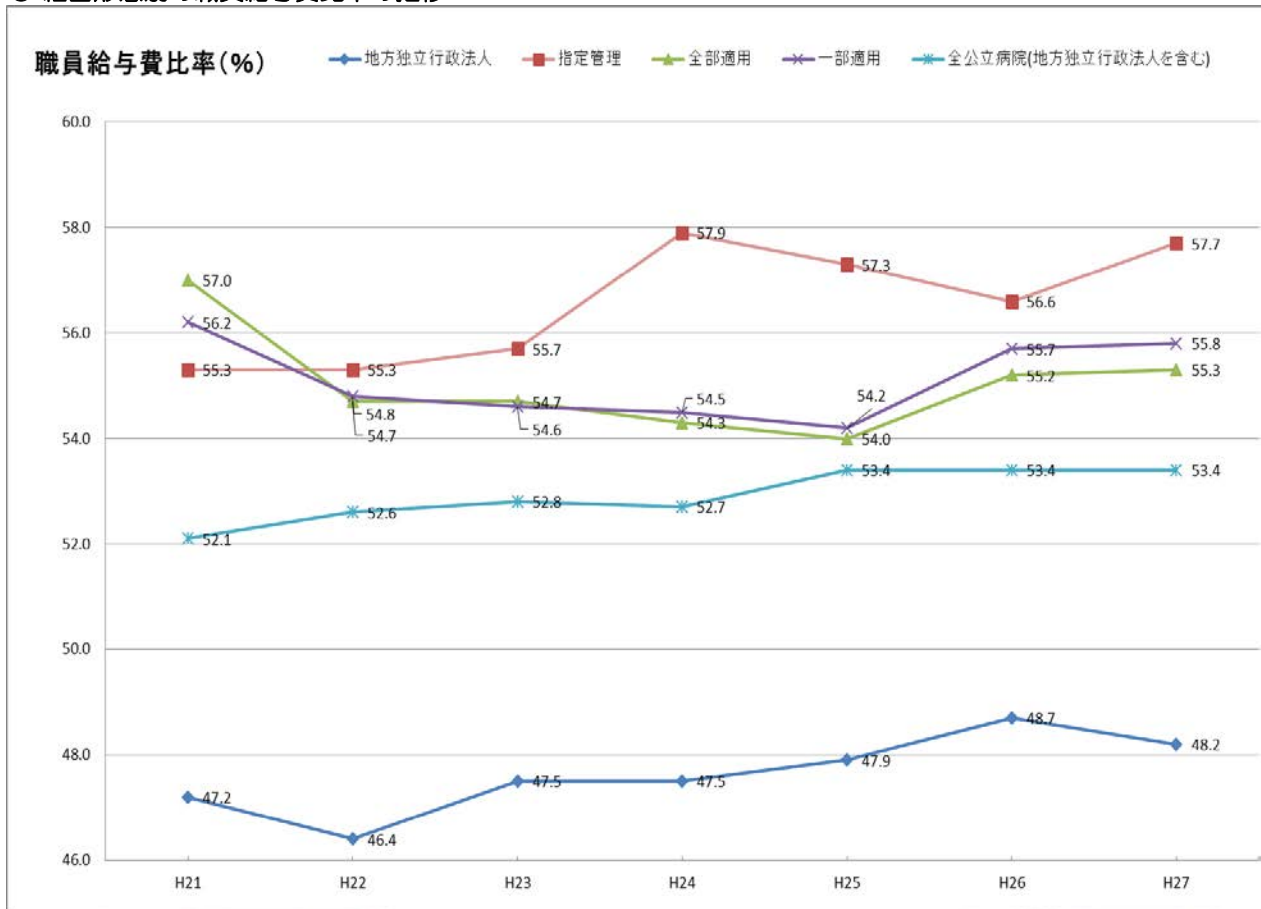
○ 地方独立行政法人における経営指標の推移



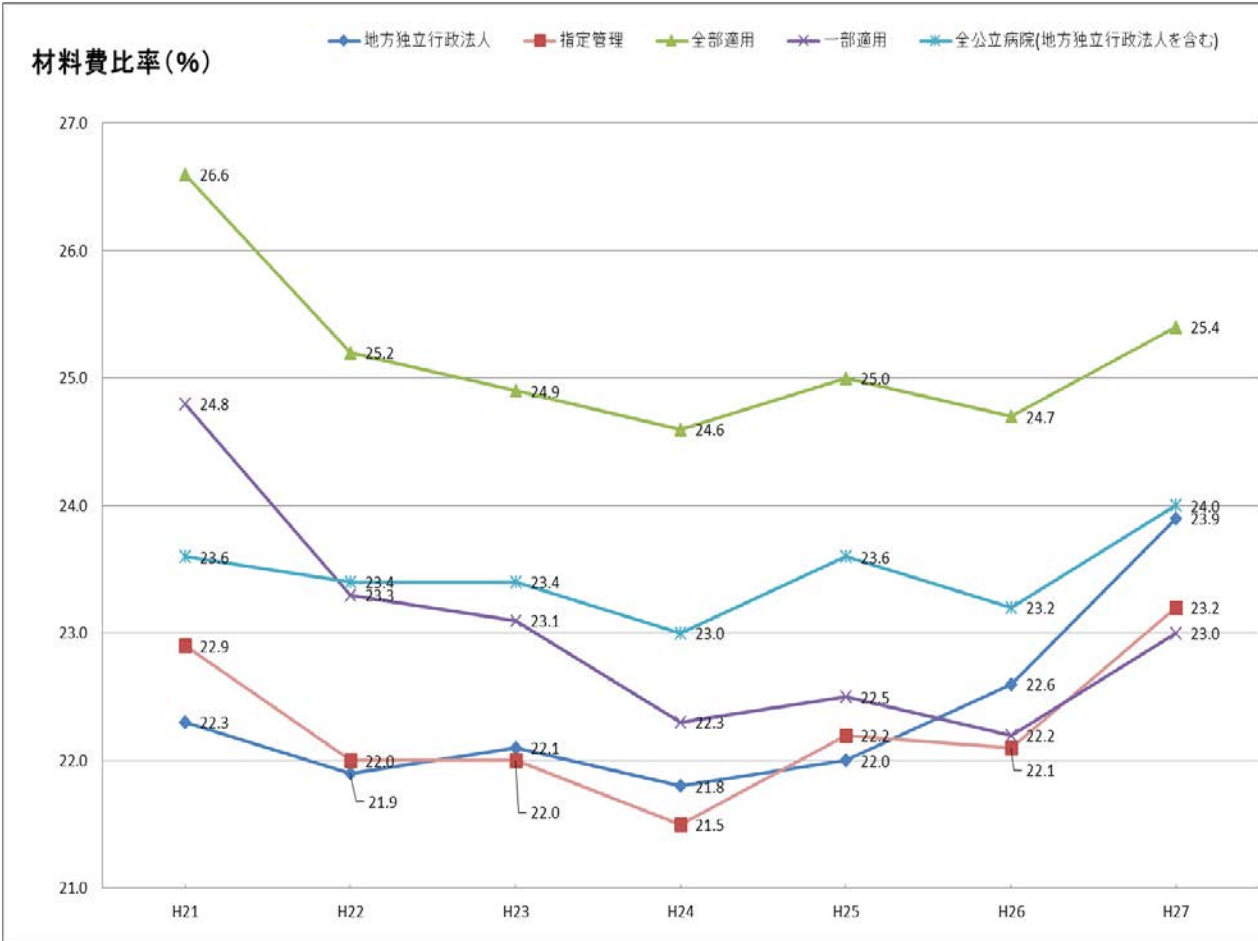
○ 経営形態別の運営費繰入金対経常収益の推移



○ 経営形態別の職員給与費比率の推移

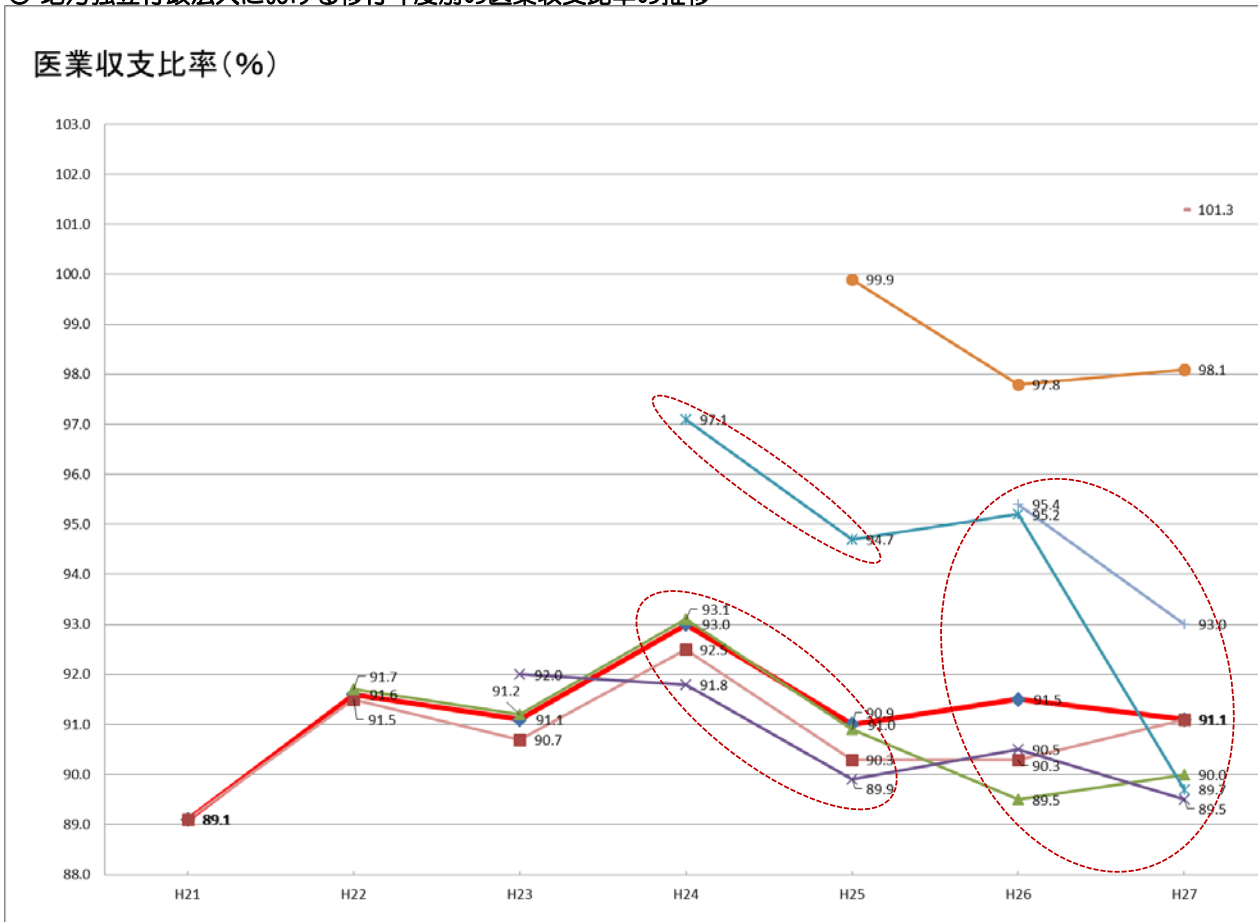


○ 経営形態別の材料費比率の推移



- ・更に、地方独立行政法人への移行年度別に病院をグループ化し、各グループの経営状況を確認したところ、一部であるが特に医業収支が悪化している病院があり、全体の経常収支比率の低下傾向には、病院個別の要因も考えられることが確認できた。

○ 地方独立行政法人における移行年度別の医業収支比率の推移



- ・以上のことから、経営形態の見直しを行えば直ちに経営状態が改善するものではないことが読み取れる結果となっている。
- ・また、①で述べたとおり、それぞれの経営形態によって様々な効果や留意点があって、一概にどの形態が最善とは言えないものであるが、例えば地方独立行政法人へ移行した病院からは、職員の弾力的な採用やガバナンスの観点から意思決定の迅速化に効果があったといったメリットが指摘されるところである。その一方で、病院と自治体との距離感が遠くなること（自治体の意向を踏まえた政策医療の実施が果たせなくなるのではないかなど）を懸念する声もある。
- ・このことから、経営形態の見直しについては、それ自体が目的ではなく、その先に何を指すのか、それは現在の形態でも達成ができないのかどうかといったことも含めて、それぞれの効果や留意点等を踏まえ、先行する取組事例なども参考にしつつ、病院関係者や自治体において地域の実情に応じて最もふさわしいと考えられるものを検討すべきである。

④ 経営形態の見直しにあたっての制度的な課題

- ・公立病院の経営形態の見直しにあたっての課題については、総務省において実施した「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）」の結果が参考となる。当該調査から、各公立病院が経営形態の見直しにあたって課題と考えている主なものを抜粋した結果は次表のとおりである。

○ 経営形態の見直しに関する課題について

| 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

- ・ 加えて、現在、地方独立行政法人への移行を具体的に検討している病院に対し、移行に当たって課題と考えている事項について、総務省から個別に聞き取り調査を実施している。

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)内でしか認められておらず、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、その費用も多額となってしまうこと。

- ・以上の調査結果から、経営形態の見直しに当たって主な課題は次の2つに集約される。
 - ア) 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こと
 - イ) 自治体が短期的に多額の財政的負担を要すること（退職給付引当金の計上方法、債務超過の解消や退職手当の負担）
- ・以上のうち、ア)に関しては時間や労力を有するものの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、イ)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難しい場合もあると思われ、制度的な課題と考える。

第2部
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

(1) 公立病院の事務局の強化、経営人材の確保・育成

① 事業管理者のあり方

- ・公立病院の経営効率化を図る上で、事業管理者や病院長、事務長をはじめとする事務局には専門的な知識や能力が求められること、その一方で、地方公共団体の一組織であるが故の課題があることを第1部の3(2)①②で述べた。
- ・地方公営企業法全部適用の場合、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自立的な経営が可能となることが期待されるものであるが、制度運用上、事業管理者の権限と責任が明確化されなければ、その効果は十分に発揮されない。加えて、当該権限と責任を認識し、積極的にその役割を果たす人材でなければ、その効果は期待できない。
- ・こうしたことから、事業管理者には高い知見と、経営意識、実務能力を有する者を選定すべきであり、過去若しくは現在も病院経営に携わり、知識と経験の蓄積がある者から登用することが望ましい。
- ・また、現在、地方公営企業法一部適用の病院にあっては、地方公営企業法全部適用への経営形態の見直しにより、知見のある現在の院長を事業管理者とし、若手の副院長を院長に登用することで、早い時期から経営者としての人材育成を図るという考え方もある。
- ・なお、平成29年4月からスタートした、地方公営企業連絡協議会調査研究事業研究会¹においては、「公営企業における管理者を中心とした経営システム」に関する議論が行われており、その動向についても留意されたい。

② 事務局の強化との方策

- ・地方公営企業法全部適用と一部適用のいずれの場合も、事業管理者又は病院長の下で直接の経営実務を担うこととなる事務長及び事務職員に関する基本的な考え方は、上記事業管理者と同様に、経営意識、実務能力を有する者を選定することが重要である。
- ・また、それらの事務職員の人事異動サイクルを見直すとともに、医療制度や病院経営に関する研修体制を構築する。そして、それらの人事配置・人事サイクル・研修体制が相互により効果的に機能するような仕組みとすることが、事務職員の医療や介護制度における専門性を高め、知識や経験が蓄積されるとともに、個々の職員の能力向上が事務局の強化につながるものとする。
- ・更に、経営効率化の観点から事務の外部委託化が進められている事例も多いと考えられるが、病院経営が高度専門化している中において、医事業務などに関して全てを外部委託化するのではなく、中心となる人材に継続的に事務職員を配置し、診療報酬やDPCなどの制度変更に的確に対応することが必要と考える。
- ・合わせて、既に専門的な知識、技術、経験等の蓄積のある外部人材の事務長及び事務職員への登用も検討すべきである。

¹ 地方公営企業連絡協議会（46都道府県19指定都市4企業団の管理者で構成）において、公営企業の健全な経営に資することを目的として実施されている調査研究事業であり、平成29年度は、公営企業におけるガバナンスなどの管理者を中心とした経営システムの研究を行っている。

- ・個々の職員の知識、意欲が十分であり、かつ、当該病院の立地する地域の医療需要（将来推計を含む）等に照らして当該病院の機能や規模が適切であるにも関わらず、職員配置に係る課題により、経営改善効果が十分に生じていない状況にある場合には、事業管理者や病院長、事務長と当該地方公共団体の長や人事部局との間で協議の上、組織・定員の適正化を検討し、必要な職員配置に努めるべきである。なお、配置を求める職員が直接医療に携わらない事務職員の場合、直ちに収益改善につながらない場合もあると考えるが、こうした場合にも、当該職員がどのように経営改善に寄与するのかといった合理的な説明をもって人事部局等の理解を得るべきである。
- ・仮に、当該病院の機能や規模が適切でも、当該地方公共団体の定員や財政力等の事情により十分な職員配置や人事運用等が困難な場合は、地域医療を確保する観点からもそれを可能とする経営形態の見直しや、周辺病院との再編・ネットワーク化を検討すべきである。
- ・合わせて、人材の有効活用の観点から、看護師その他の医療職員で経営感覚や改革意欲に富む人材の事務局への配属や幹部への登用など、人事運用の弾力化も検討すべきである。また、病院経営を戦略的に考え、実効性のある改善施策を検討するための専門的な部門を設け、意欲や能力に富む職員を配置するなどの組織改革についても、事務局強化の観点から重要である。
- ・一方、当該地域の医療需要に照らして、当該病院の機能や規模が過大である（その結果、相対的に職員が不足している状況）ならば、その是正を検討すべきである。

③ 医師確保に資する取組み

- ・公立病院の多くは現在も医師確保に悩んでいる。国は、平成 20 年度以降の医学部の臨時定員増による、いわゆる地域枠の取組により医師の増員を図ってきた。今後、こうした地域枠の医師が臨床研修を終え、地域医療に従事する医師の総数は徐々に増加するものと見込まれるほか、法改正も視野に、実効的な医師偏在対策が検討されている。
- ・このため、引き続き、国の医師偏在対策の効果や、平成 30 年度から開始予定の新専門医制度、更には、現在検討されている「働き方改革」に伴う影響等も注視していく必要がある。
- ・なお、医療介護総合確保推進法に基づき平成 26 年度から創設され、各都道府県に設けられた地域医療介護総合確保基金の財源を活用し、都道府県が医科大学等に寄附講座を設けてそこから医師を派遣するといった仕組みも可能となっており、地域医療支援センター等の設置・運営と合わせて都道府県の積極的な取組が望まれる。
→ 【本文参考資料】資料 25 参照。
- ・一方、小規模な病院や医師確保に悩む病院においては、医療行為に加えてその他の事務も医師が処理せざるを得ず、その結果として、医師一人当たりの業務負担が重くなった結果、勤務環境が過酷となり更なる医師確保の困難さにつながっていると指摘する声がある。こうした状況を改善するために、可能な限り医師の指示に従い医療行為の一部を担うコ・メディカルスタッフ、その他の事務を分担する事務職員の充実に努めつつ、医師とその他の職員との役割分担を適正化することを検討すべきである。
- ・また、若手医師が勤務するためには、何よりも研修体制を充実させることが重要である。総合診療医を始めとする病院独自の専門医プログラムをつくること、初期研修の 1 か月の地域医療研修

を受け入れること、地域枠などの医学生の実習を受け入れること、研修受け入れについて良い指導者を招くこと、必要により研修日を作り外部の医療機関で研修を行えるような仕組みをつくることが望ましい。

- ・加えて、地域における住みやすさ・暮らしやすさの向上といった居住環境の整備など生活面でのバックアップ体制を整えることや、地域住民との意見交換やコミュニケーションの場を整えるなど医師の業務以外の面に係る地域と連携した取組により、医師自身が、その地域の暮らしを支えている・必要とされていると実感できるような方策を考えることも有効である。

(2) 公立病院の経営指標の「見える化」と地域における経営展望の理解促進

① 「経営比較分析表」の導入

- ・第1部の3(3)①で述べた「公営企業の抜本的改革」に関連して、総務省では、公営企業会計の全面的な「見える化」に取り組んでいる。具体的には水道事業及び下水道事業において、自らの経営指標の経年比較や他の同規模の公営企業（以下、「類似団体」という。）との比較、またそれらのクロス分析を行うための「経営比較分析表」が平成26年度決算から導入されており、その対象事業も順次拡大していくこととされている。
- ・これまでも、病院事業の決算については、公営企業決算統計をまとめた公営企業年鑑として公表されてきた他、個々の病院毎の決算情報は「病院事業決算状況」として、また同様に、収益や費用に関する指標等の経営指標は「病院経営分析比較表」として、合わせて総務省HPに公表されており、誰でも閲覧可能となっている。しかし、この病院経営分析比較表は、多くの経営指標を網羅的にまとめたものとなっているため、複雑さを指摘する声が上がっている。

○ 経営指標に関する現状（決算統計上の経営指標）

| 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 | 職員給与費対医業収益比率 | 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）

| 病院経営分析比較表 (27年度) | | 市町村・組合名 | | 病院名 | |
|------------------|-------------|---------|------|-----|------|
| 施設及び業務概況等 | 特殊診療機能 下送未測 | 病院区分 | 一般病院 | 非該当 | 救急 へ |
| 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 | 施設 | 救急 | | |
| DPC対象病院 | | | | | |

| 病院区分 | | 平均在院日数 | | 平均在院日数 | |
|----------------|-----|--------|------|--------|------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 | 25年度 | 24年度 |
| 一般 | 109 | 47.4 | 74.1 | 66.7 | 52.5 |
| 療養 | - | - | 75.1 | 79.6 | - |
| 結核 | - | - | 19.5 | 18.8 | - |
| 精神 | - | - | 64.9 | 56.1 | - |
| 感染症 | - | - | 1.0 | 2.4 | - |
| 計 | 109 | 47.4 | 72.7 | 68.2 | 52.5 |
| 平均在院日数(一般病床のみ) | | 18.9 | 18.4 | 20.2 | 18.6 |

| 一日平均患者数・外来入院患者比率 (%) | | 患者1人1日当たり診療収入 (%) | |
|----------------------|-------|-------------------|-------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 94 | 316 | 222.9 |
| 全国平均 | 100 | 405 | 167.1 |
| 前年度増減率 | -10.3 | -2.8 | - |
| 26年度 | 105 | 325 | 208.2 |
| 前年度増減率 | 11.7 | -2.7 | - |
| 25年度 | 94 | 334 | 237.9 |

| 職員1人1日当たり診療収入 (%) | | 職員1人1日当たり診療収入 (%) | |
|-------------------|--------|-------------------|--------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 44,807 | 12,429 | 9,472 |
| 全国平均 | 30,566 | 21,000 | 11,802 |
| 前年度増減率 | -2.5 | 3.1 | - |
| 26年度 | 31,123 | 11,802 | 9,281 |
| 前年度増減率 | -1.2 | 21.9 | - |
| 25年度 | 31,491 | 9,881 | - |

| 薬品使用効率 (%) | | 職員1人1日当たり診療収入 (%) | |
|------------|-------|-------------------|-------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 100.4 | 119.6 | 111.6 |
| 全国平均 | 102.6 | 99.2 | 108.1 |
| 前年度増減率 | 102.1 | 96.6 | 111.6 |

| 職員1人1日当たり診療収入 (A) | | 職員1人1日当たり診療収入 (A) | |
|-------------------|---------|-------------------|--------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 551,095 | 38,012 | 58,335 |
| 全国平均 | 303,461 | 362,135 | 59,380 |
| 前年度増減率 | 19.5 | 21.0 | - |
| 26年度 | 684,814 | 48,132 | 18.1 |
| 前年度増減率 | 7.1 | 40,769 | - |
| 25年度 | 630,262 | - | - |

| 資金不足等の状況 | | 資金不足等の状況 | |
|----------|-------|----------|-------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 100.4 | 119.6 | 111.6 |
| 全国平均 | 102.6 | 99.2 | 108.1 |
| 前年度増減率 | 102.1 | 96.6 | 111.6 |

| 職員数 (A) | | 職員数 (A) | |
|---------|---------|-----------|------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 114 | 1,846,381 | 44.4 |
| 全国平均 | 114 | 1,401,010 | 46.4 |
| 前年度増減率 | 114 | 1,344,391 | 43.9 |
| 26年度 | 557,222 | 495,170 | 54.0 |
| 前年度増減率 | 10 | 517,270 | 48.4 |
| 25年度 | 511,867 | 479,755 | 41.4 |
| 前年度増減率 | 6 | 487,194 | 43.2 |
| 24年度 | 590,116 | 579,588 | 44.5 |

| 会社からの繰入金状況 (円) | | 会社からの繰入金状況 (円) | |
|----------------|---------|----------------|------|
| 区 | 分 | 27年度 | 26年度 |
| 一般 | 114 | 1,846,381 | 44.4 |
| 全国平均 | 114 | 1,401,010 | 46.4 |
| 前年度増減率 | 114 | 1,344,391 | 43.9 |
| 26年度 | 557,222 | 495,170 | 54.0 |
| 前年度増減率 | 10 | 517,270 | 48.4 |
| 25年度 | 511,867 | 479,755 | 41.4 |
| 前年度増減率 | 6 | 487,194 | 43.2 |
| 24年度 | 590,116 | 579,588 | 44.5 |

- 公立病院の経営改革を進めるには、当該病院の経営状況や将来的な経営展望について、病院内部の職員はもとより自治体内部や議会、地域住民の理解を得ることが不可欠であり、そのためには客観的なデータや経営指標等を用いた経営分析等により誰にでもわかりやすく適切な説明をすること、つまりは公立病院の経営指標の「見える化」が求められる。
- 病院事業への、経営比較分析表の導入後は、当該病院の経営指標についての経年比較や類似団体との比較、複数の指標を組み合わせた分析を行うことにより当該病院の経営の現状及び課題を的確かつ簡明に把握することが可能となるとともに、新プランの進捗状況等を把握、確認する上でも有益な情報が得られると考えられ、それらをもって関係者、地域住民等への説明に有効活用できるものである。
- 病院事業に係る経営比較分析表及び同表に掲載される経営指標の考え方等は次のとおりである。

○ 病院事業における「経営比較分析表(案)」について

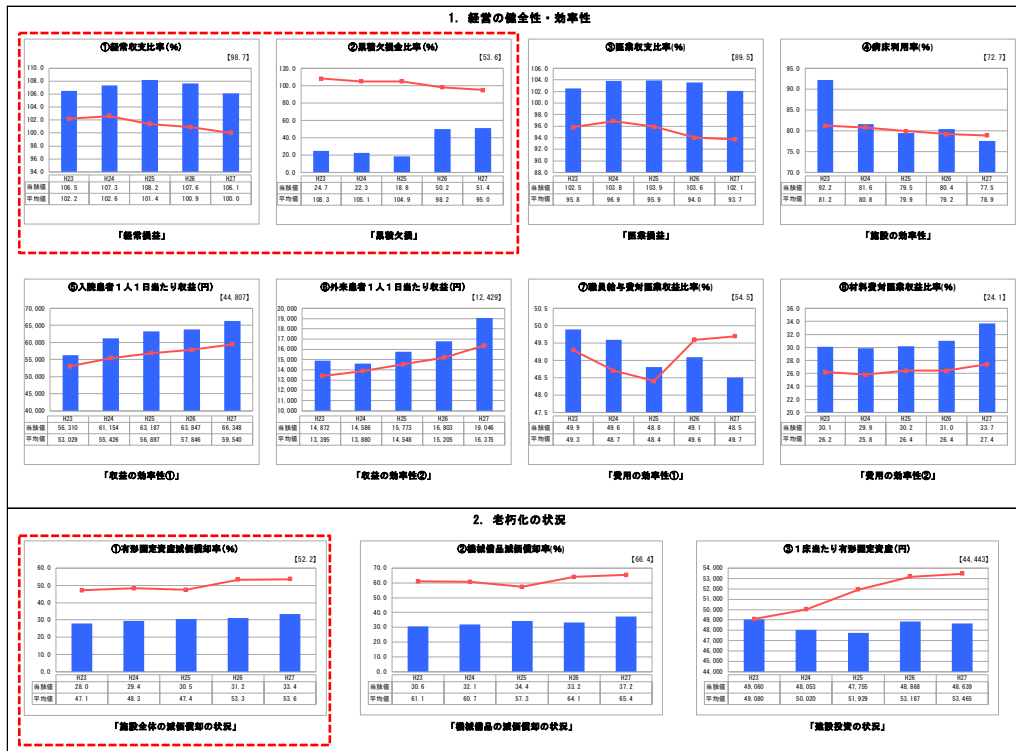
経営比較分析表

〇黒〇〇病院

| 法適用区分 | 病院区分 | 動物医療 | 診療科数 | DPC対象病院 | 特殊診療機能 ※1 | 不特定地区病院 | 指定病院の状況 ※2 |
|-----------|-------------|----------|----------|----------|-----------|----------|------------|
| 法適用 | 一般病院 | 53,660 | 23 | 対象 | D選1部分 | 非該当 | 救急が災地輪 |
| 看護配置 | 看護配置 | 許可病床(一般) | 許可病床(産婦) | 許可病床(産婦) | 許可病床(産婦) | 許可病床(産婦) | 許可病床(合計) |
| 7:1 | 直営 | 685 | 0 | 0 | 0 | 0 | 685 |
| 人口(人) | 圏域区分 | 圏域病床(一般) | 圏域病床(産婦) | 圏域病床(合計) | | | |
| 1,279,594 | 一般病院の500床以上 | 685 | 0 | 685 | | | |

病院事業

グラフ凡例
 ■ 当該団体実績(実績値)
 - 類似団体平均値(平均値)
 □ 平成27年度全国平均



I. 地域において担っている役割

II. 分析値

1. 経営の健全性・効率性について

2. 老朽化の状況について

全体総括

※赤枠は他事業との共通部分

○ 経営の健全性・効率性（経営の状況）

※緑色の網掛けは上下水道にない新指標

※赤字は新公立病院改革ガイドラインにおいてプランの中で必ず数値目標を設定することとしている指標

| 指標 | 算式 | 指標の使い方・効果 |
|-------------------|----------------|--|
| 1 経常収支比率 | 経常収益÷経常費用 | 当該年度において、料金収入や一般会計からの繰入金等の収益で、医業費用や支払利息等の費用をどの程度賅えているかを表す指標。 |
| 2 累積欠損金比率 | 当年度未処理欠損金÷医業収益 | 医業収益に対する累積欠損金（事業運営により生じた損失で、前年度からの繰越利益剰余金等で補填することができず、複数年度にわたり累積した欠損金）の状況を表す指標であり、累積欠損金が発生していないことを表す0%であることが求められる。 |
| 3 医業収支比率 | 医業収益÷医業費用 | 医業活動から生じる医業費用に対する医業収益の割合を表す指標であり、通常100%以上が求められるが、不採算医療等を担う病院は医業収支の均衡の達成が難しいため、類似病院の比較等により状況を把握・分析し、適切な数値となっているか、対外的に説明できることが求められる。 |
| 4 病床利用率 | 年延入院患者数÷年延病床数 | 病院の施設が有効に活用されているか判断する指標であり、新公立病院ガイドラインにおいて、病床利用率が3年連続70%未満である場合は、地域の医療提供体制を確保しつつ、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しなどについて抜本的に見直すことを検討することが求められる。 |
| 5 入院患者1人1日当たり診療収入 | 入院収益÷年延入院患者数 | 入院患者又は外来患者の診療、療養に係る収益について、患者1人1日当たりの平均単価を表す指標であり、経年比較で減少傾向にある場合は、類似病院の平均より下回っている場合は、その原因について分析し、安定した収益が確保できるよう、改善へ向けて検討することが求められる。 |
| 6 外来患者1人1日当たり診療収入 | 外来収益÷年延外来患者数 | 入院患者又は外来患者の診療、療養に係る収益について、患者1人1日当たりの平均単価を表す指標であり、経年比較で減少傾向にある場合は、類似病院の平均より下回っている場合は、その原因について分析し、安定した収益が確保できるよう、改善へ向けて検討することが求められる。 |
| 7 職員給与費対医業収益比率 | 職員給与費÷医業収益 | 医業収益の中で職員給与が占める割合を表す指標。病院事業は人的サービスが主体であり、費用のうち職員給与が最も高い割合を占めている。なお、業務委託化が進んでいる病院は、委託料対医業収益率と合わせて確認することも有効である。 |
| 8 材料費対医業収益比率 | 材料費÷医業収益 | 医業収益の中で材料費が占める割合を表す指標。薬品費等を含む材料費は、費用のうち職員給与に次いで高い割合を占めており、類似病院平均より上回っている場合は、その原因について分析し、費用の削減等へ向けて検討することが求められる。 |

○ 老朽化の状況（資産の状況）

| 指標 | 算式 | 指標の使い方・効果 |
|---------------|------------------------------------|---|
| 1 有形固定資産減価償却率 | 有形固定資産減価償却累計額÷有形固定資産のうち償却対象資産の帳簿原価 | 保有資産がどのくらい法定耐用年数に近づいているかを把握・分析し、中長期的な観点から更新計画を立てることが求められる。 |
| 2 機械備品減価償却率 | 機械備品減価償却累計額÷償却資産のうち機械備品の帳簿原価 | 保有資産のうち、機械備品がどのくらい法定耐用年数に近づいているかを把握・分析し、中期的な観点から更新計画を立てることが求められる。 |
| 3 1床当たり有形固定資産 | 有形固定資産のうち償却対象資産の帳簿原価÷年度末病床数(合計) | 1床あたりの有形固定資産の保有状況を表す指標。過大な投資は、将来的に減価償却費として収益的支出の増大にもつながることから、類似病院平均より上回っている場合は、その原因について分析し、病床規模に応じた投資とすることが求められる。 |

- ・最初に、地方公営企業法の法適用区分（一部適用か全部適用か）、病院区分（一般病院か特定の機能に特化した病院か）、病床数、建物面積、標榜する診療科目の数、DPC対象病院か否かといった基本情報が表示される。
- ・表中段の「1. 経営の健全性・効率性」欄には、①経常収支比率、②累積欠損金比率（以上、共通指標）の他、③医業収支比率、④病床利用率といった病院事業固有の6指標を加えた8指標が表示される。また、表下段の「2. 老朽化の状況」欄には、①有形固定資産減価償却率（共通指標）の他、②機械備品減価償却率、③1床当たり有形固定資産の計3指標が表示される。
- ・これらの指標は、当該病院データが青い棒グラフ、類似団体の平均データが赤い折れ線グラフにより過去5年間分の推移が表示され、視覚的にその経営状態が理解できるようになっている。
- ・なお、老朽化の状況の3指標について、①は、病院施設の建替は病院経営の在り方等を考える上で大きなきっかけの一つであること、②は、高額医療機器等が病院経営にも少なからず影響を与えること、③は、それら施設設備への投資規模の適切性を判断する指標として重要なことから導入しているものである。
- ・また、表の右側には、病院事業のみに掲げた項目である「I 地域において担っている役割」欄を設けている。これは、公立病院が地域医療確保のため、民間病院の立地が困難なへき地における医療や、救急、周産期、小児医療等の不採算・特殊部門に係る医療などを担うことにより経営指標が悪化することもあるなど、経営指標の数値だけでは判断できない部分もあることから、当該病院特有の役割を踏まえた比較・分析が可能となるよう設けた欄である。

- ・以上に加え、「Ⅱ 分析」欄において、当該病院の役割等を踏まえ、経営指標の推移と合わせて当該公立病院の経営状況を適切に分析し、課題等を抽出してこれに対応した対策や今後の病院の進むべき道筋を明らかにしていくことが、病院経営や改革の必要性に対する理解の促進につながるものと考えており、経営効率化のための第一歩ともいべき病院経営の「見える化」に向けて、この経営比較分析表が有効活用されるよう期待するものである。

② 個々の病院に応じた分析や部門別の分析の必要性、住民目線に立った説明

- ・経営比較分析表は、先に述べたとおり、公立病院の経営状況について主要な経営指標の推移や類似団体との比較、更には当該自治体が経営する他の公営企業全体を俯瞰する観点から、統一的なフォーマットで作成されるものである。このため表中の経営指標も、公営企業決算統計から得られる情報の一部であるが、個々の病院によっては、それぞれの経営上、注力している事項や課題と考える事項を表す経営指標もあると考えられる。
- ・従って各病院においては、経営比較分析表に限らず、個々に重視する経営指標の分析に加え、公営企業決算統計では把握されないデータ（例えば個々の診療報酬加算の取得状況やDPC導入病院における機能評価係数等）について分析の上、収益の確保と財務の効率化とを組み合わせることも重要である。
- ・更に、病院全体の経営状況は当然のこと、部門別の状況について経営面から把握し、関係職員と共有するためにも、例えば外来・入院別の経営分析や原価計算を行うことも考えられる。
- ・これは、もとより不採算部門を切り捨てるためのものではなく、今後の病院経営や、公・民の適切な役割分担を踏まえ、その地域におけるポジションをどう担っていくのかを検討する上で、どこが強く、どこに課題があるのかという当該病院の全体像を正確に把握の上、必要な対策に取り組んでいくことが、結果として病院の経営力を高めることにもつながるものとする。
- ・加えて、地域住民の目線で当該病院の総合的な評価や理解を得るためには、経営状況が住民一人当たりの現在負担や将来負担にどのように影響するのかといった観点での分析や、現在の病院の提供する医療の質を量るためのクリニカルインディケーター（入院患者数・外来患者数、診療科別手術件数、紹介・逆紹介患者率、患者・家族の満足度等）等を必要に応じて組み合わせつつ、できるだけ誰にでもわかりやすい説明を行うべきである。

(3) 経営指標の分析に基づく取組、PDCA サイクルの展開

① PDCA サイクルの展開

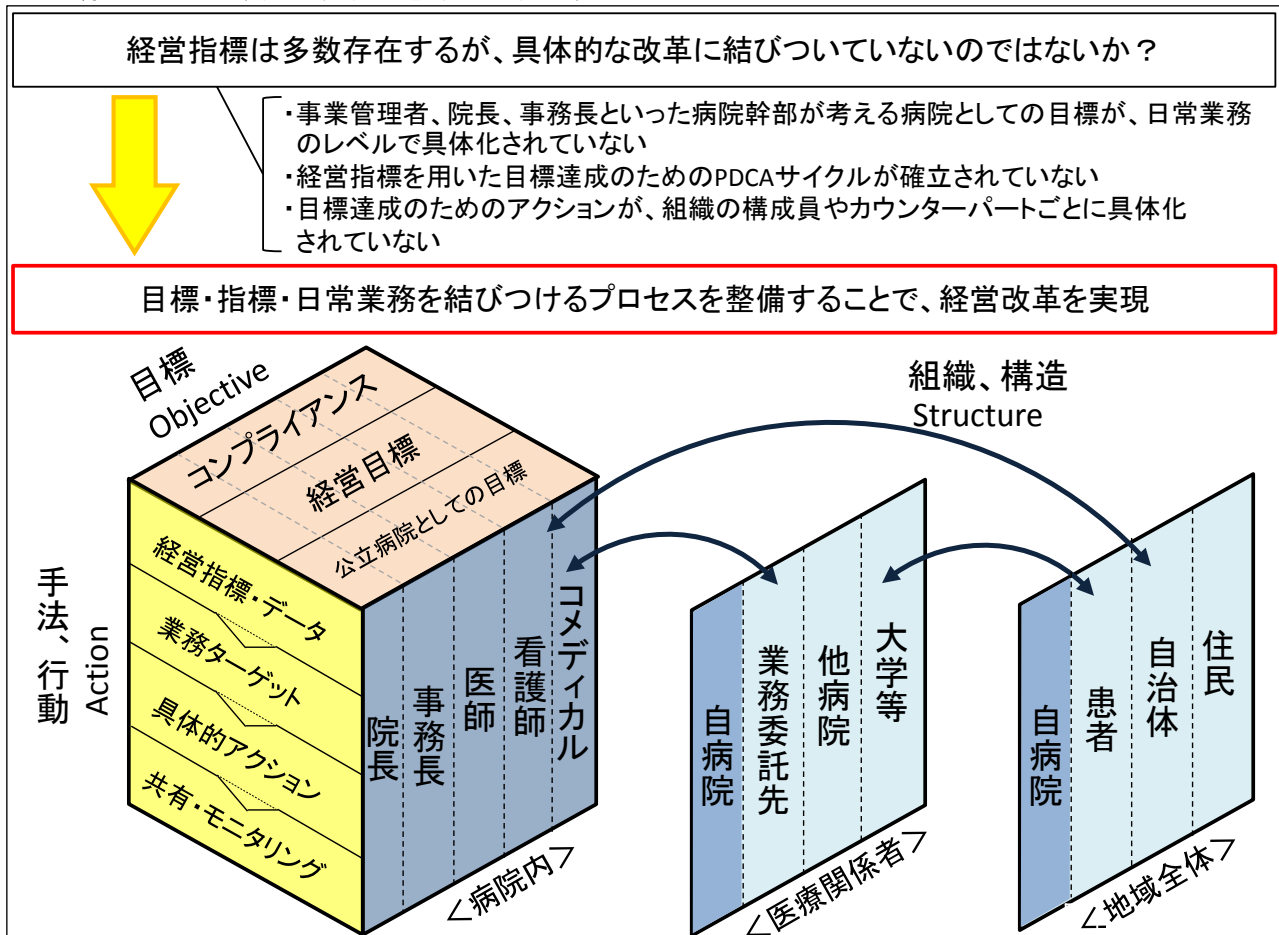
- ・病院マネジメントの観点から、公立病院の経営改革を進めていくためには、特に病院経営や改革の陣頭指揮に当たる事業管理者や病院長、事務長など病院幹部がまず自身の意識を改革することが重要である。その上で、事務職員・医療職員との対話の機会を通じて、病院の置かれた現状を共有し、病院の戦略を明確に示すとともに、現場の意見を踏まえた数値目標を設定し、現場とともに組織全体で課題解決に取り組むことが可能となるものである。
- ・そのための基礎として、経営比較分析表による客観的・定量的なデータを用いた現状分析が有効

であるが、単なる現状分析に終わらせないためには、それを実効性のある取組につなげていくことが重要であり、分析結果から課題の抽出、その改善に向けた目標の設定と具体的な対応策の検討及び実行、その取組結果の分析・評価、それらを踏まえた当該取組の継続または更なる改善策の検討といった、いわゆるPDCAサイクルを確立する必要がある。

② 目標・経営指標と日常業務とを結びつけるプロセス

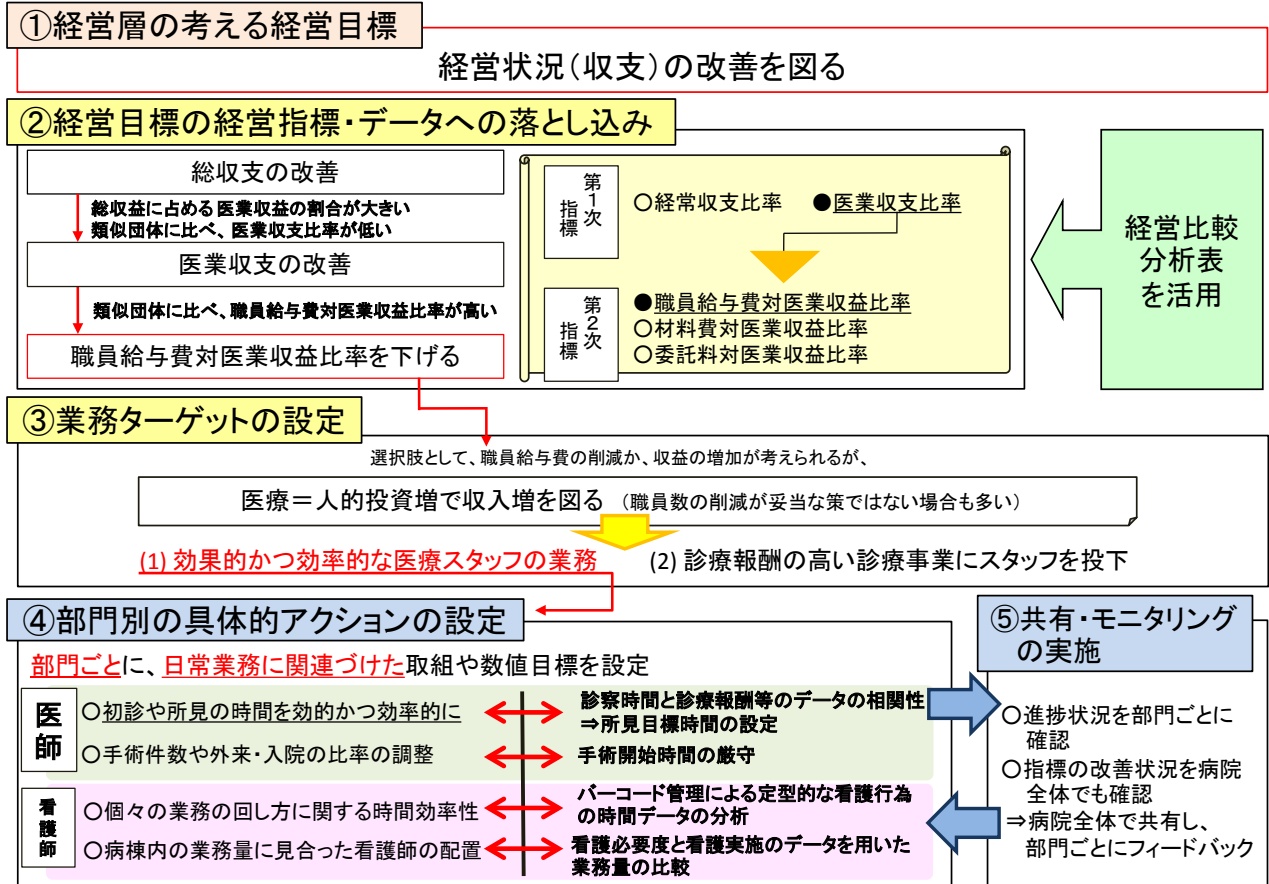
- ・病院幹部等の経営層が考える目標の達成に向けて、経営指標を念頭に置いた取組を日常業務に関連づけることで、多数存在する経営指標を具体的な改革につなげていくことができる。
- ・この経営改革のため、目標設定とその経営指標への落とし込みから対象とする業務ターゲットの設定、それを日常業務に結びつけるプロセスを整備することが必要であり、そのイメージは次図のとおりである。①まずは病院幹部が目標を設定する（ここでは、収支改善等の経営目標の他、コンプライアンスや公立病院として果たすべき役割に関する目標なども考えられる）、②目標達成のための具体的な手法や行動を検討する、③それらを日常業務に結びつけるため、組織や構造の主体別に検討していく。
- ・この際、組織・構造については、狭い範囲では病院内部、広い範囲では地域の医療関係者や地域全体といったレベルが考えられる。

○ 目標・手法・組織の連関性を意識した改善策の考え方



- ・以上の考え方を更に具体的な流れ、イメージにしたものが次の資料となる。

○ 目標・手法・組織の連関性を意識した改善策の具体的なイメージ



- ・この例では、病院幹部が収支の改善を図ることを経営目標として設定している (①)。それを受け、次のステップとして、経営目標の経営指標やデータへの落とし込み作業を行う (②)。ここでは、経営比較分析表の活用やその他の経営指標等の分析を行い、改善すべき経営指標の洗い出し作業となる。具体的には、総収支の改善という大きな目標から、類似団体より医業収支比率が低いというデータを元に、医業収支の改善という目標に絞り込み、更には、類似団体に比べて職員給与費対医業収益比率が高いというデータを元に、同比率の引き下げという目標を立てることになる。
- ・次に、設定した業務目標の改善につながる業務上のターゲットを設定する (③)。ここでの選択肢については、職員給与費の削減、または収益の増加が考えられるが、病院事業の場合、人的投資の増で収益の増を得られる場合があり、必ずしも職員数の削減が妥当ではないことから、収益の増加につながる方策を採用し、更に、効果的かつ効率的な医療スタッフの業務をターゲットに設定する (なお、本例では採り上げないが、診療報酬の高い診療業務にスタッフを投下するという手法もある)。
- ・更に、部門別の具体的なアクション、現場を巻き込んで日常業務に関連づけた取組等を設定している (④)。例えば、医師については、初診や所見時間を効果的かつ効率的に設定するために所

見目標時間を設定する。加えて、手術件数や外来・入院比率を調整するために手術開始時間を厳守することとする。また看護師については、個々の業務に関する時間の効率化を図るため、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を行う。加えて、病棟内の業務量に見合った看護師配置とするために、看護必要度と看護実施データを用いた業務量の比較などを行う。

- ・それらの取組の結果について、部門ごとの進捗状況の確認や病院全体での改善状況の共有を行い、部門ごとのフィードバックを行う (⑤)。これにより④のアクション設定を見直して、目標が達成されるまで更なる改善に取り組むという流れになる。
- ・次の資料は、以上の例によって、どの指標に影響が生じるかを示したものである。ここでは④の部門別の具体的なアクションの例として、医師について初診や所見時間を効率的かつ効果的にするために、目標時間を設定することを採り上げ、その Input と Output を記載している。システムや業務フローの導入によって、図中の丸印を付している様々な指標に影響が及び、その結果として、医業収益の向上と職員給与費の適正化が図られ、職員給与費対医業収益比率の低下につながるという状況を示している。

○ 目標・手法・組織の連関性を意識した改善策と指標の関連性

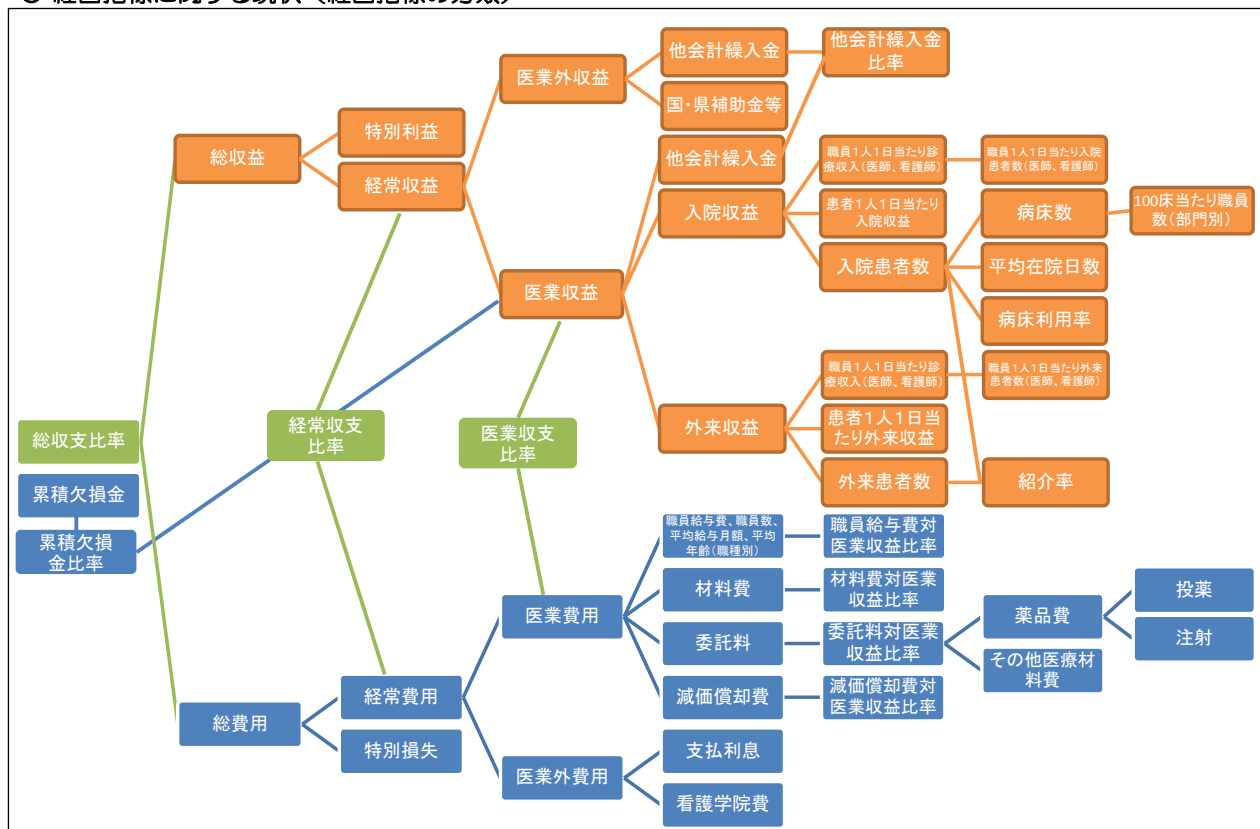


- ・なお、この例については、その分析の中で、類似団体よりも医業収支比率が低い、同様に類似団体よりも職員給与費対医業収益比率が高いという例であるが、必ずしも類似団体との比較だけではなく、当該病院の経営指標の経年変化を見ても同様の判断が可能である。例えば、医業収支比

率が前年度よりも下がったとするならば、その原因は、医業収支を構成する医業収益が下がったからなのか、医業費用が上がったからなのか、後者が主な原因とするならば、医業費用を構成する物件費と人件費とのうちいずれが上がったからなのか、人件費が上がったことが要因で、かつ、これを安易に下げられないのであれば、他方の物件費を下げるにはどうすればよいかといった検討方法である。

- ・ 経営指標に現れる結果は、必ず原因を伴っている。参考までに、公営企業決算統計による経営指標の相関関係を整理すると次表のとおりとなる。個々の経営指標の年次変化を、その構成要素となっている経営指標に遡って、結果と原因との関係を分析し、その要因を追っていくことで、それを改善するための具体的な対応策が見えてくるものとする。

○ 経営指標に関する現状（経営指標の分類）



③ チェックの重要性

- ・ 以上のP（業務目標の設定、現状分析による改善策の日常業務への関連づけ）、D（改善策の実行）、C（取組の結果の検証）、A（改善策の見直し）というPDCAサイクルを確立する上では、特にCのチェックが重要であり、Dの取組結果を適切に検証・評価するためにも、できる限り定量的な指標やKPI（Key Performance Indicators：重要業績評価指標）を設定の上、経営改善の度合いを客観的に測定していくことが重要である。そして、それら取組の成果を明らかにし、適切に評価することが、職員の自信にもつながり、モチベーション向上にも寄与するものと考えられる。

(4) 総括

- ・本章においては、病院マネジメントの観点から公立病院の経営改革を進めていくために、(1)において、当該病院に所属する全職員の意識を変えていくこと、そのためには適任となる事業管理者や事務長の選定、事務職員の適切な配置、人事サイクルの適正化や研修体制の強化、外部人材の登用など人事の弾力的な運用、専門部門の設置などの事務局強化が必要なことを述べた。
- ・また(2)において、当該病院の現状認識・課題の共有や今後の方向性の検討、地域住民等による理解の必要性と、そのためのツールとして経営比較分析表の導入や個々の病院の状況に応じた分析の必要性、更には地域住民への経営状況のわかりやすい説明が必要なことを述べた。
- ・更に(3)において、目標設定、経営分析から課題の抽出とその対応策、具体の行動、その結果の検証・評価、それを受けての対応策の継続や見直しというPDCAサイクルの確立の必要性について述べた。
- ・これらの取組については、公立病院の現状(病床規模や立地条件、担っている役割や機能の違い等)から、全ての病院に一律に導入できるものではないと考えられる。既にこれら全てに取り組んでいる病院もあれば、こうした課題に気がついていない病院や、課題と認識していても諸事情により実行できていない病院もあると想定される。
- ・重要なのは、病院の現状や課題をまずは病院内でしっかり認識共有するとともに、自治体内関係部局とも共有し、連携・協力した取組をできることから始めることである。その際、高度かつ専門的な医療制度・病院経営実務の理解を促進するため、日頃から、直接病院事業に関係していない職員や議会議員等に対して制度を学ぶための機会を設けることも有効である。その上で、既に先行した取組を行っている病院の手法などを収集したり、公立病院間で情報を共有したりすることが、個々の病院の取組の参考に資すると考えられる。

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 不採算地区における医療を確保するために必要な措置

- ・前章は、主に公立病院や当該病院を設置する地方公共団体に対して取組を促すものであるが、本章では、総務省が講じている地方財政措置その他の制度的な課題に向けたものとなる。
- ・人口減少・高齢社会が急速に進展し、医療需要は、これから先も大きく変化していくことが見込まれる。その中であって、公立病院は、国の医療提供体制の見直しを踏まえた公立病院改革を通じて、地域ごとの適切な医療提供体制の再構築が求められている。以上のような環境変化に対応し、引き続き公立病院が、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとともに、持続可能な病院経営を目指すため、限られた地方交付税財源を地域の実情等に応じて、より効果的に配分することが必要である。
- ・これまで、本研究会委員から公立病院に対する財政的支援のあり方については、公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を踏まえ、地方公共団体において適切な繰出が確保されるよう留意すべきとの意見や、単に給を配るということではなく、構造的にコストがかかる部分に対し

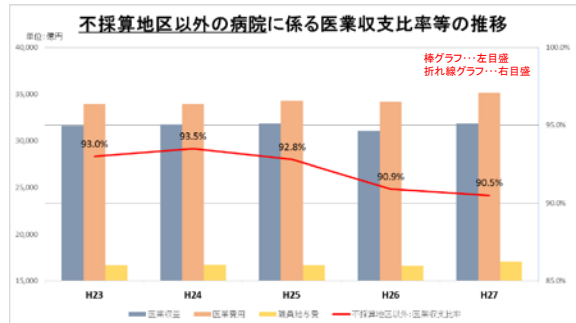
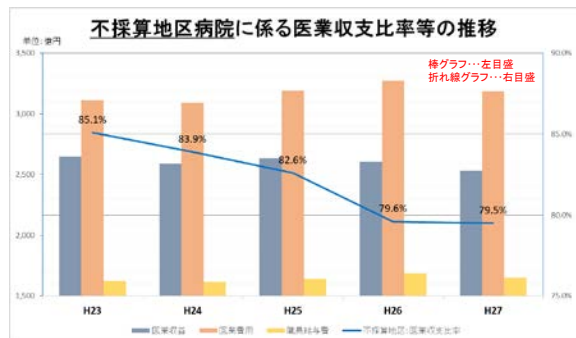
て公的支援がなされることにより、医療アクセスへの公平性が確保されることが必要といった意見があった。

- ・また、不採算地区病院を抱える地方公共団体は地域医療を確保するため、多額の繰出を余儀なくされている実態があり、不採算地区医療への重点的な支援を含めてメリハリの効いた支援が必要ではないかといった意見や、へき地などの地域で地域に密着して地域の生活を支える公立病院については存続していけるような措置が必要ではないかといった意見があった。
- ・更に、全国自治体病院協議会からも、非常勤医師の派遣を受けている場合、当該医師の給与に関する増嵩経費が負担となっているなど、地方財政措置の充実を求める要望があった。
- ・以上の意見や要望を踏まえ、当研究会において、不採算地区病院と不採算地区以外の病院との経営状況の比較分析を行った。その結果は、次のとおりである。

○ 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、医療収支比率、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 |
|--------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 医療収支比率 | 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% |



○ 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 | 2 (0.2%) 279病院 (32.4%) | 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 | 2 (0.7%) 131病院 (46.3%) | 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 | 0 (0.0%) 147病院 (25.6%) | 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%) | 858 |
| 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%) | 283 |
| 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%) | 575 |

○ 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 | 78.5% | 97.8% | 67.1% | 52.6% | |
| 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 | 81.4% | 98.2% | 64.8% | 52.7% | |
| 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 | 59.9% | 98.2% | 51.5% | 47.6% | |
| 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すると、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支の改善に寄与するものと考えられる。

- ・分析結果を概括すれば、次のとおりとなる。
 - 1) 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、不採算地区病院は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。
 - 2) 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。
 - 3) 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。ただし、常勤医師の確保が困難な不採算地区病院においては、より給与が割高となる非常勤医師であっても、医療需要に応じた医師の確保を図ることができれば、医業収益の改善に寄与するものと考えられる。
- ・なお、本研究会における議論を通じ、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確認できた。
 - ア) 医療需要はあるものの医師が確保できず、診察室の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、院内の勤務環境の整備・充実等 など
 - イ) 医師確保のために講じている環境整備に係る経費
 - 例) 公舎の生活環境の整備・充実等 など
 - ウ) 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
- ・以上の状況から、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、総務省は不採算地区病院に対する財政支援を充実する方向で検討すべきである。
- ・合わせて、医師確保に係る取組に対しても、その重要性を認識した上で措置の検討が必要である。

② 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

- ・近年における資材単価等の高騰が、公立病院の施設整備を進める上で大きな負担となっているため、地方交付税措置の単価（36万円/㎡）を引き上げて欲しいといった要望（宮崎県、島根県大田市等）がある。そこで当研究会において、実態を調べた結果、次の状況が確認できた。

○ 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 |

- ・ 公立病院の平均建築単価の推移を見ると、平成21年度から徐々に上昇しているが、平成27年度をピークとして、平成28年度には下落している状況である。これと同じ傾向として、公的病院等についても、公立病院と同様の動きとなっている。一方、国立病院機構については平成28年度まで上昇し続けているが、36万円に収まっている。
- ・ 次に、平成28年度着工事業における建築単価の分布を見てみると、公立病院は非常に幅広く分布しており、一番低くて25万円以下のものから一番高くて60万円を超えるものがある。整備する施設の内容によって一定の幅が生じているものと考えられるが、公的病院等に比べて全体的に高くなっている傾向が確認できている。

○ 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 |

- ・このように、資材単価等はその時々状況により増減するものであり、今後も、固定的に基準単価が据え置かれる場合、施設整備の年度の違いにより地方公共団体間で大きな負担差が生じるおそれがある。
- ・以上のことから、総務省は、今後、公立病院の施設整備に係る地方交付税措置の単価について、公的病院等の建築単価の実勢を踏まえ、定期的な見直しの仕組みを検討すべきである。
- ・その際、公立病院の建築単価が公的病院等と比べてなぜ割高となるのか、また、公立病院の中でもなぜ建築単価に幅が生じるのか、それらの要因分析と、対応する抑制策等についても合わせて検討すべきである。

(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

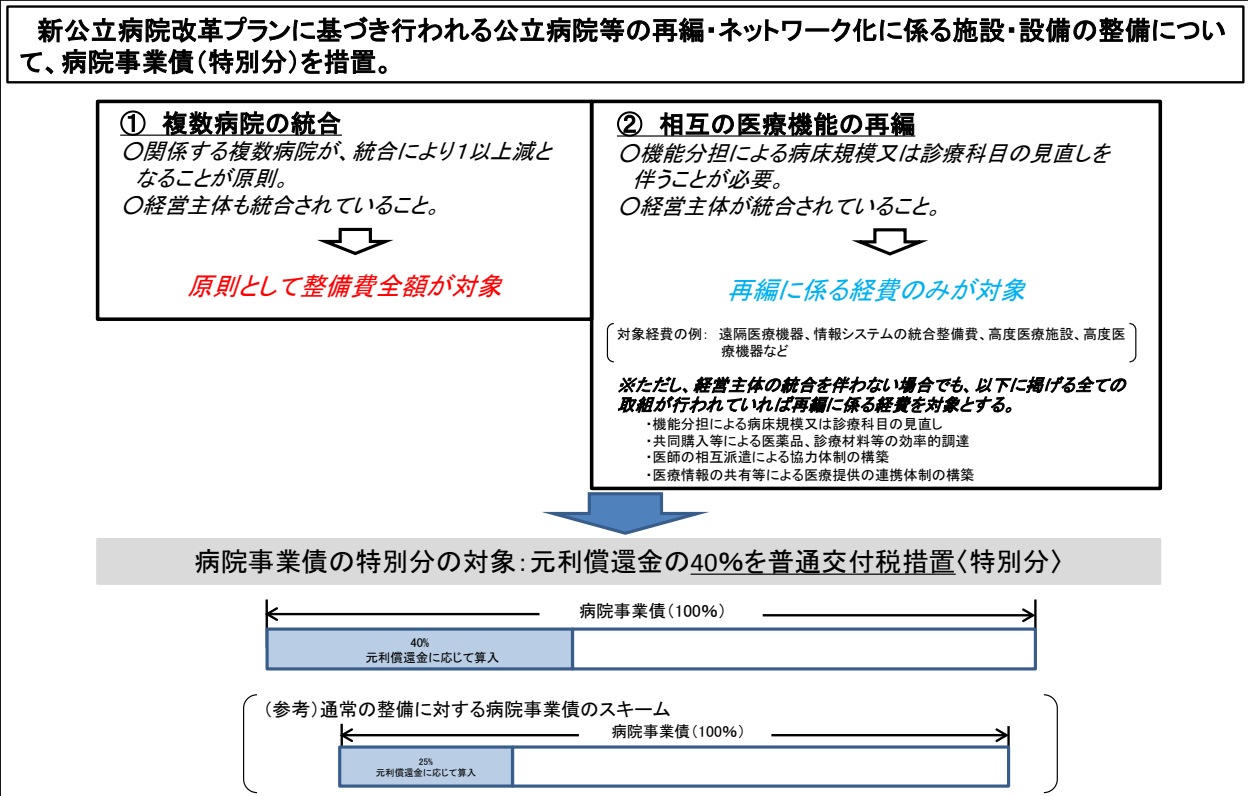
① 多様な再編に向けた病院事業債（特別分）の活用促進

- ・公立病院が再編・ネットワーク化の取組を進める場合、通常の施設・設備の整備を上回る増加経費が見込まれることから、総務省では、再編・ネットワーク化に伴う病院事業債の活用にあっては、その元利償還金の40%を地方交付税措置することとし（通常は25%）、病院事業債（特別分）として、重点的に支援することとしている。
- ・この病院事業債（特別分）は、病院施設・設備の新築、建替、改築等を伴う再編・ネットワーク化を計画している公立病院及びその設置自治体にとっては有効なツールとなり得る。地方財政が厳しい中、再編・ネットワーク化推進のために活用できるツールは積極的に活用すべきである。一方で、これまでの再編・ネットワーク化の取組の中には、現施設を有効活用することにより可能な限りコストを抑えた事例もあり、本事業債の活用の際には、そのニーズや有効性を十分に検討する必要がある。更に、地方財政措置の手厚さを求め、対象となる病院間の距離や立地、交通

条件などを考慮しない再編・ネットワーク化は地域医療の崩壊につながるリスクがあることは第1部の3(3)④で述べたとおりである。

- ・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は次のとおりである。

○ 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



- ・新プランに基づく再編・ネットワーク化を推進している立場の総務省としては、様々な機会を捉えてこれをできるだけ分かりやすい説明をもって自治体や病院に周知していくべきである。
- ・その際、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に対する措置として、
 - 1) 再編・ネットワーク化に伴う新たな経営主体の設立等の際し、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
 - 2) 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
 - 3) 病院施設の診療所化、介護施設等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継続による措置

4) 指定管理者制度の導入等に際し必要となる公営企業職員の退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて公営企業退職手当債による措置

が講じられている。これらを合わせて活用することにより、公立病院及び設置自治体にとっては、財政負担の軽減につながるため、再編・ネットワーク化を検討する際には、これらの措置についても活用の有無を確認すべきである。また総務省においても、病院事業債（特別分）の更なる活用と合わせて周知すべきである。

- ・また、今般の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ことから、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。この場合、公立病院と他の医療機関との統合・再編であっても、統合・再編後も公立病院として事業を継続していく場合は、必要となる施設・設備については病院事業債（特別分）の対象としている。このような多様な取組に対して、より有効な措置となるよう今後の事例を踏まえて制度の見直しも検討することが望ましい。
- ・また、総務省では、「集約とネットワーク」の考え方にに基づき、中心市における暮らしに必要な都市機能の集約的な整備とともに、近隣市町村における必要な生活機能の確保について、中心市と近隣市町村が互いに連携・協力することにより、圏域全体の活性化を図ることを目的とする「定住自立圏構想」や、地域において相当の規模と中核性を備える圏域において市町村が連携し、コンパクト化とネットワーク化により、活力ある社会経済を維持するための拠点を形成することを目的とする「連携中枢都市圏構想」を推進している。
- ・これらの取組と公立病院の再編・ネットワーク化は、一定の圏域や区域における生活機能等の確保、社会経済の維持のため、必要な医療提供体制の確保を図るという目的においては共通する面があり、その圏域や区域での検討も重なりあうことが考えられる。これまでの各地域における再編・ネットワーク化の事例でも「定住自立圏構想」や「連携中枢都市圏構想」に位置づけた上で取組を進めているものが一定数存在している。
- ・総務省では、引き続き、「定住自立圏構想」、「連携中枢都市圏構想」による連携等の観点も踏まえ、公立病院の再編・ネットワーク化を推進していくよう助言していくことが必要である。


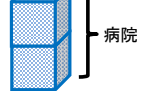
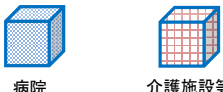
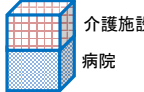

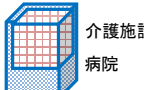


→ 以上、〔本文参考資料〕資料26、27参照

- ・更に、平成27年9月に公布された「医療法の一部を改正する法律（平成27年法律第74号）」により医療法が改正され、「地域医療連携推進法人」制度が平成29年4月から施行されている。地域医療連携推進法人は、医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての新たな法人の認定制度とされているが、複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保するものとされている。
- ・現在は、医療・介護従事者の相互派遣・共同研修、医薬品等の共同購入、医療情報の共有等が進められているが、将来の統合再編を目指した病院間の業務連携として行われている事例もあることから、再編・ネットワーク化を推進する上でも有効な取組であると考えられるため、総務省と厚生労働省とで連携して取組の推進方策を検討すべきである。

→ 以上、〔本文参考資料〕資料28参照

② 医療と介護等の連携のために必要な措置

- ・国は、地域包括ケアシステムの構築やそのための医療と介護等の連携に向けた取組を推進しており、医療療養病床を介護施設等に転換する場合や介護療養病床を介護施設等に転換した場合の財政支援措置（国庫補助）が講じられている。また、平成30年度からは、日常的な医療管理や看取り・ターミナル等の機能にあわせて生活施設としての機能を備えた新たな介護保険施設である「介護医療院」が創設される。
- ・新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ことを要請しているが、へき地などの地域に医療を提供している公立病院では、現在も医療に加え、医療と密接に関連する保健、福祉の事業に関与している実態がある。
- ・一方、地方財政措置においても、病院から介護施設等への複合化、転用については既に一定の措置が講じられている。このうち、公立病院間の再編・ネットワーク化の取組については病院事業債（特別分）が有効なツールとなり得ることは先に述べたとおりである。また、病院と介護施設を複合化する場合、介護施設を病院の附帯事業（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）と位置づけて実施する場合には、病院事業債により措置することが可能となっている。更に病院事業から介護施設等に転用する場合、転用後の施設形態に応じ介護サービス事業債、公共施設等適正管理推進事業債、公営住宅建設事業債が講じられている。

| | 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 |  |  | 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 |
| 複合化事業① |  |  | 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 |
| 複合化事業② |  |  | 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 |
| 転用事業 |  |  | 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（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 |

- ・病院事業債（特別分）の対象となる再編・ネットワーク化は、複数病院における統合又は相互の医療機能の再編を行うものとされており、その対象は病院間で行われる取組を想定しているが、今後の介護ニーズの高まりに応じて病院と介護施設等の双方が関係する再編・ネットワーク化の取組が増加することが考えられる。
- ・以上の状況を踏まえ、総務省は、複数の病院と介護施設等との再編・ネットワーク化についても、病院事業債（特別分）の中に対象事業として位置づけることを検討すべきである。
- ・なお、介護施設等については、民間企業も多数存在することから当該地域における民業圧迫とならないよう、これを含む再編・ネットワーク化を検討するには配慮が必要である。その一方で、民間企業の参入が見込めないため公営により実施せざるを得ない地域も存在している。このため、地域医療構想調整会議での議論や当該地域における住民の介護サービスに対するニーズ、既設の介護施設等の状況等を踏まえつつ検討すべきである。

（３）経営形態の見直しを支援する制度運用上の対応

- ・経営形態の見直しとしての、地方独立行政法人への移行や指定管理者制度の導入、事業の民間譲渡等については、公営企業の抜本的な改革として位置づけられており、現在の経営の効率化・健全化と、将来にわたる安定的な経営の継続のため、その取組を推進していくこととされている。
- ・公立病院の経営形態の見直しに当たっては、地域における医療を提供する公立病院としての役割と経営形態を見直すことのメリット等を十分に勘案しつつ、現在の課題や財務状況だけを見て判断するのではなく、地域医療構想を踏まえ、将来における公立病院としての果たすべき役割を見据えた長期的な判断が必要となる。
- ・その際、今後の地域医療を取り巻く厳しい環境の中で、経営形態の見直しの有無に関わらず、地域の実情に応じて迅速な意思決定ができるような体制とすることが、病院マネジメントの観点から大変重要である。
- ・一方、現在は医療・介護制度の大きな転換点を迎えており、めまぐるしく変わるそれらの動きもしっかりおさえつつ、将来の見通しを立てることが必要である（そのためにも国は制度改正の方向性を可能な限り早期に情報提供することが望まれる。）。
- ・経営形態の見直しに当たっては、３（４）②で述べたとおり新ガイドラインに基づき地方財政措置が講じられているが、公立病院と公立病院以外の病院との統合等により、公営企業を廃止する場合には、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できない。
- ・新ガイドラインにおいても、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については、今後の各地方公共団体の取組内容等を踏まえ、その財政措置のあり方を検討することとしている。
- ・また、経営形態見直しのうち、地方独立行政法人への移行に際しては、退職給付引当金の計上方法の相違が課題に挙げられる。
- ・すなわち、退職給付引当金については、退職手当の支給に要する経費負担を各年度に分担させることが望ましいものであるという考え方にに基づき、将来の退職手当の支払いに備えて所要額を計

上するものである。この点に関し、公営企業においては、平成 26 年度決算から適用された公営企業会計基準見直しによりその計上が義務化された時点において、一括して特別損失に計上することを原則としつつ、当該公営企業の財政状況及び経営状況等を勘案し、その事業運営上必要と考えられる場合には、最長 15 事業年度以内で均等に分割して計上することが認められてきた。

- ・これに対し、公営企業型地方独立行政法人会計基準においては、同様に分割計上が認められているものの、その期間は地方独立行政法人に移行した当初の中期目標期間内（3～5 年間）に限られているところであり、公営企業と公営企業型地方独立行政法人とで、制度的にその期間に差が生じている。
- ・また、地方独立行政法人の設立認可を受けるための要件として、債務超過がないこととされており、債務超過となっている病院が移行しようとする場合、当該債務超過の解消のため、設立団体となる自治体からの多額の出資等が必要となる場合があるが、自治体の財政力等の事情によっては出資等が困難なために、経営形態の見直しが進まないとの報告もある。
- ・以上を踏まえ、公営企業の廃止に関する制度を所管するとともに、新ガイドラインにおいて経営形態の見直しの検討を要請している総務省として、現に経営形態の見直しを進めようと考えている地方公共団体に対し、これらの制度の見直しも含めた課題の解決策を検討し、提示すべきである。
- ・この場合、公営企業を廃止する場合の不良債務等の処理や退職手当の財源に対する措置の必要性は病院事業に限った課題ではないと考えられることから、現在進められている公営企業の抜本的な改革の取組の中で、公営企業全体の課題として検討すべきである。

おわりに

地域医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、今後、公立病院がどのような役割・機能を担っていくのかが問われている。地域医療構想を踏まえ、病床規模の見直し、病床機能の転換、周囲の病院との再編・ネットワーク化、更には地域の医療需要に応じて機動的に経営を行っていくために必要に応じて経営形態の見直しを検討すべきことは、既に新ガイドラインによって要請されている。

一方、立地や規模、機能などにより、公立病院がこれまで地域において担ってきた役割や経営状況は様々であり、公立病院改革に向けた取組についても、既に相当先進的な取組を進める病院がある一方で、なかなか取組が進まない病院もあるものと考えられる。

そうしたことを前提として、本研究会においては、特に病院マネジメントの観点に立脚して、病院経営を改善する方策や安定的な経営体制を構築するための方策を検討してきた。

検討内容を個別に見れば、前ガイドラインや新ガイドライン等により既に指摘を受けてきた事項も多く、例えば今回示した経営比較分析表で用いている経営指標も新しいものではない。一方で、総合的な経営改革の指針が新ガイドラインであるとするならば、本研究会の提言では、主として病院マネジメントの観点から事務局強化や経営分析の手法に基づき具体的な取組につなげていく考え方など、取組の組み合わせや方法論を提示することによって、経営改善が進まない病院に対し、考え方等を変えるきっかけを提示することになればと考えている。

また、総務省に対しても、公立病院が今後、経営改革を進めていく上で支障となる制度的課題の解決策の検討や、地域医療を確保するために必要な財政措置の検討を求めている。

本提言は、総務省をはじめ国の関係機関、都道府県や市町村の公立病院の職員や設置自治体の長、議会はもとより人事・財政・医療政策・保健福祉・介護・地域政策など、地域医療に関わる全ての部局、更には地域の医療関係者や地域住民などにも広く読んでいただきたい。それぞれの立場で気がつくことがあるのではないかと考えている。

本研究会においては、平成28年9月より約一年にわたり、7回の検討を重ね、本報告書を取りまとめた。今後は、本報告書の内容の周知・普及に努めるとともに、掲げられた提言をそれぞれの立場でどのように実現していくかが重要であり、本研究会に参加した委員全員の課題と受け止めて参りたい。

最後に、本研究会の調査にご協力いただいた公立病院・地方公共団体の皆様方に、心から御礼申し上げます。

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書

資料編 目次

[本文参考資料]

| | |
|-----------|----|
| ○資料1～資料28 | 55 |
|-----------|----|

[巻末資料]

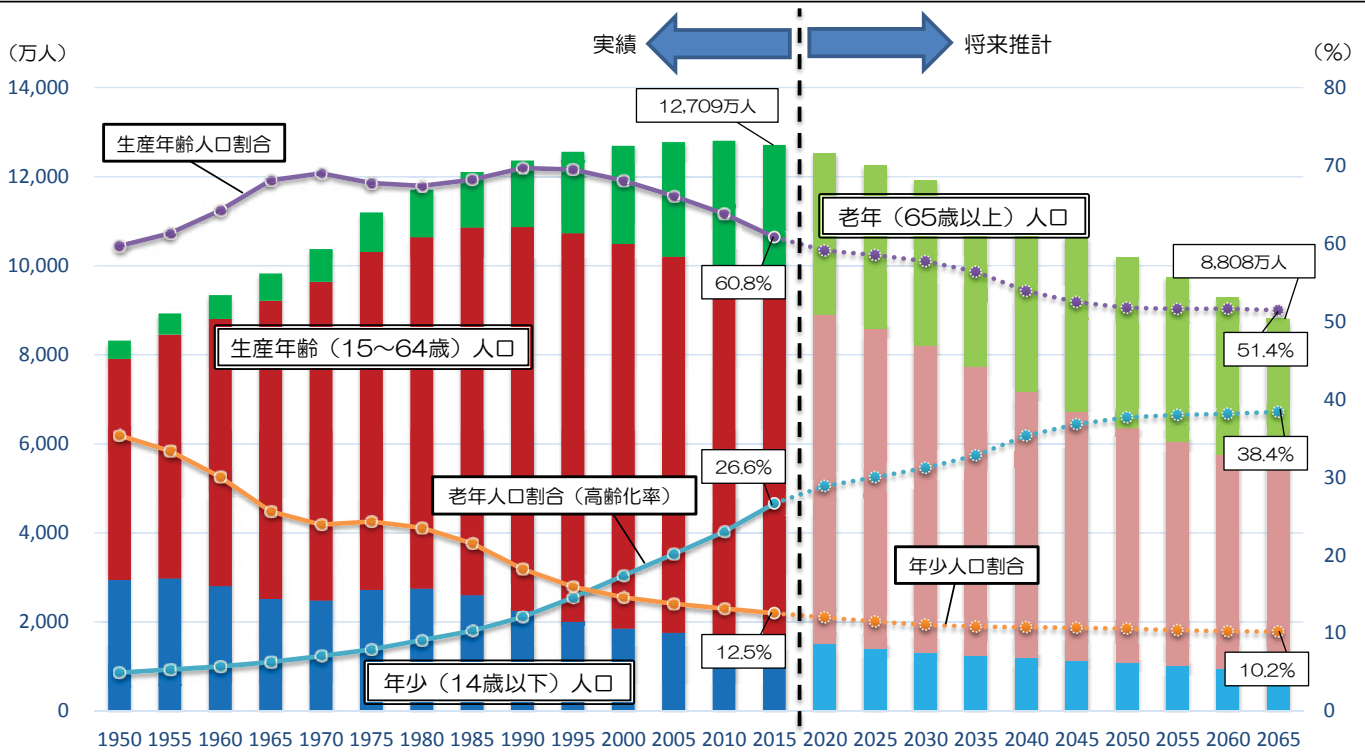
| | |
|---------------|----|
| ○研究会開催要領 | 75 |
| ○構成員名簿 | 77 |
| ○研究会における検討の経緯 | 78 |
| ○第1回～第7回議事概要 | 79 |

〔本文参考資料〕

日本の人口の推移

資料1

○ 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。2065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。



(出典) 2015年まで：総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳の人口を各歳別に按分して含めた（※1960～1970年を除く））
2020年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月）」（出生中位（死亡中位）推計）

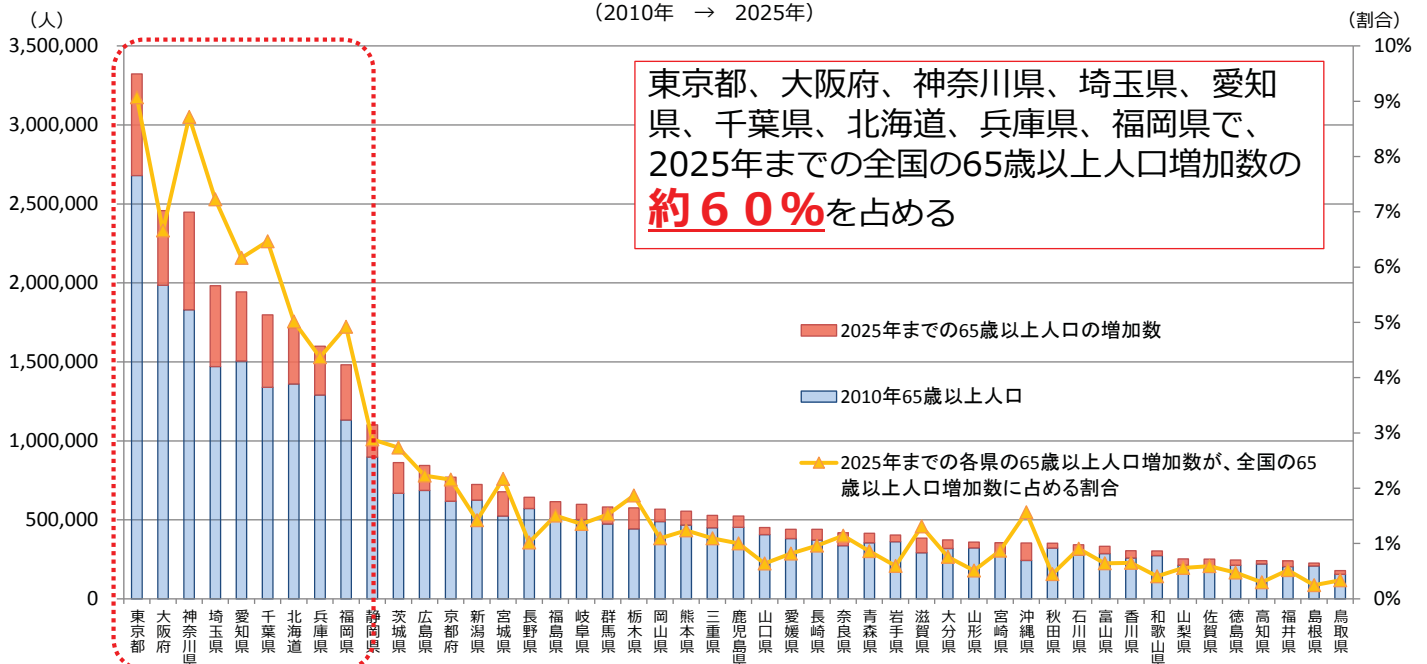
厚生労働省資料

高齢者数増加の地域差について

資料2

- 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)



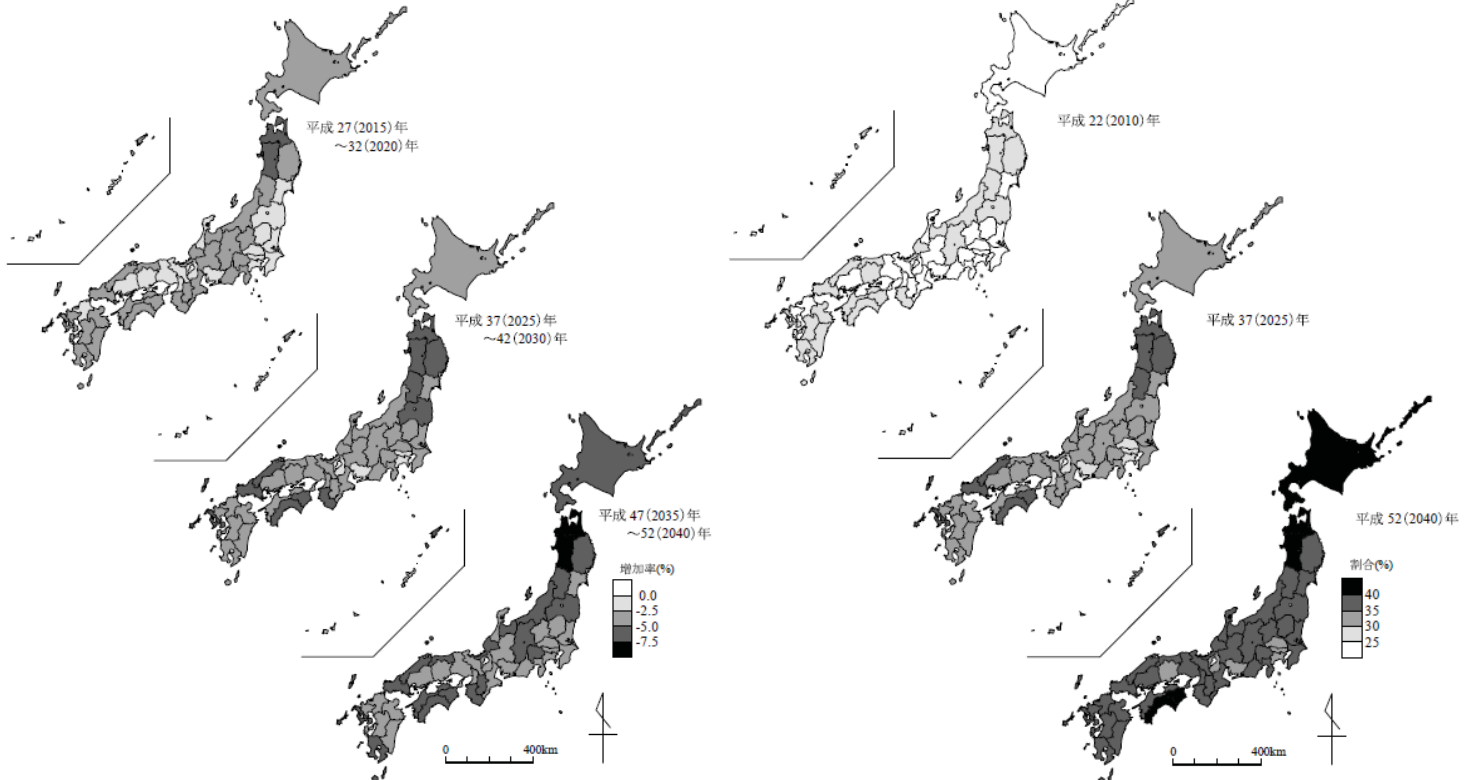
出典：国勢調査（平成22年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」55

都道府県別総人口の増加率及び65歳以上人口の割合

資料3

【都道府県別総人口の増加率】

【都道府県別65歳以上人口の割合】



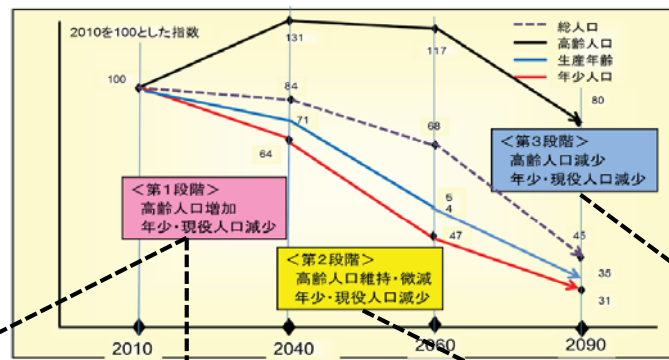
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」より。
 (注) 本資料に記載した地図は、我が国の領土を網羅的に記したものではない。

内閣官房まち・ひと・しごと創生事務局
 「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン
 参考資料集」より(H26.12.27閣議決定)

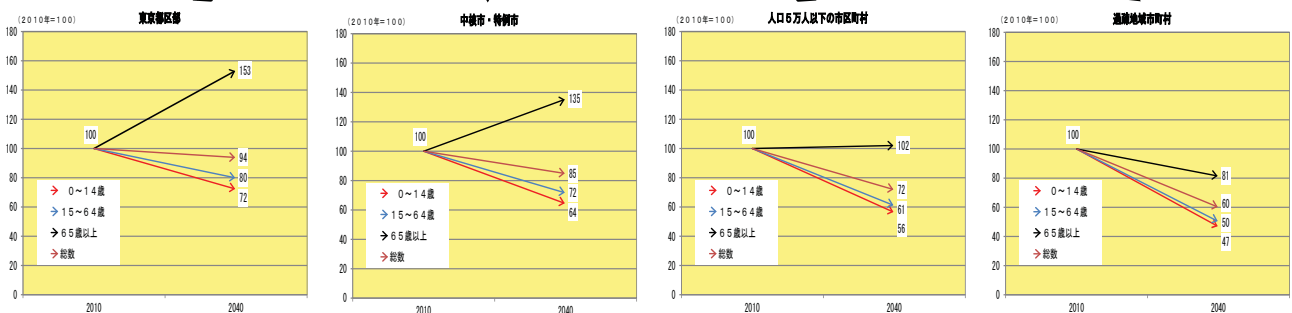
地域によって異なる将来人口動向

資料4

○ 地域によって人口の「減少段階」は大きく異なる。東京圏や大都市などは「第1段階」にあるのに対して、地方はすでに「第2・3段階」になっている。

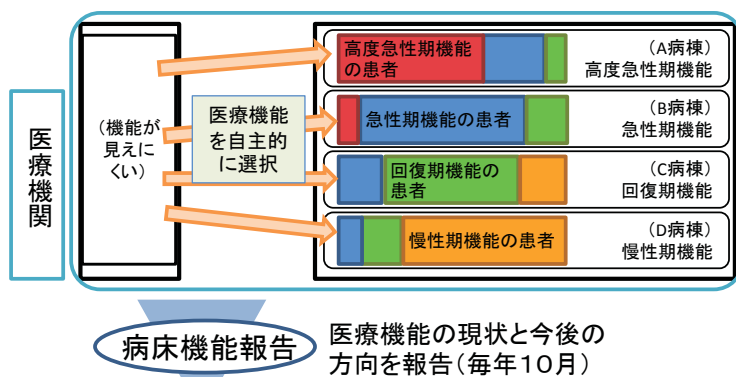


(備考) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。



(備考) 1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」より作成。
 2. 上記地域別将来推計人口の推計対象となっている市区町村について、カテゴリー(人口5万人以下の市区町村は2010年の人口規模、中核市・特例市は平成26年4月1日現在、過疎地域市町村は平成26年4月5日現在でみたもの)ごとに総計を求め、2010年の人口を100とし、2040年の人口を指数化したもの。

- 「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

- 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。

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

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

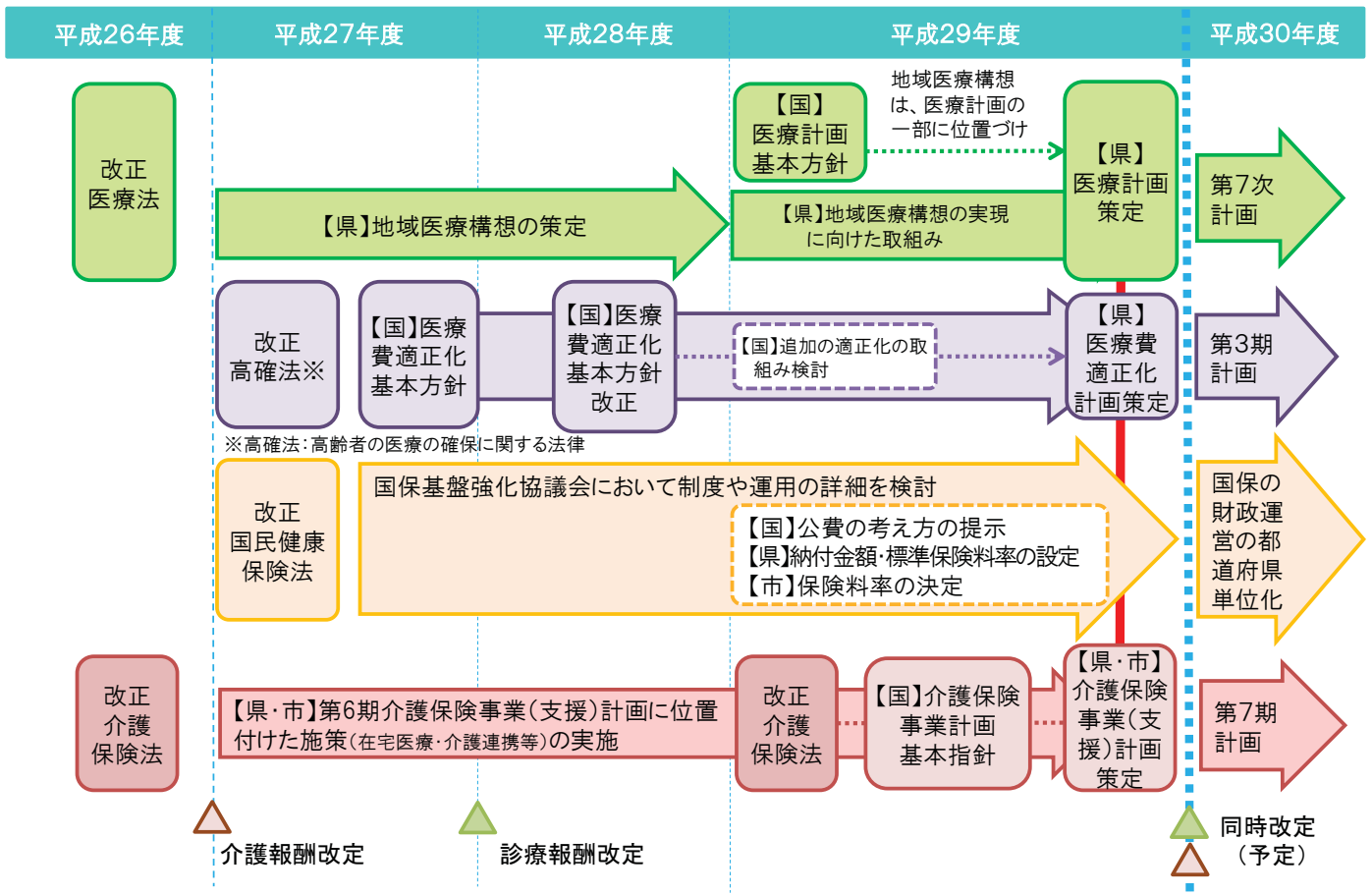
都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【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。

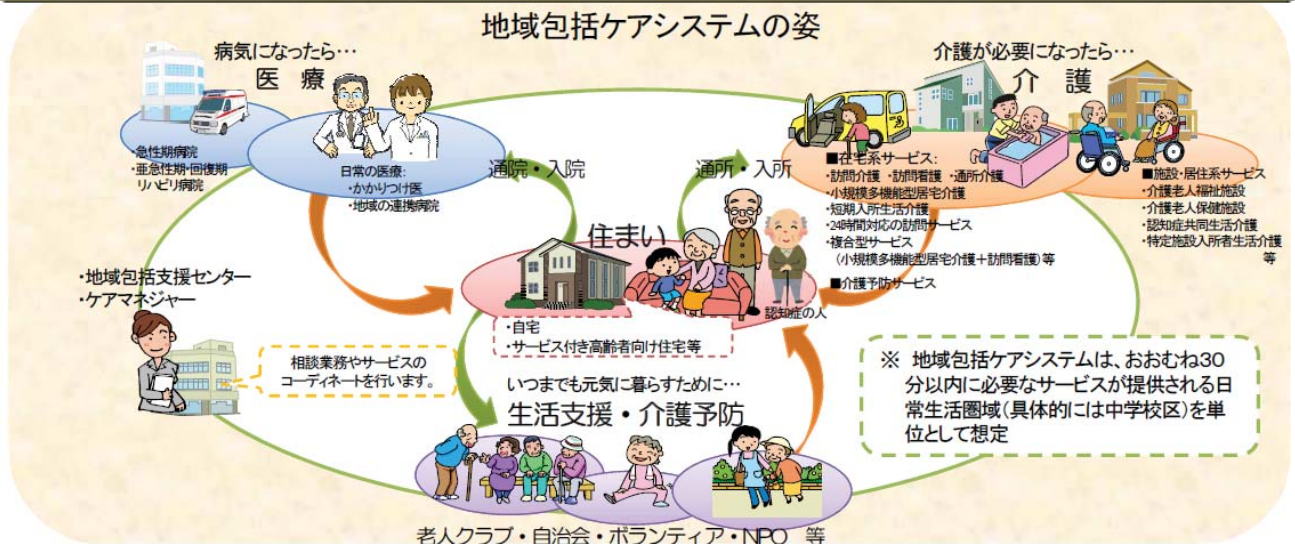
将来的な方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合



地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「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を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

（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整合的な策定等

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整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。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。

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。

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

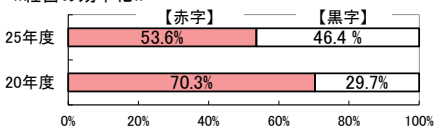
- ほぼ全ての公立病院において公立病院改革プランを策定
- 都道府県関係では37団体、市町村等関係では339団体、合計376団体(92.4%)が点検・評価を実施済み又は実施を予定
※公立病院改革プランの対象期間が平成25年度以降にわたるものについてのみ計上

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

- 「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。
- 平成29年3月31日現在で新公立病院改革プランを策定済の病院は800(全体の92.7%)。
- 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》

- ・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

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
(平成29年3月31日現在、全ての都道府県で策定済)

※ 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

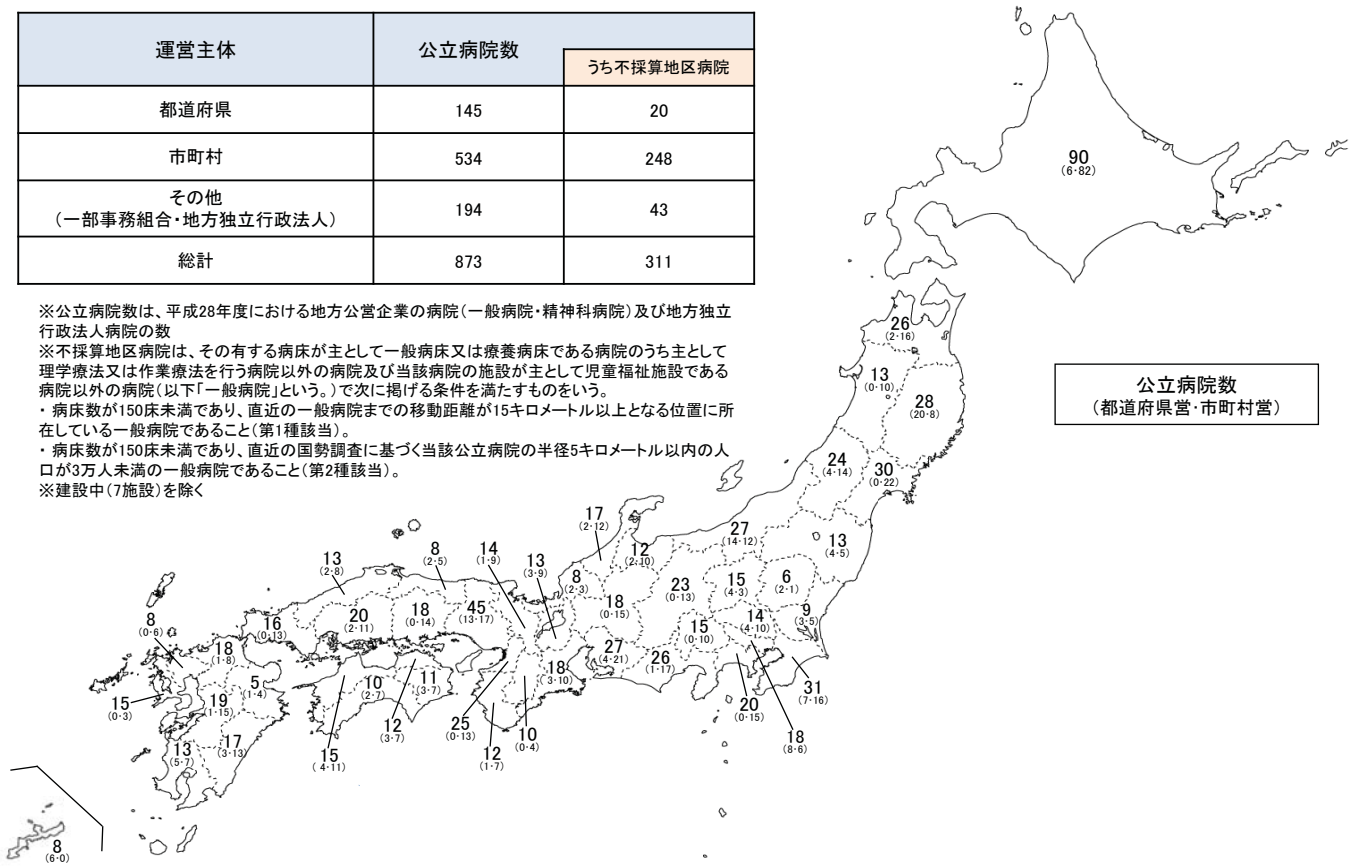
連携

都道府県別の公立病院数の状況（平成28年度決算統計）

資料13

| 運営主体 | 公立病院数 | |
|--------------------------|-------|-----------|
| | 都道府県 | うち不採算地区病院 |
| 都道府県 | 145 | 20 |
| 市町村 | 534 | 248 |
| その他 (一部事務組合・地方独立行政法人) | 194 | 43 |
| 総計 | 873 | 311 |

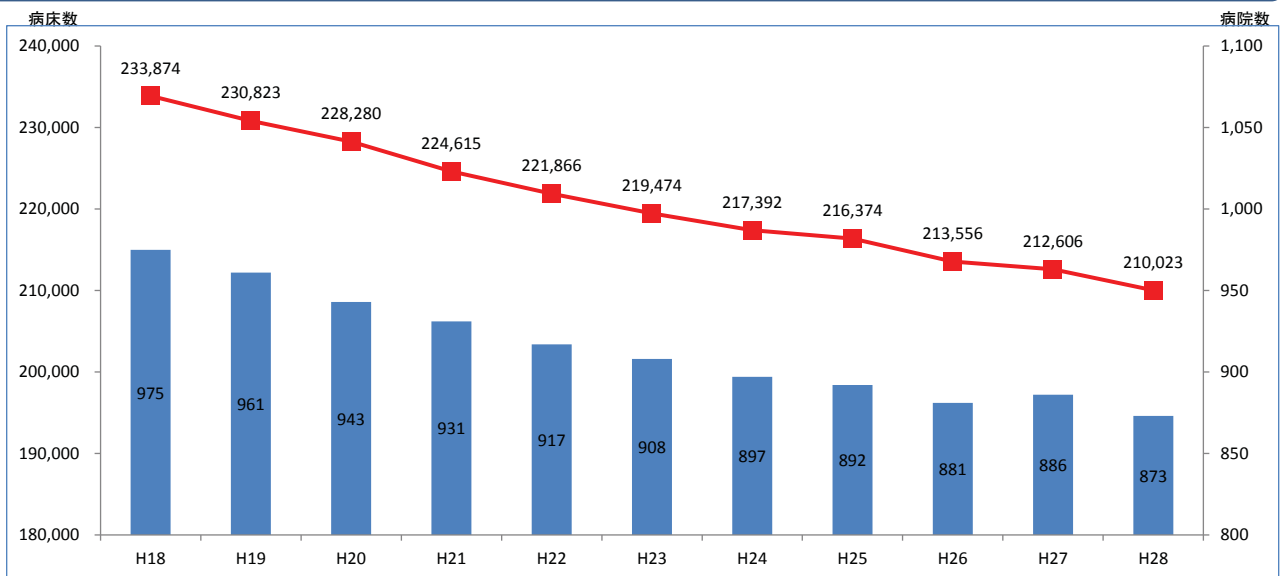
※公立病院数は、平成28年度における地方公営企業の病院（一般病院・精神科病院）及び地方独立行政法人病院の数
 ※不採算地区病院は、その有する病床が主として一般病床又は療養病床である病院のうち主として理学療法又は作業療法を行う病院以外の病院及び当該病院の施設が主として児童福祉施設である病院以外の病院（以下「一般病院」という。）で次に掲げる条件を満たすものをいう。
 ・病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している一般病院であること（第1種該当）。
 ・病床数が150床未満であり、直近の国勢調査に基づく当該公立病院の半径5キロメートル以内の人口が3万人未満の一般病院であること（第2種該当）。
 ※建設中（7施設）を除く



公立病院数
(都道府県営・市町村営)

公立病院数と病床数の推移（地方独立行政法人を含む）

資料14



| 年度 | H18 | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 | |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| 病院数 | 975 | 961 | 943 | 931 | 917 | 908 | 897 | 892 | 881 | 886 | 873 | |
| 増減率 | | △0.8 | △1.4 | △1.9 | △1.3 | △1.5 | △1.0 | △1.2 | △0.6 | △1.2 | 0.6 | △1.5 |
| 病床数 | 233,874 | 230,823 | 228,280 | 224,615 | 221,866 | 219,474 | 217,392 | 216,374 | 213,556 | 212,606 | 210,023 | |
| 増減率 | | △0.7 | △1.3 | △1.1 | △1.6 | △1.2 | △1.1 | △0.9 | △0.5 | △1.3 | △0.4 | △1.2 |

※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。

公立病院（地方独立行政法人を含む）の立地

○ 公立病院の約65%は10万人未満市町村に、約33%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別の公立病院数】

| 所在市区町村の人口 | 病院数 ※地独法を含む | |
|-----------|----------------|-----------------|
| 合計 | 873 | |
| 23区及び指定都市 | 74 | |
| 30万人以上 | 65 | |
| 10万人～30万人 | 168 | 全公立病院の 64.8% |
| 5万人～10万人 | 183 | |
| 3万人～5万人 | 120 | |
| 3万人未満 | 263 | 全公立病院の 30.1% |

【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 | 46.7 | 5,446／11,666 |
| 岩手県 | 40.7 | 5,637／13,838 |
| 青森県 | 37.6 | 5,500／14,615 |
| 山梨県 | 31.1 | 2,763／8,887 |
| 島根県 | 30.6 | 2,727／8,913 |
| 岐阜県 | 30.6 | 5,299／17,320 |
| 和歌山県 | 29.5 | 3,485／11,824 |
| 滋賀県 | 29.4 | 3,745／12,725 |
| 静岡県 | 28.9 | 9,408／32,579 |
| 富山県 | 28.5 | 4,091／14,354 |

※1 表の病院数は、平成28年度における地方公営企業の病院
 ※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 8.1%
 大阪府 11.5%

(出典：平成28年度医療施設動態調査(厚労省))

公立病院損益収支の状況（地方独立行政法人を含む）

| 項目 | 年度 | | | | | | | | |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--|
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 (A) | 28 (B) | (B)-(A) (A) | |
| 総収益 | 43,561 | 44,214 | 44,822 | 45,247 | 47,627 | 48,363 | 48,880 | 1.1 | |
| (うち他会計繰入金) | 6,068 | 6,115 | 6,026 | 5,986 | 6,267 | 5,973 | 5,979 | 0.1 | |
| 経常収益 | 43,321 | 43,874 | 44,552 | 44,882 | 46,483 | 47,895 | 48,424 | 1.1 | |
| うち医業収益 | 38,169 | 38,772 | 39,565 | 40,004 | 40,622 | 41,961 | 42,467 | 1.2 | |
| 総費用 | 43,400 | 44,177 | 44,590 | 45,592 | 52,497 | 49,099 | 49,899 | 1.6 | |
| 経常費用 | 43,082 | 43,626 | 44,216 | 44,979 | 46,821 | 48,436 | 49,255 | 1.7 | |
| うち医業費用 | 40,801 | 41,421 | 42,009 | 42,829 | 44,250 | 45,839 | 46,726 | 1.9 | |
| 純損益A | 161 | 37 | 232 | △336 | △4,870 | △737 | △1,020 | △38.4 | |
| 純利益 | (381) 851 | (388) 860 | (380) 884 | (332) 885 | (188) 535 | (314) 730 | (294) 587 | △19.7 | |
| 純損失 | (290) 689 | (290) 823 | (295) 652 | (346) 1,021 | (493) 5,405 | (366) 1,467 | (392) 1,606 | 9.5 | |
| 経常損益 | 238 | 248 | 336 | △99 | △338 | △542 | △831 | △53.3 | |
| 経常利益 | (374) 894 | (385) 881 | (368) 947 | (327) 735 | (311) 760 | (298) 720 | (279) 583 | △19.1 | |
| 経常損失 | (287) 655 | (293) 633 | (307) 611 | (351) 835 | (370) 1,098 | (382) 1,262 | (407) 1,414 | 12.0 | |
| 資本不足額 | (7) 39 | (4) 65 | (3) 77 | (5) 85 | (105) 2,252 | (108) 2,244 | (111) 2,481 | 10.5 | |
| 資本不足額(繰延収益控除後) | - | - | - | - | (63) 1,447 | (57) 1,430 | (56) 1,598 | 11.8 | |
| 累積欠損金 | (529) 20,733 | (516) 20,364 | (500) 19,620 | (505) 19,788 | (486) 18,056 | (478) 17,884 | (481) 18,509 | 3.5 | |
| 不良債務 | (66) 339 | (40) 172 | (34) 125 | (27) 109 | (68) 283 | (62) 248 | (73) 320 | 29.2 | |
| 減価償却額B | 2,873 | 2,889 | 2,924 | 3,036 | 3,589 | 3,734 | 3,863 | 3.5 | |
| 償却前収支A+B | 3,034 | 2,926 | 3,156 | 2,700 | △1,281 | 2,997 | 2,844 | 5.1 | |
| 総事業数 | 671 | 678 | 675 | 678 | 681 | 680 | 686 | 0.9 | |
| 総病院数 | 917 | 908 | 897 | 892 | 881 | 886 | 873 | △1.5 | |
| 総事業数・病院数に対する割合 | 純損失を生じた事業数 | 43.2 | 42.8 | 43.7 | 51.0 | 72.4 | 57.1 | - | |
| | 経常損失を生じた事業数 | 44.3 | 43.2 | 45.5 | 51.8 | 54.3 | 59.3 | - | |
| | 純損失を生じた病院数 | 45.0 | 45.6 | 48.4 | 53.3 | 76.3 | 59.6 | - | |
| | 経常損失を生じた病院数 | 46.1 | 46.6 | 49.6 | 53.6 | 55.2 | 61.7 | - | |
| 総収支比率 | 100.4 | 100.1 | 100.5 | 99.2 | 90.7 | 98.5 | 98.0 | - | |
| 経常収支比率 | 100.6 | 100.6 | 100.8 | 99.8 | 99.3 | 98.9 | 98.3 | - | |
| 総収益に占める他会計繰入金割合 | 13.9 | 13.8 | 13.4 | 13.2 | 13.2 | 12.4 | 12.2 | - | |

(注1) ()内は事業数である。

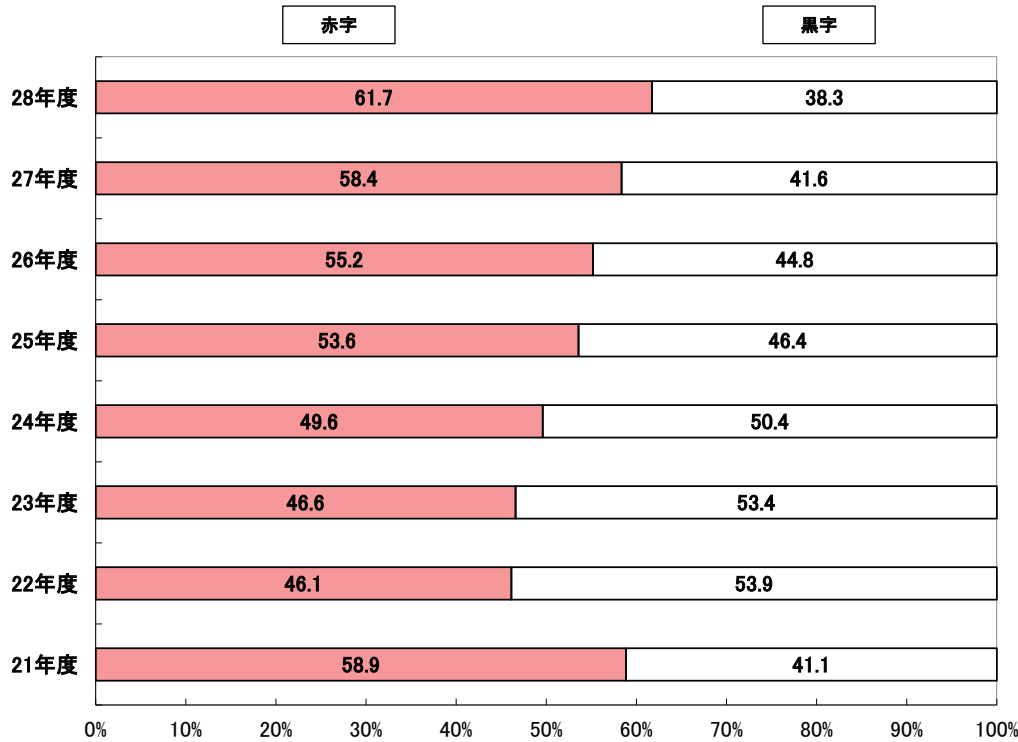
(注2) 総事業数及び総病院数には、建設中のものを含まない。

経常収支の状況について

資料17

○ 全病院数に占める経常損失・経常利益を生じた病院数の割合 (地方独立行政法人を含む)

■ 経常損失を生じた病院数
□ 経常利益を生じた病院数



【参考】
診療報酬の改定率

▲1.31%

+0.10%

H26改定は消費増税分を除けば実質▲1.26%

+0.004%

+0.19%

H20: ▲0.82%
H18: ▲3.16%

規模別の公立病院の経営状況 (地独法を含む一般病院)

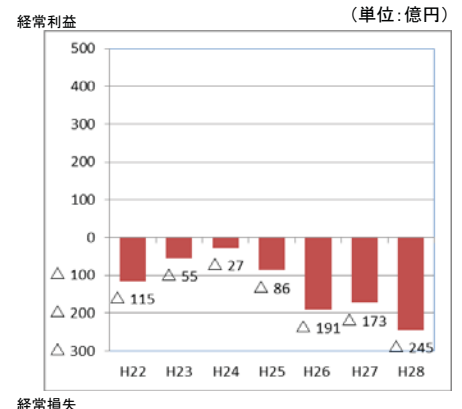
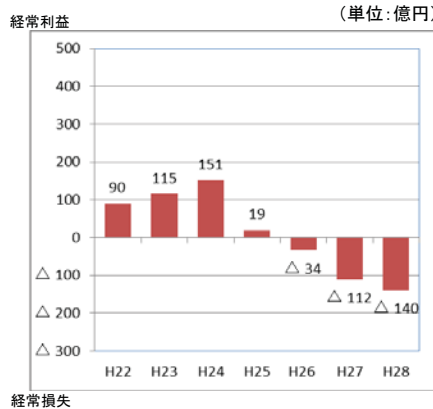
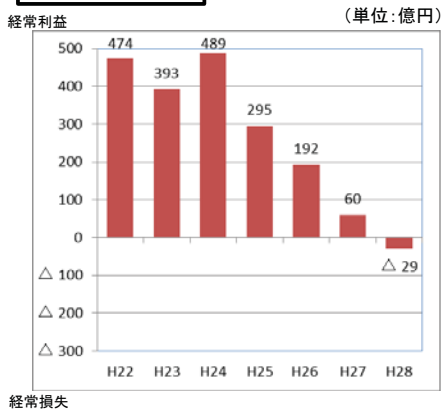
資料18

500床以上病院
(H28: 98病院)

400床以上500床未満病院
(H28: 78病院)

300床以上400床未満病院
(H28: 110病院)

経常損益



経常収支比率

(単位: %)

| 年度 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 比率 | 103.0 | 102.5 | 103.0 | 101.7 | 101.1 | 100.3 | 99.8 |

(単位: %)

| 年度 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|----|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
| 比率 | 101.3 | 101.5 | 102.0 | 100.3 | 99.6 | 98.7 | 98.4 |

(単位: %)

| 年度 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 比率 | 98.5 | 99.3 | 99.7 | 98.9 | 97.7 | 97.9 | 97.1 |

他会計線入金比率

(単位: %)

| 年度 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|----|------|------|------|------|------|-----|-----|
| 比率 | 11.6 | 11.1 | 10.4 | 10.6 | 11.1 | 9.3 | 9.3 |

(単位: %)

| 年度 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 比率 | 11.5 | 11.1 | 10.8 | 10.3 | 10.4 | 10.6 | 10.5 |

(単位: %)

| 年度 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 比率 | 13.6 | 12.7 | 13.3 | 12.7 | 12.4 | 11.5 | 11.1 |

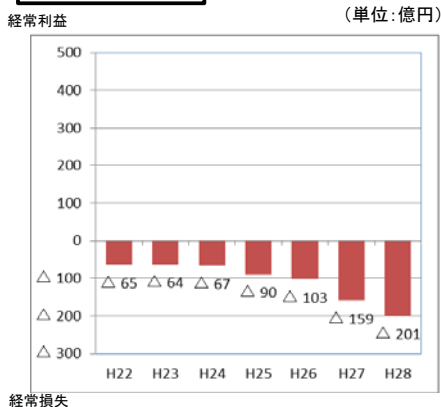
※経常収益に対する他会計線入金の比率

※建設中、想定企業会計の病院を除く

規模別の公立病院の経営状況（地独法を含む一般病院）

200床以上300床未満病院
(H28:97病院)

経常損益



経常収支比率

(単位:%)

| H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 98.4 | 98.4 | 98.5 | 98.0 | 97.7 | 96.7 | 95.8 |

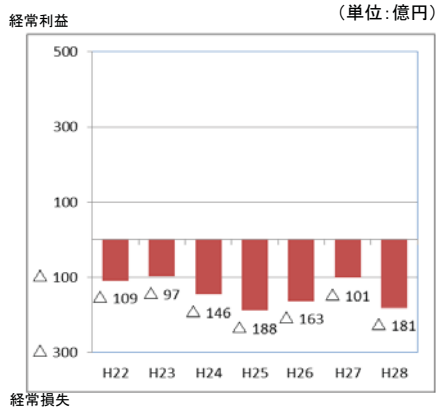
他会計繰入金比率

(単位:%)

| H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 15.9 | 15.6 | 16.0 | 15.4 | 15.2 | 15.3 | 14.7 |

※経常収益に対する他会計繰入金の比率

100床以上200床未満病院
(H28:204病院)



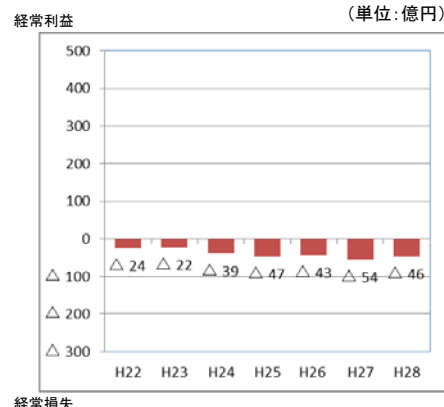
(単位:%)

| H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 97.8 | 98.1 | 97.1 | 96.2 | 96.8 | 98.0 | 96.4 |

(単位:%)

| H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 16.1 | 15.8 | 17.6 | 16.8 | 16.6 | 16.3 | 16.4 |

100床未満病院
(H28:246病院)



(単位:%)

| H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 98.9 | 99.0 | 98.1 | 97.9 | 98.1 | 97.7 | 98.0 |

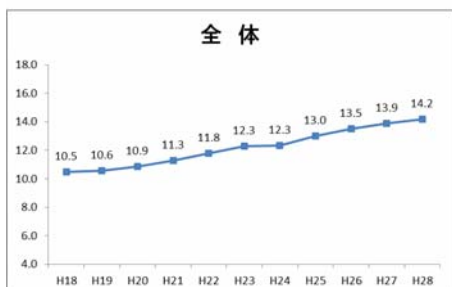
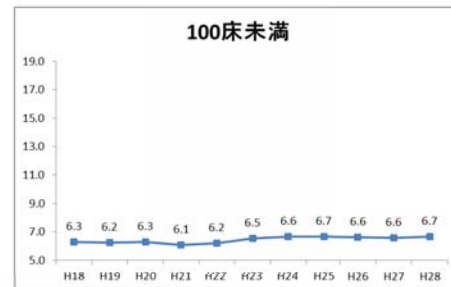
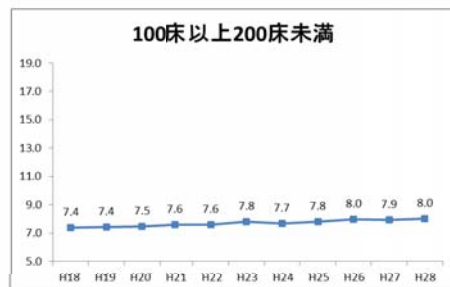
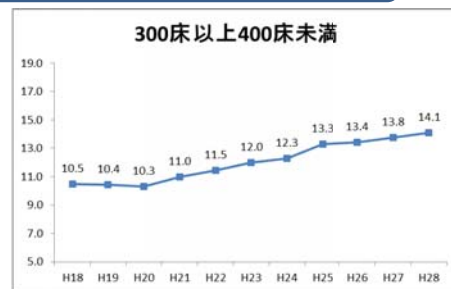
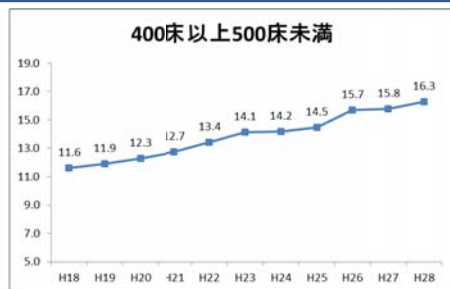
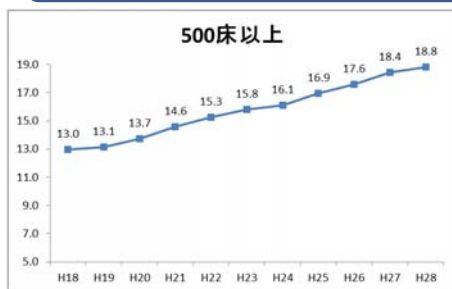
(単位:%)

| H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 23.3 | 22.9 | 24.1 | 24.4 | 24.9 | 24.2 | 25.6 |

※建設中、想定企業会計の病院を除く

公立病院の病床規模別常勤医師数（100床当たり）の推移

資料19



※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

地域医療支援センター運営事業

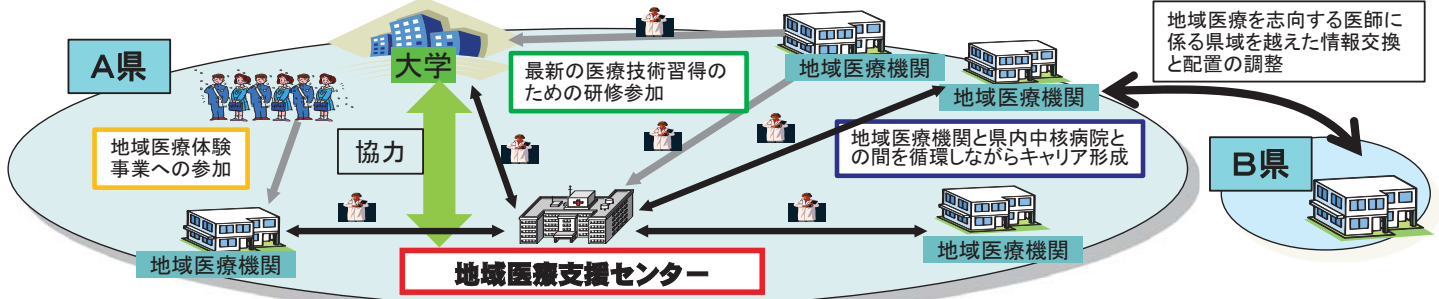
平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
 - ・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名
 - ・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に流れなくなるのではないかという将来への不安等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

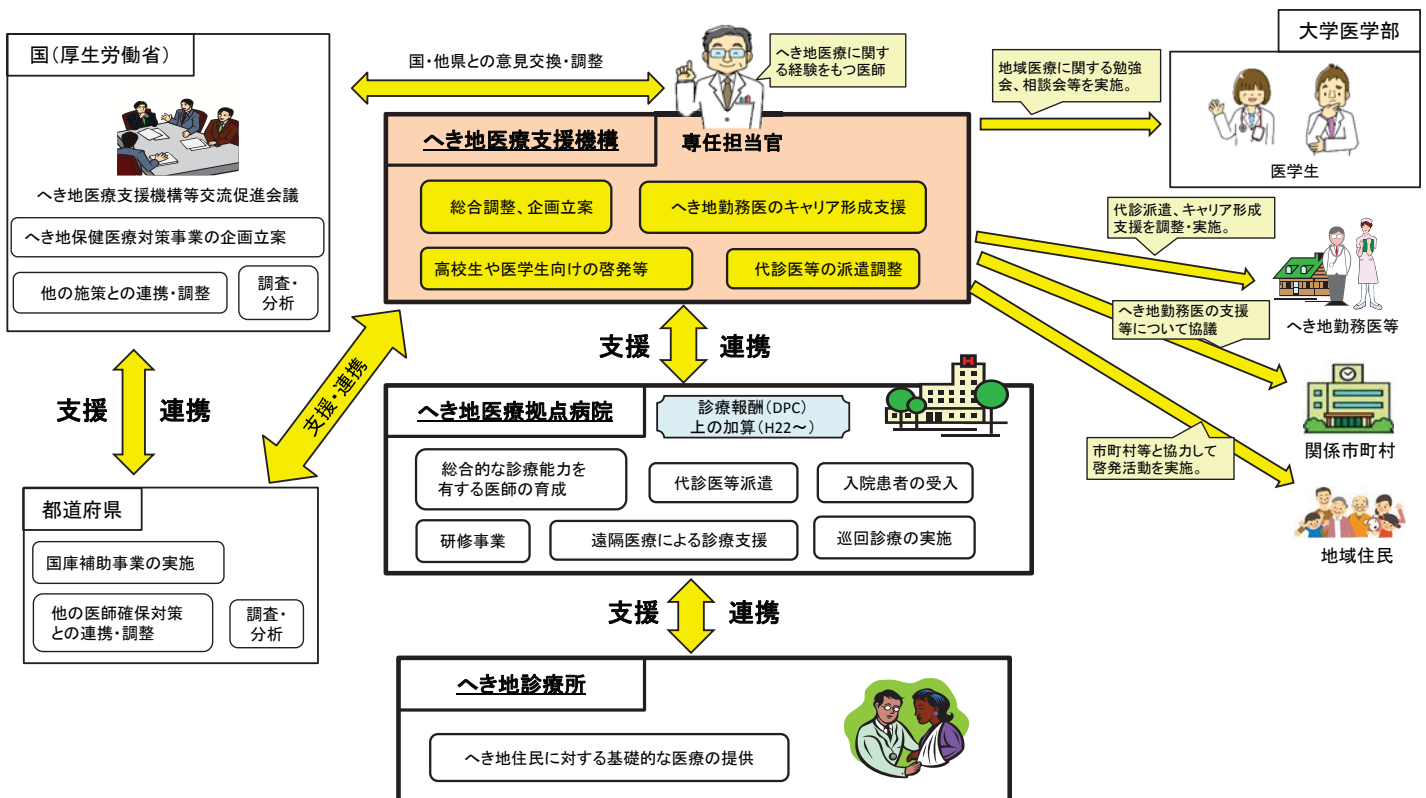
運営委員会

- 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場
- 構成
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
(設置場所：都道府県庁(21都道府県)、大学病院(9県)、都道府県庁及び大学病院(13県)、その他(4府県)(平成28年7月時点)
- 平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成28年7月時点)

へき地医療支援機構について

へき地診療所等からの代診医の派遣要請等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的とし、各都道府県単位で設置。



| | | 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 | | | | | | |
| 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 | 通常国会 | 概要要求 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 | | | | | | | | |
| | | ○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 取り組むこと 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、繰出 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 組むこととした 地区数) 【増加、進捗 検証】 ※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 | |
| | | ○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 | | | |
| | 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 | | | | | |
| ○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 | 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 | | | | 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 | 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 | | ・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 | | | | |
| | ○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 | 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 | | | | |
| 病院 | | | | | | | | 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】 | | |
| | | | | | | | 《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》 | | | |

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。**

奈井江町立国民健康保険病院



開設：昭和37年5月
 延床面積：6,489,46㎡
 （うち3階1,150.62㎡はサービス付高齢者向け住宅に改修）
 構造：鉄筋コンクリート造
 地下1階、地上4階
 病床数：50床（一般18床、医療療養Ⅱ32床）
 ※病床機能報告はいずれも慢性機能病棟
 診療科目：内科、整形外科、眼科、小児科、外科（休診）
 常勤医師：4名（内科3名、整形外科1名）
 非常勤：内科、眼科、小児科
 職員総数：82名（職員57名、パート25名）
 基本理念：地域住民への質の高い医療サービスの提供と健康の保持増進のため、地域に密着した病院として運営に取り組む。
 併設施設：老人保健施設「健寿苑」、保健センター、サービス付高齢者向け住宅「あんしん」

■サービス付高齢者向け住宅の整備

- 当院は、昨年4月に介護療養病床を廃止し、病床数を96床から50床に削減した。
- 従来2階と3階を病棟として利用していたが、これを2階に集約し、3階をサービス付高齢者向け住宅16室（定員25人）に転用した。
- 昨年12月中旬にオープンを迎えたが、病院内に住宅があるという安心感もあり、町内外から定員を超える皆さんにお申し込みをいただき、現在は満室の状況となっている。
- 当地域では年間150万円未満の年金受給者も多いことから、所得による4段階の家賃等設定をし、低所得者でも入居いただけるように配慮している。
- この住宅は、地方創生における「生涯活躍のまち構想（CCRC）」の交流拠点施設にも位置付け、地域住民との交流の場・社会参加の場としての活用など、いつまでも健康で生きがいを持って暮らしていただけるような運営を今後進めていきたいと考えている。



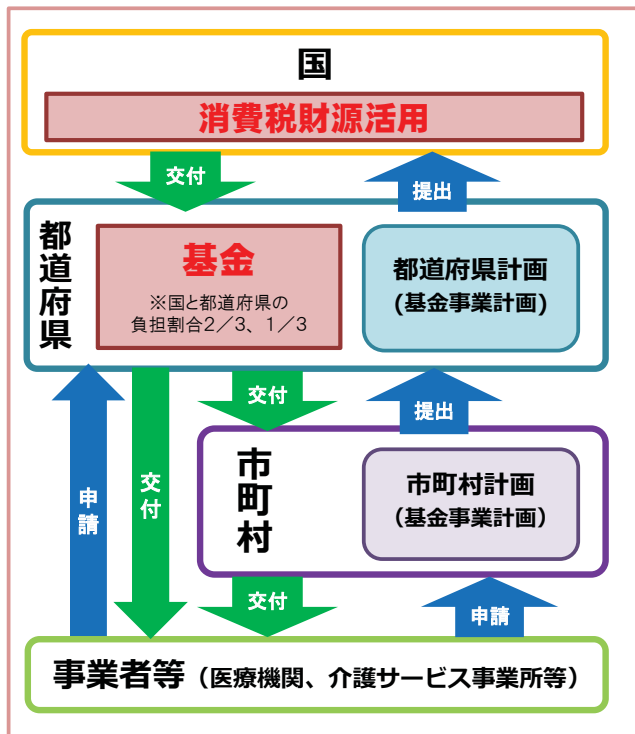
ラウンジ（交流スペース）



Bタイプ居室

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
 - 国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

平成29年度政府予算：公費で1,628億円
 （医療分 904億円、介護分 724億円）

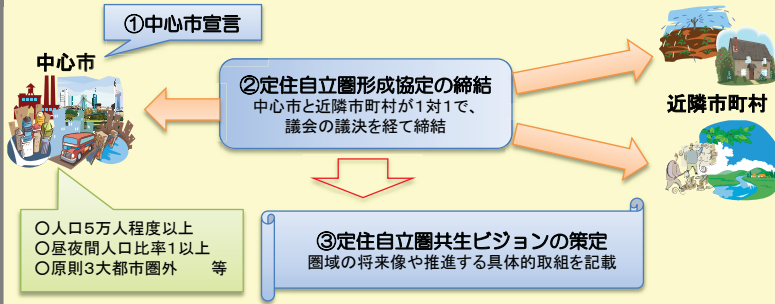
定住自立圏構想の意義

中心市と近隣市町村が相互に役割分担し、連携・協力することにより、圏域全体として必要な生活機能等を確保する「定住自立圏構想」を推進し、地方圏における定住の受け皿を形成する。

【圏域に求められる役割】

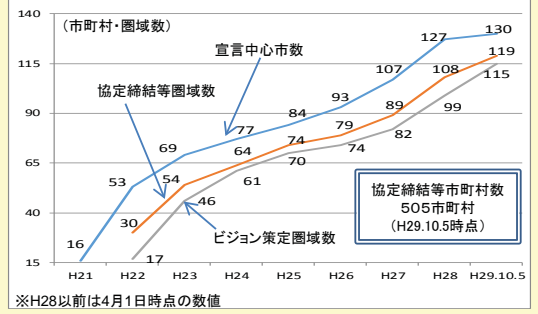
- ①生活機能の強化（休日夜間診療所の運営、病児・病後児保育の実施、消費生活法律相談の実施、地場産業の育成 等）
- ②結びつきやネットワークの強化（デマンドバスの運行、滞在型・体験型観光・グリーンツーリズムの推進、生活道路の整備 等）
- ③圏域マネジメント能力の強化（合同研修の実施や職員の人事交流、外部専門家の招へい 等）

圏域形成に向けた手続



定住自立圏構想への取組状況

KPI: 2020年 140圏域 (H29.10.5現在 119圏域)



定住自立圏に取り組む市町村に対する支援

特別交付税

- ・包括的財政措置(平成26年度から大幅に拡充)
(中心市 4,000万円程度→8,500万円程度)
(近隣市町村 1,000万円→1,500万円)
- ・外部人材の活用に必要な経費に対する財政措置
- ・地域医療の確保に必要な経費に対する財政措置 等

地方債

- ・地域活性化事業債を充当※(充当率90%、交付税算入率30%)
- ※医療・福祉、産業振興、公共交通の3分野に限る

各省による支援策

- ・地域公共交通の確保や教育環境の整備支援など、定住自立圏構想推進のための関係各省による事業の優先採択

定住自立圏構想の取組状況 (平成29年10月5日現在)

※【 】は中核市
※〈 〉は中核市要件を満たす市(指定都市・中核市を除く)
※網掛けは宣言連携中枢都市

| 都道府県 | 宣言中心市 | 中心市要件を満たす市(左記を除く) |
|------|---|--------------------------------|
| 北海道 | 【函館市】、小樽市、【旭川市】、室蘭市、釧路市、帯広市、網走市、苫小牧市、稚内市、名寄市、士別市(複眼型)、滝川市(複眼型)、富良野市 | 千歳市、石狩市 |
| 青森県 | 【八戸市】、弘前市、五所川原市、十和田市・三沢市(複眼型)、むつ市 | — |
| 岩手県 | 奥州市・北上市(複眼型)、一関市 | 宮古市、大船渡市、釜石市 |
| 宮城県 | 石巻市、大崎市 | 気仙沼市 |
| 秋田県 | 能代市、横手市、大館市、湯沢市、由利本荘市、大仙市 | — |
| 山形県 | 【山形市】、鶴岡市、酒田市、新庄市 | 米沢市、東根市 |
| 福島県 | 白河市、喜多方市、南相馬市 | 〈福島市〉、会津若松市、二本松市 |
| 茨城県 | 【水戸市】 | 日立市、土浦市、常総市、〈つくば市〉、鹿嶋市、筑西市、神栖市 |
| 栃木県 | 栃木市、佐野市、日光市、小山市、大田原市、那須塩原市 | 真岡市 |
| 群馬県 | 【伊勢崎市】 | 〈太田市〉、富岡市 |
| 埼玉県 | 秩父市、本庄市 | — |
| 千葉県 | 旭市 | 館山市 |
| 東京都 | — | — |
| 神奈川県 | — | — |
| 新潟県 | 〈長岡市〉、新潟市、村上市、燕市、糸魚川市、南魚沼市 | 柏崎市、十日町市、〈上越市〉、佐渡市 |
| 富山県 | — | 黒部市 |
| 石川県 | — | 七尾市、小松市 |
| 福井県 | — | 〈福井市〉、敦賀市、越前市 |
| 山梨県 | 北杜市 | 〈甲府市〉 |
| 長野県 | 上田市、飯田市、伊那市、中野市・飯山市(複眼型)、佐久市 | 〈松本市〉、諏訪市 |
| 岐阜県 | 美濃加茂市 | 大垣市、高山市、関市 |
| 静岡県 | 湖西市 | 〈沼津市〉、〈富士市〉、磐田市、掛川市、裾野市 |
| 愛知県 | 刈谷市、西尾市 | 安城市、田原市 |
| 三重県 | 伊勢市、松阪市、いなべ市、伊賀市 | 〈津市〉、〈四日市市〉、亀山市 |

※表右欄の中心市要件を満たす市については、以下の市を除く
○指定都市・中核市
○中心市又は近隣市として定住自立圏又は連携中枢都市圏に取り組んでいる市
○多自然拠点都市の要件のみを満たす市

| 都道府県 | 宣言中心市 | 中心市要件を満たす市(左記を除く) |
|------|-------------------------------|-------------------|
| 滋賀県 | 彦根市、長浜市、東近江市 | 草津市 |
| 京都府 | — | 福知山市 |
| 大阪府 | — | — |
| 兵庫県 | 洲本市、豊岡市、西脇市、加西市・加東市(複眼型)、たつの市 | 小野市 |
| 奈良県 | 天理市 | — |
| 和歌山県 | — | 田辺市 |
| 鳥取県 | 〈鳥取市〉、米子市(複眼型)、倉吉市 | — |
| 島根県 | 〈松江市〉(複眼型)、浜田市、出雲市、益田市 | — |
| 岡山県 | 津山市、備前市 | — |
| 広島県 | 三原市、庄原市 | 三次市 |
| 山口県 | 【下関市】、山口市、萩市、長門市 | 下松市、周南市 |
| 徳島県 | 〈徳島市〉、阿南市 | — |
| 香川県 | 【高松市】、丸亀市、観音寺市 | 坂出市 |
| 愛媛県 | 今治市、宇和島市 | 新居浜市、大洲市、四国中央市 |
| 高知県 | 【高知市】、四万十市・宿毛市(複眼型) | — |
| 福岡県 | 大牟田市、【久留米市】、田川市、八女市 | 飯塚市、朝倉市 |
| 佐賀県 | 唐津市、伊万里市 | 〈佐賀市〉、鳥栖市 |
| 長崎県 | 【長崎市】、五島市 | 島原市、諫早市 |
| 熊本県 | 八代市、人吉市、玉名市、山鹿市、菊池市、天草市 | — |
| 大分県 | 中津市、日田市 | — |
| 宮崎県 | 都城市、延岡市、小林市、日向市 | 日南市 |
| 鹿児島県 | 鹿屋市、指宿市、薩摩川内市、南さつま市 | 霧島市、奄美市 |
| 沖縄県 | 宮古島市 | 浦添市、名護市 |
| 合計 | 130 | 70 |

- 定住自立圏は130市が中心市宣言済み。
- 119圏域(505市町村)で定住自立圏形成協定締結又は定住自立圏形成方針策定済み。
- 115圏域が定住自立圏共生ビジョン策定済み。

以下の29市が宣言連携中枢都市(平成29年9月7日現在)
八戸市、盛岡市、新潟市、富山市、高岡市・射水市(複眼型)、金沢市、長野市、岐阜市、静岡市、姫路市、岡山市、倉敷市、広島市、呉市、福山市、山口市・宇部市(複眼型)、下関市、高松市、松山市、高知市、北九州市、久留米市、長崎市、熊本市、大分市、宮崎市、鹿児島市

連携中枢都市圏の形成の動き②

平成29年3月31日現在

| 圏域名 (連携中枢都市) | 連携中枢都市宣言 | 連携協約 | 都市圏ビジョン | 連携市町村 | 圏域人口等 |
|----------------------------|------------|---------------|-------------|--|---|
| 14 北九州都市圏域 (北九州市) | H27年12月24日 | H28年4月18日締結式 | H28年4月18日公表 | 【福岡県】直方市、行橋市、豊前市、中間市、宮若市、芦屋町、水巻町、岡垣町、遠賀町、小竹町、鞍手町、香春町、苅田町、みやこ町、上毛町、築上町 (計:5市11町) | 1,394,457人 (うち北九州市 961,286人) |
| 15 しずおか中部連携中枢都市圏 (静岡市) | H28年3月1日 | H28年3月31日 | H28年4月28日公表 | 【静岡県】島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町 (計:4市2町) | 1,168,000人 (うち静岡市 704,989人) |
| 16 松山圏域 (松山市) | H28年7月8日 | H28年7月8日締結式 | H28年7月8日公表 | 【愛媛県】伊予市、東温市、久万高原町、松前町、砥部町 (計:2市3町) | 646,055人 (うち松山市 514,865人) |
| 17 とやま呉西圏域 (高岡市・射水市) | H28年8月26日 | H28年10月3日締結式 | H28年10月3日公表 | 【富山県】南砺市、氷見市、砺波市、小矢部市 (計:4市) | 443,151人 (うち高岡市172,125人、射水市92,308人) |
| 18 八戸圏域連携中枢都市圏 (八戸市) | H29年1月4日 | H29年3月22日締結式 | H29年3月22日公表 | 【青森県】三戸町、五戸町、田子町、南部町、階上町、新郷村、おいらせ町 (計:6町1村) | 323,447人 (うち八戸市 231,257人) |
| 19 新潟広域都市圏 (新潟市) | H28年12月16日 | H29年3月28日締結式 | H29年3月28日公表 | 【新潟県】三条市、新発田市、燕市、五泉市、阿賀野市、胎内市、聖籠町、弥彦村、田上町、阿賀町 (計:6市3町1村) | 1,258,878人 (うち新潟市 810,157人) |
| 20 岡山連携中枢都市圏 (岡山市) | H28年8月9日 | H28年10月11日締結式 | H29年3月28日公表 | 【岡山県】津山市、玉野市、総社市、備前市、瀬戸内市、赤磐市、真庭市、和気町、早島町、久米南町、美咲町、吉備中央町 (計:7市5町) | 1,170,158人 (うち岡山市 719,474人) |
| 21 山口県央連携都市圏域 (山口市・宇部市) | H28年11月28日 | H29年3月30日締結式 | H29年3月30日公表 | 【山口県】萩市、防府市、美祿市、山陽小野田市【島根県】津和野町 (計:4市1町) | 628,836人 (うち山口市197,422人、宇部市169,429人) |
| 22 長崎広域連携中枢都市圏 (長崎市) | H28年6月10日 | H28年12月27日締結式 | H29年3月30日公表 | 【長崎県】長与町、時津町 (計:2町) | 501,860人 (うち長崎市 429,508人) |
| 23 かごしま連携中枢都市圏 (鹿児島市) | H28年10月31日 | H29年1月19日締結式 | H29年3月31日公表 | 【鹿児島県】日置市、いち串木野市、始良市 (計:3市) | 753,518人 (うち鹿児島市 599,814人) |

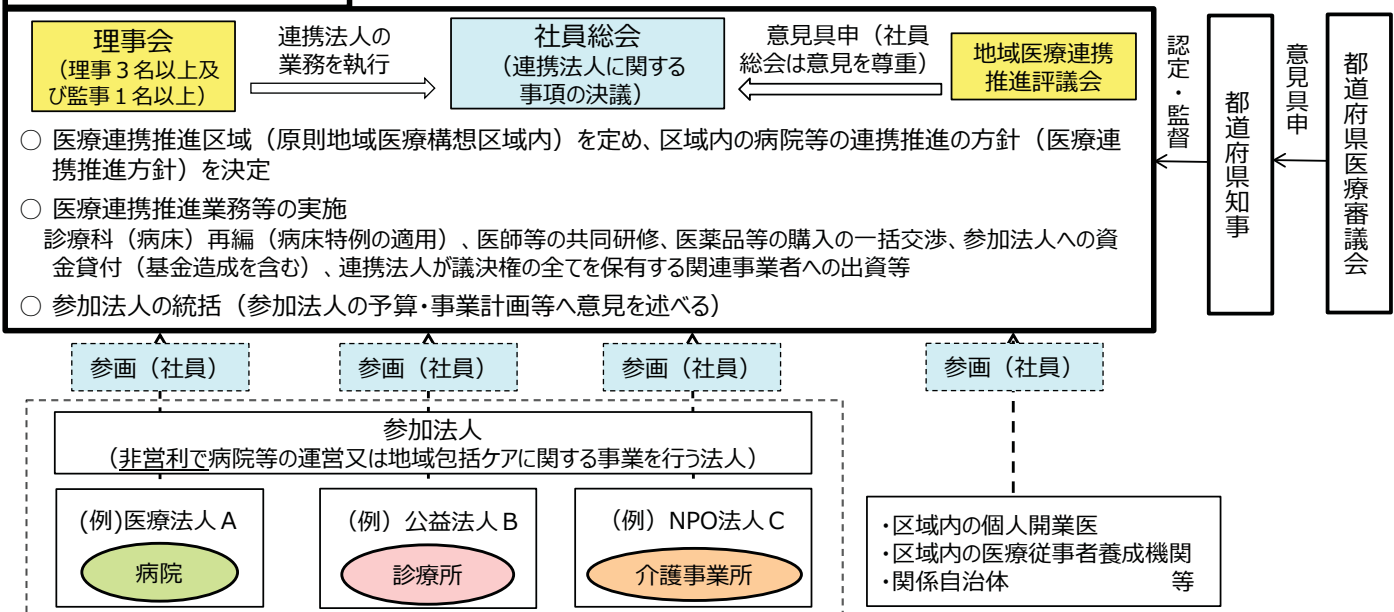
厚生労働省資料

地域医療連携推進法人制度について (概要)

資料28

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



- 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定 (認定基準の例)
 - ・ 病院、診療所、介護老人保健施設のいずれかを運営する法人が2以上参加すること
 - ・ 医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
 - ・ 参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

地域医療連携推進法人設立事例

①大学付属病院と地域医療法人等の業務連携

名称：尾三会

法人認定日：平成29年4月2日

連携推進区域：愛知県名古屋市、岡崎市、豊川市、刈谷市、豊田市、東海市、大府市、知立市、豊明市、日進市、みよし市、東郷町

参加法人：藤田保健衛生大学病院（1435床）、医療法人（16）、生活協同組合（1）、社会福祉法人（1）、公益財団法人（1）

業務連携の内容：

- ・医療及び介護従事者等の相互派遣を実施し、回復期機能や在宅医療の充実を図る
- ・医療及び介護従事者向け勉強会や研修業務の共同実施を通じ、回復期機能及び在宅医療の充実化を図る
- ・患者情報の共有化モデルの確立
- ・医薬品の一括交渉による経営の効率化／医療機器等の共通化及び一括価格交渉による経営の効率化
- ・先進的な地域包括ケアモデル情報の提供
- ・「暮らし」を支える在宅診療のシステム化に貢献
- ・介護及び医療従事者等の相互派遣を通じて在宅診療等の充実化に貢献
- ・患者及び利用者情報の共有化モデルの確立 等

②統合再編成を目指した病院間の業務連携

名称：はりま姫路総合医療センター整備推進機構

法人認定日：平成29年4月3日

連携推進区域：兵庫県西播磨医療圏・中播磨医療圏

参加法人：兵庫県 県立姫路循環器病センター（350床）
社会医療法人 製鉄記念広畑病院（392床）

業務連携の内容：

- ・安定的な医療スタッフの確保を図り、医療連携推進区域において質の高い医療提供体制の整備
- ・統合再編新病院と地域の医療機関との相互理解を深め、患者紹介等患者への医療提供をスムーズに行うことができる仕組みの構築
- ・両病院による医療情報の共有により、継続性のある適切な診療体制の確保
- ・各種研修を共通のプログラム等で実施し、両病院職員のレベルアップを図るとともに一体感を高める
- ・統合再編新病院で円滑な組織運営が可能となるよう、医療スタッフの人材交流の実施
- ・積極的な情報発信
- ・医療スタッフの計画的な採用
- ・医療提供体制の統一化
- ・両病院の経営の効率化 等

③中山間地域における市立病院等の業務連携

名称：備北メディカルネットワーク

法人認定日：平成29年4月2日

連携推進区域：広島県三次市・庄原市

参加法人：三次市 市立三次中央病院 (350床)
一般社団法人三次地区医師会 医師会立三次地区医療センター (150床)
庄原市 庄原市立西城市民病院 (54床)

業務連携の内容：

- 1.医療従事者を確保・育成する仕組みづくり
・中山間地域において安定的に医療サービスを提供するため、地域全体で医療従事者を確保・育成する仕組みを構築する。
- 2.地域包括ケアの推進
・医療・介護・介護予防・住まい・生活支援サービス等のサービスを包括的に提供できる地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の取組を支援する。
- 3.共同購買の仕組みづくり
・医薬品、診療材料、医療機器等の購入に際して、参加病院が共同で価格交渉等を行うことにより、スケールメリットを活かしたコスト削減を図る。
- 4.共同研修の仕組みづくり
・各病院が実施している各種研修を参加病院で共同で実施することにより、研修効果の向上、受講機会の拡大、経費の節減、業務量の軽減を図る。
- 5.介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業に関する事項
・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の取組を支援

④離島における地域の多数の診療所の業務連携

名称：奄美南部メディカルケアアソシエーション (ANMA)

法人認定日：平成29年4月2日

連携推進区域：鹿児島県大島郡瀬戸内町、宇検村

参加法人：瀬戸内町
瀬戸内町与路へき地診療所
瀬戸内町へき地診療所(19床)
瀬戸内町巡回診療車
瀬戸内町国保池地診療所 (2床)
宇検村
宇検国保診療所
医療法人馨和会
いづはら医院 (19床)

業務連携の内容：

- ・休日平日の夜間の急病診療体制の当番制の確立
- ・へき地医療を担う医療研修制度の確立
- ・医療介護情報の連携基盤構築の推進
- ・医師の再配置を行い、地域の診療内容の重点化及び無医地区の解消を図る
- ・病床融通を行い、適正な病床配置に向けた協議の実施
- ・地域包括ケアの推進 等

〔卷末資料〕

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会開催要領

総務省自治財政局準公営企業室

1 目的

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、依然として医師不足等の厳しい環境が続く中、持続可能な経営を確保し切れていない病院も数多くみられる。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、国の進める医療提供体制の改革と連携し、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ただくことが必要になっている。このため、当省では平成27年3月に「新公立病院改革ガイドライン」を示し、各地方公共団体に対して平成28年度中に新公立病院改革プランを策定の上、改革に取り組んでいただくよう要請したところである。

このような公立病院をめぐる経営環境や、医療提供体制の改革の動向等を踏まえ、地域における医療提供体制の確保や公立病院の更なる経営改革を推進する観点から、このたび当省で調査研究会を開催し、学識経験者や公立病院の経営に携わる者など専門的かつ優れた見識を有する者に意見を伺いつつ、公立病院に対する地財措置の在り方等について検討を行うものである。

2 名称

本研究は、「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」（以下、「研究会」という。）と称する。

3 研究テーマ

地域医療の確保と公立病院改革の推進の観点から、過疎地等の不採算地区病院等に係る地方財政措置の在り方や新公立病院改革ガイドラインにおける取組みを推進するための地方財政措置の在り方等を検討

4 構成員

別紙構成員名簿のとおりとする。

5 スケジュール

平成28年8月から開催予定。

6 運営

① 研究会に、座長1人を置く。座長は、研究会を招集し、主宰する。

- ② 座長は、不在の場合など必要の都度、これを代行する者を指名することができる。
- ③ 座長は、必要があると認めるときは、必要な者に研究会への出席を求め、その意見を聴取することができる。
- ④ 座長は、必要があると認められるときは、研究会を公開しないものとする。その場合には、研究会終了後、必要に応じブリーフィングを行うこととする。
- ⑤ 研究会終了後、配付資料を公表する。また、速やかに研究会の議事概要を作成し、これを公表するものとする。
- ⑥ 本要領に定めるもののほか、研究会の運営に関し必要な事項は座長が定める。

7 庶務

研究会の庶務は、総務省自治財政局準公営企業室が行う。

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 構成員名簿

(座長)

つじ 辻 たくや 琢也 一橋大学副学長

(構成員)

いせき 伊関 ともとし 友伸 城西大学経営学部マネジメント総合学科教授

おがた 尾形 ひろや 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授

おしぶち 押淵 とおる 徹 長崎県国民健康保険平戸市民病院長
兼 平戸市保健センター所長

きた 北 りょうじ 良治 北海道奈井江町長

こたに 小谷 かずひこ 和彦 自治医科大学教授 (平成29年4月～)

しまざき 島崎 けんじ 謙治 政策研究大学院大学教授

たしろ 田城 たかお 孝雄 放送大学教養学部教授

たなか 田中 いっせい 一成 地方独立行政法人静岡県立病院機構理事長
兼 静岡県立総合病院長

なかがわ 中川 まさひさ 正久 島根県病院事業管理者

ぬまお 沼尾 なみこ 波子 東洋大学国際学部国際地域学科教授

ほんま 本間 よしゆき 善之 自治医科大学卒後指導部長 (~平成29年3月)

もりた 森田 しんしょう 眞照 市立ひらかた病院長

(オブザーバー)

ささき 佐々木 たけし 健 厚生労働省医政局地域医療計画課長

(構成員は五十音順、敬称略)

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 検討経緯

○第1回

日時：平成28年9月13日（金）14:00～

議題：研究会における検討の進め方

公立病院の現状や改革の推進に対する取組について 等

○第2回

日時：平成28年11月17日（木）17:00～

議題：医療現場の抱える問題（公立病院関係者からのヒアリング） 等

○第3回

日時：平成29年1月19日（木）17:00～

議題：公立病院の抱える地域間格差や構造的な問題（公立病院関係機関委員からのヒアリング） 等

○第4回

日時：平成29年3月28日（火）13:00～

議題：地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する議論の整理 等

○第5回

日時：平成29年6月15日（木）17:00～

議題：地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する議論の整理 等

○第6回

日時：平成29年8月2日（水）18:00～

議題：「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」報告書骨子案について 等

○第7回

日時：平成29年10月3日（火）15:00～

議題：「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」報告書案について

※各回の配付資料は、総務省ホームページにおいて公表している。

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/chikiiryoku_kakuho/index.html

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第1回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 28 年 9 月 13 日（火）14：00～16：00
- 場 所：総務省第 1 会議室
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、島崎委員、
田城委員、中川委員、沼尾委員、本間委員、森田委員、
佐々木地域医療計画課長（厚生労働省・オブザーバー）
黒田自治財政局長、大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長
石黒公営企業経営室長、植村準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 資料説明
- (2) 意見交換

3 配布資料

- (資料 1) 開催要綱
- (資料 2) 研究会における検討の進め方等
- (資料 3) 公立病院改革の取組について

4 概要

- (1) 事務局より資料 1～3 について説明
- (2) 出席者からの主な意見

- 公立病院全体の医師数は増加しているものの、その大部分が大規模病院の医師数の増加によるもので、200 床未満の中小規模の医師数は横ばいの状況である（資料 3、P13）。中小規模病院が多数分布する地域においては、近隣病院との連携の下、医師や看護師の確保が重要。
- 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、福祉の事業等も関与しているのが実態。さらには、高齢化が進む中であって 1 人あたりの疾病の割合や有病数も多くなることから、人口が減少しても患者数がほとんど減らない地域がある。こうした状況の中、必要な医師を確保するため、民間事業者や非常勤医師の応援を依頼することもあり、人件費が余計に嵩むという実態もあることから、経営に大きく影響すると考える。
- 500 床規模の病院と比較して 300 床規模の病院は規模を縮小する方向にある中、各科で医師が 1 人となる状況も発生しており、これが収益を確保できない要因となっている。
- 地域包括ケア病床の実在数と基準病床数の整合性がとれていない地域がある中、今年度中にこれらを整理した上で新公立病院改革プランに繋げられるか懸念している。
- 専門医でないと何らかの制約を感じる状況の中、地域枠の医学生は専門医となりにくい環境に

ある。さらに地域枠を辞退するハードルが低いことから、早期に奨学金を返還しこれを辞退する学生がここ最近増加傾向にある。今後の地域枠制度に大きく影響してくるのではないかと懸念している。

- 経営形態の見直しについて、これまでの推進の中で、成功例があれば失敗例もあり、議論自体もかなり煮詰まっているものとする。地域毎の最適な経営形態が何かは従前より自治体も考察しており、これに苦慮している。最終的な報告書はあまり自治体にプレッシャーをかけないようにして頂きたい。
- 中山間地や離島等、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。この状況下では、地域の自治体病院が在宅に出なくてはならず、地域医療構想や地域包括ケアの構築に向けてこれを踏まえた議論（財政措置の検討）を進めて頂きたい。
- 地方の自治体病院は、10年前の繰出金に関する議論から現在の人口減少や地方創生の観点に立った議論へと大幅にシフトしているとする。現在の観点で言えば、自治体病院は産業面のみならず雇用の確保にもつながる上、医療の確保による居住可能地域の確保、さらには地方の合計特殊出生率の維持、日本全体の人口維持に寄与し得ると考える。都市部の自治体病院についても数字には出てこない役割を担っているわけで、これらを踏まえつつ、10年、20年先の日本の動向・地域医療のあり方を見据えながら、経営改革を考える必要があるのではないかと。
- 「持続可能性のある病院経営の検討」（資料2、P2）で「各病院の取組項目の分析」と「経営形態見直し（全部適用・地方独法・指定管理者）の導入が困難な理由の抽出」が挙げられているが、それ以前の病院マネジメントのあり方について検討するべきではないかと。職員定数の問題で言えば、打開策が独法化しかないというのは問題とする。また、事務職員の問題で言えば、頻繁な人事異動によって素人の経営になりがちということも問題とする。一般会計や地方財政措置にも限りがある中で、適切に人を雇うといったマネジメント改革を行う戦略もあると思う。
- 「民間病院を含む再編・ネットワーク化」（資料2、P2）について、私的所有権の強い民間病院だけのネットワーク化は難しいと思うので、国立病院をはじめ公的 성격の強い日赤、厚生連病院とのネットワーク化も想定して、「国立、公的、民間病院を含む再編・ネットワーク化」とすべきではないかと。
- 表題（資料2、P1）で「医療提供体制改革」としているが、地域医療の確保という観点からすると医療提供体制のみでは不十分。平成30年度から市町村に加えて都道府県も保険者となることも踏まえ、地域毎に医療需要サイドで生じる格差についても議論すべきではないかと。
- 「地域医療構想を踏まえた」（資料2、P2）とあるが、地域医療構想が医療計画上で位置づけられている中、医療計画自体が平成30年度から大幅に見直される予定であることを念頭に置くべき。また、地域医療構想を進める上で地方財政措置と地域医療介護総合確保基金の役割分担についても整理すべき。
- 経営の効率化により黒字病院の割合が増加したとあるが（資料3、P3）、診療報酬の改定による影響も考慮すべき。これを踏まえた上で今後の持続可能性のある病院経営に向けた経営の効率化を考えるべき。
- 「規模別の公立病院の経営状況について」（資料3、P12）の分析対象について、医療制度上・

診療報酬上では 200 床で区切っていることが多いため、これも加えるべき。

- 「経営形態の見直し状況」(資料 3、P29)について、分析の中に一部適用も含めてもらいたい。
- 人口構造の変容の影響は甚大である。総人口は 2040 年以降、毎年 100 万以上人口が減少する。特に生産年齢人口が激減する一方、100 歳以上の人口が 2051 年で 70 万人を超すと見込まれている。こういった厳しい状況下で政策選択を行うことが迫られている。公立病院の問題に即して言えば、先見性をもちダイナミックな意思決定ができるガバナンス構造にしなければ乗り切れないのではないか。
- 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。
- 基礎自治体立が主である 100 床未満の病院は、地域包括ケアシステムを支える機能を必要としている上、付近に開業医がない中、高齢の医師がこれを支える状況にある。病院のみならず、基礎自治体の保健医療、介護、地域包括ケアシステムそのものを支える人員配置を考える必要があると考える。特にへき地では、地域そのものを支える機能を必要とするため、その評価方法を考えるべきではないか。
- 地域医療を支えるためには、医師のみならず看護師、さらには経営の観点から事務長や医事課職員の人材育成が必要。
- 医療提供体制の合理的展開のため、非合理的判断のある地域に対するソフトウェアの介入も必要ではないか。
- 経営の効率化の方法として、公的病院、国立病院等多種化している病院を再編することは大事だが、これによるメリット・デメリットを把握し適切な判断ができる人材を育成すべき。
- 社会インフラとしての病院は運営者に、経営については経営者に分けて各コストを負担すべきではないか。
- 地方財政措置の見直しを考える際には、単にアメを配るという話ではなく、構造的にコストが掛かる部分に対して公的な支援がなされることにより、医療アクセスへの公平性が確保されることを本研究会で示していくべき。
- 自治体病院単体で考えるのではなく、国民健康保険や介護保険財政も念頭に置いた議論をすべきではないか。
- 医者をもその地域に呼び込む方法として、報酬引上げに囚われず、地域全体で戦略的に対応を考えることも、病院の経営を考える上で必要ではないか。
- 病院の機能だけを考えて合理化を図ろうとすれば統廃合となるかもしれないが、コスト最優先で地域の暮らしが維持できなくなることはないよう、地域のトータルな仕組みを考えることが必要。
- 地域医療の確保に向け、病院関係者のみならず、まちづくりの一環として首長をはじめとした自治体や政治家も危機感をもちつつ主体的に関与すべき。

以 上

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第2回)

1 開催日時等

○開催日時：平成 28 年 11 月 17 日（木）17：00～19：00

○場 所：共用会議室 2

○出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、沼尾委員、本間委員、森田委員、原澤地域医療計画課課長補佐（厚生労働省・オブザーバー）大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長、石黒公営企業経営室長、植村準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

(1) 資料説明

(2) 意見交換

3 配布資料

(資料 1) 研究会における検討の進め方等（改定版）

(資料 2) 田中委員提出資料

(資料 3) 森田委員提出資料

(資料 4) 押淵委員提出資料

(参考 1) 第 1 回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

(参考 2) 規模別の公立病院の経営状況（一般病院）

4 概要

(1) 事務局より資料 1、参考 1、2 について説明

(2) 田中委員より、資料 2 について説明

(3) 森田委員より、資料 3 について説明

(4) 押淵委員より、資料 4 について説明

(5) 出席者からの主な意見

<田中委員提出資料について>

○地方独立行政法人化のメリットに関する報告があったが、地方公営企業法一部適用の病院と比較した最大のメリットは何か。

⇒いろいろな規則などを、かなり自分達で変えることができるということ。地方独立行政法人にしても地方公務員や県に準拠しているという縛りはあるものの、県のルールに抵触しない範囲で変更できれば、具体案がどんどん出てきて、これを検討・協議し、問題無ければ理事会にかけて採用する。これが非常に早く出来るようになる。

⇒認定看護師や専門看護師が師長などに上がると、資格が維持できないことが問題となることも

ある。看護係長、看護課長という新たなポジションをつくり、やりがいを感じる環境かつその評価ができるシステムが比較的簡単に作れる。

○地方独立行政法人における事務職員の採用で、どの辺に課題があったのか。

⇒県職員のレベルに見合う職員の確保が難しいこと。また、採用方法（試験のやり方）によっては職員の質が担保できないことが問題と感じた。プロパー職員に関しては医療経験者の中でもある程度評価のある人材を採用した方がよい。

○県立病院と市立病院間の関係や役割分担について、地域医療構想の中でどの様な議論があるのか教えてほしい。

⇒地域医療構想の中でどの様に役割分担していくかについては、これから問題となる。静岡市二次医療圏には中核病院が多くあり、護送船団方式で走っているため、これを継続していけるかはこれから検討していかなくてはいけない。中には急性期プラス回復期ぐらいになるべき病院がいくつかあり、その調整はこれからになると思う。

<森田委員提出資料について>

○地域医療構想との関係（P66）について、地域医療構想における中心的役割を果たす必要や地域包括ケア病床への転換を検討されている中、病床機能は現状どの様に報告をしているのか。また、2025年において機能転換を行うのか。

⇒病床機能については全床急性期で報告している。ただ、点数で分けると50%ほどしか急性期はない状況で、実際のところは回復期も慢性期も担っている。二次医療圏で分析の報告をし合い、実際のところはどうなっているのか考えていきたいと思いますと提案しているところ。

○医師数はどの様に推移しているのか。また、病院の建設効果等があったのか。

⇒診療科によっては医師が1人ということがあり、その辺の充実が出来ていない。なお、研修医に人気があり初期研修では医師が集まるが、3年目はなかなか残ってくれない状況であったのに対し、新病院になってから医師が残るようになり、10年間で約10名医師数が増えている。

○ひらかた病院が全部適用にある中、地方独立行政法人化についてどうお考えか。議会や首長との関係、給与面、人の採用などどのような感想を持っているか。

⇒全部適用の場合、市の職員自体は優秀だが、本庁ではない病院に来るとモチベーションが下がるという事例があり課題となっている。

⇒全部適用から地方独立行政法人化への移行については、病院の独自採用で優秀な人材が確保できるかが問題。

⇒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。地方独立行政法人化しても、事務員も議員対応などがあまり変化しないので、全部適用のままでいいのではないかというのが現状の判断。

○全部適用の場合、人事課が過度に人を雇うことを嫌う傾向にあるため、本来得られる収益が得られないことが多くの自治体病院でみられる。ひらかた病院の場合は、職員の採用を弾力的に行っていると解して良いか。

⇒定数がいっぱいになってしまったので、次の議会で条例定数を変更してもらうため準備しているところ。採用については、病院長もほとんどの面接に参加し、管理者にも柔軟性をもっても

らうようにしている。

<押淵委員提出資料について>

○公衆衛生、特定健診、特定保健治療といった地域で出来る活動全てを、医療に限らず行っていることに感激する。さまざまな活動をする中で、在宅医療を誰がどの程度の割合で従事していて、どの程度の負担なのか。

⇒訪問診療は全医師が取りかかるとしている。外科の医師も年間 100 例手術する中で、合間を縫って訪問診療に出かけている。

○看護師やリハビリスタッフも訪問しているが、訪問看護ステーションが無い中で、どこに所属する看護師やスタッフがこの対応をしているのか。また、訪問看護ステーションを通さずに訪問をすると、医療保険の枠で行うことになり、単価が非常に低くなる。この辺をどう考えているのか。

⇒以前、訪問看護ステーションを開設・運営していたが、看護師の確保が困難になり、昨年から閉鎖しているところ。収入は明らかに減っており、もし看護師が確保できれば、また再開し地域の在宅ケアの拠点にしたいと思っている。現在は、外来診療に従事している看護師を、午後から訪問看護に出しているところ。

○三世代を含めた地域包括ケアにどう取り組んでいるのか。

⇒地域柄、人の動きが把握でき、家族関係や家庭の様子が分かることから、こうしたことを加味した生活上の支援も果たしている。

○医師が 2 名減る中で、訪問看護、訪問診療が継続できるのか。

⇒訪問診療はやめるわけにはいかないので、時間外を活用していかなくてはいけないと思っている。そうはいっても、重度と軽度の患者それぞれをトリアージしながら、めりはりある訪問看護を続けていく。実態として、交通機関が少ない中で時間外に患者が救急車で病院へ押しかけてくることもあるので、先手を打つ必要があるものと考えている。

○薬剤師や理学療法士などの医療人材の雇用状況について教えてほしい。

⇒薬剤師はなんとか 1 人確保したが、周辺の調剤薬局の待遇が非常に良いことから、確保が厳しい状態。本当は、在宅服薬指導や病棟での服薬指導にも乗り出してほしいが、1 名のため厳しい。

⇒理学療法士や作業療法等は、教育の現場で平戸市民病院の情報を流すと進路を求める若者たち（中学生や高校生）が職業訪問と称して訪れる。将来はこういった職を選べば地域に帰りここに戻ってくるということを常々話している。

○国保病院、自治体病院があることによって医療費が安くなるということだが、統計では自治体病院の病床割合が多いところは、国保、後期高齢者を含め医療費の水準が低いのは確かで、そのあたりの状況について教えてほしい。

⇒確かに 1 人あたりの医療費、高齢者の医療費とも低いことは間違いなく、介護保険料についても同様のことが言える。一方、平戸市の国保関係の事業、介護保険事業とも安定した状態で基金を蓄えており、特に国保受給者が全人口の 6 割ぐらいのところであることから、健康づくり事業を展開していくことによる成果があらわれていると思っている。

○現状では、病床機能報告は急性期と慢性期で出しているということだが、例えば地域包括ケア病棟ないしは回復機能に転換していくということはないのか。

⇒地域包括ケア病床を運営したいと思っているが、これだけでは地域のニーズに答えられないところがある。というのも、入院期間の問題があるため、行く先として連携施設があるならまだしも、オンリーワンの施設である状況にあっては在宅ケアの充実を図らなくてはならなくなる。これに伴い人員の問題が出てくる。

○医師確保について、県・大学・医学部の協力が得られないという話だが、県は何を考えているのか。

⇒県と離島の自治体による一部事務組合の離島医療組合と県立病院を合わせて独立行政法人化することで病院企業団を設立した経緯があり、育成した医学部生を全員離島のために充て、その枠を他へ開放しないという背景がある。医師不足が続く中、何とか応援を頼めないか、また場合によっては病院企業団に入れてほしいということも申し入れてきたが、当院が県北の医療圏域内で中核的役割を果たしていないことを理由の一つとして難色を示されている。

以 上

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第3回)

1 開催日時等

○開催日時：平成29年1月19日(木)17:00~19:00

○場 所：601会議室

○出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員(大竹説明員)、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、沼尾委員、本間委員、森田委員、原澤地域医療計画課課長補佐(厚生労働省・オブザーバー)大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長、石黒公営企業経営室長、植村準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

(1) 資料説明

(2) 意見交換

3 配布資料

(資料1) 中川委員提出資料

(資料2) 北委員提出資料

(資料3) 本間委員提出資料

(参 考) 第2回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

(1) 中川委員より、資料1について説明

(2) 大竹説明員より、資料2について説明

(3) 本間委員より、資料3について説明

(4) 出席者からの主な意見

○決算統計などに多くの指標があるが、これが経営改革に生かされているかという点、必ずしもそうではないのが実感。経営指標を活用し、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て、これを理解するとともに、住民、首長、議会とも効果的に説明を行うよう、いわゆる指標を活用した経営分析について、病院事業についても早急に取り組むことが必要と考える。

○地域で中核的位置にある中小の自治体病院の役割がこれからいろんな意味で増えてくると思うので、財政措置のあり方をそのあたりに焦点を絞っていくのが良いと考える。

○ドクターヘリに関しては、都会とは違う田舎でのドクターヘリの使い方があり、地域での医療の格差を埋める有効な手段の一つと考えている。

○ICTに関しては、質の担保は最も大事だが、医療情報を共有化することにより無駄を省くことにも寄与すると考える。また、介護との連携をとる上でも、なくてはならないと考えている。

- 拠点病院やへき地の中核病院に勤めていると専門医としての専門性が要求され、総合診療専門医、あるいは自治医大の理念である診療所レベルで行える内科系を主体とした診療よりも専門医としてのニーズが高まってしまっている。このギャップに卒業生が悩んでいるとも言える。
- 専門性を持った上で、基礎となる総合性をどう持つべきなのか、2つのこの要素を義務年限の中でどう融合させるのかということが多くの卒業生のニーズではないかと思う。
- 地方の病院だと看護師が高齢化しており、10年後には定年退職が続出し、病院としての医療が提供できないであろう状況が多々見られる。また、医療が高度専門化していく中、認定看護師の役割は非常に大きい、研修のギャップもあり、都市部の大病院は認定看護師の資格をどんどん取れるのに対し、地方のへき地の病院では認定看護師が全然取れない。
- 今の施策以上に追加的な特効薬になるものがないというのが正直なところ。看護師確保というのはもちろん大事だが、医療、介護だけでなく、そもそも、住みやすい地域をつくるといったより広い範囲から考えていかないと、今後はそういう専門職の確保は難しいと考える。どのような研修をするかを考え、体制を整えることは必要だが、それ以外に、住民を巻き込んだ取り組みも必要と考える。
- 看護職員の地域偏在について、医師と共通する面と少し違う面があるように思う。都道府県別に見たとき、人口あたりの看護職員数はかなり大きな地域差がある一方で、病床100床当たりの看護職員数は、あまり大差はない。つまり、看護職員の地域差は病床の地域差で決まっている部分が非常に大きいということ。病床の偏在と看護職員の偏在はおそらく密接に関連していると考えられる。
- 地域で医師を確保していくためには、そこでキャリア形成ができるということを見せることが必要。したがって、都道府県単位でキャリア形成ができ、専門医をとれる体制をつくるのが有効な手段の一つと考える。自治医科大学の卒業生と他の大学の地域卒の学生を見てみると、大学の卒前教育の中での地域医療に対するモチベーションに違いが出ている気がする。単に地域卒で入れるのではなく、自治医科大学以外の大学でも、地域医療に対する教育を増やしていくことが大事と考える。
- 研修体制や指導体制を整えるということ以外に、自治体としてやれることは、住みやすさをはじめとした医師のバックアップにより、その医師が必要とされているという感覚をいかに持ってもらうか。そのために、住民に参加してもらい、盛り上げてもらうかに拠ると考える。また、地域として医療や介護の今後のビジョンをはっきりさせることも、医師確保の一つの要素と考える。
- へき地医療や救急医療は「政策医療」かもしれないが、例えば循環器医療は「政策医療」と言えるのか。中央県立病院のような基幹的な病院が県内の過疎地の病院・診療所に医師を派遣する機能といったようなことこそ、今後、「政策医療」として重要なのではないかと考える。
- 政策医療はへき地、災害といった意味で用いており、がん診療であるとか循環器のような高度特殊医療に関する政策という意味は入っていない。それ故、人の派遣も含め、まさにへき地の地域医療をどう確保していくのかということになる。マグネットホスピタルという呼び方をすることもあるが、田舎の県立中央病院クラスの病院では、例えば総合診療専門医を病院で作りに地域に派遣していくなど、新たな役割が出てくる。そういうことも、大事な政策医療の一つと

考える。

- 医師派遣における一種の調整機能を担っていた大学での医学教育が脆弱化した後、代替する両極を成すやり方が言われている。一つがまさに市場競争的なやり方だが、これはまずうまくいかないと思う。もう一つが、例えば勤務地指定制といった、かなり強制的な主張であろう。ただそれは、本人のモチベーションと相反するような場合には、現実問題としてかえってうまくいかないという意見もあると思う。
- 県内の県立及び市町村立の病院の医師を県医局に所属させ、合議で納得の上異動を行い、処遇のきつところであれば、次は非常に給与がいいポストや、留学の機会を提供するなど、一種の疑似医局としての機能を目指している県もある。これが一つ方向性としてあり得ると個人的には考える。
- 北海道の場合、現実問題として患者が減っていく、人的なスタッフも確保できない、財政力も乏しいということになる場合、それはネットワークでつないでいくしかないと思っている。そうすると、もちろん最低の保障はしなくてはならないにしても、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しかないと思っている。
- 拠点となる病院があって、その周りに支えとなる最低限の医療機能がある、これが基本的な姿と考える。一方で、拠点となる病院との距離が広がる傾向にあり、救急車で搬送する時間が延びる厳しい状況になりつつある。総合診療医に地域を全面的に守ってもらい、あとはICTを使って対応していくといった工夫をしていかないと、なかなか難しいだろうという意見もある。こうした状況に向かって進むところまでは至っていないが、引き続き議論をしていく必要があり、地域を守る医療機関として最低限の医療を守れるような支援をしていくということだと考える。
- へき地からの意見として、国民が等しく税を払い医療を受ける、基本的人権を行使したいとなると、提供される医療の濃度が高かろうが低かろうが、医療水準に対して同じような要求が出てくるというのが現状。医師の勤務状況にある程度平均化しないと、国民健康保険の皆保険制度は守れないと考える。
- 学校の教員や警察官は均等に配置されているという現実からすると、医療関係者も同じような水準で配置される必要があると考える。そういう意味では、資料1にあった保険医登録の問題については共感している。
- 地域枠の学生がほんとうに地域に根づくのかどうか、大変疑問に思っている。自分達は地域枠という形で義務づけられているが、それ以外の一般の学生は自由にどこでも行けるというのは不均等という感想を持つ者が出てきたら、地域枠を外れていくのではないか。自治医科大学の卒業生の進路を見ていると、そのような懸念を持つ。
- 非常勤医師や派遣会社からの医師に頼らざるを得ない現場があるが、このような医師は、ある一時期のみの医療にしか携わらないため、それ以外の負担は全てそこにいる勤務医が背負うこととなる。色々な負担が大きくなっていき、勤務医のモチベーションが下がって、やめていくという負のスパイラルが現実には起きているので、この問題を解決していかなければならないと考える。

- 総合診療専門医はその地域の地域包括ケアシステムを動かす大切な原動力になり、さらにはその能力を持った医師を育てることが役割ではないかと考える。
- ドクターヘリは救命率が非常に上がっていることも含め、道路の整備されていないところでは、かなり有効と考えている。拠点の数を減らし、二次救急の圏域は少し距離を置けるようになると思う。
- 地域医療再生基金は自由度が高く、良いアイデアが出てきたが、新しい医療介護総合確保基金は、なるべく地域医療構想の病床転換の設備投資に使うよう指導されているという都道府県の声があるなど、自由度が下がっているのが素直な感想。もう少し自由度を高められたら良いと思う。
- 看護師に関して、今4年制の看護学部が280ぐらいある中、将来的に女子高校生の10人に1人は看護系の大学に行けると言われており、供給は結構あると考える。ただ、人生設計の中で家庭に入るなど出入りが多い。
- 遠隔教育に関していえば、本来、看護師が認定看護師となるため半年間は休職して勉強しなければならないところ、地域に住みながらも、看護師をやめることがないよう放送大学でオンライン配信を行っている。
- 学部教育に関わってくるが、大学附属病院で療養病床や老健施設を持っているところは基本的になく、「へき地が何たるか」ということを本格的に学ぶことはなかなかないと思う。
- 総合診療医が2名から3名の有床診と50床の老健施設を担当するという形が必要最小限度の医療を賄えるユニット。病院にこだわらずこうした、最低限のユニットをつくり直していくというのがいいと考える。
- 医局に関して、大学の病院長が話し合いをして、拠点となる病院に医師をまとめてグループで派遣し、その周辺病院には、そこから派遣するという方法が優れていると考える。
- 若い医師に対し、地域で総合診療医を担いつつ、その地域の暮らしを支える一員となるということを選択するよう方向づけるための政策づくりも課題と考える。
- 医療という特定の専門的な技術だけを持ってただ治すのではなく、暮らしに結びつけるための仕組みとして、対話の機会などを設けることも非常に重要と考える。こうした現実で財政支援や支援に結びつくものはないか。
- 住宅が整って、コミュニティーがしっかりしていれば、患者の戻る家が出る。これが病院経営に影響を与え、採算がとれるようになるという話もある。実際、空き家をうまく使う地域包括ケアシステムをつくったことで、療養病床を持つ病院が黒字化したというような話も聞いたことがある。単に病院経営ということではなく、トータルな地域のケアの中での病院の黒字化ということを考えながら、必要な支援をしていくという仕組みが必要。
- 地域医療構想の中で地域での調整会議があり、そうした場所に看護師や医師が出る機会が多くなったので、今までとは違う展開が期待できると考える。
- 地域における病院が自治体病院しかなくて、そこが在宅医療の中心にならざるを得ないという状況がどんどん出てきている。そうすると、その自治体と相談をしながら、空き家の利用も含め、検討せざるを得ない状況が出てきていると思う。

以上

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第4回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 29 年 3 月 28 日（火）13：00～15：00
- 場 所：601 会議室
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、本間委員、森田委員、原澤地域医療計画課課長補佐（厚生労働省・オブザーバー）大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長、石黒公営企業経営室長、植村準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 論点整理
- (2) 資料説明
- (3) 意見交換

3 配布資料

- (資料 1) 論点整理・今後の方向性
- (資料 2) 再編・ネットワーク化
- (資料 3) 病院マネジメントの現状を踏まえた取組
- (資料 4) 伊関委員提出資料
- (参 考) 第 3 回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

- (1) 事務局より、資料 1～2 について説明
- (2) 出席者からの主な意見

- 病院までの距離が遠い地域では、ネットワーク化が難しいという事情もあり、そうした場合には単体の病院が存続していくことが地域住民にとって非常に大切なことではないか。
- ステップダウンという言葉が適切かわからないが、市立病院が療養病床に特化する形での機能分化をし、ネットワーク化に取り組んだ実例もある。必ずしも統廃合を伴わない事例についても取り組みの参考となるのではないか。
- 地理的要因を考慮せずに、無理な再編に取り組むことは避けるべきである。再編・ネットワーク化が地域医療を崩壊させる引き金になりかねないリスクもある。病床の分配や機能の再編など、全体として地域医療の機能向上を果たせるような取組が必要であり、それを推進するための地方財政措置のあり方が望ましい。
- 公立病院のあり方を議論するにあたっては、地域医療構想を踏まえたものであることに加え、平成 30 年度からの国民健康保険の都道府県単位化を見据え、医療提供体制についての県内格差

の是正が課題になる可能性があるという観点を踏まえる必要があるのではないかと。

- 「更なる医療連携の必要性」とあるが、いわゆる連携の前提となるのは機能分化・機能分担であり、どのような連携をしていくのかという議論を行う際には、地域でどのような機能を担い、どのようなポジショニングをしていくのかということを必ず踏まえる必要がある。
- 人材の連携という意味で、従来取り組まれている医師の派遣に加え、看護師や薬剤師、理学療法士、作業療法士などの派遣を行うこともネットワーク化を推進する上で大切であり、こういった取り組みをより促進できるような財政措置も検討の余地があるのではないかと。
- 数十年前とは政策医療の中身がかなり変わっていると感じる。県庁所在地にあって他と競合するような基幹的な病院の役割としては、へき地の病院や診療所への医師派遣機能や人材の育成機能などを評価していくべき。
- 民間病院の算入が難しいへき地における医療の確保については、ある自治体の病院が別の自治体における地域医療を確保するという広域的な役割を果たすということもある。例えば市町村合併から取り残されたような地域の医療をどのようにカバーするかを考える際には、交付税措置のあり方も検討対象になるのではないかと。
- へき地における病院は近隣の自治体との連携を保ちながら経営しているところが多い。近年は、県境を越えた連携が可能になっており、特に、へき地や離島における医療は診療所が担っている場合も多く、そうした診療所と別の地域の病院との連携・機能分担のあり方についても議論を行う必要があると考える。
- 医者や開業医が不足している地域では、大きな病院から非常勤医師が来て当直している過酷な勤務実態があるが、どのように夜間・時間外の急患の受け入れと医師の勤務を両立していくか非常に大きな問題ではないかと。

(3) 事務局より、資料3について説明

(4) 伊関委員より、資料4について説明

(5) 出席者からの主な意見

- ベンチマークが大事であると考えているが、議論が錯綜するため、報告書を記載するに当たっても自治体病院の類型化は必須であり、また都道府県知事と市町村長も権限と責任が異なっているため区別すべき。さらに、病院の課題が官民間問わず共通の課題なのか、自治体病院特有の課題なのかも区別すべきである。自治体病院特有の課題とはという点では、結核、感染症、精神、へき地という政策医療が思い浮かぶが、住民にとってはプライベートセクターでもパブリックセクターでも基本的にはどちらでもよい。政策医療の支援方策としては財政支援が関わってくるが、ここでの議論では切り分けた方がよいと思う。
- 現在、公立病院だけではなく全ての病院で医事課の能力が落ちてきているが、診療報酬が非常に複雑となっているためであり、今後のベンチマーク分析に当たってはシンクタンクのようなものを設置することも必要ではないかと。
- 現場との問題意識共有は、改善策の検討を進めていく上で大変重要なことであり、自治体では企業経験者などの専任職員を配置することが難しく、首長部局からの出向職員が多い現状から

も、問題解決に必要な資料の絞り込みなどが容易になる効果は大きく、経営指標と改善策がセットで示されることは極めて効果的である。

- 定量的なデータを示すことで行動につながりやすいので、経営状況の見える化はぜひ行うべきである。その際に、病院全体の経営状況はもちろんだが、部門別にどのようなポジショニングをとるか経営面から把握し、スタッフとも共有することが出来るため、部門ごとの、経営状況の分析が重要なものであると考える。
- 経営状況の見える化は、まずは住民に対しての公立病院の経営状況、住民一人当たりの負担、将来の自己負担がどれだけ発生するのかについて説明するために必要。そして、改善が必要な項目を明らかにするためには部門の収支がどうなっているかを客観的に分析し、現状を正確に表すことがまず必要であり、その分析結果についてもある程度定型的なもので、積極的な公表を促すことも必要ではないか。
- 結論は難しいが、日本の医療費については診療報酬制度が基本的にはベースだが、特にへき地医療等は不採算になりがちで公立病院が担う場合は交付税措置がされている。また厚労省の補助金や統合・再編に限らないが地域医療介護総合確保基金がある。これらの制度と地域の実情を反映する係数がどのような形になっているのか一度整理する必要があるのではないか。
- 部門別の分析は、外来・入院と大きく分けることもできるし、診療科で分けて分析を行うことも可能。こうした部門別の収益の状況などは、病院経営を行う上で基礎的なデータであり、あまり細かくする必要はないと思うが、既に行っているところもあり、それに倣えば難しい話ではないのではないか。また、病院内で色々議論が出るが、みな納得感があるものでないと最終的には出来ないため、病院の求心力を高める効果もある。
- 統合を進めた病院でも、部門別の原価計算を行っていたところがある。もちろん不採算のところを切り捨てるということではなく、どこが強く弱いのかという経営の全体像を病院長が把握していることが重要。
- 原価計算を行っているが、病院内の全ての人に知らせた場合、細かいところで摩擦が起きることも考えられるため、やはり発表の仕方であると考えている。現状では経営陣がしっかり把握した上で、改善していくための資料として使用している。
- 原価計算をやるのであれば、従来の診療行為ごとの点数をもとに計算する出来高払い制度ではなく、DPC（包括医療費支払制度）により、疾病単位で丸めていくという方式になっているため、患者の性、年齢、病名等の単位の視点で、それに対してどのくらいの資源が投入されているかという視点もあっては良いのではないか。
- 職員のモチベーションにつながり現場でも行っていく必要があると思うが、地域医療に必要なありとあらゆることを提供しているところでは、採算性のない、費用弁償のない事業を多く行っているため、どのように評価して、盛り込んでいくのかは難しい。一方、不採算の事業を行っているからこそ、住民からの期待もあり、病院への信頼につながっており、数字としてどのように表しているのか工夫が必要。
- 分析データを、職員を鼓舞するため、自信をつけさせるために使用することも考えられるのではないか。
- 事務の医事課と経営担当の分析力の弱さが影響しているが、単に稼げというだけでなく、経営

指標の係数を上げて、自らの提供している医療を可視化することで、病院収益も上がり、職員のモチベーションも向上する。DPC分析は必須であると考えてる。

- 一方、経営指標と言ったときに、お金を稼ぐために地域にとって必ずしも重要でないものを行うというのは、公立病院に限らず、病院としてあるべき姿からは違っているため、数字が一人歩きするのは必ずしも適切ではなく、収益をあげること自体を自己目的化するのはいかがなものかという議論も従前の公立病院改革プランの検討会でもしていたことに留意が必要。
- 自治体病院は、50床から700床という規模や立地条件が全く違う病院の集まりであり、都市部とへき地では役割も機能も異なっている。半分以下が中小病院であり、やはり日々の診療に追われて、病院長自体が経営者としてどうするか余裕が全くないこともあると思うが、最近と同規模、類似の環境に置かれた病院との比較等をしてしながら経営努力している病院が増えてきているのは確かである。
- 収益確保のため、自治体病院の場合は業務委託を進めて人件費を下げているが、業務委託には消費税がかかるため、この絡みの中で苦戦しているというのが現場の意見。原価計算も多くの病院で行っているが、外来で例えば眼科、耳鼻科あたりは全く不採算であるが、不採算だからといって辞めるといふことにはなかなかならないのが現実であり、病院長としても忸怩たる思いがあると思う。また、規模が違うということでは、国立の医療センターなどの大体同規模病院が集まるところは、色々な形で経営分析はできるが、やはり余裕のない病院はある。
- 行政学の領域では、指標を設定して経営分析し、それを改善に結び付けることが正しいと言われて久しい。公立病院においても、指標等に基づく経営分析・経営改善は定着してきている。本日の議論を通じて、適切な指標設定による業務改善を目指して、国も自治体も事業者も努力していくことが、さらに必要だと改めて感じている。
- ただし、公立病院に関して指標設定・経営分析を進めていくに当たっては、民間企業と異なる特質をもつことに留意すべきである。担保とする資金調達や売却可能性が低いことから、資産の時価評価の重要性は民間企業ほど高くない。また、病院経営には個々の経営努力もさることながら、診療報酬改訂という政策変更が大きなインパクトをもつ。
- このため、公立病院の経営改革を効果的に進めていくためには、さらに試行錯誤を重ねていく必要がある。とりわけ、設定する指標に関しては、①すべての公立病院が共通に設定し、多くの住民に関心をもってもらうべきもの、②指標としては収集するが、一部関係者が必要に応じて照会すべきもの、③各自治体や病院が、主体的に独自設定すべきもの等に、整理していくべきである。
- 地域医療の確保は非常に困難な状況が続いているところであるが、専門研修医による専門医の養成はある程度必要であるが、その中で総合診療医の養成に力を入れながら、地域に根差した医師の確保を目指す必要があり、国としても、地方で医師が定着できる環境づくりに取り組んでほしい。また地域医療構想における病床数の見直しの中で、将来的な病床数減少により交付税が減額され、病院経営に大きな影響を及ぼしているが、今後、地域包括ケアシステム推進のため、空きベッドを有効に活用した場合の新たな交付税措置のあり方を検討願いたい。

以上

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第5回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成29年6月15日(木) 17:00～19:00
- 場 所：11階会議室
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、森田委員、原澤地域医療計画課課長補佐(厚生労働省・オブザーバー)大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長、本島公営企業経営室長、伊藤準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 研究会報告へ向けた論点整理と今後の方向性
- (2) 意見交換

3 配布資料

- (資料1) 論点整理・今後の方向性
- (資料2) 地域医療の確保に資する措置の検討
- (資料2-①) 不採算地区における医療を確保するために必要な措置
- (資料2-②) 医療と介護等の連携のために必要な措置
- (資料2-③) 公立病院の施設整備に関する措置
- (資料3) 経営形態見直しに当たっての課題と対応
- (資料4) 伊関委員からの提案に対する事務局提案
- (参考資料) (資料2、資料2-②、資料3関係)
- (参 考) 第4回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

- (1) 事務局より、資料1～2について説明
- (2) 委員からの主な意見

<資料2について>

○救急、周産期、小児が不採算医療との位置づけであるが、特に救急医療については、少なくとも都市部においては、既に採算医療であるとの認識がある。実際に、患者の受け入れが競合するケースもあるし、診療報酬で措置されている部分もあるので、「救急医療＝不採算」はステレオタイプではないかと考える。一方で、医療の薄い地域では採算が大変であるし、正しい側面もある。救急医療と一言で言っても、医療の薄い地域の一次救急とか高度救急医療センターでは違う部分もあるため、ある程度の類型化が必要である。

<資料2-①について>

○不採算地区の厳しい経営状況を考慮し、財政措置の拡充に取り組んでいただきたい。常勤医師の

確保は難しく、非常勤医師に頼っている現状がある。派遣される非常勤医師に係る財政措置が必要であるとする。北海道では公共交通が衰退しているため、地域性を考慮した財政措置となるよう拡充策を検討することが必要であるとする。

- 看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などについても、地方では雇用が難しい。特に、看護師については高齢化が進み、定年退職による人数の減少などにより病棟が存続できないというところがある。
- 薬剤師については、大学が6年制になって、学費等の就学コストが4年制時代と比較して1.5倍になっている。調剤薬局の給与が高く、地方では確保に苦慮している。一方、医師には初任給調整手当が支給されており、給与差額を埋める制度があるが、薬剤師に対して支給されていない団体がある。給与の差額を若い時点で補う必要があるとする。
- 理学療法士については、地域包括ケア病床等で加算がとれるなど収益増に繋がるが、地方では確保が困難な地域も多い。
- 研修体制の充実も必要である。また、認定看護師など専門性を高める資格に対しても、医師が不足している中で認定看護師を確保し医療水準をあげている部分もあるので、こういったところに財政措置をするなど医療の質の確保の部分についても目配りが大切であると感じる。
- 普通交付税の算定方法が許可病床から稼働病床に切り替わったが、不採算地区の中でも病床数の多い病院が影響を受けていると感じるので、現在の経過措置がなくなったら不採算地区の中でも許可病床数の多い病院への対応について検討が必要ではないかを感じる。
- 不採算地区の定義の中には半径15km圏内に一般病院がないことが挙げられるが、同じ距離でも実際の移動時間は異なっているのではないかと。また、高速道路が走っていれば15kmも大した距離ではなく、一律に15kmで区分することが適当とは言えないのではないかと。
- 15kmの距離は自動車でも30分程度かかる。高齢者の移動を考えると30～40分が限界ではないかと。不採算地区病院が所在する15kmより奥の山筋に住んでいる人たちがいる。その人たちのことを考えると15kmの範囲内に病院が1つずつあるということが大事で、地域に1つずつあることが不採算地区病院の存在意義だと感じる。その意味では現行の定義は利用者の視点に立ったものなのであろうとする。
- 地方公務員の給与水準という観点からすると、昔から教員にはへき地手当があつて、人材確保のため、条件不利地域の勤務に割り増しの給与支給を可能にしてきた。しかし、最近の動向として、国全体としては、条件不利地域は物価が安いから給与水準をより低く設定するために地域手当の制度が創設されている。地域手当の時代に医師確保のための人件費を担保するためには、国全体の方向と相容れない部分もあるので工夫が必要である。

<資料2-②について>

- 医療と介護の連携の中での措置としては、介護医療院の創設の話もあるが、検討項目の中で地域包括ケア在宅医療に関しては民間との競合があるので、民間の圧迫にならない配慮が必要であり、調整会議での議論を十分に踏まえて決定していく必要があるとする。
- 再編・ネットワーク化に関して言えば、急性期や慢性期といった病床の機能分化だけではなく、がんや小児医療といった疾病別に役割分担するという考え方もあり得る。再編・ネットワーク化のあり方を決め打ちで考えるよりも、地域医療を効率的・効果的にするための自主的な取組みを促し支援していく形の方が適切だと思う。

<資料2-③について>

- 同じ規模で同じ機能の病院であっても、更地に建てるのと既存の土地に建てるなど要件の違いも多少あるかもしれない。建築単価を低く抑えるためには、床面積を抑え、構造をシンプルにすることが必要である。また、官庁発注型の方式は、基本設計、実施設計をして入札を経て建築という流れとなっている。建設業は若い人が少なく高齢化しており人件費が下がらないため、コスト抑制との相性が悪い。
- 公的病院や国立病院と比較すると単価がかなり割高となっており、資料では示されていないが、民間との比較では遙かに割高となっているのではないかと考える。割高になっている要因の分析が必要であるし、公立病院の中でもばらつきが多いので、ばらつきの要因について類型化し分析していく必要があると考える。
- 建設単価や薬剤購入が民間病院に比較して高止まっている印象は否めない。また、不要不急ではない施設工作物を造ったり、それほど必要の無い医療機器を買ったり、公立病院ならばこの程度の診療科目を揃えなければならないとの意識が強く、その結果、過大な減価償却費や不採算を招いている場合も少なくない。
- 予算もなく安価な建築単価にせざるを得ない場面があったが、このときの基本設計は民間病院を中心に建築している業者に依頼をし、安く建築することができた。
- 以前、市立、県立、国立大学法人の病院の物品調達価格水準について調べたことがあるが、国立大学法人の病院が圧倒的に高かった。自治体病院はこれまでも努力してきているが、さらなる努力を誘導できる制度も必要であると考えます。

(3) 事務局より、資料3について説明

(4) 委員からの主な意見

- 10年前くらいから公立病院において指定管理の導入や民間譲渡が多く取り組まれたが、病院職員全ての分限免職ができず、首長部局に公務員身分として残った職員の人件費が多額になるなど、行政改革・経費削減という経営形態見直しの目的と真逆の結果が出ることもある。
- 特に、規模の大きい自治体では人事担当部局の定数抑制の力が強いことが多いが、そういう自治体においては、職員の弾力的な採用を行うために地方独立行政法人へと移行し、人員体制の充実による診療報酬上の加算項目を取ることで、収益増を目指すということも有効ではないか。
- 地方公務員身分ではなくなることへの職員の反対が強いため移行が進まないという事情もあると考えられ、公務員型地方独立行政法人の認可をもう少し幅広く認めるという選択肢もあるのではないか。
- 地方独立行政法人への移行が適当であるか否かは各自治体の事情によって異なる。政策医療等を行う公立病院としての役割を果たす必要性や、医師や看護師等の職員採用の面でのメリット等を十分に勘案する必要がある。
- 薬剤師などの職種は、自治体の採用規則に縛られない地方独立行政法人の方が、実際の採用が容易であるということを知っている。不採算地区に所在する病院で地方独立行政法人へ移行した病院は少ないと認識しているが、移行の効果を考える際に、移行した後の実際の経営状況がどう推移したのかについて数値を調べてみることも必要ではないか。
- 参考資料の32頁からは地方独立行政法人に移行した病院の経営が徐々に悪くなっているという

結果がでていますが、これについての要因を分析することも必要ではないか。

- 人口規模によっては、経営形態の見直しの効果が変わってくる。経営形態の見直しを論じるにあたっては、均一的な議論ではなく、ある程度の病院の類型化が必要ではないか。
- 地方独立行政法人の経営状況については、先送りにしていた設備投資を行う必要が生じたことや、年功序列的な給与体系による人件費の高騰などの影響によるケースもある。
- 公営企業のままでも条例定数を変更することで、柔軟に対応している例もある。また、地方独立行政法人に移行すると、病院と行政との距離が遠くなってしまうという懸念から、管理者が経営責任者となる、地方公営企業の全部適用を選択している病院もある。
- 公立病院が抱える本質的な問題は、首長、議会、病院長、大学医局など病院のガバナンスの主体が分散していることにある。へき地医療など不採算医療は公立病院の重要な使命であるが、今後の厳しい人口動態の変化等を考えると、現状維持という姿勢では済まされない。地域医療の中でどのような役割を果たすべきか、他の病院との連携を含め経営判断の選択を迫られることになるが、首長、議会、病院長の考え方が異なれば迅速な意思決定が行えず、他の病院から交渉相手にもされない。経営形態を変えれば自動的に経営改善されるわけではなく、また、理事長に権限が集中するため住民自治や議会による統制との兼ね合いの問題はあるが、地方独立行政法人は迅速な意思決定を行い得るという点で効果が大きいと感じる。
- 地方公営企業法の全部適用も医師のマネジメントという観点においては効果がある。具体的には、自治医科大学の一期生の院長が定年に達する時期がきているが、一部適用では65歳以上の医師は定年延長という形でしか勤務を続けられないが、全部適用にすれば院長を定年のない事業管理者に格上げし若い医師を院長に着けるなど、その後の任用についても融通が利きやすい。
- 地方独立行政法人への移行はその病院の規模が小さい場合にはメリットが少ないのではないか。
- 経営形態の見直しには成功例も失敗例もあり、今回も多様な選択の中での議論だったという整理かと思う。経営形態見直しの効果を分析する際、調べれば調べるほど難しいかもしれないが、個別の事例に踏み込んでその経営成績の変動についての要因分析を行ってみてはどうか。
- 直近の地方自治法の改正により、地方独立行政法人は比較的簡易な手続きで市町村の垣根を越えて別の市町村で業務を行うことが可能になった。つまり、公立病院の経営に携わる地方独立行政法人も簡易な手続きで他の市町村の病院の経営に携わることができる。

(5) 事務局より、資料4について説明

(6) 委員からの主な意見

- 診療報酬の加算取得状況については、病院ごとのデータが公開されており、自病院と類似病院との比較は容易に行える。特に規模の大きな病院では、民間の病院も含めた近隣病院との比較を行い、加算が算定できていない項目についての要因分析等も行っている所も多いと思う。
- 全国自治体病院協議会がデータベースを管理・運営するという案だが、いきなり全体のものを作ることは困難であると思われるので、会員へのアンケートなども実施しながら、全国自治体病院協議会においてどの規模でどこまでのものを作成できるか検討することが必要。
- 小規模な病院では、そもそも取得状況の確認ができることを知らない場合や、知っていてもできていない場合が多いと思う。簡単にできると思うので、まずは中小規模の病院だけでもやらせると良いのではないか。

以上

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第6回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 29 年 8 月 3 日（水）18：00～19：45
- 場 所：601 会議室
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、沼尾委員、森田委員、久米地域医療計画課課長補佐（厚生労働省・オブザーバー）大西公営企業担当審議官、藤井公営企業課長、本島公営企業経営室長、伊藤準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 委員指摘事項に対する事務局回答について
- (2) 研究会報告書骨子（案）について

3 配布資料

- (資料 1－①) 地方独立行政法人の経常収支の推移について
- (資料 1－②) 不採算地区病院が地方独立行政法人に移行した事例について
- (資料 2) 研究会報告書骨子（案）
- (別紙 1) 論点：「経営比較分析表」の導入にあたっての検討
- (別紙 2) これまでの研究会における委員意見
- (参考 1) 骨子（案）参考資料
- (参考 2) 第 5 回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

- (1) 事務局より、資料 1－①及び 1－②について説明
- (2) 委員からの主な意見

○地方独立行政法人の経営状況に関する大きな要因として、運営費繰入金に影響しているということが分かった。経営改善により繰入金が減少することは、地方財政上は望ましいものであると考える。

材料費比率の上昇は、地方独立行政法人、公立病院に限らず他の病院でも大きな問題になっていると認識している。

経営形態の評価に当たっては、今後もこのようなデータに基づいた分析が必要と考えられる。

○可能な範囲で分析いただき、明快な結論だったと思う。

- (3) 事務局より、資料 2 及び別紙 1 について説明
- (4) 委員からの主な意見

- 公立病院の財源について、地方交付税措置がなされているのに一般会計等からの繰入が過小となっており、医療提供能力を低下させて地域医療の存続を危うくさせている病院もある。一般会計等からの繰入金については地方公営企業繰出基準に基づき、病院に対して適切に行われる必要があるという文言も記載してはどうか。
- P 2の2（3）に関して、へき地などの地域以外の公立病院については、災害医療、新型インフルエンザ等の突発的な事態への対応や外国人観光客に対する医療提供等、いわば隙間を埋める医療を実施している病院もあり、こうした面からも地域を支えているという観点についても記載をしてはどうか。
- P 3の3（2）③に関して、経費削減の話になりがちだが、病院事業には適切な投資を行うことで収益が改善し、経営効率化に資する場合があるとの視点も必要ではないか。人材を雇用することで収益増加につながっている事例もある。首長に加えて、地方公共団体の人事や財政を担当する管理系の部門及び地方議会の議員にも、そうした病院事業の仕組みや特性等を勉強していただきたいと考えている。
- P 4の1（1）に関して、定員の適正化は、単に職員を減らす必要があるということにならないよう、病院経営の進歩、進化に対応した適切な事務職員の採用及び能力向上の取組が必要という記載が良いのではないか。
また、事務局強化のためには、外部人材だけでなく看護職員や医療技術員を事務部門に配置することや、実効性のある経営を専門的に扱う部門（経営企画室）を設け、適切な人材を配置することが重要であると考えている。
- P 4の1（2）に関して、例えば診療報酬加算の分析や取得、DPC導入病院における機能評価係数の分析と対応等、収益の確保と財務の効率化とを組み合わせた経営状況の要因分析が重要であり、経営比較分析表の指標分析に併せて行う必要があるということも記載してはどうか。
- P 4の2（1）①に関して、不採算地区や条件不利地域であっても、一定期間であれば勤務してもよいという医師もいる。地域医療構想調整会議や地域医療支援センターなどの仕組みはあるが、医師を派遣する際の財源についてあまり考慮されてない。地域医療介護総合確保基金等による財政措置の充実により、定期的な派遣や交代が可能となるようなサイクルができれば、医師確保に貢献するのではないか。
- 関連して、医師に加えて、看護師や薬剤師等の確保対策に係る財政措置の充実についても検討する必要があると考える。
- P 1の1に関して、（1）の経営の現状と（2）の取り巻く環境の変化については、大きな環境変化を書いてから公立病院の経営の状況を書くという趣旨で、順番を入れ替えた方が良いと考える。環境変化の中で、今後の人口減少は急激であり、過去の延長線上にあるものではないということをしっかり記述すべき。
- P 1の1（2）に関して、平成30年度から国民健康保険の保険者に都道府県もなる国民健康保険運営主体の見直しについても、地域医療にいろいろ影響が出てくると思うので記載してはどうか。
- P 2の3（1）に関して、地域医療構想を踏まえた役割の明確化について、地域医療構想調整会議等の場では、公立病院と民間病院との間のミッション（使命、任務、活動目標）やポジショニング（位置づけ）の相違といった点が問われてくると思われるため、公立病院としてのミッションやポジショニングをきちんと踏まえるべきことを記載してはどうか。

- P3の3(2)②に関して、マネジメント上の課題として、事務職員の医療や介護における専門性を高めるためには、研修体制や人事異動等を含めたシステムとしての能力向上の工夫が必要であるとする。
- 経営理解の促進に関して、P3の3(2)③とP4の1(2)の両方に関連することであるが、公立病院が経営情報を開示し地域住民の理解を得るとするのは非常に大事であり、民間以上に積極的な情報開示が必要である。併せて医療の質や提供するサービスを測る指標として、クリニカルインディケータ（臨床指標）を積極的に情報開示することも重要である。
- P4の1(3)に関して、PDCAサイクルのうち、特にCのチェックがとても大切で、できる限り定量的な指標、KPIを設定し、経営改善の度合いを測定していくといった取組の必要性についても記載をしたらどうか。
- P2の2(2)と(3)の公立病院の位置づけに関して、単に大規模病院、中規模病院、小規模病院だけではなく、類型化しているのは結構である。やや散漫になってしまうかもしれないが、先ほどの意見にあった観光地といった特殊な立地条件や周辺環境の状況等も、少し記載してはどうか。
- P1の1(2)に関して、国民健康保険の保険者が都道府県になることに加えて、医療費適正化計画についても記載をしてどうか。
- P5の2(2)②について、医療と介護等の連携については、民業圧迫とならないようにという観点も必要だが、そもそも民業が入らない地域が存在しており、公立病院が医療と介護の双方を担わざるを得ない地域もあるということが本当は重要である。こうした部分を強調してはどうか。
- 病院事業は必要な投資をして収益を改善することが重要であり、経費削減だけではないという意見はもちろんあると思うが、急激な人口減少下の大きな流れの中では、スケールダウン、集約化をしていかなければならないタイプの病院が多いと思う。ゴールは何かと考えたとき、利益を上げることではないとすると、その地域全体のリソースが限られていることも踏まえ、書きぶりはよく検討した方がよいのではないか。
- 経営比較分析表について、情報開示を進めるべきだが、提供している医療の中身や需要、その地域の中で最終的にどういうポジションを取っていくのかが重要である。経営比較分析表に必須かどうかは別として、競合している病院がある場合、相互のDPCデータを比較すれば、相対的なポジションは明らかになる。その地域においてどういうポジションを取るべきか住民と一緒に考えたいと思っている人たちを励ますためにも、病院がどのようなポジションに置かれているのかを説明出来る物差しであることが望ましい。
- 公立病院について、地域の住民はどれくらいコスト負担しているのか、投資的経費を含めて将来的にはどのくらいの負債を負っているのか、具体的に見せていくといったわかりやすさみたいなものが必要ではないか。
- P1～2において、病床規模別の病院、へき地とそれ以外の病院、都道府県、市町村といった仕分けが出てくるが読み手は誰になるのか。
医療だけでなく、介護、見守りなど、生活全般を支えている病院もある中で、病院サイドから住民、首長、議会に対する理解促進という書き方になっているが、地域づくりの観点から行政本体の方が公立病院をどのように位置づけ、経営にコミットしていくかという視点もあるのではないか。つまり、①地域医療構想の実現という都道府県の視点と、②地域政策という市町村の視点

があり、両方に目くばりした書きぶりが考えられないか。

- P5の2(3)の経営形態について、10年先、20年先を見た在り方を考えてとあるが、診療報酬の改定や国の制度自体が目まぐるしく変わり、先行きが不透明な中であって、公立病院が自助努力だけで見通しを立てるのは難しいと思うが、その「のりしろ」をどう考えるか。
また、再編・ネットワーク化については、無理な再編に関するリスクには地理的要因だけではなく、例えば医師の出身医局が異なって上手くいかないこともあるなど、他にも要因があると考えるので、そうした社会的背景などの要因についても加えるべき。
- P2の2(3)の「へき地などの地域における公立病院の位置づけ」のところで、国民健康保険の保険者が都道府県になることに加えて、医療費の抑制は重要な視点であるが、公立病院がある地域の医療費は安い。国民健康保険直診病院などは、元々医療費を安くするため設立された病院であり、適正な医療提供により全体として医療費を安くするといった記述が必要。公立病院の誇りの部分でもあり、医療費が安いという国民健康保険医療費のデータもあるので、是非押さえていただきたい。
- P2の公立病院の類型化であるが、国民健康保険病院、直営病院、財政規模によっても異なるが、県立病院と市立病院とでは、住民との距離感が違うのではないか。県立病院と市立病院が並立している地域もあるがなぜか。
- 県立病院と市立病院が一緒となっている地域などは、歴史的な経緯もあるのだろうと思う。今は県立、市立、民間病院が混在している地域はもう少し整理されてもよいかと思うが、過去には県立病院と市立病院が必要な時期があったのだと思う。県立病院は、県全体、地域全体を見るための病院だと思うが、そのような病院は少なかった。したがって、都会の市立病院が近年、地方独立行政法人化する傾向にあるのは、昔と存在意義が違ってきて、病院として残っていくために独法化を選択しているという面があると思う。
- 例えば東北地方では県立病院が多いが、岩手県では元々あった農協系病院が厚生連に変わる際に、負債をどうするか揉めて県が引き取った経緯がある。青森は市町村が引き取った。
資料1-②の長野県立病院機構について、自分は非常勤理事であるが、小児等の特殊医療や精神医療に特化している病院もあれば、阿南病院のようにへき地医療を担っているものもある。また、木曾病院は御岳山噴火の際の受け皿となった病院であり、当該地域では病床機能を持つ受け皿は他になく、2.5次くらいの医療機能を持っている。一方、須坂病院は唯一、普通の病院だが、病床過剰地域にあり、どういうポジションを取っていくかが課題となっている。
このように病院には地域ごとにそれぞれ特性がある。
- 国家公務員共済組合の病院にも携わってきた経験からすると、病院経営に当たっては、①医師が足りないか、②医師が足りている時の赤字をどのようにするかに尽きる。現在は県立病院で、精神や小児部門の売上高も全部合わせれば京都大学付属病院と同程度であり、売上高は良いと思う一方、支出面では事務的に弱い部分もある。
病院マネジメントの観点から、女性医師の医療業務が制限されるタイミングで経営学を勉強してもらい、復職した場合には、経営サイドから幹部職員に登用するなどの道も考えてみてよいか。
- 医師の働き方改革の流れにより、今以上に医師の勤務状況が厳しく規制されることは間違いなく、それによって、へき地や住民の生活を守っている地域においては、ほとんど医師がいなくなるのではないかと危惧している。そういったことも表現できないか。

- 市民ひらかた病院は都市部に立地しており、大学病院、公的病院も含め3つの病院が立地しているが、役割分担について毎月1回定例的に話し合いの場を設けている。そうした中で、当病院もきちんとその地域の中での役割を見つけていかなければならないと考えている。
- 良い骨子案を出していただいたと思う。本日も多様なご意見をいただいた。大きな項目の立て方や施策の方向性については異論がなかったと思うので、どのように具体化していくか、次回までいただいた課題を消化しながら、具体的に報告書案をまとめていきたい。

以 上

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第7回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 29 年 10 月 3 日（火）15：00～16：52
- 場 所：共用会議室 3
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、小谷委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、沼尾委員、森田委員、佐々木地域医療計画課長（厚生労働省・オブザーバー）大西公営企業担当審議官、藤井公営企業課長、本島公営企業経営室長、伊藤準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 研究会報告書（案）について
- (2) 意見交換

3 配布資料

- (資料) 研究会報告書（案）
- (別紙 1) 本文挿入資料
- (別紙 2) これまでの研究会における委員意見
- (参考 1) 研究会報告書骨子
- (参考 2) 第 6 回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

- (1) 事務局より、資料について説明
- (2) 委員からの主な意見

- P7の上から4ポツ目、400床以上と400床未満の括りがあるが、診療報酬の違いなどから200床の前後で括ることが多い。規模別病院の報告も700床、300床、100床と3区分されている。400床未満で一律に括るのではなく、200床前後で分けて、きめ細やかに記述すべき。
- P15の下から2ポツ目、公立病院を民営化・民間譲渡する場合にも、いわれのない不安感を理由に住民が反対するケースが多い。民営化する場合にも、例えば、社会医療法人への譲渡であれば民間の医療法人とはいえ信頼性も高いのではないかと考えるので、必要以上に恐怖しないでいただきたいという記述ができないか。
- P33～P34、難しいと思うが、敷地・建物の所有者と病院業務を運営する者とを分ける「上下分離」の話を書けないか。
- 「いわれのない」統合もあるが、「いわれのある」無理な統合も現場にはある。バランスの良い書き方を検討して欲しい。また、譲渡する場合は、社会医療法人もあるが、例えば公的医療機関として済生会や赤十字などもあり、例示するならば広く例示した方が良い。
- P2の「② 国の医療提供体制の改革」は国保の改革や医療費適正化が記載されていることも踏まえ、「② 国の医療制度改革の動向」とするのが良いのではないか。

- P11の3(1)1ポツ目の地域医療構想調整会議のメンバーの記載について、特に、都道府県は今後国保の保険者になることも踏まえると「医療保険の保険者」は是非入れて欲しい。わざわざ医療法を改正して加えたものである。
- P22の2ポツ目、「看護師その他の・・・人事運用の弾力化」のところで、例えば、看護師や、あるいは事務局員等を、副院長等の経営幹部に登用というところまで踏み込んで書けないか。最大の専門職集団である看護師のモチベーションは非常に大事である。表現等は任せるが、もう少し経営幹部への登用ということを考えていただければと思う。
- この報告書のポイントは、第2部第1章の「病院マネジメントの観点からの経営手段の充実」をあえて総務省の報告書で書かれたことが重要であること。病院マネジメントがうまくいかないまま経営改善しろと言っても、実際には経営指標はよくなる。素人の事務職員が2、3年で交代して運営というのが現実であるが、それではもう運営できない。事務局を強化し、経営人材を確保させ、経営指標やPDCAサイクルを回していくなど、こうしたことを進めて欲しいというのが報告書のメッセージである。
- 地域の実情はさまざまであり、譲渡先は特定のものに限定する必要はないではないか。むしろ住民を巻き込んで、データもきちんと示した上で、どういう選択をするのか、どうやってコンセンサスを得ていくかというポジティブな書き方がよいのではないか。
- P3の①人口減少のところで記述されている2015年の総人口と、添付されている参考資料上の総人口が一致していない。データの出所や年齢不詳の取扱いの問題だと思うが、数字は合わせるべきである。
- 「おわりに」の末尾部分は、記載するのであれば「はしがき」ではないか。
- 国保診療施設は小規模の100床以下の病院や有床診療所が多いが、医師不足の中にあって閉院や民間譲渡された場合などを想定すると非常に気になる。国保病院は、自治体の介護保険事業政策に対して無償行為で対応している部分があるが、病院、診療施設完結型という医療から地域完結型という医療に変わっていく現況にあって、小規模自治体になればなるほど、国保診療施設、診療所などの地域密着型の医療機関が提供してくこととなる。こうした地域密着型の医療機関が是非存続していくことができる制度上の措置が必要といったことを記載できないか。
- 病院事業管理者のあり方や事務局の強化が公式な形で文章になったことに非常に感謝している。
- P13の3ポツ目、最近、総務省でも、人的投資をしないと病院の収益が増加にはならないことに言及されており、当病院においても定数を増加させるときに使用させていただいた。ただ、実際には、人的投資の増により増収にはなるが、必ずしも診療報酬とリンクせず、なかなか収益の増につながらないという悩みもある。
- 人的投資をする分野が、例えば救急等の政策性が高いところは、適切な人事配置、職員定数を増加していくとともに、メリハリのついた交付税措置が必要ではないか。
- 医療の現場で悔しい思いをしてきたが、一つの原因は、今の地域医療がおかれている立場、医療の現状について、医療を受ける方、自治体の首長も議会も理解できていない。公立病院の赤字の原因について、例えば、田舎の公立病院の医師不足は病院長や管理者がいくら頑張っても来てくれないという現実があり、そういった現実には数字に出てこない。低医療費政策が続いていて、診療報酬や不採算地区の交付税措置はされているが、結果として数字が出てこないという現実がある。また、この報告書についても、「広く読んでいただきたい」ではなく、ぜひそうした公立病院の現状を説明して欲しい。どういう形にすれば良いのか分からないが、色々な機会に説明し

- ていただきたい。関係者の間だけで「そうだよ」で終わらないようにしていただきたい。
- 中小規模の病院についてもメリハリのついた交付税措置を行うことや、不採算地区病院についても触れられており、我々にとっても支えになる。大変よくまとめていただいたと思う。
 - 病院経営や医療政策について研修を行うなど、自治体病院の経営に関しては知見を深めることを期待したい。データに基づく大きな視点からの問題提起ならよいが、累積欠損金が現金不足であるかのように批判してくる者が後を絶たない。
 - 医療関係者が首長や議会の中に入って発言することがあれば状況も違ってくるのではないかな。
 - 静岡県の公立病院は東海地震に備え、耐震基準を国の標準よりかなり高く設定している。そのため、建設コストに跳ね返るといった状況がある。
 - 医師確保に関しては、今度の新専門医制度でまた大学にドクターが集まる可能性が非常に高いと思うが、医師確保が難しい病院に医師を派遣した場合、派遣する側に何らかのメリットがあるような仕組みが必要ではないかな。
 - P3の①については、人口減少の影響は「無視できない面があり」では弱い。大きなインパクトを及ぼすことを強調すべき。また都市部の高齢化のことしか触れていないが、農村や過疎地では高齢者人口はあまり増えないものの、生産年齢人口や年少人口が急激に進むため高齢化率が高まる。へき地等の記述につなげるためにも、こうした地域別の人口動態の変容の相違についても書くべきではないかな。
 - P10の(3)2ポツ目のア)の記述で、「へき地医療を支える」とあるが、そこに地域医療支援センターや医科大学と並べて「へき地医療支援機構」も加えてはどうか。
 - P4の県の役割と課題について、地域医療構想の策定段階で公立病院をどう位置づけるかということが重要で、公立病院の特性を活かしながら、地域医療構想をどのようにまとめるかといった視点からも書くことが必要ではないかな。都道府県にマネジメントの主体として自覚を持たせるためにも、公立病院の特性を活かしつつ、今後の医療政策をどう展開するかといった逆の視点が必要ではないかな。
 - 今回、いくつかご指摘を出されたものの中で、比較的、字句修正で大体決着のつくものがあるが、方向性が少し違う話もあり、少し丁寧に検討させていただきたいが、基本的には今回お示した報告書(案)をベースにするということで了解が得られたと考えている。
 - この報告書(案)をもとに本日の議論を踏まえて加筆修正し、ご確認させていただくということをお前提に、とりまとめについてご一任いただきたい。
 - 本日の議論でもあったが、報告書の字句上の細かい修正というよりも、今後、この報告書の趣旨に即して、どのような形で政策、施策を運営されて、病院事業者の皆さんや地域の皆さん、最終的には、公立病院の意思決定の核を握る政治の方々がどのように参加され、どのような認識を持たれるかということがより重要なことであり、こうしたコミュニケーションがより実りのあるように、よりたくさんの方の意を砕いていただきたいと考えている。

以上

