

第1回半田市立半田病院経営改革プラン策定会議

日 時 平成20年6月19日（木）
午後3時00分から
場 所 半田市役所 委員会室（北館2階）

1. あいさつ

2. 審議

(1) 公立病院改革ガイドラインについて（資料1、資料2）

(2) 半田病院の現況について（資料3）

(3) その他

半田市立半田病院改革プラン策定会議委員名簿

職	役 職	氏 名
会長	半田市長	榎 原 伊 三
	半田市医師会長	林 義 久
	学識経験者	篠 田 陽 史
	企画部長	藤 本 哲 史
	総務部長	榎 原 直 和
	福祉部長	大久保 雅 章
	半田病院長	中 根 藤 七
	半田病院事務局長	柴 田 克 美
	消防長	森 井 稔



総務省

MIC
Ministry of Internal Affairs
and Communications

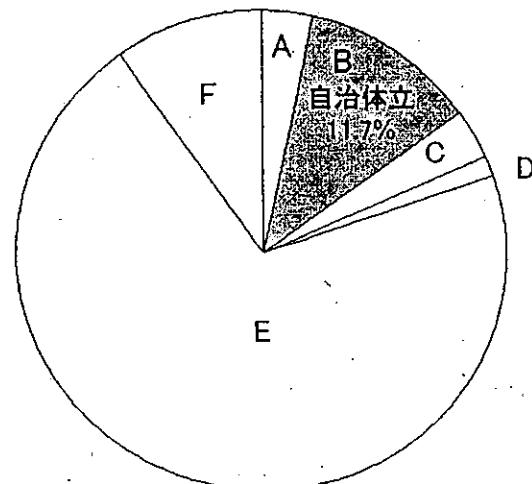
公立病院改革について

— 平成20年4月 —

自治体病院の現状

①全国の病院に占める自治体病院の割合

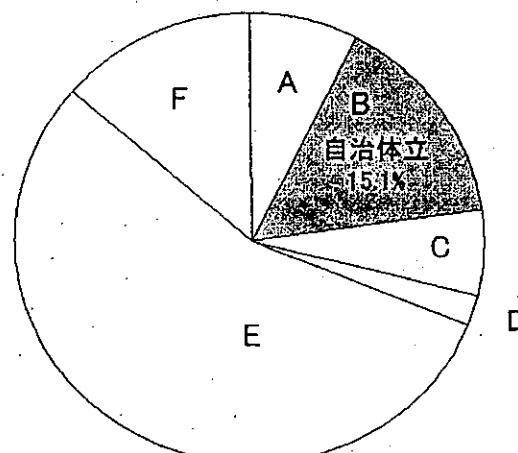
病院数



(単位: 病院)

A - 国立	292	(3.3%)
B - 自治体立	1,047	(11.7%)
C - 公的	304	(3.4%)
D - 社会保険関係	125	(1.4%)
E - 医療法人・個人	6,298	(70.4%)
F - その他	877	(9.8%)
合計	8,943	(100.0%)

病床数

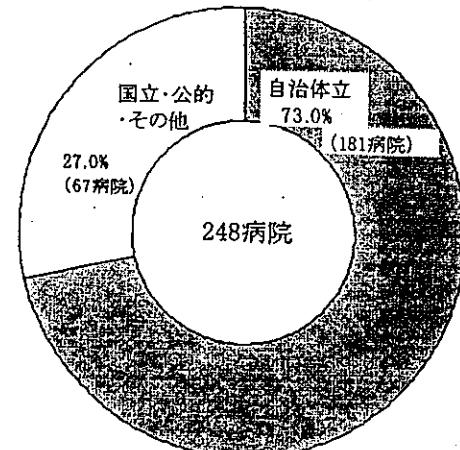


(単位: 床)

A - 国立	124,191	(7.6%)
B - 自治体立	246,036	(15.1%)
C - 公的	101,263	(6.2%)
D - 社会保険関係	36,699	(2.3%)
E - 医療法人・個人	898,025	(55.2%)
F - その他	220,375	(13.5%)
合計	1,626,589	(100.0%)

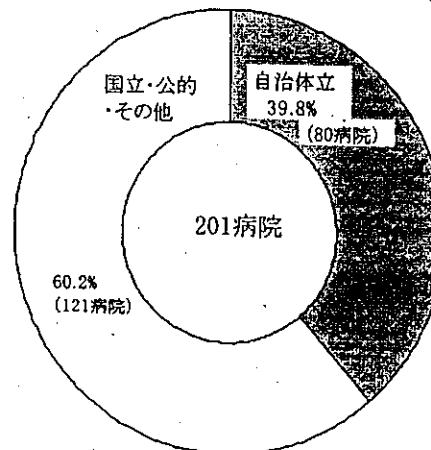
②自治体病院の役割 自治体病院の占める割合

べき医療拠点病院



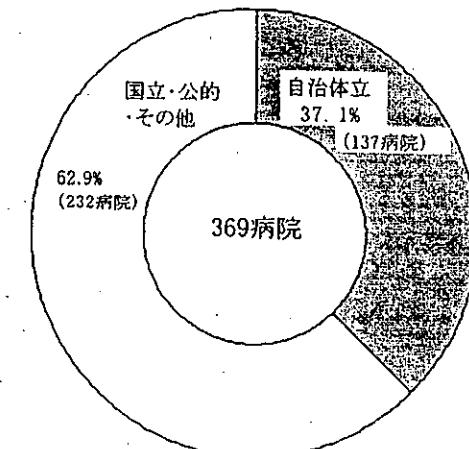
(平成18年3月31日現在)

救命救急センター



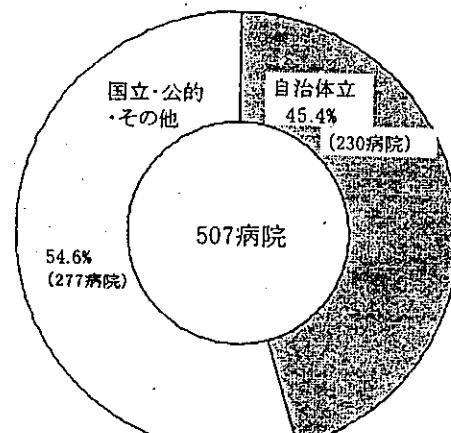
(平成18年12月1日現在)

エイズ治療拠点病院



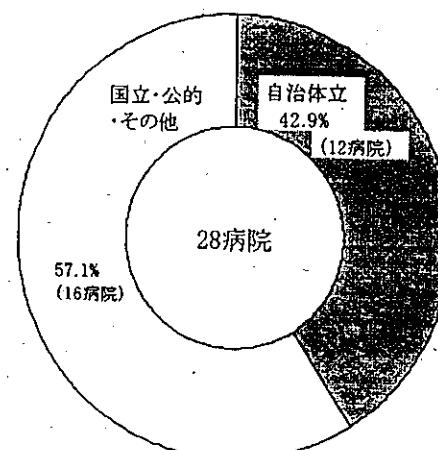
(平成18年8月31日現在)

地域災害医療センター



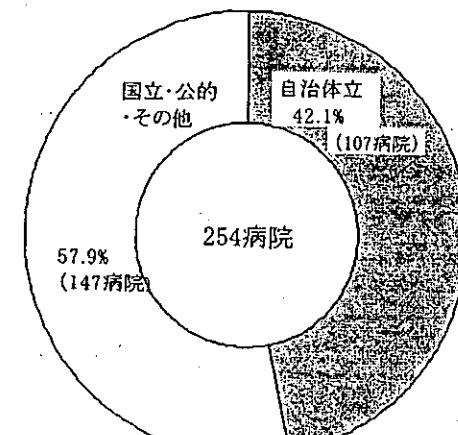
(平成19年2月1日現在)

小児救急医療拠点病院



(平成18年9月1日現在)

地域がん診療連携拠点病院

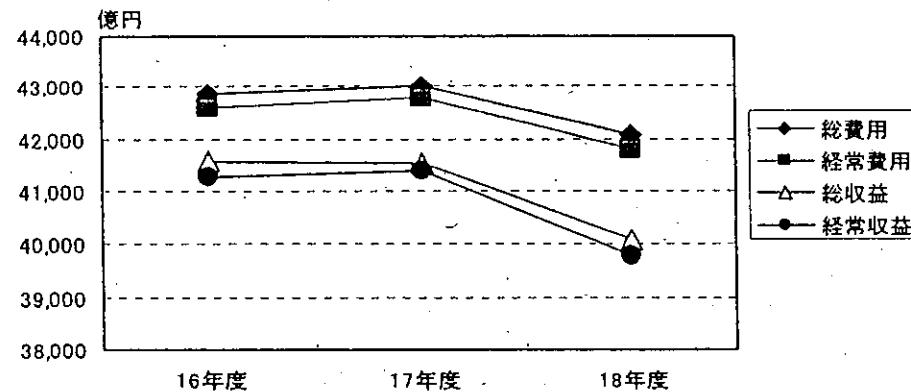


(平成19年1月31日現在)

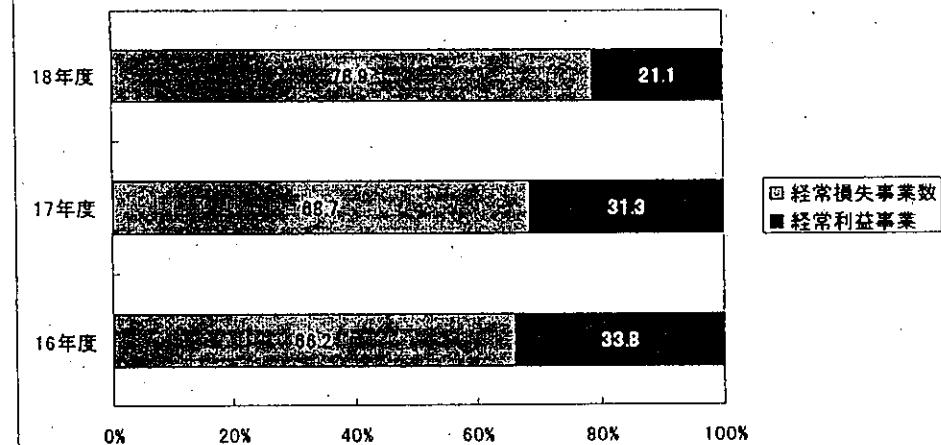
自治体病院の経営状況

決算の状況(H18年度)

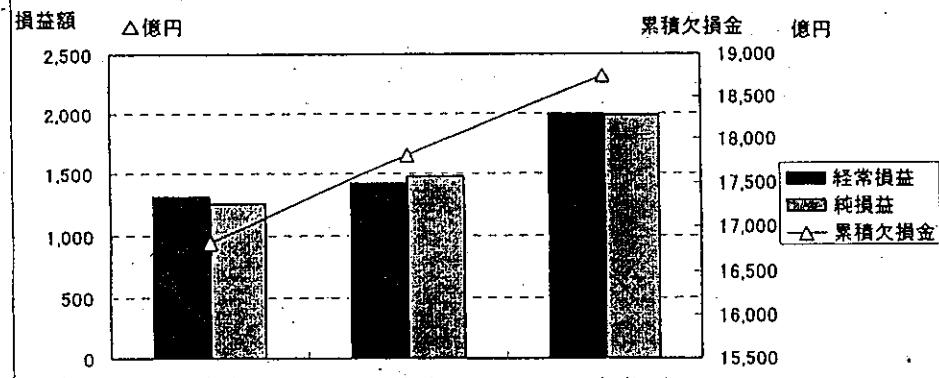
(1) 収益費用状況の年度別推移



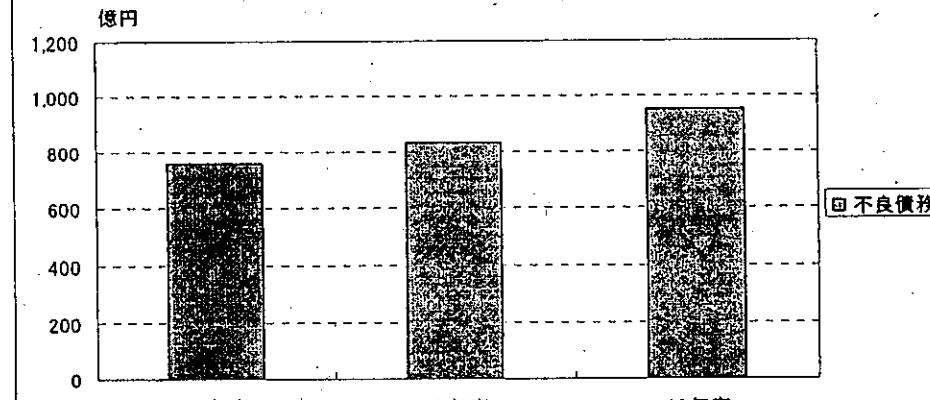
(3) 全事業数に占める経常損失・経常利益数の割合



(2) 損益と累積欠損金の年度別推移



(4) 不良債務の年度別推移



自治体病院損益収支の状況

項目	年 度	(単位: 億円)					
		14	15	16	17 (A)	18 (B)	(B)-(A) (A)
総 収 益		41,848	41,978	41,586	41,544	40,090	△ 3.5
(うち他会計繰入金)		5,598	5,509	5,370	5,246	5,254	0.2
経 常 収 益		41,668	41,843	41,281	41,364	39,791	△ 3.8
うち医業収益		36,440	36,668	36,256	36,410	34,948	△ 4.0
総 費 用		43,112	42,991	42,847	43,021	42,075	△ 2.2
経 常 費 用		42,889	42,775	42,598	42,794	41,788	△ 2.4
うち医業費用		40,372	40,283	40,128	40,319	39,353	△ 2.4
純 損 益 A		△1,264	△1,013	△1,261	△1,476	△1,985	-
純 利 益		(287) 252	(302) 348	(256) 319	(226) 246	(152) 157	△ 36.3
純 損 失		(474) 1,516	(450) 1,361	(472) 1,580	(448) 1,722	(516) 2,141	24.4
経 常 損 益		△1,220	△932	△1,317	△1,430	△1,997	-
経 常 利 益		(278) 259	(295) 355	(246) 258	(211) 219	(141) 107	△ 51.0
経 常 損 失		(483) 1,479	(457) 1,287	(482) 1,575	(463) 1,649	(527) 2,104	27.6
累 積 欠 損 金		(561) 15,123	(569) 16,190	(569) 16,826	(529) 17,820	(553) 18,736	5.1
不 良 債 務		(96) 747	(95) 742	(100) 761	(98) 834	(104) 953	14.3
減 償 却 額 B		2,628	2,741	2,738	2,777	2,762	△ 0.5
償 却 前 収 支 A+B		1,364	1,728	1,477	1,301	777	△ 40.3
総 事 業 数		764	754	728	674	669	△ 0.7
総 病 院 数		1,007	1,003	1,000	982	973	△ 0.9
総事業数	純損失を生じた に対する割合	62.3	59.8	64.8	66.5	77.2	-
事業数	経常損失を生じた 事業数	63.5	60.8	66.2	68.7	78.9	-
総 収 支 比 率		97.1	97.6	97.1	96.6	95.3	-
経 常 収 支 比 率		97.2	97.8	96.9	96.7	95.2	-
総収益に占める他会計繰入金の割合		13.4	13.1	12.9	12.6	13.1	-

(注) ()内は事業数である。

自治体病院と私的病院との経営状況比較〔月間収支のサンプル調査〕

区分	自治体病院①	私的病院②	① - ②
医業収入(100床当たり) A (千円)	126,722	136,756	▲ 10,034
入院収益	84,582	92,819	▲ 8,237
室料差額収益	1,335	3,032	▲ 1,697
外来診療収益	38,786	36,327	2,459
その他の医業収益	2,019	4,578	▲ 2,559
A 入院収益/A %	66.7%	67.9%	
室料差額収益/A %	1.1%	2.2%	
外来診療収益/A %	30.6%	26.6%	
その他の医業収益/A %	1.6%	3.3%	
医業費用(100床当たり) (千円)	146,924	134,330	12,594
給与費	78,515	70,201	8,314
材料費	35,385	31,596	3,789
委託費	11,711	9,324	2,387
減価償却費	10,248	6,255	3,993
その他の経費	11,065	16,954	▲ 5,889
A 給与費/A %	62.0%	51.3%	
材料費/A %	27.9%	23.1%	
委託費/A %	9.2%	6.8%	
減価償却費/A %	8.1%	4.6%	
その他の経費/A %	8.7%	12.4%	
参考 病床数 平均	263床	210床	
参考 病床利用率 平均	73.56%	80.50%	

(平成19年6月現在調査)

※1 病院経営実態調査報告(社団法人 全国自治体病院協議会)より

※2 「自治体病院」は都道府県・指定都市・市町村・組合が開設者となっている病院である。(サンプル数 594)

※3 「私的病院」は公益法人・社会福祉法人・医療法人・個人病院等である。(サンプル数 307)

※4 結核・精神病院を除いた一般病院の数値である。

三つの視点に立って、公立病院改革を推進

経営効率化

- ▶給与・定員管理の適正化
- ▶経費の節減合理化
- ▶病床利用率向上等による収入確保 など

再編・ネットワーク化

- ▶基幹病院とサテライト病院・診療所間の機能分担を徹底



地域における医療提供体制の維持・医師確保の環境整備

経営形態の見直し

- ▶民間的経営手法を導入
 - ・指定管理者制度（43病院で導入済）
 - ・地方独立行政法人化（8病院で移行済）
 - ・民間への事業譲渡（過去3カ年で9病院で実施済） など

各自治体において、国の示すガイドライン等を踏まえつつ、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定し、地域医療を確保

都道府県の積極的な参画

- ▶関係省庁が連携して、総合的に支援
- ▶総務省において、新たな支援方策を策定するとともに、改革の実施状況を調査・公表

経営アドバイザー等の助言

(参考)

経営効率化のイメージ

○むつ総合病院(青森県)の例

職員給与比率 平成13年度:56.6% → 平成17年度:52.1% (\triangle 4.5ポイント)

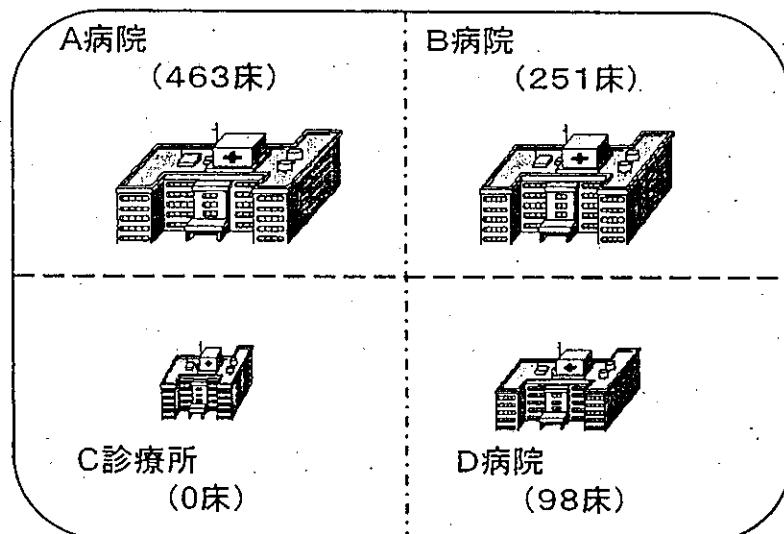
[目標:平成20年度51.1% (\triangle 5.5ポイント)]

※民間病院平均52.1%(厚生労働省調査より)

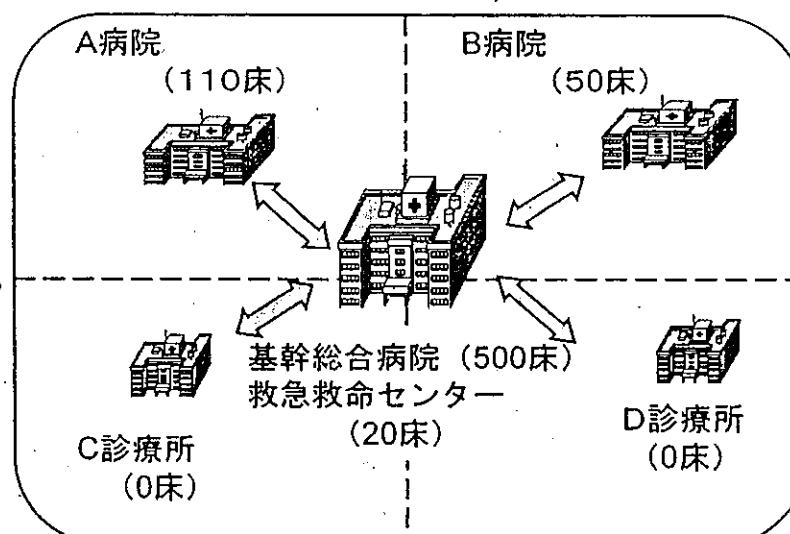
再編ネットワーク化のイメージ

(山形県公立置賜病院組合の例)

再編前



再編後



病床数計812床

病床数計680床

各自治体が個々に地域での役割を担う

2次医療圏等に存在する自治体病院が、機能分担及び
ネットワーク化を図り全体で該当圏域での役割を担う 7

経済財政改革の基本方針2007 について(抄)

平成19年6月19日
閣議決定

第3章 21世紀型行財政システムの構築

1. 歳出・歳入一体改革の実現

(2) 社会保障改革

③ 公立病院改革

総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す。

「公立病院改革懇談会」開催要項

1. 趣旨

「経済財政改革の基本方針2007について」では、公立病院改革として、「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」とされたところである。
そこで、ガイドラインを策定するために懇談会を開催する。

2. 名称

本会合は、「公立病院改革懇談会」（以下「懇談会」という。）と称する。

3. 検討内容

公立病院改革に関するガイドラインの案を策定する。

〔主な課題〕

- 経営効率化のための経営指標に係る数値目標
- 再編・ネットワーク化を進めるための課題・対策・モデルの提示
- 経営形態見直しのための課題・対策・モデルの提示
- その他

4. 構成員

別紙のとおり。

5. 運営

- (1) 座長は、懇談会を招集し、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) 会合は、公開しないが、会合終了後、配布資料を公表する。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. 庶務

懇談会の庶務は、総務省自治財政局地域企業経営企画室が行う。

公立病院改革懇談会構成員名簿

（五十音順・敬称略）

座長 東日本税理士法人 公認会計士

おさ たかし
長 隆

医療法人慈泉会相澤病院 理事長

あいざわ たかお
相澤 孝夫

島根県地域振興部次長

いまおか てるお
今岡 輝夫

政策研究大学院大学教授

しまざき けんじ
島崎 謙治

川崎市病院事業管理者

たけ ひろみち
武 弘道

監査法人トーマツ 公認会計士

わだ よりとも
和田 賴知

（オブザーバー）

厚生労働省医政局総務課長

厚生労働省医政局指導課長

公立病院改革の流れ

「経済財政改革の基本方針2007」(平成19年6月19日閣議決定)

公立病院改革懇談会(平成19年7月設置)

○第1回 7月23日(月)

- ・公立病院現況説明・経過説明
- ・各メンバー意見、フリートーキング

○第2回 8月29日(水)

- ・主な論点についてヒアリング(公立病院関係者、改革事例関係者等)

○第3回 9月21日(金)

- ・公立病院ガイドライン(骨子案)説明
- ・主な論点について議論

○第4回 10月29日(月)

- ・公立病院ガイドライン(素案)説明・議論

○第5回 11月12日(月)

- ・公立病院ガイドライン(案)議論・取りまとめ



地方公共団体等の意見聴取



総務省: 平成19年12月24日「公立病院改革ガイドライン」(総務省自治財政局長通知)を地方公共団体に通知

各地方公共団体: 平成20年度 ガイドラインを踏まえ改革プラン策定

H19. 12. 24

公立病院改革ガイドラインのポイント

第1 公立病院改革の必要性

- 公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること
(例えば①過疎地②救急等不採算部門③高度・先進④医師派遣拠点機能)
- 地域において真に必要な公立病院の持続可能な経営を目指し、経営を効率化

第2 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
- 経営の効率化
 - ・ 経営指標に係る数値目標を設定(参考例…別添1)
 - 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
 - 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保関係など
 - ・ 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目指す
(地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目指す)
 - ・ 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し
- 再編・ネットワーク化
 - ・ 都道府県は、医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
 - ・ 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
 - ・ 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
 - ・ モデルパターンを提示(別添2)
- 経営形態の見直し
 - ・ 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
 - ・ 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
 - ・ 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

第3 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

- プランの実施状況を概ね年1回以上点検・評価・公表
- 学識経験者等の参加する委員会等に諮問し、評価の客観性を確保
- 遅くとも2年後の時点で、数値目標の達成が困難と認めるときは、プランを全面改定
- 総務省はプランの策定・実施状況を概ね年1回以上調査し、公表

第4 財政支援措置等

- 計画策定費、再編による医療機能整備費、再編等に伴う清算経費などについて財政支援措置を講じるほか、公立病院に関する既存の地方財政措置についても見直しを検討(別添3)

公立病院改革ガイドライン

第1 公立病院改革の必要性

1 公立病院の現状と課題

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

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

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

2 公立病院改革の目指すもの

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 公立病院の果たすべき役割の明確化

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

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

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

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

3 公立病院改革の3つの視点

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

(1) 経営効率化

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

(2) 再編・ネットワーク化

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

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

(3) 経営形態の見直し

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

4 公立病院改革ガイドライン策定の趣旨

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

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

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

第2 地方公共団体における公立病院改革プランの策定

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

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

1 改革プランの対象期間

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

については5年程度の期間を対象として策定することを標準とする。

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

2 改革プランの内容

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

(1) 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方

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

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

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

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

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

ア 収支改善に係るもの

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

費など

イ 経費削減に係るもの

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

ウ 収入確保に係るもの

(例) 病床利用率、平均在院日数、患者一人当たり診療収入など

エ 経営の安定性に係るもの

(例) 純資産の額、現金保有残高など

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

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

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

②財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方

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

1) 各公立病院に共通する事項

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

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

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

を定めるものとする。

2) 同一地域に民間病院が立地している場合の留意事項

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

③ 経営指標の目標設定及び評価に関する留意点

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

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

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

④ 目標達成に向けた具体的な取組

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

具体的な取組として想定される事項は、例えば次のとおりである。

ア 民間的経営手法の導入

(例) 後掲の経営形態の見直し、PFI方式、民間委託の活用など

イ 事業規模・形態の見直し

(例)過剰病床の削減、老人保健施設や診療所への転換など

ウ 経費削減・抑制対策

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

エ 収入増加・確保対策

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

⑤改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

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

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

⑥その他の留意事項

以上のほか、経営の効率化に当たって特に留意すべき点は以下のとおりである。

1) 指定管理者制度導入団体における目標設定

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

2) 経営感覚に富む人材の登用等

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

3) 医師等の人材の確保

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

4) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

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

5) 民間病院と比較可能な形での財務情報の開示

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

6) 施設・設備整備費の抑制等

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

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

(3)再編・ネットワーク化

①再編・ネットワーク化に係る計画の明記

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

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

②再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割

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

③再編・ネットワーク化に係る留意事項

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

1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

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

2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院の整備

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

3) 病院機能の再編成及び病院・診療所間の連携体制

再編・ネットワーク化に係る計画においては、病院間での機能の重複・競合を避

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

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

④再編・ネットワーク化のパターン例

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

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

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

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

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

(4)経営形態の見直し

①経営形態の見直しに係る計画の明記

改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営

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

②経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

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

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

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

○ 地方公営企業法の全部適用

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

○ 地方独立行政法人化(非公務員型)

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

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

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

○ 指定管理者制度の導入

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

本制度の導入が所期の効果を上げるためにには、①適切な指定管理者の選定特に配意すること、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徹取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

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

○ 民間譲渡

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

③事業形態の見直しの検討等

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

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

が提供されるよう総合的な検討が行われることが望ましい。

第3 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

1 地方公共団体における点検・評価・公表

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

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

2 積極的な情報開示

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

3 改革プランの改定

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

4 総務省における取組

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

第4 財政支援措置等

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

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

1 公立病院改革に対する支援措置

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

(1)改革プランの策定に要する経費

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

(2)再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費

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

(3)再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

①不良債務(資金不足)解消に係る措置

1) 公立病院特例債の創設

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

2) 一般会計出資債の措置

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

②施設の除却等経費

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

③既往地方債の繰上償還費

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

④退職手当の支給に要する経費

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

⑤病床削減時の既存交付税措置の5年間継続

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

2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

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

(1)公的医療機関に関する地方財政措置の充実

①病院から診療所に移行した後の財政措置の継続

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

②公的病院に対する財政措置の創設

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

(2)公立病院に関する地方財政措置の重点化

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

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

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

		経常収支比率	医業収支比率	職員給与費対医業収益比率	材料費対医業収益比率	うち薬品費対医業収益比率	病床利用率		
							計	うち一般	うち療養
計	公立病院(黒字病院)	103.7%	86.9%	62.3%	24.1%	17.5%	71.2%	69.0%	79.2%
	公立病院(上位1/2)	101.0%	85.1%	63.4%	24.9%	18.2%	72.5%	70.6%	78.8%
	公立病院(一般病院全体)	93.5%	79.7%	67.0%	25.4%	18.7%	67.9%	65.3%	76.5%
100床以上 200床未満	公立病院(黒字病院)	100.7%	87.8%	57.1%	30.7%	24.6%	51.5%	56.0%	61.6%
	公立病院(上位1/2)	99.3%	87.7%	59.5%	28.1%	22.2%	64.1%	64.5%	76.8%
	公立病院(一般病院全体)	89.5%	79.7%	70.4%	25.4%	19.0%	61.4%	59.8%	76.0%
50床以上 100床未満	公立病院(黒字病院)	104.3%	87.7%	62.9%	23.1%	16.2%	73.5%	70.2%	81.2%
	公立病院(上位1/2)	101.2%	85.7%	63.8%	24.4%	17.5%	73.5%	70.9%	80.0%
	公立病院(一般病院全体)	94.4%	80.9%	65.9%	24.7%	17.8%	69.2%	66.4%	77.0%
50床未満	公立病院(黒字病院)	101.9%	82.6%	61.3%	26.0%	20.5%	70.8%	71.2%	69.4%
	公立病院(上位1/2)	100.6%	80.3%	63.5%	26.5%	20.1%	71.6%	71.9%	70.7%
	公立病院(一般病院全体)	92.6%	75.1%	69.7%	28.4%	22.2%	66.9%	64.5%	74.0%

(注)

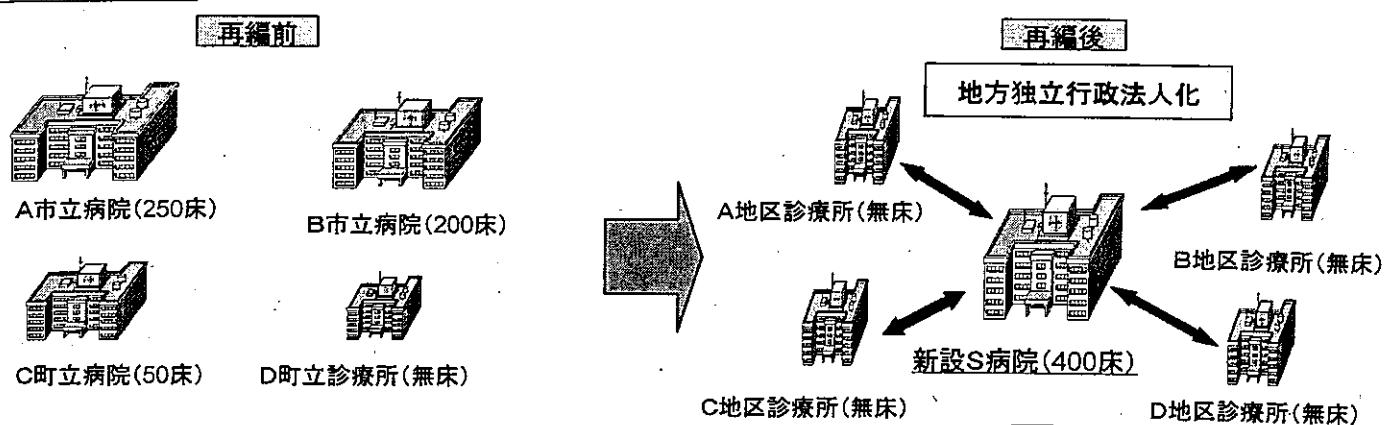
不採算地区病院とは以下の要件をすべて満たす病院をいう。

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

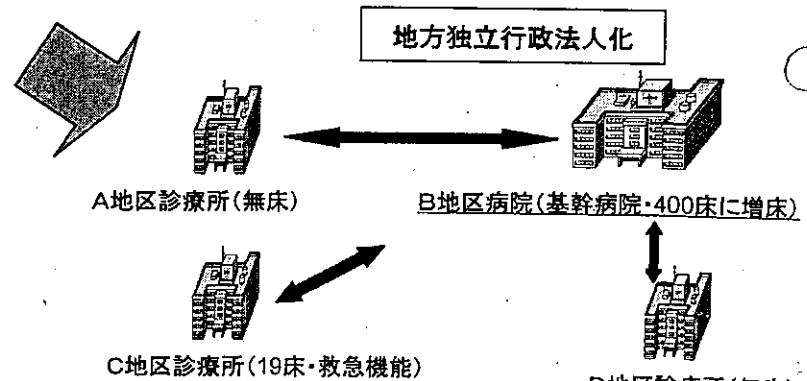
再編・ネットワーク化のパターン例

別紙3

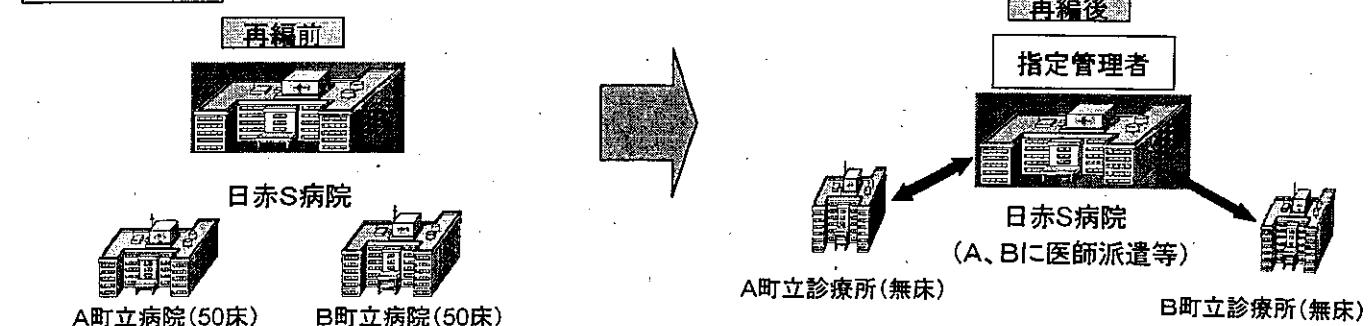
パターン I



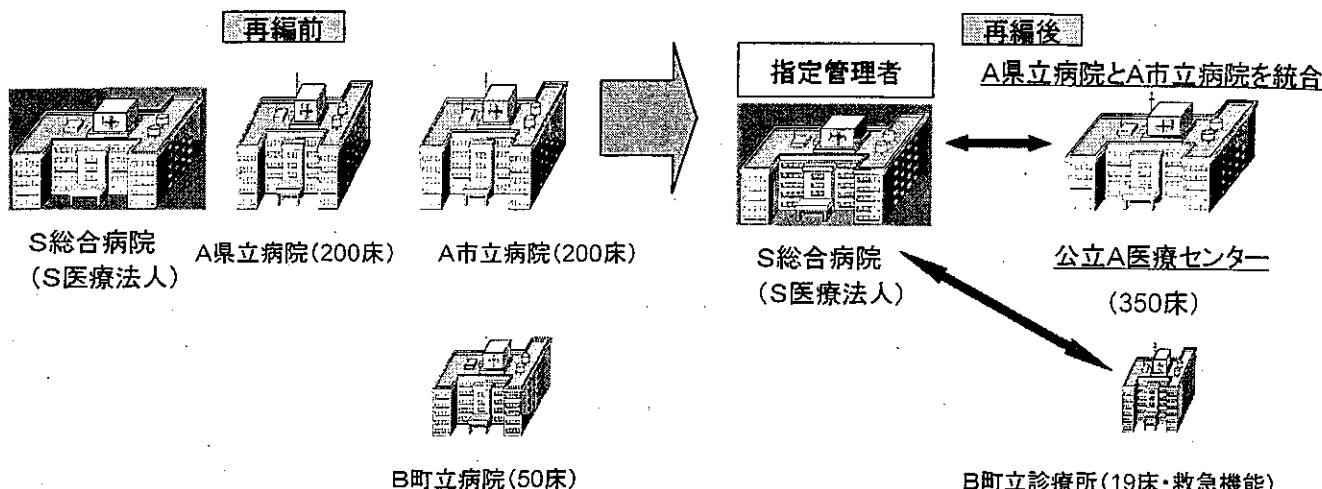
パターン II



パターン III



パターン IV



公立病院改革に関する財政措置の概要

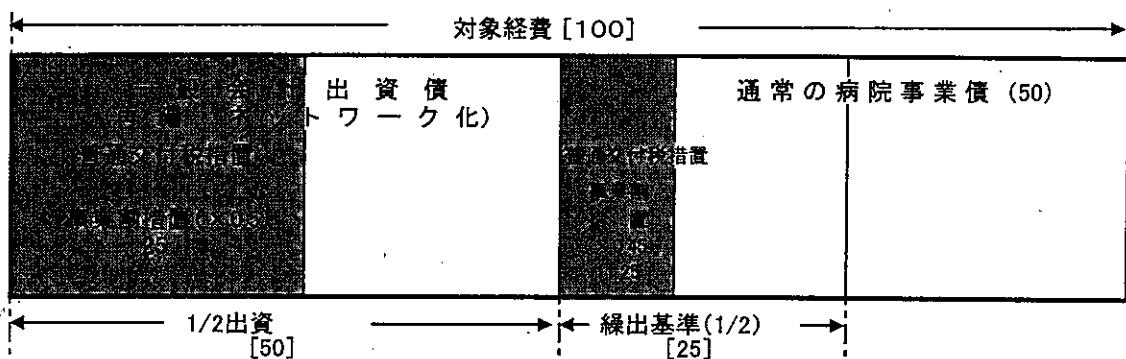
I 公立病院改革に対する支援措置

(1) 改革プランの策定に要する経費

公立病院改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置。

(2) 再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費

公立病院等（公的病院を含む。）の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債（一般会計出資債）を措置し、元利償還金の一部を普通交付税措置。



(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

① 公立病院特例債の創設

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

併せて、同特例債に係る利払額に対して特別交付税措置。

② その他

再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資、病院等の施設の除却、退職手当の支給等に対する経費について、所要の地方財政措置。

II 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

(1) 公的医療機関に関する地方財政措置の充実

① 病院から診療所に移行した後の財政措置の継続

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

② 公的病院に対する財政措置の創設

過疎地等の「不採算地区」に立地する公的病院（日本赤十字社、済生会、厚生連等が設置する病院）の運営費に対する市町村からの助成に対し、公立病院に準じて特別交付税措置。

(2) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

公立病院に係る施設整備費及び病床数に応じた普通交付税措置に関する見直しの検討とあわせて、過疎地等における病院、診療所に係る地方交付税措置の充実を検討。

資料3

半田病院の現況について

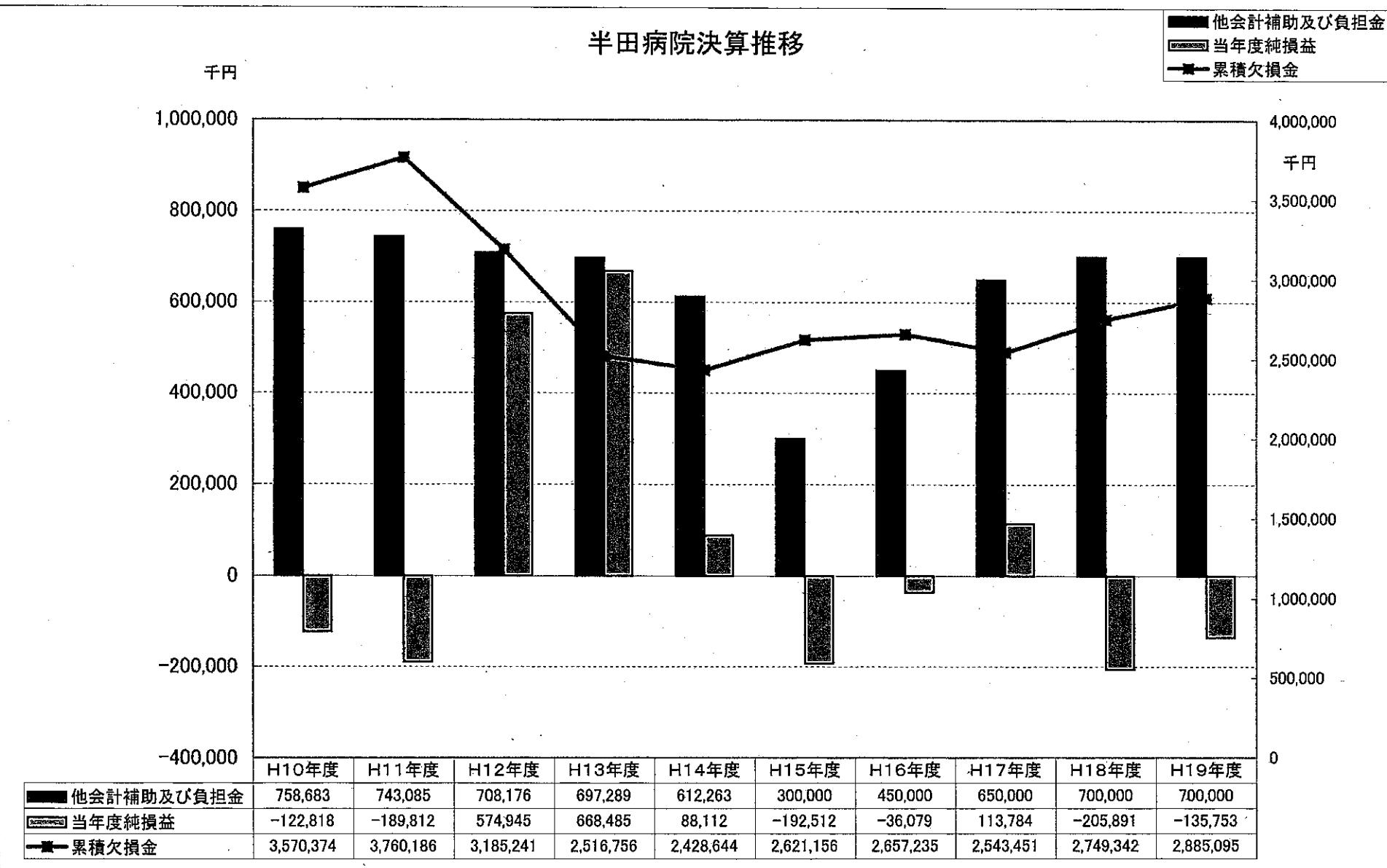
- 病院経営状況表（平成19年度決算） ······ 1頁
- 病院事業決算の推移 ······ 2頁～8頁
 - ・病院事業決算の推移
 - ・グラフ … 半田病院決算推移
 - 入院外来収益
 - 医業収益・医業費用
 - 経営収支比率・医業収支比率
 - 給与費対医業収益比率
 - 薬品費対医業収益比率
 - 入院患者数
 - 外来患者数
 - 診療単価
 - 平均在院日数・病床利用率
- 経営状況の推移 ······ 9頁

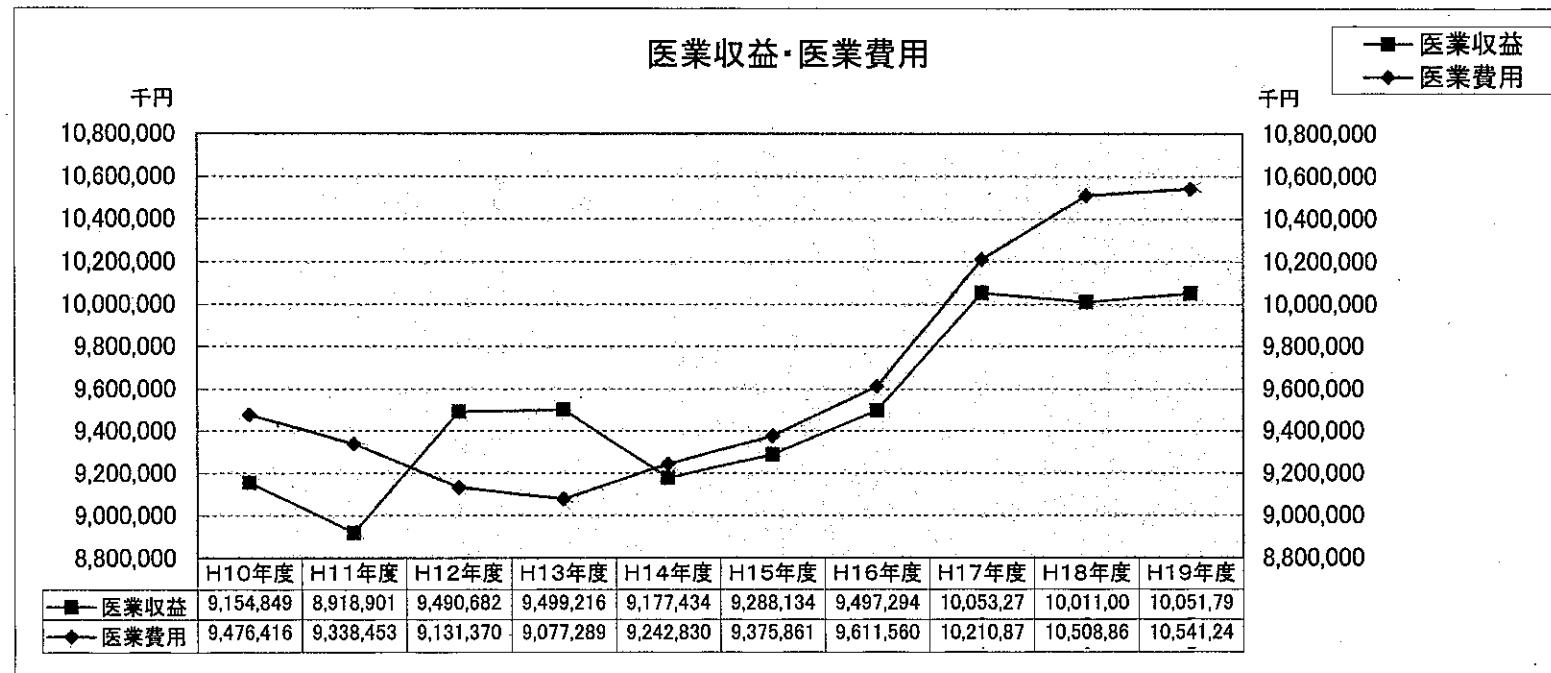
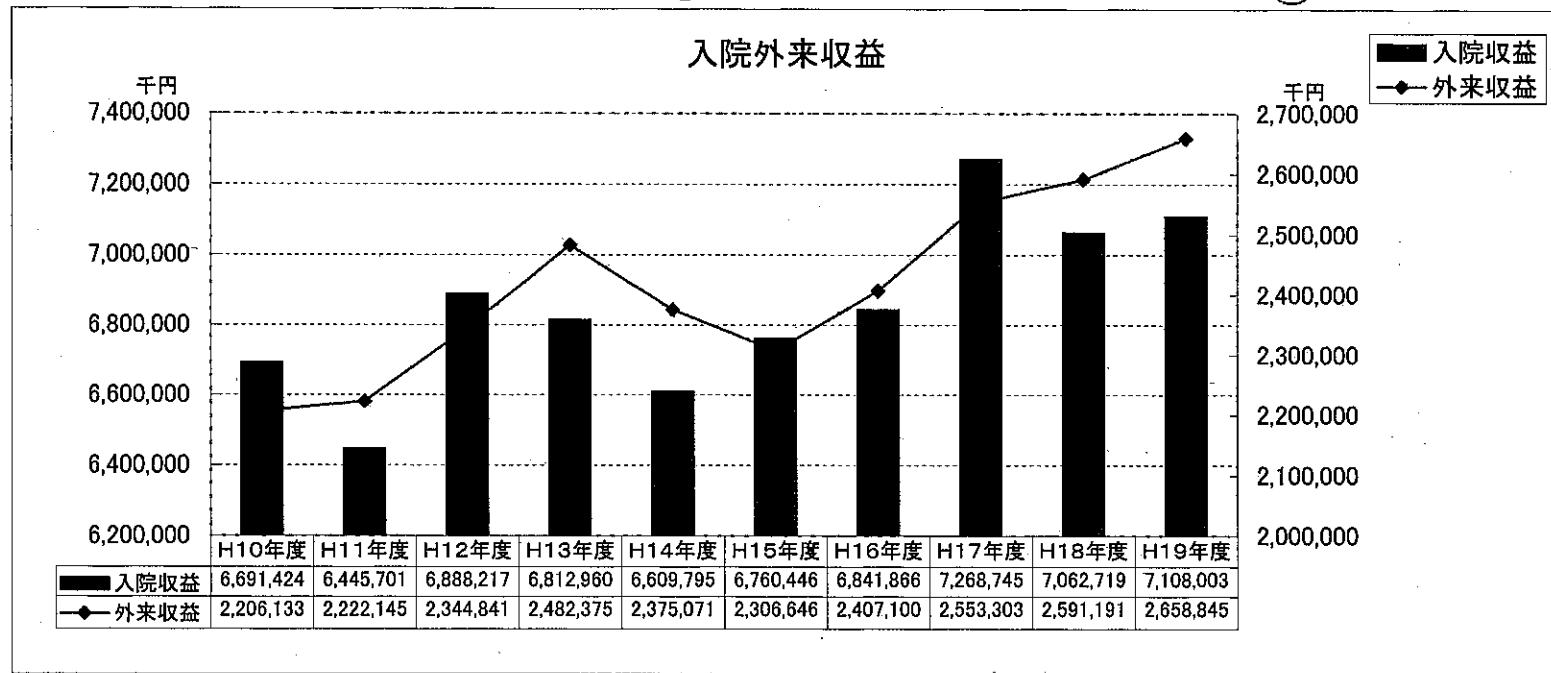
年度別建設改良費

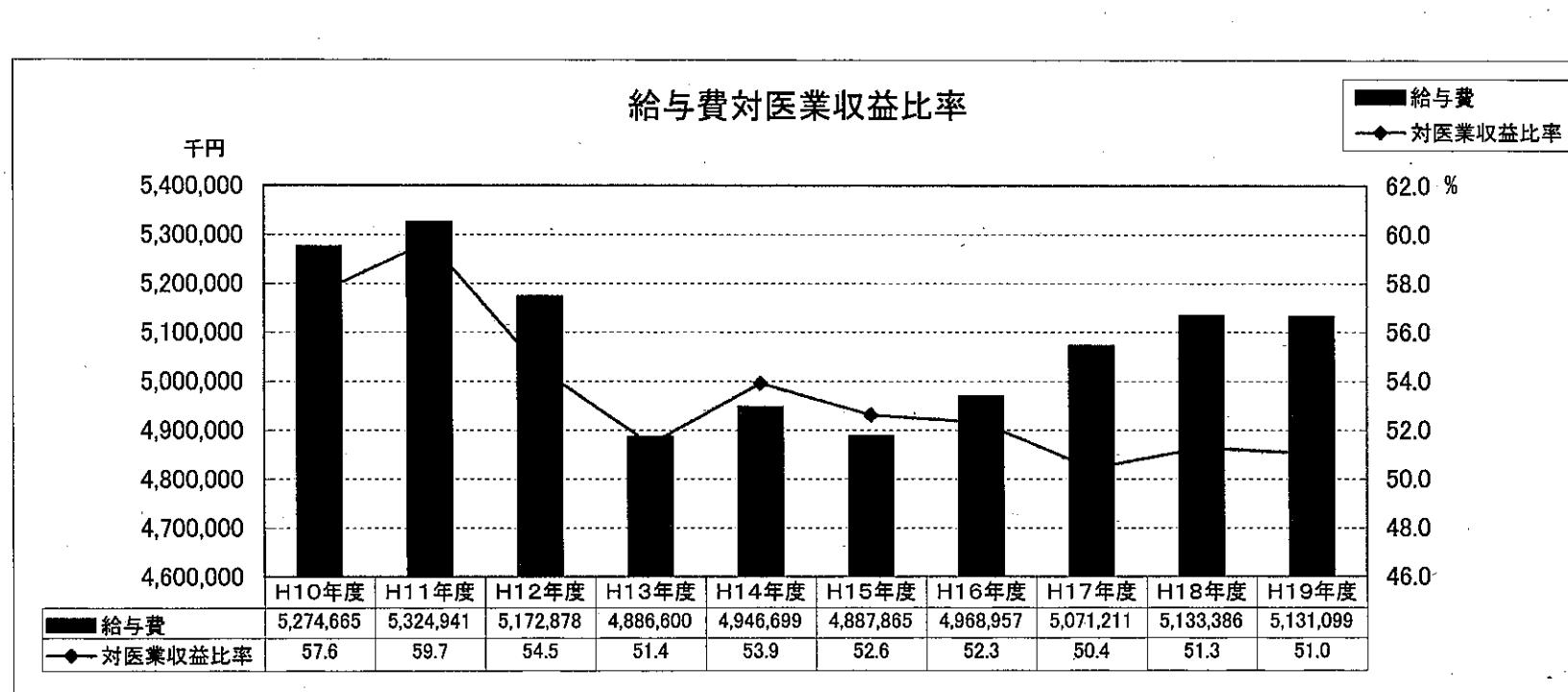
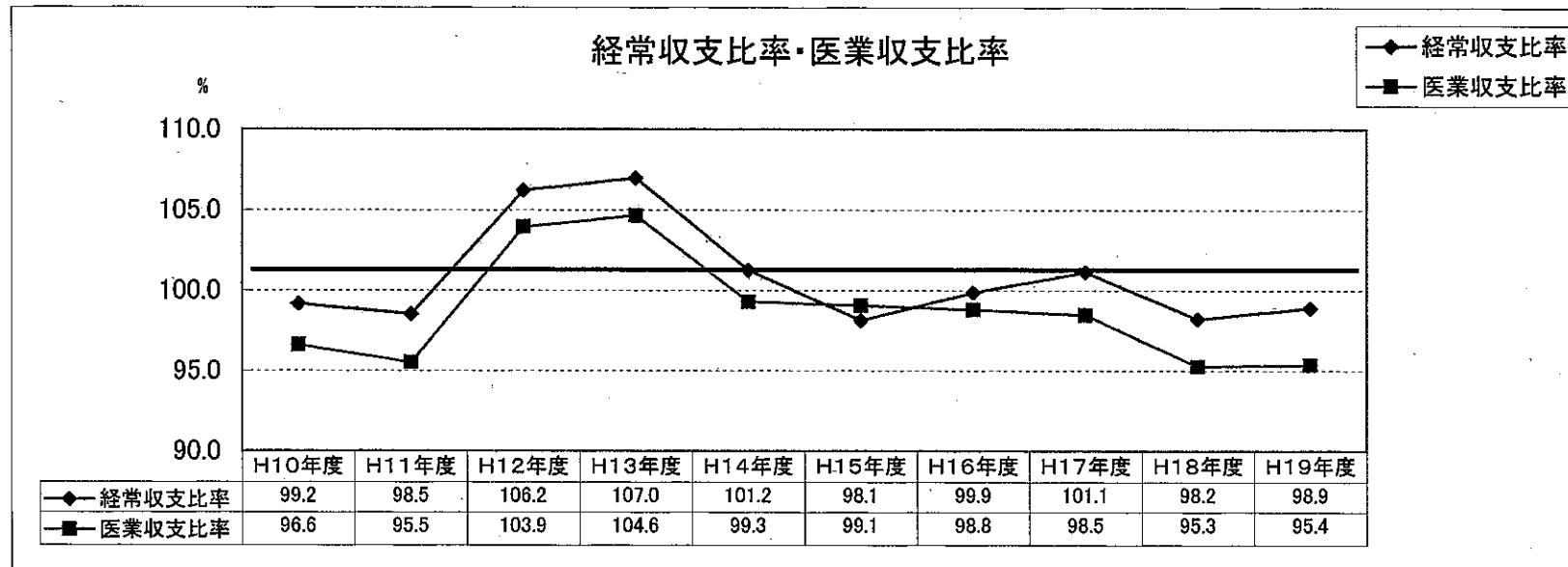
(2000万以上)
(単位:千円)

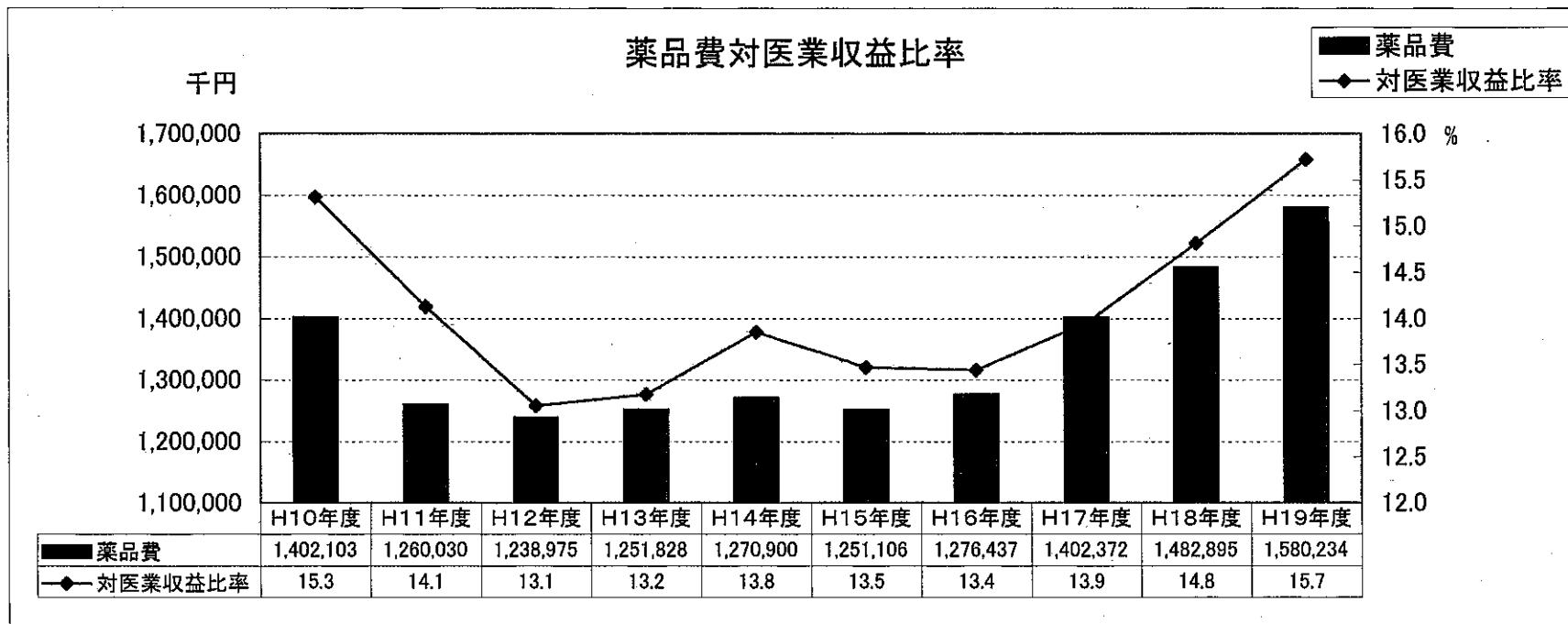
科目	平成10年度	金額	平成11年度	金額	平成12年度	金額	平成13年度	金額	平成14年度	金額
建設改良費	空調設備改修工事	35,700			MRI室増築工事	47,775	救急室拡充整備工	103,740	救急室拡充整備工	117,921
							病棟改修工事(集中治療室等)	336,117	病棟リニューアル工事(3F.5F)	47,040
							外来改修工事(循環器科等)	77,595	放射線防護壁工事	21,262
							電話・ナースコール設備改修	97,117	総合医療RAN敷設工事	24,675
資産購入費			CT撮影装置	122,850	X線ナイフ	94,500	カルテ管理システム	55,125	ガンマカメラシステム	91,350
					MRI	202,650	結石破碎装置	41,139	MRI	84,000
							ICUモニタリングシステム	31,920	X線デジタルTV	36,750
							人工透析装置	34,860	総合医療システム再開発業務委託	169,050
							低温プラズマ滅菌器	24,885		

科目	平成15年度	金額	平成16年度	金額	平成17年度	金額	平成18年度	金額	平成19年度	金額
建設改良費	診療棟リニューアル工事	187,012	病棟・外来棟改修工	233,218	病棟リニューアル工事	107,100	病棟リニューアル工事	149,869	手術室等空調機更	106,192
			新外来系統空調機更新工事	26,565	病棟耐震改修給排水設備工事	32,800	病棟耐震改修給排水設備工事	158,103	高圧受電盤コンテナ取替工事	34,125
					病棟耐震改修工事	271,300	病棟耐震改修工事	459,046		
					集中治療室系統空調機更新工事	32,130	電源二重化発電設備工事	259,933		
							電源二重化排熱利用設備工事	82,215		
							放射線科撮影室改	26,250		
							管理棟空調機更新	24,885		
							きぬうら寮アベヌ除	20,979		
							去工事			
資産購入費	フラットパネル対応撮影台装置	99,750	自動洗浄・消毒・乾燥装置	35,910	血管撮影装置	99,960	血管撮影装置	139,650	X線TV装置	29,610
	X線TV装置	32,445	高圧蒸気滅菌装置	36,540	乳房撮影装置	32,025	X線TV装置	39,900	DPC対応システム導入開発委託	28,560
	内視鏡ファイリングシステ	23,048	人工心肺装置	29,925	乳房撮影装置	32,025	ナビゲーションシステム	32,550		
	総合医療システム移行業務委託	82,950	全自動錠剤分包機	20,213						
			病棟改修設計委託	24,675						









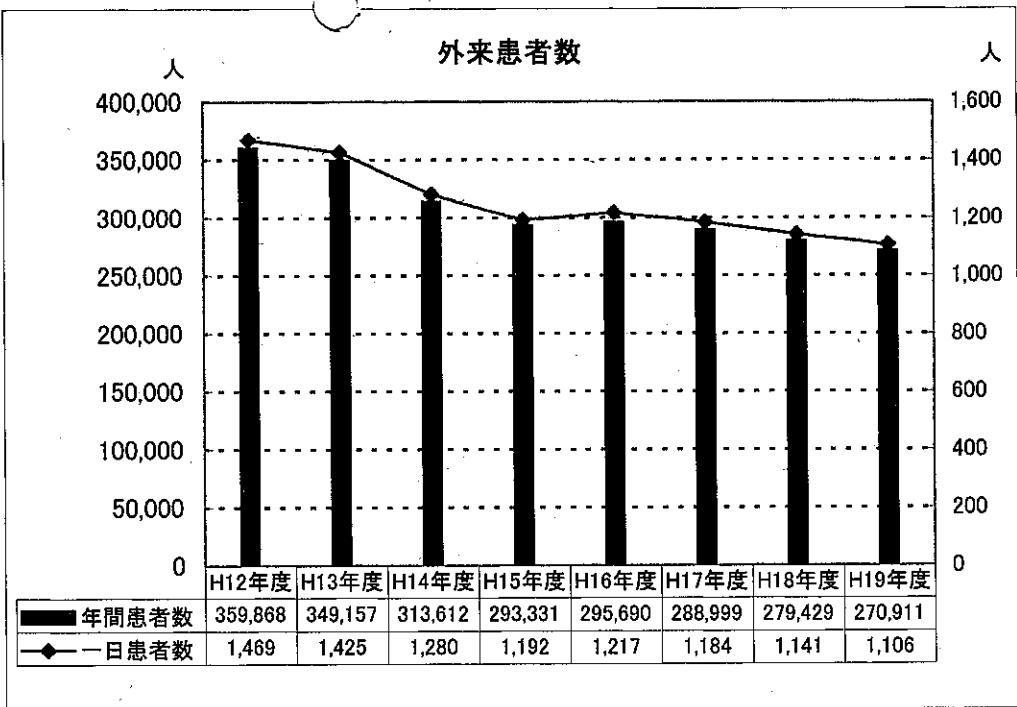
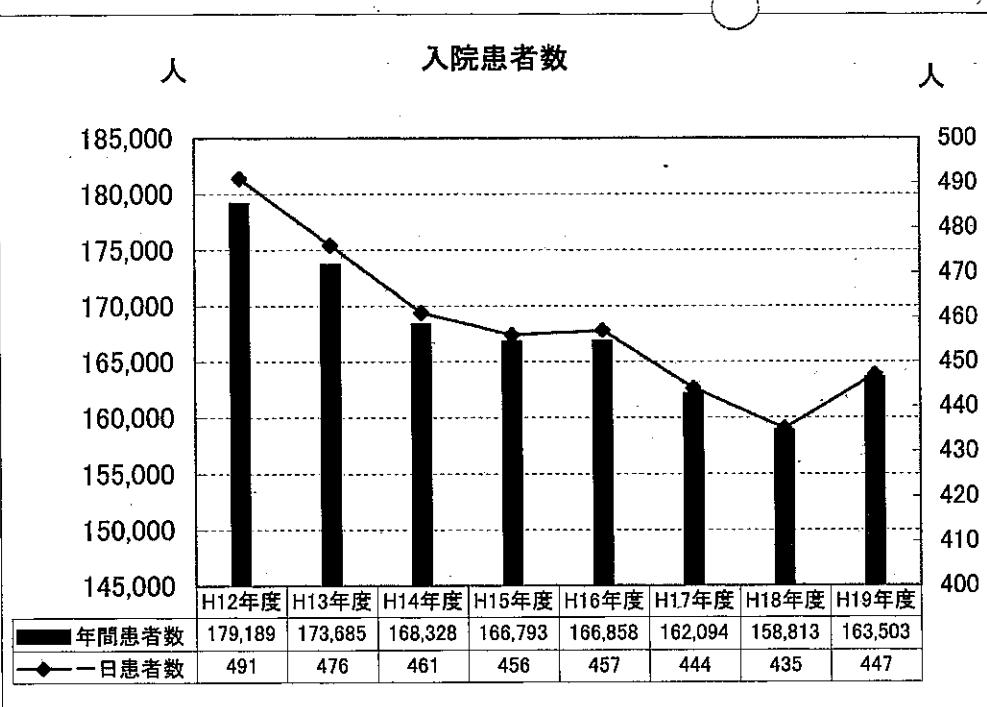
人

入院患者数

人

外来患者数

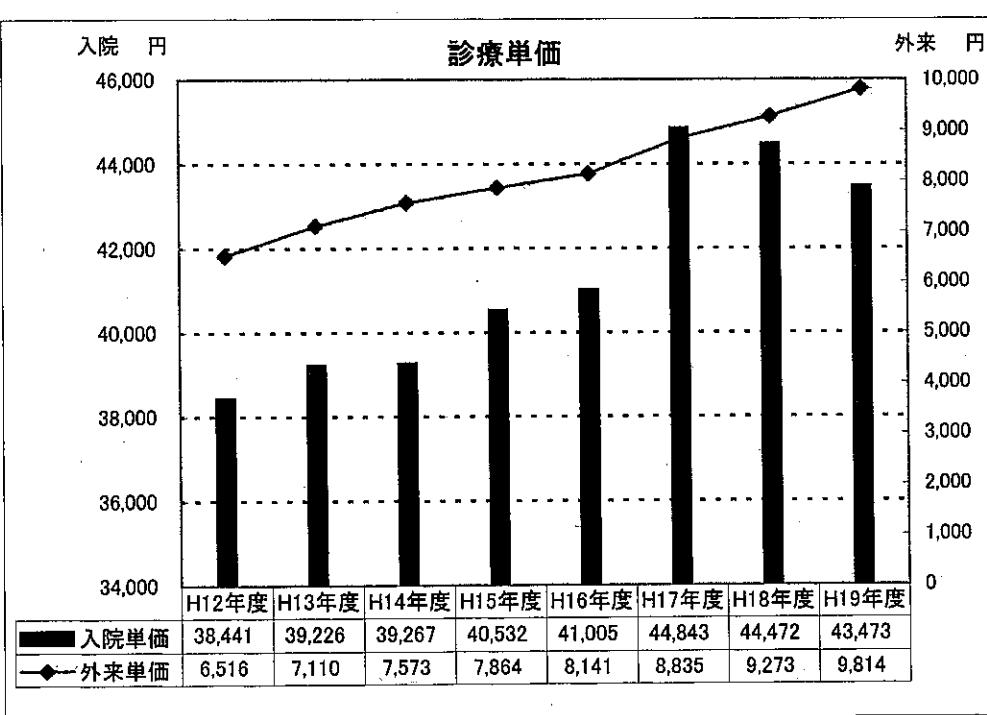
人



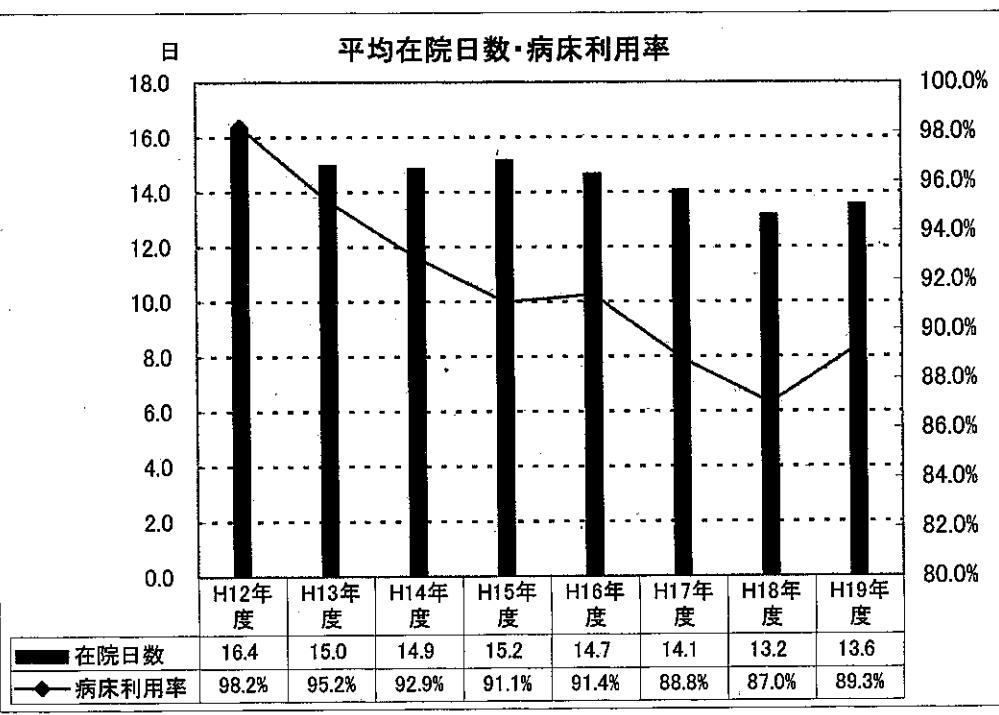
入院 円

診療単価

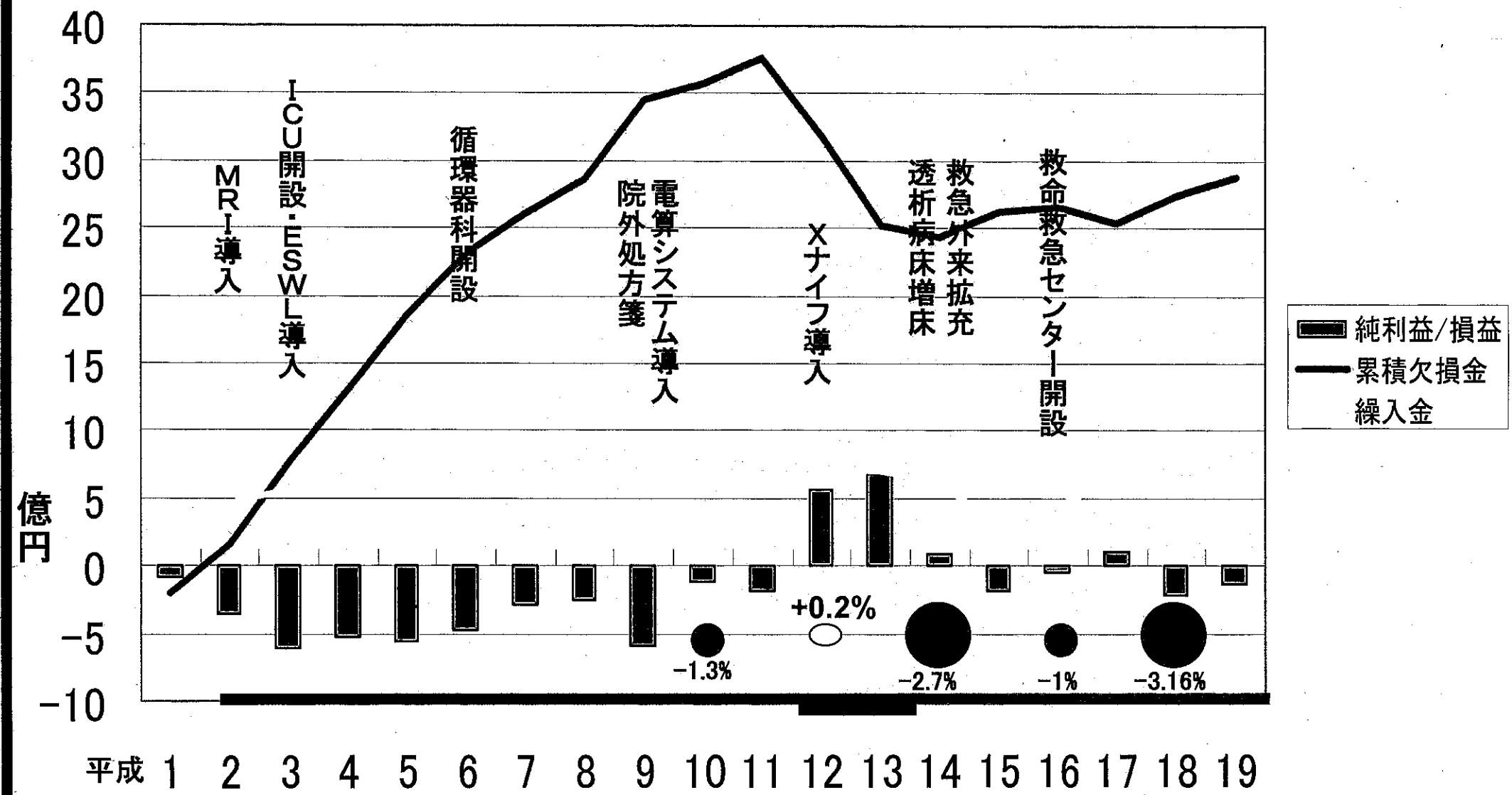
外来 円



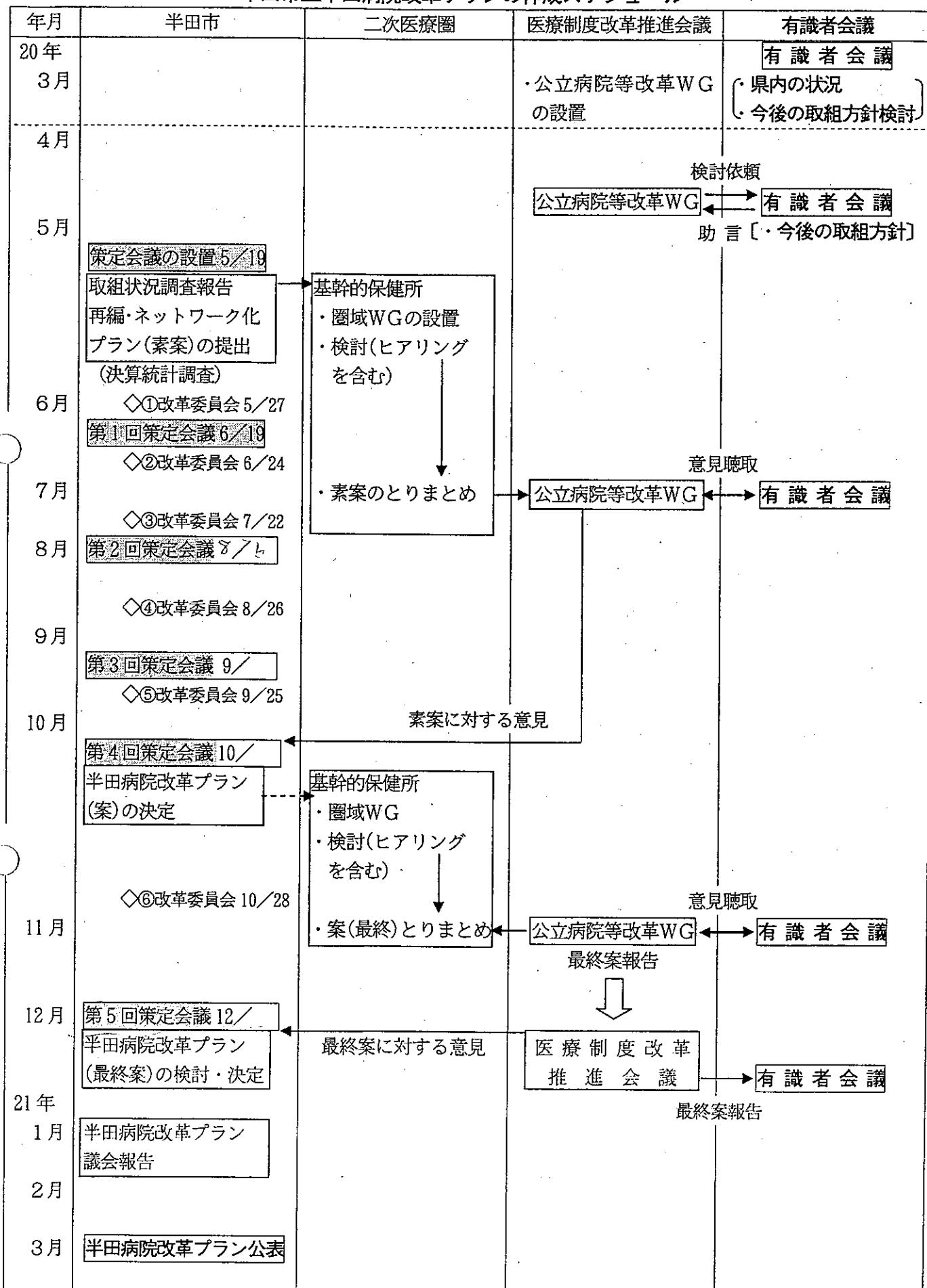
平均在院日数・病床利用率



経営状況の推移



半田市立半田病院改革プランの作成スケジュール



公立病院改革の取組状況調査

団体名	半田市
病院名	半田市立半田病院

担当部署	病院事務局管理課
担当者名	伊藤浩卓
連絡先電話番号	0569-22-9881
メールアドレス	byouin@city.handa.lg.jp

○ 公立病院改革プランの策定スケジュール

病院名：半田市立半田病院

(1) 改革プランの策定スケジュール

半田市立半田病院改革プラン	着手時期	完成時期	公表時期
	平成20年5月	平成20年12月	平成21年3月

(2) 検討組織

① 検討委員会の設置

項目	内 容
ア 設置予定の有無	半田市立半田病院改革プラン策定会議 設置済
イ 設置時期	平成20年5月19日
ウ 代表者(座長)	半田市長 榊原伊三
エ 構成メンバー	半田市長、半田市医師会会长、学識経験者、企画部長、総務部長、福祉部長、病院長、病院事務局長、消防長

② 外部の有識者あるいは法人等の助言

項目	内 容
ア 依頼予定の有無	策定会議委員として、学識経験者がいるため依頼予定はない。
イ 依頼予定者(又は団体)	
ウ 助言を得る内容	

1 当該病院の果たすべき役割

(1) 地域医療の確保

病院名:半田市立半田病院

項目	詳細
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	<ul style="list-style-type: none"> ・平成17年2月～救命救急センター開設 ・平成17年4月～小児救急医療体制の充実のため、知多小児科医会の協力の下、夜間救急診療を実施 ・平成10年7月～愛知県周産期医療の知多半島医療圏の周産期母子医療センターとして指定 ・平成8年11月～愛知県災害拠点病院(地域災害医療センター)指定、平成19年3月愛知県災害拠点病院(地域中核災害医療センター)指定
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	<p>平成12年～臨床研修指定病院に認定され、以後、安定した数の研修医を受け入れ、育成してきた。</p> <p>⑯採用 8名(新制度6名、旧制度2名) ⑰採用9名 ⑱8名 ⑲9名 ⑳8名 【定員10名】</p>
⑤その他 ()	

1 当該病院の果たすべき役割
 (2) 医療の提供体制

病院名:半田市立半田病院

事業開始年月日	昭和24年7月1日
地方公営企業法適用年月日	昭和39年4月1日

項目		17年度	18年度	19年度	20年度	計画初年度	最終年度(A)	最終年度(B)	目標年度
病床数	一般病床	500	500	500	500	500	500	500	500
	療養病床								
	結核病床								
	精神病床								
	感染症病床								
	計	500	500	500	500	500	500	500	500
標榜診療科目	内科	○	○	○	○	○	○	○	○
	精神・神経科	○	○	○	○	○	○	○	○
	小児科	○	○	○	○	○	○	○	○
	外科	○	○	○	○	○	○	○	○
	整形外科	○	○	○	○	○	○	○	○
	脳神経外科	○	○	○	○	○	○	○	○
	皮膚ひ尿器科	○	○	○	○	○	○	○	○
	産婦人科	○	○	○	○	○	○	○	○
	眼科	○	○	○	○	○	○	○	○
	耳鼻いんこう科	○	○	○	○	○	○	○	○
	放射線科	○	○	○	○	○	○	○	○
	歯科・歯科口腔外科	○	○	○	○	○	○	○	○
	麻酔科	○	○	○	○	○	○	○	○
	その他	○	○	○	○	○	○	○	○
職員数	医師	55	58	59	60	62	64	66	66
	看護師	329	332	332	336	340	344	350	354
	準看護師	32	29	24	18	18	18	18	18
	医療技術員	73	76	76	79	84	88	89	90
	事務職員	20	20	20	20	20	20	20	20
	その他職員	27	26	26	26	24	20	17	12
	計	536	541	537	539	548	554	560	560

(注)1 経営効率化に係る最終年度は(A)、再編・ネットワーク化または経営形態の見直しを行う団体の実施計画の最終年度は(B)となります。

2 平成23年度までに経営黒字を達成することができない団体は、25年度の右の欄に達成年度と目標数値を記入してください。

3 標榜診療科目は、該当箇所に「○」を記入してください。

2 一般会計等が負担すべき経費の範囲(繰出基準)

(1) 総務省自治財政局長通知に基づく繰出

病院名：半田市立半田病院

項 目	平成19年度			※基準額と実繰入額が異なる場合はその理由と、平成20年度以降の方針
	基準額(千円)	実繰入額(千円)	基準額の積算内容	
・3条分				
1 病院の建設改良に要する経費(企業債利息)	118,110	113,234	14年度までの建設改良着手分にかかる企業債利息×2/3 15年度以降の建設改良着手分にかかる企業債利息×1/2	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
2 べき地医療の確保に要する経費	0	0		
3 結核病院の運営に要する経費	0	0		
4 精神病院の運営に要する経費	0	0		
5 リハビリテーション医療に要する経費	33,443	32,062	リハビリ部門に従事する医師、技術員等の人工費、減価償却費、光热水費の経費合計に負担率1/3を掛け合わせて基準額としている。	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
6 周産期医療に要する経費	48,708	46,697	新生児センターに従事する医師、看護師等の人工費、減価償却費、光热水費の経費合計を負担率1/3を掛け合わせて基準額としている。	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
7 小児医療に要する経費	97,490	93,465	小児医療に従事する医師、看護師等の人工費、減価償却費、光热水費の経費合計に負担率1/3を掛け合わせて基準額としている。	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
8 公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費	0	0		
9 院内保育所の運営に要する経費(H19年度～)	(32,468)	0	院内保育の会に対する委託料(保育料収入から人工費等の経費を除いた不足分)－愛知県補助金	予算編成時に繰入額総枠が決まってしまう為、19年度当初に新たな基準が設けられても、増額変更はされない。次年度以降は基準額内での繰入を協議する。
10 救急医療の確保に要する経費	120,833	115,844	救命救急センターに従事する職員の給与、時間外勤務する職員の超過勤務手当の人工費合計に負担率1/2を掛け合わせて基準額としている。	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
11 公立病院附属診療所の運営に要する経費	0	0		
12 高度医療に要する経費	247,450	237,234	がん治療装置、MRI、ICUなど高度医療に要する人工費、減価償却費、光热水費の経費合計に負担率1/3を掛け合わせて基準額としている。	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
13 保健衛生行政事務に要する経費	11,958	11,464	ケースワーカーにかかる給与(人工費)	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
14 経営基盤強化対策に要する経費				
ア 不採算地区病院の運営に要する経費	0	0		
イ 医師及び看護師等の研究研修に要する経費	10,201	5,722	研究研修に要する経費(旅費・学会参加費、文献、図書費)に負担率1/2を掛け合わせて基準額としている。	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。

2 一般会計等が負担すべき経費の範囲(繰出基準)
 (1) 総務省自治財政局長通知に基づく繰出

病院名: 半田市立半田病院

項目	平成19年度			※基準額と実繰入額が異なる場合はその理由と、平成20年度以降の方針
	基準額(千円)	実繰入額(千円)	基準額の積算内容	
ウ 病院事業の経営研修に要する経費	0	0		
エ 保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費	0	0		
オ 経営健全化対策に要する経費	0	0		
カ 病院事業会計に係る追共済加費用の負担に要する経費	15,509	8,699	共済追加費用(給料×共済負担率)×15/100	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
キ 自治体病院の再編等に要する経費	0	0		
15 財政再建企業等				
ア 財政再建及び準用再建のための繰入れに要する経費	0	0		
イ 地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費	63,432	35,579	給料×負担率+期末手当×負担率	一般会計繰入額が基準額総枠以下で決まり、それを項目で按分して実繰入額としている為。次年度以降も基準額内で一般会計の財政事情に応じて必要額を協議していく。
ウ 地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費	0	0		
・4条分				
1 病院の建設改良に要する経費(建設改良費、企業債元金)	460,919	100,000	14年度までの建設改良着手分にかかる企業債元金×2/3 15年度以降の建設改良着手分にかかる企業債元金×1/2	原則は繰入金は、累積赤字解消の為に、3条を中心に配分していく。3条繰入基準額以上の繰入れがあれば配分していく。
2 自治体病院の再編等に要する経費				
・繰出基準に基づかないもの				

2 一般会計等が負担すべき経費の範囲(算出基準)

(2) 公立病院改革ガイドラインに基づく算出

病院名:半田市立半田病院

項目	影響額 (千円)	対象年度	内 容
改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費	未定	21	学識経験者など職員以外に対する謝金等

(注) 1. 改革プランの実施により具体的に見込まれるもの及び再編・ネットワーク化、経営形態の見直しによって新たに発生する経費について記入してください。

2. 基準に該当する項目は以下のとおりです。

- ・ 改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費
- ・ 再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費
- ・ 再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資
- ・ 不要となる施設の除却に要する経費

3. 影響額が算出できない場合は金額を「未定」としてください。

3 経営の効率化

(2) 目標達成に向けた具体的な取組

項目		概要	年度	効果額(千円)	積算内訳
①民間的経営手法の導入	ア 総合医療情報システム(電子カルテ)	電子カルテシステム導入に合わせ、医事会計システムの整備を行って経営支援データを出力し、経営戦略に用いる。	21~	積算中	
	イ 原価計算の実施及び活用	電子カルテシステム導入に合わせ、医師、診療科ごとの原価データの取得を可能にし、費用対効果の分析を実施するとともに、医療職の特殊勤務手当等に戦略的に活用する。	21~	"	
	ウ				
	エ				
	オ				
②事業規模・形態の見直し	ア 救命救急センター機能の充実	・二次、三次救急医療への対応強化を図る。 ・一次救急のセンター化(地域開業医との連携)検討 ・救命救急センター病床の増床	21~	積算中	
	イ 基準看護(7:1)への移行検討	・看護師数、病床数、診療報酬点数、患者の安全、看護師の勤務体制を総合的に検討する。	23~	積算中	
	ウ メディカルクラークの導入	・電子カルテ導入に伴い、カルテ保管、カルテ出し、カルテ運搬に要していた人員をメディカルクラークとして医師の医療事務補助業務に充てる。	22~	積算中	
	エ				
	オ				

3 経営の効率化

(2) 目標達成に向けた具体的な取組

病院名: 半田市立半田病院

項目		概要	年度	効果額(千円)	積算内訳
③ 経費削減・抑制対策	ア 業務委託の見直し	・現行委託業務の実施、総点検に基づく統合、縮小、廃止 ・現行直営業務の委託化	20~	積算中	
	イ 材料の適正な管理運営	・院内で使用される薬剤、材料の統一化 ・外来院内処方の廃止 ・在庫管理の徹底 ・ジェネリック薬品の採用 ・医薬品、広域共同購入	20~	"	
	ウ 光热水費の削減	・コジェネレーションシステムの有効活用による電気代削減 (本来目的は、災害対策としてのガス発電による電源二重化) ・自己井水の有効活用による水道代削減 (本来目的は、災害対策としての井水汲み上げによる水源二重化)	20~	"	
	エ 不用資産の売却	・医師公舎の一部廃止、用地売却 (平成20年度に二箇所の公舎用地売却予定)	20~	"	
	オ 可能な限りのリース延長及び電算保守費用の検討	・電算システム、機器のリース期間について、運用に支障のない範囲で可能な限り延長し、リース費用の削減を図る。 ・電算システム、機器の保守委託については、一律に保守委託契約するのではなく使用年数により判断する。	20~	"	

3 経営の効率化

(2) 目標達成に向けた具体的な取組

病院名：半田市立半田病院

項目		概要	年度	効果額(千円)	積算内訳
④ 収入増加・確保対策	ア 地域医療連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の病院、診療所からの紹介率の向上(緊急、急性期症状の患者のスムーズかつ積極的な受け入れ)を図る。 ・地域の病院、診療所への逆紹介率の向上(回復期、慢性期の患者をかかりつけ医、リハビリ病院へ)を図る。 	20~	積算中	
	イ 急性期医療病院として新報酬体系(DPC)へ移行	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC病院指定の早期取得を目指す。 ・クリニカルパス、ジェネリック薬品を有効に活用し、診療報酬改定時に見直される加算項目を重点的に取組む。 	21~	"	
	ウ 職員の専門性の充実及び人材確保による施設基準取得	<ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師(特定分野において看護師を指導できる者)の育成 ・がん専門薬剤師の育成 ・地域がん診療連携拠点病院の認定取得 ・病院機能評価更新受診 以上のことより診療報酬点数の上位の施設基準取得を目指す。 	20~	"	
	エ 高度医療機器の導入	<ul style="list-style-type: none"> ・がん治療に有効な放射線治療機器(リニアック)更新導入 ・64列CT装置(19年度導入)の効率的活用 	20~	"	
	オ 院内環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟リニューアル、個室整備 ・カード決済利用の拡大 	20~	"	

3 経営の効率化

(2) 目標達成に向けた具体的な取組

病院名：半田市立半田病院

項目		概要	年度	効果額(千円)	積算内訳
⑤その他	ア 医師・看護師確保対策	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医を育成するための良いプログラム策定、採用の広報活動の充実、就職説明会等への出展 ・看護学生への奨学金制度の充実、就職展への参加、離職防止研修の開催 	20~	積算中	
	イ 病院としての機能、格の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機能評価機構による病院機能評価(バージョン5)の更新受診 ・地域がん拠点連携病院の指定取得を目指す。 ・敷地内禁煙の実施 	20~	"	
	ウ 接遇研修、医療面接の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医療のうち、大きな部分を占める接遇について基本的な事項を全職員を対象に定期的に実施する。 ・医師については、患者との面接に重きを置き、医療面接を実施する。 	20~	"	
	エ 広報活動の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・医療広告規制を踏まえつつ、患者への情報提供だけでなく、広く半田病院の医療活動を広域的に知ってもらう。 	20~	"	
	オ CSR(社会貢献活動)の実践	<ul style="list-style-type: none"> ・いのちの大切さを教える授業を教育委員会と連携して、小学校高学年に実施する。 ・医療に関する一般的な相談、4疾病5事業にポイントを置いた相談、講演会、検診体験等を無料で実施する。 	20~	"	

(注) 1 「②事業規模・形態の見直し」は、一般病床及び療養病床の病床利用率が過去3年間連続して70%未満の病院は必須項目となります。

2 病院経営に影響のある事業計画(施設の新增築、改築、高額医療機器の導入等)が改革プランの対象期間内に予定されている場合は、「⑤その他」に記入してください。

3 効果額が算出できない場合は金額を「未定」としてください。

4 「積算内訳」は、効果額の年度別内訳を必ず記入してください。

3 経営の効率化

(3) 収支計画

① 収益的収支(続き)

(単位:千円、%)

区分	年度 (決算)	対前年伸率																		
		16年度 (決算)	17年度 (決算)	18年度 (決算)	19年度 (決算見込)	20年度	(計画初年度)	21年度	22年度	(最終年度)	23年度	(目標年度)	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
累積欠損金(G)	(2657235)	(2543451)	(2749342)	(2885095)	(2855897)	(2845623)	(2829170)	(2624341)	(2337812)	(2060081)	(2624341)	-4.3	8.1	4.9	-1.0	-0.4	-0.6	-7.2	-10.9	-11.9
流动動資産(?)	2,028,903	2,423,125	2,132,503	1,827,676	2,204,626	2,054,935	2,029,079	2,096,213	2,060,076	2,061,789	2,096,213	19.4	-12.0	-14.3	20.6	-6.8	-1.3	3.3	-1.7	0.1
うち未収金	1,593,596	1,704,591	1,740,743	1,625,100	1,879,486	1,748,443	1,751,010	1,792,980	1,764,144	1,769,378	1,792,980	7.0	2.1	-6.6	15.7	-7.0	0.1	2.4	-1.6	0.3
不流動負債(?)	914,099	1,348,602	1,369,977	1,221,638	1,486,763	1,359,459	1,355,953	1,400,725	1,372,046	1,376,242	1,400,725	47.5	1.6	-10.8	21.7	-8.6	-0.3	3.3	-2.0	0.3
うち一時借入金	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
うち未払金	911,021	1,346,488	1,368,292	1,216,364	1,484,472	1,356,376	1,352,404	1,397,751	1,368,844	1,372,999	1,397,751	47.8	1.6	-11.1	22.0	-8.6	-0.3	3.4	-2.1	0.3
翌年度繰越財源(?)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
当年度同意等債で未借入又は未発行の額(I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
差引不良債務(?) (I)-(7)-(ウ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
累積欠損金比率 a × 100	(G) (28)	(25)	(27)	(28)	(27)	(26)	(25)	(24)	(21)	(18)	(24)	-10.4	8.2	4.5	-5.2	-2.1	-3.3	-7.2	-11.8	-11.9
不良債務比率 a × 100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
医業収支比率 a × 100	b 98.8	99.4	96.5	96.6	97.1	96.7	96.7	97.8	98.7	98.5	97.8	0.5	-2.9	0.1	0.6	-0.5	0.0	1.1	0.9	-0.2
地方財政法施行令第19条第1項 により算定した資金の不足額(H)	-1,117,882	-1,074,523	-762,526	-606,038	-720,154	-695,476	-673,126	-695,488	-688,030	-685,548	-695,488	-3.9	-29.0	-20.5	18.8	-3.4	-3.2	3.3	-1.1	-0.4
資金不足比率 a × 100	(H) -11.8	-10.6	-7.5	-6.0	-6.8	-6.4	-6.1	-6.3	-6.1	-6.1	-6.3	-10.0	-29.0	-20.8	13.8	-5.1	-5.9	3.3	-2.1	-0.4

(注)1. 平成23年度までに経常黒字を達成することができない団体は、25年度の右の欄に達成年度と目標数値を記入してください。

2. 「流动負債」には、企業債の前借りである一時借入金(いわゆる起債前債)の額に相当する額を除いてください。

3. 「翌年度繰越財源」には、当該事業年度に執行すべき事業に係る支出予算額のうち、翌事業年度に繰り越したもの財源に充当することができる特定の収入で当該事業年度に収入された部分に相当する額を記入してください。

4. 「当年度同意等債で未借入又は未発行の額」とは、当該事業年度において支出予算執行済とした建設改良費の財源に充てられる企業債のうち未借入又は未発行のものを記入してください。

4 再編・ネットワーク化

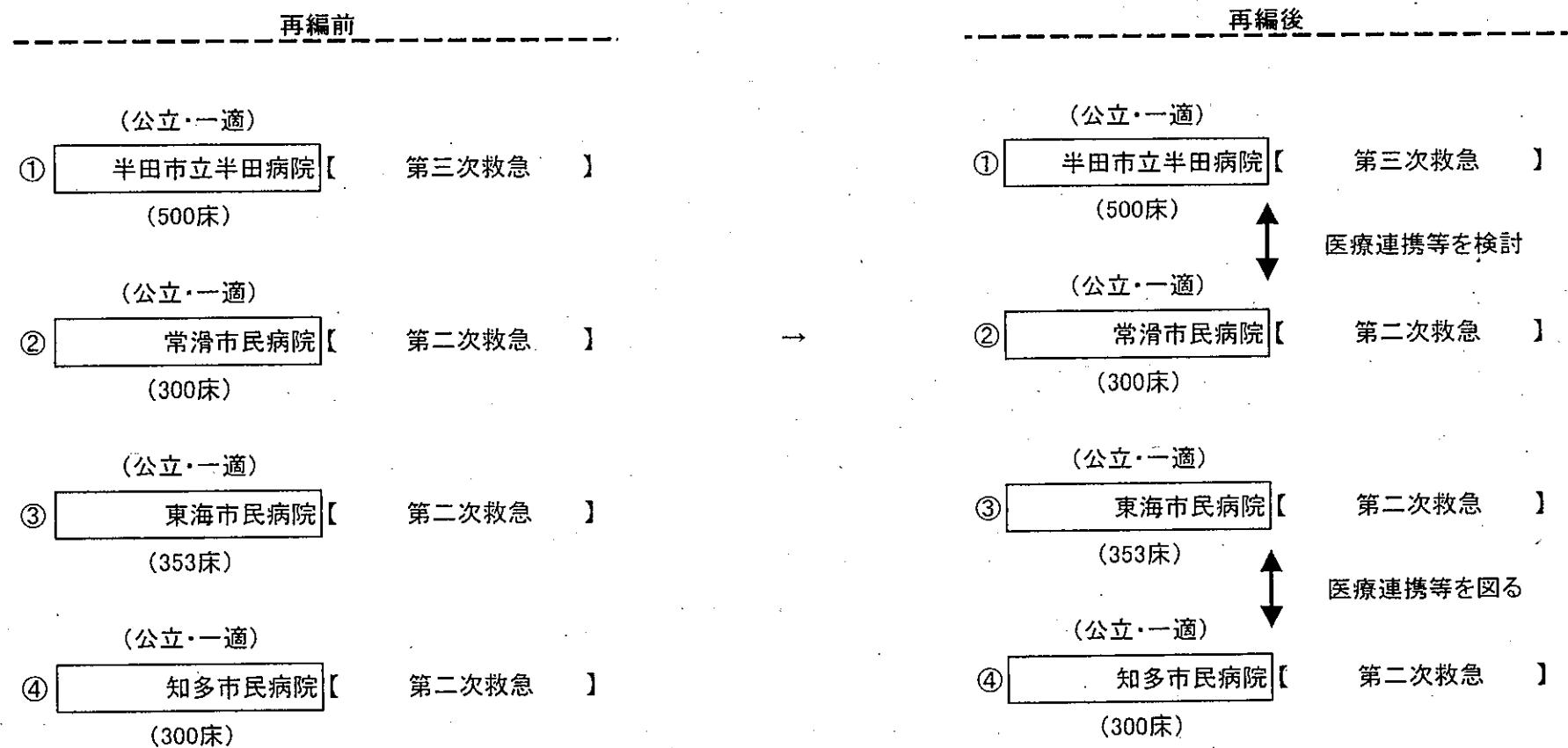
病院名：半田市立半田病院

(1) 再編・ネットワーク化の概要

4 再編・ネットワーク化

病院名：半田市立半田病院

(2) 連携図



4 再編・ネットワーク化

病院名：半田市立半田病院

- (3) 当該病院において取り組むべき課題
- (4) ◎検討・協議の方向性

項目	内容
当該病院において取り組むべき課題	第三次救急医療を担う基幹病院として、医療圏病院との機能分化、診療所との連携、また必要な医師、看護師の確保。
◎検討・協議の方向性	策定会議で検討する。

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

(5) ◎検討・協議体制

① 病院内の検討・協議体制

項目			内 容
◎ 検討・協議体制	検討・協議組織	代表者	半田市立半田病院長 中根藤七
		構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・企画部人事課長 ・企画部企画課長 ・総務部財政課長 ・半田市立半田病院長 ・〃 医務局長 ・〃 医務局放射線技術科技師長 ・〃 薬剤科薬局長 ・〃 事務局管理課長 <ul style="list-style-type: none"> ・半田市立半田病院副院長2名 ・〃 看護局長 ・〃 医務局中央臨床検査科技師長 ・〃 事務局長 ・〃 事務局医事課長
	検討項目	医療圏内医療機関との再編ネットワークに関する事項	
	検討内容	検討方法	討議方式

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

4 再編・ネットワーク化

病院名：半田市立半田病院

(5) ◎検討・協議体制

② 地方公共団体内の検討・協議体制

		項目	内 容
◎ 検討・協議体制	検討・協議組織	代表者	半田市長 榊原伊三
		構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・半田市長 ・半田市医師会会长 ・学識経験者 ・企画部長 ・総務部長 ・福祉部長 ・半田市立半田病院長 ・半田市立半田病院事務局長 ・消防長
	検討内容	検討項目	医療圏内医療機関との再編ネットワークに関する事項
		検討方法	討議方式

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

(5) ◎検討・協議体制

③ 二次医療圏内の検討・協議体制

項目		内 容	
◎ 検討・協議体制	検討・協議組織	代表者	未定
		構成員	大学病院関係者、県医師会、愛知県職員(保健所を含む)、各自治体の代表等
	検討項目	未定	
検討内容	検討方法		

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

4 再編・ネットワーク化

病院名：半田市立半田病院

(6) ⑥スケジュール

項目	20年度	計画初年度	22年度	23年度	24年度	最終年度 25年度
		21年度				
⑥スケジュール	プラン策定	実施				
	医療圏内の検討		実施			
	関係医療機関との協議			開始		
	⑥結論取りまとめ時期					

(注) 1 「⑥」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

2 現段階で具体的な項目や実施スケジュールが未定の場合は、「結論取りまとめ時期」欄に時期を記入してください。

5 経営形態の見直し

病院名：半田市立半田病院

- (1) 経営形態の見直しの概要
- (2) ◎検討・協議の方向性

項目	内 容
経営形態の見直しの概要	公立病院の使命を果たした上で経営改善を図ることのできる経営形態の見直し 未定
◎検討・協議の方向性	プラン策定会議で方向性をとりまとめる。

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

5 経営形態の見直し

病院名：半田市立半田病院

(3) ◎検討体制

① 病院内の検討体制

項目			内 容
◎ 検討体制		代表者	半田市立半田病院長 中根藤七
	検討組織	構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・企画部人事課長 ・企画部企画課長 ・総務部財政課長 ・半田市立半田病院長 ・ " 医務局長 ・ " 医務局放射線技術科技師長 ・ " 薬剤科薬局長 ・ " 事務局管理課長 ・半田市立半田病院副院長2名 ・ " 看護局長 ・ " 医務局中央臨床検査科技師長 ・ " 事務局長 ・ " 事務局医事課長
	検討項目	経営改善に最適な経営形態の見直し	
検討内容	検討方法	討議方式	

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

5 経営形態の見直し

病院名：半田市立半田病院

(3) ◎検討体制

② 地方公共団体内の検討体制

項目		内 容	
◎ 検討体制	検討組織	代表者	半田市長 榊原伊三
		構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・半田市長 ・半田市医師会会长 ・学識経験者 ・企画部長 ・総務部長 ・福祉部長 ・半田市立半田病院長 ・半田市立半田病院事務局長 ・消防長
	検討内容	検討項目	経営改善に最適な経営形態の見直し
		検討方法	討議方式

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

5 経営形態の見直し

病院名：半田市立半田病院

(4) ◎スケジュール

◎ スケ ジ ュ ール	項目	計画初年度					最終年度 25年度
		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	
	プラン策定	実施					
	議会等への報告、調整		実施				
	見直し案に向けた作業			開始			
	◎結論取りまとめ時期						

(注) 1 「◎」を付しているものは必須項目ですので、必ず記入してください。

2 現段階で具体的な項目や実施スケジュールが未定の場合は、「結論取りまとめ時期」欄に時期を記入してください。

6 点検・評価・公表について

病院名：半田市立半田病院

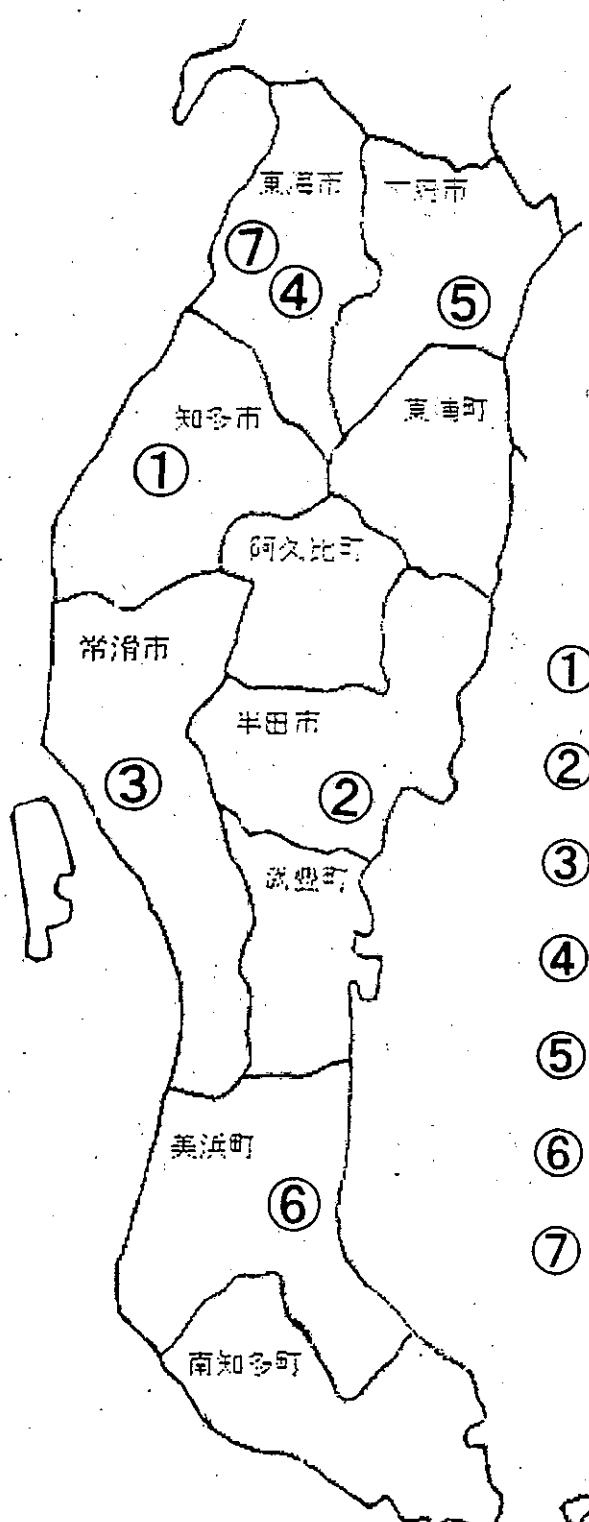
項目			内容
点検・評価	点検・評価組織 (委員会等)	代表者	
		構成員	
		設置時期	未定
	点検・評価方法		
点検・評価項目			
公表	公表の方法		半田市報、半田市ホームページ、半田病院ホームページ、半田病院だより 半田市公告式条例(昭和25年半田市条例第23号)第4条に規定する方法
	公表の時期	議会への説明	平成20年12月
		住民への公表	平成21年3月

1 当該病院の果たすべき役割

(3) 2次医療圏の状況

② 医療圏に属する主な病院（平成20年4月1日現在）

添付の位置図（知多半島医療圏）



① 知多市民病院

② 半田市立半田病院

③ 常滑市民病院

④ 東海市民病院

⑤ あいち小児保健医療総合センター

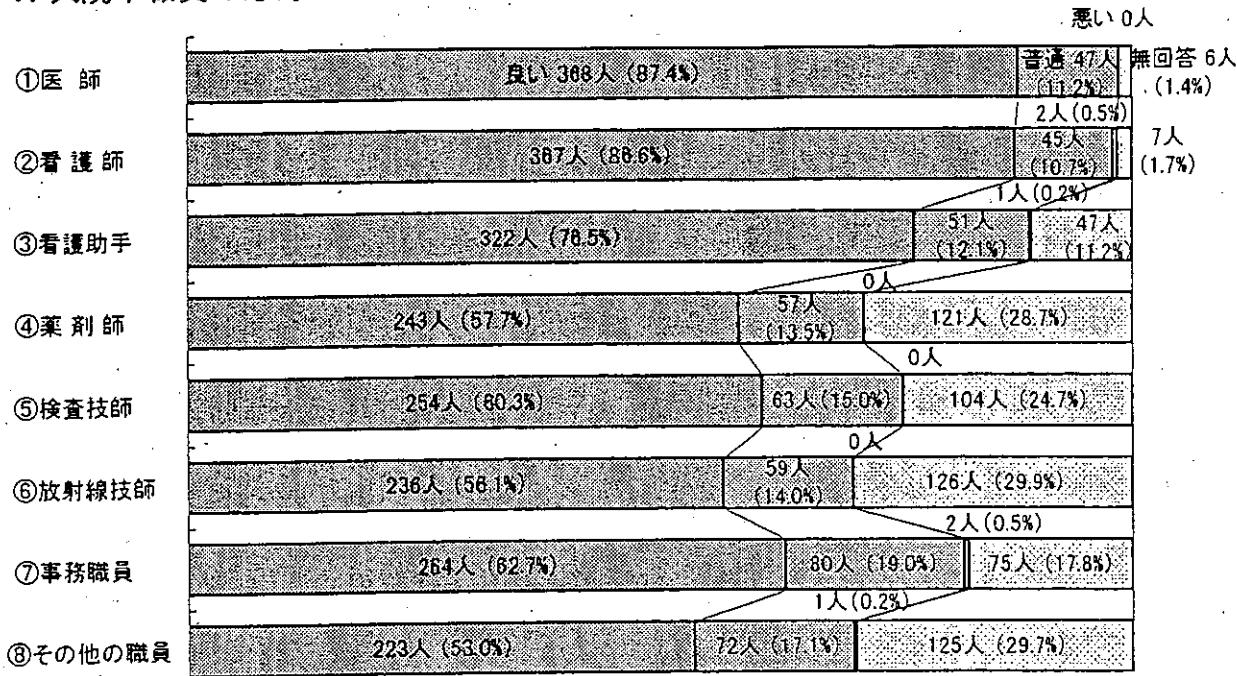
⑥ 厚生連知多厚生病院

⑦ 小嶋病院

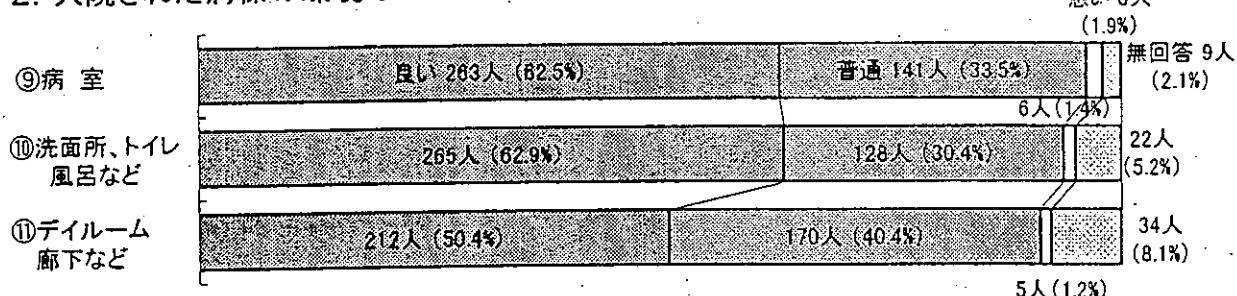
退院患者さまアンケート結果(3月分 全 421件)

退院患者数 993 名 回収率 42.4 %

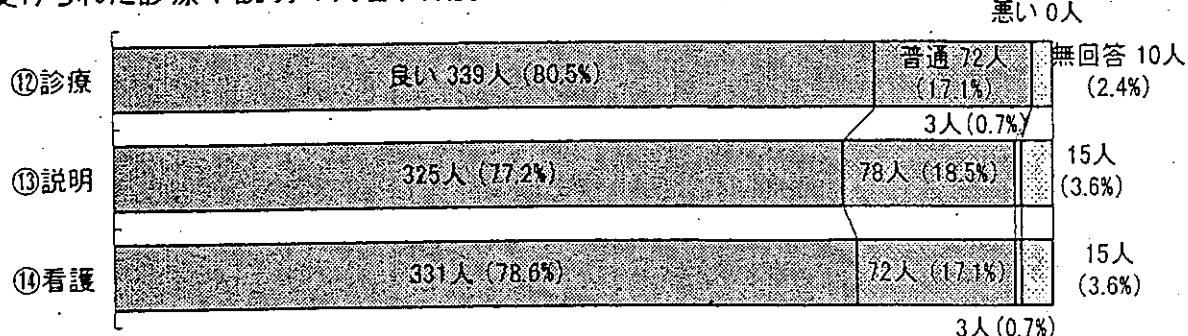
1. 入院中職員の応対はいかがでしたか。



2. 入院された病棟の環境はいかがでしたか。

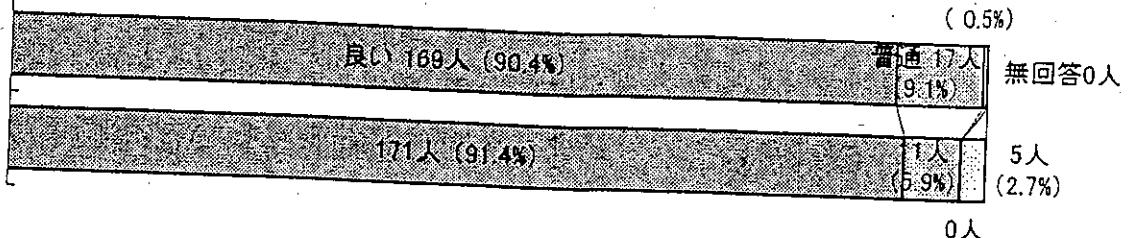


3. 受けられた診療や説明の内容、看護はいかがでしたか。



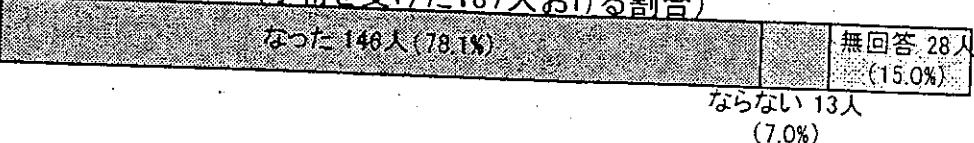
4. 手術室での職員の応対はいかがでしたか。
(手術を受けた187人における割合)

⑮医師

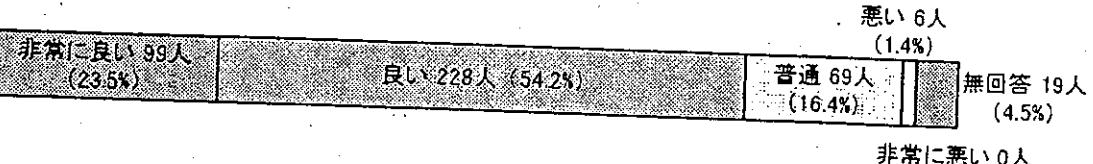


⑯看護師

⑰手術室看護師による手術前の訪問は、
手術の不安が軽くなりましか。
(手術を受けた187人における割合)



5. 最後に、当院への入院全般について総合的にお答えください。

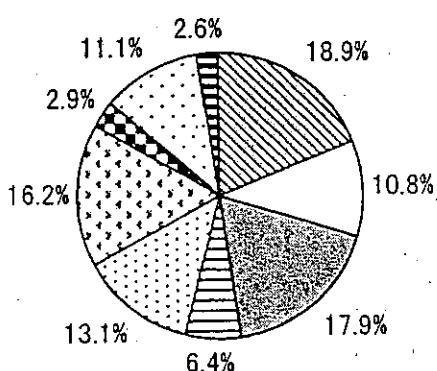


外来患者様アンケート結果（平成19年12月13日実施）

回答 559人

1. 当院を受診された動機について（いくつでも可）（のべ回答 1066）

1



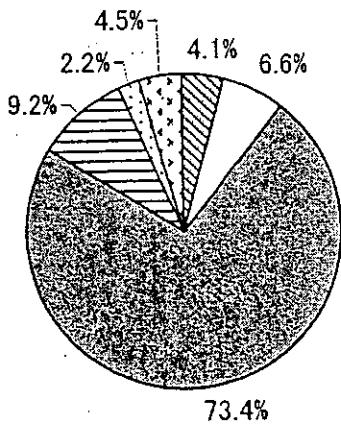
- ①自宅、勤務先から近い (202)
- ②治療、技術が高い (115)
- ③設備が充実している (191)
- ④休日、時間外も受診ができる (68)
- ⑤他の病院からの紹介 (140)
- ⑥以前に受診した (173)
- ⑦家族、知人にすすめられた (31)
- ⑧公立病院である (118)
- ⑨その他 (28)

前回との比較

1. 2については大きな変動はない。

2. 当院への通院方法について（いくつでも可）（のべ回答 638）

2

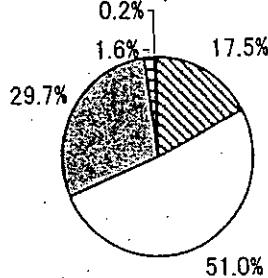


- ①徒歩 (26)
- ②自転車、バイク (42)
- ③自家用自動車 (468)
- ④タクシー (59)
- ⑤バス (14)
- ⑥電車 (29)
- ⑦その他 (0)

3. 当院の施設、設備について

A 案内表示の状況（553）

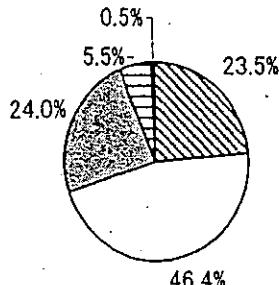
3-A



- ①大変良い (97)
- ②良い (282)
- ③普通 (164)
- ④悪い (9)
- ⑤大変悪い (1)

B 待ち番号表示システムの状況（549）

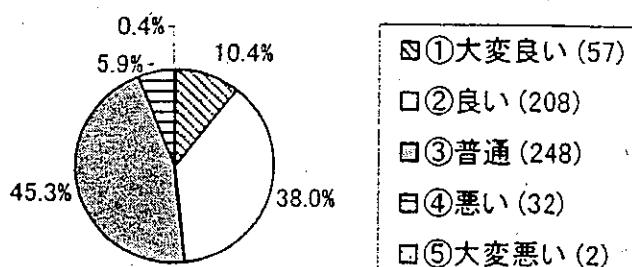
3-B



- ①大変良い (129)
- ②良い (255)
- ③普通 (132)
- ④悪い (30)
- ⑤大変悪い (3)

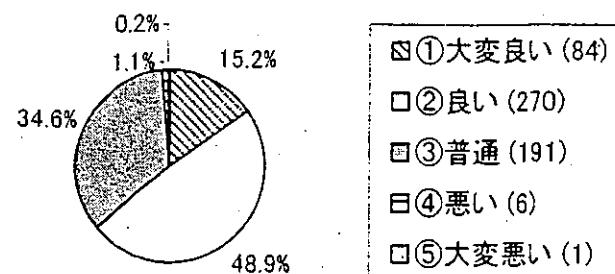
C 待合室の状況 (547)

3-C



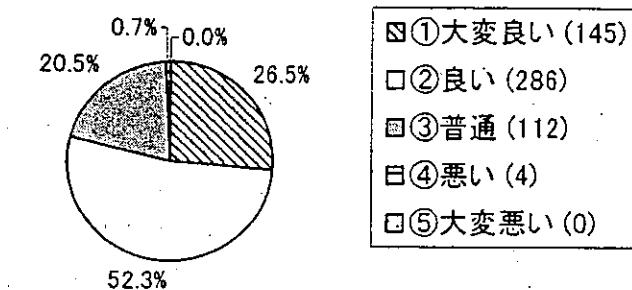
D 診察室の状況 (552)

3-D



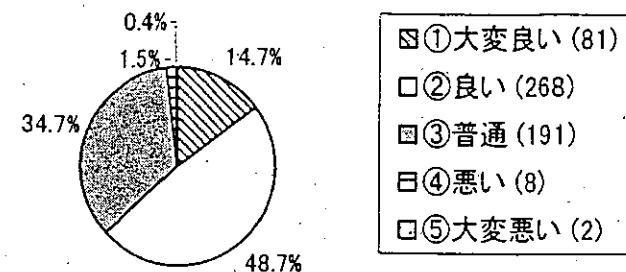
E トイレの状況 (547)

3-E



F 照明の状況 (550)

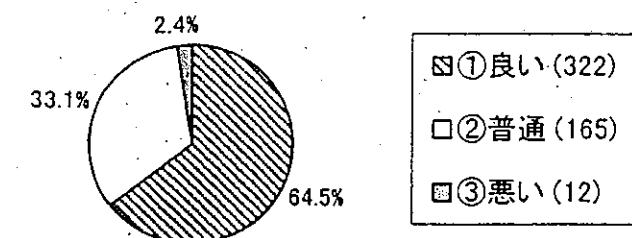
3-F



4. 受診時の状況について

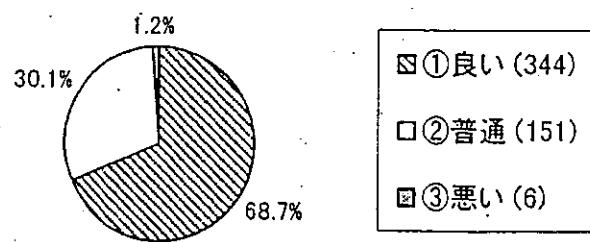
A 医師の説明(治療や検査など) (499)

4-A



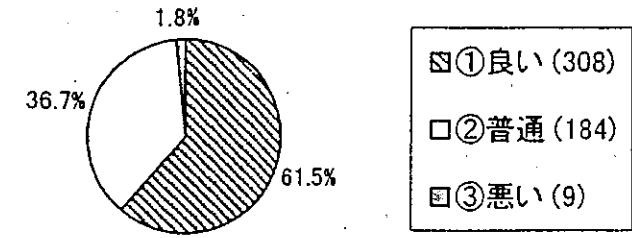
B 医師の応対 (501)

4-B



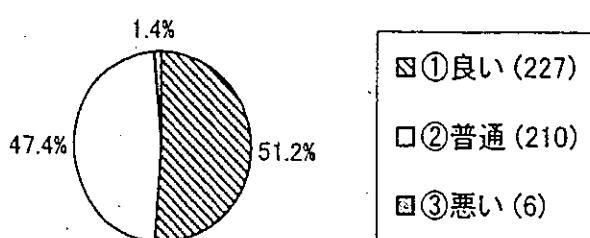
C 看護職員の応対 (501)

4-C



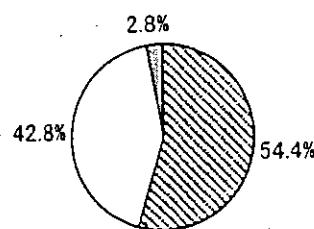
D 臨床検査技師・放射線技師・薬剤師の応対 (443)

4-D



E 事務職員（受付・会計など）の応対（500）

4-E



3. 当院の施設・設備について

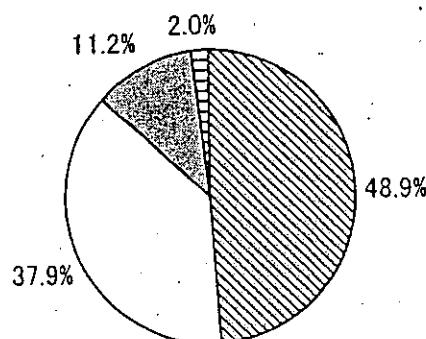
「大変良い」「良い」が全体的に2~5ポイント増加しているが、待合室の状況は「悪い」も増加している。

4. 受診時の状況について

医師の説明は「良い」も「悪い」も多少増加、事務職員は「良い」が5ポイント増加している。その他は大きな変動はない。

5. 診察開始から会計終了まで、どのくらい時間がかかりましたか。（491）

5



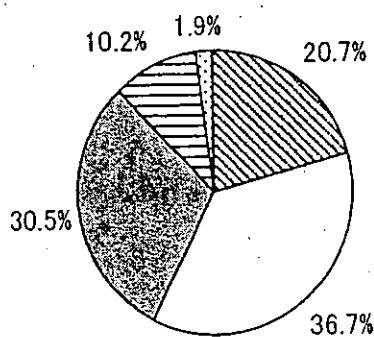
5. について、

「1時間以内」が5ポイント減少、「3時間以上」が2ポイント減少、「1~2時間」が7ポイント増加している。

6. 予約の患者さまにお聞きします。

診察予定時間から診察開始までに、どのくらいお待ちになりましたか。（430）

6



6 の予約患者については、「時間通り」が6ポイント減少、「2時間以上」も多少減少しているが、その他は1~4ポイント増加している。

第1回公立病院等地域医療連携のための有識者会議・議事概要

○日 時：平成20年3月25日（火）

午後1時30分～午後2時55分（1時間25分）

○場 所：自治センター 4階 大会議室

○出席委員：松尾名古屋大学附属病院長始め10名

○傍聴者：8名

1 神田知事あいさつ

- ・本日、お集まりいただいた方は本県の医療の中心的な立場で県民の健康等に力添えいただいている方々である。改めてお礼申し上げる。
- ・最近の医療問題で最も関心が高いのは医師確保問題である。全国知事会社会文教常任委員会委員長の立場で国などに政策提言、地域の声を届けているところである。
- ・本県の公立病院の状況は医師不足のため十分機能を果たしていない病院も現れているところである。今後、改革プランを作成していくわけであるが、重要なポイントは再編・ネットワーク化であると考えている。これがうまくいくかは大変難しい問題であるが、地域医療を守るためにもこの困難な状況を何とか打開したいと考えているので、知恵と力を借りしたい。

2 座長選出

松尾委員を座長に選出

3 座長あいさつ

- ・地域医療が非常に悪化しており、深刻な事態となっている。
- ・その原因は勤務医不足にあると言われているが、これは表面的な問題であり、その背景には様々な大きな問題があると考える。これらの問題は早急に解決できるものではなく相当な議論と時間が必要である。しかし、その間にどんどん医療の状況が悪化し、ますます県民を不安に陥れている。
- ・この会議の目的を踏まえ、根本解決にはなりえないかもしれないが、地域医療を崩壊させないための効率的で実効性のある当面の対策を打ち出すために積極的に議論し、なるべく早い時期に提言としてまとめていきたいと考える。
- ・提言をまとめた後はその実行に向けて議論していきたい。

4 各委員の発言

（1）菱田委員（藤田保健衛生大学病院 病院長）

- ・大学病院とはいえ医師不足問題は生じている。
- ・二次医療圏を越えた連携も検討しながら、私どもの持っている医療資源を有効に使う連携をしていただきたい。

(2) 戸苅委員（名古屋市立大学病院 病院長）

- ・公立病院の役割をもっと県民に分かりやすく公表し、病院を支えるのは地域全体であるとの認識のもと、例えば開業医が病院に出向いて診療を行うなどの協力が必須なのではないかと思う。
- ・救急医療をうまく運用することにより医師の偏在とか、病院間の問題もクリア出来ると考える。しかし、現在は国民が救急医療というものを誤解している状況、つまり一次、二次、三次の意味も充分伝わっておらず、時間外に専門医を求めている状況である。救急医療には専門性を求めず、内科系救急、外科系救急といった体制の構築を行い、「救急医」といった概念を打ち出した形で公立病院の再編・ネットワーク化を構築していくべき対策になるのではないかと考える。

(3) 石川委員（名古屋第二赤十字病院 院長）

- ・再編・ネットワーク化に向けての視点は、まず第一に、社会的要請が高く、かつ緊急の課題である救急医療を視点として考えるべきである。
- ・各病院が救急医療を行えるのかどうか、行えるとすれば一次か、二次か、三次かを明確にし、地域ごとの救急医療施設配置図を作成する。
- ・現在、三次救急病院に患者が集中しており、重症患者のベッド確保が困難な状況であることを鑑みて、地域ごとの三次救急病院と二次救急病院、あるいは三次救急病院と慢性期病院とのネットワーク（連携システム）を作り、患者の転送等が容易に行えるようにする。
- ・その際、各病院が現在持っている機能ができる限り維持することを優先して、各病院の機能、専門性等を明確にして地域ごとの有機的なネットワークとする。

(4) 末永委員（愛知県公立病院会 会長）

- ・この公立病院改革プランを来年度中に作成することは難しいと考えている。なぜなら、経営の効率化はどの病院も行っていることであり、やっているのに経営の改善に繋がらない。これは、低医療費政策によるものであるが、それを抜きに経営の改善は極めて難しいと考える。
- ・この総務省のガイドラインのポイントのうち、経営の効率化、経営形態の見直しはそれぞれの自治体が考えるべきものであるが、再編・ネットワーク化については是非県が強力なリーダーシップを発揮して欲しい。
- ・ただし、再編・ネットワーク化は数年先の話であるが、そこに至るまでに病院としてどう持ちこたえるかが公立病院院長の悩みである。
- ・この会議では、医療の必要度、提供体制も考えていかないと再編・ネットワーク化ということも絵に描いた餅になる。
- ・既に悲鳴を上げている地域から具体的に検討していく必要がある。

(5) 松本委員（社団法人愛知県病院協会 会長）

- ・公立病院の役割として民間病院の提供が困難な医療を提供するとあるが、最近は民間も公的も差は余りないのでないかと考える。
- ・地域では、民間病院も含めて話し合うべきである。
- ・二次医療圏も今までよいか検討していく必要がある。

(6) 山本委員（愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院 院長）

- ・救急外来に自力でみえる方の内、9割は自宅にお帰りになる。また、救急車で来院されても6～7割は自宅に帰ることになる。安城更生病院の平均在院日数は12日であるが、満床で重症患者の受け入れに苦慮している状況である。
- ・軽症患者が三次救急病院に集中する傾向にあるので、救急体制を整備する一方で、コンビニ医療を避けるため、住民の理解を得るように、病院と自治体が協力しての努力が望まれる。

(7) 小林委員（名古屋第一赤十字病院）

- ・二次医療圏というものは行政の区分けであるが、医療機能を考えた圏域を設定すべきではないか。
- ・人口30～50万人程度に1か所高度急性期総合医療の出来る病院があつてその周りに衛星的に他の医療機関や病院が取り囲むといった形となればいいのではないか。その場合の医療機関としては必ずしも病院ではなく高度な診療所でもいいのではないか。
- ・我が国の病院における医師不足に関して、例えば〇ECD加盟諸国との比較数値等を出していただきて、いかに医師、看護師等が不足しているかという認識のもとに検討すべきである。個々の医療機関での不足医師を確保しようとするならば、その医療機関が何を売りにしているのかといったことを打ち出していくべきではないか。
- ・医師は研修しながら成長していくために、大勢の医師の中で勉強したいと考えるのは当然である。

(8) 伊藤委員（愛知医科大学病院 病院長）

- ・医師不足の原因は、文部科学省が大学院大学を打ち出したこと、厚生労働省が研修制度を変更したことが原因ではないか。大学院大学となり学問としては進んだけれども医師養成機関としては不足となってしまったことによると思う。
- ・ただし、医師数のトータルは変わっていないので、時間が経てばもう少しうまく回るようになるのではないか。
- ・最近、話題となっている病院を実際に見てきた。それぞれの病院は、医師がいれば街の活性化に繋がると考えて立派な建物を建てている。ところが、医師不足となって苦しい状況となっている。また、市町村合併により、同じ自治体に2か所病院が出来てしまったところもあり、大学としてもなかなか派遣しにくい状況である。今回の機会はいい機会であるので県に指導力を発揮していただきたい。

(9) 妹尾委員（社団法人愛知県医師会 会長）

- ・今困っているのはやはり救急医療である。救急医療をいかに県民に効率的に提供できるかということがポイント。
- ・医療提供体制をどうするかということは中長期的なものであるが、ある程度、理想論で押していくかしないといけない。医療機関を一次、二次、三次医療といった分け方、急性期、回復期、慢性期、在宅医療といった機能別な分け方、疾患別の分け方の3つとおりある。
- ・高度救命救急がどれくらい必要かといったところから議論したい。救急医が不足している状況で救命救急が行えない状況も出てくる。
- ・愛知県全体の医療提供体制を検討した上で、公立病院の改革を検討していきたい。

4. 座長から

・平成16年度から新しい臨床研修制度が始まり、昨年国立病院大学病院長会議で調べたところ、平成15年に比較して、平成16、17年度は入局者が1/3～1/4に激減してしまっている。平成18年度はそれほどでもないが、これは何を示しているかというと若手医師が流動化している状況を表している。以前のように、若手医師が大学の命令でどんな田舎にでも赴任するといったことは期待できないし、また、医師の過重労働により、勤務医が黙って辞めてしまい開業してしまうということも起きている。再編・ネットワーク化というか医師の配置というかどこに重点的に配置していくかということを提言していくことになると思うが、医師の勤務条件も各自治体では是非しっかり考えていただきたい。これも、提言の中に盛り込んでいきたい。

(今後の予定)

- ・今日の議論を事務局で整理し、次回までに各委員に示し、次回の会議では地域にどういう投げかけをするかを議論し、出来るだけ早く地域に投げかけをしたい。
- ・次回は4月下旬から5月上旬で調整。
- ・この会議は5回行うと決めているので、10月程度まで日程を決めて、多忙な委員が集まらないことにより対応が遅くならないようにしたい。

公立病院等地域医療連携のための有識者会議からの報告書（中間とりまとめ）について

地域医療を守る観点から注目すべき政策医療

- 地域医療を守る観点からは、救急医療体制の確保が最大の課題
 - ⇒ 再編・ネットワーク化の検討は、中・長期的視点に立ちつつ、まずは当面の救急医療体制確保の観点から行うべきである。

救急医療体制の確保のための基本的な考え方

- 公的・民間病院を含めた地域の医療機関の役割を明確化することが必要
 - 365日24時間、救急患者が受診できる体制を確保するため、地域の実態に則した検討を行い、外来・入院の機能を分けて医療提供体制を構築
 - ⇒ 「外来救急医療」（患者が自ら医療機関に赴き
通常の診療時間外に受診）
 - ⇒ 「入院救急医療」（入院治療を必要とする救急医療）
- } を区分し、それぞれの医療提供体制を構築する。

外来救急医療体制の確立

- 救急医療は地域全体で支えるものとの認識を共有し、実情に応じて地域の医師会等が中心となって対応
 - ⇒ 診療所における時間外診療の拡大を図ることや、外来救急医療を定点（決まった場所）で行うことを検討すべき。

入院救急医療体制の確立

- 現在の2次輪番という役割にとらわれず、医療機関の機能に即した検討が必要
- 高度救命救急医療機関（救命救急センター）等を中心に365日24時間、複数の医療機関が対応できる体制を確保
 - ⇒ 緊急性の高い疾患（心筋梗塞、脳卒中など）は、高度救命救急医療機関等が対応し、緊急性の高くない疾患については、それ以外の医療機関で対応する。

医師確保のための環境整備

- 大学は、救急医療体制の中で位置づけられた病院に対し、優先的な勤務医の配置を可能とするシステムの確立が必要
 - ⇒ 大学間の連携を図るシステムの確立が必要である。
- 地域医療を守る観点により、中核的な病院から他の病院へ臨時的な医師派遣が必要
 - ⇒ 中核的な病院と大学が十分協議し、連携を図ることが必要である。

「公立病院等の地域医療連携に向けて（中間とりまとめ）」より抜粋

公立病院等地域医療連携のための有識者会議について

構成員名簿（敬称略・五十音順）

石川 清	名古屋第二赤十字病院 院長
伊藤 隆之	愛知医科大学病院 病院長
稻垣 春夫	社団法人愛知県病院協会 会長 (トヨタ記念病院長)
小林陽一郎	名古屋第一赤十字病院 院長
末永 裕之	愛知県公立病院会 会長 (小牧市民病院長)
妹尾 淑郎	社団法人愛知県医師会 会長
戸苅 創	名古屋市立大学病院 病院長
菱田 仁士	藤田保健衛生大学病院 病院長
座長 松尾 清一	名古屋大学医学部附属病院 病院長
山本 昌弘	愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院 顧問

会議の開催状況

【第1回会議】平成20年3月25日（火）

- 公立病院改革プランのポイント説明
- 公立病院改革プランのうち再編・ネットワーク化プランに関する検討体制・スケジュール説明
- 再編・ネットワーク化に向けた論点整理について意見交換

【第2回会議】平成20年4月30日（水）

- 第1回会議における意見を踏まえ、「公立病院等地域医療連携のための論点整理」について説明
- 論点整理内容について意見交換

【第3回会議】平成20年5月27日（火）

- 「公立病院等の地域医療連携に向けて（中間とりまとめ）」について検討

○
○
○
○
○
公立病院等の地域医療連携に向けて
<中間とりまとめ>

○
○
○
○
○
平成20年5月27日
公立病院等地域医療連携のための有識者会議

<目次>

1 はじめに	• • • 1
2 地域医療を守る観点から注目すべき政策医療	• • • 3
3 救急医療の現状認識	• • • 3
4 救急医療体制確保に向けての検討の進め方	• • • 5
5 救急医療体制の確保のための基本的な考え方	• • • 5
6 外来救急医療体制の確立	• • • 6
7 入院救急医療体制の確立	• • • 7
8 各公立病院における取り組み	• • • 9
9 県の果たすべき役割	• • • 9
10 医師確保に関する事項	• • • 10

1 はじめに

公立病院は、地域における基幹的な医療機関として、地域医療の確保のために重要な役割を担っているが、近年、多くの公立病院において、経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされる事態が生じており、それが地域医療に深刻な影響を与えている。

また、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、地方公共団体の財政運営全体の観点から、一層の健全経営が求められており、これを受け平成19年12月24日に策定された「公立病院改革ガイドライン」において、病院事業を設置している地方公共団体は平成20年度内に「公立病院改革プラン」を策定し、経営改革に総合的に取り組むこととされている。

しかし、公立病院の経営改革は、「地域医療の確保」と切り離しては考えられないものであり、その視点を抜きにしては、公立病院の存在意義自体が厳しく問われることとなる。

○ 公立病院改革プランは、「経営の効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態見直し」の3つの視点で策定することとされているが、「地域医療の確保」の観点からは特に「再編・ネットワーク化」が重要な視点であり、公立病院が経営改革を図りつつ、地域医療の確保のための役割を担うためには、地域における公立病院を含めた医療機関相互の医療連携体制を構築していくことが、何より重要であると考えられる。

そこで、地域医療において確保すべき医療連携は何であるか、その中で公

立病院の果たすべき役割はどうあるべきかを、医療提供側の立場から、また医師派遣側の立場から、このたび「公立病院等地域医療連携のための取り組み方針」として提示することとした。

また、近年の医師不足の一因ともなっている、病院勤務医の病院離れを防ぐため、医師が働きやすい、意欲を持って勤務できる病院の環境・条件についても、基本的な考え方を示すこととした。

各地方公共団体における公立病院改革プランの策定及び、地域における医療連携のあり方について議論する際の参考としていただきたい。

2 地域医療を守る観点から注目すべき政策医療

- 地域医療を守る観点からは、県民の安心・安全に直結する救急医療体制の確保が最大の課題となっており、再編・ネットワーク化を検討するにあたっては、中・長期的視点に立ちつつ、まずは当面の救急医療体制の確保を図る観点から行うべきであると考える。

3 救急医療の現状認識

- 現在、医療機関においては医師不足が重要な問題となっているが、医師不足等を原因とした一部の医療機関での救急医療の休止が近隣の医療機関の負担増につながっており、このような状況が継続すればさらなる救急医療体制の崩壊が危惧される。

医師不足のため診療制限している公立病院（平成20年4月1日時点における見込み）

【単位：病院】

2次医療圏	公立病院数 （※1）	医師不足のため診療制限している公立病院	主な診療制限（※2）の内訳			
			時間外救急受入制限	分娩対応休止	診療科休止	入院診療休止
名古屋	7	3	0	1	0	1
海部	2	2	2	1	1	2
尾張中部	0	0	0	0	0	0
尾張東部	1	0	0	0	0	0
尾張西部	6	4	0	1	2	1
尾張北部	2	1	0	0	0	0
知多半島	5	2	0	1	0	1
西三河北部	1	1	0	0	0	0
西三河南部	5	4	3	0	1	2
東三河北部	2	1	1	1	1	0
東三河南部	3	2	0	0	1	2
計	34	20	6	5	6	9

※1 「公立病院」は自治体が設置する病院である。（市町立病院等29施設及び県立病院5施設）

※2 「主な診療制限」以外の診療制限の内容

入院診療制限、分娩数制限、診療日数縮小、診療時間縮小、初診患者受入制限、検査制限（内視鏡等）

- 1次、2次、3次医療といった医療提供側からみた救急医療体制と、県民・患者の意識・行動には乖離がみられる。

具体的には、県民・患者は時間外においても専門医を求め、3次医療機関に集中する傾向が認められ、軽症患者の時間外受診が増加している。

〔平成19年度愛知県医療実態調査によれば、時間外受診患者のうち入院が必要な者は全体の11.0%となっている。〕

その結果、救急医療に携わる医師の負担が増加し、本来の2次、3次の救急医療機関としての機能が阻害されるとともに、医師が救急医療の現場を去ることが懸念される。

時間外診療に関する調査(H19.3.1~31の1ヶ月間の実績)

(平成19年度愛知県医療実態調査)

医療機関数	時間外受診患者のあった医療機関数及び患者数							左記のうち時間外入院患者のあった医療機関数及び患者数											
	受診患者数	診療科内訳						医療機関数	入院患者数	診療科内訳									
		内科	外科	小児科	整形外科	脳神経外科	その他			内科	外科	小児科	整形外科	脳神経外科	その他				
名古屋	111	33,709	13,189	2,654	6,337	3,644	931	6,972	84	4,357	1,800	386	505	341	232	1,192			
海部	8	3,520	1,516	112	697	391	254	550	5	385	226	31	46	24	30	28			
尾張中部	2	787	414	312	61	0	0	0	1	69	31	38	0	0	0	0			
尾張東部	15	8,442	2,693	286	2,012	682	295	1,680	10	1,070	414	79	166	56	67	268			
尾張西部	16	8,971	3,447	762	3,086	611	321	744	15	717	353	52	118	58	61	91			
尾張北部	21	10,778	3,926	557	2,632	1,062	435	2,166	16	1,098	436	144	172	59	56	231			
知多半島	20	7,081	2,446	515	1,756	713	377	1,266	16	865	296	45	162	69	73	228			
西三河北部	14	9,066	4,166	549	2,449	595	278	1,029	9	702	312	46	138	54	41	121			
西三河南部	33	16,417	5,240	742	3,784	1,830	704	4,120	25	1,655	513	116	234	134	104	554			
東三河北部	6	340	167	80	22	43	5	23	3	28	13	9	1	3	0	2			
東三河南部	34	9,957	3,483	398	2,385	1,234	600	1,857	21	1,033	409	91	107	95	108	223			
計	280	109,068	40,687	6,967	25,221	10,805	4,200	20,407	205	11,979	4,803	1,037	1,649	893	772	2,938			
										入院／受診の割合(%)		73.2	11.0	11.8	14.9	6.5	8.3	18.4	14.4

4 救急医療体制確保に向けての検討の進め方

- 救急医療の検討にあたっては、医療機関数、医師数等の医療資源の状況が地域によって異なることから、地域の実情に応じて行うことが必要であり、2次医療圏ごとに設置する地域医療連携検討ワーキンググループ（以下「圏域WG」という。）において検討する。
- その上で、圏域を越えた検討が必要となる場合には、複数の圏域WGを合同で開催することが適当である。
- 今後、各地域における圏域WGでの検討を踏まえ、各公立病院において再編・ネットワーク化に係るプランが策定されることとなるが、策定・提出されたプランについては、当会議においても検討を行い、そのプランが地域医療連携を進めるうえでより有効なものとなるよう、適宜必要な助言を行うこととする。
- 検討にあたっては、現在問題が顕在化している地域から行っていく必要があり、具体的には、海部地域、東三河地域などから重点的に進めていくこととする。

5 救急医療体制の確保のための基本的な考え方

- 救急医療体制において最も重要なことは、365日24時間、救急患者が受診できる体制の確保を図ることであり、地域における検討にあたっては、こうした視点に立って、公的・民間病院を含めた地域の医療機

関の役割を明確にしていくべきである。

- 医師・看護師等の医療資源が限られている現状において、365日24時間の救急医療体制を確保するためには、1次、2次、3次と区分された従来の救急医療体制にとらわれることなく、実態に則した検討をすることが必要である。
- 具体的には、外来救急医療（患者が自ら医療機関に赴き通常の診療時間外に受診するものをいう。従来の1次救急医療に相当。）と入院救急医療（入院治療を必要とする救急医療をいう。従来の2次3次救急医療に相当。）を区分し、それぞれの医療提供体制を構築していくことが適当と考える。
- また、救急を専門とする医師は、実際、どこの病院でも充足されているとは言えず、救急を専門とする医師のみで救急対応を行うことは不可能というのが現状である。
- そのため、救急は病院の医師全員で対応するという考え方を院内で徹底することや、県民・患者にこうした現状を理解してもらうことが必要である。

6 外来救急医療体制の確立

- 外来救急医療については、その多くが入院を要しない比較的軽症の患者で占められている現状にあることから、まずは、日ごろから患者に最

も近くで接している診療所等で対応し、必要に応じて入院救急医療を行う医療機関を紹介する体制を構築することが必要である。

- 全ての診療所において常に時間外対応を行うことは困難であるが、救急医療は地域全体で支えるものとの認識を共有し、それぞれの実情に応じて地域の医師会等が中心となって対応することが求められる。
- 例えば、診療所における時間外診療の拡大を図ることや、患者の分かり易さと利便性を考慮し、病院内に診療所を設けるなど、外来救急医療を定点（決まった場所）で行うことを検討すべきである。
- また、患者が安心して受診するためには、必要と判断された時にすぐ入院ができることが必要であり、外来と入院の救急医療機関相互の距離を考慮しつつ、有機的なネットワーク体制を構築することが必要である。
- このような救急体制を整備し、実際に機能させるためには、比較的軽症の患者がまず最寄りの外来救急医療を担う医療機関に受診することが重要であり、行政関係者が認識を共有したうえで、県民・患者への啓発、周知を図っていくことが何より必要である。
- さらに、緊急性のない時間外受診を抑制する方策についても、具体的に検討する必要がある。

7 入院救急医療体制の確立

- 現在の2次救急医療体制にとらわれず、それぞれの医療機関の機能に

即した検討を行うべきである。

- 入院救急の医療提供体制は、高度救命救急医療機関（3次救急医療機関＝救命救急センター）及びそれに相当する機能を有する医療機関（「高度救命救急医療機関等」という。）を中心に、地域において365日24時間、複数の医療機関が対応できる体制を確保することが必要である。
- この場合、緊急性の高い疾患（心筋梗塞、脳卒中、意識障害を伴う多発性傷害、急性消化管出血など）に対しては、高度救命救急医療機関等が複数で対応し、緊急性の高くない疾患については、それ以外の医療機関で対応する。
- こうした機能分化を推進し、地域の実情に応じて、現在ある医療資源を最大限に生かすことが必要である。
- また、病床稼動率が高い高度救命救急医療機関においては、常に重症患者を主とした救急患者の受け入れができるよう、一定数の病床を確保する必要があり、急性期を過ぎた（亜急性期等）患者及び、高度救命救急の必要のない患者を受け入れる病院との機能分担を図ることが必要と考えられる。
- 上記の入院救急体制を確立したうえで、緊急性のない疾患については、救急車による搬送を求めないよう、行政機関が共通認識を持って、県民・患者への啓発、周知を図っていくことが、外来救急医療体制の場合と同様に重要である。

8 各公立病院における取り組み

- 公立病院においては、上記に示した考え方を参考として、圏域WGにおける検討を踏まえ、地域医療における当該公立病院の役割を明らかにすることが求められる。
- 従来、救急医療を担ってきた公立病院にあっても、地域医療連携の中で亜急性期の医療を担うことを求められた場合などには、こうした機能を担うことを公立病院の新たな役割とすることも考えられる。

9 県の果たすべき役割

- 救急医療体制の維持が危機的な状況と判断される場合、県は、地域における具体的な検討において、個々の医療機関の利害にとらわれることなく、地域医療を守る観点から、積極的に提言し、調整を行わなければならない。
- 救急医療の体制を確保した後においては、関係者の意見を踏まえ、医療機関相互のネットワークが効率的に機能しているか、県民・患者の安心・安全にどのように貢献しているかについて、検証を行うことが必要と考える。

10 医師確保に関する事項

- 勤務医師のこれ以上の減少を食い止めるためには、病院が医師にとつて魅力的な病院であることが求められる。
- 医師の勤務条件についても、給料等の待遇面はもちろんのこと、医師にとって働きやすく、診療に専念できる環境を整える必要がある。
具体的な環境整備の例示としては、次のことが考えられる。

◇当直業務の縮小

◇研修体制の整備 — 院内勉強会、学会への参加

◇医療行為以外の事務の削減

- ・請求事務の負担軽減（医療秘書（診療補助）の配置など）

- ・苦情対応の負担軽減（苦情対応専門職員の配置など）

- 医師が働きがいのある病院であるためには、各病院が有する医療機能を最大限発揮するための環境を整えることが必要であり、そのためには院長に人事や経営に関する権限が十分に付与され、長期的視野に立った医療施策の実施や、医療制度改革などへの機敏な対応がなされることが求められる。

- 医師不足の原因の一つとして、女性医師が増加し、結婚・出産後の職場復帰が進まないことも挙げられており、女性医師の働きやすい環境を整えることも、重要な対策の一つである。

- さらに、医師派遣を行う大学は、救急医療体制の中で位置づけられた病院に対し、優先的に勤務医の配置を行うことを可能とするシステムの確立が必要である。
- こうしたシステムを実効性のあるものとするためには、医師派遣を中心となっている大学内において、ここに述べられた考え方が共通認識となるよう、理解を求めていくとともに、大学間の連携を図るシステムの確立が必要である。
- 地域における中核的な病院においても、地域医療を守る観点から、他の病院への臨時的な医師派遣が必要となる場合もある。こうした対応について、中核病院と大学が充分協議し、連携を図ることが必要である。

公立病院等地域医療連携のための有識者会議構成員名簿

(敬称略)

座長 松尾 清一 名古屋大学医学部附属病院 病院長

石川 清 名古屋第二赤十字病院 院長

伊藤 隆之 愛知医科大学病院 病院長

稻垣 春夫 社団法人愛知県病院協会 会長

(トヨタ記念病院長)

小林陽一郎 名古屋第一赤十字病院 院長

末永 裕之 愛知県公立病院会 会長

(小牧市民病院長)

妹尾 淑郎 社団法人愛知県医師会 会長

戸苅 創 名古屋市立大学病院 病院長

菱田 仁士 藤田保健衛生大学病院 病院長

山本 昌弘 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院 顧問