

高齢社会になり、生活も大きく変わりつつあり、住み慣れた地域で最期まで過ごすためには医療・介護・福祉の計画的な対応＝「地域包括ケア」が必要になっています。伊勢市で在宅医療に携わる私たちは、その現実と見通しを日々考えざるを得ません。

基本は人口減少社会の 2025 年を見据えて伊勢志摩地域での「地域医療構想」(資料 1)^{2~10ページ}という見通しが立てられ検討されています。高齢者になると、心身の不調を何度か繰り返すため、入院し在宅に復帰するケースが増えています。現状の病院は、在宅復帰のためには上手く機能していません。日赤病院は救命救急を兼ね持つ急性期病院のため、入院後は早期退院を迫られます。慶友病院や田中病院は医療的処置が必要な方の慢性期の療養に対応しますが、在宅へ戻る数は多くはありません。地域医療構想では、伊勢病院に回復期や地域包括ケアと結びつく機能が求められると論議されていますが実現の道筋は見えません。

また伊勢病院は再建築へ議会手続きが進んでいますが、市長も認める 3 重苦(耐震性・医師不足・経営難)があり、この先、特に後 2 者には根本的な改善は見通せていません。私たちは、高額な建築費を要し旧来通りの場所と規模や機能で再建するだけでは、新築後に、存続の危機が遠からず再燃すると危惧しています。

現在の伊勢病院の機能は、時を追って低下しています。そのデータは地域医療構想の中でも公開されています。日赤に張り合っ急性期病院を維持した過去の時代は去りました。地域全体の医療体制維持のために、少ない医師数でも工夫して連携する病院づくりを本気で考えないと、公立病院が陥る危機そのものになります。総務省が求める「公的病院の新ガイドライン」(資料 2)でも、地域へ向いた機能への改編が義務的に求められています。

11~26ページ

在宅療養を担当する地域の医師は、私たちのような在宅療養支援診療所だけではありません。多くの診療所の先生方が一般外来診療の傍らで、かかりつけの患者さんを粘り強く診ておられます。高齢者には認知症を抱える方の割合も増え、がんの再発をくり返しつつ入院よりも在宅を望まれる気持ちも強くあります。在宅療養に行き詰まりが見えた時に、相談支援の手を差し伸べ、短期入院や機能回復を保証する病院は、地域包括ケアのために何よりも必要です。伊勢病院が、自ら外へ手を伸ばして在宅療養を率先して支援する形を整えるなら、地域にとっては大きな役割と安心を果たすと思います。

現状で、市が「どれだけ費用が増そうと作らなければ」と建築を急ぐ病院は「箱もの」ではありません。何年か先に、用途に合わせて内部を造り替えることの困難さは、現病院が増築に次ぐ増築で、すでに経験したはずです。ヘリポートや急性期病棟偏重の計画にこだわっては、地域医療への貢献で後悔することになると思います。命を救うべく訓練されている医療関係者には自明の方針があります。治療の計画を立てても、途中で現状把握して修正の努力を忘れません(ハーフコレクト＝道のり半ばでの再検討)。病院計画もその命を救うべく現状に合わせて修正が必要だと思います。伊勢市関係者の再検討をお願いします。

5) 基幹病院の医療提供の状況

		伊勢赤十字病院	市立伊勢 総合病院	三重県立 志摩病院	
病床数(許可)		655	322	250	
病床数(稼働)		655	301	208	
病床利用率(許可病床数ベース)※		91.0%	56.1%	46.8%	
新規入棟患者数(1ヶ月間)		1,962	395	239	
救急車受入件数		9,290	1,480	1,735	
入院基 本料 (件)	7対1	1,494	22	0	
	10対1	0	0	301	
	13対1	0	0	0	
DPC		II群	III群	III群	
疾病 対応 (件)	がん	悪性腫瘍手術	84	19	10
		化学療法	119	25	10
	脳卒 中	超急性期脳卒中加算	*	0	0
		脳血管内手術	*	0	0
	心筋 梗塞	経皮的冠動脈形成術	32	*	0
分娩		20	0	0	
手術 (件)	総数	675	12	95	
	皮膚・皮下組織	36		14	
	筋骨格系・四肢・体幹	103		36	
	神経系・頭蓋	28		*	
	眼	78		*	
	耳鼻咽喉	54		*	
	顔面・口腔・頸部	24		0	
	胸部	27		*	
	心・脈管	218		*	
	腹部	213		37	
	尿路系・副腎	18		*	
	性器	51		0	
	歯科	*		0	
	胸腔鏡下手術	*	*	0	
腹腔鏡下手術	33	18	*		
リハビ リ (件)	総数	249		94	
	心大血管	25		0	
	脳血管疾患等	116		*	
	運動器	103		72	
	呼吸器	11		15	
退棟 患者 数 (1ヶ月 間)	総数	1,957	387	240	
	院内の他病棟へ転棟	747	44	16	
	家庭へ退院	1,004	302	172	
	他の病院、診療所へ転院	89	3	15	
	介護老人保健施設に入所	20	8	16	
	介護老人福祉施設に入所	18	7	3	
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	13	3	8	
	死亡退院等 その他	66 0	20 0	10 0	

出典)平成26年度病床機能報告

※病床利用率は三重県医療対策局調査(平成26年度)

注)個人情報保護の観点から、1以上10未満の値を「*」で秘匿している項目があります。

伊勢志摩地域の 2025 年における必要病床数（参考値）

病床の機能区分ごとの医療需要と必要病床数（患者住所地）

患者住所地	2025 年必要病床数	2014 年病床機能報告
高度急性期	217.1	704
急性期	617.4	711
回復期	601.4	185
慢性期	471.5	376
計	1,907.4	1,976

病床の機能区分ごとの医療需要と必要病床数（医療機関所在地）

医療機関所在地	2025 年必要病床数	2014 年病床機能報告
高度急性期	230	704
急性期	610	711
回復期	640	185
慢性期	390	376
計	1,870	1,976

○必要病床数の推計の考え方

・患者住所地の必要病床数については、2次医療圏ごとの将来の医療需要及び必要病床数の値を市町別の性・年齢階級別推計人口で単純に按分し積み上げています（厚生労働省提供の地域医療構想策定支援ツールによる算出値）。なお、個人情報保護の観点から、市町ごとの値が10未満の場合は非表示となっており、各構想区域の合計は2次医療圏の値とは一致しません。

・医療機関所在地の必要病床数については、構想区域ごとの患者住所地の必要病床数推計値をベースに、患者の受療動向（厚生労働省提供の市町別受療動向分析ツールによる流出割合）を活用し、算定した参考値です。

算定にあたり、4つの病床機能の区分については、以下のとおり入院基本料等の種別で置き換えて計算しています。また、患者の受療動向（厚生労働省提供の市町別受療動向分析ツールによる流出割合）は、地域性の明確な地域保険の電子レセプト（国民健康保険と後期高齢者医療制度）を用いており、地域保険の性格上、年齢に偏りがあります。

①高度急性期と急性期 → 一般入院基本料（7対1, 10対1）、DPC入院、特定機能病院一般入院基本料、専門病院入院基本料

②回復期 → 一般入院基本料（13対1, 15対1）

③慢性期 → 療養病棟入院基本料

H28.8.1 H28年度分(10)

伊勢志摩地域の医療需要と必要病床数の試算値

病床の種類	2025年の医療需要(人/日)	25年の必要病床数	15年の病床数
高度急性期	162.2	216	273
急性期	410.7	527	1096
回復期	403.3	448	195
慢性期	369.7	402	376
合計	1345.9	1593	2070

3 2025年に目指すべき医療提供体制の方向性

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、伊勢志摩区域については、平成27(2015)年から平成37(2025)年の10年間で27,000人の人口減が見込まれています。その後は5年ごとに約13,000~14,000人の人口減が見込まれています。

また、65歳以上75歳未満人口は平成27(2015)年頃をピークに、75歳以上人口は平成42(2030)年頃をピークに、その後減少していくことが見込まれています。

以上により、当該区域の医療需要は概ね減少していくことが予想されます。

このような中、平成26(2014)年病床機能報告の状況からは、伊勢志摩区域については回復期機能の一層の充実が求められるといえます。

- 伊勢赤十字病院については、伊勢志摩区域だけでなく全県的な見地からの高度急性期機能や急性期機能を担うことが期待されるのではないかと。また、回復期機能を一定程度確保することを検討してはどうか。
- 市立伊勢総合病院については、一定程度の急性期機能を担うほか、将来にわたり回復期機能の充実を図っていくことにより、患者が住み慣れた地域で療養生活を行うことができる体制の構築を検討してはどうか。また、在宅患者の急性増悪時の受入も担うこととしてはどうか。
併せて、伊勢赤十字病院と市立伊勢総合病院との相互の人的交流を通じて、診療上の連携を強化しながら、当該区域における医療従事者のキャリアアップを支援する方策を検討することも重要といえるのではないかと。
- 県立志摩病院については、伊勢赤十字病院等との連携を前提としつつ、地勢的に一定程度の急性期機能を担うことが求められるのではないかと。さらに、回復期機能又は慢性期機能の充実を図ることも期待されるのではないかと。

上記の詳細及びその他の病床を有する医療機関の機能については、将来にわたる人口動態等を踏まえながら、地域医療構想調整会議において引き続き検討していくこととします。

第 3 回伊勢志摩地域医療構想調整会議 概要

●めざすべき医療提供体制の方向性について

- ・方向性については、伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院しか書かれてないが、他の公的セクターの病院は考えなくて良いということか。
- ・市立伊勢総合病院については、3年後の建替え後の目標は、急性期 220 床（うち ICU、HCU20 床程度）、回復期 40 床、緩和ケア 20 床、療養型 20 床としたい。療養病床は、地域包括ケアの後方支援を行うという意識を持った医師の確保に努めるという形で話を進めていきたい。
10 年後の目標としては、市民のための病院として、地域の実情を見ながら、病院の機能のある程度フレキシブルに考えていきたい。
「回復期機能を一定程度確保」と記載されているが、どの程度なのかかわからない。地域包括ケアを行う上で、在宅医療を支える特定看護師、理学療法士、栄養士、保健師が恐らく中心となっていくため、連携して育成することや、様々な機関とのマッチングをしたいと考えている。
- ・地域医療構想調整会議では、この地域の人たちに安心安全な医療を提供するため、各病院がどういう機能を発揮していくか話し合っていくということであると思うが、過去 2 回の会議ではそのような議論はなかった。
前回、伊勢赤十字病院は、回復期機能も持っていかなければならないと言ったが、本来であれば病病連携、病診連携を進めて機能を集約したいと思っている。話が進んでいけば、また違ったものが見えてくると思う。
- ・県立志摩病院は、様々な病院と連携を進めていきながらやっていきたい。
- ・志摩地区では、県立志摩病院と志摩市民病院で看護師・医師が足りず募集をする等同じことをしているため、県においても、今後の方向性を考えてほしい。
- ・県提案については、各病院に受け入れられているということで良いか。⇒了承
- ・それぞれの病院の機能は、カテゴリに当てはめすぎるとオーバーフローする可能性があるので、一部重なることも必要かと思う。
- ・近くの地域で医療を受けられることは、ありがたいことであり、志摩の人が伊勢で入院すると本当に困ることもある。志摩市民病院のことも心配である。
- ・患者が住み慣れた地域で療養生活を行うことができる体制の構築は、どちらかといえば地域包括ケアシステムの中で市町が担う役割ではないかと思う。
- ・町立玉城病院は療養病床 50 床で、病床稼働率が 95%を超えている。他の病院との連携をお願いしたい。

- ・南伊勢町では、11月30日に、町長、院長、地域包括支援センター長、住民が集まり町立南伊勢病院を考える懇話会が開催された。昔のように最初から最後まで一つの病院で過ごすことができれば、町民は幸せなことではないかと院長は言っていた。南伊勢病院が、南伊勢の地域包括ケアの中核的な役割を担えるようしっかりと機能していきたい。
- ・病院からすぐ在宅というのは理想的であるが、高齢化が進み老老介護となってきた難しくなっている。急性期を乗り越えた患者がどこで過ごすかが問題であり、病病連携は重要であると思う。
- ・高度急性期が頂点なのではなく、機能分化であり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期は並立である。
- ・地域包括ケアをやっていく上で、人材育成のための人的交流は必要であると思う。公的、私的の病院関係なく、地域ぐるみで連携していくシステムを作っていかなければならない。
- ・地域医療構想は地域住民のためのものである。そのため、医師、看護師、臨床検査技師等全ての病院で働いている人がレベルアップしていくことが重要であり、人的交流をすることにより全体のレベルが上がっていくと思う。設立母体が違うと難しいと思うが、全国に誇れるような病院が連携した地域にできれば、素晴らしいことだと思う。地域の人が求めている病院像にするのが理想である。
- ・県がパブリックコメントを求める場合に、住民に目線を置いて分かりやすいように説明してほしい。
- ・地域医療構想のことは行政が住民に伝えるのか、病院側が伝えるものなのかわからない。住民が知ろうとしないのも問題である。

第 4 回伊勢志摩地域医療構想調整会議（平成 28 年 2 月 22 日実施）概要

●第 3 回調整会議及び在宅医療推進懇話会の概要について

- ・「南伊勢町町民誰もがいきいきと健康で暮らせるようなまちづくり」を南伊勢の地域包括ケアを進めていく時のキャッチコピーにしている。患者の立場になる前の町民という立場の時から、町立病院は町民の要望に関わり、安心を与えるような病院であろうとしている。財政的に厳しいが、町立病院を安全な高台へ移転する計画でいる。他地域にお願いすることも多々あるが、町の中で頑張れることはしっかり頑張っていきたい。
- ・県立志摩病院は、地域に回復期のベッドが少ないという状況もあり、平成 28 年 2 月 1 日から地域包括ケア病棟 30 床の運用を始めた。急性期病院は病状が安定すると、短い期間で患者を退院させるため、追い出されるように退院させられたと言われることもあるが、地域包括ケア病棟の運用により、家に帰るまでの準備期間として、また、リハビリをしたいという患者のニーズに対して、少しずつ対応している状況である。
- ・在宅医療推進懇話会と地域医療構想調整会議の今後の進め方について、資料 2-3 で図示されているが、地域で実情は違うため、市単位で話を進めていくべきである。
- ・在宅医療を普及していくには、身近で在宅医療を体験した人が地域住民へ伝えていくことが大事である。

●「三重県地域医療構想の策定に向けて」に関するパブリックコメントの結果概要について

- ・資料 3-2 で伊勢赤十字病院に負担がかかっていると書かれているが、回復期等の患者の受け入れ先を探すことなど、医療従事者に負担がかかっているのであり、急性期が負担になっているわけではないので誤解のないようお願いしたい。地域医療構想を進めて、各病院が得意分野を発揮できるようにするべきである。

●今後の地域医療構想策定の進め方について

- ・市立伊勢総合病院は、回復期病棟を開設したが、人員の都合上、院外から受け入れることができないので、入院患者が少なくなっている。院外から受け入れる体制を病院全体で作っていきたい。療養病床はあまり利用されていないが、将来的には地域包括ケア病棟に転換していく計画にしていきたい。将来的なことを考えた構想で体制を作っていききたいが、そのようなことも勘案してもらいたい。

●平成 28 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の状況について

- ・新築移転を考えている病院に地域医療介護総合確保基金を活用することは可能か。

今後の地域医療構想策定の進め方（案）

これまで、各構想区域の人口動態や基幹病院を中心とした医療提供体制の状況にかかるデータ等を基に、2025年にめざすべき医療提供体制の方向性について大まかに議論を行ってきました。

さらに、地域住民の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるようなあるべき地域医療提供体制を議論していくためには、必要病床数にかかる議論はもとより、医療機関（特に病院）に求められる医療機能を明らかにした上で、医療機能の分化・連携及び医療資源の有効な活用のあり方について、地域における在宅医療体制の整備と併せて議論を深めていくことが必要です。

このため、病床機能報告で得られるデータや近々算出する予定の構想区域ごとの2025年の医療需要及び医療供給（推定供給病床数）に加えて、医療機関ごとの患者の受入状況、地域連携状況等について必要なデータを収集し、これらの情報を基に議論を進めていくこととします。

（以下、※については、病床機能報告等により医療対策局において入手可能なデータ）

1. 患者の受入状況の把握

当該医療機関について、患者がどこからどのように受療しているかを把握し、地域における医療提供体制の構築のあり方にかかる議論の参考とします。

【指標案】

- 診療圏（新入院患者の住所地別の数）
- 道路事情、公共交通機関の状況
- 新入院患者の入院経路別（紹介、外来、救急）の数
- 救急搬送受入の状況※
- 建替・増築等の計画

2. 地域連携状況の把握

当該医療機関について、どのような医療を提供しながら、他の医療機関とどのように連携しているかを把握し、地域において果たし得る役割にかかる議論の参考とします。

【指標案】

- 平均在院日数（病棟単位）※
- 専門医の配置状況（病棟単位）
- 疾病対応等の状況※
- DPC機能評価係数Ⅱの状況（複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）※
- 紹介率・逆紹介率（検査の場合を区分して把握）
- 退院患者の行き先別の数（病棟単位）※

3. 医療資源の活用状況の把握

当該医療機関について、医療資源をどのように活用しているかを把握し、地域における医療資源の配備のあり方にかかる議論の参考とします。

【指標案】

病床利用率、最大稼働病床数（いずれも病棟単位。病床利用率は過去3年分）

高額医療機器の配備状況*

MDC別の患者数（手術有）比率による区域別シェア**

4. 在宅医療体制の整備

在宅医療フレームワーク（在宅医療体制の整備に必要な構成要素）にかかる市町別現況やサービス付き高齢者向け住宅の整備状況等のデータを基に、構想区域における在宅医療体制のあり方にかかる議論を行います。なお、全県的な体制整備支援のあり方については、三重県在宅医療推進懇話会で検討を進めていきます。

5. 未稼働病床の整理

医療資源の有効活用の観点から、未稼働病床について実態を把握し、整理していきます。具体的には以下のとおり進めていきます。

- ① 病棟単位で把握する。
- ② 病床利用率が70%^{注1}を下回っている病棟は整理の対象とする。
- ③ 構想区域で不足している医療機能へ転換する等により具体的な再稼働の予定がある場合には、個別ヒアリング等を行った上で、地域医療構想調整会議における検討の対象とする。
- ④ ③に該当しない場合、以下の計算式に基づき、整理する病床数を算出する。

$$\text{整理する病床数} = \text{許可病床数} \times (1 - \text{病床利用率}^{\text{注2}} / \text{望ましい病床利用率}^{\text{注3}})$$

注1；新公立病院改革ガイドライン（平成27年3月）に準拠し、直近3年間連続して下回っている場合を対象とする。

注2；直近3年間の平均を用いる。

注3；80%とする。（参考）WAM-NETによる三重県の一般病床利用率=73.6%

6. 当面のスケジュール

平成28年	2月	県から調査票の配付
	3月	調査票の提出〆切

7. 地域医療構想策定スケジュール

年月	会議等
H27/12月	・平成27年度第2回県医療審議会(12月15日)
H28/1月	・厚生労働省との情報交換会(1月18日)
2月	・県在宅医療推進懇話会(2月9日) ・第4回地域医療構想調整会議 ・厚生労働省から支援ツール提供(～3月)
3月	・平成27年度病床機能報告のデータ公表 ・平成27年度第3回県医療審議会(3月29日)
4月	・市町との意見交換会
5月	・第5回地域医療構想調整会議(平成28年度第1回) 【伊勢志摩サミット】
6月	・県議会常任委員会への報告 ・医療(介護)関係者との意見交換会(～9月)
7月	
8月	
9月	・各専門部会(がん、脳卒中、精神、救急、周産期、在宅等)
10月	・県議会常任委員会への報告 ・第6回地域医療構想調整会議(平成28年度第2回・中間案)
11月	
12月	・平成28年度第1回県医療審議会(中間案) ・県議会常任委員会への報告(中間案) ・市町、県保険者協議会からの意見聴取
H29/1月	・パブリックコメント
2月	・各専門部会(がん、脳卒中、精神、救急、周産期、在宅等) ・第7回地域医療構想調整会議(平成28年度第3回・最終案)
3月	・県議会常任委員会への報告(最終案) ・平成28年度第2回県医療審議会(最終案の諮問)

総財準第 59 号
平成 27 年 3 月 31 日

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

各指定都市市長
(各指定都市財政担当課、市立病院担当課扱い)

関係一部事務組合管理者
(都道府県・指定都市が加入するもの)

関係広域連合の長
(都道府県・指定都市が加入するもの)

殿

総務省自治財政局長

公立病院改革の推進について(通知)

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

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

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

新公立病院改革ガイドライン

第1 更なる公立病院改革の必要性

1 公立病院改革の現状

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

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

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

2 医療制度改革の推進

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

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

3 公立病院改革の基本的な考え方

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

このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとする。

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

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

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

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

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

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

公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、改革に係るプランの内容は一律のものとはなり得ないことから、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に新改革プランを策定し、これを着実に実施することが期待される。

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

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

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

1 新改革プランの策定期間

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

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

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

2 新改革プランの対象期間

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

3 新改革プランの内容

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

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

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見

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

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

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

① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

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

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

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

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

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

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

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

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

③ 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法上、一定の経費については、一般会計等において負担するものとされている。したがって、新改革プランの前提として、当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにした上で、これに対応して一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準(繰出基準)を記載する。

④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定

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

1) 医療機能・医療品質に係るもの

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

2) その他

患者満足度、健康・医療相談件数 など

⑤ 住民の理解

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

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

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

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

なお、指定管理者制度導入団体にあつては、指定管理者への財政支出の水準や、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。

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

② 経常収支比率に係る目標設定の考え方

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

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

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

③ 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、経費削減・抑制対策、収入増加・確保対策などについて、具体的にどのような

な取組をどの時期に行うこととするかを明記する。参考までに、前ガイドラインに基づく取組例は資料4のとおりである。

また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。

1) 医師等の人材の確保・育成

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

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

2) 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化

病院事業の経営改革に強い意識を持ち、経営感覚に富む人材を幹部職員に登用(外部からの登用も含む。)すべきである。

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

3) 民間病院との比較

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

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

4) 施設・設備整備費の抑制等

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

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

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

5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

前ガイドラインにおいては、一般病床及び療養病床の病床利用率がおおむね過去3年間連続して70%未満の病院については、抜本的な見直しを行うことが適当であるとしていたが、病床数の削減、診療所化等に取り組んだ病院も多いものの、依然として3年間連続して70%未満の病院が相当数ある。

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

④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

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

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

(3) 再編・ネットワーク化

① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

新改革プランにおいては、都道府県と十分連携しつつ、二次医療圏又は構想区域等の単位で予定される公立病院等の再編・ネットワーク化の概要と当該公立病院が講じるべき具体的な措置について、その実施予定時期を含めて、記載する。その際、都道府県の策定する地域医療構想との整合を図るものとする。

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

② 取組病院の更なる拡大

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

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

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

③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項

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

1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

二次医療圏や構想区域内の公立病院間の連携を強化し、ネットワーク化の実を上げるためには、これらの公立病院の経営主体を統合し、統一的な経営判断の下、医療資源の適正配分を図ることが望ましい。したがって、再編・ネットワーク化に係る計画には、例えば①関係地方公共団体が共同して新たな経営主体として地方独立行政法人(非公務員型)を設立し、当該法人の下に関係病院・診療所等を経営統合する、②関係地方公共団体が共同して関係病院・診療所の指定管理者として同一の医療法人や公的病院を運営する法人等を指定し、当該法人の下に一体的経営を図る等の方策を盛り込むことが期待される。

なお、一部事務組合方式による場合には、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定を迅速・的確に行うための体制を整備する必要がある。

2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備

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

3) 病院機能の再編成(公的病院、民間病院等との再編を含む)

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

例えば、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院等、さらには民間病院が併存し、相互の機能の重複、競合がある場合には、地域医療構想や地域医療構想調整会議等も活用しつつ、他の医療機関との統合・再編や事業譲渡等にも踏み込んだ改革案についても検討の対象とすべきである。

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

(4) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る計画の明記

新改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要(移行スケジュール

ルを含む。)を記載する。

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

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び課題などの留意事項は次のとおりである。なお、前ガイドラインに基づき経営形態の見直しを行った公立病院の経営状況は資料6のとおりである。

1) 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法(昭和27年法律第292号)の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものである。

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

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である。

2) 地方独立行政法人化(非公務員型)

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、この場合、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

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

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

3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定す

るものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等(日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。)を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

4) 民間譲渡

地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが望ましい地域にあっては、これを検討の対象とすべきである。ただし、公立病院が担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡に当たり相当期間の医療提供の継続を求めるなど、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

5) 事業形態の見直し

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

第3 都道府県の役割・責任の強化

1 地域医療構想の策定等を通じた取組

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

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

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

2 管内公立病院の施設の新設・建替等を行う場合の検討

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

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

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

第4 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表

1 地方公共団体における点検・評価・公表

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

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

2 積極的な情報開示

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

3 新改革プランの改定

関係地方公共団体は、前項の点検・評価等の結果、新改革プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難である場合には、抜本的な見直しを含め新改革プランの改定を行うことが適当である。

4 総務省における取組

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

第5 財政措置等

総務省は公立病院改革が円滑に進められるよう、改革の実施に伴い必要となる経費について財政上の支援措置を講じるとともに、公立病院に関する既存の地方財政措置について所要の見直しを行う観点から、次の措置を講じることとする。

1 公立病院改革に対する措置

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

(1) 新改革プランの策定に要する経費

平成27年度及び平成28年度における新改革プランの策定及びその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。

(2) 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費

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

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

(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費

① 新たな経営主体の設立等に際しての出資に要する経費

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

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

② 施設の除却等経費

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

③ 他用途への転用に伴う経費

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

④ 退職手当の支給に要する経費

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

(4) 許可病床削減時の普通交付税算定の特例

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

2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

公立病院に関する既存の地方財政措置について次のとおり見直しを行うこととする。

(1) 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し

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

(2) 病床数に応じた地方交付税算定の見直し

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

(3) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

① 病院施設の整備費に係る措置

病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外する制度を継続するとともに、当面、全国的な建築単価の急激な上昇を反映するため措置対象となる単価を引き上げる。

② 不採算地区病院に対する措置

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

③ 公立病院に対する特別交付税措置の重点化

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

(4) 公的病院等に対する措置

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

H23.9.30現在

(伊勢市HP参照)

(別紙4)

公立病院改革プランの概要

団 体 名	三重県伊勢市						
プランの名称	市立伊勢総合病院改革プラン						
策 定 日	平成	21年	2月	6日			
対 象 期 間	平成	21年度	～	平成 25年度			
病院の現状	病院名	市立伊勢総合病院					
	所在地	三重県伊勢市楠部町3038番地					
	病床数	一般 379床 療養 40床 計419床					
	診療科目	内科、循環器科、神経内科、外科、整形外科、形成外科、小児科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻いんこう科、精神科、脳神経外科、歯科口腔外科、麻酔科、放射線科					
公立病院として今後果たすべき役割(概要)	<p>本院は、昭和54年4月より419床体制を維持してきたが、医師不足により近隣公的病院との医療機能分担による小児科、産科の集約化を図った。今後は、安全で安心、良質かつ高度な急性期医療の提供を行うとともに、健診、保健医療、福祉の地域連携を強化し、伊勢志摩サブ医療圏の中核的公立病院としての機能の再構築を図る。具体的には、伊勢志摩サブ医療圏の2次救急を近隣の公的病院との輪番により担うほか、4大疾病、がんを含む専門医療、透析医療、災害医療等、圏域内の民間医療機関では提供できない高度な医療の機能を担う。</p>						
一般会計における経費負担の考え方(繰出基準の概要)	<p>○病院の建設改良に要する経費の1/2(起債分を除く) ○病院事業償元利償還金の2/3(15年度以降の新規事業は1/2) ○リハビリに要する経費(リハビリ収入ーリハビリ部門の経費) ○救急に要する経費(救急医療の運営経費) ○高度医療の経費(研修医確保の経費、高度医機器のリース及び保守料等の1/2) ○経営基盤強化対策に要する経費(医師、看護師等の研究研修に要する経費の1/2)、(経営健全化対策に要する経費、病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費の1/2、地域公営企業職員にかかる基礎年金)等</p>						
経営効率化に係る計画	財務に係る数値目標(主なもの)	19年度実績	20年度	21年度	22年度	23年度	備考
	経常収支比率(%)	92.3	89.2	100.9	102.0	102.7	
	職員給与費比率(%)	65.0	69.6	59.5	59.2	59.3	
	病床利用率(%)	60.7	54.2	87.9	87.9	87.9	
	平均在院日数(日)	13.2	13.7	13.7	13.7	13.7	
	医業収支比率(%)	92.2	87.1	98.9	99.0	99.2	
	不良債務比率(%)	15.8	22.6	14.6	9.3	3.9	
	患者1人1日当たり診療収入(入院)	38,917	40,041	38,036	38,036	38,044	単位:円
	患者1人1日当たり診療収入(外来)	9,823	10,248	10,248	10,248	10,248	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(医師)	258,900	267,793	295,729	296,343	296,617	単位:円
	職員1人1日当たり診療収入(看護部門)	51,884	49,567	56,016	56,132	56,184	単位:円
	患者1人1日当たり薬品費	2,476	2,529	2,564	2,556	2,554	単位:円
上記目標数値設定の考え方	<p>任意項目は、医療提供の内容を反映し患者単価に直接結びつく指標を選択した。 (経常黒字化の目標年度: 21年度) (不良債務解消年度: 24年度)</p>						

				団体名 (病院名)	伊勢市 (市立伊勢総合病院)		
公立病院としての医療機能に係る 数値目標(主なもの)		19年度実績	20年度	21年度	22年度	23年度	備考
手術件数(件)		2,843	2,700	2,750	2,750	2,750	医師確保が出来たらH18年の実績を目指す
紹介率(%)		49.1	51.9	53.0	54.0	55.0	
クリニカルパス利用率(%)		59.7	60.0	60.0	60.0	60.0	
救急患者数		10,081	6,200	6,200	6,200	6,200	
入院患者数(1日平均)		254	227	283	283	283	
数値目標達成に向けての具体的な取組及び実施時期	民間的経営手法の導入	平成22年度から給食業務を全部委託化を実施。					
	事業規模・形態の見直し	平成21年度から病床数を419床から97床を削減し322床に再編する。					
	経費削減・抑制対策	<ul style="list-style-type: none"> ○既存の業務委託契約について、業務内容や契約方法の見直しを行い経費の削減を図る。(21年度から年間300万円削減) ○業務量や業務内容の状況を考慮し、病棟等の再編を行い適正な職員配置を図る(平成21年度から年間2000万円の削減) ○カルテ等の保管の外部委託をやめ病棟再編で確保した空部屋を利用する。(平成21年度から年間1000万円の削減) ○老朽化した炉筒煙管ボイラを小型貫流ボイラに更新し保守管理費、燃料費の削減を図る(平成21年度600万円、22年度から年間900万円の削減) 					
	収入増加・確保対策	<ul style="list-style-type: none"> ○院内保育所の設置による看護師等の離職防止と看護師確保を図るとともに7:1看護を維持する。 ○療養病棟に専任医師を配置し、受け入れ体制の強化を図る。 ○支払い督促制度や弁護士への回収業務委託等により、未収金の確保を図る。 ○医師の事務作業補助制度を利用し、医師本来の業務へ集中できる体制を進める等、医師の確保を図る。 ○病診連携の強化を図り、紹介率を向上させ患者増を図る。 ○特色ある医療技術の提供の向上を図る。 ○未収金の削減対策として、クレジットカードの利用対応を図る。 					
	その他	○院内保育所の設置により、看護師の産後の復帰を早めるとともに看護師、女医の確保を図る。					
各年度の収支計画		別紙のとおり					
その他の特記事項	病床利用率の状況	17年度	81.6%	18年度	69.5%	19年度	60.7%
	病床利用率の状況を踏まえた病床数等の抜本見直し、施設の増改築計画の状況等	DPCIによる平均在院日数の縮小に伴う病床数の見直しを実施、97床を削減し、322床で80%以上の稼働を図る。					