

武雄市民病院 経営改革基本方針

平成19年11月

武雄市

目 次

1 . はじめに	2
2 . 市民病院を取り巻く状況	2
(1) 南部保健医療圏	2
(2) 市民病院の現況	2
3 . 市民病院の課題	3
(1) 収益等における課題	3
(2) 医療機能等における課題	5
(3) 人材の確保と育成における課題	6
(4) 地域医療連携における課題	7
(5) 再編・ネットワーク化における課題	7
(6) 経営形態における課題	7
4 . 病院運営の基本	8
(1) 基本姿勢	8
(2) 基本コンセプト	8
5 . 経営改善と財政見通し	9
(1) 経営改善対策	9
(2) 財政見通し	9
6 . 再編・ネットワーク化の検討	10
(1) 再編・ネットワーク化の効果	10
(2) 再編・ネットワーク化の対象	11
7 . 経営形態の検討	11
(1) 国の動き	12
(2) 経営形態の種類	12
(3) 経営形態の選択	13
8 . 資料	14

1. はじめに

武雄市民病院は、平成12年2月、国から国立療養所武雄病院の経営を引き継いで開設され、現在に至っている。この間、公立病院としての役割を踏まえ、救急医療体制の整備と診療体制の充実を掲げ、地域医療を担う基幹的医療機関として1次医療機関等と連携し医療の充実に努めその基盤を強化してきた。

しかし、経営状況をみると、開設当初から平成18年度までの間純損益が黒字となった年度はなく、厳しい財政運営が続いている。医療費の抑制を含む社会保障費伸び率管理制度の導入等に向けた国の取り組みが進められる中、市民病院経営の抜本的な改革は、待ったなしの状況にある。

2. 市民病院を取り巻く状況

(1) 南部保健医療圏

佐賀県保健医療計画に基づく南部保健医療圏は、武雄市、鹿島市、嬉野市、杵島郡、藤津郡を圏域とし、基準病床数を2,557と定めている。南部保健医療圏には平成19年4月1日現在26病院が設置され、うち公立病院は、武雄市民病院、国立病院機構嬉野医療センター、大町町立病院、町立太良病院の4病院である。救急告示病院は9病院あり、武雄市1、鹿島市3、嬉野市1、白石町2、大町町1、太良町1となっている。公立の医療機関はすべて救急告示病院であり、民間の救急告示病院は5病院である。

(2) 市民病院の現況

武雄市民病院は、一般病床135、結核病床20を有し、武雄市内における唯一の救急告示病院として2次保健医療圏内における基幹的医療機関の役割を担っている。また、独立行政法人国立病院機構東佐賀病院とともに、結核病床を有する医療機関として、佐賀県内結核医療の拠点病院と位置づけられている。

しかし、経営面においては、平成10年度以降4回に及ぶ診療報酬のマイナス改定、患者自己負担の増、平成16年4月から実施された新臨床研修制度による医師の偏在、平成18年診療報酬改定による看護師需要の増大といった医療を取り巻く環境変化を背景に厳しい財政運営を余儀なくされてきた。平成18年度決算では、6億9百55万1千円の累積欠損金を計上している。経営

改善の目標は単年度赤字からの脱却、累積赤字の解消であり、経営診断の結果を受け、平成 18 年度からは医業費用の縮減に取り組んでいる。

3 . 市民病院の課題

(1) 収益等における課題

医業収益

市民病院の医業収益は入院収益に大きく偏っているが、100床あたりの入院収益は同規模公立病院より少ない。県内の他公立病院と大きく異なる点は結核病床を有することであり、これが入院収益が伸び悩んでいる理由のひとつと考えられる。また、慢性期患者が4分の1を占めることも医業収入が伸びない要因のひとつでもある。

外来収益については同規模の公立病院と比較して極端に低く、類似病院の外来の医業収益の半分程度にとどまっている。国立病院時代には療養所としての役割を担っていたこと、2次医療を担ってきたこと、交通アクセスの悪さなどが原因と考えられる。

病床利用率

ベッドの利用状況を示す病床利用率は、平成 18 年度において一般病床が72%にとどまり、類似病院の87.3%を大きく下回っている。特に結核の病床利用率は26.5%と極端に低い。病床利用率が低い原因としては、6人部屋などが残っており1床あたりの面積が少なく、療養環境が悪いことなどが要因と考えられる。

平均在院日数

平成 18 年度の平均在院日数は18.8日であった。平均在院日数の短縮により診療報酬の増加が見込めることから、平均在院日数の短縮が課題である。しかし、市民病院の入院患者の25%が慢性期の患者であること、結核病床が20床あることから、平均在院日数の短縮は思うようには進んでいない。

死因

武雄市民の死因順位は、悪性新生物によるものが一番多く、次いで脳血管障害、心疾患の順である。これらの死因は収益性が高い診療科であるが、市

民病院では循環器科、泌尿器科の医師が充足していないため、これらの患者の受入れが十分できない状況にある。

医業費用

人件費を除く医業費用中委託費の占める額は大きく、平成18年度決算において県内自治体病院では最も高い177,561千円であった。平成12年2月に病院の移譲を受けて以来、医事業務の委託など外部委託を推進してきたことが主因であるが、委託費の見直しを実施してこなかったことも委託費増加の一因でもある。医業収益に対する委託費の割合では、県内自治体病院で最も高い委託費であることに加え、医業収益が低いため、類似病院の平均6.2%を大きく上回る11.8%に達している。

人件費

病床数当たりの人件費は、平成18年度決算では県内9自治体病院中2番目に低いが、医業収益に対する人件費では58.4%に達し4番目に高い。医業収益が十分得られていないこと、看護職給与費が県内自治体病院で一番高い比率であることが、指数上に現れている。

地域医療連携

市民病院は基本コンセプトの中で、一次医療を地域の医療機関が担い市民病院は2次医療を担うとしている。地域医療連携を推進する対策として平成17年11月に地域医療連携室を開設し、MSW(メディカル・ソーシャルワーカー)を外部委託により配置した。結果、地域医療機関からの紹介件数は増加傾向にある。引き続き、地域医療連携の強化を図る必要がある。

結核医療

県西部地域における結核医療を担うため、国立病院から移譲を受ける際、20床の結核病床を引き継いだ。一日あたりの入院患者数の推移は表1のとおりである。病床利用率は、平成12年度以降41.5%から26.5%の間で推移してきた。結核医療に係る収支は毎年赤字を計上し、移譲後平成18年度までの間に1億4千万円の累積赤字となっている。結核医療については、病床の廃止を含む見直しが求められる。

(表1) 年度別結核患者入院者数の推移

年度	11	12	13	14	15	16	17	18
1日あたり入院者数	12.0	7.3	4.0	7.4	8.3	7.6	8.1	5.3

(2) 医療機能等における課題

医師一人当たりの患者数

入院及び外来ともに医師一人当たりの患者数が、類似する病院と比較して少ない。外来については平成17年度類似病院の平均患者数が17.1人であるのに対し9.3人、入院については8.7人に対し7.4人である。要因として、医師一人の診療科があること、1次医療については地域医療機関が中心的に担っていること、交通アクセスの悪さなどがあげられる。

救急医療体制

市民病院の重要な役割のひとつとして救急体制の整備を取り組んできたが、杵藤地区広域市町村圏内における救急搬送者数が増加しているにもかかわらず、市民病院への救急搬送者数は伸び悩んでいる。搬送率は、平成15年度72.8%、平成16年度68.1%、平成17年度69.4%、平成18年度70.0%で推移しており、脳外科医をはじめとする専門医の不足が原因と考えられる。

療養環境（外来）

外来患者の総合評価が低い傾向にある。待合室の狭さ及び待ち時間の長さが原因として考えられる。外来診察室の増設など待ち時間短縮へ向け取り組んできたが、診療科医師一人体制によるものや検査結果を即日提供することから生じる合理的な要因も考えられることから、理解を得られるよう十分に説明することが求められる。

療養環境（入院）

5床又は6床病室の存在が病室の療養環境の評価を下げており、同室者の声などに不快を示す事例などプライバシー確保に向けた療養環境の改善が求められている。国立病院から移譲を受けた後、部分的な改修を実施してきたが、1床当たりの面積は狭く病室の広さに対する評価は低い。病室環境のうち清潔さの点では好評であることから、病床1床当たりの面積改善が課題である。

アクセス

国立療養所時代の医療施設の性格上、交通アクセスが悪い場所に位置し、

J R 武雄温泉駅から 1 キロメートル以上あるため、来院者はバス又はタクシーの公共交通機関を利用することになる。バス路線は、市内循環バス 3 往復、武内線 5 便、橋線 6 便と少ない。高齢者にとっては、来院しにくいアクセス環境である。

(3) 人材の確保と育成における課題

人材確保

平成 1 6 年 4 月から実施された新臨床研修制度は、努力事項とされていた卒業後の臨床研修を義務化するとともに、研修する医療機関を研修医が自由に選択できるとされた。研修医は、研修内容、待遇、指導者、地域を研修する医療機関の選択基準に挙げ、都市部の民間病院などへ集中する傾向となった。従来、卒業した大学病院で臨床研修する医師が 7 割程度であったが、新臨床研修制度が実施されてからは 5 割以下に下がった。医師の確保を大学の医局からの派遣に依存している市民病院は、厳しい状況にある。

また、平成 1 8 年の診療報酬改定において、新たに 7 : 1 看護基準が導入された。この制度の導入によって、より高い診療報酬の基準を満たすため、各医療機関では活発な求人活動を展開するなど看護師の大量採用を行った。このため、看護師が全国的に不足する事態となった。市が行った平成 2 0 年度看護師採用試験では新卒者の応募がないなど、看護師の確保は非常に厳しい状況にある。

人材育成

市民病院利用者のアンケート調査結果から、医師の説明及び接遇面で外来患者の評価が低い傾向にある。看護師及び検査技師等についても、医師と同様の評価傾向にある。患者の視点に立った説明が不足しているものであり、職場研修を通じて職員の意識改革を図る必要がある。

(4) 地域医療連携における課題

地域医療連携室

平成 1 7 年 1 1 月地域医療連携室を開設し、連携の強化を図ってきた。武雄杵島地区医師会に所属している診療所のうち、これまでに市民病院へ入院紹介をしたことがある医療施設は 9 割に達している。入院紹介においては 8 割、専門診断では 7 . 5 割に達している。逆紹介については 7 割が完全に返

してもらっているが2割強が逆紹介なしの状況であり、医療機関の機能分担を図り地域連携の強化を進める必要がある。

地域医療機関との連携

地域医療機関からの手術紹介が3割程度と、他の紹介区分と比較して極めて低い状況にある。専門医の不足が理由と考えられる。手術入院は医療収益の改善に貢献する度合いが高く、手術紹介の受入環境を改善する対策が必要である。

(5) 再編・ネットワーク化における課題

佐賀県内には独立行政法人国立病院機構が設置する病院が4箇所、県が設置する病院が1箇所、市町が設置する病院が9箇所、国立大学独立法人が設置する病院が1箇所ある。これら公立病院の中でも市町が設置する自治体病院の経営状況は厳しく、平成18年度の決算では8病院が赤字を計上している。

総務省は、各都道府県総務部長及び同公立病院主管部局長宛に通知した平成19年7月30日付「公立病院等の再編・ネットワーク化の推進に係る体制整備等について」の中で、平成20年度までに公立病院の再編等に係る計画を都道府県が策定するよう求めている。厳しい経営状況から抜け出せない市民病院においても、他の公立病院との再編・ネットワーク化を経営改革の方策の一つとして検討していくことが求められる。

(6) 経営形態における課題

市民病院は地方公営企業法のうち財務規定のみを適用する方法により運営を行っている。現在の運営方法には、予算、組織、人事の運営など基本的事項に市及び議会の承認・議決などが必要で、意思決定の迅速性、制度改革やニーズに即応した給与制度及び任用制度の導入、病院経営の責任の所在など、経営形態に起因すると思われる課題がある。

平成17年11月の経済財政諮問会議では、公営企業等の地方独立行政法人化(非公務員型) 民営化等を進める方針が確認されている。また、平成18年6月2日に公布、施行された「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」では、地方公営企業について一般地方独立行政法人その他の法人への移行を推進するとされた。国は、公立病院の7割近くが経常損益赤字の状況にあるとして、経営形態の見直しを求めている。武雄市民病

院における経営形態の見直しは、厳しい財政状況を改善する抜本的対策として避けて通れない課題である。

4．病院運営の基本

公立病院であることを理由に経営改革を置き去りにしては、納税者である市民の支持は得られない。開設当初の整備方針である救急医療体制の整備、地域医療連携など市民に安心を提供する医療の充実を基本に、健全な財務環境に転換していかなければならない。

(1) 基本姿勢

- ・救急医療体制や診療体制の充実など病院機能を強化し、市民の命と健康を守る医療機関として、医療需要に対応した病院運営を行う。
- ・患者サービスの強化に努め、市民に良質な医療を提供するとともに、経営の合理化を推進する。
- ・地域医療機関との連携を強めるとともに、保健福祉部門との相互連携を図る。

(2) 基本コンセプト

- ・地域医療連携室の機能を充実させ地域医療機関との連携を強化する。
- ・地域の1次医療の支援
- ・地域の医療機関との役割分担
- ・医療フォーラムの開催
- ・2次救急受入体制の機能を充実させていく。
- ・3次医療機関との連携を強めていく。
- ・2次救急から一部領域での2．5次までを担う。
- ・プライマリーケアの充実を図る。
- ・早期リハビリテーションの充実
- ・病床利用率が低い結核病床を廃止し、一般病床の療養環境改善を図る。
- ・地域連携を進めるため、訪問看護ステーションのサポートを実施する。

5．経営改善と財政見通し

(1) 経営改善対策

医業収益の改善対策に関しては、専門医の確保、看護師の確保、MSWの正規職員化が対策の柱である。医業費用の縮減に関しては委託費の見直し、医療環境の改善については、結核病床の廃止に伴う病室環境の改善、オーダリングシステムの導入に伴う待ち時間の縮減が主な対策である。職員の意識改革に関しては、目標管理、人事考課制度の導入、研修の充実を対策とした。

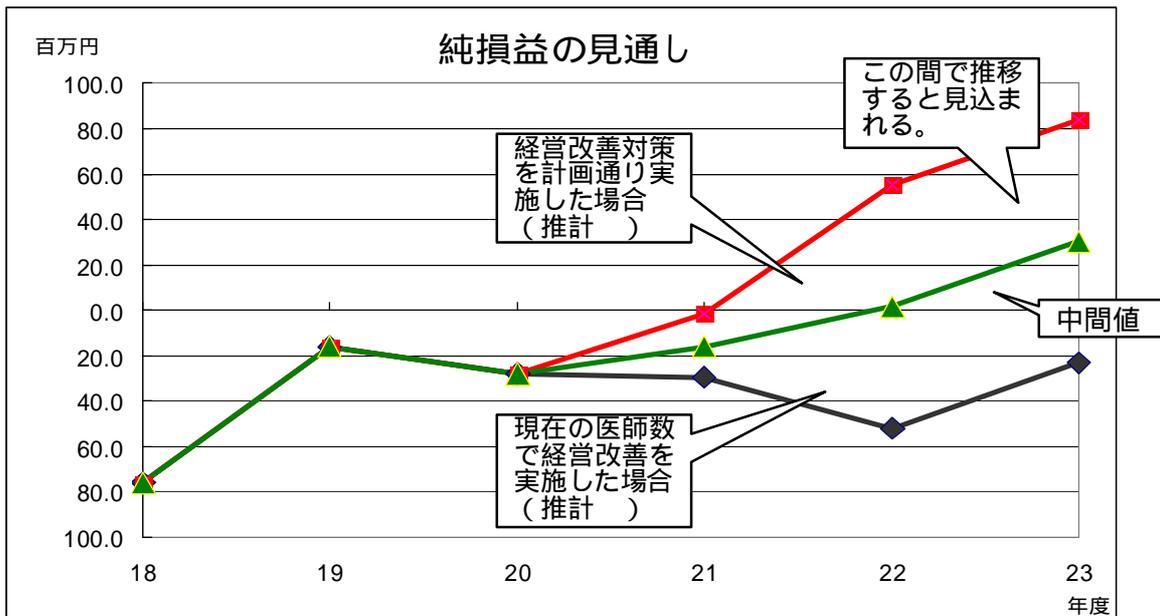
結核病床の廃止については、結核医療が佐賀県保健福祉計画に基づく政策医療であることから、本年8月、佐賀県に結核病床廃止に向けた協議について要望書を提出した。結核病床の取り扱いについては、今後、佐賀県との協議を重ね、理解を求めていかなければならない。

武雄市民病院短期的経営改善計画（資料1）参照

（2）財政見直し

経営改善対策のうち効果を数値化できる対策は数値化し、今後予想される平成20年度診療報酬の改定（マイナス改定と予測）による影響額を推定した上で、財政見直しを立てた。算定に当たっては、医師の確保など経営改善対策を実施した場合と現在の医師数で可能な経営改善を実施した場合の2通りを推計し、双方の中間値をもって財政見直しとした。

推計した平成19年度から平成23年度までの5年間については、単年度収支は赤字から若干の黒字で推移する。しかし、経営改善対策による医業収入の増加は、専門医師の増員による部分が多いこと、交通アクセスの改善が望めないこと、国立病院時代の施設を引き続き使用していること、政策医療を担っていること、平成16年度に改正された新臨床研修制度の影響による医師の偏在などが抜本的に改善されない限り、現体制での経営改善は極めて厳しい状況である。



従って、短期的経営改善対策に加え、公立病院の再編・ネットワーク化の検討、経営形態の見直しを進め、単年度赤字からの脱却、累積欠損金の解消を図るよう検討を進めなければならない。

財政見通し(資料2)参照

6. 再編・ネットワーク化の検討

公立病院改革の方法の一つとして、国は公立病院の再編・ネットワーク化を推進している。国の方針によれば、再編・ネットワーク化は2次医療圏を単位として県が平成20年度中に再編計画を策定し、公立病院を指導していくとしている。

(1) 再編・ネットワーク化の効果

公立病院の再編・ネットワーク化については、現有施設を維持しながら機能を再編し経営統合する方法、新たに病院を設置し組織及び人事を一本化するなど医療機能を集約する方法、現施設をサテライト施設として残し新たに病院を設置する方法など多様な形態がある。再編・ネットワーク化の利点としては、薬や診療機材などの購入単価縮減、診療科目の整理・拡大、病床数の増による医療環境の改善などがある。また、医師の卒後臨床研修制度の改革による大学病院の医局医師不足を背景に、医師の派遣を基幹病院又は重点診療科のある病院に限定していく傾向にあり、今後公立病院の医師不足は深刻な段階に入ることが予想される。慢性的な医師不足を解決する対策のひとつとして、公立病院

の再編・ネットワーク化が果たす役割は大きい。

(2) 再編・ネットワーク化の対象

市民病院は、武雄市、鹿島市、嬉野市、杵島郡及び藤津郡を保健医療圏とする地域にあり、この圏域には、2つの自治体病院がある。再編・ネットワーク化の対象地域は、原則として2次保健医療圏内とされる予定であり、地理的要因を踏まえた場合、近隣の自治体病院が再編・ネットワーク化の対象病院といえる。

再編・ネットワーク化の具体的検討に当たっては、佐賀県が策定する公立病院の再編・ネットワーク化等に係る計画を踏まえなければならないが、診療科目の充実及び医師確保対策の環境改善など市民に支持され経営の健全化に資する再編・ネットワーク化の形態を追求していかなければならない。

7. 経営形態の検討

(1) 国等の動き

国は、地方公営企業について、一般地方独立行政法人化又は民間への譲渡を推進する考えを明確にしている。平成19年6月19日の閣議において決定された「経済財政改革の基本方針2007について」では、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、公立病院について経営指標に関する数値的目標を設定した改革プランを策定するよう促す旨が示された。この閣議決定を受けて公立病院改革懇談会が組織され、現在、具体的なガイドラインづくりが進められている。

また、地方財政制度の改正として地方財政再建促進特別措置法が廃止され、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」が、平成19年6月22日公布された。この法律では、これまで財政比率の対象外とされてきた地方公営企業の経営内容についても財政比率の対象とするように定め、連結実質赤字比率及び公営企業に関しては資金不足比率が導入された。これまで表面化しにくかった地方公営企業の経営状況が、地方自治体全体の財政比率の対象とされたことから、市民病院の経営状況が武雄市の財政運営全般に影響を及ぼすことになる。

(2) 経営形態の種類

市民病院が移行する経営形態の種類としては、地方公営企業法全部適用、指定管理者制度、地方独立行政法人（公務員型、非公務員型）及び民間移譲がある。

地方公営企業法全部適用

地方公営企業法全部適用は、新たに地方公営企業を設置し管理者を置くことになり、経営責任は現在より明確になる。しかし、引き続き予算の手続きなどは地方公営企業法の規定により単年度予算主義が基本となり、予算執行等に財政制度上の制約があることから、経営課題に対する迅速な対応は難しい。職員は、引き続き公務員の身分を有する。

指定管理者制度

指定管理者制度は、受託者が持つ病院経営のノウハウと経営の効率的運営に期待できるが、一定期間ごとに指定管理者を見直す必要があり医療の長期安定的な提供に課題を残す。また、公設民営の経営リスクは、最終的には市が負うことになる。

地方独立行政法人

地方独立行政法人は、自治体が法人の設立、定款の作成、中期目標等の作成・変更などを行うが、地方独立法人設立後は理事長が経営の責任を負い、予算及び人事の権限も有するため、弾力的な予算執行、柔軟かつ迅速な組織改変など機動性を持った経営が期待できる。職員の身分は公務員型と非公務員型とに分類され、原則として中立性及び公正性を確保し地域社会の安定に不可欠な事業（例：上水道事業）を行う場合は公務員型、それ以外の場合は非公務員型が適用される。設置者は市であるため、経営の最終責任は市が負う。

民間移譲

民間への移譲は、民間経営のノウハウを導入した抜本的な経営改善である。市は移譲に当たり、累積債務の清算及び起債の繰上償還など一時的な財政負担を負うことになるが、将来にわたる経営リスクを負わない。また、市民病院が担っている救急医療及び地域医療連携に関し、継続が担保される必要がある。

経営形態の比較（資料 3）参照

(3) 経営形態の選択

移行可能な 4 経営形態の特徴を経営改善の面、自治体負担の面、地域医療の面から評価を行った結果が表 2 経営形態の特徴である。

(表 2) 経営形態の特徴

区 分	経営改善		自治体の負担		地域医療	
地方独立行政 法人		事業の柔軟性あり		施設費負担継続		地域医療の実施 不採算の負担あり
民間移譲		抜本的改善 民間ノウハウ導入		将来施設負担なし		譲渡条件による
地方公営企業法 全部適用	×	事業の柔軟性なし	×	施設費負担継続 運営費負担		地域医療の実施 不採算の負担あり
指定管理者	×	指定期間あり		施設費負担継続		地域医療は契約 不採算の負担あり

3 分野における経営形態の特徴をみると、地域医療では地方独立行政法人又は地方公営企業法全部適用が望ましい経営形態といえるが、経営改善及び自治体の負担の面では、民間移譲、次いで地方独立行政法人が経営に寄与する程度が高いと見込まれる。市民病院は、救急医療などの地域医療を果たしながら、累積欠損金の解消などの抜本的な経営改革が求められている。経営形態の選択に当たっては、これらの経営課題に対処しつつ救急医療の充実など市民病院の基本姿勢及び基本コンセプトの実現に寄与する経営形態としなければならないことから、地方独立行政法人又は民間移譲を新たな経営形態とし、コストを意識した経営を実現していかなければならない。

8. 資料

資料1 短期的経営改善計画

医業収益対策及び効果見込み額

(単位：千円)

項目		内容	H19 年度	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	5か年の計
収入	医師宿舎	(医師の待遇改善で収入増にはカウントせず)						
	研修制度充実	(")						
	麻酔医の確保	(入院患者の増: 4名、ペインクリニック)			45,000	45,000	45,000	135,000
	医師増	(入院患者の増: 9名)				90,000	90,000	180,000
	結核病床の一般化による療養環境改善	(廃止に向け県と協議を始めたが未定)						
	目標管理の充実	(健全な経営: 赤字からの脱却)						
	病院総合情報システム(オーダーリングシステム)	待ち時間短縮による外来患者の増(5名)		10,000	10,000	10,000	10,000	40,000
	人事評価システム	(導入に向けての検討)						
合 計				10,000	55,000	145,000	145,000	355,000

医業収益対策に必要な予算額及び医業費用縮減効果見込み額

項目		内容	H19 年度	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	5か年の計
支出	医師宿舎	民間施設の借上げ		5,000	5,000	5,000	5,000	20,000
	研修制度充実	医師等の研修機会の増(旅費倍増)		2,500	2,500	2,500	2,500	10,000
	麻酔医の確保	手術数の増と安全対策のため(1名)			14,000	14,000	14,000	42,000
	医師増	当直業務軽減のため医師確保(1名)				14,000	14,000	28,000
	メディカルソーシャルワーカーの採用	正職員としての採用(1名)		5,000	5,000	5,000	5,000	20,000
	結核病床の廃止	(廃止に向け県と協議を始めたが未定)						0
	業務委託費	複数年契約、業務見直しによる委託費減		5,800	5,800	5,800	5,800	23,200
合 計				6,700	20,700	34,700	34,700	96,800

医療機器導入による療養改善対策

項目		内容	H19 年度	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	5か年の計
支出	一般医療機器・器械備品		8,900	20,000	20,000	20,000	20,000	88,900
	血管連続撮影装置	アンギオ			70,000			70,000
	磁気共鳴断層撮影装置	MRi				200,000		200,000
	病院総合情報システム	オ-ダリングシステムの拡張(H23)	89,000				50,000	139,000
合 計			97,900	20,000	90,000	220,000	70,000	497,900

資料2 財政見通し

平成19年度以降は推計

(単位:千円)

推計	H11年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
医業収益	121,191	1,080,069	1,368,235	1,551,896	1,578,327	1,523,205	1,527,516	1,501,574	1,547,549	1,555,487	1,555,487	1,555,487	1,558,453
医業費用	174,353	1,198,943	1,603,159	1,673,196	1,740,327	1,710,889	1,684,653	1,614,156	1,589,558	1,608,762	1,612,162	1,629,900	1,626,030
医業損益	53,162	118,874	234,924	121,300	162,000	187,684	157,137	112,582	42,009	53,275	56,675	74,413	67,577
医業外収益	448	25,121	94,020	48,566	70,120	62,061	66,512	95,284	87,987	83,596	84,616	84,282	92,288
医業外費用	4,525	34,303	34,787	35,366	33,264	61,333	56,455	59,068	58,011	55,736	56,562	60,070	46,016
経常損益	57,239	128,056	175,691	108,100	125,144	186,956	147,080	76,366	12,033	25,415	28,621	50,201	21,305
特別利益		20,618	60,499	102,908	64,913	76,952	74,379						
特別損益			3,171	180		495	1,342		3,951	2,572	1,113	2,000	2,000
純損益	57,239	107,438	118,363	5,372	60,231	110,499	74,043	76,366	15,984	27,987	29,734	52,201	23,305
累積欠損金	57,239	164,677	283,040	288,412	348,643	459,142	533,185	609,551	625,535	653,522	683,256	735,457	758,762

推計	H11年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
医業収益	121,191	1,080,069	1,368,235	1,551,896	1,578,327	1,523,205	1,527,516	1,501,574	1,547,549	1,555,487	1,598,376	1,694,877	1,698,224
医業費用	174,353	1,198,943	1,603,159	1,673,196	1,740,327	1,710,889	1,684,653	1,614,156	1,589,558	1,608,762	1,626,920	1,661,939	1,658,158
医業損益	53,162	118,874	234,924	121,300	162,000	187,684	157,137	112,582	42,009	53,275	28,544	32,938	40,066
医業外収益	448	25,121	94,020	48,566	70,120	62,061	66,512	95,284	87,987	83,596	84,616	84,282	92,382
医業外費用	4,525	34,303	34,787	35,366	33,264	61,333	56,455	59,068	58,011	55,736	56,562	60,070	46,016
経常損益	57,239	128,056	175,691	108,100	125,144	186,956	147,080	76,366	12,033	25,415	490	57,150	86,482
特別利益		20,618	60,499	102,908	64,913	76,952	74,379						
特別損益			3,171	180		495	1,342		3,951	2,572	1,113	2,000	2,000
純損益	57,239	107,438	118,363	5,372	60,231	110,499	74,043	76,366	15,984	27,987	1,603	55,150	84,432
累積欠損金	57,239	164,677	283,040	288,412	348,643	459,142	533,185	609,551	625,535	653,522	665,125	599,975	515,543

中間値	H11年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
医業収益	121,191	1,080,069	1,368,235	1,551,896	1,578,327	1,523,205	1,527,516	1,501,574	1,547,549	1,555,487	1,576,932	1,625,182	1,628,339
医業費用	174,353	1,198,943	1,603,159	1,673,196	1,740,327	1,710,889	1,684,653	1,614,156	1,589,558	1,608,762	1,619,541	1,645,920	1,642,094
医業損益	53,162	118,874	234,924	121,300	162,000	187,684	157,137	112,582	42,009	53,275	42,609	20,738	13,755
医業外収益	448	25,121	94,020	48,566	70,120	62,061	66,512	95,284	87,987	83,596	84,616	84,282	92,335
医業外費用	4,525	34,303	34,787	35,366	33,264	61,333	56,455	59,068	58,011	55,736	56,562	60,070	46,016
経常損益	57,239	128,056	175,691	108,100	125,144	186,956	147,080	76,366	12,033	25,415	14,555	3,474	32,564
特別利益		20,618	60,499	102,908	64,913	76,952	74,379						
特別損益			3,171	180		495	1,342		3,951	2,572	1,113	2,000	2,000
純損益	57,239	107,438	118,363	5,372	60,231	110,499	74,043	76,366	15,984	27,987	15,668	1,474	30,564
累積欠損金	57,239	164,677	283,040	288,412	348,643	459,142	533,185	609,551	625,535	653,522	669,190	667,716	637,152

財政見通しの推計条件

1. 推計の基本事項

推計

1, 入院患者(一般・結核)	18年度実績で試算:19年度～
2, 外来患者(一般・リハビリ)	18年度実績で試算:19年度、20年度以降外来(一般)5名増
3, 医師の配置	18年度と同じく19年度以降も12名。
4, 看護師	19年度は77名、20年度以降80名体制。
5, 医療技術職員	19年度は18年度と同じ12名。20年度以降MSW(メディカルソーシャルワーカー)の配置により13名体制。
6, 委託料	20年度以降CT保守・病院総合システム保守が新規増。

推計

1, 入院患者(一般・結核)	18年度実績で試算:19・20年度、21年度一般4名増、22年度一般9名増。
2, 外来患者(一般・リハビリ)	18年度実績で試算:19年度、20年度以降外来(一般)5名増。
3, 医師の配置	19年度は18年度と同じく12名、21年度・22年度に医師各1名増。
4, 看護師	19年度は77名、20年度以降80名体制。
5, 医療技術職員	19年度は18年度と同じ12名。20年度以降MSW(メディカルソーシャルワーカー)の配置により13名体制。
6, 委託料	20年度以降CT保守・病院総合システム保守が新規増。

中間値

平成19年度以降は、推計 と推計 の平均値を用いた。

2. 診療報酬の改定及び推定(H20年度は 3.0%として財政見通しに反映した。) (単位: %)

区分	H10年度	H12年度	H14年度	H16年度	H18年度	H20年度	H22年度
診療報酬改定率	1.3	0.2	2.7	1.0	3.16	3.0	(?)

(注) 診療報酬の改定は、2年ごとに行われる。平成20年度の改定率は推定である。

3. 年度ごとの指標

区分	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
推計	一般入院者数	97.7	97.7	97.7	97.7	97.7
	一般病床利用率	72.4	72.4	72.4	72.4	72.4
	結核入院者数	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3
	外来患者数	196.6	196.6	201.6	201.6	201.6
	医業収支比率	93.0	97.4	96.7	96.5	95.4
	経常収支比率	95.4	99.3	98.5	98.3	97.0
推計	一般入院者数	97.7	97.7	97.7	101.7	110.7
	一般病床利用率	72.4	72.4	72.4	75.3	82.0
	結核入院者数	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3
	外来患者数	196.6	199.6	201.6	201.6	201.6
	医業収支比率	93.0	97.4	96.7	98.2	102.0
	経常収支比率	95.4	99.3	98.5	100.0	103.3

資料3 経営形態の比較

区分	地方独立行政法人	地方独立行政法人	民間移譲
	公務員型	非公務員型	
根拠法	地方独立行政法人法	地方独立行政法人法	
概要	地方独立行政法人のうち、業務の運営に中立性、公平性を確保する必要があるため、役員及び職員は地方公務員の身分を与える法人	地方公共団体が直接実施する必要はないが、民間では確実な実施が確保できない恐れがある場合、効率的・効果的におこなわせるために、地方公共団体が設立する。	経営を民間の医療法人等に移譲する。
開設者	議会の議決を経て、定款を定める。 県知事の認可を受けた地方独立行政法人が開設	議会の議決を経て、定款を定める。 県知事の認可を受けた地方独立行政法人が開設	民間法人
運営責任者	設立団体の長	設立団体の長	民間法人の長
地方公共団体の長との関係	3～5年の期間の中期目標と、それによる中期計画を策定し、議会の議決と長の認可を得る。 長は、評価委員会の意見を聞く。 中期目標の枠の中で、迅速、的確なサービスの提供が可能。	3～5年の期間の中期目標と、それによる中期計画を策定し、議会の議決と長の認可を得る。 長は、評価委員会の意見を聞く。 中期目標の枠の中で、迅速、的確なサービスの提供が可能。	譲渡の際に、一定の条件を盛り込むことは可能。
経営の原則	独立採算原則に基づき、設立団体が負担すべき経費以外は、原則として料金により運営。	設立団体からの交付金、使用料等の料金により運営。	民間法人
運営の透明性	中期計画に基づいて、法人の判断で作成する。 監事を任命し、監査法人による監査を受ける。	中期計画に基づいて、法人の判断で作成する。 監事を任命し、監査法人による監査を受ける。	

地方公営企業	地方公営企業	指定管理者
一部適用	全部適用	
地方公営企業法	地方公営企業法	地方自治法
市民病院の現在の運営 法の財務規定のみを適用（2条2）	法のすべてを適用 管理者を設置し、業務執行権を与え、経営の明確化、自立性の拡大を図る。	公の施設の管理について、指定管理者制度によることが可能となった。 団体がもつノウハウを運営、維持管理に活用する。
地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体
地方公共団体の長	病院事業管理者（地方公共団体の長が任命）	指定管理者
設置条例で、設置及び経営の基本を定める。 その他は、長が規則で定める。	設置条例で、設置及び経営の基本を定める。 その他は管理者が企業管理規定で定める。 管理者は、予算原案の作成、内部組織の設置、職員の任免、資産の取得、労働協約の締結などの権限が移譲される。	最終的な管理権限を残したまま、指定した団体に管理運営を代行させる。
独立採算原則に基づき、地方公共団体が負担すべき経費以外は原則として料金による収入により運営。	独立採算原則に基づき、地方公共団体が負担すべき経費以外は原則として料金による収入により運営。	全て利用料金で賄う場合と地方公共団体からの負担金等で賄う場合がある。
企業会計として、予算、決算等に議会の関与を受ける。	企業会計として、管理者は予算の原案作成権を持つ。 予算案作成は長の権限で、予算、決算等に議会の関与を受ける。	地方公共団体への事業報告書の提出が義務付けられている。

区分	地方独立行政法人	地方独立行政法人	民間移譲
	公務員型	非公務員型	
根拠法	地方独立行政法人法	地方独立行政法人法	
会計制度	企業会計方式 中期計画に基づいて、弾力的な運営が可能。	企業会計方式 中期計画に基づいて、弾力的な運営が可能。	企業会計方式
経営の自由度	自治体の財務規定の適用なし	自治体の財務規定の適用なし	
身分	公務員・地方公務員法により身分保障	非公務員	非公務員
定数	定数に関する定めはない。 (ただし、常勤職員の数 を設立団体の長に報告。)	定数に関する定めはない。	
採用任免	人事委員会の関与はないが、選考は競争試験、選考でおこなうなど、地方公務員法等の一部適用 理事長が任命	人事委員会の関与はなく、理事長の判断 理事長が任命	民間
給与	同一の類似の職種の国及び地方公共団体の職員並びに他の特定地方独立行政法人の職員、並びに民間事業の従事者の給与。業務実績、中期計画の人件費の見積もり。	当該一般独立行政法人の業務実績、社会一般の情勢に適合したもの。	民間法人が決定する。
業務の評価	評価委員会による評価あり。 ・目標による管理を行う。 ・政策目標を定め、達成できたか評価委員会による評価をおこなう。	評価委員会による評価あり。 ・目標による管理を行う。 ・政策目標を定め、達成できたか評価委員会による評価をおこなう。	法定の評価制度はない。
中期目標	設立団体の長が、中期目標(3～5年)を定め、独立行政法人に指示する。	設立団体の長が、中期目標(3～5年)を定め、独立行政法人に指示する。	なし
中期計画	中期目標に基づき、中期計画を作成し、設立団体の長の認可を受けて公表。 評価委員会の意見聴取、議会の議決が必要。	中期目標に基づき、中期計画を作成し、設立団体の長の認可を受けて公表。 評価委員会の意見聴取、議会の議決が必要。	

地方公営企業	地方公営企業	指定管理者
一部適用	全部適用	
地方公営企業法	地方公営企業法	地方自治法
予算単年度主義 企業会計方式	予算単年度主義 企業会計方式	企業会計方式
自治体の財務規定の適用	自治体の財務規定の適用	
公務員・地方公務員法により身分保障	公務員・地方公営企業労働関係法等による身分保障	非公務員
条例により定数管理。	条例により定数管理。	
競争試験、選考(人事委員会が関与) 地方公共団体の長が任命。	競争試験、選考(人事委員会が関与) 管理者が任命。	民間
一般行政職員と同様に条例で定める。	当該公営企業の経営状況等を考慮し、企業独自の給与表を定めることが可能。	指定管理者が決定する。
法定の評価制度はない。	法定の評価制度はない。	法定の評価制度はない。
なし	なし	なし
中期経営計画の策定、その公表が通知されている。	中期経営計画の策定、その公表が通知されている。	なし