

第3回稲沢市民病院のあり方検討委員会 資料

令和8年7月24日



もくじ

1. 第2回検討委員会のおさらい

損益分岐点分析	P.4
－収支均衡あるいは黒字化に向けて－	
損益分岐点分析	P.5
－収支均衡・黒字化の実現可能性検討－	
将来収支予測	P.7
公営企業型病院の必要性・使命	P.9
公営企業型病院の課題	P.10
稲沢市民病院が果たす役割	P.11
経営形態見直しの検討について	P.12

2. 追加分析

看護職員の実質稼働状況	P.15
市民1人当たりの一般会計繰入金負担額	P.16
愛知県内の公立病院事業との比較	P.17
類似団体との比較	P.18

3. 病院事業の経営形態

病院事業の経営形態	P.20
地方公営企業法 一部適用	P.21
地方公営企業法 全部適用	P.22
地方独立行政法人	P.23
指定管理者制度	P.24
民間譲渡	P.25

4. 経営形態の比較

病院として守るべきものの視点	P.28
市財政としての視点	P.29
経営形態の比較	P.30

【用語説明】



1. 第2回検討委員会のおさらい

- 第2回検討委員会での議論を振り返ります。

1. 第2回検討委員会のおさらい

(1) 損益分岐点分析－収支均衡あるいは黒字化に向けて－

- 第2回検討委員会で病院事業管理者から、損益分岐点分析に関連して、「入院患者増」「外来単価増」「費用削減」による収支改善に係る発言がありました。

病院事業管理者 発言要旨

- ✓ 診療報酬改定により、約3億円の増収を見込んでいる。
- ✓ 【入院】1日1～2人程度入院を増やすことにより、延べ入院患者が年間1.1万人程度増加することになり、約6.5億円程度増収を見込める。
- ✓ 【外来】外来単価が1人当たり1,000円程度増加^{*1}した場合、約1.2億円程度増収を見込める。
- ➡合計で10億円超の増収可能性があると見込んでいる。
- ✓ 【費用】人件費の削減は困難な状況と認識している。材料費や光熱水費の見直しで費用削減を図っている。

入院患者増

- ✓ 病院全体の平均在院日数
 - ・ 急性期病床の平均在院日数：約10日
 - ・ 地域包括ケア病床の平均在院日数：約27日
 - ➡病院全体の平均在院日数：約14日
- ✓ 毎日、1日当たり2人が追加的に入院した場合の延べ入院患者数の増加
 - ・ 平均在院日数14日 × 2人 = 延べ28人分増加(1日当たり)
 - ・ 1年間では、28人 × 365日 = 10,220人・・・約1.1万人増加
- ✓ 1人あたり入院単価5.9万円 × 1.1万人 = 6.49億円

外来単価増

- ✓ 現状の外来の整理
 - ・ 1日当たりの外来患者数 = 約500人
 - ・ 外来の診療日数 = 月平均20日程度
- ✓ 1人あたりの外来単価が1,000円増加した場合の1か月の収益増加額
 - ・ 1日患者数約500人 × 診療日数約20日 × 1,000円 = 0.1億円
- ✓ 1年間での増加額 0.1億円 × 12か月 = 1.2億円

*1: 全ての外来患者の単価を一律に増やすことを目指すのではなく、慢性の患者を地域の診療所に逆紹介し初診患者を紹介してもらうことによる単価増を目指す。

*2: 本ページに記載されている計算は、仮定を置いたうえでの仮の試算である。

1. 第2回検討委員会のおさらい

(2) 損益分岐点分析－収支均衡・黒字化の実現可能性検討－（1/2）

- 第2回検討委員会において、(1)の発言に関連して委員から以下のような発言がありました。

経営強化プランの取組状況

- ✓ 経営強化プランの評価が一面的になっているのではないかと。そうしたところから見直すとともに、この一つ一つの取組みをもっと真摯にやっていかないといけないのではないかと。

組織運営ガバナンス

- ✓ 病院全体で一つの方向に向かっていくためには、組織運営ガバナンスが大きな課題である。
- ✓ 経営の基本である組織運営ガバナンスの徹底が十分ではない状況では高い目標の達成が難しいのではないかと。

増患対策

- ✓ 外来患者数に関して、市内の診療所でも未だにコロナ前の水準に戻っていない。
- ✓ 外来患者の減少は稲沢市民病院特有の問題ではなく、医療全体の問題であると考えられるため、改善は難しいのではないかと。
- ✓ 固定費の削減が難しい中では、今までと違う増患対策をしないとけない可能性がある。そうでないと増患が絵に描いた餅になる。
- ✓ 増患対策は、民間病院に比べて市民病院の立場では難しい部分もある。

1. 第2回検討委員会のおさらい

(2) 損益分岐点分析ー収支均衡・黒字化の実現可能性検討ー (2/2)

●(1)の収支改善の実現に向けては以下のような論点について考慮が必要です。

診療報酬改定による増収

- ✓ 地域包括ケア病床の拡充により、令和7年度と比べると令和8年度の4～5月において、単価の高い急性期病床の入院患者数の比率が低下
- ✓ 診療報酬改定による増収効果約3億円は令和7年度の患者構成を前提としており、患者構成の変化に伴い、増収効果の再推計が必要

	R7		R8	
	急性期	地域包括ケア	急性期	地域包括ケア
患者数(人)／構成比(%)	7,317 (74.4%)	2,514 (25.6%)	7,226 (63.5%)	4,154 (36.5%)

入院患者増

増加水準

- ✓ 入院患者28人増とすると、1日当たり入院患者は**210人**程度必要(令和7年度1日当たり入院患者数182人 + 28人 = 210人)
- ✓ 稼働病床の利用率は、210人÷232床(稼働病床数) = **90.5%**と**高水準**
- ✓ 下表のとおり入院患者数210人という水準は**令和6年度以降未達成**

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	通年
R6	167.4	162.7	160.1	154.6	175.0	146.7	132.6	137.6	161.3	198.5	199.3	170.0	163.7
R7	172.3	150.4	141.1	176.0	191.8	189.5	180.4	203.6	191.5	184.4	203.7	201.8	182.1
R8	185.3	187.8											

出典：病院作成資料

入院患者増

現場負担

- ✓ 職員ヒアリング等から現状の入院患者数でも看護師負担が大きい状況がみえる。

➡入院患者を増やすには看護師増員が必要だが・・・

入院患者増

増員時期

- ✓ 令和8年度予算に増員分の給与費が盛り込まれておらず、増員には困難が伴う。

入院患者増

追加費用

- ✓ **【看護師給与】**10:1基準では28人÷10 = 3人だが、シフト制での交代要員を考慮し、この3～4倍程度必要・・・約12人必要
 - ・ 看護師の平均給与額が年間約600万円*1とすれば、**約7,200万円の追加費用**が必要
- ✓ **【変動費】**第2回資料(P.23)において患者1人当たり変動費を5,467円と試算
 - ・ 5,467円/人×1.1万人 = 6,014万円となり、**約6,000万円の追加費用**が必要

計1.3億円の追加費用(見込)

外来単価増

増加水準

- ✓ 外来単価1,000円増のためには令和6～8年度単価の**約8%**増とする必要があるが、令和6年度以降外来単価は**ほぼ横ばい**状態
- ✓ 逆紹介を強化すると外来患者は減少するため、単価増が相殺される可能性がある。紹介・逆紹介は病院だけでは対応できないことであり、実行可能性については確認の必要がある。
- ✓ 大きなコマーシャルもできない中、「地道な活動」で増患が見込めるか。

	R6	R7	R8
外来単価(円)	12,323	12,355	12,485

出典：病院作成資料(R8は4～5月の実績)

*1: 決算統計上、令和6年度看護師1人当たり給料月額48.5万円から算出している。

*2: 本ページに記載されている計算は、仮定を置いたうえでの仮の試算である。

1. 第2回検討委員会のおさらい

(3) 将来収支予測 ①R8～R12予測値 (1/2)

- 一般会計からの繰入金(負担金・補助金・出資金)の主な内訳と令和7年度までの実績、令和8年度以降の推計数値については以下のとおりです。
- 推計にあたっては、仮に資金不足になっていたとしても赤字を補填するための繰入は行わないことを前提としています(いわゆる基準外繰入は行わない^{*1})。^{*2}

【一般会計からの繰入金 決算確定値 + 将来収支予測：中間シナリオベース】

(単位：億円)

				R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7 確定	*3 R8 推計	R9 推計	R10 推計	R11 推計	R12 推計
基準内 繰入金	収益的 収支	医業 収益	[負担金]救急医療確保経費、保健衛生行政事務経費	1.6	0.9	1.3	1.5	2.5	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
		医業外 収益	[補助金]医師確保対策費、医師等研究研修費、院内保 育所運営費	1.1	0.5	0.6	1.0	0.9	1.0	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
			[負担金]高度医療経費、基礎年金拠出金公的負担経 費、リハビリテーション医療実施経費、企業債利息償還、 新病院建設時の用地取得企業債利息償還(1/2) 等	5.0	4.2	3.1	3.5	5.1	5.1	5.6	5.6	5.6	5.9	5.9	6.2
		小計		7.6	5.6	5.1	6.0	8.6	8.1	9.9	9.9	9.9	10.2	10.2	10.5
	資本的 収支	[出資金]新病院建設時の用地取得企業債元金償還(1/2)		0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
		[負担金]企業債元金償還等		4.5	2.5	2.1	1.5	2.3	2.9	3.6	4.0	3.2	2.7	4.6	5.1
		小計		4.7	2.8	2.4	1.7	2.6	3.2	3.9	4.2	3.5	3.0	4.9	5.3
	基準内繰入金合計			12.4	8.4	7.4	7.8	11.1	11.3	13.8	14.2	13.4	13.1	15.1	15.8
	基準外 繰入金			新病院建設時の用地取得企業債元利償還(残る1/2)							0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
	一般会計繰入金合計			12.7	8.7	7.8	8.1	11.5	11.6	14.1	14.5	13.8	13.5	15.5	16.2
資金残高			7.5	10.8	27.4	34.2	36.0	18.9	7.3	▲4.2	▲17.1	▲30.0	▲45.3	▲61.8	

^{*1}: 新病院建設時の用地取得企業債元利償還の2分の1を除く。
なお、第2回検討委員会資料では、その金額を基準内繰入金に含めていたため、今回修正している。
^{*2}: あくまでも仮想シミュレーションであり、この通りの推移となるとは限らない。
^{*3}: 決算数値を基に推計しているため、R8の当初予算数値とは一致しない。
^{*4}: 本ページ上の算出過程における計算結果は、端数処理等により一致しないことがある。

1. 第2回検討委員会のおさらい

(3) 将来収支予測 ①R8～R12予測値 (2/2)

- 仮に資金不足回避のため、資金不足額を基準外繰入金(赤字補填)によって充当した場合、一般会計繰入金の合計額は以下のようになり、令和8～12年度までの5年間で赤字補填額が約69億円となる見込みです。

【赤字補填をしない場合 決算確定値+将来収支予測：中間シナリオベース *1】

(単位：億円)

	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	確定	推計	推計	推計	推計	推計
基準内繰入金	13.8	14.2	13.4	13.1	15.1	15.8
基準外繰入金(用地取得企業債元利償還)	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
基準外繰入金(赤字補填)	-	-	-	-	-	-
一般会計繰入金合計	14.1	14.5	13.8	13.5	15.5	16.2
資金増減額	▲11.6	▲11.5	▲12.9	▲12.9	▲15.3	▲16.4
資金残高	7.3	▲4.2	▲17.1	▲30.0	▲45.3	▲61.8

資金ショート・
病院運営
不可能

資金残高にかかわらず、
赤字補填をしない。

【赤字補填をする場合 決算確定値+将来収支予測：中間シナリオベース *1】

(単位：億円)

	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	確定	推計	推計	推計	推計	推計
基準内繰入金	13.8	14.2	13.4	13.1	15.1	15.8
基準外繰入金(用地取得企業債元利償還)	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
基準外繰入金(赤字補填)	-	11.5	12.9	12.9	15.3	16.4
一般会計繰入金合計	14.1	26.0	26.7	26.4	30.8	32.6
資金増減額	▲11.6	-	-	-	-	-
資金残高	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3

病院運営に支障が出
ないよう基準外繰入金
を計上して赤字補填を
する。

5年間の赤字補填額が
約69億円
となる見込み

R8以降の資金残高がR7年
度末残高のまま維持される。

- *1: あくまでも仮想シミュレーションであり、この通りの推移となるとは限らない。
 *2: 決算数値を基に推計しているため、R8の当初予算数値とは一致しない。
 *3: 本ページ上の算出過程における計算結果は、端数処理等により一致しないことがある。

(4) 公営企業型病院の必要性・使命

- 公営企業型病院は収益性だけでは評価できない公共的な役割を担っており、以下のような必要性・使命を有しています。

分類	公営企業型病院の必要性・使命
政策医療 (不採算医療の提供)	✓救急医療、小児・周産期医療、災害医療等、不採算の医療を継続的に提供する役割 ✓地域住民の生命・安全を守るセーフティネット機能
地域医療提供体制の 基盤維持	✓地域全体の医療機能を完結・最適化させるための中核
安定的・継続的な 医療提供	✓景気や患者動向、採算性に左右されず、医療を安定的・継続的に提供(ただし、交付税や繰入金等、自治体の財政でカバーできる範囲)
公平性・公共性の確保	✓全ての住民に対して公平な医療アクセスを確保 ✓採算性は一定考慮されるものの、必要性に基づく医療提供を重視
行政施策との 一体的推進	✓市の保険・福祉・介護政策と連動した医療提供
人材育成・ 地域医療支援	✓医師・看護師等の育成拠点としての役割

(5) 公営企業型病院の課題

- 公営企業型病院特有の制度等に起因して、一般的に効果的・効率的な経営改善の実施が困難な場合があります。

分類	公営企業型病院の課題
経営改善のスピード	✓公営企業型病院では、予算を含めた病院の意思決定に自治体・議会の承認が必要になる等、迅速な経営改善が難しい場合がある。
中長期視点	✓将来にわたり医療サービスを提供するためには、適切な投資計画が必要になる。 ✓単年度予算の考え方を前提とすることから、中長期的に必要な投資等を計画的に実行することが難しい場合がある。
柔軟な人事制度	✓公務員制度を前提に、インセンティブ等を含めた柔軟な人事評価制度の導入には限界がある。 ✓柔軟な給与設定や採用スピードの点から必要な人材を適時に採用することが難しい場合がある。 ✓給与水準について、実態として人事院勧告や自治体の給与体系の影響を受ける。
病院経営に係る専門家育成	✓経営を担う事務職員は自治体からの人事異動であるため、専門性を磨くことが困難な場合がある。 ✓上記により医療従事者に対し、経営に関する発言をすることが難しくなる場合がある。
ガバナンス	✓全部適用では、病院事業管理者に権限・責任があることになっているが、実態としては必ずしも自律的な運営を行い難い場合もある。
自治体による財政支援	✓自治体によっては本体の財政が厳しいところもある。 ✓その場合、政策医療の財源となる繰入金に強く頼れない可能性がある。

1. 第2回検討委員会のおさらい

(6) 稲沢市民病院が果たす役割

- 第2回検討委員会で病院事業管理者から、稲沢市民病院の果たす役割についての発言がありました。

病院事業管理者 発言要旨

- ✓ 地域医療構想は本来、地域内での役割分担を明確にするものだが、収益性が重視される中で各医療機関の利害が優先され、具体的な地域の役割分担が進んでいない。
- ✓ 今後は人口減少を踏まえ、当院は中核的な高度急性期ではなく、急性期と回復期の中間として、一般急性期や高齢者救急を担う役割が考えられる。
- ✓ 診療報酬改定もこうした役割分担を後押ししており、当院は新たな入院基本料の取得を見据えて体制整備を進めている。
- ✓ 病床数については、平時の採算性だけで縮小すると、感染症や大規模災害時への対応力が低下するおそれがある。
- ✓ 新型コロナや地震対応の事例からも、行政の指示で活用できる病床を一定数確保することが重要である。
- ✓ 診療科(例：小児科)の見直しについても、採算性のみで判断せず、地域の医療ニーズや将来リスクを踏まえ慎重に検討するべきである。
- ✓ 公立病院としては、どのような経営形態であるにしろ、経営効率とともに、有事に対応できる医療体制を維持する「社会インフラ」としての役割を重視する必要がある。



役割

安全・良質な医療の継続提供

地域の急性期病院としての役割

急性期から回復期への橋渡し機能

社会インフラとしての病院機能

行政がコントロールできる医療供給体制の確保

セーフティネット機能の維持

地域医療連携のハブ機能

(7) 経営形態見直しの検討について

- 第2回検討委員会では、稲沢市の財政状況を踏まえたうえで、稲沢市民病院として守るべき医療のセーフティネット機能を維持しながら、今より柔軟な経営が可能な経営形態の手法を検討することが提案されました。

市財政としての視点

- 扶助費は現状23.9%と相対的に低位にあるものの、今後の増加が見込まれるほか、人件費の伸び及び金利上昇による公債費の伸びも考慮すると、義務的経費全体として増加基調にある。
- また、インフレ局面になっているため、物件費及び普通建設事業費についても上昇が継続する可能性が高い。
- これらを踏まえると、稲沢市の財政運営は今後一層厳しさを増すと見込まれ、財政状況を勘案すれば、一般会計から稲沢市民病院への繰出金の抑制・縮減を志向する必要性が高まっていると考えられる。

病院として守るべきものの視点

- 自治体病院の最大の使命は、不採算医療や政策医療を含めた医療提供を通じて、地域におけるセーフティネット機能を維持することにある。
- 更に、災害時や感染症拡大時等の有事対応も含め、行政として機動的に関与及び調整が可能な医療資源(病床)を一定程度確保しておくことが不可欠である。



公立病院の役割を維持しながら、今より**柔軟な経営が可能な経営形態**の検討

1. 第2回検討委員会のおさらい

(参考)『公立病院経営強化ガイドライン』の記載

- 総務省公表の『公立病院経営強化ガイドライン』においても、経営形態の見直しについてのアドバイスが記載されています。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

3 経営強化プランの内容

(3) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る記載事項

(中略)

特に、医師等の不足により、必要な医療機能を維持していくことが困難な公立病院や、経営強化プラン対象期間中に**経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な公立病院**においては、今般の経営強化プランの策定のタイミングを捉え、**経営改善に資する経営形態の見直しについて**、地域の実情を踏まえつつ、**十分な検討を行うべき**である。

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

2) 地方公営企業法の全部適用

(中略)

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に取り組むことが適当**である。



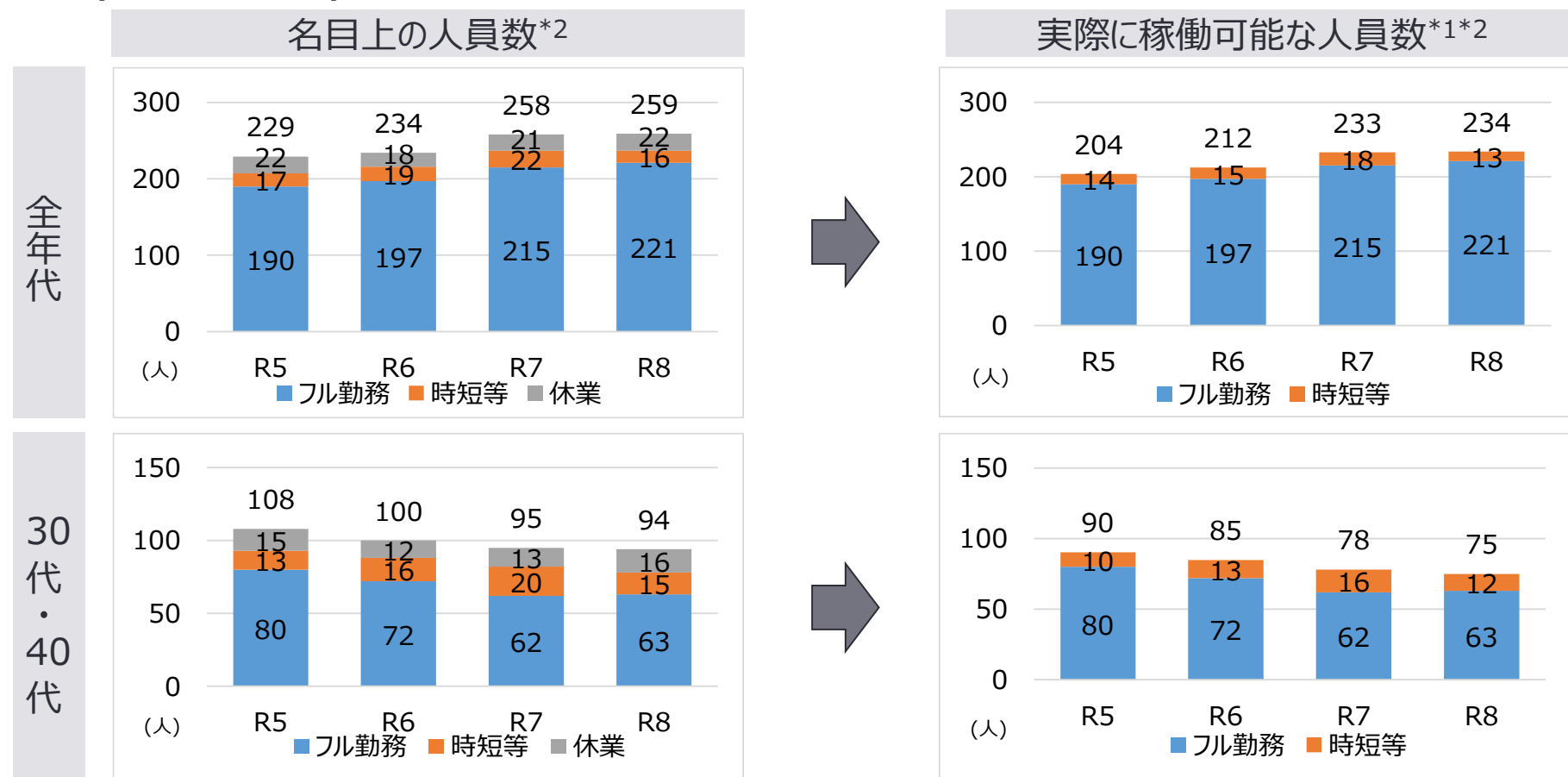
2. 追加分析

- 第2回検討委員会での議論を踏まえ、いくつかの項目について追加的な分析を行いました。

2. 追加分析

(1) 看護職員の実質稼働状況

- 看護師数は全体として増加しているものの、30,40代では、フルタイム勤務者が減少する一方で、一定の休業者が存在しています。
- このため、名目上の人員数に対して、実際に稼働可能な人員数^{*1}が少ない構造が示唆されます(特に中堅層)。



出典：稲沢市民病院提供資料

*1: 「時短等」「休業」等の人員をフル勤務の職員数に換算。

「時短等」は育児短時間勤務、部分休業であり、0.8を乗じて換算している。また、「休業」は産前・産後休暇、育児休業、病気休業であり、0を乗じて換算している。

*2: 各年度4月1日時点のデータである。

2. 追加分析

(2) 市民1人当たりの一般会計繰入金負担額

- 令和8年度推計における稲沢市民1人当たりの一般会計繰入金負担額は、赤字補填を行う場合、赤字補填を行わない場合の1.8倍となります。
- 今後の繰入金額の増加や人口減少を考慮すると、さらに負担額は大きくなると見込まれます。

【赤字補填をしない場合 決算確定値 + 将来収支予測：中間シナリオベース *1】

(単位：億円)

	R7 確定	R8 ^{*2} 推計	R9 推計	R10 推計	R11 推計	R12 推計
基準内繰入金	13.8	14.2	13.4	13.1	15.1	15.8
基準外繰入金(用地取得企業債元利償還)	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
基準外繰入金(赤字補填)	-	-	-	-	-	-
一般会計繰入金合計	14.1	14.5	13.8	13.5	15.5	16.2
資金増減額	▲11.6	▲11.5	▲12.9	▲12.9	▲15.3	▲16.4
資金残高	7.3	▲4.2	▲17.1	▲30.0	▲45.3	▲61.8

÷ 稲沢市人口
(132,162人)^{*3}

市民1人当たり
10,971円
の負担

【赤字補填をする場合 決算確定値 + 将来収支予測：中間シナリオベース *1】

(単位：億円)

	R7 確定	R8 ^{*2} 推計	R9 推計	R10 推計	R11 推計	R12 推計
基準内繰入金	13.8	14.2	13.4	13.1	15.1	15.8
基準外繰入金(用地取得企業債元利償還)	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
基準外繰入金(赤字補填)	-	11.5	12.9	12.9	15.3	16.4
一般会計繰入金合計	14.1	26.0	26.7	26.4	30.8	32.6
資金増減額	▲11.6	-	-	-	-	-
資金残高	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3

÷ 稲沢市人口
(132,162人)^{*3}

市民1人当たり
19,672円
の負担

1.8倍

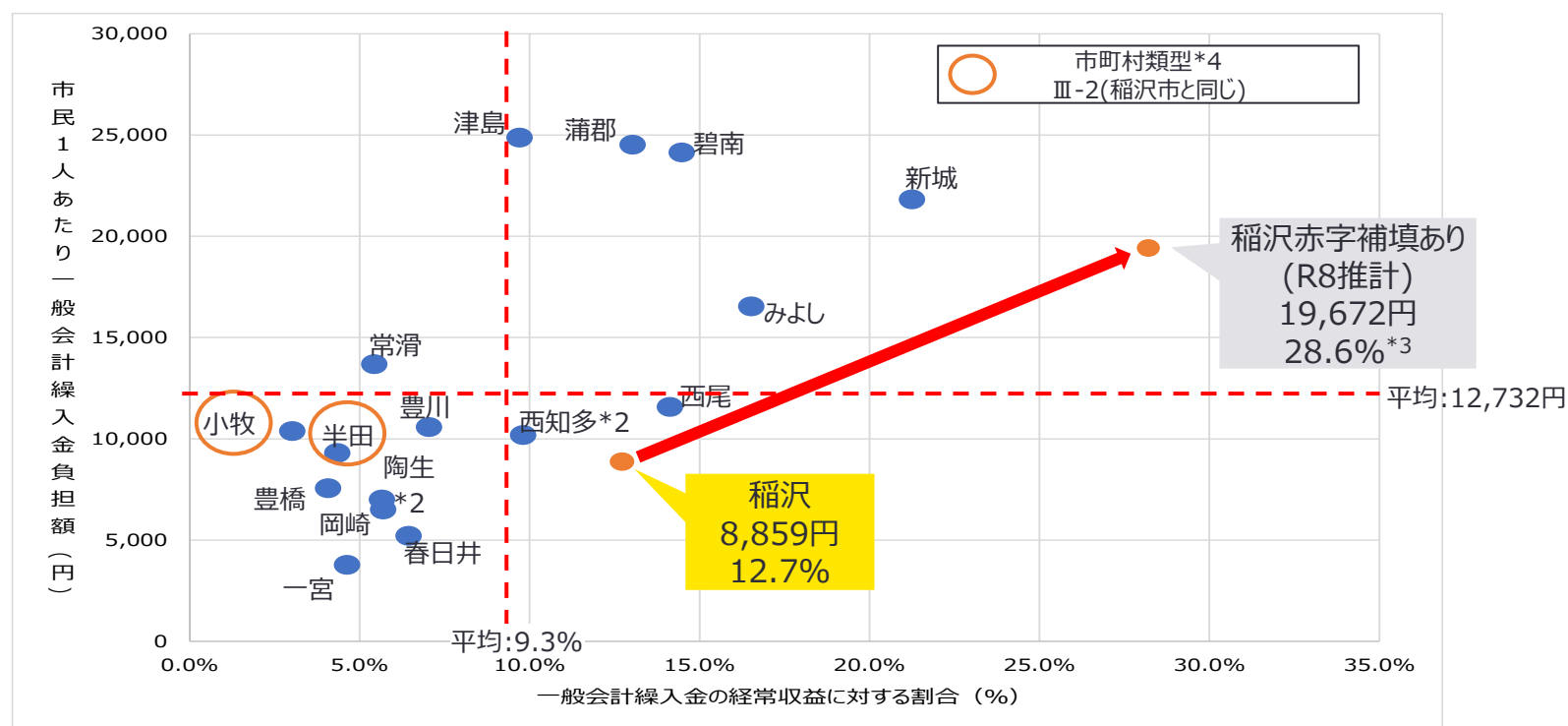
*1: あくまでも仮想シミュレーションであり、この通りの推移となるとは限らない。
*2: 決算数値を基に推計しているため、R8の当初予算数値とは一致しない。

*3: 令和8年4月1日時点の人口(住民基本台帳)
*4: 本ページ上の算出過程における計算結果は、端数処理等により一致しないことがある。

2. 追加分析

(3) 愛知県内の公立病院事業との比較

- 愛知県内の公立病院事業と比較すると、令和6年度市民1人あたり*1負担額(8,859円)は平均以下、経常収益に対する割合(12.7%)は平均以上です。
- 一方、赤字補填を実施する場合の令和8年度推計では、両指標ともに県内でも高い水準に位置付けられる見込みです。



出典：令和6年度地方公営企業決算状況調査

*1: 令和6年度人口(住民基本台帳、各市HPより)

*2: 陶生は瀬戸市、尾張旭市、長久手市の人口合計、西知多は東海市、知多市の人口合計で除している。

*3: 前ページにおける「赤字補填する場合」における令和8年度一般会計繰入金推計値から資本的収支に係る繰入金を控除した額(21.4億円) ÷ 令和8年度経常収益推計値(74.7億円: 医業収益58.8億円+医業外収益14.9億円+訪問看護収益1.0億円) = 28.6%

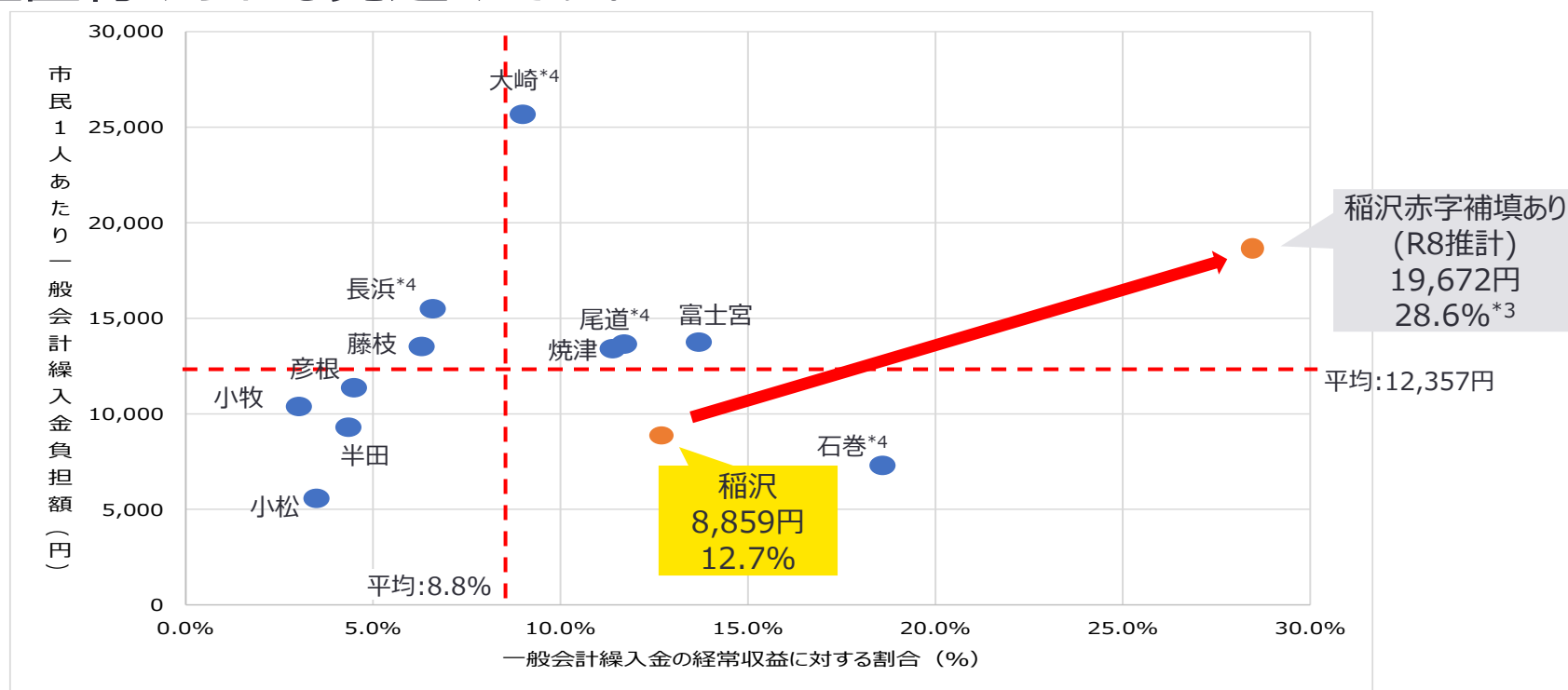
*4: 稲沢市の類似団体として、総務省「令和6年度財政状況資料集における類型」の「市町村類型区分」が「Ⅲ-2」の市を選定している。

「市町村類型区分」は全国の自治体を「人口」と「産業構造」によって類型化したもので、「市町村類型区分」が同じ自治体は自治体としての性質が類似している。

2. 追加分析

(4) 類似団体*1との比較

- 全国の類似団体と比較すると、令和6年度市民1人あたり*2負担額(8,859円)は平均以下、経常収益に対する割合(12.7%)は平均以上です。
- 一方、赤字補填を実施する場合の令和8年度推計では、両指標ともに高い水準に位置付けられる見込みです。



出典：令和6年度地方公営企業決算状況調査、令和6年度公営企業年鑑

- *1: 稲沢市の類似団体として、総務省「令和6年度財政状況資料集における類型」の「市町村類型区分」が「Ⅲ-2」の市を選定している。
「市町村類型区分」は全国の自治体を「人口」と「産業構造」によって類型化したもので、「市町村類型区分」が同じ自治体は自治体としての性質が類似している。
- *2: 令和6年度人口(住民基本台帳、各市HPより)
- *3: 前々ページにおける「赤字補填する場合」における令和8年度一般会計繰入金推計値から資本的収支に係る繰入金を控除した額(21.4億円) ÷ 令和8年度経常収益推計値(74.7億円: 医業収益58.8億円+医業外収益14.9億円+訪問看護収益1.0億円)
- *4: 2病院以上を有する市

3. 病院事業の経営形態

- 病院事業の経営形態として考えられる手法を網羅的に確認します。

3. 病院事業の経営形態

(1) 病院事業の経営形態

- 病院事業の経営形態として考えられる手法は以下のとおりです。

種別	手法	概要
公設 公営	地方公営企業法 一部適用	➤ 自治体の内部組織として首長(市長)が公立病院の運営責任を負う。
	地方公営企業法 全部適用	➤ 自治体の内部組織である点是一部適用と同じだが、市長から任命を受けた病院事業管理者が公立病院を運営する。 【稲沢市民病院は現在、この経営形態である。H22.4~一部適用→全部適用】
	地方独立行政法人 (非公務員型)	➤ 自治体から独立した法人を設立し、当該法人(理事長は首長(市長)が任命)が公立病院を運営する。
公設 民営	指定管理者制度	➤ 医師や看護師等による医療行為を含め、公立病院の管理運営・医療業務を、首長(市長)が指定する指定管理者(民間の医療法人等)に包括的に委ねる。
民設 民営	民間譲渡	➤ 自治体が、公立病院の施設・設備、運営の全てを民間の医療法人等に譲渡する。

3. 病院事業の経営形態

(2) 地方公営企業法 一部適用

- 自治体の内部組織として首長(市長)が公立病院の運営責任を負います。

■イメージ図



■事例紹介

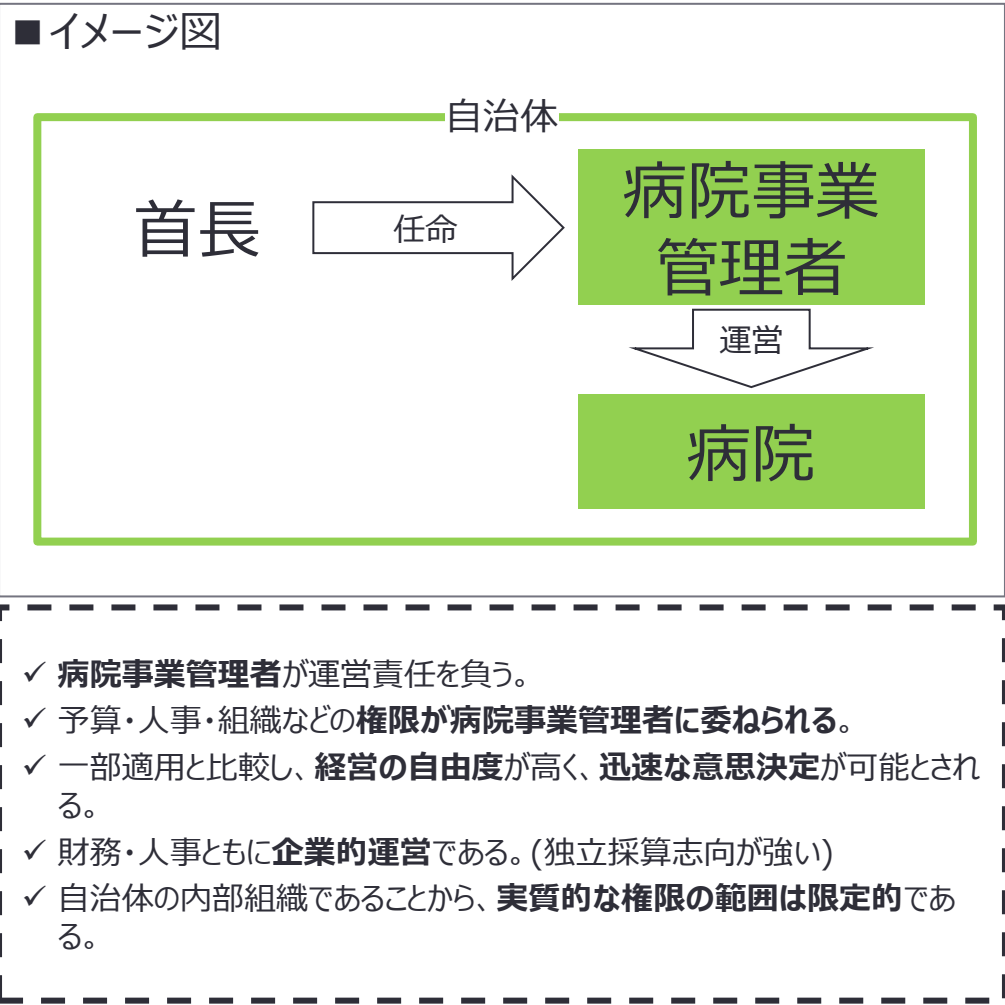
開設者名	病院名	病床数
南相馬市	南相馬市立総合病院	300床
羽島市	羽島市民病院	281床
菊川市	菊川市立総合病院	260床
碧南市	碧南市民病院	255床
伊賀市	伊賀市立上野総合市民病院	281床
新宮市	新宮市立医療センター	285床
八幡浜市	市立八幡浜総合病院	256床

- ✓ 首長(市長)が運営責任を負う。
- ✓ 予算・人事・組織は原則として自治体と一体運用である。
- ✓ 経営の自由度は限定的(迅速な意思決定に制約)である。
- ✓ 公営企業会計を一部(財務規定等のみ)適用するが、運用は行政的色彩が強い。
- ✓ 病院長の権限は限定的である。(内部管理者としての位置づけ)

3. 病院事業の経営形態

(3) 地方公営企業法 全部適用

- 一部適用とは異なり、市長から任命を受けた病院事業管理者が公立病院を運営します。(稲沢市民病院は現在、この経営形態である。)



■事例紹介

開設者名	病院名	病床数
黒石市	国保黒石病院	204床
三沢市	市立病院	220床
盛岡市	盛岡市立病院	268床
横手市	横手病院	229床
米沢市	米沢市立病院	263床
公立岩瀬病院企業団	公立岩瀬病院	279床
稲城市	市立病院	290床
加賀市	加賀市医療センター	300床
岡谷市	岡谷市民病院	295床
佐久市	国保浅間総合病院	238床
伊南行政組合	昭和伊南総合病院	300床
稲沢市	稲沢市民病院	278床
伊勢市	市立伊勢総合病院	300床
高島市	高島市民病院	210床
貝塚市	貝塚病院	249床
柏原市	市立柏原病院	220床
南和広域医療企業団	南奈良総合医療センター	232床
橋本市	橋本市民病院	300床
大田市	市立病院	229床
雲南市	雲南市立病院	281床
尾道市	尾道市立市民病院	282床
尾道市	尾道市公立みつぎ総合病院	240床
光市	光市立光総合病院	210床
光市	光市立大和総合病院	243床

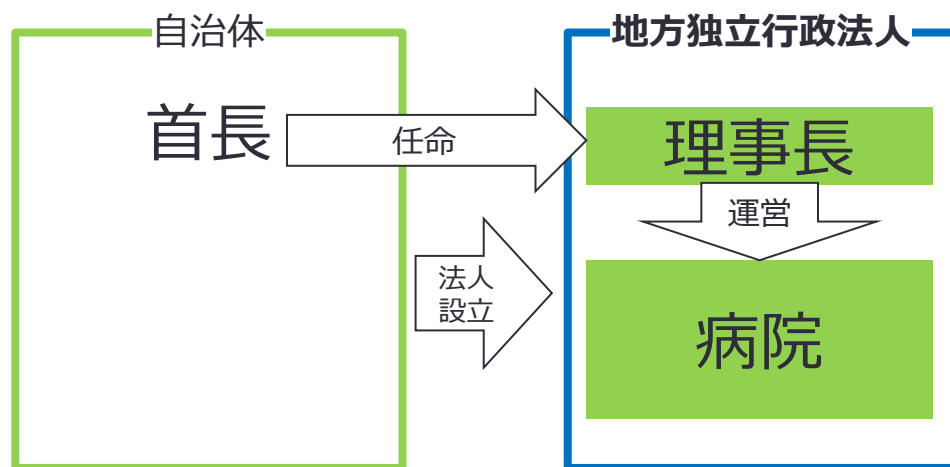
参考：令和6年度地方公営企業年鑑より稲沢市民病院と病床数が近い病院を抜粋

3. 病院事業の経営形態

(4) 地方独立行政法人

- 自治体から独立した法人を設立し、当該法人が公立病院を運営します。

■イメージ図



- ✓ 病院事業は**地方独立行政法人**として独立した主体という位置付けであり、自治体が議会の議決を経て定款を定め設立する。
- ✓ 運営責任は**理事長**が担う。
- ✓ 自治体の首長が示す**中期目標(3～5年)**に基づき法人が**中期計画**を策定し、事業運営を実施する。
- ✓ **予算・人事・組織**については、**理事長**に広い権限が付与されており、経営の自由度が高く、機動的かつ迅速な意思決定が可能である。
- ✓ 職員定数の上限がなく、**柔軟な人員配置が可能**である。
- ✓ **資本金その他の財産的基礎**^{*1}を有しなければならない。

^{*1}: 債務超過状態が解消されなければ法人設立の認可を受けることはできない。

■事例紹介

法人名	病院名	病床数
地方独立行政法人 茨城県西部医療機構	茨城県西部メディカルセンター	251床
地方独立行政法人 大阪市民病院機構	十三市民病院	263床
地方独立行政法人 筑後市立病院	筑後市立病院	233床

地方独立行政法人 芦屋中央病院

- ✓ 病院経営形態検討委員会において「**病院継続**」を前提に**建替と経営形態の見直し**が答申され、**もともと黒字経営を維持**していたことから、財務面の制約なく将来の機能強化を見据えた制度選択の検討が進められた。
- ✓ 指定管理や民間譲渡は地域性等から現実的でなく、また直営では議会手続等により意思決定が遅れる課題があったため、より**自主性・迅速性の高い経営体制の必要性が認識**された。
- ✓ こうした状況を踏まえ、**建替と一体で医療機能や人事制度の見直しを進めつつ、国施策への迅速対応や収益拡大を可能とする柔軟な運営を実現できる点**から、地独化が最も整合的な選択として決定された。

(上記は芦屋中央病院へのヒアリングによる)

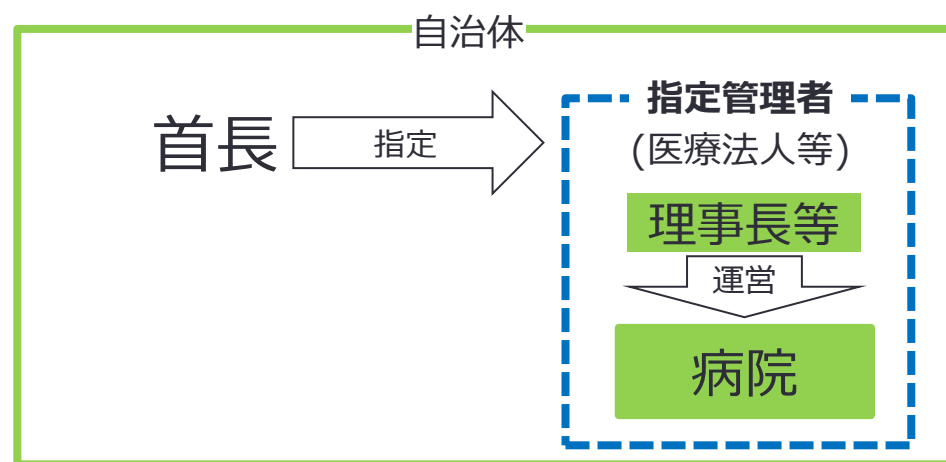
参考：令和6年度地方公営企業年鑑より稲沢市民病院と病床数が近い病院を抜粋

3. 病院事業の経営形態

(5) 指定管理者制度

- 医師や看護師等による医療行為を含め、公立病院の管理運営・医療業務を、首長(市長)が指定する指定管理者(民間の医療法人等)に委ねます。

■ イメージ図



- ✓ 病院事業は公設民営による運営形態に位置付けられる。
- ✓ 開設者は首長(市長)であるが、運営責任は指定管理者(医療法人等)が担う。
- ✓ 自治体と指定管理者の協定(指定管理業務仕様)に基づき事業運営を実施する。政策医療等は自治体との協定や指定管理料等により実施する。
- ✓ 組織・人事・日々の運営は指定管理者に権限が委ねられており、経営の自由度が高く、民間的手法による効率的・機動的な運営が可能である。
- ✓ 職員定数の上限がなく、柔軟な人員配置が可能である。

■ 事例紹介

自治体名	病院名	病床数
柏市	柏病院	200床
氷見市	金沢医科大学 氷見市民病院	250床
伊東市	伊東市民病院	250床
あま市	あま市民病院	180床
守山市	守山市民病院 *1	199床
綾部市	綾部市立病院	206床
泉大津市	泉大津急性期メディカルセンター	300床
生駒市	生駒市立病院	210床
飯塚市	飯塚市立病院	250床
大村市	市立大村市民病院	212床
霧島市	医師会医療センター	254床

*1: 平成30年度から令和14年度までを指定管理期間とするが、令和15年度に指定管理者へ病院を譲渡

社会医療法人厚生会 多治見市民病院

- 平成20年2月: 経営形態の見直しについて検討開始
- 平成20年7月: 指定管理者制度採用を決定
- 平成22年4月: 指定管理者制度に移行
- ✓ 市直営による市民病院の運営においては、**医師不足による患者減少、経営悪化**が問題となっていた。
- ✓ **大学病院等と連携した医師確保による医師不足解消**や**民間の柔軟な経営手法を取り入れた運営による経営改善**を行うべく、指定管理者制度を導入することとなった。

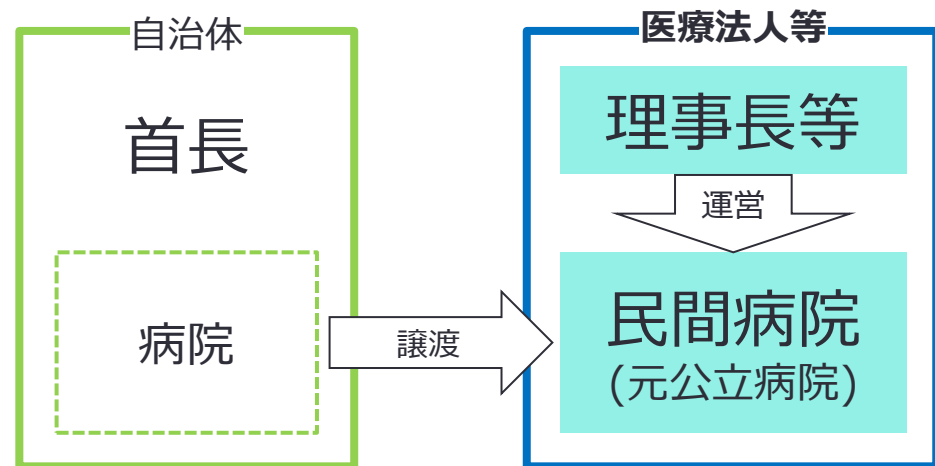
参考: 総務省「公営企業の持続可能な経営の確保に向けた先進・優良事例集」

3. 病院事業の経営形態

(6) 民間譲渡

- 自治体が、公立病院の施設・設備、運営の全てを民間の医療法人等に譲渡します。

■イメージ図



■事例紹介

自治体名	病院名	病床数
宇城市	旧：国民健康保険宇城市市民病院	45床
大阪市	旧：大阪市立北市民病院	482床
浦安市、市川市	旧：浦安市川市民病院	344床
志木市	旧：志木市立市民病院	100床

旧：いわき市立常磐病院

- 平成21年3月：改革プランで常磐病院の民間移譲を位置づけ
- 平成21年7月：公募により、常磐病院の後継医療機関を財団法人ときわ会に選定
- 平成22年4月：財団法人ときわ会常磐病院開院

- ✓ 市立2病院体制の下で、医師不足に伴う患者数の減少や病床利用率の低下により収益が悪化し、特に常磐病院では継続的な赤字が発生するなど、厳しい経営状況が続いていた。
- ✓ 限られた医療資源を中核病院に集約して高度急性期機能を強化しつつ、分院を民間へ移譲することで、財政負担の解消と医療機能の維持が両立するため、運営主体を切り分ける民間譲渡が最適と判断された。

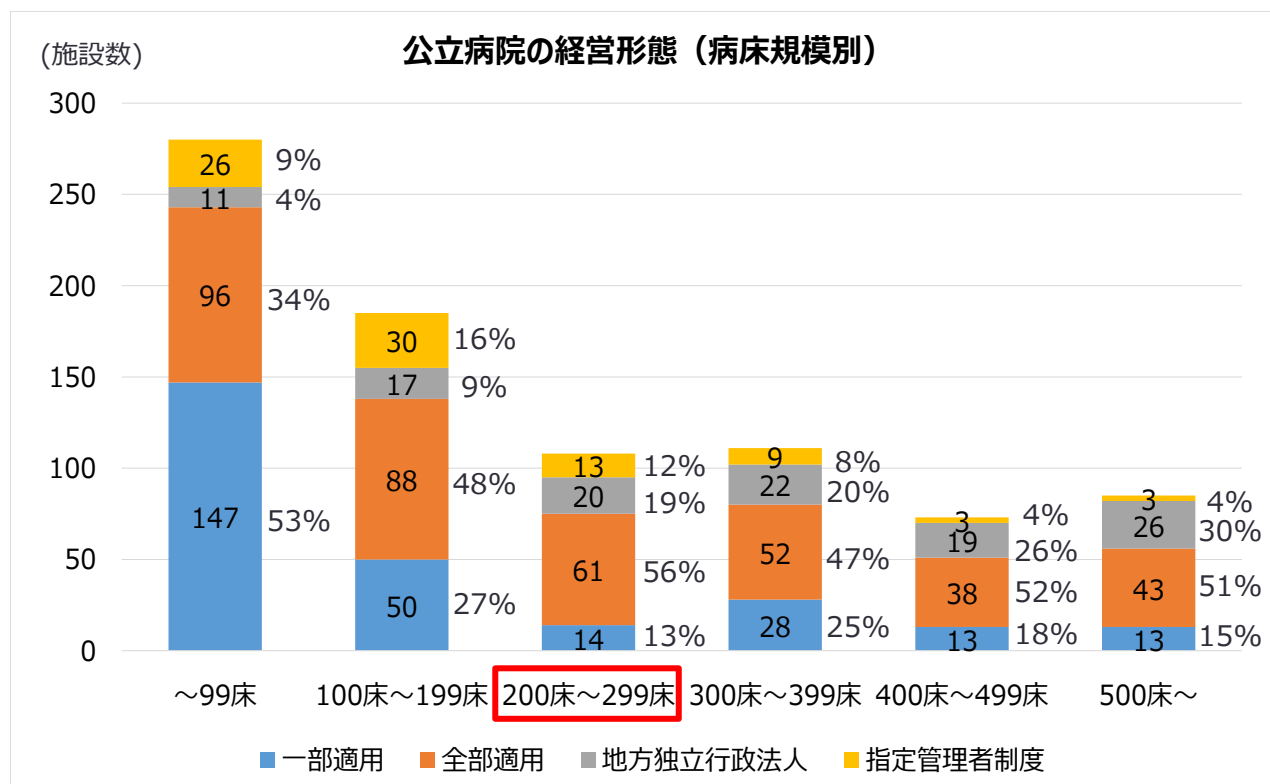
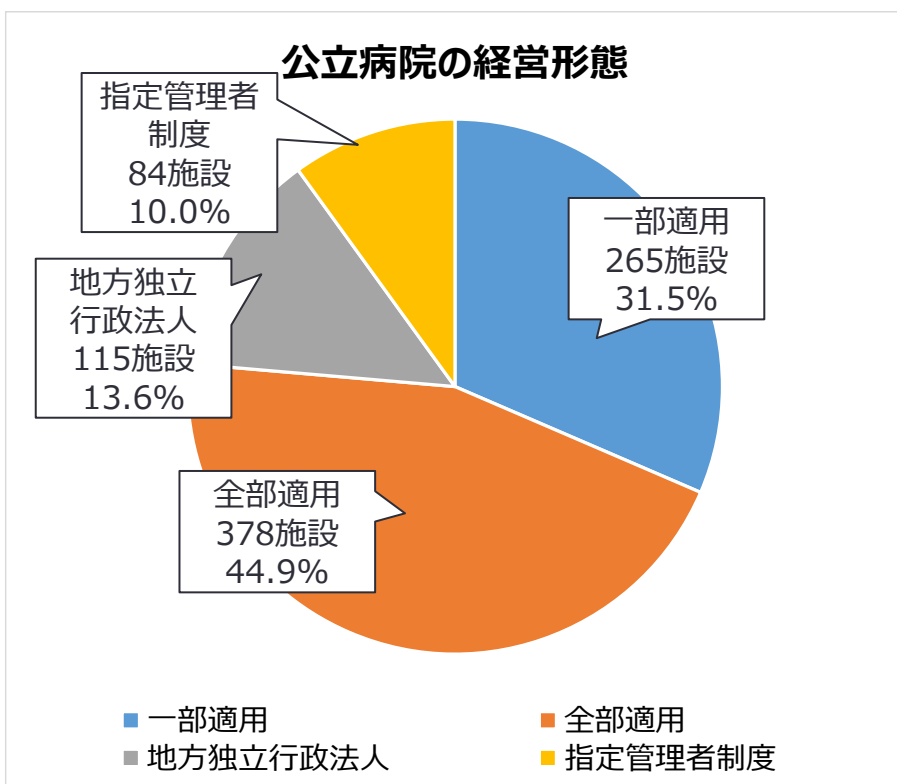
参考：厚労省「再編統合の事例(民間移譲)」より抜粋

- ✓ 病院事業は医療法人等による民間事業として運営される。
- ✓ 運営責任は医療法人等の長が担う。
- ✓ 事業運営は医療法人等の経営方針に基づき自主的に実施される。
- ✓ 不採算医療や政策医療は、**撤退のリスク**がある。実施する場合は自治体から補助金等の支援を受けることもあるが、**公設ではないため地方交付税措置の対象とはならないことから、自治体の財政負担が重くなる。**
- ✓ **組織・人事・予算・意思決定等の全ての経営権限は医療法人等に帰属しており、経営の自由度が極めて高く、民間経営として効率性・収益性を重視した運営が行われる。**
- ✓ 職員定数の上限がなく、**経営判断に応じた人員配置が可能**である。

3. 病院事業の経営形態

(参考) 経営形態別の構成比

- 200～299床規模の公立病院においては、全部適用が一定の比率を占めつつも、一部適用や地方独立行政法人、指定管理者制度など複数の経営形態が併存している状況にあります。



参考：令和6年度地方公営企業年鑑より集計



4. 経営形態の比較

- 様々な観点により、経営形態を比較します。

4. 経営形態の比較

(1) 病院として守るべきものの視点

- 経営形態を検討するにあたっては、まず稲沢市民病院が地域で果たすべき役割を明確にすることが重要です。
- 第2回検討委員会での病院事業管理者の発言から、稲沢市民病院としては、以下のような役割認識のもと、新しい地域医療構想における立ち位置を検討しています。

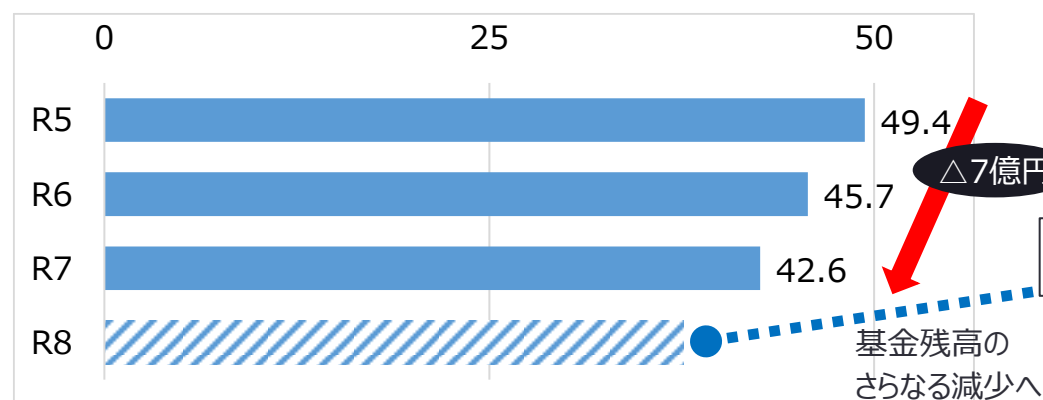
分類	稲沢市民病院の役割
安全・良質な医療の継続提供	✓ 将来を見据え、地域住民に対し安全で質の高い医療を安定的に提供すること ✓ 厳しい経営環境下においても、医療の質を確保しつつ持続可能な医療提供体制を維持すること
地域の急性期病院としての役割	✓ 中核病院を補完し、地域における急性期医療及び高齢者救急の受け皿としての役割を担うこと ✓ 高度急性期病院との機能分担を図り、地域における適切な医療提供体制の一翼を担うこと
急性期から回復期への橋渡し機能	✓ 急性期医療から回復期・在宅医療への円滑な移行を支援すること ✓ 地域包括ケア病床等を活用し、患者の生活復帰を見据えた切れ目のない医療を提供すること
社会インフラとしての病院機能	✓ 平時において、地域住民が安心して医療を受けられる体制を確保すること ✓ 災害や感染症等の有事においても、医療提供を継続する社会インフラとして機能すること
行政がコントロールできる医療供給体制の確保	✓ 行政のトップダウンにより迅速に対応可能な医療提供体制を維持すること ✓ 必要時に政策医療を実行できるよう一定規模の病床機能を確保すること
セーフティネット機能の維持	✓ 民間医療機関では担いにくい不採算医療や政策医療を提供すること ✓ 地域医療の最後の砦として、全ての住民に必要な医療機会を保障すること
地域医療連携のハブ機能	✓ 地域の医療機関、介護施設、在宅医療との連携を強化すること ✓ 紹介・逆紹介を通じて患者の適切な医療機関間の流れを形成する中核的役割を担うこと

4. 経営形態の比較

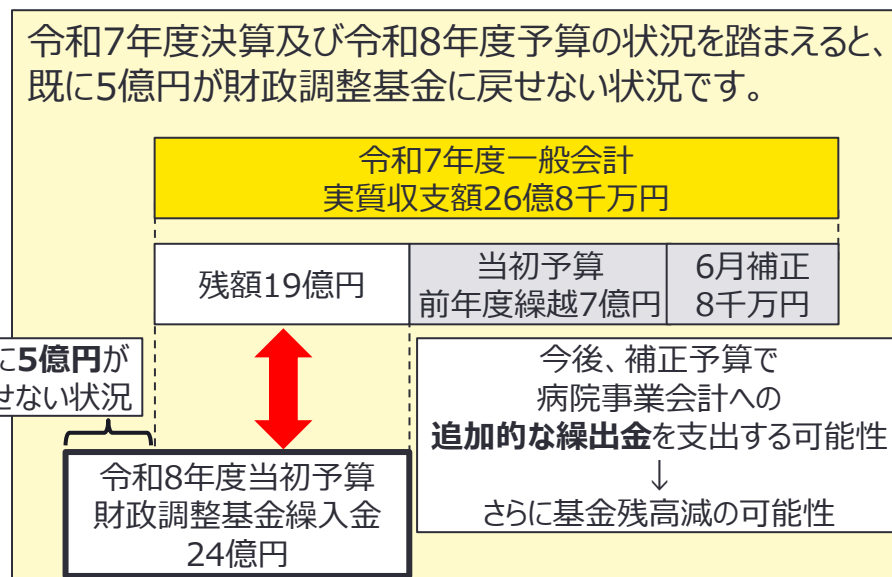
(2) 市財政としての視点

- 財政調整基金*1は、ここ3年間で約7億円減少しており、今後も減少が見込まれていますが、財政調整基金は一定程度の残高を確保する必要があり、これ以上、基金に依存することは難しいと考えられます。基金の減少は市の他の事業にも影響を及ぼす可能性があります。
- 今後、市財政は義務的経費の増加やインフレ局面による物件費等の上昇といった構造的制約に直面しうる状況であることに鑑みると、稲沢市民病院への市一般会計からの基準外繰り出し(赤字補填)は困難です。
- 第2回検討委員会で、「全部適用体制の中では固定費削減等は事実上困難ではないか。経営形態の手法について検討する必要があるのではないか。」との意見がありました。稲沢市民病院の役割を維持しながら今よりも柔軟な経営が可能な経営形態としてどのような手法があり得るかを整理します。

【稲沢市 財政調整基金 年度末残高(億円)】



*1: 「財政調整基金」とは、市が収入の変動や緊急支出に備えて積み立てている基金で、いわば「貯金」とも言えるもの



4. 経営形態の比較

(3) 経営形態の比較 ①公的病院の役割維持(政策医療等)

- 経営形態ごとの程度の差はあれ、市との協定や市からの一定の負担等により政策医療等を維持するための仕組みがあります。

種別	手法	公的病院の役割維持(政策医療等)	地方交付税・地方債
公設 公営	地方公営企業法 全部適用	- 経営の独立性を確保しつつも設置主体は市であるため、<u>議会・予算を通じて政策医療の実施は担保</u>される。 - 収支均衡や経営責任が強く求められることから、<u>採算性の低い分野は一定の整理・重点化が前提</u>となる。	地方交付税措置や病院事業債等の地方債を<u>直接活用</u>できる。
	地方独立行政法人 (非公務員型)	- 中期目標・中期計画において政策医療の実施内容や水準を明確化し、<u>評価委員会によるモニタリングで履行を担保</u>することができる。 - 運営は全部適用よりも独立採算性が求められるため、<u>機能の選択と集中が進む可能性</u>がある。	地方交付税措置や地方債を<u>自治体を通じて活用</u>できる。
公設 民営	指定管理者制度	<u>協定等</u>で政策医療の内容を具体的に定め、<u>業務報告や定期モニタリング等により履行を担保</u>することができる。 - 運営主体は民間であるため、<u>条件によっては提供範囲や実施方法に一定の制約が生じる可能性</u>がある。	地方交付税措置や地方債を<u>施設設置者である自治体が活用</u>できる。
民設 民営	民間譲渡	<u>協定等により一定の機能維持</u>を求めることはできる。 <u>民間の経営判断が優先</u>されるため、採算性の低い政策医療の継続には限界があり、<u>公的関与は限定的</u>となる。	地方交付税措置や地方債の活用は<u>原則対象外</u>となる。

4. 経営形態の比較

(3) 経営形態の比較 ②柔軟な経営(病院運営制約・民間ノウハウ)

- 経営形態ごとに裁量の程度には差があり、また、柔軟な経営改善策が実際にどの程度実施されるかは、各病院の経営層のリーダーシップ、ガバナンス状況等によっても左右されます。

種別	手法	柔軟な経営(病院運営制約・民間ノウハウ)
公設 公営	地方公営企業法 全部適用	- 一部適用と比べて<u>経営管理の自由度が一定程度高まり、効率化と公的責任の両立を図りやすい形態</u>である。 - 人事制度や調達手続、議会関与などの制約が残るため、<u>運営の柔軟性には限界</u>がある。
	地方独立行政法人 (非公務員型)	- 非公務員型としての独自の給与体系・人事制度や迅速な意思決定、複数年度での予算運営が可能であり<u>柔軟性・機動性は高い</u>。 - 法人は、中期目標管理や評価委員会の関与など<u>公共性確保の枠組みの下で運営</u>される。
公設 民営	指定管理者制度	- 病院の人事・予算運営を民間主体(医療法人等)に委ねることで<u>迅速な意思決定や柔軟な人材確保、サービス改善が可能</u>であり<u>民間ノウハウを活用</u>できる。 - 病院は、協定やモニタリングの枠組みの下で運営されるため、<u>協定内容や条件によっては運営の自由度に一定の制約</u>が生じる。
民設 民営	民間譲渡	病院に係る人事・投資・診療体制の意思決定を含めた<u>経営の自由度が最も高く</u>、迅速な戦略実行や収益志向の経営改善が可能である。しかし、民間主体の経営判断により、<u>サービスや診療体制が変動する可能性</u>がある。

(3) 経営形態の比較 ③職員身分・待遇

- 地方独立行政法人化や指定管理者制度導入、民間譲渡の場合、公務員の身分ではなくなりますが、一定期間給与水準等を維持する事例があります。

種別	手法	職員身分	職員待遇
公設 公営	地方公営企業法 全部適用	・ <u>地方公務員としての身分が維持</u>され、給与・勤務条件は自治体制度に準拠する。	・ 人事制度は自治体の枠組みに従い、<u>独自の人事運用には一定の制約</u>がある。
	地方独立行政法人 (非公務員型)	・ <u>非公務員型として法人職員へ移行</u>し、独自の給与体系・人事制度が適用される。	・ 給与体系・勤務条件は当該法人の制度に基づくが、移行時には<u>一定期間において給与水準の経過措置（現給保障）などの調整</u>が設けられる場合がある。
公設 民営	指定管理者制度	・ 指定管理者（医療法人等）の<u>職員として雇用される形に移行</u>する。	・ 給与体系・勤務条件は当該法人の制度に基づくが、移行時には<u>一定期間において給与水準の経過措置（現給保障）などの調整</u>が設けられる場合がある。
民設 民営	民間譲渡	・ 譲渡先の医療法人等の<u>職員として雇用される形に移行</u>する。	・ 給与体系・勤務条件は<u>当該法人の制度に基づき</u>、再雇用条件等は個別の協議にて設定される。

(3) 経営形態の比較 ④移行期間・事務負担・費用

- 経営形態変更時、債務整理が必要な場合があるうえ、移行後の職員の身分によっては退職金の支払いが必要となる場合があります。
- 新法人を設立する場合、規程類整備のための事務負担や費用が必要です。

種別	手法	移行期間	事務負担・費用
公設 公営	地方公営企業法 全部適用	・ 現行体制の継続であるため、<u>移行期間及び事務負担、費用は発生しない。</u>	
	地方独立行政法人 (非公務員型)	・ 法人設立や各種準備が必要であり<u>移行には期間を要する。</u>	・ 定款・規程類の整備やシステム移行、債務整理の費用や退職金の費用(または退職手当引当金の整理)等、<u>多大な事務負担が発生</u>する。
公設 民営	指定管理者制度	・ 公募・選定や引継ぎを前提とし<u>一定の準備期間を要する。</u>	・ 公募手続・業務引継ぎ等に伴う<u>一定の事務負担や費用</u>、職員の退職に伴う<u>退職金の支給が発生</u>する。
民設 民営	民間譲渡	・ 事業者選定や調整プロセスを要するため<u>移行には長期間を要する。</u>	・ 移行に伴う<u>一定の事務負担、累積欠損金・企業債の整理等の費用</u>、職員の退職に伴う<u>退職金の支給が発生</u>する。

(3) 経営形態の比較 ⑤債務整理・退職金

●経営形態変更時における債務整理及び退職金については、下記のとおりです。

種別	手法	累積欠損金の解消 ^{*1}	企業債の償還 ^{*2}	退職金 ^{*3}
公設 公営	地方公営企業法 全部適用	現行体制の継続であるため、債務整理及び退職金の支給は発生しない。		
	地方独立行政法人 (非公務員型)	必要あり ただし、累積欠損金により債務超過状態の場合、債務超過相当額は解消する必要があるが、 稲沢市民病院 は令和7年度末において債務超過には陥っていないため 不要	必要なし 企業債などの負債は、新法人設立時に資産とともに新法人に承継される。	20数億円^{*4} (発生しない場合もある) 非公務員化するため退職金の支給が発生する。ただ、初期財政負担の平準化の観点から、移行時に退職金を支給せず、新法人に債務(引当金)を引き継ぐケースもある。(=法人退職時に負担)
公設 民営	指定管理者制度	必要なし 指定管理者制度導入の際に、累積欠損金を解消することは特に求められていない。	必要なし 導入時に企業債は自治体に残すケースが一般的であり、実務上、自治体が既存の企業債をそのまま償還し続けることが多い。	20数億円^{*4} 指定管理者制度導入の際に、基本的に自治体を退職するため、退職金の支給が発生する。
民設 民営	民間譲渡	必要あり ただし、累積欠損金により債務超過状態の場合、債務超過相当額は解消する必要があるが、 稲沢市民病院 は令和7年度末において債務超過には陥っていないため 不要	57億円 (発生しない場合もある) 譲渡時に基本的に企業債を繰上償還する。	20数億円^{*4} 譲渡時に基本的に自治体を退職するため、退職金の支給が発生する。

*1: 経営形態変更時には、債務の解消が必要となる場合がある。

*2: 経営形態変更時には、企業債を繰上償還する場合がある。本表では、稲沢市民病院の令和7年度末企業債残高を記載している。

*3: 本表では、稲沢市民病院の退職金試算額を記載している。

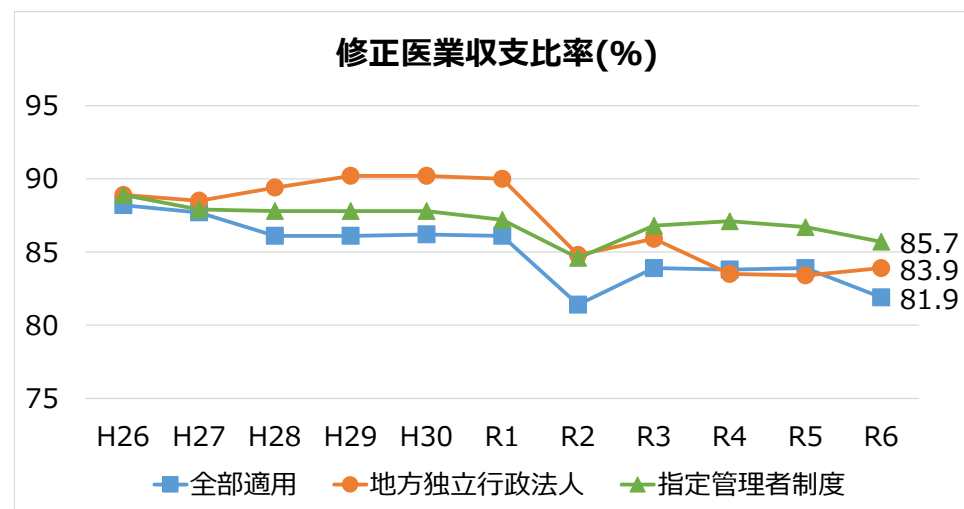
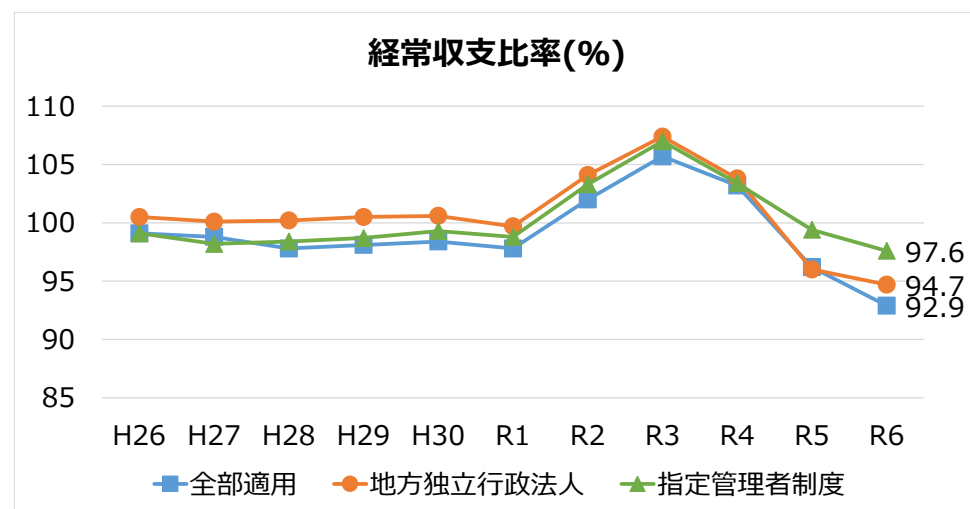
*4: 市職員への転属等で減る場合がある。

4. 経営形態の比較

ランニングコスト

(3) 経営形態の比較 ⑥収支比率の比較・取組状況調査結果

- 近年、指定管理者制度が収支面で比較的良好な水準にあります。
- 経営形態見直しを行った団体の取組状況調査ではいずれの経営形態もメリットと課題の両面が報告されています。



出典：目貴委員提供資料

手法	経営形態の見直しのメリット*1	経営形態の見直しの課題*1
地方公営企業法 全部適用	① 経営責任と権限が明確化された。 ② 人事・採用の裁量が向上した。	① 事務負担が増大した。 ② 期待していたほどの経営指標の改善はなかった。 ③ 一般会計からの繰出は減少しなかった。
地方独立行政法人 (非公務員型)	① 人事・採用の裁量が向上した。 ② 地域の医療ニーズや制度改正に対する迅速な対応ができた。	① システム等の再構築により、事務負担が増加した。 ② 人事やプロパー職員の採用に苦労している。
指定管理者制度	① 医師等の医療従事職員を安定して確保できた。 ② 地域の医療ニーズや制度改正に対する迅速な対応ができた。	① 特になし。 ② 指定管理者の継続的な確保。

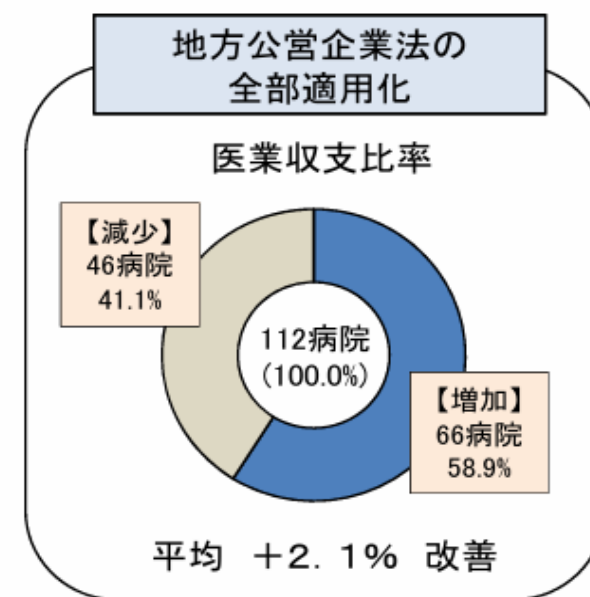
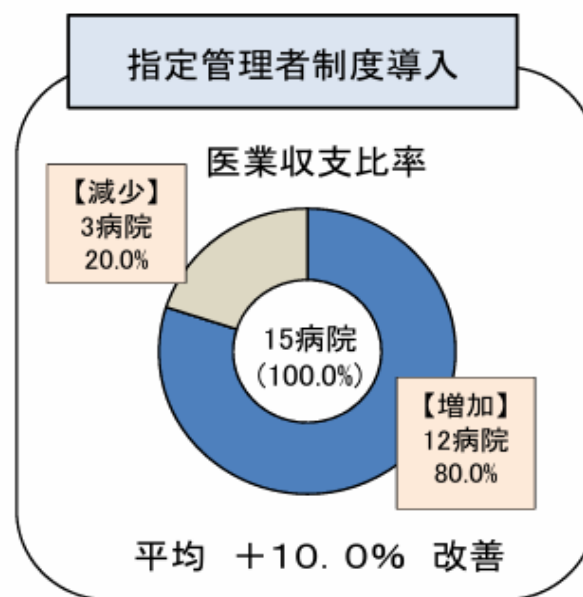
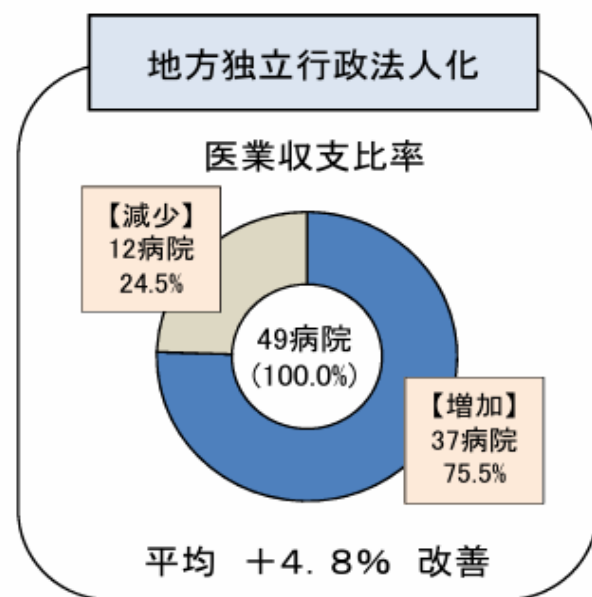
*1: 新改革プランに基づく狭義の経営形態見直し実施済み病院へのアンケート結果に基づく内容

出典：新公立病院改革プランの取組状況等について 35

(3) 経営形態の比較 (参考) 医業収支比率の改善

- 地方独立行政法人化及び指定管理者制度導入により、70%以上の病院において、医業収支比率が改善しています。
- 地方独立行政法人化で平均4.8%、指定管理者制度を導入した病院では平均10.0%改善しています。

1. 見直しの前後での医業収支比率(医業収入／医業費用)の改善状況^{*1}



^{*1}: 経営形態の見直しを行った公立病院の平成20年度決算と平成25年度決算を比較したもの

出典：総務省「公立病院経営改革事例集(平成28年3月)」

<参考> 損益収支の状況 (一部適用、全部適用、指定管理を含む ※地独法を除く)

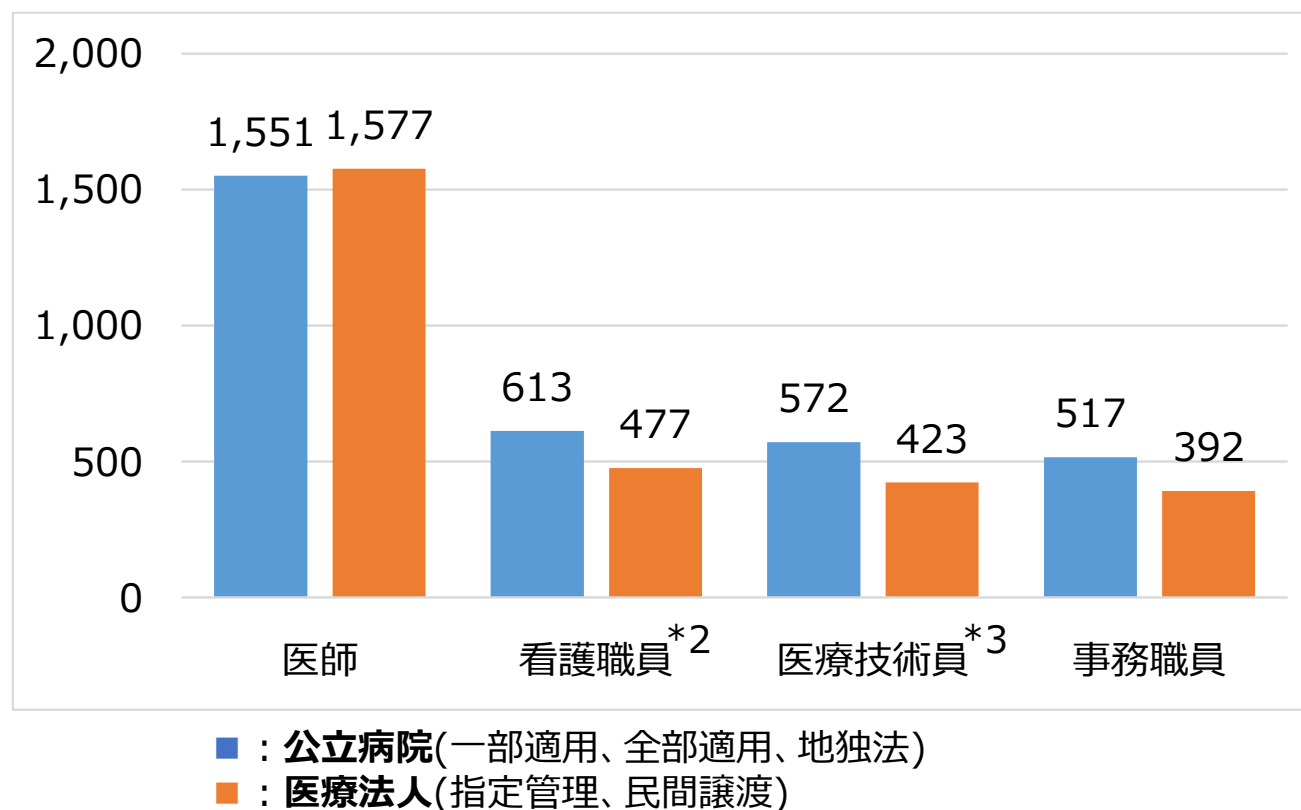
- ✓ 平成20年度: 医業収支比率 88.1%
 - ✓ 平成25年度: 医業収支比率 91.9%
- 全体で+3.8%改善

出典：総務省 平成20年度、平成25年度 公営企業年鑑

(3) 経営形態の比較 ⑦人件費

- 公立病院と医療法人の人件費を比較すると、医師は医療法人の方が高く、看護職員、医療技術員、事務職員は公立病院の方が高い傾向があります。

職種別常勤職員1人平均給料*1年(度)額等 (令和6年度・万円)



参考：第25回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告(令和7年実施)(中央社会保険医療協議会 令和7年11月)

*1: 給料(本俸又はこれに準ずるもの)には、扶養手当、時間外勤務手当、役付手当、通勤手当など労働の対価として職員に支給した全てのものが含まれる。

*2: 「看護職員」とは、看護師、准看護師、保健師、助産師である。

*3: 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士など医療に関わる専門技術員である。

(3) 経営形態の比較 ⑧移行後の市の財政負担

- 経営形態変更後、民間譲渡を除き、自治体による負担は続きますが、病院収支が改善されれば自治体負担が軽減される可能性があります。

種別	手法	移行後の市の財政負担
公設 公営	地方公営企業法 全部適用	・ <u>運営の柔軟性に限界</u>があるため、<u>市の財政負担の大幅な縮減には限界</u>がある。
	地方独立行政法人 (非公務員型)	・ 柔軟な経営により<u>経営効率化が進むことで、財政負担の適正化が期待</u>できる。 ・ <u>運営費負担金等として一定の一般会計支出は継続</u>し、市の財政負担軽減は限定的となる。
公設 民営	指定管理者制度	・ 民間ノウハウの活用により<u>経営効率化が進むことで、財政負担の適正化が期待</u>できる。 ・ <u>指定管理料等として一定の一般会計支出は継続</u>し、協定内容によっては一定の市の財政負担が残る。
民設 民営	民間譲渡	・ 運営に係る恒常的な財政負担は原則として解消され、<u>将来的な市の財政負担の軽減</u>が見込まれる。 ・ 契約条件に応じた<u>支援や負担が残る場合や、譲渡時の整理費用が発生する可能性</u>がある。



【用語説明】

用語説明①

	用語	説明・算出式	参照ページ
い	一般会計(からの)繰入金	地方公営企業に対し、地方公共団体の一般会計から支出される経費 病院事業は独立採算が原則だが、公益上病院に負担させることが適当でない経費については、総務省通知に基づき一般会計が負担	P.7
う	運営費負担金	地方公共団体や設立団体が、公的機関や法人の運営に必要な経費を負担するために支出する資金	P.38
か	回復期病床・回復期病院	急性期治療を終えた患者が日常生活機能を回復し、在宅や社会復帰を目指すためのリハビリテーションを集中的に行う病床・病院	P.11
き	義務的経費	国や地方公共団体の歳出のうち、支出が法令などで義務付けられ、任意に縮減できない性質の経費	P.12
	逆紹介・逆紹介率	当院での治療後、病状が安定した患者をかかりつけ医等へ紹介すること。逆紹介率はその割合 「逆紹介患者数÷初診患者総数×100」	P.4
	急性期病床・急性期病院	急激に発症し重症・緊急性の高い患者に対し、状態の早期安定化を目的に医療を提供する病床・病院	P.4
け	経営強化プラン	『持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン』に基づき策定された経営強化に向けた取組み	P.5
こ	公債費	地方公共団体が発行した地方債の元利償還等に要する経費	P.12
	高度急性期病床・高度急性期病院	急性期患者に対し、手術・検査・投薬等の診療密度が特に高い病床・病院	P.28
	公立病院経営強化ガイドライン	総務省が公表する『持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン』	P.13
さ	財政調整基金	地方自治体が年度間の財源変動や災害等の緊急事態に備えて積み立てる基金	P.29
し	指定管理料	地方公共団体が公の施設の管理運営を指定管理者に委託する際に支払う費用	P.38
	紹介・紹介率	地域の医療機関から紹介状により患者が来院すること。紹介率はその割合 「(紹介患者数+救急搬送患者数)÷初診患者総数×100」	P.4
	診療報酬改定	医療の質を確保しつつ国民皆保険制度を持続可能にすることを目的とし、医療サービスの公定価格を原則2年ごとに見直す制度	P.4
せ	政策医療	国が医療政策として担うべきと定められている特定の医療分野で、専門医療の提供や臨床研究、教育研修等を含む医療活動	P.9
そ	損益分岐点分析	費用を患者数に連動して増減する「変動費」と連動しない「固定費」に分解し、収益・費用を均衡させる方法を検討する分析	P.4

用語説明②

	用語	説明・算出式	参照ページ
ち	地域医療構想	将来の人口構造や医療ニーズを見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制を確保するための計画	P.11
	地域包括ケア病床	在宅復帰支援を目的に、急性期後や在宅療養中の患者を受け入れる病床	P.4
	地方交付税	地方自治体間の財源の不均衡を調整し、すべての地方自治体が一定の行政サービスを提供できるよう財源を保障する見地から、国が地方自治体に対して交付する資金	P.30
	中核病院	地域医療の中心として高度医療・救急医療・専門医療教育・地域連携を担う病院	P.25
	中期計画	法人が達成すべき業務運営に関する目標を定め、これを達成するための具体的な計画	P.23
	中期目標	法人が達成すべき業務運営に関する目標	P.23
て	定期モニタリング	指定管理者が提供する公共サービスの履行状況を確認し、適切かつ確実なサービスの提供が確保されているかを評価するための手段	P.30
ひ	病院事業管理者	地方公共団体における病院事業について、開設者たる長と同等の権限でもって病院事業を経営する特別職	P.4
	評価委員会	法人の業務実績について評価を行い、必要に応じて改善勧告を行う等、目標・評価制度の根幹となる役割を果たす委員会	P.30
ふ	扶助費	生活困窮者や子育て世帯、障がい者などに対して、生活の安定を目的に直接的に支給される公的支援費用	P.12
	普通建設事業費	道路、橋梁、学校、公園、庁舎等の社会資本の整備及び用地等の不動産取得等に要する投資的な経費	P.12
	物件費	性質別歳出の一分類で、人件費、維持補修費、扶助費、補助費等以外の地方公共団体が支出する消費的性質の経費の総称	P.12
へ	平均在院日数	1人の患者が入院してから退院するまでの日数の平均を示す指標 「延入院患者数÷((新規入院患者数+退院患者数)÷2)」	P.4