

公立病院改革における指定管理者制度の課題¹

－上野原市立病院を中心とした分析－

一橋大学 国際・公共政策大学院
公共経済プログラム 修士2年

山内 沙織

2010年8月

¹本稿は、一橋大学国際・公共政策大学院公共経済プログラムにおけるコンサルティング・プロジェクトの最終報告書として、受入機関である東日本税理士法人に提出したものです。本稿の内容は、すべて筆者の個人的見解であり、受入機関の見解を示すものではありません。

要旨

現在、日本の地域医療は崩壊の危機に瀕している。医師・看護師不足や、相次ぐ診療報酬のマイナス改定、自治体病院の非効率な経営体制等により、地域医療の中核を担う自治体病院の経営悪化が進行している。そのため、人材確保や運営継続が困難な自治体病院を中心に、病院の廃止や診療体制の縮小が行われている。地域住民が必要な時に必要な医療を受けられるよう医療提供体制を再構築する必要があるため、公立病院の改革は急務であり、特に経営形態の見直しがまず重要であると考えられる。

本報告書では、指定管理者制度導入により経営改革を実施している上野原市立病院(山梨県)、金沢医科大学氷見市民病院(富山県)、公立新小浜病院(長崎県)の3病院について、病院の現状や問題点、解決策を比較検討し、指定管理者制度の課題を抽出することを目標とする。その上で、本議論の軸に据える上野原市立病院における議論や解決策が、全国の他の病院に対しても適用可能であるかを検討する。

結論として、指定管理者制度の課題は、主に、①職員組合との関係と雇用に係る問題、②協定書に係る問題、③指定期間終了後の再指定に係る問題、④地域住民のニーズの充足に係る問題であると考ええる。また、上野原市立病院の事例の全国への適用可能性については、問題点やその解決方法の基本方針において類似点が多い。しかし、個別具体的な取り組みがまだ実施されておらず、さらに、崩壊状態の病院への指定管理者制度導入は必ずしも即効性ある回復をもたらさない。従って、上野原市立病院の事例は全国の他の病院に対して適用可能ではないと結論付ける。

なお、当事者間で解決困難な課題については、国が何らかの支援を行う必要があると考える。地域間連携を支援するための補助金交付や、協定書のフォーマットの作成及び成功・失敗事例の紹介、地方公共団体と事業者の協定内容を仲介する仲介調停機関の設置支援とその人材の養成等を行うことが望ましいと考える。

謝辞

本プロジェクトにおいては、受入機関である東日本税理士法人より多大な御協力をいただいた。同法人の長英一郎副所長には、プロジェクトの提案段階から現在に至るまでたくさんの御意見を頂戴し、病院経営改革に関する情報や問題を御提示いただき、上野原市立病院専門委員会議の見学もさせていただいた。また、同法人の岸野康之様と中島壮史様には、資料や情報の御提供や、ヒアリング先を御紹介いただき、たくさんの貴重な御助言を頂戴した。ここに深く感謝申し上げたい。

この研究を完成させるにあたり、多くの方々から有益なコメントを頂戴した。調査に伺った氷見市の堂故茂市長、杉村邦明室長(氷見市役所市民部病院事業管理室)、木村晴夫事務部長(金沢医科大学氷見市民病院)には、お忙しいなか対応していただき、貴重な御意見を頂戴し提言に至る重要な示唆を得ることができた。また、雲仙・南島原保健組合の方々には、お忙しいなか資料の御提供や質問への御回答をいただいた。さらに、ゼミの指導教官である佐藤主光教授(一橋大学)からは、研究の各段階において大変丁寧に御指導・御助言をいただいた。また、プロジェクトの担当教員である山重慎二准教授(一橋大学)、別所俊一郎専任講師(一橋大学)をはじめ、大学院の学生の皆様からも、様々な視点からの有益な御意見をいただいた。これらの方々には、この場をお借りして熱く御礼申し上げる次第である。

目次

第1章	はじめに	3
第2章	上野原市立病院の経営改革	5
第1節	病院を取り巻く状況	5
第2節	問題点	11
第3節	解決策—専門委員会議による提言及び現在の取り組み—	11
第4節	成功のポイント	13
第3章	指定管理者制度について	15
第1節	指定管理者制度の概要	15
第2節	全国の指定管理者制度導入病院の概要	16
第4章	他病院における経営改革事例	21
第1節	金沢医科大学氷見市民病院(富山県氷見市)	21
1-1.	病院を取り巻く状況	21
1-2.	経営改革委員会による提言概要及び現在の取り組み	25
1-3.	指定管理者制度の導入における問題と解決方法	27
1-4.	指定管理者制度の導入及び運営における成功要因	28
1-5.	今後の課題	28
第2節	公立新小浜病院(長崎県雲仙・南島原保健組合)	29
2-1.	病院を取り巻く状況	29
2-2.	問題点	33
2-3.	解決策—運営形態検討委員会による提言及び現在の取り組み—	34
2-4.	事例からの示唆	35
第5章	3病院の事例比較	37
第1節	類似点・相違点	37
第2節	3病院の取り組みの評価	39
2-1.	各事例の取り組みの評価	39
2-2.	評価の理由	42
2-3.	まとめ	43
第3節	指定管理者制度の課題	44
第4節	上野原市立病院の事例の全国への適用可能性	46
第6章	おわりに<政策提言>	47
	参考文献・データ	49

第1章 はじめに

日本の地域医療は、以下に示すような外的要因と内的要因により崩壊しつつあると懸念されている。2008年度時点で自治体病院のうち7割が経常赤字病院であり、他会計繰入金も前年度に比べ増加している。相次ぐ診療報酬のマイナス改定や自治体の財政難等の外的要因や、非効率な経営体制やトップマネジメントの欠如等の内的要因により、地域医療の中核を担う自治体病院の経営悪化が進行した。さらに、新医師臨床研修制度の導入や7:1看護の導入により医師・看護師不足が深刻化したことで、大学病院からの人材供給に依存していた自治体病院は機能維持不安に陥り、全国の多くの自治体病院で、病院の廃止や診療体制の縮小が行われている。地域住民が必要な時に必要な医療を受けられるようにするためには、医療提供体制を再構築する必要がある。従って、早急に公立病院を抜本的に改革することが求められていた。

そこで、総務省は2007年度末に「公立病院改革ガイドライン」を制定し、病院を開設する全ての地方公共団体に、2008年度内に「公立病院改革プラン」を策定することを要請している。公立病院改革プランに記載しなければならない項目は、①病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方、②経営の効率化、③再編・ネットワーク化、④経営形態の見直しの4項目である。

自治体病院の経営上の問題点を指摘する先行研究はいくつかある。鈴木(2003)は、自治体病院の不採算の原因が、人件費や材料費、1床あたり建設費の官民格差であると指摘し、巨額の補助金が、医業収支赤字の補填や建設・設備投資等の資金として病院へ繰り入れられていると指摘した。河口(2008)は、自治体病院のうち、効率性の高い上位10病院は下位10病院と比較して、属性には大きな違いがないものの、病床利用率が高く収益性が高いことや、患者数や医師数の増減が少なく効率性の時系列変化がほとんどないことを指摘する。その上で、効率性の改善のためには、医師の人事管理を向上させ、入院患者の安定的な確保が必要であることを主張する。

従って、公務員型の給与体系による高い人件費比率や非効率な経営体制が、自治体病院の不採算の大きな原因であると考えられる。そのため、医療提供体制を存続させる上で、効率性の改善により患者数を増加させ収益性を向上させることが必要であり、改革を行う上で経営形態の見直しは非常に重要な論点となる。

しかし、本プロジェクトにおいて専門委員会議の傍聴及び議事録作成を行った上野原市立病院(山梨県上野原市)では、指定管理者制度を導入し病院再建を試みているものの、まだ芳しい成果を出せていない。そのため、他の病院での指定管理者制度の導入における課題や対応策を検討することで、指定管理者制度をさらに効果的に運用することが可能であると考えられる。

そこで、本稿では、上野原市立病院における取り組みを軸として、指定管理者制度を導入している他の自治体病院とその問題点や解決策を比較し、指定管理者制度の課題を分析

する。

本稿の構成については、以下のとおりである。まず、第 2 章で上野原市立病院の現状や問題点、専門委員会議で提言された解決案について整理する。第 3 章で、本稿の議論の中心である指定管理者制度の概要を説明した後、第 4 章で、指定管理者制度を導入している他の病院における問題点、経営改革委員会の提言とその後の取り組みの概要、改革の成功要因等を述べる。なお、本章で扱う事例は、金沢医科大学氷見市民病院(富山県氷見市)及び公立新小浜病院(長崎県雲仙・南島原保健組合)の 2 件である。第 5 章では、この 3 病院を比較検討する。問題と解決策の類似点・相違点を抽出し、各病院の取り組みの評価を行った上で、指定管理者制度の課題を考察する。その後、上野原市立病院における議論及び解決策が全国の病院に対して適用可能であるかを検討し、最後に第 6 章で、全体の内容をまとめ、そこから得られる政策的な示唆について言及する。

第2章 上野原市立病院の経営改革

本章では、上野原市立病院の経営改革の取り組みについて述べる。まず、当該病院を取り巻く状況を整理し、経営分析の結果も踏まえて病院の直面する問題点を整理する。その上で、どのような解決策が検討され現在取り組まれているかを述べる。最後に、以上を踏まえ、当該病院の改革が成功するためのポイントを検討する。

第1節 病院を取り巻く状況

本病院の基本情報は以下の表のとおりである。

	現在	新病院
病床数	150床(一般病床) (稼働病床数は66床)	135床
診療科目	内科、循環器科、小児科、外科、肛門科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、リハビリテーション科、放射線科、皮膚科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、眼科、麻酔科 (15科目)	外来：内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科 (10科目) 入院：内科、外科、脳神経外科、整形外科 (4科目)
指定管理者	(社)地域医療振興協会	
指定期間	2008年10月1日～2019年3月31日(10年間)	

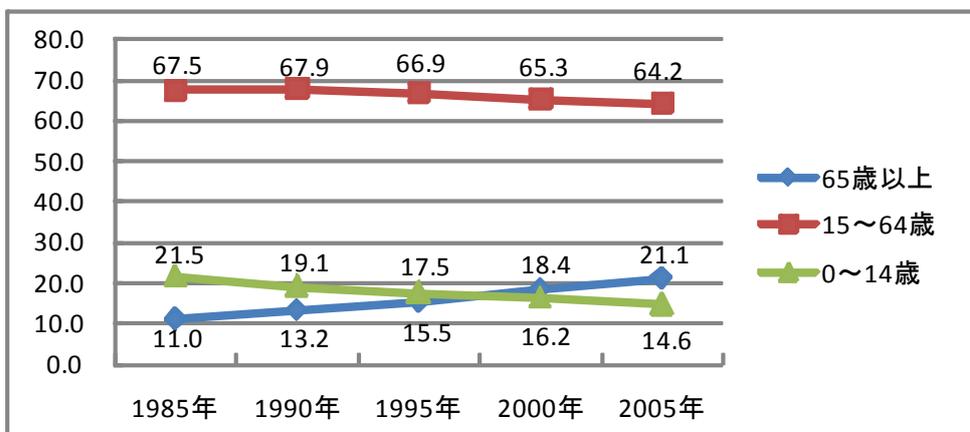
(1)2次医療圏の概要

上野原市立病院は、富士・東部医療圏に属する。本医療圏は、富士北麓及び桂川流域を中心とした県東部に位置し、富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、道志村、西桂町、忍野村、山中湖村、鳴沢村、富士河口湖町、小菅村、丹波山村の12市町村から構成される。面積は県全体の34.4%を占めるが、総人口は2005年時点で19.7万人と県全体の22.3%であり、人口密度が低い。

図2-1より、出生率が低下し少子化が進行する一方、高齢化率が年々上昇し、2005年には21.1%に達したことが観察される。当該医療圏には、お産のニーズが年間400件程度ある。しかし、上野原市内には分娩を行える医療機関がないため、神奈川県や東京都の八王子医療センター等の近隣の都道府県で出産するケースが多い。なお、山梨県内の中核病院においても産婦人科医は大変不足しており、上野原で産婦人科を整備するためには周到な整備計画が必要になる。

医療圏内に一般病院は6施設あり、人口10万人あたり病院数は県内平均の半分しかない。上野原市近辺には、上野原市立病院の他に大月市立中央病院と都留市立病院があり、このうち、上野原市立病院と大月市立中央病院は病床利用率が際立って低い。両市の人口規模はほぼ同じであり、医師不足や建物老朽化等、類似の問題に直面しているため、両市立病院の統合再編や機能分化に向けた協力が度々検討されてきた。しかし、両市長、両議会、両病院の考え方が一致せず、地域間の病院再編や連携は非常に困難な状況である。

図 2-1 富士・東部医療圏の年齢別人口構成割合(単位：%)



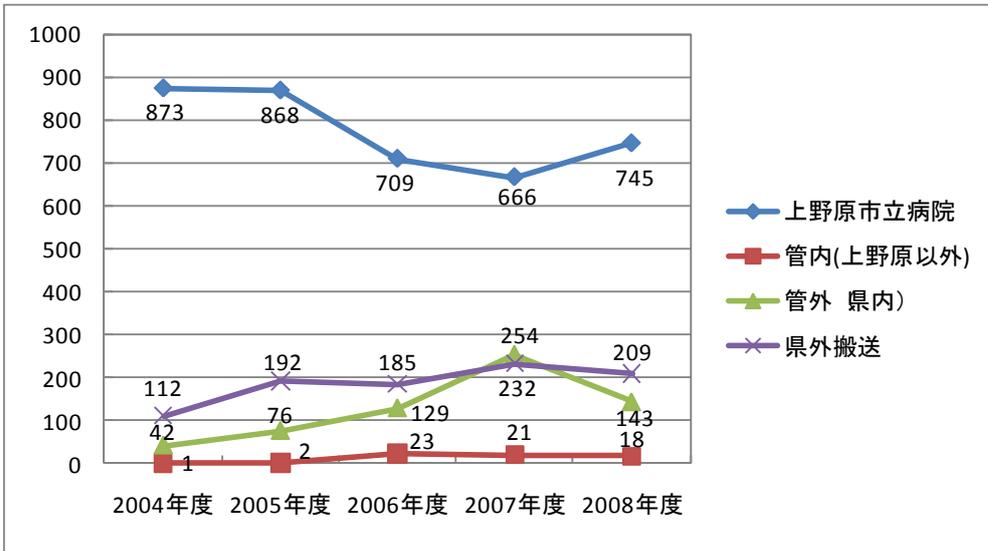
出所：富士・東部保健福祉事務所(2008)「山梨県地域保健医療計画」より筆者作成

(2) 病院の概要

上野原市立病院は、市内唯一の総合病院として地域住民の生命と健康を守り続けてきた中小病院である。しかし、新医師臨床研修制度の導入や看護配置基準の見直し等により、医師・看護師・産科医の不足が深刻な状況にある。そのため、小児科・産婦人科・整形外科等は休止され、現在、上野原市内では分娩を行えない。さらに、常勤医不足のため、図 2-2 のとおり上野原市立病院への搬送は 2007 年度まで一貫して減少傾向にあり、上野原市の救急患者の 17%弱が東京都（八王子等）へ搬送され、近隣の大月市や都留市への搬送よりも多い。つまり、3 次救急の機能については八王子等に任せている状況であるため、救急医療における役割分担はある程度実現されている。しかし、八王子や三鷹の住民が東京都内で受診できないケースや、上野原の患者が断られるケースも発生しているため、上野原市内での救急体制の整備も必要であると考えられる。

その他、病院施設は老朽化が著しいため新築の必要があり、専門委員会議が発足する以前に、既に建設基本計画が作成されていた。しかし、現市長が市長選に当選したことで、この建設計画は根本から見直されることとなった。なお、病院建設に際し、国の耐震化資金が 5.3 億円交付されることが決定しているため、2011 年度末までに新築しなければならない。ゆえに、経営改革を議論する際、建設問題を最優先に検討しなければならなかった。

図 2-2 救急患者の搬送状況(2004年度～2008年度)(単位：人)



出典：「上野原市立病院専門委員会 会議資料(第2回)」より筆者作成

(3) 経営分析

経営状況については、表 2-1、2-2 に示すとおりである。

まず、指定管理者制度の導入以前の状況についてである。常勤医の減少とそれに伴う患者数・病床利用率の減少により、医業収支の赤字幅は年々拡大しており、一般会計からの負担金・補助金の繰り入れは 2003 年度以降、毎年 2 億円を超え、2008 年度には 4.5 億円を超えた。多額の繰り入れを行っても毎年膨大な赤字を計上しており、医療に資するべき経費が事実上の給与補填となっていた。市の実質単年度収支が低下している市財政にとって、これは非常に厳しい負担である。さらに、病床利用率については、2003 年度より連続して 70% を下回り、2008 度は前年度比 8.8% の改善が見られるものの 35.1% と非常に低く、抜本的な見直しが必要であった。

そこで、指定管理者制度が導入され、経営改善の傾向も観察された。

指定管理者の独自のネットワークにより、常勤医師の増員が図られたことで、整形外科の入院診療や土曜日の内科外来等が再開され、収容人数も増加し患者搬送率もやや上昇した。けれども、2008 年度下期の医業収益は 6 億 3,000 万円と伸び悩んでおり、人員不足の状態もまだ脱していない。伸び悩みの原因は、「施設の老朽化」や「医師・看護師の不足」により許可病床 150 床に対して稼働病床が 66 床となっているため、大幅な患者数の増加を見込めなかったこと等である。一方、2008 年度は給与費が大幅に増加した。その増加額 2 億 7,300 万円のうち 2 億 2,700 万円は、地域医療振興協会に経営を委託した際に職員に支払った退職金であり、その他、数千万円は医師の増員に伴う増加である。医業外収益が例年より多い理由は、交付金・補助金・委託収益が合計で 3 億 4,200 万円計上されているためである。

以上より、指定管理者制度の導入により経営改善の傾向が多少観察されるものの、運営交付金として市より病院事業会計に対して2008年度には2億5,000万円、2009年度には3億円が交付されている中で、依然として医業利益の赤字幅が増加している実態を考えると、当該病院を取り巻く経営環境は非常に厳しい。

表2-1 損益計算書²(2003年度～2008年度)(単位:円)

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
医業収益	2,448,446,687	1,857,604,918	1,753,881,141	1,401,107,946	1,108,266,774	1,333,056,711
入院収益	1,075,864,447	924,181,692	890,395,997	630,952,733	399,072,954	543,609,483
外来収益	1,171,673,722	750,264,671	681,961,093	608,659,603	523,790,174	587,271,406
その他医業収益	200,908,518	183,158,555	181,524,051	161,495,610	185,403,646	202,175,822
医業費用	2,596,698,764	2,024,326,733	2,029,235,420	1,797,667,360	1,554,578,422	2,277,801,736
給与費	1,291,926,370	1,170,601,248	1,163,750,870	1,078,660,557	949,594,353	1,222,859,718
材料費	829,877,432	416,483,823	417,283,254	319,015,782	220,731,341	288,919,755
経費	359,070,712	331,678,399	348,224,951	316,245,196	307,519,546	690,109,486
減価償却費	106,305,946	97,430,563	92,029,170	77,442,938	69,798,260	64,765,413
資産減耗費	1,064,664	2,464,851	1,780,025	1,020,373	1,434,993	7,359,481
研究研修費	7,613,640	5,667,849	5,747,150	5,282,514	5,079,929	3,367,883
技術者養成費	840,000	0	420,000	0	420,000	420,000
医業利益	-148,252,077	-166,721,815	-275,354,279	-396,559,414	-446,311,648	-944,745,025
医業外収益	180,194,028	182,989,281	192,945,992	287,036,225	132,462,317	724,082,992
受取利息及び配当金	2,232,127	1,913,717	1,564,824	1,496,259	4,463,970	4,767,469
他会計補助金	5,520,000	5,863,000	5,855,000	37,237,000	50,086,000	681,680,803
他会計負担金	162,982,000	166,827,000	173,489,000	237,032,000	74,202,000	
患者外給食収益	1,725,450	1,364,150	1,220,620	842,650	637,036	641,100
その他医業外収益	7,734,451	7,021,414	10,816,548	10,428,316	3,073,311	36,993,620
医業外費用	79,583,931	56,792,478	55,631,302	46,513,808	40,238,613	33,920,912
支払利息及び企業債取扱諸費	14,746,452	12,596,981	10,749,250	9,173,298	7,713,599	763,939
患者外給食材料費	4,123,954	3,411,373	3,442,630	2,432,391	2,328,607	1,226,210
雑損失	55,813,582	36,160,309	36,872,951	30,420,055	25,961,092	28,203,622
繰延勘定償却	4,899,943	4,623,815	4,566,471	4,488,064	4,235,315	3,727,141
経常利益	-47,641,980	-40,525,012	-138,039,589	-156,036,997	-354,087,944	-254,582,945
特別利益	0	0	0	0	0	982,857
特別損失	0	0	0	2,332,573	6,013,288	14,134,341
一般会計繰入金支出	-	-	-	-	-	19,800,000
当年度純利益	-47,641,980	-40,525,012	-138,039,589	-158,369,570	-360,101,232	-287,534,429
医業収支比率(%)	94.3	91.8	86.4	77.9	71.3	58.5
経常収支比率(%)	98.2	98.1	93.4	91.5	77.8	89.0

出典:「上野原市立病院専門委員会 会議資料(第1回)」より筆者作成

² 2008年度の数値は、病院事業会計と協会事業会計を単純合算した数値である。

表 2-2 主要な病院経営指標⁴(2003年度～2011年度)

	2003年度(実績)	2004年度(実績)	2005年度(実績)	2006年度(実績)	2007年度(実績)
病床利用率(%)	68.2	59.2	56.9	40.8	26.3
医師数(人)	16	11	10	5	3
看護師数(人)	63	61	60	48	49
1日平均外来患者数(人)	473	444	348	352	302
1日平均入院患者数(人)	102	89	85	61	40
医業収支比率(%)	94.3	91.8	86.4	77.9	71.3
経常収支比率(%)	98.2	98.1	93.4	91.5	77.8
職員給与費比率(%)	52.8	63.0	66.4	77.0	85.7
材料費比率(%)	33.9	22.4	23.8	22.8	19.9

	2008年度上期 (実績)	2008年度下期 (実績)	2008年度(目標)	2009年度(目標)	2010年度(目標)	2011年度(目標)
病床利用率(%)	35.1 ³	-	40.0	46.6	53.3	53.3
医師数(人)	5	7	-	-	-	-
看護師数(人)	44	-	-	-	-	-
1日平均外来患者数(人)	303	-	-	-	-	-
1日平均入院患者数(人)	53	-	-	-	-	-
医業収支比率(%)	50.3	71.7	-	-	-	-
経常収支比率(%)	74.2	113.0	100.8	100.0	100.0	100.0
職員給与費比率(%)	99.3	83.3	57.7	-	-	-
材料費比率(%)	19.0	24.7	-	-	-	-

出所：「上野原市立病院専門委員会 会議資料(第1回)」、総務省「地方公営企業年鑑(平成15～20年度)」、上野原市(2009)「上野原市立病院改革プラン」より筆者作成

(4) 指定管理者の概要

上野原市立病院は、深刻な医師不足のため、複数の診療科目を休止せざるを得ない状況にあり、経営赤字も年々深刻化していたため、2008年10月1日より指定管理者制度を導入し、(社)地域医療振興協会を指定管理者として選定して経営改革に取り組んできた。

地域医療振興協会は、へき地医療の充実を主要な目的とする公益社団法人である。全国各地で病院や診療所の直営並びに管理委託による運営を行っており、これらの施設の運営は、すべて自治医科大学の卒業生並びに協会の趣旨に賛同する他の医科大学の卒業生により行われている。現在、医師・研修医約600名を有し、49施設の運営を受託している。近年は都市部の病院経営にも乗り出す等、精力的に業容を拡大している。

しかし、同協会に指定管理者業務を委託すればすぐに医師不足が解消されるわけではない。新医師臨床研修制度により、多くの医学部で研修医不足が発生し、全国の地方病院か

³ 現在使用できる病床数は66病床であるため、2008年度上期の実質病床稼働率は約80%である。

⁴ 実績値には、「上野原市立病院専門委員会 会議資料(第1回)」の病院事業会計に係る関連指標と総務省「地方公営企業年鑑(平成15～20年度)」の数値を使用し、2008年度下期のみ、「上野原市立病院専門委員会 会議資料(第1回)」の協会事業会計に係る平成20年度下期損益計算書から算出した数値を使用した。目標値には、上野原市(2009)「上野原市立病院改革プラン」内の財政に係る数値目標を使用した。

ら医師を引き揚げた。同協会の関与する病医院でも例外ではないため、各自治体は医師確保を受託者任せにせず、自らも積極的に医師が魅力を感じる病院作りを行う必要に迫られている。

なお、参考として、上野原市立病院における指定管理者の募集要項及び指定管理者協定の概要を以下に掲載する。

①指定管理者の募集要項

- ・応募資格者は、公的病院並びに社会福祉法人、民法法人、学校法人及び医療法人。
- ・選定は、上野原市の選定委員会による一定基準での総合的審査による。
- ・指定管理期間は、指定から10年間。
- ・指定管理者から取消を申し出る場合は、3年以上前に行う。
- ・診療科目は、内科、循環器科、小児科、外科、肛門科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、リハビリテーション科、放射線科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、麻酔科の15科目を要望する。病床数は、一般病床150床とする。
- ・病院設置の西原診療所を、月2回の診療日を設け運営すること。
- ・24時間365日の2次救急医療体制・小児救急医療体制を整備すること。
- ・災害時医療の提供体勢を整え対応すること。
- ・利用料金制とし、指定管理者は上野原市に対して指定管理者負担金を支払い、上野原市は指定管理者に対して指定管理料を支払う。

②指定管理者協定

- ・指定期間は、2008年10月1日～2019年3月31日(10年間)。
- ・会計年度は、毎年4月1日～3月31日。
- ・財産管理等は指定管理者の善管注意義務とし、備品は指定管理者に無償貸与する。減価償却費が計上される備品は、償却費相当額を指定管理者に負担させられる。
- ・市が指定する期日までに指定管理者は事業計画書を提出する。指定管理者は、毎月終了後20日以内に市に業務報告書を提出し、毎年度終了後2カ月以内に市に事業報告書を提出する。
- ・開業準備期間に市が指定管理者に5,000万円を支払う。
- ・運営交付金を市が指定管理者に支払う。1年度目は2億5,000万円、2年度目は3億円とする。
- ・指定管理者負担金として、指定管理者が市に備品等の減価償却費相当額を支払う。2009年度は2,441万円である。
- ・初期運転資金として、市が指定管理者に2億円を無利子、10年返済で貸し付ける。

第2節 問題点

指定管理者制度を導入し経営改善傾向が表れている本病院は、一見すると成功事例のように見えるが、以下のような問題点を抱えている。

①医師・看護師・助産師の不足

②地域ニーズを充足させる医療機能の選択・整備

指定管理者公募要綱で条件化されている24時間365日の2次救急の実施と産婦人科の整備について、地域医療振興協会は応募段階において事業計画で条件履行を留保しており、市はその上でこの事業者を選定している。また、高齢化の進行する地域では整形外科が必要であるが、上野原市立病院には整形外科の常勤医がおらず、受診率も低い。その代わりに、都留市の整形外科専門の民間病院は、24時間365日の受療を実施している。

③新病院建設計画の修正の必要性

既存の建設計画は、総事業費が42.7億円、医療機器導入費が10億円程度とされており、事業費を過大に設定しているだけでなく、必ずしも地域住民の利益になる内容ではないという見方があった。なお、病床計画については、150床から135床に縮小することが既に決定している。

④周辺市町村との連携の難航

以上の問題を背景に、先の上野原市長選において、市立病院を市民のニーズに合った病院にすることを公約に掲げ現市長が当選した。それを契機として、現市長は新病院の建設計画を根本から見直し、地域医療振興協会による地域医療再生に一層の実効性をもたらすことを目的として、2009年末に専門委員会議を開催した。

第3節 解決策—専門委員会議による提言及び現在の取り組み—

(1)専門委員会議の提言の内容

①病院の特色作り

上野原市では、「産める育てる街づくり」の一環として病院再生に力を注いでおり、通常分娩のできる産科体制の復活が望まれている。現在は、当該病院には小児科・産婦人科の常勤医がおらず、子供や妊産婦の受療環境がなく、また、整形外科医も不足しているため、高齢者の受入体制も不十分である。このように医療提供体制が不十分であるため、市内唯一の一般病院であるにもかかわらず、病院としての診療機能が極めて低い。産科医への医療訴訟の増加や過酷な勤務体制等により、全国的に産科勤務医が不足している状況下で分娩体制を整備するためには、以下の点に留意する必要がある。

・産科医が継続的安定的に勤務できるよう、複数の産科医をより多くの助産師がカバーす

る助産体制を整備する。

- ・産科を充実させるためには、小児科専門医が対応できる体制を整えることが望ましい。
- ・異常分娩をはじめとした周産期医療への備えとして、八王子や甲府等の高度な産婦人科センターと密な連携を行う。
- ・上野原市の責任において、医療訴訟等の法的リスクへの対応体制を確立し、医師の責任範囲を明示する。

②地域連携の必要性

高度医療を要する患者は東京方面の医療機関でカバーされており、今後もその連携は継続すべきである。一方、夜間救急を含めた通常の 2 次医療については、市内で対応できないだけでなく、最寄りの大月市立中央病院も深刻な医師・看護師不足のため搬送できない状況である。公費で利便性の高い病院を作るためには、両市が協力して機能分化を進めることが求められる。具体的には、上野原市が小児・産婦人科医療及び回復期リハビリ体制を整備するならば、大月市は循環器その他の診療科の機能充実を図るというように、役割分担の明確化が必要である。

③投資計画の修正

通常、民間医療機関などの新規の設備整備事業は、総事業費で上限を 1 床 2,000 万円程度とする場合が多く、借入金償還等、資金計画を勘案して、総事業費額が年間医療収入額の範囲内に抑えるよう着工するため、本体工事価額だけで 1 床あたり約 1,700 万円というのは、民間病院の倍近くになっており高過ぎる。また、医療機器等については、医療情報システムを含め 14 億円とされているが、これらの価額は、今後進められる建設プロポーザル委員会や業者との価格交渉を通して、極力低廉に抑制していくべきである。

なお、会議内では、価格交渉次第で半値以下に削減できる可能性があることが指摘された。特に、電子カルテシステム等については、病院規模と地域連携体制から、現行計画の 3 億円という高額予算が適正であるかどうか、一層の検討が必要である。

診療科目については、回復期リハビリテーション病床及び産科体制の充実を前提として、内科、外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科、小児科を中心とする。それに合わせて、LDR(分娩室)の整備と最低限の小児産婦人科病床の確保を進めると共に、現状の透析患者への対応を考慮した施設整備を進める必要がある。

④看護師の招聘策

看護師志望者には、養成施設で学習をしながら働く勤労学生が少なくなく、また、看護師となった後の就職先の選定で迷う学生が非常に多い。そこで、市立病院での勤務希望者を増やすために奨学金制度の充実が考えられる。通常、病院が貸与する奨学金は月額 3 万円～5 万円が多いが、今日のライフスタイルから考えて不十分な金額である。実質のある看

護師志望者支援を行うためには、月額 10 万円以上の貸与を行い、一定の学費や生活費を賄えるようにする必要がある。また、市の財政負担とのバランスを取る上で、貸与額の返済免除期間を 6～10 年と比較的長く設定していくべきである。

専門委員会議では、上記の提言の他にも有益な指摘がなされた。まず、市の要望する診療科を標榜することは重要であるが、指定管理者の能力を超えた委託を望むことはできない。従って、指定管理者の選定の際に、能力のある事業者を選定することが望まれる。また、医療機能の集約化は重要であるが、単純に 2 病院を 1 つに統合しても成功するとは限らず、むしろ、医師が辞めていくところもある。集約化の際には、受療動向や地域の将来像を踏まえた基本理念を持つことが重要である。整形外科については当該会議内にて、上述した都留市の整形外科専門の民間病院が、上野原市の患者を全面的に請け負うことを了承している。しかし、救急で上野原以外の医療機関で受療した場合、次回以降受診する際に再び遠くの病院に行くことは、特に高齢患者にとっては非常に難しい。そのため、高齢化の進行する上野原市にも、整形外科のスタッフをある程度揃えるべきである。これらのことが、専門委員会議で指摘された。

(2)現在の取り組み

上野原市は専門委員会議を踏まえ、建設基本設計及び実施設計者選定委員会会議を開催し、2010 年 3 月に基本・実施設計業者として内藤建築事務所を選定したが、本委員会関連の有識者などからは、当初の建設基本計画での総額 40 億円という建設費等の高さについて以下のような点が指摘された。

第一に、設計・監理料のみで 6,500 万円となっており、設計施工一体で建設する場合などに比して高過ぎると考えられる。第二に、新病院建設費の病院本体部分が 25 億円、すなわち、1 床あたり 1,895 万円であり、民間病院が 1 床あたり 1,000 万円～1,200 万円で建設していることを踏まえると非常に高額な予算である。第三に、医療機器や医療情報システムの導入費用は事業費の 3 割に上るが、135 床の病院で全てを新品で揃える必要性や既存機器の利用可能性、そして高額と見られる仕入価格の是正削減を多角的に検討し、これを低廉に抑えるべきである。これらの検討の結果、医療機器を含む建設費等の費用は 10 億円程度削減できると考えられている。

第 4 節 成功のポイント

まず大切なことは、病院が目指すビジョンを明確にし、市長がリーダーシップを発揮して迅速に抜本的な改革を進めることである。また、市の要望する診療科を標榜することは重要であるが、指定管理者の能力を超えた委託を望むことはできない。そのため、地理的条件及び地域住民のニーズを踏まえて、地域医療における公立病院の位置付けを改めて検

討し、病床規模の縮小や地域連携を含め、診療機能の選択と特化を検討することが不可欠である。

また、公立病院の建設や設備投資において、国や地方公共団体が用いる標準単価等を参考にした建設計画では事業費が過大となりやすく、過度な投資はその後の病院経営を圧迫する。そのため、専門委員会議の答申のように、建設プロポーザル委員会や業者との価格交渉の実施や民間医療機関等の建設事例検討等を通して、極力低廉にしていくことが求められる。その上で、建設に係る財源問題を解決するために、首長を中心に行政内で様々な交付金や補助金を研究調査した上で事業計画を立案することは、非常に有効な方法である。

第3章 指定管理者制度について

第1節 指定管理者制度の概要

指定管理者制度とは、地方公共団体が設置した施設の管理に関する権限を、当該地方公共団体が指定する指定管理者に委任して行わせるものであり、公設民営方式とも言われる。民間事業者の能力を活用し、効果的・能率的な公の施設の管理を実現する観点から、適正な管理を確保するための規定を整備した上で、指定管理者に対し、処分に該当する使用許可まで行わせることができる。指定管理者の範囲については、特段の制約を設けず、出資団体に限らず一般に民間事業者も議会の議決を経て指定管理者となることができる。指定は、期間を定めて行う。

設置者たる地方公共団体は、管理権限の行使自体は行わないが、当該施設において利用者に損害を与えた場合には責任を負うことが原則である。また、指定管理者が地方公共団体の指示に従わないとき、その他当該指定管理者による管理を継続することが適当でないと認めるときは、指定の取消や業務停止命令を行うことができる。適正な管理の確保のために、各地方公共団体の条例で、指定の手続き、管理の基準、業務の範囲等を具体的に定めることとしている。その他、事業報告書の提出期限、委託料の金額、施設内の物品の所有権の帰属等の管理業務の実施にあたっての詳細な事項については、両者による協議で定めるものであり、この場合には別途両者の間で協定等を締結することが適当である。指定管理者の選定にあたっては、複数の申請者に事業計画書を提出させることが望ましいが、地域や施設の性格等により個々の施設を取り巻く状況は千差万別であるため、公募は絶対条件ではない。

なお、指定管理者が管理する施設の管理の適正を期するため、地方公共団体から指定管理者に対して以下の監督体制が存在する。

- ①指定管理者は毎年度終了後、その管理する公の施設の管理業務に関し事業報告書を作成し、当該施設を設置する地方公共団体に提出しなければならない。
- ②地方公共団体の長または委員会は、指定管理者に対して管理の業務または経理の状況に関し報告を求め、実地について調査し、または必要な指示をすることができる。
- ③監査委員または外部監査人が、指定管理者が行う公の施設の管理業務に係る出納関連の事務について監査を行うことができ、その結果については公表することとされている。なお、指定管理者の管理業務そのものについては監査の対象とはならない。

最後に、従前の管理委託制度や地方独立行政法人制度との比較を行う。

(1) 従前の管理委託制度との相違点

- ・指定管理者制度は、管理委託団体との委託契約ではなく行政処分的一种である。

- ・管理を行わせることのできる者の範囲が、「公共団体、公共的団体、政令で定める出資法人」から「法人その他の団体」に拡大され、民間事業者も対象にされた。
- ・管理行為が、事実上の業務から、利用料金の収受や使用許可権限の行使等も付与することができる等、実質総合的な管理・運営に拡大された。

(2) 地方独立行政法人制度との相違点

- ・地方独立行政法人制度では、当該施設を地方公共団体から分離・独立して地方独立行政法人に移管し、当該地方独立行政法人の責任により管理を行わせるが、指定管理者制度では、公設民営で行われる。
- ・地方独立行政法人では、利用者に損害を与えた場合は基本的に地方独立行政法人自身が責任を負うのに対し、指定管理者制度においては、原則として当該地方公共団体が責任を負う。

第 2 節 全国の指定管理者制度導入病院の概要

指定管理者制度を導入している団体は、2010年4月時点で合計55病院ある。それらを、指定管理者が第3者機関であるか、公社・第3セクターであるか、病院職員が中心となって設立した団体であるかにより分類した場合、それぞれ45院、6院、4院存在する。病院職員らにより設立された団体が指定管理者となる病院は、非常に小規模で経済性が働きのくい病院等である。経済性が働かなければ、第3者機関が指定管理者に応募してくる可能性は低いため、そのような病院で指定管理者制度を導入しようとした場合、病院職員らが中心となって医療法人を設立し、そこが指定管理者となり運営することが多い。

しかし、公設民営による運営に息詰まる病院も出てきている。例えば、三股町国保病院(宮崎県)は、2006年に経営譲渡を前提に指定管理者制度を導入したが、指定管理者である都城市北諸県郡医師会は1年で運営を辞退してしまった。2007年から運営を変った同市内の医療法人社団牧会も経営譲渡を辞退したため、町が運営・譲渡先を探し、2009年4月から都城市の医療法人敬和会に経営譲渡することとなった。また、津和野共存病院(島根県)は、2008年12月に指定管理者である石西厚生農業協同組合連合会が破産の申立を行い、町の医療の継続が困難となった。そのため、病院職員が中心となって医療法人橋井堂を設立し、そこが指定管理者として運営していくこととなった。従って、指定管理者を選定する際には、地域医療を継続するのに十分な財政規模と経営能力を有する団体を選定することが非常に重要である。もし、そのような団体からの応募がなければ、指定管理者制度の導入という手法以外の方向性を改めて検討し直すことも必要であると考えられる。その他、指定管理に関する協定の内容について指定管理者と行政との間に解釈の不一致があったことで両者の間に溝が生じ、指定管理者が指定管理契約の更新を辞退したという事例もある。そこで、

運営段階における指定管理者と施設設置者との関係悪化を予防するため、指定管理者の選定において、公募時に指定管理者としての条件を明文化するだけでなく、指定管理者協定書を作成する際にも、口頭での約束は避け、条件を明文化しその解釈について十分に協議した上で協定を締結することが必要であると考え。さらに、紛争が起きた場合には、第3者機関を介して解決を図ることも一つの方法であると考え。

図3-1 指定管理者制度導入病院の一覧(2010年4月時点)

①指定管理者が第3者機関である病院

都道府県名	団体名	病院	病床数	指定管理者	開始年度	備考
北海道	名寄市	名寄東病院	105	(社)上川北部医師会	2005年度	代行制
宮城県	黒川地域行政事務組合	公立黒川病院	170	(社)地域医療振興協会	2005年度	代行制
山形県	鶴岡市	湯田川温泉リハビリテーション病院	120	(社)鶴岡地区医師会	2006年度	代行制
茨城県	茨城県	茨城県立こども病院	115	社会福祉法人恩賜財団済生会	2006年度	代行制
茨城県	東海村	東海病院	80	(社)地域医療振興協会	2006年度	代行制
群馬県	吾妻広域町村圏振興整備組合(事業会計分)	中之条病院	223	(社)吾妻郡医師会	2006年度	代行制
群馬県	西吾妻福祉病院組合(事業会計分)	西吾妻福祉病院	111	(社)地域医療振興協会	2006年度	代行制
神奈川県	神奈川県	汐見台病院	225	(社)神奈川県医師会	2006年度	代行制
神奈川県	横浜市	みなと赤十字病院	634	日本赤十字社	2005年度	代行制
神奈川県	川崎市	多摩病院	376	(学)聖マリアンナ医科大学	2005年度	代行制
新潟県	上越市	上越地域医療センター病院	199	(社)上越医師会	2006年度	代行制
新潟県	さくら福祉保健事務組合	南部郷厚生病院	120	医療法人真仁会	2006年度	代行制
石川県	加賀市	山中温泉医療センター	199	(社)地域医療振興協会	2006年度	代行制
福井県	公立丹南病院組合	丹南病院	199	(社)地域医療振興協会	2005年度	代行制
岐阜県	恵那市	市立恵那病院	199	(社)地域医療振興協会	2006年度	代行制
静岡県	浜松市	浜松市リハビリテーション病院	180	社会福祉法人聖隷福祉事業団	2006年度	代行制
静岡県	伊東市	市立伊東市民病院	250	(社)地域医療振興協会	2006年度	代行制
静岡県	共立湊病院組合(事業会計分)	共立湊病院	154	(社)地域医療振興協会	2006年度	代行制
兵庫県	兵庫県	兵庫県災害医療センター	30	日本赤十字社兵庫県支部	2006年度	代行制
奈良県	奈良市	市立奈良病院	300	(社)地域医療振興協会	2004年度	代行制
広島県	広島市	安芸市民病院	140	(社)広島市医師会	2006年度	代行制
山口県	下関市	下関市立豊浦病院	275	社会福祉法人恩賜財団済生会	2006年度	代行制
香川県	三豊市	西香川病院	150	(社)三豊・観音寺市医師会	2006年度	代行制
愛媛県	鬼北町	北宇和病院	100	社会福祉法人旭川荘	2006年度	代行制
福岡県	福岡県	精神医療センター太宰府病院	300	(財)医療・介護・教育研究財団	2005年度	代行制
長崎県	雲仙・南島原保健組合(事業会計分)	公立新小浜病院	150	特定医療法人三校会	2005年度	代行制
鹿児島県	垂水市	垂水中央病院	126	(社)肝属郡医師会	2006年度	代行制
鹿児島県	霧島市	霧島市立医師会医療センター	254	(社)始良郡医師会	2006年度	代行制

都道府県名	団体名	病院	病床数	指定管理者	開始年度	備考
北海道	むかわ町	むかわ町鶴川厚生病院	60	北海道厚生農業協同組合連合会	2007年度	利用料金制
青森県	一部事務組合下北医療センター	むつりハビリテーション病院	120	(社)むつ下北医師会	2006年度	利用料金制
福島県	猪苗代町	猪苗代町立猪苗代病院	65	(財)温和会	2007年度	利用料金制
福島県	三春町	三春病院	86	(財)星総合病院	2007年度	利用料金制
茨城県	小美玉市	小美玉市医療センター	80	医療法人幕内会	2008年度	利用料金制
栃木県	佐野市	佐野市民病院	258	医療法人財団青葉会	2008年度	利用料金制
神奈川県	横須賀市	うわまち病院	417	(社)地域医療振興協会	2006年度	利用料金制
神奈川県	横須賀市	横須賀市立市民病院	482	(社)地域医療振興協会	2010年度	利用料金制
東京都	台東区	台東区立台東病院	120	(社)地域医療振興協会	2009年度	利用料金制
新潟県	湯沢町	湯沢病院	90	(社)地域医療振興協会	2006年度	利用料金制
富山県	氷見市	金沢医科大学 氷見市民病院	368	(学)金沢医科大学	2008年度	利用料金制
山梨県	山梨市	牧丘病院	30	(財)山梨厚生会	2006年度	利用料金制
山梨県	上野原市	上野原市立病院	150	(社)地域医療振興協会	2008年度	利用料金制
山梨県	甲州市	勝沼病院	51	(財)山梨厚生会	2007年度	利用料金制
京都府	精華町	精華町国保病院	50	医療法人医仁会	2006年度	利用料金制
福岡県	飯塚市	飯塚市立病院	250	(社)地域医療振興協会	2008年度	利用料金制
長崎県	大村市	市立大村市民病院	284	(社)地域医療振興協会	2008年度	利用料金制
合計			45	8445		

②指定管理者が公社・第3セクターである病院

都道府県名	団体名	病院	病床数	指定管理者	開始年度	備考
千葉県	柏市	柏病院	200	(財)柏市医療公社	2006年度	代行制
福井県	福井県	すこやかシルバー病院	100	(財)認知症高齢者医療介護教育センター	2006年度	代行制
長野県	長野市	長野市民病院	400	(財)長野市保健医療公社	2006年度	代行制
静岡県	浜松市	県西部浜松医療センター	606	(財)浜松市医療公社	2006年度	代行制
京都府	綾部市	綾部市立病院	206	(社)綾部市医療公社	2006年度	代行制
山口県	周南市	周南市立新南陽市民病院	150	(財)周南市医療公社	2006年度	代行制
合計			6	1662		

③病院職員が中心となって設立した団体が指定管理者である病院

都道府県名	団体名	病院	病床数	指定管理者	開始年度	備考
千葉県	鋸南町	国保鋸南病院	71	医療法人財団鋸南きさらぎ会	2008年度	利用料金制
愛知県	東栄町	国保東栄病院	69	社会医療法人財団せせらぎ会	2007年度	利用料金制
京都府	福知山市	新大江病院	72	医療法人財団新大江病院	2005年度	利用料金制
島根県	津和野町	津和野共存病院	99	医療法人橘井堂	2007年度	利用料金制
合計			4 311			

出所：総務省「地方公営企業年鑑(平成20年度)」、総務省ホームページ(2009)「第1回公立病院経営改善事例等実務研究会 資料⑤「最近の公立病院改革の主な事例」」、各病院ホームページ

第4章 他病院における経営改革事例

本章では、上野原市立病院と比較を行う病院の概要を紹介する。なお、比較病院の選定基準は以下のとおりである。

- ・指定管理者が第3者機関である。
- ・地域特性や病院規模が上野原市立病院の場合と類似する。
- ・指定管理者制度の導入により一定の成果が現れているものの、大きな問題を抱えている。

指定管理者の規模により改革の方法や成果が大きく異なり、それは、指定管理者が第3者機関であるか否かで判断できると考えられる。上野原市立病院は第3者機関が指定管理者となっているため、比較病院を選択する際にも、第3者機関が指定管理者である病院に限定した。また、病院の経営状況や地域ニーズは地域特性や病院規模に大きく依存するため、上野原市と地域特性や病院規模が類似する病院の中から選択した。

そこで、本章では金沢医科大学氷見市民病院(富山県氷見市)と公立新小浜病院(長崎県雲仙市)の2院を紹介する。上野原市立病院を含めたこの3病院は、その地域において唯一の総合病院であるため医療提供体制を存続させる必要がある点や、地域の高齢化が著しく進行しているため高齢化に対応した診療機能の特化が求められる点、医師・看護師不足が深刻である点が共通している。では、各病院について、その病院を取り巻く状況、問題点、解決策を整理し、それらを踏まえて指定管理者制度の導入・運営における成功要因を抽出する。

第1節 金沢医科大学氷見市民病院(富山県氷見市)

1-1. 病院を取り巻く状況

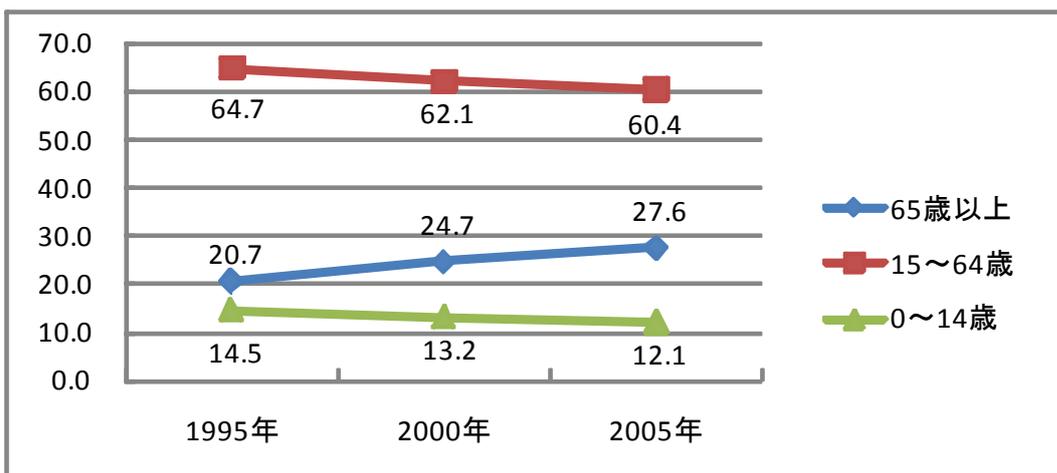
本病院の基本情報は以下の表のとおりである。

	現在	新病院
病床数	368床(一般病床363床、結核病床5床) (稼働病床数は200床)	250床(一般病床201床(うち、結核病床5床)、回復期リハビリ病床49床)
診療科目	循環器内科、消化器内科、腎臓内科、内分泌・代謝科、血液・リウマチ膠原病科、呼吸器内科、神経内科、高齢医学科、総合診療科、心身医学科、小児科、一般・消化器外科、胸部心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、麻酔科、救急科 (26科目)	
指定管理者	金沢医科大学	
指定期間	2008年4月1日～2028年3月31日(20年間)	

(1)2次医療圏の概要

氷見市民病院は、高岡医療圏に属する。当医療圏は富山県西北部に位置し、高岡市、射水市、氷見市の3市から構成され、北部は日本海側の富山湾に面し、海・川等の自然環境に恵まれた地域である。2007年10月時点の圏域の総人口は、327,211人と県人口の29.6%を占め、減少傾向にある。圏域の高齢化率は25.0%であり、県の23.8%や全国の20.8%よりも高く、全国を上回る速さで高齢化が進行している。図4-1に示すとおり、氷見市の高齢化率は2005年時点で27.6%であり、圏域の高齢化の速度を上回る。人口10万対医師数は192.4であり、県全体238.3と比較が少ない。圏域内では、厚生連高岡病院、高岡市民病院、済生会高岡病院、社会保険高岡病院、射水市民病院、氷見市民病院の6つの公的病院が救急医療等の政策医療を担う。厚生連高岡病院と高岡市民病院に救急医療や周産期医療の体制が集中しており、圏域内における中核的な役割を担う。氷見市民病院は、僻地医療対策を推進する基幹的の病院として僻地拠点病院の指定を受け、巡回診療等を行っている。

図4-1 氷見市の年齢別人口構成割合(単位：%)



出所：氷見市ホームページ「氷見市の統計(平成21年版)」より筆者作成

(2)病院の概要

氷見市民病院は、1948年に氷見郡国民健康保健団体連合会が氷見郡厚生病院として開設し、1961年に、経営主体が氷見市に移り氷見市民病院として運営が開始された。氷見市は、高岡医療圏の中核をなす高岡市とは電車で30分ほどの距離にあり、地理的に孤立している。また、圏内の他の地域と比べて医療機関の数が少なく、氷見市民病院は市内で唯一の総合病院として氷見市民の健康を長年守ってきた。

病院職員はこれまで市民病院の運営について真摯な努力を行ってきたが、役所の硬直的な経営体質では、これらの職員の努力に応えるような経営ができず、医師不足問題が表面化する前から患者数の減少も著しかった。さらに、医師の退職も相次ぎ、医師不足が進行していた。そこで、市長及び関係者は、市民病院に体力のあるうちに抜本的な改革を行う

必要性を強く認識し、経営改革委員会を設置し聖域のない議論を行った。その答申を踏まえ、2008年4月より指定管理者制度を導入した。現在、金沢医科大学を指定管理者として指定し運営を行っている。

また、病院施設の老朽化により機能面・耐震性の面で多くの問題がある。近隣の高岡市民病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院等は既に増改築工事を終え、機能的な病院として稼働しているため、医療圏内の他の急性期病院との競争力が低下し、医師・看護師確保の妨げの一因ともなっている。そこで、2011年の新病院開院を目指し、新病院を建設しているところである。

(3)経営分析

表4-2より、医業損失が年々拡大しており、2007年度には職員の退職等の影響によりさらに増加して6億円を超える。また、患者数の減少や診療報酬のマイナス改定により入院収益・外来収益が年々減少しており、それに応じて医業収益中の他会計負担金が増加している。

経営状況全体については、他の多くの自治体病院と比較すれば良い部類に入る。表4-1の公立病院(一般病院全体)の目標数値と比較すると、経常収支比率及び医業収支比率は数値例と同程度だが、病床利用率は非常に低い。さらに、経常収支比率と医業収支比率は共に悪化傾向にあり、毎年、市の一般会計から6~7億円が当該病院へ投じられている。今後、国からの交付税額が増えない現状で医業損失がさらに増加すれば、市の財政負担を増加させ、市民の税金による穴埋め額を増加せざるを得なくなる。

表4-1 経営効率化にかかる目標数値例(単位：%)

		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	病床利用率
300床以上	公立病院(黒字病院)	101.3	95.2	52.4	29.9	81.1
400床未満	公立病院(上位1/2)	99.1	93.3	53.6	28.8	79.3
	公立病院(一般病院全体)	93.6	88.5	57.2	27.2	76.4

出所：総務省(2007)「公立病院改革ガイドライン」の経営効率化にかかる目標数値例より筆者抜粋

表 4-2 損益計算書⁵(2003 年度～2008 年度)(単位：円)

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
医業収益	5,742,485,000	5,746,998,000	5,605,355,000	5,377,746,000	4,886,297,000	3,893,921,980
入院収益	3,537,857,000	3,548,445,000	3,460,752,000	3,276,824,000	2,771,530,000	2,144,659,452
外来収益	1,971,785,000	1,955,618,000	1,903,524,000	1,836,624,000	1,846,078,000	1,725,534,530
その他医業収益	232,843,000	242,935,000	241,079,000	264,298,000	268,689,000	23,727,998
うち他会計負担金	91,107,000	91,625,000	92,337,000	119,423,000	127,360,000	0
医業費用	5,873,772,000	5,859,785,000	5,999,261,000	5,719,897,000	5,514,071,000	4,942,891,102
職員給与費	2,894,580,000	2,878,797,000	2,813,712,000	2,642,588,000	2,559,362,000	2,210,980,355
材料費	1,669,747,000	1,683,744,000	1,713,370,000	1,694,514,000	1,587,788,000	1,303,814,130
経費	1,115,091,000	1,092,893,000	1,250,653,000	1,163,791,000	1,149,638,000	696,217,532
減価償却費	165,439,000	172,450,000	184,687,000	182,484,000	186,608,000	182,573,151
研究研修費	24,678,000	28,133,000	31,657,000	27,018,000	26,301,000	-
資産減耗費	4,237,000	3,768,000	5,182,000	9,502,000	4,374,000	8,171,634
委託費	-	-	-	-	-	395,600,003
設備関係費	-	-	-	-	-	76,965,610
指定管理者負担金	-	-	-	-	-	68,568,687
医業利益	-131,287,000	-112,787,000	-393,906,000	-342,151,000	-627,774,000	-1,048,969,122
医業外収益	291,193,000	298,358,000	306,022,000	283,756,000	302,357,000	702,050,589
受取利息及び配当金	1,000	9,000	12,000	47,000	187,000	47,700
都道府県補助金	2,447,000	836,000	182,000	-	-	-
他会計補助金	88,671,000	88,176,000	86,158,000	102,478,000	151,983,000	628,900,500
他会計負担金	170,447,000	170,052,000	174,799,000	141,302,000	115,029,000	-
寄付金収益	-	-	-	-	-	3,800,000
その他医業外収益	29,627,000	39,285,000	44,871,000	39,929,000	35,158,000	69,302,389
医業外費用	233,088,000	225,755,000	216,431,000	209,110,000	190,715,000	43,822,722
支払利息	115,127,000	106,031,000	98,505,000	90,703,000	83,424,000	40,376,728
企業債取扱諸費	950,000	901,000	3,000	140,000	3,000	-
その他医業外費用	117,011,000	118,823,000	117,923,000	118,267,000	107,288,000	3,445,994
経常利益	-73,182,000	-40,184,000	-304,315,000	-267,505,000	-516,132,000	-390,741,255
特別利益	188,852,000	143,129,000	73,039,000	202,000,000	23,864,000	306,267,000
特別損失	497,000	486,000	47,000	0	1,322,734,000	0
当年度純利益	115,173,000	102,459,000	-231,323,000	-65,505,000	-1,815,002,000	-84,474,255
医業収支比率(%)	97.8	98.1	93.4	94.0	88.6	78.8
経常収支比率(%)	98.8	99.3	95.1	95.5	91.0	92.2

出所：金沢医科大学氷見市民病院(編)(2009)「2008年度病院年報」、氷見市(2009)「平成20年度 氷見市病院事業会計決算書」、総務省「地方公営企業年鑑(平成15～20年度)」より筆者作成

⁵ 2008年度分は、金沢医科大学氷見市民病院(編)(2009)「2008年度病院年報」と氷見市(2009)「平成20年度 氷見市病院事業会計決算書」の損益計算書の数値を単純合算した数値である。

表 4-3 主要な病院経営指標⁶(2003 年度～2011 年度)

	2003年度(実績)	2004年度(実績)	2005年度(実績)	2006年度(実績)	2007年度(実績)
病床利用率(%)	81.9	81.4	76.8	67.9	56.0
医師数(人)	39	40	36	31	28
看護職員数(人)	200	202	191	181	173
1日平均外来患者数(人)	901.5	843.1	728.5	674.5	615.5
1日平均入院患者数(人)	301.3	299.7	282.5	249.9	206.0
医業収支比率(%)	97.8	98.1	93.4	94.0	88.6
経常収支比率(%)	98.8	99.3	95.1	95.5	91.0
職員給与費比率(%)	50.4	50.1	50.2	49.1	52.4
医療材料費比率(%)	27.8	28.0	29.4	30.4	31.5

	2008年度(実績)	2008年度(目標)	2009年度(実績)	2009年度(目標)	2010年度(実績)	2010年度(目標)	2011年度(目標)
病床利用率(%)	43.0	44.3	72.9(稼働)	57.6	-	57.9	86.0
医師数(人)	32	-	29	-	29	-	-
看護職員数(人)	161	-	159	-	172	-	-
1日平均外来患者数(人)	491.9	450	506.6	470	-	480	500
1日平均入院患者数(人)	158.1	163	153.1	212	-	213	215
医業収支比率(%)	78.8	-	-	-	-	-	-
経常収支比率(%)	92.2	57.5	-	68.1	-	68.1	57.6
職員給与費比率(%)	56.8	24.3	-	19.0	-	19.1	19.1
材料費比率(%)	33.5	-	-	-	-	-	-

出所：氷見市民病院(2008)「平成 19 年度 病院事業概要」、金沢医科大学氷見市民病院(編)(2009)「2008 年度病院年報」、金沢医科大学氷見市民病院「事業報告書(平成 20～21 年度)」、氷見市(2009)「氷見市病院事業改革プラン」、総務省「地方公営企業年鑑(平成 15～20 年度)」より筆者作成

(4) 指定管理者の概要

金沢医科大学は、医学部と看護学部を有する、石川県の私立医科大学である。良医を育て、知識と技術を究め、社会に貢献するという精神の下、1972 年に開学した。毎年 100 名前後の医師を輩出しており、大学病院として、金沢医科大学病院、21 世紀集学的医療センター、金沢医科大学氷見市民病院を経営する。本大学は、地域医療に資する有能な医療人を育成するための教育の場として氷見市民病院を捉え、指定管理者の公募に応募し指定を受けた。

1-2. 経営改革委員会による提言概要及び現在の取り組み

(1) 経営改革委員会の提言

氷見市民病院は以下の問題点を抱え、現状の経営では新病院建設の決断ができず、患者や医師の確保も難しく良質な医療が提供できないため、市長は病院の体力のあるうちに抜本的な改革が必要であると認識し、経営改革委員会を発足した。問題点及び提言の概要は

⁶ 目標値には、氷見市(2009)「氷見市病院事業改革プラン」の財務に係る数値目標を使用した。

以下のとおりである。

①問題点

- ・ 4 医療圏の端に位置し氷見へ患者が流れないため、患者数の減少が著しい。
- ・ 年功序列の公務員型給与体系と職員の高齢化により、収益が上がらない中で人件費ばかりが増大し、経営を圧迫していた。
- ・ 職員労働組合と交わした事前協議制の合意により、経営について柔軟な対応ができない。
- ・ 医師・看護師不足
- ・ 市には、病院の赤字を補填し続ける財政力がない。
- ・ 病院施設の老朽化により、医療圏内の他の急性期病院との競争力が低下している。

②提言概要

- ・ 全庁一体的に改革を進めること

病院改革について関係者及び市民からの納得と同意を得るためには、設立母体である氷見市役所の改革も必要不可欠である。そこで、速やかに、現給保障制度の廃止、もしくはさらなる人件費の改革に着手する必要がある。

- ・ 医療提供体制の選択と集中

まず、外部に向け速やかに医療提供体制の選択と集中というメッセージを明確に発信すべきである。本病院では、入院患者の約半数、外来患者の3割以上が75歳以上の高齢者で占められ、患者の高齢化が顕著である。これらの患者に対する診療体制を強化することで病院の特色をさらに伸ばし、他院との差別化を図ることで患者数を増やす必要がある。特に強化する診療科としては、循環器・呼吸器・消化器等、頻度の高い疾患の他、生活習慣病等への対応の充実が期待される内科、消化器癌等の症例数が多く高度な医療を提供していると認められる外科、高齢者の骨折等に対応する整形外科、高齢者に多い白内障等の眼疾患に対応でき、手術実績も多い眼科等が挙げられる。また、病床利用率の低迷への対策として病床数の削減が必要であり、慢性疾患等への対応のニーズが大きいことから、急性期後の治療や慢性期疾患に対応する病床への再編成を行う必要がある。

- ・ 指定管理者制度の導入

地域医療の維持と民営による経営効率化という両方の要請を果たすことが期待できる、公設民営型の経営体制が望ましいと言える。ただし、経営を委託する適切な団体が決まらない場合は、一般地方独立行政法人化等の別の経営形態の採用も検討することとし、改革の流れを止めないことが必要である。

(2)現在の取り組み

金沢医科大学を指定管理者として選定し、2008年4月1日から20年間の指定契約を締結し運営している。収益増加対策・経費削減対策として特に以下の事柄を実施している。

①収益増加対策

- ・手術件数の増加
- ・専門医療の実施

胸部心臓血管外科、循環器内科、麻酔科医師の確保及び機器整備を行い、心臓手術の実施体制を確立した。

- ・訪問リハビリテーションの拡充

早期リハビリ患者の増加と自宅退院率 60%以上を維持することを目的に、訪問リハビリテーションの拡充を検討した。診療報酬の増加にも繋がることから、理学療法士を増員することを決定した。

②経費削減対策

- ・人件費の効率化
- ・医療材料費、管理経費の削減
- ・部門別原価管理システムの導入

1-3. 指定管理者制度の導入における問題と解決方法

(1)問題点

最大の問題は、議会・職員労働組合・市民の了解を得ることであった。特に、大多数の職員が所属する職員労働組合が激しく抵抗し、勤務条件等の職員説明会に参加せず、金沢医科大学の再雇用の募集にも応じなかった。

(2)解決方法

市は、委員会と並行して早い段階から議会へ根気強く説明を行い、その結果、多数の賛成を得た。さらに、一般的な市民は、不安はあるものの大方が賛成であったため、議会・有識者・市民の多くが断固進めるべきであるという方向へ意見が纏まった。一方、組合側は、医療技術職員を再就職させなければ市が公設民営化を断念すると予想していた。しかし、市と金沢医科大学は、医療技術職員を十分確保できず医療体制を一時的に縮小せざるを得なくても公設民営化を行うことを明言し、また、その準備を行うに至った。さらに、職員の2次募集の締め切りが直前に迫っていた。自治労は、病院が縮小されて運営された場合の世論の批判を懸念したと思われ、方針転換をして再雇用の募集に応じる考えを示した。しかし、組合は現在も公務員型の給与体系の維持を強く主張しており、指定管理者と組合との間で折り合いが付いていない状況にある。その一方、職員一人一人は組織人として一所懸命に仕事をしており、「金沢医科大学氷見市民病院フォーラム 2009 記録」内の来院者アンケートの調査結果においても、医師や看護師、受付等の対応が以前よりも良くなったと回答した人の割合が高い。

1-4. 指定管理者制度の導入及び運営における成功要因

- ①市民病院に体力のあるうちに改革に踏み切ったこと。
- ②市長と市の事務職員(プロジェクトチーム)が、同じ気持ちで一体となって改革に取り組んだこと。
- ③制度導入に際し、検討から実現までの期間を設定し、短期間で実行したこと。
- ④組合や議会、市民等の反対を受けても断固として実現する意向を提示したこと。
- ⑤根気強く議会・市民・組合に説明を実施したこと。
- ⑥市と指定管理者との間に良好な関係を構築すること。

両者は、この地域の医療を存続させるという共通目標を持ち、運命共同体という認識を持っている。そのため、市長・病院経営責任者・病院長等で構成する管理運営委員会を設置し、病院運営の重要事項について協議していくと同時に、市は、金沢医科大学との協定に基づき、適正な病院運営が行われているかをチェックし、必要な場合には是正を求める。このように、両者が忌憚なく話し合える状況を整備する等して、良好な関係を構築している。

- ⑦新病院建設について、市と指定管理者が2人3脚で実行すること。

金沢医科大学は病院建設のプロでもあり、医療機器の調達力もあるため、金沢医科大学と協同して取り組むことで、行政発注の場合の数割減の事業費で建設を行うことができた。莫大な事業費を投じて良い施設を建設したとしても、将来、負債等により運営継続が困難になるため、適切な範囲に事業費を削減することは非常に重要である。

1-5. 今後の課題

- ①新病院の建設

病院建設において、市民に対しては快適な医療環境を提供し、職員に対しては働きやすい病院を作ることを目指す。

- ②看護師確保

依然として30人程不足している。市独自の取り組みとしては、金沢医科大学に奨学金を出し、北陸の他の大学にも協力を要請している。養成には3年かかるため、これらの取り組みの効果は直に現れると予想されている。

- ③大学間、他の医療機関との連携

金沢医科大学のみでは安定的に十分な医師を供給することが難しいため、富山大学と金沢大学と連携して医師を確保する計画である。この3大学は、指定管理者制度の導入以前から当該病院へ医師を派遣してきたが、金沢医科大学が指定管理者となったことで、富山大学は医師を引き揚げた。一方、金沢大学とは良好な関係を維持しているため、金沢大学

からは、引き続き医師を派遣するとの了承を得ている。金沢医科大学は、大学間連携について3大学で話し合う場を幾度も設けているが、あまり進展していない状況である。

他の医療機関との連携においては、地域間連携は多少進展している。救急医療について、3次救急は厚生連高岡病院に任せ2次救急までを氷見市民病院が担当しており、役割分担がなされている。一方、診療所との連携体制はほとんど構築されていない。しかし、2009年に新型インフルエンザが流行した際、氷見市医師会との診療連携を図るため、インフルエンザ等の汎流行時の診療協力体制について市医師会と診療協力契約を締結した。今後も、更なる病診連携の推進が求められる。

④待ち時間の短縮

来院者アンケート調査結果では、待ち時間が以前より長くなったと回答する人の割合が高い。以前は軽症の患者が多く、その人達に対してはあまり検査をせずに処方箋を出して対応していたため、待ち時間が短かった。しかし、指定管理者制度導入により医師が入れ替わったことで、医師がまだ患者を把握していないために検査を十分行いしっかり診察を行っている結果、待ち時間が長くなった。今後は、予約診療を徹底し、電子システムにより診療後すぐに会計可能にする等して、待ち時間の短縮を図る予定である。

⑤職員労働組合の説得

金沢医科大学としては、労使協調は無理であると結論付けた上で、今後も職員労働組合に対し、そのような抵抗が無意味であることを理解してもらえよう説得を続ける意向である。また、職員の意識改革も並行して実施する。

第2節 公立新小浜病院(長崎県雲仙・南島原保健組合)

2-1. 病院を取り巻く状況

本病院の基本情報は、以下の表のとおりである。

病床数	150床 (一般病床90床、療養病床60床(うち、回復期リハビリテーション病棟30床))
診療科目	内科、血液内科、神経内科、精神科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、消化器外科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、形成外科、リハビリテーション科、放射線科 (15科目)
指定管理者	特定医療法人三佼会
指定期間	2005年4月1日～2011年3月31日(6年間)

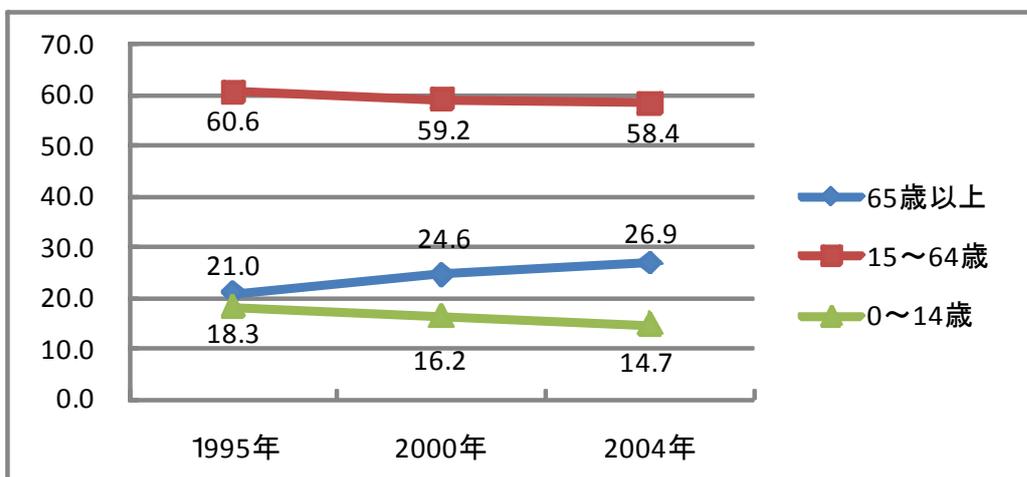
(1)2次医療圏の概要

公立新小浜病院は、県南医療圏に属する。当医療圏は、島原半島全域を区域とし、島原市、雲仙市、南島原市の3市から構成される。半島の中央部は雲仙岳によって占められ、

その裾野からは農地が広がり、集落は半島周辺部の沿岸部を中心として広く山間部へも分散している。2004年10月時点の県南医療圏の人口は156,361人であり、減少傾向にある。図4-2より、年少人口割合が低下する一方、高齢化率は上昇しており、急速に過疎化・高齢化が進行している。県内病院に入院した県南圏域住民のうち、圏域内の病院への入院割合は72.5%であり、圏域外への入院では大半が県央圏域の病院に入院している。

長崎県は医師偏在が深刻であり、大半の医師が長崎医療圏、県央医療圏、佐世保医療圏に集中する。人口10万対医師数は、長崎県全体では271.2であるが、県南医療圏では166.1と非常に少なく、医師確保が重要な課題とされる医療圏である。当医療圏には、病院が2003年時点で17施設あり、1995年と比較して3施設減少している。人口10万対病院数を県と比較すると、圏域は10.8であり、県の11.4に比べ低い。全国の7.1を大きく上回る。

図4-2 県南医療圏の年齢別人口構成割合(単位：%)



出所：長崎県(2006)「県南地域保健医療計画」より筆者作成

(2) 病院の概要

公立新小浜病院は、2002年3月に小浜地区保健環境組合が国から移譲を受け、医療法人三校会に管理委託をして開設された、島原半島西南部地域の病院である。雲仙市には他にも何院か病院があるが、当該病院からは遠く、小浜町近辺の住民がそちらの病院へ通院することは難しいため、本院が島原半島西部地域の中核病院としての役割を担う。組合が国から移譲を受けた際、組合は再雇用を積極的に行ったが、給与や待遇等について職員から強い反発があったため、2002年3月時点で職員数は84名から28名に減少した。給与水準については、国家公務員時代を100とすると三校会では約67になり、官民の間に33の開きがあった。その減少幅は大き過ぎるという意見が多かったため、協議の結果、全体の給与水準を80にまで引き上げることとなった。なお、給与の本体部分は67のままとし、手当てにより13を上乗せするとした。その後、2005年4月から指定管理者制度を導入し、医療法人三校会を指定管理者として指定し運営されている。

開設当初から救急告示病院として 24 時間 365 日救急患者を受け入れ、脳外科、心臓血管外科等を標榜し地域住民のニーズに応じてきたが、医師の確保が厳しく、脳外科、心臓血管外科の手術は休止状態である。

現在、深刻な医師不足状態であり、2010 年 2 月時点で常勤医師 10 名、非常勤医師 2 名という体制で診療を行っている。その他、地域全体の高齢化に伴い、今後、脳血管疾患、呼吸器疾患、筋骨系疾患、癌、心疾患等の患者の増加が見込まれる。地域医療への市民の最も強い要望は救急医療の継続・充実であるため、その充実を図ることが求められる。

(3) 経営分析

表 4-4、4-5 は経営状況を示す。開設年度を除き、経常収支比率はほぼ 100%を若干上回り、経営状況は良好である。開設当初は医業収益が伸び悩み、2005 年度までは累積欠損金を抱え厳しい経営状況であったが、指定管理者制度の導入による経営の効率化等により、2006 年度に累積欠損金を解消し、2008 年度まで黒字経営を継続している。経営改善のために、医業収益に対する人件費と材料費の比率を抑制し、経済性の高い回復期リハ病棟を導入した。これが経営改善に大きく貢献したと考えられる。さらに、7:1 看護体制を実施し増収を図り、医療費抑制を図るため 2009 年 7 月より DPC 対象病院となり医療の標準化に努めている。また、地域医療連携室も設置し、地域医療機関との病診連携を図っている。病床利用率を 2004 年度以降 90%以上に維持している点も、収益増加に貢献していると考えられる。

表 4-4 損益計算書(2003年度～2008年度)(単位：円)

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
医業収益	1,679,431,740	1,893,271,307	1,974,863,880	2,143,001,324	2,032,897,694	2,055,651,911
入院収益	1,228,044,971	1,388,666,260	1,421,871,743	1,590,031,978	1,468,724,313	1,464,130,551
外来収益	432,408,839	485,393,504	525,641,101	512,324,105	524,744,490	559,393,286
その他医業収益	18,977,930	19,211,543	27,351,036	40,645,241	39,428,891	32,128,074
うち他会計負担金	-	-	-	-	-	-
医業費用	1,720,371,047	1,931,420,210	1,996,051,335	2,111,574,191	2,035,045,054	2,051,934,388
給与費	18,719,355	26,467,720	15,449,398	25,025,003	28,612,250	29,978,472
経費	1,534,311,787	1,730,166,733	1,793,954,631	1,899,076,913	1,822,656,724	1,879,474,402
減価償却費	167,339,905	173,733,687	171,424,372	171,253,310	175,806,580	139,294,095
資産減耗費	0	1,052,070	15,222,934	16,218,965	7,969,500	3,187,419
医業利益	-40,939,307	-38,148,903	-21,187,455	31,427,133	-2,147,360	3,717,523
医業外収益	84,840,688	108,129,698	66,634,464	92,651,612	74,395,243	70,314,793
受取利息配当金	1,550	436	2,096	98,565	574,902	937,534
国庫補助金	42,446,000	24,044,000	46,623,000	40,053,000	16,905,000	0
他会計負担金	31,611,853	72,797,000	8,250,000	42,100,000	46,372,000	56,305,000
患者外給食収益	159,000	218,095	136,190	460,952	624,762	178,095
その他医業外収益	10,622,285	11,070,061	11,623,059	9,938,882	9,918,412	12,893,649
雑収益	0	106	119	213	167	515
医業外費用	13,561,399	57,909,117	63,399,296	75,457,381	68,690,059	66,895,646
支払利息	13,561,399	14,874,431	17,617,974	18,938,149	22,007,206	23,798,626
雑支出	0	43,034,686	45,781,322	56,519,232	46,682,853	43,097,020
経常利益	30,339,982	12,071,678	-17,952,287	48,621,364	3,557,824	7,136,670
特別利益	0	0	0	0	0	0
特別損失	0	8,785,950	3,324,378	0	0	0
当年度純利益	30,339,982	3,285,728	-21,276,665	48,621,364	3,557,824	7,136,670
医業収支比率(%)	97.6	98.0	98.9	101.5	99.9	100.2
経常収支比率(%)	101.7	100.6	99.1	102.2	100.2	100.3

出所：雲仙・南島原保健組合「雲仙・南島原保健組合病院事業会計決算書」(平成 17～20年度)、小浜地区保健環境組合「小浜地区保健環境組合病院事業会計決算書」(平成 15～16年度)より筆者作成

表 4-5 主要な病院経営指標⁷(2003 年度～2011 年度)

	2003年度(実績)	2004年度(実績)	2005年度(実績)	2006年度(実績)	2007年度(実績)
病床利用率(%)	89.8	93.6	94.8	90.4	90.9
医師数(人)	-	-	-	10	10
看護職員数(人)	-	-	-	114	124
1日平均外来患者数(人)	131	148	156.41	143.35	138.07
1日平均入院患者数(人)	130.02	140.03	142.15	135.67	136.34
医業収支比率(%)	97.6	98.0	98.9	101.5	99.9
経常収支比率(%)	101.7	100.6	99.1	102.2	100.2
職員給与費比率(%)	-	-	-	45.8	51.0
医療材料費比率(%)	-	-	-	-	-

	2008年度(実績)	2009年度(実績)	2009年度(目標)	2010年度(実績)	2010年度(目標)	2011年度(目標)
病床利用率(%)	91.5	-	87.9	-	86.7	86.1
医師数(人)	10	12	-	11(2010年6月時点)	-	-
看護職員数(人)	124	129	-	127(2010年6月時点)	-	-
1日平均外来患者数(人)	142.89	-	-	-	-	-
1日平均入院患者数(人)	137.22	-	-	-	-	-
医業収支比率(%)	100.2	-	99.5	-	99.7	99.5
経常収支比率(%)	100.3	-	100.2	-	100.4	100.3
職員給与費比率(%)	51.4	-	53.4	-	54.0	55.6
医療材料費比率(%)	-	-	-	-	-	-

出所：雲仙・南島原保健組合「雲仙・南島原保健組合病院事業会計決算書(平成 17～20 年度)」、小浜地区保健環境組合「小浜地区保健環境組合病院事業会計決算書(平成 15～16 年度)」、雲仙・南島原保健組合(2010)「公立新小浜病院改革プラン」、総務省「地方公営企業年鑑(平成 15～20 年度)」より筆者作成

(4) 指定管理者の概要

三校会は、急性期医療に特化した宮崎病院を運営すると同時に、宮崎総合健診センター、総合リハビリセンター、介護保険事業等を併設し、予防医学の分野や罹患後の患者支援を含めて総合的な医療の提供を志す、長崎県の特定医療法人である。関連病院として宮崎診療所、公立新小浜病院、老健おばまの運営を行い、広範な地域の医療にも貢献することを目指す。

2-2. 問題点

① 指定管理契約の更新辞退

2005 年 4 月より 6 年間の指定契約を締結し、三校会が指定管理者として運営してきた。前述のとおり、三校会による経営状況は非常に良好であり、全国の自治体病院の多くが赤字経営の中、2008 年度まで黒字経営を継続してきた。医師・看護師確保の面では課題が残るものの、24 時間 365 日救急患者を受け入れ、地域医療を守ってきたという実績もある。

⁷ 目標値には、雲仙・南島原保健組合(2010)「公立新小浜病院改革プラン」の財務に係る数値目標を使用した。

そのため、自治体としては契約更新を希望していたようだが、三校会は契約更新を辞退した。それを受け、今後の公立新小浜病院の管理運営の形態をどのようにするかについて、専門家及び市民の意見を聞き、適切な運営形態を模索する必要性が生じたため、2010年2月に運営形態検討委員会が設置された。

②医師・看護師確保が困難な状況で、深刻な過疎・高齢化に直面する県南地域の医療ニーズを充足するためには、診療機能の特化を検討する必要がある。

③高齢化が進む地域住民の安全・安心な生活を守る上で、夜間・休日等の救急医療の強化、スムーズな医療・介護連携推進体制の強化を図ると共に、島原半島西南部の中核病院としての役割を果たしていくことが求められる。

④公立病院と地域の民間医療機関との連携を検討する必要がある。

2-3. 解決策—運営形態検討委員会による提言及び現在の取り組み—

(1) 運営形態検討委員会による提言

経営形態については、地方公営企業法全部適用、民間移譲、地方独立行政法人(非公務員型)、指定管理者制度のそれぞれについて検討を行った結果、指定管理者制度が望ましいと結論付けた。まず、公設公営の制度である地方公営企業法全部適用は除外し、設置者及び多くの市民が公立での存続を希望しているため民間移譲も除外された。「経営責任の確立」と「透明度の高い経営」を実現するためには、指定管理者制度と地方独立行政法人が望ましいが、地方独立行政法人の設立には多くの事務が必要であり、指定期間終了までの残りの期間内に達成することは困難である等の理由から、指定管理者制度の採用が望ましいと結論付けた。その上で、委員会は指定管理者の選定にあたり以下の助言を行った。

- ①選定には、公平性を期するため、指定管理者としての条件を明文化し公募すべきである。
- ②新たな指定管理者は、引き続き公立新小浜病院での勤務を希望する者について、その雇用の確保に最大限の努力をすべきである。
- ③指定管理者の公募時期については、可能な限り速やかに実施すべきである。
- ④公募にあたり、市民、議会、病院職員への十分な説明を行うべきである。
- ⑤選定にあたっては、公正性・透明性を図るため、審査委員会を設置すべきである。
- ⑥選定後は、政策医療や病院運営について意見交換を行うために、組合との定期的な協議の場を設けるべきである。

(2)現在の取り組み

公立新小浜病院の今後の方向性は以下のように決定した。

①病院機能の特化

診療科目を 15 科目から 12 科目へ削減して診療機能を特化し、病病連携を通して提携病院と相互に紹介し合う関係を構築する。

②救急医療の充実

本院の救急患者数は設立以来減少しているが、救急医療は市民の最も強い要望であるため、充実を図り、救急強化委員会を設立し真に有効な手作りの救急体制を構築する。

③地域包括センターの創設

健診・検診において保健行政と医療の連携関係を構築し、医療と介護の連携も行う。さらに、医療、介護、保健等を気軽に相談できるセンターを創設し、市民の不安解消を図る。

④政策医療の機能強化

そのための具体的な取り組みについては、以下のとおりである。

①経営指標に係る数値目標の設定

現在、病床利用率を 90%以上に維持しているが、DPC 対象病院となったことで病床利用率の低下が避けられず、過疎化による人口減少も考慮して、85%以上の病床利用率を維持することを目標とする。その他の財務に係る数値目標と実績値は、表 4-5 のとおりである。

②指定管理者制度による民間経営手法の導入

現在、新たな指定管理者を公募しており、雲仙・南島原保健組合は 2010 年 7 月に、東京の医療法人社団苑田会を指定することを決めた。指定期間は 10 年である。

③収入増加・経費節減対策

2010 年度中に、委託業務の見直し、新たな診療報酬項目の取得、DPC 分析による医療の標準化、高度医療機器の活用推進、後発医薬品導入の拡大等を行い、2011 年度には医療機能の検討を行う。

2-4. 事例からの示唆

本病院の経営状況や病床利用率が良好であったのは、ある程度自由に指定管理者に経営をさせてきたことが関係すると思われる。従って、設置者たる地方公共団体は、指定管理者にある程度自由に経営させ経営効率化や収益増加等の経営努力を促し、その上で、負担金等により病院経営を支援していく必要があると考える。

なお、本病院の今後の最優先課題は、新しい指定管理者との指定管理契約の締結であると思われる。指定管理者の選定においては、公募の際に指定管理者としての条件を明文化

し、指定管理者協定書の締結の際にもその解釈について十分に協議することで、運営段階における指定管理者と施設設置者との関係悪化を予防することが必要であると考えます。

第5章 3 病院の事例比較

第1節 類似点・相違点

まず、各病院の抱える問題点の類似点及び相違点を抽出する。次に、各病院が実施、あるいは実施を検討している解決策について、類似点及び相違点を抽出する。

(1)問題点

①類似点

・3つの事例はどれも一定の成果を出しているため、一見すると成功事例に思えるが、経営効率化や地域ニーズの充足、医師不足等、深刻な問題を抱えている。

・地域の著しい高齢化

・近隣に総合病院や高度医療を担える病院がないため、地域内の中核病院の役割を担い、病院を存続させる必要性が高いと考えられる。

・医師・看護師不足とそれに伴う患者数の減少

・公務員感覚での経営や高い職員給与費比率のため、非効率な経営が行われていた。また、制度導入後も大幅な経営改善はしていない。

・市には、病院の赤字を補填し続けられるほどの財政力がなかった。

・地域ニーズを充足させる医療機能の選択・整備の必要

・病院施設・設備の著しい老朽化により新病院建設が行われているが、建設費や設備購入費が非常に高く、その財源の問題も抱えていた。

・職員労働組合、議会、市民の理解を得る難しさ。

・地域間、大学間の連携

②相違点

・市が指定管理者を公募した際の公募要件の一部の事業について、現指定管理者の事業計画では条件履行を留保している。(上野原市立病院)

・制度移行後も職員労働組合が激しく抵抗をしている。(氷見市民病院)

地域医療振興協会が引受先になる場合は従前の給与条件等をほぼ引き継ぐため、上野原市立病院では反発が大きくなかった。一方、他の病院よりも職員労働組合の力が強い氷見市民病院や、国からの移譲時に給与面に大きく踏み込んだ公立新小浜病院では、制度移行時に組合からの激しい抵抗があった。特に、氷見市民病院では移行後も組合の抵抗が続いている。

(2)解決策

①類似点

・病院に体力が残っている段階で改革に着手した。

- ・指定管理者制度の採用による民間経営手法の導入
- ・病院機能の選択・集中
- ・病院の魅力作り
- ・地域内、地域間、大学間における連携の強化
- ・新病院の建設費用の削減

上野原市の場合は、建設プロポーザル委員会や業者との価格交渉を通して費用削減を図り、氷見市の場合は、金沢医科大学と2人3脚で建設に着手し、民間の工事発注ノウハウを活用することで費用削減を実現した。

- ・経営改革委員会の議論を市民に公開し、職員労働組合、議会、市民への説明に力を尽くした。

②相違点

- ・新病院建設の財源を捻出するため、地域医療再生基金や耐震化資金等の補助金や交付金を活用し、自己負担を軽減させた。(上野原市立病院)
- ・市長のリーダーシップの発揮と迅速な判断により、抜本的な改革を実行した。(上野原市立病院・氷見市民病院)
- ・職員労働組合、議会、市民の理解を得るために、早い段階から説明会やタウンミーティングを幾度も開催し、説明を入念に行った。そのため、激しく反対していた議会や住民からも賛成を得られた。(氷見市民病院)
- ・職員労働組合の強固な反対を受けても断固として改革を実現する意向を提示し、その準備も行っていったことで、組合の方針を転換させ、再雇用の募集にも応じてきた。(氷見市民病院)
- ・指定管理者制度に係る議論から制度導入までの期間を予め設定し、短期間で実現した。(氷見市民病院)
- ・地域住民のニーズを反映した病院運営が行われるよう、管理運営委員会の設置等により市と病院側が忌憚なく話し合える状況を整備し、基本的な部分については基本協定をお互いに遵守することで、2人3脚で運営する。(氷見市民病院)

第 2 節 3 病院の取り組みの評価

第 2 章、第 4 章、前節では、各病院において様々な有益な取り組みが行われ、一定の成果が現れていることを示した。公立病院改革の目的は、非効率な経営を行っている公立病院の経営改善を行うことで、地域に必要な医療を安定的に提供することである。そこで、本節では、各病院の様々な取り組みにより、経営改善や地域ニーズの充足がどの程度進展したかを、いくつかの指標を挙げて 5 段階評価し検討する。その結果を利用して、どのような取り組みが経営改善や地域ニーズの充足において有効であるかを分析する。

2-1. 各事例の取り組みの評価

指定管理者制度導入の成果を、「経営改善」と「地域ニーズの充足」の 2 項目により評価する。各項目の指標及びその判断基準は表 5-1 のとおりであり、5 段階で評価する。各指標については、第 2 章及び第 4 章に掲載している各病院の「主要な病院経営指標」の表の数値を参照して貰いたい。なお、「経営改善」については、各病院の公立病院改革プランの数値目標、もしくは公立病院改革ガイドライン記載の目標数値例と比較し、その達成状況で評価した。公立病院改革ガイドライン記載の目標数値例については表 5-2 に示す。

なお、公立新小浜病院については医療材料費比率のデータを得られなかったため、「経営改善」の評価はその他の 4 項目で行った。また、待ち時間のデータは氷見市民病院からしか入手できなかったため、上野原市立病院と公立新小浜病院では「地域ニーズの充足」の評価指標から除外した。では、3 病院を評価した結果を以下に示す。

表 5-1 評価の指標及び判断基準

指標		判断基準
経営改善	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経常収支比率 ・ 職員給与費比率 ・ 医療材料費比率 ・ 病床利用率 ・ 医師・看護師数 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 悪化 2. 変化なし 3. やや改善 4. 目標達成の直前 5. 公立病院改革プラン、もしくは、公立病院改革ガイドライン記載の目標数値を達成
地域ニーズの充足	・ 地域の希望する診療科目の実施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 実施予定なし 2. 現在は行っていないが、検討中 3. 現在は行っていないが、今後実現するための計画を策定中 4. 希望科目の一部は行っている 5. 希望科目を全て行っている
	・ 待ち時間	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非常に長くなった 2. やや長くなった 3. どちらでもない 4. やや短くなった 5. 非常に短くなった
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療体制 ・ 職員組合との関係 ・ 指定管理者と行政との関係 ・ 他の医療機関、大学、他地域との連携 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非常に悪い 2. やや悪い 3. どちらでもない 4. やや良い 5. 非常に良い

出所：筆者作成

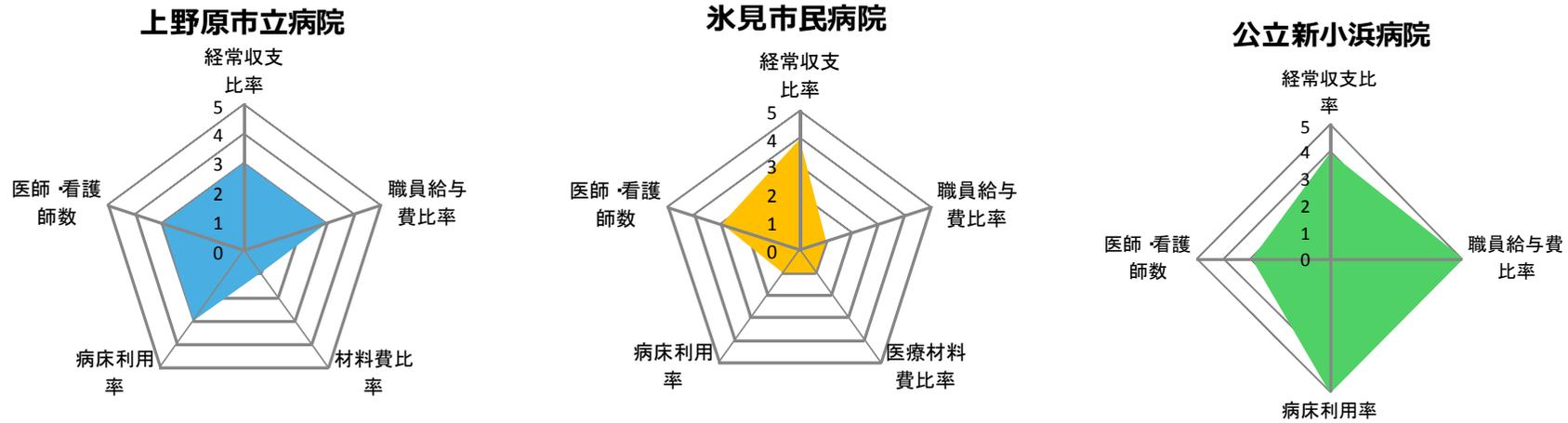
表 5-2 経営効率化にかかる目標数値例(単位：%)

		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	病床利用率
300床以上	公立病院(黒字病院)	101.3	95.2	52.4	29.9	81.1
400床未満	公立病院(上位1/2)	99.1	93.3	53.6	28.8	79.3
	公立病院(一般病院全体)	93.6	88.5	57.2	27.2	76.4
100床以上	公立病院(黒字病院)	102.0	92.0	57.8	24.0	75.2
200床未満	公立病院(上位1/2)	99.4	90.6	59.1	24.6	74.6
	公立病院(一般病院全体)	92.7	87.1	61.1	23.9	71.5

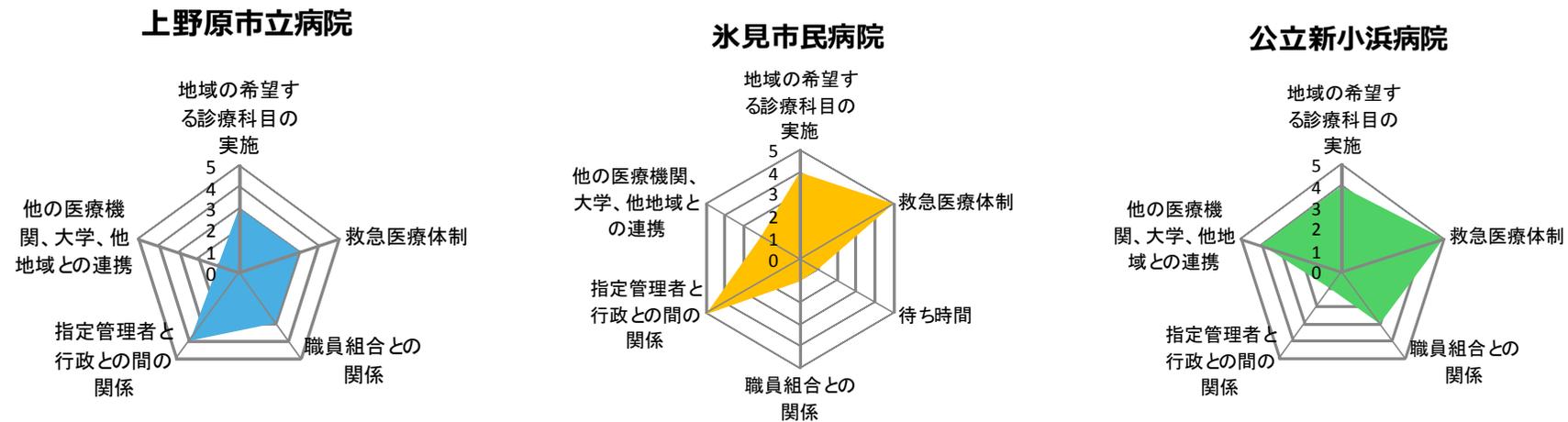
出所：総務省(2007)「公立病院改革ガイドライン」の経営効率化にかかる目標数値例より筆者抜粋

図 5-1 評価結果

①経営改善



②地域ニーズの充足



出所：筆者作成

2-2. 評価の理由

(1) 上野原市立病院

まず、経営改善に係る指標について評価の理由を説明する。

「経常収支比率」は、制度導入以前は低下傾向であったが導入後は大幅に改善した。2008年度全体として見た場合でも増加しているが、改革プランの目標値にはまだ遠い。また、医業収益が伸び悩み、多額の運営交付金が市から交付されている実態を踏まえると、多少の改善を表す「3」が妥当だと考える。上昇傾向にあった「職員給与費比率」については、2008年度下期に、退職金支払いや医師の増員により人件費が増加したものの職員給与費比率はやや低下したため、「3」とした。「材料費比率」は、低下傾向にあったが2008年度下期に大きく上昇し、表5-2の100床以上200床未満の公立病院(一般病院全体)の目標数値例の23.9%をやや上回るため、「1」とした。年々低下していた「病床利用率」は、2008年度に大きく上昇したが、改革プランの目標値を下回り、表5-2の目標数値例にも遠く及ばないため、「3」とした。「医師・看護師数」は、若干の増員が行われたがまだ常勤医が大量に不足しているため、「3」とした。

次に、地域ニーズの充足に係る指標について評価の理由を説明する。

「地域の希望する診療科目の実施」は、産婦人科や整形外科の実施が要望されているが、現在はまだ実現に向けた計画段階であるため、「3」とした。「救急医療体制」は、3次救急については役割分担がなされているが、2次救急はまだ実現に向けた計画段階であるため、「3」とした。「職員組合との関係」では、特に問題は発生していないと思われるため「3」とした。「指定管理者と行政との関係」は、市が指定管理者の取り組みを支援する姿勢であることから良好だと考えられるが、指定管理者に要望している診療科目の一部が実施されていないため、「4」とした。「他の医療機関、大学、他地域との連携」は、非常に難航しているため「1」とした。

(2) 氷見市民病院

まず、経営改善に係る指標について評価の理由を説明する。

「経常収支比率」は、指定管理者制度導入後に増加に転じ、改革プランの目標値も達成しているが、表5-2の300床以上400床未満の公立病院(一般病院全体)の目標数値例93.6%をやや下回るため、「4」とした。「職員給与費比率」は、退職金支払いや職員の増員により人件費が増加したが医業収益が例年同様減少したため、小幅の上昇であった。そのため、「1」とした。「医療材料費比率」は、一貫して上昇傾向にあるため「1」とした。「病床利用率」は、指定管理者制度導入後も低下し続け、改革プランの目標値にも及ばないため、「1」とした。「医師・看護師数」は、医師が若干増加しているため、「3」とした。

次に、地域ニーズの充足に係る指標について評価の理由を説明する。

「地域の希望する診療科目の実施」は、土曜日診療の開始や、高齢化に対応した高齢医

学科や総合診療科の実施、僻地医療への対応等、市民ニーズの医療を高いレベルで実現しているが、医療機能の充実を目的とした循環器・消化器領域のセンター化等は計画段階であるため、非常に「5」に近い「4」とした。「救急医療体制」は、3次救急については役割分担がされており、救急病院指定を受け24時間365日の2次救急医療体制を維持しているため、「5」とした。「待ち時間」は、来院者アンケート調査の結果で長くなったという回答が多かったため「1」とした。「職員組合との関係」では、組合側の根強い抵抗があり労使協調があまりなされていないため、「1」とした。「指定管理者と行政との関係」は、両者が2人3脚で地域医療の再生に取り組み、忌憚なく話し合える状況を整備しており、良好だと考えられるため「5」とした。「他の医療機関、大学、他地域との連携」は、難航しているため「2」とした。

(3) 公立新小浜病院

まず、経営改善に係る指標について評価の理由を説明する。

「経常収支比率」は、ほぼ毎年100%を超え黒字経営を継続しているが、表5-2の100床以上200床未満の公立病院(黒字病院)の目標数値例102.0%と比較するとやや低いため、「4」とした。「職員給与費比率」は、増加傾向にあるものの、表5-2の目標数値例と比較して低水準であるため、「5」とした。「病床利用率」は、2004年度以降、毎年90%以上を維持し、表5-2の目標数値例と比較しても高水準であるため、「5」とした。「医師・看護師数」については、医師・看護師共に増加傾向にあるが深刻な医師不足状態であるため、「3」とした。

次に、地域ニーズの充足に係る指標について評価の理由を説明する。

開院以降、救急告示病院として24時間365日救急患者を受け入れ、脳外科、心臓血管外科等を標榜し地域住民のニーズに応えてきたが、医師不足により脳外科・心臓血管外科の手術が休止状態であるため、「地域の希望する診療科目の実施」は「4」とし、「救急医療体制」は「5」とした。「職員組合との関係」では、国からの移譲時に給与水準を大きく引き下げ、職員から強い抵抗があったが、現在は特に大きな問題は生じていないようなので、「3」とした。「指定管理者と行政との関係」は、指定管理契約の更新辞退という状況にあり、新しく別の事業者と指定管理契約を締結するところであるため、「1」とした。「他の医療機関、大学、他地域との連携」は、地域包括センターを創設して地域の診療所や介護資源との連携の推進体制の構築を図る考えであるため、「4」とした。

2-3. まとめ

民間病院と比較して職員給与費比率が高い自治体病院で経営改善を達成するためには、まず、非効率な経営体制と年功序列の給与体系を改革することが重要である。前項の評価結果から、指定管理者制度の採用は経営改善に対し一定の効果を持つと考えられる。氷見

市民病院では職員給与費比率の上昇が観察されたが、これは、制度移行に伴う退職金の支払い等が原因なので、今後は低下していくと予想される。

また、医療提供体制の充実や休止科目の復活のためには、医師・看護師の確保が不可欠であるため、経営改善と地域ニーズの充足の双方において、医師・看護師をいかに確保するかが課題となる。確保対策としては、病院の魅力作りや奨学金の増額、大学間連携、指定管理者独自のネットワークによる確保が有効であると考えられる。

前項の評価結果では、指定管理者制度の導入により必ずしも経営改善が達成されるわけではないことが示される。しかし、どの事例においても、経営改善指標のうち少なくとも1項目は改善傾向が観察された。従って、指定管理者制度が経営改善をもたらすとは一概には言えないものの、その運用の仕方次第で大きな効果が発揮される可能性がある。

最後に、地域ニーズの充足は経営改善とトレードオフ関係にあると予想されたが、公立新小浜病院は地域ニーズの充足と経営改善の双方を高い水準で実現しており、トレードオフが起こらない場合もあることが観察された。経営改善が行われれば、地域ニーズに対応した医療提供体制の整備にも力を入れることができ、また、医師や看護師を確保し地域住民の希望する診療科が整備されれば、患者数が増加し収益拡大が見込めるため、経営改善努力と地域ニーズの充足は相乗効果を持つ可能性がある。そこで、行政側は、指定管理者の経営努力が活かされやすい制度・契約内容を設定する努力を行うことで、相乗効果が発揮されるように支援することが求められる。

第3節 指定管理者制度の課題

これまでの分析結果から、指定管理者制度の課題は主として以下の4点であると考えられる。

①職員組合との関係と雇用に係る問題

職員は公務員の身分ではなくなり、年功序列型の給与体系が廃止され給与水準も下がるため、制度導入に対し職員の反発が非常に大きい。そのため、病院職員が再雇用の募集に応じず、指定管理者制度の開始時に最低限のスタッフさえも確保できない可能性が生じる。それに対し、例えば地域医療振興協会は、従前の給与条件等をほぼ引き継ぐことで職員との摩擦を軽減している。また、氷見市民病院の場合は、給与水準の低下に対し激減緩和措置を市が講じると共に、スタッフを確保できず医療提供体制を一時的に縮小せざるを得なくても公設民営化をスタートさせることを明言し、その準備を行ったことで、世論の批判を懸念したと思われる職員組合は方針転換し再雇用に応じた。このように、職員への説明責任を十分に果たすと同時に、給与の激減緩和措置や再雇用した職員への優遇措置等も検討する必要がある。

しかし、職員側の主張を受け入れ、給与の引き下げがほとんど行われなければ、病院の

財務状況は改善せず、指定管理者制度を導入した意義も薄れてしまう。従って、病院職員の確保にあたり、新しい人材を充てることも視野に入れて準備を行うべきである。また、経営効率化と患者満足度の向上の観点から、職員を再雇用する際には、コスト意識や患者への対応等について意識改革を行うことが重要である。

②協定書に係る問題

協定内において、自治体と指定管理者との認識のずれや、リスクを前提にした協定事項の内容が不十分である場合、運営段階で紛争が起き、指定期間の途中で運営を辞退する等の危険がある。そのリスクとは、外来患者数の増減、医師確保、医療機器コストの高騰等であり、協定書の内容が不十分な場合や、自治体と指定管理者との間に解釈の不一致がある場合、両者の溝が埋まらず紛争に発展する可能性がある。それらの発生を出来る限り防ぐためには、適切な協定書を締結することが重要である。ゆえに、契約締結前に、求められるサービス水準や内容、経費負担の考え方、民間経営の阻害要因となる制度上の問題点等について意見調整を行い、協定事項を双方で十分に詰めておく必要がある。その上で、必要な事項については予め網羅的かつ明確に規定し、責任や経費負担の分担、リスク分担の考え方を明文化し、その協定内容を適切に運用していくことが重要である。

③指定期間終了後の再指定に係る問題

再指定に係る問題の検討や議論は、指定管理契約の更新時期の間際になってから行うのではなく、更新時期の混乱を避けるために指定期間の中盤頃から始め、十分な議論を行う必要がある。また、更新の際の再指定時には、特段の理由がない限りは公募することが望ましいとされているが、それまでの指定管理者の運営状況が良好であれば、同事業者に契約更新を要請することも望ましいと考える。ある病院では、経営改善や地域ニーズの充足において成果を出しており、契約更新が最も望ましい選択肢であると思われたが、行政と指定管理者との間で協定書の解釈にずれがあり、紛争が絶えなかったため、急遽、新たな指定管理者を公募することになった。

従って、運営段階での紛争を防止するために適切な協定書の締結が重要であると同時に、紛争に対して第3者機関を介して解決を図ることも方法の一つである。さらに、紛争の激化防止策として、制度移行後、定期的に行行政と指定管理者が議論し合う場を設定し、両者が忌憚なく話し合える状況を整備しておくことが有効であると考えられる。また、最悪の事態を想定して、指定期間中の早い段階から、再指定に係る問題を検討・議論することも重要である。

④地域住民のニーズの充足に係る問題

上野原市立病院の事例では、指定管理者を公募した際の公募要件の一部の事業について、現指定管理者の事業計画では条件履行を留保しており、市が要望する24時間365日の2次

救急の実施と産婦人科の整備が行われていない。

地域住民が要望する医療や政策医療が指定管理者により提供されるとは限らないところが、公設民営の難点である。しかし、地域医療を継続する上で、これは経営効率化や病院機能の特化を達成するためある程度は許容しなければならない痛みでもあると考える。地域ニーズを充足する医療提供体制を実現するためには、まず、地理的条件及び地域住民のニーズを踏まえて、地域クリティカルパスの中での公立病院の位置付けを検討し、必要とする医療サービスの内容を取捨選択し、目指す医療提供体制のビジョンを自治体が明確に提示することが大前提である。その上で、指定管理者を公募する際、指定管理者候補の提出する提案内容について、実施能力と実現可能性を慎重に見極め、地域住民が求める医療提供体制を実現可能な指定管理者を選定し指定することが重要である。また、応募資格者を、救急医療や僻地医療の実施が義務付けられる社会医療法人とすることも一つの方法である。さらに、指定後、第三者機関あるいは行政によるモニタリングを一定間隔で行い、必要な場合には是正を求めることで、後のモラルハザードの発生を防ぐことも必要である。

第4節 上野原市立病院の事例の全国への適用可能性

上野原市立病院における問題点や解決策の基本方針については、他の事例との類似点が多いため、上野原市立病院における議論は、大枠に関しては全国の他の病院にも参考になると考える。しかし、その議論及び専門委員会議の答申の内容は、新病院の建設に関わるものが多く、現在はまだ具体的な取り組みも行われていない状況である。そのため、個別具体的な事項への示唆は本事例には少ないため、各論について参考になる部分は少ないと考える。さらに、上野原市の医療は、病床利用率が20～30%台にあり事実上崩壊していた。そのような状況下で2008年に指定管理者制度を導入したが、まだ大きな成果は現れていない。よって、崩壊状態の病院に対して指定管理者制度は必ずしも即効性ある回復を担保しないため、他の事例の参考にすることは望ましくないと考える。

一方、本稿で紹介した氷見市民病院は、経営改革委員会の答申を受け2008年度から指定管理者制度を導入し、比較的順調に運営している病院である。収益増加対策や経費削減対策等、具体的な取組を行い成果も出している。特に、行政側が指定管理者や職員労働組合との関係を構築する上での示唆が多く含まれ、かつ、発展途上の病院であるという点から、全国の病院の参考になる内容が多く含まれると考える。

従って、上野原市立病院における論点や解決策の基本方針については、全国の病院に対して参考になると考える。しかし、個別具体的な取り組みがまだ実施されておらず、さらに、崩壊状態の病院への指定管理者制度導入は必ずしも即効性ある回復をもたらさないため、上野原市立病院の事例は全国へ適用可能ではないと結論付ける。一方、総論及び各論についてより参考になる事例は、本稿で挙げた事例の中で選択するならば氷見市民病院であると考えられる。

第6章 おわりに＜政策提言＞

本稿では、上野原市立病院における改革事例を軸として、指定管理者制度を導入している他の自治体病院における問題点や解決策とを比較し、指定管理者制度の課題を分析した。その上で、上野原市立病院における議論や取り組みが全国の病院へ適用可能であるかを検討した。

抜本的な病院改革を行う上で重要なことは、病院に体力が残っているうちに改革に着手し、方針が決定した後は迅速に実現に向け取り組むことである。指定管理者制度の移行の際、市長がリーダーシップを発揮し、プロジェクトチームの全員の気持ちを一つにして一丸となって取り組み、短期間で実現することが鍵となる。制度開始後は、指定管理者の理事長や病院長がリーダーシップを発揮して、経営改革や地域住民の要望する医療提供体制の再構築を行うことが重要となる。なお、希少な医療資源の下で、地域住民の要望する診療科目を全て実施することは困難であるため、目指すべき医療提供体制のビジョンを予め明確にし、診療機能を特化させることが、医療提供体制の再構築において不可欠である。

また、事例分析から抽出された指定管理者制度の課題は、①職員組合との関係と雇用に係る問題、②協定書に係る問題、③指定期間終了後の再指定に係る問題、④地域住民のニーズの充足に係る問題である。職員の理解を得るためには、説明責任を十分に果たすと同時に、給与の激減緩和措置や、再雇用した職員への優遇措置等も検討する必要があると考えるが、給与の引き下げによる財務改善を重視する場合には、新しい人材を充てることも視野に入れて対応する必要がある。運営段階での紛争の回避や再指定における問題の防止には、適切な協定書の締結が重要であると同時に、紛争に対して第三者機関を介して解決を図ることも方法の一つである。さらに、このような事態を想定して、指定期間中の早い段階から、再指定に係る問題を検討・議論することも重要である。地域ニーズの充足に係る問題では、地域医療の中での公立病院の位置付けを検討し、目指す医療提供体制の方向性を明確に提示することが不可欠である。その上で、指定管理者の公募の際、候補者の提出する提案内容について実施能力と実現可能性を慎重に審査し、地域住民の求める医療体制を実現可能な指定管理者を指定することが重要である。さらに、第三者機関あるいは行政によるモニタリングを一定間隔で行い、必要な場合には是正を求めることで、後のモラルハザードの発生を防ぐ必要がある。

以上のように、本稿では、主として自治体や指定管理者への提言を行ってきたが、当事者間で解決困難な課題については、国が何らかの支援を行う必要があると考える。

まず、3事例の共通問題である、地域間連携及び大学間連携についてである。都道府県ごとに医療計画が策定されるため、都道府県間の連携はほとんど行われていないのが現状である。市町村の場合は、自地域の利益を最優先に考え行動するケースが多いため、ある市町村が地域間での連携を呼び掛けても反応が良くない。さらに、市町村が都道府県へ調整役を依頼しても、都道府県は各市町村立病院の運営や市町村間連携にはあまり介入しようと

しない。そこで、都道府県は、作成した医療計画に基づき主体的に各医療圏の医療提供体制に意見を表明し、市町村間連携のコーディネーターやリーダーの役割を担うことが求められる。また、地域連携クリティカルパスの構築において、学术交流の場の提供等による人的ネットワークの形成、紹介・逆紹介の体制構築、IT を活用した病病・病診・病薬連携の推進等が有効だと考えられる。医療連携を円滑に構築するためには、連携ネットワークのリーダー、あるいはコーディネーターが必要であり、地域中核病院や大学病院等の大規模病院、自治体、医師会等、どの団体がリーダーシップを取るかにより連携の様相は異なってくる。そのため、目指す連携の方向性に適した団体がそれらの役割を担うことが望ましい。さらに、地域間連携を推進・支援する地域に対し国が補助金を交付することで、地域間調整を行なう財政的誘因を都道府県や市町村に与えることも必要だと考える。

その他、指定管理者制度の運営段階では、協定書に係る問題が大きく影響する。そのため、管理代行を円滑に行うために必要な協定事項の参考になるフォーマットの作成及び、成功・失敗事例の紹介を国が実施していく必要があると考える。さらに、それらを踏まえ、各自治体には、指定管理者制度の導入措置に関する指針や方針を策定することが求められる。また、指定管理者制度を円滑に導入できるように、地方公共団体と事業者の協定内容を仲介する仲介調停機関の設置とその人材の養成を行うことも求められる。なお、仲介調停の役割は民間事業者も担えと考えるため、国は仲介調停機関の設置支援と人材養成に尽力することが望ましいと考える。

以上が、指定管理者制度の導入・運用において国が行う必要があると考えられる支援である。

最後に、本稿の課題として以下の点を挙げる。今回検討を行った事例は、指定管理者制度を導入する 55 病院中 3 病院と非常に少なく、指定管理者制度の課題を検討する上で十分ではない。また、今回は地方公営企業年鑑のデータを一部使用したが、正確性の観点から、病院施設の設置者たる地方公共団体が作成する「病院事業会計決算書」及び「事業報告書」の原本データを使用することが望ましい。従って、より厳密な分析を行うためには、全ての事例を検討して共通点・相違点を抽出し、原本データによる経営分析を実施する必要がある。

参考文献・データ

<参考文献>

- 鈴木知幸(2005)「第4章 指定管理者制度活用による地域活性化 2.公共性の担保ー指定管理者制度のリスクマネジメント」地域協働型マネジメント研究会(編)『指定管理者制度ハンドブック』ぎょうせい
- 小野由理(2006)「第9章 トリプルウィンを目指して」三菱総合研究所 地域経営研究センター(編)『指定管理者実務運営マニュアル』学陽書房
- 河口洋行(2008)『医療の効率性測定ーその手法と問題点』勁草書房
- 鈴木玲子(2003)「自治体病院は必要か:巨額の補助金は何のため」JCER 研究員レポート No. 29
- 出井信夫・吉原康和(2006)『最新事例 指定管理者制度の現場』学陽書房
- 成田頼明・吉川浩民・渡邊康之・野村知宏(2005)『指定管理者制度のすべて 制度詳解と実務の手引き』第一法規株式会社
- 南学(2008)『自治体アウトソーシングの事業者評価ー指定管理者制度とモニタリング・第三者評価』学陽書房
- 武藤正樹(2004)「医療連携を取り巻く現状と21世紀型医療連携モデル」医療経済研究機構(監修)『医療白書2004年度版』日本医療企画

<参考資料>

- 池松誠二(2009)「平成21年度地域保健総合事業 地域保健推進検討会(九州ブロック)資料 「長崎県の医師確保対策」」
- 「上野原市立病院専門委員会 会議資料」第1~3回
- 上野原市(2009)「上野原市立病院改革プラン」
- 雲仙・南島原保健組合 公立新小浜病院等運営形態検討委員会(2010)「雲仙・南島原保健組合 公立新小浜病院等運営形態検討委員会 答申書」
- 雲仙・南島原保健組合(2010)「公立新小浜病院改革プラン」
- 雲仙・南島原保健組合「雲仙・南島原保健組合病院事業会計決算書」平成17~20年度
- 小浜地区保健環境組合「小浜地区保健環境組合病院事業会計決算書」平成15~16年度
- 金沢医科大学氷見市民病院(編)(2009)「金沢医科大学氷見市民病院フォーラム2009 記録」
- 金沢医科大学氷見市民病院(編)(2009)「2008年度病院年報」
- 金沢医科大学氷見市民病院(2009)「事業報告書(平成20年度)」
- 金沢医科大学氷見市民病院(2010)「事業報告書(平成21年度)」
- 総務省(2007)「公立病院改革ガイドライン」
- 総務省(2009)「第1回公立病院経営改善事例等実務研究会 資料⑤「最近の公立病院改革の主な事例」」

総務省自治財政局(編)『地方公営企業年鑑』第51集(平成15年度)～第56集(平成20年度)
富山県(2008)「新富山県医療計画(2008年3月改訂版)」
長崎県(2006)「県南地域保健医療計画」
氷見市(2009)「氷見市病院事業改革プラン」
氷見市(2009)「平成20年度 氷見市病院事業会計決算書」
氷見市民病院(2008)「平成19年度 病院事業概要」
氷見市民病院 経営改革委員会(2007)「氷見市民病院の経営改革に関する答申書」
富士・東部保健福祉事務所(2008)「山梨県地域保健医療計画」

<参考ホームページ>

上野原市 <http://www.city.uenohara.yamanashi.jp/index.cfm>
雲仙・南島原保健組合 <http://hoken-kumiai.jp/index.php>
金沢医科大学 <http://www.kanazawa-med.ac.jp/>
金沢医科大学氷見市民病院 <http://www.kanazawa-med.ac.jp/~himi/>
公益社団法人 地域医療振興協会 <http://www.jadecom.or.jp/>
総務省 http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei.html
富山県 <http://www.pref.toyama.jp/>
長崎県 <http://www.pref.nagasaki.jp/>
氷見市 <http://www.city.himi.toyama.jp/hp/menu000000600/hpg000000569.htm>
山梨県 <http://www.pref.yamanashi.jp/index.html>