

自治体病院の経営改革と今後の課題

——経営形態の見直しと地域連携の強化をめぐって——

横井 由美子

目次

- 1 はじめに ——問題の所在と本研究の趣旨——
- 2 自治体病院の発展と位置づけ
- 3 「公立病院改革ガイドライン」と経営改革の進展
- 4 経営形態の見直しによる経営改革
- 5 地域連携の強化に向けた経営改革
- 6 おわりに

1 はじめに ——問題の所在と本研究の趣旨——

全国の自治体病院は、地域医療の中心的な役割を期待され、医療資源を有効に利用する効率的な医療をめざすために、地域で連携を強化する地域完結型医療の推進が求められるようになった。また、今後、さらに高齢社会が進み、保健・医療・福祉を一体的に推進していくためには、地域における連携は欠くことができないものとなり、地域医療が益々充実されなければならない時代ともなってきた。

しかし、半数以上の自治体病院¹⁾は、構造的な赤字経営からなかなか抜け出せず、医師不足や看護師不足も伴い、自治体病院の経営は厳しい現状がある。戦後、自治体病院が赤字経営でも、公共性の確保が前面に出され、経済性は厳しく問われなかったのであるが、1980（昭和55）年代になると、少子高齢化社会、日本経済の低成長の影響を受け、国の医療費抑制政策がとられるようになった。自治体病院の経営は、地方自治体の財源不足によって、補助金の削減や打ち切り等が行われ、自治体病院の赤字経営が益々助長され、経営の見直しを迫られるようになってきたのである。特に、2007（平成19）年12月に総務省から発令された「公立病院改革ガイドライン」²⁾に沿った経営改革では、医療の質確保と健全経営の方向性が示され、各自治体病院は、経営改革への取り組みを余儀なくされたのである。

この「公立病院改革ガイドライン」による自治体病院の経営改革としては、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等があげられている。その中で、経営形態の変更を5年評価としており、その5年が経過する。自治体病院の数が年々減少し、2011（平成23）年度では863病院となった³⁾。5年前と比較し、100近い病院が、統合や廃止、診療所化、独立行政法人化、民間譲渡等となっている。また、2004（平成16）年に遡れば、地方独立行政法人法の施行や、

2006（平成18）年には地方自治法の一部改正に伴う指定管理者制度の本格導入が制度化され、自治体病院の経営形態の多様化に拍車がかかっている。

これらの経営改革の取り組みによって、2011（平成23）年度病院事業の経営状況は、純損益は26億円の黒字⁴⁾と報告されており、全体の5割を占めた。2010（平成22）年度決算でも、22年ぶりの純損益が黒字となったが、これには特に診療報酬の改定等が大きく影響している。しかし、残りの半数の病院は、黒字化を達成できず、より一層の経営改革を求められている。さらには、他会計繰入金⁵⁾が、収益的収入に占める割合が13.6%、資本的収入に占める割合が36.3%もあり、独立採算の原則からは、経営努力は継続的に求められている。

本稿では自治体病院の本来の役割・使命から、自治体病院を地域医療の中核的存在として捉え、医療提供体制と地域連携の充実のために、自治体病院の経営改革の現状を探り、課題を明確にするものである。

2 自治体病院の発展と位置づけ

ここでは、戦後の医療を支えてきた自治体病院が、赤字経営で存続まで危惧されている中で、地域住民が誰でも安心して医療を受けられる身近な病院として発展してきたことを、歴史を紐解きながら、医療政策の変化とともに自治体病院の変貌を追う。

2.1 自治体病院を取り巻く環境の変化

これまで自治体病院は、歴史的な発展と共に、地域医療の担い手として、中心的な役割を果たしてきた。例えば、明治初期では住民の医療ニーズから設立された経緯があり、特に、社会的弱者に対する診療を中心に、政策的役割を果たしていた。歴史のある市立札幌病院は、民家に開拓使治療所（仮病院）を開設したものが前身であり⁵⁾、静岡市立静岡病院は、駿河藩が藩立の駿府病院として開設したもので、一般市民への医療と貧民への施療を行っていたのである⁶⁾。また、廃藩置県で一旦閉鎖されていた官公立病院が再生され、ほとんどの府県に西洋医学の模範、衛生の拠点、医学教育の使命を持った官公立病院が誕生している。1877（明治10）年には、その大半に医学校が併設され、医療の質も高く、住民への医療提供、西洋医学の伝達・普及、施設・設備等も整備された病院となったのである⁷⁾。しかし、医学教育や富裕層の診療に重点が置かれ、経済的な困窮者への施療は開業医に依るところが大きかったという⁸⁾。

満州事変が勃発した頃には、労働力と兵力供給の必要性から、無医村対策、公医の養成が実施され、自治体病院はその役割を担った。しかし、医師に対しても戦時強制動員が実施されたため、医師不足が深刻化し、閉鎖に追い込まれる病院や診療所が続出した。第二次世界大戦では、米軍による無差別爆撃で病院の焼失・破壊が増え、1945（昭和20）年の敗戦時には、4732病院あったものが、645病院と減少した。

戦後の荒廃した社会の中で、我が国は連合軍総司令部の監視のもとで、あらゆる分野で改革が進められた。医療の分野でも、1948（昭和23）年には、戦時下の医療を規定していた国民医療

法が廃止され、新たな「医療法」⁹⁾が制定された。国民に対し、適正な医療を安心して受けられるようにと、医療提供体制の確立がなされたのである。社会保障制度審議会や医療機関整備中央審議会等の政府関係の各種審議会が発足し、「これからの病院は都道府県立病院を中心に建設されるべきであり、公的病院の経営主体は地方公共団体が最も適当である」という答申のもとに、県立病院の建設が続いた。この頃の市町村立病院は、伝染病患者への対応か救貧・救療のための病院が多く、その数も限られていた。

しかし、1950（昭和25）年には、医療法の改正により、医療法人制度が設立された。非営利組織として余剰金の配当は禁止されたものの、公益性を積極的には求めるものではなかった。私的医療機関は税法上の特典も与えられて急増し、審議会の答申で強調されていた公的医療機関の整備は次第に後退していくことになった。1962（昭和37）年には「公的病床数の規制」¹⁰⁾がかかり、国公立病院の建設・運営に必要な予算を大幅に削り、開業医・民間医療機関に国民医療の大半を委ねた医療政策を行ったのである¹⁰⁾。

自治体病院が急速な勢いで増設されたのは、戦後の特に結核が流行し、その治療を主に、各都道府県が設置・運営していた病院から移管されたことと、1952（昭和27）年以降の町村合併によるものであった。この頃から既に財政的基盤の弱い市町村は、病院の運営にかなり大きな負担となっていた。また、1958（昭和33）年には、国民健康保険法が改正され、市町村に対して国民健康保険の実施を義務付けた。国民皆保険制度は、全国民が必要な医療を必要な時に十分に受けられる医療保険制度であったが、この改正により、国民の生活水準が向上し、医療需要が刺激されて、医療財政はさらに拡大の一途を辿ったのである。

さらに高度経済成長政策のもとで病院建設の増加も続いたが、民間医療機関の増加が目立った。特に診療所から病院への転換、病院規模拡大による病床数の増加がみられ、1971（昭和46）年には200床以上の個人立・医療法人立の病院数が10年間で5.3倍となった程である。しかし、医師、看護師等の医療従事者の供給が追いつかず、慢性的な人材不足をきたしていた。医療需要に見合った医療従事者の養成、必要数の確保、適正配置、医療機関網の整備等、医療行政の立ち遅れが顕著であった時代でもあった¹¹⁾。

一方、自治体病院は、公的病床数の規制と国公立病院の整備抑制により、1968（昭和43）年には減少傾向となった。しかし、1973（昭和48）年に、70歳以上の老人医療費の無料化制度が実施され、高齢者の外来受療率・入院受療率が高まり、自治体病院にも高齢者があふれる程であった。

1980（昭和55）年代頃からは、我が国は減速経済に陥り、少子高齢化社会の中で、国の医療費抑制政策が推進されていった。医療法の改正、診療報酬のマイナス改定、医療費の患者負担の増加による受診抑制（特に高齢者）、自治体からの補助金の減額等が続き、自治体病院にも効率的な医療が求められるようになっていったのである。

2.2 医療法の改正と自治体病院

医療法は1948（昭和23）年に制定された。前述した医療法人制度の設立と、1962（昭和37）

年には、「公的病床数の規制」が導入されたが、その後は目立つ改正もなく、医療界は自由放任主義の時代であったとまでいわれている。制定当時は医療の中心が急性疾患の時代であったが、救急医療や精神医療の多くが、民間の医療機関に委ねられ、医療内容に問題が生じることがしばしばあったという¹²⁾。

近年では1985（昭和60）年12月に、第一次医療法改正が行われ、以後、第五次までの改正が行われている。この第五次医療法改正までの21年間、医療環境は大きく変化した。また、医療法が改正される度に、医療計画の内容も変化がみられるようになった。特に医療の機能分化が推進され、これまで病院完結型医療をめざしていた自治体病院は、地域完結型医療へとその方針を転換しなければならなくなった。その医療法改正の主な改正点を追ってみる。

第一次医療法改正¹³⁾では、医療資源の効率的活用から、医療関係相互の連携確保を目的に、各都道府県における医療計画の策定が打ち出されたことである。公的医療機関の開設や増床に規制がかかり、病床過剰地域における病院の新設・増床の抑制により、医療機関を適正配置しようとしたのである。この頃に自治体病院には「駆け込み増床」が起り、「設備投資ブーム」の時代ともなっていた。病院も機能重視となり、規模の拡大、総合病院化をめざし、経営的には競争戦略をとらざるを得なくなったのである。

第二次医療法改正¹⁴⁾では、人口の高齢化、医療技術の進歩、疾病構造や患者の受療行動の変化に合わせた医療施設機能の体系化が目的で、特定機能病院と療養型病床群の制度が発足した。特定機能病院の承認は、大学病院と国立ナショナルセンターが主で、自治体病院では条件が満たなかった。療養型病床群の制度化は、「キュア」から「ケア」への転換で、長期療養患者の生活面にも配慮した病床となったのである。療養型病床群の導入は、自治体病院の中には既存の建物では申請不可能な病院も多く、病床の削減、病室の改修工事費用、診療単価の減額等が発生し、職員の人件費は節約できても、赤字経営が多い自治体病院では問題が多かった。

第三次医療法改正¹⁵⁾では、高齢化の進展、疾病構造の変化等、医療環境の著しい変化に伴い、地域医療支援病院の制度化と介護保険導入の基盤整備であった。地域医療の確保やネットワーク機能を充実させ、国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を図った。

地域医療支援病院は紹介率80%以上という条件があり、当時、紹介率が20~30%前後の自治体病院では、地域医療機関との連携が大きな課題となった。また、患者の立場にたった情報提供を推進し、インフォームド・コンセントの重要性を打ち出しているのが特徴である。

第四次医療法改正¹⁶⁾では、病床区分を見直し、適切な入院医療の確保をあげ、良質な医療を効率的に提供する体制の確立と入院医療の体制整備を行う改正となった。病床区分の届出、医師臨床研修の必修化が特徴であった。医師臨床研修の必修化では、改正医師法により、研修への専念義務が制度化された¹⁷⁾。しかし、この研修制度の影響で、大学が派遣医師の引き揚げを行ったことにより、地方の自治体病院の中には、逆に地域の夜間救急体制がとれず、救急医療体制の中止や診療科の休止をせざるを得ない病院が出てきており、未だに深刻な問題となっている。また、必置規則の緩和が行われ、病院業務の外部委託がさらに進展した。

第五次医療法改正¹⁸⁾では、①良質で安心・信頼のできる医療サービスの提供、②医療費の適正

化の推進，③新たな高齢者医療制度の創設，④保険者の再編・統合等があげられ，国民皆保険を堅持し，医療保険制度を持続可能なものとしていくための措置が講じられた。地域医療計画では，医療機能の分化・連携の推進，医師不足問題への対応，医療安全の確保，医療従事者の資質向上，医療法人制度改革，情報提供の推進等があげられた。医療計画制度は，①住民や患者の視点にたち，わかりやすいこと，②数値目標を立て，一定の評価を事後的に行うこと，③都道府県が主体となって独自の計画を策定することとされ¹⁹⁾，具体的には，4疾病5事業²⁰⁾に対応する医療連携体制の構築を中心に，地域の医療機関，訪問看護ステーション，介護福祉施設等との連携を強化し，在宅支援を支えていくことが特徴であった。

また，医療法人制度改革による新たな「社会医療法人制度」は，これまで自治体病院等の公的医療機関が中心に担ってきた地域の救命救急医療や災害時医療，へき地医療，周産期医療，小児医療等の公益性の高い医療サービスを，社会医療法人という民間非営利部門にも求めることができるようになったことである。また，この改正では，近年の医療費の増大し続けている現状を打破するため，医療費の適正化を推進し，医療提供体制とともに，医療保険制度の改革を実施したことも特徴である。

以上が医療法改正の特徴であるが，自治体病院は，医療計画の役割の中でも，特に政策医療を中心とした医療提供サービスに期待がかかっている。地域医療体制を充実させ，地域のニーズに応えるためにも，経営努力を怠らず自治体病院は存続する必要がある。

3 「公立病院改革ガイドライン」と経営改革の進展

前述したように，自治体病院の約5割の病院が赤字経営に苦しんでいる現状がある。今日迄でも，自治体病院は健全経営をめざし，経営が好転することを期待している。しかし，政府は公共サービスの質を落とすことなく，民間でできることは民間でという政策を打ち出した。それが「公立病院改革ガイドライン」の提示である。このガイドラインに沿って，各自治体病院に改革プランの策定が義務付けられた。5年間の評価期間を経て，今後の自治体病院のあり方を再考する時を迎えている。

3.1 自治体病院における経営改革の展開

「公立病院改革ガイドライン」による経営改革の通達は，各自治体病院が，それまで取り組んできた経営改善をスピードアップするものであったことと，公立病院のあり方を根底から考える再編・ネットワーク化や経営形態の見直しまで，民間手法を積極的に導入する方針に現場が危機感を持ったことである。

自治体病院の経営については，自治体病院の職員は「赤字が当たり前と病院の財務状況に無関心であったり，病院の経営から目を背けていることも多い²¹⁾とまでいわれていた。1968（昭和43）年に地方公営企業法の財務規定等が当然に適用された当時でも，自治体の病院事業は既に過半数以上の事業が赤字であり，全事業の42％に当たる事業が総額140億円にのぼる不良債

務を抱えていた。経営の悪化は続き、5年後の1973（昭和48）年には、赤字経営の事業が約7割となり、不良債務も750億円になった²²⁾。そのため経営健全化措置として、第1次は1974（昭和49）年から、第5次は2002（平成14）年から実施された。第1次は特例債の発行、第2～5次は不良債務解消のための繰り出し金等に対する特別交付税措置であった²³⁾。また、診療報酬の改定もあり、病院自体も経営合理化に努力したことにより、1979（昭和54）年には7割以上の病院が黒字経営となった。しかし、一時的な改善で、当年度を境に再度、経営状態が悪化した。8年後の1987（昭和62）年にも、患者数の増加と診療報酬の引き上げ等により、7割以上の病院が黒字経営となったものの、翌年から再び経営は悪化した。1990年代に入っても、患者数の増加や診療単価の増加で、収益は伸びたが、職員給与や材料費等の費用の増加が収益を上回ったため、年々経営状況は悪化の一途を辿った。

1995（平成7）年頃には、多くの病院で管理職に対して目標管理を導入し、経営健全化への取り組みを実施し、経営改善に取り組んでいた。収入確保のための患者増加策や患者サービスの充実、診療行為の請求漏れや査定減の防止、未収金の発生防止、病床利用率・回転率の向上等、経費節減のためには超過勤務の減少、職員配置の流動化、パート職員の活用、業務委託の拡大、薬品等材料費の節減・合理化、光熱水費の節減等、その改善策も拡大していった。

2004（平成16）年には、「地方公営企業の総点検について」²⁴⁾の通達で、自治体病院の経営の効率化を図るために、民間的経営手法の導入促進が要請された。翌2005（平成17）年の地方独立行政法人法、2006（平成18）年の指定管理者制度の本格導入によって、2006（平成18）年から2007（平成19）年にかけて、地方公営企業法の全部適用では272病院、地方独立行政法人化（公務員・非公務員型）8病院、指定管理者制度の導入40病院、民間譲渡14病院と、一気に経営形態が変化した。「公立病院改革ガイドライン」による経営改革の実施前のことであったが、赤字経営の自治体病院は、これらの経営形態の変更を実際に目にして、病院存続に対する危機感が強くなったのである。

3.2 「公立病院改革ガイドライン」の概要

2007（平成19）年12月24日に、総務省自治財政局長から地方公共団体に通知された「公立病院改革ガイドライン」は、どのようなものであるか、その概要を述べる。その内容は、(1) 公立病院改革の必要性、(2) 地方公共団体における公立病院改革プランの策定、(3) 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表、(4) 財政支援措置等、で構成されている。

(1) 公立病院改革の必要性

1) 基本的な考え方

基本的な考え方として、「改革を通じ、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにある」²⁵⁾といい、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、安定した経営の下で良質な医療を継続して提供できることをあげている。そのためには、医師や必要なスタッフの適切な配置、医療機能を備えた体制を整備することにより、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営をめざすこととしている。

2) 公立病院の果たすべき役割の明確化

特に公立病院の果たすべき役割として、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにあると明確にしている。公立病院に期待される主な機能としては、①山間へき地・離島等民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能等、が強調されている。

(2) 地方公共団体における公立病院改革プランの策定

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とする。病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにし、これに対応して一般会計等が負担すべき経費の範囲について記載する。経営指標に係る数値目標の設定、再編・ネットワーク化に係る計画、経営形態の見直しに係る計画、事業形態の見直し等、地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を改めて検証し、その地域において最適な保健福祉サービスが提供されるよう総合的な検討を行うことになっている。

公立病院改革の具体的視点として、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し、の3点をあげ、改革を一体的に推進することとしている。

①経営効率化

公立病院の役割に基づき、住民に対し良質の医療を継続的に提供していくために、病院経営の健全性が確保されることである。経営指標に係る数値目標の設定として、個々の病院単位を基本として、改革プラン対象期間末時点における目標値を定める。必須目標には収支改善に係るものとして、経常収支比率、職員給与費対医業収益比率を取り上げ、収入確保に係るものとしては、病床利用率が取り上げられている。特に、経営指標の目標設定及び評価に関する留意点として、単一の指標のみを用いた分析でなく、複数の指標を用いた複眼的・総合的な考察や評価を求めている。改革プラン対象期間中の各年度の収支計画については、改革プラン策定後においても、状況変化を踏まえて必要な見直しを行うこととする。

②再編・ネットワーク化

地域全体で必要な医療サービスが提供できるようにすることである。特に、都道府県及び関係市町村等との検討・協議の状況を踏まえ、当該二次医療圏等の単位で予定される公立病院等の再編・ネットワーク化の概要と当該公立病院において講じるべき措置について、その実施予定時期を含め、具体的な計画を明記する。各都道府県は、医療法に基づく医療計画の見直しとの整合性を図る役割を持ち、その実現に向けて主体的に参画する。留意事項には、二次医療圏等の単位での経営主体の統合推進、医師派遣等に係る拠点機能を有する病院の整備、病院機能の再編成及び病院・診療所間の連携体制等があげられている。

③経営形態の見直し

民間的経営手法の導入を図る観点から、地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入等により、経営形態を改めることとしている。民間的経営手法の導入等の観点から、新経営形態への

移行計画の概要を明記する。選択肢として、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化（非公務員型）、指定管理者制度の導入、民間譲渡等があげられている。人事・予算等に係る実質的な権限を新たな経営責任者に付与し、自律的な意思決定を行い、その結果に関する評価及び責任は経営責任者に帰することとしている。

以上のように、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し等の公立病院改革の具体的取り組みの他に、公立病院の民間への事業譲渡や診療所化を含め、事業のあり方を抜本的に見直すこと等も求めている。地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を改めて検証し、病院事業の診療所化や老人保健施設、高齢者住宅事業等への転換等も含め、事業形態自体も幅広く見直し、その地域において最適な保健福祉サービスが提供されるよう総合的な検討を行うこともあげている。

（３）公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

地方公共団体は、当ガイドラインを踏まえ策定した改革プランを、住民に対して速やかに公表する。また実施状況を概ね年1回以上点検・評価を行う。評価の過程においては有識者や地域住民等の参加による委員会を設置し評価の客観性を確保する。経営効率化に係る部分を3年、再編・ネットワーク化・経営形態の見直しに係る実施計画部分を5年程度としている。

（４）財政支援措置

改革の実施に伴い、平成20年度から平成25年度までの間に生じる必要となる経費については、財政上の支援措置を講ずることである。改革プランの策定に要する経費、再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算に関する経費等がある。

不良債務（資金不足）解消に係る措置として、公立病院特例債の創設、一般会計出資債の措置があり、施設の除去等の経費については、特別交付税により措置する。既往地方債の繰上償還費については借換債を措置、繰上償還が猶予された残債相当部分については普通交付税措置、退職手当の支給に要する経費については退職手当債により措置する。病床削減については既存交付税の措置がとられ、5年間継続される。

3.3 「公立病院改革プラン」策定後の進捗状況

前述したように、公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表がうたわれており、総務省では、公立病院改革プランの実施状況を年度毎に公表している。経営指標の結果は表1、計画に係る取り組み状況は表2のようである²⁶⁾。

経営効率化に係る部分については、3年の対象期間の最終年度であり、黒字病院53.0%（前年度より0.9%減少）、赤字病院47.0%（前年度より0.9%増加）であった。経常収支の黒字化を達成した病院は、全体の5割を超え、改革プラン策定前の2008（平成20）年度の3割弱と比し、着実に経営改善が図られてきていると述べている。しかし、ガイドラインでは全ての公立病院に黒字化の達成を要請しているものであるため、達成できなかった病院に対しては、改革の成果が十分でなく、改革プランの全体の抜本的な見直しを求めており、ガイドラインで示された経営改革

自治体病院の経営改革と今後の課題

表1 経営指標（3指標）の結果

	2007(平成19)	2008(平成20)	2009(平成21)	2010(平成22)	2011(平成23)
経常収支比率(%)	93.2	95.5	97.3	100.1	100.2
職員給与費対医業収益比率(%)	55.3	55.7	55.0	53.3	53.5
病床利用率(%)	75.5	73.8	73.6	74.8	74.4

(総務省「地方公営企業決算の概況(23年度)第2・3表」より著者作成)

表2 計画の取り組み状況

	2011(平成23)年度
再編・ネットワーク化に係る計画	策定団体 40団体396病院(全体の44.7%) 未策定団体 7団体208病院(全体の24%) 2012(平成24)年度以降予定病院 282病院
経営形態の見直しに係る計画	実施済み病院 143病院(16.1%) 見直し実施予定病院 441病院(49.8%) 見直し実施予定なしの病院 302病院(34.1%)

(総務省「地方公営企業決算の概況(23年度)」より著者作成)

表3 自治体病院の経営形態の変化(各年度の3月末現在)

	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)
病院数	982	973	957	936	916	883	863
地方公営企業法一部適用	794	682	639	577	538	475	442
地方公営企業法全部適用	180	251	272	286	322	343	354
地方独立行政法人 (公務員型)	0	5 (1法人)	6 (2法人)	6 (2法人)	6 (2法人)	6 (2法人)	6 (2法人)
地方独立行政法人 (非公務員型)	1 (1法人)	2 (2法人)	2 (2法人)	5 (4法人)	15 (9法人)	37 (20法人)	48 (25法人)
指定管理者	8	40	46	53	56	65	67
民間譲渡	11	14	19	21	27	31	34

(総務省「地方公営企業決算の概況(18~23年度)」・「公立病院改革参考資料」より著者作成)

の取り組みを着実に進めていく必要があるとまとめている²⁷⁾。

職員給与費対医業収益比率と病床利用率については、数字上の大きな変化はない。職員給与費対医業収益比率は、都道府県立と町村立病院及び300床未満の病院と結核・精神病院が平均より上回っている。

経営形態の見直しについては、①地方公営企業法の全部適用、②指定管理者制度の導入、③地

方独立行政法人化（非公務員型）、④診療所化の順で経営形態が変化している。公立病院改革の選択肢として、民間手法の導入が増加している。特に、地方公営企業法の全部適用、指定管理者制度の導入、地方独立行政法人化（非公務員型）が顕著である。（表3参照）

以上、総務省「地方公営企業決算の概況（23年度）」から、主な項目を取り上げてみたが、医療提供の確保や質の向上とともに、効率的経営を視野に入れて、経営改善をしていくことが自治体病院の使命である。改革の具体的視点である経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等の検討から、どのように病院経営を進めていくのか、病院職員をはじめ、医療関係者、地域住民は注目している。自治体病院が生き残るためにも、公共性を重んじていた経営方針からの脱皮を急がなければならない。「公立病院改革ガイドライン」による経営改革が無にならないためにも、将来の医療提供体制を踏まえて、継続した改革プランの策定と実行、見直しが必要であり、最終的には最適な医療サービスを提供し、地域住民の命と健康を守ることである。

4 経営形態の見直しによる経営改革

前述した「公立病院改革ガイドライン」による経営改革では、医療の質確保と同時に、医療の効率化が求められている。地方自治体が民間手法の積極的な活用を推進している現状から、病院事業も民間手法の活用による病院運営を検討していることもある。ここでは自治体病院の経営形態を見直し、成果をあげている自治体病院の改革事例からその改善策の取り組みを紹介する。

4.1 経営形態の見直しの類型と動向

「公立病院改革ガイドライン」による経営改革では、自治体病院の経営を、下記の②から⑥までの経営形態の選択を推進している。

* 経営形態については、下記のものが主なものである。

- | | |
|-------------------|-----------|
| ①地方公営企業法の一部適用 | ⑤指定管理者制度 |
| ②地方公営企業法の全部適用 | ⑥民間譲渡 |
| ③地方独立行政法人化（公務員型） | ⑦PFI事業の導入 |
| ④地方独立行政法人化（非公務員型） | |

現在、自治体病院の経営形態では、①の地方公営企業法の「一部適用」病院が最も多い。財務規定が適用され、医療サービスにおいては安定的に継続的に提供可能である。効率的な経営を求められているものの、病院経営は厳しい。そのため、「全部適用」病院に移行している病院が増加し、6年前に8割を占めていた「一部適用」病院が、現在では5割へと減少している。しかし、「公立病院改革ガイドライン」の中では、経営形態の見直しとして、②地方公営企業法の全部適用、④地方独立行政法人化（非公務員型）、⑤指定管理者制度の導入、⑥民間譲渡、等が改革手法の選択肢としてあげている。

以下、経営形態における民間手法導入による経営改革の事例②、④、⑤を述べる。

②地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法の「一部適用」病院が減少していく中で、「全部適用」病院が増加し、全体に占める割合が、4割を超えるようになった。地方公営企業法の財務規定はもちろん、組織や職員の身分取り扱いに関する規定、雑則規定まで適用する「全部適用」病院では、独立採算色がさらに強まる。病院管理者の設置により、人事、予算、契約の締結等に関わる権限が付与されるからである。ただし、定数条例の縛りがあり、診療報酬施設基準の取得が、自由な職員採用によってタイムリーには行えない。

しかし、「全部適用」病院のほうが、「一部適用」病院よりも医療の公共性と経済性に最適と実証しているのが、齋藤貴生氏²⁸⁾である。特に、法的制約とその緩和、医療の公共性と経済性の両立の実現可能性、自治体病院としての持続的な存続の可能性を中心に評価をし、経営形態のその選別の方向性を明確にしている。

齋藤貴生氏は、地方公営企業法の「一部適用」の佐賀県立病院好生館の館長として、1998（平成10）年から6年間の間に経営改革に取り組み、黒字経営に転換させた後、2006（平成18）年度から地方公営企業法の「全部適用」の大分県立病院・大分県立三重病院の病院事業管理者として経営改革を実践した。大分県立病院の赤字経営が続く中、病院事業管理者として赴任し、数々の経営改善を行い、経常収支の黒字化は2年目（25年ぶり）、医業収支の黒字化は4年後に達成している。その改善内容は、戦略経営を導入し、①病院の使命・役割の明確化、②外部環境への対応、③内部環境の整備、④病院医療のあり方の改革、⑤経営のあり方の改革を柱に行っている。救急医療、循環器医療、がん医療を強化し、2008（平成20）年度には三次救命救急センターの開設に至っている。急性期医療への徹底した転換と病診連携の推進を図り、在院日数の短縮、病床利用率の向上、紹介率・逆紹介率の増加が経営改革の成果としてあげられている。経営のあり方の改革では、経営体制の整備と経営の健全化をあげ、経営手法、経営管理体制、経営システムの刷新を図っている。経営の健全化では、コスト意識の浸透から、競争原理の徹底した導入、費用対効果の遵守、収益向上、費用の縮減等、改善策に取り組み、実績を上げた。また、人員の増員や補充も中期事業計画に沿って、的確・迅速に実施できていることである。

ただし、大分県立病院は、500床以上の大型病院で、高度・専門医療、救急医療、周産期医療の提供は、国の医療政策の先取りとなり、国の医療制度改革への対応を徹底して実践したことも有効に働いたといわれる。非都市部の中型病院（200床以上500床未満）においては、診療報酬の抑制による医業収益の減少と、医師の都市部への偏在化による医師不足が病院経営の危機を招き、さらに新たな経営改革の方法論を加える必要があると述べている²⁹⁾。

④地方独立行政法人化（非公務員型）

経営形態の選択肢の一つである地方独立行政法人化は、指定管理者ほどの増加はないが、2010（平成22）年から一気に増加し、48病院（25法人）となった。「全部適用」病院よりも、自律的・弾力的な経営が増す。理事長のもとに、病院経営が行われ、組織運営や職員配置にも弾力的に、迅速化が可能となる。中期経営計画、定期的な法人業績評価等により、権限と責任

が明確となる。予算の複数年契約や、人事給与制度も独自に実施できる。まだ、法人化した病院数は少なく、その実績も定まっていない。しかし、経営形態の変更後の実績に対する検証は、今後も実施され期待されるものと考えられる。ここでは、総務省が公表した「公立病院経営改善事例集 平成23年3月」の中での経営改善事例の1病院である地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院を中心に紹介する。

政令都市である神戸市は、5つの市民病院を運営していたが、3つの病院は財団法人神戸市地域医療振興財団に経営移行し、2009（平成21）年4月に地方独立行政法人神戸市民病院機構を発足、残り2つの神戸市立医療センター中央市民病院と西市民病院を地方公営企業法一部適用から法人化した。

神戸市立医療センター中央市民病院³⁰は、2011（平成23）年7月、新病院に移転し、神戸医療産業都市における中核病院として、地域医療機関との連携をさらに強化していく方針を持つ。新病院では病床数700床（一般690床、感染症病床10床）とし、202床を減少させ開院している。特に理事長・院長のリーダーシップのもと、機動性、柔軟性を高め、より効率的に病院運営を行い、一層の患者サービスの向上を図っている。職員の経営意識も高まり、サービス向上や経営改善が達成できている。①市民に対して提供するサービスその他の業務の質向上、②業務運営の改善効率化、③財務内容の改善、を掲げ取り組んでいる。大幅な救急患者の増加に対応した救急医療や、新型インフルエンザ発生時における感染症医療は地域に大きく貢献し、人材確保・人材育成では、年齢制限の撤廃・積極的な採用試験等の採用制度の見直しや、育児短時間勤務制度の導入（特に女性医師）・専門性の評価手当の創設等を実施した。財務改善では、効率的な病床運用や手術枠・診察枠の運用見直しによる収入確保や、複数年契約の導入範囲の拡大（例：保守業務に係る契約や医薬品の契約）による費用の合理化等を行っている。経常損益は独法化前の2007（平成19）年にマイナスであったが、翌年にはプラスに転じ、独法化後も黒字経営が続いている。理事会では四半期毎に民間企業や民間病院の経営者等が参画し、活発な議論のもと、迅速な意思決定が経営に功を奏しているという。

⑤指定管理者制度

指定管理者制度は、公の施設の管理運営やサービス提供に、民間事業者の参入を認め、病院もその適用対象として注目されるようになった。2006（平成18）年度には、前年8病院から40病院と一気に増え、2011（平成23）年迄に徐々に増加傾向を呈している。病院の指定管理者としては、財団法人と公益社団法人、社団法人と医療法人が多いが、現在、社会医療法人と厚生連も受託傾向にある。

指定管理者制度の導入は、適切な事業者の選定、自治体の要求する医療水準と事業者の提供する医療水準の調整、地方公共団体と事業者の負担区分、リスク管理等をクリアすれば、病院管理に民間の能力を活用し、効果的・効率的な管理を行えることである。ここでは横浜市立みなと赤十字病院の改革事例を中心に紹介する。

横浜市立みなと赤十字病院³¹は、指定管理者制度の先駆けとして、また政令指定都市の中でも最初に指定管理者制度を導入したことで、注目されている病院である。2005（平成17）年

に日本赤十字社を指定管理者として導入し、全国初の利用料金制³²⁾をとっている。赤十字精神に基づいた博愛の精神、質の高い医療により地域に貢献することを使命とし、患者中心の医療をさらに充実させる病院目標を掲げている。救急患者（精神科救急を含む）の受け入れは、全国1～2位であり、2009（平成21）年に救命救急センター、地域医療支援病院、地域がん拠点病院として承認され、特に政策医療として、周産期を含む救急医療、アレルギー疾患医療、緩和ケア医療等の活動拠点となる市立病院としての役割を担っている³³⁾。2012（平成24）年に地域がん診療連携拠点病院に指定され、高度かつ専門的ながん診療に貢献している。開院当初は赤字が続き、経営状況は厳しかったそうだが、制度の導入により、市の一般会計からの繰り入れが激減し、経費節減が図られている。救命救急センターが設置されてからは、医業収益で大幅な増加となり、黒字に転じた。診療報酬の改定、7対1看護の取得、外来患者の増加により2010（平成22）年度以降はさらに黒字、支出分の増加分が抑えられている。

以上、「公立病院改革ガイドライン」による経営改革の事例をあげたが、⑥民間譲渡に対しては、究極の選択肢にあげられる。民間譲渡では、全ての権利、権限が、民間に移り、医療機関が自治体病院ではなくなることから、既存の医療サービスの提供が不安定になる可能性がある。しかし、地域での医療の存続が必要な場合には、選択せざるを得ない。2005（平成17）年度以前には、11病院であったのが、2011（平成23）年までに34病院となり、年々わずかながら増加を呈している。地域医療の充実には、民間譲渡後も、地域に医療提供施設として存続し、地域住民のニーズに応える必要がある。受け手となる民間には、選考時、自治体から様々な条件提示があり、地域医療がレベル低下しないように厳密な審査がある。愛知県内では2008（平成20）年度以降に一宮市2病院、高浜市1病院、名古屋市でも2病院の計5病院が民間譲渡となった。病床数は減少している病院もあるが、地域のニーズに適した診療科を継続し、地域医療に貢献している。

4.2 改革事例からみる経営課題

自治体病院の望ましい経営形態とは、経営基盤が安定していること、地域に密着した質の高い医療を継続して提供できること、働く職員の確保ができること、行政及び議会等の客観的立場で確認ができること等があげられる³⁴⁾。改革事例から、取り組みの成果として共通している項目は以下のようなものである。

①組織強化について

自治体病院はガバナンス構造の脆弱化³⁵⁾が指摘されているが、特に、地方公営企業法の「一部適用」病院では、法的な制約もあり、一貫したトップマネジメント体制がとりにくくなっている。地方自治体のトップと病院管理者との権限の範囲があいまいであり、責任の所在が明確ではない。権限をどこまで委譲するのかを明確にし、病院管理者は、トップマネジメントを発揮する必要がある。そのためには、リーダーシップを発揮できる環境整備が欠かせない。行政、議会、職員、地域住民の意識改革（役所体質の脱皮）が必要であり、病院管理者への権限委譲・強化をすることにより、民間並みの意思決定の迅速さ・柔軟性のあるシステムづくり

を推進する。特に、行政側・病院側の事務責任者には病院経営に長けた人材を確保する。事務責任者の短期の人事異動は避け、病院改革という目標を持って病院管理者を補佐する。また、職員も病院の経営危機を自覚することにより、主体的に経営改善策を提案し、実行する。筆者がヒアリング調査をした地方独立行政法人静岡県立病院機構³⁶⁾でも、ガバナンスの向上として柔軟性、自主性、迅速性の確保を強調され、静岡県立病院機構固有の規律の確立、内部統制の推進をあげられていた。

②救急医療等の政策医療の実施について

「公立病院改革ガイドライン」では、公立病院の果たすべき役割の中で、自治体病院に期待される主な機能に政策医療の提供があげられている。また、全国自治体病院協議会の「自治体病院の倫理綱領」では、行動指針の中に政策医療の提供を明確にしている。救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算・特殊部門に関わる医療の提供として、24時間365日緊急時に対応できる病院の存在は地域住民にとって心強い。特に、救命救急医療、小児救急医療、周産期母子医療については、医師不足等の理由で、医療を休止または診療制限をしている病院が多い。不採算部門ではあるが、大学病院との連携、地域医療機関との連携を強化し、自治体病院が取り組まなければならない。病院運営の効率化が求められ、病院のあり方や政策医療のあり方も問われるようになってきたが、行政サービスとして欠くことはできないものである。診療報酬上の優遇対策を早期に取り組み、限られた医療資源を有効に活用し、質の高い医療³⁷⁾を継続していく。特に、医師が過重労働にならないように、医師側の勤務条件も整える。重症度の高い患者の治療に医師が専念できるよう、患者はコンビニ受診を避け、正しい診療の受け方を理解する必要がある。そのためには、患者・地域住民への啓蒙活動も必要である。

③地域医療連携の強化（地域完結型医療の実施）について

自己完結型医療をめざしていた自治体病院は、医師不足問題等によって、医療の機能連携が求められるようになった。病院も自治体も取り組みが後追いになってしまったが、各都道府県の医療計画の中で、地域の中核としての役割を担い、地域完結型医療をめざす自治体病院として位置づけられている。外来診療・入院診療、検査・画像診断、手術等を主な機能とした連携は、紹介元の病院・診療所との連携をより強化する。また、リハビリ病院、療養型病院等の医療機関はもちろん、訪問看護ステーション・介護施設・在宅サービス事業所・行政等、地域の関係機関との連携や施設紹介、退院後の療養支援、在宅介護支援等、積極的に取り組む必要がある。特に医療と介護の連携は、診療報酬上も強化されたが、さらに円滑な連携をめざし、その橋渡し役である地域医療連携室の役割は重要で、積極的な働きかけが期待される。そのためにも、地域の中核病院として地域医療機関との信頼度を高め、紹介患者の積極的な受け入れをすることである。また、退院や治療を終了した患者は、患者を紹介した医療機関に早期に必ず戻すことである。紹介元の医療機関とのコミュニケーションを図り、医療器械や図書等の共同利用、オープン病床の設置、地域医療機関職員との症例検討会や合同研修の実施等、職員間の交流も活発にする。

地域医療連携の強化は、病院の収支改善にも反映される。患者数が増加し、診療単価もアッ

ブすれば、病床利用率も向上し、収入が増加することが考えられる。病診連携強化による紹介・逆紹介患者数の増加、平均在院日数の短縮等は、診療報酬にも影響する。医師・看護師を確保し、地域医療機関の受け入れ態勢を万全にすることが重要となる。

病院の運営には、市民モニター制度や市民会議、ボランティアの積極的な導入等を実施し、地域住民の声を聴き、意見を反映させる。また、病院職員・地域住民のほかに、地域の代表者（医療機関、保健所、企業、行政等）を加え、自治体病院を地域が支援する体制づくりも必要である。

5 地域連携の強化に向けた経営改革

前述したように、地域住民の命と健康を守るためには、地域住民と自治体病院が強い信頼で結ばれていることが重要である。自治体病院が地域に貢献できてこそ、地域住民から支援されるのである。少子高齢社会に突入し、地域住民の健康問題も複雑化し、個別の対応にも慎重さと配慮が求められる。特に、国の医療施策が在宅医療を推進しており、地域において、住民のQOLの確保の一助となりうる役割も担うことになる。自治体病院は地域のつながりと信頼を高め、ネットワークの中核となる必要がある。

5.1 自治体病院と地域完結型医療

現在の医療環境・地域環境の中では、自治体病院が地域連携を強化する必要性がある。特に医師不足の問題は、地域医療を崩壊しかねない。2004（平成16）年度から実施された医師の新臨床研修制度の影響である。新人医師が医局から離れ、大学医局に所属する医師が減少してしまったことは、大学の関連病院として、医師の派遣を受けていた自治体病院にとっては、医局が医師を引き揚げてしまったため、大きな痛手を受けたのである。この医師の引き揚げにより、自治体病院に残っている医師は、さらに勤務が激務となり、退職の連鎖が生じた。その結果、医師不足がひどくなり、医療資源を有効活用するためにも、地域完結型医療をめざさなければならなくなったのである。

それまでめざしていた自己完結型医療は、総合病院化により、一般医療から専門医療まで、また、その後のリハビリテーションや介護福祉に至るまで対応し、自院で全てを実施する医療である。一方、地域完結型医療は、各々の医療・療養機関が競合することなく、得意分野に特化して役割を果たし、連携によって地域での医療を担おうとする形態である。厚生労働省も「医療・介護・福祉が患者を中心に切れ目なくサービスを提供する医療連携体制によって、地域完結型医療を推進する」と地域完結型医療の実現を指導している³⁸⁾。

このように、自治体病院は、地域の医療機関との連携を強化し、医療の機能分化を進めていくことが大きな役割となった。医療の機能分化は、医療法改正及び診療報酬改定とともに行われ、1985（昭和60）年の第一次医療法改正では、既に医療の機能分化が推進されている。地域の診療所をかかりつけ医・家庭医とし、病院は入院機能を中心に、診療所では不可能な救急医療、専門医療、高度医療等を実施し、退院後は患者を診療所に戻すことに徹するようにする。病院は病

院として、診療所は診療所としての機能を果たすことがより重要となったのである。

地域医療の機能分化を推進していくためには、特に地域住民・患者・家族に対して、この機能分化の目的やその流れがどのようなようになるのか、理解と納得できる説明が必要となる。地域住民の大病院志向を改め、救急時のコンビニ受診を避け、医師が本来必要とする患者の治療に専念できるように、患者側・地域住民が診療の受け方を理解する必要がある。と同時に、病院側・患者側双方が納得できる地域の医療提供体制を充実させなければならない。診療所が、かかりつけ医となるためには、総合医として幅広い医療知識と人間への理解と対応が必要となる。在宅医療を推進するためには、在宅医療を標榜する医師の増加が欠かせないのである。

また、医療の標準化としての地域連携パスの導入は重要である。厚生労働省は医療計画の中で4疾病5事業に対応する医療連携体制の構築をあげているが、多くの疾患の連携パスを利用し、地域での医療水準が低下しないようにする。医療機関間の連携が強化されることにより、訪問看護ステーションや介護、老人保健施設等との地域連携も強化でき、在宅医療への支援強化となる。

以上のように、地域完結型医療に実現のためには、自治体病院が積極的に地域医療機関と連携し、紹介率及び逆紹介率を高めて、地域医療に貢献する核とならなければならないのである。そのためには連携室の整備が重要である。地域連携室には、専任者を配置し、地域医療連携を円滑にする。地域完結型医療をめざすためにも、また地域医療支援病院の承認をめざす自治体病院にとっては、重要な部署である。

5.2 自治体病院による地域連携の推進

自治体病院と地域連携の重要性は、自治体病院が、地域住民のニーズから設立された病院が多く、地域住民の強い支援が必要であることによるものである。自治体病院をソーシャル・キャピタルの視点から捉え、「地域住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命とする」³⁹⁾とうたわれているように、地域連携・地域貢献の役割がある。果たして地域住民が自治体病院を、自分たちの病院として捉えているであろうか。また、病院側も地域に根付く住民のための病院として、その役割を十分果たしているといえるであろうか。緊急時には的確に対応しているか、患者の苦情や救急対応の不備の記事やニュース等に遭遇すると、地域住民の満足度、病院側の意識は決して高いとはいえないのではないか。

筆者らが実施した自治体病院アンケート調査⁴⁰⁾では、ソーシャル・キャピタルとしての自治体病院が社会的な役割を果たしていくためには多くの課題が抽出できた。地域住民との交流や地域貢献に対する病院の取り組みが弱いことであった。ソーシャル・キャピタルは「信頼・規範・ネットワーク」⁴¹⁾といわれているように、地域社会の支援、ネットワークを強化するための方策として、ソーシャル・キャピタルの熟成の必要性がいられているのである。ソーシャル・キャピタルへの期待は、厚生労働白書⁴²⁾でも、地域における社会保障サービスの担い手の変化として、「公私を問わず、地域ごとの差異、活動主体の多様化により、多様な主体がそれぞれの特性を活かして、地域のニーズに対応していること、ソーシャル・キャピタルは地縁的な活動、NPO・ボランティア活動等を進める中で強められていき、地域社会を豊かにするための人々のつながりを、見えざ

る資本として捉えていること」が述べられている。

自治体病院と地域住民との連携には、信頼関係を欠くことはできない。自治体病院が、地域における支援をいかに強化していくかである。自治体病院が地域に対して、地域のニーズをいかに把握し、ニーズに対する積極的な取り組みや関わりをするか。そのためにも、地域住民が気軽に入出りできるオープンな病院をめざすことである。地域住民への健康講座の開催や病院見学、病院祭や地域行事へのお互いの参加、ボランティアの積極的な導入と活用等、地域住民の自主的な活動も受け入れることで、交流が深まり、病院と地域住民と距離感を縮めるものとする。病院が地域と一体となって貢献する姿勢が地域住民への信頼を高めるであろう。

高齢社会を迎え、社会経済の低下、自治体の財源不足等、医療環境も悪化している中で、住民のニーズを再考し、早期に経営改善を図って、経営を立て直さなければならない時期である。積極的に地域住民とともに病院の存続・将来を考えることが必要であるとする。

6 おわりに

「公立病院改革ガイドライン」による経営改革は、自治体病院の存続に向けた経営改革に、より意識付けができたのではないだろうか。今後の病院としての計画が公表されたことにより、地域住民も目を通すことができるようになった。これまでの5年間の取り組みが終了し、総務省としての総括はまだ公表されていないが、総括が出されても、自治体病院の経営改善は継続されていくし、継続されなければならない。独立採算の事業体としては、補助金に依存しない財源を確保する努力が必要である。自治体病院の経営形態が多様化している今日、地方自治体の財源状況によっては、民間手法を活用し、最適な病院運営を選択する必要がある場合もある。都市部の自治体病院と、山間へき地での自治体病院のあり方とは、役割も異なり、医療提供体制も異なってくる。大規模病院と中小規模病院との経営状況は、現在の診療報酬の影響からも、厳しさは異なる。高齢社会に突入し、個々のニーズも多様化する中で、国民医療費抑制のための国の施策は、益々強化されることと考える。しかし、とるべき手段をとり、経営努力を怠ることなく、経営基盤を安定させ病院運営していくならば、地域住民は納得するであろう。

今後、高齢者福祉の充実のためには、医療と介護とは切り離せないものである。安心して暮らせる地域づくり、住み慣れた地域での生活が継続できるように、地域需要を考えた医療提供体制は継続されなければならない。自治体病院が地域医療・地域貢献の担い手として、自治体、地域住民、地元企業、地域の医療関係者等と連携を深め、地域ぐるみで地域医療の充実と確立をめざすことが重要と考える。自治体病院が、地域住民への医療サービスの質を高め、安心・安全な医療を提供し、地域と連携を強化していくことが、地域の病院として生き残っていく道であるとする。

注

- 1) 総務省2011(平成23)年度地方公営企業決算の概況「第2章病院事業」127頁より。
- 2) 総務省自治財政局「公立病院改革ガイドライン」2007(平成19)年12月通達。
- 3) 総務省2011(平成23)年度地方公営企業決算の概況より。
- 4) 東日本大震災による被害を受けた特定被災地方公共団体の決算を除く。
- 5) 市立札幌病院ホームページ<http://www.city.sapporo.jp/>(2005/10)(2011/2)。
- 6) 静岡市立静岡病院ホームページ<http://www.shizuokahospital.jp/>(2005/10)(2011/2)。
- 7) 新村拓編著(2007)『日本医療史』吉川弘文館 234頁。
- 8) 前掲書 234頁。
- 9) 【医療法第1条】「この法律は、病院、診療所および助産所の開設および管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。」
- 10) 菅谷章(1977)『日本医療政策史』日本評論社 308頁。
- 11) 前掲書337頁。
- 12) 新村拓編著(2007)『日本医療史』吉川弘文館 300頁。
- 13) 第一次医療法改正1985(昭和60)年12月改正, 1986(昭和61)年6月施行。
- 14) 第二次医療法改正1992(平成4)年7月改正, 1993(平成5)年4月施行。
- 15) 第三次医療法改正1997(平成9)年12月改正, 1998(平成10)年4月施行。
- 16) 第四次医療法改正2000(平成12)年11月改正, 2001(平成13)年3月施行。
- 17) 改正医師法16条3「臨床研修を受けている医師は臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。」
- 18) 第五次医療法改正2006(平成18)年6月改正, 2007(平成19)年4月施行。
- 19) 自治体病院経営研究会編集(2008)『自治体病院経営ハンドブック第15次改訂版』ぎょうせい 141頁。
- 20) 4疾病5事業とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病と、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急を含む)の5事業をいう。
- 21) 伊関友伸(2009)『地域医療』ぎょうせい 304頁。
- 22) 自治体病院経営研究会編集(2004)『自治体病院経営ハンドブック第11次改訂版』ぎょうせい 26頁。
- 23) 前掲書28~29頁。
- 24) 総務省「地方公営企業の総点検について」2004(平成16)年4月発出。
- 25) 総務省 自治財政局通知「公立病院改革ガイドライン」2007年12月
- 26) 総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果(調査日平成24年3月31日)」平成24年9月28日報道資料より。
- 27) 総務省2011(平成23)年度地方公営企業決算の概況「第2章病院事業」127頁より。
- 28) 齋藤貴生(2012)『自治体病院の経営改革』九州大学出版会 68-85頁。
- 29) 前掲書226-227頁, 235-236頁。
- 30) 松添雄介(2010)「地方独立行政法人化あれこれ」『全国自治体病院協議会雑誌』全国自治体病院協議会 第49巻第11号116-119頁。
 神戸市立医療センター中央市民病院ホームページ<http://www.kcho.net/http://www.kcgh.gr.jp/>(2011/6)(2012/7)(2013/8)
 地方独立行政法人神戸市病院機構ホームページ<http://www.kcho.jp/>(2010/11)(2012/7)(2013/8)

自治体病院の経営改革と今後の課題

「平成24年事業年度の業務実績に関する評価結果」（平成25年8月地方独立行政法人神戸市病院機構評価委員会）

総務省公表「平成21年度病院事業決算状況」（2011/6）「公立病院経営改善事例集」（2011/12）より。

- 31) 横浜市立港湾病院は、1962（昭和37）年に設立された市立病院（300床14診療科目）として、その役割を40年間にわたり担ってきたが、老朽化・狭隘化等に伴い再整備を進め、新築移転した。2005（平成17）年4月新病院の運営管理を指定管理者制度とし、日本赤十字社に委譲した。

一方、横浜市は、2003（平成15）年3月、財政赤字脱却を公約に掲げ当選した新市長の諮問機関「横浜市立病院あり方検討委員会」の最終答申を受け、市は新病院の売却を検討した。再整備を契機として公設民営化方式を導入し、抜本的な経営改革を図ることとした。同年9月の市議会で条例の一部改正が可決し、整備後の湾岸病院における指定管理者の指定の手続き等が規定された。調査審議の結果、2004（平成16）年2月に日本赤十字社を指定管理者として決定した。

横浜市ホームページ<http://www.city.yokohama.jp/>（2009/10）（2011/9）（2013/8）

横浜市立みなと赤十字病院ホームページ<http://www.yokohama.jrc.or.jp/>（2009/10）（2011/9）（2013/8）。

- 32) 利用料金制は、指定管理者制度を導入している公の施設の利用料金について、自治体ではなく指定管理者が直接収受する制度である。

- 33) 政策的医療の11とは、24時間365日の救急医療、小児救急医療、輪番制救急医療、母児二次救急医療、精神科救急医療、精神科合併症医療、緩和ケア医療、アレルギー疾患医療、障害児（者）合併症医療、災害時医療、市民の健康危機への対応である。

- 34) 筆者博士論文「第3章」65頁。

- 35) 齋藤貴生（2012）『自治体病院の経営改革』九州大学出版会 35-37頁。

- 36) 静岡県立病院機構には2011年12月5日にヒアリング調査を実施、平成21年4月に法人化し、その実績を上げている。静岡市全域の東西南北に長く、面積が広大なこと、人口が多い医療圏であり、市立の2病院、赤十字病院、JA静岡厚生病院、JA清水厚生病院、社会保険桜ヶ丘総合病院があり、圏域の急性期医療を担っている病院が多い。圏域全体の医療体制維持のために、公的病院やその他の病院との連携強化を一層進めること、救命救急、周産期等の高度医療や精神医療等、県中部また全県を対象とした医療も担っていることから、その期待度が高い医療圏の中にある。

- 37) 厚生労働省（2011）「第2部第2章第5節健康な生活と安心で質の高い医療の確保等のための施策の推進」『平成22年版厚生労働白書』日経印刷KK 200頁。

- 38) 厚生労働省「第3回医療評価委員会資料」より。

- 39) 全国自治体病院協議会「自治体病院の倫理綱領」より、2013年5月24日作成。

「自治体病院は都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命とする」

- 40) ①2007（平成19）年10月実施「ソーシャル・キャピタルと地域における実態調査」（自治体病院1112施設を対象、294施設の回答あり）文部科学省科学研究費助成の共同研究による。

共同研究担当者：日本大学法学部 稲葉陽二教授、日本大学法学部 矢野聡教授、独立行政法人統計数理研究所 吉野諒三教授、明治学院大学社会学部 宮田加久子教授

②2005（平成17）年5月実施「愛知県内の自治体病院実態調査」（37病院中、33病院回答あり）

横井由美子（2006）修士論文「自治体病院における組織活性化への課題と看護職の役割」

- 41) 宮川公男・大守隆共著（2005）『ソーシャル・キャピタル』東洋経済新報社 21頁。

- 42) 厚生労働省編（2005）『厚生労働白書平成17年版』ぎょうせい 第4節35頁。