

公立病院改革と経営形態の変容*

——指定管理者制度の導入をめぐる——

小林 甲一・塚原 薫
横井 由美子・吉川 啓子

目 次

- I はじめに — 問題の所在と研究の趣旨 —
- II 公共サービス施設における指定管理者制度の導入
- III 指定管理公立病院の実情と経営課題：ヒアリング調査の結果
- IV 指定管理公立病院に対するアンケート調査の結果
- V むすびにかえて

I はじめに — 問題の所在と研究の趣旨 —

2000年代に入って、公立病院改革が盛んである。わが国において、地方公共団体が設置する公立病院は、戦後、地域における「政策医療」の担い手として発展してきた。しかし、今日では、地域に必要な医療のうち、採算性などの面から民間の医療機関による提供が困難な医療を提供することが要請される反面、地域において本当に必要な医療を提供するために「効率的で持続可能な経営」に努めることが強く求められている。また、全国にある公立病院の多くが深刻な赤字経営から抜け出せないのが現状であり、地域における医療機関の配置や医療サービスの提供からみて「必要度の低い」公立病院があるのも現実である。さらに、一方で、地方自治体による地域経営の厳しさが顕在化し、地域における「公共」のあり方の大幅な見直しが迫られており、他方で、医療制度改革と連動した医療サービス提供体制の構造改革が地域医療においても動き出しつつあることを考えれば、全国の地方自治体による公立病院改革が、今後もおおいそう推進されることに疑いはない。

2007年（平成19年）12月に総務省が策定した「公立病院改革ガイドライン」ならびに総務省がそれに従って病院事業をおこなう地方公共団体に出した「公立病院改革プラン」策定の要請は、こうした公立病院改革に拍車をかけた¹⁾。とりわけ、この「ガイドライン」では、抜本的な改革のための政策手段として「経営形態の見直し」が提示されており、これを契機に、経営形態の変更を組み込んだ公立病院改革が急速に進行しつつある。その「選択肢」として、①地方公営企業法の全部適用、②地方独立行政法人化、③指定管理者制度、④民間譲渡が上げられているが、経営改革の一手法として、それに⑤PFI事業の導入も加えることができよう。「公」と「民」のは

* 本稿は、2009年度名古屋学院大学大学院教育研究振興補助金による研究成果として公表したものである。

さまにあるこれらの選択肢のなかで、選択する方向をめぐって、公立病院の経営形態は多様化し、大きく変容し始めている。

われわれ名古屋学院大学大学院経済経営研究科経営政策専攻博士課程小林ゼミナールの共同研究グループは、2007年度に、当時大きな注目を集めていた「自治体病院に対するPFI事業の導入」に着目し、それが人的資源の諸問題を通して病院経営にどのような作用を及ぼすかについて「医療サービスの効率化と質保障」の視点から調査研究した²⁾。そこで、今回は、近年、採用される事例が急速に増加しつつある「指定管理者制度」の導入による公立病院改革の動きに焦点をあてたい。指定管理者制度は、2003年9月に施行された地方自治法の一部改正以降、地域で提供される公共サービスの質的向上と効率化をめざして、地方自治体が設置する公共施設・公共サービスのさまざまな分野で導入され始めたものであり、近年、全国各地の公立病院改革での採用・導入も目立つようになってきた。この制度は、本来、公共サービスに対して民間活力を組み込む政策手段の1つであり、それが採用される分野も多岐にわたっているが、いま、「公」と「民」のあいだで、しかも「公」から「民」へという方向性のなかで公立病院の経営形態のあり方が問い直されていることを考えれば、こうした指定管理者制度導入の動きは、今後の公立病院改革のあり方や方向性を見定めるうえで重要な位置にあるといえるだろう。

この論文は、2009年度に、以上のような目的と視点からおこなったヒアリング調査とアンケート調査の結果、ならびに共同研究の成果をまとめたものである。これをもって、経営形態のあり方からみた公立病院改革の進むべき方向性について明らかにする手がかりにできればと考えている。

II 公共サービス施設における指定管理者制度の導入

1. 「公の施設の指定管理者制度」の概要

この研究調査が焦点をあてた公立病院の管理運営に対する指定管理者制度の導入は、前述したように、公立病院改革の側から必要とされたことも確かであるが、公共サービス・施設改革としての指定管理者制度の展開が公立病院への適用・導入を求めたという側面があることも明らかである。そこで、まず始めに、そうした点もふまえて、指定管理者制度の概要についてまとめておこう。

指定管理者制度は、正確には「公の施設の指定管理者制度」と呼ばれる。ここで「公の施設」とは、「住民の福祉を増進する目的をもってその利用に供する」ために地方公共団体が設置した施設であり、具体的には、レクリエーション・スポーツ施設（体育館・プール・市民球場など）、文化・教育施設（図書館・文化会館・博物館・美術館・生涯学習センター・自然の家・児童館など）、医療・福祉施設（病院・介護施設・障害者施設・保育所など）、生活基盤施設（下水道・公園・駐車場・斎場など）および産業振興施設（情報提供施設・展示場施設・見本市会場など）などが考えられる。指定管理者制度とは、これまで地方公共団体やその外郭団体に限定されていた、こうした公の施設の管理運営を、株式会社などの営利企業、社団・財団法人、その他の団体（た

例えば学校法人・医療法人・共同企業体・協同組合・社会福祉法人・森林組合など）、NPO法人そして地縁団体（自治会・町内会など）といった各種の法人や団体に包括的に代行させることのできる制度である。

これらの法人や団体のなかには、まったくの民間事業者もあれば、公的な性質の強いものもある。しかし、指定管理者制度によって、これまでの「管理委託制度」のもとでは排除されていた民間事業者の参入が認められ、公共的な団体と民間事業者が、同等の立場で公の施設の管理運営を担おうとすることで競争できるようになった。こうして指定管理者制度は、ますます多様化する住民のニーズにより効果的、効率的に対応するため、公共サービスに民間の手法や活力を導入し、公共サービスの質的向上を図るとともにサービス提供の効率化や経費の節減をめざしたのである。

こうした指定管理者制度は、当時の「総合規制改革会議」の提言を受けて導入されたものであり、その背景に、民間の活用による経済の活性化ならびに行政組織の簡素化による地方分権の推進や地方財政の再建という狙いがあったことは言うまでもない。とはいえ、a) 行政にとっては住民の多様なニーズへの効果的な対応や施設管理の効率化・経費節減、b) 住民にとってはそれらに加えて公の施設における公共サービスの質の向上、そしてc) 民間事業者にとっては公共分野における事業機会の拡大、という政策効果が確実に期待できたのであり、PFI (Private Finance Initiative) 方式と並んで、「公民役割分担の見直し」、官民協働=PPP (パブリック・プライベート・パートナーシップ) あるいはニュー・パブリック・マネジメント (NPM) などを旗印に地方公共団体に係わる行政改革の切り札の1つとして導入されたのである。

総務省自治行政局より公表された「公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果」(2009年10月23日)によると³⁾、2003年9月に導入された指定管理者制度は、全国の地方公共団体において、2006年9月には61,565施設で、2009年4月には70,022施設で採用されている。そのうち、①レクリエーション・スポーツ施設、②産業振興施設、③(生活)基盤施設、④文教施設、⑤社会福祉施設(病院を含む)の区分では、③(生活)基盤施設の占める割合が31.6%でもっとも大きく、それ以外は①:19.6%、④:19.6%、⑤:19.0%、②:10.2%であった。また、受託した指定管理者について、①・②・③では民間事業者が、④・⑤では公共団体や公共的団体が占める割合が大きいと、施設によって大きな違いはあるが、全体としては29.3%(うち株式会社:14.8%、NPO法人:3.3%、その他[学校法人・医療法人・共同企業体など]:11.1%)を民間事業者が占めている。さらに、都道府県における公の施設について、公の施設数に占める導入数の割合で表す「指定管理者制度導入率」(公営住宅を除いた場合)をみると、これも沖縄県:21.7%、長崎県:22.4%、宮崎県:23.8%、……熊本県:75.0%、山梨県:80.0%、愛知県:90.3%と、都道府県によってかなり大きな違いはあるが、全体では公の施設数:4,700のうち導入数:2,340で、指定管理者制度導入率は49.8%に達している。

こうした導入状況をみるかぎり、指定管理者制度は、一定の成果を上げ、制度として定着しつつあると評価できようが、もちろん、それは、公共サービス改革の「万能薬」でもないし、それには、さまざまな制度上の課題や実際上の問題点も指摘されている。たとえば、「効率化や経費

節減だけが先行しすぎるきらいがある」,「民間活力の導入とはいいいながら,以前から管理委託を受けていた外郭団体や公的な性格の強い団体が指定管理者になる事例が多い」,「本来,公的責任によって直接管理運営されるべき公の施設がこの制度の適用対象となっている」,「行政担当者の理解不足ならびに行政側と指定管理者側のあいだの調整や協働の不十分さによって,現場ではさまざまな混乱やサービスの低下が起きている」,「指定期間が比較的短いことや次も必ず受託できるという保証もないことなどから,人材育成や設備投資など,管理運営上の長期的な経営課題に対して十分な対応ができない」といった声などはその典型であろう。

筆者の一人(小林)は,ここ数年,岐阜県多治見市におけるいくつかの公の施設で指定管理者選定・評価委員を務めてきた。その経験知からしても,指定管理者制度というのは,指定管理そのものが表面的にはうまくいっているように見えても,常に明確な答えの見いだしにくい,換言すれば見だせる答えは1つではないという,暗中模索と試行錯誤の渦のなかにあると思われる。それは,「公」と「民」が絡み合い,せめぎ合う,そして競争し,協働する「新たな公共」の世界に咲いたあだ花となるか,そうした新たな世界を切り拓く開墾地となりうるのか,いまだ定かではない。

2. 指定管理者制度と公立病院改革の課題

2003年9月に導入された指定管理者制度は,2005年あたりからしだいに公立病院にも適用されるようになってきた。「市立奈良病院」(2004年),「横浜市立みなと赤十字病院」(2005年)および「公立新小浜病院」(2005年)はその先駆けと言われており,そして2006年には,全国で32の公立病院に対して一挙に指定管理者制度が適用された(以下では,このように指定管理者制度が適用・導入された公立病院を「指定管理公立病院」と呼ぶ)⁴⁾。これは,先にみた指定管理者制度の導入経過全体からすると,少しゆっくりとした,遅いペースと言ってもよいだろう。このことには,指定管理者制度とその導入の側面からみていくつかの要因があると考えられる。

まず第1に,地域において公立病院が提供する医療サービスはきわめて公的な性質が強いと見られているという点である。これは,地域によって,あるいは病院によってはある種の思い込みすぎないという側面もあるが,普遍的にみればきわめて大きな要因であろう。ついで,第2に,具体的な問題として,指定管理者の応募や選定にあたって病院の施設管理や医療サービス提供に係わる詳細な仕様を策定するのがかなりむずかしいという点が考えられる。その他の公の施設や公共サービスと比べて,指定管理公立病院におけるこうした困難さは際立っている。

また,第3に,第1や第2の要因とも係わるが,始めにもふれたように,一般的には,公立病院に対して①地域に必要な医療のうち,採算性などの面から民間の医療機関による提供が困難な医療を提供すること,ならびに②地域において本当に必要な医療を提供するために「効率的で持続可能な経営」に努めること,という2つの,なかば相反する必要が求められる。公共サービスの「質的向上」と「効率的提供」という,そもそも調和や両立をはかるのがむずかしい2つの目的を課された指定管理者制度によって,さらに,指定管理公立病院においてこれら①と②という2つの要請を満足させることは至難のわざと言っても言い過ぎではないだろう。

そして、第4に、公立病院改革は、地方自治体の行財政改革が対象とすべき最重要課題の1つとして、指定管理者制度が導入されるかなり以前から経営の効率化や経費節減に向け、それなりのシナリオと改善手法によって進行しつつあった、という点も無視できない。改革にせよ、政策にせよ、一定の目的と手段をもって1つの体系として実践され始めると、それを大幅に変更するのはそれほど容易なことではない。現状維持から完全な民営化までの「公」と「民」のはざまのなかで、指定管理者制度は、第1の要因からもわかるように公立病院改革にとってきわめてドラスティックなものである。地方自治体の多くがその導入に慎重な態度をとったのは十分に理解できる。

こうしたなか、始めにも述べたように、2007年12月に総務省が策定した「公立病院改革ガイドライン」において、指定管理者制度は、改革の推進に向けた「経営形態の見直し」における重要な選択肢として、つまり「民間譲渡」という完全な民営化に踏み切るまでもなく民間的な経営手法を導入できる経営形態として提示された。その際、そうした期待された効果を実現するための留意事項として以下の3つが上げられている⁵⁾。

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

これらを見れば、公立病院改革の重要な選択肢として指定管理者制度がクローズアップされたとはいえ、前述した4つの制限要因も含め、「指定管理公立病院」の今後の成り行きにはまだまだ不透明な部分が多いのは確かであり、また、それを主流とした公立病院改革にも大きな課題が横たわっているのが現実であろう。加えて、指定管理者制度に「料金収受代行制」と「利用料金制」という2つの方式があるなかで、指定管理公立病院における診療報酬の取り扱いに関連して利用料金制のメリットが強調されている。2006年度以降の流れのなかでは、指定管理公立病院もしいに代行制から利用料金制へと移行しつつあるので、今後は、この点についても注意が必要であろう。

2009年4月に総務省が公表した「公立病院改革プラン策定状況等について」によれば、同年3月末現在、全国には54の指定管理公立病院がある。また、今後も、10の公立病院が指定管理者制度の適用・導入を予定している⁶⁾。2006年に公立病院に対する指定管理制度の適用事例が一举に増加し、各地でその成果や課題が明らかになりつつあること、ならび以上のような「公立病院改革ガイドライン」の進行管理によって改革プランの策定と推進に対する圧力や要請がますます強くなることから、今後もしばらく、指定管理公立病院は増加しつづけるにちがいない。そして、公立病院に対する指定管理者制度の導入とこの指定管理公立病院が、その制度自体と同様に「公」と「民」のあいだで揺れ動く公立病院改革の今後の方向性や課題を占ううえで格好の材料になることは明らかである。

Ⅲ 指定管理公立病院の実情と経営課題：ヒアリング調査の結果

1. 公立新小浜病院と雲仙・南島原保健組合

公立新小浜病院は、2002年（平成14年）より管理委託方式をとり、2005年（平成17年）に指定管理者制度（代行制）を導入し、指定管理公立病院の先駆けとなって、病院経営の改善に取り組んでいる病院である。ヒアリング調査は、2009年9月1日から2日にかけて設置者と指定管理者の双方に対しておこなった⁷⁾。

(1) 公立新小浜病院の概況

公立新小浜病院は、雲仙市小浜町南本町93番地に立地し、小浜温泉街の高台にある。病院の敷地面積11,375.20㎡（病院、介護老健施設、外来駐車場を含む）、建築面積3,455.82㎡であるが、病院外に医師・看護師・職員宿舎・駐車場13,258.61㎡を有している。

診療機能として11診療科を標榜し、病床数140床（一般病床90床、療養病床50床）が許可病床である。2009年4月より、脳卒中センターを開設し、高齢者医療を中心に、地域密着医療をめざしている。一般病棟は、入院基本料7対1看護をとり、回復期リハビリテーション病棟は、入院料1をとっている。指定管理者である特定医療法人三佼会宮崎病院が、電子カルテを導入し、DPCの病院であるため、公立新小浜病院も電子カルテ、DPCを導入し、本部と連携をとっている。建物は、国立小浜病院時代の1971年に建設されてからのものであるため、非常に老朽化し、隣接する駐車場も狭い。病院外に広い駐車場を設け、待遇改善・人材確保のために医師・看護師・職員用宿舎は、居住スペースを広くとり、温泉も完備している。

(2) 公立新小浜病院の誕生と指定管理者制度の導入

公立新小浜病院は2005年4月より、特定医療法人三佼会が指定管理者として運営管理を開始した。設置者は雲仙・南島原保健組合（構成団体：雲仙市、南島原市）であり、代行制をとっている。もともとは、1939年（昭和14年）12月に軍事保護院傷痍軍人小浜温泉療養所として設立され、戦後は、1945年（昭和20年）12月に厚生省所管国立小浜温泉療養所となった。さらに、1952年（昭和27年）4月には国立小浜療養所と改称され、1961年（昭和36年4月）には国立小浜病院として組織替えされた。

しかし、1985年（昭和60年）3月に「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」が策定され、その後しばらくして、1999年（平成11年）3月には存続の方向性がだされ、管理委託条件の検討が始まった。3病院と医師会の4機関でヒアリングを実施し、1999年年10月に医療法人三佼会宮崎病院に決定した。2000年6月には、大蔵省が医療法人三佼会に対して特定医療法人の認可をおこない、2002年3月1日には、公立新小浜病院として開院、国立小浜病院より経営移譲がおこなわれた。そして、2005年4月からは、特定医療法人三佼会が、指定管理者として、隣接する公立介護老健施設「おばま」と合わせて、運営管理を開始したのである。

他方、設置者である雲仙・南島原保健組合（構成団体：雲仙市、南島原市）は、地域医療の広

域的な共同事務を処理するために設立されたものである。当初は、1995年3月に7町（小浜町、南串山町、千々石町、加津佐町、口之津町、南有馬町、北有馬町）で設立された小浜地区保健環境組合であったが、翌年、病院経営もできるように改組された。そして、2001年8月に、厚生労働省、長崎県、小浜地区保健環境組合および特定医療法人三校会関係者のあいだで、国立小浜病院がこの組合に経営委譲され、管理委託方式によってその病院を三校会が管理運営することについて最終確認がおこなわれた。その結果、2002年3月に、国立小浜病院が衣替えをして「公立新小浜病院」が開院され、さらに2005年4月に管理委託方式から指定管理制度へと切り替えられたのである。また、市町村合併により、2005年には雲仙市が誕生、平成18年には南島原市が誕生し、この組合は「雲仙・南島原保健組合」に名称変更された。組合の組織としては、議会10名（雲仙市5名、南島原市5名）、執行部6名（管理者1名－雲仙市長、副管理者1名－南島原市長、事務局4名）、監査委員2名で構成されている。

(3) 指定管理および病院の現状

1) 指定管理のポイント

① 指定管理の協定期間：2005年4月1日～2011年3月31日の6年間

② 構成市の負担

病床交付金、救急告示病院交付金など、公立病院の経営に係る交付税・交付金はすべて雲仙・南島原保健組合に拠出する。組合職員、組合議会議員の報酬などを総務費負担金として拠出する。

③ 指定管理者（三校会）：指定管理者代行制

診療行為をおこない、通常患者負担（3割）及び診療報酬の請求（7割）をおこなう。そのすべては組合へ収入として入れる。病院へは、組合から指定管理者委託料・診療交付金（人件費）等として支払われる。

④ 設置者（雲仙・南島原保健組合）

構成市の負担金および病院収入のすべてを収入とし、病院事業の経営経理を担う。国や県の補助金は一般会計に入れ、病院事業会計には入れていない。医療機器は、組合で購入している。

2) 病院経営の状況

① 診療科：内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、形成外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、リハビリテーション科

医療圏は限定されてきており、基本的には、半島の東側を県立島原病院が、西側（南島原、雲仙）を当病院が担当している。人口10万人（人口に対しては有利）の小さな町で、高齢化が進んでいるので地域の要望に応じていける医療をやっていく方針である。高度医療は考えていない。DRヘリもあるので利用し、本院（宮崎病院）に患者を紹介している。脳卒中センターの開設により、脳血管を中心に地元開業医と連携を強化している。土曜日も診療しているが、非常勤医師で対応している。

- ② 職員数：常勤医師8名＋非常勤2名，常勤看護師101名＋非常勤6名，作業療法士6名，言語療法士2名，臨床検査技師3名，診療放射線技師3名，薬剤師2名＋非常勤3名，管理栄養士2名，診療録管理士1名，臨床工学技士1名，介護福祉士6名，他事務部門
総計187名

* 医師・看護師確保対策：福利厚生充実（温泉つき住宅で，床面積も広い）

- ③ 経営状況：基本的に「黒字経営」である
平成20年度の実績：医業収支比率106.06%， 経常収支比率105.66%
給与費対医業収支比率54.00% 在院日数11日 病床稼働率99%

(4) 今後の課題について

1) 公立新小浜病院の課題

- ① 地域医療の連携強化（地域密着型医療の構想について検討中）
- ② リハビリの充実（温泉の利用）
- ③ 救急の充実（ヘリポートの利用）
- ④ 術後（脳外科，心臓外科）の患者を外部から受け入れる
- ⑤ 末期がんの医療の充実（地元で末期を迎えたいという人もいる）

2) 指定管理者制度の課題

- ① 医師の確保をどうするか
- ② 収益が出た場合の還元割合について
- ③ トップのリーダーシップが必要である
- ④ トップ同士の定期的な話し合いが必要である
- ⑤ 指定管理を出す側に医療プロパーの人材をいかに確保するか

3) 病院の建て替えについて

建物は古いので，建て替えを考えている。その際，場所を移転させる可能性もある。改築のための計画・建築費は設立者が負担する。2010年に用地を確保し，2011年年着工，2012年完成予定である。

2. 横浜市立みなと赤十字病院

この横浜市立みなと赤十字病院も，公立新小浜病院とならび指定管理公立病院の先駆けとして有名である。ヒアリング調査は，2009年11月24日に，この病院の設置者である横浜市病院経営局総務部経営経理課（横浜市立市民病院内）に対しておこなった。

(1) 横浜市立みなと赤十字病院の概況

横浜市立みなと赤十字病院は，横浜市立港湾病院（以下，港湾病院と略す）と横浜赤十字病院の機能を承継し，2005年4月に新病院として開院した。神奈川県横浜市中区新山下3丁目12番1号の港湾部に立地し，敷地面積3,546.38㎡，延床面積68,444㎡，634床許可（一般584床，精神50

床)を有している⁸⁾。

この病院は、横浜南部保健医療圏の中核的医療機関の1つとして、23診療科を標榜し⁹⁾、地域医療機関との連携をもとに、生活習慣病(心疾患、がん、脳血管疾患等)に対する診断、治療機能の充実など、急性期を中心とした二次医療機能を提供している。また、24時間365日の救急医療、小児救急医療など11の政策的医療をおこなっている¹⁰⁾。

(2) 指定管理者制度導入の経緯

横浜市は、港湾病院の再整備による新設病院を「横浜立みなと赤十字病院」と名称決定し、2005年4月の開院と同時に、運営委託先を「日本赤十字社」(東京都港区)とする指定管理者制度を新病院に導入した。

湾岸病院(300床14診療科目)は、1962年に設立された市立病院として、その役割を40年間にわたり担ってきたが、老朽化・狭隘化等にもとない1996年から増床および医療機能向上に向けた再整備を進め、隣接地に新築移転し2004年4月開院予定(実際は1年遅れで開院)の計画が策定されていた。しかし、2003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」の最終答申で、委譲による民営化を実現すべきとされた。

これを受け、市は新病院の売却を検討するが買い手は見つからず、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はかることとした。そして、同年9月の横浜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。23法人を選定対象としたが、指定申請したのは①社団法人全国社会保険協会連合会、②日本赤十字社の2法人であり、その後、調査・審議の結果、2004年2月に日本赤十字社を指定管理者として決定した。

日本赤十字社は、横浜市中区内にあった横浜赤十字病院を2005年3月に廃院し、そのスタッフをもって同年4月から新病院の運営管理をおこなっている。湾岸病院職員のなかには新病院での雇用を希望する者もいたが、受け入れはなかった。ただ、横浜市ではその職員の雇用ニーズのキャパシティがあったことから、人事面での混乱は最小限に留められたとみてよいであろう。

(3) 指定管理および病院の現状

1) 指定管理に関する基本協定

- ① 指定管理の協定期間：2005年4月1日～2035年3月31日の30年間
- ② 指定管理業務：
 - ・診療(外来、入院、在宅療養等)
 - ・健診(横浜市実施の健診の受託)
 - ・政策的医療の提供、地域医療全体の質の向上に向けた役割の遂行
- ③ 利用料金制 指定管理者による料金直接受取(政策的医療交付金は別途交付)

横浜市は、生活習慣病を含む幅広い分野の病気に対する急性期医療を実施するとともに、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、緩和ケア医療など

みなと赤十字病院：損益計算書

(単位：千円)

病院事業収益	12,677,173	病院事業費用	14,212,965
入院分医業収益	9,307,659	給与費	6,513,849
外来分医業収益	2,451,314	材料費	3,265,606
室料差額分医業収益	449,601	経費	2,432,310
政策医療交付金収益	316,854	その他医業費用	1,363,934
医業外収益（交付金等）	151,745	医業外費用	407,093
		医療社会事業費	148,398
		特別損失	81,775
		純損益	▲ 1,535,792

の活動拠点となる市立病院としての役割を担うことを求めた。一方、受託側の日本赤十字では、これらに加え、赤十字の特色である災害時医療の拠点病院としても活動し、これまで培ってきた赤十字精神にもとづいた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。

2) 経営状況

2008年度の経営状況は、以下のとおりである。

経営状況は厳しく、純損失1,535,792千円を計上し、経常損失は1,454,017千円、医業損失は1,198,669千円であった¹¹⁾。病床利用率76.4%，平均在院数13.6日，給与費対医業収益費52.0%である。それでも、指定管理者制度の導入により、市の一般会計からの繰り入れが激減し、経費節減が実現できているとのことであった。

3) 病院事業の取り組み

- ・市立病院として年間1万人を超える横浜市トップの救急患者（精神科救急を含む）を受け入れ救急救命センターとして、また、地域医療支援病院、地域がん拠点病院として承認された。さらに、経営改善として近隣ホテルとのタイアップによる人間ドックの実施、地域医療支援としての市民フォーラムや医療従事者向けのセミナー等の開催、市民ボランティアなどもおこなわれている。
- ・2008年度の患者満足度調査では、重要な10の医療サービスのうち、①コミュニケーション、②職員能力、③ていねいさ、④反応のよさ、⑤患者様理解、⑥設備／アメニティ、について入院・外来ともに全国標準と比べ10段階中8～10という高評価を受けている¹²⁾。また、2009年度より、職員の満足度も患者満足に大きく影響をおよぼすことから、その点に関する調査も実施し始めている。

(4) 今後の課題

みなと赤十字病院に指定管理者制度を導入されて4年半経過したが、運用資金のプールもでき

ておらず、雨漏りなども生じてきており、建物の修繕や改修等の計画されていない予算を、基本協定30年間という長期のなかでどのように組み入れていくかが当面の大きな課題となる。初期投資が大きいと基本協定が長期にわたっているが、経済状況や病院経営環境に変化に対応できないリスクを抱えてしまっている。また、基本協定にない緊急対策医療等の即効性を必要とする対応も改善が必要であると認識されている。

市は、本病院事業の起債の返済として、年間約8億円を抱えている。これを、みなと赤十字病院からの年約6億円（減価償却相当額）と、いまだに一般会計から年約2億円を繰り入れている。病院の売却を望む向きもあるが、DRヘリおよびその離着陸場や災害時小型船舶用護岸施設などハイスpek的な施設のため困難な状態にある。赤十字病院としても、高医療機能にも対応可能な各種の医療機器装置や医療情報システムの構築を自己負担し、累積赤字もあり、今後も、ますます経営は厳しいとみられている。

今後、高い医療機能や政策医療を維持しつつ、経営改善を進めるといふ、いわば相反する経営課題に取り組む必要があると考えられる。

3. (社) 地域医療振興協会

この社団法人地域医療振興協会は、あとで詳しく説明するように、現在、15の指定管理公立病院の指定管理者であり、つまり27.7%の占有率をもつ最大の公立病院指定管理者グループである。そこで、このヒアリング調査は、指定管理者側の実情や問題意識を確認する目的で、2009年11月24日に同協会医療企画室に対しておこなった。

(1) 社団法人「地域医療振興協会」の概要

(社) 地域医療振興協会は、自治医科大学の卒業生を中心に1986年5月、厚生労働大臣・総務大臣の認可を受け設立された。もともと、へき地医療推進に注力する自治医科大学の9年間にわたる大学研修期間における地域・へき地医療への貢献を継続する態勢が必要という観点からつくられたが、現在では、会員の半数が、他大学の医師の会員参加により成り立っている。2009年3月現在、正会員1,637人、賛助会員54団体・11個人、の会員数を有する団体になっている。

同協会の目的は、へき地を中心とした地域保健医療の調査研究および地域医学知識の啓蒙と普及をおこなうとともに、地域保健医療の確保と質の向上等住民福祉の増進をはかり、もって地域の振興に寄与することである。そのため、以下の事業に取り組んでいる。

- ① 医学生へのへき地医療研修活動の指導
- ② へき地医療における診療活動基準の研究と確立
- ③ 総合医の確立についての研究と研修会の開催
- ④ 医療情報の提供
- ⑤ 地域保健医療に関する研究会及び講習会の開催
- ⑥ へき地等に勤務する医師等の職業紹介及び派遣
- ⑦ 関係行政機関との連絡・調整

指定管理者受託病院一覧

横須賀市立市民病院	横須賀市立うわまち病院	市立伊東市民病院
市立奈良病院	市立大村市民病院	公立黒川病院
市立東海病院	湯沢町保健医療センター	区立台東病院
山中温泉医療センター	公立丹南病院	上野原市立病院
市立恵那病院	共立湊病院	飯塚市立病院

- ⑧ 会報・会誌の発行
- ⑨ へき地等に勤務する医師の確保等へき地等の医療を支援する病院等の開設及び運営管理の受託
- ⑩ その他前条の目的を達成するために必要な事業

(2) 病院等の運営管理事業と指定管理者の受託

地域医療振興協会では、従来、地域・へき地医療に貢献する1つの事業として、その地域での医療ニーズのマーケティングやその結果をもとに医療確保・維持スキームの提案事業をおこなっていた。近年では、その経営ノウハウを活かした実際の医療機関の運営管理を委託されるようになり、さらに、自治体病院の指定管理者としての依頼を受けるまでに至ったのである。ただし、指定管理の受託は、地域の医療を確保することが一義的な目的であり、その運営そのものが目的ではない。

そのため、指定管理を委託された場合、地域・へき地医療の確保と継続性に照らしあわせ、以下の4つの基本原則をもって受託の可否を決めている。

- ① 委託する自治体の熱意
- ② 自治体や医療機関のキーパーソンとなる人材の確保
- ③ 同協会の支援を実際におこなう支部の合意
- ④ その地域での無理のない事業の継続性

2009年4月現在、地域医療振興協会は、全国で病院施設20か所（直営5か所、指定管理受託15か所）、医療センター5か所、診療所10か所、介護老人保健施設5か所、複合施設（診療所、介護、健康増進等）8か所、の運営管理をおこなっている。以下の表は、は、そのうち指定管理者を受託した公立病院の一覧である。

このように、地域医療振興協会は、さまざまな事業をおこなっているが、なかでも事業再生として、地域の医療・介護・健康福祉増進のニーズを掘り起こし、経営の基盤の足固めとして、老健、デイサービス、スパ・温泉療法施設、在宅介護支援、保育所などの複合施設の展開を進めている。これによって、医師一人による診療所経営の多いへき地の問題解決、つまり、ニーズがあれば医師を複数人置くことができる体制の組み立てとして、本スキームの活用を促進している。

また、この協会には、医師581名、医療技術職870名、看護職2,211名、介護職45名、事務職480名、

技能職132名、合わせて4,724名の常勤職員が勤務しており、さらに、年間延べ2,175日（2008年3月現在）におよぶ支援も、地域医療振興協会の管理運営以外の他の医療機関におこなっている。

(3) 指定管理者受託における今後の課題

指定管理者としてのみならず、医療機関に共通した課題としての「医師不足問題」については、地元大学の支援を受けつつも、厳しい状態であることに違いはない。リクルート活動、研修・研究活動や広報活動を通じ、常に募集に注力している。ただし、職員全体による支援体制への柔軟性は高い。

地域医療振興協会が受託した指定管理公立病院のお客満足度は、受託前の状況と比べておおむねよい評価を受けているが、これは、経営難に陥り医療従事者のモチベーションも低下した、いわば医療の荒廃が進行しつつあるところを支援するゆえのことであるという側面もあると考えられている。

公立病院の指定管理者を受託するうえでもっとも重要なポイントは、その地域での医療の継続性が担保されるかという点にある。市のトップや行政側の責任者・担当者は異動することが多く、それによってその運営方針や意思決定も一転しやすい。ましてや、財政が悪化すれば閉院する可能性もあり、不安定要素が多くある。地域医療の確保・継続性のためのスキーム構築、システムづくりに注力しつつも、行政側からの責任あるコミットメントやその継続性が十分に確保されるのか、常に先の見えない不安感を抱えた状態にあることは確かであろう。

4. 多治見市民病院

多治見市民病院は、現在の地方公営企業法全部適用の経営形態から、2010年度4月より指定管理者制度を導入する予定である。社会医療法人厚生会木沢記念病院が、指定管理者を受託することがすでに決定しているが、社会医療法人が指定管理者を受託するのは初めてのケースであり、今後の動向が注目を浴びている。ヒアリング調査は、2010年2月15日に多治見市民病院事務局に対しておこなった。

(1) 多治見市民病院の概況

多治見市民病院は、多治見市前畑町に立地し、その敷地面積10,889.98㎡（駐車場も含む）、建築面積11,663.05㎡であり、ほかに医師住宅・看護師寮をもっている。診療機能として13診療科（3科は非常勤の医師が対応）を標榜し、病床数185床（開放型病床17床を含む）が許可病床である。地域の高齢化が進行し、高齢者医療を中心に、地域医療の安定と継続的な提供をはかっている。病棟は、入院基本料10対1看護をとり、患者数の減少とともに病床利用率も50%を下回っているのが現状である。現在の建物が老朽化したため、2012年の竣工をめざし、指定管理者とともに新病院の構想に取り組んでいる。

(2) 指定管理者制度導入の経緯

多治見市民病院は、1974年の開院以来、岐阜県の東濃エリアを中心とした地域医療を担ってきたが、2001年度以降、経常損失が続き、その後も、経常損失は増加の一途をたどっている。経常損失には、市の一般会計補助金が充当され、一般会計負担金に約2億5千万円が医業外収益として計上されたが、その一方で、経営の健全化が喫緊の課題となっていた。2006年度には、地方公営企業法全部適用に変更されたが、その後も、医師不足問題が深刻化し、①収益の減少、②高い水準にある給与比率、③医療事務精通者の不足、④人材定着方策の不足、など構造的な課題¹³⁾の解決には至っていない。

しかし、その一方で、多治見市の属する東濃医療圏は、基準病床数に対して82%の充足状況である病床不足地域にあり、地域における病床の確保は必要である。また、近くに立地する、岐阜県最大の公立病院である県立多治見病院は第3次医療への対応が基本であり、多治見市民病院が基本とする第2次医療の面では、他に競合する民間病院はそれほど多くない。そのため、経営形態を再度検討し、2010年4月より指定管理者制度を適用・導入することとなった。指定管理者については、公募のうえで社会医療法人厚生会木沢記念病院に決定された。

(3) 指定管理の概要

1) 指定管理に関する基本協定

- ① 指定管理の協定期間：2010年4月～2030年3月までの20年間
- ② 指定管理業務：診療科、政策的医療等の基本的な内容
- ③ 中期協定（5年間）の締結：診療内容、政策的医療経費など細目的事項等の内容

2) 指定管理の特色

- ① 利用料金制：業務の収入及び市が支払う政策的医療交付金を持って病院運営する
- ② 市民病院の管理運営に関わる基本方針の継続
「市民病院の理念に基づき、急性期病院として安全・安心な医療サービスを提供しながら地域医療を守るために適切な管理運営を行う」
- ③ 人件費については、3年間のみ赤字補填ということで期限を切った
- ④ 病院管理評価委員会を設置し、毎年度事業評価をおこなう。また5年毎に中期的な事業評価をおこない、中期協定を見直す

(4) 今後の課題

- 1) 政策医療の充実：救急医療、小児医療、災害医療、リハビリ医療、検診業務の実施を最大1億5千万円の予算で依頼している
- 2) 地域医療機関との連携の円滑化

このたびの指定管理者は、岐阜県中濃地域では中心的な役割を担う病院であるが、この東濃地域での地域連携はこれからである。県立多治見病院も独立行政法人化となり、地域の医師会との連携をいっそう強めてくるであろう。行政側が間に入っての調整が必要であり、

その点で多治見市の果たす役割は大きい。

3) 病院の建て替えについて

新しい病院施設になると職員の定着がよくなることが期待できる。建設費50億円の半分は指定管理者が負担するになっている

4) 行政側と指定管理者のあいだの連携について

どのような会議をもち、どのように進めていくかについてはまだ具体的に決めていないが、重要性は十分に認識している。今後検討する。現在は、2009年2月より指定管理者側から4名が常駐し、すでに実質的な連携を進めている。

5) 医師の確保

6) まとめ

- ・公立病院改革の「受け皿」の1つとして期待される社会医療法人が、指定管理者として指定管理公立病院の管理運営にあたる事例であり、それによって民間手法がどのように活用されるかも含めて注視すべきである。
- ・新病院の建設と合わせて、指定管理者制度導入の効果により、自治体病院の生き残りをかけている。
- ・政策的意図が働いたかどうかはわからないが、病院の建て替えを前提とした指定管理者の募集であったことが、それほどよい条件ではないなかで指定管理者を得るうえで効果的であったという点については注目に値する。
- ・政策医療の継続により、診療体制を強化し、地域の医療機関との連携が軌道に乗れば、紹介患者も増え、医業収益の増加が期待できる。

IV 指定管理公立病院に対するアンケート調査の結果

1. アンケート調査の概要

1) 調査目的

多くの課題に直面する公立病院・自治体病院について医療サービスの質の確保と経営改善を考えるなかで、経営形態に着目し、民間手法の活用となる指定管理者制度が適用・導入された病院、すなわち「指定管理公立病院」に対してヒアリング調査の結果なども参考にしながら、アンケート調査を実施し、その実態と課題を明らかにする。

2) 調査対象

全国の公立病院のうち、すでに指定管理者制度を導入している52の指定管理公立病院の設置者(=地方公共団体・行政側)を対象にアンケート用紙を送付した結果、28の回答が得られた。(回答率:53.8%)

3) 調査期間

平成21年11月28日～平成22年1月31日

4) 調査方法および内容

質問紙法による調査を実施した。質問項目は、ヒアリング調査から得ることのできた課題を中心に公共性の確保や経営の効率化に対する取り組みの現状と問題点などを、設置者である行政の視点から捉えて作成した。以下はその要点である。

① 医療サービスの質の確保について

公立病院の中心的役割に地域医療の確保や医療水準の向上がある。指定管理者制度を導入し、診療機能や診療体制などに変化があったか、導入前の医療水準を確保できているか、また患者・利用者の満足度に変化があったかについて質問した。(問1, 問2)

② 病院の具体的な経営改善の取り組みについて

指定管理者が病院の管理運営を全面的に担うにしても、設置者である行政側は、病院の経営健全化をめざさなければならない。設置者としての責任を果たすための具体的な取り組みについて、人材確保、業務委託、給与体系、人員配置および労働組合への働きかけなどの項目を上げて質問した。(問3)

③ 行政側と指定管理者側(病院)のあいだの連携について

指定管理者制度を導入しても、すべてを指定管理者に委ねてしまうと、公立病院の運営負担が一方的になりかねない。また、社会の変化に対応する必要に迫られた際の対応困難な状況は避けたい。そのためには行政側と病院のあいだの円滑なコミュニケーションのもとに協議を進めていく必要がある。お互いの理解と共通認識を深めるためにも、会議の定例化の有無や参加メンバー、会議の内容などを質問した。(問4)

④ 指定管理者制度の導入効果について

指定管理者制度を導入し、どのような効果があったか。診療内容・人材確保・診療単価・病床利用率・紹介率・経費などの項目を上げて質問した。あわせて、デメリットも回答できるようにした。(問5, 問6)

⑤ 今後の課題について

指定管理者制度を導入して以降、行政側が抱えている問題や経営課題などについて質問した。また、自由記述欄を設け、自由に記入できるようにした。(問8, 問9)

2. アンケート調査の結果とその考察

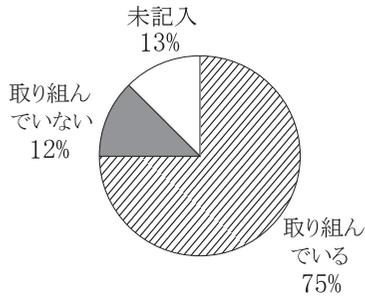
問1 指定管理者制度のもとで、医療水準の確保のために、これまでの診療機能や、診療体制について、変更された内容がありますか。

- () あり その内容 []
() なし その理由 []

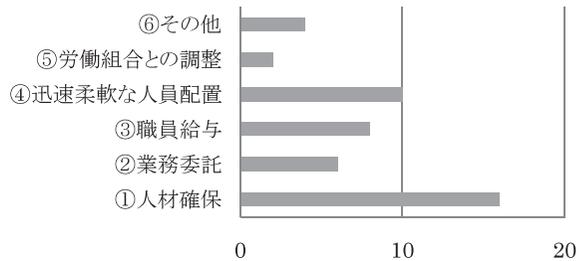
この問1で、変更があったのは10病院、変更がなかったのは14病院であった。変更がないと回答したうちの8病院は、従前より公設民営方式をとっていたためであり、かたちだけを指定管理者制度に移行したものであった。変更があった病院の主な変更点として、救急医療への対応(3病院)、診療科目の増加(3病院)、院外処方の実施、DPC導入、7:1看護の取得、病床数の増加・

③職員の給与（8病院）、②医療周辺サービス業務の委託範囲（6病院）であった。⑥その他や意見として、スポーツ整形専門外来の設置、入院患者の確保、直営部門の委託への切り替え、職員採用の即時対応、医療機器の整備、就労環境の改善（24時間保育）、移行時の職員の確保・給与基準の対応、指定管理者サイドによるさまざまな経営改善の取り組みなどが上げられている。取り組んでいないという病院の回答は、指定管理者に任せている、報告にとどまっているということであった。

問3 取り組みの有無



問3 取り組みの内容



人材の確保や迅速柔軟な人員配置についての取り組みが多かったが、指定管理者制度への移行時には、職員の確保が最優先となり、処遇の配慮をする地方公共団体が多い。しかし、指定管理者制度導入後は、指定管理者が雇用するため行政側の取り組みが薄れるのかと考えていたが、調査結果は逆で、むしろ積極的に取り組んでいた。このことは、従前より、公立病院の経営改善対策のなかで医師はもちろんのこと、コメディカルの確保が重要な課題となっていたことの証左であろう。雇用問題や人員配置については、指定管理者に任せているとはいえ、地方公共団体も共に取り組む姿勢は、病院経営の責任の重大さを認識していることの現れともいえるだろう。

問4 指定管理者制度を導入した病院と、自治体の行政側との連携について伺います。また、実際にどのような会議を設置し、提案がおこなわれ、意見交換、検討がおこなわれていますか。

() 連携している

会議の定例化 () あり () なし 間隔 [月・隔月・週・隔週 回]

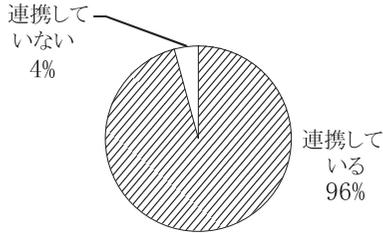
出席者の役職及び担当者名 []

主な会議の内容・検討事項 []

() 連携していない その理由 []

問4では、連携している病院が23と圧倒的に多かった。会議の定例化では、年間12回開催が3病院であったが、1～6回開催は1～2病院であり、定例化していないのは8病院であった。出席者の役職および担当者を見ると、行政側では、首長が出席している病院が7あり、それ以外は、副市長・担当部長・課長クラスの出席であった。指定管理者側は、理事長以下が9病院、病院長以下が3病院であったが、6病院では、病院長も理事長とともに出席している。行政側の首長と指定管理者側の理事長の出席が多いことは、公立病院の生き残りをかけ、病院運営への関心度が

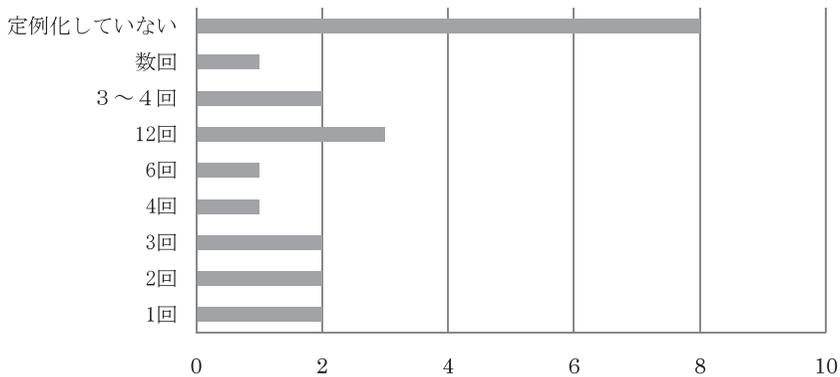
問4 連携について



高いといえよう。1病院が医師会の出席を上げているが、地元医療機関との連携強化の面では必要である。また、看護部の出席についても1病院だけが上げているが、看護部は、病院職員の3分の1を占める組織であり、病院経営の改善に大きく関わる組織でもあるので、今後は、看護部の参加についてもっと前向きに考えるべきであろう。さらに、双方ともほとんどが事務局の役職者を構成メンバーとして上げている。これは、彼らが実質的に双方の連携にお

いて中心的役割を担っているためであり、その意味で、その人材の優秀さが、連携がうまくいくかどうかを左右すると考えられる。

問4 連携会議の回数



問4 連携会議の構成メンバー（重複回答）

	行政側（回答数）	病院側（回答数）	医師会（回答数）
メンバー	市長・村長（7）	理事長（9）	会長（1）
	副市長・副村長（7）	理事（2）	副会長（1）
	局長・課長・係長（22）	病院長・副病院長（11）	理事（1）
	事務担当者（4）	局長・課長・係長（19）	
		看護部長・看護師長（2）	

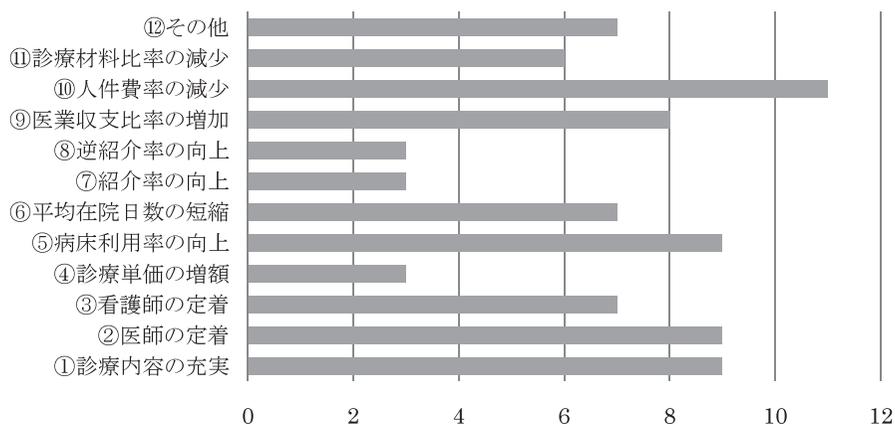
会議の内容・検討事項については、病院運営が10病院、経営状況が11病院、施設整備（病院の建替を含む）が7病院であった。基本協定に関わることとして、利用料金制、医療体制、診療科目の検討、指定管理料、交付金、双方の負担額などを上げている病院もあった。長期計画、病院の規模・機能、各部門・委員会の報告、医師の確保・医師の配置、市の支援体制、医療器械の取得・処分なども上がっている。また、連携していない病院は、その理由として、「必要に応じて協議している」、「電話やメールでの連絡を頻繁におこなっている」と回答している。しかし、いずれにしても、指定管理公立病院の管理運営においては、設置者であり、委託者である地方公

共同体ならびに行政側と受託者である指定管理者のあいだで有機的な連携をはかり、導入後における問題の解決や経営課題への取り組みを通して継続的に検討を重ねていくことが、そこでの医療サービスの質を維持・向上させ、より効率的な病院運営を進めていくために不可欠である。

問5 指定管理者制度を導入され、どのようなメリット、またデメリットがありましたか。メリットには○印、デメリットには×印をつけて下さい。

- () ①診療内容の充実 () ②医師の定着 () ③看護師の定着
 () ④診療単価の増額 () ⑤病床利用率の向上 () ⑥平均在院日数の短縮
 () ⑦紹介率の向上 () ⑧逆紹介率の向上 () ⑨医業収支比率の増加
 () ⑩人件費率の減少 () ⑪診療材料比率の減少
 () ⑫その他 特徴的なこと []

問5 指定管理者制度導入のメリット



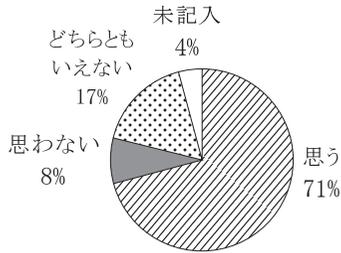
問5で、メリットで多かったのが、⑩人件費率の減少 11病院、①診療内容の充実・②医師の定着・⑤病床利用率の向上 各9病院、⑨医業収支比率の増加 8病院、③看護師の定着・⑥平均在院日数の短縮 7病院であった。⑫その他では、地域への研修事業の実施、救急車の受け入れ、指定管理者の固定資産の購入が上げられている。また、⑫その他のみを回答し、メリットを上げていなかった病院が5あったが、その理由は公設民営の委託業務が指定管理制度に移行しただけで特に変化がないということのようである。給与費の水準が直営と比較してかなり低いこと、累積欠損金を抱えての運営でメリットかデメリットかを判断するのがむずかしい、と記した病院もあった。

デメリットについては、④診療単価の増額、⑤病床利用率の向上、⑩人件費率の減少を上げる病院が各1であった。メリットを上げた病院が圧倒的に多かったが、そのなかでも、「人件費率の減少」という回答が多かったのは、独自の給料表を用い、勤務実績を反映させている結果であろう。診療内容の充実、職員の確保、病床利用率の向上、平均在院日数の短縮など、行政側と指定管理者の双方が経営改善に努力した成果であると考えられる。

問6 指定管理者制度を導入し、医療の質確保、経営改善など総合的に判断して効果があったと思いますか。

- () 思う
 () 思わない その理由 []
 () どちらともいえない

問6 指定管理者制度導入の効果の有無

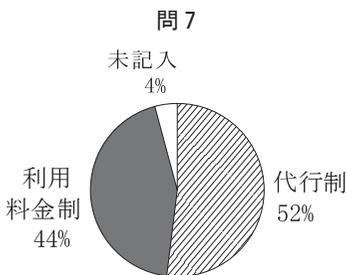


問6で、効果があったと思うと回答したのは17病院、思わないと回答したのは2病院、どちらともいえないが4病院であった。効果があったと回答した理由としては、経営収支の向上(6病院)、医療スタッフの確保(5病院)、サービス向上(3病院)、民間のノウハウ、人事配置の迅速性、看護体制、市の負担がない、などが上げられている。特に、医療スタッフの確保では、4病院が医師の確保ができていると回答している。その一方で、効果があったとは思わなかった理由としては、医師の確保が上げられており、また、

どちらともいえないとした理由としては、従来の管理委託業務が移行しただけで変化がないという回答であった。効果があったと思う回答が3分の2以上の72%を占めているということが明らかになった点は重要であるが、今後は、さらにその詳細な内容や具体的な要因について調査し、考察していく必要があるであろう。

問7 指定管理者制度では、下記のどちらを選択していますか。

- () 代行制
 () 利用料金制 その理由 []



問7で、代行制と回答したのは13病院、利用料金制は11病院であった。代行制では、指定管理者に対する議会の関与・チェック機能がおよび、事業の詳細が把握できるのに対し、利用料金制では、自治体の会計事務の効率化がはかれ、指定管理者の経営努力が発揮しやすくなるというメリットがある¹⁴⁾。利用料金制の採用については、2006年より指定管理者制度を導入した場合、地方財政措置などにおいて直営でおこなうのと同等の財政措置を講じることができるようになった。そのため、

利用料金制を採用する病院が増加する傾向にある。利用料金制では、診療報酬の請求との係わりで当初2ヶ月間は無収益となるため、財政的な体力が必要となる。代行制から利用料金制への移行や、利用料金制の選択は、指定管理者の財政的な余裕にも左右されると考えられる。

問8 今後解決していかなければならない経営課題の、上位5つに○印をお付けください。

- () ①診療内容の充実 () ②医師の定着 () ③看護師の定着

経営課題に対する意見

- 経営の責任者は自治体であり、役割分担をルール化する必要性がある
- 経営を完全に任せているため、特別な対応や求めに対して必ずしも全面的に協力とはいかない
- 地域住民が要望する診療科目については医師確保と費用の問題があり、開設できていない
- 経営問題は、全職員の意識が重要
- 病院改革プランの実行
- 指定管理者のほうで医療現場の対応はスムーズで、予算制度で動く行政方式とは対応面で大きく異なる
- 医師と看護師の確保と増員

問9 公立病院の指定管理者制度に対するご意見などがありましたら、ご自由にご記入下さい。

-
-
-

この問9の問いに対しては7病院による記入であった。アンケートの主旨でもある地域医療の確保や医療水準の向上、経営改善の取り組み、人材確保、自治体と病院の連携強化などに従い、いただいた意見を以下のように整理した。

〈運営方針〉

- 国全体の医療のあり方がどうあるべきかについて整理する必要がある
- どの形態であれ、公立病院の役割と公的負担のあり方を明確にできるかが課題だ
- 不採算部門を補完することを担う公が、民営化に近い指定管理者制度に進むのはいかがか
- 経営をまかせ、人件費を中心に経営状況は改善された、病院の改修にかかる費用を長いビジョンのなかでどう考えるか
- 指定管理者が地域医療にどのような姿勢で臨むか、行政とどのように関わるかを明確にする必要がある
- 公立病院が政策医療をどう守るか、結果として、財政的支援となるので、継続的な支出が予想される

〈行政側と指定管理者の連携〉

- 相互理解を深め、情報交換が必要、経営状況なども随時確認し、状況把握に努める
- 行政側と指定管理者のコミュニケーションが重要
- 指定管理者との契約期間があっても、いつ放棄されるか不安がある

〈人材確保〉

- 自治体側の職員の専門性・継続性が重要
- 形態の見直しの先行事例は強力なリーダーシップを発揮できる人の存在か
- 過疎地域における指定管理者制度は、医師の確保と応募する法人の確保が課題
- 移行時の職員の処遇に関する問題の発生（公務員としての身分保障に固執）
- 医師の確保とコメディカルの確保に苦慮している

V むすびにかえて

ここで、今回のヒアリング調査とアンケート調査の結果を踏まえ、今後の公立病院に対する指定管理者制度の導入を観察していくうえでの要点についてまとめておきたい。

- 1) 公立病院改革で民間手法を活用した経営形態となれば、今のところ、地方独立行政法人化（非公務員型）と指定管理者制度の導入のどちらかである。指定管理者制度では、行政側の一連の業務が簡素化され、指定管理者も経営手腕を発揮できる範囲が広い。地域医療を確保し、病院の存続が重要であるならば、指定管理者制度を導入することもやむをえないだろう。しかし、公立病院の存続が最優先となり、それだけが至上命題となってしまえば、行政側は、協定や通常の連携協議において指定管理者側に譲歩せざるをえなくなる。この点は、指定管理者制度の根幹や正否にかかわるところであり、十分に留意すべきである。
- 2) 行政側と指定管理者側の双方で締結する協定について、中長期的スタンスと短期的調整とをうまくすり合わせていくことが重要である。指定管理公立病院の「指定管理協定期間」が、他の公共サービス施設に比べて長いのは、公立病院の公共性の高さ、施設設備の投資的性質の大きさ、および地域医療サービスの拠点として継続性の大きさなどに起因する。しかし、その一方で、行政側と指定管理者側の双方が、ともに中長期的プランのもとで柔軟性のある協定の運用や連携・協力を進めていく必要がある。
- 3) 上記の点も含め、指定管理者制度の正否は、兎にも角にも行政側と指定管理者側の連携である。指定管理に臨む姿勢、協定の締結、定期的な会議の開催によるコミュニケーションなど、それぞれの場面と方法でそうした連携が求められる。病院の将来像を考え、医療サービスの質と量をどこまで継続し、健全経営を達成させるのか、こうした公立病院本来のミッションに向けて双方がどこまで連携できるかが、指定管理制度の展開のカギを握っている。
- 4) ヒアリング調査でもアンケート調査でも、人材確保に対する課題が多く上げられた。とりわけ、医師の確保についてはきわめて重要であり、医師の離職により患者離れが生じると、患者数の確保が困難となり、経営改善は行き詰る。そうならないためには、行政側と指定管理者側の双方が連携して、診療内容の充実、処遇改善、環境の整備などに関わる対策をとらなければならない。また、地域の医療機関との連携を強化し、救急医療の充実や患者の症例の豊富さなどにより、医師がより学べ、成長できる環境づくりを支援することも重要であろう。こうした医療のための人材確保や病院経営のノウハウを蓄積するための人材育成にも中長期的な視点が不可欠であるが、指定管理公立病院では、やはりそれらが指定管理者の意向やその短期的な視点に引きずられがちである。この点についても、行政側のしっかりとした制御能力が求められる。
- 5) 公立病院に指定管理者制度を導入する場合、医療という専門性の高い公共サービスの提供に関わるために、地域によってその受け皿の選択肢や質に大きな格差があるという問題も無視できない。また、地域の特性から、その導入がもたらす効果に違いが出る可能性があること

にも配慮すべきであろう。しかし、行政側の多くが、指定管理者制度の導入による効果を認めており、病院評価もおおむね導入前よりよくなる傾向にある。指定管理者制度の導入が、独立行政法人として医業経営を成り立たせる力を見出すことがむずかしい地域で、公立病院改革に新風を吹き込んだことに疑いはない。そこで、今後も、こうした指定管理者制度の導入が進行するとすれば、地域において医療サービスの公共性をいかに、どこまで確保するか、また、その問題に関する地域の特性をいかにして確定するかについて改めて問い直す必要に迫られるだろう。

指定管理者制度が、「公」と「民」のはざまにあって「公」から「民」へとという強い方向性をもっていることは確かであるが、その導入による改革の推進は、さらにそれを限りなく「民」へと導くことになる。今回の研究調査からも明らかなように、指定管理者制度の導入による公立病院改革の推進は、公立病院改革そのものをそうした局面へと一挙に押し上げる力をもっていると言ってもよいだろう。2009年3月末現在、全国には54の指定管理公立病院があり、今後も、10の公立病院で指定管理者制度の導入が予定されている。「公立病院改革ガイドライン」からの圧力や要請、ならびに地方自治体の行財政改革からの必要にもよるが、指定管理公立病院は、今後もしばらく増加しつづけるのは明らかであろう。そして、それは、「公」から「民」のあいだで揺れ動く公立病院改革の一部を大きく「民」へと突き動かす大きな力となるにちがいない。

注

- 1) 総務省「公立病院改革ガイドライン」、2007年12月24日。
- 2) 小林甲一/塚原薫/横井由美子/吉川啓子「自治体病院のPFI事業と人的資源の諸問題」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』第45巻第3号、2009年1月を参照。
- 3) 以下のデータについては、すべて総務省「「公」の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果」、2009年10月23日を参照。
- 4) 総務省「最近の公立病院改革の主な事例」、2010年3月を参照。
- 5) 総務省「公立病院改革ガイドライン」、11-12ページ。
- 6) 総務省「公立病院改革プラン策定状況等について」、2009年4月28日ならびに総務省「最近の公立病院改革の主な事例」、2010年3月を参照。
- 7) 公立新小浜病院と雲仙・南島原保健組合に関する以下の説明は、
- 8) この他に、神奈川県横浜市中区新山下3丁目6番3号、7号、9号の一部にわたる敷地面積2,197㎡がある。また、付帯施設として敷地内駐車場、第二駐車場、自転車置場、バス停留所、タクシー乗り場、エネルギーセンター棟（延床面積5,704㎡）、小型船舶接岸可能な護岸（災害時の患者搬送用）、緊急離着陸場、公開空地・プロムナードがある。なお、2005年4月は一般584床で開設、精神50床は2007年度に開床した。
- 9) 標榜されている23の診療科目は、内科、精神科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、ぜん息・アレルギー科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、である。

- 10) 11の政策的医療は、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。
- 11) 2005年度は、純損失645,577千円、経常損失3,206,904千円、医業損失2,948,758千円。2006年度は、純損失898,995千円、経常損失876,249千円、医業損失770,785千円。2007年度は、純損失1,082,685千円、経常損失849,465千円、医業損失760,015千円。
- 12) これ以外にも、入院部門で入手容易性（アクセス容易性）と安全性を、外来部門で待ち時間等について高評価を得ている。なお、改善すべき医療サービスとしては、両部門とも均一のサービスとプライバシーの保護があげられる。
- 13) 「多治見市民病院経営在り方検討委員会答申書」、2008年3月、2ページを参照。
- 14) 雲仙・南島原保健組合とのヒアリング調査時の資料では、代行制のデメリットとして、指定管理者の経営努力が発揮しにくいこと、ならびに緊急な医療機器購入等、予算が伴うものは期間を要することが、利用料金制のデメリットとして、指定管理者に対する議会の関与が薄れること、事業の透明性が低下してしまうこと、収益を上げるためにサービスの質の低下や労働条件の低下が起こることが上げられている。