

自治体病院の経営の問題点

～夕張市立総合病院の経営破綻を踏まえて～

Managerial Problems of Municipal Hospitals – in Light of the Failed Yubari City Municipal General Hospital –

本稿は、39億円に及び一時借入金を抱え経営破綻した夕張市立総合病院がなぜ破綻したかについて紹介をした上で、地方自治体が自治体病院を運営することの意味と限界について議論を行う。

夕張市立総合病院の崩壊は、夕張市役所特有の問題なのか。どの自治体病院も構造的な問題点を抱えており、夕張市立総合病院と同じ構造を持っていると考える。そもそも、果たして自治体病院は必要なのか。政策の目的が明確でないから、公設「公営」か公設「民営」か、それとも「民設民営」かどの手段を選択すべきかが分からなくなる。自治体病院の政策目的はあくまで「民間の医療と併せて」地域の安全・安心のために医療を確保するために存在する。

自治体病院の「お役所流」の中央集権的で、規則にガチガチに固められた意思決定のシステムでは病院経営はできない。医療を維持するために必要なことができない。医療の維持にとって不要なことを「あえて」する。既得権を突き崩すことができない。公設「公営」の自治体病院が、お役所仕事の病理から脱却することができれば公設「民営」であろうとなかろうと構わない。しかし、当たり前のことを当たり前にするには簡単ではない。

夕張市立総合病院にとっては、病院の抱える問題の解決を先送りしたことが、結局、職員や患者にとって大きな不幸を招く結果となった。今後、相当数の自治体病院が夕張市立総合病院のような悲劇を経験することになると考える。

This thesis introduces the bankruptcy case of the Yubari City Municipal General Hospital, with the burden of temporary debts of ¥3.9 billion, and explains the reasons why the hospital has failed. This thesis then discusses the meaning and limitations of running a municipal hospital by local governments.

Is the collapse of the Yubari City Municipal General Hospital a problem specific to the Yubari City government? Any municipal hospital has structural problems ; therefore would the Yubari City Municipal General Hospital be the exceptional case? To start with, is there any need for a municipal hospital? Since the policy purpose is unclear, it is uncertain which measure to choose. The policy purpose of a municipal hospital lies in securing medical care for regional safety and peace of mind in tandem with private medical care.

The bureaucratic, centralized, strict rule-bound decision-making system of municipal hospitals makes it impossible to manage them. They are unable to implement measures required for the maintenance of medical care. Instead they dare to carry out things unnecessary for the maintenance of medical care. They cannot break up vested rights. To the extent that a publicly-run or owned hospital can emerge from evil practices of bureaucracy, it does not matter whether the hospital is under public management or under private management. However, it is not easy to do things taken for granted on a routine basis.

The Yubari City Municipal General Hospital postponed the settlement of its problems, causing serious harm to its employees and patients as a result. A considerable number of municipal hospitals seem to be on the verge of such a tragedy as experienced by the Yubari City Municipal General Hospital in the near the future.



1 | 本稿の趣旨

本稿は、最初に、筆者が病院経営アドバイザーの委嘱を受け医療継続に向けて取り組んでいる夕張市立総合病院の崩壊の事例を紹介する。なぜ、夕張市立総合病院は39億円に及ぶ実質債務を抱え経営破綻したのか、データと現地調査に基づいた分析を行う。その上で、地方自治体が自治体病院を運営することの意味とその限界について考えることとする。

2 | 夕張市立総合病院の経営破綻

平成18年6月20日、北海道夕張市長は、財政再建団体の指定を国に申請する方針を表明した。夕張市役所は、一時借入金の不法な操作により600億円を超える債務を抱えていた。新聞報道等で不法な借入状況が明らかになり、これ以上の借入ができなくなったことによる財政破綻であった。

夕張市立総合病院は病床数171床の総合病院である。標榜科は、内科・整形外科・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・歯科で透析室を持つ。かつては外科・小児科を標榜していたが、医師不在のため当面休診となっている。夕張市立総合病院も39億円の実質債務を抱え、夕張市役所の財政破綻に伴い、経営破綻に追い込まれた。

筆者は、現在、夕張市長から病院経営アドバイザーを委嘱され、夕張市立総合病院の経営診断と夕張市の医療継続に向けた取組みの支援を行っている（任期は平成19年3月末まで）。病院への経営支援を通じて感じることは、夕張市立総合病院の抱える問題は、夕張市役所特有のものではなく、赤字経営や医師不足に苦しむ全国の自治体病院に共通のものであることだ。

夕張市立総合病院の前身は、北炭夕張炭鉱株式会社の経営する夕張炭鉱病院である。明治22年に北海道炭礦鉄道会社による夕張採炭所が開かれて以来、夕張は石炭と共に発展してきた。明治43年3月には夕張炭鉱病院が開設、昭和30年代には、夕張市の人口が10万人を超える

図表1 平成17年度夕張市立総合病院の決算状況

医業収益	1,516,524千円
うち入院収益	651,433千円
うち外来収益	844,107千円
医業費用	1,861,849千円
うち職員給与費	966,725千円
うち材料費	582,829千円
うち減価償却費	56,988千円
うち経費	254,934千円
医業収支比率	82.9%
他会計繰入金	121,284千円
経常損失	-333,719千円

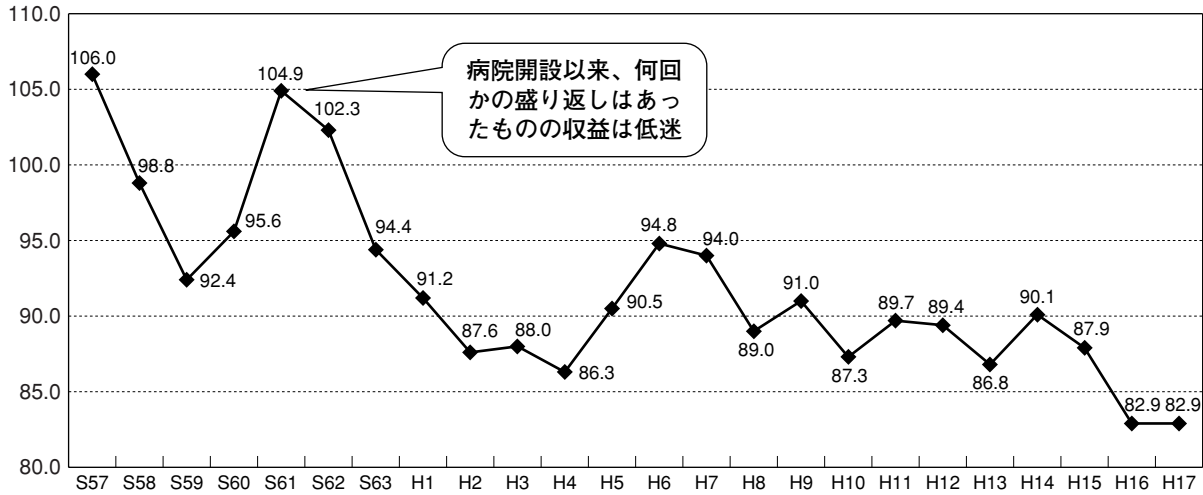
資料：夕張市資料

中で、夕張炭坑病院も北海道における有力病院として地域医療を担ってきた。しかし、石炭から石油へのエネルギー革命が進む中で、石炭は斜陽産業となっていく。昭和56年10月には、北炭夕張炭鉱株式会社の夕張新炭鉱でガス突出事故が発生、93人の死者を出す大事故となった。事故から2か月後、北炭夕張炭鉱株式会社が倒産し、病院の経営を継続できない事態に追い込まれた。昭和57年12月、夕張市役所は夕張炭鉱病院を買い取り、病床数200床の夕張市立病院として新たに運営を行うこととなった。職員の努力により、昭和61年3月には総合病院となるなどしたが、その後は収益が低迷した。平成17年度の夕張市立総合病院の病院決算の状況は15億1652万円の医業収益に対して、医業費用が18億6184万円。医業収支比率は82.9%。3億3371万円の経常損失を生じている。

図表2は、夕張市立総合病院の開設された昭和57年からの医業収支比率の推移である。総合病院となった昭和61年（104.9%）と翌年62年（102.3%）は100%を超えたものの、その後収益は低迷し、平成17年度は82.9%になっている。

図表3は、夕張市病院事業の実質赤字の推移である。毎年3億円程度の赤字が生じている。夕張市役所の財政は破綻状態にあったため、平成13年度及び14年度では、財源不足により一般会計からの繰入金が見送られた。平成15年度及び平成16年度では、一般会計からの繰入れが再開されたが、未収金として計上されたにとどまり、

図表 2 医業収支比率の推移



資料：公営企業年鑑より作成

図表 3 病院事業実質赤字額 単位：億円

	H13	H14	H15	H16	H17
累積額	25.8	29.4	32.2	35.9	39.4
増加額		3.6	2.8	3.7	3.5

資料：北海道企画振興部「夕張市の財政運営に関する調査（平成18年9月11日）より作成

実際の資金移動が行われなかった。この結果、平成13年度に25.8億円であった実質赤字が、平成17年度には39.4億円に拡大していた。

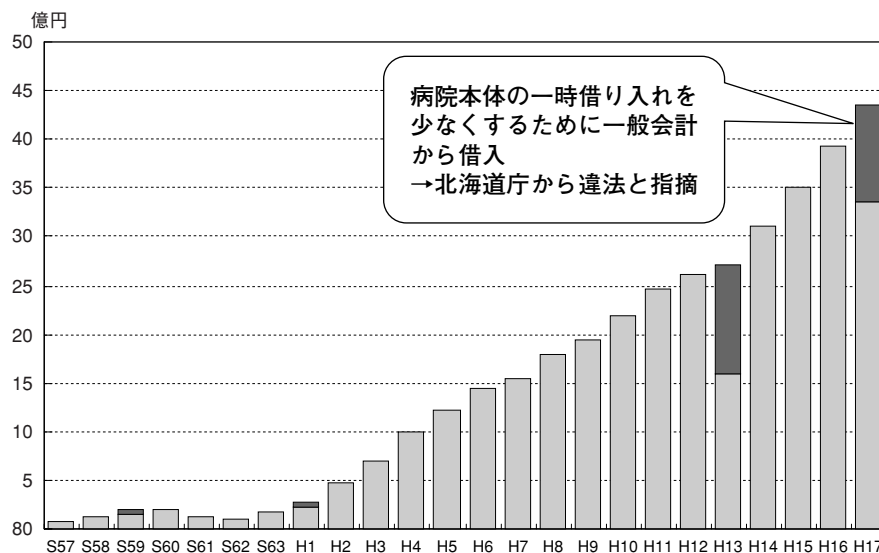
現在も夕張市立総合病院は、多くの入院・外来患者の

受入を行っている。必要な医療を継続しつつ、病院の再建を行っていくことが必要となる。再生再建団体となった夕張市役所からの財源投入はほとんど期待できない。どのように夕張市立総合病院の再建を行うかは病院経営アドバイザーとして、難しい課題となった。

3 | 夕張市立総合病院の経営破綻の要因分析

なぜ、夕張市立総合病院の経営が破綻したか。実際に病院に入って経営分析を行ったところ、次のような問題

図表 4 一時借入金及び一般会計からの借入金等の推移



資料：公営企業年鑑より作成

点が浮かび上がってきた。

(1) 急激な人口減と立地の悪さ

夕張市は、先に述べたように炭坑で栄えた都市である。昭和30年代は人口10万人を超える人口を有していたが、炭坑の閉山と共に人口は減少、現在の人口は1万3千人程度になっている。夕張市立総合病院は、古くから炭坑があり、市役所や飲食街のあった北部地域に建設されていた。炭坑の廃止により、市街地は炭坑入口からJRの特急の停まる新夕張の駅のある南の地域に移っていった。結果として病院の場所は、夕張市のはずれの最北端に立地することになった。人口減と立地の悪さは病院経営にとって足かせとなった。

(2) 医師の退職問題

直接、夕張市立総合病院の医療に影響を与えたのが、医師の退職の問題であった。最盛期に10人近くいた常勤医師が、経営診断中に病院長・診療部長が退職するなどし、平成18年12月時点では3名となっていた。残された医師3名のうち1名は併設の診療所医師、1名は自治医大出身で年度内一杯の期限で道から派遣されている医師であり、結局、副院長1名しか本院に残らないという状況であった。医師退職の大きな要因は、大学医局の変更と医師引き揚げであった。多くの自治体病院が大学の医学部の医局に医師派遣を頼っている。夕張市立総合病院もかつては北海道大学の医局に頼っていた。平成7年内科の医局であった北海道大学が、派遣の条件が折り合わず撤退し、その後を札幌医大からの派遣で内科を維持していた。しかし、新しい臨床研修制度の影響で大学医局も医師不足となり、札幌医大も医師を派遣できなくなった。また、

外科の医局も北海道大学から旭川医大に変更していたが、旭川医大も撤退することとなった。結局、夕張市立総合病院は大学医局から見放された病院となった。

さらに、北海道内の相場からみた医師報酬の低さも夕張市立総合病院に医師が集まらない理由の1つであった。図表5は、夕張市立総合病院と民間を含めた全国や北海道の医師平均報酬との比較表である。夕張市立総合病院の経験年数15年以下の医師の給与総額は、北海道地域の病院と比べて約300万円低い状況にあった。医師報酬は高ければ良いわけではないが、少ないと自己の評価が低く見られるように感じて、やる気を失う医師は多い。

医師の働きがいのなさの象徴の一つとして、社会的入院の問題があった。図表6は、平成18年7月31日における入院患者の状況である。夕張市立総合病院の入院患者67人のうち58人(86.57%)が70歳以上の高齢者であった。これらの人達の相当数が医療的処置というよりは介護を必要とする人達である。実際、医療的に入院の必要性はないのに、入院したい(させたい)から、救急車を呼んで入院をしようとする市民が相当数存在した。

夕張市立総合病院は全ての年齢層の市民に医療を提供する病院ではなかった。国民健康保険の受診動向を見ると、若年・壮年層の多くは夕張市立総合病院に入院・通院せず、市内の診療所や栗山町や岩見沢市内などの病院に入院・通院していた。このような病院では、医師が医療を行うという場面は少なく、技術の向上は期待できない。技術を磨きたい若い医師はこのような病院には集まりにくい。

患者も全てが被害者ではない、加害者的な側面もある。夕張市民の中には、治療費を滞納してそのままという人

図表5 医師報酬の低さ

経験年数	夕張市立病院	北海道平均	全国平均	北海道平均比較
3	12,464,952	10,606,783	823,418	1,858,169
10	14,091,911	14,162,967	11,947,511	-71,056
15	17,239,210	20,530,719	14,266,793	-3,291,509
20	16,778,656	23,075,922	15,327,822	-6,297,266
30	22,647,726	29,657,862	18,811,308	-7,010,136

資料：夕張市資料と(株)産労総合研究所「2006年版病院賃金実態資料」により作成

図表6 平成18年7月31日の入院状況

年齢層	合計	0～14歳	15～64歳	65～69歳	70歳以上
人数(人)	67	0	3	6	58
構成比(%)	100	0	4.48	8.96	86.57

資料：夕張市資料により作成

も多かった。また一部の患者は、医師などの医療スタッフの事情を考えず、厳しく当たった（その一方で、一部の医師の患者への対応も問題であったようだ）。このような人達がいると医師など現場スタッフの士気は落ちる。

(3) 看護師不足

夕張市立総合病院では、看護師の不足も深刻であった。平成15年度には、職員が10人退職。看護職員が34人から24人に減少した。その結果、入院患者を受け入れることが出来なくなり、ベッドコントロールが必要な状況となった。平成17年度も年度末までに9名が退職したにもかかわらず、採用は8名にとどまった。退職者の多くは若い看護師であった。夕張市役所も奨学金制度を作り、若い看護師の確保を目指した。しかし、奨学金制度を受けている職員は、3年間勤務して奨学金を返済した後、すぐに退職する場合も多く、定着しなかった。先に述べたように、夕張市立総合病院は、高齢者の入院がほとんどで、医療的な処置というよりは介護業務が多い。他院にて経験がある看護師にとっては、医師と同様に「なぜこの病院は、こんなことまで看護師がやらなければならないのか？」と、疑問を抱いた。さらに、経営診断中に現場の看護スタッフにヒアリングを行ったところ、正看護師と准看護師の間に深刻な対立があった。准看護師の一部は人一倍熱心に仕事に向かう人もいた。しかし、外部の病院で研修を経験している看護師にとって、夕張市立総合病院しか経験していない准看護師の看護管理のレベルについては納得ができなかった。

(4) 経営のない病院現場

病院幹部・事務職員のマネジメント能力も欠如していた。幹部職員層の間で病院の運営方法等に対して意見の対立があった。職員に病院の目指すべき方向性が示されなかった。命令系統も確立していなかった。職員への指

示も場当たり的であった。病院長も、手をこまねいていたわけではなく、様々な改革の提案をしてきた。しかし、改革の提案は市長や事務職に受け入れられることはなかった。現場から人員の配置や、医療器具の購入等を会議の議題にあげられても、資金不足を理由に先送りされた。

本来であれば病院経営の中核となる事務職員は、病院経営に関して素人であった。事務部門の人員は、事務部長、次長を合わせて11名。民間病院に比べて人数が多い。多くの職員が市長部局からのローテーションで、数年で市役所に帰る人達であった。医療職の職員から病院経営、医療知識等専門知識の不足を指摘されていた。その一方、炭坑病院時代からのどんぶり勘定体質から抜けられず、入院費、治療費の未払いの人達に対しての徴収が甘いという指摘もあった。重要な情報について事務が隠す体質も強かった。必要な情報が副病院長や看護部長など幹部職員に流されなかった。

病院の職場全体も、勤務年数の長い人が幅を利かし、若手の職員が自由に物を言えない雰囲気が存在した。現場の風通しが悪いため、若い職員がすぐ辞める傾向が強かった。医師が周囲の助言に耳を傾けない傾向も強かった。

病院のコスト意識も低かった。医師以外の職員の給料は、北海道内では相対的に安いものの、全国平均から見ると高く、病院の経営を圧迫した。例えば図表7は、准看護師の給料であるが、全国平均に比べて年収で40万円から90万円高かった。事務職員も図表8のように、年収で60万円から150万円高い水準にあった。夕張市立総合病院の経営が39億円を超える一時借り入れを行うなど危機的な状況にある以上、病院の半分以上を占める給与について民間並みに見直すなど大胆な改革が必要であったが、公務員の年功序列の給与体系から離れることができなかった。

図表 7 准看護師給料

経験年数	夕張市立病院	北海道平均	全国平均	北海道平均比較	全国平均比較
15	4,752,753	4,551,944	4,035,839	200,809	716,914
20	4,936,771	5,144,484	4,477,005	-207,713	459,766
25	5,295,827	5,406,726	4,776,133	-110,899	519,694
30	6,097,594	6,110,615	5,155,367	-13,021	942,227
35	6,117,047	6,789,102	5,662,355	-672,055	454,692
40	6,574,178	—	—	—	—

資料：夕張市資料と(株)産労総合研究所「2006年版病院賃金実態資料」により作成

図表 8 事務給料（大卒）

経験年数	夕張市立病院	全国平均	全国平均比較
3	4,845,375	3,308,019	1,537,356
5	4,444,906	3,590,838	854,068
25	7,684,185	6,999,126	685,059
30	8,453,112	7,647,641	805,471
35	8,033,060	7,314,396	718,664

資料：夕張市資料と(株)産労総合研究所「2006年版病院賃金実態資料」により作成

結局、夕張市立総合病院は組織としての体をなしておらず崩壊状況にあった。職員間の信頼もなく、ただ漂うだけの組織となっていた。実際に職員の方々と話してみると、1人1人の職員は悪い人達ではない。皆、真面目に仕事をしていた。しかし、病院のお役所文化の中で、問題を先送りしていた。夕張市役所が財政破綻しなくとも夕張市立総合病院の医療が早晚破綻することは確実であった。たまたま、夕張市役所本体の破綻が早かっただけのことであった。

4 病院再建策の提案

(1) 経営診断書の提出

平成18年8月30日、夕張市立総合病院の経営診断の結果について報告を行った。報告書の作成に当たって病院経営アドバイザーとしての基本的な考えと具体的な提案は、次のとおりであった。

①医療の継続

夕張市役所からの財政支援が期待できない中で、夕張で医療を継続できる体制を確立しなければならない。全国的な医師の不足の現状から、夕張市立総合病院が過去

のように大学医局に頼って多数の医師を確保することは難しい。招聘できる最小限の医師でできる範囲の医療を行わざるを得ない。さらに、入院患者の大多数を占める高齢者が行き先を見失うということは絶対に避けたい。ただし医療だけで対応するのではなく、福祉との連携で対応することを考える。そのような考えから、アドバイザーとして、170床の病院機能を30床の病院と150床の老人保健施設にダウンサイズする提案を行った。新しい病院の経営を安定的・継続的に行うため、診療科を内科と整形外科に絞り込み、非常勤で対応している診療科については廃止すべきとした。

②公設民営での病院運営

「親方夕張市」の意識を持つ夕張市役所職員が病院を運営することは困難である。問題を先送りしてきた夕張市役所の責任は重く、病院スタッフも経営が悪ければ病院がつぶれるという危機意識が足りなかった。夕張市役所からの一般財源の投入はほとんど期待できず、病院自体が自立して経営できる体制を確立しなければならない。指定管理者制度を導入し、夕張市役所が病院を開設するものの運営は民間事業者が行う「公設民営」方式で病院

を運営することを提案した。病院の医療スタッフは全員退職し、新しく医療機関を運営する事業者の職員として働くことにならざるを得ない。その場合、給料は民間の病院水準に基づくことになることを明言した。

改革はスピード感を持って行う必要があること。夕張市役所の中で、病院が先行して自らを改革すべきであること。市立病院の改革が夕張市ひいては全国の自治体病院改革のモデルとなることについての期待を表明した。

(2) 夕張希望の杜による医療の継続

現在、病院の医療は、元瀬棚町立国保診療所長の村上智彦医師が新たに医療法人「夕張希望の杜」を設立し、指定管理者による委託を受け、継続することとなった。継続する医療の形態は、村上医師の目指す医療の形から19床の有床診療所と40床の老人保健施設からなる夕張医療センターとして、在宅医療を中心とした医療提供を行う。村上医師は昨年12月24日夕張市に入り、平成19年1月より夕張市立総合病院の医師として勤務している。

いかに医師の招聘を図るのか、スタッフの再雇用と意識改革をどのように図るか、資金繰りをどのように回すかなど難題は山積している。しかし、「ピンチはチャンス」という言葉があるように、危機を乗り越えて初めて夕張市の医療の再生、ひいては夕張市の再生が実現するものと考えられる。

5 | 自治体病院の存在意義—公設公営の「公営」とはどういう意味があるのか

(1) 質の高い自治体病院経営に必要なこと

夕張市立総合病院の崩壊についての分析を行ってきたが、崩壊の要因の中に「お役所立」である自治体病院の抱える構造的な問題点が存在するように思われる。そもそも、行政が直接公務員を雇用して病院を運営する公設公営の「公営」にはどういう意味があるのか。

公設「公営」の意義を考える前に、質の高い自治体病院経営を実現するために何が重要なのかについて考えてみたい。図表9は、質の高い病院経営を実現するために必要なことを3つのレベル（ガバナンス、マネジメント、オペレーション）で整理した図である。

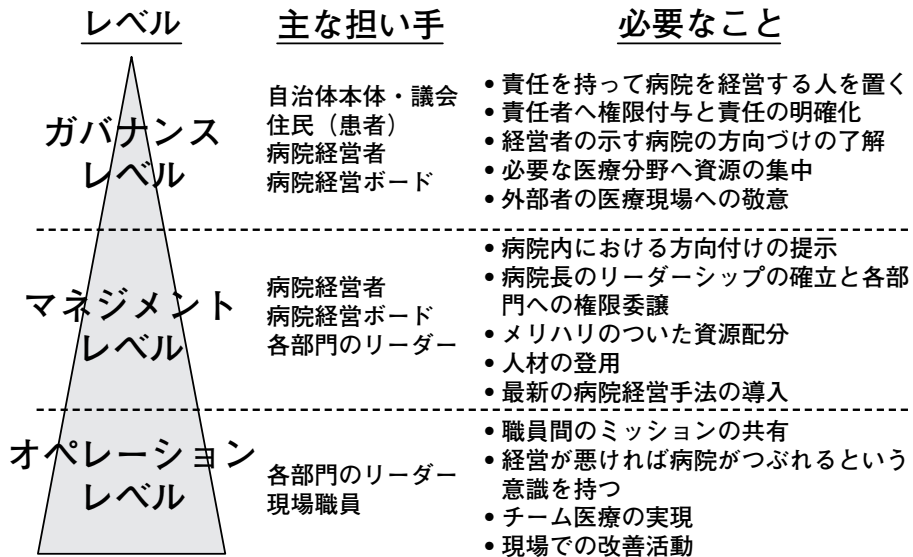
ガバナンスレベルは、自治体病院の病院経営の健全性、安定性を確立するためのシステムといえる。関係者が自治体病院のあり方について考え、役割に応じて具体的な権限と責任が与えられている。病院経営者、病院経営ボードのほか、自治体本体や議会、住民（患者）が主な担い手になる。ガバナンスレベルでは、責任を持って病院を運営する人を置くこと、責任者へ権限付与と責任の明確化をすること、経営者の示す病院の方向づけの了解をすること、必要な医療分野へ資源の集中をすること、外部者の医療現場への敬意が存在することなどが必要となる。

マネジメントレベルは、病院の持つ潜在価値を最大限に活かすため、管理者層が行う各種の戦略行動のレベルである。病院経営者、病院経営ボード、各部門のリーダーが主な担い手になる。マネジメントレベルでは、病院内における方向付けの提示、病院長のリーダーシップの確立と各部門への権限委譲、メリハリのついた資源配分、人材の登用、最新の病院経営手法の導入などが必要である。

オペレーションレベルは、病院現場での作業・業務手順の効率的な運用をどのように図り、収益を上げていくかのレベルである。各部門のリーダー、現場職員が主な担い手になる。オペレーションレベルでは、職員間のミッションの共有、経営が悪ければ病院がつぶれるという意識を持つこと、チーム医療の実現、現場での改善活動などが必要となる。

しかし、実際の自治体病院の現場を見れば、このような状況からほど遠いことが分かる。ガバナンスレベルの問題について考えてみれば、「責任を持って病院を運営する人を置く」ということに関しては、行政組織は、個人を目立たせないし、権限を与えない。「責任者へ権限付与と責任の明確化」も、企画や財政、人事など官房セクションが力を持ち、病院の現場に権限を与えない、官房セクションの指示で経営が上手くいかなくても官房セクションは責任を取らない。「経営者の示す病院の方向づけの了解」も、実際のところほとんどの行政・議会・住民が現状維持に意識が向かう。病院経営者が方針を明確

図表9 質の高い自治体病院経営に必要なこと



資料：筆者作成

にすると必ず反対する人が出る。そもそも議論ができない。自分勝手に、出来ない要求をする。「必要な医療分野へ資源の集中」も必要でないとされる部門から苦情が出て対応ができない。「外部者の医療現場への敬意」についても、地方自治体においては、厳然として現場より本庁、現業職より事務職が偉いと言う文化が存在する。住民（患者）も、医療スタッフへの尊敬は少なくなっており、対立と憎悪の構造になりやすい。多くの自治体病院において、医療スタッフに対して理不尽な要求や攻撃をするクレーム患者が跋扈しており、行政はこのようなクレームに弱い。

マネジメントレベルではどうか。「病院内における方向付けの提示」については、そもそも、自治体病院は最初に行政組織の存在することありきなので、これからの方向付けを考えない。職員が個別の利益に固執する。病院長が病院の方向付けを示せない。実際にある病院で起きた例であるが、新任の病院長が就任に当たり、病院の方針を文書にして幹部職員会に出したものの、副病院長や事務長がその文書の位置づけを単なる参考文書として片づけてしまったという例もある。「病院長のリーダーシップの確立と各部門への権限委譲」も、職員がバラバラで、

病院長に誰も従わない、医療に関しては素人である事務方が病院を仕切るという病院も多い。「メリハリのついた資源配分」に関しても、一度ついた予算や人員は簡単に変更できない。条例や規則が支障となり、スピード感を持って資源配分ができないというのは日常茶飯事である。「人材の登用」も、役所の「昇任までに何年経験しなければならぬ」というルールが優先し、優秀な人材を登用できない。「最新の病院経営手法の導入」についても、事務は医療の素人で、数年で異動する。このような状況では、最新の病院経営手法の導入などは夢である。実際、現在360施設で行われているDPC（診断群分類包括評価：Diagnosis Procedure Combination）は、DPCを採用しない場合に比べて診療報酬が相対的に高いと言われているが、実際にDPCを導入した自治体病院は、少数である。多くの自治体病院が収益増加のチャンスを失っている。

オペレーションレベルでは、職員の「ミッションの共有」については、そもそも職員がバラバラで、病院として共通の意識を持とうという考え方は少ない。「経営が悪ければ病院がつぶれるという意識を持つ」ということについても、ほとんどの職員は自治体病院はつぶれないと

考えている。39億円の実質債務を抱えていた夕張市立総合病院でさえ、多くの職員は病院はつぶれないと考えていた。当然、経営指標には関心がない。「チーム医療の実現」も建前だけで、実際は、部門別のセクショナリズムが強い。「現場での改善活動」も、病院はオペレーションがきちんとシステム化されているため、どんなに非効率な運用になっていても現状を変えることに強い抵抗が存在する。

(2) 公設「公営」のメリット「権威」の体系

いかに、自治体病院の「お役所」体質が質の高い医療の実現に支障となっているかについて議論してきたが、そもそも公設「公営」のメリットとは、どのような点にあるのか。筆者は、公設「公営」の持つ「権威」に、公設「公営」のメリットの根源が存在する（していた）と考えている。すなわち、行政が公務員として病院職員を雇用し、行政のルールで運営し、議会が監視を行うことによって、自治体立の病院として「権威」を与えた。「権威」があることにより、医師やお金を集めやすかった。医師を派遣する大学医局も「権威」のある自治体病院へ競って医師を派遣した。患者からの評価や尊敬が存在した。一般の病院職員も「権威」のある自治体病院に勤務でき、給料も高いので、モラルが比較的高かった。

しかし、時代は変わった。新しい臨床研修制度の導入により、免許を取り立ての若い医師は研修先を自由に選べるようになった。その結果、それまで多くの新人医師が研修先に選んでいた大学医局（病院）に医師がいなくなってしまった。特に、地方にある大学医局ほど研修医師が不足している。そのため、これまで大学医局が医師を派遣していた病院から、医師を引き揚げる動きが起きた。大学医局に医師の確保のほとんどを頼っていた自治体病院は医師引き上げの影響を直接受けることとなった。

医師にも自治体病院の勤務条件の悪さや報酬の低さは知れ渡っており、あえて自治体病院に勤務する（したい）と考える医師は少なくなった。自治体病院に医師を引き留めるためには、大幅な定員の増加や医師報酬の拡大が必要なのであるが、医師の待遇向上は、役所のルールを

変えるので簡単にはできない。国や自治体本体の財政が厳しく、これ以上の自治体病院への資源投入はできない。

住民の自治体病院への尊敬は少なくなり、苦情と憎悪の対象となることが多くなった。事務職員は住民のクレームに弱い。職員も、自治体病院に勤める誇りよりも、現在の既得権を守ることに関心が向かうことが多くなった。かつて輝かしく存在した病院としての「権威」が崩壊した自治体病院は、その残存する自らの「権威」に苦しむという構図がある。

6 | 自治体病院の限界（一時借入金問題と医師不足）

(1) 一時借入金問題—分かっているけど止められない

もう少し具体的に自治体病院の限界について議論してみたい。夕張市立総合病院は、病院の赤字のほとんどを金融機関からの一時借入れでまかなっていた。一時借入金の金額は39億円に及ぶ。地方公営企業法第29条は「管理者は、予算内の支出をするため、一時の借入をすることができる。2前項の規定による借入金は、当該事業年度内に償還しなければならない。但し、資金不足のため償還することができない場合においては、償還することができない金額を限度として、これを借り換えることができる。3前項但書の規定により借り換えた借入金は、1年以内に償還しなければならない。但し、借入金をもってこれを償還するようなことをしてはならない。」と定める。要は、一時借入れは翌年には解消しなければならない。夕張市病院事業の巨額な一時借入金は地方公営企業法第29条の趣旨を完全に逸脱していると言わざるを得ない。

夕張市立総合病院だけが多額の一時借入金を行っているのかと言えばそうではない。相当数の自治体病院が一時借入金によって病院運営を維持している。平成16年度の地方公営企業年鑑によると、全国の自治体病院を運営する都道府県・政令市60事業者のうち、年度末の3月31日現在で、20億円以上の一時借入れを行っている事業者が7事業者、政令市を除く市町村・一部事務組合668事業者のうち、5億円以上の一時借入れを行って

いる事業者が59事業者存在する（図表10）。これらの事業者の一時借入金は、夕張市立総合病院のような恒常的な借入になっている可能性が高い。

医師不足の影響や診療報酬の引き下げの影響で収益が悪化している自治体病院で、一時借入金に頼る自治体はさらに増えているものと考えられる。本来は、抜本的な改革が必要なのであるが、それができない。問題の先送りをする。法律上は違法の可能性が高いのであるが、財政が厳しく一時借りに頼らざるを得ない。

しかし、一時借りに入ればあくまで借金でしかない。病院の経営改善のための抜本的な対策とはならない。最終的に、夕張市立総合病院のような経営破綻を招く可能性が高い。例えば、多額の一時借入金が原因で経営破綻をした病院として宮城県石巻市にある公立深谷病院がある。公立深谷病院は昭和28年、戦後の農村の疾病予防及び医療の確保のため、5つの村の協力を得て広瀬村外4か村国

民健康保険病院組合を開設したのが始まりの病院である。現在は石巻市、東松島市が設置する企業団で運営されている。許可病床数は一般171床で、内科、消化器科、呼吸器科、循環器科、外科、呼吸器外科、産婦人科、整形外科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、麻酔科、リウマチ科を標榜している。昭和63年には自治体立優良病院表彰（両会長表彰）も受けた病院である。

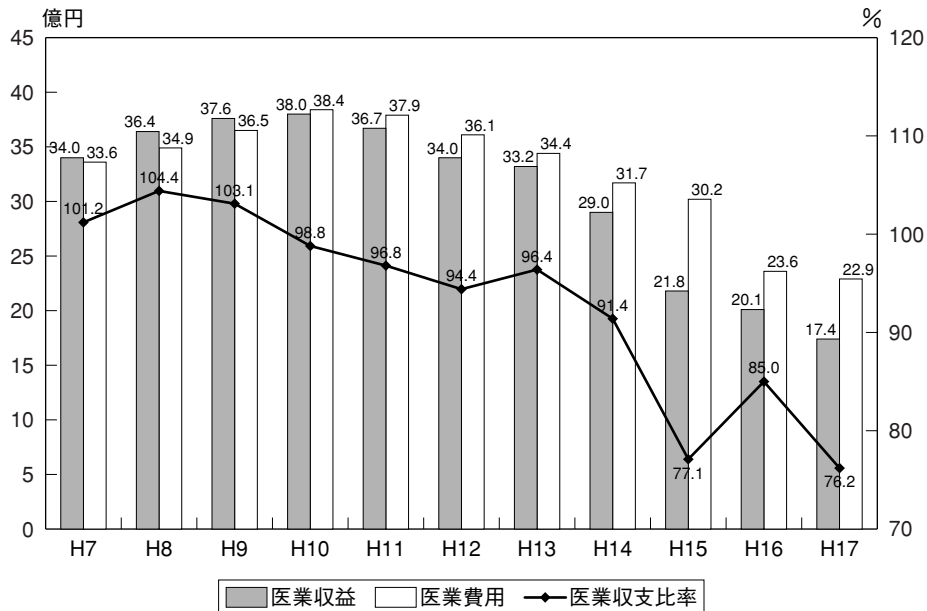
図表11は公立深谷病院の医業収益、医業支出、医業収支比率の推移である。平成9年までは医業収支比率が100%を超える非常に優秀な経営を続けてきたが、その後次第に収益状況が悪化していく。公立深谷病院にとって不幸だったのが平成15年7月に起きた宮城県北部連続地震である。地震により病棟1棟が完全に破壊されてしまい、患者の受入が不可能になってしまう。紆余曲折を経て病棟の再建を図ったものの、今度は、新しい臨床研修制度の影響で、医師の派遣を受けていた大学医局によ

図表10 H16地方公営企業年鑑による一時借入金の多い自治体 単位：千円

(都道府県・政令市：20億円以上)	15兵庫県高砂市	1,500,000	38和歌山県橋本市	880,000
1 大阪市	14,600,000	16大阪府泉佐野市	1,450,000	39宮城県黒川地域行政事務組合
2 大阪府	11,725,671	17山口県山陽小野田市	1,410,000	40岡山県岡山市
3 神戸市	5,869,980	18愛知県常滑市	1,400,000	41熊本県上天草市
4 高知県	5,496,227	19京都府舞鶴市	1,400,000	42奈良県大和高田市
5 岩手県	4,000,000	20滋賀県大津市	1,329,937	43北海道羅臼町
6 新潟県	4,000,000	21熊本県水俣市	1,300,000	44茨城県筑西市
7 愛媛県	2,000,000	22三重県伊勢市	1,250,000	45和歌山県有田市
(その他市町村、組合：5億円以上)	23滋賀県彦根市	1,200,000	46北海道士別市	660,000
1 青森県一部事務組合下北医療センター	24北海道根室市	1,120,000	47福島県相馬方部衛生組合	640,000
	13,230,768	25山形県置賜広域病院組合	1,070,000	48青森県公立金木病院組合
2 北海道夕張市	3,920,000	26三重県松阪市	1,070,000	49宮城県大河原町外1市2町保健医療組合
3 北海道函館市	2,740,000	27青森県黒石市	1,060,000	
4 北海道赤平市	2,330,000	28静岡県浜松市	1,020,000	50大阪府柏原市
5 青森県八戸市	2,154,386	29熊本県荒尾市	1,020,000	51熊本県熊本市
6 北海道室蘭市	2,130,000	30青森県五戸町	997,000	52北海道苫小牧市
7 大阪府堺市	2,130,000	31北海道深川市	955,000	53北海道厚岸町
8 宮城県石巻市	2,070,000	32青森県鶴田町	940,000	54秋田県北秋田市上小阿仁村病院組合
9 新潟県巻町	2,050,000	33青森県板柳町	930,000	
10宮城県塩竈市	2,000,000	34福岡県田川市	910,000	55青森県弘前市
11北海道美唄市	1,920,000	35長崎県大村市	900,637	56福岡県川崎町
12徳島県徳島市	1,905,000	36和歌山県海南市	890,000	57青森県十和田市
13岩手県水沢市	1,750,000	37宮城県河南町矢本町国民健康保険病院		58北海道小樽市
14北海道留萌市	1,660,000	組合	883,980	59山形県米沢市

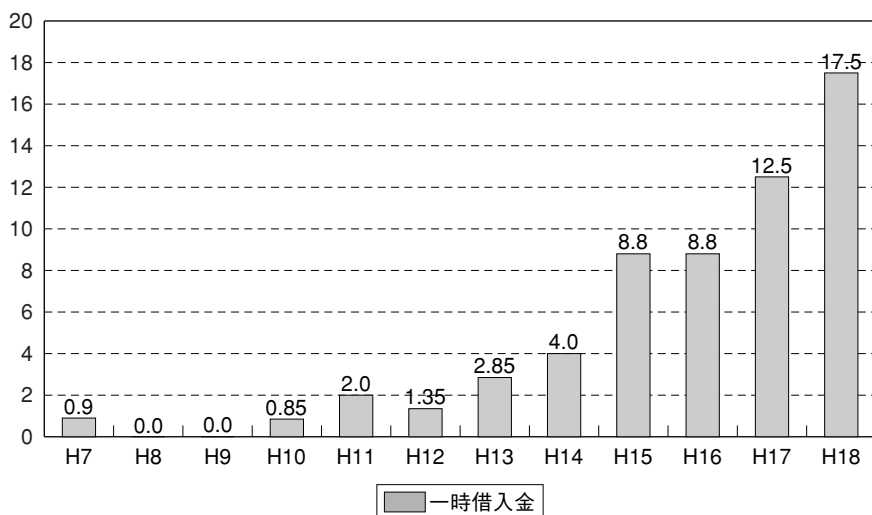
資料：公営企業年鑑より筆者が作成

図表11 公立深谷病院の医業収益・費用、収支比率



資料：公立深谷病院資料より筆者が作成

図表12 公立深谷病院の一時借入金の推移



資料：公立深谷病院資料より筆者が作成

る医師の引き揚げが起きてしまう。その後、医師の報酬を大幅に見直し、医師の招聘を図ったものの、診療報酬の引き下げの影響を受け、収益は伸びなかった。

公立深谷病院も夕張市立総合病院と同様に資金不足を一時借入金で対応していたが、平成18年に、その金額は17.5億円に達していた（図表12）。

公立深谷病院の経営破綻は突然訪れた。平成18年10

月、公立深谷病院は、一時借入金の借入先であった銀行から融資を拒絶されてしまう。夕張市の一時借入金問題から、金融庁が金融機関に対して地方自治体への一時借入金の見直しを求めたことが融資拒絶の原因と言われている。金融機関が融資しないことにより、深谷病院は、職員に10月の給料を支払えない事態に追い込まれた。結局、公立深谷病院は、平成19年3月31日をもって病院

図表13 公立深谷病院の負債額（H18末見込み）

項目	金額	内容
企業債	2,880,238,212	施設、医療機器等の起債償還分
一時借入金	1,751,000,000	病院運営資金の弁済分
債務負担行為	100,396,122	複数年度契約をしているリース等の弁済分
退職手当組合精算額	786,000,000	整理退職扱いとした場合の全職員分の退職手当に係る退職手当組合精算額
合計	5,517,634,334	

資料：公立深谷病院資料より一部抜粋

を解散し、病院施設については民間に貸し付ける（民設民営）ことになった。

余談であるが、公立深谷病院は、資金繰りが完全にショートしてしまったため、平成18年の12月27日になっても職員にボーナスが支給できないという異常事態に追い込まれている。結局、石巻市長が12月27日に行われた12月定例議会に提案する追加議案として1億円の貸し付けを提案。議会の議決を受けて12月29日にこれまでの支給額より3割カットした支給水準で、期末手当が職員に支給されている。記者会見した土井喜美夫市長は「人道的見地から企業団職員の年末年始の生活を思い、1億円の貸付金を用立てることにした」と述べている（三陸河北新報社 平成18年12月27日付）。

図表13は、公立深谷病院の廃止に伴う負債の一覧である。企業債28.8億円、一時借入金17.5億円、債務負担行為1億円、退職手当組合精算額7.8億円、合計で55.1億円に達している。これらの負債は最終的に、石巻市、東松島市の税金で賄われることになる。

地方自治体の財政も厳しく、自治体病院に繰り入れできるお金も限界を超えている。金融機関も夕張市の一時借入金問題を契機に貸し付けについて厳しく対応する傾向が強くなっている。今後、夕張市立総合病院や公立深谷病院のように資金がショートし、経営破綻する病院が増える可能性が高い。それでも、問題を先送りしてしまうのが地方自治体の体質である。

（2）医師不足問題

現在の自治体病院において最大の問題は医師不足である。医師がいなければ医療ができない。医療ができな

ければ収益をあげることができない。税金を使ってどんな豪華な病院を建設しても、医師がいなければ利益は上がらない。大学医局が医師を派遣できないことから、最近では、医師派遣エージェントの医師の紹介を依頼している自治体病院も多い。しかし実際のエージェントの話を聞くと、自治体病院に医師を紹介することは民間病院に比べて難しいようだ。

複数の民間医師派遣エージェントから見た自治体病院の求人募集を見ると次のような問題点があるという。第1に「給与水準が低い」ことである。自治体病院の給与水準に比べて、民間病院の提示する給与水準は相当高い。同じキャリアで同じ規模・条件の自治体病院に勤める医師に比べて200万円～500万円は違う。医師不足に苦しんでいると大きく報道される自治体病院ほど医師報酬が低い傾向があるように思われる。例えば、16人いた医師が8人と半減となり、平成19年4月から救急医療を停止することを表明した高知県のある自治体病院は、卒後10年で標準年俸が1223万円という医師募集広告を出した。現在の医師報酬の相場からすると圧倒的に低い金額である。正直、この金額ではこの自治体病院に勤務しようという医師はいないであろう。

第2に「勤務条件が厳しい」ことである。どの自治体病院も、以前より医師が減っている。しかし、行政にとっては、住民への医療サービスの維持が至上命題であり、診療体制・時間を縮減することができない。診療体制や時間を縮減しようとする会議や市民、マスコミなどの批判を招くことになる。そのため、残った医師が少ない人数でこれまでと同じ診療を行うことになる。診療体制・時間

の縮減は、医師が疲労困憊し疲れ果て、大量退職するまで行われることがないことが多い。多くの医師にとってこのような自治体病院の現状は周知の事実となっている。

第3に「指導・研修体制が充実していない」ことである。若い医師にとって、きちんとした医療知識の指導をする指導医の存在はとても大きい。しかし、自治体病院で、この指導医ができる中堅クラスの医師への待遇はとても悪い。重い仕事と待遇の悪さに絶望し、不本意であるが、退職する医師が多い。研修体制も貧弱だ。医師の仕事は、最新の医学知識を学び続けることが必要な知的な仕事である。学会にも参加しなければならぬし、高価な医学書も購入しなければならない。地方自治体は、このような研修に対する評価が低い。そもそも地方自治体で権力を握っている財政や人事の職員は、行政組織内から得られる情報だけで仕事をしている。「余計な知識がありすぎるとかえって判断が鈍る」と考える職員も多い。正直な話、研修を遊びと考えている。そのような人間が権力を握る地方自治体では、医師の研修に対する理解があるはずがない。

第4に「そもそも求人票の記述量が少ない、情報が無味乾燥」ということである。インターネット上に公開されている医師の人材募集の求人票を読むと自治体病院の記述が少ないことが良く分かる。余計な情報を出さない、情報を隠すという地方自治体の体質が求人票の記述量の少なさの原因になっているように思われる。自治体病院自体が自分を語るべき言葉を持たないということもある。多くの自治体病院が自分たちの病院は何を使命にしているのか、医療において何が特徴であり、これから何を伸ばしていきたいかということを明確にしていない。自治体病院として、伝えたい「言葉」がないから、病院紹介の記述が無味乾燥になる。さらに、自治体病院において求人票の内容を作るのは病院の事務担当であるが、事務担当は数年で本庁に戻ってしまう医療の素人である。病院への思い入れが少なく、医療知識も不足する事務職員が作る求人票では、医師にとって魅力のある求人票となるはずがない。

最後に、「面接の対応も熱心ではない」ということである。民間病院なら病院長、副病院長、看護部長がそろって病院の現状の説明をするという。しかし、多くの自治体病院においては、病院長が単独で面接をしており、しかも面接になって初めて、事務から面接票を渡されるケースが多いという。また、多くの自治体病院が、面接を自分たち病院のことをPRする場と考えず、採用試験と考えていることによるようだ。売り手市場の中で、これでは医師は自治体病院に就職したくはないと思えない。

ある医師人材紹介のエージェントとの話の中で、医師面接を成功させるポイントを紹介していただいたことがある。それは、面接終了時、「ぜひ、我が病院に来てください」と相手の医師を強く握手することらしい。自分が必要とされている病院に医師は勤務する。熱心に誘ってくれ、自分を大切にしてくれる病院に勤務する。当たり前のことだ。しかし、自治体病院の病院長は、あまり握手をしないそうだ。握手をしない「何か」が自治体病院には存在するのではないか。それは、本当に医師に勤務して欲しいという本気さであったり（しょせん自治体病院の院長も雇われ人である）、自治体病院の権威を重んじる体質であったり、医師の採用は事務が最終的に決裁で決定するためであったり（筆者は、実は、これが一番大きいと考えている）、自治体病院には医師の琴線に触れない何かがあるのではないか。それが握手ができないという行動に出ているのではないか。

そもそも多くの地方自治体で医師の「確保」という言い方をしている。これは勤務しようと言う医師の感情について配慮したものではない。これは首長も議員も行政職員も住民も全て同じだ。医師について医療をする「モノ」として考えている象徴が「確保」という言葉に表れていると考える。大学医局の派遣の時代は、「モノ」である「確保」という言葉で済んだのかもしれない。しかし、医師不足の時代、人間としての医師に病院で勤務してもらうためには、医師を「招聘」という言葉の方がふさわしいように思われる。

7 | 果たして自治体病院は必要か？

わが国の医療において一定の役割を占めている自治体病院であるが、果たして自治体病院は必要なのか。よく「民営化によって公共性が果たせなくなる」という議論が存在する。

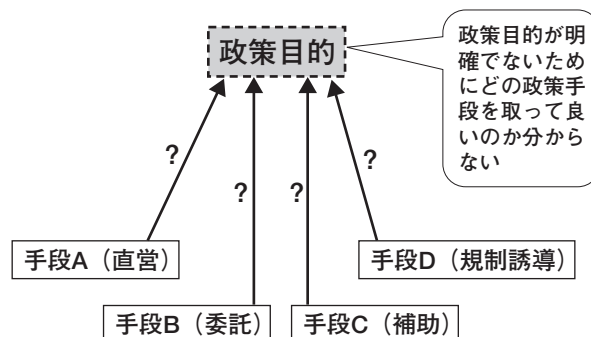
跡見女子大学片山泰輔助教は、このような議論を論理的でないと批判する。公務員が直接労務を提供する（直営）ことも政策選択の1つでしかない。民営化という選択も、補助金や法的規制・誘導と同じく、政策目的のための手段に過ぎない。図表14は、片山助教の考えを筆者が図で整理したものである。片山氏は、問題は政策目的が明確化されていないことにあるとされる。政策の目的が明確でないから、どの手段を選択すべきかが分からなくなるという。そして、政策目的があいまいだから、「民間」への不信もあって、すべて行政が直接行うべきという考え方につながりやすくなる。

それでは、自治体病院の政策目的は何か。地域の医療を全て担うのではなく、図表15のように「民間の医療と併せて」地域の安全・安心のために医療を確保するために存在するのであろう。へき地医療、小児医療、周産期医療、精神科救急・触法患者への対応、結核医療など「不採算医療・政策医療」で民間医療機関が手を出さないものについては、行政が医療機関を整備して医療を提供せざるを得ない。さらに筆者は「民間独占の排除」の視点も忘れてはいけないと考える。民間病院が中心として医療が提供されてきた精神科病院で、人権侵害が発生した例も多かったことは忘れてはいけない。適切な競争による質の確保を行うという視点も重要と考える（当然、これは自治体病院が民間と同じように効率を実現しての前提である）。あくまで、自治体病院は、民間の医療と併せて、地域において医療の質の維持を図ることが存在する理由であると考えられる。

8 | これからの自治体病院—新しい経営形態

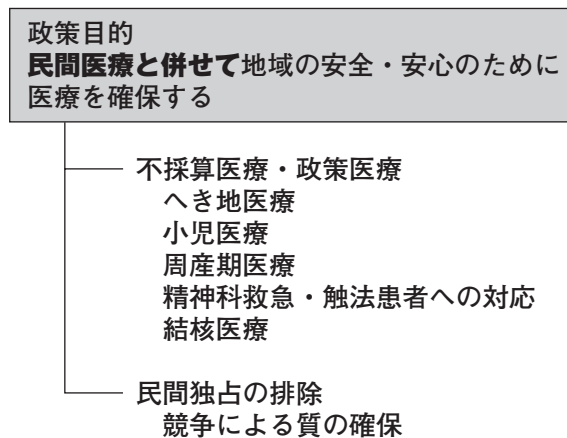
これまで述べてきたように、自治体病院の「お役所流」

図表14 政策目的の不明確さ



資料：片山泰輔『公立文化施設の民営化と公共性の確保』「指定管理者制度で何が変わるか」(水曜社)の議論を参考に作成

図表15 自治体病院の政策目的



資料：筆者作成

の中央集権的で、規則にガチガチに固められた意思決定のシステムでは病院経営ができないと考える。医療を維持するために必要なことができない。医療の維持にとって不要なことを「あえて」する。既得権を突き崩すことができない。確かに、現在の国の進める医療改革の動きは性急で、現場の実情を無視したものであり、問題がある。医療関係者は、国民にもっと医療にお金をかけることの正当性を訴えかけることが必要であると考えられる。しかし、現在の動きを批判するだけで自治体病院が生き残れるかという疑問である。時代の変化に対応していく必要がある。

これまでのやり方で経営を継続していけるのは、一部の病院であると思われる。相当数の自治体病院が、経営形態の変更を迫られることが予想される。これからの自

自治体病院の経営形態のあり方について考えてみたい。

(1) 地方公営企業法の全部適用

現在、組織形態の変更で一番多く採用されているのが「地方公営企業法の全部適用」である。地方自治体の経営する病院は、原則として地方公営企業法の「財務」に関する規定（経営の基本原則、特別会計の設置、経費負担の原則等）が適用されている（行政目的で設置され、一般会計で運営される病院もあり）。地方公営企業法の全部適用は、条例により、「組織」に関する規定及び「職員の身分取扱」に関する規定についても適用することをいう。要するに、首長部局から、新たに組織を分離して、病院を経営する経営者である管理者を置き、責任を持って病院経営を行わせるというものである。図表16のように、知事の権限は予算案と議会への議案提出、監査委員の審査及び議会の認定に附することなどに限定される。職員の任免、予算の原案の作成、資産の取得・管理、契約締結は病院事業管理者の権限になる。

かつて筆者が所属していた埼玉県庁の病院局は、地方公営企業法の全部適用を行い大幅な収益の改善を行った例として有名である。埼玉県病院事業管理者として、平成12年4月に鹿児島市立病院の経営で成果を上げていた武弘道氏を招聘、責任と権限を与えて病院経営を行わせた。その結果、平成9年には最高134億円あった一般会

計繰入金が、平成17年には83億円まで50億円縮減するという成果をあげた。

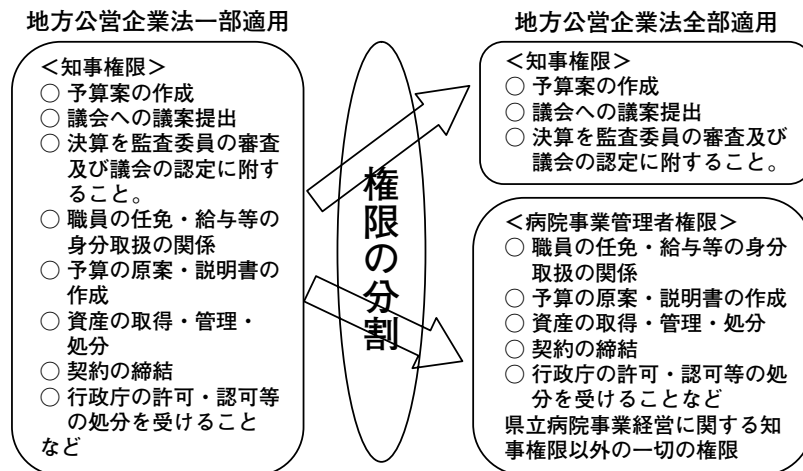
しかし地方公営企業法の全部適用を導入すれば経営改善の効果があがるかといえば疑問である。実際、多くの自治体病院で地方公営企業法の全部適用を行ったものの十分な成果はあがっていない。

成果があがらない理由として、制度を導入したものの病院事業管理者に十分な権限を与えていないことがある。例えば、病院事業管理者を置いたものの病院事業管理者を「病院局長」と呼び、特別職としての待遇ではなく、末端部長の待遇に置いている地方自治体は多い。実際、病院事業管理者の権限も与えられておらず、予算編成や組織定数・職員採用で財政や人事セクションの査定を受けているようだ。これでは、弾力的に運営しなければならない病院経営はできない。埼玉県の場合、当時の土屋義彦知事が武病院事業管理者に病院運営の全てを任せていた。しかし、このような例は例外のようだ。形だけ導入するものの、職員の意識は変わらず、お役所的運営がなされる地方自治体の仕事の典型が地方公営企業法の全部適用であると考えられる。

(2) 地方独立行政法人

「地方独立行政法人」とは、住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において

図表16 地方公営企業法の全部適用



資料：山形県庁資料を一部改変<http://www.pref.yamagata.jp/sm/shingyozai/375000/151219shiryo3.pdf>

確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものと地方公共団体が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、この法律の定めるところにより地方公共団体が設立する法人をいう（地方独立行政法人法第2条第1項）。

職員の身分について、同法第2条2項で「その業務の停滞が住民の生活、地域社会若しくは地域経済の安定に直接かつ著しい支障を及ぼすため、又はその業務運営における中立性及び公正性を特に確保する必要があるため、その役員及び職員に地方公務員の身分を与える必要があるもの」を「特定地方独立行政法人」とし、地方公務員の身分を与えられない一般地方独立行政法人と区別をしている。

地方独立行政法人制度の大きな特徴として、国の地方独立行政法人制度と同様「目標による管理と評価の仕組み」を導入し、「目標→計画→評価→業務運営への反映」という流れを義務付けていることがある。法人の設立団体（地方自治体）の長は、議会の議決を経て3年～5年間の法人が「達成すべき業務運営に関する目標」である「中期目標」を定める（同法25条1項）。法人は、中期目標に基づき、その目標達成のための計画である「中期計画」を作成し、設立団体の長の認可を受け、認可を受けた場合は公表しなければならない（同法26条1項、3項）。さらに法人は、毎事業年度の開始前に、中期計画に基づいて、業務運営に関する計画である「年度計画」を定め、設立団体の長に届け出るとともに、公表しなければならない（同法27条1項）。計画に基づく各法人の成果について、執行機関の附属機関として置かれる地方独立行政法人評価委員会によって評価が行われることとなる（同法28条）。

自治体病院では、平成18年4月に大阪府立5病院が、地方独立行政法人大阪府立病院機構として新たにスタートを切った。自治体組織から独立することで、法人経営者の権限と責任は拡大する。一定の成果は期待できるか

もしれない。しかし、大阪府立病院の場合、病院職員の身分は、特定地方行政法人として公務員の身分を維持し、給与についても大胆な見直しをしていない。果たして公務員としての身分を保障されて、職員が本気で病院の経営改革に取り組むかという疑問である。地方独立行政法人として効果を出すためには、職員が公務員としての身分を失う一般地方独立行政法人とする必要がある。現在、静岡県立3病院と那覇市立病院が平成20年度に向けて非公務員型の独立地方行政法人となることを目指している。

（3）指定管理制度による公設「民営」病院

筆者は、今回、夕張市立総合病院の再建について、公設「民営」による経営委託を提言した。地方自治法第244条の2第3項の指定管理者制度を導入、医療機関の設置は夕張市役所が行って公益性を担保するものの、運営は民間医療機関が効率的に行うことを目指すことを提案した。

指定管理者制度は、平成15年の地方自治法の改正によって導入された制度である。地方自治法第244条の2第3項は「普通地方公共団体は、公の施設の設置の目的を効果的に達成するため必要があると認めるときは、条例の定めるところにより、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するもの（以下本条及び第244条の4において「指定管理者」という。）に、当該公の施設の管理を行わせることができる。」とし、それまで行政及びそれに類似する団体が独占していた公共施設の管理を民間が行える道を開いた。指定管理者制度の対象となる公の施設は市民会館、公園、保育所、老人ホーム、図書館、博物館などあらゆる施設に及ぶ。行政の設置する病院・診療所も公の施設として、指定管理者制度の対象になる。実際、夕張市役所だけでなく、これから、指定管理者制度によって民間運営される自治体病院は多くなっていくものと思われる。

実際に指定管理者として受託をする民間の医療法人について分析をしてみると2つのパターンがあるように思われる。1つは外部誘致型と呼ぶべきもので、既存の民間医

療法人に運営を委託するものである。もう1つは、自立経営型と呼ぶべきもので、それまで自治体病院に勤務する病院職員が中心となり、公務員の身分を離れて医療法人を立ち上げ、運営の委託を受けるものである。民間企業のMBO (management buy-out) に近い形態である。後者は、病院の主要なスタッフがそのまま経営を行うというメリットがある。病院幹部（通常は病院長）が経営権を握り、自分の責任で経営を行うことにより、お役所仕事ではない「本気」の経営が行われることになる。

自立経営型の指定管理者の例として、医療法人財団新大江病院がある。前身の京都府の旧大江町立病院（72床）は、旧大江町の福知山市への合併に際して、町立病院としての病院存続について拒否をされた。旧大江町立病院の関係者は、病院としての医療を継続していくため、病院長が理事長となり、新たに医療法人財団新大江病院を設立。国民健康保険新大江病院として、福知山市の指定管理者の指定を受けている。職員全員が公務員としての身分を離れ、新医療法人の職員となり、職員の給料は准看護師で月8万円から9万円下がることになった。市からの財政支援も年限が決められ、経営が悪ければ病院がつぶれるという危機感の中、今までは、看護師が受け入れを拒否していた重症患者の入院も積極的に受入を行い、病床利用率は急激に向上した。その結果、町立病院時代の平成16年度には1億3554万円の赤字を出していた病院が、平成17年度には4394万円の黒字を出すに至った。図表17は新旧病院の経営状況比較であるが医業収支比率が81.7%から107.1%に急激に改善している。その要因は給与費の減（約1億円）と病床利用率の向上による入院収益増（約3300万円）による。職員が当事者意識を持って努力をしたことが、経営改善の成果につながった例であると考えられる。

（4）社会医療法人による民設民営での病院運営

しかし、「公設」民営でなく、「民設」民営でも質の高い医療は維持できる。例えば、大分県の旧佐賀関町立病院のように、当時の副病院長が医療法人を設立し、経営の譲渡を受け地域医療を支えるという事例も存在してい

る。旧佐賀関町立病院の譲渡を受けた特定・特別医療法人関愛会佐賀関病院は、医師不足の時代に9人の常勤の医師が勤務し、黒字経営を実現している。お役所として制約の多い「公設」よりは、「民設」の方が経営者の裁量の幅は拡大する。

民間の医療法人の問題点である経営者が私利を追求する可能性をチェックし、経営について透明性を高め、より公共性の高い運営が実現すれば、民間医療法人でも「公」に変わって地域医療を担うことは可能である。新しく創設された「社会医療法人」はこのような考え方によって作られた医療法人制度である。社会医療法人は、平成18年6月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」で創設された制度である。改正医療法は社会医療法人の認可要件として、i 役員について同族役員等が1/3以内であ

図表17 大江病院の経営状況比較 単位：千円

	大江町立病院		新大江病院
	H15	H16	H17
入院収益	329,904	353,385	387,243
外来収益	284,234	254,317	259,389
医業収益計	629,225	621,696	680,650
繰入金	190,000	159,243	—
補助金	7,910	6,264	6,024
収入合計	829,926	790,227	700,402
給与費	413,079	449,834	347,540
材料費	220,552	191,347	188,169
企業債利息	11,920	10,347	—
費用合計	790,552	771,742	635,311
経常利益	39,375	18,485	65,091
累積剰余金	▲153,947	▲135,462	43,947
病床稼働率	74.4%	80.5%	87.6%
給与費比率	65.6%	72.4%	51.1%
医業収支比率	83.2%	81.7%	107.1%

医業収支比率の劇的な改善。その要因は病床稼働率の向上による入院収益の増加と職員給与の見直しによる給与費の減

資料：新大江病院資料より筆者が一部抜粋

ること、ii 社団における出資社員について同族関係者が1/3以内であること、iii 財団における評議員について同族関係者が1/3以内であること、iv 「救急医療等確保事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療など）」を実施すること、v 「救急医療等確保事業」を行うことのできる設備、体制、実績を有すること、vi その他公的な運営に関する要件への適合、vii 解散時の残余財産を国等または他の社会医療法人に帰属させる定めとすることを認可要件としている。

社会医療法人は、医療審議会での意見を聴取した上で、都道府県知事が認可することとされ、決算書について、公認会計士または監査法人の監査が必要となっている。社会医療法人は、一定の収益事業や障害者施設の運営が認められるほか、社会医療法人債の発行による資金調達も認められる。

厚生労働省医政局の谷口隆指導課長（当時）は平成18年1月28日に都内で行われた講演会で、「これまで『公』の病院が担ってきた大きな部分を、『民』の主力である社会医療法人に担ってもらうことになる」と述べている（MEDIFAX 平成18年1月31日付）。厚生労働省の新医療計画において自治体病院の指定管理者の受け皿として公益性の高い医療を担うことが想定されている。

9 | おわりに

夕張市立総合病院の崩壊は、夕張市役所特有の問題な

のか。筆者はそう思わない。自治体病院の経営構造の分析を通じて、どの自治体病院も構造的な問題点を抱えており、夕張市立総合病院と同じである。

公設「公営」の自治体病院が、お役所仕事の病理から脱却することができれば公設「民営」であろうとなかろうと構わない。病院経営者の権限を高め、医療を行う上で無意味な行政上のルールを廃止し、メリハリのついた資源配分（医師不足の現在においては、医師に手厚い処遇が必要であろう）と意思決定のスピードを実現する。職員も既得権にしがみつかず、適切な給料で働く。これが実現できれば、公設「公営」でも収益も改善し、医師の招聘への支障も除去することができ、安定的な医療の継続も可能である。自治体病院の持つお役所意識を変えるには、職員1人1人が当事者意識を持てるかにかかっている。自らの病院と考え、自分ができることをする。当たり前なことを当たり前にするのであるが、簡単ではない。

夕張市立総合病院にとっては、夕張市役所本体の債務隠しの問題もあって、病院の抱える問題の解決を先送りしたことが、結局、職員や患者にとって大きな不幸を招く結果となった。問題を先送りすることは、ある意味とても危険な判断である。今後、相当数の自治体病院が夕張市立総合病院のような悲劇を経験することになると思われる。残念ながら、崩壊を経験しなければ物事を理解できないのも人間の習性であるといえる。

【参考文献】

夕張市立病院経営診断書

伊関友伸のブログ <http://iseki77.blog65.fc2.com/>

片山泰輔『公立文化施設の民営化と公共性の確保』「指定管理者制度で何が変わるか」（水曜社）

伊関友伸「独立地方行政法人（行政組織改革に関する調査研究）」平成15年度一橋大学大学院法学研究科総合法政策実務提携センタープロジェクト

伊関友伸「埼玉県立四病院の経営改革」地方行政平成16年11月（時事通信社）

伊関友伸「地方行政自治体立病院の経営」公営企業平成16年12月号（公営企業金融公庫）