

三重県議会公営企業事業の  
民営化検討委員会  
(三重県病院事業)

最終報告書

平成19年2月

＜目 次＞

	頁
1. 県立病院民営化検討の経緯について	1
(1) 検討経緯	1
(2) 検討の視点	1
(3) 検討の基本方針	2
2. 医療政策立案者としての県の役割	3
(1) 医療計画の策定	3
(2) 人材育成・配分	4
(3) 情報集約・管理・分析活用	4
(4) 正当な税金投入のあり方	4
3. 県立病院の担うべき役割	7
4. 自治体立病院を取り巻く環境と課題	8
(1) 病院事業経営を取り巻く環境	8
(2) 自治体立病院の収支及び財政負担の状況	9
(3) 自治体立病院の赤字体質の問題	11
5. 民営化の手段としての経営形態の考察	13
(1) 地方公営企業法の全部適用(現状)	14
(2) 地方独立行政法人	15
(3) 公設民営化(指定管理者制度の適用による民間委託)	16
(4) 民間への譲渡、統合・PFI方式、縮小・廃止	17
(5) その他	18
6. 県立4病院の現状評価と改革の方向	20
(1) 評価の視点	20
(2) 総合医療センター	24
(3) こころの医療センター	26
(4) 一志病院	27
(5) 志摩病院	28
7. 今後県が果たすべき役割について	31
(1) 県全体の医療の充足を満たすため、地域医療計画を策定し、市町に対して必要な支援を行うこと。	31
(2) 医療を充足させるために必要な医師・看護師等の人材確保のため、県が主導的役割を果たすこと。	31
(3) セーフティネットを確立すること。	31
8. 今後県が取り組むべきアクションプラン	32
(1) 県のリーダーシップによる関係者連絡機関を設置すること	32
(2) 県の医療行政の全体像のアウトプットを提示すること	32
(3) 経営形態に関するシミュレーションを実施し、各形態ごとの県民負担を算出・明示すること	32
(4) 医師の確保・育成と定着のプランを作成すること	33

## 1. 県立病院民営化検討の経緯について

### (1) 検討経緯

三重県議会では、平成17年度より議長の諮問機関として「公営企業事業の民営化検討委員会」を設置し、県政の最重要課題の一つである公営企業事業の民営化について検討を行ってきた。平成17年度は、企業庁の3事業の民営化についての提言をとりまとめた。平成18年度は、病院事業庁の県立病院改革を巡る諸問題について、県医療行政の観点を含めて検討を行った。三重県病院事業庁は、病院事業として平成11年に地方公営企業法の全部適用を行い、またバランスト・スコアカードの導入を図るなど国内では先進的事例であり、一定程度の経営改善は実現してきたが、構造的な問題を抱える公立病院としての経営改革には踏み込めてはいない。県医療行政の視点からもその役割を見直し、県民主役の病院事業の改革について、県医療行政の観点からその在り方をゼロベースで検討した。

### (2) 検討の視点

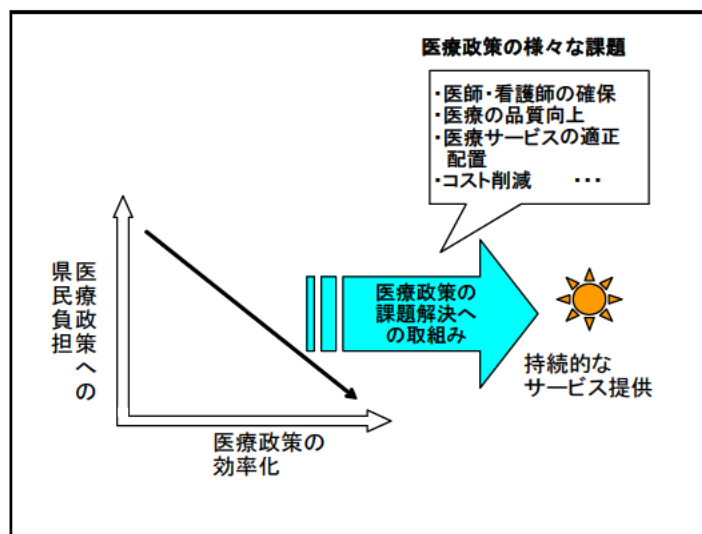
検討の対象は、病院事業庁の県立病院事業であるが、その在り方を、検討に必要な県医療行政の観点からみた改革の方向をもあわせて検討した。具体的な視点は、下記のとおりである。

#### ① 地域マネジメントの視点

地域マネジメントの視点から、公共サービスも供給責任と供給主体に分けて考えれば、一般的に行政区域における公共サービスの確保（供給責任）は、行政の役割である。この点は、医療サービスについても同様である。

#### ② 地域公共財の視点

地域公共財は、その便益の及ぶ範囲に応じてその供給責任主体を決定する。県が供給責任を負うのは、基礎自治体のレベルを大きく超えて便益が県域に広く及ぶものに限定



される。また、県が、県民にとって必要な医療を確保し、なおかつ効率的に供給することにより、結果として県民の負担軽減につながる。これは、受益と負担を一致させるという意味でも重要である。具体的には、県域に広く便益が及ぶ医療政策や高度医療は県の関与が必要であるが、県立病院の担う機能と受益者の範囲によって、経営主体を決定する。

### ③ 公営企業の特長

公営企業は、利益・売上などの財務指標の向上を第一の経営目標とせざるをえない民間企業に比べて、社会的意義・ミッション（使命）の実現を第一の経営目標として設定しやすい。公立病院のマネジメント上の特長としては、医療政策との連携を図りやすいことがある。

### ④ 民営化の定義とメリット

民営化とは、公営企業の民間企業化という狭義の民営化だけではなく、経済活動に占める民間企業のウェートを高めるという意味での広義の民営化を含む。この意味では、公営企業事業の民間企業化はもちろん、PFI、指定管理者制度の競争的な運用、民間委託などの市場メカニズムを活用する手法のほとんどすべてが対象となる。民営化のメリットは、なによりもまず、サービスの質の向上と裁量の拡大による経営の効率化にある。あわせて、行政組織の簡素化、県財政の健全化への期待も大きい。

## (3) 検討の基本方針

病院事業庁の在り方の検討に当たっては、①対象となる事業の一般的な特性を検討の起点とするが、②病院事業庁事業固有の特性に基づいた改革の選択肢を導出することを目的とする。関連の深い医療行政の領域についても、同様である。

検討の手順としては、①県域全体の医療サービス確保という観点から、関連する医療行政と県立病院の現状分析を行い、②現在の県立病院の役割を見直し、③必要性が確認されたものについてはミッションを再定義する。その上で、④個々の県立病院のミッションを有効かつ効率的に達成しうる経営形態を、受け皿論などの実施可能性をも考慮し検討する。

## 2. 医療政策立案者としての県の役割

県は、すべての県民に対して公平で高質な医療サービスを提供するための環境を整備する責任を有していると考えられる。環境の整備には、病院の建屋や医療装備等のほか、医師、看護師、コメディカル<sup>1</sup>やノンメディカルスタッフ<sup>2</sup>の人材確保及び教育体制の整備への配慮が必要である。

これら環境の整備は無計画に実施されるべきではなく、公費（税金等）を投入する以上、県民の理解を得られる最も効率的な方法を選択する責任も同時に有していると考えられる。ここで言う効率的とは、「費用対効果を十分に考慮しつつ、サービス機能の向上を常に目指して患者満足を充足し、その結果として経営的にも安定的な状況を実現する」ことである。

さらに、県の置かれている状況や将来の状況を客観的に把握し、短期・中長期の保健、医療、福祉サービスの充実を図らなければならない。特に高齢化が進展する中、県民の健康度に合わせて保健・医療・福祉サービスをシームレスに提供する責任を有していると考えられる。その時、県は、公的、民間の経営主体に関わらず、最適なサービス提供が可能になるように、県内及び近隣地域内での連携を積極的に推進することを必須の責務としなければならない。

### (1) 医療計画の策定

県は「政策的に必要な医療機能」である、がん、精神、救急、小児、特殊感染、へき地、災害等の供給体制を整備する責任を有していると考えられるが、県民すべてに対して公正にそして公平にサービス提供するための医療資源の再配分は、県立4病院のみを対象にして解決できるものではなく、他の医療機関を含めた総合的な県の医療体制の構図を描いた上で、それぞれの在り方を決めていく必要がある。

三重県の地形的状況を考えてみると、県の信頼感ある（県とのつながりのある）高度医療施設を最小限確保するという点では、特に東紀州医療圏がやや手薄ではないかと思われる。県立病院が、地域医療の空白部分を埋める役割に徹する、特に医師の集めにくい診療科を確保するというのも検討すべき方向性の一つであるが、その場合東紀州地域のよう県立病院が存在しない地域においては、本来県立病院が担当すべき役割を代替手段によって確保することが公平である。4病院にこだわるのではなく、既存の民間病院等でその役割を担えるものがあれば、県とのタイアップのもとで、県立病院としての機能を分担する仕組みも検討する必要がある。基礎自治体立病院や民間病院、診療所等も含めて、医療資源の配分を適切かつ公平にするための踏み込んだ施策が求められている。

自治体立病院に限らず県全体の医療運営は、県の重要な役割となった。まず県が地域の医療資源を効率的に用い、医療費の県民負担を軽減するため、これまでの病院完結型

---

<sup>1</sup> [comedical staff] 医師・看護師以外の医療従事者。薬剤師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士など。

<sup>2</sup> [non-medical staff] 総務、医事会計、施設管理などの事務職、病棟事務員など。

の医療から、地域完結型の医療に改編する地域医療計画を策定することが必要（知事権限の強化）となっている。県は自治体立病院経営そのものからは徐々に遠のくとしても、医療全体の基盤づくりに積極的に軸をシフトして注力していく必要がある。

## (2) 人材育成・配分

医師、看護師の需給がひっ迫している現在、それらの人材の確保が急務であり県は相応の役割を果たすことが期待されている。特に東紀州医療圏に対しては、医師の派遣について特段の配慮がなされるべきである。

県としては、特に深刻な医師不足に対処するため、その育成と配分に最も意を用いるべきである。県内の病院関係者が参画する連絡協議会などの場を設けて医師の充足状況、勤務状況を把握する、医師確保のために専属部隊を設けて、全国ベースで募集活動を行う、県立病院等の研修体制をバックアップし、内容の充実を図る、医師の処遇の見直し、医師の病院間のローテーション実施、診療科によっては医師配置の病院間での集約化を行うなどの施策が求められる。

## (3) 情報集約・管理・分析活用

県の役割として、医療にかかるデータベースの充実と活用を図る必要がある。医療行政の脈絡の中で医療の実態が分析され、その後の施策にフィードバックされていかなくてはならない。また病院間連携などを進めるためには、個々の病状や診療行為自体のデータ管理と共有化が不可避となる。

## (4) 正当な税金投入のあり方

県が直接行うべき医療経営は、原則的には「3. 県立病院の担うべき役割」（7頁）に示すとおりかなり絞られる。その範囲で税金投入が正当化される。県からの委託関係に基づいて、その他の公立や民間病院で実施される同種の事務事業に対しても、イコールフットィング<sup>3</sup>で支給されるべきものである。

県の政策医療は、県立病院だけで担うものではなく、民間・基礎自治体立病院もまた担い手となりうることから、県が民間・基礎自治体立病院に委託し、税金を投入することは正当であると認識しなければならない。

すべての県民に対して公平で高質な医療サービスを提供するための環境を整備する責任を果たすために投入すべき税金の用途は、具体的には以下の3つに整理される。

- ①県全体の医療を支える医師等医療職の育成と確保のための繰り出し（病院サイドで特に追加的コストとなる部分）
- ②県民が最終的によりどころとする（事実上そこでしか受けられない）医療行為に対

---

<sup>3</sup> [equal footing] 競争を行う際の諸条件を平等にすること。例えば、同一産業の中のある企業だけに認められた優遇措置を廃止するなど。

する補助

(災害時の医療、重大感染症等、通常の準備に過大なコスト負担を要するものも含まれる)

- ③県民の医療アクセスを均等にするために必要となる支出（公立病院にとどまらず、民間機関などへの委託費、へき地への医師の派遣に要する特別手当、交通アクセスの改善等も含まれる)

## 【参 考】

平成18年9月19日、当検討委員会は、厚生労働省医政局指導課から強い推薦のあった信友 浩一 九州大学大学院医療システム学教室 教授から、「医療制度改革と自治体立病院を含む病院経営のあり方」について情報提供を受けたが、その概要については次のとおりである。

- 1 これまでの医療は施設完結型であったが、医師、看護師不足といったマンパワーが不足する今後は、地域完結型に向かうことになる。現行の医師法は業務統制型ではなく、免許さえあればよい、自由にできる制度である。今の医師は看護師等ができることまでやって自ら忙しくしており、看護師に任せることができるものは看護師に任せるべきである。日本型業務の再配分が必要である。
- 2 医者でなければ病院長になれないのは日本だけである。医師は開設者としての発想は弱い。我が国は国公立病院であればいい医療をやっている、地域に必要な医療をやっている「はず」の世界にずっと閉じこもっていたけれど、データで何をしているか見ましようという世界に入ったということが今回の医療制度改革である。
- 3 自治体立病院には税金が入っているが、税なしでも医療を提供している所に比べて、税の効果、税を使つて的確に治療を受けた人と、税を使わずに的確に医療を受けた人との税の効果、公平性について、福岡県知事から命を受けて5つの県立病院の見直しをしたとき、データを行政から出してもらって検討したが、税がその患者に使わなければいけないという必然性は見えてこなかった。

そういった政策的、政治的な認識に立って今回なされた医療制度改革に従って、あまりにも多い医療施設を統廃合して、必要なマンパワーを集中、特化させて、急性期医療を担う病院等へ再配分していくことによって、国民、患者の期待に応えられるというための第一歩が今回の医療制度改革である。

- 4 それを推進するためのツールが3つある。

- (1) 形骸化している医療計画について、実態に合った形での医療資源の再配分、個々の病院の機能の分化と連携をとって、地域完結型の医療を地域の病院が担えるように、知事が積極的にデータに基づいて原案を提示し、公表する権限が付与された。

現場に即した医療提供体制ができるように医療計画を作成することが、政府が

考えた医療計画の重み、位置づけである。

- (2) データに基づく医療施設の指定により、調査分析ができる体制整備のための育成が始まっている。新たに社会医療法人という公益法人の器によって、医療の再編を行うことができ、地域の医療再生を担っていくことも考えられる。
- (3) 開設者を評価するプログラムにより、県立病院を見直すことが行われている。そうすれば合理的、有効に公平に税金が使われて、地域が守れるということが分かってもらえるのではないか。

県立病院でなければいけない必然性はなく、県立病院という運営形態、地方公務員という身分が必要であるという理由はない。継続性のためには財務、人件費の10年から15年にわたる予測を明示したうえで、県立病院の在り方を考える必要がある。



### 3. 県立病院の担うべき役割

現在の医療環境、三重県の地形的状況を踏まえると、今時点で県立病院が担うべき役割は、以下の3点に整理されるのではないかと考えられる。

- ① 高度先端医療の最終的なよりどころ（\*高度がん治療のように、県レベルで一つあれば望ましいような機能）
- ② 県民が居住地域に関わらず、公平に医療サービスの恩恵を受けられること（医療空白地域の補完）
- ③ 県の次世代を担う優秀な医師を根付かせるよう、教育、研修を企画・実施すること

現在県立病院が提供しているサービスには、本来県レベルで行うべきものと、そうでないものが混在している。また、県立病院が全県をカバーできているわけではなく、医療政策と実際の医療サービスの提供を分けて考えるべきである。県民に等しく高質な医療サービスを提供するために、必ずしも全てが県営である必要はない。こころの医療センターを除き、利用者はその病院周辺の狭い地域に限定されており、納税者が遍く活用する病院とはなっておらず、受益と負担の一致の観点に欠けるきらいがある。

もともと三重県のように、地形的に南北に長い、山地が入りこんでいて、地域によっては都市部へのアクセスが容易でないなどが特徴としてあげられる場合には、自治体（県）によるバックアップのもとで、ある程度地域を限定しての医療サービスが提供されることは必ずしも否定されない。

三重県では、これらの役割を果たすことを目的として計画的に県立病院を整備したわけではなく、いろいろな経営主体から引き継いで運営されてきたが、近年赤字経営が続いており、毎年多くの県負担が生じている。自治体の財政の負担を軽減し、負担に見合う医療サービス提供を可能とするために、多くの自治体で民間活力の導入が進んでいる。三重県でも民間活力の導入の検討を進める必要がある。

県民に対して、良質な医療サービスを、公平に、最も少ない税金負担で提供する、という目的を考えた場合、負担に見合う医療サービス提供を行う観点から、三重県においては現在の4県立病院の担うべき役割を明確化し、一定の選択と集中を行うことが必要である。

その上で、民間のみで実施不可能な事業を県が補完する観点から、県立病院の今後の在り方を検討する必要がある。

#### 4. 自治体病院を取り巻く環境と課題

##### (1) 病院事業経営を取り巻く環境

わが国の医療提供体制は、国民皆保険制度の下で、国民が容易に医療機関を利用できる体制の整備が図られてきたが、現在は必要病床数を上回る整備がされ、国際的にも人口当たりの病床数が多いこと、平均在院日数が長いことや、1床当たりの医療従事者が少ないことが指摘されている。

また、急性期の患者と長期療養が必要な患者とが混在することが多く、外来についても大病院、中小病院、診療所の機能分化が十分ではなく、大病院への患者が集中するなどの問題も指摘されている。

今回の診療報酬改訂も、改定率が▲3.16%とマイナス改定となり、ますます経営の舵取りが難しい時代に突入した。また、他の医療制度改革のスピードも加速し、中長期の経営目標を策定するには、病院経営のプロの招へいや養成が必要な時代となった。診療報酬の動向を読み、増収対策に必要な施設基準の取得の方法論を策定し、それに必要な人材の確保や収支シミュレーションの策定など、タイムリーな経営の舵取りが益々重要となった。

\*診療報酬改定率の推移

単位：%

年 度	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18
診療報酬改定率	4.8	—	3.4	1.25	1.5	—	1.9	—	▲1.3	—	0.0	—	▲3.16
(医 科)	(5.2)		(3.6)	(1.31)	(1.5)		(1.9)		(▲1.3)		(0.0)		(▲3.30)

今回の医療制度改革は、現行制度で推移すると20年後には国民医療費が2倍に膨れ上がるための対応として、高齢者の負担増、高齢者向けの療養病床を38万床から15万床に削減、生活習慣病予防対策事業の推進などを挙げているが、医療給付費の抑制ありきは否めない。

なお、産科、小児科、救急等の医師不足問題について、抜本的な対策は示されていない。

自治体立病院は、地域医療の中核としての役割や政策的医療を提供する役割を担ってきたといえるが、他の近隣公的病院の存在や民間医療法人の医療サービス高度化等によって、その役割が曖昧となってきている。

平成17年11月の経済財政諮問会議においては、地方公務員の一層の純減の上積みの確保と、公営企業等の地方独立行政法人化(非公務員型)、民営化を進めるとしている。

「国から地方」、「官から民へ」の流れの中、また、国の医療費抑制を重点とする医療制

度改革、地方財政がますます厳しくなる状況において、自治体立病院が民間医療機関とどのように役割が違っているのか、役割分担されているのかを明確にするためにも、自治体立病院の在り方が問われており、改革・見直しが不可欠な状況となっている。

## (2) 自治体立病院の収支及び財政負担の状況

厚生労働省の医療施設調査(H16.10)によると、全国の病院 9,077 に占める自治体立病院は 11.8%の 1,074、病床数は 15.6%を占めており、自治体立病院の役割としては、へき地医療拠点病院、地域がん診療拠点病院、地域災害医療センター、救命救急センター、エイズ治療拠点病院などである。

また、総務省の地方公営企業年鑑(H11～15年度)によると、自治体立病院の6割を超える病院が赤字であり、自治体からの繰り入れなどの補填がなければ、その経営状況はほとんど赤字であり、自治体からの一般会計等からの繰り入れがなくても黒字である病院は25病院にすぎない。一般的には私的病院は黒字傾向であるが、自治体立病院は赤字傾向であるとも言える。

自治体における病院事業は、過去10年間において、その80%近い事業が赤字となり(図表-1参照)、平成16年度における累積欠損金は実に1兆6826億円に達しており、その経営の在り方が大きな課題となっている。

(図表-1) 公的病院と私立病院の経営状況の比較 (平成15年度)

公的病院と私立病院の経営状況の比較 (平成15年度)												
開設者区分	黒赤区分	構成比 (%)	病床数	病床利用率 (%)	平均在院日数	外来/入院比	患者100人 当たり職員数	100床当たり医療 収益(単位:千円)	100床当たり医療 費用(単位:千円)	医療収益対 医療利益率(%)	経常収益対 経常利益率(%)	
公 的	自治体	黒字病院	11.7	256.1	84.7	19.5	3.0	70.4	1,786,558	1,717,066	3.9	1.1
		赤字病院	88.3	236.2	78.3	19.5	2.9	73.6	1,547,110	1,739,413	-12.4	-12.7
	その他公的	黒字病院	55.6	381.6	83.5	17.6	2.7	78.7	1,899,248	1,840,843	3.1	2.7
		赤字病院	44.4	316.4	79.3	18.4	2.8	80.1	1,724,687	1,788,826	-3.7	-4.1
	社会保険	黒字病院	64.3	335.8	81.4	16.8	3.0	77.5	1,920,104	1,871,388	2.5	2.7
		赤字病院	35.7	245.6	76.7	16.4	3.1	78.2	1,733,869	1,800,041	-3.8	-3.6
公的計	黒字病院	26.1	332.2	83.3	17.8	2.9	76.3	1,877,044	1,818,212	3.1	2.3	
	赤字病院	73.9	247.0	78.4	19.1	2.9	74.9	1,584,969	1,750,330	-10.4	-10.8	
私 立	医療法人	黒字病院	75.0	129.0	83.5	34.1	1.8	72.7	N.A	N.A	5.7	5.5
		赤字病院	25.0	119.9	77.5	31.0	2.0	75.5	N.A	N.A	-4.4	-3.1

1. 出典：『平成15年度病院経営指標(医療法人病院の決算分析)』、『平成15年度病院経営収支調査年報』

2. 精神、結核、療養等を専門としない一般病院を対象としている。

3. 「公的」の内訳欄中の「その他公的」は、日赤、済生会、厚生連、北海道社会事業協会が開設する病院である。

4.「公的」の内訳欄中の「社会保険」は、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、各種共済組合及びその連合会等の社会保険関係団体が開設する病院である。

一方で、多くの病院が健全な経営を行っている民間病院との経営効率の差は図表－1に示すとおり歴然としてきており、公的病院と経営環境においてイコールフットイングがなされていない状況においても、黒字経営を行っている病院が多い。公的病院に公費（税金）が多額に投入される一方で、民間病院は企業並みの30%の税金負担を負ってなお、健全経営している。今後民間病院とのベンチマークを行い、その課題を客観的に明らかにすることが重要であるとの認識が高まっている。（図表－2参照）

（図表－2）公私病院のアン・イコールフットイングの状況

公私病院のアン・イコールフットイングの状況 開設者による運営の差				
開設者種別	収入源	施設設備費	税金	赤字の補填
国(独法含む)	診療費	国	非課税	国
地方自治体(移行型独法含む)	診療費	地方自治体	非課税	地方公共団体
日赤・済生会・厚生連など	診療費	診療費	非課税(「収益事業」を除く)	なし
社会保険関係団体	診療費	社会保険掛金	非課税	社会保険掛金
公益法人	診療費	種々	法人税・住民税・事業税は低率課税、固定資産税課税	なし(寄附)
医療法人	診療費	診療費	企業並み30%	なし
学校法人	診療費	診療費+授業料	固定資産税を除き非課税	母体法人
会社	診療費	母体会社	課税	母体会社
その他の法人	診療費	診療費+補助金	宗教法人は非課税	なし(寄附)
個人	診療費	診療費	課税	なし

\*阿曾沼委員提出資料を基に事務局作成

病院会計だけでなく、病院会計に対し負担している普通会計も非常に厳しい状況にあり、地方財政全体の収支不足額は平成15年度で17.4兆円、16年度で14.1兆円に達し、収支不足補填のための地方債の発行を含めた借入金残高は、16年度末で実に204兆円となる見込みである。これに伴い、病院事業に対する他会計からの繰入金も自治体運営の大きな足かせとなっており、これらの縮減が喫緊の課題となっている。

総務省資料(病院経営実態調査報告：H17.6(社)全国自治体病院協議会)によると、自治体立病院と私的病院との経営状況を比較すると、100床当たりの医業収入についてはあまり変わらないが、給与費58.3%と50.4%、材料費28.9%と23.9%、委託費8.9%と6.9%、減価償却費7.7%と4.7%であり、自治体立病院は、人件費、材料費など医業費用が多くかかっている。

人件費については、公務員の給与体系、また職員の高齢化がコスト増につながっており、材料費については、縦割り組織もあって一括購入が進んでいないなどが原因と思われる。

三重県の普通会計ベースにおける実質単年度収支を見ると平成15年度は98億6千万円の黒字だが、平成16年度は129億1千万円の赤字となっている。地方債借入額は平成15年度1,005億円、平成16年度1,001億円、地方債残高は平成16年度末9,374億円となっている。病院事業に対する一般会計からの繰入金は以下の表のとおり、平成16年度に収益的部分で約5億円程度減らして30億円未満としたが、平成17年度には再び30億円を超えた。

\*病院事業会計への一般会計繰入金

単位：百万円

	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
収益的	3,508	3,540	3,610	3,723	3,762	3,666	3,449	3,535	3,465	2,956	3,102
資本的	414	1,234	1,481	1,361	1,766	916	839	625	620	790	868
合計	3,922	4,774	5,091	5,084	5,528	4,582	4,288	4,160	4,085	3,746	3,970

注) 合計で表示未満を四捨五入。平成11年度以降の「緊急雇用対策に要する経費」を除く。

社会環境の変化のなかで情報化の進展は、医療現場にも非常に大きな影響を与えている。インターネットの進展により地域住民の医療情報や病院情報に対する関心は高まり、医療従事者サイドとの情報の非対称性は格段に縮小してきている。

更に、今後病院における広告（患者の選択に資する情報の提供）の義務化も進展し、病院の機能や医療サービスレベルに関する地域住民の関心も高まってこよう。

医療制度改革や診療報酬の政策的な誘導策は、保健・医療・福祉のシームレスなサービス提供を医療供給サイドに強く求めるものとなっており、一医療機関で地域住民の求めるサービスを完結することは不可能となり、他の機能を有する機関、たとえば高度先進医療を提供可能な大学病院や、専門病院、さらには介護福祉施設や、在宅や有料老人ホームなど、多方面との連携が不可欠な状況となっている。

### (3) 自治体立病院の赤字体質の問題

本来、自治体立病院は地方公営企業法に基づき、独立採算の原則により病院経営が営まれるべきであるが、現実には医業収入だけでは賄いきれず、自治体の一般会計からの繰り入れがあっても赤字である病院が多数を占めており、非常に厳しい状況である。また、公務員制度の中で組織的にも硬直化の傾向にあり、本来の民間的視点・要素を捉えた地方公営企業の在るべき姿にはほど遠いのが実状である。

政策医療は赤字が必至で、これをもって自治体立病院の赤字が容認されてきたが、本当にそうだろうか。そもそも経営とは、市場（地域）が必要とし、顧客ニーズが高いものであれば、赤字部門であっても必要性のあるものを継続する為に、新たな収益事業を

創造し、組織全体として利益構造を構築することである。このことは病院にあつては、「経営＝医療の拡大再生産（医療サービスの高度化・拡大）の為に必要な利益を獲得する」ことである。民間病院は患者からの支持がないと経営につながらないし、政策医療を行うことによって、より高い信頼を得ることが出来るようになる。

自治体立病院の経営改善は、経費削減（人件費や薬剤・医療材料経費・委託経費の削減）ばかりに囚われがちであるが、経営の根幹は適切で高質な医療サービスを行う為の収益源の確保である。地域ニーズを把握して、病院機能の変革を常に行わなくてはならない。

自治体立病院は誰が経営者か不明確となり、適切な人事政策や設備投資計画、そして目標管理が成されず、結果責任も曖昧になり、無責任体制となりがちである。

財務的な経営状況ばかりでなく、医療の質をも含めた医療の実態を明らかにする診療情報（カルテや看護記録等）やレセプト情報を開示し、県民や患者さんの病院選択・医師選択に資する情報の公開・広告が必要である。

自治体立病院の赤字は、政策医療に係る医療サービスを提供することによる赤字なのか、それとも病院経営・運用に課題があるのかの判断等をするのは難しい面がある。

しかし、政策医療の名の下で、一般会計からの病院事業に対する繰り出し基準がはたして合理的なものとなっているか、また、自治体立病院としてサービスの提供・享受を受けていない地域住民にとって、税金が公平公正に使われているのかなど、赤字体質の自治体立病院の経営方法の合理化・効率化・円滑な運用、また、組織の在り方、その役割・機能は何かという第三者からの評価、判断がゼロベースで求められている。

経営環境の劇的変化を機に、行政・県民・医療従事者一体となった経営の見直しや新たな経営形態の在り方を真剣に考えるべきである。

## 5. 民営化の手段としての経営形態の考察

県立病院の担う範囲は既述のとおりかなり狭いものになってきていること、既にある部分は県立病院以外でも担っていること、県との政策的つながりは、県立であることを必ずしも要しないこと等から、基本的に病院経営自体は、県の手から徐々に離していく方向であろう。いわゆる広義の民営化までを含む民営化を筆頭候補に、基礎自治体である市町への移管、整理統廃合、他の病院との連携、棲み分け等バリエーションはいろいろあるが、これまで蓄積されてきたインフラ等のストックを有効活用することも充分考慮に入りたい。

現在、県立4病院は地方公営企業法の全部適用によって運営されているが、一般的にこの経営形態は、病院が独自に経営改善に取り組もうとする場合、病院長に職員の採用や処遇、さらには、必要な医療機器や医療材料・薬品の採用や購入等の決定に関して実質的な権限（権限が与えられれば、それと同時にその結果責任も生ずる）が与えられている。しかし現在はこの利点が生かされているとは言いがたい。

病院の経営にとって一番重要なことは「人材確保」であり、とりわけ医師や看護師の確保は病院の経営を左右し、また経営改善の鍵でもある。病院の管理責任者としての、事業管理者や病院長の最重要責務は、この人材確保であると言っても過言ではない。従って、事業管理者や病院長は医師や看護師の採用に当たっては、実質的に責任と権限を有していることが必要である。

医療制度の抜本改革など、病院を取り巻く大きな環境変化に迅速かつ的確に対応するには、権限を一元的に持つ管理者が病院を経営するなどの体制を確立する必要がある。

どのような経営形態をとるにしても、人材確保が重要であり、県立病院の経営の合理化、効率化を進めるためには、病院経営に精通したプロの管理者を設置し、これまでの公務員的発想から脱却した柔軟で自由度の高い病院経営を行っていく必要がある。

三重県においては4つの県立病院が設置運営されてきたが、毎年多くの県負担が生じている。自治体の財政の負担を軽減し、負担に見合う医療サービス提供を可能とするために、多くの自治体で民間活力の導入が進んでいる。三重県でも民間活力の導入の検討を進める必要がある。

県民の財政の負担を軽減し、負担に見合う医療サービス提供を行う観点から、三重県においては現在の4県立病院の担うべき役割を明確化し、一定の選択と集中を行うことが必要である。その上で、民間で実施可能なものは民間に委ね、また、民間のみで実施不可能な事業を県が補完する観点から県立病院の今後の在り方を検討する必要がある。

全適にはそれなりの効果はあったが、さらに将来を見通したとき、経営の自由度と収益の確保の工夫が広がる病院事業の経営形態見直しに踏み込むことを推奨する。

#### (1) 地方公営企業法の全部適用（現状）

地方公営企業法による自治体立病院の経営形態については、

- ① 地方公営企業法の財務規定が適用される「一部適用」
- ② 事業管理者設置、組織、職員の身分の取り扱いに関する規定等、地方公営企業法の全部を適用する「全部適用」

によって経営されている。

「一部適用」については、地方公共団体の長が事業管理者となり、保健衛生・健康担当部局内病院担当セクションに設置され、同じ部局長の指揮下に入る自治体内管理組織のため、自治体の役割と自治体立病院とが日常的に連携がとれるメリットがあるものの、病院担当セクションの人事・財政等の自由度は極めて狭く、病院経営について様々な縛りがかかってくる。

「全部適用」については、地方公共団体の長の任命する事業管理者を設置し、長から独立した組織として、予算の作成権、職員の任免、給与の独自措置の導入など法的には非常に自由度が高くなる。病院経営に関する広範な権限が首長から管理者（一般的には病院事業管理者と呼ばれる）に委譲される。全部適用では経営責任が明確になり、効率的な運営体制確立が可能になるといわれている。しかしながら、対総務、対保健衛生・健康担当部局との関係にもよるが、法の趣旨と現実のギャップがあり、他府県によってその運営方法、自由度は相当大きな差があると思われ、一概に全部適用と言っても同じではない。

ここ数年の間に「全部適用」を導入する自治体も多くなってきており、青森県(2病院)、茨城県(3病院)、山梨県(1病院)、徳島県(3病院)、鹿児島県(5病院)が検討している。

しかし、地方独立行政法人法の制定による「地方独立行政法人」、地方自治法の一部改正による「指定管理者」の制度導入により、自治体立病院の経営形態の選択肢が広がったため、新たに地方公営企業法の「全部適用」が見直されてきている。

全部適用が経営再建・改善の特効薬であるとも限らない。重要な点は、付与された権限を最大限に発揮して、経営改善ができる優秀な病院事業管理者を登用できるかどうかである。

病院事業管理者の人選と登用、そして継続した人材獲得を県が責任を持ってできるかが課題である。



## (2) 地方独立行政法人

「地方独立行政法人制度」は、国において大学・試験研究機関等に適用された独立行政法人制度を地方へ導入するものとして新しく検討されてきたが、平成14年12月、内閣府総合規制改革会議の規制改革の推進に関する第2次答申を受けて、15年7月に同法が成立し、民間の主体に委ねて確実な実施が確保できないおそれのあるものを効率的、効果的に行わせる法人として制度化されたものである。

設立手続きとしては、設立団体が議会の議決を経て定款を定め、総務大臣の認可が必要であり、設立団体の長が3～5年の中期目標を議会の議決を経て定めるとともに、法人が3～5年の中期計画を作成し、設立団体の長が認可するもので、あらかじめ第三者機関である評価委員会の意見を聴くことが定められている。また、法人は、年度計画を作成し、設立団体の長に届け出、公表することとなっている。

財源措置として、設立団体が法人の業務運営に必要な金額を全部又は一部交付するという意味では、地方公営企業法と同様に税金が投入される。最初に導入を進めてきた大阪府は公務員型であったが、総務省の指導により、今後、非公務員型の導入が迫られることとなる。

現在、制度を導入または導入予定の府県は、

- ・宮城県 非公務員型(1病院のみ導入) 平成18年度導入済
- ・静岡県 非公務員型(がんセンター(全部適用)を除く3病院) 平成20年度予定
- ・大阪府 公務員型(5病院) 平成18年度導入済
- ・岡山県 公務員型(1病院(精神)) 平成19年度予定

であるが、今後、自治体立病院のあり方の見直しがされる場合には、当該制度の導入が多くなると予想される。

当該制度を全部適用と比較すると、以下の表のとおりとなる。

	地方独立行政法人	全部適用
中期目標の設定	設置者が法的に作成の義務	任意
中期計画の策定	法人が法的に作成の義務	任意
経営の自由度	大(設置者とは別法人)	小(設置者の一部局扱い)
議会の関与	・中期目標の議決 ・中期計画の議決 ・評価委員会に係る事項	・予算の議決 ・決算の認定 ・設置・料金の条例制定
評価	法必置の第三者評価委員会	制度なし
財源措置	一般会計から交付(運営交付金)	一般会計から繰り出し
定員管理	設立団体の定員に含まれない	定員に含まれる

## 【参 考】

大阪府(地方独立行政法人方式)

平成14年9月に府衛生対策審議会の答申において、「診療機能の見直し」と「運営形態の見直し」が出され、運営形態については、「全部適用」と当時国で議論されていた「地方独立行政法人」とを比較したうえ、府立5病院すべてがひとつの独立行政法人(公務員型)へ移行した。

なお、「公務員型」とされた理由としては、府が全国で最初の法適用案件であったこと、また、公務員型の国立病院機構の給与に準じたことなどが大きいと思われる。

### (3) 公設民営化(指定管理者制度の適用による民間委託)

平成15年の地方自治法の一部改正により公の施設の管理運営に「指定管理者制度」が導入され、従来委託先が公共的団体等に限定されていた施設の管理運営について、民間事業者も含めた幅広い団体に経営を委託することが可能となった。いわゆる「公設民営方式」である。多様化し高度化する県民のニーズにより高質に効率的に対応するために、公の施設の管理に民間(病院)の経営ノウハウを活用しながら、県民・患者サービスの向上と経費の節減を図ることを目的に創設された制度である。

指定管理者制度の導入により、公設民営の方式は、幅広い団体からの選択肢が増え、特に民間病院の経営ノウハウを十分に利用可能となり、経営改善や幅広い人材獲得に期待が高まっている。県民が心配する、いわゆる政策的に必要な医療機能としての不採算部門の切捨てがないように、条例や協定で規定することが可能であり、過不足のない医療サービスの提供が可能となる。

多くの条件を付した場合、公的及び民間で引き受け手があるか否かが課題となるが、多くの自治体で、行政及び市民の満足のいく引き受け手が現れ、成果が上がりつつはある。特に国立病院の委譲で自治体に委譲された後、民間に委託された事例(伊東市、鶴岡市、広島市、山中町、名寄市、横須賀市、奈良市)などが大いに参考となるが、いずれも市の要請を受け、市民の病院としての機能を十分に発揮し、なおかつ経営改善を成し遂げている。なお、委託先としては、各地区医師会、(社)地域医療振興協会、新たに設立された地域密着型の財団法人としての医療公社などの実績があるが、その受け手は必ずしも多くはない。

## 【参 考】

横浜市(指定管理者制度)

平成15年3月、横浜市市立病院のあり方検討委員会は、「横浜市市立病院のあり方」

を答申したが、その内容は、政策医療に必要な医療機能を担うための病院が公設公営でなければならないという必然性はなく、市立病院に毎年多額の税金を投入することが、市としてすべての市民に公平に良質な医療を提供する最も効率的な方法であるか否かについて再検討する必要があるとしている。

さらに、市立病院については、「移譲による民営化」を第一に検討すべきであり、その実現が困難な場合には、「公設民営(民間委託)」を、さらに、それについても実現不可能な場合、「地方公営企業の全部適用」への変更を検討すべきであるとしている。

本民営化検討委員会で調査を実施した横浜市立の「みなと赤十字病院」については当初、民間移譲を希望したが条件が折り合わず、平成17年4月に日本赤十字社を指定管理者として指定した。その結果、他の直営市立病院に競争意識が芽生え、相乗効果を生んでいる模様である。

#### (4) 民間への譲渡、統合・PFI方式、縮小・廃止

民間病院では、病院開設者(理事長等)が一元的に経営管理し、課題が発生したときには自らの責任と権限に基づいて迅速に対応できるなど、より効率的な経営が図られるものと考えられるため、民間病院に資産譲渡する民営化の動きも増え始めている。これまでに、自治体立病院では北九州市、北海道砂原町、山梨県石和町、徳島県鳴門市、大分県佐賀関町の5団体が委譲による民営化を実施した。さらに福岡県が県立病院では初めて、5病院ある県立病院のうち4病院を平成17年度から順次民間に譲渡する方針を打ち出しており、順次実施し、うち2病院が既に民間委譲され、地元医師会の経営となっている。資産を譲渡する民営化の場合、その受け皿があることが大前提になり、しかも職員の再雇用という問題をクリアする必要がある。

民営化の事例は自治体立病院よりむしろ国立病院の経営委譲のスキームの中で多く取り入れられてきた方式である。土地建物の売買の方策や職員の引き受け方法等多くの課題解決が必要となる。職員の身分は当然非公務員であり、民間人となるが、給与の問題などは多くの民間委譲事例において苦勞している点である。

医師や看護師等の給与に関しては大きく問題となることは比較的少ないが(特に医師などは勤続年数が少ない場合が多く、むしろ民間が有利な場合もある。また看護師に関しては、若年層に厚く、経験層に相対的に低い給与テーブルを採用している民間病院が多く調整が必要であるが、解決可能であろう)、特に問題となるのがメディカルスタッフ・ノンメディカルスタッフの給与水準の調整である。この点は、全部適用であってもPFI等の手法を導入して、人件費比率を低減する方策がとられるが、民間委譲でも課題となるところである。

更に、補助金や委託金などにより、(公設民営と同様に)行政上必要とする医療が確保されたうえで、民営化する必要があると考える。

## 【参 考】

### ① 福岡県(民間移譲・指定管理者方式)

平成14年9月に福岡県行政改革審議会から、全県立病院を民間移譲もしくは民間に運営委託するよう答申を受けて、17年4月、5病院のうち消化器医療センター朝倉病院(甘木市)と遠賀病院(岡垣町)の2病院が地元医師会へ移譲され、精神医療センター大宰府病院(太宰府市)が公設民営化(指定管理者：(財)医療・介護・教育研究財団)された。

残る柳川病院(柳川市)と嘉穂病院(飯塚市)の2病院についても、平成19年4月に民間移譲されることが決定している。

### ② 福島県(町等への移譲・統合方式)

福島県においては、平成16年度から全部適用したが、制度的な制約等も少なくないことから、平成17年3月に福島県立病院改革審議会から、10病院のうち2病院を統合(会津総合病院、喜多方病院)、4病院を廃止(猪苗代病院、リハビリテーション飯坂温泉病院、本宮診療所、三春病院)し、残る4病院のうち宮下病院はへき地医療機能の充実、南会津病院は中核病院としての機能強化、矢吹病院(：精神病院)と大野病院は存続との答申が出された。

これを受けて、平成17年7月の「県立病院改革実行方策」(福島県行財政改革推進本部)において、病院ごとの具体的な工程表を示し、廃止の4病院については、平成19年4月に当該病院機能等を町又は民間医療機関等へ移譲するとしている。

### ③ 高知県(統合・PFI方式)

高知県は過剰病床、高度医療提供、病院経営に課題があり、同時期に病院機能の高度化が必要であった高知市と企業団(一部事務組合)を設立した。

高知県立中央病院は、同様に施設が老朽化・狭隘化してきた高知市民病院との統合を図ることにより、高度医療など病院機能を一層充実させるとともに、患者に対するサービス向上と病院経営の効率化を図り民間の資金とノウハウを活用できるPFI方式で病院等の施設整備と運営を行うこととし、平成17年3月に開院した。施設PFIは公設に比べて割安にできたと評価されている。一方、運営PFIについては、2千億円余・30年間の長期契約を締結して、SPC(特定目的会社)を院内に置き、医療周辺業務を行わせようとするものであり、病院運営経費の節減が期待されている。

なお、他の県立3病院については、地方公営企業法の一部適用のまま存続している。

## (5) その他

民間移譲等によって、その受け皿となる民間医療機関等に対して、財政支援等何らかの措置を検討する必要があるが生じた場合、他府県における事例を参考にしながら、的確

な対応、措置をすることが求められる。

経営形態の見直しにより、職員の処遇問題が生じるが、民間医療機関等への紹介、他の法人への派遣、知事部局への転出など、いろいろな選択肢を用意することが必要となる。

民間移譲等に対する地方債・交付税措置の扱いについて、総務省の対応は次のとおりである。

- ・自治体立病院を民間移譲した場合  
→地方債の繰上償還、5年間の交付税措置継続
- ・地方独立行政法人・指定管理者の場合  
→当初計画どおりの償還、交付税措置は継続
- ・都道府県から市町村へ施設を貸与した場合  
→地方債の繰上償還

地方独立法人については、経営の自治体からの独立・自立化を促すことや、中期経営計画策定義務による自律の制度化、非公務員型を採用する事による人事の自由度および職員意識の改革などの要素が挙げられる一方で、議会や住民の監視・コントロールが薄れることの危惧や、コスト面も含めた具体的改善例が確立していないことの懸念、加えて公営企業法全部適用でも自立化は図れるとの意見もある。

したがって独立行政法人を導入する場合には、以下のようにするとともに、導入後も更なる民営化を進めるため、例えば5年ごとに設置形態の見直しを図ることが考えられる。

- ①非公務員型として経営状態に応じた的確な労務管理を行い、常に医療の持続的な提供を意識した経営を行うこと
- ②中期目標は、2年ごとに見直される診療報酬改定に対応できるように、2年ごとに法人と協議のうえ見直しを行い、その設定過程と結果を公表すること
- ③第三者評価委員会には病院経営の専門家と県民の代表を入れて、運営交付金が適切に算定されているかなどの的確な評価を行えるような組織とし、その評価の過程と結果を公表すること
- ④法人のトップには、付与された権限を最大限に発揮して経営改善ができる優秀な人材を登用すること

## 6. 県立4病院の現状評価と改革の方向

毎年、他会計からの補助投入や繰入を行い運営されているが、平成16・17年度はその上でなお経常損失を生じている。今後の医療制度の改革や診療報酬の切り下げ、さらには人材確保の困難化などの環境悪化要因が多い中、何らかの手立てを講じないと損失はますます大きくなるものと見込まれる。

自治体立病院であろうとも、今後国から地方への税源委譲により、自治体の税の使い道に、県民の目も厳しいものとなり、高質でなく、県民ニーズに即さない医療サービスに対しても、今まで以上に県民監視は厳しいものとなる。

「官から民へ」は、地方行財政改革の基本的な流れとなっている。多大なコストに見合った、県民全体にとっての受益が生まれているかどうか問われているところである。

県立病院の役割はそもそも県の医療行政と密接に重なり、県の医療行政を具体的に実践するモデルと位置づけることができる。一方でその役割は時代とともに変化するものであり、4病院設立当初とは、明らかに事情が異なってきている。県立病院以外の医療機関が相応に充実してきている中で、県の税金を現状の水準、内容のまま投じ続けるとすれば、それに対するきちんとした説明が必要となる。その説明ができないのであれば、このまま多額の税金を毎年投入しなければならない根拠は見出しにくい。

### (1) 評価の視点

#### ① 病院の経営状況の評価

平成11年度から地方公営企業法の全部適用に移行したことにより、各病院の院長に経営の責任と権限が任されることになり、病院ごとに県の保健医療計画に沿ったビジョン・戦略が策定され、平成14年度にはすべての病院で経常収支の均衡を達成し、バランスト・スコアカードや業績給の導入などにより職員全員が病院経営に参画する意識改革が進んだ。また、医療の質と透明性の向上を図るため、医療機能評価の認定を受けるとともに、医療事故公表基準の策定、繰入基準の見直しを行った。

以上のように、全国でもモデルとなる先進的な取組を行い、医業収支の改善、他会計繰入金金の縮小等一定の成果がみられたが、近年は医療制度改革に伴う収益減や医師、看護師、薬剤師など医療従事者の人材難により、病院経営に大きな影響が出始めている。このままの経営体制の維持が早晩困難になることも考えられ、県が有する医療資源の再配分を早めに検討することが望まれる。

以下では、医療圏ごと、病院ごとに県立病院の利用状況に対して評価を加えるとともに、今後さらに厳しくなると予想される医療環境を前提として、さらに一步踏み込んだ県立病院の改革について提言することとする。

\* 病院事業会計の推移

単位：百万円

	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
医業収益	13,836	14,700	14,702	14,070	13,902	14,346	14,918	15,128	15,321	14,610	14,800
うち入院	9,100	9,639	9,630	9,678	9,616	10,040	10,745	11,047	11,141	10,724	10,745
うち外来	4,462	4,750	4,759	4,059	3,924	3,930	3,804	3,714	3,823	3,571	3,730
医業費用	17,510	18,017	18,281	17,528	17,988	17,603	17,101	17,285	17,251	16,978	16,887
うち給与	9,130	9,273	9,621	9,606	10,007	9,676	9,890	9,808	9,585	9,527	9,467
うち材料	4,780	4,955	4,634	3,761	3,399	3,400	3,235	3,500	3,457	3,284	3,416
うち償却	1,818	1,797	1,769	1,963	2,036	2,109	1,803	1,634	1,678	1,559	1,316
医業損益	▲3,674	▲3,317	▲3,579	▲3,457	▲4,086	▲3,257	▲2,183	▲2,157	▲1,931	▲2,368	▲2,088
繰入(収)	3,508	3,540	3,610	3,723	3,762	3,666	3,449	3,535	3,465	2,956	3,102
経常損益	▲1,485	▲1,086	▲1,333	▲1,035	▲1,623	▲836	66	195	382	▲472	▲72
純損益	▲1,485	▲1,086	▲1,329	▲997	▲1,623	▲836	87	▲1,194	8	▲712	▲209

注) 表示未満を四捨五入。平成 11 年度以降の「緊急雇用対策に要する経費」を除く。

② 病院の地域医療における役割機能の評価

以下のようにデータにより 4 つの県立病院をみてみると、現在の県立病院の機能は、こころの医療センターを除いて、基礎自治体レベルの病院や、民間病院と大差のない、地域の一病院という位置づけを出ていないと見られる。少なくとも県民全体の受益にかなった体制、医療圏を越えた広域的な役割を担っているかどうかは疑問である。

一方で、基礎自治体レベルの自治体立病院を預かる側の、県立病院に対する意見、期待などを集約すると、これまでの県立病院の機能については、「公立病院設置首長等との県立病院に関する意見交換会」において示されたとおり、期待感にかなり地域差があり、少なくとも現状の県立病院のあり方に満足しているという意見は少ない。最後の頼りがいのある機関、高度な医療の唯一の提供者という期待とのギャップが伺われる。

㊦ 保険医療圏

県立病院の存する保健医療圏は、総合医療センターの北勢保健医療圏（平成 14 年 10 月圏域人口 812,686 人）、一志病院の中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブを除く）（同 316,915 人）、志摩病院の南勢志摩保健医療圏の伊勢志摩サブ（同 262,300 人）である。こころの医療センターは、精神病床であり県内全域（同 1,862,539 人）を圏域とする。

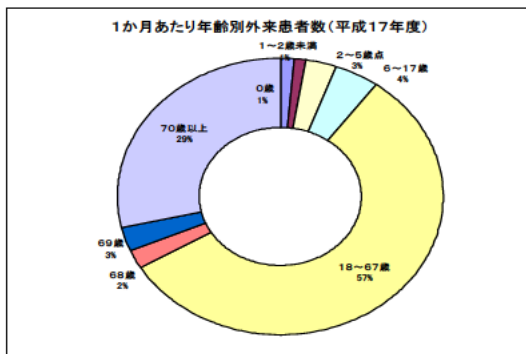
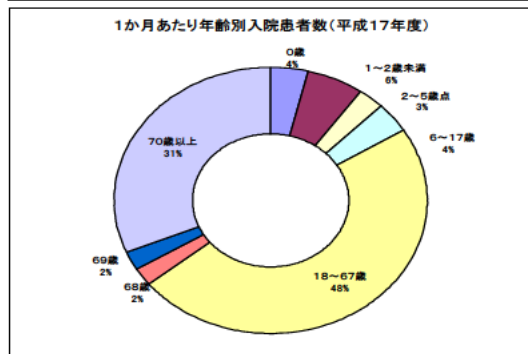
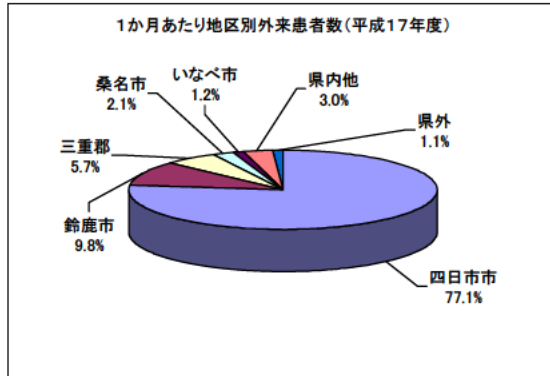
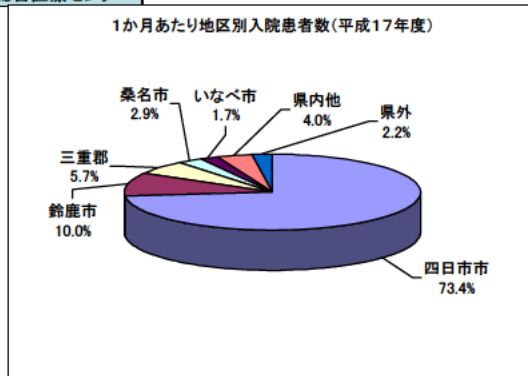
二次保健医療圏名	構成市町村	圏域人口(人) (平成14年10月1日)
北勢	桑名市、四日市市、鈴鹿市、亀山市、いなべ市 (桑名郡)多度町、長島町、木曾岬町 (員弁郡)東員町 (三重郡)菟野町、楠町、朝日町、川越町 (鈴鹿郡)関町	812,686
中勢伊賀	津市、久居市 (安芸郡)河芸町、芸濃町、美里村、安濃町 (一志郡)香良洲町、一志町、白山町、嬉野町、美杉村、三雲町	501,154 (316,915)
伊賀サブ	上野市、名張市 (阿山郡)伊賀町、島ヶ原村、阿山町、大山田村 (名賀郡)青山町	184,239
南勢志摩	松阪市 (飯南郡)飯南町、飯高町 (多気郡)多気町、明和町、大台町、勢和村、宮川村 (度会郡)大宮町、紀勢町、大内山村	459,696 (197,396)
伊勢志摩サブ	伊勢市、鳥羽市 (度会郡)玉城町、二見町、小俣町、南勢町、南島町 御園村、度会町 (志摩郡)浜島町、大王町、志摩町、阿児町、磯部町	262,300
東紀州	尾鷲市、熊野市 (北牟婁郡)紀伊長島町、海山町 (南牟婁郡)御浜町、紀宝町、紀和町、鶯殿村	89,003

※「圏域人口」欄の( )内の数字は、サブ医療圏を除いた人口です。

#### ④ 県立病院の患者属性

各県立病院の入院・外来の患者属性を平成17年度のデータからみると、総合医療センターにおける入院患者は、四日市市73.4%、外来患者は四日市市77.1%と四日市市で7割以上を占めており、年齢別属性では、入院患者、外来患者とも年齢別の偏りはみられない。

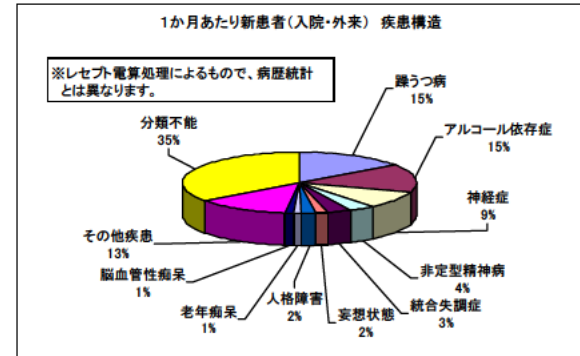
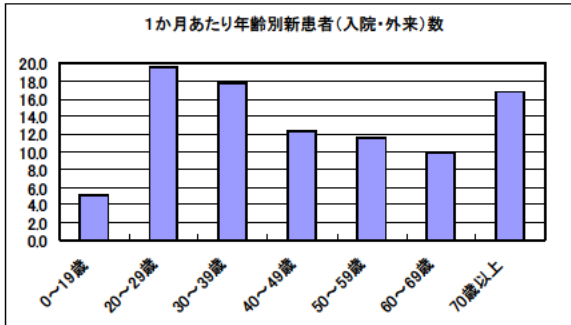
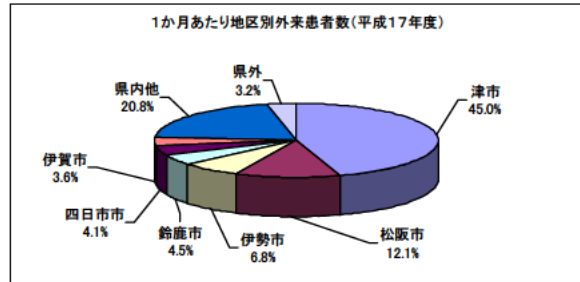
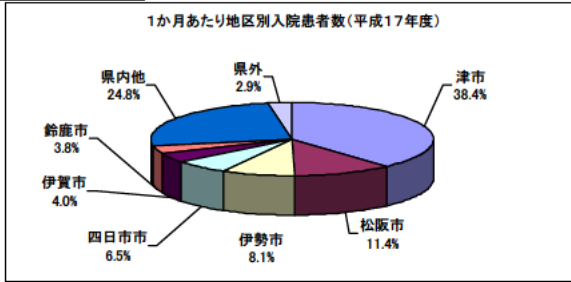
##### 総合医療センター



こころの医療センターにおける入院患者は、入院・外来とも所在地である津市がやや突出しているもののほぼ県内全域をカバーしており、年齢別では、大きな偏りは見られない。

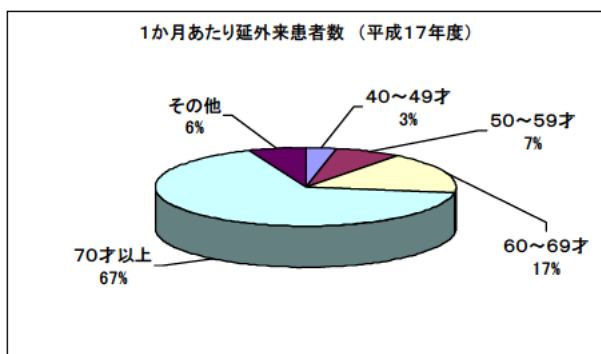
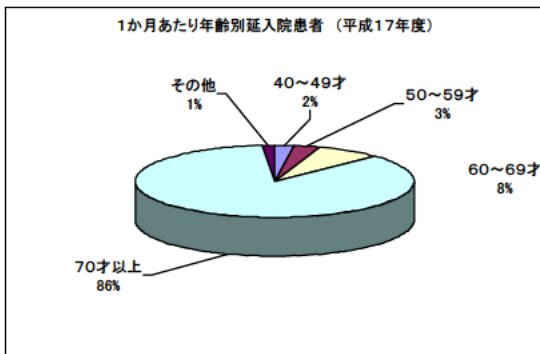
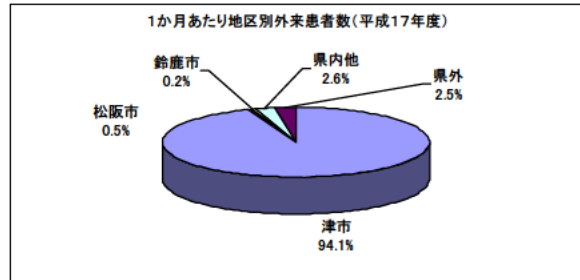
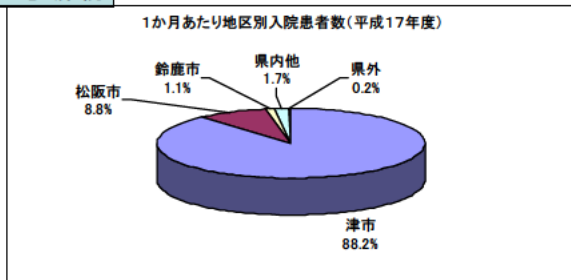


こころの医療センター



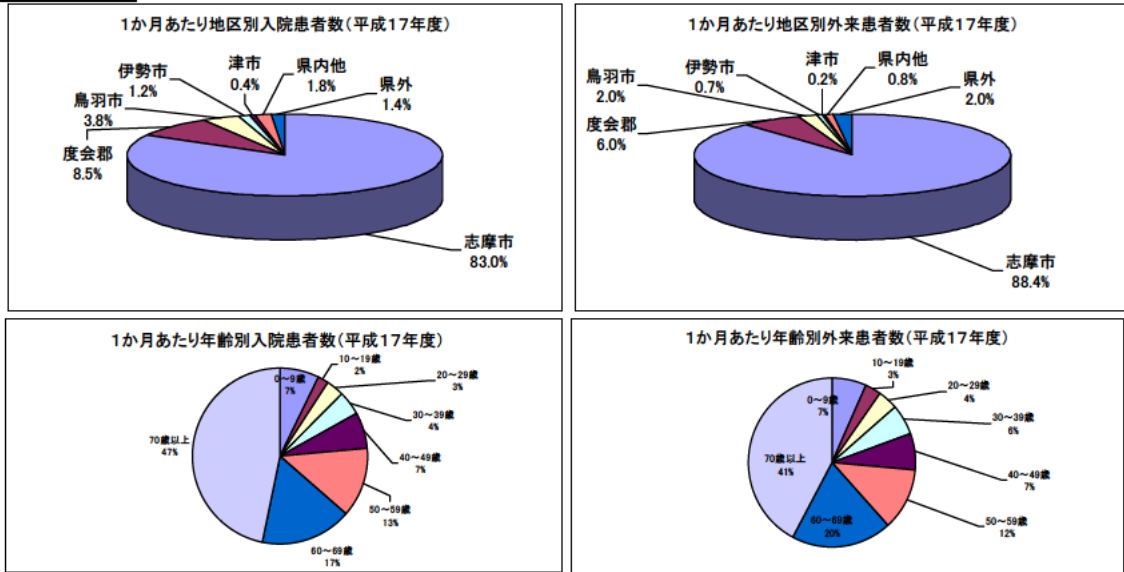
一志病院における入院患者は津市 88.2%、外来患者は津市 94.1%と津市だけで殆どの割合を占めており、年齢別では、入院・外来とも 70 歳以上が大きな割合を占めている。

一志病院



志摩病院における入院患者は、志摩市 83.0%、外来患者は志摩市 88.4%と志摩市だけでほとんどの割合を占めており、年齢別では、入院・外来とも 70 歳以上が 4 割以上を占めている。

**志摩病院**



(資料提供：病院事業庁)

㊦ 入院患者の保険医療圏別流出割合

一般病床及び療養病床入院患者の保健医療圏別流出割合をみると、伊勢志摩サブが一番多く 26.2%が、伊賀サブを除く中勢伊賀保健医療圏では 14.7%が、北勢保健医療圏が一番少なく 8.8%が圏外へ流出している。

病院の一般病床及び療養病床入院患者の保健医療圏別流出割合

	総数	北勢保健医療圏	中勢伊賀保健医療圏		南勢志摩保健医療圏		東紀州保健医療圏	流出率	
			伊賀サブ除く	伊賀サブ	伊勢志摩サブ除く	伊勢志摩サブ			
北勢保健医療圏	100.0	91.2	8.4	8.4	0.0	0.3	0.2	0.1	8.8
中勢伊賀保健医療圏	100.0	4.0	89.0	65.5	23.5	6.9	6.5	0.3	11.0
伊賀サブ除く	100.0	4.9	85.6	85.3	0.4	9.3	8.9	0.4	14.7
伊賀サブ	100.0	2.0	97.0	18.1	78.9	1.1	1.0	0.1	21.1
南勢志摩保健医療圏	100.0	2.2	10.4	10.2	0.2	85.6	39.9	45.7	14.4
伊勢志摩サブ除く	100.0	1.9	13.1	12.7	0.4	83.2	76.2	6.9	23.8
伊勢志摩サブ	100.0	2.5	8.4	8.4	0.1	87.3	13.6	73.8	26.2
東紀州保健医療圏	100.0	3.3	7.6	7.6	-	8.1	6.7	1.3	81.1
県外	100.0	54.4	32.2	17.7	14.5	5.5	2.9	2.7	7.9

(出典：「平成14年度患者受療動向調査結果」)

(2) 総合医療センター

① 病院の経営状況の評価

総合医療センターは、経常損益で平成11年度に赤字であったところ平成12年度には若干の黒字となり、平成13年度には黒字のピークとなり、平成14年度、平成15年度には収支均衡レベルにまで戻した。平成16年度には医師の引き揚げ等に伴い病棟を一部閉鎖するなどによって大きく赤字となったが、平成17年には▲33百万円まで戻している。資本的支出をみると平成13年度まで順調に減らしてきたが、平成14年度からは再び新館(西棟)建設の長期借り入れの返済がスタートしていったん増え、徐々に減少してきている。

一般会計からの収益部分の繰入金は10億円前後である。

\*総合医療センターへの一般会計繰入金等

単位：百万円

	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
経常損益	▲78	4	563	45	32	▲359	▲33
資本的支出	2,867	1,350	872	2,246	1,920	1,200	910
繰入(収益的)	1,671	1,601	1,426	1,119	1,107	1,005	1,109
繰入(資本的)	1,159	579	498	296	292	398	406
繰入計	2,830	2,180	1,924	1,415	1,399	1,403	1,515

## ② 病院の地域医療における役割機能の評価

当センターは高度医療、高度救急、地域医療支援への取り組みを経営ビジョンに掲げ、県の医療施策をリードする病院づくりを目指している。救命救急センターを併設し、基幹災害医療センター、第二種感染症病床指定医療機関、エイズ治療拠点病院にも指定されている。また、屋上ヘリポート等のハード面も充実しており、施設機能としては、県の政策医療を担うため相応の水準を確保していると評価できる。

一方、当センターの利用者はほぼ北勢医療圏から（特に四日市市内）と見られるうえ、同圏内でのシェアは入院・外来とも6～7%とやや低位である（北勢医療圏の病床総数は、基準を106床超過している）。四日市には病床数で当センターを上回る市立病院が存在し、機能としては当センターと重なることが多い。市立病院が立地的にも優れているため、利用者にとっては、そちらの方が便利である。救急の搬送についても市立病院に水をあけられている。当センターでは、近時他の病院との棲み分けの必要性が意識され、がん専門チームの組織化、外来から入院へのウエイトシフト、紹介率の上昇などが報告されているが、周辺地域からの要請は必ずしも高度医療に限られず、むしろ何でも引き受け入れざるを得ない病院となっている。広域にわたる高度医療サービスの提供という本来の目的とは、乖離が生じている。

## ③ 改革の方向

### 1) 地域医療における役割機能について

「3. 県立病院の担うべき役割」（7頁）で述べた県立病院の三つの役割に当てはめると、高度先端医療に特化しているとも言えず、県立病院としての存続意義を明確にするのが難しくなっている。一方で、北勢医療圏の中で地域医療の大事な担い手であるという現実もあり、今後は、市民病院との重複部分の役割分担を進めつつ、いわゆる2次救急対応が可能な地域病院として、それにふさわしい経営形態を考える必要がある。高度先進医療へ特化する案とその前提での追加資源投入については、他機関の動きも踏まえ、再考を要する。

### 2) 経営形態について

利用者の地域分布、提供医療内容を考えると、全県域ではなく医療圏域レベルで確保すべき病院となっている。既に四日市には有力な市立病院が機能していることから、果

たすべき機能を再考した上で、最終的には完全民営化を視野に入れつつ、当面公設民営化をはかり、第一義的には指定管理者を得て運営することを検討する。完全民営化までには、現病院に残る県の病院債償還など負担部分の一定の解消が必要となる。指定管理者については、社会医療法人の組成も一案である。

### (3) こころの医療センター

#### ①病院の経営状況の評価

こころの医療センターは、経常損益で平成 13 年度まで赤字であったが、平成 14 年度、平成 15 年度には収支均衡レベルとなった。平成 16 年度には医師不足等によって赤字となったが、平成 17 年には再び収支均衡レベルまで戻している。資本的収支をみると平成 11 年度に病院改築費等により支出が大きくなり、それ以降の長期借入金償還・起債償還と続いているが、順調に減らしてきている。近年高齢職員の退職などにより一定の収益改善が見られるが、なお毎年の収益的繰入金が約 10 億円程度に達している。

\*こころの医療センターへの一般会計繰入金等

単位：百万円

	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
経常損益	▲925	▲593	▲557	33	122	▲66	26
資本的支出	1,279	682	706	425	472	371	369
繰入(収益的)	907	863	855	1,248	1,249	943	937
繰入(資本的)	289	71	69	76	94	153	196
繰入計	1,196	934	924	1,324	1,343	1,096	1,133

#### ②病院の地域医療における役割機能の評価

精神科急性期医療の拠点病院として、精神科専門医療の牽引役、他病院のモデルとなることを目指している。常時急性患者受け入れ体制、医療監察法に基づく鑑定入院体制などの確立に努め、そのための精神保健指定医、鑑定医、日本精神神経学会認定専門医などの育成を進めている。従来の閉鎖的精神科のイメージを脱し、精神医療分野のバリアフリー化、寛解<sup>4</sup>率の向上に努めている。病院間での連携、役割分担が公式に設けられているわけではないが、地域医療機関からの紹介率は着実に上昇している。病院側の見方では、中勢部、特に伊勢、上野、名張方面からの期待感が強い。また、地域の社会復帰施設などとの連携等を足がかりに、社会の精神保健ニーズにも丁寧に応えようという姿勢が伺える。

精神福祉行政との密接なタイアップのもとで、なお発展途上にある精神分野の診療プログラムを開発していく任務は尊重すべきである。

#### ③改革の方向

##### 1) 地域医療における役割機能について

<sup>4</sup> 病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

県の精神福祉行政との連携を緊密に保つ必要性は理解できる。精神医療自体がまだ発展段階にあり、県のモデル施設としてある程度コストをかけることは否定されない。一方で、精神科の病床は県全体で過剰（約 1,000 床）であり、当病院（400 床）がいわゆる慢性期の長期入院患者を引き受け続けることについては、再検討の余地があろう。今後、寛解率向上に向けて入院日数が減少することが見込まれる中で、当院は救急に重心を移し、療養病床は縮減することを検討すべきである。

## 2) 経営形態について

引き続き県の精神福祉行政とのリンクを保つべく、地方独立行政法人化を検討する。精神医療の場合人件費がかさむ傾向にあり、自立性の高い独立行政法人に移行することによって、経営の効率化をはかることが期待される。県のしかるべき支援はいずれにしても必要であり、そのもとで公設民営化（指定管理者）方式を採用する選択肢もある。精神保健福祉法に定める県の精神病院設置義務については、独立行政法人、公設民営ともその義務を満たすことが同法上規定されている。

## (4) 一志病院

### ① 病院の経営状況の評価

一志病院は、経常損益で平成 12 年度まで赤字であったが、平成 13 年度から平成 15 年度までは収支均衡レベルにまで戻した。平成 16 年度には緩和ケア病棟の建設凍結等によって赤字となっている。資本的支出をみると、平成 15 年度に 387 百万円とピークを形成し、その後は減らしている。高齢者患者の割合が高く、療養病棟入院医療区分は低く、収益の悪化に歯止めがかからない。県の補助金繰り入れは 2 億円程度であるが、今後は不足することが懸念される。

\*一志病院への一般会計繰入金等

単位：百万円

	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
経常損益	▲100	▲70	47	4	36	▲49	▲90
資本的支出	137	282	347	329	387	225	124
繰入(収益的)	234	223	226	218	211	220	251
繰入(資本的)	68	67	53	49	57	52	63
繰入計	302	290	279	267	268	272	314

### ② 病院の地域医療における役割機能の評価

高齢化社会における医療提供モデルの構築を経営方針とし、地域の在宅医療支援、緩和ケア（緩和ケア病床 3 床）などを特色とする。

患者のほとんどは津市に統合された旧白山町、旧美杉村に局限されていると見られ、中勢伊賀医療圏でのシェアは、入院 2.0%、外来 1.6%程度と数字的には極めて低い。一般的な患者は旧久居市方面の大病院へ流出しているように見受けられる。近時医師

の確保が困難となり、常勤は内科医 2 名、緩和担当医 1 名で何とか運営しているが、外科は既に診療科維持が不可能となり、稼働病床も削減されている。外来の凋落は顕著であり、また高齢過疎地域にあつて療養患者が中心で、療養病棟入院医療区分は低く、収益が悪化する一方となっている。

訪問診療や、CATV を活用した問診などの山間部在宅医療支援や、緩和ケアへのトライ（そのための看護師研修実施）など工夫も見られ、介護関連施設も十分でない地域にあつて、相応のニーズが見込まれるところであるが、現存のスタッフでできる範囲に限度があり、病院の存続自体が厳しい状況にある。緩和ケア病棟新設の計画については、凍結となっている。

### ③改革の方向

#### 1) 地域医療における役割機能について

利用者が津市合併前の旧町村に限られているが、過疎高齢者医療のニーズはあり、医療制度改革の下、都市部から離れた山間部地域の在宅医療の充実が求められる中、保健・福祉・医療が一体となった地域医療体制のモデルとして、また総合診療医療スタッフの研修・育成の機関（僻地における医師確保のモデル）としての役割に期待感がある。高齢者向け在宅療養などを担う介護施設として、衣替えする方向もあり得る。

#### 2) 経営形態について

医療の空白部分を埋めるという役回りは残るものの、エリアが局限されていることから、上記の通り、介護、保健（＋診療所）を中心とした施設への転換を前提として、市への移管を検討する。事業規模自体が小さいことから、完全民営化の受け皿を求める選択肢もある。この場合、経過的に公設民営化（指定管理者）の形をとることも考えられる。いずれにせよ、施設変換に伴う必要支出、スタッフの確保等、県が責任を持って対処する。

## (5) 志摩病院

### ①病院の経営状況の評価

志摩病院は、経常損益で平成 12 年度まで赤字であったが、平成 13 年度から平成 17 年度まで収支均衡レベルを継続している。資本的支出をみると、平成 14 年度に 8 億円程度まで増やし、平成 17 年度まで続いてきたが、今後、新外来棟の改築により増加が見込まれる。

収益的には、入院、外来とも診療単価が低く、人件費負担は相対的に重い。へき地医療、災害医療、精神医療などを多方面にわたって担うこともあつて、県による収益的繰り入れは、約 7 億円前後である。なお災害拠点病院として耐震強度の向上、災害対応機能強化を図るため新外来棟を建設中で、平成 19 年 8 月から供用開始の予定である。

\*志摩病院への一般会計繰入金等

単位：百万円

	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
経常損益	▲522	▲174	19	124	203	2	25
資本的支出	620	362	482	818	890	724	829
繰入(収益的)	718	742	746	833	790	673	685
繰入(資本的)	249	196	219	204	176	186	204
繰入計	967	938	965	1,037	966	859	889

### ②病院の地域医療における役割機能の評価

志摩地域の中核病院であり、東紀州を含む県南域をカバーする基幹病院、へき地医療拠点病院、災害拠点病院等の指定を受けている。南勢志摩医療圏でのシェアは、入院 6.9%、外来 7.2%とそれほど大きくないが、とりわけ志摩地域は三重県の中でもやや隔絶された地域であり、利用者は志摩市及びその近隣からがほとんどと言って過言ではない。

各種医療関連サービスが地域内で完結されることが望ましいとの事情もあって、当病院を中心として市立病院や診療所などとの間で、役割分担と地域連携が進められている点は注目される（\*当院は急性期2次救急を担う。365日24時間の救急体制を敷き、約70%を当院で受け入れる実績。診療所開業医がプライマリケアを、市町立病院がプライマリケア、慢性期対応を行う分担関係）。具体的には、地域連携室を設けて紹介患者の診療や、検査受託、紹介元への逆紹介などを実践している。また休日応急診療には地元医師会が医師不足を補って協力する体制や、老人介護施設との間で、患者の移送、相談引受などの後方支援体制を設けるなど、相互の補完関係を進めている。利用者、周辺の医療機関から信頼され、重宝がられる存在である。現在耐震対策のため、新外来棟を建設中である。

一方ここでも医師不足は深刻になりつつあり、脳神経外科、産婦人科などをはじめとして一部診療科で常勤体制が困難になっており、救急体制を維持し続けられるのか危惧されている。その中で、研修指導医を8名確保し、研修医を4名受け入れるなど、研修体制の充実には意を用いており、実際に評価を受けている。

なお、地理的な距離が妨げとなって、東紀州域をカバーする基幹病院としての機能は、現実には認められない。

### ③改革の方向

#### 1) 地域医療における役割機能について

地域的に隔絶された志摩地区にあって、唯一の2次救急まで完結した地域中核総合病院として、地元の利用者、他の医療関係者からの期待と信頼は大きい。市町村合併の進展の中で、地域の市町立病院、民間病院等と進めている連携をさらに深める方向性は間違いない。将来的には、それらと統合することによって、さらなる相乗効果も期待できよう。

なお、東紀州等圏南域をカバーする基幹病院の位置づけは現実的ではなく、取り下げる。

## 2) 経営形態について

「へき地医療拠点病院」指定に定められるとおり、地理的に不利な地域における医療施設を県として確保すべきという要請と、志摩地域に限定された受益の範囲性がせめぎ合うところである。地域医療補完性の観点から一定の県の助成を前提とした上で、将来的に市立病院等周辺医療施設との統合を見据えて、基礎自治体のレベルで確保することが妥当である。経営形態としては、市が受け入れるのであれば、市への移譲もあり得るし、統合法人を目指して社会医療法人を組成することも考えられる。



## 7. 今後県が果たすべき役割について

県が県全体の医療政策の中心としての自覚を持ち、リーダーシップを発揮して、県立病院のあり方にとどまらず、医療機関全体の最適な配置を描く努力をする必要がある。そのためには、県だけでなく、その他の自治体立病院関係者や民間病院も含めた情報共有の場の設定が切に望まれる。その中でとりわけ重要なのは、以下の三点。

### (1) 県全体の医療の充足を満たすため、地域医療計画を策定し、市町に対して必要な支援を行うこと。

県民に対する医療サービスの水準、内容、供給の担い手などの情報を県の責任において確保し、医療計画の適切な運用に結びつけていくこと。逆に言うと、これがない限り医療計画が実効的なものとはなり得ない。また病院間の連携、統廃合が頻繁に行われるようになることが予想され、相互の医療情報共有が日々求められると考えられるが、その指導、個人情報管理の策定と適切な運用、情報共有のためのインフラ構築等も県の重要な責務である。

### (2) 医療を充足させるために必要な医師・看護師等の人材確保のため、県が主導的役割を果たすこと。

県としては、県全体の医療計画を適切に策定運用するとともに、特に深刻な医師不足に対処するため、その育成と配分に最も意を用いるべきである。これまで三重大学に依存してきた医局機能を、自ら確立していく必要がある。これまでも医師のプール制が施行されているが、特に志摩病院の状況等を見るにつけ、効果は十分とは言えない。県内の病院関係者が参画する連絡協議会などの場を設けて医師の充足状況、勤務状況を把握する、医師確保のために専属部隊を設けて、全国ベースで募集活動を行う、県立病院等の研修体制をバックアップし、内容の充実を図る、医師の処遇の見直し、医師の病院間のローテーション実施、診療科によっては医師配置の病院間での集約化を行うなどの施策が求められる。

### (3) セーフティネットを確立すること。

今回の4病院の経営改革の方向性は、広い意味での民営化を進めつつ、なお必要な医療サービスは適切に提供されることを求めている。病院事業に限らず、この方向による他の公営事業の改革では、単に既得権の消滅にとどまらない、一定の不利益、不公平が生じるのも避けられない事実である。しかし、病院事業は、人の生命に直接かかわるものであるから、単純に見過ごすわけにもいかない。県としては、事業の変革後生じる不都合に十分配慮し、民間の医療機関の活用、病人搬送システムの整備、節度ある財政支援などのセーフティネット機能は確保する工夫を忘れてはならない。

## 8. 今後県が取り組むべきアクションプラン

本報告書では、基本的に病院経営に県自らが直接関与する場面は減少する方向であるものの、県が医療政策の中心的担い手として地域医療全体の最適化を進めるべく、前頁7.にも示したとおり、その役割について敢えて提言したところである。以下では、その前提に立って、早急に着手すべきアクションプランについて述べるものである。

### (1) 県のリーダーシップによる関係者連絡機関を設置すること

中央と各医療圏に市町、医師会、病院協会などそれぞれの医療に関わるメンバーを構成員とした関係者連絡機関を速やかに設け、医師養成機関である三重大学とも協議し、県全体と各圏域の保健医療行政に対して、特に「7. 今後県が果たすべき役割」を中心として政策提言を得ることとする。

### (2) 県の医療行政の全体像のアウトプットを提示すること

県では、平成20年度に医療計画を策定することとしており、この計画に関係者連絡機関からの提言を積極的に盛り込み、少なくとも以下の具体的な実施計画を含めて、県の医療行政の全体像のアウトプットを提示することとする。

- ・これまでのように、それぞれの病院が医療の完結を目指すのではなく、医療圏域においてそれぞれの医療機関が役割を分担し、ネットワークを形成して医療の完結を図ることにより、限られた医療資源を有効に活用するとともに、今後は県単位で決定される保健医療費の増嵩を抑え、県民負担の軽減を図ること
- ・地域完結型の医療を行うためには、個々の病状や診療行為自体のデータ管理と共有化が不可避であるから、県は県立病院だけでなく他の医療機関に対しても積極的にリーダーシップをとり、データベース構築・充実のための支援を行うこと
- ・県として行うべき医療を定め、その医療の内容によって、県内にひとつ置くのか、各医療圏に配置するのか等の整備計画を決定し、それらを県立病院だけでなく、公的・私的を問わず各医療圏において適切な医療機関に契約をもって委託すること
- ・医療圏域における医師会や各医療機関の協力連携を進めて、1次救急、2次救急の棲み分けをはっきりとさせるとともに、地域住民にもその役割分担を周知すること
- ・医師、看護師、薬剤師など不足する医療従事者を確保し、県民の安全・安心な暮らしを守るため、県として可能な限りの手立てを積極的に講じ、県民に数値目標と成果を公表すること

### (3) 経営形態に関するシミュレーションを実施し、各形態ごとの県民負担を算出・明示すること

県立4病院の経営形態に係る提案を真剣に検討するため、平成19年度中に経営形態に関するシミュレーションを実施し、各形態ごとの県民負担を算出・公開することに

より、関係者連絡機関や地域住民だけでなく県民が経営形態を選択できるような機会を設けること。

#### (4) 医師の確保・育成と定着のプランを作成すること

県立病院レベルの取組だけではなく、今後は県の医療政策として、例えば島根県の「赤ひげバンク（医療人材センター）」、「医師確保ネットワーク」や沖縄県の「基本的な研修カリキュラムの共同開発」などの取組を参考にして、県内で働く医師を確保・育成・定着させる取組を積極的に行うこと。

# 三重県議会公営企業事業の民営化検討委員会

(平成18年4月17日現在)

委員長 大住 莊 四 郎

(関東学院大学経済学部教授)

委員長代理 古 宮 正 章

(日本政策投資銀行政策企画部長)

委員 阿 曾 沼 元 博

(国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所教授)

委員 熊 木 登

(財団法人社会経済生産性本部コンサルティング部  
主任経営コンサルタント)

委員 鈴 木 裕 子

(新日本監査法人医療福祉部公会計本部社員・  
公認会計士)

委員 野 田 由 美 子

(PwCアドバイザリー株式会社パートナー)

委員 北 川 裕 之

(三重県議会議員)

(前) 委員 石 原 正 敬

平成18年12月26日まで (三重県議会議員)

委員 野 田 勇 喜 雄

(三重県議会議員)