

川崎市立多摩病院指定管理検討委員会委員

敬称略：50音順

No.	氏 名	職業・役職等
1	いばら つね のり 茨 常 則	医療コンサルタント（日本医療文化化研究会 主宰）
2	えん どう いさむ 遠 藤 勇	団体職員（全国自治体病院協議会事務局長）
3	かわ はら かず お 河 原 和 夫	医師・大学教授（東京医科歯科大学大学院：医療管理学）
4	かわ ぶち こう いち 川 渕 孝 一	大学教授（東京医科歯科大学大学院：医療経済学）
5	さかい ひで と 堺 秀 人	医師（神奈川県病院事業管理者）
6	たか はし あきら 高 橋 章	医師（川崎市医師会長）
7	た なか きよ はる 田 中 清 治	弁護士（田中清治法律事務所長）
8	の なか しげる 野 中 茂	公認会計士・税理士（野中公認会計士事務所長）

川崎市立多摩病院指定管理検討委員会設置要綱

(目的)

第1条 指定管理者制度により運営されている川崎市立多摩病院(以下「病院」という。)の指定管理等について検討するため、川崎市立多摩病院指定管理検討委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる事項について検討を行う。

- (1) 多摩病院の指定管理業務に関すること。
- (2) その他必要な事項。

(組織)

第3条 委員会は、委員8人以内をもって組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる者のうちから病院事業管理者が委嘱する。

- (1) 医療関係者
- (2) 学識経験者
- (3) その他必要と認める者

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、委員会の目的が達成されるまでとする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5条 委員会に委員長1人を置く。

2 委員長は、委員の互選により定める。

3 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。

(会議)

第6条 会議は、委員長が招集し、その議長となる。

2 会議は、委員の半数が出席しなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(関係者の出席)

第7条 委員会は、審議内容に応じ必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、意見又は説明を聞くことができる。

(報告)

第8条 委員会は、第2条の規定に基づき検討を行った後、その結果について川崎市病院事業管理者に対し、報告を行うものとする。

(委員会の庶務)

第9条 委員会の庶務は、川崎市病院局において処理する。

(その他必要な事項)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、川崎市病院事業管理者が定める。

附 則

この要綱は、平成21年5月14日から施行する。

川崎市立多摩病院開設までの経緯

平成 3年 3月 市立三田病院(60床、救急実施)の廃止

平成 6年 1月 稲田登戸病院が救急告示の辞退(多摩区には救急告示医療機関がない状況となる。)

平成 6年 8月 「北部地域医療施設整備構想策定委員会」の発足

平成 8年 3月 策定委員会から市長に「北部地域医療施設整備構想中間答申」を提出

平成 9年 9月 策定委員会から市長に「北部地域医療施設整備構想最終答申」を提出
* 運営委託方式が公的な医療機能の確保の点で望ましいが、誘致方式についても検討すべきものと考えられる。

平成 9年12月 運営形態を「管理運営委託方式」に決定

平成10年 2月 公共性が高い17団体を選択し、受託意向アンケート調査を実施
* 11団体が受託意思を表明

平成10年 6月 受託候補団体に対し委託条件を提示し、団体調書及び事業計画書の提出を依頼

平成10年 8月 「北部医療施設整備計画検討協議会」の発足

平成10年10月 ・かわさき市民シンポジウム「新時代の医療と市民病院像」の開催
・受託候補団体に対し基本構想骨子案を提示

平成10年12月 受託候補団体から団体調書及び事業計画書の回答を受理

平成11年 3月 ・「北部医療施設整備基本構想」を策定
・庁内に設置した「北部医療施設開設準備連絡会」で最終的に受託意向のある5団体の中から評価が高い2団体を選定

平成11年 4月 政策調整会議を経て、受託団体を学校法人聖マリアンナ医科大学に内定、「北部医療施設に関する覚書」を同大学との間で締結
* 選定理由

- ① 市内に救命救急センター等を設置しており、救急等についての緊密な連携が期待できる。
- ② 医師や看護師等を養成しており、医療従事者の万全な確保が期待できる。

平成12年 2月 「北部医療施設整備基本計画」を策定

平成13年 2月 「北部医療施設開設準備連絡協議会」の発足

平成13年 3月 基本設計完了

平成14年 3月 実施設計完了

平成14年10月 病院建設工事着手

平成15年 6月 地方自治法の一部改正(指定管理者制度の創設)

平成16年 2月 公の施設管理運営調整委員会において、多摩病院の指定管理者は公募しないことについて了承

平成16年10月 病院名称として「川崎市立多摩病院」を公表(公募名称から選定)

平成17年 3月 川崎市病院事業の設置等に関する条例の一部改正(市立多摩病院の設置及び指定管理者による管理)

平成17年 4月 事業計画書等の提出について、学校法人聖マリアンナ医科大学を指名

平成17年 6月 市立多摩病院の指定管理者指定議案可決、学校法人聖マリアンナ医科大学へ指定管理者指定通知(指定期間 平成18年2月1日から平成48年3月31日まで)

平成17年 9月 病院本体竣工

平成17年10月 病院見学会開催(見学者2,800人)

平成18年 2月 開院

川崎市立多摩病院開設までの経緯

平成 3年 3月 市立三田病院(60床、救急実施)の廃止

平成 6年 1月 稲田登戸病院が救急告示の辞退(多摩区には救急告示医療機関がない状況となる。)

平成 6年 8月 「北部地域医療施設整備構想策定委員会」の発足

平成 8年 3月 策定委員会から市長に「北部地域医療施設整備構想中間答申」を提出

平成 9年 9月 策定委員会から市長に「北部地域医療施設整備構想最終答申」を提出
* 運営委託方式が公的な医療機能の確保の点で望ましいが、誘致方式についても検討すべきものと考えられる。

平成 9年12月 運営形態を「管理運営委託方式」に決定

平成10年 2月 公共性が高い17団体を選択し、受託意向アンケート調査を実施
* 11団体が受託意思を表明

平成10年 6月 受託候補団体に対し委託条件を提示し、団体調書及び事業計画書の提出を依頼

平成10年 8月 「北部医療施設整備計画検討協議会」の発足

平成10年10月 ・かわさき市民シンポジウム「新時代の医療と市民病院像」の開催
・受託候補団体に対し基本構想骨子案を提示

平成10年12月 受託候補団体から団体調書及び事業計画書の回答を受理

平成11年 3月 ・「北部医療施設整備基本構想」を策定
・庁内に設置した「北部医療施設開設準備連絡会」で最終的に受託意向のある5団体の中から評価が高い2団体を選定

平成11年 4月 政策調整会議を経て、受託団体を学校法人聖マリアンナ医科大学に内定、「北部医療施設に関する覚書」を同大学との間で締結
* 選定理由

- ① 市内に救命救急センター等を設置しており、救急等についての緊密な連携が期待できる。
- ② 医師や看護師等を養成しており、医療従事者の万全な確保が期待できる。

平成12年 2月 「北部医療施設整備基本計画」を策定

平成13年 2月 「北部医療施設開設準備連絡協議会」の発足

平成13年 3月 基本設計完了

平成14年 3月 実施設計完了

平成14年10月 病院建設工事着手

平成15年 6月 地方自治法の一部改正(指定管理者制度の創設)

平成16年 2月 公の施設管理運営調整委員会において、多摩病院の指定管理者は公募しないことについて了承

平成16年10月 病院名称として「川崎市立多摩病院」を公表(公募名称から選定)

平成17年 3月 川崎市病院事業の設置等に関する条例の一部改正(市立多摩病院の設置及び指定管理者による管理)

平成17年 4月 事業計画書等の提出について、学校法人聖マリアンナ医科大学を指名

平成17年 6月 市立多摩病院の指定管理者指定議案可決、学校法人聖マリアンナ医科大学へ指定管理者指定通知(指定期間 平成18年2月1日から平成48年3月31日まで)

平成17年 9月 病院本体竣工

平成17年10月 病院見学会開催(見学者2,800人)

平成18年 2月 開院

指定管理者制度について

1 指定管理者制度の導入の経緯

- 1) 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の施設」（地方自治法第244条）であり、公立の病院や診療所もこれに該当する。これまで公の施設は、公共の利益のために多数の住民に対して平等に役務を提供することを目的として設置されるものであることから、適正な管理運営の確保が必要であるとして、その管理運営の受託者は公共団体、公共的団体、政令で定める出資法人に限定されていた。
- 2) しかし、近年では、①公的主体以外でも、サービス提供能力が認められる法人等が増加してきたこと、②多様化する住民ニーズに効果的かつ効率的に対応する必要があることから、公の施設の管理運営においてもこれまでの考え方を転換した。
- 3) 委託先の制限を排除し、民間企業やNPOなど民間の団体にも幅広く管理運営を委任できるよう、平成15年6月に地方自治法第244条の2の改正により「指定管理者制度」が創立され、同年9月から施行された。

2 指定管理者制度のメリット

- 1) 施設管理に競争原理を導入することで、利用者へのサービス向上と管理運営コストの削減を望める。
- 2) 民間の能力を活用し、多様化する住民ニーズに効果的、効率的に対応できる。
- 3) 運営内容、予算などを指定管理者が企画・提案できる。
- 4) 公募により指定管理者を選定できる。

3 指定管理者制度の概要

公の施設の管理については、従来の管理委託制度が廃止され、指定管理者制度によることになった。両制度の違いは以下のとおりである（資料「指定管理者制度」と従来の「管理委託制度」との違い）。

- 1) 指定管理制度では、管理を委託するのではなく、指定管理者が地方公共団体に代わって管理を行う「管理の代行」と位置づけられる。
- 2) 指定管理者は、条例の定めるところにより行政処分として「使用の許可」を行うことができるようになったが、「使用料の強制徴収」（第231条の3）、「不服申立てに対する決定」（第244条の4）、「行政財産の目的外使用許可」（第238条の4第4項）など法令により地方公共団体の長のみが行うことができる権限については有していない。
- 3) 利用料金制度は、これまでと同様に導入が可能となっている。

利用料金制度とは、①施設利用料金の収入を、指定管理者の収入にできる制度。②原則、その収入で管理経費をまかなう。③利用料金の額は、原則的に条例で定める金額の範囲内で指定管理者自らが設定可能。

4 指定管理者制度導入の流れ

制度導入の流れは、概ね以下のとおりである。

- 1) 施設導入の検討 施設ごとに、指定管理者制度の導入／直営の判断を行う。
↓
- 2) 条例等の整備 指定管理者制度の導入に必要な条例等を整備する。
↓
- 3) 指定管理者の募集 募集要項（施設概要、管理基準、業務内容、経費の状況、応募資格、選考方法、指定期間等）を自治体ホームページ等で公表する。
↓
- 4) 指定管理者の選定 指定管理者を選定するために設置された審査委員会において内容に関する審査を行う。
↓
- 5) 候補者の決定 審査結果を基に、候補者を決定する。
↓
- 6) 指定に関する
議会の議決 施設の名称、指定管理者となる団体等の名称および指定期間に対する議会の議決を経る。
↓
- 7) 指定管理者の指定 指定に関する告示を行う。
↓
- 8) 協定の締結 指定管理者として指定される法人等と業務の範囲、管理の基準、費用、リスク分担、個人情報保護等に関する協定を締結する。

5 指定管理者の責務

指定管理者制度では、指定管理者が使用許可や取り消しを行うことが可能となるため、指定管理者は次のような責務を負う。

1) 公平性の担保

公の施設の管理者として、住民に平等かつ公平な取扱いをし、正当な理由がない限り施設の利用を拒否することはできない。

2) 情報公開および個人情報の保護

公の施設の管理に関する情報公開について、サービスを維持していくため、地方公共団体の機関と同様の対応が求められる。また、施設の運営管理において、個人情報を取り扱うこととなる指定管理者は、地方公共団体の機関と同様に、個人情報の適正な管理のための必要な措置が求められる。

3) 行政手続条例に基づく責務

指定管理者が施設の利用許可や取り消しを行う場合、行政庁の行政処分を代行することになるため、指定管理者は行政手続条例に規定する行政庁に含まれる。

4) 監査対象として責務

指定管理者の管理業務および委託金にかかる出納は、地方自治法第199条第7項の規定により監査の対象となる。

6 病院への指定管理者制度の適用

1) 指定管理者制度適用の狙い

- ① 地方公共団体にとっては、自治体病院としての公共体が一定の関与を保ちつつ、民間のノウハウを活用して効率化を図れる。
- ② 全ての業務を一体的に指定管理者に委ねられる。

2) 制度上の規定

視点	規定内容
指定管理者の権限	・管理運営を行う指定管理者は、協定の範囲内で自主的に運営することができる。効率的かつ効果的な運営のためには、指定管理者の高い経営資質、能力が求められる。
人事・給与・サービス面	・職員の任命は指定管理者が行う。 ・協定の範囲内で組織・定数・給与・勤務条件などを自らの裁量で設定できる。 ・職員の身分は非公務員となる。 ・制度上、地方独立行政法人のように職員は法人に自動的に引き継がれるといった規定はなく、雇用を継続する場合は、指定管理者と職員の間で新たな雇用契約を締結する必要がある。 ・争議権が認められている。
財政面	・地方自治法の財務規定の適用がない。 ・予算編成は、指定管理者が事業計画を作成し、地方公共団体と協議する。このため、民間のノウハウを活用することが可能である。 ・原則として独立採算であるが、地方自治体との取り決めにより、地方公共団体が一部を負担する場合がある。 ・協定の範囲内で、複数年契約など自由度を増し、より経済性を発揮することが可能となる。

出典：都立病院経営委員会報告 「今後の都立病院の経営形態のあり方」（平成 19 年 11 月）

7 指定管理者制度適用の留意点

1) 病院事業の継続性の確保

指定管理者制度においては、指定管理者とは協定に基づく関係にあるため、事業期間が終了すれば撤退する可能性があり、後継となる別の指定管理者がいなければ、サービス提供が一時的にせよ停止を余儀なくされる場合も想定される。

2) 既存職員の雇用問題

指定管理者となる法人に再雇用される際、労働条件が大きく引き下げられる場合は、職員のやる気が削がれる。特に指定期間が短い場合は、その都度、契約の問題が発生するため、雇用が不安定化し、職員のモチベーションが低下する。

3) 担い手となる指定管理者の存在

指定管理者候補としては、公的医療機関、民間医療機関が考えられるが、規模の大きな自治体病院の場合は、これを一体的に引き受けられる法人の数は限られてくる。

資料 「指定管理者制度」と従来の「管理委託制度」の比較

区 分		指定管理者制度	管理委託制度
受託主体		法人その他の団体 ※法人格は必ずしも必要でない。 ただし個人は不可。	公共団体、公共的団体、政令で定める 出資法人（1/2 以上出資等）に限定。
法的性格		「管理の代行」 「指定」（行政処分的一种）により公の 施設の管理権限を、受けた者に委任す るもの	「公法上の契約関係」 条例を根拠として締結される契約に 基づく具体的な管理の事務または業 務の執行の委託
契約の形態		「協定」 指定管理者の指定は、地方自治法 上 の「契約」には該当しないため、同法 に規定する「入札」の対象ではない。	「委託契約」
選定手続		条例で定める。	地方自治法に定める契約手続によ る。
公の施設の管理権限		指定管理者が有する。 ※「管理の基準」「業務の範囲」は条 例で定めることを要する。	設置者たる地方公共団体が有す る。
	施設の使用許可	条例の定めるところにより、指定 管 理者が行うことができる。	受託者はできない。
	基本的な利用条件 の設定	「管理の基準」として条例で定めるこ とを要し、指定管理者はできない。	受託者はできない。
	不服申立てに対す る決定、行政財産の 目的外使用の許可	指定管理者はできない。	受託者はできない。
管理を行わせる期間		規定はない。施設ごとに議会の議決を 経て協定で定める。	施設ごとに契約で定める（年度更新）。
指定管理者決定の際の議 会の議決		必要	不要
事業報告		年度ごとに事業報告書を提出	年度ごとに業務完了届を提出
公の施設の設置者として の責任		地方公共団体	
	利用者に損害を与 えた場合（管理運営 上）	地方公共団体にも責任が生じる。	
利用料金制度		採ることができる。	
指定管理者による不都合 がある場合の措置		指定の取り消し、指定管理業務の停止 命令	債務不履行に基づく契約の解除など

出典：平成 19 年 2 月改定「姫路市指定管理者制度導入基本方針」等。

【出典】「病院 P F I 推進ガイドライン」 社団法人 日本医業経営コンサルタント協会

平成 21 年 7 月 9 日

基本協定等の変更協議の経過について

	H20. 8. 4 聖マリからの変更協議	H21. 1. 9 川崎市からの回答	H21. 1. 16 回答に対する聖マリの見解
総論	<ul style="list-style-type: none"> ・他の類似公的病院と比較しても、救急医療を始め遜色ない実績をあげている。 ・病院経営を取り巻く環境が悪化している。 ・協定締結時には想定できなかった経営圧迫要因が判明した。 ・現状では収支均衡は望めない状況にある。 ・他の指定管理者と比較すると協定の内容が厳しい。 ・以上から、10 項目について協議を要望する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 19 年度決算関係書類、平成 19 年度の収支実績と当初収支計画との乖離を説明する資料等を検証、分析した。 ・これを踏まえ、要望 10 項目について回答する。 <p>＊「平成 19 年度収支決算に対する意見書」を H21. 1. 9 に別途、提示した。</p> <p>この中で、多摩病院の収支決算の課題について意見を述べている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・川崎市からの回答に対し、聖マリの見解を述べる。
1	決算関係書類等の提出期限（基本協定第 28 条） ・翌年度の 5 月末まで → 6 月末まで	<ul style="list-style-type: none"> ・現行どおりとする。 <p>（法令：地方公営企業法第 30 条の規定があるため）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・了承する。
2	他大学出身医師の確保（細目協定第 5 条） ・医師の 1/3 以上を他大学出身者で確保→削除	<ul style="list-style-type: none"> ・条文の内容を「努力義務」に変更する。 <p>（現状の医師確保の困難性を鑑みて）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・条文の削除を要望する。
3	入院費の請求回数の変更（細目協定第 7 条第 2 項第 2 号） ・毎月 2 回 → 毎月 1 回	<ul style="list-style-type: none"> ・変更する。 	<p>（※H21. 4. 1 改正済）</p>

	H20. 8. 4 聖マリからの変更協議	H21. 1. 9 川崎市からの回答	H21. 1. 16 回答に対する聖マリの見解
4	施設等の維持管理負担額の見直し（細目協定第10条第3項）	・ 現行どおりとする。 （指定管理条件の基本的な項目であるため）	・ 「 <u>原則として</u> 聖マリの負担とする」に条文を修正してほしい。 ・ 燃料電池システム、コージェネレーションシステム等は協議の対象にしてほしい。
5	医療機器等の新規、買換えの負担（細目協定第12条第5項） ・ 聖マリが負担 → 一部機器は市が負担	・ 現行どおりとする。 （指定管理条件の基本的な項目であるため）	・ 「 <u>原則として</u> 聖マリの負担とする」に条文を修正してほしい。 ・ MRI、CT 等の更新は協議の対象にしてほしい。
6	政策的医療交付金の増額等（細目協定第16条） ・ 対象事業の拡大及び増額	・ 事業を見直し、必要と判断すれば拡大する。	・ 了承する。 ・ 川崎市独自の項目も加えてほしい。
7	指定管理者負担金のうち、施設・設備にかかる減価償却費相当額の見直し（細目協定第18条第2項第1号）	・ 現行どおりとする。 （指定管理条件の基本的な項目であるため）	・ 承服できない。 ・ 一定の減額を要望する。
8	指定管理者負担金のうち、市職員事務経費分の廃止（細目協定第18条第2項第3号）	・ 協定は現行どおりとし、事務経費相当額については見直しを行う。	・ 廃止を要望する。
9	交付金、負担金等の算出方法の見直し（細目協定第19条） ・ 平成20年度までの収支実績と当初収支計画との整合性の検証 → 交付金、負担金等の算出方法の見直し	・ 6、7、8の回答のとおり	・ 「平成21年度中に検証を行い、結論を得る」と改正する。
10	利用料金制の導入	・ 検討課題とする。	・ 了承する。

医療情勢と医療政策の動向

1 医療をめぐる諸課題

(1) 高齢化の進行

我が国の高齢化は今後ますます進んでいくことが予想されている。国立社会保障・人口問題研究所によれば、平成42年には、後期高齢者が、現在の2倍近い2,266万人に増加すると推計されている。

(2) 医療費の増大

我が国の医療費は増加の一途をたどっている。(平成17年度の1人当たり国民医療費は前年度比3.2%増の約26万円)

今後、後期高齢者が増加することから、医療技術の進歩とも相まって、将来の医療費は大幅に増大していくことが見込まれる。

(3) 生活習慣病患者の増加

がん、心疾患、脳血管疾患等生活習慣病患者が増大し、死亡原因では6割、医療費では3割を占めるまでに至っている。

(4) 医師不足

医師数は全国的に毎年3,500～4,000人増加しているが、産科・小児科・へき地等における医師が不足しており、地域医療に大きな影響を及ぼしている。また、大学の医局による医師の供給調整機能が低下し、小規模な公立病院を中心に、医師の確保が困難となるケースが増えている。

医師不足の背景として、病院勤務医の繁忙度や医療紛争の増加に対する懸念等も指摘されている。

(5) 救急医療

救急医療体制は体系的に整備されてきているが、最近、妊産婦の救急搬送・受入体制に係る事例や小児の時間外診療の増加等の問題が生じている。

(6) 公立病院

全国に約1,000の公立病院が設置されているが、多くの公立病院が、国・地方の財政状況や医師不足等に伴い、経営環境や診療体制の維持が極めて厳しい状況になっている。

2 医療政策の推移

(1) 戦後は病院の量的確保が課題であった。国民皆保険、自由開業制、フリーアクセス、公的医療機関の整備推進等と相まって、経済成長もあり、医療機関数は増加した。

(2) 昭和 48 年の老人医療費無料化政策を契機に、家庭での介護が困難な高齢者の受け皿としての病院・病床が増加した。

(3) 病院・病床数に地域的偏在がみられ、昭和 60 年の医療法改正（第一次）で、病床規制制度が導入された。

(4) 平成 4 年以来、三次の医療法改正で、機能分化を図るため病院類型等（特定機能病院、療養型病床群等）が創設された。また、インフォームドコンセントなど患者の視点に立った見直し等が行われた。

(5) 医師数については量的拡大を目指し、無医大県解消策を進めてきたが、昭和 61 年からは抑制基調となっていた。

昨今の医師不足に対応するため、平成 20 年度から大学医学部の定員増を図っている。

医師免許取得後の研修は大学での単一分野の研修が多かったが、平成 16 年度からローテート方式での新臨床研修制度が導入された。

(6) 平成 12 年度から介護保険制度が実施された。

なお、介護基盤の整備を踏まえ、平成 23 年度末をもって、介護療養型医療施設の類型が廃止される。

(7) 生活習慣病予防、医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うものとして、平成 18 年 6 月に「医療構造改革関連法」が成立した。（3 頁 図：医療構造改革関連法の概要 参照）

医療構造改革関連法の概要

医療制度改革大綱の基本的な考え方

1 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

(1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

- ・医療情報の提供による適切な選択の支援
- ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供（医療計画の見直し等）
- ・在宅医療の充実による患者の生活の質の向上
- ・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応 等

(2) 生活習慣病対策の推進体制の構築

- ・「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
- ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務づけ
- ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定 等

2 医療費適正化の総合的な推進

(1) 中長期対策として、医療費適正化計画（5年計画）において政策目標を掲げ、医療費を抑制（生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮）

(2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等（短期的対策）

3 超高齢社会を展望し新たな医療保険制度の実現

(1) 新たな高齢者医療制度の創設

(2) 都道府県単位の保険者の再編・統合

【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】

- ① 都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進
- ② 医療計画制度の見直し（がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等）等
- ③ 地域や診療科による医師不足問題への対応（都道府県医療対策協議会の制度化等）
- ④ 医療安全の確保（医療安全支援センターの制度化等）
- ⑤ 医療従事者の資質の向上（行政処分後の再教育の義務化等）
- ⑥ 医療法人制度改革 等

【健康保険法等の一部を改正する法律】

- ① 医療費適正化の総合的な推進
 - ・医療費適正化計画の策定、保険者に対する一定の予防健診の義務付け
 - ・保険給付の内容・範囲の見直し等
 - ・介護療養型医療施設の廃止
- ② 新たな高齢者医療制度の創設（後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整）
- ③ 都道府県単位の保険者の再編・統合（国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等） 等

(注) 「医療制度改革大綱」は、医療制度改革の骨格を示すものとして、平成17年12月に政府・与党から発表された。

3 最近の国の主な取組み

- (1) 医師不足対策 ①大学医学部の定員増（緊急医師確保対策、骨太方針2008）、②病院勤務医の勤務環境の改善支援、③救急、産科医療、へき地などに従事する医師の支援、④医師の地域偏在を改善するための臨床研修制度の見直し など
- (2) 救急医療対策 ①周産期医療体制の強化、②救急患者を円滑に受け入れられる体制の整備（管制塔機能病院、ドクターヘリ） など
- (3) 医療安全対策 ①医療安全支援センターの設置推進、②医療リスクに対する支援体制の整備（産科医療補償制度、医療安全調査委員会の制度化）

4 公立病院改革ガイドライン

総務省は、平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、公立病院を設置している地方公共団体に対して、同ガイドラインを踏まえ、平成20年度内に「公立病院改革プラン」を策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組むことを要請した。

(1) 公立病院の現状と課題

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年、多くの公立病院において、損益収支をはじめとする経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっている。

その背景には、医師の過重労働、経営感覚の欠如、高コスト体質等の問題点も指摘されており、これらを解消して公立病院を立て直し、地域医療の中で適切な役割を果たしていくことが喫緊の課題となっている。

(2) 公立病院の果たすべき役割

公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある。

《医療機能の例示》

- ① 民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療
- ② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療
- ③ がんセンター、循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療
- ④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

(3) 改革の必要性

公立病院の置かれた厳しい状況を踏まえ、地域において必要な医療提供体制を確保し、良質な医療を継続して提供するためには、経営の効率化を図り、持続可能な安定した経営を目指す必要がある。

このため、当該病院の期待される機能、果たすべき役割を改めて明確にし、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しの3つの視点に立った改革を一体的に推進することが必要である。

① 経営の効率化

公立病院が自らの役割に基づき、住民に対し良質の医療を継続的に提供していくためには、病院経営の健全性が確保されることが不可欠である。この観点から主要な経営指標について数値目標を掲げ、経営の効率化を図ることが求められる。

② 再編・ネットワーク化

近年の公立病院の厳しい経営状況や道路整備の進展、さらには医師確保対策の必要性を踏まえると、地域全体で必要な医療サービスが提供されるよう、地域における公立病院を、①中核的医療を行い医師派遣の拠点機能有する基幹病院と②基幹病院から医師派遣等様々な支援を受けつつ日常的な医療確保を行う病院・診療所へと再編成するとともに、これらのネットワーク化を進めていくことが必要である。

③ 経営形態の見直し

民間的経営手法の導入を図る観点から、例えば地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入により経営形態を改めるほか、民間への事業譲渡や診療所化を含め、事業のあり方を抜本的に見直すことが求められる。

(4) 公立病院改革プラン策定状況等（総務省調べ）

ア 改革プラン策定状況

（平成21年3月末現在）

区 分	対象団体数	策定済み	21年度内に策定予定
都道府県立	47 (100%)	39 (83.0%)	8 (17.0%)
市町村立・組合立	609 (100%)	564 (92.6%)	41 (6.7%)
計	656 (100%)	603 (91.9%)	49 (7.5%)

イ 改革プランの主な内容（平成21年3月末現在）

改革プランを策定した837病院（656団体）のうち、

① 経営の効率化

「平成23年度までに経常収支の黒字化を目標」は544病院（65%）。

うち、既に黒字化を達成した病院は170病院（20.3%）。

② 再編・ネットワーク化

159病院（19.0%）において、関係団体間で再編・ネットワーク化の基本的な枠組みまで同意。なお、「平成23年度までに結論を取りまとめ予定（取りまとめ済みを含む）」は435病院（52.0%）。

③ 経営形態の見直し

- ・ 地方公営企業法の全部適用（実施済300病院）を新たに78病院が予定。
- ・ 地方独立行政法人化を新たに34病院が予定。
- ・ 指定管理者制度の導入を新たに10病院が予定。
- ・ 民間譲渡を新たに12病院が予定。

なお、上記を含め「平成23年度までに結論を取りまとめ予定」は553病院（66.1%）。

(5) 経営形態別病院数

全国自治体病院協議会調べ（平成21年4月1日現在）

- | | |
|------------------------------|------|
| ① 地方独立行政法人病院 | 19病院 |
| 1年以内に実施予定の病院 | 10病院 |
| ② 指定管理者制度導入病院（地方公営企業法適用病院） | 52病院 |
| ③ 民間へ経営移譲された病院（平成19年4月以降） | 12病院 |
| ④ 県から市町に経営移譲された病院（平成19年4月以降） | 3病院 |
| ⑤ 診療所化された病院（平成19年4月以降） | 26病院 |
| ⑥ 統廃合された病院（平成19年4月以降） | 9病院 |
| ⑦ PFI方式導入病院 | 7病院 |

5 最近の診療報酬改定の概要

病院の医業収益の大宗を占める診療報酬は、昨今の経済動向、賃金・物価の動向、医療経済実態調査の結果、さらに保険財政の状況等を踏まえ、おおむね2年おきに改定が行われている。

(1) 平成18年度

① 改定率

全体改定率 $\Delta 3.16\%$

診療報酬本体の改定率 $\Delta 1.36\%$
(医科 $\Delta 1.5\%$ 、歯科 $\Delta 1.5\%$ 、調剤 $\Delta 0.6\%$)
薬価・医療材料の改定率(医療費ベース) $\Delta 1.8\%$

② 主な改定内容

- ・ 医療費の内容がわかる領収証の交付
- ・ 在宅医療費に係る評価の引上げ
- ・ 臨床研修病院入院診療加算の引上げ
- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の新設
- ・ 乳幼児深夜加算の新設
- ・ 小児入院医療管理料の引上げ
- ・ ハイリスク分娩管理加算の新設
- ・ 麻酔管理料の引上げ
- ・ 病理診断料の引上げ
- ・ 7対1入院基本料の新設
- ・ 医療安全対策加算の新設
- ・ 医療のIT化に係る評価の新設(時限的)
- ・ 初診料の引上げ、再診料の引下げ
- ・ 情報提供料の見直し
- ・ 生活習慣病指導管理料の引下げ
- ・ 手術に係る加算措置の見直し
- ・ 紹介患者加算の廃止
- ・ リハビリテーションの疾患別体系への見直し
- ・ 夜間勤務等看護加算の廃止
- ・ 検体検査実施料の引下げ
- ・ 慢性期入院基本料の引下げ
- ・ 急性期入院医療における診断群分類別包括評価(DPC)による支払対象病院の拡大と評価の見直し など

(2) 平成 20 年度

① 改定率

全体改定率 $\Delta 0.82\%$

診療報酬本体の改定率 $+0.38\%$
(医科 $+0.42\%$ 、歯科 $+0.42\%$ 、調剤 $+0.17\%$)
薬価・医療材料の改定率(医療費ベース) $\Delta 1.2\%$

② 主な改定内容

緊急課題として産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減が挙げられ、これを反映して病院における産科・小児科などには手厚い評価となった。

- ・ ハイリスク妊娠管理加算の新設
- ・ ハイリスク分娩管理加算の対象疾患拡大と引上げ
- ・ 新生児入院医療管理加算の引上げ
- ・ 救急搬送診療料の引上げ
- ・ 小児入院医療管理料に最高ランク新設
- ・ 小児科外来診療料の引上げ
- ・ 10 対 1 入院基本料の引上げ
- ・ 医師の事務作業補助体制加算の新設
- ・ 医療機器安全管理料の新設
- ・ 質の高いがん医療・脳卒中医療に対する評価の拡大
- ・ 7 対 1 入院基本料の基準見直し
- ・ 生活習慣病管理料の引下げ
- ・ 疾患別リハビリテーション料の見直し
- ・ D P C 対象病院の拡大 など

【出典】厚生労働白書(平成 19 年版、平成 20 年版)

国民衛生の動向(2008 年版)

自治体病院経営ハンドブック(第 15 次改訂版)

公立病院改革ガイドライン(総務省:平成 19 年 12 月)

全国医政関係主管課長会議資料(厚生労働省:平成 21 年 3 月)

診療報酬改定に係る広報資料(厚生労働省)

近隣公立病院に係る建設単価調べ (300床以上、竣工順)

(注) 工事費は、設計価格ではなく落札価格である。

No	所在地	病院名	病床数 (床)	延べ 床面積 (㎡)	1床当たり 床面積 (㎡)	工事期間	工事費 (百万円)	1㎡当たり 単価 (千円)	1床当たり 単価 (万円)
1	新潟	県立中央病院	534	34,970	65.4	6年7月～9年5月	19,764	565	3,701
2	静岡	磐田市立総合病院	500	33,390	66.8	6年7月～9年10月	18,435	552	3,687
3	群馬	伊勢崎市民病院	524	36,443	69.5	8年4月～10年3月	17,530	481	3,345
4	山梨	市立甲府病院	408	27,533	67.4	8年9月～11年1月	14,683	533	3,599
5	東京	都立豊島病院	478	48,052	100.5	8年9月～11年3月	27,798	578	5,815
6	神奈川	川崎市立川崎病院	733	49,890	68.0	7年9月～12年3月	34,800	697	4,748
7	山梨	富士吉田市立病院	304	21,999	72.3	10年12月～12年9月	8,682	394	2,856
8	東京	日野市立病院	300	26,725	71.2	11年2月～14年3月	11,686	437	3,895
9	静岡	県立がんセンター	615	69,064	112.3	11年12月～14年3月	28,342	410	4,608
10	新潟	県立精神医療センター	400	21,435	53.5	9年10月～14年3月	8,590	400	2,148
11	千葉	千葉市立青葉病院	380	33,354	87.8	12年3月～14年6月	17,109	513	4,502
12	千葉	君津中央病院	651	47,400	72.8	11年9月～15年3月	23,330	492	3,584
13	神奈川	茅ヶ崎市立病院	401	27,443	68.4	10年7月～15年3月	15,939	580	3,975
14	神奈川	横浜市立みなと赤十字病院	634	74,148	116.9	12年12月～15年12月	36,426	491	5,745
15	埼玉	草加市立病院	366	32,000	87.4	14年7月～16年3月	9,880	309	2,699
16	神奈川	川崎市立多摩病院	376	35,620	94.7	14年10月～18年2月	18,432	517	4,902
17	東京	公立阿伎留病院	310	28,142	90.8	16年7月～18年3月	10,500	373	3,387
18	山梨	県立中央病院	691	68,785	99.5	10年2月～18年3月	33,500	487	4,848
19	新潟	県立新発田病院	478	49,369	103.2	15年12月～18年8月	16,465	333	3,445
20	群馬	県立がんセンター	332	32,333	97.3	17年3月～19年2月	10,300	318	3,102
21	新潟	新潟市民病院	660	50,958	77.2	17年2月～19年10月	26,676	445	4,042
22	東京	公立福生病院	320	29,020	90.6	18年7月～21年9月	9,417	324	2,943

平均建設単価

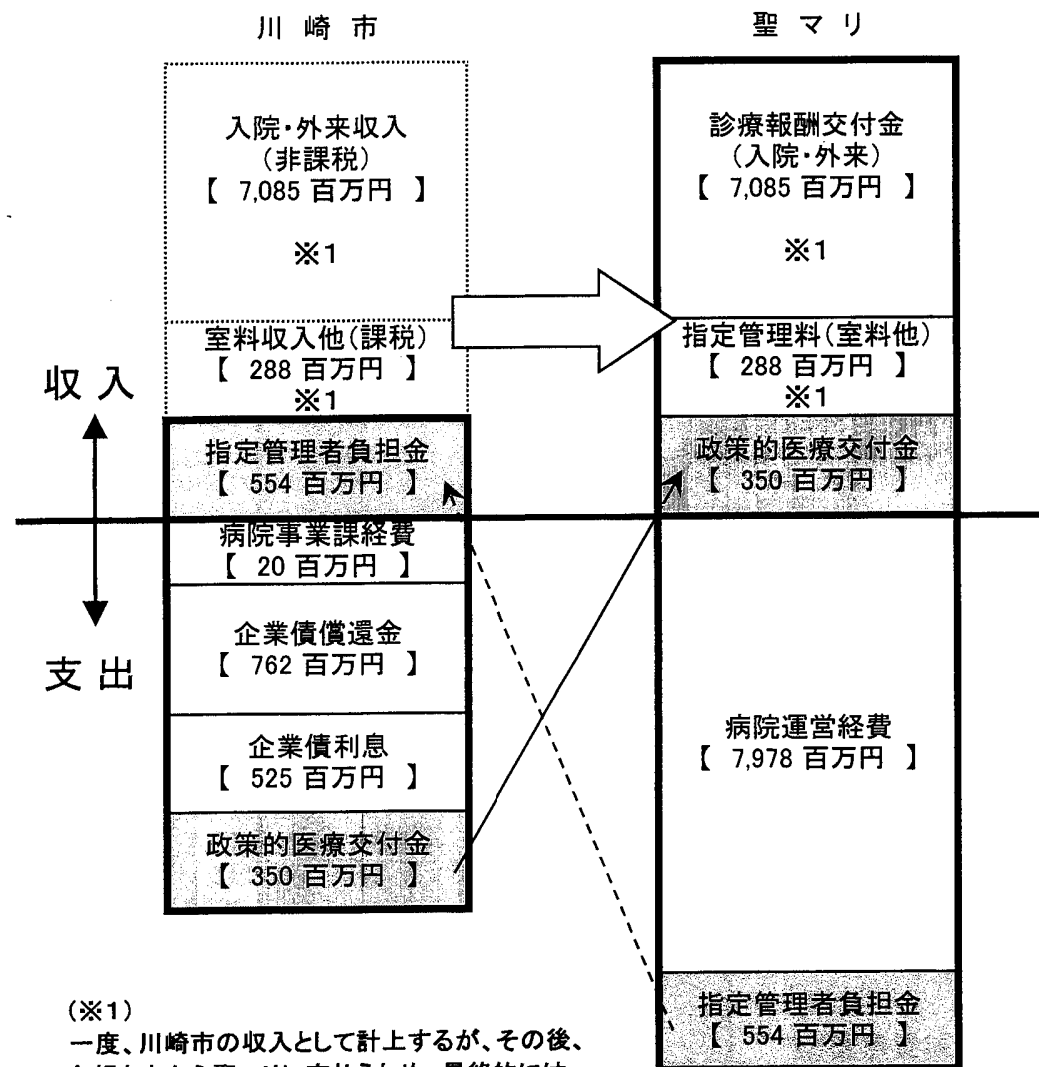
(1) 床面積単価 476千円/㎡

(2) 1床当たり単価 4,024万円/床

多摩病院 診療収入等と運営経費の仕組み

資料 8
平成21年7月9日

1 資金の流れ(平成19年度決算)



(※1)
一度、川崎市の収入として計上するが、その後、全額を市から聖マリに支払うため、最終的には聖マリの収入となる。

2 説明

- ① 入院・外来収入など社会保険等診療報酬全額(消費税非課税分)を診療報酬交付金として、聖マリに支払う。
- ② 室料差額、駐車場使用料等の課税収入は、まとめて指定管理料として聖マリに支払う。

3 指定管理者負担金の内訳

- ① 施設及び設備に対する指定期間中の減価償却費相当額を29年で除した額(負担年度 平成19年度～47年度)
【 533,759,134円 】
- ② 医療機器等に対する減価償却費相当額の1/3を18年で除した額(負担年度 平成20年度～37年度)
【 92,974,604円 】
- ③ 市の職員の年間事務経費相当額(負担年度 平成18年度～47年度)
【 20,000,000円 】
- ④ 火災保険等の年間保険料相当額(負担年度 平成17年度～47年度)
【 550,617円(平成19年度負担額) 】

* 指定期間
平成18年2月1日～平成48年3月31日(30年2ヵ月)

多摩病院 企業債元利償還金(平成14年度～47年度)

総 計
【 38,599百万円 】

用地費分を除

総 計
【 30,996百万円 】

<p>利 息 【 8,885百万円 】</p>	<p>川崎市負担 【 21,446百万円 】 【 13,843百万円 】</p>		<p>利 息 【 1,757百万円 】</p> <p>元 金 【 5,846百万円 】</p>	<p>用地費分</p>
<p>元 金 【 29,714百万円 】</p>			<p>利 息 【 7,128百万円 】</p>	
		<p>指定管理者負担金 【 17,153百万円 】</p> <p>※内訳 ①施設及び設備 533,759,134円×29年 =15,479,014,886円</p> <p>②医療器械等 92,974,604円×18年 = 1,673,542,872円</p>	<p>元 金 【 23,868百万円 】</p>	

多摩病院指定管理検討委員会スケジュール

	テーマ	開催時期	開催場所
第1回	<ul style="list-style-type: none"> ・多摩病院開設及び指定管理者制度導入の経緯 ・検討委員会設置に至った経緯及び設置の目的 ・報告書作成までの検討スケジュール 	平成21年 7月9日(木)	病院局 5階会議室
第2回	<ul style="list-style-type: none"> ・多摩病院視察 ・病院開設3年間の評価及び課題 	平成21年 7月22日 (水)	多摩病院 2階講堂
第3回	<ul style="list-style-type: none"> ・検討事項及び検討ポイント整理 ・指定管理条件等の検討 	平成21年 8月	病院局 5階会議室
第4回	<ul style="list-style-type: none"> ・指定管理条件等の検討 ・報告の骨子 	平成21年 9月	病院局 5階会議室
第5回	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書(案)検討 	平成21年 10月	病院局 5階会議室
第6回	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書(案)確定 	平成21年 11月	病院局 5階会議室

論点の整理

資料 10
平成21年7月9日

項 目	内 容	聖マリアンナ医科大学の意見	川崎市の意見
総 論		<p>多摩病院に係る費用負担の軽減を求める。</p> <p>努力をしているが、現状では経営が非常に厳しい。 ①指定管理者負担金（H20年度：約6億5千万円）の減額か ②政策的医療交付金（H20年度：3億5千万円）の増額を求めたい。 ※①は聖マリの負担金、②は川崎市からの補助金</p>	<p>現行の費用負担条件は概ね妥当なものである。</p> <p>①指定管理者負担金は、指定期間中に発生する建物の減価償却費及び医療機器等の減価償却費の3分の1をベースに算定している。また、②政策的医療交付金は、不採算医療である救急医療、小児医療、アレルギー医療に対して支払っている。その差額は約3億円となるが、多摩病院の施設の仕様、立地条件等を勘案すると、概ね妥当な金額である。</p>
平成19年度 多摩病院 収支決算	収支差額	平成19年度の収支差額が、約7億8千万円の大幅な赤字となり、病院の経営が非常に厳しい状況である。	多摩病院の収支に含めることが適切でないものや縮減可能な費用があるため、内容の検証と修正が必要である。
	人件費について (シミュレーションとの乖離)	平成20年11月7日付回答文の添付資料で、平成19年度の高摩病院人件費実績を説明。	多摩病院の収支に計上されている役員給与費や退職金支給額等、除外すべき項目が含まれており、縮減が可能である。
	委託料について (シミュレーションとの乖離)	平成20年11月7日付提出資料で、平成19年度の高摩病院委託料実績を説明。	川崎病院・井田病院と比較しても、割高なものがあり、縮減が可能である。
	収益について (シミュレーションとの乖離)	平成20年11月7日付回答文の添付資料で、以下のとおり原因について説明を行なった。 ①シミュレーション作成時には、H18の診療報酬改定(△3.16%)が加味されていない。 ②患者数の見込違い。	①について、小児医療等、診療報酬が増額となった項目もある。多摩病院の医療機能を考慮すると、必ずしもH18の診療報酬改定が、多摩病院の収入に対してマイナスの影響のみを与えたものではないと考える。 ②について、病床利用率、医業収益に対する人件費率等を考慮すると、収入を増やせる余地があると考ええる。
施設・設備	建設単価について	一般の民間病院と比較して、非常に建設単価が高く、それが減価償却費相当額となって指定管理者負担金に跳ね返っており、経営を圧迫している。	建設単価については、立地などの外的要因や公立病院の機能を発揮させる仕様を反映したものである。
	災害対策施設について (ヘリポート、免震設備等)	災害拠点病院として、政策的な意味合いで設置された施設についての負担は行政が担うべきである。	災害拠点病院としての施設整備については、基本計画書に記載されており、その負担についても十分認識されているものとする。負担区分については、指定管理条件の基本的な項目であり、原則として変更すべきではないものである。
	環境関連設備について	燃料電池、コージェネレーション設備等、公立病院の設備として、政策的な意味合いで設置された設備の維持管理費用については、協議対象とし、行政による負担も検討すべきである。	当該設備は、環境面だけでなく、エネルギー効率等も考慮して導入した経緯がある。維持管理費用については指定管理者の負担が原則であるが、一部設備については、配慮を検討する。
	その他の設備等について	自動ドア等、他の聖マリ附属病院と比較しても、過度な設備が多く、保守費用などのランニングコストの負担が非常に大きいので、負担区分について配慮を要望する。	設計段階から聖マリと協議し、聖マリの要望にこたえて導入したものも含まれる。公立病院の設備として過度とは考えていない。
	医療機器・備品について	現行は、新規又は買換え購入については聖マリが負担することになっているが、MRI、CT等、特別に高額なものについては、協議対象とすることを要望する。	医療機器・備品の初期投資は、市が行った。その後の新規・買換えを聖マリが行うことについては、指定管理条件の基本的な項目であり、原則として変更すべきではないものである。
指定管理者負担金	施設・設備の減価償却費相当額について	他の指定管理者制度導入病院と比較して厳しすぎる内容であるため、一定額の減額を要望する。	施設・設備の減価償却費相当額を指定管理者の負担とするのは、一般的なスキームであり、負担金への反映については、指定管理条件の基本的な項目であり、原則として変更すべきではないものである。
	病院局職員の事務経費について	現行においては、病院局職員は多摩病院に常駐していない。したがって削除を要望する。もし、常駐するのであれば、減額を要望する。	常駐していないが、多摩病院に係る業務を行っており、削除する必要はないと考える。ただし、負担額についての見直しは検討する。
政策的医療交付金	積算対象事業の拡大と増額について	総務省の定める繰り出し基準の該当項目のうち、現在、対象となっていない事業について対象事業に含めることを要望する。また、現在、対象となっている事業については増額を要望する。	不採算となっている事業について内容等を検証する。
他大学出身の医師確保	医師の1/3を他大学出身者で確保することについて	協定条文の削除を要望する。現状の医師確保の困難性からも、不合理的な内容である。	覚書に明記されており、議会にも説明しているため、本項全体を削除することは不可能であるが、全国的な医師確保の困難性を鑑みて、内容を努力義務へ変更することを検討する。
利用料金制	利用料金制への変更について	現行の「代行制」から「利用料金制」に変更してほしい。病院収入の市への振込みと受け取りという日常的な業務負担が重く、デメリットが大きい。	現行制度である「代行制」と「利用料金制」については、それぞれ一長一短があるが、他都市との比較検証も含めて今後の検討課題とする。
その他	市条例による料金設定について	条例により、料金が低額に抑えられていることが、収入に影響している。そのあたりの配慮を要望する。	多摩病院は公立病院であり、料金は条例によって決められている。改定には市民の十分な理解と議会の同意が不可欠である。
	繰入金について	同じ川崎市立病院である以上、多摩病院の政策的医療交付金について、直営病院に準じた対応を要望する。	指定管理者制度導入の趣旨から、一定の支援のもとで民間病院の経営ノウハウを活かすべきである。
	指定管理者負担金に係る消費税について	指定管理者負担金に係る消費税については、現在、内税扱いとなっているが、今後もそのやり方の継続を要望する。	指定管理者負担金については、国税当局の判断が最終的に課税扱いとなつたため、改めて消費税の取り扱いについて整理すべきである。