

勤務医部会だより

自治体病院公営企業法の全部適用について



幹事 柴田 時宗

自治体病院の経営形態には公営企業法の一部適用と全部適用があります。法的な根拠は地方公営企業法にあります。一部適用は当該自治体の首長が開設者であるとともに管理者として人事権、経営権を持ち運営します。一方全部適用では首長が開設者であることは変わりありませんが、人事権、経営権は首長が任命した事業管理者に委ねられます。簡単に言えば事業管理者、病院に権限を移譲するかわりに、運営の責任もとらせるということです。そういう意味ではより医療法人に近い経営形態といえます。法人での理事長がさしずめ事業管理者ということでしょうか。

自治体病院ではすでに昭和30年代からいくつかの病院が全部適用を導入していました。さらに自治体病院の赤字が社会問題になってきた平成10年頃から急速に増加し、現在では全国に800以上ある自治体病院のうちほぼ半数が全部適用で運営されています。事業管理者は医師が8割強で、医師以外では自治体の職員や病院経営に詳しい人が就任しています。院長は医療法10条に定められた職責であり、広く保健行政から健康保険制度までの病院責任者として規定されている地位ですが、事業管理者は公営企業法と当該自治体の規定で定められた地位です。多くは首長の任命、任期は4年で再任を認めるものとされています。院長に比べると地位の法的根拠には曖昧な部分が残っています。院長との業務分担については各病院で異なっています。事業管理者が医師でない場合は、比較的明快で人事、経営、渉外面は事業管理者が行い、医療に関することは院長が行うという分担となります。両者が医師の場合は事業管理者、院長の序列で病院運営をすることが多いようです。

われわれの病院は愛知県では比較的早く平成18年に全部適用を導入しました。事業管理者として2期目になりすでに6年が経過しました。全部適用を選択した経緯には当時夕張市の例を出すまでも無く、

病院の赤字を原因として財政力を低下させる自治体が相次いでいました。また、時期を一にして総務省が自治体病院の経営改善を目指し、経営が改善しない場合は運営形態の見直しを提言するという動きが出ました。愛知県内でも複数の病院で外部委員を入れた経営改革委員会が組織されました。その答申が平成18年に出そろい、民営化が導入された病院もありました。われわれの病院は平成13年に新築移転して多額の減価償却をかかえたこともあり、慢性的に赤字を出していました。国や県の指導による自治体病院に対する経営強化の流れがあり、当市でも市民、議会、役所当局の経営改善の期待が高まりました。民間移行、公設民営化、指定管理者制度などの選択肢がありましたが、民営化では不採算部門の切り捨てなどで市民の希望する医療が困難になる可能性があること、職員の待遇維持ができないことからこれらは除外されました。事業管理者の人事権が首長にあり自治体の意向が反映できることなどから全部適用を採用しました。

さてその6年間の総括ですが、医師を含めた医療従事者の労働条件を改善することで、労働に対するインセンティブを高めることに努力しました。給与面では医師賞与について貢献度によって約10~15%程度まで増減できる規定とし、来年度からは全職員に適用の予定です。また、実働に応じた日当直手当など労働に応じた賃金体系を取り入れました。こうしたことで病院に貢献度が高く忙しい職員ほど収入面で優遇できるようにしました。今後は年棒制なども考慮していく予定です。一方人事面では従来応募から採用までに最低でも二ヶ月程度を要していましたが、全部適用後は一ヶ月以内となり看護師不足対策の一助になりました。

目的であった経営改善はどうだったのでしょうか。いくら経営努力をしても患者数や病床稼働率の増加はできませんが、医療収支は診療報酬制度に大きく影響を受けてしまいます。大見得を切って一般会計の負担金を減額しましたが、赤字の総額は全部適用前と同程度に留まりました。現行の国の方針では今後も中小病院の経営は困難なことが予測されます。また、10%に上がる消費税の扱いも大きな問題になります。

全部適用であれ、一部適用であれ予算・決算は首長の承認を経て議会での可決が必要であることに変わりはありません。財政力のある自治体であれば、

一部適用のまま自治体から赤字補填なり、負担金なりで補助を受ければ良いと思います。病院側と道長や議会との関係が円滑であれば全部適用か一部適用かは問題とはなりません。経営形態にかかわらず、

自治体病院が本来なすべき医療を行いながら、自治体の負担をできる限り少なくすることが中小自治体病院の生き残りの道であると考えています。

(みよし市民病院)