

佐野市民病院の概況

平成28年8月

目 次

1. 市民病院の概要	
(1) 沿革	1
(2) 施設概要	1
2. 市民病院の医業概要	
(1) 患者数	3
(2) 医師数	3
(3) 看護師数	4
(4) 稼働病床数	4
(5) 経営状況	5
3. 市民病院の課題	
(1) 医師・看護師不足	6
(2) 経営収支の改善	6
(3) 施設の老朽化	7
4. 市民病院の機能	
(1) 市民病院の存在	8
(2) 両毛保健医療圏における役割	9
(3) 病院機能のあり方	11
5. 市民病院の経営形態	
(1) 公立病院の改革	15
(2) 市民病院の指定管理者制度	15
(3) 経営形態としての選択肢	16
(4) 指定管理者制度と民間譲渡の比較	18
6. 市民病院の施設整備	
(1) 基本方針	21
(2) 新病棟の機能	21
(3) 新病棟の規模	21
(4) 新病棟の位置	21
(5) 建設事業費	22
(6) 事業スケジュール	22
(7) 建設手法	22
(8) 建設補助方式の実例	23
7. 市民病院に対する負担のあり方	
(1) 今後の財政負担	24
(2) 財政負担からのあり方	24

1. 市民病院の概要

(1) 沿革

昭和 23 年 5 月	葛生町立葛生病院開院。病床数 99 床（一般 59/結核 40）
昭和 24 年 11 月	田沼町立田沼病院開院。病床数 145 床（一般 117/結核 28）
昭和 47 年 4 月	田沼町立病院、葛生町立病院を合併し、栃木県・県南病院組合（一部事務組合）を設立。
昭和 49 年 11 月	現在地に「栃木県・県南総合病院」を開院（現 B・C 棟） 病床数 230 床（一般 185/結核 15/伝染病 30）
平成 元年 4 月	老人保健施設「あそヘルホス」開設。入所定員 100 名。
平成 8 年 3 月	A 棟増築。許可病床 300 床。（一般 260/伝染病 30/ドック 10）
平成 15 年 7 月	感染症病舎廃止や病床変更等の経緯を経て 258 床に。 （一般 156/療養 92/ドック 10）
平成 17 年 2 月	佐野市、田沼町、葛生町合併により「佐野市民病院」に改名。
平成 20 年 10 月	指定管理者制度（利用料金制）に移行。医療法人財団「青葉会」

(2) 施設概要

名 称	佐野市民病院
所在地	栃木県佐野市田沼町 1832-1
敷地面積	26,951.50 m ²
延床面積	15,533.44 m ²
構 造	鉄筋コンクリート造（地下 1 階、地上 5 階）
許可病床数	258 床（一般病床 154/療養型病床 94/人間ドック 10）
診療科目	内科 消化器内科 消化器外科 呼吸器内科 循環器内科 小児科 放射線科 外科 脳神経外科 整形外科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 婦人科 リハビリテーション科 皮膚科 麻酔科

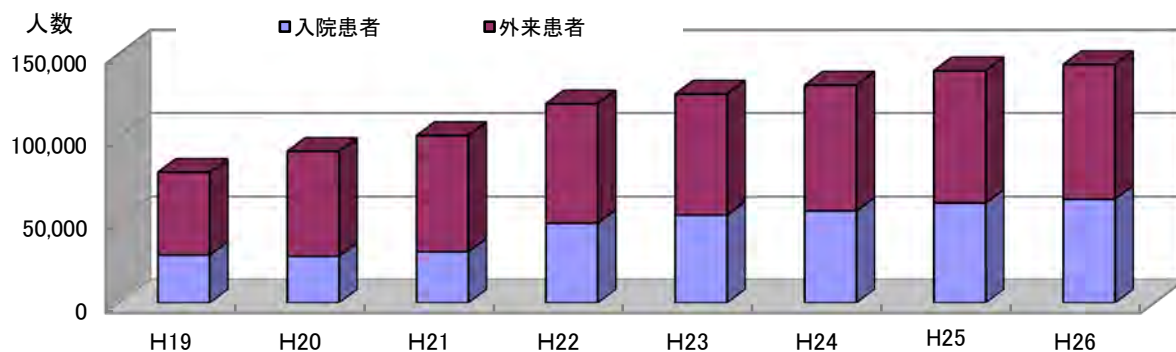
病床機能

棟	病 棟	許可病床数	小 計	稼働病床数	備 考
A 棟 (新棟)	A 3	38	98	38	急性期病床
	A 4	50		50	地域包括ケア病床
	人間ドック	10		10	
BC 棟 (旧棟)	B 2	36	160	0	(36床休床中)
	B 3	30		24	急性期病床 (6床休床中)
	B 4	51		51	療養病床
	B 5	43		43	療養病床
合 計		258	258	216	

2. 市民病院の医業概要

(1) 患者数

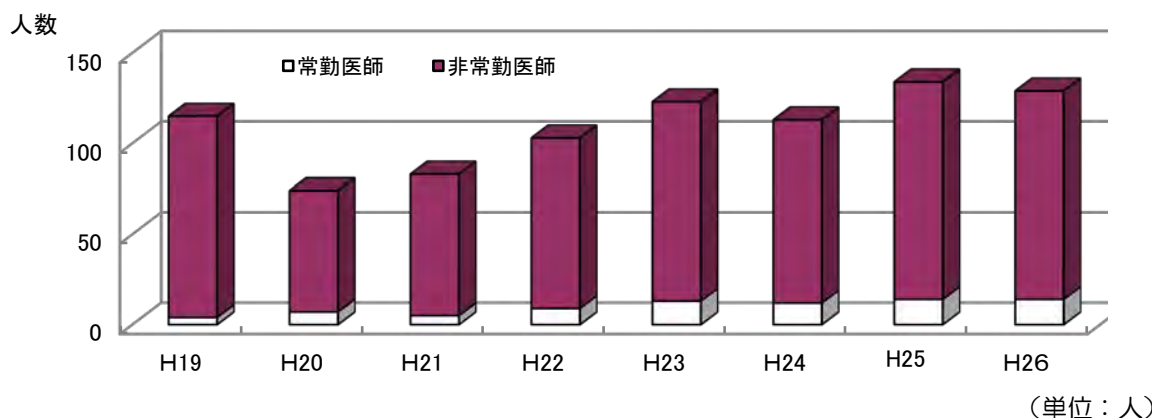
平成 19 年度からの入院、外来及び救急患者数は、増加傾向にあり、入院患者数につきましては病床の開棟状況に応じた伸びとなっています。



年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
入院患者	28,936	28,261	30,838	48,069	52,956	55,450	60,288	62,556
外来患者	49,446	62,729	69,680	71,619	72,601	75,495	79,364	80,791
(救急患者)	(1,204)	(1,466)	(1,780)	(1,771)	(1,742)	(1,748)	(1,484)	(1,774)
合計	79,586	92,456	102,298	121,459	127,299	132,693	141,136	145,121

(2) 医師数

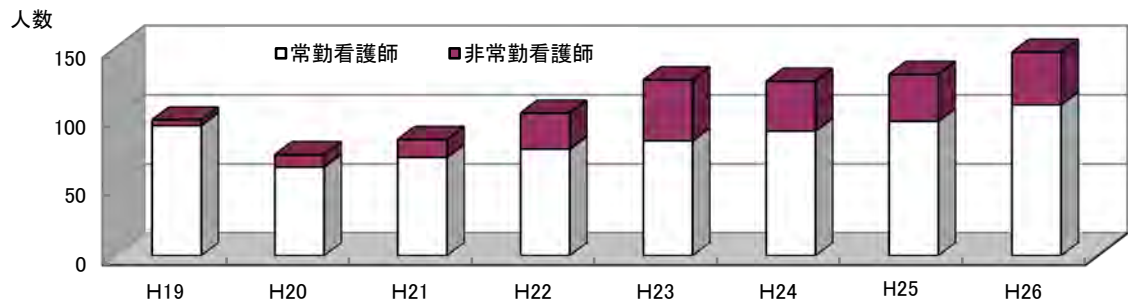
常勤医師については増加傾向にはあり、平成 26 年末では 14 名となっています。非常勤医師については 100 名を超える状況ですが、入院患者や救急医療に対応するためには、さらなる常勤医師の招聘が課題となっています。



年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
常勤医師	4	7	5	9	13	12	14	14
非常勤医師	111	67	78	94	110	101	122	112

(3) 看護師数

看護師数（准看護師含む）は、指定管理者制度への移行に伴って大幅に減となりましたが、その後徐々に増え、平成26年末では109名となっています。夜勤等に対応できる常勤看護師の確保が課題となっています。

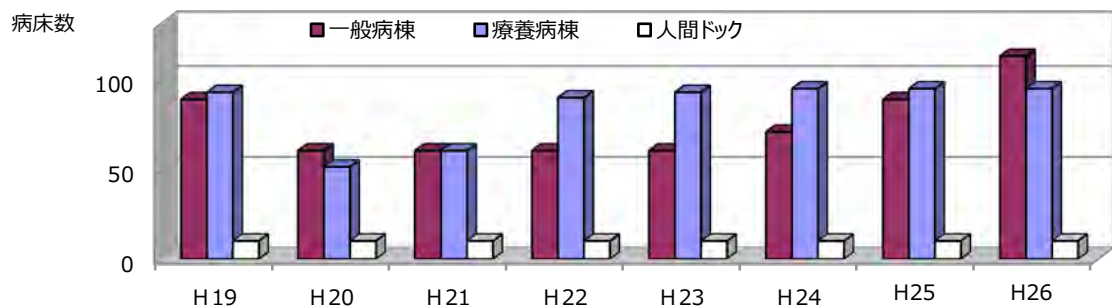


(単位：人)

年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
常勤看護師	94	64	71	77	83	90	97	109
非常勤看護師	4	9	13	26	44	36	34	38

(4) 稼働病床数

稼働病床は、平成20年度の休床等の措置により大きく減少しましたが、その後は徐々に開棟し、平成26年末では一般病棟は112床が稼働しています。療養病棟については許可病床数どおり94床の稼働でほぼ満床状態となっています。



(単位：床)

年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
一般病棟	88	60	60	60	60	70	88	112
療養病棟	92	51	60	89	92	94	94	94
人間ドック	10	10	10	10	10	10	10	10
計	190	121	130	159	162	174	192	216

(5) 経営状況

(単位:千円)

事業年度	医師数 (常勤)	病院収支状況				備考
		収 益	費 用	損 益	累積欠損金	
昭和47年	9	354,610	359,766	-5,156	-5,156	
昭和48年	9	401,952	432,202	-30,250	-35,406	
昭和49年	13	458,711	699,492	-240,781	-254,580	(出資団体補助金) 11,607
昭和50年	14	870,410	1,076,428	-206,018	-458,332	(出資団体補助金) 13,000
昭和51年	15	1,242,235	1,272,447	-30,212	-435,445	(出資団体補助金) 53,099
昭和52年	14	1,332,514	1,338,221	-5,707	-441,152	(出資団体補助金) 59,134
昭和53年	15	1,491,048	1,429,489	61,559	-379,593	(出資団体補助金) 52,231
昭和54年	17	1,703,594	1,601,346	102,248	-277,345	(出資団体補助金) 47,500
昭和55年	16	1,749,176	1,735,005	14,171	-263,174	(出資団体補助金) 51,200
昭和56年	17	1,953,953	1,935,061	18,884	-244,290	
昭和57年	17	1,963,319	1,980,620	-17,301	-261,591	
昭和58年	15	1,951,535	1,957,063	-5,528	-267,119	
昭和59年	16	1,836,100	1,909,783	-73,683	-340,802	
昭和60年	15	1,960,554	1,940,303	20,251	-320,551	
昭和61年	16	2,124,809	2,062,580	62,229	-258,322	
昭和62年	15	2,432,084	2,259,408	172,682	-85,640	
昭和63年	16	2,439,552	2,341,064	98,488	12,848	
平成元年	15	2,436,763	2,420,826	15,937	28,135	
平成2年	15	2,541,075	2,590,429	-49,354	-22,019	
平成3年	14	2,769,908	2,920,636	-150,728	-172,747	
平成4年	15	2,955,333	3,081,497	-126,164	-298,911	(運営費補助金) 85,000
平成5年	19	3,244,471	3,402,062	-157,591	-456,502	(運営費補助金) 238,527
平成6年	23	3,293,284	3,385,946	-92,662	-549,164	(運営費補助金) 364,103
平成7年	23	3,285,341	3,471,640	-186,299	-735,463	(運営費補助金) 179,520
平成8年	28	3,847,865	4,022,222	-174,357	-909,820	(運営費補助金) 120,000
平成9年	29	3,920,699	4,123,998	-203,299	-1,113,119	(運営費補助金) 55,000
平成10年	28	4,026,518	4,184,868	-158,350	-1,271,469	(運営費補助金) 80,000
平成11年	26	4,030,586	4,122,443	-91,857	-1,363,326	(運営費補助金) 145,000
平成12年	24	3,992,827	4,152,150	-159,323	-1,522,649	(運営費補助金) 129,000
平成13年	24	3,901,641	4,049,020	-147,379	-1,670,028	(運営費補助金) 100,000
平成14年	21	3,671,644	3,892,901	-221,257	-1,891,285	(運営費補助金) 95,000
平成15年	13	3,386,303	3,235,657	150,646	-1,740,639	(運営費補助金) 800,000
平成16年	15	3,003,907	2,837,922	265,985	-1,574,654	(運営費補助金) 750,000
平成17年	13	2,890,335	2,892,512	-2,177	-1,576,831	(運営費補助金) 880,000
平成18年	8	2,902,803	2,807,873	94,930	-1,481,901	(運営費補助金) 1,000,000
平成19年	4	2,536,649	2,498,105	38,544	-1,443,357	(運営費補助金) 1,125,000
平成20年 ※1	7	2,068,985	2,060,771	8,214	-1,435,144	(運営費補助金・地域医療維持交付金) 762,504
平成21年	5	835,354	831,342	4,012	-1,431,132	(地域医療維持交付金) 433,931
平成22年	9	813,405	809,989	3,416	-1,427,716	(地域医療維持交付金) 313,517
平成23年	13	873,932	872,451	1,481	-1,426,235	(地域医療維持交付金) 398,771
平成24年	12	699,752	697,629	2,123	-1,424,112	(地域医療維持交付金) 417,972
平成25年	14	732,934	732,358	576	-1,423,536	(地域医療維持交付金) 364,894
平成26年	14	1,042,919	1,042,759	160	※2 -926,937	(地域医療維持交付金) 259,944

※1 平成20年度以降は、市病院事業会計決算額

※2 会計制度改正により変動あり

3. 市民病院の課題

指定管理者制度に移行して8年目となり、医師や看護師をはじめとする医療スタッフの充実等により、患者数の増や休床病棟の開棟等、地域に対する医療提供体制が充実してきていますが、医師不足や、経営収支、施設の老朽化等、様々な課題を抱えています。

(1) 医師・看護師不足

市民病院の医師・看護師数は徐々に増加しつつあり、常勤医師は14名となり、常勤の看護師（准看護師含む）も109名となっていますが、許可病床258床を全床開棟するには及ばず、現在42床が休床状態となっています。また、医療の高度化・専門化に伴い、必要とする医師数や業務量は増大しつつあり、時間外救急医療業務を常勤医師が対応できる状況ではなく、二次救急医療病院群の輪番制には復帰できていません。

(2) 経営収支の改善

平成20年度の指定管理者制度移行後、患者数や開棟病床は増加傾向にあり、平成23年度までは当初の長期収支計画を上回る収支額でしたが、平成24年度決算からは計画額を下回る収支額となりました。

また、平成26年4月に診療報酬の大きな改定があり、一般病床を全て高度急性期病棟として開くことは困難となり、今後も黒字化を目指した収益改善が見込めない状況であることから、病院機能の見直し等経営改善に向けての取り組みが大きな課題となっています。

そのため、指定管理者から当初の長期収支計画を修正した収支計画が平成26年に提出されましたが、大きな改善は見られない計画内容となっています。

■指定管理者による収支実績額（～H25）

（単位：千円）

年度	H20下半期	H21	H22	H23	H24	H25
経常収益	683,018 (567,740)	1,592,577 (1,475,817)	2,127,954 (1,708,731)	2,322,581 (1,884,788)	2,569,495 (2,164,153)	2,806,737 (2,509,323)
経常費用	895,522 (788,621)	2,026,508 (1,970,884)	2,441,471 (2,118,862)	2,721,352 (2,290,585)	2,987,467 (2,475,002)	3,171,631 (2,757,859)
経常損益	-212,504 (-220,000)	-433,931 (-495,067)	-313,517 (-410,131)	-398,771 (-405,797)	-417,972 (-310,849)	-364,894 (-248,536)

※（ ）内は当初長期収支計画の値

■修正長期収支計画に基づく収支実績及び見込額（H26～）

（単位：千円）

年度	H26	H27	H28	H29
経常収益	2,989,762 (2,925,458)	(3,089,201)	(3,104,096)	(3,130,972)
経常費用	3,249,706 (3,388,710)	(3,545,229)	(3,555,380)	(3,570,940)
経常損益	-259,944 (-463,252)	(-456,028)	(-451,284)	(-439,968)

※（ ）内は修正長期収支計画の値

(3) 施設の老朽化

建築後41年を経過した旧棟（BC棟）については、病床面積や廊下幅など、現在の医療法構造設備基準を満たしていない状況です。施設の老朽度としては、構造躯体や建築設備に深刻な被害がみられます。外壁面亀裂からの雨水浸水等によりコンクリートの中性化が進んでおり、鉄筋の腐食も考えられ、受変電設備については、旧式のもので容量が限界であることから拡充もできない状況です。また、空調設備（ボイラー方式）や給排水設備も配管自体の腐食が進み、毎年のように修繕を行っています。さらに、耐震指標（Is値）が0.46と診断され、「地震の振動及び衝撃に対し、倒壊し、又は危険性のある建物」とされています。

■病室・廊下幅の現状と基準

	区 分	現在のBC棟	現在の 構造設備基準	備 考
病室 面積	一般病床（1人当り）	5.7～18㎡	6.4㎡以上	70%が現基準以下
	療養病棟（1人当り）	5.7～18㎡	6.4㎡以上	55%が現基準以下
廊下 幅	一般病棟（片側病室）	2.08m	1.8m以上	
	一般病棟（両側病室）	2.08m	2.7m以上	基準以下
	療養病棟（片側病室）	2.08m	1.8m以上	
	療養病棟（両側病室）	2.08m	2.7m以上	基準以下

4. 市民病院の機能

(1) 市民病院の存在

市民病院は、田沼町・葛生町の両町立病院、及び、栃木県・県南総合病院の時代から、自治体病院の使命と役割とされる「地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性の面から民間医療機関による提供が困難な医療（救急医療や小児医療など）を提供すること。」を基本に、地域の中核的な総合病院として運営されてきました。また、市内4箇所の国保診療所のへき地医療拠点病院となっており、常盤診療所を加えた5診療所とともに、開業医が少ない地域で、地元に着して地域医療を支えてきました。

市民病院を指定管理者制度に導いた平成18年の政策審議会答申の提言にあるように、長期目標としての「市民と地域のための、思いやりと愛情に満ちた病院」、中期目標である「市民のニーズに即した医療を、地域の医療機関と連携して提供する」を尊重しながら今後も、北部地域の拠点病院としての役割を担っていく必要があります。

そのためには、答申に掲げられた次の短期目標諸施策を確実に実行していくことが必要であり、こうした時代変化への対応、関係医療機関と連携、などの改革を続けていくことで、経営基盤がより強化され、持続的な病院経営が可能になるものと考えます。

- ① 高齢化社会への対応 … 高齢化の進展に伴う病床対応や介護施設との連携充実
- ② 少子化社会への対応 … 少子化の中で開業医や他病院との役割分担
- ③ 慢性期医療への対応 … 地域医療の中で高度医療や慢性期医療などへの役割
- ④ 診療科目の検討 … 採算性や医療需要などからの検討や見直し
- ⑤ 近隣病院との連携 … 市内病院、両毛保健医療圏内病院との役割分担と連携
- ⑥ 診療所や開業医との連携 … 検査体制支援や患者紹介などの連携

(2) 両毛保健医療圏における役割

両毛保健医療圏(佐野市及び足利市)の状況と佐野市民病院の主な役割は以下のとおりです。

■両毛保健医療圏内の病院と機能

所在	病院名	病床数				救急告示	輪番制	救命救急	へき地医療
		一般+療養	結核	精神	感染				
佐野市	佐野市民病院	258				●	休止中		●
	佐野医師会病院	153							
	佐野厚生総合病院	476		51	4	●	●		
	佐野中央病院	72							
	両毛病院			183					
足利市	足利赤十字病院	500	15	40		●	●	●	
	今井病院	223				●			
	足利第一病院	57				●			
	足利中央病院	83				●			
	本庄記念病院	92				●			
	皆川病院	72				●			
	あしかがの森足利病院	240							
	鈴木病院	56							
	長崎病院	80							
	青木病院			156					
	足利富士見台病院			139					
	前沢病院			105					
	合計	2,362	15	674	4	8	2	1	1

① 病床数について

栃木県保健医療計画において定められた、両毛保健医療圏における一般及び療養病床の数は1,995床ですが、区域内病院及び有床診療所で保有する既存の病床数の合計は2,207床あり、計画値を212床超過している状態です。

※病床数（一般及び療養分）の相違について： 県計画では、一般及び療養病床数には病院の他に有床診療所分も含まれていること、及び、あしかがの森病院の特別患者病床数分を減じていること等のため、2,362床ではなく2,207床としてカウントされています。

② 救急告示病院

救急告示病院は知事に認定された医療機関で、「救急医療の知識や経験を持つ医師が常時診療している」、「レントゲンなど救急医療に必要な設備を持つ」などの要件を満たした病院で、両毛保健医療圏では8施設が認定されています。

③ 二次救急医療病院群輪番制病院

救急車により直接搬送されてくる、又はかかりつけの診療所など初期救急医療機関から転送されてくる重症救急患者に対応するための医療機関を整備する制度で、休日や夜間に対応できる病院が順番に担当する輪番制で対応します。佐野市民病院が平成19年1月より休止中のため、足利赤十字病院と佐野厚生総合病院の2病院が1週ごとに交替で対応しています。

④ 救命救急センター

救命救急センターは、初期（一次）および二次救急医療施設の後方病院として、脳卒中・心筋梗塞・頭部損傷等の重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるため、高度の診療機能を有している三次救急医療機関で、足利赤十字病院が指定されています。

⑤ へき地医療拠点病院

県の定める「へき地医療保健計画」に基づき、両毛保健医療圏では佐野市内に4カ所のへき地国保診療所（飛駒・新合・野上・氷室）が開設されて、常盤診療所を含め、これら山間部の診療所を支援するため、佐野市民病院がへき地医療拠点病院として支援を行っています。

(3) 病院機能のあり方

① 国の方針と今後の方向性

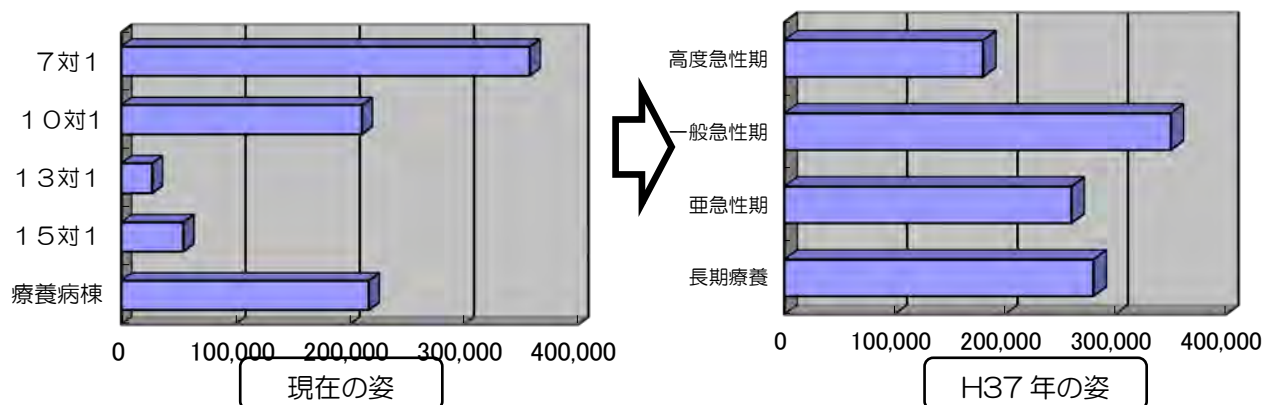
平成 26 年 4 月の診療報酬改定の基本方針は以下のとおりです。

入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
に取組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

この方針に従い、入院医療について、高度急性期病床の機能が明確化（厳格化）されるとともに、急性期病院退院後の受け皿として地域包括ケア病棟が新設されました。

これにより、今後 20 年をかけ、現在 36 万床あり過大となっている高度急性期病床を、18 万床にまで減少させるとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる、一般急性期病床及び亜急性期等病床を増床させ、在宅復帰率の増加を図る方針です。

■病床数の推移見込（全国レベル）



これらを確実に推進するため、国ではさらに地域医療構想を平成 27 年度中に策定するよう定めており、これにより都道府県ごとに構想が策定され、各地域における医療機能の分化・連携がはかれることとなります。

現在（平成 28 年 2 月末）は素案の最終段階ではありますが、両毛保健医療圏、特に佐野市では急性期後に転院する後方病院が少ないとされており、地域内医療機関の病床機能転換や回復期病床及び回復期リハビリテーション機能の充実・強化が必要とされています。

② 市民病院の対応と今後の方向性

ア. 入院病床の機能

平成 26 年 6 月まで、市民病院の一般病床は、高度急性期病床（看護基準 7:1）として運営してきましたが、診療報酬改定により、重症患者割合・平均在院日数・在宅復帰率等の基準を満たすことが困難となりました。

そのため、平成26年7月より、一般病床112床のうち50床を、新たに設定された地域包括ケア病床として運営しています。これにより、急性期後の患者受入病床としての機能も担うこととし、既存の慢性期療養病床も加え、複合的な病床機能を持った病院としての役割を果たすこととなりました。

こうしたことで、急性期から亜急性期、慢性期に至る病床を備えることになり、また、訪問看護事業や地域包括支援センターが設置されていること、さらに、介護老人保健施設「あそヘルホス」が敷地内に併設されていること、高齢化の進んだ地域の住民にとって、こうした複合的な病床機能を持った病院が地域の拠点病院として存在することは、安心感につながるものと考えます。

また今後、地域医療構想に基づいた病床機能の需要動向に合せ、柔軟に対応することで、病院機能の分化と連携が図れることになると考えます。

イ. 外来診療体制

外来診療については、指定管理者との協定に基づき17診療科目を開設しており、患者数も1日平均300人程度まで回復してきていますが、耳鼻咽喉科、小児科、婦人科、皮膚科など、不採算の状態にあると考えられる部門もあります。また、地域の人口減少や、高齢化に伴う地域ニーズの変化、個人医院の開業などにより、新たな不採算要因が生じてくる可能性もあります。

■田沼・葛生地区の人口推移

(単位：人)

区分	昭和55年	平成2年	平成12年	平成22年
15歳未満	10,070	8,102	5,739	4,282
15～64歳	30,877	29,783	26,845	22,976
65歳以上	5,030	6,907	9,672	10,867
合計	45,977	44,792	42,256	38,125

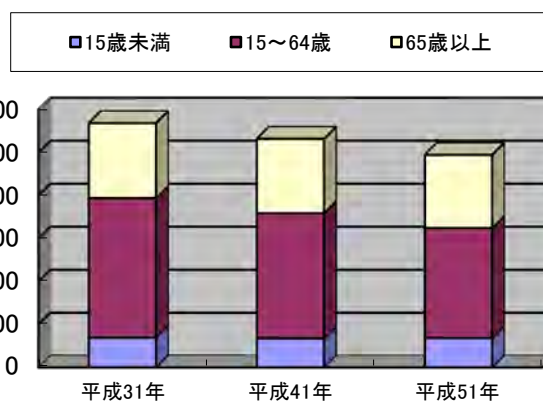
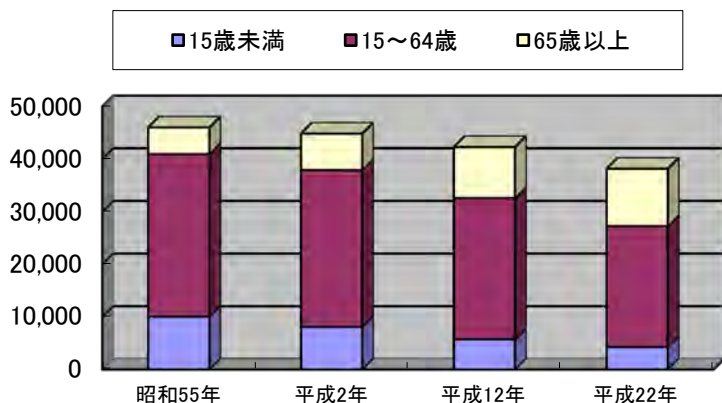
国勢調査より

■佐野市の将来推計人口

(単位：人)

平成32年	平成42年	平成52年
13,897	13,504	13,619
64,901	58,302	51,294
34,868	34,551	33,963
113,667	106,357	98,876

佐野市人口ビジョンより



さらに、今後の地域医療の包括的システムが構築されていく中で、一次的な外来診療は、かかりつけ医である地域の開業医が担う割合が大きくなり、市民病院に限らず、地域医療機関は専門的な診療や検査、入院を必要とする患者受け入れ等の役割を担うことでの機能分化が進むと考えられます。

このような状況下で、経営健全化を目指すには、ある程度の診療科目の見直しを行うことや、医師の確保状況や患者動向により、流動的な対応がとれる体制を作ることが必要と考えます。役所的な規則・予算にとらわれず、総合的な医療状況を早期に把握し、早期の判断、決定のうえ、早期に実行していくといった、民間的な経営方法も必要であると考えます。

ウ. 救急医療のあり方

市民病院の救急医療体制は、当直医2名を配置し、夜間・休日を通して24時間体制で救急医療を行っており、可能な限りの二次救急医療に対応しています。しかしながら、常勤医師が14名であり、当直勤務を十分に担当できる状況にはなく、常勤の脳外科医や麻酔科医等が不足していることから、二次救急医療病院群輪番制病院には復帰できていません。

また、平成26年4月の診療報酬改定による地域病院の機能分化により、高度急性期病院としての機能が薄れることになった市民病院は、二次救急医療病院群輪番制復帰について、難しい状況となっていくと考えられます。

病院収支の改善のみに着目するのであれば、病棟当直医1名体制により一次救急医療を主体とすることとし、佐野厚生総合病院や足利赤十字病院等の二次・三次救急医療機関と役割分担していく方法も考えられます。しかし、田沼・葛生地区における二次救急医療体制の充実は、市民病院存続理由の重要な要素であると考えられるため、救急告示病院として、できる限りの救急患者を受け入れる二次救急医療体制を継続していく必要があります。

■時間外救急患者の推移

(単位：人)

年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
患者計	1,204	1,466	1,780	1,771	1,742	1,748	1,484	1,774
うち、救急車搬送件数	240	262	335	257	288	285	204	274
(時間内含めた救急搬送件数)					483	459	366	495

エ. へき地医療のあり方

市民病院はへき地医療拠点病院として、市内山間部のへき地診療所4カ所（飛駒・新合・野上・氷室）及び常盤診療所に対し、CTやMRI等の各種検査の受託、患者情報の閲覧体制など、密接な連携体制をとっています。特に、平成22年度に導入されたデータ連携システムについては、市民病院で受託した各種検査結果を、診療所のパソコンで直接電子画像として確認できるとともに、その後、共通患者の電子カルテやオーダリングの一部情報についても閲覧可能とするなど、連携・支援体制を深めています。

今後も、国保診療所がへき地医療を担っていく中で、市民病院がへき地医療拠点病院として、それら診療所と連携しながら、山間部の医療体制を確保していく必要があります。

オ. 医療スタッフの充実

これら掲げてきた病院機能を、確実に保っていくためには、医療・看護職をはじめとする医療スタッフの充実が必要条件となってきます。

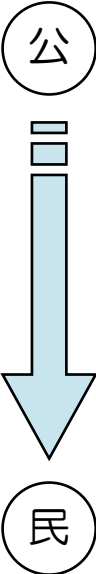
常勤医師については、指定管理者を中心に、関係機関への働きかけを強めるとともに、非常勤医からの任用替えなど、引き続き積極的に働きかけていく必要があると考えられます。看護師等については、ポスター・チラシ等を含め、様々な方法で市と指定管理者で協力しながら、確保に努めていますが、病棟の開棟状況などを参考に、充実に努めていく必要があります。

5. 市民病院の経営形態

(1) 公立病院の改革

国は、公立病院が厳しい経営状況にある中、公立病院改革のガイドラインを示し、経営効率化や再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等の抜本的な改革を実行し、持続可能な病院経営を目指すよう求めています。

特に、経営形態については、民間的経営手法導入への積極的な取り組みが要請され、平成20年度から平成25年度にかけて見直しを実施した自治体病院は、以下のとおりです。

- | | |
|--|--|
| ① 地方公営企業法一部適用 …… 【 596 → 403 (-193) 】
地方公営企業法の規定を一部適用させる。 |  |
| ② 地方公営企業法全部適用 …… 【 286 → 363 (+77) 】
地方公営企業法の規定を全てに適用させる。 | |
| ③ 地方独立行政法人化 …… 【 13 → 62 (+49) 】
地方独立行政法人を設立して、経営を譲渡する。(非公務員型が主流) | |
| ④ 指定管理者制度 …… 【 54 → 73 (+19) 】
民間の医療法人等を指定管理者として指定し、病院の管理を行わせる。 | |
| ⑤ 民間譲渡 …… 【 16 病院が移行 】
公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営を委ねる。 | |

以上のとおり、地方公営企業法一部適用が大きく減少し、民間的手法への移行が着実に進んでいます。民間譲渡についても、16 病院が移行していますが、平成14年までさかのぼると、46 病院が民営化しています。

(2) 市民病院の指定管理者制度

市民病院においては、平成20年10月から指定管理者制度により、民間的手法を導入し、効率的な運営により経営の健全化に努めていますが、全国自治体病院の指定管理者制度導入状況は以下のとおりです。

- ・代行制：診療報酬をすべて市の収入とし、別途指定管理料を支払う。(21 病院)
- ・利用料金制：診療報酬をすべて指定管理者の収入とする。(52 病院)

佐野市民病院は利用料金制を採用していますが、利用料金制は会計事務の効率化及び経営努力の誘導という意味でメリットがあるといわれています。

市民病院指定管理協定書の概要

- 期 間：平成 20 年 10 月～平成 30 年 3 月（9 年 6 カ月間）
- 指定管理先：医療法人財団「青葉会」（医療法人大坪会グループ：18 の病院に加え、介護施設、看護専門学校等を運営している。）
- 委 託 内 容：診療及び保健事業、政策的医療（へき地・二次救急等）に関する業務等
- 市 の 業 務：施設及び設備の改良・改修工事、医療機器・備品の購入等
（130 万円未満の工事、50 万円未満の備品購入は指定管理者負担）
- 地域医療維持交付金：純損失相当額を市が交付。（限度額 7 億円）

（3）経営形態としての選択肢

今後の市民病院機能の中で示した病床機能や外来診療、救急医療、へき地医療を確実に実施していくためには、安定的で健全な経営基盤であることが必要条件であり、経営収支改善や施設老朽化の問題を抱えていること、指定管理期間満了期限が2年余りとなったことなどから、今後の経営形態について早期に結論付けする必要があります。

① 指定管理者制度で公設民営を継続

現在の指定管理者制度は平成 30 年 3 月で期間満了となりますが、地域医療提供体制が整ってきている等の効果があがっていることから、今後の経営形態としても、公設民営方式である指定管理者制度による方法が考えられます。

ア. 現指定管理者による継続

現在の指定管理先である医療法人財団「青葉会」による運営により、患者数増、休床病床開棟など、地域医療を支える病院としての体制は充実してきていることから、指名（随意）による指定管理者の指定が考えられます。

しかし、現期間中において、後半部分は、当初に提出された計画どおりに収支改善が見込めず、計画値の修正が必要になったことから、新时期においても損失補填等に対する慎重な協議が必要と考えます。

イ. 公募制による指定管理者制度

指定管理者制度を継続する場合のもう一つの方法が、公募により指定管理者を選定する方法です。経営改善を図るための具体的な指針を定め、応募要領を作成したうえで、幅広く希望する医療法人等を募ることになります。

こうした場合、現在の指定管理者を含め、どの程度の医療法人等が応募してくるか不透明な部分もあることから、事前調査等の対応を、充分に行う必要があると考えられます。

また、医療法人が変更となった場合、医療提供体制が一時的に不安定になり、雇用面も含めて地域住民に不安を与えることも考えられます。

② 民間譲渡をして民設民営化

指定管理者による経営によっても計画どおり収支改善されず、補助金に頼る運営から脱しきれないのであれば、さらなる効率化を目指し、民間譲渡（民設民営）する方法も考えられます。

市は地域医療を確保し市民に公平に良質な医療を提供する必要がありますが、市民にとって最も効率的な病院運営の方法を選ぶ責任もあり、そうした手段として民間譲渡も選択肢といえます。

ア. 現指定管理者への譲渡

民間譲渡の具体的方法としては、現在の指定管理者である医療法人財団「青葉会」に、病院としての医療体制充実の実績を根拠に、指名(随意)により譲渡する方法が考えられます。

ただし、指定管理者制度継続と異なり、永久的に権利を譲渡するという民間譲渡を、任意な手法で行うことになることから、十分な準備と慎重な対応が求められます。具体的には、地域医療を確保するための病床や診療科目、救急医療確保、さらに民営化後の市行政とのかわり方など、詳細な項目にわたり協議を必要とします。

また、実際の譲渡にあたっては、貸借対照表の上では32億円と試算される資産（土地・建物・医療機器等）をどう評価し、どう譲渡するか。旧棟部分の建替えをどのように負担していくのかなどの協議が必要となります。

イ. 公募しての民間譲渡

民間譲渡する場合のもう一つの方法が、公募により譲渡先を選定する方法となります。この場合は、将来のあるべき病院の姿を内容にし、譲渡条件も市が主体的に設定したうえで応募要領を作成、全国の医療法人にダイレクトメールを送付するなどし、幅広く譲渡先を募ることになります。

しかし、指定管理者制度の公募同様、現在の指定管理者を含め、どの程度の医療法人等が応募してくるか不透明な部分もあることから、事前調査等の対応を、充分に行う必要があると考えられます。

また、医療法人が変更となった場合、医療提供体制が一時的に不安定になり、雇用面も含めて地域住民に不安を与えることも考えられます。

(4) 指定管理者制度と民間譲渡の比較

① 公設民営と民設民営

公設民営（指定管理者制度）と民設民営（民間譲渡）の経営形態を比較した場合は、次のようなメリット・デメリットがあります。

■公設民営と民設民営の比較

	メリット	デメリット
指定管理 (公設民営)	<ul style="list-style-type: none"> • 公の意見を反映しやすい • 公的医療、不採算医療の提携が行いやすい • 施設整備に等に対して国庫補助や起債が受けられる • 地方交付税の収入が得られる 	<ul style="list-style-type: none"> • 運営法人のノウハウを発揮する場に制限がある • 医療環境の変化への対応が遅れるケースがある • 施設等の財産管理をするための公営企業会計や組織が必要となる • 施設整備費が高騰するケースが多い • 経営責任が不明瞭
民間譲渡 (民設民営)	<ul style="list-style-type: none"> • 運営法人のノウハウを最大活用できる • 医療環境の変化に迅速に対応できる • 施設整備に係る公の負担が大幅に減少する • 施設整備が低価なケースが多い • 経営責任が明瞭となる • 施設等の財産管理をするための公営企業会計や組織の必要がない 	<ul style="list-style-type: none"> • 公の意見を反映させるのに条件が必要となる • 公的医療、不採算医療の継続が難しくなる • 施設整備等に対して国庫補助を受けにくい • 地方交付税の収入を得られない

② 財政的影響

本市においては、公立病院である市民病院を有していることから、地方交付税制度において、病床数などの数値が基準財政需要額の基礎数値として算定されています。

基礎数値は、病床数や 1 床当たりの単価、企業債の元利償還金の額により変動することになりますが、公立病院であるがゆえの措置であり、民設民営化するとうこうした交付税措置はなくなることとなります。

■病院事業に係る地方交付税算定基礎数値

(単位：千円)

項目	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
普通交付税	206,616	201,747	299,587	322,181	329,668	330,081	332,200	324,897
特別交付税	53,554	47,775	500	1,904	2,830	2,976	2,664	2,452
計	260,170	249,522	300,087	324,017	332,498	333,057	334,864	337,349

平成 26 年度の算定額を例にとると、その内訳は以下のとおりです。

[普通交付税]

・市町村立病院病床数 (707 千円×258 床)	182,406 千円
・救急告示病院 (32,900 千円×1 病院)	32,900 千円
・救急告示病床数 (1,697 千円×20 床)	33,940 千円
・企業債元利償還分 (H9~25 許可債分)	75,651 千円

計 324,897 千円

[特別交付税]……院内保育所等 2,452 千円

地方交付税総額 (普通交付税+特別交付税) 337,349 千円

一方、こうした交付税措置に対して一般会計から病院事業会計への繰出金は以下のとおりで、指定管理者制度移行後の平成 21 年度からは、7～9 億円程度の額で推移しています。

■病院事業会計への繰出し金

(単位：千円)

項目	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
負担金	178,740	581,455	321,667	329,793	360,221	368,812	369,560	358,106
出資金	89,442	116,252	192,532	91,282	103,712	109,758	114,102	103,751
補助金	1,125,000	762,504	433,929	313,517	398,771	417,971	364,894	259,944
計	1,393,182	1,460,211	948,128	734,592	862,704	896,541	848,556	721,801

※H20 年度以降の補助金は翌年度精算があったため、精算後の額となっています。

- ・負担金：救急医療や特殊医療（小児・リハビリ）経費、病院管理課職員人件費等
- ・出資金：企業債償還元金分
- ・補助金：運営補助金・20 年度下期からは地域医療維持交付金（赤字補填分）

義務的な支出を伴う負担金と出資金の合計額は今後も 4～5 億円程度で推移すると思われる、補助金として支出される指定管理者への運営赤字補填額によって、市税等自主財源からの充当額が左右されることとなります。

中期的には改善傾向にある経営状況ですが、今後も、大幅な収支改善や黒字化が見込めない状況にあることから、市としての大きな財政負担を伴っていくことになり、一般会計からの病院事業会計に対する負担は、交付税措置を大きく上回る 8 億円程度が続くことが予想されます。

6. 市民病院の施設整備

昭和49年に建設され、41年が経過した旧棟部分（B・C棟）の建替えについて、病院建設検討委員会での検討や、今後の目指すべき病院機能から、存続させる新棟部分（A棟）も含めて、次のような病院施設の整備を目指すべきと考えます。

（1）基本方針

市民病院の基本理念、「市民の安心・安全・満足を旨とした医療・介護・健康増進を実践して、地域社会に貢献する。」を尊重し、安全で利便性の良い病院、市民に密接した医療が提供できる病院、そして、新棟部分と合わせ職員の能力を発揮できる機能的な病院として再生する必要があります。

（2）新病棟の機能

市民病院の今後の機能に合った病院施設の整備を行っていく必要があります。

- ① 高度急性期、回復期、慢性期等の複合的な機能に対応できる病棟
- ② 患者動向等により、流動的な科目設定が可能な外来診察スペース
- ③ 救急告示病院としての機能的な救急外来スペース
- ④ へき地医療拠点病院として国保診療所等との検査や情報連携可能な設備

（3）新病棟の規模

建替えにあたっては、医療法新基準に適合した病室面積や廊下幅を確保する必要があることから、現状の旧棟延床面積（8,652㎡）を超える面積が必要になってきます。

近年の病院建設の平均的な面積は、1床当たり75㎡程度であることから、建替えによる新病棟の面積は12,000㎡規模とし、機能的で利便性の良い施設環境を整備します。

$$160 \text{ 床 (BC棟病床数)} \times 75 \text{ m}^2 = \boxed{12,000 \text{ m}^2}$$

（4）新病棟の位置

新病棟の建設位置については、存続させるA棟との機能分担や、介護老人保健施設あそヘルホスとの利便性などを考慮しながら、全体的な配置を検討する必要があります。仮設病棟を設置し、現状の位置に建設する方法もありますが、仮設病棟の設置、解体の費用が十数億円と予想されることや、移動等環境変化に伴う患者への影響が出てくることから、同一敷地内で建替え、移転する方法が現実的であると考えられます。

(5) 建設事業費

近年の施設整備事例から、概ねの建設費用は60億円と想定できます。

項目	内容	金額(千円)
委託料	基本設計	50,000
	実施設計・管理業務	200,000
工事費	新棟新築工事(RC5F) 12,000㎡	4,550,000
	旧BC棟解体工事(RC5F) 9,000㎡	300,000
	外構整備(駐車場・構内) 20,000㎡	300,000
設備費	医療設備等(ナースコール・PHS等)	400,000
情報システム	電子カルテ・オーダーリング・医事システム等	200,000
合計		6,000,000

(6) 事業スケジュール

旧棟建替えの事業スケジュールについては、基本設計、実施設計、建設工事、旧棟解体、外構工事等含めると4年程度を要するものと考えられます。

旧棟部分は、耐震指数が基準以下であることと、築41年を経過し老朽化のため年々修繕箇所が増えていることなどから、今後の市民病院のあり方を早期に決定したうえで、建替え事業に着手すべきと考えます。

(7) 建設手法

建設手法としては、指定管理者制度継続を前提とすると、設計と施工を分離発注する従来型方式、基本設計後、実施設計と施工を包括発注するDB(デザイン・アンド・ビルド)方式、民間資金と経営能力・技術力を活用し設計・建設・維持管理・運営を行うPFI(プライベート・ファイナンス・イニシアチブ)方式などが考えられます。

また、民間譲渡することを前提とした場合、経営を希望する医療法人に対し、民間病院としての早期建替えを譲渡の条件とし、その建設費用の一部を市の補助金として交付する方法で、建替えを実施する方法が考えられます。

(8) 建設補助方式の実例

公立病院を民間病院へ譲渡し、建て替えを行った事例は以下のとおりですが、建設費用に対する補助方式は様々です。

■公立病院の民間譲渡・建替え事例

		浦安市川市民病院 (千葉県) (現：東京ベイ・浦安市川 医療センター)	志木市民病院 (埼玉県)	いわき市立常磐病院 (福島県) (現：常磐病院)				
譲渡・建替え概要	譲渡先	公益社団法人 地域医療振興協会	医療法人社団 武蔵会	財団法人 ときわ会				
	譲渡内容	<ul style="list-style-type: none"> 譲渡法人の選定方法は公募提案型プロポーザル方式 小児医療と二次救急輪番制は必須 病院施設を無償譲渡後に法人が建替え 建替え費用は全額補助(上限97億円) 2市で4年間 医療機器購入費は法人負担(30億円) 土地は30年間無償貸与 	<ul style="list-style-type: none"> 譲渡法人の選定方法は公募 建替え後の医療展開を提案 病院施設を無償譲渡後に法人が建替え 建替え費用は2分の1補助(上限10億円) 5千万×20年間 土地は無償貸与(完成後は有償貸与又は有償譲渡) H26.4譲渡、H26.10建替え着工予定 	<ul style="list-style-type: none"> 譲渡法人の選定方法は公募 10年以上、2次救急体制維持が条件 平成22年度に、8億8千万円の「常磐病院継承開設費補助金」を交付(建設費及び解体費の想定見積の1/2を定額補助) 土地は、5年間貸与ののち、法人に有償譲渡 建物は無償譲渡、高額医療機器は有償譲渡 				
	施設内容	<ul style="list-style-type: none"> 病床規模 344床(一般340、感染症4) 診療科目 20診療科 鉄筋コンクリート造(免震) 地上8、地下1 総工費 89億円 ※建替え前の規模、機能を確保	(今後建替えのため現有施設) <ul style="list-style-type: none"> 病床規模 100床(一般60、回復期リハ40) 診療科目 12診療科 鉄筋コンクリート造 地上3階 総工費 未定 ※建替え前の規模、機能と同様の予定	<ul style="list-style-type: none"> 病床規模 240床(一般120療養120) 診療科目 17診療科 病院本体はそのまま使用し、透析センター・PETセンターを法人が建設(鉄筋コンクリート造地上4階) 総工費 10億円 				
		市負担	法人負担	市負担	法人負担	市負担	法人負担	
佐野市民病院想定	建替え費用 (60億円)	建築費 51億円	51億円		25.5億円	25.5億円	25.5億円	25.5億円
		解体費 3億円		3億円	3億円		1.5億円	1.5億円
		医療設備 4億円	4億円		2億円	2億円	2億円	2億円
		情報設備 2億円		2億円		2億円		2億円
		計	55億円	5億円	30.5億円	29.5億円	29億円	31億円
	資産 (32億円)	土地 6億円	無償貸与		無償貸与(完成後は有償貸与又は有償譲渡)		無償貸与(5年後に有償譲渡)	
		建物 22億円	無償譲渡		無償譲渡		無償譲渡	
		医療機器他 4億円	無償譲渡		無償譲渡		高額医療機器は有償譲渡	

7. 市民病院に対する負担のあり方

(1) 今後の財政負担

他の民間譲渡など建替え費用補助事例を参考に、市民病院に対する今後 30 年間の市の負担を概算で試算すると、以下のとおり見込まれます。

■経営形態・建設手法による財政負担の比較（30 年間：概算）

（単位：億円）

	収 入		支 出		市負担
指定 管理 者 制 度	交付税措置 (通常分：2 億円×30 年)	60	運営費補助金 (政策分：1 億円×30 年)	30	153
	交付税措置 (新棟建設分：15 億円)	15	運営費補助金 (赤字分：2.6 億円×30 年)	78	
			施設・医療機器整備費 (1 億円×30 年)	30	
			市単独経費 (基準外：1 億円×30 年)	30	
			新棟建設費（市建設）	60	
	計	75	計	228	
民間 譲 渡	固定資産税		運営費補助金 (救急等：5,000 万円×30 年)	15	30
	家屋 (新棟・旧棟・あそへルホス)	16.4	運営費補助金 (移行期分)	5	
	償却資産 (400 万円×30 年)	1.2	建設費補助金(60 億円×1/2)	30	
	土地 (800 万円×30 年)	2.4			
	計	20	計	50	

※指定管理者制度の支出については、現状の実績等を参考に積算しています。運営補助金（赤字分）については、直近（H26 年度）の補助金額を用いています。

※民間譲渡の支出については、救急医療等の公的医療補助、移行期の激変緩和補助等を、建設費については、他市の状況を参考に2分の1程度の補助で試算しています。

(2) 財政負担からのあり方

指定管理者制度では、地方交付税措置が 30 年間で 75 億円程度見込めますが、運営費補助や施設・医療機器整備費、新棟建設費が全額市負担となることなどから 228 億円の支出が見込まれ、差引きでの財政負担は 153 億円と想定できます。

一方、民間譲渡した場合は、固定資産税の収入が 20 億となりますが、施設・医療機器整備費が不要となること、建設費用が半減する（2 分の 1 補助前提）など、差引きでの市の負担額は 30 億円と試算でき、指定管理者制度と比較し、30 年間で 120 億円程度の負担軽減につながると想定されます。

