



労働組合役員のための

公立病院における組織対策の手引き

2016年2月改訂版

(「地域医療構想」「新公立病院改革ガイドライン」対応版)

2016年2月26日

全日本自治団体労働組合  
(衛生医療評議会)

## はじめに

総務省・自治財政局は、2015年3月31日、「新公立病院改革ガイドライン」を都道府県知事、指定都市市長等に通知しました。これを受けて病院事業を運営する地方公共団体は、新しい公立病院改革プランを策定することになります。今回の「新公立病院改革ガイドライン」では、2015年度以降に新たな公立病院改革プランを策定し、病院機能の見直しや病院事業経営の改革に取り組むよう要請しています。

新改革プランでは、都道府県が策定する地域医療構想と整合的に公立病院改革を行うことや、地域医療構想の策定期間が2015年度から2016年度であることから、新改革プランの策定期間も併せて行われます。これまで5年間の「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」に加え、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を追加し、地域医療構想を踏まえた病院の果たすべき役割を明確にし、将来の病床機能のあり方など具体的な将来像を示すことを求めています。

総務省は公立病院改革を進めるための必要な経費について、2015年度から2020年度に財政上の措置を講じます。2015年度から2016年度は新改革プラン策定で必要な経費を地方交付税で措置し、再編・ネットワーク化に伴う施設設備の整備に要する経費は病院事業債（特別分）を充当して、元利償還金に対する普通交付税による措置を拡充するとしています。

今回の「新公立病院改革ガイドライン」においては、公・民を越えた更なる病院の再編・ネットワーク化などにより医療従事者の処遇・労働条件に大きく影響されるため、全国的な動向把握や経営形態変更事例の収集に努め、情報の共有化を進める必要があります。

その上で、良質な地域医療提供体制の充実を進める立場から、地域医療構想を立案する都道府県に対し、医療従事者の人員確保・離職対策・不採算地域対策などの基盤整備を求めるとともに公的病院が地域医療を守り、安定した地域医療提供体制の中核としての役割を果たすよう地域住民や医療提供者・関係者と連携した取り組みを進める必要があります。

自治労としては、経営形態変更の提案をさせない取り組みを大前提としていますが、一方で、それに対処するための制度的な課題や問題点を整理してほしい、という要望も多数寄せられています。さらには、経営形態変更後の取り組みについても、労働条件の確保、労働組合の形態や組織強化のアドバイスも強く求められています。また、この間、具体化しつつある自治体を越えた病院の再編・ネットワーク化にあたっては、組合としての対応が遅れた場合、病院の中の組合組織そのものが崩壊するという危険性も内在しています。

その意味で、労働組合の新たな担い手、役員・活動家づくりを、単組全体の課題として重視していく必要があります。各県本部・単組においては、本手引きのうち、必要な部分を活用しながら、単組・職場の実態に即して活用されるようお願いするものです。



## 目 次

I	一方的な経営形態の変更を提案させないために	5
II	一方的な経営形態変更をさせない労働組合の対処フロー	9
III	経営形態変更が決定した場合の労働組合の対処フロー	12
IV	地方公営企業法全部適用（全適）	15
V	地方独立行政法人制度	17
VI	地方独立行政法人制度が導入された場合	23
※	一般型地方独立行政法人におけるQ&A	27
VII	指定管理者制度の導入を阻止するために	30
VIII	公立病院労組の組織整備・強化	35
IX	公立病院職場の組織化	41
X	公立病院の「再編・ネットワーク化」の動向と課題	43
XI	「再編・ネットワーク化」が決まった場合の労働組合の対処フロー	47

### 資料関係

I	「管理運営事項」を口実に、交渉拒否をさせないために	53
II	「寒河江事件」労働委員会命令	55
III	地方独立行政法人法案委員会審議における決議	56
IV	鳥取県における知事部局との定数条例の分離例	57
V	組合活動に関する労働協約例（全適版）	58
VI	団体交渉に関する協約例	60
VII	〇〇市立病院職員労働組合同約（全部適用、特定地方独法）	62
VIII	〇〇〇〇労働組合同約例（一般独法、指定管理）	66
IX	労組法適用モデル労働協約 （一般独法、指定管理）（ユニオンショップ・ストライキ安全条項付）	72
X	事例つき解説1～5	81
XI	独立行政法人病院一覧（2015.10.1時点）	103
XII	経営形態別労組比較表	106
XIII	新たな「公立病院改革」（ガイドライン・プラン）について	108



# I 一方的な経営形態の変更を提案させないために

## 1. 公立病院改革ガイドライン策定とこれまでの経過

### (1) ガイドラインの策定

小泉内閣は、「経済財政諮問会議」や「経済財政改革の基本方針2007」をふまえ、社会保障制度の民間開放と市場化を目指していました。そうした中、当時の総務省は公立病院の指定管理者導入を強く主張していた経営コンサルタントの長隆（おさたかし）氏を座長とし、経営形態の変更や、PFI、指定管理者制度の導入を前提とした「公立病院改革懇談会」を2007年7月23日に設置しました。懇談会は、2007年11月12日に改革ガイドライン案を策定し、それを受けて、総務省は2007年12月24日に「公立病院改革ガイドライン」（指針）を公表し各自治体に通知しました。

策定された公立病院改革ガイドラインは、公立病院の使命や地域医療の確保という視点よりも、「経営改善」を重点とし、自治体財政健全化法の下に、公立病院特例債・退職手当債等の財政措置によって、公立病院を統廃合や運営形態変更に追い込む内容となっていました。これに基づき、地方自治体は2008年度内に「公立病院改革プラン」を策定（経営効率化は3年、再編ネットワーク化と経営形態見直しは5年程度を標準）し、公立病院改革にかかる地方財政措置として、2008年度中のみ公立病院特例債の創設や病院再編や経営改革を条件とした地方交付税・特別交付税措置を講じました。

自治労は、このガイドラインについては、「公立病院の経営悪化は地方での医師不足の深刻化や病院事業をめぐる社会環境（医師研修制度の導入による医師不足、診療報酬引き下げ、自治体財政悪化など）によるところが大きい。医師や看護師確保対策など基本的対策を講じることなく、経営改革のみを急げば、結果として地域医療の崩壊や「医療の貧困」状況に拍車をかけることになりかねません。また、自治体病院の厳しい運営状況に追い打ちをかけ、安易な廃止・統合・民間移譲・運営形態変更を容易にする内容であり断じて容認できるものではない」との見解を表明しました。

### (2) 「公立病院改革プラン」による5年間の総括（2009－2013年度）

総務省は、2014年9月30日、2013年度の「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果（平成25年度）」を公表しました。経常収支が赤字の公立病院は、53.6%となり、黒字の46.4%を上回っています。改革プランでは、経営の効率化は2009年から2011年までの3か年となっていますが、その後も経常収支比率の目標を設定している病院は、452病院で、このうち2013年度に目標を達成したのは、46.5%に当たる210病院となっています。「再編・ネットワーク化」については、自治体などが策定した計画を進めている病院は、全体の51.5%に当たる458病院であり、実際に病院の統合・再編に取り組んでいるのは162病院（公立以外含め189）となっています。

改革プランの対象期間は、2013年度までですが、「骨太の方針2014」により新たな改革プランの策定を今年度中に策定する方針が盛り込まれ、調査結果などを踏まえ今後具体的なプラン策定の検討に入るとし、「この結果を精査したうえで次のガイドライン策定に反映し

たい。民間と公立を分けるのではなく地域での役割を考慮して、厚労省の地域医療構想策定ガイドラインを視野に入れながら自治体病院としてどうあるべきか考える必要がある。」としています。

【概要】対象病院：892病院(640団体)(平成26年3月末)※地方独立行政法人を含む。

#### I. 公立病院改革プランの実施状況等

- 経営の効率化
  - ・平成25年度の経常収支が黒字である公立病院の割合や公立病院全体の経常収支比率は、プラン策定前と比較して大幅に改善しているが、前年度からは若干低下している。
- 再編・ネットワーク化に係る取組み
  - ・平成25年度までに策定された再編・ネットワーク化に係る計画に基づき、病院の統合・再編に取り組んでいる事例は65ケース、162の病院（公立病院以外の病院等を含めると189が参画）。
- 経営形態の見直し
  - ・平成21年度から平成25年度までに経営形態の見直しを実施した病院は、227病院。  
（平成26年度以降に見直しを予定している40病院を含めると267病院）

内訳 地方独立行政法人化 53病院(見直し予定16病院を含めると69病院)、指定管理者制度導入 16病院(見直し予定5病院を含めると21病院)、民間譲渡14病院(見直し予定2病院を含めると16病院)

#### II. 公立病院改革プランの平成25年度における点検・評価・公表の状況

- プランの点検・評価・公表の状況
  - ・都道府県関係では37団体、市町村等関係では339団体、合計376団体(92.4%)が点検・評価を実施済み又は実施を予定。総務省は、4月28日、2008年度末現在での各地方公共団体の「公立病院改革プラン」の策定状況等についての調査を行い公表しました。その概要は、91.9%の団体が改革プランを策定し、544病院・65.0%が2011年度までの経常収支の黒字化を目標にしており、経営形態の見直し予定では、地方独立行政法人化は34病院、指定管理者制度の導入は10病院、民間譲渡は12病院で、56病院・5.5%となっています。

#### (3) 「地域医療構想策定ガイドライン」と「新公立病院改革ガイドライン」2015年～

自治労は、2015年3月末に示された「新公立病院ガイドライン」が、地域医療構想との整合性を考えた内容であること、公民問わない再編統合計画が一層加速されること、再編・ネットワーク化に要する交付税措置の見直しなどが検討されていることから、2015—2016年度に策定される「地域医療構想策定ガイドライン」における、国・都道府県の動向を注視しながら、通常国会対策、関係省庁対策を進めてきました。

今後、都道府県の自主性、権限がより強くなることから、よりきめ細かい情報収集と即応体制の構築が求められます。よって、衛生医療評議会「医療政策部会」と本部「公的病院組織対策PT」が連携し、各総合局からの支援も要請した取り組みを進めることとします。

## 2. 安易な提案をさせないために

以上のような情勢の中、公立病院の経営状況の悪化の原因を経営形態の問題に帰結し、経営形態を変更すると経営状況が改善され、医師の確保も容易になるという短絡的な発想を持つ首長・自治体議員が少なくありません。そのため安易な経営形態の変更を提案させない事前の取り組みが極めて重要です。

## 3. 具体的な取り組み

### ① 公立病院が置かれている状況を組合として認識を

新・公立病院改革プランは、私たちの雇用・労働条件に深く関わる問題です。すでに各地方自治体は、改革プラン策定に入っていますが、総務省に提出する前に各自治体の改革プラン内容をチェックする必要があります。

### ② 公立病院の経営状態のチェックを

病院の経営状態は、改革プランの策定に大きく影響します。医業収益改善に向けた経営となっているか、自治体当局に都合の良い数値比較をされていないかなど、組合としてチェックする必要があります。特に、医業収益改善の努力や医師確保の努力、病院経営の展望を持ちあわせていない場合もあることから、組合は当局に対して提言などの取り組みを行っていく必要があります。

### ③ 地方交付税の繰り入れ状況のチェックを

総務省は、2009年度及び2010年度の地方財政計画において、病床割り単価などの地方交付税措置の大幅な改善が行われました。また、2008年度の交付税措置を参考に、地方自治体から病院会計への繰り入れの考え方を示すという異例の対応も行っています。しかし自治体の中には一般会計から公立病院会計への繰り入れ基準に満たない場合が散見されています。基準以下の自治体にあたっては、少なくとも基準以上の繰り入れとなるような要請等が必要です。なお、公立病院と自治体との間で繰り入れ基準をルール化・条例化しているところも多くあります。一般会計の繰り入れ基準を改善するためのルール化が必要になります。

### ○ 参考

専門病院ではない一般病院においては、経常収益（医業収益と医業外収益をあわせたもの）のうち自治体からの繰り入れの割合は、平均10～13%くらいといわれています。しかし〇〇市の市民病院は18～22%ほどで通常の2倍ぐらいの事例も見られています。平均よりもかなり高いのは、〇〇市は病院局と財政局で繰り入れについてルール化しているためであり、政策医療は一般会計の負担としてルール化されているためです。繰り入れ基準のルールが確立されていない場合は、地方自治体としての地域医療政策を明確にさせる必要があります。（自治研かながわ月報 2008/12 NO.111号より）

### ④ 公立病院のあり方について提言

2006年の医療制度改革関連法の改正で、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進が都道府県に求められるようになりました。医師確保のあり方、病院経営のあり方や病院の機能などについて、県本部や自治体単組と病院職場（単組）が協同で検討し、県・市町村、住民に提言する必要があります。医療計画の中で公立病院が明確に位置づけ公立病院の役割を明確にさせる必要があります。



「新公立病院改革ガイドライン」においては、「公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすること」と定義付けされています。今後は、地域包括システムの中で地域医療の中核とした役割を担う機能を備えていく必要があります。

- ⑤ 地域から信頼される公立病院をつくるためには、地域住民、自治体議員などと、その地域性等について話しあい、その地域に必要な医療を提供することが必要です。

公立病院の必要性を自治体政策に反映させるために、自治労は地域医療シンポジウムの開催を提起し、現在、40県本部で開催したところです。

さらに私たちの主張が理解されるには、公立病院が地域の中で必要と思われるような日常的な取り組み、例えば病院まつりの実施、出前講座や病院ボランティア受け入れなどが必要です。これらの取り組みによって、経営形態変更提案の中止や修正を勝ち取った単組・病院もあります。公立病院問題が大きな政治課題であることの認識が広がっているため、安易な提案に対する一定の阻止ができています。

## Ⅱ 一方的な経営形態変更をさせない労働組合の対処フロー

「公立病院改革プラン」に対する取り組みは、情報収集から始まります。すでに単組によっては、病院のあり方検討がされているところ、提案を受けて交渉を実施しているところ、交渉が決着しているところ、一方的に議会で決定されているところなど、それぞれの病院の再編計画等の公表段階および、組合の情報収集力や労使の力関係等に応じて、様々なレベルに置かれていると推想されます。

ここでは、「一方的で安易な経営形態変更を提案させない取り組み」に対する県本部・単組の労使交渉の多様なレベルにおける全体の流れを示しています。

### 1. 前段階…情報の収集と危機感の共有

#### ① 情報の収集

- a. 「新・公立病院改革ガイドライン」（新・公立病院改革プラン）と経済財政制度等審議会・自治体財政健全化法・医療費適正化計画等の把握
- b. 自治体財政と公立病院会計の財務状況の把握（財務分析）
- c. 病院経営のあり方に関する諮問会議の傍聴や議事録等の収集及び把握、自治労公立病院経営アドバイザーなどへの分析依頼、過去5年間分の損益計算書・貸借対照表の用意や答申書等の把握と検討
- d. 全国の公立病院での動向と事例を県本部、中央本部等へ照会
- e. 経営形態変更の仕組みと影響の理解と周知
- f. 第1章で解説した政府「経済財政諮問会議」で検討が進められている総務省の「新・公立病院改革ガイドライン」（2015年3月31日通知）や、厚労省を中心に検討・策定が進められている「地域医療構想・ビジョン」（病院の医療機能の分化・2次医療圏再編・医療と介護の一元化・公民を問わぬ病院や医療資源の集約化等）の動向等について注意する。国・県の通知、首長や自治体内での検討会議・諮問委員会等の設置状況・議会の動き、各病院での中期計画等の把握などの情報収集とともに、自治労中央本部から各県本部ならびに衛生医療評全国幹事等に報告される情報提供を自治体単組・病院職場組織まで共有し、同時に各県・各自治体・病院等での検討状況の把握をする。
- g. 病院の建て替え計画の有無には注意を要する。

周辺の公的民間病院を含む施設の建て替え（病院の場合施設基準の耐用年数はおおむね40年）計画の浮上に伴い、複数病院を公民を超えて経営統合し、全体の病床数を削減し、病床機能の分化も進め「再編統合する」という計画が今後目立ってくると思われる。現病院がいつ建てられたかを把握し、自治体側の建て替え計画検討の有無を早めに把握する。建て替え時多くの場合、自治体の中に「〇〇病院建替検討委員会」等が設置されるので、その動向を県本部とともに注視し、中央本部衛生医療評にもご報告いただきたい。

※ 「公立病院改革ガイドライン」のスキーム自身は2014年3月末で終了しましたが、ここで策定された計画の実施は2017年前後まで継続します。したがって各病院職場においては、来年以後も引き続き、動向に着目する必要があります。同時に、「ポストガイドライン」ともいえ

る新たな地域医療再編の流れが「地域医療構想」、「新公立病院改革ガイドライン」という形で、日本の高齢者人口が最大となるといわれる今後10数年間のスキームで新たに、継続的に進められてくる、ということを押さえておく必要があります。

## ② 情報の共有と対策協議

- a. 病院職場（組合）としての情勢と課題の共通認識を持つ
- b. 自治労が提案した議案・資料を活用し、対策を検討する
- c. 自治体単組・病院等での検討状況の周知（組合ニュース、職場集会・学習会等の開催）
- d. 自治体単組、病院単組（支部）県本部（県本部衛生医療評等）との対策を協議
- e. 病院当局、医局（医師）との意見交換等

## ③ 市民・利用者・地域住民への働きかけ

- a. 自治体単組・病院単組（支部）・県本部・県衛生医療評との連携強化
- b. 連合、平和センター、住民（団体）等と連携した「地域医療を守る会（仮称）」や市民による公立病院応援団の結成
- c. 医師（医局）、議員、患者等の利用者等への情報提供と上記協力依頼
- d. ニュース発行、シンポジウム等の開催、アンケート調査、署名等の実施
- e. 議会、首長等への要請

## 2. 安易な経営形態変更の規制…公立病院の責務の明確化

### ① 対自治体交渉と病院当局、議会等への働きかけ

- a. 指定管理者制度提案に対する指摘  
＜例＞「医師・看護職員は確保できるのか」「継続的な病院経営が難しい」「自治体に病院経営のノウハウがなくなる」「指定管理者側の要求によってはかえって経費がかかる」…
- b. 地方独立行政法人化提案に対する指摘  
＜例＞「地方公営企業法全部適用で、独立行政法人で可能な運営のほとんどは実施できる」「町村立病院など、規模の問題からいって評価委員会の設置などはかえって煩雑で経費もかかり、効率的運営に役立たない」…
- c. 地方公営企業法全部適用の検討への指摘  
＜例＞公立病院の責務・交付金措置等独法でなくても可能・自立性と公共性のバランス等…

### ② 自治体財政と病院経営 自治体の責務と地域医療の確保

- a. 自治体および病院財政分析を行う。特に累積欠損金だけを見て、倒産状態と勘違いする事もあるため、自治労公立病院経営アドバイザーと分析を行う。
- b. 自治体病院が「地域包括ケアシステム」の中で地域医療に果たすべき役割を確認し必要な財政負担と自治体・病院の経営改善の努力を行う。
- c. 安易な人件費削減見直しは医療の質を下げただけであり、反対の姿勢をとる。その上で根拠を持った病院の財務状況の把握と改善策の提案を行う（初めに人件費削減ありきの論調への規制と経営改革に向けた提案）
- d. 国の財政措置等の検討を学習（「平成21年度病院事業に係る地方交付税措置の主な改正案について」等）
- e. 診療報酬2016年改定の動向を踏まえた経営の見通しの検証。

f. 世論、議会の判断、自治体（首長）の施策への反映。

### ③ 経営形態変更策の課題、問題点の集約

#### a. 指定管理者制度

- ・指定管理者制度でしか病院を残せないかどうかの検証を行う
- ・繰り入れ金の増額や診療継続の有無について確認
- ・継続的に人材確保が可能か
- ・自治体の責務の確認と職員の雇用継続と処遇の確保を求める

#### b. 民間移譲

- ・診療科閉鎖や縮小の問題の有無
- ・不採算・政策医療からの撤退について自治体を追求
- ・利益のみ追求型経営が住民に及ぼす影響などを検証

### ④ 経営形態変更を阻止するための単組における検討要素

a. 情報・状況の組合員との共有と意思統一。（地域住民への世論喚起、議会・首長との交渉・協議チャンネルの確保等）

b. 1自治体1自治体(公)立病院の運営に限界がある場合、近隣自治体との共同経営方式(一部事務組合・広域連合)での運営の検討を行う。

※ 自治体や病院当局は、「病院の財政赤字」や「医師不足・医師確保の困難さ」等を理由に、さしたる根拠や展望もなしに「運営形態変更」や「再編統合計画」を策定してくることがあります。

「2. 安易な経営形態変更の規制…公立病院の責務の明確化」でも示したような「地域医療確保のための自治体・公立病院の責務」を明確にさせた対応を、住民や医師等とも連携をした取り組みで迫らないと「計画の安易さのみが先行し、職員の雇用・身分の不安のみが拡大しながら肝心の地域医療体制の確保や病院の存続にはつながらない『失敗する改革』が一方向的に進められる」ことがあります。

① 地域医療に対する自治体の責務の明示

② 地域医療提供体制の確保

③ 働く職員の雇用と処遇の確保

④ 労働組合との話し合い・交渉窓口の設置

を明確にした取り組みを労働組合として進めていくことが大事です。

### Ⅲ 経営形態変更が決定した場合の労働組合の対処フロー

各単組において、厳しい労使交渉や住民運動を展開したとしても、当局が一方的に経営形態変更の決定を強行する場合や、労働組合を含めて経営形態の変更を判断せざるを得ない場面も想定されます。ここでは、決着以後の取り組みの流れについてお示しします。

#### 1. 指定管理者制度導入における病院機能の維持と組合員の雇用確保に向けて

- a. 組合員の雇用・生涯賃金の確保を最優先に交渉し、組合員の意向が最大限尊重されるよう、基本的なフレームの交渉を実施する。
- b. 当局には、組合員の個人面談を実施させ、組合員の意向を尊重させる。
- c. 地域医療を守る観点から、病院機能維持のための職員体制を確保させる。

※ 「病院の指定管理」化に伴う職員の雇用や賃金労働条件の確保（任用替えや現給保障等を含む）の組織対策の具体については、P30「第七章 指定管理者制度の導入を阻止するために」をご参照ください。

#### 2. 自治体を超えた（民間病院を含む）病院の統合、地方独立行政法人、指定管理移行等にかかわる派遣・転籍交渉

- a. 移行する職員の身分の確認を行う。（自治体からの派遣か、独立行政法人・指定管理先医療法人への雇用換え＝転籍か、職種と範囲、人数等）
- b. 自治体職員への任用替えの範囲・希望等の集約と交渉を行う。
- c. 転籍を選択する職員の雇用・身分・処遇（賃金・手当・退職金・労働条件等の確認＝基本的には「雇用の承継」（退職金の途中清算を伴わない雇用継続））の確保と、自治体に準拠した賃金・労働条件の継続を求める。
- d. 転籍に伴い賃金格差が生じる場合には、自治体の責任で「現給保障」措置を講じさせる。
- e. 指定管理等で退職金の途中清算が求められる場合は、不利益分の割り増し等を自治体に要求する。
- f. 転籍後最初の一時金が満額支給されるよう交渉する。支給されない場合は、差額分の支払いを自治体へ要求する。
- g. 年次有給休暇の継続
- h. 独立行政法人の場合、正規職員は法的に雇用の継続（雇用承継）はされるが非常勤・パート職員は法的には保障されないので有期雇用の雇用承継について当局と交渉する。

※ 自治体や病院当局によっては、「病院の再編統合や運営形態変更は『管理運営事項』であるため、組合との交渉は行わない」という間違った対応を行い、交渉を拒否することが見受けられます。P53、資料関係、1「『管理運営事項』を口実に、交渉拒否をさせないために」、ならびに資料関係、2判例「『寒河江事件』労働委員会命令」をご参照いただき「職員の雇用・身分・労働条件の重大な変更にかかわる課題については、地方公務員法上も、地方公営企業等関係労働法上も労働組合との明確な交渉事項である」と、対応してください。

### 3. 病院職場での労働組合の組織化と組織強化＝地方公務員法の非適用の場合

#### 《地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人》

- a. 地方公務員法から地方公営企業等労働関係法・労働組合法適用への変化の対応を行う。
- b. 管理職の範囲の見直しと過半数組合のため、非正規職員も含めた全員組織化が必要となる。
- c. 「名ばかり管理職」の解消と医師の組合加入を行う。

※ 項目 a, b, c = 資料関係（51ページ以降）【事例つき解説2】「経営形態変更等に伴う適用法律の変化と対応」を参照してください。

- d. 病院職場の過半数組合員<sup>※</sup>の確立のために、医師や臨時・非常勤・嘱託職員を含めた職員全員の組織化を行う。

※ 労働条件を交渉するためには、職員の過半数以上が組合員である必要があり、その範囲は、管理職以外の職員（臨職等も含む）全員である。

- e. 労使協定・労働協約（暫定労働協約）の締結と労使関係の確立を行う。

※ 項目 d, e = 資料関係【事例つき解説3】「労使関係の確立 労使協定・労働協約締結の実際」を参照してください

- f. 病院独自労組の結成と自治体単組との連合体形成の検討
- g. 自治体単組の連合体移行手続準備を行う。

※ 項目 f, g = 資料関係【事例つき解説4】「組合組織の確立・病院労組結成と自治体単組との連合体形成」を参照してください。

- h. これらへの取り組みを可能にする病院職場における労働組合機能の執行体制強化の確立

※ 項目 h = 資料関係【事例つき解説5】「病院特有の労働課題への対応と組合執行部の役割」を参照してください。

#### 《指定管理者制度、民間移譲》

- a. 自治体当局との交渉（指定管理者募集要項・仕様書等への現職員の優先雇用規定の明記）
- b. 分限解雇回避（希望者の任用替え等、自治体への受け入れ規模の把握）自治体の雇用責任の追及
- c. 途中退職の不利益分の補填交渉（割増退職金や賃金補填等）

※ 項目 a, b, c = 資料関係【事例つき解説1】「派遣・転籍交渉の実際」をご参照ください。

- d. 管理職の範囲の見直しと過半数組合のため非正規職員も含めた全員組織化が必要となる。
- e. 「名ばかり管理職」の解消と医師の組合加入を行う。

- f. 事業場過半数<sup>※</sup>の確立のために 医師や臨時・非常勤・嘱託職員を含めた職員全員の組織化を行う。

※ 病院職場の過半数組合員

- g. 労使協定・労働協約（暫定労働協約）の締結と労使関係の確立を行う。

※ 項目 d, e, f, g = 資料関係【事例つき解説3】「労使関係の確立 労使協定・労働協約締結の実際」を参照してください。

- h. 病院独自労組の結成と自治体単組との連合体形成の検討
- i. 自治体単組の連合体移行手続準備を行う。

※ 項目 f, g = 資料関係【事例つき解説4】「組合組織の確立・病院労組結成と自治体単組との

連合体形成」を参照してください。

j. 指定管理移行先での労働組合（労組法適用）の継続と執行部の確立と組織の強化

※ 項目h＝資料関係【事例つき解説5】「病院特有の労働課題への対応と組合執行部の役割」を参照してください。

#### 4. 経営形態変更に伴う病院労組結成の手順

##### 《病院労組》・・・地方公営企業法全部適用

- a. 管理職範囲の見直しと医師・非常勤職員等も含む全員の組合加入促進
- b. 組合結成準備会の立ち上げ。
- c. 世話人（執行部準備会）の選任と自治体単組からの役員派遣
- d. 組合規約案、組合費の決定、書記局の確保（自治体単組で代行も可）
- e. 組織・機構の検討（職能別専門部会等）
- f. 組合結成大会準備（規約、組合費＝自治体単組準拠、役員、運動方針、予算案、大会プログラム等）
- g. 病院当局への組合結成通告を行い、不当労働行為の禁止や唯一交渉団体として団体交渉通告を行う。
- h. 要求書の提出（暫定労働協約、要求書、労使協定締結等）と団体交渉の実施
- i. 労使協定の締結と労働協約の締結
- j. 労使関係の確立（事前協議制、交渉・折衝ルール、組合事務所・掲示板等便宜供与、組合費のチェックオフ等の協議）
- k. 組合機関運営の確立（執行委員会の定例化、組合員への周知、財政の確立等）
- l. 自治体単組との連携と自治体当局との交渉回路の確保を行う。

##### 《自治体単組》・・・地方公営企業法一部適用

- a. 自治体当局との確認書（労働条件不利益変更の規制）
- b. 病院労組への役員派遣
- c. 単組の連合体化の手続（次期大会での規約の変更等）
- d. 人事委員会、公平委員会への届出変更

## IV 地方公営企業法全部適用（全適）

### 1. はじめに

自治労は、公立病院改革プランの策定に対し、2009年1月の第137回中央委員会において、「県本部・単組は、地域医療と雇用を守る立場から、自治体（公立）病院が地方公営企業法に基づく一部適用、全部適用にとどまるよう取り組みを強化します」との方針を確認しました。

また、公立病院改革ガイドラインの機械的適用や、医師・看護師不足、自治体の財政赤字、病院経営の悪化等の要因が複合的に押し寄せる中で、全国的にも、地方公営企業法一部適用から全部適用に移行する公立病院があります。地域医療に自治体が責任を負っていくという観点から全適化という提案は、指定管理者制度の導入や民間委譲・縮小・廃止等の可能性との比較とあわせ、選択肢としての検討は労働組合としても必要です。

しかし、全部適用に移行したとしても、直ちに病院の経営改善に直結するわけではありません。この点に留意しないと、「全部適用は、効果が無かった。指定管理者制度もしくは地方独立行政法人に移行するしか無い」との動きを招きかねません。そのために、労働組合として、全適化に対しては、指定管理者制度や民間委譲へのステップとさせない取り組みが必要です。

### 2. 全適化にあたっての地方自治体の責務

現在の公立病院経営危機の問題は、小泉構造改革による診療報酬、医療政策の失敗と医師・看護師不足や偏在、また自治体財政の逼迫等の複合的な課題による地域医療制度全体の危機の中から複合的に現れているものです。したがって、病院の運営形態を変えただけで公立病院の経営が好転するわけではありません。むしろ社会や財政の変化を踏まえつつ地域住民に必要な地域医療サービスをどう提供しながら効率的な公立病院経営をどう模索していくかという自治体の地域医療に対するスタンスと病院経営側のマネジメント能力が鋭く問われているのだということを議論の前提にする必要があります。労働組合としては、

- ① 地域医療の確立とこれに責任を持つ公立病院の責務
- ② 病院利用者・地域住民との連携
- ③ 病院業務の質の確保とこれを提供するにふさわしい職員の雇用・処遇の確保と向上
- ④ 病院経営基盤確立への協力と対等良好な労使関係作り
- ⑤ 地方財政、国の医療政策の転換など制度政策面での施策の充実要求と運動作り

という視点から病院設置自治体当局との交渉を含めて、協議・交渉を積み重ねていく必要があります。

### 3. 問われる病院側のマネジメント能力

全適化は本来、人事・予算が自治体から独立した権限を有し、自立的な経営が可能であると言われています。しかし、全適化されている病院の全てが、その機能を十分に発揮できているとは言い難い状況とされています。それは、全適となっても、人事・予算は事実上、設置自治体の人事・財政の影響力が強く、運営・経営方針をめぐって病院と設置自治体との乖離が生じることがあるからです。このため、特に人事については、マネジメント能力を持つ病院事業管理者の確保や事務職員の定着化、医事業務の体制強化が重要といわれています。また、事務職員の独自採用についても、



マネジメント能力の強化・向上に必要な要素の一つであると考えられます。

労働組合も、自治体や病院財政を把握した運動の構築・展開をし、地域を意識し、地域に必要な病院のあり方について住民と協働し追求していかなければ、経営危機や財政論のみを理由にしたさらなる経営形態の変更や病院の廃止論議に道を開く可能性が高いという点に注意を払わなければなりません。労働組合として危機感を共有し、対策に向けた運動を職場の中で作っていく必要があります。

#### 4. 一部適用でも、マネジメント能力の向上は可能

人事のあり方については、市町村長や議会の理解があれば、わざわざ経営形態を変更しなくても可能であり、一部適用病院であっても、事務職員の定着化を行い、マネジメントの向上を図っている病院もあります（砂川市立病院）。

なお、小規模病院の全適化は公営企業管理者を設置することや、院長などが専任の管理者となった場合の業務量などを考えると、効率的でない場合があります、慎重な検討が必要です。

##### ※ 地方公営企業法の一部適用と全部適用

地方公営企業法は、地方公共団体が経営する企業（病院事業と水道事業など）の組織、財務及びこれに従事する職員の身分取扱い、その他企業の経営の根本基準を定めたものです。

同法のすべての規定ではなく、そのうちの財務に関する規定のみを適用し、その他は地方自治法などの規定を適用する経営形態を「一部適用」といいます。

一方、「全部適用」とは、地方公営企業法の全規定の適用を受けるもので、地方公共団体の長に権限が残される予算の調整、議案の提出、決算審査・認定の付議、過料の賦課を除く多くの権限（組織、人事、予算、給与、契約など）が新たに設置される病院の事業管理者に与えられます。地方公営企業法では「地方公営企業の業務を執行し、当該業務の執行に関しては地方公共団体を代表し、予算の原案作成や契約の締結、企業職員の指揮管理の権限があります。ただ、当該地方公共団体の規則で定める主要な職員（ある県では本庁課長相当職以上）を任免する場合には、あらかじめ、当該地方公共団体の長の同意が必要、また補助組織を自由に設定できないなどの制限があります。

ちなみに、地方独立行政法人の理事長は、地方独立行政法人を代表し、その業務を総理するとされ、内部組織のあり方や職員の任免の権限は理事長にあります。

## V 地方独立行政法人制度

### 1. 地方独立行政法人制度とは

#### (1) 地方独立行政法人制度の設立経過

日本の独立行政法人制度は、イギリスのエージェンシー制度を参考に、行政改革会議最終報告（1997年12月3日）において、①政策の企画立案機能と実施機能の分離、②事務・事業の内容・性質に応じた最も適切な組織・運営の形態の追求、③実施部門のうち一定のものにつき、事務・事業の垂直的減量を推進、④効率性の向上、質の向上及び透明性の確保を図ることを目的として設立することとされ、中央省庁等改革基本法（1998年6月9日成立）で独立行政法人制度が創設されました。

地方独立行政法人制度については、行政改革大綱（2000年12月1日）で、「地方への導入を検討する」ことが閣議決定。2003年4月には法案が閣議決定され、7月に地方独立行政法人法が成立しました。

#### (2) 地方独立行政法人法の定義

地方独立行政法人法では、「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」とされています。

地方独立行政法人は、事務の総合性が本来的要件ではないことを理由に、特別地方公共団体ではなく特別行政主体の一類型とされています。特別行政主体は新たな行政概念であり、特別地方公共団体と特別行政主体の違いについては明確ではありませんが、特別行政主体は地方公共団体ではないとされています。

#### (3) 設立手続

設立団体（自治体およびその共同）が議会の議決を経て定款を定め、総務大臣（設立団体が都道府県および指定都市の場合）または都道府県知事（設立団体が市町村の場合）の認可を受けて設立します。

設立団体は複数でも可能で、日本海総合病院は山形県と酒田市が設立団体となっている地方独立行政法人で運営しています。

#### (4) 役職員の身分

地方独立行政法人のうち、以下の2つの要件に該当する場合はその法人の役職員に地方公務員の身分を付与できることとされています（ただし、公立大学を除く）。

- ① その業務の停滞が住民の生活、地域社会もしくは地域経済の安定に直接かつ著しい支

障を及ぼすもの

② 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もの

地方公務員の身分を付与する地方独立行政法人は特定地方独立行政法人と定義され、それ以外の一般地方独立行政法人と区別されます。この区別は定款に定めなければならず、定款自体の変更は議会の議決と認可を経れば一般的に可能となりますが、この公務員型か非公務員型かの法人の区別に関わる定款についてのみ、その変更はできないと法定されてきていました。ところが、政府は2013年6月に「地方独立行政法人法」の一部改正を公布し、これによって、特定地方独立行政法人から一般地方独立行政法人への変更は定款の改正によって可能になり、合わせて地方独立行政法人同士を統合させ新たな地方独立行政法人を設立させることも可能になりました。

#### (5) 目標管理と評価委員会による評価

地方自治体は、「中期目標」（3～5年）を定めます。地方独立行政法人は、それに基づき「中期計画」と「年度計画」を作成します（いずれも公表の義務あり）。

#### (6) 財源措置

設立団体からの運営交付金などが基本的な財源となります。したがって、中期計画に定める限度額の範囲内において短期の借入れはできますが、長期借入金および債権発行は認められていません（ただし、設立団体からの長期借入れは可能）。

法人が料金を徴収する場合は、あらかじめその上限について設立団体の長が議会の議決を経て行う認可を受ける必要があります。

## 2. 地方独立行政法人制度導入の問題点

### (1) 地方独立行政法人の目的は、地域貢献よりも「効率化」

#### ○ 独立行政法人制度の目的

目標管理による運営、財務諸表の作成と企業会計原則の適用、業績評価の実施を行わせる。  
・・・「適正かつ効率的にその業務を運営するよう努めなければならない」

#### ○ 地方独立行政法人の導入に関する研究会報告

・・・「地方独立行政法人制度を地方公共団体に導入するに当たっては、地方行財政改革に資するものとする必要がある」

#### ○ 公立病院の目的

地域において必要な医療の提供体制の確保。不採算医療や不採算地区医療、高度専門医療を担う

#### ○ 地方公営企業法

「常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」

以上のことから、地方独立行政法人制度は、地方公営企業制度と比較し、公共の福祉よりも財

政的な面を強調される傾向があります。

更に、地方独立行政法人制度は、「自由で柔軟な経営」と言われつつも、実態は、財政的な裏づけも無く、運営交付金と中期目標に縛られる法人となる可能性があります。またコストをかけて設立された法人であるがために、それなりの財政削減効果が求められるとも言えます。

## (2) 地方独立行政法人は業務量のまとまりが必要であり、コスト増も

行政改革会議「最終報告」では、地方独立行政法人は、「独立の組織とするに足るだけの業務量のまとまりがある」ことが法人化の要件とされています。それは、地方自治体から独立した法人として運営されるためには、様々な体制整備が必要なためです。このため、規模の小さな病院については、大幅なコスト増が想定されます。

### ① 毎年の運営にかかるコスト（新たな人件費や役員報酬、運営費のコスト）

- 理事会・・・理事長、副理事長(置かないことが可能)、理事、監事で構成
- 監査体制・・・監査法人との委託契約
- 評価委員会・・・年数回の委員会開催と数人の評価委員の配置
- 顧問弁護士料
- 人事・労務管理

地方公営企業法全部適用病院については、基本的に地方自治体で業務を行う。

地方独立行政法人では、全て法人側の業務となる。

人事・労務担当役職員の増員

- 独自の財務システムの保守管理
- 独自の給与システムの保守管理
- 雇用保険

### ② 制度導入にかかる初期投資のコスト

- 財務会計システム等の構築、規定・マニュアル等の策定支援、準備組織等運営費、資産評価など（概ね1億円程）

<例> 札幌医科大学への地方独立行政法人制度導入検討に際してのコスト。

	17年度実績額	18年度実績額	合計
推進室運営費	675千円	1,516千円	2,191千円
監査法人業務支援	14,000	9,975	23,975
システム開発	—	95,519	95,519
財産評価等	5,314	1,890	7,204
安全衛生診断	964	—	964
会計制度職員研修	321	1,300	1,621
合計	21,274	110,200	131,474

## ※ 参考 地方公営企業会計制度の見直し

2014年度予算・決算から実施された会計基準の見直しは、地方公営企業の見かけ上の負債が増加し、あわせて資本金は、議会の判断により減少（減資）することや、減資した資本金は一般会計などで活用することも可能となります。自治体財政健全化法は、一般会計について4指標（実質赤字比率、連結実質赤字比率、実質公債費比率、将来負担比率）で、評価・指導する仕組みとなっており、会計基準の見直しは、財務実態が変わらないにも関わらず、多くの公営企業が財政健全化法に抵触する可能性があることや、会計処理上の負債・赤字が大きく表面化されることとなります。

自治労は、経過措置等による猶予期間の設定や、総務省内における「公営企業会計制度に関わるヘルプデスク」の紹介、新会計制度移行のための講演など取組みを行ってきました。また、元利償還金の負担軽減を行うため、補償金免除繰上償還制度を新たに設けることや、企業債範囲についても4%未満に適用可能とすることや、公営企業借換債制度の条件緩和することなど求め、総務省・自治財政局に要請を行ってきました。2014年度決算では、変更後初めての会計処理が表面化するため、地方議会対策、一般市民への一層の周知と理解が得られるよう取組みを強化する必要があります。

### (3) 自治体首長や議会のチェックがきかない

公立病院の経営は、特別会計として、地方自治体の議会で厳しくチェックできる仕組みとなっています。時にそれは、職員の賃金労働条件の切り下げの口実にもなるのですが、病院財政の公開は、一般会計から公立病院の収益へ繰入れられている中では、重要なことといえます。しかし、地方独立行政法人の場合は、地方自治体の議会に対しては、「報告」でよいとされ、民主主義の観点から問題があるといわれています。

#### 【「理事長の暴走」を設立自治体・首長も止められない事態も】

独立行政法人化によって病院長（独立行政法人理事長）による権限が強まり、自治体や首長、議会等の関与と責任・権限が弱まるため、病院独自の機動的経営がやりやすくなる、ということが「独立行政法人のメリットである」とされています。しかし、医師である病院長＝理事長が病院の経営・財務・マネジメントや人事・給与・労務制度に精通しているとは限りません。

それぞれの分野の役割分担が行われ、労働組合を対等な交渉相手として認め、良好な労使関係の下で病院経営の発展を担っていく姿勢があればいいのですが、強力な権限を持った理事長が独裁的な病院経営を進め、「残業命令を発していないのだから、職員がいくら残業しても残業代を支払う必要はない」「医師確保を名目に出身大学医局への不必要とも言えるような共同研究・臨床施設を作り、莫大な経費を計上する」等について、自治体から派遣された幹部職員は、意見することもできず、設立自治体の首長も容易に規制をできず、見て見ぬふりをする“暴走状態”に陥り、労働組合はもちろん、だれもその専横を止められない、という事例も見受けられます。

医師不足や病院経営の困難さから、こうした問題は独立行政法人に限らず、直営の自治体病院においても自分の意見が通らなければ「連れてきた医師と一緒に病院長を辞める」と辞職をほのめかし、自治体側の譲歩を引き出すことを習いにしている病院長も散見される状態です。

こうした問題は独立行政法人病院固有の問題ではありませんが、その独立性と権限の強さからより問題を深刻化させていることもあります。

もちろん理事長が暴走しても、「労働基準法」や「労働組合法」等の労働法制は、適用されます。特に不払い残業などの問題は、いったん摘発され、是正命令を受ければ、法人の財務・経営を直撃します。

労働組合としては、実務を担う、人事・労務担当者と十分な実態把握と問題の共有をしつつ、理事長自身との協議・交渉を情力を尽くして行い、「地域医療の確保と発展」「コンプライアンス」「医療人材確保のための職員勤務環境の改善」を粘り強く交渉する必要があります。

医局の医師と連携することは非常に大事です。

#### (4) 公務員だからこそ人材確保可能な地域も

地方独立行政法人制度は、一般型と特定型に分かれています。当初、この区分けの基準は、職員の身分問題にかかわり、争議権の有無が判断基準になっていました。これに基づいて、法律では、「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」に限って特定型を認めるとしています。

しかし、地域によっては、公務員だからこそ、医療従事者が確保できるところもあり、地方独立行政法人などの経営形態の変更によって、人材の流失が生じることも考えられます。

#### (5) 心神喪失者医療観察法について

総務省は、公立病院改革ガイドラインQ&Aにおいて、心神喪失者医療観察法の指定入院医療機関以外については、公務員以外は認めないことを明言しています。県立山梨病院では、地方独立行政法人制度の導入が決定していますが、心神喪失者医療観察法の指定入院医療機関の導入検討を理由として、特定型(公務員型)で進めることが決定しました。2014年度以降は、一般型(民間型)が認められるようになり、岡山精神科医療センターが特定型(公務員型)から一般型(民間型)の地方独立行政法人に移行しました。

#### (6) 地方公営企業法全部適用でも柔軟な対応可能

職員の採用の自由度が高まることが言われますが、全部適用病院でも毎月職員の募集を行っているところがあります。

また、岩手県は県立病院経営委員会において、2006年8月に地方公営企業法全部適用と地方独立行政法人制度の比較を行い、以下の通り、基本的な差異は無いとしています。

○ 経営に関する目標設定及び評価については、地方公営企業法では制度化されていないが、

取り組み内容によって独立行政法人との差異がなくなる。なお、地方独立行政法人は、議会による毎年度の予算及び決算の審査が行われないため、議会の関与が限定的になる。

- 予算執行及び一般会計からの繰入（独立行政法人の場合には運営費負担金）など財務面については、基本的な差異はない。

#### **(7) 真剣に地方独立行政法人を検討していない場合も**

最近、地方行政改革の一環として、地方公務員の総定数削減を目的とする、「集中改革プラン」の実施検討において、単に、病院職員を「定数外」とすることを目的に、地方独立行政法人制度の導入をしようとする動きも見られます。この場合は、提案理由が本来の趣旨と全く違うため、徹底して制度導入目的を追及していく必要があります。

また資料の通り、鳥取県においては病院局定数を別枠とし、増員を図っているところがあります。

#### **(8) 自治体財政健全化法に注意を**

2009年度決算から、自治体財政健全化法が完全施行されました。地方公営企業会計は資金不足比率が問われる上に、一般会計との間で、「連結実質赤字比率」「実質公債費比率」に組み込まれます。一方、地方独立行政法人については、「将来負担比率」に影響するだけとなります。更に、地方公営企業会計ではないので、企業会計の不良債務比率や資金不足比率にも影響しないため、自治体によってはこれを理由に地方独立行政法人化を検討することも想定され、注意を要します。

## Ⅵ 地方独立行政法人制度が導入された場合

いかに厳しい労使交渉を展開したとしても、残念ながら、地方独立行政法人制度の導入について妥結をせざるを得ない場合もありえます。その場合にあっては、労働組合として、組合員の雇用と労働条件確保に向け、様々な観点で、更に交渉を強化していく必要があります。

地方独立行政法人化の提案から決着までの労使協議の流れについては、勤務条件、中期目標、パブリックコメント、中期計画、定款、組織機構、運営費交付金の決定、財産の評価などの課題の整理など多数ありますこれらの課題と併せて、労働条件の協議と決定も含めて、制度導入決定後、最低2年の協議と準備期間必要です。

### 1. 地方独立行政法人の設立は、必ず「移行型」とさせる

地方独立行政法人のほとんどは、「移行型」となっています。移行型となれば、身分が変更となる公務員は「承継職員」とされ、退職金や共済、労働組合などが「移行」されます。しかし、中には一部事務組合立病院において、先行して一部事務組合を解散してしまい、地方独立行政法人の設立は「新規」に行ったため、「移行型」とならず、職員が一旦分限解雇となった事例もあります。

### 2. 公立病院の公的責任を明確にさせる

地方独立行政法人制度は、運用によっては、効率化を重視する運営となる危険性があります。このことから、法人の役割と任務や、地域医療確保を最優先とする経営理念を明確にさせることが必要です。また、地方自治体の議会においても、その理念を基本とした議会決議を行うなどの取り組みが必要です。具体的には、地域医療、救急、産科、小児科、精神、高度医療、地域の健康づくり事業などの不採算医療を積極的に担い、公的責任を果たすことが求められます。

また、経営形態について、いかなる場合も今後は、見直しをしない確約も必要です。

これらの課題は、自治体議員の協力が不可欠です。大阪府においては、地方独立行政法人化するにあたり、府立病院の公的使命を明確にするため、府議会において下記のような附帯決議をおこなっています。

府立の病院が、府域全体を対象とした高度専門医療の提供、府域の医療水準の向上という公的使命を引き続き果たせるよう、医師等の優れた医療スタッフを確保し、患者・府民の期待にこたえていくこと。

更に、地方独立行政法人のスムーズなスタートのためには、以下の点などを当局に確認することが必要です。

### 3. 地方独立行政法人の経営、財政、運営、中期目標・中期計画について

#### (1) 中期目標・中期計画への対処

##### ① 中期目標について

設立団体は、3年以上5年以下の期間において達成すべき業務運営に関する目標（中期目



標) を定めることとしています。具体的には、中期目標の期間、住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項、業務運営の改善及び効率化に関する事項、財務内容の改善に関する事項、その他業務運営に関する重要事項となっています。しかし実際の目標は、地域の医療をどう進めていくのかという、基本的で極めて重要な内容が記されています。先ほどの大阪府は、地域の病院の機能分担と地域医療への貢献、今後の医療の充実が明記されています。

## ② 中期計画について

中期計画は、住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置、業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置、予算（人件費の見積りを含む）、収支計画及び資金計画、短期借入金の限度額などとなっています。この内容には、労働条件や経営に大きく関わる内容が含まれる場合があります。

## (2) 運営に対する対応のポイント

- ・ 法人の運営にあたっては、設立団体の責任を明確にさせ、地域医療の確保や病院の機能強化を明記させる。
- ・ 地方独立行政法人が安定して運営できるよう、運営費交付金は、これまでの一般会計からの繰り入れ以上の条件を確保した上で、ルール化する。
- ・ 不良債務がある場合は、その解消は設立団体の責任において行う。
- ・ 累積債務は法人に承継させず、その処理は設立団体の責任において行う。
- ・ 法人移行後の不良債務の処理などについては、設立団体と法人でルール化する。
- ・ 業務に実施するために必要な資本・財産的基礎や会計制度変更に伴う退職手当引当金などに対する設立団体からの出資を明確にさせる。
- ・ 地方独立行政法人は、法人として企業債を発行できないので、設立自治体の責任を明確にし、自治体における起債のルール化などについて確認する。
- ・ 制度移行に関わる経費や移行準備に関わる人員配置・体制を明確化させる。
- ・ 医療人材確保に向けて、明確なビジョンと処遇改善の方向を確約させる。
- ・ 医業収支比率100%などの、無理な目標には注意する。（医業収支と一般会計からの繰り入れが経常収支となる）
- ・ 中期計画に、人事評価制度などの労働条件に関わる課題が入ると、その後の交渉に大きく影響するので、労働条件に関わる課題については労使交渉課題とさせる。
- ・ 設立団体が設置する評価委員会については、評価の視点に、就労環境改善などを入れる。
- ・ 評価委員に患者代表や地方連合の代表も入れる。

## 4. 地方独立行政法人病院の事務系管理職のありかたについて

国の地方独立行政法人においても問題となっていますが、法人の独立性といたしつつも、医療職場に経験が無い一般事務職員が病院の事務長などの管理職として、自治体の本庁から派遣される例が想定されます。公立病院の事務系管理職については、病院勤務経験者の派遣か法人採用職員を基本とするよう確認すべきです。

また事務職員の法人採用についても、マネジメント能力の強化・向上に必要な要素の一つであると考えられます。

労働組合も、自治体や病院財政を把握した運動の構築・展開をし、地域を意識し、地域に必要な病院のあり方について住民と協働し追求していかなければ、経営危機や財政論のみを理由にしたさらなる経営形態の変更や、病院の廃止論議に道を開く可能性が高いという点に注意を払わなければなりません。労働組合として地域住民と医療崩壊の危機感を共有し、対策に向けた運動を職場の中で作っていく必要があります。

## 5. 法人化移行作業の体制確立について

法人化移行作業を担う事務職員については、移行時の膨大な事務に追われる可能性があります。制度設計、条例改正、財産評価、会計制度移行、コンピュータシステム移行、人事関係システムの構築などがあります。このため、法人移行を専門的に行う部署が必要であり、これについても労使協議が求められます。また、公認会計士との契約の明確化、本庁で準備すべき業務と病院で準備すべき業務野の事務分担の明確化が必要です。

## 6. 地方独立行政法人移行に対する交渉を有利に進めるために

### (1) 組合員に対する説明について

組合員にとって地方独立行政法人制度導入時の一番大きな課題は身分問題です。一般型については地方公務員の身分から非公務員となりますし、特定型にあたっては地方自治体の職員ではなくなります。このことから、労働組合は、労働条件確保や安定雇用の確保に向けた取り組みの決意を示す必要があります。

また、職種によって、設立団体からの派遣となる場合もあります。

事務職などは、当面は自治体からの派遣職員となる場合が多くありますが、労働条件の確保や病院労組加入に向けて検討し、一体的な取り組みが重要と言えます。

### (2) 国会決議を最大限生かす

自治労組織内参議院議員だった高島良充さんと、元自治労組織内衆議院議員の中沢健二さんは、地方独立行政法人法審議に関して、当時の片山総務大臣を総務委員会で追及しました。その結果、委員会付帯決議が行われました。ここで最も重要なのが、「地方独立行政法人への移行等に際しては、雇用問題、労働条件について配慮し、関係職員団体又は関係労働組合と十分な意思疎通が行われるよう、必要な助言等を行うこと」（2003年7月1日、参議院総務委員会）の項です。残念ながら、地方独立行政法人への移行そのものを指してはませんが、「移行に際しては」、しっかりと話し合いが求められることとなっています。また、「必要な助言」は、国が行うこととなりますので、自治体当局が決議を無視し労働組合軽視の場合は、国会議員に協力を求めることも視野に入れることが重要です。

### (3) 労働条件決定方法などについて

非公務員型は、地方公務員法などの枠から完全にはずれ、労働三法全面適用となります。労働条件の決定方法、労働組合組織のありかた、労働協約の締結など、ある意味、労働組合が

しっかり運動していくことによって、労使関係を有利に運ぶことも可能となります。別表に記載されている課題を一つ一つ整理し、粘り強く労使交渉を進める必要があります。

#### (4) 労働条件の内容について・・・自治体職員との違い・均衡について

法人移行を妥結したことや職員確保を条件として、就業規則、労働協約、労使協定など、可能な限り、労働組合の力を発揮させることが重要です。具体的には、待機手当、看護師確保のための夜勤手当増額などです。法令遵守を追及し、残業手当の確実な支給や看護体制の見直しによる職員増員を求めることも必要です。

### 7. 地方自治体から地方独立行政法人への職員派遣について

地方公務員が公務員身分を持ったまま一般型地方独立行政法人などの公的団体に派遣される場合は、「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」に基づいて行われます。一般的には、派遣期間は3年で、5年を超えない範囲で延長が可能です。ただ、公立病院などから一般地方独立行政法人に移行する場合には、法人成立の日から職員を派遣した場合において、職員派遣をした日から起算して最大10年を超えない範囲で派遣することが可能です。

このことから、一般型(非公務員型)の場合、公務員身分を維持するため、設立自治体から最大10年間派遣するという手法もありますが、法人に新たに雇用される職員は、非公務員の法人職員となり、派遣されている公務員と法人職員が職場混在することによる課題や労働組合の団結にかかわることがあります。また10年経過した後、どう対処するのかということなどから、慎重に検討することが必要です。

特定地方独立行政法人は、地方公共団体間の派遣制度（地方自治法）に準じて、特定地方独立法人と地方公共団体の「協定」によって、派遣が可能となります。

### 8. 非正規職員の雇用保障と組織化

地方自治体における、非正規職員は、雇用契約によらず、地方自治体の一方的な行政行為である「任用」という形で働いています。この形態は、民間の非正規職員と比較しても、雇用に関してはなんら保障がされておらず、官製ワーキングプアと言われるように、労働条件が極めて劣悪な環境におかれています。特に、病院が地方独立行政法人に移行する時、正職員は特別な辞令が発せられない限り自動的に法人職員になるのに対して、非正規職員はなんら、制度的に保障されていません。

従って、非正規職員の地方独立行政法人への雇用継続を最優先に取り組みます。

その上にたつて、一般地方独立行政法人については、任用ではなくなることから、労働契約となることを前提に、有期雇用職員ではなく、正規職員としての採用を求めます。

正規職員が厳しい場合にあっても、短時間正規職員など、雇用安定に向けた対策が必要です。同時に、非正規職員が組合未加入の場合は、処遇改善の取り組みの中で、労働組合への加入取り組みが必要です。

### 9. 労働組合への移行と基本単組との連合労組の結成

非公務員型の地方独立行政法人については、労働法全面適用です。公務員型の地方独立行政法人にあたっては、地方公営企業法全部適用と同様の労使関係となります。いずれの形態であっても、

地方公務員法上の職員団体とは別に労働組合を結成する必要があります。地方独立行政法人労組への移行と基本単組との連合労組の結成準備を進める必要があります。

## 一般型地方独立行政法人におけるQ & A

**Q 1** : 現在、労働組合の組織率を高めようと思います。独立行政法人化にあたり、労働組合の必要性をどう伝えたらよいでしょうか。

**A 1** : 当局との労働関係が大きく変わります。労働条件は基本的に労使関係で決定することや、労使協定締結には労働組合が必要不可欠であることから、その点を強く訴え続けることが重要です。

① 地方公務員は労働条件の決定が議会・条例（地方公務員法第24条）となっていますが、独立行政法人では労使交渉で決定されます。

ただ、独立行政法人職場の基本的な労働条件は、労働協約で締結が必要ですが、自治体職員に準じてしているため、大枠は「自治体単組労連」と自治体当局で決定されることとなります。自治体単組労連の役割、独立行政法人労組の単独の役割を整理する必要があります。

② 労使交渉の範囲が大きく変わります。

地方公務員については、「職員団体」として人事委員会に登録（地方公務員法53条）して初めて団体交渉権（地方公務員法55条）が発生します。その上で事前に「予備交渉」をし、交渉への参加人数も制限され、管理運営事項は交渉事項でないとされてしまいます。更には、労使の合意事項は「紳士協定」であり、合意事項が当局から破棄されても、組合に対する法的保護はありません。

独立行政法人では、以上のような制限が一切なく、労使の交渉事項が、労働条件に係わること全てが交渉事項となります。その上、労働協約を締結できる（労組法第14条）こととされ、当局が合意事項を一方的に破棄した場合は、労働組合法違反となり、労働委員会に提訴できます。

③ 労使協定などは、組合と協定を結ばないと、職場の業務が円滑に進みません。36協定、変形労働、フレックスタイム、裁量労働、年休の計画的付与、労働安全などは労使協定が必要となり、当局はこれらに対し、組合の協力が必ず必要となります。

④ 労働組合員の位置づけ

労働協約の効力は、基本的には組合員を対象としていますので、課題によっては非組合員と差をつけることは可能です（ただし、適用拡大規定あり（労組法17条））。

⑤ 自治体との関係及び運営交付金について

運営交付金の問題や労働条件の大枠については、設立団体との対応が求められており、設立団体労組連合（労連）としての取り組みが重要です。

以上の他に、雇用形態に係わらず労働組合の必要性は変わらないので、様々な形で運動を進めて組織拡大を目指すことが重要です。

**Q 2** : 労働協約、労使協定とは何ですか？

**A 2** : 労働協約とは、団体交渉の結果を労使のルールとしてまとめたもの（労組法14条）です。

労働条件、組合事務所の貸与、チェックオフ（組合費の給与天引き）などが該当し、労働条件

については、基本的に就業規則より優先されます。

労使協定とは36協定、裁量労働、など労働基準法上で定められた協定です。事業場（病院全体）に、従業員の過半数で組織する労働組合があるときはその労働組合、従業員の過半数で組織する労働組合がないときは従業員の過半数を代表する者との書面による協定をいいます。

**Q3：ユニオンショップは可能ですか？**

A3：基本的には可能です。ただし、できるだけ、多くの職員の同意が望ましいと考えます。

**Q4：過半数代表制とはなんですか？**

A4：労使協定の締結において、職場に過半数を組織する労働組合が無い場合は、従業員の代表を選ぶ必要があります。その代表の役割は、

1. 就業規則に対する意見書提出
2. 労使協定の締結（36協定、裁量労働、変形労働、フレックス、チェックオフ）
3. 安全衛生委員会の労働者側推薦委員の推薦

となっています。

組合の組織率が高くない国立大学では、組合の委員長が従業員代表選挙に立候補し、当初は落選していたものの、最近は当選するようになってきているようです。

**Q5：組合員の範囲は？医師は？非正規職員は？**

A5：地方公務員の管理職間の範囲は、人事委員会が一方的に決定です。しかし独立行政法人は、労働組合の要件（労組法第2条）が基本となるため、管理職ではない医師は組合員の範囲となります。このことによって、これまでは管理職手当が支給され時間外手当支給の対象外となっていたとしても、独法後は、時間外手当の支給が必要となりますので、留意してください。なお、地方自治体からの地方公務員の派遣職員も労働組合に加入できます。

当然、非正規職員は組合員の範囲であり、必ず組織化に向けた働きかけをしてください。

**Q6：労働組合については、地方独立行政法人になったとき、改めて労働組合を結成することになりますか？**

A6：地方独立行政法人法では、移行型地方独立行政法人の職員となる者の職員団体についての経過措置が明記され、過半数組合であれば、60日以内に労働組合法に基づく要件を満たせば自動的に移行できるとしています。以上のことから、厳密には、組合本体と病院支部を分離して、事前に人事委員会にそれぞれ登録する方法があります。また、労働組合になるには、規約整備は最低必要です。規約については、全組合員の投票が必要です。

また、一部適用から全部適用となった場合ですが労働組合法では、労働組合とは、との規定があります。職員団体や支部組織が、執行委員会や大会などで労働組合へ移行することを決定し労働組合としての規約を整備することによって、労働組合に移行することが可能です。もちろん規約関係は全組合員の投票が必要です。

**Q7：本人の同意なしに公務員身分から非公務員に切り替えをすることは違法ではないのですか？**

A7：地方独立行政法人法第59条第2項では、「移行型一般地方独立行政法人の成立の際、現に設立団体の内部組織で当該移行型一般地方独立行政法人の業務に相当する業務を行うもののうち当該設立団体の条例で定めるものの職員である者は、別に辞令を発せられない限り、当該移行型一般地方独立行政法人の成立の日において、当該移行型一般地方独立行政法人の職員となるものとする」と規定しています。その場合、制度的に当該職員の同意は要件とされていません。

**Q 8 : 自治体からの公務員職員の派遣であっても、賃金・労働条件は法人のものが適用されるのですか。**

A 8 : 派遣職員については、派遣先団体の賃金・労働条件が適用されます。

**Q 9 : 自治体から派遣されている公務員のストライキ参加は可能ですか。**

A 9 : 地方公務員法第37条では「職員は、地方公共団体の機関が代表する使用者としての住民に対して同盟罷業、怠業その他の争議行為をし、又は地方公共団体の機関の活動能率を低下させる怠業的行為をしてはならない」となっています。このことから、独立行政法人は、地方公共団体ではありませんので、ストライキ参加は可能です。ただし、特定型は、地方公営企業労働関係法が準用されるので争議権がありません。また、指定管理者制度の公立病院については、あくまで地方自治体の公の施設ですので、派遣される公務員に争議権はありません。

**Q 10 : 法人へ移行すれば、リストラされてしまうのではないですか。公務員との雇用保障の違いはありますか。**

A 10 : 法人は職員に対して、降任、解雇といった処分を恣意的に行えるわけではありません。これらの不利益処分は、就業規則に基づいて行われます。特に解雇については就業規則に解雇の理由を記載することが法定化されているほか、「解雇は、客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当であると認められない場合は、その権利を濫用したものとして、無効とする」（労働契約法16条）とされています。もちろん、職場に労働組合が有る場合と無い場合では大幅に条件が異なります。なお、公務員についても、分限処分による解雇ルールは存在します。

**Q 11 : 運営費交付金について、(1)一般独法は、「病院事業の独立採算性」の強化を目的としていること。(2)三位一体により地方公共団体財政が厳しい現状にあること。この2つの理由からの繰入金金の減少に繋がるのではないのでしょうか。**

A 11 : 地方独立行政法人法第85条では、設立団体が負担する経費として、i) その性質上当該公営企業型地方独立行政法人の事業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費（救急医療、看護師養成など）、ii) 当該公営企業型地方独立行政法人の性質上能率的な経営を行ってもなおその事業の経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費（高度医療など）、の2つが規定されています。

これらについては、現在の地方公営企業法の全部適用に関して、地方公営企業法第17条の2の規定により、地方公共団体の一般会計が地方公営企業に対して負担すべき経費、すなわち一般会計からの繰出金で負担すべき経費として定められているものと同じで規定あり、設立団体がこうした政策医療について引き続き責任を持ち経費を負担することは、地方公営企業であっても地方独立行政法人であっても変わりありません。政策医療の実施に当たって所要の運営費交付金を確保するよう、当局に努力させる必要があります。

**Q 12 : 累積欠損金や不良債務は法人へ引き継がれるのでしょうか。**

A 12 : 法人への移行に当たっては、山形県日本海病院では、累積欠損金や不良債務を解消し、法人に引き継がせませんでした。今後は、このような取り組みも重要と考えます。

## VII 指定管理者制度の導入を阻止するために

### 1. 指定管理者制度導入の経過と問題点

指定管理者制度は、地方自治法の一部改正（地方自治法224条の2項）で2003年6月13日公布、同年9月2日に施行されました。

この法改正でそれまで「公の施設」は、地方公共団体や外郭団体に限定していた管理・運営を、株式会社をはじめとした営利企業、財団法人、NPO法人、市民団体など法人その他の団体に包括的に代行させることができることになりました。「公の施設」には文化施設等だけではなく、病院等の医療施設も含まれます。

しかし指定管理者制度が施行されて以降、公共サービスの質の劣化や劣悪な処遇・雇用環境を生んでいる現状があります。指定管理先においては、解雇問題、賃金・労働条件の大幅な切り下げが行われています。その結果、非正規労働者やワーキングプアが増大し、「尊厳ある労働」「安心して働くことのできる仕事」からかけ離れた実態が生まれ、人材不足とサービスの低下、地域医療・福祉・社会教育・文化行政の機能低下を招いています。

自治労としては、指定管理者制度の運用実態などを分析し、現在、総務省に対して抜本的な改革を求めています。具体的には、「指定期間」の長期化、公募原則の廃止、「公の施設」の特性に応じた指定期間のあり方や公募のあり方、経費縮減目的の撤廃などを求めています。

#### ○ 北海道庁から公式表明された指定管理者制度の問題点

事業においては、企画から実施までの期間が数年必要な場合がある。指定管理者による場合、指定期間内の事業に限定されることから、継続性の確保が難しく、企画等が限られたものになる。（2008年3月5日 総務省地方行革事例集より）

### 2. 公立病院への指定管理者制度の特徴

社会教育施設や福祉施設等への指定管理者制度導入の場合は3～5年の指定期間が一般的となっていますが、公立病院については、10年や20年という比較的長期に亘る指定が珍しくありません。

また、公募をせずに特定の医療法人を指定するケースが多くなっています。これらは、病院事業については、より安定性が求められることの裏返しとも取れますし、病院の指定管理を取れる医療機関がそれほどはない、という側面の反映でもあるといえます。

### 3. 指定管理者の撤退リスクと指定管理者に振り回される自治体

公立病院を「地域に病院は必要だが、医師が確保できず人件費を含めて負担が大きい」「自治体財政を圧迫させる」ことを理由に指定管理者に移管させ、職員を非公務員化させて、自治体全体の人件費は軽減しようとしています。

しかし指定管理制度には、指定管理事業者の撤退リスクや倒産リスクが存在します。すでに保育事業者の倒産、観光施設等からの事業者の撤退が全国的に生じています。公立病院でも、指定期間

の途中であるにもかかわらず「経営的に赤字解消ができない」「医師の確保ができない」等を理由に1年程度で民間医療法人が指定管理を返上し、自治体は病院を残すために別の医療法人を探さざるを得なくなった事例が報告されています。

病院の場合は「幅広い候補者」が存在しない中では、指定管理先と地方自治体の力関係が、地方自治体にとって相対的に弱く、指定管理先が事業から撤退する場合は、その代替を見つけることが厳しくなります。

更に指定管理者は民間医療法人として、一定の収益を確保できなければなりません。指定管理者は、指定管理料の値上げ、施設・設備の改修、市債の投入など自治体への要求をエスカレートさせる場合もあります。例えば「これができないなら、指定管理者の契約を解除し、医師を引き上げ、経営を放棄する」などです。指定管理者が指定期間の途中で撤退するようでは、地域医療の公的責任は果たせず、運営が不安定では医療スタッフも集まりません。

結果的に直営、地方独立行政法人などよりも経費がかさむこととなり、自治体財政をさらに圧迫することとなります。

#### 4. 「医師確保」のはずが医師不足に・・・

自治体当局の中には、医師の安定的な確保を理由にして、指定管理者制度を導入しようとするところもあります。しかし、特定の医科大学や特定の医療法人を指定管理先とした場合、医師の供給先が限定されてしまいます。また、地域の大学病院などの理解を十分得ないまま実施する例も見受けられ、移行前と比較して、常勤医師の配置が下回る事態が起きています。更に、医師不足は民間医療法人においても同様であり、指定管理をとったため、指定管理元の病院の医師の確保が困難になるという事例も報告されています。

#### 5. 雇用不安の発生、結果として医療従事者の流失、医療機能の低下

公立病院が指定管理に移行した場合、そこで働く職員は自治体職員でなくなるため、雇用継続が図られた場合もいったん退職を迫られ、退職金の途中清算を迫られます。指定管理移行後の雇用・労働条件は移行先の医療法人の就業規則によるため賃金・昇給・退職金等での不利益が生じる可能性が高いです。公務員を辞めさせられる場合、自治体によっては“分限解雇”を発動してくるところもあります。

組合の取り組みで希望者は任用換えによって自治体の他の職種に移ることで自治体職員として働き続けることを選択できる場合もありますが、医療労働者としてのそれまでの職能・専門性を生かせず、多くの問題を引きずることになります。

この結果、指定管理者制度の運営の不安定さや賃金労働条件の低下につながる危惧から医療従事者の退職が止まらず、結局は病棟の縮小・医療機能が低下となる病院があります。一部の病院経営コンサルタントや自治体首長は、指定管理者制度導入によって安定した医師確保と効率的な病院運営が可能としていましたが、その主張は正反対の方向に向かっていると云わざるを得ません。

#### 6. 指定管理者制度の移行後も「公立病院」…自治体の責任は変わらない

指定管理者制度を導入してもその病院が地方自治法に基づく「公立病院」であることに変わりはありません。したがって、病院の最終責任は設置自治体にあります。指定管理先の病院で医療事故



等管理責任が問われるような事態が生じたとき、自治体（担当者）はその結果責任を刑事的にも問われる可能性があります。

## 7. 公設公営で運営している公立病院への指定管理者制度はなじまない

以上のことから、自治体としては公設公営で運営している公立病院への指定管理者制度の導入は、地域医療崩壊させるような事態になりかねないことから、導入を押し止める運動を展開する必要があります。医師・看護師は確保できるのか、撤退リスク無いのかなどの指定管理者制度の導入による自治体病院運営のリスクについて、当局・議会・地域住民の皆さんへの働きかけを含め十分に行っていく必要があります。

以上の取り組みを自治体議員や地域住民とともに展開した結果、当局に指定管理者制度の導入を取りやめさせた単組もあります。

○ 宮城県立こども病院は、2003年11月から管理委託方式で開設されました。しかし、指定管理者制度が成立したため、管理委託方式の継続が難しいと判断されたため、経営形態を検討した結果、一般地方独立行政法人制度に移行しました。その理由として、「指定管理者制度については、委託した管理者が採算性を重視する余り採算性の低い政策医療のサービス・・・(中略)・・・が低下する懸念があること。また、この制度では一定期間ごとに管理者が変わる可能性があることから、医療スタッフの継続的な確保が確実にされるか懸念があること、更に消費税負担等の財政面において地方独立行政法人化に比べて不利」になると判断したとしています。(参考：地方独立行政法人の制度設計と会計実務、みずほ監査法人編、平成19年2月15日より)

## 8. 公立病院の指定管理者制度移行が強行された場合の労働条件の課題

### (1) 組合員の雇用確保が最大の課題

指定管理者制度は、地方独立行政法人制度と違い、職員の移行については何ら定められていません。多くの場合、病院に残る職員は「分限解雇」とされ、指定管理先の医療法人などに新規採用されることとなります。

- ① そのまま当該の病院に勤務する場合、分限解雇もしくは勸奨退職を受け入れ、新たに指定管理先の医療法人職員となります。
- ② 公務員として勤続することを希望する場合、医療従事者の任用換え（事務職など）を行なうところもありますが、小規模の自治体などでは困難を伴います。

こうしたことから、労働条件に関して、設置者の雇用責任を明確化させ、指定管理者先での雇用保障・雇用継承、経営移管にあたっての激変緩和措置（退職金の上積み、指定管理料に給与差額保障など）や公務員での任用換えなどを確認することなどが重要です。

### (2) 指定管理者の指定方法について

労働組合としては、指定管理者のもとで働く労働者の雇用・労働条件の安定と地域医療の確保を進める必要があります。このため、指定管理者制度の導入にあたっては、次のポイントに

ついて要求していく必要があります。

- ① 指定管理者制度を導入するとしても、地方自治体の公的責任を明確にするとともに、単に管理経費の縮減を目標とさせないこと。
- ② 公立病院に勤務していた組合員については、本人の意向を最大限尊重しつつ雇用継続を絶対条件とすること。
- ③ 指定管理契約に労働法令遵守を明記させること。事業報告書においても、労働法令遵守事項（就業規則、労使協定、労働安全）の確認及び職員の給与などを加えること。その場合、適正な人件費の確保のため、人件費の積算根拠を地域の人事委員会勧告に準じることなどを明示すること。
- ④ 指定管理者による管理運営が不調に終わった場合、直営に戻すことも選択肢として明記すること。

### (3) 指定管理先に労働組合の結成を

指定管理者以降後には、労働組合は労働法の全面適用となります。そのため、地方公務員法上の職員団体とは別に労働組合を結成する必要があります。地方独立行政法人と違って、自動的に労組への移行とならないため、労働組合の結成と基本単組との連合労組の結成を進める必要があります。

※ 詳しくは資料関係【事例つき解説1～5】をご参照ください。

※ こうした自治労の粘り強い総務省との協議の成果として「新公立病院改革ガイドライン」においては、経営形態変更にあたっての「指定管理者制度」の活用について、以下のような「留意事項」がつけられております。

#### 「新公立病院改革ガイドライン抜粋」

##### (4) 経営形態の見直し

##### ② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

##### 3) 指定管理者制度の導入

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、

- ① 適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、
- ② 提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、
- ③ 病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

※ 国のガイドラインでこのような”留意事項”がつけられることは、異例です。いずれも自治労が指摘してきた指定管理病院の問題点（「約束した医師定数が配置されない」「指定管理後『撤退』をほのめかしながら病院存続を”人質”に自治体に追加財政負担を求める」「職員の給与・勤務環

境など労務環境を大幅に悪化させ、大量離職と医療人材の質の低下がとまらない」等）を総務省も無視できなくなったといえます。

自治体によっては指定管理者制度の廃止（千葉県：銚子市立病院＝公社化へ 石川県：山中温泉医療センター＝地元の加賀市民病院の建て替え計画とあわせ、指定管理者契約を廃止し、新市立病院に統合・再直営化）をしようとしている例もあります。

- ※ このように自治体病院に求められる医療機能を公的に確保できる指定管理先の民間医療法人は多くありません。一方で、日赤や済生会等の公的医療機関、国立病院機構や国立大学法人などの国の独立行政法人が指定管理者となる事例がいくつか出てきています。さらには地元の大学病院と組み、県が出資した医療財団を設立して、ここに自治体病院の運営を指定管理に出す（新潟県：県立魚沼基幹病院）ような「公的機関・自治体関与型指定管理」は今後増えてくる可能性があります。
- ※ 民間医療法人は自治体病院以上に医療再編・経営統合＝社会医療法人化が進んでいます。中期的には社会医療法人化等で「経営体力をつけた」民間医療法人が「自治体病院の経営を指定管理で取りに来る」という状況が部分的に到来する可能性も考えられます。
- ※ こうした手法の一つとして現在厚生労働省で制度設計と検討が進められている新医療法人制度「地域医療連携推進法人（仮）」の動向に注視をしておく必要があります。

## VIII 公立病院労組の組織整備・強化

### 1. 経営形態変更による労働組合の運営について

公立病院の経営形態が変更した場合、職員の身分、労働組合の位置づけ、適用法律も変わります。今まで自治体単組（職員団体）として活動していた場合には組織整備の必要があります。特に、経営形態変更が決定した後は、労働条件確保に向けた取り組みと同時に、労働組合の継続・結成、運営に向けた準備を行っていく必要があります。

#### ※ 労働組合の要件

##### 労組法第2条

- ① その労働組合が、労働者が主体となつてつくられていること
- ② 労働者が自主的に運営していること、会社の指示にしたがって行動するようなことはなく、労働者が自らすすんで活動すること
- ③ 労働条件の維持改善を主な目的としていること

<労組規約に必要な事項>

- ① 名称
- ② 事務所の所在地
- ③ 組合員が労働組合のすべての問題に参加し、均等の取扱いを受ける権利を明示
- ④ 組合員資格（人種、宗教、性別、門地、身分によって資格を奪われない）
- ⑤ 役員選挙（組合員の直接無記名投票により決定するなど）
- ⑥ 総会の開催（毎年1回・臨時総会等の明示）
- ⑦ 会計報告（会計監査人による監査の明示）
- ⑧ ストライキ権確立要項（一般地方独立行政法人か指定管理者の場合、組合員の直接無記名投票によることを明示）
- ⑨ 規約改正（組合員の直接無記名投票により決定などを明示）

…付属資料適用表参照

### 2. 共通しているのは、「労働組合」となることです

地方公営企業法全部適用、特定地方独立行政法人（公務員型）、一般地方独立行政法人（非公務員型）、指定管理者制度という経営形態変更に際しては、今まで単組の支部等だった病院の組合は、「労働組合となる」ことが最大のポイントです。地方自治体等の労働組合は、労働組合法が適用されず、地方公務員法上は「職員団体」として扱われています。職員団体登録、職員団体の構成員、労働協約、労使交渉の進め方など、様々な面で制限を受けています。一方「労働組合」は、労働組合法適用となり、賃金、労働条件は条例主義ではなく賃金労働条件を労使交渉によって決定することなどをはじめ、労働協約や労使協定など、様々な変化が求められます。

### 3. 自治体単組との「労連方式」を追求

地方公営企業法全部適用・公務員型独立行政法人になると、病院の職員は地公労法上の労働組合として「労働協約の締結権」や「地方労働委員会への調停権限」など、労働組合としての権限を発

揮して交渉していく必要があります。

今まで、自治体単組の中で一緒に活動してきた場合、自治体単組は地方公務員法の中の職員団体として「人事委員会」もしくは「公平委員会」に登録する必要がありますが、「同一の地方公共団体に属する職員のみをもって組織されている」ことが登録要件となっています。そのために全部適用、地方独立行政法人もしくは指定管理者制度に移行した病院の職員は自治体職員とは別の独立単組を立ちあげる必要があります。しかし、これはあくまで登録上必要なことであって、運動は自治体単組としっかりと連携していくことが大切です。その理由は、以下の通りです。

- ① 経営形態変更後も病院の経営や予算、存廃のあり方にいたるまで自治体当局、及び議会は大きな影響を持ちます。直接自治体当局との交渉権はなくなりますが、自治体単組を通じての交渉チャンネルを確保することは重要です。事務系の職員は自治体職員の異動人事で来るため、自治体単組と連合体を組むほうが組合運営は自然です。
- ② 病院単独では交渉力が弱くなりがちですので、組合執行部に自治体単組の役員が入っていたほうが有利と言えます。賃金・サービス関係は自治体単組との連合体（労連等）の統一闘争、職場の環境改善は病院労組という任務分担が多い状況です。
- ③ 自治体単組にとっても病院労組と連合体を組んでいたほうが組合財政、機関運営や書記局の維持に必要なだけでなく、対当局との総合的な交渉力の確保等の上で有利です。また、専従・書記などの人的資源などのスケールメリットが発揮できます。

※ 詳しくは資料関係【事例つき解説3】をご参照下さい。

#### 4. 地方公営企業法全部適用、特定地方独立行政法人、一般地方独立行政法人、指定管理者

##### (1) 職員の任命権者…首長から病院事業管理者、理事長、院長へ

病院が職員の直接採用権限を持つようになります。したがって労働組合の直接交渉相手は自治体首長ではなく病院事業管理者もしくは法人理事長と行うこととなります。

ただし、予算や議会、首長の姿勢などに病院の経営は大きく左右され、自治体・首長との交渉チャンネルを自治体単組とともに確保していくことは非常に重要です。

##### (2) 勤務労働条件は人事委員会の勧告から直接労使交渉事項に

実際には自治体準拠を担保させていきますが、法的には人事委員会の勧告の直接の影響から外れます。したがって、賃金・労働条件の交渉は自治体の確定交渉と平行させて病院で独自に行っていく必要があります。

##### (3) 「労働組合」と「職員団体」では組合の交渉権限に違いがあります

労働組合には「労働協約の締結権」があります。職員団体には労働協約の締結権はありません。逆に「条例」に定められた勤務労働条件の直接の適用からははずされます。

組合が過半数の職員（この場合の「職員」とは医師や臨時職員、管理職を含む全職員のこと）を組織していないと36協定等の労使協定の締結を労働組合が行うことができません。

##### (4) いわゆる「管理職」の範囲が変わります。

自治体の職員条例から外れ、労働基準法上の管理職の規定が直接適用されるようになるため、

職員条例で定められていた管理職をそのままシフトさせると医師を中心に“名ばかり管理職”となり、勤務時間、超過勤務と割増賃金の支払いなどをめぐり違法状態を作り出す可能性が極めて高くなります。

**(5) 労働関係の問題について労働基準監督署の関与の度合いが強まります。**

“名ばかり管理職”等の問題や不払い残業代の支払い義務、就業規則の提出・発効などにおいて労働基準監督署の監督権の直接的な関与がもたらされます。

労働関係の法令に当局が疎いと脱法状態が作り出され、刑事罰や強力な是正命令、不払い残業代の支払い命令が出されます。労働組合として不払い残業の存在を放置してはなりません、最長過去2年分の請求権が法的にも保障されるため病院経営に甚大な影響が出る可能性があります。

**(6) こうした変化にどのように対応していく必要があるでしょうか？**

病院職場における労働組合の設立と過半数～全員の組織化

上記の範囲の「管理職」を除き、臨時・非常勤職員を含む全病院職員の組織化・組合加入の促進がきわめて重要です。

<その理由は>

労使協定を締結、就業規則発行手続きに過半数労組の存在が不可欠です。「就業規則」の発効に当たっての労働者代表の意見書添付（これを添付し労働基準監督署に届け出ないと「就業規則」が発効しません）、および「36協定」の締結にあたっては労働基準法上の規定から事業場（ひとつの病院、自治体に複数の病院がある場合にはその病院ごとに1事業場とカウント）ごとに職員の過半数が加入している労働組合があればその労働組合が自動的に「過半数労組」として締結権を持ちますが、過半数に満たない場合は過半数代表を選出する必要があります。

この場合の「事業場過半数の労働者」とは医師を含む病院正規職員はもちろん、臨時・非常勤職員等の全従業員を含みます。この中には組合加入資格のない管理職も含まれますので、組合加入資格のある医師や看護師、コメディカル、事務系職員、臨時・非常勤職員すべてに加入を呼びかけていかないと事業場過半数を確保できない場合が少なくありません。

自治体病院時代には職員条例で「部長以上の医師は管理職」等と規定していたとしても、実際の病院医師部長は各診療科の治療上のチームリーダーとしての権限は持っていますが①経営と一体的な立場、②人事権を含む管理監督権限の付与、③勤務時間の自主裁量性の保障など、労働基準法上の管理監督権限は与えられていない事が一般的です。ここを労使双方とも放置し、“名ばかり管理職”化した医師が現状のような長時間労働を行った場合、労働基準監督署の摘発と是正命令をうけ、さらに過去にさかのぼって最長過去2年分の不払い残業代の支払命令が下されます。月60時間から200時間以上の超過勤務が常態化している多くの自治体病院で勤務医師の労働実態は、そのこと自体が大きな問題ですが、全適化等で管理職規定が変わっていることに気付かず対応を怠った場合は、1病院で数億～10億円以上の不払い残業代の支払い義務が生じる可能性があり、病院経営に破滅的な影響をもたらす危険性があります。

病院における医師の存在とその労働条件の確保は、病院の経営に大きな影響があり、労働組合としては当然組合加入資格のあるすべての医師の労働組合加入を働きかけ、あわせて医師の適正な勤務形態の確立を労使交渉課題として取り上げ、整備していくことが医師確保の上でも不可欠の課題であるという認識に立つ必要があります。（現状では労基法上は宿直勤務等もある副院長以下のすべての医師は超過勤務手当の支給対象になる労働者であるという判断がなされる可能性が高い）

「労働協約」の締結は労働組合にだけ認められている権限ですがこの締結自身は任意であり労働組合に強力な交渉力がなければ有効な労働協約を結んでいくことは困難です。そして組合の交渉力を高める最大の力の源泉は「すべての職種の組合加入資格のある職員全員が労働組合に参加していること」です。「新公立病院改革ガイドライン」の存在など、自治体病院のあり方への見直し圧力が強まる中、労働組合として国の医療施策の見直しを働きかけ、地域医療の中に自治体病院の役割を再設定していくとともに、労働組合に力がなければ、経営改善として、経費削減のもっとも安易な“財源”として職員の人件費の削減、とされることは目に見えています。

## 5. 病院の労働組合の形態について（自治体単組と病院労組との連合）

### （1）「労連方式」か「形式分離」の追求を

職員団体は公平委員会への登録手続き上、病院職場の組合員を分離するか、職員団体も加盟する「〇〇県職連合」等の連合体を形成する必要があります。

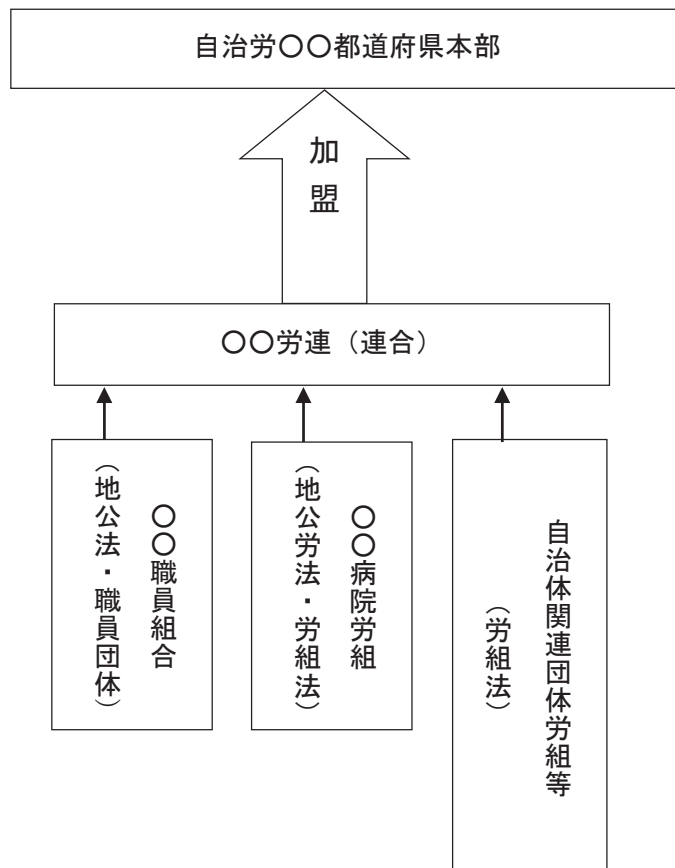
したがって職員団体である自治体単組は「形式分離」「連合体」等の組織整備を行うとともに病院の組合員は地公労法上の「労働組合」（形式分離の場合名称は〇〇病院支部等でもかまいませんが、後述する労使協定や労働協約の独自締結・交渉権が生じます）を結成し、「形式分離」「連合体」を通じて自治体単組とのブリッジを組む必要があります。

### （2）自治体からの派遣者

事務職等の派遣職員の労働条件は、賃金・サービス関係は設置自治体と同一ですが、時間外手当や職場環境改善は派遣先の公立病院に合わせることとなります。このことから、職員団体・公立病院労組の二重加盟が望ましいと言えます。組合費については、労連（連合体）に納入する場合は問題ありませんが、単組納入の場合は、自治体単組と病院労組で按分する等の協議が必要です。

## ※ 労連方式とは

病院職場の職員が結集して単一の組織を結成します。自治体単組やその他関連する組合と〇〇労連等を設置します。



## ※ 形式分離方式とは

形式分離とは、事実上、組織形態を変更せず、人事委員会・公平委員会への登録を工夫する方法です。

例えば、全部適用、地方独立行政法人もしくは指定管理者となった公立病院の△△職員組合病院支部については、労働組規約をつくりませんが、△△職員組合病院支部の位置づけを変えません。ただし、△△職員組合の人事委員会登録は、組合員数や規約・役員改正投票の病院支部分を除くこととします。なお、経営形態変更となった公立病院職員であっても△△職員組合の役員就任は可能です。

## 6. 一般型地方独立行政法人・指定管理者制度導入に伴う課題について

以上の他に、一般型地方独立行政法人・指定管理者制度に伴う労働組合は、労働三法完全適用となるため、以下の課題整備が必要です。

### ① ストライキ体制

争議権が確保されていますので、ストライキ体制確立に向け、保安体制の確立や労働委員会への申請などの準備を進める必要があります。なお、一般型地方独立行政法人においては、ストライ



キ指令、参加者は全員参加の体制が必要です。（「地方独立行政法人は、地方公共団体ではないため、ここに派遣されている地方公務員籍を持った職員が争議行為に参加またはこれを指導したとしても地方公務員法違反に問われることはない」というのが総務省の見解です）

## ② 組合専従

地方公務員法や地方公営企業等関係労働法にある専従期間の制限（上限通算7年）がありますが、地方独立行政法人等では、離籍の概念を無くしているところもあります。

独法等のばあい専従組合役員の人員についても、定数の概念や総務省への報告も不要なため、制限がありません。ただし、専従者の復職規定（給与格付け等）については、労働協約で明記すべきです。

また、組合専従期間の制限が無いとは言え、組合組織の活力の確保のためには組合役員の新陳代謝は重要です。

## ③ 組合費チェックオフ

組合費の安定的な納入は組合運動には不可欠です。組合費のチェックオフ協定は必ず締結する必要があります。

※ 詳しくは資料関係【事例つき解説3～5】をご参照ください。

## IX 公立病院職場の組織化

### 1. 職場過半数～全員の組合加入——医師～臨時・非常勤職員の組織化

経営形態変更を含む自治体病院再編の流れに対してもっとも有効な対処は「職場に労働組合があること。その労働組合に加入資格のある全職員が加入していること」です。病院職場においては看護師をはじめ、職員流動性が比較的高く、新規採用職員を確実に組合に参加させていく日常的な加入の働きかけが重要です。また、看護師以上に流動性が高く、ともすればチームリーダーとして管理職的な立場にある医師が地公労法、労組法の適用に変わる課程で“名ばかり管理職”化する課題についてはすでに触れましたが、勤務医の過酷な労働実態の改善は自治体病院における医師不足問題を解消させていく上で組合としても不可欠な取り組み課題です。

これは36協定等の労使協定の締結や包括的な労働協約を締結していく上でも必要なことであり、事業場全員の組合結集が必須要件となります。

したがって、医師はもちろん、過半数要件を満たす上で臨時・非常勤職員の組織化・組合加入の働きかけが重要です。

#### ※ 組織化の進め方

- ① 「36協定等締結」「医師の名ばかり管理職問題（不払い残業代問題）」「臨時・非常勤職員の雇用・処遇格差の是正」等の解決を図る上ですべての職員の組織化を図るという単組・病院職場での意思統一
- ② 医局・病棟・職種単位での組合加入呼びかけ（ニュース・資料等の作成配布）、組合説明会等の開催
- ③ 説明会の場での組合加入の必要性、具体的呼びかけと組合加入用紙の配布、加入手続きの実施
- ④ 必要に応じて、県本部、中央本部の組織担当者・役員・オルグ等への相談と連携
- ⑤ 臨時・非常勤等職員については、労金と連携した財形など福利厚生と連携した対応

### 2. 未組織・未加盟病院の組織化

病院職場に労働組合がない場合、職員に対する情報提供もなく、自治体当局によって一方的に病院改革が進められています。このことは雇用や労働条件が一方的に改悪されることを意味し、最悪の場合には、職場そのものがなくなる可能性もあります。今までの事例からも指定管理者制度に移行した公立病院には未組織の病院が多く見られます。

未組織、未加盟の病院が職員との合意なしに運営形態の変更が進められることや、その労働条件が引き下げられる事は既に自治労に加盟している公立病院にも少なからず影響があります。

また自治体合併、病院の統廃合の提案がある場合には労働条件が低いほうへ合わせられます。

地域の公的医療サービスを守るためにも、既に組織している公立病院職場の組合員の雇用、労働条件を守るためにも、現在、未組織・未加盟になっている公立病院職場の組織化は重要な課題です。

#### ※ 組織化の進め方

- ① 未組織・未加盟の公立病院のなかから、県本部・単組の取り組みなどを踏まえて「公立病院組

織化対策リスト」を本部で作成しています。

- ② 自治労は、県本部・単組の取り組み経験や情報を活用し組織対策・組織化の取り組みを進めています。県本部においても衛生医療評議会担当役職員と組織拡大専門員・県本部オルグが連携し情報を共有しながら組織化を進める病院についての取り組みを進めています。

### 3. 病院の委託職場の組織化

病院内の民間企業等へ委託職場は、病院職員とは雇用関係が違うために、直接、病院の労組に加入することは出来ません。しかし公立病院として地域医療を支えているのは、医師、看護師、技師だけでなく、事務、調理、警備や清掃など、その病院内で働く全ての人によって担われています。

例えば、委託に多く出されている、医療事務職場は、病院の収入に関する大切な責任を担う職場であるにも関わらず、競争入札、大企業によるダンピング体質などによって雇用が不安定、低賃金な職場になっており、年収200万円以下の地域最低賃金レベルの人が大勢います。不安定で劣悪な労働条件は勤務年数の低下を招き、その結果病院サービス低下につながります。

医療事務、調理などの労務提供型の委託の場合、委託費のほとんどが人件費です。こうした仕事を競争入札するということは「人間を競争入札にかけること」といえます。

公共民間評議会では、公契約条例を制定する取り組みを、連合、自治体単組と協力して進めています。委託職場の組織化については衛生医療評議会も協力し、本部、県本部の組織担当者との連携した取り組みを行います。

#### ○ 医療事務全国連絡会

93年8月に兵庫県において医療事務委託企業のJM労組が結成されました。その後、埼玉、滋賀、愛知、大阪でもJM労組が結成され、97年にJM医療事務労組連絡会を結成。その後、JMの倒産、新たな企業の労組結成を経て2000年に医療事務連絡会に改組されました。

連絡会では、公契約条例制定に向けた取り組み、また病院内での共同課題への取り組みを本部、自治体単組、病院単組と連携し行っています。また、医事に関する情報交換や勉強会を開催し組合員のスキルアップを目指しています。

## X 公立病院の「再編・ネットワーク化」の動向と課題

### 1. 新・公立病院改革ガイドライン（新・プラン）と再編・ネットワーク化

#### (1) 「新・公立病院改革ガイドライン（新公立病院改革プラン2015—2016年度策定）」のポイント

- ① 「総務省通知（2015. 3. 31）公立病院改革の目的は、これまで行ってきた5年間（2009—2013）の改革プランに引き続き行う」
- ② 「公立病院改革の基本的な考え方は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすること」  
2015年度より都道府県に策定が義務付けられている地域医療構想（2015—2016年度策定）では、急速に進展する人口減少や少子高齢化による医療需要に対応するため、2次医療圏におけるすべての医療機関が再構築の対象とされています。今後公立病院においては2次医療圏域での役割をさらに明確化するとして、これまでの「経営形態変更、再編・統合・ネットワーク化」に新たに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が加わり、同時に行われる地域医療構想により、急速に進展する人口減少や少子高齢化の中で求められる医療需要に対応するため地域全体のすべての病院が再構築の対象とされる中で、その一部として公立病院改革を継続することが強調されています。

前回2009年からの公立病院改革ガイドラインへの対策では、自治労は加藤副委員長（当時）を本部長とした「公立病院改革対策本部」を設置し、「本部総がかり体制の意思を示すものとして、本部・関係者が一体となって対策にあたる体制」を構築しました。

今回の新たな「公立病院改革ガイドライン」への対策は、前回の「公立病院対策本部」での経験の蓄積があること、前回に増して都道府県の自主性が強くなることが予想され、きめの細かい情報収集と即応体制の構築が必須であることから、衛生医療評議会内に対策チームを設置し、必要に応じて「公的病院組織対策PT」や各総合局からの支援を要請することとしています。

#### (2) 「公立病院の再編・ネットワーク化」とは（※第I章 参照）

2009年度から2013年度現在進められた「公立病院の再編・ネットワーク化」では、以下「(4)「再編・ネットワーク化」のいくつかの類型」で解説するように、いくつかの類型があります。そしてこの病院再編は「運営形態の変更」（全適、独立行政法人、指定管理、民間移譲等）と複合して進められ、病院の機能や職員の雇用、働き方、労働組合の性格や当局との労使関係に大きな変化が見られ、労働組合としての適切な対応が遅れた場合、組合組織の崩壊をももたらす危険性があります。一方で大きく変わる雇用、労使関係のなかで、従来以上に労働組合の役割と責任が強く求められました。

#### (3) 「再編・ネットワーク化」の背景

自治体病院の財政赤字問題に端を発した総務省の「旧公立病院改革ガイドライン（2007年～2014年）」によって、全国のほぼ全ての自治体で「公立病院改革プラン」を策定され、

検討段階も含めほとんどの公立病院が運営形態変更と、病院の再編・ネットワーク化を迫られました。

「前公立病院改革ガイドライン」の骨子は、

- ① 時限と数値目標を区切った経営改善（改革プランの策定と実施）
- ② 運営形態の変更
- ③ 再編・ネットワーク化の推進
- ④ 一定の財政措置の出勤

で構成されています。つまり、8割以上の自治体病院が経営赤字を抱える実態（2009年度時点）の中で、各自治体の責任で「経営改善計画の策定」を迫られ、そのための手法として「運営形態の変更」と「再編・ネットワーク化の推進」を選択せざるを得ず、「時限と数値目標」によってその確実な実施を求められ、これらを進めていく見返りとして病院および設置自治体に「国からの一定の財政措置」が保障される、という仕組みが「公立病院改革ガイドライン」の“システム”です。

この“システム”が「医師不足、看護師不足」を内因とした「地域医療の危機」と合わさり、その振幅を拡大させているのが今の公立病院の姿である、ということもできます。

この中で「再編・ネットワーク化計画」は、「再編・ネットワーク化の主な事例」（総務省2010年9月調査）にもある通り、昨年4月段階で総務省が行った調査でも22県30か所で、全自治体病院の1割近くに上る103病院に上り、その後再編が具体化した病院や検討段階の自治体も含めると、904病院中767病院（全体の85%）がなんらかの計画の検討・準備を進めている状況です。

#### （4） 「再編・ネットワーク化」のいくつかの類型

いま、明らかになっている「再編・ネットワーク化」の計画を類型化させると、以下のよう  
に整理できます（一部検討段階を含む）。——（総務省2014年9月『公立病院改革プラン実  
施状況等の調査結果』）参照。

[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000251881.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000251881.pdf)

##### ① 公立病院の統合（統廃合）

- ・ 県立病院の統廃合計画…福島県（県立医科大学の付属病院化）、東京都（都立病院の再編・一部公社化と医療機能の集約化） 兵庫県（県立病院の統廃合） 等
- ・ 市町村立病院の統合再編計画…宮城県登米市、名古屋市（統廃合、指定管理者、一部民間譲渡）、愛知県一宮市（統廃合、一部民間譲渡）、和歌山県串本町（町立病院統合）、長崎市（統廃合一部民間譲渡） 等
- ・ 県立病院と市立病院の統合計画…大分県豊後大野市（県立、市立病院の統合新市立病院化） 等

##### ② 自治体を越えた公立病院の統合 — 広域連合・一部事務組合化

- ・ 統合・広域連合化…青森県つがる西北五広域連合（五所川原 金木・一組 鱒ヶ沢町 つがる市 鶴田町）
- ・ 統合一部事務組合化… 静岡県袋井市・掛川市、兵庫県三木市・小野市、佐賀県伊万里市・有田町、長崎県・県・島原市・五島・対馬地域の一部事務組合（企業団）化 等

- ・ 一部事務組合への統合…広島県世良中央病院(一組に三原市の病院を統合)
- ③ 公立病院と民間病院の統合・指定管理化
  - ・ 秋田県北秋田市(一組、市立病院 と厚生連病院の統合厚生連への指定管理)
  - ・ 新潟県・県・魚沼市・南魚沼市(魚沼地域の県立2病院を2市にそれぞれ移譲。県は基幹病院を新たに建設し、この運営を県が設立した医療法人に指定管理に出す。市に移譲された病院の運営はそれぞれの市が設立した別の医療財団に指定管理に出す。もともとある2市それぞれの市立病院は規模を大幅に縮小。
  - ・ 神奈川県横須賀市(地域医療振興協会による市民病院と市に移譲された旧国立病院の指定管理移管) 等
- ④ 公立病院同士の統合独法化
  - ・ 山形県 県・酒田市(県立日本海病院と酒田市民病院の統合独立法化)
- ⑤ 公立病院と民間病院の統合・独立行政法人化
  - ・ 三重県桑名市(市民病院と民間病院の統合独法化)
  - ・ 兵庫県加古川市(市民病院と企業病院の統合独法化)
  - ・ 広島県府中市で厚生連病院と市立病院の統合独法化
- ⑥ その他

※ このほかにも滋賀県の東近江市においては国立病院の中に市が出資して新病棟を建設し、これを指定管理として国立病院(国の一般独立行政法人)に管理代行させ、市立2病院と国立病院を再編させていく、という計画なども浮上しています。

「新公立病院改革ガイドライン」では、これとは別に「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を追加しています。公民を超えた複数病院の統合計画(独法化、指定管理等の経営形態の変更を含む)とともに「地域医療構想」で示された「医療と介護の一元化」(「地域包括ケアシステム」との連動)による、病院と老健や訪問介護・訪問看護等の併設をにらんだ“複合化”も進められる可能性があることを十分に意識する必要があるといえます。

## 2. 「再編・ネットワーク化」と労働組合の課題

### (1) 運営形態の変更と新労組の設立

上記のような「再編・ネットワーク化」が進められた場合、たとえば指定管理に移行した場合は、公立病院の職員はいったん退職し指定管理先への再雇用となります(具体的には、本冊「Ⅲ 経営形態変更が決定した場合の労働組合の対処フロー」(12ページ参照)を参照)、法的には雇用の継続性は保障されておらず、移行過程における雇用継続保障(指定管理の募集要項への自治体当局による明記)や希望する職員への任用替えの実施、賃金・労働条件にかかわる現給の保障や激変緩和措置、退職金の加算等の交渉を行う必要があります。雇用関係が変わるため自治体単組からの分離独立が必要になりますが、非公務員の労働者として労組法適用の労働組合を組織し、労使交渉を行っていく必要があります。

独立行政法人化の場合には、雇用の承継性は、「地方独立行政法人法」で保障されていますが、非公務員の労働者として労組法適用の労働組合を組織し、労使交渉を行っていく必要があ

ります。

一部事務組合や広域連合の場合は、公務員としての身分は継続しますが、それまでの自治体の職員としての身分は切り替わりますので、給与表・給与規定の策定と格付け等について一部事務組合の労働組合として、協議交渉する必要があります。再編・ネットワーク化で一部事務組合等に移行した場合は、運営形態は地方公営企業法全部適用(全適)になる場合がほとんどといえますが、一部適用の病院から移行したとしても地公労法上の労働組合を設立する必要があります。

## (2) 自治体単組からの分離独立

指定管理、独法、一部事務組合のいずれの場合も原則として従来の自治体単組から分離独立する必要が生じてきます。とくにこれまで一部適用の病院の場合は、自治体単組の支部(分会)の扱いであった病院職場がほとんどであり、独立した単組としての執行部(委員長、書記長等の組合役員)を選出し、単組としての組織運営と当局との交渉・労使関係を構築していく必要があります。また、病院職場の中に独立した労働組合としての単組を担う役員、執行部を育てていく必要が出てきます。

同時に自治体単組においては、病院という組合員の多い職場が単組から分離独立するという事態が生じますので、財政や組織運営の面で対応が迫られます。

これらの点を考えた場合、組合としてのスケールメリットや設立自治体との関係を考慮したうえで、共済や福利厚生、書記局、連合の地協の加盟単位等を含め、独法、指定管理の場合は、単組の連合体化を追求するべきではないかと考えます。一部事務組合化の場合にはどちらに自治体単組(の連合体)に加盟するか、等の問題も積み残されますので何らかの形で協議体を作る等の検討を行う必要が出てくるかもしれません。

## (3) 統合に伴う他産別加盟労組との組織競合問題

「再編・ネットワーク化」の場合、統合する相手の病院の労働組合が必ずしも自治労加盟単組であるとは限りません。上部団体未加盟単組等である場合は、自治労加盟に向けた協議をする必要がありますが、医労連、自治労連等、他産別の上部団体に加盟している単組がある病院との統合の場合、「組織競合問題」が生じます。こうした競合をどう解消させるかを含め対応が十分でない場合、組合組織が他産別に吸収される等の問題も生じますので、県本部、自治体単組等と十分な連携・協議を行っていく必要があります。

※ いずれの課題でも、問われてくるのは「病院職場に組織を作り、組合組織を担う役員、活動家をどう育て、強化させていくか」という問題に集約されます。それは、すでに労使関係の成熟している自治体単組とは別に、新たな当局と新たな労使関係を、地公労法、労組法上の労働組合として労働協約の締結権等新たな労働関係の適用法律のもとで、労働組合の役割がより強く求められる環境において、組合組織の設立と合わせて進めていく必要があります。

※ この過程では組合の組織率が大きな課題になりますので、組合加入率の低い職場、医師や非常勤職員が組織化されていない職場等においては、組合の加入拡大に向けた取り組み等を進めていく必要もあります。

## XI 「再編・ネットワーク化」が決まった場合の労働組合の対処フロー

### 1. 「再編・ネットワーク化」検討段階における取組み

- ・各自治体（県）における「公立病院改革プラン」の内容の確認。

公立病院のあるほぼ全自治体で「公立病院改革プラン」は策定されているため、まず、自分の病院（自治体）の「改革プラン」を確認し、あわせて、自治体当局、および議会でどのような検討が進められているかを把握しましょう。

- ・病院の財務内容の把握。医師、看護師等の確保状況の把握。

できれば過去5年分の財務資料（決算書等）を入手した上で病院の財務状況を組合独自に読み込み、把握する必要があります。財務資料を自治労中央本部（衛生医療評議会）に送付いただければ、本部として簡易財政分析を行い、財務内容の状況をお知らせする体制を組んでおりますので、県本部等を通じてご照会・ご活用ください。

- ・検討されている計画について

①地域医療の確保に前向きに資するものか ②無床化・診療所化や規模の縮小・集約化等により組合員の労働環境にどのような影響が出るか ③運営形態の変更や統合により、組合員の雇用・労働条件にどのような影響が出るか等の把握が必要です。

組織内議員等を通じ、議会の中での議論に組合の声を反映させていきます。その場合特に、地域医療の質の確保を重点に議会、当局の議論をチェックする必要があります。検討段階において、ともすれば安易な再編計画である場合、計画の見直しを求める声を議会等を通じて掘り起こしていくことは十分に可能です。

- ・再編計画を民間コンサルへの委託や外部委員を入れた検討会議で行われる場合

彼らの他の病院のコンサルでの発言内容等を調査（県本部を通じて本部に照会）し、現場の実情とかけ離れた議論とならないよう点検をしていきます。

民間コンサルの場合、かなりの場合他の自治体病院でのコンサルを行っていますので、そこでの発言内容等を把握しておくことは、一方的な主張を規制していくうえでも有効です。

### それでも「再編・ネットワーク化」計画が確定した場合

### 2. 具体的な取組みを進める組織→対策会議の設置を

- ・県本部、該当自治体単組、病院労組（支部・分会役員）等で構成する「対策会議」等を設置します。
- ・対策会議は、自治体当局（首長）に申し入れ、担当事務局との協議、実務折衝を行える窓口としての機能を果たします。
- ・対策会議は、3で示す視点を取り組みの中に反映し、組合員、職員への説明会、学習会等を開催します。必要に応じて中央本部から講師・組織対策等の役職員を派遣します。



### 3. 「再編・ネットワーク化」で労働組合が押さえておくべき視点

#### ① 情報の収集と問題意識の共有

- ・何を目的に「再編・ネットワーク化」をすすめるのか？
- ・地域医療の推進体制をどう確保するのか？
- ・職員の雇用・働き方はどのように変わるのか？
- ・日程・スケジュールは？

自治体当局（首長、事務局等）と協議、意見交換を行える窓口を作り、交渉とともに実務協議、情報交換を行える体制を作ります。職員の雇用問題に直結するような課題を一方的に進められないようにするうえでも、「地域医療の確保の上でどのような計画をすすめ、その中で職員の処遇・活用をどうしていくのか」を労働組合の立場から提案、チェックをしていきます。

#### ② 労働組合としての交渉課題

- ・「再編ネットワーク化の目的」「地域医療の確保」「職員の雇用と処遇」
- ・雇用・賃金・労働条件の確定と確保
- ・「公営企業法全部適用」（一部事務組合・広域連合等）、「労組法適用」（地方独立行政法人、指定管理等）…「就業規則」（条例）、「労使協定」「労働協約」

労働組合として「何が課題なのか」「何をするのか」「どのように交渉するのか」を組合員に見える形で提案し、交渉を行う際には、提案のもとになる組合員の「要求」を集約します。集約のしかたは、アンケート、職場集会、説明会、懇親会、学習会等多様であっていいですが、大事なことは「情報＝危機感と問題意識」を共有させていくことです。

#### ③ 計画に対応した労働組合の取り組み手順

- ・組合員の身分（派遣か、転籍か）の確定

独立行政法人の場合、正規職員についての雇用は法的に保障（承継）されますが、非正規職員はこの「承継性」から外れますので、正規職員に準じた扱いをするよう事前に当局と確認します。指定管理の場合は「法的保障」はありませんが、指定管理の募集要項に明記させ、指定管理を受ける法人側にも確約させます（組合はもちろんですが、自治体当局の責任でこれを行うよう確認をしていきます。一部事務組合の場合は、「割愛人事」等で雇用の継続が行われると考えますので、これらの確認をします。

独立行政法人、並びに一部事務組合の場合は、制度上、自治体からの「派遣人事」（独法の場合は最長10年、一部事務組合の場合は5年以内だが、制度上、反復更新は禁じられていない）を活用するよう交渉することは可能です。新組織で新たに採用された職員（組合員）との雇用形態・給与規定等の違いが生まれるという課題があることを踏まえた上で、協議交渉課題とすることも可能です。

- ・自治体単組からの独立と単組化（自治体単組との連合体・協議会設置）

雇用関係、労使関係が切り替わることから新組織に移行する病院では、原則として新たな単組の立ち上げが必要になります。この場合でも新組織の設立母体である自治体単組と連合体を作っていくことにより組合の組織の強化、福利厚生を含めた組合運営の強化になりますので、

可能な限り追求しましょう。一部事務組合化の場合は単純な連合体化は難しいですが、構成自治体単組と協議体を作る、等の方法は可能かと考えます。

- ・新組織の中での組合づくりとこれを担う執行部（役員）づくり

病院の運営形態がそれまで「一部適用」であった場合、病院の組合組織は自治体単組の「支部」「分会」で独立した単位組合としての執行体制・役員のなり手が少ない、という傾向が目立ちます。連合体を組む場合でも、病院の中に組合役員として執行部を構成するメンバーを育て、持続可能な組織運営を行う必要があります。新組織の移行過程の取り組み、交渉を通じてこうした役員・活動家を掘り起こし、育てていくことが求められます。移行過程においては自治体単組（連合体）から「役員派遣」を行っていくことも可能ですし、有効です。

※ 「再編・ネットワーク化」の過程の中で労働組合として最も重視しなければならない課題、と言えるのがこの“役員づくり”であるといえます。そして役員を育てていく最も有効な方法は①職場で要求を組織し、交渉をおこない ②組織化（組合員の加入・拡大活動）に取り組み ③学習・交流をすすめる（自治労の諸会議・集会等への参加と県内、全国の仲間との交流）ことであるといえます。組織対策等においては、必要に応じて中央本部から役職員の派遣を行うことも可能です。

- ・当局との労使関係の確立（対等にして良好な労使関係）

「地域医療を底支えしていく最後の砦が自治体病院である」ことは、「指定管理」に移行した場合も病院が「自治体立病院」としての位置づけにあることに変わりはありません。労働組合として、この視点に基づき、職場と地域医療を守り、そのために安心して、誇りを持って働ける処遇と職場環境を労働組合の立場から守り育てていく、という構えが自治労運動の基本スタンスです。この立場から当局と「立場は違うが向かう方向は同じである」という信頼関係に基づく、対等・良好な労使関係の確立こそが私たちの運動です。そうした視点を労使で確認するためにも「基本労働協約」の締結により、労使でこの姿勢を確認していくことも有効であると考えます。

- ・未加入職員の加入・未組織職場の組織化

- ・医師・臨時非常勤職員の組合加入の働きかけ

労働組合の組織の強さの源泉は、「その職場で働く、組合加入資格のあるすべての労働者が、全員ひとつの労働組合に結集している」ことによります。「再編・ネットワーク化」により、新たな労使関係、新たな労働関係法の適用（「就業規則」「過半数代表制」「労働協約締結」「争議権」等）に伴い、労働組合の必要性は、これまで以上に重要になることを周知させ、未加入職員の加入働きかけをすすめます。

これまで組合加入がすすまなかった非正規職員（臨時非常勤職員）や医師（研修医を含む）の組織化・組合加入に力を入れていく必要があります。特にこれまでは条例上の「管理職」として組織化の対象から除外されていた医師については“名ばかり管理職問題”や“過酷な勤務実態”の解消をふくめ、「医師が働き続けられる職場の確保を労働組合としても責任を負う」という観点から病院勤務医の組合加入を積極的に進めます。労働組合が当局との交渉力を強化させていく観点からも、医師の組合加入は大きな力を発揮する、といえます。

#### ④ 組織競合対策について

複数の病院が統合再編されていく過程では、全労連傘下の医労連、自治労連加盟等、他産別の労働組合との組織競合が生じる場合があります。自治体病院においては、自治労が制度政策、運動、組織とも他のどの産別よりも圧倒的な影響力を持っており、公立病院における全国的な労働組合の結集体として機能しています。

こうした競合関係は、再編統合を契機に解消するべきですが、県本部、中央本部と十分な連携をとり、組織対策を進めていきます。

# 資料関係

具体的労働協約例

裁判判例

事例つき解説 等



## I. 「管理運営事項」を口実に、交渉拒否をさせないために

公立病院の経営形態の変更に関して、一部の自治体当局は、「管理運営事項」を口実として、労使交渉を拒否する事例があります。しかし経営形態の変更は、大きな労働条件の変更を伴うため、導入の可否については、労使交渉事項です。ここでは、制度的な裏づけについて説明します。

### ① 地方公営企業法一部適用病院（現業評議会除く）

地方公務員の団体交渉権（地方公営企業法一部適用病院）は地方公務員法第55条が基本となっています。

地方公共団体の当局は、登録を受けた職員団体から、職員の給与、勤務時間その他の勤務条件に関し、及びこれに付帯して、社交的又は厚生的活動を含む適法な活動に係る事項に関し、適法な交渉の申し入れがあった場合においては、その申し入れに応ずべき地位に立つものとする。

③ 地方公共団体の事務の管理及び運営に関する事項は、交渉の対象とすることができない。

②、④～⑪（略）

このように、地方公共団体は交渉の拒否はできないものの、管理運営事項については交渉の対象とならないとされ、一部の自治体当局はこれを口実にして、交渉を拒否する事例があります。しかし、地方公営企業法や労働委員会命令、更には裁判所などの判例から、交渉事項と当局に認識させることが必要です（ただし組合側に不利な判例も出されています）。

### ◇ 裁判所判例

「管理運営事項そのものは交渉の対象となりえないとしても、その処理の結果が職員の勤務条件等に関係する事項に影響を及ぼす限りにおいては、影響を受ける勤務条件等（OA化、国庫負担削減による人員削減など）に関する事項が交渉の対象となる。」（兵庫県教委団交拒否事件・神戸地裁判決 昭和63年2月19日、労働判例513号）

### ◇ 行政事例・定数条例と団体交渉

（昭和29年4月22日 労発第127号 労働省労政局長発 富山県知事宛て要約）

（問） 職員の定数条例改正案の決定が団体交渉の対象となり得るか。

（答） 地方公営企業の職員の定数条例の改正に当たって、その改正案の決定および議会への提出は、企業の管理運営に属するものであって、それ自体は団体交渉の対象事項ではない。従って、その決定及び提出について団体交渉を求められたにも拘らずこれを拒否したとしても直ちに不当労働行為とはならない。

但し、定数条例の改変によって職員の労働条件に変更を生ずることが当然に予想される場合においては、その労働条件について団体交渉を行い得ることは、定数条例改正の成立の前

後を問わず、勿論のことであり、又その際、団体交渉の過程において職員の定数について論ずることを妨げるものではない。

#### ◇ 地方公務員法解説

「管理運営事項が勤務条件と密接に関連する場合に、交渉の対象となるかどうかが問題である。たとえば・・・（中略）・・・要するに、管理運営事項の処理の結果、影響を受けることがある勤務条件については、それが勤務条件である以上、交渉の対象となるものであり、また、勤務条件に関する交渉の結果、管理運営事項について措置をする場合もありうるのである。」（逐条地方公務員法 鹿児島重治（元人事院事務総長） 学陽書房 P 8 3 5）

このことから、一部適用病院の職員団体は、経営形態の変更や組織機構改革などは労働条件に大きく影響することから、団体交渉の対象となります。しかし、当局が管理運営事項を主張し交渉拒否をしても、残念ながら労働委員会に提訴できないので、粘り強い取り組みが必要です。

#### ② 地方公営企業法全部適用病院（一部適用の現業評議会含む）

全部適用病院の労働組合は、地方公営企業法や地方公営企業労働組合関係法が適用となります。  
**地方公営企業等労働組合関係法第7条**

第13条第2項に規定するもののほか、職員に関する次に掲げる事項は、団体交渉の対象とし、これに関し労働協約を締結することができる。ただし、地方公営企業の管理及び運営に関する事項は、団体交渉の対象とすることができない。

- 1 賃金その他の給与、労働時間、休憩、休日及び休暇に関する事項
- 2 昇職、降職、転職、免職、休職、先任権及び懲戒の基準に関する事項
- 3 労働に関する安全、衛生及び災害保障に関する事項
- 4 前3号に掲げるもののほか、労働条件に関する事項

と、労働条件に関する事項であれば交渉対象となることを明記されています。

また、自治労加盟単組も、交渉拒否に対して、労働委員会への提訴を行ってきています。

#### 寒河江事件（1989. 3. 20）

寒河江市職労・現業評議会が、労働委員会に対して提訴。団交要求事項が管理運営事項に関する事項であっても、それが労働条件に関連を持つ事項である限り、その面から団体交渉の対象となり得るとし、学校給食の民間委託も団体交渉となりえるとされた例（次ページ参照）。

このことから、全部適用病院の労働組合は、交渉拒否などの不当労働行為があった場合は、労働委員会への提訴を検討すべきです。

ただし、労働委員会の役割は、労働争議調整と不当労働行為（交渉拒否など）に対する命令などであり、交渉内容については踏み込みません。

## Ⅱ. 「寒河江事件」労働委員会命令

事 件 名 寒河江市・寒河江市教育委員会  
事 件 番 号 山形地労委 昭和61年（府）第110号  
申 立 人 寒河江市職員労働組合現業評議会、寒河江市職員労働組合  
被 申 立 人 寒河江市、寒河江市教育委員会  
命令年月日 平成1年3月20日  
命 令 区 分 一部救済（命令書主文に救済部分と棄却又は却下部分を含む）

### ○ 事件概要

市が、組合から団交の申入れがあった学校給食調理業務の委託に関し、管理運営事項であるとして団交を拒否したことが争われた事件で、学校給食調理業務の委託に関する事項について団交応諾を命じ、謝罪文の掲示及び手交については棄却した。

### ○ 命令主文

- 1 被申立人は、申立人から申入れのあった寒河江市立柴橋小学校の学校給食調理業務の委託に関する事項について、申立人との団体交渉に応じなければならない。
- 2 申立人のその余の申立ては、棄却する。

### ○ 判定要旨

2300 賃金・労働時間

2304 経営事項

団交要求事項が管理運営事項に関する事項であっても、それが労働条件に関連をもつ事項である限り、その面から団交の対象となり得るとし、学校給食の民間委託も団交事項となりうるとされた例。

4300 労組法7条2号（団交拒否）の場合

当事者間に団交が行われていない上、格別事情の変化が認められない以上、単なる日時の経過だけで団交の再開を求める実益がなくなるとはいえないとされた例。

4822 混合組合

いわゆる混合組合もその所属する単労職員の労働条件の維持向上を図ることを目的とする労働組合としての性格を有し、本件において、市職労は労働組合として救済を求める資格を有するとされた例。

### ○ 掲載文献

不当労働行為事件命令集85集566頁



### Ⅲ. 地方独立行政法人法案委員会審議における決議

#### ○ 第156回国会衆議院総務委員会（平成十五年六月三日）

地方独立行政法人法案に対する 衆議院総務委員会付帯決議（全会一致で採択）

政府及び地方公共団体は、本法律の施行に当たり、次の事項について配慮すべきである。

- 一 地方公共団体が地方独立行政法人を設立するか否かについては、あくまでも地方公共団体の自主的な判断を尊重すること。
- 二 地方独立行政法人化に当たっては、雇用問題、労働条件について配慮して対応するとともに、関係職員団体又は関係労働組合と十分な意思疎通を行うこと。
- 三 地方独立行政法人の業務の実績の評定に当たっては、財務面の評価のみならず、社会的評価の観点も加味して行うこと。
- 四 第三セクター等の経営立て直しの手段として地方独立行政法人が選択されないようにするとともに、その早急な抜本解決を促し、経営責任の明確化、清算の可否、民営化の是非などを厳しく精査検討すること。
- 五 公立大学法人の定款の作成、総務大臣及び文部科学大臣等の認可に際しては、憲法が保障する学問の自由と大学自治を侵すことのないよう、大学の自主性、自律性が最大限発揮しうる仕組みとすること。

#### ○ 第156回国会 参議院総務委員会（平成十五年七月一日火曜日）

地方独立行政法人法案に対する 参議院総務委員会附帯決議（全会一致で採択）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について十分配慮すべきである。

- 一 地方独立行政法人の設立に当たっては、地方公共団体の自主的判斷を十分尊重すること。
- 二 地方独立行政法人への移行等に際しては、雇用問題、労働条件について配慮し、関係職員団体又は関係労働組合と十分な意思疎通が行われるよう、必要な助言等を行うこと。
- 三 地方独立行政法人の情報公開に関しては、住民に対し業務状況等を積極的に公開するとともに、その公表方法の改善に努めるよう、必要な措置を講ずること。
- 四 地方独立行政法人の業績評価に当たっては、財務面のみならず、住民の意見を積極的に取り入れることにより、住民の視点に立った評価制度が確立されるよう、その体制整備に努めること。
- 五 第三セクター等の経営健全化に関しては、その手段として安易に地方独立行政法人への移行が選択されないようにするとともに、地方公共団体に対し、法的整理を含めその早期抜本処理を促し、経営責任の明確化、清算の可否、民営化の是非を精査検討できるよう、必要な対策を講ずること。
- 六 公立大学法人の設立に関しては、地方公共団体による定款の作成、総務大臣及び文部科学大臣等の認可等に際し、憲法が保障する学問の自由と大学の自治を侵すことがないよう、大学の自主性・自律性を最大限発揮しうるための必要な措置を講ずること。

#### ○ 第183回国会 参議院総務委員会（平成二十五年五月十六日木曜日）

地方独立行政法人法（平15法118）の改正 第十四条関係

- ・ 地方独立行政法人の合併に関する手続を定めることとする。
- ・ 地方独立行政法人の資本金の減少に関する手続を定めることとする。
- ・ 付帯決議には移行・合併に当たって当該労組との十分な交渉・協議についての記述。

## IV. 鳥取県における知事部局との定数条例の分離例

平成18年2月定例会 条例（設定） 件名：鳥取県病院局企業職員定数条例

提出理由

病院事業会計の独立性及び病院事業管理者による適切な管理の観点から、病院局企業職員の定数については、鳥取県職員定数条例から分離して新たに設定するこの条例により管理することとする。

### 内 容

1 趣 旨	この条例は、病院局企業職員のうち、一般職の地方公務員である者（臨時又は非常勤の職員を除く。）の定数に関し必要な事項を定める。
2 定 数	<p>(1) 職員の定数は、774人とする。          ※ 現在の定数（730人）より44人増</p> <p>(2) 次の職員は、(1)の定数の外に置くことができる。</p> <p>ア 他の地方公共団体に派遣している職員          イ 長期にわたる研修で病院事業の管理者が定めるものに派遣している職員          ウ 休職している職員          エ 海外随伴休暇を取得している職員          オ 大学院に在学してその課程を履修するための休業をしている職員          カ 育児休業をしている職員</p>
3 定数の配分	2の(1)の定数の組織の内部の配分は、病院事業の管理者が定める。
4 施行期日等	<p>(1) 施行期日は、平成18年4月1日とする。</p> <p>(2) 雇用機会創出のための知事等及び職員の給与の特例、鳥取県雇用機会創出支援基金の設置並びに職員の定数等の特例に関する条例について、所要の改正を行う。</p>

### 平成21年4月現在の鳥取県の職員定数

区分	条例定数			予算定数		増減	条例定数
	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度		
知事部局				3,020	2,969	▲ 51	2,996
病院局職員	730	774	851	898	917	19	967
合 計				12,138	11,996	▲ 142	12,090

条例定数 「鳥取県職員定数条例」、「鳥取県病院局企業職員定数条例」及び「鳥取県警察職員定数条例」に定められた職員数。規定上の職員数の上限です。

予算定数 上記条例定数内職員数のうち、人件費が実際に予算措置されている数です。

鳥取県資料をもとに、自治労で作成（2009.07）

## V. 組合活動に関する労働協約例(全適版)

〇〇病院管理者(以下「甲」という。)と、〇〇病院労働組合(以下「乙」という。)は、職員の組合活動に関し次のとおり協約を締結する。

### (組合活動の自由)

第1条 甲は乙及び組合員の組合活動については、その自由を確認する。

2 甲は乙の組合員が組合活動をしたことを理由として差別待遇をし、又は不利益な取扱いをしない。

### (職員の組合活動)

第2条 組合活動は、原則として就業時間外に行うものとする。ただし、次の各号の一に該当するときはこの限りでない。

- (1) 甲、乙双方の交渉、協議のため開催する団体交渉その他の会合に出席するとき
- (2) 組合規約による正規機関の会議に出席するとき
- (3) 正規の手続きを経て行われる上部団体及び友誼団体の会議に出席するとき
- (4) 官公署主催の労働講座に出席するとき
- (5) その他組合活動のために甲が必要と認めたとき

### (専従役員)

第3条 甲は、乙の役員が乙の業務に専ら従事することを申し出た場合、業務に支障をきたさないとみとめたときは、7年以内の範囲で許可をするものとする。

### (時間内組合活動の手続)

第4条 乙が第2条ただし書の組合活動を行うときは、予め時期、人員等を甲に通知してその了解を得るものとする。

### (組合用務のための出張)

第5条 乙は組合用務のため組合員を出張させるときは、予め甲の了解を得る。

2 前項の出張に対しては、甲は欠勤扱いとしない。

### (組合事務所等の使用)

第6条 甲は、乙が組合活動のために必要とする次の庁舎の施設及び備品を使用することを認めるものとする。

- (1) 組合事務所としての建物及び附属施設
- (2) 乙の申出があった会議室その他の場所
- (3) 乙が組合員その他に対し、周知すべき事項を掲示する場所

### (通知)

第7条 乙は、次の各号の一に該当する事由が発生したときは、遅滞なく甲に通知する。

- (1) 役員の変更を行ったとき
- (2) 外部団体に加入し又は脱退したとき
- (3) 組合員が外部労働団体の役員に就任し又は退任したとき

### (賃金からの控除)

第8条 甲は、次の各号に定めるものを賃金から控除することができる。

- (1) 労働組合費
- (2) 労働金庫への預金及び借入れの返済金
- (3) 臨時の組合徴収金
- (4) 前各号のほか甲、乙双方で必要と認めたもの

2 前項による賃金の控除は甲、乙協議のうえ各月の賃金支給の際これを行う。

(有効期間)

**第9条** この協約の有効期間は、平成19年8月2日から平成21年8月1日までとする。

2 有効期間満了の1ヶ月前までに当事者のいずれからも改廃の意思表示がないときはこの協約の有効期間を更新する。

3 前項の意思表示について、当事者いずれか一方から改廃の申出があった場合は、新協約締結までこの協約の効力を自動的に延長する。

**附 則**

1 この協約は、20XX年〇月〇日から実施する。

2 この協約締結の証として本書2通を作成し、甲、乙各1通を保有するものとする。

3 20XX年〇月〇日付締結の「組合活動に関する協約」は廃止する。

20XX年〇月〇日

〇〇病院管理者

△△ △△

〇〇病院労働組合

執行委員長 △△ △△

## VI. 団体交渉に関する協約例

〇〇病院管理者（以下「甲」という。）と、〇〇病院労働組合（以下「乙」という。）は、団体交渉について次のとおり協約を締結する。

### （団体交渉の範囲）

**第1条** 甲と乙との間において行われる団体交渉によって定められる事項は次の範囲とする。

- （1） 地方公営企業労働関係法第7条に掲げる事項
- （2） その他甲、乙が合意した事項

### （交渉委員）

**第2条** 団体交渉は、甲、乙相互の選定した次の各号に該当する交渉委員によって行う。

- （1） 甲側 甲及び非組合員である職員
- （2） 乙側 乙及びこの委任を受けたもの

### （団体交渉の申入れ）

**第3条** 団体交渉を請求しようとするときは、甲及び乙は次の各号を記載した書面をもって少なくとも3日前に相手方に申し入れなければならない。ただし、緊急その他やむを得ないとき又は甲、乙双方が認めるときはこの限りでない。

- （1） 団体交渉の日時場所
- （2） 交渉に要する概算時間
- （3） 出席交渉委員名
- （4） 交渉事項
- （5） その他必要な事項

### （団体交渉の開始）

**第4条** 甲及び乙のいずれか一方の請求があったとき、相手方は団体交渉に応じなければならない。

- 2 前項の請求を受けた甲又は乙が特別の事由により交渉に応じられないときは、その事由を明示して日時、場所の変更を申し入れることができる。ただし、申し入れの日からおそくとも7日以内には団体交渉を開始しなければならない。

### （交渉の方法）

**第5条** 団体交渉は次のとおり行う。

- （1） 団体交渉は、常に事案の円満な解決をはかるため双方誠意をつくして行う。
- （2） 交渉事項の内容により必要があるときは、双方協議により若干の説明員を出席させることができる。
- （3） 交渉事項で調査の必要があるときは、双方協議しあう。
- （4） 交渉内容に対し後日紛議をさけるため甲、乙相互に団体交渉の議事録を作成し、交渉員が確認印を押さなければならない。

### （簡易処理）

**第6条** 団体交渉で内容が比較的軽易と認められるときは相手方に案を提示し、その了解を求めることによって団体交渉にかえることができる。

(協約の効力)

第7条 団体交渉によって決定した事項は、協約書若しくは協定書2通を作成し甲、乙各代表者署名捺印し、それぞれ各1通保有することによって効力を生ずる。

(この協約以外の事項)

第8条 この協約に定めるもののほか団体交渉に関し、必要な事項は甲と乙とが協議してその都度定めることができる。

(義務)

第9条 第7条により効力を生じた諸事項は、甲、乙双方誠意をもって遵守しなければならない。

(有効期間)

第10条 この協約の有効期間は、平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇月〇日までとする。

2 有効期間満了の1ヶ月前までに当事者のいずれからも改廃の意思表示がないときはこの協約の有効期間を更新する。

3 前項の意思表示について当事者のいずれか一方から改廃の申出があった場合は、新協約締結までこの協約の効力を自動的に延長する。

附 則

1 この協約は、20XX年〇月〇日から実施する。

2 この協約締結の証として本書2通を作成し、甲、乙各1通を保有するものとする。

3 20XX年〇月〇日付締結の「団体交渉に関する協約」は廃止する。

20年〇月〇日

〇〇病院管理者

△△ △△

〇〇病院労働組合

執行委員長 △△ △△

## Ⅶ. ○○市立病院職員労働組合同規約（全部適用、特定地方独法）

### 第1章 総 則

#### （名称と事務所）

第1条 本組合は、○○市立病院職員労働組合といい、事務所を○○市△町×丁目×に置く。

#### （目 的）

第2条 本組合は、組合員の自主的な相互扶助の精神に基づく団結により、生活の安定及び身分の保証並びに勤務条件の向上を図るとともに、民主化に寄与することを目的とする。

#### （事 業）

第3条 本組合は、前条の目的を達成するため次の事業を行なう。

- （1）生活の向上と安定に関すること。
- （2）身分の保証、地位の向上に関すること。
- （3）勤務条件の維持改善に関すること。
- （4）組合員及びその家族の福利厚生に関すること。
- （5）教養及び文化の向上に関すること。
- （6）友誼団体との連携協力に関すること。
- （7）その他目的達成に必要なこと。

#### （上部団体）

第4条 組合は上記目的を達成し、事業を進めるために全日本自治団体労働組合（自治労）に加盟する。

### 第2章 組 織

#### （範 囲）

第5条 本組合は、○○市立病院、診療所及び老人保健施設に勤務する職員をもって組織する。

2 前項に該当するものであっても、次のものは組合員としない。

- （1）労働組合法第2条第1項に該当するもの

#### （加入及び脱退）

第6条 組合に加入又は脱退しようとするものは、書面で執行委員長に届け出なければならない。ただし脱退しようとするものは、当月分までの組合費並びに債務を履行の上、その理由を明記した脱退届けを執行委員長に提出しなければならない。

#### （除名処分）

第7条 執行委員長は、組合員が組合の規約を破り、又は、組合の信用を失墜する行為があったときは、大会の議決を経て除名することができる。

#### （除名者の再加入）

第8条 前条により除名されたものであっても、大会の承認を得たものは再び加入することができる。

#### （資格喪失）

第9条 組合員は、次の各号に該当した場合はその資格を失う。

1. 第4条第2項に該当した場合

2. 脱退
3. 死亡
4. 除名

### 第3章 組合員の権利と義務

#### (選挙権及び被選挙権)

第10条 組合員は、別に定めるところにより選挙権・被選挙権を有する。

#### (資格の保証)

第11条 組合員は、何人といえども、いかなる場合においても、人種、宗教、性別、門地又は身分によって資格を奪われることはない。

#### (利益を平等に受ける権利)

第12条 組合員は、組合で獲得したすべての利益を平等に取得する権利を有する。

#### (会計書類の閲覧及び公開の請求権)

第13条 組合員は、いかなる場合にも会計書類の閲覧及び公開の請求をすることができる。

#### (組合費等の経費の負担及び事業運営の責任)

第14条 組合員は、第34条に規定する組合費その他の組合運営に必要な経費を負担し、その事業に連帯責任を負う。

#### (規約を守り目的達成に協力の義務)

第15条 組合員は、規約を守り組合の運営と目的達成に協力しなければならない。

### 第4章 機 関

#### (機 関)

第16条 本組合に次の機関を置く。

- (1) 大 会
- (2) 執行委員会

#### (大 会)

第17条 大会は、本組合の最高議決機関であって年1回以上開催し、次の事項を付議する。

- (1) 運動方針
- (2) 規約の改廃
- (3) 予算及び決算
- (4) 組合員の除名
- (5) 他団体への加入、脱退
- (6) 組合解散の発議
- (7) 会計監査報告
- (8) 組合員の再加入
- (9) その他必要と認める事項

#### (執行委員会)

第18条 執行委員会は、本組合の執行機関であって、執行委員長・副執行委員長・書記長・書記次長及び執行委員で構成し、大会の決定事項を執行し、又は緊急事項を処理する。



## 第5章 会議の運営

### (会議の招集)

第19条 大会及び執行委員会は、執行委員長がこれを招集する。

### (会議の請求)

第20条 大会は組合員の5分の1、執行委員会は、その構成員の3分の1以上から請求があったときは、執行委員長は、速やかにその会議を招集しなければならない。

### (会議の成立要件)

第21条 大会は、委任状を含めて、組合員の過半数の出席で成立し、議事はその過半数で決定する。  
2 執行委員会は、構成員の3分の2以上の出席で成立し、議事はその過半数で決定する。

### (会議の議長)

第22条 大会の議長は、出席組合員の中からその都度選出し、執行委員会は執行委員長を議長とする。

## 第6章 役員

### (役員の種類)

第23条 本組合に次の役員を置く。

- |            |       |
|------------|-------|
| (1) 執行委員長  | 1名    |
| (2) 副執行委員長 | 2名    |
| (3) 書記長    | 1名    |
| (4) 書記次長   | 1名    |
| (5) 執行委員   | 10名以内 |
| (6) 会計監査   | 2名    |

### (執行委員長)

第24条 執行委員長は、組合を代表し、すべての業務を統括する。

### (副執行委員長)

第25条 副執行委員長は、執行委員長を補佐し、執行委員長事故あるときは、その職務を代行する。

### (書記長)

第26条 書記長は、組合事務を執行し、正・副執行委員長事故あるときは、その職務を代行する。

### (執行委員)

第27条 執行委員は、組合業務を分担し、その執行にあたる。正・副執行委員長及び書記長事故あるときは、連帯でその職務を代行する。

### (会計監査)

第28条 会計監査は、組合の会計と財産を年2回以上監査し、その内容を執行委員会に発表し、本組合が委嘱した職業的資格を有する会計監査人による正確であることの証明書を添えて大会において一括で報告する。

### (役員任期)

第29条 役員任期は、定期大会の翌日から翌年の定期大会の日までとする。

## 第7章 選 挙

(役員を選出)

第30条 役員は、組合員の直接無記名投票によって選出する。

(役員立候補)

第31条 役員選挙は、立候補制とする。

(規則への委任)

第32条 前条に規定するもののほか役員選出については、別に定める選挙規程に基づいて行なう。

## 第8章 会 計

(会計処理の責任)

第33条 本組合の会計は書記次長が処理し、執行委員会が連帯で責任を負う。

(経費の充当)

第34条 本組合の経費は、組合費、寄付金及びその他の収入をもってこれにあてる。

(組合費)

第35条 組合費の月額、本俸の1000分の13+300円とし、その上限を5000円とする。

ただし、長期療養者(6ヶ月以上勤務しない者)は、組合費の納入を免除する。

(会計年度)

第36条 本組合の会計年度は、毎年6月1日に始まり翌年5月31日に終わる。

## 第9章 規約の改廃と解散

(規約の改廃)

第37条 規約の改廃、その他これに準ずる重要事項は、全組合員の直接無記名投票による過半数以上の同意を得なければならない。

(解 散)

第38条 本組合を解散するときは、組合員全員の直接かつ秘密の投票により、4分の3以上の同意を得なければならない。

## 附 則

- 1 この規約は、2000年〇月〇〇日から施行する。
- 2 臨時・非常勤組合員の組合費は、当分の間、第34条にかかわらず執行委員会で決定した額とする。
- 3 2007年度会計について、組合費は2000年〇月から納入する。

## VIII. ○○○○労働組合規約例（一般独法、指定管理）

※ 労組法上の必須事項（第5条2、1～9）以外は必ずしもなくてもよい

### 第1章 総 則

（名称及び事務所）

第1条 本組合は○○○○労働組合（略称：○○労組。以下「組合」という）という。

（所在地）

必須事項  
労組法5条2-2

第2条 組合は事務所を 県 市 に置く。

（目的）

第3条 組合は団結と相互扶助の精神により、組合員の労働条件を維持改善し、経済的社会的地位の向上をはかることを目的とする。

（活動）

必要事項

第4条 組合は前条の目的を達成するために次の活動を行う。

1. 組合員の労働条件の維持改善に関すること。
2. 組合員の福祉の増進と文化的地位向上に関すること。
3. 労働協約の締結、改定に関すること。
4. 同一目的を有する団体との協力、提携に関すること。
5. その他目的達成に必要なこと。

（上部団体）

第5条 組合は全日本自治団体労働組合（自治労）に加盟する。

### 第2章 組 合 員

（組合員）

第6条 組合員は財団法人○○○○に雇用される職員並びに組合が承認した者によって組織する。ただし、次の各号に該当する者は除く。

1. 使用者の利益を代表する者。
2. その他組合が除外することを適当と認めた者。

必要事項（非組合員の範囲を示す）

（権利）

必須事項  
労組法5条2-4

第7条 何人も、いかなる場合においても、人種、宗教、性別、門地、又は身分によって組合員たる資格を奪われない。

組合員は平等に次の権利を有する。

必須事項  
労組法5条2-3

1. この規約に基づき、すべての問題に参加し、均等の取扱を受ける権利。
2. 組合役員その他の代表に選挙され、もしくは選挙する権利。

3. この規約に基づき、自由に意見を表明し議決に参加する権利。
4. 組合役員及び機関の活動報告を求め、又は批判し、解任を請求する権利。
5. 統制違反に対する制裁について弁明を得る権利。

(義務)

第8条 組合員は平等に次の義務を負う。

1. 規約及び大会の決議に従い、機関の統制に服する義務。
2. 組合費及び機関で決定したその他の賦課金を納める義務。
3. 規約に基づく各会議に出席する義務
4. 組合の機密をもらさない義務。

(加入の手続き)

第9条 組合に加入するときは、所定の加入申込書に必要事項を記載のうえ執行委員長に提出する。

(資格喪失)

第10条 組合員は次の場合にその資格を失う。

1. 退職したとき
2. 解雇されたとき、ただし、組合が解雇を正当と認めていない被解雇者については、その資格は失わない
3. 除名されたとき
4. 脱退が認められたとき
5. 第6条ただし書きに該当したとき

(脱退)

第11条 組合を脱退するときは脱退届に必要な事項を記載のうえ執行委員長に提出する。

脱退後は組合に対する一切の権利を失い、既納の金品は返却しない。

ただし、組合に対し債務がある場合は、それを完済した後でなければ脱退は認められない。

### 第3章 機 関

(機関の種類)

第12条 組合に次の機関をおく。

- (1) 大 会
- (2) 執行委員会

必須事項  
労組法5条  
2-6

#### 第一節 大会

(開催と召集)

第13条 大会は最高決議機関であって組合員全員をもって構成する。

第14条 大会は年に1回開催するものとし、執行委員長がこれを召集する。

第15条 次の場合は14日以内に臨時大会を開催するものとし、執行委員長がこれを召集する。

- (1) 執行委員長が必要と認めたとき。
- (2) 組合員の3分の1以上の連署により理由を明らかにして要求があったとき。

必須事項

(告示)

第16条 大会の日時、場所、議題等は開催の日から2日前までに告示しなければならない。ただし、緊急の場合はこの限りではない。

(付議事項)

第17条 大会の付議事項は次の通りとする。

1. 運動方針の決定と経過報告の承認
2. 綱領及び規約の改廃
3. 予算及び決算
4. 争議行為の開始及びその終結
5. 闘争資金の積立及び使用
6. 上部団体への加盟、脱退
7. 組合員の表彰及び制裁
8. 役員の選任及び解任
9. 組合の廃合及び解散
10. その他重要な事項

(定足数と議決)

第18条 大会の定足数は組合員の3分の2とし、付議事項は出席者数の過半数をもって決する。

但し、前条の2、4、6、8、9の場合は組合員の直接無記名投票を行い、(投票数or組合員数)の過半数をもって決定する。

必須事項。  
労組法5条2-5、8、9

(議長)

第19条 大会の議長は大会に出席する組合員の中から立候補または推薦により選出する。

## 第二節 執行委員会

(任務)

第20条 執行委員会は、大会において決定された事項及び規約に定められた組合業務を執行する。

(構成と召集)

第21条 執行委員会は正副委員長、書記長、書記次長、執行委員をもって構成し、執行委員長はこれを招集する。

(定足数と議決)

第22条 執行委員会は構成人員の過半数をもって成立し、出席者の過半数をもって議決する。

(専門部)

第23条 執行委員会のもとに専門部を置くことができる。

## 第4章 役員

組合員の人数によって全ての役員を配置しなくてもよい。組合活動に理解がある人であれば誰でも役員になれる（上部団体の役員など）

### （役員）

第24条 組合に次の役員をおく。

執行委員長 1名。組合を代表し活動を統括する。

副執行委員長 若干名。執行委員長を補佐し、執行委員長が任務を遂行できないときは代理する。

書記長 1名。執行委員会の日常業務を執行する。

書記次長 若干名。書記長を補佐する。

執行委員 若干名。組合業務を執行する。

会計監査 2名。組合員を代表して組合会計が運動方針及び決議にもとづいて運営されるよう点検、指示をおこない、大会に報告する。

なるべく、各職場、各雇用形態から出るように。

会計

会計は兼務でもよい

年一回、会計報告書と実際の金額があっているかチェックする。

### （特別執行委員）

組合外から招請し、執行委員会その他の活動に参加して、助言、指導をしてもらう。おこななくてもよい。

第25条 本組合に特別執行委員をおくことができる。特別執行委員は本組合の目的達成に協力する者から大会で選出し、その活動を担う。

### （解任）

第26条 各役員の任期は、大会から時期大会までとし、再選を妨げない。ただし、役員中に欠員が生じたときは補充選挙を行うことを原則とし、この後任者の任期は前任者の残任期間とする。

### （任期）

第27条 役員が任務を怠りまたは機関の決定に反する行為をした場合は、大会において出席者数の3分の2以上の賛成により解任することができる。

置かなくてもいい。

## 第5章 選挙

### （選挙管理委員会の設置と職務）

第28条 役員選挙及び批准投票の実施にあたっては、その公正を期すため選挙管理委員会を置くことができる。この委員は3人とし、執行委員長が委嘱する。選挙管理委員会は選挙及び投票の一切の職務を行う。

### （投票の方法）

第29条 各役員選挙は、組合員の直接無記名投票によって選出する。

必須事項  
労組法5条2-5

## 第6章 会計

### （経費）

第30条 本組合の経費は、組合費、臨時組合費、寄付金及びその他の収入をもって充てる。

(組合費)

第31条 組合費は月々決まって支払われる基本的賃金（各種手当を除く所定内賃金）の〇〇%とする。賃金形態が異なる非正規職員はその形態を考慮し、この納入率と均等な率を設定する。この組合費は自治労共済基本型掛け金を含むものとする。

ただし、実際の就労実態により著しい減収が生じる場合等は減免することができる。

(会計年度)

第32条 本組合の会計年度は〇〇月1日から〇〇月末までとする。

(臨時徴収金)

第33条 臨時徴収金は大会の決議により徴収する。金額はその都度決める。

労働組合法には規定しているが、中小規模の団体の場合、職業的会計監査に監査を受けるのは費用的にも大変なので、実際の運用では規約に定めるだけで、大会の承認によって免除する方法をとることが出来る。

(会計報告)

第34条 予算及び決算は大会で決定する。但し、決算書は組合員によって委嘱された職業的に資格のある会計監査人による正確であることの証明書とともに、毎年1回組合員に公表する。

必須事項  
労組法5条2-8

第7章 争 議

必須事項  
労組法5条2-7

(同盟罷業権の行使)

第35条 同盟罷業権の行使は、組合員の直接無記名投票により、有効投票数の過半数によって決定する。

第8章 賞 罰

(表彰)

第36条 組合員で、組合発展のための功労のあった者又は他の模範となると認められる者は、大会の決議によりこれを表彰することができる。

(制裁)

第37条 組合員で次の各号に該当する者は、その情状によって大会の決議により制裁を加えることができる。

1. 組合の規約又は議決に造反した者
2. 組合の統制を乱し又は運営を妨げた者
3. 組合の名誉を毀損した者
4. 組合員の義務を怠った者
5. その他、各号に準ずる不適当な行為のあった者

(制裁の種類)

第38条 制裁の種類は戒告、権利停止及び除名とする。

必要事項

(制裁の手続き)

第39条 前条の制裁は戒告及び権利停止は大会出席者の過半数の賛成をもって、除名は3分の2以上の賛成をもって決定する。ただし、決定の前に必ず本人の弁解の機会を与えなければならない。

必要事項

## 第9章 解 散

(解散)

第40条 本組合の解散は、全組合員の直接無記名投票を行い、全組合員の4分の3以上賛成をもって決定する。

## 第10章 規約の改廃

(規約の改廃)

第41条 本規約は全組合員の直接無記名投票による(投票数or組合員数)の過半数の支持を得られなければ改廃することができない。

必須事項  
労組法5条2-9

付則 本規約は2000年〇月〇日より施行する。



## Ⅷ. 労組法適用モデル労働協約（一般独法、指定管理） （ユニオンショップ・ストライキ安全条項付）

### 労働協約

地方独立行政法人〇〇病院機構（以下、「甲」という）と〇〇病院機構労働組合（以下、「乙」という）は、次のとおり労働協約を締結し、これを遵守する。

#### 第1章 総 則

##### （目的）

第1条 この労働協約（以下「協約」という。）は、甲及び乙が互いに信義を重んじ、誠実な協議交渉のもとに職場の民主的労働環境の確立及び、対等にして良好な労使関係の確立を図り、もって甲の健全な運営及び患者サービスの向上を図ることを目的とする。

##### （適用範囲）

第2条 この協約は、原則として甲に勤務する職員（以下「職員」という。）に適用する。

##### （効力）

第3条 この協約は、就業規則その他甲と職員との間におけるすべての協定又は契約に優先する。

##### （団体交渉の主体）

第4条 甲は、乙が職員を代表する唯一の労働組合であることを認め、交渉は乙及び乙が委任した者を行う。

##### （差別的取扱いの禁止）

第5条 甲は、職員を国籍、信条、性別、学歴等により労働条件について差別的取扱いをしない。

##### （非組合員とする者）

第6条 都道府県労働委員会が労働組合法（昭和24年法律第174号）第2条第1号に規定する者として認定した者は、乙の組合員（以下「組合員」という。）としない。

二 第一項に規定した職員のほか、以下の者は乙の組合員としない。

- 1 乙の組合規約第〇条第〇項に定める、〇〇の者
- 2 前号の他、法人と組合が協議して決めた者

##### （ユニオンショップ）

第7条 第6条に規定された甲の職員以外のすべての職員は、乙の組合員とする。甲は、乙の組合から脱退、または除名された者を30日以内に解雇する。ただし、解雇することに異義がある場合、甲乙の協議により決める。

【解説】《\*第6条（組合員の範囲）、第7条（解雇条項・但し書き付）合わせてふつうは“ユニオンショップ条項” といいます。職種（医師等）や雇用形態（パート等）によって、ユニオンショップとオープンショップを混在させることは可能です。

## 第2章 組合活動等

### (組合活動の自由)

第8条 甲は、組合員の組合活動の自由を保障し、組合員が組合活動を行ったことを理由として不利益な取扱いをしない。

### (勤務時間中の組合活動)

第9条 組合員は、次の各号のいずれかに該当する場合は、勤務時間内に組合活動を行うことができる。

- (1) 適法な団体交渉、ならびにこれに付随する労使協議、及びこれら準備に出席する場合
- (2) 第5章に定める苦情処理共同調整会議に委員、申立人又は参考人として出席する場合
- (3) 第6章に定める労使協議会に出席する場合
- (4) 乙の規約に基づき設置された大会、職場委員会、選挙管理委員会その他の機関の会議等に出席する場合

(5) 前各号に掲げるもののほか、甲が承認した場合

2 前項第5号の規定による承認の請求は、乙の代表者があらかじめ文書をもって行わなければならない。ただし、緊急を要する場合は、この限りでない。

3 甲は、前項の規定による請求があったときは、業務の遂行に著しい支障を及ぼすおそれがあると認める場合を除き、これを承認しなければならない。

### (施設等の利用)

第10条 乙は、甲の施設内に組合事務所を設け、又は組合活動のために甲の施設及び設備を利用し、若しくは甲の施設内に掲示板を設置することができる。

2 乙は、前項の規定により甲の施設内に掲示板を設置しようとするときは、あらかじめその設置場所について甲に協議しなければならない。

3 甲は、第1項の規定により乙が甲の施設及び設備の利用を申し出たときは、正当な理由がなければ、これを拒むことができない。

### (組合専従者)

第11条 甲は、乙が必要とする組合員が乙の業務（乙が加盟し、又は参加する上部団体の業務を含む。次項において同じ。）に専ら従事することを許可することができる。

2 前項の許可を受けた組合員の身分取扱いについては、関係法令の定めるところによるほか、次のとおりとする。

(1) その許可が効力を有する期間が満了し、又は乙の業務に専ら従事することができる資格を喪失したときは、直ちに復職する。

(2) 福利厚生等の制度の適用については、職員と同様とする。

(3) その他前項の許可について必要な事項は、甲及び乙が協議の上定めるものとする。

### (文書の配布)

第12条 乙は、甲の施設内において組合活動に必要なパンフレット、新聞、情報誌等を配布することができる。

### (政治活動の制限)

第13条 乙は、甲の施設内において政治活動は行わない。ただし、乙の機関会議で正規の手続きを経て決められた活動に関しては、この限りではない。

### 第3章 労働条件

#### 第1節 採用・解雇

##### (採用)

第14条 甲は、職員を採用しようとするときは、あらかじめ採用人数、職種、時期、理由等について乙と協議し、合意を得るよう努めるものとする。

##### (職員の異動の際の組合の意見聴取)

第15条 甲は、職員の昇職、降職（分限に基づくものを除く。次条において同じ。）、配置転換その他の異動をしようとするときは、あらかじめ乙の意見を聴かななければならない。

##### (昇職及び降職)

第16条 甲は、職員の昇職及び降職については、公正を期し、これを恣意的に行ってはならない。

2 甲は、職員の昇職及び降職について、乙から説明を求められたときは、乙に対し説明する義務を負う。

##### (配置転換その他の異動)

第17条 甲は、職員の配置転換その他の異動については、公正を期し、本人の適性に基づいて行うとともに、本人の意向、健康状態、家庭の事情等を十分に勘案して、無理を生ずることのないよう配慮するものとする。

2 乙は、職員の配置転換その他の異動について不適切と判断したときは、甲に対しその是正を求めることができる。

3 前項の規定による是正の要求があった事項については、甲及び乙は、誠意をもって協議し、合意を得るよう努めるものとする。

4 甲は、職員の配置転換その他の異動を行う場合には、異動の日の20日前までに当該配置転換その他の異動に係る部署に通知するよう努めるものとする。

##### (分限及び懲戒)

第18条 乙の組合員の分限及び懲戒については、甲は、恣意的にこれを行わず、かつ、降職及び休職、解雇等の処分を行おうとするときは、あらかじめ乙と協議し、合意の上、これを執行するものとする。

#### 第2節 給与

##### (給与の種類及び基準)

第19条 職員（臨時又は非常勤の職員（1週間当たりの勤務時間が第20条第1項に規定する勤務時間に満たない職員であって、期間の定めのない雇用契約を締結した者（以下「短時間勤務正規職員」という。）及び定年による退職の後希望により継続雇用された職員のうち短時間勤務の職員を占める者（以下「再雇用短時間勤務職員」という。）を除く。以下同じ。）を除く。）の給与については、次項に定めるもののほか、「〇〇市職員給与条例」の適用を受ける職員の例によるものとする。

2 甲の業務の特殊性に応じて支給する給与の新設及び改廃については、甲は、あらかじめ文書で提示の上、乙と協議し、合意を得るよう努めるものとする。

3 臨時又は非常勤の職員の給与については、職員の給与との権衡を考慮して、予算の範囲内で支給するものとする。

(給与の支払)

第20条 給与の支払については、直接本人に支払う。

(給与の控除)

第21条 甲は、法令に定めがある場合のほか、次に掲げるものを職員の給与から控除することができる。

- (1) 組合費
- (2) 組合賦課費
- (3) 前2号に掲げるもののほか、甲及び乙が協議の上必要と認めたもの

第3節 労働時間

(労働時間)

第22条 職員の労働時間は、休憩時間を除き、1日について8時間、1週間について40時間をそれぞれ超えない範囲内とする。

2 短時間勤務正規職員及び再雇用短時間勤務職員の労働時間は、前項に規定する職員の労働時間に満たない範囲内とする。

第23条 始業及び終業の時刻は、次のとおりとする。

- (1) 始業時刻 午前8時30分
- (2) 終業時刻 午後5時15分

2 職務の性質により前項の規定により難しい業務に従事する職員（以下「交替制勤務職員等」という。）の労働時間については、甲は、あらかじめ乙と協議の上、これを定めるものとする。

3 交替制勤務職員等の労働時間及び休日の割振りは、第23条第2項に規定する勤務表により定めるものとする。この場合において、勤務表は、交替制勤務職員等の健康及び福祉を害しないように作成されなければならない。

(休憩時間)

第24条 休憩時間は、1時間とし、労働時間の途中に置く。

2 甲は、職員に対し、休憩時間を一斉に与えるよう配慮するものとする。ただし、職務の性質によりこれにより難しい勤務箇所については、この限りでない。

3 前条第2項の規定は、前項ただし書に規定する勤務箇所の範囲について準用する。

4 職員は、休憩時間を自由に利用することができる。

(休日)

第25条 職員の休日は、次のとおりとする。

- (1) 日曜日及び土曜日
- (2) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日
- (3) 12月29日から翌年の1月3日までの日（前号に掲げる日を除く。）

2 交替制勤務職員等の休日は、前項の規定にかかわらず、1年につき同項に規定する休日の日数に相当する日数を確保することを前提に設けることとし、甲が作成する勤務表により指定するものとする。

3 前項の勤務表は、毎月分をその月の初日の10日前までに作成するものとする。

(休暇)

第26条 職員の休暇の種類及び日数については、甲は、その新設及び改廃に当たりあらかじめ乙と

協議し、合意を得るよう努めるものとする。

2 甲は、年次休暇を職員の請求する時季に与えなければならない。ただし、請求された時季に年次休暇を与えることが業務の正常な運営を妨げる場合においては、他の時季にこれを与えることができる。

3 甲は、職員が休暇を取得しやすい職場環境の整備改善に努めなければならない。

#### (時間外及び休日の労働)

**第27条** 甲は、業務上特に必要がある場合（災害その他避けることのできない事由により臨時の必要がある場合を除く。）は、あらかじめ乙と協議の上、労働基準法（昭和22年法律第49号）第36条第1項の協定を締結することにより、職員に正規の勤務時間外又は休日に労働させることができる。この場合において、甲は、職員の健康及び福祉を害しないように考慮しなければならない。

2 災害その他避けることのできない事由により臨時の必要がある場合においては、甲は、労働基準法第33条第1項に定める手続に従い、職員に正規の勤務時間外又は休日に労働させることができる。

3 甲は、前項の規定により職員に正規の勤務時間外又は休日に労働をさせる場合においては、あらかじめ乙に協議しなければならない。ただし、労働基準法第33条第1項ただし書の場合においては、事後において速やかに、その旨を乙に報告しなければならない。

#### 第4節 災害補償

##### (災害補償)

**第28条** 職員の業務上の災害又は通勤による災害に対する補償については、地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）又は労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）の定めるところによる。

#### 第5節 安全衛生及び福利厚生

##### (責務)

**第29条** 甲は、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）の定めるところに従い、職場における災害の防止及び職員の健康の保持増進のための措置を講じ、職員の安全及び健康の確保並びに快適な職場環境の形成の促進に努めるものとする。

2 職員は、職場における災害を防止するため必要な事項を守るほか、甲その他の関係者が実施する災害の防止に関する措置に協力するように努めなければならない。

##### (安全衛生に関する労働条件の決定)

**第30条** 安全衛生に関する労働条件の変更等については、甲及び乙が協議の上、これを決定するものとする。

##### (危険有害作業の従事拒否)

**第31条** 職員は、危険有害作業に従事することを拒否することができる。

##### (福利厚生)

**第32条** 甲は、職員の福利厚生を増進を図るため、乙と協議の上、必要な措置を講ずるものとする。

#### 第6節 雑則

##### (その他の労働条件に係る事前協議)

**第33条** 第12条から前条までに定めるもののほか、甲は、職員の労働条件に係る事項を定め、又はこれを改廃しようとする場合は、あらかじめ乙に協議するものとする。

## 第4章 団体交渉

### (団体交渉の原則)

第34条 団体交渉は、円滑に妥結するように、甲及び乙の双方が誠意と秩序をもって行われなければならない。

### (団体交渉の範囲)

第35条 団体交渉の対象となる事項は、甲又は乙が必要と認める事項とする。

- 2 賃金、手当、退職金、雇用、解雇など、乙の組合員にかかわる重要事項を甲が提案する場合は、事前に乙に提示し、両者の協議、交渉、合意の上、執行するものとする。

### (交渉委員)

第36条 団体交渉は、甲及び乙のそれぞれが任意に選出した交渉委員によって行う。

### (団体交渉の手続)

第37条 団体交渉を行おうとするときは、あらかじめ次に掲げる事項を記載した文書をもって相手方に申し入れなければならない。ただし、緊急を要するときは、この限りでない。

- (1) 開催日時及び場所
- (2) 交渉委員の人数
- (3) 交渉事項
- (4) その他参考となる事項

- 2 甲及び乙は、そのいずれか一方から団体交渉の申入れがあったときは、これに応じなければならない。ただし、特別の事情があるときは、その理由を付して開催日時又は場所の変更を求めることができる。
- 3 前項ただし書の規定により開催日時を変更することができる期間は、当該開催日時の日の翌日から14日を経過する日までを限度とする。

### (説明員等)

第38条 交渉委員の協議により必要があると認めるときは、交渉事項に関する説明員を出席させ、又は参考人の出席を求めて、その説明又は意見を聴くことができる。

### (妥結事項の履行等)

第39条 団体交渉によって妥結した事項は、甲及び乙の双方が誠意と責任をもって履行しなければならない。

- 2 甲及び乙の双方が必要があると認めるときは、団体交渉によって妥結した事項について書面を2通作成し、甲及び乙の代表者が記名押印の上、それぞれ1通を保管するものとする。
- 3 前項の規定により作成及び記名押印した書面は、労働協約としての効力を有する。

## 第5章 苦情処理

### (苦情処理共同調整会議の設置)

第40条 甲及び乙は、職員の苦情を解決するために苦情処理共同調整会議を設置する。

- 2 苦情処理共同調整会議に関し必要な事項は、別に協約で定める。

## 第6章 労使協議会

### (労使協議会の設置)

第41条 甲の業務の運営及び職員の人事に関する制度の運用に関し甲と乙との意思疎通をはかり、もって項の業務の発展に資するため、労使協議会を設置する。

(労使協議会の位置付け)

第42条 労使協議会は、法令に基づく乙の団体交渉その他の権利義務に影響を及ぼすものではない。

(所掌事務)

第43条 労使協議会は、次に掲げる事項について必要な連絡及び意見交換並びに協議を行う。

(1) 連絡事項

- ア 甲の業務の管理及び運営に関する事項
- イ その他甲の経営に関する重要な事項

(2) 協議事項

- ア 職員の任免、給与、分限、懲戒、服務その他の人事に関する事項
- イ 安全衛生に関する事項
- ウ 福利厚生に関する事項
- エ この協約により甲及び乙が協議することを定められた事項
- オ その他甲及び乙の双方が協議する必要があると認めた事項

(組織)

第44条 労使協議会は、甲を代表する委員5人及び乙を代表する委員5人をもって組織する。

- 2 委員は、甲及び乙がそれぞれ職員又は組合員のうちから指名する者をもって充てる。
- 3 委員の任期は、1年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 4 委員は、再任されることができる。

(会議の開催)

第45条 労使協議会の会議は、甲及び乙のいずれか一方の委員から要請があったときに開催するものとする。

- 2 労使協議会は、甲及び乙のそれぞれの委員の定数の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

(労使協議会への委任)

第46条 第40条から前条までに定めるもののほか、労使協議会の組織および運営に関し必要な事項は、労使協議会が定める。

第7章 あっせん、調停、仲裁及び救済の手続

(紛争の解決の原則)

第47条 甲及び乙は、その間に発生した紛争を自主的かつ平和的に解決するように努めなければならない。

(あっせん及び調停の申請)

第48条 甲又は乙は、団体交渉を繰り返してもなお解決できないときは、相手方に団体交渉を打ち切る旨を通告した後において、労働関係調整法（昭和21年法律第25号）第2章に定めるあっせん（以下「あっせん」という。）又は同法第3章に定める調停（以下「調停」という。）の申請を行うことができる。

- 2 前項の規定は、甲及び乙の双方が協議の上、あっせん又は調停の申請を行うことを妨げるものではない。

(仲裁の申請)

第49条 甲又は乙は、次の各号のいずれかに該当する場合は、直ちに、労働関係調整法第4章に定

める仲裁（以下「仲裁」という。）の申請をすることができる。

(1) 事案の性質上あっせん又は調停を経ることなく仲裁に付することを適当と認める場合

(2) あっせん又は調停の申請を行い、あっせんを受け、又は解決案の提示がなされてもなお解決に至らない場合

2 前条第2項の規定は、甲及び乙の双方が協議の上、仲裁の申請を行う場合について準用する。

(申請の旨の通告)

**第50条** 甲又は乙は、第46条第1項又は前条第1項の規定によりあっせん、調停又は仲裁の申請を行おうとするときは、あらかじめ文書をもってその旨を相手方に通告するものとする。

(救済の申請)

**第51条** 前条の規定は、乙が労働組合法第27条に定める救済の申請を行う場合について準用する。

## 第8章 争議

(平和義務)

**第52条** 甲および乙は、前章に定める団体交渉ならびに労働委員会による仲裁によって解決できなかった場合でなければ争議行為を行わない。

(不正争議行為)

**第53条** 甲および乙が、この協約若しくは協定事項に違反して争議行為を行った場合は、不正な争議行為と見なす。

(争議行為の予告)

**第54条** 甲および乙が、争議行為に入るときは、争議行為開始日時並びに争議内容を書面により少なくとも10日前までに甲、もしくは乙に予告する。

(争議中の団体交渉)

**第55条** 争議中に団体交渉を行う場合、甲、もしくは乙は、交渉事項について書面による申入れを行う。

2 前項の申入れがあったときは、甲及び乙は申入れ書面の到着時から(12)時間以内にその開催について協議する。

(争議協定)

**第56条** 甲および乙は、争議行為を行うに際し、次の各号につきあらかじめ協定する。

(1) 職員・並びに患者の安全保持、施設の正常な維持又は運営に関すること

(2) 職員並びに患者の日常生活に直結する業務に関すること

(3) 事業場に火災その他非常災害等が発生した際の処置に関すること

(4) その他必要な事項

**【解説】** 《本モデル労働協約では争議条項全体が「ストライキ安全協定」となっています。ストライキ突入のリスクを減らす一方で、経営側の組合への譲歩・労使関係の尊重を迫るもので単純な“武装解除”ではもちろんありません。

## 第9章 有効期間

(有効期間)

**第57条** この協約の有効期間は、この協約を締結した日から〇〇年〇月〇〇日までとする。ただし、



有効期間の満了90日前までに甲及び乙のいずれからもこの協約を改定する旨の意思表示がないときは、有効期間を更に1年間延長するものとし、以後についても同様とする。

この協約の締結の証として本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各1通を保有する。

〇〇〇〇年〇月〇日

甲 地方独立行政法人〇〇病院機構  
理事長

乙 〇〇病院機構労働組合  
執行委員長

## X. 事例つき解説 1～5

### 【事例つき解説 1】

#### 「派遣・転籍交渉の実際」

公立病院の運営形態変更による「地方独立行政法人化」や「指定管理者への経営移管」、さらには自治体の枠や公民の枠を超えた病院の統合再編（「統合・一部事務組合化」や「統合・地方独立行政法人化」、一部では自治体出資財団（外郭団体）設立による「指定管理移管」等）の計画が浮上します。

こうした再編・運営形態変更提案に対して労働組合としては、

1. 地域医療（病院）に対する自治体の責任の明示
2. 職員の雇用の確保と保障（正規職員・組合員はもちろん、非正規職員を含む）
3. 職員の処遇（賃金・労働条件等）の確保＝自治体準拠
4. 労働組合との協議・交渉窓口の設置

を基本要件に取り組みます。

この過程のとくに2. 3の要求交渉で問われてくるのが主として医療職、ならびに現業職の「公務員としての身分の確保」です。

この場合、これまでの自治体職員としての身分を確保するには、事務系職員に適用される「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」（公務員派遣法）に基づき、自治体職員として経営形態の変更された病院に派遣される、という方法が制度上は可能です。この場合、医療職等の職員はいったん市長部局に異動し、その後「一般職として」異動するわけですが、給与表が「医療職」から「行政職」に切り替わるかどうかは、各自治体の派遣条例の策定の仕方によるといえます（多くのところは医療職給与表を条例で規定し派遣させています）。

\*福岡県：川崎町立病院(独法)

\*兵庫県：神戸市立病院(独法)

\*新潟県：魚沼基幹病院(県出資財団指定管理)

地方独立行政法人化等、経営形態変更時に移管時の職員を自治体からの派遣とする労使合意を勝ち取れた場合、

- ① 経営形態変更時の職員の公務員身分を守る
- ② 経営形態変更時の賃金労働条件等を基本的に確保できる

というメリットはありますが、一方で次のような課題もあることを十分意識し、こちらへの対応を怠らないようにしておく必要があります。

### 【公務員派遣をとる場合の留意事項】

- ① 独法化後に採用された職員(固有職員＝非公務員)の賃金・労働条件(就業規則)の交渉を行えない(行わない)。
- ② 労働組合が職員団体の場合、法人固有職員を職員団体に加入させることに地方公務員法上の制限がある。
- ③ これらによって、固有職員の処遇の確保と組合加入を行わないと、病院職場における組合組織があつという間に弱体化する。
- ④ 法人化後数年で固有職員の方が公務員派遣職員より多くなるため、組織化を進めないでいると職員の労働条件の確保ができなくなる(36協定ほか)
- ⑤ 派遣期間(独法化の場合特例で最大10年可能)が終わったときには法人固有職員への転籍か自治体職員としての任用替えを迫られるが、その際は組合交渉を行わずに格差の広がった法人固有職員の給与体系に落とされることになる。

ただし、制度上は可能でも、多くの自治体では、「自治体職員の中に病院の医療職全員を引き受ける職はなく、医療職の派遣は困難」との姿勢を示します。この場合でも山形県立日本海病院のように、組合交渉で、「3年間程度の経過措置を設定し、その間に広域異動に応じることを前提に自治体(＝県立病院)からの派遣期間を設定し、その間は県職員としての身分を残す」、という例もあります。

こうした人事は、病院の統合、一部事務組合化の場合も制度上可能です。しかし一部事務組合の場合、在籍する自治体は変わりますが、特別地方公共団体としての一部事務組合の地方公務員の身分は確保されますので、医療職を含めた派遣人事の選択をしている事例は現在のところありません。

指定管理の場合は指定管理先の医療法人が自治体出資の財団等(公益法人)の場合は、この派遣人事が可能です(例：新潟県魚沼基幹病院)が、一般の医療法人が指定管理者となった場合には「公務員派遣法」は適用されません。したがって医療法人への転籍か、医療職から行政職等への任用替えのどちらかを選択する例もあります。

\*滋賀県：東近江市立能登川病院(民間指定管理)

\*岐阜県：多治見市民病院(民間指定管理)

\*茨城県：東海村立病院(民間指定管理)

ここでは、「地方独立行政法人(非公務員型)」「指定管理移管」を中心に整理します。

### 【地方独立行政法人(非公務員型)の場合】

《転籍》

1. 「職員の雇用」＝正規職員は全員雇用の継続は法的に保障されている(雇用承継：「地方独立行政法人法第59条」)。
2. この場合は勤続もつながるため、退職金の途中清算も行われぬ。ただし、つながるのは雇用と退職金だけで、賃金・労働条件は独立行政法人の規定による＝自治体準拠賃金保障の交渉が必要。
3. 非正規職員は、法規定による「雇用保障(承継)」からは除外されているため、組合と当局との

交渉・合意による以外は、保障は得られない。

4. 民間医療法人を独立行政法人に統合する場合は、雇用保障（承継）は保障されない。組合がある場合には医療法人との退職・転籍条件の交渉を行う（退職金原資を法人に委譲し、継続させる等の協議を組合と行い、民間医療法人と自治体で協定書を作成する場合もある。この場合は実質雇用は「承継」される）。
5. 自治体病院の場合、雇用承継が保障されるのは「移行型」（自治体病院を独法病院に切り替える場合）のみ。新設型の独法への移管の場合は、この「法的雇用保障」は適用されない。
6. 地方独立行政法人同士の「再統合独法化」の場合、法改正でこの雇用承継が保障されるようになっている。

#### 《派遣》

1. 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」（公務員派遣法）による。
2. 派遣期間は上限5年で、本人の同意が必要だが、特例として地方独立行政法人の場合は上限10年まで認められる。
3. 法律では、上限を超えた場合の派遣の繰り返しを禁じてはいないため、移管時の職員を定年まで自治体職員として派遣することが制度上は可能である。
4. 事務職だけでなく医療職の派遣も可能であるが、自治体に医療職の定数がない場合、自治体に適用職がない等の理由で多くの自治体当局は医療職派遣を考慮しない。
5. 一部では、3年程度の経過措置を設け、その間に独法への転籍、自治体への復帰（任用替え）を選択できるようにする、という激変緩和措置を導入する場合もある。
6. 医療職を含めた派遣の選択は①医療職組合員の公務員身分の確保、②自治体単組（職員団体）への引き続いての加入が可能、といったメリットはあるが、③独法病院の給与体系について交渉できる組合がない（職員団体の自治体単組に法人との交渉権はない）ため、派遣職員と法人固有職員間の給与格差ができる ④法人化後採用された法人固有職員は職員団体に加入できない（組合として組織化できない） ⑤法人化後数年で、法人固有職員が多数派となり、派遣職員は職場での影響力を失う 等の問題が生じるため、派遣を選択しても労組法適用の労働組合（派遣職員も固有職員も加入は可能）を結成し、法人との交渉権（労働協約締結権）を確保することが重要である。

#### 《任用替え》

7. どうしても自治体職員の身分を失いたくない、という職員の場合、行政職への任用替えの選択の道を当局との交渉で確保していくことも求められる場合もある。
8. 現業職の場合、転籍（承継）を選択するか任用替えや、自治体の他の現業職場への配置転換を求めるかは、病院、自治体双方の合理化状況を見極める必要がある。現業職の場合は当面派遣を求めることもありえるが、法人化後の職場委託化に対して、十分な交渉力を発揮できなくなる可能性もある。

## 【指定管理の場合】

### 《派遣》

1. 自治体出資法人（財団・公社等）の場合は派遣人事は可能だが、自治体出資関係のない民間医療法人の場合は、派遣人事は法的にはできない（事務職も同様。一時出向は可能だがこの場合の人件費は出向元の自治体の負担となるため使われるケースと人数は限られる）。

### 《転籍》

2. 指定管理の場合は独法のような法的雇用保障（承継）は存在しないため、転籍（退職金の途中清算・指定管理先での新規採用）となる。
3. 職員の雇用の引継ぎ保証を取るためには自治体と交渉し、指定管理の「募集要項」「仕様書」に「希望する職員は全員雇用すること」等の《雇用保障条項》を盛り込ませること。
4. 万が一採用されない職員が出た場合に備え、自治体とは「指定管理移管にあたっては分限解雇は行わない」という確認を行うこと。その場合は任用替えを伴うが、自治体職員としての雇用は継続する。
5. 指定管理後も自治体病院であることに変わりはないことや、医療人材確保という側面から、自治体側を通じて指定管理先に職員意向の打診を行い、一定の職員給与体系の見直し（底上げ）を実現させた場合もある（滋賀県：東近江市立能登川病院）。
6. 医療職として病院にとどまる選択をしたときに、指定管理先で労働組合組織を残し、医療法人との交渉・労使関係作りを県本部や自治体単組の支援の下に進める（栃木県：佐野市民病院）。

### 《任用替え》

7. 大幅な給与減額が不可避である場合、自治体側の雇用（任用）責任を求め、医療職を含めた職員の任用替えを要求する。

【事例つき解説2】

「経営形態変更等に伴う適用法律の変化と対応」

1. 地方公務員と非公務員の労働基本権の制約比較

※詳細は巻末の「適用法律比較表参照」

法適用	団結権	労働委員会の 申立権	団体交渉権	労働協約の 締結権	争議権
地方公務員法 (公営企業法一部適用病院)	○ (ユニオンショップ協定不可)	×	△ (交渉応諾義務あり)	×	×
地方公営企業等関係労働法 (公営企業法全部適用病院)	○ (ユニオンショップ協定不可)	○ (争議行為突入への制限あり)	◎	○ (議会への承認手続)	×
労働組合法 (一般地方独立行政法人・公社・財団・指定管理者・民間医療法人)	◎ (ユニオンショップ協定可)	◎	◎	◎	◎

■ 公営企業法の一部適用 では、「地方公務員法」が適用

- ① 団結権は保障される。(ただしユニオンショップ協定の締結は不可。組合専従期間の上限は7年)
- ② 団体交渉権も認められる。(ただし、労働協約の締結権は認められない)
- ③ 労働委員会への申し立て権はない。(公平委員会・人事委員会に個人として不服申し立て)
- ④ 争議権はない。

■ 公営企業法の全部適用 では、「地方公営企業等関係労働法」が適用

- ① 団結権・団体交渉権は保障される。
- ② 労働協約の締結権がある。(ただしユニオンショップ協定の締結は不可。組合専従期間の上限7年の制限あり)
- ③ 不当労働行為等労働委員会への申し立て権がある。(「労働関係調整法」適用)
- ④ 争議権はない。

■ 地方独立行政法人や指定管理者等 では「労働組合法」が適用

- ① 団結権・団体交渉権は保障される。
- ② 労働協約の締結権がある。(ユニオンショップ協定の締結が可能。組合専従期間の上限の制限なし)
- ③ 不当労働行為等労働委員会への申し立て権がある。(「労働関係調整法」適用)
- ④ 争議権の保障(ただし、医療職場の場合は「労働関係調整法」による事前の労働委員会への届出等が必要)

\* 独立行政法人の場合は、自治体からの派遣職員、ならびに自治体単組委員長(公務員)がスト

ライキを指令することも「法的には合法」（「地方独立行政法人は地方公共団体ではないため、『地方公務員法』は適用されない＝総務省見解）です。実際には、派遣で行っている職員が争議を指導したら、派遣を解消されて自治体の戻す人事を自治体側から発令されると予想されます。自治体単組委員長が万が一処分を当局からにおわされたら、人事委員会・公平委員会に申し立てれば、「問題ない」という見解を公平委員会は出さざるを得ません。

- \* 指定管理、民間医療法人の場合は、法人職員（自治体からの転籍職員含む）にはストライキ権は合法的に保障されますが、仮に指定管理病院と自治体単組が連合体を組む場合、自治体単組委員長が独法のようにストライキを指令することは「地公法上の違法行為」になります（指定管理病院そのものは地方公共団体の施設であるため）。自治体出資の財団等が指定管理者となった場合は、自治体からの派遣が可能ですが、この派遣職員は、争議参加が適用法的（地方公務員法）には制限されます。地方公務員法による「争議権制限」は「公務員という身分に対してではなく、公務員という身分を持った職員が地方公共団体の施設で争議を行うことを制限しているのだ」ということを、もう一度理解しなおしておく必要があります。

## 2. “名ばかり管理職”問題

「地方公務員法」適用の場合、「管理職の範囲」は条例（職員条例）で定められます。「地公法適用労働者」＝公営企業法一部適用病院職員は、この部分での「労働基準監督署」への告発権はありません。したがって、技師長や看護師長、医長等が、条例で「管理職」となっている場合は、自動的に超過勤務手当の支給対象者からはずされます。

ただし、病院が「地方公営企業法全部適用」「地方独立行政法人」「指定管理者」等に移った場合は、管理職範囲を含めて「労働基準法」が全面的に適用されるようになりますので、「管理職手当を払っているのに残業代は払わない」という主張は通用しません。

組合員の範囲を含めて、当局側と話し合っておかないと、「違法である」と労基署の摘発を受けた場合、過去2年分の不払い残業代の清算を当局は求められます。

労働基準法上の管理監督者とは

- ① 「労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者」  
（労働時間、休憩、休日の規定が適用されません（深夜業、年次有給休暇に関する規定は適用））
- ② 「基本的判断基準」
  - 責任と権限  
労働時間、休憩、休日等の規制の枠を超えて活動せざるを得ない重要な責任と権限があること。
  - 勤務態様  
現実の勤務態様が労働時間等の規制になじまないようなものであること。
  - 賃金等  
その地位にふさわしい待遇がなされていること。
- ③ 管理職≠管理監督者

**監督又は管理の地位にある者の範囲（昭和22年9月13日基発17号、昭和63年3月14日、基発第150号）**

法第41条第2号に定める「監督若しくは管理の地位にある者」とは、一般的には、部長、工場長等労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきものである。具体的な判断にあたっては、下記の考え方によらるたい。

記

(1) 原則

法に規定する労働時間、休憩、休日等の労働条件は、最低基準を定めたものであるから、この規制の枠を超えて労働させる場合には、法所定の割増賃金を支払うべきことは、すべての労働者に共通する基本原則であり、企業が人事管理上あるいは営業政策上の必要等から任命する職制上の役付者であれば全てが管理監督者として例外的取扱いが認められるものではないこと。

(2) 適用除外の趣旨

これらの職制上の役付者のうち、労働時間、休憩、休日等に関する規制の枠を超えて活動することが要請されざるを得ない、重要な職務と責任を有し、現実の勤務態様も、労働時間等の規制になじまないような立場にある者に限って管理監督者として法41条による適用の除外が認められる趣旨であること。従って、その範囲はその限りに、限定しなければならないものであること。

(3) 実態に基づく判断

一般に、企業においては、職務の内容と権限等に応じた地位（以下「職位」という。）と経験、能力等に基づく格付（以下「資格」という。）とによって人事管理が行われている場合があるが、管理監督者の範囲を決めるにあたっては、かかる資格及び職位の名称にとらわれることなく、職務内容、責任と権限、勤務態様に着目する必要があること。

(4) 待遇に対する留意

管理監督者であるかの判定にあたっては、上記のほか、賃金等の待遇面についても無視しえないものであること。この場合、定期給与である基本給、役付手当等において、その地位にふさわしい待遇がなされているか否か、ボーナス等の一時金の支給率、その算定起訴賃金等についても役付者以外の一般労働者に比し優遇措置が講じられているか否か等について留意する必要があること。なお、一般労働者に比べ優遇措置が講じられているからといって、実態のない役付者が管理監督者に含まれるものではないこと。

(5) スタッフ職の取扱い

法制定当時には、あまり見られなかつたいわゆるスタッフ職が、本社の企画、調査等の部門に多く配置されており、これらスタッフの企業内における処遇の程度によっては、管理監督者と同様に取扱い、法の規制外においても、これらの者の地位からして特に労働者の保護に欠けるおそれがないと考えられ、かつ、法が監督者のほかに、管理者も含めていることに着目して、一定の範囲の者については、同法41条第2号外該当者に含めて取り扱うことが妥当であると考えられること。

これが、現在の厚生労働省の見解です。

（今後、安倍内閣の下でホワイトカラー・エグゼンプションの法改正がなされると医師を中心にこの法規制からはずされる可能性がありますので十分注意する必要があります）。



## 「労使関係の確立 労使協定・労働協約締結の実際」

独立行政法人労組結成過程における「労働法制関係」諸準備について。とくに

「就業規則」発効手続き

「労使協定」（36協定・24協定を中心に）締結

「労働協約」の締結

についてその事前労使協議のポイントと合わせて解説します。

### 1. 就業規則

#### ① 「就業規則」の仕組みと発効手続き

- ・就業規則の作成と従業員への提示は使用者側の義務…「労働基準法」
- ・就業規則とともに雇用する労働者には「雇用契約書」を作成し、雇用、賃金、労働条件等について事業者はあらかじめ明示しなければなりません。…「労働契約法」

※ したがって、本来は雇用する1か月前には少なくとも「就業規則」ができていなければ、「雇用契約書」が作成できません。

- ・「就業規則」には「本則」と「細則」があります。「本則」で「～については別に定める」等としている給与・手当・退職金・休業・休暇・勤務時間等については「細則」で定められます。したがって、「本則」だけではなく「細則」まで完成して、初めて「就業規則」は完成したといえるのです。したがって、「細則」の確認も必要になります。

※ 就業規則が完成していないことは必ずしも労働組合にとって不利なこととは言えません。素案段階で一定の労使協議のもとに修正の機会をとることができるからです。

- ・「就業規則」は職場で過半数を組織する労働組合がある場合はその労働組合とない場合は過半数代表者を労働者が選び、その過半数労組（代表者）から就業規則に対する意見書を取り、その意見書を添付して労働基準監督署に届け出ることによって発効します。
- ・ただし、労基署は過半数労組がどのような意見を添付していても、「そのような意見が添付してあった」と、受理して発効させます。

#### ② 「独立行政法人病院」の「就業規則」を読む

- ・一般的に地方独立行政法人の「就業規則」は設立自治体の「職員関係諸条例」を読みかえる形で作成します。そのため、採用・服務・懲戒・休職を中心に労働法体系（雇用契約）ではなく公務員法体系（任用）の考え方で描かれるものが少なくありません。
- ・一般的には公務員のほうが規定は厳しくされています。必要以上に厳しいものについては規制するがあります。しかし、実態の運用ではあまり活用されないようなら、労働組合専従期間の制限（公務員の場合は最長7年。民間の場合は制限なし）等いくつかの部分を見ておくことよ

いでしょう。

## 2. 労使協定

「労使協定」は43項目以上ありますが、ここでは「36協定」（時間外労働）と「24協定」（組合費のチェックオフ）を中心に締結のテクニックとあわせて解説します。

### ① 「36協定」を読む

- ・通常は、使用者側から労働者側へ提案があります。
- ・「36協定」を締結していない場合、当局は労働者に時間外勤務をさせられないこととなります。
- ・通常は、労働基準法の最長時間が提示されます。職場実態に見合った時間で結ぶことが求められます。
- ・たとえ、「36協定」を締結していない場合でも、「時間外手当」の申請はできますし、時間外手当も払われなくてはなりません。
- ・時間外手当は、時間外労働に対して、使用者は25%以上の率で計算した割増賃金を支払わなければなりません。深夜（22：00～5：00）の時間帯に時間外労働を行わせた場合は、深夜割増賃金率25%+時間外割増賃金率25%=50%となります。
- ・さらに、1か月について60時間を超えて時間外労働をさせた場合には、その超えた時間の労働について、法定割増賃金率を現行の2割5分以上の率から5割以上の率になります。

### ② 「24協定」（組合費のチェックオフ）

- ・組合結成後、労働協約締結を待つことなく「36協定」の締結をすることをふまえて、「36協定」と同時（に近いタイミングで）締結することが必要です。給与電算処理システムの都合から直前の給与から組合費引き落としはできなくなる可能性があるため事前に当局と協議しておいたほうがよいです。前述の「就業規則給与規定素（案）」では「24協定」を結ぶことを前提にした規定が盛り込まれているので、締結そのものに大きな混乱はないと思われます。

## 3. 労働協約

「労働協約」は、職員団体（市職労など）には認められていない、労働組合法上の労働組合の権利です。したがって、新病院の労使にとって初めての経験になります。労働協約は、非常に強い権利を持つので、締結することに使用者側は躊躇することも考えられます。

なぜなら、労働協約は就業規則より優先された効力があるからです。したがって、労働協約を締結する場合、協約文を十分推敲し、吟味する必要があります。さらに、過半数以上の職員で組織する、組織率の高い労働組合である必要があります。

### ① 労働組合にとっての労働協約の3本柱

1. 唯一交渉団体規定…賃金労働条件にかかわるすべてについて、唯一交渉相手と認められるのはわが労働組合であることの協約
2. 事前同意（協議）約款…賃金労働条件の重大な変更にかかわる提案は、事前に労働組合と協

議し、合意の後、提案・実施することの協約

3. 組合活動の自由（便宜供与）…組合事務所、掲示板、施設の使用、ニュースの配布等組合活動にかかわる便宜供与の範囲、組合専従許可に関する協約

※ 以上の3本が「労働協約締結」の骨格といえる。これらは労使の話し合い、合意事項であるため、この3本をどのくらいの「強さ」で合意できるかが重要です。

## ② 労働協約3つの類型（個別労働協約・基本労働協約・包括的労働協約）

※ 労働協約を大きく分けると以下の3つに類型化させることができる。最終形としては「包括的労働協約」を締結したうえで、職場課題等について個別労働協約を積み上げていく、という形が理想です。しかし、ここまで労使関係が成熟するまでには一定の時間がかかります。したがって、合意できる点について一つずつ「労働協約」を結んでいく、「個別労働協約」の積み重ね方式（ゼンセン同盟 地域ユニオン等に多い）か、①の3本柱を基軸とし、労使関係の基本（良好な労使関係）をうたったうえで、法定事項についても確認しながら（不当労働行為の禁止等）、団体交渉ルール等を定めた「基本労働協約」（暫定労働協約）を締結し、その後個別労働協約を積み重ねる中で包括的労働協約に整備していく方式（独法労組は代替これが多い）が現実的と言えます。

## ③ ストライキ安全協定について

病院職場の場合「労働関係調整法」により、争議権が手続き上一部制限されています。

争議行為が発生したときには直ちに届け出る義務が労使に生じるとともに、ストライキを行う場合はその10日前までに労働委員会に届け出る義務が生じます。

また、病院の場合は争議中であっても保安要員の確保等が求められますので、あらかじめ労使で労働協約の中に「ストライキ安全条項」を盛り込みます。

安全条項としては

「労働協約が破棄されていない時、労働協約の改廃を目的とした争議は行わない」

「労働委員会に斡旋、調停、仲裁中は争議を行わない」

「争議を行う場合の保安要員の確保等について話し合う」

「争議期間中も双方からの交渉申し入れに対しては無条件で話し合いに応じる」

「争議期間中の施設内の立ち入り条件」

等について、あらかじめ定めておくことが必要です。

このことは、混乱を抑えるとともに、本来の目的である「話し合い・交渉による解決」を労使双方で促進します。

安全協定の意味がわからず、争議という言葉に反応して「文書で確認書（労働協約）は結ばない」といつてくる当局が散見されますが、当局にとっても必要な協約であることを説明する必要があります。

## ④ ユニオンショップ協定について

地方独立行政法人等、労働組合法の適用される病院労働組合には、「ユニオンショップ協定」を締結することが法的に可能です。

ユニオンショップ協定とは

- ① 事業場（この場合、病院）の過半数の職員を組織する労働組合が
- ② 事業者（法人当局）と「労働協約」によって
  - a：「組合員の範囲」を定め
  - b：事業者側は「組合員以外を雇用しない」ことを約束し
  - c：組合を脱退、除名された労働者を「当局側は30日以内に解雇」することを約束することです。

これは、「労働組合法」によって認められた組合の側の権利です。独法労組はこの協定の締結を「労働協約」で結ぶことで、組合の組織率を確保し、「組合に入らなくても組合の勝ち取った権利はもらえる」という組合未加入者（フリーライダー）を規制できます。当局側にとっても組合との良好な労使関係を確保し、相互に責任を持った交渉を行っていくうえでは意味のあることです。

公務職場の場合は「地方公務員法」や「地方公営企業等関係労働法」により、ユニオンショップ協定締結が制限されていますので、自治労ではあまりなじみはない協定ですが連合傘下の鉄鋼、自動車、電機等の大手民間産別では、ほとんどがユニオンショップ協定を結んでいます。

ユニオンショップは非組合員の解雇だけでなく「組合員の範囲」を定めるもので、管理職を除外するのは当然ですが、医師や非正規職員を除外するのはなるべく避けます。

医師の場合、大学医局人事で動きますので「ユニオンショップ協定」の締結になじまない場合もあり、またパート職員（週20時間以下等）についても困難な場合がありますので、これらの職員は「オープンショップ」（組合加入は任意で可能）とした上で、それ以外の職員はフルタイム勤務の非正規職員含め「ユニオンショップ」の対象とします。

## 「組合組織の確立・病院労組結成と自治体単組との連合体形成」

- ※ 多くの自治体単組がこの運営形態変更に伴う自治体単組の連合体化を進めていますが、当局も単組も十分な知識がないまま、労使双方で適法性に欠ける手続きをしている場合があります。
- 当局も、公平委員会も、議会も問題にしない(気が付かない)というのであればそれで成り立ってしまう部分もあるのですが、「公務員制度改革」論議が進む中で議会、当局は職員団体の適法な登録を以前より気にし始めてますので、各地でこの課題への対応が同時並行で進んでいます。
- ※ 「事例」は全適用ですが独立行政法人の場合も同じです。

---

### 組織整備案検討の原則

#### 1. 今の組合組織体系の確保と継続＝一体性

- 市職と病院支部（病院労組）の統一性の確保＝組合の組織力の維持  
→〇〇市職の連合体化(〇〇市職連合 or 〇〇市職労)

#### 2. 病院職場組合員の負担の軽減＝実効性

- 病院職場の労使関係の確立  
→「労使協定（36協定他）」「交渉権」「労働協約」等
- 役員の統一（〇〇市職＝〇〇市職労≡〇〇市立病院労組）
- 機関運営の一体性（財政 書記局 運動 共済・労金 福利厚生等）

#### 3. 登録職員団体としての市職の確保＝適法性

- 市当局（職員課）、病院当局が合意できる法令、手続き上の条件のクリア  
→形式分離手続(市職と市職連合)

#### 4. 組合員への説明と理解しやすい方法＝合理性・簡略性

- 連合体、登録職員団体のメリット
- 役員・機関運営の統一・一体化のメリット

#### 5. 具体的実務作業課題とスケジュール感の明示＝具体性

- 組織討議・規約改正・役員改選・臨時大会・登録手続き等→作業課題
  - 取り組みスケジュール
-

---

## 1. 今の組合組織体系の確保と継続＝一体性

- 市職と病院支部（病院労組）の統一性の確保＝組合の組織力の維持  
→〇〇市職の連合体化(〇〇市職連合 or 〇〇市職労)

## 2. 病院職場組合員の負担の軽減＝実効性

- 病院職場の労使関係の確立  
→「労使協定（36協定他）」「交渉権」「労働協約」等
- 役員の統一（〇〇市職＝〇〇市職労≡〇〇市立病院労組）
- 機関運営の一体性（財政 書記局 運動 共済・労金 福利厚生等）

## 3. 登録職員団体としての市職の確保＝適法性

- 市当局（職員課）、病院当局が合意できる法令、手続き上の条件のクリア  
→形式分離手続(市職と市職連合)
- 

- ① 労働組合組織としては病院の全適化（「地方公営企業法全部適用」＝労働関係の法律は「地方公営企業等関係労働法」（地公労法））となったのちも現在の〇〇市職（市職員と病院職員の組合員が一体となった組織運営）を維持します【原則その1】。

理由は、組合組織が分離されることで組合組織・財政基盤が弱まり、組合専従・書記の確保や労組としての影響力、共済や保険などの福利厚生、親睦活動等の一体性が弱まることは組合員の利益に反するからです。病院職場においては、市職組織から分離されることで、組合活動や組合員への手当が弱まり、独立した組合としての機関運営・交渉・運動は困難であるともいえます【原則その2】。

- ② 職員団体（〇〇市職）の適法性＝登録職員団体としての適法性を確保したうえで、病院職場の組合員と今まで通り、一緒に活動する方法を組み立てなおさなければなりません。

理由は、登録職員団体の規定を定めた「地方公務員法第53条第4項」に規定では、登録職員団体であるためには、「同一地方公共団体の職員で構成される組合であること」が求められ、全適化によって公営企業職員（病院局職員）に切り替わる病院職場の組合員を登録職員団体の中に加入させることが法令上制限されているからです【原則その3】。（参照：『逐条地方公務員法新版第2次改訂』P875、895）

ただし、労働組合の自主権は認められている（日本は「労働組合の代表選出の自由」を定めた「ILO条約87号条約第3条」を批准しています）ため、「地方公務員法第53条第5条」にて、組合員が正当な手続きで選出した役員は、職員であるかどうか登録要件の条件として、問うてはいけないという趣旨が条文で明記されております【原則その2】。（参照：『逐条地方公務員法新版第2次改訂』P898）

登録職員団体が公営企業体労組（病院労組）とともに上部団体等を構成することは法令上制限さ

れていません。この上部団体(「〇〇市職連合」)が自治労△△県本部に加盟することも問題ありません(参照:『逐条地方公務員法新版第2次改訂』P855~856)

- ③ 「全適化」後の病院職場組合員は、直接の交渉相手は市長部局ではなく、病院局の病院事業管理者に変わります。また、交渉によって確認・合意した事項について書面で確認した確認書は「労働組合法」(地方公営企業等関係労働法)で認められた「労働協約」としての法的効力が認められます。「36協定」等の「労使協定」についても同様です。

〇〇市においては、賃金交渉については、市職と水道労組、企業局労組で構成する「〇〇市労連」で交渉します。しかしそれ以外の労働条件、労働環境等に係る交渉は、病院局との交渉になり、この交渉は登録職員団体である市職労ではなく、病院職場の組合員で作る労働組合、もしくはこの労働組合の加盟する上部団体を交えた交渉を行う必要があります。

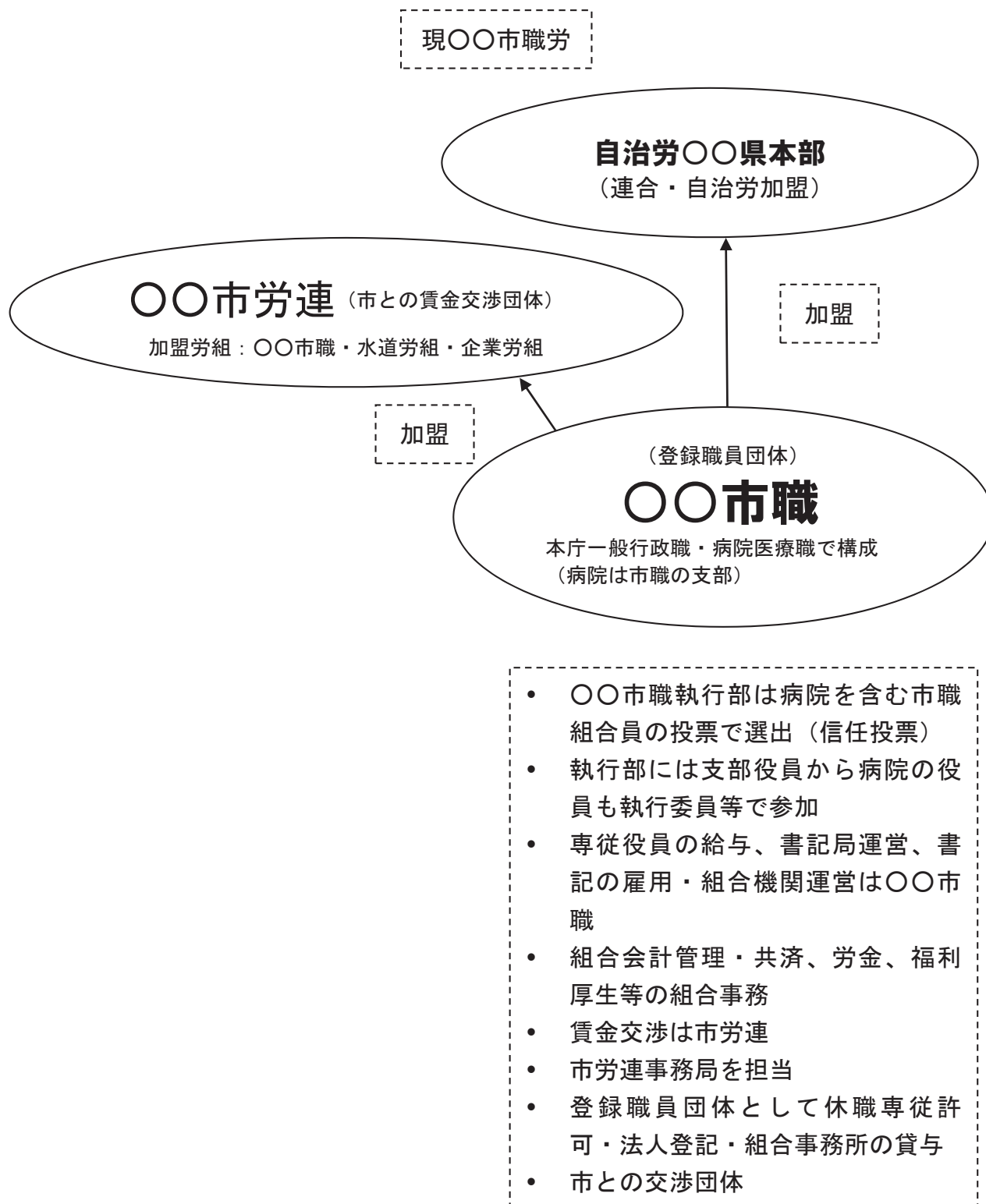
- ④ このように考えた場合、「〇〇市職の登録職員団体としての適法性を確保」したうえで、交渉や組合運営上の病院職場組合員の負担を軽減し、病院全適化後、地公労法上認められた病院職場労働組合に認められた病院局との団体交渉権・労働協約締結権・不当労働行為に対する地方労働委員会への申立権等を確保【原則その2】しようとした場合は、現在の〇〇市職の組織を地公法適用職員団体である「〇〇市職(職員団体〇〇市職)」と地公労法適用労働組合である「病院支部(病院労組)」に分離したうえで両組織が一体となって活動する労働組合の連合体(名称は何でも構いません。「〇〇市職連合」でも「〇〇市職労」でも結構です。ここでは便宜上、この連合体を「〇〇市職連合」とします)を結成することが求められます。【原則その1】

このような方法を「形式分離」と呼びます。

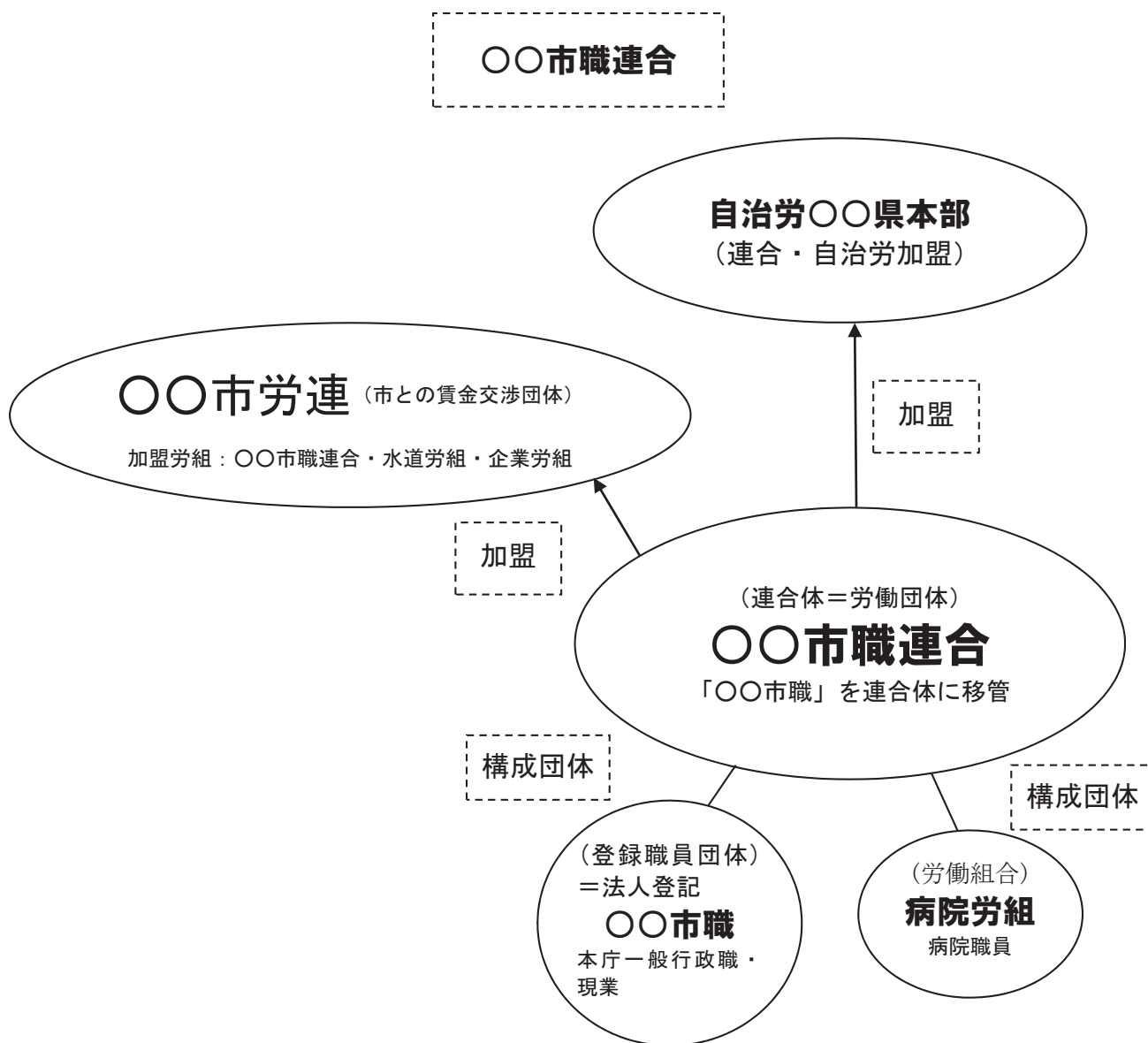
- ⑤ ただし、連合体「〇〇市職連合」の運営や登録職員団体「〇〇市職」、労働組合「病院労組」の機関運営を適法性を担保【原則その3】したうえで組合員(組合役員・書記局を含む)の過剰な負担(組合費の増額、大会・機関会議・組織運営等の二重化、役員・書記局・会計等の二重化)を可能な限り軽減【原則その2】、すなわち“適法性と組合民主主義は保証したうえで”【原則その2】、“一体化できるものは可能な限り一体化させる”【原則その1】、さらにこのような仕組みの変更や手続き、が“組合員にわかりやすく執行部も説明しやすい可能な限り簡易な方法”【原則その4】で、その具体的な取り組み課題(組織討議・規約改正・役員改選・臨時大会・登録手続き等の具体について)を限られた期日(病院の全適化が実施される20××年4月1日まで また、役員改選が行われる20××年1月ならびに休職専従役員の交代する20××年3月19日まで等も意識して)スケジュール感を持った行動計画を策定していく必要があります【原則その5】。

また、条例適用から労働基準法適用等に切り替わる全適病院組合員の組合員の範囲の切り替え(管理職医師の組合員化等)や過半数・全員が加入する労働組合としての代表性を確保する上での病院非正規職員の組合員化等も検討していく必要があります。

## 連合体「〇〇市職連合」のイメージ図







### 組合役員の同一選任

※ 地公法上も、労組法上も役員選出は組合員が自由に選べる。組合規約に「職員（組合員）しか役員になれない」という規定がない限り非職員（非組合員）を役員に選ぶのは自由。

① 〇〇市職連合執行委員長＝〇〇市職執行委員長＝〇〇市立病院労組執行委員長  
でも可

副委員長以下の3労組の全役員も同でも可

② 〇〇市職連合執行委員長＝〇〇市職執行委員長  
〇〇市職連合副執行委員長＝〇〇市立病院労組執行委員長  
〇〇市立病院労組書記長＝〇〇市職連合書記長

等でも可

※ これらは役員推薦の上、信任投票を前提としている限り変わりません。仮に複数候補が出て競争選挙になった場合でも規約上問題なく役員選出投票を実施できます。

※ 形式上、市職、病院労組の組合員はそれぞれの役員選挙（信任投票時）に市職連合の役員投票も同時に行います

---

## 4. 組合員への説明と理解しやすい方法＝合理性・簡略性

- 連合体、登録職員団体のメリット
  - 役員・機関運営の統一・一体化のメリット
- 

1. 連合体を組むことで組合員にとっては「組合のスケールメリット」を享受でき、①組織力・交渉力のある組合に加入している。②組合の福利厚生・共済などの利用にもスケールメリットが反映し、より充実したサービスを受けられる ③書記局経費、事務経費などをこれまで通り一体にできるため、余分な経費を抑えることができ、組合費の増額の必要がなくなる などのメリットがあります。
2. 役員・機関運営を統一することで、1のメリットに加え、別々の組合で活動するより役員数の増員等を抑え、組合委員の活動負担を軽減できます。特に病院の組合員にとっては、これまで通り市職の専従役員の交渉、協議の支援を受けられるため、組合活動になれた担い手を病院の中から育てていくようになるまで、活動や交渉力を停滞させなくて済みます。
3. 市職、病院の組合はそれぞれ組織するため、当局との適法な交渉資格は保証され、法的な保護も受けられますし、病院当局も適法な組合として、交渉に応じます。

※ 基本的には、上記のようなメリットが、あることを市役所、病院双方の組合員に丁寧に説明していくことが求められます。

※ こうした運営方法を選択した場合の懸念としては①特に病院の組合員の中から、自分たちの労働組合として自分たちで活動するという機運が育ちにくくなってしまわないか ②役員・専従の市職員側からは市の職員からははずれた病院職員（企業職員）で職種（一般行政職と医療職）、給与表（行政職1表と医療職2.3表）、勤務形態（交代制勤務）、手当等の違いから「病院のことはよくわからない」として、組合費はもらっていても交渉できない、というようなことが起きることがあります。これでは病院の組合員は納得しません。こうしたことにならないよう病院からは役員・活動家づくりを、市職出身の専従者には、病院の課題も含めて積極的に取り組んでいく、という姿勢が求められます。特に病院の課題については、一般行政職とは異なる課題も多いので、県本部の衛生医療評担当役員、拡大専門員と連携して取り組みを行っていくことが必要です。

---

## 5. 具体的実務作業課題とスケジュール感の明示＝具体性

- 組織討議・規約改正・役員改選・臨時大会・登録手続き等→作業課題
  - 取り組みスケジュール
- 

1. ○○市職を登録職員団体（病院職員=病院労組を除いた「○○市職」）と「○○市職連合」（「病院労組」を含めた連合体＝労働団体）に形式的に分離。病院支部を「地公労法」（労組法）上の労働組合「○○市立病院労組」として立ち上げます。

※ ○○市職、病院

※ 「規約」の改正。

○○市職→「○○市職（○○市役所職員組合）」（病院を除く）＝登録職員団体・法人格

○○市職→「○○市職連合（○○市職員労働組合連合）」（病院を含む。役員、書記局、書記雇用、県本部加盟単位。現○○市職の組織・運動を実質承継）＝労働団体

病院支部→「○○市立病院労組」

※ 市職の専従許可は登録職員団体「○○市職」

※ 病院の「労使協定」（36協定等）と

※ 賃金交渉は「○○市労連」、

※ 連合体を組んでいる多くの自治体単組は「市職連合」を「混合職員団体」もしくは「労働組合」として労使で確認していますが地公法、労組法を厳格に適用解釈すると連合体の組織の性格は「労働団体」（○○市労連や自治労県本部と同じ。これらも法的には「労働団体」です）となります。ただし、要求書・確認書等にそれぞれの単位組合名が入っていれば、職員団体、労働組合双方の交渉権に支障はありません。

2. 「○○市職連合」の役員は、病院を含めた組合員で選出し、この役員と「○○市職」の役員構成は一緒でも構いません。病院労組について同様でも可。実質的に○○市職連合（現○○市職）が組合組織・活動の中心になります。

※ 96ページ（組合役員の同一選任参照）。3組織の規約上はそれぞれで役員選出を2組織（市職、病院労組）の全組合員投票で決めますが、その役員は①全部一緒 ②一部一緒 のどちらかを役員として推薦し、信任投票を行います。

※ 投票形式上では○○市職は「市職と、市職連合の役員投票」、病院労組は「病院労組と市職連合の役員投票」の2回を同時に行います。

※ この方法が、「形式分離」です。役員選出、執行体制を一部分離すれば一般的な「連合体」になります。

3. ○○市職、病院労組は○○市職連合の構成団体とし、規約上○○市職連合は、「両労組の組合員で構成する」とします。

※ 規約の整備は、市職委員長、書記長とも相談しながら必要でしたらモデル素案を自治労オルグのほうで提示することもできます。

※ 「○○市職員労働組合連合（仮称）」規約…現○○市職市職の規約をベースに書き起こします。

※ 「○○市役所職員組合」規約…登録職員団体規約の体裁を維持し、現規約をほぼ踏襲した規約整備（現規約には、大きな不備はありませんが、現在の機関運営の実態を踏まえ、改めるべき箇所があればこの機会に改正するとよいかもしれません。

※ 「○○市立病院職員労働組合（仮称）」…地公労法(労組法)適用規約として新たに作成する必要があります。

4. 法人登記は、登録職員団体「○○市職」におきます。登記上の変更は基本的には必要ありません（登記内容を確認の上、判断します）

5. 組合費は両労組でチェックオフしたうえで、全額市職連合に納入。役員給与、書記の雇用、書記局、会計、福利厚生、県本部加盟その他組合活動全般は、市職連合が行います。○○市職、病院労組は大会運動方針・会計報告で「組合員が参加した市職連合大会方針に基づいて活動する」「組合費は市職連合に納付し、市職連合の決算を承認する」で構いません。会計監査も同様です。

6. 大会の開催方法は、市職連合大会と同時に、市職、病院労組大会を開催し、上記のような経過報告・運動方針・決算・予算・役員選出を承認し、市職連合大会での決議の成立によって成立させます。（厳密には、たとえ短時間でも市職連合総会に先立って市職大会 病院労組大会を開催して議案を決議し、その決議を持って、市職連合大会に両労組代議員が参加し市職連合大会での討議・決議を行う、という方法が望ましいですが、一体でやってしまう、という方法をとる単組も実はあります。）

7. 市職連合の構成団体である市職、病院労組組合規約に支部、専門部（青年部・女性部等）規定を設け、支部活動費等を交付するのであれば、構成団体の予算案には支部予算等を計上しておく必要があります。これを市職連合が行うというのであれば（市職連合は、両労組の組合員で構成すると規約上書きますので可能です）、支部活動費を市職連合の予算案ですべて可能です。大会での方針確認に基づき、市職連合が市職支部（等）の活動費を交付する、という方法も選択可能です。

8. 市労連には市職連合として加盟していいと思いますが、登録職員団体、労働組合として参加するほうが望ましいと判断するなら、市労連加盟単位は「労働団体○○市職連合」ではなく「登録職員団体○○市職」と「労働組合○○市立病院労組」として加盟し、統一交渉を行う、という方法も選択可能です。市労連の規約の作り直し方次第です。

大まかな取り組み手順とスケジュール(参考)

	組 合	当 局
〇〇年 11月	<input type="checkbox"/> 市職執行部による全的対応の理解と判断（一体性・適法性等の理解） <input type="checkbox"/> 素案の作成と職員課との協議。合意	組合と職員課、病院当局との協議すり合わせ
1 2 月	<input type="checkbox"/> 連合体に向けた組織整備準備着手 <input type="checkbox"/> 連合体・職員団体・病院労組の規約案(改正案)の作成（市労連の規約改正案） <input type="checkbox"/> 市労連の了解 <input type="checkbox"/> 市役所、病院双方の組合員への説明周知	<input checked="" type="checkbox"/> 市議会での全適提案 <input type="checkbox"/> 職員条例等の一部改正 <input type="checkbox"/> 病院職員の服務規程（給与規定等を含む）の策定…労基法上の「就業規則」 <input type="checkbox"/> 管理職範囲等の見直し（「名ばかり管理職」の回避）
〇〇年 1 月	<input type="checkbox"/> 組員の了解(委員会開催) <input checked="" type="checkbox"/> 役員選挙 <input type="checkbox"/> 市職規約改正承認の組合員投票（役員選挙時までに間に合わなければ2月でも可。ただし投票は必要）	
2 月	<input type="checkbox"/> 組合結成準備会（規約・役員…投票が行われていれば選出策定済み） <input type="checkbox"/> 印鑑・ゴム印・組合旗作成・書記雇用・社会保険等の変更手続き準備 <input type="checkbox"/> 管理職医師のうち非管理職化する医師等への組合加入働きかけ(説明会) <input type="checkbox"/> 非正規職員への組合加入働きかけ(説明会)	<input type="checkbox"/> 病院で労働基準法全面適用になることへの職員・管理職への周知 <input type="checkbox"/> 市職員の病院への異動は出向人事になること等の人事の変化の説明周知
3 月	<input type="checkbox"/> 連合体移行の市職臨時大会（市職大会、病院労組の結成大会） <input type="checkbox"/> 労金・保険・共済等の名称変更手続き。県本部への名称変更通告他 <input checked="" type="checkbox"/> 専従の任期交代(3/19) <input type="checkbox"/> 労使協定・労働協約締結のための当局との協議 <input type="checkbox"/> 登録職員団体市職の登録変更	<input checked="" type="checkbox"/> 市議会 条例改正？ <input type="checkbox"/> 就業規則に相当する条例・規定の完成 <input type="checkbox"/> 労使協定・労働協約締結のための組合の協議
4 月	<input type="checkbox"/> 病院労組組合結成通告。36協定・宿直許可 <input type="checkbox"/> 病院労組労働協約締結	<input type="checkbox"/> 就業規則に相当する条例・規定の組合の意見書を添付しての労基署への届け出 <input type="checkbox"/> 36協定の労基署への届け出(宿直許可)

## 【事例つき解説5】

### 「病院特有の労働課題への対応と組合執行部の役割」

病院特有の労働課題とは

1. 夜間交代性勤務…「夜勤がきつい」
2. 年休が取れない（休めない）
3. 不払い残業がある（時間外業務研修）

です。

これに加えて

1. 宿直…実質勤務扱い
2. 呼び出し・待機…ルールと手当が脱法的
3. 職種ごとの特殊勤務手当

さらには

1. パワーハラスメント
2. セクシャルハラスメント
3. 貸与被服
4. 職場の上下関係・人間関係

等も自治体職場以上に深刻化することが多く、行政職員にはない働き方や手当の入り方をしているため、自治体単組役員でも十分に理解し交渉できていない場合が散見されます。

一方で、

1. 交代制勤務のため組合会議や行事に出席しづらい
2. 役員のなり手がなかなかいない
3. 資格職であることから簡単に退職・離職する

等の課題があります。

これらの課題については

- ① 法律・制度・国等の通知をしっかりと守らせることで解決が一定できること
  - ② 組合の課題として労使で十分に話し合い改善を進められること
  - ③ 組合の主体的な努力によって組合員から頼りにされる組織作りを進めること
- の組み合わせによって、解決していく必要があります、

これらを含めて、組合組織の強化と拡大が求められます。

組合組織の強化拡大といったときにもっとも基本となるのは

「組合を担う執行部を強化すること」

で自治労という組織はこのためにあるといっても過言ではありません。

「強い執行部」とは

- ・大会（役員選挙）で役員が組合員の信任を得て選ばれていること
- ・大会や執行委員会等組合の機関会議がきちんと開かれていること
- ・執行委員の役割分担がなされ、執行委員会で確認されたことが役割ごとに割り振られ実施されること

と

- ・執行委員会で職場課題が必ず出され、議論されること
- ・こうした執行部の議論や活動が組合ニュースや職場懇談会、学習会等で組合員に伝えられていること

と

を通じて必ず作られます。

組合組織の連合体化等により、自治体単組と連携しつつ病院職場の労働組合は執行部と病院における組合活動の担い手作りをこれまで以上にすすめていく必要があります。

この活動は、職場内だけでなく、県内の自治体病院労組、さらには全国の病院職場の経験に学びながら強化をしていくことが必要です。

そのための相互の経験・事例を、法律・制度の学習とあわせ、交流していく仕組みを作っていかなければなりません。

## XI 独立行政法人病院一覧

(2015. 10. 1時点)

	県名	施設名	設立年	病床数	種別	常勤職員数	組合
1	北海道	札幌医科大学附属病院	2007.4.1	938	公立大学法人	1185	自治労
2	宮城県	地方独立行政法人宮城県立病院機構宮城県立がんセンター	2011.4.1	383	一般	650	自治労
3	宮城県	宮城県立こども病院	2011.4.1	160	一般	321	なし
4	宮城県	宮城県立循環器・呼吸器病センター	2011.4.1	140	一般	165	自治労
5	宮城県	宮城県立精神医療センター	2011.4.1	271	一般	192	自治労
6	秋田県	秋田県立脳血管研究センター	2009.4.1	184	一般	208	自治労
7	秋田県	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター	2009.4.1	300	一般	249	自治労
8	秋田県	市立秋田総合病院	2014.4.1	458	一般	767	自治労
9	山形県	日本海総合病院	2008.4.1	646	一般	669	自治労/医労連
10	山形県	日本海総合病院酒田医療センター	2008.4.1	114	一般	241	自治労/医労連
11	福島県	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	2006.4.1	778	一般	1276	自治労
12	福島県	福島県立医科大学会津医療センター附属病院	2013.5.13	226	一般	449	自治労
13	栃木県	新小山市市民病院	2013.4.1	342	一般	499	自治労
14	千葉県	さんむ医療センター	2010.4.1	312	一般	242	なし
15	千葉県	東金九十九里地域医療センター	2010.10.1	314	一般	435	なし
16	東京都	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	2009. 4.1	550	一般	733	単独/自治労連
17	神奈川県	神奈川県立足柄上病院	2010.4.1	296	一般	351	自治労/自治労連
18	神奈川県	神奈川県立がんセンター	2010.4.1	415	一般	499	自治労/自治労連
19	神奈川県	神奈川県立こども医療センター	2010.4.1	419	一般	740	自治労/自治労連
20	神奈川県	神奈川県立循環器呼吸器病センター	2010.4.1	239	一般	247	自治労/自治労連
21	神奈川県	神奈川県立精神医療センター 芹香病院	2010.4.1	323	一般	292	自治労/自治労連
22	神奈川県	神奈川県立精神医療センター せりがや病院	2010.4.1	50	一般	60	自治労/自治労連
23	神奈川県	横浜市立大学付属病院	2005.4.1	654	公立大学法人	1073	自治労/全大教
24	神奈川県	横浜市立大学附属市民総合医療センター	2005.4.1	726	公立大学法人	1348	自治労/全大教
25	山梨県	山梨県立北病院	2010.4.1	192	特定	129	自治労
26	山梨県	山梨県立中央病院	2010.4.1	651	特定	704	自治労
27	静岡県	静岡県立こころの医療センター	2009.4.1	280	一般	145	自治労
28	静岡県	静岡県立こども病院	2009.4.1	279	一般	564	自治労
29	静岡県	静岡県立総合病院	2009.4.1	712	一般	859	自治労
30	長野県	長野県立阿南病院	2010.4.1	85	一般	127	自治労
31	長野県	長野県立木曾病院	2010.4.1	259	一般	207	自治労
32	長野県	長野県立こども病院	2010.4.1	200	一般	325	自治労
33	長野県	長野県立こころの医療センター 駒ヶ根	2010.4.1	129	一般	118	自治労
34	長野県	長野県立須坂病院	2010.4.1	338	一般	307	自治労
35	愛知県	名古屋市立大学附属病院	2006.4.1	808	公立大学法人	1439	全大教
36	岐阜県	岐阜県総合医療センター	2012.4.1	590	一般	755	自治労
37	岐阜県	岐阜県立下呂温泉病院	2012.4.1	206	一般	316	自治労
38	岐阜県	岐阜県立多治見病院	2012.4.1	627	一般	626	自治労
39	三重県	桑名西医療センター	2009.10.1	234	一般	387	自治労
40	三重県	桑名南医療センター	2009.10.1	79	一般	114	自治労
41	三重県	桑名東医療センター	2013.4.1	349	一般	458	自治労
42	三重県	三重県立総合医療センター	2012.4.1	443	特定	474	自治労
43	京都府	京都市立京北病院	2011.4.1	67	一般	41	自治労連
44	京都府	京都市立病院	2011.4.1	548	一般	801	自治労/自治労連
45	京都府	京都府立医科大学附属病院	2008.4.1	877	公立大学法人	1268	全大教
46	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	2006.4.1	768	一般	1022	自治労/自治労連
47	大阪府	大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	2006.4.1	464	一般	490	自治労/自治労連
48	大阪府	大阪府立精神医療センター	2006.4.1	473	一般	365	自治労
49	大阪府	大阪府立成人病センター	2006.4.1	500	一般	731	自治労/自治労連
50	大阪府	大阪府立母子保健総合医療センター	2006.4.1	375	一般	611	自治労/自治労連
51	大阪府	大阪市立大学附属病院	2006.4.1	980	公立大学法人	1500	全大教
52	大阪府	地方独立行政法人りんくう総合医療センター	2011.4.1	388	一般	408	なし
53	大阪府	地方独立行政法人市立吹田市民病院	2014.4.1	431	一般	729	自治労連
54	大阪府	大阪市民病院機構総合医療センター	2014.10.1	1063	一般	1924	自治労
55	大阪府	大阪市民病院機構 十三市民病院	2014.10.1	263	一般		自治労



56	大阪府	大阪市民病院機構住吉市民病院	2014.10.1	198	一般		自治労
57	大阪府	地方独立行政法人堺市立病院機構 市立堺病院	2012.4.1	487	一般	669	自治労連
58	兵庫県	明石市立市民病院	2012.10.1	357	一般	467	自治労
59	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	2009.4.1	700	一般	1182	自治労
60	兵庫県	神戸市立医療センター西市民病院	2009.4.1	358	一般	444	自治労
61	兵庫県	地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川西市民病院	2011.4.1	397	一般	445	独立
62	兵庫県	地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川東市民病院	2011.4.1	206	一般	315	独立
63	奈良県	奈良医科大学附属病院	2007.4.1	978	公立大学法人	1547	自治労
64	奈良県	奈良県立病院機構総合医療センター	2015.4.1	430	一般	638	自治労
65	奈良県	奈良県立病院機構西和医療センター	2015.4.1	300	一般	427	自治労
66	奈良県	奈良県立病院機構総合リハビリテーションセンター	2015.4.1	100	一般	157	自治労
67	和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	2006.4.1	800	公立大学法人	1128	自治労
68	和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院紀北分院	2006.4.1	104	公立大学法人	100	自治労
69	岡山県	岡山県精神科医療センター	2007.4.1	252	一般	256	自治労
70	岡山県	地方独立行政法人岡山市立総合医療センター	2014.4.1	400	一般	649	自治労連
71	岡山県	岡山市立総合医療センター岡山市立せのお病院	2014.4.1	60		43	自治労連
72	広島県	府中北市民病院	2012.4.1	50	一般	74	自治労
73	広島県	府中市民病院	2012.4.1	150	一般	169	一部
74	広島県	広島市立安佐市民病院	2015.4.1	527	一般	1144	自治労連
75	広島県	広島市立広島市民病院	2015.4.1	743	一般		自治労連
76	広島県	広島市立舟入市民病院	2015.4.1	190	一般		自治労連
77	広島県	広島市立リハビリテーション病院	2015.4.1	100	一般		自治労連
78	山口県	地方独立行政法人山口県立病院機構山口県立総合医療センター	2013.4.1	504	一般	758	自治労
79	山口県	山口県立こころの医療センター	2013.4.1	180	一般	118	自治労
80	山口県	下関市立市民病院	2012.4.1	436	一般	395	自治労
81	徳島県	徳島県鳴門病院	2014.4.1	307	一般	516	医労連
82	福岡県	大牟田市立病院	2010.4.1	350	一般	345	自治労
83	福岡県	地方独立行政法人筑後市立病院	2011.4.1	233	一般	194	自治労
84	福岡県	川崎町立病院	2011.4.1	102	一般	70	自治労
85	福岡県	福岡市民病院	2010.4.1	204	一般	237	自治労
86	福岡県	福岡市立こども病院・感染症センター	2010.4.1	233	一般	276	自治労
87	福岡県	地方独立行政法人くらて病院	2012.4.1	222	一般	180	自治労/独立
88	福岡県	地方独立行政法人芦屋中央病院	2015.4.1	137	一般	112	自治労
89	佐賀県	佐賀県立病院好生館	2010.4.1	450	一般	531	自治労
90	長崎県	地方独立行政法人北松中央病院	2005.4.1	199	一般	254	なし
91	長崎県	長崎市立市民病院	2012.4.1	414	一般	379	自治労/自治労連
92	長崎県	長崎市立病院成人病センター	2012.4.1	132	一般	137	自治労/自治労連
93	沖縄県	那覇市立病院	2008.4.1	470	一般	724	自治労
	合計			35356		45915	

今後地方独立行政法人への移行が進められようとしている病院

1	北海道	松前町立松前病院	2016?	100		111	自治労
2	栃木県	栃木県立がんセンター	2016?	324		417	自治労
3		栃木県立とちぎリハビリテーションセンター	2016?	120		94	自治労
4	千葉県	国保旭中央病院	2016.4.1?	989		1991	なし
5	静岡県	静岡市立静岡病院	2016?	506		710	自治労連
6		静岡市立清水病院	2016?	475		502	自治労連
7	愛知県	愛知県がんセンター愛知病院	2018?	276		300	独立
8		愛知県がんセンター中央病院	2018?	500		600	独立
9		あいち小児保健医療総合センター	2018?	200		350	独立
10		愛知県立城山病院	2018?	342		170	独立
11	滋賀県	大津市立病院	2017?	506		659	自治労/自治労連
12	大阪府	東大阪市立総合病院	2016.10.1	547		851	自治労
13		大阪府立中河内救命救急センター(指定管理)	2016.10.1	97		111	なし
14	長崎県	佐世保市立総合病院	2016.4.1	594		1100	自治労
15	熊本県	国民健康保険和水町立病院	2020?	98		74	自治労
16		公立玉名中央病院	2020?	302		271	自治労
17		医師会立 玉名地域保健医療センター(医師会病院)	2020?	150		132	なし
	合計			6126		8443	

地方独立行政法人病院は、2015年4月時点92病院、常勤職員数45348人。公立病院(公立医大病院含む)職員約30万人中約15%はすでに独立行政法人職員。このうち特定独立行政法人(公務員型)は3病院にとどまり、89病院は非公務員型の一般独立行政法人(公立大学法人含む)。大阪府立病院機構、岡山県立病院機構は2015年4月に特定から一般地方独立行政法人に

労働組合組織は92病院中71病院に自治労の組織がある。

他産別では、医労連加盟3自治労連24 全大教(全国公立大学高専教職員組合 日教組を脱退し、上部未加盟の労組。組合員約3万人 共産党色が強い)5だが、自治労連・全大教参加の単組のほとんどは医労連との二重加盟。自治労連の多くは自治労と競合している。自治労連・医労連・全大教で職場過半数を組織化できている病院はほとんどない(確認できているのは大阪市立大病院労組くらい)。

2015年10月時点で新たな独法化計画病院は17病院に上る。この過半は今年度になって表面化したもので今後さらに増加すると思われる。

公民を超えた医療再編の影響から、東大阪市立病院の府立救命救急センター(府の財団による指定管理)の指定管理受託、熊本県玉名市では組合立病院・町立病院・医師会立病院の”公公民”による統合新病院・独法化計画等も浮上している。

## XII 経営形態別労組比較表

	地方公営企業法		地方独立行政法人		指定管理者 (利用料金制)	
	一部適用	全部適用	公務員型	非公務員型		
組織・定数	開設者	地方公共団体			地方公共団体が、法人その他の団体を指定	
	組織の性格	地方公共団体・特別地方公共団体		特別行政主体	医療法人	
	運営責任者	地方公共団体の長	病院事業管理者	理事長だが、事実上自治体の関与がある	地方公共団体及び指定管理者	
			事業運営は、基本的には地方公共団体の方針に基づくため実態として制約あり		指定管理者制度の病院はあくまで「公立病院」であり、設置責任は自治体。受託先が事業撤退する事例多数。	
	財政	地方公営企業法・一般会計と連結		自治体からの運営交付金など・将来負担比率に該当	地方公営企業法・一般会計と連結	
	設立団体の長の関与	一般行政組織と同様	・管理者の任免等 ・予算の調整、議案の提出 等	・中期目標の策定、指示(3～5年、公立大学は6年) ・中期計画の認可、変更命令 ・年度計画の届出 ・業務実績評価 ・中期計画終了時の検討、報告聴取、立入検査、是正命令 ・理事長の任免 等	・設置運営責任及び指定管理者の指定 ・年度終了後事業報告書受理 ・管理業務又は経理状況の報告聴取等 ・事業運営状況の評価 ・指定取消、管理業務停止命令 ・事故などがあった場合は、あくまで自治体の責任(いずみ野市プール事故判例)	
	議会の関与	・地方公営企業の設置 ・予算の議決 ・決算の認定 ・料金に係る条例設定		・地方独立行政法人の設立 ・定款の作成、変更 ・中期目標の作成、変更 ・中期計画の作成、変更(料金を含む)等	・指定の手續、管理の基準、業務内容等の 条例設定 ・指定に係る議決 ・利用料金の基準制定	
	内部組織	設置条例で設置及びその経営の基本を定め、その他は地方公共団体の長が規則等で設定	設置条例で設置及びその経営の基本を定め、その他は管理者が企業管理規定で決定	理事長、監事以外の役員(理事)及び内部組織は理事長が必要な組織を決定	基本設定締結時に組織体制に関する計画書を地方公共団体が審査	
	定数管理	条例で定める		職員数を設立団体に報告	定数管理の概念なし	
		自治体全体の枠内で職員定数の制限あり	職員定数の制限あり	理事長が自らの裁量で弾力的に決定		
人事・労働条件	人事権(職員の任命)	地方公共団体の長	事業管理者	理事長に職員任命権あり	指定管理者	
	職員採用	人事委員会・公平委員会	病院事業管理者	理事長	指定管理者	
	職員身分	地方公共団体の地方公務員		地方独立行政法人の公務員	非公務員	
	兼職・兼業	営利企業などの従事制限あり		制度上兼業可能だが、就業規則で禁止している事例多数		
	移行時における職員の処遇	事業管理者に新たに任命されるが、基本的には現行のまま変化無し		現職員のうち条例で定める職員は、別に辞令を発せられない限り、法人設立の日において法人の職員となる。自治体からの派遣は原則5年。最長10年。  地方公共団体の職員でなくなる	指定管理者が任命。自治体からの派遣は、公益法人である場合、条例で定めれば原則3年特例5年。  同左 かつ公務員でなくなる	
	移行時における労使協議			<b>独立行政法人の移行にあたっては、労使が十分話し合うこと(国金付帯決議事項)</b>		
	給与	・人事委員会勧告を基に一般の地方公務員と同様に条例で定められる・職務の内容と責任に応ずる ・生計費、国及び地方公共団体職員並びに民間事業の従事者の給与その他の事情を考慮して決定	左記に加え、当該地方公営企業の経営状況、その他の事情を考慮して企業独自の給料表を設定可	・同一又は類似の職種の国及び地方公共団体の職員並びに民間事業の従事者の給与を考慮 ・当該法人の業務成績を考慮 ・認可中期計画の人員費の見積り等を考慮	・当該法人の業務成績を考慮 ・社会一般の情勢に適合させる	労使の労働協約、就業規則等に基づいて決定。ただし、指定管理制度は、自治体の「措置」であるため、自治体の関与が働く可能性あり。
	予算	・予算単年度主義だが債務負担行為による複数年契約が可能 ・地方公共団体の長が調整して議会提出	・予算単年度主義だが債務負担行為による複数年契約が可能 ・事業管理者が予算原案を作成して地方公共団体の長に送付。長が調整して議会提出	・中期計画に基づき、年度毎の業務運営に関する年度計画を定め設立団体の長に届け出る。議会への報告も求められる場合がある。多くの場合が運営交付金を計画的に実施されている。	・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が、受託先から変更を求めることが多発。	
	契約	地方自治法等に基づく  債務負担行為などによって複数年契約可能	地方自治法等に基づく  複数年契約に議会承認不要	特に無し		
	資金調達	起債可能。設置者や銀行からの長期・短期の借入金が可能		設立団体からのみ短期借入金は可能		独自資金調達
会計制度	地方公営企業会計 借入資本金(資本)、みなし償却などの独自制度あり		地方独立行政法人会計 資産見返運営交付金(固定負債)、退職手当引き当積み立て義務、など。移行に伴って設立団体に出発が発生。			
監査	監査委員監査、包括外部監査		監査委員監査、包括外部監査、会計監査人監査			
評価制度			評価委員会による評価			
公立大学			公立大学は非公務員型に限定			
特徴			理事会や監査体制、自治体とは分離した独自の人事管理制度など、初期投資、運営経費が新たに負担となる。	理事会や監査体制、自治体とは分離した独自の人事管理制度、雇用保険など、初期投資、運営経費が新たに負担となる。	指定管理期間は3年と5年が多数。10年、30年の例あり。公募が基本とされている。指定管理先が撤退する場合、もしくは倒産などした場合は、地域医療の責任が果たせないなどのリスクがある。	

	地方公営企業法		地方独立行政法人		指定管理者
	一部適用	全部適用	公務員型	非公務員型	
主な適用法律	地方公務員法	地公法・地方公営企業法・地方公営企業労働関係法			労働三法
開設者	地方公共団体				地方公共団体が、法人その他の団体を指定
交渉当事者	地方公共団体の長	病院事業管理者	理事長だが、事実上自治体の関与がある		指定管理者（地方公共団体）
労働関係適用法律	労働基準法、地方公務員法、（労働組合法）	労働基準法、地方公務員法、地方公営企業法、地方公営企業労働関係法、労働組合法、労働関係調整法	労働基準法、労働組合法、労働関係調整法、労働契約法、パート労働法		
監督機関	人事委員会	労働基準監督署			
不当労働行為などの救済機関	人事委員会。ただし、救済の実態無し。 特別職労組は労働委員会	労働委員会			
団結権	職員団体制度 人事委員会への登録必要 構成員は当該地方公務員のみ ユニオンショップ不可	労組法上の労働組合 ユニオンショップ不可		労組法上の労働組合 地方公務員の労組加入は可能 ユニオンショップ可	
組合の引継ぎ		支部・分会を労働組合に再編成する、新たに労組結成	職員団体がある場合、労働組合として継続可能		支部・分会を労働組合に再編成する、新たに労組結成
団体交渉権	職員団体登録しないと、団体交渉権発生しない 事前に予備交渉規定 交渉ルールの制限明記 交渉人の制限 管理運営事項は交渉課題とならない規定あり ただし、管理運営事項の範囲は判例が分かれている	団体交渉権あり 管理運営事項（地公法よりもやや明確）は交渉課題とならない規定あり ただし、管理運営事項の範囲は判例が分かれている		団体交渉に関する制限なし	
労働協約締結権	労働協約締結権なし 書面による協定は可だが、紳士協定の性格	労働協約締結権 労働協約の締結義務・履行義務 不当労働行為には罰則			
争議権		なし		あり。自治体からの派遣職員も争議権あり	あり。ただし自治体からの派遣者は争議権なし。
専従	7年以下 人事委員会規則で規定	7年以下 労働協約で規定		専従制限なし ただし、就業規則で制限事例あり	
労働条件決定方法	勤務条件は条例で定める。	労働協約、ただし地方公共団体の長は、10日以内に条例改正の議決を求めなければならない。	労働協約。ただし法律で自治体などに準じる規定あり。設立団体への届出。	労働協約。ただし、労働協約で「自治体に準じる」規定など必要	労使交渉・労働協約
チェックオフ	条例制定によって、チェックオフ可能	労働協約事項			
36協定	病院などの現業職場については締結必要	締結必要			
変形労働	1ヶ月以内の変形労働のみ可能	1ヶ月以内の変形労働可能 それ以上1年以内は、労使協定締結により可能			
フレックスタイム	適用除外	労使協定締結により可能			
裁量労働	適用除外	労使協定締結により可能			
年休の計画的付与	適用除外	労使協定締結により可能			
職員身分	自治体の地方公務員		法人の地方公務員	非公務員の法人職員	指定管理先の職員
労働契約	労働契約ではなく、自治体側の一時的な任用			労働契約	
派遣職員について		地方自治法に準じ、地方自治体からの派遣可能	移行型独立行政法人については、通常5年、特例10年移行型でない場合は、通常の派遣法による事務職員などが、当面、派遣される事例多数	地方自治体からの派遣は、公益法人への地方公務員法に基づく条例が必要。通常3年、特例5年。	
雇用保険	なし			あり	
共済	地方公務員関係の共済、非常勤は社会保険が多い			共済継続。（非常勤）職員は社会保険。	社会保険
互助会		継続	労使交渉で、継続させる必要あり。		加入できない
退職金		継続	承継職員の退職金は継続。ただし、退職手当組合加入の場合は調整必要。		指定管理先の職員となる場合は、清算される
公宅		自治体の規定にもよるが基本的に継続入居可能	特別な定めが無い場合、退去を命じられる		退去を命じられる
臨時・非常勤職員	任用・有期	任用・有期	任用・有期	継続雇用・正規職員化を求める必要あり。	継続雇用・正規職員化を求める必要あり
管理職の範囲	人事委員会規則で定める	役員、雇入解雇昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある労働者、使用者の労働関係についての計画と方針に関する機密の事項に接し、そのためにその職務上の義務と責任とが当該労働組合の組合員としての誠意と責任とに直接に接する監督的地位にある労働者その他使用者の利益を代表する者は組合に入れない。			
労働安全	労働基準監督官の権限なし	労働安全衛生法全面適用			
災害	地方公務員災害補償法			労働者災害補償保険法	
政治的行為	地位利用などの制限あり	制限なし。ただし、議員に当選した場合は失職		制限なし	
組合事務所	労組法準用	労働組合法			
組織形態	労運方式、形式分離方式、単独方式などあり				
運動形態について	自治体単組と一体となった運動が必要。				

## XIII 新たな「公立病院改革」（ガイドライン・プラン）について

総財準第59号

平成27年3月31日

各 都道府県知事  
（各都道府県財政担当課、市町村担当課、  
都道府県立病院担当課扱い）

各 指定都市市長  
（各指定都市財政担当課、市立病院担当課扱い）

関係一部事務組合管理者  
（都道府県・指定都市が加入するもの）

関係広域連合の長  
（都道府県・指定都市が加入するもの）

殿

総務省自治財政局長

### 公立病院改革の推進について（通知）

病院事業を設置している地方公共団体においては、「公立病院改革ガイドライン」（平成19年12月24日付け自治財政局長通知）を踏まえ、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んでいただいているところですが、今般、新たな公立病院改革ガイドラインを別添のとおり策定いたしましたので、来年度以降の公立病院改革について、本ガイドラインを踏まえ、取り組んでいただくようお願いします。

各都道府県知事におかれては、貴都道府県内の市区町村に対しても、この旨を周知していただくとともに、適切な御助言をお願いします。

また、地域の元気創造プラットフォームにおける調査・照会システムを通じて、各市町村に対して、本通知についての情報提供を行っていることを申し添えます。

# 新公立病院改革ガイドライン

## 第1 更なる公立病院改革の必要性

### 1 公立病院改革の現状

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、多くの公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、平成19年12月24日付けで「公立病院改革ガイドライン」（以下「前ガイドライン」という。）を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、公立病院改革プランの策定を要請したところであり、これを踏まえ、それぞれの地方公共団体において病院事業の経営改革に取り組んでいるところである。

公立病院改革プランに基づくこれまでの取組みの結果については、総務省において毎年度実施状況を調査し公表してきたが、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組む病院が大幅に増加するとともに、経常損益が黒字である病院の割合が、公立病院改革プラン策定前の約3割から約5割にまで改善するなど一定の成果を上げているところである（資料1）。

しかしながら、依然として、医師不足等の厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれていない病院も多い。また、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことがますます必要になっている。このため、引き続き、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しとの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療を確保していく必要がある。

### 2 医療制度改革の推進

国においては、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号）に基づく措置として、都道府県による地域の将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）の策定、医療従事者の確保・勤務環境の改善、消費税増収分を活用した基金（以下「地域医療介護総合確保基金」という。）の設置等を内容とする「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が、平成26年6月25日に公布され、順次施行されているところである。

今後の公立病院の改革のあり方は、こうした医療制度改革と密接な関連があり、連携を十分にとって進めていく必要がある。

### 3 公立病院改革の基本的な考え方

今後の公立病院改革の目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではない。すなわち、公立病院改革の究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにある。

このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとする。

国においても、医師不足の課題について、医師確保支援等を行う地域医療支援センターの機能を法律上位置付けるとともに、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、医療従事者の勤務環境改善に取り組む等、引き続き各般の措置を総合的に講じていく。

一方、医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、今後、都道府県が、地域医療構想を策定することとなる。これは、公立病院・民間病院を含めた各地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものであり、これを実現するための各種措置が法律に定められている。

公立病院改革と地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとの目的は共通しており、その検討も重なり合うこととなる。

したがって、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

## 第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

病院事業を設置する地方公共団体は、下記により新公立病院改革プラン（以下「新改革プラン」という。）を策定し、病院機能の見直しや病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。

公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、改革に係るプランの内容は一律のものとはなり得ないことから、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に新改革プランを策定し、これを着実に実施することが期待される。

また、関係地方公共団体において、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる見直しの必要性について検討すべきであることから、新改革プランを策定するものとする。

既に、自主的に前ガイドラインによる公立病院改革プランの改定を行っている場合又は地方独立行政法人が地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）に基づき中期計画を策定している場合には、本ガイドラインにおいて要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りるものである。

なお、「公営企業の経営に当たっての留意事項について」（平成26年8月29日付け総務省自治財政局公営企業課長、公営企業経営室長、準公営企業室長通知）に基づく経営戦略の策定の要請については、病院事業にあっては新改革プランの策定をもって経営戦略の策定と取り扱うものとする。

### 1 新改革プランの策定期期

新改革プランは、都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定することとし、平成27年度又は平成28年度中に策定するものとする。

なお、新改革プランは、地域医療構想と整合的であることが求められているものであるが、仮に、新改革プラン策定後に、地域医療構想の達成を推進するために行う関係者との協議の場（以下「地域医療構想調整会議」という。）の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

また、早期に改革を進める観点から、地域医療構想における当該公立病院の病床機能等の方向性が明らかである場合、地域医療構想に先行して新改革プランを策定することも可能であるが、この場合にも、地域医療構想や地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

## 2 新改革プランの対象期間

新改革プランは、策定年度あるいはその次年度から平成32年度までの期間を対象として策定することを標準とする。

## 3 新改革プランの内容

都道府県が策定する地域医療構想は、各地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を明らかにするものであることから、各公立病院の果たすべき役割は、この地域医療構想を踏まえたものでなければならない。

したがって、今般の公立病院改革は、これまでの「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に立って改革を進めることが必要であり、関係地方公共団体が策定する新改革プランには、この視点に沿って、おおむね次の各事項を記載するものとする。

### (1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など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の提供、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の提供、③県立がんセンター、県立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・先進医療の提供、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などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化すべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、機能分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な機能を有しており、救急医療の維持や医師確保が課題となっている場合もある。さらに、基幹病院へのアクセス等により、二次医療圏や県域を越えて患者の流出入が生じている場合もあるなど、公立病院の置かれている状況は様々である。

したがって、立地条件や求められる医療機能の違いを踏まえつつ、以下の点を明確にすべきである。

#### ① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

都道府県が策定する地域医療構想においては、構想区域（医療法に基づき都道府県が二次医療圏を原則として設定）における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等が示され、これに基づき、地域の医療提供体制の目指すべき姿が明らかにされる。

当該公立病院は、都道府県が策定する地域医療構想を踏まえて、地域の医療提供体制に



において果たすべき役割を明確にすることが必要である。

また、その際には、当面の診療科目等の医療提供内容だけでなく、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等が示される地域医療構想と整合性のとれた形で、当該公立病院の将来の病床機能のあり方を示すなどの具体的な将来像が示されていないなければならない。

なお、地域医療構想における推計年は平成37年（2025年）であることから、当該公立病院の具体的な将来像とは平成37年（2025年）における将来像をいうものであり、それに至る途中段階としての新改革プランに基づく取組はこの将来像の実現に資するものとする必要がある。

## ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築を目的の一つに掲げており、地域医療構想の中でも将来の在宅医療の必要量を示すこととしているなど、医療と介護が総合的に確保されることを求めている。

特に、中小規模の公立病院にあつては、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、在宅医療に関する当該公立病院の役割を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な機能を示すなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明らかにすべきである。

加えて、大規模病院等にあつては、緊急時における後方病床の確保や人材育成など病院の特性に応じて果たすべき役割についても積極的に明らかにすることが望ましい。

## ③ 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法上、一定の経費については、一般会計等において負担するものとされている。したがって、新改革プランの前提として、当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにした上で、これに対応して一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）を記載する。

## ④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定

当該公立病院が、その果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、以下の例示を踏まえ適切な医療機能等指標について、数値目標を設定する。

### 1) 医療機能・医療品質に係るもの

救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数 など

### 2) その他

患者満足度、健康・医療相談件数 など

## ⑤ 住民の理解

当該病院が担う医療機能を見直す場合には、これを住民がしっかりと理解し納得しなければならない。多くの地域においては、各々の病院があらゆる機能を持つとしても、医療スタッフを確保できないばかりか、適切な勤務環境を確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないことを理解し合う必要があり、そのための取組が求められる。

## (2) 経営の効率化

### ① 経営指標に係る数値目標の設定

経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医薬品費、医療材料費等の経費節減や医療の質の向上による収入確保に積極的に取り組むことが重要である。

このため、経営指標について、資料2及び資料3に掲げる全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として新改革プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、経常収支比率及び医業収支比率については、必ず数値目標を設定するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定めることとする。

なお、指定管理者制度導入団体にあつては、指定管理者への財政支出の水準や、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。

#### 1) 収支改善に係るもの

経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率 など

#### 2) 経費削減に係るもの

材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対医業収益比率、医薬材料費の一括購入による〇%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合 など

#### 3) 収入確保に係るもの

1日当たり入院・外来患者数、入院・外来患者1人1日当たり診療収入、医師（看護師）1人当たり入院・外来診療収入、病床利用率、平均在院日数、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標 など

#### 4) 経営の安定性に係るもの

医師数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高 など

### ② 経常収支比率に係る目標設定の考え方

公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある。

このため新改革プランにおいては、公立病院が担っている不採算医療等を提供する役割を確保しつつ、対象期間中に経常黒字（すなわち経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定めるべきであり、仮にそれが著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を明らかにするものとする。なお、その際以下の点に留意する。

1) 一つの経営主体が複数の病院を持ち、その複数の病院が基幹病院とサテライト病院のように機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には、複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることのできるものとする。

2) 平成26年度から適用された新会計基準により過去分の退職給付引当金を複数年で経常費用に計上することにより経営に与える影響が一時的に著しく大きくなる場合は、経過的な取扱いとして、注記した上で過去分の退職給付引当金を除いて経常黒字化の数値目

標をつくることができることとする。

③ 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、経費削減・抑制対策、収入増加・確保対策などについて、具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを明記する。参考までに、前ガイドラインに基づく取組例は資料4のとおりである。

また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。

1) 医師等の人材の確保・育成

地域医療支援センターや地域医療介護総合確保基金等を通じた取組とも連携しつつ、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備、研修機能の充実など、医師等の医療スタッフを確保するための取組を強化すべきである。

また、地域に関心を持つ医師を増やす観点から中小規模の病院も積極的に研修医・医学生等の研修受入れに取り組むことが重要である。大規模病院においては、中小病院等への医師派遣や人材育成に関する連携・支援を行うことが重要である。

2) 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化

病院事業の経営改革に強い意識を持ち、経営感覚に富む人材を幹部職員に登用（外部からの登用も含む。）すべきである。

また、医療経営の専門性の高まり、医療を巡る環境の急激な変化等を踏まえると、事務職員の人材開発が急務である。このため、外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、人事管理の中で専門的なスキルをもった職員を計画的に育成する仕組みの構築等の対策を講じることが重要である。

3) 民間病院との比較

平成26年度から公立病院の会計について新会計基準に移行していることから、民間病院との比較が容易になる。

民間病院の経営状況に係る統計も参考にしながら、できる限り類似の機能を果たしている民間病院との経営比較を行い、当該公立病院の果たす役割を踏まえつつ、民間病院並みの効率化を目指して取り組むべきである。

4) 施設・設備整備費の抑制等

公立病院については減価償却費が大きい傾向があることが指摘されていることから、前ガイドラインに基づき建築単価の抑制を図ってきたところであり、一定の成果が見られる。

新設・建替等に当たっては、公立病院として果たすべき役割を踏まえ必要な機能を確保しつつ、引き続き建築単価の抑制を図るとともに、近年の建設費上昇の動向を踏まえた整備時期の検討、民間病院・公的病院の状況も踏まえた整備面積の精査等により整備費の抑制に取り組むべきである。

また、病院施設・設備の整備に際しては、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図ることも重要であり、こうした観点から民間事業者のノウハウの活用を図る手法の一つとしてPFI方式がある。しかしながら、同方式は契約期間が極めて長期に及ぶことが一般的であり、同方式の採用を検討する場合には、契約期間中の事業環境の

変化に対応したリスクの発生に備え、あらかじめ公・民間で適切なリスク負担のルールを定める等、相当程度慎重な準備と調整を重ねることが求められる。

5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

前ガイドラインにおいては、一般病床及び療養病床の病床利用率がおおむね過去3年間連続して70%未満の病院については、抜本的な見直しを行うことが適当であるとしていたが、病床数の削減、診療所化等に取り組んだ病院も多いものの、依然として3年間連続して70%未満の病院が相当数ある。

これらの病院にあっては、新改革プランにおいて、地域の医療提供体制を確保しつつ、病床数の削減、診療所化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなど、再度抜本的な見直しを検討すべきである。

④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

上記取組の実施を前提として、新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を掲げるものとする。

なお、収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、新改革プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。

(3) 再編・ネットワーク化

① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

新改革プランにおいては、都道府県と十分連携しつつ、二次医療圏又は構想区域等の単位で予定される公立病院等の再編・ネットワーク化の概要と当該公立病院が講じるべき具体的な措置について、その実施予定時期を含めて、記載する。その際、都道府県の策定する地域医療構想との整合を図るものとする。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に再編・ネットワーク化に取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点等から、更なる見直しの必要性について検討する。

② 取組病院の更なる拡大

前ガイドラインに基づき、現時点で実施中又は実現した再編・ネットワーク化の事例は資料5のとおりである。今後、これまでの取組事例も参考にしつつ、地域の医療提供体制の確保を図るとの観点から、再編・ネットワーク化の取組を進めていく必要がある。

また、少なくとも以下の公立病院については、今般の新改革プランの策定のタイミングを捉え、再編・ネットワーク化の必要性について十分な検討を行うべきである。

- 1) 施設の新設・建替等を行う予定の公立病院
- 2) 病床利用率が特に低水準である公立病院（過去3年間連続して70%未満）
- 3) 地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討することが必要である公立病院

③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項

以上のほか、再編・ネットワーク化に係る計画の策定に当たって特に留意すべき点は以下のとおりである。

1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

二次医療圏や構想区域内の公立病院間の連携を強化し、ネットワーク化の実を上げる

ためには、これらの公立病院の経営主体を統合し、統一的な経営判断の下、医療資源の適正配分を図ることが望ましい。したがって、再編・ネットワーク化に係る計画には、例えば①関係地方公共団体が共同して新たな経営主体として地方独立行政法人（非公務員型）を設立し、当該法人の下に関係病院・診療所等を経営統合する、②関係地方公共団体が共同して関係病院・診療所の指定管理者として同一の医療法人や公的病院を運営する法人等を指定し、当該法人の下に一体的経営を図る等の方策を盛り込むことが期待される。

なお、一部事務組合方式による場合には、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定を迅速・的確に行うための体制を整備する必要がある。

#### 2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備

再編・ネットワーク化に係る計画策定に際しては、医師確保対策に資する観点から、基幹病院にその他の病院・診療所に対する医師派遣等の拠点機能が整備されるよう、特に留意すべきである。この場合、地域医療に貢献する大学等との連携が図られることが望ましい。また、必要な場合、1)に掲げる二次医療圏等の単位での経営統合に留まらず、医師派遣体制の整備の観点に立って、さらに、広域での経営主体の統合も検討の対象とすることも考えられる。

#### 3) 病院機能の再編成（公的病院、民間病院等との再編を含む）

地域医療構想は、公立病院だけでなく、公的病院、民間病院を含め、地域の医療提供体制の目指すべき姿を示すものである。したがって、地域医療構想を踏まえて当該公立病院の役割を検討した結果、公的病院、民間病院等との再編が必要になるケースも生じてくると考えられる。

例えば、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院等、さらには民間病院が併存し、相互の機能の重複、競合がある場合には、地域医療構想や地域医療構想調整会議等も活用しつつ、他の医療機関との統合・再編や事業譲渡等にも踏み込んだ改革案についても検討の対象とすべきである。

また、病院機能の適切な再編成に取り組むとともに、ICTを活用した医療等の情報連携を行うなど、効果的な医療提供の連携体制の構築に配慮することが適当である。

### (4) 経営形態の見直し

#### ① 経営形態の見直しに係る計画の明記

新改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要（移行スケジュールを含む。）を記載する。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に経営形態の見直しに取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討する。

#### ② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び課題などの留意事項は次のとおりである。なお、前ガイドラインに基づき経営形態の見直しを行った公立病院の経営状況は資料6のとおりである。

#### 1) 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法（昭和27年法律第292号）の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものである。

ただし、地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である。

#### 2) 地方独立行政法人化（非公務員型）

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、この場合、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

また、これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、人事面・財務面での自律性が向上し、経営上の効果を上げているケースが多いことにも留意すべきである（資料6）。

なお、現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合にも、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべきである。

#### 3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であつて当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

#### 4) 民間譲渡

地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが望ましい地域にあつては、これを検討の対象とすべきである。ただし、公立病院が

担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡に当たり相当期間の医療提供の継続を求めするなど、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

#### 5) 事業形態の見直し

地域医療構想においては、構想区域における医療需要や病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量が示されることになる。これに加え、介護・福祉サービスの需要動向を十分検証することにより、必要な場合、診療所、老人保健施設など病院事業からの転換を図ることも含め事業形態自体も幅広く見直しの対象とすべきである。

### 第3 都道府県の役割・責任の強化

#### 1 地域医療構想の策定等を通じた取組

都道府県は、医療法に基づき、地域医療構想の策定及びこれを実現するための措置（地域医療構想調整会議の設置、協議が調わない場合の要請・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることとなるものであり、地域の医療提供体制の確保についてこれまで以上の責任を有することとなる。

地域医療構想の策定と実現に向けた取組の中で、管内の公立病院の役割や再編・ネットワーク化のあり方が決まってくるケースが多くなると考えられることから、都道府県は、自らの公立病院に係る新改革プランとは別に、病院事業設置団体の新改革プランの策定についても、市町村担当部局と医療担当部局とが連携し、適切に助言すべきである。

特に、再編・ネットワーク化の取組については、複数の市町村が関係する再編や、公的病院、民間病院等との再編も考えられることから、公立病院を設置する市町村等が再編・ネットワーク化に係る計画を策定する際には、都道府県においても、積極的に参画すべきである。

#### 2 管内公立病院の施設の新設・建替等を行う場合の検討

これまでも、都道府県は管内市町村の病院施設の新設・建替等に当たっては、公営企業債の協議等を通じて収支見通し等について助言を行ってきた。

しかし、一旦、病院施設の建替等が行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定されることから、これまで以上に収支状況の点検を行うことに加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが求められている。

そこで、上記1のとおり都道府県が地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つこととなったことを踏まえ、自らが設置する病院施設に加え、管内市町村の病院施設の新設・建替等に当たっては、都道府県が医療計画（地域医療構想を含む）の達成の推進及び病院経営等に関する助言の観点から、当該公立病院の機能・役割分担、統合・再編のあり方、適切な規模、医師確保の方策、収支見通し等について十分に検討すべきである。また、その際、都道府県は、市町村担当部局と医療担当部局とが一体となって検討を行うべきである。

## 第4 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表

### 1 地方公共団体における点検・評価・公表

関係地方公共団体は、当ガイドラインを踏まえ策定した新改革プランを住民に対して速やかに公表するとともに、その実施状況をおおむね年1回以上点検・評価を行うこととし、評価の過程においては、例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要がある。

この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師、看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される医療機能の発揮の状況等についても併せて評価、検証することが望ましい。

### 2 積極的な情報開示

関係地方公共団体は、前項の点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な情報開示に努めるものとする。また、前項の有識者等による委員会等の審議状況などについても報道機関に積極的に公開するなど、住民の関心をできる限り高める工夫を凝らすことが必要である。

### 3 新改革プランの改定

関係地方公共団体は、前項の点検・評価等の結果、新改革プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難である場合には、抜本的な見直しを含め新改革プランの改定を行うことが適当である。

### 4 総務省における取組

総務省は関係地方公共団体の協力を得て、新改革プランの策定状況及び実施状況をおおむね年1回以上全国調査し、その結果を公表する。

## 第5 財政措置等

総務省は公立病院改革が円滑に進められるよう、改革の実施に伴い必要となる経費について財政上の支援措置を講じるとともに、公立病院に関する既存の地方財政措置について所要の見直しを行う観点から、次の措置を講じることとする。

### 1 公立病院改革に対する措置

新改革プランに基づく取組を実施することに伴い必要となる次の経費（原則として平成27年度から平成32年度までの間に生じるものを対象とする）について、財政上の措置を講じることとする。

#### (1) 新改革プランの策定に要する経費

平成27年度及び平成28年度における新改革プランの策定及びその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。



## (2) 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費

公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、病院事業債（特別分）を充当することとし、その元利償還金に対する普通交付税による措置を拡充する。

なお、前ガイドラインに基づく一般会計出資債の対象となる事業等の継続分については従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

## (3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費

### ① 新たな経営主体の設立等に際しての出資に要する経費

再編・ネットワーク化に伴う新たな経営主体の設立等に際し、病院の経営基盤を強化し健全な経営を確保するために行う出資（不良債務額を限度とする。）について、病院事業債（一般会計出資債）を措置する。

また、再編・ネットワーク化等に伴い、公立病院廃止等を行う場合の財政措置のあり方について、今後の各地方公共団体の取組内容等を踏まえ検討する。

### ② 施設の除却等経費

医療提供体制の見直しに伴い不要となる病院等の施設の除却等に要する経費に対する一般会計からの繰出金の一部を特別交付税により措置する。

### ③ 他用途への転用に伴う経費

病院施設の他用途への転用に際しては、既往地方債の繰上償還措置が必要な場合に借換債を措置するとともに、経過年数が10年以上の施設等の財産処分である場合には従来の元利償還金に対する普通交付税措置を継続する。

### ④ 退職手当の支給に要する経費

指定管理者制度の導入等に際し必要となる退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて退職手当債による措置の対象とする。

## (4) 許可病床削減時の普通交付税算定の特例

普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更する（下記2(2)参照）ことに伴い、削減許可病床数を有するものとして算定する既存の措置を見直し、地域の医療提供体制の見直しを推進する観点から、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる（平成28年度から実施）。

## 2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

公立病院に関する既存の地方財政措置について次のとおり見直しを行うこととする。

### (1) 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し

公立病院施設の新設・建替等（医療機器整備を含む）に係る病院事業債に関しては、地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つ都道府県が、同意等に際して収支見通し等について十分検討を行うとともに、当該公立病院に係る機能・役割分担等の地域医療構想との整合性についても十分に検討を行い、適当と認められるものに地方交付税措置を行う。

### (2) 病床数に応じた地方交付税算定の見直し

公立病院の病床数に応じた地方交付税措置については、算定の公平性の確保、稼働病床数の把握が可能となったこと等を踏まえ、算定の基礎となる病床数を許可病床数から稼働病床数に変更する。その際、措置額の減少を緩和する方策を講じる。

### (3) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

#### ① 病院施設の整備費に係る措置

病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外する制度を継続するとともに、当面、全国的な建築単価の急激な上昇を反映するため措置対象となる単価を引き上げる。

#### ② 不採算地区病院に対する措置

不採算地区病院の第2種の対象病院について、その適正化を図るため、人口集中地区以外に所在する公立病院から、周辺人口が少ない地域に立地する公立病院に見直す。

#### ③ 公立病院に対する特別交付税措置の重点化

財政措置の重点化を図る見地から、公立病院に対する特別交付税措置について、病床数等に単価を乗じて算定する方式から、これと一般会計からの繰出額等とを比較する方式への見直しを検討する。

### (4) 公的病院等に対する措置

公的病院等の運営費に対する地方公共団体の助成については、公立病院に準じた特別交付税による措置を継続する。

## 平成19年12月に策定した公立病院改革ガイドラインに基づく取組の概要

地域において必要な医療提供体制を確保するため、平成21年度から5年間を標準とし、各地方公共団体が策定した「公立病院改革プラン」に基づく改革を実施。

公立病院(892病院(640団体))における5年間の実施状況等の概要は以下のとおり(平成26年3月末現在)。

### I.公立病院改革プランの実施状況等

#### ○ 経営の効率化

- ・平成25年度の経常収支が黒字である公立病院の割合や公立病院全体の経常収支比率は、プラン策定前と比較して大幅に改善しているが、前年度からは若干低下している。

経常収支黒字病院の割合 ㉔ 46.4%(㉑ 29.7%、㉒ 50.4%)

経常収支比率 ㉔ 99.8%(㉑ 95.7%、㉒ 100.8%)

#### ○ 再編・ネットワーク化に係る取組み

- ・平成25年度までに策定された再編・ネットワーク化に係る計画に基づき、病院の統合・再編に取り組んでいる事例は65ケース、162の病院(公立病院以外の病院等を含めると189が参画)。

#### ○ 経営形態の見直し

- ・平成21年度から平成25年度までに経営形態の見直しを実施した病院は、227病院。(平成26年度以降に見直しを予定している40病院を含めると267病院。)

内訳	地方独立行政法人化	53病院(見直し予定16病院を含めると69病院)
	指定管理者制度導入	16病院(見直し予定 5病院を含めると21病院)
	民間譲渡	14病院(見直し予定 2病院を含めると16病院)
	診療所化	30病院(見直し予定 4病院を含めると34病院)

### II.公立病院改革プランの平成25年度における点検・評価・公表の状況

#### ○ プランの点検・評価・公表の状況

- 都道府県関係では37団体、市町村等関係では339団体、合計376団体(92.4%)が点検・評価を実施済み又は実施を予定。

※公立病院改革プランの対象期間が平成25年度以降にわたるものについてのみ計上

○ 経営効率化にかかる目標数値例  
(主な経営指標にかかる全国平均値の状況:平成25年度)

		経常収支 比率	医業収支 比率	職員給与と費 対医業収益	材料費対 医業収益	うち薬品費 対医業収益	減価償却費 対医業収益	委託料対 医業収益	病床利用率		
									計	うち 一般	うち 療養
計	民間病院	103.5%	103.3%	53.5%	22.2%	12.1%	4.5%	6.4%	76.2%	—	—
	公的病院(自治体以外)	100.0%	100.0%	51.6%	27.0%	17.2%	6.0%	6.3%	75.6%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.3%	98.2%	48.8%	24.4%	12.5%	6.7%	9.4%	77.6%	79.2%	78.1%
	公立病院(上位1/2)	103.1%	97.8%	49.2%	24.3%	12.4%	6.7%	9.6%	77.5%	79.1%	77.3%
	公立病院(一般病院全体)	99.8%	93.8%	51.9%	23.6%	12.0%	7.3%	9.8%	73.7%	75.0%	76.3%
500床以上	民間病院	101.4%	100.6%	50.7%	27.2%	15.5%	5.6%	6.4%	71.7%	—	—
	公的病院(自治体以外)	101.7%	101.5%	49.5%	29.0%	18.5%	6.0%	6.1%	76.3%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.4%	99.1%	46.3%	26.6%	13.5%	7.0%	10.1%	81.2%	83.3%	—
	公立病院(上位1/2)	104.6%	100.6%	45.5%	27.0%	13.9%	6.9%	9.4%	81.9%	84.2%	—
	公立病院(一般病院全体)	101.7%	97.1%	47.7%	26.2%	13.2%	7.4%	10.4%	80.3%	82.4%	62.8%
400床以上 500床未満	民間病院	117.4%	117.3%	48.1%	18.7%	9.4%	2.6%	5.9%	78.4%	—	—
	公的病院(自治体以外)	100.6%	100.6%	51.0%	25.7%	15.2%	5.9%	6.5%	76.6%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.5%	100.2%	48.2%	23.7%	12.4%	6.1%	8.1%	78.7%	79.8%	96.7%
	公立病院(上位1/2)	103.8%	100.9%	47.7%	23.6%	12.4%	6.2%	8.1%	79.8%	80.6%	96.7%
	公立病院(一般病院全体)	100.3%	96.4%	51.5%	23.8%	12.0%	6.8%	8.5%	76.0%	77.4%	89.7%
300床以上 400床未満	民間病院	98.9%	99.3%	56.2%	23.6%	12.9%	4.5%	7.0%	69.8%	—	—
	公的病院(自治体以外)	98.1%	98.7%	53.6%	25.1%	16.0%	6.4%	6.7%	74.7%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.0%	99.2%	51.4%	23.5%	11.3%	6.0%	8.9%	75.1%	76.8%	72.4%
	公立病院(上位1/2)	103.0%	99.1%	51.5%	23.5%	11.3%	6.0%	8.9%	74.8%	76.5%	72.4%
	公立病院(一般病院全体)	98.9%	93.5%	53.7%	23.2%	11.3%	7.2%	9.9%	70.5%	72.3%	62.2%
200床以上 300床未満	民間病院	103.6%	103.7%	55.4%	22.0%	10.6%	4.7%	6.2%	78.9%	—	—
	公的病院(自治体以外)	94.9%	94.8%	56.7%	25.8%	17.3%	5.8%	6.1%	69.4%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.6%	97.9%	52.0%	19.4%	10.4%	7.3%	8.4%	74.3%	74.6%	85.9%
	公立病院(上位1/2)	102.7%	97.6%	52.0%	20.4%	10.1%	7.1%	8.5%	74.5%	75.0%	85.8%
	公立病院(一般病院全体)	98.0%	91.8%	55.3%	20.8%	10.6%	7.0%	9.3%	69.2%	69.4%	82.3%
100床以上 200床未満	民間病院	102.4%	102.2%	58.2%	15.2%	8.6%	4.3%	7.1%	81.9%	—	—
	公的病院(自治体以外)	97.2%	97.3%	57.4%	23.5%	16.8%	5.6%	5.9%	76.4%	—	—
	公立病院(黒字病院)	102.8%	92.0%	52.8%	19.0%	10.8%	6.6%	8.5%	73.4%	71.6%	81.3%
	公立病院(上位1/2)	101.5%	91.6%	54.6%	19.2%	10.6%	6.9%	8.9%	72.8%	71.7%	80.8%
	公立病院(一般病院全体)	96.2%	86.9%	57.0%	18.3%	10.1%	8.0%	9.7%	68.5%	67.2%	79.0%
50床以上 100床未満	民間病院	103.0%	102.6%	58.5%	17.8%	11.9%	4.6%	6.7%	71.0%	—	—
	公的病院(自治体以外)	89.2%	87.9%	68.0%	22.0%	18.8%	4.1%	7.3%	74.8%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.0%	85.1%	61.7%	18.9%	12.2%	7.0%	10.7%	67.5%	68.1%	69.5%
	公立病院(上位1/2)	102.3%	84.7%	60.4%	18.6%	12.1%	7.1%	10.9%	67.9%	68.3%	70.0%
	公立病院(一般病院全体)	97.7%	82.2%	63.4%	19.0%	12.5%	8.0%	10.5%	68.5%	67.7%	72.9%
50床未満	民間病院	103.0%	102.6%	58.5%	17.8%	11.9%	4.6%	6.7%	71.0%	—	—
	公的病院(自治体以外)	89.2%	87.9%	68.0%	22.0%	18.8%	4.1%	7.3%	74.8%	—	—
	公立病院(黒字病院)	105.5%	77.2%	73.5%	19.1%	13.2%	5.9%	11.5%	66.1%	64.1%	79.4%
	公立病院(上位1/2)	105.1%	76.8%	73.0%	20.6%	14.6%	5.9%	11.2%	66.4%	64.9%	77.4%
	公立病院(一般病院全体)	98.7%	71.9%	75.5%	19.3%	13.1%	7.0%	11.2%	65.6%	64.4%	72.6%

(注)

- 「民間病院」の数値は、全国公私病院連盟による「病院経営実態調査報告」(平成25年6月調査)及び「病院経営分析調査報告」(平成25年6月調査)に基づく平均値である。
- 「公立病院」の数値は、総務省による「平成25年度地方公営企業決算状況調査」に基づく平均値である。
- 「公立病院(上位1/2)」は、各病床規模区分の公立病院において経常収支比率が上位1/2にある病院の平均値である。
- 民間病院の「500床以上」は、全国公私病院連盟調査における「500～599床」、「600～699床」及び「700床以上」各階級の集計数値の単純平均、「50床以上100床未満」と「50床未満」は、それぞれ全国公私病院連盟調査における「99床以下」で集計した数値である。
- 民間病院等の数値については、注1に記載の調査報告以外にも、たとえば「医療経済実態調査(医療機関等調査)報告」(中央社会保険医療審議会)など種々あるので参考とされたい。
- 「減価償却費対医業収益」及び「委託料対医業収益」は指定管理者制度を導入している病院を除いて算出している。

○ 経営効率化に係る目標数値例(不採算地区病院分)  
(主な経営指標にかかる全国平均値の状況:平成25年度)

		経常収 支比率	医業収 支比率	職員給 与費対 医業収 益	材料費 対医業 収益	うち薬品 費対医 業収益	減価償 却費対 医業収 益	委託料 対医業 収益	病床利用率		
									計	うち 一般	うち 療養
計	公立病院(黒字病院)	103.2%	85.8%	60.7%	18.4%	12.0%	6.8%	10.2%	72.1%	72.0%	74.5%
	公立病院(上位1/2)	102.5%	86.1%	60.1%	18.4%	11.9%	6.8%	10.2%	72.0%	71.6%	74.7%
	公立病院(一般病院全体)	96.8%	82.0%	63.0%	19.0%	12.1%	7.9%	10.3%	69.4%	68.2%	74.6%
100床以上 150床未満	公立病院(黒字病院)	103.1%	93.7%	51.1%	18.8%	12.5%	6.0%	8.2%	80.9%	81.7%	81.6%
	公立病院(上位1/2)	101.5%	92.5%	53.1%	19.2%	12.4%	6.2%	8.7%	78.0%	78.2%	79.6%
	公立病院(一般病院全体)	94.9%	85.2%	58.1%	19.1%	11.7%	7.7%	9.7%	71.7%	70.4%	77.7%
50床以上 100床未満	公立病院(黒字病院)	102.7%	84.1%	62.6%	18.6%	12.2%	7.4%	11.1%	68.5%	69.3%	69.0%
	公立病院(上位1/2)	102.2%	84.3%	61.9%	18.7%	12.3%	7.2%	11.0%	68.8%	69.4%	69.4%
	公立病院(一般病院全体)	97.8%	81.7%	64.0%	18.9%	12.3%	8.2%	10.7%	68.5%	67.5%	72.4%
50床未満	公立病院(黒字病院)	105.3%	75.1%	78.1%	16.5%	10.2%	6.6%	11.5%	67.4%	64.5%	92.0%
	公立病院(上位1/2)	105.3%	75.1%	78.1%	16.5%	10.2%	6.6%	11.5%	67.4%	64.5%	92.0%
	公立病院(一般病院全体)	99.2%	72.3%	77.1%	18.9%	12.6%	7.2%	11.0%	66.1%	64.4%	76.6%

(注)

- 公立病院は、地方公営企業として運営する病院及び公営企業型地方独立行政法人が運営する病院である。
- 不採算地区病院とは、その有する病床数が主として一般病床又は療養病床である病院のうち主として理学療法又は作業療法を行う病院以外の病院及び当該病院の施設が主として児童福祉施設である病院以外の病院(以下「一般病院」という。)で、以下の要件を満たすものをいう(第2種については平成27年度以降の要件)。
  - 病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している一般病院であること(第1種該当)。
  - 病床数が150床未満であり、直近の国勢調査に基づく、当該公立病院の半径5km内人口が原則として3万人未満の一般病院であること(第2種該当)。
- 「公立病院(上位1/2)」は、各病床規模区分の公立病院において経常収支比率が上位1/2にある病院の平均値である。
- 「減価償却費対医業収益」及び「委託料対医業収益」は指定管理者制度を導入している病院を除いて算出している。
- 本表は、「平成25年度地方公営企業決算状況調査」の対象病院で、注2の要件に該当する見込みの病院の集計である。

## ○経営の効率化の数値目標達成に向けた具体的な取組例

①	医師、看護師の確保
②	患者サービスの向上
③	未収金の管理強化
④	医療機能に見合った診療報酬の確保
⑤	紹介率、逆紹介率の向上
⑥	職員の経営意識向上のための研修等の実施
⑦	人材確保のための勤務環境の整備
⑧	薬剤、医療材料等の一括購入
⑨	長期契約の導入
⑩	競争入札の導入
⑪	施設・設備整備費等の抑制
⑫	過剰病床の削減等病床規模の見直し
⑬	経営形態の見直し
⑭	給与体系の見直し
⑮	PFI方式、民間委託の活用
⑯	診療科の見直し
⑰	経営感覚に富む人材の登用
⑱	その他未利用財産の活用
⑲	老人保健施設や診療所への転換
⑳	民間病院と比較可能な財務情報の開示

※ 本表は、公立病院897病院に対し行った調査結果（平成25年3月末調査）であり、複数回答可とし集計し、回答数の多い20項目を順に並べたもの。

平成25年度までに策定された再編・ネットワーク化に係る計画に基づき、病院の統合・再編などに取り組んでいる事例(65ケース、162病院(公立病院以外の病院等を含めると189が参画))

都道府県名	団体名	再編前	再編後
北海道	概要:平成24年4月に市立札幌病院静療院(精神科単科病院)の一般精神(成人)部門を本院に統合し、児童部門を一般行政病院化。		
	札幌市	(平成22年度) 市立札幌病院(818床)(本院) 市立札幌病院静療院(162床)	(平成24年度) 市立札幌病院(本院772床+38床) (一般精神(成人)部門を統合) 札幌市児童心療センター(60床) (児童精神部門を一般行政病院化)
青森県	概要:平成25年度末までに順次医療圏内の病院機能を再編。		
	五所川原市 金木町 鱒ヶ沢町 つがる市 鶴田町 中泊町	(平成20年12月) 五所川原市立西北中央病院(416床) 公立金木病院(176床) 鱒ヶ沢町立中央病院(140床) つがる市成人病センター(92床) 鶴田町立中央病院(130床)	(平成25年度):つがる西北五広域連合 つがる総合病院(438床) かなぎ病院(100床) 鱒ヶ沢病院(100床) つがる市民診療所(無床) 鶴田診療所(無床)
岩手県	概要:1つの病院と5つの地域診療センター(附属診療所)を無床診療所化。		
	岩手県	(平成20年度) 紫波地域診療センター(19床) 大迫地域診療センター(19床) 花泉地域診療センター(19床) 住田地域診療センター(19床) 九戸地域診療センター(19床)  沼宮内病院(60床)	(平成21年度) 紫波地域診療センター(無床) 大迫地域診療センター(無床) 花泉地域診療センター(無床) 住田地域診療センター(無床) 九戸地域診療センター(無床) (平成23年度) 沼宮内地域診療センター(無床)
宮城県	概要:平成20年4月の4病院3診療所体制から平成24年度までに順次3病院4診療所体制に再編。		
	登米市	(平成21年度) 佐沼病院(300床) 豊里病院(99床) 米谷病院(49床) よねやま病院(53床) 登米診療所(無床) 上沼診療所(無床) 津山診療所(無床)	(平成24年度) 登米市民病院(258床) 豊里病院(99床) 米谷病院(49床) よねやま診療所(無床) 登米診療所(無床) 上沼診療所(無床) 津山診療所(無床)
	概要:大崎市民病院本院並びに大崎市民病院岩出山分院の移転新築に伴い、機能分担(大崎市民病院本院を高度医療・急性期医療を担う圏域の拠点病院として整備、岩出山分院の初期・二次救急機能を強化)による事業規模の見直しを図る。		
	大崎市	(平成20年度) 大崎市民病院本院(466床) 大崎市民病院岩出山分院(95床) 大崎市民病院鳴子温泉分院(170床) 鹿島台分院(70床)	(平成26年度) 大崎市民病院本院(456床) 大崎市民病院岩出山分院(40床) 大崎市民病院鳴子温泉分院(130床) 鹿島台分院(70床)
石巻市	概要:平成28年度を目途に東日本大震災により被災した市内2病院を統合し、新病院を新築する。(平成24年3月策定「石巻市立病院復興基本計画」に基づく再編事例)		
	石巻市	(平成22年度) 石巻市立病院(206床) 石巻市立雄勝病院(40床)	(平成28年度) (仮)新病院(180床) 石巻市雄勝診療所(無床)
秋田県	概要:平成22年4月に厚生連北秋中央病院(厚生連)、米内沢病院(北秋田市上小阿仁村病院組合)、阿仁病院(北秋田市)3病院の医療機能を統合、再編。		
	北秋田市	(平成21年度) 厚生連北秋中央病院(厚生連、199床)  米内沢総合病院(組合、252床) 阿仁病院(北秋田市、60床)	(平成22年度) 北秋田市民病院 (北秋田市開設・指定管理者(厚生連、320床)) 米内沢総合病院(組合、60床) 阿仁診療所(北秋田市、無床)
山形県	概要:平成20年4月に県立病院と市立病院を統合、再編し、地方独立行政法人化。		
	山形県 酒田市	(平成19年度) 山形県立日本海総合病院(528床) 酒田市酒田病院(400床)	(平成23年度): (独)山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院(646床) 日本海総合病院 酒田医療センター(114床)

都道府県名	団体名	再編前	再編後
山形県	概要:平成7年度に県、2市2町において置賜広域病院組合を設立し、圏域内の病院を再編(平成12年度新病院開院)。		
	山形県 長井市 南陽市 川西町 飯豊町	(平成6年度) 長井市立総合病院(463床) 南陽市立総合病院(251床) 川西町立病院(98床) 飯豊町中央診療所(無床)	(平成22年度):置賜広域病院組合 公立置賜総合病院(基幹病院、520床) 公立置賜長井病院(サテライト病院、110床) 公立置賜南陽病院(サテライト病院、50床) 公立置賜川西診療所(サテライト診療所、無床) 飯豊町国保診療所(サテライト診療所、無床)
福島県	概要:平成25年度に、県立喜多方病院と県立会津総合病院を統合。再編し、福島県立医科大学の附属病院化(平成25年5月開院)。		
	福島県	(平成21年度) 県立喜多方病院(50床) 県立会津総合病院(309床)	(平成25年度):福島県立医科大学附属病院化 会津医療センター(226床)
群馬県	概要:平成22年度に2病院の診療機能を統合し、統合後の常磐病院については民間医療機関へ引き継いだ。		
	いわき市	(平成21年度) いわき市立総合磐城共立病院(880床) いわき市立常磐病院(305床)	(平成22年度) いわき市立総合磐城共立病院(828床) 常磐病院(240床)
千葉県	概要:平成28年度を目途に、市立病院と国立病院を統合、再編し、国立病院機構が経営主体で運営。		
	渋川市	(平成22年度) 渋川市立渋川総合病院(154床) 国立病院機構西群馬病院(380床)	(平成28年度) (仮)統合新病院(450床)
東京都	概要:平成25年度で県立東金病院を閉院し、その機能を東千葉メディカルセンターで引き継ぐ。		
	千葉県 東金市 九十九里町	(平成24年度) 千葉県立東金病院(191床)	(平成22年度):(独)東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター(314床) ※開院は平成26年度
東京都	概要:医療機能の集約とネットワークの充実強化を実現するため都立病院の再編を実施。		
	東京都	(平成21年度) 広尾病院(482床) 大塚病院(508床) 駒込病院(906床) 墨東病院(772床) 府中病院(821床) 清瀬小児病院(303床) 八王子小児病院(90床) 梅ヶ丘病院(264床) 神経病院(304床) 松沢病院(1,264床)	(再編後(予定)) 救急・災害医療センター(検討中) 母子・リウマチ医療センター(検討中) がん・感染症医療センター(833床)(H23.9開設済) 救急・総合医療センター(検討中) 多摩総合医療センター(789床)(H22.3開設済) 小児総合医療センター(561床)(3病院統合、H22.3開設済) 脳・神経医療センター(検討中) 精神医療センター(898床)(H24.5開設済)
神奈川県	概要:平成22年4月に市立市民病院において市立うわまち病院と同一の経営形態(同一の指定管理者による運営)に移行し、2病院相互の医療機能を補完し、連携。		
	横須賀市	(平成21年度) 市立うわまち病院(417床、指定管理者) 市立市民病院(482床、直営)	(平成22年度) 市立うわまち病院(417床)・市立市民病院(482床) (同一指定管理者)
新潟県	概要:平成27年度を目途に、医療圏内の病院を再編し、基幹病院を設置。		
	新潟県 魚沼市 南魚沼市	(平成21年度) 県立小出病院(383床) 県立六日町病院(199床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院(199床) 魚沼市立堀之内病院(84床)	(平成27年度) 新潟大学地域医療教育センター・ 魚沼基幹病院(高度医療、454床) 魚沼市立小出病院(134床) 南魚沼市立市民病院(140床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院(40床) 魚沼市立堀之内病院(50床)
富山県	概要:平成27年度を目途に、3つの一般行政病院を再編・統合する(公営企業化)。		
	富山県	(平成24年度) 高志リハビリテーション病院(150床) 高志学園(76床) 高志通園センター(無床)	(平成27年度) (仮)富山県リハビリテーション病院・子ども支援センター (202床)
石川県	概要:平成28年度を目途に、2市立病院を統合し、病床数の削減を実施する等、医療資源の集約化を行う。		
	加賀市	(平成23年度) 加賀市民病院(226床) 山中温泉医療センター (199床、指定管理者)	(平成28年度) (仮)統合新病院(300床)
福井県	概要:平成24年4月に越前町国民健康保険織田病院において公立丹南病院と同一の経営形態(同一の指定管理者による運営)に移行し、2病院相互の医療機能を補完し、連携。		
	越前町 公立丹南病院組合	(平成23年度) 越前町国民健康保険織田病院(55床、直営) 公立丹南病院(199床、指定管理者)	(平成24年度) 越前町国民健康保険織田病院(55床) 公立丹南病院(179床) (同一指定管理者)



都道府県名	団体名	再編前	再編後
山梨県	概要:平成25年度に一部事務組合を設立。その後町立病院と社会保険病院を一部事務組合に移管し、経営を統合する。新病院は平成26年度に開院予定。		
	市川三郷町 富士川町	(平成25年度) 市川三郷町立病院(100床) 社会保険鯉沢病院(158床)	➡ (平成26年度): 峡南北部二病院統合事務組合 市川三郷病院(90床) 富士川病院(158床)
静岡県	概要:両市立病院を統合、再編し、一部事務組合が経営主体で運営。平成25年度開院。		
	掛川市 袋井市	(平成21年度) 掛川市立総合病院(450床) 市立袋井市民病院(400床)	➡ (平成25年度): 掛川市・袋井市病院企業団 中東遠総合医療センター(500床)
長野県	概要:2病院の施設集約を段階的に進め、平成27年度に新病院を建設し、完全に施設を統合。		
	岡谷市	(平成24年度) 岡谷病院(264床) 健康保険岡谷塩嶺病院(53床)	➡ (平成27年度) (仮)岡谷市民病院(295床)
岐阜県	概要:平成20年度に市内2病院のうち1病院を老人保健施設に転換し、同時に1病院の病床数を8床削減して91床とし、ケア・ミックス型病院(一般病床58床、療養病床33床)とした。		
	飛騨市	(平成19年度) 国民健康保険飛騨市民病院(99床) 国民健康保険ケアホスピタルたかはら(76床)	➡ (平成20年度) 国民健康保険飛騨市民病院(91床) 老人保健施設
愛知県	概要:平成19年度時点の5病院体制を、2グループと1病院(指定管理者による運営)に再編し、病床数についても段階的に見直し。		
	名古屋市	(平成19年度) 東市民病院(498床) 守山市民病院(200床) 城北病院(251床) 城西病院(305床) 緑市民病院(300床)	➡ (平成32年度) 東部医療センター(498床、急性期医療機能充実) 東部医療センター守山市民病院 → H25.4民間譲渡 西部医療センター(500床、救急、小児・周産期医療の充実) 西部医療センター城西病院(120床) → H23.4民間譲渡 緑市民病院(300床)(H24.4指定管理者制度導入)
	概要:平成20年7月(今伊勢分院)、平成21年4月(尾西市民病院)の民間譲渡により4病院を2病院に再編し、病床種別についても見直し。		
	一宮市	(平成20年度) 一宮市立市民病院(560床) 一宮市立市民病院今伊勢分院(217床) 一宮市立尾西市民病院 (186床 うち回復期リハビリテーション病床38床) 一宮市立木曾川市民病院 (138床 うち療養病床48床)	➡ (平成21年度) 一宮市立市民病院(560床) 一宮市立木曾川市民病院 (138床 うち回復期リハビリテーション病床48床)  (H20.7 今伊勢分院、H21.4 尾西市民病院は民間譲渡)
	概要:平成22年度中の県立病院の廃止にあたり医療機能を市立病院に移転。		
	愛知県 一宮市 稲沢市	(平成21年度) 県立循環器呼吸器病センター(286床) 一宮市立市民病院(560床) 稲沢市民病院(392床)	➡ (平成22年度) 県立循環器呼吸器病センター廃止 一宮市立市民病院(560床) (循環器医療・結核医療・感染症医療機能移転) 稲沢市民病院(392床) (心臓カテーテル治療など循環器内科の診療機能移転)
概要:平成22年4月に両市の病院事業を統合し、一部事務組合が経営主体で運営。			
東海市 知多市	(平成21年度) 東海市立東海市民病院(199床) 東海市立東海市民病院分院(154床) 知多市立知多市民病院(300床)	➡ (平成22年度): 西知多医療厚生組合 東海市民病院(199床) 東海市民病院分院(154床) 知多市民病院(300床)	
三重県	概要:平成21年10月に地方独立行政法人を設立するとともに医療法人が経営する病院と統合・再編し、桑名市民病院とその分院として開院。平成24年4月1日には、医療法人が経営する旧山本総合病院と統合し、市民病院を桑名西医療センター、市民病院分院を桑名南医療センター、旧山本総合病院を桑名東医療センターとして運営。		
	桑名市	(平成20年度) 桑名市民病院(234床) 医療法人和心会平田循環器病院(79床) 山本総合病院(349床)	➡ (平成24年度): (独)桑名市総合医療センター 桑名西医療センター(旧桑名市民病院)(234床) 桑名南医療センター(旧桑名市民病院分院)(79床) 桑名東医療センター(旧山本総合病院)(349床)
	概要:平成20年度に2病院再編・統合し、1つの病院と1つの診療所として整備した。		
志摩市	(平成19年度) 市立大王病院(50床) 市立前島病院(24床)	➡ (平成20年度) 国民健康保険志摩市民病院(50床) 市立前島診療所(無床)	

都道府県名	団体名	再編前	再編後
三重県	概要:平成27年度に報徳病院を診療所化し、病床を大台厚生病院に移行する。		
	大台町	(平成25年度) 大台厚生病院(95床) 報徳病院(30床)	(平成27年度) 大台厚生病院(110床) 大台町報徳診療所(無床)
滋賀県	概要:平成25年度4月に、国立病院と東近江市立2病院の再編を行い、中核病院と後方支援病院として整備。		
	東近江市	(平成23年度) 国立病院機構滋賀病院(220床) 東近江市立能登川病院(120床) 東近江市立蒲生病院(120床)	(平成25年度) (独)国立病院機構東近江総合医療センター(320床、中核病院) 東近江市立能登川病院(60床、後方支援病院) 東近江市蒲生医療センター(19床) ※能登川病院は今後指定管理者制度導入・民間譲渡等含めて検討
京都府	概要:圏域内の4つの公的病院が有する特徴的な機能の充実・高度化を図り、互いの連携を強化していくとともに病床の見直しも行う。舞鶴市民病院については舞鶴赤十字病院の隣接地に移転し、連携を強化する。		
	舞鶴市	(平成24年度) 舞鶴医療センター(339床) 舞鶴共済病院(320床) 舞鶴赤十字病院(198床) 舞鶴市民病院(198床)	(平成27年度) 舞鶴医療センター(280床):脳卒中センター機能の充実 舞鶴共済病院(310床):循環器センター機能の充実 舞鶴赤十字病院(198床):リハビリ機能の充実 舞鶴市民病院(100床):療養病床に特化
大阪府	概要:まず住吉市民病院を含む大阪府立病院を独法化した後、大阪府立病院機構と統合する。その後、現・大阪府立病院機構の急性期・総合医療センターの敷地内に、急性期・総合医療センターの機能の一部と住吉市民病院の機能を統合させた新棟・住吉母子医療センターを設立する。		
	大阪府 大阪市	(平成24年度) 大阪府立急性期・総合医療センター(768床) 市立住吉市民病院(198床)	(平成28年度):(仮)(独)大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター(865床予定) (うち住吉母子医療センター125床)
	概要:平成22年4月に市立北市民病院を民間譲渡するにあたり政策医療を他の市民病院へ移転。		
	大阪市	(平成21年度) 市立総合医療センター(1,063床) 市立北市民病院(150床) 市立十三市民病院(280床) 市立住吉市民病院(198床)	(平成22年度):市立北市民病院民間譲渡 市立総合医療センター(1,063床、緩和医療機能移転) 市立十三市民病院(279床、結核医療機能移転) 市立住吉市民病院(198床)
大阪府	概要:平成25年度に泉州医療圏南部にある公立4病院の機能再編を行う。		
	大阪府 貝塚市 泉佐野市 阪南市	(平成22年度) 貝塚市立貝塚病院(249床) 泉佐野市立泉佐野病院(358床) 阪南市立病院(185床) 府立泉州救急救命センター(30床)	(平成25年度) 貝塚市立貝塚病院(249床)(がん診療に重点) りんくう総合医療センター(388床)(旧市立泉佐野病院) (H23.4独法化、救急、がん診療に重点、 H25.4 府立泉州救急救命センターを移管) 阪南市民病院(185床)(旧阪南市立病院) (H23.4指定管理者制度導入、亜急性期・回復期、 他2病院の後方支援)
	概要:県立尼崎病院と県立塚口病院を統合、再編し、新病院を整備。		
兵庫県	(平成21年度) 県立尼崎病院(500床) 県立塚口病院(400床)	(平成27年度予定) 県立尼崎総合医療センター(仮称)(730床)	
兵庫県	概要:平成21年4月に(独)神戸市民病院機構を設立し、中央市民病院については「救急医療・高度医療・急性期医療の充実強化」、西市民病院については「高齢者医療の充実強化(亜急性期・回復期リハ)」を進め、病床規模の見直しと機能分担を図る。		
	神戸市	(平成21年度):(独)神戸市民病院機構 市立医療センター中央市民病院(912床) 市立医療センター西市民病院(358床)	(平成25年度) 市立医療センター中央市民病院(700床) 市立医療センター西市民病院(358床)
	概要:平成23年4月に、市立病院と神鋼加古川病院(株式会社)との間で経営統合及び地方独立行政法人化。		
	加古川市	(平成21年度) 加古川市民病院(411床) 神鋼加古川病院(198床)	(平成23年度):(独)加古川市民病院機構 加古川西市民病院(405床) 加古川東市民病院(198床) (また、2病院を統合することについても決定しており、平成28年度開院予定。)
概要:平成25年10月に、両市立病院を統合、再編し、一部事務組合が経営主体で運営。			
三木市 小野市	(平成21年度) 三木市民病院(323床) 小野市民病院(220床)	(平成25年度):北播磨総合医療センター企業団 北播磨総合医療センター(450床)	
概要:但馬こうのとり周産期医療センターを新たに整備し、但馬のハイリスク患者を受け入れるハード整備と、但馬地域全体で産婦人科医師確保を行い、産科医療を安定的に確保できる態勢を強化する。			
豊岡市 朝来市	(平成24年度) 公立豊岡病院(500床) 公立八鹿病院(420床) 日高医療センター(100床)	(平成27年度) 公立豊岡病院(510床) (うち但馬こうのとり周産期医療センター56床) 公立八鹿病院(420床) 日高医療センター(83床)	

都道府県名	団体名	再編前	再編後
		概要:平成28年度を目途として2病院について、統合して新病院を開院する予定	
兵庫県	公立豊岡病院組合	(平成24年度) 公立朝来梁瀬医療センター(50床) 朝来和田山医療センター(139床)	(平成28年度) (仮)朝来医療センター(150~180床程度)
		概要:平成28年度末を目途に、県南和地域の3つの公立救急病院を再編し、1市3町8村及び奈良県で構成する一部事務組合で運営。	
奈良県	奈良県、 五條市、吉野町、 大淀町、下市町、 黒滝村、天川村、 野迫川村、十津川村、 下北山村、上北山村、 川上村、東吉野村	(平成23年度) 県立五條病院(199床、急性期) 吉野町国民健康保険吉野病院 (99床、急性期) 大淀町立大淀病院(275床、急性期)	(平成28年度目途) 南和広域医療組合(H24.2設立) (仮)救急病院(232床程度、急性期) (仮)地域医療センター(90床程度、療養期) (仮)地域医療センター(90床程度、療養期)
		概要:平成23年度に両病院を統合、再編し、新病院を開院。	
和歌山県	串本町	(平成21年度) 国保直営串本病院(106床) 国保古座川病院(60床)	(平成23年度) くしもと町立病院(130床)
		概要:平成20年度に市内2病院を再編し、1病院1診療所化した。	
岡山県	瀬戸内市	(平成18年度) 邑久病院(80床) 牛窓病院(82床)	(平成20年度) 瀬戸内市民病院(110床) 牛窓診療所(無床)
		概要:平成26年度に赤磐市民病院は無床診療所化し、入院機能を医師会病院に集約する。医師会病院は、敷地内に新病棟を建設。	
	赤磐市	(平成24年度) 赤磐市民病院(50床) 赤磐医師会病院(196床)	(平成26年度) (仮)新診療所(無床) 赤磐医師会病院(245床)
		概要:平成22年4月に三原市立くいき市民病院を世羅中央病院企業団に再編。平成23年10月に入院機能を集約化。	
	世羅中央病院企業団 三原市	(平成21年度) 公立世羅中央病院(110床) 三原市立くいき市民病院(45床)	(平成23年度):世羅中央病院企業団 公立世羅中央病院(155床) 公立くいき診療所(無床)
		概要:市内にある公立病院と民間病院を経営統合し、地域完結型の医療提供体制を構築。	
広島県	府中市	(平成22年度) 府中市立府中北市民病院(110床) 厚生連府中総合病院(199床)	(平成24年度): (独)府中市病院機構 府中北市民病院(70床、後方支援病院) 府中市民病院(150床、二次救急)
		概要:平成20年度に町内の2病院を再編し、1病院1診療所化した。	
	安芸太田町	(平成19年度) 安芸太田町加計病院(218床) 安芸太田町戸内病院(52床)	(平成20年度) 安芸太田病院(218床) 安芸太田戸内診療所(無床)
		概要:平成23年度に光総合病院を急性期医療、大和総合病院を慢性期医療に特化させ、明確な機能分担を行った。	
	光市	(平成22年度) 光市立光総合病院(210床) 光市立大和総合病院(264床)	(平成23年度) 光市立光総合病院(210床) 光市立大和総合病院(243床)
		概要:平成20年4月に山陽市民病院を小野田市民病院へ機能を統合、再編し、1病院体制へ移行。山陽市民病院の土地、建物は同所で内科系の病院又は内科系有床診療所の運営を行うことを条件に民間移譲した。	
	山陽小野田市	(平成19年度) 小野田市民病院(215床) 山陽市民病院(160床)	(平成21年度) 山陽小野田市民病院(215床) 山陽市民病院建物を民間譲渡。 (現在は有床診療所及び老人福祉施設として運営)
		概要:平成28年度を目途に町立2病院を1病院1診療所化するとともに、移転新築を行う。	
徳島県	美波町	(平成24年度) 美波町国民健康保険日和佐病院(30床) 美波町国民健康保険由岐病院(50床)	(平成28年度予定) (仮)美波町立病院(50床程度) (仮)美波町保健センター(無床)
		概要:平成19年度に津田病院の機能を白鳥病院に引き継ぐとともに附属診療所化。平成22年度からは津田診療所をさぬき市民病院に移管した。	
	香川県	(平成18年度) 香川県立白鳥病院(166床) 香川県立津田病院(60床) さぬき市立さぬき市民病院(420床)	(平成22年度) 香川県立白鳥病院(150床) さぬき市立さぬき市民病院(179床) 津田診療所(無床)
		概要:平成26年度に中央病院を移転新築する際に、がん検診センターを廃止し、質の高いがん検診機能や高度ながん診療機能の引き継ぐ。	
	香川県	(平成20年度) 香川県立中央病院(631床) 香川県立がん検診センター(無床)	(平成26年度) 香川県立中央病院(530床程度)
		概要:高松市民病院と香川病院を移転統合して新病院を整備し、塩江病院をその附属医療施設とする再編。	
	高松市	(平成21年度) 高松市民病院(417床) 香川病院(126床) 塩江病院(87床)	(平成30年度目途) 高松市新病院(306床) 高松市新病院附属医療施設(60床)

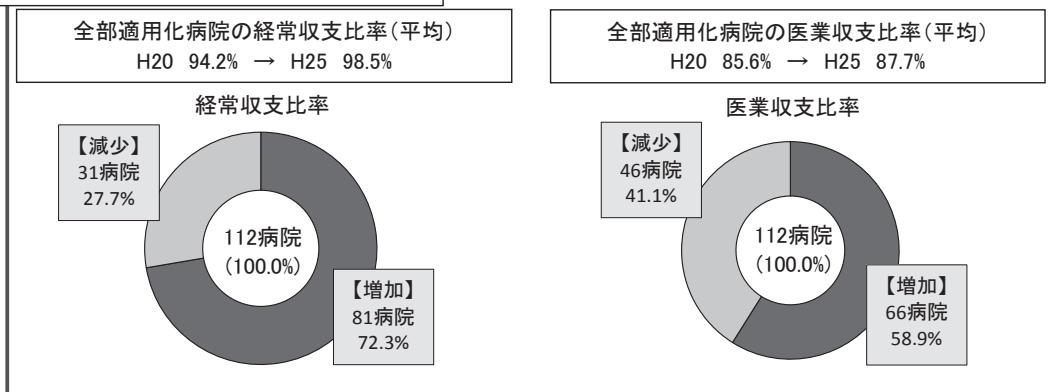
都道府県名	団体名	再編前	再編後
香川県	概要:平成28年度を目途に、新病院を開院。土庄中央病院及び内海病院は、無床診療所化した上、空いた施設については、福祉の用途等を検討。		
	土庄町 小豆島町	(平成23年度) 土庄中央病院(126床) 内海病院(196床)	(平成28年度目途) (仮)小豆新病院(234床程度) 土庄中央病院(無床診療所化等予定) 内海病院(無床診療所化等予定)
愛媛県	概要:平成22年度に県立三島病院を公立学校共済組合に移譲し、公立学校共済組合四国中央病院と一体的に運営するとともに、将来基幹病院化することを旨とする。		
	愛媛県	(平成21年度) 県立新居浜病院(339床) 公立学校共済組合四国中央病院(259床) 県立三島病院(183床)	(平成26年度) 県立新居浜病院(329床) 公立学校共済組合四国中央病院(279床) 公立学校共済組合三島医療センター(70床)
高知県	概要:平成10年度に県と高知市が高知県・高知市病院組合を設立。平成17年3月に新病院開院。		
	高知県 高知市	(平成16年度) 高知県立中央病院(400床) 高知市立市民病院(366床)	(平成22年度)高知県・高知市病院企業団 高知医療センター(632床)
	概要:平成24年度に県立安芸病院と県立芸陽病院を組織統合・再編し、平成26年度に新病院を開院。		
高知県	(平成21年度) 県立安芸病院(258床) 県立芸陽病院(153床)	(平成26年度) 県立あき総合病院(270床)	
佐賀県	概要:市立病院と町立病院を統合、再編し、一部事務組合が経営主体で運営。		
	伊万里市 有田町	(平成21年度) 伊万里市立市民病院(64床) 有田共立病院(165床)	(平成24年3月)伊万里・有田地区医療福祉組合 伊万里有田共立病院(206床)
長崎県	概要:かたばる病院の療養病床部門を壱岐市民病院に統合し、かたばる病院は閉院。		
	壱岐市	(平成23年度) 壱岐市民病院(200床) かたばる病院(48床)	(平成25年度) 壱岐市民病院(228床)
	概要:平成28年度を目途に市民病院と成人病センターを統合。 ・長崎市立野母崎病院は診療所化、長崎市立琴海病院は民間譲渡。		
	長崎市	(平成21年度) 市立市民病院(414床) 市立病院成人病センター(176床) 市立野母崎病院(65床) 市立琴海病院(61床)	(平成28年度) (仮)長崎市立病院(500床程度) 長崎市野母崎診療所(無床):平成23年度診療所化 ニュー琴海病院(60床):平成22年度民間譲渡
長崎県	概要:平成21年4月に長崎県と島原地域、五島地域及び対馬地域の5市1町が「長崎県病院企業団」を設立。		
	長崎県 島原市 南島原市 雲仙市 五島市 新上五島町 対馬市	(平成20年度) 【長崎県】 県立精神医療センター(141床) 県立島原病院(254床) 【長崎県離島医療圏組合】 五島中央病院(304床) 上五島病院(186床) 対馬いづはら病院(199床) 中対馬病院(139床) 上対馬病院(84床) 富江病院(55床) 奈留病院(52床) 有川病院(50床) 奈良尾病院(60床)	(平成27年度):長崎県病院企業団 精神医療センター(139床、精神科基幹病院) 【基幹病院】 島原病院(254床) 五島中央病院(304床) 上五島病院(186床) 対馬いづはら病院(199床、中対馬病院と統合予定) →新病院(275床、H27.5開院予定) 【地域病院】 中対馬病院(139床、対馬いづはら病院と統合予定) 上対馬病院(60床)(新病院のサテライト病院とする予定) 富江病院(55床)(検討中) 奈留医療センター(19床)(H26.1有床診療所化) 有川医療センター(H21.11 無床診療所化) 奈良尾医療センター(H23.4 無床診療所化)
熊本県	概要:平成21年12月に市民病院と産院を一体化し、総合周産期母子医療センターとしての機能を充実させた。		
	熊本市	(平成20年度) 熊本市市民病院(562床) 熊本市市民病院附属熊本産院(28床)	(平成21年度) 熊本市市民病院(562床)
大分県	概要:平成22年10月に市立病院と県立病院の医療機能を統合し、県立病院施設を無床診療所化、公立おがた総合病院は増床。		
	大分県 豊後大野市	(平成21年度) 公立おがた総合病院(148床) 大分県立三重病院(165床)	(平成22年度) 豊後大野市民病院(199床) 豊後大野市民病院三重診療所(無床)
鹿児島県	概要:平成20年4月に旧野田医療センターを、平成23年10月に旧高尾野医療センターを診療所化。		
	出水市	(平成19年度) 出水総合医療センター(334床) 野田医療センター(37床) 高尾野医療センター(30床)	(平成23年度) 出水総合医療センター(334床) 出水総合医療センター野田診療所(無床) 出水総合医療センター高尾野医療診療所(19床)

## 経営形態見直しを行った公立病院の経営状況

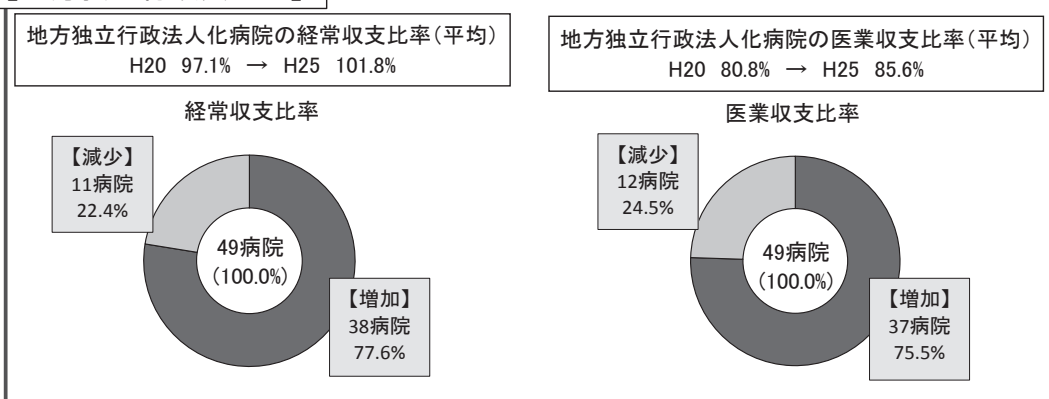
資料6

平成21～25年度に地方公営企業法の財務適用から全部適用へ移行した病院※1、地方独立行政法人化した病院※2、指定管理者制度を導入した病院※3の平成20年度決算と平成25年度決算を比較している。

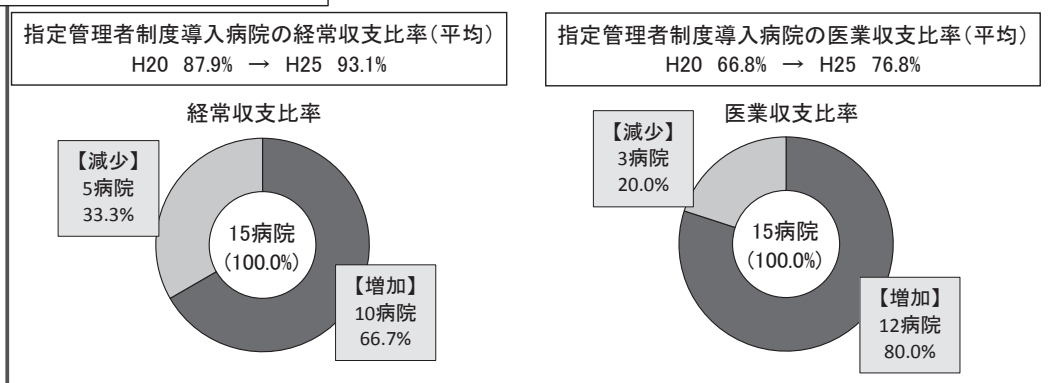
### 【地方公営企業法の全部適用化】



### 【地方独立行政法人化】



### 【指定管理者制度導入】



※1：112病院。H25年度末に存在する病院のみ。

※2：49病院。民間病院等から独法化した4病院を除く。

※3：15病院。公的病院から公立病院化した1病院を除く。

※4：医業収支比率は他会計負担金等を除いて算出している。

### 【参考】経営形態の見直しにより効果があったと回答した病院の割合

〔「公立病院改革プランの平成24年度実績等」について(照会)〕(平成25年4月総務省実施)より

見直し後の経営形態	回答数 (a)	経営の自主性		経営の効率化	
		効果あり回答数(b)	割合(b/a)	効果あり回答数(c)	割合(c/a)
全部適用	100	76	76.0%	68	68.0%
地方独立行政法人	48	48	100.0%	42	87.5%
指定管理者制度	15	—	—	11	73.3%

※回答数はH21～24年度に経営形態を見直した病院のうち回答のあったものである。自由記載形式のアンケートであるため、回答内容を踏まえて効果あり回答に含めるかどうか判断している。