

3. 医療施設 P F I 事業に係るヒアリング調査結果の概要

(1) 先行事例から想起される課題・問題点

発言者（凡例）

地方自治体
総合建設会社
総合商社
保険会社

1) 計画検討上の問題点・課題

病院の理念・コンセプトについて

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 1 | 統合による病院整備・運営は病院の理念が確立しやすいのではないかと。一方、既存病院の更新の場合は、既存病院との継続性が求められることから理念が出しにくく、その点で病院としても難しかいのではないか。 |
| 2 | 病院の方向性が明確な場合は、それに乗っていけばよいが、コンセプトが明確ではない病院の場合は、病院が持っている自治体立病院のあるべき姿と、応募者の提案にズレが起きるのではないかと。市民と病院の望む方向をはっきりさせた方がよい。 |
| 3 | 医療の内容、地域ネットワーク等の提供する医療のコンセプトが確定していることが必要である。また、医療経営の責任は病院側なので、どの程度まで医療に踏み込んだ提案が許されるか迷いが生じた。 |
| 4 | 病院 P F I を検討する際には、まずは自治体立病院の役割を打ち出し、「民間病院とは違うのだ」ということをきっちり整理しなければいけない。そこが整理されていれば、そうブレることはないだろう。 |

業務関連について（業務分担及び業務に関するリスク分担を含む。）

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 5 | 病院事業のすべてを把握している人がいないので、業務内容の把握が難しかった。 |
| 6 | リスク分担を考慮した上での業務分担の設定が困難であった。 |
| 7 | 現病院で働く医療従事者の意見を聞きつつ、新病院での市と S P C の業務分担及び各業務の要求水準を検討 / 決定する必要があり、制約があった。 |
| 8 | 看護補助業務、患者搬送業務など、医療行為と S P C 業務の線引きがグレーな業務は業務対象範囲に含めて欲しくない。 |
| 9 | 医療機器の取り扱い、業務の分担としては、医療行為に入るのではないかと。医療機器の調達後の管理や、陳腐化が激しいこと、医師の要求に合わせないといけないうことなどを考えると、民間で負担するのは難しいと感じる。 |
| 10 | 一部の医療機器の調達・整備を P F I の業務範囲としたが、要求性能書を作成した時点での医師は新病院開院時にいる確証はなく、場合によっては、提供を受けた医療機器が使われない可能性がある。これは、要求性能を出すタイミングと実際の調達のタイミングに開きがあることから発生する課題である。 |
| 11 | 医療機器、システムの陳腐化への対応をどうするか。 |
| 12 | 医療機器、診療材料、医薬品の購入業務を導入・拡大すべきである。 |

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 13 | 診療材料、医薬品の購入業務を業務範囲とする場合、薬剤の使用は診療行為により薬剤コストが変わるので、民間がそのリスクをすべて負担する形になるのは困る。 |
| 14 | 今後の方向性については、ゼネコンとしては、従来から慣れているファシリティだけを担当するのが望ましい。医療サービス関連業務が含まれることになると、リスクが多岐にわたることになる。また、スポンサーにそうしたリスクの説明もしないといけないが、専門的で分かりづらい。 |

基本的な事業スキーム（事業期間、事業類型）について

| No. | 内 容 |
|-----|--|
| 15 | S P Cのマネジメントが軌道に乗るのに、5～6年かかるというのが実感であり、したがって20～30年くらいの長期契約でないとな事業が難しいという面もある。 |
| 16 | 事業期間は、10～20年が妥当ではないか。30年は長いと思う。15年経過時点で、オプションを付けるというのも一案かと思う。2～3年事業を回せれば、後はある程度、自動的に運営が回ると思うので、長ければ良いというわけではないと思う。 |
| 17 | 医療がこれから変わっていく中で、20～30年間の契約を結ぶのはリスクである。 |
| 18 | B O T方式を採用し、運営で民間のフレキシビリティを発揮させる必要があるのではないか。 |
| 19 | 町村立病院のP F Iが出てきたと想定した場合、財政基盤の脆弱さや病院の規模を考えると、このクラスのP F Iへの参画は厳しいと感じる。 |

リスク分担について

| No. | 内 容 |
|-----|--|
| 20 | 医療のコアとノンコアのジョイント部分に、リスクのあいまいさがどうしても残ってしまう。これはP F I方式で実施することにより新たに発生するリスクであると考えられる。 |
| 21 | 病院のリスクが理解できない。人命を扱うということでリスクだという思いを抱いている。 |
| 22 | 万が一の場合のレピュテーションリスク（医療過誤など）が負いきれない。 |

V F Mについて

| No. | 内 容 |
|-----|--|
| 23 | 現状、原価管理を行っていないため、各業務にかかっている費用をきっちり把握しきれず、P S Cの算定が困難であった。 |
| 24 | 交付税算入に当たっての詳細が示されていないため、ある前提をおいてV F Mを算定しなければならなかった。 |
| 25 | 将来の医療環境が大きく変わることが想定される中で、今後 30 年間の病院会計の姿を予測しなければならないところがつらかった。 |
| 26 | 30 年分の光熱水費を算定することなど無理だと思う。積算根拠を示すことのできない責任のない数字であり、V F M算定に入れてほしくない。 |
| 27 | V F Mの算定において、診療材料・医薬品を入れることは妥当かどうか。 |

提示条件について

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 28 | S P Cは内部留保がほとんどない状態で運営しているので、サービスの対価の減額幅の上限を設定してもらいたい。 |
| 29 | 患者搬送業務や滅菌業務などの小さな業務の要求水準未達により、建物の代金まで減額されるのは困る。かえってコストが高つくことになる。 |
| 30 | 情報システムのダウンリスクについては、通常、コンピューターの納入業者にリスクを負わせているが、P F IだとS P Cが全てリスクを負わなければならないため、苦労した。24時間バックアップ体制を整えるようにはしているが、システムダウンの被害に関する責任をシステム会社がみるということはシステム会社にとってみればあまり想定できないことのようなのである。 |

提案の求め方について

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 31 | 設計と条件を示す場合は、途中での変更がなるべく避けてほしい。 |
| 32 | 設計と条件が細かすぎると、リアリティが感じられないまま細部の面積計算に終始することになる。 |
| 33 | より具体的な設計仕様を公表してほしい。出しすぎるのも面白くないが、せめて同じ土俵で競争ができるように（病院が求めているとの大きなブレが出ないように）、概念的な要件（例えば、「低層」か「高層」かといった基本的な点）は示すべきである。 |
| 34 | 業務に関する提案については、どういう項目でどういう提案が必要なのかを言ってほしい。 |

提案の評価について

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 35 | 単なるハコモノの建設・運営ということに比べると、運営の比重が大きく、SPCのマネジメント能力などの数字には表れにくい部分を審査する必要があるので、病院PFIの審査は非常に難しいのではないかと。 |
| 36 | 事業者選定において、公募プロポーザルの結果、質を重視して優秀提案を選定した後に、価格が安い方を選定したケースがあるが、質を求めているのか、価格が安い方が良いのかがはっきりしない。「良くて安いもの」という注文は難しい。 |
| 37 | 病院PFIは運営部分が多いので、「価格3、質7」くらいの評価の仕方を見せてほしい。 |
| 38 | 電子カルテや、オーダリングシステムなど、最新ツールを使っていくとき、自ずと動線が変わるが、既存病院のスタッフによる既存の枠組みの中での評価では、こうした新しいものに対する評価が不十分ではないかと。審査する側に、既存の業務フローからの脱却が必要である。 |
| 39 | 行政から民間事業者に業務水準を提案で求めているが、これは一体どのように評価しているのか。 |

将来の医療環境への対応について

| No. | 内 容 |
|-----|--|
| 40 | 医療報酬が3年に1回改定されるので、サービスも医療報酬とリンクせざるをえず、サービスの対価に影響出ることが懸念され、これに対応した事業契約をどうするか考えないといけないと思う。 |
| 41 | 医療制度の変化への対応をどうするか。そもそも、病院が必要でなくなるというケースも考えられる。 |
| 42 | 病院の統合などにより、医療圏が変化するリスクもある。その場合の対応をどうするか。 |

2) 制度上の問題点・課題

財政支援について

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 43 | B O T方式の場合、補助金の交付を受けるためには、補助金対象部分の所有権を保有していることが前提となるため、事実上、一括交付が受けられない。 |

事業者の法令上委託可能な範囲について

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 44 | 政令8業務については、再委託は認められるようになったものの、再々委託は禁止されているので、S P Cがサービスインテグレーターを経由し、業務受託企業に業務を委託することはできなかった。これでは、サービスインテグレーターが育ちにくい。解釈を柔軟にすべきである。 |

3) 事業推進上の問題点・課題

公共側の事業推進体制について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 45 | 事業の推進に当たっては、医療、技術、法律等の専門的ノウハウに精通した人員の活用が求められる。 |

コンソーシアムの組成について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 46 | 医療は運営主体であり、SPCによるマネジメントが重要であるため、SPCの「陣立て」を作るのに苦労する。 |
| 47 | システム事業者が事実上限られており、やりにくい。 |
| 48 | 医療サービス関連企業が限られており、提案時にどこまで準備しておくことが必要なのか。業務によっては、契約締結後に業務受託企業を選定することも認めてほしい。 |
| 49 | 行政は、「主要業務」を設定し、「構成員」を設定せよと言う（事業性・契約履行性の担保のため）が、あまり先にそうしたことを設定してしまうと、コストが高くなってしまいますので、契約選定後に設定してもいいのではないかと。 |
| 50 | 医療サービス関連企業は体力のない会社が多く、従来では1年契約で委託しているのに対し、PFIだと長期契約になり、その長期契約リスクが社内で認知されにくい。 |
| 51 | 医療事務で2社、検体検査で2社、滅菌で2~3社しか実質いないので、一定規模の事業となれば、3~4グループしか組成しようがない。 |

応募コストについて

| No. | 内容 |
|-----|---|
| 52 | 応札コストが相当程度かかる。医療についてあまり詳しくない企業の場合は、医療コンサルタントに外注しなければならず、外注費だけで4~5千万円くらいかけているようだ。内部の人件費等を含めれば、1億を超えてしまう場合もあり、今後はこれだけの応札コストをかけて応募できるかほど企業体力が続くか分からない。 |
| 53 | 応募者は作業量などの負担が大きすぎる。枚数制限で提案するスタイルが好ましい。優先交渉権者を選定した後に、細部を詰める方法もあるのではないかと。 |

病院とSPCとの関係について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 54 | 民間病院とは異なる視点で、自治体病院の経営改善のために有益な役割を果たしうる、SPCと病院との関係をどのようにして構築するかが、今後の課題である。 |
| 55 | 病院としては、SPCに医療の質的向上への貢献を求めるが、これに対し、どのようにSPCにサポートしてもらえるのかが具体的に見えてこない。 |
| 56 | 新病院では、一つの環境下に、さまざまな契約形態を有する職員が集まることになるが、病院組織としての一体化を醸成できるか。今後の課題となる。 |
| 57 | 先行事例においては、SPCからすると、本当にSPCが踏み込みたい経営部分に踏み込めない形になっている。 |
| 58 | 現在のあり方は、病院経営に関し、行政と民間との責任の所在が不明確と感じる。 |
| 59 | 病院が赤字だと事業者側にも影響があるところであることから、事業者としても、病院のコンサルテーションを行うことを望む。 |
| 60 | 病院が行う業務とSPCが行う業務が有機的に連携できるよう、今後、検討していく必要がある。 |
| 61 | 医療のコア部分とノンコア部分の融合が求められる中で、ジョイント（すき間）部分をどうコントロールしていくのか。「運営中心」の事業にもかかわらず、現在は建設についての対応で手一杯で、運営について考えるに至っていない。 |

SPCのマネジメントについて

| No. | 内容 |
|-----|---|
| 62 | SPCはさまざまな業務を統括する必要があるが、提案書を見る限り、統合・とりまとめの効果が具体的にはあまり見えてこなかったように思う。 |
| 63 | SPCが業務のとりまとめをどこまでやれるのか、SPCのマネジメント能力に不安がある。これから、SPCも公共も、事業を進めるに伴い、ともに熟度を高めていく必要がある。 |
| 64 | 30年に及ぶ維持管理・運営期間においては、人の交替・企業の盛衰があることが想定されるが、事業体としてどのように長期に安定した仕組みを作れるのかが具体的に見えてこない。 |
| 65 | SPCはペーパーカンパニーでは対応不可能であり、実体のある体制作りをしたいと考えている。 |
| 66 | 病院事業においては、SPCの統括責任者の役割が重要になってくると思われるが、長期安定的に統括責任者を確保する仕組み、又は養成する仕組みがどのように作れるのかが具体的に見えていない。 |
| 67 | SPCのマネジメントを誰（どの企業）が音頭をとってやるかも課題である。単なる専門家の寄せ集めになってしまい、トータルで一つの会社がやっているように見えないところが問題である。組織を束ねる人材がいないので、今後の病院PFIを考える際も、これが大きな問題となってくるだろう。 |
| 68 | 医療の効率化の基本は、コア業務を含む運営にあると思うので、病院の人事並びに支出等に通じた人材・機関の確保が課題である。 |

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 69 | 1人で全業務をみることができる人はいないと思うので、2人でみるということではかやりようがないのではないか。いずれにせよ、今後の業務の中で、人材を育てる必要がある。(母体会社が、どう人材を管理するかも考えないといけないと思う。) |
| 70 | S P Cの統括責任者の院内での地位については、先行事例では、「副院長クラス」や「経営会議」出席のステイタスとなっていた。「事務次長」とか、「副院長」でも良いと思う。 |

公共側の体制について

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 71 | 長期安定運営のためには、公共側のスタッフの継続性を確保することが重要だと考える。最終的には、現在のように県・市からの出向という形ではなく、組合の正規職員として採用していければよいと思う。 |

地元の活力の継続的活用について

| No. | 内 容 |
|-----|--|
| 72 | 地元雇用の活用や地元の商店街からの購買については、応募者に地元企業に対する相談窓口の設置をお願いしたり、審査で評価するなどの対策を行ってきたが、実際にどこまで考慮してもらえるのが今後の課題となる。 |
| 73 | 地元経済の活性化という条件付けは、「やむなし」と思った。 |

(参考)

次世代民活事業研究会（社団法人 日本プロジェクト産業協議会）による
自治体病院における P F I の課題まとめ

自治体病院事業に対する P F I 導入の課題一覧

| | 建設段階 | 運営段階 |
|-----------------------|--|--|
| 法制度 慣行 | 国庫補助金の導入可能性 | 医療診療業務以外の従業員の雇用問題 S P C の受託資格と再委託の可能性 民間事業者は病院経営に関与できない |
| 業務分担 役割分担 リスク分担 | 情報システムの構築方策 医療機器の選定方策（機器選定 に対する医師の意向等） | 情報システム、医療機器の更新 医療政策の変更等に伴う施設、機器等 の変更、改修 医療行為におけるリスク分担のあり方 （診療業務、診療補助業務） 病院経営状況と P F I 事業者への費用 支払いとの関連性（アベイラビリティ フィーの担保、独立採算施設の需要 リスク等） |
| その他 | 民間事業者の事業参加インセンティブ サブコンのリスク負担能力 | |

（「自治体病院事業における P F I の意義と課題」平成 14 年 9 月）

(2) 複合施設併設型医療施設 P F I を考えるに当たって想定される課題・問題点

発言者（凡例）

地方自治体（P F I 先行事例）
 地方自治体（P F I 検討事例）
 地方自治体（複合化先行事例）
 総合建設会社
 総合商社
 保険会社
 医療関連サービス会社

Pattern. 1

< 複合施設（ ）： サービス購入型事業としての行政施設及び社会福祉施設等 >

（例）職員厚生施設、看護養成施設、公営住宅、その他行政施設、
 サービス購入型事業として行う社会福祉施設

1) 計画検討上の問題点・課題

基本的なスキーム（事業期間、事業方式）について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 1 | 先行事例で、病院本体はB T O方式、看護師宿舎はB O T方式と手法を分けているところがあるが、資産系はB T O方式の方がいいのではないかと思う。病院本体に、看護師宿舎を含めてB T O方式にするというのが望ましかったのではないか。 |

提示条件について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 2 | 社会福祉施設は、サービス購入型なら問題ないと思う。福祉系ならば、S P Cに福祉系の会社を入れるだけで対応可能と考える。福祉系の業務があるからといって、民間として参画しないというものではない。 |

< 複合施設 () : 官民協調型 (運営委託型) 事業としての社会福祉施設 >
 (例) 社会福祉施設、知的障害者援護施設、身体障害者更生援護施設

1) 計画検討上の問題点・課題

基本的なスキーム (事業期間、事業方式) について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 3 | 複合化するとき、病院の規模と機能によって、複合化する施設内容が変わると考えられる。したがって、公共が提供すべき医療が何なのかを行政側でしっかり示して欲しい。 |
| 4 | 病院の複合併設化という考え方は、病院の機能分化の流れとは逆を行っているように感じる。自治体病院では、複合併設化をどうするかより先に、「何を突出させるか」が問題となってくるだろう。 |
| 5 | 併設型施設の設置については、老人保健施設など確実な需要のある分野に注力すべきと思う。 |
| 6 | 自治体病院と社会福祉施設がセットとなることは、エンドユーザーにとってニーズがあるのだろうか。 |
| 7 | 医療と福祉が単に近いからということで複合化するということには疑問を感じる。そもそも両者に業務的なつながりがあるのか。 |
| 8 | 福祉系業務を S P C と切り離して行政と福祉事業者とで直接契約した後、S P C と連携させる方が望ましい。 |
| 9 | 第一種社会福祉施設に P F I 方式を適用しようとしている事例があるが、このスキームは成り立つのか疑問がある。そもそも S P C が社会福祉施設の経営に参画できないので、結局は、社会福祉法人を信じるしかない。 |
| 10 | グループホームならば株式会社でできるが、老人保健施設などは株式会社ではできないので、社会福祉法人を完全委託で入れるしかないと思う。その辺りは問題である。 |
| 11 | 例えば、病院 30 年にセットとしてケアハウスも 30 年やらなければならないとなると相当負担を感じる。10 年で撤退しても良いということであれば、参画しても良いとも思うが。 |

V F M について

| No. | 内容 |
|-----|---|
| 12 | 原価管理については、複数の診療科の混合病棟であり、費用が按分できないため、難しいというのが現状である。 |

提示条件について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 13 | 例えば、ケアハウスの採算もSPCに乗せるとなると、ケアハウスのクレジットがSPCの金利に影響を与えらると思う。したがって、SPCでケアハウスをするにあたっては、金融機関が賛同しない。ただし、ケアハウスであっても、独立採算型でなければ問題ないと思う。 |
| 14 | 老人保健施設や特別養護老人ホームについては、独立採算型でやるところがあれば対応可能だと思う。その他施設は、サービス購入型が望ましいと思う。 |

提案の評価について

| No. | 内容 |
|-----|--------------------|
| 15 | 採点基準がどうなるかが不明確である。 |

2) 事業推進上の問題点・課題

公共側の事業推進体制について

| No. | 内容 |
|-----|---|
| 16 | 複合化は、上部官庁の違い、庁内担当組織の違いがあるので、まとめるのが大変だろう。 |
| 17 | 行政側の所管が違うので、一緒に設置するのは難しいのではないかと感じる。 |
| 18 | 複合化をすると指揮命令系統などの管理面の課題が発生すると思う。病院単体でも複雑なので、スキームはなるべく単純化したい。 |

会計上の取扱いについて

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 19 | 複合化すれば、「一般会計と特別会計との別」や、「レセプトの医療と介護の仕分け」といった経費負担面の課題がある。 |
| 20 | 複合化の場合、施設整備にあたって起債をするにしても、各施設ごとに分野が異なり、その分野ごとに起債の種類や起債充当率が違うので煩雑である。また、それぞれの施設によって立つ会計が違うのも煩雑。 |

コンソーシアムの組成について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 21 | 複合化全般については魅力的だとは思いますが、会社がいくつあったらできるかということや、出資のレベルも大きいだらうことを考えると、(プロジェクトを支える企業は出てくるにせよ)頭となる代表企業が出てくるのかという点が危惧される。 |

S P C のマネジメントについて

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 22 | いかにして人間の呼吸を合わせるかが問題。各施設の垣根をいかに取り外せるか。 |
| 23 | 看護師については、病院と老人保健施設との間で人事交流を行っているが、他は身分の違いがあり、人事交流は容易ではない。 |

< 付加施設： 民間事業としての利便施設 >

(例) レストラン、売店、理容・美容室、フラワーショップ

1) 計画検討上の問題点・課題

提示条件について

| No. | 内容 |
|-----|--|
| 24 | フラワーショップ、理容・美容室はやめてほしい。欧米では、アレルギー防止のため、花屋を置かないようになってきている。地元の業者組合もあまり積極的ではないし、SPCも直接やりたいとは思わないだろう。また、理容・美容室についても、老人対象なら理美容があってもいいかもしれないが、急性期病院だと病院での入院期間が2週間程度で患者が利用しないのでは。また、必要なら巡回サービスを使えばいいと思う。また、地元業者の商圈とのバッティングの問題もある。 |
| 25 | 運営の仕方を、委託料で払うか、独立採算で運営してもらうかといった対価の支払方法に課題はある。 |
| 26 | 付加施設があるからといって、民間事業者の参入阻害要因とはならない。収支トントンか、若干の損失補てんはあるという想定で、コストと捕らえており、事業者としては納得している。ただ、レストランや給食厨房などは、初期投資の回収が難しいとみている。 |
| 27 | 例えば、売店やフラワーショップといったものは病院の利用者人数が影響を与えるため、結局、病院経営に左右されることになる。 |

Pattern. 4

<複合施設(): 民間事業としての営利施設施設>
 (例) 商業施設、クアハウス、公衆浴場、スポーツクラブ

1) 計画検討上の課題・論点

基本的な事業スキーム(事業期間、事業方式)について

| No. | 内容 |
|-----|---|
| 28 | 複合併設する施設は、病院との関連性・必然性が求められるのではないだろうか。 |
| 29 | まず合築ありきで考えると、複合化はうまくいかないように思う。 |
| 30 | リスクをとってまでやろうというインセンティブを感じない。また、そもそも公共が公共目的として、責任をとってやるべき事業か疑問を感じる。 |
| 31 | 施設を複雑化すれば、その分、リスクが高まる。きちんとした需要がないのに施設を作ることになりがちである。 |
| 32 | 商業などが成り立つということは、事業ポテンシャルが高いということだろうから、民間に土地を売却する方が良いのではないか。こうした併設施設をつけても、SPCとしてインセンティブにならないし、かえって負担となると思う。 |
| 33 | 民間収益施設は、プロファイがつかないもので、事業者が独自にやらないといけない。従来、建設協力金方式だったが、今ではテナントが3~5年でいなくなることも珍しくなく、建設協力金で建物を建てることができなくなった。したがって、ローン半分、場合によっては全部ローンで建物を建設せざるを得ないことになり、結局、そこまでして併設施設を設ける必然性があるのかどうかの問題に戻ってくる。 |
| 34 | 民間収益施設については、場所次第としか言えず、手を挙げづらい。商業施設、住宅施設などを作っても人が入るといふ立地であることが必要である。 |
| 35 | 複合化することによるメリットが発生するかどうかについては、案件ごとの状況によると思う。 |
| 36 | 会員制プール、宿泊施設を完備したある自治体病院病院では、結果的にうまくいかなかった。行政側として、何らかのインセンティブと結びつける必要があるのではないか。 |

提案の求め方について

| No. | 内容 |
|-----|---|
| 37 | 行政から民間収益施設の詳細を指定しなければ、会社間で差別化を図る動きが出ると思う。(条件付けをしないことで、民間の参画意欲が高まる。) |

提案の評価について

| No. | 内容 |
|-----|-----------------------|
| 38 | 複合化に対する評価がどうなるか心配である。 |

2) 事業推進上の問題点・課題

S P Cのマネジメントについて

| No. | 内 容 |
|-----|---|
| 39 | 例えば、医療過誤など、片方が足を引っ張る場合、病院と併設施設の運営が一体となっていると、経営責任が不明確になるように思う。 |
| 40 | 本体以外の複合施設に気をとられて、本体がおろそかとなってしまうといけない。 |