

地域医療の危機と自治体病院財政

上 林 得 郎

この数年にわたって、医療危機とか医療崩壊とかいう言葉がしばしば使われるようになってきている。救急患者のたらい回しや医師不足による病院の閉鎖などが頻繁に報道されている。そして、全国各地にある自治体病院の経営危機が深刻さを増している状態にある。この地域医療をめぐる大きな危機的状況について概括的に見ながら、自治体病院財政の現状と課題について見ることにしたい。

1. 地域医療をめぐる特徴的な状況

(1) 自治体病院の位置づけ

自治体病院は、地域における基幹的な病院として、あるいは山間へき地や離島における地域医療を担う病院として、民間病院では採算性が確保されないような困難な医療を担ってきている。しかし、自治体病院は、2002年から6年連続で純損益の損失額が1,000億円を超えており、純欠損（赤字）を生じた病院の割合も2006年度から2年連続して7割を超え、累積赤字額を抱える病院も2年連続して8割を超えるという極めて厳しい経営状況となってきている⁽¹⁾。

自治体病院の歩んできた道をたどると、戦後、荒廃した医療機関を整備するには自治体病院の役割が大きかったことがわかる。自治体が病院を経営するのは、民間病院では不採算な医療は賄いきれないから、公的セクターとしてそれをカバーする役割が基本にあったのである。それが、医療計画が策定されていく過程で、自治体病院に対する病床規制が実施され、民間の医療機関を医療体制の中心に据えるという考えが強まっていった。1968（昭和43）年から自治体病院に地方公営企業法の財務条項が適用されるようになったが、公営企業としての独立性を持ちながら効率的経営と公共の福祉の増進を図るという両側面を持つことになったのである。

そして現在では全国の約9,000病院のうち約1,000が自治体病院になっている。大都市とその周辺では、民間病院によって地域医療が担われる部分が大きくなり、民間総合病院の持っている医療技術や専門医療の分野が高まってきて、自治体病院だけで地域医療を担う必要がない地域もある。しかし、小児医療、救急医療、周産期医療、感染症医療など専門的で高度な、しかも不採算の医療については一貫して自治体病院が担うようになっている。

一方、地方の中核都市では、自治体病院の役割が大きい。三大都市圏から少し離れた地域にある中核病院では医師不足で病床閉鎖など余儀なくされているところが多くなっている。地方中核病院では公的負担がないと成り立たないところもあり、自治体が地域医療に対してどういう責任と経営方針を持っているかが問われている。さらに、へき地や離島など不採算な地域においては自治体病院なくしては地域医療が成り立たない状況にあることは変わっていない。

自治体病院経営の健全化という議論は、これまでも5年～10年に1回ぐらい起きていた。自治体病院に地方公営企業法の財務規定が適用になった1968（昭和43）年当時、すでに半数以上の事業が赤字となっていた。そこで1974（昭和49）年になり病院事業特例債を発行して不良債務を解消した第1次経営改善措置が行われた。それ以来、2002（平成14）年の第5次まで、不良債務を解消するための一般会計からの繰入に対して特別交付税措置をとるなどの病院事業経営健全化措置がとられてきた⁽²⁾。しかし、経営のあり方など根本的な問題には手が付けられていなかった。ところが現在の状況は、過去の経営危機とは異なり、その規模と内容が大きく、しかも質的に深刻な状況になっている。医療制度全般にわたって大きなゆがみが生じてきた結果、医療危機とか、医療の崩壊とかいわれる状態に陥っているのである。

（2）危機的状態の地域医療の現状

① 地域医療が崩壊寸前な状態に

この数年、地域医療が崩壊寸前となっている状況についてマスコミは多くの報道を行ってきているが、その中でも象徴的な自治体病院に関連する事例として、救急医療体制の不十分さがもたらした問題点のいくつかを見てみたい。

2008年10月、東京都内で出産間近で脳内出血の症状が見られた妊婦が8つの病院をたらい回しにされ、一度は受け入れ困難としていた都立墨東病院に最終的には搬送されが、手遅れとなり脳出血で死亡した事件が起きた。首都東京で起きた事件だ

けに大きな衝撃を与えた。都立墨東病院は「総合周産期母子医療センター」を掲げた東京都立の大病院で、地域の中核的な医療施設であったが、「土曜日で当直医が1人だけしかいない」という状態だったので断らざるを得なかったという。また、同病院では、2008年春にNICU（新生児集中治療室）を3床増やして15床としていたが、看護師不足から増床分が使えない状態だったという。医師不足・看護師不足から救急患者に対して十分な対応ができなくなっていたのである⁽³⁾。

翌月には、札幌市内の女性が自宅で早産し、その未熟児が7病院で受け入れられず、その後死亡したという事件が続いて報道された。このとき受け入れを打診された北海道立子ども総合医療・療育センターは、同年9月に開設されNICU9床を設置予定であったが、ここでも看護師の確保ができず6床で稼働していたため受け入れが困難であったといわれている⁽⁴⁾。

この事件より2年前の2006年8月、分娩のため奈良県南部にある大淀町立大淀病院に入院していた女性が、頭痛を訴えて意識不明となり、主治医は奈良県立医大病院に受け入れを打診したが満床で断られ、その後も各病院に受け入れ能力から転院を断られたのち、国立循環器病センターに転送された。同センターで脳内出血と診断され、緊急手術と帝王切開を実施して男児を出産したが、妊婦は同月16日に死亡した、という事件があった⁽⁵⁾。

この事故から、約1年後の2007年8月、奈良県橿原市の妊娠数ヶ月の女性が、深夜腹痛を訴え、救急車で搬送された。消防本部が搬送先の病院を探したが、奈良県立医科大学附属病院など奈良県と大阪府の9病院に断られた。通報から1時間35分後に大阪府高槻市の高槻病院に搬送が決まったが搬送途中に女性が破水、さらに破水後に救急車が交通事故を起こし、別の救急車に乗り換えたが救急車内で流産してしまい、病院に到着するのに3時間も時間を要す結果となった。この女性は、妊娠後期であったにもかかわらず、かかりつけ産科医がなく未受診であったため、各医療機関とも「受け入れが困難」として断られていたと報道されていた⁽⁶⁾。

このような状況は、医療の現場における医師不足・看護師不足が原因とされているが、自治体病院に限らず、民間病院でも極めて深刻な状態になっており、倒産する民間病院も多くなってきている。医師不足を理由に産科や医師不足の診療科の病床を閉鎖するなどの事態が相次いで生じてきている。その一例が銚子市立総合病院であり、地域医療の崩壊の事例として見てみたい。

② 銚子市立総合病院の休止をめぐって

千葉県にある銚子市立総合病院では、2006年度には35人いた常勤医師が2007年に22人に減少し、その後2008年には13人まで減少してしまった。このため市では総合病院の「経営健全化計画」を策定し、病院再建に向けての努力がなされ、医師不足の産科の休診や呼吸器科の診療休止などでしのいできた。ところが2008年7月に、市長が突然、医師不足などにより現在の診療体制が維持できなくなったことと、「市財政が非常に厳しいことからこれ以上の財政支援ができない」として「本年9月末日で総合病院を休止する」と一方的に発表した。この「病院休止」には多くの市民が反対の声を上げ、市民の約半数近い3万余の署名を集めて休止しないよう求めたが、市長は聞く耳を持たず、議会では1票差で休止の議案が可決され、9月末日で休止になってしまったのである。

銚子市は人口7万5千人の千葉県でも2番目に古い都市であり、総合病院のほかには市立高校も持っており、遠洋漁業の基地の町として知られている。この病院は、戦後、結核病院としてスタートし、精神神経病床を増設しながら、一般病床を徐々に増やしていったという経過があり、地方公営企業法の「全部適用」を1959（昭和34）年から行っていた自立性の高い病院であった。2006年1月に任命された病院管理者（前副院長）が2008年3月に自ら作った病院再建案を市長と議会に否定されたため退職し、職務代理者を置くような状況になっていた。こうした経過から見て、病院事業管理者と市側との意思疎通の不十分さが主因で、「病院休止」となったように思えてならない⁽⁷⁾。

同病院の財政状況を見ると、2006年から2007年度末では総収益が40.5億円から33.3億円に17.8%減少して経営は悪化はしていたものの、不良債務（資金不足）が生じているわけではなかった。累積赤字額（16億円）も、貸借対照表の減価償却累積額50億円に対して38%であり、このまますぐに地方財政健全化法のいう「経営健全化団体」になるわけではない。これらのデータで見ると、最大限の努力を払って医師の確保を行い、患者数の増加と病床利用率（2007年度一般病床利用率で70.4%）の上昇を目指せば、十分に自主的な健全化策を打ち立てることができる状態といえた。

一方、銚子市の財政状況は数値で見ると極めて健全であり、財政力指数は0.53～0.57、公債費負担比率も10.0～10.6、起債制限比率も7.2～6.9と安定していた。2004年度と2005年度の2年間の決算では、2003年度より41億円以上も上回る288億

円と大きな財政規模に膨らんでいるのが特徴である。これは、千葉科学大学建設費助成事業（事業費約75億円、うち起債70億円）と、保健福祉センター整備事業（45億円、うち起債23億円）によるものであり、歳入ではそれぞれの経費の多くを地方債で賄い、歳出では目的別で教育総務費と民生費、衛生費が増加し、性質別では普通建設事業費が増加していた。

こうした大型事業を起債で賄ったことにより、2007年度以降、公債費の大幅な増加が見込まれ、公債費負担比率や起債制限比率の増加が予想された。特に2008年からは2004～2005年度に起債した元金償還が始まることから、今後、公債費関係比率が増加することが見込まれていた。市の推計によると、この両事業の起債返済予定額は109.5億円であり、2008年度以降7.6億円以上の元利償還金の支払いを予定しているという（2006.11「銚子市の財政状況と今後の対応について」市企画部広報秘書課編）。

市長の一方的な病院休止に対して、休止反対の署名活動を繰り返していた市民団体は、市長リコール運動に切り替え、解職請求に必要な署名活動を行った結果、解職請求が成立した。そして、2009年3月、解職請求（リコール）の是非を問う住民投票が行われ、解職賛成が3万票を超える多数となり市長の失職が決まった。銚子市では病院の再開に向けて、病院の指定管理者を選ぶ選定委員会を設置して検討を始めているが、応募者の書類不備などがありまだ決まるに至っていない。市長失職に伴う出直し市長選挙が5月に予定されており、病院再開のめどはまだたっていない。

（3） 地域医療の危機の背景

① 新医師臨床研修制度の影響

医師不足がこの数年間に急激に起きた原因として、新医師臨床研修制度があるとされている。この制度は次のようなものである。

戦後の医師養成課程では、大学医学部卒業後、医師国家試験の受験資格を得るための義務として、「卒業後1年以上の診療及び公衆に関する実地修練」（いわゆるインターン制度）を行うこととされていた。その後、1968（昭和43）年に実地修練制度が廃止され、臨床研修制度がつくられ、大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後も「2年以上の臨床研修を行うように努めるものとする」とされた（努力規定）。この制度では、研修医の4割程度が、出身大学（医局）関

連の単一診療科によるストレート方式による研修を受けていた。多くの研修医について、処遇が不十分で、アルバイトをせざるを得ず、研修に専念できない状況であったといわれていた。

30年以上続いたこの制度は、出身大学やその関連病院での研修が中心で、研修内容や研修成果の評価が十分に行われてこなかったとの批判があった。そのため研修制度の義務化について多くの意見が出されるようになり、医師の臨床研修の必修化にあたっては、医師としての「人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得する」とともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方として、制度が構築されてきた。2000年に医師法、医療法が改正されて医師臨床研修の義務化が法制化され、2004年度からスタートしたのである⁽⁸⁾。

新臨床研修制度では、6年間の医学部を修了した医師免許取得者に臨床研修が2年間義務づけられ、幅広い診療能力が身に付けられる総合診療方式（スーパーローテイト）による研修を受けることになった。自分の希望する将来の専門分野にかかわらず、内科、外科と救急の3つを基礎にして、小児科、産婦人科、精神科と地域保健医療の4分野が必修科目となったのである。2年間の初期研修を終えると、それぞれが選んだ診療科の専門医を目指して後期研修を続ける制度になった。

それとともに、出身大学以外にも研修医を受け入れる病院が多く指定されたこともあって、研修医が病院の作った研修プログラムを見比べて自由に臨床研修先の病院を選べるようになったのである。

この制度が導入されるまでは、7割以上が大学病院で研修を行っており、研修後は医局の意向に沿って地域の病院に派遣されてきていた。自治体病院をはじめとする地域の中核的な病院の多くは、大学病院の医局から派遣された医師に支えられていたが、研修先を自由に選べるようになった新人の研修医は、いろいろな症例を扱える大都市の総合病院を好んでそこに人材が集中し始めた。大学病院での研修より、臨床研修病院で研修する医師が半数を超えるようになったのである（**図表1**参照）。

そして研修終了後に、特に地方の大学出身者が大学の医局には戻らないケースが続出し、大学病院も研修医が集まらなくなって、大学の医局が医師不足になり本来の大学病院機能を果たせなくなってしまった。この医局の医師不足に対応するため、これまで派遣していた公立病院などから医師を大学に引き上げるようになった。医師不足は全国的に広がってはいるが、特に大都市と地方とでは大きな差を生じるようになった。**図表2**は、都道府県別に研修医の定着率を見たものであり、研修医の

図表 1 臨床研修医の研修先の推移

区 分		臨床研修病院	大学病院	合 計
2003年度	研修医数	2,243	5,923	8,166
	比 率	27.5%	72.5%	100.0%
2004年度	研修医数	3,262	4,110	7,372
	比 率	44.2%	55.8%	100.0%
2005年度	研修医数	3,824	3,702	7,526
	比 率	50.8%	49.2%	100.0%
2006年度	研修医数	4,266	3,451	7,717
	比 率	55.3%	44.7%	100.0%
2007年度	研修医数	4,137	3,423	7,560
	比 率	54.7%	45.3%	100.0%
2008年度	研修医数	4,144	3,591	7,735
	比 率	53.6%	46.4%	100.0%

新
制
度

研修医数は、1年目の研修医の数である。

厚生労働省医政局医事課調べ資料をもとに作成

数で大きい10都道府県は、3大都市圏と北海道・福岡であり、研修医の定着率も高い。一方、東北・北陸・山陰・四国の各県では医大卒業者の半分以上がその県以外の病院に行っていることがわかる。

2年間の研修が終わると、それぞれ専門医となるべく専門研修を行うことになるが、臨床研修を受けた都市部の病院では引き続き同じ病院で専門研修を受けるよう研修医を引き留めにかかり、医局へ戻ることも少なくなっていくといわれている。

臨床研修の自由化が人材の偏在をもたらし、特に地方の公立病院では極端な医師不足となり、病院で診療ができなくなり病床を閉鎖したり新規患者を断るようになる。それにより公立病院の収益が減少し経営が悪化して、看護師など医療従事者の退職も続き、さらに患者の減少となり経営が悪化する、この悪循環を引き起こしてきたのである。医療構造に欠陥を生じ、医療サービスの提供基盤が崩壊したためといえよう。

また、診療科によっても医師の偏在が大きい。救急医、外科医、産科医、小児科医などは夜間勤務など過酷な長時間労働を強いられる面もあり、これらの専門医になり手が少なくなっている。地方と都市の医師の偏在と合わせて、専門領域別の医師の偏在が強くなってきている。これは、すでに偏在の域を超えて、医師の絶対数が不足しているためといえるのではなかろうか。

図表 2 研修医の都道府県別定着率（抄）

研修医数のベスト10

	2008年度 採用実績①	2007年度 国家試験合格者数②	定着率①／②	定着率順位
東京都	1,338	1,261	1.06	15
神奈川県	854	361	1.62	3
大阪府	613	485	1.26	8
愛知県	446	387	1.15	10
福岡県	431	413	1.05	16
兵庫県	319	193	1.65	2
北海道	313	303	1.01	17
千葉県	283	103	2.75	1
京都府	247	204	1.34	6
埼玉県	214	163	1.31	7

定着率のワースト10

鳥取県	30	84	0.36	47
石川県	86	202	0.43	46
島根県	37	86	0.43	45
高知県	38	86	0.44	44
宮崎県	45	105	0.44	43
福井県	49	102	0.48	42
山梨県	51	101	0.50	41
徳島県	49	92	0.53	40
富山県	54	93	0.58	39
青森県	63	106	0.59	38

合 計	7,735	7,697	1.00	
-----	-------	-------	------	--

厚生労働省調べ資料をもとに作成

② 医師不足と病院勤務医の過酷な労働条件

医師不足がいわれているが、厚生労働省では届出による医師の総数は2000年の24万9,500人から2006年には26万3,500人に増加しており、不足ではなく偏在であるとしていた。しかし、OECDの資料からG7諸国データを抜き出してみると、図表3の通りとなっている。人口1,000人当たりの医師数で見ると、日本は2.1人でたしかに少ないし、看護師でもイタリア・フランスに次いで少ない。また日本は突出して人口当たりベッド数が多いため、100ベッド数当たりの医師数で見ると、ドイツは日本の2.8倍、フランスは3倍、カナダ・イギリスは4倍、アメリカは5倍、そしてイタリアは6倍となっている。

図表3 G7諸国の医療従事者比較

区分	国名	人口1,000人当たり			病床100床当たり		
		医師数	看護職員数	病床数	医師数	看護職員数	病院職員数
人数	アメリカ	2.4	10.5	3.3	76.3	331.2	517.9
	フランス	3.4	7.6	7.5	46.7	105.8	
	ドイツ	3.5	9.8	8.6	41.6	117.8	204.0
	カナダ	2.1	8.8	3.4	63.1	257.0	282.6
	イタリア	3.7	7.1	4.0	92.6	177.9	309.7
	イギリス	2.5	11.9	4.0	69.0	335.9	780.0
	日本	2.1	9.3	14.2	14.9	66.8	104.6
指数	アメリカ	114.3	112.9	23.2	512.1	495.8	495.1
	フランス	161.9	81.7	52.8	313.4	158.4	
	ドイツ	166.7	105.4	60.6	279.2	176.3	195.0
	カナダ	100.0	94.6	23.9	423.5	384.7	270.2
	イタリア	176.2	76.3	28.2	621.5	266.3	296.1
	イギリス	119.0	128.0	28.2	463.1	502.8	745.7
	日本	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 病院職員数は常勤換算である。

OECD Health Data 2008（厚生労働省資料）より作成

どうして、こんなにスタッフが少なくて済むのか。先進各国に比べ、少ない人数で同じ業務を担当している、すなわち1人がより多く働いているからである。そこには病院勤務医師の過酷な労働条件が浮かんでくる。

病院の勤務医が病棟を持っている場合、午前中に外来をみた後、午後は入院患者の主治医となって病棟に入る。勤務時間が終わっても入院患者に何かあれば、夜中でも休日でも呼び出される。医師が大勢いれば当直や夜間・休日担当者を交代で回せるが、少なければ連日のように当直や夜間休日対応を迫られることになる。夜間の急変・救急対応の多い診療科で少人数勤務を行った場合、休みはおろか満足な睡眠時間も取れないということになる。

一般的な中・小病院勤務医の勤務実態を見ると、昼間、通常の8時間勤務のあと当直に入る。当直は16時間の拘束で、入院患者の万一の場合に備えて待機しているだけではなく、急性期病床を持つ病院では重症患者を入院させており、患者の変化に対応して手術や治療を行う。また、救急患者を受け入れる施設では次々と搬送されてくる患者の対応に追われ、全く寝る時間もない状態となる。当直明けでもそのまま解放されるわけではなく、日勤に移り、外来をみたり手術をしたり、午後には病床を回るなど休まずに8時間勤務となる。夕方になって勤務から解放されるが、

これで連続32時間の勤務ということになる。当直の回数は医師の数によって決まり、月に5～6回回ってくると日勤は連続3日程度になってしまう。1日8時間労働など夢物語といわれている。

外来と入院患者の主治医を分けるとか、日勤と準夜、深夜とを分けてシフト制勤務にすれば良いのだが、それには複数の医師が必要となる。地方の中小病院の医師不足の状態では2交代にするだけの人材確保は難しいという現実と、いまの医療費で3交代や2交代の人員を確保するのは経費がかかりすぎるといふ、医師数と医療費の両面からの制約がかけられている。それを医師の献身的な勤務に支えられている状態であるという⁽⁹⁾。

この医師不足にまず直面している診療科が、少子化により一病院あたりの医師数が減ってきている産科、小児科であり、救急医療を扱う外科系、麻酔科である。小児科医は、子どもの容態が悪くなるとすぐ病院を頼る親が多くなり、休日や夜間の時間外に多数の急患に応じたり、入院中に急変した患者に対応しなければならない。産科医も勤務時間にかかわらず陣痛が始まった患者が来れば当直のいない病院ではすぐ呼び出され、中には緊急の手術を必要とする場合も出てくる。いずれも過酷な勤務状態を強いられているこの診療科で縮小・閉鎖が相次いでいるのは決して偶然ではない。

ただここ1、2年で急に産科、小児科の勤務が過酷になったわけではなく、過酷であっても意気を感じて頑張る医師たちによって支えられていた。しかしギリギリの綱渡りを続けてきただけに、少しのきっかけで破綻してしまう。その最たるものが、訴訟のリスクである。

福島県立大野病院で、2004年12月に帝王切開手術を受けた女性が出産後に大量出血して亡くなり、手術した産婦人科医が、手術後1年半たってから、業務上過失致死と医師法21条（異状死の届出義務）違反で逮捕・起訴されるという事件が起きた。被告側は全面無罪を主張しても、地方公務員であるため休職を余儀なくされ、福島地裁で公判が続いていた。最終的には、2008年8月に医師の行為は「標準的な医療」と認定され無罪の判決が出された。しかし、この事件をきっかけに全国の一人医長の施設で産科閉鎖が相次ぎ、危険な手術を避けるようになり、産科医の数も減少したのである⁽¹⁰⁾。

1996年に1万1,264人いた産婦人科医・産科医は2006年には1万74人に約1,200人減少し、分娩取扱施設も3,999施設から2,933施設に1,000施設も激減した⁽¹¹⁾。結果

として、近所にお産施設が見つからない「お産難民」も急増してきたのである。

過重な負担に耐えかねた医療従事者（特に医師）が職場・医局を離れ、開業したり診療科を変更したり、ひどい場合には転職したりすることで病院の勤務医が減り、残った人の負担をさらに重くしていく。これが「立ち去り」と呼ばれる深刻な現象であるといわれ、病院の勤務医が不足する原因は、こうした過酷な労働条件が背景にあったのである⁽¹²⁾。

③ 診療報酬の改定

診療報酬とは、社会保険診療報酬支払基金から医療機関に支払われる報酬で、医療行為の全国一律の料金表ともいえるべきものである。診療報酬は、2年に1度、中央社会保険医療協議会（中医協）の審議と答申を得て厚生労働大臣告示をもって改正されるが、政府の医療費抑制政策のため2002年以降4回にわたって実質引き下げられてきた（図表4参照）。特に2006年の改正で実質3.16%引き下げられたことが大きく、医療費に換算して年に1兆円に相当するともいわれ、病院財政を直撃した。病院の利益率は良くて2～3%程度といわれているが、大病院ほどその影響は大きかったという⁽¹³⁾。

図表4 診療報酬の改定と国民医療費・自治体病院医療収入・患者数の変化

	国民医療費 (億円)	医療収入 (億円)	患者数 (万人)	診療報酬の改定
2000年度	301,418	34,475	21,475	診療報酬1.9%引上げ 薬価基準1.7%引下げ（実質0.2%引上げ）
2001年度	310,998	34,910	21,583	
2002年度	309,507	34,322	20,662	診療報酬1.3%引下げ 薬価基準1.4%引下げ（実質2.7%引下げ）
2003年度	315,375	34,534	20,114	
2004年度	321,111	34,146	19,536	診療報酬±0% 薬価基準1.0%引下げ（実質1.0%引下げ）
2005年度	331,289	34,294	18,848	
2006年度	331,276	32,796	17,700	診療報酬1.36%引下げ 薬価基準1.8%引下げ（実質3.16%引下げ）
2007年度	334,000	32,813	16,907	
2008年度				診療報酬0.38%引上げ 薬価基準1.2%引下げ（実質0.82%引下げ）

厚生労働省資料、地方公営企業年鑑2007年度病院事業概要より作成

前述した医師不足に対応するため待遇改善をしようにも、診療報酬の引き下げで人件費の増加は望むべくもなく、医師不足が患者数の減少に結びつき、そのことが病院の収益減少につながっているのは、前掲図表4で見る通りである。

さらにこの診療報酬改定に併せて、看護師の保険点数の見直しも行われた。入院患者を入院日数により急性期、亜急性期、慢性期、療養期に分け、入院初期の急性期により厚い看護の基準（患者7人に対して1人）をつくりそこに高い入院基本料を与え、入院日数が長引くと点数が下がる仕組みをこれまで以上に強化した。急性期患者の多い大病院ではより多くの看護師を確保して手厚い看護をすることにより、より多くの診療報酬が得られることになったため、看護師の引き抜きが起こった。そのため、看護師不足に拍車がかかり、中小病院の看護師確保が難しい状態を生み出している⁽¹⁴⁾。

この一連の診療報酬の引き下げは、医療費の抑制のために行われたものであるが、我が国の医療費は本当に高いのだろうか。小泉構造改革の進行に伴って、社会保障費の総枠の抑制が続き、年金でも医療でも崩壊が始まっているが、医療費をGDP比と国民1人当たりのドル換算でG7諸国と比較してみたのが図表5である。GD

図表5 G7諸国の医療費の状況

区分	国名	総医療費	1人当たり
		対GDP比 (%)	医療費 (ドル)
人数	アメリカ	15.3	6,714
	フランス	11.1	3,449
	ドイツ	10.6	3,371
	カナダ	10.0	3,678
	イタリア	9.0	2,614
	イギリス	8.4	2,760
	日本	8.2	2,474
指数	アメリカ	186.6	271.4
	フランス	135.4	139.4
	ドイツ	129.3	136.3
	カナダ	122.0	148.7
	イタリア	109.8	105.7
	イギリス	102.4	111.6
	日本	100.0	100.0

OECD Health Data 2008（厚生労働省資料）より作成

P比では8.2%とG7諸国の中では最も低く、OECD30カ国の中でも21番目という低さであり、国民1人当たりでもG7諸国の中で最低の2,474ドル（259,770円）であり、OECD30カ国の中でも20番目という低さとなっている。

医師の絶対数の不足を図表3で既に見たが、医療費でも我が国は高いわけではない。しかも、医療の水準は世界的水準を保ってきており、国民皆保険制度により必要とする医療を誰でも公平に、どの医療機関でも受けられる状態にある。しかし、患者の一部負担金の増額と後期高齢者医療保険制度で国民皆保険制度が崩れようとしており、医療制度と医療保険制度の危機という状態である。

（４） 地域医療の再構築への動き

崩壊寸前の地域医療という大きな問題を抱え、医療制度を所管する厚生労働省、医学教育を所管する文部科学省、そして公営企業としての自治体病院を所管する総務省にも現行制度の見直しが始まった。

① 診療報酬で病院勤務医の負担軽減策

2008年の診療報酬の改定は、改定率では既掲図表4の通りマイナス0.82%であったが、医療制度の緊急課題への対応・重点的に評価する項目として「病院勤務医の負担軽減」が盛り込まれていた。それによると、地域の急性期医療を担っている病院で、勤務医負担軽減策が計画されている場合に入院時点数を加算し、医師の事務作業を補助する職員を配置している場合の加算を新設、病院の時間外救急負担を緩和させるため診療所における夜間・早朝等の診療に加算するなどの見直しが行われた。そして医師負担の大きい手術の技術料を約3割引き上げ、帝王切開における麻酔管理の加算が新設された。

また、産科医療では、救急搬送された妊産婦の受け入れを行った場合に入院加算を行うことや、ハイリスク妊産婦の入院管理の充実・拡大のため妊娠・分娩管理料を加算し、検査回数を増やすことなどを行った。小児医療でも、高度な小児医療を提供する医療機関に加算を行ったり、病院・診療所の小児科医の連携による救急医療体制を拡大するための診療料が加算されたりした⁽¹⁵⁾。

しかし、これらの診療報酬改定だけでは深刻な医師不足に対してほとんど機能することなく、「焼け石に水」どころか「焼け石にしづく」程度の措置にとどまったといわれる⁽¹⁶⁾。

また、2008年度の診療報酬改定で行った勤務医の待遇改善について、2009年2月

に中央社会保険医療協議会（中医協）がアンケート調査を行っている。その結果では実際に待遇改善を行ったと答えた医療機関は45%であり、勤務医の回答者で手当が「増えた」と答えたのはわずか7.6%であり、「変わらない」が86.6%であったという。当直回数などが「改善された」という答えは16.8%であったとされている。ただ、診療科別に見ると、「増えた」という回答が、重点的な診療報酬の改善を行った救急で28%、産科で25.6%、小児科で22.4%と一定の成果は見られたようである⁽¹⁷⁾。

② 臨床研修医制度の見直し

厚生労働省では、2007年12月に出された医道審議会の医師臨床研修部会報告を受け、2008年9月に「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」をつくり検討が始められた。同検討会では6回にわたる検討会を開催して、2009年2月に「臨床研修制度等に関する意見の取りまとめ」がなされ、この方向に沿った改正が行われるべく、現在（2009年4月15日）次の内容でパブリックコメントにかけられている。

研修分野については、内科、救急部門、地域医療を「必修科目」とし、当初の1年間で内科を6月以上、救急部門を3月以上研修し、2年目に地域医療を1月以上研修する。外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を「選択必修科目」とし、この中から2診療科を研修医が選択して研修を行うこととし、病院の判断でこれらの研修科目の全部または一部を「必修科目」とすることもできる。地域医療の研修は、へき地・離島診療所、中小病院、診療所等において行うとされている。これにより必修科目は1年余りで終了し、選択必修科目は病院の判断で適切な期間を行うとされていることから、病院によっては選択科目の研修期間が事実上1年近く短縮されるという受け取り方もされている。

また、研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定し、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、都道府県別の募集定員の上限を設定する。それに伴い各病院の募集定員を過去の研修医受け入れ実績を踏まえて適正規模に見直すとともに、医師派遣実績等を勘案したうえで、都道府県の募集上限と必要な調整を行う、とされている⁽¹⁸⁾。

以上の研修内容の変更は、2010年度から研修を受ける臨床研修医に適用することになっている。さらに都道府県別に募集定員の上限についての試算が出されているが、それによると、東京、神奈川、京都、大阪、福岡の都府県では採用実績より募集定員が減らされ、その他の道県は増加し、埼玉、新潟、石川、鹿児島各県では

100人以上増加となっている⁽¹⁹⁾。減員となる都府県からは減員についての反論も出されているが、研修医は国家試験合格者であり、臨床研修によって指導医のもとで実際の医療に従事することになるわけで、地域間の偏在はいくらか緩和されるものとみられている。

③ 医学部定員の増加

文部科学省では2008年11月、2009年度の全国77の国公私立大学医学部での入学定員をこれまでより693人増やし、8,486人とする計画を発表した。各大学では、この定員増加にあたって、医師不足の地域に集中的に人材を送り出すための方策として、地元入学枠や奨学金の新設を検討しているという。入学定員を増やすのは、国立42校363人、公立8校59人、私立27校271人であり、大学別でみると10人前後の増員となる⁽²⁰⁾。

医師の養成には、6年の医学教育、2年間の臨床義務研修で8年かかり、専門研修に2年かかったとしても10年は必要なのである。遅まきながら医師の増員に踏み切ったが、長期的に見れば6年後に約700人の医師の増加が見込まれるものの、現在の医師不足解消の即効薬にはならず、緊急的な措置が必要となっている。

そのためには、医師及び看護師など不足している医療職の待遇を大幅に改善するとともに、労働条件を改善することである。過酷な労働を嫌って休眠している医師もいるといわれ、特に女性医師に多いという⁽²¹⁾。研修医の3割は女性となっており（2008年末の研修医14,358人のうち女性4,737人、32.9%）、この女性医の勤務条件を整備しないと女性医師の退職につながり、医師不足はまだまだ続く。格段の待遇改善と復帰のための再訓練機能の整備が進めば、休眠医師、女性医師が病院へ戻り、開業医から勤務への流れも生まれる可能性がある。それにはまず国の医療費抑制政策を転換することを前提にして、関係者の特段の努力を期待するほかない。

④ 自治体病院の健全化

総務省は、2007年12月に「公立病院改革ガイドライン」を示して経営の早期健全化をはかるために、病院事業を実施している自治体に対して2008年度中に「公立病院改革プラン」の策定を求める通知を出した。このガイドラインによると、「地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくためには、多くの病院において抜本的な改革の実施が避けて通れない課題となっている」としたうえで、「公立病院の果たす役割を明確化」し、「経営の効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の視点に立って病院改革を進める必要性を強調した。そのう

えで、ガイドラインに沿った「改革プラン」の策定を求めたものである。

さらに、公立病院の経営の安定化を図り「改革プラン」を策定・実施するための経費などについて特別な財政措置をとることとした。その具体策として、2008年度限りの措置として、不良債務（資金不足）などを解消するために公立病院特例債を発行し、不良債務を長期債務に切り替えることにした（詳細は次章で解説する）。この病院特例債は、不良債務比率10%以上の病院で「改革プランを策定して経営の健全化の取り組みを行っている」ことを条件に、2004年度以降2007年度末までに増加した不良債務の額を対象に、概ね7年以内の償還期限を持った病院特例債の発行が許可されるという内容である⁽²²⁾。

2009年2月18日の総務省の発表によれば、この病院特例債の発行を予定しているのは52団体573億円とされている。2007年度決算で財源不足比率が、地方財政健全化法の規定する経営健全化基準を上回っていたのは53団体であり、このうち12団体ではこの時点で病院特例債が許可されていない。しかし、この特例債の発行がされることにより、当面、2008年度決算で経営健全化基準を超える病院は大幅に減少するものと予想される。

2. 地方公営企業としての病院財政の課題

これまで、自治体立病院を含めて地域医療制度の現状について述べてきた。ここからは、自治体病院の財政と、自治体財政と病院財政との関係について述べることにしたい。

(1) 自治体病院の財政状況

① 悪化の一路をたどった病院財政

冒頭、自治体病院の財政状況について概括的に述べているが、2002年から6年連続で純損益の損失額が1,000億円を超えており、純欠損（赤字）を生じた病院の割合も2006年度から2年連続して7割を超え、累積赤字額を抱える病院も2年連続して8割を超えるという状態にある（図表6参照）。2001年度では純損失を出した事業所・病院の割合は5割を割っていたのであるが、2002年度からは一気に6割台に入り、2006年度から7割を超えるようになってしまっている。損失額も2001年度は病院数で1,119億円であったものが、2007年度には2,283億円と倍増してしまった。そのため、累積欠損金も2001年度には1兆3,882億円であったものが2007年度には

図表6 公立病院の損益収支の状況

各年度の地方公営企業年鑑より（単位：億円、％）

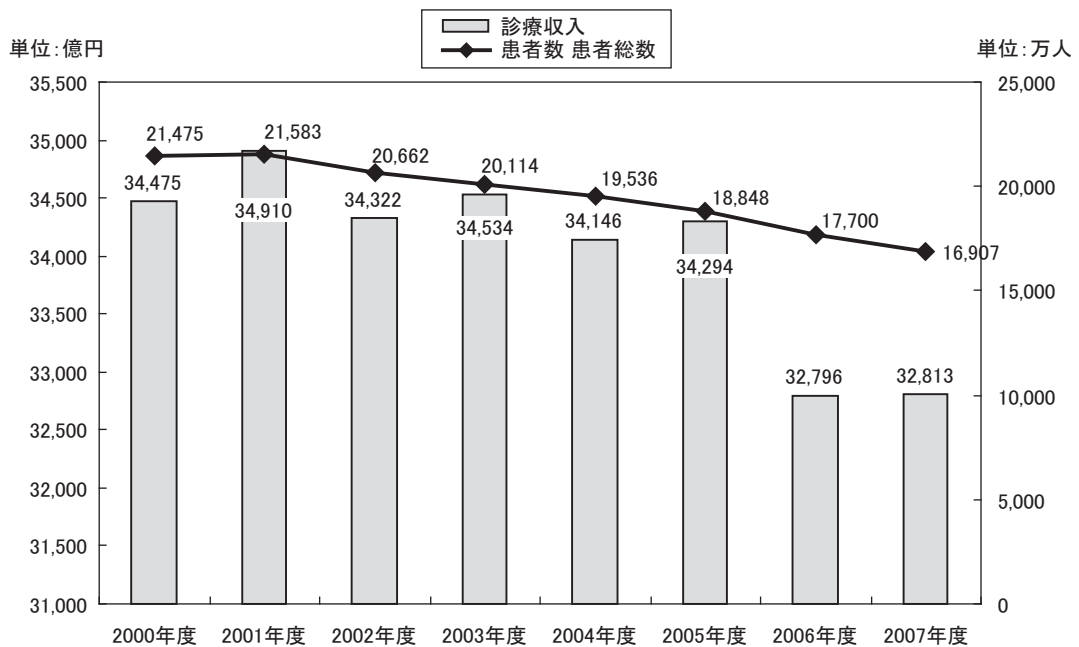
項目	2001 (H13) 年度		2002 (H14) 年度		2003 (H15) 年度		2004 (H16) 年度		2005 (H17) 年度		2006 (H18) 年度		2007 (H19) 年度		(B)-(A)	
		(A)											(B)	(A)%		
総収益		42,412		41,848		41,978		41,586		41,544		40,090		40,272	△ 5.0	
（うち他会計繰入金）		5,627		5,598		5,509		5,370		5,246		5,254		5,290	△ 6.0	
経常収益		42,289		418,732		41,843		41,281		41,364		39,791		39,954	△ 5.5	
うち医業収益		36,996		36,518		36,668		36,256		36,410		34,948		35,008	△ 5.4	
総費用		43,038		43,112		42,991		42,847		43,021		42,075		42,219	△ 1.9	
経常費用		42,920		42,889		42,775		42,598		42,794		41,788		41,960	△ 2.2	
うち医業費用		40,402		40,372		40,283		40,128		40,319		39,353		39,517	△ 2.2	
純損益 A		△ 644		△ 1,264		△ 1,013		△ 1,261		△ 1,476		△ 1,985		△ 1,947	202.3	
純利益	{	(389)	393	(287)	252	(302)	348	(256)	319	(226)	246	(152)	157	(176)	225	△ 42.7
	{	【498】	492	【365】	325	【393】	443	【364】	463	【356】	389	【256】	300	【279】	336	△ 31.7
純損失	{	(365)	1,019	(474)	1,516	(450)	1,361	(472)	1,580	(448)	1,722	(516)	2,141	(491)	2,171	113.1
	{	【494】	1,119	【635】	1,589	【607】	1,456	【635】	1,724	【626】	1,865	【712】	2,285	【674】	2,283	104.0
経常損益		△ 631		△ 1,220		△ 932		△ 1,317		△ 1,430		△ 1,997		△ 2,006	217.9	
経常利益	{	(389)	406	(278)	259	(295)	355	(246)	258	(211)	219	(141)	107	(166)	106	△ 73.9
	{	【498】	497	【356】	325	【389】	460	【346】	393	【339】	371	【247】	233	【265】	231	△ 53.5
経常損失	{	(365)	1,037	(483)	1,479	(457)	1,287	(482)	1,575	(463)	1,649	(527)	2,104	(501)	2,112	103.7
	{	【494】	1,128	【644】	1,545	【611】	1,392	【653】	1,710	【643】	1,801	【721】	2,230	【638】	2,237	98.3
累積欠損金	(537)	13,882	(561)	15,123	(569)	16,190	(569)	16,826	(529)	17,820	(553)	18,736	(558)	20,015	44.2	
不良債権	(84)	717	(96)	747	(95)	742	(100)	761	(98)	834	(104)	953	(114)	1,186	65.4	
減価償却額 B		2,580		2,628		2,741		2,738		2,777		2,762		2,786	8.0	
償却前収支 A + B		1,936		1,364		1,728		1,477		1,301		777		839	△ 56.7	
総事業数		762		764		754		728		674		669		667	△ 12.5	
総病院数		1,006		1,007		1,003		1,000		982		973		957	△ 4.9	
総事業数・総病院数に對する割合		48.4		62.3		59.8		64.8		66.5		77.2		73.6	-	
純損失を生じた事業数%		49.9		63.5		60.7		63.6		63.7		73.6		70.7	-	
純損失を生じた病院数%		48.4		63.5		60.8		66.2		68.7		78.9		75.1	-	
経常損失を生じた事業数%		49.8		73.7		61.1		65.4		65.5		74.5		72.2	-	
経常損失を生じた病院数%																
総収支比率 %		98.5		97.3		97.6		97.1		96.6		95.3		95.4	-	
経常収支比率 %		98.5		97.2		97.8		96.9		96.7		95.2		95.2	-	
総収益に占める他会計繰入金割合 %		15.0		15.2		13.1		12.9		12.6		13.1		13.1	-	

※ () 内は事業数、【 】内は病院数である。

2兆円を超えるまでに増加してしまったのである。

これは、既に述べたように、診療報酬が引き下げられたことと併せて、新臨床医研修制度などの影響で医師不足となり、診療科を休止するなどにより患者数が減少し、そのため診療収入が大幅に減収となったことによるものである（図表7参照）。病院数も2001年度には1,006病院（762事業所）であったものが、2007年度には957病院（667事業所）と49病院（95事業所）が減少したことになる。また病床数も2001年に23万8,382床であったものが、2007年度には22万7,529床と1万床以上減少している⁽²³⁾。

図表7 診療収入と患者数の推移



② 資金不足（不良債務）の増大とその意味

病院事業で最も経営上に危惧すべき状態とは、不良債務が発生することである。損益計算上の赤字が生じても経営は継続できるし、累積欠損額が増大しても経営上の問題は生じるものの倒産にはならない。それは減価償却費が費用に計上されその資金が企業内部に留保されているためである。不良債務とは、この欠損金とは違ったものである。

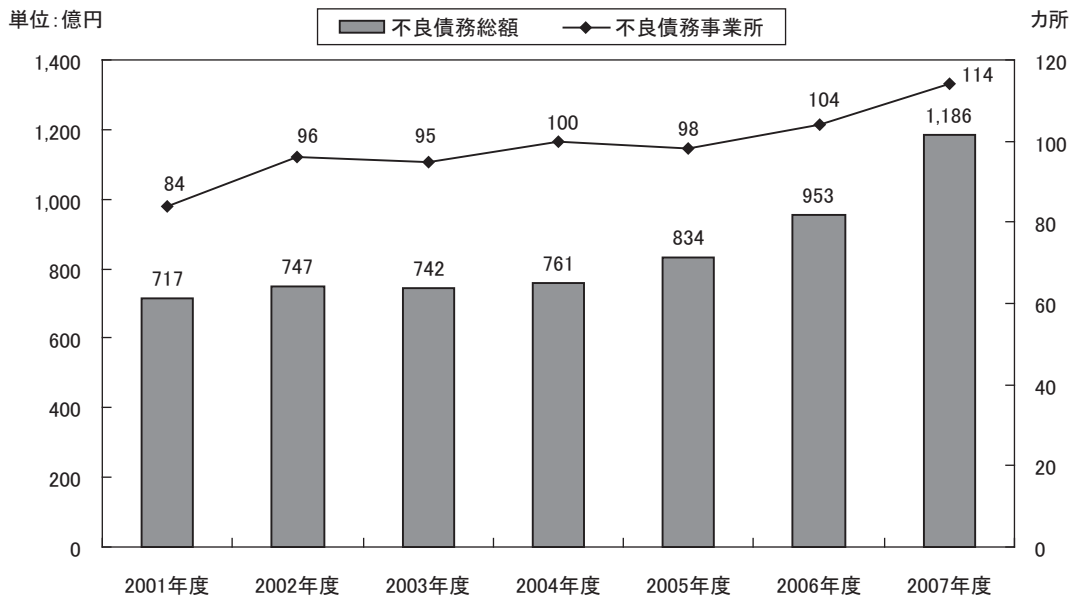
公営企業会計でいう「資金不足額」とは、貸借対照表上の「流動資産」の額よりも「流動負債」の額が上回った状態をいう（地方公営企業法43条、以下「法」と呼ぶ）。「流動資産」とは「1年以内に資金化できる資産」であり、現金・預金のほかに、未収金などがあり、「流動負債」とは「1年以内に返済すべき負債」で一時借入金、未払金、未払い費用などである。つまり、短期の借入金である「流動負債」を、すぐ資金化できる資産「流動資産」で賄えない状態になって、いわゆる「資金ショート」の状態になっていることを表している。

企業は事業運営にあたって資金を用意し事業を執行していくが、損益計算上に「費用」として計上した「減価償却費」はその資金が企業の内部に留保されて、次の投資の資金となるが、実際には運転資金などに活用されている。しかし、一定期間内で事業活動が低迷し「収益」が大幅に減少した場合、「費用」が一定のままであるとすると、費用に回す資金が不足する状態が生じる。この場合、ほかから一時借り入れを行って資金繰りを賄うことになるが、「借入金」は損益計算上の収益には入らず、貸借対照表の「流動負債」に計上される。この状態で決算を行うと、「流動負債（一時借入金）」が増加し「流動資産」では賄いきれなくなる状態となり、「資金不足」が生じ、この債務が「不良債務」となる。

病院会計で不良債務を生じた事業所は、2001年度には84事業所であったが、2007年度には114事業所に拡大し、不良債務の総額も717億円から1,186億円に469億円も増大してしまったのである（**図表8**参照）。病院事業ではこの「不良債務」の「医業収益」に対する割合を「不良債務比率」とよび、「不良債務額／医業収益×100」という計算式で表される。この不良債務比率が10%を超えると、企業債の発行にあたって協議制に代わって許可制に移ることになっており（地方財政法5条の4、3号）、経営状態によっては企業債発行が制限されることになる。

そのため、前章の「自治体病院の健全化」で述べたように、この不良債務を解消するために、2008年度に限った特例として「病院特例債」の発行が特別に許可されることになった。不良債務という資金不足を病院特例債で肩代わりし、流動負債を固定負債に移し替え、7年程度で返済することになったのである。

図表 8 不良債務を出した事業所と不良債務額の推移



(2) 地方公営企業法の適用と経費負担区分

① 地方公営企業法の適用

自治体病院の財政状態を見てきたが、病院事業は地方公営企業法の規定のうち原則として財務に関する規定が適用され（法2条2項）、「当然財務適用」または「一部適用」とよばれている。この「一部適用」では、地方公営企業法の財務規定のほかの組織、職員の身分の取り扱いなどの条項については適用されない。

しかし、自治体の条例により地方公営企業法の全部を適用することができることとなっており（法2条3項）、「全部適用」となれば企業管理者が置かれる（法7条）とともに、組織や職員の身分などの規定がすべて適用されることになる。そして、病院管理者は、職員の任免や労働条件などの労働協約の締結ができ、予算の原案及びその資料の作成、資産の取得・管理・処分の特権を持ち、独立して契約を結ぶことも可能となる（法8条）。設置者の自治体からはある程度独立した広い裁量権を持つようになり、経営の自主性が発揮できると期待されている。

② 公営企業経営の基本原則

地方公営企業の経営にあたっては、経済性の追求と公共目的の追求という両者の均衡をはかることが基本原則とされている。地方公営企業法第3条には「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」と定められているように、経済性と公共の福祉という2つの要素が求められることとされている。

公営企業経営の基本原則である経済性については、一般的に、「独立採算性」のこととして理解されている。独立採算性とは法第17条の2第2項に「その経費は、(略)当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てなければならない」と定められている考え方をさしている。

病院経営でいえば、医療サービスを供給し、それに要する経費を料金(診療収入)で回収する「受益者負担の原則」があり、企業活動としてのサービス提供に必要な経費は独立採算の原則が適用されるものとされている。

しかし、公共の福祉の増進という公共的見地から、採算を度外視してもサービスの供給を求められる場合がある。病院事業でいえば、へき地医療や救急医療などがそれに該当するが、このような受益者負担の原則になじまない経費は、一般会計、その他の会計が負担するものとされ、独立採算性に次のような例外措置が講じられているのである。

③ 経費の負担区分

地方公営企業法第17条の2では(次の経費は)「一般会計又は特別会計において、出資、長期貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする」とされているのである。その経費とは

- 一 その性質上、当該地方公営企業の経営に伴う収入を持って充てることが適当でない経費(法第17条の2第1項第1号、以下「1号該当経費」という。)
- 二 当該地方公営企業の性質上、能率的な経営を行ってもなおそ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(法第17条の2第1項第2号、以下「2号該当経費」という。)

である。

「1号該当経費」は、自治体の一般行政事務を地方公営企業が肩代わりしている場合に生じる経費をさし、受益者負担にはなじまない経費であり、これを企業の料金収入で賄うことは適当でない。したがって、これらの事業を実施した場合は、実施した事業に要した経費は、事業で得られた料金収入を差し引いた額の全額を、当然に一般会計などが負担しなければならないものである。病院事業では、救急医療や看護師養成事業、保健衛生行政に要した経費などがこれに該当する(法施行令8

条の5、1項3号)。

これに対して「2号該当経費」は、利用者の負担能力などから見てもその経費の全額を受益者負担とすることが客観的に困難と認められる経費をさす。言い替えば、もともと不採算となることが明らかなサービス活動でありながら、公共的な必要性から行わざるを得ないような活動に関する経費である。したがって、この経費の全額が一般会計などの負担となるわけではなく、料金によって回収しきれない部分についてその全部または一部を負担することになっている。病院事業では、結核・精神病院の運営、周産期・小児医療、高度医療に要する経費などがこれに該当する(法施行令8条の5、2項3号)。

このほかに、災害の復旧やその他の特別の理由により必要がある場合には、特別の補助をすることができる(法17条の3)。そして災害復旧にあたっては、災害復旧事業債を起こすことが認められている。

(3) 病院会計への繰出金の算定方法

病院事業では、上記の「経費の負担区分」に応じて、一般会計などから病院事業へ繰り出す経費について、毎年その所要額を「公営企業繰出金」として地方財政計画(地方交付税法7条の「歳入歳出総額の見込額」である)に計上されている。そして、一般会計等から繰り出す経費の内容と積算基準については、総務省から毎年「地方公営企業の繰出金について」という通知(以下「繰出金通知」という)が出されており、その内容の説明を行っている。

そのため地方公営企業への一般会計等からの繰出金の算定方法は、地方財政計画に「公営企業繰出金」として計上されている積算基準が基本となる。その一般会計などからの繰出金の一部は、地方交付税の算定にあたって公営企業運営の必要経費として加算される措置があり、措置基準がある。さらに公共的事業を実施した内容にしたがいその経費を算定して、一般会計等が負担すべき額を積算算定する方法などがある。

① 地方財政計画に計上している必要経費の積算基準

総務省では毎年度、地方自治体の歳入歳出総額の見込額を積算し「地方財政計画」を策定しているが、その策定の目的は、法律に基づき義務づけられた経費をマクロで保障することとされている。すなわち、地方自治体で行う標準的な行政経費の必要額を見積もり、その必要とされる財源として地方税・地方債・国庫補助金・その他の収入の収入額を見積もったうえで、収入額では不足する分について地方交

付税制度を通して交付することで歳入総額を確保すること、すなわち「地方財源の確保」が地方財政計画の役割といえる。また、新しい制度改正の動向とその地方への影響や、歳入歳出の見積もりを明らかにすることによって「自治体の行財政運営の指針」となる役割も持つことになる⁽²⁴⁾。

地方財政計画が、地方行財政運営に必要な経費を見積もり、その財源を確保する役割を持つとすれば、地方財政計画に見積もられた経費はマクロに確保されていることになる。したがって、地方財政計画の算定にあたって「公営企業繰出金」として計上された財源は確保されていることになり、その算定された繰出金は、当然、公営企業に繰り出されるべく「行政運営の指針」として示されているといえる。

2008年度の地方財政計画に計上された公営企業繰出金のうち、病院事業への繰出金の区分と地方財政措置は、**図表9**の通りとなっている。

② 地方交付税による財政措置

地方財政計画上に計上された経費のうち、必要財源の一部を補てんするため地方交付税の算定を通して行う財政的な措置を「交付税措置」とよんでいる。地方交付税は、個々の自治体には産業構造の違いなどで地方税収の割合などの財政力に格差が生じており、その格差を埋める役割として財政調整機能を持つとともに、標準的経費の支出に必要な一般財源を保障する機能を持つものである。地方交付税は、原則としては、所得税、法人税、酒税、消費税及びたばこ税の一定割合を原資として、94%を普通交付税として、6%を特別交付税として交付される（地方交付税法6条の2各号）。

普通交付税は、個々の自治体が標準的行政を行うのに必要な経費のうち一般財源で賄われる額を「基準財政需要額」として計算し（地方交付税法11～13条）、その自治体の地方税収入などの標準税収入額等の75%を「基準財政収入額」としたうえで（同法14条）、基準財政需要額に対して基準財政収入額が不足する分（財源不足額）を補てんするために交付されるものである。基準財政需要額の算定は、各行政費目ごとに必要経費を一定の基準「単位費用×（測定単位×補正係数）」により算出される（同法11条）。

この算定にあたって、例えば自治体病院の運営経費を必要経費として上乘せして基準財政需要額に積算されると、基準財政収入額が一定であれば普通交付税は増額されることになる。これを「基準財政需要額に算入する」とよび「財源措置をした」ともよばれている。個々の自治体の「基準財政収入額」は違うので、基準財政

図表9 公営企業繰出金として地方財政計画に計上している経費の項目と繰出し基準と財政措置

単位：億円

経費の内容	経費区分	繰入基準	繰入見積額		地方交付税措置	
			2007年度	2008年度	普通	特別
① 病院の建設改良に要する経費	2号経費	建設改良費及び企業債元利償還金の1/2 ただし、2002年度までに着手した事業の企業債元利償還金については2/3	2,717	2,679	◎○	
② へき地医療の確保に要する経費	2号経費	巡回診療を行うために必要な経費のうち、～	126	116		○
③ 結核病院の運営に要する経費	2号経費	結核病院の運営に要する経費のうち、～	121	101		○
④ 精神病院の運営に要する経費	2号経費	精神病院の運営に関する経費のうち、～	479	414		○
⑤ リハビリテーション医療に要する経費	2号経費	リハビリテーション医療の実施に要する経費のうち、～		176	○	○
⑥ 周産期医療に要する経費	2号経費	周産期医療の実施に要する費用のうち、～		74	○	○
⑦ 小児医療に要する経費	2号経費	小児医療の実施に要する費用のうち、～		179		○
⑧ 附属看護師養成所の運営に要する経費	1号経費	看護師を養成するために必要な経費のうち、～	39	38	△	
⑨ 院内保育所の運営に要する経費	2号経費	院内保育所の運営に要する費用のうち、～	19	19		○
⑩ 救急医療の確保に要する経費	1号経費	ア 救急病院における救急医療の確保に必要な経費 イ 災害時における救急医療のための施設整備に要する経費 ウ 同診療用具、診療材料及び薬品等の備蓄に要する経費	784	791	2009年 から ○	○
⑪ 附属診療所の運営に要する経費	2号経費	付属診療所の運営に要する経費のうち、～	50	50	△	
⑫ 高度医療に要する経費	2号経費	高度医療の実施に要する経費のうち、～	853	514	○	
⑬ 保健衛生行政事務に要する経費	1号経費	集団検診、医療相談等に要する経費のうち、～	151	173	○	
⑭ 経営基盤強化対策に要する経費						
ア 不採算地区病院の運営に要する経費	2号経費	不採算地区病院の運営に関する経費のうち、～				○
イ 医師及び看護師等の研究研修に要する経費	17条の3	医師及び看護師等の研究研修に要する経費の1/2			○	
ウ 病院事業の経営研修に要する経費	17条の3	病院事業の経営研修に要する経費の1/2			○	
エ 保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費	17条の3	保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費の1/2			○	
オ 経営健全化対策に要する経費	17条の3	経営健全化計画において不良債務を解消するために、一般会計から繰入ることを認められた額				○
カ 共済追加費用の負担に要する経費	17条の3	共済追加費用の負担額の一部				○
キ 自治体病院の再編等に要する経費	17条の3	改革プラン実施に伴う経費の一部 公立病院特例債の利子支払額				○
合 計			6,063	6,078		

この表は、2008年6月6日の「総務省自治財政局長通知」をもとにして、「自治体病院経営ハンドブック（平成20年度版）」の「平成20年度公営企業繰出金の病院事業積算内訳」を参考にして作成したものである。

※ 「～」は「その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められる経費」を省略していることを示している。

経費区分は、「1号経費」「2号経費」はそれぞれ地方公営企業法第17条の2第1項1号、2号に該当していることを示している。

経費の見積額のうち、2007年度分の⑤、⑥、⑦については、⑫高度医療に要する経費に含まれている。

普通交付税の◎は事業費に応じた算定、○は各病院の病床数に応じた算定、△は看護師養成所実生徒数・診療所数に応じた算定を示している。

需要額に算入されても算入された額がすべて普通交付税に加算されるわけではなく、基準財政収入額を差し引いたものが普通交付税となるため、個別の自治体によってその「措置額」は異なってくる。その措置は財政力の弱い自治体には多く、財政力の強い自治体には少なく反映されることになる。

一方、特別交付税は、普通交付税では捕捉できなかった財政需要に対応するため、特別の事由のある自治体に配分、交付される。例えば、病院事業でいえば、不採算地区病院、結核・精神病院などの運営経費は特別の事由にあたるとして一定の基準で交付されることになっている。こうした地方交付税による措置によって、一般会計から病院会計への繰出金の一部が補てんされる仕組みとなっている。

③ 繰出し基準と交付税措置の具体例

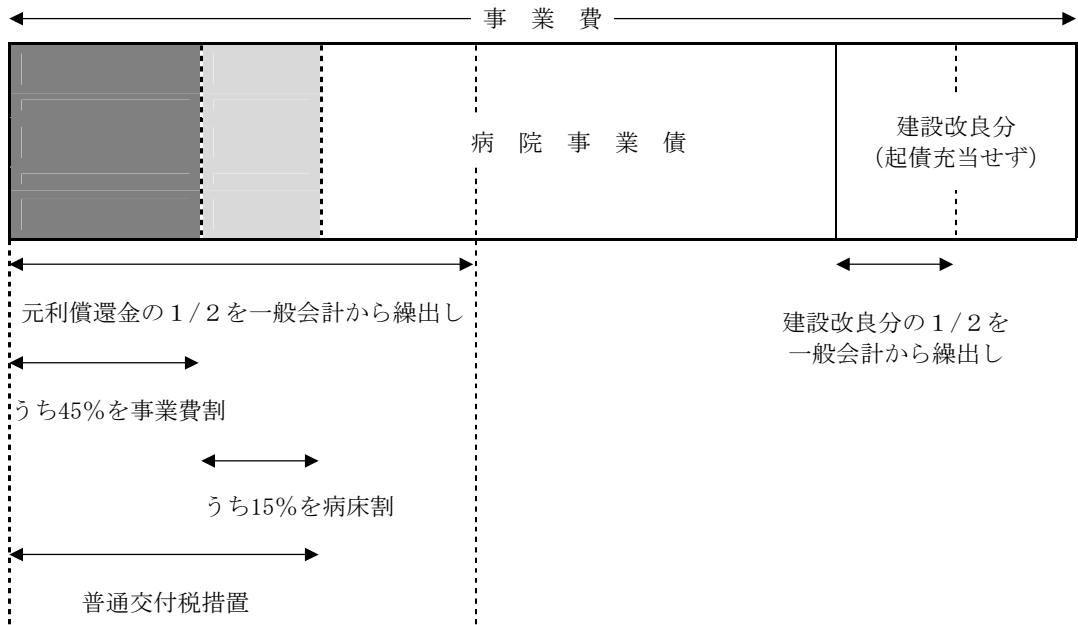
次に、一般会計から病院会計への繰出し基準について具体的にみることにする。前述した2008年度の「繰出金通知」では、既掲図表9にあるように「①病院の建設改良に要する経費」「②へき地医療の確保に要する経費」「③結核病院の運営に要する経費」など14項目（細目を入れて20項目）にわたって繰出金の基準が示されている。そのうちの最初の2項目と救急医療について見ることにする。

ア 病院の建設改良費

「繰出通知」の中で「病院の建設改良に要する経費」は、「(1)趣旨、病院の建設改良費について一般会計が負担するための経費である。」としたうえで、「(2)繰出しの基準」として「病院の建設改良費（中略）及び企業債元利償還金のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額（建設改良費及び企業債元利償還金等の2分の1（ただし、平成14年度までに着手した事業に係る企業債元利償還金等にあつては3分の2）を基準とする。）とする。」となっている。

病院の建設改良費とは、「病院、診療所その他の医療施設、職員宿舎及び看護師宿舎の整備事業」と「医療または看護のために必要な機械器具（厨房用及び洗濯用を含む）」の購入などに要する経費である⁽²⁵⁾。その費用は、一般的には病院事業債が充てられているが、充てられた病院債を返還する元利償還金のうち2分の1（2002年度までに着手した事業については3分の2）を一般会計が負担する、というのが繰出し基準とされているわけである。さらに、建設改良費の一部について病院債を使わずに病院の内部資金を充当する場合もあるが、そのときも2分の1を一般会計が負担する、とされているのである。2008年度の地方財政計

図表10 自治体病院の整備財源



【病院事業債対象事業】

- ① 病院、診療所その他の医療施設、職員宿舍及び看護師宿舍の整備事業
- ② 医療または看護のために必要な機械器具（厨房用及び洗濯用を含む）の整備事業

画の積算では総額2,717億円となっており、この経費が繰出金の中で最も大きな額になり、繰出金全体の44%となっている。

病院債の元利償還金のうち一般会計の負担金については、図表10のように60%が「交付税措置される」ことになっている。一般会計からの「繰出金が測定単位（人口）に必ずしも比例しないため、病床数及び病院事業債元利償還金の多寡によって需要額を割り増しまたは割落とす」と説明されている⁽²⁶⁾。具体的には、45%を地方交付税の事業費割補正で、15%を病床割（2008年度は許可病床1床当たり48万2,000円）によって単位費用の積算基礎に計上して、基準財政需要額に算入され「交付税措置される」ことになっている。

イ ヘき地医療の確保

次に「2. ヘき地医療の確保に要する経費」について「繰出金通知」では、「(1)趣旨、ヘき地における医療の確保を図るために必要な経費について、一般会計が負担するための経費である。」としたうえで、「(2)繰出しの基準」とし

て「ア 地域において中核的役割を果している病院が、巡回診療車、患者輸送車等を備えて巡回診療を行うために必要な経費等のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。」また「イ 遠隔医療システムの運営を行うために必要な経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。」となっている。

具体的に、地方財政計画で積算された内訳を見てみると、「(1) 応援医師・代診医師の確保及び要請に要する経費」として「1,506万9,000円(医師1人1年間給与)×関係医師数」、「(2) へき地巡回診療に要する経費」として「3,212万4,000円(医師・看護師の給与+旅費+材料費)×関係病院数」、「(3) へき地医療拠点病院群等の訪問看護経費」として「202万7,000円(看護師人件費)×関係病院数」、そして「(4) 遠隔医療システム運営費等」として「290万8,000円×関係病院数」の4つの経費が一般会計から繰り出される費用とされている。2008年度の地方財政計画の積算では総額126億円となっている。

これらの繰出金に対しては、その一部が特別交付税で措置されることになっている。具体的には「(1) 応援医師及び代診医師の派遣要請事業に係る派遣要請日数×4万円」「(2) 離島等救急患者搬送事業費×0.5」「(3) 訪問看護事業に係る派遣日数×33,000円」「(4) 遠隔医療事業費×0.5」これらの4つの経費が、へき地医療を行っている自治体に特別交付税で措置されることになっている⁽²⁷⁾。

ウ 救急医療の確保

救急医療の確保に要する経費については、繰出金通知では「(1) 趣旨、救急医療の確保に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。」としたうえで、「(2) 繰出しの基準」として「ア 救急病院等を定める省令(中略)第2条の規定により告示された救急病院における医師等の待機及び空床の確保等救急医療の確保に必要な経費に相当する額とする。」「イ 災害拠点病院整備事業実施要綱(中略)に基づく災害拠点病院が災害時における救急医療のために行う施設(通常の診療に必要な施設を上回る施設)の整備に要する経費に相当する額とする。」「ウ 災害拠点病院が災害時における救急医療のために行う診療用具、診療材料及び薬品等(通常の診療に必要な診療用具、診療材料及び薬品等を上回る診療用具、診療材料及び薬品等)の備蓄に要する経費に相当する額とする。」となっている。

救急医療とは、疾患や、外傷、中毒等に対して緊急の処置と対応が必要とされるものに行われる医療体制のことであり、この体制整備に要する経費である。これには、24時間待機する医師・看護師をはじめとする医療スタッフの確保や、救急病床を空床で待機させたり救急病棟を運営する経費などがあり、一般病床とは別に医療体制が整備されることが必要になる。

また、災害時における救急医療を行うための施設として「災害拠点病院」に指定されると通常の診療に必要な施設を上回る設備が必要とされ、その施設の整備に要する経費が必要となる。そして、災害拠点病院が災害時に救急医療を行うための診療用具、診療材料や薬品など通常の医療に必要な資材などを上回る資材の備蓄が必要とされ、その備蓄に要する費用が必要となる。この両方を合わせて、救急医療の確保に要する経費とされている。

地方財政計画での繰出金基準では「(ア)一般告示病院、8,131万6,000円(空床補償3,681.5万円+待機手当4,450.1万円)×関係病院数」「(イ)輪番制を兼ねる告示病院、7,336万6,000円(空床補償3,681.5万円+待機手当3,655.1万円)×関係病院数」「(ウ)救命救急センター、20床型=9,125万4,000円×関係センター数。30床型=1億3,409万1,000円×関係センター数」「(エ)輪番制病院、664万9,000円×関係病院数」「(オ)災害拠点病院の施設整備=建設改良費に要する経費の繰出金を除いた全額(2002年度以前については3分の1、2003年度以降は2分の1)」「(カ)災害拠点病院の診療用具、医療材料費等の備蓄=1,100万円×関係病院数」「(キ)小児救急=1,481万6,000円×関係病院数」となっている。2008年度の地方財政計画の積算では総額791億円となっている。

これに対して、地方交付税措置は2008年度までは特別交付税で措置されていた。その内容は「(ア)救急告示病院、救急告示病院は、専用病床数、待機体制、施設・設備の内容によってランク付けが行われている。そのランクごとに、病院当たり、Aランク=4,420万円、Bランク=2,530万円、B'ランク=2,090万円、Cランク=1,730万円」「(イ)救命救急センター、30床以上(1センター当たり)8,939万4,000円、30床未満(1床当たり)298万円」「(ウ)小児救急医療提供病院(病院当たり)546万円」「(エ)災害拠点病院の診療用具、医薬材料費の備蓄に要する費用×0.6(措置率60%)」となっている。

救急医療に要する経費については「経営に伴う収入を持って充てることが適当でない経費(法第17条の2第1項第1号)」いわゆる「1号該当経費」とされて

いる。したがって医業収益で賄えない経費は全額が一般会計による負担金となり、この不足額の繰入金は損益計算書の「医業収益」の「他会計負担金」として繰り入れられる。

エ 2009年度の病院財政への拡充措置

2009年の地方財政計画を策定するにあたって政府は、歳入歳出の見直しを通じた地方財源の充実を図るため、約5,000億円（地方雇用創出推進費の新設を含めて1兆円）の地方交付税の上乗せを行うことになった。その中に、公立病院に対する財政措置の充実など医療・少子化対策を充実するための1,500億円が含まれていた。

その原資により地方交付税措置を拡充する方向で検討が進められ、**図表11**のような内容で拡充されることになったのである。普通交付税では、病院運営費として計上されている病床割単価が48万2,000円から59万円に22%引き上げられるとともに、救急告示病院分については特別交付税から普通交付税に移し総額として200億円から300億円に5割増加することになった。特別交付税で措置されてきている周産期医療や小児科医療についても病床当たり単価が40～45%増加され、小児救急についても単価が63%引き上げられることとなっている。

これにより病院を持つ自治体の財源がいくらかは増加する予定であるが、普通交付税で措置されるものについては基準財政収入額の差によって異なってくるため、個別の自治体にとっては総額の増加率とは異なってくるので注意が必要となる。

図表11 病院事業に係る地方交付税措置の推移と2009年度の主な改正案

1. 普通交付税（都道府県分及び市町村分共通）

区 分	2006(H18)年度	2007(H19)年度	2008(H20)年度	2009(H21)年度
病床割単価 (許可病床1床当たり)	489千円	495千円	482千円	590千円程度 (総額で300億円程度増)
救急告示病院分 (平成21年度新規)				検討中 (総額で300億円程度)

- ※1 「病床割単価」は、公立病院の運営経費として、密度補正で算入するものである。
 ※2 「救急告示病院分」の算定に用いる指標、算定方法等については今後検討することとしているが、平成20年度における特別交付税算定額（総額で200億円程度）と比較した場合、個々の団体に対する措置額は、総額の伸び率と必ずしも一致しないので、留意されたい。

2. 特別交付税（市町村分）

区 分		2006(H18)～2007(H19)年度	2008(H20)年度	2009(H21)年度
不採算地区病院 (許可病床1床当たり)		680千円	680千円	第1種 1,200千円程度
				第2種 800千円程度
周産期医療病床		2,438千円	2,438千円	3,550千円程度
結核病床・精神病床		445千円	445千円	445千円
リハビリテーション専門病院		445千円	445千円	445千円
小児医療病床		958千円	958千円	1,350千円程度
救 急 施 設	救急告示病院 (1病院当たり)	Aランク 44,200千円	44,200千円	普通交付税に移行
		Bランク 25,300千円	25,300千円	
		B'ランク 20,900千円	20,900千円	
		Cランク 17,300千円	17,300千円	
小児救急医療提供病院 (1病院当たり)		5,460千円	5,460千円	8,900千円程度
設	救命救急センター 30床以上(1センター当たり) 66,400千円 30床未満(1床当たり) 2,384千円 ただし、1センター当たり66,400千円を限度とする	左に同じ		検討中 〔救急施設全体として普通交付税移行分をふくめ措置総額おおむね5割増〕

- ※1 「不採算地区病院」のうち第1種は直近一般病院まで15km以上の病院、第2種は人口集中地区以外に所在する一般病院をいう。
 ※2 都道府県分単価は平成21年度以降、市町村分単価と同一水準に設定する予定である。
 【2009.1.21 全国都道府県・指定都市公営企業管理者会議の資料をもとに作成
 2006～2007年度については『自治体病院経営ハンドブック』2007～2008年度版より】

(4) 公立病院の役割と一般会計の負担責任

① 公立病院の役割

総務省は、「公立病院改革ガイドライン」を示して自治体病院の早期健全化を図るための具体的措置として「病院改革プラン」の策定を求めたことは既に述べた。この中で「公立病院の果たす役割の明確化」を求めるとともに、次のような役割について触れている。

公立病院の本来の役割としては、まず「民間医療機関では困難な地域医療の提供」がある。これは山間へき地や離島など過疎地における一般医療の提供を行うことであり、国民の医療を地域で支えることになる。次に「不採算・特殊医療の提供」であるとされており、具体的には救急医療に必要な体制を確保し、小児・周産期医療、災害時の緊急医療、結核・精神病床など不採算であり特殊な医療を提供することである。続いて「高度・先進医療の提供」であるとされており、がんセンター、循環器センター、小児医療センターなど地域の民間医療機関で提供するには限界のある高度な先進医療を提供することである。4つ目は「広域的な医師派遣拠点の機能」を持つことであり、医師・看護師などの医療従事者の養成・研修を実施したり、広域的な医師派遣を行いうる体制のもとでの医師派遣拠点となることである⁽²⁸⁾。

こうした役割は、公共の福祉の維持向上という自治体の本来の役割を果たすものであると同時に、地域医療の提供の責任を持つことになる。これらの不採算医療の経費については、公営企業としての自治体病院の経営に基づく収入ですべて賄えるものではなく、地域医療に責任を負う自治体の財政責任は大きい。既に述べたように、その財源を「公営企業繰出金」として地方財政計画に計上するのは、地方交付税制度を通してミクロで財源保障を行うことであり、財源確保の責任を果たす国の役割でもある。

② 病院会計への繰出金の明確化とルール化

もともと地方交付税は自治体にとっては用途の定められていない一般財源であることから、地方交付税の算定基準通りに病院会計へ繰り入れるのは義務ではなく、首長の裁量に任されている。前述の通り、地方交付税措置がこれまでよりも手厚くなってくることは確かであり、それだけに自治体の病院経営に対する責任と繰出金の義務が重くなったともいえる。そのことから、一般会計からの繰出金総額を正確に把握し公表することが病院会計には求められている。

繰り返しになるが、繰出基準に基づく繰出金は、病院の赤字を補てんするものではなく、病院の経費で賄うことが適当でないものについて一般会計から繰り入れているのである。各病院に繰入れが基準通り行われているかどうか、病院と自治体との間で繰出金の基準についてルール化されているかどうか、点検し内容を明らかにする必要がある。

ちなみに、2007年度の地方財政計画に計上された病院事業への繰出金は6,063億円（損益収支3,873億円、資本収支2,190億円）であったが、同年の決算を見ると「他会計からの繰入金」は損益収支で5,290億円、資本的収支で1,671億円で合計6,961億円となっていた。損益収支への繰入金は計画額より1,417億円多くなっていたが、資本収支への繰入金は519億円少なくなっていた。資本収支への繰入金は病院債の元金償還金に充てられているものであるが、これが繰り入れられていないところが多くあるということになる⁽²⁹⁾。

この「他会計からの繰入金」については、医業収益に対する繰入金の割合で見ると、病院の規模により相違が大きく出ている。一般病院全体では医業収益に対して14%であるが、病床の規模が400床以上と大きくなると繰入比率が12～13%台で低くなっており、病床数が小さくなると繰入金の割合が高くなり、特に100床以下になると繰入金が23～29%と大きくなるという傾向がはっきり出ている。これは、病院の規模が小さくても公共的役割を果たし、不採算部門の医療を担っていることの証でもある。

また、2007年度の交付税措置は、普通交付税で2,584億円、特別交付税で702億円の合計3,286億円となっていた。これは、病院会計への繰出金決算額に対して47.2%に相当する額であった⁽³⁰⁾。約半額が交付税措置されていることになり、繰入基準通り繰り入れなかったとすると、その財源が他の部門に流用されていることも考えられる。

地方財政の全般状況が悪化を続けてきており、自治体財政の危機が叫ばれている折から、病院財政への繰り出しを抑える傾向が多く見られる。また、病院経営も、ともすれば一般会計に依存する傾向や、コスト意識が希薄になり放漫経営を続けるところもこれまでは見られた。こうした折であるからこそ、病院の経営状況とその内容と、一般会計からの繰入状況とその内容を明らかにして、他の地域医療と連携して地域医療の確立への協力を求める必要が出てきている。

図表12は、ある市民病院に一般会計から2000年度以降に実際に繰り入れられた金

図表12 病院事業会計への繰入状況

単位：千円

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度(予算)
1 救急医療	511,194	496,870	432,930	427,743	350,926	306,334	302,017	330,975	317,757
2 保健衛生行政	30,660	30,913	30,288	30,094	31,452	30,884	30,531	31,336	34,350
3 伝染病医療	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 リハビリテーション医療	177,078	199,320	168,366	172,698	169,387	162,734	170,698	184,860	179,433
5 小児医療	0	0	0	211,912	227,476	252,425	224,727	248,231	218,034
6 高度・特殊医療	267,962	290,733	268,315	275,935	310,203	361,787	365,096	320,785	322,187
① 未熟児	37,228	54,502	49,354	71,311	70,198	71,475	72,624	56,170	0
② 心障歯科	13,906	15,096	15,470	15,399	14,059	15,046	14,097	16,076	15,620
③ 入院助産	101,719	98,268	94,610	96,340	90,022	90,686	105,095	103,456	116,340
④ 精神病	108,526	113,810	102,280	76,213	114,473	161,286	149,984	124,294	168,495
⑤ 理学療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑥ H I V	6,583	9,057	6,591	10,943	15,767	17,692	17,825	16,358	17,294
⑦ 病理解剖	0	0	0	5,729	5,684	5,602	5,471	2,431	4,438
7 企業債利子支払	159,634	158,086	150,482	141,840	132,185	123,156	129,536	145,927	215,729
8 医師等研究研修	3,265	3,387	3,076	5,214	6,071	6,075	7,879	9,521	11,062
9 追加費用負担	47,437	51,609	48,828	43,339	40,451	39,937	39,622	39,267	51,448
10 基礎年金支出	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
収益的繰入（3条）計	1,197,230	1,204,918	1,102,285	1,308,775	1,268,151	1,283,332	1,270,106	1,310,902	1,350,000
12 建設改良費	250,508	133,931	99,198	168,925	81,849	66,668	79,894	39,098	0
13 企業債元金償還金	91,940	287,748	293,013	154,630	0	0	0	0	0
資本的繰入（4条）計	342,448	421,680	392,211	323,555	81,849	66,668	79,894	39,098	0
繰入金 合計(A)	1,539,678	1,626,598	1,494,496	1,632,330	1,350,000	1,350,000	1,350,000	1,350,000	1,350,000
	3条法定繰入を基準通り満額繰り入れた場合			1,308,775	1,268,151	1,283,332	1,270,106	1,310,902	1,536,891
	4条法定繰入を基準通り満額繰り入れた場合			483,068	542,884	383,527	430,544	1,083,071	552,364
	合計(B)			1,791,843	1,811,035	1,666,859	1,700,651	2,393,974	2,089,255
	実績・予算額と満額基準額との差(A)-(B)			△ 159,513	△ 461,035	△ 316,659	△ 350,651	△ 1,043,974	△ 739,255
【経営指標】									
単年度収支（純利益）	△ 332,908	△ 52,106	△ 243,401	436,427	△ 127,122	△ 243,944	△ 43,641	△ 221,239	△ 1,879
総収益（税抜）に占める収益的繰入の割合	12.8%	11.5%	10.3%	11.7%	12.0%	13.5%	12.0%	12.3%	10.7%

額（2008年度は予算）と、その内訳、さらに繰出基準と繰入額との差額まで明示されているものである。この自治体では、2002年度までは一般会計から繰出基準通り病院会計へ繰入が行われていたが、2003年以降は予算がカットされたため、資本的収支への繰入（企業債元金償還金）が削減されていることがわかる。こうした資料を参考にして、各病院と自治体当局とでそれぞれの項目ごとに繰出金を算定する方法について協議し、繰出金を基準通り繰り出すルールづくりを行い、自治体負担の明確化をはかることが待たれている。

病院会計と一般会計との負担区分については、既に見た通り、一般会計が負担する義務を負っている部分が多い。一般会計から地方財政計画に計上された基準通り病院会計へ繰り出すこと、そのことは地域医療の確立に責任を持つ自治体の役割でもある。

あわせて地域医療に関心を持ち、病院経営に精通した事務職員を育成し、病院財政と一般会計とを結ぶ役割を果たす必要がある。ともすれば病院職場へ配置されても3年ほどで交代し一般職場へ戻るといった状況も多く見られるが、一般会計に馴染んだ職員にとっては複雑な会計ルールを理解するのに時間がかかる。しかも病院経営の基本的部門を支えるのが事務職員と管理職であり、それなりの人材養成と人材配置が求められているといえよう。

むすびにかえて

地域医療の確立は、医療の提供、予防・保健の体制、介護や地域福祉制度などが連携して地域で行われる必要性がますます高まってきている。しかし医師の配置や養成、診療報酬などの医療全体の問題についても、介護・福祉制度についても建前は自治事務であっても国の社会保障制度の中に組み込まれており、自治体だけで解決できることは極めて小さな範囲でしかない。これまで見たように、国の医療構造改革の名の下に、医療費削減を目的とした基本方針が誤りであったことはもはや明らかである。そのしわ寄せが自治体病院に及んでいるわけで、地方財源の確立と併せて、抜本的な医療制度の改正が必要であることは論を待たない。一日も早い医療と医療保険、医療と福祉を含めた総合的な制度改正を望んでやまない。

小論では、医療制度の上辺をなぞって現状を垣間見たにとどまっており、公営企業会計

についても詳細にわたる論考に至っていない。地域医療の確立への道のりはまだ遠いが、自治体病院と一般会計との関係についてはある程度明確にしえたものと思っている。公営企業会計と病院会計の分析などについて、さらに今後も研究を進めることを述べてむすびにかえたい。

(かみばやし とくろう (社)神奈川県地方自治研究センター・理事長)

【注】

- (1) 地方公営企業年鑑、病院編（2007年度決算）事業概要より。損益収支の状況については図表6を参照されたい。
- (2) 『自治体病院経営ハンドブック』第15次改訂版（平成20年）、自治体病院経営研究会編集、ぎょうせい刊、2008年8月 P.63-68
- (3) 富家孝著『危ないお医者さん』2009年3月、ソフトバンク新書P.22、P.25
- (4) 同上P.23
- (5) 小川道雄著『医療崩壊か再生か——問われる国民の選択』2008年5月、NHK出版P.122
- (6) 同上P.124
- (7) 筆者は2008年7月に銚子市立総合病院の休止が発表された直後から、自治労本部の公立病院改革対策会議の依頼を受け、自治労千葉県本部及び銚子市職労との協議を行いながら、銚子市立病院と銚子市の財政分析を行った。そして分析結果を基にして「銚子市立市民病院と銚子市の財政」という報告をまとめ、同月末に銚子市内で報告会を行った。この前後の文章は、当時の取材と財政分析結果を基にして作成した資料集から要約したものである。
- (8) 厚生労働省ホームページ「医師臨床研修制度の変遷」、及び第1回臨床研修制度のあり方等に関する検討会提出資料（2008.9.8）より。福島孝徳著『神の手の提言——日本医療に必要な改革』2009年3月、角川書店Oneテーマ21、P.66。前掲、富家孝著P.31-35などを参考にしている。
- (9) 前掲、小川道雄著P.114-115
- (10) 同上P.145、朝日新聞2008年8月21日朝刊
- (11) 厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』、施設・業務の種別に見た医師数より
- (12) 「ストップ!! 医療崩壊2」雑誌『ロハスメディカル』2007年6月号
- (13) 前掲、福島孝徳著P.93
- (14) 前掲、富家孝著P.59
- (15) 厚生労働省資料「平成20年度診療報酬改定の概要」
- (16) 前掲、小川道雄著P.117
- (17) 産経新聞2009年4月15日
- (18) 厚生労働省パブリックコメント「医療法第19条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部改正（案）について」
- (19) 朝日新聞2009年2月19日、3月3日、3月27日
- (20) 前掲、富家孝著P.38
- (21) 前掲、小川道雄著P.182

- (22) 『公立病院特例債の取扱いについて』2008年6月6日付け総務省自治財政局長通知
- (23) 地方公営企業年鑑各年度版より
- (24) 拙稿「地方財政の動向と地方財政健全化法」『自治研かながわ月報』2008年No.108
- (25) 前掲、『自治体病院経営ハンドブック』P. 21、病院事業債の対象事業
- (26) 地方財務協会「地方交付税制度解説・補正係数編」2008年度版
- (27) 地方財政計画への算出基準については、前掲『自治体病院経営ハンドブック』P. 497-498「平成20年度公営企業繰出金の病院事業積算内訳」より。地方交付税の算定基準については、全国都道府県・指定都市公営企業管理者会議配付資料「平成20年度における病院事業に係る公営企業繰出金予定額の積算例について」（2000.1.21）より
- (28) 『公立病院改革ガイドラインについて』2007年12月24日付け総務省自治財政局長通知
- (29) 2007年度地方公営企業年鑑・事業概要・病院編
- (30) 総務省資料「病院事業に係る地方財政措置の推移」