

たレセプトのチェックを、保険者がより効率的な手段で達成することを目的としている。このために必要な医療機関の投資費用の一部を賄うために、例えば保険者が医療機関に対して、インターネットを経由した電子的手段で送付されたレセプトに対する割増しや、紙ベースレセプトへの報酬率引き下げ等の手段を時限的に講じることも考えられる<sup>5</sup>。こうしたレセプト審査は、法律にも定められた保険者の基本的な権利であるにもかかわらず、これまで重視されてこなかった。

## 2) 保険者機能の強化

現行では、健保組合等の保険者は、政府の代行的な業務を果たす役割にとどまっており、被保険者の利益を代表する本来のエージェントとしての機能を十分に発揮していない。国民皆保険制度の下で、形式的にはフリーアクセスの原則が維持されているが、医療サービスの質に関する情報の不足から、患者の実質的な選択肢の範囲は限定されている。これは全国画一の医療という保険診療の建て前の下で、これまで医療の質に関する情報の必要性自体が重視されてこなかったことによる面が大きい。保険者が被保険者の健康管理を図るとともに万一の事態に備えるためには、保険者が良質の医療サービスを提供する医療機関と選別的な契約を行なうことが有効であるが、その前提としての医療機関の質についての十分な情報が蓄積はなされていない。先のレセプトの電子化は、医療機関のコストを比較する上で重要な情報であるとともに、保険者が特定の患者について医療サービス情報の精査の面でも大きな意味をもっている。例えば、治療効果の相反する投薬等のチェックは、とくに異なる医療機関の間では不可能に近く、保険者のみが得られる情報でもある。これを機械的にチェックするプログラムを保険者側で処置すれば、それだけ患者のために早期の対応が可能となる。

## 3) 診療報酬体系の改善方向

公的な医療保険では、保険診療の償還価格はすべて公定価格であるだけでなく、償還対象となる治療方法も特定化されている。現行の診療報酬体系には以下のような問題がある。

第1に、診療報酬は医師の個別行為に結びついた出来高払いであり、医師の技術等の質的な要因が考慮されていない。これは全国均一な医療サービスを確保するという公的保険の建て前に基づいている。しかし、医療は専門的なサービスの集合であり、量的な充足が達成された後は、その質を評価しなければ効率的な供給は得られない。この問題に公的保険の枠内で対処するためには、専門的な分野での評価制度の確立が必要とされる。

第2に、現行の診療報酬は、医師の個別の行為に注目した価格付けである「医師費用」となっており、基本的に診療所をモデルとしたものといわれる。このため、巨額の設備を

---

<sup>5</sup>現在の非効率的なレセプト処理システムでは、医療機関が診療報酬の請求から受取りまで約2ヶ月を要しているが、これが電子処理によって飛躍的に短縮化されれば医療機関にとってもメリットが大きい。

必要とする病院の建設・維持費用は明示的には含まれておらず、資本コストを回収するためには、診療費用の規模自体を膨張させざるを得ない状況となっている。こうした非効率性を防ぐためには、何らかの形で資本コストを明示化した「病院費用」を保険診療のなかに取り込む必要がある。他方、国公立病院では、すでに資本費用が公費で賄われているにもかかわらず、民間病院と同一の医療サービスについて同じ診療報酬を受けており、公私の医療機関の間での対等な競争条件の原則に反するものとなっている。

第3に、出来高払いから包括払いへの転換である。自己負担率の引き上げで影響を受けるのは患者の受診率のみであり、受診後の治療方法の選択肢は、医療サービスの供給側に依存する出来高払い方式である。これは、本来、感染症や急性症を前提としていた支払い方式であり、軽度の慢性症や終末期医療では、際限のない医療費支出を生む要因となる。

最後に、医療サービスの需要と供給と調整する機能が、診療報酬体系に求められている。医療界では「不採算医療」という表現があり、これを確保するために非営利の医療機関が必要という論理が用いられる。僻地医療や小児科がこの例にあげられるが、それは仮に市場が機能していれば供給不足は価格上昇で調整される筈であり、同じことが擬似市場価格としての診療報酬の決定プロセスに反映されなければならない。診療報酬への僻地加算や小児科加算を十分に行うことで、そうした医療サービスの不均衡問題に対応する必要性がある。

#### 4) 保険診療と保険外診療との混合禁止

##### ・混合診療の概念

これまでの政府の医療政策の目的としては、「すべての国民に対し良質な医療を公平かつ効率的に提供すること」があげられている。ここで問題となるのは「医療の公平性」の具体的内容であり、医療サービスの高度化が進むなかで、医療サービスの費用を全面的に国民が強制的に負担する公的保険制度で賄わなければならないという建て前に、さまざまな矛盾が生じている。これに対しては、強制的に負担する社会保険料で賄われる公的保険の対象となる医療の範囲を明確に定めるとともに、それと個人が自由に選択し負担する医療とを自由に組み合わせることが、医療に関わる公的負担増加を抑制する一方で、医療サービス消費者の選択肢を広げるために有効な手段となる。

保険診療の対象となる診療行為の範囲について保険者が一定の制限を加えることや、出来高払いの診療報酬制度の下で、標準的な治療方法を定めて置くことも国際的に共通している。しかし、特定の患者が一連の診療行為のなかで、保険診療の対象となる診療行為と、その対象外の診療行為とを組み合わせること（混合診療）が、日本では原則的に禁止されていることには大きな問題がある。

すなわち、患者の多様な状況やニーズに対応して、標準的な治療の範囲を超えた措置が必要とされる場合に、患者の了解を得て追加的な措置の実費を請求することが、日本の保険診療では一部の例外を除いては認められていない。その場合には、元々保険診療

の対象である診療行為の費用も、すべて自由診療の扱いとなり、全額患者の自己負担とされる<sup>6</sup>。ここでの例外的な取り扱い「特定療養費」に定められているもので、①一般には普及していないと見なされる高度先進医療、②歯科等の医療材料、③差額ベッド等の医療周辺サービス、等の費用で、これらについては保険診療に上乗せされた患者負担で賄われることが容認されている<sup>7</sup>（図表5）。

図表5.

図表4 特定療養費制度

| 項目           | 自己負担部分     | 公的保険負担部分     |
|--------------|------------|--------------|
| 高度先進医療       | 高度先進部分     | 入院基本料検査等     |
| 特別の療養環境      | いわゆる差額ベッド代 | 入院基本料        |
| 歯科選択材料       | 選択材料部分     | 金銀パラジウムによる点数 |
| 200床以上の病院の初診 | 初診に係る特別の料金 | 初診料          |
| 予約診療         | 予約診察料部分    | 初・再診療        |
| 診療時間外診察      | 時間外診察料     | 初・再診療        |

・混合診療禁止の根拠

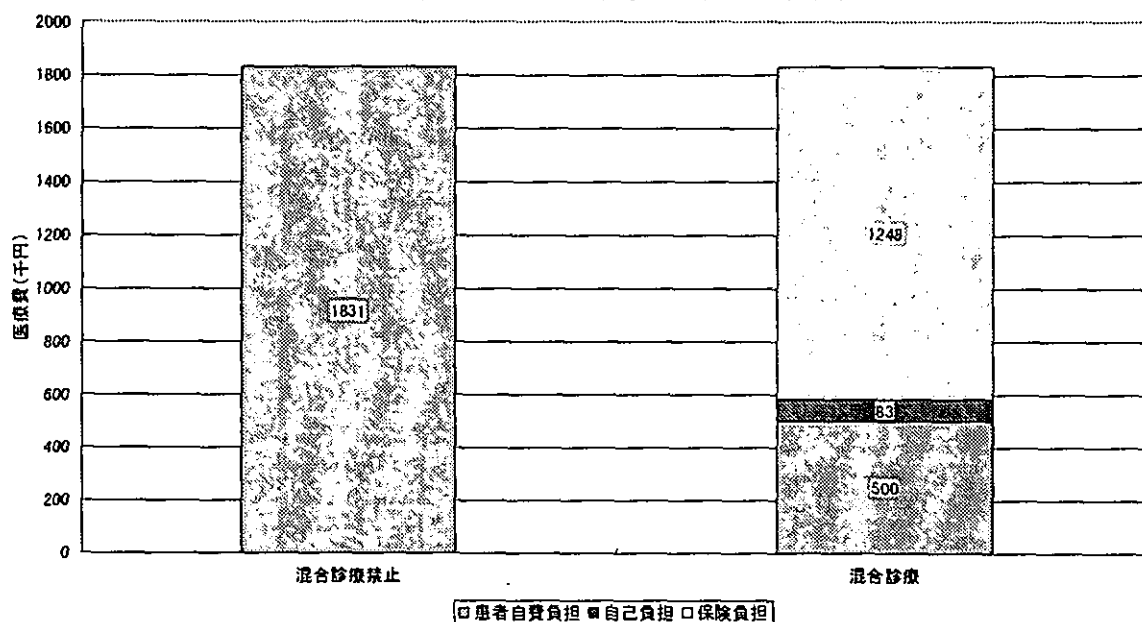
この混合診療禁止の根拠としては、第1に、同じ疾病について、追加的な費用を払える患者と払えない患者との不公平性を防ぐこととされる。もっとも、他方で、自由診療で質の高い医療を受けられる患者とそうでない患者との格差自体は禁止されていない。これはあくまでも保険診療の枠内での公平性の概念にとどまっている。しかし、この結果、自由診療の費用を全て払える患者と、保険診療費分の公的負担があれば、追加的な実費分だけは払える患者との間に、別の不公平が生じる。国民皆保険制度は、画一的な医療を強制するものではなく、被保険者の多様なニーズに応えるものと考えれば、保険診療で賄われる医療費の範囲を明確に定め、それに何を追加するかは個人の自由という方式の方が、実質的に公平なものと言えよう。

第2に、個々の診療行為に関する医師と患者との間での情報の非対称性の下では、医師が患者に対して過剰な医療を「押し売り」するという可能性である。この背景には、「根拠に基づく医療」が確立していないことが大きな背景となっている。しかし、これに対しては、一定の質以上の病院を混合診療対象として指定し、具体的な診療行為の記録を含む十分な情報公開を前提とするなどの条件をつけることである。また、保険診療を超える診療

<sup>6</sup> この混合診療禁止を明確に定めた法令上の規定はない。但し、以下の特定療養費を定めた法令の反対解釈としてそれ以外のものが禁止されるという解釈になっている。

<sup>7</sup> 正確には、この場合も形式上は自由診療の扱いだが、その内保険対象となる診療行為の費用分が保険者から「補助」されるという建て前となっている。

図表6. 混合診療禁止の「公平性」  
(乳癌手術における乳房再建手術との混合)



行為を行い患者に請求した実費分は保険者に対して届け出ることを義務付けることで、事後的に過剰な診療であったことが判明した医療機関には、混合診療認定を取り消すという措置も考えられる。また、特定療養費の対象となっている高度先進医療では公的保険外の薬剤や医療材料を使用した場合に治療成績のデータを提出する義務が課せられているが、これを同様の義務を課すことで「根拠のある医療」の確立にも貢献できる。

第3に、財政上の問題であり、混合診療を容認することで、これまで自由診療扱いであった部分の保険診療費が増えるのではないかという懸念である。これに対しては、そもそも保険料を負担している被保険者の権利という観点や、混合診療が禁止されていればそれと代替的な保険診療を受けていた可能性が高いこと、さらにより質の高い自由診療との組み合わせによって、医療費はむしろ減少する可能性も指摘されている。他方、これまで特定療養費の対象となっていた高度先進医療の保険適用<sup>8</sup>が、混合診療が幅広く容認されると将来の保険適用が抑制されるのではないかという政治的な懸念もあるが、それは特定療養費の保険適用の基準を明確化することで対応できる。

#### ・混合診療禁止の弊害

第1に、診療行為間の補完性である。現実には、公的保険の範囲と、疾病とは見なされない出産等の保険外診療や、自動車賠償保険で賄われる医療サービスとの境界線は曖昧であり、そうした場合には事実上の混合診療は黙認されている。しかし、それ以外にも、診療行為の一貫として保険診療では許容されない予防措置として、例えば患者の診療中におけるインフルエンザワクチンの接種は、個人の感染防御や院内感染を防ぐために不可欠な場合も多い。これら多様な組み合わせを、予め特定療養費として列挙することには無理が

<sup>8</sup>高度先進医療の保険適用例は1986—98年まで41件となっている。

ある。

第2に、保険診療と自由診療との組み合わせが、一連の行為でなければ容認されることから、極端な場合には、乳癌に対する治療で乳房を摘出し（保険診療）、その後を人工的に再形成する（保険外診療）という場合に、これを同じ入院期間中に実施すれば混合診療と見なされ、患者は保険適用の癌治療分の費用も自己負担となってしまう（図表6）。このように、本来は一回の連続した手術で済むことを、あえて二回に分けて行なわなければならないという矛盾である。こうした二重の手術によって患者の負担だけでなく、医療費自体も大幅に増えることになる。

第3に、医療機関の間で医療の質向上を図るための競争を抑制することである。保険診療の範囲を超えて患者の負担を減らし、質の高い医療を提供するために、例えば定められた基準以上に医師や看護師を配置する医療機関が、患者の合意の下にそれに対応した報酬を受け取れる選択肢がないことは、医療サービスの質向上へのインセンティブを妨げる大きな要因となる。

#### ・混合診療の具体的な適用方法

すでに事実上の混合診療である特定療養費制度が存在しているが、その対象は厚生労働省による個別の「認可制」となっており、患者や医療現場での多様なニーズに応えることが難しい。これを一定の基準を満たした病院・診療所を対象に、診療内容についての情報公開と患者の同意、等を前提に、保険診療と保険外診療との併用を容認することである。これには、具体的に以下のような内容が考えられる。

第1に、すでに確立した医療技術を、保険診療の対象外で適用する場合であり、例えば吻合器の追加的個数やピロリ菌の除菌期間延長等の数量的なものや、盲腸ポート手術、乳房形成、診療の過程で必要な疾病予防措置等があげられる。また、公的保険外の薬剤や材料を使用した場合には、必要に応じて保険者に対し、その治療成績等のデータを提出する義務を課すことも考えられる。

第2に、臨床研修指定病院等、高い医療水準として認定されたものや、厚生労働省の定める医師・看護師等の人員配置基準を一定以上、上回っているなど、保険診療の基準を超えていると認定された医療機関の診療行為について、包括的に診療報酬の一定割合の追加負担を患者に求めることができることとするのである。この場合、外部からの監査等の第三者評価に基づき、常時、認定の維持・取り消しを決める。

第3に、外来の予約料の水準や病室環境や食事等、患者のアメニティーにかかわるものは、原則としてすべて容認する。

こうした制度改革で、多様な（必ずしも高度技術に限定されない）医療技術やサービスの質の向上への医療機関のインセンティブを高めることに貢献できる。また、長期的には、現行の国民皆保険制度に基づき、全国一律の医療を保障する保険診療を基礎として、それと民間保険を活用した質の高い医療とを組み合わせることが、強制的に徴収される社会保

険料に基づく国民負担を一定の限度に抑制しつつ、医療サービス利用者の選択肢を広げるというニーズに応えた改革といえる。

#### 5) 医療機関の近代化と競争促進

医療の質を向上させるためには、多様な医療機関の間での競争促進が不可欠となる。病院の治療実績を患者に対して積極的に開示することが当然の慣行となっている米国では、多様な病院間の競争が進み、患者の選択を通じて効果的な医療方法が普及しやすい。これは病院間の競争が厳しければ、患者本位でない病院は見捨てられてしまうという競争圧力が働いているからである。日本でも倒産する病院が増えており、病院間競争は存在するものの、医療の質の面での競争は著しく欠けている。

これは第1に、高度医療技術が、資本調達面や経常費について大幅な助成を受ける公的病院に集中していることである。それにもかかわらず、公的病院は救急医療等の公的な役割を十分に担っておらず、医療の質向上の妨げとなっている。これは米国のように、病院長が病院経営管理についての専門知識や人事管理等について十分な権限がなく、効率的な病院経営が望めないことによる面も大きい。独立採算の民間病院との間で対等な競争条件を確保するためにも、公的病院にはとくにいわゆる不採算医療についての供給義務を明確化する必要がある。また、その財源を確保するためにも質の高い医療を提供できる公的病院には、混合診療のモデルケースとなることが期待される。

第2に、医療は非営利の名目で、民間病院の間での多様な競争が制約されていることである。現行の医療法では、「営利目的の禁止」が掲げられているが、問題は「非営利性」の定義が曖昧なことである。すなわち、「医療機関の運営上生じる剰余金を役員や第三者に配分しない」という「配当禁止」に過ぎず、これが株式会社の参入禁止の根拠となっている。しかし、この「配当さえしなければ非営利」という解釈には多くの問題がある。これは民間医療機関の大部分を占める医療法人の組織形態は、寄附に基づく米国の非営利病院や日本の社会福祉法人とは異なり、出資者の財産権が保障されているという意味では、事実上、個人企業の形態であるからである。現に国税庁は医療法人を非営利とは見なさず、企業と同じ税率で所得に課税している。

株式を発行して資本を調達し、その利益の一部を配当にことと、銀行借入で資金を調達し、その対価として金利を支払うことは、事実上、直接金融と間接金融との違いに過ぎない。その意味で、資本調達の手段としての株式発行という直接金融の手段を禁止することは、医療法人経営の病院が、その資本調達手段として銀行借り入れしか許されていないことを意味する。それは、事業規模の拡大を妨げ、事実上の中小企業保護と同じ意味をもっている。

医療の公共性は、むしろ電力会社のように株式会社形態であっても供給義務を課すことで担保することがより効果的である。すでに医師法では、医師の応召義務という一種の供給義務が明記されているが、これは精神規定に過ぎず、その具体的な内容は明確ではない。

多様な経営形態の病院を互いに競争させることで、医療サービス利用者の選択肢を広げることが、医療の質向上にもっとも有効である。

おわりに

日本の医療制度は、高度の専門職である医師の倫理性に依存して患者を保護するという前提で、医師の医療業務独占や裁量権、および株式会社病院の禁止等の特権を与えてきた。しかし、医療サービスの消費者としての患者の権利を擁護する観点からは、医師の倫理性のみに依存することはリスクが大きく、むしろ医療機関の間の多様な競争を活発化させることで医療の質向上を目指すことが必要とされる。

このためには、第 1 に、カルテやレセプト等の医療事務の電子化とインターネットを通じて医療機関から保険者へと直接送付の実現である。これによって医療情報の蓄積が進めば、診療行為の標準化が可能になり、より合理的な診療報酬体系が構築できる。これは包括払い方式の導入の基礎を作り、現行の出来高払い制度の下での過剰診療の抑制が可能となる。このためには、政府が実質的な保険者として君臨し、健康保険組合等の保険者がその事務を代行するという現状を改善し、保険者が蓄積された医療情報に基づき、質の高い医療機関との自由な契約を行えるよう、本来の保険者機能を取り戻す必要がある。

第 2 に、全ての診療行為を公的保険で賄うのではなく、基本的な医療サービスを国民皆保険で保障し、それを上回るサービスについては、個人の選択に基づく診療と組み合わせる公民ミックスの確立である。これは今後大幅な技術進歩の見込まれる医療サービスの全てを公的保険だけで賄うことには明らかな限界があるため、基本的な診療行為を上回る質の高い医療の具体的内容についての検討を早急に進める必要がある。

第 3 に、株式会社を含む多様な経営主体が医療分野に参入することで、医療分野での競争が活発なものとなり、それを通じてより質の高い医療サービスの供給が促進されることを目指す必要がある。医療の公共性を確保するためには、参入規制ではなく、カルテ開示等の情報公開や応召義務等、医師や医療機関の行為自体に関する規制を経営主体の別なく規制する必要がある。

<参考文献>

- OECD (1995) "Annex A: Factors Affecting Health Spending: A Cross-Country Econometric Analysis" *Health Policy Studies No. 7, New Directions in Health Care Policy*, Paris
- Tu, et al. (1997) Use of Cardiac Procedures and Outcomes in Elderly Patients with Myocardial Infarction in the United States and Canada, *The New England Journal of Medicine Vol. 336, No. 21*
- Noguchi et.al (2003) "The Quality of Health Care: A the United States-Japan Comparison of Treatment and Outcomes for Heart Attack Patients" JCER-NBER 共同研究会議発表論文
- 鴫田忠彦 (1999) 「日本の医療改革について」『医療と社会』Vol.9, No.3
- 鴫田忠彦・斎藤裕美 (2003) 「混合診察の一考察」一ツ橋大学経済研究所ディスカッションペーパー140号
- 小椋正立 (1990) 「医療需要の価格弾力性に関する予備的考察」金森久雄・伊部英男編『高齢化社会の経済学』東京大学出版会
- 井伊雅子・大日康史 (2002) 『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社
- 地域格差研究会編 (2001) 『医療費の地域差』東洋経済新報社
- 川淵孝一 (1996) 「入院医療管理料制度の薬剤に及ぼした影響に関する研究」『医療と社会』Vol.6, No.3
- 池上直己 (2003) 「混合診療はなぜ難しいか」『社会保険旬報』No.2172
- 鈴木玲子 (1998) 「医療資源密度と受診・診療行動との関係」郡司篤晃編著『老人医療費の研究』丸善プラネット
- 鈴木亘・鈴木玲子・八代尚宏 (2003) 「日本の医療制度をどう改革するか」八代尚宏・日本経済研究センター編『社会保障改革の経済学』東洋経済新報社



厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」  
（分担）研究報告書

他会計からの繰り入れ（補助金）の実態  
鈴木玲子 （社）日本経済研究センター

研究要旨 国立病院や公立病院（地方自治体病院）へ「他会計からの繰り入れ」として多額の補助金が投入されている。診療報酬引き下げや患者自己負担引き上げなどにより民間病院の経営が厳しさを増す中で、民間病院との競争条件の違いが問題視されている。また国地方財政が逼迫している折りから、補助金に対して国民からも疑問が投げかけられている。本論文では、公的病院の大半を占める公立病院に焦点を絞り、その補助金の実態を示すとともに今後のあり方を検討した。わが国の医療政策の目的達成のためには、第一に公立病院と民間病院とを対等な立場で競争させることが必要であり、第二にはより公共性の高い医療を提供している病院へ補助金を重点化させることが重要であるとの結論を得た。

#### A. 研究目的

国立病院と県立病院や市立病院など公立病院（地方自治体病院）等へは「他会計からの繰り入れ」として多額の補助金が投入されているといわれる。これは公的な病院が公平で良質な医療を住民に供給する役割があるとされ、その遂行のために税金を補助金のかたちで投入することが必要という理由による。確かに過去において民間病院が不十分な時期には自治体病院の役割はそれなりに大きかったが、医療機関の数が充足した現在、その役割はますますあいまいになっている。

公的な病院への補助金に対しては、診療報酬引き下げや患者自己負担引き上げなどにより経営が厳しさを増す民間病院が、不平等な競争条件をもたらすものとして問題視する一方、国民もまた国地方財政が逼迫している折りから強い疑問を投げかけている。

ところが補助金の大きさやそれがもたらす公的病院の非効率を明らかにした先行研究は

少なかった。そこで補助金の実態を明確に示し、あわせて補助金の今後のあり方を検討することが本研究の目的である。

#### B. 研究方法

公的病院の大多数を占める自治体病院に焦点を当て、補助金の規模とそれがもたらす影響を調べた。自治体病院は自治体が地域住民に医療を普及するために、地方公営企業として建設し運営されている。

そこで自治省「地方公営企業年鑑」、中医協「医療経済実態調査」、全国公私病院連盟「病院経営実態調査」等の資料により、自治体病院への補助金の大きさ、補助金の内容を分析するとともに、民間病院との経営状況の比較、民間病院との建設投資額の比較を行った。

#### C. 研究結果

「他会計からの繰り入れ」のかたちで自治体病院へ投入される補助金は、2001年度で病

院建設資金が1,700億円、病院運営費が5,700億円、合わせて7,400億円にのぼることが分かった。自治体病院の1ベッド当たり年間300万円の補助金が投入されていることになる。このように多額の補助金を投入してもなお、自治体病院は収支を均衡することができず赤字を出している。自治体病院会計でいうところの赤字はこの補助金投入後の赤字であり、これが2001年度に単年度で631億円にのぼる。赤字累積額は2001年現在で1兆3,882億円に達している。

#### D. 考察

病院建設資金への補助金は病院建物や設備の量と質の両面で大きい官民格差をもたらしている。1ベッド当たり建設投資額は、民間704万円に対して自治体病院2,126万円と実に3倍も質の高い投資を行っている。また、病院運営費への補助金は医業費用に重大な官民格差をもたらしている。収入面では1ベッド当たり医業収益は、官民ともに1,400万円台でほぼ等しいが、支出サイドでは民間病院の医業費用（人件費、材料費、薬品費、委託費、減価償却費など）が医業収益に見合う約1,400万円であるのに対して、自治体病院では約1,700万円と医業収入を大きく上まわる。この自治体病院の医業収支赤字を埋めるかたちで230万円の補助金が投入されている。このコスト高の主な要因は公立病院では病院職員の給与水準が民間病院に比べて非常に大きいためである。

#### E. 結論

公平で良質な医療を住民に供給するためには自治体病院に多額の補助金を投入しなければならないことは思われぬ。民間病院が

その使命を担うことは十分可能と思われる。不採算性から民間病院が提供できない場合であっても、現在のように自治体はその職員を使って運営する必然性はほとんどないだろう。救急医療、小児科、周産期医療などが不足する場合には、対象患者の受入数に見合った補助金を事前入札方式もしくは事後的な出来高払い方式で病院に支払えばよい。これはいわゆるバウチャー制度の病院への応用ということになる。このような医療行為に対しての補助金と合わせて、使命を担うための資本設備に対しても目的を明確にした補助金の投入が必要である。

実際、自治体病院の見直しはすでに始まっており、PFI（公設民営）や共同経営（第3セクター）など新しい民営化の病院経営の例が出現しはじめている。その他に、自治体病院のままで効率化を進める方法として、地方公営企業法の全部適用（公立病院院長の権限拡大による経営自由化）や地方独立法人化（独立採算を追求）も有効とみられる。いずれの形態をとるにしても、現在、自治体病院につき込まれているような多額の補助金はすべて取りやめ、民間病院と経営環境を同一にすること（イコール・フットイング）が前提となる。共通の競争環境のもとで、公的な使命を行う病院に対して、経営主体の差なく行為の実績に対して補助金を支払うことがもつとも効率的な税金の投入方法である。

#### F. 研究発表

「病院」Vol.63、No.2、2004年2月号

#### G. 知的所有権の取得状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」  
（分担）研究報告書

他会計からの繰り入れ（補助金）の実態  
鈴木玲子 （社）日本経済研究センター

診療報酬引き下げや患者自己負担引き上げなどにより病院経営は厳しさを増している。こうした中で、国立病院と県立病院や市立病院など公立病院（地方自治体病院）等へは「他会計からの繰り入れ」として多額の補助金が投入されていることに利用する国民から見ても民間病院からも疑問が投げかけられている。「他会計」とは地方自治体の予算のことで、「繰り入れ」とは負担金や補助金の名目で支払われる資金を指す。ここではこれら他会計からの繰り入れに国庫補助および都道府県補助金などを合わせた税金投入全体を「補助金」と呼ぶこととする。こうした補助金に頼ることができない病院からすれば、公的病院は補助金にみあった仕事をしているのか、本当に補助金は必要なのか、などはごく当たり前の疑問である。本稿では、公立病院の補助金の実態を示すとともに、補助金をより効率的に使う方法を考える。医療政策の目的達成のために、公立病院と民間病院とを対等な立場で競争させ、より公共性の高い医療を提供している病院へ補助金を重点化させることが重要である。

わが国には9,168の病院があり、そのうちわけは公的病院1,707、民間病院7,332、およびその中間形態の社会保険関係団体病院129である。このなかで補助金問題が深刻なのは公的病院である。この公的病院はさらに、国立病院324、公立病院（地方自治体立病院）1,080、その他公的病院（日赤病院など）303に分けられる（厚生労働省「医療施設動態調査」平成15年7月）。同じ公的病院とはいえ設立主体の違いで病院の性格は異なるため一律に補助金を論じることは難しい。そこで、本稿では公的病院の大半を占める公立病院を対象を限定して、その補助金の実態を示すとともに今後のあり方を検討する。

## 1. 補助金の実態

自治体は地域住民に医療を普及するための病院事業を実施するにあたり、地方公営企業<sup>1</sup>として公立病院（自治体病院）を建設し運営している。そのため自治体の補助金は大きく

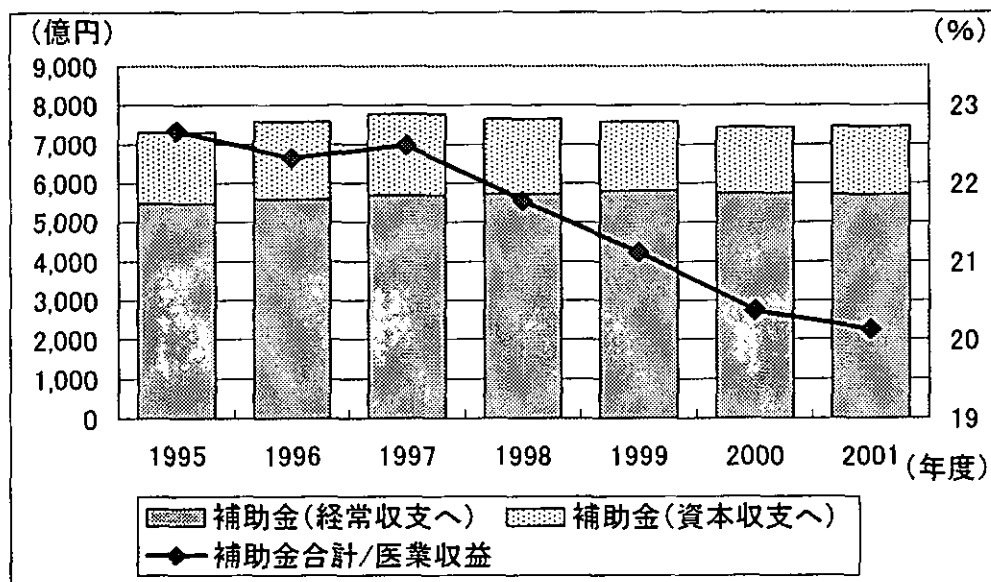
---

<sup>1</sup> 地方公営企業は住民の日常生活に欠くことのできないサービスを提供する目的で地方自治体が経営する企業であり、病院のほか、上下水道、交通、電気・ガス事業などがある。昨今は、住民ニーズの質の高まりや多様化などから、その事業のあり方や経営手法の見直し、効率的な運営が求められている。

分けて病院の運営資金と建設資金とに用いられる。前者は経常収支に繰り入れられ、後者は資本収支に計上されている。

図表1に見るように、公立病院への補助金はほぼ横ばいで推移しており、2001年度には総額で7,400億円余り、内訳は経常収支への補助金が5,700億円、資本収支へ1,700億円となっている。当該年度の医業収益（入院・外来収入、差額ベッド代など医療サービスから得られた収益）に対する比率は低下傾向にあり、2001年度は20.1%であった。

図表1 公立病院への補助金の推移



資料) 総務省「地方公営企業年鑑」

### (1) 経常収支への補助金

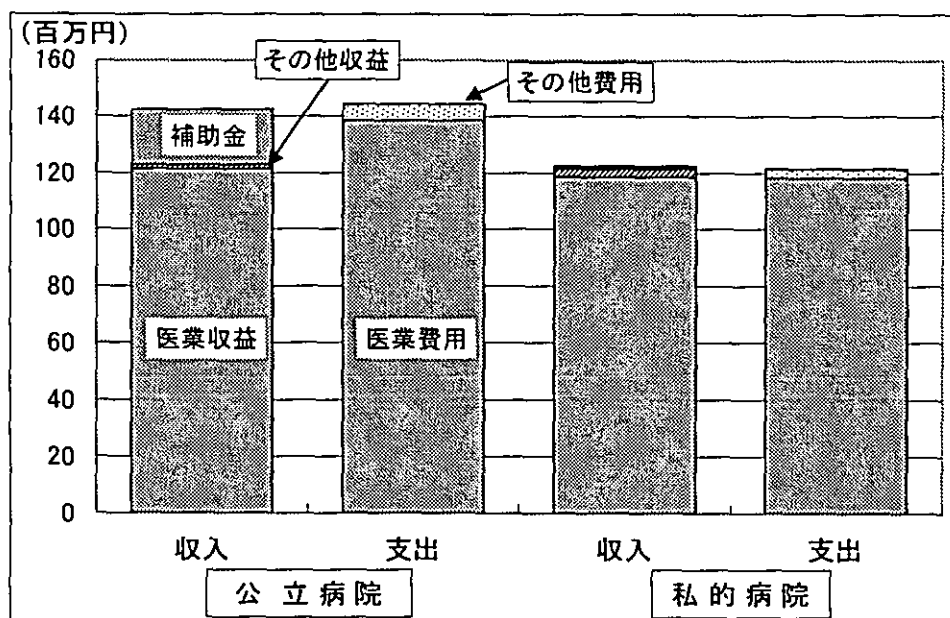
以下では、経常収支と資本収支に分けて補助金の役割をみていく。まず経常収支のなかの補助金の位置づけであるが、これは全国公私病院連盟・日本病院会「病院経営実態調査」で公立病院と私的病院（医療法人、個人、公益、社会福祉法人）の収支比較によって明らかにすることができる。ただし、公私病院間には規模間格差が大きく（公立病院には大規模病院が多い一方、民間病院は一般に小規模）、病院当たり収支では比較が困難なことから、ここでは規模格差調整のために100床当たり収支で比較する。図表2において、まず収入面をみると、1カ月間の病床100床当たり医業収益は、公立病院、私的病院ともに約1億2千万円とほぼ等しい。ところが支出サイドでは、私的病院では医業費用（人件費、材料費、薬品費、委託費、減価償却費など）が医業収益に見合う約1億1,800万円であるのに対して、公立病院では約1億3,800万円と医業収入を大きく上まわる。医業費用の公私格差は17%である。

ここから、医業収支（ $\text{医業収益} / \text{医業費用} \times 100$ ）を計算することができる。企業でいうと

ころの営業収支にあたり、経営の健全度を測る指標で、100を下回るほどコスト高で不健全である。医業収支は公立病院が87.5、私的病院が100.2であるから、公立病院ではサービス提供のためにかけた費用の87.5%しか回収できていないことになる。一方、私的病院ではコストを0.2%とわずかながら上回る収入を達成している。ちなみに、公立病院で100を下回る営業赤字の病院は95.9%を占める。私的病院の営業赤字病院は51.0%である。

この公立病院の医業収支赤字を埋めるかたちで補助金が100床当たり月額約1,900万円投入されている。かたや私的病院の補助金収入はグラフでは読みとれない小さきで、わずか76万円である。公立病院の補助金について、単純に12倍して年額を求めると100床当たり2億3千万円となる。つまり1床当たり年間230万円の補助金が投入されていることになる。

図表2 100床当たり病院収支



資料) 全国公私病院連盟「病院経営実態調査」平成14年6月調査

注) 1. 1カ月間の収支金額。

2. 公立病院は自治体病院であり、

私的病院は医療法人、個人、公益、社会福祉法人を含む。

3. 医業費用は給与費、材料費、減価償却費など、その他費用は支払利息などを含む。

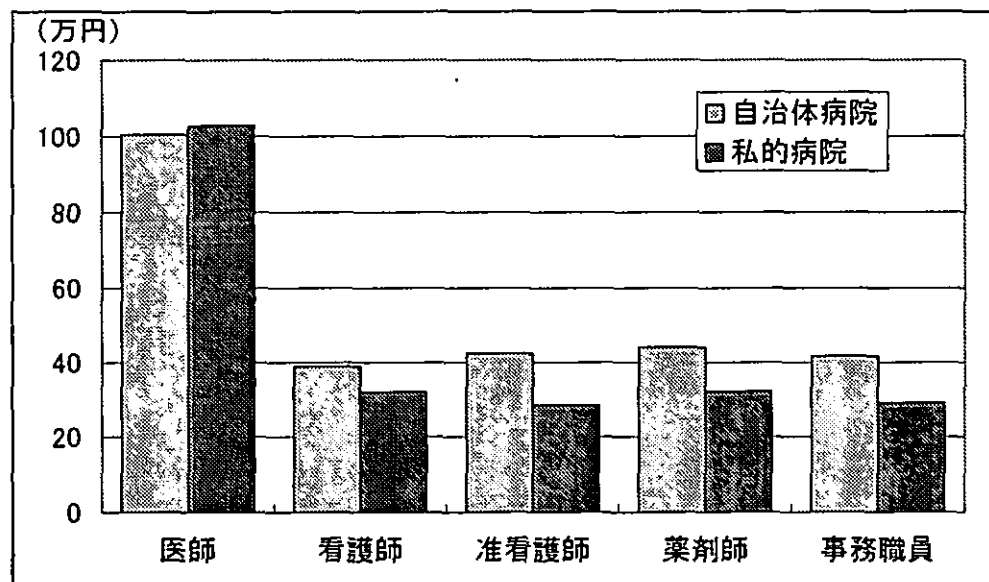
4. 補助金は他会計繰入金、国庫補助金を含む。

先の公私比較で公立病院の医業費用は私的病院を17%上回ることを確認した。このコスト高の要因を費目別に分解すると、17%のうち10%は人件費の違いによる。以下、薬品費が5%、薬品を除く材料費が1%、その他経費が1%である。すなわち、公立病院は私的病院

に比べて人件費が割高で、医療材料の購入コストが過大であることが明らかだ。

しかしながら仮に公立病院が私的病院よりも豊富に資源投入を投入しているために、コストが高くなっているのだとすれば、すなわちコスト高が医療の質の高さを反映しているのだとすれば、医業費用の大きさは必ずしも不適當でない。逆に単に割高な資源を用いた結果、費用が水膨れしているのであれば、改善の努力をすべきである。ここではコスト差の第一の要因である人件費が割高かどうかを調べるために、図表3で主要職種の公私賃金を比較する。それぞれの職種（事務職員を除く）は国家試験によって質を担保されているので、公私病院間に職種内の質の違いは大きくないと考えられる。実際、医師の給与の公私格差はほとんどない。ところが、その他の職種では公立病院の方が圧倒的に高く、格差は看護師 22%、准看護師 49%、薬剤師 37%、事務職員 43%にのぼる。医師以外の職種では公立病院の公務員並給与水準が民間賃金を大きく上回っているということである。このことは公立病院が民間から人材を得ることができればコスト差を解消できる可能性を示している。医療材料の仕入れについても同様の傾向があるとすれば、仕入れ価格の見直しなどによってコスト削減が可能となろう。

図表3 主な職種の給与



資料) 全国公私病院連盟「病院経営実態調査」平成14年6月調査

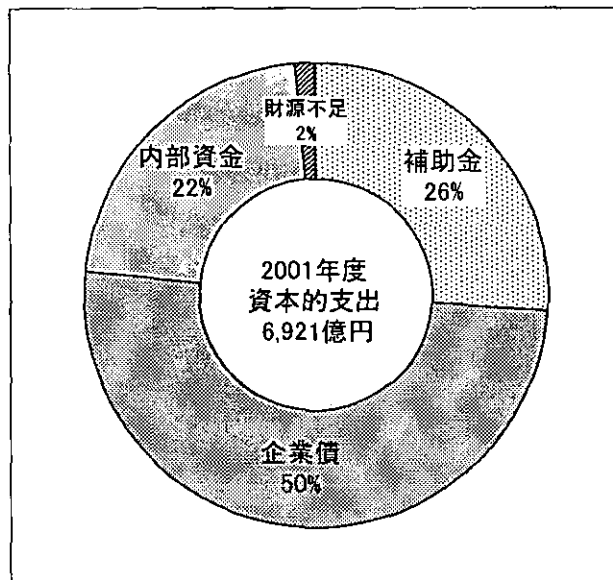
注) 常勤職員1人当たり平均給与月額

## (2) 資本収支への補助金

病院建設や設備投資など資本面の支出のための資金調達について、民間病院は自己資金や銀行借入などで賄うのに対して、公立病院は財源を自己資金のほか債券発行と補助金に

求めることができる。図表4は公立病院の資本収支を賄う財源を示している。公立病院が資本的支出として建設と債券償還のために費やした支出は2001年度に総額で6千9百億円におよぶが、その資金調達のための26%は補助金で賄われている。また民間病院では債券発行による資金調達は難しいのに対して、公立病院は地方自治体の信用力によって有利に債券を発行することができることのメリットも非常に大きい。

図表4 公立病院の資本的支出の財源



注) 資本的支出は、建設改良費と企業債償還金などを含む。

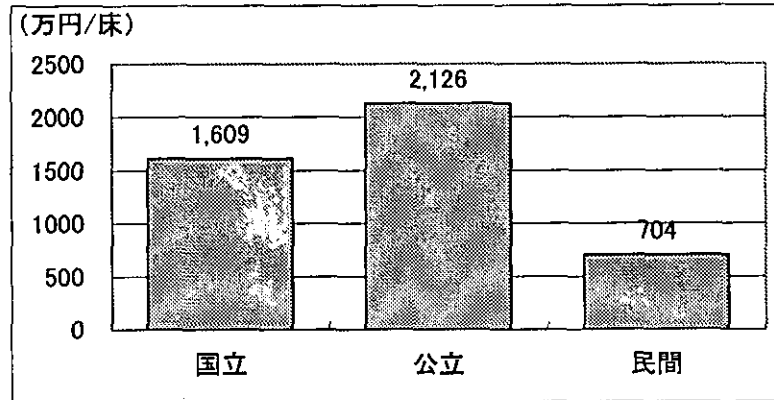
資料) 総務省「地方公営企業年鑑」2001年度

こうした潤沢な資金を背景に公立病院はグレードの高い投資規模を行っている。これが病院建物や設備における量と質の両面での官民格差をもたらしている。1病院当たりの設備投資金額（土地、建物、医療器械を含む）は病床規模に差があるので一概に比較はできないが、公立病院3億2千万円に対して、民間では医療法人病院9千7百万円、個人病院2千8百万円と投資金額でみた量的な格差は大きい（中央社会保険医療協議会「医療敬愛実態調査」2001年6月調査）。

これが病院建物の量と質に格差をもたらしていることを確かめるために、病床当たりの建設コストを調べる。まず質の面で、建設投資の床面積当たり単価は、公立病院は35万円/m<sup>2</sup>で、これは国立28万円/m<sup>2</sup>の1.3倍、民間25万円/m<sup>2</sup>と比べると1.8倍の高さである。一方、量的には病床当たり建物床面積は、公立病院60.8 m<sup>2</sup>、国立58.5 m<sup>2</sup>、民間の医療法人35.6 m<sup>2</sup>と、やはり公立病院がもっとも大きい。その結果、病床当たり建設投資額は、公立2,126万円、国立病院1,609万円、民間704と計算され、公立は民間の実に3倍と圧倒的な

官民格差が確認される（図表5）。

図表5 病院の病床当たり建築費



(注) 病床当たり建築費＝建築単価×病床当たり建物面積  
建築単価(病院・診療所)＝工事費予定額/総床面積  
1年間に着工した新・増改築の総床面積。  
工事費予定額は、建築業者が着工前に届け出た請負金額で建築物本体、建築設備の材料費、工賃、資材運送費などを含み、土地代は含まない。  
建築単価の「民間」は、個人、会社、会社でない団体の合計。  
病床当たり建物面積(病院)の「民間」は医療法人。  
(資料) 国土交通省「建築統計年報」2002年  
中医協「医療経済実態調査」2001年

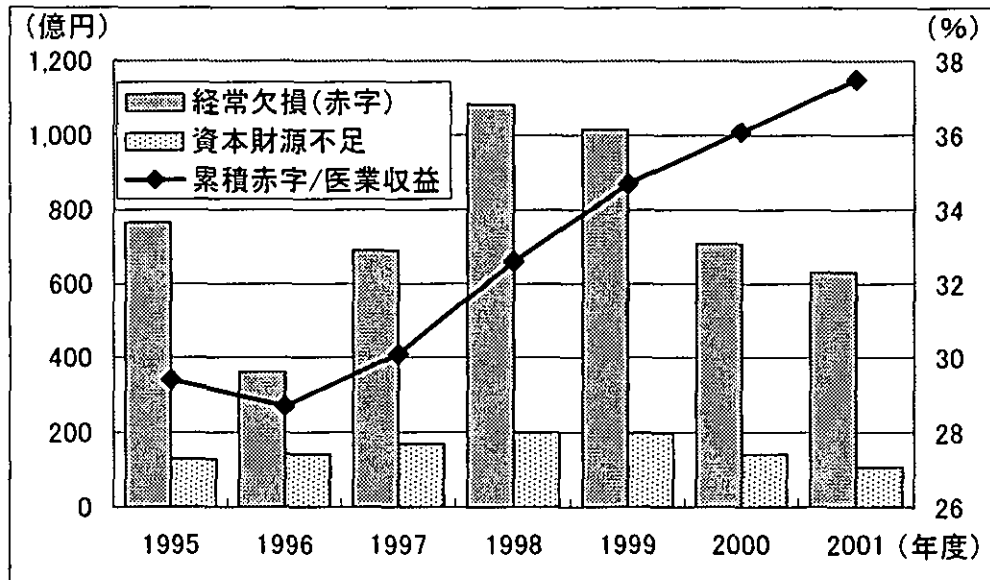
### (3) 深刻な累積債務

以上のように経常収支と資本収支の両方へ多額の補助金を投入してもなお、公立病院は赤字会計を続けている。民間であれば営業収益を営業費用が上回った段階ですでに赤字であることは言うまでもないが、公立病院では（営業収益＋補助金）が営業費用を上回った場合にはじめて赤字と呼ばれることになっている。その意味で、公立病院の赤字は民間の常識とは異なるものであり、赤字の実態を過少に評価するものであることに注意すべきである。

ここでは公立病院の会計でいうところの赤字（経常収支の欠損と呼ばれる）を検討する。単年度の赤字額の規模は2001年度で631億円にのぼる。この赤字と資本収支の財源不足はふたたび他会計からの借入金などで賄われることとなるが、これは返済の義務があるため毎年少しずつ自治体会計などへ返却が行われる。これまでの赤字総額は累積欠損と呼ばれ、急速に増加しており、2001年現在で医業収益の37.5%に達している。

図表6 公立病院の債務





資料) 総務省「地方公営企業年鑑」

## 2. 公立病院の使命と補助金

地方自治体による病院運営はアメリカでも行われている。州や郡などの地方自治体が保有する病院は 1,156 で全病院 5,801<sup>2</sup>の 2 割を占める。公立病院の役割は、第一に低所得者や無保険者への医療供給（いわば医療のセーフティーネット）と、第二に医育機関として医師のトレーニングである。とくに第一の役割は重要で、アメリカでは無保険者や英語を話せない移民などが多く、民間病院ではこれらの人々への福祉サービスが不十分になりがちだからである<sup>3</sup>。

これに対して日本の公立病院は公平で良質な医療を住民に供給する使命があるとされ、その遂行のために税金が補助金のかたち投入されている。しかし公立病院とはいえ病院ご

<sup>2</sup>一般的な病院 (community hospitals) 4,908 のほか、連邦政府病院、精神病院、長期介護病院などを含む登録病院総数 (American Hospital Association "Hospital Statistics")。

<sup>3</sup>民間病院が福祉サービスを行わないわけではない。民間病院の 8 割は非営利病院で、残りの 2 割が営利病院ある。非営利病院の目的はより良い医療サービスの提供による地域への貢献とされ、非課税であるかわりに、一定の地域福祉サービスの提供を義務づけられている。例えば、テキサス州 (1996 年) の無料診察 (報酬を受け取らなかった医療費) は 35.9 億ドルにのぼり、うちわけは、公立病院 48.9%、非営利病院 34.0%、営利病院 17.1%だった。

とに開設の経緯や立地条件などがさまざまで、その役割や目的も実際のところ明確でない。過去において民間病院が不十分な時期には公立病院の役割はそれなりに大きかったが、医療機関の数が充足した現在、その役割はますますあいまいになっている。全般的には、僻地医療、高度医療、救急医療、小児科、周産期医療などが現在のところ政策的に必要な医療と認識されており、これらが公立病院の使命として期待されている。これらの医療分野は不採算になりやすく民間病院によって提供が難しいというのがその理由である。

近年はわが国においても多くの外国人が居住するようになり、アメリカのように医療現場でも言語の問題や、無保険者の問題がクローズアップされている。また不況の長期化でホームレスが増えたばかりでなく、健康保険の保険料の滞納者が急増している。わが国に居住する人々に医療サービスをあまねく提供するために、公立病院の使命としてアメリカ型のセーフティネットの役割が要請される状況が出現している。

しかしながら、内閣府の民間病院へのヒアリング<sup>4</sup>によれば、「公的病院は高度医療部門と救急医療など不採算部門に責任を持つというが、医療技術については民間病院と大差がない」とみるものが多かった。僻地医療の担い手としての一定の評価はみられた。ところが、救急受入を断る公立病院の例が指摘されたり、公立病院はホームレス患者を受け入れないから民間病院が肩代わりしているなど、「公立病院は補助金に見合う医療をしていない」とする意見が多く寄せられたということである。それにもかかわらず「補助金によって公立病院は立派な建物設備を保有しているため、患者が民間病院を敬遠する」という声が多く、公立病院による民業圧迫が訴えられている。

### 3. 補助金のゆくえ

アメリカでは1980年代から支払方式が診断群別定額払制と人頭請負払制の普及などで入院日数が急速に低下したことなどから、病院間の患者獲得競争が激化した。民間病院への患者シフトが進み、その結果公立病院には無保険患者ばかり増えたため、公立病院の赤字が深刻になった。公立病院の使命とそれにかかる費用に基づく費用対効果分析が普及した結果、自前で公立病院を経営するより、さまざまなかたちで民間の力を取り入れたほうが税金を効率的に活かせると判断する州や郡が増えている。

民営化の手法は多様である。主な手法には、運営委託（民間への定期委託）、リース（病院の建物設備を民間へ貸し出す）、共同経営（民間病院をパートナーとして協力して運営）、売却（公立病院の民間への売却）などがあり、この他に閉鎖（一時的もしくは永久に病院事業をとりやめること）という選択もある。そのようにして民営化した病院に対して州や郡は補助金を使ったインセンティブによって、従来公立病院が行っていた無保険者医療など福祉的サービスを肩代わりさせている。その結果、民間病院では営利、非営利を問わず、無保険患者の獲得競争すら発生しているということである。

---

<sup>4</sup> 資料名は参考資料を参照のこと。

わが国でも公立病院の使命を民間病院が担うことは可能である。不採算性から民間病院が提供できない場合であっても、現在のように自治体はその職員を使って運営する必然性はほとんどない。救急医療、小児科、周産期医療などが不足する場合には、対象患者の受入数に見合った補助金を事前入札方式もしくは事後的な出来高払い方式で病院に支払えばよい。これはいわゆるパウチャー制度の病院への応用ということになる。このような医療行為に対しての補助金と合わせて、使命を担うための資本設備に対しても目的を明確にした補助金の投入が必要である。

実際、公立病院の見直しはすでに始まっており、PFI（公設民営）や共同経営（第3セクター）など新しい民営化の病院経営の例が出現しはじめている。その他に、公立病院のままで効率化を進める方法として、地方公営企業法の全部適用（公立病院院長の権限拡大による経営自由化）や地方独立法人化（独立採算を追求）も有効とみられる。いずれの形態をとるにしても、公立病院につぎ込まれているような多額の補助金はすべて取りやめ、民間病院と経営環境を同一にすること（イコール・フッティング）が前提となる。共通の競争環境のもとで、公的な使命を行う病院に対して、経営主体の差なく行為の実績に対して補助金を支払うことがもっとも効率的な税金の投入方法である。

#### <参考文献>

塩谷泰一「もっと病院変わらなきマニュアル」日総研出版、2003年  
内閣府「医療・介護・保育等における規制改革の経済効果」政策効果分析レポート No. 16,  
平成15年5月  
横浜市市立病院あり方検討委員会「横浜市市立病院のあり方について：最終答申」平成15年3月

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」

（分担）研究報告書

日本の医療改革の展望

八代尚宏（社）日本経済研究センター

鈴木玲子（社）日本経済研究センター

鈴木亘 大阪大学大学院国際公共政策研究科

研究要旨

日本の医療制度を展望する場合に、その過去の目覚ましい発展と将来の問題とのバランスが必要とされる。戦後半世紀で、日本人の平均寿命は大幅に伸長した一方で、経済規模と比べた国民医療費の比率は相対的に低いことから、日本の医療制度はすでに効率的に運営されており、大幅な改革は不要という見方もある。しかし、ミクロ的なレベルで見れば、医療の標準化や医療事務の情報化の遅れ等、改善の余地は大きい。また将来を展望すれば、人口の急速な高齢化が進むとともに医療費が傾向的に増えると思込まれるなど、医療保険財政面の制約が強まっている。

こうしたなかで2003年に実施された医療保険改革では、保険料の引き上げや老人保健制度の改正が行なわれたが、これらは基本的に現行制度を維持することを前提としたもので、保険財政の改善効果は一時的なものにとどまると見られる。高齢化に対応した医療制度を構築するためには、医療保険と医療サービス提供制度の両面を同時に改革する必要がある。本稿では、こうした観点から日本の医療制度改革の主要な論点についての展望を行なう。

A. 研究目的

2003年度（平成15年度）健康保険法等改正案は、現行医療制度の問題点を放置したまま、その延命策を図るものに過ぎない。

すでにわれわれの研究グループでは、2001年9月25日に発表された厚生労働省「医療制度改革試案」に対して、医療財政モデルを用いた再検証を行ったところであるが、本年度においては、その後変更された改正案を織り込み、また、厚生労働省から次々と明らかになった前提地などを詳細に織り込む形で計量モデルを作成し、より

直近時点の予測が可能となった。

B. 研究方法

本分析では、2003年度（平成15年度）健康保険法等改正案の保険財政面への影響を計量的に分析するとともに、その妥当性を検討した。それとともに今年度以降、政府が本腰を入れて取り組むべき医療供給面の構造改革のあるべき方向を展望している。計量モデルについては、昨年度に作成した日経センター医療財政予測モデルを用いる。

C. 研究結果