

域医療支援を24時間体制で担う方針で運営されている。

その他の国立療養所の周囲20kmでも同様の分析を行った(データ示さず)。それぞれの地域で病床は-8.5%から2.2%までの変動を示している。結核・感染症病床は減少しており、機能分化の流れの中でかつて一般病床であった多くの病床が療養病床と呼ばれるようになってきている。ほとんどの地域で循環器科やリウマチ科などの内科 sub-specialty とリハビリテーション科が増加している一方で、9つの地域のうち6つで小児科は減少、8つの地域で外科は減少している。また9つの地域のうち8つで心臓血管外科を標榜する病院が増加している。

## 5. 病床数と平均在院日数の動き

平成10年から13年の間に移譲された旧国立療養所のなかで1施設は回答が頂けなかったので省いてある。全体の病床数としては大きな変化はない。一般病床数と療養病床は若干増えている。その分結核病床はさらにその数を減らしている。平均在院日数の分布は最大16日から最高400日程度であった。多くの病院は療養を目的としているため、比較的長い平均在院日数を持っていた。

### ① 診療科数の動き

これも全体として大きな変化はない。廃止と新設には似たような種類の診療科が並んだ。内科系診療科、外科や整形外科を廃止する病院のある一方で、新設する病院があった。また調査では標榜しているものの休診状態である診療科を持つ病院もあることがわかった。

### ② 病院機能の変化

それぞれの病院の病床数、一般病床数と診療科数の関係について前回報告書作成時から今回調査時までの変化をプロットした(図1)。その変動については届出前後の病院の位置を直線で結んで示してある。全く変化していない病院が多かった。療養を主体とした病院(楕円I)は更にその機能を専門化しようと思えば、診療科の減少、一般病床比の減少、病床数の減少の傾向を示すであろう

し、同様に急性期医療を主体とする病院は(楕円II)診療科の増加、一般病床比の増加、病床数の増加の傾向を示すと考えられる。このような病院機能の方向性についてはある程度捉えられたが、上の予想とは違った動きをする病院もあった。

## D. 考察

移譲された国立療養所とはもともと人里離れた小～中規模の療養型の医療施設であった。患者は多くの場合、結核、脳血管障害であり、精神病、重症心身障害、神経・筋疾患、難病に特徴を持つ病院もあった。

多くの旧国立療養所は移譲後は療養病床の割合を多くし、神経内科やリハビリテーション科を新設し、慢性医療の提供機能を充実させている。これはもともとの国立療養所の設立された環境とその決して高度化されたとは言えない機器・設備が主な理由だと考えられる。また、特に精神疾患や重症心身障害などに大きな特徴をもった療養所は、その提供する医療に大きく依存する患者が存在するため、移譲後も業務をそのまま引き継いで営業する事は、ある意味自然な流れであったと考えられる。地域の医療の需給分析で挙げた施設はもともと結核療養所ではあったが、入院患者の結核、脳血管障害の割合は比較的low、平均在院日数も短い病院であった。療養所によっては移譲後には診療科を増加させ、地域の中核病院として急性期医療を提供する事を機能としている。また、この病院は結核、脳血管障害の患者が多く、平均在院日数も比較的長い病院であったが、移譲後も療養病床を主とし、リハビリテーション科などを新設し、療養環境を拡充している。全く違った役割を果たす両施設であるが、移譲によってもともとの機能を継続しつつ更に特化し拡充した施設になっている。

旧国立療養所が継続して慢性期医療を提供しつづけることは、高齢化が進んで長期療養型の施設の需要が高まっている現在の社会状況とも無縁ではないであろう。国立療養所の位置する圏域の多くは高齢化のすすんだ過疎地域であり、それぞれ

の都道府県の地域医療計画には例外なく療養環境の充実が目標に掲げられている。急性期医療がある程度充実していれば、経営移譲後の機能として慢性期医療が選ばれる可能性は高いと考えられる。

平成9年から13年まで移譲された11施設のうち5施設が小児科を新設している。近年の小児医療の需要の増大は指摘されているが、国立病院・療養所の移譲が、これまでの機能を引き継ぎ拡充するだけでなく、地域の医療環境のもとに地域住民の意向を反映する形で行われた現れかもしれない。国立療養所病院が移譲されることに伴って現れた、周辺住民の様々な不安や移譲への反対は様々なメディアにおいて取り上げられている。それらが移譲後の病院行動に影響を与えている可能性は強いと考えられるが、不採算医療と言われる小児科を開設した病院は5施設あり、そのうち4病院は公的病院であったという事実は興味深い。逆に外科を廃止した3病院のうち2病院は私的病院であったことも合わせて考えると、移譲後病院では「国立」時代とは違った自律的経営が行われているとはいえ、公的病院は公的機関ゆえにその経営については何らかの社会的要請を負わされている可能性が示唆された。また、私的病院は市場の競争圧力は相対的に強くなるため（「所有権理論」）、外科を廃止しリハビリテーション医療にサービスを特化させる傾向があるのだろうか。このような考察は推測の域を出ないが、いずれにせよ「国立」ではなし得なかった地域のニーズに根ざした医療の提供を移譲後病院が模索している姿が浮かび上がってくる。その中で自治体に移譲された病院については、赤字経営とその原因としての人件費等のコスト意識の希薄さが報告されていることは指摘しておくべきであろう。

旧国立療養所へのアンケート調査より平成15年の病床届出前後における委譲後病院の構造の変化について報告した。全体として病床数と診療科数には大きな変化はなかったが、それぞれの病院を病床数、一般病床比、診療科数で3次元プロットすると、病院機能の更なる専門化の大まかな方向性を捉えることができたが、違った動きをする

病院もあった。

病床分化は病院にとってその機能の明確化に寄与するであろう。旧国立養所はこのような外部環境の変化に対して自らの内部構造を変えていくことを強く求められたと考えた。しかし、今回の調査では多くの病院はほとんど変化していなかった。この理由は1) 今回の届出は初めてのものであるためこれまでの病院運営を変更させるより様子を見ることを選択している、2) 現在の地域における役割が確定しておりこれ以上変化する必要はない、3) 構造の変化は医療資源の限界に規定されている、ことなどが考えられる。

これまでの機能が更に専門化されるとするならば(図1)の左下にある主として療養医療を行う病院(楕円I)では、更に診療科の減少、一般病床比の減少、病床数の減少の方向に行くことが考えられ、また右上の主として急性期医療を行う病院(楕円II)では診療科の増加、一般病床比の増加、病床数の増加の方向に動くと考えられた。確かにそのような病院は多かったが、必ずしもそうではないことがわかった。

今後地域の事例の収集と詳細な検討することで国による公的医療の地域における役割について更に明らかにできるものと考えられる。

## E. 結び

今回の研究では、入手可能なデータをもとに国立療養所の移譲前後の診療機能の変化の解明に努めた。国立療養所にはどのような役割が求められていたのかを検証し、移譲後の旧国立療養所の構造の変化について報告した。個々の病院の事例を研究することで地域の医療需要と病院構造・機能の結びつきを明らかにすることができたものと考えている。

## F. 健康危険情報

なし

## **G. 研究発表**

論文発表：予定なし

学会発表：予定なし

## **H. 知的所有権の取得状況**

特許取得：なし

実用新案登録：なし

その他：なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
（分担）研究報告書

「特定地域における国立病院移譲のインパクトに関する研究」

分担研究者 田村 誠 元国際医療福祉大学, 日本ガイダント株式会社  
加藤尚子 国際医療福祉大学

**研究要旨**

本研究は、国立病院・療養所の移譲が行なわれた特定の一地域を選定し、移譲の経緯、移譲後の病院の機能・診療状況の変化等の「移譲の実態」を明らかにし、移譲がもたらした「インパクト(効果・影響)のプラス面・マイナス面」を検証することを目的とする。前年度は岡山県の津山中央病院において、患者アンケート調査、職員アンケート調査、消防隊・市役所への聞き取り調査を実施した。今年度はこれらの調査結果を分析し、さらに移譲前後の経営指標を用いた病院機能の比較分析も行なった。国立病院・療養所の移譲には、地域の実情に応じて様々な形態があるが、今回の調査対象地域においては、移譲後の病院は国立療養所の面影がないほどにその形態を変えている。本地域における移譲は相対的にプラスの「効果」を生みだしたことが判明した。

**研究協力者**

飯塚弘之（国際医療福祉大学大学院）

**A. 研究目的**

本研究は、国立病院・療養所の移譲が行なわれた特定の一地域を選定し、移譲がどのような経緯をたどって行われ、移譲後に病院の機能・診療状況がどのように変化したのかという「移譲の実態」を明らかにし、移譲がもたらした「インパクト(効果・影響)のプラス面・マイナス面」を検証することを目的とする。

**B. 研究方法**

調査対象としては、岡山県津山市にある財団法人津山慈風会・津山中央病院を選定した。地域医療の中核を担う民間病院であり、移譲後3年以上が経過し経営が安定していることから、より大きな地域へのインパクトが検証できると考えたためである。

今年度は、前年度に行なった患者アンケート調査、元国立療養所職員を対象にした職員アンケート調査、消防隊・市役所への聞き取り調査について、詳細な分析を行なった。また、移譲前と後の病院経営指標を用いて病院機能の比較分析も行なった。

**C. 研究結果**

患者アンケート調査の分析からは、病院に対する安心感・信頼感、医療サービスの満足度、移譲に対する不満の有無の3つが総合に関わりあって、移譲の評価を決定していることがわかった。回答した患者の多くに、移譲してよかったと思う点(プラスの効果)が認められた。国立療養所が突如急性期病院に変貌したことによる、大病院特有の問題に不満が高まったが、一方では救急体制の充実等の満足度が高い。

職員アンケート調査においては、6割強の人が仕事に対するやりがいを感じている。移譲後の多忙さに関する評価が、個々人の満足度に大きく影

響している。

また経営指標の比較分析においては、移譲後、収益は順調に増加しており、急性期病院としての機能を発揮していることがわかった。

#### D. 考察

患者、職員、消防隊や市役所に与えたインパクト、および経営指標分析を総合すると、国立療養所の移譲はいずれの関係者にとっても、総体的にプラスに働いたと評価できる。

今回の移譲において効果を生み出すに至った諸要因としては、慈風会の戦略的な事業展開の方向性と、現実的な地域の要望とが、国の政策を媒体としてタイムリーかつ理想的にマッチングしたこと、移譲に対する地域住民の理解が得られたこと、元国立療養所職員にとってもメリットがあったこと等が考えられる。

#### E. 結論

国立病院・療養所の移譲には、地域の実情に応じた様々な形態があるが、津山中央病院の場合、移譲後は国立療養所の面影がないほどにその形態を変え、その結果プラスの「効果」を生んだ。その背景には、岡山県北地域の高齢化過疎化に伴い、総合的な医療提供体制の整備が急務とされている地域の実情がある。尚、移譲の成否は政策的視点や補助金等の財政面からも評価されるべきであり、移譲にインパクトを与える変数を設定するにはさらなる検討が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

飯塚弘之：特定地域における国立病院移譲に関するインパクト調査, 国際医療福祉大学大学院提出, 平成 15 年度修士論文, 2004. 3

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
（分担）研究報告書

「経営管理指標から見た移譲前の各国立病院の経営・管理状況の推移について」

分担研究者 高橋 泰 国際医療福祉大学

**研究要旨**

平成3年の段階で移譲されていなかったが平成14年12月1日までに移譲(または、廃止)された元国立病院の①経常収支率, ②入院患者1人1日あたり診療収益, ③病床利用率, ④平均在院日数の年次推移を集計し, 更に標準化して比較を行なった。今回の分析からは, 1) 移譲された病院は必ずしも経営成績が悪い病院ばかりではない, 2) 移譲病院ごとに移譲に至るまでの経営成績の推移を, いくつかのタイプ(今回の報告では5つ)にまとめることが可能である, 3) 移譲された病院の中に, 平均在院日数の短い, 入院患者の1日あたりの入院収益は低い病院が, 少なからず存在した, の3点が明らかになった。

**研究協力者**

磯 伸彦 (国際医療福祉大学)  
大樫貴之 (医療法人博愛会菅間病院)  
高橋由紀 (国際医療福祉大学大学院)

率, ④平均在院日数の年次推移を集計した。

次に, 年度毎の各病院の4指標の偏差値を算定することにより, データの標準化を行ない, 各病院の様々な年度別データが全国立病院の中での位置を調べた。

**A. 研究目的**

この研究の目的は, 移譲が決まった国立病院について, 移譲前の5年間の経営成績の推移を明らかにすること, 及び移譲病院のグループ化を行ない移譲病院の特性を明らかにすることである。

**B. 研究方法**

調査対象となる病院は, 平成3年の段階で移譲されていなかったが平成14年12月1日までに移譲(または, 廃止)された元国立病院とした。

移譲に至るまでの各病院のデータは, 平成3年から平成12年の「国立病院・療養所経営管理指標」より入手した。まず, 調査対象病院の平成3年から移譲が行なわれる前年までの経営や管理状況を判断するために有用と思われる, ①経常収支率, ②入院患者1人1日あたり診療収益, ③病床利用

**C. 研究結果**

移譲の対象となった病院を経営成績(経常収支率)で比較すると, 経営状況の良い病院から悪い病院まで大きなばらつきが見られた。このことから, 移譲が決まった病院とは, 継続して経営状況の悪い状態にあった病院(偏差値40以下)ばかりではなく, 比較的良好な経営成績であった病院(偏差値55以上)までも含んで移譲対象としていた。

**D. 考察**

これらの移譲病院について, もともとの経営成績(平成3年頃のデータを基準とする)と移譲に至るまでの5年間を移常収支率で分析したところ, 経営状況の推移は, いくつかのタイプにまとめられることが明らかになった。今回は, 以下の5つのタイプにまとめた。

- ・タイプ1 (低値安定型)
- ・タイプ2 (低値低下型)
- ・タイプ3 (高値安定型)
- ・タイプ4 (高値低下型)
- ・タイプ5 (改善型)

平均在院日数は短いですが、入院患者1人1日あたり診療収益は高くない事例が多く見られた。

## E. 結論

今回の分析からは、

1. 移譲された病院は必ずしも経営成績が悪い病院ばかりではない
2. 移譲病院ごとに移譲に至るまでの経営成績の推移を、いくつかのタイプ (今回の報告では5つ) にまとめることが可能である
3. 移譲された病院の中に、平均在院日数の短い、入院患者の1日あたりの入院収益は低い病院が、少なからず存在した

の3点が明らかになった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

大櫃貴之：国立病院・療養所統合が病院経営にもたらした影響について—経常収支率に着眼して—, 国際医療福祉大学大学院提出, 平成 15 年度修士論文, 2003. 3

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料-I

国立病院・療養所移譲の歴史

東北大学先進医工学研究機構助教授 長谷川高志



## 1. 国立病院・療養所の経緯

本節では、国立病院・療養所の発足から再編成、独立行政法人化までの政策上の経過を概観する。

### 1) 国立病院・療養所の発足

国立病院・療養所は、昭和20年12月に当時占領軍の監督下にあった陸海軍病院、傷痍軍人療養所の移管を受けて発足した。また昭和22年4月には日本医療団の結核療養所の移管を受けて、その体制が固まった。

このような体制で、戦後の混乱期の戦傷病者、引揚者、戦災者をはじめとする国民一般の治療、国民病と言われた結核への対応などの役割を担った。

### 2) 第一期の地方移譲

昭和27年1月の閣議で我が国における医療体系整備の一環として国立病院の整理を実施する方針が決定された。当初実施計画として、国立病院99施設のうち、昭和27年度より移譲するもの60、残置するもの24、昭和28年度から国立結核療養所にするもの15が予定された。この方針に伴い昭和27年4月1日に「国立病院特別会計所属の資産の譲渡等に関する特別措置法案」が閣議決定され、4月10日に第13回通常国会に提出され、参議院で議決に至らないなどの経緯を経て、7月30日に衆議院で原案通り可決成立した。

この度の地方移譲は、昭和26年10月の全国知事会での移譲反対の意向表明をはじめ、多方面の反対を呼んだ。

このような状況下で昭和27年12月の国立秋田病院の秋田県移譲を皮切りに、昭和29年1月までに10病院が地方移譲された。

国会でも移譲の状況や今後の方針に関する質疑が繰り返されるなど、移譲に対しては厳しい状況が続いた。移譲に伴う予算上の措置は、昭和29年度で終了し、この時期の移譲問題は終息した。

### 3) 行革と第二期移管、特措法成立

昭和58年3月14日の第二次臨時行政調査会の最終答申の中で、国立病院・療養所について、国立医療機関の明確化、非効率や地域の偏在の見直しなどを含めた相当数の地方移譲を10年を目途に行うことが指摘された。

これを踏まえて、昭和59年1月25日には「行政改革に関する当面の実施方針」が閣議決定され、昭和60年度中に国立医療機関の機能の明確化、整理合理化方針、整備運営指針の策定と整理合理化対象施設が選定されることとなった。

昭和60年3月29日には国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針（政策医療の役割の明確化、施設の類型化、再編成計画や推進方策、国立病院・療養所の経営合理化）が閣議報告された。さらに昭和61年1月には、統廃合・移譲の計画が公表され、239施設（計画策定時）を165施設に再編成する計画が示された。なお、この中にはハンセン病療養所（13施設）は含まれていない。

昭和 61 年 3 月、「国立病院・療養所の再編成に伴う特別措置に関する法律案」を第 104 回国会に提出し、同年 9 月の第 109 回国会で一部修正の上、可決・成立し、10 月 17 日に法律案第 106 号として公布施行された。

#### 4) 「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」

昭和 62 年に始まる、今次統廃合・移譲の動きは、平成 8 年に至るまで順調に進んだとは言い難かった。平成 7 年度は、その 10 年目に当たり、浅田敏雄氏（私立学校教職員共済組合理事長、当時）を座長、水野肇氏（医療評論家）を座長代行とする「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」を発足させて、再編成の進捗状況、医療を取り巻く環境の変化、今後の政策医療・再編成の進め方について見直しを行い、平成 7 年 11 月 13 日に、厚生省保健医療局長に最終報告を提出した。

#### 5) 特措法の改正

前述の懇談会報告以降の動きの一つとして、平成 8 年 5 月 22 日に「国立病院・療養所の再編成に伴う特別措置に関する法律案」の一部改正が行われた。譲渡後の利用目的の拡大、譲渡に伴う特例や減額措置の拡大、補助金の充実等の譲渡を加速するための拡大措置が盛り込まれた。

#### 6) 合理化基本方針の策定

平成 8 年 11 月 1 日に、「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」の改定が閣議報告された。今回の改定の主要な点は、政策医療の範囲の見直し、対象でありながら統廃合・移譲の終了していない施設の実施の加速、対象外の施設でも、果たすべき役割を適切に遂行できないものは対象に追加することの 3 点であった。

平成 9 年 12 月 3 日には、行政改革会議最終報告が行われ、その中で整理統廃合の推進、政策医療範囲の純化、再編成特別措置の拡充などの方針が確認された。

#### 7) 中央省庁等改革基本法の策定

平成 10 年 6 月 12 日に中央省庁等改革基本法（平成 10 年法律第 103 号）が制定され、これまでの閣議決定などで進んできた方向付けを明確にし、政策医療の推進、移譲統廃合の促進を決定した。それらに加えて、国として担うべき医療として高度専門医療センターやハンセン病等療養所以外を独立行政法人化することが方向付けられた。

#### 8) 再編計画の見直し

国立病院・療養所の再編成計画の見直しが平成 11 年 3 月 19 日に公表された。その中で政策医療の純化、存続期間が担う政策医療機能の付与、政策医療分野ごとの医療ネットワークが提示され、また再編成計画の対象として 13 施設が追加された。

#### 9) 独立行政法人化の決定と再編計画の促進

平成 11 年 4 月 27 日の閣議・中央省庁党改革推進本部決定として、平成 16 年度に国立病院・

療養所の独立行政法人移行が決定された。また、並行して、統廃合・移譲の促進も決定された。この後、行政改革大綱（平成12年12月1日閣議決定）、平成13年4月20日の再編成計画未実施施設の対処方策の公表（昭和61年度計画対象施設）、平成14年4月19日の再編成計画未実施施設の対処方策の公表（平成11年計画対象施設）が続いた。

表1-1 国立病院・療養所 統廃合・移譲関連年表

昭和20年12月	厚生省、医療局（外局）設置、旧陸海軍病院を厚生省に移管
昭和22年4月	日本医療団、結核対策療養所を厚生省に移管
昭和27年1月	国立病院の地方移管を閣議決定
昭和27年7月30日	国立病院特別会計所属の資産の譲渡等に関する特別措置法可決
昭和27年12月	国立秋田病院の秋田県への移譲。これ以降、合計10病院を移譲
昭和58年3月14日	第二次臨時行政調査会の最終答申
昭和58年5月24日	「国立病院等の再編成・合理化の基本方針」を閣議決定
昭和60年3月29日	政府、「国立病院等の再編成・合理化の基本方針」を決定（閣議報告）
昭和61年1月9日	国立病院・療養所の再編全体計画公表、239施設を165施設まで削減する。（削減対象74施設）
昭和62年10月17日	「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」（特措法）制定（昭和62年法律第106号）
平成7年11月13日	懇談会、座長から保健医療局長に報告書を提出
平成8年5月22日	特措法の改正、割引譲渡先の拡大、後利用範囲の拡大
平成8年11月1日	国立病院等の再編成。合理化の基本指針の改定（閣議報告）
平成8年12月25日	行革プログラム、閣議決定
平成9年12月3日	行革会議最終報告 ①移譲、統合または廃止等により、再編成を一層推進 ②高度専門的医療センター・ハンセン病療養所等を除き独立行政法人化を図る。
平成10年6月12日	中央省庁等改革基本法（平成10年法律第103号）
平成11年3月19日	見直し計画により再編成対象施設の追加、*13施設追加、目標152施設 ①政策医療範囲を19分野に特化 ②施設の機能類型化（ナショナルセンター、機関医療施設、専門医療施設など）
平成11年4月27日	「国の行政組織等の減量、効率化等に関する基本計画」など ①国立病院・療養所の平成16年度独立行政法人化（職員は国家公務員） ②平成11年3月に見直した再編成計画に基づく、再編成の一層の促進 法律は1999年7月に成立
平成12年12月1日	行政改革大綱、閣議決定。国立病院・療養所の独立行政法人化、移譲・統廃合未実施施設の実施加速を決定
平成13年4月20日	昭和61年度再編成計画未実施施設の対処方策公表
平成14年4月19日	平成11年3月の再編成計画未実施施設の対処方策公表

## 2. 各政策と背景

### 1) 国立病院・療養所の成り立ち

第二次世界大戦後、国内医療体制は混乱し、医療機関の消失、損壊や医師不足が大きな問題となっていた。大量の復員者、引揚者の対応、戦傷者の治療、国民の受診機会の確保のために、政府は当時占領軍の監督下にあった陸海軍病院等の返還を実現し、国立病院 119 施設、国立療養所 60 施設で国立医療機関がスタートした。さらに日本医療団の解散により移管された結核療養施設が加わった。

上記の経緯の通り、国立病院・療養所は、計画的に作られたものではなく、前身も陸海軍や日本医療団など多様かつ広く一般国民に開かれた医療機関でないものもあり、老朽施設も多かった。そのため、昭和 20 年の発足直後から廃止、統合、機能転換、移譲などの変遷を辿ることとなった。地方移譲を含む大規模かつ計画的な統廃合は、後述の昭和 27 年からの動きと昭和 61 年からの動きの二つだが、その間にも個別の統廃合や機能転換は存在していた。

また、かつて国民病だった結核の消長により、機能転換を繰り返す経緯もあった。結核死亡率が高い時期には、一般の疾病を対象とした国立病院が結核のための国立療養所への転換も進められた。ところが結核死亡率が大きく減少して、それに伴い昭和 30 年代半ばからは国立病院への再転換や精神療養所に転換されるようになった。これらの動きも、地方移譲・統廃合とは別の動きとして進んでいた。

### 2) 最初の地方移譲、昭和 27 年～29 年の動き

政府は昭和 22 年の日本医療団の解散に伴い、我が国の医療制度の再検討の必要性を感じ、新たに設置した医療制度審議会に対し、同団の有する一般医療施設処理方針の諮問を行った。これに対し、同医療団の一般医療施設を都道府県もしくは大都市に移すべき旨が答申されたことに端を発する。昭和 25 年に医療機関整備中央審議会（後の医療審議会）が一般病院について、各都道府県ごとに中央病院、地方病院、地区病院の段階に分けて整備するなど、全国的な医療機関の体系化を骨子とした医療機関整備計画を決定した。

昭和 27 年度予算編成にあたり、大部分の国立病院の地方移譲、そのための国庫補助、残した国立病院の本格整備の方向が出た。国立病院の診療赤字の改善は厳しく、直接利益を受ける地方公共団体による負担の方が適切かつ監督指導が適切に行える、地方移譲により設備整備を進め易くなる等の意識があったと考えられる。昭和 27 年 1 月の閣議にて国立病院整理の方針が決定され、国立医療機関に残るものは地域を越えて指導的かつ専門的機関であること、残りの機関は地方移管されることが決まった。また整理実現を円滑に進めるために譲渡価格の割引、病院整備費用への国庫補助、移管病院の職員の移行措置などが定められることとなり、特別措置法として立法化された。

地方移譲の計画が公表されると、地方公共団体、地方議会、病院自体、全医労、患者の多方面から反対が上がった。反対の根拠は、地方移譲自体への反対、県立病院があり移譲不要である、補助額の不足、地域住民の反対があり、また経営状態の悪い施設の地方移管につながるなどがあった。この時期の地方移譲は困難を極め、国会でも質疑が繰り返された。また国立病院の経営状況の改善がこの時期に進み、一方で地方財政の逼迫化が起きるなど、地方移譲が国としての

医療行政上得策と考えられなくなってきた。そして昭和 30 年度に移譲に関する予算措置が盛り込まれなかったことから、事実上この時期の移譲問題は終息した。

時期の違いによる内容の相違はあるが、大きな視点としては昭和 60 年に始まる国立病院・療養所の地方移譲の際に考えるべき問題が、既にあらかた出ていたと考えられる。移管に伴って生じる地方の負担に配慮した財政的措置を十分講じなかったことに大きな問題があったとの指摘があり、平成 8 年の特措法改正と重ねてみるべき問題が既に現れていたとも言える。

### 3) 第二次臨時行政調査会答申、簡素で効率的な国の医療体制へ

#### (1) 行革の勧告

高度成長期を通じて肥大化した行政のあり方を見直し、効率的な「小さな政府」への指向が昭和 50 年代に入り、生まれてきた。国立病院・療養所についても、公・私立医療機関の位置づけの明確化および国立医療機関の機能の明確化、不足した機能の付与の必要性、相当数の統廃合と地方移譲を 10 年を目途に行うことが、臨調最終答申に盛り込まれた。ここから第二期の地方移譲がスタートした。

この臨調は小さな政府、規制緩和の必要性が強く叫ばれた時期のものであり、国鉄、電電公社、専売公社の 3 公社民営化を勧告したのもでもあった。その中の一項目が国立病院・療養所に対するもので、そこで指摘された事柄が以下である。

- ・ 公・私立医療機関の位置づけの明確化、国立医療機関の機能の明確化
- ・ 国立医療機関として持つべき機能の付与
- ・ 概ね 10 年を目途とした地域偏在、非効率のある国立病院・療養所の統廃合、地方公共団体への移譲
- ・ 整理合理化を円滑に行うため、移譲等に関する条件整備

これらの指摘がもとになり、厚生省保健医療局（当時）では、昭和 61 年 1 月の「国立病院・療養所の再編成について」を策定した。その要点を以下に示す。

#### (2) 政策医療の明確化

国の医療政策として特に推進すべき医療を意味する「政策医療」の定義を定め、その規範および地域の偏在を勘案した統廃合、譲渡・地方移管の対象施設を定めることが重要であった。理念を土台にすることにより、昭和 29 年で中断した前回の地方移譲の際の不採算施設の切り捨ての懸念の再来を起こさないことが重要だった。そこで政策医療の役割が、下記の通りに示された。

表 1-2 政策医療の分類と内容

政策医療のカテゴリ	政策医療の内容
高度先駆的医療	がん、循環器病、精神・神経疾患、小児（母子）医療、腎不全などの疾病について一般の医療機関では行い難い、高度な技術や医療機器を駆使し多くの医療施設の協力の下に行う専門的医療
特殊な疾病に対する医療	結核、重症心身障害、進行性筋ジストロフィー、ハンセン病などその対応について国が中心的役割を果たすべきことが歴史的、社会的に要請されている疾病に対して実施する医療
難病の克服対策	パーキンソン病、重症筋無力症、難治性肝炎など原因の究明及び治療法の確立が急がれている難病を克服する医療
救急医療等に係る高度（第三次）の医療	公私立医療機関が実施している脳卒中、心筋梗塞の重篤な患者に対する救急医療などを補完して行う高度（第三次）の医療
モデル的医療の実施	老人性痴呆に対する医療、末期医療など人口の高齢化等に伴い深刻な社会問題となっている医療のモデル的な実施
国際協力	開発途上国からの研修生の受入れ及び我が国からの専門家の派遣による医療、臨床研究協力
広域災害医療対策	都道府県をまたがる大規模災害に際し医療の拠点となる施設の整備

また、政策医療に直接必要な臨床研究、地域の医療機関のための病院の開放、高度医療機器の共同利用、高度専門検査の受託、医療内容の高度化・多様化に応じた臨床研修、医療専門職の養成、地域医療従事者の生涯教育や経営管理などの教育研修、疾病などに関する各種保健医療情報、治療研究結果の集積と普及が、再編成後の国立病院・療養所の機能として示された。

### (3)再編成後の施設の類型化

国立病院・療養所は、再編成直前には、下記のような施設類型と施設・病床数を持っていた。

表 1-3 再編成前の国立医療機関の類型

	内 容	施設数（病床数）
国立病院	主として急性期の疾患を対象とした医療を行う。特にがん、循環器病、小児（母子）医療、難病、救急医療、早期リハビリテーションなどに重点を置いた医療を行う。	98 施設 (34589 床)
国立療養所	主として結核、精神障害、脊髄損傷、ハンセン病など長期療養を要する特定の疾患を対象とした医療を行う。近年、社会の要請により、さらに重症心身障害、進行性筋ジストロフィーのほか、肺がん、神経・筋疾患、小児慢性疾患などを対象とした医療を行う。	153 施設 (52798 床)
国立がんセンター	我が国におけるがん対策の中核的医療施設として、がんの治療を行うとともに、我が国の最高水準での原因の解明、治療方法の開発、研究などを強力に実施する。	1 施設 (531 床)

国立循環器病センター	我が国における循環器病の中核的医療施設として、脳血管障害や心臓病などの循環器病の治療を行うとともに、我が国の最高水準での原因の解明、治療方法の開発、研究などを強力に実施する。	1施設 (640床)
------------	---	---------------

これを、前述の政策医療実施のために下記の通りに類型化することが昭和61年の段階で示された。

表1-4 政策医療の施設類型、当初案

	内容
ナショナルセンター	高度先駆的医療の実施、臨床研究、教育研修などについての全国の中心機関としての施設
基幹施設	①ナショナルセンターとの連携の下に高度先駆的医療の普及を図るためのブロックの中心機関として、臨床研究、教育研修などの機能を備えた施設 ②特定の疾病についての高度医療の実施、臨床研究、教育研修などの中心機関としての機能を備えた施設
高度総合診療施設	高度の総合診療機能にあわせ、高度の臨床研究・教育研修などの中心機関としての役割を果たすとともに、医療スタッフを他の医療機関に出向させるなどの拠点としての施設
専門医療施設	特定の疾患を対象とした専門医療を実施する施設
総合診療施設	広域を対象とした救急医療、母子医療などの第三次の医療機能にあわせ、地域の教育研修、病床の開放、高度医療機器の共同利用などを実践・普及する機能を有する施設

上記の構想は、この後10年以上に渡り検討が続けられて、一層の純化が進み、最終的には以下のような類型にまとまった。(平成11年3月19日公表、国立病院・療養所の再編成計画の見直し)

表1-5 政策医療の施設類型、最終案

区分	機能
ナショナルセンター 対象疾患ごとに全国に1か所	高度先駆的医療の実施、臨床研究、教育研修、情報発信の全国の中心機関 (例：国立がんセンター、国立循環器病センター)
基幹医療施設 対象疾患ごと、ブロックごとに原則1か所	特定の疾患を対象とした医療を提供するブロックの中心機関であり、必要に応じてナショナルセンターとの連携の下に、高度先駆的医療の普及等を図るための臨床研究、教育研修、情報発信の機能を備えた施設。(例：地方がんセンター、地方循環器病センター)
専門的医療施設 必要に応じて整備	特定の疾患を対象として、必要に応じてナショナルセンターや基幹医療施設との連携の下に専門医療を提供し、教育研修、情報発信の機能を備えた施設(例：国立〇〇病院、国立〇〇療養所)

また、上記の中から以下の施設を整備する。

- ①高度専門医療施設 政策医療の実施とともに、全国の国立病院・療養所の中核となる機能を持つ施設（対象疾患ごとに全国に1か所）
- ②高度総合医療施設 政策医療の実施とともに、高度で総合的な医療災害時の診療支援機能等を備えた施設（ブロックごとに1~2か所）

また、対象疾患19分野が下記の通りに示された。政策医療ネットワークは後述する。

がん、循環器病、精神疾患、神経・筋疾患、成育医療、呼吸器疾患（結核含む）、免疫異常、重心、腎疾患、内分泌・代謝疾患、感覚器疾患、骨・運動器疾患、血液・造血器疾患、肝疾患、エイズ、長寿医療、災害医療、国際医療協力、国際的感染症

#### (4) 統廃合・移譲の目標施設数

表1-6 統廃合・移譲対象施設の目標数

区分	現在の施設数	統廃による減	移譲による減	計	統廃・移譲後の施設数
国立病院	100	△14	△20	△34	69
国立療養所	139	△26	△14	△40	96
計	239	△40	△34	△74	165

上記目標が昭和61年に決定され、平成11年の見直し計画で、さらに13施設（統廃8、移譲5）が加わり、統廃・移譲後の施設数は152施設と変更された。

#### 4) 特例措置法の変遷

##### (1) 移管政策

政策医療対象の決定、対象施設の配分、統廃対象施設の選択を行った次の段階では、当該施設とその地域への配慮、および統廃や移譲に伴う負担の緩和が重要となる。移譲もしくは廃止される施設や地域では、心理的、組織運営や経営、さらには地域社会や政治の上での混乱さえ起こりうる。そうした事態を緩和し、円滑な廃止や移譲を進めるために、必須の方策として各種支援措置が採られた。それが特別措置法（特措法）である。

このような方法は、国立病院・療養所だけの特殊事情ではなくて、地方公共団体の医療施設を民間移譲する際などにも参考になるものと考えられる。

昭和27年から29年の間にも、特別措置法が制定された。その際の特別措置が十分とは言えなかった、あるいは移譲先の地域への配慮が十分ではなかったとの指摘もある。昭和61年からの統廃合・移譲でも、同様あるいは、更に進んだ措置を含む法律が制定された。この法律は昭和61年3月に成立して、その後平成8年5月に、移譲を加速させる拡大措置が盛り込まれる形で改正された。



## (2) 特措法の概要

平成8年の改正後の特措法の概要を以下に示す。改正前後の相違等は次節で述べる。

### ① 国立病院等の資産譲渡後の後利用の範囲

- ・ 医療機関
- ・ 特定整備施設（医療機関と一体として整備することが医療機関の機能の向上に資する特別養護老人ホーム、ケアハウス等の保健衛生施設，社会福祉施設等）

### ② 国立病院等の資産の割引譲渡と特措法・適用条文

表1-7 特措法，資産割引譲渡の条件一覧

対象者区分	地方公共団体	地方公共団体が管理委託を行う場合	地方公共団体以外 (日赤，済生会，厚生連等)
移譲	無償 (第2条)	無償 (第2条の3)	9割引，特例地域は無償 (第2条)
特例譲渡	8割引，特例地域は9割引 (第2条の2)	8割引，特例地域は9割引(第2条の3)	7割5分引，特例地域は8割引(第2条の2)
譲渡	5割引，特例地は7割引 (第3条)		4割5分引，特例地域は5割引(第3条)

#### [注]

- ・ 移譲とは，職員の2分の1以上が引き継がれる場合。
- ・ 特例譲渡とは，職員の3分の1以上2分の1未満が引き継がれる場合。
- ・ 特例地域とは，離島，辺地，特別豪雪地帯，山村及び過疎地域。
- ・ 管理委託とは，地方公共団体の委託先に職員が引き継がれる場合。
- ・ 政令第3条に規定する無償又は減額した価格で譲渡することができる土地の面積は，譲渡契約に係る国立病院等の用に供されている建物（看護婦養成所及び准看護婦養成所並びにその学生寄宿舎並びに職員宿舎を除く。）の建築面積の合計と，割引譲渡先が開設する医療機関（特定整備施設を含む。）の用に供しようとする建物の建築面積の合計とを比較し，いずれか小さい方の6倍を限度とする。
- ・ 地方公共団体以外の割引譲渡先には，日赤，済生会，厚生連のほか，（社福）北海道社会事業協会，国保連合会，共済組合（連合会），健保組合（連合会），留保組合，労働福祉事業団，簡易保険福祉事業団，保健医療に関する教育研究を行う学部又は学科を置く大学を設置する学校法人，社会福祉法人，医師会並びに法人税が非課税である民法法人がある。

### ③ 国の補助

#### 1. 再編成特措法に基づく国立病院・療養所の資産の減額譲渡

公的医療機関の開設者等が，国立病院・療養所の資産の譲渡を受け，引き続き医療機関を開設する場合には，当該資産を減額した価額で譲渡する。

#### 2. 再編成特措法に基づく施設設備整備費補助及び運営費補助

- ・施設設備整備費〈補助率1/2 期間3年〉

国立病院・療養所の減額譲渡先に対し、国立病院・療養所の資産の譲渡を受けて引き続き開設する医療機関の施設及び設備の整備に要する費用の一部を補助する。

- ・運営費補助〈補助率1/2又は1/3 期間60か月〉

国立病院・療養所の減額譲渡先が国立病院・療養所の職員を3分の1以上引き継ぐ場合には、当該譲渡先に対し、国立病院・療養所の資産の譲渡を受けて引き続き開設する医療機関の運営に要する費用の一部を補助する。

### 3.再編成特措法に基づく医師の派遣等

国立病院・療養所の資産の譲渡を受けて引き続き開設される医療機関の運営が円滑に行われるように国立病院・療養所に勤務する医師を派遣するなどの必要な配慮をする。

### 4.再編成にかかる税の軽減措置

- ・登録免許税の軽減措置

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、厚生労働大臣が指定した場合に、土地又は建物の所有権の移転登記に係る登録免許税の税率を1000分の50から1000分の9に軽減する。

- ・不動産取得税の軽減措置

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、当該不動産の取得に係る不動産取得税の課税標準を当該不動産の譲渡価格の割引率に応じて軽減する。

- ・固定資産税・都市計画税の軽減措置

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、初年度から3年度分に限り、開設する医療機関の用に供する土地又は建物に係る固定資産税・都市計画税の課税標準を本来の3分の2に軽減する。

### 5.社会福祉・医療事業団による低利融資

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、社会福祉・医療事業団が、当該資産の取得に係る資金について低利融資を行う。

#### ④医師の派遣等の配慮

移譲等を受けた医療機関に対し、医師の派遣等について配慮する。

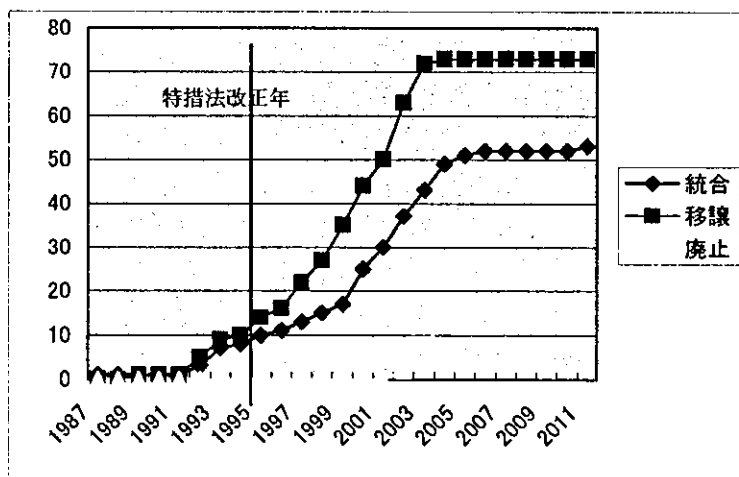
(3) 統廃合実施数の推移

表1-8 統廃合実施の推移

区分	再編成計画 施設数	年次別減少施設数												
		昭和61 ～ 平成10	11	12	13	小計	予定 14	予定 15	予定 16	予定 17	予定 18	予定 23	小計	計
統合による 減	61年度計画 40	13	2	6	4	25	5	3	5	2			15	40
	見直し計画 8						2	3	1		1	1	8	8
移譲または 廃止による 減	61年度計画 34	11	6	4	4	25	7	2					9	34
	見直し計画 5				1	1	1	3					4	5
計	61年度計画 74	24	8	10	8	50	12	5	5	2			24	74
	見直し計画 13				1	1	3	6	1		1	1	12	13
	全体 87	24	8	10	9	51	15	11	6	2	2	2	36	87

上記表の通り、昭和61年から平成10年までの統廃合、移譲のペースは、それ以降のペースより遅かった。

図1-1 統廃合・移譲の進展



より詳細な実施数推移のグラフを見ると、特措法改正年の1996年以降の実施ペースが高くなっている。

#### (4) 統廃合、移譲の実情

施設ごとに事情が異なるので一般論では言えないが、対象施設従事者やその労働組合、地域からの反対、地域行政や地域議会まで巻き込む混乱が生じる地域もあった。また、移譲される地方の負担の大きさなどからの移譲反対論もあった。この状況は、程度の差はあるが、昭和27年～29年とも相通ずる点が少なくないと思われる。そのために、当初10年間の統廃合・移譲のペースが低かったと考えられる。

#### (5) 特措法改定に至る過程、懇談会報告

平成7年1月に始まる「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」では、今後の国立病院・療養所の果たすべき役割とその役割を推進するための具体的方策についての2点を主な狙いとして、政策医療の在り方、再編成推進方策、経営合理化方策などについて議論を進めた。その経緯は以下の通りである。

##### ○懇談会開催

平成7年1月30日 第1回開催、以後平成7年11月6日（第13回）まで開催

##### ○施設視察

国立がんセンター中央病院、東京第二病院、国立小児病院、国立病院東京災害医療センター（仮称）、国立療養所村山病院、国立がんセンター東病院、松戸市立福祉医療センター

##### ○中間報告

平成7年6月19日 座長から保健医療局長に報告書を提出

##### ○最終報告

平成7年11月13日 座長から保健医療局長に報告書を提出

##### ○委員名簿（50音順 敬称略、所属役職は当時のもの）

<座長>	浅田 敏雄	私立学校教職員共済組合理事長
	井部 俊子	聖路加国際病院副院長
	岩崎 栄	日本医科大学医療管理学教授
	黒木 武弘	社会福祉・医療事業団理事長
	見城 美枝子	エッセイスト（平成7年6月26日委員辞職）
	小谷 直道	読売新聞社論説委員
	小山 秀夫	国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長
	宍倉 宗夫	北海道東北開発公庫総裁
	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
	坪井 栄孝	日本医師会副会長
	仲村 英一	医療情報システム開発センター理事長
<座長代行>	水野 肇	医事評論家
	持永 堯民	地方自治情報センター理事長
	諸橋 芳夫	日本病院会会長、全国自治体病院協議会会長
	山口 浩一郎	上智大学法学部教授