

ない（統計は精神病床も含めているので、一般病床のみだと 19.8 日になる）。

在院日数の長期化の理由としてはいろいろ考えられる。わが国の場合、短期ケア病床と長期ケア病床が混在していることが一つの要因といわれる（病床自体が多いという指摘もある）。他の先進国では早くからこれらの分化が進んだが、わが国は急性期病床と療養病床がやっと分かれた²³ばかりである。また、看護マンパワーが不足していることが原因であるとも言われる。わが国の病床あたりの看護職員の数はいは OECD 諸国の中でも少ない方である。このこと、在院日数の長期化を招いているとも言われる。さらに保険の支払い方式が原因であるとも言われる。わが国は出来高払い方式であり、かつては入院継続＝収益の増大であった。しかし、欧米の多くの国は既に定額制・予算制に切り替わっている。

表 4.1 に病床－病院の種類別の平均在院日数を挙げた。精神病床（この病床における在院日数の長さは別の問題であり、ここでは考えない）および結核病床を除いて考えれば、一般病床と療養病床の問題となる。一般病床は急性期の患者が多いので、昭和 56 年の 39.7 日から平成 17 年の 19.8 日まで大きく減った。ちなみに、英国 6.1 日、米国 5.6 日、ドイツ 8.6 日、フランス 5.4 日、スウェーデン 4.6 日、OECD 平均 6.3 日（以上 OECD Health Statistics 2007、数字は 2005 年の値）で、まだまだ長いとは言われている²⁴。

表 4.1 平均在院日数，病床－病院の種類・年次別 平成 17 年

	総数	精神病床			感染症病床	結核病床			療養病床	一般病床	一般病院（再掲）
		総数	精神科病院	一般病院		総数	結核療養所	一般病院			
昭和56	56.4	534.8	587.7	420.0	17.1	240.5	250.4	239.9	・	39.7	45.1
59	54.6	538.9	601.4	411.8	16.4	215.2	245.7	213.3	・	39.7	44.3
62	52.9	522.3	579.8	400.6	18.7	181.6	276.2	178.3	・	39.6	43.4
平成2年	50.5	489.6	544.2	379.1	15.6	150.2	211.2	148.4	・	38.4	41.8
5	46.4	470.9	529.8	357.6	14.2	131.2	140.2	130.8	...	35.3	38.5
8	43.7	441.4	503.2	327.3	14.0	119.8	234.2	118.1	152.6	32.8	36.4
11	39.8	390.1	453.1	281.8	11.0	102.5	188.7	101.5	165.3	27.2	33.4
14	37.5	363.7	424.9	257.6	8.7	88.0	134.8	87.6	179.1	22.2	31.4
16	36.3	338.0	389.8	243.4	10.5	78.1	104.9	77.8	172.6	20.2	30.4
17	35.7	327.2	374.7	238.4	9.8	71.9	136.0	71.4	172.8	19.8	30.0

- 注) 1 病院の種類別の分類方法を現行の方法で整理しているため、各年の報告書と不一致の部分がある。
 2 療養病床については、平成 8～11 年は療養型病床群、平成 14 年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の値である。
 3 一般病床については、平成 8～11 年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成 14 年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。
 4 療養病床の平均在院日数は、平成 8 年までは 1 年間すべて「療養病床」のみの病院の平均在院日数である。

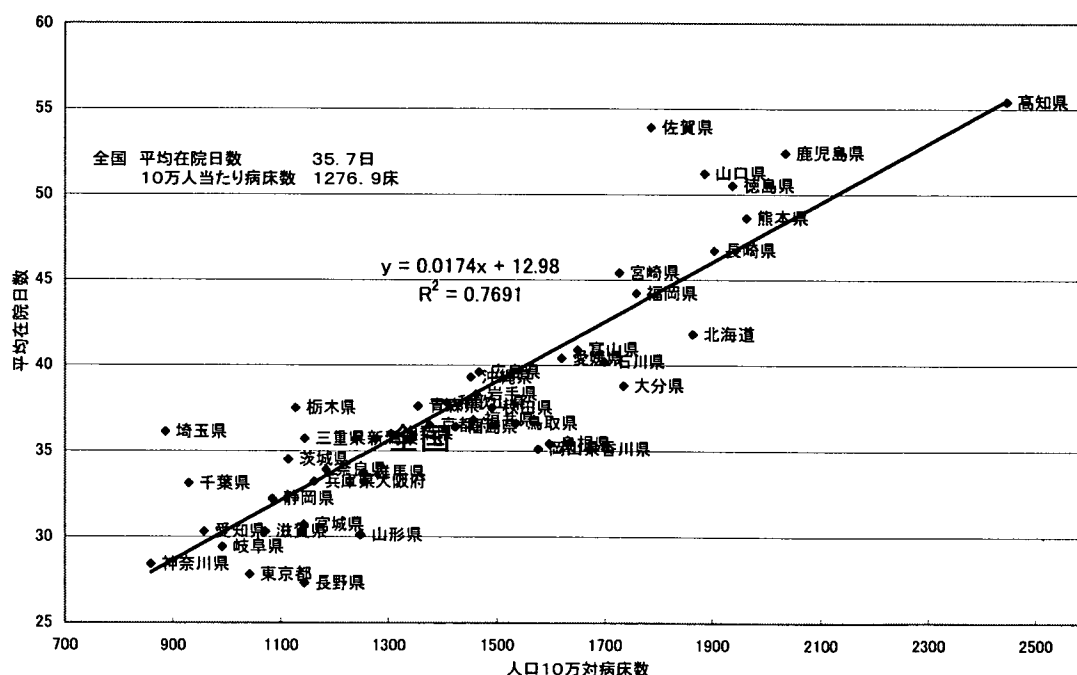
医療施設調査 平成 17 年版

²³ 曖昧な亜急性期病床というのものもある。これは一般病床数の 1 割を上限とする数の病床で算定することができ、急性期と慢性期の中間に位置する疾患を対象に最高 90 日間入院ができる病床である。亜急性期病床に入院した患者は平均在院日数算出計算の対象外患者となる。

²⁴ OECD は、平均在院日数（Average Length of stay）の定義と偏差について、急性期病床の平均在院日数は、急性期病床で患者が過ごす平均日数（一泊以上）である。これは通常、一年間に急性期病床ですべての患者が過ごした日数を、入院あるいは退院数で割ったものである。国によって平均在院日数を計算する方法が異なっているため、日数のデータを比較する際には注意が必要であるとしている。「図表で見る世界の医療 2003 年版」、経済協力開発機構、(訳) 伊藤友里

歴史的に見ると、老人で満床になると病院は増床し、増床すれば老人がまた入院するという形態で病床が増えた。しかも出来高払いであるから、放っておいても収益があがる構造であった。もちろん、このような老人向けの病床が福祉施設の代替を行ってきたことを否定するつもりはない。むしろ、福祉施設と比べて高コストな病院に老人の面倒を見させ続けてきた行政の問題である。図 4.1 に都道府県別の人口10万対病床数と平均在院日数の関係を上げた。いわゆる医療費の西高東低の関係がここにも如実に現れている。北海道、高知県、福岡県といった高医療費県が右上の領域を占めている。特に高知県の病床数の多さは目を見張るものがある（療養病床数も高知県がダントツである）。病院はホテル・旅館と同じ装置産業としての側面を持っている。言い換えれば、空きベッドがあればそれを埋めようとするインセンティブが働くようになっている。療養病床に入院するような患者は、継続してベッドを埋めてくれる“良いお客さん”なのである。その意味で、在院日数が長くできたからこそ、これだけの数の病床が維持できたとも言えよう。

図 4.1 病床数と平均在院日数の関係



注) 医療施設調査 (平成 17 年版), 病院報告 (平成 17 年版)

また表 4.2 には平成 12 年と平成 17 年の療養病床と一般病床について、病床規模別に平均在院日数を挙げている。まず、一般病床であるが、どの規模の病院でも平均在院日数は小さくなっている。総じて規模の大きな病院の方が低下している傾向にあり、規模が小さくなるにつれて低下しなくなる傾向にある。平成 12 年と平成 17 年の差は、一般病床・療

療養病床の病床数を考慮に入れた加重平均を取ると、500床以上の大病院は平均5.78日の低下、100床以上499床以下の中病院では平均4.84日の低下、小病院では4.86日の低下であった。一方の療養病床であるが、こちらは逆の傾向を示す。すなわち、療養病床の場合は規模が小さくなるほど平均在院日数が低下する傾向にある。同様に加重平均を取れば、大病院は42.95日の増加、中病院は2.97日の増加であるのに対して、小病院は22.51日の減少である。

表4.2 平均在院日数、病床の種類・病床規模別

	平成12年		平成17年		差	
	療養型を除く一般病床	療養型病床群	一般病床	療養病床	一般病床	療養病床
総数	24.80	171.60	19.80	172.80	5.00	-1.20
20～29床	13.90	109.30	12.00	105.40	1.90	3.90
30～39	18.20	109.20	14.80	109.60	3.40	-0.40
40～49	22.80	110.60	19.00	129.90	3.80	-19.30
50～99	27.50	144.70	23.50	146.60	4.00	-1.90
100～149	30.80	160.60	25.30	160.60	5.50	0.00
150～199	29.50	183.20	24.00	171.00	5.50	12.20
200～299	26.10	202.80	21.20	201.10	4.90	1.70
300～399	22.50	231.30	18.90	226.80	3.60	4.50
400～499	21.70	201.80	17.70	242.90	4.00	-41.10
500～599	21.50	216.20	17.00	201.50	4.50	14.70
600～699	23.40	182.10	17.60	217.50	5.80	-35.40
700～799	23.20	140.30	16.70	231.50	6.50	-91.20
800～899	24.80	291.30	17.90	107.50	6.90	183.80
900床以上	24.90	268.10	18.50	385.80	6.40	-117.70

注) 医療施設調査 平成17年版

これは一体どういうことであろうか。一般病床の場合、特定機能病院を始めとして比較的大きな規模の病院はDPC²⁵が入っているため、規模が大きくなると平均在院日数が低下するということになる。一方の療養病床の場合、特定療養費制度のために入院期間が180日を超える入院²⁶について、入院基本料の15%を特定療養費として自己負担することになっている。入院基本料は病棟の体制や看護配置によって差があるだろうが、この制度によって180日を超えて入院する場合、金額にすると1ヶ月で普通5～6万円程度の負担増になると言われる。但し包括化された病棟では治療・検査・処置を含めた医療費の15%が個人負担と

²⁵DPCとは"Diagnosis Procedure Combination"の略で、診断(傷病名)と治療方法の組み合わせによる診療報酬の包括払い制度のことで「診断群分類別包括評価」という。「他の医療機関からの報告を見てもDPC導入後の変化としては、平均在院日数の短縮、病床利用率の低下、検査の外来へのシフト、クリニカルパス利用率の上昇、保険査定率の減少、レセプト作業量の減少などが挙げられている。導入後の職員、特に、医師の診療報酬に対する意識とコスト意識が高まったことは確実である」(産業医科大学病院長 重松昭生)とのことである。<http://www.med.or.jp/nichinews/n161220n.html>

²⁶ 180日を超える入院患者は一般病棟・老人病棟・療養型病棟・診療所の入院すべてが対象である。

なる。さらに、この負担金は一般の医療費と違って混合診療分だから高額医療費の還付が受けられない。このような制度の下では、病院（診療所もだが）としては患者に速やかに退院してもらうことが重要となる。健康保険制度の下で診療報酬は必ず保障されるのだが、180日を超えた時点で患者負担分としての数万円から十数万円の報酬がリスク要因となるのであれば、それを避けたい（退院させて“フレッシュ”な患者を入院させたい）と考えるのが通常であろう。その意味で、比較的大きな病院で療養病床に入院している患者の所得水準は高いのかもしれない。

4.2 平均在院日数を引き下げるためには

では、平均在院日数の引き下げのためにどのような対策が講じられているのか。医療制度改革関連2法が平成18年6月に衆参両院で可決し、平成18年10月から段階的に施行されている。今般の改革の目的は二つ²⁷ある。その第1は医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとするため、医療費適正化の推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等を行おうとするものである。第2は国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築しようとするものである。

このうち、医療費適正化の推進については、短期的方策と中長期的方策の2つの対策がある。短期的方策とは患者負担の引上げ等を内容とするものであり、他方、中長期的方策としては生活習慣病の予防や長期入院の是正を内容とする。患者負担の引上げ等は法定または政省令事項である。また、中長期的方策については、生活習慣病の予防や長期的入院の是正などを図るため、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとなっている。すなわち、国及び都道府県は、平成20年度を初年度とする医療費適正化計画²⁸（5か年計画）を策定し、医療費を適正化することになっている。具体的な政策目標には、平成27（2015）年度に達成すべき数値目標として、

- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少すること（生活習慣予防）
- 平均在院日数の短縮については、全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を半分に縮小すること

が掲げられている。

注に挙げた「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」によれば、平均在院日数の縮減については、「各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う」とあるように、都道府県に対してその監督を強化するよう指示をしている。具体的には、

²⁷ この方針は「医療制度改革大綱」平成17年12月1日、政府・与党医療改革協議会で決まり、具体的には平成18年1月31日に厚労省から出された「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」で決定された。

²⁸ 医療費適正化計画の根拠法となる「高齢者の医療の確保に関する法律」は平成20年4月から施行される。

1. 医療機能の分化・連携：医療計画の見直しを通じ、脳卒中対策などの事業ごとに、急性期から回復期、療養、介護等に関係する各機関による具体的な連携体制を形成し、状態や時期に応じた、切れ目のない適切な医療が受けられるようにする
2. 在宅療養の推進：病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、退院時における主治医やケアマネジャーとの連携を図り、看取りまで含めた在宅医療の支援体制を構築する。また、高齢者向けの自宅以外の多様な居住の場や療養・介護の場となる住宅の整備を推進する
3. 療養病床の転換支援：高齢者の療養病床について、老人保健施設や居住系サービス施設（有料老人ホーム、ケアハウス等）への転換を支援する

となっている。

医療機能の分化・連携は前回の医療法の展開とも密接に関連する。特定機能病院のように急性期に特化した医療機関と術後の管理や療養（社会的入院ではない）を主として担う一般病院という関係を、厚労省は構築したいと考えている。もちろん患者の振り分け機関として、かかりつけ医（開業医）や中小病院の機能も無視するわけではない。フリーアクセスによる（3時間待って、3分診療を受けるような）資源の浪費には、皆、辟易としている。在宅医療の推進に関しては、特に開業医の協力なくしては実現不可能である。この問題は開業医の報酬をどのように考えるかということとも関連するが、ここでは特に地方の公立病院が廃止ないしは診療所化していることへの対策も兼ねていよう（このことは連載でも取り上げるつもりである）。

しかし、恐らく最後の療養病床の転換問題が在院日数縮減の肝であろう。療養病床は社会的入院の温床である。中医協の「慢性期入院医療実態調査」（2005（平成17）年11月11日）や医療経済研究機構の「療養病床における医療提供体制に関する調査」（2004（平成16）年3月）によれば、療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割もいることがわかった。この療養病床を医療の範囲から除くことで在院日数の低下が見込まれるし、増えすぎた病床を減らすという厚労省の悲願も達成できるのである。

4.3 療養病床の問題

では、療養病床を巡る問題点とは何であろうか。1973（昭48）年に老人医療費が無料化され、老人医療費が増大した。1983（昭和58）年には老人保健制度が設立され、老人の医療需要をその他の健康保険制度からの財政調整（老人保健拠出金）で賄う制度が確立した。翌年には「特例許可老人病棟」が導入された。これは介護職員の配置を義務づけた病棟である。これにより、国の指定する老人病院の基準を満たしている「特例許可老人病院」、満たしていない「特例許可外老人病院」、老人用病棟を設けている「一般病院」といった形での老人病院が完成することになる²⁹。

²⁹参議院議員上田耕一郎氏の質問に対して、当時の中曽根首相は「特例許可外老人病院については、医療の適正化を図る観点から診療報酬算定において必要な措置をとつているところであり、これによつて老人の

特別養護老人ホームは1963(昭和38)年から開設されたが、措置制度のもと貧困者・生活困窮者のための制度であったため、需要を満たすような存在ではなかった。老人は皆、こぞって老人病院に入院し、死んでいった。受け入れる病院も出来高払いだったため、検査や治療をするほど儲かったという側面も無視できない。1993(平成5)年には長期療養を必要とする患者＝老人のための「療養型病床群」が創設された。療養型病床群は、医療施設機能の体系化の一つとして、1992(平成4)年7月の医療法の第2次改正で制度化された施設類型であり、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容する」医療施設に位置付けられ、都道府県知事が承認するものとなっている。この療養型病床群は、介護保険制度創設時に置いても、「施行後一定の経過期間内において、療養型病床群等の介護施設への転換を図るものとする」(「介護保険制度大綱」1996(平成8)年6月6日)とあるように介護施設への転換が運命づけられていた。

表 4.3 病院数と療養病床を保有する病院数 (平成17年)

	病院数	療養病床 を有する 病院	比率	累積比
総数	9,026	4,374	48.46%	
20～49床	1,214	503	41.43%	11.50%
50～99	2,344	1,384	59.04%	43.14%
100～149	1,442	899	62.34%	63.69%
150～199	1,274	738	57.93%	80.57%
200～299	1,149	478	41.60%	91.50%
300～399	764	227	29.71%	96.68%
400～499	354	75	21.19%	98.40%
500～599	207	32	15.46%	99.13%
600～699	123	16	13.01%	99.50%
700～799	54	9	16.67%	99.70%
800～899	34	2	5.88%	99.75%
900床以上	67	11	16.42%	100.00%

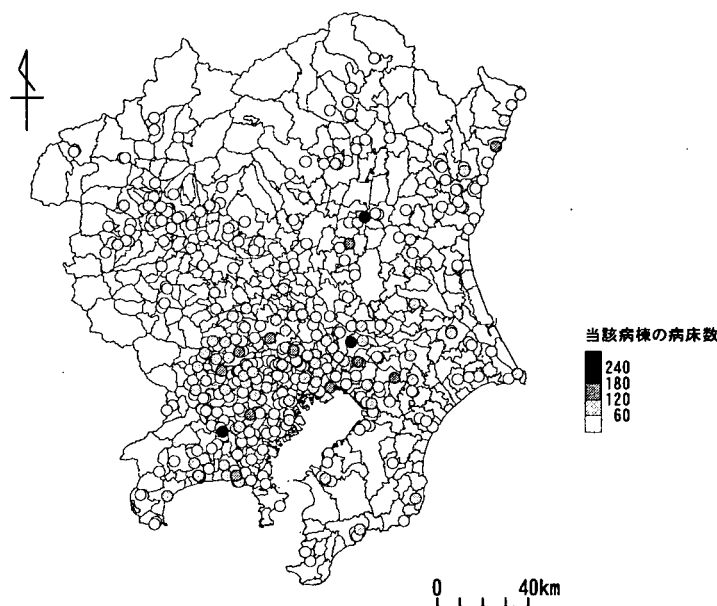
注) 医療施設調査 平成17年版

2000(平成12)年の介護保険導入時に療養型病床群は医療保険型と介護保険型に分けられ、翌年の医療法改正で「療養病床」と名称が変わった。2001(平成13)年の第4次医療法改正では、病床は結核病床、精神病床、感染症病床のほかに、主に急性期の疾患を扱う「一般病床」と、主に慢性期の疾患を扱う「療養病床」の二つが新たに定義され、病床(病棟)の区分を通じて病院の機能の違いが明確にされた。その上で、各病床(病棟)の構造設備基準や人員基準があらためて決められた。また、2003(平成15)年8月31日までに「一般

入院が困難となるようなことはないと考えている。」「老人診療報酬は、老人の心身の特性を踏まえ、適切な老人医療の確保を目指して設定されたものであり、これによつて治療に悪影響が出ているとは考えていない。また、「特例許可外老人病院」はあくまで診療報酬算定上の概念であり、当該医療機関が診療報酬以外の面で影響を受けることは好ましくないため、その名称及び所在地の公表は差し控えたい。」と答えている。答弁書第四九号、内閣参質一〇四第四九号(昭和六十一年五月二十三日)

病床=急性期医療」でゆくのか「療養病床=長期療養」の決定を病院側にさせることが決定し、畳み掛けるように、2012(平成 24)年度までに、療養病床の介護型が廃止、医療型も削減されることになった。

図 4. 1 関東の病床の分布 (併設施設あり)



注) wam net データにより筆者作成

では削減される療養病床の態様はどのようになっているのか。残念ながら医療型、介護型の区別は取れないが、規模別での療養病床を有する病院の数を表 4.3 に挙げた。予想通り、規模の小さな病院がその主体である。これは一般病床と療養病床の基準が異なることによる。たとえば人員配置³⁰に関しては、一般病床の場合なら医師は入院患者 16 人に 1 人、看護職員は入院患者 3 対 1、薬剤師 70 対 1 (そのほか医師定数については外来患者数で異なる) であるが、療養病床 (医療型) は、医師は入院患者 48 人に 1 人、看護職員は入院患者 3 対 1、看護師・准看護師 6 対 1、看護補助者 6 対 1、薬剤師 150 : 1 である。一般病床では医師・看護職員が手厚く配置され、特に看護師はこれまで入院患者 4 人に 1 人の基準が廃止され 3 人に 1 人が最低基準となっている³¹。すなわち、一般病床を維持するためには相当の人員費を覚悟しなければならない (また、新しい研修医制度のもとで医師の確保が難しいことも一般病床を維持することを難しくした)。言い換えれば、中規模ないし小規

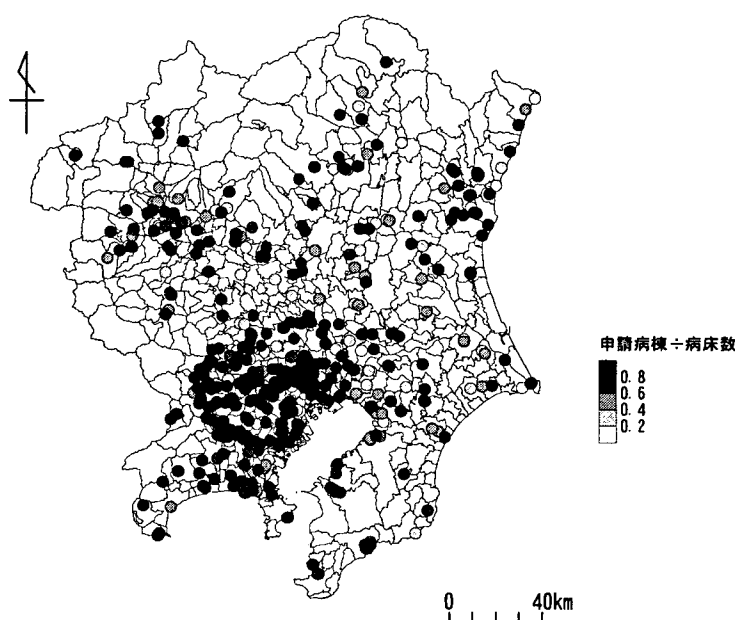
³⁰ その他、建物の基準も一般病床と療養病床 (医療型) では異なる。たとえば、現行の病院では 1 人の病室の居室面積は 4.3 平方メートルであるから、およそ 2m×2.15m しかないことになるが、療養病床は 6.4 平方メートル (2.5m×2.5m 程度) で一般病床に比べてかなり広い。言い換えれば、病床数を一定に保つためには増築するなり、新築するなりしないといけないことになる。そのため、

³¹ 勿論この人員配置基準は、各病床区分の最低認可基準である。

模病院は療養病床を選択せざるを得ない状況にあり、そして療養型病床としての申請を一杯（病床の大半を療養型にすることを）行っている。

図 4.1 および図 4.2 には、平成 18 年の関東の状況を示した。図 4.1 にある病院が、図 4.2 では色の濃い点になって現れている。これは、図 4.2 では図 4.1 の各病院の病床のうち、療養病床を申請している割合を示したものである。図 4.2 で色の濃い点が多いのは、すなわち、可能な限り病床を療養病床として登録していることを示している。これは、全国的な傾向で、北海道、東北、北陸、近畿、中四国、九州なども同様な絵が描ける。

図 4.2 関東の病院（併設施設あり）の療養病床の申請状況



注) wam net データにより筆者作成

4.4 療養病床の行方

前にも触れたが、療養病床は 2012（平成 24）年度までに介護型を廃止して医療型に一本化し、病床数も現在の 38 万床から 15 万床に減らされる。介護保険適用病床は丸々削減になり、医療保険適用病床も 10 万床削減されることとなる。もちろん、ただ潰すわけではなく、「療養病床について、老人保健施設、ケアハウス等の居住系サービスへの転換を進めるため、転換支援の助成等を行うとともに、介護保険において、2011（平成 23）年度までに必要な受け入れを図る」として、国は病床転換助成事業を行っている

しかし、転換してくれるかどうかは病院にかかっている。「調査は昨年 10 月 1 日時点で行われ、2 月 20 日までに 38 万床のうち、医療型 22 万 2171 床、介護型 11 万 5955 床の計 33 万 8126 床分の回答があった。全国の病院と診療所 5925 医療機関が協力した。転換予定を聞いたところ、現状のままの存続も含めベッド数で全体の 49.6% が医療型の療養病床だった。今後廃止される介護型の存続を望む割合も 3.7% だった。一般病床への転換は 5.2%。国が療養病床の主な転換先として

いる老健施設への移行は8.6%にとどまった。タイプ別に見ると、療養病床として存続する予定なのは、医療型の63.5%に対し、介護型は34.3%。介護施設への転換を目指すのは医療型が2.4%に対して介護型では21.2%と、大きな差が出た³²

という記事が出た。その後、矢継ぎ早に転換支援策が出ている。転換すべき介護保険施設の例を表4にあげた。大きな変化としては、医療法人の附帯業務規制を緩和し、医療法人が「住まいの場」である有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅を設置し、生活相談などのサービスを提供する経営形態を認めることになった。これにより、医療法人は従前の療養病床の経営ノウハウを活かした経営の多角化が可能となる（有料老人ホームは平成19年4月から、一定の要件を満たす高齢者専用賃貸住宅は平成19年5月から）。

表 4.4 転換すべき介護保険施設

		介護療養型医療	老人保健施設	特別養護老人ホーム	有料老人ホーム(*2) (特定施設入所者介)
施設数		3,717	3,131	5,291	
平均入所定員		34.7人	82.0人	67.6人	
平均在院・在所日数		693日	230日	1,429日	
平均介護度		4.13	3.16	3.57	
受給者1人当たりの費用額		44.2万円/月	33.3万円/月	31.9万円/月	
設備基準 (*3)	居室	6.4㎡/1床	8.0㎡/人	10.65㎡/人(ユニット7は13.2㎡/人)	13.0㎡(個室に限る)
	食堂	1.0㎡/床	2.0㎡/人	2.0㎡/人	面積規定なし
	機能訓練室	40㎡/1施設	1.0㎡/人	1.0㎡/人	面積規定なし
	廊下巾	片廊下1.8m中廊下2.7m	片廊下1.8m中廊下2.7m(ユニット7緩和あり)	片廊下1.8m中廊下2.7m	片廊下1.8m中廊下2.7m(個室面積により緩和あり)
人員基準(入所者100人当)		医師(常勤)3人 看護職員17人 介護職員17人 介護支援専門員1人 その他(薬剤師、栄養士等)	医師(常勤)1人 看護職員9人 介護職員25人 OT又はPT 1人 介護支援専門員1人 その他	医師(非常勤)1人 看護職員3人 介護職員31人 介護支援専門員1人 その他(生活相談員等)	医師：不要 看護又は介護職員(対要介護者)34人 機能訓練指導員1人 生活相談員1人

注) *1：平成16年度介護サービス施設事業所調査による。(平成15年度)但し、受給者1人当たりの費用額は、平成17年10月介護給付費実態調査による。

*2：構成労働省による統計はなし

*3：有料老人ホームの基準は大阪府有料老人ホーム設置運営指針より

その他、医療機能強化型老人保健施設が提案されている。従来の老人保健施設にくらべ、夜間の看護体制や「看取り」の体制が強化されている(2008年度から)。これにより、介護保険施設は介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、老人保健施設、医療機能強化型老

³² 2007年03月07日, asahi.com

人保健施設、介護療養型医療施設（2011年度末まで）、経過型介護療養型医療施設（2011年度末まで）となる。

また、小規模老人保健施設に関しては、介護報酬の算定上限日数の撤廃や介護支援専門員等の基準を緩和する方針である。これに関しては、介護給付費分科会に諮問の上、平成20年4月に介護報酬改定・関係省令等の改正の予定（平成20年4月施行予定）となっている。その他、転換により医療機関と老人保健施設が併設する場合における設備基準の緩和の例として、現行では医療機関と老健施設が壁によって遮られていないといけないことになっているが、緩和措置が講じられると、例えばエレベーター等が診察室と老健施設で共用可能となる。平成18年7月に「療養病床を有する病院」が「老人保健施設」に転換する場合の施設基準（床面積・廊下幅）の緩和措置を実施。転換をより円滑に進めるため、

1. 緩和する施設基準に、食堂・機能訓練室の面積を追加
2. 転換元が「療養病床を有する診療所」や「一般病床を有する病院・診療所」の場合も施設基準を緩和
3. 転換先が「特別養護老人ホーム」の場合も、廊下幅と食堂・機能訓練室の基準を緩和する措置を講ずる。

さらに、サテライト型施設³³を認めることで、

- ・ 1 本体施設当たり複数のサテライト型老人保健施設の設置を容認（現行は1か所に限定）
- ・ 給付期間の限定（現行は180日）を撤廃

などの規制が緩和され、また、人員・設備の共用範囲を拡大することになっている。要は療養病床の介護施設化をスムーズにし、

- ・ 個々の療養病床の状況に応じて、様々な運営形態でのサテライト型施設を選択できる
- ・ 療養病床を老人保健施設に転換した場合でも、サテライト型施設の活用により、施設全体のベッド数を減らさずに経営規模を維持することが可能
- ・ 人員・設備の相互利用により施設全体の経営の効率化が図れる

ということになっている。いずれにしても転換は病院次第であり、この推移は見守る必要があるだろう。

5 地域医療連携体制

現実を考えると、医療費の適正化を行う際に、まず、患者のニーズが直線的に満たされる必要がある。このような発想になるのは、あらゆるところに無駄が生ずるリスクをわが国の医療制度が抱えていることによる。自分の診療情報を保険証のICチップに入力して持ち歩ければ、無駄な検査をしなくて済むはずである。しかし、これが実施されると、例えば生化学検査項目の一つや二つが減って、収入が減ると考える診療機関がある。出来高払い（医師の裁量で医療費の算定ができる制度）の下では、二重・三重の検査の無駄や投薬の

³³ 本体施設との連携を前提として、人員配置基準や設備基準を緩和した小規模（定員29人以下）の施設。

無駄が生じる³⁴可能性があることはこれまで何度も指摘されてきた。

もちろん、直接というのは正確ではなく、かかりつけ医（開業医）が介在しても構わない。簡単に言えば、患者と病を治療してくれる医療機関が“最短距離”で結ばれる仕組みを作る必要がある。もちろん、脳血管疾患の後遺症等、不可逆な事例に対してのケアも総合して考える動きはこれまでも散見される。後述される広島県御調町（現在は尾道市）は、公立みつぎ総合病院を中心に寝たきりゼロを目指した医療と介護の連携を地域と行政が支えている。ちょっとして工夫で医療費・介護費は安く済み、住民のQOLも上がるという一石二鳥を実践しているのである。いわば、患者が受診行動をする際のガイドラインを作成して行こうというのが医療計画で策定される地域医療連携なのである。今回は、こうした地域医療の連携のあり方が考えられるようになったいきさつや、その効果について考えていく。

5.1 地域医療連携とは

2006年の医療制度改革は、健康保険法自体の改正と医療提供のあり方を改変するという大変に大きな改革であった。すでに実施されているが、健康保険自体の改正としては、70歳以上高所得者の窓口負担（2割→3割）の引き上げという大きな改正があった。2006年の医療制度改革では、次のような三つの柱があるとされている。

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- （1）患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築
- （2）生活習慣病対策の推進体制の構築 → 特定健診・特定保健指導

2. 医療費適正化の総合的な推進

- （1）中長期対策：医療費適正化計画（5年間）にて政策目標を掲げ、医療費を抑制
- （2）短期対策：公的保険給付の内容・範囲の見直し

3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

- （1）新たな高齢者医療制度の創設 → 後期高齢者医療
- （2）都道府県単位の保険者の再編・統合

地域医療連携はこの一番目の柱であり、一昨年の6月に成立した医療制度改革法案、健康保険法等の一部を改正する法律と良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律のうち、後者に属する項目である。医療法の改正（第5次）項目は、

³⁴ ちなみに、「最新の科学的知見に基づいた保健事業に係る調査研究班」によれば、健康診断で実施されている代表的な24の検査項目のうち、肝機能検査や心電図測定など16項目は、病気の予防や死者の減少という視点では有効性を示す根拠が薄いとの評価結果が得られている。

1. 患者等への医療に関する情報提供の推進
2. 医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
 - ・ 退院時調整等，在宅医療推進のための規定整備
3. 地域や診療科による医師不足問題への対応
 - ・ 都道府県の「医療対策協議会」を制度化
4. 医療安全の確保（医療安全支援センターの制度化）
5. 医療法人制度改革（非営利性の徹底と社会医療法人の創設）
6. 有床診療所に対する規制の見直し
7. その他

の7項目あり、このうち地域医療連携は2つ目の項目に属する。ここでは、医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて医療機能の分化・連携を推進して、切れ目のない医療を提供することと、早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図ることが目標とされている。具体的には

- 医療計画に、脳卒中，がん，小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付けること
- 医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し，事後評価できる仕組みとすること
- 退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備

が定められている。また、国と地方に関する「いわゆる三位一体の改革」の推進により、今後は都道府県の権限と責任が大幅に拡大され、税の使い道に関しても自由度が高まる。いわば、都道府県が自らの責任で、住民に必要な行政サービスを自主的・効率的に選択できることになる。

保健医療提供体制の整備においても、国民皆保険の下で、国民がどの地域においても、安全・安心で一定水準の医療が受けられることを前提とした上で、都道府県が地域保健・健康増進体制と医療提供体制，そして介護福祉提供体制との連携を充実・強化し、限りある保健医療資源の有効な活用に向けて、都道府県が主体的に取り組めるようにすることが重要であるとして、国の役割と都道府県の役割を見直している。

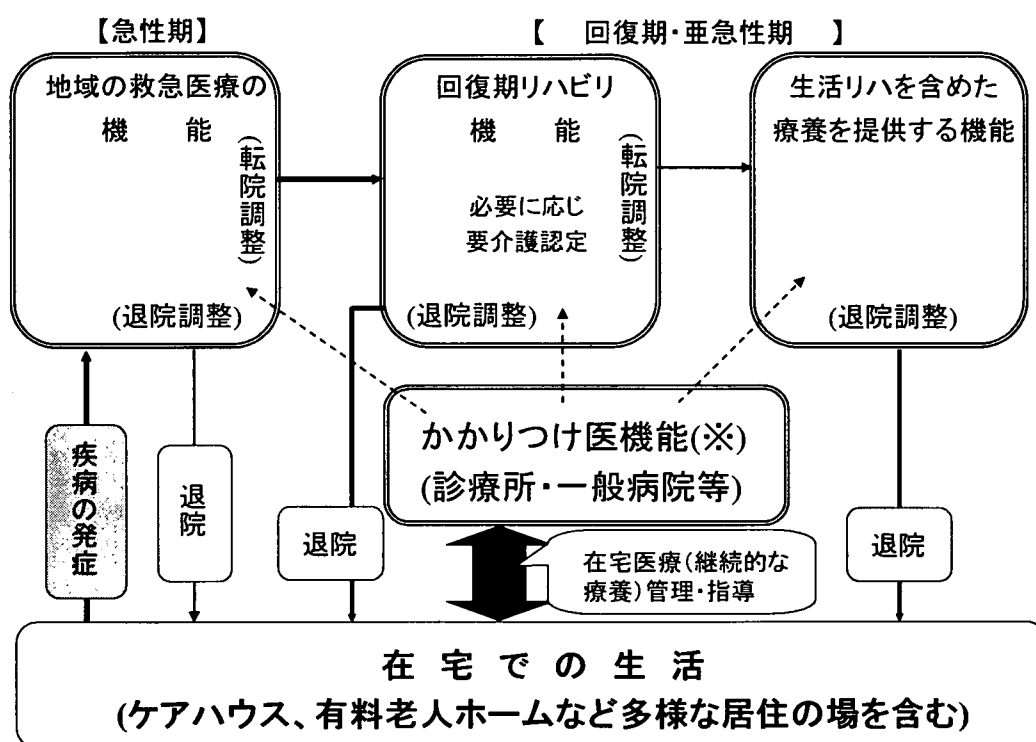
5.2 経緯

地域医療連携の考え方はなにも新しいものではない。文字通り、地域には既にあった連携体制のあり方を、国が収集して（ある程度整理？）、全国的にこれを広めていこうということである。もちろん、2006年の医療制度改革に関連して考えられていったことであるが、大きな流れとしては、2003年3月28日に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）が閣議決定され、新たな高齢者医療制度の創設及び保険者の再編・統合等、医療保険制度体系に関する改革については、平成20年度に向けて実現を目指すこととし、法律改正を伴わずに実施可能なものについては順次実施に移し、法律改正を伴うものにつ

いては概ね 2 年後を目途に順次制度改正に着手することとされた。そのために、同年 7 月 16 日には 医療保険制度改革について検討を行うため、社会保障審議会に医療保険部会³⁵が設置され、翌年 9 月 14 日には医療提供体制の改革について検討を行うため、社会保障審議会に医療部会が設置された。2006 年の医療制度改革は、保険自体の改革と医療提供の有り様を改革することから成り立っている。

実はこの医療部会の設置に先立って、医療計画の見直し等に関する検討会（2003 年 8 月 1 日～2005 年 12 月 9 日）が立ち上がっていた。この検討会には、ワーキンググループが付属し、ここでの議論がたたき台となって医療計画作成ガイドライン作りに適進していったようである。

図 5.1 脳卒中の場合の地域連携イメージ



※急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の症状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

出所) 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会資料 (2006 年 7 月 10 日開催)

今回の医療計画がこれまでの計画と最も異なるのは、疾病毎に医療連携の現状を住民に知らせるようになることが都道府県に対して義務付けられたことである (実際、2005 年 9 月 9 日、10 月 24 日、11 月 17 日の 3 回に渡り、新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会が厚労省と都道府県の間で開催され、都道府県が地域医療連携を含めた医療

³⁵ 各部会の資料は <http://www.mhlw.go.jp/shingi/hosho.html#ir-hoken> にある。

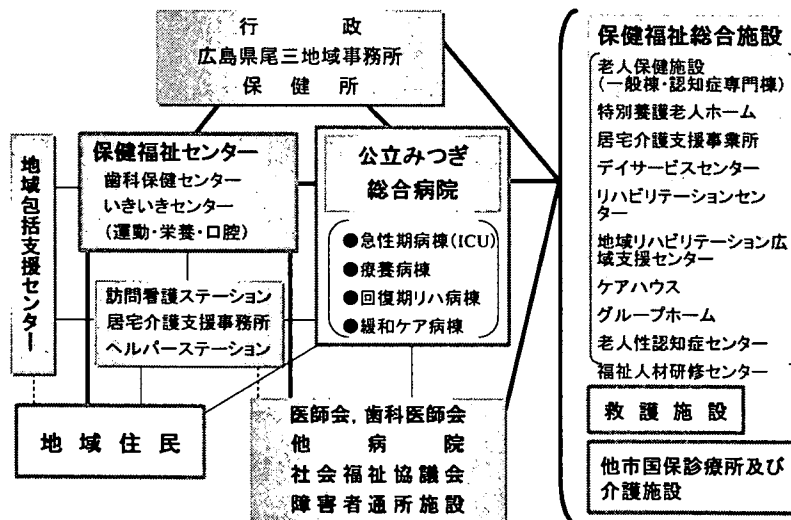
計画策定のガイダンスを受けている)。結果として、地域医療連携のイメージ図を地域住民に提示することで、医療と介護・福祉の全体像が住民に理解でき、かつ医療計画の周知徹底がなされることになる。言い換えれば、都道府県が各地域の医療機関の機能および機能連携を整理・公表することで、住民は病気に罹患した場合に、まずどこの医療機関に行けばよいのか、そして社会復帰するためのリハビリ等はどうなっているのかが分かる。

例えば脳卒中の場合の医療連携体制イメージは、図1のようである。現実の計画には、急性期なら〇〇病院，回復期・亜急性期には△△病院，または□□クリニックでリハビリを受けるといように、具体的な医療機関の名前が入る。さらに、地域医療連携の特長は介護・福祉との連携も重視していることである。患者が在宅に戻るのであれば、●●デイケア，■■デイサービス，小規模多機能施設等がフォローし，施設に入るなら老人保健施設や特別養護老人ホーム等があることを住民に理解してもらうことが出来る³⁶のである。もちろん，このイメージは脳卒中が発症してしまったらどうするかという行動指針になるもので，これ以前には脳卒中にならないという予防の観点も今般の改革においては重要である。

5.3 具体例

地域医療連携の典型的な例は，広島県の御調町であろう。厚生省(当時)が1991年3月に「寝たきりゼロへの10カ条」を策定し，全国的に寝たきり防止の対策を始めるよりも遙か昔，既に寝たきりゼロに取り組んでいた病院が広島県の公立みつぎ総合病院である。

図 5.2 公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム（保健・医療・福祉の連携・統合システム）

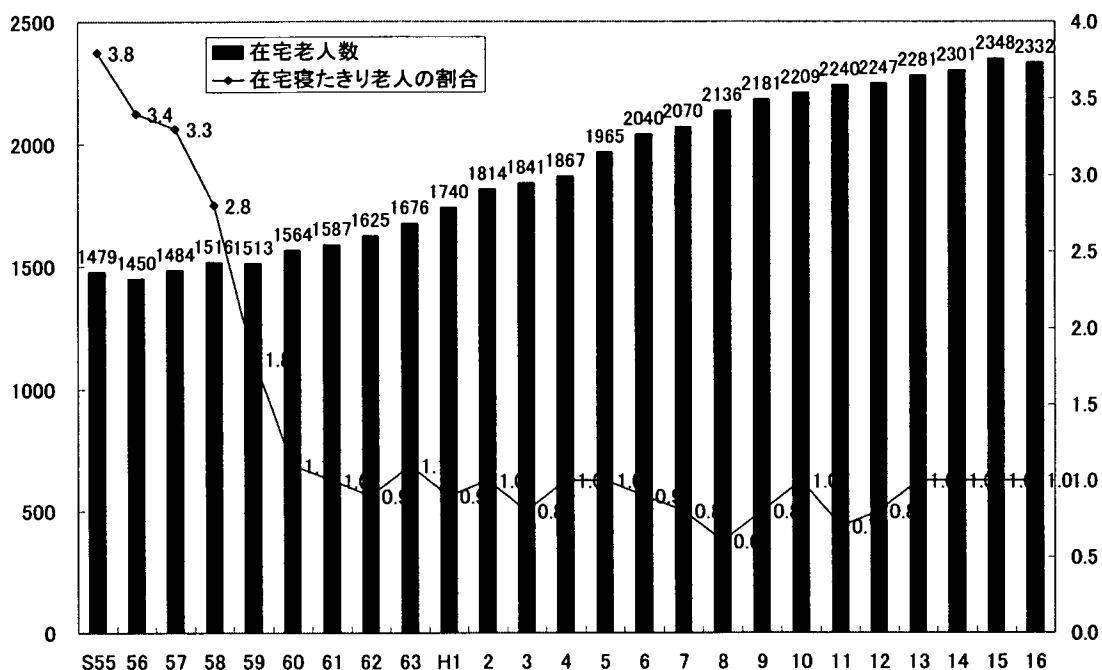


出所) ひろしま高齢者プラン (平成 18~20 年度) p. 46

³⁶ もちろん，脳卒中，心筋梗塞，がんなどに罹患しないことが肝要で，この予防対策が今年の4月からスタートする特定検診で具体化される。

公立みつぎ総合病院（旧名 御調国保病院）は 1956 年にベッド数 22 の国保病院として当時の御調町に設立された。それから 50 年あまりを経て、現在はベッド数 240 床のうち、一般病床 192（一般棟 176、亜急性期病床 10、緩和ケア病棟 6）、療養病床 48（回復期リハビリ病床 30、療養病棟 18）、職員数 587 人で診療圏域人口 7 万人に医療・介護を提供している。御調町自体は人口約 8000 人規模の小さな自治体であったが、2005 年 3 月に尾道市と合併して尾道市の一部になっている。

図 5.3 御調町における在宅老人と在宅寝たきり老人の割合の推移



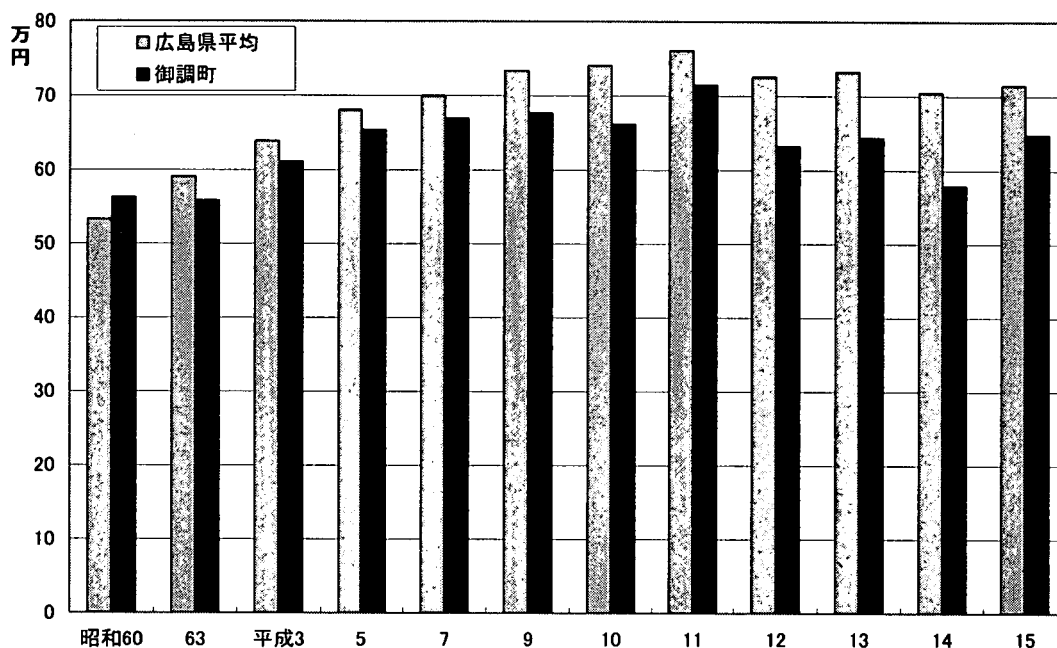
出所) 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会(第4回)有識者ヒアリング資料(山口昇)

病院事業管理者は病院としての方向性として「御調町における地域包括ケアシステム；寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携」というものがあることを強調されていた。退院後のことをあまり考えていなかったせいで、救命すればするほど寝たきりが増えてしまうことにある時気がついたのでそうだ。公立みつぎ総合病院では、戦略として「待ちの医療」ではなく、看護とリハビリも連携させた「出て行く医療」を 1974 年から始めている。事実、その効果はすぐに出始め、高齢者は増加しているが寝たきりの高齢者は減少するという常識では考えられない成果を上げている。また、急性期から在宅生活に至る支援システムを発展させ、1995 年からはナイトケア、ナイトパトロール、早朝ケアまで行う、24 時間のみまもり体制を整えていた。

成果としては、まず寝たきり（重度要介護者）の減少があげられる（図 5.3）。1980 年には 3.8%だったのが 1985 年には 1.0%になり、最新の数値では 2006 年の 1.1%と、約 3 分の

1 になっている。また、老人医療費伸び率の鈍化（2003 年度実績（1985 年対比）：広島県 140%，御調町 118% 図 5.4）も著しい。もちろん、病院自体の経営も健全である。1968 年～1975 年は赤字経営であったが、1976 年～2006 年は黒字に転じ、年間収益は約 60 億円（15 年間で倍増）である（一般会計からの繰入金は、国からの交付金，補助金，特別調整交付金のみ）。何よりも、採用可能なところは地元住民を採用し、町が活性化（広島市をはじめ、近隣から移住者が出ている。過疎化に歯止め？）している。

図 5.4 老人医療費の比較



出所) 全国国民健康保険診療施設協議会ホームページ
http://www.kokushinkyoo.or.jp/introduction/approach_result.html

御調の成功の秘訣はなんであろうか？地域包括医療・ケアシステムとは、治療のみではなく、健康づくり（一般の予防）から寝たきり予防（介護予防）までを包括的に取組むことにより、住民が地域で安心して生活できることを指すのであろう。住民の自立生活を支援するために、国民健康保険診療施設と行政が一体となり、地域包括ケアシステムを構築してきたのが御調である。

繰り返しになるが、地域包括ケアシステム構築のきっかけとして、1960 年代半ば以降に、いわゆる「つくられた寝たきり」が多かったことがある。この理由は、絶対的な介護力の不足、介護をするにしてもそれが不適切、上述のように患者が病院に来なくなり医療・リハビリテーションが中断する、不自由な体ゆえに閉じこもりの生活をしてしまう、手すりや段差等の生活障害が多い住環境などであった。これらの要因を取り除き、寝たきりを予防するため（包括ケアシステム構築のため）、

1. 在宅ケア・継続看護
2. 拠点の整備
3. 福祉バンク
4. 予防

が具体的対策として取られた。1は再入院を防ぐ手当である。脳卒中を例にすると、運ばれる→診断する→手術等で患者を救う→リハビリ→回復・退院→数回は通院する→こなくなるといったパターンが、現在でも結構ありがちなパターンが、公立みつぎ総合病院でもあったそうだ。こういう患者の多くが、1年ぐらいたつと、ひどい床ずれで再入院してくるということが結構あったそうだ。寝たきり老人の出来上がりである。確かにいのちを助けることは大事であるが、いのちを助けた後のことまで考えないと真の医療ではないと山口氏は考えるようになった。病気を治した後、患者が病院に来なくなったら、こちらから出かけて行く。言うならば、医療の出前ということである。これは今から34年前、1974年のことである。当時は訪問診療制度³⁷などなかった時代で、この医療の出前は全て無料報酬で行っていた。

2では患者は退院後、各種手帳の交付について説明をしても、実際に申請に行く者は少ないという事実に着目したものである。住民は役所の窓口に行かないという事実を前提に、それならばと、病院の中に行政を持ってきて（健康保険センター）、病院で申請業務が可能になった³⁸。同時に建物も、保健福祉総合施設と医療機関が同じ建物の中に存在するようにして利用者の利便性を図っている（病院を中心にいろいろな施設がある）。いわゆる、ワン・ストップの考え方である。

3も実にアイデアマンらしい事項である。住民にボランティア登録をしてもらって、行こなったボランティアを1時間1点として貯めておける。本人に介護が必要となったら、そのポイントを使うことができる。また、病院を利用するときの特典として、個室料金を無料にしているという。

4の予防に関しては、2006年の介護保険制度改革の中でも強調されたことである。御調では「健康寿命」の延伸を目的に、特に「一次予防（健康づくり）」と「介護予防」を大きな柱とした施設としてみつぎいきいきセンター（2004年4月1日御調保健福祉センター横

³⁷1988年4月に実施された社会保険診療報酬の改定は、医療を取り巻く状況の変化に対応し診療報酬の合理化を図る見地から、国民医療総合対策本部の中間報告の趣旨も踏まえ、長期入院の是正、在宅医療の推進、検査の適正化、高度医療技術の評価等を図るとともに、医療機関の機能、特質に即した診療報酬上の評価を図ったものであり、平均3.4%の引上げとなった。具体的には、1)診療所のプライマリー・ケア機能や病院の高次医療機能等に即した評価、2)長期入院の是正を図るための入院時医学管理料や看護料の改正、3)在宅医療を推進するための訪問診療や訪問看護の点数化とともに、往診料等の大幅な引上げ、4)患者のニーズの高度化、多様化に対応するため、特定療養費制度を活用し、患者の特別注文による給食など患者サービスの選択の幅の拡大、を主な改正内容とするものである。

³⁸旧御調町では1984年行政部門である健康管理センター（現保健福祉センター）を公立みつぎ総合病院内に併設。病院の医療と連携をとり、保健から福祉・介護までを取り扱う分野で、2005年3月の合併後は保健福祉係、地域ケア係および、住民課の国保介護福祉係が業務を行っている。

にオープン)がある。このセンターには、利用者が生涯にわたって自分らしく自立した暮らしができるように、つぎの3つのメニューを行うことができる。

- ① 筋力・柔軟性・バランス能力を高めるための運動機能向上トレーニング
- ② 生活習慣病や低栄養予防のための食生活セルフチェックと栄養相談・指導
- ③ 生涯自分の歯で噛める楽しみと「健康づくり」のための口腔ケア³⁹

これらのメニューの実施により、健康や体力維持への意欲を高め、仲間づくり、生きがいづくりを目指している。

5.4 地域の保健医療提供体制の確保に関して

地域の保健医療提供体制の確保に関しては、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の3に基づき、国及び地方公共団体が、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するよう努める責務を有している。具体的には都道府県が策定するのだが、求められているポイントは、

1. 病床数の量的管理から医療の安全・質を評価する医療計画へ
2. 住民・患者に分かりやすい医療計画へ
3. 数値目標を示し評価できる医療計画へ

の3つである。

これまでの医療計画は、基準病床数制度などを通じた地域の医療資源の適正な配分といった量的な整備が主たる目的であった（それでも、病床規制には失敗してきた）。量的な観点は大切だが、医療機能や、医療の質の改善を目的とした医療計画にすべきである。

また、これまでの医療計画は、政策課題誰が誰の者か、誰が実施しないといけないのかが不明確であった（言い換えれば、集団無責任体制であった）。新しい医療計画では、住民・患者が医療サービスの利用者であることを十分認識して、都道府県が住民・患者に対し、保健医療提供体制（現状とあるべき姿）を客観的に提示できる内容に見直す必要がある。これによって、国・都道府県そして医療関係者がどのような役割と責任の中で対応しているのかについて明確になるとともに、住民・患者に対する政策立案の透明性も確保される。また、医療計画には数値目標を示すことが少なく、医療計画の事業の達成状況を客観的に評価できる内容ではなかった。このため、これからは、医療計画の事業を適切に評価し、次期医療計画の作成に役立てるということも医療計画を通じた政策立案の過程として位置付ける。また、地域医療を把握するための指標として客観的なデータを公表し、すべての住民・患者が利用できるような環境を整備する必要がある。

地域住民にとっては、まさに地域医療連携を強化していくことが肝要である。御調だけでなく、付録2にあげたようモデルは既にいくつもある。行政は地域の医療資源を客観的

³⁹実は、口腔ケアは直接的リハビリテーションサービスとはいえないが、摂食訓練など食事への自立支援を通じて、リハビリテーションの一環として捕らえることができるという。訪問看護婦やホームヘルパー、リハビリテーション専門職と連携し、全体的なケアを推進していくチームの一員として機能することによって、サービス効果も一段と大きくなるものとされている（牛山 2000）。

に評価し、どのモデルに合うのかを見極める必要があり、また、地域住民これに積極的に関わり、自らの健康増進に努める必要があるのではないだろうか。

6 公立病院改革ガイドライン

医療費適正化の波を受けて効率的な受診を可能にすべく地方自治体は医療計画を策定することになっているが、問題の多い公立病院（自治体病院）に対しても総務省が「公立病院改革ガイドライン」を出している。内容の詳細は後述するとしても、ガイドラインの本旨は公立病院の統廃合である。

6.1 公立病院とは

公立病院は国立の病院から市町村が運営する病院まで幅広い概念であるが、そのうち今回取り上げるのは市町村が“経営”する病院である。むしろ、“自治体病院”とでも表現した方がいいのかも知れない。地方公営企業法適用の公立病院は平成17年度末現在で全国に982あり、うち都道府県立が217、市立が455（うち政令指定都市が37）、町村立が202、事務組合等立が108である。県立病院が最も多いのは岩手県の27、市立病院、町村立病院が多いのは共に北海道で、それぞれ31と63である。上述の通り、今回の議論の対象とするのは765ある“自治体病院”である⁴⁰。

自治体病院は地方公共団体が開設するもので、医療法においては、「公的医療機関」として医療の普及を図るために一定の役割が求められている。自治体病院に期待される主な役割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。しかし実際には、開設の経緯、立地条件、規模等はそれぞれの病院ごとにさまざま、その役割や使命も一様ではない。

もともと自治体病院は、戦後の荒廃した医療機関の整備を図るために設置が進められてきたが、民間病院の台頭に押される形で病床規制が実施されるようになった。その後、自治体病院の目的は上述のように民間医療機関による診療が期待できない離島やへき地などの不採算地区における医療の提供や高度な医療資源を要するとともに、診療に要する患者あたりの費用が大きいあるいは、患者数が少ないなどの理由から不採算医療の側面を持つ難病治療、小児医療、高度先進医療といった分野の診療と研究（この部分は国立病院の役割とも言えるが）といった公共性の高い医療の提供へと期待される役割が変わっていった。

⁴⁰ 市立455+町村立202=657に事務組合立を加えると765になる。

いわば、地域の実情に基づいて設置・運営されてきたが、厳しい経営が続いたため、これまでに数次にわたって経営健全化措置が行なわれている。

最近の公立病院（自治体病院）の経営健全化に向けた方針の策定としては、平成 19 年 7 月 23 日から 11 月 12 日までの 5 回に渡って議論がなされ、12 月 24 日に出された公立病院改革ガイドラインがある。このガイドラインは公立病院改革の 3 つの視点として、（1）経営効率化、（2）再編・ネットワーク化、（3）経営形態の見直しが強調されている。

この背景としては「民間にできることは民間委ねる」という昨今の規制緩和・民営化路線と同調する意識がある。ガイドラインには「民間病院並みの効率性の達成」、「民間的経営手法の導入」、「経営感覚に富む人材の登用等」といった言葉が散見されることもその傍証となるであろう。しかし、その裏返しとしては効率的ではない経営を行わざるを得ない病院に対しては診療所化や廃止を含む対応も必要であるとしている。

6.2 合併と自治体病院

しかし、一方で総務省はこのガイドラインを策定する前に、合併促進のアメとして合併特例債を起すことを認めていた。合併特例債とは平成 17 年 3 月までに合併の議決がなされた場合には、合併関係事業がいわゆる合併特例債等の特別財政支援措置の対象となる。合併特例債が充当できる総事業費は、合併市町村の人口をベースにした一定の算式により決まることになっており、この枠内で関連事業に充当できる。ここで問題は病院の建設・改築にも合併特例債は充当可能になっていることである。具体的には、病院の建設・改築等にかかる経費のうち合併にかかる増嵩経費（総事業費の 1/2 以内を上限）に対し、1/2 まで一般会計から出資することができ、この出資の財源として合併特例債を充当できることとしている。たとえば、100 億円の改築事業については、25 億円を上限として、一般会計から病院事業に出資することが可能であり、この出資の財源に合併特例債を充当することが可能である。この場合、病院事業債の額が縮減されるため、病院会計の負担が軽減されるとともに、合併特例債の元利償還金の 7 割が普通交付税により措置されるので、一般会計側の負担も軽減されることになる。

市町村合併の議論に際して、合併議論をあえて困難にしないためにも様々な問題は先送りにされ、自治体病院の在り方についても触れないことも多かったといわれる。例えば北海道の旧歌登町（現在は枝幸町、2006 年合併）にある歌登町国民健康保険病院は、病床数を減らす方向で（診療所になる？）いくようである。しかし、問題は依然として存在しているのである。

もともと自治体病院の会計自体には、病院の経営を歪める要素をはらんでいる。たとえば地方公営企業法第 29 条では、

- 1 管理者は、予算内の支出をするため、一時の借入をすることができる。
- 2 前項の規定による借入金は、当該事業年度内に償還しなければならない。但し、資