

C. 研究結果

実際、公立病院の経営は大きな問題がある。本文表1に挙げたのが病院種別毎の損益分岐点比率の時系列的(1999~2006)な推移を見たものである。損益分岐点比率は損益分岐点売上高を純売上高で割ったもので定義される。また、損益分岐点上の売上を求めるには、次の公式が使われて求められる。

$$\text{損益分岐点} = \text{固定費} / (1 - \text{変動費} / \text{売上高})$$

さらに、この値を純売上高で割ったものを損益分岐点比率と言う。病院の場合、固定費は病院職員の給与、退職引当金、法定福利費等の人件費やリース料や減価償却費等が主なものである。また、変動費としては医薬品費、診療材料費、給食材料費、委託費等が挙げられる。損益分岐点比率は低ければ低いほど収益性が高く、かつ売上の減少に耐える力が強いことを意味している。損益分岐点比率は8割程度が理想であると言われているが、当然に業種によりその水準は異なり、一般的には9割を若干上回る業種が多いと言われている(小久保 2003)。表1を見ると、多くの病院の損益分岐点比率が100を上回っていることが分かる。中でも特にひどいのが指定都市にある公立病院であり、実に94%以上の公立病院が損益分岐点比率で100を上回る。これは、一般企業で言えば瀕死の状態である。ついで市立、町立、都道府県立、組合立の順番で(損益分岐点比率100以上の病院の割合順)状況が悪いことが分かった。

公立病院が非効率な経営に陥りがちなのは、公立病院の資本金は、自己資本と借入資本の二本立てになっている(一般企業で言えば、自己資本と他人資本)。まず自己資本金は一般会計からの拠出金で、その構成は

$$\begin{aligned} \text{自己資本金} = & \text{①固有資本金 (設立当初} \\ & \text{の資本金)} \\ & \text{②繰入資本金 (設立後の} \\ & \text{増資)} \\ & \text{③組入資本金 (利益剰余} \\ & \text{金を原資にした増資)} \end{aligned}$$

となっている。これは、それほど問題ではない。公立病院の原資が一般会計その他から流用されるのは自然な話である。民間病院も昔は銀行等の借入が容易であったから、この部分に決定的な差ではない。しかし、特に注意すべきは借入資本金の方である。借入資本金とは設備投資等に充てられた借金のことで、これは返済に際して他会計からの補填がある長期借入金のことである。返済方法は、借入資本金の返済元金の2/3(平成15年度以後の新規事業の借入金は1/2)は一般会計から『資本金(正確には繰入資本金)』として拠出される。すなわち、一部の借入資本が自己資本に化けるのである。

また、大きな設備投資の場合、企業債を起債することもあるが、企業債の2/3(平成15年度以後の新規事業の借入金は1/2)は一般会計から返済元金の補填を受けることができる。したがって、病院会計自身は起債額の1/3

相当を負担することで済むのである。なお、利息についても同様の割合で一般会計から補助され、この場合は『医業収益の他会計負担金収入』となる。いうなれば、病院会計自体は1/3の負担で済み、残りは市町村の「一般会計」に負担をかけることになる。

公立病院の借金は自治体の借金である。しかし、これも交付税等でまかなえるという“安心感”が合ったために、その他の箱物と同様に病院の設備投資に十分なチェック機能が働いてこなかった可能性がある。他会計からお金がやってくるので、公立病院の設備投資計画事態が杜撰なものになっていた可能性がある。また、これをチェックする地方議会も、どうせ補填があるのだから（もとを正せば地方交付税！）と、本気で公立病院の将来を考へることもなかったのである。さらに事態を悪化させたのは、本体である自治体の一般会計も国からこの起債返済資金の補助金を受けられることである。その最も有利なものが『合併特例債』である。これは、起債の80%が国から補助されるのである。これではチェック機能を持つと言うのが難しいことになる。

D. 考察

公立病院の経営に関しては“甘い”としか言いようがない側面があるというのは事実である。さらに、国や地方もこれを甘やかす方向で会計処理を作り上げてきたという側面も

否定できない。財政が厳しくなって公立病院に対する見方も変わって来たのではないかと。今回見た三春町のような公立病院は民営化するなりして、町の財政を軽くすることが必要であろう。また、登米市のような大きな町でも地域間連携をしっかりと組めば、お互いの地域の財政負担を減らした上で、医療の質も担保できる。住民の側も、ある程度の我慢は必要である。その意味で言えば、せたな町ももう一工夫といったところではないか。旧北檜山病院の改修するところまでは良いが、何もこれを町で持っている必要はない。IMS等の民間病院に譲渡してしまえば良い（診療所を整備する方にお金をかけるという事に事業の方針を転換する必要があるのではないかと）。こうしてみると、国はへき地の医療には気を配る必要があるが、その他の公立病院は地域住民と自治体に任せの方がよい。気の毒なのは、中頓別町等のいわゆるへき地の公立病院である。これは、住民がいる限り（あまりに減ってしまえば診療所化もありうる）、国の責任で赤字を補填する必要があるし、また、医師の確保にも国がもっと関与すべきではないだろうか。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

国立社会保障・人口問題研究所『社会保障財
源の効果分析』第8章「地方分権化の医療保
障への影響—公立病院改革ガイドラインと公
立病院—」 東京大学出版会、近刊

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

¹ 自治体によってこの割合は若干変わる。

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した

社会保障の給付と負担の在り方に関する研究」

公立病院の経済分析

山本 克也

（国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第4室長）

1 はじめに

平成11年4月1日の篠山市を皮切りに始まった平成の大合併だが、現在のところ平成20年11月1日の伊佐市（鹿児島県の大口市、伊佐郡菱刈町が合併）までが決定している。合併市町村の合計は651か所であり、平成11年3月31日には3,232市町村（市670、町1,994、村568）あったのが、合併の一応の期限であった平成18年3月31日には1,821（市777、町846、村198）となった。

合併を推進するために国は様々な支援措置を講じたが、合併した市町村における公立病院の在り方についてまでじっくりと検討されては来なかった。実際には市町村合併の議論に際して、あえて議論を困難にしないためにも様々な問題は先送りにされ、特に公立病院の在り方についても触れないでいたというのが本音であろう。合併するかしないかにかかわらず、市町村は二つの視点から公立病院の抱える様々な問題について取り組まなければならない。一つは住民の健康を守るという視点から、そしてもう一つは効率的な医療資源の配置を行わなければならないという視点からである。この二つの視点の背景は、医療費適正化の動きと公立病院ガイドラインの存在がある。前者は厚生労働省が主に担い、後者は総務省が管轄している。

本章においては、まず、公立病院の定義と基本的な問題を考える。公立病院の問題点としてはその採算性に問題点があるが、このことが検討される。次にそうした実態を踏まえた上で、上述の公立病院の適正化政策を考える。公立病院の経営の健全化に対しては、市町村合併が妨げになった可能性が示唆される。言い換えれば、国の政策が健全経営のインセンティブを削ぐ形になっていたことが示される。そして現実に公立病院を運営する市町村を挙げ、以下の三つの視点からケーススタディを加える。

三つの視点のうち、一つ目は不採算地域である。これは入院機能を残さねばならず、かつ、採算を度外視しても維持する必要がある病院である。別の言い方をすれば、地理的条件が著しく不利（へき地）な公立病院である。ある意味でこのタイプの病院をどうしていくのかという問題が、公立病院の本当の問題であろう。次は、整理統合すれば解決するケースである。近くに高機能な病院があり、自治体が自前で必要なのは1次から1.5次程度の医療の地域である。重装備な病院でなくとも立派な医療を提供できることは、すでにいくつかの地域が証明しているⁱⁱ。最後は民営化である。“売れる”タイプの公立病院はそう

残っていないが、立派に競争に打ち勝っていけるところもある。これらを踏まえ、最後に若干の考察を行う。

2 公立病院の定義と基本的な問題

2.1 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いわゆる“公”が運営する病院であるが、本章で取り上げるのは主に都道府県や市町村が“経営”する病院である。地方公営企業法ⁱⁱⁱ適用の公立病院は平成18年度末現在で全国に973あり、うち都道府県立が209、市立が457（うち指定都市が38）、町村立が201、事務組合等立が106である。県立病院が最も多いのは岩手県の25、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61である。

公立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た。公立病院に期待された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様々で、その役割や使命も一様ではない。

もともと公立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されてきたが、厚生省（当時）の方針で病院の供給は民間主導でなされ、この民間病院の増加に押される形で公立病院の病床規制が実施されるようになった（山本 2008a）。その後、公立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山本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、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。いわば、地域の実情に基づいて設置・運営されてきたのである。

2.2 公立病院の経営問題

公立病院の問題点の最大のもは、そのコスト意識の低さである。例えば鈴木（2004）は、人件費や病床当たり建設費の官民格差などが公立病院の不採算の大きな理由と指摘した上で、「過去において民間病院が不十分だった時期にはそれなりの役割を担ったが、医療機関

の数が充足した現在、その役割はあいまいになっている」とし、民間病院と経営環境を同一にしていくことが必要と指摘している。

実際、公立病院の経営は大きな問題がある。表1に挙げたのが病院種別毎の損益分岐点比率の時系列的（1999～2006）な推移を見たものである。損益分岐点比率は損益分岐点売上高を純売上高で割ったもので定義される。また、損益分岐点上の売上を求めるには、次の公式が使われて求められる。

$$\text{損益分岐点} = \frac{\text{固定費}}{1 - \frac{\text{変動費}}{\text{売上高}}}$$

さらに、この値を純売上高で割ったものを損益分岐点比率と言う。

表1 病院種別の損益分岐点比率の推移

	県立	89以下	90-99	100以上	町立	89以下	90-99	100以上
1999	230	6	1	223	319	24	93	202
2000	227	6	3	218	319	26	105	188
2001	229	6	2	221	316	30	91	195
2002	227	5		222	317	23	68	226
2003	226	15	64	147	304	24	61	219
2004	224	19	52	153	256	18	54	184
2005	218	18	45	155	195	8	38	149
2006	209	17	39	153	195	13	28	154
	指定都市				組合立			
1999	33	1	0	32	144	25	67	52
2000	33	1	0	32	149	35	53	61
2001	34	2	0	32	153	30	56	67
2002	33	1	0	32	154	22	40	92
2003	34	1	7	26	152	20	36	96
2004	34	1	6	27	140	15	27	98
2005	37	0	4	33	115	10	25	80
2006	38	0	2	36	112	13	21	78
	市立							
1999	272	19	79	174				
2000	274	15	96	163				
2001	274	8	85	181				
2002	276	11	52	213				
2003	288	17	71	200				
2004	347	17	69	261				
2005	419	26	78	315				
2006	419	17	52	350				

出所) 総務省 「地方公営企業年鑑 各年版」より筆者計算

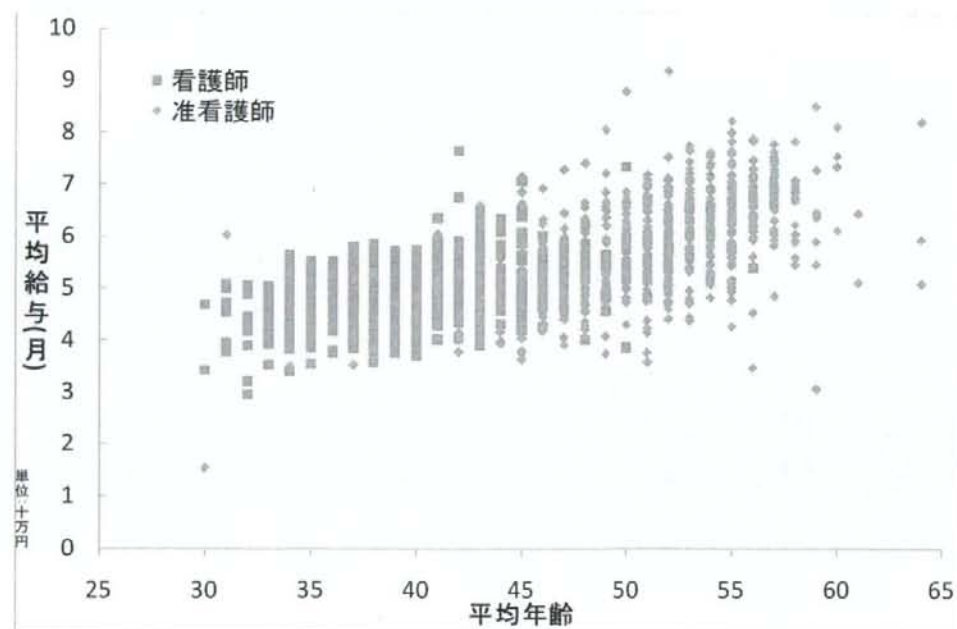
病院の場合、固定費は病院職員の給与、退職引当金、法定福利費等の人件費やリース料や減価償却費等が主なものである。また、変動費としては医薬品費、診療材料費、給食材

料費、委託費等が挙げられる。損益分岐点比率は低ければ低いほど収益性が高く、かつ売上の減少に耐える力が強いことを意味している。損益分岐点比率は8割程度が理想であると言われているが、当然に業種によりその水準は異なり、一般的には9割を若干上回る業種が多いと言われている(小久保 2003)。表1を見ると、多くの病院の損益分岐点比率が100を上回っていることが分かる。中でも特にひどいのが指定都市にある公立病院であり、実に94%以上の公立病院が損益分岐点比率で100を上回る。これは、一般企業で言えば瀕死の状態である。ついで市立、町立、都道府県立、組合立の順番で(損益分岐点比率100以上の病院の割合順)状況が悪い。

2.3 公立病院の給与

損益分岐点比率が悪いことの第一の原因は鈴木(2004)が指摘する通り、給与の高さにある。図1にあげたように973の公立病院の看護師・准看護師の給与をプロットすると、確かに高い水準にある。看護師全体の平均給与は485,332円、准看護師全体では560,357円である。ここで注目すべきは、訓練期間の短い准看護師の方の給与水準が高いことである。

図1 公立病院の看護師・准看護師の平均給与(平成18年)



データ) 総務省「地方公営企業年鑑 平成18版」

これは、平均年齢が高いからである。周知の通り、公立病院の職員は公務員であり、この給与体系はいわゆる年功制である。そのため、年齢が上がれば給与水準も高くなるとい

う傾向にある。厚生労働省の第16回医療経済実態調査(平成19年6月)の結果によれば、医療法人の看護職の賞与と併せた平均給与が366,146円であることを考えると、いささか非常識と思われる給与水準が設定されている(50歳台で90万円を超えているケースがある)。

また、表2には医師、看護師・准看護師の勤務地別・病院規模別人数と平均給与を挙げた。一般的にいて、医師の給与は不採算地域の方が不採算地域以外よりも高い。これは、不採算地域の方が相対的に都市の周辺部の辺鄙な地域であり、場合によっては病床数が30程度で常勤医師が二人というような地域である(後述する中頓別がこの例にあたる)。この様な地域では、医師の確保のために給与を高く設定している。しかし、不採算地域でも病院の規模が大きくなると(病床数が増えると)医師の給与は下がってくる。これはある程度の規模の病床を抱えても医師の確保という点では恵まれていることによりある程度の競争が働くからである。それでも、不採算地域以外と比べれば20万円程度も高い。一方、看護師および准看護師の方は、不採算地域以外の201床以上の病院で准看護師の給与が他と比べて7~10万円程度高いことを除けば医師ほどの大差はない。ただし、不採算地域以外の方が不採算地域よりも平均給与は高い。さらに言えば、病院の規模が大きくなれば賃金が上がる傾向にある。病院の採算を考えた場合、手厚い看護基準(看護師の配置を多くする)を採用した方が診療報酬上の点数が高くなる。このため、ある程度の規模の病院は看護師を囲い込む傾向にあり、一種の競争が生まれて給与水準が高くなっているのである。

表2 医師、看護師・准看護師の勤務地別・病院規模別人数と平均給与

不採算地域	医師		看護師		准看護師	
	人数	平均給与	人数	平均給与	人数	平均給与
100床以下	722	1,655,830	3,269	468,965	1,633	505,851
100~200床	66	1,598,425	370	462,194	128	515,130
201以上	—	—	—	—	—	—
地域全体	788	1,651,022	3,639	468,276	1,761	506,526
不採算地域以外						
100床以下	543	1,392,139	2,689	486,012	493	538,049
100~200床	2,371	1,328,167	13,535	476,411	1,827	539,296
201以上	19,551	1,248,018	100,901	494,544	4,973	604,206
地域全体	22,465	1,259,737	117,125	491,782	7,293	583,473

データ) 総務省「地方公営企業年鑑 平成18年版」より筆者計算

へき地や離島が含まれる不採算地域では、医師の確保は深刻な問題である。その意味で、都会に比べれば高くても当然という意味合いもある。また、年齢=経験年数の多さも給与の高騰に寄与していることも確かではある。しかし、民間との格差は大きいと言わざるを得ない。特に訓練という点では劣るはずの准看護師の給与が高いことは、経験年数を割り引いたとしても問題であろう。

2.4 公立病院の経営改善のために

このように問題だらけの公立病院に対して、総務省の公立病院改革ガイドラインでは大まかに言って“一般病床及び療養病床の病床利用率が、おおむね過去3年間連続して70%未満となっている病院については再編（診療所化を含む）や統合”を薦めるものであった。また、ここで特に強調されていることは経営の透明性の確保である。上述のように、給与水準を見るだけでも公立病院の経営の杜撰さは明らかである。

では一体どうすれば良いのであろうか？まず費用構造を見直すことが重要である。上述のように公立病院の給与は種々の考慮をしたとしても高すぎる。そこで、簡単なシミュレーションを試みよう。表3は公立病院の職員給与を一律に引き下げていった場合に、損益分岐点比率がどのような変化するかを見たものである。仮に損益分岐点比率が100を超える病院数が半分を下回るという条件を課すとすると、県立病院の場合で給与の10%のカットが必要であり、以下、指定都市の場合も10%のカット、その他の市立病院と町立病院の場合も15%カットそして組合立の病院の場合は10%のカットを行えばこの条件を満たすことができる。もちろんカットすればするほど損益分岐点比率の値は小さくなる。

表3 給与引き下げの損益分岐点比率に対する効果

	県立			町立		
	89以下	90-99	100以上	89以下	90-99	100以上
賃下げなし	17	39	153	13	28	154
10%cut	36	90	83	25	52	118
15%cut	64	89	56	42	66	87
20%cut	102	63	44	61	71	63
25%cut	134	45	30	85	63	47
	指定都市			組合立		
賃下げなし	1	0	32	13	21	78
10%cut	2	20	16	27	32	53
15%cut	2	20	16	34	34	44
20%cut	6	19	13	46	35	31
25%cut	13	17	8	62	25	25
	市立					
賃下げなし	17	52	350			
10%cut	36	119	264			
15%cut	70	140	209			
20%cut	110	160	149			
25%cut	157	159	103			

データ) 総務省「地方公営企業年鑑 平成18年版」より筆者計算

ここで問題なのは、給与を25%カットしたとしても損益分岐点比率が100を超える病院が2割程度存在することである。損益分岐点比率を引き下げるには、固定費の範疇に入る減価償却費や経費をさらに引き下げる必要がある。その意味で設備投資等を計画的に行う必要があるのだが、この点においても公立病院の設備投資計画は杜撰である可能性が指摘できよう。

3 国・地方の対応

3.1 赤字補填

それでは国や地方自治体は公立病院に対してどのような措置を講じてきたのだろうか。基本的に国や地方は公立病院の赤字を補填することを行ってきた。この赤字とは総収入から総費用を差し引いた金額がマイナスであれば赤字、プラスであれば黒字となる単純な計算で示される。公立病院だけでなく、病院の総収入は1) 医業収入、2) 医業外収入そして3) 特別利益といわれるものがある。1) の医業収入には外来や入院により得た収入であり(一般の病院であれば、介護保険適用の療養病床からの介護収入もある)、病院の収入である。2) および3) は公立病院ならではの項目がある。まず2) の医業外収入であるが、いわゆる金利にあたる受取利息配当金や看護学校を付属している場合には看護学院収益などがある。ここまでは一般の病院と変わらない。しかし、公立病院の場合は医業外収入に国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金という収入項目がある。このうち、文字通り国庫負担は国が、都道府県補助金は都道府県が負担する。そして、他会計補助金、他会計負担金は市町村が負担する。さらに言えば、市町村の負担する他会計補助金、他会計負担も地方税交付金が多きを占めるということになっている。いわば、はじめから収入にゲタを履かせている状態なのである。加えて公立病院の場合は、3) に特別収益という名前で、他会計からの繰入金という名前で補助金がある。特別収益は固定資産売却益等の場合に収益として計上されるが、公立病院には他会計からの繰入もここに含まれている。

実は、公立病院が手厚い保護を受けている部分はこれだけではない。公立病院の資本金は、自己資本と借入資本の二本立てになっている(一般企業で言えば、自己資本と他人資本)。まず自己資本金は一般会計からの拠出金で、その構成は

- 自己資本金 = ① 固有資本金 (設立当初の資本金)
② 繰入資本金 (設立後の増資)
③ 組入資本金 (利益剰余金を原資にした増資)

となっている。これは、それほど問題ではない。公立病院の原資が一般会計その他から流用されるのは自然な話である。民間病院も昔は銀行等の借入が容易であったから、この部分に決定的な差ではない。しかし、特に注意すべきは借入資本金の方である。借入資本金とは設備投資等に充てられた借金のことで、これは返済に際して他会計からの補填がある長期借入金のことである。返済方法は、借入資本金の返済元金の2/3(平成15年度以後の新規事業の借入金は1/2)は一般会計から『資本金(正確には繰入資本金)』として拠出される。すなわち、一部の借入資本が自己資本に化けるのである。

また、大きな設備投資の場合、企業債を起債することもあるが、企業債の2/3(平成15年度以後の新規事業の借入金は1/2¹⁴⁾)は一般会計から返済元金の補填を受けることができ

る。したがって、病院会計自身は起債額の 1/3 相当を負担することで済むのである。なお、利息についても同様の割合で一般会計から補助され、この場合は『医業収益の他会計負担金収入』となる。いうなれば、病院会計自体は 1/3 の負担で済み、残りは市町村の「一般会計」に負担をかけることになる。

公立病院の借金は自治体の借金である。しかし、これも交付税等でまかなえるという“安心感”が合ったために、その他の箱物と同様に病院の設備投資に十分なチェック機能が働いてこなかった可能性がある。他会計からお金がやってくるので、公立病院の設備投資計画事態が杜撰なものになっていた可能性がある。また、これをチェックする地方議会も、どうせ補填があるのだから（もとを正せば地方交付税！）と、本気で公立病院の将来を考へることもなかったのである。さらに事態を悪化させたのは、本体である自治体の一般会計も国からこの起債返済資金の補助金を受けることができることである。その最も有利なものが『合併特例債』である。これは、起債の 80% が国から補助されるのである。これではチェック機能を持つと言うのが難しいことになる。

表 4 公立病院の資本構成

資	本	金
①	自己	資本金
	固有	資本金（引継資本金）
	再評価	組入資本金
	繰入	資本金
	組入	資本金（造成資本金）
②	借入	資本金
	企業	債
	他会	計借入金

出所) 公営企業会計法より筆者作成

3.2 合併特例債

合併特例債⁴⁾について説明を加えると、いわゆる「平成の市町村大合併」に伴い市町村合併促進のために設けられた地方債発行の制度が合併特例債である。新しい自治体が合併年度から 10 年間に限り、新しい自治体の財源として借り入れることができる地方債のことである。市町村建設計画に基づく事業のうち、特に必要と認められる事業に限り使うことができる⁵⁾とされている。「市町村の合併の特例に関する法律（旧・合併特例法）」によって設けられたが、2005 年 3 月 31 日に失効した（新規はない）。合併特例債は病院の建設・改築にも合併特例債は充當可能であり、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た。

例えば 100 億円の改築事業を起こす場合、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てることが可能であった。

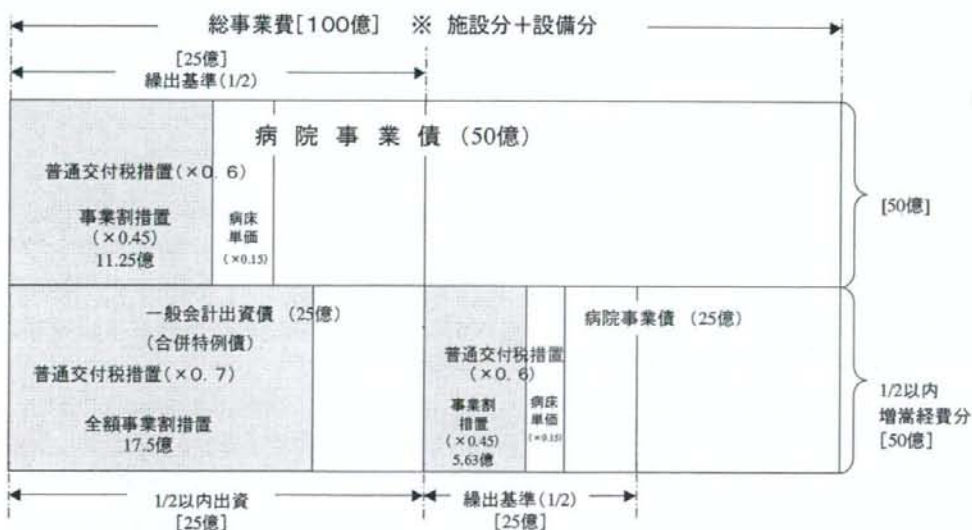
この場合、病院事業債の額が縮減されるため、病院会計の負担が軽減されるとともに、合併特例債の元利償還金の7割が普通交付税により措置されるので、一般会計側の負担も軽減されることになる。このことは、市町村合併の議論に際して“まず合併ありき”の状態を招いたと言えるかもしれない。合併に際しては様々な問題が議論に上ったようだが、特に困難が予想される公立病院の在り方については触れないようするケースが多かったように思われるのは、このことが一因であろう。

もともと公立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、資金不足のため償還することができない場合においては、償還することができない金額を限度として、これを借り換えることができる。
- 3 前項但書の規定により借り換えた借入金は、1年以内に償還しなければならない。但し、借入金をもってこれを償還するようなことをしてはならない。

と定めている。この一時借り入れは、本来翌年度中には解消しなければならないはずであるが、自治体の規模を越えて一時借入金を行っている地方自治体が多い。実際、流動負債に占める一時借入金の比率が0.5を越える病院は、県立病院も含めた公立病院982のうち132（平成17年度）もある。

図2 合併特例債の対象となる病院の建設・改築等



出所)「地域医療の確保と公立病院のあり方等に関する検討会報告書」総務省 平成17.1.12

ちなみに、滋賀県の公立高島^{vi}総合病医院は老朽化した病棟の整備費(50~80億円)に、当初、合併特例債の活用をしようという動きがあった。しかし、どこに立て直すかで採め、時期を逸したらしい。この病院は市合併前には旧高島町が現在地での新築を主張し、旧安曇川町が同町田中への移転を求め、市政最大の懸案になっていた。同病院は1950年に国保高島病院として開院後、81年に旧高島郡の広域運営になり、合併後は市が運営を引き継いだ。現在の建物の最も古い部分は1966年に完成している。合併後の2005年8月に市地域医療整備検討委員会が建て替え場所を「旧高島町内」と提言していたが、2007年11月13日に同病院の管理運営会議が現在地での建て替えを海東英和市長に申し入れ、市長が同月27日の市議会全員協議会で議員に方針を伝えていた。およそ50~80億円かかるという建設費の検討であるから十分な議論を尽くす必要がある。

3.3 公立病院特例債

上記の合併特例債は2005年3月31日に市町村の合併の特例に関する法律(旧・合併特例法)が失効したのと同時に新規は認められない。しかし、公立病院改革ガイドラインには公立病院の再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費として、公立病院特例債の創設等を決めていた。公立病院特例債とは2008年度に限り、2003年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振替える「公立病院特例債」を発行できることとし、不良債務の計画的な解消を支援することを目的とした公債である。また、同特例債に係る利払い額に対しても特別交付税措置化されているのである。さらに、再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資、病院等の施設の除却、退職手当の支給等に対する経費について、所要の地方財政措置を講ずることを推奨している。

「公立病院特例債」を発行できる条件として

- 1 不良債務比率^{vii}10%以上
- 2 平成20年中に策定する改革プランで単年度収支の均衡を図ることができる
- 3 平成15年度以降で不良債務が著しく増加している自治体

の3つがある。「公立病院特例債」を発行するためには、単年度収支の均衡を図ることが条件なので、かなり厳しい改革プランが求められているはずである。しかし、共同通信社の調査(2008年10月1日)によると、公立病院特例債について25道府県の計56自治体が総額500億円超の発行を総務省に申し出たことが判明している。

総務省は2008年12月から各自治体にヒアリングし、2008年度内に発行額を確定するという。発行を希望している自治体は病院事業の収支赤字を補填するため、金融機関からの借り換えを繰り返し、一時借入金が不良債務化しているというのである。特例債を発行できれば、長期間にわたり計画的に償還することが可能になるという。中でも北海道は申し出た自治体の数が最多であり、特に赤平市などは12億円超の発行を希望して、2008年度決算で財政再建団体に陥らずに済むという試算を出しているそうである。いわば、これは地

方自治体の延命措置にもなっている。

このような例は他にもある。山形新聞(2008年11月02日)では、公立高島に関する記事を載せている。それによれば、高島町は公立高島病院の経営健全化に向けて同病院事業特別会計の2007年度決算で生じた資金不足額(不良債務)約5億1600万円を公立病院特例債に振替、不良債務の解消に努める方針を決めたという。これと並行して08年度決算の収支均衡も図るため、10月から半年間、町特別職と一般職員の給与を総額約3500万円削減して経営健全化の財源に充てるという。公立高島病院は医師不足や診療報酬の引き下げなどで経営が悪化している。公立高島病院会計の資金不足比率は同法に基づく経営健全化基準^{viii}の20%を大きく上回る31.4%に達し、現状のままでは国から病院経営の指導を受けることになるという。このため、町は公立病院特例債を活用して資金不足額の解消に努めることにしたという。計画では、07年度末の病院会計の資金不足額約5億1600万円を特例債に借り換え、09年度から15年度までの7年間、各年度約7400万円を償還していく。町一般会計から病院会計への繰出金は、08年度当初は4億2000万円だったが、09-15年度は各年度5億2000万円と1億円増額して償還に対応する予定である^{ix}。

この例で言うが高島町は明確に資産も売却し、職員の給与も引き下げるという方向での再建策を打ち出しており、この方法自体は間違っていない。不採算地域の病院であるから、ある程度の補填は仕方がないが、その根拠として経営努力を見せる必要がある。一方、赤平市の希望が満額で通るとは思われないが、もしそうだとしたら財政規律はどうなってしまうのであろうか。上述のように、公立病院には赤字を補填する機構が備わっている。それは損益計算書の中の収入項目にも入っているし資本金の中にも入っている。このように恵まれているのが公立病院の会計関係なのである。

4 ケーススタディ

以上を踏まえて、ここからはケーススタディを見ていく。まず北海道であるが、平成19年12月に公立病院等広域化・連携構想(素案)を出し、総務省の「公立病院改革ガイドライン」にいち早く対応した。この素案によれば、平成19年4月1日現在で市立・町村立の病院が94病院あり、道立を含めると道内の病院全体の17%となっている。第二次医療圏の中核医療機関である地域センター病院の6割以上が公立病院であり、また、臨床研修病院、救命救急センター、救急告示病院など高度な医療を担う病院の中での割合が高くなっているという。一方、人口1万人未満の小規模市町村における公立病院の占める割合も全体の3分の2となっている。

公立病院は高度医療からへき地等における住民に身近な医療サービスの提供に至るまで、北海道の医療提供体制において大きな役割を果たしている。公立病院の経営状況は、平成18年度の公営企業決算状況調査によれば、全道の公立病院94病院のうち、赤字事業は76事業で、全体の80.9%を占めている。経常収支比率^xも平均91.4(最高は国保浜頓別病院の107、最低は夕張市立総合病院の54:今は診療所となっている)となって悲惨な状況で

ある。平成 18 年度には診療報酬が平均 3.16%減額改定され、その一環としてなされた看護師配置基準の見直しに係る入院基本料の改定などにより、経営がさらに悪化していると思われる。北海道の公立病院の状況には問題が多い。主なものを挙げると、

- 1) 人口当たりの病院・病床数が全国平均を大きく上回っているが、市町村立病院の病床利用率は 76%程度にとどまっており、病床数を適切に見直すことが必要とされていること
- 2) 札幌圏に医師の約半数が集中しており、地域においては少数の医師に過剰な負担がかからないよう医療提供のあり方を考えることが必要であること
- 3) 道路整備が進んでおり、市町村間の時間距離は大きく改善したが、一方、公共交通機関の利便性が低下し、受診に当たり高齢者など自家用車を持たない住民には負担であること

などである。高齢化社会にあつて、特に 3) の問題は切実であり、不用意に取り扱うと病院に通えない者が多数出るという事態になりかねないのが北海道なのである。

このような状況に鑑み、道としての構想をまとめたのが公立病院等広域化・連携構想(素案)である。この素案の基本的な考え方は「公立病院に、今求められるのは身近なかかりつけ医の機能から高度な急性期医療までの全てを担うことではなく、地域の他の医療機関と役割を分担して相互に連携すること」²¹⁾とし、連携の区域設定を病院や診療所名を挙げて具体的に行い、また、財政状況やベッドの利用率、住民の通院動向、地理的条件などを分析した結果、小規模(100床以下)で病床利用率が低い渡島管内の松前町立病院など 38 の病院について、「診療所化を含めて規模の適正化について検討する必要がある」と指摘している。

この素案については「一方的である」との批判もあるが、これまで役割分担等の話し合いを自体病院間でしてこなかったという反省の声も聞こえる。いずれにしても、地方公共団体は、平成 20 年度内に公立病院改革プランを策定(経営効率化は 3 年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは 5 年程度を標準)せよという上述の総務省のガイドラインからすれば、北海道はいち早くこれに対応した方針を建てたようである。公立病院等広域化・連携構想(素案)の 20 ページ以降は、実質的な医療圏とも言える 30 の区域の詳細が描かれている。その構成は区域の図と、受診動向、医療資源の概況として病院数、診療数、医師数、病床利用率、介護サービス等の状況、介護サービス事業者数、財務要素等の数値が並び、最後に公立病院の方向性というコメントが付いている。

4.1 僻地にあつて健闘している公立病院

その中にあつて、地域性からかなりの病院を維持する方向になっているのが名寄市、下川町、美深町、音威子府、中川町、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、西興部村で形成する区

域である。コメント欄には「(中略) 浜頓別町国保病院、中頓別町国保病院、枝幸町国保病院、同国保歌登病院は、いずれも比較的小規模ですが、中核病院との距離から一律に診療所化することは困難であり、相互の連携体制を検討した上で適切な規模や運営のあり方を検討する必要があると考えます」とある。それでは、地域性からかなりの病院を維持する方向になっているのが名寄市、下川町、美深町、音威子府、中川町、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、西興部村で形成する区域から中頓別を取り上げてみよう。

中頓別町は、宗谷管内の東南に位置し東南に歌登町、北は浜頓別町に接し、西及び西南方は、天塩山脈をへだてて上川支庁管内の幌延町と接している。直線距離で札幌までは310.6km、旭川までは171.7km、宗谷支庁を代表する稚内までは100.2kmの距離にあるⁱⁱⁱ⁾。昭和31年に森永乳業の前身町営製酪事業が操業開始したのを契機に、農業の中心が畑作から酪農に変わった。しかし、その工場も昭和63年に閉鎖されてしまった。平成3年には企業誘致に成功するも、その企業も4年後には撤退してしまった。

表5 二次医療圏(宗谷)地域の国保病院の給与 (円、人)

	事務職員	医師	看護師	准看護師	全職員	職員人数	病床数	1日平均入院患者数	1日平均外来患者数
猿払村	458,604	2,728,583	390,292	470,986	638,651	26	28	22	81
浜頓別町	437,190	2,368,389	412,833	420,811	538,764	49	64	45	173
中頓別町	522,021	1,819,667	424,560	518,667	503,908	27	50	24	98
枝幸町	539,217	2,227,458	422,708	546,351	618,179	52	83	68	203
枝幸町(歌登)	512,800	3,255,773	516,708	434,347	650,925	27	38	22	66
豊富町	465,740	2,573,278	500,292	574,206	705,982	32	54	29	131
利尻島国保中央病院	431,464	2,107,667	408,536	473,354	602,677	42	48	30	167

データ) 総務省「地方公営企業年鑑 平成17年版」

データで見る限り、中頓別国保病院の経営はこの地域の公立病院の中では悪くはない。この地域:二次医療圏(宗谷)で見ても、他会計繰入金対医業収益比率は14.9で最も低く、反対に実質収益対経常費用比率は100を越えないまでも82.1と最も高い。医業収益に対する職員給与費も最も低く48.4で、最高位の枝幸町歌登国保病院の95.7と比べると約半分である。実は中頓別の給与水準は他の町村と比べて低いことは低いのだが、医業収益に対する職員給与費が低いその主たる要因は、職員総数の少なさである。恐らく、欠員補充をせずに10数年かけて全体に占める職員給与を引き下げたのだろう。これは慧眼である。現在では医師数は2人になったが、この時のデータでは医師は1人であり看護師が3人、准看護師が11人、事務職4人、医療技術員5人、その他4人である。しかし、看護師・准看護師については定年に近い年齢の者もいるので、補充を考えないといけないかもしれない。

中頓別町を始めとして（枝幸町では合併した旧歌登町の公立病院が診療所化している）宗谷地域の病院が生き残る可能性を残しているのは、その地理的条件が大きい。南宗谷消防組合中頓別支署のS副土長によれば、年間の出勤の半数が転院搬送であり、中頓別の場合、二次医療には名寄市立病院や市立稚内病院が控え、三次医療に関しては旭川医科大学病院がある。しかし、救急車で二次医療にアクセスするには約70分、三次医療には120分ほどかかる（炭谷 2008）。この地理的位置付けのおかげで、中頓別国保病院は一次医療だけではなく1.5次医療の提供も期待されていることになる。また、この地域には共通する特徴は、どんなに小さな町でも介護施設を持たざるを得ないということである。なにしろ冬場はマイナス30度にまで気温が下がる。このような地域では冬のシェルターが必要なのである。

図3 道北部の模式図



出所) 筆者作成 ●は病院の大凡の位置

ここで危惧されるのは他地域の病院の動向である。中頓別国保病院としては、オホーツク海側と内陸の名寄市を結ぶ中間地点としての地理的位置付けを最大限に利用して、病院経営を行っていきたいと考えているようである。そのためには、少なくとも浜頓別の国保病院との統廃合という考え方が出てくるだろう。もちろん、浜頓別も様々な介護施設を抱えているため、そう簡単に統廃合に応ずるわけにはいかないだろう。ただし、浜頓別国保病院の件数費は高く、大鉈を振るわなければあと数年しかもたないような感がある。

仮に浜頓別国保病院が診療所になったとすると、一部の患者は他地域に行くとしても、およそ2倍の外來患者、3倍の入院患者を中頓別国保病院で診る必要が出てくるだろう。

現在、中頓別国保病院の常勤の医師はS院長（内科）と地域医療振興財団からの派遣医師（外科）の2人であるが、旭川医大から外科、整形外科、神経内科の医師が出張診療をしてきているようである。しかし恐らく、これでは足りずに医師を増やす必要がある。それには大きな問題が立ち上がる。それは中頓別町の財政である。一般会計からの補填で見れば、水道に3,686万円、下水道に6,380万円の補填を行っているようだが、病院には1億5,052万円（以上、平成18年度）という大きな額が補填されている。病院事務長のA氏は看護基準の15対1を取れば診療報酬が上がり、他会計からの受け入れ分が1億円を切れると試算しているが、現状では難しい。

4.2 整理統合で乗り切れる公立病院

北海道の公立病院等広域化・連携構想（素案）の第3区域は八雲町、せたな町、今金町、長万部町で構成される地域である。八雲町は平成17年10月1日、旧八雲町と旧熊石町が合併を実現して新しく八雲町が誕生した。人口20,429人、世帯数8,722戸（平成17年10月1日現在）の日本で唯一、太平洋と日本海を持つ町となった（日本海側が旧熊石町で、人口は3,500人余り）。せたな町は2005年9月1日、旧瀬棚郡瀬棚町、旧瀬棚郡北檜山町、旧久遠郡大成町の3つの町が合併して出来た（人口比は旧瀬棚町：旧北檜山町：旧大成町=1:2:1）。

この区域で特筆すべきは、せたな町の旧瀬棚町地域である。旧瀬棚町は、現在では夕張で有名なM医師が診療所の所長を務めていたところである。瀬棚町では平成13年9月から65歳以上の高齢者を対象に国内で初めて肺炎球菌ワクチンの接種への公費助成を始めた。町が費用のうち2,000円を負担した。M医師が「肺炎になれば治療に1人25万円かかる。ワクチン補助で100人に1人、高齢者の肺炎予防が出来れば採算が合う」と町を説得した成果である。また、瀬棚町では高齢者を対象にした肺炎球菌ワクチン接種助成だけでなく、全町民対象にインフルエンザの予防接種費用の助成、住民検診でのヘリコクターピロリ菌の尿中抗体検査など、疾病予防対策を進めた結果、国保の1人当たりの医療費について平成3年に道内1位だったのが平成16年8月時点で182位と改善し、医療費削減につながったという実績があった。

このような医療制度も合併によって変化を遂げた。瀬棚地区の住民にとっては、まず、M医師を失った^{xiii}という損害が大きい。また、インフルエンザ予防接種の補助対象も新しい町では（2006年4月から）15歳以下と65歳以上に限定された。65歳以上は自己負担1,000円、15歳以下は公費助成分が1,000円となる。肺炎球菌ワクチン接種も全町で導入されることにはなったが、旧瀬棚町の住民にとっては、自己負担が3,500円から4,500円となり、1,000円の負担増になる。もともと、旧北檜山町と旧大成町には予防医療への公費助成制度がなく、希望者は全額を自己負担していた。旧大成、旧北檜山区の町民にはプラスになる一方で、旧瀬棚町民にとっては従来の全住民対象が限定的になったこと、自己負担が増額されたことといった点で後退となった。

この事態に関して、世間一般の評価はどうであろうか？多分に目につくのは旧瀬棚町の住民がかわいそうということであろう。実際、M 医師は去り、住民の負担は増える結果となった。しかし、合併した場合にこのような事態は十分に予想出来たのではないだろうか。旧瀬棚町をベースに考えれば、人口はおよそ 4 倍になる。しかし、これは高齢者の人口もまた同程度の倍数で増えることになり、同時に先ほどの補助助成をそのまま継続するならば、その費用もまた 4 倍になるということである。医療・保健事業を合併後も継続するか否かは首町の意識に依存する。実は、旧大成、旧北檜山区の住民には予防医療への公費助成制度が初めて開始されたということはまったく評価されていない。瀬棚地域から見ても、公費助成がなくなったわけではない。きっと合併とはそういうものではないだろうか。行政サービスに違いがあった場合、これを平準化するのは当然であろう。

事前に病院のあり方や医療のあり方を十分に議論せず合併してしまった市町村は多い。言い換えれば、合併債や交付税の嵩のみに目が眩んだ行動であると言われても仕方のないところである（もちろん、地域に金がないことは百も承知している）。瀬棚地域の住民とどのような約束を現町長がしたのかはわからないが、瀬棚地域としては嫌なら合併しなければよかっただけの話である（現に今金町は合併していない）。予防医療の取り組みに関しては、旧大成、旧北檜山区の住民には予防医療への公費助成制度が初めて開始されたのである。もちろん、M 医師が目指したものと異なるが、ゼロになってしまったわけではないのである。

図4 第3区域の病院



- A: 長万部町立病院
- B: 今金町立国保病院
- C: せなな町立国保病院瀬棚診療所
- D: せなな町立国保病院
- E: 八雲総合病院
- F: せなな町立国保病院大成診療所
- G: 八雲町熊石国民健康保険病院

注) 筆者作成、番号は国道。なお、公立病院等広域化・連携構想(素案) P24 にはこの区

域の病院資源が挙げられている。

この第3区域には基幹病院として二次医療までを担う八雲総合病院がある。病床数358(一般214、療養40、精神100、結核4)で、病床全体の病床利用率も83.9、平均在院日数19.1という病院である。ここを起点に地理的条件を考えれば、八雲町、せたな町そして今金町は、国道5号線、230号線、229号線、277号線で環状に結ばれている。そして長万部町と八雲町は道央自動車道という高速道路が走っている。病院は基本的に幹線道路の上にある。特徴を言えば、この地域の病院と診療所間の距離は北海道にしては比較的近いと言える。例えば八雲総合病院とせたな町立国保病院の距離は45km(50分)の距離であり、大成診療所との距離は60km(70分)の距離である^{xiv}。

せたな町が旧町立大成国民健康保険病院を診療所化したのは正しい。旧町立大成国民健康保険病院は昭和39年に建てられ(病院の開設は昭和40年)たもので、木造建築(部分的に2階はあるものの、基本的に平屋建て)であった。病床数も32と小さく、これを診療所に転換するというのはいいアイディアである。地理的にも2次医療を担う八雲総合病院まで近い。これは、旧北檜山国保病院にも旧瀬棚診療所にも当てはまる。しかし、旧北檜山国保病院をせたな町立病院として残す意味があったのだろうか?実は北檜山には医療法人財団明理会道南ロイヤル病院(一般病床51床、療養病床120床)という民間病院がある。この病院はIMSグループ(板橋中央総合病院グループ)に所属する病院で、経営には定評のある病院である(せたな町立病院とは250mほどの距離である)。なのに、せたな町は病院を残した。ここには大きな疑問が残る。

たしかに公立病院等広域化・連携構想(素案)によるこの第3区域の公立病院の評価は、「(中略)せたな町立国保病院、今金国保病院、長万部町立病院は不良債務はありませんが、比較的小規模の病院であり、平均在院日数などを勘案して今後とも適切な運営が必要です」といったものであった。しかし、せたな町立病院を残したということには大いに疑問が残る。もし筆者がせたな町の町長であれば、せたな町から病院を無くし、すべてを診療所(19床は持つ)とする。現行では、せたな町の病床数は一般で60床、療養が39床であるが、筆者の案では有床診療所19床 × 3カ所 = 57床で現行の一般病床分は有床診療所3カ所分でまかなえる。療養病床の39床は、認可基準の緩くなった老健を旧北檜山国保病院の施設を使って新たに作る。これで療養病床も無くすることができ、厚労省の方針にも従うことになる。また、平成18年4月1日現在でせたな町の医師数は旧瀬棚町診療所に1名、大成国保病院に1名、北檜山病院に3名であった。タラレバを言っても仕方がないが、合併前にM氏も交えたこのようなランドデザインが描けていたならば、事態はもっと変わっていただろう。旧瀬棚診療所を中核にすれば、M医師を募る医師を各診療所に3名は配置出来たはずである(夕張希望の杜に医師が集まっていることから、十分に可能であったことである)。これで予防医療は旧瀬棚町並にしても、病院運営のコストに比べれば安上がりというものである。しかし、病院は残った。

実は旧北檜山国保病院の全職員の平均給与は701,610円でこの地域一番である(最も安