

える一方、男性医師は結婚後も働き方を変えないことが観察された。これが女性医師のライフコース構築にどのような影響をもたらすかを検討する必要があると考えられる。これは他の職業でも見られる点であり、医師特有の問題ではない。

他方、女性医師の配偶者の年収は 800 万円以上が多数派であり、他の女性就業者の配偶者は 300～399 万円にピークがある。ダグラス・有沢の第 1 法則からすれば、女性医師の就業率が低下することは自然なこととされるかも知れない。ただし、この点については離職者サンプルが十分でないため、実証的な検討余地が大きい。

E. 結論

医療介護従事者の供給確保策を実効的にするためには、その情動的背景を充実すること、例えば、医療福祉従事者パネルデータの構築などが必要であると考えられる。パネルデータの構築には時間がかかるが、今後も少子化の帰結である医療・福祉従事者の確保の難しい状況は続くため、早急に構築される必要があると考えられた。他方、パネルデータが構築されるまで就業構造基本調査の最新時点のデータを用いた分析が行われる必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

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

II 関連論文

医療・介護の制約条件と効率化をめぐる3つの課題

政策研究大学院大学 島崎謙治

1. はじめに

本研究の分担研究者として筆者に与えられた役割は、「医療制度改革の有効な実施方法評価に関する理論的・規範的検討」である。本稿では、まず、医療・介護制度の制約条件である人的資源の確保問題について考察する。次に、効率化をめぐる政策課題を鳥瞰した上で、①職能の見直し、②透析医療、③公立病院改革、の3つについて検討を行う。この3つの個別課題を取り上げる理由は次のとおりである。①については、効率化に直接関わる重要な問題でありながら、法的な論点が十分整理されていないきらいがある。②については、医療経済的な観点に加え患者のQOL向上という観点から、疾病予防や疾病管理、在宅透析の普及、老人保健施設での受入れなども重要な検討課題であるが、総合的な視点から課題の把握が行われていないように思われる。また、③については、これまで多くの論文が書かれているが、公立病院のガバナンスという観点から考察したものは乏しく、公立病院改革の本質が正しく捉えられていないという印象が拭えない。

2. 医療・介護制度の制約条件—人的資源の確保問題—

(1) 医療・介護政策と人的資源の確保問題

政策とは、筆者なりに定義すれば、「特定の価値観に基づき、あるべき方向（目標）を目指し、現状の問題点を改善するための手段・方法の総体」である。

医療政策に限ったことではないが、政策は「白紙に自由に絵を描く」わけにはいかない。政策の本質は、制約条件が付されている中で目標と方法の選択であり、現状の問題点の把握と併せ制約条件を吟味することが政策論議の出発点となる。

それでは日本の医療・介護制度の将来を制約する条件とは何か。最も重要な制約条件は、高齢化の急速な進展等により医療・介護需要の増大が不可避である一方、①日本経済の潜在成長率が低く財政制約が非常に厳しいこと、②医療・介護の人的資源の確保が困難になると見込まれること、の2つである。筆者は、①については既に島崎(2007)、(2008a)、(2008b)で論じている。したがって、本稿では重複を避け、②の人的資源の確保問題に絞って述べる。

医療・介護制度は年金制度と本質的に異なる点がある。それは、年金制度は煎じ詰めれば「お金の移転」というファイナンス（費用の調達・決済）だけの問題であるのに対し、医

1 なお、筆者は「公立病院改革懇談会」委員および「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」副座長として公立病院改革に関っているが、もとより本稿の見解にわたる部分は私見であり委員会としての見解ではない。

療・介護ではファイナンスの前にデリバリー（サービスの供給）が存在することである。したがって、医療・介護では、経済の潜在成長率が低い中でファイナンスできるかという問題もさることながら、必要なサービスを実際に提供できるかというデリバリーの問題も非常に重要である。そして、その中でも最もクリティカルな問題は、人的資源を質・量ともに十分確保できるかという問題である。これに関しては医師不足に焦点が当てられることが多いが、決してそればかりではない。看護職や介護職等の人的資源の確保も重要である。むしろ養成数の確保やモチベーションの維持という意味では、こちらの方がより深刻であるという見方もできる。

（2）2030年における看護職員・介護職員等の推計

表1は、主要先進国について保健衛生・社会事業従事者、看護師等の労働力人口に占める比率等を比較したものである。日本は他の先進国に比べこの比率はやや低い。ただし、国際比較のデータの制約上、表1は2004年の数字となっているが、日本の2006年の就業看護職員数（看護師・准看護師・保健師・助産師の合計）は約126万人（厚生労働省「衛生行政報告例」）、同年の介護職員数は約117万人（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）と伸びており、2006年の看護・介護職員の合計は約243万人となっている²。

表1：保健衛生・社会事業従事者等と労働力人口に占める比率

（単位千人：％）

	日本	スウェーデン	英国	ドイツ	フランス	米国
保健衛生・社会事業従事者 (A)	5,310	683	3,355	4,063	2,919	16,661
助産師・看護師・准看護師 (B)	1,171	101	765	818	454	3,015
労働力人口 (C)	66,420	4,512	29,369	39,948	27,429	148,893
A/C	8.0%	15.1%	11.4%	10.2%	10.6%	11.2%
B/C	1.8	2.2	2.6	2.0	1.7	2.0

（出典）AおよびCは、ILO：Yearbook of Labour Statistics (2005)

Bは、OECD：Health Data 2008

² なお、比較に当たっては常勤換算の有無等に留意する必要があるが、これらの数字は1つの目安としてみるべきものである。

それでは近未来はどうか。2025年における医療・介護のマンパワーの必要量については、「社会保障国民会議」が2008年10月23日にシミュレーション（試算）を公表している。それによれば、「現状投影型」の場合、看護職員は177万人、介護職員は212万人、「大胆な改革（B2）」の場合には、看護職員は203万人、介護職員は255万人と推計されている。これを一定の仮定を置き2030年に引き伸ばせば、「現状投影型」の場合、看護職員は190万人、介護職員は238万人、「大胆な改革（B2）」の場合には、看護職員は223万人、介護職員は293万人となる³。

「社会保障国民会議」のシミュレーションは、複数の選択肢が示されているように国民的な議論を行うための「たたき台」にすぎず数字を「独り歩き」させることは適当ではない。ただし、医療職・介護職の必要数を議論する際の参考にはなる。以下では、これを基に3つの試算を行う。

ア. 2030年における看護職員および介護職員の労働力人口に占める比率

2007年11月に出された厚生労働省の「雇用政策研究会報告書」によれば、2030年の労働力人口は、労働市場への参加が進むケースで6,180万人、進まないケースでは5,584万人とされている。そこで、2030年の看護職員および介護職員の労働力人口に占める比率を計算すると表2のとおりである。看護職員でいえば、現状の労働力人口比は2%弱であるが、それを1.5倍から2倍程度増加させることが必要になる。介護職員の場合には、労働力人口に占める比率は現状（2%弱）の2倍ないし2.5倍程度増加させなければならないことになる。

表2：2030年における看護職員数・介護職員数および労働力人口に占める比率

	「現状投影型」の場合	「大胆な改革（B2）」の場合
看護職員	190 万人（3.1%～3.4%）	223 万人（3.6%～4.0%）
介護職員	238 万人（3.9%～4.3%）	293 万人（4.7%～5.2%）

イ. 2030年における「保健衛生・社会事業従事者」の労働力人口に占める比率

2006年の「保健衛生・社会事業従事者」に占める看護・介護職員数の比率は約44%である。仮にこの比率（44%）が変わらない場合（A1）、「保健衛生・社会事業従事者」に占める看護・介護職員の比率がやや高くなる場合（仮に50%とする：A2）の2つを前提に、2030年時点での「保健衛生・社会事業従事者」を試算すると、次のようになる。なお、この表中の括弧書は、2030年の労働力人口（労働市場への参加が進むケースで6,180万人、進まないケースでは5,584万人）で除した数字（割合）の幅を表している。これから分かることは、現状では「保健衛生・社会事業従事者」は労働力人口の1割弱（2004年では8.0%）程度であるが、2030年にはその割合を最小で1.7倍、最大で2.6倍程度引き上げなければならないということである。

³ 2025年から2007年の年平均の伸び人数を単純に5年間引き伸ばし算出したものである。

表3：2030年における保健衛生・社会事業従事者数（粗い試算）

	「現状投影型」の場合	「大胆な改革（B2）」の場合
A1	973 万人（15.7%～17.4%）	1,173 万人（19.0%～21.0%）
A2	856 万人（13.9%～15.3%）	1,032 万人（16.7%～18.5%）

ウ．2030年における新卒者に占める看護職員および介護職員の比率

看護職員および介護職員の必要数を確保するにはどうすればよいのか。考えられる方策としては、①看護職・介護職の養成数を増やす、②看護職・介護職からの離職を防ぐ、③資格はあるが就業していない潜在看護師や潜在介護職の活用を図る、④外国人の看護職・介護職の受入れを図る、ことが挙げられる。ただし、④は言語の相違によるコミュニケーションギャップや文化的軋轢等の問題がある。EPA（経済連携協定）による現行の受入れスキーム（受入施設で就労するが、日本の国家資格の合格を目標とする研修を実施）の実施・定着状況やその成果を十分評価する必要があるが、いずれにせよ、④だけで不足数を埋めることは難しい。また、②は非常に重要であるが、一定の離職が生じることは避けられない。さらに、③については、潜在看護師は約55万人、潜在介護福祉士数は約20万人と推計されているが⁴、その全員を「復職」させることは非現実的であり、また、仮に相当数が復職したとしても絶対的な必要数をこれにより充足させることはできない。したがって、①の看護職・介護職の養成数そのものを相当程度増やすことを考えざるをえない。

現在、新卒の看護職員数は約5.1万人から5.3万人と推計されている⁵。看護職の多くが若年で看護資格を取得するのに対し、介護職の場合は、例えば養成施設卒業による介護福祉士登録者よりも一定の実務経験者による国家試験合格者の方が多いなど、看護職とは資格取得等の形態が異なる。ちなみに、2008年度の介護福祉士養成施設の入学定員は約2.5万人となっている（厚生労働省2008）⁶。必要養成数は離職率の見込みや潜在看護師等の復職可能性等により可変的であるが、仮に現在の新卒の看護職員数（5.2万人）および介護福祉士養成施設の定員数（2.5万人）を1.5倍程度増やすとすれば⁷、それぞれ7.8万人、3.8万人となる。

他方、少子化の進展により母数となる労働力人口が小さくなることに留意しなければならない。看護職員や介護職員の養成課程は4大卒や専門学校卒など多様であるが、計算を

⁴ 潜在看護師数は厚生労働省「第6次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」（2005年12月26日）、潜在介護福祉士数は「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（2007年厚生労働省告示289号）を参照。

⁵ 厚生労働省「第6次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」（2005年12月26日）の3の記述による。なお、厚生労働省「国家試験合格発表資料」によれば、2008年の看護師・保健師・助産師の国家試験合格者数の単純合計は58,098人である。

⁶ 厚生労働省「福祉・介護人材確保関係主管課長会議資料」（2008年12月25日）参照。

⁷ 1.5倍と仮定する根拠は、アで論じたように、2030年の必要数が2006年に比べ少なくとも1.5倍から2倍程度となるためである。

簡便にするために、以下では20歳の者の数で代表させることにする。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（2006年12月）」によれば、2008年では、20歳の者は133万人（男性68万人、女性65万人）であるが、2030年には95万人（男性49万人、女性47万人）となる。したがって、新卒の看護職員数および介護職員数を20歳の者の数で割り戻すと表4のとおりである。

表4：2030年における新卒看護職員および介護職員の20歳人口に占める比率

	新卒者数（2008年から2030年）	20歳人口に占める比率（2008年から2030年）
看護職員	5.2万人 → 7.8万人	3.9% → 8.2%
介護職員	2.5万人 → 3.8万人	1.9% → 4.0%

つまり、現状でも新卒者の5.8%が看護職員または介護職員の養成数である（実際の入学者数との乖離については後述する）が、2030年にはその割合は12.2%まで増加する。換言すれば、新卒者の約8人に1人は看護職員または介護職員となるということである。なお、筆者は看護・介護分野に男性が参加することは好ましいことと考えている（ジェンダー・バイアスはない）が、看護・介護は女性の割合が高い職種である（現状では看護職員では95%、介護職員では78%）。仮に、新卒看護職員・新卒介護職員の男女比が1：4だとすると、計算上は2030年には新卒女性の5人に1人が看護職員または介護職員となる。

いずれにせよ、労働力人口（とりわけ若年労働力）そのものが減少する中で、労働力人口を医療・介護分野に大幅にシフトすることが必要になる。これについては、医療・介護の充実には内需拡大に資するという見解もあろう。筆者もそのこと自体は否定しない。また、国民が医療・介護の充実を望むのであれば、労働力人口を医療・介護に振り向けることは政策に方向性として間違っていない。「社会保障国民会議」のシミュレーションも、そうした国民的議論を喚起するためのものと受け止めるべきであろう。ただし、その「道のり」は決して平坦ではない。その主な理由は次の3つである。

第1に、天然資源が乏しいわが国は結局のところ外貨を貿易で稼ぐよりなく、国家戦略として「貿易立国」の旗を降ろすわけにはいかない。その鍵となるのは高付加価値を生み出す科学技術である。少子化が進む中で優秀な若年労働力を医療・介護分野にシフトさせれば、技術開発や製造等を担う人材が手薄になることが懸念される。

第2に、医療・介護への労働力人口のシフトは、労働市場において「見えざる手」で自動的に調整されるわけではない。どの程度医療・介護の人材を養成するかは、社会的に意思決定しなければならない。若年労働力が逼迫する中で関係者の利害は対立し、その意思決定そのものを行うことが容易ではない。

第3に、医療・介護の養成数を決めたととしても、その通り充足される保証はない。労働市場において処遇条件等で看護職や介護職の魅力が相対的に低ければ、人材は集まらないし離職も進む。実際、2008年4月時点の介護福祉士養成施設の定員充足率は45.8%（定員

25,407 人に対し入学者数は 11,638 人) と大幅な定員割が生じている状況にある。

3. 政策課題としての効率化の重要性と主要課題の概観

(1) 政策課題としての効率化の重要性

政策の方向(目標)は特定の価値観に基づき設定される。「価値中立的」な医療政策は語義矛盾である⁸。ただし、医療政策については世界共通の目標がある。それは、「質の高い医療をできるだけ最小のコストで国民誰もが受けられるようにすること」である。要素を分解すれば、①医療の質 (quality)、②アクセスの公平性(equity)、③コスト (cost) の3つである。そして、医療政策の成否はこの目標に照らし評価されることから、これは医療政策の評価基準でもある。この3つの要素は完全なトレードオフの関係にあるわけではないが、同時に3つを制御することは至難である。例えば、医療の質や公平性を向上させようと思えば医療費を増えることは覚悟せざるをえず、医療の質を確保しつつ医療費を増やさないのであればアクセスの公平性を犠牲にせざるをえない。「Cost, access, quality. Pick any two.」(コスト、アクセス、質の3つのうち2つを選択せよ) という言葉は、このことを端的に表している。

それでは、そのいずれを重視すべきなのか。筆者は、3つの目標のうち①の医療の質を最も重視する。これはゆるがせにすることはできない。②のアクセスについては、「いつでも、どこでも、誰でも」というスローガンがあるが、このうち、「いつでも、どこでも」については多少制約することもやむをえないと考えている。換言すれば、貧富の差なく受診機会を保障する観点から国民皆保険は今後も堅持すべきであるが、アクセスの内容(例:大病院の外来でも自由にアクセスできる)についてはある程度見直しを行わなければならない。③のコストについては、高齢化の急激な進展や医療技術の革新を考えれば、医療費の増加(国民の負担増)は避けられない。また、日本の医療の現状をみると医療現場が疲弊していることも事実である。ただし、各種の世論調査をみると、国民の負担増に対する忌避感が強いことも間違いない。したがって、現状の医療をいわば「そのままの形で単純に拡大する」のでは国民の理解は得られないし、また適当でもない⁹。筆者は「無駄をなくせば負担増は避けられる」といった単純な議論には与しないが、国民に負担増を求める前提として、「拠出したお金に見合う価値」(value for money)の最大化、簡単に言い換えれば「効率化」が求められることになる。

(2) 効率化の主要課題の鳥瞰

医療・介護の効率化をめぐる課題は山積している。これについては、筆者は既に島崎(2006)、(2007)、(2008a)、(2008b)で論じているので、本稿では、その要点だけ簡条

⁸ 「価値中立的な政策」という言葉と、たとえば経済活動にバイアスをかけないという意味での「中立的な政策」という言葉は明確に区別されるべきである。

⁹ 筆者の基本認識は、日本学術会議臨床医学委員会医療制度分科会『医師の偏在問題の根底にあるもの 提言:量から質の医療への転換による克服』(2007年6月21日)と一致する。

書き風に示しておく。

第1は、医療機関の機能分化の推進である。欧米諸国と比較し、日本の医療機関は、全体として在院期間が長く病床当たりの医師および看護スタッフは少なく、いわば“薄く広い”医療を“長く”提供しているという特徴がある。こうした状況は医療の質の確保や医療資源の適正かつ効率的な配分という観点からみて決して好ましいことではない。急性期病院には高度な医療技術の集積が求められる。専門医がその技術の向上を図るためには指導医の下で一定数の症例数の診療経験を積む必要がある。このため、急性期病院は急性期医療に集中・特化するとともに病院・病床を集約化し、「医療密度」を高める必要がある。また、回復期リハビリ病院や慢性期病院はそれぞれの機能にふさわしい機能を発揮できるよう適切な人員配置を行うことが必要である。さらに、医療機関の機能分化と集約化により医療機関の「医療密度」を高くする一方、多様な介護系・居住系の整備を図ることが必要になる。

第2は、医療の標準化を進めるとともに、悪貨が良貨を駆逐しないよう客観的な医療の質の評価を行うことが不可欠である。DPCの対象病院の病床数は準備段階の病院も含めると一般病床の約半数に達しているが、DPCのデータを解析することにより医療の質とコストの評価は相当程度可能となっている。また、主要疾患別の診療ガイドラインの普及も進めるとともに、クリティカルパスも医療現場サイドにおける標準的な医療のガイドラインの作成と質の管理に資するものであり、その一層の推進を図ることも重要である。さらに、医療機関の質を高めるには各医療機関が自ら医療の質に関する指標を算出し公開するとともに¹⁰、関係学会や第三者による評価を行うことも必要である。なお、第三者評価としては、医療機能評価機構による評価が代表的なものであるが、構造およびプロセスの評価にとどまらず、指標の客観性等をめぐる課題はあるにせよアウトカム評価まで組み入れることを目指すべきである。

第3は、医療機関の連携や医療と介護の連携である。連携なき機能分化は不幸であり、連携は機能分化を進めるための「必要条件」であるが、急性期から回復期などを経て退院、在宅まで「切れ目のない連携」が実現できている地域はそれほど多くはない。また、病気の状態やどこで受診すればよいのか親身に相談にのる医師がいないことも国民（住民）の不満や不安の多い点である。また、機能分化は患者の側から見ると、治療の場所や担当医が変わる（これまで形成されてきた医師と患者の関係がその都度切断される）ということになるが、これは高齢者をはじめ患者の立場からすると非常に大きな負担になる。逆にいえば、機能分化が進めば進むほど、「切断された関係」を患者の立場に立って全体を見渡すことのできる医師が必要になる。日本ではプライマリケアが医療政策の中できちんと位置づけられていないが、地域住民の疾病管理や相談機能を含め全人的医療を十分果たすマインドとスキルを持った医師の教育・養成は極めて重要な課題である。

¹⁰ 病院の臨床指標の公表の例として、聖路加国際病院QI委員会(2007)『Quality Indicator [医療の質]を測る』(インターメディカ)がある。

第4は、病院と診療所の機能の整理である。特に大病院の外来と診療所が機能的に競合状態にある現状は医療資源の効率的な配分という観点からみて適当ではない。ただし、患者の大病院指向の背景には診療所に対する不信感が少なからず存在する現状を踏まえれば、短兵急に大病院の外来を強制的に閉鎖させるといった方策は妥当ではない。むしろ、「急がば回れ」の諺のとおり、家庭医（総合医）およびプライマリケアを医療政策上明確に位置づけるとともに、その機能の向上を図ることにより患者の「流れ」を変えていく必要がある。

第5は、医療の公共性と適正な配分の必要性である。医療・介護従事者の養成には多大な時間を要する。また、費用も大学医学部の教育だけで1人の医師に約1億円の費用がかかる。例えば、「医師不足を解消するには医師を増やすべきだ」と簡単にいわれるが、①現在でも医師数は毎年4,000人近く増えていること、②アクセスを現状のままにして医師数を増やすとすれば膨大な国民負担増を覚悟する必要があること、③大学の定員を変えた効果は10年以上先に現れることに留意すべきである。そもそも、どのような医師がどの程度必要であり、診療科や地域的にどのように配分するのがよいのか、病院と診療所の配分をどう考えるか、といったことが十分議論されずに医師数を増やす議論に筆者は疑問を覚える。憲法22条の職業選択の自由との兼ね合いなどの問題は多々あるが、以上の点について大学医学部や医学界をはじめ医療関係者は真剣に議論すべきである。

以上の5点はいずれも非常に重要な課題であるが、筆者のみならず多くの論者により議論されている。したがって、以下、政策論議が十分行われていない課題を2つ、政策論議は行われているものの本質が正確に捉えられていないと思われる論点を1つ取り上げ考察することとしたい。

4. 効率化の個別課題その1－職能の見直し－

(1) 生産性向上と職能見直し

生産性の向上とは通常は労働生産性（労働者1人当たりの生産量や付加価値額）の向上を指す。例えば、技術革新や機械化等により投入される労働力が同じでも生産量が倍増すれば生産性は2倍に向上する。しかし、医療や介護サービスは対人サービスであり、機械化等による生産性向上にそれほど期待することはできない。ただし、医療・介護における生産性の向上がないわけではない。例えば、①サービスの対象者をできるだけ集める（例：集住の形態によりサービス効率を高める）、②重症者と軽症者を分け投入資源を適切に分配する（例：外来受診をトリアージし軽症者の診療所受診を促す）、③他の職能者や事務職で行える業務はそれに代替させる（例：メディカル・クラークの活用により医師本来の業務に専念させる）、ことも“立派な”生産性向上の方策である。そして、専門職能の見直しによる生産性向上は、①および②に関連する部分もあるが、主として③に関わる問題である。しかし、これは一筋縄ではいかない。なぜなら、医療については各職能の権限は生命・身体

の安全性の確保という観点から法令により規定されているのが通例である¹¹。このため、メディカル・クラークに事務補助を代行させ医師本来の仕事に専念させるといった方策はともかく、職能の見直しはこうした法律の解釈変更あるいは法律改正を伴い、しかも、職能の権限を変更することは関係者の利害対立を引き起こすためである。実際、2008年6月10日に開催された「経済財政諮問会議」において、民間議員は、①麻酔専門看護師の導入、歯科医による医科麻酔、②へき地等での薬剤師・看護師の活用、③介護職による、痰の吸引、経管栄養の管理、等を提言しているが、現時点ではいずれも議論がさほど進んでいるわけではない。また、③については、2009年2月12日に厚生労働省に検討会（「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」）の初会合が開催されたが、医療関係の委員からは、介護職らが痰の吸引等を行うことについて反対論や慎重論が述べられている。

(2) 職能の見直しに関する基本的視点

筆者は職能の見直しは避けて通れない重要課題であると考えている。その理由および基本的視点を列挙すれば次のとおりである。

第1に、人口構造が高齢化するとともに疾病構造が急性疾患中心から慢性疾患期中心に変化している。このため、医療と介護は截然と分かれるのではなく、治療(cure)とケア(care)が一体的に行われることや、在宅医療のように生活を中心に据え医療がそれをサポートする形態は増加する。痰の吸引にせよ経管栄養の管理にせよ「医療的ケア」の領域が増えていくことは不可避である。

第2に、財政制約や人的資源の制約が厳しい現実を直視しなければならない。近未来の日本は、毎年経済が右肩上がりであり、労働力も潤沢であった高度成長期とはまったく異質の社会である。もとより経済規制と異なり生命・身体の安全性の確保は揺るがせにできないが、そのために社会資源・費用を無尽蔵に投入できるわけではない。したがって、関係者が知恵を出し合い、安全性と経済性の「接点」を見出し、そのために必要な条件を具体的に検討していくことが求められる。

第3に、以上の2点と重なるが、医療や介護の現場の実状を無視すべきでない。例えば、厚生労働省が2008年9月から10月にかけて行った「特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査」（2009年2月12日の検討会提出資料参照）によれば、夜勤や宿直の看護職員が必ずいる施設は約2%であるが、痰の吸引の約2割は、看護職員が手薄なはずの午後10時から午前5時台に行われている。つまり、現実には介護職員による痰の吸引等は日常的に行われているのである。さらにいえば、痰の吸引等は「医療行為」として行われているため、現行法を杓子定規に解釈すればこれは「違法」である。このため、看

¹¹ 例えば、「医師でなければ、医業をなしてはならない」（医師法17条）、「看護師でない者は第5条に規定する業〔傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助〕をしてはならない」（保健婦助産婦看護師法31条1項）といった業務独占規定はその典型である。

護職員は介護職員に表立って指導・研修等を行えず、介護職員も不安を抱えながら痰の吸引を行っているのが実状である。これは利用者の安全性確保という観点からみればかえって危険である。

第4に、入所者の処遇や利便性の観点も重要である。現状では、医療的ケアの必要性が高いことを理由に特別養護老人ホームの入所を断わられたり退所を迫られることがある。しかし、一定の条件の下で医療的ケアを介護職員等が行うことを認めれば、受入れの幅が広がることになる。また、在宅医療でいえば、一定のトレーニングや認定を受けることを条件に訪問看護・訪問看護でできることが広がることは、サービスの利便性の向上や在宅医療の裾野の拡大に資することになる。

第5に、一定の職能を有する者の向上意欲を減退させるべきではない。医療や介護の職能者は単なる労働者ではない。対象者をケアすることにより喜びを見出し、それが自己の職能を向上させる意欲をさらに喚起されるというのが職能者の望ましいロールモデルである。もとより職能者といっても能力・意欲等は一律ではなく一括りにすることは適当ではないが、より高度なスキルの修得や専門性を向上させるという意欲の芽を摘むことなく、むしろその意欲にできるだけ応えていく方が、職能全体のレベルアップや社会的評価の向上にも資することになる。

(3) 職能の見直しの具体策と論点—看護職—

職能の見直しが必要な理由および基本的視点について述べたが、具体的に看護職と介護職に関しどのような法的論点や検討課題があるのか考察する。

まず、看護職の職能の見直しについては、①ナース・プラクティショナー（以下「NP」と略称する）、②専門看護師（以下「CNS」と略称する）、③認定看護師（以下「CN」と略称する）の職能や権限をいかに考えるかが問題となる。NPについては、2008年度から大分県立看護科学大学の修士課程（実践者養成コース）において、へき地等でプライマリケアを提供できるNPを養成するといった取組みが開始されている。また、2008年11月現在、CNSはがん看護など10領域合計304人、CNは皮膚・排泄看護など17領域4,458人おり、これらの者は医療現場等において指導的立場で活躍している。

法律上の論点は、A：NP、CNS、NSに、現行制度上医師のみに認められている権限の行使を認めるのか、あるいはB：認めないのか。また、仮に認める場合（Aの場合）、A-1：看護業務の解釈による拡大（例えば、2007年12月28日医政局長通知により、薬剤の投与量の調整、静脈注射、救急医療時の診療の優先順位の決定等は看護師が行えることが明示された）という方法で認めるのか、A-2：医師法および保健婦助産婦看護師法（以下「保助看法」という）の法律改正により、医師のみに許されている医療行為実施の権能の一部（例：疼痛緩和剤の処方権、麻酔の実施）を直截にNPやCNSらに与えるか、ということが争点となる。

筆者は、(2)で強調した視点・理由から、A-2の方向で検討を行うべき時期に来ているのではないかと考える。ただし、現状をみると、医師職能団体と看護職能団体の不信感・

反発が大きく、関係者の中で議論が十分熟しているとはいいがたいように思われる。したがって、医師と看護師の「権限争い」ではなく議論を建設的に進めるためには、看護職のみならず医師（特に専門学会）も交え、次の諸点について整理や詰めを行い双方の「認識ギャップ」を埋めることが重要だと思われる。

①：NP や CNS に権限付与が議論となる医療行為として、具体的にどのような場（例：病院の外来、介護老人保健施設、訪問看護）におけるどのような行為が対象になるのか、また、それにより医療政策上どのようなメリットがあるのか。また安全性等の担保は十分か。

②：医師との連携との関係はどう整理するのか（一定の範囲内で医師から独立して業務を行うことを認めるのか、それともチーム医療の中で医師の指示を前提にするのか）。また、NP と CNS・CN とでは、裁量性・自律性の必要性や内容は同じか否か、あるいは専門領域（例：がん治療、地域看護）で異なるのか。

③：資格認定の仕組みや教育カリキュラムをどうするのか。国家資格とするのであれば、現行の NP・CNS・CN の資格認定の内容・プロセスを踏襲することで足りるのか、現行の養成課程で臨床能力等の習得は十分できるのか。

④：仮に NP だけに一定の権限を付与する場合、その診療報酬の評価など付随する制度的仕組みをいかに構築するのか。例えば、看護師による静脈注射の実施は可能になったが、医師の指示を受けて看護師が単独で訪問して静脈注射を行っても診療報酬の請求はできないこととされている。身分法上の禁止の解除と医療保険法上の経済的評価は必ずしも連動するわけではなく、こうした関連制度の議論も併せて行う必要がある。

なお、米国や英国をはじめ諸外国では看護師の職能分化が進んでおり、例えば上級看護師（advanced nurse）らには一定の裁量権限が認められている（岡谷ほか、2005 を参照）。また、米国では 1960 年代の医師不足（特に小児科医の不足）等を契機に NP が導入され、今日では 14 万人以上の NP が米国の医療・保健を支えている（草間、2008）。しかし、諸外国でも医師会等との軋轢をはじめ幾多の紆余曲折を経て今日に至っている。わが国における看護職の職能の見直しの検討に当たっては、米国をはじめ諸外国における NP や CNS の権限およびそれが医学会からも「認知」されたプロセス等も参考にすることは非常に有用である。ただし、制度の前提が国によって異なっている以上、わが国の法制度や実状に即した議論の展開が必要であることも強調しておきたい点である。

（4）職能の見直しの具体策と論点—介護職—

介護職の職能の見直しに関しては、痰の吸引や経管栄養等のいわゆる「医療的ケア」を一定の条件の下に介護職等が行うことを認めるのか（A）、否か（B）ということが大きな論点となる¹²。ただし、仮に介護職等が行うことを認めるにしても、法的には、A-1：「医療的ケア」は医療行為であるが、行為の目的の正当性や法益侵害の相対的軽微性を考慮し違法性が阻却されるという解釈により認めるのか、A-2：「医療的ケア」は医療行為であ

¹² ここで介護職等と「等」を加えたのは、介護職以外に例えば OT・PT らをどうするのかという論点があるからである。

るが、医師法や保助看法を改正し、一定の職能者が行う場合は例外を認めるのか、A-3：痰の吸引や経管栄養等の「医療的ケア」は医療行為ではないと解釈変更をするのか、という3つの選択肢がある。ちなみに、A-1はALS患者の痰の吸引を一定の条件の下で家族以外の者が行うことを容認した2003年7月17日医政局長通知による方式であり、A-2は救命救急士法に類似する方式である。主要な論点は次のとおりである。

第1に、一口に「医療的ケア」といってもその侵襲性や安全性は同じではなく、検討の対象となる「医療的ケア」の範囲が問題となる。痰の吸引を例にとれば、咽頭の奥まで吸引すると咽頭の手前までの吸引では危険性は異なる。「医療的ケア」は医療行為であるか否かと抽象的に論じるのではなく、「医療的ケア」の具体的内容・範囲を吟味し、それに応じた研修の実施や責任管理体制の仕組みを検討することが必要である。

第2に、「医療的ケア」の多くは本人や家族が行うことを容認しているが、介護職等についてもそのアナロジーで考えてよいかという問題がある。例えば、後述する在宅透析では患者本人や家族の穿刺は容認（あるいは黙認）されているが、介護職はできるのかといった問題である。この点については、介護職等に解禁することを検討すべき「医療的ケア」の範囲は、基本的には、現状で本人や家族に委ねられている範囲と同様にするのが理にかなっていると考える。なぜなら、樋口龍雄が指摘するように、「患者や家族にはすでにある程度の医行為が医療的ケアという名前で認められているという事実は、これらの行為については、一定の訓練と医師・看護師との連携があれば素人でもできることを意味する」（樋口2007, p. 117）からである。

第3に、当面の対応と将来的なあり方は区分して検討する必要がある。既述したように、特別養護老人ホーム等では介護職らが痰の吸引や経管栄養の管理は日常的に行われている。いわば問題が「顕在化」し現場で困っている実態がある以上、「対症療法」的な対応も必要となる。だが、「医療的ケア」は痰の吸引や経管栄養に限られるものではない。例えば、与薬行為も高齢者施設では日常的に行われる行為であり、「医療的ケア」の範囲は今後拡大していくと考えるべきである。こうした「医療的ケア」について問題が生じた都度個別に対応の是非を検討するという手法がはたして適切かという問題がある。

最後の点に関し筆者は次のように考える。当面は①の違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、医療行為からの除外を行うか、あるいは痰の吸引や経管栄養に限らず「医療的ケア」という特別な類型を設け、一定の研修の受講や医療職の包括的なコントロールが行われること等を条件に、一定の資格（例えば上級介護士（仮称））を有する者に解禁することを検討すべきである。なぜなら、①違法性阻却論は、ある行為が行われた場合に事後的にその行為が違法性を有するかの判断基準であり、事前の評価に拡大することは本来なじまない、②「医療的ケア」は医療行為であるという前提に立てば、医療行為は医療職の業務独占行為であり、本来、医療職以外の他の職種が反復継続して（つまり「業として」）行うことは論理的に相容れない面があるからである。つまり、介護職等が「医療的ケア」を行うことの違法性が阻却されたとしても、そのことは直ちに

介護職等が「業として」行うことを認めることにはならない。したがって、将来的には、違法性阻却論を用い個別に解禁していくよりも、生活援助的な「医療的ケア」の類型を設け、それに見合った体系的な教育養成と資格認定を行う方が、入所者の安全性の確保という観点からみても適切なのではあるまいか。なお、その検討に当たっては、一定の教育と実践トレーニングを受けることを条件とする資格（例：上級介護士または療養介護士（名称はいずれも仮称））を設け、その業務独占行為（なお、いうまでもないが医療職はこれらの行為を当然行うことができる）とすることも議論の対象とすべきであろう。

5. 効率化の個別課題その2—透析医療—

(1) 日本の透析医療の現状

まず透析医療の現状を概観しておく。

第1は、透析患者数である。わが国の慢性透析患者数は糖尿病等の増加等に伴い、近年では毎年数千人から1万人ずつ増え続けており、「日本透析医学会調査2007」によれば、2007年12月末で275,119人（前年比10,646人増）に達している。その多くは高齢者であり、透析導入平均年齢は66.8歳、期末患者平均年齢は64.9歳となっている。なお、新規の透析導入者の約4割が糖尿病性腎症由来の腎不全である。

第2は、透析医療に要するコストである。人工透析は多額の医療費を消費する。一定の仮定を置き「血液透析療法(HD)」に係る医療費を推計すると年間500万円程度である¹³。これ以外の高血圧降剤等の医療費を加えると人工透析患者の1人当たり医療費は約550万円程度になると考えられる。これに慢性透析患者数を乗じると、人工透析患者の医療費は1兆5000億円程度、国民医療費（2006年度で約33兆円）の5%程度を占めると推計される。なお、日本は世界の中で最も人工透析が行われている国である。日本腎臓学会（2007, p.8）によれば、2010年の世界における透析患者数は210万人と推計されているが、そのうち日本の患者数は7分の1にあたる約30万人に達すると見込まれている。

第3は、透析医療の手法である。人工透析は透析手法で分類すると、「血液透析療法(HD)」、「腹膜透析療法」の2つに大別されるが、『日本透析医学会調査2007』によれば、前者の「血液透析療法(HD)」が圧倒的多数（265,805人：96.6%）を占めている。また、在宅における透析療法としては、「在宅腹膜透析(CAPD・APD)」と「在宅血液透析(HHD)」(以下、この2つを併せて「在宅透析」という)に区分できるが、同調査によれば、2007年12月末現在で、それぞれ9,314人、187人と微々たるものとなっている。要するに、現状では、わが国の透析患者の圧倒的多数は、透析設備を有する病院等施設において「血液透析療法(HD)」を受けているのが実態である。

(2) 在宅透析の阻害要因と普及可能性

透析医療をめぐる論点は、透析患者数が毎年1万人近い規模で増加しており、将来的に

¹³ 2006年の診療報酬ベースでは、人工腎臓は1日につき22,500円であり月13回透析すると仮定すれば292,500円。その他にダイアライザー、特殊疾患管理加算等が算定できる。

そのファイナンスが可能かということもあるが、それだけではない。より重要な問題は、人工透析に多額の医療費が使われているにもかかわらず、人工透析患者のQOL (quality of life: 生活の質) が必ずしも高くないということである。例えば、病院等で透析を受けるためには、1回当たり4時間ないし6時間、週3回という多大な時間を、患者本人の仕事等の都合等にかかわらず割かざるを得ず、日常生活・社会的活動に多大な制約・支障が生じる。また、状態の悪化や家庭の事情等により人工透析患者が自宅で生活することができなくなった場合、その選択肢は極めて限られている。なぜなら、十分な医療・看護の管理を行うことが困難であることを理由に、ケア付き住宅や特別養護老人ホーム等よりも老人保健施設でも受入れを拒否されるのが通例だからである。その結果、自宅から遠い透析設備を有する病院に入院するという選択を余儀なくされ、多額の医療費がかかる(前述した550万円という数字は通院の場合であり入院であればさらに多額となる)のみならず患者のQOLが低下するといった問題がある。なお、HDはスケールメリットが働くため、小規模施設が淘汰され大規模施設への集約化がさらに進めばこれは一層大きな問題となろう。

ところで、前述したように、わが国では在宅透析の割合は微々たるものであるが、これは、「在宅血液透析(HHD)」が「血液透析療法(HD)」に比べ医学的に劣後しているという理由によるものではない。理論上は、在宅透析の方が毎日・長時間をかけて透析ができるため透析量が増加し治療効果は高くなるはずである。実際、「施設HD導入後3年以内にHHDに導入され、かつHD導入後3年以上生存していた患者と、施設HD患者(HDに導入され3年以上生存した患者)を比較調査したところ、HDDの生存率が優位であった」旨の研究論文もみられる(松尾2007, pp. 44-45)。

それでは「在宅血液透析(HHD)」がなぜ進まないのか。HHDの長所・短所については、一般に次のようなことが挙げられる。まず長所としては、①透析計画を自由に立てることができるため家庭生活の支障が少ないこと、②社会活動等において時間的な制約をほとんど受けないことである。一方、短所としては、①透析に関する知識・自己穿刺等の技術を熟知しなければならず、本人のほか家族介助者とともに一定の教育訓練期間が必要であること、②毎回、医療スタッフが直接対応(指導・観察・処置)することができず、緊急時の対応が遅れる場合があること、③患者や家族に対する「教育」に多大な時間がかかるが、現状の診療報酬では十分評価されていないこと、が挙げられる¹⁴。つまり、わが国において在宅透析が進まないのは、患者の医療機関・スタッフへの依存意識の高さ、緊急時の対応等の体制(オンコール体制)の確保、患者・家族への教育スタッフの確保など初期投資費用の高さなど、在宅透析を可能にする諸条件が十分整っていないことが主因であると考えられる。

在宅透析は本人や家族の負担が多めでありHDの大半が在宅透析に移行するとは考えにくい。しかし、在宅透析のメリットは決して小さいとはいえず、患者のQOL向上を考えれば選択肢として用意する必要がある。また、その普及を阻害している要因を政策により解

¹⁴ より詳しくは西澤・窪田(2007)を参照されたい。

消することにより、一定程度は在宅透析を普及させることが可能である。

(3) 透析医療をめぐる主な検討課題

透析医療をめぐる政策課題の切り口は多様である。例えば、腎臓移植の普及をいかに進めるかということも広義には透析医療に関連する重要課題であるが、透析医療に直接関わる主な検討課題を挙げるとすれば次の3つである。

第1は、糖尿病の発症予防や患者の疾病管理の重要性である。人工透析は多額の医療費を費消することもさることながら患者本人が決して望んでいるものではない。糖尿病の予防や疾病管理を適切に行うことにより、人工透析への移行を回避ないしは極力遅らせることは重要な課題である。厚生労働省の「平成19年国民健康・栄養調査」によれば、糖尿病の該当者(890万人)・予備軍(1,320万人)は合計2,210万人いると推計されている。2006年の医療制度改革により保険者による特定健診・特定保健指導の義務化が行われたが、特定保健指導や発症後の疾病管理の対象疾患として糖尿病を重点に据えるなどの対策を講じる必要がある。

なお、透析患者数の地域差が非常に大きいことも注目すべき点である。例えば、2006年の透析患者数の人口100万対比をみると、全国平均は2,070人であるが、九州・四国・沖縄の各県はすべて平均を超えているなど「西高東低」の傾向がみられ、最低の秋田県(1,581人)と最高の熊本県(2,999人)とでは約2倍の開きがある(「日本透析医学会調査2006」)。なぜこれほど大きな乖離があるのか、糖尿病対策や透析移行の認定の実態を含めその要因を分析することは医学上・医療経済学上の重要な研究課題であると考えられる。

第2は、在宅透析の阻害要因の分析と普及方策の検討(在宅透析の医学的有用性、QOLの評価を含む)である。人工透析を必要とする状態になった場合でも、患者の態様等によっては施設透析よりも在宅透析のほうが望ましい場合が少なくない。普及阻害の主要な要因については既述したが、これを政策の俎上に載せるためには、①患者や家族側の受入れ環境や肉体的・精神的負担の問題、②透析施設や実施体制の問題(医療廃棄物処理や物流システムを含む)、③診療報酬上の経済的評価の問題等、に分け、丁寧に検討する必要がある。なお、数は少ないとはいえ在宅透析が行われており、検討に当たっては具体的な実践例(ケーススタディ)を基に分析を行うことも非常に有用であると思われる。

第3は、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討である。自宅での生活が困難となった場合でも、居住系施設(広義の「在宅」：集合住宅や集住型の居住系施設を含む)で受け入れられる条件の整備等を行い患者のQOLを高めていく必要がある。なお、医療施設か在宅透析かという二分法で考えることの是非も検討の対象となる。例えば、フランスやドイツでは、アパートなど集合施設に患者が自分で指定した時間に行き自分で穿刺し透析を行う(ただし看護師はおり緊急の場合は医師がかけつける)というlow care unit(あるいはlimited care unitと呼ばれることもある)の形態による透析も行われている¹⁵。単純な比較はできないが、こうした方式の日本における導入可能性も検討する必要がある。

¹⁵ この記述は斉藤(2007,p.5)等を参考にしている。

6. 効率化の個別課題その3—公立病院改革—

(1) 公立病院の医療供給体制上の位置づけ

医療供給体制の整備に当たり、公立病院、民間病院いずれを主に置くかということは医療政策の基本に関わることである¹⁶。厚生労働省「医療施設調査」によれば、わが国の場合、全病床数に占める公的医療機関（国公立病院のほか日赤・済生会・社会保険病院等を含む）の病床数の割合は約3割であり民間病院中心の体系となっている。ちなみに、1955年ではこの割合は約6割であり、この半世紀の間に公的医療機関のシェアは低下している。ただし、公立病院の議論を行うに当たっては次の2点に留意すべきである。

第1に、病床数全体に占める公立病院のウェイトは15.1%（厚生労働省「平成18年医療施設調査」）であるが、都道府県によってその割合は大きく異なる。例えば、高い方では、山形県（40.9%）、岩手県（37.7%）、青森県（36.3%）、低い方では、福岡県（5.7%）、栃木県（6.5%）、埼玉県（7.2%）と大きな差異がある。前者の3県では公立病院は二次医療圏の基幹的役割を担っている。

第2に、一口に公立病院といっても、立地や病床規模には大きな相違がある。特に、国民健康保険の保険者として市町村が設置した国民健康保険病院（以下「国保直営病院」という）の多くは、医療不足地域に立地されている¹⁷。また、診療所として設置されその後当該地域の都市化や病院長等の努力により大規模な国保直営病院に発展したものもみられるが、全体としてみれば、国保直営病院の病床規模は小さい。

具体的に2005年度の「地方公営企業決算統計」により、自治体病院（982病院）を国保直営病院（350病院）とそれ以外の公立病院（以下「その他病院」という：632病院）の相違をみると、国保直営病院は不採算地区に立地している病院が152（構成比：43%）、その他病院は67（構成比：11%）である。また、国保直営病院の平均病床数135床（100床未満の小規模病院が55%を占める）に対し、その他病院が298床となっており2倍以上の差異がある。

(2) 公立病院改革の収支状況

2007年12月に総務省から「公立病院改革ガイドライン」（以下「改革ガイドライン」という）が発出された。これは、2008年度内に、「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の3つの柱に即し改革プランを策定し、その着実な実施を求めるものである。

この改革ガイドラインが策定された直接のきっかけは、経済財政諮問会議の民間議員から医療・介護分野の「高コスト構造是正プログラム」の策定を求める意見が強く出され、その一環として公立病院の高コスト構造が指摘されたことにある。

¹⁶ なお、歴史的には、1942年の日本医療団の設立後の体系的な公立病院整備計画（東京・大阪に中央総合病院、47か所の道府県総合病院等の整備する計画）、1951年の医療機関整備計画（都道府県ごとに中央病院・地方病院・地区病院の3層制の公立病院の設ける計画）が構想されたこともあったが、いずれも頓挫した。

¹⁷

2006年度決算ベースでみると、公立病院は5,254億円の他会計繰入がありながら、経常損益が1,997億円、累積欠損金は1兆8,736億円、不良債務は953億円に上っている。また、民間病院と経営状況を比較すると、表5のとおり、100床当たりの医業収入は1千万円少ないが、医業費用は1千3百万円多くなっている。その要因としては、年功序列型の公務員準拠の給与体系となっているため医業収入に対する人件費比率が高いことのほか、委託費比率や材料費比率も高く、デラックスな病院設計や建築単価・医療機器購入単価が高いことから減価償却の比率も高いことなどが挙げられる。

表5：自治体病院と私的病院との経営状況比較（平成19年6月調査）

区 分	自治体病院①	私的病院②	①－②
医業収入(100床当たり) A (千円)	126,722	136,756	▲ 10,034
入院収益	84,582	92,819	▲ 8,237
室料差額収益	1,335	3,032	▲ 1,697
外来診療収益	38,786	36,327	2,459
その他の医業収益	2,019	4,578	▲ 2,559
入院収益/A %	66.7%	67.9%	
室料差額収益/A %	1.1%	2.2%	
外来診療収益/A %	30.6%	26.6%	
その他の医業収益/A %	1.6%	3.3%	
医業費用(100床当たり) (千円)	146,924	134,330	12,594
給与費	78,515	70,201	8,314
材料費	35,385	31,596	3,789
委託費	11,711	9,324	2,387
減価償却費	10,248	6,255	3,993
その他の経費	11,065	16,954	▲ 5,889
給与費/A %	62.0%	51.3%	
材料費/A %	27.9%	23.1%	
委託費/A %	9.2%	6.8%	
減価償却費/A %	8.1%	4.6%	
その他の経費/A %	8.7%	12.4%	
参考 病床数 平均	263床	210床	
参考 病床利用率 平均	73.56%	80.50%	

※1 病院経営実態調査報告(社団法人 全国自治体病院協議会)より

※2 「自治体病院」は都道府県・指定都市・市町村・組合が開設者となっている病院である。(サンプル数 594)

※3 「私的病院」は公益法人・社会福祉法人・医療法人・個人病院等である。(サンプル数 307)

※4 結核・精神病院を除いた一般病院の数値である。

国保直営病院とその他病院の経営特性についてみると、1床当たりの入院収入は国保直営病院が6,593(千円/年)、その他病院が9,076(千円/年)、患者1人1日当たりの外来診療収入は国保直営病院が23,420円、その他病院が31,738円と大きな差がある。これは、国保直営病院が立地条件や病床規模の特性により主として地域の一般医療を担っていることによるものと考えられる。ちなみに、同規模の病床規模別で比較すると、国保直営病院のほうがその他病院に比べ若干低いものの格差は大幅に縮小する。要するに、確かに病床数が小さいほど医業収支比率は低いが、200床以上の病院でも特にその他病院では90%を

切っており、他会計からの繰入がなければ赤字である病院が多くを占めている。

表6：国保直営病院とその他病院の病床規模別の医業収支比率

	20～49床	50～99床	100～199床	200床以上	計
国保直営病院	81.6	88.3	92.6	94.8	89.5
その他病院	73.9	77.8	86.1	88.3	86.2

(3) 公立病院改革のガバナンス構造

公立病院の問題は、多額の繰入を行っているながら赤字が大きいということもさることながら、より本質的な問題は、なぜそうした体質が生まれるのかということである。それが改まらなければ問題は解消しない。裏を返せば公立病院改革の必要性もそこにある。結論を先取りしていえば、筆者は、公立病院が抱える本質的な問題はガバナンス構造の脆弱性にあると考えている。その意味は次のとおりである。

医業経営に限ったことではないが、経営の要諦は「権限と責任の一致」である。とりわけ病院経営については医療を取り巻く環境が激変している中で、経営方針を適切に定めるとともに、状況の変化に応じ柔軟に判断・対応していく必要がある。要するに「経営の自律性」が強く求められるが、公立病院のガバナンス構造はそれに適したものになっていない。

第1に、開設者（自治体）と病院長の間の「権限と責任」の分担がはっきりしない。もちろん民間病院でも形式的には開設者（例：医療法人）と病院長の権限や責任は異なるが、両者の目指すべき目標・戦略は一致している（一致していなければ病院長は解任される）。これに対し、公立病院の場合にはそれが分離する。また、組織の規律を維持するには、煎じ詰めれば、「人事」と「予算」の権限が必要であるが、病院長に予算配分や人事の権限があるわけではない。人事権限は本庁の人事部局が握っており、予算やその執行については本庁の財務部局の差配するのが通常だからである。例えば、看護師を1人採用すれば診療報酬の看護基準の区分が上がり、かつ、地域医療という観点からもそれが有用であるにもかかわらず、定員の縛りがあり病院長の判断で行えず採用のタイミングを逃すといった例は、多くの公立病院が抱える問題である。また、全部適用に移行すれば法的には給与体系等は病院管理者が決められるが、全部適用移行病院であっても、給与体系は本庁と変わらず、個別の人事も人事部局の了解が必要であり一部適用と実態は何ら変わらない例が圧倒的に多い。さらに、開設者が病院長の人事権を有していない場合も少なくない。大学の医局から病院長や医師らを派遣してもらっており、病院長の人事権は実態的には大学医局が握っているからである。

第2に、公立病院の場合、首長だけがステイクホルダーであるわけではない。自治体の議員も重要なステイクホルダーであり、さらに首長や議員は選挙により選出されるため住民の意向を無視することはできない。例えば、医業経営においても投入できる資源は限ら