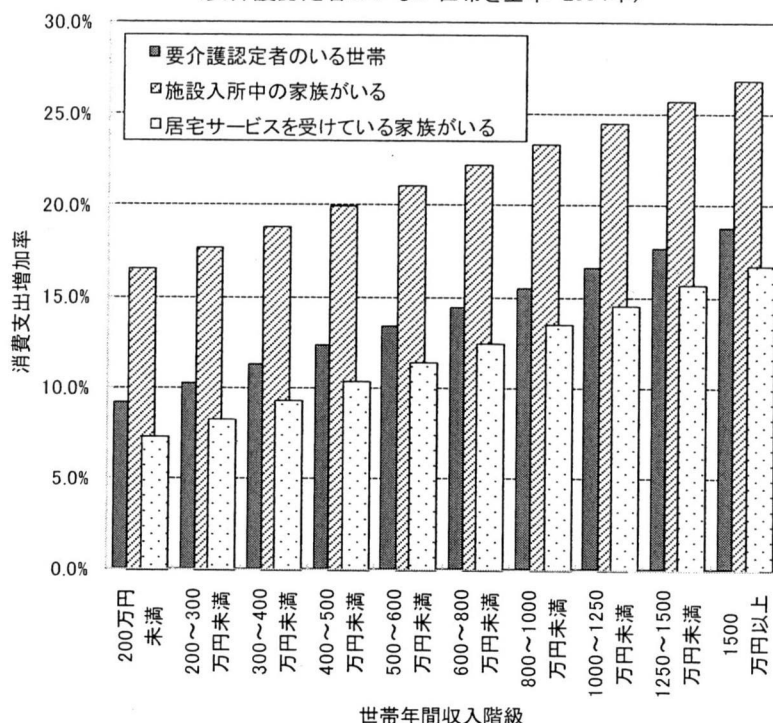
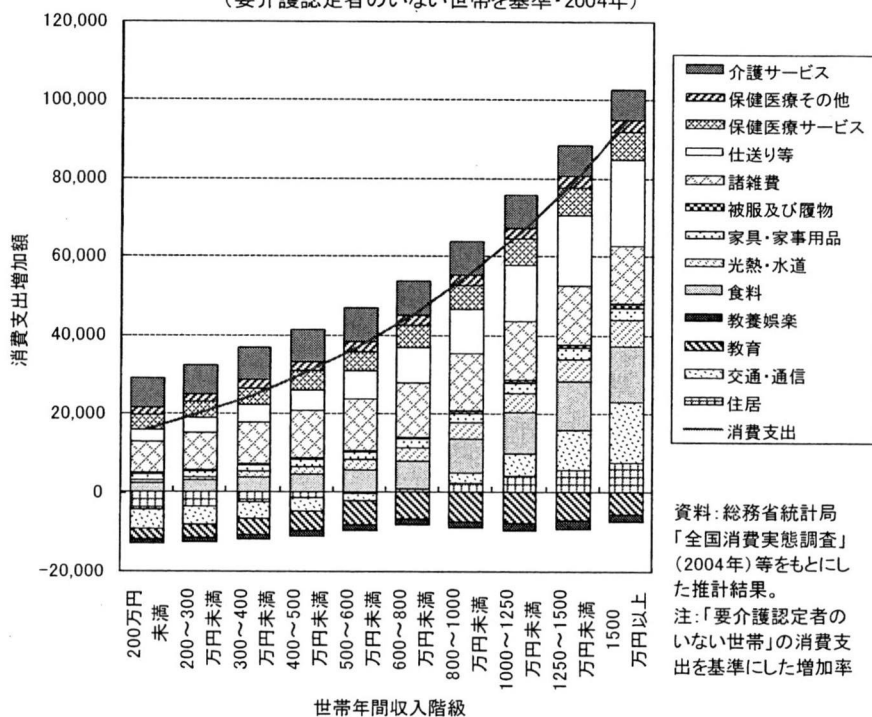


図2 世帯年間収入階級別に見た消費支出の増加率
(要介護認定者のいない世帯を基準・2004年)



資料: 総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)等をもとにした推計結果。
注: 「要介護認定者のいない世帯」の消費支出を基準にした増加率

図3 消費支出の増加・要介護認定者のいる世帯
(要介護認定者のいない世帯を基準・2004年)



資料: 総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)等をもとにした推計結果。
注: 「要介護認定者のいない世帯」の消費支出を基準にした増加率

図3a 消費支出の増加・施設入所の家族がいる世帯
(要介護認定者のいない世帯を基準・2004年)

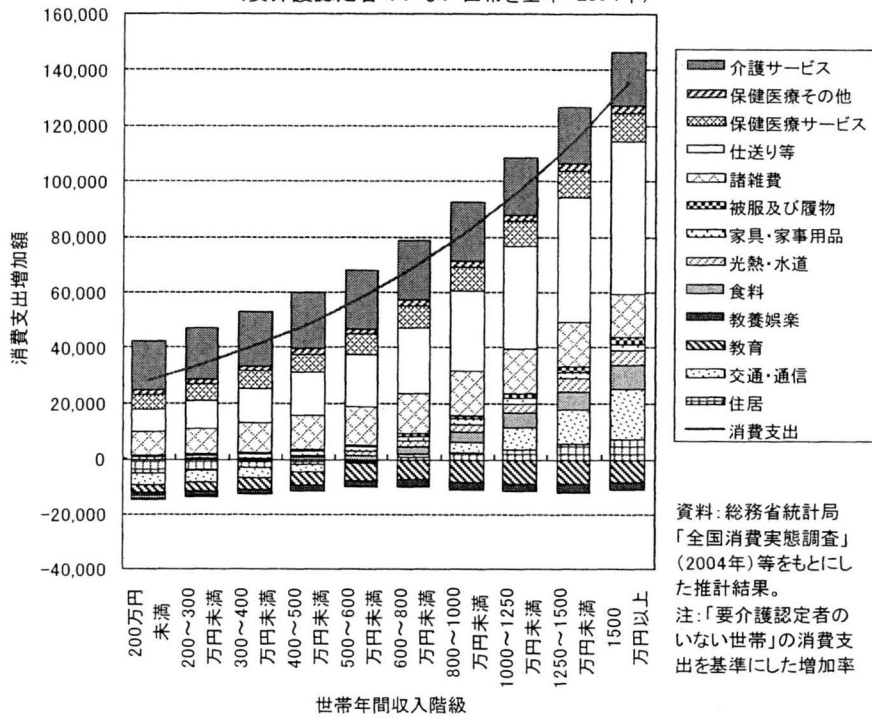


図3b 消費支出の増加・居宅サービスを受けている家族がいる世帯
(要介護認定者のいない世帯を基準・2004年)

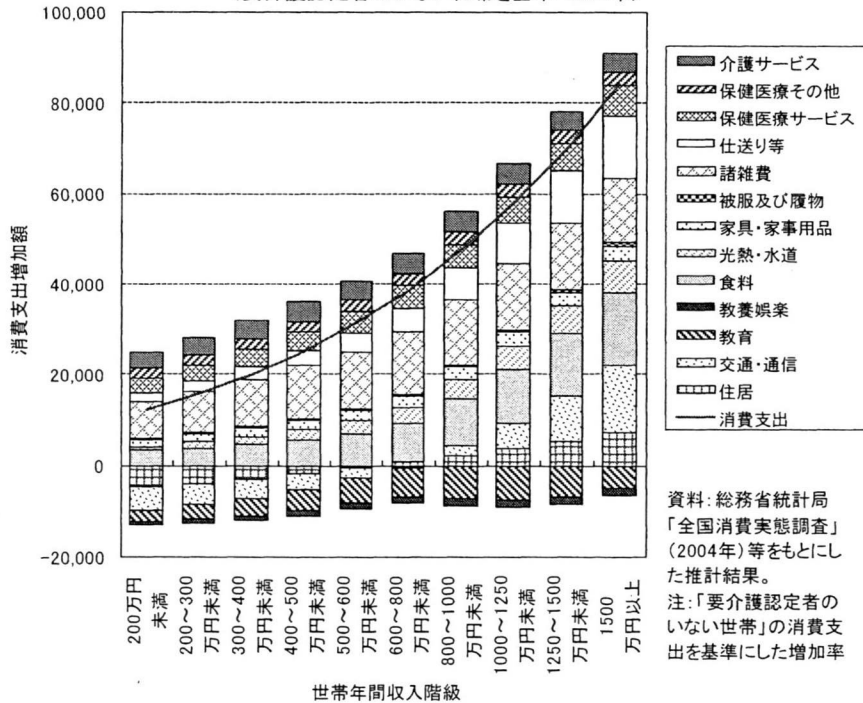
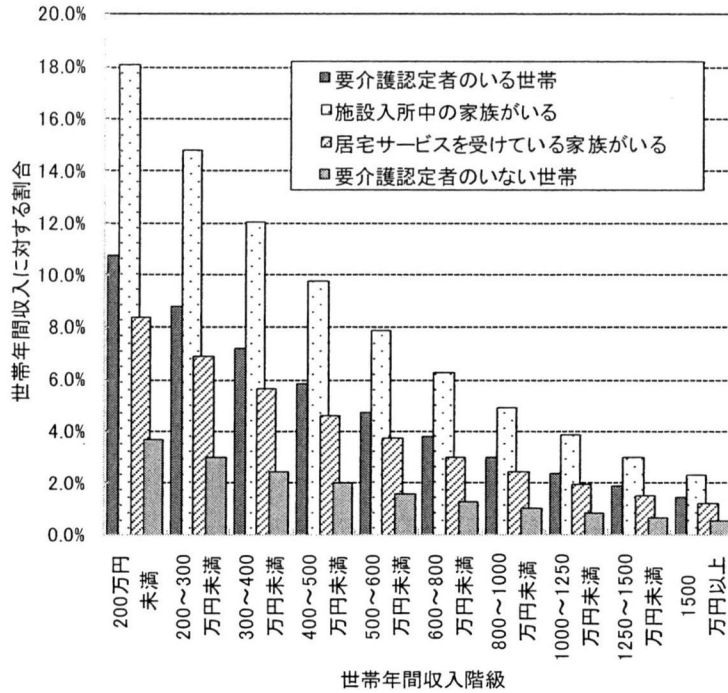
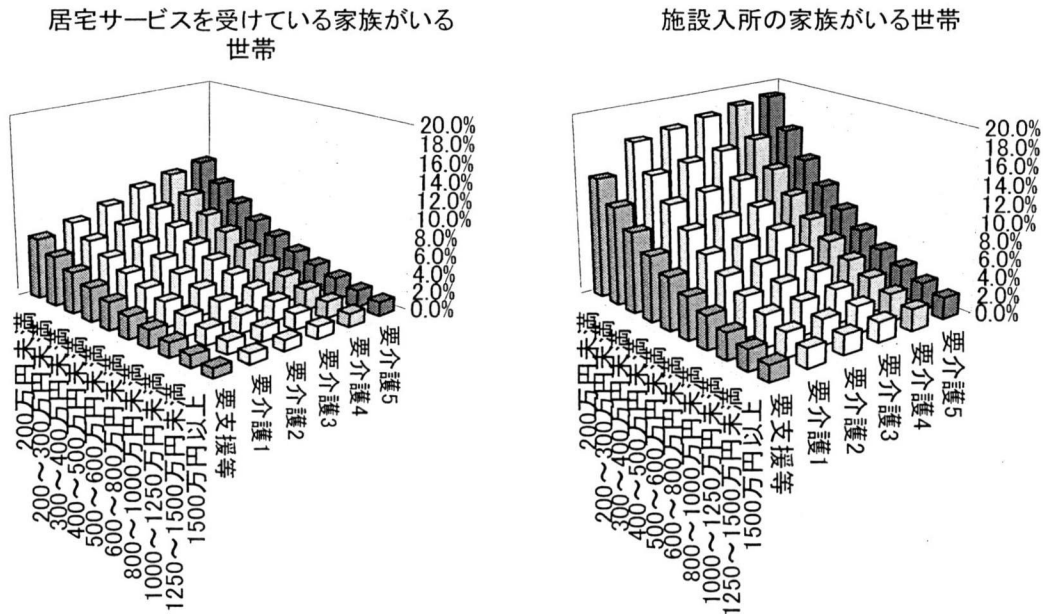


図4 世帯年間収入階級別に見た
保健医療・介護サービスへの支出割合



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)等をもとにした推計結果。
注：「要介護認定者のいない世帯」の消費支出を基準にした増加率

図5 保健医療・介護サービスへの支出割合(世帯年間収入に対する割合・2004年)



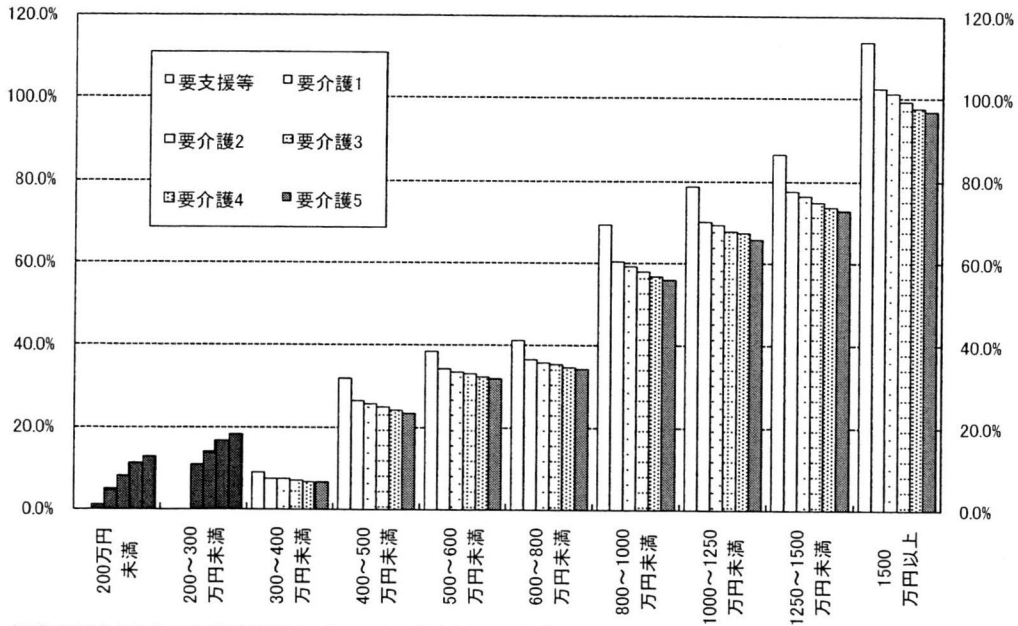
資料：総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)、厚生労働省「介護保険事業状況報告」をもとにした推計結果。

表2 ジニ係数等の状況(2004年)

	ジニ係数(集中度係数)			カクワニ指数	
	年間収入	保健医療サービス	介護サービス	保健医療サービス	介護サービス
要介護認定者のいる世帯	0.339	0.085	0.013	-0.254	-0.326
要介護認定者のいない世帯	0.324	0.066	-	-0.258	-

資料: 総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)等をもとにした推計結果。

図6 税制・一部自己負担の上限の保健医療・介護サービス費用軽減効果
(保健医療・介護サービス支出に対する割合)



資料: 総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)等をもとにした推計結果。

注: 税制は現行の所得税・住民税の制度を持ちいた。世帯の所得は上記調査の勤労者世帯のデータに基づき、勤労者所得と公的年金のみで構成されると仮定。一部自己負担は、後期高齢者医療制度における上限を使用し、300万円未満の世帯の一部に適用した。青は一部自己負担の上限効果。

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」

分担研究報告書

公立病院の経済分析

研究分担者 山本 克也（国立社会保障・人口問題研究所）

研究要旨 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。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。これは、公立病院の会計上、収益の中に他会計からの補助金が入っていること、資本構成に置いても他会計からの補助が大きな位置を占めていることから分かることである。その他、市町村合併時には起債の機会があり、さらに基準は存在するが病院債の起債も認めている。無駄な公立病院を適切に処分する方法としてこれで良いのかは再検討の必要がある。一方で、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。しかし、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。住民自治の意識を芽生えさせる意味でも、公立病院の運営に住民がどのように関わっていくかが試されている。

A. 研究目的

市町村合併後の、公立病院の動向をケーススタディによって分類し、その対応策を検討する。

年鑑「各年版」を用いたデータ分析や、4つのタイプの公立病院を選択してヒアリングを行うという方法をとった。

（倫理面への配慮）

ヒアリングを行ったので、そのプライバシー保護には細心の注意を払い分析を行った。

B. 研究方法

総務省の「公立病院改革ガイドライン」や北海道庁の「公立病院等広域化・連携構想（素案）」を参考に、総務省「地方公営企業

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

$$\text{自己資本金} = \text{①固有資本金(設立当初の資本金)}$$

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中で、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1/2¹⁾)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て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。財政が厳しくなると公立病院に対する見方も変わって来たのではないか。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）のではないか。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『社会保障と税制 下』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

ⁱ 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」

公立病院の統廃合問題と市町村合併

山本 克也

（国立社会保障・人口問題研究所室長）

1 はじめに

平成の大合併は1999年4月1日の篠山市を皮切りに始まったが、2008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）で終了。合併市町村の合計は651カ所であり、1999年3月31日に3,232（市670、町1,994、村568）だったのが、合併の一応の期限であった2006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。例えば、

○ 都道府県が行う合併支援事業に対する財政措置

合併市町村の一体化促進のために合併推進債（充当率90%、元利償還金の50%を普通交付税措置）を充当できる整備事業の対象に、新たに街路等を追加するとともに、過疎地域自立促進特別措置法等の規定に基づき都道府県が整備を行う市町村道を加える。

○ 合併前に市町村が行う建設事業に対する財政措置

複数の市町村が連絡調整して一体的に実施する公共施設（原則として単独事業により整備するものを対象とするが、地域公共ネットワーク及び道路・街路については補助事業により整備するものを含む。）及び公用施設（法定協議会設置市町村において合併期日までに整備を行うことが必要不可欠な施設に限る。）の整備事業に要する経費に対して合併推進債を充当する。

○ 合併支援のための公債費負担の平準化措置

合併市町村における旧市町村間の公債費負担の平準化を図るために行う地方債の繰上償還に伴う補償金（貸し手の得べかりし利子収入）の支払いに対して、一定の要件のもとで特別交付税措置を講じる。

などがある。

実は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。しかし、市町村は2つの視点から自治体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。1つは市民の健康を守ること、そしてもう1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ことである。この

2つの視点の背景には、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。本年は、まず、医療費適正化の流れ、公立病院改革ガイドラインの方向性（広域化、統廃合）を整理した上で、合併市町村の自治体病院の基本的な問題を取り扱っていく。

2007年度末現在で地方公営企業法適用の公立病院は全国に957あり、うち都道府県立が200、市立が455（うち政令指定都市が42）、町村立が198、事務組合等立が104である。県立病院が最も多いのは岩手県の23、市立病院、町村立病院が多いのはともに北海道で、それぞれ30と62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ている。

公立病院に関しては2007年12月24日に総務省から出された公立病院改革ガイドラインでは、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に委ねる」という昨今の規制緩和・民営化路線と同調する意識があった。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、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。公立病院の中には改革ガイドラインが出る前から改革に取り組んできた病院もあったが、それは少数であり、ほとんどの病院が経営改善を図るための改革プランを2008年以降に作成し始めたようである。

本研究においてこれまで明らかにしてきたことは、(1)損益分岐点比率を改善する(80以下)には給与の25%削減(他の経費はそのままとして)が必要であること(これでも20%程度の病院は依然として損益分岐点比率が100を越える)、(2)病院の資本構成そのものが補助金を前提に構成されているため、経営の健全化を図るインセンティブが生じる余地がないこと、さらに事実上合併に伴った公立病院特例債の発行を認め、片方で経営改善を訴え、片方で放漫経営の助長をするといううちはぐな行政が行われたこと、(3)地理的な条件を生かして病院を公設民営化することが可能な自治体もあれば、また逆に地理的制約から病院や介護等の福祉施設を経営せざるを得ない自治体もあること、である。最終年度は地方公営企業年鑑と市町村決算状況調のデータを使用して、市町村合併と公立病院の統廃合の問題を考えていく。

2 分析の方法

合併の始まった1999年から終了した2006年までに廃院、統合、診療所化、公社化そして民営化された自治体病院は86カ所、公営企業年鑑にデータが出現している2007年までだと80カ所である。86カ所の内訳は、統合(旧30の病院が14の病院、うち新設統合1)、診療所化19、廃院4、公社化9、民営化18(うち、済生会2、厚生連1、医師会2、日赤1)であった。都道府県別に見る

と、北海道が9で最も多く、次いで、岩手県の8、福岡県の7、宮城県と大阪府の5、東京都の4と続く。ここで注意であるが、今回の分析においては事実上継続している病院の場合は、これは変化がなかったものとしている。例えば埼玉県さいたま市（浦和市、与野市、大宮市が合併）の市立病院のように、旧浦和市立病院がそのまま継続（さいたま市立病院と名称変更）している場合は、病院から見て事情が変わったとは言えないため、統廃合等には入れていない。

このような例は、中村市民病院（高知県旧中村市と西土佐村が合併）が四万十市民病院に名称変更された場合も同様である。公営企業法の適用が一新されるので法律的には別の病院となるが、ここでは“事実”を重んじる。言い換えれば、統廃合等とは、市町村合併等により病院自体が実質的に変更された場合を指す。データ上、合併等があった病院は195カ所、設立主体が変更された（町立が市立、県立が市立等）病院は293カ所であるが、詳細を見ると上記の80カ所だけであるから、基本的にはこの現状を見ていくことにする。

公立病院の経営の方向性としては、病院経営を継続する、廃院にする、統合する、診療所化する、公社化、あるいは民営化するという方法がある。一般企業であれば、経営指標にのっとり、業績があがらなければ経営者が責任を問われ、経営者の首を挿げ替えた形で企業が一新される場合もあれば、“生きる部門（生産性の高い部門や比較優位のある技術を持っている部門）”が同業他社に買収されることもある。もちろん、最悪の事態は倒産である。しかし、公立病院は“公”であるから倒産がありえない。経営が悪くとも、各種の補助金が医業外収入として国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金を繰り入れることを前提に会計原則が出来上がっている。赤字になっても、こうした補助金が、いわば天から降ってきていたのである。

公立病院の最大の問題点は、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、その役割は曖昧になっている」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。

こうした事態が一変したのは、いわゆる三位一体改革以降である。地方自治体が決定すべきことは国ではなく地方自らが決定するという地方分権を実現するために、（1）国から地方へ支出される補助金（国庫補助負担金）の削減、（2）国から地方への税源の移譲、（3）地方交付税の見直しという3本の柱が同時並行的に進められた。これにより、地方交付税は2004年から2006年までで5.1兆円削減された¹。交付税が減らされ、公立病院に対する自治体会計からの補助金にも不都合が生じ始めた。そして、2008年の暮れになって公立病院改革ガイドラインが出されたのである。

-表1-

¹ 例えば茨城県資料 <http://www.pref.ibaraki.jp/yosan/200601/02.pdf> アクセス 2010年2月9日

実際、公立病院の経営には大きな問題がある。表1に挙げたのが、病院種別ごとの損益分岐点比率の時系列的（1999～2007）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。損益分岐点上の売上を求めるには、次の公式が使われる。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²と言う。

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

病院の場合、固定費の高さが問題となる。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が、公立病院の人件費の高さはこれまでも多く指摘されてきた通りである³。一般企業の損益分岐点比率は80%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、90%を若干上回る業種が多いと言われている（小久保（2003））。しかし、公立病院はその多くが100を上回っていることが分かる。100を上回るということは、経常利益が赤であり、通常企業ならば経営者の交代（業績が改善しない場合には倒産）が起こるが、公立病院の場合はほとんど考えられないことである⁴。

損益分岐点比率の改善には、1) 売上高を伸ばす、2) 固定費を引き下げる、3) 変動比率を下げるという方法がある。1) に関しては医師を増やして診療数（患者数）を増やす、診療科目を増やすという方法や、看護師を増やして看護基準を改善するという方法がある。2) に関しては、人件費が大きく左右する。3) に関しては、例えば医療材料の共同購入・管理等が挙げられる。

実際の分析には平均値の差の検定を用いた。先験的には公債費比率、財政力指数、病床数、病床利用率はマイナス（〇〇⁵された病院の方の値が小さい）、地方債残高、損益分岐点比率、平均在院日数はプラス（〇〇された病院の方の値が大きい）である。病院自体は病床数、病床利用率、平均在院日数を見て、病床数が小さければ〇〇される、病床利用率が小さければ〇〇される、そして損益分岐点比率が大きければ〇〇される、平均在院日数が長ければ〇〇されると見る。また、病院の基盤である地方財政も、公債費比率が大きければ〇〇される、財政力指数が小さければ〇〇される、地方債残高が大きければ〇〇されると見た。

3 統廃合の様子

まず、表2には具体的な病院名を記している。例えば1999年には市立函館病院旭岡分院が市立函館病院と統合した（2000年新病院竣工、旭岡分院が統合し一般・精神・結核・感染症病床が1

² 損益分岐点比率は企業で言えば、60%未満だと超優良企業、60～80%は優良企業、81～90%が普通企業、91～100%だと損益分岐点企業で、100%超は経常利益が赤字の企業であり、経営者の交代が起こる。

³ 山本（2009）p.193

⁴ 山本（2009）pp.213-215

⁵ 〇〇には廃院、診療所化、統合化、民営化、公社化が入る。

カ所に集約される)という事実や、2002年であれば、東京都の母子保健院が廃院になった(国立成育医療センター開設に伴う整理)こと、2004年であれば市立高知市民病院が県立中央病院が統廃合された(高知県・高知市病院企業団による日本初のPFI事業による病院運営)ことが分かるようになってい

-表2-

(1) 廃院の場合

表3に挙げたように、分析期間中に廃院になった病院数は4である。帯広市立病院は急性期医療を担っていた(平均在院日数が短い)ようであるが、備考欄にあるように医師の確保ができず、結局廃院になっている。廃院にできたのは、帯広市には、国立病院機構帯広病院や帯広厚生病院があり、急性期医療であれば、他の病院でも十分に代替可能であると考えられからであろう。都立母子保健院は国立成育医療センターの設置等を遠因として廃止されたが、もともとは2001年12月に出された「都立病院改革マスタープラン」に基づく。このマスタープランは、負担増を容認できないのであれば保障できる規模を減少させるしかないという当たり前の事実に基づき、都が受け持つのは専門医療で、一般的な医療は民間が担うという改革案を提示したものであった。

-表3-

京都府立洛東病院は一般病床に高齢者が多く入院する療養系の病院であったと推察される(平均在院日数が長く、都会にありながら看護基準も緩い)。2006年以降も存在していたならば、ほとんどの病床に療養病床を申請していたであろう。トーンが弱まってきているが、この種の病院は厚労省の削減方針に完全に沿っている。

添田町立病院は曾根木分岐点比率も他の3病院と比べても良い状態であったが、平均在院日数を見ても療養系の病院である。その意味で、廃院にするのはやむを得ないところである。添田町には特別養護老人ホームが2(特別養護老人ホームそえだ、添寿園特別養護老人ホーム)、老人保健施設が1(介護老人保健施設サングリーンそえだ)存在することを考えると、診療所に規模を落としても良かったのではないかとも言えようが、この地域は診療所も多いという現状がある。

(2) 診療所化した場合

1999年に北海道音別町国民健康保険病院が市立釧路国民健康保険音別診療所(合併が契機)となったのを始めとして19の公立病院が診療所化した。うち、合併が契機となっていたのは8病院であった。そのうち、合併に先立って診療所化した場合が5、合併後に診療所化したのが3である。

-表4-

合併に先立って診療所化したのは、上記の国民健康保険病院が市立釧路国民健康保険音別診療所

(診療所化は2000年、合併は2005年に北海道音別町釧路市に併合)、国保音戸町病院が呉市国民健康保険音戸診療所(診療所化は2000年、合併は2005年に広島県音戸町が呉市に併合)、小坂町国民健康保険病院が小坂町国民健康保険診療所(診療所化は2001年、合併は2004年に小坂町・下呂町・金山町・馬瀬村が岐阜県下呂市を新設統合)、和知町国民健康保険病院が京丹波町国民健康保険和知診療所(診療所化は2003年で、2005年10月丹波町、瑞穂町、和知町が合併して京都府京丹波町)、神辺町国民健康保険病院が福山市民病院付属神辺診療所(診療所化は2004年、合併は2006年に広島県神辺町を福山市が併合)、である。

一方、合併後に診療所化したのは、滋賀県石部町の石部医療センターが湖南市立石部医療センター(診療所化は2006年、合併は2004年に石部町と甲西町が滋賀県湖南市となる)、美星町立国保病院が井原市立美星国保診療所(診療所化は2006年、合併は2005年3月に岡山県井原市へ芳井町とともに編入合併)、南郷村国民健康保険病院が美郷町立国民健康保険南郷診療所(診療所化は2007年、合併は2006年南郷村・西郷村・北郷村が美郷町を形成)、である。

(3) 統合化された場合

統合化された病院は25あって、結局、病院数は14になった。表5より明らかに、統合後には人件費の削減が行われている。多くの病院が職員数の削減に成功している(ただし、公立病院の職員は公務員であるから、自治体内での移動に過ぎないという問題はある)。

—表5—

統合後に職員数が増えたのは、市立函館病院と新設された高知県・高知市病院企業団立高知医療センターだけである。市立函館病院の詳細は不明であるが、高知医療センターは公立病院がPFI方式を導入して再建を図ったということで注目された。しかし、このPFI方式の雲行きは怪しくなってきた。これに続いた近江八幡市立総合医療センター(2007年に近江八幡市民病院がPFI契約を結んだので、事実上、病院としては継続しているためデータでは分類していない)が2009年3月にPFIの契約を解除した。また、高知医療センターも契約解除を検討中ということである。大林組が100%出資したSPC(特別目的会社「PFI近江八幡」)と近江八幡市の契約が解除され、市はSPC違約金20億円、建物の購入費118億円などを支払った。市のずさんな当初計画に加え、元本や金利の支払い計画の甘さも露呈した。市は毎年、当面必要がない大規模修繕費1億5,000万円をSPCに支払っている。SPCの井谷社長は「民間が受け取っても税務上、利益となり課税される。だから『市で積み立てておいた方が得策』と提案したが、市側は均等払いにこだわり受け入れなかった」と明かした(2008年12月26日中日新聞)。

伊関(2007)によれば、PFIを病院経営において成功に導くには、(1)500床以上の大型病院の整備であること(一定の規模)、(2)最近5年間で、医業収支比率100以上を3年以上達成している

こと。最低でも一時借入金がないこと（病院経営が優秀）、(3) 財政力指数が 1.0 以上（不交付団体）であること（自治体の財政力がある）、(4) 医師の欠員がないこと。労働基準法を遵守し、医師の月 4 回を超える平日宿直、月 1 回を超える休日当直を行っていないこと。可能であれば救急業務の医師の 3 交代制を実施していること。臨床研修指定病院で、研修医がフルマッチしていること（医師の招聘に心配がない）、(5) 現場の医療スタッフを PFI の主要スタッフに配置すること、が必要であるという。

近江八幡市立総合医療センターは、規模の点で、まずこの要件を満たしていないし、財政力指数も 0.7 程度でこれも満たしていない。病院経営も PFI 導入後の方が収支が悪化している（2000 年までは億の単位で収支が黒であったのが、2006 年から赤基調になり、2007 年には 27.5 億円の赤字であった）。また、高知医療センターも規模こそ大きいですが、PFI 成立後も赤字を垂れ流し、2004 年こそ約 1.2 億円の赤字で済んでいたが、2005 年に約 17.5 億円、2006 年に約 22 億円、2007 年にも約 19 億円の赤字を出している。両者に共通しているのは、まず、身の丈に合わない設備である。豪華な建物は、膨大な建設費を要し、これはのちの経営を歪めることになる。また、需要予測を丁寧に行ったのかということも検討課題である。また、特に高知医療センターの場合は職員数が大幅に増えていることも問題であろう。市立高知市民病院では 39 人、県立中央病院では 53 人しかいなかった職員が、センターに移行してからは 717 人という大所帯になっている。内訳を見ると正看護師が 518 人と多く、これは看護基準を上げるために多くの雇用を行ったと推察される。しかし、病床利用率が 76%ということから見て、明らかに余剰人員が発生している。安易な PFI の導入は危険である。その他、せたな町立病院や公立南砺中央病院では病床利用率に問題はあがるが、これは病床を減らすなりして対応すれば、十分に経営の継続はできそうである。

(4) 民営化された場合

民営化された病院は 17 であった。このうち、札幌厚生北野病院は 2007 年に廃院となってしまった。医師の確保が困難となってしまったらしい。茨城町病院も医療法人桜ヶ丘クリニックに委譲されたが、診療所になってしまい、また鳴門市立坂東病院も医療法人坂東診療所に委譲されたが、病院から診療所になってしまった（いずれも本報告書のデータ上では病院に分類されているである）。

—表 6—

この中で特筆すべきは佐賀関病院であろう。この病院は佐賀関町が大分市に併合されるのを契機として廃止される予定であった。大分市は財政の重荷になる事業には手を出さない主義で、市立病院・市立高校を持たない方針で来ている。佐賀関町は合併の条件として、町立病院を廃止するつもりでいた⁶。しかし、勤務していた医師が法人を作り、廃止が目前であった病院を (1) 職員は再雇

6 町は、2002 年 9 月、町方針を公設民営として、10 月に病院建設実施設計に着手し、2008 年 9 月、町方針

用する、(2) 新築移転費用を持つ、(3) 旧病院の資産は引き継ぐという条件のもと、この新しい医療法人が買い取るという形で民営化している。実は、2000 年から黒字続きの病院であったので、経営状況は申し分ない。また、医師の確保も九州大学や自治医科大学から安定的に供給を受けているようである。ちなみに合併を契機とした民営化には他に巻町がある。

(5) 公社化された場合

公社化された病院は9であった。東京都の場合は、2001年12月に都立病院改革マスタープランを策定し、2004年度に大久保病院、2005年度は多摩老人医療センター（現・多摩北部医療センター）、2006年度には荏原病院が順次公社化され、現在は5病院を東京都保健医療公社が運営している。公社への移管は、従来から勤務している職員が都の派遣職員として残り、公社採用の固有職員を教育し、全業務を3年間で引き継ぐ予定で進んだ。実績を見てみると、病床利用率や外来患者数で実績値が目標値を下回りっている。

—表7—

—表8—

—表9—

大阪府の場合、大阪府の財政再建プログラム案により、運営費負担金が2.6億円、増改築及び資産購入（医療機器等）に係る病院事業費貸付金が2.25億円削減される中、更なる経営努力に取り組んだ。急性期・総合医療センターでの地域医療支援病院の承認、母子保健総合医療センターでの小児入院管理料算定病棟の拡大等、各病院における診療単価の向上の取組みや新入院患者の確保等により、医業収益は前年度と比較して、20.7億円上回る473.7億円となった。一方、医業費用については、退職金カットや事務職員に対する給与カット、前年度に引続き、同種同効品の集約等、材料費の縮減等に取り組んだが、急性期・総合医療センターにおける給食業務委託による経費の増や、成人病センターにおける7対1看護体制の確立による人件費の増等により、前年度と比較して6.1億円上回る567.2億円となった（2008年度評価結果）。

岡山県の場合、経常収支比率（経常収益／経常費用）が100.6%から116.9%へ、医業収支比率（医業収益／営業費用）が77.3%から87.1%へ、人件費比率（総人件費／医業収益）が84.7%から72.8%に改善した。また、効果的な病床管理が行われ、病床利用率は95.1%と目標を大きく上回り、県内の精神科医療の中核病院として機能している（2007年度評価結果）。

を公設民営として、10月に病院建設実施設計に着手し、2003年1月には病院建設補助金要望書を国県に提出、3月議会では、建築予算21億円を上程、4月に国の内示を得た。しかし、大分市から病院建設の同意がもらえず、7月に建設を断念、前町長は2003年8月に辞任している。合併協議を進展させるため、9月議会で民営化の方向を決定。新町長着任の10月から本格的に組合と協議再開、11月に組合の合意に至る。2月に、病院設置条例廃止議案が可決、2004年6月末で現病院廃止。7月より新病院開設（自治体病院の民営化はバラ色ではない 大分県佐賀関病院の事例から/日経メディカルオンライン 2007.3.9）。

長崎県の場合、入院患者数の減少を主な原因として2008年度計画の純利益90,230千円(3.4%)は達成できなかったが、31,696千円(1.3%)の純利益を計上した。外来延患者数は前年度比630人(1.0%)の増加となった。外来透析延患者数923人の増が、患者数の増加をもたらしたもので、新規入院患者数及び入院延患者数の増加には繋がらず、入院患者数は一日平均5.6人(△4.4%)の減少となり、病床利用率が67.7%(前年度70.9%)に低下した。それによって、平均在院日数は19.3日に短縮となった。ただし、紹介外来患者数は1,030人(前年875人)と前年度より増加となり、概ね良好と言えよう。

以上見たように、公社化には一定の評価が下せるであろう。公社化は、経営にあたり目標を設定し、それを外部の者が監査するというサイクルを持っている。この意義は病院経営に際して大きい。もっとも、公立病院の意義も忘れてはならない。本来、政策的な意図を持って設けられた公立病院が、民間でも行える事業に手を出しても無駄である。棲み分けを意識する必要がある。

4 分析

ここで、診療所化した病院とそうでない病院との比較を公債費比率、財政力指数、地方債現在高、損益分岐点比率、病床数、病床利用率(%)、平均在院日数について見てみよう。診療所化した病院とそうでなかった病院とのそれぞれの指数の平均値の差を検定した。

等分散性の仮定を置いて置かなくとも(置かない場合はwelchの検定を施した)1%水準で有意に差があると認められたのは病床利用率の差35.2%(診療所化された病院が43.0%、されていない病院が78.2%)と病床数の差168.9床(診療所化された病院が47.9床、されていない病院が216.8床)であった。また、welchの検定のみ5%水準で有意であったのが財政力指数で、診療所化された病院のある市町村の財政力指数の平均値は37.1%であったが、されていない病院を持つ地域は50.1%で差は13.0%であった。公債費比率、地方債現在高、損益分岐点比率、平均在院日数にも差はあったが有意ではなかった。

民営化された病院の場合、財政力指数の差16.2%(民営化された病院の市町村が66.8%、されなかった病院の市町村が50.6%)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意、病床数の差92.0床(民営化された病院が147.7床、されなかった病院が239.7床)は等分散性の仮定を置くと5%で有意、置かないと1%で有意、病床利用率の差34.0%(民営化された病院が43.5%、されなかった病院が77.5%)は等分散性の仮定に関わらず1%で有意、平均在院日数の差9.3日(民営化された病院が32.5日、されなかった病院が23.2日)は等分散性の仮定に関わらず1%で有意であった。また、統合化された病院の場合、財政力指数の差17.7%(統合化された病院の市町村が32.9%、されなかった病院の市町村が50.6%)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意、病床数の差80.5(統合化された病院が159.2床、されなかった病院が239.7床)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意、病床利用率の差21.1%(統合化された病院が56.4%、されなかった病院が

77.5%)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意、平均在院日数の差6.8日(統合化された病院が30日、されなかった病院が23.2日)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意であった。

公社化された病院の場合、病床数の差275.5床(公社化された病院が515.2床、されなかった病院が239.7床)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意、病床利用率の差4.8%(公社化された病院が82.3%、されなかった病院が77.5%)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意、平均在院日数の差6.7日(公社化された病院が16.9日、されなかった病院が23.2日)は等分散性の仮定を置かないと1%で有意であった。

5 おわりに

分析結果を見ると、概ね仮説を満足したが、一部の結果には問題があった。特に公社化された病院の場合、病床利用率が平均で82.3%となった。経営はともかく、病院の機能としては欠落したものが無い状態の病院が公社化されたといつて良いのかもしれない。その他、財政力指数(これは病院の存在する市町村の数値であるが)は、診療所化された病院と民営化された病院の方が大きくて有意であった。これは、自治体の財政力を示す指標として用いられるもので、基準財政収入額を基準財政需要額で除した数値であり、過去3カ年の平均である。すなわち、診療所化や民営化という作業も、自治体自体がある程度の体力を必要とすることを示していると思われる。また、データの期間上の問題でもあるが、合併を契機とした病院経営の変更は少なかった。しかし、2008年以降に公立病院の経営に変化があった事例はいくつもあり、こうした新しい事例を取り込んでいく必要がある。

最後に本研究の課題であるが、分析に平均値の差の検定を用いるのは良いとして、先験的な公債費比率、財政力指数、病床数、病床利用率、地方債残高、損益分岐点比率、平均在院日数という指標を用いていることである。いずれの指標も地方財政や病院経営にとっては大切な指標であるが、両者を合わせた分析に適した指標を探す必要はあろう。また、データ自体はパネル化できているが、データ上、変化した病院数が少ないので今回はロジット分析等の解析的な分析は見送った。今後、データ整備を施した上で解析的な分析を試みる必要もある。

参考文献

- 伊関友伸(2007)『まちの病院がなくなる』時事通信出版局
- 小久保嘉巳(2003)「適正利益の策定と損益分岐点の算出」、西田書店
- 鈴木玲子(2004)「公立病院は必要か：巨額の補助金は何のため」『JCER 研究員レポート』No. 29、
p1-3
- 山本克也(2009)「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-」国立
社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』、東京大学出版会

表1 損益分岐点比率

	89以下 90-99 100以上			89以下 90-99 100以上			89以下 90-99 100以上			89以下 90-99 100以上		
	全国	都道府県立	政令指定都市	町・村	組合	不採算地域外	不採算地域					
1999	139	313	546	13.9%	31.4%	54.7%	41	45	144	17.8%	19.6%	62.6%
2000	170	355	477	17.0%	35.4%	47.6%	39	59	129	17.2%	26.0%	56.8%
2001	181	347	478	18.0%	34.5%	47.5%	41	73	116	17.8%	31.7%	50.4%
2002	139	267	601	13.8%	26.5%	59.7%	40	47	141	17.5%	20.6%	61.8%
2003	167	270	567	16.6%	26.9%	56.5%	47	51	129	20.7%	22.5%	56.8%
2004	164	246	591	16.4%	24.6%	59.0%	54	42	129	24.0%	18.7%	57.3%
2005	170	240	574	17.3%	24.4%	58.3%	51	48	120	23.3%	21.9%	54.8%
2006	145	177	651	14.9%	18.2%	66.9%	46	38	126	21.9%	18.1%	60.0%
2007	154	191	618	16.0%	19.8%	64.2%	47	36	120	23.2%	17.7%	59.1%
1999	30	108	167	9.8%	35.4%	54.8%	4	11	16	12.9%	35.5%	51.6%
2000	39	124	144	12.7%	40.4%	46.9%	4	11	16	12.9%	35.5%	51.6%
2001	41	119	148	13.3%	38.6%	48.1%	4	14	14	12.5%	43.8%	43.8%
2002	23	93	193	7.4%	30.1%	62.5%	4	7	20	12.9%	22.6%	64.5%
2003	42	103	177	13.0%	32.0%	55.0%	5	11	15	16.1%	35.5%	48.4%
2004	49	114	218	12.9%	29.9%	57.2%	6	8	17	19.4%	25.8%	54.8%
2005	72	116	268	15.8%	25.4%	58.8%	10	7	17	29.4%	20.6%	50.0%
2006	49	94	314	10.7%	20.6%	68.7%	7	8	20	20.0%	22.9%	57.1%
2007	59	87	311	12.9%	19.0%	68.1%	8	11	20	20.5%	28.2%	51.3%
1999	52	113	172	15.4%	33.5%	51.0%	16	46	62	12.9%	37.1%	50.0%
2000	64	126	147	19.0%	37.4%	43.6%	27	45	57	20.9%	34.9%	44.2%
2001	67	111	156	20.1%	33.2%	46.7%	31	43	58	23.5%	32.6%	43.9%
2002	52	93	190	15.5%	27.8%	56.7%	24	33	76	18.0%	24.8%	57.1%
2003	57	80	184	17.8%	24.9%	57.3%	21	36	75	15.9%	27.3%	56.8%
2004	49	67	156	18.0%	24.6%	57.4%	12	21	86	10.1%	17.6%	72.3%
2005	35	51	119	17.1%	24.9%	58.0%	12	25	65	11.8%	24.5%	63.7%
2006	36	24	144	17.6%	11.8%	70.6%	13	21	66	13.0%	21.0%	66.0%
2007	36	48	119	17.7%	23.6%	58.6%	11	18	65	11.7%	19.1%	69.1%
1999	24	64	90	13.5%	36.0%	50.6%	114	248	451	14.0%	30.5%	55.5%
2000	33	74	73	18.3%	41.1%	40.6%	136	280	401	16.6%	34.3%	49.1%
2001	40	65	76	22.1%	35.9%	42.0%	138	281	400	16.8%	34.3%	48.8%
2002	32	57	101	16.8%	30.0%	53.2%	107	209	497	13.2%	25.7%	61.1%
2003	36	48	121	17.6%	23.4%	59.0%	130	221	445	16.3%	27.8%	55.9%
2004	41	46	121	19.7%	22.1%	58.2%	122	200	469	15.4%	25.3%	59.3%
2005	47	54	118	21.5%	24.7%	53.9%	122	186	455	16.0%	24.4%	59.6%
2006	44	34	144	19.8%	15.3%	64.9%	101	143	506	13.5%	19.1%	67.5%
2007	47	64	123	20.1%	27.4%	52.6%	107	127	489	14.8%	17.6%	67.6%

出所) 「公営企業年鑑 各年版」より筆者作成

表2 1999～2007年まで廃院、統合、診療所化、公社化、民営化された自治体病院

年	都道府県	変化前病院名	変化後病院名等	備考欄	
1999年	北海道	旭岡分院	市立函館病院	2000年新病院竣工、旭岡分院が統合し一般・精神・結核・感染症病床が1カ所に集約される	
		音別町国民健康保険病院	音別町国民健康保険診療所を経て市立釧路国 (新)県立一戸病院と合併	2000年一戸病院に統合	
		岩手県 岩手県 岩手県 岩手県 岩手県	都立北陽病院 都立薬地産院 国保音戸町病院 県立精神病院 石鳥谷国民健康保険病院	1999年5月廃院 2005年3月呉市に併合 2005年5月からこのころの医療センター 旧石鳥谷町立石鳥谷病院が2000年に移転新築して診療所化。2006年の合併後は花巻市2008年から医療法人中舘会(花巻市)	
		岐阜県 山形県	小坂町国民健康保険病院 川西町立病院	小坂町国民健康保険診療所 公立置賜川西診療所	2004年下呂市新設統合 2000年11月2町(長井市・南陽市・川西町・飯 豊町)の構成によって建設された公立置賜総合病 院及び救命救急センターが開設。同病院はこれま での長井市立総合病院、南陽市立総合病院、川西 町立病院、飯豊町国民健康診療所はサテライト医療施 設として統合再編された。
		石川県	公立能登第二病院	公立能登総合病院・精神センター	統合、運営は七尾鹿島広域圏事務組合で変わらず 2007年3月末閉院
		北海道	通立北野病院	札幌厚生北野病院	
		兵庫県	高齢者脳機能研究センター	県立姫路循環器病センターに統合	
		福岡県	北九州市立戸畑病院	共栄会戸畑共立病院	医療法人共栄会に移設
		宮城県	公立築館病院	築館地域医療組合	2005年築原市新設 2002年開院
			色麻町国民健康保険病院 村田町国民健康保険病院 大河原病院 母子保健院	公立加美病院 みやぎ県南中核病院 附属村田診療所 開院に伴う廃院	2002年開院
東京都	石和町国民健康保険病院	山梨県東病院	国立成育医療センター開設に伴う整理		
山梨県	城端厚生病院	公立南砺中央病院	上尾中央医科グループに移設		
富山県			から南砺市立病院		
2003年	北海道	帯広市立病院	帯広市立病院		
	東京都	都立大久保病院	大久保病院	2004年東京都保健医療公社	
	東京都	和知町国民健康保険病院	京丹波町国民健康保険和知診療所	2005年10月丹波町、瑞穂町、和知町が合併して京丹波町	
徳島県	鳴門市立板東病院	医療法人板診療所			

表 2 (続き)

年	都道府県	変化する病院名	変化する病院名等	備考欄
2004年	北海道	道立釧路病院	市立釧路総合病院と統合	釧路市へ移管 寿都町へ移管
		道立寿都病院	町立寿都診療所	
	青森県	国民健康保険大畑病院	国民健康保険大畑診療所	経営移譲 2006年福山市に併合 高知県・高知市病院企業団による日本初のPFI事業 による病院運営
		岩手県	岩手県立国民健康保険大畑病院	
	岡山県	岡山市吉備病院	岡山市民生病院	岡山市民生病院付属神辺診療所 高知医療センター
		神辺町国民健康保険病院	高知医療センター	
	高知県	市立高知市民病院	高知医療センター	2006年3町が合併し福智町 合併せず
		県立中央病院	国民健康保険赤池町コリス診療所	
	福岡県	国民健康保険赤池町病院	国民健康保険赤池町コリス診療所	遠賀中間医師会 遠賀中間医師会 朝倉朝倉医師会
		添田町立病院	遠賀中間医師会	
長崎県	朝倉病院 (消化器医療センター)	朝倉朝倉医師会	S45年から経営を北松浦郡医師会に委託 (公立民営) されていたが、2005年から地方独立行政法人化 。	
	江迎町立北松中央病院	地方独立行政法人北松中央病院		
大分県	成人病センター多良見病院	日本赤十字社長崎原爆犠牲者病院	2005年日赤 2005年に大分市に併合されるが、市は病院にタッ 手せず、医療法人顕愛会に移譲。	
	佐賀関町国保病院	佐賀関病院		
熊本県	国保水俣市立湯之見病院	国保水俣市立総合医療センターのりりハビリ病棟と して統合	2005年日赤 2005年に大分市に併合されるが、市は病院にタッ 手せず、医療法人顕愛会に移譲。	
	国保水俣市立湯之見病院	国保水俣市立総合医療センターのりりハビリ病棟と して統合		
2005年	北海道	むかわ町国民健康保険穂別病院	むかわ町国民健康保険穂別診療所	2009年4月1日 一般19床を休止 2009年4月1日 一般19床を休止
		県立花泉病院	県立磐井病院 附属花泉地域診療センター	
	岩手県	国民健康保険茨城町病院	国民健康保険茨城地域診療センター	医療法人桜丘会 2004年東京都保健医療公社 医療法人社団白英会
		国民健康保険茨城町病院	国民健康保険茨城地域診療センター	
	茨城県	国民健康保険茨城町病院	国民健康保険茨城地域診療センター	2004年東京都保健医療公社 医療法人社団白英会
		国民健康保険茨城町病院	国民健康保険茨城地域診療センター	
	東京都	都立国民健康保険病院	国民健康保険メディカルセンター病院	2004年東京都保健医療公社 医療法人社団白英会
		都立国民健康保険病院	国民健康保険メディカルセンター病院	
	新潟県	石部医療センター	新潟西蒲メディカルセンター	2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構 2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構
		石部医療センター	新潟西蒲メディカルセンター	
	滋賀県	大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構 2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構
		大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	
	大阪府	大阪府立精神医療センター	大阪府立精神医療センター	2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構 2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構
		大阪府立精神医療センター	大阪府立精神医療センター	
	宮城県	大阪府立急性期・総合医療センター	大阪府立急性期・総合医療センター	2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構 2008年地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター		大阪府立急性期・総合医療センター		
沖縄県	府立母子保健総合医療センター	国民健康保険西米良診療所	2006年医療法人友愛会に移譲	
	国民健康保険西米良診療所	国民健康保険西米良診療所		