特集：市区町村は少子高齢社会に対応できるか

最近の公立病院政策の変遷と新旧公立病院改革ガイドライン

伊関　友伸*

抄　録

本稿は，総務省の新旧公立病院改革ガイドラインの分析により，最近の公立病院政策の変遷とこれからの公立病院経営のあり方について論考を行う。総務省は2007年12月に「公立病院改革ガイドライン」の通知を行う。旧ガイドラインは，公立病院に厳しい経営改善を求めるものであった。その後，総務省は，相次ぐ公立病院経営の崩壊等を受け，公立病院への地方交付税措置の拡充など，政策変更を行う。

2015年3月，総務省は「新たな公立病院改革ガイドライン」を通知する。新ガイドラインは，旧ガイドライン期間の公立病院改革の成果を踏まえ，医療提供の質の向上を図り，結果として収益改善を図るという視点が盛り込まれている。地方の公立病院は，地域の主要産業という面がある。

キーワード：公立病院改革ガイドライン，総務省公立病院政策，公立病院の経営改善，特別交付税措置の重点化，産業としての病院

社会保障研究　2017, vol. 1, no. 4, pp. 778-796.

I　旧公立病院改革ガイドラインの公表

2007年6月19日，第1次安倍内閣において閣議決定された「経済財政改革の基本方針2007について」において，社会保障改革の一環として公立病院改革に取り組むことが明記され，「総務省は，2007年内に各自治体に対しガイドラインを示し，経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」こととされた。

総務省は2007年7月，「公立病院改革懇談会」を設置し，同年11月には，懇談会が「公立病院改革ガイドライン（案）」をまとめる。案を踏まえて，総務省は同年12月24日に全国の公立病院関係者に「公立病院改革ガイドライン」の通知を行った。

旧ガイドラインでは，公立病院の現状として「地域における基幹的な公的医療機関として，地域医療の確保のため重要な役割を果たしている」一方，多くの病院において経営状況の悪化，医師不足による診療体制の縮小など，「その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっている」こと。第166回通常国会において成立した「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い，地方自治体が経営する「病院事業は，事業単体としても，また当該地方公共団体の財政運営全体の観点からも，一層の健全経営が求められる」ことから，公立病院が「今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供し

* 城西大学経営学部　教授

ていくため」には，「抜本的な改革の実施が避けて通れない課題となっている」とする。

その上で，公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割について，「地域において提供されることが必要な医療のうち，採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある」とし，公立病院に期待される主な機能について，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を例示した。

その上で，2008年度内に，経営効率化で3年間，再編では5年間を目途とする「公立病院改革プラン」を策定することを求めた。改革プランの作成に際しては，①数値目標を掲げて「経営の効率化」を図る，②医師の配置や病床数の見直しを含めた「再編・ネットワーク化」，③民営化を含めた「経営形態の見直し」の3つの視点に立った改革を一体的に推進することを求めた。数値目標に関しては「経常収支比率」「職員給与費対医業収益比率」「病床利用率」の3指標については必ず目標を設定することとされた。

「特に民間医療機関が多く存在する都市部における公立病院については，果たすべき役割に照らして現実に果たしている機能を厳しく精査した上で，必要性が乏しくなっているものについては廃止・統合を検討していくべき」とされるなど公立病院に対して非常に厳しいものとなっている。

当時，旧ガイドラインに対して公立病院関係者から，財務的な視点に偏りすぎているという批判がなされた。例えば，全国自治体病院協議会の『創立60周年記念誌』では，副会長の中川正久氏（島根県病院事業管理者）が当時を振り返り，「公立病院のことをわかっていない人達が数字の面だけから自治体病院の赤字はけしからんので，そこを何とかしろということ」「地域性も全く考慮されていない，ただ単に数字の上から改革プランを作りなさいという意味でのガイドラインとして，当時は私自身も非常に腹が立ったというか，何でこういうガイドラインになるのかと思ったことがあります」と発言している[1)]。

Ⅱ　総務省公立病院に関する財政措置のあり方検討会

2008年7月，総務省は「公立病院に関する財政措置のあり方検討会」を設置する。検討会は，旧ガイドラインが公表された半年後に設置された委員会であったが，メンバーが大幅に入れ替えられた。筆者も縁あって委員となった。委員には，全国自治体病院協議会の中川副会長など，旧ガイドラインに批判的な人も選ばれた。実際の議論においては，相次ぐ地域医療・自治体病院の崩壊を受けて，地域医療を守るためには必要な財政支援を行うべきという議論が多く出された。同年11月に出された報告書では，「必要な医療を効率的に提供するため，公立病院改革推進の視点も必要」という意見に加え，「今後の財政措置のあり方」として「地域医療の確保の観点から，過疎地における医療，産科・小児科・救急医療に関する財政措置は充実の方向で対処すべき」「各地方公共団体においては，所定の経費負担区分ルールに従い，一般会計等から適切な繰入が必要」という財政支援の充実が盛り込まれた。

報告に対して，2008年12月，日本自治体労働組合総連合書記長は「『経営主体の統合』や『再編・ネットワーク化』の評価をはじめいくつかの点で，私たちと見解を異にする部分は」あることを指摘しつつも，「地域医療・自治体病院関係者等の要望を一定反映したもの」という談話を発表している[2)]。

検討会の報告を踏まえ，総務省は，同年12月に

1) 全国自治体病院協議会（2013）『創立60周年記念誌』29～30頁
2) 2008年12月12日日本自治体労働組合総連合書記長野村幸裕「『公立病院に関する財政措置のあり方等検討会』報告に対する談話

「公立病院に関する財政措置の改正要綱」を改正し，2009年度以降，公立病院に対する地方交付税による措置総額を2008年度の2,930億円から700億円程度増額することを示した。

具体的には，「過疎地に関する財政措置の充実」として，「不採算地区病院」の特別交付税措置の要件を緩和すること（交付税80億円程度の増額）。「産科，小児科，救急医療等に関する財政措置の充実」として，医師確保対策，救急医療の充実等のため，普通交付税措置を600億円程度充実すること。周産期医療病床，小児医療病床，救急医療施設に対する特別地方交付税を充実することが示された。地方交付税の増額を受けて，自治体病院への一般会計繰入金も2007年の6,960億円から2008年には7,508億円，2009年に7,710億円に増加した。

結果として，経営の効率化を厳しく求めた旧ガイドラインの通知から1年後には，公立病院に対する財政措置の拡充が図られることとなった。総務省の公立病院に対する政策が変更されたと見ることもできる。

過疎地・産科・小児科・救急医療に対する公立病院に対する財政措置の拡充が図られた要因として，当時の公立病院の置かれた状況があった。2004年の新医師臨床研修制度の導入以降医師の雇用が流動化し，地方の中小病院を中心に深刻な医師不足が起き，経営崩壊する公立病院が相次いだ。医師不足による経営悪化が明確な中で，収支の均衡による急激な経営改善を求めることは，風邪を引いた患者に運動を迫るのと同じ面があった。全国自治体病院協議会を始めとする公立病院関係者の評判も悪く，無理な経営改革を求めることは難しかった。

政治状況の変化も大きい。2007年7月29日の第21回参議院議員通常選挙で自民党が敗北し，参議院でねじれ状態が発生し，安倍第1次内閣が退陣に追い込まれる。その後も自民党への国民の支持が低迷し，2009年8月の第45回衆議院議員総選挙で民主党が勝利し，政権交代が実現する。自民党退潮の要因の一つに小泉医療構造改革の推進による地域医療の崩壊があった。急激な収益の均衡を求め，公立病院の破たんは相次ぐ事態は政府としても避けたい面があった。

Ⅲ 旧ガイドラインのもたらした成果

旧ガイドラインはどのような成果をもたらしたか。図1は，公立病院の経常収益・経常費用，経常収支比率の推移のグラフである。2008年度の95.2％が2013年度には99.4％に向上している。2008年度に経常利益を生じた病院事業の割合は営業中の事業の27.6％に当たる183事業で，その総額は139億円，経常損失を生じた事業は72.4％に当たる481事業で，その総額は1,984億円であったが，2013年度には経常利益を生じた病院事業の割合は営業中の事業の46.5％に当たる298事業で，その総額は571億円，経常損失を生じた事業は53.5％に当たる343事業で，その総額は819億円となっている。不良債務[3]の金額もピークであった2007年度の1,186億円から[4]，2013年度の93億円まで減少している[5]。経営状況は急激に改善していると評価できる。

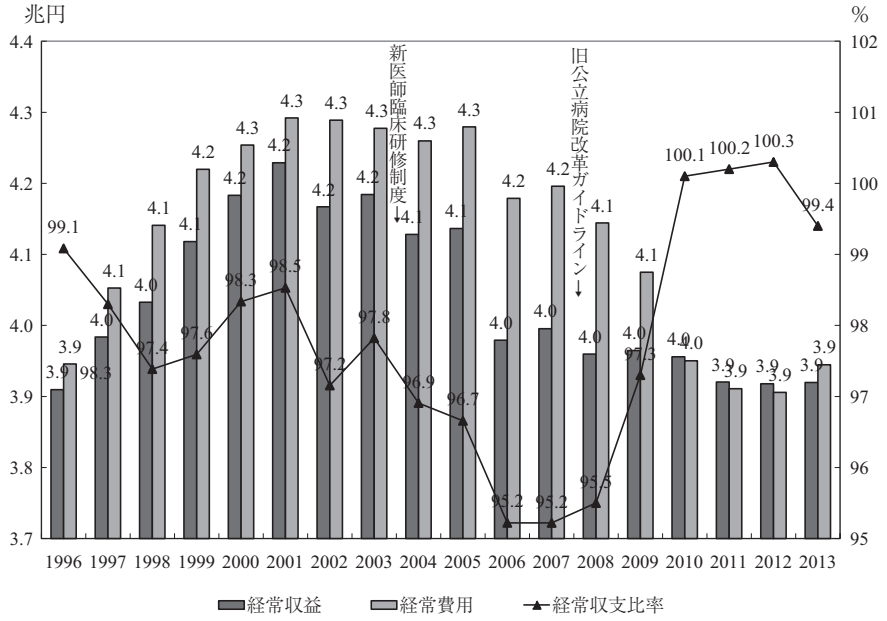
その一方，図2の他会計補助金と負担金が多くを占める医業外収益を除いた医業収支比率で見ると2008年度の88.1％から2013年度に91.9％となっており，経常黒字の相当部分は自治体本体からの繰入金によるものであることが分かる。

図3の地方独立行政法人を含む自治体本体からの繰入金は，2006年度の7,041億円から2009年度の8,140億円に増加し，その後8,000億円台近くで推移している。

図4は，経営主体別の医業収支比率である。全体として改善傾向にあり，特に市立病院は95％近くに達しているのに対して，町村立病院は82％台と経営が悪化していることが分かる。

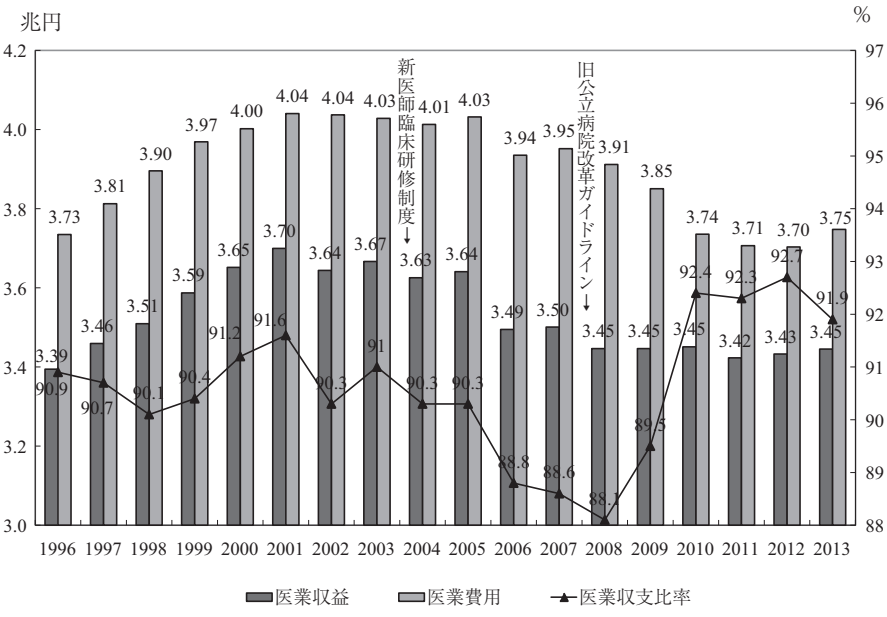
図5の病床規模別の医業収支比率を見ると400床以上の病院は95％を超えているのに対して，50床

[3] 不良債務＝流動負債－（流動資産－翌年度へ繰越される支出の財源充当額）
[4] 2008年度において一定の不良債務を対象とする「公立病院特例債」が総額573億円発行されている。
[5] 2013年3月6日全国都道府県・指定都市公営企業管理者会議資料「準公営企業室関係資料」



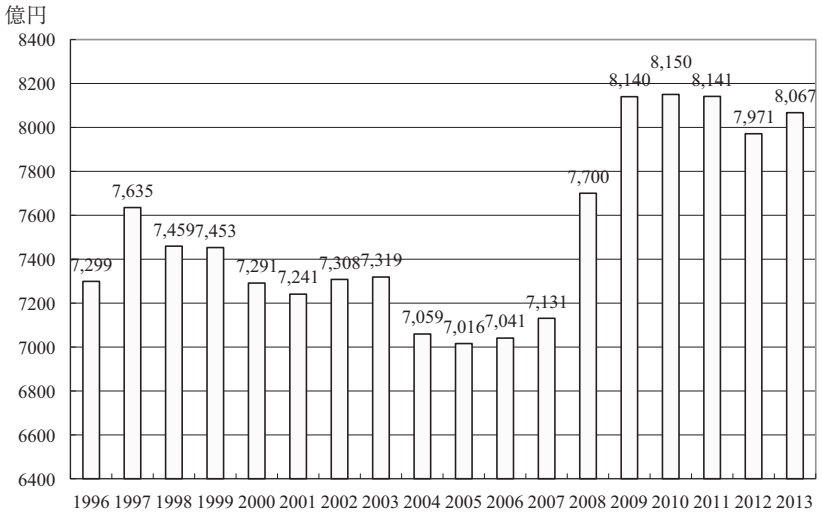
地方公営企業年鑑から作成。

図1　公立病院経常収益・費用，経常収支比率の推移



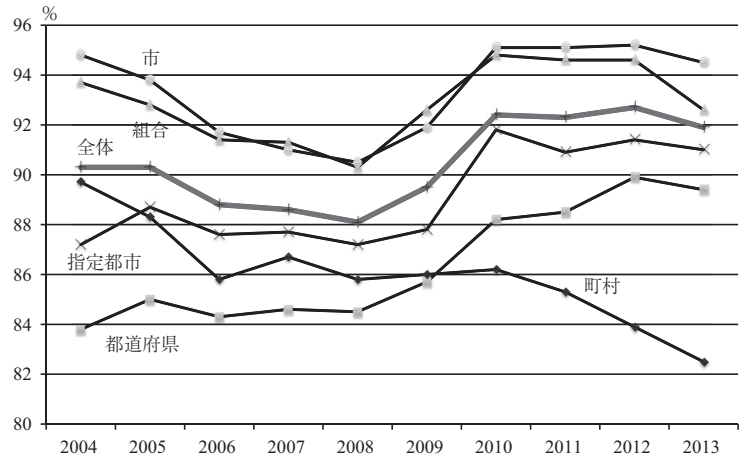
地方公営企業年鑑から作成。

図2　公立病院医業収益・費用，医業収支比率の推移



地方公営企業年鑑および総務省資料より作成。

図3　公立病院への一般会計繰入金（地方独立行政法人含む）



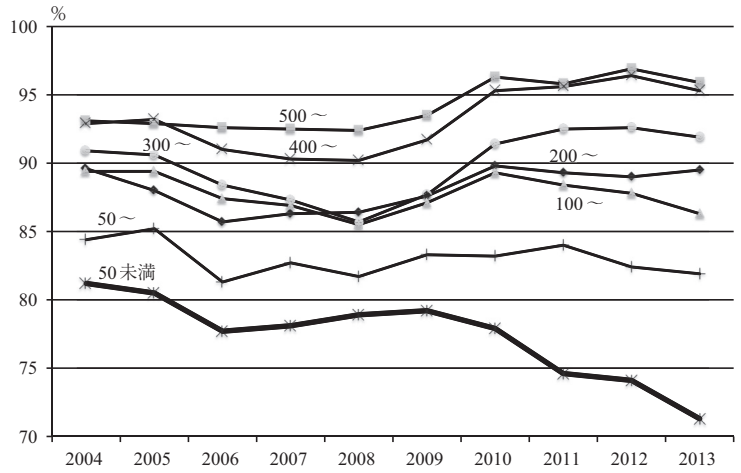
地方公営企業年鑑より作成。

図4　経営主体別医業収支比率の推移

未満の病院は71％と低迷している。

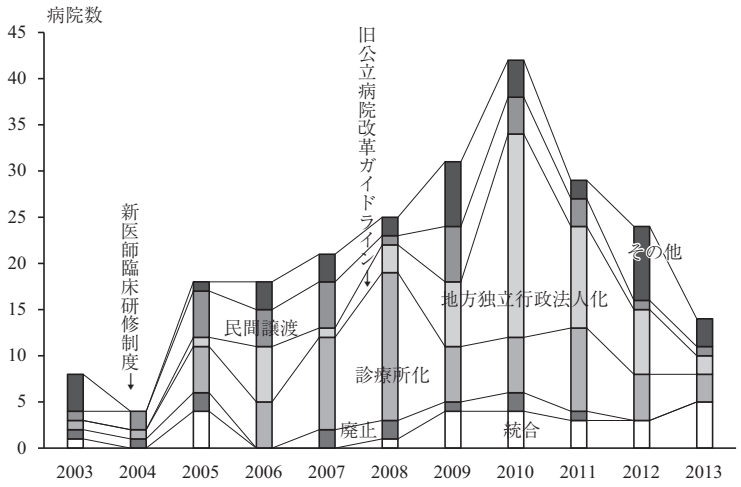
公立病院の中でも病床数の多い病院や交通の便の良い都市部の病院などでは収益を改善させ，交通の便の悪い地方の中小病院を中心に収益が悪化したままという病院も多い。経営改善病院と悪化病院が混在している状況にある。さらに，経営形態見直しにより，地方独立行政法人化・診療所化・譲渡などが行われた場合，地方公営企業年鑑の統計の対象から外れ，全体の収益が改善する面がある。

旧ガイドラインのもたらした影響として，公立病院の経営形態の変更が相次いだことがある。図6は，地方公営企業法適用公立病院の減少の状況とその内訳である。2004年の新医師研修制度以降



地方公営企業年鑑より作成。

図5　病床規模別の医業収支比率の推移



地方公営企業年鑑から作成。

図6　地方公営企業法適用公立病院の減少の内訳

に減少数が急増し，旧ガイドラインの通知以降その傾向に拍車がかかった。特に，地方独立行政法人化と統合が増加している。地方独立行政法人化は，都道府県や政令指定都市を中心に2008年度から2013年度までに52病院が地方独立病院化された。病院の統合は，2009年度に地域医療再生基金が設置され，基金を利用して統合新病院を整備したケースを含めて進み，病院の統合・再編に取組んだ事例は65ケース，162の病院（公立病院以外の病院等を含めると189病院）に達している（総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果（2013年度）」）。

全体としては経営状況が安定しつつある一方，最近でも医師不足や病院収益の悪化などが原因

で，指定管理者制度が導入されたり，譲渡や診療所化される病院が相次いでいる。今後もこの流れは変わらないものと考える。

Ⅳ 公立病院の経営改善で何が効果的だったのか（2つのレポート）

それでは，旧ガイドライン期間中，公立病院の経営改善には何が効果的だったのか。新公立病院改革ガイドライン公表後，内閣府政策統括官（経済財政分析担当）と総務省準公営企業室がそれぞれ旧ガイドライン期間の公立病院の経営改善の状況について分析を行い，レポートを公表している。

1 総務省「公立病院経営改革事例集」

2016年3月，総務省準公営企業室は「公立病院経営改革事例集」（以下事例集）」を公表した。事例集は，新ガイドラインを踏まえ，新しい改革プランの策定とその実施に資することを目的に作成された。

事例集は，旧ガイドラインに基づく取組を概括した上で，2014年度までの決算情報に基づき経営指標が安定的に向上した公立病院20病院を選び出し，各病院に関して，具体的な取組内容および病院による自己評価を掲載するとともに，有識者による評価分析を行っている。筆者は，すべての事例についてコメントをしている。

事例集で紹介されたのは表1の20病院である。事例報告を読んで感じることは，医師・看護師など職員の増員を図ることで経営改善を実現した病院が多いことである。

表2は20病院の職員数・医師数・看護師数の変化を比較した表である。病床数の多い病院を中心に大幅に職員数を増やした病院が多い。20病院のうちの5病院が地方独立行政法人であった。地方独立行政法人化することで職員採用の弾力化を図れたことが経営改善につながったと考えられる。

図7は，旧公立病院改革プラン前後（2008年度決算から2013年度決算）において医業収支比率が5％以上改善した300床以上の病院における収益と費用を比較したものである。ほとんどの病院が費用を増加させているものの，それ以上に収益が増加している。

図8は100床未満の小規模公立病院の収益と費用の比較図である。費用を増加させ，収益を改善した病院と費用を減少させ，収益改善した病院とが混在している。ただ，目先のコスト削減だけを行い，人材投資を怠れば職員や医療提供力が劣化し，将来の病院存続が難しくなる危険性が存在することは注意すべきである。

例えば，事例集で紹介された100床以下の小規模病院のうち，神石高原町立病院は，地域に医療を残すため広島県立病院から町に経営の移管を受けた病院で，移管に際して指定管理者制度を導入し，大幅な人件費の抑制を実現している。ただし，病院からの報告書を読むと，医療の継続のための投資を十分していないことが読み取れた。このため，有識者コメントではあえて「注意すべきは，交通の条件の悪い山間地では医師だけではなく看護師などの医療スタッフの雇用も困難なことである。町の繰入金が1億円で済んでいるというが，普通・特別地方交付税の措置額相当分はすべて病院に繰り入れ，職員研修の充実，職員住宅を含めた勤務環境の整備，病院の建て替えを含めたリニューアル，医療機器の整備などの新規投資を行うことが必要である。単に人件費を抑制し，職員研修の充実など若い医療職が魅力ある職場づくりを行わなければ，現在の職員が定年退職後は職員不足で病院が存続できない事態に陥る可能性がある。へき地の病院ほど人材育成に努力を払うことが必要である」と問題点を指摘した。

表1　事例集で紹介された20病院（紹介文を一部字句修正）

経営の効率化	岩手県立宮古病院－医師招へいの取組や地域医療連携による収入増と，SPCの積極的な利用などによる費用削減努力により，周産期医療の充実など診療機能の向上を図るとともに，経常収支100％を達成。東日本大震災時には災害救急医療を担い，公立病院としての使命を果たす。
	さいたま市立病院－高度急性期・急性期医療を中心とした医療機能の強化や医師・看護師の人材確保による収入の確保および経費の削減に努め，救急・小児・周産期医療等の提供体制の充実確保を図るとともに，経常収支比率100％ 以上を継続的に達成。
	伊那中央病院－医師・看護師の確保や収入増加に向けた各般の取組により，二次医療圏の中核病院として医療の質の向上を図るとともに継続的に経常収支比率100％以上を達成。
	市立福知山市民病院－医師招へいの取組により診療科の充実を図り患者数の大幅な増加などの成果を上げたことにより，前改革プランの当初計画よりも1年前倒しで経常黒字化を達成するとともに，救急医療体制の充実強化を推進。
	唐津市民病院きたはた－56床と小規模病院ながらも，医師の定着や地域医療連携による収入確保とともに費用削減等に努めた結果，2009年度からの経常収支黒字化および累積欠損金の解消（2011年度）を達成。
	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター－新病院の開設により経営指標が悪化したが，病診連携の強化など各般にわたる収入確保の取組により経営指標の改善を図るとともに，高度・多機能病院として医療提供体制を充実強化。
再編・ネットワーク化	つがる総合病院－西北五医療圏の公立5病院を基幹病院とサテライト病院・診療所に再編・ネットワーク化することにより，全体で医師数の増加を図るとともに，基幹病院において医療機能の充実を進め，圏域全体として必要な医療提供体制を確保。
	日本海総合病院－山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院が統合し，地方独立行政法人へ経営形態を転換した上で，日本海総合病院と日本海総合病院酒田医療センターの機能分化と業務の連携を進めることにより，医師確保と診療体制の充実を実現するとともに，法人全体で経常収支比率100％ 以上を継続的に達成。
	北播磨総合医療センター－三木市民病院と小野市民病院が一部事務組合として経営統合し，一つの中核病院に集約統合を図ることにより，大学と連携して医師を育成するマグネットホスピタル（医師の人事循環・交流の拠点機能を担う病院）として医師数の増と医療提供体制の充実を実現。
	公立世羅中央病院—2つの公立病院を急性期病院と診療所に再編することにより，救急医療をはじめとする地域の医療提供体制を確保するとともに経営の効率化を図る。
経営形態の見直し	三浦市立病院－病院の存続さえ危ぶまれる経営状況から，地方公営企業法全部適用化の取組を契機として，医師の招へいや地域医療連携など多岐にわたる経営改善策を実践することにより，住民ニーズに応えた医療の提供と経営健全化を図る。
	富山市民病院－経営改善計画に掲げた各種施策の実施により，2010年度に経常収支の黒字化を達成し，2011年度に地方公営企業法を全部適用することにより，医療の質の向上を図るとともに2014年度まで5期連続の黒字を維持。
	堺市立総合医療センター－地方独立行政法人制度のメリットを十分に活かした体制整備と効率的かつ効果的な病院運営に取り組んだ結果，法人移行初年度（2012年度）より3カ年連続して経常黒字を達成するとともに，救急医療等の提供体制の充実強化を図る。
	八尾市立病院－2009年度の地方公営企業法全部適用への移行，2004年度から導入した病院事務PFI事業の効果などにより，「2009年度に減価償却前収支の黒字化」「2010年度に資金収支の黒字化を達成」「2011年度に純利益」を実現し，診療科の充実を図るとともに2014年度までの4年連続で純利益を確保。
	神石高原町立病院－2009年，県から町へ移管されると同時に指定管理者制度を導入し，人件費の削減による費用削減や特別養護老人ホームの嘱託医を引き受けることによる収入増を実現するとともに，中山間地域における医療提供体制を確保。
	北九州市立門司病院－指定管理者制度を導入し，回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病床を開設するなど，地域における役割を明確化しつつほかの急性期病院との連携を強化したことにより，地域の医療ニーズに対応するとともに安定した医業収入を確保。
	福岡市民病院－地方独立行政法人に移行することにより地域の医療ニーズに柔軟に対応できるようになり，高度専門医療，高度救急医療等の提供体制の充実強化を進めるとともに，経営の効率化を図る。
	筑後市立病院－地方独立行政法人化することにより，医師の確保および診療の効率化による入院収益の増加を図り，法人化後は経常収支比率100％ を継続的に達成するとともに，地域のニーズに応じた医療提供体制を確保。
	くらて病院－地方独立行政法人化することにより，一時期提供できていなかった診療科目を医師の確保によって再開するとともに，地域医療連携等を通じて収入の増加を図ることにより経常収支比率100％を達成。
	町立太良病院－2010年度から地方公営企業法を全部適用し，新たに任命された院長（管理者兼務）のもとに事務長を始めとする事務スタッフを民間病院から採用し，地域医療連携等による収入増と人件費の適正化等による費用削減を図ることにより，慢性的な赤字を解消し，経常収支の黒字化を継続的に達成。

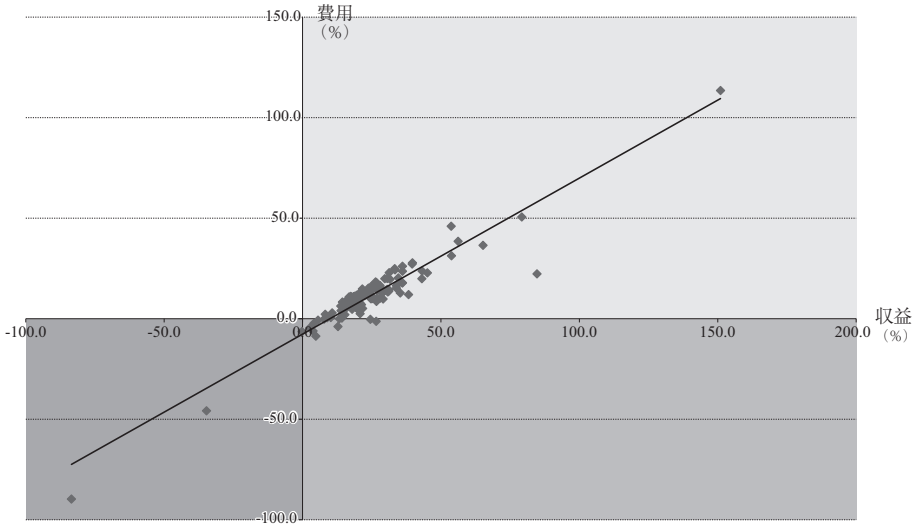
出所：総務省「公立病院経営改革事例集（2016年3月）」。

表2　病院改革事例20病院の職員数・医師数・看護師数の変化

	病院名	病床数	2008 職員数	2013 職員数	増加数	2008 医師数	2013 医師数	増加数	2008 看護師数	2013 看護師数	増加数
経営の効率化	岩手県立宮古病院（岩手県）	344	367	382	15	32	31	−1	196	198	2
	さいたま市立病院（さいたま市）	567	613	686	73	76	88	12	402	461	59
	伊那中央病院（長野県）	394	581	787	206	58	66	8	285	328	43
	市立福知山市民病院（京都府）	354	376	448	72	44	54	10	208	255	47
	唐津市民病院きたはた（佐賀県）	56	30	33	3	4	4	0	15	17	2
	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター（沖縄県）	434	622	749	127	96	116	20	399	496	97
再編・ネットワーク化	つがる総合病院（青森県）	438	433	563	130	27	37	10	192	280	88
	日本海総合病院*（山形県）	646	643	826	183	82	112	30	431	550	119
	北播磨総合医療センター（兵庫県）	450	519	569	50	62	88	26	319	377	58
	公立世羅中央病院（広島県）	155	123	155	32	8	10	2	63	88	25
経営形態の見直し	三浦市立病院（神奈川県）	136	122	134	12	11	14	3	85	80	−5
	富山市民病院（富山県）	595	773	939	166	65	80	15	430	511	81
	堺市立総合医療センター*（堺市）	487	540	903	363	68	137	69	351	451	100
	八尾市立病院（大阪府）	380	464	534	70	64	77	13	274	296	22
	神石高原町立病院（広島県）	95	91	87	−4	6	5	−1	56	32	−24
	北九州市立門司病院（北九州市）	155	114	214	100	7	12	5	46	50	4
	福岡市民病院*（福岡市）	204	208	434	226	34	48	14	130	197	67
	筑後市立病院*（福岡県）	233	222	346	124	16	33	17	101	139	38
	くらて病院*（福岡県）	222	182	194	12	12	10	−2	56	71	15
	町立太良病院（佐賀県）	60	62	79	17	7	4	−3	13	22	9

＊は地方独立行政法人

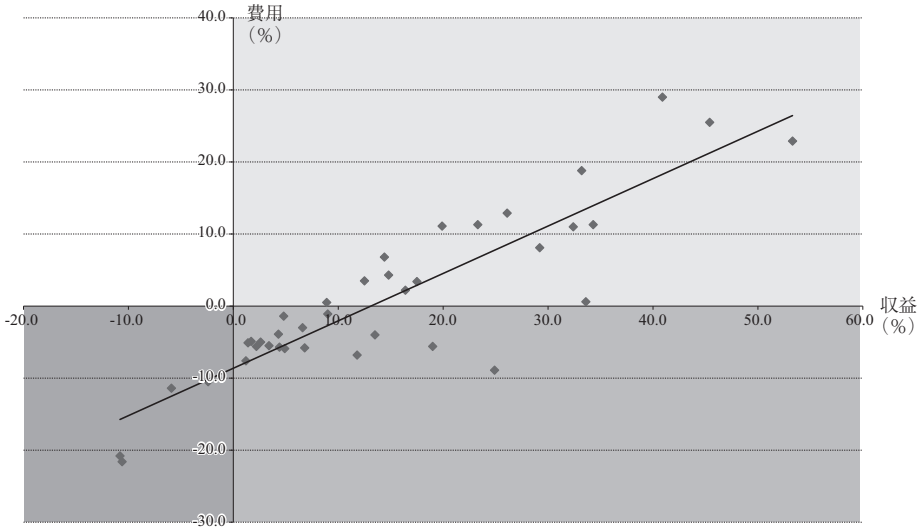
総務省「公立病院経営改革事例集」の各病院データにより筆者作成。



2008年度決算から2013年度決算において医業収支比率が5%以上改善した病院（地方独立行政法人および指定管理者制度導入病院を除く）。

総務省「公立病院経営改革事例集（平成28年3月）」13頁。

図7　旧公立病院改革プラン前後における医業収支改善要因（300床以上）



2008年度決算から2013年度決算において医業収支比率が5％以上改善した病院（地方独立行政法人および指定管理者制度導入病院を除く）。
総務省「公立病院経営改革事例集（平成28年3月）」13頁。

図8　旧公立病院改革プラン前後における医業収支改善要因（100床未満）

表3　大規模病院（病床数400床以上）収支状況

		全体	費用増加			費用減少		
			収益増加		収益減少	収益増加	収益減少	
			収支改善グループ①	収支悪化グループ②	収支悪化グループ③	収支改善グループ④	収支改善グループ⑤	収支悪化グループ⑥
施設	病院数	132	97	26	6	2	0	1
	平均病床数（床）	544	559	507	458	579	－	460
修正医業収益		19.0 %	23.7 %	9.2 %	－ 5.2 %	2.3 %	－	－ 1.8 %
入院	入院収益	20.4 %	25.0 %	10.5 %	－ 7.1 %	19.2 %	－	－ 3.8 %
	入院単価（患者1人1日あたり）	29.3 %	31.3 %	26.0 %	15.2 %	26.6 %	－	20.1 %
	入院患者数（1日平均）	－ 6.6 %	－ 4.3 %	－ 11.8 %	－ 18.7 %	－ 6.1 %	－	－ 19.6 %
外来	外来収益	18.5 %	23.1 %	8.6 %	0.1 %	－ 20.1 %	－	13.2 %
	外来単価（患者1人1日あたり）	29.0 %	31.5 %	23.6 %	26.6 %	－ 17.0 %	－	35.6 %
	外来患者数（1日平均）	－ 7.2 %	－ 5.6 %	－ 11.3 %	－ 15.0 %	－ 4.9 %	－	－ 16.3 %
修正医業費用		14.9 %	16.1 %	15.0 %	3.2 %	－ 2.2 %	－	－ 1.2 %
費用	人件費	14.2 %	14.8 %	16.7 %	－ 0.9 %	5.9 %	－	－ 3.5 %
	材料費	9.1 %	13.5 %	0.1 %	－ 8.4 %	－ 24.7 %	－	－ 12.6 %
	経費	25.9 %	23.8 %	32.7 %	29.5 %	25.7 %	－	25.5 %

内閣府『公立病院改革の経済・財政効果について』。

2　内閣府「公立病院改革の経済・財政効果について」

2016年8月16日，内閣府政策統括官（経済財政分析担当）は，「公立病院改革の経済・財政効果について－地方公営企業年鑑による個票データを用いた分析」というレポートを発表した。分析は，近年の公立病院改革による経営改善効果を個別病院の経営データによって検証するというもので，分析に当たって有識者研究会が設置され，筆者も委員となった。

分析については，立地条件について「不採算地区」か「不採算地区外」に分け，その上で病床規模を「200床未満」「200～400床未満」「400床以上」の3つの区分に分け，全病院を4つに分類した（不採算地区病院はすべて200床未満）。

その上で，経営改善の成果を明確にするため，病院が医療を行って得られる医業収益（主に入院・外来収益）と発生する医業費用（主に人件費・材料費・経費など）の変化の状況を検証した。経営改善の状況を把握するため，医業収益の一般会計の負担金，医業費用の減価償却費・減耗費を除いた修正医業収益・修正医業費用で比較を行った。

表3は400床以上の病院の収支状況である。収支改善グループ①が97病院と全132病院の75％を占めている。修正医業費用が16.1％増加（人件費14.8％増，材料費13.5％増，経費23.8％増）する一方，修正医業収益が23.7％増加（入院収益25.0％増，外来収益23.1％増）して収支を改善させている。人件費が14.8％増加したように，医師や看護師など職員数を増やし医療提供力を向上させ，入院単価（31.3％増）・外来単価（31.5％増）を実現させた病院が収支を伸ばしていると考えられる。

表4は，不採算地区小規模病院（200床未満）の収支状況である。全250病院のうち192病院（77％）が収支を悪化させている。最も病院数の多い収支悪化グループ⑥（91病院）は，修正医業費用が9.4％減少（人件費5.5％減，材料費36.8％

表4　不採算地区小規模病院（病床数200床未満）収支状況

			費用増加			費用減少		
			収益増加		収益減少	収益増加	収益減少	
		全体	収支改善グループ①	収支悪化グループ②	収支悪化グループ③	収支改善グループ④	収支改善グループ⑤	収支悪化グループ⑥
施設	病院数	250	29	50	51	10	19	91
	平均病床数（床）	77	85	78	69	85	82	77
修正医業収益		－5.1％	22.3％	9.1％	－9.8％	5.1％	－7.0％	－19.8％
入院	入院収益	－3.2％	31.4％	6.6％	－13.7％	13.0％	1.0％	－16.4％
	入院単価（患者1人1日あたり）	8.8％	13.7％	11.9％	5.3％	14.3％	16.1％	5.5％
	入院患者数（1日平均）	－10.3％	18.4％	－3.7％	－17.4％	0.0％	－12.3％	－19.7％
外来	外来収益	－7.3％	9.5％	11.0％	－6.2％	－0.9％	－12.6％	－22.8％
	外来単価（患者1人1日あたり）	9.9％	11.6％	17.3％	17.6％	14.3％	7.7％	0.9％
	外来患者数（1日平均）	－14.1％	1.2％	－4.6％	－18.8％	－12.6％	－17.4％	－21.1％
修正医業費用		1.7％	14.6％	16.4％	6.0％	－3.4％	－12.1％	－9.4％
費用	人件費	1.8％	13.1％	12.6％	5.5％	－8.8％	－12.7％	－5.5％
	材料費	－14.8％	3.2％	14.5％	－12.6％	－10.1％	－22.7％	－36.8％
	経費	20.3％	31.4％	26.0％	25.3％	17.7％	0.6％	15.1％

内閣府『公立病院改革の経済・財政効果について』。

減，経費15.1％増）する一方，修正医業収益が19.8％減少（入院収益16.4％減，外来収益22.8％減）して収支を悪化させている。立地条件が悪く，医師や看護師などの医療技術職の雇用が困難で医療提供能力を落とし，結果として入院・外来患者の流出（入院19.8％減，外来21.1％減）を招き収支を悪化させているものと考える。

不採算地区小規模病院の中でも経営状況の収支を改善させた病院数が最も多いグループ①（29病院）では，400床以上の病院と同様に修正医業費用が14.6％増加（人件費13.1％増，材料費3.2％増，経費31.4％増）する一方，修正医業収益が22.3％増加（入院収益31.4％増，外来収益9.5％増）して収支を改善させている。医師や看護師などの職員数を増やし医療提供力を向上させ，入院単価（13.7％増）・入院患者数（18.4％増）・外来単価（11.6％増）の増加を実現させて収益を改善したものと考えられる。

2番目に収支改善の数の多いグループ⑤（19病院）は，グループ①とは異なり，修正医業収益が7.0％減少（入院収益1.0％増，外来収益12.6％減）する一方，修正医業費用を12.1％減少（人件費12.7％減，材料費22.7％減，経費0.6％増）し，収支の改善を行っている。

3　2つの報告書の分析から見えてくるもの

2つの報告書の分析からどのようなことが見えてくるか。経営改善の状況を見ると，病床数の多い都市部の病院で経営改善の度合いが大きく，人件費増など積極的な投資を行って医業費用を増加させるが，それを上回って医業収益を増加させることにより，収支を改善させた病院が多かったことが分かる。

通常，地方自治体本体においては病院のような診療報酬による収入がないため，どうしても人員抑制・経費節減の「ケチケチ」による経営改善に意識が向かいやすい。しかし，現在の診療報酬政策は，かつての薬価差益への重点配分から技術や医療提供の質に対して配分される時代になっている。このような時代においては，医師や看護師などの職員数を増やすといった，投資を行って医療提供能力を向上させ，入院・外来単価の増加により経営改善を図ることが必要となる。公立病院を経営する各地方自治体において，病院職員の採用を積極的に図ることによって収益を高めるという意識を持つ必要があると考える。

不採算地区で病院を経営することは非常に難しい。後述のように，地域において必要な医療を提供し続けるためには，地方交付税を裏付けとした一般会計からの繰入金は必要と考える。採算のみを考え，必要な人材投資をせず，人件費抑制を行うだけでは，職員が高齢化して退職した後に勤務をする医療職はなく，医療を継続できなくなる可能性が高いと考える。

Ⅴ　旧ガイドラインの評価

2つのレポートの分析結果を踏まえて旧ガイドラインの評価を行うと，①数値目標を掲げて「経営の効率化」を図ることについて，「職員給与費対医業収益比率」を必ず目標設定することについては，職員対医業収支比率を目標設定したことは誤りであったと考える。職員を増員する一方，それを上回る収益増加を図り結果として職員対医業収支比率を下げるということはあるが，地方自治体においては職員対医業収支比率＝職員採用の抑制・職員給与の抑制に直結しやすい。公立病院の経営改善を抑制する方向に働いたと考える。職員対医業収支比率は，旧ガイドラインが医療現場の現状を理解せず財務の改善を求めているという批判があてはまる典型的な指標であった。

②医師の配置や病床数の見直しを含めた「再編・ネットワーク化」はどのように評価すべきか。2つのレポートにおいても病床数の多い病院は確実に経営が改善している。医療が，高度・専門化していく中で，時代に対応した医療を提供していくためには，病院も一定の規模が必要となっている。病院の規模が大きくなることで，医師や医療スタッフに対する研修機能が充実しやすくなる。

ただし，病院の機能再編は，現場の医師や医療スタッフにとって働く環境が大きく変わることにつながる。組織文化の違うほかの病院のスタッフ

と共に働かなければならない場合も多く，それまで行ってきた医療を否定することにつながりかねない。病院機能の再編が契機で医師を始めとする医療スタッフが大量に退職する危険性がある。1+1＝2とならず0.9となる可能性も存在するのが医療機能の再編である。現場で働く医療スタッフの意向を良く聞いて再編を進めるべきである。

③民営化を含めた「経営形態の見直し」の3つの視点に立った改革を一体的に推進することについてはどうか。公立病院の収益改善において職員採用を弾力化することは重要な要因である。その点で地方独立行政法人化を図ることは法人の裁量で職員を採用することができ，経営改善につながるものと考える[6]。

その一方，地方公営企業法全部適用も同様の問題が生じるが，病院経営の改善のために自治体本体から独立させることは医療政策と病院経営の分離が生まれ，政策の一体性が確保できなくなるという問題が生じることは注意すべきである。

指定管理者制度については，地方自治体関係者には指定管理者制度を導入すれば公立病院の問題がすべて解決するという見方をする人も少なくないが，上手く行かない例もある。医師不足により一時期病院の休止に追い込まれた銚子市立総合病院（128床）は，2010年5月に，医療法人財団銚子市立病院再生機構を指定管理者として診療を再開したが，医師不足から収益は伸びず，一般会計からの繰入金が2010年度3.4億，2011年度8.6億，2012年度9.3億と3年間で20億円を超えている。巨額の病院へ繰入金は，2012年度末の市の財政調整基金の残高が約5,600万円まで減少するなど，市財政に深刻な影響を与えている[7]。

また，2014年4月から医療法人徳洲会が指定管理者となった大阪府和泉市立病院では，看護師らの半数以上が，市事務職員への職種変更や退職を希望していると報道されている（読売新聞2014年2月26日）。報道では常勤の看護師と准看護師計197人のうち徳洲会へ移籍して病院に残るのは89人。74人が職種変更により市役所に残ることを希望。34人が退職を希望したという。医療技術職員でも57人のうち病院に残るのが17人。職種変更希望者が30人，退職希望者が10人いるという。和泉市は，職員の引き留めのため徳洲会を通じ，1人あたり50万～300万円を貸し付け3年間勤務で返還が免除される「就業支度金制度」をつくり，予算として3億5,800万円を計上した。病院の経営自体は，徳州会により再建がなされると考える。しかし，市役所に残る職員は，一定数は専門職のポストがあるかもしれないが，ポストのない職員は一般事務職員として残ることなる。専門職としての貴重な経験（そもそも看護師は人手不足の職種である）を捨てて一般事務職員になることは，地域医療の観点からも，自治体本体の人事政策の観点（余計な人件費がかかり，それは税金で支出される）からも損失となる。このような人材の浪費は，指定管理者制度の導入において見逃されているデメリットである。

Ⅵ 新たな公立病院改革ガイドラインの策定

1 新ガイドラインの策定

2013年11月25日，第22回経済財政諮問会議が開催され，安倍総理（議長）が「次に，公立病院については，改革プランに基づき取組を進めているが，依然として，多額の補助金に依存する体質になっている。しっかりとした経営感覚をもって経営が行われるように，そしてそれが患者のためになるように，さらなる改革を進めることが重要である」と発言。会議において新藤義孝総務大臣（当時）が，新たな公立病院改革ガイドラインの策

[6] 地方独立行政法人化のハードルとして，総務省は「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」の第55条5項などを根拠に「非公務員型」の地方独立行政法人を原則としている。しかし，地方分権一括法施行以降，地方独立行政法人法を含めた自治体行政組織に関する法令解釈権は，総務省だけではく，その自治体にもある。公務員型の地方独法を認める解釈自体は否定されるものではない。2012年度に設立された地方独立行政法人三重県立総合医療センターは「公務員型」の地方独立行政法人として発足している。

[7] 銚子市（2014）『市の財政状況と市立病院の方向性』

定に取り組むことを表明した。

会議の議論を踏まえ，2014年6月24日に安倍内閣が閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2014」では「『公立病院改革プラン（5か年計画）』に基づく取組の成果を総務省・厚生労働省が連携して評価した上で，地域医療構想の策定に合わせ，今年度中に，新たな公立病院改革ガイドラインを策定する」が位置付けられた。

2015年3月31日，厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」の発表と同日に，総務省自治財政局長は全国の公立病院関係者に対して「新たな公立病院改革ガイドライン（以下，新ガイドラインとする）」を通知した。新ガイドラインの策定に当たっては，総務省は前回のような懇話会形式をとらず，有識者ヒアリングを行っている。筆者もヒアリングで意見を述べた。

新ガイドラインは，公立病院改革の究極の目的について，旧ガイドラインを踏襲し，「公・民の適切な役割分担の下，地域において必要な医療提供体制の確保を図り，その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすること」とし，「このため，医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに，経営の効率化を図り，持続可能な病院経営を目指す」とする。その上で，病院事業を設置する地方自治体に対して，2015年度又は2016年度中に新公立病院改革プランを策定し，改革に総合的に取り組むことを求めている。

2　新ガイドラインの注目点

新ガイドラインは，基本的に旧ガイドラインを踏襲する形をとっており，大幅な変更は行われなかった。それでも，旧ガイドライン期間の公立病院改革の成果を踏まえて変更されている部分も少なくない。特に，旧ガイドラインの病院財務の視点に偏りがちであった点を修正し，医療提供の質向上を図り，収益改善を図るという視点が盛り込まれたことは大きいと考える。筆者の考える新ガイドラインのポイントは次のとおりである。

①　地域医療構想を踏まえた役割の明確化

2014年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」に基づき，2015年3月に厚生労働省が「地域医療構想策定ガイドライン」を公表したことを踏まえ，旧公立病院ガイドラインの3つの改革の視点に「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が加えられた。

これから確実に到来する後期高齢者の急増（医療需要の増大・医療費の増加）に対応していくためには，効率的な医療提供体制を確立することが必要である。「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」は，公立病院においても当然求められる。

ただし，地域医療構想の策定に際し，公立病院が一方的に利害調整の対象となり，病床数の急激な削減などを求められるのではという危惧が存在する。データを基にした理性的な議論が求められる。

②　地方交付税の算定基礎を「許可病床数」から「稼働病床数」へ

公立病院の運営費に係る地方交付税措置（病床当たり単価：H26年度707千円）に関して，算定基礎を従来の「許可病床数」から「稼働病床数」に見直す。緩和措置により，減少分のうち1年目0.9，2年目0.6，3年目0.3を復元し，4年目に0となる。医師不足で一部病床を休床している公立病院は少なくないが，これらの病院では交付税が大幅に減少する可能性が高い。措置額の減少を緩和する方策が講じられるとされるが，不採算地域の特別地方交付税の対象の拡大，交付金額の増加など，立地条件の悪い公立病院の交付税措置が減ることがないように配慮がなされることが必要と考える。

③　特別交付税措置の重点化

財政措置の重点化を図る見地から，公立病院（不採算地区病院，結核，精神，周産期，小児，感染症およびリハビリテーション専門病院並びに救命救急センターおよび小児救急医療提供病院などが対象）に対する特別交付税措置について，病床数等に単価を乗じて算定する方式から実際の繰出額に一定率を乗じたものと比較する方式に見直しするとされた。

新ガイドラインを受けて2016年度の特別交付税の「病院に要する経費」および「不採算地区公的病院等の助成に要する経費」は，算定対象となる項目の繰出額（繰出金等見込額の合算額）に措置率0.8を乗じた額と基準額（単価方式で算定した額の合算額）とを比較する方式に見直しがなされた。これまでは，実際に繰り出しをしなくても特別地方交付税の交付を受けることができたが，新制度では実際に繰り出し金を繰り出さないと特別地方交付税が交付されないこととなった。後述する，公立病院の現場側から指摘されていた「過少繰り入れ」の問題に対応したものである。

④ 「再編・ネットワーク化」への支援

病院の新設・建て替えに対して，現行では元利償還金の30％を地方交付税で措置していたが，「再編・ネットワーク化」に伴う整備の場合には40％に引き上げ，それ以外の老朽化による建て替えなどの場合は元利償還金の25％に引き下げられた。

公立病院等の再編・統合に関して，これまでは「地域医療再生基金」による支援と病院建築への地方交付税措置があった。今後は，病院事業債（特別分）による元利償還金の40％の交付税措置と地域医療構想推進のための「地域医療介護総合確保基金」が財政的な支援となる。

旧ガイドラインの期間，地域医療再生基金の後押しもあり確実に進んだのが病院の統合・再編であった。統合再編により医師数・職員数が増加し，経営の安定化を果たした病院も多かったことから，総務省としてさらに促進を目指したものと考えられる。

⑤ 病院財務に偏った数値目標から医療提供の質向上を目指す目標設定へ

当該公立病院が，その果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から，救急患者数・手術件数・臨床研修医の受入件数・紹介率・逆紹介率・在宅復帰率などの医療機能・品質等の数値目標を設定することが盛り込まれた。

また，旧ガイドラインでは数値目標として示すことが求められた「職員給与費対医業収支比率」が削除される一方，目標達成に向けた具体的な取組の例として「職員採用の柔軟化，勤務環境の整備，研修機能の充実など，医師等の医療スタッフを確保するための取組を強化すべき」ことが盛り込まれた。

⑥ 職員採用の弾力化などの取り組み強化

経営指標の目標達成に向けた具体的な取組の例として「職員採用の柔軟化，勤務環境の整備，研修機能の充実など，医師等の医療スタッフを確保するための取組を強化すべき」ことが盛り込まれた。

これからの病院の収益改善のポイントは，研修機能を向上させて医師や看護師などの医療職を集めること，医療機能を向上させて加算を取ること，DPC対象病院は調整係数Ⅰ・Ⅱを上げて収益を増加させることが重要となる。

⑦ 事務職員の能力向上の必要性

新ガイドラインで特筆する点として，事務職員に関して外部人材の活用，プロパー専門職員の採用，専門的なスキルをもった職員を計画的に育成する仕組みの構築等の必要が盛り込まれたことがある。これは，2013年11月の第22回経済財政諮問会議において議長である安倍総理が「公立病院の事務長が医療経営の専門家でないことが多いが，医療経営の専門家を充てた公立病院は画期的に経営が改善しているところもあると聞く」と発言したことに基づいている。地方自治体の中で軽視されがちな病院事務職員の専門性であるが，急激に変化する病院経営環境の下では，事務職員の能力が病院の命運を決定する重要な要素となる。

Ⅶ 一般会計繰入金は果たして「悪」なのか

公立病院に対する一般会計繰入金について，一部からほかの病院には税金が投入されていないことから「イコールフィッテング」の考えから不公平であるとの指摘がある。少なくとも高齢化と人口減少に苦しむ地方の公立病院には当てはまらないと考える。ある地方の医療関係者が「過疎地は競争では問題が解決しない」と発言されたが，筆者も同じ考えを持つ。

そもそも，医療提供に関しての都市と地方の格差は広がる一方である。開業医も引退して，公立病院が地域で唯一の外来機能を有する場合も多い。外来機能を守るためにも病院を維持する必要がある。医療機関がなくなれば，その地域の住民は生活できなくなる。病院は地域の生命線である。知恵とお金を使って存続させていくことが重要である。当然，地方にある病院は公立病院だけでない，日赤や済生会，厚生連，民間病院を含めて地域の医療を支える病院には財政的支援が必要と考える。実際，地域にとって唯一の公的・民間病院を公立病院化し，指定管理による医療継続をしようという例が出てきている。その点で「官から民」ではなく「民から公」という流れが起きている。

「産業としての病院」という考え方もある。地方の公立病院の支出の約6〜7割は人件費である。地域における重要な雇用先という面がある。食材や物品の購入などで地域に落ちるお金は相当額に及ぶ。

さらに言えば，地方の公立病院は，都市と地方の税の格差を埋める再分配機能を有しているとも考えられる。税の再分配なく，条件の悪い地方で医療を提供することは難しい。税の再配分の方法として，地方に住民の命を守る病院を設置し，医療者を雇用して医療を提供することは意義がある。公立病院に対する地方交付税＋自治体の一定の持ち出しで病院を運営できるなら問題ないと考える。

島根県邑南町は，「日本一の子育て村」の政策実現の中心政策として地元の公立邑智病院（一般病床98床）の医療の充実を図っている。不採算ではあるが，小児科医・産科医を雇用し，救急医療に力を入れた。公立邑智病院の構成自治体（邑南町・川本町・美郷町）は，救急・小児科・産婦人科の3つの分野は，まちづくりの基本（安心な暮らし）に欠かすことができない診療分野として必要な経費を算定している。2015年度の構成自治体の繰出金は4億3,628万円で，地方交付税分を除いた構成町の上乗せ負担分は約8,600万円程度になっている。邑南町では，町の子育て政策と相まって，2005年にマイナス85人の社会減が2013年には20人の社会増に，2012年の合計特殊出生率が2.65となるなどの成果を生んでいる。

自治体の操出金が巨額となり自治体財政が破たんするのは問題である。また，医療機関の持続可能な運営を考えれば必要であれば，距離の近い複数の病院の再編統廃合を行うことを検討しなければならない場合もある。地域の医療を継続させるためには，病院の置かれた経営環境に関する情報の収集（勉強）とリアルな判断が必要となる。

総務省の新公立病院改革ガイドラインも一般会計繰入金を入れた後の「経常収支の黒字」を重視している。必要なら一般会計の繰入金を入れることは必要という立場に立つ。「税金投入ゼロ」を奨めているわけではない。

Ⅷ　繰入金の過少繰り入れ問題（公立病院に対する特別交付税措置の重点化）

地方の公立病院の現場を回ると，繰り入れ基準を上回る繰り出しを行っている病院もある一方，地方交付税で措置された金額以下の繰り出しが行われない病院が少なくない。過少繰り入れによる人的・物的投資不足は，病院の医療提供能力の劣化を招き，医師や看護師など医療人材の退職，患者の流出を招き，結果として病院を崩壊させる。適切な繰り入れにより病院の経営力を上げることが将来の病院の医療崩壊を防ぎ，巨額の繰り入れを防ぐことにつながる。

「過少繰り入れ」の問題については，これまで公立病院の現場側から再三指摘されていた。筆者が委員となった公立病院に関する財政措置のあり方等検討会でも問題とされ，報告書において「各地方公共団体においても，公立病院に対する地方交付税措置の状況等も踏まえながら，各団体において定めた経費負担区分のルールに従って，一般会計等から病院事業会計に対して適切な繰入が確保されるよう，特に注意を喚起しておきたい」と指摘をしている（報告書8頁）。

前述のとおり，新ガイドラインでは「公立病院に対する特別交付税措置の重点化」として，公立

病院に対する特別交付税措置（不採算地区病院，結核，精神，周産期，小児，感染症およびハビリテーション専門病院並びに救命救急センターおよび小児救急医療提供病院などが対象）に対する特別交付税措置について，病床数等に単価を乗じて算定する方式から実際の繰出額に一定率を乗じたものと比較する方式に見直しすること」とされた。

新ガイドラインを受けて2016年度の特別交付税の「病院に要する経費」および「不採算地区公的病院等の助成に要する経費」は，算定対象となる項目の繰出額（繰出金等見込額の合算額）に措置率0.8を乗じた額と基準額（単価方式で算定した額の合算額）とを比較する方式に見直しがなされた。これまでは，実際に繰り出しをしなくても特別地方交付税の交付を受けることができたが，新制度では実際に繰り出し金を繰り出さないと特別地方交付税が交付されないこととなった。

ところが制度変更の趣旨を理解せず，過少繰り入れの状態を続けたため特別地方交付税が大幅に減る公立病院が続出している。このため，総務省準公営企業室は，2016年12月6日付け事務連絡通知「平成28年度特別交付税（公立病院及び公的病院）の基礎数値に係る再確認等のお願いについて」で「本年度特別交付税12月分の算定の結果，昨年度に比べ算定額が減少している地方公共団体が多数に上っています。これらの事例の中には，実際に繰出金等見込額がないものや助成の在り方に関する十分な協議検討を経たものもあると思料される反面，今回の制度改正の趣旨や算定の考え方を十分に理解されていないもの，あるいは特別交付税措置における影響を認識されていないものも存在する懸念があるところです（略）。つきましては，各団体の財政担当課，市区町村担当課並びに公立病院担当課及び医療政策担当課において，別紙2に基づき今一度ご報告いただいた数値をご確認いただきますようお願いいたします。特に，12月分の算定額が大幅に減少する団体におかれては，貴団体の長まで状況を報告する等，財政運営への影響の観点からも，改めて基礎数値の確認を行っていただきますようお願いいたします。公立病院分及び公的病院分が含まれる12月算定分は作業を既に終えておりますが，上記の状況を勘案し，制度改正の初年度である平成28年度限りの特例として，近日中に改めて基礎数値の再照会を行い，未反映分の財政需要が確認された場合には3月算定分における措置を検討しておりますことを申し添えます」と異例の再措置を図ることとされた。

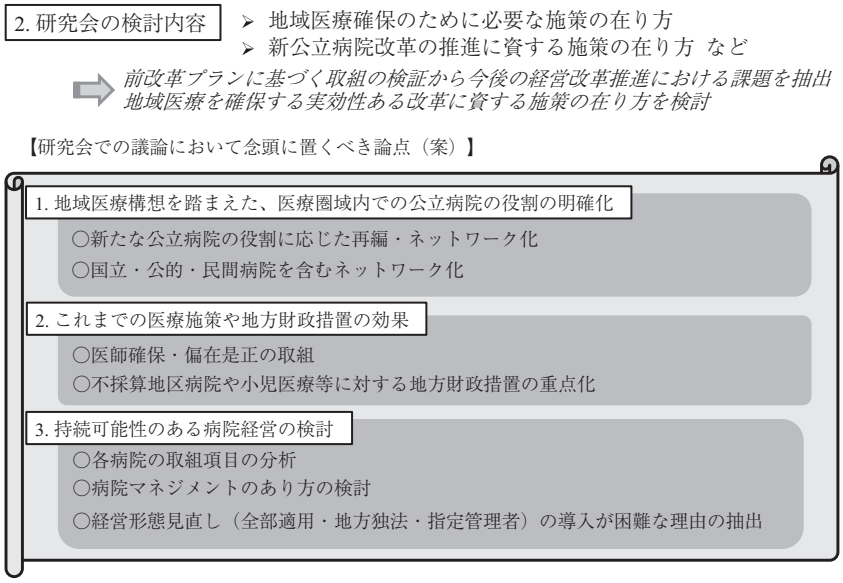
今回の制度改正は公立病院に対する交付税措置を不採算地区，小児，周産期，救急などに重点化する一方，特定財源的性格を強める結果となっている。地方交付税の一般財源の原則からは例外というべきものである。地域医療を存続させる観点からやむを得ないものと考える。

Ⅸ 「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」の開催

2016年9月13日，総務省において「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」が設置され，初会議が開催された。研究会は，「公立病院をめぐる経営環境や，医療提供体制の改革の動向等を踏まえ，地域における医療提供体制の確保や公立病院の更なる経営改革を推進する観点」から，「公立病院に対する施策の在り方等について検討を行う」ことを目的としている。委員は，大学教員など学識経験者7名，病院長・首長など公立病院の経営に携わる者5名で構成されている。委員には，全国自治体病院協議会の中川副会長が公立病院に関する財政措置のあり方検討会に引き続き委員として就任しており，筆者も委員を引き受けている。研究会は隔月で7回開催され，2017年9月に報告書がとりまとめられる予定である。

今回の研究会の特徴として，研究会の名称の最初に「地域医療の確保」が掲げられていることがある。公立病院改革は，病院財務の改善の視点も必要であるが，あくまで地域で必要な医療が提供し続けられることが前提である。総務省が名称で地域医療の確保の重要性を最初に示したことは大きいと考える。

図9は，事務局から研究会に出された検討の進



出所：第2回地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会資料。

図9　「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」における検討の進め方（案）

め方（案）である。研究会の検討内容として，「地域医療確保のために必要な施策の在り方」と「新公立病院改革の推進に資する施策の在り方」が示され，「研究会での議論において念頭に置くべき論点（案）」として，①地域医療構想を踏まえた，医療圏域内での公立病院の役割の明確化（新たな公立病院の役割に応じた再編・ネットワーク化，国立・公的・民間病院を含むネットワーク化），②これまでの医療施策や地方財政措置の効果（医師確保・偏在是正の取組，不採算地区病院や小児医療等に対する地方財政措置の重点化），③持続可能性のある病院経営の検討（各病院の取組項目の分析，病院マネジメントのあり方の検討，経営形態見直し（全部適用・地方独法・指定管理者）の導入が困難な理由の抽出）があげられている[8)]。研究会において，地域にとって必要な医療を提供するために，公立病院はどのような経営改革を行うべきか，現場の視点に立った真摯な議論がなされることを期待する。

参考文献

伊関友伸（2014）『自治体病院の歴史』三輪書店。

（いせき・ともとし）

8) 第1回委員会では①において「民間病院を含むネットワーク化」とされていたが委員意見により「国立・公的・民間病院を含むネットワーク化」に変更された。また，委員意見により③において「病院マネジメントのあり方の検討」が追加された。

Recent Municipal Hospital Policy Transition and Municipal Hospital Reform Guidelines

Tomotoshi ISEKI*

Abstract

This paper analyzes the revision guidelines of the old and new municipal hospitals of the Ministry of Internal Affairs and Communications to discuss recent changes in municipal hospital policies and how to manage municipal hospitals in the future.

In December 2007, the Ministry of Internal Affairs and Communications notifies the municipal hospital reform guidelines. The former guidelines required municipal hospitals to rigorously improve management. After that, the Ministry of Internal Affairs and Communications will make policy changes, including the expansion of local allocation tax measures to local government hospitals, in response to the collapse of successive municipal hospital management.

In March 2015, the Ministry of Internal Affairs and Communications notified "New Municipal Hospital Reform Guidelines". The new guidelines incorporate the viewpoint of improving the quality of medical provision and improving profit as a result based on the results of the municipal hospital reform in the old guideline period. Municipal hospitals have major aspects of the area.

Keywords：Municipal hospital reform guidelines, municipal hospital policies of the Ministry of Internal Affairs and Communications, improvement of management of municipal hospitals, emphasis on special allocation tax measures, municipal hospital with industrial meaning

* Professor, Department of Management, Josai University