

地域医療と自治体病院

—展望を岩手から学ぶ—

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ

2017/7/15

地域医療と自治体病院—展望を岩手から学ぶ

目次

●はじめに

自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか—岩手調査を手がかりとして …村口 至 2

●第1部 自治体病院危機の現段階

第1章 新公立病院改革ガイドラインと自治体病院の動向 …田岡 康秀 4

1 はじめに

2 公立病院改革ガイドラインと地域医療

3 経営形態の見直しに関して(滋賀県野洲市の取り組みと大阪府立病院機構の現状)

4 地域医療構想と新公立病院改革ガイドライン

5 教訓とすべき岩手県の取り組みと医療局労働組合の役割

6 自治体病院の使命と公共性、非営利性、透明性

7 おわりに

第2章 千葉県に見る自治体病院の現状 …八田 英之 23

はじめに—小泉改革を先取りした千葉県堂本県政

千葉県の自治体病院の経営推移

千葉県の地域医療ビジョン・保健医療計画の一部改訂について

終わりに—千葉県の地域医療を改善するための提言—

第3章 地方自治体病院及び地方独法化した病院の経営分析 …根本 守 36

I 地方自治体病院の状況

II 公立病院改革ガイドラインの動向と地方公営企業会計基準の見直し

III 自治体病院の損益状況の概観

IV 地方独立行政法人の財政状況

V 総括

●第2部 岩手調査

地域医療の公共性を守る自治体病院の役割—岩手県県立病院等を訪問して …村口 至 58

第1章 岩手県医療局と医師対策、医師連 …村口 至 60

はじめに

1 県立病院の位置

2 県立病院を基本とした医療展開での評価

3 宮城県との比較

まとめ

資料

第2章 岩手県の自治体病院の経営分析 …根本 守 68

1 岩手県の地域医療と県財政の概要

2 岩手県の自治体病院の経営成績推移

3 個別の岩手県立自治体病院

4 まとめ

第3章 岩手県の医療住民運動と県立病院について …八田 英之 78

はじめに

1 医療利用組合から県立病院へ

2 県立病院の再編成と住民運動

3 東日本大震災と運動の現在

まとめ

おわりに …村口 至 83

●資料(転載): 岩手の地域医療と財政 …井上 博夫 86

地域医療と自治体病院

—展望を岩手から学ぶ—

2017/7/15

- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ（岩手調査班）メンバー（執筆順）
（責任者）村口 至（東北地方医療・福祉総合研究所理事長、坂総合病院名誉院長）
田岡 康秀（大阪府立病院機構労働組合書記長）
八田 英之（研究所副理事長、千葉勤労者福社会理事長、全日本民医連顧問）
根本 守（公認会計士、協働公認会計士共同事務所）

自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか

—岩手県調査を手がかりとして—

ワーキンググループ代表 村口 至

当ワーキンググループは、2005年から調査研究を開始しました。それは、自民党政権が新自由主義的施策を強行し、医療・社会保障にも格差が入りこむ状況が強まり、医療における公共性の危機を感じたことにあります。やがて、総務省の公立病院の改革ガイドラインが出され、危惧したことが現実のものとなってきました。

この間の私どもの作業は、以下のようにまとめてきました。

- 1) 公私病院経営の分析—「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性を守るために— 2006.3.1
- 2) 地域医療再生の力：2010.1.25. 新日本出版社
- 3) イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書 2014.6.15
- 4) 地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と役割 2015.4.30
- 5) イギリスの医療・福祉と社会的企業視察報告書：2016.6.15

*上記3) 5) は、当研究所の他のグループとの共同調査です。

これらの作業を通して、我が国内の地域医療の公共性を支える構造としての公立病院の役割について考えてきました。わけでも、最近の状況の中で地域医療を作っていく上で、県の役割と責任が決定的ではないかという認識に至り、検証を試みることにしました。そこで、歴史的にも医療要求を掲げた住民運動が盛んで、かつ全国で最も多い県立病院を有する岩手県の訪問視察調査を実施しました。そこにみられる県民医療の特徴と医療の公共性を守るうえでの普遍的原理を研究すること

を目的としました。

2007年に総務省は「公立病院改革ガイドライン」を発表し、全国の公立病院の経営の改革を求めました。そこでは、2009年から5年間で3つの指標（病床稼働率70%以上、人件費比率抑制、経常利益改善）を示して経営改善を迫り、全公立病院が自己変革の取り組みをせざるを得なくなりました。2015年には、その総括を下に「新ガイドライン」を提示しさらなる改革を迫ってきています。診療報酬改定や地域医療計画の見直し、3.11東日本大震災をはさみ、それらの結果として独立行政法人化や民間化の動きが促進されています。

経営的には、大規模病院の経営改善の一方で、不採算地区にある小規模病院の経営の悪化が指摘されています（伊関友伸、『病院』76巻1号、2017年）。「新ガイドライン」では、厚労省の進める「地域医療計画」と重ねることで、医療連携・ネットワーク化を促進させ、医療機関のさらなる再編を迫っています。「地域医療計画」では、人口減少などの将来予測などが強いインパクトを持って検討されています。

我が国では、従来から民間医療機関主導で、公立病院は1,2割の比率で今日まで来ていますが、地方都市では、地域医療の中核を公立病院が担っているのが今日の姿です。本書は、このような国の施策が、医療現場や地域にどのように表れているのかを解明しました。

第1部では、医療現場ではどのような状況になっているのかと病院経営状況の分析を試みました。

第2部では、公立病院が全国的に最も多く、全県にあまねく配備されている岩手県を訪ね、そこから学ぶべき事柄を解明しました。

第 1 部

自治体病院危機の現段階

新公立病院改革ガイドラインと自治体病院の動向

田岡 康秀

1 はじめに

地域医療の崩壊が全国で起こり警鐘が鳴らされて10年以上が経過する。国・厚生労働省は、社会保障制度改革推進法（注1）以降、医療、社会保障を自立自助、共助、公助の理念にすり替え、国保の都道府県化とセットにしながら、40兆円と言われる医療費の削減を目的に、入院医療の削減、在宅医療の推進を実行しようとしている。

2014年（平成26年）10月、病床機能報告制度が開始され、地域医療構想の策定が進んでいる。総務省は、地域医療構想に合わせて、「新公立病院改革ガイドライン」を策定し、地域医療政策や公立病院改革も新たな段階に入った。

自治体病院の経営は都市部の大規模病院と地方都市の病院で二極分化ともいえる様相を呈し、それぞれ違った局面の厳しい実態があらわれている。経営状況については根本論文が詳しく分析しているが、自治体の財政支援なしには成り立たない状況にある。自治体病院への財政支援は法律に基づいた補助ではあるが、その支出は住民の支持が大きな鍵を握っている。

本稿は、自治体病院のあり方について、どのように向き合っていくか検討するものである。

2 公立病院改革ガイドラインと地域医療

2-1 地域医療構想を前提にした「新公立病院改革ガイドライン」

2015年（平成27年）3月31日、総務省は「平成27年度又は平成28年度中に、標準的には平成32年度までの期間を対象とした新公立病院改革プランを策定すること」を求めた自治財政局長通知、「公立病院改革の推進について（通知）」（以下、新公

立病院改革ガイドラインという）を発出した。（注2）

これまでの公立病院改革ガイドライン（平成19年12月）にもとづく改革プランはすべての自治体で作成されたが、それに加えて「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加味した新しい改革プランの作成を求めたものである。

2-2 公立病院改革ガイドラインの概要と実施状況

公立病院改革ガイドラインとはどのようなものなのか、改めて整理したい。公立病院改革ガイドラインは、平成19年12月24日付総務省自治財政局長通知で、病院事業を設置する地方公共団体に対して平成20年度内に「公立病院改革プラン」を策定し経営改革に取り組むよう要請したものである。

ガイドラインは「…地域において真に必要な公立病院については、安定した経営の下で良質な医療を継続して提供することが求められる」とし、公立病院の役割の明確化と経営の効率化を求め、①経営指標の数値目標の設定②病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的に見直し③3年以内に経営を効率化（黒字化）④5年以内に再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等に加え、地方交付税の措置や特例債など財政誘導を行っている。民間病院並みの効率性を求めながらも、一般会計からの所定の繰出は認め、繰出後の経常黒字を目標と定めている。

この背景には、公立病院の経営状況の悪化や医師不足に伴う診療体制の縮小などの問題があり、2007年（平成19年）6月に成立した「自治体財政健全化法」（注3）で地方自治体の財政状況のチェック指標（実質赤字比率、連結実質赤字比率、実質公債費比率、将来負担比率）が4つとなり、自治体病院の経営状況も大きな影響を与えることと

なったためである。また、通知発出前の政府の「経済財政改革の基本方針2007」の中にも、公立病院の経営改革の記述がある。

後述の岩手県立病院の歴史でもわかるように、公立病院ガイドラインの通知以前から、国立病院の統廃合問題に限らず、自治体病院の経営の問題は絶えず起こり、統廃合の問題も起こっている。この通知は、公民の役割分担論など民営化路線によって改革を進めようとしたものである。

公立病院改革プランの策定状況は、平成25年度末の実施状況が公表されているが、対象病院892病院（地方独立行政法人を含む）について、プラン策定前と比較して、「経営状況は大幅に改善し黒字病院414赤字病院478となっている。病院の統合・再編は162病院で、経営形態の見直しを実施した病院数は227病院」と報告されている。（注4）

（総務省平成26年9月30日発表） 公立病院改革プラン実施状況等の調査結果（平成25年度） （調査日：平成26年3月31日）	
【概要】〈対象病院：892病院（640団体）（平成26年3月末現在）※地方独立行政法人を含む。〉	
I. 公立病院改革プランの実施状況等	
○経営の効率化	
・平成25年度の経常収支が黒字である公立病院の割合や公立病院全体の経常収支比率は、プラン策定前と比較して大幅に改善しているが、前年度からは若干低下している。	
経常収支黒字病院の割合	
⑤46.4%（④29.7%、③50.4%）。	
経常収支比率	
⑤99.8%（④95.7%、③100.8%）。	
※詳細は〔参考資料1〕のとおり。	
○再編・ネットワーク化に係る取組み	
・平成25年度までに策定された再編・ネットワーク化に係る計画に基づき、病院の統合・再編に取り組んでいる事例は65ケース、162の病院（公立病院以外の病院等を含めると189が参画）。	
※詳細は〔参考資料2〕のとおり。	
○経営形態の見直し	
・平成21年度から平成25年度までに経営形態の見直しを実施した病院は、227病院。 （平成26年度以降に見直しを予定している40病院を含めると267病院。）	
内訳 地方独立行政法人化53病院（見直し予定16病院を含めると69病院） 指定管理者制度導入16病院（見直し予定5病院を含めると21病院） 民間譲渡14病院（見直し予定2病院を含めると16病院）等	
※詳細は〔参考資料3〕〔参考資料4〕のとおり。	
II. 公立病院改革プランの平成25年度における点検・評価・公表の状況	
○プランの点検・評価・公表の状況	
都道府県関係では37団体、市町村等関係では339団体、合計376団体（92.4%）が点検・評価を実施済み又は実施を予定。 ※公立病院改革プランの対象期間が平成25年度以降にわたるものについてのみ計上	

経営形態の見直しに係る取組み

公立病院改革プラン実施状況等の調査結果から平成21年度以降に経営形態を見直した病院数等の状況

	平成21年度から25年度 間に実施されたもの	平成26年度以降に経営 形態見直しを実施（予 定）している病院
地方独立行政法人化	53（*1）	16
指定管理者制度導入	16（*2）	5
公営企業法財務適用 →全部適用	114（*3）	13
民間譲渡	14	2
診療所化等	30	4
合計	227	40

- *1 平成20年度以前に地方独立行政法人化したもの、一般行政病院等が地方独立行政法人化したもの、公立病院が公立大学法人の附属病院化したものを含めると、平成25年度末の地方独立行政法人立の病院は69。
- *2 平成20年度以前に指定管理者制度を導入したもの、一般行政病院から公営企業に移管される際に指定管理者制度を導入したもの等を含めると、平成25年度末の指定管理者制度導入の病院は72。
- *3 平成25年度末の公営企業法全部適用の病院（指定管理者制度導入病院を除く）は358。

2-3 4割以上の自治体病院で経営形態を変更

筆者は、平成18年度地方公営企業年鑑の資料をもとに、病院のホームページ等を参考にしながら、2017年3月末現在の経営形態の変化を中心に調べてみた。平成18年度の自治体病院数979病院の経営形態の変化は、変更なし558、全適化181、独法化71、指定管理38、診療所化70、民間移譲27、統合移管減・廃止34であった。131病院が減り848病院となっているが、新たに自治体病院となった17病院を加えても、2017年4月1日現在で865病院という状況であった。18年度からの変化は表1に、経営形態別自治体病院の状況はグラフ1、2となっている。（注5）

経営形態を変更した病院が42.0%となっており、1割以上が診療所化や廃止・民営化など規模を縮小するなど経営上の厳しさが浮き彫りになっている。総務省の25年度末報告と比べても、独法化を除き増加している。なお、変更なし（平成18年度の経営形態から変更なし）58%のうちには、規模的に独法は難しいし、全適化しても経営改善に影響しないという病院が存在し、民営化や廃止に一気に進む可能性もある。

全適化や独法化などを検討するとしながら実行に移していない病院も多くあり、新公立病院改革ガイドラインが、国、県、民間を含めた再編ネットワーク化のなかで、経営形態の変更を促進する役割を果たしてくるものと思われる。

(表1) 平成18年度と現在の経営形態の状況

(筆者作成)

		平成18年度地方公営企業年鑑					(新設・移管増)
		財務適用	全部適用	地独法	指定管理	合計	
平成29年4月1日現在	財務適用	340				340	
	全部適用	180	182		1	363	3
	地独法	49	21	6	1	77	8
	指定管理	24	14		30	68	6
	診療所	59	10		1	70	
	民間移譲	19	7		1	27	
	統合移管減・廃止	22	12			34	
	合計	693	246	6	34	979	17

(網かけは変更なし)

新設増となった17病院の内訳は、全適3独法8指定管理6となっており、国や公的施設からの移管、統合に伴う新設などで、移管後廃止した病院は含んでいない。

近畿地方の自治体病院については一覧表を作成した(別表参照)。自治体病院数(地方公営企業および地方独立行政法人)では、平成18年度の123病院が117病院に6病院減少(病院減11、病院増5)している。自治体病院数の減は、診療所化4病院、廃止・民間移譲3病院、統合減4病院であり、病院増は他経営体からの移管増であった。病院減の多くは、老朽化・経営難、市町村合併等による新築統合である。

運営形態の変更という点では、全適化20病院、独法化18病院、指定管理者化が5病院であった。なお、運営形態の変更の有無にかかわらず、結核病床が半減し、全体の病床数で5%強の削減となっている(表2)。また、ほとんどの病院で給料、人員など経営上の見直しは行われていると思われる。大都市、府県レベルで独法化が進んでいるが、兵庫県、滋賀県、和歌山県は独法化していない。

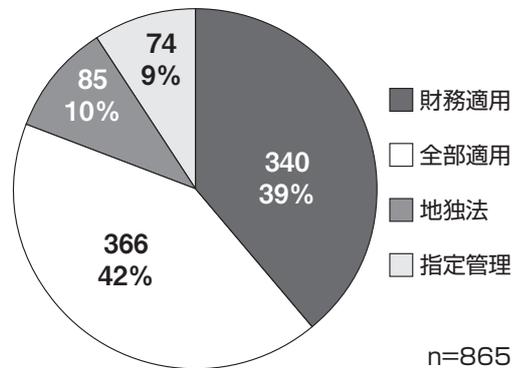
兵庫県では企業病院との統合もある(神鋼加古川病院は平成28年7月に加古川中央市民病院に新築統合。県立姫路循環器病センターは製鉄記念広畑病院との統合案が

検討されている)。京都府福知山市では、市町村合併で市立病院化された旧町の新大江病院(指定管理)が直営の必要性が議論され、福知山市民病院大江分院として直営化(平成27年4月)されている。

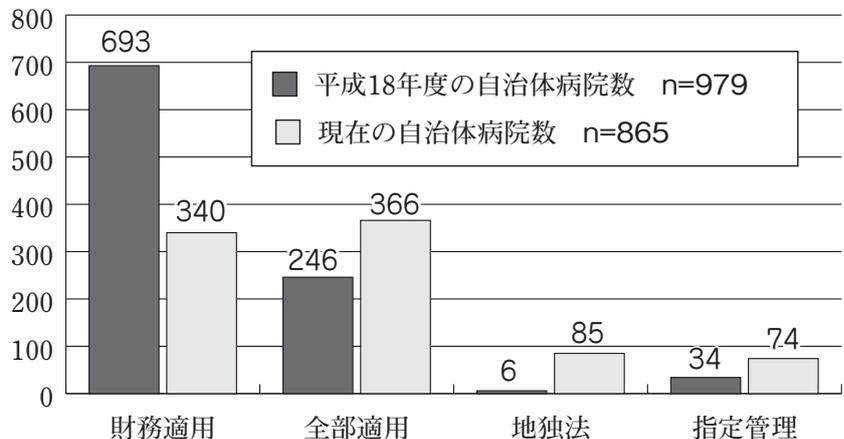
2-4 公立病院ガイドラインでの厳しい労働実態

病院の経営は診療報酬制度に大きく影響を受ける。小泉改革下での診療報酬のマイナス改定によ

グラフ1: 現在の自治体病院数(経営形態別) (筆者作成)



グラフ2: 経営形態別自治体病院数(H18年:現在) (筆者作成)



(表2) 近畿の自治体病院の病床数の変化 (筆者作成)

	H18	現在	差	削減率
一般病床	32,752	30,903	-1,849	-5.6%
療養病床	875	925	50	5.7%
結核病床	428	191	-237	-55.4%
精神病床	2,386	2,247	-139	-5.8%
感染症病床	194	200	6	3.1%
計	36,635	34,656	-1,979	-5.4%

って経営が悪化し医療崩壊した問題は記憶に新しい。その後、麻生政権や民主党政権下で若干のプラス改定が行われ持ち直したこともあったが、民主党政権末期の税と社会保障一体改革を受けて、早期退院、在宅医療など診療報酬が一層政策誘導されてきた。さらに追い打ちをかけているのが安倍政権による社会保障の削減路線で、大病院と地方都市を中心とする中小病院で経営状況が二極分化している状況がみてとれる。また、比較的経営状況の良い大病院と言っても決して楽な経営状況とは言えない。

連綿として行われてきた政府の低医療費政策のしわ寄せは、住民や自治体労働者にきている。昨年行われたストレスチェック(注6)で、大阪府立のある病院では、全国平均の数値よりほとんどの職場で仕事量が多く、心身に影響するストレスフルな結果が出ている。経営数値が改善されているが、医療事故と隣り合わせのすさまじい実態が報告されている。また、自治労連や医労連の看護職員アンケートでも、忙しすぎる実態が報告されている。

最近では、急性期病院がDPCによる診療報酬の増を求めて、入院期間の短縮、診療密度の高度化を狙う動きがある。今でも、DPCの診療群により標準入院期間が決まっているため、他の治療すべき疾患があっても退院をすすめられる。その病気は軽快しても、他の病気が十分治療されないまま退院ということも多々ある。

また、DPC期限内の退院を見越した対策などを入院前に立てるというPFM(Patient Flow Management)という手法が紹介され、経営に役立っているという。入院前に患者・家族の状況が把握できて医療看護に生かせるという良い面がないわけではないが、一方で、退院日を誓約させら

れる可能性もあり、患者に対し、あなた約束したでしょ、と有無を言わせない対応も考えられる。

(注7)

急性期病院からの退院促進は、地域の医療介護がよほど充実していないと医療難民、介護難民としてあらわれるのではないかと。介護施設等に入っているお年寄りが急変して急性期病院に入院しても、元の施設に戻れる保障はない。退院調整で神経をすり減らすケースワーカー(MSW)の姿を見ていると、本来のMSWの業務とは何か?と考えると。えてしまう。

3 経営形態の見直しに関して(滋賀県野洲市の取り組みと大阪府立病院機構の状況)

3-1 市長の決断を市民が後押し…野洲病院の市民病院化

総務省が病院の統合・再編などに取り組んでいる事例にあげている大阪府立病院機構と大阪市民病院機構の統合の問題(その前提となる住吉市民病院の廃止問題)および公立病院改革ガイドラインの方向性と違った取り組み(民間病院の市立病院化)をしている滋賀県野洲市の動きを検討したい。

滋賀県野洲市で民間病院を市直営の市民病院にしようという画期的な動きがあるのを知ったのはつい最近である。早速、地元市議員にヒアリングし、野洲市長の講演もお聞きした。

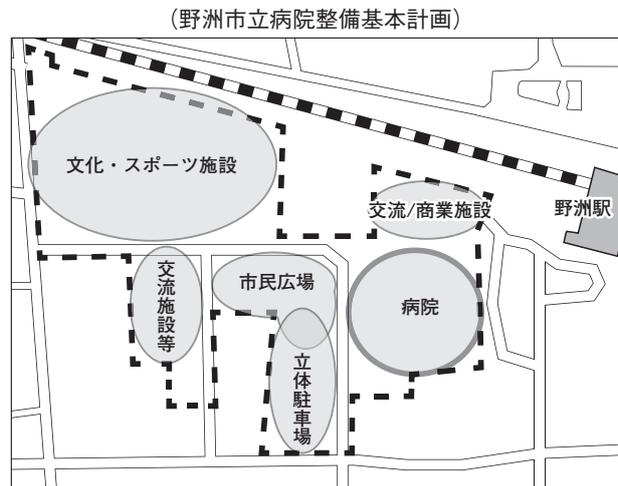
野洲市は、琵琶湖南部に位置する人口5万人余りの地方都市で、大阪や京都、天津市のベッドタウンとして今後も人口の増加が予測される地域である。

市民病院化を検討するきっかけは、民間病院(野洲病院)が提案してきた虫の良い新病院計画にある。現市長は、市立直営の方が透明性を確保できると考え、平成31年度に民間病院を「野洲市民病院」に変更し、平成32年10月にJR野洲駅前に新病院を開設する計画を進めている。

野洲病院(注8)は、戦後まもなく、創始者が診療所を開設、昭和39年に野洲病院となり、現在は医療法人御上会が運営している。昭和55年、平

成15年の増築工事を経て199床の一般病院（急性期）となっているが、この昭和55年の新病院建設の頃から経営が危ぶまれ、当時の野洲町が「地域の中核的な役割を担う公立病院に準じた病院」と

位置付け、昭和60年から財政支援を始め、現在も年1億円あまりの補助金を出している。民間病院に財政支援を始めたのは、市議や有力者が御上会の理事に加わっていたことが大きいといえる。



野洲病院の市立直営化の問題は、2010年（平成22年）4月、野洲病院が「新病院を野洲市で建設し、運営は御上会が引き続き行う」という新病院計画案を野洲市に提出したことから始まった。現市長は「地域医療における中核的医療機関のあり方検討委員会」、「新病院整備可能性検討委員会」の議を経て、JR野洲駅前に新病院を市立直営で建設する計画案を発表（2014年度）した。この案は市を二分する議論に発展し、2016年10月市長選挙の争点になっている。（注9）

市議会では、駅前開発の思惑も重なり、市財政の危機を煽る保守系市議を中心に反対論が出され、2015年度の新病院設計予算案は5月、11月の市議会で否決された。そこで立ち上がったのが、自治会連合会や医師会、女性団体であった。「野洲市民病院を実現する会」、「市民病院を望む女性の会」はそれぞれ署名運動を展開し、老人会、元議員からも要望があがった。自治会連合会は議員懇談会を開催し、全議員に理由を問い詰めるという場面もあった。医師会の医師からは、野洲病院とは在

宅医療で連携をとってきたこと、後方支援の病院がないとやっていけないことが口々に語られた。これらを通じて、反対派の2議員が賛成に転じ、市立病院設置条例案が可決された（2016年12月本会議は賛成10、反対8で可決）。

反対派の主張は、病院建設は良いが、現地建替えのほうが早く安くできる、第二の夕張にするなど、場所や財政問題を理由にしている。また、公立病院改革ガイドラインの方向性に逆行しているとし、一般型地方独立行政法人を主張している（野洲市の病院のあり方を考える会ピラ）。

徹底して市政運営の透明化、情報公開を推進する現市長にとって、医療法人のバックにある市議や有力者の不明朗な運営を見直したい意向があった。市財政から補助を続けるくらいなら市立直営のほうが透明性をはかれ、運営も十分やれるという自信があったようで、初めは市民の理解が市長の決断に追いつけない状況だった。市民の理解が進むにつれ、市民病院化を進めようとする市長への支援が広がったといえる。

官から民へという新自由主義的政策が国、地方で進められている今日、市立直営化を英断した現市長の心意気がうかがえる。しかし、保守系議員などの抵抗は強く、市財政への懸念や経営問題、駅前開発をめぐる攻防は続いている。今後とも市民病院化に向けて市民の後押しが必要であるが、市民病院化が実現したとしても、それで終わりではない。その後の市民運動が病院運営にとって重要だと考える。

なお、市職労は基本的に賛成だが、目立った運動はしていないようだ。自治体労働者、労働組合として、市民の健康や医療、今後の市民病院の運営について、市民とともに考える立場で発信していくことが期待される。

3-2 二重行政のムダという誤った認識から始まった住吉市民病院廃止の問題

公立病院改革ガイドラインには、「まず住吉市民病院を含む大阪市立病院を独法化した後、大阪府立病院機構と統合する。その後、現・大阪府立病院機構の急性期・総合医療センターの敷地内に、急性期・総合医療センターの機能の一部と住吉市民病院の機能を統合させた新棟・住吉母子医療センターを設立（平成28年度）する」と記載されている。

住吉市民病院は府立急性期・総合医療センターと2kmしか離れていないことを理由に、二重行政の問題としてやり玉に上がり、小児周産期医療を府立急性期・総合医療センター（以下、急性期Cと称す）に統合したうえで廃止するという計画となった。急性期CにMFICUやNICUなどを増床し機能強化するので、老朽化した住吉市民病院を廃止しても小児周産期医療は充実すると説明された。小児周産期医療を集約化するのはやむを得ないという意見もあるが、医師会や地元住民にとっては府立と市立で役割分担がされており、二重行政を理由に廃止されるのは納得できない。住吉市民病院の機能が引き継がれていくのか、救急等が確保できるのか、という懸念が出され、当時の橋下市長が、跡地に民間病院を誘致して小児周産期医療を一部継続するという約束をした。しかし、民間病院の公募がうまくいかず、計画を2年延期

して民間病院を何とか見つけてきたが、その民間病院に対する不信もあり医師会も含めて反対論が強まった。2015年（平成27年）12月、大阪府医療審議会で反対多数（賛成は維新の1名のみ）であったのに、松井知事は厚生労働大臣に廃止計画を申請するという暴挙を行った。厚労省は追加説明を求めたりしたが、安倍首相と維新の関係もあり、塩崎厚生労働大臣が2016年（平成28年）2月末に異例の同意に踏み切った。

その後、住民説明会も実施されたが、医療機能の継続の問題など疑問点は解消されなかった。さらに、2016年の年末になって、民間病院の計画と大阪市の対応のずさんさ（民間病院の新築計画が日影規制にひっかかったことなど）が明らかになり、民間病院が撤退する事態になっている。

住吉市民病院を充実させる市民の会のたたかいは、定期的に会合をもち、大阪府保険医協会や大阪府職労、大阪市労組も支援に入り運動を継続、5年間の長いたたかいとなっている。地元医師会とも情報交換しながら取り組みを進め、最近では住吉市民病院の職員からも声があがり始め、共同が広がっている。市民からは、お産できるところが減っている、子どもの急患対応に不安という声や、未受診妊婦の対応や助産制度の利用などに住吉市民病院はなくてはならない病院だという声があがり、小児周産期医療の不足している深刻な実態が明らかになっている。また、急性期Cへの患者集



平成24年5月29日第12回大阪府市統合本部に出された資料。役割・機能の違う病院を公立病院だということ、近いという理由で、廃止統合を決めた。

中の懸念も払しょくされていない。(注10)

住吉市民病院の廃止は、維新が「大阪都構想の一丁目一番地」と位置付けたもので、後戻りできない改革と言われている。しかし、計画の破たんは明確となり、市民病院の存続を決断させるまでたたかいは続く。

3-3 維新政治と合体した急性期Cの新棟建設

急性期Cと住吉市民病院の統合問題は、二重行政批判の典型として取り上げられた。急性期Cはもともと単独で手術棟増築を計画していたが、資金面や土地問題などから困難を抱えていた。そこに住吉市民病院の廃止問題が持ち上がり、小児周産期医療を充実させる名目でベッド移譲を受け、併せて手術室や内視鏡室、化学療法室を増やすという新棟建設計画（費用は大阪府と大阪市が折半で負担）が実現した。それが「大阪府市共同住吉母子医療センター」(注11)で、急性期Cにとってはいわば生き残り策がうまくいった事例であり、維新にとっても願ってもない計画にまとめあげられた。

急性期Cは、住吉市民病院の廃止で困る住民の問題の解決、民間病院の誘致問題とは関係なく、新病棟建築をどんどん進めている。どうみても、急性期Cファースト、維新ファーストで進めてきたといえる。地域住民の声を聞くことなく、維新府市政の強引な運営の最大の協力者となっている。なお、維新府市政は、住吉市民病院の問題が片付いたら、大阪府市病院の統合を考えている。

大阪府市医療戦略会議(注12)は2014年(平成26年)1月「大阪府市医療戦略会議提言」を発表しているが、安倍内閣の日本再興戦略に沿った内容で、産官学の医療成長戦略構想となっている。問題は自治体病院の認識であるが、自治体病院を財政のお荷物と決めつけ、経営統合など経営の発想しか感じられない提言であり、自治体病院を必要とする住民の声は無視されている。

大阪でも格差と貧困の問題が顕在化している。所得の低い住民の医療や難病を抱えた方々の医療・福祉は民間病院では十分担えないことが、住吉市民病院廃止問題でも明らかになっている。府立病院や自治体病院が医療にかかれぬ住民をどのよ

うにフォローするのが問われている。維新政治のなかで住民の医療をどのように確保するのか、経営問題とともに考えていかなければならない。

4 地域医療構想と新公立病院改革ガイドライン

4-1 地域医療構想の概要

地域医療構想は、「医療介護総合確保法」に盛り込まれ、「平成27年4月より、都道府県が二次医療圏単位で策定（法律上は平成30年3月まで、平成28年半ばの策定が望ましい。）するもので、2025年に向け、病床の機能分化・連携をはかるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの」と説明されている。(注13)

地域医療構想は、2025年の「必要病床数」を推計し、各医療機関が毎年報告する「病床機能報告」の病床数を必要病床数に近づけていこうとするもので、そのための協議の場が「地域医療構想調整会議」ということになる。都道府県は「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月発出)を参考に、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床数や在宅医療について策定するよう求めている。

必要病床数と基準病床数の関係は、「医療計画の見直し等に関する検討会」の中で検討されているが、うまく進まない場合は強権的な調整も考えられる。

「地域医療構想調整会議」は、民主的な手続きや実践面での交流という点では評価できるが、一方で、自立自助、共助にもとづいた法律の枠という制約があり、自主的に病床数を削減させる手法ともいえるので注意が必要である。

地域医療構想策定ガイドラインの問題点については本稿では触れないが、受療率の設定やDPCデータでの推計などに問題があると指摘されている。

4-2 地域医療構想の策定状況

地域医療構想は、2017年3月末には全各都道府県で策定された。厚労省の正式発表はないが、朝

日新聞デジタル（2017年4月2日）によると、156,000床減で、入院ベッド数が増えるのは、特に高齢者が急増する首都圏と大阪、沖縄の6都府県のみで、残る41道府県は減らす計画となっている。削減率は鹿児島県（34.9%減）など8県が3割を超え、機能別では、高度急性期と急性期のベッドが30%減（全都道府県で減）、回復期のベッドが190.7%増（全都道府県で増）、慢性期のベッドは19.5%減（首都圏など一部を除き減）と集計されている。

病床数減の地域医療構想でも「削減ではない。減らすものではない」と表記されている。各地の社保協や医労連、自治労連のキャラバン行動の運動や地域医療構想調整会議などでの医師をはじめとする医療関係者の奮闘の結果といえる。京都では医療審議会会長自らが強烈的な批判を展開している。

地域医療構想は急性期病床を減らす狙いがあり、それにどう立ち向かうか。また、自立自助、共助互助というスタンスでどこまで地域包括ケアの取り組みができるか、私たちの実践とともに地域の医療介護システムの構築のために継続的な取り組みが必要だと思う。在宅化をすすめるなら、人員の確保などにもっと予算をかける必要がある。

病床数が不足すると推計された都府県（東京、神奈川、千葉、埼玉、大阪、沖縄）も、急性期病床は過剰となっており、問題がないわけではないが、「そもそも急性期病床は多すぎる」という見解をもつ人もいるし、運動側もどちらかという在宅療養システムが不十分という論調になっているように感じられる。

4-3 地域医療構想に対する運動

地域医療構想策定に関し全国で運動が起こっているが、関西を中心に医療の運動も含めて取り組みをまとめてみたい。

大阪…ガイドライン推計値を鵜呑み利用で、基準病床数との矛盾

大阪府は既存の8つの二次医療圏で地域医療構想調整会議が開催され、平成28年3月に大阪府地域医療構想（大阪府保健医療計画別冊）が策定されている。すべての二次医療圏で不足という結果

になるが、病床機能報告との比較では、急性期病床が過剰、高度急性期と慢性期がほぼ均衡（少し不足）、回復期が大きく不足となっている。なお、現行医療法に基づく基準病床数は全ての二次医療圏で過剰となっているため、現状では増床はできない、としているが、大阪府は、必要病床数と基準病床数の違いは今後の課題として、現時点で明らかにしていない。

さて、地域医療構想調整会議での議論は、大きくは、①病床削減は行うべきではない、②在宅医療の担い手がいない（確保・バックアップ体制をどうするか）、の2点に集約される。大阪府保険医協会の担当者が傍聴した感想は、地域の取り組みの紹介はあるものの、「大阪府は“国のガイドラインに沿って地域医療構想を策定する”ことが目的であり、具体策は地域・二次医療圏の協議に丸投げしている」と語っている。大阪府保険医協会はパブリックコメントで、その点を指摘するとともに、根本問題である貧困問題に取り組む姿勢を示すよう求めたが、大阪府は、あくまでも推計値であるとし、今後調整するなど、あいまいな回答のまま終始している。

大阪府は、平成28年度は病床機能懇話会と在宅医療懇話会に分かれて議論されているが、両懇話会の連携が課題となっている。大阪社保協では、毎年取り組んでいる自治体キャラバン行動や『地域包括ケア』のあり方シンポジウムに取り組んでいる。しかし、全体として病床削減という問題が顕在化せず、府民的な課題になりにくく、運動の焦点が定まらないまま進んでいるように感じる。

京都…国推計を批判的に検討、京都方式を推進

京都府は、6つの全ての二次医療圏で急性期が過剰、回復期が不足という推計になっているが、医療審議会会長が、全国一律の基準で推計する方法に疑問を投げかけるなど、推計そのものについて議論が展開されている。京都医労連では政策委員会が独自推計案を作成し、自治体との懇談や社保協キャラバンなどで提言し、保険医協会など多くの団体、住民が、地域医療の実態と推計値の乖離を指摘してきた。各地域の調整会議でも同様の発言が出されている。

2016年11月に出された中間案は、ガイドラインを画一的にあてはめず、二次医療圏に「機能別必要病床数」を書き込まない方針となっている。病床数の推計では、国推計との比較で減の地域（京都・乙訓、山城北）もあるが、許可病床数との比較では全ての医療圏で維持、増床と推計している。府全体では国推計と同じだが、その範囲の中とはいえ、病床数を減らさない地域医療構想案となっている。

もう一つの特徴点は、地域医療構想中間案を「京都府地域包括ケア構想中間案」と題して発表しており、京都府が提唱した「京都式地域包括ケア」との関連付けをしている。

京都の取り組みの特徴は、保険医協会や医療関係労組、住民組織が各地域で取り組みを行うとともに、医師会役員のほとんどが保険医協会の会員という優位性を発揮し、調整会議等で意見反映が行われたところにある。

兵庫…兵庫各地でよくする会、守る会組織が結成

兵庫県は10の二次医療圏で、回復期が不足、高度急性期が8地域で不足、急性期、慢性期は全地域で過剰という推計値が出され、平成28年10月に策定されている。地域医療構想を受けて、公立豊岡病院組合（豊岡病院・日高医療センター・出石医療センター・和田山梁瀬医療センターの4病院を豊岡市、朝来市で運営）が日高医療センターの耐震化工事を機に入院ベッドを廃止する計画をしている。地域医療を守る但馬の会は署名や住民集会などの活動を始めている。

兵庫の地域医療を守る会（兵庫県社会保障推進協議会、兵庫県保険医協会などが協力団体構成）は、県立柏原病院と柏原日赤病院の統合再編、加古川市民病院と神鋼加古川病院の再編による加古川中央市民病院への統合（加古川の二つの病院を守る会）、県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合再編の問題（姫路の地域医療と介護を守る会）、市立川西病院の独立行政法人化と再編（川西の医療と介護をよくする会）、兵庫医大篠山医療センターの存続充実（篠山の医療をよくする会）、市立三田病院の地域連携推進法人による統合再編（三田の地域医療を守る会）、独法

化された市立明石病院の充実（明石の医療と介護をよくする会）など、住民組織も結成されて地域医療を守る取り組みを進めている。

県立西宮病院や県立こども病院、県立尼崎総合医療センターなどの県立病院改革の動向、先端医療センター病院と神戸中央市民病院の統合、神戸アイセンター病院の開設など神戸医療産業都市の問題点を明らかにする取り組みをすすめている。

奈良他…奈良県は医師会代表を外す

奈良県は5つの二次医療圏のうち、南和地域は全ての機能が過剰となっているほか、4地域で急性期が大幅に過剰、回復期が不足と推計されている（平成28年3月に策定）。地域医療構想を決定する医療審議会に医師会代表が外されており、奈良県医師会長は1200床のベッド削減、急激な在宅患者増に危惧を表明し、マスコミの無関心さを嘆いている。医師会長が対立候補で出馬した知事選挙の報復ではないかと考えられるが、これで幅広い議論ができるのか心配である。

和歌山県は7つの二次医療圏で、急性期、慢性期が過剰、回復期が不足と推計されている（平成28年5月に策定）。県議会で住民の不安などは紹介されているが、住民運動には発展していないが、病床数減に対し、学習会が開催されつつある。

滋賀県では平成28年3月に策定されている。全体で高度急性期、急性期、慢性期が過剰、回復期が不足と推計されている。7つの二次医療圏のうち、大津地域で高度急性期が大幅に過剰、急性期、回復期が不足という推計になっており、高度急性期の調整が示唆されている。高度急性期は4地域が不足となっている。

野洲市のある湖南地域は高度急性期、急性期、慢性期ともに過剰、回復期が不足と推計されているが、大津市に隣接していることもあり、「人口の増加が予測されるために多様な機能に対応できる体制の構築が求められている。」としている。

三重…調整会議に住民団体が参画

三重県では、8つの二次医療圏全てで過剰（回復期は不足）と推計されたため、「地域医療を守る会」が結成され運動が強められた。また、自治

労連などの自治体キャラバンなどでの懇談を通じて、市町村議会から病床削減反対の意見書が出されるなど、平成28年3月の策定予定が大きくずれ込んでいる。

三重県の特徴は、3つの地域で、地域医療を考える会などの住民団体の代表が地域医療構想調整会議の委員に選出されており、全国的に珍しいケースとなっている。自治体キャラバンを通じた運動や地域での実践運動が評価されたもので、地域の実情を反映させるうえでも大きな役割を果たしている。

徳島…「病床数削減を目指すものでない」と明記

徳島県の推計値（3つの二次医療圏）は、全ての二次医療圏で急性期、慢性期が過剰、回復期は不足となっており、四国4県で最悪の31.6%削減という内容である。これに対し、調整会議や県議会、知事も政府に対し、「地域の実情に応じた医療提供体制の確保」を求めるといった動きがあった。結局、「…これらの数値（ガイドライン推計値）を機械的にあてはめたもので、病床削減を目指すものではない」という一文を挿入する形で策定された。

徳島県では、自治体キャラバンを通じて、「安全安心の医療介護の実現、増員、夜勤改善の意見書」が18議会（県自治体の72%）で採択されるなど、医労連を中心とした地域運動の中で、地域医療の実態や在宅医療の厳しさが共有されていった。

4-4 地域医療構想を前提にした「新公立病院改革ガイドライン」

地域医療構想の策定と同じくして出された新公立病院改革ガイドラインは、補助単価を「許可病床数」から「稼働病床数」（1床につき約70万円）に変更する一方、激変緩和措置と称して、許可病床の削減数に応じて平成28年度から5年間交付税を加算するとした。地域医療構想の病床削減と軌を一にした動きになっている。

総務省は、現在、「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」を開催し、平成29年度中に成果を取りまとめている。公立病院をめぐる経営環境や、地域医療構想を念頭に

置いた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としている。

これまでの公立病院改革ガイドラインに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が追加されたのが新ガイドラインであるが、今後、地域医療構想における医療機能の調整との関係で、自治体病院の機能縮小や経営形態の変更、民間病院との統合など、これまで以上に全国で問題となってくるものが予想される（兵庫県立循環器病センターと製鉄広畑記念病院の統合の例など）。

今後一層、自治体病院の役割をしっかりと踏まえる必要があるといえる。

5 教訓とすべき岩手県の取り組みと医療局労働組合の役割

5-1 “県下にあまねく医療を均てん” 一理念が根づく県立病院の職員

多くの自治体病院では、経営幹部や事務局職員は長くて数年、1～2年での他部局異動も珍しくなく、最近では地方独立行政法人や地方公営企業全部適用の病院も増加し、独自採用の職員が増えてきたが、それでも職員の育成という点では苦労しているのが実情である。そこで、私たちがヒアリングした岩手県立病院の状況を紹介する。

岩手県立病院は岩手県医療局に統括運営されてから65年が経過し、職員の育成という点では成功している。今でも医師確保など厳しい現実を考えると、65年という歳月は病院経営でも医療確保でも苦労の連続であったと想像できる。県関係者の苦労と同時に、岩手県医療局労働組合（医療局単独の労働組合）もたたかひの連続であったと思う。

“県下にあまねく医療を均てん”という理念は、県政全体、医療関係者、住民の合意事項となっており、私たちが訪問した病院でも、事務職員や医師が県立病院の理念を真っ先に口にし、岩手県医療局労働組合（県医労）の役員にも、その理念が根付いているということがわかった。県立病院の歴史や理念は、村口論文および八田論文が詳しく述べているので省略する。

5-2 県医労の歴史と統廃合計画に対する運動

岩手県医療局労働組合（県医労）は、医療局発足（昭和25年11月）の翌年、1951年6月に結成されたが、組合員も3200人を擁する大きな労働組合である。自治体病院だが、医療産別である日本医労連に所属し、自治労傘下の県職労とは違う産別を選択している。賃金交渉などは県職労と合同交渉をもっているが、医労連を選択した経緯は、県立病院発足時の事情、すなわち、それぞれ違う経営体の労働組合が一つの労働組合に組織統合されたいきさつがあったものと思われる。

労働組合の組織率はサービス産業が主体となるにしたがって低下していき、2016年の推定組織率は17.3%（平成28年「労働組合基礎調査」平成28年12月15日厚労省発表）（注14）となり、医療・福祉産業の推定組織率は6.2%、公務（他に分類されるものを除く）が35.4%なので、岩手県医療局労働組合が6割を維持しているというのは、住民組織にとって頼もしい存在として映っているのではないか。

理念は共有できたとしても、経営体と労働組合の違いもある。国の医療制度や診療報酬制度もあり、県も経営を維持し、県立病院を守るために腐心しているものの、絶えず県立病院の統廃合問題が持ち出されている。当然、県医労もまた統廃合問題と向き合わなければならないし、職場を守り、地域医療を守るためにたたかい、地域住民との関係でも試されてきた。

「県医労50年の歩み」（注15）を参考にまとめてみる。1951年には岩手県立病院整備計画策定され、東山病院と千厩地方病院の統合が行われている。1953年には、町村合併促進法が制定され、合併とともに自力で病院、診療所を持ちたいという声が出された。1954年の世田米病院（現・住田地域診療センター）の町移管問題でもそのような声があったが、世田米町との懇談などで県立病院の役割を訴えるなか、町議会が移管の考えを取り消し、移管が阻止された。

長坂病院の廃止、藤澤病院の診療所への格下げ問題（1967年）では、県医労として現地に闘争委員会を設置し、町民や議員へ廃止反対の訴えをし、「長坂病院廃止反対町民会議」を結成してたたか

っている。公民館長、婦人会長、商工会代表などが役員として参加し、県への陳情団の派遣、住民懇談会の開催、町民大会、署名、ニュースの発行などを行っている。1967年の整備7カ年計画には、福岡病院（現・二戸病院）と一戸病院の統合も発表され、一戸町、福岡町（現在二戸市）で誘致合戦が行われたが、県医労は「誘致合戦ではなく、町民のための整備充実を」と訴え、統合計画を撤回させた。1970年には県立久慈病院と市立久慈中央病院の統合が、自治省（当時）の圧力で進められたが、「医療を守る市民会議」を結成、市民とともに反対運動を行い、メーデーを上回るデモ行進などに発展している。

5-3 座して待つより、県民のもとへ

1981年には第二次臨時行政調査会答申によって、県立病院を市町村に移管するという危機があり、県医労は、「座して待つより、みずから県立病院のあるべき姿を県民に訴えていくことが大事である」として、「岩手県立病院を真に県民医療を守る“医療・保健センター”として発展させるための提言」をまとめ、岩手県議会議長、県議会全会派を訪問、説明するとともに、医療局長、知事にも提出し、また、各支部の役員が分担し、各市町村長、市町村議会議長、県選出国会議員への要請など全県で行動を行っている。

この「提言」はマスコミからも注目され、県民各層から意見や激励が寄せられたが、県当局は県版行革で「中核となる公立病院は県営とし、その他の公立病院は市町村営」との報告を出したため、県医労は「県民医療アンケート」を実施（有権者の2%を無作為抽出。1万6千人を対象にし、71%を集約）した。結果、87.5%が県立病院の存続を支持する結果となり、県議会で「県立病院の市町村等への移管に反対し、拡充を求める請願」が全会一致で採択されるという画期的な成果を勝ち取った。

1995年にも一戸病院と北陽病院の統合が発表されたが、アンケートを取る中で、それぞれの充実を求める意見が多く、町への請願署名、地域署名、医療懇談会を開催し、統合反対の運動をしている。最終的には、統合となったが、新病院の充実のた

めに、アンケートの意見など町民の声を活かす取り組みが行われた。

統廃合計画の初めのころは、県医労も手探りの中、とにかく住民の中に出ていったと言えるが、1981年の第二臨調以降は、明確な方針をもって、意識的に住民の中に入っている。これは、国立病院統廃合計画に端を発した臨調行革という国の医療切り捨て政策に反対し、住民本位の医療政策を地域から作りあげる運動を進める医労連の方針も大きかったといえる。(注16)

5-4 公立病院改革ガイドラインによる統廃合計画と東日本大震災

岩手県は、震災前の2009年(平成21年)2月に公立病院改革ガイドラインに基づく「岩手県立病院等の新しい経営計画」(5か年計画)を発表した。この中にも「県下にあまねく良質な医療の均てんを」という基本理念は掲げているが、具体的な内容は、医師不足を理由とした6つの地域(九戸村、岩手町、紫波町、花巻市大迫、一関市花泉、住田町)の「無床診療所」化や病床数の見直しとなっていた。

各地で住民組織が立ち上がり、「地域医療守りたい～あなたの声を！プロジェクト」として、住民の声をしっかりと把握し、地域医療の拡充につなげようとして「住民アンケート」が実施された。「あまねく医療の均てん」という言葉を初めて知ったという住民組織の方々が主体的に運動を展開するようになり、住民組織の運動と県医労の関係も変化が見られたのではないかと思う。

2011年3月の東日本大震災で、沿岸部の県立大槌病院、山田病院、高田病院の県立3病院が被災した。岩手県は、被災した民間病院や診療所の再建にも補助を出している(この点は宮城県より手厚い補助)。被災した県立病院は建てないという方向も議論されたようだが、結局、知事選挙を通じて建て替え再建が実現。2016年5月に大槌病院、9月に山田病院が再建され、2017年に高田病院が再建される予定である。実際の再建計画は病床数の縮小となったが、県立病院を無くすとは言えない県民世論と運動があったと言える。

2015年には「地域医療の充実・県民の命を守る

連絡会」(2008年9月、いわて労連、県医労、医労連、自治労連で結成)と「岩手県地域医療を守る住民運動連絡会」(2009年に6つの住民組織が結成)が、岩手県医療局長に「地域医療の拡充を求める4項目の要請」を提出。労働団体と住民団体が共闘関係に発展している。

住民組織が地域の行政や官製団体も含めて参加しているのに対し、県医労など労働組合は縁の下の力持ちとして、関係を保ってきたものと言える。(注17)

5-5 地域医療をみる目の育成とたたかいを継続させる力

医労連は、国立病院の統廃合計画に対するたたかいや経営体の経営危機などの取り組みで、地域医療を守るたたかいと共闘の経験を蓄積している。自治労連は、2005年に「憲法がいきる、こんな地域と日本をつくりたい」という提言を出し、「対話と提言」の運動へと発展させ、積極的に地域に足を踏み出す運動を展開している。

しかし、多くの病院職場では、職場が忙しくなり、長時間労働と月10回を超える夜勤で看護師もクタクタという状況が続いている。統廃合計画に対しても、切羽詰まって地域に出かけるというのが実態で、大阪でも、住民共同や地域に出かけるという議論は出るが、実践に移すのは大変なエネルギーが必要で、運動を維持するのは並大抵のことではない。仕事が忙しすぎるということで、組織内の運動にしてしまう内向き志向が絶えずある。

岩手県医労の歴史には弾圧の経験も記されているが、労働組合が医療理念を掲げ、県当局に実行を迫り、住民組織とともに地域医療を守ってきた伝統は、組合員のみならず職員にも大きな影響を与えていると思う。

医療関係者は、公立病院改革ガイドラインによる統廃合問題や地域医療を守る運動として、地域医療を守る運動を交流している。そういう点では、役員の意識づけもしっかりしてきているが、組合員、職員に対する働きかけとともに、運動における内向き志向を克服し、たえず地域の実態と自治体病院が果たしている役割を議論し、足を出すことが重要である。

6 自治体病院の使命と公共性、非営利性、透明性

6-1 地域住民の運動で増えてきた自治体病院

自治体病院は、戦後の公的病院規制の時代を経て、住民要求もあり増加してきた。その後、1980年代以降、国立病院統廃合問題、社会保険病院や厚生年金病院、労災病院など公的病院の統廃合問題がおこり、地方財政健全化法や自治体分権の流れの中で、公立病院改革プログラムなど自治体病院統廃合問題となって表れている。

地域によっては老朽化を理由としたもの、市町村合併を理由としたもの、財政危機を理由としたものなどさまざまである。この間、病院は住民の命を守る砦として、少々の赤字は許されてきたとも言えるが、新自由主義的な自治体首長や議員が増え、民営化や独法化、指定管理者移行などが増加してきた。しかし、住民への影響という点では評価は定まっていない。

統廃合の対象となった病院では、そこで働く医療労働者にとっては、雇止めにおびえ、働く環境、賃金労働条件が変わるため病院を守りたいという意向が強くなる。一方、受診してきた患者も、慣れ親しんだ病院がどうなるのか、健康といのちの問題としてとらえ、廃止反対や移譲反対など自治体を巻き込んだ大きな運動に発展していく。この間のたたかいは様々なところで紹介されているが、独法化の問題は、病院自体が廃止されるものではなく、住民への影響を説明するのは難しく、住民運動になりにくいのが実情だ。

6-2 改めて考える自治体病院の役割

さて、自治体病院の使命と公共性、非営利性、透明性について考えおきたい。

野洲市長が透明性を維持するために市民病院（直営）を選択した、ということは先に紹介した。私たちは“透明性”をどうとらえたら良いか。独立行政法人になって、ホームページには情報公開と称して様々なデータが公開されている。一見透明性は担保できているようにもみえる。しかし、市民団体との懇談も拒否しているのに、本当に住民が知りたい情報を出してくれるのだろうか？

直営の時は議会の決算委員会で集中審議が行われた。そしていろいろな内容が議論された。独立行政法人となった今は中期計画や年度計画などが議案にはなるが、あまり議論は聞かれない。関心が財務だけになっていっているのではないか。

自治体病院協議会は、「自治体病院は、都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命とする。」とホームページに掲げ、経営基盤の確保とともに公共性を強調している。（注18）

大阪の維新府市政の論議では、公立病院は自治体財政のお荷物と決めつけ、民間病院の整っている大都市では、健康医療産業の成長戦略に沿った経営や公的医療の縮小を考えている。法人本体は府民医療を展開するためには経営を安定させなければならないというもっともらしい言い方をしている。しかし、実際は維新府市政の政策優先で、財政的にも無理をしていると言わざるを得ない。

公共性、非営利性の維持は、議会や住民の声を通じて発揮されていく。自治体病院の使命と財政との関係をどう調和させるか。労働組合は、住民団体とともに、もっと声をあげなければならない。そして、自治体労働者の役割はますます重要になっているし、労働組合の頑張りどころである。

7 おわりに

最後に、地域医療を守り発展させる運動の視点を改めて考えたい。まず、政府・財界の医療政策を理解し、問題点を知らせていくことは大前提となる。自治体労働者や医療労働者は、仕事を通じて住民の生活と触れるので、住民の生活向上のためには、何をなすべきかを敏感に感じ取らなければならない。そして、自らもまちづくりの視点をもって、運動に参加することが大切だと感じている。

多くの自治体で、住民の命と健康を守る、という自治体病院の理念を掲げているが、岩手県立病院のように首長、職員、住民が“あまねく医療の均てん”という理念を共有し守っているという自

治体は少ないだろう。新自由主義的な改革を掲げる首長になれば、理念の中身が変わっていくだろう。

病院統廃合反対のたたかいは、統廃合されてしまったら急速に運動は縮小する。開店休業の住民組織も出てくる。しかし、地域医療構想に見られるように、地域包括ケアを住民の立場に立ってシステム化していくためには継続した運動が必要となってくる。自治体病院の機能再編や経営問題も継続的に見ていく必要がある。各地の社保協が継続的な運動を推進する母体としてふさわしいといえるが、私は、労働組合が積極的に参加していくことが、住民組織を活性化していると思っている。

地域住民は、病院にお世話になっているという意識と病院を支えているという意識があるが、だからこそ、医療の実態を労働者が地域に率直に伝え、自治体病院のあり方、理念を共有する努力が必要である。そして、役員がまず地域の方々とながら、そして継続的に交流し信頼関係を作っていくこと。労働組合と住民組織が共同し、運動を継続していくことが課題となっている。

(注)

(注1) 社会保障改革推進法は、民主党政権(野田内閣)下において、民主党・自由民主党・公明党の三党間において、社会保障と税の一体改革に関する合意で平成24.8.22議員立法により成立した。「医療の改革」、「介護の改革」、「年金の改革」、「少子化対策」の4つが検討項目で、社会保障制度改革国民会議の提言、後社会保障制度改革プログラム法(平成25.12.5成立)、医療・介護総合確保推進法(平成26.6.18成立)と具体化されている。

(注2) 新公立病院改革ガイドラインは、(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(4)地域医療構想を踏まえた役割の明確化、の4点を示し改革プランを策定するよう求めている。(1)～(3)は平成19年12月の旧公立病院改革ガイドラインに掲げられているが、新たに(4)が追加された。総務省ホームページ参照。www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf

(注3) 「自治体財政健全化法」は、旧制度は実質赤字比率(公営企業を除く特別会計を含む)で地方財政の健全化を判断していたが、連結実質赤字比率に公営企業、実質公債費比率に一部事務組合・広域連合、将来負担比率

に地方公社・第三セクターを含んで、早期健全化基準や財政再生基準とし、早期対処をうながしたものの。

(注4) 総務省ホームページ(www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf)資料1～5参照。

(注5) 比較の方法は、平成18年度版地方公営企業年鑑の自治体病院と平成26年度版地方公営企業年鑑の経営形態を比較し、各病院のホームページ等を参照して現在の経営形態に修正した。近畿地方は筆者作成の一覧表「公立病院改革ガイドライン後の自治体病院の状況(近畿)」を参照。各病院の成り立ちはホームページの沿革で記載している病院のはじまりを記載した。今回の比較は経営形態の変化に限定したが、改革プランに対して地方交付税による措置が行われているので、病床数の減を含めた改革は多くのところで行われている。

(注6) 「ストレスチェック制度」とは、厚生労働省が推進する職場のメンタルヘルス対策の一環で、従業員数50人以上のすべての事業所に対して、労働者の心理的な負担の程度を把握するための、医師または保健師による検査(ストレスチェック)を義務づける制度。労働安全衛生法改正で2016年中に実施が義務づけられた。

(注7) PFMとはPatient Flow Managementの略で、「予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織」と説明されている。日本ではPwC Japanが推進している。

(注8) 野洲病院の沿革等はホームページ(www.yasu-hp.jp/)参照。滋賀県下の急性期医療を行ってきた民間病院で、県下で2番目に古い歴史を有する医療機関。昭和21年10月に創始者が診療所を開設。昭和34年野洲診療所、昭和39年野洲病院、昭和43年医療法人御上会を開設(同時に守山病院も開設)。野洲病院への財政支援は、昭和60年度に3年間で9億円を貸し付け(貸付期間は12年間)、民間金融機関から21億円の借入(1998年と2000年の増改築時)に市が損失補償を行っている。

(注9) 野洲市立病院整備基本計画は、野洲市ホームページを参照。2010年度・2011年度に地域医療における中核的医療機関のあり方検討委員会、新病院整備可能性検討委員会などで方向性を出したが、市議会で理解得られず中断。2013年度に検討を再開し、2014年度に市直営による基本計画を策定。2015年度に基本設計関連予算案等が市議会で否決、2016年度に3度の否決を経て予算案等が可決。2016年12月議会で「市立病院設置条例案」が可決された。

(www.city.yasu.lg.jp/gyousei/keikaku_zaisei/keikaku_kousou/byoinseibi/index.html)

(注10) 住吉市民病院を充実させる市民の会の Facebook (<https://ja-jp.facebook.com/juzitu>) を参照。

(注11) 大阪府立病院機構ホームページ (www.opho.jp)、急性期・総合医療センターホームページ (www.gh.opho.jp/) を参照。大阪府は医療法上すべての二次医療圏で基準病床数が過剰となっており、住吉市民病院(198床)を廃止すればそのままベッド減となるが、そのベッドを別の形で使用する場合は厚生労働大臣の同意が必要となる。松井知事は急性期(府市共同住吉母子医療C)に97床、民間病院(南港病院)に100床を移譲する申請を行い、厚労大臣が同意をした。松井知事の申請は医療審議会の賛成のない申請で、審議会で反対決議された申請は過去になかったという異例のもの。厚労省は、異例の申請であったとしても、現状より1床でも少ない場合は同意が可能だと説明している。

(注12) 大阪府市医療戦略会議 (www.pref.osaka.lg.jp/kikaku/iryosenryakukaigi) は最終提言をとりまとめて平成25年度末廃止。なお、2025年国際博覧会の大坂誘致(実際はIR—カジノを含む統合型リゾート—の誘致が大きい)で大阪府が打ち出したテーマ「人類の健康・長寿への挑戦」は大阪府市医療戦略会議の議論がもとになっている。

(注13) 厚労省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>) を参照。

(注14) 労働組合基礎調査(厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/13-23c.html>)

(注15) 岩手県医療局労働組合(県医労の歴史 <http://www.iwate-ken-irou.org/history/index.html>)

(注16) 県医労の元委員長永井丈夫氏は、フランス・イタリアへの医療調査団の時にイタリアで進めていた「医療への住民参加」ということを思い起こし、住民が主人公、「自治体病院運営への住民参加」という観点から取り組みが始まったと述懐している。(『あの時、あの人、あのたたかい—思い出の記—』第2集、日本医労連OB会編、P20)

(注17) 「①地域診療センターの入院ベッドの復活②医師、看護師等を増やして救急医療体制の抜本的な改善ならびに標榜診療科の充実③県立病院の創業の精神「あまねく医療の均てん」を守ってください④県内どの地域でも、安心して暮らせるように地域医療体制の充実を図ってください。」という要請。『地域医療の未来を創る』、旬報社、2016年、P123。

(注18) 公益社団法人全国自治体病院協議会 (<https://www.jmha.or.jp/jmha/>)

(参考資料)

『地域医療の未来を創る—住民と医療労働者の協同—』
2016年、旬報社

『あの時、あの人、あのたたかい—思い出の記—』第2集、
日本医労連OB会編

医労連の歴史 <http://irouren.or.jp/about/irouren.html>

日本自治労連 <http://www.jichiroren.jp/>

公立病院改革ガイドライン後の自治体病院の状況（近畿）

平成18年度公営企業年鑑等の病院状況

自治体	病院名	経営形態	備考（成り立ち等）
滋賀県	県立成人病センター	全適	昭和45年12月
	県立小児保健医療センター	全適	昭和63年4月
	県立精神医療センター	全適	平成4年7月
大津市	大津市民病院	財務適用	昭和12年4月1市3カ村組合立伝染病院
彦根市	彦根市立病院	財務適用	明治24年4月開設 昭和12年2月彦根市立病院
長浜市	長浜病院	財務適用	昭和19年7月開設
伊香郡病院組合（事業会計分）	湖北総合病院	財務適用	大正4年7月伊香病院（伊香郡愛郷会が設立）
近江八幡市	近江八幡市立総合医療センター	全適（平成18年10月新病院PFI）	昭和16年11月保証責任者共生医療購買利用組合連合会八幡病院
守山市	守山市民病院	財務適用	昭和47年2月医療法人御上会守山病院。昭和57年4月守山市民病院
甲賀市	信楽中央病院	財務適用	昭和24年8月小原村国保直営診療所開設（滋賀県から移管） H16年10月市町村合併
	水口市民病院	財務適用	昭和22年貴生川町国民健康保険直営診療所として開設 H16年10月市町村合併
高島市	公立高島総合病院	財務適用	昭和25年2月 高島町国民健康保険直営高島診療所開設
東近江市	東近江市立蒲生病院	全適	昭和35年4月蒲生町国民健康保険蒲生町病院開設 平成18年1月市町村合併
	東近江市立能登川病院	全適	昭和19年12月日本医療団能登川診療所 平成9年市町村合併
公立甲賀病院組合（事業会計分）	公立甲賀病院	財務適用	昭和14年6月産業組合病院として設立
京都府	京都府立洛南病院	財務適用	昭和20年6月公立精神科病院
	京都府立与謝の海病院	財務適用	昭和28年9月京都府立与謝の海療養所として開設
京都市	京都市立病院	財務適用	明治15年上京公立避病院（伝染病院）開設
	京都市立京北病院	財務適用	昭和24年10月弓削村国保診療所として発足
福知山市	福知山市民病院	全適	平成5年10月国立福知山病院から経営移譲
	新大江病院	指定管理	昭和28年10月国保大江病院
舞鶴市	舞鶴市民病院	全適	昭和22年11月開設
綾部市	綾部市立病院	指定管理	平成2年8月開設
亀岡市	亀岡市立病院	全適	平成16年6月開設
京丹後市	京丹後市立弥栄病院	財務適用	昭和23年8月弥栄村国民健康保険診療所として開設 平成16年4月市町村合併
	京丹後市立久美浜病院	財務適用	昭和30年12月国民健康保険久美浜診療所 平成16年4月市町村合併
精華町	精華町国保病院	指定管理	昭和28年2月精華村国民健康保険直営診療所
京丹波町	国保瑞穂病院	財務適用	昭和30年5月松山病院開設 平成17年10月市町村合併（国民健康保険瑞穂病院）
国民健康保険南丹病院組合	公立南丹病院	財務適用	昭和11年南丹病院業務開始（産業組合法） 平成18年1月市町村合併
国民健康保険山城病院組合	国保山城病院	財務適用	昭和27年8月相楽郡8町村の国民健康保険組合の直営病院として診療開始
大阪府	大阪府立病院機構（平成18年4月）		
	大阪府立急性期・総合医療センター		昭和30年1月大阪府立病院開設（前身は明治4年梅毒院）
	大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター		昭和27年12月大阪府立結核療養所羽曳野病院（前身は昭和14年3月大阪府立福泉園）
	大阪府立精神医療センター		大正15年4月府立中宮病院
	大阪府立成人病センター		昭和34年9月
	大阪府立母子保健総合医療センター		昭和56年10月

現在の病院状況

自治体	病院名	経営形態
滋賀県	成人病センター	全適
	小児保健医療センター	全適
	精神医療センター	全適
大津市	大津市民病院	(H29.4独法化)
彦根市	彦根市立病院	新改革プラン（H28.3） 全摘
長浜市	市立長浜病院	新改革プラン（H29.3） 全適（平成22年4月）
	長浜市立湖北病院	(H22.1市町村合併)
近江八幡市	近江八幡市立総合医療センター	全適(平成21年3月PFI破たん)
守山市	守山市民病院	新改革プラン（H29.1） 全適（平成25年4月）
甲賀市	信楽中央病院	新改革プラン（H29.3） 財務適用
	平成20年4月診療所化	(平成24年4月甲賀市水口医療介護センター)
高島市	高島市民病院	新改革プラン（H28.12） 全適（平成23年4月）
東近江市	平成25年4月診療所化	
	東近江市立能登川病院	指定管理（平成27年4月）
公立甲賀病院組合	公立甲賀病院	財務適用
京都府	京都府立洛南病院	財務適用
	H25.4京都府立医科大学附属北部医療センター	
地方独立行政法人京都市立病院機構（平成23年4月）	京都市立病院	(PFI 平成22年～)
	京都市立京北病院	
福知山市	福知山市民病院	全適
	福知山市民病院大江分院	全適（H27.4直営化）
舞鶴市	舞鶴市民病院	新改革プラン（H29.3） 全適
綾部市	綾部市立病院	指定管理
亀岡市	亀岡市立病院	新改革プラン（H28.11） 全適
京丹後市	京丹後市立弥栄病院	新改革プラン（H29.2） 財務適用
	京丹後市立久美浜病院	財務適用
精華町	精華町国保病院	指定管理
京丹波町	国保京丹波町病院（H21.4名称変更）	新改革プラン（H29.3） 財務適用
国民健康保険南丹病院組合	公立南丹病院。H29.5～「京都中部総合医療センター」	新改革プラン（H29.3） 財務適用
国民健康保険山城病院組合	京都山城総合医療センター（H25.5名称変更）	財務適用
大阪府	大阪府立病院機構（平成18年4月）	
	大阪急性期・総合医療センター（H29.4病院名称変更）	
	大阪はびきの医療センター（H29.4病院名称変更）	
	大阪精神医療センター（H29.4病院名称変更）	
	大阪国際がんセンター（H29.4新築・病院名称変更）	
	大阪母子医療センター（H29.4病院名称変更）	

大阪市	市立総合医療センター 市立十三市民病院 市立住吉市民病院 市立北市民病院	財務適用 財務適用 財務適用 財務適用	平成5年12月5市民病院を統合 昭和24年7月診療所（昭和24年12月市立病院化） 昭和元年「大阪市立桃山病院津守分院」 昭和25年10月住吉市民病院 昭和15年に開設	地方独立行政法人大阪市民病院機構（平成26年10月） 大阪市立総合医療センター 大阪市立十三市民病院 大阪市立住吉市民病院 平成22年4月民間移譲	
堺市	市立堺病院	財務適用	大正12年7月堺市立公民病院として開設	地方独立行政法人 堺市立病院機構（平成24年4月） 堺市立総合医療センター （H27.7名称変更）	
岸和田市	岸和田市民病院	財務適用	昭和16年3月公立大宮病院（3ヶ町村の組合病院）	岸和田市 岸和田市民病院（H19.4忠岡 病院から50床移管）	新改革プラン（H29.3） 財務適用
忠岡町	公立忠岡病院	財務適用	昭和26年9月忠岡病院開設	忠岡町 平成19年3月閉院	
豊中市	市立豊中病院	財務適用	昭和19年4月豊中市市民病院（私立病院を買収）	豊中市 市立豊中病院	新改革プラン（H29.3） 全適（平成23年4月）
池田市	市立池田病院	全適	昭和26年10月開設	池田市 市立池田病院	全適
吹田市	吹田市民病院	財務適用	昭和28年7月開設	地方独立行政法人市立吹田市民病院（平成26年4月） H19.4全適を経てH26.4独法 化	
泉大津市	泉大津市立病院	財務適用	昭和5年6月と泉公民病院	泉大津市 泉大津市立病院	新改革プラン（H28.9） 全適（平成25年10月）
貝塚市	市立貝塚病院	全適	昭和14年9月町立貝塚病院	貝塚市 市立貝塚病院	新改革プラン（H29.3） 全適
枚方市	枚方市民病院	全適	昭和25年4月国民健康保険直営市民病院	枚方市 市立ひらかた病院	新改革プラン（H29.3） 全適
八尾市	八尾市立病院	財務適用	昭和21年5月日本医療団八尾病院開院	八尾市 八尾市立病院	全適（平成21年4月。PFI）
泉佐野市	市立泉佐野病院	全適	昭和27年8月市立泉佐野病院開院	地方独立行政法人りんくう総合医療センター（平成23年4月） （H25.4大阪府立泉州救命救 急センター30床と統合）	
松原市	市立松原病院	財務適用	昭和22年5月松原町国民健康保険直営診療所として 設立	松原市 平成21年3月 閉院・廃止	
和泉市	和泉市立病院	全適	昭和38年4月公立和泉病院分院として発足	和泉市 和泉市立病院	新改革プラン（H29.3） 指定管理（平成26年4月）
箕面市	箕面市立病院	財務適用	昭和56年7月開設	箕面市 箕面市立病院	全適（平成21年6月）
柏原市	市立柏原病院	財務適用	昭和31年8月柏原病院開設	柏原市 市立柏原病院	H25.3八策プラン 全適（平成22年4月）
藤井寺市	市立藤井寺市民病院	財務適用	昭和25年11月道明寺村国保直営道明寺病院として開 設	藤井寺市 市立藤井寺市民病院	新改革プラン（H29.3） 財務適用
東大阪市	東大阪市立総合病院	財務適用	昭和24年2月社会保険病院設置の際、市民病院併設	地方独立行政法人市立東大阪医療センター（平成28年10月） H24.5全適を経てH28.10独法 化（病院名称も変更）	
阪南市	阪南市立病院	財務適用	昭和28年3月国民健康保険組合直営尾崎病院（一町 二村）	阪南市 阪南市市民病院	新改革プラン（H29.3） 指定管理（平成23年4月）
兵庫県	県立尼崎病院 県立塚口病院 県立西宮病院 県立加古川病院 県立淡路病院 県立光風病院 県立柏原病院 県立こども病院 県立成人病センター 県立姫路循環器病センター 県立粒子線医療センター 県災害医療センター リハビリテーション中央 病院 県立西播磨総合リハビリ テーションセンター	全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 指定管理 （日赤兵庫 県支部） （県社会福 祉事業団） （県社会福 祉事業団）	昭和11年10月県立西宮懐仁病院尼崎分院 昭和28年10月県立尼崎病院塚口分院 昭和11年1月兵庫県立西宮懐仁病院 昭和11年6月兵庫県立加古川懐仁病院 昭和31年4月 昭和12年4月県立精神病院光風寮を開設（400床） 昭和28年県立療養所柏原荘（結核300床）として設 立 昭和45年5月県立こども病院開院 昭和37年9月財団法人兵庫県がんセンターの附属病 院 昭和56年7月県立姫路循環器病センター開院 平成13年4月開設 平成15年8月開院（神戸赤十字病院が二次救急を、 センターが三次救急を分担） 昭和44年10月リハビリテーションセンター及び附属 中央病院（社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団） 平成18年7月リハビリテーション西播磨病院（社会 福祉法人 兵庫県社会福祉事業団）	兵庫県 県立尼崎総合医療センター（H 27.7 塚口病院と統合新病院） 県立西宮病院 県立加古川医療センター（H 21.11） 県立淡路医療センター（H25.5） 県立光風病院（H29.4ひょう ごころの医療センター） 県立柏原病院（H31年度に柏 原赤十字病院（一般95感染4） との統合建替：丹波医療C） 県立こども病院（H28.5新築 移転） 県立がんセンター（H19.4） 県立姫路循環器病センター（H 28.3製鉄記念広畑病院との統 合案でる） 県立粒子線医療センター 県災害医療センター 県立リハビリテーション中央 病院（H23.4移管） 県立リハビリテーション西播 磨病院（H23.4移管）	新改革プラン（H29.3） 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 全適 指定管理（日本赤十字社兵庫 県支部） 指定管理（県社会福祉事業団） 指定管理（県社会福祉事業団）

神戸市	神戸市立中央市民病院 神戸市立西市民病院 西神戸医療センター	財務適用 財務適用 (神戸市地域医療振興財団)	大正13年3月市立神戸診療所及び神楽分院開院 大正13年3月市立神戸診療所(神楽分院開院) 平成6年8月開院(神戸市地域医療振興財団)	地方独立行政法人神戸市民病院機構(平成21年4月) 神戸市立医療センター中央市民病院(H19.4名称変更) 市立医療センター西市民病院(H19.4名称変更) 西神戸医療センター(H29.4移管)
明石市	明石市立市民病院	財務適用	昭和25年10月川崎産業より明石市に移管され、明石市立市民病院	地方独立行政法人明石市立市民病院(平成23年10月) 明石市立市民病院
西宮市	西宮市立中央病院	財務適用	大正10年12月西宮町立診療所開設	西宮市 西宮市立中央病院(H29.2兵庫県立西宮病院との統合案出る) 新改革プラン(H29.3)全適(平成26年4月)
芦屋市	市立芦屋病院	財務適用	昭和27年7月開院	芦屋市 市立芦屋病院 新改革プラン(H29.3)全適(平成21年4月)
伊丹市	市立伊丹病院	全適	昭和32年9月開院	伊丹市 市立伊丹病院 新改革プラン(H29.3)全適
相生市	相生市民病院	財務適用	昭和21年4月相生市立診療所開設	相生市 相生市民病院 新改革プラン(H29.3)財務適用
加古川市	加古川市民病院 神鋼加古川病院	財務適用 (民間病院)	昭和25年10月国民健康保険直営宝殿病院	地方独立行政法人加古川市民病院機構(平成23年4月) 加古川中央市民病院 H23.4市へ移管(加古川東市民病院) H28.7中央市民病院新築に伴い統合減
赤穂市	赤穂市民病院	全適	昭和22年11月国保直営赤穂町民病院	赤穂市 赤穂市民病院 全適
西脇市	西脇市立西脇病院	財務適用	昭和26年3月国民健康保険直営診療施設町立西脇病院	西脇市(平成23年12月「西脇市の地域医療を守る条例」) 西脇市立西脇病院 財務適用
宝塚市	宝塚市立病院	全適	昭和59年5月市立病院開院	宝塚市 宝塚市立病院 新改革プラン(H29.3)全適
三木市	三木市民病院	財務適用	昭和24年三木町町立診療所開設	北播磨総合医療センター企業団(平成22年1月) 北播磨総合医療センター(H25.10) 新改革プラン(H28.11)全適
小野市	小野市民病院	財務適用	昭和36年3月開院	高砂市 高砂市立病院 新改革プラン(H28.3)全適
高砂市	高砂市民病院	全適	昭和40年1月荒井病院、国保高砂病院を統合開院	川西市 市立川西病院 新改革プラン(H29.3)全適
川西市	市立川西病院	全適	昭和11年8月川西町立診療所開設	三田市 三田市民病院 新改革プラン(H29.3)全適
三田市	三田市民病院	財務適用	昭和24年12月三田町立診療所	加西市 市立加西病院 新改革プラン(H29.3)全適(平成21年12月)
加西市	市立加西病院	財務適用	昭和28年10月北条町富田村組合立国保北条病院開院	宍粟市 公立宍粟総合病院 新改革プラン(H29.3)財務適用
宍粟市	公立宍粟総合病院	財務適用	昭和50年4月宍粟郡病院事務組合立宍粟郡民病院開設	加東市 加東市民病院 財務適用
加東市	公立社総合病院	財務適用	昭和31年9月国民健康保険「社病院」として開設	たつの市 たつの市民病院 財務適用
たつの市	たつの市立御津病院	財務適用	昭和27年4月公立御津病院を開設	神河町 公立神崎総合病院 財務適用
神河町	公立神崎総合病院	財務適用	昭和28年7月国保直営栗賀診療所	香美町 公立香住病院(H20.4名称変更) 新改革プラン(H29.3)全適(平成24年4月)
香美町	公立香住総合病院	財務適用	昭和29年6月香住町国保病院として開設	新温泉町 公立浜坂病院 財務適用
新温泉町	公立浜坂病院	財務適用	昭和13年7月公立豊岡病院組合浜坂分院として開設	公立豊岡病院組合 公立豊岡病院 公立豊岡病院日高医療センター 公立豊岡病院出石医療センター 朝来医療センター(平成28年5月梁瀬医療センターと和田山医療センターを統合・移転) 財務適用 財務適用 財務適用 財務適用
公立豊岡病院組合	公立豊岡病院 公立日高病院 公立出石病院 公立梁瀬病院 公立和田山病院	財務適用 財務適用 財務適用 財務適用 財務適用	明治4年7月廃藩置県で豊岡県、「医局」を開設 昭和22年9月公立豊岡病院日高分院として開設 昭和25年8月公立豊岡病院診療所として発足 昭和37年9月梁瀬分院として開設 昭和42年7月北兵庫整形外科センターとして開設	公立八鹿病院組合 公立八鹿病院 公立村岡病院 新改革プラン(H27.11)財務適用財務適用
公立八鹿病院組合	公立八鹿病院 公立村岡病院	財務適用 財務適用	昭和21年10月「日本医療団八鹿病院」として開設 昭和38年8月公立八鹿病院村岡分院で診療を開始	奈良県 地方独立行政法人奈良県立病院機構(平成26年4月) 奈良県総合医療センター 奈良県西和医療センター 奈良県総合リハビリテーションセンター(H26.4移管) 五條病院(南和広域医療企業団へ H28.4) 全適(平成28年4月)
奈良県	奈良県立奈良病院 奈良県立三室病院 奈良県総合リハビリテーションセンター 奈良県立五條病院	財務適用 財務適用 財務適用 財務適用	昭和39年4月奈良県立医科大学付属奈良病院 昭和54年4月 昭和63年6月開設(一般会計) 昭和47年4月開院	

大淀町	大淀病院	財務適用	昭和30年2月開設 平成28年3月31日閉鎖 南奈良総合医療センターへ	南和広域医療企業団(平成28年4月)	中期計画[平成29~32年度](H29.2)	
吉野町	国保吉野病院	財務適用	昭和22年4月奈良県立医学専門学校(現:医科大学)附属吉野保健センター	南奈良総合医療センター	全適(平成28年4月)	
奈良市	市立奈良病院	指定管理	明治42年奈良陸軍病院。昭和20年国立奈良病院。平成16年12月奈良市に移譲。	吉野病院 (五條病院)	全適(平成28年4月) (奈良県から移管)	
大和高田市	大和高田市立病院	財務適用	昭和28年10月「市民病院」として開設	奈良市	指定管理(平成16年12月)	
天理市	天理市立病院	財務適用	昭和25年1月二階堂村国民健康保険直営二階堂診療所。昭和51年4月天理市立病院と改称	大和高田市	新改革プラン(H29.3) 財務適用	
生駒市	(生駒総合病院)	(県国保連)	昭和25年4月生駒総合病院(県国保連)が平成17年3月撤退閉院	天理市	平成26年4月診療所化 (天理市立メディカルセンター:指定管理)	
宇陀市	宇陀市立病院	財務適用	昭和29年7月榛原町立病院	生駒市	生駒市立病院(平成27年6月)	指定管理(平成27年6月)
国保中央病院組合	国保中央病院	財務適用	平成5年4月に設立(4町の一部事務組合)	宇陀市	宇陀市立病院	新改革プラン(H29.2) 財務適用
和歌山県	こころの医療センター	財務適用	昭和27年5月精神病院「五稜病院」	国保中央病院組合	国保中央病院	新改革プラン(H28.10) 財務適用
海南市	海南市民病院	全適	昭和14年8月海南診療所開設	和歌山県	和歌山県こころの医療センター	財務適用
橋本市	橋本市立病院	全適	昭和22年組合立国保橋本病院開設(1町6村)	海南市	海南医療センター	全適
有田市	有田市立病院	全適	昭和25年10月国保筑島病院(国民健康保険直営病院)	橋本市	橋本市立病院	新改革プラン(H29.3) 全適
新宮市	新宮市立医療センター	財務適用	昭和22年4月病院事業を開始	有田市	有田市立病院	新改革プラン(H29.2) 全適
高野町	町立高野山病院	財務適用	昭和20年高野山厚生病院(総本山金剛峯寺が創設)昭和27年町営病院に	新宮市	新宮市立医療センター	新改革プラン(H29.3) 財務適用
すさみ町	国保すさみ病院	財務適用	昭和22年紀南病院周参見分院として開設	高野町	診療所化(平成24年4月)	町立高野山総合診療所
那智勝浦町	那智勝浦町立温泉病院	財務適用	昭和39年7月開設	すさみ町	国保すさみ病院	財務適用
串本町	国保直営串本病院	財務適用	昭和9年町営診療所開設	那智勝浦町	那智勝浦町立温泉病院	新改革プラン(H29.3) 財務適用
国民健康保険野上厚生病院組合	国保野上厚生総合病院	財務適用	昭和24年開院(海南市、紀美野町、の1市1町で構成された一部事務組合)	串本町	くしもと町立病院(国保直営串本病院と国保古座川病院を統合)	新改革プラン(H29.3) 全適(平成23年11月)
公立那賀病院経営事務組合	公立那賀病院	財務適用	昭和23年10月那賀病院開設	国民健康保険野上厚生病院組合	国保野上厚生総合病院	中期目標(H28.1~H30.12) 財務適用
御坊市外五ヶ町病院経営事務組合	国保日高総合病院	財務適用	昭和24年9月国保日高病院(御坊町外11ヶ村国民健康保険並びに伝染病院事務組合)	公立那賀病院経営事務組合	公立那賀病院	財務適用
公立紀南病院組合	社会保険紀南病院 (「紀南こころの医療センター」併設)	財務適用	昭和20年12月紀南病院(紀南保健協会)(紀南こころの医療センター:S31.5新庄別館として創設)	御坊市外五ヶ町病院経営事務組合	国保日高総合病院	新改革プラン(H29.3) 財務適用
				公立紀南病院組合	紀南病院。紀南こころの医療センター	新改革プラン(H29.3) 財務適用

(筆者作成)

第2章

千葉県に見る自治体病院の現状

八田 英之

〈はじめに—小泉改革を先取りした千葉県堂本県政〉

千葉県では、堂本知事の時代に、小泉流改革を先取りして県が地域医療から手を引くことを意図した県立病院の再編統合の方針が打ち出された。2004年3月の「県立病院経営健全化・将来構想」である。そこでは、ガン・救急・精神・こども・循環器の5つのセンター機能を持つ病院を1つに統合する、東金・佐原・鶴舞（循環器センター）は、県立病院としては廃止し、市町村などを主体にあらたな地域病院とする、ことが打ち出された。県立病院は高度医療に特化するという方針であった。8つの県立病院を1つにするという相当に過激な改革案であり、当然に多くの反発と反対の運動を生んだ。例えば、こども病院ではそこに通院するために近くに引っ越した人もおり、1つの巨大病院に吸収されてしまえば、独自の専門性の追求が弱まるのではないかと懸念された。急速に反対運動は広がり、結果、県はセンター病院を1つにする構想は棚上げにせざるを得なかった。しかし、3つの地域病院を廃止する方針は撤回しなかった。そして、東金病院をはじめとして山武地域の自治体病院では、集団退職など医師体制の崩壊がドミノ倒しのように起こった。もちろん、その原因は一様ではないし、大学が新臨床研修制度のあおりで医師を派遣できなくなったという全国と共通する理由も当然あるが、県が地域医療から手を引くという方針を出したことが、一つの要因になったことは、否定できない。過重な労働の上に、県立病院ではなくなり、新しく作られるという病院には自分の居場所はなさそうだということになれば、辞めていく医師が出ない方が不思議である。こうして千葉県では全国に先駆けて医療崩壊が始まった。その頂点が2008年10月の銚子市立総合病

院の閉鎖であった。この問題と東金病院のあとを受ける形で発足した東千葉メディカルセンターの問題については、後述する。

時の政権の政策動向に無批判に追随、あるいは先取りしてきた千葉県の体質的ともいえる在り方が、医療の分野でも表れ、住民の視点で見れば失政という他はない県立病院再編成方針が、千葉県の医療崩壊を増幅した。

では、ここで千葉県の自治体病院の経営の推移を見てみよう。

〈千葉県の自治体病院の経営推移〉

(1) 県立病院

小泉改革の下で、2009年度まで県立病院は赤字基調であったが、2010年度は全国的な動向と同様に、診療報酬改定の好影響を受けて、黒字に転換した。黒字基調は2013年度まで続いたが、安倍政権のマイナス改定によって、2014年度は再び赤字に転落した。

ただし、これは医業収益の3割以上の他会計繰入金や補助金を含めての話である。自治体病院への一般会計からの繰り入れは、必要なものであり、一定の法的な基準もある。しかし、法定基準以上の繰り入れも存在しており、千葉県の繰り入れの医業収益に対する比率は、全国の自治体病院の2倍近くとなっている。県立病院の経営については、より立ち入った検討が必要である。例えば、一見してわかる通り、民間病院などに比較して、材料費と経費の医業収益に対する比率が多すぎるように見える。また、総務省の全国平均値と比べると、給与費と材料費で千葉県が上回っている。ただ、これは病院のタイプによって異なるので（精神病院やリハビリ病院、救急、こどもなどでは人件費

表6 千葉県立病院全体の経営推移（総務省と県の資料により筆者作成）

単位百万円

県立病院全体	2009年度（率）	2010年度（率）	2014年度（率）《全国》
医業収益	28,281（100%）	30,604（100%）	34,420（100%）
入院収益	19,340（68.4）	21,218（69.3）	21,968（63.8）
外来収益	8,564（30.3）	9,002（29.4）	9,461（27.5）
補助金・繰入金	9,774（34.6） 15707（55.5）	10,416（34.0）	12,349（35.9）
総収益	38,423（135.9）	41,412（135.3）	44,608（129.6）
医業費用	37,401（132.2）	38,497（131.6）	42,215（122.6）
給与費	19,598（69.3）	20,226（66.1）	22,789（66.2）《54.4》
材料費	9,283（32.8）	9,591（31.3）	10,411（30.2）《23.3》
経費	5,772（20.4）	5,975（19.5）	6,428（18.7）《23.7》
減価償却費	2,571（9.1）	2,550（8.3）	2,227（6.5）《9.0》
医療外費用	1,801（6.4）	1,788（5.8）	2,180（6.3）
経常利益	-777（-2.7）	1,126（3.7）	-973（-2.8）

（注）医業収益と総収益で総務省の数字と県病院局の数字が一致しない。これは、総務省では医業収益に入れている他会計繰入金を県の報告書では、まとめて医療外収益としているためかと思われる。そして、県の報告では、資本的収入に他会計からの繰り入れが1,634百万円計上されている。他の資料との整合性から、総務省の数字を用いた。補助金・繰入金の2009年度は、右が総務省の数値から筆者が算出したもの。

率が高くなる）、これだけで判断はできない。よって、病院ごとに見てみる。

まず、他会計からの負担金・繰入金は、どの病院も相当下がっている（実額でも）。次に、医業費用のところを見ると、2014年度では、救急センターが最も良い数値を示している。少し意外な感

じであるが、材料費の大幅引き下げに成功していることと、ここでは医業収益に入っている繰入金が大きな比重を占めている。さらに検討するために、2009年度と2014年度のそれぞれの勘定科目の伸び率を見よう。

表7 県立病院の構成比2009→2014（総務省資料により筆者作成）

	循環器		佐原		精神		ガン		救急		こども	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
負担	86.0	32.9	70.8	50.8	53.6	44.1	52.8	26.3	88.6	42.7	73.2	39.5
医費	141.0	131.8	128.8	131.8	122.7	129.4	121.7	116.4	153.0	108.2	127.2	127.7
給与	68.4	70.1	75.6	79.6	76.2	85.4	57.7	56.7	86.9	64.7	69.6	68.3
材料	31.7	32.2	23.6	21.8	27.9	24.2	38.1	35.3	36.2	21.5	31.9	32.0
減償	18.1	7.2	8.3	5.8	3.0	3.5	6.9	6.2	8.0	5.6	6.4	6.6
経費	21.8	19.8	20.9	24.0	15.3	15.6	18.3	17.1	21.2	15.4	18.8	19.9
経常	-19.1	-8.7	-13.1	-19.2	23.2	4.9	1.8	2.4	6.3	-2.8	7.8	2.8

（注）表の説明：この表は医業収益を100として、各勘定科目が何%であるかを示したものである。「負担」は、他会計繰入金や補助金などがどのくらいの割合になるかを示している。繰入金の中には医業収益に分類されているものと医療外収益に分類されているものがある。前者は国の基準内のもので後者はそれを超えるものかと思われるが、ここでは合計して表示した。

「医費」は、医業費用。「給与」は人件費だが、管理事務などの人件費は「経費」に入っている。「材料」は、薬・診療材料などの費用であるが、検査の外注費は「経費」の委託費に入っている。「減償」は、減価償却費だが、この間に減価償却費の計算方法が替えられたようで、2014年度は、ある時期からの建物は20年の定額法となっている。

「経常」は、経常利益である。このように、民間病院とは仕訳がかなり異なるので、比較の上では考慮を要する。

循環器センターは、一定収益を増やし、経費の伸びを抑制して経営改善を進めている。

佐原病院は、収益の伸びが低く、人件費と経費の伸びが収益の伸びを上回って経営を悪化させて

表8 2009年度を100とした2014年度の伸び率

	循環器	佐原	精神	がん	救急	こども
医業収益	124.3	116.0	105.0	126.5	149.8	130.0
医業費用	116.2	118.8	110.7	121.0	106.0	130.5
給与費	127.2	122.2	117.7	124.3	111.5	127.6
材料費	126.1	107.1	91.1	117.2	89.2	130.5
減価償却費	57.1	81.0	121.1	113.8	104.9	133.7
経費	113.0	132.9	106.9	118.4	109.2	137.2

いる。人件費は、県立病院では人数の点でしかコントロールできず、職員の賃金は県で一律に決められる。それは、この表の他の病院の給与費の伸びが類似した数値を示していることでも示されている。しかも人数も医療にかかわる法定の基準に拘束されている。材料費は収益の伸びの範囲内に抑えられている。佐原病院の経営悪化は、以上の点から総合的に判断して、収益を上げていくことのできる医師体制が不十分な為、なのではないかと推察される。

精神医療センターは、収益がほとんど伸びておらず、また、何らかの設備投資が行われたのか、それとも会計方法の変更によるものか、減価償却費が伸びており、材料費を減らして黒字を維持してはいるものの、利益額を大きく減少させている。

がんセンターは、収益の伸びに支出がそれなりに対応しており、経営を改善している。

救急センターは、材料費を減少させ、費用の伸びも収益の伸びを下回っている。経営は改善しているが、赤字になったのは、医療外の他会計繰入金金の縮小によるものである。

こども病院は、収益の伸びをやや支出の伸びが上回り、黒字幅を減少させた。

全体として、県立病院の経営は、材料費率などの若干の改善が図られ（それでも全国平均の2倍近い比率である）、他会計からの繰入金率が減少するなど「改善」が若干進んだといえなくもない。しかし、表面上の赤字額は増大している。

また、2016年度は4月から診療報酬のさらなるマイナス改定があり、今後が懸念される。

高度医療追求の中で医療管理は？がんセンター医療事故

県立病院は高度医療に特化するという県の方針

とのかかわりで、ここで触れておかねばならないことがある。2014年に千葉県がんセンターでの医療事故の問題が、大きく報道された。通称ダヴィンチといわれる腹腔鏡下手術機械を用いた手術で、2008年から2013年にかけて11人の患者が死亡した（2014年5月の県病院局の発表では、9例とされていたが、第三者委員会の調査で外に2例調査対象とすべき事例があることが判明）。この内8例は同じ医師が執刀していた。ダヴィンチ手術は前立腺などの手術ではすでに保険適用され、人体への侵襲が少ないことから一般的になっているが、この11例は、肝・胆・膵や胃などの部分の癌の手術であった。この内7例は保険適用がされていないケースであるが、これらの実施について、事前に病院に設置されていた倫理委員会に諮られることはなかった。しかも数例は保険に不正請求されていた。

この問題について第三者委員会から依頼を受けた外科学会が、11例中問題がなかったとしたのは1例のみで、他の10例については、「(ダヴィンチの)適用不適切、血管誤認の可能性、施術操作による損傷の可能性、縫合不全、技量不足、開腹手術へ変更の判断の遅れ、出血量を予測した対処の不十分、インフォームドコンセントの不足」などの問題点を指摘している。この問題を病院管理者や病院局が重大問題として認識したのは、2013年の1月以降のことで、外部委員を入れた院内事故調査委員会が設置され、報告書がまとめられたが、それは公表されず、患者遺族にも明らかにされなかった。2014年4月からマスコミで取り上げられ、この年7月に第三者委員会がつくられる。じつは、がんセンター内部では、2010年当時、麻酔科医や外科医の一部が問題を管理部に指摘し、県病院局や厚労省へも訴えていたのであるが、取り上げら

れず、麻酔科医は退職を余儀なくされたと訴えている。

高度医療において、それまで行われていない手術などに挑戦することはあり得ることで、実験的医療をすべて否定することはできない。しかし、それは患者の生命の安全を前提にしたものであるはずで、だからこそ個々の医師の判断に任せず、倫理委員会などの事前審査を行うことになっているのである。県病院局とがんセンターのこの問題での対応は鈍すぎたといわねばならない。倫理委員会もあり、安全委員会もあり、事故報告の制度もあり、これらの事例も報告されていた。しかし、相次ぐ手術に関連する死亡事故という重大事態について、それを重大だと組織的に認識することはなかったのである。組織に、「患者の安全第一」という魂が入っていなかったといわざるを得ない。8例を執刀した医師は、肝・胆・膵の分野では病院内のトップ技術者で、上司の消化器外科部長も手術内容などについて「突っ込んだ議論はできない」という状況であった。外科学会の聞き取り調査に対して、「先進的な手術を施行していた消化器外科医」は「千葉県がんセンターは大学に比べ、倫理審査等にはルーズだと感じていた」また「当時、術式に関して倫理委員会に諮るという決まりは認識していなかった」とのべている。

「県立病院は高度医療に特化する」という県の基本方針の中で、患者の安全が犠牲にされたといわねばならない。

さらに、がんセンターでは、2015年12月、乳がん患者の検査検体を取り違え、全摘出の必要のなかった患者の乳房を、全部とってしまった。2016年4月には、手術後体内へのガーゼ置き忘れという古典的な事故も起きている。

経営改善の反面で、職員の疲弊という問題はないのであろうか。問題を指摘した医師が退職せざるを得なかったなどの状況を見ると、職場風土は自由にモノが言える空気がないのではないかと懸念される。改めて自治体病院の本来の役割を振り返り、背伸びをせず、患者の安全第一の開かれた病院運営が望まれる。

また、改めて「県立病院の役割を高度医療に特化させる」という方針そのものの再検討が必要で

はないか。第三次医療レベルの医療をいくつかの県立病院が担うことを否定するというのではない。しかし、実験的医療を、それを行う医師以外にチェックする能力を持つ医師がいなくて行うべきなのであろうか。県立病院の最大の役割は、地域医療の拠点として存在するということにあるのではないか。

千葉県がんセンターの医療事故問題は、千葉県の県立病院についての方針そのものへの疑念を生じさせるものである。

(2) 県立以外の自治体病院

では、次に県立以外の自治体病院の経営状況を見てみよう。

千葉県内の県立以外の自治体病院は、2009年3月31日まで24あった。2009年4月1日附けで「浦安市川市民病院」が民間に経営移譲され、一方2014年4月に「地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター・東千葉メディカルセンター」が開院したので現在も24である。そのうち、銚子市立病院・柏病院・国保鋸南病院が指定管理者による運営であり、国保成東病院が「地方独立行政法人さんむ医療センター」となった。

指定管理者の3病院は、利用料金型であり、総務省などへの報告では、病院の経営状況は解らない。柏と2015年度からの銚子市立病院は、市が設立者である医療公団の経営なのでそれなりに経営情報も公開されているが、勘定科目の設定などが他の病院と異なり、この表では利用料金型での経常利益額のみ載せた。銚子についてはまた後で触れる。鋸南病院と2014年度までの銚子市立病院は、医療法人が指定管理者であり、医業収益や医業費用の中味が公表されていない。不透明性という点から言って、このタイプの指定管理者制度は、自治体病院として不適切な経営形態と言わねばならない。

従って、残りの20病院について2009年度と2014年度の比較分析をしてみた。

まず、医業収益を20%以上伸ばしたのは、青葉、海浜、船橋、君津の4病院、20%未満が、松戸、東松戸、旭、成東、大網、多胡、東庄、東陽、い

すみ、大佐和の10病院、マイナスなのが、市川、東松戸、鴨川、匝瑳、小見川、長生の6病院である。診療報酬改定が大規模病院中心であったことや医師体制の問題を反映している。

他会計からの繰入金の比率を引き下げた病院が7、増やした病院が13、給与比率を下げた病院が7、上がった病院が12。材料費率を下げた病院が10、上がったないし横ばいの病院が10。経費率を下げた病院が11、上がった病院が9。減価償却費率の下がった病院が5、上がった病院が15である。通常、定率償却の場合は、減価償却比率は次第に下がっていく。それがこれだけ上がっている病院が多いということは、計算方法の定額制への変更の影響が大きいと思われる。

結果、2009年度の黒字病院は13、2014年度は8

となった。繰入金の増減と経常利益の赤字黒字を勘案して、経営改善したかどうかを見ると、改善したのが5、悪化したのが15となった。改善と判断できるのは、青葉、海浜、船橋、成東、君津の5病院で、これは20%以上収益を増やしたところと独法化したところである（青葉と海浜は赤字だが、これは大幅に繰入金引き下げられたことによると思われ、内容的には改善している。繰入金を引き下げ、かつ経常利益を黒字にしている病院は、船橋と成東の2病院である）。

全体的に見て、診療報酬で優遇された大規模病院で経営が改善し、郡部の中小規模の病院やリハビリ病院のような入院期間の長い病院が厳しい状況におかれている。これらの病院の材料費率や経費率を見ると多くのところで引き下げや低い水準

表9 県立以外の自治体病院の経営状況（公表されている総務省などの資料により筆者作成）

病院	医取伸	外負担	給与	材料	経費	減償	経常
青葉	124.7	45.7 28.0	58.9 56.9	24.0 25.0	28.0 27.2	16.5 11.4	26 -580
海浜	123.9	27.8 17.3	60.4 59.6	20.9 20.1	29.7 24.8	6.0 7.1	8 -290
銚子		*913百万					0.2
市川リハ	94.0	29.0 34.0	74.1 88.8	6.6 8.5	22.1 21.9	19.7 14.0	0.7 -71
船橋セン	127.5	16.4 12.8	50.3 50.3	26.8 23.7	21.4 23.7	9.5 9.0	240 741
国保松戸	114.9	16.4 15.6	62.6 64.5	23.2 25.0	19.7 17.1	3.4 3.9	74 -304
東松戸	94.9	22.8 47.1	83.3 98.8	9.8 7.5	25.4 29.4	5.4 6.7	-207 -90
旭	109.6	6.0 8.2	41.1 41.4	34.2 31.7	23.3 15.7	6.4 9.3	454 313
柏							*15
鴨川国保	98.7	1.6 4.0	55.6 61.8	9.3 9.0	29.0 34.4	3.2 6.2	15 -72
富山国保	95.4	13.4 21.8	66.5 73.2	15.0 12.6	20.0 12.6	7.0 8.1	9 20
国保匝瑳	66.4	13.5 22.4	42.7 69.3	11.8 14.1	21.9 29.5	6.3 10.9	-52 -169
成東 *	114.6	45.6 8.1	98.0 57.4	20.3 15.1	22.5 16.7	4.7 7.8	-272 30
大網	111.4	6.6 13.6	54.0 53.2	21.6 32.0	19.9 15.8	6.5 4.0	-141 -57
多胡中央	116.9	18.1 19.5	69.0 68.3	12.1 12.6	16.8 16.9	9.2 11.8	9 -20
国保東庄	114.5	9.0 23.2	47.4 47.5	33.9 34.0	11.3 14.2	10.1 6.2	-17 33
東陽	103.2	57.0 67.3	80.3 75.9	14.1 11.7	37.2 45.7	9.6 15.3	81 68
国保鋸南							*-32
小見川	93.6	16.1 11.8	50.2 52.8	23.4 23.7	18.4 26.6	2.5 5.7	373 -173
いすみ	103.7	17.6 26.2	52.3 60.0	22.0 18.4	28.0 27.7	9.1 14.6	-107 -177
君津中央	123.5	10.3 10.3	43.8 45.3	26.0 26.0	24.7 21.5	8.8 9.4	275 -82
大佐和	105.7	7.7	45.1 47.2	12.8 11.6	31.4 33.7	4.2 5.2	42 44
公立長生	83.2	17.8 27.1	55.3 66.9	14.7 15.9	23.5 20.8	4.7 5.3	-139 319
浦安市川	2009,4,1	民間移譲					
東千葉		24.9	69.4	26.1	30.6	21.7	-1540

(注)「医取伸」は、2009年度を100として2014年度にどれだけ収益が増えたかを示す。それ以外は左が2009年度、右が2014年度の医業収益に対する構成比。「経常」は、経常利益の額で単位は百万円。

で維持しているところが多く、経営改善の努力の跡が見える。しかしながら、収益が伸びず、その伸びを上回る人件費の伸びが経営悪化をもたらしているところが多いと判断できる。

郡部の病院は、地域の存続に不可欠の存在であるが、今のような中小病院軽視の診療報酬改定が続き、経営努力にもかかわらず、赤字傾向が続くようであれば、再び地域医療の危機が到来する危険が迫っている。その点で地方独立行政法人さんむ医療センターになった成東病院の経営改善には注目せざるを得ない。ただし、2009年度の人件費率の高さは、2010年度からの独法化にともない職員の退職金を支給したためであり、人件費率の低下はそれを差し引いて考える必要がある。独法化が万能の処方箋ではないことは明らかで、住民に開かれた病院になっているかなど注意すべきことはいろいろあるが、さらに踏み込んだ調査などを行いたいところである。

全体としてみると、千葉県の自治体病院は、全国的動向と同様に、安倍政権になって以降、再び困難な事態に直面しており、2016年度の診療報酬改定も全体としてはマイナス改定であったから、いっそう厳しくなっていると思われる。そのために、一般会計からの繰入金も増やさざるを得ず、自治体病院のあり方が、もう一度問われる局面が出てくることが予測される。

銚子市立病院の問題

ここで「医療崩壊」の象徴といわれた銚子市立病院のその後について述べる。

銚子市立病院は、2008年10月1日に閉院（休止）した。この病院は、日本大学から医師の派遣を受

けてきたが、大学の医師引き上げに伴い、収入が減少、存続が危ぶまれた。2007年に「市立病院経営健全化計画」を策定したが、経営状況は好転せず、2007年度は、15億円を一般会計から繰り入れた。2008年度も多額の資金流出が続き、2008年5月、市と県、コンサルタントの協議の場で内科・外科がそれぞれ一人体制になるため救急受入れが不可能となり、前年同様かそれ以上の資金繰り入れが必要であることが判明、同年7月3日の三者の協議で運営休止が決められたと伝えられている。この間、県が指定管理者への移行を迫り、それが残って頑張ろうとしていた15人ほどの医師の士気をくじき、閉院につながったという情報もある（筆者が2009年に現地で聞き取り）。

閉院を決定した岡野市長は市立病院の存続を公約していたので、この公約違反に市民の怒りが爆発、市長リコールが成立し、2009年の選挙の結果、元市長の野平氏が当選した。野平氏は市立病院の再開を公約、医療法人財団銚子市立病院再生機構を立ち上げ、2010年5月に外来診療を再開した。しかし、この医療法人の経営は透明性を欠き、さらに市立病院の赤字を「青天井で補てんする」という野平市長の方針に対して、当然のことながら議会が反発。二度にわたって赤字穴埋めの補正予算を否決するという事態になった。野平市長は職権で穴埋め予算を執行。2013年、市長選挙で野平氏は落選、越川新市長になった。新市長は、2015年3月で期限の切れる「再生機構」との契約を更新せず、あらたに市で作った銚子医療公社を指定管理者にした。これによって経営内容も公表されるようになった。次の表は2015年度の病院事業の予算と決算である。

表10 銚子市立病院の病院事業（2015年度）

単位百万円

	収益	繰入金	入院	外来	費用	給与費	材料費	委託費	損益
予算	941	403	530	372	963	849	192	165	-22
決算	858	403	443	367	820	786	148	181	-0.5

（注）収益は、医業収益であるが、予算が「医業収益」、決算が「事業収益」と表示されている。損益の予算額は表示されている収益に、403百万円の繰り入れと補助金の合計額を加えて筆者が計算。

入院病床は、350床の許可病床に対して、稼働病床は105床、1日平均患者数は44.8人で、前年の70人よりも減少し、この年に10対1看護を13対

1に変更しているため、看護師の退職があり、確保に成功しなかったと思われる。外来は、1日266.5人の患者数で予算に接近した。会計が明らか

かにされ、繰入金も医療法人の時期の9億円レベルからは大幅に下がっているが、病床の稼働は許可病床の3割であり、再建の道はまだ半ばにも至っていないというべきであろう。病院を一度つぶしてしまうと、再建するのがいかに困難であるかを示している。今後の銚子市立病院のあり方については、療養病棟の開設など、旭中央病院の後方機能を担う方向が打ち出されているが、旭中央病院も患者数が多すぎ、さらに最近は独法化以降、医師体制に不安が生まれてきており、旭中央病院に依存する方向だけでよいのかどうか。救急医療など市民の要求にいかに対応していくのか、さらなる検討と対策が必要と思われる。

東千葉メディカルセンターについて

千葉県では銚子市立病院より先に、県立東金病院の廃止がうち出され、その後医療として東千葉メディカルセンターがつくられた。

2016年4月に東千葉メディカルセンターの現地視察を行ったので、まずその報告書をのせる。

報告書

参加者：(略)

時：2016年4月25日10時より12時30分まで
対応してくれた相手方：理事長、総務課長（施設概要説明と院内案内）、事務部長（今年四月に千葉大学病院から赴任、文科省出身）外に経理担当一名、記録担当一名

〈東千葉医療センターの到達点の概要〉

・2016年4月から病床314床を稼働させる計画であったが、現状は207床にとどまっている。原因は看護師が確保できていないことによる。現状では、入院収益の6割を整形外科が占めている。

・救急医療では、2014年度山武地域の22.3%を受け入れており、管外への搬送は開院前41.1%であったものが26.5%に低下した。一日およそ7人の救急車で搬送される患者を受け入れているが、ほぼ同数のウォークインの患者がいる。ウォークイン患者に対応するために総合診療科（内科）を設置した。

・外来患者は、一日平均12月で220.7人、4

月の145.6人から次第に増えているが、年度目標の234人には到達していない。

・人的体制は、医師が第四四半期で37人、四月から慈恵医科大学の派遣（常勤2名、毎日産泊を兼ねて非常勤1名）で産婦人科が開設され、五月から病棟稼働、七月に分娩が予定されている。これ以外は全員千葉大学から、多くが5年間の契約で派遣。臨床研修協力病院となっており、数名の研修医を受け入れる予定。看護師は、第三四半期で158名、目標の199名に対しては41名の不足である。澤田氏は、全面稼働には、あと百人の増員が必要である、看護師の離職率は昨年度16%とかなり高くなっている、手当・交通費・保育所の保育時間拡大など対策を検討している、無理に病棟を開いていくことはできないので、人員に応じてオープンしていく、この点から中期計画の後ろ倒し（二年程度）をせざるを得ないのではないかと考えている、と述べた。（その後後ろ倒しは5年になった）

・経営的には、2015年度末の見込みによれば、医業収益100%に対して、医業費用134%、人件費65%（一般管理費に計上されている経営担当者の人件費を加えると70.9%、年度目標は57%）、材料費35.6%（目標26.6%）、経費33.4%（目標31.4%）となっており、年度末で約4.7億円の資金不足になる。

〈質疑応答の中で明らかになったこと〉

1 人件費関係：人件費率が高いのは、収益の伸び悩み（病棟稼働の遅れ）との関係がある。2016年1月から7対1看護を取得したが、今回の診療報酬改定で要件が厳しくなり、また、まだDPC準備病院なので出来高払いであり、全部7対1でやっていくことは困難と思われる。建設直後の病院なので人員は先行投資型にならざるを得ず（看護師や透析技士など）、結果としてかなり高い人件費率となっている。

2 材料費関係：材料費率が高いことに対しては、整形外科や救急部という材料費が高くなる診療科の比率が今現在は高いこともあるが、ジェネリックの占める割合は、8~10%

で極めて低い。一般競争入札で購入している。購入管理が弱いのではないかと指摘に対しては、其の通りで、千葉大学はジェネリックが80%であることから対応可能とっており、二年後に70%にしたいと考えている旨回答があった。院外処方箋を発行している。給食は栄養士は直接雇用であるが、給食業務は外注であるとのこと。

3 経費については、確かに高いとっており、これは、委託などを病床稼働など収益動向と無関係に予定通り進めたことが大きい。これは年度中に見直しできると考えている。

4 その他 収益と費用に職員預り金と患者預り金があることについては、職員の健康保険料自己負担分などは一旦預かり金として計上しているとのこと、また患者預り金は、入院時5万円を預かり、退院時精算しているとのこと。

5 いかに地域に根差す病院となっていくかについては、医療連携につとめるという話は出たが（医療連携室の責任者に専任で副センター長が付き、8人体制で強化した。地域医療支援病院をめざすなど）、患者・住民の声を直接どのように反映させるかについては、話はなかった、まだ手探りの状況であるかと思われた。患者サービス向上委員会は設置され、患者の意見を受け止めようとしているとのこと。

〈総括〉

参加者で議論したが、九十九里町は、初め2億だった一般会計から繰り入れる負担金が2015年度は6億、16年度予算では8億と急増しており、財政調整基金が8億から3億に減少した、これでは他の仕事ができない、と職員からも声が出ている。東金と九十九里で26億確保する計画であるが、既に残額が11億になっており、東金市長もこれ以上は出せないといっているとのこと。中期計画がそもそも甘かったのではないかと、ということも容易に推察できることであるが、ことここにいたって東千葉医療センターを破綻させることは、地域住民にとって命にかかわる大問題である。

中期計画の見直しは避けられないが、地域の救急医療を確保していく上で、県が必要な費用を負担してその責任を果たすことが、東金病院を廃止し、この病院を作らせたことから言っても、必須の事と思われる。また、材料費と経費をはじめとする支出管理が進み、収益が伸びていけば、赤字の額は縮小すると思われるが、それでも計画通りに黒字化できるかどうかは、疑問が残るところである。また、医療連携に勤めることは当然ながら、もっと患者地域住民と直接結びつくような取り組みをどう進めるかは、十分には検討されていないように見受けられた。これは課題として残ることであろう。

以上

もともとこの病院がつくられざるをえなかったのは、県が東金病院を廃止して地域医療から手を引き、地元自治体に任せてしまう方針を打ち出したことにある。地域の自治体病院を統合する案など様々に検討されたが、結局、かなり強引なやり方で東金市と九十九里町だけで地方独立行政法人をつくり、千葉大学の分院のような形で東千葉メディカルセンターをつくるようになったのである。

この山武・長生・夷隅地域医療圏は、医師数（全国の40%・千葉県の60%）も看護師数も少なく、救急搬送に30分以上かかる割合が8割、圏外への搬送率が34%（県の発表資料、実際には山武地域では40%にもなっていたようである）、救命救急センターがなく、救命救急医もゼロという極端な医療過疎の地域である。従って、救急医療に取り組む病院は絶対に必用であるといわねばならない。しかし、そうした病院を作ることには相当な経営的リスクが伴う。それ故に、地域住民は県が地域医療に対する責任を果たすことを要求し、新しい病院が成功することを願いつつも、その経営が大丈夫か心配している。残念ながらその心配は現実のものになろうとしている。東千葉メディカルセンターの中期計画は、予定通りに進まず、病床稼働が遅れ、赤字が拡大し、繰入金がそれぞれの自治体の財政を圧迫している。病院としても様々に努力はされているようであるが（地域包括ケア病棟

の開設、DPC 病院・地域医療支援病院に早期になることなど)、予断を許さない状況にある。この病院を失敗させないためには、県が財政的にもバックアップすることが絶対に必要であろう。

地域に根差した自治体病院の苦戦と展望

実際に地域の中で奮闘している自治体病院は、どうなっているのか? 「地域に出ていく医療」をスローガンに先進的に在宅医療や地域医療連携に取り組んできた^{そうさ}匝瑳市民病院を訪問した。以下は、当研究所ニュースに載せたものに補足している。

「匝瑳市民病院訪問記」 2016, 10, 6

2016年10月6日、千葉県自治体問題研究所は匝瑳市民病院を訪問した。病院の事務長、地域ケア部長、訪問看護の責任者、介護支援専門員などに対応していただいた。

匝瑳市は、2006年に八日市場市と野栄町が合併してできた太平洋に面した千葉県北東部の市で、旭市に隣接している。人口は、2015年で男18,310人、女19,114人、合計37,424人。高齢化率は43.2%(全国31.9%)。農業(特に植木の生産は日本一)を中心とした市である。

〈在宅ケア〉

匝瑳市民病院は、地方公営企業法を全部適用している。病院は、いち早く地域医師会と連携して高齢者医療・在宅医療に取り組んできた。訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、老人保健施設を併設している。特に訪問看護ステーションは、20年以上前から24時間サービスに取り組み、在宅でのみとりに取り組んでいる。在宅でのみとりがここ数年急増しているとのこと。この取り組みでは、地域医師会が連携して、主治医が不在の場合でも対応してもらえるという。看護師11人、理学療法士2人、事務(非常勤)2人の体制で現在130人の在宅患者にサービスを提供。最近、旭中央病院の7対1看護体制の影響で、医療依存度の高い在宅患者が、ターミナルケアを含めて増えているという。

訪問看護について、4つの看護学校の実習を受け入れている。しかし、訪問看護の内容が複雑化し、一件当たりの時間がかかるようになったにもかかわらず、単価が引き下げられ、赤字になって

いる。

介護保険制度改定に伴う「総合事業」は、来年4月から実施する予定で、今年11月にこの事業に参入する事業者の「手上げ」を求めるといふ。それなりにヘルパー事業所はあるとのことであるが、24時間対応のところはなく、レベルは様々という。

〈病院の経営〉

病院の経営はかなりの赤字が続いている。原因の最大のは医師不足である。2001年に22人いた医師は、現在8人、2015年度の患者数で計算すると医療法基準に2人足りないことになる。現在奨学生は2人いるということであるが、当面極めて厳しい状況が続く。2012年まで旭中央病院から毎日1人医師が派遣されていたが、旭中央病院の医師の集団退職などで派遣が打ち切れ、いまは週一日外来への派遣となっている。医師確保の担当職員(臨時)を配置するなどしているが、成果はまだ上がっていないとのこと。そうした中で病院の労働組合が県に匝瑳病院の実情を訴え、1人県からの派遣が実現したというのが明るいニュースとなっている。

2015年度末の累積の赤字は約18億円。2015年度の一般会計からの繰入金、約4億円、匝瑳市の財政状況も厳しいものがあり(財政力指数は市のレベルで南房総市に次いで下から2番目)、まさに存立にかかわる事態にあるといつてよいであろう。

院外薬局も2012年に実施されており、医業収益に対する材料費率は2014年度で15%、経費率は22.3%、減価償却費率は8.8%でほかの自治体病院に比べて遜色ない。しかし、人件費率は76%に上る。医師が多かった時の体制が当然のことながら、一定続いているということであろう。この場合、医師体制に合わせて職員数を減らすという選択は困難である。またそれは、病院の機能・在り方に関わる。人件費率の高さの解消は、医師を増やし、病院の機能を向上させ、収益を上げる以外にはないと思われる。

〈どう展望を切り開くか?〉

幸いなことに、「匝瑳市民病院を存続させる」という点では、市当局・議会・市民のあいだに共通の認識があるとのことである(2012年の「匝瑳市民病院のあり方」検討委員会報告)。どのよう

に市を挙げて、地域住民の力を引き出して医師確保を進めるのか。そのためにはさらに一層、この病院の果たしている役割を広く知らせ、単に病院のサポーターにとどまらない（サポーター組織はある）、住民の健康と地域の医療を守る住民運動を巻き起こしていくべきでしょう。市は例えば大学への寄付講座（町でやっているところもある）や県への要請をしつこく行うなどできる限りの手を打つべきである。病院の医師をはじめとする職員は、これまでの「地域に出る医療」の路線の正しさに自信を持ち、医師会などと連携した地域医療・在宅医療の典型をつくりだす取り組みを進めていくことではないだろうか。

簡単に解決する問題ではない。しかし、多くの若い医師や医学生の中には、地域医療に貢献したいという志を持つ多くの人がいる。そうした人の心を打つのは、自らの健康を守るために医師や医療従事者との協働を進めようという住民の声であり、それに献身する医療従事者の姿である。こうした市を挙げての取り組みによってのみ、展望が切り開かれるのではないだろうか。そして、これは匝瑳市民病院に限らず、すべての自治体病院にいえることではなか。医療と介護の連携を、自治体・開業医・住民が協力して、地域全体で形づくるとりくみは、この匝瑳市だけでなく、柏地域にも先進的な経験が生み出されている。これらを、本当に実りあるものとしていくために、各自治体はもちろん、とりわけて県が地域の医療と福祉を作り上げていくための積極的なイニシアチブを発揮することが、求められている。

とくに、医師確保の問題はそれぞれの病院やそれを抱える市町の力だけでは、解決困難な局面に来ているのではないか。地域医療計画を作る県が、自治体病院全体の医師体制確保の責任を負うことを決意し、そのための市町を含めた機構をつくるが必要になっているのではないだろうか。

〈千葉県の地域医療ビジョン・保健医療計画の一部改訂について〉

こうした地域医療の状況において、県はどのように県民医療を保障しようとしているのであろう

か。

千葉県は、2016年4月15日、国が定めた2025年にめざす地域医療提供体制の構想＝地域医療ビジョンを取り込んだ形で千葉県保健医療計画の一部改訂を行った。これは、2025年に向けて、医療機関の病床機能を分化・再編成することを意図したものである。

すなわち、厚労省が作成した「必要病床作成ツール」に基づいて推計された高度急性期・急性期・回復期・慢性期という機能ごとの必要病床を地域医療圏ごとに定めたものである。

厚労省の分類は、入院経過日数順に一日当たりの診療報酬点数をならべ、一日3万円以上の全患者延べ日数を高度急性期の医療需要とし、3万円未満6千円以上を急性期、6千円未満1750円以上を回復期とし、これから導かれるそれぞれの入院受療率の数値に将来年度の性年齢階級別人口と一律に定められた病床機能ごとの病床稼働率をかけて算出するものである。慢性期病床については、「在宅医療等に対応可能な患者が一定数いる」ことから、「地域差解消に向けての補正率」（療養病床の入院受療率の一番少ない県のレベルまで、或は一番多い入院受療率の県を中央値まで引き下げる割合で医療圏の入院受療率を引き下げる）を用いて計算する。そして、これを病院機能報告制度によってそれぞれの病院から報告された数値と比較して過不足を論じているのである。

これにはいくつかの問題がある。例えば、平均日当円が3万円を超える病院は数多くあるが、それぞれの患者の入院経過日数ごとにどれだけの診療報酬であるかを並べると、入院時の検査や手術などの日には、5万円、10万円にもなるが、それ以外の日は3万円を下回ることがかなり多いであろう。それを3万円で区切ることが適切かどうか？また、現在の病床機能報告制度は、それぞれの病院の判断によって届けられているので、統一された基準によるものではなく、必ずしも実態に即したのではない。

それでも、とにかく必要病床数を決めた。ところで、もう一つ基準病床数というものがある。これは保健医療圏ごとに病床を規制する基準であり、既存病床が基準病床を上回っている医療圏では、

新たに病院を作ることや増床はできない。千葉県 表にしてみた。
 の基準病床、必要病床、既存病床を医療圏ごとに

表11 千葉県の医療圏ごとの基準病床、必要病床、既存病床

医療圏	基準病床A	必要病床B	既存病床C	A - B	A - C	B - C
千葉	7,629	8,434	7,495	- 855	134	789
東葛南部	11,403	13,010	10,876	- 1,607	527	2,184
東葛北部	9,999	11,699	9,366	- 1,700	633	2,333
印旛	5,251	5,548	5,679	- 297	- 428	- 131
香取海匝	2,731	2,181	3,209	550	- 478	- 1,028
山武長生夷隅	3,203	2,931	3,603	272	- 400	- 672
安房	1,577	1,641	2,022	- 64	- 445	- 381
君津	2,029	2,370	2,472	- 341	- 443	- 102
市原	2,077	2,140	2,135	- 63	- 58	5
合計	45,899	50,004	46,857	- 4,105	- 958	3,147

すなわち、合計で見ると、基準病床は必要病床を4,105床下回っており、既存病床も必要病床に対して3,147床不足している。ところが、既存病床は基準病床を958床超過している。これは何を意味しているのか？例えば、千葉医療圏では、必要病床には789床不足しているが、基準病床と既存病床の差は、134床しかなく、したがって134床までしかこの地域で増床はできないということになる。同様に東葛南部は2,184床の増床が必要なのに527床まで、東葛北部は2,333床に対して633床まで。それ以外のすべての医療圏では、増床や病院建設はできない。国のねらいは、基準病床で病院のベッドを増やさず、必要病床で既存の病院の機能変更を進めることにあるといえよう。すなわち、全体として急性期病院を減らしていくのであるが、千葉・東葛南部・東葛北部では、基準病床に対して既存病床が不足しているので、急性期病院の開設や増床が申請された時に県は拒否できない。ところが、郡部では、病床全体が増やせないで、既存の病床の回復期や療養型への転換が迫られることになり、急性期を診ることのできる病院がさらに減らされていくことになる。

この機能分化を進めるために、医療圏ごとに地域医療構想調整会議が設けられ、それぞれの病院の地域の中での役割分担が話し合われるのであるが、その実効性はどうか？さらに、地域医療介護総合確保基金を活用するというのであるが、果たして機能転換が順調に進められるのかどうか。相

当に時間がかかることだけは確かである。おそらく、厚労省は地域医療ビジョンが各県で作られたなら、急性期病院の報酬を引き下げ、回復期などに誘導することであろう。

さらに、保健医療計画は、現状の延長線上で、人口の減少と高齢化の進行を前提にしている。現在進んでいる過疎がさらに進行し、地域崩壊が進むことをある意味前提にしている。この計画は、少なくとも地域社会を再興していくのに資するものとは言えないのではないか。例えば、既にみた山武・長生・夷隅だけでなく、内房の富津市南部から館山まではかなりの医療過疎である。保田や金谷の住民の多くが山を越えて太平洋に出て亀田病院へ通っている。これらのところで新たに病院を作ることにはできない。高度医療は木更津の君津中央病院か亀田病院でしか受けられない。現在の計画は、医療格差を温存し、さらに拡大することになるのではないか？本来なら、地方で暮らす人が増えていくような施策の一つとして、医療政策も考えられていくべきではないだろうか。ドイツやフランスでは、医療供給体制の少ないところの医療機関の報酬を手厚くして医療格差の解消に努めている。

郡部での急性期医療と都市部での高齢者医療への対応が急務

一方、東葛南部医療圏を見ると、2010年の75歳以上の人口は12.4万人であるが、2025年には26.6

万人と倍以上に増え、入院需要は現状よりも4割以上増え、介護需要も同様に4割以上増えると予測されている（日医総研ワーキングペーパー 高橋・江口「地域の医療体制の現状と将来」2014・8・6 千葉県版より）。ところが、先の表に見たとおり、既存病床に対して必要病床は、プラス19%、基準病床はプラス4.8%にすぎない。つまり、病院が圧倒的に不足しているのである。基幹となる高度急性期に対応する病院や急性期医療を担える病院はそれなりにあるけれども、回復期や療養型の病院と介護施設がまったく足りない。ここだけでなく、東葛北部や千葉、市原などの医療圏も同様の傾向にある。すなわち、田舎は高齢者の介護を含めた医療で都市部は急性期医療という「常識的」な理解とは全く逆に、都市部では高齢者医療と介護の供給体制の整備が緊急の問題になっているのである。

他方、郡部の医療圏では、2025年に現状より3割程度増加したのちは、高齢者はそれほど増加しないと予測されている。注意を要するのは、高齢化の進行は、慢性期医療や介護だけでなく、急性期医療の需要をも急速に増大させるということである。郡部に今足りない急性期医療を整備することも焦眉の課題となっている。

残念ながら、千葉県の医療ビジョンは、そこに住む住民の医療をいかに保障していくかというより、現在の地域過疎を医療の面からさらに促進し、国の言いなりに病床をおさえ、医療費をおさえるためのビジョンというほかはない。

〈終わりに—千葉県の地域医療を改善するための提言—〉 二極化する自治体病院

千葉県の自治体病院は新たな危機に直面している。それは、2008年当時の危機とはまた異なった表れ方をしている。地域医療支援病院などに位置づけられるような大規模で高度医療機能を備えた病院は、それなりに安定した経営を維持している。一方、市立や町村立などの（県立佐原病院も同様）地域型の病院は、多くが次第に経営を悪化させており、存立が危ぶまれる事態にまでなっていると

ころもある。まとめて言えば「二極化」ということではないか。

医師問題

マイナスの極の自治体病院に共通する問題の現象的な困難の第一は、医師問題である。これに対して県も一定の対策を打ち出してはいるが、それは例えば、それぞれの自治体が医師を確保したらその確保に必要な経費を若干補助するというもので、十分なものではない。この予算はほとんど執行されていない。それぞれの自治体もいろいろな取り組みをしているが、目立った成果を上げていくという話はあまり聞こえてこない。いくつかの大学に対して、県と市町村で協力して地域医療に関する寄付講座をつくる、共同の医師確保対策を進めるなど、県がもっと積極的に市町村病院の医師確保に尽力することが必要である。

そして、前述したように、なによりもそれぞれの病院の存在意義、なくてはならない地域の病院であるということを市民共通の認識とし、「医療は病院の問題」とすることなく、住民と自治体が協力して保健予防や在宅医療の取り組みを進め、病院を盛り立てていくことである。病院で働く医師をはじめとする医療従事者は、これに添えてただ病院で来る患者を診療するにとどまらず、地域に出て住民の健康相談や医療についての様々な疑問に答え、病院の実情を広く知ってもらうように訴えていくことが必要であろう。こうした協同の広がり、医師にとってやりがいのある魅力的な病院を作っていくことになり、それが医師を確保する力になっていく。

医療過疎の解消と地域医療ビジョン

自治体病院の「二極化」は、医療過疎のさらなる進行を懸念させるものであり、それは地域全体の過疎化にかかわる。病気になったときに安心してかかる医療機関のないところで人口が増える道理はない。人口が減少しているところに進出する民間医療機関というのも考えにくいことである。「鶏と卵」どちらが先というたぐいの話である。やはり、自治体病院を中心に地域医療を構築していくほかはないのである。それは地域を再興して

いくためにも欠かすことができない事業である。

そのためには、国が制度的に地域医療を保障する仕組みを整えることが本来的に求められる。例えば、診療報酬で医療過疎地域に加算するなど当面の対策として考えられよう。

現在の地域医療ビジョンは、そうした方向ではなく、むしろ医療過疎を促進するものになろうとしている。これを見直し、地域で求められる病床を確保し、地域の自治体病院を守ることに県が責任を果たさねばならない。

自治体病院の経営形態

自治体病院の新たな危機の中で、病院の経営形態がさらに問題となっていくことが予測される。これまで一般的であった地方公営企業法の「一部適用」という制度は、自治体の側に医療に対する十分な理解があり、病院の側に地域医療に貢献しようという熱意がある場合には、有効な制度であると評価できる。地公企法の「全部適用」の場合は、病院の裁量権が拡大されるが、自治体直営であることに変わりはない。直営の場合、職員給与などは自治体が決めることになる。

独立行政法人をどう評価するかは、かなりむづかしいところがある。地方公営企業ではなくなるが、自治体病院でなくなるのかについていえば、その独立行政法人が破たんした場合は、債務はすべて自治体にかかり、中期計画はその法人をつくった自治体の承認が必要となっている。独立の名の通り、職員賃金や人数などもその法人だけで決めることができる。

法人形態の問題を考えるうえで、最も重視すべきことは、開かれた管理の問題であろう。医療管理がしっかりできる院長と医療を熟知し、職員をまとめ、経営管理ができる事務長がいれば、実のところ経営形態の違いはあまり問題にはならない。しかし、こうした人材を二人揃えるのは案外大変である。とりわけ、事務長が2,3年で交代するような場合には、マニュアル型の一律的な管理しかできない。また、現在のように診療報酬が引き下げられている時代には、人件費対策を考えざるを

得ない。これらのことから、独法化が進行しているものと思われる。しかし、これには自治体病院の使命から見て重大な問題がある。それは、議会や住民に必ずしも情報が十分には公開されず、住民と病院が協同していく上で困難になる可能性があることである。これを避けるためには、住民参加型の監査制度をつくることや、議決事項としてではなくとも定期的に議会に報告し、十分に審議すること、病院運営委員会や利用委員会など直接住民患者が病院に意見を言える場を確保することが是非とも必要である。

指定管理者制度についていえば、銚子市立病院のところで見たように、その利用料金型は全く情報が明らかにされない場合が多く、自治体病院としては、不適切な在り方と言うべきである。民間譲渡は自治体病院でなくなるのであるから、全くの論外である。もっとも、赤字の田舎の自治体病院を引き受けてくれる民間病院があるとも思えないが。もし、引き受けるところがあるとしたら、その場合は、急性期医療からほとんど手を引いて、高齢者の療養型の病院として採算を合わせる外はないであろうから、それは地域医療の中心をなす、急性期を担える病院が失われることを意味する。

展望は住民自治の力に

地域になくしてはならない自治体病院をどう守っていくのか。国と県の政策転換が絶対に必要なことである。しかし、現在は自民党政治が続いている。そうした中でどう病院を守っていくのか？それは、まさにその病院を必要とする住民が、立ち上がる以外に道はない。行政を動かして医師確保に全力を挙げさせること、県に地域医療守る責任を果たさせることなどを要求し、運動していくほかはない。同時に、地域の医療と福祉の問題を良く知り、地域開業医と自治体病院の連携を促進し、保健予防から医療、福祉に至る地域の医療と福祉のネットワークを住民が主体的に作り上げていくことである。住民自治の力こそが、医療の問題でも他の事と同様に、展望を切り開く力になる。

第3章

地方自治体病院及び地方独法化した病院の経営分析

根本 守

I 地方自治体病院の状況

1. 日本における設立形態ごとの病院、病床分布状況

—日本の設立形態別病院数、病床数— 厚労省医療施設調査より

*自治体立病院の他、日赤等の公的医療機関、健保組合等立病院を含む

	公的			私的			小計	計
	旧国立等	自治体等*	小計	医療法人	個人	その他		
<病院数>								
2001/10	349	1505	1854	5445	1085	855	7385	9239
2008/10	276	1444	1720	5728	476	872	7076	8794
2012/10	274	1370	1644	5709	348	864	6921	8565
2014/10	329	1288	1617	5721	289	866	6876	8493
構成比	3.8%	15.1%	19.0%	67.3%	3.4%	10.1%	80.9%	100%
2014-01	-20	-217	-237	+276	-796	+11	-509	-746
<病床数> (病床数は千床)								
2001/10	141	394	535	802	94	212	1109	1646
2008/10	119	379	499	851	43	215	1109	1609
2012/10	115	362	478	852	33	213	1100	1578
2014/10	130	338	469	857	28	213	1098	1568
構成比	8.3%	21.6%	29.9%	54.7%	1.8%	13.6%	70.1%	100%
2014-01	-11	-56	-66	+55	-66	+1	-11	-7

① 病院数

日本における設立形態ごとの病院分布状況は上記のとおりであり、2014年10月時点で、病院総数8493のうち、旧国立（現独立行政法人）を含む公的病院計は1617病院（19.0%）、このうち地方独立行政法人や日赤等を含む自治体等は1288病院（15.1%）となっている。これに対し医療法人、個人を含む私的病院計は6876病院（80.9%）である。病院数レベルでいえば私的病院の占める割合が圧倒的に大きいのが、日本の病院の特徴である。

また、21世紀に入っての推移であるが、病院総数では-746、公的病院計は-237、このうち自治

体等は-217といずれも大きく減少している。同様に私的病院計でも-509となっており、政府による「病院削減政策」の影響が明らかである。さらに、公的病院の減少割合が私的病院よりも大きく（個人病院からの法人化の影響か医療法人の病院数は増加している）、自治体病院を含む公的病院の削減がより強力に進められている状況にある。

② 病床数

病床数レベルでは、2014年10月時点で日本の病院全体で1568千床であり、公的病院計では469千床（29.9%）、その内自治体等は338千床（21.6%）

となっている。自治体等は日本の病院の2割強程度の病床数を持っていることになる。これに対し私的病院計は1098千床（70.1%）である。公的病院は比較的大規模病院が多いため占有率は増加し、私的病院は中小規模病院が多いため占有率は減少している。

また、21世紀に入っの推移であるが、日本の病院全体で-78千床と病院数と同様に減少してい

るが、その減少割合は病院数ほどではない。この点は、「社会的入院の排除」を口実に病床削減を進めようとした政府の意図が国民的な批判を受け、その思惑通りには進んでいない状況の反映と思われる。ただし、公的病院は1割以上減少しており、民営化の動きと合わせ、病床レベルでも減少が進んでいることを明らかにしている。

2. 地方自治体病院の経営形態別状況推移 —地方公営企業年鑑より—

	2008	2012	2014	構成比	14-08
地方公営企業法一部適用 (※1)	596	415	382	46.8%	-214
同 全部適用 (※1)	286	360	360	44.1%	+74
指定管理者(代行制) (※2)	34	21	21	2.6%	-13
指定管理者(利用料金制) (※2)	20	51	53	6.5%	+33
計	936	847	816	100.0%	-120

14-08の内容内訳

増加	45
減少	165
純減	-120

(減少の内訳)

※3 地方独法化	59
統合・廃止	31
診療所化	33
民間譲渡	16
その他	26
計	165

自治体病院の経営形態別の分布は上記のとおりである。2008年に公表され2009年度から実施された公立病院改革ガイドライン以降の推移を示している。従来自治体病院は多数が地方公営企業法一部適用であったが、5割弱にまで下がっている。職員の非公務員化を含む全部適用、さらには指定管理者制度の導入の方向に進めさせられている状況がうかがわれる。

さらに、2008年から2014年の6年間で自治体病

院が165減少している。内訳としては、上記のとおり統合廃止された病院が31あり、病床を廃止し診療所化された病院が33、また、民間の医療法人等に譲渡された病院が16となっている。さらに、地方独立行政法人化され、地方財政から分離し、財政的「自立」を求められた病院は59に上る。

※1 地方公営企業法一部適用、地方公営企業法全部適用
自治体の病院事業には、地方公営企業法のうち一定の

部分（経営の基本原則、企業の設置、財務に関する規定など）のみしか自動的に適用されない。このように法の一定の部分が当然に適用される病院事業を「一部適用の企業」とよんでいる。これに対して、当然には適用されない部分（組織および職員の身分取扱いに関する規定等）をふくめて、公営企業法を全面的に適用する病院事業を、「全部適用の企業」とよんでいる。

病院事業については地方公営企業法の財務規定等一部が当然に適用されるが、条例で定めるところにより、地方公営企業法のすべての規定を適用することができる。

法制度の上では、組織（管理者の設置）と職員の身分取扱いで大きな違いがあり、実際の病院職場においては、給与・労働条件、病院財政面などにも表れる。

※2 指定管理者

施設の管理運営を包括的に外部委託するものであり、民間事業者にも受託可能である。自治体病院の管理運営を民間病院等に委託する方法として活用されている。地方自治体としては指定管理者と締結する協約を通じ民間病院等のノウハウを活用することを目的としているが、実質上は自治体病院の廃止、民営化の第一歩となっている。

指定管理者制度は、その契約内容により代行制と利用

料金制の二つの種類が在る。

代行制とは、地方自治体が料金収入を収受し、別途委託料等を指定管理者に支払う方式であり、病院等の運営主体はあくまで地方自治体である。

利用料金制とは、指定管理者が料金収入を収受し、別途施設使用料等を地方自治体に支払う方式であり、病院等の運営主体は指定管理者となる。

※3 地方独法化

国における独立行政法人に準じて、平成15年（2003年）に制定された地方独立行政法人法に基づき、地方自治体において進められた自治体病院等の地方公営企業の独立法人化のことを言う。公共性の見地から公営として実施されていた事業のうち、地方自治体が自ら主体となって直接に実施する必要のないものとして、また、財政肥大の防止、財政負担の削減、業務効率の向上を目的として、地方独法化が進められた。地方自治体から独立した法人格を取得しているが、一定の交付金等は引き続き地方自治体から支出されており、また、職員が公務員身分を維持している場合もある。

地方独法化もまた、実質上は自治体病院の廃止、民営化への危険をはらんでいる。

II 公立病院改革ガイドラインの動向と地方公営企業会計基準の見直し

1. 公立病院改革ガイドラインの動向とその評価

(1) 公立病院改革ガイドライン

公立病院改革ガイドラインは、自治体病院の経営の深刻化や医療提供体制の基礎となる医師供給体制の弱まり、それを支える自治体財政のひっ迫を背景に、「地方自治体財政健全化法」とあわせて平成19年度（2007年度）に公表された自治体病院の「改革」方針である。政府総務省は、地方自治体に対して、それに基づく自治体病院の「改革」を強力に進めることを求めた。

その主要な方針は以下の3点とされた。

- ① 自治体病院の経営効率化を目指し、目標経営指標の設定と実践を進める
- ② 地域医療での自治体病院の役割を明確化し、

再編・ネットワーク化を進める

- ③ 地方公営企業法の全部適用、指定管理者の導入、そして地方独法化や民間移譲等を検討し進める

上記方針の遂行のため、公立病院改革ガイドラインでは平成21年度（2009年度）以降5年間の自治体病院の改革プランの策定とそれに基づく実施、及び実施状況の開示を、各地方自治体に義務づけた。

(2) この間のガイドラインをめぐる動向

平成25年度（2013年度）は改革ガイドラインの実施最終年度であり、総務省によれば、自治体病院の着実な経営改善が進み、過去5年間で以下のような具体的「成果」が上がったとされている。

・経営の効率化
改革プラン策定前と比較し、経営指標は大幅に改善している。

- ・ 経常収支黒字病院の割合
平成20年度 29.7% 平成25年度 46.4%
- ・ 経常収支比率
平成20年度 95.7% 平成25年度 99.8%

・再編・ネットワーク化の取り組み
病院の統合、再編に取り組んでいる事例は65ケース、162病院

・経営形態の見直し
経営形態の見直しを実施した病院は227病院

内訳	地方独法化	53病院
	指定管理者	16病院
	民間譲渡	14病院
	診療所化	30病院

一方で総務省は、「改革」の成果は十分とは言えず今後ともガイドラインで示された経営「改革」の取り組みを着実に進めていく必要がある、としている。

そうした立場から、総務省は新公立病院改革ガイドラインを策定し、各地方自治体に対し、それに基づく新改革プランを平成27～28年度（2015～16年度）に策定し、策定年度から平成32年度（2020年度）までの期間で実施することを求めている。また、新公立病院改革ガイドラインの内容は基本的に従来のガイドラインを踏襲しているが、従来の3つの方針に加えて「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を方針の一つとしている。新ガイドラインの特徴は以下のとおりである。

・経営の効率化
新改革プランにおいて基本的に経常黒字化する数値目標を定める
新会計基準への移行を踏まえ、類似の民間病院との比較を行い、民間病院並みの効率化を目指す

・地域医療構想を踏まえた役割の明確化

地域医療構想、地域包括ケアシステムに向けて果たすべき役割の明確化
地方自治体一般会計負担の考え方の記載
住民の理解

（3）公立病院改革ガイドラインの評価

改革プラン実施期間の5年間の自治体病院の財政状況について、上記総務省の説明では「着実な改善」と評価しており、経営数値上は改善し、補助金等を加えた数値で損益0水準に近づく水準まで到達している。また、病院の廃院を含む再編や地方独法化を含む法人形態も進行している。

しかし、そのことがイコール改革ガイドラインの「成功」、総務省の勝利といえるかどうかは疑問である。

そもそも財政以前に地域医療への貢献が自治体病院の使命であり、その点を踏まえての評価が必要である。総務省のいうように自治体病院をなくしていくような方向が、国民にとって、地域医療にとって適切かという点にはなはだ疑問である。自治体病院数は確かに大きく減少しているが、総務省の「想定」通りには経営形態の移行が進まず、自治体病院の多くが存続あるいは存続の方向を打ち出し、また、総務省の「想定」するほどには「効率化」と営利を追求した形で収支を改善させていないのは、一面では地域での「自治体病院つぶし」に対する抵抗の結果という側面もあると考える。

また、財政面でいっても、ガイドライン実施期間が自治体病院の実態的な経営改善の期間といえるかどうかについては、下記の点からいって疑問である。

・民間委譲等他の法人形態への移行の影響がある。また、自治体病院内においても指定管理者等の採用の影響があり、それらを含めた比較が必要である。

・人件費率は確かに下がっているが、代替的に委託費を含む経費率は増加したままとなっている。

・該当期間は、診療報酬がそれなりには引き上げられてきた時期に当たり、他の民間医療機関等でも一定の経営改善が進められた。

総務省側は、さらに改革ガイドラインの路線を推し進めようが、それに対する自治体病院及びそ

れを支える地域住民側の対抗はこの間一定の成果を生んでおり、また、今後も継続していくと予想される。

また、一方で、改革ガイドラインの内容には、地域住民の理解、地域医療のネットワーク化といった自治体病院としても今後取り組んでいくべき課題が含まれているし、病院の経営改善を進めていくことも当然必要である。改革ガイドラインに対する単純な反対に終始することなく、自治体病院の将来像や経営改善方針を自ら練り上げ、対置する形で進んでいくことが期待される。

2. 地方公営企業の会計基準の見直し

地方公営企業法は、その政省令において適用対象の公営企業について統一した会計制度（会計基準）を定めているが、この間重要な改定が行われた（平成24年（2012年）2月施行）。地方自治体病院は地方公営企業の一つであり、当然この改定の影響を受けることになる。実際の適用は平成26年度（2014年度）の予算及び決算から導入されている。

その概要及びそれによる自治体病院の財政に与える影響、財政分析を行う上での留意点につき、以下述べる。

なお、地方独法化した自治体病院の決算書については別途地方独法に対する会計基準が定められており、そこにはすでに今回の地方公営企業会計基準の改定内容がおおむね織り込まれている。したがって、地方独法の決算書（平成26年度だけでなくそれ以前分を含めて）は改定後の地方公営企業会計基準と基本的に同様と考えて差支えない。

（1）会計基準見直しの概要

地方公営企業法の政省令は、以下のような考え方に基づく改定を行っている。

- ・市場競争原理の導入を志向し、民間の企業会計原則の考え方を最大限取り入れたものとする
- ・地方公営企業の特性等を勘案しつつ、地方財政「改革」、地方公営企業の「改革」にそったものとする

① 民間企業会計原則の考え方の導入

この間の企業会計における改定の動向を踏まえつつ、その積極的な導入をはかっている。主な項目は以下のとおりである。

a 退職給付、賞与、貸倒等引当金

将来の特定の支出であって、その発生が当該事業年度以前に発生しており、その金額を合理的に見積もれるものを計上する。例えば、退職給付引当金は職員退職時に支出されるが、給与と同様の労働の対価として職員の勤続期間に応じて計上されることになる。

この内、退職給付引当金については、地方自治体の一般会計と地方公営企業会計との負担区分を明確にした上で、地方公営企業負担職員について、退職給付負担額（簡便的には期末要支給額）を計上する。なお、最長15年以内で計画的に計上していくことを認めるが、自治体病院において大きな負担となる。

b 減損会計

固定資産の時価が帳簿価額比で大幅に下落している場合にその差額を減損損失として計上する。この場合の時価は、収益還元価値等で算定する。

c リース会計

リース取引中実質上固定資産の購入にあたるもの（ファイナンスリース）について、固定資産の購入取引と同様の会計処理を行う。

d セグメント情報の開示 等

② 地方公営企業会計の独自処理

a 「借入資本金」の資本から負債への区分変更

従来病院建設のために地方自治体が発行した建設改良企業債は、「借入資本金」として負債でなく資本表示してきたが、本来の負債表示とする。この結果資本の金額、割合は大きく減少することになり、自治体病院の財政比率は大きく悪化することになる。

b 資本制度

従来資本については原則として処分、取り崩しが認められなかったが、法定積立金（減債積立金、利益積立金）の積み立て義務の廃止と同時に、条例または議会の議決を経て処分、取り崩しを可能とする。

c 補助金等により取得した固定資産の償却制度
従来固定資産の取得のために受領した補助金等の部分は減価償却の対象から除外することができた(みなし償却制度)。今回の改定ではそれを認めないこととし、全額減価償却を行う。

また、それに対応し、補助金等は従来の資本剰余金表示から、一旦負債(長期前受金)に計上した上で減価償却見合分を順次収益化する。

(2) 決算書数値への影響

地方公営企業全体での、改定実施年度である平成26年度(2014年度)での決算書(損益計算書、貸借対照表)への改定の影響額は、総務省公表資料によれば、以下のとおりである。なお、この中での自治体病院における改定影響額は不明であり、参考までに関係する項目の2011年度比での増減額を下記に示すこととする。

	地方公営企業全体 2014年度改定影響額		自治体病院全体 2014-2011増減額
事業外収益	<u>8895億円</u>	((1)②c 補助金の減価償却に対応した収益(当年度分)計上)	<u>1056億円</u>
事業費用			
人件費等	1829億円	((1)①a 賞与、退職、貸倒引当金(当年度分)の計上)	-373億円
減価償却費	6206億円	((1)②c 補助金見合い分減価償却費(当年度分)の計上)	506億円
計	<u>9035億円</u>		<u>計 133億円</u>
特別損失	<u>7406億円</u>	((1)①a 賞与、退職、貸倒引当金(過年度分)の計上) ((1)①b 固定資産減損損失の計上)	<u>5166億円</u>

以上の数値から見て、当期最終損益に対してはほぼ特別損失分の損益悪化の影響があり、一方で地方公営企業全体で見ると、経常損益に対しては収益とおおむねそれに見合う費用の計上がされた

ことから重大な影響はあったとまではいえないと推定される。なお、特別損失は一時的なもので次年度以降は計上されない。

② 貸借対照表(地方公営企業全体で総資産は87兆円)

資産	減少	6兆6858億円 ((1)②c 補助金見合い分減価償却に伴う固定資産減少)
		7906億円 ((1)①b 固定資産減損損失の計上に伴う固定資産減少)
		<u>計7兆4764億円</u>
負債	増加	31兆3882億円 ((1)②a 企業債等の資本から負債への振替)
		21兆1716億円 ((1)②c 補助金を資本剰余金から負債(長期前受金)に振替)
		7974億円 ((1)①a 賞与、退職、貸倒引当金の計上)
		<u>計53兆3572億円</u>
資本	減少	31兆3882億円 ((1)②a 企業債等の資本から負債への振替)
		21兆1716億円 ((1)②c 補助金を資本剰余金から負債(長期前受金)に振替)
		<u>計52兆5598億円</u>

以上、財政状態数値上負債増加と資本減少により、自己資本比率は悪化した。

なお、上記の影響額は、財政健全化法の指標に影響することから、法的な影響が生じないように調整措置を講ずることとしている。

(3) 自治体病院の財政評価上の留意点

上記のような改定の結果、自治体病院の財政がより明瞭になり、民間病院等他の設立形態の病院との財政比較が容易になるというメリットはある。また、病院建設のための借金（建設改良企業債）を「借入資本金」という会計的には意味不明の名

称で資本表示するといった課題も解消される。

しかし、(1)のような会計処理を行うことで、費用は増加し、自己資本は減少することになり、自治体病院運営ガイドラインで指標としている財務分析比率が悪化することは間違いない。また、ほぼ民間病院と同様の会計処理、表示になることで自治体病院を民営化する時の判断資料としてそのまま利用できることになる。

こうした点で、この間の自治体病院に対する財政面からの攻撃をさらに促進する役割を果たすことになると考えられる。自治体病院の公益的使命に立脚したたかいと対応が求められる。

Ⅲ 自治体病院の損益状況の概観

1. 自治体病院全体の損益状況

—地方公営企業年鑑より—

日本における自治体病院すべての損益計算書を集計し、その特徴点を概観する。なお、2002年度、2008年度（自治体病院改革ガイドライン公表年度、次年度から実施となる）、2011年度、2014年度での比較を行っている。

なお、損益計算書に含まれている自治体等からの各種経費補助金、交付金、負担金収入については、補助金等を混入させたままでは以下のような点で経営的な評価が明瞭とならないことから、おおむね病院会計準則に即して、それらを特別損益の部に組替え表示している。

- ・民間病院等他の法人形態との比較が困難
- ・補助金の増減によって経営成績が変動する
- ・補助金制度そのものに不透明性がある。（明瞭に具体的医療内容とひもづく補助金を算定することが困難）

ただし、自治体病院がいわゆる不採算医療を担っており、その「対価」として補助金等を受領しており、実質上医業収益の性格を含んでいる事実を否定するものではない点に留意いただきたい。

	単位：億円 () 内は収益構成比			
	2002年度	2008年度	2011年度	2014年度
病院数	1007	936	863	816
* 1				
医業収益	35,391 (100)	33,299 (100)	33,087 (100)	32,577 (100)
内入院	23,062 (65.1)	22,268 (66.9)	22,255 (67.3)	21,781 (66.9)
外来	11,259 (31.8)	9,932 (29.8)	9,731 (29.4)	9,703 (29.8)
室料差額	350 (1.0)	356 (1.1)	327 (1.0)	320 (1.0)
医業費用	40,372 (114.1)	39,119 (117.5)	37,066 (112.0)	37,439 (114.9)
* 2				
内人件費	20,340 (57.5)	19,182 (57.6)	18,322 (55.4)	18,318 (56.2)
* 3				
材料費	10,359 (29.3)	8,770 (26.3)	8,082 (24.4)	7,853 (24.1)
* 4				
経費	6,824 (19.3)	8,141 (24.5)	7,904 (23.9)	7,976 (24.5)
* 5				
減価償却費	2,627 (7.4)	2,773 (8.3)	2,513 (7.6)	3,019 (9.3) *10
* 6				
資産減耗費	83 (0.2)	107 (0.3)	101 (0.3)	113 (0.3)
研修研究費	136 (0.4)	143 (0.4)	142 (0.4)	158 (0.5)
医業損益	-4,981 (-14.1)	-5,819 (-17.5)	-3,979 (-12.0)	-4,862 (-14.9)
* 7				
医業外収益	598 (1.7)	697 (2.1)	724 (2.2)	1,780 (5.5) *10
医業外費用	2,516 (7.1)	2,322 (7.0)	2,041 (6.2)	2,296 (7.0)
* 8				
内支払利息	1,303 (3.7)	1,040 (3.1)	841 (2.5)	704 (2.2)
経常損益	<u>-6,898 (-19.5)</u>	<u>-7,444 (-22.3)</u>	<u>-5,295 (-16.0)</u>	<u>-5,378 (-16.5)</u>
特別利益	5,856 (16.5)	5,903 (17.7)	5,702 (17.2)	6,109 (18.8)
* 9				
内補助金等	5,742 (16.2)	5,830 (17.5)	5,576 (16.9)	5,455 (16.7)
特別損失	223 (0.6)	275 (0.8)	417 (1.3)	5,583 (17.1) *10
当期損益	<u>-1,263 (-3.6)</u>	<u>-1,816 (-5.5)</u>	<u>-11 (-0.0)</u>	<u>-4,852 (-14.9)</u>

<参考>

	2002年度	2008年度	2011年度	2014年度
累積損益	-13,600	-20,192	-19,065	-16,125 *10
資本計	60,300	60,019	58,684	13,098 *10

(注)

* 1 医業収益

- ① 地方公営企業年鑑では、医業収益に「他会計負担金」が含まれている。「他会計負担金」とは自治体財政における一般会計等からの病院事業会計へ繰り出された負担金、即ち実質上の補助金と考えられる。ここでは、他設立形態の病院との経営比較を適正に行うため、補助金収入は特別利益として区分することにしたのでこれを医業収益から除外する。
- ② 介護収益は医業収益と区別して表示されていない。病院として介護保険事業を実施していないところも多数あると予想されるが、全病院がそうだと断言できない。外来等の医業収益に含まれている可能性がある。

* 2 人件費

常勤、非常勤職員に支給する給与、賞与、退職金、法定福利費である。なお、賞与、退職金については、従来は実際支出時に計上しており、引当金計上は行ってこなかったが、公営企業会計基準見直しに伴い、2014年度より引当金計上を行うこととなった。ただし、引当金計上の対象は公営企業会計で負担する部分に限られる。なお、2014年度決算においてその影響額は特別損失（過年度損益修正）で表示されたと推定される。

* 3 材料費

薬品費、医療材料費、給食材料費の合計であり、検査委託費は経費の中の委託費に含む。

* 4 経費

修繕費、光熱費等人件費、材料費を除く費用である。なお、人件費代替分としての委託費も含まれており、この間大幅に増加している。

* 5 減価償却費

会計に関する固定資産取得購入費の各会計期間における費用計上の計算方法である。すなわち長期間にわたって使用される固定資産の取得（設備投資）に要した支出を、その資産が使用できる期間にわたって費用配分する手続きである。

* 6 資産減耗費

修繕費等と思われる。

* 7 医業外収益

地方公営企業年鑑では、医業外収益に「国庫（都道府県を含む）補助金」「他会計補助金」「他会計負担金」が含まれている。これらは広義の補助金と考えられるので、他の設立形態の病院との比較上特別利益に振替える。そうすると、残りの内容は、「受取利息配当金」「看護学院収益」「患者外給食収益」等となる。

* 8 支払利息

「企業債利息」すなわち自治体病院がその施設建設投資等のために自治体を通じて起債し、それに関わる金利負担を行っているものが大部分。

* 9 補助金等

地方公営企業年鑑上の補助金等の内訳は以下の通り。

		単位：億円（ ）内は医業収益構成比率			
		2002年度	2008年度	2011年度	2014年度
a	他会計負担金（医業収益）	1,048 (3.0%)	1,164 (3.5%)	1,141 (3.5%)	1,081 (3.5%)
c	国庫補助金（医業外収益）	52 (0.1%)	85 (0.3%)	89 (0.3%)	61 (0.3%)
c	都道府県補助金（ ）	91 (0.3%)	77 (0.2%)	110 (0.3%)	113 (0.3%)
c	他会計補助金（ ）	800 (2.2%)	911 (2.7%)	1,192 (3.6%)	1,109 (3.6%)
b	他会計負担金（ ）	3,684 (10.4%)	3,360 (10.1%)	2,855 (8.6%)	2,638 (8.6%)
d	他会計繰入金（特別利益）	64 (0.2%)	231 (0.7%)	185 (0.6%)	453 (0.6%)
合計		5,742 (16.2%)	5,830 (17.5%)	5,576 (16.9%)	5,455 (16.9%)

a 「地方公営企業法17条の2-1-1 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当で

ない経費」に充てるための負担金

- b 「地方公営企業法17条の2-1-2 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費」の負担金
- c * 1、2以外の運営費補助金
- d 臨時特別な繰入金

*10 2014年度での下記項目の増減

下記項目の増減は、2014年度実施された地方公営企業会計基準の見直しの影響と推定される。特に異常に増加している特別損失は基準見直しにより過年度分損失をまとめて計上したものとと思慮される。よって、経営評価としてはこれを除外した経常損益で行うことが適切である。

(なお、地方公営企業会計基準見直しの概要は、前述のⅡ2を参照のこと)

減価償却費
医業外収益
特別損失

また、貸借対照表で計上されている累積損益(利益剰余金)、資本計も同様の理由で大きく増減していると思われる。

(1) 経常損益

自治体病院の損益状況が非常に厳しいことは変わっていない。ただし、赤字幅は傾向的に減少している。2014年度の経常損益は全病院で53百億円強の赤字となっている。補助金等なしでは成り立たない経営状況にある状況は継続している。

ただし、2002年度(経常損益-68百億円、当期損益-12百億円)、2008年度(経常損益-74百億円、当期損益-18百億円)と比較すると、赤字幅は縮小し、補助金等を含めた当期損益ベースではほぼ損益0に近いところとなっている。

(2) 医業収益

医療収益は、2002年度以降減少傾向が続いている。ただし、自治体病院数が大きく減少していることがその基本要因と思われ、1病院当たりでは一定の増加を示している。

また、医業収益に占める割合は、入院：外来でおおむね2：1となっている。

2014年度の医業収益325百億円中入院収益は217百億円と全体の2/3をしめる。外来医療は97百億円とおおむね残りの1/3である。室料差額は3百億円(1%)となっている。

過年度との比較では、徐々にではあるが、入院収益の占める割合が高くなっていることが特徴である(入院収益の比率は2002年度65.1%、2008年度66.9%)。これは診療報酬等により病院での外来医療の制限が加えられた影響によるものであり、自治体病院に限ったことではない。

(3) 医業費用

① 人件費

2014年度の人件費率(医業収益に占める割合)は56.2%である。病院事業での最大の費用は人件費であり、その管理が財政状況の改善のためには不可欠であることを示す。

なお、2014年度を除く人件費の会計処理方法は基本的に支出時に計上されており、退職金費用を労働の対価として引当金計上すると、人件費は増加する。その分少なめとなっている点に留意が必要である。また、地方自治体から派遣されている一般事務職員の人件費は、自治体一般部門からの「応援」扱いの意味で、人件費ではなく経費で計上されている場合が多い。この点にも留意が必要である。

過年度との比較では、人件費率は下がってきて

いる（2002年度57.5%、2008年度57.6%）。これが過年度比での改善の要因の一つとはいえる。

② 材料費

2014年度の材料費率（医業収益に占める割合）は24.1%である。材料費率は、医薬品の処方箋院外発行の状況により大きく左右される（院外処方箋が発行されればその分の材料費は減少する）ので留意が必要であるが、一般に私的病院の材料費率は20%程度と見ると、4%程度高いと推定される。材料費管理上の問題（購入価の管理、後発品導入、在庫管理）が推測される。

過年度との比較では、材料費率は下がってきている（2002年度29.3%、2008年度26.3%）。この間の材料費管理の改善によるものと思われるが、一方で後述のとおり経費率は増加しており、単純に材料費率だけでの評価はできない。

③ 経費

2014年度の経費率（医業収益に占める割合）は24.5%である。別表示されている資産減耗費や研修研究費を含めると25%近くとなり、かなり高めと思われる。この要因は、経費に含む委託費が大きいことで、約35百億円と医業収益割合で9%を占め、経費に占める割合は44%である。この委託費は清掃、検査等の他医事、食養、物流等の従来職員が担ってきた業務への委託部分も含まれていると思われ、その意味で実質上人件費、材料費の代替費用としても考慮しうる。また、いわゆるPFIを導入した自治体病院では委託費割合は当然増加することとなり、その影響も含まれる。

過年度との比較では、経費率は傾向的に増加している（2002年度19.3%、2008年度24.5%）。前述の人員費率や材料費率の減少は経費（委託費等）への代替によってもたらされた部分を含むことを示していると思われる。

④ 減価償却費

2014年度の減価償却費率（医業収益に占める割合）は9.3%である。地方公営企業会計基準の改定の影響で増加しているが、改定後の2014年度分が実態であり、従来は補助金見合い分が計上され

ておらず過少であったとみることが適切である。一般に他の設立形態の減価償却費率よりも高いと思われる。建設、器機購入管理の弱さ、補助金とのひも付も関連してのコスト意識の不足の他、景気対策等を理由とした行政、政治家等の介入の可能性もその要因として考えられる。

（４）支払利息の特徴

2014年度の支払利息負担率（医業収益に占める割合）は2.2%である。現状の金利低下局面の中ではかなり高いと思われる。この要因として想定されるのは、

- ・企業債等の借入金が大きいこと——自治体病院全体では企業債残高3兆43百億円
- ・金利率が高いこと——自治体病院を含む公的病院の借入の特徴は、銀行等からの間接金融への依存度がほとんど無く、企業債を発行した直接金融によっていることである。企業債は長期の固定金利での調達が一般的であり、企業債の市場消化のため市中の金融機関金利よりも現局面では高めに設定されている。

過年度の比較では、支払利息負担率は減少傾向にある（2002年度3.7%、2008年度3.1%、2011年度2.5%）。金利率がこの間下がっていることが要因である。

（５）特別利益（補助金等）の状況

前述の通り、補助金等は自治体病院の赤字を補填するために、様々な形で拠出されている。総額54百億円（事業収益比率16.7%）となっているが、その内国、都道府県からの直接の補助金は2百億円弱にすぎず、ほとんどは設立母体の地方自治体の一般会計等からの補填によっている。

なお、過年度の比較では若干減少しているものの金額、率とも横ばいといえる。

（６）累積損益（利益剰余金）、資本計の状況

参考までに、貸借対照表上の累積損益（利益剰余金）、資本計の状況を示す。計算上損益計算書の当期損益と不整合であり不明な点はあるが、おおむねの傾向は示していると思われる。

2002年度以降損益の悪化を受けて、急激に累積

損益でのマイナスが拡大したが、2008年度以降徐々にマイナス残高が減ってきている。また、自治体病院数や総病床数の減少の影響で、資本計も減少傾向をたどっている。

なお、2014年度での累積損益のマイナスの大幅減、資本計の大幅減は会計基準改定の影響が大きく、特に資本計については地方債を資本剰余金から負債に振り替えたこと等による。一般的に理解される数値となったと思われるが、留意されたい。

2. 2014年度病床規模別の損益状況 (一般病院) —地方公営企業年鑑より—

続いて直近年度である2014年度での病床規模別の損益状況を検討する。損益計算書の表示方法は1、で述べた通り補助金等は特別損益項目で表示している。

なお、病床規模の違いにより、収益、費用、損益の絶対額を比較することは適当でなく、収益比率での比較を行う。また、1、と同様に2014年度は会計基準の変更に伴う影響額が特別損益で計上されていることから、主として経常損益で検討する。

	単位：億円（ ）内は収益構成比率			
	400床以上	200床以上 400床未満	100床以上 200床未満	100床未満
* 1 病院数	148	182	202	240
医業収益	18,213 (100)	8,678 (100)	3,676 (100)	1,494 (100)
内入院	12,517 (68.7)	5,823 (67.1)	2,238 (60.9)	789 (52.8)
外来	5,207 (28.6)	2,519 (29.0)	1,269 (34.5)	611 (40.9)
室料差額	186 (1.0)	88 (1.0)	34 (0.9)	10 (0.7)
医業費用	19,953 (109.6)	10,088 (116.2)	4,518 (122.9)	2,073 (138.8)
内人件費	9,435 (51.8)	5,052 (58.2)	2,245 (61.1)	1,085 (72.6)
材料費	4,802 (26.4)	2,016 (23.2)	696 (18.9)	287 (19.2)
経費	3,946 (21.7)	2,170 (25.0)	1,178 (32.0)	500 (33.5)
減価償却費	1,623 (8.9)	778 (9.0)	360 (9.8)	187 (12.5)
資産減耗費	46 (0.3)	32 (0.4)	25 (0.7)	5 (0.3)
研修研究費	99 (0.5)	37 (0.4)	12 (0.3)	6 (0.4)
医業損益	-1,740 (-9.6)	-1,410 (-16.2)	-842 (-22.9)	-579 (-38.8)
医業外収益	830 (4.6)	431 (5.0)	273 (7.4)	149 (10.0)
医業外費用	1,147 (6.3)	605 (7.0)	291 (7.9)	137 (9.2)
内支払利息	321 (1.8)	183 (2.1)	75 (2.0)	37 (2.5)
経常損益	-2,057 (-11.3)	-1,584 (-18.3)	-860 (-23.4)	-567 (-38.0)
特別利益	2,776 (15.2)	1,593 (18.4)	813 (22.1)	569 (38.1)
* 2 内補助金等	2,409 (13.2)	1,391 (16.0)	759 (20.6)	548 (36.7)
特別損失	2,959 (16.2)	1,609 (18.5)	582 (15.8)	237 (15.9)
当期損益	-2,241 (-12.3)	-1,598 (-18.4)	-628 (-17.1)	-234 (-15.7)

* 1 規模別病院数の合計は772、これに精神病院や建設期間中のもの等を加えると自治体病院総数(816)となる。

* 2 補助金等

地方公営企業年鑑上の補助金等の内訳は以下の通り。

		単位：億円（ ）内は医業収益構成比率			
		400床以上	200床以上 400床未満	100床以上 200床未満	100床未満
他会計負担金	（医業収益）	487 (2.7%)	312 (3.6%)	166 (4.5%)	93 (6.2%)
国庫補助金	（医業外収益）	35 (0.2%)	19 (0.2%)	3 (0.1%)	1 (0.1%)
都道府県補助金	（ 〃 ）	64 (0.4%)	30 (0.3%)	6 (0.2%)	8 (0.5%)
他会計補助金	（ 〃 ）	446 (2.4%)	334 (3.7%)	205 (5.6%)	87 (5.8%)
他会計負担金	（ 〃 ）	1,118 (6.1%)	620 (7.1%)	323 (8.8%)	335 (22.4%)
他会計繰入金	（特別利益）	258 (1.4%)	75 (0.9%)	56 (1.5%)	22 (1.5%)
合計		2,409 (13.2%)	1,391 (16.0%)	759 (20.6%)	548 (36.7%)

(1) 補助金等を除外した経常損益はいずれも赤字であるが、経常損益率のマイナスは病院規模が小さいほど大きい。経常損益率は、400床以上－11.3%、200～400床－18.3%、100～200床－23.4%、100床未満－38.0%である。小規模病院ほど財政状況が厳しく、その存廃や経営形態の傾向が求められる状況にある。

また、小規模病院は主として市町村立の自治体によって運営されていることから、小規模自治体ほど病院事業での負担に苦しんでいる状況が推察される。

(2) 小規模病院ほど財政状況が厳しい要因としては、以下の点があげられる。

- ① 医業収益に占める入院収益の割合が低い。入院部門での採算が悪く、また、外来等他

部門での赤字が大きい。

- ② 人件費率が高い。収益面での低日当円と人員体制の不効率が考えられる。

- ③ 材料費率が低い一方経費率は高い。

(3) 補助金等の負担割合は小規模病院ほど大きい。400床以上－13.2%、200～400床－16.0%、100～200床－20.6%、100床未満－36.7%である。

こうした状況を受けて、総務省による「ガイドライン」路線が推し進められ、自治体病院でも高度急性期を担う都市部の県立病院等は多額の投資が行われる一方、医療過疎地域では統廃合、診療所化、経営形態の変更等が行われ、補助金等や医師配置等での困難が深刻化している。

IV 地方独立行政法人の財政状況

本稿では、平成21年度（2009年度）での公立病院改革ガイドライン実施以降、法人形態見直しの一つとして増加している地方独立法人化した自治体病院の財政状況を特に検討する。

なお、II 2で述べたように、決算書の会計処理、表示につき地方独法は地方独法会計基準に基づいているが、その主な内容は改定後の地方公営企業の会計基準と同様である。また、ここでの表示は、自治体病院と同様に病院会計準則におおむね従い、

補助金等を特別損益表示に組み替えている。

また、期間比較はあまり古いデータがないため、2008年度比で検討している旨留意されたい。

1. 地方独法化病院全体

(1) 経常損益と特別利益（補助金等）

2012年度での補助金等を除外した実質上の経常損益は、経常損益率では自治体病院よりは悪くな

—病院事業を行う地方独立行政法人の損益状況—

単位：億円（ ）内は収益構成比率

(注) 13年度以降全体集計データが公表されていないため2012年度データで代替する。

	2008年度	2011年度	2012年度(注)
集計病院数	11	56	64
医業収益	798 (100)	3,891 (100)	4,895 (100)
内入院	561 (70.3)	2,706 (69.5)	3,379 (69.0)
外来	190 (23.8)	975 (25.1)	1,256 (25.7)
室料差額	8 (1.0)	34 (0.9)	41 (0.8)
医業費用	937 (117.4)	4,354 (111.9)	5,343 (109.2)
内人件費	491 (61.5)	2,158 (55.5)	2,651 (54.2)
材料費	201 (26.3)	1,004 (25.8)	1,236 (25.3)
経費	160 (25.2)	792 (20.4)	956 (19.5)
減価償却	79 (9.9)	376 (9.7)	470 (9.6)
研修研究費	5 (0.6)	22 (0.6)	27 (0.6)
医業損益	-139 (-17.4)	-463 (-11.9)	-448 (-9.2)
医業外収益	6 (0.8)	41 (1.1)	49 (1.0)
医業外費用	33 (4.1)	163 (4.2)	202 (4.1)
内支払利息	18 (2.2)	73 (1.8)	90 (1.8)
経常損益	-166 (-20.8)	-585 (-15.0)	-601 (-12.3)
特別利益	185 (23.2)	765 (19.7)	869 (17.8)
内補助金等	183 (22.9)	737 (18.9)	849 (17.3)
特別損失	2 (0.3)	132 (3.4)	58 (1.2)
当期損益	+15 (+1.9)	+48 (+1.2)	+210 (+4.3)

く、また、赤字率は傾向的に減少してきている(2008年度-20.8%、2011年度-15.0%、2012年度-12.3%)。ただし、赤字額は-601億円であり、自治体病院と同様に補助金を除外すると大幅な赤字である。なお、赤字額は2008年度-166億円から2011年度-585億円、2012年度-601億円へと急増しているが、これは地方独法化した病院が11→64に急増したためである。

一方、特別利益表示している補助金等は849億円と引き続き増加傾向にあり、一方で補助金率(医業収益に占める補助金の割合)は17.3%と傾向的に下がっているものの、自治体病院(16.7%)よりは高い。この結果、最終当期損益では、2008年度+15億円→2012年度+210億円と大きく改善する結果となった。

すなわち、最終当期損益では地方独法化病院の経営改善が顕著に表れているように見え、その中

に病院の経営改善努力が含まれている可能性はもちろんある。しかし、補助金等を除外した経常損益ベースでは引き続き大きな赤字を発生させており、一方で補助金等の金額水準が自治体病院時代と比べても増加していることが当期損益黒字化の実態ともいえ、このことは地方独法化に対する総務省側の政策誘導の影響があることも明らかと思われる。

(2) 医業収益

医業収益の規模は、地方独法化した病院の増加に比例して2008年度798億円→2012年度4895億円と大幅に増加している。

また、医業収益に占める入院収益の割合は約70%であり、自治体病院の平均値より若干高めである。このことは、比較的病床規模が大きく、急性期病床の割合が高く、病床当たり収入が大きい病

院が独法に移行していつている割合が高いということが考えられる。

(3) 医業費用、医業外費用

全体として、医業費用が医業収益を超過していることは2008～2012年度で共通である。ただし、医業費用の医業収益に占める割合は、2008年度117.4%、2011年度111.9%、2012年度109.2%と下がってきており、このことは(1)で述べた経常損益率(赤字率)の縮小に表れている。この点は、地方独法化病院での経営改善努力の反映という側面と、赤字率の低い病院が地方独法化したという側面が考えられる。

また、医業外費用はほぼ医業収益比4%で推移しており、自治体病院(7%程度)よりも明らかに少なく、その点も自治体病院比で経営上優位を示している。

① 人件費

人件費率は、2008年度61.5%、2011年度55.5%、2012年度54.2%と傾向的に下がっている。職員の非公務員化や委託への転換等を含め、人員数や労働条件等の「見直し」が図られている状況を推定させる。

② 材料費

材料費率はおおむね25～6%の水準で変わらず、自治体病院よりも若干高めである。高度医療等材料費負担の大きい医療を行っている病院が多いことが推定される。

③ 経費

経費率は、人件費と同様傾向的に下がっている。2008年度25.2%、2011年度20.4%、2012年度19.5%となっている。自治体病院は2011年度23.9%と高く、ここに大きな差異がある。経費に含む委託費の割合はむしろ地方独法化病院のほうが高く、それ以外の費用負担で大きな差異がある。

④ 減価償却費

減価償却費率はおおむね10%弱の水準であり、自治体病院(7～9%)よりも高めである。高度医

療等材料費負担の大きい医療を行っている病院が多いことが推定される。

⑤ 支払利息

支払利息率は2008年度2.2%、2011年度1.8%、2012年度1.8%となっている。自治体病院よりも若干低めである。

2. 個別の地方独法化病院

以下、1で述べた地方独法化病院の経営状況をさらに深めるため、その中の個別病院の経営分析をおこなう。2008年度で地方独法化していた病院からピックアップし、3病院の経年比較を行うこととする。

なお、2008、2011年度は地方公営企業年鑑より、2014年度は地方公営企業年鑑(2013年度より地方独法病院のデータがなくなった)とは別に総務省より公表されている「病院事業決算状況」の中の地方独法病院データから抽出している。

(1) 宮城県立こども病院

単位：百万円（ ）内は収益構成比率

	2008年度	2011年度	2014年度
職員数（医師数）	319	386	390
病床数	160	160	160
医業収益	3,579 (100)	4,318 (100)	4,836 (100)
内入院	2,718 (75.9)	3,260 (75.5)	3,609 (74.6)
外来	602 (16.8)	686 (15.9)	864 (17.9)
室料差額	20 (0.6)	19 (0.4)	? (?)
医業費用	5,385 (150.5)	5,725 (132.6)	6,738 (139.3)
内人件費	2,346 (65.5)	2,700 (62.5)	3,343 (69.1)
材料費	965 (27.0)	909 (21.1)	1,218 (25.2)
経費	1,213 (33.9)	1,241 (28.7)	1,482 (30.6)
減価償却	838 (23.4)	776 (18.0)	660 (13.6)
研修研究費	22 (0.6)	21 (0.5)	31 (0.6)
医業損益	-1,806 (-50.5)	-1,407 (-32.6)	-1,902 (-39.3)
医業外収益	21 (0.6)	20 (0.5)	62 (1.3)
医業外費用	152 (4.2)	136 (3.1)	120 (2.5)
内支払利息	148 (4.1)	133 (3.1)	118 (2.4)
経常損益	<u>-1,937 (-54.1)</u>	<u>-1,523 (-35.3)</u>	<u>-1,960 (-40.5)</u>
特別利益	1,684 (47.1)	1,619 (37.5)	1,932 (40.0)
内補助金等	1,684 (47.1)	1,619 (37.5)	1,932 (40.0)
特別損失	5 (0.1)	0 (0.0)	32 (0.7)
当期損益	<u>-258 (-7.2)</u>	<u>+95 (+2.2)</u>	<u>-60 (-1.2)</u>

① 経常損益と特別利益（補助金等）

2014年度での補助金等を除外した実質上の経常損益は、経常損益率では-40.5%と極端に悪く、金額的にも-20億円近い赤字となっており、2008年度の赤字水準と変わらない。ただし、赤字率は傾向的に減少してきている（2008年度-54.1%、2011年度-35.3%、2014年度-40.5%）。

一方、特別利益表示している補助金等は、2008年度16.7億円、2011年度16.1億円、2014年度19.3億円と増加傾向にあり、一方で補助金率（医業収益に占める補助金の割合）は40.0%と傾向的には下がってこの結果、最終当期損益では、2008年度-2.5億円→2014年度-0.6億円と改善する結果となった。

② 医業収益

医業収益の規模は、2008年度35.7億円→2014年度48.3億円と大幅に増加している。許可病床数が

変わらない中で職員数を増加させ収益を伸ばしているのは、高度急性期医療を強化したためと推定される。

③ 医業費用

全体として、医業費用が医業収益を超過していることは2008～2014年度で共通である。ただし、医業費用の医業収益に占める割合は、2008年度150.5%、2011年度132.6%、2014年度139.3%と傾向的に下がってきている。このことは（1）で述べた経常損益率（赤字率）の縮小に反映している。

しかし、医業費用比率が下がった主要要因は減価償却費の縮小であり、2008年度前で大規模投資があり、その償却費負担が徐々に下がってきたことが原因と推定される。ちなみに人件費率は2008年度65.5%→2014年度69.1%とむしろ上昇している。

(2) 山形県酒田市病院機構 日本海総合病院

単位：百万円（ ）内は収益構成比率

2008年度	2011年度	2014年度	
職員数(医師数)	594	809	897 (116)
病床数	525	646	646
医業収益	9,954 (100)	15,586 (100)	16,196 (100)
内入院	7,314 (73.5)	11,192 (71.8)	11,303 (69.8)
外来	2,221 (22.3)	3,790 (24.3)	4,350 (26.9)
室料差額	49 (0.5)	79 (0.5)	? (?)
医業費用	10,188 (102.4)	15,602 (100.1)	16,268 (100.4)
内人件費	5,164 (51.9)	7,418 (47.6)	7,450 (46.0)
材料費	2,494 (26.3)	3,866 (24.8)	4,053 (25.0)
経費	1,599 (25.1)	2,913 (18.7)	3,365 (20.8)
減価償却	888 (8.9)	1,357 (8.7)	1,324 (8.2)
研修研究費	42 (0.4)	46 (0.3)	74 (0.5)
医業損益	-234 (-2.4)	-16 (-0.1)	-72 (-0.4)
医業外収益	40 (0.4)	107 (0.7)	118 (0.7)
医業外費用	848 (8.5)	885 (5.7)	907 (5.6)
内支払利息	629 (6.3)	540 (3.5)	346 (2.1)
経常損益	<u>-1,042 (-10.5)</u>	<u>-794 (-5.1)</u>	<u>-861 (-5.3)</u>
特別利益	1,087 (10.9)	3,284 (21.1)	1,505 (9.3)
内補助金等	1,075 (10.8)	1,647 (10.6)	1,496 (9.2)
特別損失	18 (0.2)	2,160 (13.9)	26 (0.2)
当期損益	<u>+27 (+0.3)</u>	<u>+329 (+2.1)</u>	<u>+618 (+3.8)</u>

① 経常損益と特別利益(補助金等)

2014年度での補助金等を除外した実質上の経常損益は-8.6億円と赤字が続くが傾向的に縮小傾向にある。経常損益率は傾向的に改善してきている(2008年度-10.5%、2011年度-5.1%、2014年度-5.3%)。一方、特別利益表示している補助金等は14.9億円と増加傾向にあり、補助金率(医業収益に占める補助金の割合)は下がっているものの10%前後を維持している。この結果、最終当期損益では、2008年度+0.2億円→2014年度+6.1億円と大きく改善する結果となった。

すなわち、最終当期損益では改善が顕著に表れているように見え、その中に病院の経営改善努力は含まれているものの、補助金等を除外した経常損益ベースでは引き続き大きな赤字を発生させており、補助金等の金額水準が増加していることが大きな当期損益黒字化の要因である。

② 医業収益

医業収益の規模は、2008年度99.5億円→2014年度161.9億円と顕著な増加を示している。この間病床の拡大を図りながらも外来収益の2倍近い増加を達成し、医業収益に占める外来収益の割合は約27%まで引き上げている。職員数も約50%増加させている。このことは、急性期病院として大規模な医療経営構造転換を進めてきたことをうかがわせる。

③ 医業費用、医業外費用

全体として、医業費用が医業収益を超過していることは2008~2014年度で共通であるが、2011、2014年度ではほぼ事業損益での赤字を0に近づける水準まで到達している。前述の医療経営構造の転換によるものと推定される。

収益が顕著に増加しているため費用もそれに見合って増加しているが、収益比率は減少傾向にあ

り、特に人件費率、経費率が大幅に下がっている。また、支払利息も2008年度6.2億円（6.3%）→2014年度3.4億円（2.1%）と大幅に減少しており、

借入金の返済や利率見直し等積極的に進めたことがうかがえる。

（3）大阪府立病院機構 急性期・総合医療センター

単位：百万円（ ）内は収益構成比率

2008年度	2011年度	2014年度	
職員数（医師数）	1,025	1,200	1,212 (154)
病床数	768	768	768
医業収益	16,133 (100)	20,639 (100)	25,079 (100)
内入院	11,789 (73.1)	15,091 (73.1)	18,248 (72.8)
外来	3,401 (21.1)	4,586 (22.2)	5,788 (23.1)
室料差額	272 (1.7)	300 (1.5)	? (?)
医業費用	18,504 (114.7)	21,712 (105.2)	26,404 (105.3)
内人件費	9,452 (58.6)	10,778 (52.2)	12,478 (49.8)
材料費	4,633 (28.7)	5,593 (27.1)	7,411 (29.6)
経費	2,612 (16.2)	3,480 (16.9)	3,981 (15.9)
減価償却	1,620 (10.0)	1,661 (8.0)	2,366 (9.4)
研修研究費	185 (1.1)	198 (1.0)	167 (0.7)
医業損益	-2,371 (-14.7)	-1,073 (-5.2)	-1,325 (-5.3)
医業外収益	139 (0.9)	217 (1.1)	248 (1.0)
医業外費用	939 (5.8)	922 (4.5)	1,219 (4.9)
内支払利息	530 (3.3)	404 (2.0)	208 (0.8)
経常損益	<u>-3,171 (-19.7)</u>	<u>-1,778 (-8.6)</u>	<u>-2,296 (-9.2)</u>
特別利益	3,461 (21.5)	3,441 (16.7)	3,145 (12.5)
内補助金等	3,461 (21.5)	3,441 (16.7)	2,797 (11.2)
特別損失	0 (0.0)	116 (0.6)	230 (0.9)
当期損益	<u>+289 (+1.8)</u>	<u>+1,547 (+7.5)</u>	<u>+619 (+2.5)</u>

① 経常損益と特別利益（補助金等）

2014年度での補助金等を除外した実質上の経常損益は-22.9億円と引き続き大きな赤字となっているが、10億円程度赤字を縮小している。また、経常損益率は傾向的に改善している（2008年度-19.7%、2011年度-8.6%、2012年度-9.2%）。

一方、特別利益表示している補助金等は2014年度で27.9億円と引き続き大きいが2008年度比で縮小しており、また、補助金率（医業収益に占める補助金の割合）は11.2%と大きく引き下げている。この結果、最終当期損益では、2008年度+2.8億円→2011年度+15.4億円、2014年度+6.1億円と大きく改善する結果となった。

以上、経常損益は赤字であり補助金依存は継続

しているものの、経営構造の改善は進み補助金等の削減も実施されている。

② 医業収益

医業収益の規模は、2008年度161.3億円→2014年度250.7億円と顕著な増加を示している。この間、高度急性期医療の拡充を図りつつ入院、外来収益の増加をはかり、職員数も約200名増加させている。このことは、急性期病院として大規模な収益構造転換を進めてきたことをうかがわせる。

③ 医業費用、医業外費用

全体として、医業費用が医業収益を超過していることは2008～2014年度で共通であるが、2011、

2014年度ではほぼ事業損益での赤字を大幅に削減している。前述の医療経営構造の転換によるものと推定される。

収益が顕著に増加しているため費用もそれに見合っただけ増加しているが、収益比率は減少傾向にある。

V 総括

1. 基本的考え方

大前提として、自治体病院には、各地域での医療の公共性を守る役割を継続発展させることが第一の使命としてある。この点で、この間の公立病院改革ガイドラインに基づく自治体病院の改革動向には、地域住民の自治体病院に対する要望とは無縁の、赤字減らし、経営効率化に集中した動きとなっていることが危惧される。

一方で、地方自治体の財政が引き続き厳しいことは事実であり、それを無視して赤字を蓄積していくことは、中長期的な公共的医療の存続を阻害するものとなることも自明である。自治体病院がその公共的役割を十分に認識したうえで、経営的にも改善していくことは必要と考える。

2. 自治体病院の状況

政府厚労省の医療制度改革路線の中で、病院は削減され病床数は減少しており、特に自治体病院は地方自治体の財政危機を口実に大きな減少を示している。2009年度から実施された公立病院改革ガイドライン以降それが促進され、診療所化や民間移譲、また法人形態の変更による地方公営企業法全部適用、指定管理者、地方独法化等が進められている。

なお、一方で、経営情報の透明化がはかられ、自治体病院以外との情報交流等が進められてきた側面はある。

3. 自治体病院の経営状況

① 運営費補助金等を除けば多額の赤字状況であ

り、特に人件費率が大幅に下がっている。また、支払利息も2008年度5.3億円(3.3%)→2014年度2.0億円(0.8%)と大幅に減少しており、借入金の返済や利率見直し等積極的に進めたことがうかがえる。

る。財政状態も多額の企業債と資本助成の補助金に依存した状況に変わりはない。

② 赤字幅は過去10年程度で見ると全体として縮小傾向にあり、特に自治体病院改革ガイドラインによる取り組みがスタートして以降縮小してはいる。補助金等によりほぼ収支0の水準には到達している。

ただし、その要因の中には、大きな赤字の病院の廃院、診療所への移行、民間委譲等により、結果として赤字が縮小した側面も含まれる。

4. 地方独法化病院の経営状況の評価

① 地方独法化病院も運営費補助金等を除けば多額の赤字状況である状況に変わりはない。

② 赤字率は地方独法化が本格化した公立病院改革ガイドライン実施以降自治体病院以上に縮小している傾向は確かにみられる。

③ ただし、その特徴は以下のようなものであり、果たして地域住民の立場に立ったものかどうか検討が必要である。

a 厚労省の路線に沿った高度急性期医療への特化による収益の急速な拡大

b 人件費率の削減(職員の非公務員化や職員数、労働条件等の見直しが推定される)

c 経費や支払利息の削減(この具体的内容は不明だが、特別な措置の可能性が考えられる)

④ さらに一方で、補助金等が自治体病院以上に独法化病院につき込まれている状況がみられる。よって地方自治体の財政負担が減ったとまでは言えないと思われる。これは、地方独法化することのインセンティブを与えようとの総務省の政策誘導によるものとも考えられる。

5. 地方自治体病院の経営改善の方向

① 診療報酬制度の現状と今後の動向

日本の病院経営の状況は、あらゆる設立母体に共通して経常損益がほぼ0あるいはマイナスであり、経営的には困難を抱えている。この点に対する評価を明確にしておく必要がある。

日本での医療における収入は、基本的に自由な価格設定によることなく、国民皆保険制度に基づく厚生労働省の定める公定価格、すなわち診療報酬制度に基づいている。診療報酬は、「医療費の抑制」の名の下に80年代以降抑制の為の政策誘導が図られ、90年代終わりに入って患者自己負担分の増加＝保険負担分の削減とセットで、隔年での改定の度での病院つぶし、すなわち病院稼働ベッド削減、外来患者抑制、収入減の改定が行われてきた。特に21世紀にはいり明白な診療報酬の引き下げが実施され、実質上の収入減が病院を直撃した。

また、介護保険分野では利用者の保険はずし、利用者自己負担の動きが進もうとし、国民の自己負担増と各事業所での収入減が深刻化している。

問題は、そうした厚労省の医療費引き下げ政策の妥当性である。病院が大幅な利益を享受し、働く職員が高額な給与を手にし、また、患者、利用者が病気の有無にかかわらず病院をひんぱんに利用する状況にあるのだろうか。現実には、病院は一般的に赤字を抱え、働く職員の給与は他職種と比較しても低く抑えられ、自己負担増により「病人が患者になれない」状況が新聞をにぎわす状況にある。

政府は消費税率の引き上げの根拠として「医療福祉の財源確保」を説明したが、実際の政策はそうした方向とは全く逆である。病院経営を分析する上でも、こうした政府厚労省の誤った政策に対する転換を求め闘う立場に立つ必要がある。

② 病院経営における収入向上、効率性追求

病院経営の「収入不足」「不効率」に対する政府、財界等医療の営利事業化を求めるサイドからの攻撃が行われている。基本的に、病院経営の赤字は現状の診療報酬制度によるものであり、経営の「不効率」が原因である、という見解には組するもので

はないが、非営利の医療事業であっても日常不断に業務の効率化を進めていくことは必要といえる。

私的病院比での経営成績に大きな違いがあることは、単なる医療内容面での違いや労働条件の相異というだけでなく、業務効率の相異の課題として検討していくことが求められよう。

また、電子カルテの導入等医療事業におけるIT化の流れ等業務そのものの変化が激しい中で、各職員の担う業務の再検討、営利事業で行っている諸活動や各種経営ツールの批判的立場ももちつつの摂取が求められよう。

なお、自治体病院は、病院建設費、器機、医療材料購入費等が民間病院と比較して不相当に高額であり、それが自治体病院の財政を圧迫している事実がある。これらについて想定される不適切な政治介入等を排除し、適切なコスト意識を持って管理していくことが求められる。

また、これらを実施していく上では、自治体病院が地方公営企業として、真に独立した経営責任を持つようにすること、その為に責任を負う自治体職員の人事制度、人員配置、職務権限の付与等検討していくことが望まれる。

③ 病院で働く労働者、病院に通う地域住民のたかいた対応の方向

病院で働く労働者の賃金は、民間大企業のそれと比較して低く、人の命と健康を守る特別の労働密度を持ち、夜勤や長時間労働といった業務の面からも、そうした差異は増幅しているものといえる。世間並み、労働の質と量に基づく賃金を求めることは、正当かつ日本の医療を守り発展させる観点から、重要な課題といえる。

一方で、営利大企業と異なり、病院経営が赤字でありその困難性が厚労省の低医療費政策にあることを踏まえるならば、賃金引き上げ、労働条件の向上を図るためのたかいたは、病院経営陣との共同での政府、厚労省に向けたものであり、自己負担増により健康を守れない状況に追い込まれている大多数の国民との共同での闘いであるべきであろう。

同時に、個々の病院における労働組合の運動も、正当な要求を掲げると同時に、それを可能にするための建設的な方策提起が求められよう。

第 2 部

岩手調査

地域医療の公共性を守る自治体病院の役割

—岩手県県立病院等を訪問して

村口 至

第1部で論述したごとく、今日の公立病院は、我が国の公立病院が誕生して以来の大改革が、国家政策によって迫られています。もとより、我が国の地域医療は民間主導で始まり、そのシェアも民間が圧倒的ですが、その中でも公立病院は、都市部の中核的病院として、地方では開業医を支える地域の中核病院としての役割を担ってきました。2007年から始まった総務省の公立病院改革ガイドライン、2015年3月の新ガイドラインなどによって、公立病院はどのような対応を迫られたのかについて、その財務・経営状況の分析と病院職員側の対応を第1部で分析しました。第2部では、県立病院が我が国で最も多い岩手県について現地調査した報告です。そこからどんな教訓を引き出すかは、全国的な課題であると考えます。

〈訪問調査先〉

訪問視察先は、岩手県医療局、同医療局労働組合、岩手県国保連合会、県立山田病院、大槌町藤井小児科内科クリニックなどの医療及び医療関係機関、および住民運動家の及川剛氏（岩手県地域医療を守る住民組織連絡会代表）、佐藤照彦氏（山田町の地域医療を守る会会長）などです。なお、岩手県の財政政策についての講演を井上博夫氏（岩手大学名誉教授）から、企画の冒頭に受けました。

〈訪問期間〉 2016年11月24日～26日

〈調査員〉

村口 至（坂総合病院名誉院長）

八田英之

（総研いのちとくらし副理事長）

根本 守

（協働公認会計士共同事務所、公認会計士）

田岡康秀

（大阪府立病院機構労働組合書記長）

竹野ユキコ

（総研いのちとくらし事務局長）

川口義治

（岩手県生活と健康守る会会長、元岩手民医連事務局長）

〈各項目の概要〉

1. 岩手県県立病院の「医療局」と医師対策、「医師連」：村口
県立病院の地域での配置や比重そしてその運営組織と機構について県医療局を訪問し局長や幹部と懇談しました。全国で最も広域で、過疎地も多く抱える県土に、「あまねく医療の“均てん”を」との理念を実行に移してきた組織と運営を見ることができました。また、大集団である医師組織の運営も極めて教訓に富んだものであることを確認することができました。
2. 県立病院の経営状況：根本
県の財政状況は“健全”である中で、県立病院への財政負担は大きい。それを支えているのが、地方交付税交付金が県民一人当たり大きいことがある。この項では、県立病院の経営分析から、財政構造の特徴を明らかにし、県立病院を「医療局」として束ねる意味を解明しました。「医療局」採用の事務人事が長期間にわたり医療事務幹部を育てていることも経営の質を高める担保になっていると思われた。
3. 岩手県の医療を守る住民運動：八田
総務省の公立病院改革ガイドラインの直前に、大規模な県立病院のリストラが行われたが、その表向きの理由は「医師確保困難」であったが、実際は経営問題があったと思われた。この事態を前にして、全県的な住民運動

が盛り上がり、県立病院の在り方が全県的に問われる機会にもなったといえます。その住民運動の特徴を、住民運動の2人のリーダーからの面談でその特徴を解明しました。

4. 県医療局労働組合の取り組み：田岡

1962年に設立した県医療局労働組合は、創立当初から県立病院の統廃合問題と向き合ってきて今日があります。市町村合併による市町村移管問題や、「医師不足」を大義名分としたリストラなどに、組合員が先頭に地域に入り住民との懇談を重ね住民の闘う組織を支えてきました。その組織には、公民館長、商工会、婦人会代表など地域の名士も参加する町ぐるみの地域も少なくありませんでした。

「県立病院発展のための提言」は、マスコミからも注目され、県内市長会、県議会請願な

ど力を発揮しました。この県労組活動から何を学ぶかについて解明しています。

なお、この部分は、第一章の田岡論文の中に含まれています。

5. まとめ：村口

岩手県立病院の全県的展開を支えている理念や組織、運営について教訓となることをまとめました。全国の公的病院（県立、市町村立）を孤立させずに地域医療を守る砦として存在するための教訓をくみ取ってほしいと考えます。

また、資料として現地で研究を進めておられる井上博夫教授の講演「岩手の地域医療と財政」を収録させていただきました。御礼申し上げます。

岩手県医療局と医師対策、医師連

村口 至

はじめに

この章では、岩手県立病院の全県的展開とそれを可能とする組織構造としての「医療局」や医師集団の組織「医師連」、医師養成の奨学金制度などを中心に記述します。

1. 県立病院の位置

1) 岩手県の県立病院は20（県内の病院で占める割合20.8%）で全国トップ。第2位は新潟県16（同12.2%）、以下東京都15（同2.3%）、兵庫県14（同4.0%）であり、宮城県は4（同2.7%）で極めて少ない。一方、東北6県の総計で見ると45病院（同5.34%）となり、全国総計234（同2.7%）と比べると県立の比重が極めて高いと言えます。

岩手県では、県立病院が2次医療圏にくまなく配置されているうえ、内陸部と沿岸部に配置されている県立病院は、それぞれ横の連携関係を日常的に作っています。これを“肋骨支援”と称している。県民は元来、内陸部と沿岸部の人的・商業の流通道を“肋骨街道”と通称していることからくるようです。各2次医療圏に基幹病院を設置し、周辺の県立地域病院をサテライト病院と位置づけて“あまねく医療の均霑（てん）化”という歴史的な理念を実現しています。つまり、広域基幹病院、地域基幹病院、サテライト病院という3層構造を形成しています。広域基幹病院は大規模化し高度医療を担うポジションを強めています。一方、地域のサテライト病院に位置づけられているところは、地域基幹病院との連携での位置づけで、設備を軽量化し少ない開業医との協力を強めながら介護分野の後方

機能としての役割を担うようになっています。サテライト病院の幹部（院長・事務長）は、地域基幹病院の幹部（副院長、副事務長）を兼務する（県立山田病院）という形で運営上も協力関係を担保しています。このような方策は、3.11大震災以降より鮮明になったように思われます。震災復旧後の再建では、被災地の山田、大槻、高田（予定）3病院とも、病床数は50床規模に大幅に削減されています。

なお、戦後昭和25年に県立に移管した時は、病院25、診療所40、総病床数1,865、職員数1,124名でした。うちわけは、厚生連（医療利用組合）系列17病院、日本医療団系列6病院、県立病院2病院でした。

2) 市町村公立病院（国保病院）は8（同県内で占める割合1.1%）と少ない。他県と比較すると宮城県29（同19.9%）、青森県26（同25%）で、東北6県総計108（同13.0%）一地方独法7を含みます。全国総計は700（同8.1%）であり、全国的に見ても下から8番目に少ないのが特徴です。

県立・市町村立病院の合計でみると、各県で占める比率は岩手県25.3%、宮城県22.6%、青森29.8%、秋田29.8%（県立ゼロ、厚生連8を加えた）、東北6県では18.8%（秋田厚生連を加えると19.7%）となっており、県医療における公立病院の比重は類似しています。

戦前から今日まで長い期間にわたり医療の過疎地域であった東北地方では、産業組合・医療利用組合に結集した農民、住民の運動の到達点と、戦後の経過が県立病院と市町村公立病院の比率に反映していると思われる（特に、岩手、秋田、青森県）。参考までに県立の比重が高い新潟に占める公立は20.6%、兵庫12.0%、全国10.8%となっており、歴史

的に第一次産業が農業を中心としてきた地方での公立病院の比率が高いと思われます。このデータは2010年総務省統計による。2016年現在の岩手県立病院は20病院です。

- 3) 岩手県は財政上（医師問題も絡めて）の問題から、総務省の公立病院改革ガイドラインの出される前の2004年に、県立病院の累積赤字が100億円となったことを理由に、再編縮小案を県議会にかけています。「県立病院改革5ヶ年計画」は5病院の病棟縮小（各1棟休止）、6病院の診療所化（当初は有床、最終的には無床）と広域基幹病院への集約であり、地域病院の給食や医事業務の外注化などで職員の300余人の削減計画も含まれていました。この後、有床診療所化で民間委託した医院は、日を経ずに閉院し県に再移管する（無床診）などのドタバタも起こっています。診療所化したところでも利用者数の減少（紫波）や、住民の負担（住田）が増えており、地方の病院機能を削減した代償は住民にかぶさっています。

6 県立病院から無床診療所化したところは「〇〇病院地域診療センター」として、同医療圏にある県立基幹病院の“付属”として関連付けられている。しかし、付属となっているからといって医師体制が安定したとは言えず、診療日が欠けることも起こっているようです（住田）。

なお県医師会は、3.11以前から地方の県立病院の土日祝日の医師支援を行っていましたが、震災でさらに支援活動を強めています。陸前高田では、全国支援団体の運営していた診療所を引き継ぎ、2016年3月まで複数科の医師を送り地域医療を守る活動をしてきました。年末年始やゴールデンウイークの大型連休では、医師会幹部自らが診療支援に参加して県医師会挙げての取り組みをしています。また、全国から医師支援が入りそのまま定着している医師が残留していることもとりあえず医師体制を支えていることとなります。そのために医師不足に深刻度が表面化していないとも言えそうです。このように、岩手医大

や県医師会の支援でかろうじて医療が保たれている状況は今後も続きそうです。

2. 県立病院を基本とした医療展開での評価

県立病院の管理運営を担う「医療局」と医師集団組織「医師連」について記述します。

- 1) 県の医療政策は保健福祉部の管轄ですが、その策定委員には県立病院長が加わっています。県立病院長会議（年4回）や「医師連」（後述）に県知事が参加するなど、県組織挙げて県立病院との旺盛な関係づくりに務めるなどは、県の地域医療政策づくりに強く影響しているに相違ありません。
- 2) 県「医療局」は、県立病院の経営・管理運営を任めています。事務局の職員総数は3～40人で全医療職の管理をしています。ここでは、医師管理や医学部奨学生の管理について記述します。

①医療局は、病院管理部医師（院長、副院長）の人事を行います。県立病院院長会議（26名）は年4回、その他専門委員会が年数回ある。そこで副院長の候補推薦などもあり、院長が集団として育つ機会になっているようです。出身医大教授の勧めと違った人事を受け入れた（山田病院長）など自立的でもある。知事も同席し、酒を飲みながら個別の院長の話聞いてくれたり、県民に対して敢えて「医師の負担を軽くするために、“コンビニ”受診は控えましょう」とアナウンスするなど知事への信頼感が厚いと感じました（大槻病院院長談）。このように県を挙げて、県立病院の幹部医師を組織的に育てる姿勢を見ることができます。

②多くの医師人事は、大学医局派遣（8割）であり大学の事情に左右される不安定性から免れません。よって独自に人事権を持つ医師の比重を増やす必要があります。卒後研修の制度改革時点では、大量の医師の大学への引き上げ退職があり大きな痛手を受けたようです。また、釜石市立病院と県立

病院の統合でも、市立病院医師の退職など（大学の引き上げ）が見られ医療局独自の医師人事の拡大が歴史的な懸案事項になっています。

③事務幹部は、県職採用後医療局に配置されると県立病院を移動しながら育てられ幹部として登用されます。看護幹部も同様のようです。全国の公立病院事務長の平均在職年数が3年にも満たず、退職前の“名誉職扱い”と揶揄されている現状からすれば、非常に優れた制度と言えましょう。

3) 「医師連」(岩手県立病院医師連合会)

医師・歯科医師の福利厚生の組織として「医師連」があります。退会しない限り初期研修医を除く全常勤医師で構成されます。労働条件、研修条件、県立病院構想などについて議論し、医療局との定期協議を行い要求の実現に努めています。平成20年以降は県知事とも年1度の懇談会も行っています。本組織は、昭和37年に発足し半世紀以上を経過しています。県立中央病院に事務局を置き、2名の専任事務員をおいています。

会則によると、勤務医は月に1000円の会費を病院ごとに納めます。会長、副会長、監査のほか各病院1名、中央病院2名などの理事で構成し、役員は会員の選挙で決定しますが、実態は信任投票になっているようです。選挙は県病の学術大会の時に合わせて開いた総会で行うようです（臨時総会）。理事会での主な課題は医師の待遇問題（手当、研究費、学会出張費など）が多く、県立病院の再編計画の論議もしています。知事（の縮小）提案を医師が支持したのは医師不足が主な理由だったようです。地域住民との懇談会も企画する（宮古市、久慈市）など旺盛な活動をしています。この「医師連」の活動記録を見る限り、集団医師としての高い自覚を示しており、岩手県という医療に恵まれない地域での医師の公的役割意識や組織的・集团的活動の意義を体得する上で大きな意味を持っていると思われます。活動内容については末尾に掲載しました。

4) 奨学金制度と医師配置

①医学生奨学金制度は、県3億円、市町村3億円で基金を作り、年間55人枠（県15、医療局25、市町村15）を設定。岩手医大には30人（うち地域枠15人）を設定。国立大学並の資金で入学できるような援助をしています。2016年の卒業者は、16名が国保連、31名が県に入職しています。その他は、大学院や専門医コースに進んでいます。義務年限としては、研修中も含め最大で16年間となっています。

②医師の全県的配置に関する「県奨学金養成医師の配置要請に関するワーキンググループ委員会」を設置し、「調整に関する基本方針（案）」が公表されています。座長は、岩手医大医学部長がなり、構成員に国保病院長1、県立病院院長3、医療局医師支援推進室（医師支援推進監）、保健福祉部医療政策室長などで構成しています。このように、県が音頭をとって、国保病院の医師配置についても視野に入れる機構を作っていることは特筆に値します。これによる25年後までの医師養成構想を作成しています。なお、県・保健所などの行政職も対象にしています。研修指定医療機関は、県立、国保医療機関の他に公的（日赤、済生会）も加えています。医学生・研修医向けに『イーハトーヴいわてで理想の医療の実現を』と題した立派なパンフレットを発行しています。担当職員が全国の医学生を訪問し案内活動をするなど積極的である。この辺りは、全日本民医連の医師政策と類似しています。

③県には、医師支援室（室長は医師）を設置し、様々な医師問題に対応しています。個別に相談に乗る担当医（現在：さわうち病院院長）なども設定し細かい気遣いを感じます。

5) 岩手県国保連合会

①国保医療機関は、病院7（盛岡市立病院を加えると8）、診療所38（医科26、歯科11（うち1は巡回））で構成されています。国保

病院と診療所との連携関係は特にありません。公立診療所は医療過疎地区に多く存在し、かけがえのない役割を担っています。管理運営は管轄の自治体によっており、国保連は関与していないとのこと。老人医療費無料化の沢内病院に先んじて、戦後まもなく全国で初の「住民の医療費無料」を実行したのは日頃市村の直診であったなどの歴史を持っています。また、戦前に、県立病院の第1号を作らせたのも、世田米町（現住田町）の住民運動でした。

- ②国保連は年2回地域医療研究会を企画し（参加150人）、医療機関間の交流を図っています。この研究会の「地域医療」のネーミングは、わが国では初めての呼称であり、地域に根差した医療活動の伝統を物語っています。国保連は、『岩手の保健』（年2回刊、1700部）を発行し、地域医療についての交流と情報発信を重視しています。ここには、大学教授、保健師等の専門家に混じり、地域の保健推進委員や健康づくりの運動に参加している村人たちも登場し地域保健の重要な交流の場になっています。また、地方の国保診療所の医師も登場し、地域医療での生きがいを語っています（昭和22年8月創刊）。

3. 宮城県との比較

- 1) 岩手県は、3.11直後の復旧期に、いち早く開業医の再建のために国の補助制度に上乗せして上限1億円で支援策を出しました。大槌町のM開業医は、「呆然としていたところに、どんと背中を押されて再建に取り組んだ」と語っていました。その結果、被災沿岸部での開業医の再建が、宮城に比して早く多い結果となりました。宮城は、当初に支援策は上限1,000万円と支援策が貧困なため、被災地の元での再建を難しくしました。そのため仙台市や他地区に移動する医師が目立ちました。また、その後の県の地域医療構想では、被災した公立雄勝病院（石巻市）と公立本吉病院

（気仙沼市）を診療所化するなど、震災に便乗した公立病院のリストラが強引に進められました。しかし、岩手では3.11を機に公立病院を診療所化することはありませんでした。

- 2) 地域医療計画見直しに際して、厚労省は被災3県の見直しを免除したにも拘わらず、宮城県のみ削減し7医療圏を4医療圏に減らしました。これによって医療圏域は拡大し広域的中核病院を減らす条件を作ったこととなります。前述した、被災2公立病院を診療所化し、さらには4県立病院（すでに独法化）のうち1病院（循環器・呼吸器センター）を同一2次医療圏のセンター病院（市立）に吸収合併し診療所化する案を出し、住民の反発を受けつつも強行せんとしています。元来宮城県は、旧帝大医学部と市町村公立病院などの公的病院に依存し、県民の医療政策に独自のものはありませんでした。4県立病院も全て専門特化した病院であるだけでなく、早々と独法化しています。そのことは、昨今の医大新設での対応の無能ぶりを露呈することにつながったと感じます。

- 3) 震災被災者の医療費減免

3.11当初から、国は被災3県の被災者の国保医療費の無料化を指示しましたが、岩手県は2017年度末まで継続することを表明しています。宮城県は、震災3年目に早々と打ち切り、その後被災者自治会や支援団体の運動で、非課税世帯者のみを対象とするなどで2016年に一部再開したが、2016年度末で終了の予定です。

- 4) 公立病院の医師配置政策

県立病院は4病院しかなく、いずれも専門特化しており、いち早く独法化していることは前述しました。全県民に対する医療を保証することに関する「理念」はどこにも存在しません。独法化以前から、岩手県に見るような「医療局」や他県の「病院局」もなく、保健福祉部内の一部局が担ってきました。県立病院間の日常的な連携はなく、よって3.11震災時も、各病院が個別に対応することになりました。県の奨学金制度を2011年に発足させ

ました（「県医師育成機構」）が緒についたばかりです。

まとめ

- ①岩手県の県立病院は、戦前からの産業組合（医療利用組合）や国保直診づくり運動の住民参加の歴史を、戦後県立病院として引き継いで、「あまねく医療の均霑」を行政と県民の思想として発展させてきた。その到達点が、今日でも、県立病院に関わる医療人に引き継がれていることを確認できた。「医療がなければ自治というのがあり得ません。また医療というものも一つの自治であるといえます」（達増知事「医師連創立50周年挨拶」2013.11.23）。という知事の“地域医療と自治”に対する高邁な思想も県民にとって支えとなっているにちがいない。
- ②住民の地域医療を守る運動は、県立病院の医師組織にも住民との接点を求める行動として影響を与えている。また、住民側には、住民組織がなくなると、県立医療が消えてゆくという危機感があり、その緊張関係が県病の持続を支えているともいえる。
- ③「医師連」の活動は、県立病院の医師達が組織的感性を身に着けるうえで大きな意味をもっている。しかし、病院医療中心の意識であるために、県当局の「県病の基幹病院構想」には積極的支持者となる限界も見せている。このように指摘するのは厳しいか。
- ④県の医療局が、国保医療機関の医師問題も視野に入れていることの積極性を高く評価したい。そこからさらに、人事交流まで発展することで、医師集団の質の新たな高まりが期待される。
- ⑤岩手県の地域医療が、県と医大と県医師会との“固い絆”で成立していることも「あまねく医療の均霑化」を支える重要な要素と考える。岩手医大の建学の精神「・・進んでは専門の学理を究め、実地の修練を積み、出でては力を厚生済民に尽くし、入っ

ては真摯な学者として、斯道の進歩発展に貢献させること、これが本学の使命とする所である」も下支えしているに違いない。

資料

【医師連】について

『岩手県立病院医師連合会 50周年記念誌』（平成26年10月発行）から筆者の目で抽出した。

医師連発足：S37.1.13

〈理事会の主な議題・報告事項〉

- ・研究手当増額、学会旅費増額、住宅改善、中堅医師の中たるみ待遇改善、医療設備改善、「院長選考委員会設置」要望（S48）、「医療設備委員会設置」要望（S48）、医療機器購入がガラス張りになった（S49）、救急医療体制（S49）、地区別医学体系図書整備（S51）、夜間休日診療体制（南部Aブロック、北部ブロック）（S51）、海外研修制度（S51）、医師住宅貸付金制度、医師住宅建設（S54）、医療訴訟に関して（S55）、病院事業実績協議（S55）、2次輪番制補助金の取り扱い（S57）、定年制、週休2日制度、経営改善運動に伴う件（S59）、救急医療運営内規（H元年）、県立病院等長期経営計画策定について（H3）、治験費用の使用方法、週40時間労働に伴う人員増225人（H5）、病院間日当直応援の具体化、80名の医師増員検討（H6）、久慈、大船渡病院の救命救急センターの体制（H10）、カルテ開示、治験要綱（H11）、医療局通達「地域医療活動におけるサービスと報酬」の白紙撤回要求（H13）、地域医療活動のサービスと報酬（案）を医療局に提起し交渉（H14）、県立病院等冬季経営計画見通し、SARS対策、職員給与カット、（H15）、県立病院改革実施計画（H16）医療事故賠償について（H16）、診療所化の問題、女性医師サポート体制、電子カルテ、DPCについて（H18）、医療クレーク、診療行為に関連した検討委

員会試案について（H19）、医療事故死亡調査委員会第3次案について、刑事事件について、資格取得者の病院機能に応じた配置について（H20）、医師定着支援対策、器械・機器購入、医師会会費、オンコール体制（H21）、院内保育所、図書費、超勤、36協定、救急車同乗システム、派遣医師待遇（H22）、基本給と退職手当、看護師・コメディカルの増員、今後の県立病院の見通し、JMATの派遣要請への対応、地域医療の復興・再生、医療局の経営状況について（H23）、理想的な各職種定数、分娩手当、看護師の採用地域枠、自生医師確保対策（H24）、事務職員の増員と育成、院内暴力に対する統一マニュアル作成（H25）、職員定数要求増員322名県議会で決定（H26）

〈学術等活動〉

・県病医学会発足（S44.7）、

〈シンポジウム〉

- ・第1回「今、我々に必要な情報システムとは何か」（H12）
- ・第2回「医療情報システム構築作法」（H12）
- ・初任医師研修会講演「最近の医療事故とリスクマネジメント」（押田茂実日大教授）（H13）
- ・第3回「医療情報システムは何をもたらすのか」（H14）
- ・第4回「医療情報システムに関して」（H15）
- ・第5回「医療システムは医療改革に貢献できるか」（H16）
- ・第6回「県議会議員と語る県立病院の未来」（H17）

①県立病院の現状と今後の課題：県議会議員藤原良信

②期待される県民医療：岩手日報論説委員斎藤倫史

- ・第7回「DPCと県立病院の未来」（H18）
- ・第8回「県立病院に未来はあるか」（医療局長）（H19）

- ・講演会「医療事故を考える」（H20）井上法律事務所井上清成弁護士
- ・講演会「政権交代後の医療と法律の動向」（H22）井上清成弁護士
- ・講演会「地域医療の再生を目指して」（H22）

①国立大学病院の法人化とその後の変化—東北大学病院の目指しているもの：里見進日本外科学会理事長

②総合医育成と地域医療再生：藤沢町民病院管理者佐藤元美

- ・講演会「院内感染とマスコミ報道—医療機関の法的責任」医師連弁護士井上清成（H23）
- ・シンポジウム「医療関連の法律を知ろう」（H23）中京大学法科大学院教授稲葉一人
- ・シンポジウム「医師・医療者のためのコンフリクトマネジメント」（H24）安城厚生病院安藤哲朗
- ・シンポジウム「患者トラブルの予防と対応」（H25）安城厚生病院安藤哲朗
- ・講演会「院内感染とマスコミ報道—医療機関の法的責任」（H26）井上弁護士
- ・シンポジウム「県立病院の理想的な異動を考える」（H27）
- ・シンポジウム「県立病院全職員の満足度を上げるために今何をなすべきか」（H28）

〈運営〉

- ・対医療局交渉、医局代表者会議（不定期）、全院長会議、
- ・東北地区県立病院医師協議会、
- ・医師協議会（S46）「広域医療を強力に遂行するための条件は、中心病院、基幹病院を中核とする統合整備を含んだ病院群の計画的再編化を行うことである」（要領2（2））を確認。
- ・北上病院問題（S47）、花巻厚生病院人事問題（S48）、大船渡病院院長選考問題（S50）、
- ・県医師アンケート「県病勤務医の現状と

将来に関する」

- ・ 医師連ホームページ開設（H12）
- ・ 長期経営計画諸問題検討小委員会・医療局経営計画委員会合同会議（H20）
- ・ 初任医師研修会H12から毎年1,2回開催
- ・ 3.11大震災：医療局・院長会・医師連会議⇒震災ネットワーク会議へ参加

〈知事との懇談〉

第1回（H20）から毎年1、2月に開催
〈県議会議員との懇談〉

- ・ 第1回（H21）第2回（H22）第3回（H26）

〈県病学会等企画〉

- ・ 「県立病院の在り方」（第3回 S46）
- ・ 医師連10周年記念講演「公的医療機関の問題」（武見太郎日医会長）
- ・ 医師連20周年記念講演「経営医療の目指すもの」（佐々木県医師会長）
- ・ 医師連30周年 さとう宗幸ディナーショウ
- ・ 医師連40周年記念講演「いま、頼りになるものは」（中尊寺貫首 千田孝信）
「変革迫られる自治体病院」（埼玉県病院事業管理者武弘道）

- ・ 医師連50周年記念講演：「陸前高田市の被災状況といま、そして復興へ」（陸前高田市長戸羽太）、「人を育てる」（野村楽天元監督）

以上に見るごとく、医師集団に帰属する勤務上、研究上の問題から同僚職員の増員要求など労働組合的要求活動にも取り組んでいます。又、県立病院の経営問題、再編計画問題なども論議し、その問題では地域住民とも懇談するなど県民視点を育てていることも示唆されます。

このように、県の地域医療の“骨格”を形成している県立病院群の管理運営に、様々なコースを通して就職した医師たちが、一体となって県民医療を支えるための“医師集団”づくりが多量の苦労のもとに形成されていることに感動を禁じえません。但し、あくまでも「岩手県における最大の“病院組織”の視点」からの思想展開であることからくる“限界性”をもまた感じずにはられません。それは、過大な期待に違いありませんが。

第2章

岩手県の自治体病院の経営分析

根本 守

本ワーキンググループが2016年11月に実施した岩手県立病院等の調査での調査結果を踏まえて、岩手県の自治体病院の経営状況について検討する。

1、岩手県の地域医療と県財政の概要

はじめに、調査日初日に井上博夫氏（岩手大学名誉教授、岩手地域総合研究所理事長）にレクチャーを受けた内容をまとめて報告する。なお、レクチャーについての私見を〈コメント〉として述べる。

（1）県立病院を中心とした地域医療展開をしている岩手県等の財政構造・状況

岩手県は、県内病院数に占める公立病院の割合が高く（40%強 全国でもトップレベル）、特に県立病院の割合が高い（30%強 全国トップ）。戦前の産業組合による病院から県立病院に引き継がれた経過、伝統によるものとされている。

岩手県の財政面から見ると、そもそも県民一人当たり歳入歳出額が大きく（2010年度歳入額 全国39万円 岩手県54万円 歳出額 全国38万円 岩手県51万円）、この要因は宮城県を除く東北各県と同様に、全国平均の2倍を超える地方交付税による。その上で、県立病院に対する負担金が含まれている

一般会計衛生費は、県民一人当たり水準でみると全国平均の3倍近くとなる（2010年度衛生費全国1.3万円 岩手県3.7万円）。こうした財政構造が県立病院を支えているが、このことは人口過疎地域、医療過疎地域において、それだけ医療要求が強いことの反映とみることもできる。

一方で市町村における衛生費は東北の他県と比べてむしろ少ない。

公立病院を合計してみた場合、公立病院割合、県立病院割合の高さを反映して、岩手の県、市町村財政の病院事業への繰出しは大きいといえる。

〈コメント〉

そもそもの岩手県の財政構造は、他県との比較でおおむね平均的な状況と認識される。

直近で公表されている2014年度財政データによれば、岩手県財政の持つ資産総額（3.38兆円）に占める純資産（いわゆる自己資本部分）は1.71兆円（50.6%）であり、全国平均より若干低い水準となっている。また、一方で主要な借金である地方債残高は1.47兆円（43.4%）あるが、全国平均より大幅に大きい訳ではなくこの間も減少傾向にある。財政健全化法に基づく健全化判断比率は以下のようにになっている。

	*実質赤字比率	連結実質赤字比率	実質公債費比率	将来負担比率
早期健全化基準	3.75%	8.75%	25.0%	400.0%
岩手県	黒字	黒字	20.4%	236.3%

*実質赤字比率＝実質赤字／標準財政規模（総収入）

連結実質赤字比率＝公営企業を含めた実質赤字／公営企業を含めた標準財政規模（総収入）

実質公債費比率＝地方債元利償還金／公営企業、事務組合を含めた標準財政規模（総収入）

将来負担比率＝地方債等残高／公営企業、事務組合、第3セクター等を含めた標準財政規模（総収入）

以上の点を踏まえると、岩手県は、医療過疎が生み出した切実な県民要求を背景に、地方交付税制度の活用や大震災復興資金も有利に活用して、大規模な自治体病院の運営の中でも大きな財政赤字を生むことなく財政運営を図っていると認識す

ることができる。

(2) 県立病院等の経営状況

2010年度決算での岩手県立病院の主な経営指標は以下のとおりである。

	他会計繰入金		
	経常収支比率* 1	医業収支比率* 2	／総収益比率* 3
全国	93.9%	74.6%	14.6%
岩手県	100.1%	94.2%	15.5%

* 1 経常収入／経常費用 高ければ良好 ただし、収入に繰出金を含む

* 2 医業収入／医業費用 高ければ良好 ただし、収入に繰出金を含む

* 3 他会計繰入金（一般会計からの繰出金等）／総収益（医業収入＋医業外収入＋特別収入）

上記のとおり、2010年度では岩手県立病院は経常収支比率（100.1%）、医業収支比率（94.2%）とも全国平均（経常収支比率93.9% 医業収支比率74.6%）と比較して良好な水準となっている。

なお、医業収入、医業外収入には県一般会計からの繰入金が含まれていることを考慮する必要があるが、他会計繰入金／総収益比率も岩手県立病院が突出して高い割合にあるわけではない（全国14.6%岩手県15.5%）。また、他会計繰出金（病院会計等への繰出金）の原資となる地方交付税との関係でも実繰入額（繰出超過額）は8億円程度と一般会計に与える影響はそれほどでもない。ただし、国保病院を含む市町村立病院の市町村一般会計の負担割合は大きい。

〈コメント〉

全体として、県立病院の経営状況は安定したものとっていると認識される。

なお、井上氏も述べていたことであるが、国からの自治体病院に対する地方交付税収入と岩手県の県立病院会計への繰出金の差額である実繰入額（繰出超過額）については、あくまで一般的な地方交付税繰出基準に基づいて算定されたものであり、実際額とは異なる可能性がある。

(3) 総務省「公立病院改革ガイドライン」など国の一連の施策に対する岩手県の対応

岩手県は、2007年の公立病院改革ガイドラインの公表以前の2003年に、医師不足を理由として5病院（伊保内、柴波、大迫、住田、花泉）の有床診療所化が実施され、さらに2009年にこの無床化と沼宮内病院の無床診療所化が進められた。

あわせて2007年には釜石県立病院と市民病院との統合（実質上は市民病院の廃院）が実施された。

〈コメント〉

上記のとおり、岩手県は、ガイドライン公表以前に県立病院の診療所化等の構造転換が進められてきたと理解される。その理由は県の公式見解としては医師体制の困難であり、事実その通りと思うが、その背景としては県立病院財政の困難があったものと推定される。2007年度以前の岩手県立病院の経営資料を検討してはいないが、21世紀に入って中小規模病院の経営悪化は公私を問わず引き起こされた共通事象であり、この解決が岩手県においても課題となったということであろう。

その意味で、岩手県は公立病院ガイドラインをいわば先取りして導入し、財政構造の改革をはかった側面がある。この点については、引き続き無床診化した地域住民からの批判を受けている。また、2010年に花泉地域診療センター（診療所）を民間移譲したが、医師と病床確保の約束が守られず、ふたたび県立として再スタートするといった医療行政の混乱もあった。

一方、2010年以降は県立としての9基幹病院を中心とした病院、地域医療センターのネットワークを構築し、医師確保に注力し、地域住民や開業医等との連携が進められている。公営企業法全部適用の形態のままで経営の安定化がみられ、また、県医療局の方針としても今後も県立病院として進む展望が示された。この点は、安易にガイドラインに乗っかり、廃院、地方独法化、民間移譲に突き進もうとする自治体病院には、一つの教訓となると思われる。

(4) 東日本大震災の復旧過程についての岩手県の施策

震災後の早い時期から仮設診の設置、民間医療施設再建への支援が行われた点は評価できるが、医療資源の基幹病院への集中化傾向が加速し、全壊した3県立病院の再建についても様々な議論があった。

なお、国が被災3県に行った「地域医療再生基金」はかなりの額が充てられた。

〈コメント〉

東日本大震災は、県立病院にとっても、地域医療に果たすべき役割を再認識させる契機になったことは間違いない。津波被害を受けた地域では県立病院及びそこで働く医師たちが献身的に奮闘したことが語られた。

一方で、被災した沿岸部県立病院については診療所化等の議論もあったようだが、地域住民の再建要求があり震災復興資金を受けたこともあって、病床数は縮小されつつもすべて再建された。こうした岩手県の適切な施策は基本的に評価されるものといえよう。

2、岩手県の自治体病院の経営成績推移

以下、岩手県自治体病院の経営成績推移を示す。具体的数値そのものは総務省公表の地方公営企業年鑑に基づいている。2008年度は自治体病院改革ガイドラインの実施直前年度、2011年度は東日本大震災の被災直後年度、2014年度は直近のデータ

公表年度である

なお、各収益に含まれている補助金等の収入は、自治体病院の収益性をより明瞭に見せるため、また、民間病院等との比較を容易にするため、病院会計準則の表示方法にあわせてまとめて特別利益に表示するよう組替を行っている。

(1) 県立病院

岩手県は全国一の県立病院数であり、20病院でのネットワークを形成している。医師会、岩手医大等との医療連携、医師支援も実現している。ただし、医師人事は自治医大、岩手医大等のローテ人事がかなりの割合を占める。一方で、市町村立病院は少なく、他の公的病院（日赤、厚生連）も少ない。

一方で、岩手県庁内で医療局は独立性が強く、職員の採用、異動等も独自に行っており、病院事務幹部配置は医療局内でローテーションを組んで計画的に行われている。こうした「プロ化」した病院管理者集団により運営されていることが、県立病院の経営管理上の大きな優位性になっていると思われる。

① 補助金等を除外しての経常損益率は、08 - 23.1%、11 - 18.4%、14 - 16.3%とおおむね全国の自治体病院の当該数値と同水準であり同様の特徴がある。すなわち、補助金なしでは赤字構造にあり、一方で赤字率そのものは縮小傾向にある。

② 医業収益は、08 762億円→11 799億円→14 845億円と、比較的大きな増加傾向を示している。全国の自治体病院が、廃止、民営化、独法化等により減少している中で特徴的である。また、病院数や病床数そのものは減少している中で、入院、外来両部門とも増収であり、職員数も増加している。

③ 医業費用は、人件費率が高い一方で徐々に下がってきていること（08 66.4% 11 63.6% 14 62.6%、全国は57.6~55.4%）、経費率が非常に低いこと（14.4~15.1% 全国は23.9

—県立病院の経営推移—

単位：億円（ ）内は収益構成比率

	2008年度	2011年度	2014年度
集計病院数*	22	20	20
病床数	5,676	5,337	5,198
職員数	5,828	5,995	6,131
*08～11年度での減少	花巻厚生病院、北上病院、沼宮内病院		
〃	増加 中部病院（北上を増床の上名称変更かと思われる）		
医業収益	762 (100)	799 (100)	845 (100)
内入院	514 (67.4)	538 (67.3)	5 (66.2)
外来	220 (28.8)	223 (27.9)	255 (30.2)
室料差額	5 (0.7)	5 (0.6)	5 (0.6)
医業費用	872 (114.4)	877 (109.8)	922 (109.1)
内人件費	506 (66.4)	508 (63.6)	529 (62.6)
材料費	215 (28.2)	208 (26.0)	224 (26.5)
経費	111 (14.6)	115 (14.4)	128 (15.1)
減価償却	36 (4.7)	38 (4.8)	36 (4.3)
研修研究費	4 (0.5)	3 (0.4)	4 (0.5)
医業損益	-110 (-14.4)	-78 (-9.8)	-77 (-9.1)
医業外収益	6 (0.8)	6 (0.8)	6 (0.7)
医業外費用	72 (9.4)	75 (9.4)	67 (7.9)
内支払利息	40 (5.2)	33 (4.1)	25 (3.0)
経常損益	-176 (-23.1)	-147 (-18.4)	-138 (-16.3)
特別利益	147 (19.3)	158 (19.8)	152 (18.0)
内補助金等\$	146 (19.2)	157 (19.6)	151 (17.9)
特別損失	1 (0.1)	15 (1.9)	286# (33.8)
当期損益	-29 (-3.8)	-5 (-0.6)	-274 (-32.4)

会計基準変更による影響額

\$ 補助金等の内訳は次ページのとおりである。（ ）内は地方公営企業年鑑での表示項目を示す。

		単位：億円（ ）内は医業収益構成比率		
		2008年度	2011年度	2014年度
* 1	他会計負担金（医業収益）	30 (3.9)	31 (3.9)	28 (3.3)
* 3	国庫補助金（医業外収益）	5 (0.7)	10 (1.3)	8 (0.9)
* 3	都道府県補助金（〃）			
* 3	他会計補助金（〃）		38 (4.8)	35 (4.1)
* 2	他会計負担金（〃）	111 (14.6)	79 (9.9)	80 (9.5)
* 4	他会計繰入金（特別利益）		0.5 (0.1)	
合計		146 (19.2)	157 (19.6)	151 (17.9)

* 1 「地方公営企業法17条の2-1-1 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費」に充てるための負担金

* 2 「地方公営企業法17条の2-1-2 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費」の負担金

* 3 * 1、2 以外の運営費補助金

* 4 臨時特別な繰入金

～24.5%)が特徴的である。この理由は、前述のとおり、岩手県では病院事務職員が医療局職員の病院勤務として人件費計上されており、一方で全国的には委託費(県庁一般職からの配置)として計上されていることによる。

経費率についてはそれに含む委託費が少ない(14 5% 全国は9%程度)。

また、減価償却費率は全国比で低く、一面で設備の老朽化を推察させる。

- ④ 補助金等収入は全般的に若干高めであるが(補助金等の医業収益に占める割合は、08 19.2% 11 19.6% 14 17.9% 全国は16.7~17.5%)、その分最終当期損益の赤字は抑えられている(ただし、2014年度は会計基

準変更の影響により大幅赤字)。

(2) 市町村立病院

岩手県では、市町村立病院として国保直轄病院が多い。ただし、市町村立病院との違いは市町村一般会計での歳出項目の違い程度で、市町村が運営する(財政負担する)実態は変わらないと思われる。

- ① 補助金等を除外しての経常損益率は、08 -28.3%、11 -22.4%、14 -27.8%と全国の自治体病院の当該数値よりもかなり悪い。赤字率そのものも全体として横ばい傾向にある。
- ② 医業収益は、08 92億円→11 98億円→14

—市町村立病院の経営推移—

単位：億円 ()内は収益構成比率

	2011年度	2011年度	2014年度
集計病院数	9	9	9
病床数	926	782	742
職員数	743	733	745
医業収益	92 (100)	98 (100)	97 (100)
内入院	54 (58.7)	60 (61.2)	60 (61.9)
外来	34 (37.0)	33 (33.7)	32 (33.0)
室料差額	0.6 (0.7)	0.7 (0.7)	0.6 (0.6)
医業費用	113 (122.8)	115 (117.3)	123 (126.8)
内人件費	61 (66.3)	62 (63.3)	66 (68.0)
材料費	21 (22.8)	22 (22.4)	19 (19.6)
経費	23 (25.0)	24 (24.5)	27 (27.8)
減価償却	7 (7.6)	6 (6.1)	10# (10.3)
研修研究費	0.3 (0.3)	0.3 (0.3)	0.4 (0.4)
医業損益	-21 (-22.8)	-17 (-17.3)	-26 (-26.8)
医業外収益	1 (1.1)	0.7 (0.7)	5 # (5.2)
医業外費用	6 (6.5)	5 (5.1)	6 (6.2)
内支払利息	3 (3.3)	2 (2.0)	2 (2.1)
経常損益	-26 (-28.3)	-22 (-22.4)	-27 (-27.8)
特別利益	21 (22.8)	30 (30.6)	33 (34.0)
内補助金等\$	19 (20.7)	30 (30.6)	30 (30.9)
特別損失	0.3 (0.3)	0.1 (0.1)	39# (40.2)
当期損益	-5 (-5.4)	+7 (+7.1)	-33 (-34.0)

会計基準変更による影響額

\$ 補助金等の内訳は以下のとおりである。()内は地方公営企業年鑑での表示項目を示す。

	単位：億円（ ）内は医業収益構成比率		
	2008年度	2011年度	2014年度
他会計負担金（医業収益）	4 (4.3)	5 (5.1)	5 (5.1)
国庫補助金（医業外収益）	0.1 (0.1)	0.2 (0.2)	0.3 (0.3)
都道府県補助金（ ）	0.2 (0.2)	0.3 (0.3)	0.1 (0.1)
他会計補助金（ ）	2 (2.2)	7 (7.1)	4 (4.1)
他会計負担金（ ）	13 (14.1)	13 (13.3)	16 (16.5)
他会計繰入金（特別利益）		4 (4.1)	4 (4.1)
合計	19 (20.7)	30 (30.6)	30 (30.9)

97億円と、傾向的な増加傾向を示している。病床数そのものは大幅に減少しているが、入院部門が増収、外来部門が減収であり、職員数は横ばいである。

- ③ 医業費用は、人件費率が非常に高いこと（08 66.3% 11 63.3% 14 68.0%、全国は57.6～55.4%）が特徴的である。市立病院の多くを占めていると思われる。中小病院の経営的困難を示していると思われる。
- ④ 補助金等収入は非常に大きく（補助金等の医業収益に占める割合は、08 20.7% 11 30.6% 14 30.9% 全国は16.7～17.5%）、その結果最終当期損益は11、14年度は黒字化もしくは実

質黒字化している（2014年度は会計基準変更の影響により表示上大幅赤字）。

3、個別の岩手県立自治体病院

以下岩手県立病院の中核である中央病院（盛岡市）、東日本大震災で被災し16年9月新築再建され調査に訪れた山田病院（山田町）の損益推移を検討する。

損益推移データは、2、の県立病院合計値での作成方法と同様である。

（1）岩手県立中央病院

- ① 補助金等を除外しての経常損益率は、08 -8.1%、11 -6.7%、14 -3.5%と全国の

—岩手県立中央病院経営推移—

	単位：億円（ ）内は収益構成比率		
	2008年度	2011年度	2014年度
病床数	685	685	685
職員数	1006	1044	1078
医業収益	59.8 (100)	180.1 (100)	198.3 (100)
内入院	116.8 (73.1)	130.2 (72.3)	139.1 (70.1)
外来	37.8 (23.7)	44.4 (24.7)	53.5 (27.0)
室料差額	0.8 (0.5)	0.8 (0.4)	0.8 (0.4)
医業費用	163.3 (102.2)	181.2 (100.6)	195.9 (98.8)
内人件費	86.4 (54.1)	92.7 (51.5)	99.7 (50.3)
材料費	51.6 (32.3)	55.9 (31.0)	63.0 (31.8)
経費	19.8 (12.4)	21.9 (12.2)	25.0 (12.6)
減価償却	4.7 (2.9)	7.5 (4.2)	7.2 (3.6)
研修研究費	0.8 (0.5)	0.7 (0.4)	0.9 (0.5)
医業損益	-3.5 (-2.2)	-1.1 (-0.6)	+2.4 (1.2)
医業外収益	1.4 (0.9)	1.6 (0.9)	1.6 (0.8)
内支払利息	5.2 (3.3)	4.5 (2.5)	1.9 (1.0)
経常損益	-13.0 (-8.1)	-12.0 (-6.7)	-6.9 (-3.5)

単位：億円（ ）内は収益構成比

	2008年度	2011年度	2014年度
特別利益	21.8 (13.6)	24.7 (13.7)	23.5 (11.9)
内補助金等	21.8 (13.6)	24.7 (13.7)	22.7 (11.4)
特別損失	0 (0.0)	0.9 (0.5)	50.0 (25.2) #
当期損益	<u>+8.8 (+5.5)</u>	<u>+11.8 (+6.6)</u>	<u>-33.4 (-16.8)</u>

会計基準変更による影響額

自治体病院の当該数値と比較してかなり良好な水準である。補助金なしでは赤字であるが、赤字率そのものは小さく、縮小傾向にある。

また、減価償却費率は低く、一面で設備の老朽化を推察させる。

② 医業収益は、08 159.8億円→11 180.1億円→14 198.3億円と、比較的大きな増加傾向を示している。入院、外来両部門とも増収であり、職員数も増加している。急性期医療を強化する中での増収と推察される。

④ 補助金等収入は全般的に低めであり（補助金等の医業収益に占める割合は、08 13.6% 11 13.7% 14 11.4% 全国は16.7～17.5%）、それでも最終当期損益は大幅な黒字もしくは実質上の黒字となっており、しかも黒字率は上昇している（2014年度は会計基準変更の影響により表示上大幅赤字）。

③ 医業費用は、人件費率が全国と比較してもむしろ低めで、徐々に下がってきていること（08 54.1% 11 51.5% 14 50.3%、全国は57.6～55.4%）、経費率が非常に低いこと（12.2～12.6% 全国は23.9～24.5%）が特徴的である。経費率についてはそれに含む委託費が少ないことが一つの要因と推察される。

（2）岩手県立山田病院

〈病院の概況〉

東日本大震災によって施設が損壊し、仮設診として継続してきた。議論はあったが2016年9月新病院建設がされ、新たに50床（回復期リハ、ただし現在実績作り期間）の病棟を持つ病院として再

—岩手県立山田病院経営推移—

単位：億円（ ）内は収益構成比率

	2008年度	2011年度	2014年度
病床数	60	60休	60休
職員数	41	24	
医業収益	5.9 (100)	1.1 (100)	1.8 (100)
内入院	3.4 (57.6)		
外来	2.3 (39.0)	1.0 (90.9)	1.7 (94.4)
室料差額	0.0 (0.0)		
医業費用	8.0 (135.6)	4.3 (390.9)	2.9 (161.1)
内人件費	5.3 (89.8)	3.4 (309.1)	2.2 (122.2)
材料費	0.8 (13.6)	0.1 (9.1)	0.1 (5.6)
経費	1.2 (20.3)	0.5 (45.5)	0.5 (27.8)
減価償却	0.7 (11.9)	0.2 (18.2)	0.1 (5.6)
研修研究費	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
医業損益	-2.1 (-35.6)	-3.2 (-290.9)	-1.1 (-61.1)
医業外収益	0.2 (3.4)	0.0 (0.0)	0.1 (5.6)
医業外費用	0.7 (11.9)	0.6 (54.5)	0.4 (22.2)

単位：億円（ ）内は収益構成比率

	2008年度	2011年度	2014年度
内支払利息	0.5 (8.5)	0.4 (36.4)	0.3 (16.7)
経常損益	-2.6 (-44.1)	-3.8 (-345.5)	-1.4 (-77.8)
特別利益	2.4 (40.7)	3.3 (300.0)	1.9 (105.6)
内補助金等	2.4 (40.7)	3.3 (300.0)	1.9 (105.6)
特別損失	0 (0.0)	3.8 (345.5)	1.1 (61.1)
当期損益	-0.2 (-3.4)	-4.3 (-390.9)	-0.7 (-38.9)

開している。医療内容としては、在宅を中心とした地域医療支援病院として継続する方針であり、急性期を担う後方病院は県立宮古病院となる。在宅看取り率は35%程度である。現在の外来患者は120～130人/日（震災前の方が多）、病棟は9月より開始し現在17人である。

医師体制は4名であり、その他県立宮古病院から研修医がまわってくる。医師派遣は医大等のローテの割合が大きいが、一方で医大自体が臨研制度等の影響で医師派遣能力が落ちている。また、看護師体制については看護師の県立病院間支援を行っているが、採用状況は厳しい。

地域医療を守る会（役員はオール山田町（商工会長等）、事務局は役場課長、病院の存続運動や医師確保等取り組む。会長は元共産党町会議員）等地域住民との連携が図っている。ミニ健康講座等職員が参加してこまめに行っている。

① 補助金等を除外しての経常損益率は、08 -44.1%、11 -345.5%、14 -77.8%と非常に厳しい状況にある。特に、11年度以降被災による病棟休止と仮設診での再開の影響がそのまま経営悪化につながっている。ただし、9月に新病院として再出発しておりこれからである。

② 医業収益は、08 5.9億円→11 1.1億円→14 1.8億円と、大きく減少している。前述のとおり被災による病棟休止により入院収益がなくなったことで、診療所化したことによる。職員数も6割強削減されている。

③ 医業費用は、収益減、病棟休止に伴い大幅減少となっているが、収支バランスがとれてはい

ない。人件費率は被災以前から高い（08 89.8% 11 309.1% 14 122.2%）。

④ 補助金等収入への依存度は非常に高く（補助金等の医業収益に占める割合は、08 40.7% 11 300.0% 14 105.6%）、9月からの新病院再開を受けて新たな病院医療と病院財政の運営を図る途上にある。

4、まとめ

（1）岩手県は戦前からの人口過疎、医療過疎を背景として、地域医療全体に占める公立病院特に県立病院の割合が大きく、その分果たすべき役割も大きい。そうした伝統の基礎にあるものは、地域住民の医療要求の組織化、運動化が進んでおり、病院との連携も進められているということである。自治体病院の本来のあり方として学ぶべきものが大きいと感ずる。

また、県立病院には県内拠点都市でセンター的役割を果たす大規模病院と医療過疎地域において保健所や医師会等と連携し地域医療を進める小規模病院とが存在し、相互に連携しバランスをとっている点が特徴的である。

（2）県立病院は、産業組合の伝統を引き継ぎ、県の運営組織上も医療局として半ば独立し、県立病院全体としてネットワーク化し、また、他県と比較して配置された事務職員が医療の「プロ」として運営を行っていると推察された。

また、県立病院「グループ」として、全体あるいは地域ごとに学術集談会を開いたり医師確保、養成を強力に推し進める取り組みが進められてい

る。

(3) 財政上は、全国比で比較的健全な損益構造にあるが、一方で公立病院、県立病院の占める割合の大きさに比例して県の財政負担は大きい。住民一人当たりの地方交付税収入が相対的に大きいことでカバーしているものの、それでも県財政に占める病院会計への繰出金は少ない。

しかし、そうした病院への繰出金が許容されるような岩手県民の理解があることが重要であり、この点が岩手県民の医療に対する思いを反映していると思われる。

(4) 公立病院改革ガイドラインへの対応では、

2003年～10年にかけて県立病院の診療所化等が、医師体制の困難を理由としてはかられた。この背景には県立病院の経営問題があったと推定され、その意味でガイドラインを先取りするような対応が実施されたとみることができる。これらは地域住民の強い反対を受け、現在でも続くが、一方で一部に県立病院と地域住民との強い連携を生み出している。

一方、それ以降は県立としての病院、地域医療センターのネットワークを構築し、医師確保にも注力している。現在のところ経営の安定化がみられ、また、県医療局の方針としても今後も県立病院として進む展望が示された。

岩手県の医療住民運動と県立病院について

八田 英之

はじめに

岩手県が日本で最も県立病院が多い県であり、それが、第二次世界大戦前に、主に農民の要求と運動に基づいて、医療利用組合の病院・診療所が各地につくられ、戦後それらの施設が県立病院になったことによる、ということは広く知られている。

今回の「総研いのちとくらし 地域医療と自治体病院研究チーム」の岩手現地調査は、自治体病院が新たな困難な状況を迎えている中で、こうした歴史を持ち、しかも東日本大震災という苦難を受けた岩手では、どのような状況になっているのかを、一つの典型として理解することを目的とするものであった。

本稿では、岩手県の県立病院の歴史を概観し、21世紀になってからの県立病院の再編成とそれに対する住民運動及び現在の到達点について述べる。

1 医療利用組合から県立病院へ

岩手県の医療利用組合の医療機関の最初がどの病院であるのかについては、1933年の盛岡病院であるのかと思われるが(注1)、現在存続する26の県立医療機関のインターネットで公開されている沿革をみると、千厩病院が1932年5月5日に千厩町と川崎村の住民出資による組合方式で東磐実費診療所と薄衣実費診療所を開設したとされている。いずれにせよ、1930年代に多くの医療利用組合と医療機関がつくられ、1936年岩手県医薬購買販売利用組合連合会が、9の広域単営医療利用組合を統合して結成された。この年末には29,774人の組合員を擁し、県下総戸数の15.1%を組織している。医療機関は、盛岡、釜石、東山、江刺、磐井、胆沢、気仙、九戸、宮古、矢作、奥玉に所在した(注2)。

1941年には13病院8診療所6出張診療所となっている(注同前)。ここには、医者にかかるのは死亡診断書を書いてもらう時だけという医療不在の状況の中で、住民自らの力で医療を確保し、さらには、すべての住民に医療の保障を実現していこうという理念があったであろう(注3)。

現在、岩手県には26の県立医療機関があるが、その沿革をみると19が医療利用組合を前身としている。これらは、ほぼ一斉に1950年11月1日に県立病院となった。なぜ県立となったかについては、これらの医療機関の経営困難を解決するために、県立か国保連合会かを検討して、議会での激論を経て県立となった(栗田 前出)とされているが、これらの病院に戦後組織された労働組合も県立病院にすることを要求していた。この時、産業組合(医療利用組合)の平等の理念が受け継がれ、「医療均霑」という言葉で岩手県政の政策目標として掲げられた。

これ以後、岩手県は県立病院を増やし、地域医療の中心に県立病院を据えていく。「医療均霑」の理念は受け継がれていく。岩手の県立病院を守るために、広範な住民運動が生まれてきたのには、一つの背景としてこうした住民自らがつくった病院であるということがあり、それが強く意識されているのであろう。

2 県立病院の再編成と住民運動

しかし、21世紀に入って、小泉政権の新自由主義的改革路線の下で、医療を含む社会保障の分野では、骨太方針に基づいて予算を毎年2千億円削減する過酷な路線が強行され、病院経営は著しく困難になった。これに、2004年から実施された新卒医師の臨床研修制度を契機に、大学病院に医師が残らなくなり、大学による自治体病院からの医

師引き上げが行われるという事態が重なり、自治体病院の医師体制の崩壊が各地で起こった。こうした状況の中で、総務省は、自治体病院に対して「公立病院改革ガイドライン」(2007)によって、経営効率化、統合再編成、経営形態の見直しを迫った。

岩手県でも、事情は変わらず、増田前知事の時から、財政上の困難、県立病院の赤字、医師確保の困難を理由に病院の診療所化、病床縮小、統合再編をはかった。医療局が大病院中心のサテライトシステムによる縮小・再編方針を固め、パブリックコメントを開始すると発表したのが2003年11月であるから、かなり国の方針を先取りしたものである。若干病床の削減規模は減らされたが、これにもとづいて、2008年4月、紫波、大迫、花泉、住田、九戸の5病院が「地域診療センター」と名付けられた19床の有床診療所になった。さらに「公立病院改革ガイドライン」を受けて、2008年11月には「県立病院の新しい経営計画(案)」が公表された。これは、5診療センターの無床化に加えて、沼宮内病院も無床化するものであった。大きな反対の声にもかかわらず、2010年には、いずれも病床を休床にし、実質無床化された。2011年4月には、沼宮内病院(60床)が地域診療センターになった。また、2007年に釜石では県立病院と市民病院(250床)が県立に統合されたが、市民病院からは一人の医師も県立には移らず、県立病院の病床も増えることなく、市民病院が廃止されただけに終わった。ただし、その後市民病院跡地には民間病院が誘致された。

当然のことに、病院の存続が問題になった地域で病院を守るための住民運動がまきおこった。いち早く先頭に立ったのは、医療労働者である。岩手県立医療機関で働く労働者の60~70%を組織する岩手県医療局労働組合(医労連傘下、自治労・自治労連には加盟していない)は、2003年の段階で関係する労働組合とともに「県立病院の充実・強化を求める岩手県連絡会」を立ち上げ、20万枚のビラ配布、新聞意見広告、TVコマーシャルなどを展開した。結果、県は病床削減規模を若干減らした「改革プラン」と実施計画を2004年2月に公表した。

2008年の「新しい経営計画」の際には、各地で地域住民に働きかけ、「病院を守る会」(実際の名前は各地で異なる)を立ち上げていき、関係する労働組合と4団体で「地域医療の充実と県民のいのちを守る連絡会」をつくった。「新しい経営計画」に反対する署名は、約10万筆になり、運動は大きく盛り上がった。2008年12月の県議会では、「四月実施を一時凍結し、広範な協議を継続」すべき、という付帯決議を付けて反対の請願が一括採択された。しかし、2009年3月、県は6県立病院の無床化を前提とする予算案を議会に提出。これに対して、無床化を認めない修正案が可決された。達増知事は再議権を行使し、議会で土下座をして予算成立を懇願し、結果予算は成立した。

各地でつくられた「守る会」は、多くのところでオール〇〇町といえるような広範な組織(注4)になり、事務局を町や市の課が担当するところもあった。運動の盛り上がり住民組織の幅の広さから、先の連絡会とは別に2009年1月「岩手県地域医療を守る住民組織連絡会」が結成された。この二つの組織は対立的なものではなく、2010年7月には、共催で「地域医療を守る全県交流集会」を開いている。

震災後も「地域医療を守る交流集会」は、「地域医療の充実をめざす学習交流集会」などと名前は変わっても継続して開かれており、各地の守る会も活動を継続しているが、その到達点には、いろいろな段階があるように思える。

3 東日本大震災と運動の現在

2011年3月11日の東日本大震災によって、大東、高田、大槌、山田の4病院が壊滅的な打撃を受けた。内陸部であったが建物が老朽化していた大東病院は病室が使用不能になり、沿岸部の3病院は津波によって壊滅した。失われた病床は438床に上る。これらの病院の復興をめぐることは、病床を維持するかどうかについて、若干の議論はあったようであるが、現地の住民の要求と運動は力強いものがあり、知事選を経て国の復興予算が付くこともあって、いずれも病院として存続することになった。しかし、大東病院が2014年度40床、大槌・

山田両病院が2016年度いずれも50床、高田病院が2017年度50～60床といずれも大きくベッドを減らしての再建である。

しかし、例えば山田病院の場合、震災直前より医師体制は若干とはいえ強化されており、宮古病院との連携を深め（院長が宮古病院の副院長、事務長が同じく事務次長を兼務）、後方機能と在宅医療を強化して地域包括ケアを担っていくというかなりすっきりした医療方針を持っている。

「山田町の地域医療を守る会」は、2009年4月に山田病院の常勤医師が2人になり、内科医がゼロになったという事態の中で、危機感を持った長年日本共産党町議会議員を務めた佐藤照彦氏が中心になって組織した個人加盟組織である。町内の老人クラブ、社協、婦人会、商工会などの組織もこれへの参加を呼び掛け、2009年7月に結成総会に当たる第1回総会を開いた。この時点で会員数は400人。2010年には600人になった。講演会、医師との交流（歓送迎会）、地域懇談会のコーディネート、勉強会、医師招へいのサポート（山田町出身の医師を洗い出し、県の医師確保担当部門に連絡したり、自らもその医師のところへ足を運んだ。県医療局から感謝されたという）などに取り組んできた。町当局とは広報その他協力関係にあるという。

大震災で病院が失われた後は、仮設の診療所を支え（医薬品の確保など）、県に町長らとともに病院復活を要請。佐藤氏が代表である障害者施設での「お茶っこ会」と仮設住宅を訪問しての「お茶っこ会」は合わせて400回を超え、毎月1回山田病院から職員がきてミニ健康講座を開いている。震災後、交通手段がない仮設住宅のお年寄りなどを対象に、全国組織の震災被害支援団体の援助を受けて移送サービスを実施した。大変感謝されている取り組みなのだが、まもなく支援が打ち切られるということで継続できるかどうか、懸念される。

現在、年会費500円を納入した会員は200名であるという。佐藤氏によれば、「無床化が問題になった6地域すべてに地域医療を守る会のような組織ができたが、現在は他のところが何をやっているのかはよくわからない。ここ（山田町）が持続

しているのは、個人加盟組織であること、病院との関係を大切にしてきたこととお茶っこ会だと思ふ」ということであった。また、病院の役割という点で、「住民の中には救急もやってほしいという声があります。私は、要求は理解できるけれども、それを運動課題にすることには反対です。今の医師体制で救急をやったら医師をつぶすだけですから」と述べられたのは、見識というものである。

佐藤氏の活躍は、これらにとどまらず、震災後町の基幹産業である漁業の復興の上で、従来の網元支配、漁協統制では展望が開けない多くの漁民がいることから、漁民組合を組織した。誠に、ここに人ありである。しかし、それが弱点にもなっているようである。佐藤氏自身が気付き、改善に努力されているようであるが、彼個人に対する依存度が高く、組織的な運営と継続ということが課題である。

紫波町の「守る会」は、先に（注4）に示したように、「住民の120%を組織した」といわれるような広範な組織である。病院が無床化されたのちも、「病院のベッドの再開」を要求して運動を持続している。特に診療センターが現在地に移転新築された際に隣接して建設された特別養護老人ホームとの連携（「医療介護の連携のモデル施設」として県のお声がかかりで設置）を進めている。

しかし、その他の地域では無床化されて以降、運動は沈静化しているようである。

一方、こうした運動とは別に、個別の県立病院で医師の過酷な労働を見て、このままでは病院の存続が危ういと考えた市民が、住民の啓発運動や情報発信に取り組む運動が生まれているという（柴田 注5）。

例えば、「朝顔のたね 千厩病院をまもり隊」(会員40人ほど、「朝顔ランチ」と称する医師などへの手作り弁当の差し入れ、出前講座、ホームページ開設、会報発行など)。「県立釜石病院サポーターズ」(釜石市の働きかけで作られた。市の地域医療連携推進室がコーディネートしている。病院見学会や公園・学習会などを実施している)。「花泉の地域医療をサポートする会」(住民啓発活動など。花泉地域診療センターの民間移管に反対す

る運動を繰り広げてきた「花巻地域の医療と福祉を守る会」との関係はないが、病床を復活してほしいという願いは強いという（注6）。「お産と地域医療を考える会」（花巻地域を主な活動舞台としている60人ほどの組織で、アクティブメンバーは6人ほどという。県立花巻厚生病院の産科の閉鎖に反対して運動し、同時に院内助産の推進を訴えた。『「岩手県の女性の出産と医療に対する意識調査」・調査報告書」を公表している）、などである。

一方、栗田（前出）は、紫波や山田の会と同様に病院無床化に反対するための運動から生まれたものとして、次の二つを紹介している。「岩手町の医療を守る住民会議」は、沼宮内病院の無床化に対して結成された「岩手県立沼宮内病院の病院機能の維持存続を求める会」が名称変更したもので、事務局は町健康福祉課である。町当局主導の住民運動組織である。町は、病床確保のために、盛岡市内の医療法人への民間移管を追及したが実現しなかった。

「県立高田病院を発展させる会」は、2004年に労働組合（病院と市職員）の呼びかけで結成された「県立高田病院の縮小に反対し、機能強化・充実を求める市民の会」（市民の会）が大震災後に名称を変更したものである。市民の会は、市PTA連合会、青年団体協議会、老人クラブ連合会などほとんどの市民を網羅する組織となり、市民の過半数を超える署名を集めて、病床縮小計画の中止を県に訴えた。市民の会は病院との交流を深め、1病棟が休止された後も研修医のホームステイを受け入れるなど活動を持続した。大震災の後、活動を再開したが、会長は市社会福祉協議会の会長である。病院に対するボランティアの組織などは行っていない。

まとめ

1 医療利用組合の歴史を持つ岩手県の住民の県立病院を守ろうとする運動は、広汎で力強いものである。しかし、医療均霑を掲げる岩手県でも医師不足と財政問題は、病院縮小と再編成を進めざるを得ない深刻さを持っていたということである

うか。医師問題は他のところ（村口報告）で触れられるが、他の県に比すれば岩手県の医師対策には多くの先進的なものがある。それでも医師の8割は大学派遣であるという。財政的にも岩手県は決して豊かな県ではない。それでも、震災後岩手県は病院を病院として復興させただけでなく、開業医に対しても同様に津波被害を受けた宮城県よりもかなり手厚い支援を行っている。広い岩手県の事情もあるであろうし、地域の存立に医療機関の存在が不可欠であるのは自明のことでもあるが、岩手県が医療均霑を引き続き掲げて追求していることは評価すべきことであろう。

このことは、医療を受ける権利の保険制度による保障という面でも、岩手県の国保資格証明書の発行が、沖縄県の36人に次ぐ210人という少なさであることにも示されていよう。筆者の住む千葉県は13,304人である（2015年6月1日現在）。

2 地域医療という場合、医療機関（医師をはじめとする専門家集団）と患者・住民、そして行政という三つの主体がかかわる。とりわけ医師と住民が手を取り合って共通の目標に向かって取り組みを進めることが核心となる。行政がそれをバックアップするという関係になれば理想的である。しかし、現実には行政改革路線の嵐の中で、行政が地域医療の後退や破壊を行うということが実際には起こっている。これに対して、病院で働く労働者が結集する労働組合や住民は反対運動を繰り広げる。その発火点になるのは多くの場合、全国的に見ても労働組合であった。こうして盛り上がる住民運動が勝てるかどうかは、どれだけ広汎な世論を形成できるかということと地域医療を前進させる道筋がほかにあることを示すことである。その点で労働組合が常日頃どれだけ地域に打って出て、住民との信頼関係を形成しているかが重要である。この意味では岩手の県立病院労組が、1982年から1983年にかけて取り組んだ「県民医療アンケート」以来、組合として地域の中に入る取り組みを系統的に進めてきたことは、高く評価されよう（注7）。さらには、実際にそこで働く医師との共同がどれだけ作ることができるかどうか、が決定的であり、さらに言えば、経営的にも

自治体病院が立派にやっていけることを示すことであろう。その点で県立病院ではないし、自治体の長や病院長の積極的役割が大きいが、一関市と合併した後もその活動が持続し、高く評価されている旧藤沢町の包括ケアの垂直的統合の取り組みは教訓的である（注8）。

3 それゆえに、地域医療を守る住民運動は、病院の無床化という行政の方針が提起されるなどのような、何事かが起こったときにそれに反対するだけの住民運動にとどまるわけにはいかない。一方、医療について住民に啓発したり、病院との交流やボランティアを主とする運動も地域医療問題が行政マターでもある以上、政治的な動きを避けるわけにはいかないのである。この二つの運動が統一的に追及されていかねばならない。そして、その運動が医療専門家との協働を生みだしていくところに展望がある。

さらにいえば、運動課題が生じたときには、広範な、いわば共闘型の組織がつけられる。共闘組織は共闘課題が無くなったときには、その使命を終わるのが一般的である。しかし、地域医療をどう守っていくかという課題は、地域が続く限り取り組んでいくべき射程距離を持っている。病院との協働を進め、個々の住民の医療と健康に関する要求にこたえていくためには、共闘型組織だけでなく、個人加盟組織をも視野に入れていくべきではないかと思われる。

（注1） 栗田但馬「研究ノート 岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割」『総合政策』第13巻第1号21頁～48頁

（注2） 青木郁夫「連合会組織による医療利用組合運動の系統的統制と組織改組の現実相」『阪南論集社会科学編』48巻2号123頁～146頁

（注3） 厳密に言えば、医療利用組合には貧農は加入することができなかったという指摘もある（例えば、刊行委員会『わが愛は山の彼方に—高橋実・人と著作』萌文社P23）。しかし、「医療を住民に」という方向性は、医療の平等につながると考え

てもよいと思う。

（注4） 例えば、今回お話を伺った及川剛氏が代表を務める紫波町の場合、「紫波地域の医療と福祉を守る連絡会」は、紫波町商工会、紫波町連合婦人会、紫波町生活と健康を守る会、盛岡医療生協紫波支部、紫波町商工会女性部、紫波町の福祉・介護問題を考える会、紫波町行政区長会、紫波町社会福祉協議会、紫波町老人クラブ連合会、社会福祉法人紫波会（にいやま荘）、社会福祉法人大樹会（百寿の郷）県母子寡婦福祉協議会紫波支部、紫波町更生保護女性の会、紫波町保険推進員協議会、岩手高血圧脳卒中友の会、紫波地区県医労友の会、新婦人の会紫波支部、紫波町交通安全母の会、紫波町民生児童委員協議会、J A岩手紫波地域女性部、紫波郡医師会、紫波郡歯科医師会、紫波町赤石生活学校、紫波町食生活改善推進員協議会、訪問看護ステーション虹（このうち紫波郡医師会と紫波郡歯科医師会は「無床化」された時点で退会、「無床化」した後に虹が加盟し、現在24団体）という構成である。同様に会長の佐藤照彦氏にお話を伺った山田町の場合も、商工会、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、保育施設保護者会、福祉協議会、食生活改善推進委員協議会、婦人団体協議会、地域自治会など広汎に参加になっている。

（注5） 以下の運動に関する記述は、栗田但馬「岩手の地域医療における住民参加の実態と課題」『総合政策』第16巻第2号（2015）岩手県立大学、による。

（注6） この花泉地域医療センターは、複雑な経緯をたどった。2010年4月、県は地域住民の入院ベッドの確保の要求にこたえるためとして、病床稼働を条件に医療法人「白光」に民間委託した。しかし、この年10月、看護師を確保できないとして入院受入れをストップした。契約違反が追求され、県は2012年4月から県立に戻した。

（注7） 『地域医療の未来を創る』2016年11月 旬報社 P108

（注8） 高間沙織「地域包括ケアシステムの存続と自治の機能 一関市国保藤沢病院を事例として」『大原社会問題研究所雑誌』No675/2015・1など。

おわりに

村口 至

最後に、岩手県の調査から県民医療を守るうえでの学ぶべき点をその普遍性という視点でまとめてみました。ここでは、県（都）立病院の多い、新潟（2位）、東京都（3位）、兵庫（4位）と最低の宮城県とも対比しました。

1) 医療の公共性を担保するものとしての県立病院の役割として

①量と質の配置展開の特徴

- ・県内の公立病院の比率がほぼ同程度でも、県立病院の比重が圧倒的であることで、全県的視野での医療機関展開を可能とし、さらにその合理性が見られる。
- ・その結果として、市町村・国保病院も県立病院との連携関係で地域医療網の形成を可能とする。
- ・地域医師会との関係を“密”にすることで、合理的な相互関係、“密”な連携関係を構築できる。⇒大震災で生かされた。
- ・県内の医大との連携も県立病院の医師配置の計画を担保できている。

②経営思想＝「あまねく医療の均てん」の影響…強い普遍性を持つ

- ・高度医療—地域基幹—サテライトという3層構造を全県と2次医療圏に展開し有機的連携を構築している。開業医との連携も重視している。この3層構造の効果が、全国的に自治体病院の経営困難のなかで、医療収益を毎年増加させ、経常収益比100.1%、(全国93.9%)、医業収益比94.2%（同74.6%）という実績に表現されている。この理念と経営構造が、今日の政府の公立病院の公立外しの「独法化」「民営化」路線を迫る中でも、当局の「県立でゆく」決意を支えているといえそうです。
- ・経営決算は、全県立病院が構成する「医療局」

として評価することで、地方のサテライト病院の院長・事務長は「赤字」におびえることはない（山田病院）という経営連帯精神が形成されている。ここに組織の連帯の水準の高さを見ることができます。

③県医師会や地元の岩手医科大学との篤い連携関係

今回の視察対象にはなかったが、筆者が前年に視察で見聞きしたことからは、この3者の関係性の質の高さが、「あまねく医療の均てんを」の理念を支えているように感じました。例えば、被災地の県立病院の土、日、祝日の医師支援を医師会が会員を配置するとか、大型連休での医師支援には、県医師会幹部が自らが当たるとか地域医療を支える積極的姿勢が見られます（『地域の医療供給と公益性』第1章）。

④労組と県民の共闘

- ・県全体で「あまねく医療の均てん」思想が共有されていたとしても、県立病院の統廃合問題は絶えず持ちだされてきました。労組がそれと向き合い、住民との共闘の実践が試されてきました。1982年の「県民版行革」に対して、労組が「県民アンケート」1万6千人を集め、その87.5%が県立存続を求めるなどの県民の意見を議会に請願し、全会一致で採択させた。また各地での県立病院を守る住民運動を支え、全県的組織に発展させるなどの地道な努力が地域医療を守る重要な要因となっていることを見ることができます。

県立病院発足の1950年当時は25病院、40診療所、1,865床、1,124人の職員であったのが今日は、20病院6診療所（地域診療センター）、5,551床、職員6,287名（医師826名）と大きく変化していますが、そこには、行政と県民

の地域医療を守る確執が反映されていると思われる。

- ・ 県立病院職員は、入職時の教育で「医療の均てん」を強調される。職員はそれを「いつでも、どこでも、よい医療を」という形で理解するが、その後の県職人生の中で「均てん」を耳にすることはあまりないが、病院間移動の時に理念が生かされていると感じます（医療局労組書記長談）。

⑤地域医療計画策定での優位性—宮城県との比較で

- ・ 岩手県の策定委員には、必ず複数の県立病院長、保健所長が加わっています。一方、宮城県はそのいずれも構成員ではない。時には、大学教授が過半数を占めることもあった。ここからも、岩手県がいかに県民医療の実情を反映した計画の策定とその検証を積み重ねているかその質の高さを示唆しています。

2) 多数の公立病院を管理運営する上での「医療局」組織の教訓

①組織と機能の特徴整理

- ・ 医業収益は、08年762億円→11年 799億円→14年 845億円と、比較的大きな増加傾向を示している。全国の自治体病院が、廃止、民営化、独法化等により減少している中で特徴的です。また、全国では病院数、病床数や職員数そのものが減少している中で、入院、外来両部門とも増収であり、職員数も増加しています。これは、「医療局」による“大規模から地方の小規模病院の一体性の効果”と評価できます。“肋骨支援”関係で日常的に県立病院間関係を構築していることによる“一体感”は、3.11の大震災でもその強みを発揮したといえます。

②医療人を育成する上での評価

- ・ 事務職は事務一般職として採用されるが、その後「医療局」に移動したのちは、基本的に定年まで「医療局」に属し、地方の県立病院間の移動で幹部職員として成長するようになっています。よって、各県立病院事務幹部は、他の県立病院についても情報を共有できる関

係にある。全国の公立病院一般にみられるような“事務幹部の退職の花道としての県立病院事務長人事”は起こりようがない。厚労省の目まぐるしく変わる医政策にも対応可能だ。

- * 一方、県・都立病院の多い新潟県、東京都、兵庫県は、県立病院事務長人事は、他部署からの移動幹部人事になっている由。

3) 「医師連」の普遍性・法則性

- ・ 医師は、独立した専門職である上に、出身大学や医局が異なるが故に、病院組織の中で組織性や集団性を習得してゆくことが大事だ。その役割を果たしているのが「医師連」という県立病院常勤医の組織です。年会費1,000円。会長は選挙で決める（歴代の委員長は県立病院長）。医師の研究・研修や労働条件などの要求をまとめ当局と交渉する。他職員の増員などの要求もある。学術的企画も開催する。地方の住民との懇談も企画するなど、地域医療を担う医師としての成長にも留意している。院長会議は年4回あり、知事も積極的に参加し院長の悩みに耳を傾けるといふ。病院幹部人事も議論するという。幹部医師が組織的に生み出されている姿がうかがえる。このような中で、沿岸過疎地区の県立病院医師が育てられていると思われます。

4) 医師奨学金制度

- ・ 県と市町村（国保連）で共同出資した基金で、県内医師養成制度を作っている。実績をもとに、2035年までの新卒医師計画を策定し県の公立病院の展望を支えている。医師の配置には医大医学部長が座長となり、国保連、医療局などの委員会で検討するなど組織だっています。医師配置を透明性の高い組織にしていることは、医師団や県立病院、市町村国保病院相互の信頼関係をつくる上での担保となっているに違いない。また、学費の高い私立医大の入学金を、国立大学入学金との差額を助成するなど県政策の熱意を感じます。

5) 地域住民の運動

・県当局が掲げる「あまねく医療の均てん」という理念は、県民の立場からも、“県の義務”として要求する理念的“担保”となり得ます。いわば、県民にとって憲法25条の具体化として受け止めることもできます。

この言葉は、「県行政も住民も含め受け入れられる“遺産”だ。県当局を議会で追及するうえでよく使った」「差別なく雨が降り注ぐように、全県民にとって等しく享受されるべき」（及川剛談 岩手県地域医療を守る住民組織連絡会代表）。地域医療を守る住民運動では、運動の事務局を町役場に置き、町内の主な組織—商工会、婦人会など主な団体を網羅して持続的に運動し、ボランティアで病院の存続にも支援するなどしている（佐藤照彦談 山田町の地域医療を守る会）。

* 県立病院の“使命”について、理念的に提示している県は他にない。東京都は、「医療機能集約とネットワーク化」「患者中心医療の推進」をあげ、『行政的医療』の推進として①ER ②周産期・小児医療 ③災害対策 ④在宅医療支援 をあげているのみである。都民に対する行政の責任を示す理念や思想をうたっていない。新潟県や兵庫県も同様である（各県のHPによる）。

6) 県労組の役割

県医療局労組は、県立病院のリストラと闘う長い歴史を持つ。常に県民の視点を持ち、住民の中に入り、対話の中で住民組織を作ること重視してきた。ここの住民組織を立ち上げるうえでの支援や全県集会を企画するなど、そして対県交渉などなどです。県労組なくしてできなかったと住民組織代表が語っています。しかし、近年は、業務の忙しさに、組合員の意識と行動を地域に向けさせることの困難さを労組幹部は語っていました。

以上のように、県立病院数が多いが故の組織運営の工夫が随所にみられます。また、「あまねく医療の均てん」を行政の理念として県民と共有す

るための、県民、行政、労組、医師集団の困難な取り組みの歴史を垣間見ることができる。

それにしても、戦後65の病院と診療所でスタートしたのが、今日では26病院と診療所へと半数以上が閉鎖させられたという事実は重い。これらの病院・診療所が、戦前の暗黒時代に、東北地方の最も困窮していた地域住民の“血と涙”で作りに上げてきた歴史を思えば、そこに戦後の医療の発展を考慮しても、地域住民が主体者となる運動に対しての我が国の社会保障・医療政策の“非情さ”を思わずにはいられない。

最後に、強調したいのは、医療行政における県の役割と責任である。自治体病院は、新たな危機の時代に入っているように思われる。大都市部においては、経営の効率化がさらに迫られ、郡部においては、存立そのものが脅かされている。郡部の病院での最大の問題は医師問題であり、医師不足が経営困難に直結している。もちろん地域で医師を育てていくような住民の協力は不可欠であり、自治体や病院の主体的努力も極めて重要です。しかし、現在のこの問題は、その自治体や病院の力だけでは解決困難な部分がある。岩手県の場合、県立病院に限られているとはいえ、その医師対策には学ぶべきものがあつた。それぞれの県で奨学生の確保など一定の対策は取られているが、極めて不十分であり、地域の特に郡部の中小病院の危機を打開するには至っていない。県は地域医療計画や医療ビジョンを作れば仕事はお終いということではあるまい。県が医師を確保し、困難を抱える地域病院に配置するような対応が迫られているのではないか？現状のまま放置すれば、医療崩壊がさらなる地域崩壊につながっていく危険があるであろう。

末尾になりましたが、このたびの岩手県調査の立案と案内で同行して下さった川口義治氏（岩手県生活と健康を守る会会長、元岩手民医連事務局長）に、篤く感謝申し上げます。

岩手の地域医療と財政

井上 博夫

1. 県立病院を中心とした地域医療展開をしている岩手県の財政構造・状況とその評価

岩手県では県立病院を全国的にみても非常に多数設置していて、基幹病院だけではなく地域医療についてもかなりの程度を担ってきている、そのことが岩手について調査をされる関心だろうと思います。また岩手でそれだけ多くの県立病院を抱えて、財政的に大丈夫なのか、どうやってその財政は賄われているのか、そうした問題意識もあるだろうと思います。さて資料ですが、私は基本的には、オープンにされている統計資料類をもとにして整理していますのでご覧ください。

(1) 岩手における公立病院と県立病院の役割の特徴

図表1-1は、各都道府県の病院数に占める公

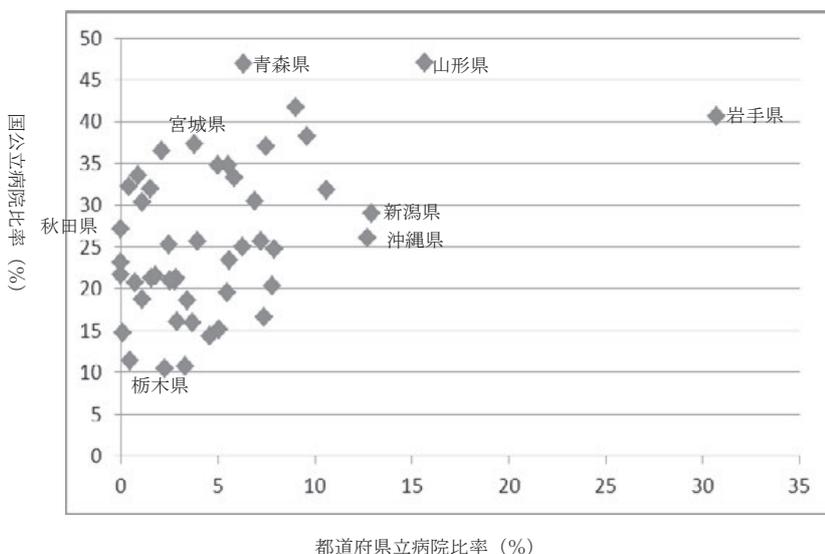
立病院の割合を散布図にしたもので、横軸が都道府県立病院比率、縦軸が国公立病院の比率です。縦軸では、民間病院と公立病院との役割分担の高い・低いがわかって、横軸では、そのなかでもとくに都道府県の役割を見ていることとなります。こうして見ると、岩手県が他県とはとび離れたところにあることがわかります。まず、岩手の他には山形、青森、宮城も上に位置しており、東北地方の各県は、民間より多いわけではないですが、国公立病院の割合が相対的に高いということになっています。

岩手県は、県立が非常に大きな比率を占めるのが特徴になっています。多くの都道府県の場合には、県立病院はごく少数で数病院というところが多く、なかには都道府県で一つとか、あるいはせいぜい二次医療圏に一つあるという程度です。基幹的な病院は主に都道府県立病院が担い、各地域については公立病院でも市町村立、あるいは国保

病院が担うというのが多い。しかし岩手県の場合は、むしろ、そっくりまとめてと言ってもいいぐらい、県立がやっていることとなります。そうすると地域医療についての役割分担、何を県が担い、市町村が何を担うのかと、そういう論点が出てきます。岩手県のなかでもそういう議論はあったと思います。

役割分担については、二つの意見があります。一つの考え方は、県は主として高度医療を提供する基幹的な病院を担当し、地域医療はむしろ市町村の病院というものです。この考え方からすると、岩手は普通ではないという捉

図表1-1 都道府県別の公立病院比率（2010年10月1日現在）



(出所) 厚生労働省「医療施設調査」より作成。

え方になります。県立病院のなかからも「普通の県立病院」になりたいという意向もあって、その場合には再編・統合を進めたほうが良いという議論につながっていきます。それから市町村立病院の医療従事者のなかからも、医療だけではなく医療と介護が連携をしなければいけない、地域の健康全体について責任をもつ関与をしていくためには県立病院より市町村のほうが良いという意見もあると思います。そもそも県立病院の場合は医療のことしか考えておらず、地域全体の福祉や健康とどう関わっていくかということまで関与してこない傾向があるという批判もありました。

例えば沢内村（現西和賀町）ですが、沢内の医療は自分たちの村立病院をもっていて、そこが保健活動などと一緒にやってきたから出来た、という意見があります。また、一関市と合併した旧藤沢町の場合、藤沢町民病院が藤沢町の病院としてつくられて、それも一度廃止されてから再建という形でつくられたのですが、その時に病院だけではなく福祉関係の施設もすべて町営でワンセットに揃えました。そのことによって、一面ではずいぶん負担が大きいのではないかという声もありましたが、中身を見るとむしろ経営上も黒字になっていて、地域の人にとっても医療と介護・福祉の切れ目がないという点で、町立によって医療と福祉の連携がうまくいっていると言われていました。確かに市町村が福祉の主体で県が医療の主体と分かれているのはよくないという意見があるというのも事実です。

ただし、もう一つの考え方で、財政や人材確保を考慮すると、医療を個々の市町村が担当するのは困難だから県がやる、あるいは県の関与をもっと強めていく必要があるという意見もあります。岩手県の場合は、各地にあった厚生連の病院と国保連の病院を1950年に県立に移管し、県が全県にわたる医療を担当してきました。また、他県の市町村には国保病院を単独で維持し続けるのが困難なところもあって、二つめの考え方に移行しつつあるところもあるという、そんな状況だと思います。例えば県と市町村とで一部事務組合をつくって設立する鳥根県の隠岐病院の場合、従来は市町村でやっていたものを県が積極的に関与していくことによって、地域医療を維持することになって

います。

私の意見としては、やはり医療を考えた時に市町村の圏域よりももう少し広い圏域でカバーをして、そして医師確保や看護師さん等その他の医療スタッフの確保にもあたる、県の責任をもっと広げて、しかし県は医療だけやるのではなく、それぞれの病院が市町村や保健所、地域とのつながりをもっていくのだという方向が現実的かなと考えているところです。

その点で現在の岩手県が、どこに軸足を置いているのが論点になります（図表1—2、省略）。

「地方公営企業年鑑」から震災の影響のない2010年度の統計をみると、岩手県は病院総数95、そのうち都道府県立23、市町村立8です。この8のなかには、国保の病院も含まれます。東北の他県で見ても、青森県が都道府県立5に対して市町村立26、宮城県が4対29と、岩手と逆転している関係が確かに見られます。そういう意味で、全国でもっとも県立病院の多い県になっています。それから岩手では医療法人立もそれほど多くないというのも特徴です。戦後、岩手県立病院ができていった時につくられた創業の精神「県下にあまねく医療の均てんを」を理念にして、岩手県が医療施設を引き受けていった、そういうことです。

（2）岩手県財政の構造と地域医療

岩手と東北各県の財政構造を見ます。図表1—3は都道府県目的別歳出額（2010年度決算）です。古いデータだと思うかもしれませんが、2011年度以降は東日本大震災の影響で非常事態になっていて、通常とは全く違う財政構造になっており、他との比較ができなくなるので、以後も基本は震災直前の2010年度の数値を示すようにしています。

これは目的別の歳出額を県民一人あたりに直したものです。県民一人一人に対して各費目にいくら充てていくかで各県の比較をしました。

まず歳出総額を見ると、東北6県のなかでは宮城県が一番少なくなっていて、全国平均よりも小さいです。これは政令市である仙台市が抜けていることもありますし、一般的に面積と人口密度をもって地方交付税が入ってくるので、地方圏の方が人口過疎などから一人あたりに直せば歳出額は大きくなる、そういう傾向があります。そのご多

図表 1—3 都道府県目的別歳出額（2010年度決算、一人あたり、円）

	歳出総額	議会費	総務費	民生費	衛生費	労働費	農林水産業費	商工費	土木費	警察費	教育費	災害復旧費	公債費	その他
青森県	517,466	785	48,383	67,553	20,104	9,172	44,457	43,251	53,710	22,211	108,658	717	87,333	11,132
岩手県	511,733	958	25,734	61,726	37,945	10,329	40,207	52,090	49,265	20,745	110,432	1,169	90,179	10,953
宮城県	350,951	693	23,105	46,641	11,380	5,662	22,527	45,656	30,599	20,157	87,738	750	41,458	14,585
秋田県	585,547	1,019	40,684	65,925	23,998	7,273	51,731	96,128	63,100	22,801	109,084	1,830	90,045	11,929
山形県	493,273	876	41,692	59,949	19,021	13,532	26,305	60,162	56,728	22,595	102,536	358	78,589	10,931
福島県	402,805	671	28,984	51,958	13,716	6,666	25,955	36,492	44,238	21,472	100,034	259	61,262	11,098
全国	386,120	592	30,263	50,497	13,492	5,411	18,595	34,578	44,996	25,316	85,879	685	53,586	22,231

（出所）総務省「地方財政統計年報」より作成。

図表1—4 都道府県歳入額（2010年度決算、一人あたり、円）

	歳入総額	地方税	地方譲与税	地方交付税		使用料・手数料	国庫支出金	繰入金	繰越金	諸収入	地方債	その他	
				普通	特別								
青森県	528,631	97,809	13,200	156,714	153,937	2,776	5,535	87,110	23,053	5,645	48,864	83,122	7,579
岩手県	543,626	85,343	14,453	169,184	165,932	3,252	3,542	78,881	19,547	11,824	66,507	87,962	6,383
宮城県	367,649	102,098	12,423	77,298	75,998	1,300	4,193	44,635	10,102	6,414	46,487	54,972	9,026
秋田県	594,666	82,109	14,317	176,690	173,532	3,158	6,088	73,557	24,847	6,573	110,255	93,335	6,897
山形県	502,638	85,407	14,506	155,858	153,740	2,118	4,141	61,786	20,726	6,766	67,387	80,535	5,527
福島県	418,433	95,469	13,688	107,375	105,793	1,582	4,947	60,485	16,476	4,253	45,031	63,916	6,795
全国	394,042	125,394	12,540	68,996	67,859	1,137	5,211	49,215	18,239	5,512	41,416	61,467	6,051

（出所）総務省「地方財政統計年報」より作成。

分にもれず、岩手県の歳出総額は全国平均に比べれば、一人あたりにして10数万円多くなっています。なかでもどこが多いかというと、この調査と関わりの深い衛生費が目につきます。

医療関係は衛生費のなかに含まれるので、衛生費を見てみると、岩手県は一人あたり37,945円で、全国平均13,492円の3倍弱あります。東北の各県と比較しても、もっとも大きくて1万円以上も一人あたりの衛生費が高いです。その多額の歳出をどうやって歳入面で支えているのかというのが、下の表になります。

図表 1—4、これは一人あたりで見た都道府県歳入額です。歳入総額は大体歳出総額と対応する関係になっているので、岩手は全国平均よりも多くの歳入があって、それで歳出を賄っています。

内訳を見ると、一番大きな収入は地方交付税です。岩手県は一人あたり169,184円なので、全国平均68,996円に比べれば10万円ほど多く交付税が入ってきています。他方で、地方税は全国平均よりも低く、その地方税の少なさを埋める以上に地方交付税の金額は大きいことになります。したがって地方圏におしなべて言えますが、岩手県の場合も、地方交付税が非常に大きな意味をもってい

るということです。

地方交付税を普通交付税と特別交付税に分けますと、普通交付税は、基本は人口や面積などで求めるものです。それに対して特別交付税は、特別の事情に応じて配分されるということになります。医療関係、病院事業に対する繰入金は、この特別交付税で措置される部分が多いです。実際、岩手県の場合、特別交付税が他県よりも大きいです。普通交付税も細かく見ると、基準財政需要額の算定をする際に補正係数を用いるのですが、補正をする時に病院数などをいろいろ入れるため、病院関係の事業が多いところについては普通交付税の算定額も大きくなるということが表れているかと思えます。

さて、全体の歳出でいうと、衛生費が岩手は多いということだったので、衛生費の内訳を見てみましょう。まず図表 1—5 都道府県目的別歳出額の一人あたりの推移を見ると、被災三県では2011年度に大きく増加しています。とりわけ福島県が2011年度以降、飛びはねて大きくなります。がれきの処理費は衛生費ではなく民生費に入れているので、それ以外の災害時の衛生費で増えたということになります。福島県の場合には、そうすると、

図表1—5 都道府県目的別歳出額の推移（一人あたり、円）

	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費
青森県	517,466	20,104	547,704	27,872	512,894	18,690	524,032	21,963	502,730	17,450
岩手県	511,733	37,945	937,341	80,055	843,713	48,684	804,379	46,561	743,582	40,180
宮城県	350,951	11,380	777,888	55,805	793,745	26,868	660,438	23,654	555,578	20,268
秋田県	585,547	23,998	596,433	28,157	566,081	16,575	589,175	26,364	583,362	17,625
山形県	493,273	19,021	513,214	22,082	497,725	17,829	509,953	20,798	493,913	21,261
福島県	402,805	13,716	1,095,803	236,748	791,877	132,105	906,054	28,555	966,797	29,765
全国	386,120	13,492	401,548	20,059	390,668	15,147	389,902	13,518	390,970	13,029

（出所）総務省「都道府県決算状況調」各年度版、住民基本台帳人口より作成。
 （注）病院事業会計、公立大学付属病院事業会計への繰り出しは、「公衆衛生費」に含まれる。

放射性物質の拡散にともなう健康調査などかと思えます。

さらに衛生費の内容を見たのが、図表1—6 衛生費の内訳（p.48）です。これを見ると2011年の震災以降に増えているのは環境衛生費で、公衆衛生費はほとんど変化がないのがわかります。通常の医療関係の経費は公衆衛生費に入るので、そこはあまり変わらないのです。それを確認しておいて、この公衆衛生費の中身を見ていくということが次の課題です。

2010年度の公衆衛生費を見ると、先ほど話したとおり岩手県が飛び抜けて多い（28,786円）ことがわかります。衛生費がどの費目で多いのかを横に見ると、結核対策費から医薬費に至るまで、その他の費目は決して多くはないのです。したがって、岩手県が多いのはほとんど公衆衛生費です。

最初に病院数を見ましたが、他県は都道府県立が少なく市町村立が多い、岩手だけ県立が多いということでした。ですから市町村を合わせて考えるとまた違った姿が見えてくるかもしれないと思ひ、市町村目的別歳出額を見たのが図1—7（p.49）です。岩手県は、市町村の衛生費がとりわけ大きくはなく、そのなかでも保健衛生費は東北の他県に比べてむしろ少ない方なのです。

そこで保健衛生費の金額と内容を都道府県と市町村をあわせて検討してみる必要がありますが、両者を合計しても、岩手の地方財政において医療関係支出が多いという事実が変わりありません。

次いで図表1—8は、都道府県公衆衛生費の性質別内訳です。性質別内訳とは、公衆衛生費を実際にどういう使い方をしているのかというものです。

岩手県の公衆衛生費の歳出合計額は387億1,800

万円です。この約387億円の内訳で一番多いのが「補助費等」201億円、補助費等のうち「市町村に対するもの」はごくわずかで「その他に対するもの」が197億円と大半を占めています。「補助費等」の次に多いのが「貸付金」143億円です。市町村に対する貸付金はないので、貸付金の全額が「その他に対するもの」ということになります。そこで、岩手県の場合、市町村以外の「その他に対する補助金等」と「その他に対する貸付金」、この2つの支出が公衆衛生費全体の89%を占めています（2010年度）。

一方、全国の場合には「公衆衛生費」8,741億円のうち、「補助費等」4,237億円、「貸付金」449億円を合わせて4,686億円で全体の54%です。だから岩手県の「公衆衛生費」が大きいのはこの「補助費等」「貸付金」が多いためで、他県と全然違うことになっているのです。

これらの「その他に対するもの」とは、具体的には病院事業会計に対する支出です。公衆衛生費の財源内訳を図表1—8の下の方に載せておきました。

岩手の場合、「補助金等」「貸付金」が他県より大きいけれども、その大部分は「一般財源等」と「諸収入」で賄われており、二つの財源は合計で360億円あり、財源全体の93%にのぼります。そのうち「諸収入」は、歳出である「貸付金」の元利償還金などの形で入ってくるため支出と収入が見合いになる部分が多いと思われるので、財源の大半は「一般財源等」によって充てられていることとなります。なお、全国の場合は「諸収入」347億円と「一般財源等」5,335億円で、財源の65%です。

図表1—6 都道府県目的別歳出額：衛生費の内訳（一人あたり、円）

2014年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	17,450	6,141	44	404	7,216	0	1,812	1,832
岩手県	40,180	26,528	22	701	5,869	0	917	6,143
宮城県	20,268	4,497	9	405	6,703	432	855	7,368
秋田県	17,625	5,692	45	108	4,690	448	956	5,686
山形県	21,261	11,654	32	298	2,301	585	1,502	4,889
福島県	29,765	5,035	22	389	5,609	3,362	1,104	14,244
全国	13,029	5,855	33	416	2,195	483	814	3,233

2013年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	21,963	6,890	52	437	8,492	0	1,204	4,888
岩手県	46,561	27,382	22	692	9,833	0	866	7,766
宮城県	23,654	4,639	11	377	7,993	443	840	9,351
秋田県	26,364	6,560	68	0	4,908	344	955	13,529
山形県	20,798	10,756	26	355	2,337	846	1,365	5,112
福島県	28,555	6,765	25	370	9,358	339	1,034	10,664
全国	13,518	6,010	35	474	2,260	521	781	3,438

2012年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	18,690	6,275	48	391	8,886	0	1,101	1,989
岩手県	48,684	28,969	18	707	8,094	0	923	9,974
宮城県	26,868	5,147	11	0	8,840	620	870	11,380
秋田県	16,575	3,221	44	113	3,153	312	962	8,770
山形県	17,829	9,061	19	388	2,460	440	1,326	4,135
福島県	132,105	7,686	23	362	102,045	333	1,058	20,598
全国	15,147	6,305	62	476	3,719	460	817	3,309

2011年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	27,872	9,501	50	638	14,431	0	1,237	2,014
岩手県	80,055	28,432	17	666	21,148	0	915	28,877
宮城県	55,805	5,720	9	301	21,814	499	858	26,604
秋田県	28,157	7,743	41	206	9,768	326	1,000	9,073
山形県	22,082	9,735	24	434	2,583	541	1,350	7,415
福島県	236,748	8,742	19	351	154,003	336	1,086	72,211
全国	20,059	7,071	83	528	5,250	475	843	5,809

2010年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	20,104	7,226	53	819	9,743	0	1,156	1,106
岩手県	37,945	28,786	20	397	5,137	0	943	2,663
宮城県	11,380	4,909	13	185	2,143	404	845	2,879
秋田県	23,998	7,637	44	210	2,456	334	1,107	12,209
山形県	19,021	10,013	25	285	2,423	465	1,331	4,479
福島県	13,716	8,371	24	204	1,825	313	1,091	1,887
全国	13,492	6,880	93	520	2,380	394	851	2,375

（出所）総務省「都道府県決算状況調」各年度版、住民基本台帳人口より作成。

図表1—7 市町村目的別歳出額（2010年度、都道府県別、一人あたり、円）

	歳出合計	衛生費	1保健衛生費	2結核対策費	3保健所費	4清掃費
青森県	509,235	53,328	26,842	109	270	26,106
岩手県	498,681	47,098	19,119	73	443	27,463
宮城県	413,826	37,202	20,530	174	899	15,599
秋田県	524,136	43,380	20,938	122	790	21,531
山形県	456,130	41,617	22,667	135	0	18,815
福島県	423,787	35,392	17,175	73	406	17,738
全国	422,107	37,818	16,857	122	836	20,003

（出所）総務省「地方財政統計年報」、住民基本台帳人口より作成。

図表1—8 都道府県公衆衛生費性質別内訳（2010年度地方財政状況調査、百万円）

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	合計(全国)
人件費	1	614	313	546	697	804	38,265
物件費	179	485	350	353	188	236	32,402
維持補修費	0	6	0	0	0	5	366
扶助費	1,556	1,506	2,928	1,320	1,414	2,254	188,582
補助費等	5,821	20,129	5,627	4,944	8,365	6,752	423,743
市町村に対するもの	1,183	409	920	528	428	618	78,671
その他に対するもの	4,127	19,719	4,697	4,343	7,818	6,057	330,294
普通建設事業費	878	421	0	161	83	193	21,194
積立金	1,421	1,256	2,218	1,141	1,037	2,006	115,655
投資及び出資金	0	0	0	0	0	0	8,036
貸付金	300	14,300	0	0	0	4,926	44,881
うち市町村に対するもの	0	0	0	0	0	0	971
繰出金	0	0	0	0	0	0	992
歳出合計	10,156	38,718	11,436	8,464	11,783	17,175	874,116
財源内訳							
国庫支出金	2,518	2,105	3,384	1,551	1,686	2,945	225,816
使用料・手数料	12	9	0	3	190	44	1,794
分担金・負担金・寄附金	7	15	12	5	10	10	1,777
財産収入	23	1	3	0	0	1	287
繰入金	866	607	716	525	616	789	56,761
諸収入	305	10,306	0	138	45	4,599	34,713
繰越金	20	7	1	0	10	6	3,713
地方債	0	0	0	0	25	0	15,791
一般財源等	6,404	25,668	7,320	6,240	9,202	8,782	533,464

（出所）総務省「地方財政状況調査」データより作成。

そうすると「公衆衛生費」を賄うために、岩手県が負担をする「一般財源等」が他県に比べればかなり多いこととなります。岩手県の場合、256億円ですが、例えば宮城県は73億円なので、宮城県より183億円多くの一般財源をここに充てていることとなります。岩手県の地方税収入は853億円ですから、病院事業関係繰入だけでこれだけの金額を使っていて、県財政がどのように成

り立っているのかが問題となります。

2. 国保病院を含めた地域医療に対する財政的基盤についての評価

(1) 岩手県における病院事業に対する財政措置について

さて、今度は病院事業会計の側から見てみましょう。まずは岩手県で行われている病院事業に対する財政措置についてです。

図表2-1は、県の一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入を見たものです。表の上段右側、繰出合計金額は、岩手県は336億円です。東北地方の他県は0～76億円で、岩手県は相当多くの金額を病院事業会計に繰出していることがわかります。ただし病院事業会計から一般会計への繰入金合計額が103億円ですから、これと相殺した岩手県一般会計からの純繰出額は233億円となります。図表2-2は、これまた一人あたりで見たものです。一人あたりで繰出合計を比較するとやはり岩手県が飛び抜けていて、一人あたり25,000円です。

繰出金の中身は、先ほどの県財政のところで見た際には「補助金等」と「貸付金」と述べましたが、具体的にはこの表のとおり「負担金」「補助金」「貸付金」となるわけです。

図表2-1の下の方を見ますと、繰出金の中身は「運転資金繰出」143億円、「事務費繰出」130億円、「建設費繰出」38億円などに充てられて

います。この繰出のうち「貸付金」143億円は、貸したお金だから返ってきます。それが繰入金のところの「貸付金元利収入」103億円となっていて、ここは相殺されます。結局は県財政から病院事業会計への繰出金としては実質的には「負担金」が重要ということになります。

次に市町村の場合についてです。市町村については、国保直診勘定と公営企業会計をとっている病院事業、その2つについて市町村一般会計との関係を整理したのが図表2-3～6です。

図表2-3、2-4は、県内市町村一般会計から国民健康保険事業会計直診勘定への繰出と、国保直診勘定からの繰入です。さきほどと同じように見てみると、まず岩手県は、絶対額でも一人あたり額でも東北地方の他県より大きく、少なくとも国保病院で見るかぎり、岩手では市町村も病院事業への繰出金が多いということになります。

ただし図表2-5 (p.52) のとおり、市町村の公営企業会計（病院事業）への繰出金の合計額を見ると、岩手県は37億円であり、青森県196億円、宮城県157億円に比べると少ないのです。これを

図表2-1 一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、都道府県、百万円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	3,902	9	2	0	0	0	300	0	4,204	9
岩手県	18,599	2,428	741	314	0	0	14,300	0	33,640	2,742
宮城県	0	0	4,265	0	0	0	0	0	4,265	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	5,788	2,067	1,810	0	0	0	0	0	7,598	2,067
福島県	4,001	765	1,998	528	0	0	426	0	6,425	1,293
合計(全国)	173,484	55,470	67,257	28,453	8,036	0	27,665	0	276,442	83,923
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金の 繰入	その他繰入	
青森県	300	2,218	166	1,521	0	0	302	0	0	302
岩手県	14,300	12,989	3,782	2,568	0	0	10,312	0	0	10,312
宮城県	1,801	1,177	10	1,278	0	0	0	0	0	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	0	5,413	226	1,960	0	0	0	0	0	0
福島県	0	3,336	3	1,322	1,337	426	0	0	0	0
合計(全国)	35,996	155,023	18,262	49,768	14,057	3,335	24,170	0	302	24,472

(出所) 総務省「地方財政状況調査」データより作成。

図表2-2 一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、都道府県、一人あたり円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	2,776	6	1	0	0	0	213	0	2,991	6
岩手県	13,828	1,805	551	234	0	0	10,632	0	25,011	2,039
宮城県	0	0	1,831	0	0	0	0	0	1,831	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	4,918	1,756	1,538	0	0	0	0	0	6,457	1,756
福島県	1,950	373	974	257	0	0	207	0	3,132	630
合計(全国)	1,365	437	529	224	63	0	218	0	2,176	661
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金の 繰入	その他繰入	
青森県	213	1,578	118	1,082	0	0	215	0	0	215
岩手県	10,632	9,658	2,812	1,909	0	0	7,667	0	0	7,667
宮城県	773	505	4	549	0	0	0	0	0	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	0	4,600	192	1,665	0	0	0	0	0	0
福島県	0	1,626	2	644	652	207	0	0	0	0
合計(全国)	283	1,220	144	392	111	26	190	0	2	193

(出所) 総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表2-3 市町村一般会計から国民健康保険事業会計直診勘定への繰出、繰入（2010年度、百万円）

	繰出金							繰入金			
	運転資金 繰出	事務費 繰出	建設費 繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他 繰出	合計	うち人件費 財源繰出	借入金の 繰入	その他 繰入	合計
青森県	28	395	0	40	129	122	715	405	0	0	0
岩手県	63	723	53	256	334	3	1,432	307	0	2	2
宮城県	0	14	0	2	0	90	106	0	0	0	0
秋田県	6	46	2	24	53	22	153	20	0	6	6
山形県	0	172	18	22	39	3	253	20	0	0	0
福島県	26	101	25	100	76	29	357	37	0	0	0
合計(全国)	211	4,594	736	2,355	4,922	1,331	14,149	2,453	0	167	167

(出所) 総務省「地方財政状況調査」データより作成。

図表2-4 市町村一般会計から国民健康保険事業会計直診勘定への繰出、繰入（2010年度、一人あたり円）

	繰出金							繰入金			
	運転資金 繰出	事務費 繰出	建設費 繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他 繰出	合計	うち人件費 財源繰出	借入金の 繰入	その他 繰入	合計
青森県	20	281	0	28	92	87	509	288	0	0	0
岩手県	47	538	39	190	248	2	1,064	229	0	2	2
宮城県	0	6	0	1	0	39	46	0	0	0	0
秋田県	5	41	2	22	47	20	138	18	0	5	5
山形県	0	146	15	19	33	3	215	17	0	0	0
福島県	12	49	12	49	37	14	174	18	0	0	0
合計(全国)	2	36	6	19	39	10	111	19	0	1	1

(出所) 総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表 2-5 市町村一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、百万円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	9,126	1,250	4,128	946	4,144	0	2,223	0	19,621	2,196
岩手県	2,097	709	516	152	979	0	170	0	3,761	861
宮城県	9,678	2,662	2,728	1,267	3,302	0	0	0	15,709	3,929
秋田県	4,923	179	956	345	995	0	0	0	6,874	524
山形県	6,985	2,094	1,631	146	1,501	0	0	0	10,116	2,240
福島県	3,041	1,288	989	86	2,161	0	400	0	6,591	1,374
合計(全国)	285,347	57,909	102,835	30,049	71,438	55	14,635	70	474,254	88,083
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金の 繰入	その他繰入	
青森県	2,223	8,527	867	5,019	2,976	8	1,809	0	0	1,809
岩手県	0	1,513	185	1,417	24	622	0	0	0	0
宮城県	1,343	7,344	673	4,646	633	1,069	8	0	0	8
秋田県	552	2,337	730	1,900	1,294	60	0	0	0	0
山形県	0	4,174	123	3,536	407	1,877	11	0	342	353
福島県	424	3,153	1,104	1,289	472	149	111	0	0	111
合計(全国)	24,804	206,077	31,421	131,165	34,232	46,555	13,095	0	859	13,953

(出所) 総務省「地方財政状況調査データ」より作成。

図表 2-6 市町村一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、一人あたり円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	6,493	889	2,937	673	2,948	0	1,582	0	13,960	1,563
岩手県	1,559	527	383	113	728	0	126	0	2,796	640
宮城県	4,155	1,143	1,171	544	1,418	0	0	0	6,744	1,687
秋田県	4,442	161	862	311	897	0	0	0	6,202	473
山形県	5,935	1,780	1,386	124	1,276	0	0	0	8,597	1,904
福島県	1,482	628	482	42	1,053	0	195	0	3,213	670
合計(全国)	2,246	456	809	236	562	0	115	1	3,733	693
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金の 繰入	その他繰入	
青森県	1,582	6,067	617	3,571	2,118	6	1,287	0	0	1,287
岩手県	0	1,125	137	1,053	18	462	0	0	0	0
宮城県	577	3,153	289	1,995	272	459	3	0	0	3
秋田県	498	2,109	659	1,715	1,168	54	0	0	0	0
山形県	0	3,547	105	3,005	345	1,595	9	0	291	300
福島県	207	1,537	538	628	230	73	54	0	0	54
合計(全国)	195	1,622	247	1,032	269	366	103	0	7	110

(出所) 総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表2—6、一人あたり額でみれば、岩手県は2,796円となり、全国平均の3,733円に比べても少なく、青森の13,960円に比べれば相当低いこととなります。市町村の公営企業会計（病院事業）への繰出が多いのは、東北地方では青森、宮城、山形で、岩手は少ない。ではトータルではどうなのか、それを計算したのが図表2—7, 2—8です。

都道府県、市町村の病院事業（国保直診勘定を含めて）への繰出を合わせてみます。全体額から見ると、岩手は繰出金の合計が388億円です。

一人あたり金額にするとどこが多く、どこが少ないかが見えてきます。岩手は県に圧倒的に集中していて、市町村一般会計のほうはずっと少ない。合わせてみると、岩手と他県との差異は相当小さくなりますが、それでも病院事業への繰出金額は東北6県で最も大きいです。

純繰出額で見ても同じことが言えます。一人あたり額（図表2—8）の純繰出額が岩手県は

21,000円なので、全国平均の4倍で、東北地方の他県と比べても相対的に大きいということになります。東北6県の中で最も多いという点に変わりはありません。

そういう意味では、県と市町村の全部を合わせても医療にかけているお金は、岩手はやや多い。ただ、県がものすごく多いという図はちょっと違ってくるといえることになるとと思います。

（2）公立病院事業の経営状況

まず県立病院の話です。岩手のように過疎地域まで含めて県立病院を立地していて、それで経営状況はどうか、それが図表2—9（p.54）です。これも2010年度で見えています

経営指標として、表の下から6番目に「9. 経常収支比率」があります。経常収支比率は経常的な収入を経常的な費用で割ったものです。したがって100を超えたら経常黒字、100を下回っていた

図表2—7 都道府県、市町村一般会計から病院事業会計への繰出金、繰入金（2010年度決算、百万円）

	繰出金					繰入金					純繰出額
	都道府県一般会計から病院事業会計へ	都道府県一般会計から公立大学付属病院事業会計へ	市町村一般会計から病院事業会計へ	市町村一般会計から国保直診勘定へ	合計	都道府県病院事業会計から	都道府県公立大学附属病院事業会計から	市町村病院事業会計から	市町村国保直診勘定から	合計	
青森県	4,204	0	19,621	715	24,539	302	0	1,809	0	2,111	22,428
岩手県	33,640	0	3,761	1,432	38,832	10,312	0	0	2	10,314	28,518
宮城県	4,265	0	15,709	106	20,080	0	0	8	0	8	20,073
秋田県	0	0	6,874	153	7,027	0	0	0	6	6	7,021
山形県	7,598	0	10,116	253	17,968	0	0	353	0	353	17,615
福島県	6,425	0	6,591	357	13,373	0	0	111	0	111	13,261
合計(全国)	276,442	992	474,254	14,149	765,838	24,472	0	13,953	167	38,592	727,245

（出所）総務省「地方財政状況調査」データより作成。

図表2—8 都道府県、市町村一般会計から病院事業会計への繰出金、繰入金（2010年度決算、一人あたり円）

	繰出金					繰入金					純繰出額
	都道府県一般会計から病院事業会計へ	都道府県一般会計から公立大学付属病院事業会計へ	市町村一般会計から病院事業会計へ	市町村一般会計から国保直診勘定へ	合計	都道府県病院事業会計から	都道府県公立大学附属病院事業会計から	市町村病院事業会計から	市町村国保直診勘定から	合計	
青森県	2,991	0	13,960	509	17,459	215	0	1,287	0	1,502	15,957
岩手県	25,011	0	2,796	1,064	28,872	7,667	0	0	2	7,669	21,203
宮城県	1,831	0	6,744	46	8,620	0	0	3	0	3	8,617
秋田県	0	0	6,202	138	6,340	0	0	0	5	5	6,335
山形県	6,457	0	8,597	215	15,269	0	0	300	0	300	14,969
福島県	3,132	0	3,213	174	6,518	0	0	54	0	54	6,464
合計(全国)	2,176	8	3,733	111	6,027	193	0	110	1	304	5,724

（出所）総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表2—9 都道府県立病院事業経営指標（2010年度決算、数・百万円・％）

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	全国
病院数	2	21	3	0	4	7	170
(2) 病床数	935	5,502	869	0	1,647	847	52,244
(3) 病院の立地条件							
1 不採算地区（第1種）	0	5	0	0	0	2	10
2 不採算地区（第2種）	0	1	0	0	0	0	7
3 不採算地区病院以外	2	15	3	0	4	5	153
1. 総収益	20,058	95,090	14,176	0	33,967	11,630	1,061,855
(1) 医業収益	17,846	81,899	10,637	0	28,578	7,556	881,878
うち(ア) 他会計負担金	314	3,037	38	0	1,380	898	35,324
(2) 医業外収益	2,175	13,073	3,459	0	5,109	4,039	178,440
うちウ. 国庫補助金	51	824	16	0	58	13	4,630
エ. 都道府県補助金	0	0	0	0	54	0	305
オ. 他会計補助金	824	3,493	607	0	1,846	1,998	31,884
カ. 他会計負担金	1,167	8,165	2,527	0	2,872	1,999	126,326
(3) 特別利益	37	118	80	0	279	35	1,536
うち他会計繰入金	0	0	0	0	0	0	0
2. 総費用	20,192	96,179	14,098	0	33,786	13,098	1,057,681
(1) 医業費用	19,367	86,942	13,116	0	31,412	12,629	996,764
(2) 医業外費用	825	7,940	780	0	2,128	445	54,482
(3) 特別損失	0	1,297	202	0	246	24	6,435
3. 経常利益又は経常損失	-171	89	200	0	147	-1,479	9,072
4. 純利益又は純損失	-134	-1,089	78	0	180	-1,468	4,174
5. 前年度繰越利益剰余金又は前年度繰越欠損金	-4,322	-18,942	-3,059	0	-19,481	-24,176	-603,790
6. 当年度未処分利益剰余金又は当年度未処理欠損金	-4,455	-20,032	-2,981	0	-19,301	-25,644	-599,617
7. 他会計繰入金（基準額）：特別利益分を除く	2,272	13,866	1,925	0	5,770	2,555	175,729
8. 他会計繰入金（実績入額）再掲：特別利益分を除く	2,304	14,695	3,172	0	6,098	4,894	193,533
9. 経常収支比率	99.2	100.1	101.4	0.0	100.4	88.7	92.3
10. 医業収支比率	92.1	94.2	81.1	0.0	91.0	59.8	82.0
11. 他会計繰入金対経常収益比率	11.5	15.5	22.5	0.0	18.1	42.2	16.3
12. 他会計繰入金対医業収益比率	12.9	17.9	29.8	0.0	21.3	64.8	20.4
13. 他会計繰入金対総収益比率	11.5	15.5	22.4	0.0	18.0	42.1	16.2
14. 実質収益対経常費用比率	87.7	84.6	78.6	0.0	82.3	51.3	76.2

注1) 独法化により「想定企業会計」となっている病院の病院数、病床数は含まない。

注2) ほとんどの病院が「想定企業会計」となっている次の県は経営指標の集計から除いた。秋田県、神奈川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、大阪府、岡山県、佐賀県。

(出所) 総務省「公営企業年鑑」第58集より作成。

ら経常赤字ということになります。岩手県は100.1で、ほぼトントンです。全国（集計対象とした38都道府県の平均）の92.3に比べれば、岩手県立病院の経営状況は決して悪くないと言えます。

さらにその下に「10. 医業収支比率」があります。経常収支の「1. 総収益」は「医業収益」と「医業外収益」及び「特別利益」に分かれますが、この医業収益だけをとったもの、逆にいえば医業外収益は補助金、負担金と税金から入ってくるお

金なので、それを除いた医業収益を分子にして、医療費用を分母にしたものです。

医業収支比率は岩手県の場合94.2で、100は下回りますが、全国の82.0に比べれば良好です。そもそも地方公営企業法は、独立採算原則の例外として一般会計において負担すべきものを定めていますから、それを除いた医業収益の比率が100を下回っているのは当たり前だと言えます。

ただ、医業収益にも他会計繰入金が入っていま

す。そういう意味では税金が全然入っていないというわけではありません。ただ、これは通常の医業収入で賄うべきではない部分、例えば、結核、感染症、精神、救急などにたいする負担金として出しているものなので、それは入って当然という部分だと思います。

医業収益のなかの他会計繰入金相当額は、地方公営企業法17条の2第1項第1号に定められていて、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」とされています。医業外収益に計上されている繰入金は、同条同項の第2号で、「当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」とされています。

結局、他会計繰入金がどうなっているかという点、表の下から7番目の「8. 他会計繰入金（実繰入額）」です。ここの絶対額が岩手県の場合には146億9,500万円と相当に大きいです。ただしその大きさというのは、病院数、病床数が圧倒的に他県より多いためであり、別に病院事業会計が赤字だから一般会計からの繰入をたくさんしているのではなく、先ほど述べましたように、経常収支比率も医業収支比率も決して悪くないのです。したがって、当然、入れるべくして入れているという理解でいいと思います。

それでは他会計繰入金として病院事業会計に入れるべき146億円を、岩手県財政のなかでどうやって工面しているかということが問題になります。表の「7. 他会計繰入金（基準額）」は繰出基準と言われるもので、国が定めている繰出基準に基づいて算定した繰出すべき金額です。それが岩手県の場合には139億円になっています。したがって繰出基準を若干超えて、約8億円オーバーして繰出しています。ただ、繰出基準を超えた繰出というのは、岩手県はそれ程多くなく、他県と比較すると、むしろ少ない方です。宮城県の場合は、繰出額自体は約32億円とそんなに多くないけれども、基準を超えた繰出が約12億円と岩手県よりも大きくなっている。これはむしろ県財政にとって大きな負担になるのではないかと思います。以上が岩手県の県立病院全体の経営状況です。

次に岩手県立病院の個々の病院で見ると、経営

状況に差があります（図表2—10、省略）。経常収支比率、医業収支比率で最も低かったのが沼宮内病院で、経常収支比率69.2、医業収支比率54.4でした（2010年）。この病院は、岩手県医療局「岩手県立病院等の新しい経営計画」(2009年2月)で、2011年4月から無床診療所化予定とされ、現在は、岩手県立中央病院付属の地域診療センターとして無床診療所になっています。個別の病院で見ると経常収支比率の悪いところについては、整理されたわけですから、すでに無床診療所化されて消えた病院というのが、沼宮内の他に5つあります。こういう実態も踏まえながら、現状で岩手県立病院の経営状況は決して悪くないと見ていただく必要があります。赤字のところは切ったとも言えるわけですから。

さて市町村立病院です。図表2—11（p.56）ですが、これは国保病院も含めています。まず病院数です。県立病院とは逆に、他県と比べて岩手県は8病院と非常に少なく、病床数も少ないです。経営状況を見ると、岩手県内市町村立病院の経常収支比率が99.3、医業収支比率が87.9で、そんなに悪くはありません。繰入金も、病院数が少ないため絶対額ではそれほど多くありません。ただ、収益に占める他会計繰入金の割合は相対的に大きく、一般会計への依存度は高いと言えます。

（3）自治体の一般会計から病院事業会計への繰出金と国の財政措置

岩手県は自治体の一般会計から病院事業会計への繰出金が大きく、それが県立病院の事業を賄っています。それでも、赤字のところについては整理をしてきた、そういう経緯だと思います。では繰出金がどのように工面されているかということが問題になるわけです。

先ほど見たように、岩手の場合は繰出基準を超える実繰出はあまりしていませんから、繰出基準がどう定められ、その繰出基準に見合った財政措置がどのようになされているかがポイントになってくると思います。

地方公営企業は、独立採算を原則としています。ただし、地方公営企業法第17条の2第1号、第2号により、むしろ独立採算ではなくて、経費の一部を一般会計からの負担で賄うべきものとされて

図表2—11 市町村立病院事業（国保病院を含む）経営指標（2010年度決算、数・百万円・％）

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県
(1) 病院数	27	8	28	12	18	10
(2) 病床数計	5,040	793	4,064	2,657	3,436	2,363
(3) 病院の立地条件						
不採算地区（第1種）	3	3	7	1	6	1
不採算地区（第2種）	11	3	12	1	5	4
不採算地区病院以外	13	2	9	10	7	5
(5) 附属施設（診療所数）	14	—	6	—	9	—
職員数（人）	5,192	725	4,232	2,397	3,675	2,460
1. 総収益	91,462	11,973	71,723	39,351	61,430	37,032
(1) 医業収益	80,670	10,063	62,952	34,696	54,793	33,162
うち（ア）他会計負担金	2,975	503	3,381	570	1,858	445
(2) 医業外収益	8,540	1,860	8,032	4,049	6,563	3,850
ウ. 国庫補助金	331	18	258	34	77	52
エ. 都道府県補助金	207	24	155	155	66	27
オ. 他会計補助金	2,405	540	1,858	1,239	1,855	833
カ. 他会計負担金	4,548	1,213	4,952	2,398	4,128	2,583
(3) 特別利益	2,251	51	739	607	73	20
うち他会計繰入金	1,921	50	630	575	73	0
2. 総費用	91,671	12,035	74,592	39,922	61,893	37,586
(1) 医業費用	85,373	11,452	70,125	38,338	58,229	35,915
ア. 職員給与費	41,553	6,204	31,331	18,767	30,238	18,953
(2) 医業外費用	4,853	561	3,469	1,490	3,157	1,581
(3) 特別損失	1,445	22	998	94	507	90
3. 経常利益又は経常損失	-1,016	-90	-2,610	-1,083	-29	-483
4. 純利益又は純損失	-210	-62	-2,869	-571	-463	-554
5. 前年度繰越利益剰余金又は繰越欠損金	-56,590	-12,349	-62,576	-10,081	-31,741	-13,840
6. 当年度未処分利益剰余金又は未処分欠損金	-56,800	-12,410	-65,445	-10,651	-32,204	-14,394
7. 他会計繰入金（基準額）：特別利益分を除く	8,683	2,013	9,546	3,617	7,107	3,549
8. 他会計繰入金（実繰入額）再掲：特別利益分を除く	9,929	2,255	10,191	4,207	7,842	3,861
9. 経常収支比率	98.9	99.3	96.5	97.3	100.0	98.7
10. 医業収支比率	94.5	87.9	89.8	90.5	94.1	92.3
11. 他会計繰入金対経常収益比率	11.1	18.9	14.4	10.9	12.8	10.4
12. 他会計繰入金対医業収益比率	12.3	22.4	16.2	12.1	14.3	11.6
13. 他会計繰入金対総収益比率	10.9	18.8	14.2	10.7	12.8	10.4
14. 実質収益対経常費用比率	87.9	80.5	82.6	86.7	87.2	88.4

（出所）総務省「公営企業年鑑」第58集より作成。

おり、その負担区分に基づいて一般会計から地方公営企業に対する繰出が行われています。

第1号は「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」、第2号が「能率的な経営を行ってもなおその収入のみをもって充てることが客観的に困難」な経費です。

この2つは非常に抽象的なので、具体的に第1

号、第2号に基づいて「適当でない経費」とは何で、いくらか、能率的な経営をやっても足りないというのは一体どの部分で、いくらなのかが問題になってきます。この点については、毎年度、総務省が繰出基準を定めて通知をしています。財政的にいえば、この繰出基準の範囲内のものについては、国が財政措置をとるということになっているのです。

したがって、繰出基準がどう定められているかということと、その繰出基準に基づいて、きちんと財政措置がとられているかどうかということが、自治体にとっては問題なのです。もし、ここが適切に出されているとしたら、確かに岩手県は病院事業会計に対する繰出が多いけれども県自身の財政を困難にするものではない、ということになるわけです。

2016年度の繰出基準（「平成28年度の地方公益企業繰出金について」総財公第50号）と、これに基づく通知「『公立病院に係る財政措置の取扱について』の一部改正について」（総財公第59号）を参照ください（省略）。

近年の特徴としては、第1に、公立病院の「再編・ネットワーク化」に関する費用に対する財政措置があります。

第2に、既存の財政措置の見直しです。これが通常の地方公営企業法の第1号、第2号に該当するものとなりますが、これについても例えば「公立病院の新設・建替等に係る手続等」のなかで「地域医療構想」との整合性のある病院事業債（都道府県の同意等を得たもの）の元利償還金について地方交付税措置をするという扱いがとられています。したがって「地域医療構想」に基づいてないと新設・建替に対する交付税措置はとられません。具体的には、例えば市町村立病院の建て替えをするというのであれば、その建替計画を県に提出し、県が医療構想に合致しているかどうかをチェックした上で同意しなかったら交付税措置はないということになります。従来の基準的な財政措置に加えて誘導的な財政措置がかなり目に付くようになってきていると言えるでしょう。

一般的な財政措置については、小泉改革のころにかなり病院財政が大変になって、それで地域医療崩壊の危機が叫ばれました。そのあと2009年に財政措置を見直す通知が出され、とりわけ過疎地等の不採算地区病院に対する財政措置が引き上げられました。そういうなかで、いま岩手県については何とか成り立っているという状況です。

3. 総務省「公立病院改革ガイドライン」など国の一連の施策に対する岩手県の対応への評価

（1）岩手県立病院の再編無床化について

ここでは旧ガイドラインへの対応としての岩手県立病院の再編・統合について紹介します。県立病院の再編・無床化についてざっと経緯等をお話ししましたが、岩手地域総合研究所「岩手県地域医療研究プロジェクト報告書」（2010年）をご覧くださいと思います（NPO 法人岩手地域総合研究所のウェブサイトからも閲覧可能）。

岩手県の二次医療圏のなかに、気仙医療圏というのがあります。市町村でいうと、大船渡市、陸前高田市、住田町です。そのなかの住田町にあった岩手県立住田病院、これが無床診療所化の対象になりました。この報告書は、その地域について、病院関係者、福祉関係者、住民の方などからヒアリングをして、どうしたらいいかということを検討したものです。

経緯をざっと見ると、公立病院改革ガイドラインが出される前から、岩手県は独自に「県立病院改革基本プラン」（2003年）を立てていました。そこで、5つの県立病院（伊保内、紫波、大迫、住田、花泉病院）を有床診療所化するという措置をしたわけです。その後、公立病院改革ガイドライン（2007年）が出てきたあとに「岩手県立病院等の新しい経営計画」（2009年）をつくり、先に有床診療所化した5診療所に加えて県立沼宮内病院を合わせた合計6施設を無床診療所化することにしました。

これらは実際に、すべて無床診療所化されました。そのなかで、県立花泉病院についてはその他の問題も生じました。県立の無床診療所化ではなく民間で引き受けるところがあると民営化したのですが、まともな経営が行われなかったのです。医師の確保もなされず、入院施設やベッドを維持すると言っていたけれども、結局、ベッドも設けられないままで、情報開示もよくないというので、結局、そこは取り止めになり、再び県が無床診療所として引き継ぎ、現在に至っています。

財政問題が無関係ではなかったと思いますが、県の説明では財政は前面に出されていませんでし

た。むしろ、医師不足で病院の維持が困難、再編が必要とされていました。とくにベッドのある病院となると、なかなかそこに行く医師が確保できないので基幹病院に集約する、そういう主張だったのです。それは国のガイドラインの方向性とも合っているのですが、岩手の実情を考えると、そもそも病院数が少ないので、再編したら病院のない市町村が生じてしまいます。

例えば先ほどの気仙二次医療圏の場合でいうと、一般病院については民間も市町村立もなく、県立病院が3つあるだけです。大船渡市に1つ、陸前高田市に1つ、住田町に1つと、各市町村に1つずつ県立病院があって二次医療圏を構成していて、そのなかの基幹病院が大船渡病院という位置づけです。住田町には他に病院がない、診療所については医師が他に2人いたけれども、高齢などでなかなか将来の医師確保が困難という状況でもありました。そういう中で県立住田病院が無床診療所化されれば、とくに在宅との関係での困難、あるいは特養の入居者への医療の提供という関係で困難が生じるという話が地域からは多く出てきました。普段は在宅療養している場合も、何かあった時にすぐ病院に連れていけないと困るということです。

また病院の側からすると、とくに問題になったのが基幹病院である大船渡病院です。住田病院のベッドがなくなると、救急搬送ですぐに大船渡病院に来てしまうことになるので、本来の基幹病院の機能が損なわれてしまう、むしろ再編によって集中される先の病院が機能停止してしまうという主張が、大船渡病院長などからの意見としても出されました。

そうすると、再編・ネットワーク化というのも、それぞれの地域の実情に合わせて考えていかなければならないのです。確かに都市圏で多くの病院があるところでは、機能分担や再編は可能かもしれませんが。しかし岩手のすべての二次医療圏でそれが現実的に可能かという判断を、もう少しきちんとすべきだったのではないかと思います。

岩手県の医療行政に関しては、岩手県の保健福祉部、そして各地域の保健所が担うことになっています。そのなかで県の医療局は、あくまでも県立病院の経営主体です。ですから県立病院の経営

をどうするかということには心を割くのですが、地域医療に対して県立病院が直接責任を負う、あるいは医療局が地域医療に関する政策立案や実施責任を負うという立場ではないのです。それではそれぞれの地域の保健所は、それだけコーディネートするだけの能力や意欲があるかということではなく、結局は地域医療に対して具体的に責任を負う主体が明確ではない状況になったのではないかと思います。

それから、医師確保の問題についても、岩手県には問題点が多くあると思います。まず、医師数が少ないこと、それから医学部卒業者の地元定着率が低いという問題があります。そういうなかで、岩手県立病院は全部で5,000床を超えるのです。医師数も総数で見れば相当あるわけで、医療局で医師の確保と派遣などをきちんと行える能力があれば、地域医療の確保にもそれなりの力を発揮できると思うのですが、現実には、医療局は医師に対する実質的な人事権を持っていないという問題が指摘されています。この点の対策も課題でしょう。

(2) 「新公立病院改革ガイドライン」と岩手県の対応

新ガイドラインの4つの視点は、(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化、(2) 経営の効率化、(3) 再編・ネットワーク化、(4) 経営形態の見直し、です。とくに新ガイドラインと旧ガイドラインとの違いは「(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が加わっていることです。

ただし、新ガイドラインでは、全部の地域に一律にやれと言っているわけではないとも言われてはいます。公立病院をめぐる状況は様々である、それぞれの地域運営は違うのだから、それぞれの地域の実情を踏まえてやりなさいと書いてはいます。

しかし実際にそれが県などに下りてきた時に、県の役人は国が言っていることを具体化するという、そういう視点が強く、地域発想でものを考えるというのが弱いのではないかなと思います。それらをきちんとしていくことが必要だと思います。

(いのうえ ひろお、岩手地域総合研究所理事長、岩手大学名誉教授)

非営利・協同総合研究所いのちとくらし ワーキンググループ報告書
地域医療と自治体病院—展望を岩手から学ぶ—

ISBN 978-4-903543-17-8

著者 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ

発行日 2017年7月15日

発行 特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

電話：03-5840-6567 FAX：03-5840-6568

電子メール：inoci@inhcc.org URL:<http://www.inhcc.org/>

頒価 1,000円

