

日医総研ワーキングペーパー

医療財政分析「市民のお金で建つ病院」

No. 86

平成 15 年 8 月 19 日

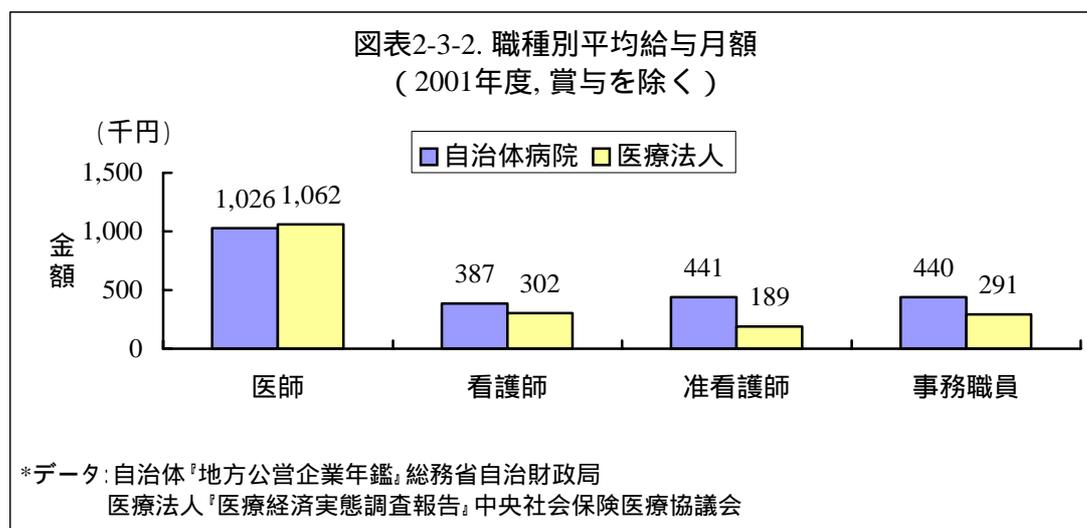
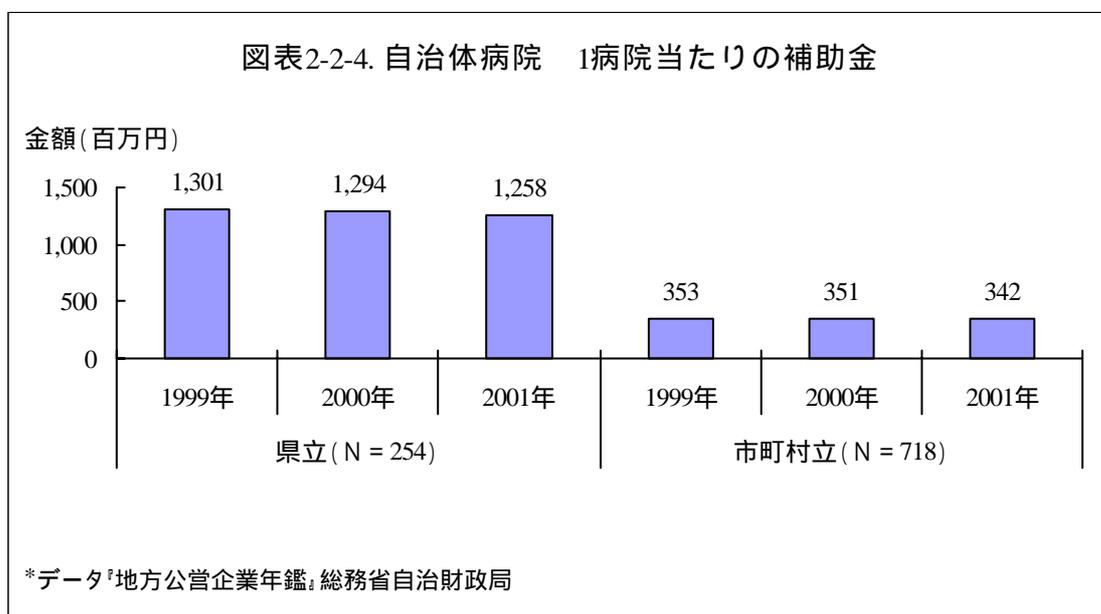
日医総研 前田由美子

ポイント

自治体病院の現状

自治体病院の約8割は赤字である。2001年度に1病院当たり投入された補助金は、県立病院1,258百万円、市町村立病院342百万円であった。医業収入100に対する補助金比率は県立病院33.6%、市町村立病院は14.7%に上る。

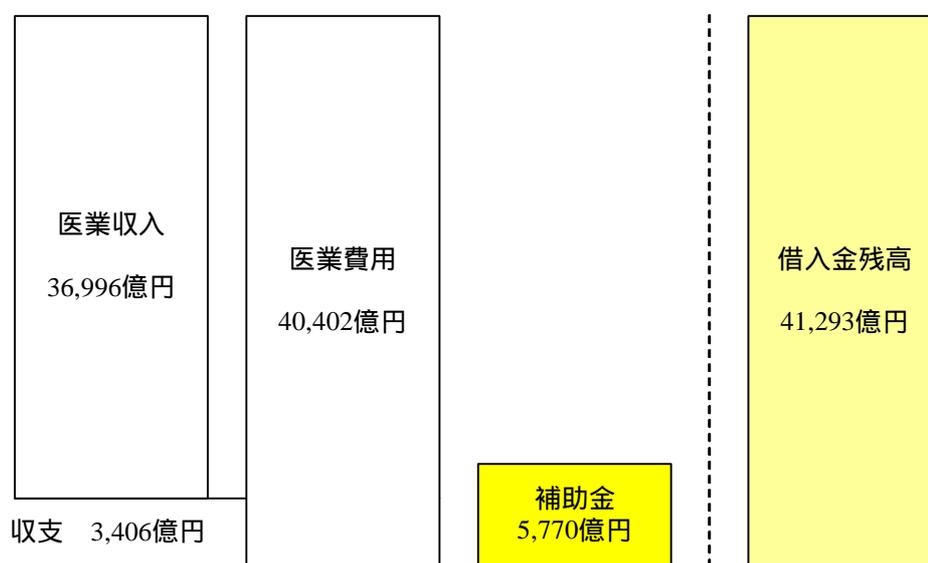
すでに知られているように自治体病院は、年功序列型給与体系を敷いている。このため給与は勤続年数に連動する。自治体病院の看護師の給与は民間の1.3倍、准看護師の給与は2.3倍となっている。



自治体病院の全体像

自治体病院全体では、医業収入 3.7 兆円に対し、医業費用が 4.0 兆円かかっており、単年度で 0.3 兆円の赤字であった。赤字の補てんとあらかじめ織り込み済みの補助金は合計 0.6 兆円であった。これとは別に借入金残高が毎年の収入よりも多い 4.2 兆円に上っている。

図表2-2-11. 自治体病院の全体像（2001年度）

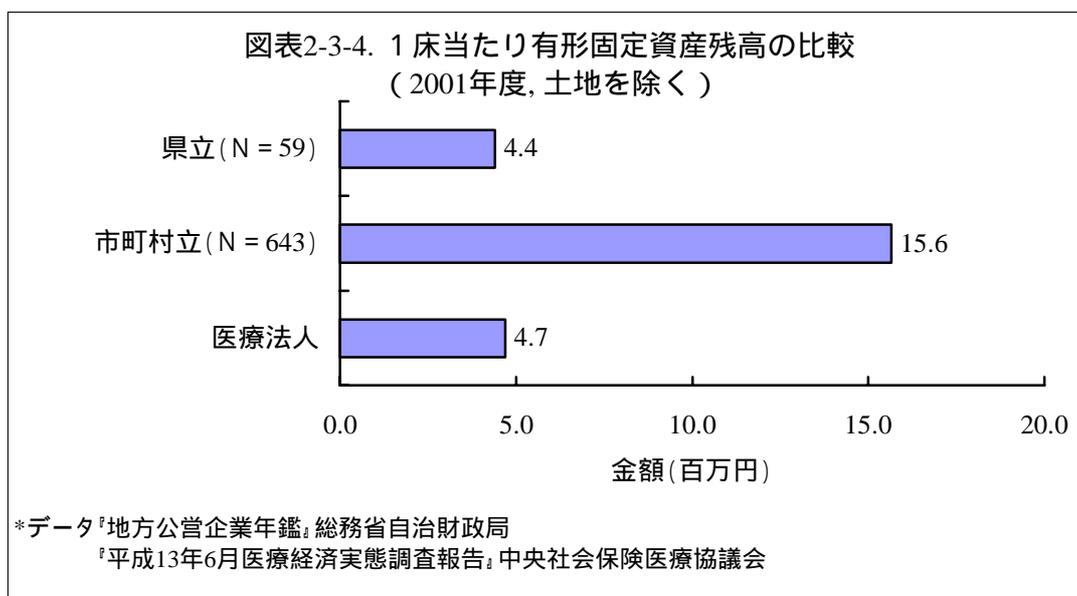


* データ『地方公営企業年鑑』総務省

* 47都道府県、13政令指定都市、703市町村での集計

自治体病院の設備

自治体病院は補助金で整備され、1床当たりの価値（償却資産残高）は民間病院と10百万円以上の開きがある

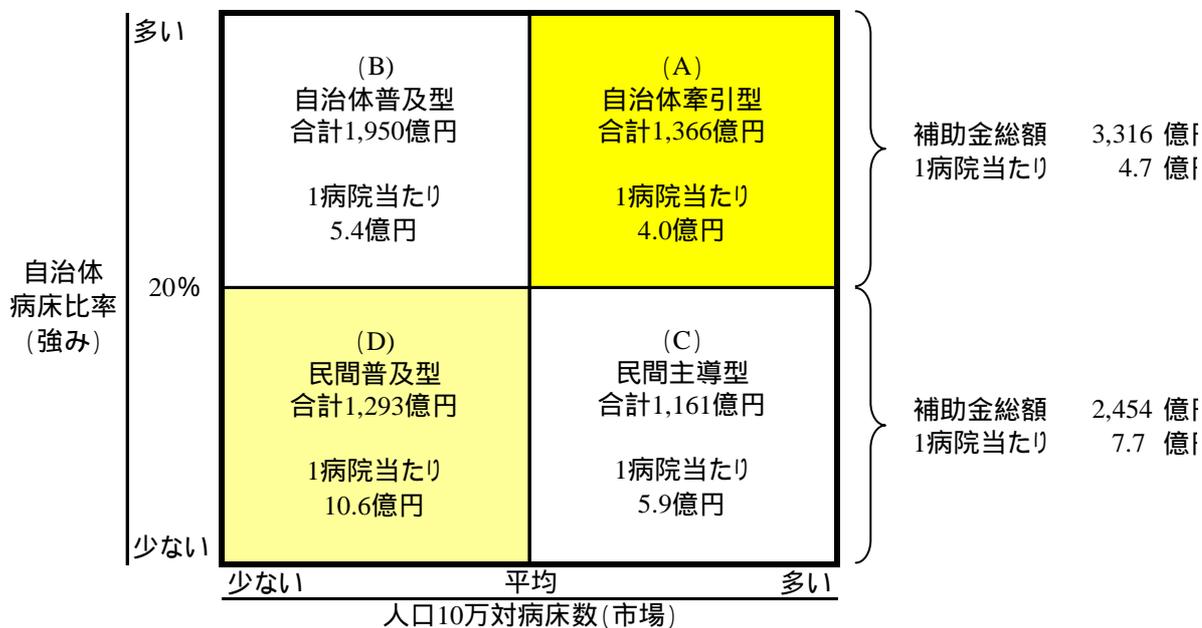


二次医療圏類型別の自治体病院の必要性

病床数が少なく、その少ない病床のほとんどを民間病院が占めている地域（D）にある自治体病院は非常に苦戦している。この地域の自治体病院に投入される補助金は1病院当たり10億円を超えており、民間病院からみると、まったく公平な競争になっていない。へき地・救急・災害のいずれの機能も持たない病院が6割を超えており、病床数が平均より少ない地域であるからといっても、自治体病院としての機能は認めがたい。

C地域は、病床数も十分にある地域で、民間がサービスを担っている地域である。コストをかけて自治体病院を維持するより、民間への移譲などを目指すべきである。

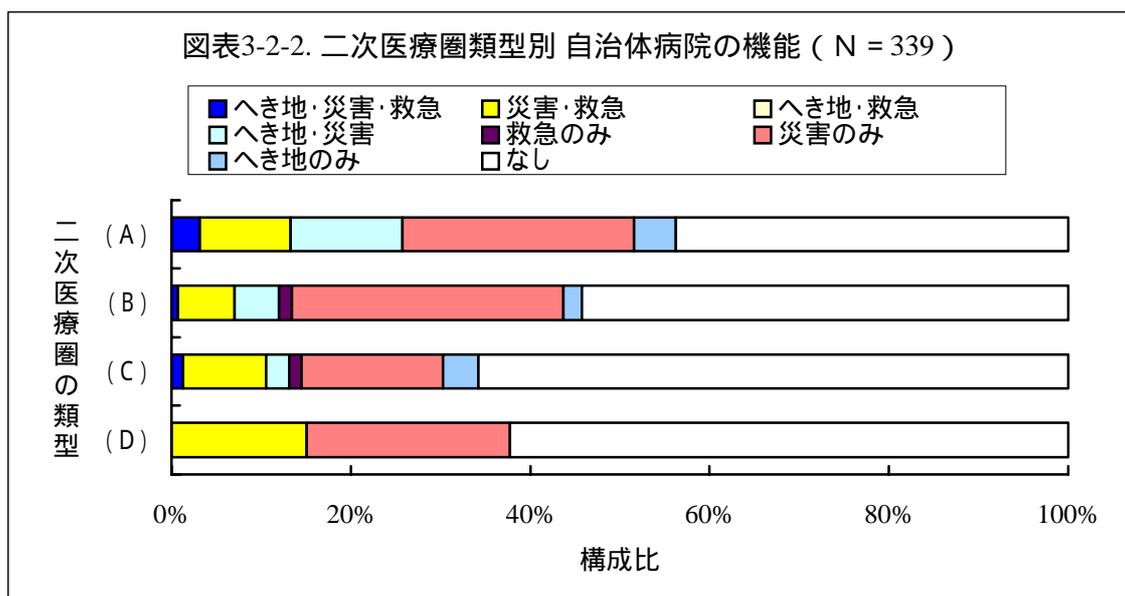
図表3-1-4. 二次医療圏類型別補助金投下額
(2001年度計5,770億円)



類型

- A 人口10万対病床数が全国平均以上で、自治体病床が20%以上
- B 人口10万対病床数が全国平均未満で、自治体病床が20%以上
- C 人口10万対病床数が全国平均以上で、自治体病床が20%未満
- D 人口10万対病床数が全国平均未満で、自治体病床が20%未満

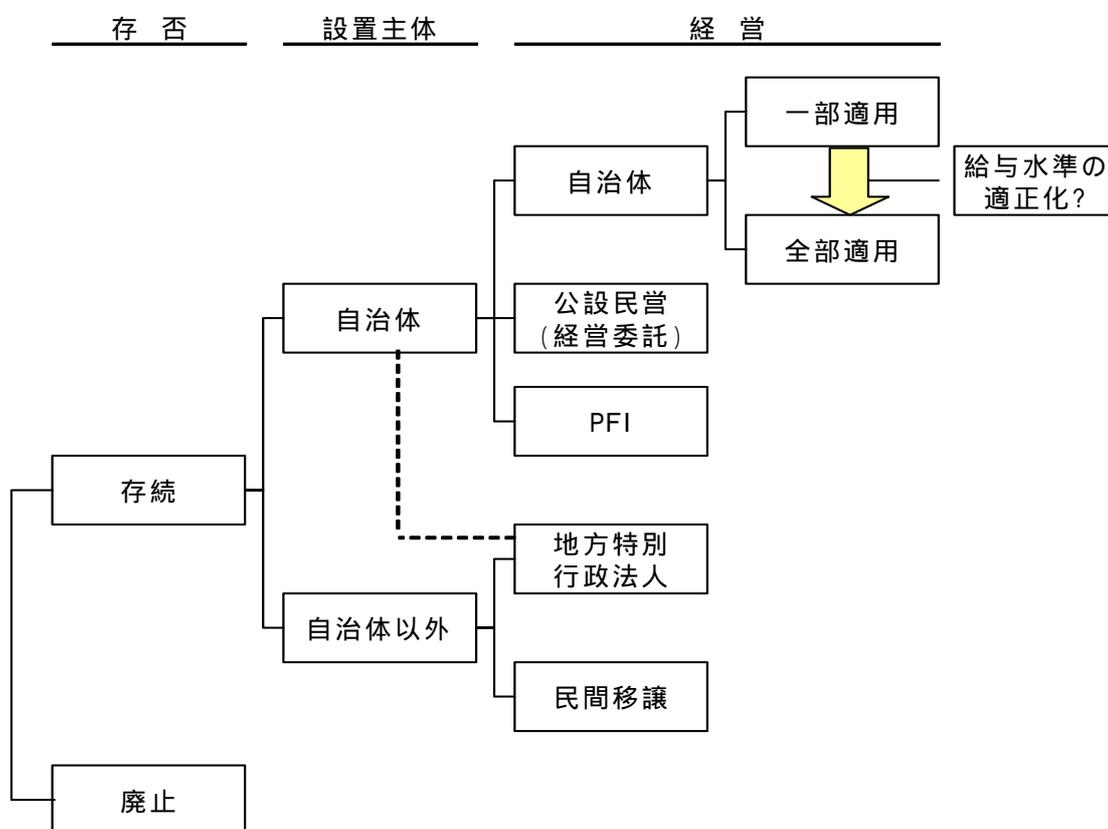
図表3-2-2. 二次医療圏類型別 自治体病院の機能 (N = 339)



自治体病院の今後について

地域性や果たしている役割・機能にもよるが、このままでは抜本的な改革は望めそうもない。最近では PFI が注目されているが、事業の評価は自治体が行わなければならない。自治体の評価能力が問われることになる。この能力がない場合には、民間にリスク管理コストや利益を上乗せされ、これまでより高くつく危険もある。地方独立行政法人も、従来型の補助金政策と訣別しない限り、市民のお金は流れ続ける。

図表 4-1-1. 自治体病院の方向性



目 次

研究の目的と方法	1
1. 自治体病院のプロファイル	
(1) 歴史	2
(2) シェア	3
(3) 都道府県別の分布	4
2. 自治体病院の経営実態	
(1) 分析対象病院数	6
(2) 赤字と補助金	7
(3) コスト体質	15
3. 自治体病院の位置づけ	
(1) 二次医療圏の特性別に見た自治体病院の経営	19
(2) 自治体病院の役割と機能	23
4. 自治体病院の今後についての一考察	26
参考資料	30

研究の目的と方法

厚生労働省は、『21世紀の医療提供の姿』(2001年9月25日)において、「急性期に必要な病床数は集約化し、一定の数に収れんしていく」と述べている。そして、現状の入院受療率をもとに計算すると2015年に必要な急性期病床は100万床であるが、先進諸国の水準から試算すると50 - 60万床になると示している。

他方、公的医療機関等の役割の明確化も課題とされているものの、「親方日の丸病院」には依然として年間5,000億円もの保険料や税金が投入されている。自治体病院も補助金によって赤字が補てんされている。

そうなると、厚生労働省の病床削減案には、結局は民間病院を淘汰し、公的病院等を温存させる目論見があるのではないかという危惧が生じる。

そこで、公的病院の補助金運営の実態を明らかにし、また本当に役割があるのかを検討することとした。

公的病院のうち「親方日の丸病院」については、『国民のお金で建つ病院』¹で分析を行っている。今回は、『市民のお金で建つ病院』とし、自治体病院に焦点を当てた。

分析はまず、『地方公営企業年鑑』のデータを用いて自治体病院の財務分析を行った。次に、自治体病院がある二次医療圏を類型化し、自治体病院がどのような地域にあるか、またそれぞれの地域でどのような役割を果たしているかを分析した。そして最後に、地域や経営状態別に、自治体病院がどうあるべきかについて考察を試みた。

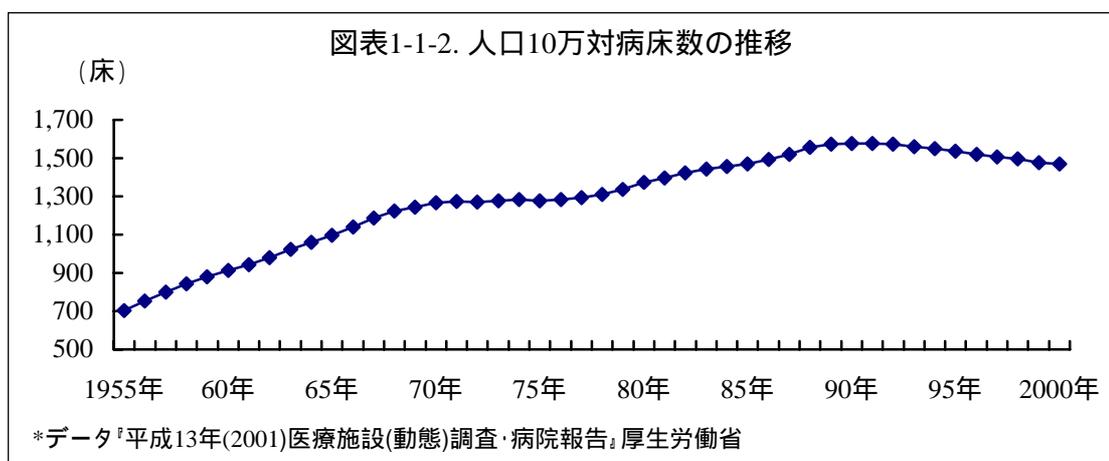
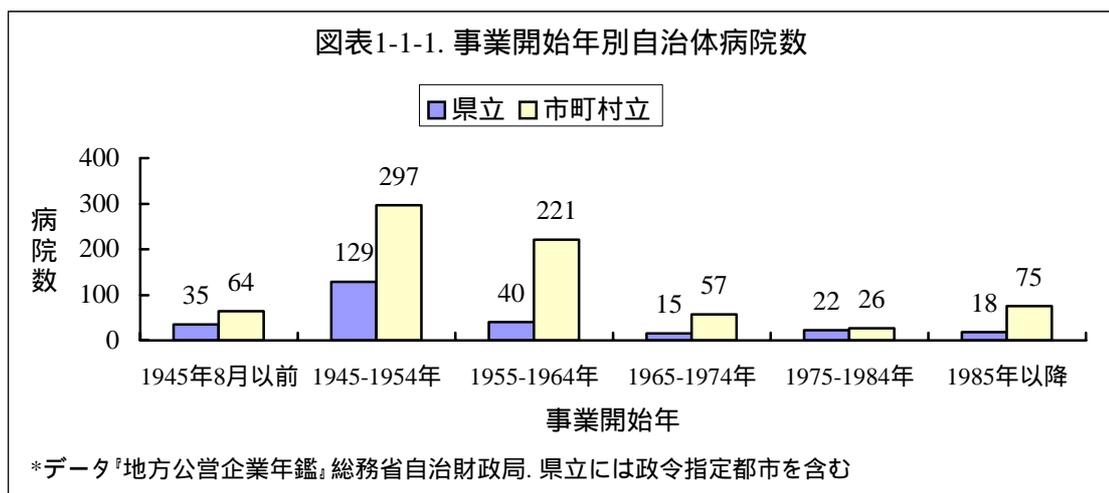
¹ 前田由美子, 2002年7月, 日医総研報告書第42号

1. 自治体病院のプロファイル

(1) 歴史

自治体病院の多くは、戦後のへき地医療、救急医療を向上することなどを目的に設置されてきた。特に県立病院の事業開始年は戦後10年間に集中している。県立病院の中には国立病院の移譲を受けたところがあり、市町村立病院の中には県立病院の移譲を受けたところがある。

高度経済成長期を経て、交通アクセスが格段に良くなった。また医療機関の整備も急速に進み、1990年代に入ると病床数の伸びが頭打ちとなった。自治体病院が設立された時代に比べると事業環境は大きく変化している。

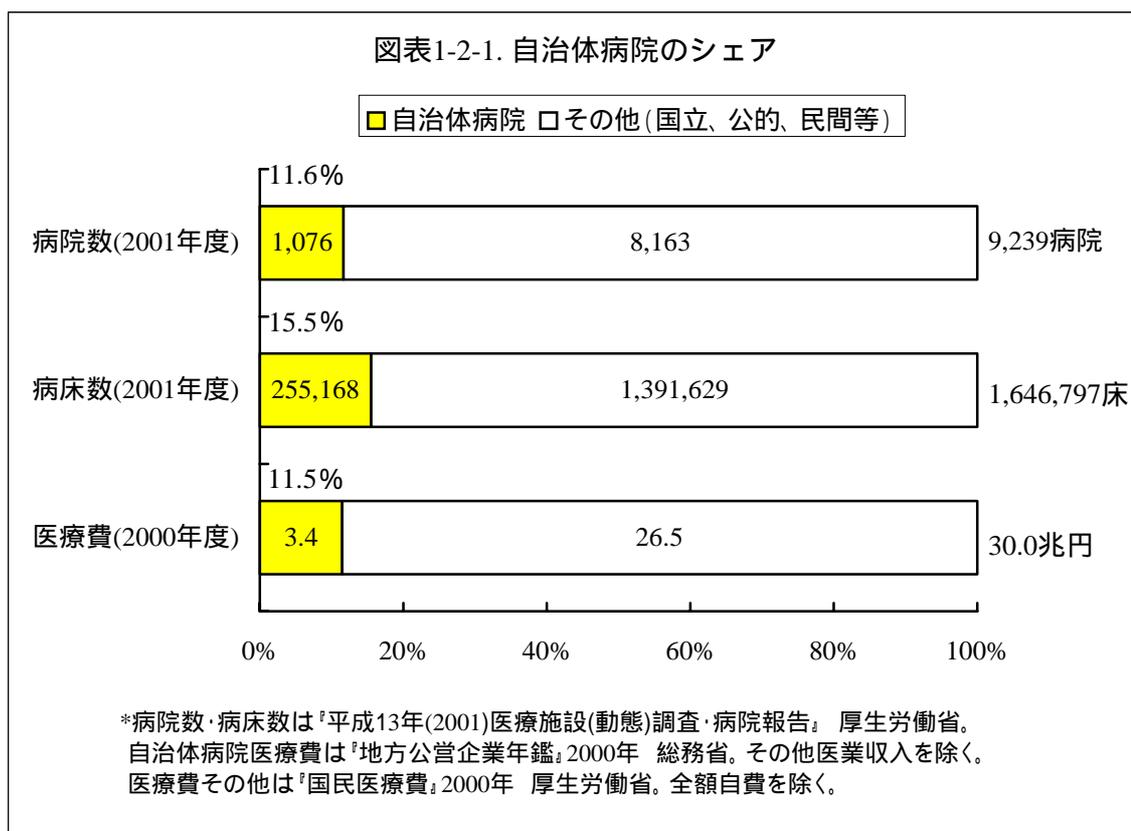


(2) シェア

『平成13年(2001)医療施設(動態)調査・病院報告』(厚生労働省)によると、2001年度には都道府県立病院(以下、県立病院)が313、市町村立病院が763あり、自治体病院は合計1,076であった。2001年度の全国病院数は9,239であり、自治体病院は病院全体の11.6%を占める。

病床数は、県立病院88,288床、市町村立病院166,880床、合計255,168床であった。自治体病院の病床数は、全国の病院病床数(1,646,797床)の15.5%を占めている。また1施設当たりの平均病床数は県立282床、市町村立219床、その他170床であり、自治体病院は規模が大きい。

自治体病院全体の医業収入(入院・外来収入のみ)は2000年度には3.4兆円であった。診療所も含めた2000年度の医療費30.0兆円(ただし全額自費は除く)の11.5%を占めている。

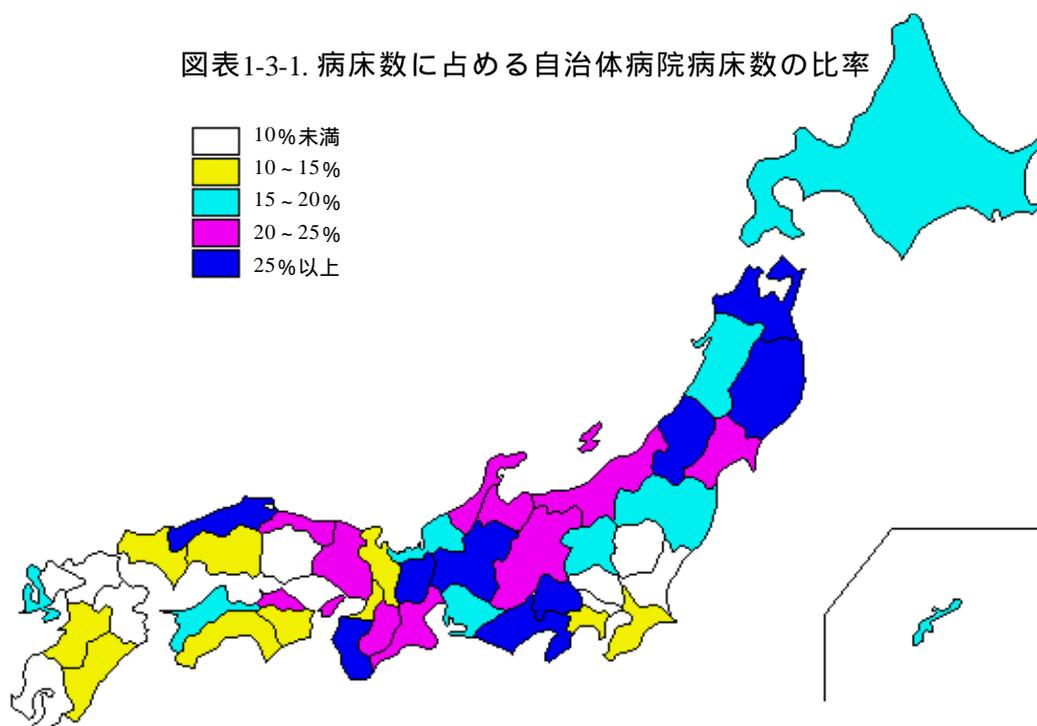


(3) 都道府県別の分布

自治体病院の都道府県別分布では北海道が110ともっとも多く、次いで兵庫44、岩手41病院・・・となっている。

図表1-3-1は都道府県内の全病床数に占める自治体病院の病床数の比率を示している。高い順に山形43%、岩手37%、青森35%となっている。東日本のほうが自治体病院の占有率が高い。

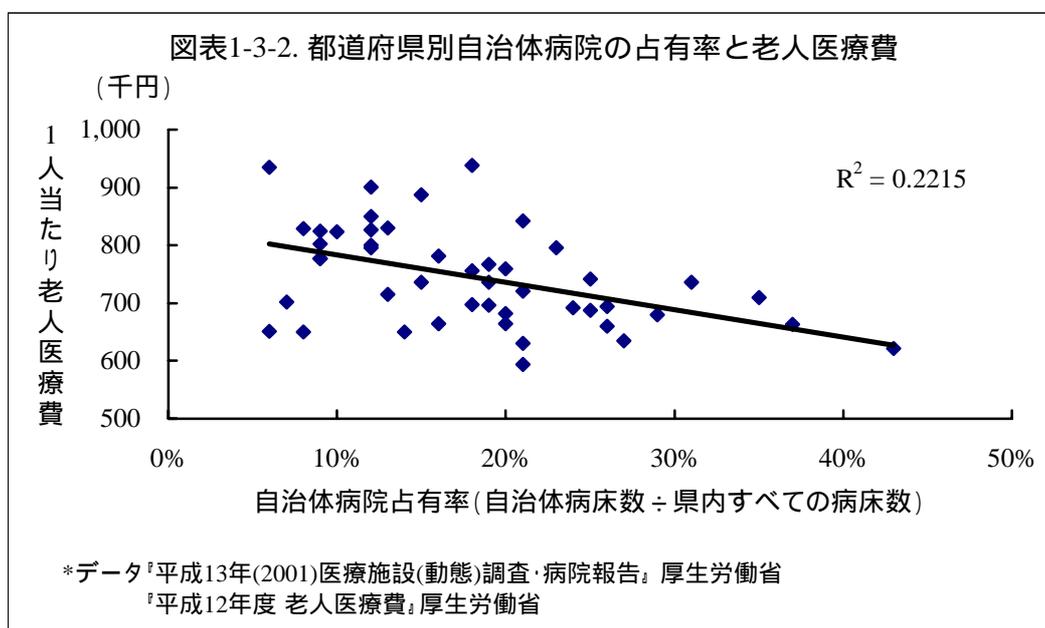
なお自治体病院は病床数の少ない地域に多いわけではない。現在においては自治体病院が医療過疎地を補完しているとはいえない。



*データ¹平成13年(2001)医療施設(動態)調査・病院報告。厚生労働省

ところで、自治体病院の病床数は老人医療費と負の相関を示している。すなわち、自治体病床が多い県では医療費が低く、自治体病床が少ない県（民間の病床が多い県）では医療費が高い。

その理由として、たとえば民間病院では患者を顧客ととらえ、急性期から慢性期までトータルでサービスを提供したり、患者に合わせてサービスを変えたりする（その結果、費用もかかる）のに対し、自治体病院ではそういった意識が希薄であるのではないかと考えられる。



2 . 自治体病院の経営実態

(1) 分析対象病院数

『地方公営企業年鑑』から、それぞれ以下に示す病院について分析した。

- ・過去 3 年間の経年変化の分析

過去 3 年間の財務データがとれるもの(3 年以上前に開設されたものであり、過去 3 年間統廃合のないもの)。分析した病院数は基本的に県立 (政令指定都市立を含む) 254、市町村立 718、合計 972 である。

- ・市町村財政との比較分析

市町村立病院のうち、複数の市町村が公立組合を設置して運営する病院を除く 577 病院。

- ・貸借対照表からの分析 (借入金依存度、1 床当たり有形固定資産)

貸借対照表は自治体ごとに作成されているので、自治体病院を保有する自治体の数。都道府県 59 (東京 23 区を除く政令指定都市 12 を含む) 市町村 649 (病床数を用いるものについては病床数データが入っていないところがあるので 643)。

なお、データによっては欠損値、外れ値があるのでそれらは除いた。

* 『地方公営企業年鑑』は、水道、交通、ガス、病院など地方公共団体が行う事業の状況 (業務の概況、損益計算書、貸借対照表など) を収載したもの。

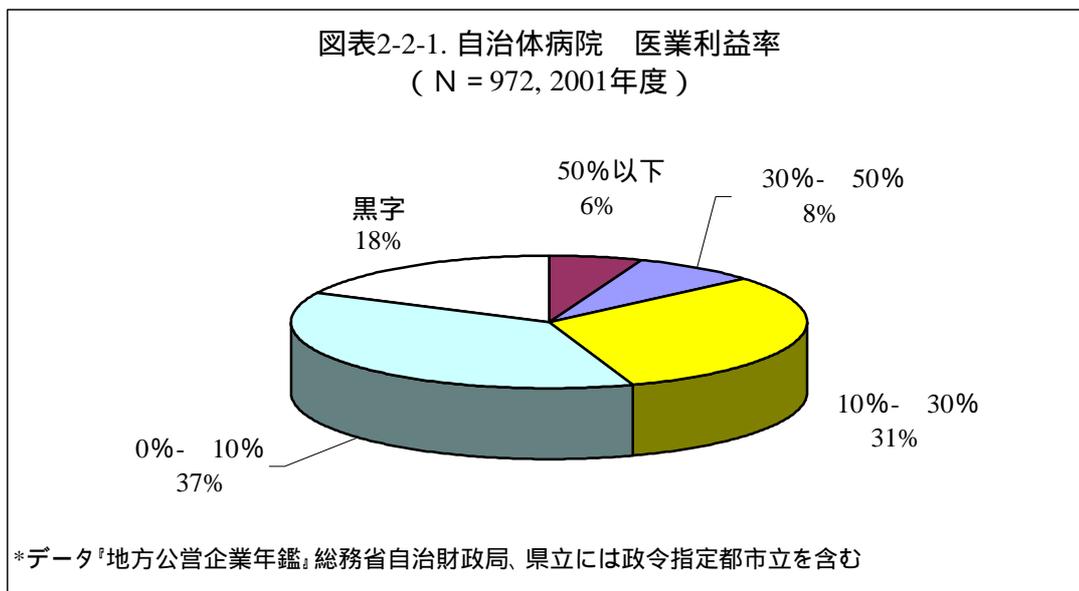
<http://www.soumu.go.jp/c-zaisei/kouei/>

(2) 赤字と補助金

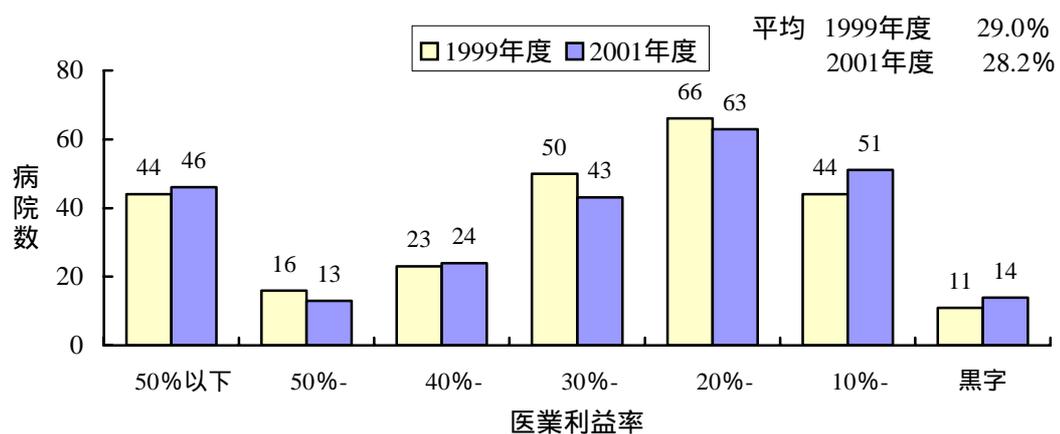
自治体病院の約 8 割は赤字である

医業利益は医業収入から医業原価と一般管理費を引いたものである。(一部、医業収入の中に一般会計からの支援も含まれている。)

2001 年度に医業収益が黒字であったのは、県立病院 254 のうち 14 (5.6%)、市町村立病院 718 のうち 159 (22.1%) にすぎない。また県立病院のうち 46 病院は医業利益率が 50% より悪い。つまり県立病院の 5 病院に 1 病院では収入の 1.5 倍以上の費用がかかっている。

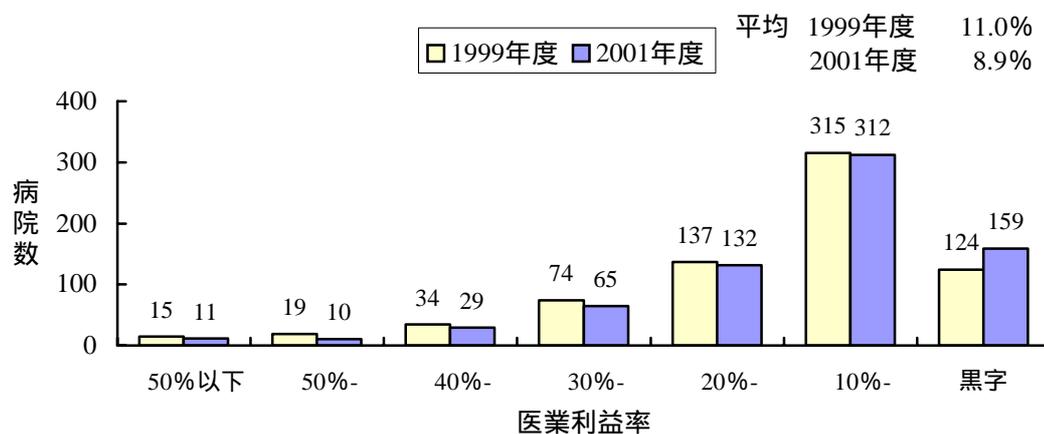


図表2-2-2. 県立病院：医業利益率（N = 254）



*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局、県立には政令指定都市立を含む

図表2-2-3. 市町村立病院：医業利益率（N = 718）

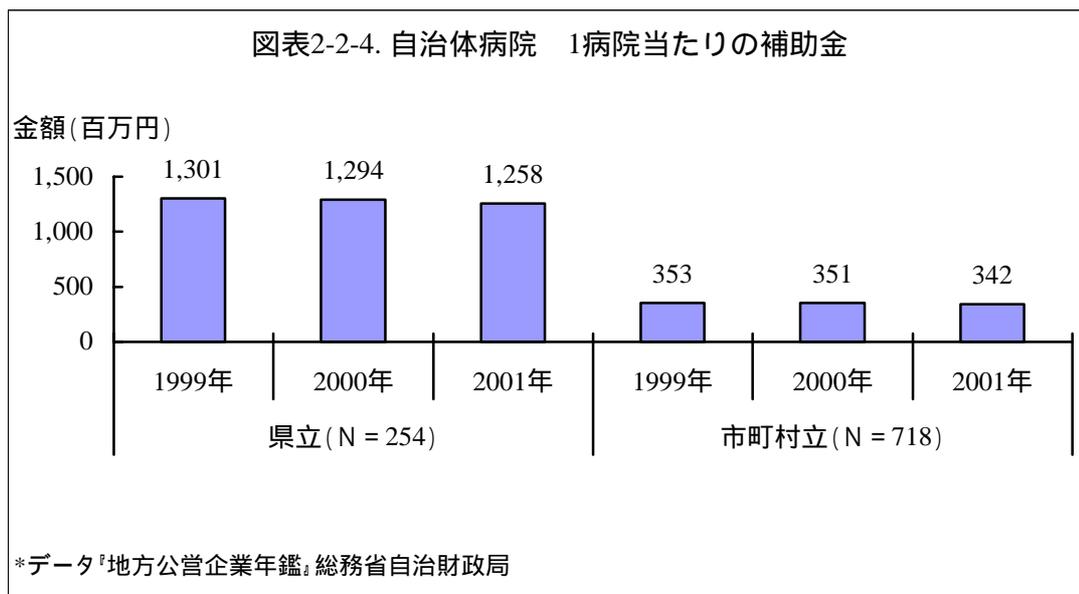


*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局

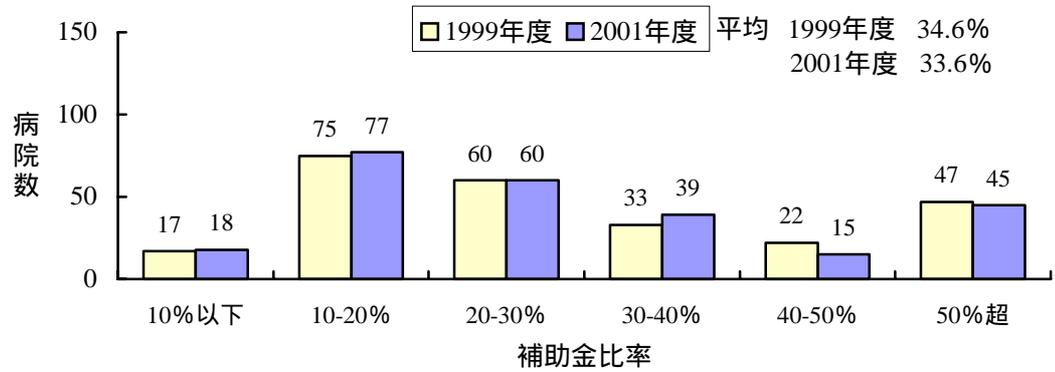
医業損益の赤字は自治体から補てんされる

医業損益の赤字を埋めるため地方自治体が一般会計から補てんをする。2001年度に1病院当たり投入された補助金は、県立病院1,258百万円、市町村立病院342百万円であった。過去3年間では、やや減少傾向にあるとはいえ、依然として医業収入100に対して、県立病院は平均33.6%、市町村立病院は平均14.7%の補助金を得ている（次頁参照）。これは診療報酬1点10円が県立病院では13円、市町村立病院では11円になっているようなものである。また県立病院のうち9病院では2001年度の補助金総額が医業収入を上回っていた。

*補助金：国庫補助金、都道府県補助金、その自治体の他会計負担金・補助金・繰入金

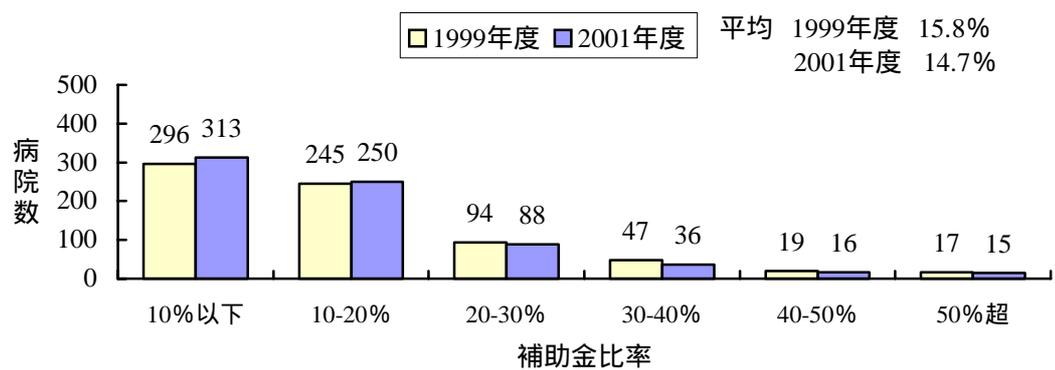


図表2-2-5. 県立病院：医業収入に対する補助金比率
(N = 254)



*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局、県立には政令指定都市立を含む

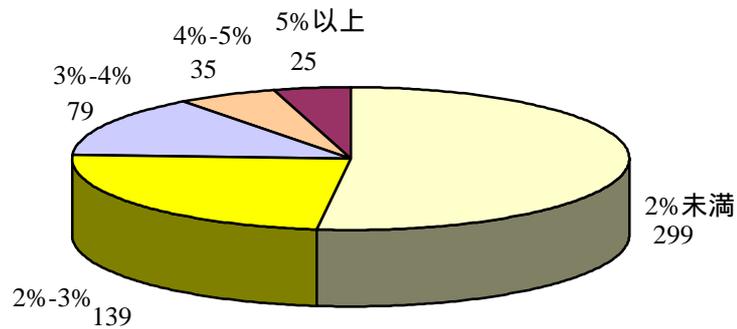
図表2-2-6. 市町村立病院：医業収入に対する補助金比率
(N = 718)



*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局

市町村立病院について、普通会計の歳入合計に対し、病院への補助金がどのくらいであったかを調査した。多くの病院では 2%未満であったが、病院への補助金が歳入全体の 5%以上にする自治体も 25 箇所あった。辺地などのため自治体が病院を運営せざるを得ないケースもあるが、少なからず地方財政は圧迫されている。

図表2-2-7. 市町村立病院：1999年度補助金率（N = 577）
病院への補助金 ÷ 市町村の歳入合計

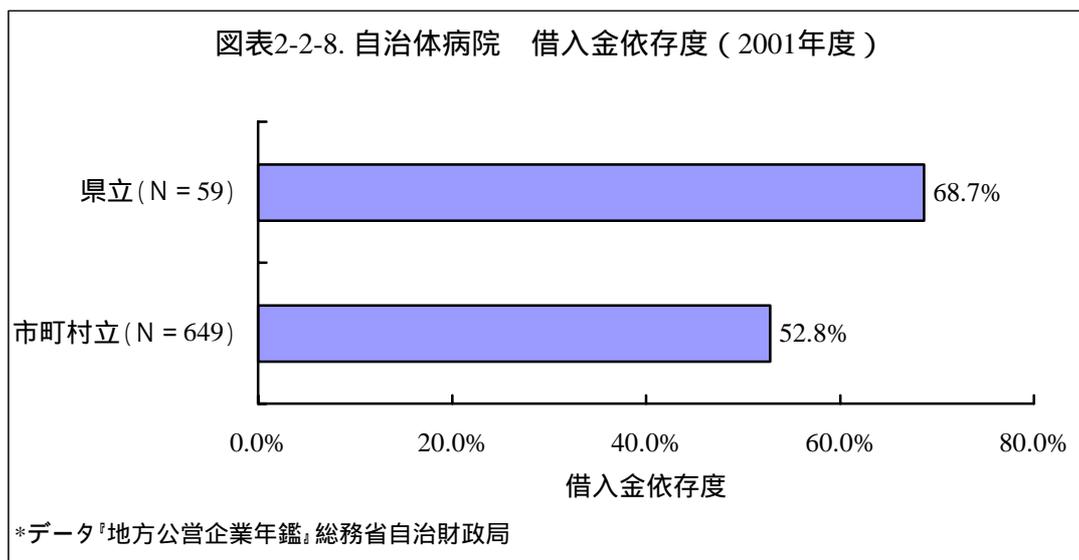


*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局、『市町村別決算状況調』（財）地方財務協会
*複数の市町村が公立組合を設立して運営する病院を除く

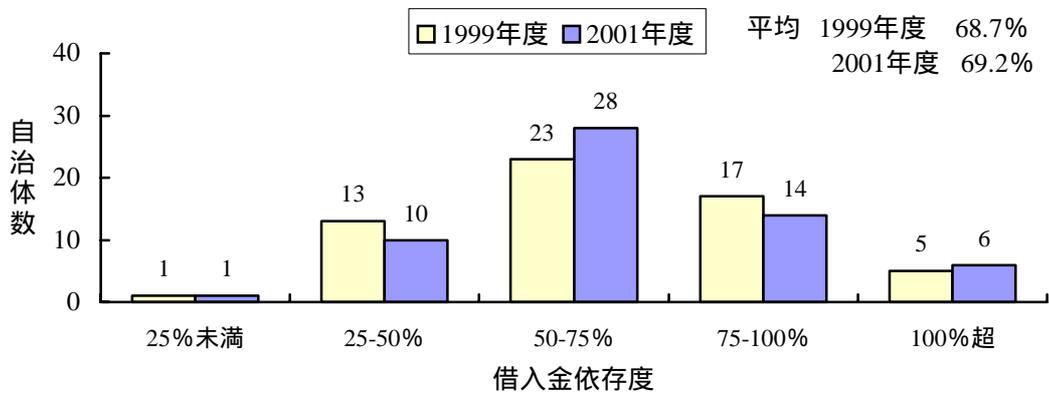
県立病院では総資本の7割が借金である

これまで述べてきたように、自治体病院には補助金が投入されている。これである程度の赤字補てんはできるが、投資のための積立金は準備できない。このため、自治体病院は借金もする。借入金依存度は、県立病院で70%、市町村立病院でも50%を超えている。

- * 貸借対照表は病院ごとではなく、自治体ごとに作成されるので、以下の分布は自治体数である。
- * 借入金は、企業債、他会計借入金、一時借入金の合計。企業債、他会計借入金を「借入資本金」としている自治体もあるが、ここではすべて借入金として整理した。

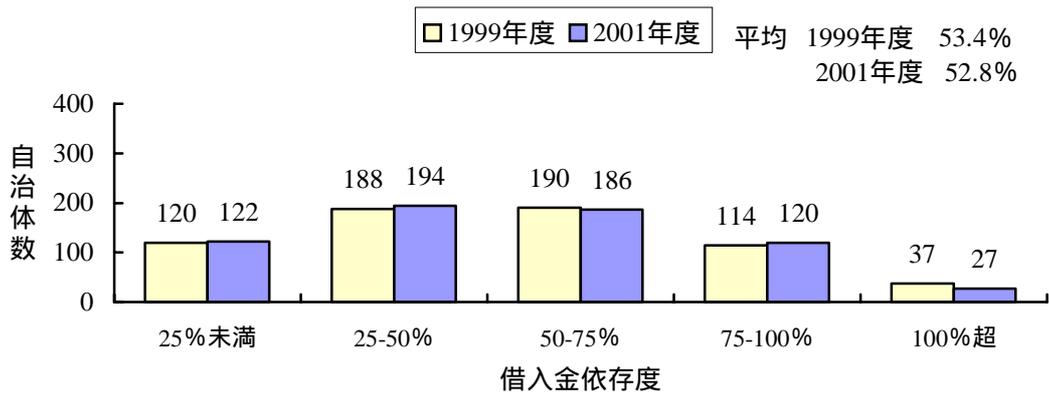


図表2-2-9. 県立病院：借入金依存度（N = 59）



*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局、県立には政令指定都市立を含む

図表2-2-10. 市町村立病院：借入金依存度（N = 649）



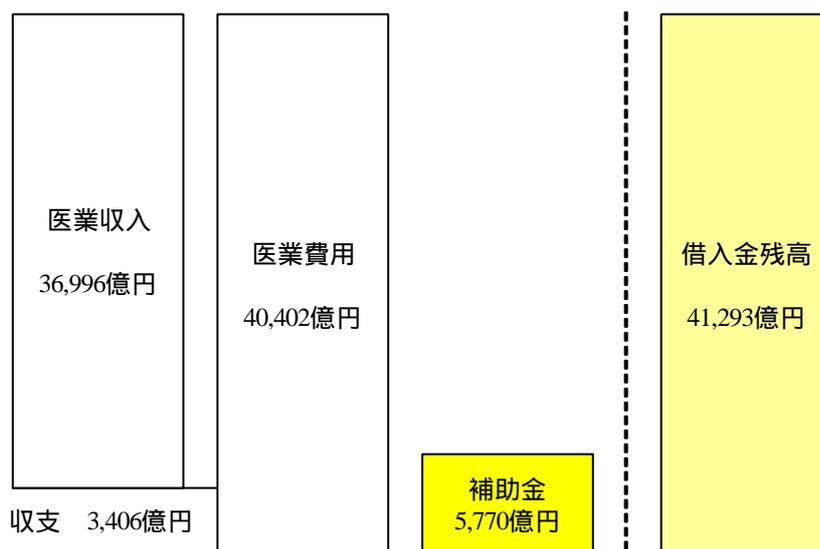
*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局

自治体病院は年間 5,770 億円の補助金を受け、借入金残高は 4.1 兆円に上る

2001 年度、自治体病院は全体で、医業収入 36,996 億円、医業費用 40,402 億円、医業収支差 3,406 億円であった。赤字補てんのためだけでなく、あらかじめ織り込み済みの補助金もあり、年間合わせて 5,770 億円の補助金が投入された。

また 2001 年度末の借入金残高は 41,293 億円であり、年間医業収入を約 4,000 億円上回った。

図表2-2-11. 自治体病院の全体像（2001年度）



* データ『地方公営企業年鑑』総務省

* 47都道府県、13政令指定都市、703市町村での集計

(3) コスト体質

自治体病院は、医業原価と一般管理費との両方が高いため赤字である。

医業原価率は県立 28.9%、市町村 28.1%である。国立病院や公的病院に比べるとわずかに低いが、医療法人に比べると 10%ポイントも高い。医療法人では院外処方が進んでいたり、購買交渉が徹底されていたりすることもある。医療法人では院外処方が進んでいたり、購買交渉が徹底されていたりすることもある。逆に、自治体病院ではそういった取り組みが十分でないと見受けられる。

給与費率は県立病院 62.8%、市町村立病院 51.3%であり、特に県立病院の高さが目立つ。これは、次頁に示すように 1 人当たり給与費が高いためである。

また、自治体病院は経費率も減価償却費率も高い。特に減価償却費の高さは、定期的に一定の設備更新がなされていることを裏付けるものである。

図表2-3-1. 医業収入を100としたときの費用構成（2001年度）

	自治体病院		病院全体			
	県	市町村	国立	公的	社会保険関係	医療法人
医業収入	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医業原価(材料費)	28.9	28.1	29.1	31.3	27.4	18.8
医業総利益	71.1	71.9	70.9	68.7	72.6	81.2
給与費	62.8	51.3	57.1	46.7	52.9	53.1
経費	17.5	18.1	8.3	6.1	7.3	12.9
委託費	(経費・その他に含む)		3.2	5.7	5.4	5.1
減価償却費	8.0	6.4	0.6	5.2	3.0	3.7
その他	0.8	0.5	0.3	1.6	1.0	1.1
一般管理費	89.2	76.3	69.4	65.3	69.6	75.9
医業収支差	-18.2	-4.4	1.5	3.4	3.0	5.3
医業外収入	22.7	9.8	0.6	1.0	1.4	1.7
医業外費用	7.3	6.6	1.9	1.9	1.5	1.4
経常利益	-2.7	-1.2	0.2	2.5	3.0	5.5

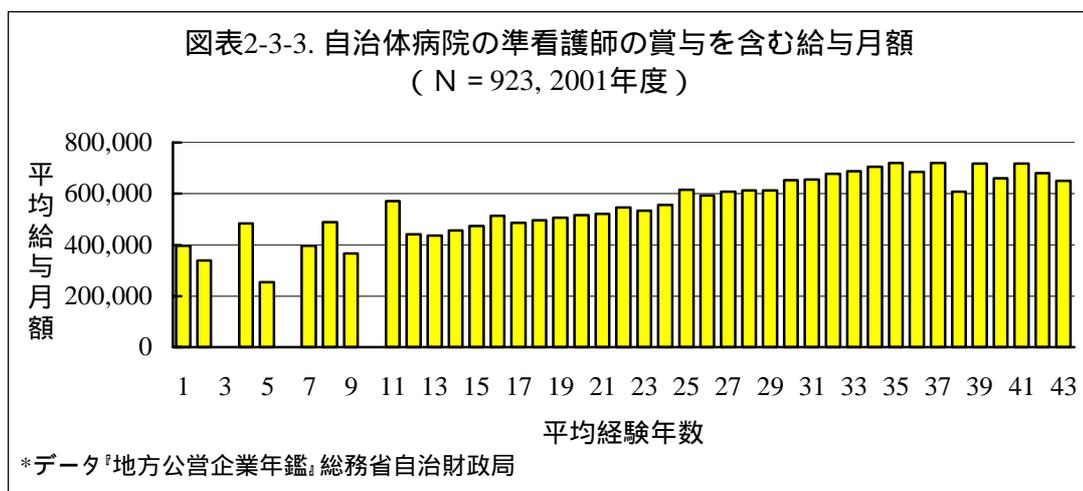
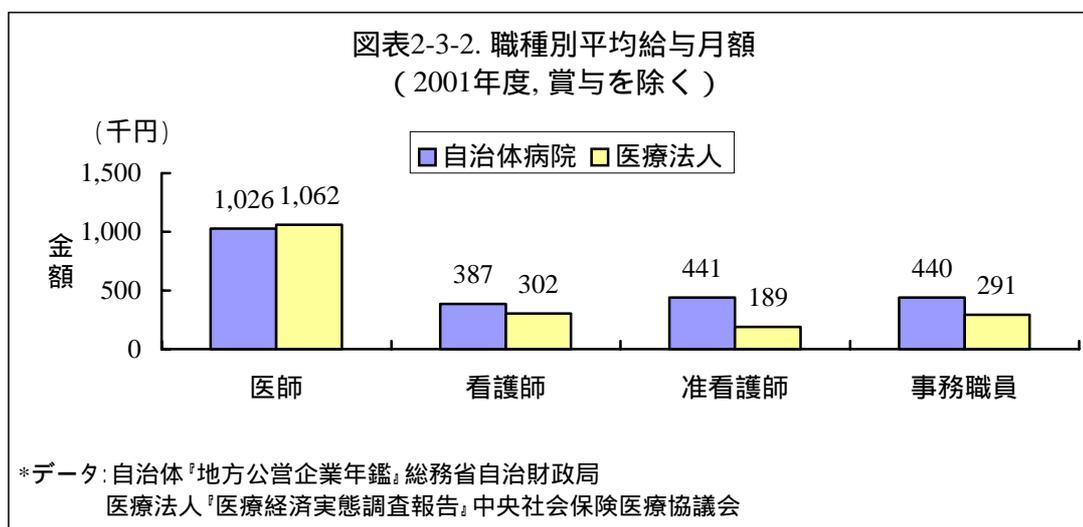
*データ：自治体病院『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局
病院全体『医療経済実態調査報告』中央社会保険医療協議会

自治体病院の平均給与月額は准看護師で 400 千円以上である

自治体病院が赤字であることの主要因は、給与（基本給・手当）の高さにある。

医師以外の職種において民間医療法人との給与格差は非常に大きい。また自治体病院内でも看護師より看護助手(准看護師)の給与が高いという現象が起きている。これは、年功序列給与体系が敷かれており、看護師の平均経験年数が 13 年であるのに対し、准看護師の経験年数が 27 年となっているためである。

自治体病院の年功序列制は、図表 2-3-3 准看護師の給与からも明らかである。勤続 30 年を過ぎると平均月額（賞与を含む）は 700 千円を超える。比較的最近開設され、職員の勤続年数が短い病院も、このままではいずれ負担が非常に大きくなるであろう。



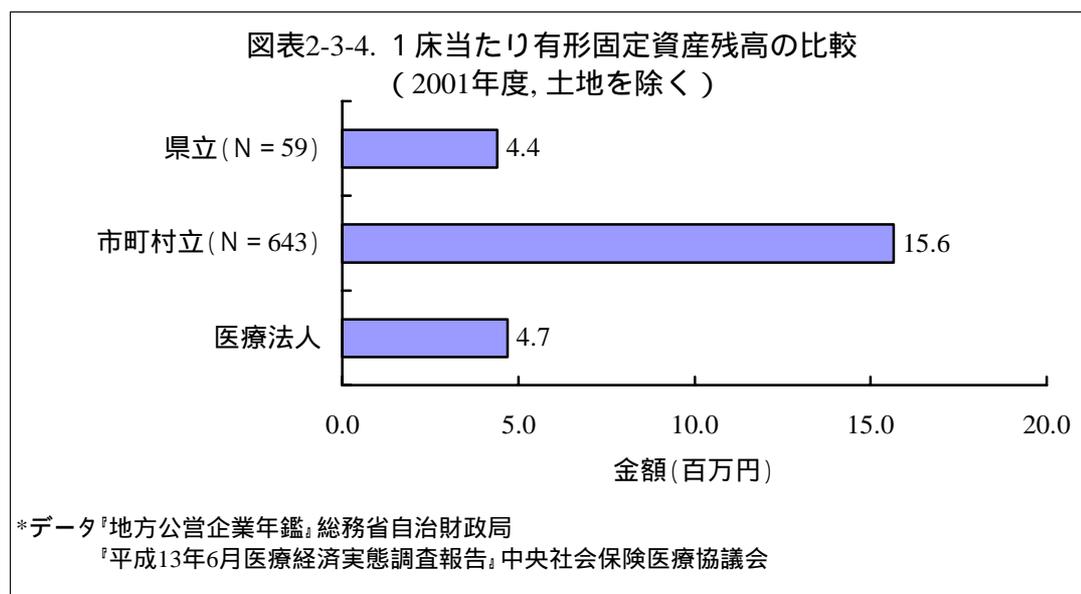
1床当たりの建物・設備等残高は、市町村立病院で15.6百万円である

減価償却費が高かったことからわかるように、自治体病院、特に市町村立病院では1床当たりにかかっている建物、設備、医療機器等が高い。

1床当たりの償却資産残高（有形固定資産から土地を除く）は、県立病院4.4百万円、市町村立病院15.6百万円であった。県立病院は市町村立病院に比べて設立年が古いので、初期投資のほとんどが償却済みである。

一般病院の医療法人の1床当たり償却資産残高は4.7百万円である。民間病院の1床当たり設備（インフラ、アメニティ）は市町村立病院に比べて10百万円低い。

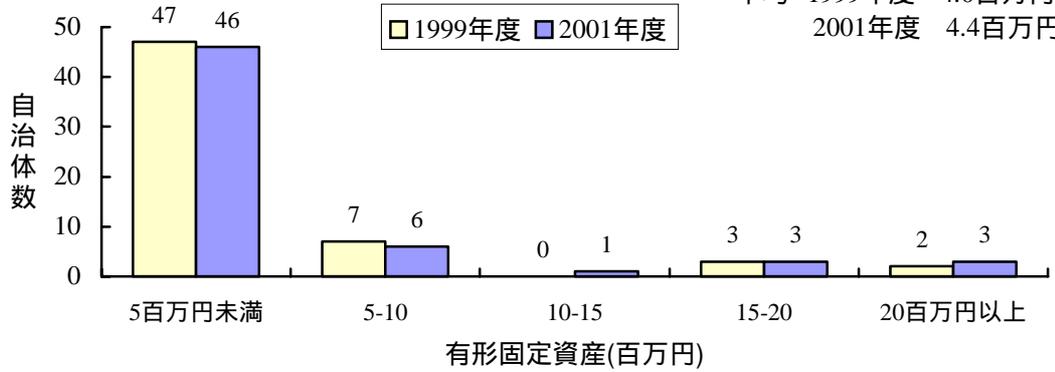
*貸借対照表は自治体ごとに作成されるのでN数は自治体数



図表2-3-5. 県立病院：1床当たり有形固定資産

(N = 59, 土地を除く)

平均 1999年度 4.0百万円
2001年度 4.4百万円

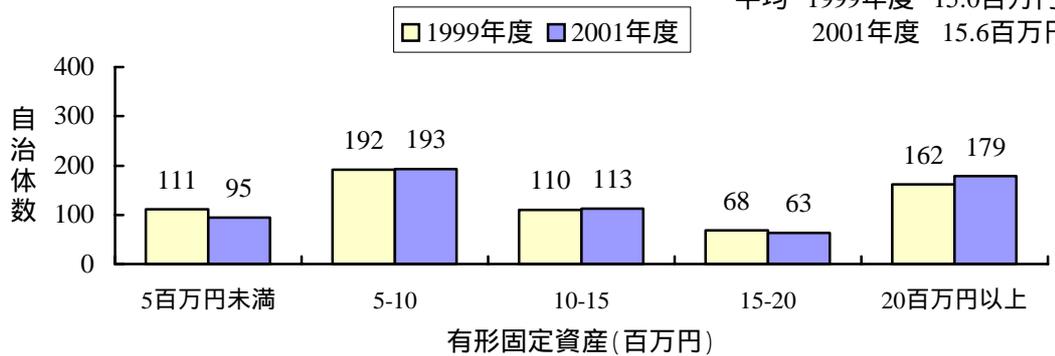


*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局

図表2-3-6. 市町村立病院：1床当たり有形固定資産

(N = 643, 土地を除く)

平均 1999年度 15.0百万円
2001年度 15.6百万円



*データ『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局

3. 自治体病院の位置づけ

(1) 二次医療圏の特性別に見た自治体病院の経営

二次医療圏の類型

ここではまず、人口10万対病床数と自治体病院の占有率から、二次医療圏を次の4つの類型に区分した。

- (A) 人口10万対病床数が平均より多い地域で、かつ自治体病床が20%以上を占める地域。
- (B) 人口10万対病床数が平均より少ない地域で、かつ自治体病床が多い。逆にいえば民間病院がそれほど多くない地域。
- (C) 人口10万対病床数が平均より多い地域で、かつ民間病院が多い地域。
- (D) 人口10万対病床数が平均より少ない地域で、自治体病床が少ない地域。民間病院に依存している。

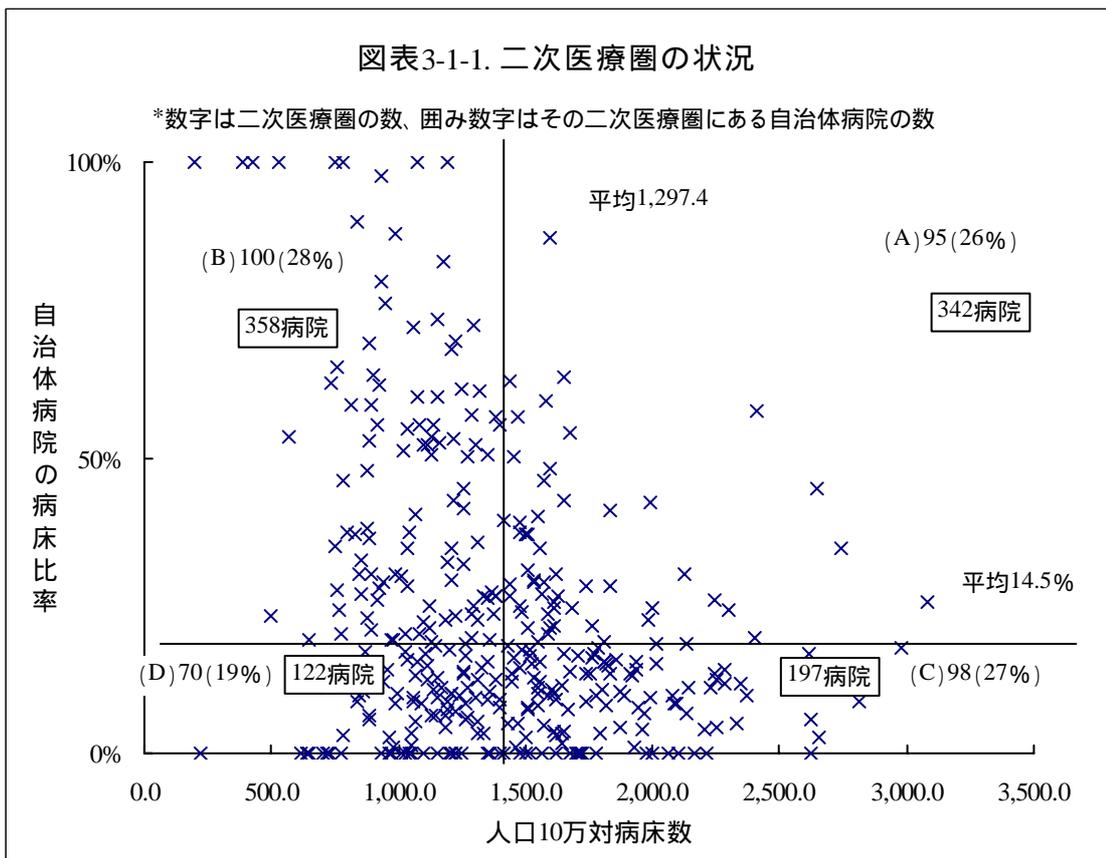
その結果、全国363二次医療圏は、(A)95、(B)100、(C)98、(D)70に区分された。また自治体病院がない二次医療圏は、Cのうち23、Dのうち23、計46であった。

自治体病院は2001年度時点で二次医療圏(A)に342病院、(B)に358病院、(C)に197病院、(D)に122病院、計1,019病院¹存在している。

¹ 地方公営企業法の適用病院

病床は需要のないところにはできない。人口10万対病床数は市場の大きさである
 ととらえることもできるだろう。そこで、以下のように言い直してみよう。

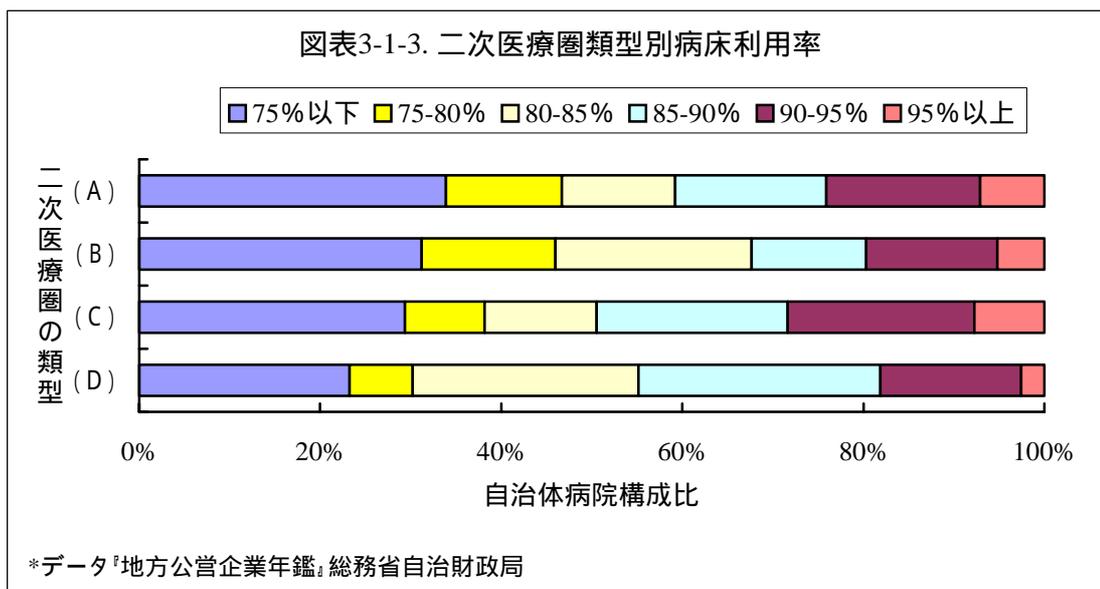
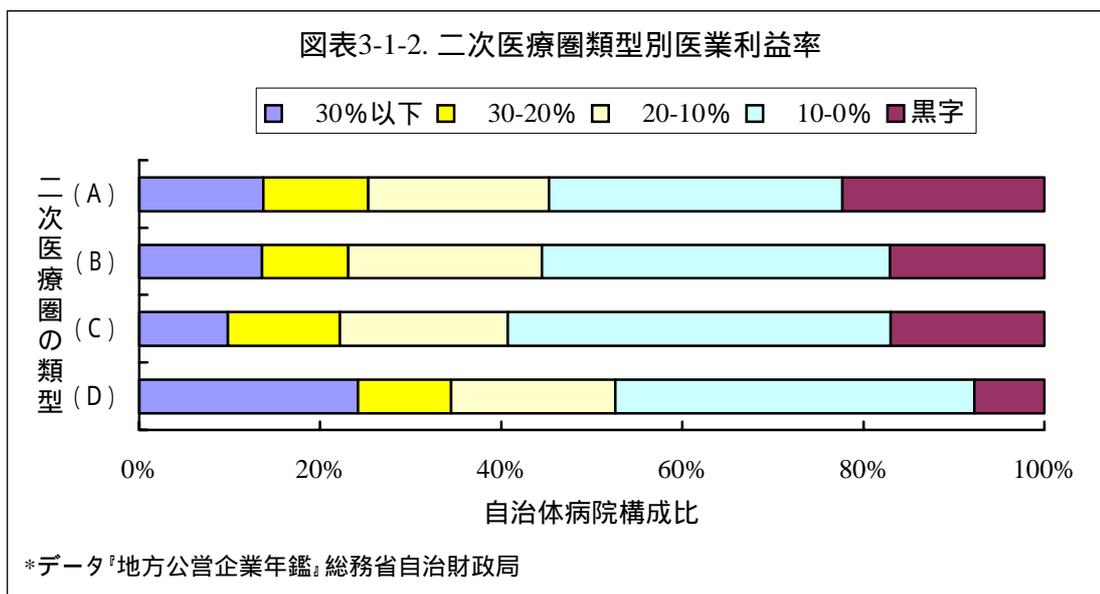
- ・ A地域にある自治体病院は、市場が大きいところで、ある程度のシェアを占
 めている。
- ・ B地域にある自治体病院は、市場は小さいが、他に代替できる民間病院が少
 ない。
- ・ C地域では、大きな市場で民間病院等がシェアを占めている。民間への再編・
 統合の可能性があるありそうである。
- ・ D地域では、小さい市場を民間病院がカバーしている。自治体病院は最も苦
 戦しそうである。



需要が少なく民間がカバーしている地域では自治体病院は苦戦している

A 地域にある自治体病院は 2 割以上で黒字となっている。

D 地域にある自治体病院は大幅な赤字を出している病院の比率が高い。その背景として、病床利用率が 80%未滿の自治体病院が約 3 割に上っていることがあげられる。D 地域は全体の病床数、言い換えれば需要が少ない。そして医療の大半は民間病院等が担っている。自治体病院の意義は採算面からは確認しがたい。

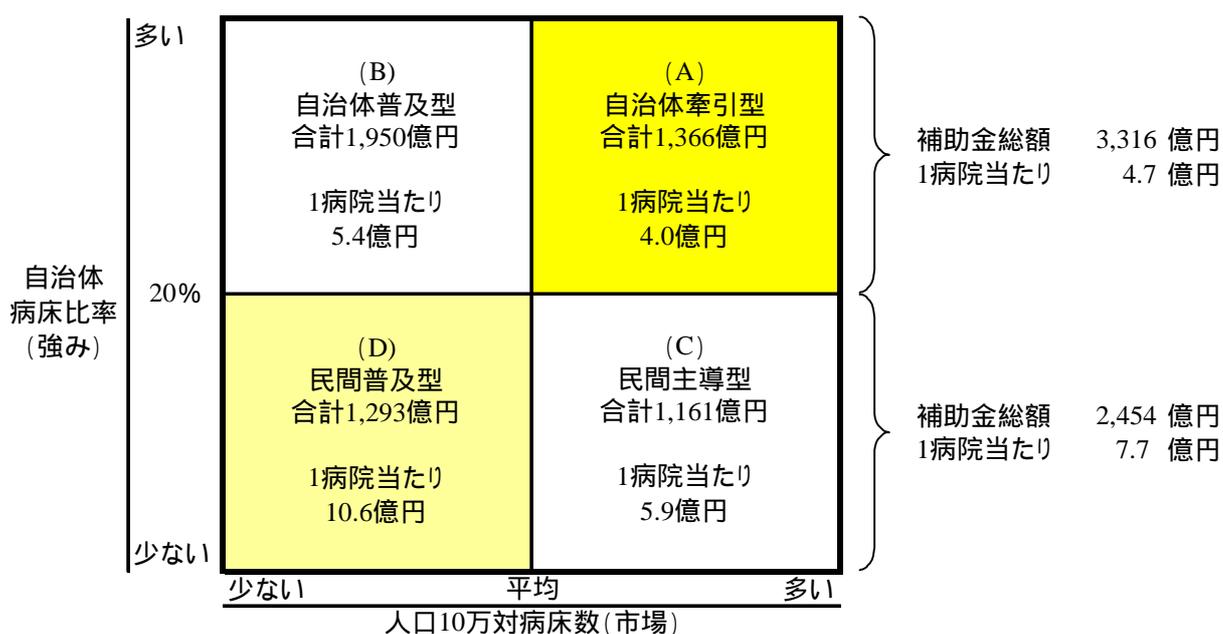


民間病院が医療の大半を担っている地域ですら、自治体病院に多額の補助がなされてお
り、民間病院は公平な競争ができない

C地域では、平均値に比べると病床数が多い。そして、民間病院等が医療供給体制の大部分を担っている地域におり、自治体病院は少数派である。しかし、これらの自治体病院に対しても一般会計から 1,161 億円 1 病院当たり 5.9 億円の補てんがなされている。

D地域にある自治体病院には、1 病院当たり 10.6 億円の補助金がかかっている。この地域は病床数が少なく(需要が少なく)かつ民間病院が医療の提供を担っている。

図表3-1-4. 二次医療圏類型別補助金投下額
 (2001年度計5,770億円)



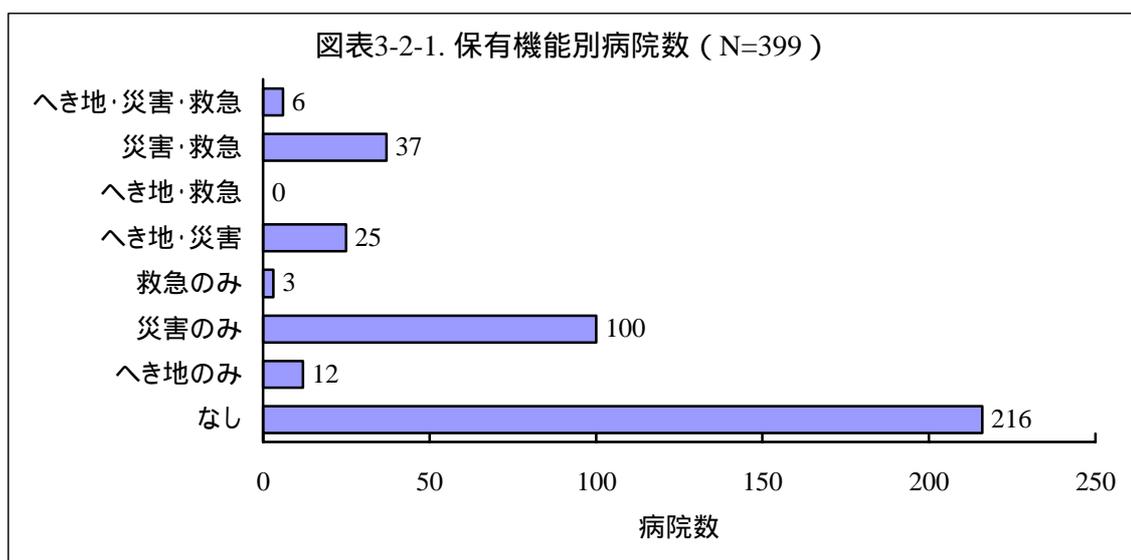
(2) 自治体病院の役割と機能

『地方公営企業の経営基盤強化について』²では、「地域医療計画を踏まえつつ、地域住民の医療ニーズ、地域における医療供給体制等を的確に把握することにより、地域における当該病院の役割を明確にし、診療科目、病床規模等について見直しを行う」とある。では、自治体病院は、どのような役割・機能を持っているのであろうか。

自治体病院の約5割はへき地・災害・救命のいずれも担っていない

ここでは、データの関係から、人口10万人以上の自治体にある病院399について、へき地・災害・救命の3つの機能の保有状況を分析した³。

機能を3つとも持っているのは6病院であった。また183病院(全体の46%)は何らかの機能を持っていた。一方、216病院(全体の54%)は、いずれの機能も保有していなかった。病院の持つ機能としては、高度先進医療、周産期、地域医療支援などもあり、216病院にこれらの機能もないかどうかはわからない。しかし、少なくともへき地・災害・救命の3つの機能については、人口10万人以上の自治体にある自治体病院の約半数がまったく保有していない。



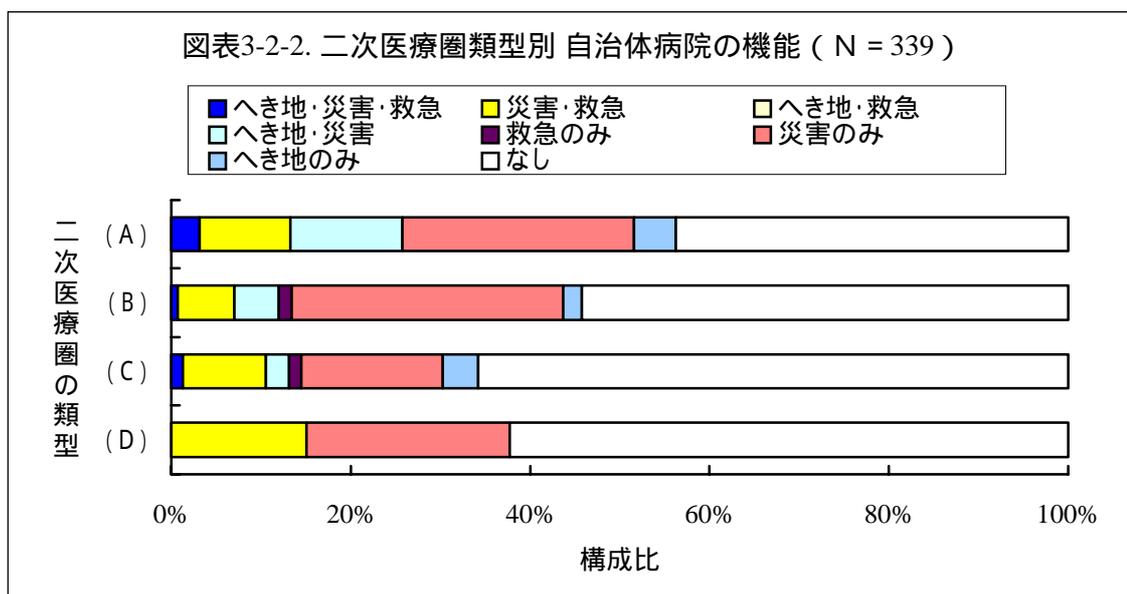
² 2000年1月、自治省(当時)財政局長通知

³ データは自民党・公的病院等のあり方に関する小委員会に提出された総務省の資料。2002年5月時点のもの。

民間病床が多い地域では、自治体病院はあまり機能を持っていない

二次医療圏C・Dは、民間病床比率が80%を超える。C地域もD地域も、へき地・災害・救急のいずれも機能も持っていない自治体病院が60%を占めている。

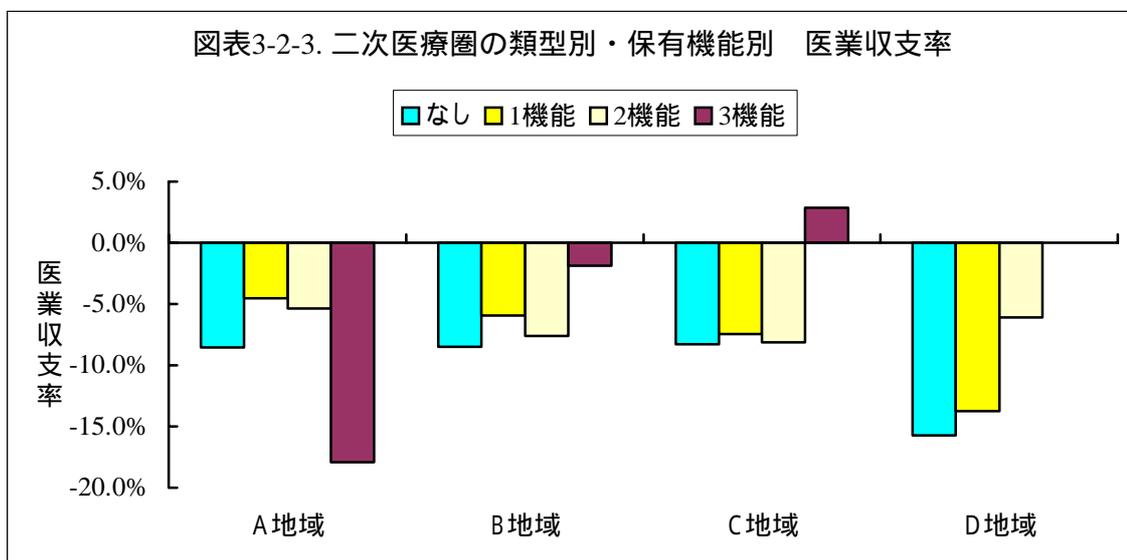
一方、A地域は人口10万対病床数が全国平均より多く（需要が多く）、うち病床数の20%以上を自治体病床が占める。この地域では、何らかの機能を持っている病院が半数を超えている。



機能を充実させても赤字になるが、民間が強いところでは機能がないと赤字は解消しない

A地域は、病床数（需要）も多く、自治体病床の占有率も比較的高い。このような中でへき地・災害・救急の3つの機能とも保有する病院があるが、かえって赤字が大きくなっている。

D地域は、病床数が少なく、民間の占有率が高い。このようなところでは、まったく機能がないと赤字になる。



A地域：人口10万対病床数が全国平均以上で、自治体病床が20%以上

B地域：人口10万対病床数が全国平均未満で、自治体病床が20%以上

C地域：人口10万対病床数が全国平均以上で、自治体病床が20%未満

D地域：人口10万対病床数が全国平均未満で、自治体病床が20%未満

4．自治体病院の今後についての一考察

存続可否について

自治体病院の今後については、まず存続させるか、廃止するかという議論がある。一般論としては、役割があれば存続、なければ廃止ということになる。他方、役割の有無にかかわらず、多額の補助金によって自治体財政が圧迫されているのも事実である。同時に民間病院の健全な存続をも阻害している。

個人的な仮説として、人口 10 万対病床数が多い地域ならまだしも、そうでないところでは民間病院も少なく、自治体病院の役割が大きいと考えていた。ところが、今回分析をしてみると、病床数が少ない地域（B・D）にある病院のうち 25%は、民間病床主体の地域（D）に存在していた。またこの地域にある病院では病床利用率が低いことから採算性も悪く、1 病院当たり 10 億円以上の補助金が投下されていた。また D 地域に分類され、かつ人口 10 万人以上の都市部にある病院ではその 60%がへき地・災害・救急のいずれの機能も持っていない。

病床密度にかかわらず、都市部で民間病院のあるところでは、自治体病院の役割はうすいのではないだろうか。

存否の議論は「総論賛成、各論反対」になりやすい。しかし、年間総額 6,000 億円近い補助金が投下されている。感情論ではなく合理的な視点で判断することも求められよう。

自治体が保有しつづける場合について

自治体が設置し自治体が経営する場合と、自治体が設置し民間に経営を委託する場合がある。

前者については、地方公営企業法を一部適用する方法と全部適用する方法がある。地方公営企業法は、自治体が経営する事業の組織、財務、職員の身分等について定めたものである。病院には一部適用といって財務規定を適用することが義務付けられている。自治体は、事務組合や広域連合にあっては地方公営企業法を全部適用することもできる。全部適用であれば、職員の給与を自治体とは別に設定することができる。すなわち自治体病院もその形態を見直せば、民間なみの給与水準にしても良いのである。またそうしなければ自治体病院の赤字は解消されない。しかし現実

的には従来の身分のまま給与を引き下げることが困難であり（自治体としてやりたがらない）、全部適用は打開策にはなりにくい。

民間移譲にあたって

自治体財政において、たとえば病院支出が一般会計の 5%を超えるような場合には、移譲が検討されることとなろう。移譲は、病床数を失わずに抜本的な給与改革をできるメリットがある。

移譲を受ける側から見ると注意しておかなければならない点がある。第一に、移譲の俎上に載るような病院は多くの負債を抱えているが、これを引き継いではならない。第二に、自治体病院は退職給与の引当をしていない。移譲の際には職員は退職とし、再雇用の場合には新規採用と同じ基準とする。第三に、冒頭に設立年を示したとおり、自治体病院の多くは開設後数十年を経過している。すでに建て替えが完了したところもあるが、財政難から老朽化が進んでいるところもある。移譲後すぐに建て替えに直面することにもなりかねない。自治体が必要性を判断して移譲するのであれば（そうでなければ廃止すべきである）、なおかつ移譲先が継続性の高いと思われる公的機関（公共性が高いので）であれば、自治体立病院からの設備投資支援が求められよう。

PFI (Private Finance Initiative) とは

PFI は直訳すれば「民間資金を活用する政策」とでもいうことになる。

日本では、1999 年に「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」(PFI 法) が制定された。公共施設の建設だけでなく、経営ノウハウの活用も包含するものである。

自治体病院の整備もいくつか PFI 方式で進められている。PFI では、出資者（民間）が特定目的会社（SPC: Special Purpose Company）を設立する。自治体はこの会社から医療サービスのアウトプットを買う。従来の予算消化型の単発的な建築下請ではなく、民間はどのようなサービスをいくらで提供するかの自由度がある。この結果、採否が決まるので、価格だけでなく品質も競争させることができるといわれている。また事業に一貫で携わるので、建設コストは安くついたがランニングコストが高かついたというようなことがなく、トータルで最適の価格が目指される

(そうしないと民間のメリットもないので)とも言われている。

自治体病院においては、PFI の実施主体はあくまで自治体である。民間が運営コストの中にリスク管理コストや利益を織り込んでくるのは当然のことである。自治体病院を PFI 事業化して何年もたつと、自治体に民間のアウトプットを適切な評価をできる人材が残っているか、残っていても民間と癒着していないかという点が危惧される。自治体が相当の評価能力を維持しない限り、従来型の公共事業より高つく危険もある。

地方特別行政法人化について

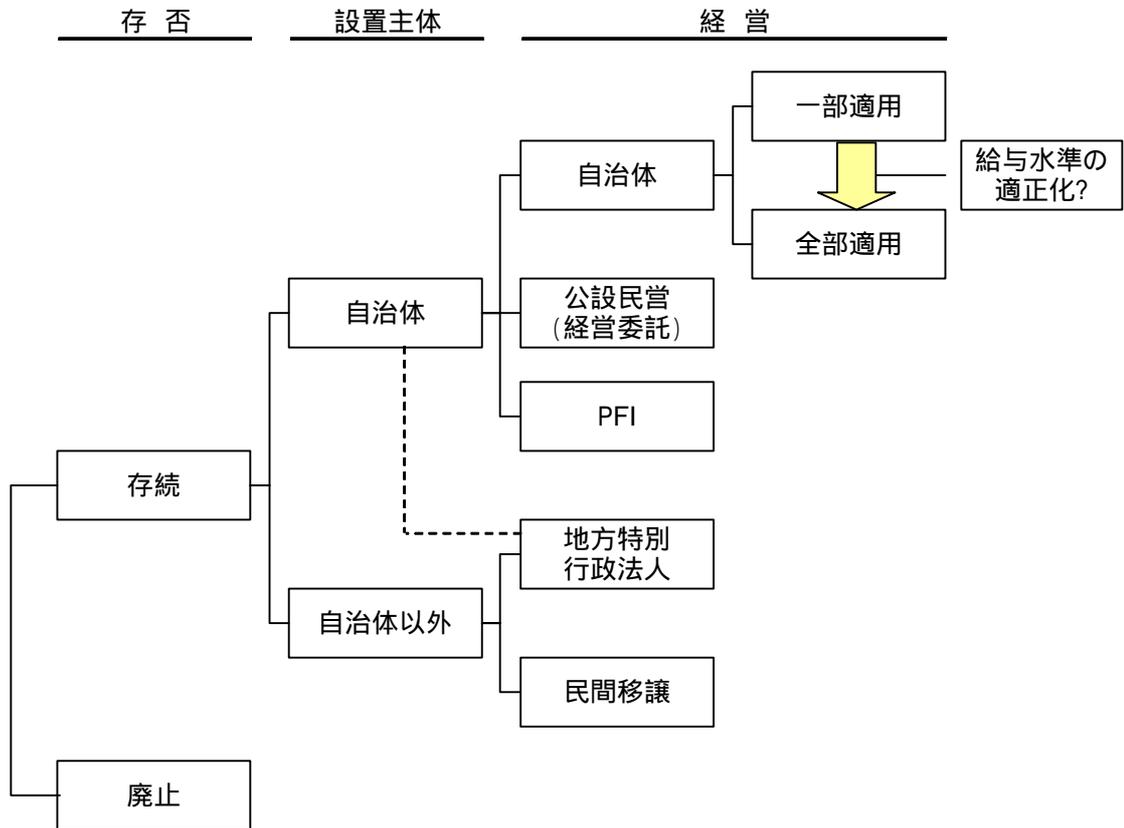
独立行政法人化すれば、経営改革を実現できるわけではない。たとえば独立行政法人国立病院機構法では、次のように定められている。

「政府は、必要があると認めるときは、予算で定める金額の範囲内において、機構に追加して出資することができる」(第 6 条)

「政府は、(中略)国会の議決を経た金額の範囲内において、(中略)機構の長期借入金又は債権に係る債務(中略)について保証することができる」(第 17 条)

出資金にも借入金にも上限は設定されていない。これでは赤字補てんの構造は現状と変わらない。地方自治体と地方特別行政法人との関係も同様のものになれば、市民の税金は流れつづけることになるので、明確な上限値を設定すべきである。

図表4-1-1. 自治体病院の方向性



参考資料

『地方公営企業年鑑』総務省自治財政局

『平成 13 年(2001) 医療施設(動態)調査・病院報告』厚生労働省

『市町村別決算状況調』財団法人 地方財務協会

『医療経済実態調査報告』中央社会保険医療協議会

『国勢調査』総務省

『独立行政法人国立病院機構法』厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/topics/>

『医療財政分析「国民のお金で建つ病院」』前田由美子,日医総研報告書第 42 号, 2002 年

『21 世紀の医療提供の姿』厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2b.html#betu>