

## 第1章：自治体立病院の現状と再編成・統合へのニーズ（要因・背景）

- 1.1 地方公共団体を取り巻く環境：
- 1.2 地方公益企業たる自治体立病院を取り巻く環境：
  - 1.2.1 全般的状況：
  - 1.2.2 地方における救急医療体制の必要性：
  - 1.2.3 地方における医師不足の現状：
- 1.3 自治体立病院における運営面の課題：
  - 1.3.1 損益収支と赤字体質：
  - 1.3.2 有形固定資産の整備状況：
- 1.4 自治体立病院の再編成・統合へのニーズ：
  - 1.4.1 歳編成・統合への一般的ニーズ：
  - 1.4.2 救急医療の必要性和広域的な再編成：
  - 1.4.3 市町村合併と自治体立病院再編成・統合化：
- 1.5 自治体立病院の再編成・統合に際し、PFI手法を適用する可能性：

### 第1章：ポイント

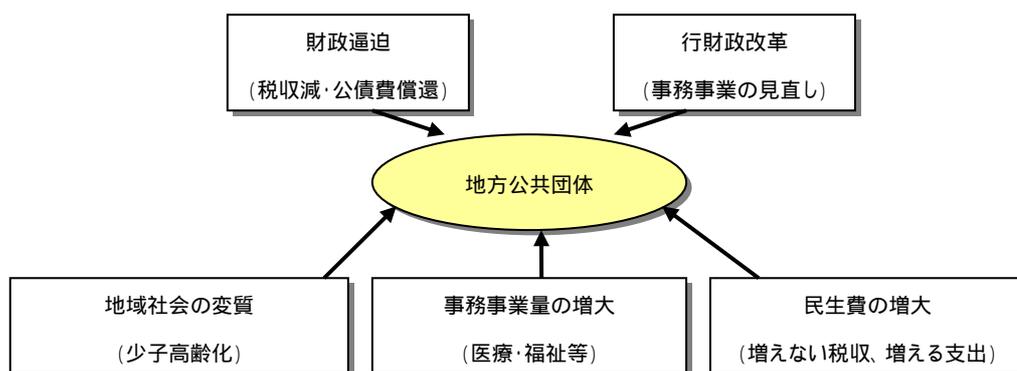
- \* 自治体立病院は様々な課題を抱えているが、地域社会における持続的な医療を提供するためにも、その経営や運営のあり方の改革が求められている。
- \* 一定医療圏に存在する複数の自治体立病院を個別に、即ち自治体の単体毎に運営・経営する考え方ではなく、広域的な医療施設群としてこれら施設をとらえ、これらの役割や機能を再編成したり、統合・集約することにより、財政負担の縮減を図りながら、医療機能の充実化や医療の質を高めることが可能になる。またこれを好機として、公的医療施設の新たな施設整備展開を同時に考慮することが、自治体立病院が抱える多様な課題を解決することに資する。
- \* 複数の広域に亘る自治体立病院を再編成したり、統合したりする考え方は、財政制約の状況下で、限られた資源を再配置したり、より効率的・効果的に資源を活用するという経営改革の試みになる。この考えを実践する場合、PFI手法を併用し、新たな施設整備の展開やアウトソーシングの拡大推進を図ることにより、更なる効率化の相乗効果(シナジー)をもたらす可能性が高い。

## 第1章：自治体立病院の現状と再編成・統合へのニーズ（要因・背景）

### 1.1 地方公共団体を取り巻く環境：

長引く不況は回復の機運にはあるとはいえ、地方公共団体が抱える全般的状況にはまだ厳しいものがある。不況に伴う地方税収の落ち込みや過去の公債償還負担等が財政を圧迫しており、地方公共団体は余裕の無い経営実態にあるとも言える。一方、少子高齢化に伴い、高齢化、人口減社会は確実に進行しており、この結果、地域社会自体が変質しつつある。行政へのニーズが質・量共に増大し、かつ高度化・多様化しつつあることが事実となる。地方公共団体にとり、福祉や医療関連に係わる対住民サービス業務量が増えると共に、関連民生費支出の増大を招いている現状のもとでは、支出増に見合う税収や財源は、必ずしも完璧に手当てできているとはいえない状況が存在し、厳しい財政運営の状況にあると言わざるを得ない。この結果、公共サービス全般に係わる事務事業の見直しが行われたり、個別の公共サービス提供分野においても、あらゆる合理化・効率化が試行されているのが現実になる。尚、平成16年5月の現行合併特例法の一部改正に伴う「平成の大合併」により、地方公共団体の内、かなりの市町村が合併し、行財政基盤を強化することで存続を図ろうとしている。<sup>3</sup>現実に合併が本格的に動き出し、統合されたより大きな地方自治体において、公共サービス提供の枠組みの経営的一体化が志向され、行政サービスの高度化・多様化に対応しつつあることも今後の展開の一つになる。

図 1.1：自治体を取り巻く環境



<sup>3</sup> 平成11年3月31日には3232あった自治体数(一部事務組合を除く)は、平成17年3月末時点で2521になり、平成18年3月末には1820となる見込みである(出所:総務省HP)。市町村合併の効果とは行政サービスの向上、地域の一体的整備、市町村財政基盤の強化、広域的な観点からの町づくり、行政サービスの高度化・多様化への対応、イメージ・アップなどにあるといわれている。従来の自治体の枠を超えて、事務事業を一元化し、施策を展開したり、事業の一元化による意思決定や事業実施が可能になることにより、効率的になると考えられている。

## 1.2 地方公営企業たる自治体立病院を取り巻く環境：

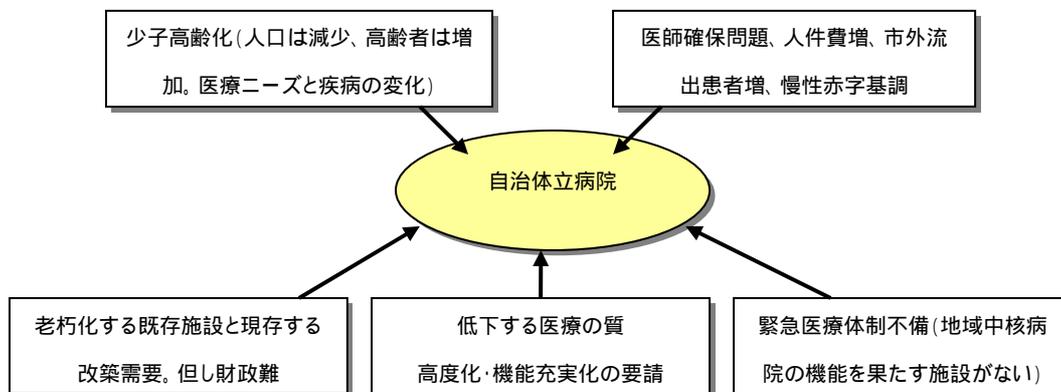
### 1.2.1 全般的状況：

一方、地方公共団体が地方公営企業としてその運営・経営を管理する自治体立病院も、地方公共団体自体の厳しい財政的状況を踏まえ、同様に厳しい状況にあると認識されている。かなりの数の自治体立病院が老朽化した施設を抱え、地域社会において、変化する医療へのニーズや地域住民に対するニーズに対応できなくなりつつある。急速に進展しつつある少子高齢化や情報通信技術の発展による高度医療化社会の到来は、社会事象としての地域住民が医療に期待するニーズを大きく変えている。また、保健や医療へのニーズ自体が多様化・専門化している事実もある。例えば、がんや脳卒中、糖尿病等の生活的習慣病の増加に見られる疾病構造の変化、医学・医術の進歩による医療自体の高度化・専門化の飛躍的進展、健康づくりや医療に対する住民の意識や関心の高まりなどが社会的変化として生じているのが現実となる。

これら自治体立病院の多くの施設は、既存の医療機能のあり方を見直さざるを得ないと共に、既に老朽化した施設も数多く存在し、施設の改築ないしは大幅な改修、全面改築を迫られているといっても良い。一方、病院の施設整備には通常多額の資金を必要とし、これを実現する十分な財源が確保できる余裕がないという現実もある。既存の病院事業自体も、慢性的な赤字基調の場合が多く、赤字の補填を一般会計からの繰り入れに依存しているがために、自治体にとっての財政的負担は極めて大きいものとなっている事例も多い。また、医療の高度化に対するニーズや医療機能の充実化は地域によっては、必ずしも十分に満たされているとは言いがたい状況にある。政策的医療としてコストのかかる24時間緊急医療体制なども、全ての地域において、アクセスや利便性を確保する形で提供されているわけではなく、医療の質に対するアクセスは地域によっても異なるという事情が発生している。かかる事情により、地域によっては、住民による公的医療に対する満足度は必ずしも高いものではない。

また、一部地方における中小規模の自治体立病院では深刻な医師不足の状況にあるといってもよく、現状のままでは自治体立病院自体の持続可能性が確保されているとはいえない状況にある。医師にとり、地方の中小規模病院では、働くモチベーションが無いというのが現実になり、何らかの手法をもって医師にとっても魅力のある職場環境や業務のあり方を考えない限り、医師不足により、一定範囲の診療科を維持できなくなったり、提供できうる医療サービスの質の低下を招いているという事態も現実に生じている。一部地方においてはこの深刻な状態は継続しかねないのが現実となる。

図 1.2: 自治体立病院を取り巻く環境



上記は問題が悪循環として相互にマイナスに作用しながら、解決されずに逆に悪化していきかねない様相をもたらしているといえる。一つの問題を解決するためには、その他の問題をも解決せざるを得ず、単純な個別の課題に対する対処療法では明らかな限界があることを意味している。例えば、良い医師を確保すれば、大きな問題を解決できるが、現状の自治体病院の施設や医療体制のもとでは優秀な医師を確保できない。これに対して、よい施設や高度医療等の体制を整えれば、優秀な医師を迎えられるが、財政難により施設の改装もできない。結果、医療の質が低下し、患者は域外へ流出、かつ事業自体も慢性赤字基調になるなどの状況が典型的な悪循環になる。

### 1.2.2 地方における救急医療体制の必要性

急病になることや急な事故は、日本全国どこであっても昼夜を問わずに生じうるものであり、地域住民にとっては夜間や祝祭日等においても病院の診療受け入れ態勢が整えられていたり、緊急を要する場合に受け入れてもらえる、又は受け入れが可能な体制や設備のある病院が存在することは生活の質を維持するためにも必要なものとなる。但し、救急医療については、一般に都市部においては一定レベルで充実しているのに対して、地方においては決してそのような状況ではないと言われている。例えば、救急医療の満足度に関する自治体への調査結果として、「満足した救急医療を受けている」、あるいは「どちらかといえば満足」と回答した自治体は全国 2,938 のうち 1,517 の 51.6%であり、さらに「どちらかといえば」を除くと、救急医療に満足との回答をした自治体は 262 では 8.9%となっている。

尚、この救急医療に係わる自治体意識調査の状況を都道府県別に見ると、下記表 1.3 のようになっている。

表 1.3 : 緊急医療の満足度に関する自治体意識調査結果

(「満足した初期医療を受けている」に「はい」又は「どちらかと言えばはい」と回答した割合)

上位 10 都道府県		下位 10 県	
都道府県名	割合 ( )	都道府県名	割合 ( )
東京都	73%	宮崎県	44%
長野県	68%	栃木県	44%
愛知県	66%	鹿児島県	44%
神奈川県	62%	埼玉県	43%
佐賀県	62%	宮城県	43%
山梨県	61%	茨城県	42%
静岡県	61%	福島県	41%
富山県	60%	石川県	41%
大阪府	60%	大分県	35%
滋賀県	60%	徳島県	33%

(出典:自治医科大学「へき地医療の現状と課題」、2002 年)

上記の結果からも、地方部においては救急医療について地域から満足を得られる結果となっていないことが伺える。この様に、地方部においては救急医療の充実が緊喫の課題となっているが、地方部における救急医療は自治体立病院により充足されることが多いことから、救急医療体制の充実に関する課題は、地方の自治体立病院が現時点で抱えている課題と捉えることができる。救急医療を充実させるためには、診療体制を充実させるための医師や看護師の体制作り等様々な要素が必要となるが、それらの要素の一つとして医療設備が充実していることが前提となる。医療設備が充実していることは、当該地域における医療体制に関するハード面の充実を意味するが、例えば現代医療においては一人の医師が知識や経験でカバーしていく時代ではなく、CT、MRI、血管造影装置をはじめとする先進医療機器に依存するところが非常に大きくなっている。これらの医療機器は、診療のみならず検査の場面や救急疾患に対する診断の場面において重要な要素を占めている。医療機器も含めた医療設備の充実度に関する自治体意識調査結果からは、「医療設備が充実している」又は「どちらかといえば充実している」と回答した自治体は回答のあった全国 2,936 のうち 1,505 の自治体で、全国で 51.3%となり、さらに「どちらかといえば」を除くと、医療設備の充実満足との回答は 373 の自治体で 12.7%となっている。

尚、この自治体への意識調査の結果を都道府県別に見ると、下記表 1.4 のようになっている。

表 1.4: 医療設備の充実度に関する自治体意識調査結果

(「医療設備が充実している」に「はい」又は「どちらかと言えばはい」と回答した割合)

上位 10 府県		下位 10 県	
都道府県名	割合 ( )	都道府県名	割合 ( )
兵庫県	71%	神奈川県	45%
佐賀県	67%	徳島県	44%
大阪府	67%	島根県	43%
石川県	65%	大分県	42%
宮崎県	63%	三重県	42%
滋賀県	62%	千葉県	40%
岩手県	60%	埼玉県	39%
長野県	59%	福島県	39%
長崎県	57%	宮城県	37%
福岡県	57%	茨城県	35%

(出典: 自治医科大学「へき地医療の現状と課題」、2002 年)

医療設備の充実に関しては、全国平均においても一定の満足感は半数程度しか得られていないが、その内容についても上記のように地域により格差があるのが現状になる。特に救急医療という観点からは、医療設備が充実していることは必須の条件となり、緊急性を要する患者に対し、地域の医療機関が十分な医療設備を有していない場合には、最悪の場合には手遅れとなってしまうことも想定される。勿論、全ての公的医療機関が救急医療に対応できる体制や医療設備を有する必要もない。一般的に、救急医療に対応するためには、医師、看護師等の人員に係るソフト面においても充実している必要があり、また一方で医療設備等のハード面についても充実している必要があり、両者がバランスした体制となって初めて救急医療に対応できる医療機関が備わっているといえる。<sup>4</sup> 特に、救急医療に関する医療設備に関しては、地域の医療機関の中核としての役割を担う必要があることから、一定水準以上の設備を有することが求められ、高い次元でのバランスが考慮される必要がある。

### 1.2.3 地方における医師不足の現状：

国全体の医師数は全体としては充足されているが、都市部に集中する状況が生じており、上述した如く、都市部以外における地方における医師不足は、当該地域においては深刻な問題となっている。これは自治体立病院に限った問題ではないが、都市部のように医療機関が官民共に林

<sup>4</sup> 救急医療に対応できる体制については、医療機関におけるソフト・ハード面のみならず、救急車の配備等の地域行政に関係するソフト・ハード面の充実も併せて整備する必要がある。

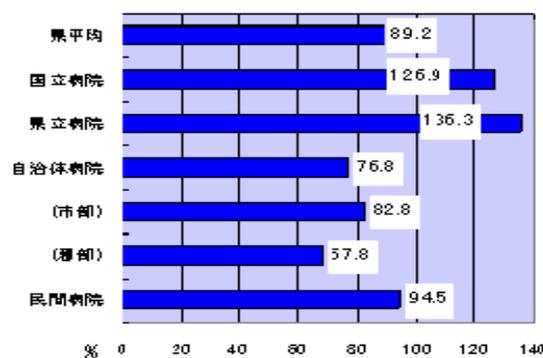
立している訳ではなく、自治体立病院が地域医療の大きな担い手となっている場合には大きな問題になる。病院は医師がいなければ成り立たない事業であり、また専門領域が細分化されている現代の医療状況においては、ある程度の診療科をそろえるためには、それぞれの専門性を有した医師が充足されている必要がある。これに対して、都市部以外の地域、例えば東北・北海道地方における医師の充足状況は下記表 1.5 のようになっており、全国平均と単純に比較しても医師の充足状況は北海道を除いては低いものとなっている。

表 1.5 【東北・北海道の医療施設従事医師数の推移(人口 10 万対)】(出典:青森県 保健・医療・福祉ネットHP)

	平成 6 年	平成 8 年	平成 10 年	平成 12 年	平成 14 年
全国	176.6	183.0	187.3	191.6	195.8
北海道	173.9	180.4	184.5	192.2	198.0
青森県	152.9	155.0	158.3	160.9	164.8
岩手県	157.8	159.4	159.7	165.0	166.1
宮城県	166.4	171.1	176.1	178.9	183.5
秋田県	157.7	162.7	168.1	172.1	178.4
山形県	162.7	163.5	167.0	173.5	179.4
福島県	157.4	159.5	158.9	166.9	170.4

また、例えば、平成 14 年度における青森県の病院について、開設者別の医師の充足状況は下記図 1.6 のようになっており、医師の充足率自体が人口比において全国平均より低い上に、自治体病院については更に低いものとなっている。

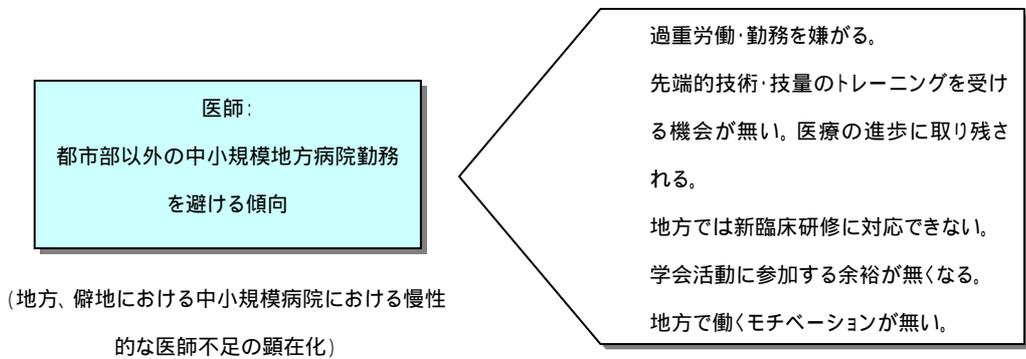
図 1.6: 【開設者別の医師充足率(平成 14 年度青森県)】(出展:青森県 保険・医療・福祉ネットHP)



このように、都市部以外の地方における医師不足は、当該地方における地域診療において大きな問題となっている。この点については、「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」(平成16年2月26日 地域医療に関する関係省庁連絡会議)において課題として取り上げられており、また、自治体病院関係3団体からも「医師不足・偏在の是正に関する決議」として、自治体立病院をはじめとして、地域の病院における地域ごとや診療分野ごとの適正な医療提供体制が確保できることを要請している。その他、全国の自治体においても、医師不足については取り上げられており、具体的な医師招聘策を検討している自治体も多いところである。

地方における医師不足は、医療の根幹部分に関わる問題として大きな課題となるが、かかる医師不足(あるいは医師の都市圏への集中)が生じている原因の一つ<sup>5</sup>に、医師の専門性指向があげられる。これは、医師にとって、専門領域とする疾患・疾病や症例の患者と接する機会が多いこと、またはそれらの疾病等に対応できるだけの医療機器や設備が整備された病院での勤務を希望することへとつながる。それに対して、特に地方における現状の自治体立病院については、上記のような医師の要望に応えるような疾病や症例等の数の面では都市部の病院に比して不利であり、またそれに応える医療機器や施設規模としても不利となっている<sup>6</sup>。

図 1.7: 地方における深刻な医師不足の要因



<sup>5</sup> 医師の都市部への指向については、当然のことながらそれ以外に医局制度の問題、生活環境、給与水準といった理由等も考えられると共に、新たに導入された研修制度(平成16年4月から必修化された医師の新臨床研修制度で、一定の臨床研修が義務化され、これに対応できる医療施設が地方の中小規模病院にはない)の状況からも、若い医師の大病院指向が明らかとなっている。

<sup>6</sup> 第164回通常国会に上程された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(案)」においても、特定地域、特定診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療関係従事者の確保策を強化するために、都道府県の医療対策協議会を制度化し、関係者協議による対策を推進し、医療従事者への地域医療確保への協力の位置づけ等が規定されることになっている。

### 1.3 自治体立病院における運営面の課題：

#### 1.3.1 損益収支と赤字体質：

自治体立病院については、一般的に経営赤字を抱えながら運営されているところが多数にわたる。これは、自治体立病院が診療を行い、地域住民の医療に貢献すればするほど、自治体の税収から補填しなければならない金額も増えていくことを意味している。地域住民にとっては、目に見えない税金の負担となり、各自治体にとっては、税収等による収入とのバランスから予算措置される支出としても大きな負担になる。ことに病院事業は、その規模が大きいことから財政負担の額も大きくなり、その一方で住民の生活にとって医療の充実は不可欠であることから、財政負担は避けることができず、当該問題はより深刻なものとなる。

例えば、地方公営企業の病院事業における平成11年度から15年度までの全体的な収支状況の概要は下記表1.8のようになっている。

表 1.8： 地方公営企業 病院事業 損益収支年度別推移 [概要] (出典：平成15年度地方公営企業年鑑)

(単位：百万円)

	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
総収益					
医業収益	3,587,327	3,651,833	3,699,611	3,613,981	3,666,764
国庫(県)補助金	12,378	13,812	14,303	14,446	14,946
他会計繰入金	567,514	560,272	556,793	553,378	545,132
特別利益	23,244	20,775	12,274	18,007	13,558
総費用					
医業費用	3,968,814	4,002,033	4,040,222	4,037,232	4,028,262
支払利息	136,610	134,751	132,278	130,391	126,945
特別損失	16,843	14,400	11,822	22,336	21,636
純損益	95,231	64,399	62,672	126,367	101,285
[参考] 医業損益	381,487	350,200	340,611	423,251	361,498
(累積欠損金)	1,213,513	1,320,093	1,388,212	1,512,317	1,619,023
(総事業数)	758	762	762	764	754
(総病院数)	998	1,002	1,006	1,007	1,003

上記表からも分かるように、地方公営企業の病院事業に係る自治体からの繰入金(上記表の「他会計繰入金」が該当する。)については、毎年度約5,000億円超の支出が必要となっている。但し、当該支出を行っても病院事業の純損益は平成14年度、15年度共に1,000億円以上の赤字となっており、さらに繰入金等を除いた純粋な医業損益のみ着目した場合には、毎年度約3,000億円以上の赤字となっている。これらの赤字の原因については単純な要因によるもの

ではなく、複合的な要素の集合と考えられるが、当該原因の要素としては概ね下記項目のようなものが考えられる。

#### 医業収益に対する人件費率の高さ：

自治体立病院の場合には、職員の給与については他の公務員と同様に（技術職としての区分はあるものの）、基本的には年功序列型の昇給基準となっている。したがって、勤務期間の長短を以て給与体系が決定されることから、効率的な人員配置ができず、かつ職員を動機づける効果的な経営手法が働きにくい状況となっている。また、病院経営に対して、自治体等からの繰入金による収入などが病院の運営状況の把握を困難としており、また当該繰入金等の存在は、病院職員にとっての病院運営に対する関心を阻害する要因ともなっている。尚、一般に病院経営における一つの目安として、医業収益に対する人件費率が 50%を超えている場合には、当該病院の経営は相当厳しいものとなるが、自治体病院において人件費率が 50%を下回る例は少ない。

#### 運営責任の不明確性：

地方公営企業法の一部適用となる自治体立病院においては、経営・運営と組織管理の要素が自治体組織と病院組織に分断されることが多く、人事権等が病院長にあるわけではない。かかる事情により責任の所在が明確な経営・運営体制になっていないことが多い。また、政策医療（周産期医療や救急医療など）等の一般に不採算部門といわれる領域についても、地域住民の要請がある限りにおいては、自治体立病院の使命としてこれらの診療を行う必要がある。但し、その結果としての赤字分に係る補填額相当額について自治体からの繰入金で賄われることが考えられるが、当該繰入金の算定方法について必ずしも明確な（原価計算等の客観的な根拠に基づいた）算定方法となっているわけではない<sup>7</sup>ことから、自治体立病院の運営責任は一層不明確になっている。これらの結果として、自治体立病院の運営赤字については、それが問題であることは誰の目にも明らかであるが、当該赤字に対する対応を取るべき責任者が不明確となり、その対応がより一層遅れてしまうこととなっている<sup>8</sup>。

#### 政策医療の問題

---

<sup>7</sup> 例えば、病院を継続して運営していくための資金繰りの補填のような形で繰入金が決定的な場合や、赤字補填に近い形で繰入金が決定的な場合で、病院自体の運営努力により経営改善がなされた場合には病院の繰入金収入が減少することを意味し、逆に病院運営に対する努力が不十分なために運営が悪化した場合には、病院の繰入金収入が増加するという悪循環の結果を招くこととなる。

<sup>8</sup> 自治体立病院を地方公営企業法上の全部適用とし、新たに病院管理者を設置し、経営と運営責任のあり方を明確にしようとする動きはかかる現状の反省から生じている行動になる。

上述した如く、自治体立病院においては民間医療施設だけでは対応できないような政策医療や特殊医療への対応を必要とする事情がある。この点については、民間の市場原理に任せておいた場合にはカバーされない可能性のある領域として公的主体(自治体)が担うものであるが、民間医療施設が参入しないということは、すなわち通常の運営では赤字となって採算が成り立たない可能性があることを意味している。この問題は、そもそも地域住民へのかかる医療サービスの必要性・地域における社会的なニーズに応じて行っているにもかかわらず、それによって採算が成り立たない診療報酬体系となっている点に根本原因があるとも考えられるが、この現状を前提とした場合には、当該状況の中で政策医療に係る赤字を減少させる方策として、当該分野に係る規模の利益(当該分野の患者等を一施設で一括して診療することによるスケールメリット)をできるだけ活用する等の対処方法も検討すべき点となる。

### 1.3.2 有形固定資産の整備状況：

自治体立病院における損益状況は前述した通りであるが、繰入金等による収入を含めた上でも自治体立病院の損益(純損益)はマイナスとなっている。ここで、病院事業については人件費の支払いのみならず、医薬品等の材料費等の支払も毎月経常的に行われているにもかかわらず、毎年赤字が続いている事業が資金繰りの破綻をきたさないことは、一見すると不自然に感じられる。この仕組みの背景は、上記の損益状況がいわゆる発生主義による損益計算の概念に基づくものであり、同一決算期間における実際の資金収支の動きと(もちろん関連性は大きいがあるが)一致するものではないことにある。そして、この期間損益とキャッシュ・フローのギャップの最大の原因は病院の施設整備等のための支出額(いわゆる有形固定資産の取得額)に関する損益計算上の処理にある。損益計算においては有形固定資産の取得に要した額は、取得後の期間(耐用年数と呼ばれている)にわたって「減価償却費」として損益計算上の(非資金)費用として計上されていくことになる。当該減価償却費相当分は、現金等の支出はないものの損益計算上は費用として計上されることから、減価償却費相当額の損益計算上の赤字があっても病院運営においては(当該固定資産取得時の一時的な資金手当てさえ行えば)継続していくことが可能となる<sup>9</sup>。

但し、全く同様のことは民間事業者の病院運営においても生じている。また、民間病院においては減価償却費を含めた上でも損益計算が黒字となっているものが多数にわたる。ここで、自治体立病院について一般的に指摘される事項として、施設整備のためのコストが民間病院に比して高いという点がある。

下記表 1.9 は 100 床当たりの有形固定資産額を自治体立病院と民間(私立)病院について比較

<sup>9</sup> 実際には、資金収支に余裕がない自治体病院の場合には、有形固定資産取得のための地方債等に係る元本償還額が概ね減価償却額に対応し、一方利払い額は費用計上と資金支出がほぼ対応することになる。尤もそれぞれ、期間対応にズレが生ずることが多い。

したものである。この値は、それぞれの病院における減価償却計算後の値であることから、下記数値をそのまま比較判断の基準とすることはできない。但し、自治体立病院と民間(私立)病院における施設整備後の経過年数の平均値にそれほどの差異がないと仮定すれば、ある程度の参考数値として解釈することも不可能ではない。

表 1.9 : 100 床当たり有形固定資産の額【比較表】(出典:平成 16 年度 病院経営分析調査報告)

単位:100 万円

	建物	建物附帯設備	医療用器械備品	その他
自治体立病院	1,313	256	342	125
民間(私立)病院	495	180	107	70

上記の比較表はあくまでも減価償却後の数値を元に行っていることから、単純に比較することはできないものの、自治体立病院の施設整備費用、特に建物に関する(100 床当たりの)有形固定資産の額は、民間(私立)病院の 2 倍以上となっている。自治体立病院の場合には救急や周産期医療のためのある程度の施設は必要となるものの、その点を考慮しても建物自体に関する有形固定資産の額が 2 倍以上あることについては、自治体立病院の施設整備の手法に対する一つの課題と捉えることは可能と考える<sup>10</sup>。

<sup>10</sup> コストの極めて高い施設整備費、ないしは費用高の公共調達となっている懸念があるということに他ならず、効率的・効果的な施設整備を図る余地があるということでもあろう。

## 1.4 自治体立病院の再編成・統合へのニーズ：

### 1.4.1 再編成・統合への一般的ニーズ：

上述せる如く、一般的に、自治体立病院はその経営・運営に関しては、様々な事情や課題を抱えている所が多い。自治体立病院はあくまでも地域住民に対する政策医療の担い手として、一定医療圏の中で、個別自治体毎に施設整備や運営を担ってきたのが過去の基本的なパターンでもあった。一方、個別自治体だけではなく、周辺の自治体の状況を比較・検証してみたり、問題をより広範囲の医療圏単位で見ると、一定医療圏内において類似的な課題を抱えている自治体も多いことがわかる。いずれもが、類似的な課題を抱え、住民に対する公的医療を如何に提供すべきかの課題に係わる解決を迫られているが、個々の自治体の社会的構造と人口構成の変化の状況、即ち過疎化、高齢化、少子化等の程度は必ずしも一致せず、医療ニーズも自治体毎に微妙に異なっているのが現実でもある。

かかる状況にある場合、一つの地方公共団体内で全てを解決することを志向するよりも、近隣地域も含めた広域的な問題として、広域圏を対象に、この圏内にある複数の医療施設を同時に再編成・統合することにより、大きな枠の中で解決策を志向する方が、現実的には問題を解決しやすいことが多い。

これは、下記背景・理由などがあるからである。

個別自治体単位で問題の解決を考えるよりも、複数自治体や医療圏をベースとして考えることにより、需要と供給の規模が大きい前提で、医療サービスの提供のあり方を考えることができる。この場合、既存の施設を再編成・統合することにより、より大きな経済ベースで地域における需要と供給を考えることができる(規模の経済、即ちスケールメリットである。広域的な視点で考えることによる施設の効果的・効率的な設置などのメリットなどが生まれる)。

複数ある施設の機能や役割を再考し、再編したり、集合したりすることで、限られた資源を集約し、効果的に活用することが可能になる。これにより、従来できえなかった医療機能や医療体制を構築することができ、結果的に住民に対する医療サービスの質を向上することができる。従来バラバラに資源を用い狭い範囲内で類似的な活動をしていたものが、より広域の視点で考えることにより、資源を合体させ、無駄を排してこれをより効率的・効果的に用いることができるようになる<sup>11</sup>。

---

<sup>11</sup>例えば、近年における医療機器の高額化は、中小規模の病院が単独でMRI、CT、アンギオなどの高額医療機器を整備することを困難にしている。かかる状況を踏まえて、地域の大規模病院(国立大学法人医学部付属病院

地域全体に存在する既存の資源(人、物、金、情報)を集約し、できうる限りこれを有効活用することで、施設の高度化や合理化・効率化を図ると共に、改築・新築など個別の自治体ではできなかったことができるようになる(病院は医師・看護師・技師等が提供する人的サービスが基本で、良い施設を整備し、質の高い人材を集めることができれば、質の高い医療を提供できることが可能になり、結果的に患者が集まってくる。これにより、患者にとっての満足度も医療に対する信頼性も向上する)。

尚、個別の自治体には最適である解も、医療圏全体や社会全体から見た場合、非効率的になるという場合もある(一つの自治体の医療施設が良くなっても、他の地域とのバランスが崩れ、別の地域では劣悪な医療環境に伴い患者自体の流出が生じ、このいずれにも国の補助金が支出され、社会全体としてのコスト増になる場合などになる)。この場合、社会全体の最適解を志向することこそが、全体最適をもたらすことになる。

従来の自治体の枠組みを超えて、より広域的な視点で考え直すということは、必ずしも目新しい考えではない。考え方自体は従前より存在したが、必ずしも一般的ではなく、むしろ特殊な状況においてのみかかる考え方が実践されてきた。一方、現実には、：

個別の自治体が独力で、あるいは個別の公的医療施設が自らの財務力で、新たな整備や医療機能の充実を単独で図ることは難しい状況があちこちで生まれていること、

より広範囲な観点から複数の自治体間の連携や協力をも視野にいれて可能性を考えると、  
いう新しい社会的ニーズが生まれてきていること、

が特徴的な事象になる<sup>12</sup>。個別の自治体の枠を超えて複数の自治体が共同で一つの事務事業を担うことを考えるということは、この目的のために新しい特別地方公共団体を組成するということをも意味している<sup>13</sup>。

下記図 1.10 はこの新しい考え方やアプローチを図示したものである。

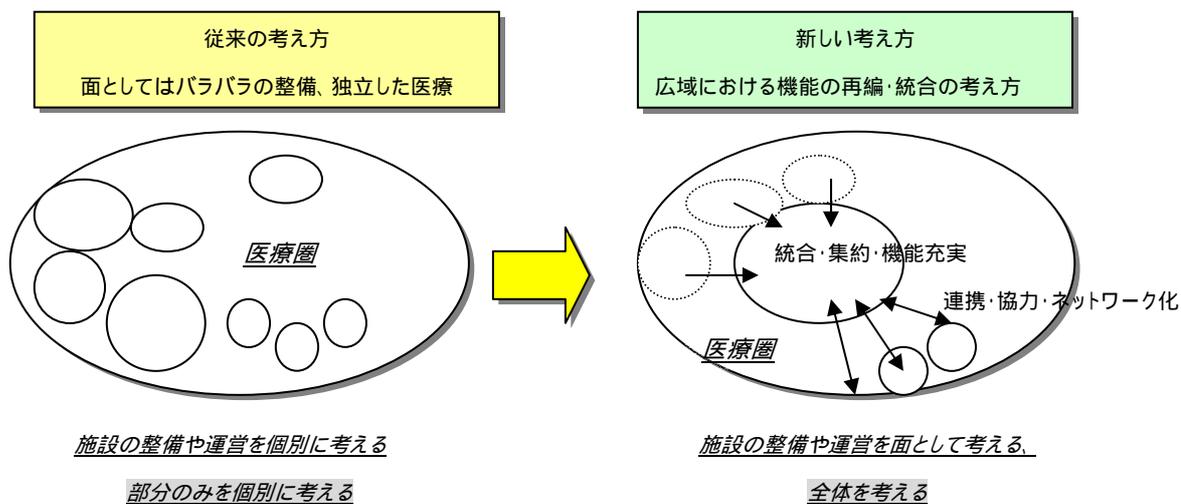
---

などを含む。)が有する機器について、当該地域における中小規模の病院との共同利用も進んでいる状況があるが、広域再編・統合化はその動きを更に進めたものといえる。

<sup>12</sup> 勿論背景として、地方における道路網の発達やモータリゼーションの進展により、住民の行動半径が広がり、日常生活圏が拡大しているという事実もある。この意味では、住民自身がより広域的な行政サービスのあり方になれつつあるという事情もある。

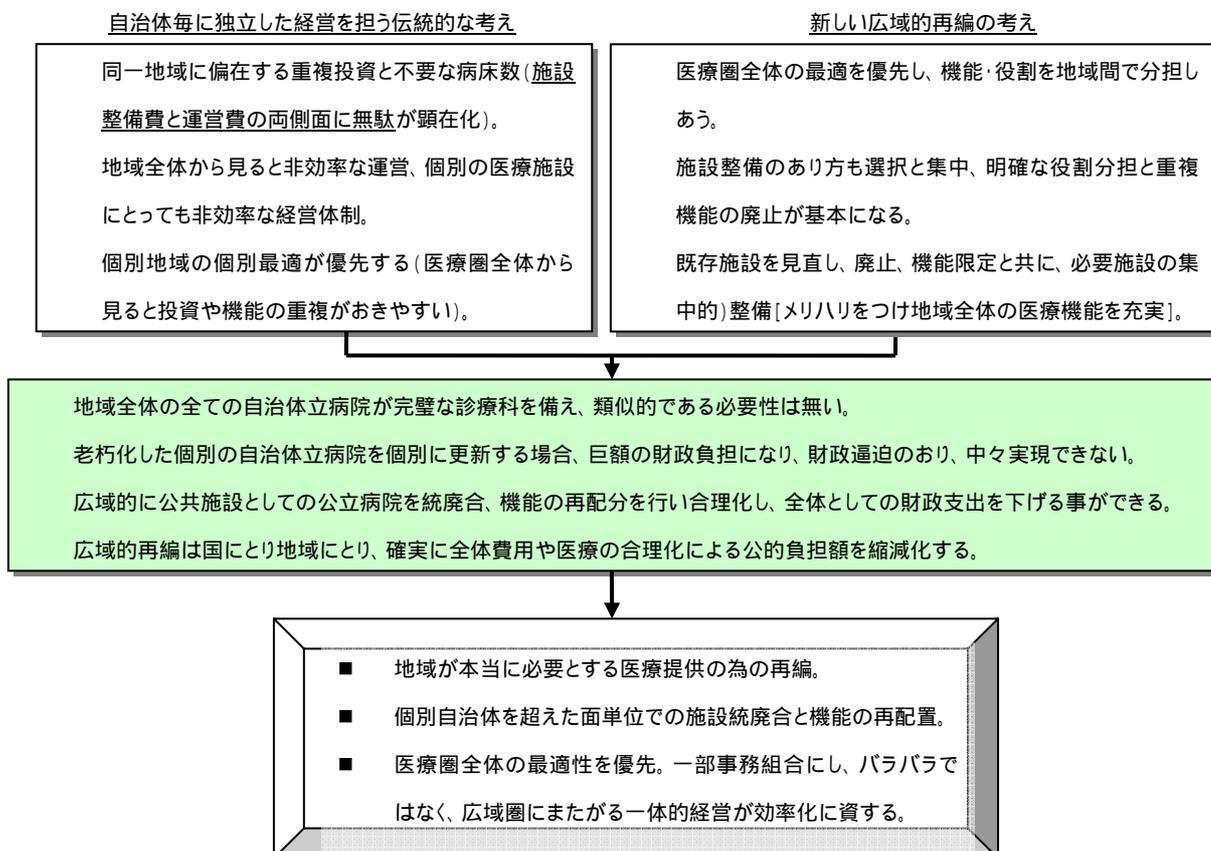
<sup>13</sup> 地方自治法第3編(特別地方公共団体)、第3章(地方公共団体の組合、284条～293条)

図 1.10 : 伝統的な考え方(バラバラ)と新しい考え方(広域的に考える)



この二つの異なったアプローチは下記図 1.11 に記載した様にその差異を理解することができる。

図 1.11 : 点で考えるアプローチと面で考えるアプローチの差異



一方、個別の自治体の枠組みではなく、広域的な医療圏や、複数自治体間での公的医療提供の仕組みを再編し、住民に対する医療サービスの提供を考えるとすることは、自治体間での医療施設の統廃合や医療機能の再編をも含むものであり、住民にとっての医療への身近なアクセスが阻害されるという反対論が生じる可能性もある。地域社会において住民にとり身近な場所に公的医療サービスが提供されているという事実は、極めて重要な意味をもっているからである。

但し、：

道路網の発展や、地方の地域社会におけるモータリゼーションの飛躍的な進展に基づき、一定地域間の住民の移動はかなり便利になってきているという現実がある（人為的な自治体の地理的区分は地域住民の自由な移動を妨げることにはならない）。かかる状況において、個別の市町村毎に個別の類似的な機能を保持した自治体立総合病院が存在することが、本当に必要か否かが検証されるべき時代的要請がここにある。例えば、一定地域に関する限り、複数自治体を大きく一定の広域医療圏としてくくることにより、当該区域内における重複投資を避け、資源を集中できる。限られた資源を集中することにより、充実した医療機能や、より高度の医療サービスを提供できる施設を設けることができる。

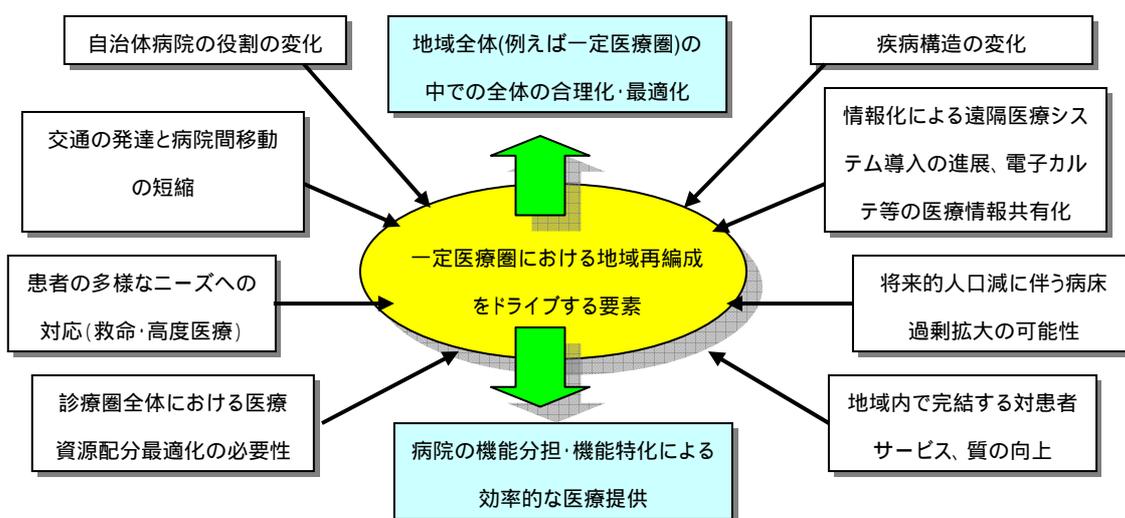
中小規模の経営となる自治体立病院の中には施設の老朽化に伴い、全面改築や大幅な施設更新需要に迫られているものも多い。病院の改築は自治体の財政規模次第では初期投資、運営も含めて大きな負担になるが為に、単純な意思決定にはならず、住民や議会からの同意取得が大きな前提になる。また、財政逼迫の状況下では、単独の自治体でこれを担うことには荷が重過ぎる場合がある。地域住民に対する医療サービスの質を維持するためにも建替えや医療機能の充実化を時間の問題で実現せざるを得ないという場合もありえよう。一方、周辺自治体の状況や広域的な医療圏としての状況を見て、類似な事情を持つ自治体があったとすれば、バラバラに建替えをし、類似的な施設を整備することは、社会全体にとり極めて非効率になる。広域的な医療圏の中で既存の施設の機能の再編をしながら、資源を集約して、建替えを実施することが社会全体としての効率化を促すことにもなるし、結果的に整備の実現を早めることにもなる。

市町村合併は自治体の財政規模を大きくし、全体としての自治体経営の効率化を図る政策的試みとなるが、上記と同様に、広域的な観点から行政サービスの効率化を考えざるを得ない類似的な状況をもたらすことになる。複数市町村が合併する場合、個別自治体が従来担ってきた住民に対するサービスをどのように今後統合しながら経営・運営していくのかという課題に直面する。個別の自治体毎に複数の類似的総合病院が存在する場合には、これらを新

た自治体組織のもとに、統合・再編成することがより合理的になるケースがある<sup>14</sup>。この場合には、個別事業たる医療分野のみではなく、自治体そのものの枠組みが広域化することにより、自治体が担う事務事業の経営のあり方も変えざるを得ない状況になることを意味している。

上記で見たとおり、多様な要素や要因が自治体立病院の個別自治体という領域を超えた広域的な再編を促すドライバーとなっている。地域社会における高齢化は今後とも加速化すると想定され、これに伴い、地域社会における疾病構造も段階的に変化し、かつ、近未来を見据えた場合、病床過剰となる可能性も否定できなくなる。また、IT 技術の進展は、今後地域社会において医療施設間の関係（即ち連携や協力のあり方）を大きく変える可能性がある。単独の自治体、単独の公的医療施設がスタンド・アローンな形で一定の地域社会に医療サービスを提供する現在の基本型ではなく、住民が期待する医療の機能毎に、複数の自治体に跨る複数の公的医療施設が連携しながら多様な医療サービスを提供する可能性がここにある<sup>15</sup>。

図 1.12 : 広域的医療再編成の要因と背景



<sup>14</sup> 第 2 章でこの類型に関して詳述。

<sup>15</sup> 第 164 回通常国会に上程された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(案)」においては、厚生労働省令で定める疾病の治療又は予防に係わる事業及び救急医療、へき地の医療、小児医療等の確保に必要な事業(「救急医療等確保事業」)に関し、都道府県が地域の関係者による協議を経て、医療毎に医療連携体制(「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制」)を構築されるよう配慮すると共に、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができるように医療提供施設及び居宅などにおいて提供される保健医療サービス等との連携が確保されるように配慮すべきことを規定している。都道府県が作成する「医療計画」においてかかる連携と協力により、地域社会の医療ニーズを満たす計画を作成する役割が都道府県に期待されていることになる。同法案はこれに関し、関連する医療提供施設などの管理者・開設者による協力等を定めている。医療分野における「連携」と「協力」は今後の地域医療を考える際の重要なキーワードになる。

#### 1.4.2 救急医療の必要性和広域的な再編成:

1.2.2 で述べた如く、地方における救急医療に関する医療設備の充実については、現状において十分といえるところは限られ、今後一般的に高い次元での設備の充実を新たに整備していく必要がある。但し、やみくもに医療設備を充実するだけでは病院を運営していくコストも比例的に高くなってしまい、特に自治体立病院のように税金を投入して施設整備や運営経費の一部を賄っている場合には、十分な活用がされないままに高いコストのみが継続していくことは重大な問題となる。この様に、地方における自治体立病院では、救急医療に対する需要とその対応としての医療設備の充実の必要性和、当該医療設備に要するコストを回収していくための病院運営とが高いバランスで両立していく途を切り開いていかななくてはならない状況にある。

この点に関する解決策としては、以下のような手法が想定される。

救急医療に対する地域住民等の需要に対応するために、これらの需要に対応するだけの規模や体制を持った中核的基幹医療施設を整備する。

上記の大規模中核的基幹医療施設の運営にかかるコストの削減をはかり、健全な運営を維持していくために、同医療施設に対する投資コストを回収できるだけの医業収入増を図るため、患者の集中を図る必要がある。

特に、<sup>16</sup> に関しては、一般的な原理として、施設整備に関する投資(医療機器の充実等を含む)を行った場合には、当該施設が運営していくためにはその規模に応じた一定の固定的なコストが継続して必要となる。この固定的なコスト(固定費用)<sup>16</sup>は、医療機器等の稼働状況とは関係なく、当該設備を維持していくために生じてしまうものであるが、当該設備の規模が大きいほど比例的に当該固定費用も大きくなる。これに対して、病院が獲得する収入は、患者数等に比例していくことから、必然的に大規模な医療設備を整備した病院に関しては、従来よりも高い稼働率を維持していく必要が生じることになる(次ページの図 1.13 参照)。

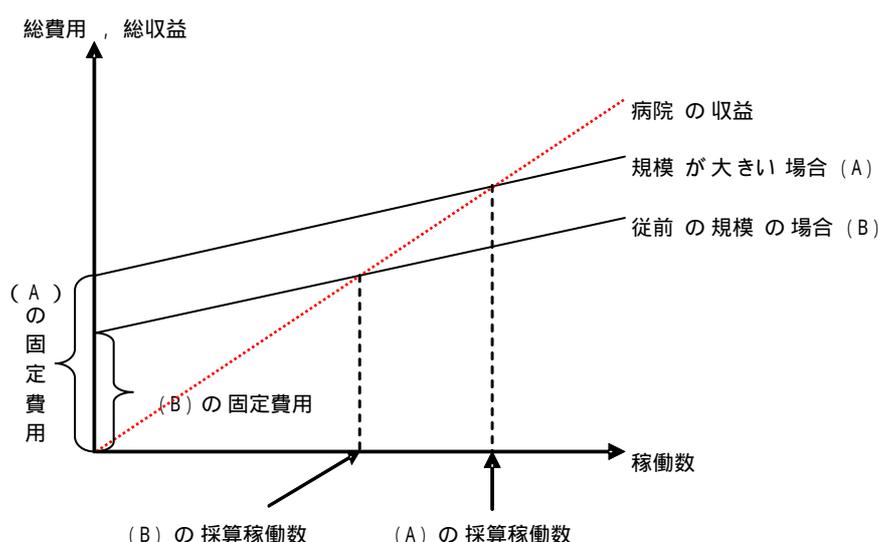
よって、救急医療のための対応としての医療設備等を整備した病院に関しては、必然的に当該投資規模に見合った患者数の獲得が必要となり、そのためには診療圏を拡大する、診療の対象を絞り込む<sup>17</sup>等の対応策も並行して取られる必要がある。このような対応策についての実行方法としては、従来は各自治体立病院が診療圏としていた範囲を超えて、広域再編により診療圏を拡大・統合して、地域の救急医療に対応する大規模中核病院を整備すると共に周辺における従来

<sup>16</sup> 固定費用に対して、稼働に応じて必要となるコスト(電気代等)を「変動費用」という。

<sup>17</sup> 診療の対象をある程度絞り込むことで、医師や診療内容の専門性による分業化、整備すべき医療機器の絞り込み等が可能となり、必然的にコスト削減にも通じることとなる。

の病院機能を見直して、ある程度の中核病院への患者の集中と、当該中核病院における診療内容の特定化を図る対応が現実的には想定されることになる。したがって、自治体病院が抱えている救急医療に関する医療設備の充実の必要性和、自治体病院における病院運営(コストの回収)との高いバランスでの両立のための解決策という観点からも、広域的な再編成による医療サービスの提供という手段が必要となってくる。

図 1.13: 費用、採算稼働数と規模、収益の基本的関係



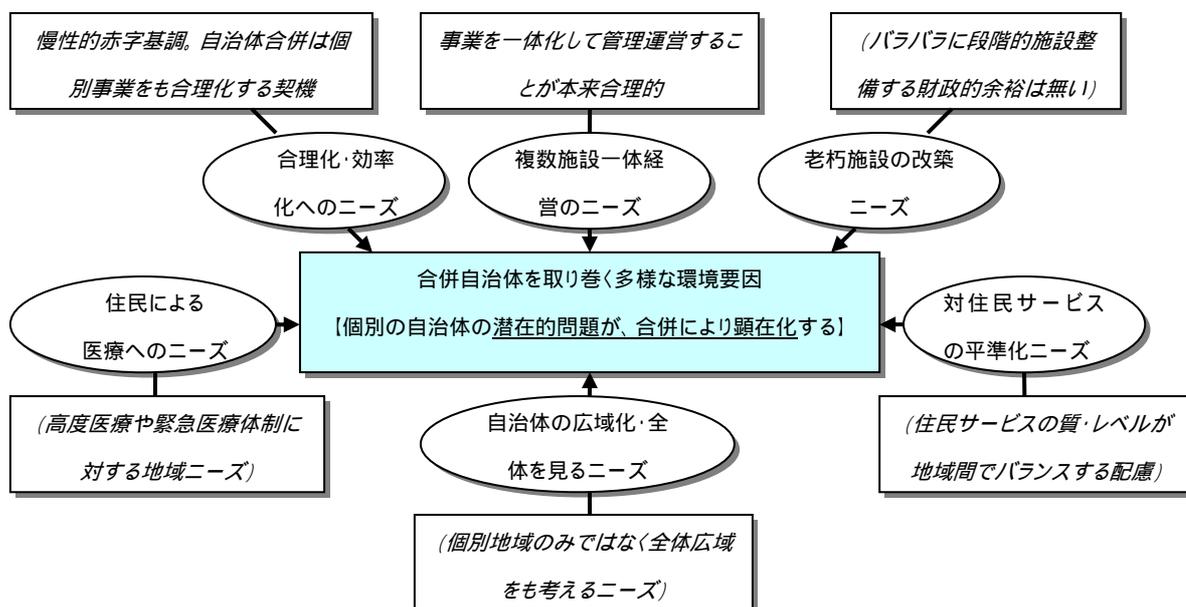
### 1.4.3 市町村合併と自治体立病院再編成・統合化：

複数の市町村が合併するということは従来、個別自治体が担ってきた異なる事業は以後、単一的な合併した自治体が管理・経営することを意味している。病院事業の場合、医療サービスの提供のあり方は各自治体毎に過去の事情や経緯が異なることが多く、必ずしも地域間の利害が一致するとは限らない。例えば施設の増改築の実施の必要性の有無やタイミング、過去における施設整備や公債費負担の経緯、一般会計からの繰出しの規模と各事業体の経営状況等、個別自治体における受益と負担のあり方は異なることがある。これは異なった事情を持つ市町村が合併する場合、単純には調整できない内部的課題を抱えることを意味している。一方、類似的な機能の施設が合併した自治体内に複数存在し、かつこれら施設が慢性的赤字基調であるとか、これら施設が既に老朽化しており、早急に施設の改築・更新などを迫られている場合などの事情がある場合には、従来存在した事業単位毎にバラバラにかかるニーズに答えることは極めて非効率かつ費用がかかる考え方になる。

この場合、既存の枠組みや過去の経緯を否定して、これらを組み替えることは単純にはいかない側面があると共に、特定地域に偏らない広域的にバランスの取れた考え方をとる必要がある

る。逆に、自治体が合併する事象は、明らかに従来個別の自治体が個別に担っていた事業を再編し、合理化する好機であると共に、事業単位と規模が大きくなることにより、今まで実現できなかった合理化や効率化を実現できる枠組みができることをも意味している。これにより、自治体立病院が抱える顕在的・潜在的な全ての問題を、多様な手法や考え方をかみ合わせながら、合理化や効率化を志向し、尚かつ、住民に対する医療サービスの質を高めていくことが可能になる。

図 1.14 合併する自治体の場合における環境要因



## 1.5 自治体立病院の再編成・統合に際し、PFI手法を適用する可能性：

自治体立病院の再編成・統合化は、自治体にとり、地方公営企業の経営のあり方を合理化し、運営の効率を向上させる狙いがある。現状のあり方を改革し、財政的にも自立的な運営を志向させることにより、全体の費用を縮減し、自治体にとっての負担を極小化しようとするところでもある。多くの地方における中小規模の自治体立病院の場合、病院の再編・統合化とは、医療施設の機能を充実させ、向上させたり、老朽化した施設を改築したり、新たな高度医療機能を具備した病院を新設することを伴うことが多い。診療行為を担う施設環境を改善することは、医師・看護師や職場に働く職員の意識やモラルを向上させ、モチベーションを高める効果がある。かつまた、診療環境を改善し、患者に対して質の高い診療サービスを提供することは、経営や運営のあり方を合理化するためには必須の要素になるといっても良い。すなわち、再編成・統合とは、複数の医療施設の役割と機能を見直し、これらを再構成することを意味し、従来の業務のあり方や職員配置、協力企業等外部との関係を含めて、全てを見直し、地域全体の医療サービスの提供体制を大きく変えることを含意している。

この場合の検討の考え方やアプローチ手法は、PFIを実施する場合の手法と極めて類似的な思考パターンを取ることになる。

これは、即ち下記側面等になる：

1. 再編成・統合は施設毎に異なったバラバラの経営体制を一元化し、経営統合することを意味し、この過程で既存の医療・診療サービス提供のあり方を施設、組織運営、人事も含めて再構成することを意味している。即ちソフト(経営や運営のあり方)とハード(施設のあり方)の両側面の改革を同時に実行することにより、相乗効果を期待する考えとなる。
2. できる限り総費用を縮減した上で、施設整備(新築や改築)を図ることが全ての基本となる。但し、高度医療機械やIT等の情報設備導入、新たな施設建設や全面改築等の場合は、投資費用も大きく、費用や負担をどう縮減できるかは、あらゆる手法の総動員が必要になる。
3. 個別自治体の財政状況に余裕がある場合には、一定地域における複数施設の改築、新築を同時平行的に実施し、住民の不公平感を少しでも縮減する努力が必要となる場合もある。一方、施設整備費負担が大きい場合には、段階的にこれらを実現するという考えもありうる。あらゆる選択肢の中で、実現可能で、かつ費用を縮減でき、最大効果を発揮できる手法を選択することになる。

4. 病院の新築、改築に伴う投資的経費としての公債費負担は自治体にとっても大きな費用負担となり、できうる限りこの負担が平準化され、将来の支出を計画的に考えることができることが好ましい。かつ自治体による負担は財政的に許容範囲内に留めるべきで、これを超える設備投資を実行するということは、当該事業自体に持続可能性がなくなることを意味する。
5. 複数施設の経営的統合を前提とする場合、当然のことながら、運営段階にあっても、大胆に民間委託を推進し、費用の節減を図ると共に、規模の経済を活用し、費用の縮減を図ることが必須の要件となる。この前提として業務手順や作業のあり方等広範囲な業務のあり方の見直しも前提になる。

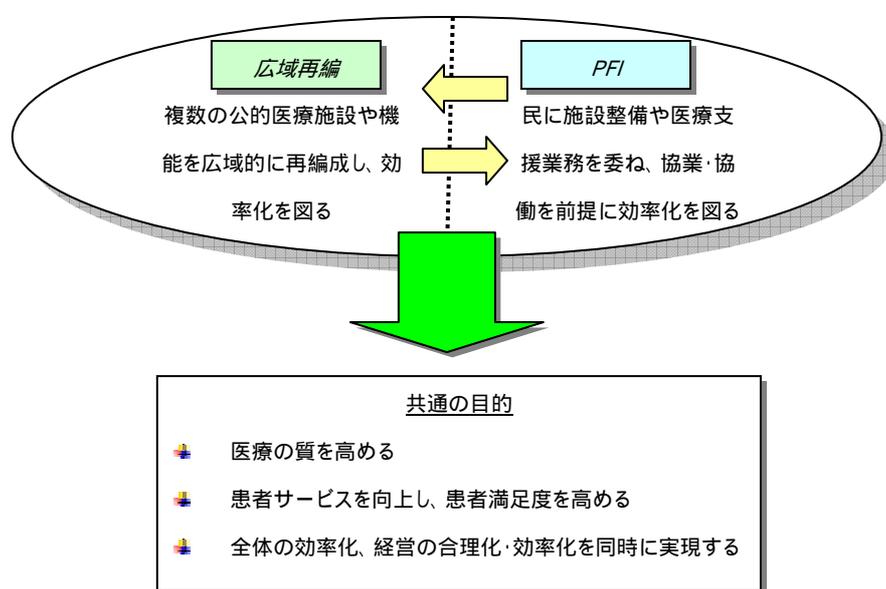
ここに自治体立病院の再編成・統合に関し、PFI手法を併用して、同時的に施設整備やアウトソーシングの合理化・効率化を図る具体的な可能性がある。一見複雑に見える問題も、PFI手法を同時平行的に採用し、官民間の効果的な役割分担の考え方をとることにより、合理的にかつ効率的に解決できることがある。

これは例えば下記側面になる。

1. 施設の設計、建設、維持管理あるいは改築・改修を一体化して、かつ複数施設に跨り実施することにより、間接費用の縮減や全体費用の縮減を期待できる。
2. 複数の施設に跨る施設の整備や改築の検討から実施までの時間の短縮や時間を短縮することによる早期供用効果なども実現できる。
3. 医療支援サービスに係わる運営の包括委託を複数施設に跨り、一括して委ねるということは、同様に全体の管理間接費を縮減することに繋がる。複数施設間の連携と協力を医療施設間の前提とし、これを官民の関係にも広げることにより、お互いの業務の重複を避け、作業手順や業務手順、連携や協力のあり方を効率的に見直すことができる。
4. 医療の運営支援行為や医療事務等の管理部門の業務を大胆に民間PFI事業者への包括委託を前提とすることにより、簡素で効率的な人員体制を前提に全体の仕組みや管理体制を考えることができる。
5. 再編成・統合という組織体制のあり方の改革は、職員の環境を変え、意識を変え、動機付けを大きく変える好機にもなる。これは仕事のやり方や民委託を推進する好機にもなり、民の創意工夫を利活用し、業務遂行の効率化を実現する余地がここに生まれる。

この様に、様々な状況を踏まえた上で広域的な再編成・統合化の動きが求められる自治体病院にとって、PFIは当該再編成・統合化を実現する際の具体的なツール(実現手法)になりうると共に、全体費用を更に縮減化し、病院の組織運営を合理化するための具体的手法として把握することが適切であろう。財政逼迫の状況下においては、PFIは自治体立病院を効率化する有効かつ適切なツールにもなると共に、PFIを採用することにより、効率化の相乗効果(シナジー)を高めることが可能になる<sup>18</sup>。

図 1.15 : PFI は効率のシナジーをもたらす



<sup>18</sup>自治体病院の再編成・統合化とPFIの関係については第4章、4.2で詳述。