

## 公立病院の経営改革（１）

株式会社公共ファイナンス研究所  
代表取締役 阿部博人

全国にある約 1,000 の公立（自治体立）病院の約 7 割が赤字で、一般会計からの繰入を合わせるとほぼ 100%近くが経営難と言われている。自治体財政が益々厳しくなる一方、財政健全化法により病院事業の改革は喫緊の課題となっている。総務省は平成 19 年 12 月に公立病院改革ガイドラインを発表し、平成 21 年 3 月までに経営改革プランの策定と公表を求めた。改革プランでは、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しについてまとめ、また、改革プランの実施状況の点検・評価を行い公表しなければならない。

公立病院の経営改革にあたっては、何よりも医療崩壊を招くに至った医療政策の誤りを質し、是正策を早急に実施しなければならない。OECD によれば、日本の 1 人当たり保健医療費は 2581 ドル（2006 年度）で OECD 平均（2984 ドル、2007 年度以下同様）よりも低く、米国は 7290 ドルで最も高く、カナダ 3895 ドル、フランス 3601 ドル、ドイツ 3588 ドル、英国 2992 ドル、イタリア 2686 ドル等と主要先進国中で最も低い金額となっている。対 GDP の保健医療費の比率も低い（2006 年でフランス 11.0%、ドイツ 10.5%、スウェーデン 9.1%、英国 8.5%、米国 15.8%、日本 8.1%）。保健医療費が高ければよいということではない。しかし、人口千人当たりの医師数（2006 年でフランス 3.39 人、ドイツ 3.45 人、スウェーデン 3.58 人、英国 2.44 人、米国 2.42 人、日本 2.09 人）は低く、同様に看護師数も低いことを鑑みれば、日本の医療の貧困さは明らかであろう。

公立病院は民間病院に比べ、全般的に人件費比率や材料費比率、あるいは病院建設費も高くなっている。これらに関して改善することは当然ではあるが、経営の効率化を図ってもなお経営が厳しい公立病院が少なくない。一つにはへき地や救命救急医療等の不採算性にあり、このような収益を上げることが難しいいわゆる政策医療については、一般会計からの繰入金や交付金で補填しているが、この繰入金はまた一般会計の大きな負担となっている。医業収入の単価については政府が定める診療報酬に拠っている。いくら経営努力をしても、不当に低い診療報酬では経営は成り立たない。

民主党政権に代わっての 2010 年度診療報酬改定は、0.19%という実に小幅な引き上げ幅であるが、10 年ぶりのプラス改定となった。内訳は、診療報酬本体部分はプラス 1.55%で約 5,700 億円に相当し、入院部分については 3.03%と大きく引き上げられる。また、急性期入院医療への配分増や、救急、産科、小児、外科等の再建、さらに病院勤務医の負担軽減が基本方針として示されている。ささやかな一歩であるが、国の財政再建と公共事業等の予算削減と調整を図りながら、さらなる思い切った医療費の増額が待たれる。

公立病院の経営難のもう一つの大きな原因は、医師不足である。新臨床研修制度により特に地方とへき地の医師不足が深刻化しており、休診や病棟の閉鎖、あるいは出産ができ

なくなるなど、地域医療はまさに崩壊している。政府は医学部定員増などようやく医師数抑制政策を転換したが、効果が現れるのはおよそ 10 年後とも言われている。

急性期入院医療の充実と勤務医の負担軽減は望まれるものの、診療所の報酬を下げることによって賄うことは適切ではない。地域医療における診療所の役割は大きく、診療所が疲弊すれば、いずれ病院へのしわ寄せが生じる。

公立病院と民間病院のイコールフットイングも課題である。民間病院も救命救急等の公的医療を担っており、公立病院とは違い人件費を抑え、税金を払って経営を行っている。そこで、社会医療法人制度がスタートしたわけであるが、例えば年間の救急搬送が 750 件以上というのは特に地方ではハードルが高く、認定条件を現実に即して緩和する必要がある。

以上のように、地域医療の再建には各側面から取り組まなければならない、整合性ある医療政策が待たれる。公立病院の経営改革は、適切な医療政策の上で、はじめてなし得るものと言えよう。