

日本における医療機関の経営の多様化

曾 根 美 保

Abstract

This paper has two purposes. The first is to show the managing conditions of medical institutions in Japan and to clarify their crucial works to address. The second is to consider effective ways for their highly-diversified management styles. Examining the hospital management survey in 2006, I find that the managing conditions of government-run medical institutions in Japan are extremely severe, and that they are required to review their salary system. Medical institutions in Japan should build a system which improves managing conditions and provides expected health care services.

キーワード……医療機関 自治体病院 経営の多様化

1 はじめに

近年、日本の医療機関を取り巻く経営環境は、診療報酬体系や薬価差額制度の改正、医療費の自己負担率の上昇による患者数の減少などにより厳しくなっている。とりわけ、財政悪化や市町村合併などにより、自治体が運営管理する病院（以下、自治体病院）を取りまく経営環境は著しく厳しくなっている。

現在、日本における医療機関は、このような経営環境の急速な変化に対応するために、収益力の強化を目的とした新しい経営戦略を策定する必要に迫られている。なかでも、慢性的な赤字経営に直面している自治体病院は、十分な医療サービスを提供することと同時に、経営の健全化と経営の基盤強化を図ることが強く求められ、コスト削減を徹底させるための経営管理の設計が重要な課題となっている。

なぜ、自治体病院の経営がこれほどに問題を抱えているのだろうか。小山田（2006）は、2003年度および2004年度の自治体病院と民間病院の経営データを比較し、自治体病院の経営は給与や薬剤購入費が民間病院より高いことを明らかにしている。小山田は、自治体病院の赤字経営体質は放置できない課題であるとして、自治体病院の赤字経営脱却のためには、病院経営の責任の明確化を図ること、自治体病院の地方公営企業法全部適用などの改革が必要であることを提言している。

一方、堀（2007）は、自治体病院担当者へのアンケートに基づいて自治体病院と私的病院の

平均給与を比較し、自治体病院の経営悪化の構造要因として、自治体病院における政策医療の実施と年功序列型の公務員給与体系が関係していることを明らかにしている。堀は、経営責任を明確にし、給与体系の見直しなどを含むさまざまな経営手法を採用することによって、自治体病院の経営は改善できる余地があると指摘している。

しかし、小山田（2006）と堀（2007）のいずれも、自治体病院の経営難について、その要因と経営効率性改善に向けた経営手法の導入の必要性を述べているものの、現在の医療機関にみられるようになってきている経営の効率化を目指した医療機関の動向について言及していない。そこで、本稿では、まず、全国公私病院連盟が行った平成18年度の病院運営実態調査の直近のデータを用いて、日本の医療機関の経営の現状を把握し問題点を明らかにする¹⁾。次いで、医療サービスの効率的・継続的な提供を目的とした、昨今の日本の医療機関の動向を概観するとともに、検討、考察を加える。そして、本稿は、

- (1) 近年の医療機関の経営は依然として厳しい状態にあり、とりわけ自治体病院では慢性的な赤字経営が続いている、
- (2) 厳しい経営状況のなか、介護保険施設の併設やチェーン化などの規模の拡大、専門分野に特化した医療サービスの提供、自治体病院における再編や民間の経営手法の導入など経営に多様化がみられるようになっている、

の2点を明らかにする。

本稿の構成は以下のとおりである。第2節では医療機関の経営の現況を概観し、第3節では医療機関の経営の多様化を検証する。第4節はまとめである。

2 医療機関の経営の現況

この節では、全国公私病院連盟の「平成18年病院運営実態分析調査」を用いて、現在の医療機関の経営の現況について概観し、その問題点を明らかにする。

2.1 医療機関の経営状態

規模別医療機関の収支動向を評価してみよう。図1は100床当たり総収支差額と医業収支差額の年次推移を示している。総収支差額とは、通常の病院運営に要する収益と費用の差額

$$\text{総収支差額} = (\text{医業収益} + \text{医業外収益}) - (\text{医業費用} + \text{医業外費用})$$

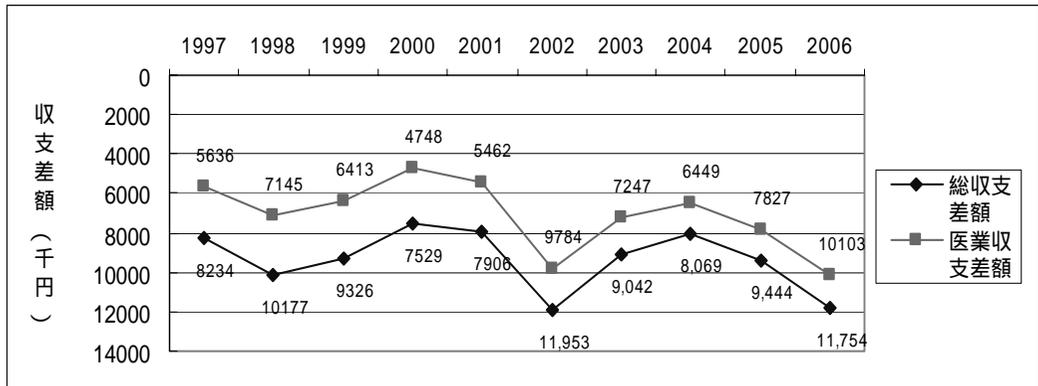


図1 100床当たり総収支差額、医業収支差額別の年次推移

出所：全国公私病院連盟（2007）統計表27より著者作成

により表される。総収支差額は、病院の本来活動である医療活動に要する収益と費用の差（医業収益 - 医業費用）で表され、病院の経営成績を判断する損益指標の一つになっている²⁾。

図1から読み取れる総収支差額の年次推移は以下のようなものである。2002年の総収支差額は11,953円、医業収支差額は9,784円の赤字である。2002年の総収支差額が最も大きな赤字となっている。2002年に大きく赤字になった理由は、

- (1) 2002年10月に、70歳以上の老人が原則、1割負担になったこと、
- (2) 2003年4月に、被用者本人が3割負担になったこと

により、外来患者数が減少し、医業収入が低下したためと考えられる³⁾。2004年は、総収支差額は8,069円、医業収支差額は6,449円の赤字となり、回復傾向を示している。しかしながら、その傾向は一時的で、2005年には、薬価基準の引き下げや診療報酬のマイナス改定などにより、再び総収支差額、医業収支差額ともに赤字が増加し、2006年には、医業収支差額が10,103円、総収支差額が11,754円の赤字となり、2002年とほぼ同程度にまで悪化している。

1997年以降の6月1か月分の総収支差額からみた黒字・赤字病院の数の割合の年次推移を図2にみてみよう⁴⁾。黒字・赤字病院の数の割合の年次推移をみると、2002年では、赤字病院が78.1%を占め、赤字病院の割合が最も高くなっている。その後、2005年まで赤字病院の割合が減少しているが、2006年には、再び、その割合は72.8%に増加している。

2002年を境にして、2005年までの間、黒字に転化した病院が増加している背景には、広告規制が緩和され、ホームページやメディアから医療機関の情報を得やすくなったことにより、患者が特定の病院に集中する傾向が強くなったことがあると考えられる。患者が医院を選択する

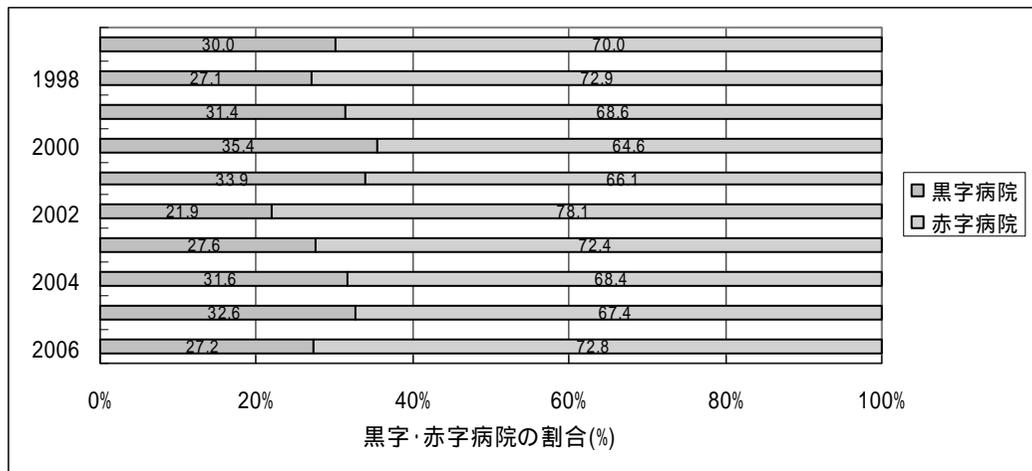


図2 6月、1か月分の総収支差額からみた黒字・赤字病院の数の割合年次推移
出所：全国公私病院連盟（2007）、統計表33より著者作成

基準が多様化していることから、今後、医療機関は、医療設備や医療技術に関する情報を積極的に開示し、患者からより選択されやすい体制を整備する必要があるといえるだろう。

2.2 自治体病院と私的病院

経営主体別に収支をみてみよう。現在、日本には約9千の病院があり、そのうちの約1千は自治体病院である。その自治体病院は厳しい医療経営に直面している⁵⁾。自治体病院は、地域の基幹病院あるいは中核病院としての役割を担い、不採算性の高い政策医療を行うなど、私的（民間）病院とは異なる特徴を持っている⁶⁾。そのため、自治体病院は赤字経営になりやすい。

これまで手厚い財政措置を受けてきた自治体病院も、昨今の厳しい地方公共団体の財政事情により、私的病院と同じように経営の効率化が求められている⁷⁾。自治体病院の経営にとって、公共性と効率性をいかに両立させるかが重要な課題となっている。なお、自治体病院の経営悪化の要因として診療報酬の引き下げなど国の医療政策も挙げられるが、本稿では経営の実態に焦点をあてるために、医療政策については言及しないことにする。

表1の2006年の開設者別黒字・赤字病院の数をみると、自治体病院599施設のうち543施設が赤字、56施設が黒字、その他の公的病院は267施設のうち159施設が赤字、108施設が黒字、私的病院は279施設のうち132施設が赤字、147施設が黒字となっている⁸⁾。私的病院の半数近くが、その他公的病院の半数以上が、自治体病院にいたっては90%近くが赤字経営である。

表1 自治体病院と私的病院の100床当たりの経営状況

(単位:千円)

科 目	自治体病院	私的病院	差額
総 費 用	152,483	134,160	18,323
医業費用	146,751	131,612	15,139
1. 給 与 費	77,309	67,902	9,407
2. 材 料 費	36,749	31,754	4,995
(1)薬品費	21,944	17,599	4,345
(2)診療材料費	13,651	11,511	2,140
(3)食事材料費	946	1,002	56
(4)医療消耗備品費	209	1,642	1,433
3. 経 費	21,352	23,629	2,277
うち委託費	11,604	9,111	2,493
4. 減価償却費	10,132	6,124	4,008
5. 資産減耗損	300	151	149
6. 研究・研修費	596	471	125
7. 本部費分担金・役員報酬	313	1,580	1,267
医業外費用	5,052	2,065	2,987
うち支払利息	4,160	1,405	2,755
うち看護師養成費	266	111	155
特別損失	680	483	197
納付消費税 (別掲)	230	770	540
総 収 益	130,097	134,313	4,216
医業収益	127,362	132,083	4,721
医業外収益	2,495	1,961	534
特別利益	240	269	29
総収益 - 総費用	22,386	153	22,539
医業収益 - 医業費用	19,389	471	19,860
総費用 / 総収益 × 100	117.2	99.9	17
医業費用 / 医業収益 × 100	115.2	99.6	16

出所：全国公私病院連盟（2007）、統計表27より著者作成

総収支差額からみた黒字・赤字病院の数の年次推移を、開設者別に示したものが図3である。2002年からの年次推移をみると、自治体病院およびその他公的病院は、2004年以降にふたたび

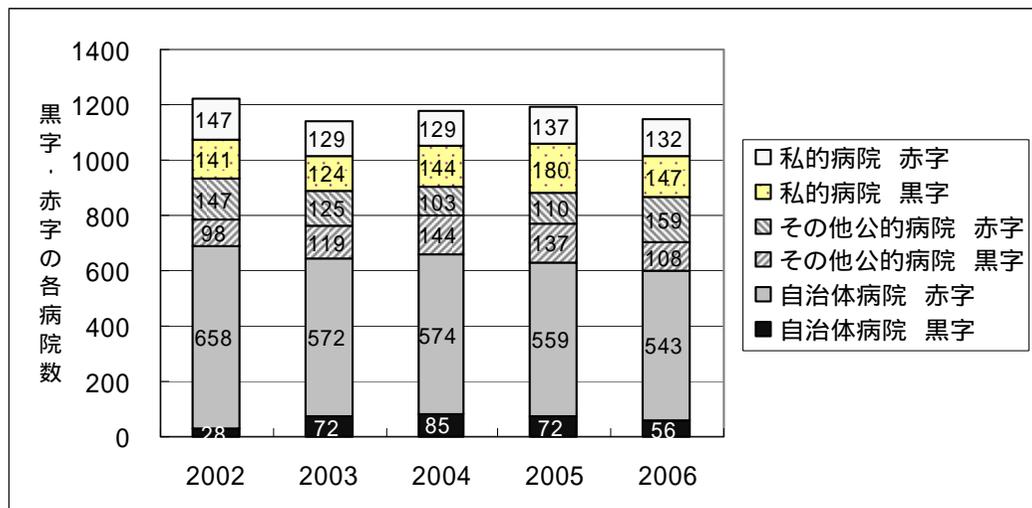


図3 6月1か月分の総収支差額からみた黒字・赤字各病院数の年次推移

出所：全国公私病院連盟（2007）統計表33より著者作成

赤字病院が増加し、特に自治体病院においては慢性的な赤字経営が続いている。

自治体病院と私的病院の経営状況を示している表1から、2006年の自治体病院の総費用は、私的病院より18,323千円高くなっていることがわかる。その内訳をみると、給与費が自治体病院と私的病院において最も差がある費用科目であり、自治体病院の給与費が私的病院より9,407千円、高くなっている。これを医業収益に対する給与費比率でみると、自治体病院は60.7%、私的病院は51.4%である⁹⁾。次に差がある費用科目は、材料費のうちの薬品費で、自治体病院の方が私的病院より4,345千円、高くなっている。医業収益に対する材料費比率は自治体病院が28.9%、私的病院が24%で、給与費と同じように、自治体病院が私的病院よりも費用が高くなっている¹⁰⁾。減価償却費は、私的病院が6,124千円であるのに対し自治体病院は10,132千円で、自治体病院における設備投資が大きいと伺える。

医療経営は労働集約型である。そのために人件費が経営に与える影響は大きく、人件費の増加は経営悪化の大きな要因となっている。とりわけ、経営状態が厳しい自治体病院においては、人員の適正配置や給与体系の抜本的な見直し、あるいは給与費の削減により人件費の増加を抑制することが緊急の課題だろう。

一方で、地域の基幹病院あるいは中核病院としての役割を果たす自治体病院にとっては、質の高い医療サービスを継続的に提供することは重要である。そのため、医師、看護師の確保が困難である現状では、自治体病院と私的病院の一人当たり平均給与額を示している図4から見いだせるように、公私の給与格差がより顕著になる可能性もあり、中・長期的な視点に立った慎重な論議や検討がなされるべきだろう¹¹⁾。また、薬品費においても、業者との交渉力の向上

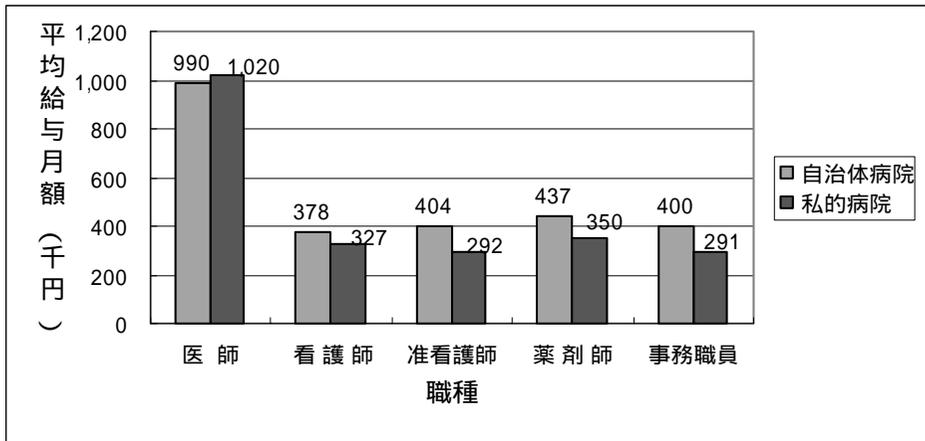


図4 自治体病院と私的病院の一人当たり平均給与月額

出所：全国公私病院連盟（2007）、統計表34より著者作成

やジェネリック医薬品の導入、あるいはオーダリング・システムやITの活用による在庫管理の徹底など、私的病院と同じように、徹底した経営努力が求められる。

3 医療機関の経営の多様化

第2節では、日本の医療機関における経営の厳しい現況を示した。今後、医療機関を取り巻く環境は、少子高齢化や度重なる医療制度改革などにより、ますます厳しくなると予想され、医療経営には一層の効率化が求められている。このようななか、医療機関における医療サービスの提供の方法に、変化がみられるようになってきている。そこで、この節では、日本の医療機関の経営にみられるようになってきた、経営効率性の改善に向けた経営の多様化について考察する。

3.1 統合

近年、一般企業と同じように、規模を拡大することにより効率性を追及する医療機関が増加している。規模の拡大は、大きく二つに分けられる。一つは、主に民間の医療機関が介護施設などを系列グループ内に保有し、保健・医療・福祉の領域にまたがる施設サービスを複合的に提供する垂直的な統合である。もう一つは、同じ種類の医療機関同士が統合するチェーン化、すなわち水平的な統合である。

まずは、垂直的な統合を、厚生労働省が行った介護サービス施設・事業所調査の結果を用いて概観してみよう。表2は、平成18年における介護保険施設の開設主体別事業所の構成割合を、

図5は、介護老人保健施設と介護療養型医療施設における医療法人の構成割合の年次推移を、それぞれ示している。表2では、介護保険施設の介護老人保健施設と介護療養型医療施設において医療法人がもっとも多く、それぞれ、74.0%、77.7%となっていること、図5では、特に介護療養型医療施設において医療法人の占める割合が増加傾向にあり、2006年は2000年の70.7%に比べ、7.0%の増加となっていることが示されている。

表2 介護保険施設の開設主体別事業所の構成割合

	構成割合 (%)							
	都道府県 市区町村	広域連合・一 部事務組合	日本赤十字 社・社会保険 関係団体	社会福祉 協議会	社会福 祉法人	医療 法人	社団・財 団法人	その他法 人・その 他
介護保険施設								
介護老人福祉施設 (施設数 5716)	6.4	2.3	0.1	0.2	91.0	.	-	...
介護老人保健施設 (施設数 3391)	3.9	0.5	2.0	0.1	15.7	74.0	3.1	0.7
介護療養型医療施設 (施設数 2929)	5.2	0.3	1.3	-	1.1	77.7	2.5	11.8

出所：厚生労働省（2007）6頁より著者作成

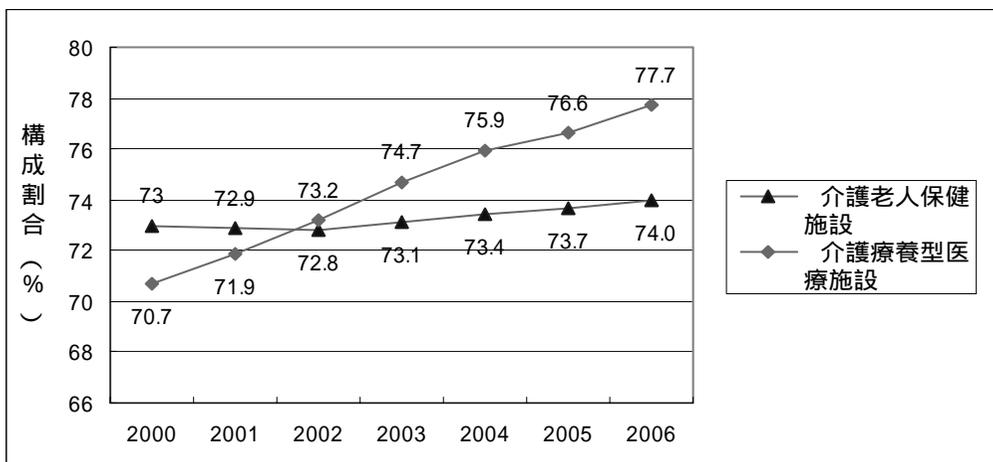


図5 介護保険施設における医療法人の占める割合の年次推移

出所：厚生労働省（2007）各年度のデータに基づき著者作成

このような複合的なサービスの提供を行うメリットとして、

- (1) 継続的なサービスの提供が可能になること、
- (2) 入院後の受け皿が確保されているため、平均在院日数の短縮が可能になること

が挙げられる。しかし、地域によって施設数には格差がある。大都市は少なく、人口10万人未満の市町村ほど多く見受けられるという調査結果が報告されている¹²⁾。今後は、複合的なサービスを展開する医療機関による患者の囲いこみの激化が予想され、長期的な視点に立った経営の施策が必要となろう。

次に、水平的な統合をみてみよう。チェーン化した病院の正確な数は把握されていないが、医療法人病院のチェーン化率は施設数ベースで約16%を占めるという報告がある¹³⁾。渡辺・小島(2006)は、チェーン化のメリットとして、

- (1) 病院の機能分担と効率化が可能になること、
- (2) 金融機関からの信頼を共有できること、
- (3) 人的資源を有効に利用できること、
- (4) 医薬品の大量発注により単価を削減できること、
- (5) 優秀な医師を確保できること

を挙げている。つまり、(i)規模の拡大により経営を効率化することと、(ii)充実した医療サービスの提供が可能となることが、病院のチェーン化が進む大きな理由になると言えよう。実際に、一つの医療法人が複数の病院を経営するだけでなく、医療法人同士が集まりさらに大きな病院チェーンを形成するケースがみられる¹⁴⁾。また、グループ内に病院のほか、診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設など、一貫した医療サービスの提供が可能な病院グループも存在し、昨今の医療機関の経営は、一般企業と同じように、多様化してきている。

チェーン化した病院の中には、これまで外部委託していた業務を一括して請け負うメディカルサービス法人(MS法人)を設立し、医療と経営の分離を図ることで経営の効率化を目指す、より大型化したチェーン病院も現れている¹⁵⁾。このようなMS法人の設立の目的は、主に、

- (1) 医療に該当しない業務部分の業務を効率化すること、
- (2) 節税により医療設備を充実すること

などである。MS法人の業務内容は、消耗品や備品の販売、リース・レンタル業務、医療保険請求事務や清掃業務の請負業務などのアウトソーシングから、病院の介護サービス分野への進出に伴い、資金計画や人材管理の支援にまで拡大している。

今後の医療機関の経営には、医療を取りまく環境の変化を踏まえ、効率的な経営の実現と同時に、継続的な地域医療サービスの提供も求められている。近年、問題視されている医師の偏在(地域的そして専門的)に対しても、医師の確保が可能になるだろうチェーン化は、医療の安定的な供給という点からも大きなメリットと言えよう¹⁶⁾。その一方で、チェーン化により医療機関の寡占化が進み、地域によっては患者が医療サービスを受けづらくなるなどの不便が生

ずる懸念もあり、医療の公益性に対する十分な配慮が必要だろう。

3.2 専門特化

規模を拡大させるのではなく、専門分野に選択と集中を図ることにより効率性を追求する医療機関もある¹⁷⁾。特化する専門分野は、人口透析や白内障の手術のような特定の一つの治療から、リハビリテーションや乳がん治療、さらには介護や救急などの分野まで、広範囲、多岐にわたる。専門特化することにより患者は限定されるが、経済産業省（2005）は、専門特化により、必要な高額医療機器の調達、あるいは医師の確保に資金を集中させ、患者に対してより充実した一連のサービスの提供が可能となると述べている。しかし、専門特化することで、それまで使用していた設備が縮小されたり、閉鎖されたりする場合がある。それらの設備を必要としていた患者や従事していた職員への説明は十分になされなければならない。

3.3 自治体病院の再編・ネットワーク化

厳しい財政状態のなか、自治体病院は費用削減のための経営努力を求められている。そこでは、少子高齢化時代を迎え、医療機関を取り巻く環境のさらなる悪化が予想されることから、費用削減だけでなく、赤字経営脱却のための根本的な解決策が望まれる。

近年、自治体病院には、それぞれの機能を明確にし、他の医療機関との連携・調整を密にすることにより経営の効率化を図る、再編・ネットワーク化がみられる¹⁸⁾。具体的には、地域における自治体病院を、基幹病院とそれ以外の病院・診療所に分け、基幹病院は中核的な医療機能を持ち、他の病院や診療所は、日常的な医療サービスを提供する。そして、各々の機能分担を徹底させると同時に、病院間、あるいは病院と診療所の連携を密にしてネットワーク化を図ることで、地域の医療を確保する。

このような自治体病院の再編の効果として、総務省（2004）は、

- (1) 新たな医療ニーズに対応した医療サービスの提供が可能となる、
- (2) 病院の機能分担による機能特化により、効率的な医療提供が可能となる、
- (3) 基幹病院への医師の集中により、医療の質が確保される

ことを挙げている。しかし、再編する自治体病院によっては、規模が縮小される、あるいは病院から診療所へ移行せざるを得ない事態が生ずる。そのため、再編に際しては、地域住民の理解を欠かすことはできない。再編は住民のニーズを的確に反映させたものでなければならず、規模が縮小される自治体病院の近隣住民に対しては、再編の意義などの説明を十分に行う必要がある。

3.4 自治体病院における民間の経営手法の導入

これまで、自治体病院は地方公営企業法の一部適用により運営されることが多く、責任の所

在が不明確であった¹⁹⁾。そのため、経営効率化のインセンティブが私的病院よりも低かった。そこで、近年、責任の所在を明確にするとともに、自治体病院が担っている役割・機能の一部に民間の経営手法を導入することにより、経営効率化のインセンティブを高める自治体病院が増加してきている。導入する主な手法には、

- (1) PFI (Private Finance Initiative) の導入²⁰⁾
- (2) 指定管理者制度の導入
- (3) 地方公営企業 (全部適用)
- (4) 地方独立行政法人化

などがある。表3は、自治体病院に導入されている主な民間経営手法を示している。

PFI とは、施設整備、施設の維持管理、サービス等の運営を、民間の資金や経営能力および技術的能力を活用して行う新しい改革手法である²¹⁾。PFI は、病院に限らず、庁舎や学校、図書館など幅広い事業を対象とし、質の高い公共サービスを提供することにより、公的資金投入のコストに対して最大の価値を見出す VFM (Value for Money) の実現を目指している。山下 (2004) は、病院の PFI の特徴として、学校などの他の PFI が施設整備や維持管理に限定されているのに比べ、民間事業者が分担する事業範囲が極めて広範囲であるとしている。平成 19 年 6 月現在で開業している PFI 事業の病院は 3 病院ある²²⁾。

指定管理者制度とは、地方自治法第 244 条の 2 第 6 項の規定により、議会の議決を経て指定を受けた管理者が包括的に事業を行う制度である²³⁾。平成 18 年 11 月現在で、42 事業 43 病院が導入している²⁴⁾。

地方公営企業 (全部適用) とは、地方公営企業法の全規定 (事業管理者の任命、独自の職員採用、経営状況に応じた給与の決定、企業会計による財務処理など) の適用を受けることであり、基本的には、すべての公営企業が全部適用である²⁵⁾。平成 18 年 4 月現在で、92 法人 247 病院が全部適用となっている。

地方独立行政法人化とは、2004 年 4 月に施行された地方独立行政法人法に基づいて自治体が設立する法人であり、職員の身分によって、特定地方独立行政法人 (公務員型) と一般地方独立行政法人の二つに大別される²⁶⁾。平成 19 年 4 月現在で地方独立行政法人に移行した病院は、公務員型、非公務員型合わせて、4 法人 7 病院である²⁷⁾。

表 3 自治体病院に導入されている主な民間の経営手法

	PFI	指定管理者 制度	地方公営企業 (全部適用)	地方独立行政法人	
				特定地方独立 法人(公務員型)	一般地方独立 行政法人 (非公務員型)
概要	民間のノウハウを生かし、効率的・効果的に公共サービスを提供。	公の施設の管理・運営を、民間事業者に期間を定めて委託する制度。	地方公営企業法の全規定の適用を受ける。事業管理者を設置。	地方公共団体から独立した法人格を与えられている。地方公共団体が自ら行う必要はないが、公共性の高い事業を効率的に実施。	
所有	公共・民間	地方公共団体	地方公共団体	地方独立行政法人	
経営 目標の 設定		任意	任意	決定(中期目標・計画)	
評価 制度		任意	任意	法定化(評価委員会による評価)	
管理 運営	公共は診療業務、民間は維持管理	管理者が包括的に業務を行う。	知事が管理者を任命	地方独立行政法人	
職員の 身分		非公務員(法人その他の団体職員)	地方公務員	地方公務員	非公務員(法人固有職員)
職員の 給与		管理者の裁量による	独自の給与体系が可能・実際には、一般の行政組織の給与体系に準拠	同一または類似の職種の給与を参考・当該法人の業務実績を考慮	社会一般の情勢に適合・当該法人の業務成績を考慮

出所：著者作成

これら四つの手法について、メリットおよび課題について検討する。

PFI については、民間事業者の経営上のノウハウが活用できることから、事業コストの削減やリスク管理を効率的に行うことが期待できる。PFI 病院のなかで最も早く開院した八尾市立病院は、運営のみの PFI であるが、12.7%の事業者選定段階での VFM が報告されている²⁸⁾。

また PFI は、民間に対して、新たな事業機会をもたらすことが可能となる。一方、導入に際しては、官民のリスクの分担を明確にするだけでなく、リスク配分にも気を配らなければならない。リスク配分は、民間にリスクを移転させることにより官のリスクの費用を削減し、かつ民間の利益が生み出されるように配分する必要がある。吉田（2004）は、病院の PFI は公共と民間で協働して業務を行うために、公共と民間の境界線上にある業務を明確に分担しておく必要があると指摘している。官民の相互理解とともに問題の共有意識の確立が必要となる。高額な民間資本の投入や事業の長期契約による不確実性、あるいは官民の癒着などの問題もあり、PFI の導入は慎重に進めるべきだろう²⁹⁾。

指定管理者制度のメリットは、民間事業者のノウハウの活用により、利用者へのサービスの向上と、自治体の管理経費などのコスト削減が可能となることである。前中・野口（2005）は、マイクロデータを用いた分析を行い、サービスの質の向上とコスト抑制の両面について、指定管理者制度の導入の効果があったことを明らかにし、その成果は総じて評価できると報告している。しかし、制度の多くがそれぞれの自治体の条例に委ねられているため、自治体の行政責任が増大するほか、複雑な業務の指定管理者となりうる管理者の存在があるかどうか大きな課題となる。

地方公営企業（全部適用）では、職員の採用や給与の決定など、ほぼすべての権限が事業管理者に委譲されるため、経営の責任の所在が明確となっている。また、職員も経営状況が給料に反映されるため、全部適用の導入は、経営の健全化に対する職員全員の意識の向上につながる。現行の一部適用にくらべ、効率性と公共性を同時に追求できる経営手法として、多くの自治体病院で導入、あるいは導入が検討されている。しかし、人事管理や労務管理の負担が増大するほか、導入による経営改善の成果は、管理者の経営能力に大きく依存することとなる。

地方独立行政法人制度には、責任の所在が明確になり、業務実績評価と情報公開が義務づけられているため、職員の経営効率化のインセンティブがこれまでより高くなること、加えて、住民に対する透明性やアカウンタビリティも向上することが期待される。また、企業会計方式の導入により、財務状況の把握が容易になるというメリットもある。しかし、移行にあたっては、経過措置による給与水準の維持などがあるため、給与費の大幅削減にすぐに繋がるとは限らない。また、累積欠損金の精算や退職給付金引当金の措置、財産評価などの諸手続を行う必要が生じることから、法人の設立までに相当な期間を要する³⁰⁾。

4. まとめ

医療は国民にとって必要不可欠なサービスである。安定的かつ継続的に質の高い医療を国民に提供するためには、医療機関の経営の安定が必要である。医療機関が経営を改善し、医療サービスを継続的に提供するシステムの構築を追求することは、医療資源の配分の最適化だけで

なく、地域医療における医療提供体制の確保につながるものとして、極めて重要である。

本稿の目的は、医療機関の経営の現況と問題点を整理し、近年、見られるようになってきた医療機関の経営の多様化について、そのメリットや課題を明確にすることにより、今後の医療機関の経営のあり方を考察することにあつた。

まず、医療機関の経営は極めて厳しい状況にあり、とりわけ自治体病院の経営がより悪化していることが明らかになった。そうなる背景には、自治体病院の給与費が私的病院よりも高いことが挙げられる。近年、自治体の財源不足のなか、自治体病院においても公共性と効率性の両立が求められている。自治体病院には政策医療という責務があり、公費投入が行われるために、政策医療と一般医療とは明確に分けて議論する必要がある³¹⁾。

しかし、現行制度では、両者の経費負担区分は明確ではない。また、自治体病院については普通会計を中心とした収支の指標だけが開示対象で、負債等の財政状態は開示対象ではないため、民間病院との厳密な比較ができない。今後は、自治体病院においても、民間病院と比較可能な財務分析を推進するとともに、情報開示の徹底がなされるべきだろう。政府も、平成 19 年 6 月 19 日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針 2007」のなかで、総務省は、平成 19 年内に各自治体に対してガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するように促すことを明らかにしている³²⁾。自治体病院の経営状態を把握し、それに対応する経営計画を立案し実行するためにも、財務諸表の活用や病院会計基準の見直しなどが急がれる。

次に、日本の医療機関の経営において、介護サービスなど複合的に提供する垂直的な統合、医療法人がチェーン化する水平的な統合、選択と集中により専門分野に資源を集中させる専門特化など、経営の効率化を目指した経営の多様化がみられる。自治体病院の経営の多様化においては、基幹病院とその他の病院の機能分担を徹底させることにより地域における医療提供体制の維持を図る再編・ネットワーク化と、経営効率化を実現するための民間の経営手法の導入が進められている。

日本の医療機関、とりわけ自治体病院を取り巻く経営環境は、地方財政の悪化などにより厳しい状況となっている。人口の減少や高齢化などの社会的環境が大きく変化し、自治体病院を維持させることは極めて困難になってきている。自治体病院には、これまで提供していた医療サービスを見直し、多様化する地域住民のニーズに対応した医療サービスを提供することが求められる。地域に必要な自治体病院の機能や規模を的確に把握・分析し、それに基づいて再編することが、住民のための医療提供体制の維持・整備に繋がる。

自治体病院が導入する民間の経営手法としては、PFI、指定管理者制度、地方公営企業法（全部適応）、地方独立行政法人の 4 つがある。いずれも、経営主体の変更である民間譲渡とは異なり、自治体病院という枠組みを維持し、経営形態の見直しを図っている。給与水準の高さが自治体病院の経営悪化の一因である。自治体病院の給与費削減対策として、給与水準を含めた給

与体系の見直しと人員の適正化を図ることが、自治体病院の経営の効率化に大きな影響を与えるだろう。変更が容易ではない給与体系の変更も、経営形態の見直しにより可能となることが期待され、民間の経営手法の導入が今後さらに進められると思われる。

<注>

- 1) 調査は、全国公私病院連盟と社団法人日本病院会が協力して、例年6月を対象に実施している共同調査である。
- 2) 調査では、総収益 = 医業収益 + 医業外収益 + 特別利益、総費用 = 医業費用 + 医業外費用 + 特別損失であり、不採算部門等の医療に対し、地方公営法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等を控除して集計している。
- 3) 2002年の6月中の1病院当たりの外来患者数は12699人であり、前年度の14184人に比べ、1485人の減少である。
- 4) 6月1か月分の総費用と総収益の差額から黒字・赤字状況を判別した場合の病院数の割合である。6月分収益 - 6月分費用 > 0の場合は黒字病院、6月分収益 - 6月分費用 < 0の場合は赤字病院として集計している。調査における基礎数値は、6月分の集計数値または6月30日現在の数値である。
- 5) 平成17年の開設者別病院数は、
病院 9026 (国 294、公的医療機関 1362、社会保険団体 129、医療法人 5695、個人 677、その他 869)
一般診療所 97442 歯科診療所 66732 である(厚生労働省:「平成17年医療施設調査」)。
- 6) 自治体病院が果たしている役割は、それぞれの病院の立地等医療環境により異なるが、概略次のように分類される。(1)高度医療を行う病院 (2)地域の医療水準の向上に資するような地域中核病院 (3)僻地医療を担う不採算地区病院 (4)成人病センター、がんセンターなどのように保険行政的な医療を行う病院 (5)精神病院など特殊な医療を行う病院(総務省2004)
- 7) 運営において、一般会計繰入金収益的収入として、また病院の増改築や医療機器の整備においては国庫補助金、病院事業債を資本的収入として一部計上できる。また、消費税以外は非課税と優遇されている。現在、国庫補助金は、三位一体改革により廃止・縮減が検討されている。地方財政の経常収支比率を平成12年度からの年次推移でみると、平成12年度86.4、平成13年度87.5、平成14年度90.3、平成15年89.0、平成16年91.5、平成17年91.4と、悪化傾向を示している。地方財政の借入金残高は平成19年度末で199兆円と見込まれ、平成3年度から2.8倍、129兆円の増となっている。また、平成14年度では14.1兆円であった財源不足は、平成19年度では4兆4,200億円になっているが、公債依存度は11.6%である(総務省:平成19年「地方財政の状況」)。
*経常収支比率・・地方税、普通交付税のように使途が特定されてなく、毎年度定期的に収入される財源のうち、人権費、扶助費、公債費のように、毎年度定期的に支出される経費に充当されたものが占める割合。
- 8) この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法にも基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。
- 9) 給与費比率 = 給与費 / 医業収益
- 10) 材料費比率 = 材料費 / 医業収益
- 11) 医師の絶対数の不足あるいは偏在により、医療現場の医師の不足が指摘されている。都道府県別にみた人口10万対医師数をみると、全国平均は211.7人である。最も多い県は徳島県の282.4人、最も少ない県は134.2人であり、その差は2.1倍となっている。各都道府県内でも、県庁所在地などと都部に地域差がみられる。また、産婦人科の医師数の減少など、診療科に属する医師の需給不均衡による不足もみられる(厚生労働省:「平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査」)。
- 12) その理由として(1)地価の問題(2)高齢化がそれほど高くない(3)行政主導で福祉施設を整備してきたために、民間の入る余地がなかった(4)療養型医療施設が完備されている(日本総合研究所:「保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究」)。
- 13) 二つ以上の病院を持つ医療法人(全国349病院数)の調査結果によると、医療法人の病院のチェーン化率は施設数で16%、病床数で22%である(メディパワーwww.medi-power.co.jp/column/20041019.html 2007年11月閲覧)。
- 14) 代表例として、徳州会グループが挙げられる。平成19年11月1日現在で、65の病院、診療所・クリニックを55施設、老人保健施設を27施設、特別養護老人ホームを9施設、グループホームを24施設、

日本における医療機関の経営の多様化（曽根）

- 訪問看護ステーションを 22 施設、介護事業所を 61 施設有する（徳州会 www.tokushukai.or.jp 2007 年 12 月閲覧）。
- 15) MS 法人の例として、医療法人徳州会の（株）徳州会や医療法人健育会（主要病院は竹川病院）の（株）ヘルスケアシステムズ、あるいは医療法人鉄蕉会（亀田総合病院）の（株）ケイテイエス、（株）亀田産業などがある。
 - 16) 都道府県別にみた人口 10 万対医師数は、最大が徳島県の 282.4 人、最小が埼玉県の 134.2 人であり、その差は約 2.1 倍である。また、各都道府県の二次医療圏別人口 10 万対医師数をみても、県庁所在地では多く、郡部などでは少ない（厚生労働省：「平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査」）
 - 17) 効率・採算の良い事業に優先的に資源を投入し、逆に効率の悪い事業から撤退することである。
 - 18) 山形県の置賜地域における自治体病院の再編などがある。
 - 19) 病院事業について、特別に、財務（予算、決算、契約等）に関する規定のみ地方公営企業法を適用し、その他は自治法の規定を適用する経営形態である。
 - 20) PFI には、民間事業者が建設し完成後すぐに所有権は公共に移転するが、維持・運営は民間で行う BTO 方式や業務・事業終了後に所有権が公共へ移転する BOT 方式、民間業者が自らの資金で建設し、維持・管理・運営を行い、所有権も維持する BOO 方式など、さまざまな手法がある。
 - 21) 1992 年にイギリスで生まれた手法である。日本では、1999 年 7 月に PFI 法（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）が公布される（内閣府：www8.cao.go.jp/pfi/aboutpfi.html 2007 年 12 月 10 日閲覧）。
 - 22) PFI 事業による病院には、八尾市立病院（BOT 方式一部 BTO 方式 2004 年 5 月開院）の他に、高知医療センター（病院本館 BTO 方式、その他施設 BOT 方式 2005 年 3 月開院）近江八幡市民病院（BOT 方式 2006 年 10 月開院）などがある（www.jri.co.jp/consul/column/data/607-otani.html 2007 年 12 月 12 日閲覧）。
 - 23) homepage1.nifty.com/kozima/houki/note/200408sitei.htm 2007 年 11 月閲覧。
指定管理者制度に移行した病院には、横浜市立港湾病院、川崎市立多摩病院、船橋市立リハビリテーション病院などがある。
 - 24) www.soumu.go.jp/c-zaisei/hospital/pdf/070723_1.pdf 2007 年 12 月 4 日閲覧。
 - 25) city.tajimi.gifu.jp/shimin-byoin/seibihousin/last-report/.../15.pdf 2007 年 11 月閲覧。
 - 26) www.kenshokurou.or.jp/zenken/block/200402chuu-sikoku/mibun.html 2007 年 11 月閲覧。
地方独立行政法人のうち、公務員型に移行した病院は、大阪府立精神医療センターと岡山県精神科医療センターである。非公務員型に移行した病院は、宮城県立こども病院と江迎町北松中央病院ある。
 - 27) 4 法人 7 病院のうち、病院は、独立行政法人国立病院機構である。
 - 28) 八尾市 市立病院事務局
 - 29) 事業期間は、八尾市立病院が 15 年、近江八幡市民病院が 30 年となっている。2007 年 9 月 16 日、高知医療センターの前院長が贈収賄で逮捕されるという事件が発生している。
 - 30) www.pref.iwate.jp/~hp9001/etc/keiei/18-1/180802siryo4-1.pdf 2007 年 10 月 31 日閲覧。
 - 31) 病院事業に対する繰出基準については、地方公営企業法第 17 条の 2、地方公営企業法施行令第 8 条の 5 及び同施行令附則第 14 項に定められているところであり、それを受けて下記の経費が地方財政計画に計上されている。(1) 建設改良に要する経費 (2) 僻地医療の確保に要する経費 (3) 救急医療に要する経費 (4) 附属診療所の運営に要する経費 (5) 結核病院・精神病院の運営に要する経費 (6) 高度医療に要する経費 (7) 附属看護師養成所経費 (8) 院内保育所運営経費 (9) 保健衛生活動経費 (10) 経営基盤強化対策に要する経費 (1. 不採算地区病院の運営に要する経費 2. 経営健全化対策に要する経費 3. 再編・ネットワーク化等に要する経費等) (第 1 回公立病院改革懇談会)
 - 32) 18 年 7 月に閣議決定された『経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006』において、地方公務員数を 5 年間で 5.7% 純減し、2011 年まで定員純減を継続することが定められている。

< 参考文献 >

- 小山田恵（2006）「自治体病院の役割と改革」『都市問題』（東京市政調査会）第 97 巻第 2 号、59 - 66 頁。
経済産業省（2005）「医療介護関連産業活性化のための事業インフラ研究会報告書（質の高い効率的な地域ケアの実現に向けて）」（サービス政策課）。

厚生労働省(2007)「平成18年介護事業サービス施設・事業所調査結果の概況」。

全国公私病院連盟・社団法人日本病院会(2007)「平成18年病院運営実態分析調査の概要」。

総務省(2004)「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書」。

堀真奈美(2007)「医療提供体制における自治体病院のあり方」『会計検査研究』(会計検査院)第36号、
61-76頁。

前中康志・野口晴子(2005)「指定管理者制度における受託団体のサービスの質と経営効率性 - ミクロデータによる事業主体別分析 - 」(内閣府政策統括官室)。

山下公輔(2004)「PFIの現状と課題」(清水建設株式会社投資開発本部)。

吉田秀一(2005)「自治体立病院の現状と動向について - 地方公営企業病院の個別データ等から - 」(日本政策投資銀行政策企画部)。

渡辺孝雄・小島理市(2006)『競争に勝ち抜く医療マーケティング』ばる出版。

主指導教員(芹澤伸子教授) 副指導教員(木下勝一教授・鷲見英司准教授)