

公立病院改革について

前大阪府総務部市町村課 白井 昇

はじめに

近年、医療や病院に関する話題が増えている。「医師不足」や「医療崩壊」という言葉も、耳になじんでしまった感があるほどである。救急患者の「たらい回し」が都市部でも発生していることや、医療過誤による医師の逮捕や裁判といった事柄も大きく報道されている。また、平成21年度では新型インフルエンザの初めての流行があり、社会生活全体に大きな影響を及ぼしたところである。

本稿では、医療や病院、特に公立病院をとりまく近年の状況について概観するとともに、大阪府内の公立病院の状況について平成20年度決算を中心に説明し、今後のあり方にも触れていきたい。

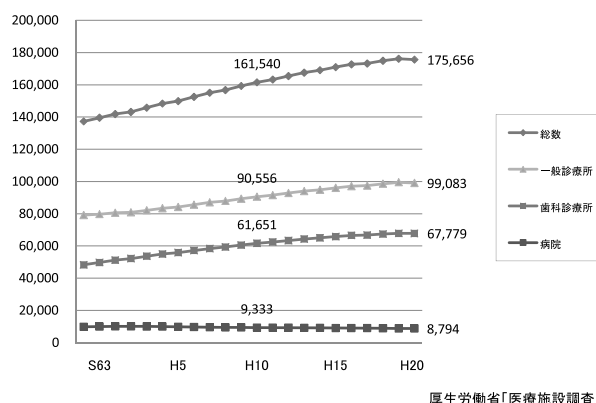
なお、本稿において「公立病院」とは、地方公営企業法の適用を受ける病院をいう。

病院や医療をとりまく近年の状況について

医療法では、「病院」とは、医師または歯科医師が公衆または特定多数人のため医業または歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設（病床）を有するものをいう。患者を入院させるための施設を有しないもの、または19人以下の患者を入院させるための施設を有するものは「診療所」として区別している。

厚生労働省の「医療施設調査」によると、平成20年10月1日現在の全国における医療施設のうち、活動中の施設は175,656施設である。このうち、「病院」は8,794施設、「一般診療所」は99,083施設、「歯科診療所」が67,779施設となっている。平成10年10月1日現在では、総数で161,540施設、うち病院は

表1 医療施設数の年次推移（各年10月1日現在）



9,333施設、一般診療所は90,556施設、歯科診療所が61,651施設であったので、この間に、病院は539施設、5.8%減少したのに対し、一般診療所は8,527施設、9.4%増加、歯科診療所も6,128施設、9.9%増加している。（表1）

また、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、平成20年12月31日現在の医師数は286,699人で、人口10万人あたりでは224.5人である。なお、平成10年12月31日現在では248,611人、人口10万人あたり196.6人であり、この間に総数で38,088人、15.3%増加し、人口10万人あたりでは27.9人増加している。医師総数286,699人のうち、全国の医療施設に従事する医師数は271,897人で、全体の94.8%を占める。人口10万人あたりでは212.9人である。（表2）

これを都道府県別にみると、多いところでは京都府が279.2人と最も多く、次いで徳島県277.6人、東京都277.4人となっている。少ないところでは埼玉県が139.9人と最も少なく、次いで茨城県153.7人、千葉県161.0人となっている。なお、大阪府は243.3人であり、全国平均を上回っている。この調査結果が

表2 医師数及び人口10万対医師数の推移

各年12月31日現在

	平成10年		平成20年		増減数	
	医師数 (人)	人口10万対 医師数(人)	医師数 (人)	人口10万対 医師数(人)	医師数 (人)	人口10万対 医師数(人)
総 数	248,611	196.6	286,699	224.5	38,088	27.9
医療施設の従事者	236,933	187.3	271,897	212.9	34,964	25.6
病院の従事者	153,100	121.0	174,266	136.5	21,166	15.5
病院の開設者	6,015	4.8	5,398	4.2	▲ 617	▲ 0.6
病院(医育機関附属の病院を除く)の勤務者	105,984	83.8	122,305	95.8	16,321	12.0
医育機関附属の病院の勤務者	41,101	32.5	46,563	36.5	5,462	4.0
診療所の従事者	83,833	66.3	97,631	76.5	13,798	10.2
診療所の開設者	66,461	52.5	71,913	56.3	5,452	3.8
診療所の勤務者	17,372	13.7	25,718	20.1	8,346	6.4
介護老人保健施設の従事者	1,838	1.5	3,095	2.4	1,257	0.9
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	7,777	6.1	8,923	7.0	1,146	0.9
医育機関の臨床系以外の勤務者又は大学院生	4,125	3.3	3,695	2.9	▲ 430	▲ 0.4
医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者	1,144	0.9	1,528	1.2	384	0.3
行政機関、産業医、保健衛生業務の従事者			3,700	2.9		
行政機関又は保健衛生施設の従事者	2,508	2.0				
その他の者	2,063	1.6	2,771	2.2	708	0.6
その他の業務の従事者	344	0.3	628	0.5	284	0.2
無職の者	1,719	1.4	2,143	1.7	424	0.3
不 詳			13	0.0		

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から作成

らは、医師の総数は増加しているが、都道府県別に見ると、最も多い京都府は最も少ない埼玉県の約2倍の人数となっており、医師が地域によって偏在していることが指摘されているところである。(表3)

ところで、日本病院団体協議会の「病院経営の現況調査」報告(平成19年10月)によると、平成15年度末と比較した平成18年度末の医師数(常勤換算)は、回答した2,807病院のうち、31.9%の895病院で減少している。また、平成18年度中に医師募集を行った病院が、回答した2,746病院のうち72.5%の1,991病院あった。さらにこのうち、採用者が予定数より少ないか、まったく採用できなかった病院が、回答した1,969病院のうち75.9%の1,494病院にのぼっている。各病院においては、医師数は想定している数よりも不足しており、さらにその確保についても困難となっていることを示している。

「医師不足」が叫ばれて久しいが、正確には「勤務医不足」「勤務医の偏在」であろう。医師には病院などの医療施設に雇用されている「勤務医」と、診療所や病院を営む「開業医」とがある。このうち、各病院における勤務医の不足や偏在が問題となっているのである。

勤務医の不足については、平成16年度から導入された新たな臨床研修制度の影響が指摘されている。この制度は、新卒の医師が将来の専門分野に関わら

ず幅広い診療能力を習得することを目的として、2年間の研修を義務付けたものであるが、研修医は研修先を自由に選択できるようになり都市部に集中したため、地方の医師数が減少した。さらに、研修医が出身大学の医局に戻らなくなった結果、医師不足となった大学医局が、関連病院に派遣していた医師を引き揚げる動きが生じ、今度は各病院が医師不足に陥ることとなった。病院での医師不足は残った医師の過重労働につながり、これを嫌って退職が増加し、残った医師の負担がさらに大きくなる、といった悪循環が生じている。

また、勤務医が病院を離れ、開業していく要因として、近年の訴訟リスクの高まりが指摘されている。福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた産婦が死亡したことについて、担当医師が逮捕された事件が平成18年に大きく報じられたが、医師の側にも、患者側の意に沿わない結果となった場合にすぐに訴訟を起こされる、場合によっては逮捕されるといった認識が浸透しており、リスクの高い診療科の勤務医が退職、開業していく、また、新人医師がリスクの高い診療科を志望しないという傾向がある。このように医師がリスクを避ける傾向は「萎縮医療」と呼ばれ、産科や小児科における医師数の減少(診療科間の偏在)や、救急車で搬送される救急患者の受け入れ先がなかなか決まらない、いわゆる「たらい回

表3 都道府県別の人口10万対医師数

平成20年12月31日現在

		総数	医療施設 の従事者	男	女
全	国	224.5	212.9	174.5	38.5
北	海	224.9	213.7	186.0	27.7
青	森	184.1	174.4	152.5	21.9
岩	手	191.9	178.3	155.3	23.0
宮	城	218.2	204.6	172.1	32.5
秋	田	208.2	196.8	168.1	28.6
山	形	210.4	195.5	167.4	28.0
福	島	190.3	183.2	156.9	26.3
茨	城	162.1	153.7	126.4	27.3
栃	木	211.1	200.5	163.5	37.1
群	馬	208.1	200.1	166.4	33.7
埼	玉	146.1	139.9	115.0	25.0
千	葉	167.1	161.0	130.8	30.2
東	京	296.6	277.4	207.0	70.4
神	奈	188.3	181.3	143.4	37.9
新	潟	187.5	174.4	149.0	25.3
富	山	240.0	223.6	187.0	36.6
石	川	259.2	243.5	208.5	35.0
福	井	228.0	216.5	183.9	32.6
山	梨	211.8	203.7	174.1	29.6
長	野	205.0	196.4	165.9	30.5
岐	阜	184.2	177.8	148.7	29.1
静	岡	184.0	176.4	150.2	26.1
愛	知	194.8	183.4	147.3	36.1
三	重	190.9	182.5	156.3	26.2
滋	賀	206.8	196.0	163.4	32.6
京	都	295.0	279.2	223.2	56.0
大	阪	257.2	243.3	196.7	46.6
兵	庫	220.4	209.2	173.2	36.1
奈	良	215.0	207.1	172.8	34.3
和	歌	268.8	257.0	216.2	40.8
鳥	取	287.6	266.4	222.7	43.7
島	根	263.6	248.4	205.7	42.8
岡	山	272.9	259.1	214.7	44.5
広	島	239.2	227.4	190.7	36.7
山	口	248.1	231.9	199.1	32.7
徳	島	299.4	277.6	221.5	56.0
香	川	258.2	246.3	201.0	45.3
愛	媛	243.7	234.3	200.5	33.9
高	知	282.5	271.7	222.4	49.3
福	岡	283.1	268.2	223.9	44.3
佐	賀	251.6	239.6	196.1	43.5
長	崎	278.3	264.3	225.6	38.8
熊	本	258.4	244.4	208.3	36.1
大	分	247.9	236.6	199.0	37.6
宮	崎	229.0	217.4	186.3	31.2
鹿	児	236.3	225.7	194.0	31.7
沖	縄	226.4	218.5	181.3	37.2

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

し」といった現象にもつながっているとされる。

患者側の意識としては、「〇〇病の名医」とか「〇〇病治療に実績のある病院」といった情報が様々に提供されるようになったことに伴い、設備の整った大きな病院に行きたいという「大病院志向」、専門的な知識を持つ医師にみてもらいたいという「専門医志向」が高まっているといわれ、患者が軽症であるにもかかわらず、地域の診療所ではなく、病院に集まるという傾向が指摘されている。さらに、これはモラルの問題であるが、軽症の患者が診療時間外に来院するいわゆる「コンビニ受診」の増加、極端な例ではあろうが、救急車をタクシー代わりに何度も呼びつけて診療時間外に来院するといった患者も存在するといわれ、これらへの対応も勤務医の疲弊に拍車をかけているとされる。

このように負担の大きい勤務医に対して、開業医は診療時間や休診日の自由度が高く自分の時間を持つことができ、治療リスクの高い患者は関係病院に紹介することでリスクを回避することができる、さらには経営がうまくいけば勤務医よりも高い収入が得られる、という認識があり、医師の開業医志向につながるとともに、先に述べた診療所数の増加につながっていると推測される。

公立病院をとりまく近年の状況について

総務省の「平成20年度地方公営企業決算の概況」によると、平成20年度で地方公共団体が経営する病院事業（地方公営企業法を適用する病院事業）は665事業で、これらの事業が有する公立病院数は936病院となっている。後述する総務省の「公立病院改革ガイドライン」においては、公的医療機関の果たすべき役割は、「地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること」であるとされている。具体的には、

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供

③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供

④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

などが挙げられている。全公立病院936病院のうち、その市町村内に他の一般病院がない「不採算地区病院」は220病院、「救急告示病院」は778病院となっており、地域医療の確保という点において、公立病院は重要な役割を担っている。しかしながら、その経営状況をみると、平成20年度決算では営業中の664事業のうち、全体の72.4%にあたる481事業で経常損失を生じ、その額は1,984億円にのぼるといって、極めて厳しい経営状況となっている。(表4)

そもそも公立病院は、不採算地区における医療の提供や、救急体制の確保といったその役割から、経営上は不利な立場にはある。しかしながら、それ以外にも、設置主体である地方公共団体と病院との間の経営責任の所在が不明確で、民間病院のように危機感を持った経営がなされてこなかったこと、勤務する医師や看護師は公務員であり一定の身分保障があるため、その処遇について民間のような迅速・柔軟な対応は困難であること、さらに、施設の整備

費用が一般的に高額で、減価償却の負担が大きいこと、といった要因により、経営状況は厳しいものとなっていた。そこに、近年の診療報酬のマイナス改定や、勤務医不足に伴う診療科の縮小・休止による収益の減少といった悪条件が重なり、深刻な経営悪化を招いている。

このように、全国の公立病院の経営状況が非常に厳しいなかで、平成19年6月22日に「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」(以下「財政健全化法」という。)が公布され、平成21年4月1日から完全施行されている。各地方公共団体は、平成19年度決算から「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」の4つの健全化判断比率とともに、病院事業を含む各公営企業会計ごとの「資金不足比率」を公表することが義務付けられた。この「資金不足比率」が20%以上になると、外部監査や議会の議決を経た経営健全化計画の策定などが義務付けられている。さらに、公営企業会計の収支が悪化すると、公営企業の設置主体である地方公共団体本体の健全化判断比率にも影響が及ぶことになる。いわゆる「夕張ショック」に端を発し、地方公共団体の財政状況に世の中の注目が集まる中で、各地方公共団体では、これまで以上に公営企業の経

表4 公立病院の損益収支の状況

年度		(単位:億円)					
項目	16	17	18	19	20	((B)-(A))/ (A)	
	(A)				(B)		
総収益	41,586	41,544	40,090	40,272	39,901	△ 4.1	
(うち他会計繰入金)	5,370	5,246	5,254	5,290	5,668	5.5	
経常収益	41,281	41,364	39,791	39,954	39,597	△ 4.1	
うち医業収益	36,256	36,410	34,948	35,008	34,464	△ 4.9	
総費用	42,847	43,021	42,075	42,219	41,717	△ 2.6	
経常費用	42,598	42,794	41,788	41,960	41,442	△ 2.7	
うち医業費用	40,128	40,319	39,353	39,517	39,119	△ 2.5	
純損益 A	△ 1,261	△ 1,476	△ 1,985	△ 1,947	△ 1,817	—	
純利益	(256) 319	(226) 246	(152) 157	(176) 225	(194) 259	△ 18.8	
純損失	(472) 1,580	(448) 1,722	(516) 2,141	(491) 2,171	(470) 2,076	31.4	
経常損益	△ 1,317	△ 1,430	△ 1,997	△ 2,006	△ 1,845	—	
経常利益	(246) 258	(211) 219	(141) 107	(166) 106	(183) 139	△ 46.1	
経常損失	(482) 1,575	(463) 1,649	(527) 2,104	(501) 2,112	(481) 1,984	26.0	
累積欠損金	(569) 16,826	(529) 17,820	(553) 18,736	(558) 20,015	(562) 21,368	27.0	
不良債務	(100) 761	(98) 834	(104) 953	(114) 1,186	(96) 575	△ 24.4	
減価償却額 B	2,738	2,777	2,762	2,786	2,774	1.3	
償却前収支 A+B	1,477	1,301	777	839	957	△ 35.2	
総事業数	728	674	669	667	665	△ 8.7	
総病院数	1,000	982	973	957	936	△ 6.4	
総事業数に 対する割合	64.8	66.5	77.2	73.6	70.8	—	
純損失を生じた 事業数	66.2	68.7	78.9	75.1	72.4	—	
経常損失を生じた 事業数							
総収支比率	97.1	96.6	95.3	95.4	95.6	—	
経常収支比率	96.9	96.7	95.2	95.2	95.5	—	
総収益に占める他会計繰入金の割合	12.9	12.6	13.1	13.1	14.2	—	

(注) ()内は事業数である。

総務省ホームページ資料から作成

営状況に目を向ける必要が生じた。

さらに、総務省は、平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」（以下「国ガイドライン」という。）を策定・公表した。そして、公立病院を開設している地方公共団体に対して、「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の3つの視点に立った改革に取り組むため、平成20年度内に「公立病院改革プラン」を策定し、平成23年度までに経常収支を黒字化すること、平成25年度までに二次医療圏単位での再編・ネットワーク化や経営形態の変更を達成することを要請した。また、都道府県に対しても、再編・ネットワーク化の推進などに対する積極的な参画を要請している。

大阪府では、この国ガイドラインの要請を踏まえ、「大阪府公立病院等のあり方懇談会」を設置し、改革の柱である3つの視点について重点的に検討を行い、平成20年10月に「公立病院改革に関する指針」（以下「府指針」という。）を策定している。府指針では、経営指標の数値目標として、次の4点を設定している。

- ①経常収支比率を平成23年度までに100%以上とする。
- ②病床利用率を全国黒字病院並みの85%以上とする。
- ③人件費比率（職員給与費対医業収益比率）は経常収支比率100%以上の目標を前提として、適正化を図る。
- ④不良債務を5年以内（平成25年度まで）に解消する。

これを受けて、大阪府内の関係市でも平成20年度に「公立病院改革プラン」が策定され、現在、プランの目標達成に向けた取組が具体化されているところである。

大阪府内の公立病院においても、近年勤務医の大学への引き揚げが相次ぎ、勤務医不足による診療科目の縮小や休止がみられ、さらに診療報酬のマイナス改定により、厳しい経営状況が続いている。大阪府内の公立病院（政令市を含む18事業21病院）の平成20年度決算状況（収益的収支）及び近年の推移は次のとおりとなっている。（表5）

経常利益を計上している黒字病院は2病院で、平

成19年度と同数である。利益額は合計14.8億円で対前年度2.8億円、23.5%増加している。また、経常損失を計上している赤字病院は19病院で、平成19年度と同数である。損失額は合計157.5億円で対前年度1.0億円、0.6%減少している。この結果、全21病院での経常損益は142.6億円の赤字となり、対前年度では3.8億円、2.6%の改善となった。

不良債務は8事業で発生しており、合計で80.0億円であるが、平成19年度の246.0億円から166.0億円、67.5%の大幅な減少となった。これは、平成20年度に限り、平成15年度末から平成19年度末までの不良債務の増加額を対象とした「公立病院特例債」が発行できることとされ、大阪府内では5病院が合計90.1億円を発行し、不良債務を長期債務に振り替えたこと、さらに、経営基盤強化のための繰入金として、100億円を特別利益で計上した病院があったことによるものである。

他会計繰入金（特別利益分を除く）は、近年は減少傾向であったが、平成20年度決算では237.6億円で、対前年度10.6億円、4.6%増加している。

累積欠損金は1659.2億円で、対前年度38.6億円、2.4%増加した。

平成20年度決算では、不良債務で大幅な改善が見られ、経常損益でもやや改善が見られた。しかしながら、不良債務の減少の要因は公立病院特例債の発行や特別利益としての繰入金など、特例的な措置によるものであるし、経常損益の改善も、要因としては繰入金の増額によるところが大きいと考えられる。一方、病床利用率は77.2%と前年度から2.7ポイント低下し、入院収益は減少している。このように、経営状況は非常に厳しい状況が続いているといえる。

なお、このような状況の中で、大阪府内では平成19年3月に1病院が廃止されており、平成21年10月にも1病院が廃止された。さらに、平成22年4月には1病院が民間譲渡される予定となっている。

公立病院の今後について

以上のように、大阪府内の公立病院においても非常に厳しい経営状況が続いており、病院の廃止や

表5 大阪府内公立病院の決算状況

(単位:千円、%)

	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
事業数	19	19	19	19	18	18
病院数	22	22	22	22	21	21
1. 総収益	178,238,084	174,925,090	172,594,542	169,080,213	167,606,794	177,380,349
(1) 医業収益	153,471,072	149,747,928	148,593,177	144,528,482	144,749,920	144,259,678
ア. 入院収益	95,410,294	94,489,835	95,263,753	93,530,157	93,740,681	93,641,174
イ. 外来収益	47,595,846	45,031,912	43,231,852	41,185,373	41,426,096	40,955,810
ウ. その他医業収益	10,464,932	10,226,181	10,097,572	9,812,952	9,583,143	9,662,694
うち (ア) 他会計負担金	6,163,717	5,843,812	5,813,052	5,571,347	5,301,245	5,586,421
うち (イ) 室料差額収益	2,560,800	2,677,716	2,660,460	2,609,860	2,625,033	2,445,336
(2) 医業外収益	24,405,431	23,496,272	22,989,425	22,276,844	21,348,989	22,395,073
ア. 受取利息配当金	7,262	15,212	14,628	28,317	52,839	54,273
イ. 看護学院収益	23,893	26,924	31,098	24,091	17,388	9,426
ウ. 国庫補助金	37,208	190,846	218,533	233,522	268,507	283,967
エ. 都道府県補助金	211,649	207,380	238,867	150,153	163,880	192,444
オ. 他会計補助金	3,354,314	2,877,533	2,750,504	2,684,765	2,642,648	2,750,676
カ. 他会計負担金	17,368,973	16,846,283	16,068,431	15,686,090	14,764,549	15,427,042
キ. その他医業外収益	3,402,132	3,332,094	3,667,364	3,469,906	3,439,178	3,677,245
(3) 特別利益	361,581	1,680,890	1,011,940	2,274,887	1,507,885	10,725,598
うち他会計繰入金	220,590	339,268	400,070	2,172,325	928,579	10,587,325
うち固定資産売却益	0	1,165,309	0	31,508	405,185	0
2. 総費用	187,170,465	185,100,106	183,529,944	186,382,178	181,346,519	181,242,432
(1) 医業費用	172,944,727	170,703,356	169,773,594	168,601,091	167,735,127	168,229,303
ア. 職員給与費	82,956,840	80,631,710	80,387,976	79,737,553	80,217,054	79,691,837
イ. 材料費	42,073,007	40,104,552	38,533,403	37,151,975	36,514,737	36,434,687
ウ. 減価償却費	16,259,355	15,976,863	16,084,384	15,731,248	15,305,277	14,761,284
エ. 経費	31,062,779	33,289,224	34,068,672	34,935,538	34,916,811	36,678,830
オ. 研究研修費	405,770	436,262	439,368	397,033	401,916	452,819
カ. 資産減耗費	186,976	264,745	259,791	647,744	379,332	209,846
(2) 医業外費用	13,403,894	13,421,249	13,136,721	13,037,887	13,009,188	12,690,036
ア. 支払利息	7,088,749	7,299,111	7,063,787	6,898,196	6,773,347	6,485,161
うち企業債利息	6,989,911	7,182,127	6,991,654	6,764,782	6,487,868	6,158,648
イ. 企業債取扱諸費	5,573	5,426	5,130	5,191	3,625	16,061
ウ. 看護学院費	406,659	360,927	341,961	274,163	239,167	204,014
エ. 繰延勘定償却	733,466	704,350	698,210	785,896	777,730	765,559
オ. その他医業外費用	5,169,447	5,051,435	5,027,633	5,074,441	5,215,319	5,219,241
(3) 特別損失	821,844	975,501	619,629	4,743,200	602,204	323,093
3. 経常利益又は経常損失	▲ 8,472,118	▲ 10,880,405	▲ 11,327,713	▲ 14,833,652	▲ 14,645,406	▲ 14,264,588
4. 純利益又は純損失	▲ 8,932,381	▲ 10,175,016	▲ 10,935,402	▲ 17,301,965	▲ 13,739,725	▲ 3,862,083
5. 前年度繰越利益剰余金又は前年度繰越欠損金	▲ 102,412,562	▲ 111,344,943	▲ 121,519,959	▲ 132,455,361	▲ 148,318,924	▲ 162,058,650
6. 当年度未処分利益剰余金又は当年度未処理欠損金	▲ 111,344,943	▲ 121,519,959	▲ 132,455,361	▲ 149,757,326	▲ 162,058,649	▲ 165,920,733
7. 他会計繰入金再掲(特別利益分を除く)	26,887,004	25,567,628	24,631,987	23,942,202	22,708,442	23,764,139
経常収支比率	95.5	94.1	93.8	91.8	91.9	92.1
職員給与費対医業収益比率	54.1	53.8	54.1	55.2	55.4	55.2
一般病床利用率	86.0	84.4	83.7	82.3	79.9	77.2
不良債務	14,383,679	14,737,073	15,840,514	19,759,987	24,596,882	7,998,411
備 考		診療報酬改定 実質改定率 ▲1.0%		診療報酬改定 実質改定率 ▲3.16%	財政健全化法公布 国ガイドライン公表	診療報酬改定 実質改定率 ▲0.82%
		新医師臨床研 修制度開始			府指針公表 各病院改革プ ラン策定	

総務省「地方公営企業年鑑」等を参考に作成

民間譲渡が実施されるなど、病院数は減少傾向にある。各公立病院は「国ガイドライン」や「府指針」の要請を踏まえながら、地域における医療を確保していくために、経営改善に向けてそれぞれの「公立病院改革プラン」の取組を着実に実施していくことが求められている。

「府指針」においては、病院の経営効率化を図るために、自病院の現状を分析したうえでの「強み」「弱み」や住民ニーズを把握し、それらの情報を病院全体で共有しながら、自病院が地域の中で果たすべき役割を明確にすることが必要であるとされている。我が国においては今後も少子高齢化が進行すると

もに、総人口が減少していくとされているところであるが、ここでは住民ニーズの把握の一環として、大阪府内においては、長期的には患者数がどのような推移をたどるのか、また、どのような疾病により受療すると見込まれるのかという推計を紹介する。

《推計人口の動向》

総務省統計局によると、平成20年（2008年）10月1日現在の大阪府の推計人口は8,806千人である。また、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」によると、平成17年（2005年）国勢調査人口（8,817千人）

を基準とした大阪府の将来推計人口は、今から10年後の平成32年（2020年）では8,358千人、20年後の平成42年（2030年）では7,741千人とされ、今後における人口の減少が見込まれている。このうち、年少人口（0～14歳）及び生産年齢人口（15～64歳）はいずれも一貫して減少するが、老年人口（65歳以上）は多少増減しながら増加していく見込みである。平成42年（2030年）における老年人口の割合は31.0%と見込まれており、おおむね3人に1人が65歳以上ということになる。（表6）

《患者数の動向》

厚生労働省の「患者調査」（平成20年10月実施）の「受療率」により、大阪府の平成32年（2020年）の将来推計人口8,358千人、平成42年（2030年）の7,741千人に対する患者数を推計する。なお、「受療率」とは、「推計患者数（調査日当日に受療した患者

の推計数）」を人口10万人対で表した数値であり、「推計患者数／推計人口×100,000」で算出される。

「患者調査」の結果では、調査日当日に受療した、大阪府内在住の推計患者数は、入院、外来の合計で572千人、人口10万人対の受療率は6,493という結果が出ている。これをもとに、平成32年における大阪府内在住の患者数を推計すると643千人、平成42年では648千人となり、府の総人口は減少するが、高齢化の進行を反映して患者数は増加する見込みである。65歳以上の患者数の割合は平成20年時点ですでに51.8%と50%を超えていたが、人口の減少と高齢化の進行に伴い、平成32年度では63.6%、平成42年度では65.5%になると見込まれる。（表7）

また、推計患者数を疾病分類別にみると、「消化器系疾患」「循環器系疾患」「筋骨格系及び結合組織疾患」の順に患者数が多くなっている。また、これらの3分類は、順位の傾向は年次推移によっても変わ

表6 大阪府の将来推計人口

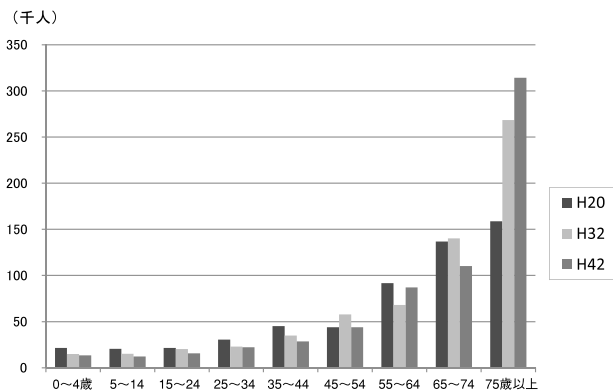
(単位:千人)							
年齢	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
総数	8,817	8,736	8,582	8,358	8,072	7,741	7,378
0～4	397	344	293	264	249	240	225
5～9	421	387	336	286	258	244	234
10～14	401	417	384	334	284	257	242
15～19	441	419	433	398	346	295	267
20～24	536	480	452	466	429	374	320
25～29	594	512	464	438	453	417	364
30～34	736	572	497	451	426	440	405
35～39	654	712	556	483	438	414	428
40～44	562	638	697	545	473	429	406
45～49	482	551	628	686	536	466	423
50～54	560	471	540	615	672	526	457
55～59	731	543	458	526	600	656	514
60～64	657	701	523	441	508	580	635
65～69	550	625	671	501	424	488	559
70～74	441	509	582	629	471	400	462
75～79	308	390	454	524	571	428	366
80～84	187	252	323	381	444	491	370
85～89	100	133	182	239	287	339	383
90～	59	78	108	150	203	256	316

年少人口(0～14歳)	1,219	1,149	1,014	885	792	740	702
生産年齢人口(15～64歳)	5,953	5,600	5,247	5,049	4,881	4,597	4,219
老年人口(65歳以上)	1,645	1,988	2,321	2,424	2,399	2,403	2,457

(注)年齢別人口の合計と総人口とは、四捨五入の関係で一致しないことがある。

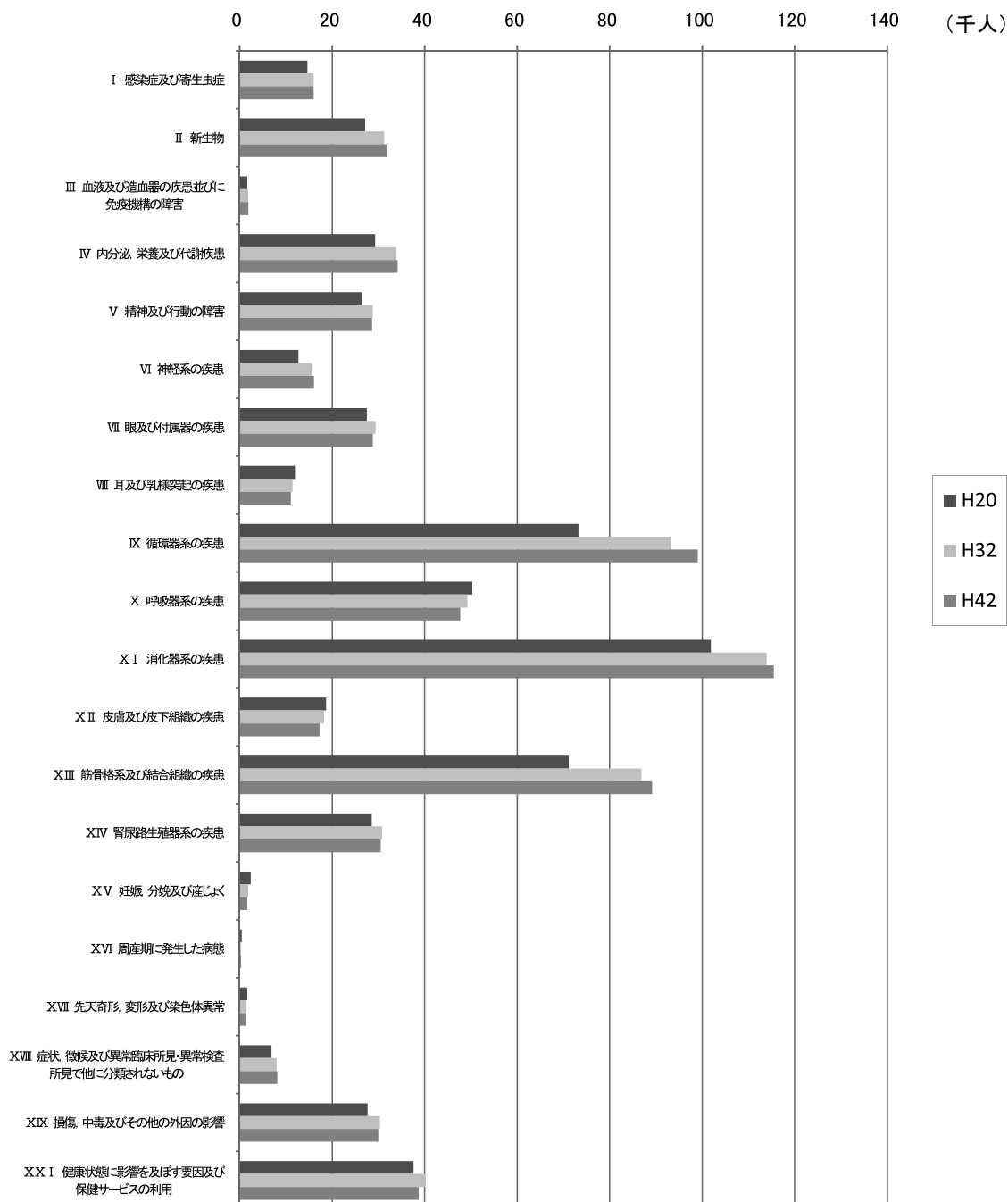
国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」

表7 推計患者数の推移（年齢別）



らず、年次推移に伴う患者数の伸び率が比較的高くなっている。特に、循環器系疾患においては伸び率が35.2%と高くなっている。一方、「皮膚及び皮下組織の疾患」「耳及び乳様突起の疾患」「呼吸器系の疾患」では、年次推移による患者数の減少が見込まれている。なお、妊娠・周産期関係の疾病は、もとの数値が小さいため、わずかな増減が計算上大きな増減率となるが、数値上は年次進行により減少が見込まれている。（表8）

表8 推計患者数の推移（疾病分類別）



以上のような推計は、将来の人口の動向を切り口とした一般的な推計であるが、各病院においては、今後來院すると見込まれる患者の推計について、医療圏における他の病院の立地状況など、それぞれの置かれた状況を踏まえて、様々な角度から独自の詳細な分析を行うことが可能であろう。このような分析を行うことにより、将来的にどのような診療科で収益の増加が見込まれ、減少が見込まれるのか、自病院の現状の「強み」「弱み」を踏まえ、どのような対応策が考えられ、これに伴う将来的な施設や医療機器の整備といった投資額の見込み、医師や看護師の配置のあり方や確保策などといった、中長期的な経営戦略を検討することが可能になる。経営の効率化に向けて、短期的な対応とあわせて、これらの中長期的なビジョンを持つことも重要であろう。

地方公共団体が今後も病院を経営していくことについては「覚悟」が必要な時代となってきたと考える。勤務医不足が短期間では解消されないと考えられる現状では、ある日突然医師が退職し、診療科の縮小を余儀なくされ収益が悪化する、といった事態が、どこの病院でも起こり得るのである。また、現状では勤務医が確保され良好に経営されている病院でも、特に病院数がもともと少ない地域においては、近隣病院の診療科の縮小や休止により患者が押し寄せ、その病院の医師が疲弊し退職するといった、いわゆる「ドミノ倒し」のような、自病院ではどうしようもない要因による経営状況の悪化という事態も起こり得る。このような全国レベルでの勤務医不足という大きな流れの中では、そもそも国や都道府県レベルでの対策が必要な部分もあり、個々の公立病院が対応できることには一定の限度がある。しかしながら、勤務医が多くの公立病院で安定的に確保されるようになるには一定の期間が必要であることを考えると、個々の公立病院においても対応を検討し、できる対応については早期に着手しておく必要がある。

各病院においては、勤務医の安定的な確保に向けた取組が必要となるが、これには、勤務医にとって働きやすく、勤務地として選ばれるような魅力ある病院づくりが必要である。まずは勤務医の負担を軽

減することが重要で、このためには、究極的には医師数の増員がベストということになろう。この場合、地域との連携という観点から、地域の開業医の応援を得るという考え方もある。また、勤務医のモチベーションを向上させるために、給与面での配慮や、学会や研修への参加といった、技術や知識向上のための機会に参加しやすい環境を整えるといった配慮も重要である。さらに、近年では女性医師の数が増加しているが、多くの女性医師は結婚や妊娠でいったん離職すると、復帰することが困難な状況となっているとされる。このため、女性医師の勤務しやすい環境の整備や、結婚・出産後の復帰が容易となるような環境の整備も、貴重なマンパワーの確保という観点からは有効であると考ええる。

これらのような対応策により、勤務医の士気が高まり、安定的な確保ができるようになれば、先に述べた悪循環とは逆の動きが起こり、その病院にさらに医師が集まるようになる。そのなかで、実績のある医師を確保できれば、近年のように様々な情報が瞬時に行き渡る状況では評判はすぐに伝わり、患者がその病院を選ぶようになる、という効果も期待できる。

しかしながら、今まで述べてきたような取組は、厳しい経営状況が継続する中で、新たな費用負担が伴うものである。効率的経営を徹底した中での魅力ある病院づくりというのは、両立させることは非常に難しいと思われるが、個々の病院の置かれた状況を踏まえて、常に両者のバランスを考えながら行動していくこと、今の時点で、また、中長期的な視点からは、最善の状況というのがどういう状況であるのかを模索していくこと、まさに「経営」していくことが必要である。

そして、さらに重要なことは、これができない公立病院は、設置地方公共団体本体の体力がもしも続かなければ経営が行き詰まり廃止となる時代を、大阪府内でも迎えているという現実を認識することである。だからこそ総務省も「国ガイドライン」で早期の改善に向けて警鐘を鳴らしたのであり、喫緊の対策として「公立病院特例債」による不良債務の縮小を急いだと推測される。

公立病院は以前から経営不在が指摘されてきた。経営の責任の所在があいまいで危機感がなく、経営状況が芳しくない状態でも、地域医療の確保という公立病院の役割が重視され、これまでは設置主体である地方公共団体からそれなりの援助が受けられた。しかし、地方公共団体本体の財政状況が厳しさを増し、さらに財政健全化法が施行された現在、これまでの意識ではやっていけないことは明らかになっている。

経営改善をめざすための方策のひとつとして、地方公営企業法の全部適用化や地方独立行政法人化、指定管理者制度、病院PFI事業といった経営形態の変更がある。しかしながら、これらもあくまでも手段であって、その実現自体が目的ではない。もちろん、経営形態の変更を実現させるには多大な労力と時間が必要であるが、たとえ変更が実現しても、それが直接経営改善につながるものではないことには注意が必要である。

大事なことは、どのような経営形態であろうとも、当事者がいかに真剣に「経営」を考えるか、この病院が破綻するかもしれないという危機感を持って取り組むかどうかである。その際、常に費用対効果のバランスを考えつつ、先に述べた中長期的なビジョンを持って、経営のかじ取りをしていくという意識が重要であると考え。そしてその危機意識は、幹部職員のみならず、医師、看護師や事務職員まで、病院に関わる全員が共有することによって初めて大きな力となり、病院を経営改善に向けて動かす原動力となる。

さらに、「国ガイドライン」で示されている病院の再編・ネットワーク化は、個々の病院がそれぞれの経営効率化により医療提供体制の確保を図ることだけではなく、地域に存在する医療資源の現状を見据えたなかで、地域に必要とされる医療提供体制の総合的な確保をめざすものである。大阪府内でも、地域医療再生計画の下で、泉州医療圏等において、小規模に分散している診療科の集約や再編、複数の病院による総合的な医師養成体制の構築といった、病院間の機能再編、連携の強化に向けた取組が進められつつあり、将来における医療提供体制の強化が期

待されているところである。

なお、患者の側においても、勤務医不足の現状を踏まえた節度ある受診行動が求められ、これに関しでの病院側からの積極的な情報発信も必要ではないかと考える。全国では、勤務医の疲弊で休止寸前の状態に陥っていた公立病院の小児科の窮状を子育て中の母親たちが知り、かかりつけ医を持つことやコンビニ受診を控えるなどのメッセージを自発的に地域住民に発信した結果、勤務医の負担が軽減され、小児科が存続しているという事例もある。

■ ■ ■ むすびに

地域における医療は誰が支えるのかということを考えると、これは国・都道府県・市町村・民間医療機関、さらには受益者である住民のそれぞれが、役割を果たしながら支えていくことになるであろう。各地域の状況は千差万別であり、過疎地域と人口集中地域とでは公立病院に期待される役割が大きく異なってくる。過疎地域で民間の資本投下がなく、その公立病院しか存在しないような場合は、まさに地域医療の命綱であろう。一方、他の医療機関が多数存在する大阪府内のような地域では、救急や高度医療など、民間医療機関が経営上手を出しづらい分野での貢献が強く求められる。逆に、他の医療機関と競合してしまうような分野では、勤務医不足という現状では、人的資源の効率的な配分という観点からは批判を受けかねないところもある。それゆえ、各公立病院がその地域で果たすべき役割の明確化が求められ、さらに、再編・ネットワーク化のような、地域全体の状況を見据えた取組が求められているのであって、「国ガイドライン」においても、都市部における公立病院については、「果たすべき役割に照らして現実に果たしている機能を厳しく精査した上で、必要性が乏しくなっているものについては廃止・統合を検討していくべきである」とまで明記されているところである。

公立病院は今後も地域医療の一翼を担っていくことが期待されており、その役割を果たしていくために、安定した経営を行うことが求められている。そ

それぞれの公立病院がそれぞれの役割を果たし、そのことで住民が安心して生活できるように地域医療が確保されていくことを強く願うものである。

参考文献等

- ・橋本見一（2008）「「公立病院改革に関する指針」について ～将来にわたり、住民に安心の医療を提供していくために～」 自治大阪2008年12月号
- ・自治体病院経営研究会（2009）「自治体病院経営ハンドブック 平成21年度版」
- ・伊関友伸（2007）「まちの病院がなくなる！？ 地域医療の崩壊と再生」 時事通信社
- ・本田宏【編著】（2008）「医療崩壊はこうすれば防げる！」 洋泉社
- ・読売新聞医療情報部（2008）「数字でみるニッポンの医療」 講談社現代新書
- ・財団法人日本学術協力財団（2008）「学会会議叢書15 医療を崩壊させないために ―医療システムのゆくえ―」
- ・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」 ぱる出版
- ・週間東洋経済2009年7月18日特大号 東洋経済新報社
- ・総務省ホームページ
- ・厚生労働省ホームページ
- ・国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
- ・大阪府ホームページ
- ・全国公私病院連盟ホームページ