

2014年 森泰吉郎記念研究振興基金研究者育成費 研究成果報告書

公的病院の入院医療サービスにおける垂直的公平原則に基づく理論モデル化について

作成者:小林優一(政・メ修士課程 1)

<研究概要>

生産年齢人口の減少、人口に占める高齢者(65割以上)割合増加に伴った問題は、他でもない日本全体の喫緊の解決を要する課題である。医療サービス受給者の大半は65歳以上の高齢者、生活保護者が対象となり、水平的公平性を原則とする需給体制内での受給者間での不公平感¹は否めない。国民皆保険制度を受給者として支えている、健康かつ働ける世代での医療

サービスにおける垂直的公平の研究は、制度を持続・安定的に運営して上でも必要不可欠である。本稿では、この医療サービスにおける垂直的公平に基づく需給されているのかを、入院医療サービスに関するモデルを採用し、人口減、高齢社会へ向けた医療サービスにおける問題の分析し、最終的に政策提言を行う。

<研究の進行程度>

1. 今学期は事例研究へ

研究の当初の目的は、本稿の目的は、入院医療サービスの垂直的不公平¹の計測を通じて、医療ニーズに応じて入院医療サービスが購入されているのかを分析しようとしていた。しかし、各種加入する保険によって保険者が異なっている為、民間か公的機関なのかという施設設置主体によって、分析アプローチとその結果が異なる。そこで今回は、公平性を評価するという点から、ある程度市場原理に影響を受けにくい公的病院を対象に患者、保険者、行政、医療機関設置主体に分けて、夕張市立総合病院の破綻事例を例に、それぞれのファクターがどのように医療機関に関わっているのか分析することにした。また自治体病院は、医療の質を確保していく為に、特に地方部における自治体病院の役割は重要である。自治体病院の9

割以上は赤字経営が続いている。このように経営的な課題を残す自治体病院における役割を明確にしつつ、それぞれ価値観を基づいた地域の医療を守る姿勢を貫けるかが重要である。夕張市立総合病院の破綻事例から自治体病院の役割そのものも評価したい。

2. 研究の限界

今回の事例研究では、実際の夕張市立総合病院の当時の財務データに制限があるために実際どの程度、どの診療過程で赤字が続いているのかの分析が出来なかった。また、当時の患者のレセプトデータ入手が困難で、患者の疾病構造や属性も把握できなかった。これらのデータに制約があった件は、今後の課題にしたい。

¹医療サービスの分配に関して Wagstaff et al.(1991)が、患者の機会の平等と公平性の観点で、医療サービスの需給関係の評価方法の一つの観点として用いている概念。

<本稿>

1. 研究背景

1961年に国民皆保険制度が始まって以来、すべての国民はなんらかの医療保険に加入する様になった。各種の加入保険によって保険者は異なるが、患者負担3割自己負担のもとで医療サービスが受給できるようになっている。日本の医療提供体制の特徴の一つは、患者が自由に医療機関を選択できるフリーアクセスと医師は自由に標榜科を選択できるようになっている事だ。また、医師は開設病床数に制約はあるものの、実質的に何処で開業しても良い事になっている。従って、日本の医療提供体制は医療従事者の様な供給者優位のもとで整備されつつあり、アクセスコストをはじめ、必ずしも患者にとって公平・平等性を担保できるシステムではない。今回取り上げている公的

3. 現状分析

日本の医療機関における戦後の復興整備として、GHQを中心に公立病院をはじめとした公的医療機関の整備を中心に行われてきた。また戦後、国の審議会はこれらの公的医療機関を中核として、公立病院を中心とする他の病院や診療所との連携することで、医療提供体制を整えてきた。現在の医療提供体制はその歴史的な背景を汲取りつつ、戦後奇跡的な経済成長に伴い、民間病院や診療所の開設が増加してきた。また、1960年代には公的病院における病床規制が開始され、私営医療機関を優先とする国の医療提供体制の考え方が明確になっていった。

現在の公立病院数は1681病院(2004)であり、1968年時の973病院と比較しその30数年でおよそ2倍になっている。しかしこ

医療機関の中の自治体病院は、あまり患者数の少ない不採算部門ということで「医療の質の維持」に努めなければならない。自治体病院の経営に関して、自治体と病院間での制度的な枠組み設定とコミュニケーションが円滑に行われていない機関も多いとの報告もある。

2. 研究の意義

自治体病院は地方議員の選挙ツールとなっていることも多く、なかなか経営に関する改革が進まないこともある。地域の医療は地域で守るという視点を住民自身が持つ事により、こうした地域医療へ無頓着な議員を次の選挙では当選させないなどの工夫も必要ではないだろうか。自治体病院の中長期的な存続をさせることで安定した医療提供体制を整備することは今後益々必要になってくるだろう。

こ数年はその数も頭打ちになってきた。日本の全病院のうち公立病院²は22.7%(2004)であり、圧倒的に私立病院³の数が多い(図1)現状である。

² 公立病院とは、厚生労働省、独立行政法人、国立病院機構、国立大学法人、都道府県、市町村を示す。

³ 私立病院とは、医療法人、学校法人、個人を示す。

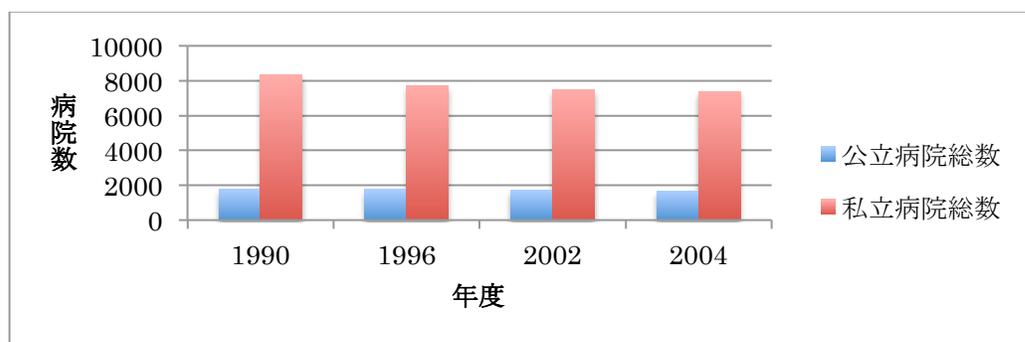


図1 公立・私立病院数の年次推移

また、公立病院の特徴として1つの病院当たりの病床数が民間病院のそれに比べ約2倍があるという点だ。(表1)

特徴の2つ目として、経営状態が私立病院の方が公立病院(自治体立病院を含む)よりも良いということが言われている。病院の経営状況は毎年一回6月に「医療経済実態報告」という厚生労働省が行っている調査により、様々な分類に項目分けした形で報告されている。それによると、今回取り上げている自治体立病院の医業収支(病院費用)が、相対的に高いことが分かる。(表2)自治体病院は、相対的に給与費・診療材料費・医療消耗器具備品費・減価償却費・補助金・負担金の比率が高い。(表2赤色部分)一方で医業収支の差がマイナスになっており、医業収益を医業収支が上回っていることを示している。中医協(2009)は、「医業収益と医業収支の比率が1:1の均等の場合を100とした場合、国立病院が100.2%に対して、自治体病院は113.7%と医業収支超過になっている為、赤字経営となっている。」と指摘する。

つまり地方自治体における財政は今後も非常に厳しいことが予想される。赤字の補填を各自治体は一般会計からの繰入金や累積欠損金⁴によって賄っている。自治体によ

っては、病院事業の運営に必要な現金が殆どなく、金融機関からの一時借入金で経営を維持している場合も多い。一時借入金は、経営の一時的な生命維持装置としての機能を果たしている。それは地方公営企業法第29条の「管理者は、予算内の支出をするために、一時的の借り入れをすることができる。」の規定に基づいて行われている。経営破綻した夕張市立総合病院も運営を金融機関からの巨額の一時借入金で維持していた経緯がある。また、これらの一時借入金に関しては恒常的に借り入れを行っているケースが多く、その多くの病院は経営能力の低さから生じている。

しかし、第166回通常国会において「経済財政改革の基本方針2007」が閣議決定され、その中に「公立病院改革ガイドライン」が示され、それにより総務省は自治体病院に対して厳しい改革を求めている。

よると2005年度末で1兆7819億円に達している。

⁴ 累積欠損金は「地方公営企業年鑑」に

	公立1病院当たりの病床数	私立1病院当たりの病床数
1990	286.4248588	140.503363
1996	291.011396	149.1795734
2002	288.4419148	153.6649719
2004	286.9000595	155.3912926

表1 公立・私立の1病院当たりの病床数の年次推移

医療経済実態報告(病床100床当たり)	2005/5/1 医療法人		自治体病院	
	千円	%	千円	%
1 医業収入	111373	100	145939	100
1.1 入院収入	74999	67.3	98242	67.3
1.2 外来収入	32298	29	42871	29.4
2 医業収支	110549	99.3	159221	109.1
2.1 給与費	57827	51.9	79526	54.5
2.2 医薬品費	13715	12.3	24991	17.1
2.3 給食用材料費	1195	1.1	1049	0.7
2.4 診療材料費・医療 消耗器具備品費	10348	9.3	16152	11.1
2.5 経費	15393	13.8	13690	9.4
2.6 委託費	6789	6.1	11361	7.8
2.7 減価償却費	4264	3.8	10999	7.5
2.8(再掲)建物減価償却費	2053	1.8	5499	3.8
2.9(再掲)医療機器減価償却費	1108	1	4657	3.2
2.1.0 その他の医業費用	1001	0.9	927	0.6
3 医業収支差額(1-2)	825	0.7	-13281	-9.1
4 医業外収入	1679	1.5	3363	2.3
5 医業外費用	1842	1.7	5607	3.8
6 経常利益(3+4-5)	662		-15525	
7 特別利益	345		375	
8 特別損失	668		659	
9 補助金・負担金	286	0.3	15223	10.4
10 総収支差額(6+7-8+9)	625		-586	

表2 医療経済実態報告(病床100床当たり) 2005/5/1 現在

4. 問題意識

自治体病院経営の健全性、安定性を確立するためのガバナンスレベルの低下が経営悪化の原因ではないか。病院経営者は、地域の医療の実情を広義に把握した中で、病院の進むべき医療の在り方を明確に示すことが必要ではないだろうか。多くの自治体病院の管理者は首長にあり、4年に一回の選挙がある度に権限が移譲し、安定的な医療経営改革へは繋がらない傾向にあった。

地域に存在する医療資源は限られている為、地域の医療にとって何が今必要なのかについて考え、短期間で資源を集中的に投資することが重要である。

従って、病院の進むべき医療の在り方が発見できたとしても、それを阻む抵抗勢力が出現し、ガバナンス上の問題でそれらの「気づき」が宙に浮いてしまう状態は問題なのではないか。

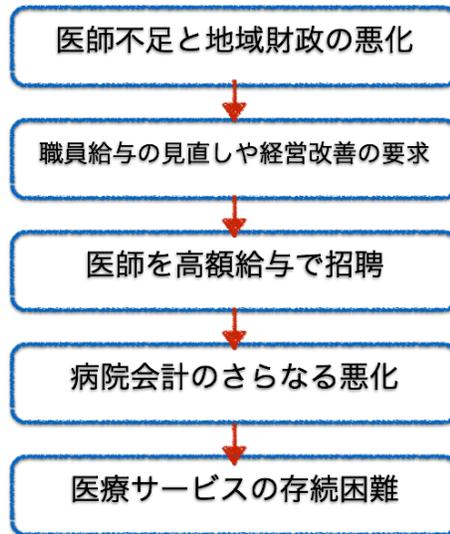


図 2 自治体病院における問題点

背景でも述べたが自治体病院の経営はどれも厳しく、このまま経営を維持することは限界を迎えているところも多い。2006年に市の財政的破綻に伴って、病院も経営破綻に陥った夕張市立総合病院について事例を取り上げ、なぜ、自治体病院の経営が限界を迎えているかについてみていきたい。また夕張市立総合病院の抱えている問題については、この病院だけの問題ではなく、赤字経営や医師不足に苦しむ全国の自治体病院に共通するものではないかと思ふ事例として挙げた。

「夕張市立総合病院の何が問題なのか。」という問いに対して主に4つが挙げられる。

1. 急激な人口減少と立地条件の悪さ

- 戦後の復興期における石炭需要に併せ人口が急増し、一時 10 万人を超えていた。これは同時期の札幌市の人口の 1/4 であり、如何に夕張市が栄えていたのかを人口から見る事ができる。またエネルギー改革があり主エネルギーが石炭から石油に変わる中で次々に炭坑も閉山され、人口も 1,3000 人程(2005)になり大幅に減少した。もともと炭坑があった北部へ病院が立地している為に、時代の流れ

で南部へ市街地が移り、病院はそのままという状況の中で病院へのアクセスが非常に悪く、通院しづらい環境になっている。

2. 医師の退職による医師不足

- 夕張市に限らず多くの自治体病院は大学医学部の医局からの医師派遣に頼っている現状がある。2004年に始まった新臨床研修医制度の影響により、定期的に医師を派遣して貰っていた医大から医師が確保できない現状になった。また医師の高齢化による問題で退職者が増加したこと。それら医師不足を補おうと給料を高く設定し、医師を集め様と試みようとしたが、結局失敗をして財政的な危機に陥らせた。

3. 看護師不足

- 看護師確保の為に奨学金制度を創設し、若い看護師の採用を積極的に行っていた。しかし、奨学金制度を受けている看護師は、3年間勤務し奨学金を返済した後、すぐに退職をする場合が多く、なかなか定着はしなかった。また、高齢者が多いため介護と医療が複合された病床になっており、医療従事者間での職域の機能分けが上手く

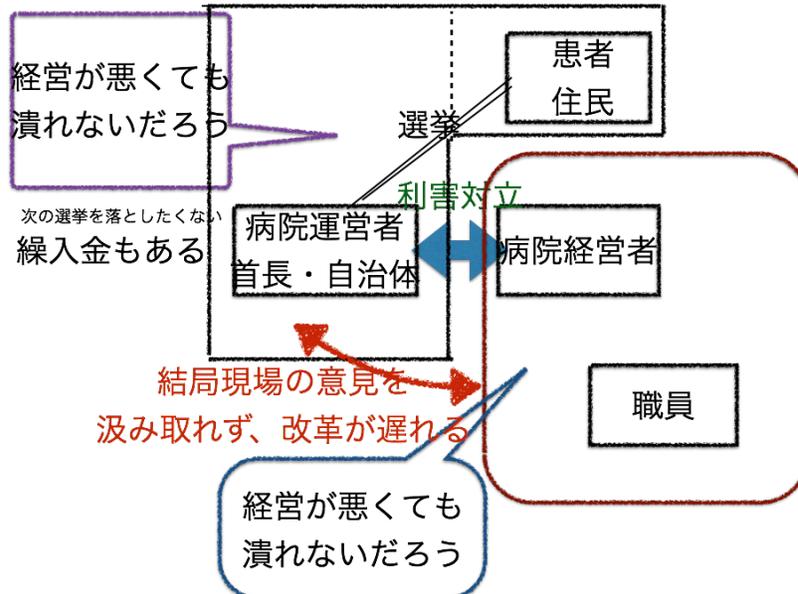
いかず、結果的に労働環境が悪くなり、看護師の定着の悪さに繋がったという指摘もある。

4. 病院マネジメント能力の欠如

- 病院改革を試みようとした病院長も様々な改革を提案しようとしていた。しかし、改革の提案は首長や事務職には受け入れられず、職員間でも目指すべき方向性が定まらなかった。議会や首長の承認を得て、はじめて様々な改革が行われる為に、改革のスピードが遅かった。

これらのように、夕張市立病院破綻の原因は諸処の問題があるものの、1~3 に関しては、どこ地方都市にも生じることである。4 に関しては、既に財政的が危機的な状況にあることを背景とし、問題を先送りにしていた組織風土があった様だ。そして医療現場で働くスタッフは何も知らないまま、ある日突然夕張市本体の財政破綻と同時に 4 の問題が顕在化し、患者を巻き込む大惨事となってしまったことがわかった。

5. 利害関係者の意見対立



現場を細部まで把握しているのは主に病院経営側であり、それらの意見が議会や首長へ届かないまま、問題の先送りが行われている。現場の意見をきちんとした形で汲み取れる様に、赤字経営が長く続く病院に対して、病院経営者によるスピーディーな組織改革が必要ではないだろうか。

改革の反映が、改革が必要な時期に早期に対応できるよう素地を整えていくことが必要ではないだろうか。本稿では、病院運営者と経営者を上手く棲み分けして、スピーディーに問題に対応できる様なガバナンスレベルでの統治が必要不可欠であることを強調したい。

<今後の課題>

当時の財務データに制限が有り、患者のレセプトデータ入手が困難で、どの診療過程で赤字が続いているのかの分析が出来なかった。そのため患者の疾病構造や属性も把握できなかった。これらのデータに制約があった件は、今後の課題にしたい。2015年春学期以降は、行政機関からのデータ提供を依頼し、ベイズ統計(図3)等を活用しながら自治体病院の継続的な経営維持にどのような要因が必要なのかを議論してみたい。

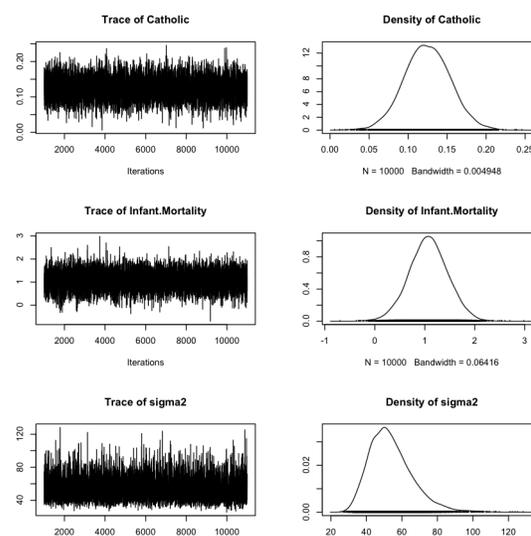


図3 ベイズ統計を用いた推計

<参考文献・資料>

伊関友伸(2007)『まちの病院がなくなる!?!』時事通信出版社

村上正泰(2009)『医療崩壊の真犯人』PHP新書

松下政経塾 HP 公立病院の赤字は何を意味するのか

<<http://www.mskj.or.jp/report/3155.html>>(2014/09/22 習得)

総務省(2006)『経済財政改革の基本方針 2007』 「公立病院改革ガイドライン」