The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	自治体病院の制度的位置付けと財源問題
Author(s)	山内, 康弘
Citation	国際公共政策研究. 2009, 13(2), p. 51-63
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/3665
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

自治体病院の制度的位置付けと財源問題

The Institutional Positioning and Source-of-revenue Problems of Municipal Hospitals

山内康弘*

Yasuhiro YAMAUCHI*

Abstract

In recent years, the financial health of Japanese municipal hospitals has been worsing. This paper explains the current situation of fiscal measures to local governments which own municipal hospital on the basis of institutional raison d'etre of municipal hospitals, and considers how best to supply local medical services from a financial standpoint.

キーワード：自治体病院　公共経営　地域医療　財源　地方財政措置

Keywords：municipal hospitals, public management, local medical services, source-of-revenue, fiscal measures to local governments

JEL Classification Numbers: H75, I18

* 国立保健医療科学院福祉サービス部研究員

1. はじめに

自治体病院は地域医療を支える重要な役割を果たしているとされるが、近年、多くの自治体病院において損益収支をはじめとして経営が悪化し、医師不足に伴う診療体制が縮小することなどによって、地域医療の体制が崩壊しつつあるのではないかとの懸念がなされている。また一方において、国・地方を通じた財政悪化に対処するために成立した「地方公共団体の財政の健全化に関する法律（地方財政健全化法）」の施行に伴い、地方自治体が経営する病院事業に対しても、より一層の経営改善が求められることになっている。これらを受けて、地方公営企業としての自治体病院を管轄する総務省は2007（平成19）年12月、「公立病院改革ガイドライン」を作成し、病院事業をもつ地方自治体に対して2008（平成20）年度内に「公立病院改革プラン」を作成するよう要請している。その中では、自治体病院の①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しを図るよう促している。このような改革の動きは地域医療の供給体制を漸進的に改善するという点では望ましいものであるが、現行のスキームの範囲内で考察がなされているにすぎず、高齢化の更なる進展が財政を逼迫することが予想されるなかで、現行のシステムの持続可能性についてより広範な観点から評価していく必要がある。本稿では、自治体病院の制度的な存在意義と現状を踏まえて、自治体病院の財源問題、開設自治体への地方交付税措置の考察を行い、財政的な観点から自治体病院を踏まえた地域医療のあり方について検討する。

本稿の構成は以下のとおりである。次章では自治体病院の制度的な存在と理論的解釈を確認するとともに、経営の現状について考察する。３章では自治体病院の経営原則と財源について確認する。４章では開設自治体に対する地方財政措置の現状について考察を行う。５章は結語である。

2. 自治体病院の存在意義と現状

(1) 自治体病院の存在意義

地域医療を支えているとされる自治体病院の存在意義について、制度的な側面から通説をとりまとめておく。自治体病院は、医療法第31条で規定されている「公的医療機関」に分類される。「公的医療機関」は、「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所」とされ、このうち、厚生労働大臣が定めるものとは、告示によって、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会である。一般に、都道府県立病院、市町村立病院、一部事務組合立の病院で、地方自治体が開設者となっている病院が「自治体病院」と称される。

また、同法により「厚生労働大臣は、医療の普及を図るため特に必要があると認めるときは、公的医療機関の設置を命ずることができる」とされ、「その際、国庫は、予算の定める範囲内において、

その設置に要する費用の一部を補助すること」となっている。また、「公的医療機関」は、①医療業務に差し支えない限り、その建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該公的医療機関に勤務しない医師又は歯科医師の診療又は研究のために利用させること、②医師法または歯科医師法の規定による実地修練又は臨床研修を行わせるのに必要な条件を整備すること、③医療計画に定められた救急医療等確保事業に係る医療の確保に関し必要な措置を講ずること、などの特別な規定が設けられている。

この規定等を受けて、自治体病院は通常の医療法人とは異なる使命と役割が存在するとの見解が多く存在する。全国自治体病院開設者協議会の平成20年度定時総会決議文によると、「自治体病院は、その地域に不足している医療に積極的に取り組むとともに、地域の医療機関や行政機関等との連携を図りながら、公平・公正な医療を提供し、地域住民の健康の維持・増進を図り、地域の発展に貢献することを使命としております」と述べている。また、2007年12月に総務省がとりまとめた「公立病院改革ガイドライン」では、「公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、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」としており、例示的に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をあげている。

これらを整理すると以下のように考えられうる。まず、①については、山間へき地・離島などの過疎地等は人口密度が低いために需要密度が低く、対象となる人口数に合わせて都市と同規模の病院を建設してもアクセスコストの存在により患者数が集まらず採算がとれない可能性が高い。また、アクセスコストの存在を考慮して小規模の病院を建設した場合でも患者数が少ないためにいわゆる「規模の経済性」が働かず都市と比べて高コストになる可能性が高い。よって民間医療機関ではなく公的医療機関の立地が必要とされる。続いて②については、救急・小児・周産期・災害・精神医療などの不採算・特殊部門に関わる医療は、医療収入よりも医療支出の方が多いために、サービスを提供すればするほど赤字額が嵩むという構造を持っている。収益を確保したい医療機関では不採算医療が必要な患者を選別し排除する「クリーム・スキミング」行動が生じてしまい、不採算の医療サービスが過小供給になる恐れがある。よって、個々の医療機関の合理的な意思決定に委ねるのではなく公的な医療機関による関与が必要とされる。また③については、高度医療の実施には機器の購入や研究費に莫大な費用がかかるうえに、その便益は病院間のネットワークにより広域的に波及するという特徴をもつ。個々の医療機関に任せたままでは、高度医療の提供による地域への外部性を内部化することができず、サービスの提供量が社会的に過小供給となってしまう恐れがある。よって、地域の公的医療機関が中核となって高度医療の費用を負担し、その他の医療機関とのネットワーク化を図ることが有意義とされる。最後に④については、研修の実施や広域的な医師の

派遣は教育サービスの外部性の存在と同様に、研修終了後の労働移動などによって便益が他地域にスピルオーバーする傾向にある。よって、個々の医療機関の合理性に委ねていては社会的に過小供給になってしまうため、公的医療機関が費用を負担し医療教育サービスを行うとされる。以上の考察は自治体病院の経済学的な機能すべてを捉えたものではないと思われるが、医療サービス提供の公平性、ユニバーサル・サービス[1]の確保といった自治体病院への期待を概ね示したものといえる。但し、自治体病院の現状が上述の機能を明確に分類しうるわけではなく、熊谷（2007）や佐野（2007）も言及しているように、自治体病院などの公的医療機関と民間医療機関は競合関係にある可能性がある。

(2) 自治体病院の現状

厚生労働省「医療施設動態調査（平成20年３月末概数）」によれば、都道府県立及び市町村立の病院は1,014施設（236,772病床数）であり、施設数で全体の11.5％、病床数で14.7％を占めている（表１参照）[2]。近年の自治体病院数の推移は、市町村合併の進展などにより、年々減少傾向にある。

表１　医療施設の現状

	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8,832	1,616,060	99,455	152,093	67,928
国　厚生労働省	22	12,446	28	－	－
独立行政法人国立病院機構	146	58,051	1	－	－
国立大学法人	48	32,766	122	－	3
独立行政法人労働者健康福祉機構	35	13,686	8	－	－
その他	26	3,932	438	2,303	3
都道府県	277	75,571	278	132	10
市町村	737	161,201	3,218	2,739	277
日赤	92	37,818	204	19	－
済生会	81	22,779	46	－	－
北海道社会事業協会	6	1,594	－	－	－
厚生連	120	37,224	67	45	－
国民健康保険団体連合会	1	170	2	－	－
全国社会保険協会連合会	52	14,418	7	－	－
厚生年金事業振興団	7	2,813	3	－	－
船員保険会	3	816	23	10	－
健康保険組合及びその連合会	14	2,960	399	22	4
共済組合及びその連合会	45	14,735	238	10	7
国民健康保険組合	1	320	13	－	－
公益法人	399	94,210	903	629	165
医療法人	5,717	849,738	34,524	94,816	10,036
学校法人	104	54,223	166	46	16
社会福祉法人	186	32,996	6,795	385	27
医療生協	84	13,784	324	332	42
会社	69	14,053	2,290	37	21
その他の法人	54	17,198	622	317	76
個人	506	46,558	48,736	50,251	57,241

出典：厚生労働省「医療施設動態調査（平成20年３月末概数）」

1)「ユニバーサル・サービス」とは、(1) 国民生活に不可欠なサービスであって、(2) 誰も利用可能な料金など適切な条件で、(3) あまねく日本全国において公平かつ安定的な提供の確保が図られるべきサービスとされる（総務省HP）。

2) その他、都道府県立及び市町村立の一般診療所が3,496施設（2,871病床）、歯科診療所が287施設存在する。

前述したとおり、自治体病院の役割として求められているのは、民間医療機関では供給できないとされる、へき地医療、救急医療、臨床研修、高度医療である。自治体病院（地方公営企業法適用）の経営規模をみると、自治体病院のうちおよそ３分の１が300床以上の大規模病院であり、地域における基幹病院、中核病院として高度医療を中心に担っているといえる。また、全国自治体病院開設者協議会の公表資料によれば、「へき地医療拠点病院」となっている自治体病院は全体の72.3％（平成18年12月現在）、「救命救急センター」は38.3％（平成20年２月現在）、「臨床研修病院」は26.0％（平成19年９月現在）を占めている。

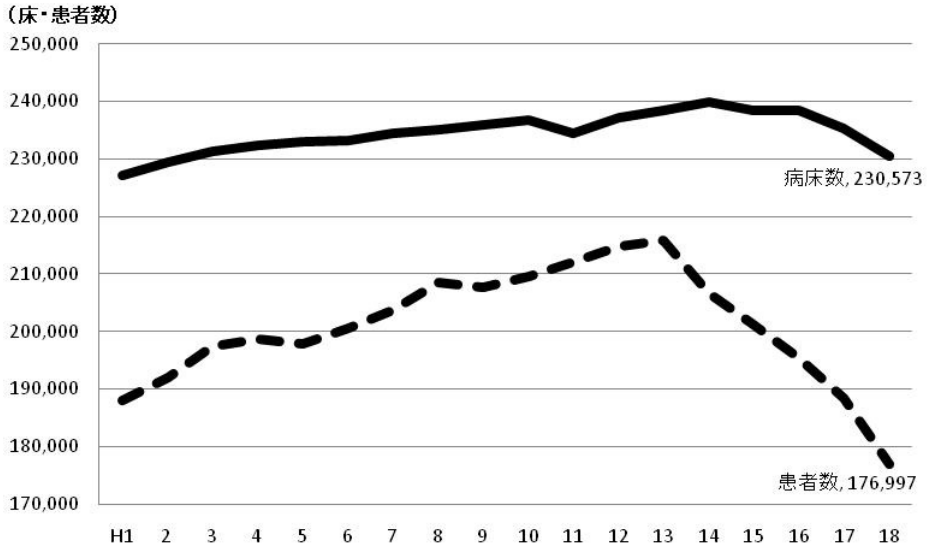
「へき地医療拠点病院」は実際にへき地に立地している自治体病院というわけではなく、無医地区および無医地区に準じる地区を対象として、「へき地医療支援機構」による指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院のことで、都道府県知事が指定した病院をさす。自治体病院全体のうち実際にへき地などの不採算地区に立地する「不採算地区病院」は22.7％（平成19年３月末現在）であり、自治体病院の大半が「不採算」とされる場所に立地しているわけではない[3)]。このように、自治体病院の現状は歴史的な経緯などから多種多様であるが、中には、民間医療機関と補完関係にある病院だけではなく、代替関係にある自治体病院も少なからず存在する可能性が高い。

先述したとおり、自治体病院の経営状況は悪化している。総務省自治財政局編「地方公営企業年鑑（平成18年４月１日～平成19年３月31日）第54集」から、地方公営企業法が適用される自治体病院の損益収支の状況をみると、総収益から総費用を引いた「純損益」は1,985億円の赤字であり、前年よりも509億円も赤字額が増えている。また、経常収益から経常損失を差し引いた「経常損益」についても1,997億円の赤字であり、前年よりも567億円赤字額が増えている。全体のうち経常損失を生じた事業数が78.9％（527事業）であり、1973（昭和48）年以来33年ぶりに70％を超え、非常に厳しい経営状況となっている。一方、ストックの経営指標についても厳しい状況にある。平成18年度時点の「累積欠損金 」は1兆8,736億円で前年度に比べ5.1％（916億円）増加している。また、「不良債務 」は953億円で前年度に比べ118億円増加し、経営悪化が顕在化している。

図１は、バブル景気以後、自治体病院の病床数と患者数の推移を時系列に示したものである。1989（平成元）年から病床数は伸び、2002（平成14）年には239,921床に達した。その後は減少し、2006（平成18）年には230,573床に至っている。一方、患者数も1989（平成元）年から着実に伸び、2001（平成13）年には215,825に達したが、その後は減少に転じ、2006（平成18）年には176,997にまで落ち込んでいる。よって、病床利用率は減少する傾向にあり、自治体病院の経営をさらに圧迫している。

3）この「不採算地区病院」は、①病床数100床未満（感染症病床を除く）又は前年度における１日平均入院患者数が100人未満であること、②前年度における１日平均外来患者数が200人未満であること、③当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの又は所在市町村の面積が300k㎡以上で一般病院の数が１に限られるもの、いう３つの条件をクリアした一般病院とされる。

図１　自治体病院における病床数と患者数の推移



患者数が減少に転じた理由については様々な見解が存在しうるが､2000年（平成12年）からスタートした介護保険制度が社会に浸透し、医療から介護への転換が進んできたことが１つの理由として挙げられる。つまり、治療の必要性が相対的に少ない患者が病院に入院している「社会的入院」が解消してきた可能性がある。花岡・鈴木（2007）は、富山県の国民健康保険における老人医療の入院レセプトデータを用いてLog-logisticsハザードモデルによる分析を行い、介護保険導入による介護療養型医療施設の病床増加は長期入院患者の退院を促進したことを示している[4)]。また、もう１つの理由としては、2004年（平成16年）にスタートした新しい臨床研修制度などによって地域の自治体病院で医師不足が発生し、診療科の廃止や診療日の減少を余儀なくされたことが挙げられる。特に自治体病院の機能とされる小児医療・周産期医療を担う医師の不足が顕著であり社会問題となっている。しかし、図１のグラフで見た限りでは、患者数の減少は臨床研修制度のスタート以前からはじまっており、医師不足の問題だけではなく、介護保険制度の創設などの複合的な要因によって患者数が減少している可能性がある。

3. 自治体病院の経営原則と財源

(1) 自治体病院の経営原則

自治体病院の経営と地方財政を考察するにあたって、自治体病院の経営原則についてとりまとめておく。自治体病院の大半は、地方公営企業に位置づけられ、地方公営企業法の財務規定等が適用

4）伊関（2007）も指摘しているように、経営的には、診療報酬体系の変更により、平均在院日数が縮減していることも挙げられる。

される。地方公営企業法第３条によれば、地方公営企業は「常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」と定められており、経済性と公共の福祉の両立が求められているとされる。また、地方公営企業は「その経費は、（中略）、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において負担するものを除き、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てなければならない。」（地方公営企業法第17条の２）とされており、原則として独立採算制を採用している。但し、公共の福祉を担保するため、①「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」、②「当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」については、地方自治体の一般会計又は他の特別会計による負担が認められている。地方公営企業法施行令によれば、①の経費は、「看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費、救急の医療を確保するために要する経費及び集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費」となっており、いわゆる「受益者負担」になじまず、一般行政事務の肩代わりを行っているような事業・事務に要する経費と解される。一方、②の経費は、山間地、離島その他のへんぴな地域等における医療の確保をはかるため設置された病院又は診療所でその立地条件により採算をとることが困難であると認められるものに要する経費及び病院の所在する地域における医療水準の向上を図るため必要な高度又は特殊な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費」となっており、「受益者負担」になじむものの、サー

表２　地方公営企業繰出基準（病院事業関係）のメニュー（平成20年度）

1	病院の建設改良に要する経費
2	へき地医療の確保に要する経費
3	結核病院の運営に要する経費
4	精神病院の運営に要する経費
5	リハビリテーション医療に要する経費
6	周産期医療に要する経費
7	小児医療に要する経費
8	公立病院付属看護師養成所の運営に要する経費
9	院内保育所の運営に要する経費
10	救急医療の確保に要する経費
11	公立病院付属診療所の運営に要する経費
12	高度医療に要する経費
13	保健衛生行政事務に要する経費
14	経営基盤強化に要する経費
	(1) 不採算地区病院の運営に要する経費
	(2) 医師及び看護師等の研究研修に要する経費
	(3) 病院事業の経営研修に要する経費
	(4) 保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費
	(5) 経営完全化対策に要する経費
	(6) 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費
	(7) 自治体病院の再編等に要する経費

ビス提供の公平性を担保するためには不採算とならざるをえない場合の不足分を充てるものと解される。なお、②の経費については、経過措置として、「病院及び診療所の建設又は改良に要する経費」が追加されている。

このような地方自治体の一般会計又は他の特別会計が負担する自治体病院への繰出金については、毎年度、総務省自治財政局長から「繰出基準」が通知されている。そして、この「繰出基準」に該当する経費については、その年度の地方財政計画に計上され、地方交付税の対象となる。表２に平成20年度の「病院事業」に関する繰出基準のメニューを示した。一見すると分かるように、繰出基準のメニューは幅広く、自治体病院の経営状況が悪化する中で、「経営基盤強化に要する経費」のように救済的な経費もいくつか計上されている。これは、地方公営企業法第17条の３により、地方公営企業法で認められている経費負担区分の例外措置が存在するためである。

経営危機に陥った自治体病院に対しては、その度に、国による救済である「経営健全化措置」が行われている。第１次は昭和49年（1974年）の「特例債の発行」（全国303団体・569億円）であり、第２次から第５次は「不良債務解消のための繰り出し金等に対する特別交付税措置」を昭和54（1979）～62（1987）年度（全国103団体･350億円解消)、昭和63（1988）～平成７（1985）年度（全国49団体・246億円解消)、平成７（1985）～平成13（1991）年度（全国49団体・274億円解消)、平成14（1992）年度～（全国15団体）と次々に行っている。このように不良債務を事後的に帳消しにするような「経営健全化措置」はKornai（1986）がかつて指摘した「ソフトな予算制約問題（Soft Budget Constraint)」が発生する可能性があり、自治体病院の効率的な運営にディスインセンティブをもたらす懸念がある[5)]。

(2) 自治体病院の財源

自治体病院に対する財政措置は、自治体病院の新設、増改築や医療機器等の整備というハードに対する財政措置と、病院運営そのものに対する財政措置が存在する。

まず、自治体病院整備のための財政措置には、国庫補助金、病院事業債、一般会計繰出金等が充てられる。国庫補助金は、現在、厚生労働省所管分として、「医療施設等施設整備費補助金」と「医療施設等設備整備費補助金」が存在し、へき地医療拠点病院等の施設・設備整備事業について補助が行われている。なお、この両補助金については、三位一体改革により、自治体病院に対する措置の大部分が一般財源化されており、現在はへき地における医療の確保に係るもの等に限定されている。

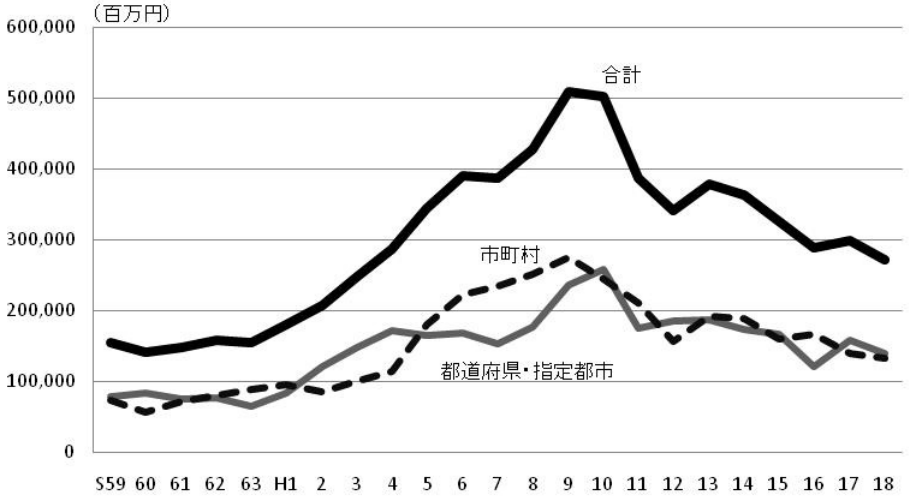
公営企業債である病院事業債に充当する資金には、政府資金（財政融資資金)、公庫資金（地方公営企業等金融機構資金）及び民間等資金が存在する。平成20年度の地方債計画では、2,865億円が計上されている。病院事業債の元利償還金の２分の１については必要に応じて一般会計から繰り出すことができ、一般会計から繰り出した額に対して45％を事業割として、15%を病床割として、

5）我が国のソフトな予算制約問題については理論的な分析も含め赤井（2006）が詳しい。

普通交付税で措置されることになっている。また、平成20年度に限り「公立病院特例債」の発行が認められており、総務省が示した「公立病院改革ガイドライン」による改革プランの着実な実施に取り組む病院事業に対して、特例債の支払利息の一部について特別交付税措置が講じられることになっている。

図２は、自治体病院の整備財源を調達するために発行された病院事業債の発行額の推移を示したものである。一見してわかるとおり、バブル期から平成９年頃にかけて病院事業債の発行が急増しており、その後は一転して減少になっている。これはバブル期の後の景気対策として地方自治体の単独事業が推奨され、その一環として自治体病院の整備が積極的に図られたことが大いに関係しているものと思われる。現在の自治体病院を取り巻く財政問題の1つの要因として、この頃の建設投資が過剰であったとの指摘もある[6)]。

図２　病院事業債発行額の推移



注）「地方債統計年報」（各年版）から筆者作成

一方、自治体病院の運営財源は、多くは入院収入・外来収入による診療収入であるが、一般会計からの繰出金、国庫補助金等の収入が存在する。国庫補助金は、現在、厚生労働省所管分として、「医療施設運営費等補助金」と「医療関係者養成確保対策費等補助金」が存在し、へき地医療拠点病院、へき地診療所等の運営や保健師、助産師、看護師等の離職防止、潜在看護職員の再就職の促進、医師の臨床研修の円滑な運営等のための経費を補助している。また、これまで、救急救命センター、病院群輪番制等病院、在宅当番医にかかる救急医療対策関係事業の国庫補助金が一般財源化されてきており、国庫補助金は年々減額される傾向にある。

一般会計からの繰出金は、前述した「繰出基準」に基づいて各自治体病院に繰入れされている。また、先に示した負担区分には、地方公営企業法第17条の３により「地方公共団体は、災害の復旧

6）公立病院改革懇談会の委員発言などによる。

その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助をすることができる」とする例外規定が設けられている。総務省の「繰出基準」のうち、「院内保育所の運営に要する経費」「医師及び看護師等の研究研修に要する経費」「病院事業の経営研修に要する経費」「病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費」「地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費」「自治体病院の再編等に要する経費」「財政再建のための繰入れに要する経費」が当該例外規定に該当するとされる[7)]。

平成18年度の公営企業年鑑によれば、以上のような他会計からの繰入金は7,041億円で、前年度に比べ0.3%（25億円）の増加となっている。また、１床当たりの繰入金は3,054千円であり、経営主体別では、１床当たりの繰入額が最も大きいのは指定都市立（4,447千円）となっている（次いで都道府県立、組合立、町村立、市立の順）。指定都市立の繰入額が最も大きいのは意外であるが、自治体病院がへき地医療だけではなく高度医療など多様な性格をもっていることを反映しているものと言える。

図３は自治体病院への他会計からの繰入金の推移を示したものである。バブル崩壊後から平成5年度までは繰入金の割合が上昇しているものの、その後は徐々にその割合が減少している様子がみてとれる。

図３　自治体病院への他会計からの繰入金の推移

4. 開設自治体に対する地方財政措置

前章で見たとおり、自治体病院への繰入金の財源として地方交付税が大きな位置を占めている。地方公営企業の病院事業に対する一般会計からの繰入金については、その所要額が毎年度、地方財

7）厚生労働省「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会（第１回）」資料による。

政計画に計上され、その一部について普通交付税と特別交付税が支給されている[8)]。表３は、主な地方交付税措置の内容について示したものである。

表３　主な地方交付税措置の内容（平成19年度）

算定対象	交付税措置単位	
	【都道府県】	【市町村】
【普通交付税】		
①病床数	１床当たり495千円	１床当たり495千円
②建設改良費に係る元利償還金	償還金×1/2×0.45	償還金×1/2×0.45
③診療所	－	１カ所当たり7,100千円
④看護師養成所	－	実生徒数１人当たり777千円
【特別交付税】		
①不採算地区病院（過疎地等）	１床当たり279千円	１床当たり680千円
②リハビリテーション専門病院	１床当たり167千円	１床当たり445千円
③精神病院	１床当たり167千円	１床当たり445千円
④結核病床	１床当たり167千円	１床当たり445千円
⑤周産期医療病床	１床当たり2,728千円	１床当たり2,438千円
⑥小児医療病床	１床当たり384千円	１床当たり958千円
⑦救急告示病院	１病院当たり最高15,300千円	１病院当たり最高44,200千円
⑧小児救急医療提供病院	１病院当たり2,290千円	１病院当たり5,460千円
⑨救命救急センター	１センター当たり最高48,600千円	１センター当たり最高66,400千円
⑩共済追加費用	対象職員１人当たり216千円	対象職員１人当たり96千円

注）　普通交付税の単位費用の積算基礎に計上されている分は除く。

それぞれの項目の交付税措置は、病床数や建設費の元利償還金などによって、自治体病院の実態にあわせて配付されている。そもそも地方交付税は一般財源として地方自治体が自由に使用することができる財源であるが、このように病床数などに応じて交付税が算定されることになれば、病床当たりの限界的な費用が削減されることになるため、過剰に病床を設置するなど、結果的に、地方自治体の合理的な選択を歪めてしまう可能性が懸念される[9)]。総務省は、平成17（2005）年度から、自治体病院の再編合理化のために病床を削減した場合においても、５年間は従前の病床数により普通交付税の算定を行うことにしたが、自治体が5年後以降の交付税削減を懸念すれば、利用されない病床を温存する可能性もある[10)]。

図４は、自治体病院に対する地方交付税額の推移を示したものである。地方交付税額は、ここ10年は削減傾向にあるが、それまでは右肩上がりで地方交付税額が増額されてきたことがわかる。この内訳をみると普通交付税額が平成３年から較べてもおよそ1.5倍にもなっている。これは、市町村立の病院会計に対する繰入金が増額されてきたことが大きな要因となっており（平成３年度698

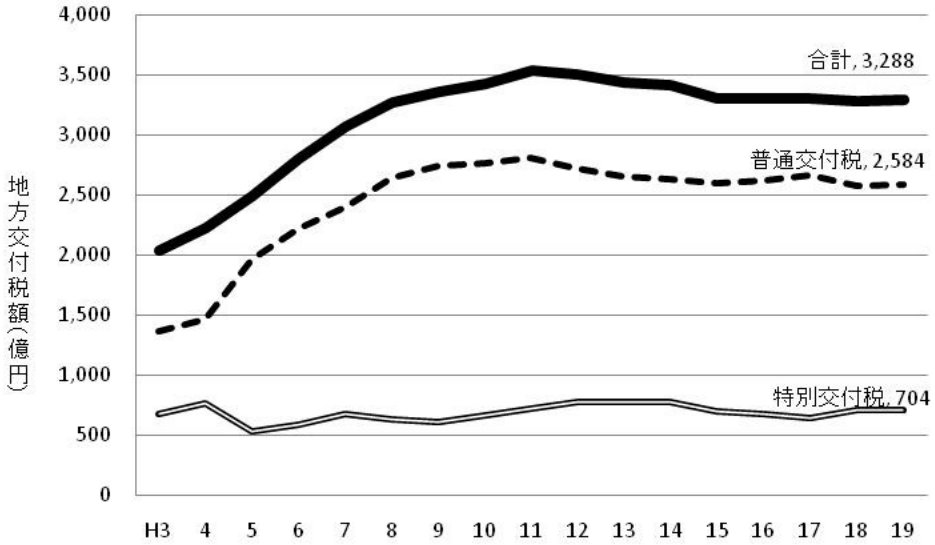
8）PFIや指定管理者制度を活用した場合、地方独立行政法人化した場合でも、同等の地方交付税措置が講じられることになっている。

9）さらに、普通交付税の場合、基準財政需要額に計上されるにすぎないので、財政力の豊かな自治体には交付税が減額され、交付されないこともありうる。土居（2007）は、地方交付税の交付団体となるか不交付団体となるか境界にあるような自治体では、財源不足額はかなり小さく、公債の元利償還費に充当できる地方交付税の額は僅少であって、主として地方税等の収入から捻出しなければならないことを指摘している。

10）病床数の規定要因についての研究として福田・長谷川（1999）がある。福田・長谷川（1999）は、一般病院の病床数の増加要因に関して３つの増床期（１期：1960 ～ 75年、２期：1975 ～ 85年、３期：1985 ～ 93年）に分けて、人口対増床数を老年人口割合、人口増加率および既存人口対病床数との関連を相関分析と重回帰分析を用いて検討している。その結果、それぞれの増床期に特徴的な傾向があり、１期では人口増加率、２期では既存人口対病床数または老年人口割合、３期では既存病床数により人口対増床数が規定されており、これらが人口対病床数の都道府県格差の大きな要因ではないかとしている。

億円→平成19年度1,454億円)、景気対策の公共事業として自治体病院の建設が促進されてきたこととともリンクする可能性がある。しかしここで気になるのは、図３で見た自治体病院への繰入金の推移と図４の地方交付税額の推移との異相である。図４の地方交付税額はここ10年間緩やかに減少しているものの繰入金の推移（図５）ほどの変化はない。このことから、開設者である自治体病院への地方交付税による地方財政措置は、必ずしも自治体病院への繰入金と直接リンクしているものではなく、自治体本体の財政状況などに左右されやすいのではないかという懸念が生まれる。地方交付税は一般財源として配付されるため、開設者である自治体本体の判断によって自治体病院への繰入金の多寡を決定することは当然のように思われる。しかし、医療の地域間格差の是正や高度医療の確保といった政策目的を果たすために配布される地方交付税という性格から考えると、現行の財政スキームが医療のユニバーサル・サービスの確保のために相応しいのかどうか、更なる検証が必要であるように思える。

図４　病院事業関係地方交付税額の推移



5. 結びにかえて

以上のように、本稿は、自治体病院の制度的な存在意義と現状を踏まえて、自治体病院の財源問題、開設自治体への地方交付税措置の考察を行い、財政的な観点から自治体病院のあり方についていくつかの指摘を行った。更なる高齢化の進展によりさらに財政が逼迫することが予想されるなか、現行の公的自治体による地域医療確保のスキームは見直しの時期に来ているだろう。持続可能な医療のユニバーサル性と効率性を確保するために、この分野において、多くの実証研究が蓄積されていく必要性を感じる。

参考文献

Kornai, J.（1986）The Soft Budget Constraint, Kyklos, Vol.39, No.1, pp. 3-30.

赤井伸郎（2006）「政府間関係（国と地方）における契約問題 ── ソフトな予算制約問題（Soft Budget）を中心に ── 」『フィナンシャル・レビュー』No.82, pp.79-102.

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.

熊谷成将（2007）「公立病院に対する繰入金と医療サービスの水平的公平性」『医療経済研究』Vol.19, No.1, pp.37-51.

佐野洋史（2007）「公立病院行動と財源補填の目的整合性」『病院管理』Vol.44, No.3, pp.5-16.

土居丈朗（2007）『地方債改革の経済学』日本経済新聞出版社.

花岡智恵・鈴木亘（2007）「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』Vol.19, No.2, pp.111-127.

福田吉治・長谷川敏彦（1999）「病床数増加の都道府県格差をもたらした要因の分析」『病院管理』Vol.36, No.2, pp.31-35.

参考資料

厚生労働省『医療施設動態調査』（平成20年 3 月末概数）.

自治体病院経営研究会『自治体病院経営ハンドブック』（各改訂版）ぎょうせい.

総務省自治財政局『地方公営企業年鑑』（第54集）.

地方財務協会『平成19年度地方交付税制度解説』.

地方債協会『地方債統計年報』（各年版）.