

ポイント

- 公立病院の深刻な機能低下で地域医療崩壊
- 政策医療担う社会医療法人の業績は良好
- 地域ニーズとのミスマッチが経営格差生む

松山 幸弘

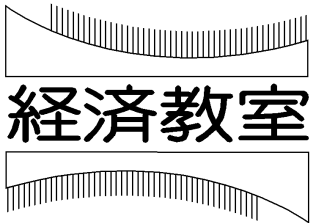
キヤノングローバル
戦略研究所 主席研究員

地域医療の崩壊が全国で問題になっていることから、政府は2009年度補正予算で地域医療再生基金(2350億円)を創設し、さらに10年度補正予算で同基金に2100億円を追加することを決めた。地域医療の崩壊は、セー

フティーネット機能を果たすべき国立病院の機能低下と
言いかえることができる。とりわけ、自治体が設置する公立病院が深刻である。



今年8月末現在、わが国の



経済教室

病院数は8681であり、人口が3億人を超える米国の病院数5815より多い。このうち公立病院は、都道府県立236、市町村立702の計938病院(このほかに地方独立行政法人に転換したものが54病院)である。

地方公営企業年鑑により公立病院全体の08年度収支を見ると、運営費繰入金5668億円、資本支出繰入金1841億円と合計7509億円もの補助金を受けながら、1845億円の赤字を計上。累積欠損金も2兆1000億円を超えている。この累積欠損金はいずれ地域住民が負担させられるものである。

総務省によれば、09年度の赤字は1070億円まで縮小したとのことである。しかし、7000億円を超える繰入金負担を考えれば、地域医療提供体制の構造改革を行わない限り、財政危機にある自治体

公立病院の構造改革へ

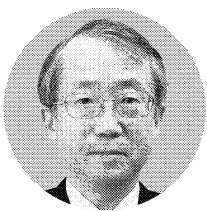
地域単位で経営統合を

が公立病院を抱え続けることは極めて難しい。

公立病院関係者たちは、赤字の理由として不採算の政策医療を担っていること、小泉純一郎政権以降10年間続いた

方公共団体または他の社会医療法人に帰属させる旨を定款または寄付行為に規定」などがある。その見返りとして、医療保健業の利益が公立病院と同様に非課税となる。

認定要件の「救急医療等」とは、公立病院関係者が赤字の原因と主張している救急、災害、へき地、周産期、小児といった政策医療のことである。したがって、社会医療法人全体の収支合計を見れば、政策医療は医療機関経営が成り立たないほど不採算なの



法人もある。

この3・8%という利益水準は、社会医療法人が補助金なしで政策医療に貢献していることを考えると、非常に意義のあるデータである。なぜなら、公立病院関係者が主張するように政策医療の診療報酬がコスト割れであったとしても、診療報酬全体では医療事業体が経営努力により補助金なしで黒字を達成できることを示しているからである。また、一定規模以上で利益率が4%あれば世界標準の医療設備投資を継続する財源を確保できるとされている。



では社会医療法人と公立病院の経営努力格差はどこにあるのであろうか。ちなみに、公立病院の社会医療法人と比べた「努力不足金額」は、08年度で見ると前述した運営費繰入金と赤字額に得べかりし利益1310億円(医療収益

全体で黒字化も可能

「低い診療報酬」は言い訳

か、診療報酬が低すぎるの否かを検証できる。

3兆4464億円に社会医療法人の経常利益率3・8%を掛けた金額)を加えた約8800億円と試算できる。

そこで、10年11月現在で全国に111ある社会医療法人の財務諸表収集を情報公開制度に基づき行った。その結果、本稿執筆時点で107の社会医療法人の業績と財務内容を把握できた。その09年度の売上高合計は7454億円。これは国立病院機構144病院の医療収益7626億円に匹敵する。そして107の社会医療法人全体の経常利益率は3・8%(前年度は2・6%)であった。しかも10%超が16

周知のとおり、公立病院の場合、医師以外の職員給与は民間に比べて非常に高い。その結果、医療収益に対する給与費の割合が55・7%(08年度)と、黒字化の分岐点とされる50%を大きく上回っている。この差5・7%を医療収益に掛けることで、公立病院の給与費の過大金額が約2000億円と算出できる。社会医療法人と比べた「努力不足金額」8800億円とは、

まだ大きな差が残る。この差を説明する理由は何なのか。

筆者は、両者の経営努力格差の最大の要因は、地域住民の医療ニ

ーズと医療提供体制のミスマッチに対する調整能力にあると考えている。なぜなら、社会医療法人の多くが同じ地域の中で機能の異なる複数の施設を持ち、入院から外来、在宅に至るまで医療サービスの品ぞろえをして患者困い込みに努めている。これに対して、公立病院は地域の医療ニーズに不釣り合いな過大投資を行って単独施設経営に安住し、ミスマッチ拡大の元凶になっている。

医療技術の進歩が病院経営に与えた最大のインパクトは、患者の「入院から外来施設、在宅へのシフト」である。1980年ごろは医療費全体に占める病院入院費用の割合が40%を超えていた。それが



現在では日本、米国、カナダなど医療制度が異なるいずれの国でも約30%まで低下している。その背景には、抗がん剤に代表される新薬開発、日帰り手術の普及といった医療

わが国の社会医療法人の多くが政策医療を担いながら黒字なのは、垂直統合により医療政策変更と医療技術進歩に合理的に適応し、患者困い込みができていたからだと考えられる。これに対して公立病院は、同じ地域医療圏の中にある病院同士で設備投資競争を行い、医療ニーズの変化に適応できないでいる。

技術の進歩がある。これは、医療事業体が病院単独施設経営に固執しては成長力が低下することを意味する。そこで日本以外の先進諸国では、病院での急性期ケアのみでなく、予防、リハビリ、介護、在宅など地域住民が必要とするケアを継ぎ目なく提供する医療事業体を構築している。その共通のキーワードは、異なる機能の医療施設が多数参加する「垂直統合」であり、同種の医療施設がグループを形成する「水平統合」と明確に区別されている。

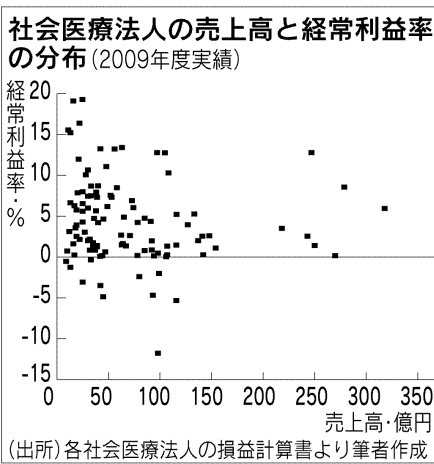
この問題を打開するためには、国立病院(病院数144)、社会保険病院(同51)、労災病院(同34)は水平統合にすぎないため、患者情報の共有による医療の質と費用対効果の向上といったシナジー(相乗)効果が働かない。

垂直統合の長所は、国の医療政策により医療財源配分のあり方が変化しても医療事業体の中でその影響を中和できること、地域医療のための資源配分の意思決定を一元化することにより医療ニーズとのミスマッチ解消を迅速に達成できることの2点にある。また、垂直統合した医療事業体では、ミスマッチ解消に伴うロスを最小限に抑えるため

に、個別の医療施設はダウンサイジングが進んでいる。つまり、医療施設建設では機能を明確にしてコンパクトなものを造り、短期間で投資コストを回収し、医療技術進歩に合致した体制を常に維持するという発想である。

ちなみに、カナダやオーストラリアでは、人口100万人前後の地域医療圏ごとに垂直統合した「医療公営企業」を設置しており、その事業規模は500億〜1500億円と大きい。これら医療公営企業経営者の責務は、不採算部門を抱えながら全体で黒字を達成することである。

まつやま・ゆきひろ 53年生まれ。東大卒。専門は社会保障・金融論



(出所)各社会医療法人の損益計算書より筆者作成