

非営利・協同総合研究所いのちとくらし ワーキンググループ報告書

# 地域の医療供給と公益性

## —自治体病院の経営と役割—

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ

2015/04/30

# 地域の医療供給と公益性

## —自治体病院の経営と役割—

### 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ

2015/04/30

○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ メンバー（執筆順）

- （代表）村口 至（東北地方医療・福祉総合研究所理事長、坂総合病院名誉院長）
- 八田 英之（研究所副理事長、千葉勤労者福祉会理事長、全日本民医連顧問）
- 山本 裕（元自治労連医療部会議長、元京都自治労連副委員長）
- 根本 守（公認会計士、協働公認会計士共同事務所）
- 石塚 秀雄（非営利・協同総合研究所いのちとくらし主任研究員）
- 高山 一夫（京都橘大学現代ビジネス学部教授）

## 地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と役割

### 目次

はじめに—地域医療の公共性を守るために何をなすべきか	村口 至	4
第1章 大震災被災地の医療復興とそこに見える問題—公的地域医療を支えることで生み出す価値—	村口 至	6
はじめに		
I 宮城県の県政…岩手県との比較で見えてきたこと		
1 地域医療復旧復興で現れた現象	2 岩手県を歩いて感じたこと	3 宮城県の場合
4 補助金の結果	5 両県の違いがもたらした結果についての考察	6 地域医療機関の縮小再編
7 村井知事の政治理念—集約化・効率化、民間活力、国際競争力		
おわりに		
[コラム]: イタリア・ボローニャの地域保健・医療制度から学ぶ		
第2章 地域医療崩壊の現段階と自治体病院の今後	八田 英之	22
はじめに		
1 地域医療崩壊はなぜ起こったのか		
2 医療崩壊に対する住民の運動と政府・行政の対策		
3 自治体病院の現状と展望		
まとめ		
第3章 地域医療・自治体病院再編の動向と住民・労働組合等の取り組み	山本 裕	32
1 はじめに		
2 地域医療・自治体病院再編等の近年の動向		
3 病院再編等の具体的事例と住民・労働組合等の取り組み…指定管理者制度での公設民営化と地方独立行政法人化に着目して…		
4 地域医療・自治体病院を守る取り組みをつないで、医療再生へ		
第4章 地方自治体病院の財政制度と財政問題	根本 守	48
I 地方自治体病院の財政制度		
1 日本における地方自治体の財政制度		
2 地方自治体病院の財政支援制度		
3 自治体病院への財政支援制度の在り方		
II 地方自治体病院の数的状況		
1 日本における設立形態ごとの病院、病床分布状況		
2 地方自治体病院の分布状況		
III 地方自治体病院の経営分析		

- 1 自治体病院の経営状況の評価と検討事項
  - 2 自治体病院の損益状況の概観
  - 3 病床100床あたりでの自治体病院損益分析
  - 4 自治体病院の財政状態
- IV その他
- 1 会計制度（会計基準）の改定動向
  - 2 民医連病院の他との損益状況比較
- V 最後に

## 第5章 イタリア・ボローニャの地域医療システムの構造

石塚 秀雄 80

- 1 はじめに
- 2 イタリアの国民医療サービス制度 (SSN) の三層構造
- 3 SSN 制度外の医療
- 4 ボローニャ県の概要
- 5 ボローニャ医療公社 (AUSL)
- 6 AUSL の財源と支出
- 7 ボローニャの医療従事者数
- 8 AUSL と家庭医・小児科医、救急医
- 9 医師以外の医療従事者一般職員
- 10 ボローニャの病院
- 11 ボローニャ市圏内薬局
- 12 ボローニャ市圏内の医療福祉の非営利・協同組織
- 13 患者の医療機関へのアクセス
- 14 患者支払いチケット制度
- 15 高齢者医療福祉・社会サービス
- 16 新医療機関（健康の家 CS）
- 17 NCP（Nuclei Cure Primarie、第一次医療小集団）
- 18 地域医療に対する住民参加
- 19 イタリアの医療制度の概括
- 20 おわりに

おわりに

高山 一夫 98

資料（再録）『＜地域医療と自治体病院をめぐる住民運動＞2013/09 第一報』  
（ワーキング・ペーパー No.3）

八田 英之 101

# はじめに

## —地域医療の公共性を守るため何をなすべきか

村口 至

「社会保障と税の一体改革」のスローガンのもとで、社会保障費削減が国民の同意を得たかのように進められています。小泉政権の構造改革による社会保障費の毎年2,300億円削減は、2000年代に入り「地域医療の崩壊」現象をもたらしたうえ、総務省による「自治体病院改革ガイドライン」(以下「ガイドライン」)が重なるなどして、国民の悲鳴が上がり、結果として国も無視できなくなり「地域医療再生基金」などの施策や診療報酬改定、医学部定員増などの施策が一貫性を持たずに施行されてきました。そこに追い打ちをかけるように2011年東日本大震災が東北の太平洋沿岸を襲いました。第3次安倍内閣は、さらなる医療保障や介護施策の削減の一方で軍事化路線を強めようとしています。

近年10年間で行政改革の名のもとに行われた「自治体病院つぶし」によって、全国の公立病院は135病院が消滅し、平成14年最高時の1,377から平成25年の1,242に減っています。日本の病院総数に占める比率も14%へと減少しました(厚労省医療施設動態調査)。国は、さらに民間化へ向かって推進しようとしています。国民にとって、地域医療にとってこれでよいのでしょうか。

医療は、誰でも、どこでも、差別なく受けられることは国民の願いです。私たち執筆者は、非営利・協同総合研究所のちとくらしの「地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ」として調査研究を行い、その成果を報告してきました(巻末参考資料)。今回第3弾として本書を執筆しました。

第1章では、東日本大震災の津波被災地の復興をめぐる岩手県と宮城県の対比で、自治体病院の存在の意義について論じています。岩手県は、戦前の国保運動や戦後の老人医療費無料化運動、敗戦直後に購買医療組合病院や国保診療所を県立病

院に切り替えて、全国では最も多い県立病院を地域医療の「均てん化」を重視した施策で今日があります。一方宮城県は、地方自治体の国保病院が公立病院の主体をなし、平成の大合併で病床の縮小再編が進められました。県立病院は特殊専門病院の4病院のみで、すべて独法化しています。県行政の地域医療への日常の関わりの重み加減が、大震災でどのような違いとして現れたのかを論じています。

第2章では、小泉構造改革以降の地域医療の困難さ、歪みなどに対して、国による対応政策について論じています。臨床研修の地域研修での義務化、医師の過重労働、国民の医療への評価、病院経営の悪化などなどに対する、必ずしも体系化されていない対策について批判的に論じています。地域医療再生計画、診療報酬改定、地域枠設定による医学部学生定員増などとともに、地域で自治体病院を守る運動などが分析されています。そして、地域医療を形成する主体として、自治体・病院・住民の三つの要素を強調しています。

第3章では、2007年に出された総務省「自治体病院改革ガイドライン」をめぐる、全国的な自治体病院のその後の動きについて論じています。全体的な動向、職員や労働組合の取り組みや、地域住民との共同による成果などについて、地域住民と医療労働者の視点から分析しています。自治体病院の経営体の変更については、独立行政法人化、指定管理者制度、民営化や、民営化から自治体直営化へ戻った事例などの分析評価なども行っています。また、自治体労働組合が地域住民と共同して自治体病院を守るたたかいをしている大阪や京都の事例なども分析的に、教訓を引き出しています。

第4章では、地方自治体病院の財政制度と財政状況について、一般市民にもわかりやすく解説し、

現状分析し問題点を指摘しています。地方自治体の歳入構造や地方交付金制度の概説や、地方公営企業法と自治体病院の関係を解説し、「ガイドライン」による全国自治体病院の量的質的变化とその評価を、経営指標ごとの分析で示しています。最後に、私的病院、民医連病院との比較で自治体病院の特徴を解明し、教訓を引き出しています。

第5章では、イタリア・ボローニャ市の視察を通して、地域医療の公共性の評価分析をしています。イタリアは、1970年代にイギリスのNHSに学んで家庭医制度を導入し、全国的に無医地区を解消したり、医療費を無料化するなどの制度を進めています。地域医療は公立病院がその骨格を形成していますが、少なくない民間病院も公立病院との連携を図って役割を果たしています。イタリアの地域医療の視察を含めた生の資料の分析として貴重な論考です。

〈資料〉は、“地域医療の崩壊”という大きな痛手を受けた住民、医療労働者が、地域医療を守り再構築する状況を自治体病院に焦点を当てて調

査分析した労作です。都道府県ごとに全国を俯瞰して、その状況を知り、住民や医療労働者の視点から運動を構築する上で大きな力になるに違いありません。

以上本書は、日本の地域医療が、80年代以降の日本のグローバル化の進展の中で、どのような困難に見舞われたのか、それを自治体病院を通して見たこと、自治体病院の職員・労働者が地域住民とともにどのようにたたかってきたか、大震災を経験して近年の自治体職員バッシングがいかに危険なことか、地域医療の公共性を守るとはいかなることかななどを論じました。地域医療の公共性を高い水準で維持、構築するには、自治体病院の果たす役割と、民間病院の役割の相互関係なども今後さらに解明してゆくことが必要と考えます。なお、『地域医療再生の力』（2010年刊）、『医療と地域社会のゆくえ』（2013年刊、いずれも新日本出版）も類書としてご参照ください。

# 第1章 大震災被災地の医療復興とそこに見える問題

## —公的地域医療を支えることで生み出す価値—

村口 至

### はじめに

筆者は、大震災で被災した宮城県に住んでいる。2014年は1000年に一度の大震災を同じように被っても、県政当局者の考えや地域の作り出してきた歴史が復旧復興に色濃く反映することを強く感じる震災3年目であった。私は、震災2年目の2013年に、宮城県の復旧の状況の特徴をつかむべく、1995年の阪神淡路大震災復興での兵庫県との対比を試みた（共著『医療と地域社会のゆくえ』第1章、新日本出版社、2013年）。兵庫県は、岩手県に次いで県立病院が全国2番目に多いところであった。医療の公共性の基盤が強い兵庫県とそれが

弱い宮城県の対比を試み、その結果として、復旧課程に大きな違いがあることが分かった。今回は、同様の問題意識で、県立病院が全国一多い岩手県との対比から見えてくる宮城県の問題性を探りつつ、地域医療を支える公的機関の重要性を解明するのが本稿の目的である。小泉行革、総務省の公立病院縮小を狙う「ガイドライン」で地域医療における自治体病院の比重は低下した。さらに、1995年の保健所法改定で保健所の存在を希薄にしたことに加えて平成の自治体大合併など、公共性の基盤を崩さんとする政治勢力、財界の攻撃が続いている。このたびの大震災は、そのことにどのような問題を突きつけたのであろうか。

## I 宮城県の県政…岩手県との比較で見えてきたこと

### 1. 地域医療復旧復興で現れた現象

#### 1) 県境で語られる「宮手県人」

被災者の国保医療費減免制度が、初年度は国

の負担で施行されたが、2年度からは、県が3割を出せば継続できるとなった時に、宮城県は早々と打ち切った。岩手県は2年目以降も継続した。宮城の仮設自治会連絡会議が、県議会に「減免継続」を請願し採択されたが、知事は、

(表1) 被災地診療所の被災状況とその後 宮城県と岩手県の比較

	医療機関数 (1)	全壊～半壊数 (2)	被害率 (3)	休廃止数 (4)	休廃止率 (5)	転出率 (7)	死亡・不明 (8)
宮城県	363	62	17.10%	44	63.70%		16.10%
岩手県	127	53	41.70%	10	22.20%	5.66%	11.30%

1) 対象医療機関は津波被災地区である。宮城県は仙台市を除く。

2) 宮城県の資料は、転出率を除き『宮城県医師会東日本大震災記録誌－震災を超えて明日へ』（宮城県医師会、2013年9月11日発行）による。県医師会による会員へのアンケートによったもので、被災地8地区医師会医療機関1157中 回答1079 回答率92.6%、被災地のうち市内の大半が浸水していない仙台市を除くと、7地区医師会医療機関363中 回答324 回答率89.3%となる。表の「全壊～半壊」(2)とは、「全壊から、大規模半壊、半壊まで」を含めた。表では、仙台市を除いている。被害率(3)は対象医療機関(1)を母数にした。休廃止率(5)は全壊～半壊(2)を母数にした。岩手県の資料は、『強絆復興 東日本大震災対応の記録2011.3.11』（岩手県医師会、2014年6月発行）による。県医師会が個別に調査した情報によっている。表(2)「全壊～半壊」は「全壊流出から半壊」を対象にした。

3) 宮城県医師会によると死亡医師数は9名、うち2名は公立病院勤務医、1名は民間病院勤務医、1名は閉院中であった。よって開業医は6名。ただし、未加入開業医師会員1名の犠牲があり、医師は10名の死亡。岩手県の死亡医師数は5名、行方不明1名で全て開業医である。

(表2) 宮城県津波被災地医師会訪問調査結果

	移動医師数 (1)	管内移動医 師数 (2)	管内移転医 院 (3)	管外移動医 師数 (4)	仙台市移動 (5)	管外開業 (6)	仙台市開業 (7)	県外移動 (8)
宮城県	69	27	24	42	16	13	6	5
%	100.0	39.1	34.8	60.9	23.2	18.8	8.7	7.3

筆者が宮城県内の津波被災地医師会（気仙沼市、石巻市、桃生郡、亶理郡、岩沼市、名取市、塩釜市）を訪問し確認した。仙台市を除いている（死亡者はいない）。移動医師数（1）は、震災を直接に契機にした移転、職場替えによる。病院勤務医は含まれない。開業医院の勤務医を含む。管内移動（2）とは、同一の医師会地区内での移動、管内移転（3）は同一医師会地区内への医院の転居、管外移動（4）は他医師会地区への移動、うち仙台市への移動（5）、うち移転開業（6）、そのうちの仙台市内開業（7）、県外移動（含開業）（8）。調査時点は2014年12月。震災支援の移動や、経営本部が他県にあっての医師移動を除いている。

表1,2は調査時点の違いがある。

被災者が県庁に150人も参集したのにも関わらず、裏口から逃げまわり、会うこともせずに打ち切ってしまった。乳幼児の医療費無料化は2歳までなのに、岩手県は就学まで（ただし償還制）という県境の格差は、岩手県境の県北に住む宮城県人にとって日頃から“やりきれない”思いで生活している中で、期待を込めつつ自嘲気味に「宮手県人」と口にするとのことである。これには、筆者もショックを受けた。

## 2) 被災地での開業医の再開に見る大差はどうして???

表1は、両県の被災地区での、開業医院の被災状況と、その再開（復興）状況を示した。

この表から、両県の特徴が以下のように読み取れる。

- (1) 被害率で見ると岩手県は41.7%、宮城県の19.0%より高いにもかかわらず、その後の復興で休診廃院率が22.2%で宮城県の63.7%に比して極めて低いこと。
- (2) 震災後の医師の他自治体への転出率も、岩手県の6.7%に比して宮城県は61%と極めて大きな比率の差がある。
- (3) 岩手県で盛岡市などの内陸部に移動した開業医3名とも病院勤務医になっている。宮城県の場合は、他地区に移動した医師は42名（新規開業13名）うち仙台市内に移動は16名（新規開業6名）で、4割弱が、仙台市内の病院勤務や新規開業で仙台への集中傾向がみられる。
- (4) 宮城県で全壊や大規模半壊で医院の移転を余儀なくされるも、同地区内で再建し

開院したのは4割にとどまっており、町の復興が進まない中での苦労が思いやられる。

それでは、この違いはどこから来るものか、以下考察したい。

まず第一に考えられるのは、開業医師の主体的問題である。高齢化、後継者問題、資金力がどうかということであろうか。そこを考察する資料はないが、元来、三陸沿岸部は過疎地区で、医師不足とされてきたところで両県に共通しており、条件に大差はないと思われる。

第二には、大都市圏との距離関係である。宮城県には政令指定都市仙台があり、県の特徴は、全てにわたって“仙台一極集中”とされ、地方圏の自立度が岩手県の地方都市と比べて相対的に低い。岩手県で他地区に転じた3名は、盛岡市2名、奥州市1名といずれも病院勤務医となっている。一方、宮城県の42名は、仙台市16名、登米市2名、塩釜市4名、白石市1名で、県外は福島県会津市、岩手県、青森県、東京都、関西各1名であり、仙台市への移動が圧倒的に多い。登米市は、南三陸町、気仙沼市と隣接した内陸部であり、沿岸部の避難者の仮設団地を設置しているところで、診療の継続を可能としている。しかし、その他の地区はそうではない。同地区での開業再開の展望を見出だせずに止むを得ず仙台に転じたことを推測させる。では、開業再開への展望とは何か。それには、前述した個人の主体的問題があるとしても、それだけでは岩手県との現象の開きを説明できないと考える。

## 2. 岩手県を歩いて感じたこと

この疑問を解くために、私は2014年8月と9月に岩手県大槌町から大船渡市及び、大船渡市と陸前高田市に隣接した内陸部にある住田町を訪ね、町役場や保健所の保健師、仮設県立病院院長、開業医、元地区医師会長を訪問し現場の状況を尋ねた。さらに、上部組織の考えを知りたく、盛岡市にある岩手県庁の担当官、県医師会幹部、岩手医大元教授、県労組幹部などにお会いして見解を伺った。その結果、以下のことを確認し認識できた。

- (1) 大震災に際しては、岩手県（県立病院）、県・地区医師会、岩手医科大学の3者がタッグを組んで、迅速かつ被災者に手の届く救援と復旧・復興支援を行っていた。県立病院からも、被災地県立病院へ延1,140人（医師313、看護師565、事務132等）を派遣している。
- (2) 震災以前からこの3者は水平関係で地域医療に関わってきた。阪神淡路大震災の教訓から、内陸部と沿岸部を水平につなぐ「肋骨対応」（従来から県民には“肋骨街道”の呼称があった）の方針のもと、県立病院間の連携が作られていた。
- (3) 震災早期に、県医師会と県庁の担当官が2人組で被災地を回り、医師会員を訪ね、被災状況の調査確認と会員の要望を聴取し、国の補助金制度の運用に当たっても柔軟に対応したり、県としての追加助成を行った。
- (4) 県医師会は、県立山田病院と県立大槌病院の土・日・祝日に医師を派遣し支援している。さらに陸前高田市には、発災の年の8月に他団体から譲り受けた診療所を県医師会が引継ぎ、11の診療科（非常勤）を設けて応援している。このような県医師会と地区医師会の各医師が自らの診療を削っての総力を挙げた応援は、医師の志を高め団結を強めていると感じた。

このような、行政と医師会と医大の3者による

共同した迅速な対応は、地域の関係者にどのように映っていたのだろうか。

### 〈事例1〉1億円の助成が背中を押してくれた…全壊開業医の話

大槌町で全壊した開業医A先生が、同地区で再出発をしようとしたきっかけは、「県が1億円の補助をする」と背中を押してくれたことだったと述懐する。最終的には、地震保険分が査定されて1億円にはならなかったが、まさにこれが決定的だった。さらには、町の地域医療の復興計画づくりに町内の全開業医も審議に参加し、まずは県立病院の再建を第一と決めたが、このような町の再建計画に加わったことも、この地域で頑張る決意につながった。地域に県立病院があることで、安心して地域医療に専念できるとしみじみと語っていた。

### 〈事例2〉地域医師との水平の信頼関係を励みに…町の保健師談

大槌町の保健師Bさんも、訪問先の患者さんに関する問い合わせを主治医とするときに、まったく緊張することなく電話で相談できる「共同者としてのしあわせ」を語る。地域保健従事者と医師との水平の関係が、仕事のやりやすさと生きがいと、誇りにすらなっていると感じた。彼女は、震災前の地域包括センター職員が1名だったのが4名に増やされたことにも、震災時の活躍を町当局に評価されたことになり、この地で頑張る決意にもつながっていると話した。労働組合の執行委員になっている彼女の口からしばしば「たたかう」という言葉が出てきたことに新鮮な感動を受けた。

### 〈事例3〉年4回の県立病院長会議で連携関係…県立病院院長談

仮設県立病院院長C先生には、仮設病院の院長室でお会いした。狭い院長室で昼食をとっていたのは、長崎からの応援で3年目を迎える医師だった。院長は埼玉県出身で、岩手医大医局の人事で県立病院に赴任。定年を2年越えて勤務している。県立病院間の連携は日常的に図られており、県立病院院長会は年4回あり、議論、交流する。その他、院長が関わる医師の集まりは年3回あるが、必ず知事が参加し最後まで付き合い、医師の声に耳を傾ける由。知事は、県民に対して敢えて「コ

ンビニ通院は控えること」と常日頃からアナウンスしているが、病院勤務医の激務への思いやりと職員は感じている。

#### 〈事例4〉県医師会長の被災地巡りの弔いに感動…県医師会幹部談

岩手県医師会幹部D先生とは、クリニックでお会いした。玄関で待っていてくれた。行政との関係では、各種審議会で忌憚なく激論できる関係にある。医師会の副会長に岩手医科大学の理事長兼学長が座り、関係は良好である。岩手医科大学の建学の精神として「本学の目的は、(中略)まず人としての教養を高め、十分な知識と技術とを修得させ、(中略)出でては力を厚生済民に尽くし、入っては真摯な学者として、斯道の進歩発展に貢献させること、これが本学の使命とする所である。」とうたい、地域医療の重要性を学んで卒業する。

震災時は、早期に県医師会長自らが被災地を訪れ、被災医師会員を訪ねた。亡くなった会員には、その遺族(妻)のいる避難所を探して訪問し弔って歩いた。この会長の行為を篤く尊敬の眼差しで語ったのが印象的だった。沿岸部の医療支援のために自らの医院を休診にして出かけても、患者からの苦情はなく、尊敬の念でみられることに心を篤くする思いだと語った。D先生は、県医師会の震災の記録集の編纂の任に当たった方であった。なお、被災した県立山田病院と大槌病院の土、日、祝日の医師会による診療応援では、お盆、年末年始などは医師会の役員が担当しているとのことである。

#### 〈事例5〉県医療局の存在…医療政策室長兼医師支援室長と懇談

岩手県には、医療局があり、全ての県立病院の管理に当たっている。県立病院への医師のリクルート機能をも持つ。かつては、大学医局から直接派遣・配置されたが、今日ではそれだけでは勤務医体制が取れず、独自のリクルート活動で医師の採用をしている。県立病院間の医師人事も基本的に行っている。この点で私が思いおこしたのは、岩手県のある地区医師会長経験のある東北大学出身の開業医の目には、「なぜあの医師を移動させるのか、官僚の支配社会だ」と語ったことである。この言葉はそれほどしっかり県医療局が組織運営

していると私は受け止めた。県の保健福祉部にある医療政策室の室長は医師(県行政の医師のトップ)であり、医師支援推進室長も兼ねている。岩手県国保連合会事務局員によれば、国保病院への医師配置も視野に入れてくれているとのことである。

県立病院間の医師の診療応援は、年間5,000件~6,000件弱(平成21年~24年)であり、医療局の調整能力の高さを示している。

#### 〈事例6〉意気軒昂な山村の自治体…山間の町住田町

住田町は、大船渡と陸前高田の両市と接した内陸側にある人口7,000人の山に囲まれた町である。林業が基幹産業だ。発災時はいち早く同町内3ヶ所に木造の仮設住宅団地を建設し、沿岸部他市の被災者を受け入れた。建設には町費の3億円を当てた。この費用には、国からも県からの補填をも当てにしていない。「人口減少対策として仮設団地をつくったのだろうか」との私の意地悪な質問に、町の担当官は、「そのようなことは全く念頭にない、復興とともにいずれ引き上げるであろう」と語った。町には「住田テレビ」(民間)が終日放映されて町の情報などを伝えている。この町は、戦前、住民運動により岩手県で最初の県立の医療機関(世田米病院)をつくらせたところだ。隣の日頃市町は、終戦直後、国保診療所で医療費無料を全国に先んじて行ったところでもある。農民の闘いの歴史が刻まれている町だ。このような、岩手県土の歴史、文化、風土とが被災地での復興に色濃く反映していると感じた。

### 3. 宮城県の場合

#### 1) 地区医師会幹部の嘆息「宮城もそうであれば、もっと違っていた・・・」

地区医師会レベルで県内2番目に大きな犠牲を出した地区医師会幹部E医師と懇談した際に、「岩手のような早期の助成のバックアップがあれば、もっとこの地で再開業した医師が多かったであろう」と繰り返し嘆息したのがいたく印象に残った。E医師は自らの有床診療所も大規模半壊している。同席した奥さん曰く、助成の申請書類はFAXで届いた。何日何時に本庁(仙

台市)に出向くことを求められ、それも、建設工事や配管業者を同伴して来い、とのことであった。交通事情も整備されておらず、早朝出発で4時間以上かかる所を何度も呼び出された。細かい指示には納得いかないことも多かった。工事の遅延があったことで、一旦交付された補助から200余万円の返還命令もあり、納得できなかった。最終的に助成金が支給されたのは、2014年6月であった。

このような県の支援には「援助してやる」との姿勢を強く感じた。活用しにくい制度を前に、「自分でやるしかない」と諦めの気持ちになったと述べている。

この感想は、他でも耳にした。南三陸町で被災し、隣町に転出し新築開業したF医師は、県の担当者は「医師は金を持っている」という先入観を持ち、他の業種・業界に比して軽んじられたと感じた。このような感じ方は、医師会の会合でも医師たちが異口同音に語っていたという。この状況は、先に述べた、岩手県での被災医師の感じ方とは真逆ともいえる。

なお、被災医師への国の助成比率は、民間の場合、当初1/3、次に1/2、さらに2/3で上限も目まぐるしく変わった。ただし、地域医療再生基金の適応は、県の独自性が発揮されるものであり、ここに県医師会が関与するようになってから、宮城県の対応の変化があったとの証言もある。

## 2) 本吉病院の悲劇・・・院長の失踪

気仙沼市立本吉病院も、津波で1階部分がやられた。当時の院長は在院しており、院内の地震対応策を終えた後、病院の同一敷地にある院長公舎に戻ったところで津波に襲われ、家族ともども首まで浸かる死ぬ思いを体験された。その後、家族とともに、病院の2階に避難し日夜救援活動に当たったが、発災5日目に「書置き」を残し家族とともに姿を消した。所謂“失踪”である。震災前には、2名の常勤医師であったが、他の1名は病弱で院長に負担がかかっていた。激務と孤立感が院長をして“失踪”させたと思われ、何とも言葉を失う。

気仙沼市立本吉病院は、元は公立本吉病院であったが、平成の合併で本吉町は気仙沼市に併合された。気仙沼市には、市立気仙沼病院という県内でも9番目の規模(404床)の総合病院が地域基幹病院としてあるが、合併しても行政側の病院管理機構は変わりなく、新たな基幹病院との連携はなかったという。最近になり看護師3名が派遣され、連携は今後期待できそうだ。つまり、宮城県の公立病院(市町村立)の医師は、医師人事も含めて“孤立”状態にあり、岩手県のような県立病院院長会議のような横の連携関係を作る組織構造をもたない。「本吉の悲劇」の背景には、宮城県庁の歴史的に持つ貧困な医師対応策(無策)にあるといえる。“失踪”した医師の背景から深く学ばねば、第2の「本吉の悲劇」を生むことになるだろう。このような“悲劇”という形をとらないまでも、公立病院医師の“自然退職”は後を絶たない。

## 3) 広域震災時の保健所について

広域的な被災にあい自治体機能も麻痺する中で、複数の自治体に跨った管轄を持つ組織が、まず広域地域の復旧に当たることが求められた。その行政組織とは、唯一保健所である。多くの地区では医師会もそのような立ち位置にある。私の勤務する民間病院は、地元2市3町(塩釜市、多賀城市、七ヶ浜町、利府町、松島町)の地域医療支援病院、地域災害拠点病院の指定を受けていたこともあり、広範な地域の情報を必要とした。そこで、当時の院長と相談し、定年退職している私が地域の自治体役場(災害対策本部)、保健所(長)、医師会長、薬剤師会会長(浸水し店舗家屋に入れなかった)、主な病院(長)を訪問し、発災4日目に私の勤務先病院で緊急地域連絡会議を開催した。それぞれの代表または担当者が一堂に会して、週1回8週間続けた。この会議が、自治体を越えた震災状況を把握する唯一の貴重な場となった。第1回会議の後半に、保健所長と自治体保健師のグループの協議の場で、私は、避難所の保健衛生管理のために各避難所に保健師の担当を決め、1日2回は巡回することを提案したところ、すかさ

ず保健師たちから「保健師が足りなく、不可能だ」となった。そこで、目の前にいる保健所長に、全国の保健師の派遣要請を県にすることを提案したが、保健所長からは、“うんともすんとも”返事がない。ついに、声を荒げて怒鳴ったところで、保健所長は「わかりました」と応じてくれた。この時、私は、保健所、保健所長の存在に疑問を持った。その後、東松島市、石巻市、南三陸町の避難所で保健師を訪ねての共通した感想は、「保健所が見えなかった」「県は何をしてくれたのだろうか」ということだった。そこで、学生時代のサークルの先輩や、現役保健師たちに呼びかけて被災地の保健師にアンケートを行ってみた。そこでも共通することは「保健所が見えなかった」ということだった（『被災地保健師100人の声』（宮城）報告』、同プロジェクト発行、2013年5月）。

この保健所については、地域医療に関わってきた私としては、「不明を恥すべき」人間だったことを知った。調べてみると、1995年に保健所法が改悪されて「地域保健法」になり、保健所機能が大きく縮小後退させられていたのであった。ところによっては、保健所長以下、部下のいないところもあると聞く。それだけでなく、保健所長（医師）には決裁権がなく、その上に生活保護を担当する福祉部門の長（事務官）の下に編入された組織になっているのであった。しかも名称も、「保健所」は（ ）カッコ付きとなり「保健福祉センター」となっているのである。少ないスタッフの体制で、県の保健所保健

師は内陸の保健所からも総動員し、被災地での保健活動に従事していた。岩手県の保健所保健師曰く、岩手も「保健所が見えない」と言われたが、各種団体が名前入りの救援ジャケットを着用していたが、保健所にはその備えがなかったことも「保健所が見えなかった」ことになったのだろうと口惜しがっていた。

保健所保健師がその任務を果たすべく、本来の保健所機能を越えた活動をされていたことは、宮城県の保健所保健師G女史、H女史、岩手県の保健所I女史の話や、先述の報告（花崎洋子）で示されている。震災後の長引く仮設団地での生活の中で増えているアルコールやギャンブル（パチンコ）依存などによる精神的なケアの多くの対応は、保健所保健師に集中しており、保健所の保健師増員対策が急がれる。

なお、先に記した「県が見えない」に関して、私の耳に入った最初の宮城県の姿は「塩釜地区緊急地域連絡会議の議長は、坂総合病院院長と地域医師会会長ではなく、保健所長にすること。会場は坂総合病院でなく別なところにあること」ということであった。

## 4. 補助金の結果

宮城県は、民間医療機関への被害額の補助率を、当初の1/3から1/2、そして2/3と引き上げてきた。一方岩手県は当初から3/4として、早期から被災開業医をサポートしてきた。

（表3）民間医科診療所への助成：宮城県と岩手県対比

		限度額（千円）	補助基準額（千円）
岩手県	有床診療所	112,500	150,000 * 3/4
	無床診療所	75,000	100,000 * 3/4
宮城県	全壊診療所	(20,000 - 災害復旧補助金) * 2/3	
	半壊診療所	(10,000 - 災害復旧補助金) * 2/3	

上記はいずれも医科診療所である。

岩手県は、岩手県保健福祉部「平成26年度被災地医療施設復興支援事業補助金（復興補助金）の概要」による。宮城県は、保健福祉部医療整備課（平成26年9月25日）「民間病院・医科診療所、歯科診療所、薬局支援状況について」及び「地域医療再生事業（緊急的医療機能回復分）特別支援補助金交付要綱」。宮城県の場合は、大規模損壊、大規模半壊、半壊などの1件当たりの平均助成額などを示してもらえなかった。

岩手県の場合は、前記（p6）したごとく、震災の年の秋には、「1億円助成」が示されていたのに比べ、宮城県は対応も遅く、追加追加で、しかも助成額も極めて貧しかったといえる。宮城県の場合は、当初、国庫災害復旧費補助金制度を充当し、33診療所（総額282,266千円、平均855万円）に助成されたが、なお不十分と考えたためか、1年8ヶ月後に地域医療再生基金を充当させ、105診療所に総額2,111,033千円、1診療所平均210万円を追加助成した。県には、全壊移転診療所の平均助成額を問い合わせたが、回答は得られなかった。岩手県と比して、桁の違いは多くの医療機関を失わせ、一層の過疎化と地域復興を困難にさせることになった責任は大きい。

## 5. 両県の違いがもたらした結果についての考察

両県の違いを宮城県人に話題にすると、直ちに返ってくるのは、「県民性の違い」という指摘だ。岩手県民の方が、「温かい」、「集落の人間関係が未だ残っている」、一方宮城県民は、「個人主義的だ」「公共意識が低い」云々と続く。東北大学を卒業し、岩手県の元地区医師会長も同様の感想だ。確かに、県都仙台市は東北6県の“商業の中心都市”として、企業が集積しているが、多くは、本社を東京にもつ出先機関だ。中央の政治文化に呑み込まれやすい関係にある。しかし、それだけでは、前述の両県の違いを説明できない。地域医療の体制を見れば、岩手県の特徴は、①「県下にあまねく良質な医療の均てんを」をスローガンに、県立病院中心に地域医療が県主導で組み立てられていること。9つの2次医療圏に県立病院を地域基幹病院として配置している。②県庁に医療局を

設置して、全県的な県立病院の運営に当たっていること。③医師会と地元私立医大が県の地域医療に水平関係で参加協力していること。④地元の医療に参加する医師を獲得すべく、県は、早くから奨学金制度を設置し、私大の入学助成など積極的に取り組んできた歴史がある。

以下、やや掘り下げて考察したい。

### 1) 両県の医療機関の状況

（表4）に示すように、岩手県の県立病院は9つの2次医療圏に計17病院（総病床数5,011）で、2次医療圏の基幹病院または後方機能を持つ。一方宮城県は4つの2次医療圏のうち、2つの2次医療圏に4病院（総病床数1,029）しかない。岩手県行政が、全2次医療圏に県立病院を配置して、地域医療に責任を持つ体制にあることが分かる。一方宮城県の県立病院は、がんセンター、精神病院、呼吸器・循環器専門病院、子供病院と専門に特化しているのが特徴である（いずれも近年は、早々と独立行政法人と半官半民化した）。ただし、市町の公立病院は、岩手県が8で宮城県は23と宮城県が多く、宮城県は地方自治体が単独で地域医療の責を担ってきたことが覗える。人口対比で見れば、1県立病院当たり岩手県は76,600人、宮城県は587,000人と7倍以上であるが、市町村の公立を加えると、1病院当たり岩手県59,000人対宮城県86,900人となり、1.5倍と差が縮まる。病院機能としての病床数（有床診療所を除く）で見ると、岩手県は総病床数の23.1%、宮城県は18.5%とその差は縮まる。以上から言えることは、岩手県は県独自に地域医療に関する基本的施策に関わっているが、宮城県は、地域医療の特殊な部分に一部分しか関与していないことで

（表4）県立、公立病院、診療所の比較

	県立病院	県立診療所	公立病院	公立診療所	1自当病院	1自当病・診
岩手県	17	6	7	25	0.41	0.93
宮城県	4	0	19	14	0.32	0.52

（注）

- ・宮城県の公立病院は全て特殊専門科病院で独立法人化、よって、純粹の県立病院は存在しない。
- ・公立とは、市町村立で国保診が多い。合併して市立となったところもある。
- ・1自当とは、1自治体当たりのこと。自治体数は2000年当時であり、平成の大合併前に当たる。病院、診療所数は、2013年時点。

ある。それを補うように宮城県では市町村が地域医療に直接関わってきたのが特徴だ。両県で類似しているのは、大都市圏ほど、県、市町村の公立の医療機関の比重が下がっていることである。

2) 1次医療を担う診療所でみると、岩手県は、県立6、国保診34で計40、宮城県は、県立0、市町立・国保診17で、診療所レベルでも宮城県は公的医療機関は少ない。両県の全一般診療所の1診療所当たりの人口は、岩手県1,420人、宮城県1,478人であり、宮城県の方が若干多いが大きな開きはない。ただし、2次医療圏ごとの差を見ると、岩手県は1,264人から2,100人と1.7倍の開き、宮城県は1,300人から1,780人と1.4倍となり、宮城県の方が1次医療での格差が小さいといえる。ただし、2次医療圏の再編(2013年)前では、気仙沼2,066人、登米1,999人となっており、2次医療圏の再編は、地域医療の問題を覆い隠すことになっている。

以上のように、地域医療に見る県政の違いが大きいことが分かる。

3) 岩手県の県立病院は、県医療局(1950年発足)によって管理運営されている。それは、県庁の組織図上では、知事部局、広域振興局、「他の部局」と並ぶ中で、「他の部局」の中に県議会、企業局、教育委員会と並ぶレベルに位置づけられている。また知事部局の中にある保健福祉部には医師支援室があり、そのホームページの冒頭に出てくる言葉が「県下にあまねく良質な医療の均てんをという理念のもとに…全国一の公的医療機関のネットワークを構築しています」とうたわれている。この「均てん」という言葉は、先の仮設県立病院長の口からも聞くことができた。また、2次医療圏別の県立病院の紹介欄には、国保診療所や市町立診療所も掲載され、県が県営以外の公的な医療機関をも視野に入れていることが分かる。岩手県国保連合会事務局職員の話では、県は、国保や市立の病院にも医師の紹介をしてくれるとのことである。

県医師会幹部職員の話では、3.11の震災時に、

県と、医師会と岩手医大の連携がしっかりと進んだことには、県の医師職のトップにいる医療政策室長兼医師支援推進室長の功績が大であったと評価していた。

翻って宮城県を見ると、地域医療関係は、県保健福祉部医療整備課が担当部局である。4つの県立病院は、それぞれ特殊専門病院であることから、医師の人事管理を統一的には行っていない。また独立行政法人化したことで、医師の人事やリクルート機能は、各病院独自の課題となっている。県は2005年からドクターバンク制度を発足させ、年間採用枠5名、3年を1単位として2単位を条件とする。1単位3年のうち、2年間は自治体病院勤務、1年間は、希望する研修(有給)を保障し、県職員として採用するというものだ。これまで20人の医師が採用され、現在10名が終了している(つまり半数は退職)。年平均2.3名の採用とのことで、県内の市町の自治体病院や国保病院診療所に配置されている。配置は、公立病院の募集に合わせて、本人の希望で決定する(県保健福祉部ドクターバンク担当者談)。自治体病院は、県内の自治体病院の横の連携もなく、基本的には、独自に医師対策を行っている。そのために自治体首長の手腕が問われるのは、戦前からの病院創立以来変わらない。

3.11の震災時に県レベルで陣頭指揮を執ったのは、県医師会の副会長(元国立病院機構仙台医療センター長)が目立ち、県の姿は見えなかった。地元大学と宮城県と医師会が岩手県のような連携のもとに行動を起こしていた様子ではなかった。

## 6. 地域医療機関の縮小再編

今日、地方自治体の財政難、小泉構造改革、平成の大合併、総務省公的病院改革ガイドライン(以下、ガイドラインと略)、社会保障予算の圧縮などによって、全国の自治体病院は再編縮小を余儀なくされている。ガイドラインのもたらす全般的問題については拙稿をご覧ください(共著『地域医療再生の力』第1章、新日本出版社、2010年

1月)。ここでは、岩手県と宮城県の状況について検討したい。

### 1) 岩手県の場合

1950年代は、30病院体制であったが、医師体制と経営難を主な理由として暫時縮小してきた歴史を持つ。経営管理では、1960年に早々と「全部適応」に切り替えられ、独立採算制が強められた。2000年までに、27病院に統廃合、診療所化し、2004年の「県立病院改革プラン」で5病院の診療所化、5病棟を廃止した。検査集約化、調理外注化などが強行された。この間の病院新築の中で4病院が統廃合されている。2007年の総務省ガイドラインを受け、2008年から13年までの「県立病院改革推進指針」「新しい経営計画」で26病院、6地域診療センター（有床診）の構想が出されたが、2012年段階では、広域基幹病院10、地域基幹病院2、地域総合病院3となり、21病院と地域診療センター6となっている。病院が縮小される基準には、ガイドラインが指摘するベット稼働率75%が強調され、3年連続70%以下は病棟閉鎖対象として閉鎖が強行された。また、病院を診療所化するときに有床診とされた「地域診療センター」は、今日では全て無床診療所となっている。「地域診療センター」という呼称からして、その地域の保健・健康に関するセンター機能を持っているようにイメージするが、普通の一般診療所と同じであるとのことだ（住田町J保健師談）。その他、精神病院（408床）がある。この県立病院の統廃合計画の推進に対しては、住民からの強い反対運動が巻き起こり、労働組合と共闘した全県的闘いがあった。その過程で、知事は議会で土下座するという場面があったという。地域診療センター（有床）のひとつ（花泉）は、民間に譲渡されたが、2年も経ずに医師事情を理由に民間が退場し、県立の無床診として再開した。同じく県立病院から地域診療センター（有床）へ、そして無床診療所になった住田町では、町の元保健師J女史が語るところでは、広域基幹病院の大船渡病院まで40分かかるところを、患者を搬送しても入院できずに返され、点滴のために毎

日搬送を繰り返すことも起こっており、高齢者、在宅患者が増えている地方にとってベッドがないことは大変苦しい。平成の大合併では60の自治体が33にほぼ半減したという。

高い水準を誇ってきた公的医療制度を構築してきた岩手県も、今日の国家の社会保障政策の影響を強く受け出していることがわかる。

### 2) 宮城県の場合

宮城県の県立4病院のうち3病院はすでに独立法人化している。残る1病院は経営を民間に委託しており、直営の県立病院はなくなった。4病院とも特殊専門病院であるため、県立病院としての横につながる組織や機構は元よりなかった。前述のように自治体立や国保病院は岩手県より多くあるが、公立病院を横につながる機構はない。以下、平成の大合併による公的病院の縮小再編を見る。

合併で71自治体が35自治体と半減したのに伴い、公立病院の統廃合が行われた。新しく合併して栗原市になることで3病院1有床診4無床診が3病院5診へ、同じく合併した登米市では5病院2診が3病院4診へ、新大崎市は4病院1診が1病院3分院1診となり、病院として残ったところも分院化して減床している。なお、津波被災した石巻市立病院（206床）、同市立雄勝病院（40床）は、計画策定段階にある。同じく1階まで津波の被害を受けた町立女川病院（96床）は、一気に機能を後退させ、19床の有床診療所化した上に、経営を民間に委ねた（地域医療振興協会）。こうして、全県的には、1,388床のベッドを減らしたことになる（宮城県保健福祉部医療整備課『「再編・ネットワーク化に関わる計画」の実施状況等について」等より）。なお、宮城県は、震災で被災した病院や移転計画のあった公立病院の再建にあたり、気仙沼地区で130床、石巻地区で69床、仙台圏で48床の計247床の病床削減を図る計画だ。病院から有床診療所化は、先の女川町立病院と石巻市立雄勝病院、気仙沼市立本吉病院の3病院が震災を機に診療所化される計画だ。震災便乗型の行政手法だ。

\*宮城県の震災復興基本方針には、「公立病院の再編などによる医療資源の適正配置と機能連携」として、大震災に便乗していち早く公立病院の縮小再編をうたっている。

この会議のワーキンググループは、県医師会幹部や大学教授などで構成されている。

仮設生活の困難を強いられている住民にとっては、街づくりの将来が見えない中で、かつて平成の大合併時に見られた病院潰しに対して闘う力はない。

この自治体大合併の“余得”とでもいえる一つは、栗原市と栗駒市に「医療局」が新設され、複数になった病院・診療所を統括する役割を担い始めたことである。医師や医療職の募集から退職医師への対応など、従来は個別の自治体の責務であったことを一気に担うなどの役割を果たしつつある。この傾向は、隣県岩手県の医療局から学んだともいえ、今後に期待できそうだ。

総務省公立病院改革ガイドラインの副産物とも思われるが、栗原市の公的病院が、部外の有識者による病院評価のための常設審議会を設置し、審議内容を公開している(\*)。この審議には、時には、同市の複数の病院幹部も召集され論議に参加するなど、病院の共同体としての意識変革の機会になる可能性を見てとれる。しかし、そのような構造になっていない公立病院は半数以上あり、「本吉の悲劇」を再現させぬためにも、県内の公立病院を孤立させないための県による組織機構が必要であろう。

\*栗原市立病院経営評価委員会委員には、全国自治体病院協議会名誉会長、大原総合病院(福島)理事長、国立病院機構仙台医療センター事務部長、栗原市医師会議長、宮城県看護協会会長、宮城県市町村課長、日本医療文化研究会主宰、公認会計士、栗原市企業連絡協議会会長、栗っこ農協代表理事組合長などで構成されている。

近年、宮城県にも公立病院への“政策的医師配置”のための機構が県保健福祉部内に設置された(2011年2月)。「宮城県医師育成機構」と称し、地元大学と県による公立病院の医師配置の調整と自治医科大学や県の奨学金貸与者の人事

や研修制度の運営に当たっている。これがどこまで岩手県の「医療局」的なものに発展するかをとりあえず期待したい。

### 3) 地域医療計画作成と審議会委員構成の違い

2013年には、5年ごとに行われる「地域医療計画」の作成が行われた。宮城県は、7医療圏を4医療圏に減らした。政府は、被災地3県は見送ってもよいとの配慮を示したにもかかわらずである。なお、岩手県と福島県は見送った。

その結果、気仙沼地区は登米地区とともに石巻圏と一つの2次医療圏に編入された(\*)。地元の反対をおしてのことである。宮城県は、元来仙台一極集中の弊害が指摘されているにも関わらず、同じ轍を踏む“集約化”という行革が続いている。すでに、保健所改革では、塩釜保健所管轄は、塩釜辺縁2市5町の他に、仙台市を跨いで岩沼、名取、亘理、山元地区(福島との県境)まで管轄範囲に編入するという強引さを恥じない。その塩釜保健所が、津波で大規模半壊し機能停止となり、一時仙台市内に避難したのであった。岩手県が「県内あまねく医療の均てんを」と県立病院を2次医療圏に配置して整備を図っている姿と、ここでも対照的である。

\*厚労省の「地域医療計画作成指針」(平成24年3月)では医療圏の見直し基準として以下を指示している。「人口規模が20万人未満の2次医療圏については、入院に関わる医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者が20%以上である場合)」としている。

その違いは、地域医療計画策定委員の構成にもはっきりと表れている。岩手県の「地域医療対策協議会」の委員構成は、医学部教授2、県医師会1、同歯科医師会1、同薬剤師会1、国保連1、国保連診療所協議会1、市長会1、町村会1、民間病院1、市民団体3(地域医療研究会、自治医科大学岩手県同窓会、環境研究会)の他に、岩手県4名(医療局長、県立中央病院長、保健所長、保健福祉部長)の16名で、県当

局所属者も同列の委員として扱われている。

一方、宮城県の「地域医療計画策定懇話会」は20名の構成で、医学部教授10、医師4、県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会各1、老人福祉施設代表1、地域医療情報センター1となり、大学教授が5割を占めている一方、岩手県に見るような市長会、町村長会や市民団体は排除されている。また、県当局所属の委員がおらず、保健所長などが責任をもって参加する形態になっていない。しかも“策定懇話会”というネーミングからして、委員がどれだけ責任をもって参加しているかあいまいであるうえ、陰にいて形の見えない「保健福祉部」の意のままという構造ではないかと穿ってしまう。岩手県では、実態調査のデータも公表し、パブリックコメントも精力的に行っただけでなく、2次医療圏ごとに現地説明会なども企画しているのとは“雲泥の差”というべきか。ここにも、県当局者の、民意に耳を傾けず、自らの政治哲学の“集約化”“民間活力”“国際競争力”の哲学“創造的復興”による、地域切り捨て県政が表れている。

#### 4) へき地の医療について

岩手県のへき地地区は、10市8町村に18無医地区と6つの準無医地区がある。そこには、へき地診療所が27（休診中3）あるが、そのうち民間は1つのみ（4%）である（済生会岩泉病院附属有芸診療所）。一方、宮城県は、5市3町に22診療所（歯科診療所3）あるが、そのうち民間が9で4割を占め、行政の関わり方の弱さを示している。確かに、平地の多い宮城県と山岳地帯で隣町に行くにもトンネルを歩いていく岩手県の地域状況の違いは明確であるが、県の保健医療行政が及ばない地域を民間に依存したままでよいものであろうか。

#### 5) 両県医師会の3.11活動「検証」を比較する

宮城県医師会は『東日本大震災記録誌—震災を越えて明日へ—』（280ページ、2013年9月11日）を出版した。内容は、県医師会幹部と地区医師会幹部の報告と県医師会が行った会員アン

ケートの分析であり、それがどのように政策化されたかが見えてこない。幾人かの地区医師会長の検証や提言がどのように取り上げられたかもわからない、会員内報告に止まっている。

一方、岩手県医師会は『強絆復興 東日本大震災対応の記録』（本論332ページ、資料編231ページ、2014年6月）を出版した。特徴は、医師会の幹部だけでなく、被災した会員の生の声、体験談を重視していること。医師会員以外の“共同者”（県職員、岩手医大や民間事業者等）の寄稿もあること。被災した県立病院の状況がつぶさにわかること。最後に、検証の総括ともいえる教訓から学んだ新たな事業が記述されていることである。以下、列記すると

- ・「岩手県災害拠点病院等連絡協議会」を官・学・医師会で立ち上げた
- ・「警察医・検案委員会」を県医師会に新設。
- ・災害医療コーディネーター制度発足（登録医師27名）
- ・「JMAT 岩手」を結成し、内陸部と沿岸部の連携体制（肋骨対応）、仮設診療所や県立病院（山田、大槌）、陸前高田市支援を可能にしている
- ・（県）こどもケアセンター新設（3ヶ所、法務省の協力）
- ・災害時地域医療支援教育センター新設（岩手医科大学）

などであるが、更には

- ・被災地医療事務支援事業：避難所での支援者作成のカルテを、データベース化する事業を県医師会で請け負い、被災地全体を対象にして行ったこと（緊急雇用創出事業臨時特例基金で5名の臨時職員雇用）。

以上のように臨場感にあふれ、個人の思いが組織化され課題として実現していることをも含めた著作となっている。しかし、共通しているのは、保健所の影が薄いことだ。

## 7. 村井知事の政治理念—集約化・効率化、民間活力、国際競争力

隣県との対比で、宮城県のありようがいかに問題を含んでいるかが分かるのではないだろうか。そこで、震災復興推進のトップである知事に焦点を当てて検討してみた。

### 1) 復旧政策・事業

震災復旧当初にマスコミ上でも話題になった主な点を挙げる。

- ・ 仮設住宅建設の大手ハウスメーカーへの丸投げ
- ・ 地元業者の排除

住宅の設計は関西仕様のため、二重窓でない、庇がないため、冬季の結露、通年してのカビ、カビによる気管支喘息罹患増加など

- ・ がれき処理のゼネコン丸投げ
- ・ 地元業者の排除
- ・ 漁港の集約化と漁業権はく奪
- ・ 漁協の排除で株式会社導入

これらが震災早期に問題になった。これに対して岩手県は、仮設住宅の4割は、地元業者で地元の木材を使用、漁港再建は地元の意向を支援するとした。

その後は、東北メディカル・メガバンク誘致導入、地域医療情報のICT化企画、10余mの高い防潮堤建設、空港の民営化、そして県防災拠点仙台の中心部に建設するというものである。

これらの施策の特徴は、「集約化」「民間活力」「ゼネコン奉仕」そして「震災便乗企画」であり、発災当初は、仙台港地区に大カジノ誘致運動に賛意を示してもいる。

この宮城県知事の施策に影響を与えているとみられるのは、三菱総研、野村総研などによる政策的バックアップである。(株)三菱総研は、2011年3月11日の1週間後の18日に、早くも復興提言の第1論文を出し、その後同年の9月29日までに7編の「提言」(support paper)を出している。その第3弾「東北の被災地域復興に関する提言」(2011年6月9日)によると、東

北の再生は、将来の我国のあり方を先導する「課題解決先進地域」とする。目指すべき「新たな東北」として、農林水産業の革新、環境、再生可能エネルギー関連産業。広域的な地域間の役割分担、相互支援の拡大、先進的かつ持続的な健康医療の実現とともに、漁港の重点化、農地の集約化、ICTによるコミュニティ支援、高リスク地域からの撤退と市街地・住宅の集約化で人口10数万人の中核都市をつくり、東北ブロック単位の広域連携を目指すこと。そのために「復興まちづくり会社」を立ち上げ、地域経済循環の核として、行政とともに地域を主体的にマネジメントする機関としての役割を担わせる。このようにして街づくりには、民間事業の参入や国内外の企業のスポンサーを得、“未来社会のショーケース”となること(同提言による)を期待している。

(株)野村総研の研究報告は、2011年3月30日に第1回提言が始まり、第11回提言の5月19日までの短期間に立て続けに提言が続いた。産業再生プラン(第2回提言)では、地域主権による地域づくり、広域自治体連携とともにPPP(官民連携社会資本づくり)という民間活力導入。ICTによるインフラ整備(第7回提言)。空港のPPP化(第8回提言)、漁港集約化(漁業基盤整備)や漁業法人導入の薦め(第10回提言)、健康医療産業の薦め(第11回提言)などという具合であった。

この2つの総研の政策提言は、その後の宮城県知事の強引な復興施策を見るに、強い影響を与えたことは否定できない。宮城県の復興計画の基本方針を作成した委員のメンバー構成からすれば、大きな影響を与えたと推測したい。

### 2) 復興会議のメンバーの比較

「宮城県震災復興会議」の運営要綱は2014年4月22日施行され、第1回の会議は同年5月2日に開催された。委員は12名で構成されている。座長に小宮山宏三菱総研理事長(元東大総長)を据え、野村総研監査役、日本総合研究所理事長と財界のシンクタンクのトップを据えている。その他大学教授5名などであるが、地元からは、

東北大の教授2名のみでの構成である。このような構成にしたのは村井宮城県知事の発想であるに違いない。よってそこから出てくるものは、「創造的復興」論（小宮山座長発言）で、地域から遊離した、すでに矛盾を来している「新自由主義的」施策で満ち溢れ、前述したような政策が強引に押し進められ、被災者、漁民、農民のうめきが沿岸部や仮設団地に漂うことになった。会議場は、初回が仙台市で行われたが、2、3回と東京で行ったために、マスコミからも批判がおり、4回目は仙台になった。4回目直前にパブコメが行われたが、アリの的な扱いで双方向の議論の機会はなかった。復興計画の成案が出された同年9月まで、前記の2つの総合研究所が矢継ぎ早に政策提言（“指図”）し続けたといえる。

では、岩手県の復興はどうであったか。居住していない筆者が語ることは出来ないが、復興計画の作成委員構成の違いは歴然としており、宮城県よりかなりましな施策が行われていると感じる。「岩手県東日本大震災復興委員会」は22名の全てが岩手県人で構成されている。委員長は国立岩手大学学長が当たり、業界団体11（漁協、水産加工、農協、森林組合、建築士、商工会議所、社協、工業クラブ、銀行、NTT、JR）、医師会、看護協会、栄養士会、大学教授3、市民団体3、首長1（沿岸部）、教育委員会1で構成され、オブザーバーに、岩手県県議会議長、議会復興委員長、同副委員長、復興庁岩手復興局の4人が加わっている。また県独自に繰り返し「復興に関する県民アンケート」を行い、自ら検証しつつ事業に取り組んでいる姿勢は宮城県民の私には“オドロキ”ですらある。

以上より、震災の復興を被災地のために、地元力を信じて進めんとしたのか、中央に顔を向けその知恵に頼り、地元県民の声に耳をふさぎ復興せんとしたのか、その“成果”は震災3年を経ずして結果が出ているように感じる。

### 3) 東北メディカル・メガバンクと「県立医大」新設をめぐる

(1) 東北メディカル・メガバンクは、菅直人

政権時代に、「新成長戦略」の位置づけで500億円の予算で始まった。宮城県の第1回の復興会議で、小宮山座長の発言をきっかけに知事が受けた形をとっているが、過去数年来、日本の遺伝子研究家の懸案事案でもあったのが、大震災の被災地は、元来3世代世帯が多く、遺伝子研究の最適な場所であると関係者はあからさまに公言した。国際的な遺伝子研究倫理（「ヘルシンキ宣言」）規範に抵触することが明らかであるにもかかわらずである。「オーダーメイド医療」「新薬開発」で輸出産業として経済成長に位置づけている。15万人の遺伝子情報をストックするというものだ。国には、100万人遺伝子バンクの計画もある。詳細は水戸部論文参照。

(2) 医学部新設が、東北の医療の改善と福島原発対策として39年間の「新設医大中止」政策を棚上げて決定された。東北市町村長会の決議が先行したが、具体的には、宮城県知事が声をあげ、直接政府に働きかけた経過がある。私は、新設するなら「宮城県立」での声を、地元河北新報の論壇「持論時論」に3度投稿し掲載された。県医師会の4人に一人あてにアンケートを取り、「公立で」の意見が多いことを明らかにし、元国立仙台病院長、元仙台市立病院長とともに3名の連名で県知事あてに要請文を渡した。それに対して、人員を確保できない、資金不足を理由に「県立医大はやらない」との回答を受けたが、その数日後に県当局の「県立医大構想」の発表があった。しかし、政府は、地元私大の構想を採用したため、マスコミは「知事的面子丸つぶれ」と報じた。

元来から地域医療に関する県の政策的蓄積が乏しいことや研究不足が露呈した一件といえる。この件に見るように、宮城県知事自身の政策能力やそれを支える県行政組織の弱点を露呈したというのは酷であろうか。

### 4) 震災を機に進める国家事業としてのICT網の構築

震災便乗型企画としては、更に地域医療福祉機関の連携を大義名分とした医療情報のネットワークづくりが始まった。医療界では、診療レ

セプトの電子化は20年以上前から厚生省が課題としてきたが、診療所の対応が遅れていた。今回、津波でカルテや「くすり手帳」の流出を根拠に大きく取り込みを図ろうとしている。震災の年の11月に「一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」が立ち上がった。宮城県医師会長が理事長となり、所在地も情報集積コンピューターも医師会館に置くというものである。理事10名の中には、東北メディカル・メガバンク機構の教授も加わっている。日常診療の患者情報がコンピューターに集積されることで、どれだけの県民の幸福が約束されるというのだろうか。事業内容には、「ネットワークの技術開発や産業を支援する」（第4項）、「国内外のネットワークと共同し互いの発展に貢献する」（第6項）、「長期運営に寄与するビジネスモデルに関する事業」（第7項）、平成24年度6月には、「東北メディカル・メガバンクと歩調合せ」が行われている（ホームページによる）。政府の経済成長戦略には、地域医療情報システムモデルを海外に輸出する計画もある。

情報の漏洩を防ぎきれない電子情報の世界に、「患者診療情報」を晒してよいのか。情報の管理を私的機関である医師会に委ねてよいのか。情報の各種利用について、個人の「同意」をどのようにとるのか。これらの議論を飛び越えたまま、診療券を「買った」人は同時に「包括同意」に応じたとすることで動き出している。

## 5) 宮城県への提言

今後人口の減少と高齢化が進展することも視野に入れ、それを防ぎ、過疎地を含め、県民がどこに住もうとも、「均てん」した良質の医療を受けられることを保障する施策を講ずることこそ、宮城県知事の口癖の「元に戻せばよいのではない」の実行として、まさに歴史的懸案事項解決のための真の復興にしようではないか。以下、これまでの論述に関わって宮城県に提案したい。

### 〈地域保健・医療に関して〉

- ①地域医療の再生のため公立病院を支援する機構を県に設けること

たとえば「医療局」「医師支援室」等。そこでは、医師や看護師などの採用や人事を統一的行うこと。病院事務幹部を養成し配置すること。近年宮城県が立ち上げた「医師育成機構」を将来的にこのような組織に発展させるのか展望を求めたい。

- ②2次医療圏を元の7医療圏に戻し、各圏域の基幹病院の充実を支援すること。7医療圏には保健所を配置し、地域保健医療福祉の全般に統括責任を負える体制に拡充すること。そのために保健師を抜本的に増員すること。広域災害時も市町の圏域を越えた役割を果たせるようにすること。市町の保健師と日常的連携交流を可能とすること。保健所医師の育成のための方策を県は作成すること。なお、塩釜保健所管区では、名取、岩沼、亶理地区を分離すること。
- ③市町の保健師も増員し、地域担当制を復活させること。地域保健所との日常的交流を可能とすること。
- ④被災者の医療費減免中止を撤回し、乳幼児医療費無料化もせめて岩手県並に、就学前までとすること。

### 〈県行政に関して〉

- ①県の各種審議会には県の政策立案の責任部署、責任者を明記し構成委員として公表すること。
  - ②重要な政策作成の委員の1/3以上は公募すること。
  - ③復興5年を前に、復興検証委員会を立ち上げ、委員の過半数を公募すること。
- \*宮城県は、地域現場の声に耳を傾けるための県政に切り替えるために、行政機構の在り方を根本的に見直すことに取り組むべきであろう。

## おわりに

私は、医師人生の全てを民間病院で過ごした。病院の技術建設、病院組織の民主的運営、地域住

民の医療参加など、日本の病院の近代化の波に乗りつつ、社会保障の改悪とも市民運動として取り組んできた。経営が苦しくなったときは、いくら赤字を出しても“悠然”と過ごしているかに見える隣の公立病院を見て、うらやましくも感じて過ごしてきた。しかし、総務省の「公立病院改革ガイドライン」の提示を見て、公立病院が存在しなくなったとき、日本の地域医療はどうなるかと危機感を覚えた。そこで、公立病院の研究グループに入り、総務省ガイドラインのもたらす状況の検討や、その後に襲った東日本大震災を通して、地域医療の復興過程に見る宮城県の問題性を阪神淡路大震災時の兵庫県との比較、そして今回、岩手県との比較を行い、公立病院の存在意義とともにどのように存在すべきかについて考察を試みた。

岩手県を見る限り、単に公立病院があるというだけでなく、県に「医療局」を置き、地域医療の「均てん」を重視しつつ行政を行ってきたこと、地元医師会、地元大学と横並びの関係で、県全体の医療を構築してきたことがよく見えてきた。ただ、そこに至るまでには、戦前からの岩手の人々の地域医療を自ら作り上げんとする血のにじむ歴史があったことを忘れるわけにはいかない。この点については、今回触れることが出来なかった。その岩手県も、老人医療費無料化で先頭を切った「沢内病院」の優れた実践であった、行政の保健福祉機構と病院機構の合体（院長が課長兼務）による総合的地域保健福祉医療活動の優れた経験も、今日では過去のものとなり、普通の国保病院になっている。直接のきっかけは「介護保険」の導入で、介護福祉分野を行政側に分離することであったと事務のトップの証言である。

公立病院の縮小再編には、政策的「医師不足」を口実に、県が住民の不満の声を押し殺す役目を果たし、次に政策的「経営難」が、“自らをも得心”させる力になり、いつの間にか誰も住まない、住めない故郷になっていくように思われてならない。隣県として、宮城県が学ぶべきことの多いことも認識できた。

また、被災地の地域医療を見ることで過疎地にあっては、民間医療機関といえども極めて公共性の高い貴重な存在であることも確認できた。

#### 【参考資料】

- 1) 村口至、『地域医療再生の力』第1章、新日本出版社、2010年
- 2) 村口至、『医療と地域社会のゆくえ』第1章、新日本出版社、2013年
- 3) 被災地保健師アンケートプロジェクト、『津波被災地保健師100人の声』（宮城）報告』、2013年
- 4) 村口至、「津波被災地保健師100人の声（宮城）プロジェクト報告と「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討」、『いのちとくらし研究所報』No44、2013年9月、非営利・協同総合研究所いのちとくらし
- 5) 村口至、河北新報「持論時論」2014年2月2日、4月20日、7月21日
- 6) 岩手県医療局経営管理課、岩手県立病院等の経営計画2014-2018
- 7) 岩手県医師会、『強絆復興 東日本大震災対応の記録』、2014年6月発行
- 8) 宮城県医師会、『東日本大震災記録誌－震災を超えて明日へ』、2013年9月11日発行
- 9) 花崎洋子、有事に備える準備力と組織力を、『保健師ジャーナル』68巻3号、2012年3月、医学書院
- 10) 水戸部秀利、「東北メディカル・メガバンク事業の問題点」、東北地方医療・福祉総合研究所ホームページ、2014年
- 11) 石塚秀雄、「イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター」、『いのちとくらし研究所報』No44、2013年9月、非営利・協同総合研究所いのちとくらし
- 12) 村口至、ポローニャ地域医療視察報告、『イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書』、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、2014年10月
- 13) 八田英之、『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動』、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、ワーキングペーパーNo.3、2013年10月（巻末資料再録）
- 14) 春山一男、「地域医療」への市民参加の在り方に関する研究、2012年で岩手県立大学大学院博士課程論文

## 【コラム】：イタリア・ボローニャの地域保健・医療制度から学ぶ 村口 至

宮城県と岩手県の地域医療を垣間見て、参考になる地域を訪問調査した体験を伝えたい。2013年11月と2014年2月に各7日間のイタリア・ボローニャ市とミラノ市の視察に参加した。以下参考になる点を記す。イタリアの医療保険制度等については第5章（石塚秀雄）を参照。

### 1) 家庭医制度の徹底で全国に無医地区なし

「家庭医」は、地域で登録された1,200~1,500人を担当し、オフィスを構え土曜午後、日曜祝日を除き、8時間勤務で拘束される。ミラノ市では、一日予約20人、その他は往診など。午前8時から10時までは電話相談でもよし。小児科の家庭医は800人~1,000人の登録だ。家庭医になるには、医学部卒業医師免許取得後、指定病院で3年間の研修を経て試験を受ける。その後、希望する地区で採用試験を受けて晴れて、家庭医となる。ボローニャ市では、倍率が14倍で簡単にはなれない。市民が病院を受診するときは、家庭医の紹介状が必要だ。家庭医として登録患者に関する行政への報告義務はまったくない。「拘束もなく自由なのがよい」と満足げであった（ミラノ市の家庭医談）。

我国でも近年、家庭医養成の声が高まり、「総合臨床医」の専門医制度が整備されつつある。しかし、専門医を世に送り出しても、医療制度の中にきちんと位置付けることなしには、つまり、現状のような自由開業医制度の修正なしには、イタリアのような無医地区なしにはつながらないであろう。

### 2) 救急医療と公立病院の配置

人口180万人の州に600床レベルの基幹病院が2つある。その一つに、救急情報センターが付設されている。そこには、4人の看護師が3交代24時間体制で118番（日本の119番に相当）対応している。電話が来ると、目の前のPC画面に通報先の地図が表示され、訴えなど情報を看護師が入力すると、PCがトリアージして搬送先の病院等を指示する。それを看護師が修正して46の公立病院のうちの一つに決め、救急車に指示する。という洗練された合理的なシステムが稼働していた。医師配属は一人で所長であった。全州的に公立病院が配置されて、公社が管理していることが、このシステムを成り立たせていると感じた。外国人でも、救急車で搬送された時は医療費無料だ。

### 3) 公立病院が地域医療の骨格を作っている。

この点は、岩手県と類似していた。ボローニャ県には、公立病院が10、国民保険と契約している民間病院が11、その他大学、研究機関2つがある。公立病院のベッドの占める比率は63%と過半数を超える（大学、研究機関を除く）。民間でも、国民保険適用の医療を実施しているところの病床数を加えるとさらに比率は

増える。公立病院への患者集中で、手術等の長期待機患者が社会的に問題になっているが、基幹病院の院長は、重症度、緊急度のトリアージをしており、医学的に問題ないと語っていた。保険がきく医療分野を持つ民間病院が公立病院とほぼ同じ数あるが、高度な医療（心臓外科、整形外科など）でも100床規模であった。要するに、基本的医療については、公立病院のネットが張られ地域医療を作っている。医師、看護師などの医療職も、公社が採用し、配置するという点で、岩手での医療の「均てん」が図られていると考えられる。ただし、イタリア南部地方は、医療の遅れがありそうだ。保健所（AUSL）とともに、公立病院が地域医療の構造を作っている点は、大いに参考になる。

### 4) 保健所の役割の素晴らしさ

イタリアには、AUSL（Azienda Unita Sanitaria Locale）という機構があり、保健医療行政を一手に引き受けている。ボローニャでは、毎年200ページに及ぶ報告書を出している（BILANCIO MISSIONE di 2012）。転入した時の住民登録もこの場所で行う。その際に「家庭医」登録をする。家庭医の枠が余っている医師を自由に選択する。

イタリア人と結婚して、ボローニャ市の近郊に住んでいる日本人の体験談を聞いた。彼女は1歳半の子供があり、サラリーマンの夫と3人暮らし。妊娠に気づいて家庭医を受診し、その後保健所に登録し、保健所から病院を指定されそこで確定診断をうけ、その後出産まで毎週1回2時間の指導を助産師から受ける。出産まで3回病院を受診しエコーなど必要な検査を受ける。分娩入院は通常3日間。その後も希望する期間、週2時間の助産師による育児指導を受ける。1年を超えてもよいとのことだ。もちろん一切の費用は無料だ。外国人もお産は無料とのこと。なお、この保健所には常勤小児科医も診療所を設けている。

### 5) 専門医の天国と地獄

先に述べたボローニャ市の家庭医の募集枠は、2013年が5名であった。そこに70名が応募してきた。選に漏れた医師はどうなっているのだろうか。個人加盟医師組合の医師2名に聞いたところ、大変つらい人生をたどっていることが分かった。若い方の医師は、救急車搭乗専門医であった。その他、夜勤専門医、休日専門医などなどときつい業務につく医師も少なくないことが分かった。「家庭医」として行政に採用される機会を待っているという。一方で、民間病院院長に聞くところによると、常勤医は院長のみであったり、常勤医がいても2,3人だ。日替わりの「専門医」が診療に従事している。専門医の業績評価は厳しい。手術の成功率、患者の評判、圏外からの手術患者を連れてきて経営への貢献度などで賃金の査定をする。

## 第2章 地域医療崩壊の現段階と自治体病院の今後

八田 英之

### はじめに

この章では、21世紀に入って顕在化し、2008年にピークを迎えた地域医療崩壊ないし病院崩壊といわれた事態が、その後どのようになっているか、とりわけ、その焦点となった自治体病院などの公立・公的病院がどのような変貌を迫られているかについて述べる。すなわち、地域医療と自治体病院についての現状の分析である。なお、地域医療崩壊の概観とそれにかかわる住民運動については、既に拙稿『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動 2013/09 第一報』（非営利・協同研究所いのちとくらしワーキングペーパーNo.3）で発表しているが、本報告書の巻末に資料として載せたので参照していただきたい。

### 1. 地域医療崩壊はなぜ起こったのか

#### （1）国立病院機構の沿革

##### <地域医療崩壊とは>

「医療崩壊」という言葉がマスコミなどで使われたのは、2005～6年ころからのようである（注1）。それは、単なる医療過疎や地域医療体制の弱さにとどまらず、地域の中心的病院—その多くは自治体病院であった—の医師体制が崩壊し、その地域全体の地域住民に対する必要最低限の医療—例えば救急医療—さえ保障されなくなった事態の発生を指していた。それは地方でのことだけではなかった。東京でも2008年10月に妊娠中に脳卒中を起こした妊婦が七つの医療機関に断られて死亡するという事例が起こっていた。総合周産期母子医療センターに指定されていた都立墨東病院においても、週末には産科医は一人しかおらず、救急対応を制限せざるを得ない状況に置かれていたのである。

こうした医療崩壊の象徴が、同じ2008年10月1日からの銚子市立病院の閉鎖であった。そして、病院の全面的な閉鎖とはならなくとも、診療科や病棟の閉鎖、救急受入れの制限は全国各地の公立病院で頻発していた。お産のできない市、小児科専門医のいない病院、救急車のたらいまわし、自治体病院の民営化などは全国に広がっていたのである。2008年は地域医療の崩壊、病院崩壊の一つのピークであった。

##### <臨床研修義務化の副作用>

このような事態が起こった直接的なきっかけは、2004年から医師臨床研修が義務化されたことである。すなわち、地域の中心的な公立病院は、その多くが医師体制を大学医学部・大学病院からの医師派遣に依存していたのであるが、新しく医師免許を取得した医師が、自ら選んだ臨床研修指定病院で医師として必要な初期研修を始めることが義務付けられたことによって、その多くが大学病院以外のところでの研修を選択するようになった。また、地方から東京など大都市の病院に研修医が集中する結果となった。そのために多くの大学病院は自らの日常の診療にも差し支えるような医師不足となり、これまで派遣していた地域の病院から医師を引き揚げざるを得なくなったのである。

臨床研修義務化自体は、インターン闘争以来の医学生の多年にわたる要求にこたえたものであり、ある専門の分野しか診ることができない医師を生み出すことになる、それまでの新卒後直ちに大学の専門分化した科に所属する医師初期研修の在り方の見直しが迫られていたことに起因するものであり、国民の立場から見ても肯定的に評価されるべきことであった。しかし、例えば、北海道議会では2003年に臨床研修義務化によって大学への医師引き上げが起きることが懸念されているが（注2）、当然に起きることが予測された地域医療の

混乱について、厚生労働省をはじめ多くの人々が注目し対策を検討した気配は、必ずしも感じられない。臨床研修義務化の副作用についての認識が欠如していたといわれてもやむを得ないであろう。この点は厚生労働省の失政であった。

ただし、地域医療崩壊において、臨床研修義務化は単なるきっかけに過ぎず、崩壊はそれ以外のより根源的な原因によって引き起こされたのである。

### <医療費抑え込み政策によってもたらされた歪み>

日本の医療費が先進国の中では、対GDP比でみて最も低い水準にあるのは公知の事実であった(注3)。にもかかわらず、国民の平均寿命は世界で最も長く、乳児死亡率は最も低い水準にある。それ故に2005年時点では、WHOの健康達成度総合評価において、日本は第一位に位置づけられている。そのような到達を実現した要因は、食事その他さまざまな要因が考えられるであろうが、医療制度的な側面からいえば、厚生労働省も認め多くの人が指摘するところである保険証一枚でどの医療機関にもかけられるというアクセスの良さを上げることに異論はないであろう。

実際、日本の国民一人当たりの外来通院回数、人口当たり病床数はいずれもOECD諸国の中で第一位であり、平均在院日数は最も長く、一方、医師の数は、主要先進国の中で最も少ない(注4)。すなわち、日本の医療体制は、政府の激しい医療費抑制政策にもかかわらず、医師など医療従事者のまさに献身的な奮闘によって世界に誇るべき到達点を作ったといえるであろう。しかし、そのことは日本の医療に対して大きな歪みをもたらした。

### ①医師の過重労働

その第一は、絶対的な医師不足を背景とする医師の過重労働である。1982年、国際比較において日本の医師数はなお低い水準であったにもかかわらず、政府は医師数の抑制に転じた。結果、日本の医師、とりわけ病院勤務医は他の国の医師に比較して異常に多い患者を診なければならず、長時間で過密な労働に追い込まれてきた。過労死認定基準は、超過勤務(残業)時間が週20時間、月に80

時間を超えていることであるが、2006年の国立保健医療科学院のタイムスタディ調査によれば、じつに勤務医は男性の場合60歳まで、女性の場合50歳までこの過労死基準を超える時間外労働を行っているという(注5)。日勤・当直・日勤という連続32時間勤務は日常茶飯事である(注6)。そして実際に医師の過労死は発生していた(注7)。限度を超える過酷な労働はいつまでも続けられるものではない。例えば信頼する上司の医師が行政と対立して辞めるとか、患者から不当な非難を受けるとか、なんらかのきっかけがあれば、医師の退職一場合によっては集団的な一という事態は起こりうる。そして、実際に医療崩壊といわれた時期にこうした集団的退職は各地で頻発したのである。医師の過重労働は、もはやなんらかの改善なしには日本の医療システムの維持を困難とする状況にまで立ち至っていたのである。

### ②医師と患者の信頼関係の危機

第二は、医師と患者の信頼関係の危機である。日本の医療制度の上に述べたような優れた到達点にもかかわらず、日本人の医療に対する満足度は高くはないと思われる。例えば、健康についての意識調査で自分が「健康状態良好」と回答した成人の割合は、アメリカ88.1%、スウェーデン75.9%、フランス75.7%、韓国47.4%、日本32.7%となっていて日本はOECD諸国の中で下から二番目である(注4と同じP41)。さらに、日本・アメリカ・イギリス・ドイツ・フランス五か国の患者・住民に対する患者満足度調査では、満足という回答は日本が一番低くなっている(日本50.2%、アメリカ70.2%、イギリス69.6%、ドイツ75.2%、フランス62.8%)(注8)。また、日医総研は、2003年と2006年に「日本の医療に関する意識調査」を実施しているが、その2006年の調査によれば、患者自らが受けた医療に対する満足度は、84%という高さであるのに対して、日本の医療全体についての満足度は51%にとどまる。これには小泉改革などによる医療制度の改悪、患者負担増などとともに、マスコミによるさまざまな医事紛争や医療事故の報道が反映しているであろう(注9)。2006~7年ころまで、マスコミの医療に関する報

道は、医師・医療機関の側の責任を追及する姿勢が目立った。一方、このころにはモンスターペイシエントという言葉が、一般化している。

日本の外来診療についての「一時間待って三分診療」という言葉は、かなり以前からごくごく常識的に使われる表現であるが、先述した日医総研の2006年調査では、75%の医師が「よい医療を提供しても評価されない」と感じており、64%の医師は「患者に行った説明に不安」を感じている。すなわち、医療費が抑え込まれ、医療機関の経営を成り立たせるために諸外国の医師より数倍も多くの患者を診察せざるを得ない状況の中で、医師と患者間のコミュニケーションは十分ではなく、信頼関係は危ういものになっていったのである。この時期（2006～2008年頃）、インターネット上では、医療崩壊の原因として多くの医師が、この患者と医師の関係の問題（コンビニ受診やモンスターペイシエント）を第一の問題として上げていた。

### ③病院の経営危機と行政改革

第三に、病院の経営危機、とくに公立病院の行政改革とも関連する危機である。1998年以降2014年まで9回行われた診療報酬改定は、その合計において10.286%のマイナス改定であった（注10）。当然のこととして病院の経営は厳しいものとなる、とくに管理体制の弱さから機敏に診療報酬改定に対応できないところの多かった自治体病院の経営は厳しく、多くの自治体病院が他会計からの繰入金を超える赤字を続け、2009年にはおよそ7割の自治体病院が赤字になっていた。

さらに、小泉構造改革政権によって、「地方行政改革」が推進される。その方向は「市町村合併の推進・地方公務員の定員と給与の適正化・民間委託＝指定管理者制度の推進・第三セクターの抜本的見直し・地方公営企業の経営健全化等の推進」

（2004年12月24日閣議決定）であった。すなわち地方公営企業である病院が標的とされ、その改革が迫られることとなった。自治体の合併は、それ以前の市町村にあった公立病院の統廃合に連動していった。中には、合併の条件として公立病院の切り捨て（民間譲渡など）を条件とするところも

あった。

2007年12月には「自治体病院改革ガイドライン」が発表され、2008年度からは「財政健全化法」が施行され、自治体病院と自治体本体の連結決算が義務付けられた。すなわち、この連結決算の「実質赤字比率」が16.25%～20%以上の場合には、自治体が「早期健全化団体」に、30%を超えれば「財政再建団体」に指定される。「病院の赤字で市が潰れる」といわれるようになった。こうして自治体病院は、そもそもの存在意義やどのような在り方が地域住民にとって望ましいかという視点よりも、財政対策の視点から、経営効率化、経営形態の見直し、統廃合や民営化、民間譲渡などが進められていくこととなる。

すなわち、地域医療崩壊・病院崩壊は、積年の自民党政権の低医療費政策による日本の医療システムの歪みの蓄積が、とくに小泉政権の下で、診療報酬マイナス改定、地方行政改革＝公立病院改革の推進、国民・患者と医療機関の対立構造の演出、などによって飽和点に達し、医師臨床研修義務化を引き金に爆発的に発生した現象といえることができる。

（注1）『月刊社会民主』2008年4月 医療法人財団天心堂理事長松本文六

（注2）mineyuki.net/report/03\_3\_tei.htm 実際にはもっと多くのところで懸念されたと思われるが、有効な対策を準備できたところはほとんどなかったようである。

（注3）World Health Statistics 2013年版 High Income Countries の2010年度医療費国際比較など参照

（注4）OECD 編著 鐘ヶ江葉子訳『図表でみる世界の保健医療 OECD インデキータ2011年版』P63, P81, P85, P89,

（注5）湯地晃一郎「勤務医の過重労働：酷使される勤務医の実態と、その解消策」(INT) HUFF POST SOCIETY 2013年5月31日投稿

（注6）この医師の当直は、施設などの安全管理のためのその職種の通常の労働とは異なった勤務形態であるところの一般的な当直とは異なり、病棟患者の急変や時間外の救急患者への対応を要求される勤務形態であり、労働基準監督署によれば連続勤務と見做されている。

（注7）日経メディカル2007/8「顕在化する医師の過

労死」など参照

(注8) 塚原康博他「国際比較に見る患者満足度と製薬産業のイメージ」2006/11医薬産業政策研究所リサーチペーパーシリーズNo.34

(注9) 2005年には349件の医療事故報道が行われた。1件で数回の報道がされた事件も当然あるから、ほとんど毎日のように医療事故報道があったことになる。出口真弓「報道情報から見た医療事故の現状分析」日医総研 Annual Report 2005第一号。また、産婦人科の医師が逮捕される映像が全国に報道されて衝撃を与えた「福島県立大野病院事件」は、2006年2月のことであった。

(注10) 1998年-1.3%、2000年+0.2%、2002年-2.7%、2004年-1.0%、2006年-3.6%、2008年-0.82%、2010年+0.19%、2012年+0.004%、2014年-1.26% (名目は+0.1%とされているが、消費税増税補てん分を除くと実質1.26%のマイナスである。

## 2. 医療崩壊に対する住民の運動と政府・行政の対策

### <住民運動からの教訓>

医療崩壊に対して、それが住民の生活の基盤を脅かすものであるがゆえに、広範な運動がまきおこった。自治体病院の閉鎖や診療体制の縮小、経営形態の変更、民営化、民間譲渡などに対して、自治体病院としての病院の存続を求める運動が発展した。その全国的な概況は、前出拙稿『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動』(注1)に述べているが、そこから引き出されることは、次の様なことである。

第一に、病院の存在と役割(例えば救急取扱いや分娩の停止、病院の廃止など)にかかわる運動は、その要求の性質上、党派を超えた最も広範な住民の運動として発展している、ということである。そして自治体・行政サイドが存立について積極的な方向を打ち出した場合、運動は自治体と住民が一体となって持続的に前進し、多くの成果を上げている(注2)。

第二に、住民運動とその病院で働く医師との共同が成立した時に、その病院の存立や機能の向上に向けて大きく前進している。しかし、多くの場合、自治体病院の医師は大学派遣であり、その病

院への帰属意識は強くはない。そのために、労働組合運動や民主運動が医師への働きかけを積極的に進めるにも困難が多く、共同が成立した事例は多くはない。

第三に、病院の地方独立行政法人化や指定管理者制度など病院の経営形態が問題となった場合には、そこでの労働組合運動や民主運動などの力が大きければ、次第に「公立病院は自治体の直営で」という世論を大きくしていき、それなりに政治的な争点となり、地方選挙などで論じられるケースも生まれた(注3)。しかし、いくつかのところでは、病院の医師体制が破たんし、診療を続けるには医師体制を保証できる場所に依頼するしかない、という行政の長の主張がやむを得ないものとして住民に容認される場合もあった(注4)。

医療崩壊にかかわる住民運動は、多くの場合、自治体病院で働く職員の労働組合が、自らの職場の存続の危機に際して、そのことが地域住民の命を脅かすものでもあるととらえ、地域住民に訴え、自治体に存続のための対策を要求し、「守る会」のような組織を結成するというパターンが見られる。この場合、労働組合に医師は組織されていないことが多く、病院幹部との関係では、使用者と労働者という枠組みを乗り越えて共同行動を成立させ、さらに自治体と協力しているケースがかなり見られるが、そうでない事例—病院や自治体とは一線が画され、医師との共同に踏み込めない—もある。

一方、患者・住民が主体となって患者の受診行動などの啓蒙に取り組み、病院幹部との共同を進めて、医師の確保と定着をめざす運動も現れた。典型は「県立柏原病院小児科を守る会」である。このタイプの運動は行政が取り込みをはかる場合があり、いくつかの自治体ではこうした住民のコンビニ受診の抑制や医師への感謝を表現しようというスローガンを取り入れた地域医療を守る条例が制定されている(注5)。

医療崩壊に対して、自治体がすべて地域医療を守る立場で対処したわけではない。逆に、多くの場合、行政改革推進の立場から病院再編成と称して病院つぶしを進める例も多く見られた。地域医療と自治体病院を守る住民運動は、病院の医師と

の共同を迫及しつつ、自治体が地域医療を守る姿勢に立つところまでを展望しなければならない。

(注1) 巻末資料参照

(注2) 例えば、青森県金木町の公立金木病院の救急医療体制を守る運動(2006年12月～2007年10月～)、岩手県のいくつかの自治体の住民運動との連携、長野県上田産院の存続運動(2005年8月～2006年4月)、市立大町総合病院を守る会(2010年～)、兵庫県立柏原病院小児科を守る会(2007年～)など

(注3) 例えば前出金木町の場合、県議会選挙のこの地域での争点となり、「集約化やむなし」という候補に「救急体制を復活して地域医療を守る」という立場の候補が勝利した。また、東京では、三つの小児病院を一か所に再編成するという都の計画に対して、2009年の都議会選挙では小児病院の廃止反対を主張する党派が過半数になった。しかし、民主党が再編成容認に方針を変更し、再編は強行された。

(注4) 例えば静岡県牧之原市の榛原総合病院は医師体制が崩壊し、県の地域医療再生計画では、急性期医療は不可能になったとして近隣市の病院の後方病院とする方針を打ち出した。これに対して牧之原市は徳洲会を指定管理者にして急性期医療を続ける選択をした(2009年)。生駒市立総合病院も2005年に医師不足から閉鎖された病院を指定管理者で再開。水見市民病院は大学病院を指定管理者にした。また、医師会を指定管理者にするケースもあるが、特に目立っているのは「地域医療振興協会」が受け皿になるケースである。

(注5) 2009年7月奈良県条例第11号「奈良の地域医療を守り育てる条例」、2009年9月延岡市条例第29号「延岡市の地域医療を守る条例」、その他尾道市、美弥市、西脇市、美里町で同趣旨の条例が知られる。

## <病院崩壊に対する国の対策はどうであったか> 「医師確保対策」

### 1 臨床研修の見直し

臨床研修義務化の前年、2003年には新たに医師になった者の72.5%が大学病院で研修し、地域の臨床研修指定病院で研修を始めた者は27.5%に過ぎなかった。それが臨床研修義務化後は地域に出る新卒医師が急増し、5年目の2008年には、大学病院46.4%、研修病院53.6%となっている。この

年4月1日現在、臨床研修指定病院は管理型が1,004、協力型1,298、協力施設5,047を数え、臨床研修指定を受けている大学病院の管理型は109、協力型が24である。このように大学病院で研修する医師が減少した結果、地域の自治体病院からの医師引き上げが起こったことは前述した。そこで2008年8月、大学病院における研修プログラムの「弾力化」が打ち出された。すなわち、大学病院で専門分野を2年目から研修できるように、基礎研修の内容を大学病院で研修する場合には減らすことにしたのである。その結果2010年には、新卒医師の研修先は、大学病院47.2%、臨床研修指定病院52.7%と若干大学病院で研修する者が増加した。しかし、2013年には大学病院42.9%、臨床研修指定病院57.1%と2008年以前と同じ状態になっている。このように2008年の臨床研修の見直しは、もともと臨床研修義務化の理念にもそぐわないものであり、大学に医師をプールしてそこから地域病院に医師を派遣するという以前のやり方に復帰することは、著しく困難であることを示すものとなった。

一方、地方の医学部出身者が東京などの大都市の研修病院に集中して地方の医師体制が弱まった問題については、同時期の見直しで大都市の臨床研修受け入れに一定の上限が設けられ、結果、2013年には東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡の6県を除く県の新卒医師の採用実績は過去最高になった。とはいってもこの年の新卒医師採用の実数で見ると、6県が3,493(45.5%)、それ以外が4,181(54.5%)と大都市集中傾向に変わりはない。

### 2 医師養成数増加と地域枠設定

厚生労働省は、医療崩壊の初めころには医師数の絶対的不足を認めようとせず、地域のないし専門科別の偏在が問題であるという見解であった。しかし、これは実際とはかけ離れた見解であった。過労死を生み出すような医師の労働状態は、医師の絶対的な不足をその原因としていることは明らかであったから、医師ユニオンなど勤務医自身の医師増員を求める運動が盛り上がり、次第に「医師を増やせ」という世論を形成していった。2008

年2月超党派の「医療現場の危機打開と再建を目指す議員連盟」が結成され、この年、1982年の医師数抑制・1997年の医学部定員削減の閣議決定が見直された。医学部の定員は2008年の7,625人から2013年には9,041人と増加した。

また、医学部定員のうちいわゆる「地域枠」の設定が行われた。これには県が大学と契約して枠を設け、奨学金とセットで卒業後その県に勤務する（概ね月額10万～15万円の奨学金で奨学金を受けた期間の1.5倍の期間その県の医療機関に勤務すると返済が免除されるという例が多い）、その県の出身者を別枠で入学させる、出身県にはこだわらないが卒業後地域医療に加わることを義務付ける、など種々のタイプがあるが、2011年の段階で67大学1,292人の地域枠が設けられた。

この医学部定員増や「地域枠」の直接的効果はこれからであるが、医師数抑制から増員へ国の基本方針が転換されたことの意義は大きい。

### 3 懸念される医師の労働条件改善

このように医師数は増加していくのではあるが、それで果たして前述したような医師の過重労働は改善されるのであろうか。この点について先に引用した湯池論文は、非常に重大な問題を提起している。すなわち、医師数全体は2010年と2035年を比較すると46%増加するが、60歳以下の医師数は18%の増加にとどまること、また、女性医師の割合が2010年の15%から2035年には27%に増加すること、国民の高齢化の進行によって死亡数が激増することなどを考えると、現状による医師増加数の予測では、医師の労働条件の改善は覚束ないというのである。確かに医師数全体の増加という数字のみで、医師養成数や医学部の新設などの問題を判断してはならないであろう。この指摘を国はしっかり受け止めて、せめてEU諸国なみに医師の週48時間労働制を実現できるような計画を立て、実現していく必要があるであろう。

#### 「診療報酬改定と自治体病院の経営改善努力」

診療報酬の改定は、全体としては1998年から2014年まで合計で10%を超えるマイナス改定であることは前述した。しかし、その中で2010年と

2012年は僅かとはいえプラス改訂であった。しかも大規模病院に引き上げ幅が傾斜され、勤務医の労働条件改善などの対策（医師事務作業補助者の配置など）も行われた。その結果は劇的であった。2009年度にはおよそ7割の自治体病院が他会計繰入金を超えて赤字であったものが、2010年度には6割が黒字へと転換したのである。

しかし、自治体病院の経営改善は、診療報酬改定の効果だけではなかった。もともと自治体病院の赤字の原因は、「人件費が高いから」という「常識的」な認識にもかかわらず、実際には収益との関係であらわされる人件費率は民間の医療機関である民医連などよりも低い傾向が多くのところで見られた。赤字の直接的な原因は「材料費率」「経費率」「減価償却費率」「支払利息率」により大きな比重で存在することが明らかであった（注1）。これは管理問題である。すなわち、多くの自治体病院の事務長などの事務系管理者は、数年の短い任期で交代し、管理に精通することができないことが多かった。また、開設者である自治体が医療や病院の運営について見識をもって援助することができれば、地方公営企業法の一部適用という制度は保健予防と医療・福祉を含めた総合的な施策を進めるということでも住民の意思を反映するという点でも積極的な意義を持つのであるが、そうでなければ消極的ないし無管理的な病院管理に陥る場合も多かったのである。これが2009年ないし2010年ころから大きく変化する。多くの自治体病院で材料費率や経費率の低下や対前年での実額低下が見られるようになったのである（注2）。薬もジェネリックが使われるようになり、院外処方も見られるようになった。これには、先述した「自治体病院改革ガイドライン」に準拠して多くの自治体病院で作られた「病院改革プラン」の実行など、病院自身の経営努力が反映しているといえよう。自治体病院の経営が改善していくことは当然積極的に評価されるべきことである。然しながら、その改善が職員の自覚的な労働意欲の高まりや患者の増加など地域住民の支持を要因として実現されるのではなくて、不採算医療の切り捨てや差額徴収の強化など自治体病院の本来の在り方に背くやり方で追及されるのであれば、「角を矯めて牛

を殺す」ものといわなければならない。

(注1) 八田英之「千葉県における公的病院の再編縮小問題と地域の課題」シンポジウムレポート『いのちとくらし研究所報』No.26、P.25、同「千葉県と宮城県の地域医療再生計画について」おなじく所報No.32、P.38

(注2) 八田英之「千葉県自治体病院の2009 VS 2010経営実績比較」おなじく所報No.40

### 「地域医療再生計画」

国の地域医療崩壊に対して対処した施策の一つが、自民党麻生政権の下で打ち出された「地域医療再生計画」である。初めは一つの計画に対して100億円などともいわれたが、政権交代もあり、2009年度補正予算では、各県2事業、1事業について25億円ずつ基金が認められることになった。各県の再生計画は基本的に二次医療圏について医療提供体制の確保、県としての医師確保対策（地域医療講座などの寄付講座による病院への医師派遣、地域枠の設定や医学生への奨学金の増額など）、救急搬送体制の整備などが盛り込まれた。

しかし、この地域医療再生計画には大きな問題点があった。国の「地域医療再生計画作成指針」によれば、50億円を超える事業で2億円以上再生基金を交付する場合には、病床過剰地域では10%、非過剰地域では5%の病床削減が義務付けられ、80億円を超える事業の場合には病院の統合・再編が義務付けられたのである。これは地域の病院の医師体制が総崩れ的に崩壊する中で、産科や小児科を中心にいわば緊急避難的に提唱されるようになった「人材の集約化」という主張を取り入れたかの装いの下に、地域医療の縮小再編成を促進するものに他ならなかった。しかも、多くの場合、再編統合計画は現場の医師や職員、地域住民の要求や意見を十分に踏まえたとは言えない行政サイドの机上プランであるために、人材の集約化という点では失敗に終わるケースが多く見られ、結果としては医療供給体制の後退をもたらしている。

地域医療再生基金は、2010年度の第二次計画では主に全県的な三次医療圏の整備が意図され、2011年6月までに各県の計画が提出された。ただし、東日本大震災の被災三県（岩手・宮城・福島）の計画提出は11月に延期され、さらに2011年度補

正予算と2012年度予備費で被災三県への再生基金の上乗せが行われている。第三次といえる2012年度補正予算では、2013年度までに事業を始めるものを対象に、南海トラフ大地震対応や医師確保対策、在宅医療推進などが課題とされている。

政府の医療崩壊以降の対応は、医師数の問題などではそれまでの抑制政策を転換せざるを得なかったという面が見られるものの、地域医療再生計画においては医療供給体制を縮小再編成する意思が貫かれており、とくに自民党が政権に復帰して以降は、2014年のマイナス診療報酬改定、「地域包括ケア」を旗印にした医療と介護の一体的改悪、7対1看護を標的にした急性期病床の大幅削減など医療供給体制面からの医療費抑制政策が前面に据えられ、さらに経済特区などを利用した医療の営利産業化の側面も表れていると言ってよいであろう。

## 3. 自治体病院の現状と展望

「医療崩壊」という言葉は、マスコミの上では聞かれなくなった。自治体病院の経営状態は小康状態にあるとあってよいであろう。では、これから地域医療は安定・充実に向かうのであろうか。それに答える前に日本の病院の状況、地方独立行政法人、指定管理者などの実態を確認しておく。まず、国や自治体の病院の数はどうなったのであろうか（(表1)参照）。

1 国と公立・公的病院の数は、2000年の1,732から2013年の1,523に減少した。医療法人などその他の病院も減少しているが、全体に占める割合でみると国・公立・公的病院が18.7%から17.8%にその比率を下げている。病床数では、30.4%から28%と2%以上比率を減少させている。この間に日本の病床は70,655床減っているが、実にその82.8%が、国・公立・公的病院での減床である。

個人病院の減少は閉鎖などもあろうが、医療法人化したところが多いと思われる。

産婦人科と小児科の減少には、経営的に困難であったり（小児科）、医事紛争が多く（特に福島県立大野病院産科医逮捕事件（2006年2月18日）

(表1) 2000年～2013年3月末 開設者別病院数比較

	病院総数 2000年	病床数	同2013年3月	病床数	
国	359	144,649	274	115,272	*独法を含む
公立(自治体)	1,071	356,100	960	326,968	*地独法を含む
公的	302	38,522	289	34,544	
医療法人	5,387	795,089	5,718	853,346	
個人	1,173	101,620	338	32,150	
その他	843	211,273	984	214,318	
合計	9,413	1,647,253	8,563	1,576,598	

産科・小児科を標榜する施設		
	1990年	2007年
病院・産婦人科 ・産科	2,189 270	1,344 195
診療所・産婦人科 ・産科	5,388 604	3,622 759
病院・小児科	4,119	3,015
診療所・小児科	27,747	25,318

(厚労省データなどにより筆者作成)

(表2) 地方公営企業、地方独立行政法人、指定管理者

1 地方公営企業(年鑑より筆者作成)			
	2006年	2012年	差
病院事業	669	643	-26(事業統合・独法化・民営化など)
職員数	228,806	218,254	-10,552(26事業一か所あたり406人)
決算規模	46,885	44,782	-2,103億円

の影響は大きかった)志望する医師が少ない(産婦人科)ことが原因としてあげられている。

こうした数字を見ると、この間の地域医療の崩壊はまさに自治体病院の崩壊であり、自治体が自らの財政危機を理由に自治体病院の役割よりも財政効率を優先し、結果としては自治体病院の縮小や閉鎖によって地域医療を崩壊させ、住民が安心して暮らせない地域にしてしまい、地域そのものの崩壊につながるのではないかと、言わざるを得ない状況がある。

次に自治体病院の経営形態はどう変化したであろうか((表2)参照)。

独立行政法人化などで地方公営企業の病院事業の数は減少している。従って職員数も減少している。詳細は本報告書の山本報告と根本報告を参照

していただきたいが、総収支は2010年度以降実質黒字であり、料金収入は横ばい状態、企業債・他会計繰入金・累積欠損金(2009年が最多)はいずれも減少している。一方、建設投資額は増加している。

2 指定管理者の導入状況(日本PFI・PPP協会 2010年9月末時点)によれば、指定管理者を導入している病院は日本全体で61、指定管理者に移行を予定15、指定管理者を含め再検討中193となっている。

3 地方独立行政法人(大学事業と地方公営企業)一覧(2013年4月1日現在)

北海道(札幌医科大附属1)、秋田(脳血管研究センター・県立リハビリ・精神医療センター、

県立医療療育センター 計3)、宮城(県立こども病院、宮城県立病院機構=循環器・呼吸器センター、精神医療センター、ガンセンター 計4)、山形(山形県・酒田市病院機構=日本海病院、酒田医療センター 計2)、福島(県立医大附属病院1)、栃木(新小山市民病院1)、東京(東京都健康長寿医療センター=旧養育院550床1)、神奈川県(県立病院機構=足柄上病院、こども医療センター、ガンセンター、循環器・呼吸器センター、精神科芹香病院、せりがや病院 計6、横浜市立大学 附属、市民総合医療センター 計2、千葉(さんむ医療センター1)、山梨(県立病院機構中央病院、北計2)、岐阜(県総合医療センター、県立多治見、県立下呂温泉 計3)、静岡(県立病院機構=県立総合、こころの医療センター、こども病院 計3)、三重(県立総合医療センター1、桑名市総合医療センター1は現在の3施設を一つに統合予定)、京都(公立大学法人=府大・府医科大 附属病院、北部医療センター、小児医療センター、脳血管老化研究センター、計3~4 京都市立病院機構=市立、市立京北 計2)、大阪(府立病院機構=急性期・総合医療センター、呼吸器・アレルギー医療センター、精神医療センター、成人病センター、母子保健総合医療センター 計5 大阪市大附属1、堺市立病院機構1、りんくう総合医療センター1)、兵庫(神戸市民病院機構、市立、市立西 計2、加古川市民病院機構=西、東 計2、明石市立市民病院1)、奈良(県立医大付属1)、和歌山(県立医大付属、紀北 計2)、岡山(精神医療センター 1)、広島(府中市病院機構=JA府中、府中北 計2 今後統合予定) 山口(県立病院機構 県立総合、こころの医療センター 計2、下関市立市民病院1)、福岡(九州歯科大 附属1、福岡市立病院機構=市民、こども 計2、大牟田市立病院計1、筑後市立病院1、川崎町立病院1、くらて病院1)、佐賀(県立病院好生館1)、長崎(北松中央病院1、長崎市立病院機構=市民、成人病センター計2ただし2014年統合予定)、沖縄(那覇市立病院1)

\* 1 上の計で独立行政法人の病院は82になる。うち、大学法人の病院が11である。

\* 2 千葉の東金・九十九里医療センターは、法人は発足しているが、病院は2014年4月開設なので含めていない。

以上の結果、自治体病院総数960に対して、独立行政法人病院82、指定管理者病院76(予定を含む)ということになる。それぞれ8.5%、7.9%を占める。

法人形態の問題は、今後も各地で議論されていくこととなろう。しかし、既に述べたように法人形態の問題が病院の困難を解決するうえでの万能薬では決してない。独立行政法人になれば問題が解決するかなのような議論は論外であろう。

自治体病院のあり方の議論は、何よりもまず、その存在意義の確認から始められねばならない。医療の存在は、教育と同様に住民が住み続けられるためには、不可欠である。とりわけ高齢化や住民の数が少ない自治体の再生の上では、まず自治体が医療の確保を行わねばならない。過疎地域で私立の医療機関が存立するのは困難である。存在し、開業医では困難な分野を担い、地域医療ネットワークを形成し、保健予防から介護・福祉問題にいたる包括的な体系の中に自治体病院が位置づけられねばならない。

自治体病院の経営問題は軽視してよい問題ではない。しかし、その問題の中心点は管理問題である。病院が機動的に状況に対応できるような権限を持つことは重要である。それと同時に地域に開かれた病院でなければ自治体病院の役割を十分に果たすことはできない。

独立行政法人化の場合、運営委員会などで経営などの情報が公開され、住民の声が十分に反映される仕組みがなければ、閉鎖的になり、一般の病院と変らないことになりかねない。それでは本末転倒ではないだろうか。

自治体が地域医療に対する見識をもって医師など医療従事者との信頼関係をいかに築き、病院がいかに地域に根ざした病院となっていくかが、展望の根本的な問題ではないだろうか。

## まとめ

### 「岐路に立つ公立病院」

地域医療を形成する主体は、自治体（首長・職員）・病院（医療従事者）・住民患者の三つである。医療崩壊の中でともかく急場の対策として、病院の存在が最優先され、民営化等様々な事例が生まれた。たしかに、一定の人口的、時間距離的範囲に救命救急に対応できる病院が存在することは、生存権保障の一つとして実現されねばならない最低条件である。しかし、それだけで地域医療が完成するわけではない。保健予防から救急救命、リハビリから介護福祉に至る総合的な地域医療と福祉が「いつでも どこでも だれにでも」保障されるという理念に向かって、時間をかけた総合的な取り組みが必要とされているのである。この視点から見ると、今、地域医療と自治体病院は岐路に立たされているように思える。独立行政法人化や指定管理者になった自治体病院は、地域住民・患者の運営への参加が保障されないなら、地域医療の一つの分野をただ担当するだけの存在になりかねない。また、自治体病院が経営的側面のみを重視し、不採算医療から手を引くなどの方向を強めるなら、それは自治体病院としての自らの存在意義を否定することになりかねない。国の進める自治体病院などの統合再編成は、公的医療提供は高度医療など地域医療のごく一部にとどめ、医療費を供給面から抑制するという考え方に貫かれている。この道を進み続けるなら、公立病院はその役割を低下させ続け、地域住民の支持を失い、かえってその存続さえも保障されないことになるであろう。

一方、住民の側から見れば、救命だけでなく、水準の高い慢性疾患医療やリハビリ、在宅医療と福祉などが有機的に組み合わせられた共同の営みとしての地域医療が必要とされているのである。それを保証するためには、高度医療や救急救命センターに取り組む自治体病院も、地域に開かれた病院として運営に住民患者や地域医療機関の参加を

求め、主体的な地域医療の担い手となることが期待されるのである。

医療崩壊に対する住民運動は、住民患者と医師が団結し、自治体が地域医療を確保する断固とした姿勢を確立した時には、病院の存立と地域医療の前進が実現したことを明らかにした。とくに、規模の小さな自治体病院に於いてこうした先進的な到達が見られる。

そもそも日本の自治体病院は、1960年代始めまでのわずかな時期を除いて、その独自の存在意義を鮮明にされてこなかった。しかし、例えば、いま地域の人口減少、高齢化、過疎化、などなど地域崩壊と言える現象が既に進行し始めている。しかし、地域人口の減少は逆らえない自然現象ではない。子育てのしやすい環境を作り、都会から流入人口を受け入れて人口の社会的な増加に成功している自治体も生まれている。地域包括ケアが叫ばれているが、その中心にしっかりした病院がなければ、田舎では介護事業も成り立たない。そうした視点で改めて地方の中小規模の自治体病院の役割を見つめ直してみるべきではないだろうか。

時あたかも安倍政権は、2025年に向けた社会保障制度の改革を進めている。県の責任で保険と供給体制の一元的な費用抑制、地域医療ビジョンの名のもとにさらなる病床削減が進められようとしている。重大なことは、これと地方創生が結び付けられていることである。地方創生とは、過疎化が進む地域で住民を「小さな拠点」と「コンパクトシティ」に集め、行政需要を抑制しようというものである。これが実行されたならば既存集落は加速度的に消滅していくであろう。これは亡国の道である。しかし、こうした机上の作文がそのまま実現していくとも思われない。現実には、いま現に生活しているその場所で地域を再生していく様々な動きが生まれている。

いま、日本の地域医療と自治体病院は、国の進める地域医療の縮小再編成と地域崩壊の道か、地域住民・患者と病院、自治体が手を結んで地域の医療と福祉を民主的に築き、地域を再生していく道を進むのかの岐路にある。

## 第3章 地域医療・自治体病院再編の動向と住民・労働組合の取り組み

山本 裕

### 1. はじめに

地域医療と自治体病院運営の困難の主な要因は、歴代政権の医療構造改革、自治体構造改革、医師養成の抑制政策などにあり、近年においてはこれらの具体化の一つである「公立病院改革ガイドライン」(2007年作成、以下「ガイドライン」)や「地方財政健全化法」(2007年施行、以下「健全化法」)による自治体締め付けが、医療崩壊といわれる事態を加速する要因の一つになってきた(資料①)。

このうち「ガイドライン」は、2007年12月に、当時の小泉内閣のもと社会保障費削減政策の一環として策定された。その中で、2008年度中に各自治体で「病院改革プラン」を作成し、2009年度から5年間(「経営の効率化」は3年程度、「再編ネットワーク化」と「経営形態の見直し」は5年程度)で、その具体化を進めることなどが求められていたので、2014年3月末で「ガイドライン」の設定期間は終了した。

こうしたことから安倍内閣は、「骨太方針2014」(「経済財政運営と改革の基本方針2014」、6月24日閣議決定)において、「歳出分野における重点化・効率化」の項の中で、医療・介護総合確保推進法に基づく地域医療構想の作成に合わせて「今年度中に新たな公立病院改革ガイドラインを策定する」ことを明らかにした。

安倍政権は、国民の声を無視して国会の数の力で強権的・反動的政策を強引に推し進めるとともに、医療機関の運営に大きな打撃となる消費税増税の強行、診療報酬の実質マイナス改定、「社会保障と税の一体改革」路線による病床削減や医療機関の再編、新成長戦略・国家戦略特区などによる医療の産業化・営利化など、地域医療と病院運営に一層の困難を持ち込む動きを強めている(資料②③)。

こうした中で示された「新たなガイドライン」策定の方針は、都道府県が定める地域医療構想での病床削減や医療機関の再編を民間・公的医療機関等に求める前提として、「自治体自らがまず率先して新たな公立病院改革を」との口実で自治体病院再編の動きを激化させ、地域医療崩壊といわれる事態をさらに深刻にする危険がある。「新たなガイドライン」(本稿執筆時点では未策定)をはじめ政府の医療政策の動向を注視するとともに、これに対置して、地域医療・自治体病院の充実を求める運動をより一層強化することが求められている。

今後の取り組みを進めるうえで、自治体病院再編の背景や地域医療・自治体病院の現状分析、住民運動の教訓などを踏まえることが重要と考えるが、これらについては第2章の八田論文で報告されているので、本稿では主に筆者が数年前まで参加してきた自治労連の運動やその後の調査資料などを材料に、地域医療・自治体病院再編の動向、自治体病院労働組合や地域住民の運動などについて振り返って考える。

### 2. 地域医療・自治体病院再編等の近年の動向

#### (1) 「官から民へ」の「途中駅」と「終着駅」

「ガイドライン」等の具体化の中で、自治体病院の「廃止」や「統合・縮小再編」、「運営形態の見直し」などの動きが各地で激化してきたが、その内容を経営形態の類型を中心に分類すると、大きく次の5つになると考えられる。

まず一つ目は、「自治体病院の廃止や民間への移譲・売却」だが、これは自治体が病院の運営そのものから撤退するものであり、自治体の地域医療への公的責任の放棄が露骨な形で現れた。

二つ目は、「自治体病院の統合・縮小再編」で、「再

編ネットワーク化」という耳触りのよい言葉で語られることもあるが、これは、一定の地域内にある自治体病院等を統合・再編して一つの拠点病院等をつくるかわりに、他の病院は廃止したり診療所にしたりするもので、医師の一層の流出の引き金になったり、地域医療のバランスを崩し、拠点病院への患者の集中などで新たな困難の要因になっているところもある。

三つ目は、新しいリストラのツールを使った「経営形態の見直し」で、自治体病院の直営での運営をやめて、地方独立行政法人化（以下、独法化）や指定管理者制度での公設民営などにすることで、自治体病院がなくなるという露骨なものではないが、自治体の地域医療への責任を弱め、病院運営の中味を変えようとする動きといえる。

四つ目に、地方公営企業法の「一部適用」から「全部適用」への移行という動きで、これは指定管理者制度や地方独立行政法人制度などの新しいリストラのツールではなく、以前からあった制度で、「全部適用」になっても自治体直営病院であることには変わりはない。しかし、自治体の財政困難などのもとでこの制度を悪用して、自治体の病院運営への責任を縮小しようとする自治体の思惑から出てきているところもある。

五つ目に、「病院建設や運営等へのPFI方式の導入」で、病院建設等への民間資金の「活用」などと併せて、医師・看護師業務などをのぞく部分の運営を営利を目的とする株式会社に長期一括委託するものであり、「病院運営への株式会社の参入」の直前のようなものともいえる。

それぞれの自治体当局がこれらの中で何を選択するのは、それぞれの地域や病院の事情、自治体当局や議会の思惑、住民運動との力関係などで違って来るが、これらを自治体当局が、「官から民へ」の「構造改革」の中に位置づけているところでは、自治体病院の廃止や民間への売却などの「終着駅」に向かう、いわば「途中駅」として出されてきたといえる。

こうしたもとの自治体病院の経営状況や病院再編等の変化については、「ガイドライン」に基づく「病院改革プランの策定」などの動きが激化した、2008年度以降の5年間の自治体病院事業の決算資料（地方公営企業年鑑、本稿執筆時点では2013年度分は未発表）などから次のようなことがうかがえる（なお、2002年度以降の自治体病院の損益状況の推移や自治体病院の財政制度等については、第4章の根本論文で報告されているので参照されたい）。

## （2）病院数・病床数・職員数等が減少。しかし依然として85%は直営で運営。

地方公営企業決算対象病院数の推移（2008年度から2012年度）は、表1の通りである。2007年策定の「ガイドライン」や「健全化法」などの影響で病院の減少数が年々増加し、この5年間では110病院減少（各年度の減少数と増加数の差の合計、2003年度から2007年度の5年間の減少数は50）している。減少数の内訳は、統合13、廃止8、診療所化42、独法化50、民間移譲15、その他23で、近年の傾向としては、独法化が増えてきている。（自

（表1）地方公営企業・決算対象病院数の推移（地方公営企業年鑑より作成）

年度	20 (2008)	21 (2009)	22 (2010)	23 (2011)	24 (2012)	過去5年間の 合計	
病院数	936	916	883	863	847		
増加数	4	11	9	9	8	41	
減少数	25	31	42	29	24	151	
減少数の 内訳	統合	1	4	4	1	3	13
	廃止	2	1	2	3	—	8
	診療所化	16	6	6	9	5	42
	地方独法	3	7	22	11	7	50
	民間譲渡	1	6	4	3	1	15
その他	2	7	4	2	8	23	

治体直営病院から指定管理者制度で公設民営に移行した病院は、地方公営企業に含まれるので減少数には入っていない)

独法化は、自治体直営の病院を廃止し、自治体が出資して設立する地方独立行政法人の運営に移行するものだが、病院そのものがなくなるわけではなく、地域医療への矛盾が直ちには表面化しにくいため、自治体当局が再編等の有力な選択肢にしていることが想定できる。また独法化した場合には、地方公営企業決算対象病院ではなくなり、「健全化法」による自治体本体決算との「連結」を回避できるため、この手法を選択した自治体も少なくない。(なお地方独立行政法人の病院についても、自治体の関与が全くなくなるわけではないので、引き続き自治体の公的責任の発揮を求める運動的立場から、以下、「自治体病院」の中に含めて記載している。)

同じ5年間で、地方公営企業法の全部適用病院は、286病院から360病院へと74病院増えている。

こうした結果、2012年度末における自治体病院の経営形態は、地方公営企業法の一部適用415、地方公営企業法の全部適用360、指定管理者制度72(代行制21、利用料金制51)、地方独立行政法人64になっている。自治体直営(地方公営企業法の一部適用および全部適用)で運営している病院は合計775病院であり、全体の約85%は依然として自治体直営の運営になっている。

また、PFI方式を導入して運営している自治体病院は、総務省や日本PFI・PPP協会などの公

表資料などから判断すると、契約を解除した2病院を除いて12事業13病院あると考えられる。しかし、いずれも自治体としてのPFI実施方針は2009年度以前に公表されており、2010年度以降に実施方針を公表しているのは1ヵ所(大阪府立成人病センター)のみで近年は足踏み状態になっているようである。その要因として高知医療センターや近江八幡市立総合医療センターなどの破たん事例が社会問題化したこと、「ガイドライン」でさえ導入に慎重姿勢をしめしていたこと、その後の東京都立病院のケースでもPFI導入4病院と非導入4病院の収支比較で、導入病院の方が経営が悪化しているのではないかと指摘される状況になっていることなどが考えられる(資料④)。

こうした下で、表2のように、病床数は2012年度までの5年間で、223,579床から196,124床と27,455床減少(この間に、地方独立行政法人の病床は17,933床増)し、一日平均入院患者数は、165,358人から146,083人、一日平均外来患者数は、396,132人から349,003人、職員数は、227,189人から218,254人へ、それぞれ19,275人、47,129人、8,935人減少している。一方、患者一人一日当たり料金収入は、入院が37,085円から42,573円に、外来が9,942円から11,055円に、それぞれ5,488円、1,113円増加している。

### (3) 赤字の病院数は約19%減少、地域医療や患者さんへの影響の検証が必要

また、病院事業会計決算(地方独立行政法人は

(表2) 地方公営企業決算における5年間の変化

	2008年度	2012年度	差
病床数	223,579床	196,124床	△27,455床
入院患者数(一日平均)	165,358人	146,083人	△19,275人
外来患者数(一日平均)	396,132人	349,003人	△47,129人
職員数	227,189人	218,254人	△8,935人
一日一患者当たり収入(入院)	37,085円	42,573円	+5,488円
一日一患者当たり収入(外来)	9,942円	11,055円	+1,113円
経常損益(単位:百万円)	△184,488	12,108	+196,596
不良債務(単位:百万円)	57,549	10,605	△46,944
経常損失を生じた病院の割合	70.9%	51.6%	△19.3%
他会計繰入金割合(経常収益比)	13.7%	12.9%	△0.8%

(地方公営企業年鑑より作成。地方独立行政法人に移行した病院分は含まれていない)

対象外)の全体の状況は、2012年度決算を2008年度決算との対比で見ると、経常収益に占める繰入金の比率が13.7%から12.9%と減少しているものの、単年度の経常損益の集計では、△1,845億円から+121億円と黒字に転化している。経常損失病院数の比率(いわゆる赤字病院の比率)は、70.9%から51.6%に減少し、「不良債務額の集計」でも575億円から106億円と約469億円減少している。

こうした決算状況になっている主な要因は、個々の病院ごとに事情が異なるために個別に検証することが必要だが、多くのところで共通している要因として、診療報酬のマイナス改定に歯止めがかかり中規模以上の病院等で一定の改善効果を生み出したこと、この間の運動で自治体病院の不採算医療や救急医療などに対する地方交付税措置が2009年度から3年連続で増額されたこと、この間の公務員給与の削減等による人件費減、各病院で患者一日当たりの料金収入のアップや医薬品の共同購入をはじめ様々な「経営努力」が重ねられたことなどがあげられている。また、「ガイドライン」などの締め付けに対抗するため、自治体・自治体病院当局者等が病院経営のマネジメント能力を高めたことも要因のひとつといわれている。

一方、先ほどの表1にもあるように、病院の廃止・民間移譲・診療所化・独法化などで、2008年度から2012年度の間には地方公営企業対象病院が110病院も減少(うち、50病院は独法化)しており、「赤字要因」を切り離したことによる、いわゆるリストラ効果が大きく影響していることも考えられる。

地域医療や住民の実態を無視した自治体病院の再編や不採算医療の切り捨て、診療報酬の高い「稼げる医療」へのシフトなどによって作り出された「黒字」になっているのではないか、それぞれの病院での地域医療や患者さんへの影響を含めた検証が必要になっている。

全体としては、この間の政府の低医療費政策や「ガイドライン」をはじめとする様々な締め付け政策の下で、自治体が地方公営企業として運営している病院は、病院数・病床数・患者数・職員数とも減少傾向にあるものの、各地域での住民のみ

なさんの取り組みなども反映して、依然として多くの病院が廃止や診療所化・民間譲渡などの選択肢を取ることなく地域医療を守るためにギリギリのところまで踏ん張っている状況がうかがえる。

「ガイドライン」は、地域医療の実態や改善を軽視するとともに自治体病院の役割を矮小化し、経営効率最優先での「病院改革」を押し付けるものであったため、その策定当初より、自治体としての「医療政策抜き」の病院再編・見直しが見えぬ地域医療がいつそう後退することが指摘されていたが、まさにそうした事態が広がってきた。

政府の「新しいガイドラインの作成」に当たっては、こうした事態をしっかりと総括し、医療費抑制の手段とするのではなく、真に地域医療と自治体病院の充実・改善に資するものとなるよう真摯な検討が求められている。

### 3. 病院再編等の具体的事例と住民・労働組合等の取り組み

#### …指定管理者制度での公設民営化と地方独立行政法人化に着目して…

この間の地域医療・自治体病院をめぐる激しい動きに立ち向かって、全国各地で旺盛な取り組みが展開され貴重な経験が作り出されてきた。その全国的な状況や運動の特徴などについては、すでにワーキングペーパー「地域医療と自治体病院をめぐる住民運動」(八田英之氏著、巻末資料)で詳細が報告されている。

以下では、「ガイドライン」の柱の一つとされた自治体病院の「経営形態の見直し」の中でも、その住民的影響が分かりにくいといわれてきた指定管理者制度での公設民営化および独法化に着目して、地域医療や病院職員の雇用・労働条件などにどのような影響を与えてきたのか、また地域や病院職場などでどのような取り組みが展開されてきたのか、いくつかの具体的事例について報告する。

#### (1) 自治体病院の指定管理者制度による公設民営化

まず、自治体病院の指定管理者制度(以下、指定管理)での公設民営化の問題について報告する。自治体病院を公設民営で運営しているところは以

前からあったが、2003年の地方自治法の改定によって、順次、この指定管理に移行した（経過措置で原則として2006年9月1日までに移行）。その後、新たに直営から移行した病院を含めて指定管理で運営している自治体病院は、2012年度末で全国で72病院（2004年度末の公設民営は36病院）になっている。

この中には、国立病院の統廃合や民間病院の閉鎖などに関連して、自治体が地域医療を守るために病院を引き受ける際に、公設民営を選択して運営してきた病院が、法律の改定に伴って指定管理に移行したケースなどもあり、これらの場合には大きな問題は発生していないようだが、「自治体直営病院から公設民営への移行」のケースでは重大な問題が発生したことが報告されている（制度の概要・問題点等は資料①）。

この間、全国各地で自治体病院の直営からの公設民営化と、これに伴う自治体の地域医療への公的責任の後退、職員の分限免職による「解雇」・労働条件の切り下げなどに反対し、自治体病院の公的役割と雇用労働条件の確保・前進めざす取り組みがすすめられてきた。

#### ① 公設民営への移行の準備段階から新たな問題が発生・舞鶴市民病院（京都府）など

舞鶴市では、2006年1月、当時の市長がそれまでの「直営で病院を再建する」という方針をひるがえして、突然、公設民営化を発表した。ところがその一月後には、市長が指定管理者に予定していた医療法人が、医師確保の困難などから突如「辞退」を申し出るようになった。そのため、当面は直営で運営することに変更したが、市長の公設民営化方針のもとですでにほとんどの医師が転勤・退職等を決めており、後任の医師を確保できず、4月からの病院運営（当時の許可病床は198床）は事実上の休止状態に陥った。この地域は市内に四つの公的病院があり病院過密地域などといわれていたが、地域の救急医療体制が崩壊の危機に瀕したり、転院を余儀なくされた患者さんが直後に亡くなったと連絡が入るなど、いのちと地域医療に重大な問題が発生したと報告されている。

栃木県佐野市でも、2007年に直営から公設民営

への移行を計画したが、指定管理者に予定していた大学との協議が不調に終わり、更なる医師の流出等で、二次救急・新規入院の休止など、病院運営が危機的な状況になったといわれている。舞鶴市・佐野市のいずれの場合も、直営から指定管理への移行の準備段階から、医師の一層の流出が始まるなど大きな問題が発生する危険性を示している。

また、名古屋市立緑市民病院の公設民営化の際には、2010年6月に指定管理者の公募が行われたが、申請したのは1法人のみだった。その法人も、9月には医師・看護師の確保困難等を理由に辞退を申し出たため、市は公募条件を変更、病床規模など医療内容を縮小して再公募をすることになった。こうした形で、病院運営が継続されたとしても、指定管理者側の条件等に合わせて、地域医療の縮小を前提とした指定管理契約を結ぶ事例も相次いでいる。

舞鶴市では、運動を市民的に広げるため、2006年8月に、市民病院労組（京都医労連加盟）・舞鶴市職労（自治労連加盟）・舞鶴地方労働組合協議会などが呼びかけて、「地域医療と市民病院問題を考える会」が結成され、住民アンケート、市民諸団体との懇談・聞き取り、医師確保対策や救急医療体制の維持・確保などの緊急対策を求める署名運動などが旺盛に取り組みされた（資料⑤）。

こうした中で、市当局は職員の雇用について、地方自治体職員の「民間への派遣制度」の活用などで、希望する職員全員を市職員として継続雇用するとの回答を労組に提示した。

市民病院は、その後も医師確保に困難を極めギリギリの状態でも運営を継続していたが、2007年の市長選挙で市長の後継候補が落選、新市長は政府の「2009年地域医療再生基金」を利用した舞鶴市内公的4病院の「統合再編計画」を打ち出した。しかし、これも協議が整わず破たんする。2011年市長選挙では4病院の統合再編を進めた市長が落選、結果的に新しい市長の下で、市民病院は規模を縮小して移転し、療養病床100床のみの運営に転換（2014年4月）することになった。

現地では、市の公設民営化方針の破綻後に強引に進められた病院再編・統合や縮小移転問題に対

しても地域医療実態調査を実施するなど、引き続き、地域医療の充実を求める粘り強い取り組みがすすめられ、現在も継続して運動が展開されている。

## ② 自治体主導で医療法人を立ち上げて公設民営に…大江町立病院（京都府）など

病床規模が比較的小規模な病院では、京都府の大江町立国保大江病院（72床）など、直営病院を公設民営化するために自治体が主導して病院長を中心に医療法人を立ち上げ、看護師などの病院職員は「分限免職」となったが多くが医療法人に移籍することによって、医療水準を基本的に維持して病院運営を継続している事例もある。

公設民営化後の大江病院の状況は、施設整備がすすむとともに夜間診療の開始など住民要求を一定反映した運営が行われ、病院財政もいったん黒字になったが、これは、民営化時点で町当局が多額の財政投入を行ったこと、また職員の分限免職・再雇用で給与を20%～30%も大幅に引き下げたことなどによるものといわれている。

しかし、公設民営化後の病院運営に、自治体側が指定管理料等の負担を行わない仕組みを選択したことなどによる自治体の公的責任の後退と、相次ぐ診療報酬の改悪、医師はじめ医療従事者の確保の困難などによって、厳しい病院運営を迫られている。このように、自治体主導で医療法人を立ち上げ、直営から公設民営に移行した病院としては、愛知県東栄町病院や、愛媛県西条市立周桑病院などの事例がある。

大江病院のケースは、京都府中丹地域1市3町（福知山市・大江町・三和町・夜久野町）の合併に際し、大江病院の公設民営化が条件とされ、合併（2006年1月1日）までにその条件を整えるためとして、2005年4月からの公設民営化が、2004年9月末に突然打ち出された。

直後の10月には、台風23号によって由良川が決壊し、町内に大きな被害が出て地域が大混乱したが、その中でも合併に向けての作業が強行された。これに対して地域では、災害復旧作業等の困難な中でも、合併の是非を問う住民投票を求める直接請求に背を向けた町長へのリコール運動が強められて町長選挙にまで発展し、「合併問題も病院問

題も、住民の声が活かされる町政の実現」「町長選挙の勝利で、病院の民営化をいったん白紙にすること」などをめざして闘われた。

選挙の結果、残念ながら病院の公設民営化・職員解雇を食い止めることはできず、2005年4月に公設民営に移行することになった。しかし取組みの反映で、「病院の民営化後も、これまでの医療水準を維持・発展させる方向性を確認させたこと」「再雇用となる職員の労働条件は、基本給の大幅な切り下げが発生したが、労働条件の更なる改悪に一定の歯止めをかけたこと」「民営化後の労働組合組織は、新大江病院労働組合（自治労連大江町職・新大江病院分会）として活動を継続することを確認し、医療法人との労働協約を締結したこと」など、今後につながる新たな到達点を築くことになった（資料⑥）。

こうしたことを土台として、合併以降も労働組合として、地域医療を守り大江病院を充実するために福知山市が公的責任を発揮するよう求める要請書を提出するなど、取組みがすすめられた。

その後の市長選挙で、合併時の市長を破って当選した現市長が、新大江病院について、医師確保の困難性をはじめ指定管理での運営の限界を認識し、10年間の指定管理契約満了を機に直営に戻す方向での検討を始めることを、2013年の議会で表明した。そして、2015年4月に、直営に戻し福知山市民病院の分院として運営する方向で、病院職員の市職員化をはじめとする準備がすすめられている。

## ③ 医療従事者151人全員を分限解雇。法廷闘争も…西条市立周桑病院（愛媛県）

愛媛県の西条市立周桑病院は、精神科医師の引き上げをはじめ、産婦人科・小児科・整形外科・脳外科・循環器科など次々に常勤医が退職し、ピーク時に36人いた常勤医師が2008年には8名に減少、病床数も350床から約100床になり、医業収入の落ち込みなどで財政困難に陥っていた。市当局はこの財政赤字の解消を理由に、職員はもちろん住民にも全く情報提供せず、2010年度からの公設民営化を打ち出した。2009年9月議会で、西条市が2000万円の出資を行って現院長を理事長にした

医療法人を設立すること、2010年3月議会では、公募も行わずにこの医療法人に指定管理することを決定、医師不足で縮小した病床規模・診療内容を基本に、同年4月に公設民営に移行した。

周桑病院の職員については、事務職は市長部局への異動で雇用を継続したが、他の医療従事者は3月末で医師を含む151人全員を分限免職（解雇）し、募集定員が110人の新医療法人への再雇用、市長部局への再雇用、他施設への就職、退職などの選択をせまった。再雇用となっても年収で2～3割の減収が押し付けられることをはじめ、賃金・労働条件が大幅に悪化した。移行に伴って、病院給食の外部委託、訪問リハビリの中止が強行されるなど、公設民営化で「医療サービスは低下させない」という市の方針から大きくかけ離れた事態になったと報告されている（資料⑦）。

この地域では、関係労働組合が「周桑病院対策会議」（周桑病院労組、自治労連、医労連、西条市労連、西条周桑労連、愛媛労連などで構成）を設置して取り組みを開始、町内会長なども参加した「西条市立周桑病院を守り充実する会」も結成された。そして署名・住民アンケートをはじめ、市議員・国会議員要請、政府・総務省交渉など旺盛な取り組みが展開されて、市から病院への追加出資を行わせるなどの変化を作り出した。

また、公設民営への移行に伴って市長部局への再雇用となった医療従事職員については、事務職のような配置転換ではなく、いったん分限免職で退職させられたうえでの再就職扱いとなり、給料や労働条件も大幅ダウンとなった。これに対しては、分限免職の必要性は全くなく、配置転換や職種変更で対応すべきものであるとして、労働組合として当事者とともに「分限免職処分の取り消しを求める訴訟」をおこし裁判闘争を進めている。

現地では公設民営化後も、従前のように総合病院として地域医療が提供できるよう、また、職員の雇用・労働条件の改善をめざして粘り強く取り組みが進められている。

#### ④ 建設費等相当額の半分を指定管理者の負担に…和泉市立病院（大阪府）など

富山県・氷見市民病院は、2008年4月、金沢医

科大学を指定管理者として公設民営に移行し「金沢医科大学氷見市民病院」となった。移行時に、それまで富山大学から派遣されていた医師の大量退職などがあったが、金沢医大の全面協力などで医師は確保、しかし、看護師不足で目標の250床体制を維持できず、200床でスタートしたといわれている。

指定管理にあたっての氷見市と金沢医大との基本協定では、市が指定管理者に、救急医療などの政策的医療の実施や医師確保等に対する補助金を政策医療等交付金として交付する一方、指定管理者は市に対して、施設の使用に係る対価（市の借入金償還や減価償却費の二分の一）を支払うことなどが盛り込まれた。

そして、2008年12月、氷見市が発表した移転・新病院建設の基本構想では、市が病院を起債などで建設（総工費約52億円）し、指定管理者に政策医療交付金を交付する一方、指定管理者側が建設費の元利償還金等の半分相当額を負担することとされ、2010年着工、2011年9月に新病院がスタートした。

こうした形で、病院建設にあたって、指定管理者側が一定額を負担するというのは新しい動きで、その後、大阪府の阪南市立病院（2011年4月から、指定管理者は社会医療法人生長会）、和泉市立病院（2014年4月から、指定管理者は医療法人徳州会）などの公設民営化でも同様の手法が取られたと報告されている。

老朽化・耐震化対応などでの改築・新築などが課題となっている病院では、自治体本体の財政困難などの理由で、病院建設の財政負担等を軽減する方策として、指定管理を利用する動きが広がる可能性もある。

こうした計画が、地域医療や病院運営、患者さんの医療費負担や職員の労働条件などにどのような影響をもたらすのか、病院の財政運営状況等を含めて今後の検証が必要になっている。

和泉市では、市民や患者・利用者の声も聞かず、公設民営化で医療への公的責任を後退させようとする動きに抗して、「地域医療と市立病院の充実を求める連絡会」が活動を再開し、住民宣伝、市民学習会、市への要望書の提出など取り組みが進

められた。公設民営への移行に伴って看護師などの大幅な減員が予想されるため、離職の引きとめに指定管理者が「就業支度金」制度を作り、その経費を和泉市が予算化するなどの措置がとられたと報告されている。

公設民営に伴う労働組合組織については、移行が不可避となった段階で和泉市職労病院支部が中心に和泉市立病院労働組合を立ち上げ、医療法人徳州会に「労働組合結成通知書」と「団体交渉申し入れ書」を提出した。その後の団体交渉では、組合事務所を認めないなど回答に問題はあったが、「不当労働行為は行わない」「労働組合から要求があれば検討し回答する」などの見解が示され、新たな労使関係がスタートしている。病院労働組合は公設民営化後も和泉市職労とともに和泉市労連(自治労連加盟)として、市が公設民営の大義名分とした救急医療の復活をはじめ不採算医療など市民が願う医療の展開、職員の雇用・労働条件の改善などを求めて取り組みを進めている(資料⑧)。

#### ⑤ 公設民営の検討を中止し、直営で経営改善へ…高島市民病院(滋賀県)

自治体病院の直営から公設民営への移行については、上記のいくつかの事例のように、自治体の公的責任の後退で、移行の準備段階から医師をはじめ医療人材の流出が一層強まる危険や、移行に伴う病院職員の分限免職による解雇、再雇用後の労働条件の悪化などによる人材確保の困難、指定管理者側の条件に制約される医療内容、診療報酬制度改悪の直撃による経営困難など多くの危険性が指摘できる。こうしたことなどから、公設民営化の検討を中止し直営で病院運営を改善している事例もある。

滋賀県の公立高島総合病院(現、高島市民病院)では、常勤医師がピーク時38人から、2007年に20人に減少する中、医療縮小・患者数減少で経営が悪化し、市当局が指定管理への移行の検討を始めた。この動きに対して、地域で指定管理の学習会などがおこなわれ、舞鶴市の破たん事例など公設民営化の問題点について認識の共有がはかられた。

その後、市長は、病院内外の議論等を踏まえて方針を変更し、直営堅持で医療改善・経営改善が

進められており、「ガイドライン」とは違う方向での病院運営の改善事例として国会でも紹介された(資料⑨)。

病院長は公設民営化について、「病院医師の反発を市長に率直に伝えた」と述べたそうだが、市長の方針変更後、全国各地からの医師の確保とともに勤務環境の改善にも努力し、2010年度は、病床稼働率が約87%に回復したとのことである。

その後、2011年4月には病院の運営形態を地方公営企業の全部適用(自治体直営の運営形態の一つ)に移行、2013年5月には新病院を開院、6月には新たに自主的な「病院改革プラン」を作成、引き続き直営での医療改善・病院改善をめざした取り組みが進められている。こうした取り組みから学び、広げることも重要であると考えられる。

#### (4) 自治体病院の地方独立行政法人化

次に、自治体病院の独法化の問題について報告する。独法化は、自治体直営の病院を廃止し、自治体が出資して設立する地方独立行政法人(以下、独法)の運営に移行するもので、自治体版の「分社化リストラ」とも呼ばれている。自治体が行政部門から病院を切り離し、採算第一主義と法人の「自己責任」での運営を迫るもので、自治体の公的責任の縮小と地域医療の後退・職員の勤務条件の悪化などが心配されている(制度の概要や問題点等は、資料①)。

総務省の地方公営企業年鑑の資料では、2012年度末の独法の病院は64病院(都道府県37、市町村27)になっている。このうち、地方公営企業法適用病院から移行したものは58病院で、年度ごとでは、2005年度(1)、2006年度(6、うち大阪府5)、2007年度(1)、2008年度(3)、2009年度(7)、2010年度(22)、2011年度(11)、2012年度(7)となっており、「ガイドライン」の具体化が始まった2009年度以降に顕著に増えている。

自治体病院の全体数から見れば、独法化は、まだ7%程度にとどまっているが、さまざまな誘導策のもとで今後さらに進む危険があり注意が必要である。なお2012年度決算で、独法64病院中15病院は経常収支が赤字と報告されている。

地方独立行政法人制度は2003年にできたもので、

独法への移行後に第1期中期目標期間（3～5年）を終了した病院がまだ多くないことなどもあるが、地域医療等への中長期での影響は今後の検証にゆだねることになるが、2006年4月に、都道府県レベルでは初めて直営病院から地方独法（公務員型）に移行した、大阪府立病院機構（1法人が5病院を運営）の職場からの報告では、次のような実態が浮かび上がっている（資料⑩）。

### ① 地方独立行政法人化にたいする全国初の本格的な闘い…大阪府立病院

大阪府立病院機構は、独法化前の不良債務約65億円をそのまま承継するという異常な形で法人の出発となった。そのため、第1期中期計画の期間内（5年間）に不良債務を解消するという目標が掲げられ、5年後の2010年度決算では不良債務は完全に解消されたとしている。

その大きな要因の一つとして、法人の出発時に大幅な人件費削減が計画され、現に事務職員や、給食・設備管理などのいわゆる間接部門の正規職員の大幅な人員削減、医師・医療技術職員等を含む非正規化や業務委託の拡大、医師以外の医療職等の給与体系の改悪などがすすめられ、こうした人件費の削減が上げられている。

また、収入を確保するために、紹介状のない患者さんの初診時の加算の引き上げ（1,701円から2,625円）、分娩料の引き上げ（93,000円から150,000円）、セカンドオピニオン料の引き上げ（30分7,400円から40分21,000円）、4人部屋での差額室料の徴収（ユニットパネル仕切り、1床1,600円）などと患者負担が増やされたという。

国立病院でも独法化後に差額室料など患者負担が拡大されたと報告されているが、これは独法化で差額病床割合の上限規制（国立病院は全病床の2割以下、公立病院は3割以下）が無くなり、民間病院（5割以下）と同じになったことなどが影響していると考えられる。

さらに、収益を上げるために、手術件数や検査件数などの目標を高く設定したために、医師・看護師はじめ医療従事者が過重な労働になったことなども影響して、特に看護師の離職に歯止めがかからず、採用年齢を59才まで引き上げたが確保が

充分出来ず、その後も恒常的な人員不足に陥っているとのことである。

また、レジデントなど医師が増え収入も増えたが、それ以上に労働密度があがり、超過勤務や夜勤が増加、休暇も十分とれず、「目標に追われて息つく暇がない」「医療事故を起こす前にやめたい」などの声が出るなど厳しい職場実態が報告されている。

独法化の動きに抗する取り組みとして、大阪府職員労働組合・大阪自治労連は、全国的にも、また大阪府内の自治体病院にとっても重大な影響を持つ問題であることから、共同して「対策委員会」を立ち上げるとともに、大阪自治労連に「大阪府立病院独立行政法人化問題」弁護団を設置、自治労連全体としても支援が強められた。

また、府民的な取り組みに発展させるため、患者さんや地域の住民のみならずとともに「府立病院の独法化反対、充実めざす府民の会」や、五つの病院それぞれに「守る会」「充実させる会」などの共同組織をつくり、単に独法化反対だけでなく、府民のいのちと健康を守る病院として充実させる要求を掲げて大きな取り組みが進められた。

こうした中で、大阪府立病院機構への移行に伴う職員の身分・労働条件については、当局の当初の狙いであった、国立病院並みの給与水準への切り下げを一部変更させるなど、今後につながる貴重な到達点を築いた。

府立5病院の労働組合組織は、移行前は大阪府職労の支部・分会として活動していたが、移行に伴って5病院で「大阪府立病院機構労働組合」を結成、さらに府職労などとともに「大阪府関係職員労働組合（新・府職労）」を結成・参加することになった。

大阪府立病院機構労働組合ではこの間の教訓・到達点を土台に、独法への移行後も府立病院の公共性の維持と地域医療の拡充を求めて運動を強めている（資料⑪）。

この大阪の闘いは、地方独法化と正面から対決した初めての闘いであり、その後、独法化が持ち出されてきた地域でその経験が引き継がれ、創意的な取り組みが展開されてきた。その中で、独法化の検討を中止し、直営で病院運営を継続してい

る自治体（京都府京丹後市、兵庫県芦屋市など）もある。

## ② 大阪の経験を学んで、全国各地で広がる取り組み…京都市など

京都市では、2009年1月、京都市立病院・京都市立京北病院の経営形態を独法化（1法人で2病院を運営、非公務員型）する「病院事業改革プラン（案）」がうちだされた。市職労病院支部は、「公的医療を守れ。経営優先で京都市の公的責任を後退させる独法化には反対」の立場を明確にし、昼休みランチオンセミナーなど全組合員学習を積み重ねるとともに、市民的な運動に広げるために、「市立病院は市立のままで充実させる市民の会」（地域の医師、老人クラブ、京都社保協、京都市職労、京都自治労連などが参加）を結成し、宣伝やシンポジウム、議会要請、署名運動等を取り組んだ。

市職労病院支部は、2000年から2～3年ごとに、医療要求アンケートや「京都市職労病院支部ニュース・市民版」を地域に配布して多くの住民の切実な声を聞くと同時に、病院の現状や医療現場の労働実態・医療制度改悪の動きなどを地域に発信する活動を展開してきたが、独法化問題を取り上げた2010年の医療要求アンケートの返信は従来から大きく増えて1,100通を超えた。独法化を「知らなかった」（73.5%）という声とともに、独法化しても「医療を受けづらい人にも平等に医療を提供する病院」（44.1%）をのぞむ声など、記述欄には切実な要望が数多く記載された。

残念ながら、市議会で独法化の議案は自民・民主・公明の賛成で可決されたが、市当局が「独法化しても自治体病院としての使命は変わらない」「政策医療は後退させない」「経営効率化が最優先ではない」などの見解表明を行うことにつながった。

そして、独法への移行が決定されてからも、中期目標案・中期計画案に市民意見を反映して、病院の公共性を維持・発展させる内容を盛り込むことをめざして、要望書やパブリックコメントへの意見表明の呼びかけなど、創意的な取り組みが強められた。

こうした中、中期目標案に対するパブリックコメントには126件の市民意見が寄せられ、その結果、病院運営に不可欠な長期貸付金や運営交付金について「京都市が責任をもって確保していく」ことなどが明記された。

また職員の労働条件に関しては、「医療の質を守るためにも引き下げは許さない」との立場で独法化の問題点等の学習を繰り返し実施、団結署名など職場からの切実な要求を突き付けて取り組む中で、「給与制度は京都市と同等」などの回答を引き出した。

京都市立病院では独法化と並行して、北館の老朽化に伴う新棟整備事業に対して、病院整備と運営の両面でPFI手法を導入する作業が進められ、これに対しても労働組合として、先行事例の施設見学や学習会を繰り返しながら、その問題点を当局に指摘する取組みも展開された。

2011年4月からの独法化に合わせて、労働組合組織を地方独立行政法人京都市病院機構労働組合に移行するとともに、引き続き京都市職労病院支部として活動を強めることになった。現在、独法・PFIでの病院運営が進められているが、引き続き公的医療の確保、職員の雇用・労働条件の維持・改善などめざして粘り強い取組みが進められている。

独法化後の病院の状況については、新館の開設という要因も絡んで様々な問題・課題が表面化しつつあるものの、市民の命と健康を守る自治体病院としての役割を基本的には維持しており、懸念された独法化の問題点は一定程度押さえられているとのことである。

その要因について職場からの報告では、「病院機構側が自治体病院の使命を果たすという基本姿勢を保持していることもあります、『市民の会』などの運動の成果が今も反映していること、そして、患者・市民のために日夜働いている職員の奮闘に支えられたものであることは間違いありません」と述べられている（資料⑫）。

こうした創意的な取り組みが全国各地で展開され、独法化が強行されたところでも、自治体当局が議会答弁や住民組織の申し入れ・労働組合との交渉などの中で、「医療水準は低下させない」「職

員の勤務条件の引き下げは行わない」などの態度表明を行ったり、独法の評価委員会設置条例の中で「市民」を委員に入れることが明記される（静岡市）など、今後の闘いにつながる貴重な到達点を次々と作り出している。

これらが反映して、独法への移行当初には病院運営への大きな否定的影響が表面化していない病院や、独法のメリットを生かすとして、医師等の人員増での医療内容の充実、諸手当など労働条件の改善などが行われている病院もあるが、地方独法の制度の本質とその危険性を踏まえて引き続き監視を強めるとともに、独法化後も公的医療の充実を求めて取り組みを強めることが大切になっている。

### ③ 中山間地の医療崩壊に立ち向かって…府中市（広島県）

広島県では2004年、旧・府中市が、市中心部から大きく離れた中山間地の旧・上下町を編入合併し現・府中市になった。旧・上下町周辺の地域で唯一の中核病院であった町立病院は、市立の府中北市民病院と名称変更したが、引き続き中山間の医療不足地域での救急医療など地域医療の拠点として大きな役割を果たしていた。

しかし、2007年府中市がこの北市民病院について、常勤医師を削減、一般病床を中心に病院規模を3～4割縮小、慢性期医療に特化するなどとする計画を発表したことを契機に住民運動が広がった。2009年、市はこの病院縮小計画を前提に、北市民病院と、市内中心部にある民間病院およびJ A府中総合病院を再編統合し、経営形態を独法にするという計画を発表した。

その財源として地域医療再生基金を使うための計画を広島県に提出し、県がこれを承認したためにその具体化が進み、2012年4月に地方独立行政法人府中市病院機構（非公務員型）に移行した。

その後の現地からの報告によると、旧・上下町の地域では、当初から住民が予想していたように多くの弊害が発生している。再編以前に6名いた常勤医師が4名に減少するとともに、病床の縮小等による入院受け入れの困難や救急車の搬入件数の減少などで市外の病院に依存しなければならな

いなど、医療難民ともいえる事態が発生しているといわれている。

地域ではこの計画が表面化した直後に、「地域医療を守る会」（地域の開業医を中心に、広範な住民で組織）が結成され、勉強会や地域懇談会、毎年数百人規模の集会・シンポジウムの開催、府中市や広島県への陳情・要請など、まさに地域を挙げての取り組みが強められた。再編・独法化は強行されたが、その後も府中北市民病院の機能を回復・維持して地域医療を守り、中山間地を再生することを目指して旺盛な取り組みが行われている。

こうした取り組みの中で、旧・上下町と近隣自治体の住民121人が、2012年3月、病院の再編と独法化での被害を食い止めるため、府中市の再編計画と独法設立を認可した広島県と府中市を相手に、独法認可の取り消しと府中北市民病院の機能回復・維持を目的に、行政訴訟を起こした。こうした課題での裁判事例は全国的にも報告されておらず、地域からの粘り強い運動とともに、病院の再編・独法化の不当性を法廷でも争うという新たな取り組みが進められている（資料⑬）。

## 4. 地域医療・自治体病院を守る取り組みをつないで、医療再生へ

### （1）全国的な取り組みの発展

「ガイドライン」は、当時の小泉内閣が社会保障費の削減政策の一環として、「経済財政改革の基本方針2007」（2007年6月19日閣議決定）の中で策定を明記したことがルーツになっている。自治労連は、これが地域医療・自治体病院に大きな困難を押し付けるものになりかねないと判断し、「ガイドライン」の検討過程から総務省への要請などを強めた。そして「ガイドライン」発表（2007年12月）の直後には、総論・各論の両面での批判的意見（資料⑭）を表明し、地域医療と自治体病院を守り充実する運動の強化を呼びかけた。

そして2008年からは「ガイドライン」を含む国の動向に対置して、「いのちと地域を守る大運動」として各都道府県で「自治体病院キャラバン」などを実施、自治体首長や自治体病院の院長・事務

長への申し入れ・懇談などで、地域医療を守り充実させる共同を呼びかけ大きな反響が寄せられた。「自治体病院キャラバン」は、青森県や京都府で数年前から毎年実施されていたもので、これを全国へ広げようとして取り組まれた。

また、かねてより労働組合として、「住民と共に歩む自治体病院をめざして」というスローガンを掲げた「全国自治体病院集会」を、自治体病院で働く労働者はもとより広く自治体関係者や議員などにも呼びかけて開催、この中で人員体制・労働条件の課題とともに、病院のあり方や住民共同の分科会・財政分析教室などでの学習・交流を進めてきたが、新たな情勢のもとで取り組みが強化され、この集会を通じて貴重な経験・教訓が全国に広げられた。こうした取り組みは、地方ブロック単位でも実施され、近畿では毎年200人規模で開催、昨年には第24回近畿自治体病院交流集会が和歌山県で行われている。

医療関係団体の共同では、医労連・自治労連や民医連・保団連・社保協などが共同して、「医師・看護師の増員確保、地域医療守れ」と政府に迫る共同集会や、ナースウェーブ行動などが行われてきたが、2010年からは「地域医療を守る運動全国交流会」が共同で開催されるようになり、毎年、継続的に取り組まれている。

全国各地での地域医療と自治体病院をまもる運動、そしてナースウェーブの運動やドクターウェーブの運動などが相互につながって、日本の低医療費政策をはじめ地域医療と自治体病院の困難の根本に迫る大きな流れを作りだしてきている。

この間に作り出された大きな前進的変化を確信に、地域医療や自治体病院の再建・充実に向けて、大きな課題となっている医師・看護師等医療従事者の養成・確保の抜本的対策、消費税増税なしの医療費総枠の拡大など、根本的な変化を作り出すように取り組みを強化することが重要になっている。

## (2) 各地の取り組みから学び、力を合わせて地域医療を守り育てよう

今後の運動を発展させる上で、この間の大きな変化を作り出す力になってきた全国各地の取り組

みから学ぶことが重要である。各地での取り組みの中で重視されてきたこととしては、主に次のようなものがあると考えられる。

### ① 病院の廃止・縮小・再編の動きに対して、地域医療を守るという一致点での共同

北海道や岩手県をはじめ、都道府県が主導して自治体病院の縮小・再編を押し付けてきてきたところや、個々の自治体で病院の休止・廃止、縮小・再編や経営形態の見直しの具体的な動きのでてきたところなどを中心にして、「地域医療を守る会」「〇〇病院を守る会」等が相次いで結成され運動が発展してきた。

「病院を守ることは地域を守ること」「いま地域が立ち上がる時だ」ということで、住民・労組が共同し、また地域によっては行政当局も立ち上がって、まさに「地域ぐるみで地域を守る」運動に発展し当初の計画を変更させたり中止させたりしてきた。

一方で、具体的な攻撃が出てきてからの取り組みとなっている所も多く、また運動の山場を越えれば活動がストップしてしまうという傾向もある。

その点、岩手県釜石市では県立病院と市立病院の統合で事実上市立病院が廃止されたが、その後も住民運動が継続され、民間病院を誘致するために市が動かざるをえなくなるまでに運動が発展したが、こうした取り組みも各地で展開されてきた(資料⑤)。

千葉県では、自治労連・県職労などが関係団体と協力して、自治体病院のある地域に「地域の会」を作る取り組みを進めるとともに、運動を横に繋いで発展させるために、県内の住民運動のセンターとして「地域医療と自治体病院を守る住民運動連絡会」を結成(2008年)、県内の病院リストラの現状・計画のマップやこれらに対する運動のマップなどの作成、情報交流会や対県交渉など、連携・協同して創意的な活動が進められている(資料⑥)。

運動を点から線へ、線から面につなぎ、地域医療を守る運動の全国ネットへと発展させ、政府に迫るとりくみとしてきわめて重要である。

## ② 地域での医師確保、医師等医療従事者を守り対話・連携を広げる活動

地域での医師確保をめざす取り組みでは、住民や労働組合が署名運動などを展開し、具体的に医師を招聘し、病院経営を改善させている事例も広がっている。岡山県倉敷市では、労働組合が呼びかけて署名運動を展開、住民と一緒に行政だけではなく、岡山大学附属病院にも働きかけ、病院長にも協力をいただいて取り組みを発展させた。

医師・医療従事者を守り、対話と連帯を広げる取り組みでは、各地で「医心伝心の会」「病院応援団」「地域医療を育てる会」など、住民と医師との対話・連帯の場や住民と医師・医療従事者が信頼関係をつくることをつうじて、地域医療を守ろうとする取り組みがすすめられた。また、住民の会で、独自に直接医師に呼びかけるホームページを立ち上げたり、青年団体が医師募集のポスター・ステッカーをつくって駅やターミナル・商店街などに貼り巡らし、医学生との交流が始まったなど、様々な取り組みが展開されてきた。

兵庫県・丹波市や千葉県東金地域の住民の皆さんの取り組みはマスコミ等でもよく紹介されたが、愛知県蒲郡市の「蒲郡市民病院を守る会」でも、「お医者さんの苦労話や悩みを聞こう、本音を聞こう」と、市民病院の医師を招いて診療科専門の内容はもとより、医師の勤務実態や病院の状況等を語ってもらい、そのことを通じて、医療現場の実態認識を共有してゆく取り組みなどが行われた。兵庫県芦屋市の「地域医療と芦屋病院を守る市民の会」でも、「芦屋病院開設からの60年、そしてこれから」と題して、病院創設に関わられ今も病院の発展に尽くしておられる名誉院長と語り合う集いを開催するなど、市民病院や医師との連携・実態認識を共有する取組みなどが続けられている。

政府の医師養成・増員の対策や医師確保の緊急対策の抜本的強化を求めることを基本に、こうした取り組みを地域から広げることも大切になっている。

## ③ 地域の実態調査から、地域医療や病院の充実めざす提案・まちづくり運動へ

この間、地域の実態調査などを通じて地域の医

療政策や病院改革の提言を作成するなど、提案型の運動が発展してきた。学者・研究者の力も借り地域労働組合・住民団体などが共同して、住民アンケート・実態聞き取り調査・関係団体訪問等を通じて地域の実態をつかみ、それをもとに地域医療・自治体病院充実の提言などを作る努力をしている。

愛媛県宇和島市・高知県高月町・福岡県北九州市・大阪府泉南地域・京都府舞鶴地域など多くの地域で、労働組合などが呼びかけて進められてきたが、アンケートや聞き取り調査などの「感覚的分析」と、医療施設統計などの「統計的分析」の2つの角度からの分析が大切であると強調されている。

最近の事例では、京都府北部の医師不足問題や府立与謝の海病院の独法化（京都府立医科大学の分院にして公立大学法人の運営に）の動きなどを契機に、京都府の最北部である丹後・与謝地域で「医療と介護の実態調査」がとりくまれた。京都府職労連・京都医労連・京都自治労連・京都社保協など府段階の団体が呼びかけ、学者・研究者の力を借りて、現地の社保協などとともにとりくまれた。各種統計資料等による地域医療分析とともに、地域の医療機関・介護施設、医師会・自治体・保健所・自治連・老人クラブなどへの訪問・ヒアリング、地域住民アンケートの新聞折り込みや各戸対面での聞き取り調査など、3日間で述べ150人が参加してとりくまれた。その結果、アンケートの回収が2,000通にも及び、自由記載欄には1万件もの記述があるなど、きびしい実態や不安の声とともに大きな期待・要望などがよせられた。調査結果は報告書にまとめられ、行政機関への提出や、医療福祉の改善運動への活用が進められている（資料⑩）。こうした調査自体が地域の人々の協同を作り出す社会運動でもあり、地域の実情を的確に捉えた政策提起などに生かしてゆくことが期待されている。

自治体病院の廃止・民間移譲や、再編・統合・経営形態の見直しなどの動きのあるところのもとよりそうでない地域でも、「医療版の地域調査」ともいえるこうした活動を強めて、地域の医療・福祉の要求をもとにした提案型のまちづくり運動

として強化してゆく必要がある。

#### ④ 自治体労働者・労働組合が、病院の状況を地域に発信し住民と共に考え共に歩む

こうした全国各地のさまざまな取組みの中で、自治体病院労働者・労働組合が、地域に出て、病院の状況を地域に報告・発信し、住民の皆さんと共に考え、共に歩む病院づくりをすすめる努力・工夫を続けている。

例えば大阪の吹田市職労病院支部では、労働組合で「市民新聞・病院版」をつくって全戸配布し、病院からの情報を地域に報告・発信する活動などの貴重な経験を持っているし、前述のように京都市職労病院支部は、2～3年に1度、住民の医療要求アンケートなどを継続的に行い、住民と共に歩む病院づくりを進めてきた。

こうした先駆的な取組みがいくつかの地域・病院で進められていたが、「ガイドライン」の具体化の動きなどが顕著となってきたもて全国各地に広がるとともに、病院再編等に立ち向かう地域の住民組織を結成し、その中心を担って取組みが強められた。

また、独法化や指定管理での公設民営化など、地域の住民の皆さん、さらには医療関係団体においても馴染みの少ない運営形態の見直しなどについては、自治体病院労働組合からその問題点や危険性などを積極的に地域に発信する努力が強められた。

さらに、病院運営の基礎となる自治体病院財政の仕組みについてしっかり学び、財政困難の真の原因を明らかにして住民本位の経営改善策を提言することや、間違った「赤字攻撃」などを跳ね返すために病院財政講座を開催するなど、「病院財政に強くなる組合づくり」をすすめ地域にも発信してきた。

労働組合も力量は様々であり一律に同じ様な行動は出来ないが、力の弱いところでも難しく考えずに、病院や職場の実態等を地域に報告・発信するところからはじめて、「住民の皆さんと共に考え、共に歩む病院づくり」を進めようと取り組まれている。

#### ⑤ 改めて、自治体病院の役割・存在意義を明らかにして

こうした全国各地の取組みのなかで、自治体の役割、また自治体病院の役割・存在意義を常に再確認し、地域全体で共有してゆくことが大切にされている。

医療に対する国の役割、それは、憲法25条の生存権保障のため、いつでもどこでもだれでも必要な医療を提供することにあり、自治体や自治体医療行政の役割は、「住民の福祉の増進」（地方自治法第1条）を基本に、国の悪政に対しては住民の命・健康を守る防波堤としての役割が求められる。

そのもとの自治体病院の役割、これはその置かれている地域や自治体の状況、また設立の経緯や病院の規模等によっても極めて多様で、ひとまとめにすることは困難だが、全国の運動の中で共通してめざしていることは、主に次の点にあると考えられる。

一つは、その地域に不足している医療の確保、二つ目には、医療水準の向上と規範的医療の推進、そして、三つ目は、保健・福祉・医療を一体とした自治体行政の中心を担うこと、単に一つの病院ということではなく、自治体行政の一環として、民間医療機関などとも連携しながら、全体として地域の医療・保健・福祉の水準向上をめざしてゆくということで、これらは全国自治体病院協議会の「倫理綱領」の方向性とも一致するものである。こうした内容をそれぞれの自治体病院ごとに、地域の住民・諸団体の皆さんや自治体病院労働者・医療関係者などが共に考え、共に作り出してゆくことが重要になっている。

この間の地域からの取組み全体としていえることは、いま、地域に必要な「医療提供体制」をつくり上げる共同の取組みが広がってきたということである。そして、この取組みが点から線・線から面へと繋がってきている。住民・労働者が力をあわせ、可能などころでは、自治体当局・議会や病院当局者とも力を合わせて、地域医療を闘いながら守り、そして作り上げてゆく。

暴走する安倍内閣のもて地域医療をめぐる状況は新たな段階を迎えている。この間の取組みの蓄積を基礎に、社会保障解体と医療の産業化・

営利化の動きを跳ね返し、地域医療の再生、健康で安心して暮らせる地域づくりの運動を一層強めてゆこう。

#### 主要参考文献等

- ① 金川佳弘・藤田和恵・山本裕（共著）、『地域医療再生と自治体病院・・・「公立病院改革」を検証する』、2010年2月、自治体研究社
- ② 「特集、医療・介護戦略の危険な狙い」、『住民と自治』2014年10月号、自治体問題研究所
- ③ 「特集、消費税増税で自治体はどうなる」、『住民と自治』2014年5月号、自治体問題研究所
- ④ 「都立病院PFIの現状と問題点（組合幹部に聞く）」、『いのちとくらし研究所報』45号、2014年1月、非営利・協同総合研究所いのちとくらし
- ⑤ 日野秀逸編著『地域医療最前線・・・住民のいのちを守る政策と運動』、2007年11月、自治体研究社
- ⑥ 「京都での自治体病院の公設民営化・職員解雇に反対し地域医療を守る取り組み（記録）」2007年8月、京都自治労連・病院対策委員会編
- ⑦ 田福千秋、「指定管理者制度の導入で151人の医療従事者を分限解雇」、『住民と自治』2010年5月号、自治体問題研究所
- ⑧ 『おおさか自治体の仲間』第303号、大阪自治労連
- ⑨ 参議院総務委員会質問、日本共産党・山下芳生議員、2009年3月19日
- ⑩ 田岡康秀、「大阪都構想に潜むいのちと健康のゆくえ」、『橋下さん！府民の財産を売り飛ばすんですか』、2013年10月、大阪自治体問題研究所編
- ⑪ 「府立病院の充実を（独立行政法人化反対の取り組み）2002年7月～2006年3月」2006年10月、大阪自治体労働組合総連合・大阪府関係職員労働組合・大阪府立病院機構労働組合編
- ⑫ 高士健二、「地方独立行政法人化4年目の京都市立病院機構の現状と課題」、『ネットワーク京都』2014年10月号
- ⑬ 黒木秀尚、「中山間医療不足地域住民の命と健康の保障である府中北市民病院を守るための行政訴訟」、『ひろしまの地域とくらし』、2014年5月号、広島自治体問題研究所
- ⑭ 山本裕、「総務省・公立病院改革ガイドラインを考える」、『自治と分権』、自治労連・地方自治問題研究機構編、2008年春号、大月書店
- ⑮ 長平弘、「千葉における自治体病院と地域医療を守る運動」、『住民と自治』、2014年12月号、自治体問題研究所
- ⑯ 『丹後地域医療と介護の実態調査報告集』、2014年3月、同・調査実行委員会
- ⑰ 村口至、「自治体病院はどこへ行く」、『地域医療再生の力』、非営利・協同総合研究所いのちとくらし研究所編、新日本出版社、2010年1月
- ⑱ 地方公営企業年鑑（平成20年度～平成24年度）、総務省自治財政局



# 第4章 地方自治体病院の財政制度と財政問題

根本 守

21世紀を迎え、日本の進路は大きな分岐点を迎えている。医療福祉の分野も例外ではなく、戦後70年を迎えようとする中で、「少子高齢化社会の到来」を口実に、医療保険制度の改悪、介護保険の導入とその見直し、診療報酬の引き下げ等日本国憲法に基づき築き上げられてきた社会福祉制度の根幹が揺れ動いている。

公的病院、地域医療を長年になってきた自治体病院についても、廃院の動きや、すでに国立病院や大学病院で実施された独立行政法人化、民間へ

の移譲等の流れが押し寄せてきている。

こうした情勢にあつて、あらためて自治体病院の経営の実態を分析検討し、あわせてその果たしてきた社会的役割と今後の方向を確認しながら、あるべき経営像を探る必要がある。

ここでは、地方自治体病院の財政制度の仕組みを確認しつつその問題点を探り、また、現状の地方自治体病院の状況とその財政問題を明らかにしていきたい。

## I 地方自治体病院の財政制度

本章では、日本における地方自治体の財政制度を踏まえての自治体病院への財政支援制度の概要を説明した上で、そこには様々な検討すべき課題あることを明らかにする。

### 1. 日本における地方自治体の財政制度

#### (1) 地方自治体の歳入構造

地方自治体の歳入は1400の地方自治体合計で約82兆円（平成23年度（2011年度）地方財政計画による）に上るが、その内訳としては、大きく3分類される。

第一は、地方税（地方譲与税を含む）である。国からの紐付きでない地方自治体の独自財源ともいわれる。個人、法人の住民税事業税で約50%、残りを固定資産税や地方消費税をはじめとした各種税でしめるが、合計で約35兆円（歳入合計の約43%）となっている。「4割自治」などという地方自治体財政の国への依存性を意味する用語は、地方自治体の歳入面での地方税収入の低い割合を意味している。

第二は、国庫支出金である。国の政策目的に基

づき実施される地方自治体の財政支出を補填する補助金であり、合計で約12兆円（歳入合計の約15%）となっている。

第三は、地方交付金である。地方自治体ごとの経済力を反映した歳入獲得能力の差異を平準化することを目的として国から交付される。合計で約17兆円（歳入合計の約21%）となっている。

これらの歳入構造を全体として見直し、「改革」することを目指す政府の方針を「三位一体の改革（※1）」と呼び、それを地方自治体の集約と財政運営の効率化とともに進めていくことの議論が「道州制」の検討として行われている。

なお、上記3分類以外に不足する財源を補填するために地方債が発行されている。合計で約11兆円（歳入合計の14%）であり、その残高は地方債142兆円（2010年度末）となっている。また、これとは別に地方公営企業の設備投資のための企業債残高が53兆円（2010年度末）ある。地方債等は地方自治体の負う借入金であるが、この発行と償還は国の規制を受け、事実上総務省のコントロールのもと実施されている。

※1 三位一体の改革（さんみいったいのかいかく）

政府が唱えてきた日本における国と地方自治体との財政制度に関する3つの「改革」、すなわち、①税財源の移譲、②国庫支出金、補助金制度の見直し（廃止・縮小）、③地方交付税制度の見直し、をいう。

## （2）地方交付金制度の概要

### ① 概要

地方公営企業（※2）の一つとしての自治体病院の財政に深く関係しているのは、地方交付金である。

地方交付金は、前述の通り各地方自治体の経済力を背景にした地方税収獲得能力の差異を平準化する目的で、国から地方へ支出される交付金である。簡単にいえば、東京都のように大企業の本社機能や高額所得者が集中し地方税収が潤沢な自治体と、過疎地で税収も少ない地方自治体との地域格差を自治体財政ベースで是正する制度といえる。

こうした政策目的を踏まえ、各地方自治体の地方交付金制度は「地方財政調整制度」とも呼ばれ、基本的に以下のような算式で算定される。

基準財政需要額－基準財政収入額＝普通交付税

基準財政需要額＝単位費用×測定単位×補正係数

すなわち、通常の地方交付税のことを普通交付税というが、普通交付税は基準財政需要額から基準財政収入額を控除した形で算定される。

基準財政需要額は、財政支出の目的ごとの単位費用をベースに測定単位、補正係数を乗じて算定される。例えば、社会福祉費についての単位費用を住民一人当たり×千円と算定し、それに各自治体の住民人口〇万人を乗じ、さらに補正係数1.××を乗じて算定する。こうした計算を各支出目的ごとに積み上げた上で基準財政需要額の総額が算定されることになる。

基準財政収入額は、各地方自治体の地方税収入の75%と地方譲与税収入の合計額で算定される。

なお、地方交付金には、普通交付金以外に特別

交付金も存在する。自治体病院については、小児、過疎地等の不採算医療を提供する場合、普通交付金とは別に特別な交付金が支給される。

### ② 注意すべき点

こうして算定される地方交付金について、注意すべき点は以下のとおりである。

#### a 基準財政需要額の算定上の問題（繰り出し基準、補正係数）

基準財政需要額の算定基礎データとしての単位費用、測定単位、補正係数は、総務省より出されるが、その妥当性、適合性には疑問が出されている。特に補正係数については、総務省サイドの恣意性が入り込む余地がある。

また、こうした補正係数等の算定方法が複雑すぎて、不明朗という意見もある。

#### b 普通交付金の支給の有無

普通交付金は、基準財政需要額から基準財政収入額を控除して算定されるが、基準財政支出額<基準財政収入額となっている場合には支給されない。（支給されない地方自治体を不交付団体という。）

#### c 公営企業会計繰出金等への繰出しの裁量

普通交付金の算定根拠は上記のとおり各財政支出項目ごとに算定されるが、総額としての普通交付金が算定され、各地方自治体に支給された後においては、その実際の支出は各地方自治体の裁量に属し、一般会計予算の中で支出される。すなわち、例えば自治体病院等公営企業での運営費として算定され受領した地方交付金であっても、自治体病院会計に支出せず、一般会計の中で費消される可能性もある。

### ※2 地方公営企業

日本の地方自治体が運営する事業のうち、地方公営企業法の適用を受ける事業である。都道府県および市町村が運営し、一般会計（行政予算）とは切り離された特別会計として基本的に独立採算制を採る。地方自治体が病院事業、給水事業、電気事業、交通事業、ガス事業など

を行う場合は、この運営形式を取らなければならない。  
なお、地方公営企業は法人格を持たない。

### (3) 財政健全化法

自治体財政については、従来の法規に代わり、当時の自民党政府のもとで財政健全化法が2009年4月に施行された。この特徴点は、従来の地方自治体の一般、特別会計に対する規制という枠を広げ、自治体病院を含む地方公営企業等もその対象として規制を加えるということである。したがって、自治体病院の財政赤字も大きな問題点としてクローズアップされることになる。

財政健全化法は、規制する自治体財政の対象を大きく広げるとともに、財政健全性の指標に照らしての各地方自治体の数値開示、健全化計画の策定、促進のための措置を講じている。主要な指標は以下の通りである。

(財政健全化の指標)	市の健全化基準
① 実質赤字比率 (自治体財政本体)	15%
② 連結実質赤字比率 (自治体財政+地方公営企業)	20%
③ 実質公債費比率 (自治体財政+地方公営企業+ 広域連合等)	25%
④ 将来負担比率 (自治体財政+地方公営企業+ 広域連合等+第3セクター等)	350%

上記の指標のいずれかに該当した場合、財政健全化計画の策定とその議会での承認、総務省への報告をはじめとした規制が始まる(財政健全化団体)。また、民間企業の実質倒産状態に準ずる自治体としてさらに強力な規制が行われるのが財政再生団体であり、北海道夕張市がこれに該当している。

## 2. 地方自治体病院の財政支援制度

### (1) 地方公営企業法(※3)と自治体病院への財政支援制度

#### ① 自治体病院の法的位置づけと財政原則

自治体病院は、水道事業等と同様に自治体が営む公営事業と位置づけられ、地方公営企業法にその法的根拠をもつ。つまり、財政的には地方自治体の一般会計とは別個の独立した特別会計を設置し病院事業活動を行う。

ただし、病院事業については、他の公営事業とは異なり、地方公営企業法全部の適用をうけず、一部のみ適用することができる。すなわち、組織上病院としての管理者を設置する必要はなく、また、働く職員は公務員として地方自治体で定めた労働条件で遇することが可能である。こうした一部適用の病院、つまり、地方自治体の「直営」に近い方式を採用しているところも多い(その状況はIIで説明している)。

また、地方公営企業法では公営企業の財政の原則について、「経済性と公共性の調和(地方公営企業法3条)」をうたっている。すなわち、独立した事業体としての「独立採算制(同法17の2、2項)」であるべきことと、一方で「経費負担」つまり負担が適当でないあるいは負担が困難な経費についてはそれを地方自治体財政が負うこととしている(同法17の2、1項)。しかし、この間の動向をみると「経費負担」を引き下げ、できれば0にしたいというのが政府の意向と思われる。

#### ② 自治体病院に対する財政支援制度

自治体病院に対する財政支援制度は、大きく病院建設等に関わる設備支援と日常の経費に関わる運営費支援とに分かれる。

##### a 設備支援

病院建設を行う場合、地方自治体はその多くを病院企業債を発行して調達し、残りを一般会計や病院会計から支出して賄う。

この場合、基本的には、建設費の1/2、すなわち病院企業債の元利償還金の1/2と残りの支

出の1/2は地方自治体の一般会計からの繰入金によって賄われ、そして、国は、地方自治体一般会計負担額のおおむね50~60%程度を普通地方交付税として地方自治体に支出する制度となっている。

いいかえると、自治体病院の建設費は、一般会計からの特別な措置等がない限り、その1/2以上は病院事業で生み出していくことが求められる。

#### b 運営費支援

日常の運営費支援については、地方公営企業法の財政原則に基づき、もともと不採算で医療事業での収入では賄えない経費を一般会計から繰り出すこととなっている。国は、これらの支出を支える趣旨で、病床当たり495千円（2007年度）を普通地方交付税として地方自治体に措置する。また、「へきち医療」「結核医療」「精神医療」「リハ医療」「周産期医療」「小児医療」等につき、一定の基準で特別地方交付税を地方自治体に支出する。

以上のとおりだが、実際には単純ではなく、国や地方自治体に一定の裁量の余地があると思われ、一方で現実に上述の支援で不足する場合には地方自治体独自の追加支援を行っている事例もある。そして、政府の本音はこれをできる限り縮小したいということと思われる。

#### ※3 地方公営企業法

地方自治体の運営する企業の組織、財務及びこれに従事する職員の身分その他の運営基準を定め、また、運営に関する事務を処理する一部事務組合及び広域連合に関する特例並びに企業の財政の再建に関する措置を定めている。

地方自治体が運営する企業のうち、病院事業、水道事業、工業用水道事業、軌道事業、自動車運送事業、鉄道事業、電気事業、ガス事業に関わる現業事業について対して適用されている。

#### (2) 自治体病院改革ガイドライン（※4）と自治体病院の民営化等の状況

財政健全化法とおおむね期を一つにして、自治体病院そのものに対するガイドラインが2007年12

月に総務省より通知された。

ここでは、自治体病院に対して、以下のような内容での「改革プラン」を2008年度中に策定し、3~5年でのプランの実施を求めるとともに、その実施のためであれば「特例債」の発行を認めるといった「あめ」も用意した。

#### ① 経営効率化の達成計画

経常収支比率、人件費比率、病床利用率などの目標指標を定め、その達成のための具体策を策定する。

#### ② 病院の再編、ネットワーク化の計画

自治体病院の存在する各地域医療圏に医療供給体制を踏まえ、民間医療機関を含む病院の再編統合、診療所化等の方策を検討する。

#### ③ 経営形態の見直し計画

①②の計画実施に向け、選択肢として地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化（非公務員型）、指定管理者制度の導入、民間譲渡等の方策を検討する。

この実施の結果、「Ⅱ 地方自治体病院の数的状況」で示す通り、自治体病院数は大幅に減少し、また、全部適用をはじめとした経営形態の見直しが進行している状況にある。

#### ※4 自治体病院改革ガイドライン

2007年12月に総務省より通知された自治体病院（都道府県、市町村立の病院）の対する「改革」のためのガイドラインである。ここでは、経営状況の悪化と医師不足等医療提供体制の困難の中にある自治体病院について、その果たすべき役割を「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、「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の3つの視点からの改革を行うとしている。

### 3. 自治体病院への財政支援制度の在り方

#### (1) 地方自治体の財政改革

一般論として、国と同様に地方自治体についても過度に借金（地方債や企業債）に依存した財政運営は不健全であり、できる限り縮小し、財政収支の均衡を図っていくべきことは当然である。

しかし、地方自治体は国以上に地域住民の健康、福祉、生活に密着した行政サービスを行っており、そのために必要な財政支出を機械的に削るべきではない。また、過去の地方自治体の借金は、その多くがいわゆる「箱もの行政」によってもたらされたことを認識する必要がある。関西国際空港の建設に踊らされた大阪府泉佐野市が財政健全化団体となっているのはその象徴である。そして、そうした「箱もの行政」を誘導したのが、国の景気対策等を理由とした大企業のための無駄な公共投資拡大方針と国からの補助金や交付金による誘導であることも明らかである。

そうした過去の歴史を踏まえ、地方自治体が医療や福祉の財政支出を削り、一方でふたたび「アベノミクス」といった国民無視の経済対策に基づき行う大規模公共投資等に加担すべきではない。また、地域住民の自治をないがしろにし、国からの権力的な規制を進めるような「道州制」議論には厳しい批判が加えられるべきであろう。

こうした点から、地方自治体の財政制度、地方自治体に対する財政健全化法の適用は、以下のような方向での検討が必要と思われる。

- ・ 医療、福祉制度の国の責任の明確化と財政負担
- ・ 地方自治体の自主財源の拡充
- ・ 国からの補助金制度の見直し（いわゆるひも付き部分の縮小と支給ルールの明瞭化）
- ・ 地方交付税制度の見直し（交付税算定ルールの透明化）

#### (2) 自治体病院への財政支援制度の在り方

自治体病院が多額の赤字を出し、累積損失を抱

えている状況を改善していくべきことは当然である。しかし、自治体病院改革ガイドライン実施以降明らかのように、自治体病院そのものをなくし、民営化するような流れは地域住民にとっては大問題である。自治体病院が地域住民の健康のために、例え不採算であっても公益的な医療を行うこと、その為に国や地方自治体が財政支援を行うことは必要である。

前述の通り、地方公営企業である自治体病院に対する国からの財政支援は、基本的に地方交付金制度を通じて行われ、地方自治体は受領する地方交付金と一般会計からの繰出金等を併せて自治体病院に財政支援している。

しかし問題は、自治体病院においてこうした財政支援を超過する赤字が発生し累積していること、その背景として財政支援制度が必ずしも適正に支出され自治体病院の医療改善や財政構造改善のために活用されていないと思われること、さらに財政支援制度の仕組みに不透明性があること、である。

以下のような方向での改革検討が必要と思われる。

- ・ 自治体病院等公的病院への国の責任の明確化をはかり、国民にも理解しうる適切、明瞭な負担ルールを確立した上で、設備支援や運営費支援につき財政負担を増額すること。
- ・ 自治体病院の建設等設備投資については、国や地方自治体の景気対策等の外部要因を排し、真に必要な施設等を適切な金額で行うようにすること。
- ・ 地方自治体の自主財源を拡充し、自治体病院の財政支援の原資を確保させた上で、地域住民にも理解しうる適切、明瞭な負担ルールを確立し、自治体病院への財政負担をさせる制度を検討すること。
- ・ 地方交付金制度については、内容を見直し、真に地域格差の再配分としての機能に限定すること。また、交付金の用途を明確にし、普通交付金であっても自治体病院分は自治体病院財政に繰出すこと。

## II 地方自治体病院の数的状況

本章では、日本及びその中での自治体病院の病院数や病床数のこの間の推移を説明し、病院数等

が減少していること、特に自治体病院においてその割合が大きいことを明らかにする。

### 1. 日本における設立形態ごとの病院、病床分布状況

—日本の設立形態別病院数、病床数—

(病床数は千床)

	公的			私的				計
	旧国立等	自治体等	小計	医療法人	個人	その他	小計	
病院数	274(-75) 3.2%	1,252(-123) 14.6%	1,526(-198) 17.8%	5,709(+264) 66.7%	348(-737) 4.1%	982(-3) 11.5%	7,039(-476) 82.2%	8,565(-674) 100%
病床数	116(-25) 7.4%	328(-29) 20.8%	444(-54) 28.1%	853(+50) 54.1%	33(-62) 2.1%	249(-2) 15.8%	1,135(-14) 71.9%	1,578(-68) 100%

(注) 厚労省医療施設調査による2012年10月1日時点の数値による。()内は2001年10月比での増減、%は構成比を示す。自治体等には地方独立行政法人や日赤等も含まれている。

#### ① 病院数

日本における設立形態ごとの病院分布状況は上記のとおりであり、病院総数8,565のうち、旧国立(現独立行政法人)を含む公的病院計は1,526病院(17.8%)、この内地方独立行政法人や日赤等を含む自治体等は1,252病院(14.6%)となっている。これに対し医療法人、個人を含む私的病院計は7,039病院(82.2%)である。病院数レベルでいえば私的病院の占める割合が圧倒的に大きいのが、日本の病院の特徴である。

また、21世紀に入っの推移であるが、病院総数では-674、公的病院計は-198、この内自治体等は-123といずれも大きく減少している。同様に私的病院計でも-476となっており、政府による「病院削減政策」の影響が明らかである。さらに、公的病院の減少割合が私的病院よりも大きく(個人病院からの法人化の影響か医療法人の病院数は増加している)、自治体病院を含む公的病院の削減がより強力に進められている状況にある。

#### ② 病床数

病床数レベルでは、日本の病院全体で1,578千床であり、公的病院計では444千床(28.1%)、その内自治体等は328千床(20.8%)となっている。自治体等は日本の病院の2割程度の病床数を持っていることになる。これに対し私的病院計は1,135千床である。公的病院は比較的大規模病院が多いため占有率は増加し、私的病院は中小規模病院が多いため占有率は減少している。

また、21世紀に入っの推移であるが、日本の病院全体で-68千床と病院数と同様に減少しているが、その減少割合は病院数ほどではない。この点は、「社会的入院の排除」を口実に病床削減を進めようとした政府の意図が国民的な批判を受けらる中で、その思惑通りには進んでいない状況の反映と思われる。ただし、公的病院の減少割合は全体として1割を超えており、民営化の動きと合わせ、病床レベルでも減少が進んでいることを明らかにしている。

## 2. 地方自治体病院の分布状況

### (1) 病院種類別、病床種類別状況

(病床数は千床)

	病院数			病床数	
	全体	内自治体病院		全体	内自治体病院
一般	7,493(-678) (87.5%)	828(-132) (95.9%)	一般	898(-96) (56.9%)	170 (85.0%)
			療養	328(+56) (20.8%)	11 (5.5%)
精神	1,071(+6) (12.5%)	34(-12) (3.9%)	精神	342(-15) (21.7%)	16(-7) (8.0%)
結核等	1(-2) (0.0%)	1(0) (0.1%)	その他	9(-13) (0.6%)	2(-3) (1.0%)
計	8,565(-674)	863(-144)	計	1578(-68)	200(-39)

(注) 全体は、厚労省医療施設調査による2012年10月1日時点の数値による。()内は2001年10月比での増減、%は構成比を示す。

内自治体病院は、自治体病院のみのデータであり、地方公営企業年鑑2011年度版による、()内は2002年度版比での増減を示す。%は構成比を示す。

なお、精神、その他病床数には、一般病院の精神科病棟等の病床数も含む。

#### ① 病院数

日本の病院総数でみると、一般病院が7,493(87.5%)と9割近くを占め、残りのほとんどを精神病院(1,071、12.5%)が占めている。結核病院は1つだけである。自治体病院は、地域医療を担うという存立趣旨から一般病院の占める割合がさらに大きく、863病院中828病院(95.9%)となっている。

また、この10年程度での推移をみると、病院総数では一般病院が大幅減少(-678)し精神病院はほぼ横ばい(+6)と一般病院の減少が特徴的である。一方自治体病院は、一般病院、精神病院とも減少している。

#### ② 病床数

日本の病床総数でみると、全体1,578千床中一般病床が898千床(56.9%)、療養病床が328千床(20.8%)、一般病院での精神科病床を含む精神病院が342千床(21.7%)となっており、一般病床は5割強の水準となっている。一方自治体病院は200千床中一般病床が170千床(85%)と病院数と同様圧倒的割合であり、療養病床は11千床(5.5%)にとどまっている。この点は、自治体病院が従来からの急性期の機能を引き続き発揮し

ているという見方と、一般→療養への構造転換が十分でなく、病床削減を迫られたりしていることの反映という見方ができる。

また、この10年程度の推移をみると、病床総数では療養病床を除き減少しており特に一般病床の減少(-96)が大きく、この背景として一般から療養への病床転換の進行があげられる。一方自治体病院は一般、療養毎のデータは得られなかったが、一般(療養を含む)、精神とも病院数と同程度の減少が起こっている。

### (2) 病床規模別状況

	全体	内自治体病院(一般)
300床以上	1,536(-71) 17.9%	268(-43) 32.3%
100床以上 300床未満	3,882(+31) 45.3%	306(-48) 37.0%
100床未満	3,147(-634) 36.7%	245(-43) 29.6%
計	8,565(-674)	828(-132)

(注) 全体は、厚労省医療施設調査による2012年10月1日時点の数値による。()内は2001年10月比での増減、%は構成比を示す。

内自治体病院(一般)は、地方公営企業年鑑2011年度版による、()内は2002年度版比での増減を示す。%は構成比を示す。

病床規模別の病院の分布状況は上記のとおりである。日本全体では、100床以上300床未満の中規模病院が最も多く3,882（45.3%）存在し、次に100床未満の小規模病院3,147（36.7%）、300床以上の大規模病院は1,536（17.9%）となっている。これに対し自治体病院（一般病院のみ）は、828病院中300床以上の大規模病院も268（32.3%）存在していることが特徴的である。自治体病院は比較的規模が大きい地域の中核となるような病院も相対的に多く抱えていることが分かる。病院毎に地域のニーズに応じての多様な役割を果たし、都市部や農村部それぞれにおいて、他の設立形態の

病院との棲み分けや連携をはかりながら、医療を進めていることを意味しよう。

また、この10年程度の推移でみると、日本全体では圧倒的に100床未満の小規模病院が減少しており、小規模の慢性期病院について、病床の廃止、介護施設への転換等が進められたことがうかがえる。これに対し、自治体病院はいずれの病床規模の病院についてもおおむね同様の割合で減少している。100床以上の比較的病床規模の大きい病院でも、地方独法、民営化といった形式を含め、整理削減が図られてきていることが分かる。

### （3） 人口段階区分別自治体病院（一般）の病院数及び一般病床数

（病床数は千床）

	一般病院数	一般病床数
指定都市	51(-1)6.2%	20(-1)11.8%
10万人以上	214(+26)26.2%	71(-4)41.8%
3万人以上10万人未満	293(+68)35.8%	56(-2)32.9%
3万人未満	260(-228)31.8%	23(-33)13.5%
計	818(-135)100%	170(-41)100%

（注）自治体病院（一般）は、地方公営企業年鑑2011年度版による、（）内は2002年度版比での増減を示す。％は構成比を示す。なお、他の表の一般病院数（828）と不一致なのは、11年度末時点で建設中の病院が除外されていることによる。

次に自治体病院、病床の所在地分布を見てみよう。自治体病院の居住人口別所在状況を見ると、以下の点がわかる。

① 都市部（人口が多い地域）や農村部（人口が少ない地域）いずれにも存在している。すなわち、人口過疎地においても地域の基幹病院として存在している。

② 病院数と病床数の相関で見ると、自治体病院は都市部に大規模病院、農村部に中小規模病院が設置されている。

③ この10年程度の推移でみると、人口3万人未満の自治体病院及びその病床の減少が顕著である。明らかに人口過疎地での自治体病院の地方独法、民営化といった形式を含め、整理削減が図られてきていることが分かる。

### （4） 経営形態別状況

	病院数	構成比
地方公営企業法一部適用 （※5）	442	51.2%
同 全部適用 （※5）	354	41.2%
指定管理者（代行制） （※6）	25	2.9%
指定管理者（利用料金制） （※6）	42	4.9%
計	863	100%

（注）地方公営企業年鑑2011年度版による。％は構成比を示す。

自治体病院の経営形態別の分布は左記のとおりである。従来圧倒的多数が地方公営企業法一部適用であったが、5割強にまで下がっている。職員の非公務員化を含む全部適用、さらには指定管理者制度の導入の方向に進めさせられている状況がうかがわれる。

地方自治体病院を含む地方公営企業について、外部の事業者による運営委託を行うのが指定管理者制度であるが、一部導入が進められている。

指定管理者の裁量権が大きい利用料金制の方が代行制よりも多くなっている。

※5 地方公営企業法一部適用、地方公営企業法全部適用  
自治体の病院事業には、地方公営企業法のうち一定の部分（経営の基本原則、企業の設置、財務に関する規定など）のみしか自動的に適用されない。このように法の一定の部分が当然に適用される病院事業を「一部適用の企業」とよんでいる。これに対して、当然には適用されない部分（組織および職員の身分取扱いに関する規定等）をふくめて、公営企業法を全面的に適用する病院事業を、「全部適用の企業」とよんでいる。

病院事業については地方公営企業法の財務規定等一部が当然に適用されるが、条例で定めるところにより、地方公営企業法のすべての規定を適用することができる。

法制度の上では、組織（管理者の設置）と職員の身分取扱いで大きな違いがあり、実際の病院職場においては、

給与・労働条件、病院財政面などにも表れる。

#### ※6 指定管理者

施設の管理運営を包括的に外部委託するものであり、民間事業者にも受託可能である。自治体病院の管理運営を民間病院等に委託する方法として活用されている。地方自治体としては指定管理者と締結する協約を通じ民間病院等のノウハウを活用することを目的としているが、実質上は自治体病院の廃止、民営化の第一歩となっている。指定管理者制度は、その契約内容により代行制と利用料金制の二つの種類が在る。

代行制とは、地方自治体が料金収入を収受し、別途委託料等を指定管理者に支払う方式であり、病院等の運営主体はあくまで地方自治体である。

利用料金制とは、指定管理者が料金収入を収受し、別途施設使用料等を地方自治体に支払う方式であり、病院等の運営主体は指定管理者となる。

### III 地方自治体病院の経営分析

本章では、自治体病院の経営状況の評価等を「1. 自治体病院の経営状況の評価と検討事項」を明らかにし、その根拠となる検討結果を「2. 自治体病院の損益状況の概観」「3. 病床100床あたりでの自治体病院損益分析」「4. 自治体病院の財政状態」で説明している。

#### 1. 自治体病院の経営状況の評価と検討事項

##### (1) 経営状況の評価

- ① 運営費補助金等を除けば多額の赤字状況である。財政状態も多額の企業債と資本助成の補助金に依存した状況に変わりはない。
- ② 赤字幅は過去10年程度で見ると全体として縮小傾向にあり、特に自治体病院改革ガイドラインによる取り組みがスタートして以降縮小してはいる。補助金等によりほぼ収支0の水準には到達している。

財政状態はこの間若干改善が見られる。

ただし、その要因の中には、大きな赤字の病院の廃院、診療所への移行、民間委譲、地方独法化によって、結果として赤字が縮小した側面も含まれる。

よって、大きく改善したとの断言はしかねる。

- ③ 自治体病院改革ガイドラインによる経営形態の変更の効果は以下の様である。

- ・ 全部適用 一部適用との大きな差異は見られない
- ・ 指定管理者 代行制との比較で赤字率は縮小しているように見えるが、同一病院での比較が必要であり、厳密なものではない
- ・ 地方独法化 地方独法化との比較で大きな差異はない

以上、経営形態の変更による効果は見られない。

## (2) 検討事項

### ① 自治体病院改革ガイドラインの動向とその評価

#### a 動向

自治体病院改革ガイドラインは、平成21年度（2009年度）以降5年間の各自治体病院の改革プランの策定とそれに基づく実施、及び実施状況の開示を義務づけた。平成25年度（2013年度）は改革プランの最終年度であり、上記の状況を踏まえ、また、政府経済財政諮問会議での意見も受けて、2014年度中での新たなガイドラインが検討される予定となっている。総務省の「平成24年度（2012年度）地方公営企業決算の概要」によれば、自治体病院について以下のような説明がされている。

「ア 改革プラン作成前は3割に満たなかった経常収支の黒字化病院が、平成23年度（2011年度）には5割超となっている。診療報酬のプラス改定の影響もあるが、着実な改善が図られてきている。

イ 一方で、半数近くの病院が黒字化を達成できなかったことは、改革の成果が十分な上がったとは言い難い状況を示す。さらに目標指標である3指標（経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率）を達成できなかった病院が全体の9割にも及んでいる。

ウ 経営形態の見直しについては、平成21年度（2009年度）以降の3年間で、143の病院が全部適用、地方独法化、指定管理者制度の導入等を図った。

エ 以上改革プランに基づく取組はいまだ道半ばの状況にあり、今後ともガイドラインで示された経営改革の取り組みを着実に進めていく必要がある。」

総務省のいう「改革」は上記のとおりすすめられたが、厳しい財政運営状況は変わらず、ガイドラインが提起した内容をさらに強力に進める方向となることは明らかである。地方自治体、自治体病院としてそれにどう対抗、対応していくかがますます問われることになる。

#### b 評価

改革プラン実施期間の5年間の自治体病院の財政状況について、上記総務省の説明では「着実な改善」を評価しており、また、後述する通り、材料費率をはじめ数値上は改善し、補助金を加えた数値ではほぼ損益0の水準まで到達している。

しかし、これは改革ガイドラインの「成功」、総務省の勝利といえるかどうかは疑問である。

そもそも財政以前に地域医療への貢献が自治体病院の使命であり、その点を踏まえての評価が必要である。総務省のいうように自治体病院をなくしていくような方向が、国民にとって、地域医療にとって適切かという点ははなはだ疑問である。自治体病院数は確かに大きく減少しているが、総務省の「想定」通りには経営形態の移行が進まず、自治体病院の多くが存続あるいは存続の方向を打ち出し、また、総務省の「想定」するほどには「効率化」と営利を追求した形で収支を改善させていないのは、一面では地域での「自治体病院つぶし」に対する抵抗の結果という側面もあると考える。

また、財政面でいっても、ガイドライン実施期間が自治体病院の実態的な経営改善の期間といえるかどうかについては、下記の点からいって疑問である。

- ・ 民間委譲等他の法人形態への移行の影響がある。また、自治体病院内においても指定管理者等の採用の影響があり、それらを含めた比較が必要である。
- ・ 人件費率は確かに下がっているが、代替的に委託費を含む経費率は増加したままとなっている。
- ・ 該当期間は、診療報酬がそれなりには引き上げられてきた時期に当たり、他の民間医療機関等でも一定の経営改善が進められた。

総務省側は、さらに改革ガイドラインの路線を推し進めようが、それに対する自治体病院及びそれを支える地域住民側の対抗はこの間一定の成果を生んでおり、また、今後も継続していくと予想される。

## ② 国、地方自治体からの補助金等の意義と課題

前述のとおり、自治体病院の経営状況は私的病院と比較しても非常に厳しい。そして、それを補填するものとして各種補助金等が積み込まれており、経費補助金等だけでも、病院収入の15%程度の水準を占めるものとなっている。

この間、政府の新自由主義的政策により、公的病院の「民営化」の動きが顕在化し、国立病院の独立行政法人化が実施され、自治体病院でも地方独立行政法人化、民間等への病院の「売却」、様々な形態での民間への経営委託の動きが進められている。こうした動向の大きなねらいは、行政から支出されている各種補助金等の削減にあることは明白である。

そもそも補助金等は、地方農村部等医療過疎地

域での地域医療、救急医療等公益的で不採算な医療事業等の維持を目的として、行政側からの財政支援として制度化され取り組まれてきたものである。そうした目的にそつての補助金等の支出は、医療の公益性を守る観点からは、引き続き支給されるべきものといえる。

ただし、現状の国からの地方交付金を「原資」として支給される補助金等には、Iで述べたようなあるべき財政支援制度として改革すべき点があると思われる。その上で、自治体病院としては地域医療状況の変化や現状での不採算医療の内容や金額根拠等個別的に検討し、明らかに必要な金額を算定し、地域住民に理解を求め、ともに国や地方自治体に要求していくといったこともあり得ると思われる。

—国、地方自治体からの補助金等—

(単位：億円)

	2011年度	2008年度	2002年度
経費助成としての			
他会計負担金（医業収益）	1,141	1,164	1,048
国庫補助金（医業外収益）	89	85	53
都道府県補助金（医業外収益）	110	77	92
他会計補助金（医業外収益）	1,192	911	801
他会計負担金（医業外収益）	2,855	3,360	3,685
他会計繰入金（特別利益）	185	231	64
計	5,576	5,831	5,743
資本助成としての			
他会計出資金	946	798	679
他会計負担金	805	807	735
他会計補助金	73	51	51
国庫等補助金	434	129	149
計	2,258	1,785	1,814
合計	7,834	7,616	7,357

## ③ 赤字の縮小の方向

### a 診療報酬制度の現状と今後の動向

日本の病院経営の状況は、あらゆる設立母体に共通して経常損益がほぼ0あるいはマイナスであり、経営的には困難を抱えている。この点に対する評価を明確にしておく必要がある。

日本での医療における収入は、基本的に自由な価格設定によることなく、国民皆保険制度に基づく厚生労働省の定める公定価格、すなわち診療報酬制度に基づいている。診療報酬は、「医療費の抑制」の名の下に80年代以降抑制の為の政策誘導

が図られ、90年代終わりに入って患者自己負担分の増加＝保健負担分の削減とセットで、隔年での改定の度での病院つぶし、すなわち病院稼働ベッド削減、外来患者抑制、収入減の改定が行われてきた。特に21世紀にはいり明白な診療報酬の引き下げが実施され、実質上の収入減が病院を直撃した。

また、介護保険分野では利用者の保険はずし、利用者自己負担の動きが進もうとし、国民の自己負担増と各事業所での収入減が深刻化している。

問題は、そうした厚労省の医療費引下政策の妥

当性である。病院が大幅な利益を享受し、働く職員が高額な給与を手にし、また、患者、利用者が病気の有無にかかわらず病院をひんぱんに利用する状況にあるのだろうか。現実には、病院は全般的に赤字を抱え、働く職員の給与は他職種と比較しても低く抑えられ、自己負担増により「病人が患者になれない」状況が新聞をにぎわす状況にある。

政府は消費税率の引き上げの根拠として「医療福祉の財源確保」を説明したが、実際の政策はそうした方向とは全く逆である。病院経営を分析する上でも、こうした政府厚労省の誤った政策に対する転換を求め闘う立場に立つ必要がある。

#### b 病院経営における収入向上、効率性追求

病院経営の「収入不足」「不効率」に対する政府、財界等医療の営利事業化を求めるサイドからの攻撃が行われている。基本的に、病院経営の赤字は現状の診療報酬制度によるものであり経営の「不効率」が原因である、という見解には組みするものではないが、非営利の医療事業であっても日常不断に業務の効率化を進めていくことは必要といえる。

「3（1）私的病院との比較」で述べるように、私的病院比での経営成績に大きな違いがあることは、単なる医療内容面での違いや労働条件の相異というだけでなく、業務効率の相異の課題として検討していくことが求められよう。

また、電子カルテの導入等医療事業におけるIT化の流れ等業務そのものの変化が激しい中で、各職員の担う業務の再検討、営利事業で行っている諸活動や各種経営ツールの批判的立場ももちつつの摂取が求められよう。

なお、自治体病院は、病院建設費、器機、医療材料購入費等が民間病院と比較して不相当に高額であり、それが自治体病院の財政を圧迫している事実がある。これらについて想定される政治的な影響を排除し、適切なコスト意識を持って管理していくことが求められる。

また、これらを実施していく上では、自治体病院が地方公営企業として、真に独立した経営責任を持つようにすること、その為に責任を負う自治体職員の人事制度、人員配置、職務権限の付

与等検討していくことが望まれる。

#### ④ 病院で働く労働者、病院に通う地域住民のたかひと対応の方向

病院で働く労働者の賃金は、民間大企業のそれと比較して低く、人の命と健康を守る特別の労働密度を持ち、夜勤や長時間労働といった業務の面からも、そうした差異は増幅しているものといえる。世間並み、労働の質と量に基づく賃金を求めることは、正当かつ日本の医療を守り発展させる観点から、重要な課題といえる。

一方で、営利大企業と異なり、病院経営が赤字でありその困難性が厚労省の低医療費政策にあることを踏まえるならば、賃金引上げ、労働条件の向上を図るためのたかひは、病院経営陣との共同での政府、厚労省に向けたものであり、自己負担増により健康を守れない状況に追い込まれている大多数の国民との共同での闘いであるべきであろう。

同時に、個々の病院における労働組合の運動も、正当な要求を掲げると同時に、それを可能にするための建設的な方策提起が求められよう。

## 2. 自治体病院の損益状況の概観

2011年度での日本における自治体病院すべての損益計算書を集計し、その特徴点を概観する。なお、2002年度（約10年前であり前回に同種の調査を行った時点）及び2008年度（自治体病院改革ガイドライン公表年度、次年度から実施となる）との比較を行っている。

なお、損益計算書に含まれている各種経費補助金については、補助金を混入させたままでは以下のような点で経営的な評価が明瞭とならないことから、それらを特別損益の部に組替え表示している。

- ・ 民間病院等他の法人形態との比較が困難
- ・ 補助金の増減によって経営成績が変動する
- ・ 補助金制度そのものに不透明性がある。（明瞭に具体的医療内容とひもづく補助金を算定困難）

ただし、自治体病院がいわゆる不採算医療をになっており、その「対価」として補助金等を受領

している事実を否定するものではない点に留意いただきたい。

—自治体病院全体の損益状況—

単位：億円（）内は収益構成比率

	2011年度	2008年度	2002年度
病院数	863	936	1007
* 1 医業収益	33,087 (100)	33,299 (100)	35,391 (100)
内入院	22,255 (67.3)	22,268 (66.9)	23,062 (65.1)
外来	9,731 (29.4)	9,932 (29.8)	11,259 (31.8)
室料差額	327 (1.0)	356 (1.1)	350 (1.0)
医業費用	37,066 (112.0)	39,119 (117.5)	40,372 (114.1)
* 2 内人件費	18,322 (55.4)	19,182 (57.6)	20,340 (57.5)
* 3 材料費	8,082 (24.4)	8,770 (26.3)	10,359 (29.3)
経費	7,904 (23.9)	8,141 (24.5)	6,824 (19.3)
減価償却	2,513 (7.6)	2,773 (8.3)	2,627 (7.4)
* 4 資産減耗費	101 (0.3)	107 (0.3)	83 (0.2)
研修研究費	142 (0.4)	143 (0.4)	136 (0.4)
医業損益	-3,979 (-12.0)	-5,819 (-17.5)	-4,981 (-14.1)
* 5 医業外収益	724 (2.2)	697 (2.1)	598 (1.7)
医業外費用	2,041 (6.2)	2,322 (7.0)	2,516 (7.1)
* 6 内支払利息	841 (2.5)	1,040 (3.1)	1,303 (3.7)
経常損益	-5,295 (-16.0)	-7,444 (-22.3)	-6,898 (-19.5)
特別利益	5,702 (17.2)	5,903 (17.7)	5,856 (16.5)
* 7 内補助金等	5,576 (16.9)	5,830 (17.5)	5,742 (16.2)
特別損失	417 (1.3)	275 (0.8)	223 (0.6)
当期損益	-11 (-0.0)	-1,816 (-5.5)	-1,263 (-3.6)

(注) 地方公営企業年鑑2011、2008、2002年度版より  
 なお、決算書表示は基本的に病院会計準則に準拠して組み替えている。

\* 1 医業収益

- ① 地方公営企業年鑑では、医業収益に「他会計負担金」が含まれている。「他会計負担金」とは自治体財政における一般会計等からの病院事業会計へ繰り出された負担金、即ち実質上の補助金と考えられる。ここでは、他設立形態の病院との経営比較を適正に行うため、補助金収入は特別利益として区分することにしたのでこれを医業収益から除外する。
- ② 介護収益は医業収益と区別して表示されていない。病院として介護保険事業を実施していないところも一定数あると予想されるが、全病院がそうだと

は思えない。入院、外来等の医業収益に含まれていると思われる。

\* 2 人件費

常勤、非常勤職員に支給する給与、賞与、退職金、法定福利費である。ただし、賞与、退職金については、実際支出時に計上しており、発生主義会計により引当金計上は行っていない。したがって、その分低めとなっていると予想される。

**\* 3 材料費**

薬品費、医療材料費、給食材料費の合計であり、検査委託費は経費の中の委託費に含む。

**\* 4 資産減耗費**

修繕費等と思われる。

**\* 5 医業外収益**

地方公営企業年鑑では、医業外収益に「国庫（都道府県を含む）補助金」「他会計補助金」「他会計負担金」が含まれている。これらは広義の補助金と考えられるので、

他の設立形態の病院との比較上特別利益に振替える。そうになると、残りの内容は、「受取利息配当金」「看護学院収益」「患者外給食収益」等となる。

**\* 6 支払利息**

「企業債利息」すなわち自治体病院がその施設建設投資等のために自治体を通じて起債し、それに関わる金利負担を行っているものが大部分。

**\* 7 補助金等**

地方公営企業年鑑上の補助金等の内訳は以下の通り。

—補助金等の内訳—

単位：億円（）内は医業収益構成比率

	2011年度	2008年度	2002年度
他会計負担金（医業収益）	1,141 (3.5%)	1,164 (3.5%)	1,048 (3.0%)
国庫補助金（医業外収益）	89 (0.3%)	85 (0.3%)	52 (0.1%)
都道府県補助金（　　）	110 (0.3%)	77 (0.2%)	91 (0.3%)
他会計補助金（　　）	1,192 (3.6%)	911 (2.7%)	800 (2.2%)
他会計負担金（　　）	2,855 (8.6%)	3,360 (10.1%)	3,684 (10.4%)
他会計繰入金（特別利益）	185 (0.6%)	231 (0.7%)	64 (0.2%)
合計	5,576 (16.9%)	5,830 (17.5%)	5,742 (16.2%)

**（1）自治体病院の損益状況が非常に厳しいことは変わっていない。ただし、赤字幅は傾向的に減少している。**

2011年度の当期損益は全病院で11億円強の赤字となっている。しかも、55億円強の各種補助金等が加わったの数値であり、それを除外した経常損益では52億円（医業収益割合－16.0%）もの赤字である。補助金等なしではとうてい成り立たない経営状況にある。

ただし、2002年度（経常損益－68億円、当期損益－12億円）、2008年度（経常損益－74億円、当期損益－18億円）と比較すると、赤字幅は縮小し、補助金等を含めた当期損益ベースではほぼ損益0に近いところとなっているといえる。

**（2）収益に占める割合は、入院：外来でおおむね2：1となっている。**

2011年度の医業収益330億円中入院収益は222億円円で全体の約2／3をしめる。外来医療は97億円円とおおむね残りの1／3である。室料差額

は3億円（1%）となっている。

過年度との比較では、徐々にではあるが、入院収益の占める割合が高くなっていることが特徴である（入院収益の比率は2002年度65.1%、2008年度66.9%）。これは診療報酬等により病院での外来医療の制限が加えられた影響によるものであり、自治体病院に限ったことではない。

**（3）医業費用の特徴**

**① 人件費**

2011年度の人件費率（医業収益に占める割合）は55.4%である。病院事業での最大の費用は人件費であり、その管理が財政状況の改善のためには不可欠であることを示す。

ただし、人件費の会計処理方法は基本的に支出時に計上されており、退職金費用を労働の対価として引当金計上すると、人件費は増加する。その分少なめとなっている点に留意が必要である。

また、過年度との比較では、人件費率は下がってきている（2002年度57.5%、2008年度57.6%）。

これが過年度比での改善の要因の一つとはいえる。

## ② 材料費

2011年度の材料費率（医業収益に占める割合）は24.4%である。材料費率は、医薬品の処方箋院外発行の状況により大きく左右される（院外処方箋が発行されればその分の材料費は減少する）ので留意が必要であるが、一般に私的病院の材料費率は20%程度と見ると、4%程度高いと推定される。材料費管理上の問題（購入価の管理、後発品導入、在庫管理）が推測される。

過年度との比較では、材料費率は下がってきている（2002年度29.3%、2008年度26.3%）。この間の材料費管理の改善によるものと思われるが、一方で後述のとおり経費率は増加しており、単純に材料費率だけでの評価はできない。

## ③ 経費

2011年度の経費率（医業収益に占める割合）は23.9%である。別表示されている資産減耗費や研修研究費を含めると25%近くとなり、かなり高めと思われる。この要因は、経費に含む委託費が大きいことで、約35百億円と医業収益割合で10.6%を占め、経費に占める割合は44%である。この委託費は清掃、検査等の他医事、食養、物流等の従来職員が担ってきた業務への委託部分も含まれていると思われ、その意味で実質上人件費、材料費の代替費用としても考慮しうる。また、いわゆるPFIを導入した自治体病院では委託費割合は当然増加することとなり、その影響も含まれる。

過年度との比較では、経費率は傾向的に増加している（2002年度19.3%、2008年度24.5%）。前述の人員費率や材料費率の減少は経費（委託費等）への代替によってもたらされた部分を含むことを示していると思われる。

## ④ 減価償却費（※7）

2011年度の減価償却費率（医業収益に占める割合）は7.6%である。一般に他の設立形態の減価償却費率よりも高いと思われる。建設、器機購入管理の弱さ、補助金とのひも付も関連してのコスト意識の不足の他、景気対策等を理由とした行政、

政治家等の介入の可能性もその要因として考えられる。

過年度との比較では、絶対額は減少しているものの率としては傾向的に横ばいである。

### ※7 減価償却費

会計に関する固定資産取得購入費の各会計期間における費用計上の計算方法である。すなわち長期間にわたって使用される固定資産の取得（設備投資）に要した支出を、その資産が使用できる期間にわたって費用配分する手続きである。

## （4）支払利息の特徴

2011年度の支払利息負担率（医業収益に占める割合）は2.5%である。現状の金利低下局面の中ではかなり高いと思われる。この要因として想定されるのは、

- ・ 企業債等の借入金が大きいこと——実際大きく、後述の「4. 自治体病院の財政状態」で明らかにする。

- ・ 金利率が高いこと——自治体病院を含む公的病院の借入の特徴は、銀行等からの間接金融への依存度がほとんど無く、企業債を発行した直接金融によっていることである。企業債は長期の固定金利での調達が一般的であり、企業債の市場消化のため市中の金融機関金利よりも現局面では高めに設定されている。

過年度の比較では、支払利息負担率は減少傾向にある（2002年度3.7%、2008年度3.1%）。金利率がこの間下がっていることが要因である。

## （5）補助金等の状況

前述の通り、補助金等は自治体病院の赤字を補填するために、様々な形で拠出されている。総額55百億円（事業収益比率16.9%）となっているが、その内国、都道府県からの直接の補助金は2百億円にすぎず、ほとんどは設立母体の地方自治体の一般会計等からの補填によっている。

これについては、「4. 自治体病院の財政状態」で具体的に検討する。

なお、過年度の比較では若干減少しているものの金額、率とも横ばいといえる。

## —私的病院との比較—

単位：百万円（）内は収益構成比率

	* 8 自治体病院	* 9 公私病院連盟 私的病院
医業収益	1,649 (100)	1,759 (100)
内入院	1,109 (67.2)	1,235 (70.2)
外来	485 (29.4)	437 (24.8)
室料差額	16 (1.0)	32 (1.8)
医業費用	1,847 (112.0)	1,744 (99.1)
内人件費	913 (55.4)	974 (55.4)
材料費	402 (24.3)	365 (20.8)
経費	400 (24.3)	293 (16.7)
減価償却費	125 (7.6)	94 (5.3)
資産減耗損	5 (0.3)	2 (0.1)
本部費		12 (0.7)
医業損益	-198 (-12.0)	15 (0.9)
医業外収益	33 (2.0)	16 (0.9)
医業外費用	98 (5.9)	20 (1.1)
内支払利息	38 (2.3)	11 (0.6)
経常損益	<u>-263 (-15.9)</u>	<u>11 (0.6)</u>
他補助金等	268 (16.3)	10 (0.6)

\* 8 総務省「地方公営企業年鑑」2011年度版より100床あたりに除して算定した。対象は863病院200千床。

\* 9 公私病院連盟「病院運営実態分析調査」2012年6月調査による。

私的病院総計の100床当たり損益につき、年間算定のため12ヶ月を乗じて算定した。対象は141 病院35千床。

## 3. 病床100床あたりでの自治体病院 損益分析

自治体病院の損益分析を、他の設立形態との比較、期間比較、自治体病院内での経営形態別比較等をより行うこととする。なお、的確な経営比較を可能にするため、病床100床当たりのデータを算定して比較する。

### (1) 私的病院との比較

#### ① 経常損益

補助金等を除外した実質上の経常損益を比較すると、自治体病院-263百万円（事業収益比率-15.9%）、私的病院11百万円（事業収益比率0.6%）と大きな差異がある。自治体病院の収益性が低い

ことは明らかであり、補助金によって経営を成り立たせていることがわかる。

#### ② 収益

医業収益については、自治体病院は私的病院と比べ入院収益割合（自治体病院67.2%、私的病院70.2%）及び室料差額割合（自治体病院1.0%、私的病院1.8%）が低いこと、百床当たり事業収益が低いこと（自治体病院1,649百万円、私的病院1,759百万円）が特徴的である。

一般に病院規模が大きいほど急性期機能が高く日当円（患者当たり収益）が高いので、一病院あたりの病床規模に差異がある場合には、それが原因で上記のような差異が生ずる可能性はある。しかし、「Ⅱ 2（2）病床規模別状況」で見たとおり、私的病院よりも自治体病院の方が中小規模病院の

割合が少ない。私的病院のサンプル数が少ないのでこれだけで断定はできないが、少なくとも自治体病院の事業収益に課題があると推察される。

### ③ 費用

医業費用での材料比率、経費率、減価償却費率、医業外費用での支払利息比率について、自治体病院が私的病院比で高い。

材料費率については、自治体病院における材料費管理上の問題（購入価の管理、後発品導入、在庫管理）が推測される。

経費率については、経費に含む委託費が大きいことが特徴であり、委託費には清掃、検査等の他医事、食養、物流等の従来職員が担ってきた業務への委託部分も含まれていると思われ、その意味で実質上人件費、材料費の代替費用とも考えられる。つまり、人件費率については自治体病院と私的病院は同じであるが、委託費を含む実質人件費で見ると自治体病院の方が高いという評価もあり得る。また、いわゆる PFI（※8）を導入した自治体病院では委託費割合は当然増加することとなり、その影響も含まれる。

減価償却費率については、建設、器機購入管理の弱さ、国等からの補助金をあてにしてのコスト意識の不足、行政、政治の介入の可能性等がその要因として考えられる。

支払利息比率については、借入金（企業債）の残高が大きいこと、利率が高いことがその要因であろう。

なお、各費用項目が収益比率で高い要因には、収益が低いことが結果として率を上げているということも考えられる。

#### ※8 PFI (Private Finance Initiative)

地方自治体等の公的施設について、設計、建設の段階から民間の資金やノウハウを活用することにより、効率的・効果的に公的施設の建設、維持管理及び運営をはかることを目指す制度として、一部自治体病院の病院建設やその運営に導入され、一時期脚光を浴びた。しかし、実際にはそれに関与した企業の利益になるだけで、地方自治体の財政負担の削減にはつながらなかった。

## (2) 期間比較

### ① 自治体病院全体

まず、自治体病院全体での期間比較を行う。

#### a 経常損益

補助金等の収益を除いた実質上の経常損益は、2011年度及びそれ以前の2002、2008年度とも-2～-3億円台の大幅な赤字であり、医業収益比の赤字率も-15.9%～-22.3%と大きい。基本的にそうした状況はここ10年間変わっていない。

損益推移で見ると、2002年度から2008年度にかけてより悪化し、その後自治体病院改革ガイドラインに基づく政府からの締め付けを受けて、2011年度は改善基調となっている。2011年度は2002年度の水準に回復したということと思われる。

#### b 収益

医業収益は、2002、2008年度ともほぼ横ばいで推移したが、2011年度は増加している。(2008年度比で病床百床当たり+1.6億円(+10.7%))。この要因は、純然たる増収と、小規模病院が減少したことによる相対的に一病院当たりの病床規模の増加、急性期割合の増加の結果の両要因が考えられる。したがって、単純に収益性が高まったとは言いきれない。

また、医業収益の内訳としては、入院収益の割合が傾向的には増加している。

#### c 費用

人件費は、医業収益と同様に2002、2008年度比で2011年度は増加しているが、収益比率としては逆に低下している。その意味で、人件費の相対的な抑制が進み管理が進んだように見える。ただし、医業収益と同様に小規模病院が減少したことによる可能性はあり、さらに経費との合算で見ると、むしろ収益比率は2002年度比では増加している。

すなわち、人件費の抑制分が経費に含まれる委託費に実質上振り替えられている可能性があり、より実態に即した評価が必要である。また、いわゆる PFI を導入した自治体病院では委託費割合は当然増加することとなり、その影響もあろう。

—自治体病院全体での期間比較—

単位：百万円 ( ) 内は収益構成比率

	* 8 2011年度	* 10 2008年度	* 10 2002年度
医業収益	1,649 (100)	1,489 (100)	1,475 (100)
内入院	1,109 (67.2)	996 (66.9)	961 (65.2)
外来	485 (29.4)	444 (29.8)	469 (31.8)
室料差額	16 (1.0)	15 (1.0)	14 (0.9)
医業費用	1,847 (112.0)	1,749 (117.5)	1,682 (114.0)
内人件費	913 (55.4)	857 (57.6)	847 (57.4)
材料費	402 (24.3)	392 (26.3)	431 (29.2)
経費	400 (24.3)	370 (24.8)	290 (19.7)
減価償却費	125 (7.6)	124 (8.3)	109 (7.4)
資産減耗損	5 (0.3)	4 (0.3)	?
医業損益	-198 (-12.0)	-260 (-17.5)	-207 (-14.0)
医業外収益	33 (2.0)	31 (2.1)	26 (1.8)
医業外費用	98 (5.9)	103 (6.9)	104 (7.1)
内支払利息	38 (2.3)	46 (3.1)	54 (3.7)
経常損益	-263 (-15.9)	-332 (-22.3)	-284 (-19.3)
内補助金等	268 (16.3)	250 (16.8)	234 (15.9)

\*10 総務省「地方公営企業年鑑」2002年度版、2008年度版より、100床あたりに除して算定した。対象は2002年度1007病院239千床、2008年度936病院223千床。

—一人件費—

	2011	2008	2002
人件費	913 (55.4)	857 (57.6)	847 (57.4)
経費	400 (24.3)	370 (24.8)	290 (19.7)
計	1313 (79.7)	1227 (82.1)	1137 (77.1)

材料費は、2002年度比で金額的に減少し、収益比率としても明らかに低下している（2002年度29.2% 2008年度26.3% 2011年度24.3%）。私的病院との差は埋まっていないが、この間一定の改善が進められたと考えられる。

減価償却費は、金額的には増加、収益比率では

横ばいという傾向である。ひきつづき、建設や設備投資における意思決定の仕組みや管理上の課題があると思われる。

支払利息は、金額、収益比率とも低下しているが、企業債の金利低下によるものであり、内部努力による改善とはいえない。

② 50～400床

次にいわゆる中小規模である病床数50～400の病院における期間比較を行う。

a 基本的には、①の自治体病院全体での特徴点と同様の特徴点があるが、50～400床規模病院のデータでも示されている。すなわち、以下のとおりである。

—病床数50～400床病院での期間比較—

単位：百万円（）内は収益構成比率

	*11 2011年度	*11 2008年度	*11 2002年度
医業収益	1,372 (100)	1,278 (100)	1,377 (100)
内入院	884 (64.4)	821 (64.2)	857 (62.2)
外来	431 (31.4)	408 (31.9)	472 (34.3)
室料差額	13 (0.9)	12 (0.9)	13 (0.9)
医業費用	1,587 (115.7)	1,548 (121.1)	1,578 (114.6)
内人件費	798 (58.2)	774 (60.6)	793 (57.6)
材料費	305 (22.2)	304 (23.8)	384 (27.9)
経費	373 (27.2)	355 (27.8)	278 (20.2)
減価償却費	105 (7.7)	108 (8.5)	102 (7.4)
資産減耗損	3 (0.2)	4 (0.3)	2 (0.1)
医業損益	-215 (-15.7)	-270 (-21.1)	-201 (-14.6)
医業外収益	31 (2.3)	30 (2.3)	28 (2.0)
医業外費用	92 (6.7)	97 (7.6)	103 (7.5)
内支払利息	34 (2.5)	42 (3.3)	51 (3.7)
経常損益	<u>-275 (-20.0)</u>	<u>-337 (-26.4)</u>	<u>-274 (-19.9)</u>
内補助金等	249 (18.1)	230 (15.7)	216 (15.7)

\*11 総務省「地方公営企業年鑑」2002年度版、2008年度版、2011年度版より50床以上400床未満の数値を抜粋し100床あたりに除して算定した。対象は2002年度版698病院123千床、2008年度版647病院113千床、2011年度版587病院101千床。

- ・ 実質上の経常損益では基本的に赤字であり、補助金に依存して赤字を縮小させている状況は変わっていない。ただし、2002年から2008年にかけては悪化、そこから2011年にかけては改善という推移が見られる。
- ・ 入院収益の割合が傾向的には増加している。
- ・ 費用面では材料費率、支払利息比率が低下、一方で経費率は上昇している。減価償却費率はおおむね横ばいである。

b 一方で①の自治体病院全体には見られない特徴点も以下のように見られる。

- ・ 2011年度の医業収益は、2008年度比では増加しているものの、2002年度比ではほぼ横ばいである。50～400床規模の病院では、医業収益が増加しているとはいえない。
- ・ 人件費率は、2008年度比では低下している

ものの、2002年度比ではむしろ上昇している。傾向としては人件費の金額も人件費率もほぼ横ばいといえよう。一方で経費率は①と同様に上昇しており、金額的にも大幅に増加している。委託費の増加による影響と思われる、その意味で委託費を含めた実質人件費は増加していて、その管理に成功しているとはいえないように思われる。

### (3) 地方公営企業法適用範囲

一部適用とは、地方公営企業法における会計規則のみ適用し、同法の他の規定は適用しない公営企業のことをいう。これに対し、全部適用とは、働く職員の労働条件を地方公営企業が内部で定められる等地方公営企業法の規定を全面適用した公営企業のことをいう。従来から自治体病院は一部適用が認められ、ほとんどの自治体病院は一部適

—地方公営企業法適用範囲—

単位：百万円（）内は収益構成比率

	*12 一部適用	*12 全部適用
医業収益	1,498 (100)	1,799 (100)
内入院	977 (65.2)	1,239 (68.9)
外来	466 (31.1)	503 (28.0)
室料差額	15 (1.0)	17 (0.9)
医業費用	1,691 (112.9)	2,002 (111.3)
内人件費	817 (54.5)	1,008 (56.0)
材料費	345 (23.0)	459 (25.5)
経費	405 (27.0)	395 (22.0)
減価償却費	117 (7.8)	132 (7.3)
資産減耗損	4 (0.3)	5 (0.3)
医業損益	-193 (-12.9)	-202 (-11.2)
医業外収益	36 (2.4)	30 (1.7)
医業外費用	94 (6.3)	102 (5.7)
内支払利息	35 (2.3)	42 (2.3)
経常損益	<u>-252 (-16.8)</u>	<u>-274 (-15.2)</u>
内補助金等	248 (16.6)	288 (16.0)

\*12 総務省「地方公営企業年鑑」2011年度版より、100床あたりに除して算定した。対象は一部適用が495病院99千床、全部適用が358病院100千床。

用であった。

しかしながら、自治体病院改革ガイドラインでは、全部適用への移行が「経営形態の見直し」の一つとして提起され、それにしたがって、「Ⅱ 2（4）経営形態別状況」でみたように4割強の自治体病院が全部適用に移行している。

① 経常損益

補助金等を除外した実質上の経常損益では、一部適用、全部適用とも-2.5億円以上、収益比率-15%の赤字であり、基本的に大きな差異はない。すなわち、全部適用に移行しているからと言って、経営成績が良くなっているとは必ずしも言えない。そして、その赤字の大部分を補助金等によりカバーしている状況もほぼ同様である。

② 収益

全部適用の病院の方が病床100床あたりの収益が大きく、また、入院収益の割合が高い。このことは、全部適用の病院がより収益性が高いことを意味するものではないであろう。すなわち、比較的病床規模が大きく、急性期病床の割合が高く、病床当たり収入が大きい病院が全部適用に移行している割合が高いということと思われる。

③ 費用

人件費率、材料費率は全部適用の病院の方が高く、逆に経費率、減価償却費率は一部適用の病院の方が高い。材料費、減価償却費の差異は経営形態の違いによるものとは思われない。人件費、経費については以下のようなことが考えられる。

すなわち、人件費率はむしろ全部適用の病院の方が高い。したがって、全部適用により職員の労働条件を独自に決められるからと言って、人件費

—費用—

(百万円 ( ) 内は収益比構成比率)

	2011	2002
人件費	817 (54.5)	1008 (56.0)
経費	405 (27.0)	395 (22.0)
計	<u>1222 (81.5)</u>	<u>1403 (78.0)</u>

の抑制につながるとはいえない。ただし、人件費 + 経費で見た場合以下の通り一部適用の方が高く、

一部適用の病院は委託費への移行をより強力に進めている可能性がある。

(4) 指定管理者

地方自治体病院を含む地方公営企業について、外部の事業者に運営委託を行うのが指定管理者制度であるが、その内事業収益は地方自治体が受領し指定管理者に委託管理料を支払う方式を代行制、事業収益は指定管理者が受領し地方自治体は指定管理者から施設使用料等を受け取るのみの方式を

利用料金制という。「II 2 (4) 経営形態別状況」でみたように指定管理者制度を導入しているのは全体の8%弱である。

指定管理者制度による自治体病院の経営分析は、本来当該病院の指定管理者制度導入以前のデータとの比較で評価することが適当であるが、そうしたデータがないので、全自治体病院の平均データの比較を行い検討する。

—指定管理者—

単位：百万円 ( ) 内は収益構成比率

	指定管理者		
	*13 代行制	*13 利用料金制	*8 自治体病院平均
医業収益	1,552 (100)	5	1,649 (100)
内入院	1,057 (68.1)	1	1,109 (67.2)
外来	430 (27.7)	1	485 (29.4)
室料差額	12 (0.8)	0	16 (1.0)
医業費用	1,699 (109.5)	203	1,847 (112.0)
内人件費	18 (1.2)	6	913 (55.4)
材料費	0 (0)	1	402 (24.3)
経費	1,566 (100.9)	109	400 (24.3)
減価償却費	114 (7.3)	83	125 (7.6)
資産減耗損	2 (0.1)	3	5 (0.3)
医業損益	-147 (-9.5)	-198	-198 (-12.0)
医業外収益	29 (1.9)	43	33 (2.0)
医業外費用	53 (3.4)	47	98 (5.9)
内支払利息	42 (2.7)	30	38 (2.3)
経常損益	<u>-174 (-11.2)</u>	<u>-202</u>	<u>-263 (-15.9)</u>
内補助金等	171 (11.0)	170	268 (16.3)

\*13 総務省「地方公営企業年鑑」2011年度版より、100床あたりに除して算定した。対象は代行制が25病院4千床、利用料金制が41病院8千床。

—地方独立行政法人—

単位：百万円（）内は収益構成比率

	*14 地方独立行政法人	* 8 自治体病院平均
医業収益	2,065 (100)	1,649 (100)
内入院	1,436 (69.5)	1,109 (67.2)
外来	517 (25.0)	485 (29.4)
室料差額	18 (0.9)	16 (1.0)
医業費用	2,311 (111.9)	1,847 (112.0)
内人件費	1,145 (55.4)	913 (55.4)
材料費	533 (25.8)	402 (24.3)
経費	432 (20.9)	400 (24.3)
減価償却費	199 (9.6)	125 (7.6)
資産減耗損	5 (0.3)	
医業損益	-246 (-11.9)	-198 (-12.0)
医業外収益	22 (1.1)	33 (2.0)
医業外費用	86 (4.2)	98 (5.9)
内支払利息	41 (2.0)	38 (2.3)
経常損益	<u>-310 (-15.0)</u>	<u>-263 (-15.9)</u>
内補助金等	391 (18.9)	268 (16.3)

\*14 総務省「地方公営企業年鑑」2011年度版より、100床あたりに除して算定した。対象は56病院、18千床。

収支の仕組が大きく変わることから厳密な検討はできないが、以下のような点がうかがわれる。

- ① 代行制、利用料金制いずれをとっても、病院が実質上の赤字であり、補助金への依存度が高い状態にあることは自治体病院全般と変わらない。指定管理者制度導入によって、実質上の黒字化を果たすようなことにはなっておらず、地方自治体等が多額の繰入金等を負担していることに変わりはない。
- ② 代行制の自治体病院平均との比較において、経常損益の赤字額は代行制のほうが小さく、収益比率でも低い。これが指定管理者制度導入による成果であるとの見方もありうる。しかし、指定管理者制度導入病院の割合が低く、導入病院の個別状況が反映されている可能性もあり、

同一病院での導入前と導入後での比較を行わなければそうした断定はできない。

- ③ 指定管理者は、代行制の場合病院から経費(委託費)を受領し、利用料金制の場合診療収入をそのまま受領する形で指定管理者自体の経営を行っている。上記表のデータは地方自治体側での収支を示しているだけで、指定管理者側での自治体病院での収支状況のデータを入手できていないのでその概要は不明である。本来はその収支状況も併せて検討することで、同制度採用による全体としての財政的な評価が可能となろう。

## (5) 地方独立行政法人

### ① 経常損益

補助金等を除外した実質上の経常損益では、独法は-310百万円(医業収益比-15.0%)であり、自治体病院平均と大きな差異はない状況である。

すなわち、独法化したことによる損益の改善状況を現時点で見ることはできず、その経営効果が出ているわけではない。そして、その赤字の大部分を補助金等によりカバーしている状況もほぼ同様である。

ただし、独法化した病院の割合が低く、導入病院の個別状況が反映されている可能性もあり、厳密には同一病院での導入前と導入後での比較を行うことが必要である。

## ② 収益

独法化した病院の方が病床100床あたりの収益が大きく、また、入院収益の割合が高い。このことは、独法化した病院がより収益性が高いことを意味するものでは必ずしもないであろう。すなわち、比較的病床規模が大きく、急性期病床の割合が高く、病床当たり収入が大きい病院が独法に移行していった割合が高いということと思われる。

## ③ 費用

独法化した病院は、材料費率、減価償却費率が高く、経費率が低い。前者については、独法化した病院は急性期病院で材料費や高額器機の使用割合が相対的に高く、また、委託費依存が相対的に小さいことを推定させる。

# 4. 自治体病院の財政状態

## (1) 自治体病院の財政状態の検討の意義

自治体病院においては、私的病院と異なり、独立した法人としての財政運営を行うわけではなく、赤字の累積、資金不足等による倒産といった事態は想定し得ない。しかし、自治体病院の赤字補填や新たな病院建て替え等資金補填に自治体財政が耐えられないといったことから、また、総務省より自治体病院改革ガイドラインが出され、それに基づく強力な「指導」がされたことを契機に、自治体病院の建て替えにおける spc 方式（※9）の採用事例や病院事業そのものを民間に全面委託する事例、更には病院そのもの廃院が検討される事例が多数出てきている。これらは、自治体病院の

経営的な困難を理由にした対応の表れであり、中には実質上の「倒産」に近い状況の反映もあると思われる。

更に、国立病院と同様に地方独立行政法人化していく場合には、法的には私的病院と同様の独立法人格を取得し、補助金制度等が短期的にまた全額無くなることは当面ありえないとしても、長期的には自立的経営を求められることになるであろう。

したがって、財政状態＝貸借対照表の検討を私的病院と同様に検討することは、有効性を持つと思われる。

## ※9 spc (special purpose company) 方式

特定の資産を担保あるいは裏付けにした証券の発行など、限定された目的のために設立された会社のことを特別目的会社 (spc) という。社債の発行で不特定多数の投資家から資金を調達できるといったメリットがある。自治体病院の建設資金を spc が拠出し、一方で spc がその調達資金を社債発行により投資家から集めて賄うといった形での病院建設方法を spc 方式という。実質上民間の営利的資金を公的病院建設に導入することを意味する。

## (2) 財政状態の検討

### ① 自己資本比率（資本合計／資産合計）

2011年度において自己資本比率は36%となっており、医療法上の目標ラインである20%を15%強超過している。したがって、これだけを見る限り財政状態の不安定性をしめしてはいない。ただし、資本金265百億円、資本剰余金161百億円があり、利益剰余金のマイナス-191億円をカバーする状況となっている。すなわち、資本金、資本剰余金は自治体一般会計等からの補助金等であり、損益計算書上の経費補助金等以外に資本助成も受けて経営を成り立たせている。なお、この詳細は「(3) 資本収支の状況」で検討する。

なお、過年度との比較では、自己資本比率は5%強程度高まっており、改善しているように見える。ただし、その要因は、資本金及び資本剰余金の増加によるものであり、利益剰余金はマイナス額がむしろ増加傾向にある（2002年-136、2008年-202、2011年-191）。

—全自治体病院の合算貸借対照表—

貸借対照表<単位：百億円> ( ) 構成比率

	2011	2008	2002		2011	2008	2002
現預金	78 (12)	63 (9)	73 (11)	仕入債務等	41 (6)	39 (6)	40 (6)
医業未収入金	64 (10)	61 (9)	62 (9)	短期借入金	7 (1)	14 (2)	15 (2)
棚卸資産	3 (0)	3 (0)	3 (0)	その他流動負債	2 (0)	3 (0)	2 (0)
その他流動資産	4 (1)	2 (0)	2 (0)	流動負債計	50 (8)	55 (8)	57 (8)
流動資産計	148 (22)	129 (19)	140 (21)	他会計借入* 2	5 (1)	5 (1)	7 (1)
有形固定資産	492 (74)	526 (77)	526 (77)	企業債* 2	346 (52)	388 (57)	394 (58)
無形固定資産	1 (0)	1 (0)	1 (0)	その他	24 (4)	24 (4)	15 (2)
投資等	9 (1)	10 (1)	4 (1)	固定負債計	375 (57)	417 (61)	416 (61)
固定資産計	502 (76)	538 (79)	531 (78)	負債の部合計* 3	425 (64)	472 (70)	474 (69)
繰延勘定計* 1	10 (2)	11 (2)	10 (2)	自己資本金* 4	265 (40)	257 (38)	222 (32)
				資本剰余金* 5	161 (24)	151 (22)	123 (18)
				利益剰余金* 6	-191 (-29)	-202 (-30)	-136 (-20)
				資本の部合計	235 (36)	206 (30)	209 (31)
資産合計	661 (100)	679 (100)	682 (100)	負債・資本合計	661 (100)	679 (100)	682 (100)

(注) 総務省「自治体病院経営指標」2002、2008、2011年度版より

なお、

- ・決算書表示は基本的に病院会計準則に即して組み替えている。
- ・「建設中の病院を含む」との記載があり、その為か損益計算書と若干整合しない。

\* 1 繰延勘定

病院開設や増改築の為に一時に支出した消耗品類等を、「開業費」等の名目で一定期間「繰延勘定」として資産計上し、順次費用化していくものと推定される。

\* 2 他会計借入、企業債

「自治体病院経営指標」上では資本の部に「借入資本金」として表示されている。会計理論上は当然負債計上すべきであり、病院会計準則に準じて、固定負債の部に表示している。なお、改定された平成26年度から実施予定の地方公営企業法における会計規則上は負債表示となっている。

\* 3 負債の部合計

\* 2 の組み替えの他、退職金や賞与の引当金計上が病院会計準則としては求められているが、ここでは計上していない。留意する必要がある。なお、これも \* 2 と同様に改定されている。

\* 4 自己資本金

地方自治体の一般会計等からの出資によるものと推定される。

\* 5 資本剰余金

内訳として資本的支出のための国庫補助金、都道府県補助金、工事負担金を含む。なお、これも \* 2 と同様に改定され、一旦負債計上の上、見合いの固定資産の減価償却に対応して順次収益計上されることになっている。

\* 6 利益剰余金

損益計算書の当期純利益の蓄積額であり損益計算書とはおおむね整合する。差額は建設中の病院データを含めるか否かの差によることが考えられる。

## ② 有利子負債比率

2011年度において自己資本比率が36%あるので、総資産に占める有利子負債（企業債）の割合は52%に押さえることができています。

しかし、総資本（負債＋資本）と総医業収益の割合である総資本回転率は0.5回転と非常に低い。つまり、獲得する収益は、病院建設や事業運営等で使用している総資金（総資本）の半分程度しかない。一般に医療経営における総資本回転率は1回転とされており、その意味で私的病院等と比較すると、収益比での借入金依存度が非常に高くなる。実際企業債残高は医業収益を超過し1.1倍の水準となっており、通常の私的病院では成り立たない水準である。

したがって、損益計算書上の支払利息負担率を高めることになり赤字を膨らませる結果となって

おり、企業債の返済も新たな企業債発行と補助金等に依存する状況となっている。後者の詳細は「(3) 資本収支の状況」で検討する。

なお、過年度との比較では企業債は金額、率とも減少してはいる。この間返済が進められたこともあるだろうが、病院の廃院や経営形態の変更による影響も大きいと思われる。

## (3) 資本収支の状況

次の表は、貸借対照表の附属の決算資料として作成されているもので、「借入資本」と定義する「企業債」「他会計借入金」を含め、「資本金」「資本剰余金」の増減状況を示すとともに、設備投資の実施状況をも示しており、その意味で損益計算書に示されていない事項の資金入出金状況を概算的に明らかにしている。

### —資本収支の状況—

(単位：百億円)

	2011年度	2008年度	2002年度
資本的収入	+53	+55	+53
内企業債	25	35	34
他会計出資金	9	8	7
他会計負担金	8	8	7
他会計借入金	1	2	2
他会計補助金	1	1	1
国庫補助金	4	1	1
その他	5	1	1
(再建債(含む特例債))		+6	)
資本的支出	-73	-69	-70
内建設改良費	37	29	44
企業債償還金	32	35	21
その他	4	5	6
不明差額	-2	-5	?
差し引き過不足	-22	-19	-18
補填財源	+21	+17	+17
過年度損益留保金	15	13	13
当年度損益留保金	4	2	2
その他	2	2	1
補填財源不足額-	-1	-1	-1

(注) 総務省「自治体病院経営指標」2002、2008、2011年度版より

(なお、左の表にある「補填財源」とは何を示しているのか不明である。損益留保金とは事業キャッシュフローの一部保留分かと思われるが、貸借対照表とも整合しない。)

① 2011年度において企業債を新たに25百億円調達し、一方で32百億円償還している。差引き7百億円の純償還となる。32百億円の償還資金は、損益計算書の概算事業キャッシュフローである減価償却前利益25百億円(当期損益0百億円+減価償却費25百億円)を超過しており、不足資金を新たに外部から借り入れる必要が生じている。すなわち、民間経営での資金繰りでいえば、「自転車操業」の状況となっている。

なお、過年度との比較では、企業債による調達は減少傾向、償還は増加傾向となっている。

② 2011年度において設備改良費支出が37百億円あったが、資本的収入53百億円、補填財源

21百億円の一部でまかなった。

なお、過年度との比較では、設備改良費支出は2002年44百億円、2008年29百億円であり傾向的に大きな増減はない。また、補助金等や補填財源は傾向的に増加している。

③ 2011年度における補助金等22百億円は損益計算書上の経費補助金55百億円とは別途の支出であり、補助金等総計は78百億円、医業収益に占める割合は23%となる。

過年度との比較では、総計で増加傾向にある。

以上の点から見て、現状の自治体病院の資金繰り状況は企業債と各種補助金等に依存しており、自立した財政状況とはいえない水準にあることがわかる。そして、どちらかの資金調達方法に制限が加えられた時には、財政は困難を迎えることになる。

## IV その他

本章では、その他として、自治体病院等の財政状況の開示基準である地方公営企業の会計規定の改定動向、さらに民間には属するが、非営利で公益的な医療活動を推進し、組織運営上も地域住民等との協同を進めている民医連(全日本民主医療機関連合会)の病院と自治体病院等との経営比較を行う。

### 1. 会計制度(会計基準)の改定動向

地方公営企業法は、その政省令において適用対象の公営企業について統一した会計制度(会計基準)を定めているが、この間重要な改定が行われた(平成24年(2012年)2月施行)。地方自治体病院は地方公営企業の一つであり、当然この改定の影響を受けることになる。実際の適用は平成26年度(2014年度)の予算及び決算からとなっているが、その概要及びそれによる自治体病院の財政に与える影響につき、以下述べる。

#### (1) 日本における公会計及び公会計の基準の状況

##### ① 公会計

日本における国や地方公共団体の会計、すなわち公会計については、長らく資金の収支に基づく収支会計を基本として作成されてきた。また、収支の予算が重視され、決算は従来あまり注目されない状況にあった。

しかし、国や地方自治体の財政赤字が大きな政治問題となる中で、また、国債、地方債の購入者のそれらの財務情報に対する関心の高まりも背景に、発生主義に基づく会計処理を行い、適正な損益(収支差額)の算定やストックとしての資産や負債の残高を示す財政状態の開示が必要との考え方が提起された。

また、国や地方自治体の活動分野の民営化が叫ばれ、民間企業が公的財政分野に進出し、競合する動きが強まる中で、公会計についても民間の企業会計と同様のルールとし、比較できるようにすべきとの意見(いわゆるイコールフットイング論)

も出された。

21世紀に入って、公会計全般が上記考え方に沿った動きとなっている。

## ② 公会計基準

日本において、統一した公会計の基準は存在しない。現在でもそうした状況は変わっていないが、1999年に首相直属の諮問機関である経済戦略会議が「国等の財政・資産状況を分かりやすく開示するために企業会計原則の基本的要素を踏まえつつ財務諸表を導入すべき」との提言を行ったことを受け、それにそった形で見直しが行われている。見直しの方向は共通して①で述べたような考え方に基づく。

国については、財務省の財政制度等審議会により省庁別財務書類の作成基準が策定され(2003年)、省庁ごと、一般、特別会計ごとにそれにそった財務諸表が作成されている。

地方自治体については、総務省よりいわゆる総務省方式改定モデルと基準モデルの2種類が2006年に公表され、2012年3月時点でいずれかのモデルを採用する地方自治体は7割強に到達している。

また、21世紀になって本格的に制度化された独立行政法人等についてはそれぞれの法人形態ごとに企業会計の基準に準ずる形で会計基準が定められている。

そうした状況を受け、地方公営企業についても、はじめに述べたとおりの大幅な改定が進められたと認識される。

### (2) 地方公営企業の会計制度改定の概要

地方公営企業法の政省令は、以下のような考え方に基づく改定を行っている。

- ・ 民間企業会計原則の考え方を最大限取り入れたものとする
- ・ 地方公営企業の特徴等を適切に勘案しつつ、地方分権改革にそったものとする

#### ① 民間企業会計原則の考え方の導入

この間の企業会計における改定の動向を踏まえつつ、その積極的な導入をはかっている。主な項目は以下のとおりである。

#### a 退職給付、賞与、貸倒等引当金

将来の特定の支出であって、その発生が当該事業年度以前に発生しており、その金額を合理的に見積もれるものを計上する。例えば、退職給付引当金は職員退職時に支出されるが、給与と同様の労働の対価として職員の勤続期間に応じて計上されることになる。

#### b 減損会計

固定資産の時価が帳簿価額比で大幅に下落している場合にその差額を減損損失として計上する。この場合の時価は、収益還元価値等で算定する。

#### c リース会計

リース取引中実質上固定資産の購入にあたるもの(ファイナンスリース)について、固定資産の購入取引と同様の会計処理を行う。

#### d セグメント情報の開示 等

この内、退職給付引当金については、地方自治体の一般会計と地方公営企業会計との負担区分を明確にした上で、地方公営企業負担職員について、退職給付負担額(簡便的には期末要支給額)を計上する。なお、最長15年以内で計画的に計上していくことを認めるが、今後自治体病院において大きな負担となる可能性がある。

## ② 地方公営企業会計の独自処理

#### a 「借入資本金」の資本から負債への区分変更

従来病院建設のために地方自治体が発行した建設改良企業債は、「借入資本金」として負債でなく資本表示してきたが、本来の負債表示とすることになり、自治体病院の財政比率は大きく悪化することになる。

#### b 資本制度

従来資本については原則として処分、取り崩しが認められなかったが、法定積立金(減債積立金、利益積立金)の積み立て義務の廃止と同時に、条例または議会の議決を経て処分、取り崩しを可能とする。

### c 補助金等により取得した固定資産の償却制度

従来固定資産の取得のために受領した補助金等の部分は減価償却の対象から除外することができた（みなし償却制度）。今回の改定ではそれを認めないこととし、全額減価償却を行う。

また、それに対応し、補助金等は従来の資本剰余金表示から、一旦負債（長期前受金）に計上した上で減価償却見合分を順次収益化する。

### （3）自治体病院の財政に与える影響

上記のような改定の結果、自治体病院の財政がより明瞭になり、民間病院等他の設立形態の病院との財政比較が容易になるというメリットはある。また、病院建設のための借金（建設改良企業債）を「借入資本金」という会計的には意味不明の名称で資本表示するといった課題も解消される。

しかし、（2）のような会計処理を行うことで、費用は増加し、自己資本は減少することになり、自治体病院運営ガイドラインで指標としている財務分析比率が大幅に悪化することは間違いない。また、ほぼ民間病院と同様の会計処理、表示になることで自治体病院を民営化する時の判断資料としてそのまま利用できることになる。この間の自治体病院に対する財政面からの攻撃をさらに促進する役割を果たすことになると考えられる。この点で、自治体病院の公益的使命に立脚したたかきと対応が求められる。

## 2. 民医連病院の他との損益状況比較

最後に、非営利で公益的な医療活動を推進し、組織運営上も地域住民等との協同を進めている民医連（全日本民主医療機関連合会（※10））に加盟する病院の、他の私的病院や自治体病院との損益比較や期間比較を行う。なお、的確な経営比較を可能にするため、病床100床当たりのデータを算定して比較する。

※10 全日本民主医療機関連合会

1953年6月7日結成。「無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織」であると規定している民医連綱領を持つ。加盟法人には、医療生活協同組合（医療生協）や医療法

人（社会医療法人を含む）、公益法人等がある。また、介護保険施設などを運営する社会福祉法人や薬局などを運営する会社組織の法人も加盟している。

理念を共有する医療機関のネットワークとして、各地の加盟機関職員が集まって学習会や交流会、研究会などを開催したり、行政や議員への働きかけなども積極的に行っている。また、社会保障の充実を求める運動や平和運動なども行っていることも特徴としてあげられる。

2012年10月現在、病院143・診療所515・歯科診療所74・保険薬局339・訪問看護ステーション309・介護老人保健施設50・特別養護老人ホーム21など、日本47都道府県1,796の事業所が加盟しており、職員数73,000名の日本最大規模の医療機関関係組織である。

### （1）民医連病院と私的病院、自治体病院との損益比較

民医連病院と他の病院について、病床百床当たりの損益状況比較を行ったデータは以下のとおりである。なお、私的病院は病院当たりの病床規模を民医連病院と同レベルに限定してはいないので、その点には留意が必要である。

#### ① 経常損益の状況

私的病院＞民医連病院＞自治体病院となる。

民医連病院は私的病院と大きくは変わらず、かろうじて黒字を確保している。自治体病院は多額の赤字をカバーするため補助金依存度が大きい。

#### ② 事業収益の状況

私的病院＞民医連病院＞自治体病院となる。

私的病院は大規模病院も含まれており単純な比較はできない点に留意が必要である。

その上で民医連病院が私的病院比較で低いのは、室料差額、外来比率の少なさ（門前診開設による外来分離、療養型病床の導入率が高い、院外処方率が高い、といった要因が考えられる。

自治体病院が低いのは、病床稼働率が低いこと、

— 民医連病院と私的病院、自治体病院との損益比較 —

単位：百万円（）内は収益構成比率

	* 1 民医連病院	* 2 私的病院11年度	* 3 自治体病院50～400床
医業収益	1,525 (100)	1,759 (100)	1,372 (100)
内入院	1,092 (71.6)	1,235 (70.2)	884 (64.4)
外来	339 (22.2)	437 (24.8)	431 (31.4)
室料差額	0 (0)	32 (1.8)	13 (0.9)
医業費用	1,509 (98.9)	1,744 (99.1)	1,587 (115.7)
内人件費	911 (59.7)	974 (55.4)	798 (58.2)
材料費	235 (15.4)	365 (20.8)	305 (22.2)
経費	232 (15.2)	293 (16.7)	373 (27.2)
減価償却費	68 (4.4)	94 (5.3)	105 (7.7)
資産減耗損	2 (0.1)	3 (0.2)	
本部費	59 (3.8)	12 (0.7)	
医業損益	15 (0.9)	15 (0.9)	-215 (-15.7)
医業外収益	12 (0.7)	16 (0.9)	31 (2.3)
医業外費用	19 (1.2)	20 (1.1)	92 (6.7)
内支払利息	13 (0.8)	11 (0.6)	34 (2.5)
経常損益	8 (0.5)	11 (0.6)	-275 (-20.0)
内補助金等	10 (0.6)	249 (18.1)	

\* 1 民医連経営実態調査2011年度版より100床あたりに除して算定した。対象は143病院25千床。

\* 2 公私病院連盟「病院運営実態分析調査」2012年6月調査による。

私的病院総計の100床当たり損益につき、年間算定のため12ヶ月を乗じて算定した。対象は141病院35千床。

\* 3 総務省「地方公営企業年鑑」2011年度版より50床以上400床未満の数値を抜粋し100床あたりに除して算定した。対象は587病院101千床。

外来比率が高いことと関係していると思われる。

④ 材料費率の状況

低い順に、民医連病院<私的病院<自治体病院となる。

③ 人件費率の状況

低い順に、私的病院<自治体病院<民医連病院となる。

私的病院が55%強と低く、自治体病院は58%強、民医連病院は60%弱となっている。民医連病院は民間であるにもかかわらず自治体病院を超える人件費率となっている。賃金水準ではなく、人員数の課題と推定される。

材料費分野では民医連病院が非常に低く私的病院をも大きくしのぐ。一方で自治体病院は高い。

民医連における事業協同組合等を設立しての共同購入の取り組み、後発品採用等患者負担も考慮しての材料管理の成果が表れていると思われる。

ただし、外来患者への院外処方箋の発行状況により、材料費率は5%程度左右されること、病院の医療機能の違い（療養病棟の導入状況等）により材料費率は変わる、といった点に留意が必要で

はあろう。

## ⑤ 経費率の状況

低い順に、民医連病院<私的病院<自治体病院となる。

経費の状況にも大きな差異があり、民医連病院を含む私的病院と自治体病院とでは大きな差異がある。自治体病院は委託費の割合が大きく、各種の外部委託を行っていること、一部の病院でいわゆるPFIを導入していることの影響が見られる。委託費は人件費等の代替的要素を含むので、その点を考慮した評価が求められる。

なお、民医連病院は本部費（医師確保や共同組織（※11）の担当等を含む）負担が大きく、それを含めると経費や人件費の割合は、私的病院の中で高めと思われる。

## ⑥ 減価償却費率の状況

低い順に、民医連病院<私的病院<自治体病院となる。

民医連病院が最も低く、私的病院、自治体病院の順となる。

この費率は2面性を持ち、一面では設備投資の圧縮、管理状況を示すとともに、反面設備の老朽化状況をも示す。したがって、減価償却費率が低いことが一概に経営的な優位を示すとは限らず、中長期的には経営的發展を阻害する要因ともなることに留意が必要である。

## ⑦ 事業外費用費率の状況

低い順に、私的病院<民医連病院<自治体病院となる。

民医連病院は私的病院よりも高く、借入金依存の高さ＝支払利息負担の大きさを示すと思われる。自治体病院は突出して高い。その要因は、民医連病院での看護学校の運営等の特別な費用支出、自

治体病院での企業債依存度が大きく、利息負担が大きい、といった点が上げられる。

## ⑧ 補助金等の比較

補助金等は突出して自治体病院が大きい。一方で民医連病院を含む私的病院はごくわずかである。

## ⑨ 総括

民医連病院は、他の病院と比較して、収益は私的病院の中では低めの可能性があり、費用は人件費率が高く、一方で材料費率が高い人件費率をカバーしているといえる。経費率については委託割合が相対的に少ない民医連病院の状況によると思われる。また、民医連病院の特質として医師等技術者の確保養成、共同組織活動等のため本部費負担が大きいことも特徴的である。

なお、補助金等について自治体病院が突出していることはその公的役割からいって当然であるが、民医連病院が担う公益的医療、自治体病院が担うべき医療内容を引き受けている実態を踏まえると、例え民間病院であってもそれを要求する権利は当然あると考える。現実私的病院ではあまり聞かれないが、法的にも公益法人や社会医療法人もそうした制度はあるとされており、そうした要求を地方自治体、議会等に行っていくことも今後考えられる。

### ※11 共同組織

民医連では、それぞれの法人の医療生協組合員・社員・友の会員・互助会員などの組織のことを共同組織と呼んでいる。全国に330万を超える共同組織構成員がおり、地域で医療・福祉暮らしを守る住民組織として健康なまちづくりや助け合いの運動、平和や社会保障をまもり改善する運動を担い、地域の中で重要な存在となっている。また、民医連の事業と運動にも主体的に参加している。

## （2）民医連病院の期間比較

前回（2006年、『公私病院経営の分析』参照）の調査時の2003年度データと今回の2011年度データとの比較では、次のとおりとなっている。

— 民医連病院の期間比較 —

単位：百万円（）内は収益構成比率

民医連病院

	* 1 2011年度	* 4 2003年度
医業収益	1,525 (100)	1,368 (100)
内入院	1,092 (71.6)	886 (64.8)
外来	339 (22.2)	382 (27.9)
室料差額	0 (0)	0 (0)
医業費用	1,509 (98.9)	1,367 (99.9)
内人件費	911 (59.7)	782 (57.2)
材料費	235 (15.4)	287 (21.0)
経費	232 (15.2)	176 (12.9)
減価償却費	68 (4.4)	64 (4.7)
資産減耗損		
本部費	59 (3.8)	56 (4.1)
医業損益	15 (0.9)	1 (0.1)
医業外収益	12 (0.7)	11 (0.8)
医業外費用	19 (1.2)	23 (1.7)
内支払利息	13 (0.8)	?
経常損益	<u>8 (0.5)</u>	<u>-11 (-0.8)</u>
内補助金等		

\* 4 民医連経営実態調査2003年度版より100床あたりに除して算定した。対象は150病院26千床。

経常損益は一定改善している。また、事業収益は8年間で11%強、年平均で1.5%弱増加している。診療報酬制度は慢性期医療、外来、診療所を切り捨て、一方で急性期の入院医療については一定の報酬引き上げをはかる状況の中で、民医連病院の急性期医療を担っているところでの改善の反映と思われる。また、民医連医療の重要な一翼を担っている診療所の経営悪化が進行する中で、病院での経営改善が一定進んでいることの反映でもある

う。

事業費用では人件費率がさらに上昇し経費率も増加、一方で材料費率の減少が特徴的である。経費に含む委託費の増加も含め、人的費用の増加傾向が続いている。職員の雇用と生活を守りつつ、収益比での人件費率+委託費率を引き下げていくことが、引き続き民医連病院における経営課題となっている。

## V 最後に

以上、自治体病院の経営分析を中心に述べてきたが、最後に以下の点を強調しておきたい。

- ① 総務省による自治体病院の「改革」路線に対し、国民の命と健康を守るたたかいは今後も続く。そのために、病院の運営を主体的に担って

いる自治体病院当局及び自治体病院労働者が、地域住民の「期待」を受け、地域住民や地域医療機関と連帯しつつ、病院自体の経営改善の実施を含めてリーダーシップをとって対抗していくことが期待される。

- ② 本レポートは主として自治体病院を対象としたが、その理由は、日本において自治体病院が医療の公益性、公共性を守り、発展させる上で重要な役割を果たしているからである。その意

味で、不採算医療等を担う自治体病院に対する明確な基準での補助金等の支給は正当性を持ち、それを維持発展させていくべきである。

一方で、民間病院においても、例え不採算な医療であっても、地域での必要性を認識して遂行しているところはある。また、無料低額診療の実施等医療の公共性を守るための事業を実施している民間病院も存在する。これらに対し、租税負担の軽減や補助金等による公的支援を進めていくことも併せて必要と考える。

# 第5章 イタリア・ポローニャの地域医療システムの構造

石塚 秀雄

## 1. はじめに

本章の目的は、ポローニャの地域医療を見ることにより、日本の地域医療のあり方をより幅広く考える一助とすることである。

地域医療と自治体病院という本書の問題設定において、外国の事例比較の対象をイタリアのポローニャとした理由は、第一に、地域社会とはどうあるべきなのか、という問いがある。地域医療は地域社会のあり方と密接に関係しているはずである。地域住民がどのような社会生活の仕組みをもっているのかは大事な視点である。従来の地域医療の議論では制度論あるいは医療制度にのみ関心が傾き、地域社会のあり方の視点は希薄だと思われる。とりわけポローニャにおいては非営利・協同セクターが活発な地域である。しかし、本章ではこの問題には深く立ち入らないが、なによりも重要な視点であることを強調しておく。第二に、イタリアの医療制度の変遷の特徴にある。すなわち、1990年代までイタリアの医療は社会保険制度であった。これは現在の日本に類似している。ところが、1998年から基本的財源を税方式とした国民医療サービス制度（SSN）（年金等の社会保障制度は、そのまま社会保険制度である）となり、いわばイギリスの医療制度に類似したものに転換した。この制度転換も日本の医療制度構造のあり方を考える上で、いろいろな可能性を示唆するであろう。第三に、日本の自治体病院あるいは公的医療とイタリアの医療公社構造との異同を見ることである。そこに地域社会と地域医療についての、日伊の議論の際、日本での議論のポイントの違いが見て取れるであろう。

イタリアの医療制度は、したがって、社会保険制度から普遍主義制度に移行し、医療供給システムはその公的セクターと民間セクターのミックス

の組合せという点で、二つの制度を経験したという特徴が日本の制度にも参考になる点である。

日本の場合、地域の医療供給は周知のように、民間医療機関（病院）と個人開業医（医院・診療所）が主軸であって、いわゆる自治体病院・公立病院は、9,000の病院のうち約1,000である。さらにまた、それら公的病院の独立法人化、民間委託化PFI（民間資金投資型）が政策的に推し進められており、いわゆる医療の市場化・民営化は大きな争点になっている。はたして、イタリア、ポローニャにおいて同じような議論があるのであろうか。

## 2. イタリアの国民医療サービス制度（SSN）の三層構造

国民医療サービス制度（SSN、Sistema Sanitaria Nazionale）は、税を基本にした公的医療サービスである。その構造は、国、州および県の三層構造である。

### （1）国の役割

国の役割は医療政策の統括的管理と医療財政支出である。国レベルで「全国統合医療計画」（Piano Nazionale Integrato）を策定する（2011-2014）。また全国診療基準である「本質医療基準（LEA）」により医療内容を指定する。組織としては、医療最高会議（CSS）および医療最高機関（ISS）、地方医療サービス管理局（ASSR）などがある。国レベルの直接の所管は保健省（Ministerio Salute）である。予算は財政法に基づく。2009年度で国の財源負担比率は77.9%である。国は現在、全国124カ所に、基本的に県単位に基づいた医療単位すなわち医療公社（AUSL, Azienda Unita Sanitaria Locale）を設置し、SSN制度の実施を行っている。イタリアは従来、産業公社シ

システム (INI) を得意としてきたが、AUSL もその医療版の変種とみることできる。医療公社 (AUSL) は独立事業体であり、州が所管する。SSN の財源は、国税と州税を中心とするものである。1992年に USL 法と財政法により、医療供給体制と財政体制の二つの整備が始まった。国からの財源は、基本的に人口割りで州に配分される。中央政府の役割は、医療サービスの均質化を図るための「全国医療プログラム計画」(PNLG, Piano Nazionale Linee Guida) の基準作りに責任を持つこととした。診療報酬支払基準は「医療保障基準 (LEA, Livelli Essenziali di Assistenza) による。LEA の予算配分は各 AUSL で実施されるが、予防部門に 5% 程度、病院部門に 45% 程度、地域部門に 50% 程度の配分となっている。地方レベルでも「地方医療計画」地域部門では人口数いわゆる人頭割を基本にしつつ、年齢性別その他の要素を含めて予算基準が作られる。病院部門では、診療基準・機能基準・その他によって予算配分がされる。患者支払いは国民 (外国人を含む住民) は基本的に SSN サービスにおける医療は無料であるが、歯科、薬価、救急などについて一定の患者支払いがある。

## (2) 州の役割

州は独自に「州社会医療計画」を策定し、州内にある ASL を所管する (エミリア・ロマーニャ州の場合は AUSL)。州の医療・社会省が医療福祉を所管し、医療サービス供給の主体となる。州は国民医療サービス (SSN) に含まれない医療サービスを独自の予算で執行することができる。また SSN 制度に参加しない民間医療機関も存在するので、その監督も行う。

## (3) 県、地区の役割

県単位と医療公社 (AUSL) 単位は、おおむね重なる。県は県医療計画、政策を策定する。県は地区に分かれ、また地区は地域自治体 (コムーネ) に分かれる。介護福祉サービスはとりわけ、地区単位を中心に行われる。地区は福祉サービスを実施する。

AUSL 関連の所管内容は、家庭医・小児科医、

通院、入院、救急医療、薬事、施設介護、在宅介護、予防医学、社会医学、保健、動物医療などを含む。

AUSL の守備範囲は、医療、介護、公衆衛生、薬、社会サービス、など広範にわたる。予算には人件費、医療費用、社会サービス費用などが含まれる。AUSL は医療機関 (家庭医、直営病院または民間病院、医療機関、介護施設、介護サービス等) と契約をする。介護サービスは個人負担分が医療費に比べると多く、利用者は共済組合、民間保険などに加入して補填する。ASL が赤字の場合は、県および州政府が調整する。いわゆるバッサリーニ法 (Legge Bassarini) により地方分権化が進められた。医療サービス供給の運営管理監督権限は地方政府が行い、さらに、地域医療事業体に運営上の権能を大きく任せるという制度である。AUSL は地域医療企業体というべきものである。その機能と性格の特徴は、次のようなものである。

## 3. SSN 制度外の医療

民間 (営利・非営利) 病院の多くは、国民保健サービス (SSN) 制度に参加し契約をしているが、一部の医療機関は SSN 制度に参加していない。その存在理由は、① SSN 制度がカバーしていない医療サービスの実施、② SSN 制度では「待ち時間」が長いので、迅速な医療サービスを受けられる、③ より良質・高度な医療機関への地域を越えての受診、などがある。SSN 制度外であるため、全額患者負担であるが、患者は民間医療保険に加入している場合が多い。民間医療保険の加入率は人口の約 15% と言われる。近年、SSN 制度外医療の受診は増加しつつある。日本における混合診療問題は発生しない。

## 4. ボローニャ県の概要

イタリアは 20 の自治州により構成されており、歴史的に多元的な王国や共和国が統一した国家であり、南北の地域経済格差もあり、一律に論じることが困難である。ボローニャ市は、エミリア・ロマーニャ州 (人口 447 万人、9 県) の州都であ

り人口38万人である。ボローニャ県は人口99万人である（2013年度）。エミリア・ロマーニャ州はイタリアの北東部に位置し、イタリアでも経済文化の水準の高い地方である。また、協同組合運動など非営利・協同セクターが活発な地域である。協同組合の数は5,579で企業数の1.3%を占める。

エミリア・ロマーニャ州には AUSL 医療公社は11存在する。おおむね県域と重なるが、人口の多い県では医療圏域が細分される。ボローニャ県にはボローニャ AUSL（人口86万人）とイモラ AUSL（人口13万人）の2つが存在する。ボローニャ AUSL がカバーする人口は870,507人である（2013.1.1.）。高齢者割合は増加しつつある。

表1. ボローニャ県の人口構成（2013）

年齢	人数	構成比
0-13歳	105,346	12.1%
14-64歳	556,289	63.9%
65-74歳	99,686	11.5%
75歳以上	109,186	12.5%
合計	870,507	100%

出所：Provincia di Bologna

65歳以上の人口は24%であり、13歳以下人口は12%である。他州に比較して住民の教育水準も所得も高めであるが、人口における経済格差も広がりつつあり、いわゆる社会的弱者も増加しつつある。また外国人居住者の比率は11%である。ボローニャ AUSL の地域圏は、ボローニャ市とその周辺地域を含み、面積2,915平方キロメートルで人口密度は297人である。ボローニャ市は地区は6地区に分かれ、地域医療福祉の単位となっている。

歴史あるボローニャ大学医学部の存在は、ボローニャの医療制度に歴史的に大きな影響を与えている。すなわちボローニャ地域の医療供給主体は、主として AUSL であるが、ボローニャ大学と IRS（医学研究所病院）の3つが公的医療機関とみなされている。また AUSL の傘下外（SSN 制度外）の民間病院も存在する。福祉社会サービス供給の多くに民間事業組織（営利・非営利組織）が含まれている。

## 5. ボローニャ医療公社（AUSL）

ボローニャ AUSL は2003年に設置された。6地区、9病院を含む。AUSL の部門には、第一次医療部門、公的医療部門、精神医療部門、病院部門（外科部、救急部、保健衛生部、産科小児科部、医師部、腫瘍医学部、サービス部）、横断的部門（医薬部、行政部、技術資産部、社会医療活動部、地域行政活動部）がある。

AUSL の機能は次のようなものである。

公衆衛生、保健予防、家庭医、病院、救急医療、介護、医療教育、障害者医療、社会医療（薬物、アルコール、労働、社会的排除など）、動物医療などをカバーする。地域医療の概念は、日本よりも幅広い内容を含むものになっている。地域社会の保健衛生をより包括的にカバーしている点は、日本でも必要な視点であろう。

- ① 医療介護サービスの提供、保健予防、住民ニーズの分析
- ② 利用者のサービスアクセスの確保
- ③ 医療福祉サービスの供給の効率化、合理化
- ④ 診療介護の統合的継続的推進
- ⑤ 在宅介護の推進、入院の削減
- ⑥ EU、イタリア、州との連携の推進
- ⑦ 医療教育訓練活動の文化の推進
- ⑧ エミリア・ロマーニャ州と県との医療福祉政策の協力

この中で、医療サービスの合理化、効率化の推進は、AUSL においては事業体としての AUSL 全体の政策の中で実施されており、日本の自治体病院におけるように、単位病院が単体あるいは自治体会計との連結において実施されるのではない。したがって、AUSL 傘下の病院に対して、日本のように、経営の外部化（管理者委託や PFI（プライベート・ファイナンス・インベストメント）などの方式をとる必要がない。いわゆる「民間の経営手法」を単体病院に入れる動機はない。AUSL の場合、当然ながら、個別医療機関の出費と収入の数字は出されるが、それらは AUSL 全体の会計に包摂される。したがって、医療供給者である病院それ自体が、単体として黒字化を任務とする

という役割はない。すなわち、病院長は医療実施に責任を持つのであり、経営に責任を持つものではない。経営責任は AUSL 本部が持つ。

AUSL の機能を実現するために各種医療機関が存在する。

表 2. ボローニャ AUSL の主な医療機関の種類

種類	数	
病院 (Ospedale)	9	
病院 (Casa della Salute)	7	
救急医療機関 (Pronto Soccorso)	19	
救急診療所 (Poliambulatorio)	34	
家庭医 (Medico Medicina General)		
自由選択小児科医 (Pediatri di Libera Scelta)		
精神保健センター (Centro di Salute Mentale)		
研究所 (Istituto)		
第一次医療小集団 (Nuclei Cure Primarie)		
医療治療居住施設 (Centro Residenziale)		
リハビリ施設 (IDR, Istituto di Riabilitazione)		
医療介護施設 (RSA, Residenza Sanitaria Assistenziale)		
在宅介護センター (CeAD, Centro Assistenza Domiciliare)		
温泉療法施設 (Terme)	3	
公共関係市民連絡事務所 (URP, Ufficio per le Relazioni il Pubblico) 病院、医療機関に対する市民相談・参加連絡先	19	
ホスピス (Hospice)	3	
在宅介護センター (Assistenza Domiciliare)	16	
禁煙センター (Centro Antifumo)	4	
透析センター (Centro Dialisi)	9	
医薬配給所 (Punto di Distribuzione Farmaci)	19	
病理的依存者治療センター (SERT, Servizio Dipendenze Patologiche)		
薬剤師		

出所：Ausl di Bologna, 2014

## 6. AUSL の財源と支出

AUSL の財源はどのように決定されるのであろうか。

ボローニャ AUSL の収入支出会計は、国の会計原則 (OIC) による支給を同額で使い切るということである。すなわち基本的に税で行い、公企業会計方式に基づいているものと思われる。現在、収入の85%が国の医療基金からの配分金である。州・県からの財源は1.5%に過ぎない。(残りは患者負担分)。2013年度から、州基金の一部から社会サービスの費用は別会計にした。また、医療診療収益は9.3%であるが、これは患者の窓口負担分が主たるものである。このことは、各単位医療

機関は、基本的に収入を増やすというインセンティブがなく、基本的に予算勝ち取りは、州・県の医療管理・財務担当・医療供給の責任部門が担当することになる。病院部門についても DRG 評価を行っている。AUSL は医療事業公社として、独立的経営を基本とし、予算内で赤字を出さないことを目標とするが、実際には赤字が出る場合が多い。ボローニャ AUSL では年間20億円程度の赤字があり、これを AUSL 資産から穴埋めをしている。ボローニャ AUSL の財源の一部に患者負担分および資産運用による金融利得がある。

表3. 2013年度医療福祉事業費(AUSL) 単位ユーロ

収入	1,790,798,077
支出	1,790,798,077
事業剰余金	0

出所：Ausl di Bologna, 2014

表4. ボローニャ AUSL の事業費 1000ユーロ

項目	2013	2012	増減	増減比率	2013構成比	2012構成比
公衆衛生部門	54,478	53,063	1,415	2.7%	3.1%	2.9%
地区支援部門	921,721	912,892	9,030	1.0%	51.7%	50.5%
病院部門	807.666	839.851	-32,184	-3.8%	45.3%	46.5%

出所：Bilancio di Esercizio, Ausl di Bologna, 2014

注：地区支援部門には第一次医療、薬剤部門、救急医療、介護部門などが含まれる。

表5. ボローニャ AUSL の収入の主たる内訳

項目	金額 (ユーロ)	構成比 (%)
A. 収入総額	1,790,798,077	100.0
A1. 医療事業分担金	1,520,093,003	84.9
(全国医療基金配分金)	(1,487,831,895)	(83.1)
(州・県からの基金)	(27,399,924)	(1.5)
(研究配分金)	(4,861,184)	(0.3)
(その他)	N. A.	
A2. 投資配分金	-2,760,185	
A3. 未払い事業補填基金	14,806,146	0.8
A4. 医療診療収益	167,359,871	9.3
A5. コンテスト、回収、返済金	39,831,527	2.2
A6. チケット支出配分金	25,614,153	1.4
A7. 事業資金配分金	22,635,317	1.3
A8. 内部労働増加分	-	
A9. その他利益・収益	3,218,244	0.2

出所：Bilancio di Esercizio, Ausl di Bologna, 2014

表6. ボローニャ AUSL の支出比率

	消費財	材料費	医療サービス費	非医療サービス費	管理業務費	営繕費	準備金	人件費
2010年	11.4%	3.3%	39.1%	6.8%	1.0%	1.7%	0.2%	36.4%
2011年	11.5%	3.3%	38.4%	6.9%	1.0%	1.8%	0.6%	36.5%
2012年	11.7%	3.1%	37.1%	7.2%	1.0%	1.9%	1.3%	36.6%
2013年	11.7%	3.0%	36.6%	7.0%	1.1%	2.2%	1.6%	36.8%

出所：Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale,- Anno 2013, AUSL di Bologna

注1：家庭医・自由小児科医・一部救急医の報酬は、国および州政府との委託契約に基づくものであり、项目的には人件費に含まれるものではなくて、医療サービス費に含まれる。

注2：医薬品費用は医療サービス費に含まれる。

表7. ボローニャ AUSL の支出の主たる内訳

項目	金額 (ユーロ)	構成比(%)
B. 事業費用	1,755,574,582	100.0
B1. 不動産取得	144,921,579	8.3
B2. 医療サービス費用	996,735,488	56.8
(基本医療)	(97,745,168)	(5.6)
(医薬品)	(126,978,402)	(7.2)
(救急専門医療)	(101,105,968)	(5.8)
(病院医療)	(370,535,053)	(21.1)
(施設介護)	(11,035,574)	(0.6)
(医薬品)	(43,303,920)	(2.5)
(社会医療)	(122,030,623)	(7.0)
(その他)	N. A.	
B3. 非医療サービス費用		
(教育)	96,818,992	
B4. 営繕・修理	26,597,132	1.5
B5. 第三者利益使用权	6,760,349	0.4
B6. 人件費	397,098,517	22.6
B7. その他経営費	2,842,420	0.2
B8. 不動産原価償却費	24,178,410	1.4
B9. 不動産・クレジット評価損	3,295,495	0.2
B10. 在庫品変更額	181,932	0.01
B11. 積立金	32,774,802	1.9
(A - B) 差額	35,223,496	
C. その他財政収益	-8,832,016	
D. 財政活動価値修正	-	
E. その他臨時収益	3,439,995	
課税前金額 (A - B + C + D + E)	29,830,661	
Y. 事業収益課税額	29,830,661	
(州個人所得税 IRAP)	(28,730,661)	
(会社税)	(1,100,000)	
事業損益	- 0	

出所：Bilancio di Esercizio, Ausl di Bologna, 2014 注：Aは表5参照。

表8. ボローニャ AUSL の資産状況 2013年度

項目	金額 ユーロ
基本基金	7,787,977
提供出資金	277,839,829
投資向け基金	8,757,032
損失補填出資金	23,583,328
各種積立金	3,553,056
2003年事業損失	- 21,190,716
2004-2008事業損失	- 計上なし
2009年事業損失	- 3,778,420
2010年事業損失	- 18,417,420
2011年事業損失	- 23,032,581
これまでの事業損失調整	- 14,857,831
2012年事業損失	-
資産合計	240,043,475

出所：Bilancio di Esercizio, Ausl di Bologna, 2014

## 7. ボローニャの医療従事者数

ボローニャ AUSL の医療従事者は常勤約8,000名、パートタイム約700名で約9,000名である。しかし SSN 制度における従事者には、ボローニャ大学とリゾーリ病院の従事者も加えなければならない。正規職員（いわゆる公務員）とは、主とし

て SSN 制度下の病院従事者である。また、病院には契約従事者もいる。その全体数はきわめて把握が困難である。すなわち、人員が流動的であり、統計として把握しづらい点がある。表9は、ボローニャ市圏内の SSN 制度における正規職員数である。いわゆる公務員である。しかし、非公務員の人員についての資料は把握していないので不明である。

表9. ボローニャ市圏内の SSN 制度公務員数

職種	AUSL	大学病院 AOSP	リゾーリ病院 IOR	合計
医師・獣医師	1362	652	163	2,117
衛生士	189	88	45	322
地域診療担当者 (PTA)	78	43	26	147
看護師	3,366	2,127	458	5,995
医療技術師	423	345	70	838
予防担当者	156	19	1	176
リハビリ治療師	382	83	39	504
社会支援者 (ソーシャルワーカー)	86	8	2	96
技術担当者	526	581	132	1,239
技術介護士 (OTA)	39	56	1	96
社会介護士 (OSS)	747	519	83	1,349
特別補助者	12	8	42	62
業務担当者	856	343	174	1,373
特別専門職	1	-	5	6
2012年合計	8,223	4,916	1,241	14,380
2011年合計	8,419	5,039	1,193	14,651

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

## 8. AUSL と家庭医・小児科医、救急医

AUSL に登録されている医師は、大別して3種類ある。第一に、一般医 (MMG) と小児科医 (PLS) および一部の救急医は契約医である。第二に、医療施設 (病院等) 勤務医と、第三に非常勤救急医と大別される。

### (1) 一般医すなわち家庭医、および小児科医

ボローニャ市人口87万人 (2012年度) については、行政との家庭医契約制度により第一次医療を実施している。地域的に1200人程度を担当し、医

師には基本的に人頭割の経費が支払われる。住民は家庭医 (MMG. 一般医) と小児科医 (PLS. 選択自由小児科医) を選択できる。また、家庭医と小児科医は行政との契約関係にある。さらに自由契約関係にある医師としては表11に見られる救急

表10. 家庭医・小児科医の人数

年度	一般医	小児科医
2012	595	120
2011	613	118
2010	619	118
2009	621	117
2008	632	118
2007	634	114

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

表11. 救急専門医の人数

職種	2007	2008	2009	2010	2011	2012
救急専門医 + 補助医	204 + 31	211 + 31	206 + 28	208 + 25	201 + 20	193 + 16
救急生化学・精神科医	11	12	13	13	13	15
刑務所医	-	-	-	13	10	14
救急専門医小計	246	254	247	251	244	238
地域救急員	3	7	9	11	11	11
医療支援員	124	118	109	101	109	105
地域計画活動医師	12	20	25	27	25	29

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

専門医師がいる。これらの医師は時間契約であり、AUSL のシステムのなかで働いているが、AUSL などに雇用されているいわゆる公務員(正規職員)ではない。

家庭医・小児科医は、1200人程度の住民を担当し、ゲートキーパーの役割を果たす。住民はとりあえずは、自分の選択した家庭医を受診するが、直接病院を受診することもできる。この場合、病院は AUSL 病院（公的病院および AUSL 所管民間病院）でも AUSL に属さない、すなわち SSN 制度に属さない、民間病院でもよい。

AUSL による家庭医によるゲートキーパー的管理は、AUSL が家庭医に供与したコンピュータを使って、診療データを AUSL が集約化する方針がとられているが、その実行率は現在のところ低いようである。理由は、家庭医の高齢化によるコンピュータ操作が面倒になっていること、さらには、AUSL の方針に対する家庭医側の不信があるようである。家庭医組合の代表とのヒアリングでは、家庭医の拘束時間は、朝 8 時から夜 8 時くらいまで切れ間がなく、患者からの電話も多い。担当住民の健康状態や慢性病への対応など、見えない業務がかなり多い。報酬は、すべての経費をまかなわなければならないので、額面に比べて実質的に高いとはいえない。AUSL からの医療研修プログラムなども不十分である。一方、ポローニャ AUSL でのヒアリングでは、家庭医については、AUSL の直接の管理という体制が確立しているということでもなさそうであった。しかし、「健康の家」構想の中に家庭医などの組み込みによって、いわば地域包括ケア体制を充実させようという政策が進んでいる。

一般医、小児科医は、AUSL と医師組合との契約に基づき、基本は人頭割で 1 医師当たり 1,200 人程度を担当する。患者一人当たりの契約報酬金は月 6 ユーロ程度である。一般医の報酬契約は一般医組合と政府との全国レベルでの契約協定（CUN）で基本が決められる。そして州政府と州の医師組合によって契約協定が結ばれる。医師組合には家庭医・小児科医・緊急医などが加入しており、報酬協定の署名に参加している。医師組合は全国組織があり、その下に州組織がある。医師組合には、最大規模の FIMMG（イタリア一般医組合連合会、27,248人、65.57%）があり、SNAMI（イタリア救急医組合、6,853人、16.49%）を始め、SMI（イタリア医師組合、3,225人、7.76%）、集合医師組合（IS、5.5%。これは Simet, Sumai, Cisl-Medici, Cgil-Medici により構成される）、Simi（1%）、Amig（0.13%）、Sicopes（0.1%）などがある。

## （2）AUSL 病院勤務医など医療機関の常勤医師

AUSL 病院勤務医は、AUSL との医療報酬（給与）特別協約にもとづいて報酬を受け取る。賃金の内訳は基本給 + 職務給 + 調整補償金 + その他労働条件追加補償金による年俸である。ポローニャ AUSL で、2011年度の数字で見ると、最高が年収 14万ユーロ、平均の印象は 8 万ユーロといったところである（税引き前）。なお、各部門の幹部クラスも、医師と同様に、一般の賃金団体協約とは別に、特別協約に基づいて年俸を受け取っている。

## （3）救急医

救急車やドクターヘリに乗り込む救急医師の多

くがパートタイムの収入の少ない、不安低就労の若い医師とみられる。彼らは研修中であつたり、また家庭医や病院などの常勤医師になれない予備軍でもある状況にある。これらの医師は、公的病院や民間病院のパートタイム医師となるケースも多い模様である。家庭医になるには、欠員が生じなければならず、競争も激しいといわれる（聞き取り）。

イタリアの救急車を呼ぶには118番に電話をする。救急車は無料である。ポローニャでは電話をしてから病院までの搬送の平均時間は28分である。またドクターヘリが2つの救急病院に配置されている。マジョーレ病院とサントルソラ病院である。この二つの病院が年間約10万件の救急医療を受け持っている。マジョーレ病院の救急連絡センターには常時コンピュータの大画面に、地域および救急呼び出しの病歴区分の数値データが表示され、5名ほどのオペレーターが、救急車の配置指示を、デスクにある3つのコンピュータ画面を見ながら、場所の特定、搬送先の指定などを行っている。24時間体制である。もうひとつは、救急車を呼ぶほどではない、いわゆる夜間診療所の体制である。

## 9. 医師以外の医療従事者一般職員

国民保健サービス（SSN）制度で働いている、すなわち、ASL（または AUSL）で働いている医療労働者の賃金については、「SSN 医療従事者全国労働集団契約（CCNLPCSSN）により毎年決定

される。この団体交渉の医療労働者を代表する労働組合は全国労働組合連合会である3つの労働組合連合会、すなわち CGIL（イタリア労働総同盟、左派）、CISL（イタリア労働者組合同盟、中道左派）、UIL（イタリア労働連合、中道派）、および CONFSAL（労働者自主労働組合総連合）、および、医療福祉分野の労働組合である FIALS（イタリア医療自主労働組合連合会）や FSI（独立労働組合連合会）、および USAE（ヨーロッパ自主労働組合連合会）の代表者が参加する。

賃金基準は州レベルで微調整するものの、賃金等級の組み合わせである。賃金等級は下から、A-A5（6等級）、B-B5（6等級）、BS-BS5（6等級）、C-C5（6等級）、D-D6（7等級）、DS-DS6（7等級）で、全部で32等級に区分されている。ちなみにデータは古いが2009年度の年額賃金（13ヶ月分）の指標は、最低のAが16,427.77ユーロ、最高のDS6が29,550.18ユーロである。ポローニャ AUSL の医療従事者の場合は、医師や管理専門家を除いた職員では、医療従事者の大多数はクラスD、技術専門家は6割がクラスBS、2割がクラスB、業務職員は5割がクラスC、3割がクラスB、1.5割がクラスBSである。看護師はクラスD当たりであり、年収24,000ユーロくらいである。月額2,000ユーロ程度と思われるが、労働組合のサイトなどの主張を見ると、低賃金で人減らしで労働強化になっているといった不満の意見が散見できる。実際に人員は削減の傾向が見られる。

表12. ポローニャ AUSL の従事者

職種	2012.12.31 常勤	2012.12.31. パートタイム	2013.12.31. 常勤	2013.12.31. パートタイム
医療従事者	5,843	574	5,788	512
医師・獣医師 (一般医 MMG) (小児科医 PLS) (地域特別救急医)	1,592 (595) (120) (197)	35	1,511 (588) (122) (190)	34
医学専門家	189	22	1,320	24
医療従事者	4,314	489	5,227	478
管理専門家	32	0	32	0
技術者	1,420	111	1,405	107
業務職員	882	130	876	125
合計	8,177	815	8,101	744

出所：Bilancio di Esercizio, Ausl di Bologna, 2014

## 10. ボローニャの病院

病院の種類は、SSN 制度に加入（契約）しているものと、そうでないものに分けられる。SSN 制度に参加している事業形態としては、表13がある。SSN 制度に加入していない、すなわちいわゆる自由診療をしている民間病院は表15で示す。すなわち、民間病院は SSN 制度と契約しているものと契約していないものがある。それらの法人形態は、株式会社、有限会社、アソシエーション、

財団、宗教団体などであり、いわゆる営利企業と非営利組織（企業）に大別される。どの病院においても患者はボローニャ市圏内に限定されるものではなく、国内、国外からも手術入院のためにくる場合がある。とりわけ SSN 制度外の民間病院にその傾向が強い。また外国人・移民の患者受け入れについても平等性が確保されているが、詳細についてはここでは言及しない。また、いわゆる自由診療部分の統計資料などは、これまでのところ、入手できておらず、その規模と実態を把握できていない。

表13. ボローニャ市圏内 SSN 関連病院とベット数（2012年度）

事業形態	急性期	リハビリ	長期療養	ベット総数
AUSL 医療公社	1,619	47	152	1,818
ボローニャ大学病院	1,565	73	46	1,584
IOR, リゾーリ整形外科研究所（公法人）病院	306	21	-	327
民間 SSN 契約病院	663	167	246	1,076
ボローニャ市圏内合計	4,053	308	444	4,805

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

表14. ボローニャ AUSL 関連病院（公立）大学病院、民間 SSN 契約病院

名称	病床数	名称	病床数
AUSL 直轄病院		民間 SSN 契約病院	
Ospedale Maggiore	3カ所 721床	Villa Erbosa	279床
OpedaleBellaria	259床	Villa Chiara	145床
Bentivoglio	206床	Villa Laura	130床
San Giovanni	149床	Villa Nigrisoli	119床
IRRCCS ScienzeNeurologiche	138床	Ospedale Villa Torri 2カ所	98床
Budrio	111床	Prof. Nobili	86床
Porretta	84床	Villa Bellombra	66床
Bazzano	83床	Ospedale S. Viola	62床
Vergato	45床	Villa Regina	45床
Loiano	38床	Villa Baruzziana	41床
大学・研究機関系病院		Villa Aicoli	5床
AOSP S. Orsola	1,584床		
IOR	310床		

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

表15. SSN 制度外の民間病院

①	Ville San Secondo
②	Studio Medico Trallo Dott. SaaFiametta
③	Policlinico SnaDonatos S.P.A.
④	Ospedale Pedagogico Apuano-Opa 宗教財団病院
⑤	Gruppo Policlinico di Monza 8 診療所
⑥	GVM Care & Research
⑦	Casa di Cura Prak Villa Napoleon
⑧	Colibri 有限会社

出所：http://bologna.paginegialle.it  
 (電話帳、イエローページ) により石塚作成

表16. 医療社会サービス分野の非営利・協同組織の法律

種類	法律
認定アソシエーション	民法12-35条
非認定アソシエーション	民法36-42条
財団	民法12-35条
社会的協同組合	1991年法381
社会的推進アソシエーション	2000年法383
ボランティア組織	1991年法266
救済共済組合	1886年法3818
社会的企業	2005年法118
宗教系事業組織	1985年法222
非営利組織	1997年制460

出所：石塚作成

表17. エミリア・ロマーニャ州の医療福祉社会サービスの協同組合(2011)

	数	事業所数	従業員数
社会的協同組合	1,151	2,667	35,697人
医療福祉協同組合	63	157	2,282人

出所：Raport 2012 sull' economia rigionare. 2012, 州政府

## 11. ボローニャ市圏内薬局

薬局数は市内125。圏内を含めると236。開店時間は月曜から金曜日。8:30-12:30, 15:30-19:30。ただし一部の薬局は24時間営業や休日営業をしている。AUSL では、処方箋による医薬品については一部患者負担(チケット制度)としており、医療費支出に占める割合も高く、医薬品支出制御は一つの課題である。

(出所：ボローニャ AUSL. www.ausl.bologna.it)

## 12. ボローニャ市圏内の医療福祉の非営利・協同組織

介護福祉サービスは AUSL および地区自治体との連携による取り組みである。医療と異なり基本は自治体と患者負担で行う。介護福祉サービスを受けるには地区自治体、医療予約窓口(CUP)あるいは直接依頼などがある。

ボローニャ市圏内にはアソシエーションが1,060ある。そのうち医療福祉アソシエーション(socio sanitario)は160である。分野は老人介護、障害者、難病患者、社会サービスなどが含まれる。

社会的協同組合は、正確な数は不明であるが(2008年度において)、レガコープ(左派系協同組合連合会)に39、コンフコープ連合会(カトリック系協同組合連合会)に52あり、その他を含め約100の社会的協同組合がボローニャ市圏内にあると思われる。その種類としては、A型(社会保健・介護・福祉事業)とB型(障害者等労働挿入型)、A+B型(混合型)、さらにC型(事業連合型)がある。老健施設や在宅介護サービスなどの分野に社会的協同組合は重要な位置を占めている。また薬局協同組合も2つ存在する。

(出所：Comune di Bologna. http://urp.comune.bologna.it)

## 13. 患者の医療機関へのアクセス

国民保健サービス(SSN)制度では、住民の医療へのアクセスは、ゲートキーパーである地域の家庭医を受診する。また、病院を直接受診することもできる。予約センター(窓口)はCUP(Centro Unito Prenotaci)は、以下の通りである。ただし、インターネットや電話で予約することもできる。

・病院・診療所予約窓口 136カ所

- ・薬局 236カ所
- ・電話コールセンター 28カ所
- ・CUP（予約センター） web
- ・SMS 携帯端末サービス

しつつある。いわゆる自由診療を受診する患者も増加しつつある。

## 15. 高齢者医療福祉・社会サービス

いわゆる高齢者医療の範疇を費用的に分離するという考えは採用されていない。そのために医療と介護の明確な区分も採用されていないが、地区統計区分によって費用総額を推計できる。州政府の「社会・医療計画」の中では統合的に扱われている。慢性期の高齢者医療と介護については、「保護退院者（Dimissioni Protetti）」という概念で、介護施設、在宅サービスなど諸種のサービスを受ける。それらにかかる公的費用は、州政府においては医療費の範疇だけでなく、社会的費用として「福祉社会」を目指すものとして位置づけられている。当然ながら、AUSLの守備範囲だけでなく、州・県・地区（コムーネ）の各段階の自治体および、サードセクター、市民互助などとの協働を州の「社会・医療計画」では明記している。

高齢者むけの施設サービスとしては、以下の施設がある。

- ① 老人ホーム（休息の家。Casa di Riposo）：自立あるは一部自立状態の高齢者および障害者が対象。入居申請は住民が直接施設に行くか、地区自治体を通じて行う。費用は個人負担であるが、地区自治体および各種高齢者・障害者むけ経済扶助制度がある。運営等については州法で定めている。ボローニャ県に45施設（2014）。実際として「別荘（Villa）」と名乗る施設が多い。
- ② 高齢者介護施設（Casa Residencia per Anziani または Casa Protetti）：医療介護が必要

## 14 患者支払いチケット制度

国民保健制度（SSN）は基本的に税で財源を保障するので、患者負担は基本的に無料という考えであり、入院などの費用は無料である。しかし、2005年からチケット制度を採用し、外来、医薬品などについて一部患者負担を行う。チケット制度は、患者にとって医療費を可視化するものであるといえる。エミリア・ロマーニャ州では、2011年9月から新チケット制度を導入した。チケットは医薬品、家庭医・小児科医・救急医の受診、特別検査などの時の支払いに使用する。チケット制度は、いわば患者の窓口負担の代わりになるものであり、世帯収入を基準として限度区分されている。

また、チケット制度における免除制度は全部免除と一部免除に区分される。免除資格は、低所得、労働喪失、地震など災害被害、障害、病気、妊娠などがある。また、定職と層である第一区分に属する6歳以下の子供、65歳以上の高齢者、核家族なども免除の対象となる。移民等外国人も排除していないので、日本のように受診抑制や医療を受けられない社会的弱者の問題の発生はきわめて薄い。さらに、EU圏内における共通医療カードに基づいて、EU市民が、イタリアの国民保健サービス（SSN）制度の適用を受けることができる。

チケット制度による患者負担の増加により、患者にとってのSSN制度の経済的メリットは低下

表18. チケット制度の患者支払い区分（単位；ユーロ）

	世帯所得	医薬品	CT/MR 検査	専門救急医
第一区分	36,152以下	0	36.15	0
第二区分	36,152 - 70,000	2（1箱） 最大4	50	5
第三区分	70,000 - 100,000	3（1箱） 最大6	70	10
適用外	100,000以上	全費用	全費用	15

出所：Provincia di Bologna

な高齢者、家族が介護できない自立不可の65歳高齢者および50歳以上で機能評価基準（UVM）の認定を受けた者で、地区自治体の社会窓口申請する。費用の一部は AUSL より、また高齢者施設向け各種経済補助制度を受けることができる。ボローニャ県に17施設。その半数は社会的協同組合である。

- ③ 保護住宅（Appartamenti Protetti）：いわゆるグループホームで、障害者・高齢者向け「多機能センター」という規定に基づく。入居申請は地区自治体窓口、AUSL から入居依頼がくる場合もある。入居患者基準に基づく。費用は地区自治体が半額。各種経済補助。ボローニャ県で協定をしているのは4施設98アパート。
- ④ ボローニャ病院患者家族宿泊施設（Strutture Residenziali negli Ospedali di Bologna）：ボローニャの各病院に入院関係者（家族、高齢者、障害者、移民など）が宿泊できる。費用については各種経済補助を受けることができる。

また、在宅介護サービスには以下のようなものがある。

- ① 在宅支援（Assistenza Domiciliare）：申請は地区自治体社会窓口。UVM 基準審査あり。費用は、所得などに応じた支払い減免規定に基づく。また高齢者向け各種経済補助を受けられる。
- ② 統合在宅支援（Assistenza Domiciliare Integrate, ADI）：自立できない高齢者・障害者。

ADI 1、ADI 2、ADI 3 基準に区分される。費用は自治体からの在宅支援費による。

- ③ 高齢者在宅介護ボランティア団体：地区自治体や AUSL に協力して、高齢者在宅サービスをボランティアに実施する。団体としてアソシエーションの Auser、非営利組織の Arad、Ant などがある。

## 16. 新医療機関（健康の家 CS）

州政府が医療供給体制で整備を進めているのが「健康の家」（地域医療センター）である。家庭医・小児科医・専門医・看護師などの連携をとり、医療・福祉・社会サービスを効率的に実施する目的をもつ。24時間介護サービスの保障窓口ともなる。州法 DGR291/2010に基づく。

表19. ボローニャ AUSL の「健康の家」

地区	小規模	中規模	大規模	合計
Citta di Bologna		3	1	4
Pianura Est		2	1	3
Pianura Ovest	1		1	2
San Lazzaro di Savena	3	1		4
Casa Lecchio di Reno	1		1	2
Poretta Terme	1	2		3
合計	6	8	4	18

出所：Bilancio di Esercizio, Ausl di Bologna, 2014

サービスの種類は診療部門／第一次医療があり、一般医救急、②自由小児科救急 ③看護救急、④産科救急、⑤デイ介護サービス、⑥夜間休日介護サービス。

## 17. NCP (Nuclei Cure Primarie、第一次医療小集団)

表20. ボローニャ県の NCP (2008)

医療公社 AUSL	人口数	地区数	NCP	家庭医	小児科医
ボローニャ AUSL	836,511	6	41	633	115
イモラ AUSL	127,554	1	7	96	20

出所：Provincia di Bologna

また、第一次医療の診療所単位として NCP を設置している。

## 18. 地域医療に対する住民参加

ボローニャ AUSL の医療政策に対して、住民のチェック機能あるいは住民参加はどのようなシステムになっているのであろうか。組織に対するメンバー参加の方式としてヒルシュマン (Hirshman) の「発言 (voice, 参加) と退出 (exit)」理論が援用されることが多いが、地域住民は、地域行政に対して退出することはできない。したがって、住民参加システムの構築は、参加に対する行政側および住民の双方のより高い積極的な意識と関与が必要とされる。なによりも参加の制度化が必要とされる。ボローニャ AUSL に関しては、というよりもエミリア・ロマーニャ州においては、医療制度に対する住民参加について規則を定めている。

AUSL の機能の透明性については政府の公的機能省の省令 (150/2010) に基づき、「2014-2016 年、行政透明性プログラム」が作られている (CIVIT, ANAC, 50/2013)。基本的には、住民市民が行政のすべての文書にアクセスできることを保障していることである。すなわちどのように機能し運営しているかの透明性が確保される。市民は AUSL の利害関係者 (ステークホルダー) と明記されている。主たる根拠法には次のようなものがある。

法、241/1990。政令190/2010「行政による腐敗、不平等防止措置」。

政令33/2013「行政情報透明性再措置」。

その他政令などで、市民の行政行為に対する情報公開を義務づけている。

行政側の透明性の責任としてはつぎのようなものを政令 (150/2009, 33/2013) で定めている。すなわち、①公文書の情報公開の義務、②「透明性三年プログラム」の作成、③透明性モニタープログラムの作成、④規則内容などへの市民アクセスの保障、⑤文書公開の不履行および履行遅滞の開示義務。

一方、市民および利害関係者の参加保障は、混合諮問委員会 (Comitato Consultivo Misto) および家族利用者・実行者委員会 (Comitato Utenti

Familiari ed Operatori) への参加である。これらの組織はボランティアな第三者機関とされ、市民要求など受け付けている。また、直接 AUSL に対して、市民や利害関係者が苦情や意見を出すことも保障される (インターネット、郵便、その他の手段)。意見書の書式もあり、内容を「指摘、提案、要求、賛辞」のいずれであるかについて印をつけるようになっており、合理的である。

そして各部の担当責任者の個人名が明記されている。これらが医療介護の質の改善に寄与するものと位置づけられている。行政の透明性の保障は「市民アクセス (Accesso Civico)」の保障として明記されている。行政側は評価委員会および規律委員会が、市民要請事項に対応する。

## 19. イタリアの医療制度の概括

最後に、改めてイタリアの医療制度の歴史を概括しておきたい。

### (1) 医療制度の変遷

イタリアの医療制度は、以下のように区分できよう。

#### ①1800年代からイタリア統一の1861年まで

19世紀中期以降の自由主義的勢力の勃興および産業革命以後の職人階層・労働者階層の共済組合運動に基づく、相互扶助的な医療の出現。さらにカトリック教会勢力による伝統的な慈善的医療の継続。教会勢力は1600年代より病院経営を行っており、現在も大きな比重を占めており、現在はいわゆる非営利病院に区分されている。教会の公式イデオロギーは、「貧しき者の味方」である。また個人開業医による医療供給。

#### ②1861年イタリア統一以後から1920年代まで

この時期の医療制度の担い手は主として、疾病金庫 (Casse Malattie) または共済金庫 (Casse Mutuo) という民間の共済組合であった。それが、次第に社会保険型に再編されていく過程である。

明治維新とほぼ同時期にイタリアは、リソルジメント (国土回復運動) を経て、統一国家となっ

た。この自由主義的国家のイニシャチブは資本家がとり、産業化の中で労働者階級の形成とともに、社会保障および医療制度の整備の必要がでてきた。しかし、強力な国家的イニシャチブは出現せず、地域自治体（コムーネ）によるサービスや労働者階級による共済組合に依存し、細分化されたものであった。したがって、社会保障制度は、全国民をカバーするものではなかった。最初の法制度は早くも1862年の法753号（1862.8.3）によって、伝統的に教会の主導による貧民むけの医療救済団体（オペレ・ピエ、Opere pie）を行政（地方自治体）の管理下に置こうとするものであった。ついで、1890年のクリスピ法（Crispi, 1890.7.17）によって、これらの救済団体の運営の国有化を促進した。このことは、当時の、自由主義国家と伝統的教会権力との闘争という文脈の一環であり、教会勢力は1866年の教会資産破壊法による教会財産の国有化などの攻撃にさらされた。最終的に教会と国家が妥協するのは、1929年のファシズム国家と教会が結んだラテラノ協定によって、教会およびバチカン国の自律性が確認された。この点が注目されるのは、社会システムの多元性がイタリアには歴史的に形成されているという事実である。教会勢力の在俗団体は、いわゆる慈善団体などと呼ばれるが、そればかりでなく、国家セクターの影響を受けつつも、国家セクターと比較的相性のよい資本主義企業セクター（営利セクター）とは別に、自立的な、中間団体とも呼ばれてきたアソシエーション（非営利組織）や協同組合といった、いわゆる非営利・協同セクターが社会セクターとして重さをなす、イタリアの多元的な社会システムという特徴が形成されているからである。また社会保障制度は整備されておらず、共済組合による下からの相互扶助が中心であった。1886年に救済共済組合法 legge3818が制定された。一方、医療の担い手は、地域の慈善病院、在俗医療機関から次第に国家の関与が強まり、州単位の公的医療機関の設立が1890年のクレスピ法により進んだ。すなわち、当時約22,000存在した民間の慈善的社会扶助・医療介護機関（オペレ・ピエ）の一部にIPABとして公的な役割が付与されたのである。

### ③1920年代ファシズム期から1944年まで

イタリア統一国家の形成以来、労働者階級の運動は社会主義やアナーキズム、協同組合運動などとして展開したが、資本主義的な矛盾は、国家型コルポラリズムの一典型としてのイタリア型ファシズム国家型が1920年代に成立することになった。ファシズム体制の下、医療供給制度の改変が進められ、労働者・市民階級の自主的な運動である協同組合や共済組合は暴力的に弾圧されて、1923年以降ファシスト国家主導の保険基金（IAML）が作られ、1936年最終的にINAM（国家疾病支援局）という共済保険金庫に改変させられた。ファシズム体制下の社会保障制度は、年金および労働の部門と一体化したもので、1933年に社会保障（あるいは保険）国家局（INPS）として制度化された。この特殊社会保険への疾病保険制度ができ、労働者、農漁業者、自営業のそれぞれの疾病保険金庫（Casse）が休業補償金や入院費用の補填を行った。共済組合の吸収という政策は、ファシズム体制の下でも、全体主義的国家政策の遂行という目的の範囲内において、一定の社会保障制度化を国家主義的に遂行せざるを得ないという、いわゆる総資本の要請があるからである。それは日本の戦時社会政策と同じで、戦争遂行のための必要措置であった。つまりファシズム型社会国家（福祉国家）を目指したのである。当然ながら、その制度化で国民の福利が向上したわけではないのは、市民社会の弾圧がファシズムの本質要件だからである。INAMは、1943年にファシズム制度から改組されたが継続し、先々1981年に国民医療サービス制度（SSN, Servizio Sanitario Nazionale）に転換することによって解体し、地域医単位（USL, Unità Sanitarie Locali）に移譲することになるのである。なお、INPSは年金・労働の社会保険基金として現在も制度化されている。要するに、医療制度だけが分離したのである。

### ④1944年から1991年まで

この時期の医療制度は、社会保険形式から、国民医療サービス（SSN）へ医療制度が大転換する時期である。戦後の医療社会保険の形式は、職能別、地域別などに分かれた疾病基金（共済組合）

により運営された。しかしながら、年金／労働・医療という社会保険制度から、なにゆえに医療は切り離されて、税による財源確保をする医療制度（SSN）に転換をしたのであろうか。社会保険の短所として指摘できるのは、全住民をカバーすることができるかという、いわゆる無保険者の存在の余地があること、保険料負担の公正性ということであろう。いわゆる普遍主義を貫徹することができるかということである。一方、社会保険制度の長所は、なんといってもその歴史的必然性である。社会保険制度によって、初めて、社会的連帯性が確立したのであって、それ以前は社会保障制度はなかったのである。歴史的にドイツのビスマルク型の社会保険が最初の社会保障制度であり、現在でも多くの国で、社会保険制度が採用されている。とりわけ、社会保険制度の中で、年金や労働の部門については、おおよそどの国でも社会保険制度が採用されている事実は、社会保険制度が依然として有用なシステムであることを示している。しかし、医療制度については、医療社会保険制度、税財源による医療制度、民間保険による医療制度と3つに大別される。イタリアにおいては、1970年代を前後して、医療制度の社会保険制度から国民医療サービス制度（SSN）導入の議論が起り、1992年から国民保健サービス（SSN）が整備され、国家医療基金が設立され、その医療供給主体として地域医療事業単位（USL）が設置された。いわゆる公的医療制度の確立である。しかしながら、話は単純ではなくて、過去の制度の影響を受けつつ、イタリア独特の医療制度が作られてきた。

戦後民主化されたイタリアの医療制度は、イタリア統一以来からの制度化についての継続性ととともに、新たな原理に基づき転換していった。イタリア共和国憲法（1948）の第一条（労働に基礎を置く民主的共和国）、第32条（共和国は、健康を、個人の基本的権利および共同体の利益として、守り、貧困者には、無償の治療を保障する）、第117条（州の健康および医療扶助）などの規定に基づく。

1978年法833号「国民保健サービス制度法」（Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale）で、

同法は1999年法229号「国民保健サービス合理化法」（Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale）につながるものである。

#### ⑤1992年から2007年まで

この時期は国民保健サービス制度（SSN）の整備と分権化と地域公営医療企業体化（ASL）の促進の時期である。2007年の財政法によって、医療福祉政策の国、州、地方の三層構造の促進や医療報酬 DRG 化および地域医療公社（ASL）の事業自主性の促進が行われた。

これとともにいわゆる医療保険の分野には、非営利組織の疾病金庫（Casse）および疾病基金（Fondi）のいわゆる非営利の共済保険があり、SSNにおける補完的役割を付与されている。また営利の医療保険会社があり、また営利保険会社（医療分野）も存在する。これらの保険共済は、SSN 制度外医療、すなわち SSN とは契約していない医療機関の治療基準（LEA、Livelli Essenziali di Assistenza）には関与しない分野（入院、手術、専門的治療、歯科の一部）について、民間病院での治療などの支払いの一部または全部を充当する。たとえば歯科では義歯やインプラント、SSN 病院での個室料が LEA ではカバーされない。

#### （2）SSN 法（833法）の規定

SSN 法（833法）にもとづき、医療サービスの供給は、国、州、地方自治体、市民参加により、さらに自主的なアソシエーションもまた参加（concorrere）すると記している（同法45条）。同法2条（目的）では、8つの目的を列記している。すなわち要約すれば、（1）市民とコミュニティに対する医療教育、（2）生活と労働における病気と困難の予防、（3）診断と治療、（4）身体、精神のリハビリテーション、（5）生活と労働における保健衛生の推進、（6）食品衛生と動物の衛生病気予防、（7）医薬品の教育、生産、販売の管理、（8）SSN の医療従事者の専門教育と科学的革新、としている。

この原則と目的に基づいて、SSN は次のことを所管するとしている。すなわち、要約すれば、（a）医療の地域格差の是正、（b）労働者やそ

の組織の参加による労働の保障、(c) 母子への医療の保障責任、(d) 公私の学校医療、障害者医療の推進、(e) スポーツ医療の擁護、(f) 老人医療と老人の疎外の予防、(g) 一般医療制度下による精神医療と社会復帰、(h) 水や土地などの環境汚染の究明と除去。

こうした大原則と目的に基づいて、法833では、国、州、地方自治体のそれぞれの役割を示し、第14条 (USL) で USL (地域医療単位) は人口5万人から20万人を単位として作るとした。それに基づき第3章 (サービスの提供と機能) で USL について規定している。

第44条 (医療機関との協定) では、州医療計画に基づき、USL と民間医療機関と協定を結ぶとしている。第45条 (自主的アソシエーション)、第46条 (自主共済) ではそれぞれ SSN に補完的に参加する自由を規定している。

医療従事者の処遇については第48条 (協定関係人員) に規定している。全国団体協約に基づき、医療従事者としての医師や専門家がそれぞれの個別協約に基づくものとしている。

同法第5章は財政を定めている。USL の会計管理については第50条で、SSN 制度外の医療機関 (病院、診療所等) の数字比率すなわち、SSN に参加していない民間医療機関の数は、正確な数字は示すことはできないが約1割である。また、SSN における民間医療機関が占める比率は、2004年のデータであるが、医療分野25%、救急診療57%、介護施設53%、リハビリ施設79%である。

## 20. おわりに

イタリアのボローニャと日本の地域医療構造の比較にはどのような異同があるであろうか。①国民保健サービス (SSN) は、国、州、県の三層構造の役割分担が明確であり、州の自主性の度合いが強い。②地域医療は公的医療制度が中心となり、民間自由診療とは棲み分け並立しており、混合診療という問題はおきていない。医療福祉供給は、公的セクター、営利セクター、非営利組織セクターの3種類がある。とりわけ福祉社会サービス分野では非営利・協同セクターの役割が大きい。こ

れは単に、サービス供給事業者ということだけではなくて、市民の自主的な経営事業者としての地域社会における積極的役割があるということである。③医療公社 (AUSL) は事業経営体として、事業経営効率化を追求するものであるが、営利化指向ではない。また AUSL の守備範囲は、公衆衛生、保健予防、医療、介護、社会的医療、介護、医療教育、動物医療などと広範囲である。④入院費など無料であり、チケット制度導入により、患者負担が発生しているが、現状は約2割負担であり、また所得別負担であり、さらに、多くのチケット免除制度があるので、貧困を理由に医療アクセスを妨げられることはない。チケット制度が今後さらに負担増に向かうのかは注視する必要がある。⑤地域住民の医療に対する要求意見等が AUSL 制度の市民参加として重視され、細かく書式なども整備されている。これなくしては、一方的な官僚主義となり、住民の医療福祉ニーズを把握し組み入れることはできないであろう。⑥医療従事者は、労働組合または職能組合を通じて、交渉により全国労働協約に基づき賃金または報酬が決められる。とりわけ AUSL 直轄病院の職員は、単体病院の経営指標に賃金が左右されることはない。日本のように介護報酬基準民営化により医療費の削減を行うというメカニズムにはない。ただし、高度医療などが SSN 制度外の病院 (民間病院) で受診される比率は高まる可能性はある。⑦公的医療の普遍性、平等性はイタリアではおおむね確保されている。政府が医療費抑制をした場合でもそのメカニズムは崩れることはないが、患者負担は増加するかもしれない。いわゆる自治体病院が民営化、営利化に向かうことはないが、効率化は進められる。

### 参考文献

- Programa per la Trasparenza e L'Integrita 2014-2016*, Servizio Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, 2013
- Indicatore risultati attesi*, Ausl Bologna, 2013.
- MapSan 06 Conoscere per Programmare*, Ausl di Bologna, 2007
- Bilancio di Esercizio 2013*, Ausl di Bologna, 2014

- Bilancio Economico Preventivo 2013*. Ausl di Bologna, 2014
- Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale ai Sensi dell' art 8 dell D.Lgs N. 502 del 1992 e Successive Modificazionied Integrazionni*, SISAC, 2010
- Sostenibilita economia, finanziaria e patrimoniale - Anno2013*, Ausl di Bologna. 2014
- Aggionrnamento Rapporto Economico-Sociale della Cooperazione Bolognese 2008*, Legacoop Bologna, 2009
- Atto Aziendale*, Ausl di Bologna, 2014
- Carta dei Servizi*, Ausl di Bologna, 2014
- The Co-erative Sysytem in Emilia Romagna Italy*, Conf-coop, 2013
- Regolamento di Organizzazione Aziendale*, Ausl di Bologna, 2013
- Verbale di Accordo Sindacale*, Ospedali privati Riuniti SPA, 2011
- Part-time Firmato l' Accordo*, CGIL Bologna 2012
- Percorsi di diissioni ospedaliere prottte nelle Regioni italiane*, AIDA,
- European Commision, 2014
- Indicatori e risultati attesi*, Ausl di Bologna, 2013
- Piano dei Conti*, Ausl di Bologna, 2013
- La Continuita Assistenzale nelle Dimissioni Ospedaliere "Difficile"*. Commune di Bologna, Ausl di Bologna. 2014.
- Programma per la Transparentza e L'Integrita' 2014-2016*. Ausl di Bologna, 2014
- Atto di Disciplina della Libera Professione*, Ausl di Bologna, 2001
- Sito Internet Aziendale*, Ausl di Bologna, 2013
- F. Bicego, C. Pezzoli, F. Zenucchi, *L' Esperienza dell' Infermiere di Famiglia nell' Ambito del Nucleo di Cure Primarie*, Ausl di Bolgna, 2012
- Accord Integrativo tra l' Azienda USL di Bologna e le Organizzazioni sindacali dei MMG 2012-2014*. Ausl di Bologna, 2012
- Contrato Collectivo Nazionale di Lavoro per il Personale Depndente, 2002-2005*, AIOP 2002
- Health Sysytems in Transition Italy*, European Observatory, 2009

# おわりに

高山 一夫

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループで議論をつづけて、2年あまりとなる。ワーキングでは、地域医療再生計画の動向を調べ、あるいは自治体病院の経営と会計制度について研究したほか、地域の保健医療体制のあり方について国営医療制度(National Health Service)と比較すべく、総研10周年記念事業であるイタリア医療・介護視察にも加わった。住民のいのちとくらしをどのように守るのか、そのために自治体病院はどうあるべきかについて、さまざまな角度から検討を重ねたのである。

ワーキングでの議論を通じて、私に関心を抱いた論点は、以下の3つである。

第一に、自治体病院の運営における経済性と公益性である。昨今の自治体病院経営をめぐる議論では、ともすれば経済性ばかりが注目されがちである。なるほど経済性は、住民の共有財産である自治体病院の経営効率を高め、事業の永続性を守るという意味で、不可欠の基準である。しかしながら、経済性を追求するあまり、収益につながらない診療を縮小し、地域住民の医療ニーズを放置する事態が生じたとするならば、これは本末転倒である。そもそも自治体病院が準拠する地方公営企業法は、その3条において、「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」と定めている。法律の趣旨に照らせば、自治体病院の運営において、経済性と公益性(公共の福祉)を両立することが要請されているといえる。

自治体病院における公益性をどう評価し、財政的な制度として具体化すべきかをめぐって、ワーキングでは、地方交付税交付金の算定基準や自治体病院への繰り入れ基準などについて、外部講師による学習会も交えて検討した。自治体病院に対する現行の財政制度は複雑であり、繰入等の算定

基準も明快とは言い難い。まずは財政制度をわかりやすく透明なものへと改善することが急務であると考ええる。

第二に、住民自身による地域医療政策づくりという論点である。自治体病院においては、経営協議会などを通じて、住民が参加する仕組みも設けられてはいる。しかしながら、多くの自治体病院では、ともすれば医療関係者などの声を反映するにとどまる。むしろ、自治体病院が独立行政法人などへと移行することで、議会を通じたチェック機能が弱まりさえしている。

人口減少社会を迎えた今日、自治体は、地域の実情とニーズを把握し、住民がくらしを続けられるような施策を打ち出さねばならない。そのためには、単に住民の声を聞くだけでなく、むしろ住民自身が地域の担い手として主体的に行政に関われるような多様な手立てを講じる必要がある。住民の行政へのエンゲージメント(engagement)である。自治体病院の運営や意思決定においても、同様に、住民自身が自治体病院のあり方を考え、病院の運営に反映しうるような仕組みを構想すべきである。

例えば、自治体病院の統廃合などを機に、地域医療を考える会、あるいは病院を守る会といった組織が結成され、病院職員と住民が一体となって地域の医療政策を立案する取組みが、各地でなされている。そうした取り組みを通じて、最終的な政策提言だけでなく、立案のプロセスを通じて自治体病院に対する住民自身の理解が深まり、結果的に自治体病院を支える大きな力となることが多い。

自治体病院の側からも、地域に対してより積極的に情報を発信する必要がある。とりわけ病院の財政・経営状況について、さまざまな補助金や交付金、また自治体からの繰り入れがあるだけに、自治体病院は、その多様な役割をふまえて、住民

に正しく説明する義務がある。民医連の院所利用委員会や、医療生協における組合員による病院監査などの事例も、参考になるものとする。

最後に、非営利・協同の医療組織と自治体病院との関係である。非営利・協同の医療組織は、無料低額診療の事業をはじめ、地域住民が「いつでも・どこでも」安心して医療が受けられるよう、いわばセーフティネット医療供給者（safety net provider）として、地域医療において不可欠の役割を果たしている。その点では、非営利・協同の医療組織は、いわゆる不採算医療の提供を目的のひとつとする自治体病院とも、利害が対立するわ

けではない。医療分野で市場原理が強められ、所得に応じた階層的な医療制度が現出しかねない状況だけに、自治体・自治体病院との連携をどう模索するか、非営利・協同の側としても検討すべき課題であろう。

もとより自治体病院と地域医療というテーマは、扱うべき論点が広範囲にわたり、かつ情勢も刻一刻と変化してゆくだけに、今後とも調査と研究が続けられるべきである。本ワーキングの成果が、今後の事業と運動、政策論議に多少なりとも貢献できれば幸いである。

#### ○研究会報告一覧（機関誌『いのちとくらし研究所報』掲載分）

八田英之「千葉県と宮城県の『地域医療再生計画』について」No.32,2010年8月

菊地頌子「保健師の仕事」No.33,2010年12月

山本 裕「地域医療・自治体病院の再生について考える」No.34,2011年3月

武内和久「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」No.36,2011年9月

初村尤而「自治体財政と公立病院」No.37,2011年12月

山本 裕「自治体病院の再編等をめぐる最近の動向について」No.40,2012年10月

八田英之「千葉県自治体病院の2009 VS 2010経営実績比較」No.40,2012年10月

武田公子「石川県内の公立病院—奥能登4病院を中心に—」No.41,2013年2月

石川広己「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」No.42,2013年3月

山本 裕「『新成長戦略・骨太方針』と地域医療」No.47,2014年7月

# 資料(再録)

# ＜地域医療と自治体病院をめぐる住民運動＞

2013/09 第一報

八田 英之

2013/10/15

「地域医療と自治体病院をめぐる住民運動」 2013/09（第一報）

目次

はじめに .....	1
＜各県の医療状況と住民運動＞ .....	1
＜考察＞ .....	49
1 医療崩壊とその原因 .....	49
2 医療崩壊に対する対策はどうであったのか .....	52
3 地域医療と公立病院を守る運動 .....	55
（1）医療・病院の存在を求める運動 .....	55
（2）公立病院の統廃合と経営形態を巡るたたかいと論点 .....	56
おわりに .....	58

## 「地域医療と自治体病院をめぐる住民運動」 2013/09（第一報）

八田 英之

### はじめに

本稿は、「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の「地域医療再編と自治体病院問題プロジェクトチーム」の作業の一環としてまとめたものである。それぞれの県で2004年以降に顕著になった医療崩壊の実際とそれに対して、労働運動・民主運動・地域住民運動がどのように取り組んだのかを明らかにし、教訓を引き出すことを意図している。そのために全日本民医連を通じて各県連にアンケートをお願いした。多くの県連にご協力をいただいたことに御礼申し上げます。このアンケートと2009年度補正予算ではじめられた「地域医療再生計画」、自治労連や医労連の全国的な運動交流集会の記録、そのほかインターネットで入手できた資料によって、各県ごとの状況を、それなりに理解したところによってまとめている。もとより全面的なものではないし、また、運動は連続するものであるから、すでにここでの記述が過去のものになっていることも大いにありうる。基本的に2013年4月から8月までの時期の状況によっている。プロジェクトチームの報告書は別にまとめられるが、問題の性質上、この報告は第一報としてできるだけ早く発表した方が良いというチームの結論により、冊子にまとめることとした。今後、各県の実情などについて情報をいただき、より正確なものにして行きたいと願っている。

### <各県の医療状況と住民運動>

#### <北海道>

(医療状況)

・「再生計画」によれば、医師数は道全体では全国平均より多い。しかし、その9割が都市部に集中しており、札幌に50%。さらに面積比でみると医師数は、全国最低で極端な医療過疎である。病床が多く病床との対比でも全国最低レベル。さらにお産のできる自治体は180自治体中37(2008年7月の民医連の「医療介護『再生』シンポ」での堀毛報告では35)。南桧山地域は二次医療県内にお産できるところがない(道内でここだけ)。

・再生計画は、道北医療圏(6市31町4村、四国四県を合わせた広さ)を対象に救命・救急センターの機能向上、周産期母子センターの整備、ヘリポート整備、二次救急病院の整備、遠隔診断、病院間情報ネットワーク、地域協議組織をつくり住民啓発、コンビニ受診を減らす、道内3大学と道で運営委員会をつくって専門医派遣システムを作る、などとなっている。

公立病院の再編成の動きとしては、市立札幌病院と精神科の市立札幌病院静療院を統合し、一般の精神科を市立病院に入れ、児童精神部門を独立させ「札幌児童心療センター(60

床)を作ることが2012年に行われた。2006年名寄東病院(療養105床)が、上川北部医師会の指定管理になった。道立札幌北野病院(130床)は、2002年厚生連に譲渡され、厚生連は、地域医療研修センターと位置づけ運営していたが、臨床研修指定を受けることが出来ず、2007年3月医師不足を理由に敗院となった。これについて、道自治労が、「道立道営で有効活用を」との運動を進めたが、運動が地元以外に広がらず、『敗北』であったと総括している。種々の問題がからんで注目を集めたのは、小樽市立の2つの病院の統合問題である。病院の赤字が累積していたが、統合によって病床を縮小し、黒字化をはかるというものであった。道が市の起債を認めなかったり、建設場所が二転三転したりと様々な問題があったが、2012年に統合方針を決定し、2014年オープンの手配である。労組は統合賛成であった。新病院の建設費は、1床あたり3480万円になり、今後懸念が持たれている。長隆氏(公認会計士 自治体病院ガイドラインの作成にかかわった)は、市立病院をつくる必要がない(他の病院がある)としている。

#### (住民運動)

・住民運動で早い時期のものは、根室の地域医療を守る連絡会がある。根室隣保院附属病院が療養病床75床を閉鎖。労組が存続を訴え、病院継続の署名は住民の4割あつまった。さらに根室市立病院では、2003年19人の医師が2007年には7人となってしまった。民医連の病院と開業医が市立病院の日当直を引き受け、市立根室病院の現状を考えるシンポをひらいた。市立病院は札幌医大の支援を受けて継続した。連絡会のほかに根室「医信伝心ネットワーク」が、住民組織として市の後援を受けてつくられたが、講演会などの取り組みにとどまっている。

・紋別市に「地域医療を育てる会」：地域医療フォーラムなどを通じて紋別市の夜間休日診療所に夕張市立診療所からの医師派遣を実現した。

・2012年10月、「公立病院と地域医療を守る」道連絡会が、北海道地域・自治体問題研究所と共催で学習交流集会を開き、2013年1月に医療計画について道と懇談・要望をおこなった。

・2012年10月、長隆氏が、北海道で「地域医療と公立病院の役割について」講演し、北海道立病院8ヶ所の経営分析を行い、北見(130床近くに日赤611床あり) 苫小牧(結核病床半分休床でも一日入院は数人)の病院について、時代に適合しておらず、存在意義に疑問があるとしている。また、地方公営企業法の一分適用のために事業部制を確立できず、リーダーシップが発揮されていないとしている。

・2010年、市立千歳病院経営改革会議は、「病院の今後の経営形態について」答申した。この病院は、1968年道から市に移管され、2002年に新築移転している。累積の赤字は24.7億円であったが、答申は、地公企法全部適用、独立行政法人、指定管理者、民間譲渡について、それぞれ検討した上で地公企法の一部適用の根拠である「料金を自由に決められず、採算性が水道・交通などに比して低く、民生・保健など一般行政との関係がより密接である」という理由は変わっておらず、行政と病院の意思疎通を十分にはかり、一部適用のま

ま 2012 年度に黒字化をはかることが適当である、と述べている。

## ＜青森＞

(医療状況)

・青森県は病院数・病床数とも全国平均を上回っているが、医師数は 2008 年で人口 10 万人当たり 174.4 人（全国順位 43 位、東北北海道で一番少ない。2010 年は 184.1 人）。

2008 年鱒ヶ沢町立中央病院が、国の緊急臨時医師派遣システムを利用した。2005 年に全国初の医師無料職業紹介所として「あおり地域医療・医師支援機構」が発足した（県、医師会、自治体病院開設者協議会など）

・弘前大学・県立中央・八戸市民の三病院が三次医療機関で、自治体病院が二次医療を担いそれぞれの地域の中核病院になっている。

・再生計画は西北五圏域（五所川原市など二市四町、人口 16 万、減少が続き 2030 年の予想は 11 万 5 千人でこのときの高齢化率は 40%と予測されている）を対象とし、圏域内五自治体病院を経営統合して（つがる西北五広域連合）中核病院をつくり、他は診療所などに再編成するもの。2001 年から県は自治体病院の再編成計画に着手。全体で 228 床の減床計画である。

・中核病院ははじめ工業団地の一部をあてる予定であったが、利用者の利便を考慮し、五所川原市役所隣接地に変更した。

・2012 年「西北五広域連合西北中央病院」（元国民健康保険五所川原市立中央病院）が発足した。増床して一般 390、精神 50（－10）、感染 4 の病床となる予定。

(住民運動)

・2004 年 4 月、医労連・自治労連など労組を中心に「西北五の地域医療を守る住民の会」が結成され、27ヶ所 245 人参加の地域医療懇談会を開いた。92 床のつがる市成人病センターが診療所化されるつがる市では、住民の 4 分の 1 の署名を集約。議会も全員一致で病院存続を決議。2013 年 7 月現在、92 床の病院として存続している。

・県がバックアップする地域医療研究会が自治医科大学の梶井氏を招いて講演会などを開いているが、金木町の「金木病院の救急医療体制を維持する会」からは、集約化を進める県当局の第五列と批判されている。

・2006 年 12 月、公立金木病院の医師体制が崩壊した。県・弘前大は医師派遣できないという姿勢のため、2007 年 1 月救急告示取り下げ（年間 700 件の救急車）となった。住民が「維持する会」を作って、署名運動を展開、2 万集まったが行政は無視。住民は「ホワイトリボン運動」（街の電柱・門など目立つところに白のリボンを結びつけた）を展開。県議会選挙で「救急体制を復活して地域医療を守る」立場の候補が「集約化やむなし」の候補に勝利。地元新聞が住民サイドで報道を続けた。「維持する会」のブログには多くの（とくに医師から）金木病院の救急体制を否定するコメントが相次いだ。会は県内総合病院の医師にアンケートを実施、医師の過酷な実態に理解を深め、その情報も発信。結果、徐々に医師が増え、以前を越える 8 人の体制となったところで救急告示復活（07,10,1）。会は病院の

適正利用運動などを続けている。

\*金木町の運動はひとつの典型であろう。要求の意思表示を鮮明にするとともに医師との対話で共同の道を追及した。会の会長は、(地域医療を守るためには)「行政・住民・医師が戦友にならねばならない」と述べている。

## ＜岩手＞

(医療状況)

・岩手県は、戦前の医療利用組合(産業組合)の作った病院が戦後県立病院となり、20病院5地域診療センターを保持している。これは全国に類例がない。ただし、以前は27であった。増田知事時代に「病院改革プラン」が打ち出され、県立病院統廃合・民営化の方針が打ち出された。それに先立って県立病院の新築ラッシュがあり、これが経営を圧迫している。達増現知事もこの統廃合路線を踏襲している。医師数は2010年に全国40位、とくに沿岸部がすくない。県立病院の医師体制は厳しく、ために県立の1病院5診療センターの無床化が2008年に打ち出され、09年に実施された。このほかにも自治体病院の縮小、無床化が打ち出されている。

・さらに、釜石市民病院と県立釜石病院の統合が打ち出されたが、結果は市民病院からは1人の医師も県立に移らず、ただ市民病院が廃止されただけという結果になった(2007年)。しかし、市民病院の廃止に反対する運動の発展によって、市の姿勢変化が生まれ、市民病院跡地に民間病院が誘致された。

・また、産科の体制がとくに弱く、住む所でお産ができないことについて住民の不安が大きく、県の地域医療再生計画でも、救急医療、医師不足対策、周産期医療が三つの全県的地域医療課題にあげられている。

・こうした中で3・11東日本大震災が襲った。岩手県で被災した病院311のうち沿岸部が209を占め、とりわけ全壊は68の内66が沿岸部である。それ故、再生計画の力点は沿岸部の病院・医療施設・設備の復旧と医療従事者確保に置かれることになった。しかし、可能な限りマンパワーと設備投資の投入を少なくするという縮小再生産の構想であり、医療格差が拡大すると県民医連は指摘している。

(運動)

・県立病院の前身が産業組合病院(医療利用組合)であったこともあり、無床化が打ち出された地域の殆どで住民組織ができ、無床化反対・医師確保の運動が繰り広げられた。中心は労働組合である。しかし、花巻の「お産と地域医療を考える会」・釜石の「産声を釜石で聞く会」のような住民主体の小規模な、しかし、インターネットなどによって一定の社会的影響を与えている運動もある。統廃合された地域では、その後縮小された施設の活用などについて議論され、運動が継続している。

・労働組合が中心になった運動に対して、いくつかの自治体が協力し、共同の姿勢を示している。一関市は、運動の提起を受け止めて、医師確保の専門職員を配置した。

・「岩手県地域医療を守る住民組織連絡会」と「地域医療の充実と県民のいのちを守る連絡

会」の二つの全県的センターがあるが、2010年7月には共催で「地域医療を守る全県交流集会」を開いている。

・藤沢町立病院を中心とし、町があげて取り組んでいる保健・医療・福祉を一体化した戦略的な取り組みは、「住民が医療の運営者であってこそ医療の再生が始まる」（大木圭野 東京経大会誌第265号）と評価され、厚生労働省も注目した。

## ＜秋田＞

（医療状況）

・2009年に作成された秋田県の地域医療再生計画によれば、医師数は10万人あたりで188.9人と全国平均より低く、100k㎡あたりでも18.7人（45位）と少ない。

・再生計画では、県全体の課題として、医療シミュレーションセンターの開設、秋大への寄附講座、定員増（115→122）、就学資金貸与などにより、毎年20人の医師増をはかる。3次医療機関を整備し、ヘリポートを備える（三次医療機関への搬送時間は秋田が全国最長）。回復期リハ病棟の整備、クリティカルパスの推進、総合診療・家庭医研修コースの設置、ガン無料検診導入、検診車・放射線治療機器・緩和ケア病棟の整備などを上げている。

・北秋田医療圏の再生計画は、2005年に合併した北秋田市の二つの自治体病院と厚生連の北秋中央病院を統合し、320床の北秋田市民病院をつくり、地域救命救急センターを設置し、厚生連を指定管理者にするという計画を打ち出した。ところが、医師は32人の予定のところ14人しか残らず、177床でスタートせざるをえなくなった。救命・救急センターも開設のめどが立っていない。結果、再生計画ではこの病院の医師をなんとか22人まで引き上げるが、医療機能は見直し、療養病床を含めて272床まで稼働させる、医師の負担を減らすためにも立地条件が通院に不便という意味でも入院に特化する、という後退したものになってしまった。隣の他医療圏にある大館市民病院に重症を依存し、県の救命救急センターまでヘリで運ぶという「再生」計画になった。公立米内沢総合病院は小規模病院とする計画が無床診療所にされてしまった。

・もう一つの大仙・仙北医療圏の再生計画は、県内唯一脳卒中のt-PA療法が行われていないこの医療圏で脳卒中診療のレベルを上げること、在宅医療を充実すること、その拠点として仙北組合病院（厚生連）を移転新築（病床は568から440に削減）し、他の公立・私立の病院の役割分担（病床は削減）を進めるというものである。

（医療運動）

・秋田県の医療を守る住民運動では、「鹿角の医療と福祉を考える市民の会」の活動が目立っている。これは、2006年2月、鹿角組合病院（厚生連）の精神化常勤医がいなくなり、患者に転院通告がされるという事態に、病院の労働組合（秋厚労）が住民にチラシを配布し、3月に町民集会が開かれたことを契機に発足した。署名、医療福祉実態調査、自治体への働きかけや世論に訴える取り組みのほか、自ら全国各地に医師確保に出かけるなど粘り強く運動を進め、精神科の外来を継続させた。社会福祉法人、地域自治会など住民の幅広い参加がみられる。さらに、子供の医療とお産のために、保育園から中学校までアンケー

トを実施するなど活発に活動している。

・「秋田社会保険病院を公的に存続・拡充させる会」：能代社会保険病院の廃止の動きに対して、2009年6月に住民千人以上で集会を開き、「社会保険病院存続全国センター」と連携して運動を進めてきた。産科が閉鎖となるなどの後退もあったが、法律の改定でさしあたりは存続することになっている。また、能代市には「おらほの産科・小児科を守る会」がある。これは、子育て最中の母親を中心にした運動で、地域にお産ができる病院が一つしかない状況の中で、「受診の前に考えよう、かかりつけ医をもとう、先生にありがとうの気持ちを伝えよう」をスローガンに、学習、情報発信などの活動を進めている。

・湖東総合病院を守る会：2010年3月、厚生連湖東総合病院の医師二名が退職し、土・日・祝日の救急患者受け入れ中止となり、住民600人が集会を開き医師確保と救急医療確保を求めた。厚生連と自治体などで医師確保を推進する協議会が作られ、守る会もこれに参加している。

・北秋田市：「地域の医療を守る住民の会」：2010年6月、米内沢病院の無床化反対で住民集会がひらかれ、会が発足。日本福祉大学の牧野忠康教授を中心に、北秋田地域医療実体調査団を組織し、医療機関や住民からの聞き取り調査に基づき、病院無床化などの計画の見直しを求めたが、前述のように無床化は実行された。

（コメント）秋田県は岩手県や青森県と同じく、戦前に医療利用組合が発展したところであり、それが戦後厚生連の病院となり、地域医療で大きな役割を果たしている。秋厚労は、病院が地域に入り、運動をになって「病院ファンクラブ」を地域の中につくっていくことを提起し、自ら住民組織を立ち上げるなどしている。

## <宮城>

（医療状況）

・宮城県では、仙台に医師が集中し、それ以外では全国平均を下回る。特に沿岸部は医療供給体制が弱かったが、そこに3.11が襲った。

宮城県の地域医療再生計画の最初に作られたもの(2010,1,8)は、特に医療体制の弱い登米医療圏の再生と県南の救急医療体制整備をかかっていた。もともと、登米の計画も医療圏の中で救急医療などを整備しようというのではなく、隣の大崎・栗原医療圏に救急医療は依存し、登米管内では亜急性期以降を扱うというものであった。県南は、県南中核病院に救命救急センターを設置し、公立刈田病院は二次救急と回復期として機能分化させるというものである。3.11以降、「医療復興計画」と「第二期地域医療再生計画」が進められているが、重大なのは、国の意向でも被災三県は医療圏見直しの対象からはずすとしていたのに、また、気仙沼、栗原両市長をはじめ地元が反対しているのを無視して、医療圏の再編成を行ったことである。登米、気仙沼、石巻、大崎、栗原の五つの医療圏を二つにしてしまった。結果、これまで県北には地域医療支援病院は二つしかなく、三つの医療圏に整備が求められていたが、医療圏が二つになったので整備済みになってしまった。これには、東北大学が地域医療の拠点となる病院について、圏域人口20万人、病床数500床のマグネ

ットホスピタルが必要であると提案したことも影響していよう。救急搬送に要する時間の問題は、触れられていないが、この広域化で患者の生命の危険は増すのではないか。

・東日本大震災の結果、2012年2月段階でも、被災した医療圏では、医療機関の再開は、気仙沼で7割、石巻で8割にしかいたっていない。

・復興計画は、気仙沼市立病院の移転新築、公立志津川病院の再建、石巻市立病院の移転新築などが上げられているが、問題なのは、国の「50億円を超える計画において、2億円以上再生基金を交付する場合は、交付を受ける病院の病床の10%削減（病床非過剰地域では5%）」という基準そのままに、気仙沼市立病院が-111床など医療圏全体で130床の削減が見込まれていることである。

（医療住民運動）

・登米では、登米市立佐沼病院（現登米市民病院）で産婦人科が分娩停止、小児科の入院・夜間休日診療の停止という事態の中で、子育て世代の母親が「登米市の医療を考える会」を立ち上げ。市民2千人アンケート（870人回収）、学習会などを進めている。登米市は、8町が合併してできた市で、合併まえは5病院2診療所あったものを2病院3診療所に再編成した。

・山本町にある国立宮城病院は、神経節難病センター、脳卒中、重度障害児などの医療に取り組んできた。その存続が危ぶまれる中で「宮城病院をよりよくする住民の会」ができ、存続の運動が進められた。2008年に山本町議会も存続を求める意見書を採択。病院は存続している。会は病院の環境整備（草取りなど）など活動を継続している。

・東北厚生年金病院は、社会保険病院・厚生年金病院などを民営化する国の方針の下に、RFO（独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構）に移管され、民営化の動きが進んだ。これに対して労働組合などの働きかけで「東北厚生年金病院を守る会」が結成され、存続の運動が進められたが、結局、東北薬科大学に7億6千万円で売却され、東北薬科大学付属病院になった。

・県民の震災復興の運動は、「東日本大震災復旧・復興支援宮城県民センター」を中心に進められており、医療問題についても適宜見解を発表するなどしている。例えば、福島・岩手両県では、県の負担で被災者の医療・介護の負担免除を、国が廃止したあとも継続しているのに対して、国に歩調をあわせて廃止してしまったということにも見るように、宮城県政の強引で、国の方針をそのままあるいは先取りの、実施する姿勢は際立っている。

## <山形>

（医療状況）

・2000年に県と長井・南陽・川西・飯豊の二市二町で置賜広域病院組合が作られ、既存の自治体病院をサテライト化して公立置賜総合病院をセンターにする再編成が行われ、2007年5月に当時の管義偉総務相が経済財政諮問会議で成功例として取り上げ、以降自治体病院再編成の全国的なモデルになった。インターネット上では高く評価する声が多い。例えば、伊藤嘉高他「自治体病院再編に対する住民サイドからの事後的検討」（日本医療・病院

管理学会誌 2012,10) は、住民 1000 人を対象にしたアンケート（集約は 602）に基づき、「アクセスの犠牲にもかかわらず、住民側から高く評価されている」としている。ただし、この論文によっても、軽症患者までも総合病院に押し寄せ、診療所・サテライト病院・総合病院の総合評価の比較では、70%が評価しているとはいえ、総合病院の評価が一番低くなっていることなど問題も残されていることがわかる。

県民医連は、この置賜の事例について「しかし、サテライト病院の医師不足が顕著になり、とくに産婦人科は深刻になっている。この問題では、置賜地域医療を守る会が結成され、米沢市長の他全市議が参加。その後、知事が変わったこともあって統廃合の動きは止まっている」と述べている。

・県の地域医療再生計画は、置賜医療圏と庄内・最上地域を対象として、救急医療整備と特に全県的な周産期医療整備、全県的な山形大学と連携した（寄附講座など）医師確保対策、置賜地域での研修医確保、最上地域での救急搬送体制整備、庄内での日本海総合病院に救命・救急センター整備などを課題としている。

・山形県の医師数は、人口 10 万人当たり 203.0（全国 217.3 2006 年末）、100k m<sup>2</sup>あたりでは 1.1 人（全国 2.7 人）で、特に産婦人科医師の不足が問題となっている。

再生計画では、県全体の医師数を全国レベルに引き上げることを目標としている。

（住民運動）

・県社保協が、10 年ぶりに第二回地域医療実態調査を実施し、地域分析を進め、自治体交渉を行っている。

・米沢地域に「国立米沢病院を存続・拡充させ、地域医療をよくする会」が、14 年前廃止の動きがあり、それをおし止めるために結成された。この病院に重度心身障害児病棟があり、患者家族をはじめ職員が立ち上がり、米沢市長・全市議会議員が参加して粘り強く運動が進められ、今日に至るも廃止はされていない。

・インターネット上で、住民が自らの医療をつくりあげていく取り組みとして、鶴岡医療生協の活動が注目されている。

・月刊「地域づくり」No269（平成 23 年 11 月）に、「私たちとお医者さんを守る最上の会」代表阿部彰の「医療を守ることは地域を守ること—適正受診による医師の負担軽減へ草の根の運動」が載せられている。医師と患者の相互理解、地域啓発活動、予防健康づくりの三つの方針のもとに保育園等での啓発を進め、結果救急受診が激減したという。

## ＜福島＞

（医療状況）

・福島県は、竹田病院など大きな民間病院が地域医療の中心的役割を果たしてきた。それを良いことに、県は 2005 年 3 月県立病院改革審議会から、病院を縮小再編成する答申を出させ、強行した。その内容は、県立リハビリテーション飯坂温泉病院を民間譲渡、同病院本宮診療所を廃止、県立三春病院を三春町に委譲（星総合病院が指定管理者になった、2008 年 5 月新病院となり、単月収支で赤字が出なくなり、地元の開業医が当直に参加するなど連携が進んでいると

いう)、猪苗代病院を猪苗代町に委譲（温知会＝会津中央病院が指定管理者）、2011年以降、福島原発事故によって全町民が避難している大熊町にあり、産科医逮捕事件で全国にその名を知られた県立大野病院を双葉厚生病院と統合、喜多方病院と会津総合病院を統合、県立病院は三つしか残らないというものであった。

・福島の医師数は、人口10万人あたりで176.1人（全国206.3人38位、2006年）、面積あたりでは44位と医師の少ない県であるが、会津医療圏は158.7人、南会津医療圏は89.5人と著しく少ない。沿岸部も相馬・双葉医療圏が110.2人、いわき医療圏が167.7人と多くはなかった。

・地域医療再生計画は、会津・南会津地域と相双地域を対象として、会津地域では僻地医療支援モデル、相双地域では救急医療の自己完結を目指すものであった。また、周産期医療強化が特にあげられていた。医師確保では福島県立医科大学への寄附講座など他県と同様の取り組みのほか、定年退職後の医師の任期付き採用をしている。喜多方と会津の2病院を統合した病院を県立医大の付属病院とし、僻地医療のセンターにする。（周産期センターは武田病院、救命・救急センターは会津中央病院）などを内容としていた。

・そこに3.11と福島第一原発事故が襲った。相馬では、2011年6月時点で、10病院中8（不明2）、66診療所中31（不明7）、51歯科診療所中24（不明5）、57薬局中16（不明4）、が被害を受けた。相馬では震災前、医師は81人、看護師は791人いたが、震災・原発後、医師は2012年12月で73人、看護師は2013年1月で618人と減少している。

双葉は、居住制限地域と帰宅困難地域が多いところであり、5病院が休止、活動しているのは広野町の高野病院だけである。地域の医療従事者は、震災前、医師39人、看護師397人いたが、2012年12月時点で医師3人、看護師108人である。

いわきも、27病院中26（不明1）、205診療所中89、100歯科診療所中69、196薬局中75が被害を受けたが、医師は261人から2012年12月で1人減っただけであり、看護師は震災前の2,495人が2013年1月には2,610人と増えている。（双葉などからの流入か？）

いわきの人口は減少傾向であったが、双葉からの被災住民の受け入れによって居住人口は増えている。

当然、この地域の医療復興計画が行われているが、住民が帰れないところに医療機関の復興もありようがない。

（住民運動）

・県の県立病院縮小再編成計画に対して、県職員労働組合（自治労系）は、平和フォーラム、社民党などを中心に「地域医療を守る福島県民会議」を結成して反対運動を進めた。しかし、結果は予定通りに再編成が実行された。同労組の総括では、「反対運動が廃止地域以外に広がらなかった。公的医療の必要性を十分に宣伝し切れなかった」とされている。

・「須賀川・岩瀬・石川の地域医療を守る会」は、青年会議所やロータリークラブなど16団体が、国立福島病院と公立岩瀬病院の統合と公立岩瀬病院の二期工事の早期着工を求めて署名1万6千人を集めるなどしている。この統合は、福島県立医大が両者に医師派遣し

てきたが、次第に派遣が困難になってきたとして一本化を求めたことによる。統合の協議が開始されたが、容易に前進せず、県立医大は期限を定めて医師引き上げの意向であり、産科の空白地域ができるのではと懸念されている。

- ・会津若松市の「医療と福祉を良くする会津の会」は、会津医療生協、こーぷ会津、民商などの団体が結集して、毎年市に要望書を出し、懇談してきた。子供の医療費無料化の拡大などの成果を上げている。医療に限らず、就学援助なども取り上げている。

- ・相馬地域の「小高病院を守る会」は、医師が減少して存続が危ぶまれる状態になった小高町立病院を存続させるために、住民が「柏原病院の小児科を守る会」をモデルに会を立ち上げた。

- ・「お産と地域医療を考える会津の会」は、<sup>ぼんげまち</sup>坂下町の女性町会議員が会長。坂下厚生総合病院では、50年間1人医師体制で分娩を扱ってきたが、2008年1月分娩取り扱いを中止した。これを契機に同年12月発足。医師確保の署名などを進めたが、一方、医療現場を住民が知る取り組みも進めた。原発事故の避難住民に対して、お産後3週間の保養の支援を始めている。

### （北海道・東北地域についてのまとめ）

（医療状況）

- ・医師不足の著しい地域である。宮城県を除いて、いずれも人口比で全国平均以下であり、面積比では北海道・岩手・秋田など全般に全国最低レベルであり、過疎地域が多いことを反映している。特に、産科・周産期・小児科・精神科の医師不足が地域医療の大きな問題になっている。

- ・したがって地域医療再生計画の大きな柱は、救急医療体制の確立、産婦人科など体制の弱い診療科の体制作り、地元医科大学などと連携した医師確保対策ということになる。

- ・自治体病院の困難は、かなり早くから顕在化し、統合・集約化が自治体主導で試みられた。そのモデルとされたのが山形県置賜地域の統合一サテライト化であった。それを範とした取り組みが進むが、しかし、その多くが成功とはいえない状況となっている（ex 岩手県釜石、秋田県北秋田など）。計画に関係する病院の医師の議論が行われた形跡は見られず、行政サイドの机上のプランで進められ、アリのバイ的にパブリックコメントを求める、というものが多いためであろうか。

- ・東北には医療利用組合の伝統があり、秋田・青森などでは厚生連の病院の役割が大きく、これと自治体病院の統合や連携・ネットワーク化が見られる。

- ・岩手、宮城、福島は、震災からの復興計画と地域医療再生計画が重なっており、さらに、福島県では原発被害からの避難生活がつづくという事態があり、「復興まちづくり」と医療再生がともに考えられねばならない状況が、特に際立っている。

（医療住民運動）

- ・住民運動は、病院の統廃合、医師の退職による救急医療体制の困難や当該科の休止などに対して、その労働組合が地域に訴え、民主諸団体が協力して「守る会」や「存続させる会」のような住民組織を立ち上げるといったパターンが、まず見られる。＝タイプA

この労働組合は自治労連系が目立つように思われるが、北海道や福島のように自治労系のものもある。

・別に、産科や小児科がなくなることなどに対する危機感から、母親など地域住民が「考える会」や「育てる会」などをつくるタイプがある。＝タイプ B

このタイプ B のモデルになったのは、「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会」である。このタイプの運動は、比較的小人数で周囲に呼びかけ、学習会の組織、講演会の開催、病院医師との懇談、インターネットでの情報発信などの活動を行っている。いわゆるコンビニ受診の抑制など医療機関の適正利用に力を入れているのも特徴的である。

・須賀川のような、地元商工会議所などが病院存続運動のイニシアチブをとっている例もみられる。

・もちろん A タイプの中にも B タイプと同様の取り組みを進めているところはかなりある。また、医療機関適正利用については、いくつかの地域医療再生計画でも課題として取り上げられており、中には自治体主導で住民組織をつくってこの運動を進めようとしているところもある。

・B タイプの運動を進めているひとつとは、多くが無党派的なスタンスを取っているように思われる。また、A タイプの運動に自治体が協力している例も見られる。これらは、医療の存在に対する要求が幅広い切実性を持っていることを示していよう。

・かつての沢内村や現在の藤原町、あるいは鶴岡医療生協のような住民と医療機関の共同（あるいはそれに行政が加わって）保健予防から介護・福祉にいたる総合的取り組みを進めているところにも注目がされている。

・長隆氏（公立病院ガイドライン作成にかかわったという公認会計士）や梶井英治氏（自治医科大学地域医療学センター長）、井関友伸氏（元埼玉県職員、現在大学教授、各地の B タイプの運動にかかわっている）、柏原病院小児科を守る会事務局長の足立智和氏（地元新聞記者）のようなさまざまな立場から、北海道・東北を含めて全国的に地域医療と自治体病院問題などについて、発言している人がみられる。

## ＜栃木＞

・栃木県には、自治医科大学と獨協大学という二つの医科大学がある。県の三次医療についてはここに依存しており、地域医療再生計画のテーマは、三次の負担を軽減するために、県南と県西の二医療圏の二次医療機関整備（仮称下都賀医療センターと小山市民病院、獨協大学病院日光医療センターと日光市民病院）となっている。

・獨協日光センターは、もと珪肺労災病院で 2006 年 4 月 1 日に委譲された。そのほか、国立塩原温泉病院が 1997 年に栃木市医師会に移管されている。また、佐野市民病院の指定管理者化、栃木市の仲介による下都賀厚生農協病院・医師会病院・医療法人陽気会とちの木病院を一般財団法人として経営統合などの動きが知られるが、これらについての住民サイドの運動はインターネット上では発見できなかった。

## ＜茨城＞

・茨城県の医師数は、10万人対比で166.80人（46位、2010年末）である。筑波大学医学部のある「つくば医療圏」以外はすべて全国平均以下である。とくに、「常陸太田・ひたちなか 94.8」と「筑西・下妻 95.8」が少ない。また、小児科・周産期の医療体制が弱く、お産のために水戸市内に下宿する人もあるという。（地元自治体議員の話）

・地域医療再生計画は、「水戸」「日立」「常陸太田・ひたちなか」の3医療圏と「築西・下妻」医療圏を対象に、医師確保、看護師確保、県単独のドクターヘリなどによる救急医療体制と小児科・周産期医療の確保を目指すものであった。

・とくに、「築西・下妻」では、はじめ築西と県西の二つの公的病院の統合が、それが行き詰まって築西と脳外科のある私立病院の統合が、さらにそれに県西病院も加わるという形で新たな中核病院を作る計画が進められているが、この新中核病院は、関係する築西と桜川という二つの自治体の足並みがそろわず、また地元医師会が反対し、2013年4月の築西市長選挙では、二つの自治体病院の統合（公設民営）を主張する候補が当選。二つの市の協議が続いているが、再生基金の期限に間に合いそうもなく、交付期限の延長を国に求めている。

・さらに、3.11は茨城県にも甚大な被害をもたらし、185病院中170に被害が生じ、2013年1月時点で523床がいまだ使用不能になっている。これもあって、特に医師・看護師などの医療従事者の流出が生じ、ただでさえ少ない状況に拍車をかけている。当然これに対する、復旧復興と人材確保対策が優先的課題にならざるを得なかった。

・茨城県内では、自治体問題研究所がシンポジウムを開くなどしているが、築西・下妻の住民は、救急医療の不在ともいうべき状況の中で、新病院を早く作って欲しいという要求が強い。数年前、築西病院の民間譲渡が問題になったが、労働組合をはじめ反対の声が強く、市長選挙で反対派が勝利したため、ストップした。しかし、病院の医師体制の弱化は止らず、県の主導で病院統合の方針が打ち出され、今日の事態になっている。

・そのほかの住民運動については、見出せなかった。

## ＜群馬＞

・地域医療再生計画によって、独立行政法人国立病院機構「西群馬病院」と「渋川市立渋川総合病院」が合併し、移転新築して「渋川医療センター（仮称）」をつくり、2015年度オープン予定である。（奇妙なことに完成後の新病院の管理運営主体は、調べた限りでは不明である。建設は国立病院機構と市の合築であるが、渋川市民病院は、病院改革プランを二次にわたって作っているが、一次は目標未達成である。それも医業収益費で人件費率が91%という状態にあり、大きな赤字を出している。これからすると破綻しそうな市民病院の救済合併か？）

県病院局も二次の県立病院改革プランを発表している。2010年度に4病院で8億の赤字を14年度に黒字にするというものである。これについて、連合系の県職員組合は「この計画を理解し、目標達成に全員で取り組む」としている。

・沼田地域や他地域で医療再生計画での連携強化や基幹病院の充実（利根中央病院、国立病院

機構沼田病院、沼田脳神経循環器病院の三つが救急医療の担い手として位置づけ、ヘリポートなどが打ち出されている。

県民医連によれば、これらについては、住民要求を反映した面があり、反対の動きはない。

・前橋日赤が、市街地から郊外に移転新築するが、現在地で反対の動きがあり、現在地に外来機能を残すことで了解を求めた。

・群馬大学付属病院に重粒子治療施設ができるが、これを利用して医療特区をつくる構想が打ち出されている。2012年度国に申請した。

### <埼玉>

・埼玉県は、医師数が最下位（人口10万人対比）で、特に周産期医療体制が弱く、NICUが極端に不足しており、県外への妊婦母体搬送が15%に及ぶ。再生計画では、「本県の周産期医療は、崩壊寸前にあり」と表現されている。また、救急患者の「たらいまわし」事例も報告されている。二次救急医療機関が2008年段階で5年前より22減少した（全国最多の減少）。ゆえに、医科大学増設、医師確保、二次救急医療機関整備が課題となっている。

・県立小児医療センター移転問題：2012年上田知事が突然移転方針を打ち出した。埼玉新都心に超高層複合ビルを建設予定であったが、景気悪化を理由に三菱地所が撤退したため、その空き地に日赤と小児医療センターを置き、小児・周産期医療センターとする計画である。しかし、交通渋滞、駐車場の減少などを理由に小児科家族などが反対。現在センターのある地元自治体も反対。「県立小児医療センターの存続を求める家族の会」が結成され、91,702人の署名を提出。県は患者家族などにアンケート調査実施、一定の機能を現在地に残すと知事が表明している。

・志木市民病院：小児科医師退職により小児科入院ストップ。経営困難を理由に市や議会が民間譲渡を急ぐ方針。新婦人を中心に「志木市民病院の小児救急医療を守る会」結成。5月7,302人の署名を市長に提出した。2011年11月に志木市民病院の再生を目指す地域医療再生計画が不採択となり、議会で指定管理者に切り替えることが否決され、民間譲渡の方向が強まり、武蔵野会という複数の総合病院を運営する法人に譲渡された。病床数は100であったが70の稼働であった。法人は一般60床、回復期40床、二次救急や訪問看護に取り組み、小児科の入院は近隣のグループ病院で対応するとしている。

・久喜市医療を考える市民の会：医療体制に不安を感じた市民が住民アンケートを実施、「救急医療体制への不安が強い、総合病院がほしい」という声が多く、会を発足。議会などに総合病院誘致を働きかけ、2011年4月に幸手総合病院が久喜市に306床をオープン。こうした経過から、この病院には運営協議会が設けられ、院長など病院側と医師会・県厚生連・市職員・公募市民が参加している。

・越谷市地域医療を考える市民の会：市民病院の看護師不足による病棟閉鎖に危機感を抱いた市民が学習講演会をひらくなど運動を始める。会員250人～300人。幅広い参加がみられる。さまざまなテーマにとりくみ、最近是不育症に取り組む「そだってね越谷」と連携して議会請願など。

・飯能市立病院の縮小・診療所化とのたたかい（飯能市立病院をよくする会）：2006年頃、市議会で保守系議員が病院の診療所化を提起、市が検討会を設置。市職員組合が病院の縮小に反対し、署名1万以上を集める。また、住民自治会も1万2千をみつめた。病院の病床数は100未満と思われ、その50%程度の入院であったという。この頃には以前4名程度いた医師が1名になってしまっていた。結果、2010年に医療法人靖和会が指定管理者となって、19床の有床診療所と老人保健施設をそなえた市吾妻医療・介護センターになった。

・さいたま市は、2012年9月議会で基準病床数を大幅に引き上げる意見書を全員一致で採択した。

・埼玉民医連は、公立大学に医学部新設を求める要請署名を県知事に提出。県議会全議員で県立大学に医学部新設を求める議員連盟を結成、知事に要請書を提出した。

## <東京>

（医療状況）

・東京は医学部・医科大学がおおく、医師の集まる自治体である。しかし、そこでも周産期、小児科などの分野は、厳しい体制であり、2010年に定められた都の「地域医療再生計画」では、多摩地域の小児科、周産期医療と医師確保、区東部医療圏の小児・周産期、新型インフルエンザなど感染症対策があげられていた。また、2011年11月に都全体の対策として三次医療対策と救急医療（救急医療の都ルール、精神科困難事例の受け入れなど）が打ち出された。

・しかし、東京の場合、国の方針を先取りした2001年の都立病院改革マスタープランによって、16の都立病院を半減させる方針が出されていた。すなわち、9年間で16都立病院を8病院にする。四つの小児医療施設（八王子・清瀬・梅が丘・府中病院小児科）を一つに統合し、府中市の多摩総合医療センターと同じ建物に小児総合医療センターを設置し、PFI＝清水建設で運営する、公社化4施設（大久保病院2004,4、多摩北部医療センター2005,4、荏原病院2006,4、豊島病院2009,4 東京都保健医療公社s63設立の経営に）、地方独立行政法人化1（旧養育院＝東京都健康長寿医療センター）さらに8病院の独法化を検討中である。

（住民運動）

・「都立病院を都立のままで」の運動は、マスタープランが打ち出されるとただちに始まり、とくに三つの小児病院を守る会が全体をリードし、すべての都立病院に守る会ができた。それが、「東京の保健・衛生・医療の充実を求める連絡会」（労組・民医連・民医連病院友の会・障害者家族会など）に結集し、ここを中心に、患者アンケート、署名64万、宣伝180万枚のチラシ、座り込み、病院長との懇談、など強力な運動が展開された。3.11以後、「改めて考える＝いま、東京の医療と都民の命は？」実行委員会を作り、2回シンポジウムを実施。三回目準備中。2009年の都議会議員選挙では、こうした運動の力で小児病院の廃止反対を民主党も公約し、選挙の結果ストップする可能性ができた。しかし、ここでも民主党は公約を投げ捨て、廃止後の医療についての都の回答があったとして廃止を容認した。

・マスタープランは実行されたが、例えば多摩北部医療センターに小児科が置かれ、二次救急に対応するなど住民要求にこたえざるを得ないという成果もあった。また、この運動が、第二次マスタープランの進行をとめているともいえよう。

・特に多摩総合医療センターと東京都小児医療センターは、PFIによって建設された（清水建設）。これは、第二世代 PFI といわれ、第一世代の高知や近江八幡の失敗を教訓にしたといわれている。その実際については、十分な資料がなく未だ評価を下すことができない。ただし、都立病院の 2010 年度決算全体で見ると、都立病院の医業収益は 111,664 百万円であるが、一般財政からの繰り入れが 45,200 百万にのぼっている（収益の 40%）。このつき込みによって都立病院は「黒字」ということになっている。

・都立病院だけでなく、国立大蔵病院（1986 年の国立病院統廃合計画で国立大蔵病院と国立小児病院を統合して小児専門病院をつくるという国の方針に対して、一般医療がなくなる事に対して反対の運動がおきた。大蔵病院の患者に対する相談窓口を国が作ったが、2002 年 3 月病院廃止）、社会保険蒲田総合病院（2010 年までに民間譲渡の方針であったが、職員有志と地域住民が公的存続を求める会を結成。公的存続を求める運動が高まり、都と大田区に相談なしに委譲しないことになり、社会保険協会連合会の運営が続いている）、東京北社会保険病院（国立王子病院の後医療機関として公益社団法人地域医療振興協会に管理を委託してオープン、国立王子病院の存続を求める 10 年の運動があり、「東京北社会保険病院の拡充を求め、地域医療をよくする会」に発展している）、多摩の 12 保健所を守る会（東京多摩の保健所は 31 ヶ所→12 ヶ所→5 ヶ所（+1 ヶ所は八王子市営）と減少、労組を中心に反対の運動がとりくまれたが、予定通りに進められた）、などの公的医療を守る運動がおこっている。

・「知ろう小児医療、守ろう子供達」の会（2007 年 4 月発足、時間外小児科患者の 9 割が入院の必要のない軽症ということから、小児科医を呼んでの学習会などを進める。マスコミ、厚労省が注目）

「日本の医療を守る市民の会」（2008 年頃から月一回の学習会を中野サンプラザで開いている。講師はさまざま（本田宏、色平哲郎なども）、ホームページには民主党の参議院選挙ポスターが）

この二つの住民運動は、東北のまとめで分類した B タイプであろう。

## <千葉>

・銚子市立病院の閉鎖などで「医療崩壊千葉」が喧伝された。そもそも 2002 年に県がはじめた八つの県立病院を一つにまとめるという統廃合計画から混乱が始まった。そして、銚子の場合のように大学の医師引き上げによって、破綻が鮮明になってくる。

県の統廃合計画は、県立小児病院の患者家族などが立ち上がり、批判の声が高まり、東金病院の閉鎖以外はストップさせている。しかし、県は「県の役割は高度・専門的な医療に限定、地域完結の医療は地域で」と県の地域医療からの撤退を進め、自治体病院統廃合の旗振りをおこなっている。結果、国保成東病院の独法化、公立長生病院 231 床から 180 床に減床して公企法全部適用、国保町立鋸南病院は指定管理者化、柏市立柏病院は柏市医療公社に指定管理者化などが進んでいる。県立病院の独法化を検討中である。

・再生計画は、旭中央病院を中心として周辺の自治体病院もそれなりに特徴を持たせてサテライト化する計画と東金病院のあとに九十九里医療センター（東千葉センター、実質的

に千葉大学病院の分院にする) を作るというものである。

・旭を中心とした計画では、銚子市立病院の閉鎖の影響もあって外来患者数が限度を超えて増加し、旭の医師の集団退職が起きるなど引き続き不安定な状態がつづいている。旭では、長隆氏が独法化を提案し、混乱が生じている。銚子は病院を指定管理者で再開したが、小規模な再開にとどまっている。

・千葉県の住民運動は、銚子に見るように病院を閉鎖した市長をリコールするなど各地で盛り上がりを見せている。また、「地域医療と公的病院を守る千葉県民連絡会」を中心に県段階の運動の交流が行われている。

・県立東金病院の医師体制の崩壊が、「医療崩壊千葉」の端緒であった。県が地域医療から手を引こうとすることに対して、地元の県職組が住民に訴え、「山武地域の医療をよくする会」を結成、学習会・署名運動を積み重ね、県の責任を迫りしてきた。東金市長がかなり強引に1市1町だけで独法の病院をつくらうとすることに対して、批判してきた。一方、東金市の「地域医療を育てる会」は、東金病院が存在していた間は、院長などと協力して地域で医師を育てる「レジデント研修」を行い、2011年まで44回を数える。NPO法人となり、代表が各地で講演している。Bタイプの運動である。この二つの運動は、対立しているわけではないが、協力してもいない。

## ＜神奈川＞

・再生計画は、県を東西に分け、東はNICUの充実など周産期医療、西は救急医療体制の強化を課題としている。

・2007年秋、県が6県立病院の独立行政法人化を発表した。間をおかず「地域医療と県立病院の直営を求める会」が結成され、民医連も事務局団体になった。県立病院所在地に「守る会」が発足し、地域で医療シンポジウムが開催されている。しかし、2010年4月「地方独立行政法人神奈川県立病院機構」が発足した。

・県立汐見台病院民間譲渡の動きがあり、反対運動の結果、指定管理者制度に（神奈川県医師会が公設民営で運営してきた、2006、4医師会が指定管理者に）なった。2003年県立厚木病院が市に移管されている。

・2011年4月、横須賀市民病院で日大が派遣医師を引き上げ、直営から地域医療振興協会の指定管理者制度になった。482床が262床の稼働になったが、徐々に病床を再開している。

・2012年5月、川崎市にあった社会保険病院が「医療法人社団葵会」に売却され、2013年4月、川崎南部病院として開設（308床 一般・療養・回復期・緩和ケア）。地域には高齢者が多い。

・医療特区「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」（神奈川県・横浜市・川崎市が共同）が認定された。

・愛川町の春日台病院、大和市の田園都市厚生病院が閉鎖した。お産を扱わない病院が増加し、県下の救急病院は、21世紀に入ってから11年間で212から155に減少、救急輪番制の維持が困難になっている。

### （関東地方のまとめ）

・県により医療状況がかなり異なる。埼玉、茨城、千葉は絶対的な医師不足県であり、かつ医療圏による格差が激しい。したがって、医療過疎のいくつかのところでは「総合病院をつくれ」という運動になる。埼玉県久喜市、茨城筑西・下妻医療圏など。千葉県山武地域も病院が欲しいという要求は強い（ただし、山武では県が地域医療から撤退する姿勢に対してその責任を問う声が高く、1市1町だけで救急センターのある病院を作ることに対する批判が強い）

・周産期・小児科などの医療体制危機は、医師の比較的多いこの地方でも顕在化した。とくに、神奈川で2006年に起こった堀医院事件（産婦人科の診療所で看護師が内診したことを違法として院長書類送検、産科診療所の約75%で一般的に行われていた）もあつてか、神奈川産婦人科医会は今後数年で分娩施設は現在より30%減少するという予測を発表した（2006年）。

・東京は先取的に都立病院の統廃合・集約化がおこなわれた。さらに、PFIの手法が導入されている。これらに対する反対運動は、東京の民主勢力の力を反映して強力なものであり、都議会選挙でストップをかける可能性が開けたかに思われたが、ここでも民主党の裏切りによって小児病院などの廃止が強行されたことは教訓的である。

・東金の「育てる会」のようなBタイプの運動はそれほど目立たない。

### <山梨>

・山梨県の医師数は、2006年末で人口10万人当たり199.1、全国217.5となっている。甲府を中心とする中北医療圏が多く、そのほかの地域がすくない。

・地域医療再生計画の2010年1月に決定したものは、一つは峡南医療圏で救急と在宅を重点に、社会保険鰍沢病院と市川三郷町立病院を経営統合し、山梨大学医学部への寄附講座で指導医3名、研修医3名を確保し、地域内病院の患者データ共有システムをつくる。在宅モデル地区を作るなどとなっている。今ひとつは、富士東部医療圏で一般的二次医療のレベルを上げるために富士吉田市立病院や山梨赤十字病院に、ガン、救急、周産期、心疾患などの医療設備補助を行うというものであった。2011年の（二次）計画は、県全体の高度医療、周産期、救急、災害について県立中央病院と山梨大学医学部に設備補助をおこなうものである。

・県立中央病院は地方独立行政法人化し、4医療圏域で自治体病院の集約化が進んでいる。独法化について民主団体と県内の病院存続運動が結集して「山梨の地域医療を守るネットワーク」を結成、学習会や県との懇談などを2年間積み重ねたが、県立病院の独法化は強行された（県民医連報告）

・この中で、県民医連の提案で後期研修医を県内の医療機関で受け入れるための共通プログラムを県で作成（民医連の医師も協力）、地域医療再生基金を活用、2013年から受け入れ開始予定となった。

・社会保険鰍沢病院（医療圏最大の150床プラス老健施設、富士川町に移管される）と市川三郷町立病院（100床プラス老健施設・ケアセンター）の経営統合は、2012年10月に富士川町と市川

三里町で基本合意が成立し、2014年4月から経営統合されることになっている。法人形態等は協議会議事録によれば、2町でつくる組合立、地公法全部適用で開院し、地方独法化を継続検討することになっている。

・社会保険病院の存続が懸念されたことから、2009年にこの地域の増穂町（2010年富士川町と合併）に「地域の救急医療を守る会」がつくられたが、自治体病院になったことからその後の動きは不明。

## <長野>

・長野県は佐久総合病院を先頭とする医療従事者や市町村保健師などをふくめた自治体の積極的な取り組み—その表れとしての保健指導員制度の全県的確立（1.4万人）などの健康づくりと保健予防活動の推進の中で、平均寿命全国最長という成果をあげている県である。

・しかし、ここでも特に産婦人科・小児科をはじめ医師不足による医療危機は顕在化した。長野県の医師数は、2004～2008にかけて、94.83%と減少傾向であった。

2007年の「長野県の産科・小児科のあり方に関する提言書」（長野県産科・小児科医療対策検討会）によれば、2001年68ヶ所あった分娩可能な医療機関が2007年には50ヶ所に減少し、とくに診療所ばかりでなく7ヶ所以上の地域の中心病院でも休止するところが出てきたと指摘している。小児科についても信州大学自体が医師数を減らして地域に派遣してきたが、もはや限界に来ていると述べている。そして、緊急避難的に地域の中心病院に医師を集中配置することもやむをえないと提言している。

・こうした状況の中で、さまざまな問題と運動が生まれている。

①赤十字上山田病院（250床うち90床療養型）：2005年医師が減少し始め、日赤は2007年1月から閉鎖を検討、最後は診療所になって2008年3月閉鎖。後医療として寿光会（千葉県を中心に病院・老人保健施設などを展開、医療法人長野寿光会として上山田病院を運営）が引き受け、医療と介護の連携をかかげて運営している。これに対する反対運動は未見。

②上田産院存続運動：2005年8月医師集約化のため信州大学が医師引き上げを通告し、市長は「閉院もやむをえない」という姿勢だった。産院で出産した母親を中心に同年11月『いいお産』を望み、上田産院の存続を求める会」を結成、人口12万の上田市で最終的には、95,671筆の署名を集める。市長との懇談、議員への働きかけ、信州大学の産科教授との懇談（二次体制の必要性を説かれ、理解を深めつつも産院の必要性も確認）、高次産科医療施設などの見学、などさまざまな活動を通じて、翌年1月産院に赴任するという医師が出現し、2006年4月分娩を再開した。他方、後方機能を整えるために、地域医療再生計画を使って国立病院機構長野病院隣接地（駐車場）に上田市立産婦人科病院（産院の名称変更）を移転新築、2011年4月オープン、国立長野病院では分娩を停止した（地域医療再生計画では再開し、ハイリスク分娩に対応する予定）。上田産院は昭和20年代に低所得者対策として設置された、2005年段階では全国に2ヶ所しかない施設であった。そこでの医師、助産師等の医療活動が母親らの信頼を集めていたから、こうした急速で広範な運動の広がりがあったのであろう。住民要求と信州大学の指摘する二次的バックアップのない分娩施

設は危険性があるという主張に行政サイドが機敏に対応し、地域医療再生計画をつかって信州上田医療センター（国立病院機構＝長野病院）隣接地に移転新築を進めたことも評価してよいであろう。

③飯田下伊那「心あるお産を求める会」：2005年夏この地域の6産科施設の3が医師体制から分娩をやめる方針を打ち出し、850件のお産が宙に浮く状態となった。関連15市町村広域連合、医師・病院関係者、消防署などが産科問題懇談会を開き、医師3名の飯田市立病院でお産を引き受ける、分娩休止したところでも妊婦健診は継続する、カルテを妊婦が持参し、共通化する、ベテラン助産師の採用などの方針を打ち出し、信州大学もこれを評価して医師1名を飯田市立に派遣することとなった。しかし、下伊那赤十字病院の患者などは下伊那日赤でのお産の再開を求めて独自に会を結成。短期間に5万筆の署名を集めた。母子同室・母乳育児・助産師の丁寧な対応などの医療活動に対する評価が高かったことによる。会は、医師体制が弱いのなら助産所の開設をと要求したが、医師や助産師らは「安全上」産科医二人小児科医1人が分娩を扱う病院としての最低条件としてこの要求は実現しなかった（実際には危険性の説明を受けてそれでもなお日赤でのお産を希望する一部の人には対応した）。2012年に小児科医が赴任し、分娩再開も視野にといわれるが、2013年7月現在はまだ再開されていない。会は、医療問題そのほか学習活動など活動を継続している。

④町立信越病院の存続：2006年に3人の医師退職によって病院の存続が危うくなる事態が生じた。従来から病院関係者が出前講座などでよく住民の中に入っていたことから、病院の存続を求める声が急速に高まり、つどいがひらかれた。病院当局も医師確保に奔走し、70人の医師と面会、結果、2007年4月に4名の医師が赴任することになり、危機は回避された。病院改革プランが作られ、院長を先頭にした奮闘の結果、2011年度には黒字化している。

⑤市立大町総合病院を守る会：2007年に地公法全部適用になった284床（一般230床、療養50、感染4床）の病院であるが、以前から「病院をよくする会」が活動していた。2009年、この会が待合室ロビーに薄型テレビを寄贈したのと同じ時期に、病院の若手医師が病院の深刻な状態を講演、対話集会、有線放送などで、「地域医療を守るために一緒に考えてください」と訴えた。これに衝撃を受けた会員等は、2010年3月地域医療をともに考えるシンポジウムを開催、5月に「守る会」を立ち上げ、新入医師の歓迎会、ジビエ料理の懇親会、病院内の「ありがとうメッセージ」箱設置、ボランティア活動、病院環境美化、会員の意見を反映させるための地域ごとの懇談会、会報の発行（250～500部）、病院祭りへの協力など多彩な活動を展開した。結果、職員が自信を持ち、雰囲気明るくなった、という。毎年数人の研修医を含む医師を受け入れている。

・長野県の地域医療再生計画は、上小医療圏（国立信州上田医療センターを中核病院と位置づけ、二次輪番病院の後方支援に当たる、輪番病院の負担を減らすため、成人夜間初期救急医療センターを設置など）と上伊那医療圏（伊那中央病院＝高度救急、長野病院＝急性・回復期・在宅、昭和伊那＝急性・回復期・リハセンター・小児地方支援と中心的病院の役割分担と連携）を対象としたものであった。

県全体では、信州大学の定員増（20人）信州医師確保総合支援センター開設、精神科救急を県下4地区に整備、県の奨学生2012年102名などの取り組みを行っている。2010年3月には、県などの主催で「地域医療をともに考えるシンポジウム」（基調講演 足立智和 柏原病院小児科を守る会、丹波医療再生ネットワーク）をひらいている。

### ＜新潟＞

- ・新潟県の医師数は、2008年末で10万人対比187.5人41位（全国187.5人）
- ・2005年に公立病院の医師集団退職など医師不足による医療崩壊が深刻化した。典型的なのが、水原郷病院（阿賀野市立321床内療養42床）で2005年に医師が半減する集団退職が起きた。それ以前から市は公設民営化の方向を出していた。過重労働の積み重なりが主な原因とされる。2006年3月、病院守る会の結成準備会が開かれ、最終的には市の人口の過半数を超える署名を集め、市長交渉。市立としての存続を確認した。その後、赤字を理由に2010年10月1日から新潟県厚生連が指定管理者になった。
- ・県は魚沼医療圏の小出病院と六日町病院の再編統合し、新基幹病院をつくる方向を打ち出し、これに対して2006年11月県立小出病院を存続させる会が発足。県は地域医療再生基金をつかって、南魚沼市ゆきぐに大和病院隣接地に新基幹病院454床をつくり、新潟大学医歯学総合病院地域医療研修センターをつくる方針である。小出病院は魚沼市が引き取り、100床規模（現在199床から134床程度）の初期医療をになう病院とし、指定管理者で運営すると発表している。（合併した魚沼市には1病院、2診療所、へき地診2、へき地出張診1、歯科1がある）
- ・県の二次再生計画はへり導入など全県的三次医療を構築するもの。

### （甲信越地方についてのコメント）

- ・山梨では、100床規模の公的病院が持ちこたえている。
- ・下伊那日赤・上田産院の事例は、その医療活動に対する患者住民の共感と信頼が存続運動の起爆力であることを改めて確認させる。
- ・市立大町や町立信越の住民組織の活動は、民医連の病院友の会を彷彿とさせるものがある。
- ・行政の姿勢が大きく影響することはいうまでもない。特に、長野の自治体の機敏な取り組みには注目すべきものがあるように思われる。

### ＜静岡＞

- ・静岡県の医師数は、人口当たりで44位（2008年）。特に、磐田、掛川、袋井、御前崎などの「中東遠医療圏」は10万人当たり107.5で県下最低である。それについて少ないのが、「志太榛原医療圏」である。2009年度補正予算の「地域医療再生計画」は、この二つの医療圏を対象としていた。
- ・この地域の公的病院は、多くが医師不足のために診療科の休診、病棟閉鎖などに2008年当時おいこまれていた（例えば、袋井病院占床率2004年79.5%が2008年44.7%、御前崎病院同71%が46.1%）。

・掛川・袋井の二つの市立病院を統合して新しい中核病院をつくる提言が2007年に出され、これが地域医療再生計画で取り上げられ、2013年5月に「中東遠総合医療センター」（500床）がオープンした。これによってこの地域の中核病院である磐田市立病院まで御前崎から救急車で90分かかったのが30分に短縮されたという。ただし、二つの病院あわせて850床あったのが500床に減ったことになる。

・住民運動は、掛川に「掛川市立病院を充実させ存続させる会」、袋井に「袋井地域医療を考える会」がつくられ、現在地での存続・充実を求め、掛川では署名を14,700筆集めて請願したが市議会は不採択とした。その後「掛川の地域医療をよくする会」（地区労連・民商、共産党など）ができ、ワクチンへの助成などさまざまな医療課題に取り組んでいる。

・<sup>はらいばら</sup>榛原総合病院は、静岡県牧の原市にある一部事務組合立の病院であったが、2009年医師の大量退職が起り、40人以上いた医師が10人ほどに減少する事態となった（この病院は始め東京医科歯科へ、当時は浜松医大からの派遣医師でカバーしていた）。県はこの医療圏四つの市にそれぞれ市立病院があり、榛原は急性期対応が不能になったとしてほかの三つの病院（島田、藤枝、焼津）の後方病院（医療療養型）とする位置づけを地域医療再生計画で打ち出した。しかし、牧の原市は徳州会を指定管理者にして急性期病院をつづける選択をした（3億円の持参金つき、市にこの病院のための看護婦確保の専任職員をおいて確保に努めている。徳州会が自治体病院の再建を手がけるのはこれが最初という）。

・浜松社会保険病院は、民間のすずかけ病院が譲渡の受け皿になった。社会保険病院が移転する予定のところ、新病院を建て、社会保険病院の199床とすずかけの110床を合わせた309床の病院が2012年11月にオープンした。

・2008年11月、富士市立中央病院で産科医師4人全員を慈恵医大が引き上げるという事態が起こった。富士市は、市内で産科を開業する場合、最高1億円の助成をする条例をつくった。一時妊婦の受け入れ停止になったが、浜松医大から3名派遣してもらえることになって、一応危機は回避された。

・静岡県の公的病院の経営形態は、静岡民医連からの報告によれば、県立3病院＝地方独立行政法人化2009年4月より、地公法全部適用4（島田市民、磐田市民、焼津市立、藤枝市立）、一分適用12病院、指定管理者5（市立伊東、榛原総合、下田メディカルセンター＝前共立湊、浜松医療センター、浜松市リハビリテーション病院）となっている。

・公立森町病院（元厚生連の病院であったが、1958年町へ移管。2009年一般93床回復期38床、森町家庭医療クリニック併設）：2009年病院友の会を有志6人で立ち上げ、2013年400人を超える会員になった。病院の後援会としてさまざまな活動、特に地域での医療懇談会に取り組んでいる。病院危機が始まる以前の取り組みとして注目される。

## <愛知>

（医療状況）

・愛知県は、医師の絶対数では全国4位、四つの大学医学部を持つ。しかし、人口10万人当たりでは191.7人（全国36位、全国平均219.0人 2010年末）となっている。

・2004年以降、公立病院で大学医学部派遣医師の引き上げなどによって診療科の閉鎖、病床縮小などが相次ぎ、2009年6月末現在県内332病院中69で診療制限が行われていた。また、2007年度の市町村立公立病院の経営は黒字3赤字26と史上最悪となっていた（愛知県地域医療再生計画による）。

・こうした背景の下に自治体病院の再編・統合・民営化などの動きが生まれていた。名古屋市は、2008年に5市立病院の再編—改革プランを策定、東部中央病院と西部医療センターをつくり、守山・城西両病院は回復期や高齢者医療を担当する、緑病院は維持、というものであった。2009年市長に就任した河村たかしは、守山・城西両病院を民間譲渡、緑病院を指定管理者にした。

・一宮市は合併によって四つの市立病院を保持していたが、内二つを地元の社会医療法人杏嶺会へ民間譲渡（一宮市立尾西病院は尾西記念病院一般100床療養86床、精神科系の一宮市民病院今伊勢分院はいまいせ心療センターになった）した。

・高浜市立病院は、医師不足・赤字経営を理由に指定管理者に移行する予定であったのを医療法人豊田会に無償で譲渡され、刈谷豊田総合病院高浜分院（一般104療養104=議会質問によれば全部療養にする計画があったようなので住民要求に配慮したか？経営母体の医療法人豊田会は豊田グループ8社で作った医療法人635床、災害拠点病院の刈谷豊田総合病院を運営）になった。

・東海市民病院と知多市民病院を統合して西知多総合病院を建設中。二つの市で病院経営を統合して西知多医療厚生組合をつくった。

・豊川市民病院は、移転新築（新城市民病院から医療圏を越えて70床を豊川に移す、2病院間の連携を強化する）で554床（一般440床、精神106床、結核8床）になる。

・県立循環器・呼吸器病センターを一宮市民病院と統合するとして廃止した。さらに、大村県政の下で県立病院（がんセンターと小児保健医療総合センター、精神科の城山病院など）のあり方見直しが進められようとしている。

#### （住民運動）

・尾陽病院を守る会：2005年産科・小児科が休止となり、小児科入院と産科の存続を求める会が発足、署名運動などを展開、公立尾陽病院を守る会に発展。合併によってあま市が誕生、あま市民病院となり、新病院を建設中である。

・蒲郡市民病院を守る会：22科382床の総合病院であるが、60床休止・消化器科休止という事態になり、2008年8月自治労連などと住民で会が結成された。知事宛医師確保を求める署名運動を展開、結成大会に副市長、病院長も参加した。2006年長隆氏が委員長、経営改革委員会が、2007年9月までに単年度収支均衡すべき、できなければ独法化または指定管理者に切り替えるべき、という答申を出した。結果、達成できなかったが公設・公営で続いている。

・新城市民病院：2006年4月以降、医師減少、救急制限、産婦人科閉鎖という事態になり、議会、住民団体あげて県への医師確保要望署名を集め、住民の8割に達した。結果、県から緊急医師派遣を受けて、さしあたりの崩壊を防いだ。そのご、「私たちの新城市民病院を

守り応援する会」が 2009 年 8 月発足（事務局は市職労）、病院の充実を求める署名や病院サポーターの活動を続けている。新城市長は、公設公営に誇りを持っている、住民の意志であると TV でコメントした。

・津島市民病院：2008 年累積赤字 62 億円、診療縮小（医師不足）という事態になり、海部・津島革新懇が「市民病院を考えるシンポ」を開催した。市長、医師会長、病院長も参加。開業医が輪番で夜間診療に当たる。その後、海部地域の医療と健康を推進する協議会（会長厚生連海南病院長）ができ、シンポジウムや勉強会を病院が事務局になって系統的にひらいている。批判するだけでなく、実際に病院を守るために何ができるか、考え行動をと訴えている。

・守山市民病院を守る会は 2003 年に発足。10 年存続の運動を展開。河村市政が民間委譲を強行した後（2013,4 譲渡、守山区選出の 4 人の市議は譲渡に賛成。守山いつき病院となった）は、その病院と懇談、「守山の地域医療をよくする会」と名称変更して活動を継続。

・愛知民医連は、「各地で 00 病院守る会が結成され、地域ぐるみの運動が展開された。各地の革新懇が母体となっているところが多い。県社保協として、地域医療委員会（自治労連、医労連、民医連、保険医協会）を立ち上げて県内の運動を集約するとともに、年一回の「地域医療を守る交流集会」を過去 5 回開催している。また、「守る会」代表者会議を随時おこなっている。「運動の成果として、蒲郡、津島、新城などで自治体ぐるみ、市民ぐるみの運動により、医師確保に成功して地域医療を守っている取り組みが教訓的である」（県民医連）としている。

・県社保協の総括：①地域医療を守るという一点での共同が広がった。地域住民・病院職員・行政当局・地域医師会など保守の方も含めた運動が発展した。②医師確保と医師を励ます取り組みが広がった。③提案型の運動になり、今後の地域医療への提言に発展している。④民間譲渡後の医療法人とも懇談・要望し、活動を継続している。指定管理者となったところでも運営協議会などへ住民参加を勝ち取っている。（名古屋緑・城西、一宮など）

## ＜岐阜＞

・岐阜県の医師数は、2010 年末で 189.0 人、岐阜市地域を除いてすべての医療圏が全国平均を大きく下回っている。中央から北の医療圏では、麻酔医・心血管外科医はいずれもゼロ。小児・周産期の体制は全体として弱い。

・岐阜大学地域医療医学センターなどが県内の地域医療を守るために医師派遣など種々取り組んでいる。例えば、小児科・産科の 2 年目研修医を下呂温泉病院に派遣する。高山赤十字から久美愛病院に医師派遣など。

・2008 年～09 年段階には、岐阜県医療推進協議会が医療危機突破県民集会をひらいたり、岐阜県自治労が地域医療を考えるシンポジウムを開いたりしている。岐阜県には自治労連も有り、市立恵那病院（199 床一般 148、結核 10、療養 41）（2003 年国立療養所恵那病院が市に移管され、そのときから社団法人地域医療振興協会が指定管理者、岐阜へき地医療支援センターをつくり医師を派遣している）労組は自治労連に加盟した。

・岐阜社保協が毎年県内 42 市町村へ社会保障分野のアンケートを行っている。また、全労連・医労連のキャラバンなどでそれぞれの公立病院の病棟稼働状況や人的体制について質問している。それによれば、2012 年度病棟閉鎖を行っている公立病院は、7 ヶ所、産科・小児科・精神科など 390 床が病棟閉鎖されている。ただ前年よりやや閉鎖が減少している。

### <富山>

・富山県は、人口 10 万人対医師数が 223.6 人（全国 212.9 2008 年）。医療圏は 4 である。地域医療再生計画では、全県的人材確保と小児・周産期医療（県立中央病院に NICU 増設など）のほか、県央と高岡の医療圏で救急（いずれも市救急医療センター改築）、在宅（いずれも在宅医療支援センター設置）、医療連携強化が課題としてあげられている。

・県などがイニシアチブをとった病院統廃合などの動きは表立ってはないが、氷見市民病院の指定管理者化が注目される。2005 年当時、368 床の氷見市民病院は産婦人科休止、泌尿器・耳鼻科が非常勤、小児科・脳外科の体制弱化、看護師 17 人の集団退職で 1 病棟閉鎖、赤字累積など厳しい事態にあった。長隆氏を委員長とする病院改革委員会が作られ、指定管理者制度への移行を提言。労働組合などが「氷見の医療を考える会」を立ち上げ、公設公営の維持を署名運動で展開、25 千人あつめたが、市議会はこの請願を 4 対 13 で否決。2008 年金沢医科大学が指定管理者となる（地域医療振興協会も名乗りを上げていたようでこれに期待する空気も病院内にはあった模様、結果協会は辞退し、金沢医科大学となった。病院の医師 32 名中富山大派遣の 20 人は引き上げ）。病院は、金沢医科大学氷見市民病院となり、2011 年 9 月 250 床 22 科で移転新築、公設民営となった。労組などの運動に対して、地元商工会議所などに「労働組合の反対で病床減になった」などと宣伝され、労働組合は金沢医大の職員募集に応募する苦渋の選択をした。

### <石川>

・石川県には、二つの医学部があり、医師数は 10 万人当たり 259.2 人（11 位 全国 229 人 2008 年）となっている。しかし、偏在はあり、能登、加賀南部の体制は弱い。

・地域医療再生計画は、能登北部では四つの自治体病院（いずれも 100 床台）への医師派遣などの体制を整え（石川県地域医療支援センター・金沢医大）、共通電子カルテなど診療情報の共有と連携を強める。加賀南部では、救急医療体制整備（特に周産期）であるが、加賀市の市民病院と山中温泉病院を統合して新病院を建設中である。

・奥能登の四つの病院はいずれも最盛期より病床を減らしており、2006 年には公立病院の火を消すな！と題して七尾・鹿島の社保協（準）がシンポジウムを開いている。その後の動きを見ると県に積極的に病院統廃合を進める計画はない様である。

・加賀市のこの新病院については、一部市民（新しい加賀市を作る会）が「全個室差額なしという『異形の新病院』と批判している（共産党市議が差額を取るべきでないと議会で主張）。

・金沢市の「金沢健康を守る市民の会」は、1973 年発足。市が補助金を出し、町会連合会が運営。2004 年健康づくりの運動に対して内閣総理大臣賞受賞。

## ＜福井＞

・福井の医師数は全国平均をやや上回る（2008年10万対216.5 全国212.9）が、県内の病院の医師不足数は224人となっている（2010年6月厚労省必要医師数実態調査）。

・県の再生計画は、周産期・小児・新生児など高度医療に対応できる人材育成をあげ、産科・小児科・後期研修医キャリアアップ支援制度を2012年度から14人ずつ開始、そのほか、地域医療支援病院や急性期病院の機能強化、医療連携強化、在宅医療普及推進などがあげられている。

・地域医療再生の取り組みでは、高浜町、名田庄村の取り組みが注目される。高浜町では、行政が医療を守る姿勢を鮮明に持ち、町内の医師が5人にまで減る中で、2008年8月ワーキンググループを立ち上げ、「高浜の医療を支える人づくり」をテーマに、「地域医療再生アクションプラン」を作成、町単独で福井大学に寄附講座（地域プライマリーケア講座）を開設するなど取り組みを進めた。課題として、地域医療をになえる総合的能力を持った医師の養成については、現地での卒前・初期・後期の医師研修を実現、参加者は05年の2人から11年には延べ100人となり、町の医師は9人まで回復した。医療や福祉に対する住民の関心が低く、行政や医療関係者にお任せという傾向がある中で、住民の主体的参加を組織するために、2009年7月第一回地域医療フォーラムを開催、15人が応募し、09年9月にたかはま地域医療サポーターの会が発足、住民への啓発活動に取り組む。（以上医学書院「地域医療たかはまモデル」井階有貴医師）

人口3千、高齢化率3割超の名田庄村では、村ただ1人の医師中村伸一が行政、ケアマネ・ヘルパー、保健師などと連携、1日60人の患者を診察、在宅死亡4割、老人医療費・介護費が県内最低レベルという活動を展開している。（著書あり、NHKドキュメント原案）

## ＜三重＞

・医師数は、2010年末で10万人対比190.1（37位）、津地域以外は全国平均以下、特に伊賀が113.8と少なくなっている。

・最初の地域医療計画は、三重大学医学部定員増（地域枠設定）・寄附講座・奨学金などによる医師確保、三重大学に救急センター設置、ドクターヘリなどの救急医療整備、小児・周産期医療強化、伊賀サブ地域の上野総合病院と名張市立病院の経営統合・二次救急体制強化などがあげられていた。（上野病院2005年内科医師9名が2010年には4人）

・伊賀の二病院の統合は自治体間の話し合いは続いているが、統合の時期はめどが立たなくなった（2013年5月）

・2008年、県立4病院のありかたについて、独法化1、指定管理者1、民間譲渡1、直営1（こころの医療センター）とする方針が決定された。県立総合医療センターは、2012年4月独法化、県立志摩病院も同年4月地域医療振興協会への指定管理者（志摩では、2008年5月志摩病院の小児科医体制についての説明会が開かれ、住民が7月に兵庫の柏原病院小児科を守る会を視察、11月志摩市小児医療を考える会発足、2009年1月名称を「志摩地域医療を考える会」に変更、市自治会連合会・PTAなどが会員、市から20万の補助金、シンポや住民啓発活動など）、県立一志病院は

民間譲渡方針であるが、病院経営はその後黒字に転じ、「当分の間は県営」というのが 2013 年現在の県の姿勢（病床一般 46 床 療養 44 床）。

・伊賀地域では、2010 年 12 月住民・労働団体などが「伊賀の地域医療を守る会」を立ち上げ、やはり柏原病院に学んで、シンポなどを通じて、コンビニ受診の抑制、地域で医師看護師を育てるという方針である。（労組は自治労系？みらいの議員も参加）

・桑名市では、2006 年「桑名市民病院のあり方検討委員会」から、市民病院と民間病院の統合提案を受け、山本総合病院、平田循環器病院、と桑名市民病院を統合（市が資産を買収）、2015 年をめざして独法の新中核病院（400 床レベル、但し病床は 612 床から減少）を建設することとなっている。議会で共産党議員が、独法化によって病院の情報が市民に明らかにされにくくなり、議会の関与が弱まるとして反対。

・大台町の報徳病院（一般 30 床）を診療所と老人保健施設の宮川メディカルセンターにし、大台厚生病院を旧宮川高校跡地に移転新築する計画が進められている。

#### （中部地方についてのコメント）

愛知の運動が注目される。民営化や民間譲渡された後も、住民の声を病院に反映するために粘り強く取り組んでいる。地域住民の立場からすれば、かくあるべきであろう。

#### ＜滋賀＞

・滋賀県の医師数は 2010 年末で 10 万人当たり 200.6（35 位 全国 219.0）である。地域医療再生計画では、国公立病院の医師数の減少が激しかった東近江市の病院集約化が図られた（国立滋賀病院 2003 年 Dr36 人→2009 年 14 人、公立能登川病院同 14→6、公立蒲生病院同 13→8）。国立病院機構東近江総合医療センター（23 診療科 320 床、滋賀大学から 14 人の医師を派遣）が、2013 年 4 月に開設された。他方、蒲生病院は新築して 19 床の有床診療所になり、能登川病院の経営母体は未定であるが、106 床を維持することになった。蒲生も能登川も平成の大合併で東近江市になった。元の自治体が維持してきた病院が合併によって潰された形になっている。いずれの地区でもまちづくり協議会が主催して地域医療を考えるフォーラムや意見交換会、市との懇談などが続けられたが、上記のような結果になった。「合併してよいことは一つもない！」という声が出ているという。

・公立高島病院（210 床）は、湖西唯一の公的病院で救急医療をに担ってきた。2005 年合併して高島市が誕生したとき、市長が病院の民営化を打ち出した。「市の直営で」という住民・医師など職員の声が高まり、方針が撤回された。しかし、2002 年 38 人いた医師は 2007 年には 20 人と大きく減少。しかし、院長など医師・職員が住民との結びつきを強め、医師確保に奔走し、2009 年には医師が 26 人まで回復。2012 年 5 月から個室が 110 もある新病院で診療。2013 年 10 月にはじめての「病院まつり」を開催する予定である。

・湖南市石部医療センター：高機能の外来型医療センター（18 床）で 2008 年以降、県から派遣される医師の減少のため入院できない事態がつづいている。この復活を求める運動が続いている。

・2009年に県労連・医労連・自治労連などが「地域医療を守る県連絡会」をスタートさせている。

## ＜京都＞

・京都府は、医師数において全国トップクラスに多いところである。しかし、その京都においても、2004年以降とくに公立病院において、医療崩壊現象が現われた。これには京都府内における医師数の大きな地域差とともに、府・市を含めた自治体の「行政改革」姿勢も大いに影響している。

・まず、2004年9月、大江町が町立病院の公設民営化を打ち出した。この背景には中丹1市3町の合併問題があり、町長選などで合併も病院も住民の声が反映する町政をとたたかわれたが、2005年4月から国保新大江病院が指定管理者制度になった。一般36床、療養36床、訪問看護ST、有路診療所を有するこの病院は、2003年コンサルテーションを依頼した長隆氏から現状での存続は無理であるとされた。町は当時の院長を理事長に町が寄付行為を行い、医療法人財団新大江病院をつくり、そこを指定管理者にした。労働組合は突然のやり方に反発したが病院の存続を優先し、医療法人と労働協約を結んだ。（この院長が医療法人をつくってというやり方は、千葉県の国保鋸南病院と同じでいくつか同種の例がみられる）

・2004年9月、京都府知事がリハビリ医療で定評のあった府立落東病院の廃止を表明、12月に条例議決を強行して、2005年3月に廃止してしまった。京都府職労や社保協などを中心に「落東病院の廃止を反対・整備拡充を求める会」が結成され、署名や「患者さん家族からの一言メッセージ運動」など、大きなとりくみが展開された。廃止は強行されたが、2006年の府知事選挙の大きな争点となり、府は医師確保対策予算を10倍に増加せざるを得なくなった。

・2004年12月、府南部人口3万人の相楽郡精華町の町立病院（50床）について、町は、町と病院の財政困難を理由に2007年末までに町立病院廃止・民間病院を誘致するという方針を打ち出した。町には以前から「精華病院を考える会」があつて、学習会・病院財政分析などを行っていたが、この事態を受けて会を「守る会」に切り替え、公的存続要求署名を短期間に1万集めた。こうしたとりくみの中、2006年から武田病院グループの指定管理となっている。

・京丹後市は2004年に6町が合併して誕生しているが、その協定書に市内の二つの病院の独法化を検討することがうたわれていた。自治労連・医労連の現地組合などを中心に2005年1月から毎月1回の「地域医療を考える懇談会」を開催し、市への要望の提案や市民のつどいなどを行い、分娩休止の問題も積極的に取り上げ、マスコミも注目するようになり、市は「当面直営で運営し、今後のあり方を検討する」と方針を変更せざるを得なくなった。

・さらに京丹後地域では、2009年、府立与謝の海病院で脳外科の手術・入院の休止という事態が生じた。地域からのとりくみが広がり、府に緊急対策をとらせた。この病院は、2013年4月から地方独立行政法人・京都府立医科大学附属北部医療センターとなったが、地域医療・介護の充実について、労組・社保協などで地域調整が行われている。

・舞鶴市民病院では 2004 年内科医師の一斉退職に端を発し、2006 年には市長が突然発表した公設民営化方針が破綻して、殆ど急性期病院としての機能を失い、脳外科などは舞鶴共済病院に移管してしまった。舞鶴市には市民病院のほかに、独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター（459 床）、舞鶴赤十字病院（159 床）、舞鶴共済病院（320 床）があった。市はこの四つの病院の病床を大幅に減らす、移転を含む再編成を打ち出し、府は地域医療再生計画として国に申請した。当初は一つの高機能病院をつくり、他はサテライト化するという計画であったが、共済病院がそれに難色を示して 4 病院協議から離脱するという動きの後、舞鶴市は現状の 4 病院の形は残して、それぞれの病院の分担と連携を強化し、市民病院は縮小し移転新築を行うという計画に変更した。即ち、国立舞鶴医療センターは病床 280 床、その敷地内に舞鶴子供養育センター（60 床から 30 床に）をうつす、共済 310 床（循環器センター）、赤十字 198 床（リハビリセンター）、市民病院 100 床（療養に特化し、赤十字敷地内に移転）というものである（全体で 198 床の減少）。地域医療を守り充実するため、2006 年に「市民の会」が結成され、署名や地域実態調査、提言作成などが取り組まれている。

\*2004 年以前、舞鶴市民病院は研修医に対する高度なプログラムを提供することで有名であった。その中心であった内科の副院長が市当局の病院経営方針と対立して退職したのが内科全員退職の原因と言われている。市長は 05 年療養型病院への転換と指定管理者化を打ち出したが、予定した法人が辞退、一時は病院の医師がゼロになった。自衛隊から医官の短期支援などを受け、その後の選挙で民営化反対の候補が当選。市の直営が続いているが、療養型として日赤隣地に移転の予定も変わっていない。市には市立病院の必要性の認識がないと思われる。

・「社会保険京都病院の存続・充実と地域医療を守る市民の会」：2008 年 8 月結成。この病院は、北区唯一の総合病院である。毎年総会が開かれ、活動を継続し、社会保険病院として存続させている。

#### （コメント）

京都には強力な自治体労働運動があり、かつ地域の民主勢力も強く、機敏にたたかってきたという印象がある。舞鶴市民病院の事例は、行政と病院の意思疎通がないまま行政が「行政改革」を推し進めた場合の一つの結末を示していよう。また、他に有力な病院がある場合の公立病院の役割について、行政のみならず広く市民の共通認識にしていく必要があることも示していよう。類似した問題は小樽にみられた。また、塩釜市民病院と坂総合病院の関係も参考になるであろう。

#### <奈良>

・奈良県は、人口 10 万人当たり医師数 211.8 人（28 位）（2008 年末全国平均 229 人）であり、県立医科大学を有するが、2006 年分娩中急変した妊婦が多くの病院に断られ、搬送中に死亡\*、2007 年かかりつけ医のいない妊婦が 10 病院に断られ死産、2009 年心肺停止の患者が 6 病院に断られ病院に着く前に死亡、と医療崩壊を如実に示すような事例がつぎつぎに報道された。また、小児の時間外診療所の診療時間が限られていることと軽症傾向

が問題視された。

＊2006年3月大和高田市立病院で出産直後の妊婦が大量出血で死亡、産科医が書類送検、結果、病院は産科を取りやめ、同年4月県立五條病院・済生会御所病院も産科休止、そして、同年8月町立大淀病院で出産中の妊婦が意識不明になり、19の病院で受け入れられず、死亡。病院は子癇発作と考えたが脳卒中であった。これを数ヵ月後に毎日新聞がスクープ。警察は不起訴。遺族の民事訴訟も遺族側敗訴。しかし、大淀病院は産科休止、結果、奈良県南部でお産できるところがなくなった。

・ために、奈良県の最初の地域医療再生計画は、「重大な病気の患者を断らない救急医療」と「周産期医療」「小児救急医療」をテーマにかかげ、救命救急医の養成、県立奈良病院を400億かけて新築し、救命救急室、心血管センター、脳卒中センター、周産期センターなどを供えたマグネットホスピタルにする（各センターの事業開始は2010年度から）、奈良・西和医療圏域内にある11ヶ所の夜間急病診療所の集約化を行い、北和・中和に二ヶ所の拠点夜間急病診療所をつくり、24時間対応する、という内容になった（奈良および西和地域）。

・今ひとつの計画は、東和・中和・南和地域を対象とし、救急安心センター（電話相談）、県立医大を生かした医師派遣体制、などを内容としていた。さらに、2011年の計画で南和地域の三つの病院（県立五條、国保吉野、町立大淀）を再編成し、250床の救急病院と二つの療養型病院にする計画が立てられた。これを推進するために2012年1月南和広域医療組合がつくられ、検討が進められている。これらについての住民運動は知られていない。

・奈良県では、生駒市の運動が目される。ここでは、2005年県国保連合会が運営していた196床の市立生駒総合病院が医師不足、経営不振から閉鎖された。生駒市内には三つの総合病院があり、奈良市にも近い。しかし、2006年新市立病院の建設をかかげた市長が当選。07年大阪医大などと指定管理者の折衝をするが不調。市長は徳州会に接近、2008年1月徳州会を指定管理者に決定。議会の指定管理者承認の議決は賛成12、反対10の僅差であった（共産党は賛成）。地元医師会は徳州会への不信などから病院建設に反対。このころ「生駒の地域医療を育てる会」結成。病床配分を県に求める署名、柏原病院などに学ぶ活動などを展開。医労連がこの運動にかかわってきた。2008年には徳州会幹部と暴力団の関係が表面化（問題とされた幹部は懲戒解雇、本人は「暴力団は徳田理事長が引き入れたもの」と反論）。しかし、2012年10月、議会で病院建設予算可決。現在2014年4月の開設を目指している。

・奈良県立医大は独立行政法人、2013年の県議会で県立病院の独立行政法人化を予定。

・国立奈良病院を2004年に市が引き継いだ奈良市立病院は、その時から地域医療振興協会が指定管理者になっている。運営市民会議が設けられ、市と病院の「市立奈良病院等管理運営協議会」（非公開）が設置されている。

## <大阪>

・大阪府の医師数は、2010年12月末で人口10万人当たり248.1人（全国14位）であるが、2004年から2008年にかけての動向は95.2%と減少気味である。

・大阪府は2006年4月1日に府立病院機構を設立（急性期総合・呼吸器アレルギー・精神

医療・成人病・母子保健総合の五つのセンターを統括)した。

・2008年10月大阪府は「公立病院改革に関する指針」をまとめた。これによって各公立病院は「経営健全化」か「民営化」を迫られることになった。これに先立って、府南部の忠岡町立病院は2007年3月末に累積債務を理由に「町本体が財政再建団体になる」として閉院(跡地には民間病院が47床の療養型を開設)。

2008年、松原市長が松原市民病院の閉鎖方針を発表。「市立松原病院の存続・充実を求める会」が結成され、市長リコール運動に発展するが成立せず、市長選挙でも現職が僅差であるが再選され、病院は2009年3月末に閉鎖。162床のうち100床が徳州会病院に譲渡された。

2011年4月1日、阪南市立病院(185床)が社会医療法人生長会を指定管理者とした。

・2008年2月から橋下徹氏が大阪府知事に就任。大幅な人件費削減など「行政改革」を強行。医療分野では、千里救命救急センターへの3.5億の補助金を2011年4月に廃止(結果、センターを運営する済生会千里病院はセンターの病床を31床から20床に削減、2013年2月)、泉州の救命救急センターは、府の地域医療再生計画で泉州医療圏の救急拠点と位置づけられた「りんくう総合医療センター」(旧泉佐野病院)に移管された(ただし、ここでは「補助金のカットは行わず、赤字が出たら府が補填する」という協定が府と関係自治体で結ばれている)。他の二つの三島(公益財団法人41床)と中河内(府営30床)のセンターは、今のところ現状を維持している。

・この千里センターの補助金廃止に対して、「北摂豊能の救命救急医療を守る会」が結成され、補助金の復活を要求して運動を続けている。また、四つのセンターをまもれと住民運動の交流が行われた。

自治労連・医労連・民医連などが「大阪医療問題連絡会」に結集し、「救急医療の充実を求める請願署名」に取り組み、自治体との懇談や交渉を行っている。

・このほか住民運動として発見できたものに、枚方市ひらかたしの「星が丘厚生年金病院の公的医療を守り充実させる会」(2005年5月発足、府議会・知事あての署名13万を集める。地元医師会も存続を要求、病院は全国社会保険協会連合会の施設として存続している)と富田町とんだまちの「富田健康を守る会」がある(富田町病院は1952年阪大のセツルメントから診療所開設、1981年富田町病院健康を守る会発足、1982年52床病院建設のとき住民が2億円債券を集める、1993部落解放同名の糾弾を受ける、民医連とよく似た運動をしているが、解同系か)。

・大阪では、府と市の「統合本部」が、主要事業の民営化・統合プランを作成しており、その一つに病院事業があげられている。2012年5月に案が発表されており、2014年市の三病院を統括する病院局を独法化、2015年に府の独法機構と統合することになっており、病院の縮小再編成、5300人の職員の非公務員化などが予定される。先立って住吉市民病院が実質上府立急性期総合センターに吸収される。大阪の病院再編を巡るたたかいは、これから本番であろうか。

## ＜和歌山＞

・県内の医師数は全国平均を上回っているが、和歌山・田辺に偏在。ために再生計画は県立医大の定員増（60名から100名に）、医大に地域医療支援センターをつくり県南部などに派遣する、二次救急の公立病院整備、紀南の新宮市立医療センター強化、串本病院（105床）と古座川病院（60床）を統合して、新串本病院（130床）をつくるなどというものになった。

・2007年当時、新宮医療センターの産婦人科医師が1名になり、10月から分娩停止という事態になったが、この地域でお産できるところが亡くなるため、国の緊急臨時医師派遣システムも適用を受け、医師1名が派遣され、分娩停止は回避された。

・橋本市民病院や国保日高病院などで、地元医師会が休日の病院での外来診療を引き受けているなどの取り組みがみられる。

・地域医療や公的病院を守る運動については、インターネット上では発見できなかった。

## ＜兵庫＞

・兵庫県は、二つの医学部があり、都会的なイメージがある県であるが、医師数は2010年末時点で10万人当たり209.2と全国平均を下回っている。特に、但馬・北播磨など県北部では医師不足がはなはだしい。また、小児科、周産期の医療体制も意外に貧弱であった。

2004年以降、大学派遣医師の引き上げにともない、「医療崩壊」現象が露呈した。但馬地域は県立や赤十字の病院がなく、9の公的病院が地域の救急医療などをささえていたが、2004年から2006年にかけて、これらの病院の医師はマイナス21人となった。丹波地域も同様に県立柏原病院の小児科閉鎖の危機が2007年に「県立柏原病院小児科を守る会」を生み出したことは良く知られている。

・こうした中で、兵庫県など行政側が打ち出した対策は、医師確保対策などのほかは、病院統廃合による集約化であった。2009年度の地域医療再生計画は、周産期医療対策として阪神南医療圏で尼崎病院と県立塚口病院を統合して、総合母子周産期センターと救命救急センターをつくる、北播磨圏で三木病院と小野市民病院を統合して北播磨総合医療センターをつくる、この二つをマグネットホスピタルとしてそこからサテライト医療機関を支えるというものであった。

・北播磨総合医療センターは2013年10月オープン予定（450床、三木病院400床・小野病院220床だったので－170床）で進行しているが、尼崎と塚口の統合に対しては、「県立塚口病院を守る会」（2008年に発足、即ち再生計画以前から統合計画が進められていた。2006年には尼崎と塚口の小児科が統合され、2007年には呼吸器・脳外科を尼崎に移管、一方、小児外科・泌尿器・アレルギーが塚口病院に新設されている）ができ、塚口病院の廃止反対の運動が進められた。これには、尼崎医療生協も積極的に参加している。結果、当初の塚口病院を廃止する計画はそのまま進めることはできなくなり、地元代表を加えた統合再編検討委員会が発足、新しい場所に新病院（730床、現在より－170床）を建設する案ができた。「守る会」は名称を「県立塚口病院の充実と尼崎市および阪神地域の医療を考える会」（略称県塚の会）に変え、2012

年10月「県立塚口病院跡地に医療機関誘致を求める要望書」署名を2万人集める方針を決めた。

・2006年12月、但馬の市町村長・病院管理者・県でつくった「但馬の医療確保対策協議会」は、豊岡病院に兵庫県養成医師（卒後一定期間県内のへき地などに勤務することが義務付けられている）を集中し、他の病院は診療所化や療養型などにする計画案を発表。直ちに猛烈な反対運動が起こり（数回の大集会など）、2007年の再編計画では診療所化などの案は撤回され、それぞれの地域ごとに医療体制検討委員会が作られ、地域ぐるみで議論が進められた。労組（自治労系）は、2006年4月「美方郡の医療を考える会」を発足させ、数回のシンポや住民アンケートに取り組むなどしている。結果、2013年8月現在、いずれも病院のまま存続している。

・県立柏原病院小児科を守る会については、マスコミが注目し、典型的で「模範的」な住民運動のように扱われている。しかし、この運動の始まりは、2007年4月丹波新聞記者の足立智和氏が、丹波地域の病院の小児科医が7人から2人になるという記事を書き、母親の生の声を聞こうと数人の母親に集まってもらったところから始まり、まず県に対して小児科の存続を求める署名運動を行った。丹波と篠山両市の人口11万人のところで短期間に5万5千が集まったが、これに対する県健康医局長の答えは、「但馬のほうがもっと大変」と一顧もしないものだった。県は当てにならない！と考えた母親たちは自分たちでできることとしてコンビニ受診の抑制、そのために柏原病院の医師の協力を受けて母親向けの病状別フローチャートをつくり、スローガン「コンビニ受診を控えよう、かかりつけ医をもとう、お医者さんに感謝の気持ちをつたえよう」をきめた。ただ1人残り、自分もやめる！と宣言していた医師に恩師が応援、一名の医師が増え、閉鎖の危機をのりこえ、2008年段階では6人の小児科体制になった。はじめから行政の枠内で患者側の啓発だけを目的としたわけではなかったのである。2011年「県立柏原病院小児科を守る会」は、第一回地域再生大賞で準大賞を受けた。

その後、兵庫県は「医療を守る丹波会議」を組織し、住民向けセミナーや研修医と住民との懇談会などを組織している。「県立柏原病院の小児科を守る会」は、その幹事団体になっている。

・兵庫県の2011年に作られた第二次の地域医療再生計画は、他の県と同じく全県的な三次医療の充実をめざすものであった。特に、兵庫県は1998年から「神戸医療産業都市構想」を推進してきており、その延長線上で県立子供病院をポートアイランドに移転することが盛り込まれていた。これには県医師会も反対、地元作用町からは計画の見直しを求める意見書が提出された。この子供病院の移転計画は、医療上の必要性というより、08年に先端医療特区の2提案が国に認められ、11年には関西イノベーション国際戦略総合特区の指定をうけたという産業政策的な背景が大きいと思われる。2012年10月には子ども病院連絡会が結成され、移転反対の請願署名3万を集めたが、県議会は請願を否決、しかし、同時期の国会では、厚生労働省は「医療団体の了解がなければ計画の変更も」と回答。移転の

理由は老朽化対応ということであるが、現在地での立替は可能であり、かつ、県の南海トラフ大地震のシミュレーションでは、ポートアイランドは浸水し、孤立するとしている。平時の集中のメリットの追及が、非常時の、とりわけて医療機能の発揮が要請されるときに機能不全を引き起こすことになる。実際に阪神大震災では、島の神戸市民病院はその役割を發揮できなかった。

## <岡山>

- ・岡山県には二つの医学部があり、2010 年末の 10 万人当たり医師数が 282.9 で全国平均 (230.4) をかなり上回っている。しかし、その岡山県でも 2004 年以降、産科・小児科を始め、病院の医師体制が後退し、医療体制の危機が進行した。岡山県の最初の地域医療再生計画は、そうした状況がはなはだしい高梁・新見および真庭地域 (県北西部、人口 12 万人) と津山・英田地域 (県北東部、人口 20 万人) を対象とするものであった。
- ・前者は、全国平均の約 7 割の地域医師数で、200 床以下の小規模病院が殆どである。計画はそれぞれの市の中心的病院 (殆ど私立病院である、この地域の公立病院は高梁市の国保成羽病院《2008 年まで一般 106 床療養 30 床であったが、2012 年の病院新築と同時に一般 54 床療養 42 床》のみ) の救急体制を支援するものである。とくに新見市は 2006 年に救急告示病院がゼロになった (その後復活)。真庭市の金田病院 (社会医療法人 177 床) などの私立病院の大奮闘と連携で救急医療体制が維持されている。
- ・後者は、津山病院 (487 床) と平野同仁会総合病院・津山第一病院の二つが地域医療の中心であったが、平野同仁会が 2009 年 4 月民事再生手続きを申し立てたため (2005 年 211 床の病院を新築移転、しかし収益がそれほど伸びず資金繰りに行き詰まる)、救命救急センターのある津山病院に患者が集中する結果になった。ここの救急体制を補強するための HCU 病床の増設、二次救急輪番病院支援などが内容となった。
- ・また、これらを医師体制面で支えていくために、岡山大学と川崎医科大学に寄附講座、岡大と広大に地域枠などの医師確保対策、岡山大学と協力した地域医療支援総合センターなどが計画された (岡山大学の地域医療人材育成センターは 2012 年 9 月にオープンしたが、県の地域医療センターを中心に医師を派遣するという構想にはいたっていない)。
- ・独法化は、岡山県精神科医療センター、岡山市市民病院などで実施。備前市の 3 公立病院の統合・独法化が検討されている (合併によってそれぞれの市町の病院が市立病院になった。備前病院一般 90、吉永病院一般 50、日生病院一般 40 療養 52 といずれも規模の小さい病院である)
- ・岡山市立金川病院は、60 床から 30 床に減らして新築し、国立病院機構岡山医療センターを指定管理者とした。
- ・赤磐市立赤磐市民病院 (50 床) の病床を 196 床の赤磐医師会病院に統合する方針が、県の地域医療再生計画で打ち出されたが、「赤磐市民病院を守る会」がつくられ、市長選挙もあり、進行が止まっている。
- ・倉敷市立児島市民病院では、2008 年 3 月院長選出をめぐって岡山大学出身の内科医師が

退職、内科常勤医ゼロという事態になり、産婦人科も一人体制で退職の意向という存続が危ぶまれる事態になった(産科は08年12月に医師が退職して休止)。住民が立ち上がり、医師会・婦人会・自治会などが結集して、市と岡山大学に対する署名運動を展開、4万1千が集まった。結果、大学が09年4月から医師を派遣し、公立病院として改築されることになった(産婦人科の常勤医師1名体制で再開したが、分娩は扱っていない)。

・玉野市民病院、井原市民病院などで医師不足から診療体制の縮小が、07年から09年にかけて生まれた。玉野市民病院では、市職労の働きかけで「玉野市の地域医療と市民病院を守る会」が2010年10月につくられ、活動が続けられている。井原市民病院では07年産婦人科が休止、2013年8月現在非常勤の外来のみ、井原市には医療機関の分娩施設はない。

### <鳥取>

・鳥取県は、医師数で人口当たり全国5位(2010年末10万人当たり288.45、全国230.4)の医師の多い県である。それでも2007年から2009年にかけて、いくつかの医療崩壊現象が発生した。2007年3月県済生会境港総合病院の産科が廃止(2013年8月現在も非常勤医による週2回の外来のみ、市内には産婦人科を標榜する開業医が2軒ある)、2008年10月鳥取市立病院の小児科が鳥取大学の医師引き上げによって休止(2013年8月現在は3人の常勤医師体制で復活している)、2009年3月1日には、鳥取大学の救命救急センターの医師4人全員が辞職(当直が月に8~10回という過酷な労働に対する抗議の辞職。センターは後任を迎え交代制勤務を導入、2011年に新センター完成など体制を整えた、軽症のセンター利用者に5250円の料金を負荷したところ、救急患者が激減したという)などである。

鳥取県の医師研修マッチ数は2009年全国最低であり(2004年から2009年まで25~30で推移)、2008年から2010年のあいだに人口当たりで医師が減少したのは、福島県と鳥取県であった。

・鳥取県には自治体病院は、県立が中央病院と倉吉市の県立厚生病院(戦前は医療利用組合病院で昭和38年県に移管、県中央部の中核病院)、公立が6しかない(改革プラン作成病院数、いずれも黒字でがんばっている)とおもわれる。それゆえにか地域医療再生計画は、県東部の県立中央病院と鳥取赤十字病院の機能分担、赤十字病院の耐震化、県東部と中央部で不足する医師100人を充足する、IT利用による遠隔診療やクリティカルパスによる連携促進というものであった。二次の再生計画では、鳥取大学付属病院(県西部米子市)と県立中央病院の救命救急センターの充実などである。

・地域医療や公立病院にかかわる住民などの運動は発見できなかった。

### <島根>

・島根県の2010年末10万院当たり医師数は、264.99人(全国230.4人)で相対的には医師が少ない県ではない。しかし、この県では2006年以来2013年まで、しばしば病院の医師体制の崩壊による診療機能縮小の危機が報じられている。

・県の地域医療再生計画には、鳥取県と同様に他県のような統合再編成計画は見受けられない。これには地形が東西に長く複雑で二次医療圏が7つに分けられていることも背景に

あるかと思われる。奨学金による医師確保、地域開業医の病院支援、医療用ヘリ、IT 利用の遠隔診断、地域医療を守る啓発活動などが内容となっている。

・公立病院と地域医療を守る運動を見ると、早いものに 2006 年 2 月に職員の労働組合（自治労系）が働きかけて立ち上げた「雲南地域医療を考える会」がある。雲南市立病院（一般 199、療養 78、感染 4、計 281 床）は、共存病院という医療利用組合の病院が戦後自治体でつくる病院組合の病院となり、2011 年組合の廃止により市営になったものである。2002 年 34 人いた病院の医師は 2008 年には 19 人に減少（2012 年も 19 名 医師募集要綱による）、精神科病棟が医師不在のために閉鎖。会は存続署名を人口の半分近く集め、2008 年まで 3 回の地域医療シンポをひらいた。2016 年完成予定の新病院を建設中である。

・2009 年から 10 年にかけて、隠岐の病院での分娩取り扱い停止、透析担当医不在という状況が生まれ、県から緊急派遣された。

・2010 年 3 月末に大田市大田病院の島根大学派遣医師（外科・整形外科 6 人）が引き上げの予定であることが明らかになり、2 月「大田病院を守り育てる会」が結成、医師確保要請署名を数日のうちに 18,479 人集めて県に提出、島根大学にも 2 万人分を提出、2010 年 4 月 20 日大田病院は救急指定を取り下げた（外科系不在のため、しかし、その後も内科や産婦人科などの救急は受け入れ、市内の救急の 2/3 は大田病院である）。2010 年 10 月、会の運動の報告集会が開かれた。会は 3 千人を対象に住民アンケートに取り組み（7 割の要求が救急復活）、これをもとに県・大学に要望活動をおこなった。2011 年 10 月大田市の寄附講座で島根大学大田総合医育センター開設、教授などの肩書きを持つ医師が赴任（外科は常勤体制復活、整形は非常勤、救急復活）した。会は大田市地域医療支援対策協議会にも参加している。

・「益田の医療を守る市民の会」は、2009 年 3 月に結成されている。この市の中心となる病院は、益田赤十字病院と益田医師会病院で、公立の医療施設は休日夜間診療所だけである。二つの病院の医療体制を守るために、市が音頭を取って立ち上げ、啓発活動、医師との懇談や新入医師の歓迎会などを会で進めている。

・津和野共存病院は、もともと JA 石西厚生連の病院であった（医療利用組合発祥の地とされる青原村に大正 8 年、開業医の反対を押し切って大庭政世組合長を中心に協同組合診療所が作られ、それが戦後日原診療所や津和野共存病院に発展）。しかし、2004 年 14 人いた医師が 2008 年には 8 人に減少し経営悪化、市は厚生連から土地建物を 15 億で買取、厚生連を指定管理者にするという形で支援した。しかし、公認会計士をいれ財政状況をチェックしたところ、退職金の積み立て不足が判明、厚生連は退職金と賃金の引き下げを提案、これが職員の不安を招き看護師がいつせいに退職、病棟閉鎖となり、厚生連は自力再建を断念し、2008 年 12 月破産を申請した。一方 2009 年に医療法人橘井堂鹿足中央クリニックが開設され、ここが同時期に日原診療所の指定管理者となる。この医療法人に市も出資し、厚生連の後の共存病院などの指定管理者にした。病院の医師数は 2013 年 4 名である。

・このほか、「浜田市地域医療を守る会」、「奥出雲地域医療を守る会」が知られるが、益田と同様の会である。

・この県では、2013年に入ってから1月に「松江赤十字病院の救急担当医が7月にはゼロに成る」「県立中央病院の救急ベッドが満床をこえる」という報道（読売）や、「江津済生会江津病院の小児科が4月からゼロになる」ことが明らかになり、地域医療を考えるシンポが2月にひらかれたなどと報道されている。松江の最後に残った救急担当医は「軽症が多くて疲れた」と辞職、担当医不在のまま各科の応援で救急救命センターは維持している。済生会江津病院小児科は島大などからの派遣医師で外来は続けているようであるが、入院治療はできなくなっている。

### <広島>

・広島県の人口10万人当たり医師数は、2010年末248.58人（17位）であるが、県内の無医地区は56と北海道について多くなっており、これらを含む地域では、「医師不足から医療機能の集約化、再編を余儀なくされている」（県地域医療再生計画）。ただし、この集約化の契機は合併であった。08年山県郡西部3町村（加計町・筒賀村・戸河内町）合併で戸河内国保病院が診療所化され、加計国保病院が新生安芸大田町立病院（199床内精神94床）になった。05年山県郡東部町村合併で北広島町ができるが、旧豊平町の国保原診療所が廃止。06年神辺町病院は神辺町が福山市に編入合併したため診療所化されている。

また、県立病院を市に移管することも行われた。09年県立瀬戸田病院（50床）を有床診療所にして尾道市に移管。へき地医療センターと位置づけられる県立神石高原病院も同じときに神石高原町に移管された。

・県の地域医療再生計画は、広島大学医学部のふるさと枠の拡大などの医師確保対策と県医師会の提唱を受けて地域医療総合支援センターの設置。Aプランとして広島市の4基幹病院間の機能分担と連携、高度放射線治療センター整備、小児・ガン医療の人材育成。Bプランとして福山（市民病院が07年分娩取り扱い停止）、府中、尾三地域の再編、連携強化、福山市の救急体制整備などをあげていた。

・Aプランのうち、広島の救急体制整備では、広島市民病院を救急コントロール病院とし、救急隊が三度病院受け入れを断られたら、四回目はすべて市民病院で引き受けるというルールを作ったのが注目される。

・Bプランの府中地域の医療機能強化は、厚生連府中病院の建替え、府中北市民病院の改修と緩和ケアなどの付加などで両病院の連携をはかる、福山市に休日夜間診療所を設置する、福民市民病院の分娩取り扱いを早期に実現する、三原市立くい市民病院を無床化し、その病床を公立世羅中央病院に移し、経営を統一、世羅155床のうち移された45床は救急対応とする、瀬戸内海巡回診療船済生丸の建造、などとなっていた。

・この構想に対して、2010年から府中市上下の住民が府中北市民病院（元上下町国保病院で110床であった）の医療機能の後退と地方独立法人化（2012年4月1日から、広島県内の病院の独法化はここだけ）に反発して、地域医療シンポなどを積み重ね、独法化取り消しの行政訴訟を起こしている。

・そのほかの住民運動では、1992年12月に発足して長期に粘り強く運動し、かなりの成

果をあげている「看護師・医療従事者を増やして市民の医療を守る会」（県医労連など参加）の子ども専門病院をつくれ！の運動が注目される。

### <山口>

・山口県も医師の少ない県ではない（2010年末10万人当たり医師数247.14人18位）。しかし、開業医の高齢化などで救急輪番制が困難になったところもあり（萩市など）、救急体制整備と医師確保が地域医療再生計画の課題になった。萩医療圏では、長北医療センター（萩市医師会運営）を整備し、地域の民間病院が支援する、そこの夜間休日診療センターを整備し、医師会員が出務する。長門医療圏では、これまでなかった初期救急体制をつくるために、休日夜間診療センターを設置する、などを内容としていた。

・ここでも集約化は自治体合併を契機にしている。2004年光市と大和町が合併したが、大和総合病院と光総合病院の二つを存続させることになっていた。しかし、両病院とも病床利用率が50～60%という状況で赤字がつづいた。市は光病院を急性期、大和病院を療養・回復期と機能分担する構想を打ち出した（売却すると言ううわさもあった）。これに対して「大和病院の存続・充実を願う会」がつくられ、現状維持を市議会に請願するなど運動を進めている。

・2005年山陽市と小野田市が合併して山陽小野田市になった。いずれにも市民病院があったが、いずれも老朽化し、経営状況も良くなかった。結局、2008年4月1日に山陽病院が休止され、小野田病院が病床は215床のまま山陽小野田病院になった。山陽病院は地元医療法人に売却され、有床診療所とデイサービスなどの施設になった。これについての運動は未見。

・山口市に「すこやかそだち隊 こどもの健康と地域医療を考える会」がある。柏原病院小児科を守る会と同様の志向性をもった運動であり、小児科安心マップや医師との懇談、情報発信などをすすめている。

・県立総合医療センターと県立こころの医療センターは2011年度から地方独立行政法人になった。下関市立豊浦病院は山口県済生会を指定管理者としているが、これは国立山口病院が2000年に豊浦町に移管されたときからである。

### （コメント）

中国地方では、合併にともなう病院統廃合が目立っている。また、行政主導で、住民の医療機関利用を「啓発」する取り組みも目立つように思われる。

### <徳島>

・徳島県は、2010年末では人口10万人当たりの医師数が日本一の県である。しかし、その三分の二は徳島市域に集中し、この県でも公立病院の医師不足による診療科の閉鎖・縮小は起こっていた。とくに県南部や西部の病院で著しかった。たとえば、県南の県立海部病院では、05年小児科、06年産婦人科の医師が退職し、07年10月から分娩の取り扱いを停止した。08年度には土曜日の救急受け入れがストップした。07年度の病床利用率で70%

をきっているのは、町立勝浦病院 67.3%、町立由岐病院 45.7%、同日佐和病院 46.4%、の三つであるがいずれも南部区域の病院である。西部地域の中心的病院は三好市民病院であるがそこでも 09 年 3 月以来分娩取り扱いを休止している。

・県の地域医療再生計画は、こうした状況の中で、徳島市を中心とする東部 I 医療圏を対象に、ここの公立 5 病院の連携を強め、徳島大学病院と県立中央病院が隣接することから、そこを総合メディカルゾーンとして地域医療再生の拠点とするというものである。具体的には、徳島大学に 4 寄附講座を行い、たとえば県立海部病院に地域医療研究センターを設置し、地域産婦人科教授と助教 2 名を派遣して産婦人科を再開するなどである。

・県は、2009 年 2 月に国の「公立病院改革ガイドライン」の具体化として、「公立病院再編ネットワーク化に関する基本方針（案）」をまとめているが、その基本的な建前は、「地域医療を守るために、（その病院の役割の見直しなどが）役立つかどうか」を第一の視点に据えており、これは当然の事ながら、見識を示すものである。実際、40 床台の町立病院や赤字の大きな病院についても「その機能を維持する」としているところが多い。病床利用率が 50%を切っている美波町立由岐病院（50 床）と日佐和病院について「診療所化も含めた見直しが必要」としているが、町の改革プランは差し当たり現状維持で、町の病院を統括する機構の検討、あり方検討会の設置となっているが、2013 年 8 月現在、診療所化などは行われていない。

・県は、2007 年全国ワーストワンといわれた坂出市民病院を再建した医師の塩屋泰一氏を県立 3 病院の事業管理者として迎えている。その後二年で資材購入の統一管理などで黒字化した。しかし、県立海部病院については、塩屋氏は「病院の存在そのものが政策医療であり、赤字を半分くらいにはできるが、それ以上は無理である」と述べた。海部病院について、前述した県の地域医療再生計画は「海部病院は地域の中核病院として整備する」としている。2013 年 7 月現在、海部病院は、救急指定（土曜日の救急受け入れも 2011 年に復活）、へき地医療拠点病院、地域災害医療センター（南海トラフ大地震で浸水が予測されるため高台移転が 2012 年 9 月に決定した）などに指定されている。

・2008 年 10 月に牟岐町の有志が県立海部病院の土曜日救急受け入れストップを契機に、「地域医療を守る会」を結成した。会長は地域医師会長。行政がバックアップし、住民啓発活動や医師に感謝し、激励するなどの活動を行っている。同様の会に同じ月に発足した「三好病院を応援する会」がある。この二つの会は県の「県立病院をよくする会」の構成員になっている。

・健康保険鳴門病院の公的存続と充実を求める運動は、労働組合・民主団体が粘り強く取り組んできた。

## <香川>

・香川県も医師数は、全国平均を越えている（2010 年末人口 10 万人当たり 266.87 人 12 位）。しかし、小豆島があり、南部の山間地など医療過疎の地域も存在する。08 年の県民世論調査では、医療分野の要求では「医師・看護師などの確保」が 61.5%で一位であり、つ

いで「夜間休日の救急医療体制」43.5%、「在宅医療の強化」31.8%などとなっている。

・県の「地域医療再生計画」は、寄附講座、「医師育成キャリア支援プログラム」（2010年度から開始、初年度は定員40人に対して応募が2人という状況だったが、2013年度は24人がこのプログラムによる研修を開始している）などの人材確保対策、救急体制整備など他県と類似したものである。

・しかし、見逃せないのは香川県の「再生計画」では、集約化（統合再編成）が目立つことである。小豆島では、国保内海病院（196床）と国保土庄病院（一般89 結核5 療養32床）を一つにし、新病院（185床）は指定管理者制度にする方針である。島の病床は半分になる。二つの病院の跡地に診療所や老人福祉施設をつくるという。島の高齢化は日本全体の十数年後を示しており、「一つの病院に対してしか脳外科や循環器の医療支援はできない」「いまなら地域医療再生基金で新しい病院をつくれる」（小豆島町のQ and A、但しだれが言ったかの主語は書かれていない）といわれれば、泣く泣くでもそうせざるを得ないであろう。2011年11月「小豆島の医療を考えるつどい」が、県自治体問題研究所も参加してひらかれ、県立柏原病院小児科を守る会の足立氏が講演している。その後、住民は2病院統合に対して、住民への説明が不足している、住民の意見を尊重した地域医療の再生を求めるとの要望を土庄町に行ったと報じられている。2016年に新病院ができる予定である。

・香川町は2006年に、塩江町は2005年に高松市に編入合併された。それぞれ香川病院（ピーク時145床）、塩江病院（87床すべて療養2003年から）があったが、塩江病院は2010年診療所化。香川病院は2010年に診療所になった。

### ＜愛媛＞

・愛媛県も人口10万に当たり医師数は全国平均を越えている（2010年末244.79人）。しかし、県南部や山間部の医療崩壊は他県と同様であった。宇摩医療圏の県立三島病院は1999年に21人いた医師が2009年には9人まで減少した。県はこれの回復の努力を放棄し、同一地域で四国中央病院を運営する公立学校共済組合に県立病院を譲渡し、将来350床レベルの中核病院を共済組合立でつくるという「再生計画」にした。民主団体などが「県立三島病院を守る会」（代表はえひめ医療生協の宇摩診療所所長）を組織し、二度にわたる知事宛の請願署名をおこなったが、また、病院の代表としてこの問題を協議した地域医療再生協議会に出席した医師の「これでは地域医療崩壊促進計画である」という反対も無視して、強行された（2010年4月1日）。200床の病院が委譲後の稼働は50床、常勤医師は2名という状況になっている。

・吉田町立病院は、2004年には常勤内科医師が不在になり、かつては13人いた医師が2005年には4人になった。同年5月、病院職員組合と地域住民が立ち上がり、「守る会」を結成、住民アンケート、署名運動に取り組み、地元選出の県会議員の人脈などで4名の医師が増えた。しかし、2005年8月町は宇和島市と合併。2006年3月、市は一般病床44床を休止、4月からはさらに36床休止して16床にした（療養の48床は維持）、この時の常勤医は4人。やはり合併で市立病院となった津島病院も従来11人いた医師が6人に減り、半分の44

床しか稼動しない状況になった。市長は当初3病院維持と公約したが、当選後は「3病院の維持は非効率」として吉田病院存続の請願をのけた。さらに、厚労省のアドバイザーの意見をを受けて市立3病院の独法化をめざしたが、「宇和島地域医療を充実させる市民の会」が作られ、独法化反対の声をあげ、2009年市長選挙の争点ともなる中で、現市長が再選されたが、3病院維持に方針転換。地公企法の全部適用で事業管理者を置くということになり、それぞれ在宅医療などに取り組み、存続している。

- ・もう一つの「再生計画」の八幡浜・大川医療圏でも、病院の医師の減少が著しいが、対策は医療圏に二つの急病診療所を組織して、そこでトリアージを行い二次病院に送るというものである。

- ・医師確保対策は、奨学金、地域枠確保、ドクターバンクなど他県と同様のものであるが、大学などと協力した本腰を入れた医師派遣事業は見られない。

- ・そのほか、2006年12月西条市立周桑病院で、大学による精神科医師の全員引き上げ、脳外科・整形外科・小児科医師の退職、産婦人科医師の退職によって350床の病床が100床しか稼動できない事態となった。ために救急患者が済生会西条病院に集中、地域医療崩壊が懸念される事態となった。市は2009年、周桑病院長が作った医療法人を指定管理者にした。職員は医療法人に就職するか病院をやめて市の職員になるかを迫られ、いずれの場合にも2百万ほどの賃金切下げになった。市がここでおこなった分限免職は裁判になった。

- ・2007年6月、喜多医師会立内山病院（内子町 106床）を医師不足のために休止し、大洲市の医師会病院に集中する方針が出された。自治会が住民の65%の署名を集めたが、08年5月廃止。内子町に入院できる病院はなくなった。

- ・2007年5月5日付け愛媛新聞は、この5年間に自治体運営の診療所の縮小再編が進行、有床診療所が15から6に、廃止4施設、新設2施設、民営化6施設、診療日数縮小が13施設、増加が4施設となった状況を報じた。

- ・中島町立中島病院と五島診療所は、中島町と松山市の合併協議で合併後3年をめどに民営化することになっていたが、2007年4月医療法人友朋会に経営委譲された。

- ・ほかにも小児科・産婦人科を休止するところが多い。

## ＜高知＞

- ・高知も相対的には医師の多い県である（2010年末10万人対285.73人6位）が、高知市と南国市に集中し、公立病院の崩壊現象も他県と同様に発生していた。

- ・県東部の安芸医療圏では、中心となる県立安芸病院の医師は、2004年の33人から2009年9月には20人まで減少し、麻酔科・循環器科の医師が不在になり、診療機能は大きく低下した。最初の地域医療再生計画は、この地域を対象とし、県立安芸病院と精神科の県立芸陽病院を統合して、若手医師のキャリアアップ志向に対応する総合内科専門医を養成できる新病院を建設するというものであった。統合は2012年4月に行われ、新病院は2014年4月オープンの手筈である。

- ・今ひとつの「再生計画」は、高知市などの中央医療圏とこれと「事実上一体化している」

高幡医療圏を対象に、ドクターヘリの導入など救急医療体制を全県的に整備しようというものである。また、在宅医療と地域ケアについてのモデル事業を開始するとしている。

- ・医師確保については、高知大学への寄附講座や奨学金などのほか、指導医の招聘を含め、「高知地域医療再生機構」を立ち上げて取り組むとしている。

- ・高知県の自治労連、医労連などの労働運動はそれなりの力があり、2008年には自治労連の「いのちと地域を守る大運動」などに積極的に取り組んだ。自治体キャラバンなどの報告では、市民病院を運営する四万十市長が「市立病院が倒れる時は、市が倒れる時」と発言するなど自治体関係者の気骨も見られる。

- ・2003年、佐川町立高北国保病院は、医師不足、不正経理問題などで存続が危ぶまれる事態となった。10月、町の職員組合、教祖、新婦人、福祉保育労などが集まって「佐川の医療を守る会」を結成。人口1.5万の町で1万の署名を集めた。結果、病院の新しい体制ができ、新院長は「これまで高北病院は、地域住民の健康づくりに貢献するという公立病院の使命を十分には果たしてこなかった」という認識を明らかにし、積極的な医療活動に取り組む。2010年地公企法の全部適用になったが、二つの診療所や老健施設などを含めて活動している。

- ・2006年8月、高知市の「厚生年金病院高知リハビリテーション病院の存続と発展を願う会」が、労組のほか患者会・地域自治会などで結成され、病院当局も会に結集した。議会請願署名、国会要請などに取り組んだ。2011年6月、RFOを社会保険病院と厚生年金病院の運営組織に改組する法律が成立。公的に存続することになった。ただし、「地域医療が確保される場合」には病院の委譲が認められ、国からの交付金はなくなった。

#### (コメント)

四国でも合併による統廃合、合理化再編がかなりみられる。徳島・高知と愛媛・香川に地域医療に対する行政姿勢の差があるように感じられる。

### <福岡>

- ・福岡県は全国4位の相対的には医師の多い県である(2010年末人口10万対288.45人)。しかし、いくつかの公的病院の医師体制の崩壊が起き、また、京筑と八女・筑後医療圏では医療体制が弱く、救急医療の再構築が求められていた。福岡県の地域医療再生計画は、寄附講座や地域枠での医師確保により医師派遣体制を構築するとともに、この二つの医療圏の二次救急体制の整備、周産期医療体制整備、僻地医療対策などを課題としていた。

- ・福岡県では、北九州市の主に経営問題を理由とした公立病院再編成が注目される。1963年に北九州市が門司・小倉・若松・八幡・戸畑の五市合併で誕生したとき、それぞれの市の総合病院と五市共同で作った結核療養所二つ、あわせて7病院を引き継いだ。その後、結核患者の減少という理由からであろうが、1973年に第二松寿園という療養所が廃止。2003年もう一つの結核療養所(松寿園)を廃止し、門司病院に結核病棟開設。2002年戸畑病院を医療法人共愛会に譲渡。2009年4月門司病院を山口県下関市の医療法人の指定管理

とする。さらに 2011 年 4 月、若松病院が産業医科大学に譲渡。直営の病院は二つになってしまった。北九州市の対応は経営面からのみのものと思わざるを得ない。

・門司と若松の「病院を守る会」が労組・民主団体などで作られ、それぞれ署名や申し入れなどを展開したが、強行された。2011 年 4 月 1 日小倉タイムスの「さようなら若松病院」という記事は次のようである。「守る会が出勤する職員にビラを配り、声をかけた。荷物整理に来たという整形外科の医師は、守る会に『あなた方の運動のおかげで患者さんの声を知ることができた。ありがとございました』と行って去った。」

・筑豊労災病院が飯塚市に譲渡されたが、労災病院時代の 12 診療科 250 床の水準を実現できていない。大牟田労災病院は、社会保険吉野病院に譲渡されたときに、高次能機能障害の患者さん（三井三池炭鉱爆発事故の後遺症患者などとおもわれる）の治療に関して、「労災時代と変わらない」という厚労省と結んだ確認書が履行されない状態がつづいている。

（県連からの報告）

・福岡市こども病院・感染症センター、福岡市民病院、大牟田市立病院（以上 2010 年度）、筑後市立病院、川崎町立病院（2011 年度）が、地方独立法人になった。福岡市立病院は 2011 年度に、開院以来初めて医業収支率が 102%と好転した。ただし、その以前から経営は上向いており、独法化の効果とだけは言い切れないであろう。

### <佐賀>

・佐賀県の 2010 年末人口 10 万人対医師数は、256.47 人（15 位）である。

地域医療再生計画は、課題として佐賀大学への寄附講座を行い、総合内科医・小児救急医、不足している産科・麻酔科・脳神経外科の医師を養成し、地域医療支援センターを通じて派遣する。救急医療体制が危機に瀕している北部医療圏に対して、中核である唐津赤十字病院の移転新築を支援し、ドクターヘリを整備する。「唐津市民病院きたはた」の診療所化を含む事業形態見直し、など。西部医療圏では伊万里市民病院と有田共立病院の統合促進、休日夜間急病センターの整備、などとなっていた。

・唐津赤十字病院の産婦人科は、2008 年度以降は一人体制であったが、2010 年度に 2 名体制になり、2013 年度には 3 名体制で婦人科手術やハイリスク分娩に対応している。移転新築は移転先が決まり、2014 年に着工の予定。「唐津市民病院きたはた」は、56 床の医療型療養病床を維持し、院長の女性医師が「九州家庭医療後期研修プログラム」の責任者として奮闘している（この医師は筑波大学出身、民医連東葛病院で研修後アメリカ留学、帰国後「ほくと医療生協家庭医学センターに勤務、2005 年郷里の佐賀に帰り、きたはたに勤務という経歴である）。

・伊万里市民病院（60 床）と有田共立病院（165 床）の統合は、伊万里市と有田町の間で 2006 年 12 月合意成立、場所の問題などで難航したが、2012 年 3 月 1 日伊万里有田共立病院（206 床）となった。

・佐賀県で全国的に注目されたのは、武雄市民病院の民間譲渡である。2006 年に合併後の初代市長になった樋渡氏は、市立病院の赤字を理由に民間譲渡の方針を打ち出した。病院の医師は 2004 年の 16 人から 2009 年 6 月には 5 人に減っていた。これに対して地元医師

会などが、武雄病院に一般会計からの持ち出しはなく、内部留保もあり、民間譲渡でなく別の道を考えるべき、として市長リコールの動きを見せた。これに対して市長が辞職、選挙に再出馬し、2008年12月に再選された。結果、病院は一般社団法人「巨樹の会」に3.9億円で売却された。住民が、この売却価格は不当に低いとして行政訴訟を起したが、住民側が敗訴。巨樹の会の武雄病院は、2010年2月、ヘリポートを備えた新病院（135床うちICU16床、医師19名）を完成。

### <長崎>

・長崎県の医師数は、2010年末、人口10万人当たり284・65人（7位）である。しかし、離島が多く、そこでの医療確保が県の課題で有り続けた。そこでの医師確保のために、県独自の医師養成制度と自治医科大学の派遣制度を利用してきたが、2004年以降はそれではまかないきれない事態となってきた。また、長崎市でも編入合併した旧町の病院の存続が危くなる事態が生じた。県の地域医療再生計画は、全県的に医師確保などに取り組むとともに、離島と佐世保・県北圏域を対象として、主に「集約化」を図るものとなった。

・もともと長崎県の県立病院は、島原温泉病院（300床）、大村病院（精神306床）、成人病センター多良見病院（内科120床）と諫早市の整肢療育園しかなかった。離島の医療をになっていたのは市町村の病院であった。それでも1968年以降、長崎県離島医療組合が組織され、県も加わって負担金を出している。2009年4月、これが長崎県病院企業団に改組され、県立2病院と離島組合の公立9病院を統轄することになった。

・上五島には、上五島（186床）、有川（50床）、奈良尾（60床）の公立3病院が救急協力病院であったが、医師体制が弱体化し、3病院の病床利用率は地域医療再生計画時点で62.2%に低下、中心となる上五島病院でも2009年5月に産科医師が独りになり、里帰り分娩ができない事態になった。再生計画では、有川と奈良尾を無床化して上五島病院に集約化する方針を出した。有川は09年11月、奈良尾は11年に無床化された。町立の新魚田、若松の有床診療所も無床化された。（2013年8月現在、里帰り分娩は復活している）

・五島の富江病院（55床 医師3名 昭和28年国保病院として発足）と奈留病院（52床 医師3名 昭和18年漁協の厚生診療所として誕生）の存続が危ぶまれている。09年7月の五島市医療体制ありかた検討会は、富江病院について「当面は現在の体制を維持することが適当であるが、今後の医療環境の変化に応じて、将来は診療所とすることも検討せざるを得ない」としている。奈留病院については、「奈留島唯一の入院機能については、今後も維持する必要があるが、病床数については、平成25年を目処に引き続き検討を行うべきである」とした。県企業団は無床化したいとしているが、現地の反発は大きく、先行き不透明である。

・対馬には企業団の三つの病院があったが、いづはら病院（199床）と中対馬病院（139床）が統合され、上対馬病院（84床）は統合された病院のサテライト病院として存続するが、療養型の24床は廃止という方針であった。病院の統合は市民の不安を強め、市長選挙の争点となったが、統合反対派が分裂し、現市長が再選された。新しい病院は2014年に着工の

予定である。

・ 県北圏域の松浦市民病院（2008年4月1日現在、一般50床、結核10床、透析14）を19床の松浦中央診療所にして、さらに市長は社会保険病院に譲渡しようとしたが、法律が変わってそれが不可能になったため、社会保険協会連合会（伊万里市の浦ノ崎病院）を指定管理者にして、2011年10月に民営化された。市民は透析と呼吸器リハビリの継続を要求している（2013年8月現在、透析は14床運営されている）。

・ 2005年、北松浦郡医師会が、郡医師会の会員が減り、病院の医師が不足になったことを理由に、指定管理者になっていた「北松中央病院（278床）」の契約解除を申し出た。市は病院を独立行政法人とすることを選択し、自治体病院の独法化の第一号になった。

・ 長崎市立野母崎病院は、2007年透析を担当する医師2人が退職、3人体制になった。長崎大学が医師派遣を断ったため、透析を停止、28床の療養病床も閉鎖し、一般の37床だけになった。委譲先が見つからず2009年には無床診療所になった。同時期市立琴海病院も61床のうち30床休床となった。市は「野母崎・琴海病院あり方検討会」をつくり、アンケートや住民自治会との協議などを行ったが、存続を強く求める住民の声をまともには取り上げず、有床診療所化、民間譲渡などを提案した。琴海病院は、2010年4月1日、医療法人大同会に譲渡され、一般30床急性期18の病院として運営されている。民主勢力は、「暮らしと地域を考える市民の会」に結集し、この2病院の存続を求める署名運動などに取り組んだ。琴海病院では地元自治会あげでの取り組みになり、委譲はされたが「透析とサテライト診療所」の維持という要求は実現した。

・ 県立成人病センター多良見病院は、170床の内科病院であったが、2005年日赤に委譲され、日赤長崎原爆諫早病院（140床うち結核20床急性8人間ドック8）となった。

・ 2002年に国から地元自治体に委譲された小浜病院は、2011年医療法人苑田会を指定管理者とした。

・ 大村市民病院は、2008年4月1日から「地域医療振興協会」の指定管理となった。しかし、内科時間外救急受け入れの休止など厳しい状況がつづいている。

・ 2011年西海市立病院が社会福祉法人に経営譲渡された。2012年には新築の補助金を出している。しかし、予定した透析を開始できず、救急受け入れもできないなど困難な事態が続いている。

・ 長崎市には市民病院と成人病センターがあるが、1983年以来数回この統合問題が浮上した。赤字が理由であった。21世紀にはいつてからも市の統合の意志は変わらず、ついに2006年に現在地での建替え方針を決め、隣接地などの購入を進めた。ところが、2008年県と長崎大学が赤十字長崎原爆病院も一緒に統合して、日赤を指定管理者に！という提案をしてきた。3病院の合計病床は統合で大幅に減るだけでなく、医師50名以上を含む大量の余剰人員が出る、看護師の給与を日赤並みにすれば市民病院の看護師は年間110万円ほども給料が下がるなどのあまりにも問題が多い提案であった。前出「長崎市民の会」も反対。市長が申し入れを断り、3病院統合は頓挫した。また、成人病センターの結核病床は当初計画

では廃止予定であったが、地域的な必要性を保険医協会が申し入れ、マスコミも注目して12床存続することになった。2012年4月1日から、地方独立行政法人長崎市民病院機構が発足。新病院の病床は506床で84床の減少になる。

・壱岐市民病院の統合再編成は民間病院との統合などさまざまに検討されたが、現在まで方針を決定できていない。

### ＜熊本＞

・熊本県の医師数は、2010年末で人口10万人対271.05人（9位）である。しかし、「地域医療再生計画」によれば、熊本市周辺以外では医療過疎の地域も見られる。特に島である天草と阿蘇の医療圏では、十分な救急医療体制が確保できていないとされている。

・「地域医療再生計画」は、この天草と阿蘇を対象に、天草では天草地域医療センターに医師を集約し、地域の公立病院に医師を派遣する、県からの医師派遣目標は15人、医師定着のための施策、などとなっている。阿蘇では二次救急体制を整えるために、阿蘇中央病院を改築し、地域医療支援病院とする、などの内容となっている。

・熊本県では、自治体病院の統合・再編成はいち早く進められ、「5年程前にはほぼ落ち着いた」（熊本民医連）ということで、再生計画では統廃合は触れられていない。ただし、総務省が集約した「公立病院改革プランの主な内容」（2009年3月末）によれば、「熊本市市民病院と熊本産院を一体化」「上天草総合病院と教良木診療所の経営統合」が「決定済み」、「植木町国保植木病院」のあり方が熊本市・植木町合併協議会で検討されることになっている。

・熊本産院の市民病院への吸収（廃止）は、2005年に打ち出された。理由は、分娩数全体の減少、設置目的であった経済的に困難は家庭への支援に該当する分娩の比重低下、年間1～2億円の赤字ということであった。この産院の評価は高く、急速に反対運動が広がり、県助産師会長を代表とする「存続を求める直接請求市民の会」が、4万6千人の署名で直接請求を行った（直接請求以前に12万人の署名を集めている）。しかし、市長は2009年12月に廃止を強行した。

・2006年1月、社会保険八代総合病院（2013年1月1日健康保険熊本総合病院に名称変更）で小児科休止、さらに産科・整形外科も休止し、病棟100床を使用できないという事態が生じた。2月「八代地域の医療をよくする会」準備会が発足、請願署名、県・熊本大学への要請、学習会などを進め、8月に「良くする会」の結成総会を行った。保守層を含めて広範な会になり、代表には八代健康友の会の会長が就任した。11月までに人口の三分の一（5万人）の署名が集まった。結果、2007年4月に整形外科の医師3人が赴任し、病棟も再開されていった。しかし、2013年現在も小児科の医師は居らず（募集中）、産婦人科は一人体制（募集中）で分娩は扱っていない。2013年に344床の新病院がオープンした。

・熊本民医連は、「熊本市は全国的に見ても医療連携の進んだところではないか。連携パスが整備されている。県の医療費適正化計画は進んでいない」としている。

### ＜大分＞

・大分県の医師数は、人口10万対255.97人（16位 2010年末）である。地域医療再生

計画では、救急医療体制の弱い豊肥医療圏と北部医療圏の体制強化を図り、それぞれ救急救命センターを持つ大分大学病院・大分医師会立アルメイダ病院・大分県立病院のある中部医療圏がそれを支援するというものである。具体的には、医師確保対策を進め、県立病院地域医療部を新設し、医師免許取得後6年目の医師を毎年二人確保し、3年間在籍させ、2年目に地域中核病院に派遣する、などと今ひとつは、豊肥の二つの公立病院（県立三重病院165床と公立おがた病院148床）を公立おがた病院に統合して新病院199床をつくる。北部の中津市民病院を新築し、脳外科・整形外科を整備し、周産期医療（NICUなど）と救急医療（ICUなど）を強化するというものである。

・2008年に県立三重病院とおがた病院の統合方針が県から打ち出されると地元の豊後大野市は激しく反発、三重の住民自治会の区長会も県立病院の存続を県に要請した。県と市の話し合いの結果、県立病院廃止後も診療所を残すことになり、統合は予定通り2010年10月1日から実現した。総務省の「公立病院経営改善事例集」（2011年3月）によれば、統合前に両病院とも外来・入院の患者が増え、看護基準を引き上げ、給与を削減して改善したとある。

・2004年、佐賀関町立国保病院128床が、現社会医療法人関東会に民間譲渡された。これは、佐賀関町の大分市との合併に際して、「町立病院を市立病院にしない」という条件が付けられたため、事前の譲渡となった。病院は90床、医師16名の体制で奮闘している（医師の多くは自治医科大学出身、病院の患者の権利宣言は、民医連や生協のものとよく似ている）。

### <宮崎>

・宮崎県の医師総数は、人口10万人対233.74人（24位 2010年末）で平均的な水準である。しかし、宮崎県の医療崩壊はかなり全国的にも報道されるような深刻なものだった。例えば、延岡市の県立延岡病院では、2006年以降、眼科・精神科・消化器・神経内科・腎臓科などつぎつぎに医師退職によって科の休診に追い込まれた。周辺の救急輪番病院も体制が弱体化し、輪番の維持が困難になっていた。都城市でも二次医療の中核的な役割を担う医師会病院の機能が医師不足から弱まっていた。

・地域医療再生計画は、県北医療圏を対象に県立延岡病院の救急医療体制強化（宮崎大学からの支援、ヘリポートを備えた救急救命センター棟の設置など）と夜間急病センター整備、周辺の救急対応可能な病院を増やすなどとなった。今ひとつは、都城・北諸県医療圏を対象に、都城市郡医師会病院（172床 老朽化のため）と救急医療センター・検査サービスセンターを高速道路のインター付近に一体的に移転・整備する。また、国立病院機構都城病院の手術室などを整備し、大学との遠隔診断システムを整え、周産期母子医療センターとして充実する、そのための人材確保は宮崎大学への寄附講座などで確保する、というものであった。

・延岡市では、2012年5月、この状況に対して市民が「県北の医療を守る会」を立ち上げ、医師を増やすことを要求する署名などを進めるとともに医療問題の学習講演会などを開い

た。市は、2009年9月「地域医療を守る条例」を市町村では初めて制定した。これは、「柏原病院小児科を守る会」の提唱をそのまま取り込んだもので、「コンビニ受診の抑制、かかりつけ意を持つ、医師に感謝する」を市民の責務として定めた。その後、屋上ヘリポートや心肺蘇生室などを備えた救急救命センター棟は2013年3月に完成。しかし、診療科は、2010年に心療内科・精神科が再開したものの、眼科・神経内科は休診のままである。延岡市の条例については、問題を、市民の自覚や意識が主な問題であるかのように、すり替え、「守る会」の活動も、住民の受診行動への監視、啓発などに矮小化されていないか、という批判がネット上見受けられる。

2013年2月議会で、宮崎県も延岡市と同様の条例を制定した（「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」）。

・2011年段階では、宮崎県は新卒医師の研修先選択のマッチング数・率ともに全国最下位であった。それもあってか、宮崎県では、近年においても医師の集団退職などによる医療崩壊現象が続いている。

例えば、宮崎県三股町立国保病院（40床）は、2006年経営不振を理由に都城市北諸県郡医師会を指定管理者としたが、半年で6千万円の赤字を出し、1年で辞退、次の管理者になった医療法人も辞退、結局、2009年に地元の医療法人に譲渡されたが、法人は国保病院の病床と自分の病院の病床あわせて131床の病院をつくり、国保病院は消滅した。

2011年、西都医師会病院が医師不足から経営を断念、市は救急医療などを守るために殆どを出資した医療法人財団を作り、病院を引き継いで「西都児湯医療センター」を発足させた。このとき、「西都児湯の救急医療を考える会」が発足し、勉強会などを開いている。ところが、循環器と脳外科の専門センターとしたはずのこの病院は、救急指定を受け、一般的な内科系の救急患者も診なければならなかった。循環器の医師2人、脳外科の医師4人が奮闘してきたが、2013年3月に医師3名が退職、そこで外科系以外の救急が制限された。

#### （コメント）

6人の医師で90床、循環器と脳外科の専門をかかげ、一般救急も担当するというのは、そもそもの構想に無理があったのではないか。

#### ＜鹿児島＞

・鹿児島県の地域医療再生計画には、他県のように地域の公立病院の医師体制について崩壊とか体制の弱体化を強調するくだりが見られない。しかし、医師体制をささえる必要があるのは明らかであったのであろう。鹿児島大学への寄附講座、地域医療支援センターの設置、鹿大病院へ総合臨床研修センターの設置、24時間体制の放射線遠隔診断センターの設置などが打ち出されている。

・対象地域は、離島である奄美医療圏で、400床の県立大島病院を拠点にして地域救急救命センターの整備、大島病院を実施主体とするドクターヘリなどの対策が盛られている。今ひとつは鹿児島医療圏で全県的な救急医療をサポートする体制を整えることを目的として

いる。前述したほかに総合救急救命センターの整備と複数化、大隈地域に夜間急病センターを設置することなどが述べられている。

・公的病院の統廃合、民間譲渡などの動きは見られない、というよりはるか以前に済んでいるということかも知れない。国立療養所阿久根病院が、出水郡医師会に民間譲渡されたのは、1989年であり、この譲渡の時には、住民が国立としての存続を要求し、医師会が引き受けることを容認した議会が解散になった。同じく志布志病院が曾於郡医師会に譲渡されたのは、1997年である。市立医療センター垂水病院は、1987年の設立当初から郡医師会が指定管理者であった。国立療養所霧島病院の施設を隼人町に委譲してできた隼人町立医師会医療センター（合併で霧島市立）は、200年の発足である。そのほかにも医師会病院が多く、鹿児島県の地域医療崩壊を防ぐとりでが医師会病院であると医師会長は述べている

・しかし、それでも出水総合医療センターの内科医師が、12人から2人になるという事態が、2009年1月に生じた。2011年ころから鹿大寄附講座と地域医療支援センターから一定の医師補強が行われている。

### <沖縄>

・沖縄県では、「救急患者のいわゆるたらいまわしが無い」、とか「比較的公立病院の医師確保に成功してきた」という論調があったようである。医師数は、全国の平均的なところである（2010年末10万人対比235.18人23位）。そのせいか、2009年度補正予算の沖縄県の地域医療再生計画には、鹿児島と同じように医師体制の崩壊というような表現は見当たらない。再生計画の対象医療圏は、宮古・八重山と北部である。宮古・八重山にはそれぞれ県立病院が一箇所ある。しかし、慢性的な医師と看護師の不足があり、この中核になる県立病院を整備し、市立急病診療所を併設する。そこに医師を派遣するために、琉球大学に寄附講座を行い、後期研修医の派遣や短時間正規雇用のモデル事業などを行う。院内保育所を整備するなど。北部では、県立北部病院の体制を強化し、離島診療支援・代診医の配置などを行う。産科の安定的体制をつくり、妊婦・新生児用の救急車を配置する、遠隔画像診断システムを構築するなどとなっている。

・沖縄県の医療崩壊は、再生計画を作った後に顕在化してきたように思われる。2006年4月県立病院をすべて地公企法の全部適用にしたのであるが、その年6月、県議会で「過去8年間に12人の県立病院に勤務する医師が、病気・事故・自殺で死亡した」と県が報告している。にもかかわらず、県は県立病院の経営改善が急務ということで、2007年に医師手当を廃止、2010年には離島手当やボーナスを削減した。2012年2月には県立八重山病院の産科医師が4人から2人に減少し、病院が後任の来る7月まで他の病院での出産を呼びかけたことが大きな衝撃を島内にあたえた。八重山1市2町の町長、町会議長、町会、石垣市女性ネットワーク、医師会、徳州会病院、観光協会など島の殆どの有力組織が参加する「八重山の医療を守る郡民の会」が結成され、県に陳情、知事が動いて指導医派遣を取り付けたという。会は病院の出前講座の主催、講演会などを開いている。

2012年2月、県立南部医療センター・こども医療センターの救急救命センターの医師が9

人から 3 人に減少。他から医師を配置し、救急制限はしないということになったが、このセンターの医師定数は 3 名であった。6 人は嘱託などの不安定雇用であった。

・2007 年 12 月の公立病院改革ガイドラインに沖縄は敏感に反応した。県の「県立病院のあり方検討会」は、2013 年までの県立病院独法化を答申した。これに、すべての県立病院の院長が反対を表明、野党県会議員有志主催の「県立病院を考えるシンポ・公的医療を守る」がひらかれ、各地で独法化反対集会が開かれ、知事は「全適でやっていけるなら無理強いはしない」と答弁。病院事業局は 3 年間で赤字解消・黒字化した。その過程で上述したような給与引き下げも起こったのである。

・これに対して、那覇市立病院は病院長のイニシアチブで独法化を選択した。院長の説明によれば、2008 年の診療報酬マイナス改訂で赤字は見通せた。7 対 1 看護を取るほかはなかったが、総務省の方針は自治体職員定数削減であり、那覇市も 4.6%の削減を打ち出しており、病院だけ例外というわけにはいかなかった。そこでやむなく独法の非公務員型に切り替える意外にないと考え、市長を説得した、という。そのご職員を増やし、収益を上げ、経営は改善した。2012 年 2 月、県立病院の定数問題が県議会で議論になった。病院事業局は 111 人の増員を提案したが、病院の現場からの要求は 173 人であった。これには、前述した不安定雇用の医師・職員の正規化も含まれていた。病院事業局はそれを査定したのである。野党は 173 人の修正案を提出したが、否決。結局、原案通り 111 人の増員となった。これらは必ずしも経営形態の問題ではないであろう。むしろ、行政がどれだけ医療に対する理解をもっているか、という問題ではないだろうか。

## <考察>

以上の各県の医療状況と住民運動の概観に基づき、1 医療崩壊とはいかなる事態であるのか、その原因は何であるのか、2 医療崩壊に対する国・自治体の対策はどうであったか、3 地域医療と自治体病院を守る運動の課題はなにか、について考察を行う。

### 1 医療崩壊とその原因

「医療崩壊」という言葉が使われだしたのは、2005～6 年頃からのようである（注 1）。しかし、それは地域の中心となる病院で診療科の閉鎖や病棟縮小などが顕在化し始め、住民の医療の保障が危うくなってからしばらくたったのことであったのは、これまで見てきた各県の状況から明らかである。

医療崩壊を現象面で定義すれば、主には公立病院である地域の中心病院の医師体制が極端に弱化し、救急医療や出産、小児医療、入院医療などが住民に保障されない事態といえることができる。なぜそのような事態が生じたのであろうか。

#### 医療費抑制政策の結果と地方行革

元財務官僚は、最大の原因は医療費抑制政策であり、「これまでの医療政策というものは、

医療費削減をすべてに優先させてきた悪しき財政再建至上主義の上に成り立ってきた」(注2)と述べている。この指摘に異論はない。とりわけ小泉政権の社会保障費 2200 億円毎年削減の一部として行われた診療報酬を改訂の度に引き下げるというやり方は、日本の医療全体を危うくし、病院の存続さえ脅かすものであった。

しかし、公立病院の破綻は、これだけが原因ではない。新自由主義による小さな政府という点では同根であるが、1990 年代以来の長期不況のもとで税収は落ち込み、国の地方交付税は削減され、地方自治体は財政難に陥る。それに対する国の処方箋は「地方行政改革」の推進であった。すなわち、「事務事業の廃止・縮小・統合・簡素化、補助金の見直し、県から市町村への権限委譲、民間委託の推進」などである。1996 年の橋本行革から小泉政権の「聖域なき行政改革」をへて今日もこの基本路線に変化はない。公立病院の役割についての見識がなければ、赤字でなくとも一般財政から多額の繰り入れをしなければならず、赤字がつけばさらに補填しなければならない公立病院は、自治体にとって重荷に感ぜられていく。とくに 2007 年 3 月 6 日、夕張市が財政再建団体に指定されたことは、大きな影響を自治体関係者に与えたであろう。そして 2007 年 12 月に「自治体病院改革ガイドライン」が総務省から発表された。さらに、2008 年度から施行された「財政健全化法」によって、自治体病院などの公営企業と自治体本体の連結決算で、その赤字が評価されることとなり、自治体の公立病院にむけられる視点は、経営状態中心、赤字かどうか偏っていった。

#### 臨床研修義務化の副作用

そこに、2004 年に導入された臨床研修義務化の副作用が加わった。すなわち、公立病院では、勤務する医師の殆どを大学医学部・病院からの派遣に依存していたところが多かったのであるが、臨床研修義務化によって、新卒医師の多くが大学病院に残らなくなり、大学病院自体が医師不足に陥り、地方の公立病院に派遣する余力がなくなったのである。大学の医師引き上げが始まった。これによって診療科の閉鎖、病棟縮小などが発生し、医療崩壊が一気に顕在化したのである。

臨床研修義務化自体は、インターン闘争以来の医学生の多年にわたる要求を、いくらかの不十分さは残しながらも、実現したものであり、国民の立場からも良い医師を養成していく契機になるものである。しかし、当然予測すべき地域医療への影響（北海道議会は臨床研修義務化が地域医療の崩壊を招くとして延期の決議をあげている）について、厚生労働省は、なんの対策も打たなかった。

しかも、日本の医師養成数は 1982 年以来抑制に転じ、日本の医師数は世界的に見ても少ないにもかかわらず 1997 年には医学部定員の削減が閣議決定されていた。つまり、医師の絶対的不足の中で、公立病院からの医師引き上げが起こったのである。

すなわち、行政改革路線による公立病院への締め付け、医師数抑制、副作用になんらの手を打たずに行った臨床研修義務化という自民党政府の失政が、公立病院崩壊のもう一つの原因である。

## 公立病院自身の問題

しかし、では公立病院自体に崩壊につながるような弱点はなかったのであろうか。公立病院の赤字は必然的なものではない。公立病院は、救急医療、災害時の医療、感染症対策など診療報酬以外に財源をもたない民間病院では困難な、しかし、地域住民のためには欠かすことができない医療に取り組むことが一つの使命である。そのために一定の基準で一般会計から繰り入れすることが認められている（注3）。また、議会の議決でその基準をこえる繰り入れも可能である。一般の病院なら赤字になる医業収支でもこの繰り入れ補助金の範囲であれば黒字である。しかし、この補助金をさらに上回る赤字のところが多かったのである。

その原因について医師体制崩壊以前には、人件費の高さを指摘する声が大きかった。しかし、実際に公立病院の経営を分析してみると、例えば千葉県を例に取れば、県立病院の医業収益に対する人件費率の方が、民医連の医療法人の人件費率より低いのである。個々の職員給与の額は県立病院の方が、民連法人よりももちろん高い。地方公営企業である病院の職員定数は、地公企法の全部適用の場合であっても議会の議決事項であり、病院の意志だけで増やすことはできない。人の数は公立病院のほうがかなり少ない。結果、人件費率はそれほど高くはないのである。公立病院の赤字は、民医連との比較で言えば、材料費と経費が高すぎることに原因がある。これは、管理の問題である。前出した徳島県の県立3病院を2年で塩屋氏が黒字にしたのも資材購入の統一管理などによるものであった。

千葉県の県立病院の事務長の任期は2年といわれている。これでは管理はできない。さらに、病院の医師も大学派遣であれば、帰属意識は公立病院には向けられない。したがって病院の将来のあり方や経営問題について関心を持ってもらえる期待値は高くはないであろう。すなわち、管理の不在と医師が必ずしも地域に根ざしていないところに、医師引き上げ即ち病院全体の崩壊という状況を生み出す主体的な問題がある。ついでに言えば、行政の医師や医療についての理解の問題もある。舞鶴市民病院の事例が典型的であろう。

## 医師と患者・住民の関係

医療体制崩壊の原因として、大学による医師の引き上げだけでなく、医師の退職が（場合によっては集団的な）あり、さらに退職を決意する要因として、医師の過重労働と患者との関係が一時大きくクローズアップされた。

医師・患者関係が最悪といえるどげとげしい状況にあったのは、おそらく2006年2月に福島県立大野病院の産科医師が逮捕された事件（注4）の頃であろう。マスコミの報道姿勢もこのころは圧倒的に医療機関バッシングが優勢であった。その一方で、コンビニ受診という言葉が生まれ始め、救急車の安易な利用が話題になった。これらが医師のやる気ややりがいにかかわり、退職の要因、ひいては医療崩壊の一因にあげられることは否定できない。

しかし、医師の過労の原因の第一が医師不足にあることは自明のことである。救急病院に軽症患者が集中したというのも、輪番制などの時間外急病患者対応の仕組みが、開業医

の高齢化や急病センターの医師不足によって、機能不全になったことが原因のところも多くある。この医師と患者の関係とそれにかかわる運動については、後でまた触れる。

警察の医療事故介入は、論外の失政である。先進国で医療事故を刑事マターにしているところはない。なぜなら、航空機事故と同じで原因究明に役立たず、萎縮医療を産む危険があるからである。この時期の警察の医療への介入に、医療費押さえ込みに対する抵抗を弱めようという政治的な意図があったかどうかは定かではない。しかし、これが少なくとも、日本の産科医療の惨憺たる状態を生み出したことだけは、確実である。

日本の医療崩壊は、以上を総合した結果として現出したのである。

(注 1) 医療法人財団天心堂理事長松本文広 月刊社民 2008,4

(注 2) 村上正泰「医療崩壊」の真犯人 PHP 研究所 2009

(注 3) 地方公営企業法による繰り入れ基準は、以下のようになっている。

- ・病院の建設改良に要する費用
- ・救急医療の確保に要する費用
- ・高度医療に要する費用
- ・研究研修に要する費用
- ・病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費
- ・保健衛生事務に要する経費
- ・地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費
- ・地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費

(注 4) この事件の詳細は述べないが、帝王切開中に死亡した患者の遺族に対して、病院の管理部が一応委員会をもって責任問題を検討したようであるが、十分な医学的検討を踏まえることなく、病院の責任を認め、遺族に謝罪したことが、遺族の責任追及の意識を強め、後の警察介入の一因にもなったのではないかと、という指摘もある。であるとすれば、これも管理問題であろう。

## 2 医療崩壊に対する対策はどうであったのか

### 自治体病院改革ガイドライン

医療崩壊に対する国の最初の対応が「自治体病院改革ガイドライン」(2007年12月)であるかどうかは、検討を要するところである。なぜなら、ここには住民に対する医療保障が危機に瀕しているという認識は殆どなく、もっぱら経営面から自治体病院自身の改革努力を迫り、それがうまくいかなければ、無床化、経営形態の変更、指定管理者導入という民営化、さらには民間譲渡を迫るものであって、むしろ行政改革路線の中に位置づけられるべきものであろう。もっとも、地域医療を守るためにも自治体病院自身の改革が必要である、という趣旨の反論はあり得るであろうが。さらに、前述したが、2008年度から財政健全化法によって、自治体本体と公営企業との連結決算が義務付けられ、その「連結実質赤字比率」が16.25%~20%以上の場合には、自治体が「早期健全化団体」に指定され、30%を超えれば「財政再建団体」に指定される。前年3月には夕張市が財政再建団体に指定されており、その惨状は広く知られていたから、自治体の病院の赤字に対する視線は厳しいものにならざるを得なかった。「病院の赤字で市が潰れる」というわけである。かくして、ガイドラインと財政健全化法のセットは、自治体病院の統合・再編成、民営化、民間譲渡を促進する大きな圧力となった。

前述したように多くの自治体病院自身に克服すべき管理の不在などの弱点があることは否定できない。しかし、その問題の解決の上で、ガイドラインの打ち出している解決策が地域医療を守る上でよいものであるかどうかは別問題である。殆どの公立病院でガイドラインに沿った改革プランがつけられ、経営などを改善する努力がなされている。ガイドライン全体の問題についての検討は他に委ねるとして、ここでは公立病院を守る運動とのかかわりで、経営形態の問題についてのみ述べておく。

過去には殆どの自治体病院が、地方公営企業法の一部適用であった。その意義については、北海道の千歳市民病院のところで述べているので繰り返さない。ただ、このやり方だと病院自身の権限が弱く、医療についての十分な理解を行政サイドがもっている場合や自治体病院の経営状況にあまり目が向けられていない時期には、問題は表面化しなかったであろうが、今日のような状況であると病院自身の主体的な努力を生かしきれない可能性も有る。地公企法の全部適用になると、事業管理者をおくことができ、病院の主体性は強まる。この場合にも、沖縄県の事例に見たように、職員定数の問題などは議会の議決事項である。

しかし、このように議会が病院の予算、定数などについて関与することは、住民の代表がかかわる事であり、医療に対する見識を議員が持ち（それを議員などに要求することは当然のことである）、病院と地域医療を守ろうという姿勢が行政サイドと議会に前提としてある限り、また病院の管理ができる幹部配置が行われている限りは、良いことではないだろうか。

独立行政法人になると、病院の権限は殆どすべてに及び、議会に対しては4年間程度ごとの運営計画とその結果報告をだすだけになる。独立行政法人が万一破綻した場合には、その債務はすべて親自治体に掛かる。それゆえ、自治体病院でなくなる訳ではないので、その運営の状況が行政に把握されている必要があるし、市民に対する情報公開の努力は病院自身の義務であろう。

指定管理者制度は、公設民営である。すなわち、病院の所有権だけが自治体にのこり、他のすべては指定管理者にゆだねられる。とくに、代行制でなく利用料金制の場合には、決算情報さえ公開されない。市民の病院という面では、不適格なありかたではないだろうか。民間譲渡についていえば、それはすでに公立病院ではない、一般の私的病院であるから、情報公開にも限度があろうし、公立病院のような不採算医療に取り組むことは要求できない。

したがって、民営化や民間譲渡に対して、公立病院を守れ！という運動が起こるのは必然である。ガイドラインは、このように公立病院を結果としては潰す改革の指針でもあったのである。

#### **医師数抑制の見直し、診療報酬引き上げ**

医療崩壊が言われ始めた当初、厚労省の認識は、医師の数は十分であり、その「偏在」が問題であるというものであった。OECD 諸国の中で、日本の医師数が少ないことは公知

の事実であったし、勤務医の労働は過酷さを増していたから、医師ユニオンなど医師増員を求める病院勤務医自身の運動が盛り上がり、世論を形成していった。2008年2月、超党派の「医療現場の危機打開と再建を目指す議員連盟」が結成され、この年、1982年の医師数抑制、1997年の医学部定員削減の閣議決定が見直された。政権維持に危機感を持った自民党麻生政権が、地域医療再生基金を打ち出したのは、2009年度補正予算においてであった。政権交代した民主党政権もこれを引き継ぎ、2010年には10年ぶりに診療報酬のプラス改訂が行われた。その効果は、劇的であった。およそでいえば、2009年度には自治体病院の7割が赤字であったのが、2010年度には6割の黒字に転換したのである。その内容を見ると、報酬改訂が直接反映する入院・外来の収益が伸びただけでなく、多くの病院で材料費率、経費率を減らしており、主体的な経営改善努力をうかがわせるものであった。

### 地域医療再生計画と病院再編

2009年度補正予算で創設された「地域医療再生基金」は、各県二つの事業計画を認め、それぞれ25億円の予算を付けた。各県の計画を見ると、さすがに人材確保を第一の課題にしているところが多い。具体的には、医学生への奨学金の拡大、医学部定員内の地域枠の設定、寄附講座による医師派遣、看護師確保対策などである。一定の時間がかかるとはいえ、病院の医師不足から医療崩壊という事態を招いたのであるから、この対策が本道であろう。例えば、徳島県の海部病院の例のように、大学の講座の研修センターのような形で教授などの肩書きをもって医師が赴任する例もあり、大学の多くに「地域医療学」などの講座が設けられた。また、大学が救命・救急センターなどを整備し、その力を地域医療に発揮する機運も強まったように思われる。第二に、県として地域医療支援センターのような組織を作り、大学や医師会、公立病院関係者などを集め、人材派遣のセンターにしようという取り組みもかなり見られる。もともと、これは県によってかなりその機能に差があるようである。

しかしながら、大きな問題もある。「地域医療再生計画作成指針」によれば、50億円を超える事業で2億円以上再生基金を交付する場合には、病床過剰地域では10%、非過剰地域では5%の病床削減が義務付けられ、80億を超える事業の場合には統合・再編を行うこととなっている。いわば、実際上は公立病再編成の義務付けである。

これに、地域の病院の医師体制が総崩れ的に崩壊する中で、産科や小児科を中心にいわば緊急避難的に唱えられ始めた「人材の集約化」が、行政サイドによって重ねられ、統合・再編・集約化の流れが、再生計画によって加速する傾向も見られる。さらに、この統合・再編には、地域の中に研修医を引き付けるマグネットホスピタル（宮城県など参照）をつくるという主張が影響を及ぼしているようにおもわれる。また、中国・四国に目立っていたが、自治体合併によって、旧市町村が作った公立病院が、統合とともに廃止・診療所化など再編・縮小されているのも特徴的である。

地域医療再生計画の実際は、人の確保という面では一定の積極的評価をすることができるが、再編・統合の促進を義務化したという点からすれば、功だけでなく罪の部分もかな

りあると言わなければならないであろう。何故なら、再編統合計画の多くの場合、計画が役所の机上のプランであり、病院で働く医師などの十分な議論を経たおらず、人材集約化という面で失敗例が多く、結果としては医療供給体制の弱体化や後退をもたらしているからである。

### **3 地域医療と公立病院を守る運動**

#### **(1) 医療・病院の存在を求める運動**

現代の日本において、医療機関なしの地域社会を考えることはできない。医療崩壊によって産科や小児科、救急医療、が住民に保障されない、あるいは病棟閉鎖や廃院という事態が生まれた時に、地域住民が医療の存続を求めて行政や関係諸機関に働きかける運動は、自然発生的に巻き起こった。また、医療体制が崩壊した病院の医療従事者・職員もとくに労働組合が有る場合には、そこから住民に働きかけ、病院を守る会などを組織して行った。この「医療の存在」を求める運動は、その性質上地域ぐるみの要求となるものであり、実際多くの地域で住民の過半数を超える署名運動などが見られるし、それに多くの首長や町会のような官製住民組織も加わっている例がみられる。

さらに、総合病院などの中心的な医療機関が無いところでは、病院をつくれという運動になる。この場合、病院の経営形態も問題になるが、とにかく病院を誘致しようという運動になる場合も見られる（茨城県下妻・筑西、埼玉県久喜市など）。

#### **運動の広がりや医師との共同、行政の姿勢**

この「医療の存在」を求める運動が「成功」した例、例えば青森県金木町や兵庫県の柏原病院小児科を守る会などを見ると、運動の参加者の幅広さと医師との共同という点が共通していると思われる。住民運動の幅広さが、選挙などを含めて行政の姿勢を病院の存続・医療確保に積極的なものに変え、これに応える医師があつて病院は再生している。行政の長が、強固な新自由主義者で自治体病院不要あるいは民営化論者である場合には、力関係から、廃止・民営化・民間譲渡が強行されている。

#### **医療活動への信頼が基盤**

病院の統合や医療の集約化に対して、住民が不便になるとして反対することは自然なことであるが、それだけでは厳しい医師体制の現実を示され、緊急避難的に集約化が必要であると説得されれば（それが事実であれば）、論理的には抵抗しがたいであろう。それでもその病院が必要であるという運動が成立するには、その病院の医療活動に対する患者・住民の特別な思いが無ければならない。長野県上田産院や下伊那赤十字病院の事例は、その病院の医療活動に対する信頼が、一見合理的な集約化の方針を乗り越えて、存続につながる強力な運動をつくりあげたものとして評価できる。病院はそれを必要とする患者とそれを守ろうとする医師が存在する限り、容易には潰されないものである。そのほか、公立病院でも民医連の病院友の会のような組織がつけられるようになったことも注目される（静岡県森町、長野県大町など）。

## 不十分な医師との連携と住民啓発型の運動の限界

一方、多くのところで住民の病院を守れという運動が盛り上がりつつも、そこで働く医師がいなくなり、医療確保のためには民営化や民間譲渡やむなし、という状況に立ち至ったところも多い。これは、まず自治体病院の多くが医師を大学からの派遣に頼ってきたためであろう。その地域の医療に貢献し、そこに骨をうずめないまでも一定期間そこで活動してそこで地域医療の典型をつくりあげようという志がなければ、つまり帰属意識がなければ（大学に帰属意識を持っていれば）、大学から引き上げを指示されれば、それに従うことになる。つまり、本当に地域に根ざした医療活動を展開する上では、医師の大学依存は良いことではないのである。実際、成功している自治体病院（例えば旭中央病院など）は、医師体制を大学に依存することなく、優れた研修プログラムを整えて自前で医師を養成している。病院の存続を決する医師との連携が必ずしも作れていないところに運動の大きな弱点がある。これの克服は崩壊の事態が明らかになってからでは遅い、長年にわたる住民・患者と医療従事者の、地域に根ざした医師と病院をつくる取り組みが必要なことであろう。

この点で、「柏原病院小児科を守る会」の運動は、ぎりぎり間に合った運動であった。医師が1人残っていた。その医師は志を持っていた。そこで共同の営み、運動が成立したのである。コンビニ受診の抑制というのも専門家である医師との共同作業で受診行動について適切な判断ができるようなフローチャートを作るなど根拠と説得力のあるものであった。そして、医師体制の補強が比較的早期に実現していった。この運動のスローガン「コンビニ受診を控えよう、かかりつけ医を持とう、医師に感謝の言葉を伝えよう」は間違いではない。この頃はモンスターペイシエントという言葉が登場し、医師と患者の信頼関係の崩壊が医療崩壊の主な原因であるかのような議論も広がっていたから、この会の運動に大きな注目が集まり、多くの類似した運動が発生し、「地域医療を守る条例」を作るところも出た。

しかし、医療崩壊の原因は政治的なものである。医師患者関係が主要な問題であるかのようなとらえ方は、問題の本質を隠してしまうことになる。さらに、医師と患者の関係は、一方的に「感謝の言葉を伝える」関係では正しく発展しないであろう。患者は権利を持っている。その濫用は戒められるべきであろうが、医療機関がその権利を尊重する姿勢を失えば、時代は30年前に逆戻りする。そして、医師を成長させるのは、感謝の言葉とともに、適切な批判である。民医連院所には院所利用委員会があり、患者の苦情やトラブルを住民・患者の代表である医療生協や友の会の役員と病院代表と一緒に問題を検討し、時には医師の説明のまずさや態度について病院管理部から改善を促すことがある。

医療崩壊が政治的な問題であること、したがってそうした分野での運動が、医師患者関係と同様に必要であることが、かならずしも表現されていないところに、このタイプの運動の限界があるであろう。

## （2）公立病院の統廃合と経営形態を巡るたたかいと論点

公立病院を守る運動は、存立を求めるというだけでなく、その統廃合と経営形態をめぐ

るたたかさも広がっている。この問題については、地域医療再生計画との関連で前述したが、公立病院の存続は統廃合以外にないのであろうか。統廃合の考え方は、一つには医師の集約化の必要であった。これは一定期間の緊急避難としては認めざるをえない場合があることは否定できない。しかし、したがって一定期間後には医師体制を充実してより患者が利用しやすい体制に復旧することをめざさねばならない。例えば里帰り分娩が困難な地域の過疎化はさらに進むであろうから。しかもこの集約化も机上のプランで推し進め、現場の医師の議論と合意がない場合には、1+1が1以下にしかならない場合がある（岩手県釜石、秋田県北秋田など）。

#### マグネットホスピタル

一方、例えば医師を引き付けるマグネットホスピタルにするには、500床、診療圏人口20万人が必要（宮城県を参照）であるとか、病院経営の合理性から一定規模の病床、例えば300床以上が必要であるという主張は、それほど根拠はない。医師がある病院に集まるのは、その病院が地域の中での存在意義を鮮明にして生き生きとした医療活動を展開し、医師の生きがいを感じられ、優れた研修プログラムに基づく研修制度が確立しているからで、病院の規模によるのではない。経営の適正規模は確かにあるが、それはその地域特性と病院の役割によって規定されることである。100床台200床台でよい経営を維持している病院はいくらも有る。例えば2次医療圏の中核病院の役割を担わねばならない病院の場合には、近隣のほかの病院にどのような機能があるかによっても異なるが、他に有力な病院がない場合には、最低300床以上で救急救命センターを備えることが求められるであろう。

#### 救急医療の最低保障

そして、どこにそのような病院が必要であるかは、かなりな程度医療的な必要性から求められる。すなわち、脳梗塞のt-PA療法は、現在保険適用は4.5時間以内まで拡大されているが、できるだけ早く実施すればそれだけ後遺症が少なくて済む。脳出血に対する外科的治療法が適応である場合にも一定時間以内であることが望ましいのは言うまでもない。心筋梗塞の場合、発症してから20分以内は心筋の壊死は可逆的であるとされている。つまり、20分以内にカテーテルによる血栓除去に成功すれば、一般的には殆ど後遺症も残らないということである（もちろん全てでそうではないであろうが）。20分以内というのは病院の中ならともかく、外で起こった場合には、かなり難しいことであろう。それでも早ければ早いか命が助かり、後遺症が少なくて済む、ということはいえる。したがって、いくつかの県で目指されているように、現段階では「30分以内に救急医療が受けられる」ことをすべての国民に対する救急医療の最低保障とすべきではないか。公立病院の統合はこのような救急医療の最低保障という角度からも見直してみるべきではないだろうか。

#### 経営形態をめぐる議論と運動

「公立病院改革ガイドライン」以降、自治体病院の経営形態をめぐる議論が巻き起こり、「民営化反対」の運動も盛り上がりを見せた。しかし、いくつかの混乱もあるように思わ

れる。例えば、独立行政法人化は「民営化」そのものではない。最終的財務上の責任が親自治体に掛かるという点でも一定の議会の関与がある点でも、かろうじて公立病院の基本性格は維持されている。しかし、非公務員型である場合、職員の身分保障は公務員型に及ばない。また、指定管理者制度が民営化という評価に唯一当てはまるものであるが、その代行型と利用料金型では、経営の透明性に大きな差が有る。ともかく、指定管理者制度は行政が病院を丸ごと他にゆだねるものであるから、行政の責任放棄もしくは無能さを示すものといって過言ではない。しかし、現実には自治体がそうした能力を持っていないことがないとはいえない。そして、「民営化をすれば病院を存続できる」という主張に、住民が「そうではない道がある」ことを示してたたかい、多数を結集することは、かなりの政策的および組織的力を要する。ともかく、民営化に対しては原則的に反対してたたかわざるを得ない。民間譲渡は完全に自治体の病院ではなくなることであるから、強く反対するほかはない。そして、重要なことは、民営化や民間譲渡がされても、その病院が地域医療の中でよりよい役割が発揮できるように、できれば運営への参加も展望して運動を継続することである（愛知県などを参照）。

地方公営企業法の一分適用と全部適用、独立行政法人の制度上の問題については、前述した。独法化反対の運動が強いところもある（沖縄など）が、多くはこの法人形態についてさほどの議論なく行われているように思われる。

この問題は、北海道千歳市のところなどで前述したように、自治体の病院統治能力、病院と自治体の相互の信頼関係が基本をなす問題であろう。それらが十分な場合には、地公法一分適用というのは最善の形態であろう。しかし、実際には自治体側の医療に対する無理解、病院の側の（特に派遣されてきた医師の帰属意識のなさから来る）無責任と内部管理の不在などの問題が生じている。したがって、公企法の全部適用や独立行政法人の問題については、その自治体の実情を踏まえた条件闘争にならざるを得ないのではないだろうか。すなわち、職員の身分保障（これもたとえ非公務員にされても、その病院の中での労働組合運動の課題になっていくが）や経営の透明性を確保すること、住民患者の運営への参加（苦情処理委員会や倫理委員会、運営委員会など）を要求し、それをともなうのであれば反対というスタンスで問題を広く住民に訴えることと、とくに医師との共同を実現することが重要ではないだろうか。

## おわりに

2010年の診療報酬改訂以降、地域医療と公立病院の危機は小康状態にあるように見える。地域の中心となる救急機能を備えた病院も、ある程度は整備されていくであろう。しかし、例えば大学からの医師派遣によってそうした体制が地域に実現しても、それで地域医療が形成されたということとはできない。例えば、千葉県の東千葉医療センターのように、実質的に大学の分院にすることで救急などの医療機能は一定保障されるであろうが、地域の保

健からリハビリテーション、介護や福祉の全体にわたって住民のいのちと健康を守っていく仕組みができたわけではないからである。それを築いていくためには、この中心病院自体が開かれた病院になり、住民・患者の声を受け止め、共同の営みの医療を追及していくことがまず必要である。これは相手が大学病院であるから、それほど簡単な事ではないであろう。しかし、それをまず粘り強く探求していかねばならない。同時に、周辺の公立病院はさらにいっそう地域に根ざした病院として、中心病院との機能分担を進めつつ、保健・予防、リハビリ、在宅、介護福祉など総合的な医療と福祉の体系を地域に作っていく役割を発揮しなければならない。さらに、夜間急病に対応する中心病院とは別の仕組みが必要である。行政は、私的病院や開業医、介護事業所なども含めて、これらの総合的なネットワークを作り上げる責務がある。地域の中核病院がともかく整備されたというのは、医療崩壊以前の状態に戻ったというのでさえなく、ようやくいのちが危うくても適切な治療が受けられないという点での歯止めがかかったというに過ぎない。また、県と地域の医療保障の現実は、実にバラついている。すべての国民に適切な医療を保証するという国の責任は、まだ全く果たされておらず、医療崩壊現象が再発している地域さえある。

今日の到達点は、「いつでも、どこでも、だれにも」今日的医学水準の医療が保障され、健康に生きたいと願う国民に、その機会が保障されているといえる地域の保健・医療・福祉の体系をつくっていく道のりが大きく後退したところから、ようやく前に向いた第一歩を印したに過ぎないのである。



非営利・協同総合研究所いのちとくらし ワーキンググループ報告書  
地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と役割—

ISBN 978-4-903543-13-0

著者 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ

発行日 2015年4月30日

発行 特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

電話：03-5840-6567 FAX:03-5840-6568

電子メール：inoci@inhcc.org URL:<http://www.inhcc.org/>

頒価 1,000円

