

論 説

過疎地域医療における自治体病院の役割と課題（下）

片 田 興

目 次

序 章

- 第1節 本論文の問題関心
- 第2節 本論文の目的
- 第3節 本論文の分析対象
- 第4節 本論文の分析方法及び構成

第1章 わが国における地域医療の理念

- 第1節 「社会保障制度に関する勧告」（社会保障制度審議会1950年勧告）
- 第2節 「医療保障制度に関する勧告について」（社会保障制度審議会1956年勧告）
- 第3節 「社会保障体制の再構築（勧告）」（社会保障制度審議会1995年勧告）
- 第4節 医療法における医療提供体制の確保
- 第5節 過疎地域自立促進特別措置法における過疎地域医療の確保
- 第6節 地方公営企業法における自治体病院の財源確保法規

第2章 過疎地域医療の確保における自治体病院の意義と役割

- 第1節 過疎地域及び地域医療の定義
- 第2節 都道府県の「保健医療計画」における過疎地域医療の確保
- 第3節 都道府県の「過疎地域自立促進計画」における過疎地域

医療の確保

第4節 「公立病院改革ガイドライン」の目的

第5節 「公立病院改革プラン」の役割と自治体病院のあり方

(以上：前号「上」)

第3章 過疎地域医療における自治体病院の現状と課題 (以下：本号「下」)

第1節 自治体病院における経営・財政分析

第2節 主成分分析による自治体病院のグループ化

第3節 ケーススタディ

第4節 自治体病院を支える自治体財政の現状

第5節 自治体病院を支える財政措置のあり方

第6節 過疎地域医療における理念の実現と自治体病院の課題

第4章 過疎地域医療における理念の実現に向けた自治体病院の今後

第1節 過疎地域医療における理念

第2節 理念の実現における問題点

第3節 理念の実現は可能であるか

第4節 理念の実現に向けた取組

おわりに

第3章 過疎地域医療における自治体病院の現状と課題

第1節 自治体病院における経営・財政分析

ここでは、地方公営企業年鑑等におけるデータに基づき、本論文で定義づけた過疎地域に設置されている自治体病院（国保病院を含む）を取り上

げ実証分析を行っている⁽⁸⁸⁾。分析対象項目は「公立病院改革プラン」で採用されている、経常収支比率、職員給与費対医業収益比率、病床利用率の3つの必須項目だけでなく、本節では、医業収支比率、他会計繰入金対医業収益比率を加え自治体病院における総論的な経営・財政分析を行い、各論としての詳細な分析は次節以降で行っている⁽⁸⁹⁾。なお、本論文で使用している病院名は地方公営企業年鑑（第58集）に掲載されている病院名である。

第1款 経常収支比率分析

表1から、経常収支比率分析において、その比率の高い上位5つの病院は、いずれも西日本の自治体病院となっている。具体的には、最も比率が高いのは国保総合医療センター（熊本県水俣市）である。以下、美作市立大原病院（岡山県美作市）、町立病院（福岡県川崎町）、市立野村病院（愛媛県西予市）、山都町立国民健康保険蘇陽病院（熊本県山都町）となっており、いずれも100%を上回っている。

一方、経常収支比率が最も低いのは市立病院（島根県大田市）であり、以下、丸森町国民健康保険丸森病院（宮城県丸森町）、市立病院（北海道深川市）、国保病院（北海道木古内町）、新ひだか町立静内病院（北海道新ひだか町）等となっている。

このように、経常収支比率において過疎地域の自治体病院を把握すると、上位5つの病院はいずれも西日本の自治体病院である一方で、下位5つの病院では北海道・東北地方の病院が4つ該当している。なお本分析では、経常収支比率が高い病院の上位に熊本県の自治体病院が2つ入っていることが注目される。

表1 経常収支比率 (単位：%)

| 上位 | 病院名 | 自治体名 | 下位 | 病院名 | 自治体名 |
|----|---------------------------|--------------|----|-------------------------|------------------|
| 1 | 国保総合医療センター (114.3) | 水俣市 (熊本県) | 1 | 市立病院 (75.9) | 大田市 (島根県) |
| 2 | 美作市立大原病院 (112.6) | 美作市 (岡山県) | 2 | 丸森町国民健康保険丸森病院 (86.6) | 丸森町 (宮城県) |
| 3 | 町立病院 (112.1) | 川崎町 (福岡県) | 3 | 市立病院 (86.7) | 深川市 (北海道) |
| 4 | 市立野村病院 (110.2) | 西予市 (愛媛県) | 4 | 国保病院 (87.5) | 木古内町 (北海道) |
| 5 | 山都町立国民健康保険蘇陽病院 (109.6) | 山都町 (熊本県) | 5 | 新ひだか町立静内病院ほか (87.9) | 新ひだか町ほか (北海道) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数字は経常収支比率をあらわしている。

注2：経常収支比率とは、経常収益（医業収益+医業外収益）／経常費用（医業費用+医業外費用）×100のことである。

注3：上位5位の山都町立国民健康保険蘇陽病院は、平成24年・11月より山都町包括医療センターそよう病院に病院名が変更されている。

注4：下位5位には、あさひ総合病院（富山県朝日町）も該当している。

第2款 職員給与費対医業収益比率分析

表2から、職員給与費対医業収益比率分析において、その比率が最も高いのは市立病院（長崎県西海市）である。以下、遠別町立国保病院（北海道遠別町）、国保病院（北海道天塩町）、報徳病院（三重県大台町）、豊富町国民健康保険病院（北海道豊富町）となっている。

一方、職員給与費対医業収益比率が最も低いのは、市立病院（宮崎県えびの市）で、以下、中央病院（青森県鯉ヶ沢町）、国保病院（岡山県鏡野町）、市立病院（北海道留萌市）、市立病院（山口県美弥市）となっている。

職員給与費対医業収益比率分析においては、東日本と西日本の明確な相違はみられないが、この比率が100%以上になっている自治体病院は、基本的に、医業収益（病院の本業）で人件費を賄うことができていない状況を意味する。その意味において、該当する自治体病院は相当の経営改善努力が必要と考えられる。民間企業であれば、このような状況で企業が存続していくことは基本的に不可能と考えられる。したがって、過疎化が進む

不採算地域における自治体病院経営について、職員給与費対医業収益比率が100%を上回らない努力は必要と考えられる。また、そのための取組は、不採算地域における自治体病院による最低限の経営努力とも考えることができ、それを実現する具体策が必要不可欠といえよう⁽⁹⁰⁾。

表2 職員給与費対医業収益比率 (単位：%)

| 上位 | 病院名 | 自治体名 | 下位 | 病院名 | 自治体名 |
|----|------------------------|--------------|----|----------------|---------------|
| 1 | 市立病院 (191.8) | 西海市 (長崎県) | 1 | 市立病院 (35.7) | えびの市 (宮崎県) |
| 2 | 遠別町立国保病院 (112.3) | 遠別町 (北海道) | 2 | 中央病院 (42.4) | 鱒ヶ沢町 (青森県) |
| 3 | 国保病院 (105.4) | 天塩町 (北海道) | 3 | 国保病院 (43.6) | 鏡野町 (岡山県) |
| 4 | 報徳病院 (104.7) | 大台町 (三重県) | 4 | 市立病院 (44.1) | 留萌市 (北海道) |
| 5 | 豊富町国民健康保険病院 (104.4) | 豊富町 (北海道) | 4 | 市立病院 (44.1) | 美祢市 (山口県) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数字は職員給与費対医業収益比率をあらわしている。

注2：職員給与費対医業収益比率とは、職員給与費/医業収益×100のことである。

第3款 病床利用率分析

表3から、病床利用率分析において、その比率が最も高いのは門別国保病院（北海道日高町）で利用率は100.6%となっている⁽⁹¹⁾。以下、市立宇和島病院（愛媛県宇和島市）、北広島町豊平病院（広島県北広島町）、国民健康保険平戸市民病院（長崎県平戸市）、国保病院（愛媛県久万高原町）となっている。

一方、病床利用率が最も低いのは黒松内町国民健康保険病院（北海道黒松内町）で、その利用率は28.3%にとどまっている。以下、国保病院（北海道京極町）、国保病院（宮崎県諸塚村）、国保病院（北海道中頓別町）、高野山病院（和歌山県高野町）となっている。

病院経営の本業でもある病床利用率の低迷には、医師数、診療科目等を

含めた、何らかの相互関連があるものといえよう。

表3 病床利用率 (単位：%)

| 上位 | 病院名 | 自治体名 | 下位 | 病院名 | 自治体名 |
|----|------------------------|----------------|----|------------------------|---------------|
| 1 | 門別国保病院 (100.6) | 日高町 (北海道) | 1 | 黒松内町国民健康保険病院 (28.3) | 黒松内町 (北海道) |
| 2 | 市立宇和島病院 (97.2) | 宇和島市 (愛媛県) | 2 | 国保病院 (29.6) | 京極町 (北海道) |
| 3 | 北広島町豊平病院 (95.5) | 北広島町 (広島県) | 3 | 国保病院 (29.7) | 諸塚村 (宮崎県) |
| 4 | 国民健康保険平戸市民病院 (95.2) | 平戸市 (長崎県) | 4 | 国保病院 (31.2) | 中頓別町 (北海道) |
| 5 | 国保病院 (93.4) | 久万高原町 (愛媛県) | 5 | 高野山病院 (31.8) | 高野町 (和歌山県) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数字は病床利用率をあらわしている。

注2：ここでいう病床利用率は、一般病床、療養病床等を含めた合計の病床利用率である。

第4款 医業収支比率分析

ここで分析する医業収支比率とは、医業費用に対する医業収益の比率のことである。したがって、医業収支比率が高いほど病院業務の本業（病院における医療の実施に係る収益性）において効率的な病院経営が行われているものと考えられる。その意味において、設置自治体からの繰入金に依存する経常収支比率分析に比べ、病院における収益性をみる上で、医業収支比率分析の方がより重要といえる。

表4から、医業収支比率分析において、その比率が最も高いのは国保総合医療センター（熊本県水俣市）である。以下、町立病院（福岡県川崎町）、市立野村病院（愛媛県西予市）、上天草総合病院（熊本県上天草市）、町立病院（福岡県鞍手町）となっている。ここでは、上位5つの自治体病院のすべてが西日本の病院となっており、再び、熊本県の自治体病院が2つ登場していることも注目すべき点といえる。

一方、医業収支比率が最も低いのは市立病院（長崎県西海市）であり、

その比率は36.9%と50%を大きく下回っている。以下、豊富町国民健康保険病院（北海道豊富町）、遠別町立国保病院（北海道遠別町）、国保病院（北海道天塩町）、国保病院（北海道雄武町）となっている。

ここで注目されるのが、上位5つの自治体病院のうち4つが九州の自治体病院であること。一方、下位5つの自治体病院のうち、4つが北海道の自治体病院であることは、今後の過疎地域における自治体病院の経営・財政分析を進める上で特徴的な傾向であるものと考えられる。

表4 医業収支比率 (単位：%)

| 上位 | 病院名 | 自治体名 | 下位 | 病院名 | 自治体名 |
|----|-----------------------|---------------|----|-----------------------|--------------|
| 1 | 国保総合医療センター (114.5) | 水俣市 (熊本県) | 1 | 市立病院 (36.9) | 西海市 (長崎県) |
| 2 | 町立病院 (110.2) | 川崎町 (福岡県) | 2 | 豊富町国民健康保険病院 (50.1) | 豊富町 (北海道) |
| 3 | 市立野村病院 (107.8) | 西予市 (愛媛県) | 3 | 遠別町立国保病院 (56.7) | 遠別町 (北海道) |
| 4 | 上天草総合病院 (104.0) | 上天草市 (熊本県) | 4 | 国保病院 (58.3) | 天塩町 (北海道) |
| 5 | 町立病院 (103.8) | 鞍手町 (福岡県) | 5 | 国保病院 (61.6) | 雄武町 (北海道) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数字は医業収支比率をあらわしている。

注2：医業収支比率とは、医業収益/医業費用×100のことである。

第5款 他会計繰入金対医業収益比率分析

最後に分析する他会計繰入金対医業収益比率⁽⁹²⁾とは、医業収益に対する他会計繰入金の比率のことである。実は、先にみた医業収支比率を算出する際にも、医業収益につき「その他の収益」として自治体病院には設置自治体からの繰入金が存在している（設置自治体からみると自治体病院への繰出金）。ただ、他会計繰入金対医業収益比率は、他会計繰入金対経常収益比率と比較して病院経営における自立性を考察する上で極めて重要な指標と考えられる。したがって、本論文では、他会計繰入金対医業収益比

率を取り上げて分析を行っている。

表5から、他会計繰入金対医業収益比率が最も高いのは市立病院（長崎県西海市）である。以下、豊富町国民健康保険病院（北海道豊富町）、国保病院（北海道天塩町）、遠別町立国保病院（北海道遠別町）、町立病院（北海道池田町）となっている。

一方、他会計繰入金対医業収益比率が最も低いのは国保勝浦病院（徳島県勝浦町）であり、以下、尾鷲総合病院（三重県尾鷲市）、国保病院（岡山県鏡野町）、国保総合医療センター（熊本県水俣市）、市立三次中央病院（広島県三次市）となっている。

ここで注目されることは、比率の高い上位5つの自治体病院のうち4つが北海道の自治体病院であること、そして、最も比率の高い自治体病院は市立病院（長崎県西海市）であるということである。

表5 他会計繰入金対医業収益比率 (単位：%)

| 上位 | 病院名 | 自治体名 | 下位 | 病院名 | 自治体名 |
|----|------------------------|--------------|----|---------------------|--------------|
| 1 | 市立病院 (183.2) | 西海市 (長崎県) | 1 | 国保勝浦病院 (0.8) | 勝浦町 (徳島県) |
| 2 | 豊富町国民健康保険病院 (130.5) | 豊富町 (北海道) | 2 | 尾鷲総合病院 (2.0) | 尾鷲市 (三重県) |
| 3 | 国保病院 (94.0) | 天塩町 (北海道) | 3 | 国保病院 (3.2) | 鏡野町 (岡山県) |
| 4 | 遠別町立国保病院 (89.2) | 遠別町 (北海道) | 4 | 国保総合医療センター (3.6) | 水俣市 (熊本県) |
| 5 | 町立病院 (73.6) | 池田町 (北海道) | 5 | 市立三次中央病院 (3.9) | 三次市 (広島県) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数字は他会計繰入金対医業収益比率をあらわしている。

注2：他会計繰入金対医業収益比率とは、他会計繰入金/医業収益×100のことである。

第2節 主成分分析による自治体病院のグループ化

ここでは、前節の分析を踏まえ、主成分分析に基づき主成分得点を求め、その上で、本論文で対象としている自治体病院を4つのグループに類型化

している。本節の分析で重要なことは、使用するデータ項目の選択についてである。本論文で使用しているデータは地方公営企業年鑑（病院事業）のデータであり、そこには数多くのデータ項目が存在している。このうち、本節では、自治体病院本業の実力を把握する意味から医業収支比率を重視している。したがって、本節では、医業収支比率、外来と入院それぞれの診療収入等の項目を採用して分析を行っている。その意味から、本分析における自治体病院のグループ化は、自治体病院の医業収支比率に対応する歳入項目を軸にして、どの自治体病院がどのようなポジションに位置しているのか、また、どのような問題が生じているのかを浮き彫りにしていく上で重要である。なお、本節における図は自治体病院を設置している自治体名を表示している。

本分析では、医業収支比率、患者1人1日当たり診療収入（外来）、患者1人1日当たり診療収入（入院）の3つの項目を使用して自治体病院をグループ化している⁽⁹³⁾。

主成分分析の結果、横軸（第1主成分）には、上記3つの項目が総合的に強い自治体病院がプラス側になり、逆に、強くない自治体病院がマイナス側に位置するものと考えられる⁽⁹⁴⁾。したがって、横軸は医療における総合力（収入力）を把握する意味で重要となる。縦軸（第2主成分）は、患者1人1日当たり診療収入（外来）が強い自治体病院はプラス側で、患者1人1日当たり診療収入（入院）が強い自治体病院はマイナス側となっている。したがって、これらの組合せから自治体病院（自治体名で表記）を4つのグループに類型化することができる。

すなわち、第1象限は全体としての診療収入に強く、どちらかといえば外来においてより多くの診療収入を得ている自治体病院のグループといえる。第2象限は全体としての診療収入は強くないが、どちらかといえば外来においてより多くの診療収入を得ている自治体病院のグループといえる。

第3象限は全体としての診療収入は強くないが、その診療収入はどちらかといえば入院に依存している自治体病院のグループといえる。最後の第4象限は全体としての診療収入が強く、その診療収入はどちらかといえば入院においてより多くの診療収入を得ている自治体病院のグループといえる。この点は病床数の多寡、自治体の人口規模等も影響しているものと考えられる。

より具体的に、「北海道ブロック」、「東北・関東・中部ブロック」、「近畿・中国・四国ブロック」、「九州ブロック」に区分して、自治体病院のグループ化について詳細に分析していくことにする。

まず、北海道ブロック（図1）では、横軸のプラス側に位置している自治体病院のうち数値が高いのは市立の病院が多いことがわかる。このうち、第1象限では小樽市の自治体病院、そして、第4象限では砂川市、名寄市、留萌市、稚内市等の自治体病院で診療収入力が高いことがわかる。砂川市の自治体病院の病床数は521床であり、かなりの数を有していることから病院経営（病床数からみたもの）における規模の経済が働いているものと考えられる。これに対し、横軸のマイナス側に位置している自治体病院のうち数値が高いのは豊富町、遠別町、天塩町等による設置病院である。これらの自治体病院は、先に行った「医業収支比率分析」や「他会計繰入金対医業収益比率分析」において判明していた「経営・財政」的に弱い自治体病院の代表ともいえるものである。そしてこの分類から、第3象限に位置する自治体が設置している自治体病院群は、診療収入力が弱い、その収入はどちらかといえば入院に依存する面が強く、その意味から、このグループにおいて病床数の削減といった対応は、今後の自治体病院経営にとって大きな影響を被るものと考えられる。したがって、この図においては、第3象限に位置する自治体が設置している自治体病院は入院という手段がなくなっていけば、今後さらに「経営・財政」的に弱くなるものと考えら

れる。

つぎの東北・関東・中部ブロック（図2）でも、横軸のプラス側に位置している自治体病院のうち数値の高いのは市立の病院が多いことがわかる。このうち、第1象限では珠洲市、尾鷲市の自治体病院、そして、第4象限では輪島市の設置する自治体病院の診療収入力が高いことがわかる。もちろん、第2象限にある魚沼市の設置する自治体病院は横軸との関連で考察すると診療収入力が弱く、また、縦軸との関連で考察すると外来と入院との関連では、どちらかといえば、外来に依存する自治体病院と把握することができる。このブロックのなかでは、大台町の設置する報徳病院が医業収支比率において最もその比率が低くなっており、その結果が主成分分析においても現れてるいる。

こんどは、近畿・中国・四国ブロック（図3）をみていくことにする。このブロックでも横軸のプラス側に位置している自治体病院のうち数値の高いのは、やはり、市立の病院が多い。このうち、第1象限では、大洲市、そして、第4象限では、三次市、宇和島市、新宮市等の設置する自治体病院の診療収入力が高いことがわかる。

最後の九州ブロック（図4）でも傾向は同じで、横軸のプラス側に位置している自治体病院のうち数値の高いのは市立の病院が多いことがわかる。したがって、人口数等における病院経営に対する規模の経済が働いているものと考えられる。その一方で、たとえば、九州ブロックでみても、横軸のマイナス側に位置している市立の病院が存在する。その代表例として西海市の自治体病院があげられる。ちなみに、西海市の設置する自治体病院は、分析対象自治体病院のなかで医業収支比率が最も低くなっており、また、他会計繰入金対医業収益比率は最も高くなっている自治体病院である。

以上みてきたように、本分析では、診療収入面に関して自治体病院を4つのグループに分類することができた⁽⁹⁵⁾。先にも整理した通り、第1象

図2 東北・関東・中部ブロック

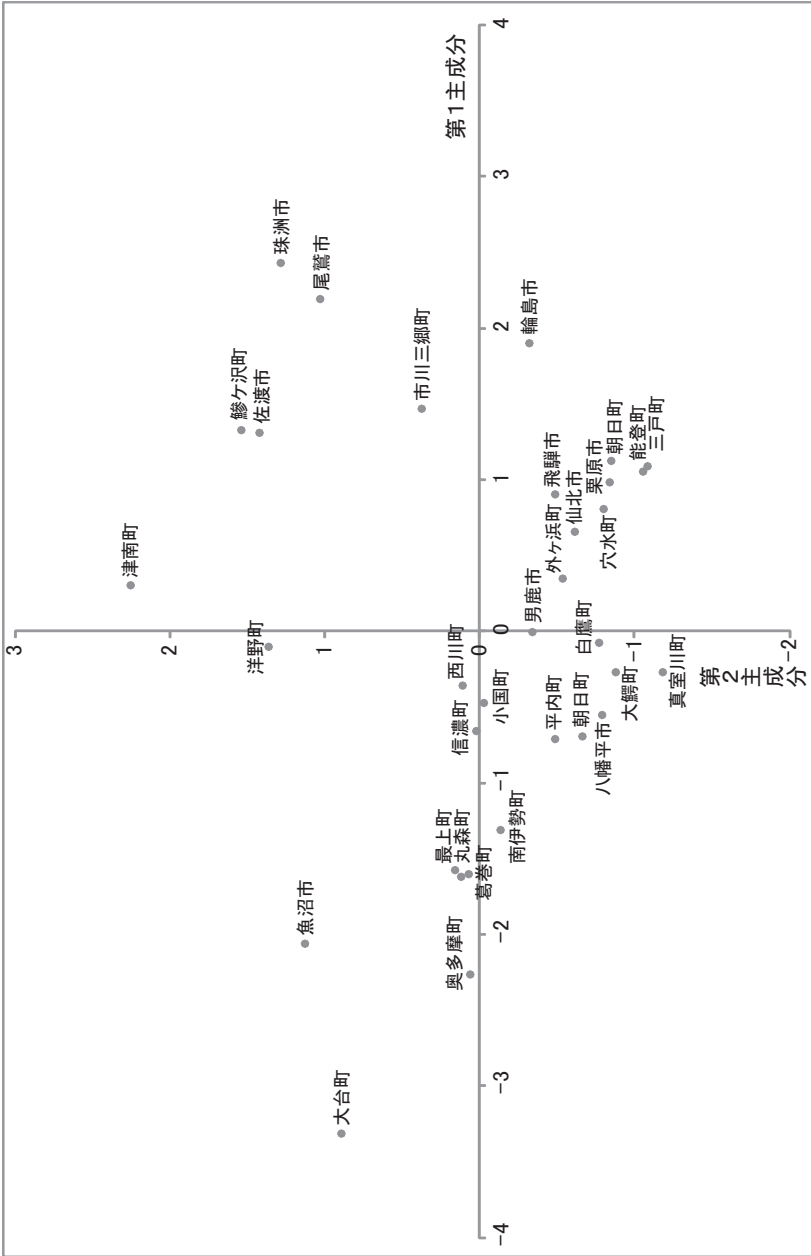


図3 近畿・中国・四国ブロック

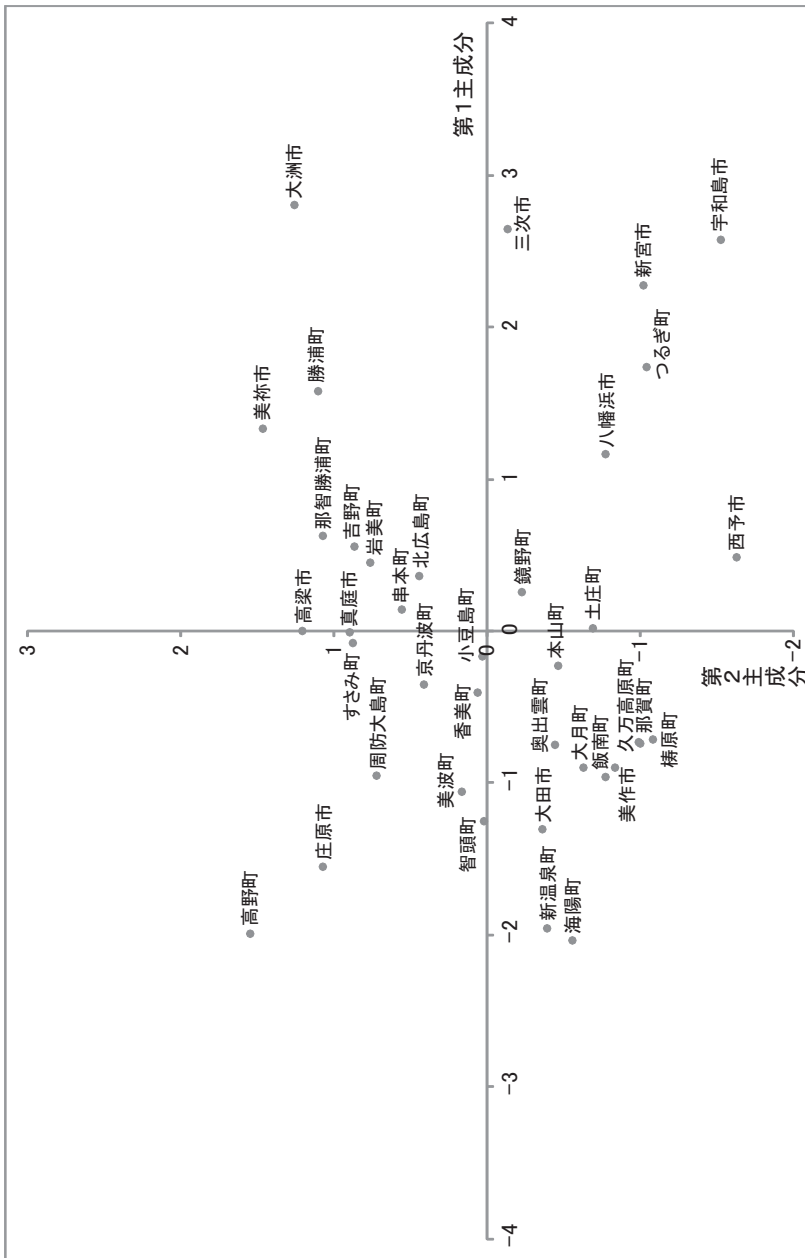
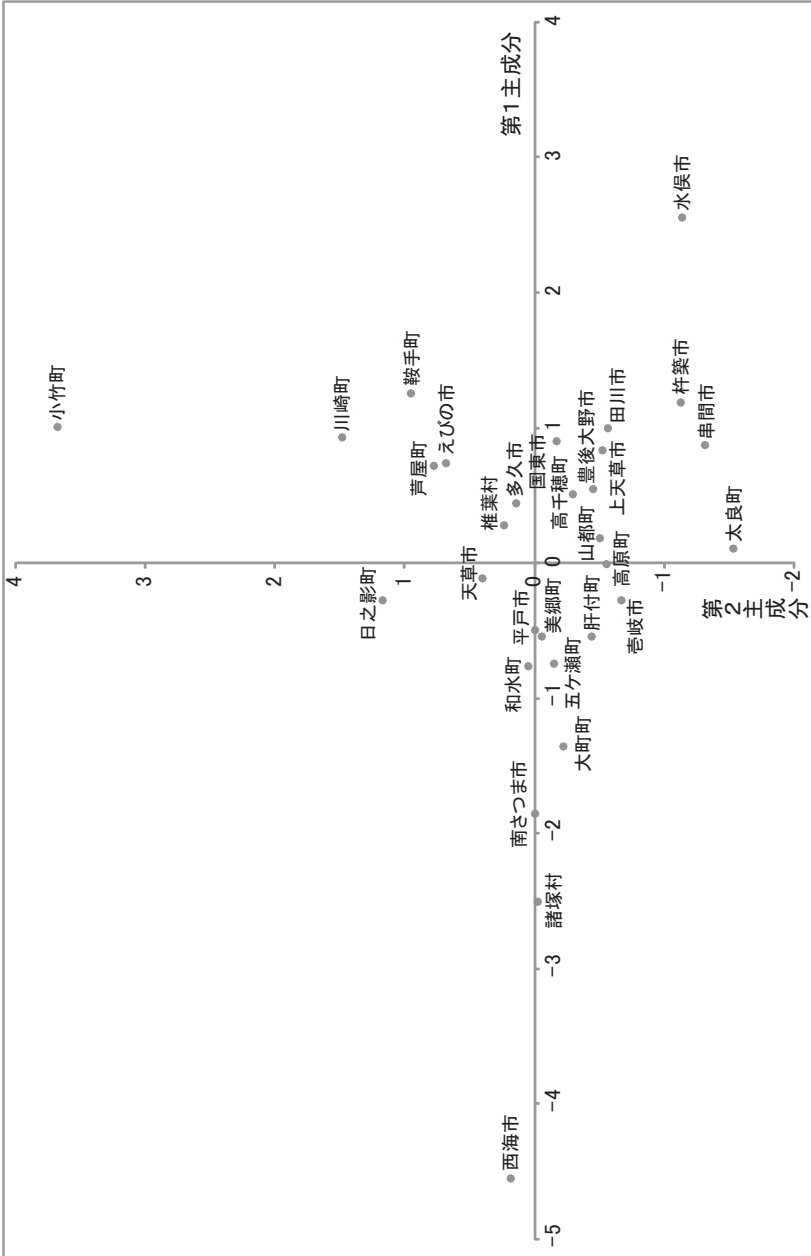


図4 九州ブロック



限は全体としての診療収入に強く、どちらかといえば外来においてより多くの診療収入を得ている自治体病院のグループといえる。第2象限は全体としての診療収入は強くないが、どちらかといえば外来においてより多くの診療収入を得ている自治体病院のグループといえる。第3象限は全体としての診療収入は強くないが、その診療収入はどちらかといえば入院に依存している自治体病院のグループといえる。最後の第4象限は全体としての診療収入は強く、その診療収入はどちらかといえば入院においてより多くの診療収入を得ている自治体病院のグループといえるものである。

第3節 ケーススタディ

ここでは、これまでの分析において特徴的な自治体病院を各ブロックから選び、それぞれの特徴を浮き彫りにしつつ自治体病院の経営・財政分析をケーススタディとして行っている。対象となる自治体病院について、北海道ブロックは豊富町国民健康保険病院（北海道豊富町）、東北・関東・中部ブロックは報徳病院（三重県大台町）、近畿・中国・四国ブロックは国保栲原病院（高知県栲原町）、そして、九州ブロックは市立病院（長崎県西海市）と国保総合医療センター（熊本県水俣市）である。

第1款 豊富町国民健康保険病院（北海道豊富町）の特徴

まずは、北海道ブロックから豊富町国民健康保険病院を取り上げることにする。豊富町は、北海道最北端の稚内市に隣接する人口4,394人の自治体である。その豊富町が設置している自治体病院が豊富町国民健康保険病院である。

表6からわかるとおり、職員給与費対医業収益比率では100%を超えており、医業収益だけでは「人件費」を賄えない状況となっている。病床利

用率も低く、患者1人1日当たり診療収入においては外来・入院ともに分析対象自治体病院の平均値の約半分程度にとどまっている。こうした歳入面の弱さがある一方で、医師・看護師の給与額は分析対象自治体病院の平均値を大きく上回っている。加えて、医師・看護師の平均経験年数も長くなっていることから職員給与費が増大する構造になっていることがわかる。

実は、そのほかの北海道の自治体によって設置されている自治体病院においても、医師・看護師の給与額がその他のブロックと比較して相対的に高くなっている。こうした費用構造は北海道における自治体病院の特徴点と考えられる。

また、豊富町国民健康保険病院は、他会計繰入金対医業収益比率で130.5%となっており、設置自治体からの繰入金（自治体病院からみれば繰入金で、設置自治体からみると繰出金）に大きく依存している経営・財政構造となっている。ただ、こうした資金があるからこそ自治体病院の存続が可能となっているものと考えられることから、この繰入金に関する今後のあり方が、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で重要となるものといえる。

表6 豊富町国民健康保険病院（北海道豊富町）

| 経常収支比率 | 職員給与費対医業収益比率 | 病床利用率（計） | 医業収支比率 |
|----------------------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| 103.8% (99.8%) | 104.4% (64.4%) | 51.3% (70.3%) | 50.1% (85.6%) |
| 他会計繰入金対医業収益比率 | 病床数（計） | 患者1人1日当たり診療収入（外来） | 患者1人1日当たり診療収入（入院） |
| 130.5% (28.2%) | 54床 (118床) | 4,290円 (8,326円) | 12,782円 (23,570円) |
| 医師給与（計） | 医師平均経験年数 | 看護師給与（計） | 看護師平均経験年数 |
| 3,216,083円 (1,737,342円) | 29年 (20年) | 547,291円 (450,415円) | 24年 (18年) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数値については、各項目の上段の数値が当該病院の数値であり、下段のカッコのなかの数値は分析対象自治体病院における平均値である。

第2款 報徳病院（三重県大台町）の特徴

つぎに、東北・関東・中部ブロックから報徳病院を取り上げることにする。報徳病院を設置している三重県大台町は、奈良県に隣接する人口10,546人の自治体である。この報徳病院は本ブロックのなかで医業収支比率が最も低い自治体病院である。

表7からわかるとおり、報徳病院においても職員給与費対医業収益比率が100%を超えている。また、病床数が30床と少なく、患者1人1日当たり診療収入でも外来・入院ともに分析対象自治体病院の平均値を大きく下回っていることから、病院経営における収入面の弱さが特徴的である。こうした自治体病院が今後も持続的に病院経営を続けるためには、どうしても、設置自治体からの財政支援が必要になるわけで、その財源のあり方が地方交付税に依存していくのか、あるいは、各地域独自の財源調達手段があるのかは、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で重要と考えられる。

表7 報徳病院（三重県大台町）

| 経常収支比率 | 職員給与費対医業収益比率 | 病床利用率（計） | 医業収支比率 |
|----------------------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| 97.5% (99.8%) | 104.7% (64.4%) | 76.5% (70.3%) | 65.9% (85.6%) |
| 他会計繰入金対医業収益比率 | 病床数（計） | 患者1人1日当たり診療収入（外来） | 患者1人1日当たり診療収入（入院） |
| 46.8% (28.2%) | 30床 (118床) | 5,988円 (8,326円) | 14,919円 (23,570円) |
| 医師給与（計） | 医師平均経年数 | 看護師給与（計） | 看護師平均経年数 |
| 1,464,722円 (1,737,342円) | 18年 (20年) | 469,121円 (450,415円) | 22年 (18年) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数値については、各項目の上段の数値が当該病院の数値であり、下段のカッコのなかの数値は分析対象自治体病院における平均値である。

第3款 国保栲原病院（高知県栲原町）の特徴

こんどは、近畿・中国・四国ブロックから国保栲原病院を取り上げることとする。国保栲原病院を設置している高知県栲原町は、愛媛県に隣接する人口3,853人の自治体である。また、栲原町の財政力指数は0.10となっており、本論文における分析対象自治体のなかでは中頓別町（北海道）、幌加内町（北海道）とならび、その数値が最も低い自治体でもある。その意味において、今後の自治体病院のあり方を考察する上で重要と考えられる。

まず、表8からわかるとおり、国保栲原病院は、経常収支比率、医業収支比率ともに95%を超えており、特に、経常収支比率は100%超えている。ただ、この内実をみていくと、他会計繰入金対医業収益比率では22.7%となっており、設置自治体からの繰入金に支えられていることがわかる。もっとも、この数値は分析対象自治体病院の平均値よりも低いことから他会計繰入金の数値が突出しているということはない。

つぎに、職員給与費対医業収益比率をみると、分析対象自治体病院の平均値とほぼ同じとなっているが、今後は人件費削減等に係る一層の取組が求められてくるものといえる。ただ、職員給与費対医業収益比率を考察する際には注意が必要であった。すなわち、医業収益の側面と職員給与水準の側面（職員数・平均経験年数等も含む）が重層的に関連していることから、単純に職員給与費対医業収益比率の高低のみによって自治体病院経営の効率性を論じることはできないわけである。したがって、医業収益について繰入金に依存せずその数値を改善していき、その上で、病院職員の人件費等に対する支出の柔軟性を確保することが重要と考えられる。しかし、人口規模、医師数、病床数等を鑑みても簡単に医業収益の数値を改善することは困難ともいえる。実際、国保栲原病院における医療従事者の人件費

に係る数値（医師給与・看護師給与）は分析対象自治体病院の平均値よりも低くなっていることから、国保栲原病院としての経営努力の跡が伺い知れる。

そこで、医業収益に係る諸要因についてみていくことにしたい。国保栲原病院の病床数は30床と規模的には小さいが、病床利用率は平均値よりも高い。ただ、患者1人1日当たり診療収入においては外来・入院ともにその数値は分析対象自治体病院の平均値を下回っている。したがって、先にみた職員給与費対医業収益比率についても、一定数の職員の人件費を賄い、その上で、医業収益を高めたいにもかかわらず、国保栲原病院を取り巻く経営環境下では、その実現が困難なことがわかる。その結果、現状では、設置自治体である栲原町からの繰入金にある程度依存する病院経営となっていることがわかる。しかも、栲原町自体、財政力が弱いことに基づき財源の多くを地方交付税等に依存している状況でもある。なお、自治体の財政分析のところで判明するが、この栲原町は1人当たり地方債による財政収入が分析対象自治体のなかで最も多くなっている、という特徴がある。

表8 国保栲原病院（高知県栲原町）

| 経常収支比率 | 職員給与費対医業収益比率 | 病床利用率（計） | 医業収支比率 |
|----------------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| 107.1% (99.8%) | 64.2% (64.4%) | 81.1% (70.3%) | 95.2% (85.6%) |
| 他会計繰入金対医業収益比率 | 病床数（計） | 患者1人1日当たり診療収入（外来） | 患者1人1日当たり診療収入（入院） |
| 22.7% (28.2%) | 30床 (118床) | 5,149円 (8,326円) | 22,169円 (23,570円) |
| 医師給与（計） | 医師平均経年数 | 看護師給与（計） | 看護師平均経年数 |
| 1,510,950円 (1,737,342円) | 10年 (20年) | 438,021円 (450,415円) | 15年 (18年) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数値については、各項目の上段の数値が当該病院の数値であり、下段のカッコのなかの数値は分析対象自治体病院における平均値である。

第4款 市立病院（長崎県西海市）・国保総合医療センター（熊本県水俣市）の特徴

九州ブロックからは、市立病院（長崎県西海市）と国保総合医療センター（熊本県水俣市）を取り上げることにする。まずは長崎県西海市が設置していた市立病院から紹介する。長崎県西海市は人口31,410人の自治体であり、その行政区内に複数の島嶼部を含んでいる。

西海市立病院は、職員給与費対医業収益比率、そして、他会計繰入金対医業収益比率において、分析対象自治体病院のなかで最も数値が高くなっている。また、この自治体病院は、医業収支比率が分析対象自治体病院のなかで最も低くなっている。つまり、病院経営において診療収入のみではもはや持続的な経営は不可能と考えられる自治体病院のケースである。特に、表9からわかるとおり、患者1人1日当たり診療収入について、外来での診療収入が低いことがわかる。また、病床利用率も32.3%となっており、分析対象自治体病院の平均値を大きく下回っている。

しかし、西海市が設置していた市立病院は、これまで紹介してきた自治体病院とは立地条件等が異なっている。したがって、西海市が行政区域に離島等を含む条件のなか地域医療を確保するために財政支援していることは重要といえる。ただ、今日の財政難の折、いつまでも財政支援が続くとは限らないことから、地域住民が自らの負担増をも考慮した持続可能な病院経営のあり方も必要になると考えられる。

なお、本病院は平成23年4月1日より、社会福祉法人福医会に民間移譲されている。

表9 市立病院（長崎県西海市）

| 経常収支比率 | 職員給与費対医業収益比率 | 病床利用率（計） | 医業収支比率 |
|----------------------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| 103.9% (99.8%) | 191.8% (64.4%) | 32.3% (70.3%) | 36.9% (85.6%) |
| 他会計繰入金対医業収益比率 | 病床数（計） | 患者1人1日当たり診療収入（外来） | 患者1人1日当たり診療収入（入院） |
| 183.2% (28.2%) | 54床 (118床) | 3,249円 (8,326円) | 14,094円 (23,570円) |
| 医師給与（計） | 医師平均経験年数 | 看護師給与（計） | 看護師平均経験年数 |
| 1,344,353円 (1,737,342円) | 10年 (20年) | 486,667円 (450,415円) | 19年 (18年) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数値については、各項目の上段の数値が当該病院の数値であり、下段のカッコのなかの数値は分析対象自治体病院における平均値である。

ケーススタディの最後は、熊本県水俣市が設置する国保総合医療センターを紹介する。この国保総合医療センターは、医業収支比率において分析対象自治体病院のなかで最も高い数値の自治体病院である。つまり、先にみた長崎県西海市の市立病院とは正反対の経営状況となっている自治体病院である。

表10からわかるとおり、本病院は病床数が多く、結果として、患者1人1日当たり診療収入は外来・入院ともに分析対象自治体病院の平均値を上回っている。とりわけ、入院における数値が高くなっていること、そして、病床数が多いにもかかわらず病床利用率が平均値を上回っていることなど自治体病院経営における規模の経済が働いているケースと考えられる。また、医師給与については分析対象自治体病院の平均値を下回っており、職員給与費対医業収益比率も50%を下回っていることも特徴的である。

水俣市の人口は27,453人であることから、大規模都市のように多数の外来患者を見込めるわけではないが、その一方で病床数の多さ、そして、患者1人1日当たり診療収入（入院）が診療収入に占める割合を高くしているケースといえよう。このケースは、今後の自治体病院間の統合やネットワーク構築等を考察していく上で重要と考えられる。つまり、病床数の多

い過疎地域の基幹病院を核にし、その周辺病院とのネットワーク構築において、自治体病院の経営・財政分析を踏まえた今後のあり方を議論していくことが重要と考える。

表10 国保総合医療センター（熊本県水俣市）

| 経常収支比率 | 職員給与費対医業収益比率 | 病床利用率（計） | 医業収支比率 |
|----------------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| 114.3% (99.8%) | 45.6% (64.4%) | 75.1% (70.3%) | 114.5% (85.6%) |
| 他会計繰入金対医業収益比率 | 病床数（計） | 患者1人1日当たり診療収入（外来） | 患者1人1日当たり診療収入（入院） |
| 3.6% (28.2%) | 417床 (118床) | 9,272円 (8,326円) | 36,483円 (23,570円) |
| 医師給与（計） | 医師平均経験年数 | 看護師給与（計） | 看護師平均経験年数 |
| 1,254,572円 (1,737,342円) | 16年 (20年) | 466,272円 (450,415円) | 18年 (18年) |

出所：総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に基づき作成。

注1：表中の数値については、各項目の上段の数値が当該病院の数値であり、下段のカッコのなかの数値は分析対象自治体病院における平均値である。

その意味において、先にみた国保梶原病院を設置している高知県梶原町に類似するような財政力が弱く、しかも人口規模の小さな自治体では、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現していくためにはいくつもの課題があるものと考えられる。そこで、これまでの分析を踏まえ、本論文における主要な課題を以下に整理している。

- (1) 自治体病院経営における繰入金継続の有無。
- (2) そのための財源を主に地方交付税等に依存し続けることの有無。
- (3) 自らの医業収益を高める要素が自治体病院本体に備わっていないこと（診療科目数、医師数、病床数、人口規模等）。
- (4) 医業収支比率を高める上で、人件費、とりわけ、医師、看護師、准看護師、事務職等を含めて、賃金水準と平均経験年数との関連性を考慮に入れた雇用形態のあり方を構築していくこと。
- (5) 上記に関連して、従来型の意思決定にこだわらず、自治体病院を存続していくために民間的手法を積極的に導入し、とりわけ病院経

営におけるガバナンスのあり方の変更が必要になると考えられること。

- (6) これまでの分析でも明らかとなったように、診療科目数、医師数、病床数等は医業収支比率を高める上で重要となるが、過疎地域において医師が定着しない問題への対応が重要になっていること。
- (7) 過疎地域医療における医師の確保については、従来から医療政策論等でも論じられることが多いが、現状では、医師確保に対する、より具体的かつ大胆な立法化が必要不可欠な状況にあると考えられること。
- (8) 人口の少ない過疎地域における自治体病院は、患者数や病床数等において限界もあるが、地域住民に対する地域行政の一環として設置自治体による積極的な過疎地域医療への取組が必要不可欠になっていること。
- (9) そのために、設置自治体は自治体病院を持続的に支えていく負担のあり方を地域住民と連携して考えていかなければならないこと。

もちろん、ここで提示した項目が課題のすべてではなく、これまでのケーススタディの整理をうけた総論的課題といえる。本論文では、こうした総論的課題を踏まえ、より具体的に、自治体病院を支える自治体財政の現状について、次節以降で分析していくことになるが、これまで論じたように、本論文の問題関心は、過疎地域医療における理念が実現されるためには、わが国において「何が問題」で、また、「この理念は実現可能であるのか」、さらには、理念の実現のためには「何をしなければならないのか」ということについて論じることであった。そして、こうした問題関心に基づき、本論文の目的は、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」について、その理念と現実の乖離がどこにあり、またそれは何で、さらには、その乖離をなくしていくための方法とは何かを模索する取組で

あった。

このように、本論文における問題関心及び目的に基づくならば、自治体病院の経営・財政分析に加え、自治体病院を実際に設置している自治体の財政状況を分析しておくことが極めて重要と考えられる。

第4節 自治体病院を支える自治体財政の現状

ここでは、市町村別決算状況調におけるデータに基づき、先に分析対象とした自治体病院を設置している自治体を取り上げて分析を行っている⁽⁹⁶⁾。分析対象項目は、①人口規模、②財政力指数、③1人当たり地方税収入、④1人当たり地方交付税収入（総額）、⑤1人当たり地方債収入、⑥1人当たり病院事業会計への繰出金を取り上げ、自治体病院経営との関連で自治体財政の現状を整理している。なお、本節では自治体財政の現状を把握する意味から表中の表記については自治体名、自治体病院名の順となっている。

第1款 自治体の人口規模

まずは、本論文で対象とした自治体病院を設置している自治体の人口規模から整理していくことにする。

表11からもわかるとおり、最大が人口約13万人の自治体、そして、最小が人口2千人に満たない自治体と、自治体の人口規模には大きな違いがある。そして、このような違いがあるなかで、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現していくことは、各自治体の財政力の観点からみても極めて困難であることがわかる。

表11 自治体の人口規模 (単位：人)

| 上位 | 自治体名 | 病院名 | 下位 | 自治体名 | 病院名 |
|----|------------------------|------------|----|--------------------------|------------------|
| 1 | 小樽市(北海道) (131,744人) | 小樽病院 | 1 | 幌加内町(北海道) (1,712人) | 国保病院 |
| 2 | 天草市(熊本県) (91,653人) | 天草市立牛深市民病院 | 2 | 諸塚村(宮崎県) (1,969人) | 国保病院 |
| 3 | 宇和島市(愛媛県) (85,791人) | 市立宇和島病院 | 3 | 中頓別町(北海道) (1,993人) | 国保病院 |
| 4 | 栗原市(宮城県) (76,202人) | 栗原市立栗原中央病院 | 4 | 猿払村(北海道) (2,805人) | 国保病院 |
| 5 | 佐渡市(新潟県) (63,324人) | 佐渡市立両津病院 | 5 | 遠別町・滝上町(北海道) (3,067人) | 遠別町立国保病院 国保病院 |

出所：総務省編『市町村別決算状況調（平成22年度決算）』に基づき作成。

注1：人口規模については上記資料による平成23年3月31日現在の住民基本台帳搭載人口である。

第2款 財政力指数

先にみた人口規模の整理を受け、ここでは、自治体における財政力指数について整理していくことにする。

表12からもわかるように、財政力指数が最も高い自治体は鞍手町（福岡県）となっており、以下、小樽市（北海道）、男鹿市（秋田県）、信濃町（長野県）、奥多摩町（東京都）等が続いている。

これに対し、財政力指数が最も低い自治体は中頓別町（北海道）、幌加内町（北海道）、梶原町（高知県）で、その数値は0.10となっている。以下、滝上町（北海道）、遠別町（北海道）等が続いている。北海道と高知県の自治体が下位5つを独占していることが特徴的である。

財政力指数の低い自治体は人口規模も小さな自治体が主であり、財政力が弱い下位5つの自治体の人口規模では梶原町の人口が3,853人で最大となっている。こうした人口規模の小さな自治体が独自財源によって自治体病院を経営していくことは極めて困難と考えられる。したがって、過疎地域医療の確保に係る自治体病院の存続において、その理念の実現に対する大きな課題として財源問題、そして、それを支える交付税措置のあり方が

重要である。併せて、各地域独自の財源調達方法を考えていくことも重要と考えられる。

表12 財政力指数

| 上位 | 自治体名 | 病院名 | 下位 | 自治体名 | 病院名 |
|----|-----------------------|-----------|----|----------------------|------------|
| 1 | 鞍手町(福岡県) (0.47) | 町立病院 | 1 | 中頓別町(北海道) (0.10) | 国保病院 |
| 2 | 小樽市(北海道) (0.46) | 小樽病院 | 1 | 幌加内町(北海道) (0.10) | 国保病院 |
| 3 | 男鹿市(秋田県) (0.42) | 男鹿みなと市民病院 | 1 | 梶原町(高知県) (0.10) | 国保梶原病院 |
| 3 | 信濃町(長野県) (0.42) | 信越病院 | 4 | 滝上町(北海道) (0.12) | 国保病院 |
| 5 | 奥多摩町(東京都)ほか (0.41) | 奥多摩病院ほか | 5 | 遠別町(北海道)ほか (0.13) | 遠別町立国保病院ほか |

出所：総務省編『市町村別決算状況調（平成22年度決算）』に基づき作成。

注1：上位・下位の5位には複数の自治体が該当しているがここでは奥多摩町と遠別町を掲載している。

第3款 1人当たり地方税収入

先にみた財政力指数に続き、ここでは1人当たり地方税収入について整理していくことにする。

表13からもわかるように、1人当たり地方税収入の多い上位5自治体は、多い順に、鏡野町（岡山県）、奥多摩町（東京都）、椎葉村（宮崎県）、北広島町（広島県）、猿払村（北海道）となっている。ここでは、人口数が大きく影響しているわけではなく、北海道の村も登場している。これらの自治体における特徴は、比較的、1人当たり市町村民税・法人分が多くなっていることであり、こうした特徴によって1人当たり地方税収入が多くなっているものと考えられる。

これに対し、1人当たり地方税収入が最も少ない自治体は大月町（高知県）であり、以下、五ヶ瀬町（宮崎県）、洋野町（岩手県）、川崎町（福岡県）、山都町（熊本県）と続いている。ここでは、北海道の自治体が含まれていないこと、また、東北地方の洋野町（岩手県）が入っているものの、

その他は四国や九州の自治体で占められていることも特徴的である。

表13 1人当たり地方税収入 (単位：円)

| 上位 | 自治体名 | 病院名 | 下位 | 自治体名 | 病院名 |
|----|-------------------------|-------------|----|------------------------|----------------|
| 1 | 鏡野町(岡山県) (165,683円) | 国保病院 | 1 | 大月町(高知県) (56,094円) | 国保大月病院 |
| 2 | 奥多摩町(東京都) (140,346円) | 奥多摩病院 | 2 | 五ヶ瀬町(宮崎県) (57,206円) | 国保病院 |
| 3 | 椎葉村(宮崎県) (135,895円) | 椎葉村国民健康保険病院 | 3 | 洋野町(岩手県) (58,980円) | 国保種市病院 |
| 4 | 北広島町(広島県) (135,703円) | 北広島町豊平病院 | 4 | 川崎町(福岡県) (59,255円) | 町立病院 |
| 5 | 猿払村(北海道) (134,983円) | 国保病院 | 5 | 山都町(熊本県) (60,224円) | 山都町立国民健康保険蘇陽病院 |

出所：総務省編『市町村別決算状況調（平成22年度決算）』に基づき作成。

注1：山都町の自治体病院は、平成24年・11月から山都町包括医療センターそよう病院と病院名が変更されている。

注2：数値については小数点以下を四捨五入した数値である。

第4款 1人当たり地方交付税収入（総額）

ここでは、1人当たり地方交付税収入（総額）について整理していくことにする。表14からもわかるように、1人当たり地方交付税収入（総額）の多い上位5自治体は、多い順に、幌加内町（北海道）、中頓別町（北海道）、諸塚村（宮崎県）、猿払村（北海道）、梶原町（高知県）である。ここでは、財政力指数の最も低い幌加内町、中頓別町、梶原町がすべてランクインしており財政調整がなされていることがわかる。

これに対し、1人当たり地方交付税収入（総額）の最も少ない自治体は芦屋町（福岡県）で、以下、小樽市（北海道）、鞍手町（福岡県）、田川市（福岡県）、那智勝浦町（和歌山県）となっている。ここでは福岡県の自治体が3自治体ランクインしていることが注目される。そのなかで、芦屋町、鞍手町はそれぞれ人口が15,432人と17,443人である。ちなみに、福岡県の自治体では5つの自治体为本論文での分析対象となっているが、いずれの自治体も相対的に1人当たり地方交付税収入（総額）が少ないことは

注目に値する。

表14 1人当たり地方交付税収入（総額）（単位：円）

| 上位 | 自治体名 | 病院名 | 下位 | 自治体名 | 病院名 |
|----|---------------------------|--------|----|---------------------------|--------|
| 1 | 幌加内町(北海道) (1,411,844円) | 国保病院 | 1 | 芦屋町(福岡県) (121,938円) | 芦屋中央病院 |
| 2 | 中頓別町(北海道) (1,196,534円) | 国保病院 | 2 | 小樽市(北海道) (124,947円) | 小樽病院 |
| 3 | 諸塚村(宮崎県) (1,016,164円) | 国保病院 | 3 | 鞍手町(福岡県) (138,703円) | 町立病院 |
| 4 | 猿払村(北海道) (893,262円) | 国保病院 | 4 | 田川市(福岡県) (157,092円) | 市立病院 |
| 5 | 梶原町(高知県) (863,020円) | 国保梶原病院 | 5 | 那智勝浦町(和歌山県) (170,932円) | 温泉病院 |

出所：総務省編『市町村別決算状況調（平成22年度決算）』に基づき作成。

注1：数値については小数点以下を四捨五入した数値である。

第5款 1人当たり地方債収入

こんどは、1人当たり地方債収入について整理していくことにする。表15からもわかるように、1人当たり地方債収入が多い上位5自治体は、多い順に、梶原町（高知県）、飯南町（島根県）、幌加内町（北海道）、京極町（北海道）、滝上町（北海道）となっている。ここでも高知県の梶原町が上位であることに注意してほしい。つまり、梶原町の財政構造は、地方税収入のみでは歳出全体の収入を確保することができず、地方交付税収入に依存していたが、その上に地方債にも依存している財政構造となっていることがわかる。しかも、財政力指数は0.10と極めて低いことから、こうした財政状況の自治体における自治体病院のあり方を考察していくことで、過疎地域医療における理念の実現方法を模索することができるものと考えられる。

これに対し、1人当たり地方債収入の最も低い自治体は留萌市（北海道）であり、以下、宇和島市（愛媛県）、えびの市（宮崎県）、三戸町（青森県）、平内町（青森県）となっている。ここでは、青森県の自治体が2

つ入っていることも特徴的である。

表15 1人当たり地方債収入 (単位：円)

| 上位 | 自治体名 | 病院名 | 下位 | 自治体名 | 病院名 |
|----|-------------------------|----------|----|------------------------|----------|
| 1 | 梶原町(高知県) (294,380円) | 国保梶原病院 | 1 | 留萌市(北海道) (31,357円) | 市立病院 |
| 2 | 飯南町(島根県) (251,333円) | 飯南町立飯南病院 | 2 | 宇和島市(愛媛県) (32,721円) | 市立宇和島病院 |
| 3 | 幌加内町(北海道) (241,364円) | 国保病院 | 3 | えびの市(宮崎県) (32,786円) | 市立病院 |
| 4 | 京極町(北海道) (233,510円) | 国保病院 | 4 | 三戸町(青森県) (34,100円) | 国保三戸中央病院 |
| 5 | 滝上町(北海道) (200,602円) | 国保病院 | 5 | 平内町(青森県) (34,444円) | 国保平内中央病院 |

出所：総務省編『市町村別決算状況調（平成22年度決算）』に基づき作成。

注1：数値については小数点以下を四捨五入した数値である。

第6款 1人当たり病院事業会計への繰出金

最後は、1人当たり病院事業会計への繰出金（病院からみると繰入金）について整理することにした。

表16からもわかるように、1人当たり病院事業会計への繰出金の多い上位5自治体は、多い順に、諸塚村（宮崎県）、中頓別町（北海道）、天塩町（北海道）、幌加内町（北海道）、赤平市（北海道）となっており、北海道の自治体が多くなっていることがわかる。

これに対し、1人当たり病院事業会計への繰出金の最も少ない自治体は南さつま市（鹿児島県）で、以下、勝浦町（徳島県）、八幡平市（岩手県）、高梁市（岡山県）、芦屋町（福岡県）となっている。

この1人当たり病院事業会計への繰出金分析では、繰出金の多い上位5つの自治体に北海道の自治体が4つ入っている。そして、上位10自治体のうち実に9自治体が北海道となっている。こうした状況の下で、先のケーススタディでも取り上げた梶原町（高知県）は、中頓別町や幌加内町と同じように財政力が弱いにもかかわらず、また、地方交付税収入に多くを依

存しているにもかかわらず、過度の繰出金を実施していないことに注目する必要がある。たとえば、中頓別町は先にみた、他会計繰入金対医業収益比率において58.1%とかなりの部分を設置自治体からの繰出金（病院からみると繰入金）に依存した病院経営になっている。しかも、北海道の自治体病院は、例外の自治体もあるが、一般的に設置自治体からの繰出金に依存するケースが多い⁽⁹⁷⁾。この点は、過疎地域医療の確保における自治体病院の存在意義とともに、今後の重要な論点と考えられる。そこで、この点をより詳しく分析していくために、中頓別町と栲原町を取り上げて分析していくことにする。

まず、中頓別町と栲原町の人口については、中頓別町が1,993人、そして、栲原町は3,853人と2倍程度の違いがあるが、2つの自治体ともに人口規模が小さいことに留意する必要がある。つぎに、病床数は中頓別町の自治体病院が50床、栲原町の自治体病院は30床となっているが、病床利用率については中頓別町が31.2%、栲原町は81.1%となっており実際の入院患者数は栲原町の自治体病院が多くなる。また、医師数については中頓別町の自治体病院が1名、栲原町の自治体病院は5名である。

一方、患者1人1日当たり診療収入について比較すると、中頓別町では入院が23,885円、外来が6,775円であるのに対し、栲原町は入院が22,169円、外来が5,149円となっていることから、診療収入力では中頓別町の自治体病院が強いことがわかる。なお、職員給与費対医業収益比率では中頓別町の自治体病院が76.3%で、栲原町の自治体病院は64.2%となっており、栲原町の自治体病院が低くなっていることがわかる。

表16 1人当たり病院事業会計への繰出金 (単位:円)

| 上位 | 自治体名 | 病院名 | 下位 | 自治体名 | 病院名 |
|----|-------------------------|--------|----|-------------------------|----------------|
| 1 | 諸塚村(宮崎県) (183,104円) | 国保病院 | 1 | 南さつま市(鹿児島県) (1,380円) | 市立坊津病院 |
| 2 | 中頓別町(北海道) (113,016円) | 国保病院 | 2 | 勝浦町(徳島県) (2,519円) | 国保勝浦病院 |
| 3 | 天塩町(北海道) (107,280円) | 国保病院 | 3 | 八幡平市(岩手県) (5,180円) | 八幡平市国民健康保険西根病院 |
| 4 | 幌加内町(北海道) (93,443円) | 国保病院 | 4 | 高梁市(岡山県) (5,730円) | 国保成羽病院 |
| 5 | 赤平市(北海道) (92,807円) | 赤平総合病院 | 5 | 芦屋町(福岡県) (6,009円) | 芦屋中央病院 |

出所:総務省編『市町村別決算状況調(平成22年度決算)』に基づき作成。

注1:数値については小数点以下を四捨五入した数値である。

以上の比較からもわかるとおり、外来、入院ともに診療収入については中頓別町の自治体病院がよい傾向にある。ただし、職員給与費対医業収益比率においては梶原町の自治体病院が低くなっている。そして、医業収支比率に及んでは、中頓別町の自治体病院は67.6%であるのに対し梶原町の自治体病院は95.2%となっている。こうしたことから、中頓別町と梶原町の自治体病院を比較すると、各種の経営指標項目を踏まえて経営努力の内容も明らかとなってくる。したがって、この2つの自治体病院は、設置する自治体の財政力指数が極めて低いにもかかわらず、設置されている自治体病院の経営内容には差異がみられ、中頓別町では1人当たり病院事業会計への繰出金の額が梶原町に比較して多くなっている。一方、梶原町は先の分析でみたとおり、1人当たり地方債収入が分析対象自治体のなかで最も多くなっている。同様に、財政力指数が中頓別町、梶原町と並んで最も低い幌加内町は梶原町のように、1人当たり地方債収入が多いことが判明している。

以上のことから、財政力の弱い自治体が繰出金を計上するためには国等からの資金に依存することになるが、こうした財源が将来にわたって確実に継続するか否かは今日の財政状況との関係でみれば不透明といえる。そ

の意味から、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を持続的に実現するためにも、設置する自治体、そして、その周辺自治体をも含めた、広域的な自治体病院経営改革に向けた取組を、我々は納税者の視点を踏まえて議論していくことが必要である。すなわち、利用者側としての立場のみならず、地域住民全体で費用を負担していく立場から将来に向けて、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現していく取組が必要不可欠と考える。

第5節 自治体病院を支える財政措置のあり方

ここでは、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」に向け、自治体病院経営に欠かすことのできない財政措置に関する分析を行っている。特に、平成20年7月、総務省に「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」が設置され、それを受けて同年11月には「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」が取りまとめられている。その上で、同年12月に総務省は、「公立病院に関する財政措置の改正要綱」を策定し、平成21年度以降、自治体病院に対する財政措置の拡充を図っている。

そこで、本節では、「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」の内容を踏まえた「公立病院に係る財政措置の拡充」⁽⁹⁸⁾について、特に「過疎地に関する財政措置の充実」、「公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置」、「公立病院改革推進に係る措置」に関する財政措置の内容を整理していくことにする。

第1款 「過疎地に関する財政措置の充実」⁽⁹⁹⁾

ここでは、①「不採算地区病院」の運営費に係る財政措置、②過疎地における施設整備費に係る財政措置に区分されている。

まず、『不採算地区病院』の運営費に係る財政措置』についてである。この点については、市町村合併の進展を踏まえ、「不採算地区病院」に係る特別交付税措置の適用要件、措置額の計算方法については、「病床数100床未満かつ1日平均外来患者数200人未満」等の規模条件を「病床数150床未満」に緩和し、また、「当該市町村に他に一般病院が所在しないこと」等の地域条件を「直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上、又は、国勢調査の「人口集中地区」以外の区域に所在」に変更し、算定における単価の増額などの改正を行うものとする。

つぎは、「過疎地における施設整備費に係る財政措置」についてである。ここでは、過疎地域における診療施設の整備に充当される過疎対策事業債の償還年限（現行最長12年）及び辺地における診療施設の整備に充当される辺地対策事業債の償還年限（現行最長10年）について、それぞれ最長30年（利率見直し方式の場合）に延長する変更となる。

このように、要件の緩和、変更等に基づき財政措置を講じることにより過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現しようとしている。

第2款 「公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置」⁽¹⁰⁰⁾

ここでは、①公立病院と同等の医療機能を担う公的病院等に対する助成に関する財政措置、②有床診療所への財政措置について整理していくことにする。

まず、「公立病院と同等の医療機能を担う公的病院等に対する助成に関する財政措置」についてである。この内容は、公立病院設置市町村以外の市町村が、公立病院と同等の医療機能を提供している公的病院等に行っている助成に対し、公立病院に準じて、つぎのとおり特別交付税措置の対象に加えることとする。

(1) 従来対象としていた「公的医療機関」の設置主体（日本赤十字、

済生会、厚生連等）に加え、特例民法法人、公益社団法人、社会福祉法人、学校法人等が設置する病院も対象とすること。

(2) 平成20年度から開始した「不採算地区病院」の機能に加え、救急医療、周産期医療、小児医療等の機能も新たに対象とすることである。

つぎは、「有床診療所への財政措置」についてである。ここでは、不採算地区病院及び救急告示病院と同等の機能を有する有床診療所について、不採算地区病院等の特別交付税措置を準用することである。

このように、「公的病院」に対する特別交付税措置、そして、「有床診療所」（自治体病院のみならず公的病院等にも対象を拡大）に対する特別交付税措置によって、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現しようとしている。

第3款 「公立病院改革推進に係る措置」⁽¹⁰¹⁾

ここでは、①病院建物に係る財政措置における建築単価の上限設定、②財政措置に係る「病床数」への病床利用率の反映、③再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置がある。

まず、「病院建物に係る財政措置における建築単価の上限設定」では、病院建物の建築単価が1平方メートル当たり30万円を上回る部分を、普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外するものである。

つぎの「財政措置に係る『病床数』への病床利用率の反映」では、病床数に応じた普通交付税措置において、平成21年度以降の病床利用率の状況の反映について検討を進め、平成23年度以降の算定における反映に向け、方法・時期等について慎重に検討の上、結論を得るものとされている。

なお、「不採算地区病院」の病床数についても、平成22年度以降の特別交付税算定において、上記の内容に準じた措置を講じることとする。

最後は、「再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置」についてである。この措置は、地方自治体が公営企業として経営する病院事業を廃止する場合、その累積債務の処理等について、他の公営企業と同様、所要の法律改正を経て、平成21年度から平成25年度までの間に限り特例的な地方債の発行を可能とするものである。

以上みてきたように、「公立病院改革推進に係る措置」について、本論文との関連で考察すれば、小規模病院における人件費等に代表される固定的経費の財政需要が相対的に多額になることを踏まえると、過疎地等における不採算地区病院に係る財政措置について具体的かつ明確に論じていない点が問題と考えられる。つまり、本論文における分析対象自治体病院は「過疎法」における過疎地域指定自治体が設置している自治体病院である。もちろん、その自治体のなかには人口が10万人を超える自治体も含まれてはいるが、その多くが不採算地区病院を持つ自治体に該当する。それゆえ、不採算地区病院の持続的な経営を、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」と位置づけるとすれば、まさに、不採算地区病院に係る財政措置について、明確な措置が必要と考える。したがって、過疎地域医療の理念、すなわち、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現するためにも、より具体的な財政措置が必要不可欠である⁽¹⁰²⁾。

第6節 過疎地域医療における理念の実現と自治体病院の課題

本章の最後では、これまでの分析を踏まえ本論文における3つの仮説を提示し、その仮説を検証していくことによって、過疎地域における自治体病院の今後のあり方をより深く考察していくことにする。

第1款（仮説1）「診療収入は外来よりも入院がより重要」

第1の仮説は、「診療収入は外来よりも入院がより重要」とする仮説である。この仮説から、自治体病院の収益において入院の側面を重視することが裏づけられることになる。さらに、この結果から、自治体病院の病床数が多いことが収益構造上は有利となり、手術機会のある診療科目を多く有する自治体病院も有利になることを裏づけることになる。そこで、この点について重回帰分析に基づき検証していくことにする。

本分析では、医業収支比率、病床利用率、患者1人1日当たり診療収入（外来）、患者1人1日当たり診療収入（入院）の4つの項目を用いて重回帰分析を行い、その上で、標準偏回帰係数によって仮説を検証している。ここでの目的変数は、医業収支比率であり、一方、説明変数は、患者1人1日当たり診療収入（外来）、患者1人1日当たり診療収入（入院）、病床利用率の3つの項目を採用している。そして、分析から得られた3つの説明変数の標準偏回帰係数は表17に整理されている⁽¹⁰³⁾。

以上の結果より、標準偏回帰係数に基づくと自治体病院の診療収入においては、患者1人1日当たり診療収入（入院）と病床利用率の係数が大きくなっており、このことから、これら2つの側面がより大きな意味を持っていることがわかる。特に、自治体病院の収益面でみると病床数と病床利用率が大きな影響を与えるものと考えられる。したがって、自治体病院経営における収入増加については、病床数を増加させ、しかも、長期入院は避けながら入院の回転をよくしつつ病床利用率を上げて入院に係る診療収入を増加させることが可能と考えられる。しかし、過疎地域における多くの自治体病院は、人口が減少し高齢化率も上昇している地域、つまり、その結果として診療科目が固定化していく医療環境に立地しているものと考えられる。したがって、こうした過疎地域の医療環境はまさに「規模の経

済が働かない」状況につながっていくものと考えられる。

その意味から、本分析に基づく傾向を過疎地域に当てはめると、人口規模が小さく（しかも人口が減少しつつ）、病床数が少ない上に、手術機能を持たない自治体病院は、入院に基づく診療収入を増加させることが難しい状況になるものと考えられる。また、手術入院による治療等を前提とした診療科目が設置されていない場合も同様に、診療収入を増加させていく基盤が整備されていないものと考えられる。こうした点は、過疎地域の自治体病院経営における収入面を論じる際の構造的な限界点として重要である。

表17 医業収支比率に対する説明変数と標準偏回帰係数（仮説1）

| 説明変数 | 患者1人1日当たり診療収入 (外来) | 患者1人1日当たり診療収入 (入院) | 病床利用率 |
|---------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 標準偏回帰係数 | 0.210 | 0.473 | 0.428 |
| t値 | 3.694 | 8.290 | 7.583 |

注1：有意水準については1%有意である。

第2款（仮説2）「医業収支比率には医師の給与水準が影響する」

第2の仮説は、「医業収支比率には医師の給与水準が影響する」という仮説である。この仮説は、医師等の給与水準が人件費増に影響を与え、結果として、医業収支比率を悪化させる要因であるとする仮説である。また、公務員に特有の年功序列賃金体系が自治体病院経営、特に、人件費の増加要因の1つになるものと考えられる。

したがって、自治体病院に対して民間部門の経営方法を導入する、ということは、自治体病院職員の給与水準・昇給体系等について公務員に特有の年功序列賃金体系の改革をも意味し、また、自治体病院経営の効率性を追求することにあるものと考えられる⁽¹⁰⁴⁾。そこで、この点について重回帰分析に基づき検証していくことにする。

本分析では、医業収支比率、医師給与、患者1人1日当たり診療収入（外来）、患者1人1日当たり診療収入（入院）の4つの項目を用いて重回帰分析を行っている。この分析では、目的変数が医業収支比率であり、一方、説明変数は、医師給与、患者1人1日当たり診療収入（外来）、患者1人1日当たり診療収入（入院）の3つである。分析から得られた3つの説明変数の標準偏回帰係数は表18に整理されている⁽¹⁰⁵⁾。

以上の結果より、重回帰分析に基づくと、医業収支比率との関連において、自治体病院の人件費（費用の側面）については、マイナスの符号から医師の給与水準が影響していることがわかる。その一方で、自治体病院の診療収入については、プラスの符号から、これまでの検証と同様に入院の側面がより強く影響していることがわかる。また、数値的にも、医師給与の数値が大きくなっていることから、医師給与を含めた職員給与体系のあり方が医業収支比率に影響を与えていることがわかる。

表18 医業収支比率に対する説明変数と標準偏回帰係数（仮説2）

| 説明変数 | 医師給与 | 患者1人1日当たり診療収入 (外来) | 患者1人1日当たり診療収入 (入院) |
|---------|--------|-----------------------|-----------------------|
| 標準偏回帰係数 | -0.404 | 0.186 | 0.320 |
| t値 | -5.872 | 3.094 | 4.608 |

注1：有意水準については1%有意である。

第3款（仮説3）「自治体からの繰出金の財源は地方交付税収入に多く依存する」

第3の仮説は、「自治体からの繰出金の財源は地方交付税収入に多く依存する」という仮説である。

表19により、1人当たり病院事業会計への繰出金、1人当たり地方税収入、1人当たり地方交付税収入（総額）、1人当たり地方債収入のそれぞれの相関関係をみていくと、1人当たり病院事業会計への繰出金と最も相

関係が強いのが1人当たり地方交付税収入（総額）となっている。したがって、この相関関係から、1人当たり病院事業会計への繰出金と1人当たり地方交付税収入（総額）は、他の項目と比較してお互いに関連している比率が高いことがわかる⁽¹⁰⁶⁾。

それゆえ、過疎地域における持続的な「地域医療の機会均等の保障」を実現していくうえで、ここで検証された構造を把握しつつ、今後の自治体病院経営のあり方を考察していくことが重要である。

結果として、過疎地域における自治体病院が今後どのようなようになっていくのかが、本論文で対象とした過疎地域医療における理念の実現、つまり、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で重要であり、また、本論文で取り上げた理念を実現する際の現実的な問題点といえよう。すなわち、「過疎地域医療の理念の実現と財政現実の関係」とは、まさに、本章で指摘してきた問題点のことである。

表19 1人当たり病院事業会計への繰出金に関する相関分析

| | 1人当たり病院事業会計への繰出金 | 1人当たり地方税収入 | 1人当たり地方交付税収入(総額) | 1人当たり地方債収入 |
|------------------|------------------|------------|------------------|------------|
| 1人当たり病院事業会計への繰出金 | 1 | 0.082 | 0.671 | 0.366 |
| 1人当たり地方税収入 | 0.082 | 1 | 0.028 | 0.133 |
| 1人当たり地方交付税収入(総額) | 0.671 | 0.028 | 1 | 0.727 |
| 1人当たり地方債収入 | 0.366 | 0.133 | 0.727 | 1 |

注1：1人当たり病院事業会計への繰出金と1人当たり地方交付税収入（総額）の相関における有意水準については1%有意である。

第4章 過疎地域医療における理念の実現に向けた自治体病院の今後

第1節 過疎地域医療における理念

本論文では、過疎地域医療における理念について以下のように定義づけている。すなわち、過疎地域医療における理念とは、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」である。もちろん、この定義は、これまでも本論文中で表記されているものである。したがって、過疎地域医療における理念が実現しているか否かは、過疎地域における地域医療の機会均等が実現しているか否かということになる。より具体的にいえば、過疎地域における医療提供体制が確保されているか否かということになる。そして、現実的に過疎地域医療を担っているのは自治体病院であり、その意味において本論文では、過疎地域医療における理念の実現に向けて、自治体病院の役割が重要であることを論じてきた。つまり、過疎地域における自治体病院は、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現するための機能を有している、という考えである。

このように、過疎地域医療における理念とは、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」と定義づけられるが、この点を日本国憲法に基づき整理すると以下のように把握することができる。すなわち、憲法第二十五条の生存権保障を基礎に据え、その上で、第十四条における法の下の平等に基づく「機会平等（均等）」において、第十三条における個人の尊重と公共の福祉の実現を保障することと考えられる⁽¹⁰⁷⁾。

ところで、わが国における医療提供体制は、基本的に地域住民のフリー

アクセスに基づく供給体制を前提としている。このフリーアクセスは、医療供給との関連でみていくと人口規模が大きく民間部門の医療機関が十分に存続できる地域においては特段問題とはいえない。ところが、本論文は、人口規模が小さく医療における地域住民のフリーアクセスが実現できない地域において、どのようにして過疎地域医療における理念を実現しようとするのか、そのあり方を分析考察する取組であった。その意味から、本論文で定義づけた過疎地域医療における理念は、地域住民の生存権保障であり、生活地域によらない「機会平等（均等）」であり、しかも、それを実現する過疎地域における自治体病院の取組という「自立と連携」の営みとして論じることができよう。

しかしながら、本論文第3章の実証分析によって過疎地域における自治体病院の現状と課題が明確になったなかで、今後、過疎地域医療における理念を実現していくことが可能であるか否かが問題となってくる。そこで、次節では過疎地域医療における理念の実現に向けた問題点を整理していくことにする。

第2節 理念の実現における問題点

本論文の第2章では、過疎地域及び地域医療の定義づけとともに、高知県による過疎地域医療の確保に係る政策、そして「公立病院改革ガイドライン」の目的、さらには「公立病院改革プラン」の内容を整理した。ここでは、過疎地域医療における理念の実現との関連で、「公立病院改革ガイドライン」に基づく「公立病院改革プラン」によって、今後、過疎地域医療における理念が実現可能であるか否かを考察していくことにする。

まず、「公立病院改革ガイドライン」では、自治体病院の経営について、各種経営指標に基づく「公立病院改革プラン」の提出を義務づけている。

とりわけ、「経営指標に係る数値目標の設定」については、経営内容の改善に係る経営指標のなかから数値目標を設定することが義務づけられ、「経常収支比率」・「職員給与費対医業収益比率」・「病床利用率」の3つについては必須項目となっている。

しかしながら、これらの数値目標を提示したとしても、過疎地域における自治体病院経営の本質が変化することはないように思われる。なぜなら、本論文で行った実証分析で指摘してきたとおり、「経常収支比率」・「医業収支比率」は設置自治体による繰出金によって調整可能であり、その財源の多くを地方交付税収入に依存している。したがって、地方交付税収入という財源が自治体病院の存続を左右しているともいえるわけである。また、「職員給与費対医業収益比率」・「病床利用率」についても人口規模の小さな自治体が設置する自治体病院では、その数値が必ずしも良いものではないことも実証分析において判明している。

それゆえ、将来にわたる持続可能な、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現するためには、今日の財政難の折、地域における「自立と連携」概念が今後極めて重要になるものと考えられる。すなわち、過疎地域医療における理念を実現していくための問題点とは、現状の自治体病院における経営上の問題でもあり、より具体的には、過疎地域に固有の医療における規模の経済が働かない状況下で、いかにして自治体病院の機能を発揮していくか、ということである。もちろん、過疎地域における自治体病院の機能とは、過疎地域等に代表される不採算地域での地域医療の理念の実現に係る病院経営と位置づけられるものである。

その意味からも、過疎地域医療における理念の実現において、私は、各地域の自立的な努力と、その取組のあり方が、今後のあるべき方向性を考察する上で重要と考えている。すなわち、国による生存権保障を地方自治体の設置する自治体病院で実現しようとする現状において、国と地方の役

割は、今後どのように構築されねばならないか、という制度論的問題である。

このように、上述した問題点を踏まえ、今後に取り組むべき中心課題とは、民間部門の医療機関が参入できない不採算地域において自治体病院を存続させ、その上で、地域医療を持続的に確保するために自治体病院の機能をいかにして発揮していくか、ということにつきる。そして、そのためのあり方を自治体病院の経営問題という単一的な課題として論じるのではなく、国家全体としての医療提供体制の再構築に向けた取組として位置づけ、しかも、将来的なグランドデザイン⁽¹⁰⁸⁾を提示しつつ、今後のあり方を議論していくことが極めて重要と考える。

第3節 理念の実現は可能であるか

上述した問題点と課題を踏まえ、つぎなる取組は、過疎地域医療における理念は将来的に実現されるのか否かについての考察である。本論文における結論は、過疎地域医療における理念が実現されるのか否かを議論するのではなく、「過疎地域医療は将来的にも確保されねばならない」という結論である。したがって、本論文では、そのあり方を考察することが重要となる。

先にも論じたが、本論文第3章の実証分析に基づけば、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」、すなわち、理念の実現は将来的に困難な状況と考えられる。特に、人口が減少し人口規模が小さくなっていく自治体では財政力の弱さも相まって、現実的には、自治体病院経営が相当厳しい状況になるものと考えられる。こうした状況のなかで、過疎地域医療における理念を実現していくためには、従来からの財源依存構造を将来にわたって維持するのではなく、地域住民が自らの自治体病院をどのように

活用し、しかも、将来にわたってどのようにして維持していくか、という視点が必要不可欠になっていると考える。もちろん、国による一定の財政援助はいうまでもない。

こうした視点は、自治体病院を設置している自治体の「戦略」ともなりうる論点であり重要である。そして、自治体病院存続についての審議会の設立や公聴会等も広く地域住民の参加に基づき制度化していくことが求められる。過疎地域は高齢化率も高く、その意味においては、高齢者等に焦点を定めた地域医療のあり方を具体的に模索する必要もあるが、こうした取組は、地域の「自立と連携」に基づき、広域的な取組として構築していくことが重要である。そして、「自立と連携」に係る取組に対して法律的な裏づけを与えることも必要である。その上で、地域医療のあり方を核とした自治体戦略が必要不可欠と考える。その意味から、過疎地域医療における理念を実現していく上で、地域住民の地方税負担と自治体病院による医療提供の関連性を地域住民が理解していくことが必要である。

このように、過疎地域医療における理念は、将来にわたって実現していかなければならない課題である。しかし、これまで、地域住民にとって過疎地域の自治体病院は、国が支えていくものである、という認識があったように思われる。ところが、今日の社会経済状況の激変のなかで、財政難の折、こうした地域住民の考えが実現不可能となって、今日の「地域医療の崩壊」が現実化してきているように思われる。したがって、自治体病院に課された課題とは、国が全面的に過疎地域医療を実現していく、という従来型の「理想論」から、21世紀型の「理念の実現」に向けた意識改革が必要になるものと考えられる。すなわち、「分権型であり自立型であり、そして地域連携に基づくあり方」を地方自治体・地域住民がともに自問しつつ構築しなければならないわけである。そして、その実現においては、地方への税源移譲が極めて重要であり、そのためには国の法的支援が必要不可

欠と考える。

第4節 理念の実現に向けた取組

第1款 理念の実現に向けた取組

ここでは、筆者が国保栲原病院（高知県栲原町）でヒアリング調査した内容を踏まえ、人口規模の小さな自治体を中心に、過疎地域医療における理念の実現に向けた今後の取組を私見として提示していくことにする⁽¹⁰⁹⁾。

まずは、本論文における過疎地域医療の定義について確認しておくことにする。本論文では、過疎地域医療の定義について「過疎地域におけるプライマリ・ケア」と把握している。したがって、本論文で提示した過疎地域医療の理念、すなわち、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」とは、「過疎地域におけるプライマリ・ケアの機会均等の保障」と位置づけられることになる。

つぎは、「過疎地域におけるプライマリ・ケアの機会均等の保障」の具体化についてである。本論文では、過疎地域における自治体病院がその機会均等を保障する方法（手段）の1つと位置づけている。それゆえ、自治体病院のあり方を考察する理由は、自治体病院が「過疎地域におけるプライマリ・ケアの機会均等の保障」を実現する機能を有していると位置づけているからである。

ところが、これまで整理したとおり、人口規模の小さな過疎地域における自治体病院には規模の経済が働かず、しかも、過疎地域の自治体は財政力が弱いことが判明しており、自治体病院経営における財政問題が深刻化している。こうした財政環境の下で、自治体からの繰出金に依存し続ける自治体病院経営は、今日の財政難の折、将来に向けた持続可能な自治体病

院経営とはいえないと考えられる。そこで、今後の自治体病院における取組について、国保痔原病院でのヒアリング調査を踏まえて以下に整理していくことにする。

- (1) 自治体病院は、過疎地域医療における理念を実現する上で重要であり、また、その機能を有することから、地域において必要な限り存続させる。
- (2) 存続においては、過疎地域における持続的な地域医療の確保を実現するために、繰出金に多くを依存する経営方式を改める取組が必要であるが、国等からの一定の財政支援はいうまでもない。
- (3) そのためには、地域住民が自らの自治体病院を利用して、持続的に地域医療の確保を実現していくことが重要と考える。つまり、地域住民が自治体病院を利用しつつ自治体病院を存続させていく取組である。
- (4) また、こうした取組において、設置する自治体も全面的に協力しつつ、少子高齢社会における「自治体戦略」を地域医療を核にして構築することが重要と考える。
- (5) その具体的方法として、私は「地域住民総カルテ構想」・「訪問診療車の拡充」を提唱する。この構想は、比較的人口規模の小さな過疎地域の自治体病院を対象とするものであるが、地域住民すべてが地元の自治体病院をプライマリ・ケアに基づいて利用できるシステムを構築しようとするものである。その上で、自治体病院に所属する訪問診療車を活用して、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現していく取組である。
- (6) そのために必要なことは、高齢社会対応型の診療科目を整備拡充し、その上で、内科、整形外科、歯科、リハビリテーション科等の充実とともに、介護・健康相談・成人病対策（予防医学）等に対す

る取組を複合化させることが必要と考える。

- (7) そして、自治体病院を地域住民が多く利用することで、そのニーズも多様化するとともに、さらには、近隣自治体との協力により利用者数を増加させ、「自立と連携」に基づく自治体病院経営を展開することが必要と考える。
- (8) ただし、そのためには「税金・保険料」負担と、その見返りとしての地域医療の充実が必要となり、ここに、自治体病院のみならず設置自治体の役割が「自治体戦略」として重要になるものといえる。
- (9) こうした取組を支えるためには、地域住民のニーズ、そして、地域住民の理解を前提として、地方税等の負担増に基づき自治体病院経営のための財源を確保しつつ、同時に、質の高い地域医療を提供することが重要となる。
- (10) このように、「地域住民総カルテ構想」・「訪問診療車の拡充」は、地域住民のニーズを反映し、しかも、過疎地域の自治体病院に所属する医療スタッフのモチベーションの向上にもつながるものと考えられる。つまり、この構想は、自治体病院が地域住民の健康状況を把握し、その上で適切な処置を行いつつ、隣接する自治体を連携のなかに巻き込み、広域で地域医療の理念を実現しようとする取組である。その意味において、この取組は、過疎地域医療を「地方公共財」として持続的に確保する方法として、地域に根差した社会的な取組と考えることができる。
- (11) 「地域住民総カルテ構想」については、小中学校レベルでは学校において管理し、高校のある自治体では高校レベルも学校で管理することが可能である。その上で、健康診断等の機会を通じて自治体病院との連携を構築することが重要である。また、事業所等の場合は、その事業所と自治体病院が密接に関連しあう取組を構築してい

- くことが重要である。問題は、自営業者、農林水産業等に従事している人々であり、この部分については、自治体病院との直接的な結びつきを強固にしていくことが求められる。そして、そのための地域ぐるみの取組を地域医療を核とした自治体の役割として構築していくことが求められる。
- (12) 「訪問診療車の拡充」については、設置する自治体のみならず近隣の自治体と協力し、また、地域の中核病院とも連携して拡充していくことが重要である。加えて、緊急時等には、より上位の大規模病院とのネットワーク構築も必要不可欠といえる。このように、「地域住民総カルテ構想」と「訪問診療車の拡充」は、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現するためにも重要な取組と考えられる。
- (13) 上述した取組を実現させるためにも、モデル自治体・モデル自治体病院等を設定できる立法措置が必要と考える。また、その事業推進においては、自治医科大学、都道府県に設置されている大学病院、県立病院等との密接な連携を構築していくことが求められる。
- (14) その意味において、過疎地域医療における理念を実現する上での立法化に係る学問的影響を發揮する取組が必要と考える。例えば、「法政策学」的アプローチの充実を基礎として、地方への税源移譲に係る法的整備の促進、そして、かつての社会保障制度審議会のような超党派による医療提供体制に係る政策審議の場の再構築が必要不可欠の時代と考える。

第2款 理念の実現に向けて残された課題

本論文の最後にあたり、これまでの分析考察内容を再整理して、今後に残された課題を提示しつつ本論文のまとめとする。

本論文の目的は、過疎地域医療における理念について、その理念は実現可能であるのか、あるいは、可能である場合どのようなあり方が存在するのかについて分析考察することであった。その1つの帰結は、自治体病院の役割（機能）を、過疎地域医療の確保の手段とするという結論であった。すなわち、過疎地域医療の確保は自治体病院の機能であるという結論であった。本論文におけるこの結論は、不採算地域における過疎地域医療の確保にとって極めて重要な方法であり、したがって、自治体病院の機能の発揮という点からもその存続のあり方を論じてきた。

しかし、その実現には問題点と課題が存在していた。問題点とは過疎地域における自治体病院に固有の規模の経済が働かないという問題点であり、また、課題とは自治体病院に係る経営・財政的課題であった。同時に、本論文では、過疎地域医療における理念を実現していく取組について憲法との関連にもふれたが、この点の議論については今後に残された課題である。すなわち、憲法第十四条における「法の下での平等」に基づくと考えられる、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」に向けた、憲法第二十五条と第十三条の関連性を「法政策学」的立場からどのように基礎づけし、その上で、過疎地域における医療提供体制の構築を財政面を踏まえて分析考察するのか、という課題である。

本論文では、過疎地域医療における理念の実現において、比較的小規模の自治体で有効と考えられる取組をいくつか提示したが、こうした取組は、将来に向けて過疎地域医療を自治体戦略の核に据え、その上で、地域住民が自らの自治体病院を利用しつつ過疎地域医療を持続的に構築していこうとする取組と考えることができる。

重要なことは、本論文で提示した取組等を、単に、ある自治体の偶発的な取組に終わらせてはならない、ということである。すなわち、全国的なモデル自治体・モデル自治体病院等を設定し、しかも全国規模での過疎地

域医療の確保に向けた、21世紀型の医療提供体制を実現可能とする多様な取組が極めて重要である。そのためには、日本の将来に向けた社会保障のグランドデザインを形成し、その上で、持続可能な社会保障政策を実現していく制度への構造改革が必要である。

おわりに

本論文は、社会保障分野において、一般的に取り扱われることの少ない過疎地域医療と自治体病院の今後のあり方に焦点を定めたものである。より具体的にいえば、過疎地域医療における理念の実現と、その理念の実現に向けた取組として自治体病院の役割と課題に焦点を定めて分析考察してきたものである。分析考察の結果は、本論文の第3章及び第4章を中心に整理してきた。

過疎地域とは何か。そして、過疎地域における医療、すなわち、過疎地域医療とは何か。さらにいえば、過疎地域医療における理念とは何か。その上で、過疎地域医療における理念を実現するために自治体病院はどのような役割と課題を有しているのか。本論文で取り扱った内容は、一般的には分析対象から外れることが多く、したがって、現実におきている「過疎地域医療の崩壊」に対して真剣に向き合った論考は少ないものと考えられる。しかし、過疎地域にも人々が生活していること、そして、そうした人々にも家族を支えるための経済活動があり、地域に存在する社会生活基盤によって安心できる社会生活が維持されていることを理解しなければならない。

過疎地域で安心して、しかも、持続的に社会生活を維持していくためにも、地域住民の命と健康を守る「医療」は欠かすことのできない社会生活基盤といえる⁽¹¹⁰⁾。すなわち、過疎地域医療は過疎地域で生活する住民に

とって必須の社会生活基盤である。ところが、わが国の医療に対するアクセスは、基本的にフリーアクセスであり、民間部門による医療と公共部門による医療が混在している、という特徴がある。併せて、医療にも規模の経済が働くこと、そして、民間部門による医療提供には、その提供者が利益を得る、ということも社会的に広く認識されている。

こうした、わが国における医療提供システムを踏まえて、過疎地域医療について考察するとき、「医療」における不採算地域には、民間部門の医療機関が立地困難な傾向にあるものと考えられる。したがって、本論文は、21世紀のわが国において、地域住民が必要な時に十分な医療を受けることのできる医療提供システムが確立していない地域が存在している、という問題関心に基づき、過疎地域の医療提供システムにおける今後のあり方を分析考察してきたわけである。

本論文で取り扱った過疎地域には人口が10万人を超える自治体もあれば、人口が2千人程度の自治体もあった。本論文では比較的人口規模の小さな、つまり、医療において規模の経済が働かない過疎地域の自治体病院のあり方について論じている。そのため、人口規模が比較的大きく、民間部門の医療機関も存在する過疎地域における自治体病院のあり方については議論されていない。

その意味において、本論文で取り扱うことのできなかった、民間部門の医療機関と公共部門の医療機関が混在しつつ、フリーアクセスを実現している地域医療のあり方については今後の課題としたい。具体的には、より人口規模が大きな自治体における、つまり、民間部門の医療機関と公共部門の医療機関が混在している医療提供システムの下での「県立」・「市立」等による自治体病院の役割と課題について分析考察することにしていく。

最後に、本論文は法と財政の関係を学ぶため早大大学院法学研究科に在籍した際に作成した論文をもとに、新しいデータに入れ替え加除修正した

ものである。本論文の作成において、ご指導をいただいた宮島洋先生にお礼を申し上げ、本論文の「おわり」とする。

注（3章以降-本号「下」における注である。）

(88) 本論文での分析対象自治体病院は、分析項目におけるデータの統一性から156の自治体病院となっている。なお、各自治体の設置する自治体病院について、1つの自治体に複数設置されている場合は、基本的に、病床数の多い自治体病院を1つ取り上げて分析対象としている。したがって、本論文では、1つの自治体に1つの自治体病院となるようにして分析を行っている。

なお、文章中の表記について、自治体病院側からみると「繰入金」と表記され、また、設置自治体からみると「繰出金」と表記されることに注意が必要である。すなわち、データ項目の名称につき、「他会計繰入金対医業収益比率」は『地方公営企業年鑑』におけるデータであり、「1人当たり病院事業会計への繰出金」は『市町村別決算状況調』におけるデータである。

(89) 「公立病院改革プラン」で必要とされている項目のみならず、本論文では、その他の項目も含め、主成分分析、回帰分析等によって自治体病院の財政現実を分析している。

(90) 診療収入面において収益性の弱い病院は、どうしても職員給与費対医業収益比率が高くなることから、必然的に、人件費等の削減によって、この比率を改善していくことになるが、過疎地域における自治体病院においても、この数値を改善していく取組が必要不可欠と考えられる。

(91) この数値は、『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』に掲載されている数値である。

(92) 他会計繰入金対医業収益比率とともに他会計繰入金対経常収益比率がある。この他会計繰入金対経常収益比率は、経常収益（医業収益+医業外収益）に対する他会計繰入金の比率をあらわしているものである。その意味から、この比率が低いほど病院経営は設置自治体からの繰出金に依存することなく、本業の医療活動において病院運営を継続することが可能となる。逆に、この比率が高い病院は、設置自治体の繰出金（病院からみると繰入金）に依存しており、見かけ上、経常収益を良くしている自治体病院ともいえるものである。

なお、本論文では、総務省編『地方公営企業年鑑・第58集（病院事業）』のデータに基づき、自治体病院経営により密接に関連する、という意味で他会計繰入金対医業収益比率を採用して分析を行っている。

(93) ここでは、医業収支比率、患者1人1日当たり診療収入（外来）、患者1人1日当たり診療収入（入院）の3つのデータを使用して主成分分析を行っている。

グループ化については主成分分析における主成分得点に基づいている。なお、先にも示した通り、各自治体の設置する自治体病院について、1つの自治体に複数設置されている場合は、基本的に、病床数の多い自治体病院を1つ取り上げて分析対象としている。

- (94) 主成分分析における第1主成分と第2主成分の寄与率はそれぞれ以下のとおりである。まず、「北海道ブロック」では第1主成分57.3%、第2主成分30.8%で、累積寄与率は88.1%である。つぎに「東北・関東・中部ブロック」では第1主成分59.2%、第2主成分26.1%で、累積寄与率は85.3%となっている。また、「近畿・中国・四国ブロック」では、第1主成分53.9%、第2主成分25.7%で、累積寄与率は79.6%となっている。最後の「九州ブロック」では第1主成分56.7%、第2主成分31.4%で、累積寄与率は88.1%となっている。
- (95) グループ化は、医業収支比率、患者1人1日当たり医療収入（外来）、患者1人1日当たり医業収入（入院）という3つのデータに基づくものである。
- (96) ここでは、自治体病院を設置している自治体の財政現実を分析対象としている。
- (97) 北海道における自治体病院は、1人当たり病院事業会計への繰出金が多くなる傾向にあるが、この財源が将来的に継続して確保できるかどうかは自治体病院の今後の存続との関連において重要と考えられる。したがって、北海道における自治体病院のみならず、他の地域の自治体病院においても、経営・財政的側面からみれば自治体病院経営における財源確保のあり方が重要と考えられる。
- (98) この点については、総務省編『地方財政白書（平成21年版）』2009年、183～184ページの内容に基づいている。
- (99) 前掲書、183ページを参照。
- (100) 同上、183～184ページを参照。
- (101) 同上、184ページを参照。
- (102) 病院事業に係る地方交付税措置については、総務省ホームページにおいて「平成22年度病院事業に係る主な地方交付税措置」として平成20年度・21年度・22年度の数値が一覧表にまとめられている。詳しくは以下のアドレスを参照のこと。
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/hospital_7.pdf アクセス時：2013年2月3日。
- (103) 本分析における修正済決定係数は0.541となっている。
- (104) この点について、近時の文献として、あずさ監査法人『公立病院の経営改革』同文館出版、2010年をあげておく。この文献は、「公立病院改革ガイドライン」の内容整理をうけ、基本的には、地方独立行政法人化への対応に関する文献であるが、その方向に向けた取組として参考になる文献である。

- (105) 本分析における修正済決定係数は0.454となっている。
- (106) ここでは、相関分析に基づいて1人当たり病院事業会計への繰出金との関連性を説明しているものである。
- (107) 先にもふれたが、こうした視点は、菊池馨実『社会保障法制の将来構想』有斐閣、2010年において詳細に論じられており、とりわけ、第1章「社会保障法制の将来構想」の内容は、本論文における「地域医療の理念（過疎地域医療における理念）」を構築する上で、また、その実現のあり方等を論じる上で極めて示唆に富むものである。本論文における見解も、原則的に、菊池の研究に基づくものである。
- (108) ここでいうグランドデザインとは、「法政策学」的立場を踏まえた、社会保障全体の「あるべき姿」の構築を意識している。そして、こうしたグランドデザインを形成していく際に重要なことは、法学、経済学、財政学、経営学、社会学、医学、薬学、看護学、保健学等の学問的蓄積を再結合した、新たな段階のグランドデザインの構築と考える。もちろん、その過程にはいくつかの対立も生じるものといえるが、本論文との関連で論ずれば、「理念」を実現していくためのグランドデザインを「戦略」として構築していく、ということであり、その構築に向けては、当事者である自治体病院のスタッフ・地域住民の意見、そして、関連する諸研究を経動員した、今後の社会保障の「あるべき姿」を確立するための機関の設置が急務といえる。
- (109) ここでの私見は、私が国保持原病院で行ったヒアリング調査の内容に依拠するものである。ヒアリング調査は2回行った。第1回目は2009年8月21日（金）に、また、第2回目は2010年8月26日（木）にそれぞれ実施した。ヒアリング調査の相手である持原町保健福祉支援センター長・国保持原病院事務長の山本正澄氏（当時）には、ここに改めてお礼を申し上げる。
- (110) 宇沢弘文は近年、「社会的共通資本としての医療」を論じている。宇沢はこれまで、「社会的共通資本」について論じてきた第一人者であり、宇沢弘文・鴨下重彦編『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会、2010年のなかで「社会的共通資本」と「医療」のかかわりについて論じている。
- まず、「社会的共通資本」の考え方については、「一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置である」と位置づける。その上で、「社会的共通資本の管理、運営は決して市場の基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではなく、あくまでも、1人ひとりの市民の人的尊厳を守り、魂の自立を保ち、市民的自由が最大限に確保できるような、ゆたかな社会を形成するという視点に立って行わなければならない」

とする。

その上で、「社会的共通資本としての医療」について論じている。すなわち、「医療を社会的共通資本と考えるとき、市民は、健康・医療に関わる基本的なサービスの提供を享受できるという基本的権利をもち、『政府』は、このようなサービスを提供する責務を負うことになる」と位置づける。しかしながら、「医療サービスを供給する医療機関が『政府』によって建設され、あるいは運営されることを意味しない。これらの医療機関は原則として私的な性格をもつのが、医学的、社会的、文化的観点から望ましい。『政府』の役割はあくまでも、これらの医療機関が供給する医療サービスが、医学的な観点から最適なものであり、かつ社会的な観点から公正なものであり、さらに経済的な観点から効率的となるような制度的、財政的措置を講じることであって、医療の実質的内容に立ち入って、介入しないしは管理は決して行ってはならない」と論じている。

ここでは、特に、医学的見地、社会的見地、経済的見地に基づき、それぞれ「最適」、「公正」、「効率」が達成できる「制度的、財政的措置」を講じるところに「政府」の役割、さらにいえば、「社会的共通資本としての医療」を考察する上での今後のあり方がみえてるように思われる、もちろん、本書のなかでは、国と地方との関係や「過疎地域」における自治体病院のあり方等について詳細に論じられているものではないが、今後の地域医療のあり方を考察していく上で示唆に富む文献といえる。

(参考文献)

- 青山英康編『地域医療』中央法規出版、1984年。
 あずさ監査法人編『公立病院の経営改革』同文館出版、2010年。
 荒木誠之『社会保障の法的構造』有斐閣、1983年。
 医療法制研究会編『第五次改正医療法』中央法規出版、2006年。
 宇沢弘文・鴨下重彦『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会、2010年。
 長隆「公立病院改革で地域医療の質向上を目指す」『週刊 社会保障』法研、No.2460、2007年、28～29ページ。
 貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編『人口減少社会の社会保障制度改革の研究』中央経済社、2008年。
 貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編『医療制度改革の研究』中央経済社、2010年。
 過疎地域自立促進研究会編『逐条解説 過疎地域自立促進特別措置法』ぎょうせい、2002年。
 加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子『社会保障法（第4版）』有斐閣、2010年。

- 上林得郎「地域医療の危機と自治体病院財政」『自治総研』地方自治総合研究所、2009年5月号（通巻第367号）、2009年、1～36ページ。
- 菊池馨実『社会保障の法理念』有斐閣、2000年。
- 菊池馨実『社会保障法制の将来構想』有斐閣、2010年。
- 倉田聡『社会保険の構造分析』北海道大学出版会、2010年。
- 権丈善一『医療年金問題の考え方』慶応義塾大学出版会、2006年。
- 厚生省健康政策局監修『改正医療法のすべて』中央法規出版、1993年。
- 国立社会保障・人口問題研究所編『海外社会保障研究（特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携）』No.156、株式会社アーバン・コネクションズ、2006年。
- 国立社会保障・人口問題研究所編『海外社会保障研究（特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向）』No.162、よしみ工産株式会社、2008年。
- 国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障制度改革』東京大学出版会、2007年。
- 国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会、2009年。
- 国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会、2009年。
- 小山路男編『医療保障』中央法規出版、1984年。
- 自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009年。
- 自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック（第18次改訂版）』ぎょうせい、2011年。
- 自治体病院研究会「自治体病院の再生に向けて」『週刊 社会保障』法研、No.2453、2007年10月。
- 島崎謙治「公立病院改革の本質と課題（上）」『社会保険旬報』社会保険研究所、No.2394、2009年7月。
- 島崎謙治「公立病院改革の本質と課題（下）」『社会保険旬報』社会保険研究所、No.2395、2009年8月。
- 島崎謙治『日本の医療・制度と政策』（第3刷）東京大学出版会、2012年。
- 社会保障制度審議会事務局監修『社会保障制度審議会五十年の歩み』法研、2000年。
- 総務省編『地方財政白書（平成21年版）』2009年。
- 総務省編『地方財政白書（平成24年版）』2012年。
- 田中滋・二木立『保健・医療提供制度』勁草書房、2006年。
- 東京大学医療政策人材育成講座編『医療政策入門』医学書院、2009年。
- 長坂健二郎『日本の医療制度』東洋経済新報社、2010年。
- 新飯田宏「過疎問題」小宮隆太郎・佐伯尚美編『日本の土地問題』東京大学出版会、

1972年。

二本立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006年。

西村周三・田中滋・遠藤久夫編著『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房、2006年。

日本医療バランスト・スコアカード研究会編『医療バランスト・スコアカード導入のすべて』生産性出版、2007年。

日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 第1巻～第6巻』法律文化社、2001年。

福武直・佐分利輝彦編『21世紀の医療』中央法規出版、1984年。

藤井誠一編『経営－公的病・医院』中央法規出版、1984年。

ヘルスケア総合政策研究所『医療白書（2010年版）検証・日本の医療50年、地域医療再生と医療格差解消への挑戦』日本医療企画、2010年。

堀勝洋『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房、2009年。

堀真奈美「自治体病院の課題と展望」『週刊 社会保障』法研、No.2514、2009年1月。

宮島俊彦「病床再編の行方」『社会保険旬報』社会保険研究所、No.2331、2007年10月。

宮島洋『高齢化時代の社会経済学』岩波書店、1992年。

宮島洋「社会保障の将来構想」貝塚啓明・金本良嗣編『日本の財政システム』東京大学出版会、1994年。

宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済（第2巻）財政と所得保障』東京大学出版会、2010年。

宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済（第3巻）社会サービスと地域』東京大学出版会、2010年。