

わが国の医療経営の現状

野村 秀和

はじめに

本稿の課題は、わが国の地域医療が直面している経営の現状を明らかにすることを意図している。

急速な進行をみせるわが国の高齢化は、高齢者福祉のための介護保険制度を2000年に導入させた。高齢者福祉は高齢者医療に支えられている。その現実を反映して、国民医療費の増大は、高齢者に係る部分が顕著であるため、厚生労働省は、国民医療費の伸長の中でもとくに高齢者医療費に焦点を絞り、その歯止めをかける後期高齢者医療保険制度を、2008年に施行したのである。

医療制度や医療保険制度の見直しについて、『厚生労働白書』（平成20年版）は以下のように指摘している。

「医療については、21世紀の本格的な少子高齢化社会においても、信頼できる安定した医療保険制度を堅持していくために、医療提供体制を含め、制度全般にわたる抜本的な改革が進められてきた。2002年には保険料率の引上げをできる限り抑制し、また、医療保険の制度間の給付率を統一して公平で分かりやすい制度とする観点から、医療保険制度間を通じて一部負担割合が統一された（原則3割）。また、医療提供体制においては、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進、医療従事者の資質の向上等が主要な課題となり、2000年の改正では、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床について、主として慢性期の患者が入院する療養環境に配慮した『療養病床』と医師・看護師の配置を厚くした『一般病床』に区分されるとともに、医療機関に関する広告規制の緩和や、医師・歯科医師の臨床研修の必修化などが措置された。

さらに、2006年の医療制度改革において、生活習慣病の患者・予備群の減少や平均在院日数短縮を図るとともに保険給付の見直しなどの医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の3本柱からなる健康保険法等の一部を改正する法律が成立した。また、医療法等の改正を行い、医師確保対策の実施、患者の視点に立った医療情報提供体制の充実、医療機能の分化・連携を図る新しい医療計画制度の着実

な推進を図ることとされた」¹⁾。

もっとも、医療費の増高は高齢化によってもたらされたと思いがちだが、「最大の要因は、医療水準が上がり、医療機器も薬品も手術も高額になっているということだ」²⁾と舛添要一厚生労働大臣も明言しているのである。この点は、京都大学の西村周三教授も、日本病院学会での講演で(2008年7月3日)指摘している。

厚生労働省が推進している医療費抑制政策は、2002年と2006年の診療報酬の切り下げや患者自己負担の増額をもたらすことになった。その結果は、わが国の医療経営とくに地域の医療経営を直撃し、医療崩壊などといわれるような現実を生み出したのである。

最近のマスコミの論調

2008年に入ってからに限定しても、医療崩壊への危機感を率直に投げかける現状報告は、枚挙に暇がない。その主要な記事を以下に紹介しておこう。

『日経ヘルスケア21』の1月号は、「激論 日本の医療は、どこへ行く」という新春特別座談会を企画・特集した。この座談会は、宮島俊彦厚生労働省総括審議官、西室泰三財政制度等審議会会長そして石井暎禧医療法人財団石心会理事長の三人で行われた。その主題は、医療費抑制策はまだ続けるべきかであった。

『週刊 ダイヤモンド』の6月14日特大号は、「病院格付け」の特集を組んだ。その中で紹介されているのは「医療崩壊の現場」、「経営破綻の現実」などで、自治体別病院の経営危険度ランキングも示されている。矛盾が集中している自治体病院については、8月24日付きの『朝日新聞』が「公立病院『身売り』加速」の記事を掲載し、経営破綻の現状を事例を挙げて報道している。

『週刊 東洋経済』の8月2日特大号は、「総検証 ニッポンの老後」をテーマとして、「医療費抑制が本格始動『後期高齢者』の受難」や医療座談会「医療費抑制政策の撤回は大規模な財源確保から」を、尾辻秀久元厚生労働大臣、二木 立日本福祉大学教授そして権丈善一慶應義塾大学教授の三人で行っている。

『週刊 エコノミスト』の8月26日特大号は、「医療無残」をテーマとして、産科・小児科医不足、病院閉鎖、皆保険危機を「日本の『医療崩壊』の現実」として、詳しいデータによる徹底検証を行っている。国際比較のデータも示されており、GDP(国内総生産)に占めるわが国の総医療費は、04年で、OECDの平均以下の低水準なのである。

さらに月刊誌『中央公論』9月号は、「特集 日本の医療は沈没する」を組み、「あまりにも現場を知らなすぎる！」<医療崩壊に対応できない政治家、官僚たち>の現状を対談で指摘し

1) 『厚生労働白書』(平成20年版)、41ページ。

2) 舛添要一「“観客型民主主義”が医療を破壊する」『中央公論』、2008年9月号、79ページ。

ているのである。

このような論評を踏まえて、『朝日新聞』は、2008年8月28日付け紙面で、「医療危機『歳出削減』にかすむ安心」と題する『論壇時評』（松原隆一郎）を掲載した。

目に留まったいくつかのマスコミ論調を、見出しの一部だけではあるが、上記のように並べてみたが、医療経営の危機に触れた紹介論調が、この夏、これほどまでの集積を示すのも、現在の状況を率直に反映しているといえるであろう。

医療経営の現状

第16回医療経済実態調査（速報値）の結果が、2007年10月26日に開催された「中央社会保険医療協議会調査実施小委員会」で公表された。

この調査は、2007年6月に実施されたものである。

これによると、「介護保険からの収入がない医療機関の集計結果では、2007年6月の一般病院全体の医業収支差額はマイナス1315万8000円（構成比 5.6%）で、05年6月の617万1000円（構成比 2.3%）と比較して2倍以上の赤字となっている。開設主体別にみると、もっとも赤字幅が大きいのは公立病院だった。」

以下では、「介護保険事業に係る収入のない医療機関及び介護保険事業に係る収入のある医療機関等の集計」データを分析・検討することにする。

表1は、一般病院のデータ、表2は、一般診療所のデータである³⁾。

この表に示されているように、2005年（H.17）6月と2007年（H.19）6月の比較データである。2006年の診療報酬マイナス改定の影響が反映されているとみてよいだろう。

表1で一般病院の経営データをみてみよう。医業収入は、全体として、マイナス伸長を示しているが、とくに、公立病院でのマイナスが大きい。医業収入のマイナスを補うために、介護事業への傾斜が、国立病院を除いてみられるのだが、医療法人病院では、それが意識的に追及されており、医療・福祉複合体経営の形成が伺えるのに対し、公立病院では、むしろ微減しているのである。

医業・介護費用の構成比は、2005年対比で増加を示している。したがって、収支差額は、公立病院でマイナス18.2%と赤字幅を増やし、医療法人病院と国立病院は、黒字ではあるが、黒字幅を低下させており、経営の厳しさを強く反映させているのである。

表2では、一般診療所の経営データを示している。医業収入をみると、全体の伸長率は、ほ

3) 出所 『京都保険医新聞』、第2614号、2007年11月26日、62,66ページ。

表1 収支状況

	医療法人				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	17年6月	19年6月	17年6月	19年6月	
	千円	千円	%	%	%
I 医業収入	126,606	112,266	93.9	91.0	11.3
1. 入院収入	87,547	77,643	64.9	63.0	11.3
2. 特別の療養環境収入	1,515	1,413	1.1	1.1	6.7
3. 外来収入	34,777	30,096	25.8	24.4	13.5
4. その他の医業収入	2,767	3,115	2.1	2.5	12.6
介護収入	8,286	11,058	6.1	9.0	33.5
1. 施設サービス収入	6,734	9,101	5.0	7.4	35.1
2. 居宅サービス収入	1,407	1,596	1.0	1.3	13.4
(再掲) 短期入所療養介護収入	55	67	0.0	0.1	21.8
3. その他の介護収入	145	361	0.1	0.3	149.0
医業・介護費用	131,370	120,936	97.4	98.1	7.9
1. 給与費	71,663	69,339	53.1	56.2	3.2
2. 医薬品費	14,885	11,673	11.0	9.5	21.6
3. 給食用材料費	1,603	1,536	1.2	1.2	4.2
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	10,512	7,880	7.8	6.4	25.0
5. 委託費	7,856	7,056	5.8	5.7	10.2
6. 減価償却費	5,385	5,592	4.0	4.5	3.8
(再掲) 建物減価償却費	2,514	2,483	1.9	2.0	1.2
(再掲) 医療機器減価償却費	1,253	1,474	0.9	1.2	17.6
7. 設備関係費	7,203	6,599	5.3	5.4	8.4
8. 経費	11,032	9,933	8.2	8.1	10.0
9. その他の医業費用	1,231	1,328	0.9	1.1	7.9
収支差額 (I + -)	3,522	2,388	2.6	1.9	-
V その他の医業・介護関連収入	2,659	2,194	2.0	1.8	17.5
その他の医業・介護関連費用	3,038	2,633	2.3	2.1	13.3
総収支差額 (+ -)	3,143	1,949	2.3	1.6	-
施設数	490	528	-	-	-
平均病床数	137	139	-	-	-

(注)「構成比率」は、収入にあつては「医業収入」と「介護収入」を合算した金額に対する各収入科目の金額の割合(以下同様)

一般病院（集計2）

（1施設当たり収支）

法人・その他									
国立					公立				
金額		構成比率		金額の 伸び率	金額		構成比率		金額の 伸び率
17年6月	19年6月	17年6月	19年6月		17年6月	19年6月	17年6月	19年6月	
千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%
506,246	447,493	100.0	100.0	11.6	378,978	311,048	99.5	99.4	17.9
389,347	357,457	76.9	79.9	8.2	253,170	207,488	66.5	66.3	18.0
5,022	5,012	1.0	1.1	0.2	3,486	2,815	0.9	0.9	19.2
108,123	81,841	21.4	18.3	24.3	113,395	93,617	29.8	29.9	17.4
3,754	3,182	0.7	0.7	15.2	8,926	7,128	2.3	2.3	20.1
0	0	0.0	0.0	0.0	1,781	1,731	0.5	0.6	2.8
0	0	0.0	0.0	0.0	1,370	849	0.4	0.3	38.0
0	0	0.0	0.0	0.0	388	819	0.1	0.3	111.1
0	0	0.0	0.0	0.0	52	79	0.0	0.0	51.9
0	0	0.0	0.0	0.0	23	63	0.0	0.0	173.9
503,699	445,940	99.5	99.7	11.5	420,008	369,679	110.3	118.2	12.0
256,161	236,914	50.6	52.9	7.5	211,809	191,748	55.6	61.3	9.5
73,737	62,005	14.6	13.9	15.9	64,703	50,417	17.0	16.1	22.1
5,353	6,223	1.1	1.4	16.3	2,876	2,603	0.8	0.8	9.5
50,509	39,480	10.0	8.8	21.8	41,969	35,650	11.0	11.4	15.1
26,279	19,322	5.2	4.3	26.5	29,842	28,190	7.8	9.0	5.5
37,395	24,083	7.4	5.4	35.6	28,837	23,628	7.6	7.6	18.1
9,712	6,763	1.9	1.5	30.4	14,522	11,863	3.8	3.8	18.3
15,571	5,833	3.1	1.3	62.5	12,188	10,331	3.2	3.3	15.2
15,724	14,971	3.1	3.3	4.8	13,115	10,845	3.4	3.5	17.3
30,738	28,479	6.1	6.4	7.3	24,270	24,145	6.4	7.7	0.5
7,801	14,462	1.5	3.2	85.4	2,588	2,453	0.7	0.8	5.2
2,547	1,552	0.5	0.3	-	39,249	56,899	10.3	18.2	-
15,205	8,384	3.0	1.9	44.9	49,790	42,252	13.1	13.5	15.1
21,908	17,148	4.3	3.8	21.7	16,438	11,826	4.3	3.8	28.1
4,155	7,212	0.8	1.6	-	5,898	26,473	1.5	8.5	-
32	17	-	-	-	147	130	-	-	-
444	406	-	-	-	274	244	-	-	-

合であり、費用にあつては「医業収入」と「介護収入」を合算した金額に対する各費用科目の金額の割合である。

表2 一般診療所

	有 床						
	金額		構成比率		金額の 伸び率	(参考) 入 金額	
	17年6月	19年6月	17年6月	19年6月		17年6月	19年6月
	千円	千円	%	%	%	千円	千円
I 医業収入	14,683	15,534	98.5	97.0	5.8	19,592	18,688
1. 保険診療収入	11,970	13,533	80.3	84.5	13.1	15,562	16,037
(再掲) 入院収入	2,421	2,688	16.2	16.8	11.0	3,934	3,953
(再掲) 外来収入	9,550	10,845	64.0	67.7	13.6	11,628	12,085
2. 公害等診療収入	246	202	1.7	1.3	17.9	286	218
3. その他の診療収入	2,010	1,483	13.5	9.3	26.2	3,091	2,041
4. その他の医業収入	456	317	3.1	2.0	30.5	653	392
介護収入	228	486	1.5	3.0	113.2	230	575
1. 施設サービス収入	80	189	0.5	1.2	136.3	79	241
2. 居宅サービス収入	143	277	1.0	1.7	93.7	144	312
(再掲) 短期入所療養介護収入	1	2	0.0	0.0	100.0	2	3
3. その他の介護収入	5	19	0.0	0.1	280.0	7	23
医業・介護費用	12,876	14,569	86.4	90.9	13.1	17,305	17,560
1. 給与費	6,148	8,038	41.2	50.2	30.7	8,351	9,732
2. 医薬品費	2,181	2,349	14.6	14.7	7.7	2,659	2,670
3. 材料費	754	707	5.1	4.4	6.2	1,116	975
4. 委託費	748	917	5.0	5.7	22.6	1,096	1,128
5. 減価償却費	473	596	3.2	3.7	26.0	607	685
(再掲) 建物減価償却費	176	205	1.2	1.3	16.5	217	251
(再掲) 医療機器減価償却費	138	236	0.9	1.5	71.0	187	252
6. その他の医業費用	2,571	1,962	17.2	12.2	23.7	3,476	2,370
収支差額 (+ -)	2,035	1,451	13.6	9.1	-	2,518	1,703
施設数	208	175	-	-	-	128	119

とんど横ばいの1.3%でしかない。介護収入をみると、有床診療所での伸びは大きいですが、無床診療所ではマイナスである。

医業・介護費用は、構成比を増加させており、収支差額でみると、有床診療所も無床診療所も黒字ではあるが、黒字幅を低下させているのである。地域医療の最前線を担う診療所経営も、この時期厳しい状態であることが理解できよう。

(全体) (集計2)

(1施設当たり収支)

院収入あり			無 床					全 体				
			金額		構成比率		金額の 伸び率	金額		構成比率		金額の 伸び率
構成比率	金額の 伸び率		17年6月	19年6月	17年6月	19年6月		17年6月	19年6月	17年6月	19年6月	
17年6月	19年6月	伸び率	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%
98.8	97.0	4.6	7,997	8,248	98.9	98.9	3.1	9,235	9,352	98.7	98.4	1.3
78.5	83.3	3.1	7,485	7,726	92.5	92.6	3.2	8,316	8,606	88.9	90.6	3.5
19.8	20.5	0.5	-	-	-	-	-	448	413	4.8	4.3	7.8
58.7	62.7	3.9	7,485	7,718	92.5	92.6	3.1	7,868	8,192	84.1	86.2	4.1
1.4	1.1	23.8	86	58	1.1	0.7	32.6	116	80	1.2	0.8	31.0
15.6	10.6	34.0	244	297	3.0	3.6	21.7	571	477	6.1	5.0	16.5
3.3	2.0	40.0	181	167	2.2	2.0	7.7	232	190	2.5	2.0	18.1
1.2	3.0	150.0	92	91	1.1	1.1	1.1	117	151	1.3	1.6	29.1
0.4	1.2	205.1	-	-	-	-	-	15	29	0.2	0.3	93.3
0.7	1.6	116.7	90	74	1.1	0.9	17.8	100	105	1.1	1.1	5.0
0.0	0.0	50.0	-	-	-	-	-	0	0	0.0	0.0	0.0
0.0	0.1	228.6	2	17	0.0	0.2	750.0	2	18	0.0	0.2	800.0
87.3	91.2	1.5	6,081	6,648	75.2	79.7	9.3	7,340	7,848	78.5	82.6	6.9
42.1	50.5	16.5	2,914	3,306	36.0	39.7	13.5	3,513	4,023	37.6	42.3	14.5
13.4	13.9	0.4	1,399	1,525	17.3	18.3	9.0	1,544	1,650	16.5	17.4	6.9
5.6	5.1	12.6	143	170	1.8	2.0	18.9	257	252	2.7	2.6	1.9
5.5	5.9	2.9	285	322	3.5	3.9	13.0	371	413	4.0	4.3	11.3
3.1	3.6	12.9	255	373	3.2	4.5	46.3	296	407	3.2	4.3	37.5
1.1	1.3	15.7	84	151	1.0	1.8	79.8	101	160	1.1	1.7	58.4
0.9	1.3	34.8	87	121	1.1	1.5	39.1	96	139	1.0	1.5	44.8
17.5	12.3	31.8	1,084	951	13.4	11.4	12.3	1,359	1,104	14.5	11.6	18.8
12.7	8.8	-	2,008	1,691	24.8	20.3	-	2,013	1,654	21.5	17.4	-
-	-	-	915	980	-	-	-	1,123	1,155	-	-	-

医療経営の構造的特徴

厚生労働省は、介護保険制度や後期高齢者医療保険制度の矢継ぎ早な導入によって、医療費抑制策を志向してきたのであるが、それが医療経営に与えた影響は、医療崩壊という厳しい現

実を生み出してきたのである。高齢化社会の成熟は、国民医療費に限らず、年金などを含む社会保障費の増大をますます強めるであろうと予想されるのである。

しかし、国際比較データで見ると、既に紹介したように、わが国の医療費は、とくに高い水準にあるわけではない。

民間医療機関の多くは、診療報酬のマイナス改定などを見越して、高齢者福祉事業へのシフトに積極的に取り組みつつある。この結果が、保健・医療・福祉複合体経営の予想を上回る普及をもたらしているのである。また、複合体経営まで行かなくても、医療と福祉の事業連携も広がりつつある。

医療事業や福祉事業は、医療保険制度や介護保険制度などの厚生労働省による制度の改定や運用指導により、決定的な影響を受ける事業である。したがって、このような制度の改定や指導運用を先取りした経営戦略が不可欠となるのである。

また、事業経営の構造的特徴として、人件費比率の高さが目立つ。収益は保険制度により規定されているため、資格熟練労働力に依存する人件費比率の高い構成比は、決定的に重要な位置にある。労使関係や職員の定着は、経営管理上とくに重要な意味を持つのである。しかし、福祉事業を担うヘルパーの労働条件はとくに劣悪である。経営的財産が人であるサービス事業の性格と高齢化の顕著な進行を合わせて考慮するとき、医療崩壊や老人無残という現実は、決して過大な表現ではないのである。

地域医療の経営分析 民医連を事例として

医療経営の経営数値を入手することは一般的に難しい。そこで、経営データを入手できた全日本民主医療機関連合会（民医連）を分析の対象とした。

民医連は、1953年6月に結成され、全国に配置された医療機関が所属しており、すでに半世紀の歴史を持つ組織である。その前史として、戦前の1929年に東京と大阪で、夜間診療を開始。無産者診療所を開設していくのだが、次々に弾圧を受け、閉鎖されていった。

民医連の現在の活動は、2002年2月に発表された「全日本民医連医療・福祉宣言」に明らかにされている。それによれば、

- 1 人権を守り、ともにつくる医療と福祉
- 2 地域に根ざす保健・医療・福祉ネットワーク
- 3 安心して住み続けられるまちづくり
- 4 憲法と平和、福祉の国づくり
- 5 非営利・協同の組織としての発展
- 6 地域とともに歩む専門職の育成

を掲げている。

介護保険制度導入時期の経営

高齢者福祉を支えるために、2000年に介護保険制度が新設された。この前後の時期の民医連経営の経営数値を検討してみよう。

表3は、1998年から2002年までの5年間の民医連加盟全法人の損益状況を示したものである。

2000年の医業収益は、入院・外来ともに低下しており、このような医業収益のマイナス伸長は、2002年にもみられるのである。医療費抑制策の結果が、素直に反映されているといえよう。この経営状況を補完するために、介護事業へのシフトが強まっていくことになる。2000年は、介護収益の登場で、事業収益総額は前年対比で伸長したが、2002年の数値をみると、介護収益の伸長にもかかわらず、医業収益の落ち込みが大きいので、事業収益の総額としては、前年対比でマイナスとならざるを得なかった。この数値は所属法人数の増加がみられるにもかかわらず、事業収益総額が低下していることを考慮すれば、経営状況の深刻さを如実に示すものというべきであろう。

なお、この数値は、全法人の合計額である。したがって、個別法人ごとでみると、先見性を有する経営幹部の指導の下にある院・所では、介護福祉事業へのシフトが格段と著しく、医業

表3 損益状況の5年間推移（全法人合計）

(千円)

	1998年		1999年		2000年		2001年		2002年度総計	
	171法人	構成比	169法人	構成比	159法人	構成比	162法人	構成比	164法人	構成比
入院	240,561,193	49.2	241,895,770	48.5	237,211,003	45.9	239,002,274	45.1	233,737,881	44.7
外来	229,024,368	46.8	234,819,174	47.1	217,272,450	42.1	220,033,208	41.5	207,863,637	39.8
その他	19,689,718	4.0	21,953,812	4.4	17,871,386	3.5	18,750,768	3.5	19,915,364	3.8
医業収益	489,275,279	100.0	498,668,756	100.0	472,354,839	91.5	477,786,250	90.1	461,516,882	88.4
介護収益		0.0		0.0	43,037,803	8.3	51,732,362	9.8	59,943,580	11.5
その他		0.0		0.0	884,868	0.2	872,569	0.2	891,250	0.2
事業収益(千円)	489,275,279	100.0	498,668,756	100.0	516,277,510	100.0	530,391,181	100.0	522,351,712	100.0
人件費	282,321,941	57.7	291,512,416	58.5	305,613,700	59.2	315,197,770	59.4	314,527,764	60.2
材料費	109,430,773	22.4	106,975,550	21.5	104,729,926	20.3	103,900,237	19.6	101,030,410	19.3
経費	60,158,234	12.3	62,358,168	12.5	65,696,150	12.7	69,723,349	13.1	69,280,346	13.3
リース	4,414,008	0.9	4,517,968	0.9	4,686,758	0.9	4,788,849	0.9	4,703,290	0.9
減価償却費	21,198,860	4.3	21,411,543	4.3	21,916,944	4.2	23,923,442	4.5	23,795,251	4.6
事業費用	477,523,816	97.6	486,775,645	97.6	502,643,478	97.4	517,533,646	97.6	513,337,061	98.3
事業利益	11,751,463	2.4	11,893,111	2.4	13,634,032	2.6	12,857,535	2.4	9,014,651	1.7
事業外収益	6,545,663	1.3	6,523,263	1.3	5,937,895	1.2	6,283,477	1.2	6,398,862	1.2
事業外費用	9,303,942	1.9	9,326,004	1.9	8,574,208	1.7	8,599,627	1.6	8,460,430	1.6
(支払利息)	6,088,501	1.2	5,837,505	1.2	5,652,495	1.1	5,683,886	1.1	5,564,120	1.1
経常利益	8,993,184	1.8	9,090,370	1.8	10,997,719	2.1	10,541,385	2.0	6,953,083	1.3

* 年度途中開業・規模変更法人を含む
出所 経営実態調査

収益の落ち込みをカバーするだけでなく、福祉事業の広がりが、新しい地域住民層の医業事業への結集を生み出すことになってくる。民医連が、介護福祉事業に本格的に乗り出してきたのは2000年度と遅れていたのであるが、「保健・医療・福祉複合体」は、地方の個人病院を中心に、既にこの時期には、ほぼ全国的に定着していたのである（二木 立『保健・医療・福祉複合体』医学書院，1998参照）。

高齢者介護の性格から、体調の不安定さを考慮すると、医療機関との連携は決定的に重要である。また、資本蓄積や経営ノウハウの点から見ても、力量のある病院側が主導的な役割を担うことは当然の結果である。したがって、医療機関が実施する介護福祉事業は、別法人としての社会福祉法人を設立し、それが特養や老健などを運営するようになるのに、それほど時間はかからなかった。院長と理事長が、同一人のドクターである所有型複合体は、地域の医療を担い、先見性を持つ経営幹部がリーダーである私的医療機関を軸に、介護保険制度発足の2000年の直前に、すでに陣取り合戦の第1段階は終了していたのである。

所有型複合体は、サービスの質が良ければ、医療と福祉の連携がきめ細かくしかも即時に実施できるという利点を有する。しかも、入院日数の短縮などを計画的に実施できるため、保険点数上のメリットも有するのである。しかし、影の部分として、患者の囲い込みが指摘されている。

それに対し、社会福祉法人は、措置制度に守られてきたこともあり、医療機関に比べて、資本蓄積や経営ノウハウで遅れているといえる。そのような状況から、社会福祉法人をコアとした複合体は一般的な存在ではない。

複合体を新たに組織するとなると、とくに都市部では、地価が高いため、所有型複合体を実現することは難しい。このような事情から、既に地域に存在し、一定の役割を果たしている医療機関や福祉施設との提携型システムが模索され始めている。所有型複合体に比べて統制力は弱いのが、緩やかな連携ではあるが、両者にとって、地域ニーズを満足させるこの種の事業ネットワークは、後発の医療機関や社会福祉法人にとって、生き残りをかけた事業展開でもあるのである。

後期高齢者医療保険制度導入前夜の経営

周知のとおり、2008年4月に、後期高齢者医療保険制度が導入された。医療費抑制策は、2006年の診療報酬マイナス改定により、着実に実施されてきており、後期高齢者医療保険制度は、医療費抑制の総まとめといってよいであろう。

表4は、この時期の民医連のトータルな損益状況の数値を示している。

医業収益の推移をみると、2006年度は、前年対比で、入院・外来ともに低下しているが、2007年度に入ると、入院収益が回復し、医業収益は伸長したのである。それに対し、介護収益

表4 損益状況の数値

(千円)

	2005年度		2006年度		2007年度	
	163法人	構成比	163法人	構成比	162法人	構成比
入院	244,012,898	45.1	243,643,330	45.1	252,180,117	45.8
外来	201,904,436	37.3	199,467,881	36.9	199,124,123	36.2
保健予防	18,695,301	3.5	19,200,119	3.6	20,586,957	3.7
医業収益	467,752,977	86.4	465,563,211	86.2	475,234,449	86.4
介護収益	72,042,645	13.3	73,169,075	13.5	73,397,137	13.3
その他	1,300,024	0.2	1,371,230	0.3	1,430,506	0.3
事業収益(千円)	541,095,646	100.0	540,103,515	100.0	550,062,092	100.0
人件費	328,711,905	60.7	332,396,173	61.5	339,464,319	61.7
材料費	96,831,584	17.9	94,113,118	17.4	94,528,850	17.2
経費	76,494,399	14.1	77,544,040	14.4	78,694,245	14.3
リース	5,515,034	1.0	5,834,447	1.1	5,997,358	1.1
減価償却費	24,718,238	4.6	24,609,474	4.5	24,872,258	4.5
事業費用	532,271,160	98.4	534,497,251	98.9	543,557,032	98.8
事業利益	8,824,485	1.6	5,606,264	1.0	6,505,060	1.2
事業外収益	7,226,350	1.3	6,827,266	1.3	7,345,730	1.3
事業外費用	8,528,306	1.6	8,456,942	1.6	8,393,583	1.5
(支払利息)	5,245,510	1.0	5,113,695	0.9	5,291,996	1.0
経常利益	7,522,529	1.3	3,976,588	0.7	5,457,207	1.0

出所 経営実態調査

は、2006年度、2007年度ともに、対前年比で伸長しているものの、2006年度では、医業収益の落ち込みをカバーできず、事業収益は、微減の状況となっている。しかし、2007年度には、伸長に転じているのである。それに対し、事業費用の中で最大のウエイトを持つ人件費は、この間、対前年比で増加しており、人件費比率は、2006年度で61.5%、2007年度には61.7%に達しているが、61%台に卡ろうじて抑制できたのである。経費やリース料も伸長しているが、医薬品などの材料費や減価償却費の構成比の維持・低下がみられる。これらにより、事業費用のトータルは微増しているが、構成比は、2007年度で、前年対比0.1%低下させることができたのである。この結果、事業利益は、2006年度の1%から、2007年度には、1.2%に回復する。金利負担などの事業外損益を処理した後の経常利益は、2006年度で、0.7%、2007年度には、1%となる。2005年度の水準までの回復ではないが、厳しい状況の中での経営努力が窺えるといえよう。医療費抑制策の影響は、地域医療を支える民医連の医療経営を、このように追い込んでいっているのであるが、地域医療の灯を守る努力が続いていることも理解できるであろう。

全体像を示すこのデータは、福祉事業への傾斜を強め、医療・福祉・複合体経営が、一段と深化していることを示すものである。それでも、福祉事業の広がりによって、医療費抑制策の焦点である医療経営の厳しさを補完することは出来ない状況を示すものでもある。

全体像は民医連経営の平均的な数値である。したがって、リアルな実証分析は、個別経営まで降りて検討しなければならない。言うまでもなく、個々の法人の経営事情は、立地している

地域の事情、経営規模の違い、経営トップの先見性や指導力さらに労使関係などに反映される職員の結集度や離職状況などの個別具体的な事情に大きく左右される。したがって、法人ごとに詳しく見ると、厳しい情勢の中でもたくましく前進し、地域での信頼を強めている複合体もあれば、赤字転落の厳しさから抜け出せない法人もみられるのである。

経営規模別のデータ分析

経営規模だけで、経営状況の厳しさの違いが決まるわけではないが、しかし、その一因となっていることも確かなので、分析を試みてみた。

なお、民医連の規模別の法人区分は以下のとおりである。

A法人 150床以上の病院を含む統一経営

B法人 149床以下の病院を含む統一経営

C法人 単独病院

D法人 診療所のみ統一経営

E法人 単独診療所

ここでは、規模別の特徴をみるために、A法人とB法人のデータを、表5に示した。

A法人の2006年度の事業収益は、医業収益および介護収益も含めて、対前年比で減少している。しかし、人件費比率をなんとか60%台に維持できたため、事業利益、経常利益ともに、低下はしたものの、黒字を守ることが出来ている。2007年度には、医業収益が大きく伸長し、それを受けて、事業収益も増加した。人件費は金額で見ると伸びてはいるが、構成比を61.1%に抑制することが出来たため、事業費用を前年対比で、0.1%低下させている。このため、事業利益も経常利益も、2006年度は前年対比で低下させたが、2007年度には、2005年度の水準には

表5 規模別損益データ

(千円)

	A法人						B法人					
	2005年度 62法人		2006年度 62法人		2007年度 62法人		2005年度 27法人		2006年度 29法人		2007年度 29法人	
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%
医業収益	387,626,129	88.5	385,346,974	88.5	391,947,037	88.7	54,458,581	83.3	56,321,949	80.6	59,313,646	80.8
介護収益	49,723,188	11.3	49,351,760	11.3	48,756,989	11.0	10,841,437	16.6	13,469,358	19.3	13,990,198	19.0
その他	844,031	0.2	881,970	0.2	884,220	0.2	103,056	0.2	123,574	0.2	134,319	0.2
事業収益	438,193,349	100.0	435,580,704	100.0	441,588,245	100.0	65,403,074	100.0	69,914,881	100.0	73,438,163	100.0
人件費	263,347,953	60.1	265,174,360	60.9	269,951,136	61.1	40,977,048	62.6	44,740,951	64.0	46,447,173	63.2
材料費	80,802,798	18.4	78,452,957	18.0	78,546,489	17.8	10,693,214	16.3	11,042,436	15.8	11,366,483	15.5
事業費用	430,625,282	98.3	430,283,765	98.8	436,005,605	98.7	64,510,247	98.6	70,095,459	100.2	72,699,680	99.0
事業利益	7,568,067	1.7	5,296,940	1.2	5,582,640	1.3	892,827	1.4	180,579	0.3	738,483	1.0
経常利益	6,650,085	1.5	2,760,826	0.6	4,880,593	1.1	627,564	1.0	529,175	0.8	444,136	0.6

出所 経営実態調査

達しないものの、2006年度を超えることが出来たのである。表には示していないが、特別損失の水抜き処理を実施したため、当期純利益は、2億円の赤字である。

B法人は、医業収益、介護収益共に伸長したにもかかわらず、2006年度で、人件費比率は、1.4%の増加となり、64%に達してしまった。この増加分が、事業利益を赤字にさせ、金利負担の重みが、経常利益の赤字をさらに増やすことになった。2007年度は、人件費比率を、前年対比で、0.8%低下させることが出来たため、事業利益、経常利益ともに、水面上に出て、黒字となったのである。なお、表には示していないが、特別損失の水抜き処理を実施したため、当期純利益は、6億6千万円の赤字となっている。

これらの結果からいえることは、事業活動を活発に伸長させたB法人は、2006年度では、人件費について一定の配慮をせざるを得なかったため、その構成比の僅かな増加が、赤字をもたらしたといえよう。しかし、2007年度には、黒字水準を確保しているのである。

事業収益に対して、僅か1%の人件費比率の違いが損益の分かれ目になるのである。これをみると、経営規模の違いが、経営成績にストレートに反映したというよりも、人件費管理に反映される労使関係やその実施時期などの影響の微妙な違いが、このような結果をもたらしたといえよう。

先進的個別事例

姫路医療生協

兵庫県姫路市で活動する姫路医療生協の誕生は、1971年6月、公害問題に取り組む住民運動の中から「みずからの命をみずから守ろう」と「みんなの診療所づくり」が提起されたのが、きっかけであった。準備期間を経て、1974年6月に姫路医療生協創立総会が開かれ、1975年11

表6 施設数の推移 (ひめじ)

施設種類	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
病院	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
無床診療所	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯科診療所	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
訪問看護ステーション	1	2	2	2	2	2	2	3	3	4
ヘルパーステーション			1	2	3	3	5	5	5	5
居宅介護支援事業所			1	3	3	4	6	6	5	5
福祉用具レンタル			1	1	1	1	1	1	1	1
訪問入浴				1	1	1	1	1	1	1
通所介護					1	3	3	3	3	3
通所リハビリ			2	2	2	1	1	1	1	1
短期入所生活介護						1	1	1	1	1
小規模多機能型居宅介護支援									1	2
地域包括支援センター										1

出所 通常総代会議案書

月に、共立診療所を開設したのである。当時の組合員は、2千人たらずであった。日本生協連医療部会に所属する生協法人だが、同時に、民医連にも加盟している。

現在、拠点病院である共立病院のベッド数は、56床という小規模病院である。岡山県に近い県西部という立地は、世界一を誇る生協コープこうべの主要拠点である阪神地域とは違って、協同組合運動を地域に根ざす活動は厳しい。それに加えて、ベッド数規制の影響を受けて、医療事業の拡張は難しく、福祉事業への傾斜を強めざるをえなかった。表6に示した施設数の推移は、福祉・介護事業への傾斜を見事に反映している。

この点は、表7で示した職員の推移でも、2002年と2008年の6年間という短期間の人数変化にも、福祉事業の充実に努めてきたことが正確に反映されている。表7を詳しく見れば、医師、

表7 職員の推移 (ひめじ)

職 種	2002年3月31日現在			2008年3月31日現在		
	常 勤	非常勤	非常勤常勤換算	常 勤	非常勤	非常勤常勤換算
常勤役員	2	0	0.0	2	0	0.0
医師合計	12	18	1.9	10	26	4.6
医科医師	8	9	0.7	8	15	1.4
歯科医師	4	9	1.2	2	11	3.2
看護職員合計	43	37	20.7	52	51	28.3
看護師	27	18	9.0	45	26	13.4
準看護師	14	11	5.6	6	15	8.4
看護助手	2	8	6.1	1	10	6.5
検査技師	1	2	0.8	1	2	0.9
放射線技師	3	0	0.0	2	0	0.0
薬剤師	4	0	0.0	5	3	0.6
作業療法士	2	0	0.0	3	1	0.3
理学療法士	1	1	0.2	3	0	0.0
言語聴覚士				1	0	0.0
介護福祉士	1	0	0.0	8	0	0.0
社会福祉士				1	0	0.0
介護支援専門員	2	1	0.2	16	17	12.5
ヘルパー提供責任				5	11	11.0
ヘルパー		65	26.6	0	121	47.2
生活相談員				2	2	1.3
専門相談員				1	5	3.5
その他医療技術者	1	9	4.7	2	62	48.0
栄養士	3	1	0.5	1	0	0.0
歯科技工士	2	0	0.0	1	0	0.0
歯科衛生士	4	14	6.8	4	14	8.0
歯科助手				0	3	2.8
事 務	13	14	8.7	14	18	9.5
組織担当	3	1	0.4	4	2	1.5
その他職員		24	13.1	0	17	6.9
合 計	97	187	84.6	138	355	186.9

出所 通常総代会議案書

表 8 主要数値の推移 (ひめじ)

(千円)

年 度	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
組合員数(人)	18,327	19,139	20,060	20,906	21,858	22,642	23,199	23,615	23,378	23,489
出資金	280,403	289,501	295,424	300,164	319,091	333,334	350,258	360,545	349,825	349,630
医療事業収益	1,303,935	1,449,198	1,356,398	1,397,658	1,353,750	1,366,223	1,353,269	1,379,562	1,397,074	1,418,641
介護事業収益			252,483	358,243	502,679	681,258	811,080	869,430	908,364	1,028,404
その他	0	0	5,523	7,521	6,283	6,578	9,057	11,511	11,558	12,946
事業収益合計	1,303,936	1,449,198	1,614,404	1,763,422	1,862,712	2,054,059	2,173,405	2,260,503	2,316,995	2,459,991
経常剰余金	21,358	47,367	96,417	130,585	152,474	86,095	91,700	131,936	98,208	112,129
当期純利益	6,943	32,922	63,751	83,691	96,429	41,524	9,619	35,766	14,115	16,374
総資産合計	1,030,835	1,089,580	1,202,634	1,294,367	1,394,795	1,639,407	1,687,068	1,727,714	1,831,768	1,898,040
自己資本	293,035	335,055	404,732	494,679	610,035	665,803	692,346	738,398	741,793	757,973

出所 通常総代会議案書

看護師も増員されており、医療事業における努力も続けられているのである。また、組織担当職員の配置の強化にも留意したい。

人件費負担の面から、非常勤職員のウエイトを増やしているのはやむをえないことではあるが、常勤職員の増員もきっちり実施していることにも注目したい。サービスの質の確保・向上を強く意識している結果であろう。

主要数値の推移を表 8 に示しておいた。

医療費抑制策の影響を受けて、医療事業収益は、2000年度、2004年度において、対前年比でマイナス伸長となっている。しかし、2000年度から始まった介護事業は、年度ごとに増加しており、事業収益合計は、医療事業収益が対前年比でマイナスとなった年度も含めて、全年度で対前年比プラス伸長を示しているのである。これには、組合員活動の深化や職員の積極的な事業利用への取り組みが土台にあるからである。

組合員数をみると、2006年度での落ち込みはみられるものの、1998年の1万8千人から、最近の4年間は、5千人の仲間を増やし、2万3千人台を維持しているのである。出資金の推移は、組合員数の横ばいを反映して、2006年度、2007年度で微減しているが、一定の水準を維持していることは、共立病院のリニューアル資金を中心とした増資の継続的訴えの効果でもある。また、出資金と自己資本を比較してもらいたい。1998年度では、金額的にほとんど同一水準であった。これは、剰余の積み立てが、極めて低いことを意味する。しかし、介護事業への取り組みが始まった2000年度からは、自己資本が急増してくるのである。2005年度以降は、出資金を上回る剰余の積み立てとなっている。剰余金の取り崩しは、設備投資や人件費などに使われることになっているため、姫路医療生協のエネルギー源といってもよいであろう。

経常利益の推移は、2003年度、2006年度と対前年比で低下している。医療費抑制策の影響や投資の償却などがその理由である。当期純利益は、特別損益の処理後の数値である。水抜きや含みの吐出しなど、法人としての財務政策の処理を済ませた金額といえる。したがって、この

金額は、剰余の積み立て増となり、自己資本を増加させていくのである。

医療事業のベースであるベッド数からいって、地域の中小規模病院であり、協同組合運動への理解も県内では阪神地域と比べてとくに高い地域とはいえない立地条件のもとで、設立後30数年という短い期間の中で一定の事業業績を確保し、地域の中での信任を強めてきた姫路医療生協の活動は、地域に根ざし、保健・医療・福祉複合体経営としての一つの先進的事例ではあるが、地域医療の中で奮闘する多くの中小規模複合体経営の普通の事例に過ぎない。

医療崩壊が問題とされる中で、目だって注目されるような特別の事例ではないが、厳しい医療・福祉事情のもとで、地域住民の暮らしを支えて、地域に根づきつつある個別事例としての紹介である。

南医療生協

南医療生協は、2008年9月の現状で、名古屋市南区を中心に、2病院(373床)、7診療所、4つの訪問看護ステーション、6つのヘルパーステーションなど、33事業所での事業を展開しており、設立後47年目を迎えて、地域に70支部を擁する医療生協である。姫路医療生協と同じように、民医連にも加盟している。

南医療生協は、現在、「新・南生協病院」(緑区)、「生協のんびり村」(東海市)、「新・星崎診療所併設老健施設」(南区)づくりと「かなめ病院」(南区)の増改築に取り組んでいる。

南医療生協の機関紙『健康の友』第488号(2008年9月号)は、「いよいよ着工『新・南生協病院』づくり」の見出しの下、8月23日の第25回千人会議に集まった代表者たちの生き生きした表情の写真を掲載している。

2年前の『健康の友』号外(2006年4月号)は、「南生協病院の新築移転用地の購入について提案します!」と以下の理由を挙げて呼びかけている。

すなわち、この問題は、2005年5月の通常総代会で「現状の中での補強・増改築か新築移転か」速やかに検討を開始することが確認されて、2005年10月から2006年2月まで僅か5ヶ月の間に、20数回の説明会を実施し、それを受けての提案なのである。現在の南生協病院の問題点として、築後30年になり、耐震補強の必要や衛生設備の更新、6床部屋の改善、公共交通事情の不便さ、駐車場の分散とスペース不足等が挙げられている。さらに、現在地での建て替えは、期間と費用の面で困難である理由が説明されている。新築移転の場合、診療を休止することなくできること、建物延べ床面積が2倍近く広げることが可能なので、施設のゆとりといろいろな工夫ができ、JR新駅(東海道線大高駅と共和駅の間)の駅前という立地の利便性が大きいこと等が挙げられている。また、新築移転地域は、現病院の4km範囲内と同じぐらいの組合員が居住しており、さらに新たな人口増が見込めること、3km範囲内に病院はなく、1km範囲内に開業医もおられないこと、地盤が固い土地で、水害の危険も少ないことなどが追加説明されている。

表9 主要数値の推移 (南)

(千円)

年 度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
組合員数	47,409人	49,719人	52,983人	55,671人	58,515人
出資金	1,636,937	1,778,340	1,825,477	1,925,621	2,151,456
事業収益	8,254,612	8,088,467	8,073,124	8,035,776	7,516,849
事業外収益	81,956	102,470	112,903	115,953	101,920
経常剰余金	338,139	260,484	270,925	225,776	37,962
経常剰余率	4.1%	3.2%	3.3%	2.8%	0.5%
総資産合計	8,757,358	8,708,111	9,273,370	8,999,784	10,712,597
自己資本	2,752,756	3,071,346	3,181,732	3,441,270	3,642,802
自己資本比率	31.4%	35.3%	34.3%	38.2%	34.0%

出所 第45回南医療生協通常総代会議案

現在の南生協病院の立地している地域には、もう一つの病院「かなめ病院」があるので、そこを増改築し、外来機能の充実を実現させることで、この地域の医療事業を支えることが併せて提起されているのである。

このように新病院づくりの実現に向けての取り組みが、組合員や職員の参加の中で具体化しているのである。

2008年5月の第45回通常総代会議案書の「2007年度事業と運動のまとめ」では、「新南生協病院建設と運動推進について」を最初に掲げ、設計図面が基本的に完成したこと、新病院を支える増出資が、3億7千万円に到達し、引き続き5億円増資の取り組みを推進することなどが掲げられている。

表9に、主要数値の推移を示した。

組合員数、出資金は、着実に伸長しており、5万8千人の組合員、75億円の事業収益に達している。しかし、事業収益の推移をみると、医療費抑制策の影響のため、低下していることが分かる。介護収益は、事業収益の中の8%（2007年度）を占めるに過ぎず、医療収益の落ち込みをカバーするだけのウエイトも伸びもない。

経常利益率も、0.5%にまで低下し、黒字といえる水準ではない。まさに、医療の危機という現実を、南医療生協の場合も、率直に反映しているのである。しかし、経常剰余の低下は、新しい賃金体系の導入による若年層への手厚い対応や7：1看護のための人件費増がおもな理由であり、新病院建設を軸とした新しい取り組み強化の布石となっているのである。

また、南医療生協は、以前から、病院近くの開業医宅をお借りしての班会議を行うなど、地域の開業医さんとの連携を大切にしており、病診連携システムとして、「地域のお医者さん紹介します」のコーナーを、『健康の友』紙に連載している。

さらに、「みんなで1000人職員紹介運動」の取り組みを継続しており、看護師をはじめ、医師、薬剤師、リハビリ、介護、事務などほとんどの職種の紹介があり、この1年でみると、紹介総数は、273名、その内、入協されたひとは、40名に達したと総代会（第45回）議案書に報告されている。

結 び

以上に述べてきたように、医療経営の現状が示す特徴として、先進的個別事例においても共通しているのは、経営の厳しさである。その影響は、事実上の倒産が、合併や買収の形をとって進行していることに示されている。しかし、そのような厳しさの中で、地域医療を担い続ける先進的個別事例の紹介のなかにみられる取り組みは、地域ニーズに向き合いながら、地域住民の市民ボランティア組織を広げる努力や医師・看護師などの紹介を組合員レベルまで広げて運動的に展開するなどさらに労使の緊張関係の中の相互理解を土台に人件費管理を将来を見据えた経営戦略として柔軟にそして中期的視点で提起し、保健・医療・福祉複合体として取り組む姿なのである。

こうした取り組みの方向性の基礎を支えているのは、経営トップの先見性のある総合的な経営戦略である。しかしそれには、地域のくらしの諸条件に適応した機敏な対応が伴わなければ成功しない。二木 立教授が「今医療関係者に求められているのは、医療崩壊を声高に叫ぶことではなく、『絶望せず、希望を持ちすぎず』、制度の部分改革と自己改革を進めることにより、希望の芽をさらに拡大し、医師・医療費抑制政策の転換につなげていくことである。迂遠なようにみえても、これが医療崩壊・医療荒廃を防ぐ唯一の道であることを改めて強調したい」⁴⁾と指摘されているように、個別具体的な条件を活かした機敏で的確な対応が忍耐強く求められているのであろう。

4) 二木 立「医療改革 希望の芽の拡大と財源選択」『文化連情報』、第364号、2008年7月号、28ページ。