

論文要約

伊関友伸『自治体病院の歴史—住民医療の歩みとこれから』（三輪書店）

本論文は、「はじめに」「おわりに」のほか、全7章で構成する。「はじめに」は、研究の動機、研究目的、研究の視点などについて記述している。本論文の主要なテーマは「自治体病院の存在意義」である。自治体病院の非効率さは様々な場面で指摘される。非効率な自治体病院を全て廃止すべきと発言する医療関係者も少なくない。その一方、自治体病院の現場に入ると、行政からの財政支出が多いことだけで、病院を全て廃止すべきものではないことも感じていた。自治体病院の存在意義について、歴史的な事実やデータを示して考察することが必要という考えに至った。

第1章は、明治初期～中期の公立病院の隆盛と衰退の動きについて論考する。わが国における本格的な西洋医療の導入は明治維新を契機とする。明治政府の西洋医学推進の動きに呼応して、地方においても佐賀、福井、金沢などの諸藩が相次いで病院を設立した。1871（明治4）年の廃藩置県以降、各県において公立病院を設立する動きが進み、ほとんどの府県に病院が設立されることとなった。しかし、当時、西洋医学はぜいたく品であり、富裕層のものであったことから、政府の緊縮財政と財政の中央統制の強化、府県衛生事務の警察部への移管、歳出の抑制を求める地方議会の圧力などにより、収支の均衡が求められ、一転して廃止が相次ぐことになる。1883（明治16）年には357院あった公立病院の数は、1923（大正12）年には71院まで減少し、公立病院のない県は18県に及んだ（「1923年内務省衛生局年報」）。廃止された公立病院は民間に払い下げられたり、篤志家の寄付が期待できる日本赤十字社に寄付され赤十字病院となった。

論文においては、明治期の公立病院の廃止について、「国の安上がり医療政策」として批判する議論に対して、当時の漢方医を含めた医師数の多さや道府県・市町村財政の分析から、公立病院の政策順位は低かったことを指摘している。

第2章は、明治末期・大正期・昭和前期の医療の社会化運動から戦時医療体制への動きについて論考する。明治末期から大正期に入り、産業の発展と共に国民の間の貧富の差が拡大。健康問題は貧困により生じる最大の支障となった。医療の進歩を広く全ての人が享受できることを目指す「医療の社会化」の運動が起きる。

減少の一途をたどっていた公立病院も低所得者層を対象とした病院・診療所や結核療養所、乳児保護のための産院などが新たに設置される。1911（明治44）年には、貧困層を対象に医療を提供する東京市施療病院と広島市立施療病院が開設される。1914（大正3）年には、「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律」が制定され、東京・大阪・神戸の3市に対して結核療養所の設置が命じられた。1917（大正6）年に大阪市に市立刀根山病院が設置されたのを始めとして、全国17都市に結核療養所が設けられる。その後、都市部を中心に貧困・低所得者層を対象とした病院や乳児保護のための産院など病院の開設が相次ぐ。

1911（明治44）年9月、民間人の鈴木梅四郎が社団法人実費診療所を設立し、東京の京橋木挽町で実費診療を開始する。実費診療所は、中産階級以下の所得層が、高額の医療費支出により貧困層に陥らない「防貧」を目的に、安い費用で医療を提供することを目指した。鈴木の実費診療所は多くの患者を集めたものの開業医の反対もあり、新たな実費診療所の設立ができなくなった。全国の市町村からの強い要望もあり、市町村からの実費診療

所設立の申請は認可されることとなった。1923（大正 12）年からは、実費診療事業に対して簡易保険積立金の低利貸付が行われる。市町村の経営する実費診療施設は、1935（昭和 10）年ごろまでには全国 85 か所に及んだ。

一方、農村部では、産業組合法に基づいて医療利用組合（現在の JA 厚生連の前身）をつくり、安い価格で質の高い医療を受けようという動きが起きる。1928（昭和 3）年、青森県在住の岡本正志は、農村が疲弊し娘の身売りが相次ぐ中で、医療費が高く手遅れとなって死亡診断書を書いてもらう時しか医師に診てもらうことができないことに強い問題意識を持ち、有限責任東青信用購買利用組合を設立し、東青病院の運営を始める。苦勞の末東青病院は大成功を収める。東青病院に刺激されて、青森・秋田・岩手・群馬・新潟など全国に相次いで医療利用組合による病院・診療所が設立される。また、1938（昭和 13）年には、健兵健民政策の一環として、地域レベルの医療保険である国民健康保険法が施行され、国保組合直営の医療機関が設置される。

1942（昭和 17）年には、戦時の医療提供体制に関する法律である「国民医療法」が成立し、特殊法人として日本医療団が発足する。医療団は、結核の予防と撲滅、無医地域の解消、医療の向上と普及を綱領として、医療機関を組織的に運営することを目指した。

さらに、戦時中に起きた医師不足に対応するため、官立医学専門学校（青森・前橋・松本・米子・徳島）の新設が行われた。公立の医専の設立も相次ぎ、1945（昭和 20）年の時点での公立医専は 18 校（北海道庁女子、秋田県女子、福島県女子、横浜市、山梨県、山梨県女子、名古屋市女子、三重県、岐阜県女子、大阪市、奈良県、和歌山県、兵庫県、広島県、山口県、高知県女子、九州医学歯学、鹿児島県）に及んだ。公立医専の相当数が、戦後、国立・公立医科大学として存続している。

第 3 章は、昭和戦後復興期の医療再建の動きについて論考する。第二次世界大戦の敗戦後、日本国憲法が制定され、新たに社会権が保障される中で、自治体病院は、国民に医療を提供するための中核的な施設として次々と設置される。1948（昭和 23）年 5 月、医療制度審議会は「医療機関の整備改善に関する答申」を行う。戦災により多数の医療機関が損耗している中で、国民に医療を提供するために「公的医療機関」を速やかに設置すること。公的医療機関の経営の主体は、原則として都道府県等地方自治体たらしめることとした。

1950（昭和 25）年には、医療機関整備中央審議会が全国的な医療機関の体系化を図ることを骨子とする「医療機関整備計画」を決定する。病院は病床の整備目標をその種類ごとに定め、都道府県ごとに中央病院・地方病院・地区病院を配置する。配置に当たっては、都道府県立病院を中心とする公的医療機関を中核として考慮することとされた。しかし、都道府県立病院の新設は、財源の不足から限定的であった。

戦後、大きく数を増やした医療機関として、市町村の国民健康保険直診病院・診療所がある。急激なインフレの中で医療費は、闇価格並の診療報酬が慣行化し、保険による報酬とは比較にならないほどの差を生ずることになった。医療機関も保険による診療を歓迎せず、保険外的一般患者としての受診を求める傾向が強くなった。「使えない国保」ということで国保加入者が保険料を納めず、国保組合は滞納が急増した。事業を休止する国保組合が相次ぐ中で、国保直診病院・診療所を持つ組合は、組合自ら医療を提供できる強みから国保事業を休止することなく続けられ、国保事業崩壊の防波堤として大きな役割を果たした。国や都道府県も国保制度の維持のため、国保直診病院・診療所の設置に補助金を出すなどの支援を行った。その結果、敗戦直後の 1945（昭和 20）年には 99 院にしか過ぎなかった自治体病院は、国民皆保険が達成される 1961（昭和 36）年には、自治体病院の数は都道府県立 284 院、市町村立病院 853 院（その相当数が国保直診施設）の合計 1,137 院に達

するまでに至った。

当時、市町村立病院の設立が相次いだ要因の一つに、医師の雇用が比較的容易なことがあった。敗戦で、外地の軍医や開業医が本土に引き揚げて来たことに加え、戦争中に多数設立された医学専門学校の卒業生が医師として医療現場で勤務することになった。このため、国内の医師は過剰状態になった。その大きな受け皿となったのが地方の市町村立病院であった。

第4章は、昭和高度成長期について、国民皆保険達成後の自治体病院の試練について論考を行う。戦後、国民に医療を提供するための中核的な施設として次々と設置された自治体病院であるが、国民皆保険を達成した1961（昭和36）年ごろから逆風が吹く。1957（昭和32）年、武見太郎が日本医師会の会長に就任する。武見は、強い政治的な権力を使い、戦後の日本の医療に大きな影響力を及ぼした人物である。武見は、開業医の意見が強く反映された日本医師会の政治力を使い、自治体病院に対して厳しい姿勢で対応する。

1963（昭和38）年に医療制度調査会が出した最終答申は、日本医師会に関わりの強い委員の人选が行われたこともあって、「(公的医療機関という現行医療法上の制度は) 国、公立の医療施設の整備が急速に行なわれ、また、国民皆保険を迎えた今日においては、そのあり方は基本的に再検討されるべき」という開業医を主軸とした医療体系の強化の方向が示される。

1962（昭和37）年には、医療法の改正による公的病院の病床規制が議員提出法案として成立する。その後、わが国の病院の新設は私的医療法人が中心となる。1961（昭和36）年に956病院であった自治体病院の数（一般病院）が1990（平成2）年の1,020病院と約1.07倍しか増えていないのに対し、1961（昭和36）年に2,745病院だった私的病院は、1990（平成2）年には6,399病院に約2.3倍に増えている（厚生労働省「医療施設調査」）。診療報酬も開業医に対して高く、公的病院に厳しい傾向が続いた。

このような中、自治体病院は生き残りをかけて旧自治省（現総務省）との関係を深めていく。1960（昭和35）年、自治体病院が特別地方交付税（地方交付税の約4%程度を占める）の対象となる。特別地方交付税の対象となることで、地方自治団体・自治体病院は、金額的には少額であったものの安定した運営財源を確保することになる。1977（昭和52）年には、自治体病院の運営経費が普通地方交付税（地方交付税の96%程度を占める）の対象となる。地方交付税の裏付けもあり、地方自治体の一般会計から自治体病院会計への繰入金は、一貫して増加の傾向を示す。

その一方、自治体病院が地方交付税の対象となるためには、財務状況が明確にされることが必要とされた。1963（昭和38）年の地方公営企業法の一部改正により、職員数が100人以上の自治体病院に財務規定の一部を適用する制度が設けられ、1966（昭和41）年改正では、病院事業全てに財務規定が当然に適用されることとなった。病院事業を地方公営企業法の対象とすることで、企業会計による独立採算制となる一方、救急医療やへき地医療公衆衛生活動などの政策的な医療については、一般会計から繰入が行われることが明確化された。

第5章は、昭和安定成長期から平成バブル期の自治体病院について論考を行う。国民皆保険の達成と経済の高度成長により、国民の医療需要が高まる。地方の自治体病院・診療所で勤務していた医師が都市部に移住し開業を行う動きが強まる。特に、影響を受けたのが、交通の便の悪い地方に医療を提供するために設立された国保直診診療所であった。1955（昭和30）年には3,156施設あった国保直診診療所が1969（昭和44）年には1,462施設に半減する。

医師不足に対応するため、1970（昭和 45）年に秋田大学医学部が戦後初めて新設されて以降、医科大学の設立が相次ぐ。1972（昭和 47）年 7 月、『日本列島改造論』を掲げて田中角栄が内閣総理大臣に就任する。同年 11 月、田中総理の指示を受けた自民党文教部会医学教育チームは、「無医大県」を 1976（昭和 51）年度までになくすこと（一県一医大）を盛り込んだ医師養成長期計画をまとめる。『日本列島改造論』自体には、無医大解消政策そのものは書かれていなかったが、大都市の過度の集中を解消する有力な手段として「大学の地方分散」が提案されていた。医科大学は、当時の総合大学の学生運動の激しさから、学生運動への対策として国立の単科大学として新設された。

また、1972（昭和 47）年には、不足する地方の医師不足に対応するため、都道府県が出資者となり、自治医科大学が設立される。自治医科大学の設置や 1970 年代に医科大学の新設が相次いだことから、地方の医師不足問題はやや落ち着きを見せる。

1981 年には、第二次臨時行政調査会（第二臨調）が設置され、医療費の抑制が重要な課題とされる。医療費の抑制のため、医科大学の定員抑制政策が取られる。1985（昭和 60）年には「地方行革大綱」が閣議決定され、地方自治体においても行政改革が重要な課題となる。行政改革が国をあげた課題となったものの、自治体病院は職員の増員が図られ、医療の内容の充実が図られていく。これは、1962（昭和 37）年の公的病院の病床規制が継続されたことにより、私的病院の数や病床が急激に増加していたこと。私的病院の一部は、脱税や乱診乱療で国民からの批判を受けていたこと。過剰な診療行為を行う可能性が少なかった自治体病院・診療所への国民の信頼が高かったこと。当面の行政改革の対象として国立病院があり、地方自治体は国立病院の受け皿として期待されていたため、あえて自治体病院を行革の対象としなかったことが考えられる。職員数も、地方自治体の一般管理部門の地方自治体の職員定数が厳しく抑制されている中で、病院の職員数は、1974（昭和 49）年の職員数を 100 とすると、1988（昭和 63）年が 146 となるなど増加傾向にあり、他職種に比べても増加率は最も高い状況にあった。

第 6 章は、平成期の橋本行革以降の新自由主義的行政改革の時代の自治体病院について論考を行う。1996（平成 8）年、三重県の「事務事業評価システム」の導入以降、全国で行政評価を導入する動きが広まる。行政評価を通じて、自治体病院事業への一般会計繰出金の多さが問題として表面化してくる。自治体病院の運営形態を変え、経営能力を向上させて、繰出金を縮減しようという動きが起きる。1999（平成 11）年には、三重県病院事業が地方公営企業法の全部適用を行い、「病院事業庁」を設置する。その後、都道府県の病院事業を中心に全部適用を行う自治体が相次ぐ。自治体病院への一般会計繰入金を縮減する流れは続き、1997（平成 9）年度の 7,634 億円から、2007（平成 19）年度の 6,960 億円まで金額で 674 億円、約 9%の削減が行われる

2004（平成 16）年、新しい医師臨床研修制度の導入を契機に、全国的な医師不足が起きる。地方の自治体病院などに医師を派遣していた大学医局の機能が弱まり、医師が引き揚げられる動きが起きた。特に、自治体病院の影響は大きく、経営を大幅に悪化させ、病院を廃止したり、指定管理者制度を導入する自治体病院が相次ぐことになる。

2007（平成 19）年には、総務省が公立病院改革懇談会を設置、懇談会の議論を元に「公立病院改革ガイドライン」策定。「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の 3 つの視点に立った改革を一体的に推進することが求められることになった。経営の効率化と時代の変化に対応した医療機能の再編が求められているのが、現在の自治体病院の現状と言える。

第 7 章では、これまでの議論を踏まえて、自治体病院の存在意義について論考を行った。

行政組織である自治体病院は、単に医療を提供するだけでなく、「地域における医療や社会問題を解決する施設・組織」として存在すること。設置の意義が明確であれば、自治体病院は成長する一方、収支の均衡だけを求められても自治体病院は衰退すること。政治の影響を受けやすいことを指摘した。

その上で、自治体病院の存在意義を図表で整理し、「民間法人の独占排除」「自治体病院が立地する地域の医療費地域差指数が低い傾向」「行政の医療・福祉・健康づくり政策との連動のしやすさ」「バッファー（緩衝器）としての役割」など意義があることを指摘した。さらに、これからの地域における医療の課題を「国民の超高齢化への対応」「個人の孤立（社会的な連帯意識の欠如への対応）」「国民皆保険制度の維持」であると指摘、自治体病院は問題解決のモデルとなることが期待されることを指摘した。

その一方、自治体病院には職員定数の問題など「お役所体質」が存在し、体質を変えていかなければ、時代の変化に対応できず衰退していく可能性が高いことを指摘した。最後に、地域の医療のあり方を考える自治体病院の危機は、国民の医療に対する意識を変革する一つの契機となる可能性があることを指摘している。