

医療供給体制における自治体病院のあり方

堀 真 奈 美^{*}

(東海大学教養学部准教授)

1. はじめに

近年、自治体財政悪化に加え、市町村合併や三位一体の改革が拍車となり、自治体病院の経営改善はこれまで以上に重要かつ喫緊の政策課題となってきた。国立病院やその他の公的病院¹⁾も再編・統合が進み、自治体病院²⁾においても、地方公営企業法の全部適用や指定管理者制度の導入、民間への売却、統廃合などが具体的に検討・実施されるようになってきている。

一般に知られるように、自治体病院の経営状況は芳しくない(図1)。平成16年度の医業収支比率(医業収益/医業費用×100)³⁾は民間100.1と黒字であるのに対し、自治体病院は90.3と赤字になっている⁴⁾。だが、このような赤字基調は、今にはじまったことではなく、30年以上もほぼ同様の傾向を示している。この持続的な赤字構造の背景には、へき地・不採算地区医療⁵⁾、精神・結核医療、高度先進医療など、いわゆる政策医療の実施が関係すると思われるが、経営意識の欠如や経営努力の不足なども指摘されている(塩谷：2005)。

自治体病院は、地方公営企業法で求められる「公共の福祉」の増進と「企業の経済性」の発揮という、時に相反する二つの課題を実現しなければならないというジレンマを抱えており、私的病院⁶⁾と一律に考えることには一定の限界がある。しかし、全ての自治体病院が政策医療において積極的な役割・機能を果たしているのか、あるいは私的病院との違いがあるかというとなかなか疑問が残る。さらに、自治体病院の経営悪化は、自治体病院に期待される役割・機能を果たす上で解消できない構造的なものなのか。また、

^{*}2002年慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科博士課程修了(政策・メディア博士)。東海大学教養学部人間環境学科専任講師、助教授を経て、現職。専門は公共政策、社会保障(医療保険)。所属学会：公共政策学会、公共選択学会、病院管理学会、医療経済学会等。

¹⁾ 公的病院には、都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会が運営する病院が含まれる。

²⁾ 自治体病院とは、都道府県立、市町村立、一部事務組合立を含む。

³⁾ 医業収支比率とは、医療活動による収益状況を示す指標をさす。この他の経営指標として、医業活動と医業外活動に伴う収益と費用との割合からなる経常収支比率をあげられる。(医業費用+医業外費用)÷(医業収益+医業外収益)で計算される。自治体病院の場合は、医業外収益の中に繰り入れ金等も含まれる。

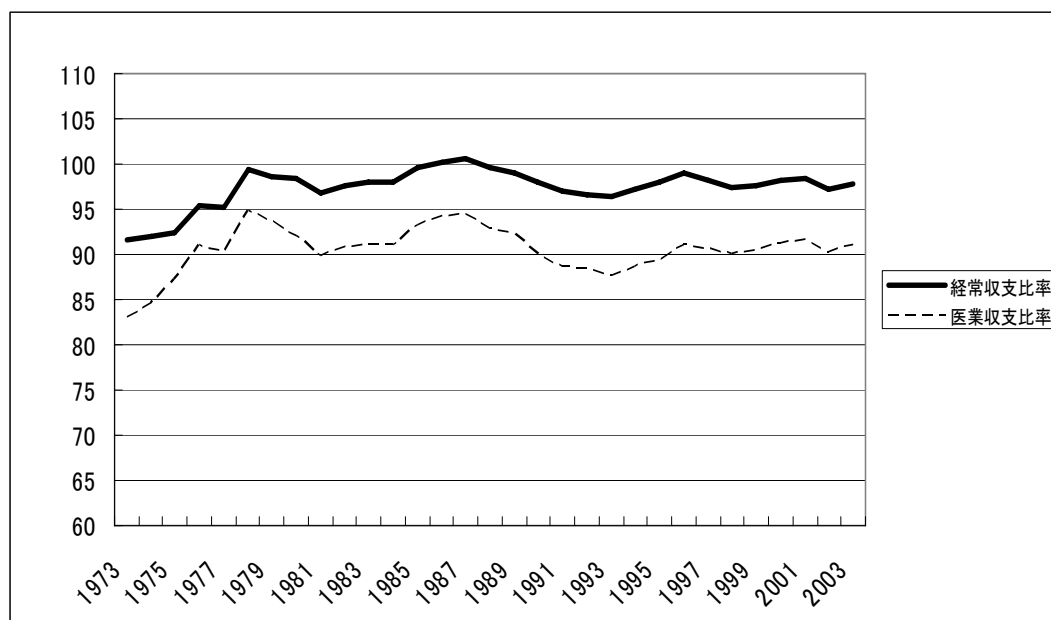
⁴⁾ 全国公私病院連盟、社団法人日本病院会『平成18年病院経営実態調査報告』によると、自治体病院のうち9.3%が黒字、赤字は90.7%であるのに対し、私的病院では、52.7%が黒字、赤字は47.3%であると報告されている。なお、ここでいう赤字、黒字とは、一般会計等の繰出など自治体の負担金等を収益から除いて計算される。

⁵⁾ 不採算地区病院とは「①その他の有する病床が100床未満又は前年度における1日平均患者数が100人未満であること、②前年度における1日平均外来患者数が200人未満であること、③当該病院の所在する市町村の区域内に他の一般病院が存在しないこと、又は当該病院の所在する市町村の面積が300km²以上であって当該市町村の区域内に存在する他の一般病院の数が1に限られていること」の条件が満たされている病院をいう。

⁶⁾ 本稿では、特に断りのない限り個人および医療法人立病院を私的病院と呼ぶ。財団法人、社会福祉法人、学校法人、宗教法人などの公益法人により設立されたものは含まない。

その期待される役割・機能は、自治体病院でなければ担えないのか。本稿では、以上を問題意識として、自治体病院と私的病院の違いに焦点を当て、医療供給体制における自治体病院のあり方について考察を行う。

図1 自治体病院経営状況の推移



出所：自治体病院経営研究会編(2006)参照

2. 自治体病院の現状

2.1. 自治体病院の推移

厚生労働省『医療施設調査（平成 17 年）』によると、全国 9026 病院数のうち、1362 病院がいわゆる公的病院であり、日本全国の約 15%を占める。その内、都道府県立 303 病院、市町村立 757 病院と自治体病院は、合計 1060 病院（全体の約 12%）⁷⁾あり、公的病院の約 64%を占める⁸⁾。

なお、全国における自治体病院数は、1950 年代より大きな変動はなく、1000 前後を推移しており、近年再編の影響で減少傾向にある⁹⁾。開設者を問わずみると、病院数全体は、1950 年代半ばに 5000 台であったのが、国民皆保険の達成と高度経済成長の影響を受けて、1970 年代には 8000 を越えるほどまでに増加した。

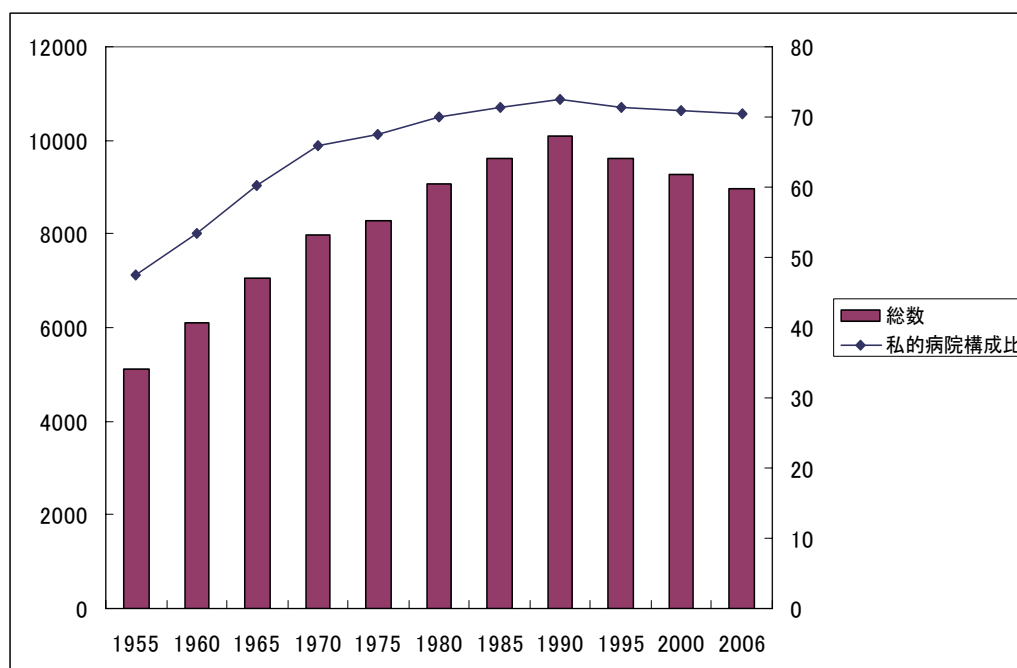
⁷⁾ 最新の医療施設動態調査（平成 19 年 1 月末概数）によると、開設者が都道府県である病院は 289 病院、市町村は 753 病院ある。

⁸⁾ 公的病院の占める割合は、地域によってばらつきがあり、岩手、山形、青森では、全国平均を大きく超え、全体の 40%以上を占める。これらの東北 3 県については、自治体病院の病院数および病床数の構成比はともに全体の 30%以上になっており、地域医療の確保において非常に重要な位置を占めていることが推測される。

⁹⁾ 市町村合併の影響で地方公営企業法を適用する病院事業数は急速に減少傾向にある。『地方公営企業年鑑』によると、平成 16 年度に 728 事業、1000 病院であったのが、平成 17 年度では事業数 674、病院数 982 と減少している。病院数の減少は、統合、診療所化、民間移譲等による。平成 17 年度に統合した病院は 4、廃止は 2、診療所化は 5、その他が 7 となっている。

この間、自由開業医制の下、私的病院¹⁰⁾が急増したことにより、私的病院の構成比が大きくなった（図2）。その後、病院総数は1990年にピークの1万を超えたが、それ以降、病院総数は減少傾向にあり、ピーク時に比べて10%以上少なくなっている¹¹⁾。

図2 病院数の推移と私的病院の構成比



備考) 右軸は、病院数、左軸は、病院構成比(%)である。私的病院とは、医療法人と個人病院の合計値を意味する。

出所：厚生労働省『医療施設調査（各年版）』参照

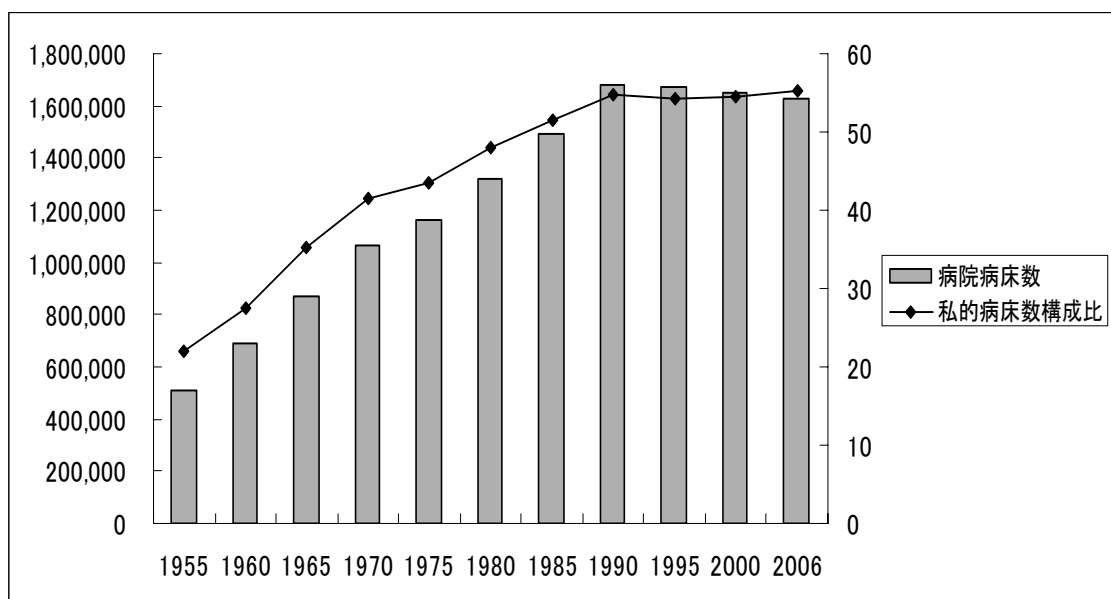
一方、病床数は、1950年代半ばに50万台であったものが、病院数の増大とともに、1970年代には2倍以上となる100万台を超え、私的病院の構成比も20%台から40%台と高くなった（図3）。その後も、80年代後半の医療計画による病床規制が完了するまで増加傾向にあったが、1993年の168万952床をピークに減少傾向にある。しかし、減少スピードは病院数の減少と比べると緩やかであり、病院数がこの10年で10%近く減少したのに対し、病床数の減少率は4%未満である。なお、自治体病院の病床数も10年前の1996年に25万5183床であったものが、2006年末時点では、24万2785床に減少している。公私とも病院病床は減少傾向にあるため、自治体病院の病床数全体に占める構成比は15%程度と大きな変化はみられない。

全病院に占める私的病院の構成比は70%を超えるのに対し、病床数の構成比では55%にすぎない。他方、自治体病院は、病院数の構成比（約12%）よりも病床数の構成比（約15%）が大きく、相対的に病床規模が大きいといえる。実際、全体の施設当たりの平均病床数は約181床であるのに対し、自治体病院は約235床、私的病院は約133床となっている。

¹⁰⁾ 1984年に、個人病院は3468、医療法人病院は3356と個人病院のほうが多かったが、個人病院が医療法人化したこともあり、2005年では、個人病院は677、医療法人は5695病院となっている。

¹¹⁾ 最新の医療施設動態調査によると、平成19年1月概数で8915とさらに減少している。

図3 病床数の推移と私的病院病床の構成比



備考) 右軸は、病床数、左軸は、病床構成比 (%) である。私的病院とは、医療法人と個人病院の合計値を意味する。

出所：厚生労働省『医療施設調査（各年版）』参照

2.2. 自治体病院の特徴

1) 政策医療の実施

まず、私的病院と異なる自治体病院に期待される役割・機能として、民間が採算面から参入しにくいと思われる政策医療¹²⁾の実施があげられる。

実際、全国自治体病院開設者協議会の調査資料¹³⁾によると、全国のへき地医療拠点病院 244 病院の 71.3% (174 病院)、救命救急センター 189 病院の 38.6% (73 病院)、基幹災害医療センター 54 病院の 59% (32 病院)、小児救急医療拠点病院 27 病院の 40.7% (11 病院)、地域がん診療拠点病院 135 病院の 46.7% (63 病院)、周産期母子医療センター 24 病院の 41.3% (10 病院) が自治体病院となっており、政策医療において一定以上の役割・機能を果たしていると評価できる。

政策医療の実施は、運転資金および建設資金に対する公的資金投入の根拠ともなっている。運営においては一般会計繰入金が収益的収入として、病院の増改築や医療機器の整備においては国庫補助金¹⁴⁾、病院事業債¹⁵⁾を資本的収入として一部計上することが可能である (図 4)。近年、減少傾向にあるものの、2004 年度 (平成 16 年) でも 7000 億円を超える公的資金が使われている。また、自治体病院は、消費税以外は非課税と優遇されている。これは、非営利法人であっても、税法上は、営利組織とほぼ同等の課税対象となる私的病院と大きく異なる点である。

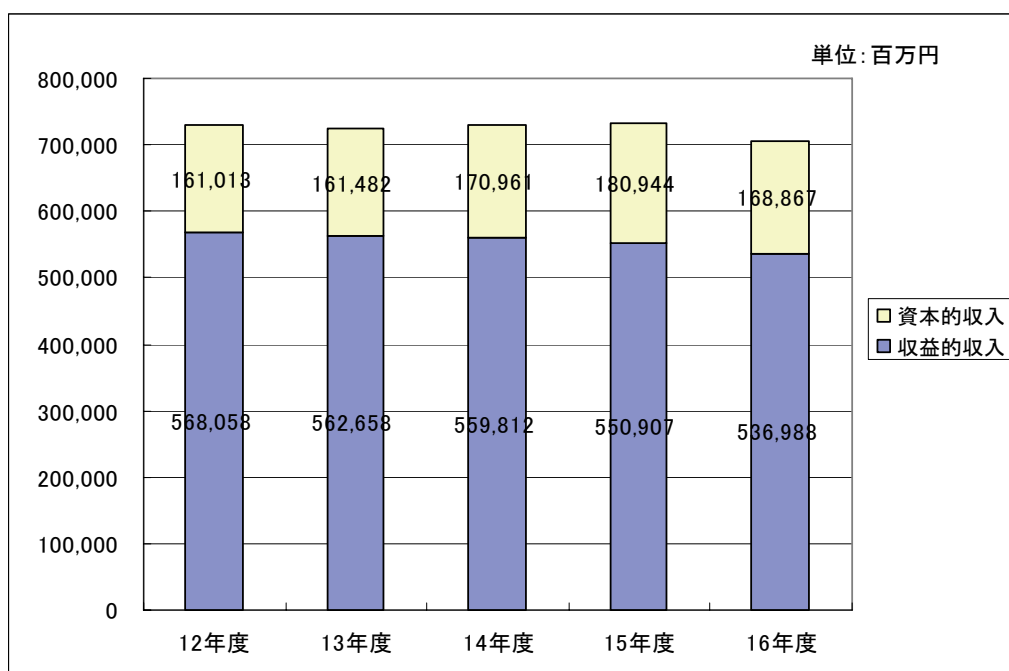
¹²⁾ 本稿における政策医療とは、通常の医療収入だけでは採算性を確保されないものとみなされているへき地医療、救急医療、高度先進医療、不採算地区医療など国庫補助や地方公営企業法による補助対象となる医療を意味する。一般医療とは、公的資金投入の対象となる政策医療を除く通常医療を意味する。

¹³⁾ 全国自治体病院開設者協議会 HP 参照。http://www.jmha.or.jp/conf/activity/activity15.html

¹⁴⁾ しかし、国庫補助金は、三位一体改革により 2006 年度よりへき地医療の確保に関するものに限定された。医療施設運営費等補助金、医療施設等設備整備費補助金、医療施設等施設整備費補助金など自治体病院への補助金の多くが一般財源化された。

¹⁵⁾ 地域医療確保のために必要な財源を調達することを目的として地方公共団体がする借入金で、医療施設、医療機器、医師、看護師等の宿舎の整備事業を対象とする。

図4 他会計からの繰り入れ状況



出所：自治体病院経営研究会編(2006)参照

表1 自治体病院(一般病院のみ)の病床規模の構成比

単位: %

	病床規模	都道府県	指定都市	市	町村	組合	自治体病院計
一般病院	300床以上	50.5	63.6	44.8	1.5	34.6	33.1
	100床以上300床未満	37.4	33.3	39.2	30.3	43.3	36.7
	100床未満	12.1		16	68.2	22	30.1
	建設中		3				0.1
	計						100
	(うち不採算地区病院)	8.8		7.3	55.8	14.2	21.8

出所：地方公営企業経営研究会編(2006)参照

なお、自治体病院の病床規模は平均的に大きいものの、精神、結核を除く一般病院でみると、300床以上の大規模病院が全体の33%以上を占める一方で、100床未満も30%以上ある(表1)。当該市町村の区域内に他の一般病院がない不採算地区病院も全体の20%以上もある。特に経営主体が、町村の場合は、55.8%が不採算地区病院となっている。また、病床規模も100床未満が68.2%と小規模である。一方、都道府県(50.5%)、指定都市(63.6%)、市(44.8%)では、300床以上の大規模病院が多い。都市部における大規模病院と町村部の不採算地区病院というように、同じ自治体病院といっても千差万別であり、求められる役割や機能も異なると思われる。例えば、前者では、地域基幹・中核病院として高度・特殊・先駆的医療の供給を期待することができたとしても、地域医療の確保がままならない状態である後者において同様の役割・機能を期待することはできないだろう。

また、先に述べたとおり、全体としては政策医療の実施で積極的な役割・機能を果たしているといえるが、1000 前後ある自治体病院全体の構成比にしてみると、全国のへき地医療拠点病院を担っているのは約 17%、救命救急センターを担っているのは約 7%、基幹災害医療センターを担っているのは約 3%、小児救急医療拠点病院を担っているのは約 1%、地域がん診療拠点病院を担っているのは約 6%、周産期母子医療センターを担っているのは約 10%にすぎない。

ゆえに、政策医療の実施において自治体病院は相対的に積極的な役割・機能を果たしているといえるが、全ての自治体病院が政策医療の実施において積極的な役割・機能を果たしているとはいいがたい。

2) 政治的介入

私的病院と異なる第二の特徴として、政治的介入の存在があげられる。基本的に、自治体病院は、地域住民の健康に責任をもつ自治体の長（以下、首長）が、議会の議決を経て開設される。よって、首長や議会の関心度、優先度によって、自治体病院の経営のあり方も変わりうる。一般会計又は特別会計の繰り入れにも一定の基準¹⁶⁾があり全ての経費を税金で自動的に賄うことはできない。原則は、地方公営企業法に定められているように、独立採算制の原則が適用されているが、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費」（地方公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 1 号）および「当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行つてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費」（地方公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 2 号）については、当該自治体の一般会計等が負担するものとなっている¹⁷⁾。つまり、受益者負担原則では回収できないもの、及び、現実的に受益者負担だけでは回収困難であるため病院事業に負担させることが不適切であると判断された経費について繰り入れが認められる。なお、前者の経費は全額負担が前提になるのに対し、後者については、回収困難な不足経費の負担が前提となっているため、各自治体が個別に判断することが求められる。

最終的には、一般会計等への繰り入れの決定は、首長の権限にゆだねられている。無論、首長の独断のみで行われるものではなく、住民による選挙で選ばれた議員によって構成される議会の承認が求められる。よって、地域住民の意向を完全に無視することはできず、仮に不採算であっても、地域住民のニーズが高ければ、簡単に廃止することはできないだろう（そもそも地方公営企業には破産制度の適用がない）。逆に、経営状態が悪くなくても、政治的な判断により、統廃合や民間売却が決定されることもありうる。

こうした政治的介入の存在は、私的病院と比べ、地域住民に対するアカウンタビリティーの確保が自治体病院に強く求められる所以でもある。

3) 経営責任の不明確性

第三に、経営責任が明確な私的病院と異なり、自治体病院は、地方公営企業法の一部適用¹⁸⁾により、運営されていることが多く¹⁹⁾、経営責任の所在が必ずしも明確ではない。一部適用における病院長の権限は、財務規定等に限定され、予算原案、組織の設置、職員の任免、給与・勤務時間等の勤務条件、資産取得、

¹⁶⁾ 地方公営企業法第 17 条の 3 及び第 18 条、地方公営企業法施行令第 8 条の 5 参照。

¹⁷⁾ 非能率的な経営によって生じた赤字補填のための公的資源投入は法の趣旨に反する。だが、同法 49 条に記載される法再建など財政再建を行う場合に、国・県の承認した計画にもとづき不良債務の解消を行う際に、経費の一部を一般会計から補助することが認められる。

¹⁸⁾ 病院事業については、地方公営企業法の全規定を適用せず、財務関連の規定のみ（一部）を適用することが認められている。一部適用の場合は、給与はその他の公務員給与と同じく、人事院勧告をもとに条例で定められている。全部適用の場合は、経営状況等をふまえ、事業管理者と労組との交渉で決まる。

¹⁹⁾ 『地方公営企業年鑑』によると、平成 17 年度における地方公営企業適用の病院事業は 674 で事業が有する病院が 982 病院である。このうち 81 事業 209 病院が全部適用である。ゆえに、残りの 773 病院（約 80%）が一部適用であると考えられる。

労働協約締結は首長の権限である。一部適用では管理者が設置されず、病院の経営が能率的、合理的なものでなかったとしても、病院に経営責任を問うことはできない体制となっている。よって、私的病院と比べると、自治体病院の自律性は低いと考えられる。

自治体病院の枠組みのもとで、経営責任を明確化させる手法として、①地方公営企業法の全部適用、②地方独立行政法人化、③指定管理者制度導入があげられる²⁰⁾（表2）。

表2 経営責任の明確化の手法比較

	一部適用	全部適用	地方独立行政法人	指定管理者制度
根拠法	地方公営企業法(財務)	地方公営企業法	地方独立行政法人法	地方自治法
経営責任者	首長	管理者(首長が管理者を任命)	独立行政法人・理事長(首長が任命)	指定管理者(民間事業者)
経営目標の設定	任意		法定(中期目標・計画)	任意
議会の関与	設置等に係る条例制定、年度予算議決、決算認定、料金に関する条例制定		中期目標・計画の議決、評価委員会に係る事項	指定の手続き・管理基準、業務内容等の条例の制定、指定に関する議会の議決
業務実績評価と公開	任意		法定化(評価委員会による評価結果の公開)	任意
予算執行	単年度予算主義、契約制度の制約、首長が予算案作成	単年度予算主義、契約制度の制約、管理者が予算案作成	単年度予算主義に縛られない弾力的な予算執行、複数年契約可、独立行政法人が予算案編成	指定管理者の基準による予算編成
一般会計等の繰入	行政的経費及び不採算経費等の運営費負担金として措置		行政的経費及び不採算経費等は一般会計から繰入金として措置	指定管理者との協議の上、交付
職員任命	首長	管理者	独立行政法人	指定管理者(民間事業者)
職員身分	地方公務員(自治体職員)、定数は条例規定	地方公務員(公営企業職員)、定数は条例規定	公務員型(一般)、非公務員型(特定)※ ※非公務員型の場合は、労働三権付与	非公務員(個別法で制限されることも)、定数規定なし
職員採用	原則、競争試験	原則、競争試験	公務員型は、職員の勤務成績や法人の業務実績等を考慮、非公務員型は、法人の業務実績のほか同一または類似の職種の公民間給与を考慮、原則競争試験、非公務員型は法人の基準による	指定管理者の定める基準による
職員給与	人事委員会勧告対象、一般の地方公務員に準拠	企業独自の給料表の設定可(条例制定必要)、経営状況のほか、同一または類似の職種の公民間給与を考慮	公務員型は、職員の勤務成績や法人の業務実績等を考慮、非公務員型は、法人の業務実績のほか同一または類似の職種の公民間給与を考慮	

出所：各種資料より著者作成

²⁰⁾ このほか、民間売却(民営化)という手法もあるが、その場合は、自治体病院という枠組みから外れてしまうため、ここではとりあげない。

①の全部適用とは、地方公営企業法に掲げられた管理者の設置等その他の全部の規定を適用することを意味し、先にあげた首長に与えられた権限の多くが管理者（病院長）に移譲される（自治体の条例の制定が必要となる）。管理者の設置により、たとえば、経営状態や業績に応じて職員採用や給与を決定することが可能となる²¹⁾。ほかの二つの手法に比較すると、雇用確保の面で労働組合の反発が少なく、導入しやすいと思われる。しかし、経営効率化インセンティブはほかの二つに比べると低いこともあり、経営改善につながるかどうかは管理者の経営能力によるところが多い。ちなみに、平成18年4月現在で92法人247病院が全部適用となっている。

②の地方独立行政法人とは、2004年4月に施行された地方独立行政法人法に基づき、自治体が設立する法人をいう（議会の議決を経て定款を定める必要がある）。行政組織から分離独立（別法人格を保有）させられることで、予算、人事を含めた経営責任が一法人としての病院に移譲される。中期目標期間における目標・計画に基づく経営が原則とされ、単年度予算主義とは異なるより弾力的な予算執行が認められている。また、業務実績評価と情報公開が法定化されているため、経営効率化と透明性が期待される。職員の身分により公務員型の特定地方独立行政法人（地方独立行政法人法第2条第2項）と非公務員型の一般地方独立行政法人（地方独立行政法人法第2条第1項）に大別される²²⁾。ちなみに、全国で地方独立行政法人に移行した病院は3法人7病院ある（平成18年4月1日現在）²³⁾。

③の指定管理者制度とは、議会の議決を経て指定（地方自治法第244条の2第6項）を受けた管理者が、包括的に業務全部を行うものである。2003年6月の地方自治法一部改正により、管理委託制度が廃止され、出資団体に限られない民間事業者が業務全部を委任、管理代行が可能となった（地方自治法第244条の2第3項）。地方公営企業法の病院においても、施設管理の一部だけでなく、医療業務全般を包括的に指定管理者に委任することができるようになった。具体的な契約内容や応募資格、条件は、自治体ごとに異なる²⁴⁾。指定管理者が民間事業者であるため、職員の身分は原則非公務員であるが、個別法の規定で制限を課すこともできる。指定管理者導入以前に当該病院で勤務していた職員の多くが他の自治体病院に異動するケースと、身分変更を伴うが、当該病院に残るケースがある。前者のケースとしては、横浜市立港湾病院（現、横浜市立みなと赤十字病院）²⁵⁾、後者のケースとしては、国保新大江病院（現、医療法人財団新大江病院）²⁶⁾が例としてあげられる。ちなみに、平成18年11月現在で、病院における指定管理者制度導入は38事業ある²⁷⁾。

²¹⁾ ただし、職員の身分は、原則公務員のままである。

²²⁾ 職員の給与は、何れも自治体の公務員給与体系とは独立したものであるが、前者では「その職務の内容と責任に応ずるものであり、かつ、職員が発揮した能力が考慮されるものでなければならない」とされ、後者では、「その職員の勤務成績が考慮されるものでなければならない」とされている。

²³⁾ 内訳は、一般地方独立行政法人が2法人（宮崎県立子ども病院、長崎県北松中央病院）、特定地方独立行政法人が1法人（大阪府）の5つの府立病院である。一般地方独立行政法人化を進める上での困難性として、労組との交渉があげられるが、実際導入した2法人はもともと指定管理者制度による公設民営で運営されており、実質的に職員の身分が公務員でなかったため、移行が比較的容易であったと思われる。大阪府立病院は、総務省認可において医療観察法に定める指定医療機関を担うということから、公務員型の適用が認められた。なお、総務省の「地方公営企業の経営の総点検の実施状況」によると、平成18年11月1日現在で35事業が導入検討をしているという。<http://www.soumu.go.jp/>参照。

²⁴⁾ 公益性の高い公的医療機関や医学部をもつ大学などを応募可能とすることが多いが、それ以外の法人については自治体によって違いがみられる。

²⁵⁾ 横浜市は老朽化した旧港湾病院の移転新築に際し、2005年4月より指定管理者制度を導入し、日本赤十字社（以下、日赤）が指定管理者となった。当時、日赤は、同市内で横浜赤十字病院を開設していたが老朽化による改築を検討していた際、港湾病院の指定管理者制度の公募があり、公募に応じた。

²⁶⁾ 大江町は、国民健康保健新大江病院の運営に指定管理者制度を導入し、住民参加型の医療法人を設立しその医療法人を指定管理者とした。ほとんどの職員が病院に残り、従来業務を引き継いでいる。

²⁷⁾ 総務省「地方公営企業の経営の総点検の実施状況（平成18年11月1日現在調査）」参照。

3. 自治体病院の経営実態—経営悪化の構造要因

3.1. 自治体病院担当者へのアンケート結果

最初に述べたとおり、自治体病院の経営状態はよくない。特に、ここ数年は、診療報酬改訂や患者自己負担増加を伴う医療制度改正の影響もあり、医業収益の伸びは減少する一方で、赤字額は拡大傾向にある。

著者は、2006年5月から6月にかけて、全国47都道府県の自治体病院の管理運営および医療計画担当部署あてに「医療供給における公私役割と地域連携についてのアンケート調査」を実施した（堀：2007）²⁸⁾。ここでは、調査結果のうち、本稿に係る経営悪化要因についてのみ紹介する²⁹⁾。なお、回収率は、約87%（47都道府県中41道府県）と非常に高いものであった。

表3 経営悪化の要因

問1: 経営悪化の要因	そう思う	どちらでもない	そう思わない	無記入
①不採算医療	82.9%	9.8%	7.3%	0.0%
②給与体系・人件費	82.9%	4.9%	7.3%	4.9%
③政策医療	87.8%	4.9%	7.3%	0.0%
④診療報酬引き下げ	90.2%	9.8%	0.0%	0.0%
⑤材料費購入の交渉力不足	39.0%	39.0%	14.6%	7.3%
⑥良い人材確保できない	22.0%	46.3%	26.8%	4.9%
⑦近隣医療機関との競争激化	17.1%	39.0%	36.6%	7.3%
⑧地域との連携不足	9.8%	58.5%	24.4%	7.3%
⑨地域住民のニーズにできていない	12.2%	39.0%	41.5%	7.3%
⑩医療技術の高度化に対応できない	7.3%	36.6%	48.8%	7.3%
⑪組織運営の非効率	36.6%	41.5%	12.2%	9.8%
⑫高額な医療機器導入	36.6%	36.6%	19.5%	7.3%
⑬施設の狭あい・老朽化	24.4%	36.6%	31.7%	7.3%
⑭個別医療機関の経営努力不足	31.7%	41.5%	17.1%	9.8%
⑮コスト意識、経営マインド欠如	48.8%	31.7%	9.8%	9.8%
⑯首長・院長のリーダーシップ不足	26.8%	41.5%	22.0%	9.8%
⑰補助金、一般財源への依存体質	17.1%	39.0%	36.6%	7.3%
⑱経営効率化インセンティブの少なさ	61.0%	19.5%	12.2%	7.3%
⑲自治体と病院のコミュニケーション不足	12.2%	39.0%	41.5%	7.3%
⑳組織全体のモラルの低さ	17.1%	39.0%	31.7%	12.2%

出所：堀(2007)

表3に示したとおり、全体の80%以上が、経営悪化要因として、診療報酬引き下げ、政策医療、不採算医療、給与体系・人件費をあげていることが分かった。このうち診療報酬引き下げという外部環境要因は、私的病院の経営悪化要因でもある。外部環境要因は、個々の病院の経営努力で改善するには限界があり、そもそも自治体病院であることによる構造的な経営悪化要因とはいえない。よって、本稿では、私的病院との違いに焦点を当てるため、診療報酬引き下げについては言及しないこととする。

政策医療については、すでに述べたとおり、自治体病院の特徴の一つであるが、基本的には、実施にともなう費用（受益者負担になじまない経費等）の多くは一般会計等から補填されるため、経営悪化要因とは言い切れない。ただし、自治体ごとに繰り入れ基準にばらつきがあるため、政策医療の実施にともなう

²⁸⁾ 質問項目は、「問1.経営悪化の要因」、「問2.経営改善手法への関心度・実施状況」、「問3.経営改善手法のメリット・デメリット」、「問4.所管病院の地域における役割」、「問5.経営改善の取り組み」、「問6.〈当該病院の〉医療従事者・職員の採用」からなる。問1から問3までは記号選択式回答、問4は一部選択式、問5以降の設問は全て記述式（自由回答）となっている。

²⁹⁾ なお、本調査対象は、都道府県立病院に限定されているため、自治体病院といってもその他の経営主体は含まれていない。

費用がどれだけ賄われているのか、実質的に経営悪化に寄与するのは必ずしも明確にできない。

他方、公費投入を伴う政策医療の実施は、自治体病院というよりも自治体本体の財政悪化要因としてとらえることもできる。自治体行政は、医療だけを行うものではない。財源が限定的であればあるほど、他の行政サービスとプライオリティを競合することになる。これまでは政策医療として認められていたものが、認められなくなる可能性もある。地域住民の意向をふまえ、政策医療の範囲と定義を改めて確認する必要があるだろう。

3.2. 給与体系・人件費

すでに紹介したとおり、同上の調査では、給与体系・人件費は、自治体病院の経営悪化要因であるという回答が多かった。実際、表4をみると、医業収益に対する給与費比率は自治体病院60.7%であるのに対し、私的病院は51.4%、材料費比率³⁰⁾は、自治体病院28.9%、私的病院24%と民間よりも高い比率になっており、高コスト体質であるといえる。特に、医療は労働集約型の事業であるため、人件費が経営に与える影響は小さくない。給与費比率が民間と比較して高くなる背景には、公務員の年功序列型給与体系があると思われる。

表4 自治体病院と私的病院の経営状態(平成18年度)

	単位:千円	
	自治体病院	私的病院※
A 医業収益(100床当り)	127,362	132,083
・入院収入	84,790	88,565
・室料差額収入	1,287	2,646
・外来収入	39,371	36,231
・その他収入	1,915	4,641
入院収入/A	66.6%	67.1%
室料差額収入/A	1.0%	2.0%
外来収入/A	30.9%	27.4%
その他収入/A	1.5%	3.5%
B 医業費用(100床当り)	146,751	131,612
・給与費	77,309	67,902
・材料費	36,749	31,754
(1)薬品費	21,944	17,599
(2)診療材料費	13,651	11,511
(3)食事材料費	946	1,002
(4)医療消耗備品費	209	1,642
・経費	21,352	23,629
うち委託費	11,604	9,111
・減価償却費	10,132	6,124
・その他	1,209	2,202
給与費/A	60.7%	51.4%
材料費/A	28.9%	24.0%
委託費/A	9.1%	6.9%
減価償却費/A	8.0%	4.6%
その他/A	0.9%	1.7%

出所：全国公私病院連盟・社団法人日本病院会(2007)参照

※表4の私的病院には、個人、医療法人のほか公益・社会福祉法人も含まれる。

³⁰⁾ 材料費比率が民間に比べて高いのは、自治体病院の価格交渉能力が私的病院より劣るという側面もあるが、ジェネリック薬の使用や在庫管理の徹底などコスト削減努力が不足していることもあげられる。

表5 自治体病院と私的病院の平均給与(平成18年度)

		単位:千円, 歳	
区分		自治体病院	私的病院
医師	平均給与月額	990	1020
	平均年齢	41.6	41
	平均勤続年数	13.8	5.9
看護師	平均給与月額	378	327
	平均年齢	35.7	34
	平均勤続年数	13	7.7
准看護師	平均給与月額	404	292
	平均年齢	47.3	38.4
	平均勤続年数	26.1	10
事務職員	平均給与月額	400	291
	平均年齢	42.1	35.7
	平均勤続年数	20.6	11.4

出所: 平均給与月額は、全国公私病院連盟・社団法人日本病院会(2007)、データ、平均年齢、平均勤続年数は、小山田(2006)参照

表5を見ると、医師の給与についてはほぼ同水準であるものの、医師以外の従事者の給与が、民間と比較して全般的に高いことが分かる。自治体病院における医師の平均年齢は、41.6歳³¹⁾、私的病院では、医師の平均年齢は41歳とほぼ同じであり、給与についても大差がない。平均勤続年数に違いがみられるが、医師の人事は医局が掌握していることが多く、一生涯を同じ施設で働くことは少ない(堀:2007)。ゆえに、他職種に比べると年齢と経験年数に左右される年功序列型の給与体系の影響はあまり受けないと考えられる。なお、不採算地区病院など医師の確保が困難である小規模な町村立病院では医師の給与水準が高くなる傾向にある。

一方、看護部門についてみると、自治体病院における看護師の平均年齢は35.7歳、平均勤続年数は13年、准看護師は平均年齢47.3歳、平均勤続年数が26.1年であり、私的病院の看護師及び准看護師と比べて高い。自治体病院内において看護師よりも准看護師の給与が高くなっている背景には、年功序列の給与体系の下、准看護師採用比率が低下したため、結果として准看護師の平均年齢が看護師よりも圧倒的に高くなったこと(過去に採用された准看護師が高齢化、離職率が低いことによる)があると考えられる。一方、私的病院では、①依然として賃金の低い准看護師の需要が多いこと、②看護師、准看護師ともに自治体病院よりも平均勤続年数が短く、平均年齢が低いということと、③必ずしも年功序列の給与となっていないことから、看護師の給与のほうが准看護師より高くなっている。よって、比較する母集団である准看護師の年齢を調整すると格差は縮小すると考えられる。

以上みてきたように、公務員給与体系における年功序列と平均勤続年数が影響を与えているため、従事者の平均年齢が上がっている状況では、経営悪化の構造的な要因であるといえよう。しかし、給与費比率における公私格差は、給与体系を変更すれば相当程度解消されると思われる³²⁾。地方公営企業法の一部適

³¹⁾ 病床規模区分によってみると、病床規模が小さくなるほど平均年齢が若くなる傾向にある。

³²⁾ 職種別給与費の公私格差を y とすると、 $y=fx$ (平均年齢、平均勤続年数、都市/不採算地区、年功序列型公務員給与体系ダミー)で説明できるというのが本稿での仮説(モデル)である。平均年齢、平均勤続年数、開設エリアを調整すると、年功序列型給与体系を採用するかどうかの違いが集約されるというものである。本稿では、入手データの制限からデータ分析による検証をしていないため、ここでの議論は仮設レベルの域を出ない。

用のまま給与体系を変更することは困難であると思われるが、全部適用や地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入を行うことで、変更は可能である。

4. 自治体病院の必要性

4.1. 福祉ミックスとPPP

近年では、「民間でできることは、できるだけ民間に」というスローガン³³⁾のもと、行財政改革が進められている。医療においても同様であるが³⁴⁾、ここでは、自治体病院が担っている役割・機能を、そのほかの民間部門が担えるかどうかを検討したい。

そもそも医療サービスを公共経済学の概念である「非競争性」、「非排除性」という性質から考えると、純粋な意味で公共財とは言えない。医療サービスは、私的財としての要素もあり³⁵⁾、概念上では、準公共財ないしは中間的な財・サービスである。ゆえに、これらの財・サービスの供給は、必ずしも、政府による直接供給のみを正当化するものではない。実際、先進諸国の多くにおいて、医療サービスの供給は、国、地方公共団体といった公的部門だけでなく、非営利組織を中心とした民間部門³⁶⁾による供給が認められている。

前述のように、我が国の医療供給体制は、自由開業医制度を採用していることもあり、病床数、病院数ともに私的病院が主流である。だが一方で、不採算部門やへき地不採算地区医療の供給における主流は、自治体病院を含む公的病院であり、私的病院は積極的であるとはいえない。地域によっては、病床規制があるために民間参入が困難であるという可能性もあるが、それでも、公的介入なしに医療計画で定めた地域医療の確保に必要な供給が最適になされる保証もない。

これは、医療供給において市場の失敗と政府の失敗のどちらが深刻な問題なのかという議論にも展開しうる。不採算地区において必要な供給量が充足されない状態というのは、市場の失敗が生じている状態とも考えられるし、公的部門の高コスト体質は、政府の失敗が生じているとも考えられる。つまり、市場システム³⁷⁾も政府による計画システムも医療供給において万能ではない。

近年では、①市場システム（資源の最適配分や貢献に応じた配分、機会の均等など効率化を促進するメカニズム）、②政府の計画システム（民主主義による公正なルールと平等な分配を促進するメカニズム）、③インフォーマル・システム（互酬・信頼・愛といった相互的な人間関係による価値を追求するメカニズム）という3つのシステムのそれぞれの長所を生かして最適な組み合わせを実現する福祉ミックス論の考え方が提案されている（加藤・丸尾：2002）。最適な組み合わせは、それぞれのケースにより異なりうる。

一方、福祉ミックス論とは別の流れからも、公共サービスを行政のみならず、NPOなどのボランティアな組織や民間企業と協働しながら提供しようという概念も生まれている。1990年代に欧米で生まれた行政管理学の理念であるNPM（New Public Management）が普及する中で、公的投入のコストに対し最も価値あるサービス提供、パフォーマンスを目指すというValue for Money（以下、VFM）という発想が定着して

³³⁾ このスローガンは、小泉前政権において2001年6月に閣議決定された「今後の経済財政運営お呼び経済社会の構造改革に関する基本方針（骨太方針）」において示された。

³⁴⁾ 医療法人制度改革により、2007年4月より社会医療法人制度が施行され、従来、公的医療が担ってきた公益性の高い救急医療等確保事業を社会医療法人が行なうことが可能となった。

³⁵⁾ 政策医療と異なり、特に一般医療は、私的財としての側面が強いだろう。

³⁶⁾ 民間部門とは、公的部門以外の全ての営利組織、非営利組織（法人形態は多様）を含むが、医療の場合、我が国の医療法のように事実上、営利企業による供給が制限されていることもあり、非営利組織を意味することが多い。

³⁷⁾ 厳密には、情報の非対称性など医療サービスの特殊性から完全な意味での市場システムは導入されていない。医療における市場システムの導入については、堀(2002)参照。

きた。VFM では、経済性、効率性の向上を実現するために、市場や競争メカニズムの活用や、民営化や PFI など企業との連携が重要視された。

最近では、コスト面だけではなく、住民の効用や満足度の向上に焦点を当てた Best Value（以下、BV）が重要視されるようになってきている。BVの実現には、行政と企業の連携・協働だけではなく、NPOや住民を含めた連携・協働が必要であるということから、より広義の概念である PPP（Public Private Partnerships）が英国で使われるようになった³⁸⁾。

PPPの概念は極めて広く、所有、管理運営、ガバナンス（統治）のあり方から、公設公営（一部業務委託含む）、公設民営（運営委託、施設貸与、施設譲渡、DBOなど³⁹⁾）、民設公営（施設譲受、施設借用など）、民設民営（BTO、BOT、BOO、民営化など⁴⁰⁾）など手法も複雑であり、日本での使用法は一定ではない。広い意味で、公共サービスのBVの実現に向けて、民間活力を活用することは共通事項であるが、民営化、民間化とイコールではない。福祉ミックス論で述べたように、PPPにおいても、最適な組み合わせはそれぞれのケースで異なる。本稿との関連でいえば、従来の地方公営企業法適用の自治体病院は、公設公営（+公的所有）の一種であるが、指定管理者制度を導入する場合は、公設民営の一種であるといえる。

4.2. アカウンタビリティの確保

PPP手法も経営主体の変更も、地域住民の効用向上といったBV実現のための手段になりうることはあっても、その行為自体が目的とはなりえない⁴¹⁾。自治体病院によっては、従来の一部適用のままで、BVを実現できる病院もあるだろうし⁴²⁾、全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入により、BVを実現できる場合もあるだろう。あるいは、自治体病院の枠組み（公的所有）ではBVが実現できない、もしくは、自治体病院である積極的な理由が見出せないことから民間移譲（民営化）・廃止が地域住民にとって最善の選択肢であることもありうるだろう。

いずれにせよ、ここでは、自治体病院に期待される役割・機能を否定しているわけではない。期待される役割・機能を果たすのにふさわしい経営主体はケースバイケースで異なりうるということを述べているにすぎない。

では、自治体病院の枠組みである意義は全くないのであろうか。アカウンタビリティの確保という視点から、自治体病院の枠組みを維持することを積極的に評価することも可能である。すでに述べたとおり、自治体病院は政治的介入があることから住民へのアカウンタビリティの確保が強く求められるという他にない特徴を備えている。地方公営企業法の一部適用、全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度

³⁸⁾ 我が国と異なり、税財源による公的供給が主流となっている英国国営医療（以下、NHS）においても積極的に採用された。

³⁹⁾ 公設民営とは、公的所有の施設やサービス供給の運営を民間事業者が担うものをいう。運営委託とは、公有の施設等の管理運営を民間事業者者に委託するもので、負担の方法から利用料金方式、委託料方式に大別される。指定管理者制度がこれに当たる。施設貸与は行政が建築・した所有施設等を民間事業者者に貸与し、その事業者者に管理運営を行わせるものである。施設譲渡は、行政が施設等を建設した上で、施設等を民間事業者者に譲渡し、民間主体に所有・運営を行わせるものである。DBOは、民間事業者者に建設請負工事・管理運営を一体的にゆだねるものであるが、施設の所有・資金調達、工事発注は行政が担う。

⁴⁰⁾ 民設民営とは民間事業が公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金および経営能力等を活用することをいうが、施設等の所有権が完成後に公的所有になる場合（BTO）と、業務・事業終了後に公的所有になる場合（BOT）、業務・事業終了後も公的所有にはならない（BOO）方式があり、これらを PFI と呼ぶことがある。自治体病院に適用された民設民営方式としては、高知県立中央病院と高知市立病院を統合により新設された高知医療センター（BOT、BTO 併用）及び近江八幡市の新近江八幡市民病院（BOT）があげられる。平成 11 年に制定された PFI 法（民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律）が根拠法となっている。一方、民営化とは、公的所有の施設等を民間事業者者に譲渡し、事業運営も民間事業者者に完全移管するものである。これも、民設民営の一種である。

⁴¹⁾ PPP（特に PFI）することのみが目的化してしまうと、政治家と民間事業者との癒着構造を生みだす温床となる可能性もゼロではない。

⁴²⁾ 巨額の不良債権および経営難であった坂出市立病院は、設立 60 年を迎える自治体病院である（2006 年 3 月にヒアリング実施）。1991 年以降、松浦稔明市長と塩谷泰一前院長の協力なリーダーシップのもと一部適用のまま各種経営改善手法を導入し、経営改善をはかった事例として有名である。砂川正彦院長になってからも廃止・民営化に対する危機感の中、職員団結し、経営改善への取り組みを継続しており、平成 17 年度以降、一般会計から市立病院事業への繰入金金はゼロを達成、黒字経営への転換に成功している。医療機能評価機構の認定も受けている。

<http://www.city.sakaide.kagawa.jp/hosp/index0.html> 参照。

の導入を比較すると、一部適用、全部適用では、議会の関与が大きいと、議会制民主主義を通じてのアカウンタビリティ確保が中心となる。地方独立行政法人は、議会の関与は少ない分、はじめから業績評価や情報公開が義務付けられており、アカウンタビリティの確保が制度化されているともいえる。指定管理者制度の導入の場合は、契約内容に応じて異なるが、住民だけでなく、開設主体である行政に対するアカウンタビリティが強く求められる。他方、私的病院に自治体病院と同等以上のアカウンタビリティを求めるのは、関連法規制が整備されていない現状においては限界がある。

公立病院のアカウンタビリティのあり方については英国から学ぶことが少なくない⁴³⁾。1990年代前半のNHS改革において、国立病院は全て、NHSトラスト（独立の公的企業体）になった⁴⁴⁾。ブレア政権誕生後の重なる制度改正により、現在、NHSトラストは、基本的な経営状況のみならず、各種業績評価の実施および結果の公開が義務づけられている⁴⁵⁾。さらに、サービス供給およびプランニング、現行制度の変更に係る提言、組織的な意思決定といった各段階において、患者および住民の意見が反映されるような仕組みをいれることが法律（Health and Social Care Act 2001）でも義務化されており、アカウンタビリティの一層の向上がはかれている。さらに、NHSの支出内容および制度のあり方についても英国会計検査院（NAO）⁴⁶⁾により監査がされるなど、より高次のアカウンタビリティ⁴⁷⁾が達成されているといえる。

自治体病院の枠組みを維持する積極的な意義として、アカウンタビリティが強く求められるということとを述べてきたが、英国のNHSトラストと比較して、日本における自治体病院が同様のレベルでアカウンタビリティを確保しているとはいえる状況にはない。よって、アカウンタビリティの確保という視点だけで自治体病院の枠組みの維持を主張するには現状では説得力が低いだろう。

5. まとめ

本稿の3つの問題意識（①全ての自治体病院が政策医療において積極的な役割・機能を果たしているのか、②自治体病院の経営悪化は解消できない構造的なものなのか、③期待される役割・機能は自治体病院でなければ担えないのか）に照らし合わせて若干の考察を述べたい。

まず第1に、自治体病院は政策医療の実施において一定以上の役割は果たしていることを明らかにした。

⁴³⁾ 患者・市民の選択権利を重視するという視点から、1994年にアカウンタビリティコードが公開、2004年に第二版が公開されている。

⁴⁴⁾ Health and Social Care Act 2003により、NHSトラストの中で業績評価のよいトラストは運営に関する国家関与から完全に独立した地域住民による自主運営が認められるファンデーショントラストになることが可能となった。

⁴⁵⁾ 毎年、Healthcare Commission（法的な正式名称は、the Commission for Healthcare Audit and Inspection、以下HC）が、各トラストの業績評価を行っており、結果を星付評価したものをインターネット等で公開している。HCは、バランススコアカードの手法を用いており、政策的に重要とされる主要ターゲット、診療、患者、資源・能力の視点から達成状況を評価されている。HCのHP参照。
<http://annualhealthcheckratings.healthcarecommission.org.uk/annualhealthcheckratings.cfm>

⁴⁶⁾ NAO（<http://www.nao.org.uk/>）は、公的資金の使途がVFMの観点から問題ないかを監査し年度報告をまとめるだけでなく、公共サービスとしての病院サービスの質と効率性の向上という観点から入院のマネジメントや、高齢者の退院遅延、感染症疾患予防、救急医療、PPP/PFI導入などについても議会の要望に応じて報告書を取りまとめている。わが国の会計検査院も国会からの検査要請事項に関する報告が可能であるが、社会保障および医療分野での報告は専門性が深くかわる分野であるためあまり見られない。近年公開されている報告としては、「社会保障費支出の現状に関する会計検査の結果について」（平成17年6月7日参議院）がある。外部評価は高次のアカウンタビリティの確保という視点からも、今後は、会計だけではなく公共政策の妥当性・適切性に関する評価においても積極的な役割を果たすことが期待される。

⁴⁷⁾ AとB間の関係において、AからBに資金や資源、実行権が移転される際、代理人となるべきBがAのために行った行為詳細をAに報告する義務、またはその代理行為の正当性を説明する責任をアカウンタビリティととらえることができる。アカウンタビリティのレベルは、代理人BがAに対し、具体的にどの程度詳細に報告するか、あるいはどのように報告するかによって異なる。Bの自己報告に加え、A、B以外の第三者がBの正当性を証明すれば、より高いアカウンタビリティが確保されるといえる。医療分野では、Aを患者、Bを医療機関と単純化して考えるモデルをプロフェッショナルモデル、ステークホルダーを消費者、サービス供給者、保険者（資金調達機関）にまで拡大するものを経済モデル、医療を公共財としてとらえ、患者＝市民であることを強調する政治モデルがある。プロフェッショナルモデルでは、医療サービスの質（専門能力）、経済モデルでは、医療サービスの質（専門能力）および経済性（財務業績）、政治モデルでは、医療サービスの質、経済性に加え、意思決定への関与をアカウンタビリティが求められる領域として含まれる。堀、印南(2001)参照。なお、ここであげる英国は政治モデルにおけるアカウンタビリティの事例としてとらえることが可能であろう。

政策医療の実施は、運転資金および建設資金に対する公的資金投入の根拠でもあり、税優遇を正当化するものでもある。しかし、ミクロレベルでみると、全ての自治体病院が政策医療に積極的な役割・機能を果たしているとはいえない。自治体病院に期待される役割・機能は、それぞれの設立の経緯や地域状況によって異なり、全国自治体病院協議会が主張するように、「一律に政策医療のみを行う等医療の範囲を限定することは適当ではない」という意見は説得力のあるものである。だが、不採算地区はともかく、都市部で複数類似機能をもつ医療機関がある場合に、一般医療のみを供給するというのであれば、公的資金投入や税優遇を正当化する根拠が失われ、イコールフィッティングが強く求められることになるだろう。逆にいうと、イコールフィッティングが徹底されるのであれば、一般医療のみを自治体病院が供給したとしても問題は無いと考える。

第2に、自治体病院の経営悪化は、政策医療の実施および年功序列型の公務員給与体系に少なからず関係することを明らかにした。まず、政策医療については、不採算であるから公費投入されるという性質上、本来経営悪化とは切り離して議論すべきである。一般医療は私的病院と同じく診療収入のみで賄い、政策医療の経費については、一般会計から繰り入れることとするなどの経費負担区分の明確化が徹底していれば、政策医療のみに焦点をあて議論をできるが、現実には、政策医療の範囲と費用が必ずしも明確になっていない。キャッシュフロー計算書の活用、病院会計基準の見直しなどが、アカウンタビリティの向上という視点から求められる。

その上で、当該自治体において求められる政策医療の内容と、一般医療を含めどこまでを公的に負担するかについて住民と対話をする機会が求められるのではないかと考える。そもそも、感染症疾患が中心であった戦前と慢性疾患が中心である現代で求められるものが全く同じということはありません。同様な機能を保有する複数の医療機関がある都市部とそうでない地域における住民のニーズが同じということはないだろう。過去のニーズに基づき、政策医療という位置づけがされていたとしても、そのニーズがすでに存在しない、もしくは民間でも対応できるというのであれば、自治体による直接供給を中止するというのも一つの選択肢としてはありうる。逆に、新しいニーズに応じた新しいサービスを新しい手法で供給することも検討すべきであろう。

既に述べたとおり、自治体病院であっても全ての政策医療の経費を一般会計等の繰り入れで賄えるわけではない。地方公営企業法では、原則独立採算制が適用されているが、受益者負担だけでは回収困難な経費については、自治体の一般会計等で負担することが可能となっている。だが、公的資金の投入が正当化されることと、投入額が適切であることは全く別の問題である。最終的な判断には政治的介入が前提となっているからこそ、アカウンタビリティの確保が強く求められる。

一方、公務員の給与体系・人件費については、経営悪化の構造的な要因であるといえるが、給与体系の見直しを含む各種経営手法の活用によって何れも改善可能であることを示唆した。具体的には、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入といった3つの手法をあげたが、これらは、自治体病院という枠組みを維持しながら経営責任の明確化を可能とする手法でもある。何れも、職員の雇用問題に少なからず関係するため、議会の承認だけでなく、労働組合との交渉の上での理解、協力が前提となる。

最後に、自治体病院に期待される役割・機能を他の組織が担えるかどうかについて、福祉ミックス論およびPPPという概念から検討し、自治体病院という枠組みを維持しながらも、民間活力を活用することが可能であると主張した。従来の自治体病院は、公設公営が主流であったが、BVを実現という視点から、公設民営や民設民営などそれ以外の選択肢も議論の余地があると考ええる。自治体病院における指定管理者制度の導入は、医療における公設民営の適用例の一つであるが、社会医療法人など公益性の高い私的病院

が受け皿となることを期待することもできるであろう。

今後、医療費適正化や自治体財政の効率化が求められる中で、財源が大幅に増加することを見込むことは困難である。一方で、住民のニーズは多様化しており、限られた財源で住民の全てのニーズに応答することは必ずしも容易ではない。近年、推進されている自治体病院のネットワーク化、サテライト化および公私含めた医療機関間の地域連携の推進は、地域資源の有効活用といった視点から積極的に評価できる。

何れにせよ、自治体病院はほかの誰のものでもなく、地域住民のものである。住民に必要なものは、病院という箱物でもなく、安心、納得して医療を受けられる体制であると考ええる。ゆえに、自治体病院に期待される役割・機能をいかに効率よく持続的に供給できるシステムをどのように構築するかを検討する必要がある。

<参考文献>

- 小山田恵(2003)「自治体病院におけるコスト管理の問題点」『病院』62 (8), 647-653
- 小山田恵(2006)「自治体病院の役割と改革」『都市問題』97 (2), 59-66
- 加藤寛・丸尾直美編(2002)『福祉ミックスの設計』有斐閣
- 厚生労働省(2006)『医療施設調査 (平成 17 年)』
- 塩谷泰一(2005)「自治体病院の経営責任と社会貢献」『都市問題研究』57 (8), 22-42
- 自治体病院経営研究会編(2006)『自治体病院経営ハンドブック (平成 18 年)』ぎょうせい
- 杉田定大・光多長温・美原融編(2002)『日本版 PPP 公共サービスの民間開放』東京リーガルマインド
- 全国公私病院連盟, 社団法人日本病院会(2007)『平成 18 年病院運営実態分析調査の概要』
- 全国自治体病院協議会(2004)『医師確保対策等検討委員会報告書』
- 総務省(2004)『地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書』
- 地方公営企業経営研究会編(2006)『地方公営企業年鑑 (平成 18 年度版)』
- 日本政策投資銀行地域企画チーム(2004)『PPP ではじめる実践 ‘地域再生’』ぎょうせい
- 堀真奈美(2002)「医療における競争原理」『福祉ミックスの設計』加藤寛・丸尾直美編, 有斐閣
- 堀真奈美(2005)「医療機関の非営利・営利性に関する意識の実態」『信頼回復の病院改革』真野俊樹編, 薬事日報社
- 堀真奈美(2007)「官民協働の新しい地域公共サービスのあり方に関する研究」『東海大学教養学部紀要』37, 277-287
- 堀真奈美, 印南一路(2001)「米国医療におけるアカウントビリティーの概念と動向」『会計検査研究』23, 1-19
- 宮脇淳(2005)『PPP が地域を変える』ぎょうせい
- 武弘道(2006)「改革迫られる自治体病院 (上)」『厚生福祉』, 1 月 6 日号, 2-5
- 吉田秀一(2006)「自治体病院の経営状況分析」『日経グローバル』No. 46, 20-27