

地域医療行政における自治体—公立病院間関係に関する考察 ～公立病院PPPを手掛かりとして～

高橋， 啓

(出版者 / Publisher)

法政大学大学院

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

大学院紀要 = Bulletin of graduate studies / 大学院紀要 = Bulletin of graduate studies

(巻 / Volume)

71

(開始ページ / Start Page)

257

(終了ページ / End Page)

277

(発行年 / Year)

2013-10

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00009982>

地域医療行政における自治体－公立病院間関係に関する考察 ～公立病院P P Pを手掛かりとして～

公共政策研究科 公共政策学専攻

博士後期課程 2012 年度修了 高 橋 啓

1. はじめに

自治体の財政状況の悪化を背景として、公共サービスの提供における公民連携（P P P）の必要性が言われるようになって久しい。地域における主要な公共サービスの一つである公立病院についても、民営化（民間譲渡）や指定管理者制度による民間病院への運営委託、病院P F Iの導入などの形で公民連携が進められている。加えて、2007 年 12 月に総務省が策定した「公立病院改革ガイドライン」では、自治体に対して、それぞれの公立病院に、医療圏内の病院との再編・ネットワーク化や上記の公民連携も含めた経営形態の見直しを行うことを求めている。その際、選択肢の一つとされた地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入などは、公立病院の経営をより自律的に行えるようにするところにポイントがあり、「公立病院改革ガイドライン」の意図は、公立病院の経営者が自律的な判断によってより効率的な運営を行い、病院収支の改善を図るところにあるものと解される。

一方、公立病院の多くは地域における医療サービス提供の中核的存在であり、公立病院に期待される役割は、それぞれの地域において住民が必要としている医療サービスを適切に提供することにある。病院の黒字、赤字という企業会計上の収支の形で病院の効率性を把握することはできるが、会計情報だけでは、地域住民の必要とする医療サービスを適切に提供しているかを把握することはできない。つまり、自治体は、地域住民が必要とする医療サービスを的確に提供できるよう、効率性以外の視点からも公立病院の活動を評価できる仕組みを持つ必要があり、同時に、公立病院の自律性を損なうことなく、公立病院をコントロールしていくことが求められていると言えよう。

本論文は、自治体とは異なる主体が公立病院の運営に参画する、病院P F I、指定管理者、地方独立行政法人による公立病院運営を「公立病院P P P」と名付け、それらの事業において、民間事業者や病院運営主体の活動状況を、自治体がどのように把握、評価しているのかを分析したものである。本論文の構成は、まず、「2.」において、公立病院の経営の現状と経営形態変更の状況を概観し、「公立病院P P P」の制度内容を整理する。次に、「3.」において、「公立病院P P P」の先行事例において、自治体が公立病院を管理するについてどのような課題があるのかを分析した。事例分析結果に基づき、「4.」において、公立病院P P Pにおける自治体の望ましい関与方法を検討し、公立病院の役割を政策的医療の実施に代表される「補完性の視点」以外に「先導性の視点」と「持続可能性の視点」から検討すること、さらに、「業務改善システムの的確性」を重視して、公立病院の業績測定・評価の仕組みを構築することを提言して結論としている。

本論文は、筆者が平成 24 年 9 月に法政大学大学院公共政策研究科へ提出した同タイトルの博士論文を再編、要約したものである。紙幅の制約もあり、事例分析部分の多くを割愛せざるを得なかった。何とぞ、この点は御寛恕いただきたい。

2. 公立病院の経営改善と「公立病院P P P」

2-1 公立病院の現状

我が国の病院の開設主体は、国の機関から個人まで多岐にわたっている。厚生労働省が先ごろ発表した医療施設動態調査結果によれば、2012 年 3 月末の国内の病院総数は 8,530 病院、総病床数は 1,580,961 床である。

これを、国や自治体、厚生連などが開設者となっている公的病院¹と、医療法人や学校法人などが開設者となっている民間病院に分けてみると、病院数では、公的病院が 19.1% に対して民間病院は 80.9%、病床数では、公的病院が 30.3% に対して民間病院は 69.7% という構成になっている。

医療サービスへアクセスするためには、身近に医療機関があることが重要である。そのためには、医療機関が数多く存在する必要がある。病院数でみると、民間病院が圧倒的に多く、公的病院の病院数は民間病院の約四分の一にとどまっている。したがって、全国に 6,937 病院存在する民間病院が病院医療サービスの中心的存在になっているといえることができる。一方、一病院あたりの病床規模は公的病院のほうが相対的に大きいことから（公的病院は、一病院当りの病床規模で民間病院の約 1.8 倍）、公的病院は、施設規模に代表される機能面で民間病院を補完する立場にあるといえることができる。

公的病院 1,643 病院の中で、その過半を占めるのが都道府県や市町村などが開設者となっている公立病院²である。自治体およびその組合である一部事務組合が開設者となっている狭義の公立病院は 899 病院（206,624 床）あり、これに、地方独立行政法人が運営している 64 病院（26,060 床）を加えた公立病院総数は、963 病院（232,684 床）に達している。公立病院は、病院数で 11.3%、病床数で 14.7% を占めており、自治体は、我が国の病院サービスの主要な提供者となっているといえることができる。各種の拠点病院として指定されている病院のうち自治体病院の占める割合を見た場合、総病院数に占める公立病院の構成比が 11.3% であるのに対して、各種拠点病院数に占める自治体病院の割合はその約 2 倍～6 倍に達しており、公立病院の多くが、地域の中核的な医療拠点となっていることがみてとれる（【表 1】参照）。

【表 1】拠点病院における自治体病院の割合

(単位：%)

拠点病院機能		自治体病院	その他公的病院、民間病院	合計	時点
へき地医療拠点病院	病院数	181	87	268	2010年4月1日現在
	構成比	67.5	32.5	100.0	
救命救急センター	病院数	94	151	245	2011年12月1日現在
	構成比	38.4	61.6	100.0	
基幹災害医療センター	病院数	32	25	57	2011年7月1日現在
	構成比	56.1	43.9	100.0	
地域災害医療センター	病院数	248	316	564	2011年7月1日現在
	構成比	44.0	56.0	100.0	
臨床研修病院	病院数	623	2044	2667	2011年9月14日現在
	構成比	23.4	76.6	100.0	
地域がん診療連携拠点病院	病院数	133	204	337	2011年4月1日現在
	構成比	39.5	60.5	100.0	

資料：自治体病院経営研究会〔2012〕：57 を基に作成

- 医療法 31 条において「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所」を「公的医療機関」としており、「厚生労働大臣の定める者」としては、地方公共団体の組合、国民健康保険組合、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生（医療）農業協同組合連合会（厚生連）、社会福祉法人北海道社会事業協会が指定されている（昭和 26 年 8 月 22 日厚生省告示第 167 号）。本論文では、医療法 31 条に規定する公的医療機関である病院に加えて、社会保険関係団体および国の機関が開設する病院も含めて「公的病院」と呼ぶこととする。
- 本論文では、市町村、都道府県および一部事務組合、ならびに地方独立行政法人が開設者となっている病院を「公立病院」と呼ぶ。また、公立病院の中で、市町村、都道府県および自治体の組合が開設者となっている病院を区別して呼ぶ場合は、「狭義の公立病院」と呼ぶこととする。また、地方公営企業法の一部または全部を適用する公立病院を区別して呼ぶ場合は、「自治体病院」と呼ぶこととする。

自治体病院の収支状況を見ると、【表 2】の通り、2006 年度は 7 割超の病院が赤字であり、その後も 2008 年度までは約 7 割前後の病院が赤字である。2009 年度から急速に赤字病院の割合が減少しているが、それでもほぼ半数の事業者が赤字であり、かなり利益率の低い「業界」ということができる。

【表 2】赤字病院数・黒字病院数推移

(単位：病院、%)

		2006年度 (平成18年度)		2007年度 (平成19年度)		2008年度 (平成20年度)		2009年度 (平成21年度)		2010年度 (平成22年度)	
		病院数	構成比	病院数	構成比	病院数	構成比	病院数	構成比	病院数	構成比
病院総数 (建設中を除く)		968	100.0	953	100.0	932	100.0	910	100.0	875	100.0
経常利益	黒字病院数	247	25.5	265	27.8	271	29.1	365	40.1	458	52.3
	赤字病院数	721	74.5	688	72.2	661	70.9	545	59.9	417	47.7
当期利益	黒字病院数	256	26.4	279	29.3	282	30.3	377	41.4	469	53.6
	赤字病院数	712	73.6	674	70.7	650	69.7	533	58.6	406	46.4

資料：総務省自治財政局編〔2011〕および総務省自治財政局編〔2012〕を基に作成

更に、開設者である自治体から、それぞれの自治体病院に対して他会計負担金などの形で資金支援が行われている。これは、自治体病院が行っている救急医療や小児医療など、社会保険診療報酬だけでは採算がとりにくい分野の医療サービスを維持するために必要とされる費用に対する支援である。2010 年度は、他会計負担金等の繰入額が、損益計算書上に収益および特別利益として総額約 5,417 億円計上されている。自治体からの資金支援は、設備の改良や借入金への返済などの資本的支出に充てるためにも行われており、他会計負担金のみならず、出資金や他会計借入金などとして更に 1,700 億円～2,000 億円近い資金が每期繰入られている。他会計からの資金支援の状況は【表 3】の通りであり、最も少ない年度である 2007 年度でも 7,000 億円弱、最も多い年度である 2009 年度には 7,700 億円強が繰り入れられており、自治体病院は、自治体からの資金支援で支えられているといえる。

【表 2】赤字病院数・黒字病院数推移

(単位：病院、%)

		2006年度 (平成18年度)		2007年度 (平成19年度)		2008年度 (平成20年度)		2009年度 (平成21年度)		2010年度 (平成22年度)	
		病院数	構成比	病院数	構成比	病院数	構成比	病院数	構成比	病院数	構成比
病院総数 (建設中を除く)		968	100.0	953	100.0	932	100.0	910	100.0	875	100.0
経常利益	黒字病院数	247	25.5	265	27.8	271	29.1	365	40.1	458	52.3
	赤字病院数	721	74.5	688	72.2	661	70.9	545	59.9	417	47.7
当期利益	黒字病院数	256	26.4	279	29.3	282	30.3	377	41.4	469	53.6
	赤字病院数	712	73.6	674	70.7	650	69.7	533	58.6	406	46.4

資料：総務省自治財政局編〔2011〕および総務省自治財政局編〔2012〕を基に作成

2-2 自治体財政健全化法を契機とした公立病院の経営改善の動き

病院の赤字問題は以前からのものであり、極論すれば、公立病院が赤字であっても、自治体が繰出金で財政支援することができれば、病院事業は継続できる。自治体が、繰出金による支援ができなくなったところから問題があることになる。国も自治体もそれぞれに財政が悪化し、病院事業に対する繰出金も含めて、資金需要の増大に財政が応えきれなくなったということであろう。つまり、ここに来て、病院の大きな赤字が問題としてクローズアップされるようになった背景には、自治体の財政状況の悪化と、自治体に対して財政状況の改善を求める国の姿勢がある。

小渕政権時の景気対策として行った公共支出増加に伴い地方債残高が累増したことから、自治体の財政悪化は急速に進行したと言われている。地方債の元利償還金負担が増大する一方、景気の低迷は続いたことから地方税収は伸び悩み、加えて、「三位一体の改革」による地方交付税交付金の減少などがあいまって、自治体

の財政状況は急速に悪化した。

このような中で、2006 年 6 月に夕張市が財政再建団体への指定を申請し、自治体の財政状況の悪化がクローズアップされた。自治体の財政悪化に対しては、自治体の破綻法制の導入により財政規律の向上を図ることなどが議論されたことから、それへの対応を含めて、自治体の財政再建に関する法制度の整備が行われた。具体的には、2007 年 6 月に成立した「自治体財政健全化法」がそれである。

自治体財政健全化法では、自治体の財政状態を①実質赤字比率、②連結実質赤字比率、③実質公債費比率、④将来負担比率の 4 指標で評価することになっている。これらの 4 指標は「健全化判断比率」と呼ばれ、健全化判断比率を基に、財政状態の悪化した自治体は、その程度に応じて、「財政健全化団体」と「財政再生団体」に指定される。それぞれについて指定された自治体は、「財政健全化計画」と「財政再生計画」の策定とその実施が義務づけられている。また、地方公営企業については、独自に⑤資金不足比率を算定し、これが一定水準に達した場合には、「経営健全化計画」を策定することとされている。

自治体の財政状況の把握という観点から自治体財政健全化法を見ると、その特徴として次の 3 点をあげることができる。第一に、健全化判断比率は、フローの情報（実質赤字比率、連結実質赤字比率、実質公債費比率）およびストックの情報（将来負担比率）を表すものであり、公営事業会計や一部事務組合の会計も連結して把握することとされているなど、自治体の財政状況がより多面的に把握できる。第二に、健全化判断比率を基に、自治体の財政状態を「早期健全化」と「財政再生」という 2 段階で評価することとし、深刻な状況に陥る前に財政の立て直しに着手することを義務付けている。第三に、自治体の普通会計と連結対象となる公営企業の財政状態の悪化を早期に是正するため、公営企業に関して別途資金不足比率を計測し、経営健全化計画の策定を義務づけることにより、当該自治体の財政悪化をより早期に防ぐことが企図されている。

地方公営企業法が適用されている公立病院については、病院事業会計などの特別会計で管理されていることから、赤字が累増していても、普通会計を対象とした実質赤字比率では把握されることがなかった。しかし、自治体財政健全化法の制定により新たに導入された連結実質赤字比率では、病院事業会計の赤字（資金不足額）も算出対象に加えられているため、公立病院に赤字を溜めることは許されなくなった。また、実質公債費比率の導入により、病院事業債の償還に充てるための公立病院に対する繰出金も準元利償還金として元利償還金と同様に扱うこととなったため、公立病院が多額の起債を行うこともできなくなった。一部事務組合に対する負担金についても実質公債費比率の算出対象となったため、一部事務組合が設立・運営している公立病院であっても、当該組合に参加している自治体と実質的に連結して評価されることになる。さらに、地方独立行政

【表 4】経営健全化計画を実施中の病院事業

都道府県	対象自治体名	病院名
北海道	美唄市	市立美唄病院
北海道	赤平市	赤平総合病院
北海道	深川市	市立病院
北海道	由仁町	国民健康保険由仁町立病院
青森県	板柳町	国民健康保険板柳中央病院
青森県	鶴田町	国民健康保険中央病院
青森県	公立金木病院組合	公立金木病院
青森県	一部事務組合下北医療センター	むつ総合病院
		国民健康保険大間病院
		むつリハビリテーション病院
青森県	北部上北広域事務組合	公立野辺地病院
兵庫県	三木市	三木市民病院

資料：総務省自治財政局〔2011b〕および総務省自治財政局編〔2012〕を基に作成

法人の負担する債務についても、一般会計等の負担見込額を将来負担額に計上することとなったため、地方独立行政法人も健全財政を維持することが必要とされている。

公立病院に対する繰出金の財政負担が重くなっていると同時に、自治体財政健全化法の制定により、公立病院の財政状態の悪化が自治体の健全化判断比率の悪化に直結することになり、自治体の財政運営の制約要因となることとなった。このため、自治体は従来以上に公立病院の収支状況、財政状態に注意を払わざるを得なくなった。

現在、自治体財政健全化法に基づき 6 自治体が財政健全化計画を実施中であり、夕張市が財政再生計画を実施している（総務省自治財政局〔2011b〕）。現在、財政健全化計画を実施中の自治体のうち、大鰐町と泉佐野市は、病院事業の赤字（大鰐町）や施設整備負担（泉佐野市）が将来負担比率の悪化の要因の一つになっているとしている。

また、地方公営企業に関しては、32 団体が 38 公営企業会計についての経営健全化計画を策定し、経営改善に取り組んでいる。このうち、北海道や青森県などの病院事業の収支状況が厳しく、大幅な資金不足状態になっており、病院事業では 10 会計が経営健全化計画の策定対象となっている³（【表 4】参照）。

2-3 公立病院改革ガイドラインによる公立病院の再編促進と経営形態の見直し

自治体財政健全化法の制定とほぼ同時に、2007 年 6 月に閣議決定された「経済財政改革の基本方針 2007」において、「医療・介護サービスについて、質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストの低減を図る」（経済財政諮問会議〔2007〕：24）ことが明記され、同時に、「総務省は、平成 19 年以内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」（経済財政諮問会議〔2007〕：25）こととされた。これを受けて、総務省は、「公立病院改革懇談会」の検討に基づき、2007 年 12 月に「公立病院改革ガイドライン」（以下「改革ガイドライン」と呼ぶ）を策定し、都道府県に通知した。

この改革ガイドラインにおいては、①公立病院の役割の明確化を図ると共に、②経常収支比率、職員給与費対業収益比率、病床利用率などの経営指標について具体的な数値目標を設定して収支の改善を図り、③地域全体で必要な医療サービスを図る観点から、地域の医療機関を対象とした再編・ネットワーク化の検討、④民間的経営手法の導入を図る観点から、経営形態の見直しなど事業の在り方を抜本的に見直すことを求め、これらの事項についての具体的な取り組み内容を「公立病院改革プラン」（以下「改革プラン」と呼ぶ）として策定することを求めている。具体的には、2008 年度中に改革プランを策定し、2009 年から 2011 年の 3 年間で収支の黒字化を求めると共に、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しは 2013 年度までの完了を求めている。

改革ガイドラインにおいては、経営形態の見直しの具体的な選択肢として、①地方公営企業法の全部適用、②地方独立行政法人化（非公務員型）、③指定管理者制度の導入、④民間譲渡を挙げているものの、地方公営企業法の全部適用については、「現在財務規定等のみを適用している団体にとって比較的取り組み易い側面がある半面、逆に経営形態の見直しを契機とした民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであるとの指摘がある点について、特に留意すべきである」として、地方独立行政法人化や指定管理者の導入などの検討を奨励している。

総務省の調査によれば、2011 年 9 月時点で、地方独立行政法人を含む 635 団体 897 病院が改革プランを策定済みである（総務省自治財政局〔2011a〕）。そして、経営の効率化に係る計画の実施状況として、① 2011 年度に黒字化が見込める病院数、②経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率の 3 指標について目標値の達成状況を整理、公表している。同調査結果では、2011 年度に経常収支の黒字化を見込む病院は 551 病院（61.4%）存在し、3 指標の全てもしくは一部が目標値を達した病院は 679 病院（75.7%）に達している。その上で、3 指標に係る目標値を達成していない病院に対しては、「早急に改革プランの全体を抜本的に見直し、改めて、見直したプランに基づいて、経営改善の取組に全力を傾注することが必要」と、更なる経営効率化努力を促している。

3 その他は、観光施設事業 10 事業、交通事業 7 事業、宅地造成事業 4 事業、市場事業 3 事業、と畜事業 1 事業、水道事業 1 事業、下水道事業 1 事業、その他事業 1 事業となっている。

同時に、再編・ネットワーク化計画の進捗状況、経営形態の見直し計画の実施状況についても調査しており、421 病院（46.9%）が再編・ネットワーク化計画を策定済みないし策定予定であること、経営形態の見直しを実施せず、今後も予定がない病院は 75 病院（8.4%）しかないことなどを報告している。再編・ネットワーク化の事例については病院名やネットワーク化の内容を詳細に表示するとともに、経営形態の見直しを行った病院については病院名のリストを掲げるなど、2013 年度に向けて更に一層の検討を促す姿勢を見せている。

2-4 改革ガイドラインで推奨する「民間的経営手法」の活用

改革ガイドラインにおいては、各公立病院が果たすべき役割を明確化すると共に、経営の効率化によって 3 年以内に経常収支の黒字化を図ることを求めている⁴。具体的には、公立病院の開設者である自治体が改革プランを策定することを求めている。改革プランでは、①当該病院の果たすべき役割と一般会計負担の考え方、②経営の効率化に関する事項、③再編・ネットワーク化に関する事項、④経営形態の見直しに関する事項を盛り込むことを求めている。そして、改革プランの内容を公表するとともに、その実施状況を開設者である自治体が年 1 回以上点検、評価することも規定している。

経営の効率化に関する事項としては、財務内容の改善に係る経営指標および医療機能の確保に係る指標の中からいくつかの指標を取り出し、具体的な数値目標を設定することを求めている。同時に、これらの数値目標を達成するためにどのような取り組みを行うのか、その内容と実施時期を改革プランの中に明記することも求めている。

具体的な取り組みとして想定される事項として、①民間的経営手法の導入、②事業規模・形態の見直し、③経費削減・抑制対策、④収入増加・確保対策などの項目に分けて、それぞれについて想定される事項を例示している。「民間的経営手法の導入」が冒頭に掲げられていることから、経営の効率化の実現に向けて、経費削減や収入増加対策などの収支改善に直接的な効果の期待できる取り組みよりも「民間的経営手法の導入」に大きな期待をもっていることがうかがえる。

民間的経営手法の導入例としては、「経営形態の見直し、PFI 方式、民間委託の活用など」をあげている。「経営形態の見直し」は、そのこと自体が独立した検討項目としてあげられているもので、「経営手法」とは次元を異にする事柄であると思われるが、改革ガイドライン策定の当事者は、公立病院としての医療サービスを提供するという目的の遂行のためには、どのような経営形態をとるかは、手法の一つに過ぎないという考え方にたっているであろう。

経営形態の見直しについて、改革ガイドラインは、その選択肢として、①地方公営企業法の全部適用、②地方独立行政法人化（非公務員型）、③指定管理者制度の導入、④民間譲渡の 4 つの選択肢をあげるとともに、⑤事業形態の見直しを検討することも求めている。

改革ガイドライン以前から、自治体は、病院事業実施に伴う財政負担の軽減のため、病院を診療所に縮小する事業形態の見直しや、病床数の削減などの事業規模の見直し（ダウンサイジング）、公立病院の民間譲渡（民営化）を行っており、同じく、公立病院の経営改善（収支改善）のために、給食や院内清掃業務などの民間委託、PFI 方式の導入、病院運営の管理委託や指定管理者による管理・運営などに取り組んできた。改革ガイドラインは、公立病院の経営効率化のために、全ての公立病院に対して、これらの取り組みを「民間的経営手法の導入」として実施することを期待したものであり、少なくとも、「経営形態の見直し」としてその実施可能性を検討することを求めたものと見ることができる。

「経営形態の見直し」の選択肢として挙げられたもののうち、民間譲渡は、公共主体がサービスの提供に関与しなくなるものである。事業形態の見直しは、入院機能を有する病院によって提供される医療サービスの提供を中止するものである。従って、公共主体が病院医療サービスを提供する公立病院という事業を継続しつ

4 改革プランにおいては、「経営効率化に係る部分については 3 年程度」の期間を対象とすること、また、経営指標の数値目標の設定に当たって、「一般会計等からの所定の繰出が行われれば『経常黒字』が達成される状態（すなわち経常収支比率が 100% 以上となること）を想定して、これに対応した水準で各指標の目標数値が定められるべきである」としている。

つ、そのあり方に何らかの変更を行うものは、①地方公営企業法の全部適用、②地方独立行政法人化（非公務員型）、③指定管理者制度の導入の3種類となる。これらはいずれも、自治体組織からある程度独立して、別個の管理体制をとり、自律的な運営を行うことによって民間企業と同様の収支管理、業務運営を実現し、経営の効率化を図ることが期待されているとみることができる。

地方公営企業法の全部適用の公立病院においては、職員の任免、予算の原案の作成、資産の取得・管理・処分などの権限を持つ管理者が設置される。当該管理者は自治体から独立して、対外的な契約を結ぶ権限を付与されている。地方独立行政法人は、自治体とは別の法人格を持つ組織とされ、その長である理事長は、定員管理や年度予算の作成の権限を持つ。そして、地方独立行政法人は、設立自治体から与えられた「中期目標」の達成に向けて「中期計画」を策定し、議会における予算審査はない。また、中期計画期間内では、単年度予算に縛られない弾力的な予算執行が可能である。さらに、指定管理者は、民間事業者が公の施設である公立病院を管理・運営することから、指定管理者の業務の内部管理は、指定管理者である民間事業者に任されている。程度の差はあるもののPFI手法においても性能発注方式をとることにより、指定管理者と類似の効果が期待されている。PFI事業者在一定範囲の業務運営を任せることにより当該業務を効率的に実施することを期待するものである。

地方公営企業は行政組織の一部であり、地方独立行政法人は公共法人であることから、この2類型は、民間事業者を起用する指定管理者やPFI事業とは区別される。同時に、地方公営企業は、自治体が作成した単年度予算に基づき運営され、議会の予算審査の対象となることから、議会および自治体の事前統制のもとで運営されることになるが、地方独立行政法人や指定管理者は、自治体とは切り離された別法人であることから、議会の予算審査の対象とはならず、業務運営の結果が事後的に評価されるという事後統制型の管理・運営がなされており、この点で地方公営企業とは性格を異にする。むしろ、自治体との関係は、指定管理者やPFI事業と類似の位置にあるということが出来る。

事後統制型の管理・運営が行われる公立病院が増加することにより、自治体－公立病院間関係のあり方を検討することが重要になってくるものと考えられる。

2-5 公立病院PPPの検討

地方独立行政法人は、公共法人であるのに対して、指定管理者およびPFI事業者は民間法人である。また、指定管理者およびPFI事業者は、公共主体の指示に基づいて、あるいは公共主体と協働で公共サービスの提供を行うことから、指定管理者およびPFI事業者の活動は「PPP（Public Private Partnership：公民連携、公民協働）」と呼ばれている。したがって、地方独立行政法人が運営する公立病院と指定管理者が運営する公立病院の運営は、事業主体の性格が異なることから、それぞれ病院の性格も異なるものとなろう。しかし、自治体と公立病院の関係としてみれば、いずれも自治体とは異なる主体が運営する病院であり、目標（ないしは条件）設定と事後評価により管理されるという点では類似の性格を持つとも言える。そこで、本論文では、管理手法の類似性に着目して、地方独立行政法人、指定管理者、病院PFIを「公立病院PPP」と名付けて、自治体と公立病院の関係を検討する手掛かりとして活用することとしたい。

地方独立行政法人、病院PFI、指定管理者の場合は、行政機関とは別個の法人に公共サービス提供の一部または全部を任せることになる。そして、どのように公共サービスを提供するかについてもそれぞれの法人の裁量に任せ、自治体は、その実績を測定、評価するという事後統制型の管理を行うことになる。上記3者における病院と行政機関との関係を図示すれば、【図1】のように表すことができる。

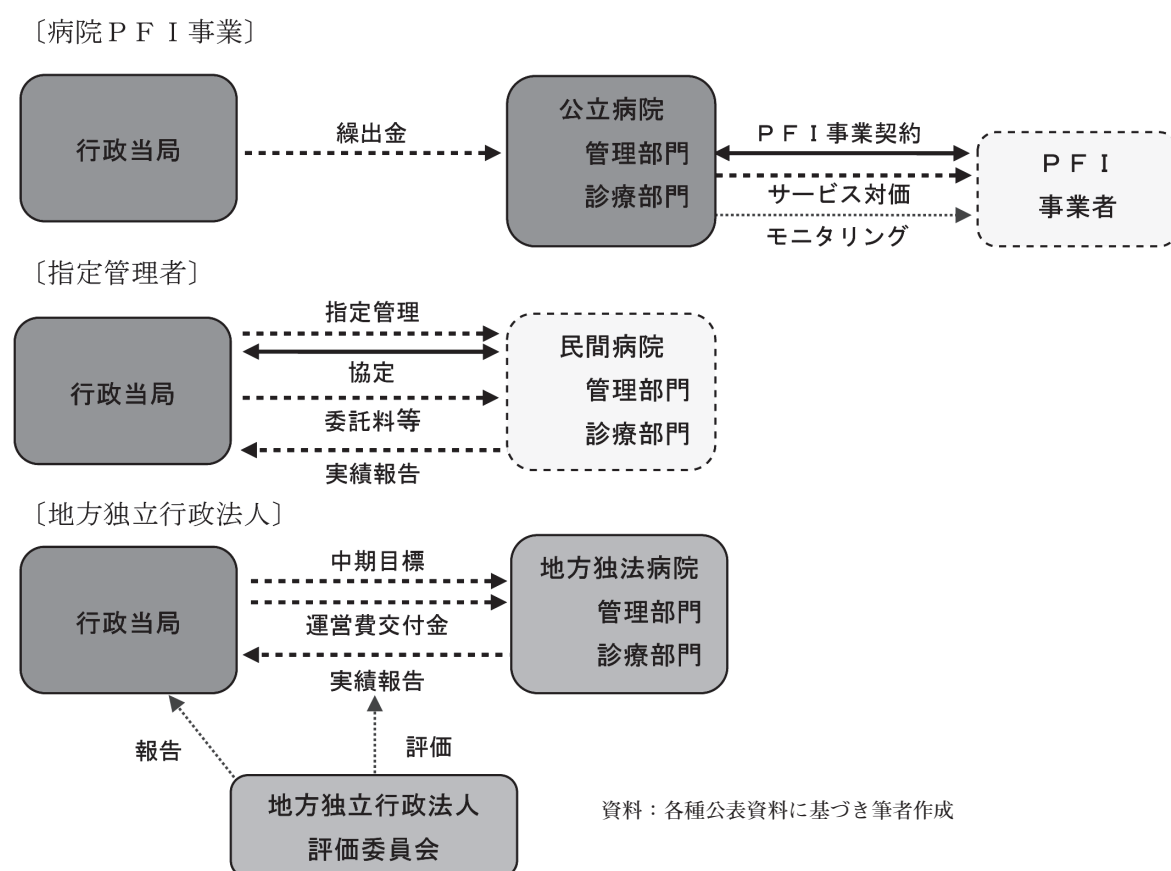
病院PFIの場合、病院（＝公立病院）は公的セクターに属しており、病院の一部業務を実施するPFI事業者（＝民間セクター）の実施状況をモニタリングという形で評価・監督することになる。指定管理者の場合は、病院は民間セクターに属しており、病院の業務運営そのものが、評価・監督の対象となる。自治体の医療政策部門等が評価・監督を行うこととなる。また、地方独立行政法人の場合は、病院は公的セクターであり、病院の中期目標の設定などは、自治体の医療政策部門等が行うものの、公的セクターの委嘱を受けた、第三者（地方独立行政法人評価委員会）が業務実績の評価を行うこととなっている。

公的セクターが民間セクターを評価・監督する場合（病院PFI、指定管理者）は、事業契約や協定などの

形で当事者の合意文書を取り交わし、双方が合意したやり方で評価・監督を行うことになる。民間事業者の「納得性」を重視した制度設計ということができであろう。一方、公的セクターが同じ公的セクターを評価・監督する場合（地方独立行政法人）は、目標設定は行政当局が行うものの、評価は第三者に任せることにより、「客観性」を重視した制度設計になっていると見ることができる。

また、上記の関係を、公共サービスの実施主体である病院の管理・監督をしているのは誰かという点で整理してみると、それはいずれも行政当局ということになる。民間事業者の運営手法や民間事業者そのものを活用するといっても、公共サービスの必要性やそのあり方を企画・立案するのは行政当局であるという考え方によるものであろう。

【図1】病院PPPにおける行政当局と病院との関係イメージ



3. 公立病院PPPにおける自治体—公立病院間関係の事例分析

3-1 病院PFIにおける業務管理システムとしての「モニタリング」

PFI事業におけるモニタリングは、業務要求水準書において規定されたサービスの内容と質が確実に提供されているかを測定・評価する行為である。モニタリングの結果、PFI事業者の提供するサービスが要求水準に達していないと判断すれば、サービス対価（サービスの購入額）を減額することを予定している。モニタリングは、サービスの提供後、その内容を計測するものであるから、事後統制のための作業ということになる。その中で、サービス対価の減額措置は、サービスの提供を疎かにしないようにするための、予防措置とみることができる。民間事業者にとって収入減は、事業体の存続にかかわる事柄となるので、動機付けの手段としては極めて強力な手段であると言える。

しかし、何らかの事情で、民間事業者から提供されるサービスの内容が悪化した場合、公共部門としては、望ましいサービス水準を早期に回復してもらう必要がある。サービス対価を減額することだけでは問題は解決

しない。病院PFIは、施設整備型PFI以上に環境変化への対応に配慮が必要である。そこで、可能であれば、個別業務を日々実施しているPFI事業者からも業務内容に関する改善の提案を求めたいところであり、モニタリングを通じて、個別業務の改善を行うことができれば効率的である。

モニタリングは、PFI事業者が自律的に公共サービス水準を確保・維持する仕組みを構築することを期待しているものであり、公共部門は、モニタリングシステムの構築に当たって次の点に留意する必要がある。まず、PFI事業者の業務成果を誰が、いつ、どのように計測・評価するのが適切かという「評価システムの的確性」を確保する点である。これは、PFI事業者の提供するサービスが要求水準に達していないと計測・評価された場合、サービス対価が減額される可能性があることから、PFI事業者も納得する形で計測・評価する必要があるためである。

次いで、モニタリングの結果をどのようにPFI事業者にフィードバックしていけば、その後の業務改善（＝サービスの質の確保）を促していくことができるのかという「業務改善システムの的確性」を確保する点も重要である。これは、モニタリング結果を基に、自発的にPFI事業者が日々の業務の水準維持に取り組むことが望ましく、PFI事業者側から公共部門に対して業務の改善提案がでるように仕向けることを意図したものである。

病院PFI事業のモニタリングの課題の検討対象事例としては、病院PFIの初期案件である高知県・高知市医療企業団立高知医療センター整備運営事業と八尾市立病院維持管理・運営事業を取り上げた。両事業を事例分析の対象としたのは、PFI事業として施設整備業務が含まれている（高知医療センター）、含まれていない（八尾市立病院）という違いはあるが、事業化の時期や運営業務の内容、事業者選定の方法などほとんど同じでありながら、運営業務開始後の展開が対照的で、モニタリングの進め方の違いを把握する上で、好事例であると考えたためである。

病院PFIの場合、評価者は病院職員が一般的である。病院の事務局等にPFI事業の担当者を置き、PFI事業者は当該担当者を窓口にして、日報や月報などの報告書を提出する。定期モニタリングは、病院側担当者を中心に各部局職員が参加したプロジェクトチーム形式の組織が行っている。八尾市立病院においては、医局部長（2名）、副看護部長、看護師長（2名）、薬剤部長、中央検査科技師長、放射線検査科技師長、栄養係長、事務局PFI事業担当（2名）、SPCゼネラルマネジャー計12名で組織する「事業評価部会委員会」が毎月1回開催され、PFI事業者から提出された業務日誌や事務局報告等を基に、PFI事業者の実施した各業務が要求水準を満たしているかを確認・評価している。八尾市立病院の場合は、この会議にSPCゼネラルマネジャーがメンバーとなっている点が特徴であり、各個別業務のマネージャーもオブザーバーで参加している⁵。

ただし、モニタリングの結果、サービス対価の減額を決定するのは、重要事項であるため、一般には病院長ないし病院事業管理者が決定している。八尾市立病院の場合は、事業管理者、病院長、看護部長、事務局長等で構成する「モニタリング委員会」を年4回開催し、当該委員会でサービス対価の減額の可否を決定している。

PFI事業者の実施する業務内容を測定・評価する際には、測定可能で（定量化できる）簡潔明瞭な指標に基づくことが重要であるとされている（民間資金等活用事業推進委員会〔2003〕：23）⁶。そして、具体的な評価指標の設定は、PFI事業者による提案をベースとして設定することが望ましいとされている（日本医業コンサルタント協会編〔2003〕：219）。ただし、モニタリングの評価指標・評価基準は、PFI事業者の業務方法と密接に関係し、民間事業者のノウハウに属する部分も含まれるという理由で公表されていない。具体的にどのような指標で広範な運営業務の成果を測定・評価しているのかは判然としない。なお、八尾市立病院の場合は、業務要求水準自体が定量化されておらず、定量的な評価指標を設定すると混乱が生じるということで、特段の評価指標を持たずにモニタリングを実施している。

5 2012年8月八尾市立病院事務局長より聞き取り。

6 民間資金等活用事業推進委員会〔2003〕では、「民間事業者にとっても支払いに直結する指標であり、その解釈に官民に係争が生じないようにしておく必要がある」とされている（民間資金等活用事業推進委員会〔2003〕：23）。

評価プロセスは、モニタリングの結果を基にサービス対価の減額が決定されるプロセスにPFI事業者が参加できるかどうかという点がポイントとなる。サービス対価減額がPFI事業者に対する一方的な通告では、PFI事業者側に不満が残る可能性もある。サービス対価減額は民間事業者の収入減となる事態であり、PFI事業者が納得するためのプロセスが重要である。八尾市立病院では、モニタリングの委員会メンバーにSPCのゼネラルマネージャーが参加しており、測定・評価段階で意見を述べる機会が確保されている。また、多くのPFI事業では、サービス対価の減額に当たって、PFI事業者との協議を経た後に行う、あるいはPFI事業者による改善措置の検討を行うなどのために、モニタリング評価に関する病院管理部門とPFI事業者との協議機関が設けられている。もっとも、「協議を行う」あるいは「意見を述べる」といっても、サービス対価の減額に関する最終決定権は公共部門（病院の運営責任者である病院長や病院事業管理者）に留保されているのが一般的である。

サービス対価の減額は、サービス水準の改善要求と同時に実施する例もあれば、改善要求後、改善措置が図られない場合、ないし改善措置の効果が認められない場合に減額を行うこととする場合もある。業務実施状況が思わしくない場合に、すぐサービス対価が減額されるということであれば、PFI事業者は緊張感を持って業務に取り組むことが期待できる。一方、あまりに厳しすぎると、モニタリング評価を巡って紛争が生じる可能性もある。八尾市立病院維持管理・運営事業の場合は、モニタリングの結果に基づき業務改善勧告を出して、それでも改善がなされなかった場合にサービス対価が減額されることになっている。こちらは、業務改善を促す手段としてサービス対価の減額を位置づけている事業ということができよう。

3-3 自治体による指定管理者病院の管理の仕組み

2010年度末時点で指定管理者が運営している自治体病院は65病院で、同時点での自治体病院総数883病院（654事業）の7.4%に達している。指定管理者制度を利用した経緯を整理する⁷と、①国立病院・療養所や県立病院などが市町村に移譲される際に新たに運営主体を確保するため導入したケース（国立病院等移管型：22病院）、②公立病院新設時に運営主体を確保するために導入したケース（病院新規開設型：13病院）、③経営改善などを目的として直営から外部委託へ切り替えるために導入したケース（直営切替型：25病院）、そして、数は少ないものの、④民間病院の閉鎖などに対応して公設民営型で病院の存続を図るために導入したケース（民間病院引受型：3病院）の4タイプに分類できる（【表5】参照）。

①のタイプは、病院を運営するだけの経営資源や経営ノウハウを保有していないため、既存公益法人を管理委託先あるいは指定管理者として病院の運営を任せるものである。自治医科大学の卒業生が中心になって設立された公益社団法人地域医療振興協会が指定管理者となっている病院（8病院）、地元医師会が指定管理者となっている病院（7病院）などが多い。病床数100床以下の小規模病院では、社会医療法人、特定医療法人、社会福祉法人が指定管理者となっている例もある。

②タイプの病院は、最近開設されたものは少なく、指定管理者制度導入前に開設された病院が多い。これらの病院は、既存の医師会等に管理委託している例もあるが、自治体主導で「医療公社」を財団法人として設立して管理委託している例もある（4病院）。医師・看護師等の専門職の管理や経営体としての自律性を求めたものと思われる。

③タイプは、経営改善を目的として指定管理者制度を導入した病院で、改革ガイドライン策定以降増加している。指定先は既に紹介した公益社団法人地域医療振興協会や医師会、学校法人、日本赤十字社、民間医療法人とバラエティに富んでいる。収支悪化の要因として医師不足による収益減もあり、地域医療確保の観点から、医師の確保が期待できる学校法人や公益社団法人地域医療振興協会等を指定したとみることができる。しかし、地域によっては、適当な委託先が存在しないなどの理由で、公立病院時代の職員が中心となって設立した医療法人を指定管理者としている病院もある（国保東栄病院、新大江病院など）。別法人とすることで経営

⁷ 2003年の指定管理者制度導入前から管理委託制度を利用して公益法人等に運営を委託していた病院がある。これらの病院の多くは、指定管理者制度の導入後、既存委託先を指定管理者に指定し、指定管理者制度へ移行している。この場合については、管理委託を開始した時点の事情を基に分類を行っている。

【表 5】タイプ別指定管理者病院の例示

	自治体名	病院名	指定管理者	病床数	備考
国立病院等移管型	名寄市	名寄東病院	代	(社)上川北部医師会	105 前身は国立療養所名寄病院。2003年12月名寄東病院スタート
	奈良市	市立奈良病院	代	公益社団法人地域医療振興協会	300 国立病院機構奈良病院が奈良市に移譲されて平成16年12月1日に誕生
	下関市	豊浦病院	代	社会福祉法人恩賜財団済生会	275 平成12年7月国立山口病院を豊浦町に経営移譲
	鬼北町	北宇和病院	代	社会福祉法人旭川荘	100
	三春町	三春病院	利	(財)星総合病院	86 前身は県立病院
	神石高原町	神石高原町立病院	利	社会医療法人社団陽正会	95 前身は広島県立神石三和病院
		他合計 22病院			
病院新規開設型	川崎市	多摩病院	代	(学)聖マリアンナ医科大学	376
	福井県	すこやかシルバー病院	代	(財)認知症高齢者医療介護教育センター	100
	長野市	長野市民病院	代	(財)市保健医療公社	400
	浜松市	県西部浜松医療センター	代	(財)浜松市医療公社	606
	綾部市	市立病院	代	(財)綾部市医療公社	206
	兵庫県	災害医療センター	代	日本赤十字社兵庫県支部	30
	周南市	市民病院	代	(財)周南市医療公社	150
	垂水市	垂水中央病院	代	(社)肝属郡医師会	126
	西吾妻福祉病院組合	西吾妻福祉病院	利	公益社団法人地域医療振興協会	111
	兵庫県	リハビリテーション中央病院	利	(社)兵庫県社会福祉事業団	520
		他合計 13病院			
直営切替型	東海村	東海病院	代	公益社団法人地域医療振興協会	80
	福岡県	精神医療センター太宰府病院	代	(財)医療・介護・教育研究財団	300
	小美玉市	医療センター	利	医療法人幕内会	80
	佐野市	佐野市民病院	利	医療法人財団青葉会	258
	鋸南町	国保鋸南病院	利	医療法人財団鋸南きさらぎ会	71
	横浜市	みなと赤十字病院	利	日本赤十字社	634
	阿賀野市	水原郷病院	利	新潟県厚生農業協同組合連合会	321
	水見市	金沢医科大学 水見市民病院	利	(学)金沢医科大学	368
	多治見市	多治見市民病院	利	社会医療法人厚生会	185
	東栄町	国保東栄病院	利	医療法人財団せせらぎ会	40
	福知山市	新大江病院	利	医療法人財団新大江病院	72
	北九州市	門司病院	利	医療法人茜会	155
		他合計 25病院			
民間病院引受型	むかわ町	むかわ町鶴川厚生病院	利	北海道厚生農業協同組合連合会	40
	吾妻広域町村圏振興整備組合	中之条病院	代	(社)吾妻郡医師会	223
	津和野町	津和野共存病院	代	医療法人橋井堂	99 経営破たんした石西厚生連・津和野共存病院を津和野町が買い取り
		3病院			

注：指定管理者名の左に「代」とあるのは「代行制」、「利」とあるのは「利用料金制」であることを表す。
資料：総務省自治財政局編〔2012〕、総務省自治財政局公営企業課〔2012〕、各病院HPを基に作成

責任を明確化し、同時に権限も与えることで活性化を図る趣旨であると考えられる。

④タイプは、公設民営とすることで、財政面での支援を行い、地域医療の確保を図るもので、直営切替型とは逆パターンで指定管理者制度を利用するものと言えよう。

直営切替型は、収支改善を主な目的として民間病院に委託する事例であるので、指定管理者に対する指定管理条件も、「効率的な病院運営」という点が重視されている。その中で、病院収支以外の条件としてどのようなものが指定され、その履行状況をどのように把握、管理しているのか、実際の事例で検討する。大規模な設備投資負担を抱えた大都市部の大型病院の場合（横浜市立みなと赤十字病院）と、医師不足を主因として経営不振に陥った地方病院の場合（多治見市立多治見市民病院）の事例を取り上げて事例分析を行った。

指定管理者制度の場合、業務の実施状況をどのように監督するかは、各自治体の判断に任されている。しかし、指定管理者制度導入直後の2003年10月に事業者選定に着手したみなと赤十字病院の場合と、2008年9月に同じく事業者選定に着手した多治見市民病院の場合と、それぞれの、指定管理者の業務内容やその規定方法、業務の実施状況を把握したが、監督方法など指定管理者病院を管理するシステムに大きな違いはない。異なる点としては、多治見市民病院に指定管理者評価委員会が設置されている程度である。両病院とも、比較的順調に推移しており、自治体との関係でも問題事象は発生していない。

両病院の業務監督方法のポイントは、①指定管理者病院の自己評価を基に公共部門の病院管理セクション

が評価を行っている。②定量的な目標が設定されているものもあるが、多くの項目は定性的な評価となっている。③指定管理料などの病院への支払額・交付額の減額システムはなく、④業務実施状況の評価を、病院運営上の課題に関して、公共部門と指定管理者病院と共通認識を持つ場として扱っており、⑤公共部門と指定管理者病院の定期的な協議会で業務改善、課題解決に向けての協議が行われるという5点をあげることができる。これを「評価システムの的確性」と「業務改善システムの的確性」という視点から見た場合、「評価システムの的確性」よりも「業務改善システムの的確性」を重視した仕組みになっているといえることができるだろう。

横浜市における病院機能評価の義務づけ、多治見市における指定管理者評価委員会による評価は、第三者が介入することにより評価の客観性を担保しようとするものであり、「評価システムの的確性」を補強しようとする工夫とみることができるであろう。

3-4 地方独立行政法人病院の管理の仕組み

病院を運営している地方独立行政法人は、2012年4月段階で34法人（63病院）⁸あり、その他1法人が病院を建設中である。これらの地方独立行政法人の多くは、これまで公営企業として運営してきた公立病院が独立した「移行型地方独立行政法人」であるが⁹、新設型地方独立行政法人も2つある。また、地方独立行政法人の場合、職員の身分に応じて、「一般地方独立行政法人」（非公務員型）と「特定地方独立行政法人」（公務員型）の二つのタイプがある。現在、特定地方独立行政法人は、大阪府立病院機構、岡山県精神科医療センター、山梨県立病院機構の3法人8病院で、その他は非公務員型となっている。つまり、大部分の地方独立行政法人病院は、移行型で非公務員型ということになる。

移行型地方独立行政法人でも、事業再編に合わせて経営形態を変更した事業再編型の地方独立行政法人が4法人ある。まず、公立病院同士が経営統合した事例として、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構がある。これは、酒田市内に立地していた山形県立日本海病院と酒田市立病院が統合して発足したものである。次に、自治体病院と民間病院が経営統合する形で地方独立行政法人に移行した事例として、地方独立行政法人桑名市総合医療センター、地方独立行政法人加古川市民病院機構、地方独立行政法人府中市病院機構がある。これらは、それぞれ、自治体病院が地方独立行政法人へ移行し、そこに民間病院が統合される形で経営統合したものである。地方独立行政法人は、自治体から独立した組織として、経営責任の明確化を図ることが目的の一つであるが、独立した組織になったことで、民間病院との経営統合が可能になったと見ることができる。

民間病院を巻き込んだ事業再編型の地方独立行政法人は、民間病院の人材や設備などの経営資源を内部に取り込むこともできたわけで、組織の自律性の強化というレベルにとどまらない、更に進んだ公民連携の一形態と見ることもできるだろう。民間病院との経営統合を行った地方独立行政法人は、いずれも市が設立団体となっている。市長のリーダーシップにより、比較的意思決定が迅速にできるという、「小回りのきく」組織規模であることも関係しているものと思われる。

地方独立行政法人となって、組織運営の自律性が高まるというメリットがある反面、独立した法人を設立したことに伴う、財務・会計上の規制強化や評価・報告事務負担などのデメリットもある。水田〔2009〕は、地方独立行政法人になるメリットは、「地方公共団体の内部にいたのでは付与されないような『業務運営』や『経営』の裁量権を与え」られることであるが、このメリットを享受するための細かな仕組みを整理すると、「日本における国の独法および地方独法については、裁量が比較的限制されているのに対して、業務および財務の実績報告や評価事務に係る負担が重い傾向にある」（水田〔2009〕：36-37）としている。このため、「公営企業型に限っては、何らかの差し迫った事情がない限り、法人化はあまり大きな動きにならない気配が感じられる」と結論づけていた（水田〔2009〕：45）。実際、法人化について積極的に取り組んできた公立大学が、地方独立行政法人制度導入後積極的に公立大学法人となったのに対して、公立病院の地方独立行政法人への移行はあまり進んでいなかった。しかし、改革ガイドラインに基づき、経営形態の見直しの検討が進められたことから、2009年度以降、地方独立行政法人の設立数は着実に増加している。

8 このほかに、地方独立行政法人の一種である公立大学法人8法人が医学部附属病院を運営している。

9 東京都健康長寿医療センターは地方公営企業法の適用外の公立病院だった。

地方独立行政法人は、国の独立行政法人制度の地方版として制度化されたものである¹⁰。基本的な考え方は、「執行部門を分離して、当該組織に目標を設定する。同時に、組織運営上の裁量権を与えることにより効率的な業務執行を可能とする。業務成果は事後的に評価し、組織のあり方や業務実施体制などの見直しを行う」というものである¹¹。その仕組みは独立行政法人については独立行政法人通則法、地方独立行政法人については地方独立行政法人法に規定されている。ただし、独立行政法人と地方独立行政法人とでは、議会の関与の仕方が異なっている。これは、国は議院内閣制を採用しているのに対して、自治体は首長と議会の議員が共に住民による直接選挙で選出される「二元代表制」を採用していることから、議会の一定程度の関与が必要であると説明されている（西山〔2005〕：6-7）。

地方独立行政法人の業務の遂行方法とその評価に関しては、次のように定められている。

まず、設立主体である自治体の長が、議会の議決を経て、地方独立行政法人が行う業務に関して達成すべき「中期目標」を定めることとなっている（法 25 条 1 項）。また、中期目標には、①中期目標の期間、②住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項、③業務運営の改善及び効率化に関する事項、④財務内容の改善に関する事項、⑤その他業務運営に関する重要事項を定めることとされている（（法 25 条 2 項））。

これを受けて、地方独立行政法人は、当該中期目標を達成するための「中期計画」を策定し、設立自治体の長の認可を受けることとされている（法 26 条 1 項）。また、中期計画には、a) 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとすべき措置、b) 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとすべき措置などを定めることとされている（法 26 条 2 項）。さらに、中期計画に基づく年度計画を毎年度策定し、設立自治体の長に届け出ることとされている（法 27 条）。

各事業年度の業務実績につき、各自治体に設置された地方独立行政法人評価委員会の評価を受けなければならない（法 28 条 1 項）。この評価結果は、地方独立行政法人の理事長に通知されるとともに、設立自治体の長に報告される。そして、自治体の長はその内容を議会に報告することとされている（法 28 条 3 項～5 項）。

中期計画期間中の業務実績に関しても同様に、まず、中期目標に係る事業実績報告書を作成して自治体の長に提出し、自治体の長はこれを議会へ報告することとなっている（法 29 条）。そして、地方独立行政法人評価委員会が中期目標に係る事業実施状況を評価し、各事業年度の業務実績評価と同様の通知、報告手続きがとられることとなる（法 30 条）

設置自治体の長は、地方独立行政法人の中期目標の期間の終了時に、当該地方独立行政法人の業務を継続させる必要性、組織の在り方その他その組織及び業務の全般にわたる検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずることとされている（法 31 条）。

なお、地方独立行政法人評価委員会は、地方独立行政法人に関する事務を処理させるため、執行機関の附属機関として設置することが義務づけられたものであり、地方独立行政法人の業務実績に関する評価を行うほか、中期目標の策定や中期計画の認可に当たって自治体の長の諮問に答えなければならず、また、業務実施状況の評価に際して、必要と認めるときは、地方独立行政法人に対して業務の改善を勧告することができることとされている（法 11 条ほか）。指定管理者制度については管理の仕組みが自治体の裁量に任されているのに対して、地方独立行政法人の場合は、法律で中期目標や中期計画の規定内容まで比較的細かく規定されている。また、地方独立行政法人評価委員会の設置が義務づけられている点も特徴といえる。

このような仕組みの中で、地方独立行政法人病院の業務内容をどのように規定し、その実施状況を自治体としてどのように管理しているのか、2006 年に設立された病院の地方独立行政法人化第 2 号で、第 1 期の中期目標の評価が既に行われた地方独立行政法人大阪府立病院機構の事例を検討した。

大阪府立病院機構においては、毎年度、それぞれの年度の年度計画に対する年度評価を行い、その結果を

10 独立行政法人制度や地方独立行政法人制度の成立経緯は棚橋〔2010〕に詳しい。

11 西山〔2005〕は、地方独立行政法人制度は、「国の独立行政法人制度に倣い、地方自治体の企画立案部門と執行部門を分離し、『管理の自由』と『目標による管理』という組織管理の理念を具現化したものである」と簡潔に説明している。目標による管理は、目標の達成状況を評価し、事後的に業務の執行方法などを統制することとなるので、事後統制型システムということができる。

基に中期計画の評価を行っている。年度評価も中期計画の評価も、まず府立病院機構が自己評価を行い、それを基に大阪府地方独立行政法人評価委員会が評価を行っているので、病院PFIにおける定期モニタリング（事業者の行った日常モニタリングを基にした評価）や指定管理者の協定に基づく業務実施状況の監督と同様の手順となる。また、年1回の評価という点でも指定管理者制度のそれと同じである。

一方、指定管理者制度の場合と異なり、地方独立行政法人の業務執行状況については、外部評価委員会（地方独立行政法人評価委員会）による評価が法律で義務付けられている。中期目標の設定をした自治体ではない、地方独立行政法人評価委員会という当事者以外の第三者が評価を行うことにより、評価の客観性を確保する趣旨であると解される。その評価結果は、地方独立行政法人に通知されるとともに、設立自治体およびその議会へも報告される。透明性の高い評価システムといえることができる。また、地方独立行政法人評価委員会は、業務の改善を勧告することができる。

しかし、病院運営や病院のあり方に関して、設置自治体と地方独立行政法人との協議の場合は法定されていない。両者が課題に関して共通認識を持つことが重要であると考えられるが、この点について配慮された制度とはなっていない。いわば、評価システムの的確性は、地方独立行政法人評価委員会の評価によってある程度確保されるが、業務改善システムの的確性の点では別途の工夫が必要となろう。

4. 公立病院PPPにおける自治体関与のあり方に関する考察

公立病院に限らず、病院は、医師・看護師などのプロフェッショナルの集団である。このため、地域のニーズを踏まえて病院の基本理念の設定や運営方針の策定ができたと思っても、医療提供者の視点からのものにとどまり、「独り相撲」となっている可能性もある。公立病院に対しては、一般会計から多額の負担金が繰り入れられており、地域住民の税負担によって医療サービスの提供が支えられている以上、自治体の地域医療行政と無関係に病院運営を行うことはできないであろう。

公立病院の経営改善における成功事例とされる坂出市立病院の病院長・事業管理者を務めた塩谷泰一は、病院長と首長の相互理解と相互信頼がない公立病院は「最悪」と指摘している（塩谷〔2005〕：37-39）。公立病院PPPは、病院の自律性をより高め、どのように公共サービスを提供するかについてはそれぞれの病院の裁量に任せ、自治体は、業務運営の結果が事後的に評価することになる。このような事後統制型の公共サービスの提供において、どのような点に留意して評価・管理システムを構築すべきかについて検討したい。

4-1 目標の設定と事後評価

既に述べたように、改革ガイドラインは、病院の経営に対して責任をもった自律的判断、行動ができることが効率化につながるという考えが背後にある。自律的な経営は、効率化のみならず、専門家集団である病院にとって、職員のモチベーションアップにつながる可能性があり、相応の効果を発揮することが期待できる。

地方独立行政法人、指定管理者および病院PFIは、いずれも、目標設定とその事後評価を行うことによって管理しており、どのようにして目標を達成するかは、それぞれの組織の裁量、つまり、自律的な経営に任されている。具体的には、地方独立行政法人においては、当該法人が行う業務に関して、設立自治体の長が議会の議決を経て「中期目標」を定めることとされている。当該法人は、その「中期目標」を達成するための「中期計画」を策定して業務を遂行し、その結果は設立自治体に設けられた地方独立行政法人評価委員会の評価を受けることになっている（地方独立行政法人法 25 条、26 条および 28 条）。指定管理者においては、指定管理者が管理する公の施設の管理運営に関する基本的事項を管理の基準として条例で定めるとともに、業務内容の細目的事項は自治体と指定管理者との協議に基づき協定等で定めることとされている。そして、公の施設の管理業務の結果は、事業報告書を作成して当該公の施設を設置した自治体へ提出することとされている（地方自治法第 244 条の 2、および、総務省自治行政局長〔2003〕）。病院PFIにおいては、PFI事業者の実施する業務において達成すべき成果の水準が、業務要求水準として示され、達成状況が定期的なモニタリングによって評価されるとともに、当初要求された水準に達していないと評価された場合には、サービス対価の減額や事業者の交替が行われることになる（民間資金等活用事業推進委員会〔2003〕、同〔2007〕）。これらは、いず

れも、設立者や発注者などが目標となるものを設定するもので、どのような運営、どのような業務実施方法をとるかは、地方独立行政法人、指定管理者、P F I 事業者の裁量に任されている。

その結果、例えば、中期目標のもと、高度専門医療サービスの提供と経営改善に取り組んできた大阪府立病院機構は、第1期中期計画の5年間で約65億円の不良債務を解消することに成功し、現在、第2期中期計画に基づき、医療機能の更なる高度化を図っているところである。また、日本赤十字社が指定管理者となっており、2005年4月に運営を開始した横浜市立みなと赤十字病院においては、2005年度は32億円の経常損失を余儀なくされたものの、2009年度には黒字転換し、2011年度は9億円強の経常利益をあげている。2011年度での業務実施状況の点検・評価においては、アレルギー専門医の配置などで改善に努めることを指摘されているものの、救急車の搬送受入患者数が横浜市内トップクラスを維持していることなど、政策医療の実施に関して協定を上回る取組がなされていると評価されている。2004年5月の新病院開院と同時に病院P F I を取り入れた八尾市立病院では、施設規模の拡大や機能の高度化に対して病院収益の拡大が見合わず、2004年度以降16.5～20億円程度の経常損失を計上していたが、医療サービスの高度化を反映して診療単価の着実なアップが実現され、2010年度の経常損失は△2.7億円まで縮小している（他会計負担金繰入前の経常損失は、2004年度の△30.5億円から2010年度は△14億円まで減少）。病院P F I の場合、医療サービス以外の周辺サービス業務を担当しているので、病院収支の改善はP F I 事業者の業務成果と直結するものではないが、周辺サービス業務が不十分な水準では病院収益の拡大も難しいと考えられるので、病院とP F I 事業者とが共に努力した結果が結実しているものと見ることができよう。

もちろん、病院P F I では解約事例もあり、上記のような少数の事例で全体の効果を評価することはできないが、少なくとも、目標設定―事後評価型の管理運営によって病院経営の効率化を図ることを否定することはできないであろう。

地域医療サービスの提供を通じて「公共の福祉を増進」することを期待されている公立病院には、無限定の自律は許されないとおりであり、留意するべきは、どのような目標設定がなされるかという点であろう。単に経営の効率化による収支の黒字化という目標であれば、それは民間病院の目標にとどまることになる。効率化に偏った目標設定は、公立病院に期待される役割の発揮を阻害する可能性もあるので、次節で検討する多元的な視点から役割と目標の設定を行うべきであろう。

4-2 公立病院の評価に関する視点

4-2-1 アクセス評価としての「補完性」の視点

民間病院の提供する医療サービスだけでは地域の医療ニーズに十分応えられない場合、地域住民は当該医療サービスに対するアクセスが不可能となる。公立病院は、良好な収支状況のみならずアクセスの確保も兼ね備えることが期待されていると見ることができる。アクセスの確保のため、どの程度病院収支と体制・手順面に影響がでてくるのか、それは地域の状況において千差万別であり、どのようなレベルでバランスを図るのかは、それぞれの地域住民の判断、合意形成の結果に従うことになる。ところが、現状では、病院収支の状況は各種会計指標で定量的に評価可能であるのに対して、アクセスの状況を何らかの指標をもって評価、検討できるような仕組みは十分ではない。地域住民の合意形成において議論の手掛かりとなるような指標がないことから、収支改善を優先することに対する「漠然とした」不安が解消できない状況にあるとも言えよう。

そこで、アクセスを評価する視点が必要となる。医療サービスへのアクセスをどのように評価することができるかを考えた場合、まず考えられるのは「補完性」の視点であろう。これは、民間医療機関だけでは足りない部分を公立病院が補い、補完するという視点である。指定管理者制度を導入したみなと赤十字病院や、多治見市民病院の事例、地方独立行政法人の初期案件である大阪府立病院機構の事例を見ると、これらの案件に共通しているのは、政策医療を提供することを主要な役割として規定している点である。みなと赤十字病院の場合は、24時間365日の救急医療、小児救急医療、などの実施を「政策医療」として規定しており、多治見市民病院は、救急医療（2次救急）や小児医療に加えてリハビリテーション医療も政策的医療とされている。大阪府立病院機構の場合は、「高度専門医療の提供および医療水準の向上」ということが目標として設定され

ている。このような高度・先進医療の提供は「質的補完」の役割を期待されているとみることができる。また、一定程度の施設規模やスタッフ数がなければ円滑に提供できないといわれている救急医療や小児医療の提供、あるいは、民間の医療機関では採算の確保は難しいと言われるべき地医療の提供なども、自治体の信用力と財政力を背景として整備可能な部分であり、こちらはどちらかというと「量的補完」の役割が期待されているとみることができる。

どの程度の「質的補完」、「量的補完」を行うかは、それぞれの地域の医療資源の存在状況、地域住民の医療ニーズ、そして、自治体の財政状況などに応じて判断することになる。国は、4疾病5事業を重点的に対象として、都道府県が主体となって、地域連携を核とした医療提供体制をそれぞれの地域事情に応じて構築することを求めている。しかしながら、公立病院を運営する自治体は都道府県ばかりではないので、基礎自治体も、それぞれが開設主体となっている公立病院が果たすべき補完性の範囲と水準を主体的に検討、設定する必要がある。

4-2-2 先導性の視点

医療機関が集積している大都市圏の病院であるみなと赤十字病院や大阪府立病院機構の場合の共通点としてあげることができる点は、地域の医療水準の向上に向けて役割を果たすことが期待されている点である。みなと赤十字病院の場合は、「地域医療全体の質の向上に向けた役割」が指定管理業務として規定されている。大阪府立病院機構の場合は、「患者・府民サービスの一層の向上」や「府域の医療水準の向上への貢献」が中期目標の細目の一つとして規定されている。これは、それぞれの病院が地域医療の質の向上に取り組むことが他の病院の行動の呼び水となることを期待したものであろう。これは、地域医療の質の向上の先導的役割が期待されているものであるので、「先導性」の視点として整理することとしたい。

ここで注意したいのは、「先導性」は単に医療技術における先導性ということではないということである。先述したように、みなと赤十字病院に課された「地域医療全体の質の向上に向けた役割」の内訳には、「医療における安全管理」「医療倫理に基づく医療の提供」などと並んで、「市民参加の推進」という業務も規定されている。また、大阪府立病院機構の場合は、「患者・府民サービスの一層の向上」も同列の細目として目標設定されている。これらは、患者や地域住民の立場にたって医療サービスを捉えていることがうかがえるものである。患者や地域住民から見た場合、その時々適切な医療とは、a) 患者の立場の尊重や患者の情報格差の低減などの、患者中心の医療を実現する活動や、b) 地域住民の日頃からの健康増進の支援活動なども含むものであろう。

したがって、地域住民の安心につながる「将来のアクセスを確保する視点」としての先導性の視点からは、患者や地域住民の立場に立って、地域における医療サービスの改善に取り組む姿勢を評価することが必要となるものである。具体的には、「医療における安全管理」「医療倫理に基づく医療の提供」などの挙げられている項目に加えて、情報提供、情報公開状況などが、患者の情報格差の低減に寄与するものとなろう。

4-2-3 持続可能性の視点

「医療の成長と変化の中にあっても、安定的に医療サービスが提供されるという期待感」は、地域住民の安心につながるものであり、無視することはできない。そのため、その期待感を評価する視点として「先導性」の視点を挙げたが、これは、環境変化に積極的に対応する姿勢を評価する視点である。「安定的に医療サービスが提供される」という後段に重点を置いた視点も必要であろう。

多治見市民病院の場合、医師の確保は十分にできなかったことから、事業者選定基準の軸に「安定的な人的基盤と人材確保の可能性」をおいていた。人材がいなくては、政策医療の提供そのものも出来ないわけであるが、人材の確保と同時に育成も将来の医療サービスの継続には重要である。大阪府立病院機構の場合、第1期中期目標の大目標「府民に提供するサービスその他の業務の質の向上」の中の中目標の一つとして「府域の医療水準の向上への貢献」が掲げられており、さらにその中の小目標の一つに「教育研修の推進」という目標が設定されている。また、第2期中期目標では、「診療機能充実のための基盤づくり」という目標が設定され、その中で「優秀な医療人材の確保・育成」と「施設及び医療機器の計画的な整備」という項目が掲げられ

ている。医療環境の変化にキャッチアップするという意味では先導性の視点に近い役割であるが、医療従事者をオンザジョブで育成するという意味では医療サービスの安定的提供につながる役割とみることができる。設備の維持更新が継続的になされている、または、医療人材を育成するシステムが内部化されているなど、医療提供体制の持続可能性につながるものであり、医療サービスの安定的提供のためには必要な事柄である。

したがって、「持続可能性」の視点として、専門職の養成や教育・訓練システムの活動状況など、継続的な設備更新などを評価することも、地域住民の安心につながる「将来のアクセスを確保する視点」の要素として重要であると考ええる。

4-3 評価システムの的確性より業務改善システムの的確性

地方独立行政法人、指定管理者、病院PFIなど、自治体からある程度独立した事業体の業務実績を計測・評価するに当たっては、適正な計測・評価という観点から、詳細な評価項目の設定や定量的評価指標の設定が行われる可能性がある。評価システムの的確性という意味では望ましい方法であるが、計測・評価の目的は、その結果を基にした業務改善にあると考えるべきであろう。つまり、業務の実施状況がより望ましい方向へ向かっていくために、現状を把握することが目的であり、評価のための評価に終わらせるべきではない。業務改善につながる仕組み、業務改善システムの的確性をより重視するべきであろう。

例えば、初期の病院PFI案件であった高知医療センターPFI事業と八尾市立病院PFI事業とを比較した場合、両者とも基本的な構造は似たようなものであるが、モニタリングに対する考え方に大きな違いがあり、実際の運用においては両者で大きな違いが生まれ、結果として高知医療センターPFI事業では、公共部門と民間事業者の間の信頼関係構築に失敗している。

高知医療センターPFI事業も八尾市立病院PFI事業も、PFI事業者の業務内容を評価するモニタリングは、「日常モニタリング」、「定期モニタリング」、「随時モニタリング」の3種類のモニタリングの組み合わせで行われることになっており、この点では両者は同じである。日常モニタリングはPFI事業者自らが毎日行い、その結果を業務日誌の形で病院当局に報告するもので、「セルフモニタリング」と呼ばれることもある。定期モニタリングは、毎日行われるセルフモニタリング結果を基に月1回、病院職員とPFI事業者職員が出席する会議で検討するものである。

高知医療センターPFI事業の場合は、「各業務について、契約時の提案水準に達しているかどうかを1業務に平均50項目、全部で900項目のモニタリング項目を定め、毎月モニタリング検証を行ってきた」（堀見〔2009〕：74）とのことで、詳細なモニタリング項目が設定されていた。また、できるだけ定量的に評価可能な項目設定が目指されていた。そして、1つの業務について10%の項目が要求水準未達という評価となり、この状態が3カ月継続すると当該業務の3カ月分のサービス対価が1.25%減額され、未達の状況が重大であれば、業務改善勧告がなされ、同時に減額率が1.25%加算されることになっている。このため、「協議の場である『定期調整会議』は、開院当初は喧嘩をしているような状況」となり、「また、SPCに任せきりにできないため、病院の管理部門のスリム化ができない」¹²という状態だったという。このため、PFI事業者にとっては管理的に感じられ、経費増嵩回避やサービス対価の減額回避という防御的姿勢を強める結果を招いた可能性がある。

一方、八尾市立病院PFI事業の場合は、高知医療センターPFI事業と同様、月1回、病院職員とPFI事業者職員が出席する「事業評価部会」において定期モニタリングを実施したが、①詳細なモニタリング項目や定量評価項目がない、②定期モニタリングに基づく減額ポイントは高知医療センターに比べて少ない、③業務改善勧告がなされただけではサービス対価が減額にならないなどの違いがある。さらに、業務水準に達していない場合には、病院とPFI事業者が原因の究明を優先する姿勢で協議を進めたことから、年々業務内容のレベルアップを実現できているという¹³。

12 2007年10月高知医療センター事務局職員より聞き取り。

13 2012年8月八尾市立病院事務局長より聞き取り。

モニタリング項目の客観化・精緻化を図ることにより評価システムの的確性を確保するという意味では、高知医療センターPFI事業のモニタリングシステムの方が八尾市立病院PFI事業のそれよりも優れている。しかし、八尾市立病院PFI事業のように、モニタリングを、相互に業務改善に向けた取り組み過程と捉え、課題事象の認識とその原因についての情報共有に努めた方が、業務改善における公共セクターと民間セクターの信頼関係が強まると同時に相互の役割が明確になり、結果として協働の実があがることになるだろう。

横浜市とみなと赤十字病院、多治見市と社会医療法人厚生会との関係は、八尾市立病院PFI事業のモニタリングにおける八尾市立病院とPFI事業者との関係と類似の関係とみることができるであろう。横浜市、多治見市とも指定管理者による病院運営を年1回評価しており、これはPFIにおけるモニタリングに相当するものである。そして、両市の場合とも、指定管理者に対して事業報告書の提出と複数の評価項目¹⁴での自己評価を求めているものの、両市の病院管理当局による毎年の評価は、病院運営の課題に関する「情報共有のツール」という位置づけで行われている。両市とも、市の幹部職員と指定管理者側の幹部職員とによる協議会が設置されており、その協議会において実績評価結果に基づく、運営改善の検討がなされることになっている。これらは、いずれも、実績評価の結果を業務改善につなげることを重視したものといえることができる。

このように、設定された目標に対する実績の評価に当っては、業務改善システムの的確性を重視することが重要で、それにより、当事者間の信頼関係が強固なものとなり、少ないエネルギーで業務の質を高めることが可能となると考えられる。

なお、地方独立行政法人の業務執行状況については、外部評価委員会（地方独立行政法人評価委員会）による評価が法律で義務付けられている。これは、地方独立行政法人評価委員会という当事者以外の第三者が評価を行うことにより、評価の客観性を確保する趣旨であると解される。その評価結果は、地方独立行政法人に通知されるとともに、設立自治体およびその議会へも報告されるので、客観的で透明性の高い評価システムといえることができる。しかしながら、病院運営や病院のあり方に関して、設立自治体と地方独立行政法人との協議の場は法定されていない。両者が病院運営上の課題に関して共通認識を持つことが重要であると考えられるが、この点について配慮された制度とはなっていない。地方独立行政法人の場合も、運用による協議機会（相互理解の仕組み）を設けるなど、業務改善システムの的確性の確保のための工夫が望まれる。

4-4 業務改善システムの的確性を補完する仕組み

業務改善システムの的確性を重視すると、自治体－公立病院間関係に緊張感が失われる可能性もある。両者の「馴れ合い」を防ぎ、適度な緊張感のもとで業務を進めるための工夫も必要であろう。また、公立病院の業務改善には、ユーザーである患者や地域住民の意見を反映させることも重要であろう。自治体－公立病院間関係の検討に当っては、業務改善システムの的確性を確保するとともに、同時に、それを補完する仕組みも検討する必要がある。業務改善システムの的確性を重視する場合、当事者の情報共有は進む反面、評価の客観性や透明性が低下する可能性がある。そのため、業務改善システムの的確性を補完する仕組みとしては、まず、客観性や透明性を高める観点から、第三者評価を適宜組み込むことが有効であると考えられる。

分析の対象とした事例においては、多治見市民病院の事例において、第三者機関が指定管理者の運営状況を評価する仕組みを組み込んでいる。多治見市民病院の場合は、指定管理者である社会医療法人厚生会が提出した毎年度の事業報告書、政策的医療実施報告書および自己評価シートに基づき、多治見市医療整備課が市としての評価を行っている。この評価結果を、岐阜県東濃保健所長、多治見市監査委員、区長会代表の3名で構成される「多治見市民病院指定管理者評価委員会」で検証することになっている。

多治見市民病院の場合は、当事者評価が安易な方向に流れないように、「多治見市民病院指定管理者評価委員会」が「評価の評価」の役割を果たすものといえることができる。みなと赤十字病院の場合の病院機能評価は、指定管理業務の評価とは対象や評価の視点が異なるため、「評価の評価」という役割を果たすことにはならないが、専門家による医療機能の評価として、専門性の観点から当事者評価の足りないところを補う効果はある

14 みなと赤十字病院の場合は132項目にわたる比較的详细なものであるが、多治見市民病院の場合は15項目の評価項目が設定されている。

と思われる。

また、八尾市立病院PFI事業においては、2009年度に外部コンサルタントに委託して、八尾市立病院PFI事業の実態調査と分析を行っている。これは、「事業を計画した当初のPFI導入目的に照らし、当初見込んだVFM及び現時点のサービスの質・費用対効果が適正であるかどうかを検証する」ために行ったものである（アイテック㈱〔2009〕：2）。当初計画において期待した効果は概ね発揮していると評価されたものの、同時に、類似病院と比較して、PFI事業の業務内容などに課題があることも指摘され、これを受けて、委託業務範囲の変更や業務要求水準（業務内容）の見直しなどが行われており、八尾市立病院PFI事業の改善に役立っている。また、モニタリング方法も検証作業の対象となっており、業務改善システムの的確性を重視するあまり、当事者間の「なれ合い」により、事業効果が確保されなくなる可能性を防止する意味でも有効に機能するものと言えよう。

次に、ユーザーである患者や地域住民の意見を公立病院の業務改善に反映させる方法としては、横浜市の市立病院に設置されている「市民委員会」方式が有効であると考えられる。これは、横浜市の市立病院あり方検討委員会において、病院レベルの情報開示と市民意見の反映ができる仕組みが必要であるとの提言に基づいて制度化されたものである。みなと赤十字病院の場合には、みなと赤十字病院基本協定に定められた「市民参加の推進」の具体的な内容として、基準書で、「病院の医療機能やその実施状況について市民が把握し、病院運営に市民の意見を反映させるため『市民委員会（仮称）』を設置し、運営すること」とされている。この「市民委員会」はみなと赤十字病院だけでなく、他の二つの市立病院にも設置されており、病院利用者・その他の住民、地域医療関係者などを委員として、年に1度、病院の運営状況、経営状況等を説明し、委員の意見を聞く会として運営されている。病院関係者にとっても、市民の声が直接聞ける貴重な機会であり、病院の運営改善にも活かされているとのことであった¹⁵。

日本においては、地域住民は域内のどの病院に受診することができ、地域住民が必ずしも公立病院の潜在患者とはならない可能性もある。このため、日本において、住民意見の反映の方法としては、横浜市の市立病院に設置されている「市民委員会」のように、自治体による事後評価と連動しない形で、より自由な意見を表明出来る場として活用することが望ましいと考えられる。

5. 最後に

本論文は、指定管理者や地方独立行政法人などの形で、経営の自律化が進められている公立病院に関して、設置自治体はどのようなコントロールを行っているのか、また、どのような関係を構築することが望ましいのかを検討したものである。

公立病院の経営改善の必要性やその方策を検討した研究は多いが、設置自治体との関係、それも、一般会計負担金等の資金関係以外の関係を扱った研究は少ない。その背景には、公立病院は民間病院とは違うという信頼感があったものと思われる。本論文は、公立病院に期待される役割は具体的にどのようなものなのか？一般的に言われている「政策医療」だけが公立病院の役割なのか？自分の言葉で語れるものを探してみたいという思いから始まった。

もとより、一から組み立てることは不可能で、本論文は、病院PFI、指定管理者、地方独立行政法人による公立病院運営組織を「公立病院PPP」と名付けて、公立病院PPPの管理の仕組みを分析することを手がかりとした。「公立病院PPP」とは、自治体とは異なる組織で、かつ、効率性を発揮するために、自治体とは異なる組織原理で運営される組織である。そして、自治体との連携の観点から自治体により目標・条件が明示的に設定され、その結果を事後評価することにより、公立病院としての運営管理が行われることになる。したがって、公立病院PPPの各事業において、どのような目標や条件が設定されているのかを分析することにより、行政当局が公立病院の役割として考えている事項を把握することが可能となる。また、実施状況や実績

15 2011年8月横浜市健康保健局職員より聞き取り。

の把握・評価をどのように行っているかを分析することにより、公立病院としての有効な運営管理の方法を把握することができると考えられる。そこで、自律的な経営を導入した3タイプの事例を基に、それぞれにどのような目標や条件が自治体から与えられたのか、その実績の把握・評価はどのように行われているのかを文献資料や関係者に対するヒアリングを通じて分析を行った。

経営の自律化は、病院収支の改善が目的であり、効率化指向が強い中で、公立病院の役割としては「政策医療」以外、目立った切り口はなかった。しかしながら、協定書や中期目標などの文書類を読む中から、病院においても先導性と持続可能性の視点があり、これは将来の医療へのアクセスを確保するものだということを見出すことができた。従来言われてきた公立病院の役割＝政策医療という切り口以外に、先導性と持続可能性という新たな切り口を設定することができたものと思っている。

また、実際に運営されている目標設定・事後評価・事後統制システムの中で、どのような評価が行われているのか、病院PFI、指定管理者、地方独立行政法人の3タイプの事業の業績測定・評価の実態を、「評価システムの的確性」と「業務改善システムの的確性」という二つの視点から整理した。これらの事業手法および経営形態は、自律性を発揮する上で、どのようなメリット、デメリットを有しているのかという観点で比較されたことはあったが、業績測定システムの運用面まで視野に入れて比較分析されたものはなかった。特に、病院PFIの初期案件を比較することにより、システム設計上のわずかな違いが、「業務改善システムの的確性」を左右し、当事者間の信頼関係の構築に大きく影響することを見出すことができた。

一方で、残された課題も多い。公立病院の役割を評価する視点は整理できたものの、その視点から具体的な業務としてどのようなことを盛り込むことが可能かについての検討は不十分である。実際の公立病院PPPにおいて行われていること以外にどのような可能性があるのか、また、地域の事情はどのように影響してくるのか、などの点は今後の研究課題であると考えている。

また、「業務改善システムの的確性」を踏まえた評価項目の設定方法などについては、地域の医療環境との関係の中で、より詳細な事例分析を行う必要がある。この点も今後の研究課題である。

最後に、聞き取り調査にご協力いただいた公立病院関係者の皆様に感謝申し上げるとともに、懇切丁寧なご指導を頂戴した法政大学大学院公共政策研究科間島正秀教授に心より御礼申し上げます。

【参考文献】

- アイテック(株)〔2009〕「八尾市立病院PFI事業検証のための実態調査・分析業務 報告書」、2009年12月、八尾市HP
- 経済財政諮問会議〔2007〕、「経済財政改革の基本方針2007」、経済財政諮問会議HP
- 厚生労働省〔2012〕「医療施設動態調査（平成24年3月末概数）」、2012年6月8日、厚生労働省HP
- 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』第57巻第8号p22-p42、2005年8月、都市問題研究会
- 自治体病院経営研究会〔2012〕「自治体病院経営ハンドブック〔第19次改訂版（平成24年））」、2012年8月、(株)ぎょうせい
- 総務省自治行政局長〔2003〕「地方自治法の一部を改正する法律の公布について（通知）（総行第87号平成15年7月17日）」、2003年7月、総務省
- 総務省自治財政局編〔2011〕「地方公営企業年鑑第57集」、2011年4月、財団法人地方財務協会
- 総務省自治財政局編〔2012〕「地方公営企業年鑑第58集」、2012年4月、財団法人地方財務協会
- 総務省自治財政局〔2007〕「公立病院改革ガイドライン（平成19年12月24日）」、2007年12月、総務省公立病院改革HP
- 総務省自治財政局〔2011a〕、「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果【確報】（調査日：平成23年9月30日）」、総務省公立病院改革HP
- 総務省自治財政局〔2011b〕、「平成22年度の財政健全化計画等の実施状況報告及び完了報告の概要」、総務省地方公共団体の財政の健全化HP
- 総務省自治財政局公営企業課〔2012〕「地方公営企業の抜本改革等の取組み状況（平成23年4月1日現在調

- 査)」2012年4月、総務省地方公営企業決算HP
- 棚橋匡〔2010〕「日本における地方独立行政法人制度の創設」2010年12月、『都市問題』101(12)、pp79-91、東京市政調査会
- 棚橋匡〔2011〕「地方独立行政法人化の要因」2011年7月、『都市問題』102(7)、pp118-127、東京市政調査会
- 西山慶司〔2005〕「地方独立行政法人の評価設計の特徴と課題——国の独立行政法人評価の経験から」、『自治総研』31(10)、pp1-20、2005年10月、地方自治総合研究所
- 日本医業コンサルタント協会編〔2003〕「病院PFI推進ガイドライン」2003年12月、日本医業経営コンサルタント協会
- 堀見忠司〔2009〕「高知医療センターにおけるPFI(Private Finance Initiative)事業の検証——日本初の病院機能運営の取り組みの4年間」、2009年7月『日本病院会雑誌』Vol.56(7)、pp64-77.
- 堀見忠司〔2010〕「自治体病院PFI(Private Finance Initiative)のあり方——高知医療センターの取り組みから探る」、2010年7月、『地方財務』(673)、pp82-89、(株)ぎょうせい
- 民間資金等活用事業推進委員会〔2003〕「モニタリングに関するガイドライン」、2003年6月、内閣府民間資金等活用事業推進室
- 民間資金等活用事業推進委員会〔2007〕「PFI事業実施プロセスに関するガイドライン(改定版)」、2007年6月、内閣府民間資金等活用事業推進室
- 水田健輔〔2009〕「公営企業型地方独立行政法人の現状と課題」、『公営企業』40(10)、pp35-45、2009年1月、地方財務協会