

公立病院の経営形態に関する一考察

一地方公営企業法(全部適用)、公立病院 PFI 事例
検証を通じて一

一橋大学国際・公共政策大学院
公共経済プログラム1年課程 沖 恵梨

1. はじめに

公立病院の経営悪化により地域医療が崩壊の危機に瀕している。公立病院の大半は都道府県・市町村が経営主体となる地方公営企業に位置づけられるが¹、へき地・高度特殊・救急救命・災害医療等不採算を伴う政策医療を担うという観点から経営赤字と財政補填が常態化しており、年間一般会計等からの繰入金は医療収益収入総額の13%に相当する6,961億円に上る。厚生労働省医療施設動態調査によれば公立病院総数1,013(全国の病院に占める割合は11.6%)、病床数は24.3万床(15.1%)に過ぎないが、そのうち経常収支赤字企業は過去2年75%を超過しており、累積欠損金は2兆15億円を計上している。

一方、公立病院の再編・組織形態の見直しの動きも顕著である。平成19年には山形県日本海病院と酒田市立酒田病院が統合した、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構が発足。富山県氷見市率病院の指定管理者制度の導入等組織再編の動きに加え、平成20年3月には滋賀県近江八幡市立総合医療センターがPFIを廃止、直営化を図っている。こうした中、公立病院のあり方を見直す動きとして平成19年に総務省は「公立病院改革ガイドライン」を決定し病院事業を設置する地方公共団体に対して平成20年度内に改革プランを策定、公立病院

改革に取り組むよう要請している。更に平成20年6月には地方公営企業の財務会計と自治体の会計とを連結評価する「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」が施行、本年度から全面適用されており、公立病院における経済性・効率性の追求は加速している。

本稿では、総務省地方自治財政局公営企業課でのインターン時の経験を基点として、先ず公立病院を取り巻く現状について概観する。次に、公立病院の経営形態と其の財源措置を整理する。とりわけ、民営化の代表的手法であるPFIに着目し、近江八幡市総合医療センター失敗事例を通じて病院PFI事業に関する留意点について、基礎的な考察を行い度い。

2. 公立病院の現状

(1) 公立病院の経営実態

公立病院は1,013病院、約24万3千床(平21年3月末時点 厚生労働省医療施設動態調査)を擁しているが、全国の病院の中では夫々11.6%、15.1%を占有するに過ぎない。然し乍、公立病院事業の内、へき地医療は71.2%・災害医療は45.7%、救急救命や地域がん診療等高度医療は約40%弱を占有しており、政策医療に対する貢献は甚大である。一方、経営状況を見ると公営企業として運営されている公立病院総数968のうち、経常収支赤字を計上した公立病院は全体の約75%、721病院であり、経常損失額は、平成15年度(▲932億円)から2倍以上となる▲2,230億円、累積欠損金は2兆15億円に上る。他方、自治体の一般会計等から公立病院への繰出額²は、5,290億円なるも、純損失は▲2,300億円に達する。

この赤字の主な原因として、民間病院と対比して人件費・材料費・減価償却費の主要経費が割高であるのに加え、医師不足や診療報酬改定等による収益減収に支出構造の合理化が進まないことが指

¹ 地方公共団体が経営する病院事業は一般行政病院等を除き、地方公営企業法の規定うち、財務(予算・決算・契約等)に関する規定のみが適用され、財務規定等以外の規定については条例で定めるところによって適用する事が出来る。財務に関する規定のみを適用する病院は地方公営企業法「一部適用」と定義される。尚自治体病院においては「一部適用」が最も基本的な経営形態である。

² 総務省(2008)『平成19年度公営企業年鑑』 他資本的支出に充当される負担金・補助金分1,570億円を含めると合計5,960億円の政府支出が自治体病院に投じられている。

摘されている。³2008年の病院経営実態調査報告をもとに、公立病院と民間病院の給与月額を比較すると一月当りの医業収入について公立病院が1.25億円に対し、私的病院は1.34億円となり公立病院の収入が低い。同時に病床率の低さも顕著である。病院の経常収支均衡のためには、民間と同様の水準（例えば病床利用率80%以上）を達成すべく病床数の削減や経営体制の見直し（診療所化等）の見直しが求められよう。

一方、医業費用は私的病院が1.34億円に留まるのに対し、公立病院が1.47億円となり民間水準を大きく上回っている。主要経費の医業収入対比においても、給与費、材料費、減価償却費夫々官民格差が顕著である。官民格差に対する指摘の一つとして、公立病院の高い初期投資コストが挙げられるが、病院運営実態分析調査の概要⁴によると私的病院の一床当り有形固定資産額は922万円に対し、公立病院は約2.5倍の2,259万円であり、これ等の差異が公立病院の償却負担の増加を説明すると考えられる。以上より、最低でも一般会計からの負担金・補助金の所定の繰入が行われた上での経営黒字化を達成するには、民間に比べて割高な給与費を見直し、機器や薬剤の一括購入による規模の経済性の追求、初期投資の建設コストの適正化を民間に近づけることが望ましい。

【図1 公立病院と私的病院の医業収支比較】

区分	①自治体病院	②私的病院	①-②
医業収入(100床当り)A (千円)	124,949	134,089	-9,140
入院収益	84,475	91,772	-7,297
室料差額収益	1,352	2,993	-1,641
外来診療収益	37,208	34,682	2,526
その他の医業収益	1,914	4,642	-2,728
入院収益/A	67.6%	68.4%	
室料差額収益/A	1.1%	2.2%	
外来診療収益/A	29.8%	25.9%	
その他の医業収益/A	1.5%	3.5%	
医業費用(100床当り) (千円)	147,798	134,745	13,053
給与費	78,797	70,855	7,942
材料費	34,209	30,589	3,620
委託費	12,521	9,517	3,004
減価償却費	10,382	6,659	3,723
その他の経費	11,889	17,125	-5,236
給与費/A	63.1%	52.8%	
材料費/A	27.4%	22.8%	
委託費/A	10.0%	7.1%	
減価償却費/A	8.3%	5.0%	
その他の経費/A	9.5%	12.8%	
参考	病床数平均 病床利用率平均	269床 70.56%	254床 80.90%

出所：全国公私病院連盟、社団法人日本病院会(2008)『平成20年病院運営実態分析調査の概要』より筆者作成

3. 公立病院の経営形態と財源措置

(1) 運営形態の概観

本節では、経営形態見直しに際して検討される病院経営形態を類型化した後、現在多くの自治体で適用が検討されている地方公営企業法(全部適用)に関して財務諸表の面より考察する。一方、夫々の経営形態においても、引き続き一般会計からの財源措置が講じられることから、公立病院の財源を整理し公立病院を取り巻く財政状況について概観する。

【図2 運営形態の概念図】

³ 日本経済新聞経済教室(2009年3月23日)『待ったなしの公立病院改革、広域医療ネットの中軸に』等

⁴ 全国公私病院連盟(2008)『平成20年病院運営実態分析調査の概要』

筆者作成

公立病院の運営形態は①地方自治体・行政法人による運営、②民間による運営に大別できる。①には、運営形態の変更には踏み込まず、収支改善を目的とする「地方公営企業法(一部適用)」、首長部局から組織を分離し、病院経営を担う事業管理者に職員の任免・給与等の権限拡大を与える「地方公営企業法(全部適用)」が挙げられる。一方、②民間による運営には、公立病院を廃止し、民間が経営を引き継ぐ「民間譲渡」がある。①・②の中間に位置する運営形態には、地方自治体と別の法人組織を形成し、外部評価委員のモニタリングを通じて経営者(理事長)が権限と責任を持ち経営を行う「地方独立行政法人制度」が有り、職員の身分によって更に公務員型・非公務員型に分別される。又、公の施設管理・運営を指定する医療法人や民間企業等に委託する旨の協定を結び、最終的な建物・設備の瑕疵責任は地方自治体が負う、いわゆる公設民営型の「指定管理者制度」も一手法である。⁵ 此れ等の民間的経営手法導入に加えて、公立病院経営合理化を促進する手法として、自治体の責任において医療・治療行為を行う「医療コア」と、民間の創意工夫を基に費用削減が可能な「ノン・コア事業」との協働連携によりValue For Money向上を狙う医療PFIが注目されている。

(2) 全部適用に関する課題認識

現在、民間的経営手法導入に際し、最も多く適用されている手法は全部適用である。平成19年4月には地方公営企業法適用953病院のうち、27%の257病院が全部適用となり、総数が大幅に増加した。一方、全部適用の場合の経営合理化や、弾力的な給与運営に関しては必ずしも望ましい成果に達していない。全部適用後の収支改善については、2008年度地方公営企業年鑑によると

全部適用の場合の経常収支比率は一部適用より僅かに0.6%上昇しておるも、繰入金に対する医業収益比率は3%上回っており、全部適用に移行した公立病院全ての収支改善は繰入金による結果と推測される。又、全部適用単体の経営力を示す医業収支比率は1.2%下回っていることから、全部適用に移行しても、収支改善のためには公立病院に対する財政的関与は引き続き必要であることが示唆される。

次に、給与費については、全部適用の場合の職員給与費対医業収益比率は、一部適用に比べて2.8%上回っている。これは現実には一部適用の要件に準じ、一般の地方公務員の給与状況等を考慮するために、首部長局と異なる給与制度を持つところは少なく、経営状況に見合った給与制度の構築が困難であることを反映しているものと考えられる。但し、当該指標は過去3年以内に全部適用に移行した公立病院が過半数を占有し、経営改善の途上であることに留意の上、個別事例毎に検証する必要がある。

【図3 公立病院法適用別損益計算書 平成19年度】

自治体病院 法適用別(条例全部・当然財務別)損益計算書 2008年度 (単位:千円, %)				
項目	規模	条例全部	当然財務	計
1. 総収益		1,511,018,089	2,516,181,558	4,027,199,647
(1) 経常収益		1,505,542,716	2,489,873,638	3,995,416,354
(ア) 医業収益		1,303,240,425	2,197,541,961	3,500,782,386
(イ) 医業外収益		202,302,291	292,331,677	494,633,968
(2) 特別利益		5,475,373	26,307,920	31,783,293
他会計繰入金		908,868	6,432,354	7,341,222
固定資産売却益		2,986,568	1,269,578	4,256,146
2. 総費用		1,584,514,131	2,637,353,573	4,221,867,704
(1) 経常費用		1,575,330,253	2,620,644,902	4,195,975,155
(ア) 医業費用		1,483,499,442	2,468,169,299	3,951,668,741
(イ) 医業外費用		91,830,811	152,475,603	244,306,414
(2) 特別損失		9,183,878	16,708,671	25,892,549
3. 経常利益		11,149,079	11,967,970	23,117,049
4. 経常損失		80,936,616	142,739,234	223,675,850
5. 純利益		10,937,779	22,703,569	33,641,348
6. 純損失		84,433,821	143,875,584	228,309,405
7. 他会計繰入金(基準額)		193,443,950	272,443,757	465,887,707
8. 他会計繰入金(実繰入額)(再掲)		219,364,013	309,664,012	529,028,025
9. 総収支比率		95.4	95.4	95.4
10. 経常収支比率		95.6	95.0	95.2
11. 医業収支比率		87.8	89.0	88.6
13. 職員給与費対医業収益比率		87.1	54.3	55.3
15. 他会計繰入金対医業収益比率		16.8	13.3	14.9
18. 病院数		272	681	953

(注)建設中の病院を除いた数値である。

出所:「地方公営企業年鑑」(平成19年度)より抜粋

(3) 公立病院の財源、及び開設地方自治体

⁵ 総務省(2007)『公立病院改革ガイドライン』では公立病院の経営形態の選択肢としては、地方公営企業法の全部適用・地方独立行政法人化(非公務員型)・指定管理者制度の導入・民間譲渡の4点が示されている。

への地方交付税措置

① 公立病院の財源

公立病院に対する財源には国庫補助金、病院事業債、一般会計からの繰出金等が充当される。まず、国庫補助金においては、三位一体改革により大部分が地方交付税の基準財政需要額に算入され一般財源化されている。

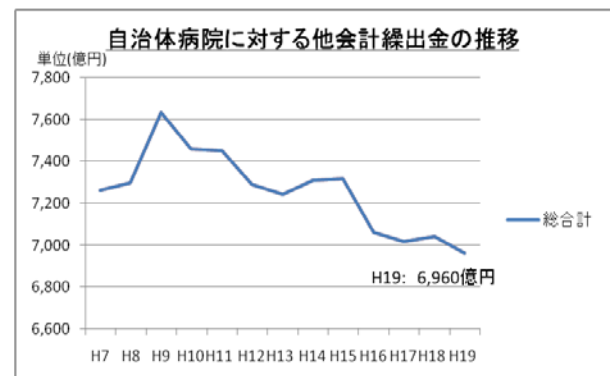
次に、公営企業債として区分される病院事業債の主な原資は財政投融资資金・地方公営企業等金融機構資金・民間での市場公募等である。平成 21 年度地方債計画における病院事業・介護サービス事業の起債予定額は 2,394 億円(公営企業債総数うち 9.7%)に上る。又、病院事業債の元利償還金の 2 分の 1 については一般会計から繰出すことも可能であり、繰出し額に対して 45%を事業割として、15%を病床割として普通交付税にて措置される。

② 開設自治体に対する地方財政措置

地方公営企業の病院事業における一般会計からの繰入金に関して、所要額が毎年度地方財政計画に計上され、その一部について普通交付税と特別交付税が支給される。又、先述した経営形態(地方公営企業法(全部・一部)適用、指定管理者制度、地方公共団体)に変更した場合においても、直営で実施する場合と同様の地方交付税措置が行われている。⁶地方交付税は元来資金使途に制約が無く自治体が自由に使用できる財源であり、病床数等に応じて交付税が算定される場合には、病床を設置する程限界費用が低下する。従って現行交付税制度の下では過剰な病床設置を促すことが懸念されよう。加えて、昨今開設自治体の財政力が厳しいために、公立病院への繰出金が、地方交付税措置額を下回るケースが散見されている。具体的に、過去 10 年

の公立病院に対する他会計からの繰出金の推移は、図 4 より、平成 9 年をピークとして、その後減少基調にある。対して地方交付税措置額(病院事業関係)は緩やかに減少しており(図 5)、繰出金の減少率程の変化は無い。これは、地方交付税の算定単位であった公立病院交付分について、病院側へ適正な繰出が行われないことにより、病院会計側で、一時借入等財政負担が発生する等収支悪化の一要因と考えられる。公立病院改革ガイドラインが謳う経営効率化指標の達成と同時に、本来資金を充当すべき公立病院に対して開設自治体の財政負担から必要資金が充当されないことが無きよう、特定補助金による公立病院への財源措置が望ましいと思料する。その際、少なくとも民間病院と競合する地域では繰入前の経常収支比率 100%黒字化等効率化指標の策定は当然であろう。更に被保険者の診療機会の公平性の観点からは、地域特性が反映される国民医療費地域差指数⁷を全国標準に近づける試みや、各病院の平均費用を把握の上、各公立病院に対する望ましい財源措置(特定補助金等)を講ずる必要があるのではないかと。

【図 4 公立病院に対する他会計繰出金の推移】

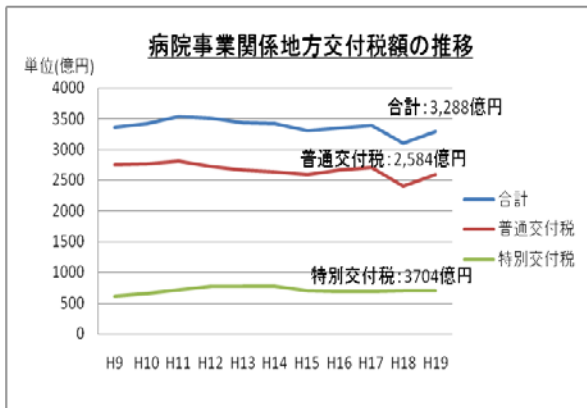


出所: 総務省『地方公営企業年鑑』より筆者作成

【図 5 病院事業関係地方交付税額の推移】

⁶ 自治省財政局長通知『自治省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』(平成 12 年 3 月 29 日付)に基づいて地方公共団体が実施する事業に係る地方財政措置について」PFI 事業においても、直営の場合に国庫補助負担制度がある場合においては地方債又は地方交付税措置が行われる旨が確約されている。

⁷ 厚生労働省『国民健康保険法第 68 条の 2 第 1 項の規定に基づく平成 21 年度の指定市町村の指定について』年齢構成要因による給付費の高低の影響を除外して、当該市町村の実績給付費との比率を表したものであり、具体的には、実績給付費を年齢階層別 1 人当たり給付費が全国平均と同じと仮定した場合の当該保険者の給付費(基準給付費)で除した数値。



出所：日本医労中央執行委員会『自治体立病院に関する緊急要求と取組』より筆者作成

4. 事例検証-失敗事例の検証 近江八幡市立医療センター

本節では自治体運営形態見直しの中で、民営化手法の一つとして注目されてきた病院 PFI 事業に絞り、近江八幡医療センターにおける失敗事例の考察から PFI 病院事業の留意点について検証し度い。

(1) プロジェクト概要

本件は近江八幡市が東近江地域の中核病院を、地域医療期間との病院と連携し、効率的な医療を提供できるよう移転、整備するBOT (Build Own Transfer)⁸方式のPFI事業である。診療行為をはじめとする病院経営は直営方式の場合と同様に近江八幡市が行う一方、スポンサーである(株)大林組 100%出資が近江八幡株式会社SPCを設立。夫々の分野の専門企業によるコンソーシアムを組成し、市の病院経営をサポートする病院内運営業務、施設整備費の資金調達を行った。具体的なSPCの役割は(a)電子カルテなどの総合医療情報システムの整備・運営、(b)療養環境の整備、(c)病院施設・駐車場等の保守管理等にて市とSPCは30年間の事業契約を締結。従来方式で施工した場合に係る750億円の建設・維持管理、関連サービス費用をPFIでは682億円の削減に

よって68億円のVFM創出を見込むものであった。一方、総合医療センターが開設した平成18年10月以降、当初見込んでいた病床利用率は横ばいに留まり、収益予想が大きく予想を下回ったことから、当初計画の医業収益である年間100億円から、平成18年度は約75億円、平成19年度は84億円にて低調推移に留まった。一方、歳出は減価償却費の増加によって平成19年度には純損益ベース約28億円の赤字を計上。最終的に建物の建設資金を融資した金融機関への損失補償として違約金20億円を支払い、病院施設を118億円で買取り契約解除に至った。中途解約の理由として、市は27年間PFI方式を継続した場合、約110億円の負担が増すと試算したことによりPFI事業契約は平成21年3月31日にて終了し、4月から直接委託が開始された。

(2) 中途解約の原因

平成20年1月に近江八幡市立総合医療センターのあり方検討委員会より提出された「近江八幡市立総合医療センターのあり方に関する提言」では、医療サービスの提供が中断された理由として、資金不足による病院及び市財政破綻の懸念、中間業者の介在による医療現場の非効率性、経営当事者としての自覚と責任感の欠如の3点を主要因に挙げている。本節では、財政許容度に見合わない投資が承認される背景と過大な需要予測を招く原因となった入札段階における予定価格制度に注目し、諸外国事例との比較を通じ検討致し度い。

① 事業者による過大な需要予測

本事業の需要予測を近江八幡市は平成18年に行っているが、年間の病床利用率は実績値ベース最高でも84%だったのに対し、SPC側は年間収支計画上、医業収益を100億円、病院稼働率を95%と見込んでいる。一方、運営上の需要変動リスクは、医療行為のコア業務を担う公立病院主導であることから、歳入不足に対する費用負担

⁸ 事業者が施設を建設、所有して運営を行い、事業期間終了後譲渡する、サービス購入型の事業運営方式

は公立病院が引受け、恒常的な収入不足に陥らざるをえなかった。更に、この病院以外に、二次医療圏となる東近江保健医療圏内(二市三町を含む約 23 万人が対象)には能登川病院と蒲生病院の 2 つの公立病院と国立滋賀病院があり、既に類似した医療機能を保有していることから、病院新設に伴う新たな入院需要を確保することは当初より困難であったと考えられる。

② 市の医療経営能力と財政規模

病院からSPCへ支払われる維持運営費は、今後発生すると見込まれる施設等の修繕費用と共に平準化し、支払いを実質的に固定化しているために本来変動費であるはずの経費は固定費となり、直営委託方式と比べて契約内容や金額の変更に対する柔軟性を阻害する要因となる。又、SPC に対して支払う対価のうち、病院の施設整備等の元本に係る支払い金利相当額(医業外費用)の負担は、PFI事業期間30年で約99億円である(元本は約145億円)。対して病院経営を担う近江八幡市の財政規模は約200億円(歳入額約212億円・歳出額は206億円 財政力指数0.7⁹)にて財政規模に比して許容できる水準では無い。

③ 財政健全化法の施行と公立病院改革ガイドラインの策定

本年度より本格始動した「財政健全化法」は、一般会計と病院事業会計等の公営事業会計を一体として把握し、自治体経営の効率性を図るものであるが、SPCに支払う固定費見合いの繰出金の増加が、実質公債比率の分子にあたる準元利償還金算入額を年々増加させ、地方債発行について制限が課される25%水準を3年以内に超過する可能性があった。加えて、診療報酬制度のマイナス改定や、公立病院ガイドラインに基づく医業経費効率化¹⁰は結果として医業収入を下げた効果を齎しており、病院経営に大きな制約を

課した。以上制度的な環境変化が自治体の経営基盤に大きな影響を与えたと考えられる。

(3) PFI 病院事業に関する留意点

① 財政許容度に関する留意点—諸外国事例

財政許容度に見合わない投資が承認される事例は、PFI の歴史の浅いわが国に特異なケースと考えられる。例えば、PFI 先進国である英国では財務省が「PFI 契約の標準化第 4 版」(Standardization of PFI Contract Version 4:SoPC4)を公表し合理的で透明性の高いPFI契約が標準化されている。更に、会計検査院NAO(National Audit Office)がPFI契約内容をVFMに照合し定期的に見直すリスクマネジメント手法が確立している。

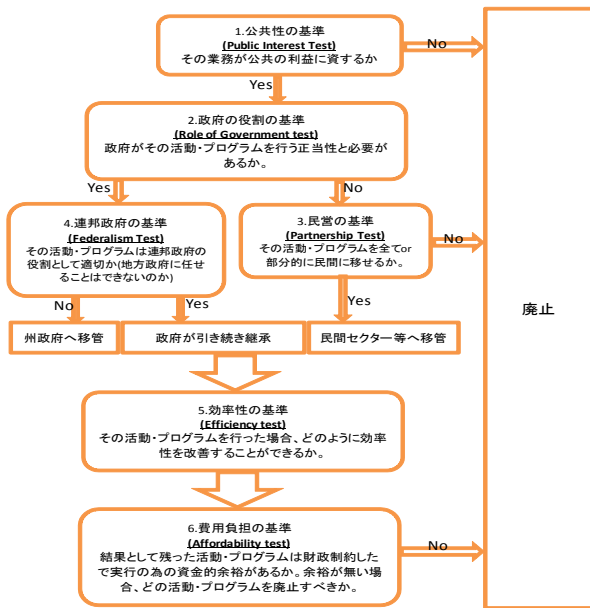
カナダでは、1990年代クレティエン首相以降、予算・財政マネジメント改革の中で連邦政府プログラムの見直しを通じて、事業の優先順位を勘案、政府の役割を再定義するプログラム・レビューが断行されている。¹¹ レビューでは財政の許容評価(Affordability test)を計画時点で実施する等、財政負担額に見合う投資規模のみしか承認されない。一連のレビューの過程において、仮に政府が推進する妥当性が認められなければ民営化セクター等への移管が検討される。一方、連邦政府が担うことが妥当と判断された場合、効率性の基準(Efficiency test)―その活動を継続する場合効率性をどのように改善できるか、費用負担の基準(Affordability test)―結果として残った活動を実行する資金的余裕があるかを勘案し事業の優先順位が決定される。当該レビューは地方政府等への移転支出を除く連邦政府プログラムの見直しであるが、PFI投資承認の過程で、自治体内部において同様の財政許容度の確認は行われて然るべきであったと思料する。

⁹ 『生活ガイド』 <http://www.seikatsu-guide.com/>

¹⁰ 総務省『公立病院改革ガイドライン』(2007)では500床以上の公立病院(一般病院全体)の場合、病床利用率の目標数値は計86%、経常収支比率は97%にて、いずれも2007年度の近江八幡総合医療センターの実績を上回る。

¹¹ 財務省総合政策研究所(2001)『民間の経営理念や手法を導入した予算・財政マネジメントの改革』

【図6 カナダ プログラム・レビュー基準】



出所：財務省総合政策研究所(2001)『民間の経営理念や手法を導入した予算財政マネジメントの改革』から筆者作成

② 過大な需要予測に対する留意点—予定価格制度による入札上限金額の設定

一般競争入札又は指名競争入札に基づく公共事業の発注では事業費の高騰防止を目的として落札金額の上限値である予定価格を定めることが地方自治法・会計法¹²で規定されている。事業者は発注者の予定するサービス対価相当額(予定価格)を超過した場合、失格となる。本制度では、行政側は予定価格の設定によって、要求水準に見合うPFI案件を事前に峻別し歳出削減効果に関する説明責任を果たすと共に、事業者のサービス対価総額削減に関する努力の損失や、落札価格の高止まり・談合を未然に防ぐことを狙うことを企図している。然し乍、欧米では入札時の参考となる価格は存在するが、事業者の提案価格が参考価格を超過することにより、事業者が失格となる例は殆ど無い。又、事業者に入札参加の選択肢を事前に提示することが出来ぬため、価格超過案件が急増し再入札が行われても新たに応募するコンソーシアムは限定される。従って、予定価格制度の下では、良質なものを安く調達するというインセンティブが働

かない。当該予定価格の存在により応札者に過剰な費用削減の誘因が働いた結果、需要予測に対する甘い見積もりを助長させ、提案価格上限を下回る結果となった可能性も否定できない。

(4) 病院 PFI 事業制度上の問題点

① 独立採算事業に対する自治体の甘いガバナンス構造

そもそも設備の維持運営・管理のノンコア業務を担う病院 PFI 事業者は、経営責任迄を担う主体には無い。特に、標準財政規模が比較的小さい地方公共団体の場合には、計画の時点で VFM 算出と併せて財政許容度評価(Affordability-test)を実施し、一般会計からの繰入限度を設け、多額に上る減価償却費を含め毎年平準化される負担額に、地方公共団体の財政力が耐えるかを精緻に検証すべきであったと思料する。同時に、応札者との意思疎通不足による性能未達や、需要予測に対する甘い見積もりを事前に回避すべく、提案価格上限に拘らず総合評価方式の下で競争的対話入札方式を通じた、応札者と発注者の事前摺り合せの推進が望まれる。

② 一般会計からの繰り出しが可能な事業に対するソフトな予算制約

環境の変化に応じて、事業評価を変更し、過度な施設整備を回避することは事業投資の前提である。然しながら、公立病院であれば経費について一般会計・病院会計どちらで負担するかという区分に関し明確な基準を設定する必然性が薄い。近江八幡市医療センターの事例では計画段階から一般会計からの繰出金を見越して財政許容度を超えた費用負担や効率性に対する投資基準の甘さが、実態を反映しない過剰投資につながった。一般会計からの繰入については構想計画段階において、プログラム・レビューを基準とした許容度・効率性評価を実施し、収支予想を外部機関に依存しすぎず自治体自ら検証する必要がある。

¹² 会計法第 29 条の 6(国)。地方自治法代 234 条第 3 項(地方公共団体)。

5. 総括

全国に約 1,000 ある公立病院のうち 4 分の 3 が税金を投入しても尚赤字を抱えている。公立病院は本来適切な診療報酬と補助金があれば民間でも代替可能なるも、不採算地域・医療分野においても遍く診療が受けられるように、政策医療の見地から機会の公平性を担保しなければならない。

本稿で明らかになった課題は、自治体の経営悪化が開設自治体の財政運営を圧迫している可能性と、経営形態の見直しの中で議論されている地方公営企業法(全部適用)と PFI が公立病院の収支改善に一定の効果を上げているとは言い難い現状である。経営形態見直しの議論が先行することを抑制するためには、国民医療の地域差を標準値に近づける試みに加え、各公立病院の平均費用を算定し固有の費用構造を明らかにした上で特定補助金等の財政措置を講ずることが赤字解消につながるのではないか。

又、個別事例より PFI 病院事業においては自治体が VFM を継続的にモニタリングし積算根拠を国民に開示する努力に加え、日本特有の入札形態である予定価格制度に拘らず、応札者との入札前の細やかな性能確認が事業の質を向上することに繋がると認識する。

本稿では一部の失敗事例しか検証していないが、公立病院の経営効率化と診療機会の公平性を達成するために、PFI のみならず各公立病院の個別事例において失敗に至った情報が全て開示され、ここから公立病院の経営形態を見直す努力が必要だと思料する。

6. 参考文献

- ・ 総務省(2008)『公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書』
- ・ 総務省(2007)『公立病院ガイドラインのポイント』
- ・ 山内康弘(2009)『自治体病院の制度的位置付けと財源問題』国際公共政策研究 13(2)(通号 24)

p51～p63

- ・ 金川佳弘(2009)『地域医療と自治体病院』地方自治職員研修(91号) p228～p241
- ・ 病院(2009)『公立病院の再生に向けて』(68巻3号) p200～p204
- ・ 近江八幡市立総合医療センターのあり方検討委員会(2009)『近江八幡市立総合医療センターのあり方に関する提言』
- ・ 厚生福祉(2009)『近江八幡病院のPFIは何故「失敗」したのか』7月7日号
- ・ 財務省総合政策研究所(2001)『民間の経営理念や手法を導入した予算・財政マネジメントの改革』
- ・ 財団法人大阪府市町村振興協会 羅針盤(2008)『自治体病院だからこそ、変わる』
- ・ ファイナンス(2005)『公共調達制度の課題』2005年5月号 Vol. 41, No. 2
- ・ 伊関友伸(2007)『まちの病院がなくなる!?!』時事通信社