

地方自治体の組織と医療, 及びその連携について*

——市立病院・医科系市立大学を事例とした研究——

澤野 孝一朗**

1. はじめに

日本の地方自治体である市町村の間には, 様々な組織の違いがある. その相違のひとつに, 医科系の学部・学科を開設する市立大学(医科系市立大学)を持っているか否か, もしくは大学医学部の附属病院を持っているか否かがある. 地方自治体が医科系市立大学や附属病院を持つということは, 自治体内部に医療に関する知識・情報およびノウハウなどの資源を持つということを意味する. すなわち地方自治体における医科系市立大学や附属病院の有無とは, 自治体間の医療に関する資源の格差でもある. このような資源格差は, 地方自治体の政策や行動と, どのような関係を持つのかという問題は, まだ十分に考察されていないテーマである. 本稿では, 日本の県庁所在市に注目し, 自治体組織と医療に関する政策について, 医科系市立大学や附属病院の観点から, その関係を明らかにすることが目的となっている.

医科大学もしくは大学で医学部を開設する場合, 基本的には大学病院と言われる附属病院を持つ. これらは医療機関附属の病院とも呼ばれるが, 特定機能病院の指定を受けるなどして高度医療の担い手にもなっている. つまり大学医学部の附属病院とは, 通常の診療を行う機関であると同時に, 医療機関・高度医療機関でもあり, その組織の主たる目的は, 教育・研究・診

* この論文は, 日本公共政策学会・2003年度研究大会報告, 文部科学省科学研究費助成金プロジェクト「地方分権が社会保障システムの効率性・公平性に与える影響の分析」平成18年度・第2回会合, 日本経済学会2007年度秋季大会(日本大学)での報告の一部を含むものである. 本稿の作成にあたり, 井伊雅子(一橋大学), 泉田信行(国立社会保障・人口問題研究所), 金子能宏(国立社会保障・人口問題研究所), 熊谷成将(近畿大学), 佐藤雅代(北海道大学), 宗前清貞(琉球大学), 西村周三(京都大学)の各氏, 学会セミナーの参加者より有益なコメントを頂いた. ここに記して感謝いたします. また本研究は, 文部科学省科学研究費助成金(基盤研究(B)17330072)「地方分権が社会保障システムの効率性・公平性に与える影響の分析(研究代表者・泉田信行)」から助成を受けている. なお本稿中の誤りについては, すべて筆者の責にあります.

** 名古屋市立大学大学院 経済学研究科
〒467-8501 愛知県名古屋市長区瑞穂町字山の畑1
Tel: 052-872-5754, Fax: 052-871-9429,
Email: sawano@econ.nagoya-cu.ac.jp

療を行うことにある。ただし大学の設置者が地方自治体である場合、その附属病院が供給する診療の性質に関して、公立病院が果たすべき役割として論じられる政策医療の側面や、行政等との連携が求められる場合がある。本稿では、これらの側面についてサーベイ研究を行い、その事例を集め、そして計量的な評価を行おうと考えている。

本稿の分析から得られた結論を要約すると、次のとおりである。(1)公立病院は、不採算性のために、民間医療機関では不十分にしか供給されていない特定の医療サービスを提供すること(政策医療)がその役割とされているが、近年では経営健全化も求められている。(2)政令指定都市における市立大学医学部の附属病院の業務損益は、黒字である。(3)附属病院は高度医療を担う機関であるが、一部には救命救急センターという政策医療的な機能を持つ病院もある。(4)政令指定都市の医科系市立大学では、調査研究活動においていくつかの連携実績があり、近年では行政との連携も模索されている。(5)1人あたり医療費を利用した計量的な分析では、医科系市立大学の有無で特徴づけた地方自治体間の組織の違いが統計的な関係を持つことはなく、平均的な効果は観察されなかった。

以下2節では、公立病院の歴史と現状、その改革論についてまとめ、3節では医科系市立大学と附属病院の歴史と現状、連携等について報告している。4節は計量分析であり、医科系市立大学や附属病院の有無で特徴づけた自治体間の組織の違いが、1人あたり医療費とどのような関係を持っているのかを考察する。最後5節は、本稿の結論の要約と、今後に残された課題について議論している。

2. 公立病院—その歴史と現状、改革論—

本節では、公立病院の歴史と現状、近年に議論されている改革論について整理し、検討を行うことが目的である。以下では、はじめに公立病院として規定される医療法の公的医療機関の定義について述べ、その歴史的経緯を説明している。次に近年に議論される公立病院改革の流れとその手法について述べる。最後は、その地域事例として、名古屋市における公立病院とその現状について報告している。

2.1 公的医療機関—その経緯について—

日本では、医療法(昭和23年7月30日法律第205号)により、医療機関は国立病院(国の開設する病院等)と公的医療機関、そして医療法人とに大別される。公的医療機関とは、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いい、その定める者には地方自治体の組合、国民健康保険組合、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、社会福祉法人北海道社会事業協会が指定されている。特に都

道府県，市町村，国保組合が開設者となる病院は，公立病院と呼ばれる場合が多い。

公的医療機関の歴史は，厚生省医務局編『医制百年史』の「医療施設」の項にて記録されており，その概略は次のとおりである。まず公的医療機関がその本来の役割として考えられていた機能について，「当時は，公立病院は本来窮民の施療を目的とすべきものと考えられていたが，その院長等に優れた医師を招聘していたので，上流階級の患者及び開業医の手に余る患者が多く集まり，他面まだ医学校の普及をみるに至らなかつたため，医師養成機関としての使命をも負わされ，貧窮民の施療に十分手をのばすことができなかつた（p. 103）」と述べられている。

戦後，復員者や引揚者の医療対策等をも考慮して，旧陸海軍病院や軍事保護院を国立病院及び国立療養所として運営することとし，厚生省の外局として医療局が設置された。また戦後の絶対的な医療サービス供給不足の解消を目的として，公的医療機関制度を設け，その施設整備を計画的に行うこととした。その目的は，「国民に必要最少限度の医療を確保するとともに医療の向上を図るための中核的な医療機関を整備することを意図したもの（p. 437）」とされている（厚生省医務局編，1976.）。また社会保障制度（特に医療保障）の確立のためには私的医療機関の協力体制を整えることも緊急の課題とされ，医療法人制度が創設された。

その後，国立病院及び国立療養所は，都道府県の区域を超えた指導的，特殊的医療機関として任務を果たすことが使命とされ，その機能を十分に持たない医療機関は希望するものに移管された（国立病院及び国立療養所の整理）。公的医療機関は，国民皆保険が実施された頃には，政策的な整備の方向が量的な適正配置にとどまらず，がん，小児医療等の質的な整備（専門的診療機能の充実）にも向けられた。そして既存の医療機関を前提として，救急医療，へき地医療，休日や夜間における急病患者に対する医療確保といった地域医療確保対策が進められた。このように公的医療機関のみがその政策的な医療確保の責務を負っているわけではないが，その整備方針には上記これらの医療サービス供給を公的医療機関が行うようになることを期待していたことがわかる。

2.2 公立病院の現状とその改革論

日本の公立病院には，都道府県立・市町村立・組合立（国保・社会保険・一部事務組合）の3つの設置形体があり，一部の組合立を除いて，すべて地方公営企業法（昭和27年8月1日法律第292号）の適用管理下に置かれている。地方公営企業法は，地方自治体が担う企業活動を規定する法律であり，その一般原則として「地方公営企業は，常に企業の経済性を発揮するとともに，その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない（第3条）」とされている。このように地方公営企業としての公立病院は，住民福祉の向上（公共性）と経済性の両面の実現が求められている¹⁾。

しかし近年における公立病院の経営状況は極めて厳しく，2003年度には地方自治体からの財

政支援である他会計繰入金は7319億円にもなっている（地方公営企業経営研究会編『平成16年度 地方公営企業年鑑（病院）』）。このため総務省は、その財政再建を目的として、2007年11月に公立病院改革懇談会『公立病院改革ガイドライン』を公表し、2008年度中に各地方公共団体に公立病院改革プランの策定を求めている。またその策定プランには、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等を含むことをも求めている。

このように公立病院では、公共性と経済性の実現が法によって期待されている一方、近年では財政再建への圧力も高まってきている。特に医療分野では、公共性を持つ医療のことを政策医療と表することが多いが、若干その定義に曖昧な側面がある。政策医療とは、日本病院管理学会情報・用語委員会編『医療・病院管理用語辞典〔改訂版〕』（ミクス、2001年）によると、「国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療等、その時代において国の政策として担うべき医療（p.154）」と定義されているが、もっと広義に捉え、民間医療機関では不十分にしか供給されていない特定の医療サービスを提供することとされ、その医療サービスとして救急医療・小児医療・へき地医療・災害医療・精神医療・救貧医療などがあげられている²⁾。そしてこのような医療サービスの供給は、公立病院の使命とも言え、その不採算性に対して地方自治体が財政補助を行うことには一定の合理性がある。

このような二面性を持つ公立病院の経営について、地方公営企業法の全部適用（全適）という改革手法が用いられる場合がある。地方公営企業法では、地方公営企業を管理する公営企業管理者の設置を義務づけ、その管理者に人事や予算の裁量権を与える一方、企業経営の責任を負わせる一般原則を採用している（「条例全部」もしくは「全部適用」）。しかし公立病院に関しては、地方公営企業法のうち財務規定のみ適用とする一部適用を選択する余地が与えられている（「当然財務」もしくは「財務適用」、「一部適用」）。このため公立病院では、病院事業としての公営企業管理者を置かず、行政の一部門として医療サービスを供給することができる。そしてこの行政サービスとしての医療サービス供給が、非効率性を生む原因であると考え、全部適用を実施して（権限を大幅に公営企業管理者に委譲して）、弾力的・効率的な病院経営を目指そうとするのが公立病院の全部適用という改革手法である³⁾。

1) 澤野（2005）は、契約理論研究の側面から、その事業執行において目的に二面性を持つ経済主体の行動の問題について、事例を利用して考察している。塩谷（2005、2007）は、公立病院の公営企業管理者としての自ら経験に基づき、事業目的に二面性を持つ公立病院が抱える問題点と、その是正策について報告している。

2) 漆（1986）は、国公立病院が果たすべき機能として「不採算となる医療サービスであっても、資源配分・所得分配の観点から、供給することが望ましい医療サービスがある。このような医療サービスとしては、人口過疎地域における医療サービスと高度特殊医療サービスや重症救急患者のための医療サービスがあげられる（p.60）」と述べている。また公立病院の役割と政策医療の関係について、泉田（2001）、知野（2003）がその分析と議論を行っている。

3) 小山田（2006）は、自治体病院の役割について議論し、この全部適用（全適）によって期待される効果と、現段階での効果について議論している。

表1 県庁所在市等における市立病院と法適用区分（2004年度）

		法適用区分	
		全 部	財 務
市立病院の有無	あり	仙台市*, 鳥取市, 松江市, 岡山市, 広島市*, 北九州市*, 長崎市, 鹿児島市, 那覇市	札幌市*, 青森市, 盛岡市, 秋田市, 山形市, さいたま市*, 千葉市*, 横浜市*, 川崎市*, 新潟市, 富山市, 金沢市, 甲府市, 長野市, 岐阜市, 静岡市, 名古屋市*, 大津市, 京都市*, 大阪市*, 神戸市*, 徳島市, 高松市, 高知市, 福岡市*, 熊本市
	なし	福島市, 水戸市, 宇都宮市, 前橋市, 福井市, 津市, 奈良市, 和歌山市, 山口市, 松山市, 佐賀市, 大分市, 宮崎市	

注1) データ出所は、地方公営企業経営研究会編『平成16年度 地方公営企業年鑑（病院）』である。

注2) 上記表には、東京都（特別区）を除き、2004年度時点における各都道府県の県庁所在市とそれ以外の政令指定都市（川崎市・北九州市）の全48市が含まれている。また政令指定都市には、市名の後に*が付いている。

出所) 筆者作成

現在の日本における公立病院は、全部適用の医療機関と、財務適用の医療機関が混在しており、表1は、県庁所在市（全国県庁所在市と川崎市・北九州市の政令指定都市で、東京都を除く48市）における市立病院の有無と地方公営企業法における適用区分をまとめたものである。まず市立病院を持つ県庁所在市等は35市、市立病院を持たない県庁所在市等は13市である。このうち市立病院を持つ県庁所在市等において、全部適用は9市の医療機関、財務適用は26市の医療機関である。このように県庁所在市等の市立病院の分布は、その有無や地方公営企業法の適用状況にばらつきがある。

2.3 名古屋市における公立病院とその現状

最後に、その地域事例として、名古屋市における公立病院とその現状について報告する。表2は、公的医療機関の機能分布を観察するために、パネルAに生活保護法による医療扶助の指定医療機関（国が指定するもの）、パネルBに救命救急センター（第3次救急医療機関）をまとめたものである。比較対象を取るため、政令指定都市を含む横浜市（神奈川県）と大阪市（大阪府）も併せて報告している。この表2からわかることをまとめると、次のとおりである。(a) 国立病院（現国立病院機構）は、神奈川・愛知・大阪のどの地域においても、医療扶助・救命救急センター機能をともに有している。(b) 神奈川県では、私立大学（およびその関連病院）が、比較的多くの救命救急センター機能を持っている。(c) 愛知県では、市立病院もしくはその他の公的医療機関が、救命救急センター機能を多く持っている。(d) 大阪府では、大阪大学が医療扶助・救命救急センター機能の両方を持ち、多くの府立病院が救命救急センター機能を持っている。(e) 政令指定都市に限定すると、横浜市は横浜市立大学医学部附属市民総合医療センターにて、大阪市は大阪市立総合医療センターにて、救命救急センター機能を持っている。

表2 神奈川・愛知・大阪の公的医療機関の現況（生活保護・救命救急）

A. 指定医療機関（生活保護・国が指定するもの）

神奈川県		愛知県		大阪府	
名称	所在地 指定年月日	名称	所在地 指定年月日	名称	所在地 指定年月日
国立病院及び 国立療養所	－ 昭和22年4月1 日（適用）	国立病院及び 国立療養所	－ 昭和22年4月1 日（適用）	国立病院及び 国立療養所	－ 昭和22年4月1 日（適用）
独立行政法人 労働者健康福祉 機構 関東労災病院	川崎市中原区 昭和43年1月1 日	独立行政法人 労働者健康福祉 機構 中部労災病院	名古屋市港区 昭和41年7月1 日	独立行政法人 労働者健康福祉 機構 大阪労災病院	堺市北区 昭和42年10月18 日
大蔵省印刷局 小田原病院	小田原市 昭和51年9月18 日	独立行政法人 労働者健康福祉 機構 旭労災病院	尾張旭市 昭和41年12月1 日	大阪大学 歯学部 附属病院	吹田市 昭和58年9月1 日
独立行政法人 労働者健康福祉 機構 横浜労災病院	横浜市港北区 平成3年6月21 日	名古屋大学 医学部 附属病院	名古屋市昭和区 昭和55年11月1 日	国立循環器病セ ンター	吹田市 平成2年6月1 日
横浜通信病院	横浜市神奈川区 平成14年12月10 日	名古屋大学 大幸医療セン ター	名古屋市東区 昭和56年3月1 日	大阪北通信病院	大阪市北区 平成3年12月1 日
		名古屋通信病院	名古屋市東区 昭和57年2月1 日	大阪大学 医学部 附属病院	吹田市 平成5年9月1 日

注1）資料の出所は、生活保護法関係法令である「生活保護法第49条による指定医療機関の指定」である。

注2）上記の指定医療機関以外に、都道府県知事によって指定された医療機関がある。

B. 救命救急センター（3次救急医療機関）

神奈川県		愛知県		大阪府	
名称	開設者	名称	開設者	名称	開設者
聖マリアンナ医 科大学病院	学校法人	名古屋掖済会病 院	社団法人	大阪府立 急性期・総合医 療センター	大阪府
横浜医療セン ター	国立病院機構	名古屋医療セン ター	国立病院機構	関西医科大学 附属滝井病院	学校法人
北里大学病院	学校法人	愛知医科大学 附属病院	学校法人	大阪府立 千里救命救急セ ンター	大阪府
東海大学 医学部 附属病院	学校法人	藤田保健衛生大 学病院	学校法人	大阪医療セン ター	国立病院機構
昭和大学 藤が丘病院	学校法人	岡崎市民病院	岡崎市	近畿大学 医学部 附属病院	学校法人

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院	学校法人	豊橋市民病院	豊橋市	大阪府三島救命救急センター	財団法人
横浜市立大学 医学部 附属市民総合医療センター	横浜市	名古屋第二赤十字病院	日赤	大阪市立総合医療センター	大阪市
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院	国共済	小牧市民病院	小牧市	大阪府立泉州救命救急センター	大阪府
		厚生連 安城更生病院	厚生連	大阪府立中河内救命救急センター	大阪府
		社会保険 中京病院	社団法人	大阪大学医学部 附属病院	国立大学法人
		名古屋第一赤十字病院	日赤		
		半田市立半田病院	半田市		

注1) 資料の出所は、報道発表資料「救命救急センターの評価結果（平成18年度）について」（平成18年6月28日・厚生労働省医政局指導課）である。

出所) 筆者作成

名古屋市は、5市立病院（東市民・守山市民・城西・城北・緑市民）を持ち、その整備方針として2003年12月に『市立病院整備基本計画（健康福祉局病院事業本部）』を公表している。その概要では、5市立病院の経緯がまとめられ、その経営状況として「他の政令指定都市病院事業と比較し、診療単価は低く、医業収益に対する人件費比率が高い（概要、p.2）」、「不良債務は平成13年度末現在で約15億円余となっており、経営の健全化を図ることが急務（概要、p.2）」と報告されている。今後、5市立病院はグループ化を行い、東市民病院と守山市民病院をAグループ（東部医療センター）、新病院と城西病院をBグループ（西部医療センター）、緑市民病院はグループ化せず、地域密着型の医療を実施する方向で再編が進められる予定である。特に救急医療に関しては、「今後は、要望の強い小児科、産婦人科などについての全日二次救急医療体制の確立を図るとともに、市内輪番制の中で眼科・耳鼻いんこう科については平日夜間の二次救急医療体制が確立されていないことを考慮し、これらの診療科について救急医療体制の整備を図っていく必要があります（報告書、p.8）」とされている⁴⁾。

名古屋市は、市立病院の経営体制を抜本的に見直し、5市立病院に地方公営企業法による全部適用（全適）を実施し、2008年4月に病院局を設置した。その目的は、「2002年度から赤字

4) その他、看護師不足の影響により、東市民病院（内科病棟・50床）と緑市民病院（外科病棟・44床）の一部病棟が、2007年4月から閉鎖されていた（2008年4月再開）。

が続く体質に終止符を打ち、給与体系や予算作成などの権限を局長に移譲して、柔軟な病院経営を実現することにある（中日新聞、2008年4月2日、朝刊.）」とされている。局長には、元名古屋市立大学病院長の上田龍三名名古屋市立大学教授が就任した。その就任に際するインタビューで、「公立病院のあり方をどう考えるか」という質問に、「道州制がカギになると思う。医学は競争だが、医療は違う。同じような病院がこの地方で競合する必要はない。逆に市外からも、市民病院に来てもらえるように特色を出していかないといけない」と述べている（中日新聞、2008年4月2日、朝刊.）。

このように公立病院は、不採算性のために、民間医療機関では不十分にしか供給されていない特定の医療サービスを提供すること（政策医療）がその役割とされている。しかし近年では、その病院機能が再検討され、名古屋市の事例と同様に、多くの地方自治体において経営健全化を理由として公立病院改革が実施されている。次節では、一般に大学病院と言われる大学医学部の附属病院について、公立大学、特に県庁所在市における市立大学について、その経緯や機能、現状を取りまとめ、その特徴を観察することとする。

3. 医科系市立大学と附属病院—その歴史と現状、連携等について—

本節では、歴史的な経緯から医学部を持つ市および市立大学に注目して、その附属病院の現状と連携等の概況についてまとめることが目的である。以下では、はじめに医療に関する学部・学科を持つ市立大学の経緯について説明する。次に大学医学部の附属病院に注目し、その現状と特徴を明らかにする。最後に医学部を持つ市立大学の学部間・行政との連携等（医療経済学研究など）について報告している。

3.1 医科系市立大学—その経緯について—

日本の地方自治体のなかに、歴史的な経緯から大学組織を持つものがある。この地方自治体が設置主体となる大学は、公立大学と呼ばれる。当初、公立大学の設置は、学制によって「北海道及び府県」に限定されていたが、大阪商科大学（大阪市・1928年設立）の開設を契機に、市立の大学が設置されるようになった。戦前には、市立大学の開設はほとんどなかったが、戦後にはその開設が相次いだ。これは、戦時中に開設した専門学校（旧制）を学制改革と歩調を合せて、大学（新制）化する動きが盛んとなったためである。特に戦時中に開設された医師養成のための専門学校（旧制）を大学化することが多かったため、市において大学医学部（医科大学）を持つものが増えた。また最近では、大学医学部に附属していた看護婦養成所を短大化もしくは大学学部化する動きが顕著であった。

表3は、県庁所在市で、市立大学を持ち、かつ医学・薬学・看護系の学部を持つもの（以下

表3 県庁所在市等における市立大学と医学・薬学・看護系学科

大学	学部	学科	沿革（設置年）	所在地
札幌市立	看護	看護	高等看護学院（昭和40年4月） 現大学設置による看護学部（平成18年4月）	札幌市*
横浜市立	医	医	医学専門学校（昭和19年） 横浜医科大学（昭和22年） 横浜市立大学に編入・医学部の設置（昭和27年）	横浜市*
		看護	十全看護婦養成所（明治31年） 看護短期大学部（平成7年） 看護学科（平成17年）	
岐阜薬科	薬	厚生薬	岐阜薬学専門学校（昭和7年4月）	岐阜市
		製薬	岐阜薬科大学（昭和24年3月）	
名古屋市立	医	医	女子高等医学専門学校（昭和18年4月） 名古屋女子医科大学（昭和23年4月） 現大学設置による旧制医学部（昭和25年4月） 新制医学部の設置（昭和27年4月）	名古屋市*
	薬	薬	私立名古屋薬学校（明治17年6月） 私立愛知薬学校（明治23年） 愛知高等薬学校（昭和6年10月） 名古屋薬学専門学校（昭和11年4月） 名古屋市へ移管（昭和21年4月） 名古屋薬科大学（昭和24年4月） 現大学設置による薬学部（昭和25年4月） 製薬学科の設置（昭和45年4月）	
		製薬	製薬	
名古屋市立	看護	看護	附属看護婦養成所（昭和6年10月） 附属高等厚生女学校（昭和24年4月） 看護学校（昭和32年9月） 看護短期大学部（昭和63年4月） 看護学部（平成11年4月）	名古屋市*
		看護	看護	
大阪市立	医	医	医学専門学校（昭和19年4月） 医科大学・旧制（昭和23年4月） 医科大学・新制（昭和27年4月） 大阪市立大学に編入・医学部の設置（昭和30年4月）	大阪市*
		看護	附属厚生学院（昭和24年4月） 附属看護専門学校（昭和52年4月） 看護短期大学部（平成10年4月） 看護学科（平成16年4月）	
神戸市看護	看護	看護	高等看護学院（昭和34年9月） 看護短期大学（昭和56年4月） 神戸市看護大学（平成8年4月）	神戸市*

注1) データ出所は、公立大学協会および各大学ホームページである。

注2) 所在市における*は、政令指定都市であることを示している。

注3) 上記表には、首都大学東京（東京都）の健康福祉学部（看護学科・理学療法学科・作業療法学科・放射線学科）を含んでいない。

出所) 筆者作成

から医科系市立大学という)をまとめたものである。医学部を持つ市は、横浜市・名古屋市・大阪市の3市である。薬学部を持つ市は珍しく、岐阜市・名古屋市の2市である。看護学部(もしくは看護学科)を持つ市は、札幌市・横浜市・名古屋市・大阪市・神戸市である。ただし看護学部(もしくは看護学科)には、高等看護学院から大学化したもの(札幌市・神戸市)と、医学部附属施設から大学学部化したもの(横浜市・名古屋市・大阪市)の2つの系譜がある⁵⁾。このように県庁所在市にて、市立大学を持ち、かつ医学・薬学・看護系の学部・学科を持つという特徴ある市が一部ある。

3.2 市立大学の医学部附属病院—地方独立行政法人化との関連について—

大学医学部の附属病院は、一般的に「医育機関附属の病院」と呼ばれる。『医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)』では、医育機関附属の病院とは「学校教育法に基づく大学において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けられた病院及び分院をいい、大学研究所附属病院も含む」と定義されている。また病院機能の分化を目的とした医療法改正により、高度医療のための人員・設備・技術水準を備えた病院を「特定機能病院」と定め、多くの大学病院本院が厚生労働大臣よりその承認を受けている(日本病院管理学会情報・用語委員会編, 2001.)。このように大学医学部の附属病院は、基本的には教育・研究機関の位置づけであり、その診療を行うことに加えて教育・研究機能を持っていることが特徴である。そして診療については、公立としての政策医療を供給する側面と、高度医療を供給する側面とを併せ持っている。

政令指定都市(もしくは県庁所在市)の市立大学で医学部及び附属病院を持つ大学は、横浜市立・名古屋市立・大阪市立の3校である。各大学の組織図を見ると、横浜市立大学は附属病院と附属市民総合医療センターの2院を、名古屋市立大学は附属病院の1院を、大阪市立大学は附属病院と刀根山結核研究所を持っていることが示されている。このように政令指定都市の公立大学だけでも、医学部の附属病院組織には違いがある。

近年、公立大学の多くは、地方独立行政法人法(平成15年7月16日法律第118号)の規定を利用して、地方自治体の行政組織から切り離し、一般地方独立行政法人へと移行した。この組織形態の変更は、一般的に法人化と呼ばれる。この地方独立行政法人は、その名称中に地方独立行政法人という文字を用いなければならないが、「公立大学法人に関する特例」として大学又は大学及び高等専門学校を設置及び管理を行う業務を行うものについては、地方独立行政法人という文字に代えて、公立大学法人という文字を用いなければならないとされている。一部、組織構成や運営方法に関して、「公立大学法人に関する特例」はあるものの、原則として地方独

5) 小山(2006)は、公立大学における看護教育とその大学化に関して議論を行い、これまでの経緯と今後期待される役割についてまとめている。

立行政法人と同じ規律の元に置かれている⁶⁾。

この公立大学の法人化に伴い、大きく変わったのが、大学の事業に関する財務諸表類が整備され、公表されるようになったことである。特に従前の公立大学では、大学医学部の附属病院の収支構造は明らかでなかった。表4は、市立大学（横浜市立・名古屋市立・大阪市立）の医学部附属病院における診療事業（2006年度）の概況をまとめたものである。これより各市立大学の附属病院は、診療事業規模には相違はあるものの、基本的には業務損益は黒字となっていることがわかる。

3.3 大学の学部間・行政との連携等について

最後に、近年に顕著な展開を見せている、大学の学部間・行政との連携について報告する。東京大学では、先端科学技術研究センターと医学部の教員が中心となって、医療政策を立案・推進できる次世代リーダーの育成を目的として、医療政策人材養成講座プログラム（HSP: HEALTH CARE AND SOCIAL POLICY LEADERSHIP PROGRAM）を2004年10月から開講し、その成果報告として『医療を動かす—HSP（東京大学医療政策人材養成講座）の活動記録一』が取りまとめられている（HSP活動報告委員会編、2007.）。

横浜市では、大重賢次氏（横浜市立大学医学部、当時）らが中心となった救急医療に関する研究（大重ほか、2000、2001.）があり、そこでは横浜市消防局や横浜市立大学医学部附属市民総合医療センターのスタッフが参画している。さらに井伊雅子氏（横浜国立大学経済学部、当時）らの経済学者の参加を得て、横浜市における救急医療の需要分析が行われている（大重ほか、2003.）。

名古屋市では、『市立病院整備基本計画（健康福祉局病院事業本部）』において、「市立大学病

表4 市立大学の医学部附属病院における診療事業（2006年度）

単位：千円

大学名	横浜市立		名古屋市立	大阪市立
病院名	附属病院	市民総合医療センター	附属病院	附属病院
業務費用	17,529,591	19,974,917	18,247,463	23,291,990
業務収益	18,004,313	20,424,764	18,788,238	23,640,402
業務損益	474,721	449,847	540,775	348,412

注1) データ出所は、上記の各大学の財務諸表（平成18年度）・「開示すべきセグメント情報」である。

出所) 筆者作成

6) 奥林（2007）は、大阪府立病院と大阪府立大学の事例を利用しながら、地方独立行政法人の仕組みと機能について説明している。

院とは、これまで以上に連携を深め、各種医療情報の共有化や相互利用についても検討していく必要があります（報告書、p. 11）」、緑市民病院の医療機能連携の推進について「比較的近接する市立大学病院とは、具体的な医療機能連携について協議する場を設け、特に連携を深めていくものとします（報告書、p. 27）」とされている。また名古屋市病院局長に元名古屋市立大学病院長の上田龍三名名古屋市立大学教授が就任したこともあげられる。

大阪市では、以前から大阪大学の研究者グループによる大阪府内市町村の国民健康保険（国保）に関する調査活動があり、大阪地域医療研究会『国民健康保険における地域間格差に関する調査報告書』や大竹（1990）という調査報告がある。また大竹・澤野（2007）では、大竹（1990）で報告された大阪府内の市町村国保の現状に関して、その20年の変貌と現状報告を行っている。また大阪市立大学では、医療経済学を学際的に分析する試みとして、全学的な研究活動を行ったことがあり、その成果は『透析療法の医療経済』として報告されている（山本・瀬岡・山上、1995.）。この研究プロジェクト・メンバーのひとりだった瀬岡吉彦氏（大阪市立大学経済学部、当時）は、その後に研究議論を進め、その成果として『医療サービス市場化の論点』を取りまとめている（瀬岡・宮本、2001.）。

このように医学部を持つ市立大学では、従前からいくつかの研究等の連携が行われてきた。特に市立大学では、法人化により附属病院の収支構造が明らかになる一方、中期目標・中期計画により一層の連携等の可能性についても模索されている。また横浜市立大学医学部附属市民総合医療センターのように、附属病院自らが救命救急センター機能を持ち、高度医療機能のみならず、政策医療的な機能を果たしている病院もある（表2・パネルB）。このように地方自治体において医科系市立大学を持つこと、もしくは大学医学部及び附属病院を持つことが、自治体間で何らかの成果や指標に関する相違を持っている可能性が考えられる。次節では、この県庁所在市間の医科系市立大学に関する組織構造の違いに注目して、その計量的評価を行おうと考えている。

4. 計量分析

日本では、歴史的な経緯から、県庁所在市において医科系市立大学を持つ市と持たない市がある。その両者の間に何らかの相違があるのか否かは、まったく未知なるテーマである。本節では、その指標とひとつとして医療費を利用し、県庁所在市において医科系市立大学を持つグループと持たないグループの間で、その格差があるのか否かを実証的に明らかにしようと考えている。以下では、はじめに対象と分析方法について述べ、次に推定結果を報告している。その後、本節の結果に関する考察を行っている。

4.1 対象と分析方法

本稿で分析対象とする地方自治体は、特区制度を持つ東京都を除いた、全国の県庁所在市と政令指定都市（川崎市・北九州市）の計48市である（以下では、この自治体グループを県庁所在市と呼ぶ）。分析に利用するデータは、市町村国保の医療費であり、分析対象の期間は、市町村合併推進政策が実施される以前である1994～2000年の7年間である。医療費は、1人あたり費用額を利用し、入院診療分と外来診療分それぞれを利用する。また市町村国保では、被保険者の分類として、主に若年者の世帯員で構成される一般被保険者（一般）、健康保険を持つ会社の退職者とその家族から構成される退職者医療（退職）、老人保健法適用による給付を受ける老人保健（老健）の3つがあるので、各々を分析する。

分析に利用する推定式は、ある市の1人あたり医療費を M_i とすると、以下のとおりである。

$$M_i = \beta_0 + \beta_1 UNIV + \beta_2 UNIV \times D_i^{MS} + \beta_3 UNIV \times D_i^{PS} + \sum \beta_j x_{ji} \quad (1)$$

$UNIV$ は、当該市が医科系市立大学を持つ場合には1、それ以外の場合には0をとる医科系市立大学ダミー変数である。以降の変数は医科系市立大学の組織構造を示す変数群であり、 D_i^{MS} は医科系市立大学において医学部がある場合1、それ以外の場合には0をとる医学部ダミー変数、 D_i^{PS} は医科系市立大学において薬学部がある場合1、それ以外の場合には0をとる薬学部ダミー変数である（2つのダミー変数の基準は看護学部・学科）。

その他に1人あたり医療費に影響を与える要因として、可処分所得額と人口10万対医師数を利用した。1人あたり所得額は、医療サービス需要に所得効果として影響を与える要因（西村, 1979.）であり、データは県庁所在市別の可処分所得額を利用した。人口10万対医師数は、医療サービス需要に医師誘発需要効果として影響を与える要因（西村, 1987., 岸田, 2001.）である。データは、調査年の医師数を線形補間し、人口10万人あたり医師数を求めて利用した。表5は、分析に利用した変数名、データの出所、記述統計量についてまとめている。

推定方法は、パネルデータ分析における変量効果モデル（Random Effect Model; RE）である。これは市町村別の医療費には、顕著な地域間格差が存在していることが知られているため（地域差研究会編, 2001.）、様々な説明変数で抑制した後の被説明変数のばらつきを確率的な吸収する推定上の工夫として、この変量効果モデルを利用した。

本節で最も注目する変数は、医科系市立大学ダミー変数 $UNIV$ の係数 β_1 の統計的有意性とその符号条件である。仮に係数 β_1 が統計的に有意であれば、医科系市立大学の有無という観点から特徴づけた地方自治体の組織格差が、医療費と統計的な関係を持つことを示している。そして医科系市立大学ダミー変数 $UNIV$ と医学部ダミー変数 D_i^{MS} のクロス項の係数 β_2 は、医科系市立大学を持つ市のグループにおいて医学部を有するか否かで、医療費に相違があるかを示す係数となっている。

表5 変数名および記述統計量

変数名	単位	平均	標準偏差	データ出所
1人あたり医療費（一般・入院）	円（年間）	78,365	17,114	[1],[2]
1人あたり医療費（一般・外来）	円（年間）	76,442	8,165	[1],[2]
1人あたり医療費（退職・入院）	円（年間）	135,947	21,903	[1],[2]
1人あたり医療費（退職・外来）	円（年間）	170,120	23,734	[1],[2]
1人あたり医療費（老健・入院）	円（年間）	380,546	94,353	[1],[2]
1人あたり医療費（老健・外来）	円（年間）	313,051	40,260	[1],[2]
医科系市立大学ダミー	—	0.13	0.33	[3]
医学部ダミー	—	0.06	0.24	[3]
薬学部ダミー	—	0.04	0.20	[3]
可処分所得額	万円（年間）	593.68	62.25	[4],[2]
人口10万対医師数	—	285.55	84.16	[5]

データ出所

- [1] 国民健康保険中央会『国民健康保険の実態（各年度版）』
- [2] 総務省統計局『消費者物価接統指数 平成12年基準』
- [3] 表3 県庁所在市等における市立大学と医学・薬学・看護系学科
- [4] 総務省統計局『家計調査年報（各年版）』
- [5] 総務省統計局『統計で見る市区町村のすがた（各年版）』

注1）データは、県庁所在市（全国県庁所在市と川崎市・北九州市の政令指定都市で、東京都を除く48市）・7年間（1994～2000年）のパネルデータである。

注2）1人あたり医療費・可処分所得額は、消費者物価指数（2000年基準）で実質化している。

4.2 結果

表6のパネルAは、被説明変数に入院・1人あたり医療費を利用して分析を行ったものである。医科系市立大学ダミー変数の係数は、退職者医療（退職）について、プラスで有意な係数である。医科系市立大学ダミー変数とのクロス項は、すべての係数について統計的に有意なものではなかった。その他の決定要因である可処分所得額の係数は、一般被保険者（一般）についてのみ統計的に有意であり、その係数符号はマイナスである。人口10万対医師数の係数は、一般被保険者（一般）と退職者医療（退職）について統計的に有意であり、その係数符号はプラスである。

表6のパネルBは、被説明変数に外来・1人あたり医療費を利用して分析を行ったものである。医科系市立大学ダミー変数の係数は、統計的に有意とはならなかった。また医科系市立大学ダミー変数とのクロス項も、すべての係数について、統計的に有意にはならなかった。その他の決定要因である可処分所得額の係数は、一般被保険者（一般）についてのみ統計的に有意であり、その係数符号はプラスである。人口10万対医師数の係数についても、統計的に有意とはならなかった。

表 6 推定結果

A. 入院・1人あたり医療費		一般			退職			老健		
Variable	Coefficient	t-statistic	P-value	Coefficient	t-statistic	P-value	Coefficient	t-statistic	P-value	
医科系市立大学ダミー	8542.89	0.83	[.409]	30612.80	2.43	**	81620.80	1.41	[.159]	
医科系市立大学ダミー*医学部ダミー	-13625.80	-1.07	[.284]	-15385.10	-1.00		-83324.10	-1.17	[.243]	
医科系市立大学ダミー*薬学部ダミー	-12974.10	-0.96	[.336]	-22464.00	-1.37	[.171]	-66253.00	-0.88	[.381]	
可処分所得額	-7.54	-1.82	* [.069]	4.24	0.44	[.657]	34.30	1.13	[.260]	
人口10万対医師数	131.89	10.20	*** [.000]	114.04	4.77	*** [.000]	20.54	0.23	[.816]	
定数項	45501.10	8.41	*** [.000]	98938.70	9.91	*** [.000]	352081.00	9.68	*** [.000]	
標準誤差	16662.20			20112.50			92932.70			
自由度調整済み決定係数	0.139			0.165			0.030			
サンプル数	336			336			336			
B. 外来・1人あたり医療費		一般			退職			老健		
Variable	Coefficient	t-statistic	P-value	Coefficient	t-statistic	P-value	Coefficient	t-statistic	P-value	
医科系市立大学ダミー	5234.95	1.09	[.276]	11327.80	0.79	[.428]	22084.30	0.98	[.329]	
医科系市立大学ダミー*医学部ダミー	502.51	0.09	[.932]	9029.90	0.51	[.607]	30692.70	1.10	[.270]	
医科系市立大学ダミー*薬学部ダミー	887.44	0.14	[.888]	-3418.13	-0.18	[.854]	-1869.68	-0.06	[.950]	
可処分所得額	13.33	3.71	*** [.000]	34.63	2.76	*** [.006]	34.67	1.61	[.108]	
人口10万対医師数	13.49	1.49	[.136]	-96.33	-3.32	*** [.001]	52.98	1.11	[.265]	
定数項	63951.60	16.93	*** [.000]	175228.00	14.17	*** [.000]	272740.00	13.24	*** [.000]	
標準誤差	7694.08			25997.30			37676.30			
自由度調整済み決定係数	0.120			-0.015			0.126			
サンプル数	336			336			336			

注1) データは、県庁所在地と川崎市・北九州市の政令指定都市で、東京都を除く48市・7年間(1994~2000年)のパネルデータである。

注2) パネルAが被説明変数に「1人あたり入院医療費」を利用した推定結果、パネルBが「1人あたり外来医療費」を利用した推定結果である。

注3) ***は1%水準, **は5%水準, *は10%水準で、係数が有意であることを示している。

注4) 推定方法は、変量効果モデル(Random Effects Model; RE)である。

4.3 考 察

これらの結果から、退職者医療の入院診療を除き、すべての推定結果において、医科系市立大学の有無は医療費と統計的な関係を持っていないことがわかる。さらに医学部や薬学部といった医科系市立大学の組織構造の違いも、医療費とはなんら関係を持っていないことがわかる。このことは地域における医科系市立大学の存在は、特に医療費とは強い統計的關係を持っていないことを示している。

この結果の解釈については、若干の議論が必要である。本分析で利用した医科系市立大学を持つ市のグループは、その大半が政令指定都市もしくは大都市であり、他にも医科大学・医学部を持つ大学が集積する地域である。このような医育機関・高度医療センターの集積は、医療費に格差を生じさせる要因であるが、分析に利用した推定方法ではその医療費格差をも統計的に吸収しており、結果として医科系市立大学の有無に関する格差が観察されなかった可能性がある。この医育機関・高度医療センターの集積と医療費格差の關係は日本では未知なるテーマであり、今後に残された課題である。

また唯一、医科系市立大学ダミー変数が医療費と統計的に有意な關係を持っていた退職者医療の入院診療については、次なる考察を行うことができる。この解釈としては、県庁所在市が医科系市立大学を持つことで退職者に手厚い入院医療サービスの提供を促すことになっている可能性と、医科系市立大学が立地している地域は、歴史的に医療サービス需要の高い労働者（およびその退職者）が集住する地域となっている可能性の2つを考えることができる。従前、市立大学が医学・薬学・看護学学科を持つことは非常に稀であり、その歴史的由来は工場労働者等が多く、かつ都市衛生と呼ばれる衛生行政と密接な關係を持っていた。また戦後の改組により大学化された後は、看護学院の大学化を除くと、新設された医科系市立大学はない。したがって医科系市立大学ダミー変数の効果は、後者の地域構造効果を示しているものと考えられる。

5. 結 論

この論文の目的は、地方自治体間の組織の違いに関して、医科系の学部・学科を開設する市立大学（医科系市立大学）を地方自治体を持っているか否か、もしくは大学医学部の附属病院を持っているか否かが、何らかの成果や指標に関して相違を持つものなのかを、事例と計量的な分析手法によって明らかにすることであった。大学医学部の附属病院は、通常の診療を行う機関であると同時に、医育機関・高度医療機関でもあり、その組織の主たる目的は、教育・研究・診療を行うことにある。ただし大学の設置者が地方自治体である場合、その附属病院が供給する診療の性質に関して、公立病院が果たすべき役割として論じられる政策医療の側面や、行政等との連携が求められる場合がある。本稿では、これらの側面についてサーベイ研究を行

い、その事例を集め、そして計量的な評価を行った。本稿の分析から明らかとなった点は、次のとおりである。(1)公立病院は、不採算性のために、民間医療機関では不十分にしか供給されていない特定の医療サービスを提供すること(政策医療)がその役割とされているが、近年では経営健全化も求められている。(2)政令指定都市における市立大学医学部の附属病院の業務損益は、黒字である。(3)附属病院は高度医療を担う機関であるが、一部には救命救急センターという政策医療的な機能を持つ病院もある。(4)政令指定都市の医科系市立大学では、調査研究活動においていくつかの連携実績があり、近年では行政との連携も模索されている。(5)1人あたり医療費を利用した計量的な分析では、医科系市立大学の有無で特徴づけた地方自治体間の組織の違いが統計的な関係を持つことはなく、平均的な効果は観察されなかった。

最後は、今後の課題についてである。地方自治体の組織は多様であり、その組織の違いが政策や成果の違いとなるのかについては、まったく未知のテーマである。「組織の経済学」の考え方では、ある特定の組織を持つこと(内部組織化すること)は、その組織業務に関連した特定の情報を持つことと等しく、そこから何らかの新しい価値が生まれる可能性があることを予想する。特に市町村レベルの地方自治体においては、医療に関連した組織(公立病院・医科系市立大学など)の保有に関しては大きなばらつきがあり、この組織格差に関連した価値が存在するのか否かは、ほとんど研究が行われていない。今後は、ケース・スタディなどを含む多様な調査方法の活用によって、この組織・情報・政策に関する研究を進めてゆく必要があるものと考えられる。

参考文献

- 泉田信行(2001)、「第4章 医療機関による地域差」、地域差研究会編、『医療費の地域差』、東洋経済新報社、pp. 51-63。
- 漆博雄(1986)、「わが国における医師の地域的分布について」、『季刊社会保障研究』、第22巻第1号、pp. 51-63。
- HSP活動報告委員会編(2007)、『医療を動かす—HSP(東京大学医療政策人材養成講座)の活動記録—』、幻冬舎。
- 大竹文雄(1990)、「医療経済からみた国保財政」、『都市政策』、第58号、pp. 54-69。
- 大竹文雄・澤野孝一郎(2007)、「医療制度改革と国民健康保険制度—この20年の変貌(全4回)—」、『こくほ大阪』、第330、331、332、333号。
- 大重賢治ほか(2000)、「横浜市における救急搬送患者数増加に関する調査研究」、『厚生指標』、第47巻第10号、pp. 32-37。
- 大重賢治ほか(2001)、「横浜市における救急車利用に関する市民意識調査研究」、『日本公衆衛生雑誌』、第48巻第1号、pp. 56-63。
- 大重賢治ほか(2003)、「横浜市における救急医療の需要分析」、『日本公衆衛生雑誌』、第50巻第9号、pp. 879-889。
- 奥林康司(2007)、「独立行政法人の意義」、『都市問題研究』、第59巻第8号、pp. 33-49。
- 厚生省医務局編(1976)、『医制百年史(記述編)』、ぎょうせい。
- 小山田恵(2006)、「自治体病院の役割と改革」、『都市問題』、第97巻第2号、pp. 59-66。
- 小山真理子(2006)、「保健医療スタッフ充実と公立医療系大学—看護教育を中心に—」、『都市問題』、第97巻第2号、pp. 74-80。
- 澤野孝一郎(2005)、「ニュー・パブリック・マネジメントと契約理論—自治体業務の外部委託を中心

- に一」、『オイコノミカ（名古屋市立大学経済学会）』、第41巻第3.4号、pp. 55-65.
- 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、pp. 22-42.
- 塩谷泰一（2007）、「共感と感動の医療が求められる自治体病院」、『都市問題』、第98巻第11号、pp. 83-92.
- 瀬岡吉彦・宮本守（2001）、『医療サービス市場化の論点』、東洋経済新報社.
- 知野哲朗（2003）、「高齢者医療費、診療報酬制度および私的医療機関」、『会計検査研究』、第28号、pp. 217-232.
- 日本病院管理学会情報・用語委員会編（2001）、『医療・病院管理用語辞典〔改訂版〕』、ミクス.
- 山本研二郎・瀬岡吉彦・山上征二（1995）、『透析療法の医療経済』、日本メディカルセンター.
- （2008年5月19日受領）