

公立病院の役割とその現代的課題*

——『公立病院改革ガイドライン』の考察——

澤野孝一郎

1. はじめに

現在、都道府県や市町村等によって設立された病院、すなわち公立病院は、大きな岐路に立たされている。これら地方自治体が開設者となる病院は自治体立病院とも呼ばれるが、一般会計から多額にわたる補助金投入に加え、収支は慢性的に赤字となっており、その不採算性と合わせて、現在、地方財政上の重要な課題となっている。この課題解決を目的として提示されたものが、2007年12月公表の総務省『公立病院改革ガイドライン』である。そこでは、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、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求めている。さらにこのガイドラインでは、策定されたプランの実施状況について年1回以上の点検・評価・公表を行うことを求めている。このように『公立病院改革ガイドライン』は、公立病院のあり方に大きな影響を与えるものとなっている。

本稿では、これまで行われてきた公立病院の歴史や役割、その財政措置のあり方に関する議論を整理して、『公立病院改革ガイドライン』で提示される公立病院改革の考え方についての考察を行う。そしてそこから公立病院を分析するための視点を取りまとめ、このガイドラインで求められる公立病院改革プランの策定の一助になろうと考えている。

本稿の構成は、次のとおりである。2節では、公立病院の歴史と役割、およびその財政措置の概要を説明する。3節以降は、公立病院の内部組織に関する問題を取り扱っており、3節では管理者権限について、4節では主に財政的なインセンティブについて、5節ではソフトな予

* 本研究は、名古屋市立大学大学院経済学研究科附属経済研究所におけるプロジェクト研究「名古屋における医療と介護・健康に関する研究(2006~2008年度)」, および(同)経済学研究科・附属経済研究所が主催した公開シンポジウム「公立病院はどこへ行くのか—地域医療と経営改革—」に引き続く研究である。また本稿の一部は、日本公共政策学会・2003年度研究大会報告論文「ポストNPMの組織理論—外部委託と政策コントロール関係を中心に—」, 日本経済政策学会・2008年度中部地方大会報告論文「名古屋市における公立病院の現状と改革、その役割について」として報告されたものである。本稿の作成において、中山徳良(名古屋市立大学)氏より詳細なコメントを頂いた。ここに記して感謝いたします。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。

算制約の問題と呼ばれる公的救済の問題を議論している。最後5節では、本稿の結論を要約している。

2. 公立病院の歴史と役割、およびその財政措置

本節では、公立病院が抱える問題点とその解決を目指した『公立病院改革ガイドライン』の考え方を理解するため、公立病院を取り巻く環境や制度、その役割、そして財政措置の概要について説明する。以下では、公立病院の歴史とその役割を紹介した後、地方交付税を中心にしてその財政措置の概要をまとめている。最後は、『公立病院改革ガイドライン』を利用して、公立病院の役割論と財政措置の考え方について議論を行っている。

2.1 公立病院の歴史とその役割

日本では、医療法により、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（自治体病院・自治体立病院）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『医制百年史』の「医療施設」にて記録されている（厚生省医務局編，1976.）。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、多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）」とされる。

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）」である。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¹⁾。

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の立地を前提として、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が期待されていた。

これらの歴史的変遷を経てきた公立病院について、行政実務のハンドブックである自治体病院経営研究会編（2000）では、その役割として「①適正な医療の供給、へき地等地域医療の確保・向上、高度・特殊・先駆的医療の実施、②医療・保健・介護福祉との連携（p.17）」を挙げている。公立病院の多くは、国民皆保険制度が実施される前後に、「保険あって医療なし」と言われる医療機関の地域的偏在の問題に対処するために設立・整備されてきた背景があるため、現在でもなお（地域的な）医療サービスの供給不足の解消を目的としている色彩が強い。この理由から、現在でも公立病院の多くは、その役割として「適正な医療の供給（一般医療サービスの提供）」を掲げることが多い。

これまで経済学分野では、公立病院の使命やその役割について、それを明示的に分析対象に設定し、研究テーマとして取り組まれることが少なかった。そのなかで漆（1986）は先駆的研究であり、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²⁾。

以上の議論を整理すると、公立病院の現代的な役割は、次なる形でまとめることができる。過疎地やへき地などの絶対的に医療施設が不足している地域では、一般医療サービスを供給すること（もしくは地域の医療を安定的に提供すること）が公立病院の重要な役割である。他方、都市部のように公的医療機関や民間医療機関が多く立地し、相互の機能の重複している場合に

1) 総務省『地方公営企業年鑑』・「6. 病院事業」では、もともと医療提供体制は自治体病院をはじめとした公的医療機関を中心にその整備が進められたが、その後、私的医療機関を医療体制の中心におこうとする動きが強まり、1962（昭和37）年には医療法が改正され、公的病院に対する病床規制が実施されたと記されている。

2) 漆（1986）は、その理由を次のように述べている。「人口過疎地域では医療需要が少ないため、民間医療機関は開設されない。また、わが国の診療報酬制度一点数制度の下では、薬剤・検査に比べて技術の点数が低く設定されているために、高度特殊医療や重症患者の診療は不採算医療だと言われている。しかしながら、人口過疎地域の医療サービスは所得分配の観点から、高度医療サービスは資源配分の観点から供給することが望ましい。このような医療サービスを供給する役割は、国公立の医療機関にしき期待できないのである（p.60）」。

は、救急医療などの採算性を理由として不足している医療サービスを政策的に供給することが公立病院の重要な役割である³⁾。

2.2 公立病院に関する財政措置とその再建制度

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つの設置形態があり、一部の組合立を除いて、すべて地方公営企業法が適用されている。これら適用される公立病院は地方公営企業（いわゆる自治体病院）となり、地方公営企業法では「病院事業」と呼ばれている。

地方公営企業を包括的に解説した井上（1986）では、その経営原則として「経済性と公共性の調和」と「経費負担区分と独立採算制」を挙げている。この独立採算制について、次なる解釈が示されている。「いわば、地方公営企業については、すべての経費を料金収入でカバーするという完全な意味での独立採算制はとられておらず、独立採算になじまない部分について一般会計又は他の特別会計の負担のもとに経営するとともに、本来企業活動として行う財貨又はサービスの生産に要する経費については独立採算の原則が適用されているのである（p. 50）」。

このように地方公営企業としての公立病院は、地方自治体から一定の経費負担を受けることが前提されている。そしてその経費負担を受ける部分（独立採算になじまない部分）は、「一般会計等が負担すべき経費」である。

表1のパネルAは、病院事業に係る一般会計等が負担すべき経費をまとめたものである。この経費には1号該当経費と2号該当経費があり、病院事業の場合には1号該当経費が看護婦確保、伝染病対策、救急医療、集団検診、医療相談等に要する経費であり、2号該当経費がへき地・離島医療支援、高度・特殊医療確保に要する経費となっている。また地方公営企業法では、地方自治体が公立病院に対して補助を実施することを許容しており、パネルBで示されるように、補助、出資、長期貸付けの3つ形態がある。

表2は、公立病院に係る一般会計等が負担すべき経費と補助等に関して、その財政措置をまとめたものである。公立病院に対する財政措置としては、国が政策的に補助する国庫補助金と、開設者である地方自治体が負担する補助金（一般会計等からの繰入れ、もしくは公営企業会計への繰出し）の2つがある。そして地方財政上の措置である地方自治体の繰出金（公営企業繰出金）に対する地方交付税措置がある⁴⁾。

3) 特にこの点は、次なる形で整理することができる。自由開業制をとる日本では、どの地域に、どのような診療科を開くかは、原則として医療機関の開設者の自由である。このため採算の取れる地域や、採算の合う診療科は、現行制度のなかで十分に医療が供給されることが予想される。しかし自由開業制のもとでは、住民が真に必要とする医療（もしくは診療科）があまねく地域に供給される保障はどこにもない。このため不採算医療サービスの提供が、公費投入を受ける公立病院の重要な役割である。

表1 公立病院の経費負担区分

A. 負担金（一般会計等が負担すべき経費）

種 別	性 質	病院事業
1号該当経費	地方公共団体の一般行政事務を地方公営企業が肩代わりして行っている場合に生ずる経費であって、本来受益者負担の原則に基づき料金を回収するのに適さない経費	看護婦の確保を図るために行う養成事業に関する経費、伝染病に関する医療に要する経費、救急の医療を確保するための経費、集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費
2号該当経費	経費そのものの性質としては受益者負担の原則のもとに料金によって賄われることが適当であるが、当該企業がいかに能率的な経営を行っても現実の問題として利用者の負担能力等からそれに要する経費の全額を受益者に負担させることは客観的に困難であると認められる経費、もともと不採算となることが明らかなサービス活動でありながら、公共的な必要性から行わざるを得ないような活動に要する経費	山間地、離島その他へんびな地域等における医療の確保を図るために設置された病院又は診療所でその立地条件により採算をとることが困難であると認められるものに要する経費、病院の所在する地域における医療水準の向上を図るため必要な高度又は特殊な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費

B. 補助金（一般会計等からの補助）

種 別	規 定
補 助	地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助することができる
出 資	地方公共団体は、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に出資することができる
長期貸付け	地方公共団体は、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に長期の貸付けをすることができる

出所) 井上 (1986)「第3章 経営原則」より一部抜粋して作成

パネル A は、国庫補助金をまとめたものであり、へき地医療や救急医療に対する政策的な補助と、医師等の医療従事者確保のための補助がある。パネル B は、総務省が定める病院事業への繰出項目と繰出基準をまとめたものであり、表1にまとめられた一般会計等が負担すべき経費とほぼ対応している。パネル C は、地方交付税上の措置（普通交付税分）をまとめたものである。都道府県分は基準財政需要の「衛生費」で、市町村分は「保健衛生費」で算定されてお

4) 地方交付税とは、地方自治体が標準的な行政サービスを提供するのに必要な費用（基準財政需要額）を算定し、その見込まれる収入額（基準財政収入額）の差額を交付する補助金制度である。ある地方自治体が受け取る地方交付税額（LAT）は、以下のとおりである。

$$LAT = \text{基準財政需要額} - \text{基準財政収入額}$$

ここでLATが正の値であればその金額を、負の値であれば0円を交付する仕組みである。そして前者に該当する団体を「交付団体」、後者に該当する団体を「不交付団体」と呼ぶ。

上記の交付額決定式において基準財政需要額は、行政項目ごとに単位費用×測定単位×補正係数によって算定され、全項目の合計額がその額となる。公立病院に関して算定が行われる行政項目は、厚生労働費（衛生・保健衛生）であり、基本的な測定単位は人口数である。地方交付税の制度およびその運用に関する詳細は、赤井・佐藤・山下（2003）を参照。

表2 公立病院に関する財政措置

A. 国庫補助金（運営費分）

所 管	補助名称
厚生省分	・医療施設運営費補助金（へき地保健医療対策費，救急医療施設運営費等） ・医療関係者養成確保対策費等補助金
文部省分	・関連教育病院医学教育実習費

B. 一般会計からの繰出金（繰出項目・繰出基準）

<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療確保に要する経費 ・結核病院の運営に要する経費 ・精神病院の運営に要する経費 ・リハビリテーション医療に要する経費 ・周産期医療に要する経費 ・公立病院附属看護婦養成所の運営に要する経費 ・救急医療の確保に要する経費 ・公立病院附属診療所の運営に要する経費 ・高度医療に要する経費 ・保健衛生行政事務に要する経費 ・経営基盤強化対策に要する経費 ・財政再建企業及び準用再建のための繰入れに要する経費 ・地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費
--

C. 地方交付税措置（普通交付税分）

区 分	都道府県分		市町村分	
	単位費用の積算基礎に計上（経常経費）	補正係数等	単位費用の積算基礎に計上（経常経費）	補正係数等
病 院	衛生費 医薬費（救急医療等対策費，県立病院費）	・密度補正Ⅲ（調整密度）：病床 ・密度補正Ⅲ（調整密度）：病院事業債 ・密度補正Ⅲ（加算密度）：都道府県立大学附属病院事業債	保健衛生費	・密度補正Ⅰ（加算密度）：病床 ・密度補正Ⅰ（加算密度）：病院事業債 ・密度補正Ⅰ（加算密度）：市町村立大学附属病院事業債
診療所			保健衛生費 衛生諸費（診療所特会への繰出金）	・密度補正Ⅰ（加算密度）：診療所
看護婦養成所	衛生費 医薬費（看護婦・保健婦助産婦費）	・密度補正Ⅲ（調整密度）：生徒	保健衛生費 衛生諸費（看護婦等養成所運営費）	・密度補正Ⅰ（調整密度）：生徒
その他	衛生費 医薬費（へき地医療対策費巡回診療・医師派遣医師研修）			

注) 上記のパネルC（普通交付税分）以外に，特別交付税で措置されるものがある。主たるその対象は，不採算地区病院，結核病床・精神病床，リハビリテーション専門病床，周産期医療病床，救急告示病院，救命救急センター，病院事業の経営の経営健全化である。

出所) 自治体病院経営研究会編（2000）「第3章 自治体病院の財政制度」より一部抜粋して作成

り、補正係数等として病床数等を利用した補正が行われている。またへき地・離島、結核・精神、リハビリテーション、小児、救急にかかる医療については特別交付税でも措置されている。

表3は、公立病院に関する財政再建制度をまとめたものである。公立病院が地方公営企業法の財務規定等について当然に適用されることになった1968（昭和43）年度当時、既に過半数の事業が赤字となっており、その後の診療報酬改定の影響により、多くの公立病院の経営は非常

表3 公立病院に関する財政再建制度

A. 公立病院特例債制度

開始年度	1974（昭和49）年度
発行条件	1973（昭和48）年度末における病院事業の不良債務額が、別途に定められた条件を満たす地方公共団体で、公立病院特例債償還計画が適当であると認められたものは、一時借入金を償還し、及び未払金の支払いに充てるための企業債を起すことができる（なお特例債の償還に要する経費は、当該地方公共団体の一般会計等からの繰入れをもって賄うことができる）
利子補給	病院の立地条件及び経営主体である地方公共団体の財政力の状況を考慮して助成を行う
財源措置（地方交付税）	公立病院特例債の償還元金について一般会計から繰り入れた場合には、繰入額の1/2の額を普通交付税の基準財政需要額に算入する

B. 病院事業経営健全化措置

開始年度	1979（昭和54）年度
指定条件	経営構造からみて経営健全化のための努力の徹底により収支の均衡を図ることが可能な病院事業（不採算地区病院を運営する病院事業を含む）で、1978（昭和53）年度末において不良債務を有し、かつ当該不良債務を同年度の医業収益で除して得た数値が0.1以上のものを運営する市町村等は、経営の健全化に関する計画を定めるものとする（なお経営健全化計画に基づく不良債務の解消に要する経費及び不良債務の範囲内における一時借入金に係る利子の支払いに要する経費は、一般会計等からの繰入れをもって賄うことができる）
財源措置（地方交付税）	経営健全化計画に基づく不良債務の解消に要する経費について一般会計から繰り入れた場合には、繰入額の2分の1の額を措置（特別交付税） 不良債務の範囲内における一時借入金の支払利息に係る一般会計繰入金について、政府資金の利率から3.5%を控除した率の範囲内の額について措置（特別交付税）

C. 経営健全化措置の推移

区分	年度	措置内容	指定団体
第1次	1974～1978	特例債の発行（1974年度限り） * 1966（昭和41）年度の地方公営企業法改正により「財政再建制度」を創設	全国303団体 569億円
第2次	1979～1987	不良債務解消のための繰り出し金等に対する特別交付税措置	全国103団体 350億円解消
第3次	1988～1995	不良債務解消のための繰り出し金等に対する特別交付税措置	全国49団体 246億円解消
第4次	1995～2001	不良債務解消のための繰り出し金等に対する特別交付税措置	全国49団体 274億円解消
第5次	2002～	不良債務解消のための繰り出し金等に対する特別交付税措置	全国15団体

出所) 井上(1986)「第6章 財政再建」、自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック(各年版)』より一部抜粋して作成

に厳しい環境のなかにあった。このため国は、1974（昭和49）年度に経営再建を目的とした自治体病院特例債の発行を許可し、1979（昭和54）年度からは病院事業経営健全化措置を実施した。

パネルAは、公立病院特例債制度の概要をまとめたものである。措置された内容は、これまでに抱えた債務を特例債に切り替え、その償還元金と支払利息の一部を地方交付税で措置するというものである（不良債務の棚上げのために発行が認められた公立病院特例債）。この措置は、1974（昭和49）年度限りであり、全国303団体がこの制度を利用した。

パネルBは、病院事業経営健全化措置の概要を、パネルCはその推移をまとめたものである。措置内容は、収支改善が必要と認められた指定団体について、経営健全化計画の策定を求め、それに要する経費の一部について地方交付税で措置するというものである。この措置は、第1次を1974（昭和49）年度の自治体病院特例債措置とすると、第5次（2002年度～）まで実施され、近年では全国15団体が指定団体となっている。

2.3 『公立病院改革ガイドライン』の役割論と財政措置

総務省は、公立病院の収支改善およびその再建を目的として、2007年12月に『公立病院改革ガイドライン』を公表し、全国の地方自治体にその策定を通知した。そこでは、2008年度中に各地方自治体に公立病院改革プランの策定を求め、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求めている。さらに策定されたプランは、その実施状況について年1回以上の点検・評価・公表を行うことを求めている。特に経営の効率化については、経営指標に関する数値目標の設定を求め、病床利用率が過去3年間連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的に見直すことが適当であるとされている。これら各地方自治体が策定する公立病院改革プランの策定指針が、『公立病院改革ガイドライン』である。

そこでは公立病院の役割とその具体的な機能について、次のように明示されている。「公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある。公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる（pp.1-2）」。

このように公立病院の役割は、これまで議論されてきた公立病院の歴史と役割とほぼ同じものであるが、『公立病院改革ガイドライン』では、その役割において公的医療機関（日赤・済生会・厚生連・北海道社会事業会等）が公立病院と並列的になっている点に特徴がある。

表4 公立病院改革ガイドラインの財政措置

A. 公立病院改革に対する支援措置

区 分	措置内容
(1) 改革プランの策定に要する経費	公立病院改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置
(2) 再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費	公立病院等（公的病院を含む）の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債（一般会計出資債）を措置し、元利償還金の一部を普通交付税措置
(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費	①公立病院特例債の創設 2008（平成20）年度に限り、2003（平成15）年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」を発行できることとし、不良債務の計画的な解消を支援 併せて、同特例債に係る利払額に対して特例交付税措置
	②その他 再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資、病院等の施設の除却、退職手当の支給等に対する経費について、所要の地方財政措置

B. 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

区 分	措置内容
(1) 公的医療機関に関する地方財政措置の充実	①病院から診療所に移行した後の財政措置の継続 公立病院が診療所に移行し、引き続き救急告示を受けられる場合及び過疎地等の「不採算地区病院」の地域要件を満たす場合、病院に準じ、これらに係る特別交付税措置を適用
	②公的病院に対する財政措置の創設 過疎地等の「不採算地区」に立地する公的病院（日本赤十字社、済生会、厚生連等が設置する病院）の運営費に対する市町村からの助成に対し、公立病院に準じて特別交付税措置
(2) 公立病院に関する地方財政措置の重点化	公立病院に係る施設整備費及び病床数に応じた普通交付税措置に関する見直しの検討とあわせて、過疎地等における病院、診療所に係る地方交付税措置の充実を検討

出所) 総務省『公立病院改革ガイドライン』より一部抜粋して作成

表4は、公立病院改革ガイドラインで明示された財政措置をまとめたものである。措置は大きく2つにわけることができ、パネルAでまとめられる公立病院改革に対する支援措置と、パネルBで示される公立病院に関する既存の地方財政措置の見直しがある。公立病院改革に対する支援措置で特徴的なものは、再編・ネットワーク化に伴う施設・整備費に関する地方交付税措置と、2008（平成20）年度限りで許可する公立病院特例債の発行である。特に後者については、その計画的解消を支援し、利息分についてはその一部を特別交付税で措置することとしている。

公立病院に関する既存の地方財政措置の見直しで特徴的なものは、過疎地等の不採算地区に立地する公的病院（日赤、済生会、厚生連等が設置する病院）について、市町村が実施するその運営費補助を公立病院に準じて特別交付税にて措置することと、公立病院に係る施設整備費及び病床数に応じた普通交付税措置の見直しである。

このように今回のガイドラインで提示された公立病院改革は、過去の不良債務を地方財政上の措置で解消させることと合わせ、日赤等の公的医療機関を地域における医療の担い手と明示的に定義して、そこに参画させ、公立病院とその機能を分担して、本来、果たすべき役割を実現させようとする点に特徴がある。

3. 公立病院の内部組織における権限

公立病院の経営とその組織を規定する地方公営企業法は、公営企業を管理する公営企業管理者を設置し、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ことが一般原則である（「条例全部」もしくは「全部適用」、「全適」）。しかし公立病院については、歴史的経緯から、管理者を設置せず、地方公営企業法のうち財務規定のみ適用とする（収支状況のみを明らかにする）一部適用を選択する余地が与えられていた⁵⁾（「当然財務」、「財務適用」もしくは「一部適用」）。

しかし近年では、この公立病院の一部適用という措置が、病院長に不十分な権限しか付与しておらず、病院経営の不明確な責任体制となり、結果として公立病院の赤字や非効率の原因となっているのではないかと考えられるようになった。そこで公立病院の再建およびその改革手法として、公立病院の地方公営企業法上の全部適用が活用されるようになった。ここでは、公立病院の全部適用という改革手法に関して、その概要と期待された効果についてまとめ、その成果と現況に関する議論を行っている。

3.1 権限：地方公営企業法における全部適用

表5は、公立病院に関する地方公営企業法の適用状況をまとめたものである。パネルAは、法適用区分と管理者の有無に関する事業数をまとめており、パネルBは県庁所在市における公立病院の有無と法適用区分の現況についてまとめている。この表5が示すように日本の公立病院には、一部適用（当然財務）と全部適用（条例全部）が混在しており、県庁所在市に限定したとしても、法適用にばらつきがある。

5) このような取り扱いとなった理由について、公営企業制度を解説している井上（1986）では「地方公共団体が経営する病院を水道事業等の法定事業と同様な意味での企業と割り切れることは、現在の社会通念からいって全く抵抗がないわけではない。しかし、もっぱら一般行政目的のために設置されている特殊な病院を除いて、一般的には公立病院も民間病院と同種の診療行為を行い、診療報酬を収入の大半として経営している実態にあり、そこには企業の場合に準じた合理的、能率的経営が要請される。このため、事業の管理組織は一般行政組織の一部を構成するものとし、職員の身分取扱についても一般地方公務員と同様の取扱とするが、財務についてのみ企業会計方式を採用することにより経営成績及び財政状態を明らかにすることとされているのである（p.17）」と述べている。

表5 公立病院に関する地方公営企業法の適用状況

A. 事業数

		1985	1995	2005	2007
法適用区分	当然全部	-	-	-	-
	条例全部	34	37	81	120
	当然財務	693	709	593	547
	条例財務	-	-	-	-
	計	727	746	674	667
管理者	有	23	31	72	110
	無	704	715	602	557

注1) データの出所は、総務省自治財務局編『地方公営企業年鑑（各年度版）』・「第1章 全事業総括」である。
 注2) 上記の「事業数」は、各年度決算対象事業数である。

B. 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3) 上記表の出所は澤野（2006b）の表1である。またデータ出所は、総務省自治財務局編『平成16年度 地方公営企業年鑑（病院）』である。

注4) 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

表6は、地方公営企業法上の全部適用に関して、公営企業管理者の権限についてまとめたものである。これより全部適用の効果とは、経営裁量を持つ管理者の有無と、職員身分の取り扱いの相違によって特徴づけることができ、特に管理者については、人事権や予算作成、契約や料金徴収と広い範囲の裁量が認められている。

3.2 全部適用に関する効果と評価

近年の公立病院改革で活用された手法は、一部適用の公立病院（病院事業）を全部適用にして、病院事業管理者を設置したことである。表7は、公立病院の全部適用に関する効果と評価をまとめたものである。パネルAは、公立病院を全部適用にすることで期待された効果についてまとめている。ここで期待されていた効果とは、管理者に裁量的な権限が付与され、その

表6 地方公営企業法における全部適用とその権限

出 所	権限解釈
井 上 (1986)	管理者の基本的な性格は、あくまでも長の補助職員であるが、長の一般的な指揮監督を受けることなく、法律によって直接与えられた広範な権限を自己の名と責任において行使し、地方公営企業の業務の執行に関して、長に留保された権限を除き、地方公共団体を代表するものとされている。つまり、管理者は、長の補助職員でありながら、地方公営企業の経営に関しては実質的に独立の執行機関に匹敵する地位に立つものであり、地方公共団体の組織のうち極めて特異な性格を有するものである (p. 228)
自治体病院経営研究会編 (2000)	病院事業に当然に適用されるのは財務規定等に限られ、地方公営企業法の規定のうち組織及び職員の身分取り扱いに関する規定は当然には適用されない。(中略)一部適用の企業には、組織に関する規定(第2章第7条から第16条まで)、職員の身分取り扱いに関する規定(第4章第36条から第39条まで)及び雑則規定の一部(第6章第42条)は適用されないこととなる。したがって、全部適用の企業には管理者が設置されるが、一部適用には設置されないこととなる (p. 19)

出所) 筆者作成

表7 公立病院の全部適用に関する効果と評価

A. 期待される効果

出 所	期待される効果
自治体病院経営研究会編 (2000)	このように全部適用をして管理者を設置すれば(条例で定めるところにより管理者を置かないことができる。この場合には管理者の権限は長が行う。)、制度上は、管理者は地方公共団体の長から相当程度独立した権限を有するため、公営企業の経営に習熟した者が管理者として任命された場合、効率的な経営の結果としての収支の好転及び地域住民に対する医療サービスの向上などが期待できることと考えられた (p. 20)
小山田 (2006)	改善の最重要事項は、病院経営の責任の明確化と管理者(病院長)に対する権限を付与するための地方公営企業法全部適用の推進であった。同法の一部適用では、病院長には財務管理の責任だけ与えられているが、全部適用(以下「全適」と略す)にすれば、病院管理者に人事権、予算作成、決算調整、企業資産の取得管理処分、料金の徴収、労働協約の締結等広範囲の権限が付与され、責任も明確になる

B. 経営改善効果(2003年度)

	全自治体病院	全適病院
病院数	1,000	140
うち黒字病院数	389(38.9%)	58(41.4%)
赤字病院数	611(61.1%)	82(58.6%)
経常収支比率	97.8%	98.6%
医業収支比率	91.0%	91.1%
他会計繰入金対医業収益比率	14.9%	16.1%
職員給与費対医業収益比率	55.0%	57.4%
委託料対医業収益比率	8.7%	7.1%
減価償却費対医業収益比率	7.5%	6.5%

注1) 上記表は、小山田(2006)の表5を一部引用して作成したものである。

C. その効果に関するコメント等

病院名	コメント等	出所
日本海総合病院（山形県・地方独立行政法人）	（一部事務組合（地方公営企業法の全部適用）の経営形態について）一部事務組合は、地方自治法に基づく特別地方公共団体であり、県内でも置賜広域病院組合の実績がある。しかし、院長権限の強化、病院経営の自律性の向上、効率的な業務執行及び医師等の医療従事者の確保といった面において、他の経営形態より法的な制約があるため、医療環境の変化に対し、迅速かつ柔軟な対応ができていない（p. 7）	[1]
氷見市民病院（富山県）	現在氷見市民病院が採用している経営形態は、地方公営企業法の全部適用という形態である。しかし、この地方公営企業法による運営は、機動性や臨機応変さが求められる企業経営には著しく不向きであり、これまで自治体の経営改善に対しては実効的な役割を果たしていない。また、地方公営企業法は実質的には、自治体会計と同じく単年度ごとの現金支出額の管理を最大の目的としたままの制度設計になっており、さらに本庁と議会により予算権と人事権について統制・関与を受けながら経営をしなくてはならず、経営者にとっては手足を縛られたまま経営の舵取りを行わなければならない制度と言える。つまり、長期的な視野に立った経営や人材育成、及び、院長のリーダーシップの発揮等が非常に難しい経営形態となっている。氷見市民病院においても、平成4年から当該経営形態を採用してきたが、これらのマイナス面により経営の効率化が阻まれてきた経緯がある（p. 4）	[2]
近江八幡市総合医療センター（滋賀県）	現在総合医療センターが採用する経営形態は、病院側が経営に関する大幅な裁量を持つ地方公営企業法の全部適用方式である。しかし、委員会での検討において、現院長（事業管理者職務代理）がPFI契約上の詳細な金利条件を知らされていなかったこと等が例として挙げられたように、病院側が必ずしも経営上の実質的な権限を行使できるような立場にないことがうかがえた。これらを踏まえ、今後は経営計画の再検討等とともに、地方公営企業法の全部適用方式の効果的な運用方法についても市と病院で十分検討し、病院側の意見を十分に経営に反映させられる体制を作っていくことが必要である（p. 17）	[3]

資料出所

- [1] 山形県・酒田市病院統合再編協議会『統合病院の経営形態に関する報告書』平成19年5月。
- [2] 氷見市民病院経営改革委員会『氷見市民病院の経営改革に関する答申書』平成19年5月。
- [3] 近江八幡市総合医療センターのあり方検討委員会『近江八幡市総合医療センターのあり方に関する提言』平成20年1月。

出所）筆者作成

結果、効率的な病院経営が実現し、かつ住民サービスが向上することである。

パネルBは、全国自治体病院協議会会長である小山田恵氏が報告した自治体病院の全部適用による経営改善効果に関する分析結果である（小山田，2006.）。特に医業収支比率・他会計繰入金比率・職員給与比率に注目してみても、全国平均を示す「全自治体病院」と「全適病院」と間には、顕著な差を観察することができない。このように小山田（2006）の報告からは、公立病院が一部適用から全部適用に移行することで、当初に期待されていた経営改善に関する効果は数量的に観察されていない。

近年の公立病院改革では、地方公営企業法の全部適用のみならず、独立行政法人や公設民営（指定管理者・PFI）などの多様な選択肢から、最も適した経営形態が選択されるようになってきている。パネルCは、各地の公立病院の経営形態改革に関する報告書から、地方公営企業法の全部適用という改革手法に関する見解を抜粋したものである。

利用することができた報告書は、(1)再編後の公立病院の経営形態として、一般地方独立行政法人が最も適当であると答申した山形県立日本海病院及び酒田市立酒田病院の統合再編の事

例、(2)従前に指定管理者制度を利用した公立病院経営を行ってきたが、近年、その経営が大幅に悪化し、その立て直しが急務とされたものとして氷見市民病院の事例、(3)PFI方式による公立病院経営を試みたが、最近になって経営状態が非常に悪化していることが判明し、そのあり方に関する再検討が行われた近江八幡市総合医療センターの事例の3つである。これらの事例報告では、地方公営企業法の全部適用という単体の改革手法に否定的な見解が示されている。

以上の議論をまとめると、公立病院改革において、地方公営企業法の全部適用という改革手法は、病院事業管理者を設置し、その権限により効率的な病院経営を行うことが期待されていたが、現段階では当初に期待された効果はあまり観察されていない。

3.3 議 論

このような現状について、若干の考察を行うと次のとおりである。近年に公表された『公立病院改革ガイドライン』では、公立病院の全部適用という手法に関して、次のように述べられている。「地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものであるが、経営の自由度拡大の範囲は地方独立行政法人化の場合に比べて限定的であり、民間的経営手法の導入という所期の目的が十分に達せられるためには、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に特に意を払う必要がある。このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当である (p. 11)」とされている。このように公立病院改革ガイドラインの見解は、先の公立病院の全部適用に関する議論とほぼ同じものとなっている。

しかしこの点には留意が必要である。地方公営企業法の全部適用は、法令上、設置された管理者に人事・予算等に係る権限を付与する仕組みであって、その適用によって期待された効果が観察されていない理由には、いくつかの理由を考えることができる。例えば制度的制約の存在または運用上の問題が存在している可能性や、管理者に十分な権限が与えられているのにも関わらず、管理者自らがその権限を行使していない可能性などである。

前者については、井上(1986)が「一般的にいえることは、管理者の多くが任期4年を全うせずに、一般行政部門に異動し、又は退職している実態にあり、特別職として4年(再任を妨げない)の任期を保障して責任ある業務の執行を求めるといふ地方公営企業法の趣旨に沿う運用がなされていないことである。また、管理者の業務執行が適当でないため経営状況が悪化したと認められる場合は管理者を罷免することができる」とされているが、このような制度が厳しく運用されておらず、経営責任の所在が不明確になっていることも問題点として挙げられる(p. 231)」と述べているように、その運用上の問題点が古くから指摘されていた。

また後者については、表7のパネルBで示された経営改善の効果が十分に出ていない点について、小山田（2006）は全部適用となった自治体病院の管理者のなかに自らが担っている責任、権限についての認識が欠けているのではないかと懸念を示す一方、病院経営改善策の基本である職員の人事評価と給与への反映が、全部適用の自治体病院では進んでおり、今後の健全化が期待できると指摘している⁶⁾。このように法令上で与えられた権限を運用で制約している可能性もあり、このことと合わせて公立病院の全部適用という改革手法の効果を評価する必要があるものと考えられる。

4. 公立病院の内部組織におけるインセンティブ

日本の公立病院は、地方公営企業法によって企業規制が課せられる一方、地方交付税によって財政的に措置されているという特徴がある。この地方交付税による措置は、地方自治体および地方公営企業である公立病院の意思決定に大きな影響を及ぼす要因である。しかし地方交付税は、それを受け取る団体（交付団体）とそれを受け取ることができない団体（不交付団体）とがあり、その措置が及ぼす影響は、交付団体と不交付団体をわけて考える必要がある。ここでは一般に財政力の乏しい地方自治体である交付団体を考えて、地方交付税による財政措置が、当該地方自治体（および公立病院）にどのようなインセンティブを与えているのかを整理し、その効果について議論する⁷⁾。

4.1 公立病院と地方交付税およびインセンティブ

公立病院に関する地方交付税措置は、表2のパネルCにまとめられたとおりである。地方交付税（普通交付税分）では、基本的には都道府県分・市町村分とも単位費用の積算基礎にて措置され、その他、固有の事情については補正係数等で措置する仕組みとなっている。そして高度・特殊医療、不採算地区病院や救急・小児医療等については、その提供を条件として地方交付税（特別交付税分）で措置されている。この制度設計の考え方は、地域の実情（もしくは公立病院の現状）を反映した措置を普通交付税で行い、高度・特殊医療、救急・小児等不採算医療はその必要性を鑑みて、別途に特別交付税で措置するという形になっている。

6) ただし宗前（2005）では、これまで全部適用によって病院部門の独自給与表を策定しようとしているところはなく、人件費構造を根本から改善するには宮城県がこども病院を開設する際に採用した「公設民営」を行うことが一般的であるとしている。

7) 日本の地方自治体には、交付団体と不交付団体という2つの団体があるが、様々な措置や政策変更に関して、その両者のインセンティブは異なっていることが指摘されていた。Hayashi（2009）は、この地方交付税交付金制度が持つ特性を利用して、生活保護制度の分析を行っており、この論点を最初に明らかにした研究である。

公立病院に関するこの地方交付税措置は、地方自治体に次なる3つのインセンティブを与えている。第1は、この措置自体が、公立病院を持つことを条件として地方自治体に給付される補助金となっていることである。都道府県レベルでは所定の法律で定められた特定の医療等を供給する義務があるため、都道府県自身が単独で公立病院を持つ必要が若干あるが、市町村には特にそのような供給義務は課せられていない。このため日本の市町村には、公立病院を持つものと持たないものが混在している。市町村が独自に病院を開設するか否かは任意の事項である。これに対して公立病院を持っていることを条件として制度的に補助を実施することは、任意であった市町村の病院開設に関する意思（改廃を含む）を、受給目的のために病院自体を存続させようとする意思へと変質させる可能性がある⁸⁾。特に公立病院改革が急がれるようになった場合には、交付団体が持つこの固有のインセンティブと改革手法との調整が難航する場合がある。

第2は、特別交付税に関する点である。この交付税は、公立病院が高度・特殊、救急・小児等の不採算医療を提供していることを条件として支給される補助金である。これはある特定の目的を実現させるために実施される措置（政策誘導措置）と似た構造を持っており、基本的にはひも付き補助金と呼ばれる国庫補助金と同じ性質のものである。すなわち地方交付税の特別交付金分は、普通交付税分とは異なる性質を持っており、公立病院を持つ地方自治体に、高度・特殊、救急・小児等の不採算医療の提供を促すインセンティブを与えている。

第3は、上記の議論は交付団体に関するものであって、不交付団体にはこれらのインセンティブはないということである。すなわち同程度の公立病院を有している地方自治体間において、交付団体と不交付団体とでは、公立病院の運営を含めたそのあり方や施策方針が異なっている可能性がある。不交付団体では、公立病院を持つことに関して補助を受けることになっていないので、その再建において廃止を含めた大胆な施策を実施する余地が大きい（普通交付税分）。その一方、不交付団体が持つ公立病院は、地方交付税の交付対象となっていないことから、その措置によって特定の医療を供給させるといった政策的な誘導を行えないことを意味している（特別交付税分）。

4.2 地方交付税の「誘因効果」について

このように地方交付税措置は、地方自治体および地方公営企業である公立病院の意思決定に

8) 特に普通交付税は、公立病院に対してではなく、地方自治体に対して、標準的な行政サービスの提供に必要な資金として交付されるものであって、交付された資金は地方自治体が裁量的に用途を決めることができるものである。すなわち公立病院の有無は、地方交付税額の算定において反映されているが、当該地方自治体はその交付税をいくらか公立病院に対して繰り出すかどうかは任意の事項である。国の定める繰出基準において、一定の制約は課けられているものの、公立病院の当事者からはこの点に関して疑念が提示されることがある。

大きな影響を及ぼす要因となっている。さらに最近では、これらインセンティブ問題に関して、新たな論点が付け加えられている。それは主に地方財政の研究から提起されたものであり、地方交付税の「誘因効果」と、地方債元利償還金の交付税措置がもたらす歪みの効果という2つの問題である。前者の問題は赤井・佐藤・山下（2003）で提起され、後者の問題は赤井・佐藤・山下（2003）および土居（2007）にて提示された。

赤井・佐藤・山下（2003）では、地方交付税の「誘因効果」をミクロ的誘因効果とマクロ的誘因効果にわけ、特に前者について(1)交付税の価格効果、(2)ホールドアップ問題（貧困の罟）、(3)ソフトな予算制約（事後的救済）の3点を指摘した。地方交付税とは、地方自治体ごとに基準財政需要額と基準財政収入額を計算し、その差額を交付する補助金制度である。前者の基準財政需要額は、様々な行政項目ごとにその費用を算定し、その合計を示したものである。ある行政項目の費用は、以下なる計算式にて算定される。

$$\text{ある行政項目の費用} = \text{単位費用} \times \text{測定単位} \times \text{補正係数} \quad (1)$$

ここで赤井・佐藤・山下（2003）は、地方債の元利償還金を後年度の地方交付税の基準財政需要額（行政項目の費用）に算入する措置が、地方自治体が直面する資金コストを実質的に引き下げる効果を持っており、非効率な事業等を実施するインセンティブとなっていると指摘し、それを交付税の価格効果と呼んだ。

ホールドアップ問題（貧困の罟）とは、地方交付税制度が財政需要から見て不足する資金を交付する差額交付金制度になっていることから、地方自治体の収入確保努力を低下させ（常に地方交付税を受け取る団体となり）、結果として非効率的なサービス生産および財政運営を行うインセンティブを与えてしまっていることと定義した。

そして赤井・佐藤・山下（2003）では、地方交付税の基準財政需要額の算定は、上記の厳密な算定ルールによって計算されているわけではなく、特に単位費用や補正係数には国が裁量的に決定できる部分が大きいと指摘する。そしてその裁量は、財政状態が厳しい地方自治体を救済するために行使される側面が強く、地方自治体もその面を考慮して財政運営を行うため、結果として財政規律を弛緩させてしまっていること（最小費用でサービス生産を行おうとするインセンティブを阻害していること）をソフトな予算制約（事後的救済）の問題と呼んでいる。

公立病院に関しては、表2に示されるように、運営費に関してその一部が地方交付税で措置されており、施設・設備整備のための地方債（病院債）の元利償還金の一部も地方交付税で措置されている。これら誘因効果に関する議論を公立病院に関して応用すると、主たるものは交付税の価格効果である⁹⁾。公立病院の施設・整備に必要な資金は、地方債（病院債）発行で調達される。この地方債の元利償還金が地方交付税で措置されることにより、地方自治体に過大な投資インセンティブを与え、結果として非効率な施設・整備を促している可能性がある。

9) ソフトな予算制約の問題は、次節で議論する。

4.3 議 論

以上の議論から、公立病院に関しても地方交付税に関する誘因効果およびインセンティブ問題の存在を予想することができる。しかし実験的に地方交付税を交付したり不交付にしたりすること（もしくは費用算定したりしなかったりすること）は現実にはできないため、これまでその問題の所在を明らかにすることができなかつた。しかし最近に公表された『公立病院改革ガイドライン』では、その財政に関するインセンティブ問題が指摘され、例示が行われている。以下では、その指摘事項を利用して、公立病院と地方交付税に関するインセンティブとその問題について議論している。

表8は、公立病院改革ガイドラインで指摘された公立病院に関する財政インセンティブ問題をまとめたものである。顕著な指摘事項としては、病床利用率の問題と施設・設備整備費の抑制の2つがある。病床利用率に関しては、実際に病棟を閉鎖しているのにも関わらず、廃院・

表8 公立病院において指摘される財政インセンティブ問題

指摘事項（第2 地方公共団体における公立病院改革プランの策定）		出所
4) 病床利用率が特に低水準である病院における取組 一般病床及び療養病床の病床利用率がおおむね過去3年間連続して70%未満となっている病院については、本改革プランにおいて、病床数の削減、診療所化等の抜本的な見直しを行うことが適当である。その際、病床数が過剰な二次医療圏内に複数の公立病院が所在する場合には、後掲の再編・ネットワーク化により過剰病床の解消を目指すべきである（p.8）		[1]
6) 施設・設備整備費の抑制等 病院施設の新増築、改築等に当たっては、将来的な減価償却費用負担の軽減の観点から、当該施設・設備整備に要する経費を必要最小限度に抑制するよう努めることが適当である。その際、病院施設・設備の整備については、当該病院が公立病院として果たすべき役割を踏まえ必要な機能が確保される必要があるが、こうした要因から特に割高となる部分を除き、民間病院並みの水準の整備費により新増築、改築等が行われるよう特に留意すべきである（p.8）		[1]
指摘事項（第4 財政支援措置等）		出所
①今後の病院施設等の整備費について病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外することを検討（p.15）		[1]
Q&A	Q75 施設整備費に標準単価を復活させるということか A75 建物の建築単価のうち、普通交付税措置の対象となる部分について上限を設定することを検討する趣旨であり、病院事業債自体の発行額を制限する予定はない（p.18）	[2]
②病床数に応じた普通交付税措置に際して、今後の各病院における病床利用率の状況を反映することを検討（p.15）		[1]
Q&A	Q76 病床利用率は、立地条件や病床規模により状況が異なるので、普通交付税で一律に反映することは問題ではないか A76 病床利用率が過疎地等や小規模病院で低い傾向にあることは事実であるが、恒常的に極めて低い水準にある場合には、経営効率化及び医療資源の適正配置の観点から見直しを行うべきと見られ、実際には病棟を閉鎖しているにもかかわらず、許可病床数で措置されている例もあり、地方公共団体の間にはこうした事例を念頭に、見直しを求める意見があることも事実である（p.18）	[2]

資料出所

[1] 総務省『公立病院改革ガイドライン』

[2] 総務省『公立病院改革ガイドライン Q&A』

出所) 筆者作成

診療所化等の措置を取らず、許可病床数で（地方交付税が）措置されている事例が指摘されている。このことは地方交付税措置が、公立病院（病床）を持つことを条件とした給付となっており、それが地方自治体に受給目的のインセンティブを与えていることを示している。

施設・設備整備費については、割高に整備されている現状が指摘されており、地方交付税で措置する部分の一部について、その交付税措置を除外する旨の方向性が提示されている。このことは、交付税の価格効果という誘因効果が、公立病院の整備に関しても存在していることを示している。このように交付団体の公立病院では、地方交付税措置がその意思決定に大きな影響を与えていることが指摘されている。

5. 公立病院の内部組織におけるソフトな予算制約

前節において、地方交付税に関する誘因効果としてソフトな予算制約の問題が指摘されていたが、この問題は一般に第三者による事後的な救済の可能性があることが、当事者の努力や規律を弛緩させる問題として捉えられてきた。赤井（2006）では、地方公営企業のインセンティブ問題の特徴を次のように指摘する。「公営企業では、事後的に補填される可能性を含む公営企業債と、随時補填される補助金の両方が存在し、問題が生じている（p. 215）」。このように事後的な救済の可能性は、地方公営企業である公立病院においても重要な問題である。Kornai（1980）、Maskin（1996, 1999）、赤井（2003）、赤井（2006）は、このソフトな予算制約の問題を分析した研究である。以下ではこれらの議論を踏まえて、日本の政府と地方自治体の財政関係を利用して論点を整理し、その後に公立病院への応用を行っている。

5.1 ソフトな予算制約の問題について

いまある地方自治体を考える。この地方自治体は、独自に課税権を持って税収（歳入）を集め、予算と事業計画を組み、事業執行（歳出）を行っているとする。このとき事業執行に責任を負う首長は、税収で賄える範囲内で事業を採択しなければならない。このため首長は、各事業の重要性を考慮して順位をつけ、税収から規定される予算に制約される事業数を計画策定に盛り込むことになる。この場合の財政規律をハードな予算制約と呼ぶ。

次に地方自治体の財政難を救済する可能性を持つ政府を考える。政府も独自に税収（歳入）を持っており、地方自治体の赤字を補填するために、その一部を補助金として支出することができる権限があるとする。このとき地方自治体の首長は、自らの予算制約内では採択することができない事業まで採択して、執行してしまう可能性があることが指摘されている。これは首長が自らの予算で賄い切れない事業を執行して、その地方自治体に赤字が発生したとしても、政府が事後的にその補填を行ってくれる可能性があるため、首長は財政赤字（および財政破綻）

を考慮する必要がないためである。このように政府の赤字補填、すなわち事後的救済の可能性によって、地方自治体の財政規律が弛緩する現象はソフトな予算制約の問題と呼ばれている。

この問題の本質は、政府が放漫財政を行った地方自治体を絶対に救済しないということに拘泥できない点にある。もちろん地方自治体に赤字が発生する理由には、社会経済情勢や地域的ショックといった地方自治体では対処できない要因から起因するものと、首長の裁量的な判断から発生するもの（放漫財政）の2つのタイプがある。政府は前者の要因に対処するために、地方自治体の救済策を用意しているのであるが、後者の要因を完全に切り離すことができない。このため政府が事後的な救済策を用意することは、地方自治体の財政規律を弛緩させる要因になると考えられている。ソフトな予算制約の問題の研究においては、なぜ政府はその救済に追い込まれるのか、そして規律の弛緩を抑制するような手段は何であるのかを分析することが中心になっている。

公立病院に関しては、赤井（2006）に従うと、その運営費のあり方にソフトな予算制約の問題を指摘することができる。公立病院は、何らかの理由によって潰すことができない組織（もしくは売却、民営化できない組織）であるとされ、そこに内部組織のコントロールといったガバナンスが十分に効いていない場合、公立病院にはサービスの質を高めたり、効率的なサービス生産を行ったりしようとするインセンティブはない。この結果、地方自治体が繰り出す経費は増大し、（その一部しか繰り出さない場合は）公立病院の赤字が累積する。特に倒産等によって整理することができない公立病院の累積赤字は、事後的には税の投入によってファイナンスするほかはないので、結局は事後的に救済されることになる。

この事後的な救済の可能性を踏まえると、公立病院（および地方自治体）は次なる地方交付税による措置を期待する。ひとつは、公立病院の累積赤字の増加を抑えるための繰出金（地方自治体による一般会計補助）の増加とその交付税措置。もうひとつは、累積した赤字解消のための繰出金等で、棚上げ債務等の地方債（病院債）発行許可とその元利償還金を手当てするための交付税措置である。前者については、赤井・佐藤・山下（2003）で指摘された基準財政需要額の算定の裁量性の部分であり、後者は井上（1986）に記される1974（昭和49）年度に実施された公立病院特例債の発行許可と、公立病院改革ガイドラインで提示された公立病院特例債が当てはまる。

5.2 公立病院と補助金に関する実証的研究

これまで公立病院のパフォーマンスと補助金の関係については、主に中山（2004）と野竿（2007）によって実証的な分析が行われていた。両研究ともパフォーマンスの測定には、包絡分析法（DEA）を利用して計測している^{10）}。この手法は、分析対象とする企業（公立病院）グループについて、投入と産出によって表現できる生産行動を考え、そのグループ内で最も効率

的な企業（公立病院）を基準として、その企業（公立病院）からの乖離幅を非効率性として表現するものである。中山（2004）は、2002（平成14）年度のデータを利用して、全国の566の自治体病院を分析対象として技術的非効率性を計測した。野竿（2007）は、2001（平成13）年度のデータを利用して、全国の606の自治体病院を分析対象として技術的非効率性を計測している。

中山（2004）の実証モデルを利用して、公立病院の技術的非効率性と補助金の関係を明示すると、以下のとおりである。

$$\text{非効率値} = \beta_0 + \sum \beta_i X_i + \beta_6 S \quad (2)$$

ここで X_i は公立病院の非効率値をコントロールする様々な変数であり、 β は係数である。そして S は公立病院が受けている補助金の状態を示す変数であり、中山（2004）では他会計繰入金対経常収益比率を利用している¹¹⁾。この(2)式をトービット・モデルによって推定した結果、この比率が10%ポイント高まるごとに、非効率値が0.03ポイント増加していることが示されている。

野竿（2007）の研究も基本的には中山（2004）と同じ分析手続きを踏むものである。ただし補助金の状態を示す変数 S は、補助金等を総収益で割った前年度の補助金比率を利用している¹²⁾。同じくトービット・モデルによって推定した結果、この比率が10%ポイント高まるごとに、非効率値が0.02～0.03ポイント増加していることが示されており、この公立病院の非効率性と補助金については明確な関係がある。

5.3 議 論

以上の結果は、公立病院への補助金投入が非効率なサービス生産を促している側面を実証的に明らかにしたものである。ここでは、上記の結果とソフトな予算制約の問題が、どう関係しているかを議論する。

ソフトな予算制約の問題とは、第三者から事後的に救済される可能性があることが、結果として当事者の非効率な行動を引き起こす問題であった。この観点から先の実証研究を検討すると、公立病院の非効率性と補助金の関係をソフトな予算制約の問題と解釈するためには、(1)分

10) 企業の効率性測定に関する手法の展開とその体系は、中山（2003）を参照。以下の分析で利用される技術的非効率性とは、生産要素を投入したとき、技術的に最大の産出量を生産していない場合（もしくはある生産量を生産するとき、その生産量の最小投入量よりも、多くの生産要素を投入している場合）に発生する非効率性である（中山、2003.）。

11) ここで他会計繰入金とは、損益計算書の医業外収益のうち国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金の和となっている。

12) ここでの補助金とは、医業収益の他会計負担金、医業外収益の国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金、特別利益の他会計繰入金の6項目の合計である。

析対象とした公立病院グループ内に異なる事後的救済の可能性が存在しており、(2)それらの特性が、かなり正確に補助金額という情報に反映されていることが、その前提条件として必要である¹³⁾。地方交付税措置を含め、この前提条件がどこまで満たされているのか、現在では不明な部分も多く、今後に残された課題でもある。

一方、政策的な側面からは、このソフトな予算制約の問題を念頭に置いているのではないかと推察される措置がある。それは、いわゆる棚上げ債務と呼ばれる1974（昭和49）年度の公立病院特例債の発行許可と、今回の公立病院改革ガイドラインで提示された公立病院特例債の発行許可である。両特例債は性質が非常に似たものであるが、地方交付税措置で異なる部分がある。まず1974（昭和49）年度の公立病院特例債は、表3にまとめられるとおりであるが、その発行が企図された理由は「社会保険診療報酬の改訂の遅れによる収益の伸び悩み、医師をはじめとする医療従事者の確保難、給与改定による人件費の増加」による経営悪化に対処するためとされる（井上、1986.）。今回の公立病院特例債は、表4のとおりであるが、その発行が企図された理由は「2003（平成15）年度以降の医師不足の深刻化等によって発生した不良債務等」に対処するためとされる。このようにともに地方自治体（もしくは公立病院）では対処できない社会経済的・医療政策要因を理由として特例債の発行が企図されている。

しかし地方交付税措置は異なっている。1974（昭和49）年度の公立病院特例債では、利子補給に合わせ、償還元金に関する繰入の一部について普通交付税で措置することが明記されている。今回の公立病院特例債では、利払額に関して特別交付税で措置するだけであり、償還元金については特に明記はない。赤井・佐藤・山下（2003）で述べられるように、普通交付税の算定においては大きな裁量性があるので、今回の公立病院特例債の償還元金は必ず地方交付税で措置されないとは言い切れないものの、現段階の制度デザインでは原則として地方自治体が独自財源でその元金を償還してゆく必要がある。

ほぼ同じ理由で発行が許可された公立病院特例債であるが、1974（昭和49）年度と今回とで財政措置が異なっている理由について、特に明言されていることはない。しかし今回の財政措置は、地方自治体に公立病院の累積債務の解消について、元金償還という形でその責任を負わせる仕組みになっている。このことは、仮に地方自治体（もしくは公立病院）では対処できない要因による公立病院の経営悪化であったとしても、そこに一部負担を求めることで、地方自治体に財政規律を、公立病院に経営規律を促そうとする制度デザインの発想を見ることができると。

13) その他に、被説明変数である非効率値がどのような考え方で計算されたものなのかについても理解が必要である。上記2つの研究では、計算手法は同じであるが、分析に利用する投入と産出のデータは異なっている。また医療サービス固有の問題であるサービスの質の問題も残されている。

6. おわりに

本稿の目的は、公立病院を分析する視点を取りまとめ、その改革の指針として提示された『公立病院改革ガイドライン』の特徴を議論し、考察することであった。本章で提示した主たる分析視点は、公立病院の役割と財政措置、およびそれに関する権限・インセンティブ・ソフトな予算制約の5点であった。本稿の結論を要約すると、次のとおりである。

公立病院の役割は、都市部と地方部では異なる。過疎地やへき地などの絶対的に医療施設が不足している地域では、一般医療サービスを供給すること（もしくは地域の医療を安定的に提供すること）が公立病院の重要な役割である。他方、都市部のように公的医療機関や民間医療機関が多く立地し、相互の機能の重複している場合には、救急医療などの採算性を理由として不足している医療サービスを政策的に供給することが公立病院の重要な役割である。

財政措置については、主に地方交付税で措置される部分が多い。しかし地方交付税は、交付を受けている団体（交付団体）と受けていない団体（不交付団体）とがあり、その財政措置は全国一律で公立病院に対して影響を与えているわけではない。

公立病院の権限については、近年、地方公営企業法の全部適用という改革手法が多く活用された。しかし現段階では、大きな成果は観察されていない。この理由については、制度の運用面や権限行使の観点と合わせて考察される必要がある。

公立病院のインセンティブについては、地方交付税の「誘因効果」が指摘される。特に病院債の元利償還金が地方交付税で算定されることに伴う交付税の価格効果が、病院の施設・設備整備においても生じている可能性がある。

公立病院の財政関係では、ソフトな予算制約の問題と呼ばれる追加的な一般会計補助と棚上げ債務に関する問題がある。特に後者については、公立病院特例債の発行許可とそれに関する地方交付税措置があるが、その制度デザインにはソフトな予算制約によって引き起こされる財政規律（もしくは経営規律）の問題を回避しようとする発想の工夫が見られる。

参考文献

- Kornai, J., (1980) *Economics of Shortage*, North-Holland.
- Maskin, E. S., (1996) Theories of the soft budget-constraint, *Japan and the World Economy*, Vol. 8, pp. 125-133.
- Maskin, E. S., (1999) Recent Theoretical Work on the Soft Budget Constraint, *American Economic Review*, Vol. 89, No. 2, pp. 421-425.
- Hayashi, M., (2009) The Effects of Central Grants on Local Social Policy in a Unitary System: a Case of Public Assistance in Japan, 日本経済学会 2009年度春季大会（京都大学）報告論文。
- 赤井伸郎（2003）「第12章 公的部門におけるソフトな予算制約問題（Soft Budget）」伊藤秀史・小佐野広編『インセンティブ設計の経済学—契約理論の応用分析—』、勁草書房、pp. 325-355.
- 赤井伸郎（2006）『行政組織とガバナンスの経済学—官民分担と統治システムを考える—』有斐閣。

- 赤井伸郎・佐藤主光・山下耕治 (2003) 『地方交付税の経済学—理論・実証に基づく改革—』有斐閣.
- 井上孝男 (1986) 『公営企業 (現代地方財政講座・第5巻)』ぎょうせい.
- 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.
- 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.
- 厚生省医務局編 (1976) 『医制百年史 (記述編)』ぎょうせい.
- 澤野孝一郎 (2006) 「地方自治と市町村合併に関する実証分析とその議論—財政・分権・住民自治—」『オイコノミカ (名古屋市立大学経済学会)』第42巻第3・4号, pp. 219-249.
- 澤野孝一郎 (2008a) 「公立病院改革の展開とニュー・パブリック・マネジメント」文部科学研究費補助金基盤研究(B)『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 (課題番号: 17330072)』2007年度研究成果報告書, 主任研究者・泉田信行.
- 澤野孝一郎 (2008b) 「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—」『オイコノミカ (名古屋市立大学経済学会)』第45巻第1号, pp. 43-60.
- 澤野孝一郎 (2009) 「名古屋市における公立病院の現状と改革, その役割について」『国際地域経済研究 (名古屋市立大学大学院経済学研究科附属経済研究所)』第10号, pp. 57-74.
- 自治体病院経営研究会編 (2000) 『自治体病院経営ハンドブック (第7次改訂版・平成12年)』ぎょうせい.
- 宗前清貞 (2005) 「公立病院再編とアイディアの政治」『都市問題研究』第57巻第8号, pp. 82-96.
- 土居丈朗 (2007) 『地方債改革の経済学』日本経済新聞出版社.
- 中山徳良 (2003) 『日本の水道事業の効率性分析』多賀出版.
- 中山徳良 (2004) 「自治体病院の技術効率性と補助金」『医療と社会』第14巻第3号, pp. 69-79.
- 野竿拓哉 (2007) 「地方公営病院におけるインテンティブ問題—DEAによる非効率性の計測及びその要因の計量経済分析とともに—」『会計検査研究』第35号, pp. 117-128.

(2011年1月5日受領)