

第5章：再編成・統合に際し、PFIを併用する場合の留意事項（実務的留意事項）

5.1 PFIの検討と実践に際し、留意すべき事項：

5.1.1 基本的考え方とアプローチ

5.1.2 実践に際しての実務的留意点

5.2 自治体間の連携と協力のあり方：

5.2.1 自治体間の連携と協力の複雑さと難しさ：

5.2.2 自治体間財政負担のあり方と選択肢：

5.2.3 医療施設の再編成・統合PFIを実践するに際しての課題：

5.3 PFI実践の為の課題等：

5.3.1 再編成・統合に係わる制度的課題

5.3.2 再編成・統合とPFIを同時並行的に実践する場合の実務的課題：

第5章：ポイント

- * 自治体立病院の再編成・統合化に関し、その実現の手法として、PFIを組み合わせ、施設整備や民間委託の促進を図る場合の要点は、目的の明確化、全体手順の正確な把握、利害関係者とのタイムリーな調整、全体の枠組みの中での人員配置計画や人員利活用の工夫などになる。この場合、再編成・統合化とPFIの両方のメリットをどう引き出し、限られた病院の資源をどう効果的な活用できるかを工夫することが必要になる。
- * 複数自治体間にまたがる、事務事業の統合化を効率的・効果的に実現するためには、住民・議会を含めた自治体間におけるお互いの理解、協力と連携がキーワードになる。不安や不満・不公平感を払拭することが前提になると共に、積極的な情報公開や、合意形成のための強い指導力（リーダー・シップ）が成功の鍵ともなる。
- * 複数の公的医療施設に跨る再編成・統合化にPFIを活用する場合には、地域社会における医療へのニーズに応じて、多様な展開のあり方とアプローチがある。PFIにとっても新しい考え方の適用になるが、VFM向上の余地は大きく、多様な付加価値や合理化をもたらす可能性がある。今後とも実践を積み重ねながら、実践を通じて、実務的課題を解決していくという姿勢が重要である。

第5章:再編成・統合に際し、PFIを併用する場合の留意事項等(実務的留意事項)

5.1 PFIの検討と実践に際し、留意すべき事項:

自治体立病院の再編成・統合化に際し、PFI手法と組み合わせて施設整備や民間委託の促進を図る場合には、下記諸点などに留意することが必要であろう。

5.1.1 基本的考え方とアプローチ:

基本的な考え方とアプローチ手法を正確に理解し、把握することが、実現をたやすくすることになる。考え方と手順を理解することにより、全体像をしっかりと把握することがまず必要なポイントになる。

全体の目的を正確に認識し、把握することの重要性:

自治体立病院の再編・統合に際し、PFI手法を活用して実現するという考えは、それ自体が複数のプロジェクトを含むプログラムとして構成されていることを意味する。まず全体感と目的を正確に把握し、プログラムを構成する要素としての複数プロジェクトを個別に、かつ並行的・段階的に実現していくという手順をとる。全体を構成する個別要素を最適化し、これら全てを最後に統合し、全体を最適化するというプロセスに近い。何が必要とされるのか、何が目的となり、何をすべきかを当初から明確に目的として把握し、これを段階的に実現していくという手順でもある。複雑にはなるが、個別の要素に着目すれば、要素自体は難しいものではない。着実に、かつ段階的にその実現化を図ることにより、全体を纏め上げることができる。また、実際に医療サービスを提供している場合には、診療サービスの空白期間を生じない手順を構成する必要があることに特に留意しなければならない。

全体手順を鳥瞰し、手順と手順遂行に必要な時間を管理しながら実践することが基本:

かかる状況の下でPFIを企画実践する場合に必要なアプローチ手法とは、全体の工程を鳥瞰し、何時、どの段階で何を検討するのかの手順をしっかりと認識し、抑えておくことに尽きる。またこの場合、取るべき手順と時間を管理し、あくまでも段階的に、かつ着実に一步一步問題を解決していくという姿勢が肝要となる。これにより、一見複雑に見える全体像を要素毎に段階的に、簡素化して実現することが可能になる。

広域再編成とPFIのメリットを統合して引き出すことが重要:

公的医療施設の再編・統合化は地域医療の最適化とその実現を図ることがその目的になる。PFI はあくまでもこれを可能にするための一つの行政手法で、一つの選択肢でしかない。よって PFI を実施すること自体が目的ではない。民間事業者との協働も民への委託も基本的には VFM が達成できうるということが全ての前提であろう。但し、明らかに、再編成・統合化の場合には、合理化できうる対象が大きく広がることを意味し、再編成・統合すること自体に VFM が生まれる側面もある。これに付け加えて、民委託の推進は更に財政負担を縮減し、VFM を大きくする可能性があると考えられる。地域医療の再編がもたらすメリットと PFI 手法による整備や民委託がもたらすメリットをどう統合させ、最大限のメリットを引き出すかことができるかを考えることが重要な視点になる。

複雑な利害関係者との調整をタイムリーに実行できるか否かが成功の鍵:

自治体立病院の再編や統合に PFI を組み合わせる場合には、実現に至るまでに関与しうる利害関係者は通常の施設整備や単純な PFI のみの場合と比較し、多くなる。また、手順も複雑化するが、一定のプロセスを踏んで段階的に実践すれば、複雑さをある程度回避することができる。かかる理由により、手順や時間をうまく管理することにより、実践の効果を上げることができる。さもなければ合意形成や一定の枠組みを作り上げるまでにかなりの時間を要することになる。時間はコストにもなり、実現に超長期の時間を要するとすれば、計画そのものが挫折しかねない。また、実現の為の利害調整には強いリーダー・シップや実現に向けての強力な政治的・行政的意思が存在することが重要になってくる。

人員配置計画や人員利活用を全体計画の中で工夫することが必要:

広域再編・統合化、PFI の活用などにより、公的医療主体は全体管理部門の大幅縮減を前提に事業計画を立案することができる。できる限り施設間、官民間に跨る重複した事務を一元化し、間接部門の費用を縮減化することも一つの達成すべき目的とすることができよう。この為、IT・通信技術などを効果的に使うことも考えられる。この場合、公的部門内の施設間での人材配置の最適化、官民役割分担による人材配置の合理化、定型的な医療支援業務の包括委託による簡素化・合理化などの分野において、人材の利活用を工夫することができる。尚、基本計画策定過程で、診療科や医師のあり方を判断すれば、人材配置の基本的枠組みは固まるが、非診療部門や医療支援業務に関しては、企業職員の処遇に配慮しながらも、実際の機能再編のあり方の細部や民間 PFI 事業者の提案などをも一部考慮の上、調整していくなどの配慮が効果的なこともある。

地域全体としての医療ニーズへの対応が基本：

広域的な再編成による自治体医療の再編成も、基本的には当該地域全体における医療の最適化、当該地域における医療に対するニーズへの効率的な対応のための努力の一環に過ぎない。この視点に立った場合、それぞれの地域においては自治体立病院と肩を並べる若しくは地域における中核的位置づけとなっている民間病院等（国公立大学病院や日赤、済生会のような準公的病院を含む。）が存在する地域も当然にある。かかる地域においては、自治体が新たに財政資金を投入し、中核的基幹病院を整備することよりも、それらの民間病院等も含めた地域全体としての医療再編を検討し、その中で自治体立病院が果たす役割を明確にし、当該役割を果たすために必要な施設整備やインフラ整備に関するPFIの適用を検討していくことが必要である。⁶⁴

VFM向上の余地は大きいことに留意：

財政負担を縮減し、VFMを向上させ、持続性のある地域医療を提供することは自治体立病院の再編・統合の目的の一つにもなり、PFIが志向する目的と一致する。これを実現する多様な組み合わせや手法が存在し、工夫の余地は大きく、これに伴いVFMを向上できる余地も大きく存在する。このメリットを損なわない全体の仕組みを作りあげることこそが重要なポイントになる。

5.1.2 実践に際しての実務的留意点：

再編成・統合化にPFIを併用する場合、実務上の努力や工夫も大切であり、実務上の選択肢のあり方や、案件の性格をより正確に把握することにより、どう対応すれば効果的になるかが見えてくる点に留意が必要であろう。

機能の再編・統合には地域のニーズに応じて多様な選択肢が存在：

再編・統合化をPFIと組み合わせる場合には、地域の実情や実体、あるいは効率化へのニーズに応じて、単純な考え方から複雑な考え方となるものまで多種多様な考え方がとれる。中核的基幹医療施設等の新設、改築等が鍵になり、これを核としながら、どこまでを所掌範囲とするかという選択肢になる。考えるべきは財政的な許容度の範囲内で、医療の機能をどう施設間で分担しあいながら、その内容を充実化できるかに尽きる。中核的基幹医療施設の

⁶⁴ 民間病院から見た場合、自治体立病院などの巨額の財政規模を有する病院が進出してくること、又は自治体病院が大きく生まれ変わることは、当該地域に存する民間病院にとっては、病院経営の観点からも大きな脅威となる傾向にある。

みに着目し、この新設ないしは増改築のみに焦点をあて、充実化を図るという考えもあるが、この場合、他の施設との差別化が拡大し、医療機能の分担がうまく軌道に乗らないこともある。施設の機能的充実化・合理化は基幹的中核施設以外にも一定レベルは必要で、お互いの連携協力を可能にらしめる情報投資や、PFI 手法に基づく一定の医療支援サービスの共同委託化等を推進することにより、全体としての一体化を推進することこそが、効果の高いアプローチになることに留意することが肝要であろう。

経営や運営の一体化が効率化の源泉、複数施設・面での対応は新たなチャレンジ：

当初から地理的に離れた複数地点における施設整備（新築、増改築）や情報装備等を同時平行的に行うこと、あるいはこれとは逆に段階的に、かつ時間をかけて行うことが PFI の前提になり所掌になることが考えられる（作業量はメリハリが付けられ当然のことながら、施設毎に異なる）。施設整備のみならず医療を支援するサービスも同一主体が複数地点で同種ないしは類似的サービスを提供することが前提になる（公的主体は一元化、一体経営が前提になる。一方関連する PFI 事業者も一元化、一体経営を前提とし、SPC が複数施設に対するサービスを包括的にマネージすることが前提となる）。

かかる契約のあり方や実際の約定管理・モニタリングなどは、PFI にとり新しい分野でもあり、その実務的あり方に関しては、今後ともその内容の検証や検討が必要な側面があり、工夫と努力が必要とされる要素もある。特に、複数施設全体の義務履行確認やモニタリング、あるいは全体のリスク管理のあり方等を如何に効果的に実践できるかという課題になる。これを可能にするための業務上の連携のあり方や意思疎通、コミュニケーションのあり方等にも実務上の配慮が必要になる。

再編と統合の場合の複雑性と課題の差異：

当然のことながら、既存の複数施設を単純統合化し、単一施設とする方が、複数施設となる中核的基幹施設・分院・サテライト施設などへの機能再編より、仕事の枠組みは単純になる。但し、この場合には自治体立病院の組織そのものが縮小することより、内部の人事・組織上の問題が表にでてしまう。一方広域的な再編成の場合にも、職員の配置転換等で当然人事・組織上の問題はありうるが縮小統合に比較すると人材の再配置上の余地が大きく、問題の先鋭化を防ぐことができる可能性が高い。しかしながら、この場合には効率化によるコスト削減効果が減殺されることになるので、あくまでも財政上の許容範囲内での実施ということになる。

PFI を併用する場合には、人材の利活用のあり方をどう工夫するかには更に選択肢が増える

が、全体組織の効率化を期するという観点からは、場合によっては人事問題が複雑化する側面もある。

民間提案を考慮し柔軟に配慮すべき複数地点における統一的な医療支援サービスの提供：

自治体立病院の再編・統合に PFI を併用して、実践する場合、複数の病院施設間での機能や役割分担の考え方と官民の役割分担の考え方が輻輳することを意味する。この場合には、官民いずれもが人材配置計画をどのようにすることが効率的かを良く考えることが必要で、複数地点における医療サービスの効率的な業務のあり方に関しては、民提案も配慮しつつ、柔軟に考えることが適切であろう。この分野におけるサービス提供の枠組みをどう効率化するかは民間の提案に委ねることが効率化を生み出す要因になる。この結果、作業手順や作業項目が変わることもある。また義務履行の確認やモニタリングにも提案の内容に応じて、工夫が必要になる。

官官、官民間における連携・協力、ネットワーク化が効率化・合理化の鍵：

複数の地点における施設の新設・増改築を含む医療施設 PFI の場合、実際の運営に際しては、病院側も PFI 事業者側も施設間、官民間のコミュニケーションを如何によくし、連携と協力の実を上げることができるかが重要なポイントになる。連携・協力が無い場合、患者に対する医療の質向上は実現できにくい。情報技術の活用や人事交流や定期的な様々な対話や議論の枠組みなど、コミュニケーションを活性化するあらゆる試みを実践することが重要である⁶⁵。

民間活力をいかに引き出すかの工夫が必要：

PFI は民間資金等を社会資本の整備等に活用することが趣旨であり、当然に民間の努力やアイデア等によって、官のみでは実行が難しい新たな価値を創出していくことが前提となっている。したがって、広域再編成に関する PFI を行うに当たっても、いかに民間活力を引き出すかの工夫が必要となる。例えば、医療のコア部分については官の役割とする前提であっても、当該広域再編成について介護保険の施設・運営等については民間の自由度を持たせる等の工夫により民間活力の活用を広げることや、民間の側から様々なアイデア・工夫が引き出せるような事業形態を工夫することも一考する価値がある。

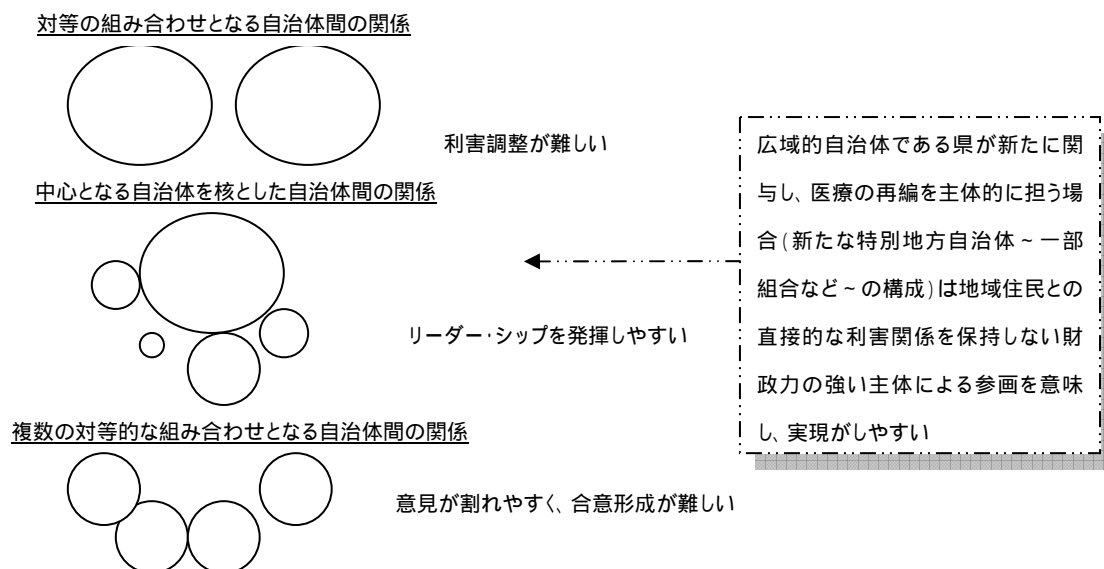
⁶⁵特に発注者の側における自治体間の連携と協力のあり方については、第 5 章、5.2 項を参照。

5.2 自治体間の連携と協力のあり方：

5.2.1 自治体間の連携と協力の複雑さと難しさ：

異なった自治体が協調し、共同で特定の事業を経営・運営すること(広域行政)は一部事務組合等の特別地方公共団体を組成することを意味し、規約に基づきそのあり方や財政負担を予め自治体間で取り決めることを前提とする。但し、その調整は煩雑で、単純にはいかないことが多い。例えば施設の新設や増改築、情報投資等を伴う場合にはやはりかなりの施設整備費負担が必要になること、これらの分担のみならず、運営開始後も事業費の一部につき一般会計からの繰り入れを求められることが前提になる場合、分担のあり方次第では財政規模の小さい自治体にとっては大きな負担になりかねないからである。一般的に核になる自治体が存在し、リーダー・シップを發揮できる場合、自治体間の連携・協力や合併は実現しやすい。また、連携と協力に際し、県などの広域的自治体も自らが関与し、一定医療圏の再編を計画し、実践する目的で一部事務組合を組成するなどの場合も、財政力の強い自治体が関与することになり、実現を容易にする側面がある。

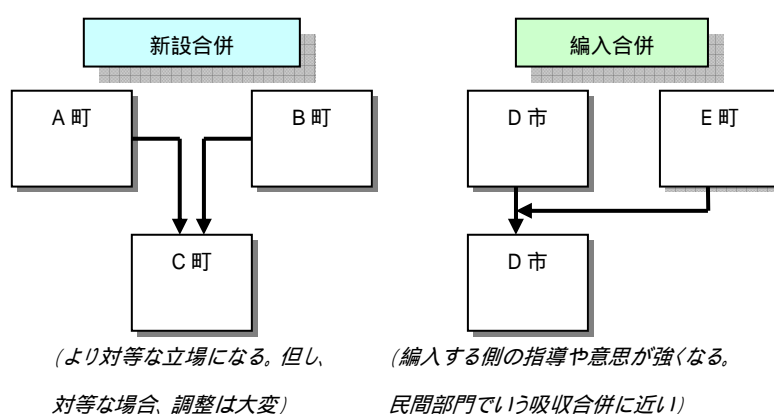
図 5.1:合併や広域的な自治体間の連携を期す場合、構成のあり方で異なるリーダー・シップの發揮や実現の難易度



尚、自治体間(市町村)合併の場合には、新設合併と編入合併の二つの類型があるが、やはり利害調整がしやすい場合と難しい場合が存在する。また、個別の自治体内部における住民に対するサービス・レベルの度合いが自治体間で異なる場合も多く、自治体立病院の統合や再編を考

慮する場合、サービスの質とアクセスへの公平性が常に課題になる⁶⁶。医療は基礎的な対住民サービスの一つでもあり、合併する市町村間で地域や住民の利害が衝突しやすい事業になる。かかる理由により、合併を先行させ、現状維持のまま問題を先送りにし、自治体立病院の経営や運営の詳細はおって議論するという考えをとることもある。この場合、自治体は合併し、一体化しながらも、自治体傘下の地方公営企業たる自治体立病院はバラバラという結果になり、後刻大きな問題に発展しかねない側面がある。

図 5.2: 自治体合併の二つの類型



5.2.2 自治体間財政負担のあり方と選択肢：

自治体合併は、合併により行財政基盤を一体化し、強化することがその本来目的になる。これにより自治体の担う事務・事業も当然一体化される。一方、異なった自治体が一部事務組合等の特別地方公共団体を構成した上で広域的な自治体立病院の再編を担う場合には、個別事業における自治体間の経営統合を意味し、当該事業の運営に係わる財政費用分担のあり方(費用と責任の分担)は協議の上、一部事務組合を構成する規約においてこれを取り決め、負担を分担する。この分担を自治体間で不公平感が生まれない形でどう決めることができるかは、かかる連携・協力を実現する上で重要になってくる⁶⁷。

これには下記の様な考え方・選択肢が存在する。

人口数割：

⁶⁶ 国民皆保険制度の下で、医療サービスの提供は等しく国民になされる以上、身近な地点で公的な医療サービスが提供されるということは、住民にとり安心感と安全感をもたらすことになり、その存在そのものに価値が生まれるということになる。

⁶⁷ 事実、一部事務組合等を構成する場合には、財政負担協議が最大の鍵になり、その合意形成にはもっとも時間を必要とする手続きとなる。

直近の国勢調査に基づく各自治体の人口割り(即ち、潜在的受益者数)で負担率を求める考え方である(もっとも、人口構成で老齢化が進んでいる自治体とそうでない自治体では、病院の受益者総数は異なりうることもあり、これだけでは公平な分担基準とはならないこともある)。

標準財政規模割:

直近の標準財政規模(財政的負担能力)に基づき負担率を求める考え方になる(上記、人口割も長期的に見た場合にはベース自体が変りうる可能性はゼロではないが、現状を所与の前提として、かつ将来を見据えて、負担のあり方を考える手法になる)。

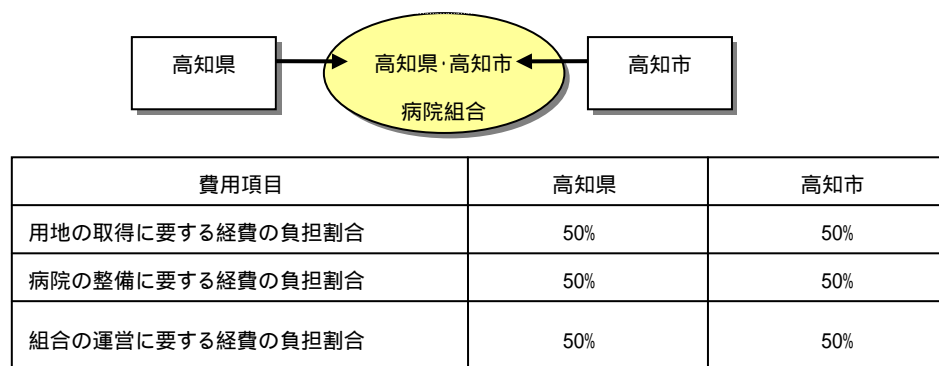
上記 と の組み合わせ:

一定率を人口数比、一定率を標準財政規模にし、どちらか一方の判断基準である場合生じる歪みを是正するために一定比率(例えば 50/50 など)で両方を考慮し、負担のあり方をできる限り均一化し、バランスをとる考え方になる。

平等割:

人口、財政規模等に拘わらず、関連しうる自治体間で全ての費用を平等分担割する考え方になる。単純で運用はしやすいが、財政規模の小さい自治体にとり、負担感が強くでてしまうことになる。但し、負担のあり方としては分かりやすいこと、実際の資金運用などに関しても、運営等実務上は平易になることがその特徴になる。下記図 5.3 はこの平等割の事例である。

図 5.3: 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター(財政負担の構図)の事例(単純平等割)



(既存のバラバラの二病院を統合して新たな新設病院を設立するために事務組合を構成したもので全ての費用負担は均等・平等割りで単純明快なケースになる)


地域別負担差別化：

例えば、各地域に存在するサテライト医療施設と中核的基幹施設等、何処に如何なる施設が設置されているか(ロケーション)に配慮し、自治体毎に自治体負担を按分し、運営費負担を決める考え方になる。この考えを上記に述べた考え方と組み合わせることになる。複雑化するが中核的基幹医療施設は巨額の投資を必要とし、サテライト施設等と大きく異なる。この場合、例えば財政力のある都道府県等の広域自治体が中核的基幹施設の施設整備を大きな比率で負担し、より地域に密接したサテライト施設は市町村がより大きな負担率で整備するなどの考え方になる。何処に設置し、誰がどのように施設整備費を分担するかが課題となるわけである。

施設・運営費分担差別化：

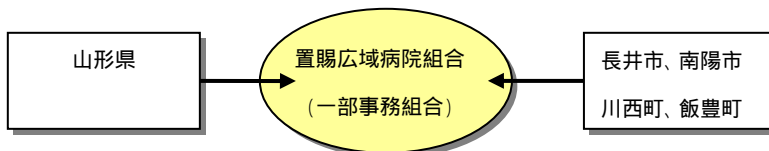
施設整備費分担と運営費分担の考えを分け、例えば前者に関しては財政規模の大きい自治体が多く分担し、運営費は平等割りするなどの考え方になる。この考えを上記と組み合わせるなどの考え方もある。

施設整備費は新たな施設整備を前提とする場合、その総額を予め捕捉できるが、新たな枠組みの実施後、運営費に関し、どの程度の一般会計からの繰り入れが必要となるかは、将来の医業収支次第でもあり、合理的な推定しかできない。この為、場合によっては一般会計からの各年の繰出しが一部自治体にとっては大きな負担になってしまうこともある。また複雑な分担のあり方になると、運営上柔軟性に欠けてしまうこともある(例えば施設整備費分担と運営費分担を担う自治体の負担が異なる場合、将来の施設更新等の場合で新たな資金需要が生じる場合、内部で揉めることもありうる⁶⁸)。

下記図 5.4 は上記、 を組み合わせた複雑な場合の事例となる。

⁶⁸ かかる場合には、例え全体の運営に関し、一部事務組合が構成されていても、PFI手法を採用し、施設整備を考慮する場合には、契約自体を分割せざるを得ない可能性が高い。全体を一括してPFIの対象とするためには、平等割の如く、負担が均一化され、負担額の全てが一部事務組合にプール化される形でなければうまく機能しない可能性がある。

図 5.4: 置賜広域病院組合(財政負担の構図)～置賜広域病院組合規約～の事例(複雑なケース)



| 施設整備経費負担割合 | 県 | 関係市町 |
|------------------------------------|------|------|
| 基幹病院(救命センターを除く)、サテライト医療施設のうち精神病床施設 | 80% | 20% |
| 基幹病院のうち救命救急センター | 100% | - |
| サテライト医療施設(精神病床施設を除く) | - | 100% |

(関係市町の負担金は60%を直近の国勢調査に基づく人口割、40%を前年度の標準財政規模割。但し

サテライト医療施設の建設整備費は当該施設の所在する市町にて全額を負担)

| 管理・運営費分担割合 | 県 | 関係市町 |
|----------------------|------|------|
| 組合運営費分担割合 | 50% | 50% |
| 基幹病院(救命センターを除く)管理運営費 | 45% | 55% |
| 救命センター管理運営費 | 100% | - |
| サテライト施設管理運営費 | - | 100% |

5.2.3 医療施設の再編成・統合 PFI を実現するに際しての課題：

公的医療サービスは都市部外の地域においては、代替要素の無い、地域住民にとっての必須なサービスであることも多く、施設の統廃合や一部施設の廃院、あるいは機能や役割の変化などは地域住民の反発を招きやすい。また場合によっては感情的な反対運動すらおきかねない。かかる理由により、公的医療施設の広域再編・統合化の最大の課題は地域住民の理解を得て、地域社会における合意形成を如何に実現できるかにある。医療のサービスの質と医療へのアクセスにつき不公平感や不満がでない形で如何に地域社会を納得させられるかが鍵になるといっても過言ではない。

一般的に下記要因等が一定地域における合意形成や広域再編・統合化を実現するための障害となる。

住民・職員等による不安・不満：

一定地域内にアクセスが容易な公的医療施設が無くなる(廃院)、あるいは身近な公的医療

施設の機能が変化したり、低下することに対する住民の不安・不満が反対運動に繋がる。あるいは既存の医療施設の機能を限定し、新たに別の場所に中核基幹病院を新築する場合、アクセス、利便性等が悪化することからその立地に対する不満なども起こりえよう。内部的には、職員や組合等による処遇変更や、現状を変えることに対する反発・不満もありうる。

地域間のギャップや不均衡(アンバランス)に対する不満・不公平感:

一般的に受益と負担に対する自治体間の不均衡(アンバランス)が不公平感や不満を醸成する。各地域において得られる医療サービスの質と医療施設へのアクセスに関し、地域間にギャップがある場合、不公平感や不満に繋がる。例えば合併の場合、一部自治体による先行投資や対住民への近未来の病院施設に係わる投資コミットがあり、全体を考えずに当該地域を優先したとするならば、地域間におけるサービス提供のあり方がいびつになるケースなどになる。合併ではない場合でも、中核的基幹医療施設が立地する地域とサテライト施設が立地する地域間において、不公平感が生まれることはありうる。

合意形成の為にリーダー・シップの欠如:

医療施設の再編や統廃合は地域における利害関係者(住民、議会、医療関係者、職員、組合など)との調整が不可欠になる。誰もがイニシアチブを取らない、あるいは取りたくない自治体の組み合わせの場合には、かかる利害関係の調整が進まないことがある。この為には、住民に対して地域医療の現状と将来を正確にかつ解りやすく提示し、理解を得て、合意形成を実現する強力なリーダー・シップがあることが好ましいが、これが欠如する場合関係者の利害を調整しつつ再編・統合を推進するのは困難になる。

民間との新しい協働、新しい手法に対する不安:

医療提供のあり方そのものの再編成に際し、PFI手法を併用する場合には、PFI手法そのものに対する認識不足や、民間主体との協働により公的医療サービスが提供されることに対する潜在的な不安が、上記に伴い利害関係者の間で生じる可能性がある。これも上記と同様に、正確な情報が提供されないことから生じる誤解の一つになる。

一方、下記要素が存在する場合、上記の合意形成に係わる課題を克服できることがある。

即ち:

医療の質向上・機能充実化に対する住民のニーズの高さ:

例えば一定地域内において緊急医療や高度医療体制を提供できうる体制にない場合、既存の施設を集約・統合化しても、かかる高度な医療施設を近隣地域にもちたいとする住民の強い期待がある場合、再編・統合化を実現する大きな支援要素になると共に、住民合意が得やすくなる。

医療サービスの質とアクセスに関するできうる限りの公平性と平等性の確保：

各地域毎に提供される医療サービスの質の公平性を担保すると共に、医療施設に対する住民アクセスをできる限り公平に保持しつつ、住民の多様なニーズに最適費用で応える配慮が有効になる。地域住民にとり、不公平感を感じない配慮、あるいは負担の平準化を図ることが効果的な手法ともなる。例えば情報化に伴う遠隔医療システム等が導入することが可能となれば、専門的な医師へのアクセス度が高まり、何処にいても、高い質の医療を受けられるようになり、アクセス問題は大きく改善できることになる。尚、医療の質の充実とは何かをまず住民が正確に理解することも合意取得のためには極めて重要な前提になる。

地域の現状と将来に関する住民へのしっかりとした情報公開と住民自身の理解と納得：

地域住民自身が感情論ではなく、現状のまま放置した場合、地域の医療提供体制がどうなるかという現実と将来の姿を正確に理解することが全ての前提であり、この為の情報公開と対住民への説明が十分になされることが必要となる。これが問題解決への糸口ともなる。PFI手法や民間主体との協働に関しても同様であり、情報公開により正しい理解を利害関係者が得ることが問題の解決に繋がる。

実現への強い政治的・行政的指導力(リーダー・シップ)の必要性：

現状を変えるという強い意思と全体を引っ張っていく、強力な改革への政治的・行政的なリーダー・シップが無い限り、中々議論は進まない。地域医療全体を変えるという強い政治的なトップの意思が実現への大きなステップになる。例えば、都道府県などのより広域の財政力のある主体が医療計画の中で一定のイニシアチブをとりながら、地域医療の広域的再編を試みている事例があるが、かかるリーダー・シップも有効な考え方になる。

5.3 PFI 実践のための課題等：

自治体立病院の広域的な再編成・統合を実現するための制度的考えと PFI 手法を実践する制度的考えは二つの全く異なった制度になる。個別の制度や考えには様々な課題はあるが、この二つを併用して採用する場合、新たに制度上の障害となりうる事象が生まれることは想定できにくい。一方、現実の広域的な再編成・統合に関しては下記の如き制度的な課題が存在すると共に、実務的に PFI 手法を採用する場合においても、下記に記載したような潜在的課題はありうる。また、個別地方公共団体の事情如何によっては、契約の内容や実体に選択肢が多く、場合によってはこれらが複雑化し、利害関係者が複雑に絡み合うことなどが主要な課題になる。

5.3.1 再編成・統合に係わる制度的課題：

一部課題に関しては、下記記載の如く、解決されつつある課題があるか、あるいは一定の柔軟な対応が認められている。

病院機能再編を実現し、促進するための既存の補助制度の整理：

新たな政策医療を目的とする病院機能再編を伴う施設整備等に際し、既存の補助金制度を活用することは勿論可能であると推定される。一方、例えば、過去、国庫補助金で建設した病院施設を機能転換する場合には、財産処分上の制約があり、必ずしも自由な措置をすることはできない。本来、個別の資産の状況に応じて、財産処分のより柔軟な対応措置が存在することが多様な選択肢を可能にすることになるので、更なる対応が求められる。

地方債にて建設した病院施設の機能転換に際しての地方債の繰上償還の免除：

既存の医療施設の病床数や診療機能を変更して、地域全体の医療施設の機能転換を考慮する場合には、過去地方債にて建設した施設の前提を変えることになり、理論的には一括償還が求められてしまうことになる。尚平成 16 年 1 月に厚生労働省は医政局指導課長名で、自治体病院などの公的病院が病床過剰地域であっても再編後の病床の合計数が再編前に比べて減少すれば、医療計画の定める基準病床数を超えて再編統合を行えるという通知を発出している。

自治体病院の機能再編の結果、病院から診療所に機能を転換した場合の地方交付税算定に係わる特例措置：

所定の医療施設は基準財政需要にカウントされ、従前地方交付税算定の対象であったものが、例えば広域的な機能変更により、その機能が限定されるような状態になった場合に、交付税措置はどうかという問題になる。この課題に関しては、総務省は自治体立病院に対して再編・統合で病床削減が行われた場合でも 5 年程度は交付税を削減しないことや、再編・統合によって不要になった病棟の取り壊しなどにかかる費用の一部補填などを行うことを認めることになっている。

機能再編に伴う様々な対応のあり方：

例えば自治体立病院機能再編を円滑に進行するために、機能再編に伴い新たに開設する際の医師数に関して規制緩和措置を考慮する、あるいは保健福祉事業との一体的なサービスの提供に寄与するための情報ネットワーク構築にあたっては、診療報酬上の評価を与えることでかかる考えを促す、などの政策的配慮が望まれる。

一部事務組合の与信に係わる市場からの懸念：

尚、必ずしも制度的課題とはいいいがたいが、地方公共団体が組成する一部事務組合等の特別地方公共団体に関し、実際の PFI 入札案件において、民間事業者並びに融資金融機関より、与信上の観点から懸念が表明されたことがある。一部事務組合等は個別の議会、執行機関、財産を保持し、かつ条例・規則の制定権を有する特別地方公共団体でもあり、構成自治体間の規約に基づき設立され、その財政負担は規約に決められた割合に基づき構成団体が担うことになる。法的・制度的にはこの原則が守られると想定することはできる。当面の施設整備や運営等に関しては大きな問題が生じることは考えられにくい。問題の本質は、財政力の異なる自治体間による事業履行の為の財政負担抛出の枠組みは、将来もし、財政力の弱い自治体が応分の負担を担うことができなくなった場合、規約に基づく負担を履行できないリスクがあるのではないかということに尽きる。現状の一部事務組合等の組成に係わる規約は、問題が生じた場合の対処の仕方を規定しているわけではなく、曖昧であることが市場において、懸念を生み出している原因ともなっている(もし、かかる事態が生じた場合、構成員たる自治体の誰かが抛出分担金をカバーする仕組みを予め規約において定めておくことにより、市場の懸念は払拭しうる。もし、抛出分担金が無いとすれば、事業そのものを継続することができないため、ありえない可能性といえないこともないが、現状の曖昧な慣行を維持することに対する反発は強い)。

5.3.2 再編成・統合と PFI を同時平行的に実践する場合の実務的課題：

実務的には下記課題などが存在するが、より現実的には未だ実践の経験が少ないために、対

応のあり方の検討が未熟という事情もある。この意味では、今後実践の過程において、克服できる実務的課題も多い。また実践のあり方の標準化を進めることにより、ベスト・プラクティスに係わる知識を共有することが、多様な主体による広範囲な実践を可能にする。

費用負担の平準化や個別地域の事情等により、複数施設を同一タイミングではなく、段階的に整備・改築等を実行する場合の課題：

この場合、一定の施設整備の実施プログラムを予め定め、段階的に実現するコミットを契約的に取り決めることになる。但し、かかる場合の合理的な対価設定のあり方をどうするか、予め対価を定めることが得策か否かに関しては様々な考え方もあり、単純ではない(将来における価格増リスクをどちらが負担するか、またその場合の価格の多寡はどうなるかという選択肢になる。予め将来の費用を取り決めれば、予算管理上は楽になるが、リスクがコストに移転されるため、当然高くなってしまふ。リスクを公的主体がとれば、民間にはリスクが無くなるが、リスクは民間に移転せず、将来費用高を負担せざるを得ないかもしれないということになる)。

実際の再編された枠組みに費用負担の関係から複数自治体が関与する場合の課題：

対象相手が合併した一つの自治体であったり、一部事務組合として独自の地方公共団体を構成する場合には、単一公的主体が契約者となり、問題は起こり得ないが、例えば運営業務は一部事務組合で共同に分担しあうことを原則にしつつも、施設整備費分担は一部事務組合ではなく、個別の自治体がその改築等を担うという取り決めもありうる(例えば分院、サテライト施設となる医療施設は従来の自治体が、一部事務組合とは関係なく、施設整備費負担を行うという様なケースになる)。かかる場合、複数施設の整備自体に複数の自治体が関与することになり、実質的には統合化してPFI化するメリットの一部は減殺されることもある。

異なった自治体のあり方に伴う課題：

一部事務組合の場合には、その組成と実現に時間がかかる。一旦、特別地方公共団体として規約のもとに構成された場合、単一目的をもった行政組織である以上、施設整備もPFIの取り組みも対応は早いと共に、実行段階での問題は少ないと想定される。一方、合併自治体の場合には、行財政的には一体化した組織となる以上、事業実施の一元化や意思決定は本来的には早くなる。もっとも、まず合併自治体ありきで、個別事業となる自治体内の病院施設の再編・統合は基本的な考え方は決めても詳細を後回しにすることも多く、実際に施設整備や再編をする際に、合意形成や多様な実務的な課題が後刻生じてくる可能性が高い。この結果、場合によってはかえって実現に時間がかかることもある。

複数施設における同時医療支援サービス提供にかかわる課題：

複数施設における医療関連支援サービスをPFI事業者に委ねることを前提とする場合、統一した要求水準書に依拠しながらも、個別の施設毎の状況や特殊性を加味した配慮が必要になることもある。一般的にマンパワーや費用のかかる業務などではできる限り一定施設、例えば中核的基幹施設、に集約し、処理することが、効率化を促進し、全体費用は安くなる。複数医療施設間で如何なる業務をどう振り分けるかに関しては、診療行為を支援する業務の業務量や効率性にも配慮しながら、全体の枠組みや役割分担を決めていく工夫が必要となる。また、地理的に分散した施設において民間事業者により共通の支援サービスが提供される場合、主体となる基幹病院施設と共に、分室・サテライト・診療所などにおける支援業務の質を如何に維持し、かつこれをモニターしながら、どのように効果的に管理するかに関しては、官民共々工夫が必要となる。

地理的に離れた複数施設を対象とする PFI の効果的な契約義務履行モニターに係わる課題：

IT装備やネットワーク化により、効率的な一体的経営・運営は期待できるが、サービスの提供そのものは異なった地点で提供されることが想定される。この場合、対価との関係で一部の施設の一部サービスに係わる債務不履行事由は対価支払いの規律や契約全体に如何なる影響をもつべく、権利義務関係を定義するかなど、従来のPFI契約では想定されなかった規律を定義せざるを得なくなる。規律の設定を個別施設毎に括るか、あるいは全体として中核的基幹施設を中心としながらも全てを包括的に括るなどの異なった考え方がありうる。状況次第では(必ずしも好ましいとはいえないが)、(契約主体が複数となる)複数契約、あるいは一つの契約を細分化し、ロットを構成させながら一つの契約とする、あるいは施設の段階的実現を前提とするなど多様な契約形態や考え方も想定される。合理的か否か、本当に効率化を期待できるか否かは個別の案件の事情にもより、一概には判断できない。

現状想定できうる課題等は実際のプロジェクトを実施することにより解決策や解決の手順を見出していくというパス・ファインディング(path finding)⁶⁹の考え方をとることにより、何をどのように検討することができるかを把握できる。具体の案件を実践しながら、実務的な問題解決の道筋を明らかにしていくことは極めて重要になる。

⁶⁹ まず先導的なプロジェクトを実施し、思考錯誤の中で、解決の道筋(パス)を見出し、その手順等を明らかにし、次のプロジェクトの実践を組織的にかつ実現しやすいようにするというアプローチを意味する。