琉球大学学術リポジトリ

政策過程における専門情報の強度　～公立病院改革を題材に～

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学法文学部 公開日: 2008-12-05 キーワード (Ja): 政策情報, 政策過程, 政策共同体, 公立病院改革, 医療政策 キーワード (En): 作成者: 宗前, 清貞, Somae, Kiyosada メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/8447

政策過程における専門情報の強度
～公立病院改革を題材に～

宗　前　清　貞
（法文学部助教授）

Inside Rule Breakers: Examining Policy Information Strength through Prefecture-run Hospital System Reforms Literature

SOMAE Kiyosada
PSIR, University of the Ryukyus

要旨

記述的な政策決定過程においては、アクター分析を中心とした権力論アプローチが主流であったが、本稿では、権力の源泉となっている政策情報の「重み」に着目して決定要因の分析を試みた。

具体的には公立（県営）病院の改革に取り組んだ二例を素材に、どのような条件でどのように異なった決定が出るのかを再現する。県営病院の配置は自治体によって大きく異なり一定のパターンが存在しないために、自治体の決定の自律性は相対的に高い。病院運営主体の課題設定は、（狭義の）財政・医療経済・医療供給・（広義の）社会保障・地域間格差などの複雑な論点が混在しているために、その政策決定過程は本質的にダイナミックなものとならざるをえない。そうした複雑な論点を所有しながらも一定の結論を導き出す以上、決定過程を通じて基盤となる論点（を規定する要因）が存在する。

従来、政策過程における情報は「情報の非対称性」として与件と考えられて

きた。本稿では、その論点の抽出を行うことで、政策情報の偏在がなぜ生じるのか、また政策情報の強度はどの程度変化を説明しうるのかについて分析を試みている。

キーワード

政策情報、政策過程、政策共同体、公立病院改革、医療政策

Abstract

We sometimes find a policy arena which requires less outsiders' participation for smooth discussion in a professional way. Such policy arena is called Policy Community which has very tight policy structure against strangers. Researchers frequently refer to medical policy making process as a good example for the academic term. If it is always so and therefore the structure may be such stable, neither big change nor reform would be occurred in the policy area. We have already known the fact that changes happen under certain circumstances. This article tries to clarify who can break an existing stream, when and how. Before examining two cases carried out in two different prefectures, we will see theoretical analysis about the relation between information asymmetry and agenda setting function. Comparing with OKINAWA counterpart, FUKUOKA case of hospital system reform will be focused on to understand that a "Revolutionary" inside professional world plays a great role for breaking through. To conclude, influence strength of policy information can be a critical factor to change medical policy trend by evaluating function of the insider with outsider-like behavior and philosophy through politics over a controversial issue.

目　次

1　研究の方向性

1-1　先行研究の位置づけ

1-1-1　社会政策の視座

1-1-2　社会保険を争点とする政治分析

1-1-3　医療システム分析

1-2　政策情報とアクター

1-3　病院コントロールにおける地方政府の自律性

2　公営企業としての公立病院

2-1　公営企業のフレームワーク

2-2　病院経営の全般的状況

2-3　公立病院の経営圧迫要因

2-3-1　経営比較

2-3-2　スター院長の誕生

3　県立病院改革の二つの事例研究

3-1　福岡県審議会の立ち上げ

3-2　審議内容の分析（定性的分析、二人の専門家の活躍）

3-3　信念の政治

3-4　沖縄県での病院改革

3-4-1　沖縄医療概観

3-4-2　県立病院における類似例の不在

3-4-3　審議会の立ち上げとその推移（定性的分析）

3-5　小括

4　結論

1 研究の方向性

本稿[1]は、二つの県で実施された県立病院システムの改革過程を比較分析することで、この政策領域における政策情報にはどのような特性があるのかを明らかにしようと試みる。公立病院はどの自治体においても経営状況の悪化に苦しんでおり、特に本稿で取り上げる福岡と沖縄の場合、それぞれ違った原因ではあるが財務状況の悪化に対する処置が急務となっていた。これはどの自治体病院においても共通した課題であったが、同時に公立医療システムを「切り捨てる」ことはまさに「病人の布団をはぐ」ことと同義であると考えられており、病院の廃止を射程に入れた議論はなかなか起きてこなかった。それ以上に、病院システムの配置としてどのような状況が望ましいのか、ということについてはきわめてプロフェッショナルな知識を要するので、この政策領域はR.A.W.ローズの言う政策共同体とみなされ、部外者の参入は困難であった。福岡県はわが国で初めて、県が経営する病院すべてについて直営を止めるというドラスチックな結論に達した。仮に医療政策環境が政策共同体であって、しかもその主役たる医師たちが政策領域の拡張と供給の拡大を図る点で一致しているならば、このような決定は下せないはずである。本稿では、一般にタイトなアクター構造を持つ政策領域においてトレンドが変化する際のひとつの要因を明らかにするために執筆された。

1-1 先行研究の位置づけ

それでは病院の配置を含めて、医療をめぐる政策過程についてこれまでどのように論じられてきたかを概観してみよう。社会福祉政策に関する政治学の成

[1] この研究は2003年9月に京都大学で実施された関西行政学研究会での報告をもとにしている。席上、参会の諸氏よりきわめて有益な助言と批判をいただいたが、特に待鳥聡史（京都大学）の示唆には強く影響を受けた。特に記して感謝する。

果とは裏腹に、医療そのものを扱った政治学的研究はほとんどない[2]。医療を対象にした研究は、公衆衛生学・病院管理学といった社会医学系の範囲で医学内在的に行われるか、医療経済学のように医療サービスをめぐる（コスト負担を含めた）資源配分の考察として行われることが多い。それぞれは、あるべき医療のありようを探る規範的性質を持ち、医療に関する公的意思決定がどのようになされているのか、という点については強い関心を持たない。

そこで、福祉国家における医療という観点から、第一に社会政策論は医療をどのようにとらえているか、次に医療保険をめぐる政策過程はどのように描写されているか、最後に日本の医療システムの特質を政策的観点から扱う分析はどのようなものかについて順に触れていくことにしよう。

1-1-1　社会政策の視座

福祉国家の機能について、社会構造の観点からその理論的基礎を提供するのは社会政策論である。学問的には経済学の一分科とされ、特にわが国においては方法論的マルクス主義の影響を受けた大河内一男によってその発展が図られた。大河内は、個別資本の総和とは異なる「総資本」という概念を提供し、資本主義生産様式を維持する＝労資関係を維持するには、生産の資源としての労働力は適切に保全されなければならないと分析した。この場合、国家が概念上の「総資本」を代弁して労働者に対して福利厚生をはかることになる。これが

---

[2] この事情に対してはいくつかの原因が考えられる。第一に、日本の医療供給体制は長い間欧米諸国と比較して遅れており、したがって供給（量）の向上が叫ばれることはあっても、抑制が問題になることはなかった。1971年に始まる国立大学医学部新設（いわゆる一県一医大制度）などはその典型であり、また人口当たり病床数や医師数などの指標が上昇することは、歓迎されるべきこととされていた。医大入学者の定員抑制や診療抑制などの問題が生じるのは1980年代に入ってからである。第二に、医療政策は旧厚生省において医系技官局長部署（健康政策局、保健医療局、生活衛生局）によって担当されてきたが、技官系部局で立案される政策は国民生活に対する影響が（年金や保険のように）政治的対立として生じるようなものではないために、しばしば政治学者の分析対象となりにくかった。

社会政策を必要とするロジックであるが、武川正吾（東京大学）は社会政策学を批判的に検討する中で[3]、社会政策学者にとっての社会政策とは「資本主義経済によって普段に生み出される労働問題（あるいは労働力問題）を解決するための資本主義国家の施策[4]」にとどまるものではないことを主張した。現代社会における社会保障は、本質的性格・費用の面ですでに労働問題の枠を超えている。確かに（かつては貧しかった労働者も含めて）全国民に一定レベル以上の医療サービスを提供することを含め、社会保険は労働政策の一環として始まった。しかし国民皆保険制度が適用され介護保険も適用されると、受益層は労働者とは異質な小規模事業主や農民を含む。これを大河内流に総資本の利益の観点から説明することは相当な無理を伴う。まして、医療サービスにおける地域間格差を是正しようと公的病院という医療サービスを提供していることは労資関係からは説明できない[5]。

その後、オイルショックを契機として先進国において「福祉国家の危機」が指摘されるようになって以後、社会政策学は徐々に対象を広げる努力を続けているが、そうした努力は「間歇的であり、全体からみれば例外的」であって、学問的関心の中枢は依然として労働政策を社会政策学の中心におくものであった[6]。

1-1-2 社会保険を争点とする政治分析

前節で述べたように社会政策学が社会福祉の分析にそれほど熱心でないとし

---

[3] 武川正吾、『福祉政策の中の現代』、1999、東大出版会。特に１章「労働経済から社会政策へ」のうち 21-26頁。
[4] 武川、前掲書、５頁。
[5] 筆者が引用している部分は、武川が1985年に発表した論文が初出である。しかし引用書の「あとがき」にもあるようにこの挑戦的な論文に対する社会政策学プロパーからの反応は当時まったくなかったという。この点で、当時の社会政策学が労働経済の範疇を超えつつある社会福祉に対して有効な学術的基盤を創設できなかったことが窺える。武川、前掲書、328頁。
[6] 武川、前掲書、285-292頁。

て、それではその他の学術分野は果たして社会福祉にどのようなかかわりをしているのだろうか。この点で政治学者たちの社会福祉に対する関心は、ほぼ年金問題に集約されている。ひとつはその財務規模が単年度支出で見ても積立総額レベルで見ても、あるいは他に所得の途がない老年期に給付される特質から考えても、多数の国民が有する社会保障に対しての中核的争点は年金問題にならざるを得ないからであろう。こうした状況で、武智秀之（中央大学）が医療保険をめぐる政策過程についての分析を行っている[7]。彼は政策環境がアクター関係をどのように規定するのかという関心から、老人保険制度導入をめぐる対立の過程を描いている。

1961年の国民健康保険制度成立によって国民皆保険制度が実現した時点より、医療保険は福祉行政における非常に重要な柱となった。当時の日本の医療環境は劣悪で、たとえば周産期死亡率は1958年には43.9パーミルであり、現在の5パーミル前後の推移とは比較にならない。またゼロ歳時平均余命においても58年の67歳前後から現在の80歳前後と、圧倒的な格差が存在していた。人口十万あたり病床数、病院数、医師数などデモグラフィックなデータのいずれも、この40年間に劇的な伸びを見せてきたのである。つまり、厚生行政における医療政策の目的は、第一に質量ともに向上させることであった。一方で医療のように供給が需要を生む領域で経済成長による受診可能性が高まるおそれを考えれば、早晩医療コストは適度にコントロールされなければならない。しかし1960年代より始まる革新自治体ブームや与野党伯仲状況といった政治的変数は、福祉充実イデオロギーを後押しすることはあっても医療経済イデオロギーに好意的ではありえなかった。

にもかかわらず、厚生省内部においては医療経済派官僚の一群が次第に中枢をなし、福祉充実イデオロギーの主要なアクターたる左派の退潮や、悪徳医師

---

[7] 武智秀之、「医療保険―政策変容と政治過程―」、行政管理研究センター『政策研究のフロンティアⅡ　日本の公共政策』、1989、行政管理研究センター、58-94頁。

バッシングに見られる医師会の影響力低下もあって、徐々に政策環境が受診抑制へと変化する。武智は「高度成長が［福祉充実イデオロギー］のような多元的な政治過程の機能しうる環境を提供していただけに、低成長とそれに続く臨調行革は政治過程のパターンを一変させ…『福祉ブーム』…のツケともいうべき財政危機に対して野党は十分対応することができなかった」と述べる[8]。結果として、「政策決定権力は厚生省・大蔵省・自民党厚生族のトライアングルの手に集中化され[9]」たのである。

医療サービスのほとんどが健康保険制度によって提供されている今日、保険制度の変更は医療にとって最も重要な経済的環境を変容させるので、間接的には医療システムをコントロールしていることにはなる。ただし、武智の上述に要約した観察はあくまでも医療保険制度に働くイデオロギー（を代弁するアクター）関係を分析したものであって、いわば総額を抑制する動機に支えられたシステム変更が実施された過程を描いているのだが、一方でそうした制約の内部で医療サービスの最善を尽くす、ということなしに厚生省の存在理由はなくなってしまう。したがって、どのような医療システム（特に分業）を具現化するのか、という点についての立案は事務系官僚の有する知識ではなく、医系技官やその周縁を取り巻くプロフェッショナルたちの助力なしには実現できない。国全体の医療支出を丸めて（総額キャップ）しまうほどの徹底的な医療支出削減を行うならともかく、その後の国民医療支出の伸びを見れば医療サービスの供給は適度に続けられ、しかもそれが新たな医療需要を生み保険財政を圧迫するという循環は続いていたのである。かくして医療政策の理解のためにはまさにどのような医療システムを構築してきたのか、という問いを抜きにしては解明ができないことが理解できる。

---

[8] 武智、前掲書、90頁。
[9] 前傾書同頁。

1-1-3　医療システム分析

医療そのものを取り扱った分析でもっとも包括的なものは、池上直己とJ.C.キャンベルである[10]。池上とキャンベルが編者となった実証的集合研究の成果は1997年に発表され[11]、続いてより一般的な日本の医療制度紹介を企図した書籍が発表された[12]。本書の主要な関心は、1980年代になって医療費の抑制に日本が成功した理由の探求である。彼らの目から見て、日本の医療システムは質量ともに比較的に優れており、と同時に医療コストの抑制も十分に効いている。日本の医療政策を特徴付けるものは絶妙に配合された「バランス」であり、それは医療のような領域に直接市場原理を導入するよりも適合的だと述べている[13]。

日本の医療政策過程におけるアクターは旧・厚生省と日本医師会（以下、「日医」）の両者にほぼ限られている。両者は特に故・武見太郎執行部期において（1950～副会長、57～82会長）は激しく対立し、「保険医総辞退」などのゼネストを威嚇手段として厚生省に対抗するなど日医側の強い交渉力が目立った。そのため日医は史上最強の利益団体であるとか武見のボス支配といったネガティブなイメージで見られることも多かった。もともと西洋とは違った医学の発展を遂げたわが国においては、病院中心の医療ではなく診療所中心の自由開業制にもとづく医療供給が行われ、また大規模病院（の各診療科）の多くは大学医学部の講座・教室（いわゆる「医局」）の系列にあった[14]。つまり、大学を中心

---

[10] 池上・キャンベル、『日本の医療―統制とバランス感覚―』、1996、中公新書。著者のうち池上は医師出身であり慶應義塾大学総合政策学部教授の経験を持つ。現在、同大学医学部教授。

[11] Campbell et Ikebami eds., *Containing Health Care Costs in Japan*, 1997, U. Michigan Pr..

[12] Campbell et Ikebami, *The Art of Balance in Health Policy : Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, 1998, Cambridge UP.

[13] 池上・キャンベル、前掲書、「はじめに」ⅰ-ⅳ頁、および「おわりに」233頁には明確に記載されている。

[14] 病院の位置づけを中心とした医療史についての理解は以下の書籍を参照。ミシェル・フーコー（神谷美恵子・訳）、『臨床医学の誕生』、2000、みすず書房、および、中川米造、『素顔の医者―曲がり角の医療を考える』、1993、講談社現代新書。

とした病院システムと開業医を前提とした医療供給システムが混在し、さらには個人が設立した医療法人病院もあるので診療機能の分業体制厳密に成立してはいなかった。病床の過半を占める法人病院経営者は開業医の延長線上に自己規定を行い、一方で大学間または医局間のライバル意識は強かったために医療供給側の団結は専ら日医に独占されていた。戦後の医療改革は当初、医療サービスを遍くいきわたらせることに力点が置かれていたために、医師の過半が保険医制度を受け入れなければこの政策目標は達成されない。こうした政策環境に加えてわが国の国民所得が着実に上昇していたために、医療政策においては供給サイド有利の力学が働いていたのであった。

日本の高度な医療環境を支えてきたのは国民皆保険制度である。日本の医療保険は概ね三種類に区別できる（組合健保または共済／政府管掌健保／国保）が、その区分は被保険者の職業によって確定し、保険選択の余地はない。被保険者の所得差があるために保険内容と組合財政に大きな差があることは問題とされ、日医は健保一元化を主張してきたが、池上とキャンベルは総じて日本の医療保険は平等であり、医療制度においては長らく「公平性」の概念が「自由＝医療経済」の原則よりも優先されてきたことがその一因だと述べる[15]。ただし、公平性の実現は、組合間財政調整と国保負担減少の方向で実施された[16]ために国庫負担が大きくなり、やがて訪れる医療費抑制（および負担増）の導火線となった。

自由医療システムを採用する社会では、どの保険に入るのかが極めて重要で

---

[15] 池上・キャンベル、前掲書、第三章を参照。

[16] 特に1973年度予算編成に際して田中内閣が野党の要求を丸呑みするかのように提出した総合福祉対策は「福祉元年」の始まりであるといわれつつ、その給付の手厚さに「合法的国民買収」と呼ばれるものであった。岩手県沢内村に始まる乳幼児・老人医療費の無料化は、予防医学（保健行政）の徹底と表裏一体であったために医療コスト高騰を防いでいたが、国民的システムとなると費用便益の関係が曖昧となるのでモラルハザードが発生しやすい。田中が先例として意識したのは革新知事として医療費の無料化を推進した美濃部亮吉の東京都政であったが、両者の福祉政策は後に「バラマキ福祉」として厳しく断罪される。

あるが[17]、池上・キャンベルによれば、①診療報酬（基準）の一元化②報酬改定方式の確立③保険と支出の緊密なリンク（＝保険以外の医業収入はない）④財政（大蔵省・保険者）の優位⑤財政状況の近似、の五条件が成立しているために、総額としてのわが国の医療費は適度に抑制されつつ、先述したように保険選択の自由がないためもあって各保険者による保険内容には大きな差がない、つまり医療サービスの受益者全体に不利益が生じないようになっている[18]。

こうした医療と財政のバランスを取るシステムは概ね1980年代に成立しているが、その主たる要因は歳出抑制を基盤とする行政改革であり、ゼロ／マイナスシーリングは福祉分野にも適用された。診療報酬はマクロ経済の伸び、すなわち個人所得の伸びの枠内で設定され、国家の歳入が直接税に大きく依存していることと保険料が収入の一定比率に設定されていることから、要するに保険財政はその時々の経済状況から受ける直接的影響が大きいのである。仮に他の財やサービスと同様に、市場が支払える購買力の範囲内で市場の規模が決定され、商品はその範囲内で仕様が決定されるのであれば常に「身の丈」にあった医療サービスが提供され続けることになる。その際、商品開発に際して徹底したコスト削減が行われるか技術の進歩によってコストパフォーマンスが常にバランスされるのであれば問題は生じないが、医療サービスに必要とされるコストは供給によって決定される側面がある。池上・キャンベルが指摘するように、現代の医療は専門化が進み、多くの若い医師は開業医としてではなく大規模病院の勤務医として存在する[19]。現代の医療の多く、少なくとも高額な医療の多く

[17] たとえばアメリカでは医療保険指定病院で受診すると、①給付内容②診療水準の両者ともに保険料に見合ったものとなる。悲惨な事例としては以下を参照。ドロシー・キャンシラ（中野次郎・訳）、『HMOに娘は殺された―米国最大の健康保険維持機構』、2003、集英社。同書によればカリフォルニア州では医療過誤の賠償請求上限額が25万ドルに制限されているために、個別病院において「医療経済的配慮」が極度に働くと、助けるために多額のコストを使用するよりも死なせて25万ドルを支払ったほうが安く上がる場合がある、と示唆されている。

[18] 池上・キャンベル、前掲書、127-128頁。

[19] 池上・キャンベル、前掲書、60頁。また　濱田和孝「勤務医の現状と将来」（沖縄県医師会勤務医部会発足記念講演、97年３月29日）、http://www.okinawa.med.or.jp/old/kaihou/k9706/genjou.htm、【2004/10/31】

は大規模病床病院を経由して消費され、病院は増えているのである。となると、池上・キャンベルが医療費抑制の要因として指摘したように中央集権的な中医協による報酬決定が、異論を挟まず隅々まで浸透するといった政策過程を期待することはできない。施療の多くは依然として自由開業医制度によって維持されているクリニックで提供され、医療の質と費用の双方をバランスさせようと試みるならば、いわゆる病診連携と呼ばれる医療上のマクロシステムを構築しなければならない。しかし開業医や中規模以下の病院など個人経営者の多くが「医療経済上合理的なシステム」に直ちに従うことは、自らの経営基盤と独立性を失うことを意味する。

そう考えると医療経済イデオロギーを医療システムに埋め込むには、単に保険制度をめぐる政治過程を描写し、分析するだけでは不充分なのである。

これまでの医療をめぐる争点において、主体のありように関する議論はほとんど行われないか、行われたとしても国民的議論として争点に浮かび上がってこなかった。それでは医療主体の分業を含む政策過程が今後登場するとなると、どのような事柄に着目しなければならないであろうか。ひとつは医療のあり方をめぐる議論に際して、実態認識に関する情報の偏在が生じることである。もうひとつは非都市部において高度医療の担い手は多くの場合公立病院であるが、設置主体である地方政府がどの程度国の方針に「従順」足りうるか、ということである。次節以降では両者を検討する。

1-2 政策情報とアクター

ある決定を下す際に、十分な情報を有した上で主体がその決定を下しているか否か、あるいは下したか否かがその後の帰結にどのような影響を与えるか、という問題は常に社会科学における重要な争点であった。商品取引をめぐる情報の偏在はしばしば情報の非対称性として論じられてきた。「市場の失敗／欠陥」

の一因として語られ、また、現代市場における独占・寡占者の悪徳が消費者に対して与える損害（からいかにしてこのような欠陥を是正するか）という厚生経済学の論点とは別に、近年この情報の非対称性について、アカロフ、スペンス、スティグリッツの三名が新たな接近を試みた[20]。彼らはこの問題分析に関する功績を認められて2001年度ノーベル経済学賞を受賞した。ちなみにアカロフらが言う「レモン」とは、米語スラングから連想される欠陥中古車を直ちに意味するのではなく、外見から中身の良否を判定できない状況を指している。買い手が欠陥品をつかんだ場合、その商品市場全体に対して不信感を持つので市場が縮小していくはずである。スペンスは情報をシグナルと認識し、公正な第三者などによる裏づけを持って、提供されている商品情報を保証することが市場を機能させる上で重要であると述べた。

一方、政治学の分野においてはアジェンダセッティングの分析を通じてアクター環境を規制する要因をヘクロやキングダンが論じているが[21][22]、特にキングダンは、利益集団や学者が議論の中で選択肢を提供する／しないこと通じて意思決定過程に強い影響力を行使している様子を描いた[23]。

事後的政策分析の機会である政策評価に関して、ワイス[24]は評価者にとっての専門知識の重要性を論じている。政策の決定・実施過程に関する（あるいは概ねどのような政策領域でも指摘しうるような）メタ知識の重要性と並んで、個別プログラムにおける諸データを理解することなしには評価者は有効な評価に到達できないと述べている[25]。

---

[20] 特にアカロフ、『ある理論経済学者のお話の本』、1995、ハーベスト社。第２章。
[21] Heclo, 'Issue Network and the Executive Establishment,' in King, ed., *The New American Political System*, AEI, 1978.
[22] Kingdon, *Agendas, Alternatives, and Public Policies (second edition)*, 1995, Addison Wesley
[23] ibid, especially pp.67-70.
[24] Weiss, *Evaluation (second edition)*, 1998, Printice-Hall.
[25] Weiss, ibid, Ch.3. See also pp. 321-323 in Ch. 14. ワイスはこの部分で評価者がプログラムそれ自体を適切に理解でき（従って実践者に適切な疑問をぶつけ）なくてはならないことを一般論として主張するが、プログラム理解に必要案知識と専門性に関しての記述は明示していない。

都市政治学者のストーンは「先買的権力preemptive power」概念を発展させたレジーム概念を用いて、アトランタにおける人種協調の政治過程を描き、参加民主主義の有効性を示そうと試みた[26]。しかしアトランタにおける複数人種にまたがるレジームの形成は、そうしなければ財界の利益も大きく損なわれてしまうからこそ成立したものであって、しかもレジーム形成に必要なものは知識ではなく融和――すなわち感情――の問題であった。したがって、レジームを形成した後の地域経済戦略を誰が構築するのか、あるいはそうした戦略の構築に当たって専門性がどの程度重視されるか、といったことには特に答えていない。そうであれば結局のところ、開発をめぐる政治過程でマイノリティには「YES」という権利とその見返りに一定の福祉と雇用のベネフィットが与えられはするものの、彼ら自身が高度な専門性を獲得しない限り制度設計者としてレジームに参加する機会は与えられないことになる。

ここで再び不完全情報に関する分析に戻ろう。スティグリッツが言うように、「情報が不完全であるからレモン・カーの問題が起きる。しかし情報が不完全であるからこそ業者は存在する[27]」のであり、情報に関する完全性を社会生活の中で求めることはできない。市場を含めた情報交換の過程において、ある種の財やサービスが社会的に不可欠である（従って『レモン』であっても購入を避けられない）場合、サービス／財の供給者が①良心に基づいて正確な情報を提供している（＝『レモン』ではない）②予見できない不良が発生したときは買い手への補償が行われる（＝『レモン』は事後的に解消される）③不良が発生しても致命的な欠陥にならないフェイル・セイフが成立している（＝『レモン』は耐えられないほど酸っぱくない）、という期待が存在していると考えられる。先に社会生活において情報の完全性を期待できないと述べたのは、こうした情報の入手コストが高くなるからであって、スペンスが述べたシグナリングは、

[26] Stone, *Regime Politics*, 1989, UP. Kansas. See pp.242ff. for his analysis and implication of preemptive power.
[27] Stiglitz, *Principles of Microeconomics*, 1993, Norton. pp.500f.

情報入手コストの低廉化と市場の信頼の両者を獲得して初めて市場が有効に機能することを明らかにしているのだが、医療のように、サービスとしてはありふれているにもかかわらずサービスの良否が決定的な影響を持ちかねないものについては、シグナリングは社会的安心といった観点からも正当化されることになる。

ただし、プロフェッショナルな情報は外部者によって評価しうるのか、あるいは評価しうる外部者は本当に「外」部者なのかという点は改めて検討されなければならない。この点について、再びキングダンの言説を手がかりに考察すれば、彼は政策共同体を想起させる記述の中で、政策決定の流れにおいて選択肢を準備するには共同体に所属している専門家たちの見えないhidden影響力が重要であると述べる[28]。専門家が有する知識expertiseはそれ自体が政策決定における権力資源であるからだ。プロフェッショナルな知識は外部者による検証が極めて困難であって、しかも保健医療政策のような領域においてはプロフェッショナルな集団と政策共同体の参加者は重なっている。したがって、専門家集団が一定の合意を以ってある医療上の知見を有するにいたったときには、市民はそれに対して合理的な反証を行うことがほとんどできない[29]。

専門家が提示する合意に対して対抗しうる条件は、専門家集団と政策共同体からの自律性ということになる。自律的な対抗者は、専門家ないし同等程度の専門性を有していると認められていることがその言説にさらなる説得力を与える。また、政策過程のアクターネットワークは、政策決定に対して与える影響という視点から考えると「構造」といえるほど強固なものではない。専門家集団がその時々において社会的にどのような位置づけをなされているかによっても規定される。したがって、彼らがかかわる政策領域における特定の争点につ

[28] Kingdon, op.cit., p.200.
[29] なお、ここで述べている「合意」や「反証」は、どちらかが正しくどちらかが間違っているという含意を持たない。先にあげたアカロフらの「レモン」と同様に、情報の正邪について確定的な判断を部外者が行えない、という趣旨である。

いて、意見対立の存在があったり少なくともその争点について専門的な合意に達していなかったりする場合には、専門家集団総体としての影響力は弱くなることが予測される。むしろ、専門的な知見とは別の政策規定要因、たとえば財務的制約の力と専門家集団内部における特定の知見が共闘可能である場合、専門性のエンドースメントを得た劇的改革が思いもかけずに達成されることはありうるのである。

1-3 病院コントロールにおける地方政府の自律性

医療政策の展開においては、既に述べたように供給それ自体が政策意図の実現を規定する要因となっている。特に都市圏を除く地域においては公立病院が地域の二次医療を支えているので、個々の地域に対する公衆衛生状態を配慮しながら全国的な公立病院改革を行おうとすれば、地域ごとの健康状態に関する詳細なデータが必要となる。それ以上に、受診選択は個人的な選好によってなされる行為であるが、患者による受診選好形成は歴史的経緯なども影響を与えている。したがって、たとえば病院マッピングを行って純機能的に医療機能を切り分けてから地域の患者に新しい医療システム（病院別受診体系）を提供しようと試みても、個々の病院に対する信頼感は急に変化しないために政策デザインどおりの成果が得られるとは限らない。また個々の病院は地方政府が策定したそのような医療システムに従う義務もないし、策定者は従わせる単独の強制力がない。市中医療機関（法人病院や個人診療所）は専門職であると同時に中小企業家としての側面も持っており、地方政府の言い分に従うか否か、特に開設者の異なる公立病院との分業体制を受け入れるかどうかは、その地域における歴史や医療環境に規定されるといっても過言ではない[30]。

秋月謙吾は関西空港の建設過程の分析において、システムの変化が大きければ大きいほど当該地方政府にとっては政策変化の「一回性」が高くなり、した

がって思い切った実現手段を打つことができるのに比して、所管官庁においては標準的な行政手法を確立・展開したい＝例外規定を求めたくないために防衛的になってしまうことを指摘した[31]。また、ある政策の推進力を生むのは住民からの委任（マンデート）であるという仮説を彼は支持するのだが[32]、厳密に言うと秋月は、住民からのマンデートが規定要因であると同時に、マンデートを政策過程に転化し得る状況か否かがゲームの（政治的）性格を規定すると述べている。関西空港の建設過程においては、公式の権力資源に劣るはずの地方政府が強い影響力を行使し続けたが、地方政府にとって見えにくいマンデートを適切に処理したことが、正統性を保持しつつ相対的に高い戦術選択のフリーハンドを維持できたと解釈できよう。秋月は正統性の付与とフリーハンドの実現はトレード・オフの関係にあると想定しているが、彼の結論からは政策過程の進展における時間の概念を読み取ることができるので、本来相互排他的である両要素は時間差によって両立可能となることが理解できる。

このことを病院コントロールに適用してみよう。中央政府の関係部門（総務省、財務省、厚生労働省）は公立病院の経営を安定させ、医療費に代表される固定的な支出を極力抑制しつつ、国民の医療環境は高いレベルで保持したいと考えている。公立病院は公営企業会計を全部または一部（財務ルール）適用されるために、運営への監督は総務省が行う。一方、わが国の医療経済は主として公営の医療保険を通じて成り立っているために、診療報酬の決定は医療経営に対して決定的な重要性を持っているが、公的医療支出の規模を査定するのは

---

[30] たとえば澤野孝一朗（名古屋市立大学経済学研究科）らによる沖縄県内中山間地住民の受診選択（病院と診療所の選択）研究は、住民が主として地理的要因によって受診機関を選択していることを明らかにした。診療科目や設備に関する確率関数の値も十分に大きいので政策的受診誘導は無意味でないが、患者は医療機関を選択するに際していわゆる医療情報を基盤に決定しているわけではないことがうかがえる。高橋、小川、澤野、有泉、「沖縄県本島北部３村に居住する住民の受療行動に関する調査研究《第２報：医療機関選択の決定要因分析》」、『沖縄県公衆衛生学会誌』 33（2002）号、1-7頁。

[31] 秋月謙吾、「非ルーチン型政策と政府間関係（五・完）」、『法学論叢』124巻２号、1988。8-10頁。

[32] 秋月、前掲論文、12-13頁。

財務専門家である財務省である。医療政策の構造において、もっとも重要な役割を果たすアクターたちはしかし、医療に関する専門家を組織内にも組織外（たとえば審議会などを通じたインフォーマルなつながり）にも有していない。両者にある専門的知識は財務運営上の知識である。次章で述べるように公立病院の医業支出は人件費率が高いのであるが、これは国家公務員の俸給表に準じた給与設定がされているので、高すぎる逸脱事例を統制するような事例を除いて根本的な打開策を提示することはできない。さらには離島やへき地のような「政策医療」の中核的対応を切断することはできないし、あるいは医療供給状況から逆算して公立病院の配置状況について指導を行うこともほとんど期待できない。むしろ、総病床管理や診療報酬のコントロールといった直接的手段を持つ厚生労働省の対応を与件としているのである。

各自治体はこうした制約条件の中で各地域における地域性をもとに公立病院の開設を行う。いかなる病院を有するかは各地域における医師と医療施設の配置状況によって変化するために、そのパターンは一様でない。したがって、指導を担当する中央省庁はたとえば県全体にとって望ましい医療機関配置とはどのようなものかを類似例を用いて指導することが難しい[33]。各自治体は逆に、人件費や建設費などの乗り越えるべき状況さえ処理すれば、域内における医療政策の主導権を握ることも可能となる。

まとめれば、マクロ医療経済的要因である医療保険に関する決定は存在するし、個々の病院に対するミクロな指導も可能であるのだが、病院の配置を含め

---

[33] このことは一方で、個別の地方政府が低廉なイノベーションコストによって医療政策を策定することができないことも意味している。伊藤修一郎（群馬大学）は景観条例の波及過程を分析する中で、模倣による政策形成コストの低廉化に着目している。模倣あるいは政策波及は、財政的自律性を担保しつつ一定の行政水準を達成するためにシステム上不可欠な要因である。しかし病院配置について標準的な類型がない、言い換えれば「お手本」がない以上、戦略からオペレーションまでを自前で考えなければならない。地方政府には病院経営の専門職がいないため、この点で専門家である医師集団の影響力行使が相対的に高まる可能性を示唆する。政策波及については、伊藤修一郎『自治体政策過程の動態―政策イノベーションと波及』、2002、慶應義塾大学出版会、特に3章を参照。

た県域の医療政策に関するメゾレベルの決定は（県レベルの）地方政府が相対的に高い自律性をもって行えるのである。

2　公営企業としての公立病院

公立病院は、公立であることと病院であることの二重の制約要因によってその存在が規定されている。本章では公立病院を取り巻く環境について概略を述べることにしよう。

2-1　公営企業のフレームワーク

公立病院は上水道や交通などと同様に地方公営企業法に規定された企業として扱われる。地方公営企業制度は独立採算を旨とし、たとえ市場性がない財・サービス供給であってもできうる限り経済性を高めるために、企業と同じ財務フレームワークで、なおかつ一般の行政システムとは異なった機動的な公営企業運営を可能となるように設計されている[34]。

表2．1　一般会計が負担すべき経費（繰出し基準）

1		病院建設改良費	10		高度医療経費
2		へき地医療確保経費	11		保健行政経費
3		結核病院経費	12		経営基盤強化経費
4		精神病院経費		12.1	不採算地区病院経費
5		リハビリ医療経費		12.2	医療職研究経費
6		周産期医療経費		12.3	経営研修経費
7		附属看護婦養成所経費		12.4	保健医療福祉共同研修経費
8		救急医療経費		12.5	経営健全化対策費
	8.1	救急告示病院経費		12.6	共済追加費用経費
	8.2	災害拠点病院経費		12.7	広域連携経費
9		附属診療所経費	13		財政再建経費
			14		基礎年金経費

[34] 地方公営企業の概要と独立採算制の分析については、大坂健、『地方公営企業の財政改革』、1990、東京市政調査会。特に第1章と第2章。

しかしながら公営企業が企業性を発揮するように求められている法の趣旨（地方公営企業法８条、９条）を組織運営に活用している事例はほとんどない。たとえばその職員人事においては、企業活動に必要な特殊技術・技能を持つものを除くと経営幹部たる管理職層は一般知事部局との人事ローテーションに組み込まれている。また、人件費管理については後述するように全く独自に構成された給与表を持つものはなく、行政職に準じた給与表設計がなされている。多くの公立病院は財務規則のみの適用（いわゆる「一部適用」）なので公営企業管理者は置かれておらず、存在する場合（いわゆる「全部適用＝全適」）でもその任命は専門性を理由とした人事ではなかった。

公営企業は独立採算ではあるが、は料金収入によっては回収し得ない費用は一般会計から繰り出し金として受け取ることができる（法17条の２）。ただし、経営努力を行わずに損金が出た場合には補助金で穴埋めされえぬよう、繰り出し基準が設定されている。では公立病院における繰り出し基準はどのようなものだろう。

繰り出し基準は総務省（旧自治省）が策定・通知し、その基準に基づいて所要額の一部は交付税措置を受ける。もしも基準に反した繰り出し金を支出すれば、交付税上のペナルティを覚悟しなければならない。表2.1には繰り出し基準の概要を掲載したが、これらの基準は定性的要件であり算定式が用意されているわけではない。従って、病院事業に伴ういわゆる「政策医療経費」は極めて曖昧なものにならざるを得ず、補填を受けられるであろうという自治体／病院側の期待と、財政調整歳出のバランスを取りたい総務省側に大きなギャップが存在する。定義において定性的ではあるが定量的にコントロール可能な費用として、僻地であるがゆえのコスト増（たとえばへき地勤務手当てなどの人件費や出張旅費）や病院償返済金の一部などに繰り出し金が支出されているが、病院側のイメージする「政策医療コスト」は僻地であるがゆえの医師給与の高騰分[35]、医療マーケットの規模に比例しない大規模病院維持費用（たとえばやむを

得ざる空床やMRIなどの高度医療機器[36]）などを含む。従って、「本来必要」な政策医療コストの半額しか交付税では措置されない、という供給者側の感覚が生じるし、実際に地方公営企業制度における繰出し基準は「従来から地方自治体で行われていた繰入あるいは容認されていた繰入のなかから、国の施策を推進するかぎりにおいて追認された[37]」のであって、必要額を補填するよりは財務規律を保持するための制度的担保の側面が強いのであった。

ただし、実際に政策医療コストに相当する費用を確定することは困難である。政策医療という用語自体が同義反復的な要素を有しており、事実表2.1に掲げた繰出し基準12.1「不採算地区経営補助」などは（実際に不採算地区は存在するとしても）個別病院のモラル・ハザードを招く可能性がある。池上・キャンベルも公立病院の典型像として「バランスの悪い賃金体系、経営意欲の欠如[38]」が挙げられている。結局のところ、真に必要なコストが定量的に把握できない以上、総額と配分額は「地方財政計画」という相対的かつインクリメンタルな財務フレーム[39]に依存せざるをえない。

2-2　病院経営の全般的状況

2001年度の全国公私病院連盟調査によれば、わが国の全病院のうち66.1％が赤字経営であり、私立病院に限っても33.9％が赤字である。2002年診療報酬改

---

[35] 一般に医師の給与は都心部ほど安く、へき地になればなるほど高騰する。医師は技能独占を認められた専門職であって、労働流動性が極めて高いため、医師の給与については（労働経済）理論的にも実際にも医療供給における与件となっている。

[36] たとえば地理的要因によって独立した二次医療圏となっている地区の中核的病院では、そこである程度の水準の検査・治療が完結しなければならないため、人口比・病床比からみて過大な設備投資が必要となる。

[37] 大坂、前掲書、33頁。

[38] 池上・キャンベル、前掲書、68-70頁。

[39] ここでいう相対性とは、地方交付税交付金に占める他の費用とのバランスによって相互他律的に決定されることを意味する。また客観的な費用測定ができない以上、金額・シェア・伸び率などは対前年度ゼロベースを基準に策定せざるを得ない、という趣旨でインクリメンタルな決定と述べた。

定においては報酬本体が史上初めて減額された。小泉政権下における歳出抑制が厳しく執行されていることを考えれば病院経営環境は著しく悪化していると推測できる[40]。赤字は歴史的（構造的）な要因と経営的な要因から成立しているが、ひとつは病院が経費として回収しなければならない資本費用について、診療報酬は支払わないことである。1-1-3で述べたように、わが国の医療は診療所を前提として成立しており、支払いは医師（の技術）への報酬であると考えられている。しかし病床数300を越えるような病院の場合、医師・看護職以外のコ・メディカルやパラメディカルの人件費、あるいは装置・建物などの出費および減価償却費などの運営コストが発生するため、現在の診療報酬構造ではどうしても賄いにくい状況がある[41]。経営的な要因としては、医療機能分担の明確化に伴って中小大規模病床病院は診療報酬が低くなったので販売不振（売り上げ減）となる点が挙げられる[42]。そもそも病院は2003年８月を期限として療養型病床と急性期病床に区分届出を求められていたが、急性期病院は看護基準や患者平均在院日数などに厳しい制限が課せられており、いわば「進むも地獄、引くも地獄」といった環境にあった。チェーン病院などではレセプト処理や資材購入の共同化を行い固定的経費の低減に成功しているが、ホスピタルフィーの支払いが十分でない現行の報酬体系においては病院経営の圧迫が不断に押し寄せているといえるだろう。

このような経営環境を背景に考えれば、公立病院のあり方については厳しい視線が寄せられることになる。たとえば前田由美子（日医総研研究員）は、補助金依存体質・高コスト体質・市中病院との競合など公立病院の経営状況を批

---

[40] 西村周三編集代表、『医療経営白書（2003年）』、2003、日本医療企画。特に第一章、工藤高「診療報酬マイナス改定と病医院業界」、同書15-31頁。

[41] 池上・キャンベル、前掲書、45-53頁。および工藤、前傾論文、31頁。

[42] 小病棟病院ではマンツーマンのリハビリなどはできずに集団療法などで対応していたが、2002年改定より集団療法の請求は回数に上限がおかれた。また、6:1基準の廃止によって病状の比較的安定した慢性期患者を抱えて少数の看護職で病棟を管理することはできなくなった。これは介護と医療の分離、さらには病院（急性期入院）とはかかりつけ医（慢性・外来）の分離という国の方針でもある。

判している[43]。

前田は特に市中病院との競合が国民経済上も許容されないことを指摘する。経営マトリックスによれば、市場規模が同じ条件下では公立病院経営の非効率が発生するためにBよりもDまたはAよりもCで補助金投下額が増える。特にD地域においては市中病院においてへき地・救急・災害機能が処理されているために二次医療機関としての公立病院の存在意義はないにもかかわらず補助金投下によって経営を成り立たせるのはイコール・フッティングの観点から問題であるとしている。

表2.2　経営マトリックス
（前田、2003、22頁　図表3-1-4より）

	少ない←　対人口10万病床数（市場）→多い	
多い ↑ 公立病院 病床シェア ↓ 少ない	B 自治体普及型 補助金平均5.4億円	A 自治体牽引型 補助金平均4.0億円
	D 民間普及型 補助金平均10.6億円	C 民間主導型 補助金平均5.9億円

2-3　公立病院の経営圧迫要因

病院経営全般が厳しい状態にあることが前節で理解できたが、公立病院と市中病院の経営比較を行った場合、両者にはどのような特徴があるのだろうか。

2-3-1　経営比較

公立病院は第一に設備投資が過大であるとされる。前田によれば医業収入に対する減価償却費比率は、県立で8.0、市町村率で6.4を占めており、社会保険

[43] 前田由美子、「市民のお金で建つ病院」、『日医総研ワーキングペーパー No. 86』、2003年8月

関係病院の3.0や市中病院の3.7を大きく上回っていることは、経営状態と関係なく定期的に一定の設備更新がなされていると推測されている。第二に公立病院の人件費率が高い。個別に見ても、たとえば看護職賃金の平均月額（賞与含む）は在職35年をピークとしてそれまでは屑上がりに上昇しており、在職10年以内の月額40万円は在職35年で70万円超となっている[4]。診療報酬における看護料は経験の差を反映しないので、こうした賃金格差は報酬体系適合的ではない。

公立病院の多くは地方公営企業法の財務規定適用（一部適用）にとどまる事例が多かったが、それでは病院事業全体を統括するものが不在である。また、各病院の長は医師であることがほとんどだが、医師は必ずしも経営者として優れているとは限らないし、また個別の医師・看護師・その他医療職・事務職のそれぞれが持つ所属意識が異なっているために病院経営の主体がどこにあるのか不明瞭になることが多かった。そこで、90年代後期より各公立病院は法の全適に移行し、病院事業管理者に経営手腕の優れたものを置くことで公立病院事業の建て直しを図ろうとする動きが目立ち始めた。47都道府県のうち、法成立後の昭和30年代にすでに全適となっていた事例は岩手、新潟、愛媛、高知の四県に過ぎず、それら自治体は概ね多くの公立病院を抱える地域（前田の分類によれば自治体牽引型と自治体普及型の混合）であった。ところが、95年に鳥取県（２病院）が全適に移行すると、99年に三重（４病院）、2000年に宮城（４病院）、2002年に埼玉（４病院）、静岡（４病院中１病院のみ分離適用）、兵庫（13病院）2003年に山形（５病院）、群馬（４病院）と続いており、2003年現在では福島（９病院）、茨城（３病院）、千葉（７病院）、長崎（３病院）で移行日程が確定したほか、ほとんどの県で全適を検討予定としている。

この背後には、優れた経営手腕を持つ管理者・院長がいくつかの公立病院事業において見せた経営再建の成功例が影響していた。

---

[4] 前田、前傾論文、15-16頁、および22頁。

2-3-2　スター院長の誕生

1980年10月に鹿児島県徳之島の五つ子が生まれたとき、分娩先の鹿児島市立病院ではひとりの小児科医が稀有な事例の周産期治療チームに加わっていた。この小児科医は武弘道であり、40歳で九大医学部小児科講師より学外に転じ、1993年には56歳で市立病院院長および事業管理者に就いた。資材の共同購入や診療開始時間の繰上げなどによってコスト減と受診者数増を同時に達成し、鹿児島市立病院事業を八年連続で黒字に導いた手腕を買われた武は、2000年に全適化を控えた埼玉県に移籍し、病院事業初代管理者に就任した[45]。武が就任した翌年には同事業は黒字化し、世論の注目を受けた[46]。香川県坂出市立病院長の塩谷泰一郎もスター院長チームの一員とみなされている。塩谷が92年に院長職に就いたのは43歳のときで、その経営状態は全国の自治体病院でも最低レベルにあった。就任二年目から黒字化に成功し以後黒字である。また県と市が病院統合した事例として有名となっている高知医療センター（高知県・高知市病院組合[47]）理事長の瀬戸山元一も、37歳で舞鶴市民病院長に就いた後、島根県立中央病院長としての世界初の病院統合情報システムを作り上げた。こうした実績をもとに新しい職に招かれて就いているのであるが、スター院長たちに共通しているのは、実績を基に評価を高めてきたということであり、同時に市中病院出身ではない点である。公立病院はいわゆる「民間手法」を導入すれば即座に解決するといったものではなく、ある部分においてはコストを節約しつつ別の動機づけによって抑圧的な職場環境を作らないようにしていると思われる。医療

---

[45] 埼玉新聞、2004年７月24日。

[46] 日本経済新聞、2003年８月５日、社説。同紙によれば、武の採用した改革手法は、診療時間延長、県立小児医療センターの24時間化、資材共同購入、外部委託の見直しによる競争性向上、全職員とのコミュニケーション徹底（メールマガジンの発行）、成果主義人事制度、看護師の副院長登用などである。

[47] 高知県立中央病院と高知市立市民病院を統合した一部事務組合で、現在は両病院を運営する設置者となっている。2005年に高知医療センターが開院したのちは両院は閉鎖し機能が引き継がれる。

経営環境が最も厳しい診療科である小児科出身の武がコスト削減に成功していることはたいへん示唆的である。また、公立病院の経営に成功したことが「スター」になるということは、公立病院の経営転換がいかに困難であり、同時にそれをなしうる人材がそれほど多くないことを意味している。

1-1-3でも述べたように、わが国の医療は開業医を前提としたシステムになっており、巨大システムとしての大規模病床病院において体系的な経営（資源配分）を行う配慮が働く制度的誘引はない。したがって、やがて院長となる医師たちは病院経営に関する体系的知識を公式に習得することは期待されておらず、院長職の適性はもっぱら個人的な資質に頼らざるを得なかった。そもそも公立病院の多くは非都市部にあって、医師の確保・定着ないしは高度機材の調達といった要求こそが病院にとって主要な課題であった。また一般に病院の事務部門は低い地位に置かれているが、公立病院事務職員は地方公務員としてのローテーション人事上、病院に勤務しているに過ぎない[48]ために病院へのロイヤルティはさらに偉くなる。

スター院長の共通特性として、彼らは「地域オンリーワン病院」に勤務した経験を持ち、ヘッドハントされた先も似たような条件の病院システムを持つところであった点が挙げられる。先述した三名の勤務病院はそれぞれの地域における中心的な病院だったから潜在的医療市場はあったと推察される。したがってそれらの病院は構造的に医業収支が赤字化しているというよりは経営努力の放棄によって劣悪な財務状況に置かれていた。事実、前節で述べた公立病院の人件費削減という困難な争点に着手して経営再建に成功したケースはないし、埼玉県立・舞鶴市民・高知組合のいずれの病院も市中病院と競合するおそれがなかった。

スター院長が注目を浴びつつあるというのは、病院事業において医療経済の

[48] 中井浩一、『徹底検証 大学法人化』、2004、中公新書ラクレ、130-132頁。ここでは国立大学（附属病院）の事務方と医師の対立が述べられているが、本質において病院経営の事務と医療の対立と変わるところはない。

力学が強く働いていることの傍証ではある。同時に日経社説が想定する「有能なリーダーによる病院改革」モデルが日本の医療を根底から改革する手段として機能するには留保条件が存在する（たとえば経営者の遍在、人件費のコントロール、診療報酬体系の構造改革）ことが理解できる。

それでは具体的な病院改革に着手したケースでは、以上に述べたような課題をどのように処理しているのであろうか。次章では福岡県と沖縄県の病院改革に関する議論を概観し、医療供給の構造転換においていかなる制約が働いているのかを明らかにしよう。

3　県立病院改革の二つの事例研究

本章では福岡県と沖縄県の県立病院改革過程について事例分析を行う。両者を選定した理由は次のとおりである。福岡県は、わが国の公立病院としてはじめて、県有５病院すべてについて直営を廃した極めて劇的な改革を決定した。一方で、選択肢からは2-3-2で述べた有能な管理者による全適という選択肢を排除している。こうした変化がどうして生じたのか、一種の逸脱事例として取り扱う。次に沖縄県は筆者が改革検討委員会に参加していたため参与観察が可能であったということが大きな理由である。しかし同時に、沖縄県の病院システムは復帰前の25年間に、経済的・地理的に不遇な状況の中で独自の発展を遂げたシステムであった。このシステムにおいて改革を意図する場合、どのような抵抗が働きどのような抵抗が働かないかを明らかにすることは、へき地を抱える大多数の公立病院システムにとって示唆的であると考えたからである。

3-1 福岡県審議会の立ち上げ

福岡県知事・麻生渡は通商産業省出身で、特許庁長官を経て1995年に知事に当選した。その後二回の選挙を勝ち抜き、現在三期目の任期を務めている。福岡県において病院改革の審議が開始されたのは二期目（99-03）の中間年である2001年５月であった。2003年11月の最終会議まで16回の委員会、38回の分科会会議（うち21回が県立病院関係会議）を開催し、三次にわたる答申を行った。

行政改革に関する審議会はどの都道府県でも設置されており、また病院のあり方にかかわる審議会も珍しいわけではないが、①行政改革審議会の中に病院改革が主要なテーマとして位置づけられている②両者の委員構成はアンバランスである、という二点でこの審議は例外的なものであった。

審議会（以下「親委員会」）はまず、導入部となる二回の会議を開催したあと、「組織・システム改革小委員会（以下、組織小委）」と「県立病院改革小委員会（以下、病院小委）」の二つに分かれ、それぞれ17回、21回の審議を経て親委員会である審議会より答申を知事に諮問している。委員は15名（加えて小委員会所属の専門委員が２名）で、組織小委が12名、病院小委が５名であった。組織小委の構成メンバーは、学識者６・財界３・市長会および町村長会２・労働１のシェアで出席率は69％であるのに対し、病院小委は医師会長、元県立病院長、九大医学部教授二名、経営コンサルタント一名で、専門知識を有するものばかりで構成され、出張視察を除けば93％以上の出席率で審議に臨んでいた。

審議会は通常、学識者や利害関係者のバランスを取りつつ概ね事務局側の選好に沿った結論が出るように形成される。組織小委の委員構成は特に他の県と比較して（住民代表に相当する委員がいないことを除けば）出色なものはない。しかし親委員会委員に医療関係者五名を指名していること自体、県当局がそれなりに強い決意で病院改革に当たることを示しているし、また病院改革の影響を受ける地域代表や労働代表を入れずに専門家だけで構成したことは、小委お

よびそれに続く親委員会での答申がもっぱら専門的な見地からのみ構成される狙いがあったと見てもよい。特に信友浩一・九大教授を委員に選び、議論を主導する小委員長に就けたことは、この小委が相当劇的な結論を出すことを容認した、あるいはそうした結論を期待したものであった。

3-2　審議内容の分析[49]

病院小委は一年間に21回の会合を開催したが、これは概ね三週間に一回の頻度であり、このほかにも親委員会への出席があるために、委員たちへの負担はかなり大きなものだった。議事は要旨のみ公開とされ、個別委員の発言は分からないが、小委員長の発言は特定できるためにここでは他の４委員と小委員長の信友の間にある相互関係に着目して議事を分析してみよう。

(1) 争点の形成

福岡県の五病院は、精神科を担当する大宰府病院（県立として戦前発足、300床）、一般病床を持つ遠賀病院（結核療養所として発足、300床・稼動250床）、嘉穂病院（結核療養所として発足、250床）、柳川病院（戦後設立、210床）、消化器センター朝倉病院（元陸軍病院、150床）であり、いずれも福岡市、北九州市、久留米市などの都市圏以外に位置しているが、それは多くが結核病院として出発しているからであった。当初は経営データ、受診データなどをもとにフリートーキングで始まった小委は、二週間にわたる五病院からのヒアリングを経て、第三回で争点が設定されていった。

ヒアリングの過程では大宰府病院を除く一般四院に対して、主に経営データからどのような取り組みが行われているのかが問われていた。ヒアリング

[49] 本章では、福岡県庁ホームページにおける「戦略21行政改革」に掲載された議事録をもとに分析を行った。URLは http://www.pref.fukuoka.jp/wbase.nsf/d8a493f71bf3f38049256c2100232243/e8891f0c37a210c049256c600045f7aa?OpenDocument である（2004/10/31）。

の中心は収支や来院患者数、在院日数などの一般的なデータのやりとり（およびその背後にある実態の説明）に終始しつつ、数字の意味を即座に把握できる委員が多いために相当厳しいヒアリングになっていた。中にはコストカッターたちが来た、とばかりに委員に対して強い拒否的反応を示した例もあった。第三回会議では委員長が中心となって次の四点が確認された。①各病院ともローカルな機能しか有していない②経営にビジョンもリーダーシップもない③大宰府病院については人的資源の配置や人件費に問題が集中している④地域医療（クリニックや他病院）との連携も取れていない。

この背後には、第五回小委で提示される公立病院のあるべき姿六条件のいずれも満足させていないのが県立病院の現況である、という示唆がある。ちなみにこの六条件とは①基幹病院②地域中核病院③へき地医療④特殊医療⑤研修機能⑥救急である。福岡の場合、三次医療は大学病院などが担っており、また各二次医療圏における中核病院も必ずしも公立病院の独占的機能というわけではなかった。また五病院が位置するのはへき地とは言えない地域であり、また大宰府を除くと高度先進医療ないしは医療機能特化も達成していない、いわばウリのない病院であった。さらに病床規模が中途半端なために研修機能も十分に果たしておらず、輪番制の救急機能を担う以外に積極的な救急（たとえば常時救急や小児救急など）を実施するという状況でもなかった。

委員たちは、そうした状況の病院に公金を投入することは、支出根拠の明確化（accountability）の観点から見て全く正当化できないと考え、むしろ県立病院受診シェアが低い以上、そのお金は別の形で公的医療支援に消費したほうが有益だったかもしれない、という主張までなされていた。

第四回において議論の焦点は各病院の機能と経営である、という設定が委員長よりなされているが、これは公的病院のあり方を論じる際にはごく標準的な論点であった。とはいえ厚生省が病院機能の分化を推進している医療トレンドから考えるならば、長期的には機能と経営は課題の両輪であって、特

筆すべき機能を持たない病院を維持し続けることはありえないという認識は委員間に共通していた。また、県の財政状況を考えたときに、直接投資を増額して経営基盤を強化するという選択肢は事実上採れないものだという暗黙の合意もあった。したがって、機能に関する議論は、直ちに経営に関する議論へと移っていき第四回後半、第五回、第六回とかなり長い時間をかけた。

そこで出された問題認識は次のようなものである。第一に、現在の県立病院は自治体病院としての期待水準に達していないし、今後取り組みを変えることで到達する見込みもほとんどない。第二に、公立でなければ担えない医療とは何で、その際公務員でなければ担えない医療とは何か、というミッションが明確でない、ということであった。委員長の信友は、この後再三、「パブリックなものはガバメンタルと同義でない」と主張し、公務員型医療を否定する方向で議論を進めていった。

そうした主張を正当化する状況として、県立病院医業収支における人件費率の高さがあった。太宰府病院ではなんと150％に上っており、医業収入の1.5倍が人件費に消費されていたのである。一般に精神科病院は48:1という医師配置が標準であり、300床という病院規模から考えるとそれほど人件費が膨らむことは考えにくい状況であった。議論の中では退職金、人件費構造、未収金などの財務体質が問題として摘出されているが、この段階では福岡では高いというよりは、公務員医療職は高コストである、という一般論にしたがって議論されていた。

(2) 県営の中止

こうした議論を経て、第７回小委では、現行の県営病院というシステムを維持するのは無理であるという考え方が小委内部の共通認識となりつつあり、「県営の中止」ということが委員全員で確認された。もっともこの段階では民営化に直接結びつけるものではないという留保も行っており、コストカットが主題ではないということは強調されていた。また、初回で精神医療は人権

にかかわる医療であって費用の多寡にかかわらず公的主体が取り組むべき方向性も出されている、と述べていた信友が、精神医療のあり方（精神医療政策）と精神科オペレーションは別個のものであるというＮＰＭ型医療システム論を提示し、病院の直営に対する否定的評価を明確に提示した。さらに結核病院としての前身を持つ病院が多い県立病院において、現在なお結核対策の有効性は失われていないかどうかが議論された。結核罹患者数はここ数年、逆に増えており結核は過去の病気ではないという認識が社会的には高まりつつあったが、小委内では感染症的観点から考えれば治療施設の集約化が有力な選択肢であるとされ、結核対策を病院存続の正当性根拠として利用する道は遮断された。

(3) 否定的評価の高まり

その後、第９回および第13回の小委では、国立東福岡療養所（結核拠点指定病院）と国立肥前療養所（佐賀県）の視察として行われた。結核も精神病も、合併症患者が多いため純粋な診療科目に特化することは困難であってその他の医療機関と連携を取らざるを得ないのだが、東福岡病院の視察においては結核治療の集約が可能であること、また肥前療養所の視察からは①同じ精神疾患を扱う公的病院でありながら経営データが大宰府は極端に悪い②地域医療との連携の有無が精神治療全体の効率性・有効性には決定的に重要である、という知見を委員たちは得た。むしろこうした感覚は委員長の信友が強く持ったのであって、その後繰り返し小委の中で肥前と比較した場合の大宰府病院のパフォーマンスを批判する。

彼の批判はいわゆる「説明責任」論[50]であるが、支出の可否が事業妥当性の有無に直結したものであると意識されている点で、アカウンタビリティを問

[50] 筆者は本稿に限らず「アカウンタビリティ」を説明責任とは訳さず、支出根拠の明確化と称している。「説明責任」という用語には説得というニュアンスやコミュニケーションの疎密といったテクニカルな要素が見られるが、本来は事業の存立や継続の可否を問い、かつ事業執行から生じる病理を防止する手立てとして使用されるべき概念だと考えるからである。

う意識が高い。政府直営事業は非効率を生じやすいと考えるのがＮＰＭ志向の特徴であるとするならば、櫓は濡がずに舵を取ることが望ましいのであるから、政府の任務は全体的な方向性（計画と調整）に限定されるべきであると考えるだろう。信友の言う「パブリックはガバメンタルでない」というテーゼをこの趣旨で解釈すれば、基本に忠実なＮＰＭ志向であるといってよい。

病院という直営事業のあり方をめぐる議論においてＮＰＭ志向が強ければ直営の不利を協調する方向に議論は流れやすく、その点で信友は高木委員（九大教授）や松田委員（麻生総研研究員）らと認識を共有している。本来、専門職であるドクターたちがその専門知識をフルに活用できるのは病院機能をめぐるプロフェッショナルな評価である。ある病院の規模でどのような疾患に対応できるか、またクリティカルな患者はどの程度発生し、現行病院の体制においてはどの程度死亡するか、といった側面であっただろう。ところが、大宰府病院を除く四病院は、そもそも病院としてのミッションが不明瞭であり、病床規模も小さく、地理的にもへき地というほどではないが他地域から患者を呼び込むには不利な場所にあったため、機能面の評価は専門的知識を動員するまでもなく否定的評価に終わってしまった。

その結果、次なる関心は大宰府病院に集中し、しかもその経営パフォーマンスが精神科専門病院であることからもたらされているというよりは人件費を中心とした問題から生じていることが肥前療養所との比較で明らかになった。ここにおいて小委は財政的論点に関心を移していく。

(4) 給与は下がるのか

給与問題に関心を移した小委は、審議会事務局を務める県立病院局の事務方から給与制度に関する説明を受け大きな衝撃を受けた。それは県所属看護職員の半数が課長相当職に位置づけられ、人的流動性が膠着しているという事実が明らかになったからである[51]。また退職給与の引き当て制度がなく、職員退職時には一般会計に戻って支出するために隠れた債務としても相当大き

な額に上っていたために、改革後の病院においては、人件費を含めた組織マネジメントがどこまで貫けるのか、という問題意識にしたがって改革の形態は論じられていった。第15回小委では、①全適②運営ＰＦＩ③公設民営④県病院公社⑤地方独立行政法人化⑥現行どおり、という六つの選択肢が示され、最後の選択肢は全員一致ではずされたため、当面は五つの選択肢の適否を審議していった。

意外なことに、2-3-2で述べたように当時流行になりつつあった全適はこの審議ですぐに否定された。院長のキャラクターはたいへん重要であるが、福岡の問題はもっと構造的なものであって、属人的努力でいったん解消されても長期的には解消し得ないという認識の故である。同じ理由で人件費削減の可能性がないかぎり、ＰＦＩによる運営も構造的な問題解消に役立たないとされた。また、県公社は債務の棚上げという面でのメリット以外に積極的な意義が見出せないこと、地方独立法人については国立大学や国立病院の例から人件費の引き下げにつながる可能性が（当面は）ないことなどが理由として選択肢から排除されていった。しかも人件費（と雇用）の取り扱いを論じる中で、県立病院は会社で言えば破産状態にあるという現状認識が定着した。

この間、第17回小委で、経営の移譲という選択肢が登場する。ＮＰＭ志向の議論であれば、経営主体の如何を問わず、その政策領域において一定以上の「成果」が保障されていればむしろ直営でないほうが望ましい。そこで「診療内容の維持・向上が実現できる団体・組織」という条件をつけて移譲という選択肢が浮上したのであった。ほぼ最終段階に近づいて、県立五病院は公設民営化か経営移譲という方針が決まったのである。

---

[51] 「福岡県の職員の級別標準職務を定める規則」によれば医療職（三）給与表における５級とは本庁課長補佐級であり、国の俸給表で言えば総看護婦長（病院看護部長）に相当する職位であった。福岡県の場合、職員の52.5％が５級にワタっており、特に大宰府病院の場合は看護師の異動が少なく人的交流が固定化していたために、給与の高い職員が溜まってしまい、それが医業収支を悪化させている、という小委の認識につながった。

(5) 最終報告

その後、移譲の例として公立丹南病院（福井県、国立より移譲、一部事務組合）と岡山市立病院事業（全適）の見学を実施したが、前者の視察からは公設公営に近い移譲は無意味であって、経営主体という点では自治体関係でない主体が望ましいという結論が出された。また後者からは長期的な対応策としては福岡になじまない、という感想が出されたに過ぎない[52]。かくして県営の全廃、一病院の公設民営、四病院の移譲というラジカルな改革案は成立したのである。

3-3　信念の政治

信友は、一貫して「パブリック」な医療の質を維持するために（中央／地方）政府は全力を尽くさなければならないという信念で病院システム改革の方向性を誘導した。ヒアリングの現場などでは相手方から現行の診療報酬体系が努力に反映しないという制度批判も出ているが、信友はそれを「それはそうである。国もその方向にギアチェンジすると思う」と受けている（第12回、大宰府病院ヒアリング）。これは彼が診療報酬の決定に一定の影響力を持っているというよりは、現在の医療体系全体がそのように流れていて、時間の問題はあるにせよ医療の質に向けた努力はいずれ報酬で報われるようになる、と考えていることを意味している。したがって、そのような環境が実現してなお、公的医療機関に残された課題と意義はなにかを明らかにしなければならないと主張している

[52] 実際には岡山のケースはかなり劇的な変化である。管理者は議会が中心となって選任した榊原宣であるが、彼は年俸＋成功報酬制という画期的な契約で管理者に就いた。2002年の場合、対前年比の収支差は４億円強であり、榊原は契約どおり成功報酬として20％にあたる8300万円をボーナスとして（年俸以外に）支給された。信友らが成果主義により関心を持っていれば、岡山市の制度に対してこれほどそっけない態度を示すとは考えにくいし、またそもそもこの視察をもっと早くに実施していただろう。この事例は、信友の関心がパーソナルなモラールアップというよりもシステムパフォーマンスの向上にあることを示唆している。

し、あるいは（公的関与はともかく）公的医療機関でなければ担えないような医療などない、という思いでもある。

信友を初めとする医師は、医療全体という意味ではプロフェッショナルであるが、同時に医療の世界は細分化が進んでいるために、医師は看護が、また外科医は内科の実情をよく分からない面がある。実際に信友らが提案する精神救急の広域集約は、大宰府はもちろん肥前療養所からも否定されている。

彼の主張の根幹は、専門家としての知見から忠実に延長されるものとして成り立っているというよりは、そうした事項に関する長年の研究から体得した信念に近いものであった。したがって、五人の委員から推測されるところの医療の公的側面を過度に出すこともなく、また成果主義的な個人のモラールに関する議論に集中することもなく、専ら県立病院の運営構造に議論を集約したのであった。

審議の過程でしかし、彼の「信念」からもたらされる提案を支えたものは委員の支持であった。この政治過程においてはアクターが専門家であって、信念を信念として出せば哲学的空中戦になってしまう。それを避けえたのは、信友が持っていた研究者としての実績とそれに裏打ちされた発言の数々であって、わざわざ非公開にした議事において信友の議事運営に疑問を挟むことも彼の意見に対して真っ向から反論する局面もなかった。このように考えると、内部にいながら外的環境の視座を持っているものが議論の進行に大きな影響を持ったとき、結論の持つ影響の大きさに比して意外にも静かに合意は形成されていくのである。

3-4　沖縄県での病院改革

福岡の事例から二年遅れて、沖縄県でも「県立病院あり方検討委員会」が2003年１月に発足した。この委員会は親委員会としての「あり方検討委員会」と、具体的な審議を行う「幹事会」の二元構成によって形成された。沖縄県では1982年より三次にわたる経営健全化計画が策定・実施され、2002年度からは第四次計画が実施中であったが、この審議会では既存のあり方を前提とした健全化ではなく、病院システムの構造それ自体に踏み込んで議論する＝どこかの病院を切り落とす、ということが求められていた。

この検討は違った理由でさまざまな層から必要とされていた。第一に県財政の均衡をはかるために必要だった。したがって幹事会には総務部長が参加した。第二に那覇都市圏を中心に沖縄でもついに病床過剰地域が発生し、市中病院と公的病院との機能分担が必要となった。特に代替可能な地域における公的病院機能のあり方は問われていた。そのため医師会副会長が幹事会に、医師会長が親委員会に参加した。第三に県立那覇病院の改築によって高度多機能病院（こども病院機能含む）を建設中であったが、条例定数の上限がある中で新那覇病院の機能にふさわしい人員をどのように捻出するかが課題となっていた。このため県立の旗艦病院である中部病院長および福祉保健部長（医師）が参加した。このほかに離島県として利害を有する町村長会副会長が、専門知識を有するものとして病院管理研究協会からコンサルタントが、学識者として琉球大学の教員が、経営の観点から地元経営コンサルタントが、利用者の観点から婦人会連合会の代表が、それぞれ一名ずつ幹事会に入った。

審議は03年１月から各病院の視察を除いて13回（うち二回は非公開の意見交換）におよび、同年９月に親委員会あてに県立南部病院の県営廃止を含む原案を提出した。

3-4-1 沖縄医療概観

沖縄県の保健医療圏は北部（名護市）、中部（沖縄市）、南部（那覇市と糸満市）、宮古（宮古島・平良市）、八重山（石垣島・石垣市）から成立しており、それぞれの医療圏に原則として基幹病院としての県立病院が置かれ（南部圏は２つ。この他に那覇市が市立病院を設置）、そのほか全県の精神医療を対象とした病院があった。つまり沖縄の医療提供は県立病院を中心に成立しており、各病院はそれぞれの地域完結型医療の中心となるように重装備で整備されていた。中でも県立中部病院は教育研修機能と離島支援機能、さらには高度医療機能まで担う県立病院システムのセンター病院であった。

この背景には①沖縄の医療状態の貧困さ②米軍政下における特殊性の二つが挙げられる。沖縄は1945年の敗戦後には全県で70万人の人口に対し70人しか医師がいなかったといわれている。地理的にも行政的にも切り離された存在であった沖縄は、琉球大学が1950年に開学するものの医学部は設置されず、沖縄の医師養成は長く国費沖縄学生制度による日本本土への留学制度によって維持された。

米軍司令部のあった旧コザ市に県立中部病院が開設されたのは1950年で、その後県内には那覇、北部、八重山、宮古の五病院が整備された。特に中部病院は県内の医療水準を維持する旗艦病院であるとともに帰沖した県出身医師たちの実践的養成の場として研修機能[53]の強化が行われた。したがって県立病院の医師たちの多くは学閥によらず中部病院のレジデント出身である、という共同体

---

[53] 中部病院の研修機能は1960年代に整備が始まった。当時、国費留学制度で医師となったものの帰沖率が40％台に落ち込み、医師数も全国平均の40％台を推移していたことがきっかけであった。ハワイ大学医学部および在沖海軍病院と連携し、国内で当時唯一のアングロアメリカン（各科を研修しプライマリケア医を養成するスーパーローテート方式）研修を実施していたため、県内の医療水準は徐々に向上し、また研修自体の評価も国内的に高まった。2004年４月より義務化された卒後研修制度の構築に際しては、中部病院方式がモデルの一環とされたといわれる。沖縄タイムス、03年８月21日～24日、「特集長寿の島の岐路（107）～（110）」を参照。

意識が強かった。

その後復帰後の経済発展や1980年に琉球大学医学部が開設されたこともあり県内の医療環境の量的側面は大幅に改善され、医師数において全国平均を若干下回り、病床数においては平均を上回る環境にある[54]。

今日、北部病院（名護市、327床）、中部病院（具志川市、550床）、那覇病院（那覇市、434床）、南部病院（糸満市、250床）、精和病院（那覇市近郊、310床）、宮古病院（宮古島・平良市、360床）、八重山病院（石垣島・石垣市、350床）が運用されている。県立病院事業は財務規定のみ適用の法一部適用事業である。

3-4-2　県立病院における類似例の不在

県行政がある政策分野の達成状況について簡便な評価を行おうとするとき、他県の動向と比較して相対的な自己の事業認識を試みることは普通の行政手段である。移転財源を含めて各県の諸政策が置かれている環境に大きな差はなく、相対的な数値の差異にマネジメント能力の差が表れている（したがって病理現象も発見しやすいはずである）という仮説に基づいている。ところが沖縄県の病院事業見直しに当たって、県立病院局管理課は比較資料を用意しなかった。厳密な意味での類似県は存在しないからである[55]。経営データの比較そのものは可能なので、離島を含む県として長崎県との比較が部内検討作業として行われたが、長崎県の病院配置は結核病院（成人病センター多良見病院）、精神医療センター、リハビリ病院（島原温泉病院）の三院で病床数も597床に過ぎない。一方で人口規模や病院配置の類似性から岩手県や山形県などが参照されたが、岩手は病院数が27もあり全適である一方、山形は旗艦級病院３院（総病床1663）に中規模病院１（286）、精神病院１（350）であり、一方で移動コストがそれほ

[54] 沖縄県統計課、『沖縄県100の指標』、2001.
[55] 県立病院局管理課長よりの聞き取り。2003年２月。

どかからないために離島を抱える沖縄との比較はあまり意味のあるものとならなかった。

沖縄に限らず、むしろ全都道府県立病院は県内の医療状況や病院の配置状況がそれぞれ異なっており、センター病院や地域中核病院の役割を果たす病院も、公立、国立、医学部附属病院、公的病院（赤十字や社会保険）、法人立（ＪＡなど）など状況の依存性が極めて高い。相互に経営比較をした上で何らかの教訓なり改善の方向性を引き出すことは困難なのである。その意味で、1-3に述べたように、病院事業に関する決定の一回性は高く、財政状況を除けば決定自体の自律性も高い。

沖縄においては中部病院をはじめとする県立病院が24時間常時救急受け入れを行っており、急患のたらいまわしが問題となることはない。その意味では前節で信友らが述べた公立病院の使命は十分に果たしていた。また医療チェーンの徳洲会病院が県内四地区（南部、中部、宮古、石垣島）にあるほか他の法人病院も常時救急を実施するなど、救急医療の状況は全国的に見ても恵まれた状況であるといえる[56]。したがって県立病院を中心とした医療に対する県民からの信頼は厚く、特に長く医療の貧困で苦しんでいただけにサービスの後退を連想させる病院の縮小・統合に対しては強い抵抗感があった。

ところで沖縄の場合、他の非都市地域と同様に二次・三次産業従事者が少ないために健康保険のうち国保の加入率が高い。しかも各種統計で明らかなように県民所得は全国平均の70％程度であるために①（保険者・被保険者とも）国保財政負担が大きい②滞納が多い[57]という状況がある。県立病院の収支を改善す

---

[56] ただし医療機関の側にかかる負担は極めて厳しく、「救急当直で一睡もできないままに翌日の通常勤務につき、連続三十数時間の労働を強いられる場合」もあるほか、「年間の超勤時間が千時間を超える医師もおり、『だれが倒れてもおかしくない』と危機感は中部病院だけではなく、救急を抱える県立病院全体に広がっている」といわれる。沖縄タイムス、前掲特集、８月22日。

[57] 沖縄タイムス社説、2003年４月18日。同紙によれば「2001年度の加入世帯258,000世帯のうち63,000世帯が滞納し、滞納率は24.4％にのぼる・・・02年度は滞納世帯がさらに、4000世帯増えた」とある。

ることは、その報酬の大きな基盤となる国保財政の支出増につながり、小規模町村としては医療の安全と財政の安定がトレードオフの関係で理解されているために病院の維持に固執する誘因は理論的にそれほど大きくない。ただし病院所在市（平良、石垣、糸満、名護）は財政難と医師確保の困難性から夜間救急診療所を閉鎖しており、一次救急の確保を県の財政力でカバーしてほしいという期待はある。県側はしかし、一次救急は市町村の責務であり、また救急を維持するために必要な病院規模の大きさ[58]が収支の悪化につながっている点を憂慮しているために、役割分担というテーマを掲げて応分の財政負担を市町村にも求めていた[59]。一部の離島町村においては、町立診療所（例えば与那国島）や離島医療組合（県と久米島町で結成された一部事務組合）による病院事業を実施しており、財政負担の公平性という観点から県側はその他の町村に対しても応分の負担が望ましいと考えていたのである。

3-4-3　審議会の立ち上げとその推移

審議会は先に述べたように親委員会と幹事会の二重構造になっていたが、回数や専門知識の有無からいって、福岡県の病院小委に相当するのが幹事会であった（親委員会と幹事会の構成は表3.1を参照）。

---

[58] 救急医療はERのみを充実させればよいのではなく、各科（外科、内科、小児科、産科等）のマンパワーが一定水準以上にないと維持できない。いわゆるERは三次救急に必要な機能であって、沖縄県の場合、中部病院と琉大附属病院が担当している。

[59] 「県立病院事業の今後のあり方についての検討方針」、2002年10月、沖縄県福祉保健部病院管理局。

表3．1　委員・幹事構成表

委員			
JC沖縄地区協議会直前会長	財　界	県看護協会会長	医　療
公認会計士事務所所長	財　界	県社会福祉事業共済会会長	医　療
税理士事務所所長	財　界	国立保健医療科学院経営科学部長	医　療
県市長会会長	行　政	琉大附属病院副院長	医　療
県町村会会長	行　政	県薬剤師会会長	医　療
那覇商工会議所専務（県出身）【副】	行　政	離島市長（元県立病院長）	医　療
おきなわ女性財団常務理事	住　民	県医師会会長【長】	医　療
沖縄国際大学商経学部教授	有識者		
幹事			
県立病院中部病院長	医　療	離島村長【副】	行　政
福祉保健部長（医師）	医　療	総務部長	行　政
社団法人病院管理研究協会調査部長	医　療	琉球大学法文学部講師	有識者
沖縄県医師会副会長【長】	医　療	経営コンサルタント	有識者
		沖縄県婦人連合会理事	住　民

一見して明らかなのは、幹事会においても委員会においても医療職の代表が多いことである。実質的な審議を行う幹事会においても医療職四名が終始議論をリードし、行政関係者や有識者、住民代表は適宜発言をしていた。また、行政内部のアクターが三名（福祉保健部長、総務部長、病院長）審議に参加している。ただし総務部長はほとんど代理出席であり、同時に医療をめぐる議論にはあまり参加しておらず、かといって財政主導の議論に誘導したわけでもないのであった。それでは以下、時系列に審議過程を再現してみよう。

(1) 議事

議論は福岡同様、県立病院の機能（政策医療としての役割）と経営の観点が設定されたところから始まった。中部病院長は離島医療そのものが政策医療であり、同時に県立病院のミッション（救命救急・研修・離島医療支援）を明らかにしたが、同時にこうした「重装備」病院を本島病院すべてに備えることは（財政上）困難であるという異論も出された。初期の段階では経営と機能のどちらに力点をおくのかはっきりしないまま、あるいはどちらかに力点を置くこと自体から各幹事が距離を置いたまま、実情視察に出かけることとなった。

(2) 実情の視察

幹事は親委員とともに、離島の二病院および二地区医師会を含めた全病院・全地区医師会・精神医療協会とのヒアリングに出た。その結果、離島医療に対しては幹事間でも手厚くしていくべきだという方向性が出始めた。特に八重山病院は宮古病院と同じ離島にありながら、島内の診療所配置状況がまったく異なるために病院にかかる負担が厳しいこと、また医歴20年前後の「脂の乗った」医師の有無に相当な違いがあること、中部病院の研修はマンパワー確保としての側面も強く持っていることなどの認識が共有された。この段階で、離島と医師養成という二つの負担の正当性が認められたために、県立病院の根底的なあり方については肯定的評価が定着し、あとは経営を圧迫する要因を除去することで病院が有している潜在力を発揮する方向にシステム変換を図らなければならないというアジェンダが設定されつつあった。

適正機能の実現のためには規模の適正化は追求されなければならないので、その過程で一部の病院機能を切り落とす必要がある、とは考えられる。例えば職員数・病床数を変えずに、地域的に薄い医療を厚くする（内部リストラ）ということであり、同時にウリとなる医療で地域社会に対して県立病院（の赤字に対しては公費で支援してもかまわないという）の意義をアピールする必要があるという指摘もなされた。

となると、個別地域医療についてどのような厚さ薄さがあるのか、また、ウリを作り出す現実的な可能性（マンパワーの確保、現状からの実現可能性など）を論じなければならないのだが、こうした論点はもっぱらプロフェッショナルな知識が必要であって、幹事のうち医療に詳しい四名の意見に重きがおかれ始めていた。

(3) 廃止の対象

中部病院と那覇病院（厳密には新築後の「那覇地区高度・多機能病院」）、離島二病院については幹事間の議論でその必要性を疑う声はなかった。微調整の

必要はあるだろうが、概ね現有機能を保持しなければならないし、特に新那覇病院の機能をグレードアップしなければ何のための新築だかわからないという声も出ていたのであって、医療サービスは維持・拡大の方向で議論が進んでいた。前段で医療機能の特化と魅力という論点を指摘したが、この時期、北部地区にあるもう一つの急性期病院である北部地区医師会病院に不良債務が大量に存在することが公表され、その存続についての見通しが急に不透明となっていた。仮に北部地区医師会病院が大幅に機能を縮小したり、あるいは閉院となった場合に、名護以北の地域の医療責任を負う病院がなくなってしまう。それまでは北部地区医師会病院の存在を前提に、適宜機能分担を行うべきではないかと縮小方向の圧力が働いていた北部病院については、したがって圧縮の方向性は消失してしまった。

しかし、全７病院のあり方が現行のままでは財政的にも機能的にも持たないという認識は共有されていたために、何らかの劇的な提言をする必要性はあった以上、どこかの病院はつぶさなければならない。その対象となったのが那覇の南に隣接する糸満市にある南部病院であった。南部病院は全県立病院の中で唯一復帰後（1982年）に開設された施設であり、その後、那覇以南の交通アクセスが急速に整備されたこと、那覇南部および糸満近郊都市の多くに大規模市中病院の開設が相次いだこともあって、糸満市以外の南部地区の医療環境は改善され、しかも南部病院に対する依存度は低まっていた[60]。経営指標が低いこともあいまって、南部病院が県直営として存続するのは難しい、という幹事間の共通認識は高まった。

(4) 全適への方向性

議事が第８回に入り、そろそろ幹事会の結論をまとめなければならないころ、公立病院の構造上の問題として①出先機関としての運営体制では硬直過ぎる②

[60] 例えば97年国保レセプト点検結果から分かった受診状況は、南部病院入院の79.5%、外来の81.5%が糸満市であった。

職員人件費の問題③事務職員の専門性の三点が指摘され、仮に病院事業を全適にしても人件費や採用システムにそれなりの変化がなければ現在抱えている問題は改善できないという指摘が出た。幹事たちは全適の方向性で行くこと自体は暗黙のうちに一致していたのであるが、全適に移行した後に病院事業がうまく機能する制約条件について検討し始めた。その結果、人件費についての検討なしに全適に移行しても管理者がどれほど優秀でも収支を改善できないこと、全適を含めた経営形態の変更後も離島医療などをはじめとする政策医療部分については現行の県立病院が担当せざるを得ず、またそのための費用については県が責任を負うこと、また、県域全体の保健政策については県として責任が残ることなどを確認した。中部病院長は小児科医出身であり、小児科出身のスター院長である武弘道のことは承知していたし、全適移行後の管理者リーダーシップは武を想定していた。しかし、それ以外の幹事たちには管理者のキャラクターによってどの程度病院事業全体が変化するのかイメージはなく、少なくとも桎梏となる諸点については制約条件として指摘する（したがって全適移行にあたってはそういう桎梏を外す方向で条例改正を行う）にとどまっていた。最終的に幹事会においては、報告が全適への移行と南部病院の経営委譲を結論とする点で合意して終了し、親委員会に送付した。親委員会ではほとんど修正なしに原案が可決した。

3-5　小括

議論の過程を追うと、三つの特徴を指摘できる。一つは、具体的な病院機能の話題において、専門知識を有するものが議論の中心となっていることであり、これは1-2で述べた政策共同体的性格がこの分野にはよく出現していることが理解できる。

第二に、1-3で指摘したように県の自律性はかなり確保されている。例えば筆

者は中部病院でのヒアリングの際、同病院の研修システムが極めて優れていることは認めつつ単独病院でこれほど重い研修システムを維持していくことは（診療報酬上）難しいのではないかという指摘をした。これに対して病院側はマンパワー確保という観点からも研修にかかわるコストは無視しうるものだとの返答があり、さらに幹事会において研修機能を削減しようという意見はなかった。いわば離島医療と24時間常時救命救急を支えるためには中部病院型研修制度は前提条件である、という病院側の説明を医療の専門知識を有する幹事たちは全員そのまま受け入れていたのであった。また事務局である県立病院局サイドもこの点には特に触れておらず、現在の研修医定員を増やすことは予算調達上難しいという上限設定をしたに過ぎない。

第三に、医療の専門知識は分断されていることである。例えば（小児）内科系の中部病院長と産科系の福祉保健部長、（形成）外科系の幹事長の医療状況に関する認識はしばしば大きな隔たりを見せていた。また行政の責任者としての福祉保健部長、大病院組織の（生え抜きの）長である中部病院長、個人クリニックの経営者である幹事長、病院管理全体について詳細な経験を有するが医師ではない病院管理研究協会部長の四者の認識も、こと県立病院システム全体の方向性については合意があったとは言えない。

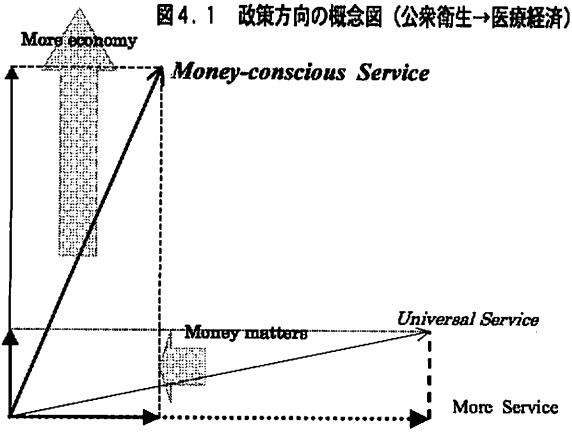
このように考えると、理論的にはプロフェッショナルな知識が必要とされつつ、そこで必要とされている知識はどのようなものかについての合意がない、あるいはそうした合意を形成するような団結（例えば病院協会のような集合体に所属しているという自己認識）かまたは病院システム経営を学ぶフォーマルな回路がないのであれば、結局のところ巨大医療システムの管理は基本的にどうあるべきなのか、という議論は専門家としてなされるわけではない。福岡の事例にせよ沖縄の事例にせよ、医師たちの極度に専門的な議論の延長上に経営委譲なり全適による改革なりが出てきた、というよりも、それぞれが持つ素朴な医療観のようなものが議論のリーダーに備わっていたり、あるいは概ね参加

者で共有されていたりするときに結論に至ることが理解できるだろう。と同時に、福岡沖縄二事例ともに、そうした専門知識の確たる合意がない中では、財務情報による現状把握が極めて強い影響力を有していることを明らかにしているように筆者には思われる。

4　結　論

筆者は本稿冒頭で、専門知識ないしは専門的政策領域における政策情報という場合に、医師のように体系的かつ外部排他的な知識の総体が専門知識であると想定していたのであったが、病院改革をめぐる議論の過程分析を経るうちに、3-5で述べたように実は病院システムのあり方に関する専門知識は誰も持っていなかったということに着眼した。そうだとすると、成功者の経験に学んで追いかけることも、あるいは理論上確固として存在するはずの判断基準に従うこともできず、ただ不確実な哲学ideologyによって判断を下す以外にはない。ただし、ある哲学が状況に適合している場合、具体的には費用節減の方向と病院機能整理の方向が一致した場合には、結局のところ前者に吸引されるような形で後者の議論が進んでいくのである。（図4.1を参照）

図4．1　政策方向の概念図（公衆衛生→医療経済）



この分析では専門情報の強度を明らかにしようと努めた。そして、専門情報

が必要とされながらも存在しない状況では、財務情報がより強力な独立変数となることを明らかにするにとどまった。しかし福岡県の事例でも明らかなように、他者の目には「基準を持っている」と映る人の声は通るのである。その意味で専門情報の強度は間接的には存在するし、おそらくは財務情報に対抗できるのではないかと推測される。しかし、結局のところ（特にわが国のように保険制度が充実した）医療の世界では、最も決定的な与件として保険からの収入が医療のありようを決定してしまう。果たして専門情報はそうした状況に対抗できるのかといえば、それは困難であろう。ただし本稿では診療報酬の決定過程については触れていないし、また、診療報酬がミクロな主体にどれほど強く働くかを厳密に測定していない。この課題は稿を改めて分析したいと考えている。