医療機関における PFI 事業について

高　橋　祥　次

はじめに

PFI とは，Private Finance Initiative の略で，行政サービスを民間の資金，経営力，技術等を活用して提供する形態であり，1992年イギリスにおいて開始された[1)]。この成果を見て，わが国においても，1999年７月に「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」(いわゆる「PFI 法」) が成立し，その仕組みが導入された。その後，PFI 事業の実施環境が整備されてきたことから，順調に案件が採択，実施に移されてきた[2)]。

PFI 事業は，文教，福祉，産業，公共インフラ等，様々な分野で実施されているが。とくに医療施設に関しては PFI 上の様々な試みがなされており，また，それ故に種々の問題も顕現化していることから，PFI 事業の性格，成果等を評価，検討する上では，格好の材料である。時に，この分野での PFI 事業に関し，後述するように疑問符も投げる意見もみられる。その疑問は，PFI 事業に対する基本的問題の指摘も含んでいて興味深いものがある。

上記「PFI 法」の成立に行政官として関与してきた筆者[3)]としては，PFI 事業を，その理念

１）わが国では適宜な日本語訳が無く，そのまま PFI 事業と称されている。

２）2008年９月末現在において，実施方針が公表されたもの324件，うち供用開始に至っているもの196件となっている（PFI 推進委員会ホーム・ページ http://www8.cao.go.jp/pfi/iinkai7.html)。

３）政府内部で PFI を政策課題として正式に取り上げたのは，経済企画庁であった。筆者は1995年７月総合計画局計画課長として「構造改革のための経済社会計画」をほぼ仕上げ，地方の財務局長に転じたが，その２年後の７月，再び総合計画局勤務を審議官として命ぜられた。私に与えられた課題は「政府経済政策を例えばガバナンスの観点から再考する」というものであった。そこで具体的に検討課題としたのは，「財政構造改革を進めていく上で，社会資本整備についての官と民との役割分担をどう考えるか，政策の効率性向上の具体的な仕組みとしてどのようなものが考えられるか」であった。当時，ニュー・パブリック・マネージメントという概念がまだ政策上議論されるまでには至っていなかったが，PFI という公共投資の新しい方法があるということを知り，これを次の政策の「目玉」の一つとしてはどうかと局内で勉強を始めたのであった。その97年という年は，４月の消費税引き上げ頃を転機として景気が後退を始め，秋にはアジアの金融危機を端緒とする金融システムの破綻が国内にも及んで景気が急速に悪化，景気対策が俎上に上り始めた。当時は，まさに財政構造改革法の審議に当たっているところであり，財政支出によって需要拡大を図る状況になかった。そうした折，公共資本投資の量的拡大に貢献する方法の一つとして PFI を話題に乗せたところ，当時の尾身経済企画

に即しうまく活用してもらいたいという思いがあり，そのために，わが国においては今後どのような改善が必要かという観点を常に有しており，それを医療施設 PFI を対象に検討してみようというのが本稿の目的である。本稿の構成は，第１節で，PFI の理念，特に中心となる VFM の特徴をまず明らかにする。そのうえで，第２節でイギリス，第３節でわが国における医療施設に関する PFI 事業を取り上げ，VFM 及びアフォーダビリティを中心に成果を検証する。第４節では，その比較検討をもとに，わが国における PFI 事業の改善の方途を探る。

第１節 PFI とは何か

（１）イギリスにおける展開

PFI は1992年保守党メジャー政権によって，公共のインフラストラクチャーや施設の整備に民間資金を活用する目的で導入された。1970年代から80年代にかけて，イギリスは財政赤字のため公共投資の資金が不足し，その対策に苦慮していた。80年代には民間資金を導入して大規模な有料架橋事業などが実施されるなど一定の成果は収めたものの，資金導入が十分には進展

庁長官が積極的意向を示し，11月に取りまとめられた「21世紀を切り開く緊急経済対策」の一項目として「1998年春までに PFI ガイドラインを策定する」ことがリスト・アップされたのである。このように，当初は，景気対策として PFI は出発したのである。

しかし，PFI をいざ実行することとなると，各省庁に関係し，かつ経済企画庁が中心となることには建設省等の反発も予想され，調整に時間がかかることが予想されたことから，内閣官房，与党とも相談し，その趣旨を体した議員立法を作成してもらい，それを受ける形で政府において実行に移すことが適当となった。法案作成の段階では，①PFI は，（破綻が目立ち始めた）第三セクターとどこが違うのか，その二の舞にはならないのか，②はたして PFI 事業に手を上げる事業者はいるのか，PFI 事業を日本で行うためには政府の格段の財政，資金援助が必要なのではないか（民間の資金調達に政府保証をつけよとまでの意見があったが，官から民へのリスク移転にならないとして否定された。），③資金調達金利は官が民より明らかに低いのに民の方がなぜ事業費削減が可能なのか，といった議論が繰り広げられた。

議員立法の案は関係する議員の努力により成案を得，98年５月に国会提出されたが，審議されることなく，継続審議となった。この間，内閣が橋本内閣から小渕内閣へ代わり，堺屋大臣の下で PFI の政策目的を練り直した。景気対策の観点のほか，VFM の観点を強調，公共支出の効率化という点において改めて整理し直し，99年７月に閣議決定した経済計画「経済社会のあるべき姿と経済新生の政策方針」に PFI 事業の活用・推進を織り込んだ。

経済計画と時を同じくして99年７月に法案が成立，９月施行の運びとなった。PFI については法案が国会に提出された頃から各方面の注目を集め，とくに，財政需要が高いにもかかわらず財政状況の厳しい地方公共団体の強い関心を呼び寄せた。政府においては PFI の実施を急ぐため，法案審議の段階から，主担当となった経済企画庁総合計画局長の下に私的懇談会が設けられ，準備作業が進められた。法施行後直ちに内閣府に設置された「民間資金等活用事業推進委員会」（PFI 推進委員会）において「基本方針」案が審議され，同委員会の答申を得て翌年３月に告示された。その後は，委員会の審議，答申を踏まえ，実施ガイドラインの制定等が行われている（上記経緯については，高橋祥次（1999）参照）。

しなかった。民間は，より自由度の高い方式を求め，一方で，それまでしばしば見られた工事の遅れ，予算オーバーを防ぐ政府調達方式が求められていた。この目的に沿うものとして PFI が考案されたのである。

すなわち，PFI は，公益性が高い事業のうち，受益者に負担を求めることができない事業（例えば，刑務所，防衛，海上保安，一般道路など）や，市民の安全確保，文化水準の向上，といった観点から私企業に適さない事業（例えば，刑務所，防衛，図書館，教育）で，インフラ資産やシステム（情報システム等）の整備を伴うものについて，市場原理を活用し，民間からの資金導入を図る方法として導入されたのである。

PFI による事業方式は，1994年には資本的投資を求める全ての公的機関に拡大され，1997年には，地方政府の事業についても可能となる法的措置がとられた[4)]。しかし，当初は94年に導入されたユニバーサル・テェイスティング（PFI による手法を優先とし，これが非経済的であることが検証されない限り，資本プロジェクトとして採用しない仕組み）が厳格すぎるなどのことから実績が伴わなかった。97年にはベイツ委員会[5)]によるレヴューが発表され，ユニバーサル・テェイスティングが廃止されるとともに，手続きの見直しが行われ，各種ガイド・ラインの整備等が進んだことから，PFI 事業の実績も拡大した。また，97年に労働党のブレア政権に変わった後は，Public Private Partnership（PPP）の名称のもとに吸収され，PFI は「公共が民間の経営技術の利点を生かして成果規準を有した長期に質の良いサービスの購入を契約すること」[6)]とされ，官と民との協働作業の一形態とされて今日に至っている[7)]。

イギリス大蔵省の統計によると，2007年末現在の契約済みのプロジェクト累計は625件，金額合計は約587億ポンドである[8)]。

（２）PFI の特徴としての VFM

PFI の特徴の最大の眼目は Value For Money（VFM）の達成にある。VFM とは，「利用者のニーズを満たすためのライフ・サイクル全体にわたるコストと品質（もしくは目的適合性)

４）1997年地方自治（契約）法（Local Government（Contract）Act)。

５）Malcolm Bates（Chairman of Pearl Group and Chairman of Premier Farnell, Private Finance Panel の前委員）が委員長。

６）HM Treasury（2004), p. 5.

７）PFI の実施のために，何種類もの詳細なガイド・ラインが公表されている。また，その成果については会計検査院が行政検査の一環として検査を行い公表している。ただし，政府と PFI 事業者との契約内容は非公開であり，事業者の財務情報についても当該事業者が公開企業でない限りできない。そこで，事業の実績に関する情報は，主として担当の行政府または会計検査報告によることとなる。

８）HM Treasury（2008), p. 7. なお，2007年３月末現在の統計によれば，契約済みプロジェクト累計は590件，約534億ポンドで，省庁別では教育省の106件，スコットランド行政府96件，保健省86件等，金額では交通省22,496百万ポンド，保健省5,644百万ポンド，国防省8,291百万ポンド等となっている（HTM Treasury（2007))。

の最適な組み合わせ」[9] をいう。PFI における VFM の達成とは何か。それは，民間の資金，経営力，技術などを利用することによって「最高品質の行政サービスを最低価格で提供する」ことの実現を意味する。言い換えれば，納税者にとっては，「支払った金額に見合った最高品質の行政サービスをうける」ことを享受できることを意味する。具体的には，PFI により，事業期間内における必要コスト（ライフ・サイクル・コスト）と使用者の要求に合致した質の最適組み合わせを実現することである[10]。すなわち，PFI においては，行政サービスを行政が直接提供する場合に比べ，民による提供サービス水準が上回るときに VFM が達成されたと言うのである。言い換えれば，PFI における VFM の達成とは，①同一の質の行政サービスの提供であれば，最も低廉なコストで提供することであり，②同一のコストであれば，最も質の高い行政サービスの提供を行うこと，の実現（その中間の組み合わせも無数にありうるが）をめざすところにその特徴がある。いずれの場合においても納税者の満足度を最大にする組み合わせとなる（イギリスでも当初は①のケースが主として想定されていたが，その後議論が進むにつれて最近では低コストであるから良いという議論には組みせず，価格以外の要因も重視する形となっている[11]）。

しかし，ここで疑問が提起されよう。行政サービスに必要な資金コストを考えた場合，政府の信用力が民間の信用力を上回るので，同じ内容のサービスであれば，常識的には資金調達コストの低い官の方が低い価格で供給できるはずである。それがなぜ，PFI では VFM の達成が可能となるのであろうか，と。それに対する解答は次のように考えられる。

第１に，PFI はプロジェクトのアウトカム，アウトプットを明らかにして発注する仕組みであるからである。伝統的な行政の発注は，建築，管理等に必要な要員，物理的な仕様など投入する要因に主たる関心が置かれた。民からすれば，行政の要求するままに実行することが最大の必要事項であった。それが，アウトカム，アウトプット中心になると，それを実現する手段が無数にある中で，その方法を選択する主体は官ではなく民となる。そこに，民がその創造性を生かす機会が生じるのである。民の経験と知識を生かした創意，工夫によって官主体と比較して，サービスの質の向上，価格の引下げ効果が生じるのである。さらに，アウトカム，アウトプットを明らかにすることは，プロジェクトを中間，事後に評価するうえでも評価の基準を示すことにつながる。

第２に，PFI は投資案件について，設計から建設，管理を含めたプロジェクト全体のライフ

9）HM Treasury（2004），p. 7.
10）Ibid.,
11）内閣府 PFI 推進委員会（2008）では，「『VFM』とは，一般に，『支払いに対して最も価値の高いサービスを供給する』という考え方である。同一の目的を有する２つの事業を比較する場合，支払いに対して価値の高いサービスを供給する方を他に対し『VFM』があるといい，残りの一方を他に対し『VFM がない』という。」と記述している。

・サイクル・コストで考えるからである。伝統的な行政にあっては，投下する投資予算には多大な考慮を払うが，その後の管理費用には関心が少なくなる。このため，管理費用を看過した設計，建設が行われることが見受けられる。例えば，窓の清掃に特別の足場組が必要な壁面デザインなどである。設計から，建設管理までを一貫したプロジェクトの発注であれば，伝統的な分割発注に比べて，コストを意識した設計，建設管理がもたらされ得る。

第３に，PFI の第二の特徴といえる官と民とのリスクを負担できる能力を比較し，リスクの最適配分を行う仕組みだからである。

(３) VFM とリスクの最適配分

VFM は，一例として，次のように定式化される。

VFM＝政府の調達価格（PSC)－PFI 調達価格（LCC)[12)]

＝リスク要因の差+リスク以外の価格要因の差

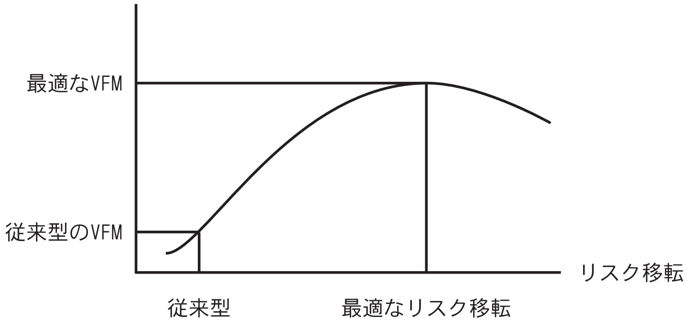
リスク要因＝官の責任分担×官の分担分に係る官の固有のリスク

＋民の責任分担×分担部分に係る民の固有のリスク

(リスク以外の価格要因とは，税負担や補助金などを指す。PFI 調達にとってはマイナスに作用する。)

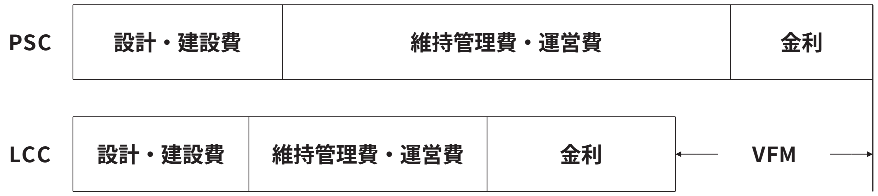
その状況は**図表１**で示されている。情報の非対称性等により，官は自己が保有する情報等分野に優位性があるのでその部分についてはリスクをより小にすることができ，民も同様に民が保有する情報等優位な分野でそのリスクをより小にすることができる。官から民が得意な分野にリスクを移転させると，リスクに対するコストは官より民の方が低くなり，全体のコストが低下し，VFM を高める。さらに官から民へとリスクを移転しすぎると，民におけるリスク回避のためのコストがかさみ，VFM を低下させる。従って，リスクが官，民のうち，より管理

図表１．リスク移転と VFM



12) PSC とは，Public Separate Comparator，LCC とは Life Cycle Cost の略。

図表2．PSC と LCC



できる方に最適に分配されたときに VFM は最大となるのである[13]。

以上の関係を具体的例で示してみる。民は現実に工事の施工に当たり，材料，作業労働者の調達等の情報に長じている。さらに，設計から施行，管理を一元的に行うことにより，この長所はより生かされる。官は，法規則との関連，住民との対応などにおける情報に長じている。そこで，それぞれが長じている分野で責任を負う，つまりリスクをとることとすれば，VFM を高めることができるのである。また，民が行う公共投資と自己の投資を一体化させることになれば，例えば公共投資を核とした都市再開発などは単体の公共事業よりさらに VFM を高めることにつながる。

以上のように，VFM 評価の中心はリスクの分担である。契約書においては，リスクの分担と実際にその事象が生じたときの処理方法が詳細に記してある。そのため，契約交渉，契約書は詳細を極めたものとなる。逆にこのことは，PFI の調達にかかる費用と時間とを多大なものとし，欠点となっている。

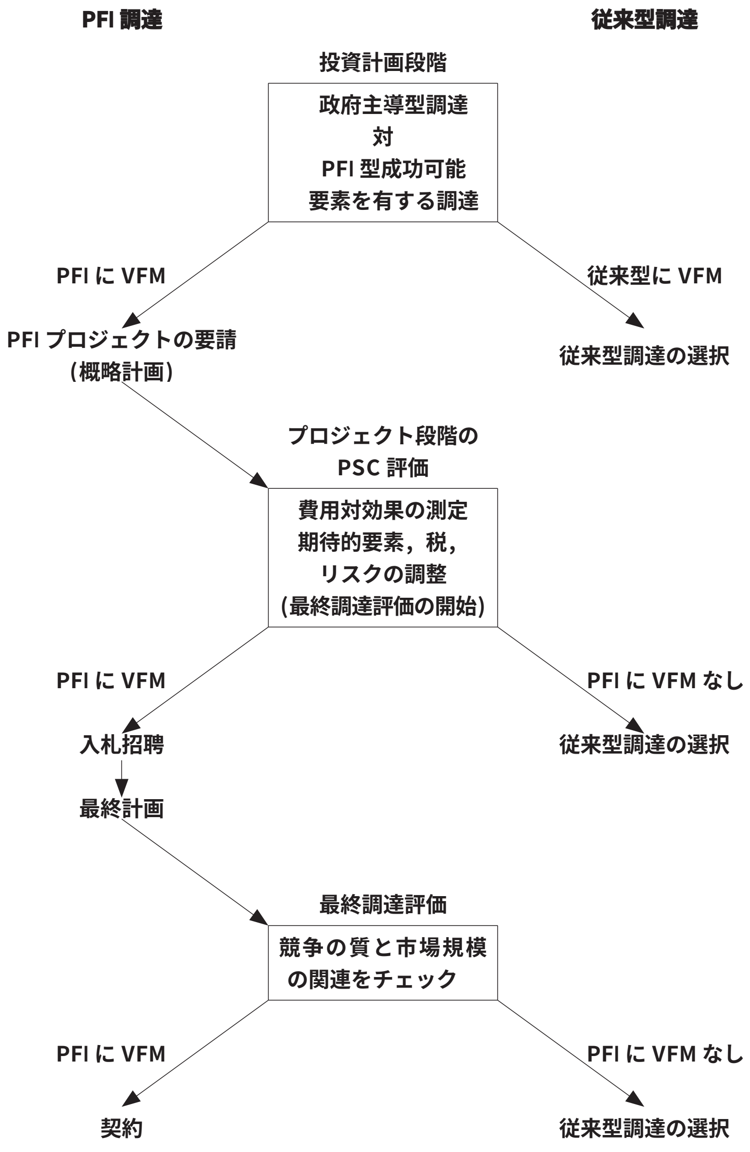
実際に VFM はどのように算定されるのであろうか。上記の例では，PFI 調達価格（LCC）と政府がサービスを提供するとした場合の価格（PSC）とを比較する方法がとられている。PSC と LCC との差を VFM と見做すのである（**図表2**）。この方法は，VFM の算出の中心となっており，イギリスでもわが国でも仔細のガイド・ラインも発表されている。この方式以外にも考えられるが，質の評価を金額換算するのが困難であるため，具体的な定式化が進んでいない。

（4）VFM の測定時期

VFM の測定はいつ行われるのか。イギリスでは，当初はプロジェクト実施が決定される段階とされていたが，最近は**図表3**に示すように，複数段階において，それぞれの段階に適応した測定を行い，最後まで PFI か従来型の政府調達科の選択肢を有する形となっている。最終契約に至るまで，官，民双方が提案を出し合うことにより，少しでも VFM を高める努力がなされる仕組みとなっている（民が行き過ぎたリスクをとっていると評価されれば，官の従来型

13）リスク移転と VFM の関係についての理論的解析については，小川光「公共におけるリスク分担」（財務省財務総合研究所，フィナンシャル・レビュー，2001年2月），井上馨「PFI の VFM を生み出す要因について」（大阪府立大学経済研究，50巻，2005年3月）参照。

図表３．PFI と VFM の評価手順



（資料）HM Treasury (2003) “PFI: Meeting the Investment Challenge” p. 75

調達になる選択肢が最後まで残る仕組みでもある。)。

またEUでは，従来方式（公共がアウト・プット仕様書を設定，優先交渉権者を選定，その交渉権者と契約内容について交渉するプロセス）に代え，「競争的対話方式」を指示している[14]。そこでは，大規模投資を行う事業において，なるべく民間のノウ・ハウを効果的に利用

14）2004年 EU Directive 29条（公共調達に関する指令）。

するために，どのような仕様書にするかを事業者と入札参加者とが入札開始前に打ち合わせをする仕組みとなっている。わが国の一般的な一般競争入札では，最初の入札参加資格審査で競争参加資格の確認を行うにとどめているのに対し，「競争的対話方式」では相対的基準をもとに評価の高い上位数社に参加をしぼりこみ，応募者別に契約のあらゆる側面に関し対話を行うことができる点が異なっている。その対話を通じてVFMを高めあう可能性を探る仕組みとなっている。わが国でも，実施方針を公表した後で，関心のある事業者から質問の形式で対話を行い，最終募集要項の参考にしたり，ヴァリュー・エンジニアリング方式により，入札時の評価にVFMを高める提案の評価を取り入れているが，対話の内容の深度においては「競争的対話方式」のほうが優れており，わが国における今後の検討課題と言える。

（５）VFMと資金繰りの実施可能性（Affordability）

VFMの評価にあたっては，（４）に加え，サービス購入に関する調達側の支払いが円滑に実行されるかどうか，すなわち，調達側の資金繰りの実施可能性（Affordability）が重要である。言い換えれば，調達機関における毎年の資金予算の中で，当該PFI事業に関する資金負担支出が実行可能であるかどうか，つまり，調達機関の毎年の予算制約の中で当該PFI事業の実行が資金繰り的に可能かどうかの評価を求めるものである。とくに，PFI事業の契約が長期にわたり，かつ固定的支出となり，予算の硬直要因となるだけに，実施機関における短期，長期のコストに対する資金負担可能性に関する評価が必要である。

いくらVFMが高くても，実施機関が毎年の資金負担に耐えられない財政状況では，如何ともし難いのである。

（６）VFMの確実性の担保

VFMは，官から民へリスクを移転することによって実現する。リスクが確実に民に移転しなければ，プロジェクトのリスクは依然官の側に残り，プロジェクトが想定どおりに進展しない場合は，コスト（PSC）が想定より多く必要となる場合が生じる。この事態を防ぐために，すなわち，リスクを確実に民に移転するために必要な手段が，要求水準書とモニタリング，支払いメカニズムである。

要求水準書は，官が求めるアウトカム，アウトプットを明らかにするものであり，モニタリングは，それを現実にどう実現したかを判定するものである。その判定に基づき，官の要求水準に達しない場合は，対価の支払額を減額するというペナルティを課す支払いシステムである。プロジェクトが想定どおりに進展しない場合は，増加したコストは民が引き受けたリスクの結果として民の負担となる。したがって，PFIの運用に当たっては，要求書の記載内容，方法，モニタリングの記載内容，方法，ペナルティを含んだ支払いシステムの方法が重要になる。この巧拙が，プロジェクトの成否にも結びついてくることになる。

以上，VFM に関連し，種々の事項を述べたが，VFM を実現するためには，透明性の高い選定方式による競争原理の徹底が不可欠である。また，納税者の高い関心が，制度の実施を支えていくこととなる。このためには，情報公開も重要な要素となる。

第２節　イギリスにおける医療施設 PFI

(１) NHS と PFI

イギリスにおける健康保険制度は，National Health Service (NHS) である。基本は，初期医療（プライマリー・ケア）を担当する家族医（GP）と二次医療（セカンダリ・ケア）を担当する地域医療センター等から構成される。必要経費は，患者の自己負担のほか，わが国のような保険料中心ではなく，約80%が税でまかなわれる。二次等医療サービスの供給は，NHS トラスト[15]が担うが，1970年代以降，政府の予算制約等から施設の老朽化，非効率化が顕著となり，家族医の診断を受けて後の二次診療を必要とする患者待機数，待機期間の長期化などが大きな問題となった。

こうした状況を改善するために，サッチャー，メジャーの保守党政権，その後のブレア労働党政権時代と様々な改革の試みが実施されてきている。老朽化した医療施設を含む地域病院の再編成に伴う建替え，新築，医療サービス提供の効率化などに，市場機能を導入できないか，民間資金を活用できないか，というのが改革の考え方の基本である。PFI 制度を導入しようというのも，その中心的な試みの一つである。

病院システムに PFI 制度を導入しようとするとき，官と民との役割を踏まえた基本的考え方は，次のようなものとなっている。

① 医療行為サービス（直接の診療行為とそれに付随するサービス）は，NHS トラストが直接に提供する。

② 医療行為の提供を可能とするハード施設（建物，医療機器等）は，常に利用可能となる状態で提供されることを条件として民間が提供し，NHS トラストが購入する。

③ ホテル機能サービス（清掃，ポーター・サービス，リネン・サービス，給食，受付，警備，駐車場管理等）は，民間が提供し，NHS トラストが購入する。

④ IT システムは，技術進歩が早く陳腐化するリスクが高く，長期の契約になじまないこと等から，PFI 以外の調達方法とする[16]。

---

15) NHS トラストはサッチャー政権時代に設立されるが，独立行政機関としての性格を有するものであった。ブレア政権の2002年により自由な裁量権を持つ財団化の推進が公表され，現在，その方向での改革が進められている。NHS 組織構成の変遷については，森宏一郎（2007）に詳しい。

16) 大蔵省の PFI ガイドラインでは，当初は IT サービスの購入も対象としていたが，IT 技術の変化のスピード等が長期契約になじまず，VFM を高めるリスク・アロケーションが困難であるとして，

（２）医療施設における PFI の評価

PFI に対する一般的ガイドラインは，大蔵省が作成し公表している。それを踏まえつつ，医療施設関連については，厚生省がガイドラインを公表している。大蔵省の最初のガイドラインは1999年に公表されたが，2004年に改正がなされた。厚生省は，この改訂版に沿って，必要な改正をしたガイドラインを公表している。以下は，医療施設における PFI の評価方法について，“PFI Guidance”（最新版は2007年１月）及び“Treasury's New Value For Money Assessment For PFI : Guidance for NHS Build Schemes”（2005年９月）に依拠しながら概観したい。

医療サービスの提供者である NHS トラストは，PFI の実施に当たり，事業計画概要書（Outline Business Case : OBC）と事業詳細計画（Full Business Case : FBC）を準備する必要がある。NHS トラストは計画の内容，即ち，VFM 分析，非貨幣的事項にかかるスコアリング分析，価値ウェイト分析，貨幣価値で示される費用便益分析などを元にした望ましい事業選択肢を，医療サービスの行政責任者である地域保健局，医療サービスの購入者である地域健康局（Health Authority）あるいはプライマリィ・ケア・グループ（PCGs）に示し，同意を得ることが必要である。この計画書の段階で重要とされるのは，ライフ・サイクル全体を通じ現在のサービス水準を維持する中核となる最小限の必要医療サービス供給 (Do Minimum Option）の範囲を的確に設定することである。その上で，全事業期間における費用，便益，それぞれの事業選択肢に付随するリスク，資金調達に関する評価等がなされる必要がある。また，OBC で最も優れた選択肢とされたものは，アフォーダビリティを満たすかどうか確認されなければならない。

20百万ポンドを超える OBC については，その計画評価は NHS 地方局，NHS 長官，厚生省，大蔵省の承認を得なければならない。その上で入札に付せられる。入札の結果，その内容を加味し吟味された FBC が，関係者の最終的な承認を受けて契約締結となる。

（あ）VFM の評価方法

VFM の評価は現在では次のように行われる[17]。

まず，定性評価として，以下の項目に関し，質問表形式で答える形がとられる。

①　実現可能性（提供されるサービスの水準がアウト・プットとして明瞭に表現されているか，経済的効率性が測定可能でモニターできるか等），

②　望ましさの程度（より良いリスク管理，重要なリスク移転，費用に見合った適時の供給のインセンティブ，イノヴェーションをもたらす可能性を含んでいるか等），

③　実行可能性（民間セクターは要求された水準のものを供給する能力があるか，サービス

HTM Treasury（2003）４章，７章では，その適用に否定的評価を与えている。

17）大蔵省が1998年に示したガイドラインに基づく VFM の評価は，LCC と PSC の比較による定量評価がほとんどであったが，2004年に改定が行われ，定量評価に加え，定性評価が加わった。

を提供したいという企業が市場に十分存在するか，調達プロセスを管理し，同意した契約が実行されているかどうかを十分に評価できる能力が調達側にあるか等)。

次に定量評価が行われる。これには，大蔵省とパートナーシップ UK が共同開発したモデルが使用される。VFM は，PSC の正味現在費用（Net Present Cost（NPC)，すなわち，リスク調整後の正味現在価値）と，PFI による NPC の比較によって算出される。

計算表に当該プロジェクトの条件数値を記入し，指示に従えば計算結果が算出される仕組みとなっている。ただし，すでに一定の前提が大蔵省によって仮定されており，計算表に所与の条件として組み込まれている。例えば，

① 建設費用は，建設期間中に等分に発生。
② ライフ・サイクル・コストは建設終了後に初めて発生。
③ 取引費用は，民間部門は当初建設費用の1.5%，公的部門は最低75万ポンド。
④ 配当額は，契約期間を通じ，当該プロジェクトから生じた余剰キャッシュ・フロー額。
⑤ 資金の借り換えは発生しない。
⑥ 主要債務は銀行借り入れ。主要借入の契約期間は事業契約マイナス２年。据え置き12ヶ月以内。
⑦ 資金調達コストの指定（スワップ・レート，コミットメント・フィー，銀行マージン等)。

とされている。

事業主体がモデル計算表にインプットするために用意する資料は，

① PSC の契約期間全部に係る総費用（建設費用，維持管理費用)，
② PFI 供給者の負担する契約期間全部に係る総費用（建設費用，維持管理費用)，
③ PFI 会社の資金調達に影響を与える利子率，銀行マージン等，
④ 楽観的バイアス度（リスクを実際より楽観的に見がちな傾向度合い)，
⑤ リスク移転，
⑥ 取引費用，

等となっている。

このモデルはかなり標準化，単純化されており，これに個別の事情を加味して実際の値をはじくことになる。また，この表計算を元に，簡単に感度分析，アフォーダブル分析等に応用できる仕組みとなっている。

(い) アフォーダビリティの評価

PFI の実施機関は，その公共サービスを必要なだけ無限に購入できるわけではない。各機関は毎年の使用可能資金量に制約があるからである。歳入としては，各機関固有の事業収入，政府からの予算支給あるいは補助金，臨時の資産処分収入等がある。一方，歳出としては，経常経費，投資的経費などがある。PFI によるサービス購入も，歳入に見合った歳出の枠内でまかなわれなければならない。これが機関経営の原則である。枠を超えた財務運営は機関として認め

られない。また，PFI 事業者に対する，短期的かつ長期的支払いを確実に実行することが不可欠である。ここに，資金使用可能限度としてのアフォーダビリティの評価の必要性が存在する。

NHS トラストの場合も，アフォーダビリティの上限額について，OBC の段階で，HA あるいは PCGs の承認を得なければならない。

評価に当たっては，歳出面では以下の要件等が考慮される。

① 既存の公共サービスを提供し，歳入を得るに必要なコスト（効率性向上による節約分を考慮），

② PFI 事業協定の一部として求められるコミットメント費用[18]，

③ 資本調達に係るすべての費用，

④ 施設および IT の設備費用，

⑤ 全期間における維持管理費用，

⑥ 当該プロジェクトの全リスク費用，

⑦ プロジェクト費用（支払い代金，人事配転費用等），

⑧ 当該計画に移行される土地その他資産の経済的価値，

⑨ VAT 純控除額，

⑩ 当該計画発効前に NHS トラストの損益計算勘定に残された調整額，

⑪ 当該計画が他の地域健康システムの関連プログラム・コストに及ぼす影響額，

⑫ 想定された一般的な物価上昇率を超える場合の影響額。

歳入・歳出両面の評価に当たっては，当該機関の予算書，キャッシュ・フロー計算書，資金計画書が精査される必要がある。また，追加的費用の発生に対しても，それに対応した資金準備（たとえば，資産処分の可能性の有無）がどうかなどが評価される。

このアフォーダビリティ評価は，プロジェクトの契約前のみならず，契約期間中においてもその範囲内に可能使用資金が維持されるよう，継続して検証される必要があるとされている。なぜならば，PFI 契約は長期間の固定契約であり，それだけに行政側の固定的要因となり，一方で政府の予算額の変更などの変動要因があるためである。民間経営に例えてみれば，キャッシュ・フローが常に正常状態に維持されていることを常にチェックしておくことを意味しているといえよう。

（３）Darent Valley Hospital の事例

ダートフォード[19] 国立病院は，1990年代後半時において，建築後100年を経過した老朽中核

---

18) 内容が明確ではないが，例えば，立ち退き保障など，公が約束した事項の実行に関する費用が考えられる。

19) ダートフォード（Dartford）は，ロンドン郊外，ケント州南東郡に位置し，人口８万5000人の町である。

病院と補完的機能の二病院からなり，三つ合わせてやっと地域総合病院として機能していた。この病院を運営するのはダートフォード・アンド・グレープシャム・NHS トラスト（以下，DNHS トラスト）で，1991年創設された。このトラストは，ダートフォードと隣接する２町約23万人弱をカバーする３病院を経営，ダートフォード病院はその中心であった。DNHS トラストは３ヶ所に分散した病院機能と老朽化した中核病院を統合する Darent Valley Hospital プロジェクトを計画したものである。

本プロジェクトは，1995年５月西ケント州保健局が OBC に同意，96年７月優先落札者候補者の決定，97年７月正式契約，97年８月工事着工，2000年７月完成の経緯をたどった。NHS トラストのプロジェクトは，PFI が制度化されて以来，多数の調査が行われたが，実施に至るものがなく，それだけに NHS 本部としても第１号プロジェクトとして支援に努めたものである。また，会計検査院（NAO）としても，契約締結の99年段階で最初の検査を行い，完成後の2002年に再度の検査を行っている。そこで以下，NAO の報告書および議会での審議報告書を手がかりに，VFM およびアフォーダビリティ評価に焦点を当てて見て行く[20]。

（あ）契約の概要

本プロジェクトは急性および入院患者向けの，400床，最長60日入院治療の病院として計画された。病院の使用契約期間は60年である。最初の最低契約期間25年（建設期間（この間は支払い発生せず）を加えると28年。この期間経過後は，NHS トラストが病院閉鎖を決定した場合にはペナルティ無しで契約解除ができる。）において，建設，維持管理，医事行為以外の支援活動のプロジェクト（IT は除く）として，総額177百万ポンド（96年価格）の契約内容となっている[21]（後述するように，2003年に民間側における再資金調達により，228百万ポンド，35年契約に変更された。）。入札には当初２社が意向を示したが，最終的には１社だけの応札となった（この点，競争性の問題が特に国会の審議で指摘された[22]。）。

（い）VFM の評価

NHS は，VFM は17百万ポンド（PSC の９％節約）と試算した。PSC と PFI の比較は**図表**

図表４．PSC と PFI の比較

（百万ポンド）

	PSC	PFI
基礎コスト（A）	142	175
公の負担リスク（B）	40	2
公の総費用負担（A）＋(B)	182	177

（出所）UK Parliament (1999), Annex to Q241

20）本プロジェクトを毎年定点観測した記録として，森下正之（2005年）がある。
21）維持管理等の Facility Management の内容については，杉浦勉（2004）が詳しい。
22）UK Parliament (1999) #56-65.

4のようになっている。

NAO の検査結果では，PSC の算出に２箇所の重大な誤りがあり，実際は５百万ポンド（PSC の３％節約）であった。国会は，もし VFM がこのように限界的なものであると NHS が認識していたならば，より良い VFM を引き出す契約にさらに取り組んだかもしれないと評価している（NHS トラストは，相手が後半では特に契約辞退の強い圧力をかけながら交渉に臨んできたので，不可能と反論している。）。また，

① 契約交渉の時間の経過とともに，常に最新時点での VFM 計算がなされるべきである。

② PSC 自体，経験を踏まえ改善されていくので，NHS の次の病院プロジェクトでは改善された値を使用すべきである。

と指摘されている。

（う）アフォーダビリティの評価

本契約は最低契約期間28年の契約であるが，この間，NHS トラスト側は毎年16.7百万ポンド（96年価格）の固定的支払い義務が生じる。一方，この間には，医療技術の進歩，当該地区の人口変化に基づく患者数の増減等，歳入，歳出両面での不確かな要素が多く考えられる。それだけに，長期契約には慎重である必要がある。

地方保健局は，当初「歳入・歳出差額なし（revenue neutral)」となることを期待していた。しかし，PFI の契約どおりでは毎年４百万ポンドの追加拠出（すなわち赤字）が必要となることが判明した。このままではアフォーダビリティの条件を満たさないため，閉鎖する病院の土地売却代金を PFI 事業者が必要とする事業資金の一部として前払いの形で提供することとした。このため資金調達コストを低下させることが可能となり，アフォーダビリティの条件をクリアすることができた[23)]。

（え）再資金調達に伴う契約変更

本プロジェクトは，協定より２ヶ月早く完成した。その後の運営は，当初はサービスの提供に一部問題はあったものの，すぐに改善が行われ，2003年に三つ星の最高評価を受けるに至った。

また，2003年には，資金の再調達が実施され，建設期間を入れて28年契約が35年契約と変更されるとともに，その果実の一部が NHS トラストに還元され，本プロジェクトのアフォーダビリティの改善に寄与した。

資金の再調達は，PFI 事業会社が金融機関から借り入れた98.2百万ポンドのうち，借入残高85.9百万ポンド（残存期間14.5年）を，社債132.5百万ポンド（28.5年満期）に借換えたものである。債務の総額は56％増となるが，社債の金利が低いため，正味現在価値では33.4百万ポン

23）NHS トラストとしては，毎年６％で所有した場合の費用と処分代金の差額を繰延資産として毎年均等返済ができる一方，PFI 事業者としても借り入れ能力の向上を生み出し資本金負担を少なくするなどのメリットが生じた。UK Parliament（1999）#18，森下（2005）p. 45，pp. 94–96.

ドのプラスとなる。なお，社債の期間に応じ，最低契約期間も28年から35年に延長された。

この資金再調達が可能であった背景としては，

① 本プロジェクトは，NHS の第１号 PFI であり，複雑かつ未経験の調達仕組みであった[24)]。しかし，最初の病院施設が計画より早期に完成するなど成功裏に遂行し，リスクの大きな部分を占める建設リスクが解消したこと，

② 開業後の状況が，残ったリスクを反映した好条件を引き出しうる体制にあったこと，

③ PFI の資金調達市場が成熟し始め，かつ金融状況が低金利で推移していたこと，

などが指摘される[25)]。

再調達で獲得した利益については，契約上，NHS トラストも15%のシェアを得ることになっていた。契約当時の契約ガイドラインではその条項がなかったが，コンサルタントのアドバイスで挿入された。また，国会の議論でも，再調達の可能性をなぜ追求しなかったかとの強い指摘があった。こうしたことも踏まえ，大蔵省は再調達に関するガイドラインを2002年に公表し，そこでは PFI サービスの調達側が「原則30%」のシェアを確保するよう指示している。本プロジェクトは，上記ガイドラインの公表前に交渉がまとまったのであるが，大蔵省の検討情勢なども背景として，交渉されたものである。

再調達で確保した利益額およびその配分額（再調達時価格）は，**図表５**のとおりである。

配分を受けた金額については，PFI 事業会社は契約の残余期間の配当を縮小（15.7百万ポンド），それを含めて現株主に現金配当（37.4百万ポンド），NHS トラストは現金で1.5百万ポンドを受領し，かつ，残余契約期間の各年支払い減10.2百万ポンドとした。

この結果，PFI 事業会社は格段の収益率を実現した[26)]。NHS トラストは一時金を2003年の経常赤字の一部に充当するとともに，毎年1.1百万ポンドの支出減，すなわちアフォーダビリ

図表５．リファイナンスによる利益配分シェア

（百万ポンド）

	PFI 事業会社	NHS トラスト	計
既契約期間分	18.3（70%）	7.8（30%）	26.1（100%）
期間延長分	4.6（50%）	4.6（50%）	9.2（100%）
時間経過調整分（マイナス）	(1.2)	(0.7)	(1.9)
合　計	21.7（65%）	11.7（35%）	33.4（100%）

（出所）NAO（2005）p. 28

24) 本プロジェクトについては，前例がなく，類似の PFI 事業もなかったため，民間の側としては，かなりのリスクプレミアムを織り込んだプロジェクト・ファイナンスとして組成された（森下（2005）p. 143)。

25) NAO（2005），p. 23.

26) Internal Rate of Return は，計画では21%，直前実績23%であったものが，56%になった。主要株主の１人（建設請負の中心業者）は，持分を他の株主に売却，50%超の投資収益を得た。

図表6　NHS トラスト経営実績（千ポンド）

年度	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
収入							
活動収入	73,443	77,679	83,419	96,287	100,650	111,160	120,828
その他	5,733	6,071	6,092	2,219	1,277	1,231	1,179
収入計（A）	79,176	83,750	89,511	98,506	101,927	112,391	122,007
支出							
人件費	42,871	47,138	51,312	57,721	62,987	64,528	68,159
医療費	9,922	11,140	11,718	8,587	10,328	14,579	17,635
PFI	20,570	20,691	19,331	21,056	20,560	22,595	24,591
支出計（B）	79,366	84,988	88,679	98,985	105,987	111,061	120,344
収支差（A)－(B)＝(C)	−190	−1,238	832	−479	−4,060	1,330	1,663
資産処分益（D）	1,104	−25	0	−8	350	0	−20
利子収支差等（E）	83	70	100	−95	84	85	111
合計（C)＋(D)+(E)	997	−1,193	907	−392	−3,626	1,415	1,754

（注）Dartford and Gravesham 年次報告書をもとに筆者作成。

ティの向上となった。負債総額が増加することのリスク増要因があるものの，運営の実績から契約破綻リスクも低下したなどのことから，VFM も向上したとの評価がなされている[27]。

（お）経営実績

NHS トラストの経営実績を病院完成後の各年の年次報告で見たものが**図表6**である。

これによると，収支は，2001年度，02年度は赤字で，政府からの財政補填を受けている。03年度は PFI 事業会社の資金再調達などにより黒字となったが，04年度，05年度は再度，赤字になった。しかし，人件費の伸びが抑えられたことから，06年度，07年度と黒字転換し，黒字幅も増加している。

PFI の負担額は，支出額の当初25～24%を占めていたが，資金再調達後は19～21%と抑えられた。黒字に転じた最近2年では8～9%の伸びを示し，支出額の固定割合を占めている。

（4）医療施設 PFI の評価

医療施設 PFI は，その実績が重ねられている。上記（3）では成功事例と言われる Darent Valley Hospital プロジェクトを見たが，医療施設 PFI 全体に対する評価はどうであろうか。

第1は，PFI 自体のメリットとデメリットの評価である。初期の7プロジェクトの NHS トラスト担当者に1998年から2000年にかけてインタヴューした結果として，以下が指摘されている[28]。先ず PFI のメリットとしては，①PFI プロジェクトの施設の優秀さは患者の医療環境を良くし，マネジメントの改善を機能させた，②サービスの重複を省くことによりコストを節約

27) NAO (2005), p. 36，表17.
28) Ruane S. (2004), pp. 131-136

させた，③機能の集中化により病院各局の相互関係機能を向上させた，④民間へのリスク移転によって LCC の引き下げが可能になったこと等が挙げられている。①～③は，従来型の契約でも達成可能なことであるが，財政再建のため公的インフラ投資を抑える政府の方針の下で施設の老朽化に悩んでいた NHS にとっては，PFI という新規の資金調達システムの採用でこれらのメリットが実現できたという評価である。次にデメリットとしては，①全く新規の調達プロセスへの対応への戸惑い（経験が役に立たない），②調達交渉の長さ，複雑さ，政府がコンサルタント会社に支払う報酬額及び民間事業者の入札コスト負担の高さ，③リスク分析，評価の難しさ等が指摘されている。

第２は VFM に関する指摘である。①医療施設 PFI は，道路や刑務所プロジェクトと比べて VFM が低いのではないか（NAO や労働党に近い公共政策研究所（Institute for Public Policy Research：IPPR）の指摘）[29]，②リスク移転の効果が誇張されているのではないか[30]，といった指摘がある。また，アフォーダビリティの制約は，病床数の削減を要求することになるが，このことに対する NHS 関係者の不満は強い。

第３は長期契約に対する議論である。PFI は設計，建設から維持，管理までを含む長期契約であるからこそ成立する反面，長期固定的契約による将来の行動に対する拘束が非効率を生み出すことにもなりかねない，また SPV（わが国 SPC に相当）に対する支払いが固定費用と化し，コストの下支え的要因となりかねない，との批判がある。PFI 事業をめぐる環境も長期契約が経過するに従い変わってくるのは当然であるが，それに合わせて契約を書き変えようとしても，改めて種々の手続き，費用などが必要とされとの批判もある[31]。一方で SPV がリファイナンスにより巨額の利益を上げているとの指摘もあるところである[32]。

以上のように，様々な批判があるが，下院厚生委員会の「PFI には潜在的な問題があることを我々は承知している。だが潜在的なベネフィットがあることも見ることができる。」との評価[33] が的を射ているのではなかろうか。

第３節　わが国における医療施設 PFI

（１）わが国における医療施設 PFI の現状と評価の方法

（あ）医療施設 PFI の現状

わが国の PFI 事業は，1999年の PFI 法の制定により，本格的に始まった。法に基づき，政

29）伊藤善典（2006），p. 118 Ruane S.（2004），p. 138
30）Ruane S.（2004），p. 138
31）Ibid. p. 138
32）伊藤善典（2006），p. 118
33）BBC NEWS，2002年５月17日，http://news.bbc.co.uk/１/hi/health/1991037.stm

府が定めた基本方針の手続きによって実施方針が策定，公表された事業件数（実施方針公表以降に断念された案件は除く）は，2008年９月末現在で324件，うち医療施設に関するものは，**図表７**の10件である。このうち，実際に施設等が完成し，施設等が稼動している案件が４件である。

４件のうち，八尾市立病院は，施設の建設を含まない，病院の維持管理・運営業務に限定されたものであり，イギリスの事例が示すものとは様相が異なる。また，島根県立こころの医療センターは，BTO 型の病院施設の建設，維持管理であり，施設建設の延払い的契約に近く，この意味でイギリスとは異なり，本格的 PFI とは言い難い。こうしてみると，施設が完成したプロジェクトの中では，近江八幡市立総合医療センター，高知医療センターの２件がイギリスと同様の本格プロジェクトであるといえよう（高知医療センターは，基本設計が PFI 実施公表前に用意され，それをもとに以後のプロセスが進められている。この点，設計から維持管理までをすべて含んだイギリス型とは，若干差異がある。）。そこで，以下，事例として近江八幡市立総合医療センター，高知医療センターの２プロジェクトを取り上げてイギリスと比較しながら，特に VFM，アフォーダビリティに焦点を合わせ，その成果について評価を試みたい。

(い) 評価の方法

VFM の評価に関し，その達成状況を見る場合，基本的には次のような方法が可能である。

① 先ず，建物及び付帯の医療施設の建設段階における VFM の達成度を検証する。建物・施設の支払い額は，資本収支の利子支払いに該当する。VFM の達成の程度は，建設が完了した段階において，支払いが想定のとおりであったかどうかを検証すればよい。

② 次に，維持管理，運営業務等のサービスにかかる VFM について検証する。PFI の考え

図表７．医療施設 PFI

事業名称	公共施設等の管理者等
高知医療センター整備運営事業	高知県・高知市病院組合
近江八幡市民病院整備運営事業	近江八幡市
八尾市立病院維持管理・運営事業	八尾市
島根県立こころの医療センター（仮称）整備・運営事業	島根県
多摩広域基幹病院（仮称）及び小児総合医療センター（仮称）整備等事業	東京都
ガン・感染症医療センター（仮称）整備・運営事業	東京都
愛媛県立中央病院整備運営事業	愛媛県
神戸市立中央市民病院整備運営事業	神戸市
精神医療センター（仮称）整備運営事業	東京都
筑波大学付属病院再開発に係る施設整備等事業	国立大学法人筑波大学
神奈川県立がんセンター整備運営事業	神奈川県
大阪府立精神医療センター再編整備事業	地方独立行政法人大阪府立病院機構

方が，建設，維持管理，運営を一体に行うことによってLCCを低下させることにあることに鑑みると，維持管理，運営もまた，医業収支にプラスに働くと想定することが自然である。少なくとも，維持管理関連経費の節減，在庫管理の合理化などによる材料費の節減，管理業務に維持する人件費の減少などがVFMの達成につながっていくことが想定される。VFMの実績評価については，これら内容を見て行けば良い。

具体的には，第１に，サービスの対価に関する支払いがモニタリングの結果として減額されているのか否か，第２に，医業費用に関し，VFMの達成の結果としてPFI導入前に想定された額と導入後の実績とを比較することによって，その評価が可能となる。

アフォーダビリティの評価方法に関し，以下のことが言える。一般に公的病院の資金収支は，収益収支と資本収支からなる。収益収支は医業収益と医業外収支からなる。地方政府が設置する公的病院は，公益的性格から経常費の一部が地方交付税の基準財政需要額に算入される。その額は，病院の収益外収入に繰入れされる建前となっている。病院の施設・機器の整備費は資本収支として整理される。整備費用は従来型契約では完工時に全額清算されるが，BTO型は従来型契約に準じて，BOT型は完工時から一定期間の分割払いとなるのが一般的である。その支払い財源は，収益収支の剰余積立金（その太宗は減価償却費の累積額），建替え等に伴って不要となる旧資産の売却収入（移転した場合の旧土地売却収入など），起債による調達金，国（及び市町村の場合は都道府県）からの補助金から構成される。PFIで検討するアフォーダビリティとは，毎年の資金収支（収益収支，収益外収支の余剰および資本収支における補助金と減価償却額の合計）から認められるPFI事業者への支払可能額（端的にいえば，キャッシュ・フローが破綻しない範囲の額）である。

事前のアフォーダビリティの評価が適正であったかどうかは，事前評価段階と事後のキャッシュ・フローとの比較により可能である。仮に事前の計画が利用できない場合は，事後のキャッシュ・フローを検討することにより，少なくとも問題の有無は確認できる。

（２）近江八幡市立総合医療センター

（あ）プロジェクトの概要

近江八幡市立総合医療センター（近江八幡市立病院がPFIの開始時の2006年10月に名称変更）は，近江八幡市の総合医療機関であると同時に，滋賀県東近江地域の中核病院である。施設・設備の多くが老朽化，狭隘化したことから1990年代から改築が検討されてきた。99年にPFI法が制定されたことから，PFIによる事業フィージビリティが検討され，その結果，2001年５月に実施方針の公表が行われた。01年６月にPFI事業として実施するという特定事業の選定がされ（01年９月一部内容改定[34]），01年11月に募集要項の公表，02年８月優先交渉権者

34）当初は，看護婦宿舎の改築を含んでいたが，それを取りやめた。

の選定（応募者数４者），03年11月事業契約の締結という過程をたどった。04年９月に建設着工，06年４月竣工，06年10月に新病院開設となった。

病院の規模は，診療18科目，病床数407，５階建て，延べ床面積33,873㎡，正規職員数475人（08年１月１日現在）である。

PFI 事業契約は，ゼネコン A 社が100％出資する B 社（SPC）との間で締結された。その内容は，B 社が病院施設の設計・建設を行い，所有し，これらの維持管理業務，運営業務の一部及びその他の業務を開院より30年間にわたり遂行，その後に病院施設は市に無償で譲渡する（BOT 方式）というものである。事業費は，施設等整備費24,416百万円，維持管理費14,462百万円，運営費等28,720百万円，計67,598百万円である。

施設関連の支払い期間を見ると，病院本体建築関係30年，システム関係５年，医療機器関係10年，備品関係15年となっており，資金繰りから見ると，開始時に支払い負担が片寄せする形となっている。

（い）VFM の評価

特定事業の選定時の評価は，次のようになっている。

①　本事業を市が自ら事業を実施する場合（PSC）に比べ，PFI 方式により実施する場合（LCC）は，事業期間中の市の財政負担額が約５～８％削減するものと見込まれる。

②　本事業において，リスクを民間事業者に移転することによって市の財政負担を約３％削減できると想定した。これに加え，定量化は困難であるが，従来市の責任で行っていた資金調達リスク等を民間事業者の責任に移転した。

③　①と②を加え，全体で約８～11％の削減率が達成されることが見込まれる。

④　定性的な効果として，効率的な維持管理・運営の実施，財政支出の平準化，リスク分担の明確化による安定した事業運営，市民サービスの向上が期待できる。

優先交渉権者の選定時の評価は次のようになっている。

①　本事業を市が自ら事業を実施する場合の財政負担額（PSC）は，39,149百万円，PFI 方式により実施する場合の財政負担額（LCC）は，33,529百万円（いずれも現在価値ベース，割引率４％（インフレ率１％込み））。現在価値で5,620百万円（約14.4％）の財政負担額の削減が見込まれることが確認された。

②　定性的効果として，効率的な病院整備・維持管理・運営の実施が可能となった，財政標準化の平準化が可能となった，リスク分担の明確化による安定した事業運営の確保が期待できる，市民サービスの向上につながることが期待できる，ことが評価される。

契約締結後の実績から，VFM の評価に関しては，以下の点が指摘できる。

第１に設計，建設に関してはトラブルもなく，契約期限通り完成し，竣工引渡しが行われ，その後の欠陥指摘が報告されていないことを見ると，この面では想定の VFM が達成されたものと想定される。

しかし，自治体病院の建設単価が，民間等に比べ，かなり高いという指摘は念頭に置く必要がある。自治体病院は，そもそも豪華な病院を建設したがる[35)]。PFI 事業を請け負おうとする事業者は，行政が設定する想定病床数・延床面積で行政の想定する価格の枠で，できるだけ経費を削減した，工夫のあるものを提案する以外の選択肢はない。それはあくまで行政の要請する高い建築費の病院を相対的に安く建設するだけに過ぎない。という伊関の指摘[36)]は，アフォーダビリティとも密接に関連しており，重要である。

第2に維持管理，運営に関し，医業収益の推移は**図表8**の通りである。PFI により，VFM をどのように見積もったかについては，2006年3月策定の中期経営計画（平成17年度～平成21年度）が参考となる。それによると，

1）新病院運営により，医師・看護師・コメディカルの医療スタッフは大幅に増員するが，事務職員については PFI による運営のため減少させる。

2）薬品費については，大幅に減少し，医業収益の14.5%を見込む。

3）光熱費，燃料費については，現病院の3倍程度を推定。

4）委託料については，SPC へ毎年14億円程度を推定，その他は減少する。

が，目立った内容として挙げられている。

しかし，この中期計画は実施直後の2006年が，医業収支で見て113百万円の黒字見込みから実績で232百万円の大幅赤字に転じ，その後も赤字拡大が見込まれることから実質破綻した形となって，2007年により実態に近い形で「公的資金保証金免除繰上償還に係る公営企業経営健全化計画」(以下，健全化計画）が定められている。したがって，これと中期計画を比較すると，上記 VFM の見積もりに関し，実績評価がどのようであったかおおよそ推計がつく形となっている。**図表8**は，医業収益の推移に関し，2004年度から2006年度までの実績及び2007年度以降，中期経営計画と健全化計画とを比較したものである。これを見ると，以下の点が指摘できる。

1）医業収支は，2006年度に赤字に転じて以来，中期計画でも赤字が続くが，2007年をピークに減少する形となっている。健全化計画では赤字額がほぼ2倍となっている（ピークは2007年)。医業収入は，2006年度に計画より大きく減少し，これが2006年度の赤字転落の主要因となった。2007年度以降はかなりその乖離を縮小する方向にある。2007年以降の赤字拡大の原因は，主として医業費用の増加にある。

2）医業費用について，中期計画に比べ，健全化計画で増加乖離している。主な要因は，給

35）伊関（2007）は，その比較を示すとともに（p. 230），その理由として①キャッシュ・フローを考えない建築計画になりがちである，②自治体財政に甘い起債制度と交付税措置，③病院経営や医療現場を知らない設計事務所の設計が大半，④高い建築費での発注を期待する建設業者，を挙げている（pp. 221-227)。

36）伊関（2007），pp. 245-246。

図表８．近江八幡市立

年度	2000実績	2004実績	2005中期	2005実績
医業収入（A）	8,258	7,417	7,637	7,620
入院	4,060	3,652	3,971	4,010
外来	3,839	3,515	3,372	3,315
一般会計繰入金	―	120	170	170
医業費用（B）	7,757	7,247	7,430	7,418
給与	3,808	3,724	3,895	3,897
材料費	2,853	2,592	2,561	2,545
経費	617	652	704	708
PFI 維持管理費				
減価償却	6	258	247	247
医業収支（A)＋(B)＝(C)	501	170	207	202
医業外収入（D）	184	165	199	201
一般会計繰入金	―	10	50	50
医業外費用（E）	436	459	393	392
企業債利息	114	94	85	85
PFI				
医業外収支（D)＋(E)＝(F)	−416	−294	−194	−191
その他収支（G）	66	―	―	―
収益的収支（C)＋(F)＋(G)＝(H)	151	−123	12	11
資本的収入（I）	178	220	74	77
起債借入	112	110	61	61
補助金	―	7	―	―
資産売却	19	―	―	―
一般会計繰入金	47	103	103	13
資本的支出（J）	1,031	676	512	476
建設改良費（除く給与）	781	358	234	189
企業債償還	249	252	243	243
PFI 施設建設元本				
資本的収支（I)＋(J)＝(K)	−852	−456	−438	−399
資金不足額（H)＋(K)	−701	−750	−632	−590

(注１）中期は中期計画（2006年），健全は公営企業経営健全化計画（2007年）の略
(注２）2007年計上のその他収支は，除却損737（中期及び健全），旧病院解体費350（2007年健全）
(注３）積立金残高　2006年度末662
(注４）近江八幡市立医療センターの資料をもとに，筆者作成

与，材料費，経費である。減価償却額は逆に減少し，初期の機器等投資を中期計画より抑制した形となっている。

３）給与の増は，全国的な医師不足等に対応した待遇改善措置，医療コーディネーターの配置によるものであるが，一方，減少を見込んでいた事務職員（中期計画では2005年22人が2007年度17人で40百万円の減）が2007年末で20人と，この面での減少効果が計画を下回っているものと推定される。

医療センター経営実績

(単位　百万円)

2006中期	2006実績	2007中期	2007健全	2008中期	2008健全	2009中期	2009健全
7,940	7,548	8,937	8,728	8,990	8,852	9,033	8,946
4,349	4,546	5,702	5,667	5,756	5,777	5,825	5,857
3,230	2,675	2,769	2,668	2,765	2,683	2,731	2,697
150	150	150	150	150	150	150	150
7,823	7,780	9,458	9,772	9,437	9,823	9,443	9,797
4,056	4,041	4,173	4,239	4,180	4,384	4,183	4,415
2,126	2,149	1,928	2,200	1,931	2,210	1,940	2,200
1,372	1,348	2,024	2,148	2,029	2,097	2,035	2,077
	739		1,480		1,480		1,480
225	214	1,286	1,156	1,249	1,106	1,238	1,080
117	−232	−521	−1,044	−447	−971	−410	−851
795	836	915	881	915	1,065	915	1,064
650	650	850	700	850	950	850	950
772	742	1,009	922	937	906	904	886
76	90	84	101	30	106	25	120
375	375		675		644		611
23	94	−94	−41	−22	159	11	178
−171	−169	−738	−1,114	—	—	—	—
−31	−307	−1,354	−2,199	−470	−812	−399	−673
4,709	4,016	1,485	368	75	1,162	75	100
4,191	3,491	75	20	75	100	75	100
518	523	—	—	—	—	—	—
—	—	1,410	348	—	1,062	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—
5,756	4,862	1,583	1,038	1,643	1,573	1,645	1,567
3,719	4,579	100	599	100	710	100	743
231	231	895	389	927	863	899	824
1,787		588		616		646	
−1,047	−846	−98	−670	−1,568	−411	−1,570	−1,467
−1,078	−1,153	−1,452	−2,869	−1,098	−1,223	−1,969	−2,140

4）材料費は，中期計画では５年間で651百万円の削減を見込んでいるが，健全化計画では345百万円と目標の53%にとどまっている。しかも毎年ほぼ平準化しており，両計画とも今後これ以上の削減を予定していない。

5）経費については，PFI 委託費が約 2/3 を占め，業務実績にかかわらず固定的に支払われている。経費総額では，中期計画と健全化計画間で，2009年度でも42百万円の差がある(中期計画経費総額の２%に相当)。

以上を総合すると，VFM が想定した形で実現していないのではないかと考えられる。その原因としては，LLC の評価が過小であった，VFM を生み出す，特に定性評価された部分が機能していないことが考えられる。たしかに，PFI による委託費用について次の問題が指摘されている[37)]。

1）PFI 契約が不完全で，物価変動に伴うサービス対価の改定に用いる指標が定まっておらず，サービス対価の支払いが仮払いの状況にあること。

2）モニタリング事項やペナルティによる減額規程が完全なものでないことから，PFI のインセンティブが十分に機能していないこと。

また，PFI の運営についても，「市立総合医療センターのあり方検討委員会」では，

1）医療経営に通暁した人材の不足（委員長代行の発言），

2）PFI に通暁した市側スタッフの人員配転（PFI 会社社長の発言），

が指摘されている[38)]。これらはいずれも VFM を生み出す機能が十分に機能していない事情を裏付けている。

その結果，さらに収支が急激に悪化する状況が見て取れる。当病院は，旧病院時代に医業収支は黒字であり健全経営を誇っていた。それが新病院開設とともに赤字に転落したのは，新病院の内容の拡大による投資経費，経常経費の増と，PFI 事業による VFM の未達成，急激な医療行政の変化を見越しきれなかった甘い収入見込みによるものと判断される。

（う）アフォーダビリティの評価

アフォーダビリティとは，毎年の資金収支を勘案して認められる PFI 事業者への支払可能額である。健全な資金収支とは，資本的収入のマイナスを，建設積立金，旧病院資産売却で補った後，毎年の収益的収入の黒字で補填していくという図式が基本と考えられる。

したがってアフォーダビリティの限度額は，収益的収入の黒字額と資本的収支の不足額が均衡する範囲ということである。

本プロジェクトを PFI で実施しようと考えた動機について，当時の市長は次のように述べている[39)]。

「築後35年，これまでつぎはぎの増築によってしのいで来たのだが，施設や設備の老朽化や狭隘化は極限状態に達していた。(中略）先行した市立長浜病院や彦根市立病院の事例から試算してみると，およそ200億円の事業費となり，起債対象の建築費や補助金を除くと約30億円前後が市の単独での出費となる。しかも建物の引渡しを受ける年度の単年度出費となる。加えて国の借入金のある旧病院敷地の処分も課題となる。約30億円の単年度負担は市の財政能力をはるかに超える。」「(PFI の方式を採用することにより）市は建築資金を分割払いにできるこ

37）2008年3月12日，近江八幡市議会における総合医療センター事務局長答弁
38）2007年12月4日，25日，「市立総合医療センターのあり方検討委員会」議事録
39）近江八幡市立医療センター（2006），p. 56，p. 59

とで支出の平準化ができ，これまで最大の障害となった初期投資の財源の確保から開放されるのである。」

ここには，非常にプリミティブではあるが，市としてのアフォーダビリティの基本的評価が示されている。

病院の施設整備費用は，剰余積立金が一般には中心となる。病院事業については，病床一床当たり定額が普通交付税の算定基準となっている。ところが旧病院時代には，医業収支は黒字であり，健全経営を誇っていたため，医業外収支に繰出金として算入される建前の地方交付税交付金が繰り入れられず，一般会計の他の使途に充てられたことも多々あった。その結果，本来であれば相応に積み立てられたはずの建設改良積立金が2000年度末で9.61億円に過ぎなかった。このため，新病院建設の財源としては，旧病院の敷地売却代金，起債，国，県からの補助金に殆どを拠らざるを得ない。これらの調達可能資金を差し引くと市が独自に準備すべき施設整備資金として30億円が必要だが，従来型の公共事業体系では完成時の一括払いとして用意せざるを得ない。一括払い調達のめどがない。そこで，複数年にわたり市の独自負担分を述べ払いする必要があった。それに適した方法が PFI であったということである。

PFI の検討過程で問題となったのは，国，県からの補助金である。本件検討を開始した1999年時点では，従来型の病院施設建設は補助金の対象となるが，BOT 型の場合には，市の所有権がないので補助金の対象とはならなかった。そこで市が厚生労働省と協議を重ねた結果，2000年６月補助金交付要綱が改正され，補助金の対象と認められ，いったん問題は解決した。しかし，補助金の交付を予定していた2005年度になって，地方財政制度に関する三位一体改革のあおりで対象補助金が一般財源化され，かつ一般財源額が前年比減となったことから予定していた財源に不足を生じることとなった。これでは資金繰りに窮するという市の訴えで，国は代替措置として起債（事業費全額を対象）を認め，その元利償還額の 2/3 を一般会計から繰り出すことを認め，その60％を普通交付税として措置することとした。この結果，当初の計画に比べ，大きくアフォーダビリティが減少することとなった。本来であれば，アフォーダビリティに合わせ計画の見直しも図られるべきであるが，しかし契約が済み，建設過程に入っていたことから，問題の所在は認識されながらも，その状態は基本的には改善されないままに事業が進行していった。

アフォーダビリティの限度額をどう見るべきであったのか。計画時の2000年実績，PFI 実施直前の2004，2005年実績，及び2006年３月策定の中期計画，また，その後の2007年の健全化計画をまとめたものが**図表８**である。これからは，次の点が指摘できる。

1）2004年，2005年の実績を見ると，収益的収支は黒字である。資本的収支は赤字であるが，消費税の調整等（いったん支払った消費税が還付される）により補填がなされ，実質はほぼ収支均衡している。この表にあらわされた資本的収支の不足額が６億円から７億円程度が実質の資本的収支均衡状態であったと推測される。この状況は2000年当時も同様であっ

たと考えられる。この額に収益的収支の黒字額を加えたものが新病院建設の施設整備費のために民間に支払える毎年の額であると考えられる。

2）中期計画では，収益的収支は一般会計繰入金を入れても，新病院開設後赤字となる。その赤字幅は，2007年をピークに減少する。資本的収支は，毎年約15億円のマイナス（2007年は旧病院売却で約1億円のマイナス）となり，明らかに上記1）で想定されるアフォーダビリティを超過しているものと推測される。その原因は，収益的収支，資本的収支双方に存在する。

3）健全化計画では，収益的収支の赤字額が中期計画額より約70%増。資本的収支はほぼ変わらない（健全化計画は旧資金運用部資金の高利率債の繰り上げ償還及び保証金免除を申請。この分，中期計画と差異)。したがって，中期計画以上に上記1）で想定されるアフォーダビリティの限度額を超過しているものと推測される。

本件アフォーダビリティの検討経緯に関連しては，次のような批判が内部から指摘されている。

第1は2001年2月の「PFI 可能性調査結果審査委員会」報告の中に，少数意見として「PFI 導入のメリットとして市の財政負担を平準化できるという点が上げられているが，市直営の場合でも，補助金，長期借入金，リース制度をフルに活用すれば，財政負担の平準化は可能ではないか。」と述べられている批判である[40]。また，審査委員長は「従来の地方交付税に代わって，PFI 事業実施の際に新たな補助金を設定する可能性が高いことを何度も市が主張された。そういった感触に基づく原案について，国の姿勢に関する感触をより明確にすることを求めなかったことは反省点であります。」と2008年1月にコメントしている[41]。

第2は新病院開設後，資金収支の大幅赤字が生じた段階における発言である。副市長は，「今回新しい病院になるときに，要はこの病院会計と普通会計の方をセットで考えができていなかったと。PFI の是非云々以前に，それができていなかったというのが大きな問題かな，というように思っております。そうした普通会計と，この病院とをセットした財政シュミレーションも非常に甘かったなと。」と述べている[42]。また，「(「PFI 可能性調査結果審査委員会」報告が出た）段階で，経営計画または収支計画といったものをきっちりと見ておくべきであった。開院当初はどこの病院でも資金繰りが非常に苦しいわけもございますので，その間，そういう意味では（据え置き期間のある）起債方式をとれば資金繰りは楽であっただろうと思っております。」とも述べている[43]。

第3に病院長の2008年3月における発言である。「中期計画のもととなっているのは，平成

40）同上，p. 121
41）「市立総合医療センターのあり方検討委員会」2008年1月21日議事録
42）同上，2007年12月4日議事録
43）同上，2007年12月25日議事録

15年（2003年）当時の収支計画です。もともとの計画は，SPC との契約によって，本来は変動費であるはずの経費が固定費化されているために，それに帳尻を合わせる形で医業収入を希望的に見積もり，給与費や材料費を低い目に見積もったものでした。したがって，その当初計画の延長線上にある中期計画も，やはり無理のある甘いものにならざるを得なくなってしまいます。」[44)]

2001年の「PFI 可能性調査結果審査委員会」時における資金収支計画が公表されていないので，当時の検討が適当であったかどうかの判断はつかないが，新病院開設時で判断すれば，資本投下の規模は，適正なアフォーダビリティの限度を超えていたものと推定される。その原因は次の点に存在するものと考える。

第１は，補助金が認められず起債に変更されたことのリスクがまったく考慮されていなかったことである。仮に，そうしたことがまったく予測がつかなかったとしても，幅を持った収支計算を行い，より安全を見込んだ投資計画とすべきではなかったのか。

第２は，収益的収支の見通しの甘さである。実績との乖離はなぜ生じたのかについては，上記（い）で検討した VFM の評価と実績の乖離問題で見るとおりである。

第３は，途中で計画内容を見直す機会があったにもかかわらず，その機会を逸したのではないか。

（え）PFI 契約の破棄

2007年，PFI 事業を推進してきた市長が退任し，新市長が選出された。新市長は，医療センターの赤字が市の財政を破綻に導くものとし，その原因が PFI 制度による過大な資金負担にあるのではないかとして第三者による検討委員会を設け，2008年１月に提言を受けた。その提言等をもとに，市議会の承認を受け，2009年１月に PFI 契約を破棄し，PFI 事業者に20億円の支払いを行った。この適否については，後日改めて論じることとしたい。

（３）高知医療センター

（あ）プロジェクトの概要

本件は，高知県立中央病院と高知市民病院の老朽化に対処し，両病院を統合して新病院を整備する事業である。事業主体は，県・市で設立した高知県・高知市病院組合である。本館施設は，自治体が別途先に設計事務所に依頼し完成している基本設計を元にヴァリュー・エンジニアリングを競う形での BTO 方式で，職員宿舎等は BOT 方式で整備し，医療行為を除く検査業務，維持管理等関連業務を幅広く含む公共サービス購入を一体として契約する PFI 事業（IT システム設計は，別途，特命発注）である。2001年２月実施方針公表，９月特定事業選定，11月１次募集要項公表，2002年３月２次募集要項公表，８月優先交渉権者の選定，12月事業契

44）近江八幡市議会，2008年３月13日定例会議事録

約締結，2005年３月新病院開院，の手順で進行した。

病院の規模は，診療42科目，病床数632，12階建て，延べ床面積67,000㎡，正規職員数718人(2008年３月31日現在）である。

PFI 事業契約は，金融ファイナンス X 社等11社が出資する B 社（SPC）との間で締結された。契約期間（IT を除く）は，2002年12月８日から2032年３月31日までの約30年間で，総額213,189百万円である。内訳は，施設等整備費48,787百万円，施設維持管理費9,259百万円，運営費134,862百万円，その他20,281百万円となっている[45)]。IT システムは，病院組合，SPC と IT 事業者の契約で，システム開発（2003年３月から2005年２月）1,581百万円，システム運営保守管理（2003年３月から2011年３月）3,023百万円である。他に企業債利息，建中利子負担を加え，事業費総額としては230,903百万円となっている。

(い）VFM の評価

特定事業選定時の従来方式のコスト（PSC）と PFI 方式のコスト（LCC）比較は**図表９**に示されている通りである。これによると，PSC と LCC の差額について，次のことが指摘できる[46)]。

① 差額は PSC の6.7％に相当するが，その 2/3 は収益的支出から，1/3 は資本的支出から生じている。

② 収益的支出の差額の大半は材料費から生じており，マイナスとなっている PFI の調整

図表９．高知医療センターの従来方式と PFI 方式の総額コスト比較(単位：百万円)

区分	PFI（A)	LCC（B)	(A)－(B)	差額寄与率(％)
収益的支出				
材料費	109,544	91,936	17,608	106.4
経費他	63,610	60,774	2,836	17.1
企業債支払利息等	12,374	10,982	1,392	8.4
PFI の調整額	―	10,740	−10,740	−64.9
計（a)	185,528	174,432	11,096	67.0
資本的支出				
病院本館施設	33,918	30,522	3,366	20.4
医療機器等	25,652	24,866	786	4.8
その他施設整備	2,825	2,260	565	3.4
企業債建設中利息	732	5	727	4.4
計（b)	63,127	57,683	5,444	32.9
総合計（a)＋(b)	248,655	232,115	16,540	100.0

(出所）高知県・高知市病院組合公表資料（2001年９月27日)

45）内訳の数字は，伊関（2007）p. 236をもとに計算。

46）各支出年度別に割引率（４％）により現在価値換算し比較した結果でみると，その差額（VFM）は５％と試算されている。

額（新たに発生する民間事業者の費用（固定資産税，法人税，配当金等））をもカバーする形となっている。

また，定性的評価として，PFI の実施により「中・長期の展望に立った民間事業者との共同運営が可能となり，適切なリスクの管理のみならず，各種業務に対する専門性の発揮，業務の効率化と業務内容の向上などの効果」と，「民間事業者とのパートナーシップにより，医療の質の向上，患者サービスの向上，病院経営の効率化」が期待されている。

最終の事業者選定の結果，PSC と LCC の差額は PSC の7.4%と，特定事業時の試算を上回っている。その内容は公表されていないので不明であるが，後に病院企業団で展開された議論から推察すると，上記指摘内容とほぼ同様と思われる。

次に開業後の実績はどうであったかについては，以下のことが指摘されている。

① VFM を生じさせるべき材料費が，予定（医業収入の23.4%を想定）を大幅に超過（2005年度29.6%，想定との差額747百万円，2006年度29.9%，同779百万円）している。

② SPC が行っている管理事務に関し，レセプトの事務処理ミスの多発，未集金管理の杜撰さ，物品管理・物流管理の未成熟，書類作成の遅れなど，要求水準に達していない項目が多く，契約からの減額が2006度中11百万円（契約額の0.4%）にのぼった。その後においても，要求水準に達しない項目が存在するなど，民間の専門性が発揮されず，かつ病院との共同運営による業務，経営の効果が発揮されていない。

以上の結果明らかになったことは，想定した VFM が実現されておらず，このため，**図表10**の経営状況に示されるように，本来であれば収益的収支は黒字基調が維持され，資本的収支の赤字を埋めていくと想定されているのにかかわらず，逆に多額の赤字を生じさせる要因となっている。上記②の指摘については，当初の不慣れが解消していくに従い，業務効率が上昇していくものと見込まれるが，①については，以下に述べるように解決の目処がついたとはいいがたい。

LCC における材料費については，SPC は以下のように算定したとしている[47]。

① 発注側が示した入院患者数，外来患者数に，民間病院並みの材料調達額を前提とした。その際，当センターと似通った松戸病院を参考とした。

② ただし，入院患者数と外来患者数の比率が，松戸が2.12であるのに対し，当センターは1.5の想定であった。

センターの当事者は，当センターが急性期医療に特化したため材料費の割合が高くなった，

---

47) 高知県・高知市病院企業団議会2007年２月13日議事録
PFI の方が薬剤費が安くなるのは，行政特有の財務規則（指名競争入札，・単年度会計）に従う必要がない（薬剤の購入は３月の議会の議決を受けて年度内に指名競争入札を行い，単価契約を結ばなければいけない。このため，薬剤薬価は３月が一番高い。民間はこの制約がない。）からであるとの説がある（伊関友信（2007）p. 268)。

図表10．高知医療センター経営実績

(単位　百万円)

年度	2004（決算）(注1)	2005（予算）	2005（決算）	2006（予算）	2006（決算）
医業収入（A）	9,737	11,486	12,088	12,427	12,052
入院	7,131	8,690	9,865	10,253	9,768
外来	2,435	2,359	1,646	1,693	1,685
医業費用（B）	11,797	15,857	15,873	16,231	15,906
給与	1,472	7,420	7,222	7,209	7,085
材料費	3,195	2,688	3,576	3,430	3,599
経費	6,949	3,536	2,998	3,550	3,181
PFI 関係費	—	2,664	2,498	2,647	2,451
減価償却	32	21	2,025		2,000
医業収支（A)－(B)＝(C)	–2,061	–4,371	–3,785	–3,804	–3,854
医業外収入（D）	2,453	3,399	3,353	3,179	3,170
補助金	37	37	116		122
県・市負担金	2,364	3,362	3,094	2,802	2,870
医業外費用（E）	359	1,116	1,347	1,121	1,391
企業債利息	109		943		952
医業外収支（D)－(E)＝(F)	2,094	2,283	2,006	2,058	1,779
収益的収支＝（C)＋(F)	33	–2,088	–1,779	–1,746	–2,075
資本的収入（G）	19,283	155	155	1,313	1,313
起債	15,889	84	84	150	
県・市負担金	2,047	71	71	1,163	
補助金	1,344	0		0	
資本的支出（H）	19,307	192	192	1,777	1,726
建設改良費	19,291	91	91	157	
企業債償還	16	101	68	1,570	1,047
資本的収支（G)＋(H)＝(I)	–24	–37	–37	–464	–414

年度	2007（予算）	2007（決算）	2008（予算）
医業収入（A）	13,061	12,672	13,373
入院	10,662	10,238	10,930
外来	1,822	1,839	1,843
医業費用（B）	16,520	16,237	16,790
給与	7,328	7,135	7,300
材料費	3,541	3,648	3,425
経費	3,626	3,412	3,896
PFI 関係費	2,670	n.a.	2,900
減価償却		2,003	
医業収支（A)－(B)＝(C)	–3,459	–3,565	–3,417
医業外収入（D）	3,128	3,143	3,287
補助金		66	
県・市負担金		2,842	
医業外費用（E）	1,297	1,451	1,261
企業債利息		944	
医業外収支（D)－(E)＝(F)	1,831	1,692	2,026
収益的収支＝（C)＋(F)	–1,628	–1,874	–1,391
資本的収入（G）	1,689		2,266
起債	398		433
県・市負担金	1,291		1,833
補助金	0		0
資本的支出（H）	2,222		3,034
建設改良費	407		466
企業債償還	1,765		2,568
資本的収支（G)＋(H)＝(I)	–533		–769

(注１) 2004年４月〜2005年２月は高知中央病院及び高知市民病院の実績，2005年３月は高知医療センターの実績
(注２) 高知医療センター資料より筆者作成

県中央病院と市立病院のそれぞれで違う医療器具を使用，事前の統一がなされていないなどのセンター側の不備などが原因と認識しているようである[48)]。

特定事業選定時における試算の詳細が明らかになっていないので，当時，センター側でどのように推定したか不明であるが，事業者の LCC 見積もりに疑問を呈さず，17年度の予算策定時に SPC の材料調達額目標値をそのまま採用していることから推察すると，センター側のチェックにも責任があるともいえる。その後，センター，SPC 双方が必死の努力をして材料費の軽減策を図っているが，当初の想定どおりになる見通しはついていないことから見ると，VFM の試算の方法に関し，センター，SPC 双方に問題があったといわざるを得ない。

また，材料費の試算が大きく異なっていることに対し，この点に関するモニタリングや特別のペナルティ条項はなく，結果，材料費の増加は，そのままセンターの一方的負担と直結している。つまり，実施方針のリスク分担表を見ると，病院組合の責めによる事業内容・用途の変更等に起因する維持管理費の増大・減少以外の要因による維持管理費の増大（物価・金利変動に関するものは除く）は SPC のリスク分担とされているにもかかわらず，実際にはセンターのリスクが SPC に移転していない（センター側の100%リスク負担，民のリスク負担ゼロ）のである。この点においても問題がある。

VFM が実現されず PFI の成果が上がっておらず県・市の赤字補填負担の増大が求められかねないにもかかわらず，SPC が黒字を計上しているのは道義的にも納得がいかないという批判がセンターの監視機関である病院企業団で起こった。これに対して，SPC はマネジメント料を請求しない（2005年度158百万円，2006年度240百万円）ということで対応した[49)]。契約に規定した以外のことで，これも問題があるといわざるを得ない。こうした処理は，必要ならば追加契約すべき内容ではなかろうか。

（う）アフォーダビリティの評価

当センターの資金計画は，収益的収支と資本的収支に区分して，それぞれ次のような考えに基づいている。第１に，病院本体の建設，機器整備の資金（予算・決算書上，建設改良費として掲記）は国，県の補助金，センター起債で先ず手当する。起債については，元利償還金の1/2 を県・市が半々で負担する（国は，この分相当額を地方交付金で充当）。残りの資金をセンター自らが，収益的収支の余剰でまかなう。第２に，収益的収支については，行政の要請に基づく救急医療の確保や高度医療に要する経費などに対し，県・市が 1/2 ずつ負担，また，

48）伊関友信（2007）p. 266

49）マネジメント料の変換理由については，「協力企業，たとえば維持業務であるとか物流管理であるとかという協力企業の適切な業務執行が十分できてなく，それに対する SPC の管理監督が不十分な事情，これによって契約上の義務に監視解除理由に相当するとの指摘が少なからず生じたということから，その年度についてはその変換をすることで合意した。」と説明されている（高知県・高知市病院企業団議会2007年２月13日議事録）。SPC の実態については，大島誠（2008）参照。

県・市からセンターに移籍した職員の，県・市勤務期間相当分の退職金引当額を10年分割で負担する。これ以外は，センターの自立採算とする。第3に，収益的収支の減価償却相当額を毎年の資本的収支の補填に充て，その剰余を内部留保金として積み立てる。

この考え方に従えば，内部留保がマイナスにならない限り，資金繰りがまかなえるという意味で，アフォーダビリティは充足されることになる。実際，2003年12月時点における県の説明によれば，本 PFI プロジェクトは以下のような計画となっている[50)]。

① 05年度は減価償却を含む収益的収支に特別損益を加えた経常収支は，2,103百万円の赤字となる。現金収支は黒字である。

② 06年度以降，収益的収支の赤字は減少し，11年度からは単年度黒字に転じる。最終年度には8億円余の黒字となる。

③ 資本的収益の赤字を内部留保金で補填した差額は05年度がボトムで，その後は増加する形となり，資金繰りに不足をきたさず，かつ内部留保金を増加させていく。

④ 累積欠損金は最終年度で34億円余となるが，同時に内部留保額が134億円余となる。

この計画によれば，当センター開設前，前身の病院に県・市あわせて年間20億円の赤字繰り入れをしていた収益的収支の補填は必要でなくなる。

以上のような計画に対し，開業後の実績は，先に示した**図表10**のとおりである。これによれば，収益的収支赤字は予算ベースでは05年度をピークに年々減少することとなっているが，決算ベースでは，計画に反し06年度にも増加している。減価償却前の収益的収支も減少し，06年度にはほとんどゼロとなっている。資本収支の赤字をそれまでの内部留保金を取り崩しながら充当しているものの，このままでは，内部留保金自体が消滅し，資金繰りにも窮しかねない。

実績を見ると，当初のアフォーダビリティの想定は完全に崩れている。その原因に関し，07年11月の経営改善推進委員会提言は，「これだけの診療実績を上げながら2年間で39億円超の欠損金が生じたということは費用面に問題がある」と指摘している。この問題は，上記（い）VFM の評価で検討した内容に帰着するところである[51)]。

一方，資本的収支に問題はないのであろうか。つまり，建設・設備の規模が過大であり，収益的収支でカバーすべき金額が限度を超えているということはないのであろうか。この点に関し，伊関は本プロジェクトは減価償却額の大きさから見て規模が過剰であったのではないかと

50）高知県議会文化厚生委員会2003年12月18日議事録

51）同時に，経営改善推進委員会の提言は，「PFI 事業の利点が運営面で生かされておらず，前年度に引き続き偉業事務の要求水準に達していないことや，材料の調達業務を筆頭にマネジメント効果が出なかったことから，平成18年度（2007年度）においては，SPC 側からマネジメント料を放棄するといった提案がなされたとのことであるが，今後はこうしたことの繰り返しにならないように，SPC とともに材料等の調達業務及び各委託業務について，協同のもとに経費削減に努めること」と方策を述べている（高知県・高知市病院企業団議会2007年12月7日議事録）。

指摘している[52)]。収益的収支の最悪を想定した見込み額を踏まえた投資規模を考えることがアフォーダビリティの検討として必要であったのではなかろうか。

ところで，当センターはアフォーダビリティの内容として，償却前収益収支が最低限，黒字であれば良い，という考えをとっているが，これに問題はないのであろうか。民間の事業であれば，償却財源が次の投資財源になるわけで，累積欠損金はいずれの時点において解消されることが不可欠である。事業の最終年度においても累積欠損金が残るということは，後世に負担を転嫁するということであり，避けるべきことと考える。十分な内部留保の積立金がなかったことから問題を抱えている近江八幡医療センターの例を見れば，尚のことと考える。

また，アフォーダビリティの観点に立って，従来型の事業と，PFI 事業の資金計画を例えば特定事業の選定時に評価した跡が見受けられない。この点において，なお検討の余地があるものと考える。

第４節　医療施設 PFI を成功させるために何が必要か

第２節で見たように，イギリスでは，病院施設に関する PFI 事業件数もかなりの件数を数え，かつ，順調に進行している事例も存在する。それに比べ，前節で見たように，わが国における病院 PFI 事業は，実際に稼動している案件はいずれも問題を抱えており，現在のところ成功したとは言い切れない状況である。その原因はどこにあるのか，その検証は様々の観点からなされるべきであるが，イギリスとの比較で見た場合，少なくとも，VFM，アフォーダビリティの評価には重要な問題点が存在するものと考える。それでは，その問題点をどのような形で克服していくべきか，以下検討をしてみる。

（１）VFM について

（あ）VFM がなぜ実現されていないのか

第２節（４）で見たように，イギリスでは，医療施設 PFI の VFM がもともと低いのではないかとの指摘がある。道路や刑務所のプロジェクトでは10%ほどの予算節約があるのに対し，医療施設は２～３%にすぎず，実施済みの２割以上で，契約締結時と比べ VFM が悪化しているとの分析もある[53)]。それだけに，医療施設 PFI の VFM 算出に当たっては慎重さが必要である。

近江八幡，高知いずれの病院 PFI 事業とも，想定した VFM が達成されていない。その原因として共通しているのは，材料費において費用節減効果が生じていないことである。この２

52）伊関友伸（2007）p. 230
53）伊藤善典（2006）p. 118

件以外にも，大阪府八尾市民病院が医療維持管理業務に限定して PFI を導入している。同病院については市の包括外部監査が行われ，そこで材料費の問題が詳細に分析されているので，それを手がかりに VFM がなぜ実現されていないのかを探ってみたい[54)]。

八尾市民病院は，老朽化した病院を2004年５月に建て替え，それを機に，病院の維持・管理業務に PFI 手法を導入し，2004年３月に事業契約を締結，実施した。契約の業務は，①病院施設・設備の一部整備に対する改善提案業務，②建設・設備維持管理業務，③機器保守，検体検査，給食，洗濯等の病院運営業務，④レセプト請求事務，物品管理，物流管理，総合医療情報システムの運営・保守等の病院運営業務，となっている[55)]。特定事業選定時における VFM の試算は**図表11**である。また，PFI 事業費（51,574百万円）の内訳を固定費，業務量変動・実績対応（変動費）で見ると，それぞれ28.9％，71.9％となっており，変動費のうち，材料費（診断材料費，薬品調達費）が43.4％を占め，その効率性が VFM の中心となっている（この点において，近江八幡，高知と類似)。

材料費は患者数が増加すれば（すなわち医業収入が増加すれば）それに応じて増加するので，その効率性を判断するためには対医業収入比で見るのが一般的である。八尾市立病院の場合，材料費を対医業収入比で見ると，建て替えた新病院の開設前は2002，03年度と21％であるのに対し，2004年度18.8％，2005年度20.0％とわずかではあるが改善傾向を示している。計画では，2006年度18.4％，2007年度17.6％，2008年度17.3％，2009年度17.1％，2010年度16.9％と更なる改善効果を見込んでおり[56)]，**図表11**のエ（物品管理等病院運営管理業務）の削減見込みもそれを折り込んでいるものと考えられる。この実現方策としては，SPC は薬剤・診療材料の共同

図表11．八尾市立病院の VFM 効果見込み

（単位：百万円）

	PSC A	PFI B	削減見込み C＝A－B	削減寄与率 ％
ア．病院施設等の一部整備業務	213	118	95	1.3
イ．建設・設備維持管理業務	5,365	3,846	1,519	21.2
ウ．病院運営業務	11,675	8,754	2,921	40.8
エ．物品管理等病院運営管理業務	41,487	36,886	4,600	64.2
オ．SPC 運営費等	―	−1,969	−1,969	−27.5
カ．合計（ア～オ合計）	58,740	51,574	7,166	100.0

（出所）八尾市包括外部監査報告書（2007年12月）

54）2005年４月１日から2006年３月31日の八尾市民病院事業を対象に，監査を行ったもの。2006年12月に「包括外部監査報告書」として，結果が公表されている。

55）PFI の経緯は，2002年９月実施方針の公表，10月特定事業の選定，12月募集要項の公表，2003年７月事業者の選定，2004年３月事業契約の締結となっている。主契約者は M 総合商社で，契約期間は2004年３月26日から2019年３月31日までの15年間，契約金額は約51,813百万円（消費税抜き）である。

56）八尾市「包括外部監査報告書」(2006年）p. 98

購入を打ち出している[57]。また，病院側は後発薬品採用比率の向上を掲げている[58]。包括外部監査報告書は，この実現のためには強力な施策が必要であり，病院側の提案する後発薬品採用比率の向上も，院内の合意形成が必要で，そのうえで SPC との協働を求めている。

協働に関し，近江八幡，高知の両プロジェクトを見ると，次の２点が指摘できる。第１に，医療 PFI 事業が初めての経験であり，民間が求められた医事業務を除く病院の管理運営業務を包括的に取り扱った経験のある民間事業者が存在しなかった。このため，民間ノウハウそのものが未成熟であった点は否めない。第２に，病院側も最初の経験であり，手本とすべき前例がなかったことから，病院側の意識，体制構築も十分ではなく，手探り状態であった。またSPC も契約に記載された事項のみを実行すればいい，という意識が時に散見され，このため，SPC 側との一体となって経営管理を行うという協働体制が機能するまでに至っていない。第３に，想定どおりに材料費の対医事収益費が実現しなかったときの，民の側のペナルティがない。実現しないときのリスクは全て病院側が負担する形で，真のリスク移転を満たしていない。

両プロジェクトにおける薬剤購入の仕組みは定かではないが，八尾市の例をみると，SPC は，単価に関する市場参考情報と単価見積書を病院に提出する。病院は院内の薬事委員会が病院各診療科から購入依頼を取りまとめ，必要薬品の量，値段を SPC と交渉し決定する。SPC は協力会社を通じ薬剤を仕入れ，病院に納付する。要求水準書には「購入単価の適正を図る」，とだけが記載され，この要求がどのような手段で実現し，それをどのようにモニタリングし，評価され支払いとなるのかが明らかではない。このシステムでは，理想的な机上の計算からすると VFM が生じるはずであるが，現時点ではその状況が整っておらず，またコスト超過の場合のリスクは依然として病院の側にあり，VFM 実現に必要なリスク移転が確立していない。

材料費の対医業収入比率は，診療科目，急性期医療や高度医療の取扱い比率などにより異なり，安易な比較はできないが，VFM の向上に向けての方法においては基本的に代わらないものと考える。その意味では，八尾と同様の状況が近江八幡，高知のケースでも生じているのではなかろうか。

イギリスの医療施設 PFI は，ホテル機能の提供（医薬品，医療材料の調達までを含んでいないものと推測される）については，ファシリティ・マネジメント（全施設及び環境を経営的視点から総合的に企画，管理・活用するための経営管理活動）として捉え，そのための専門家が存在する。病院側では，その専門家を雇用，実用に耐えるサービス水準仕様書の作成に当たっている。また，SPC もファシリティ・マネジメントに関係する経営支援業務のみを委託している[59]。わが国で医療 PFI を機能的なものとするためには，日本の医療事情に即した材料の調達も含めた包括的な経営能力を有する専門家を養成するか，それが困難ならば，調達業務を

57）八尾市立病院維持管理・運営事業審査委員会「審査講評」(2003年９月) p. 8
58）八尾市「包括外部監査報告書」(2006年) p. 98
59）森下 (2005)，pp. 72-73，77

PFI 契約から外すことではなかろうか。

(い) VFM の評価と実現リスク

VFM の計数は，PFI のプロセスの段階に応じ，事業内容や試算の前提条件の変化に従い異なってくるのは当然である。その結果として，従来型の調達契約にするか，PFI 契約にするかの判断も異なってくる。

わが国における PFI 事業の具体的仕組みは，PFI 法，基本方針（総理府告示)，ガイド・ラインにより，定められている[60]。VFM の試算は，特定事業の段階と，事業者の選定の段階と２回行われる。ただし，どの例を見ても，PSC の試算は特定事業の段階のみである。

これに対しイギリスでは，当初はプロジェクト実施が決定される段階とされていたが，最近は**図表３**に示すように，複数段階において，それぞれの段階に適応した測定を行い，最後まで PFI か従来型の政府調達かの選択肢を有する形となっている。最終契約に至るまで，官，民双方が提案を出し合うことにより，少しでも VFM を高める努力がなされる仕組みとなっている (民が行き過ぎたリスクをとっていると評価されれば，官の従来型調達になる選択肢が最後まで残る仕組みでもある。)。また，SPC への融資等資金調達契約を結ぶ金融機関等が，その妥当性を詳細にチェックする仕組みとなっている。

仮に VFM の前提条件が変更されたのであれば，その時点において再試算を行い，PFI 事業の是非を再検討すべきである。その仕組みのないことが，日本型 PFI 事業の問題点である。近江八幡，高知の例を見ると，その検討過程で，医業収入，材料費等に大きな影響を及ぼす医療制度の改革（包括支払制度の新設，医師研修制度の変更など）が行われている。そうした状況にもかかわらず，基本的には特定事業の選定段階の VFM の試算に終わっている。それでは，試算と実績に乖離が生じるのも当然である。わが国 PFI の実施プロセスに，複数段階で VFM の試算を行う仕組みを取り入れるべきものと考える[61]。

(う) VFM 評価の楽観的バイアスと長期リスク

VFM の試算の中心は，官から民へのリスクの移転をどう見積るかである。わが国では医療 PFI の初期案件であったがゆえに，経験に基づくチェックが効かなかったのではないだろうか。試算の過程では，PFI 事業を成り立たせたいという期待値が含まれるのか，楽観的になりがちであったようにも思える。そうであるとすれば，イギリスのように，試算に当たっては楽観

60) 実施プロセスの概要は次のようになっている。①事業の発案，②実施方針の策定及び公表，③特定事業の評価・選定，公表，④民間事業者の募集，評価・選定，公表，⑤協定等の締結，⑥事業の実施モニタリング，評価，評価に基づく事業代金の支払い等，⑦事業の終了。

61) 内閣府 PFI 推進委員会（2008）では，「VFM は，事業の企画，特定事業評価，事業者選定の各段階において，事業のスキームについて検討を深めつつ，改善を図るべきものである。その際には，各段階の状況を適切に反映させつつ段階的に評価を試みることが必要である。」(一１(10)) と述べている。

的バイアス度を加味する（第２節 (１) (あ) 参照）ことをわが国でも採用すべきと考える。

PFI の特徴は長期契約にある。そのことが SPC の経営の安定に寄与すると同時に，長期的リスクへの対応という課題を投げかけている。とくに，医療制度のように，制度変化が激しいものに対する契約としては不適ではないのか，という指摘も根強い。また長期リスクに対応して SPC の利益が高すぎるのではないかとの批判が，イギリスでも，わが国でもある。反対に，「PFI プロジェクトのおよそ４分の１では，施設運営事業者の業績悪化や杜撰な経営管理が潜在的に問題になる可能性があるといわれる。多くの投資対象 PFI プロジェクトが未だ事業開始後の日が浅いので問題は顕在化していないが，プロジェクトの長期の運営管理は PFI の大きな課題である。事業運営リスクは一般に軽視されがちであるが，今後その重要性に関係者は気付くことになる。５～６年先に迎える設備更新期がポイントになる」とも指摘されている[62)]。

それに対応する第１の措置としては，中間的見直し条項を契約上明記することである。第２は，リファイナンスの機会を設けることである。プロジェクトが順調に推移すればリスクは減少し，それだけに SPC としての価値は高まるはずである。SPC の株式の流動性が高まり，リファイナンスの機会が増える。その機会に備え，契約にリファイナンスの利益を公にも分配する条項を明記する必要がある。この点は，第２節 (３) (え) で紹介したケースで実行されている。

(２) アフォーダビリティについて

わが国 PFI 事業のガイド・ラインを見ても，アフォーダビリティについての言及がない。その理由の第１は BTO 型の事業が多いことにある。BTO 型では，従来の契約方式では施設の建設代金支払いが建設完了時に清算されるのに対し，PFI 事業では工事完了後の長期分割払いとなるいわゆる延払方式であって，その財源は，国及び国関連機関にあっては，債務負担行為として将来の予算化が約束されている。また地方公共団体及び関連機関にあっては，事業として採択される金額の限りにおいては，補助金，地方交付金が約束されており，建設資金に関しアフォーダビリティを気にする必要がないのである。もちろん，その後の維持管理費を考えて設計施工をし，VFM を生み出すという PFI の利点は生かされるのであるが，華美をおさえるインセンティブが働かず[63)]，結局住民の余分な負担となりがちである。

第２は，BOT 型の事業にあっても，SPC 自体の事業破綻の考慮はあっても，住民の負担を含めた形での PFI 事業全体の資金計画，経営管理の概念となっていないからである。民間の事業であれば単年度黒字転換時期，累積赤字解消時期，最大債務残高等の目標が明示され，それがキャッシュ・フローの観点からのプロジェクト総額の制約になるが，わが国 PFI 事業の場合は，特定事業や優先契約者の選定資料においても，そうした記述が見当たらない。単に

62）日本政策投資銀行ロンドン駐在員事務所（2005），p. 30

63）伊関友信（2007）pp. 223-224

VFM の評価のみである。VFM が想定どおりにいかなければ，それによるコスト増加分は事後的に公が負担する「ソフトな予算制約」の形となっている。

イギリスでは，土地の処分代金を事前に SPC に提供し，アフォーダビリティを充実させた (第2節 (3) (う) 参照) 例がある。近江八幡，高知，八尾いずれの案件も新しい場所への移転新築であり，旧病院の跡地処分代金が資金の一部として提供されている。跡地処分のタイミングも含めてアフォーダビリティを検討する価値はあったのではなかろうか。

イギリスでは，必ず VFM とアフォーダビリティをチェックすることになっている。わが国医療施設 PFI で，いずれも議会で問題とされているのは，PFI 導入の結果として想定以上に住民の負担を余儀なくされている点である。こうした事後の議論を避けるためには，PFI 事業を導入した場合，アフォーダビリティはどうか，住民の負担はどうなるのかをいくつかの条件の下に想定して，その上で適否を判断すべきである。わが国ガイドラインにおいて，アフォーダビリティの評価を義務付けるとともに，その判断のタイミングは VFM の判断と同時期に行われるべきである旨，明記すべきである。

参考文献

伊関友伸 (2007) 『まちの病院がなくなる!?』，時事通信出版局.

伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革』，ミネルヴァ書房.

井上馨 (2005)「PFI の VFM を生み出す要因について」，『大阪府立大学経済研究』 50巻.

大島誠 (2008)「病院 PFI の検証－高知医療センターを事例に」，金沢史男編 『公私分担と公共政策』，日本経済評論社.

近江八幡市立総合医療センター (2006) 『PFI 方式による新しい病院づくりへのこころみ』，毎日新聞社出版局.

小川光 (2001)「公共におけるリスク分担」，『フィナンシャル・レビュー』 2001年2月号.

熊谷弘志 (2007)「脱『日本版 PFI』のススメ」，日刊建設工業新聞社.

杉浦勉 (2004)「PFI 病院プロジェクトと FM サービス」，『経済論叢 (京都大学)』 173巻3号.

高橋祥次 (1999)「PFI 事業の推進に向けて」，『ESP』 409号，経済企画協会.

日本政策投資銀行ロンドン駐在員事務所 (2005)「英国 PFI ファイナンスの現況」，駐在員事務所報告，L-50，国際協力部.

野田勝康 (2001)「高知医療センターにおける衣料 PFI の事例研究」，『政策科学』 9巻2号，立命館大学政策科学会.

森　宏一郎 (2007)「イギリスの医療制度改革」，日医総研ワーキング・ペーパー，No. 140.

森下正之 (2005) 『医療・福祉 PFI の進化・発展』，西日本法規出版.

HM Treasury (2003), “PFI: Meeting the Investment Challenge”.

HM Treasury (2004), “Value For Money Assessment Guidance”.

HM Treasury (2007), “PFI Signed Projects List”.

HM Treasury (2008), “Infrastructure procurement: delivering long-term value”.

NAO (2005), “Darent Valley Hospital: The PFI Contract in Action”.

Ruane S. (2004), ‘It's a Leap of Faith, Isn’t it ?’ , Dent M., Chandler J. and Barry J. ed. “Questioning the New Public Management”, Ashgate Publishing Limited.

UK Parliament (1999), “House of Commons-Public Accounts-Twelfth Report”.

参考資料

近江八幡市立総合医療センターあり方検討委員会 (2008)『近江八幡市立総合医療センターのあり方に関する提言』, http://www.kenkou1.com/arikata/teigensho.pdf

内閣府 PFI 推進委員会 (2008)「VFM に関するガイドラインの一部改定及びその解説」, http://www8.cao.go.jp/pfi/guideline3_v.pdf

八尾市包括外部監査人 (2006)『平成18年度包括外部監査結果報告書』, http://www.city.yao.osaka.jp/cgi-bin/odb-get.exe/gaibukannsahospital.pdf