

第三セクター型検診機関の課題と今後の方向

台 豊

要約

都道府県の出捐による第三セクター型検診機関が抱える主要な課題としては、第一に、公的関与の下に運営される検診機関として受け持つべき業務範囲の検証を欠いていること、第二に、公費への依存により不効率的な経営をもたらしている可能性があること、の二点があげられる。

本稿では、まず第一の課題に関し、公共経済学の視点から第三セクター型検診機関の業務範囲に関する検証を加え、同機関が今後果たすべき役割として、新しい検診技術の普及先導、山間・へき地等におけるサービス供給の確保、外部経済効果の著しい検診の実施を提示する。さらに、価格が重視される検診市場においては、検診機関が精度管理のためのコストを回避する方向にインセンティブが働き、検診精度の向上が阻害されているという「市場の失敗」の存在を指摘し、高い精度を実現している第三セクター型検診機関が、一定の条件下で、市場競争を通じ、域内検診機関の精度向上の牽引車として機能し得ることを指摘する。

また、第二の課題に関し、第三セクター型検診機関の会計の方式や自治体の財政支援の方式に検証を加え、設置目的の明確化と事業の再編成、管理費・事業費に対する補助金支出の客観的な基準の設定など、運営の効率化方策を提案する。

キーワード

第三セクター型検診機関、業務範囲の検証、公費への依存、精度管理、市場の失敗

1. はじめに

都道府県の出捐により設立された第三セクター型検診機関（以下「第三セクター型検診機関」という）は、現在18の都道府県（都県）において設立、運営されている。その多くは、はじめ結核検診を行う機関として設立され、その後の疾病構造の変化、類似の検診機関の参入、さらには近年の行政改革の要請といった環境変化の中で、その意義や責務が変化してきている。本稿においては、この第三セクター型検診機関について、設立・運営の状況を概観し、その課題と進むべき方向を論じることとしたい。

2. 第三セクター型検診機関の設立・運営の状況

本節では、まず第三セクター型検診機関の全国的な設立状況、事業内容、都県の支援の状況を概観し、次いで特定の検診機関について、設立の経緯、事業内容と実施体制、運営状況を詳細にみることにする。さらにその中で、地方公共団体による「事業委託」という運営方式が収支の外形に及ぼしている影響についても触れることとしたい。

2.1. 全国の設定・運営状況

2.1.1. 設立状況

富山県厚生部が2000年3月に実施した調査によれば、18の都県でそれぞれ1機関ずつ第三セクター型検診機関が設立されており、そのすべてが財団法人の形態をとっている。

18機関のうち10機関は、戦前戦後にかけて設立された結核予防会の都県支部に源を発し、その多くが昭和30年代以降、各都県のがん予防協会への改組や統合のプロセスを経て、現在に至っている。

2.1.2. 事業内容

18機関とも市町村、学校、企業への巡回による集団検診を行っており、うち13機関は専用施設による施設検診も行っている。集団検診の項目はがん検診、結核検診、基本健康診査、循環器検診が、施設検診の項目はがん検診、循環器検診が一般的である。

2.1.3. 都県の支援等

都県の支援としては、基本財産への出捐のほか、集団検診車の整備が一般的であり、検診従事者の研修補助なども行われている。

また沿革の特殊性から、地元医大、地元医師会、県立病院等の特別な協力を得ている機関が多く、それぞれ15機関、14機関、9機関となっている。他方、同一都県内で、類似の検診サービスを提供する検診専門機関の数は、実情が把握されていない一県を除けば、1～8機関で平均3機関弱（2.8機関）となっている。

2.2. A 検診機関の設立・運営状況

次に、この第三セクター型検診機関の設立・運営状況を詳しく検証するため、集団検診と施設検診の双方を実施しているA検診機関の設立・運営状況を見ることとしたい。

2.2.1. 設立経緯

同機関は、1950年代前半に設立された（財）結核予防会B県支部及び1960年代後半に設立されたB県成人病予防協会を統合した財団法人として、1970年代後半に設立された。1980年代からは、B県が設置した検診施設の運営を受託している。

2.2.2. 事業内容と実施体制

同機関が実施している集団検診、施設検診の事業内容と、それぞれの検診に要する施設・設備、財源、県の関与、職員配置は次のようなものとなっている。

2.2.2.1. 集団検診 同機関では、検診バスの巡回などにより、地域住民や学校、職域を対象

に結核検診，がん検診，基本健康診査等を行っている。

検診バスなどの設備は，一部県有車を除き，自主財源や自転車振興会補助金によって取得された自前のものである。

検診料金は，県内の検診市場の状況に応じて，同機関が自由に設定している。

県の関与（支援）としては，検診バスの貸与のほか，乳房超音波検診について，先進技術の普及定着を目的とした補助が行われている。

集団検診に従事する専門職は，放射線技師10.5名，看護婦17名，臨床検査技師13.5名となっている。

2.2.2.2. 施設検診 施設検診としては，主に職域を対象として，がん検診，循環器検診等を行っている。

検診に要する施設・設備は，県が設置または取得したものであり，同機関はその管理・運営を受託するかたちとなっている。

検診料金については，県有施設の「使用料」として，条例でその上限が定められ，その範囲内で県が決定している。この条例上の上限は，同県における保健所の検診料金と同水準との趣旨により，社会保険診療報酬の80%を目途に設定されている。

委託費の具体的な算定方法をみると，人件費等の管理費については，所要額の積上げを，事業費については，積み上げられた

所要額から，使用料（検診料金）収入を差し引いた額を算出するという方法がとられている。

施設検診に従事する専門職は，医師5名，保健婦5名，栄養士4名，運動指導員1名，放射線技師5.5名，看護婦5名，臨床検査技師10.5名となっている。

2.2.3. 運営状況

同機関による検診件数の規模と推移，および当期収支の状況は次のようなものとなっている。

2.2.3.1. 検診件数 図1は各種検診の件数の推移を示したものである（A検診機関の事業報告による）。集団検診においては，結核検診が大幅な減，がん検診はおおむね横ばいとなっている。

図2は，市町村の住民健診（集団検診）に占める同機関の受託件

図1 A検診機関の検診件数推移

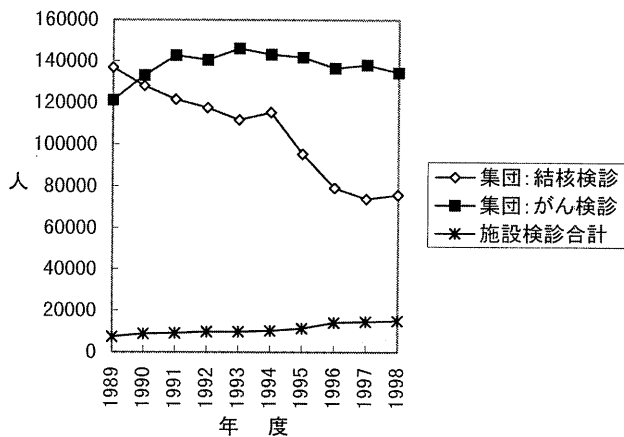
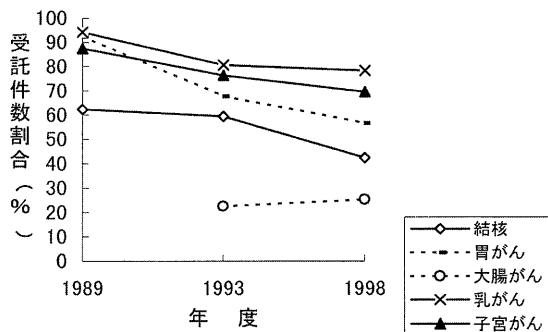


図2 市町村住民健診におけるA検診機関の受託件数割合



数の割合（シェア）を示したものである（A検診機関の事業報告および厚生省統計情報部「地域保健事業報告」「老人保健事業報告」より作成）。1989年度以降、B県全体のがん検診（集団検診）受診率は概ね上昇傾向にあったにもかかわらず、図1において同機関のがん検診件数が横ばいとなっている背景には、他の検診機関等の参入や事業拡大があるものと考えられる。

表1 A検診機関の当期収支（1998年度）

（単位：千円）

| | 集団検診事業 | 施設検診事業 |
|----------|---------|---------|
| 基本財産運用収入 | 239 | |
| 会費収入 | 3,447 | |
| 事業収入 | 685,301 | |
| 県委託料収入 | | 564,947 |
| 補助金収入 | 92,826 | |
| 諸収入 | 11,138 | 2 |
| 固定資産売却収入 | 55,024 | |
| 特定預金取崩収入 | 45,185 | |
| 繰入金収入 | 9,249 | |
| 使用料収入 | | 259,434 |
| 当期収入合計 | 902,408 | 824,383 |
| 事業費 | 245,716 | 194,033 |
| 管理費 | 467,453 | 361,665 |
| 固定資産取得支出 | 58,061 | |
| 借入金返済支出 | 27,192 | |
| 特定預金支出 | 76,750 | |
| 繰入金支出 | 22,721 | 9,249 |
| 県納付金支出 | | 259,434 |
| 雑支出 | | 2 |
| 当期支出合計 | 897,893 | 824,383 |
| 当期収支差額 | 4,514 | 0 |

（注）端末処理により収支合計→収支差額が一致しないところがある

2.2.3.2. 当期収支 表1に同機関の1998年度における、集団検診事業、施設検診事業それぞれの当期収支を掲げた（A検診機関収支決算書による）。集団検診事業においては、4,515千円の黒字となっているが、これは当期収入の10%強を占める県補助金（92,826千円）の存在によるところが大きい。

施設検診事業においては、当期収支差額が0となっている。これは、2.2.2.2に述べたように、管理費および事業費から使用料（検診料金）収入を差し引いた額の全てを、県が委託費で賄うという方式によるものである。この事業委託という形式により、検診件数の増減や、管理費、事業費の増減等の経営動向に関わらず、いずれの年度も当期収支は必ず0となっている⁽¹⁾。

3. 第三セクター型検診機関の設立・運営に関する諸問題

3.1. 第三セクター型検診機関によるサービス提供の正当性の検証

A検診機関（財団）の設置目的については、財団寄付行為において「疾病の予防、健康の保持及び増進を図るために必要な事業を行い、もって公衆衛生の向上に寄与する」と記述するにとどまり、具体的な目標の説明はないに等しい。他の第三セクター型検診機関も、事情はほぼ同様である。

この寄付行為における設置目的のあいまいさは、第三セクター型検診機関のはらむ一つの本質的な問題を象徴している。すなわち、補助金や委託費等の公的支援の下に運営される検診機関として、「何をどこまで」行うべきかについての具体的な検証を欠いているという問題である。その結果、検診サービスにおける効率的な資源配分が阻害されている可能性がある⁽²⁾。

民間の事業主体も行い得る事業について、第三セクターを含む公的な事業主体がこれを行い得るケース（範囲）とその根拠は何か、という問題については、公共経済学や財政学の分野において詳しく論じられており、そのような講学上の整理を踏まえた目安の一つとして、1996年

12月に政府の行政改革委員会がまとめた「行政関与の在り方に関する考え方」がある。

同「考え方」において、行政関与が許容されるケースは次のように整理されている。

- a 市場の失敗への対応
 - (a) 仮に市場機構が理想的に機能したとしても生じるもの
(公共財、外部性、独占力・自然独占等)
 - (b) 現実の市場機構に未発達な部分や機能不全な部分があり、そのために生じているとみられるもの
- b 公平の確保

以下では検診サービスについて、上記の分類に依拠しつつ、さらに講学上論じられている論点も付加して、第三セクター型検診機関による検診サービス提供の正当性についての検証を行うこととしたい。

3.1.1. (準)公共財としての提供 (上記 a - (a)の公共財に対応)

これは、財・サービスに公共財的な性格が認められ外部経済効果が大きいために、市場による提供では社会的に望ましい供給を確保できない、というものである。

集団検診等の保健サービスにはある程度の外部経済効果がともない、準公共財としての性格が認められるというのが財政学の文献における一般的な理解であるが⁽³⁾、これは伝統的な公衆衛生サービス像を前提にしたものと考えられる。

すなわち、かつては結核を始めとする感染症からの社会防衛が公衆衛生上の最重要課題であり、検診も感染症の発見を目的としたものが中心であった。しかしながら、衛生水準の向上と治療技術の進歩による感染症の制圧、食生活を始めとするライフスタイルの変化にともない、わが国の疾病構造は、慢性疾患を中心としたものに変化している⁽⁴⁾。このため、公衆衛生上の課題の中心も、がん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病（成人病）対策へと移り、検診分野においても、これらの疾病の早期発見を目標とする生活習慣病検診が重要性を増すこととなった。

感染症を対象とする検診サービスには、感染拡大を防ぐという点ですぐれて社会防衛的な性格が認められ、したがって外部経済効果のともなう準公共財としての性格が認められるが、生活習慣病を主な対象とする現代先進国の検診サービスは、便益の多くが対象者に帰属する私的財としての性格が強いと言えよう⁽⁵⁾。

したがって、現在第三セクター型検診機関が提供している検診サービスについては、結核検診等を例外として、公共財的性格を理由に公的関与を正当化することはむずかしいものと考えられる。

3.1.2. サービス量の確保 (上記 a - (b)に対応)

次に、第三セクターによるサービス提供を正当化し得る論拠としては、市場を通じて供給さ

れるサービス量が十分でない場合への対応が考えられる。2.1.において、第三セクター型検診機関の多くが各都県の結核予防会支部に源を発していることを述べた。1951年の新結核予防法に基づくX線検査を、広く地域住民、児童生徒に対して実施し得る機関は、長い間都道府県（保健所）とこれらの第三セクター型検診機関に限られていたことから、第三セクター型検診機関は、まさにサービス量の確保のために必要なものであったと解することができよう。

しかしながら、検診サービスの供給の態様は大きく変化している。B県を例にとると、新結核予防法施行当時において、地域住民等を対象に検診を実施していた検診専門機関は、当時の結核予防協会B県支部（現A検診機関）の他、わずかに1機関であったが、その後1970年代、1980年代それぞれに1機関ずつ新たな参入を見、さらに一般の医療機関においても類似の検診サービスが広く実施されるようになったことから、現在では住民検診、職域検診、施設検診などの各種の検診市場において活発な競争が展開されている。この結果、同県におけるA検診機関のシェアが低下しつつあることは図2で見た通りである。

市場へのサービス供給の充足の度合いは、検診機関の参入状況や検診の需要（受診率等）、地域特性（離島、山間地など検診実施に高コストを要する地域の存在）などによってさまざまであり、地域別の判断を要するものであるが、これらの要素を考慮してなおサービス供給が十分と思料される場合には、第三セクター型検診機関によるサービス提供の必要性は薄いものと考えられる。

他方、技術革新にともなって新たに開発された検診技術が、マス・スクリーニングとしての高い安全性と有効性を認められるにもかかわらず、コスト面等の事情で検診市場に提供されないなどの事情が存在する場合には、この「サービス量の確保」の観点から、第三セクター型検診機関によるサービス提供は正当化され得るものと考えられる。

3.1.3. 公平の確保（上記bに対応）

これは、民間の事業主体にサービス供給を委ねると低所得者やへき地住民がサービスの提供を受けられないといった事態が生じる場合に、公的な事業主体がこれらの者へのサービス供給を行って公平を確保する、というものである

この問題を回避しサービス供給を保障する方策として、第三セクター型検診機関による検診の実施も有効な選択肢の一つであるが、この他にも低所得者への検診費用の補助や、へき地で検診を行う検診機関への助成等により対応することも可能である。

3.1.4. 消費の促進

行政改革委員会の提示するケースに加え、「消費の促進」という観点が、第三セクター型検診機関によるサービス提供を正当化する一つの可能性として考えられる。すなわち、市場を通じるだけでは、当事者の情報や判断力の不足などにより最適な供給が行われなため、政府の介入によってその消費を政策的に促進することが望ましい「価値財」(merit goods)に、検診サービスが相当するというものである⁽⁶⁾。

しかしながら、第三セクター型検診機関によらずとも、住民一般への啓発普及や検診費用の補助によって検診サービスの消費の促進は可能であり、第三セクター型検診機関を必要とする強力な理由にはならないものと考えられる。

3.2. 運営の効率性をめぐる問題

第三セクターを含む行政関与の事業主体については、補助金や委託費への依存に伴う不効率な運営がしばしば指摘される。

A 検診機関の施設検診の当期収支（1998年度）を表1に示したが、施設検診の管理費および事業費に対する使用料（検診料金）収入の比率は46.7%にとどまっており、運営コストの実に半分以上を公費に依存していることとなる。

この高コストを招いている原因としては、次のものが考えられる。

①委託費の算定方法

A 検診機関の委託費の算定方法については、2.2.2.2.に述べた通り、管理費・事業費の積上げ額が、毎年の県予算編成過程における若干の査定を経て通用するかたちとなっており、積極的な受診者の確保や経費の効率的執行へのインセンティブが働かない構造となっている⁽⁷⁾。

②委託費の存在による外形上の収支の均衡

このような運営実態にもかかわらず、経営問題が表面化しないのはなぜであろうか。その理由の一つとして、2.2.3.2.に述べたように、検診件数の多寡増減とは無関係に管理費・事業費と使用料収入の差額の全額を補填する委託費により、外形上は常に収支が均衡し、その背後にある収支構造が顕在化しないことがあげられる⁽⁸⁾。

4. 第三セクター型検診機関の進むべき方向

第三セクター型検診機関は、上述のような民間検診機関の参入、集団検診を受託する医療機関の増加といった環境変化により、その役割を減じつつあると考えられる。また、都道府県財政の逼迫と行政改革・行政効率化の要請といった観点からも、第三セクター型検診機関のあり方は、今後大幅な見直しを迫られることとなる。

以下では、ここまでの検証をふまえ、第三セクター型検診機関が公的な支援を受ける特殊な検診機関として今後果たすべき役割、特に「域内サービスの精度の向上」という機能を提示するとともに、運営の効率化の方向性について述べることにする。

4.1. 第三セクター型検診機関が果たすべき役割

4.1.1. サービス供給の確保

第三セクター型検診機関が果たすべき役割としては、まず、民間検診機関のみによっては十分な量のサービス供給が期待されない場合への対応が考えられる。具体的には次のようなケースである。

4.1.1.1. 新しい検診技術の導入・普及先導 検診分野においても、日進月歩の勢いで新技術の開発が進められているが、そのような技術が広くマス・スクリーニングの手段として定着するまでには、相当の受診人数を前提とした手法の改善や標準化、カットオフ値の設定、採算ライン等コスト面の検証、従事者の養成など解決すべき課題が多い。第三セクター型検診機関が、こ

これらの技術の導入と普及を目的として、新技術のトライアルを実施することには大きな意義が認められよう。

4.1.1.2. その他、十分なサービス供給を確保する必要がある場合 上述のほか、山間、へき地、離島等において民間の事業主体によるサービス供給が十分に確保されない場合に、第三セクター型検診機関がこれらの地域における検診を担い、サービス供給の地域バランスを確保することなども考えられる。

4.1.2. 外部経済効果の認められる検診の実施

結核検診など外部経済効果をともなう準公共財としての性格が強いサービスについては、公的関与の下でのサービス供給が強く肯定される。近年、新興・再興感染症の拡大が懸念されている現状にかんがみれば、このような公衆衛生の基本的な分野への取り組みこそ、第三セクター型検診機関が力を傾注すべき課題であると言えよう⁽⁹⁾。

4.1.3. 域内サービス全般の精度の向上

これまで指摘した問題を抱えつつも、第三セクター型検診機関が多く都県で大きな役割を担っている背景として、高い検診精度を実現しているという要因を見逃すことができない。

表2は、職域検診に比べて対象者にばらつきの少ない住民検診（がん検診）について、A検診機関と、競合する他の検診機関の陽性反応的中度（1998年度）を比較したものである（B県成人病検診管理指導協議会資料による）。

表2 陽性反応的中度比較（1998年度）

| | 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 子宮がん |
|--------|-----|------|-----|------|
| A 検診機関 | 1.6 | 3.3 | 2.1 | 15.1 |
| B 検診機関 | 1.0 | 0.0 | 1.5 | 4.2 |
| C 検診機関 | 0.0 | 1.5 | 0.0 | 0.0 |

沿革の特殊性から、都県庁はもちろん、中核的な公立病院、医大、地元医師会の支援を受けることの多い第三セクター型検診機関は、きわめて高い検診精度を確保している。その結果として、第三セクター型検診機関は、市場での競争を通じ他の検診機関の検診精度をも引き上げる外部効果的な機能を発揮し得る立場にある。

サービス供給量が一通り確保され、受診率が頭打ちとなりつつある現在、検診サービスについては種々の検診機関が提供するサービスの精度管理の向上が重要な課題となっている。精度管理の向上を図るため、マニュアルの作成や普及、各都道府県の成人病検診管理指導協議会での評価や指導といった取組みが行われているが、必ずしもこれらの取組みが精度向上につながっていないのが実情である⁽¹⁰⁾。

これは、検診精度の高さと検診コスト（検診料金）がトレードオフの関係にあり⁽¹¹⁾、価格に重点を置いた選択が行われやすい検診市場においては、検診機関が精度管理コストを回避する方向にインセンティブが働いていることによるものと思われる。すなわち、精度管理の向上を困難にしている「市場の失敗」が認められるのである。

このような検診市場における市場の失敗への対応として、高い精度を誇る第三セクター型検診機関が、域内の検診機関の精度管理のいわばベンチマークとして、先導的な役割を担うこと

が期待し得る。

今後、検診機関の精度を向上させていくためには、単なるノウハウの提供等を超えて、各検診機関が精度管理にコストを投入するような仕組みを市場に組み込んでいくことが望ましい。そのための手法として、

- ① 都道府県成人病検診管理指導協議会において、域内検診機関の検診精度に関する実績の収集と統一の評価を行い、その結果を市場に提供する。
- ② 政府管掌健康保険の生活習慣病予防検診や市町村のがん検診、基本健康診査等において、検診機関の精度の高さに応じた委託単価・補助単価を設定し、精度管理コストを積極的に負担する検診機関の価格競争力を強めるなど、検診市場に精度向上に向けた経済的インセンティブを付与する。

等が有効である。

このように検診精度に関する情報が提供され、精度管理コストも内部化された市場において、高い精度を実現している第三セクター型検診機関は、市場競争を通じ、域内検診機関の精度管理向上の牽引車としての役割を果たしていくこととなる。

逆に言えば、このような精度管理面での優位性さえ保ち得ない第三セクター型検診機関の存在意義は、きわめて限られたものになると言わざるを得ないであろう。

4.2. 運営の効率化

第三セクター型検診機関がいかなる機能を担うにせよ、その運営が公費に依存している以上、運営の効率化が図られるべきことは当然である。この運営の効率化を進めるための具体的な方策としては、次のようなものが考えられる。

4.2.1. 設置目的の明確化と事業の再編成（広い意味での運営効率化）

設置目的のあいまいさが象徴する問題については、3.1.に述べたところである。まず設置目的のレベルで、当該機関の果たすべき役割は何か（住民検診か、労働安全衛生の観点から職域検診も目的に含むか。マス・スクリーニングの実施に限るか、高度な検診サービスの提供も行うのか、など）を可能な限り明確にし、行政の関与の下にある特殊な検診機関として、守備範囲を不断に検証するための機会・手がかりとすべきであろう¹²⁾。

その結果として、第三セクター型検診機関が担うべきではないと判断される事業については、大胆に見直しを行うべきである。特に施設検診については、便益が施設設置地域の周辺住民に集中すること、経営上の必要によりマス・スクリーニングからかけ離れた高度なサービスに移行する傾向がみられることから、廃止ないし縮小によるスリム化が図られるべきである。施設運営が著しい高コストの下で行われているとすれば、なおさらである。

4.2.2. 運営効率化

設置目的の明確化と、それにとまなう事業の見直しを行った上でなお、第三セクター型検診機関が担うこととなった事業についても、効率的な運営が図られるべきことは当然である。

具体的には、

- ① 法令上求められる決算書類等に止まることなく、検診項目別の管理費、事業費、検診料

収入、補助金収入等を、検診件数の詳細な動向などとともに、把握・公開し、検診機関の事務局はもちろんのこと、理事、監事、所管当局が事業運営の効率性を、詳細かつ客観的に評価し得る仕組みとすること

- ② 中小企業診断士など外部のアドバイザーを関与させ、企業経営の視点から見た事業運営の検証を行うこと
 - ③ 管理費、事業費に対する補助金・委託費について客観的な基準（比率や限度額）を設け、コスト低減の手がかりとすること
- といった対応が考えられる。

5. おわりに

行政改革の要請の下、第三セクター型検診機関のあり方に関する再検討が、今後多くの都県で行われるものと考えられる。第三セクター型検診機関の将来を考えるに当たっては、単なる業務の縮小やコスト節減の議論にとどまることなく、また政治的要請から来る事業の拡大に流れるのでもなく、予防医学の重要な手段である検診事業の重要性と動向を見据えながら、公的関与の下にある特殊な機関として担うべき機能を検証することが必要である。第三セクター型検診機関の見直しに当たり、本稿に述べるところが参考となるならば幸いである。

注

- (1) なお、施設検診の収支、特に委託費の見方については、注(8)を参照。
- (2) 奥野信宏、1988：20-21は、第三セクターを含む公企業の設立目的について、「実務レベルでの行動目標としては、きわめてあいまい」であり、その結果「何に対していくらの補助金が支払われるべきか、についての議論がなされないままに、それが増えつづけて、経営のインセンティブを弱めることもありうる」と指摘している。
- (3) 大野吉輝、1991：21-22
- (4) 主要傷病別の受療率の推移については、厚生省統計情報部「患者調査」による各年の数値を、死因別死亡者割合の推移については、同「人口動態統計」による各年の数値を参照。
- (5) 慢性疾患を対象とする検診について、早期発見による医療費の抑制という外部経済効果を認める見解もある。しかしながら、検診費用やそれに続く医療費を考慮すれば逆に費用の増加につながり得ること、延命による公的年金等の社会保障給付費の増なども含めて考えるならば、特に中年期以降の検診は給付の節減をもたらさない可能性が強く、このような検診を準公共財として位置づけることは困難と思われる。Rose, Geoffrey, 1992：2-4 参照。
- (6) 大野吉輝、1991：22-23
- (7) 給与等の福利厚生も、「県職員並み」との前提によって設計されており、検診事業の動向や業績とは関係のないところで決定されている。
- (8) 表1にA検診機関の施設検診の当期収支を掲げたが、そこでは収入において「使用料収入」が計上され、支出において同額の「県納付金支出」が計上されている。すなわち会計上は、検診料金収入全額を

納付金として県に一旦吸い上げ、検診に要する費用（支出）の全額を委託費として支払うかたちとなっているが、これは実質上、検診に要する費用から検診料金収入を差し引いた差額の全額を委託費によって埋めるというものである。本文で述べた「委託費」の存在とともに、このような「使用料収入」や「県納付金支出」などの方式の存在も、運営の実態をわかりにくくしている一因となっている。

A 検診機関は民法第34条の規定に基づく財団法人であり、その予決算や運営状況は、法人の意思決定機関である理事会や監事によってチェックされることとなっているが、これらのチェックが多くの場合形式に流れやすいことに加え、このような会計上の方式のために収支の実情が見えにくくなっていることが、不効率な運営を温存する一因となっている。

- (9) なお、例えば結核検診の場合、撮影した胸部X線写真をそのまま肺がん検診にも利用し得る。このように準公共財としての性格を有する検診と「隣接」する検診をあわせて実施することにより、検診サービスの社会的費用を小さなものとするができるような場合には、これらの検診の実施も正当化し得るのではないか。
- (10) 成人病検診管理指導協議会のあり方に関する調査研究班，1999
- (11) 川口毅，2000
- (12) 大野輝之，レイコ・ハベ・エバンス，1992：80は，アメリカのPPP（公民パートナーシップ）による都市開発事業が，事業の目的を「都市の成長」「経済開発の推進」といった抽象的なレベルではなく，「都市内の経済衰退地域の再生」「低所得者層の雇用の確保」など，より具体的なレベルで提示していることを紹介しており興味深い。

文献

- 川口毅，2000，「予防医学の経済的・医学的有効性の評価方法(1)」『予防医学ジャーナルNo.352』（財）予防医学事業中央会
- 奥野信宏，1988，『公共経済』東洋経済新報社
- 大野輝之，レイコ・ハベ・エバンス，1992，『都市開発を考える－アメリカと日本』岩波書店
- 大野吉輝，1991，『社会サービスの経済学』勁草書房
- Rose, Geoffrey, 1992, *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford University Press
- 成人病検診管理指導協議会のあり方に関する調査研究班，1999，「がん検診の精度評価に関する手引き」厚生省

(2001年6月受理)