

地元組織の主導性に基づく地域医療システム開発に関する実証的研究 ～JA 北海道厚生連の病院運営事業を事例として～

北海道医療大学看護福祉学部専任講師 櫻井 潤

本稿の課題は、民間組織への財政支援を通じた地域医療システムの開発の意義と条件を、北海道厚生農業協同組合連合会（略称は「JA 北海道厚生連」、以下「道厚生連」）の病院運営事業とそれに対する財政支援の実態に即して明らかにすることである。医師不足の深刻化や人口減少などを背景に数多くの自治体病院の経営状況が悪化し、自治体病院の経営再建に向けた改革が各地域で実施されており、その改革の柱として地域医療システムにおける民間組織の積極的な活用が進められようとしている。すなわち、自治体病院の経営形態の見直しが指定管理者制度の導入や民間譲渡などを手段として検討されているとともに、政府部門は自治体病院を直接に運営するという選択肢に加えて、医療機関を運営している民間組織に財政支援を行うことで、財政制約が強まる 21 世紀の諸条件にふさわしい地域医療システムの構築を目指しているのである。このような地域医療政策を背景として、一部の民間医療機関は地域医療システムにおいてますます大きな役割を担うようになり、その事業規模は年を追うごとに拡大している。厚生農業協同組合連合会は、政府部門から財政支援を受けながら、農村地域における医療の確保を目的とする病院運営事業を長年にわたって行ってきた。特に、北海道の数多くの農村は開拓の初期から現在まで医療の確保に困難を抱え続けており、道厚生連はそうした農村地域の医療問題に対処してきた実績を持つ北海道に特有の民間組織である。道厚生連の病院運営事業とそれに関する財政支援は、地域医療システムにおいて民間組織が大きな役割を果たしており、政府部門がシステムの存続に向けて民間組織への財政支援を積極的に行っている現状を象徴的に表すものであり、これらの実証的な検討からシステムの開発に関する多くの示唆が得られるであろう。

本稿では、第 I 章で病院事業に関する国庫補助や地方交付税措置の枠組みとその改革の動向を整理し、第 II 章で道厚生連の病院運営事業の特徴と全体像を把握した上で、第 III 章では道厚生連の病院運営事業と財政支援の実態を佐呂間厚生クリニックの事例に即して考察する。このように、道厚生連の病院運営事業と財政支援の両面を統一的にとらえ、その現状と課題を検討することで、第 IV 章では日本の地域医療システムにおける民間組織の活用とそれを効果的に行うための医療財政のあり方を具体的に明らかにしたい¹。

¹ 本稿は 2013 年に行った北海道佐呂間町や周辺市町等での地域調査を伴う研究の成果であり、一部の情報は地域調査で得られたものである。研究の実施にあたり、一般財団法人北海道開発協会から平成 25 年度研究助成を受けた。

第 I 章 病院事業に関する財政措置の充実

第 1 節 病院事業に関する国庫補助と地方交付税措置

20 世紀後半に行われた日本の医療機関²の整備は、政府部門によって運営される公立病院の創設や機能の充実だけでなく、政府部門が民間組織への財政支援等を通して民間病院の建設と運営を促すことを主な手段として進められてきた³。

日本の医療機関に関する規定は 1948 年に制定された医療法に基づいており、特に第 4 節「公的医療機関」に関する規定は、民間病院が自治体病院と並んで大きな役割を担うべき存在として位置づけられていることを明確に示している。同法第 31 条において、公的医療機関は「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所」と定義されており、「厚生労働大臣の定める」一部の民間組織によって開設された民間病院が、地方自治体（一部事務組合などの地方公共団体の組合を含む）を開設者とする自治体病院と同列に並置されている。「厚生労働大臣の定める者」とは、一部事務組合などの地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会（以下「厚生連」）、社会福祉法人北海道社会事業協会である。第 34 条には、「厚生労働大臣は、医療の普及を図るため特に必要があると認めるときは、第三十一条に規定する者に対し、公的医療機関の設置を命ずることができる」とともに、「国庫は、予算の定める範囲内において、その設置に要する費用の一部を補助する」ことが明記されており、後述するように、それぞれの医療機関が有する設備や機能などに基づいて国庫補助金が交付されている。

一方で、第 35 条には、厚生労働大臣や都道府県知事が公的医療機関の開設者または設置者に対していくつかの命令や指示を行うことが可能であることについて記されており、開設者または設置者はそれらの命令や指示に沿って公的医療機関を運営しなくてはならない。すなわち、「厚生労働大臣又は都道府県知事は、公的医療機関の開設者又は管理者に対して」、「当該病院又は診療所の医療業務に差し支えない限り、その建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該公的医療機関に勤務しない医師又は歯科医師の診療又は研究のために使用させること」、医師法または歯科医師法の規定に基づく医師や歯科医師の実地研修や臨床研修に必要な条件を整備させること、都道府県の医療計画に定められた救急医療等確保事業に必要な措置を講ずることを命じることができるとともに、「その運営に関して

² 医療法第 1 条の 5 において、病院と診療所はいずれも「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であり、病院はなおかつ「二十人以上の患者を入院させるための施設を有するもの」であるのに対して、診療所は「患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するもの」と定義されている。医療機関は病院と診療所の総称として用いられるが、一方で「公立病院」が公立病院と公立診療所の両方を示す用語として用いられるなど、両者が厳密に区別されずに官公庁の資料等で用いられることもある。こうした事情をふまえて、本稿では病院と診療所を特に区別せずに「病院」としている場合がある。

³ 20 世紀の日本における医療機関の整備については猪飼（2010）や島崎（2011）を参照。

必要な指示をすることができる」⁴。公的医療機関を除くその他の医療機関は、国立病院及びそれに準ずるものと、医療法人や社会医療法人などを開設者とする民間病院である。

病院事業に関する国から地方自治体への財政措置は主に国庫補助金と地方交付税を通して行われており、医療機関を運営している民間組織への財政支援もそれらに準じて行われている。地方交付税の交付額は国庫補助金のそれよりもはるかに多額であり、地方交付税が財政措置や財政支援の柱である。

第1に、国庫補助金は病院事業を実施している地方自治体だけでなく、医療機関を運営している民間組織にも交付されている。1951年の医療法の改正によって、国庫補助の対象が公的医療機関に指定された民間組織にも拡大され、現在ではその他の民間組織も一部の国庫補助金の交付を受けられる。

表1に示されるように、病院事業に関する国庫補助金の大半はへき地医療や都道府県の医療計画に定められた医療施設や設備の整備費に充てるためのものであり、多くの国庫補助金が国から都道府県に交付され、都道府県から市町村や民間組織に交付される。一例を挙げると、「医療施設等施設整備費補助金」に属する「へき地診療所施設整備事業」は、へき地診療所の新築、買収、増改築などに要する工事費やヘリポートの整備費に関して、国が基準額の2分の1に相当する金額を、都道府県を経由して市町村や公的医療機関に属する民間組織やその他の民間組織に交付する補助事業である。診療所の新築や増改築などに関する基準額は、病床の有無や病床数などに応じて診療所の面積が定められた上で、その面積に基準単価を乗じた額として算出される。ヘリポートの設置の基準額は、1カ所当たり5,881万円に定められている。この他にも、地方自治体だけが国庫補助金の交付を受けられる事業や、逆に補助の対象が公的医療機関やその他の民間組織に限定されている事業などがあり、一部の事業については都道府県が補助に要する費用を国と分担している。

1990年代以降には、病院事業に関する国庫補助金の多くが後述する普通交付税措置に切り替えられ、その後は国庫補助金の予算額が減額される傾向にある。1993年度には、看護師養成所運営費補助金と公的病院特殊診療部門運営費補助金が普通交付税措置に切り替えられることで一般財源化された。さらに、小泉政権期に三位一体改革が実施されたことに伴い、2005年度には医療施設運営費補助金のうち、救急医療の中でも特に重篤な患者を対象とする3次救急医療を担う救命救急センターの運営などに関する補助金が一般財源化された。2013年度には、病院事業に関する主な国庫補助金の予算額の合計は310億円であり、その規模は地方交付税の措置額よりもはるかに小さい。

第2に、地方自治体の病院事業に関する地方交付税は地方公営企業法に基づいて交付されており、民間組織への地方交付税措置もそれに準じて行われている。一般行政病院等を除くほぼすべての自治体病院は、地方公営企業法で規定されている地方公営企業に該当し、同法の財務規定などの適用を受けている。

⁴ 公的医療機関に関する規定については医療法および自治体病院経営研究会編（2013）、pp. 2-3を参照。

表1 病院事業に関する主な国庫補助金と予算額(2013年度)

		(億円)
名称	内容	予算額 [※]
医療施設等施設整備費補助金	へき地医療等の医療の確保や医療従事者の養成力の充実を図るため、へき地医療拠点病院等の施設整備事業に関して補助するもの	4
医療提供体制施設整備交付金	都道府県の医療計画に定められた医療提供施設の整備に要する経費の一部に充てるための交付金	40
医療施設等設備整備費補助金	へき地医療等の医療の確保や医療従事者の養成力の充実を図るため、へき地医療拠点病院等の設備整備事業に関して補助するもの	7
医療提供体制推進事業費補助金	都道府県の医療計画に定められた医療提供施設の運営や設備整備等に要する経費に充てるための補助金	227
医療施設運営費等補助金	医療に恵まれない地域住民の医療、救急医療、不採算医療の確保等を図るため、へき地医療拠点病院等の運営に関して補助するもの	32
合計		310

※ 当初予算額。

出所)厚生労働省「医療施設等施設整備費の国庫補助について」、厚生労働事務次官通知、厚生労働省発医政0515第2号、2013年5月15日最終改正；厚生労働省「医療提供体制施設整備交付金の交付について」、厚生労働事務次官通知、厚生労働省発医政0528第6号、2013年5月28日最終改正；厚生労働省「医療施設等設備整備費の国庫補助について」、厚生労働事務次官通知、厚生労働省発医政0515第1号、2013年5月15日最終改正；厚生労働省「医療施設運営費補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金の国庫補助について」、厚生労働事務次官通知、厚生労働省発医政0530第3号、2013年5月30日最終改正；厚生労働省「医療提供体制推進事業費の交付について」、厚生労働事務次官通知、厚生労働省発医政0531第14号、2013年5月31日最終改正；自治体病院経営研究会編(2013)より作成。

第3条は地方公営企業の経営原則について、「常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」と定めており、企業と同様に効率性や合理性を追求するとともに公共の福祉を増進することを求めている⁵。その上で、第17条の2は地方公営企業における「経費の負担の原則」について、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることができない経費(一)」と、「当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費(二)」は、「地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする」と記されている。

これらの経費はそれぞれ1号該当経費および2号該当経費と呼ばれ、他の経費については「当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てなければならない」⁶。このように、地方公営企業は自らの経営に伴う収入だけでなく、それとは別の財源に依存することを前

⁵ 地方公営企業に求められる経済合理性と公共性については自治体病院経営研究会編(2013)、pp. 9-10を参照。

⁶ ただし、第17条の3は災害の復旧などに関する「補助」として、「地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助をすることができる」と記されている。

提に運営されており、民間企業とは質的に異なる経営原則が適用されている。

地方自治体が一般会計等において負担すべき経費の内容や繰出基準は、毎年度に総務省自治財政局長から都道府県知事と指定都市市長に対して通知される「地方公営企業繰出基準について」という文書において示され、繰出基準に沿って経費を負担するための所要額がその年度の地方財政計画に計上された上で、その一部に関して地方交付税措置が行われる。表2は、2013年度の病院事業に関する地方公営企業繰出金の繰出基準を整理したものであり、1号該当経費や2号該当経費などを根拠とする経費が繰出基準とともに示されている。主な内容は、高度医療、特殊医療、救急医療、へき地医療や不採算地区の医療の確保などであり、地方自治体はこれらの繰出基準に沿った経費の負担を求められている。

このような繰出基準に基づいて交付額の算定方法や単価が定められており、主に高度医療、特殊医療、救急医療に関する病床や機能を備えた医療機関と不採算地区の医療機関の運営費に関して地方交付税が措置されている。表3の通り、病院事業に関する地方交付税措置は、地方税などの自主財源とともに地方自治体の一般財源に含まれる普通交付税と、普通交付税では捕そくされなかった特別の財政需要に応えるために交付される特別交付税を通して行われている。

主な普通交付税措置は、病床数に一定の単価を乗じた金額が交付される病床割と、救急医療を担う医療機関として消防法第2条9項に基づく都道府県知事からの告示と指定を受けた救急告示病院への措置である。特別交付税措置の主な内容も、周産期医療病床や結核病床などの高度医療や特殊医療に関する病床数や、不採算地区病院の病床数にそれぞれの単価を乗じた金額を交付する病床割と、救命救急センターを設置している病院や小児救急医療提供病院への措置で構成されている。

不採算地区病院は第1種と第2種に分類され、最寄りの病院までの移動距離が相対的に長い病院に関して特別交付税が手厚く措置されている。すなわち、第1種は、病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上の場所に位置している一般病院である一方、第2種が病床数150床未満で人口集中地区以外の区域に所在している一般病院と定義されており、第1種の病床当たりの単価が第2種のそれよりも高く設定されている。周産期医療病床も提供される医療の密度に応じて4種類に分類され、相対的に密度が高い病床の単価が高く設定されることで地方交付税が手厚く交付されるようになっている。

表2 病院事業に関する地方公営企業繰出金の繰出基準(2013年度)

経費の種類	繰出 根拠 ^{※1}	繰出基準
病院の建設改良	2号	建設改良費と企業債元利償還金の1/2 ^{※2}
へき地医療の確保	2号	巡回診療等に要する経費のうち、「その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められる経費 ^{※3} 」
不採算地区病院の運営	2号	不採算地区病院の運営費のうち、「 ^{※3} 」
結核医療	2号	結核病床の確保に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
精神医療	2号	精神病床の確保に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
感染症医療	2号	感染症病床の確保に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
リハビリテーション医療	2号	リハビリテーション医療の実施に関する経費のうち、「 ^{※3} 」
周産期医療	2号	周産期に用いる病床の確保に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
小児医療	2号	小児医療に用いる病床の確保に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
救急医療	1号	ア 救急病院における救急医療の確保に要する経費 イ 災害時に救急医療を行う施設の整備に要する経費 ウ 災害時に救急医療を行う施設の医療用具等の備蓄に要する経費
高度医療	2号	高度医療の実施に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
附属看護師養成所の運営	1号	看護師の要請に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
院内保育所の運営	他	院内保育所の運営費のうち、「 ^{※3} 」
附属診療所の運営	2号	附属診療所の運営費のうち、「 ^{※3} 」
保健衛生行政事務	1号	集団検診や医療相談等に要する経費のうち、「 ^{※3} 」
経営基盤強化対策	他 他 他 他 他 2号	(1) 医療職の研究研修に要する経費の1/2 (2) 病院事業の経営研修に要する経費の1/2 (3) 保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費の1/2 (4) 共済追加費用の負担額の一部 (5) 公立病院改革プランの実施に要する経費の一部 ^{※4} (6) 医師の勤務環境の改善に要する経費の一部と医師の派遣を受けることに要する経費

※1 「1号」は1号該当経費、「2号」は2号該当経費、「他」は地方公営企業法第17条の3の災害復旧等に関する補助。

※2 2002年度までに着手した事業に関する企業債元利償還金については経費の2/3。

※3 以下、^{※3}を付した箇所では、鍵括弧内の文言を省略した。

※4 病院特例債の元利償還金を含む。

出所) 総務省「平成25年度の地方公営企業繰出金について」、総務副大臣通知、総財公第35号、2013年4月1日付; 自治体病院経営研究会編(2013)より作成。

表3 病院事業に関する地方交付税措置(2013年度)

(万円)

対象		単価	
普通 交付 税	病床数	1床当たり71.3	
	建設改良費に係る元利償還金	元利償還金の一定割合 ^{※1}	
	救急告示病院	1病院当たり1,697×救急病床数 ^{※2} +3,290	
	市町村立診療所	1診療所当たり710+1床当たり35.65(市町村分のみ)	
	附属看護師養成所	都道府県分は人口170万人 ^{※3} 当たり15,702、市町村分は生徒1人当たり53.2	
	公立病院改革プラン	人口170万人 ^{※3} 当たり61.4(都道府県分のみ)	
	院内保育所	人口170万人 ^{※3} 当たり1242.6(都道府県分のみ)	
特別 交付 税 ※ 4	不採算地区病院 ^{※5}	第1種	1床当たり126.3
		第2種	1床当たり84.2
	病床 割	結核病床	1床当たり149.8
		精神病床	1床当たり115
		感染症病床	1床当たり410.7
		リハビリテーション病院	1病院当たり44
		周産期医療病床 ^{※6}	第1種
	第2種		1床当たり344.2
	第3種		1床当たり227.4
	第4種		1床当たり181.9
	小児医療病床	1床当たり131.9	
救命救急センター	1センター当たり13689.6		
小児救急医療提供病院	1病院当たり1181.5		
共済追加費用	都道府県分は対象職員1人当たり20.5、市町村分は同10.7		

※1 病院事業債または病院事業許可債の発行年度によって措置の割合が異なる。

※2 30床が上限。

※3 措置額の算定に用いられる標準団体。

※4 財政力指数に応じて措置率が設定されており、財政力指数が小さいほど措置率が高くなる。

※5 第1種は、病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上の位置に所在している一般病院。第2種は、病床数が150床未満であり、人口集中地区以外の区域に所在している病院。

※6 新生児特定集中治療室を有するかどうかなどに応じて、病床が4種類に分類されている。

出所)「普通交付税に関する省令」、2013年7月23日最終改正;「特別交付税に関する省令」、2013年12月9日最終改正;自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック』、各年版より作成。

民間組織への財政支援に関して重要なのは、自治体病院に関して指定管理者制度を導入した場合や地方独立行政法人を設立した場合などにも、自治体病院と同等の地方交付税措置が行われることである。これらの場合にも表3で示した地方交付税措置が適用され、指定管理者などの役割を担う民間組織は地方自治体を經由して地方交付税の相当額を受け取る。さらに、後に詳しく述べるように、2008年度からは公的医療機関についても特別交付税措置が創設され、現在では自治体病院とほぼ同等の地方交付税措置が行われている。

第2節 自治体病院の改革と財政措置の充実

2008年度には、自治体病院の経営改革が総務省から地方自治体に対して要請され、「公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ること」を究極の目的とする改革が実施されることになった。すなわち、総務省は2007年12月24日付で自治財政局長から都道府県知事や指定都市市長などに「公立病院改革ガイドライン（以下「ガイドライン」）」を通知し、病院事業を行う地方自治体に対して、2008年度内に改革プランを策定した上で自治体病院の持続可能な経営を目指して経営改革に取り組むことを要請したのである⁷。「ガイドライン」では、「公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算制等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること」であり、自治体病院に期待される機能は、「①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能など」であるとされた。その上で、経営改革を行うための3つの視点として、経営指標に関する数値目標の設定を伴う「経営効率化」、他の医療機関との連携に加えて医師の配置や病床数の見直しなどを行う「再編・ネットワーク化」、「民間的経営手法の導入を図る観点から」自治体病院における指定管理者制度の導入や民間譲渡などを視野に入れた「経営形態の見直し」が示され、これらの視点に立った一体的な改革を実施することが求められた⁸。

それと同時に、総務省は自治体病院に関する財政措置の充実を実施した。まず、総務省は「ガイドライン」において、自治体病院の経営改革に伴う経費について財政措置を講じるとともに、地域医療の確保の観点から自治体病院に関する地方交付税措置の充実を図ることを明記した。その後、総務省に設置された「公立病院に対する財政支援のあり方等検討会」での協議を経て、「公立病院に対する財政支援のあり方等検討会報告書」が2008年11月25日付で公表され、「ガイドライン」の財政措置に関する記述にほぼ沿う形で具体的な財政措置が提言された⁹。その提言などをふまえて、2008年12月26日には総務省自治財政局が「公立病院に関する財政措置の改正要綱」を公表し、その内容に基づいて自治体病院に関する地方交付税措置の充実が2009年度に行われることになった。すなわち、公立病院の改革を推進するための財政措置に加えて、過疎地に関する財政措置、産科や小児科および救急医療等に関する財政措置、公立病院の経営形態の多様化をふまえた財政措置の充実が図られた。具体的な内容として、普通交付税措置の充実が、病床割の単価の引き上げや、救急告示病院に関する特別交付税措置の普通交付税措置への移行とそれに伴う措置額の引き上げなどの形で行われた。

⁷ 「公立病院改革ガイドラインについて」、総務省自治財政局長通知、総経第134号、2007年12月24日付。

⁸ 公立病院改革ガイドラインの詳細は総務省（2007）および伊関（2009）を参照。なお、櫻井（2013）は公立病院改革ガイドラインに沿った改革プランの策定とそれに基づく改革の意義について、北海道釧路市の市立釧路総合病院の事例に即して検討している。

⁹ 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会（2008）。

表4 病院事業に関する地方財政計画の計画額の推移

	(億円)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
病院の建設改良	2,679	2,709	2,716	2,637	2,631	2,587
へき地医療の確保	116	126	123	109	108	103
不採算地区病院の運営	—	—	—	388	377	340
結核・精神・感染症病床	515	489	567	591	553	578
高度医療	943	1,067	1,191	1,210	1,240	1,274
附属看護師養成所の運営等	280	292	306	335	366	336
救急医療	791	1,000	1,034	1,122	1,149	1,148
経営基盤強化対策	754	1,100	1,181	930	911	863
不採算地区病院	361	363	392	—	—	—
合計	6,078	6,783	7,118	7,322	7,335	7,229

出所) 自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック』各年版より作成。

同時に、特別交付税措置の充実も、不採算地区病院に関する特別交付税措置の適用要件の緩和と措置額の引き上げ、周産期医療病床、小児医療病床、結核病床、精神病床に関する病床割の単価の引き上げ、救命救急センターに関する措置額の引き上げなどを通して行われることになった¹⁰。

その結果、病院事業に関する措置額は2009年度に大幅に増額され、現在までほぼ減額されることなく高止まりしている。表4に示されるように、病院事業に関する地方財政計画の計画額は、2008年度には6,078億円であったが2009年度には6,783億円になり、この1年間で705億円も増加した。それは、公立病院経営改革プランの策定と実施に関する交付税措置に加えて、救急医療と高度医療に関する措置額の増額によるものであった。2010年度には、救急医療と高度医療の計画額とともに結核病床や精神病床などに関する病床割の単価が引き上げられ、それらの計画額はその後も増加基調で推移している。

第3節 公的医療機関に関する財政支援の強化

それに加えて重要なのは、2008年度には公的医療機関やその他の民間医療機関に関する特別交付税措置が創設され、それ以降にも総務省は省令の改正を通して適用要件の緩和などを行うことで、民間医療機関に関する財政措置が自治体病院とほぼ同等の水準にまで強化されたことである。

第1に、2008年度には公的医療機関に関する特別交付税措置が創設され、公的医療機関を運営している民間組織に対して運営費の助成を行っている市町村は、助成額に応じて特別交付税の交付を受けられるようになった。「ガイドライン」は、「公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し」の一環として「公的病院（公的医療機関のこと：引用者）に対する財政措置の創設」を掲げ、「過疎地等の『不採算地区』に立地する日本赤十字社等の

¹⁰ 「公立病院に関する財政措置の改正要綱について」、総務省自治財政局報道発表、2008年12月26日付。

公的病院（公的医療機関：引用者）の運営費に対する市町村からの助成に対し、公立病院に準じて特別交付税により措置する」ことを示した¹¹。このような方針に沿って、2008年度に公的医療機関に関する地方交付税措置が創設された。

第2に、2009年度には民間医療機関に関する特別交付税措置の対象が拡大された。特別交付税の対象となる医療の機能は、不採算地区病院に加えて、結核医療、精神医療、救急告示病院など、表3に掲げられたほぼすべての対象にまで広げられた。さらに、特別交付税の対象となる病院の種類が追加され、公的医療機関だけでなく、公益法人、学校法人、社会医療法人などによって運営されている民間医療機関も対象に加えられた。

第3に、2011年度には特別交付税の配分方法が変更され、市町村に加えて都道府県がその対象に加えられたほか、民間組織に運営費を助成している地方自治体への財政措置がさらに充実した。すなわち、変更が行われる以前には、公立病院を運営している地方自治体は公的医療機関に関する特別交付税措置を受けることができなかったが、2011年12月分からは公立病院を運営しているかどうかに関係なく特別交付税が交付されることになった。

第4に、2012年度からは、地方自治体は年度をまたがずに特別交付税の交付を受けられるようになり、自治体が民間組織に財政支援を行う際の資金繰りや事務処理上の制約が取り払われた。2011年度までは、特別交付税は民間組織への財政支援が行われた年度の翌年度に交付されており、自治体は基金の積立金などを用いて支出していた。2012年度からは、特別交付税が民間組織への財政支援を行った年度内に交付されることになり、自治体は基金の取り崩しなどをせずに財政支援を行うことが可能になったのである¹²。

これらの結果、特別交付税の対象となる民間医療機関の施設数と措置額は次第に増加している。2008年度には、地方自治体は14施設の病院に関して総額で4億円の特別交付税措置を受けたが、2012年度には223施設に関して63億円もの措置が行われた。2012年度の措置額を運営主体別に分類すると、厚生連が最も多くの病院数に関して最も多額の措置を適用されており、52施設に関して22億円が措置された。その病院数は適用を受けた223施設の23.3%に相当し、措置額は総額の35.0%にも上った。救急告示病院、救命救急センター、不採算地区病院に関する措置額の規模が特に大きく、措置額はそれぞれ28億円と11億円と9億円にも上り、これらの措置額の合計は総額の75.8%を占めていた¹³。

かくして、地域医療システムにおける民間組織の活用が、公的医療機関やその他の民間医療機関を運営している民間組織への財政支援の創設とその強化を通して促された。以下では、道厚生連の病院運営事業とそれに関する財政支援について検討する。

¹¹ 総務省（2007）、p. 13；p. 15。

¹² この他にも、2012年度には災害時の医療の提供に関する地方交付税措置の充実が行われ、災害拠点病院に加えて救急告示病院も、災害時の医療の提供に必要な診療用具や医薬品などの備蓄に関する地方交付税措置の対象になった。

¹³ これらの措置額には東京都と特別区による助成が含まれない。措置額の実績を含め、民間医療機関に関する特別交付税措置については、「公的病院等への助成に関する特別交付税措置について」、総務省自治財政局準公営企業室長の講演資料、「公的病院等と特別交付税セミナー」（主催：社会・特定医療法人協議会、後援：東日本税理士法人）、2013年6月（<http://www.higashinohon.ne.jp/oosawa.pdf#search=%E5%85%AC%E7%9A%84%E7%97%85%E9%99%A2%E7%AD%89%E3%81%B8%E3%81%AE%E5%8A%A9%E6%88%90>）を参照。

第Ⅱ章 JA 北海道厚生連の病院運営事業

第 1 節 JA 北海道厚生連の特徴：北海道の地域医療システムを支える民間組織

道厚生連は、北海道の農村地域に根ざして古くから保健・医療・福祉の事業を行ってきた民間組織である。道厚生連の前身は、湧別村（現在は湧別町と遠軽町に分かれている）の産業組合長が北紋 14 町村の産業組合長との協議を経て 1938 年に創立した保証責任北紋医療利用組合（れん）合会である。当時は農村地域の大半が常勤の医師を持たない無医地区であり、医師の招聘に要する費用と往診料のいずれも高額であったことから、多くの農民が乏しい医療資源の下で経済的な困難を抱えていた。保証責任北紋医療利用組合聯合会は農村医療の確保を目指して 1939 年に 35 床の北紋医聯久美愛病院を上湧別村に設立し、これが北海道で最初の農村組織による病院であった。1942 年には、この医療連合会が上川医療联合会や斜網医療联合会とともに北海道信用購買販売組合联合会（略称は「北聯」、現在のホクレン農業協同組合連合会）と合併したことで北聯の厚生部に移管され、1948 年に農協法に基づいて設立された厚生連の会員になることで道厚生連が設立された。

すでに述べたように、道厚生連は 1951 年に公的医療機関に指定され、それを 1 つの契機として北海道の各地域で医療機関を運営してきた¹⁴。道厚生連は巡回診療や保健活動に力を入れており、2011 年度には約 5 万 5,700 人が総合健診（人間ドック）を利用したほか、検診車を用いた巡回ドックが約 3 万 1,200 人に利用されるなど、生活習慣病をはじめとする疾病の予防を重視した活動を積極的に行っている。現在では、道厚生連は病院運営事業に加えて、特別養護老人ホームの運営などを行う高齢者福祉事業と、巡回訪問による医薬品や健康食品などの販売や健康情報の提供を行う JA 配置薬事業も実施している¹⁵。

道厚生連は、北海道の地域医療システムにおいて大きな存在感を持っている。表 5 は、北海道の保健所を単位とする圏域ごとに 2010 年末の人口 10 万人当たり医師数と 2011 年 10 月の病院数を集計するとともに、各地域の病院の編成を開設者別にまとめたものである。

北海道の人口 10 万人当たりの医師数は 229 人であり、全国平均の 230 人とほぼ同水準であるが、医師数の地域偏在の程度が大きい。すなわち、医師の多くが札幌市と旭川市と市立函館（函館市）に集中しており、医師数はそれぞれ 314 人と 369 人と 286 人であるのに対して、それ以外の圏域の医師数は北海道の平均よりも少ない。後に詳しく考察する佐呂間町を含む紋別圏と、佐呂間町の周辺地域である北見圏および網走圏の医師数はそれぞれ 135 人と 164 人と 125 人であり、いずれも医師数の水準が低い地域である。

病院数の地域偏在の程度は医師数のそれよりも大きく、北海道の 579 施設のうち 3 分の 1 以上が札幌市に集中している一方で、それ以外の圏域の病院数は札幌市よりもはるかに少ない。紋別圏、北見圏、網走圏の人口 10 万人当たり病院数はそれぞれ 17 施設と 13 施設と 10 施設であり、網走圏を除くと北海道の平均の 11 施設を上回っている。

¹⁴ 株式会社北海道協同組合通信社編（1998）。

¹⁵ 道厚生連の検診事業や保健活動の詳細は北海道厚生農業協同組合連合会（2012）や北海道厚生農業協同組合連合会のウェブサイト（<http://www.dou-kouseiren.com/>）を参照。厚生連の組織編成や事業の実績などについては全国厚生農業協同組合連合会（2013）を参照。

表5 北海道の保健所別および開設者別の医師数と病院数(2011年10月)

	人口 10万人 当たり 医師数 ※1	病院数 (人、施設)											
		人口 10万 人当 たり	総数	国及び それに 準ずる もの	公的医療機関					厚生連 ※2	小計	医療 法人	その他
					都道府県/ 市町村/ 独立法人	赤十字	済生会	北海道 社会事 業協会					
札幌市	314	11	206	4	4	0	0	0	1(1)	5	177	20	
市立函館	286	11	31	1	3	1	0	1	0	5	21	4	
旭川市	369	12	41	2	2	1	0	0	1	4	32	3	
江差	129	19	5	0	4	0	0	0	0	4	1	0	
室蘭	209	10	21	0	2	1	0	1	0	4	16	1	
浦河	108	4	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
帯広	167	10	34	1	9	1	0	1	1	12	16	5	
釧路	163	9	23	1	4	1	0	0	1(1)	6	16	0	
根室	103	10	3	0	1	0	0	0	0	1	0	2	
網走	125	10	8	0	2	1	0	0	1	4	4	0	
北見	164	13	19	0	2	2	0	0	1	5	9	5	
紋別	135	17	13	0	4	0	0	0	2(2)	6	4	3	
稚内	94	13	9	0	8	0	0	0	0	8	1	0	
留萌	138	13	7	0	4	0	0	0	0(1)	4	2	1	
その他	—	10	158	3	49	1	2	4	3(1)	59	89	7	
北海道全域	229	11	579	12	98	10	2	7	11(6)	128	388	51	
全国	230	7	8,605	274	968	92	81	7	110(67)	1,258	5,712	1,361	

※1 医師数は2010年末の人数。

※2 厚生連の一般診療所が設置されている場合には、括弧内に一般診療所の数を示した。

出所)北海道(2013a)より作成。

しかし、後に詳しく述べるように、北見赤十字病院、網走厚生病院、遠軽厚生病院を除く多くの病院の規模は小さく、これらの地域の医療体制は決して万全ではない。

道厚生連の医療機関の大半は、人口に対する医師数や病院数の水準が相対的に低い地域に存在しており、それらの医療機関が北海道の農村における地域医療システムを支えている。すなわち、札幌市には札幌厚生病院と札幌厚生病院共済クリニックが設置されている一方で、旭川市、浦河圏、帯広圏、網走圏、北見圏などに合計で10施設の病院があり、釧路圏、紋別圏、留萌圏などには合わせて5施設の診療所が置かれている。道厚生連の病院と診療所の数は、全国の都道府県に設置されているすべての厚生連系の病院や診療所の約1割に相当し、その病院数は自治体病院を除くすべての公的医療機関の中で最も多い。

北海道の地域医療システムにおいて道厚生連が大きな役割を担っていることは、病床数の規模の大きさとその地理的編成からもみてとれる。表6に示されるように、2011年10月に道厚生連の医療機関が設置している病床数の合計は3,142床であり、それは公的医療機関としては自治体病院に次いで多い。最も多くの病床を備えた病院は帯広圏の帯広厚生病院であり、帯広厚生病院は重篤な患者に対して救急医療を行う救命救急センターや、ハイリスクの妊娠や出産などを含む産科医療と新生児科医療を行う総合周産期母子医療センターに指定されるなど、帯広市を含む十勝医療圏の地域医療システムの中核となる大きな役割を担っている。札幌厚生病院と旭川市の旭川厚生病院も500床を超える大病院であり、それぞれが道央と道北の地域医療システムにおいて高度医療や特殊医療を中心とする数多くの機能を備えた総合病院である¹⁶。

¹⁶ 各病院の詳細は、帯広厚生病院 (<http://www.dou-kouseiren.com/byouin/obihiro/>)、札

表6 北海道の保健所別および開設者別の病院の病床数(2011年10月)

	人口 10万人 当たり 病床数	総数	国及び それに 準ずる もの	公的医療機関						医療 法人	その他
				都道府県/ 市町村/ 独立法人	赤十字	済生会	北海道 社会事 業協会	厚生連	小計		
札幌市	1,948	37,404	2,266	2,087	0	0	0	519	2,606	28,253	4,279
市立函館	2,369	6,537	310	853	150	0	240	0	1,243	3,213	1,771
旭川市	2,154	7,444	912	643	600	0	286	539	2,068	4,278	186
江差	1,710	443	0	383	0	0	0	0	383	60	0
室蘭	2,577	5,358	0	669	374	0	292	0	1,335	3,781	242
浦河	1,049	256	0	0	256	0	0	0	256	0	0
帯広	1,436	4,986	370	822	92	0	377	748	2,039	1,531	1,046
釧路	1,673	4,090	500	826	489	0	0	99	1,414	2,176	0
根室	1,205	347	0	131	0	0	0	0	131	0	216
網走	1,447	1,114	0	257	99	0	0	366	722	392	0
北見	1,664	2,537	0	229	775	0	0	54	1,058	814	665
紋別	1,679	1,298	0	321	0	0	0	387	708	352	238
稚内	1,139	822	0	712	0	0	0	0	712	110	0
留萌	1,553	809	0	558	0	0	0	0	558	216	35
その他	—	25,081	709	7,040	136	507	667	430	8,780	14,384	1,208
北海道全域	1,796	98,528	5,067	15,531	2,971	507	1,862	3,142	24,013	59,560	9,888
全国	1,239	1,583,073	116,191	232,934	37,134	22,548	1,862	35,383	329,861	851,918	285,103

出所)北海道(2013a)より作成。

第2節 JA 北海道厚生連の病院運営事業の編成と実績

表7の通り、道厚生連は2013年4月の時点で12施設の病院と5施設の診療所を運営しており、帯広厚生病院と旭川厚生病院と札幌厚生病院が病院運営事業の柱である。これらの3施設の病床数の合計は1,806床であり、道厚生連のすべての医療機関に設置されている3,124床の57.8%にも上る。網走厚生病院、遠軽厚生病院、倶知安厚生病院の病床数はそれぞれ366床と337床と234床であり、これらの中規模の病院もそれぞれの市町で最も多くの病床を備えた総合病院として機能している。摩周厚生病院をはじめとする6施設の病院の病床数は100床未満であり、相対的に小規模な病院であるものの、常呂厚生病院が置かれている北見市と丸瀬布厚生病院の所在地である遠軽町を除く4つの町には20床以上の病床を備えた病院が存在せず、これらの病院も地域医療システムの主力として活躍している。一方で、5施設の診療所はいずれも無床である。とはいえ、札幌厚生病院共済クリニックを除く4施設が置かれている4つの町には100床以上の病床を備えた病院がなく、これらの無床の診療所が地域住民にとっての貴重な医療資源である¹⁷。

道厚生連は、複数の市町村にまたがる広域の医療圏において系列の医療機関が連携することを軸に、北海道の医療計画の方針に沿う方向で病院運営事業を展開しようとしている。

幌厚生病院 (<http://www.dou-kouseiren.com/byouin/sapporo/>)、旭川厚生病院 (<http://www.dou-kouseiren.com/byouin/asahikawa/>) のウェブサイト参照。

¹⁷ それぞれの町における医療機関の編成や病床数は、2013年4月時点での地方自治体や各地域の医師会のウェブサイトの情報に基づいている。

表7 JA北海道厚生連が運営している医療機関の
編成(2013年4月)

	(床、%)	
	病床数	構成比
帯広厚生病院	748	23.9
旭川厚生病院	539	17.3
札幌厚生病院	519	16.6
網走厚生病院	366	11.7
遠軽厚生病院	337	10.8
倶知安厚生病院	234	7.5
摩周厚生病院	99	3.2
沼田厚生病院	74	2.4
美深厚生病院	64	2.0
常呂厚生病院	54	1.7
丸瀬布厚生病院	50	1.6
むかわ町鶴川厚生病院	40	1.3
喜茂別厚生クリニック	—	—
札幌厚生病院共済クリニック	—	—
佐呂間厚生クリニック	—	—
苫前厚生クリニック	—	—
ゆうゆう厚生クリニック	—	—
合計	3,124	100.0

出所)全国厚生農業協同組合連合会(2013);北
海道厚生農業協同組合連合会のウェブサイト
(<http://www.dou-kouseiren.com/>)より作成。

北海道は、地域医療システムに関する市町村や住民への提案として2008年に「自治体病院等広域化・連携構想」をまとめ、自治体病院や公的医療機関が地域包括ケア体制の構築を目指して自らの役割を明確化するとともに、他の医療機関と役割を分担して相互に連携することを提案した。その上で3通りのパターンが示され、それらは「①おおむね200床以上の一般病床を有する病院を区域の中核的病院とし、隣接区域のセンター病院等(自治体病院、公的病院、民間病院)と連携するとともに、その他の自治体病院は規模の適正化や診療所化を行う場合」、「②センター病院等を区域の中核的病院とし、その他の自治体病院は規模の適正化、診療所化等を行う場合」、「③中核的病院を設定できない場合において、複数の自治体病院が機能分担を図り、そのなかで機能強化する病院と一部の機能を他の病院に委ねる病院が連携する場合」であった¹⁸。このような広域化と連携の構想は市町村や住民との調整を経て、国の医療法の第5次改正を受けて同年に発表された「北海道医療計画」の方針として採用され¹⁹、その後の地域医療を取り巻く環境の変化をふまえて2013年に発表された「北海道医療計画(改訂版)」にも継承された²⁰。

¹⁸ 北海道(2008a)。

¹⁹ 北海道(2008b)。

²⁰ 北海道(2013b)。

道厚生連は、北海道の医療計画の方針に沿って病院運営事業の再編を進めている。道厚生連は2008年度の事業に関する「業務報告書」において、「一般病院・診療所については、医療制度改革に基づく療養病床の再編や北海道が示した『自治体病院の広域化・連携構想』による地域医療の再編成などに対応するため、引き続き地元自治体や関係機関と協議の上、病院機能の抜本的な見直しを行っており、喜茂別病院、上湧別病院に引き続き5月には苫前病院を無床診療所に転換」したことを表明した²¹。同じ「業務報告書」には、「北海道が策定した『北海道医療計画』に基づく4疾病5事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4つの生活習慣病と、地域医療の確保における重要な課題である救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の5事業：引用者）に応じた医療体制の充実を目指す」ことが示されている²²。さらに、2008年10月に道厚生連によって策定された「第一次骨太の方針（医療機能・連携の強化と財務改善に関する基本方針）」は、系列の医療機関の相互連携を軸に、施設基準の取得などを通じた総合病院の機能の強化と、相対的に小規模な病院の無床診療所への転換を含む病院の機能や規模の合理化を目指すものであり²³、それも北海道の方針と整合的な内容であった。道厚生連はこのような基本方針に基づいて、3大病院を頂点に、他の3施設の総合病院をそれぞれの医療圏の中核となる病院に位置づけてこれらの病院の機能の強化を進める一方、小規模な病院と診療所については無床診療所への転換を含む規模の縮小を視野に入れて事業の再編を進めている²⁴。

道厚生連は、自らの事業の柱である病院運営事業の規模を着実に拡大している。表8に示されるように、2011年度における道厚生連の病院運営事業の収入総額は791億円であり、それは高齢者福祉事業やJA配置薬事業などを含めたすべての事業の収入額の88.8%を占めている。帯広厚生病院と札幌厚生病院と旭川厚生病院は病院運営事業の主力であり、3施設の収入額の合計は病院運営事業の収入総額の67.6%にも上る。病院運営事業の収入額は2008年度から2011年度にかけて一貫して増加しており²⁵、道厚生連は北海道の地域経済の成長を牽引する有力な民間組織であるといえよう。

とはいえ、2011年度の病院運営に関する事業収支は11億円の赤字であり、政府部門からの補助金の収入がなければ損失が発生する経営構造である。事業収入と事業費用の大部分がそれぞれ医業収益と医業費用および本業の業務に直接にかかわる給与費で構成されており、事業収支は事業収益から事業費用を差し引いた金額として算出される。帯広厚生病院の事業収支は11億円の黒字であり、特別利益として計上されている一般補助金の収入を除いても差し当りは事業の継続が可能である。しかし、札幌厚生病院と旭川厚生病院の事業収支はいずれも赤字であり、他の中小規模の病院や診療所も合わせて20億円の赤字を計上している。

²¹ 北海道厚生農業協同組合連合会（2009）「第61年度業務報告書」、p. 3。

²² 前掲書、p. 3。

²³ 「骨太の方針」とそれに基づく取り組みについては北海道厚生農業協同組合連合会「業務報告書」各年度版を参照。

²⁴ 道厚生連は少なくとも1998年の時点で、このような方針の原型となる構想を取りまとめていた。株式会社北海道協同組合通信社編（1998）、pp. 238-241；pp. 327-328。

²⁵ 北海道厚生農業協同組合連合会のウェブサイト

（<http://www.dou-kouseiren.com/outline/vt1bv70000001nfc.html>）。

表8 北海道厚生連の病院運営事業の収支(2011年度)

		(百万円、%)									
		帯広厚生病院		札幌厚生病院		旭川厚生病院		その他		全体	
		金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
収入	事業収益(A)	22,490	98.1	16,131	99.3	14,059	98.4	23,723	92.7	76,403	96.6
	医業収益	22,371	97.6	16,078	99.0	14,013	98.1	23,478	91.7	75,940	96.0
	入院診療収益	12,294	53.6	7,301	44.9	7,934	55.5	11,413	44.6	38,942	49.3
	外来診療収益	9,351	40.8	7,721	47.5	5,488	38.4	11,180	43.7	33,740	42.7
	その他医業収益	792	3.5	1,141	7.0	637	4.5	931	3.6	3,501	4.4
	保険等査定減	-66	0.0	-85	0.0	-46	0.0	-45	0.0	-242	0.0
	その他事業収益	119	0.0	53	0.0	46	0.0	245	0.0	463	0.0
	事業外収益(B)	123	0.5	60	0.4	57	0.4	171	0.7	411	0.5
	特別利益	316	1.4	55	0.3	175	1.2	1,703	6.7	2,249	2.8
	一般補助金	297	1.3	52	0.3	169	1.2	1,690	6.6	2,208	2.8
	運営費補助金収益	200	0.9	26	0.2	123	0.9	1,461	5.7	1,810	2.3
	施設設備補助金収益	97	0.4	26	0.2	47	0.3	228	0.9	398	0.5
	その他特別利益	19	0.1	2	0.0	6	0.0	14	0.1	41	0.1
	合計(C)	22,929	100.0	16,246	100.0	14,291	100.0	25,597	100.0	79,063	100.0
支出	事業費用(D)	21,430	99.2	16,137	99.3	14,234	99.5	25,744	98.8	77,545	99.1
	医業費用	9,804	45.4	7,736	47.6	5,926	41.4	9,874	37.9	33,340	42.6
	給与費	9,638	44.6	6,278	38.6	6,281	43.9	10,856	41.7	33,053	42.3
	設備関係費	1,458	6.7	1,040	6.4	1,025	7.2	1,824	7.0	5,347	6.8
	業務費	1,214	5.6	818	5.0	810	5.7	1,770	6.8	4,612	5.9
	その他事業費用	205	0.9	187	1.2	118	0.8	285	1.1	795	1.0
	事業外費用(E)	70	0.3	99	0.6	34	0.2	136	0.5	339	0.4
	特別損失	110	0.0	13	0.0	32	0.0	173	0.0	328	0.0
合計(F)	21,610	100.0	16,249	100.0	14,300	100.0	26,053	100.0	78,212	100.0	
事業収支(G=A-D)	1,060	—	-6	—	-175	—	-2,021	—	-1,142	—	
事業外収支(H=B-E)	53	—	-39	—	23	—	35	—	72	—	
税引前当期利益(I=C-F)	1,319	—	-3	—	-9	—	-456	—	851	—	

出所)北海道厚生農業協同組合連合会(2013)より作成。

これらの病院と診療所の赤字額の合計は帯広厚生病院の黒字額の約2倍に相当する22億円であり、帯広厚生病院の黒字だけではその赤字を埋め合わせることができない。事業外収支は1億円の黒字であるが、それも事業収支の赤字を埋め合わせするには至らず、事業収支と事業外収支を合わせた収支は11億円の赤字である。

道厚生連の病院運営事業は一般補助金の収入を前提として成り立っており、道厚生連は政府部門から22億円もの補助金を得た結果として、9億円もの税引前当期利益を獲得している。一般補助金は運営費補助金と施設設備補助金の2種類であり、一般補助金の総額の約8割が運営費補助金で占められている。一般補助金の76.5%に相当する17億円が中小病院と診療所に関する補助金であり、それらの大半が運営費補助金収益であった。しかし、これらの病院と診療所の事業収支の赤字額は一般補助金の収入額よりも大きく、事業外収支の黒字と一般補助金の収入等を考慮に入れても5億円の損失が発生している。一方で、主力の3施設についても、合わせて5億円もの一般補助金の収入があった。その32.6%が施設設備補助金の収入であり、3施設のいずれも中小病院や診療所に比べて一般補助金に占める施設設備補助金の割合が大きい。特に、帯広厚生病院は事業収支と事業外収支の合計11億円の黒字に加えて、2億円の運営費補助金と1億円の施設設備補助金を合わせた3億円もの一般補助金を獲得し、税引前当期利益は13億円にも上る。この金額から他の病院と診療所の損失を差し引いても、9億円の税引前当期利益が実現しているのである。



図1 北海道のオホーツク医療圏の地理的編成と佐呂間町(2013年4月)

出所)オホーツク総合振興局のウェブサイト
(<http://www.okhotsk.pref.hokkaido.lg.jp/index.htm>)より作成。

道厚生連は病院運営事業に関して地方自治体から損失の補てんを受けており、自治体は地方交付税の制度を活用しながら道厚生連による医療機関の運営を支えている。道厚生連の会計では、自治体からの運営費補助金収益は未収金として計上され、翌年度に自治体から損失補てんとして道厚生連に支出が行われる。2007年度までは、道厚生連は99床以下の病床を備えた医療機関に関して生じた損失の3分の2に相当する金額を一般補助金の運営費補助金収益として計上し、翌年度に自治体からそれと同額の損失補てんを受けていた。しかし、道厚生連は「業務報告書」などを通して、2006年に実施された診療報酬の引き下げを伴う改定などによってそれらの医療機関の損失額が増加したことを報告した。その上で、道厚生連は医療機関を存続させるための対策として、2007年度分から損失の全額を補てんするよう自治体に要請し、それぞれの自治体と財政支援に関する協定を締結した²⁶。すでに述べたように、2008年度に公的医療機関に関する特別交付税措置が創設され、後に詳細に検討する佐呂間町などの自治体は特別交付税の交付を受けて損失の全額を補てんすることが可能になった。その結果、道厚生連の運営費補助金収益は以前よりも増加し、政府部門からの補助金の収入に依存する程度が強まったのである。

北海道では医療計画に基づいて12の医療圏が設定されており、政府部門による地域医療システムの整備は原則としてこれらの医療圏ごとに行われている。以下では、図1のオホーツク医療圏に属する佐呂間町で有床の地域病院として機能していたが、2011年度から無床の診療所に転換した佐呂間厚生クリニックの事業実績の推移と現状を、医療機関の運営に関する財政支援とあわせて検討する。

²⁶ 北海道厚生農業協同組合連合会(2008)、pp. 1-3。

第三章 医療機関の存続に向けた財政支援のあり方：佐呂間厚生クリニックと町立診療所

第1節 佐呂間厚生病院から佐呂間厚生クリニックへの転換

佐呂間厚生クリニックは人口約 5,700 人の佐呂間町の市街地に設置された公設民営の無床の診療所であり、内科、外科、皮膚科を標榜している。この診療所の前身は 1951 年に開設された町立佐呂間国民健康保険病院であり、開業医の進出があまり期待できない農村地域の基幹病院として機能していた。しかし、高度成長期を迎えると医師が人口の集中する都市部に流出する傾向が強まり、医師の安定的な確保が重要な課題になった。病院の安定的な運営を目指し、1961 年に道厚生連に運営が委託され、79 床の佐呂間厚生病院が開設された²⁷。道厚生連はすでに病院運営事業に関して多くの実績を持ち、しかも近隣地域において遠軽厚生病院や網走厚生病院などを運営していたことから、系列の医療機関との協力関係に基づく医療の提供が期待された。数回の増改築等を経て、2009 年 7 月には救急告示病院に認定され、佐呂間厚生病院はそれまでに引き続いて 1 次救急医療などの要としての重要な役割を果たすことを期待された。それにもかかわらず、後に詳しく述べるように 2011 年度には無床の診療所に転換し、名称が佐呂間厚生クリニックに改められた。

佐呂間厚生クリニックは、19 床の病床と内科、小児科、放射線科を備えた佐呂間町の小田医院や近隣市町の医療機関とともに、佐呂間町の住民に対して医療を提供している²⁸。周辺市町の医療機関は佐呂間厚生クリニックや小田医院とともに、佐呂間町の住民が抱える医療のニーズに応えている。表 9 は、オホーツク医療圏の救急告示病院を整理したものである。オホーツク医療圏は北見市や網走市を含む北網圏と遠軽町や紋別市とその周辺町で構成される遠紋圏に大別され、佐呂間町は遠軽町と湧別町と北見市に接した遠紋圏の最も東に位置する町である。ただし、佐呂間厚生クリニックは無床の診療所に転換した 2011 年に救急告示病院の指定を取り下げたので表 9 には含まれない。

北網圏の医療機関の病床数は合計で 2,312 床であり、特に北見市には数多くの医療機関が存在している一方で、遠紋圏の病床数の合計は北網圏の半分にも満たない 899 床であり、医療機関の数も北網圏に比べるとかなり少ない。北見赤十字病院は北網圏だけでなくオホーツク医療圏において最大の医療機関であり、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受けた 20 種類の診療科と 680 床を有する総合病院である²⁹。366 床の網走厚生病院は北見赤十字病院の次に多くの診療科と病床を備えた総合病院であり、北見赤十字病院とともにオホーツク医療圏の救急医療や高度医療などを提供する役割を担っている。遠軽厚生病院は遠紋圏で最大の 337 床を備え、北見市や網走市からは地理的に離れた遠紋圏の地域医療システムの中核となる総合病院として機能している。

²⁷ 佐呂間町史編纂委員会編（1995）、pp. 1414-1420。

²⁸ 佐呂間厚生クリニックの沿革と現状は佐呂間町史編纂委員会編（1995）と佐呂間厚生クリニックのウェブサイト（<http://www.dou-kouseiren.com/byouin/saroma/>）を参照。

²⁹ 詳細は北見赤十字病院のウェブサイト（<http://www.kitami.jrc.or.jp/>）を参照。

表9 オホーツク医療圏の救急医療を担う医療機関の編成(2013年4月)

医療機関	救急告示 ※2	病院群 輪番制 参加	救命 救急 センター	診療 科目数 (種類)	病床数	
					(床)	(%)
北見市夜間急病センター	—	—	—	2	0	0.0
北見赤十字病院	○	○	○	20	680	21.2
網走厚生病院	○	○		13	366	11.4
小林病院	○	○		10	300	9.3
こが病院	○	○		6	130	4.0
斜里町国民健康保険病院	○			4	111	3.5
北星脳神経・心血管内科病院	○	○		5	102	3.2
美幌町国民健康保険病院	○			7	99	3.1
小清水赤十字病院	○			7	99	3.1
津別病院	○			6	90	2.8
女満別中央病院	○			5	82	2.6
北見中央病院	○	○		9	75	2.3
網走脳神経外科・リハビリテーション病院	○	○		2	74	2.3
常呂厚生病院	○			4	54	1.7
道東脳神経外科病院	○	○		2	50	1.6
合計	14	8	1	—	2,312	72.0
紋別市休日夜間急病センター	—	—	—	2	0	0.0
遠軽厚生病院	○	○		14	337	10.5
広域紋別病院	○			17	150	4.7
遠軽共立病院	○			3	99	3.1
滝上町国民健康保険病院	○			3	54	1.7
雄武町国民健康保険病院	○			7	51	1.6
曾我クリニック	○			6	50	1.6
丸瀬布厚生病院	○			6	50	1.6
曾我病院	○			6	47	1.5
興部町国民健康保険病院	○			2	42	1.3
小林整形外科	○			2	19	0.6
合計	10	1	0	—	899	28.0
オホーツク医療圏全域	24	9	1	—	3,211	100.0

※1 歯科診療所を除く。

※2 『北海道医療計画(改訂版)』で示されている救急告示医療機関。

出所)北海道(2011);北海道(2013b);それぞれの病院、地方自治体、医師会のウェブサイトより作成。

広域紋別病院の運営主体は西紋別地域に属する紋別市と周辺4町によって設立された広域紋別病院企業団であり、遠軽厚生病院とともに遠紋圏の2次救急医療の柱である³⁰。2011年10月から2012年9月までの1年間には、佐呂間町の住民の約4割が遠軽厚生病院に外来患者として通院し、それに次いで北見赤十字病院や網走厚生病院に通院する者が多かった³¹。

佐呂間厚生病院の無床の診療所への転換は、診療報酬の引き下げや慢性的な医師不足などの厳しい経営環境の下で病院運営事業の再編を進めていた道厚生連から佐呂間町役場に対して要請され、佐呂間町の側がそれを苦渋の決断として了承することで決定した。

³⁰ 詳細は広域紋別病院のウェブサイト (<http://www.mombetsu-hospital.jp/>) を参照。

³¹ 佐呂間町の資料。

2009年度まで、佐呂間厚生病院には常勤の内科医と外科医が2人体制で診療を行っていたが、同年11月に道厚生連は、内科医が2010年3月末までに退職する意向であることを佐呂間町に伝えた³²。道厚生連と佐呂間町役場が後任の医師の確保に向けて奔走した結果、2010年5月には新任の医師が赴任したものの、その医師も6月末日付で退職し、その後は常勤の外科医が1人しかいない状況の下で派遣医に頼りながら診療を続けていた³³。9月には午後の外来診療が休診になるなど不安定な診療体制が続く中、12月7日には道厚生連の会長や他の職員が佐呂間町役場を訪問し、旭川医科大学の医局の人事異動を理由に常勤の外科医が2011年3月末日に退職することと、2011年4月以降に後任の医師の補充が困難であることが示された。その上で道厚生連は、夜間の入院患者への対応や救急患者の受け入れをこのまま継続すると常勤医の確保がますます難しくなるため、2011年4月に佐呂間厚生病院を無床の診療所に転換することを要請した。入院などの機能については、遠軽厚生病院や網走厚生病院などとの連携を通して引き継ぐ方針が示された³⁴。

このような報告と要請は佐呂間町の側にとって余りにも唐突な話であり、佐呂間町としては病院の存続を求めたが、最終的には無床の診療所への転換をやむなく了承した。佐呂間町は2010年9月に、老朽化していた病院の改築と整備を町の負担で行う構想を道厚生連に提示し、それに関して道厚生連から大筋での了承を得たばかりであった。小田医院の老朽化や院長が高齢であることなどから存続が難しく、有床の佐呂間厚生病院を残すことが望まれた。12月21日には、町長は町議会議員や地元農協の代表者などとともに札幌市の道厚生連の本部を訪問し、これまで通りの病院の機能を維持するよう依頼したが、道厚生連の側からは病院の存続が難しいという回答が示された。佐呂間町議会は特別委員会を発足して病院の存続に向けて検討したが、道厚生連の協力がなければ存続は難しく、4月以降も医療施設として機能させるには診療所への転換を受けざるを得ないと判断し、12月24日に無床の診療所への転換を受け入れることが決定した³⁵。

佐呂間町は、町内の福祉団体、自治会長会議、経済団体との懇談会を経て、1月11日から20日までの10日間に町内の16会場で住民説明会を開催した。住民説明会において、町長と役場の職員は佐呂間厚生病院の存続が困難である状況をその経過とともに説明するとともに、無床の診療所への転換に関して住民の理解を求めた。住民説明会に出席した住民の多くはこの事態に驚くとともに、今後の入院医療や救急医療の体制に不安を感じていた。出席者からは、「診療所の経営を厚生連に頼らず町営や民間医療法人で考えられないか」という質問も出された。それに対する佐呂間町役場の回答は、「50年間北海道厚生連に業務を委託し運営してきた」が、「これを町営で運営するノウハウはなく、また、現在の医師不足や過疎化する本町に医療法人が進出する目途はないのが現状で」あり、「これまでどおり北海道厚生連に運営をお願いする」というものであった。

最終的には、住民は無床の診療所への転換が不可避であることを理解し、それに向けた準備が進められることになった。すなわち、診療所への転換に伴い、入院を必要とする患者への対応や救急患者の受け入れがますます困難になることが予想された。そこで、佐呂

³² 佐呂間町「議会だより」、80号（平成21年9月定例議会号）、2009年11月、p. 7。

³³ 「北海道新聞」、北見・オホーツク地方版、2010年9月7日付。

³⁴ 「北海道新聞」、北見・オホーツク地方版、2010年12月23日付および佐呂間町の資料。

³⁵ 「北海道新聞」、北見・オホーツク地方版、2010年12月25日付および佐呂間町の資料。

間町役場は入院患者の転院に関して可能な限り支援するとともに、遠軽地区広域組合消防署の佐呂間出張所の職員が増員され、さらに救急車の出動体制が1台分から2台分に増やされることで、遠軽町や北見市などへの救急搬送体制が強化された³⁶。

かくして、道厚生連は2011年3月末に佐呂間厚生病院の入院医療の業務を終了し、その直前の3月下旬に後任の内科医の赴任が決定したことで、4月4日から無床の佐呂間厚生クリニックの診療が開始された。平日の診療時間は午前8時から11時30分と午後1時から4時であり、土日と休日は休診になった。内科の診療は木曜日の午後を除くすべての診療時間に行われ、外科の診療は月曜日と木曜日の午後に限定された。その他、皮膚科と整形外科の診療がそれぞれ月2回と月1回の予約制の下で行われることになった³⁷。

第2節 佐呂間厚生クリニックに関する財政支援

無床の診療所に転換する過程で、佐呂間町から道厚生連への財政支援の規模は拡大し、現在でも病院が運営されていた時期とあまり変わらない規模の損失補てんが続いている。表10に示されるように、佐呂間厚生病院の運営は佐呂間町からの損失補てんを前提として行われていた。

一般補助金の収入のほぼすべてが運営費補助金収益であり、これはすでに述べたように、経営収支の赤字額と同額の損失補てんが翌年度に行われることを見越し、未収金として計上されたものである。いいかえると、運営費補助金収益は事業収支と事業外収支を合算した経営収支の赤字額と一致するとともに、翌年度の損失補てんの見込み額に等しい。

2007年度の運営費補助金収益は7,200万円であり、収入総額の11.4%を占めていた。後に表11で確認するように、損失補てん額が2007年度分から全額に切り替わった関係で、2007年度の運営費補助金収益に限り、2007年度分の赤字に加えて2006年度分の赤字の3分の2に相当する補てん額とその他の運営費補助の金額が含まれていると思われる。すなわち、2007年度の赤字額は5,600万円であり、これに2006年度分の損失補てんの1,500万円と他の運営費補助の約500万円が加算され、運営費補助金収益は7,200万円になったと考えることができる。いずれにせよ、2008年度と2009年度の赤字額および運営費補助金収益はそれぞれ6,900万円と8,600万円であり、それは2007年度から次第に増加する傾向にあった。2010年度には、常勤の内科医の退職に伴い診療時間の制限や休診が続いたことで、外来診療収益が2009年度の2億8,400万円から2010年度には2億4,500万円に3,900万円も減少し、さらに入院診療収益は同期間に2億4,600万円から1億5,600万円に9,000万円も減少した。その結果、2010年度の赤字額および運営費補助金収益は1億8,800万円にも上り、2009年度よりも約1億円も増加した。2011年度には、入院医療を終了したことで入院診療収益がなくなり、常勤の内科医が1人しかいない中で診療を続けたことで外来診療収益も2010年度から3,700万円も減少した。

³⁶ 「北海道新聞」、北見・オホーツク地方版、2011年1月12日付および佐呂間町の資料。

³⁷ 「北海道新聞」、北見・オホーツク地方版、2011年3月31日付および佐呂間町の資料。

表10 佐呂間厚生クリニック(佐呂間厚生病院)に関する病院運営事業の収支の推移

(百万円、%)

	2007		2008		2009		2010		2011		
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	
収入	事業収益(A)	557	88.3	580	86.8	558	85.7	426	69.2	222	78.7
	医業収益	557	88.3	580	86.8	558	85.7	426	69.2	222	78.7
	入院診療収益	277	43.9	277	41.5	246	37.8	156	25.3	—	—
	外来診療収益	259	41.0	280	41.9	284	43.6	245	39.8	208	73.8
	その他医業収益	21	3.3	24	3.6	29	4.5	25	4.1	13	4.6
	保険等査定減	0*	0.0	0*	0.0	0*	0.0	0*	0.0	0*	0.0
	事業外収益(B)	1	0.2	3	0.4	2	0.3	2	0.3	1	0.4
	特別利益	73	11.6	85	12.7	91	14.0	188	30.5	59	20.9
	一般補助金	73	11.6	85	12.7	91	14.0	188	30.5	59	20.9
	運営費補助金収益	72	11.4	69	10.3	86	13.2	188	30.5	59	20.9
	施設設備補助金収益	1	0.2	17	2.5	4	0.6	—	—	—	—
合計(C)	631	100.0	668	100.0	651	100.0	616	100.0	282	100.0	
支出	事業費用(D)	614	99.7	651	97.5	646	99.2	615	99.8	280	99.6
	医業費用	219	35.6	242	36.2	238	36.6	196	31.8	140	49.8
	材料費	164	26.6	184	27.5	185	28.4	150	24.4	119	42.3
	委託費	52	8.4	55	8.2	49	7.5	43	7.0	16	5.7
	保健予防活動費用	2	0.3	3	0.4	4	0.6	3	0.5	5	1.8
	給与費	330	53.6	343	51.3	347	53.3	348	56.5	107	38.1
	設備関係費	16	2.6	16	2.4	14	2.2	14	2.3	9	3.2
	研究研修費	4	0.6	3	0.4	2	0.3	2	0.3	1	0.4
	業務費	42	6.8	44	6.6	41	6.3	50	8.1	21	7.5
	事業外費用(E)	0**1	0.0	1	0.1	1	0.2	1	0.2	1	0.4
	特別損失	2	0.3	16	2.4	4	0.6	0*	0.0	0*	0.0
合計(F)	616	100.0	668	100.0	651	100.0	616	100.0	281	100.0	
事業収支(G=A-D)	-57	—	-71	—	-88	—	-189	—	-58	—	
事業外収支(H=B-E)	1	—	2	—	1	—	1	—	0	—	
税引前当期利益(I=C-F)	15	—	0	—	0	—	0	—	1	—	

* 50万円未満を0とした。

出所)北海道厚生農業協同組合連合会『業務報告書』各年度版より作成。

赤字額および運営費補助金収益は5,900万円になり、2010年度よりも大幅に減少したが、それは無床の診療所への転換が経営状況を大幅に改善したということにはならない。むしろ、診療所への転換によって医療機関としての機能が縮小したにもかかわらず、病院が運営されていた時期と大差ない規模の赤字額が発生しており、佐呂間町は今後の診療所の運営が不透明な状況の下でこれまでとほぼ同じ規模の損失補てんを続けているとみるべきであろう。

実際に、佐呂間町から道厚生連に対する損失補てんの金額は年を追うごとに増加している。表11に示されるように、2007年度の佐呂間厚生病院の経営収支は5,253万円の赤字であり、佐呂間町は翌年度に損失補てんとして赤字額と同額を道厚生連に支出した。2008年度に赤字額は6,864万円に増え、佐呂間町は2009年度にもその全額を補てんした。2010年度には佐呂間町は道厚生連に対して、2009年度に生じた8,640万円の赤字の全額に、2010年度における1億8,827万円の赤字に関する損失補てんの一部として3,996万円と、その他の運営費補助の54万円を合わせた1億2,690万円もの金額を支出した。

表11 佐呂間厚生クリニック(佐呂間厚生病院)の経営収支と佐呂間町一般会計からの損失補てん等の支出額の推移

	(万円)				
	2007	2008	2009	2010	2011
佐呂間厚生病院の経営収支※	-5,253	-6,864	-8,640	-18,827	-5,857
佐呂間町一般会計からの支出	3,321	6,912	7,295	12,746	18,821
損失補てん	1,518	5,253	6,864	12,636	14,831
その他運営費の補助	462	0	0	54	0
医療機器に関する助成	0	1,659	242	0	0
建物・施設整備	1,341	0	189	56	3,990

※ 各年度の収入と支出から特別利益と特別損失を除いて再集計した収支。出所)佐呂間町の資料より作成。

さらに、2011年度の支出額は1億8,821万円にも上り、それは2007年度の支出額の6倍近くという巨額の支出であった。すなわち、2011年度には2010年度の赤字に関する残りの損失補てんとして1億4,831万円が支払われた上に、診療所への転換に伴う3,990万円の改修工事費の全額が補助された。無床の診療所に転換した2011年度にも5,857万円の赤字が発生しており、それと同額の損失補てんが2012年度に行われることになっている。

佐呂間町は、特別交付税が交付されるまでの資金繰りや、特別交付税に加えて一般財源も用いた支出などの財政上の困難を抱えながら損失を補てんしてきた。

第1に、佐呂間町は特別交付税の交付を受ける前年度に損失補てんを行わなくてはならず、その資金繰りに苦慮していた。すでに述べたように、2011年度まで、地方自治体は損失補てんの支出を行った翌年度に国から特別交付税の交付を受けていた。その交付額は、支出が行われた年度の3月末時点での病床数などに基づいて決まり、翌年度の12月に交付されていた。表11を用いて確認した通り、2009年度に佐呂間町は2008年度分の赤字と同額の6,864万円を道厚生連に支出し、2010年度には損失補てんと同額の6,864万円の特別交付税が交付された。一方で、2009年度の特別交付税の交付額は2008年度に行われた2007年度分の損失補てんと同額の5,253万円であり、差額の1,611万円は佐呂間町の自主財源を用いて捻出しなければならなかった。佐呂間町はいくつかの方法を検討した結果、基金の積立金を取り崩すことによって不足分を賄った。2010年度には、損失補てん額が1億2,640万円であったのに対して特別交付税の交付額は6,864万円であり、2009年度と同様に基金の取り崩しが行われたことから、取り崩した金額は5,776万円にも上った。

第2に、佐呂間町は無床の診療所に関して特別交付税措置を受けられなくなり、自主財源を用いて損失補てんを行わざるを得なくなった。表12の通り、2011年度の損失補てん額は1億4,831万円であり、それは地域医療に関する1億9,749万円の支出の75.1%を占めていた。一方で、2011年度に交付された1億1,701万円の特別交付税は、2010年度に行われた2009年度分と2010年度分の損失補てんに関して措置されたものであった。すなわち、すでに述べたように、2010年度には2009年度分の赤字の8,640万円に加えて、2010年度分の赤字の一部が補てんされ、それらに関する特別交付税が2011年度に交付されたのである。

表12 佐呂間町一般会計における地域医療関連歳出と財源の決算額(2011年度)

(万円)

歳出項目	歳出	歳入			合計
		特別交付税	過疎債	一般財源	
佐呂間厚生病院損失負担金	14,831	11,701	—	3,131	14,832
佐呂間厚生クリニック改修工事	3,990	—	—	3,990	3,990
遠軽厚生病院医療機器等整備補助金	512	—	510	2	512
病院群輪番制病院運営事業費補助金	304	—	—	304	304
小児救急医療支援事業負担金	51	—	—	51	51
救急医療普及啓発事業負担金	61	—	—	61	61
合計	19,749	11,701	510	7,539	19,750

※¹ 歯科診療所に関する歳出と財源は除く。

※² 千円未満を四捨五入して算出したので、各項目の歳入額を足し合わせた金額と歳入の合計額が一致しない場合がある。
出所) 佐呂間町の資料より作成。

第 I 章で述べたように、特別交付税は 2012 年度から損失補てんを行った年度内に交付されるようになった。それゆえに、2012 年度には、2011 年度の 1 億 4,831 万円と、2012 年度に補てんされる予定の 5,857 万円に関する特別交付税が交付されるはずであった。しかし、その交付額は 2012 年 3 月末時点での病床数に基づいて算定されることから、無床の佐呂間厚生クリニックに関して、2012 年度には特別交付税は交付されないことになる。つまり、特別交付税の制度に基づくと、佐呂間町は自主財源のみを用いて損失補てんを行わなければならない。佐呂間町は 2011 年度の損失補てん額のうち、特別交付税では賄いきれなかった 3,131 万円を基金の取り崩しで対応したが、自主財源によって損失補てんの全額を賄うことは佐呂間町の財政にとってかなり大きな負担である。

以上のように、佐呂間厚生病院から無床の佐呂間厚生クリニックへの転換は、佐呂間町の住民に対して医療に関する不安をもたらすとともに、佐呂間町の財政負担を拡大させた。

第 3 節 町立診療所の設立に向けた動き

佐呂間町は医療の安定的な確保を目指し、町立診療所の設立に向けて準備を進めている。

佐呂間町長は 2013 年 5 月 13 日に医療法人恵尚会の理事長と基本合意書に調印し、恵尚会を指定管理者とする公設民営の町立診療所として「クリニックさろま (仮称)」の設立を目指すことになった。町立診療所の設立の構想は、佐呂間町役場が町立診療所で診療を行う常勤の医師を探していた際に恵尚会から申し出があったことで現実味を増した。恵尚会は東北大学医学部を卒業した医師を理事長とする医療法人であり、宮城県黒川郡富谷町で無床の診療所を運営している³⁸。さらに、恵尚会は 2010 年 4 月から斜網地区の清里町でも 19 床の診療所を運営しており、オホーツク医療圏において有床の診療所を運営してきた実績を持っている³⁹。

³⁸ 詳細はコミュニティクリニック上桜木のウェブサイト (<http://www.cc-kamisakuragi.jp/>) を参照。

³⁹ 詳細はクリニックきよ里のウェブサイト (<http://www.clinic-kiyosato.jp/>) を参照。

恵尚会は、19床の町立診療所を運営することに関して佐呂間町役場と合意した。佐呂間町と恵尚会は、佐呂間厚生クリニックと小田医院が2014年3月に閉鎖された後に、4月から佐呂間厚生クリニックの施設を利用してクリニックさろまの運営を開始する計画である。佐呂間町は道厚生連との協議の上で、佐呂間厚生クリニックの運営に関する協定を解除した。2014年度と2015年度には、新たな施設が佐呂間厚生クリニックの敷地内に建設され、2016年4月に町立診療所が新施設に移転する予定である。恵尚会は、内科と整形外科に加えて、「幼児から高齢者までの診療が可能な初期医療」を提供する「総合診療科」の設置を計画しており、2人の常勤の医師が診療を行う体制に向けて準備を進めている⁴⁰。

佐呂間町は町立病院の運営に関して特別交付税と普通交付税の両方を得ることが可能であり、指定管理者の恵尚会に財政支援を行うための財源が充実する見通しである。第1に、クリニックさろまは不採算地区病院の第1種に該当し、19床に関して特別交付税が交付される見込みである。第2に、佐呂間町は町立診療所を運営することから、建設事業債の元利償還金の金額や病床数に応じて普通交付税の交付も受けられる。佐呂間町は、これらの財源を用いてクリニックさろまの開設に要する費用を賄い、経営赤字の全額を補てんする。新施設での診療が開始されるまでの準備に要する施設の建設費や医療機器の整備費などの総額は、2013年度の時点で14億8,400万円と見積もられている⁴¹。

佐呂間町の住民は町立診療所の設立に期待し、入院医療を含む安定的な医療の確保を望んでいる。町立診療所の開設に関する住民説明会が2013年2月13日から26日にかけて15会場で開催され、出席した住民からは、常勤の医師が確保できていないことに不安を感じているという意見が寄せられた。それに対する役場の職員の回答は、すでに常勤の医師の募集を開始しており、地域医療に力を入れて取り組んできた恵尚会の医師たちと協力して探していくというものであった。医師が見つからない場合には恵尚会の医師が派遣されるのかという内容の質問もあり、役場からは「法人との信頼関係でしかない。必ず見つけてくれると信じている」という回答が示された⁴²。医師の確保に向けた活動が行われた末に、2014年3月12日には札幌市の病院に勤務する医師が院長として就任することが発表され、診療所を開設するための条件が整いつつある⁴³。

佐呂間町役場は、自らの責務として有床の町立診療所の財政運営を行い、診療体制の維持に努めることになる。とはいえ、民間組織に医療機関の運営を任せることは佐呂間厚生クリニックの場合と同様であり、役場と住民と恵尚会がこれからどのような形で協力関係を築き、クリニックさろまを運営していくのかという点に注目が集まるであろう⁴⁴。

⁴⁰ 「北海道新聞」、北見・オホーツク地方版、2013年5月13日付及び佐呂間町の資料。

⁴¹ 佐呂間町の資料。

⁴² 佐呂間町の資料。

⁴³ 医療法人恵尚会クリニックさろま開設準備室のウェブサイト (<http://www.clinic-saroma.jp/>)。

⁴⁴ 地域医療に関する住民活動や医療機関との連携については平井・秋山(2008)を参照。

第Ⅳ章 地域医療システムにおける民間組織の活用と財政支援の行方：むすびにかえて

地域医療システムにおける民間組織の活用および財政支援の意義と課題は、道厚生連の病院運営事業と財政支援の検討を通して、以下のように整理することができる。

道厚生連は「農民の健康保持と生活文化の向上」を目的に設立された北海道に特有の民間組織であり⁴⁵、医療資源が都市部よりも手薄になりがちな農村地域の医療の確保を目指した活動を通して、地域医療システムにおいて大きな役割を果たしてきた。道厚生連の病院運営事業は農民の相互扶助に基づく共済システムとしての側面を持っており、農民が農村地域に自分たちの病院を建てて常勤の医師に診療を任せるために努力してきた成果を土台として発展してきた⁴⁶。佐呂間厚生病院の開設も、医療の安定的な確保を求める住民の要求に道厚生連が応えたことで実現したものである。佐呂間厚生病院は、都市部よりも医療資源に乏しい佐呂間町の住民に医療や予防検診などを提供することで、住民の健康と生活を支えてきた。

ところが、2000年代以降に道厚生連が北海道の医療計画に沿う形で事業の合理化と再編を進めた結果、それが農村地域に病院を残したい住民の要求と必ずしも一致しないという事態をもたらした。第Ⅱ章で述べたように、2000年代には都市部を除く地域における医療従事者の不足や医療機関の経営赤字の累積という問題が深刻化し、北海道は地域医療システムの崩壊を防ぐために、医療圏の広域化と医療機関の間の連携を軸とする医療計画を策定した。道厚生連による事業の合理化と再編の方針は、3大病院と一般病院に医師という生産手段や他の経営資源を集約して機能の充実を図り、周辺の小規模の医療機関との連携を通して不足する機能を補う体制の構築を目指すと同時に、小規模の病院の規模の縮小や無床の診療所への転換を進めるというものであり、北海道の医療計画に整合的な内容である。佐呂間厚生病院が住民の反対にもかかわらず無床の診療所への転換を余儀なくされた背景には、このような道厚生連の方針に基づく総合的な判断もあったと考えられる。

重要なのは、道厚生連の方針と住民の要求の不一致という問題が、地方自治体の財政問題として顕在化したことである。佐呂間厚生病院に関する損失補てんという形での財政支出は、多くの住民が求める入院医療を維持するためのコストとして容認されていた。損失補てんの規模が自治体の財政力を大幅に超える事態が生じることもなく、その財政負担が大きな問題として取り上げられることはなかった。しかし、佐呂間厚生病院が佐呂間厚生クリニックに転換する過程で損失補てん額は次第に増加し、佐呂間町役場は先行きが不透明な状況の下で損失補てんを続けることになった。確かに、2008年度には公的医療機関などに関する特別交付税措置が創設され、その後も財政措置の充実が図られたことから、自治体は国から交付された特別交付税を用いて民間病院に関する財政支援を行うことが可能である。しかし、無床の診療所に関する特別交付税措置はほとんどなく、佐呂間厚生クリ

⁴⁵ 北海道厚生農業協同組合連合会のウェブサイト
(<http://www.dou-kouseiren.com/outline/index.html>)。

⁴⁶ 農協の共済事業が農民の相互扶助から誕生した側面や、厚生事業が農民や医療従事者のボランティアを軸に形成された歴史は田淵（2003）、pp. 41-42；pp. 67-68を参照。

ニックに関する損失補てんは佐呂間町の自主財源を用いて行われたのである。

佐呂間厚生クリニックへの転換は、多くの住民が医療機関のあり方に関心を持つきっかけになった。すなわち、多くの住民が入院機能を持たない診療所を維持する必要性や、そのために損失の全額を補てんし続けることに疑問を感じ、佐呂間町にとってふさわしい医療機関のあり方を模索する動きがあらわれたのである。特に、入院医療を安定的に確保することは多くの住民の願いであり、町立診療所の開設に向けた取り組みは、そのような住民の要望をふまえて進められている。すでに述べたように、佐呂間町役場はクリニックさろまの運営に関して、特別交付税だけでなく普通交付税の交付も受けることが可能であり、これらの財源を有効に活用してクリニックさろまを維持していくことが重要な課題である。

ただし、佐呂間厚生病院の場合と同様に、クリニックさろまの運営は単体で成り立つのではなく、道厚生連が運営している遠軽厚生病院などとの連携のあり方も検討されるべきであろう。その検討の過程は、佐呂間町にとっては民間組織との協働に基づいて医療機関を運営するための行政能力を蓄積する過程でもある。一方で、それは道厚生連にとって、自らの病院運営事業のあり方を精査し、住民の要望と自らの方針をすり合わせるための作業の過程になるはずである。何よりも、納税者である住民が医療機関の運営に関する財政負担を十分に意識して、地域医療システムの構築とそのための財源の効果的な活用の仕方について、繰り返し検討していくことが期待される。

最も重要な論点は、民間組織が政府部門よりも医療機関の運営を効率的かつ効果的に行うことが可能であるかどうかや、民間組織に財政支援を行うことで地域医療システムの構築を目指すべきかどうかではない。民間組織と政府部門が、地域医療システムの構築を目指してどのような協力関係を築けるのかが、第一に問われるべきである。地域医療システムにおける民間組織の活用と財政支援のあり方は、このような過程を経ることではじめて明らかになるといえよう。

参考文献

- 伊関友伸（2009）『地域医療：再生への処方箋』ぎょうせい
- 猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣
- 株式会社北海道協同組合通信社編（1998）『北海道厚生連五十年史』北海道厚生農業協同組合連合会
- 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会（2008）「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」
- 櫻井潤（2013）「住民自治を基盤とする地域医療システムと自治体病院の再編：北海道釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建」、『全労済協会公募研究シリーズ』、一般財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会、33号
- 佐呂間町「広報さろま」各年月版
- 佐呂間町「議会だより」各年月版
- 佐呂間町史編纂委員会編（1995）『佐呂間町百年史』佐呂間町
- 島崎謙治（2011）『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会
- 全国厚生農業協同組合連合会（2013）『平成25年厚生連事業の概要』
- 総務省（2007）「公立病院改革ガイドライン」
- 総務省（2008）「公立病院に関する財政措置の改正要綱」
- 田渕直子（2003）『ボランティアと農協：高齢者福祉事業の開く扉』日本経済評論社
- 平井愛山・秋山美紀（2008）『地域医療を守れ：「わかしおネットワーク」からの提案』岩波書店
- 北海道（2008a）「自治体病院等広域化・連携構想」
- 北海道（2008b）「北海道医療計画」
- 北海道（2011）「オホーツク圏地域医療再生計画」
- 北海道（2013a）「平成23年北海道保健統計年報」
- 北海道（2013b）「北海道医療計画（改訂版）」
- 北海道厚生農業協同組合連合会（2012）「JA北海道厚生連事業要覧2012-2013」
- 北海道厚生農業協同組合連合会「業務報告書」各年度版
- 医療法人恵尚会クリニックさろま開設準備室のウェブサイト
(<http://www.clinic-saroma.jp/>)
- 佐呂間厚生クリニックのウェブサイト (<http://www.dou-kouseiren.com/byouin/saroma/>)
- 佐呂間町のウェブサイト (<http://www.town.saroma.hokkaido.jp/>)
- 総務省のウェブサイト (<http://www.soumu.go.jp/>)
- 北海道のウェブサイト (<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/index.htm>)
- 北海道厚生農業協同組合連合会のウェブサイト (<http://www.dou-kouseiren.com/>)