事例No.	506
公表年度	H29
団体の属性	一部事務組合等
団体名	公立陶生病院（愛知県）

事例区分	公営企業

タグ	・病院事業

事例種類	その他

事例内容・タイトル

歴史ある一部事務組合立病院としての公立陶生病院

出典

雑誌「公営企業」先進事例紹介（平成29年６月号）

先進事例紹介



歴史ある一部事務組合立病院としての公立陶生病院

公立陶生病院総合企画部経営戦略室長補佐
片山光司

要旨

経営の厳しさが増す自治体病院の中で複数の構成自治体によって運営される一部事務組合立病院の存在はあまり知られていないが公立陶生病院は瀬戸市・尾張旭市・長久手市を構成市とする一部事務組合立病院である。

一部事務組合立病院は、単独の自治体では運営が難しい地域の基幹病院として運営ができる反面、構成自治体の調整に伴う負担が生じてしまう負の面があるとされている。

その中で、今回取り上げる一部事務組合立病院である公立陶生病院は、単独の自治体で運営される一般の『市民病院』に比べて以下の相違がある。それは、誇るべき長い歴史で培われた多職種間の有機的な連携と地域住民との一体感と、キャッシュを担保とした積極的な投資による充実した医療設備の整備が強みとされてきたことである。

そのことが、自治体病院としての役割を果たしつつも健全経営を実践できた主な要因と考えられる。

さらに、全国の停滞する一部事務組合立病院の中において、特に公立陶生病院が 80 年以上も高いパフォーマンスを発揮できたことの理由として、構成自治体の中で瀬戸市が主導権を持って運営されてきたことによる意思決定コストから免れたこと。地域住民の意識として、結核医療等の不採算医療を担ってきたことへの税金投入へのインセンティブとして発展してきたこと等が挙げられる。

この成功モデルとして公立陶生病院の強みの要因を整理分析することとする。

1. はじめに

今日の自治体病院の経営環境は厳しさを増しその存在意義さえ問われている。多くの自治体病院は一般会計から多額の税金投入を受けて運営されているが、収支は慢性的な赤字となり、その不採算性と合わせて、現在地方財政上の重要な課題にもなっている。その中で複数の自治体で経営される一部事務組合立の病院の存在は

あまり知られていないのが現状であり、意思決定コスト等の負担増により非効率な経営形態とされている。

それに対して、本稿では筆者が勤務している公立陶生病院の事例を中心に一部事務組合立病院の問題を整理し、一部事務組合立病院のあるべき姿を考察していくものとする。

なお、総務省準公営企業室の紹介により貴重な執筆の機会をいただいたことに、あらためて感謝の意を申し上げる。

2. 自治体病院の役割

2.1 先行研究

まず自治体病院とは、都道府県や市町村等の地方自治体が運営する病院であり、公立病院の中に含まれるとされる。

自治体病院の役割の先行研究として西村（1976）は、医療のみならず保健・予防・医療関係者の養成・へき地による医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務と適正な医療の実行が期待されるとともに医療費負担の軽減を期待しうるとしていることと位置付けている。漆(1986)は、民間医療機関が提供しにくい不採算となる医療サービスで資源配分・所得配分の観点から供給することが望ましい医療サービスの提供と位置付けている。

澤野（2011）は公立病院の現代的役割は、過疎地やへき地等の絶対的に医療施設が不足している地域では一般医療サービスを提供することとし、都市部のような公的医療機関や民間医療機関が多く立地し、相互の機能を重視している場合には、救急医療等の採算性を理由として不足している医療サービスを政策的に供給することが公立病院の重要な役割としている。

伊関（2011）は制度のすき間に埋没される者の救済としている。すなわち福祉の貧困による社会的入院の存在・外国籍住民やお金のない住民の医療・診療報酬制度の不備による採算性の合わない患者の受け入れとしている。

2.2 全国自治体病院協議会の見解（その 1）

自治体病院経営研究会（2016）において全国自治体病院協議会では、自治体病院（公立病院）の役割として次のとおり述べている。

(1)　適正な医療の供給、へき地医療の確保・向上、高度・特殊・先進的医療の実施

地方公営企業法によれば、自治体病院は公共性と経済性を共に発揮し、地域住民の医療・福祉に寄与するものと定められている。

現に、各地の自治体病院は地域住民の要請に基づき、医学医術の進歩に対応した適正な医療の供給を心がけながら、一般医療のほか、他の医療機関で対応することが困難な離島、山間、へき地等の地域医療の確保向上及び救急、がん、循環器病、未熟児、臓器移植、リハビリテーション、難病等の高度・特殊・先進的医療並びに精神、結核、感染症の医療を積極的に推進しているのではなく、国立大学医学部等の関連教育病院として卒前医師の教育を、また、厚生省から指定された臨床研修病院として卒後医師の教育を、さらには災害拠点病院として災害時に必要な人材、資材を確保する等幅広い役割を果たしている。

(2)　医療・保険・介護福祉との連携

また、最近諸外国にもその例をみないほどのスピードで到来している高齢社会に対応するため、医療・保健と介護福祉との連携が重視されており、具体的には市町村保健センター、健康管理センター、老人保健施設等の保健施設、特別養護老人ホーム・ケアハウス・老人福祉センター等の福祉

施設、さらには在宅医療サービス介護との連携の強化が要請されているが、自治体病院は、保健・福祉対策の中核としての役割を果たしている。

(3)　具体例

自治体病院のうち、国立医科大学の関連（卒前）教育病院は 15 病院（関連教育病院の 68.0%）。臨床研修指定病院は 152 病院（34.5%）。救命救急センターは 63 病院（41.2%）。へき地中核病院は 97 病院（64.7%）。NICU の保有施設は 133 ヵ所（41.0%）。不採算地区病院は 181 病院（自治体立病院の 18.3%）がそれぞれ指定されている。なお、この他各学会の専門医・認定医の教育病院として指定されている病院のうち、自治体病院は 10～40%を占めている。さらに、自治体病院において在宅医療にも積極的に対応しており、51.6%（H11. 6 全自病・病院経営分析調査報告）以上の病院が訪問看護を行っている。出所は自治体病院経営研究会（2016）。

2.3　全国自治体病院協議会の見解（その 2）

（出所は自治体病院経営研究会（2016））

自治体病院と他の病院との相違について、全国自治体病院協議会では自治体病院経営研究会（2016）において、次のとおり述べている

自治体病院は、地域住民の健康に責任をもつ自治体の長が議会の議決によって開設されたもので、個人、医療法人、公的・国立等の開設による病院と根本的に相違している。

最近、民間病院の経営も急速に悪化してきたことに関連し、自治体病院も国立病院と同様、政策医療を中心に行うべきであるとする意見も聞かれる。しかし、自治体病院はその開設の経緯、立地条件、規模等いずれも千差万別である。各々その役割、使命も一様ではなく、当該地域住民の意向により開設されたものであり、その住民の意向に沿って運営が行われるべきもので、一律に政策医療のみを行う等医療の範囲を限定することは適当ではない。

なお、高度・特殊・先駆的医療その他政策医療は、一般医療が整ってこそ成り立つものであり、地域住民のほとんどが一般医療の実施を強く望んでいるものである。

3. 自治体病院経営の現況

（公立病院改革ガイドライン・新公立病院改革ガイドラインより）

3.1　公立病院改革ガイドライン

自治体病院の役割である政策医療を担うことから、私的病院と比較してより多くの費用が発生する傾向が強く、そのため自治体病院の多くは厳しい経営状況に直面している。

この状況下で総務省は、公立病院の収支改善及びその再建目的として公立病院改革ガイドラインの作成実施を策定した。ガイドラインの概要としては以下のとおりである。平成 19 年 12 月、総務省自治財政局長は全国の自治体病院関係者に「公立病院改革ガイドライン」を通知した。このガイドラインは、公立病院改革の目的を「改革を通じ公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療供給体制の確保を図ることにある」としている。

3.2　公立病院改革ガイドライン内容

そして、自治体病院の役割を地域に必要な医療のうち、例えば①過疎地域②救急等不採算部門③高度・先進④医師派遣拠点機能等、採算性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等を限定し、自治体病院に対して、「真に必要な自治体病院の持続可能な経営」を目指し、経営効率化を行うことを求めている。その上で、各自治体に対して平成 20 年度内に、経営効率化

で3年間、再編では5年間を目途とする「公立病院改革プラン」を策定することとし、経営改革に総合的に取り組むことを求めている。

この改革プランは、病院の果たすべき役割や一般会計負担の考え方を明記するとともに、数値目標を掲げて「経営の効率化」を図ること、医師の配置や病床数の見直しを含めた「再編ネットワーク化」、民営化を含めた「経営形態の見直し」の3つの視点に立った改革を一体的に推進するものである。特に「経営の効率化」については、経営指標に係る数値目標を設定することとし、①経常収支比率②職員給与比率③病床利用率については必ず目標設定することとされている。特に、病床利用率が3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的に見直すこととしている。

3.3　新公立病院改革ガイドライン

従前どおり、総務省は平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、地方自治体に病院事業の経営改革プラン策定を要請したが、依然として医師不足等は厳しい環境にあり、今後は、人口減少や少子高齢化が急速に進展し、医療需要が大きく変化することが見込まれる。このため、地域毎に適切な医療供給体制の再構築に取り組んでいくことが重要であり、医療制度改革の動きとも連携させていくことが必要となり、平成28年度末までに平成32年度までを対象とした「新公立病院改革プラン」を策定することとなった。新公立病院改革プランの目的は、地域において必要な医療供給体制の確保を図り、安定した経営の下で、へき地医療、不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を担っていくこと。また、今後都道府県が、各地域における医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す「地域医療構想」を策定することになるため、これに基づく取り組みと整合的に行う必要がある。

新公立病院改革プランの概要は以下のとおりである。病院事業を設置する地方公共団体は、新公立病院改革プランを策定し、病院機能の見直しや病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。新公立病院改革プランの対象期間を策定年度あるいはその次年度から平成32年度までとする。新公立病院改革プランの内容として、以下の4つの視点があげられる。一番目に地域医療構想を踏まえた役割の明確化があげられる。これは、将来の医療需要、医療機能毎の必要量との整合性を図り、患者数、手術件数、患者満足度等の数値目標を設定するものである。二番目に経営の効率化があげられる。これは経常収支比率、医業収支比率等の経営指標の数値目標の設定が求められている。三番目に再編・ネットワーク化があげられる。これは、二次医療圏又は構想区域等で予定される再編・ネットワーク化の概要と当該病院が講じるべき具体的な措置を考慮しなければならないとされる。四番目に経営形態の見直しがあげられる。これは新経営形態への移行計画の概要を考慮しなければならない。なお、新経営形態の例として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化（非公務員型）、指定管理者制度の導入、民間譲渡がモデルとしてあげられている。

4. 一部事務組合立の病院

4.1　一部事務組合に係る規定について

長（2007）は、一部事務組合に係る規定について、次のとおり述べている。

一部事務組合は、単独の自治体では実施が困難又は効率的でない事業について、複数の自治

体で共同処理するため、自治体の協議により規約を定め（自治法第 287 条 1 項）関係自治体の議会の議決を経て（自治法第 290 条)、市町村を構成団体とする組合は知事の許可（自治法第 284 条第 1 項）を得て設立され、事業内容が確定してくる。

一部事務組合は、自治体の事務の一部を共同処理する機関であることから、その事業に要する経費を支弁するための財源は、当該事業による料金の収入等のほか構成団体の負担金により賄っている。

この財源措置を明確化するため、それぞれ一部事務組合では負担金条例により事業に要する経費の負担割合を定めており、年度ごとに予算のなかで負担源を明らかにし、組合議会の議決を得て構成団体に経費分賦を通知している。

事業の執行に当たっては、原則として市が加入し都道府県が加入しない一部事務組合は、市に関する規定が準用される（自治法第 292 条）

また、組合議会は条例の制定、改廃、予算、決算認定、使用料手数料の規定、契約締結等の事件を議決する（自治法 96 条 1 項）こととされている。

つまり、一部事務組合立の病院とは複数の普通地方公共団体や特例区が、行政サービス（医療サービス）の一部を共同で行うことを目的として設置する組織と位置付けられる。

4.2　一部事務組合立の病院の現状

筆者分析によると、一部事務組合立の病院の現状は、以下のとおりである。データの出所は、総務省自治財政局（2012）である。

(1)　経営状況について

自治体病院の総数 863 のうち一部事務組合立の病院は 104 を占めるにとどまっている。そのうち経常黒字を計上している病院は 54（51.9%）で全体の公立病院全体で 361 病院経常黒字（41.8%）と比べても表面的には問題がないような数値にみえる。

しかし、医業収支が黒字の病院は 18 であることから、多額の構成市町村の税負担の投入によって経営が維持されていることが窺える。

(2)　設立の時期について

（出所は総務省自治財政局（2012）より筆者分析による）

一部事務組合立病院の設立の時期については昭和 30 年以前設立の病院数は 30 である。また設立目的が地域においての小さな自治体への病院創設や、一部事務組合立病院の設立自体が、結核・伝染病棟建設が契機となっていることが特徴となっている。

4.3　一部事務組合立病院の実態と問題点

総務省自治体病院経営改善推進研究会座長・公立病院改革懇談会・座長（平成 19 年 7 月～平成 20 年 3 月）の要職を歴任した公認会計士の長隆は自身のホームページで実態と問題点を提示している。

表 1 のとおりに記載する。

表１　一部事務組合立病院の実態と問題点

Ａ．一部事務組合の実態

出　所	コメント内容
長 (2007)	単独自治体と一部事務組合の大きな違いはトップが一人か、複数以上かという点にある。単独自治体ではトップ一人が意思決定の最終責任者であるが、一部事務組合では構成団体の首長それぞれが意思決定に加わることになり、首長間で意見調整が長引くとそれだけ意思決定は遅れる。事務を共同処理する一部事務組合は、構成団体の考えが同一方向でないと円滑に運営できず、構成市町村の首長自身の政治的な思惑、構成団体の住民の意向を背景としたエゴがぶつかり合うと構成団体間での意見調整に長時間を要することになり、地域全体の利益を損なう結果になる。 一部事務組合は、単独自治体では実施困難又は非効率な事務を共同処理するための機関として存在意義は十分あるものの、構成団体の間の対立を調整する仕組みは不十分と思われる。 事実、市町村合併により一部事務組合の構成団体数が変化し、これに伴い市町村負担金の負担割合を改定する際は、市町村の間の意見調整に手間取った挙句、経過措置や激減緩和措置等様々な措置を講じて合意形成しているのが実態。重要案件は組合議会で議論されるが、組合議会の構成員は、構成団体の首長及び議会選出議員（場合によっては構成団体の議会議長の充て職で、組合議員の期間も短い）であり、市町村間の対立があるときはそのまま対立構造が組合議会に持ち込まれるおそれがある。 組合議会は市町村議会同様、多数決原理が採用されるが、共同処理する機関として、その費用負担を構成団体に依拠している一部事務組合では全会一致を目指し、管理者、幹部職員は市町村の意見調整に時間と労力を費やす。（全会一致でなければ事業は事実上できない） また、一部事務組合の条例、予算等の重要案件は構成団体にも事前通知され、特に予算については、構成団体の予算と連動しており議会の審査対象となってくる。 そうした意味から一部事務組合の事業は、組合議会のほか構成団体の議会にチエツクを受けることになる。 地方財政が厳しさを増す中で組合予算は、組合の財政当局及び管理者、構成団体の財政部門、一部事務組合と構成団体の議会といった多段階のチエックを経て成立する。 多段階のチエックは審議が尽くされるともいえるが、スピードが求められる公営企業では時期を失することもでてくる。

B. 一部事務組合の実態

出　所	コメント内容
長 (2007)	１．当事者の病院事業への視座 一部事務組合は市町村の寄り合い所帯であり、それぞれの構成団体の意向が強く働き、広域的な視点に立った事業展開は「総論賛成、各論反対」になりがちである。一部事務組合の自治体病院であっても、管理者自身は首長という立場もあり、ややもすると地域全体の利益よりも自らの出身団体の利益を優先させる傾向がある。これをチエックするのは組合議会しかないが、所詮は組合議会議員も出身自治体の動向に左右され、広域的観点からの意見調整ができない。組合管理者（首長）が広域の病院という意識を強く持ち、むしろ出身自治体の意向（特に市町村議会）を抑制していかなければ構成団体の一致協力は得られない。一部事務組合で病院事業単独の企業団では病院事業管理者を置かず、その権限は企業長が行うこととされており（地方公営企業法第３９条の２）、企業長は構成団体の長が共同して任命することになっているため、自治体と病院事業管理者は分離できることから、首長が管理者となる弊害を回避する一つの手段といえる。 ２．市町村間の意見調整 構成団体のベクトルが一致しないと既存事業であっても円滑な遂行は期待できない。共同処理すべき事務と位置付けても、首長が選挙により交替すると場合によっては事務が停滞する。自治法では一部事務組合の経費分賦について異議申出を認め、申し出があったとき管理者は組合議会に諮って決定する規定があるのみで、市町村間で意見が異なる場合、当事者間の調整に任せ調停の仕組みがないことが問題を長期化させているのではないかと思われる。病院においても、仮に組合管理者と病院長が経営改善の施策が一致していても構成団体の理解が得られないと有効な手を打てない。 ３．意思決定のスピード 一部事務組合は、いくつかの自治体で構成される構成団体との意見調整によって事務がすすめられており、この多段階のシステムが意思決定を遅らせており、現に、看護師配置基準の改定により14：１が制度化された際、病院の職員定数規定等が支障となって自治体病院は出遅れたといわれている。医療制度が大きく変わろうとしている中、自治体病院が民間病院並みの意思決定のスピードを持つには、公営企業法の全適で病院事業管理者に人事権、予算編成権等経営に必要な権限を委ねるか、指定管理者又は地方独立行政法人（非公務員型）で運営することが適当。なお、公営企業法の全適では事実上、首長の関与を拒むことは難しい。首長と病院事業管理者との信頼関係がなければ、意思決定も遅くなり経営改革もできない。全適への変更は改革偽装が多い。 ４．その他の諸問題 ①　小規模の一部事務組合では、職員数も少なく日常業務に追われ研修等への参加機会が制約されスキルアップできない。また、そこに構成団体とのローテーション人事が加わると組織としての知識や経験が蓄積されない。また、決裁権を持つ幹部職員がローテーション人事で派遣され出身自治体の意向が反映されてしまう弊害も生じやすい。 ②　公営企業全般にいえることでもあるが、構成団体の財政サイドでは、複式簿記になじみが薄く、特に病院事業にあっては業務の複雑さも手伝ってチエック機能が十分働かない。 ③　構成団体の財政力の差から、繰出金が認められている事業についても繰出金の負担能力の関係から財政力の低い団体に合わせるようになり、不採算事業が制約されることが考えられる。

5. 公立陶生病院（事例研究）

健全経営と地域医療の基幹病院としての役割を果たしている一部事務組合立病院の一つとして公立陶生病院を紹介する。以下の出所は公立陶生病院（2016a）である。

5.1　公立陶生病院の概要

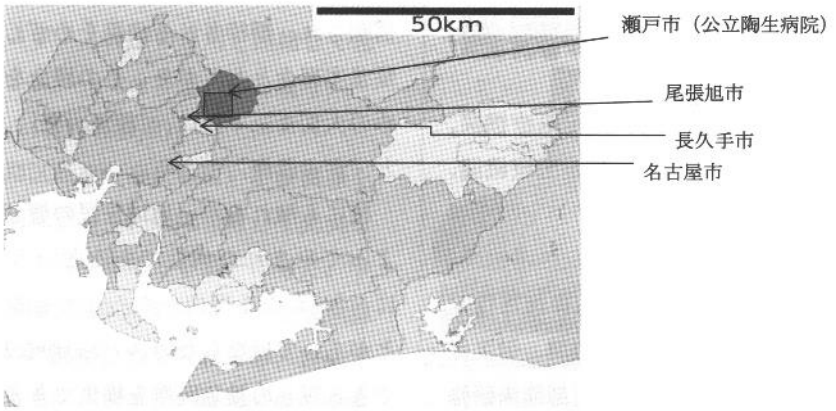
公立陶生病院は、名古屋市の東約 20km に位置し、1,300 年にも及ぶ日本有数の「やきもの」の歴史と伝統が息づく「せともの」の生産地である瀬戸市に立地している。（資料 1 および資料 2 参照）

5.2　公立陶生病院の概要について（平成 28 年 4 月現在）

開設者は公立陶生病院組合（管理者　瀬戸市長　伊藤保德）であって、構成自治体は瀬戸市、尾張旭市、長久手市でありその構成比率は瀬戸市 75.3%、尾張旭市 20.4%、長久手市 4.3%である。

診療科目は合計 28 科を有しその内訳は内科、神経内科、呼吸器・アレルギー疾患内科、消化器内科、腎・膠原病内科、内分泌・代謝内科、血液内科、循環器内科、緩和ケア内科、精神科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、

資料１　瀬戸市・尾張旭市・長久手市



資料２　公立陶生病院の外観（平成28年４月１日現在）



産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、救急科、病理診断科で構成されている。

病床数は 701 床であり、一般 651 床、結核 44 床、感染症 6 床で構成されている。

職員数は 1,316 名であり、医師 178 人、薬剤師 38 人、放射線技師 34 人、臨床検査技師 46 人、理学療法士 21 人、管理栄養士 7 人、臨床工学技士 32 人、その他技師 30 人、看護師 746 名、事務員 110 名、労務員他 74 人で構成されている。

看護単位は 19 単位であり、その内訳として一般病棟は 17 病棟、結核病棟は 1 病棟、感染症病棟は 1 病棟で構成されている。

機能認定施設として、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院（地域中核災害拠点病院)、地域医療支援病院を有している。

その他診療認定事項は、結核指定医療機関、労災保険指定病院、生活保護法指定医療機関、更生医療指定医療機関、原爆被爆者指定医療機関、救急告示病院、性病予防法指定医療機関、臨床研修指定病院（基幹型)、母体保護法指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、労災保険二次健診等給付医療機関、歯科医師臨床研修指定病院、肝疾患専門医療機関病院、地域周産期母子医療センター等を有している。

主要設備は集中治療室（ICU)、新生児集中治療室（NICU)、ライナック装置、血液浄化療法室、リハビリテーションセンター、コンピュータ断層撮影装置（16 列 CT・64 列 CT・80 列 CT・128 列 CT)、磁気共鳴画像（MRI）装置 1.5T2 台、腎結石及び胆石衝撃波破砕装置（ESWL)、心臓血管連続撮影装置、高気圧酸素治療装置、遠隔操作型内視鏡システム（ダヴィンチサージカルシステム）を有している。

患者数（平成 27 年度）は入院患者数 212,670 人（1 日平均患者数 581 人、病床利用率 82.9%、平均在院日数 13 日)、外来患者数 394,478 人（1 日平均患者数 1,623 人）である。

5.3　公立陶生病院の医療機能

以上のとおり公立陶生病院の概況を述べたが、もう少し具体的な説明を行う。

公立陶生病院は幅広い診療機能を持つ地域中核病院として、急性期医療を中心に、地域全体の医療水準の向上と、地域住民への良質な医療サービスの提供を展開してきた。「地域から何を期待され、それに私どもがどう応えていくか」を最大の使命として、安心と安全で、かつ良質な医療を実践すべく、鋭意努力している。

公立陶生病院は「地域の皆さんに親しまれ、信頼され、期待される病院をめざします」を病院基本理念としており、この理念を実践するための大切な三本柱は、“救急医療”、“病診連携”と“がん診療”である。

後にも触れるが、地域住民の皆さんの切望によって生まれた病院であるという認識のもとに、“いかなる理由があろうとも診療を断ることがあってはならない、いついかなる場合でも、できる限りの救急医療を提供できるようにしよう”との思いから、積極的に救急医療体制の改善と充実に取り組んできた。

その取り組みの成果として、急性期医療部門の整備を目的とした西棟の稼動にあわせて、平成 26 年 1 月に念願だった「救命救急センター」の指定を受けた。有能な診療スタッフと最新の医療機器を備えて、三次救急医療の診療水準を十分に満足しうる診療を実践している。年間の救急外来患者数も 27,305 人、うち救急車搬入患者数は 6,641 人となっている。また、平成 13 年度から医師が同乗する救急車「ドクターカー」を病院より出動させており、

資料３　救急医療への対応



資料４　当院の三本柱



平成 27 年 3 月からはさらなる救命率の向上を図るため、当院所有のラピッドレスポンスカーの運用を開始して週 3 回運行を行い、一人でも多くの命を救うべく努力している。（資料 3 参照）

一方、急性期医療を中心に幅広い診療機能を持つ地域中核病院として、地域に対して充実した医療サービスを届けることを第一に考え、平成元年より「登録医制」を取り入れ、地域連携クリニカルパスの運用に力を入れる等、地域での病診連携に力を注いでおり、地域医療の充実発展に全力で取り組んできた。平成 23 年 9 月より「地域医療支援病院」として承認されており、地域完結型医療の提供に努力している。

また、三本目の柱として力を注いでいるのは、がん診療である。平成 19 年 1 月に尾張東部の「地域がん診療連携拠点病院」に指定され、胃がん、大腸がん、肝がん、膵臓がん等の消化器がんや乳がん、前立腺がん、さらに白血病や悪性リンパ腫等の血液がんの治療、緩和ケア等に病院をあげて幅広く取り組んでいる。（資料 4 参照）

そうしたことが評価され、昭和 62 年に自治体立優良病院両会長表彰、平成 4 年に自治体立優良病院自治大臣表彰、平成 27 年に 2 回目の自治体立優良病院両会長表彰を自治体病院開設者協議会等からうけた。直近の平成 27 年の受賞理由として、1 点目として各都道府県自治体病院開設者協議会等からの推薦を受けていること。2 点目として平成 26 年度以前 5 ヶ年以上、経常収支が黒字であること。3 点目として地域医療の確保に重要な役割を果たしていることであった。

主な取り組みの評価として、以下のことがあげられた。

資料５　機能認定施設



1 点目として救命救急センターの指定を受けており、従前、二次医療機関としての役割を担い、「24 時間 365 日診療を断らない病院」として取り組んでいること、2 点目として地元や近隣の医師会を通じて他の医療機関との連携強化を図っており、地域医療支援病院として、病診・病病連携に積極的に関わっていること、3 点目として災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の指定を受けていることであった。

これらの三本柱以外にも、平成 13 年に「地域周産期母子医療センター」、平成 21 年に「災害拠点病院」、平成 24 年に（災害派遣医療チーム DMAT)」の指定を受けており、尾張東部医療圏唯一の自治体病院として、地域を守る医療機関としての役割を果たしている。（資料 5 参照）

5.4　公立陶生病院の成り立ち

公立陶生病院 50 周年記念誌（1987）より、公立陶生病院の沿革およびトピックス（話題）のいくつかを紹介する。

(1)　沿革

昭和の初期までこの尾張東部地域には開業医の数も極めて少なく総合病院がないことから、重病の場合名古屋の病院を利用するといった状態であった。住民の方々はそのため適切な治療を受ける時期を逃したり、医療費がかさんで破産する等の大きな問題があり、「地元に病院を」との声が日増しに増えて、病院設立の準備がはじまった。

当時の泉崎三郎瀬戸市長を先頭にして住民自ら動き出し、病院を建てる計画が立てられた。経営形態を市民病院と産業組合法による医療購買利用組合との比較を実施したところ、以下の理由から医療購買利用組合と決定された。

① 多くの住民が当時相当な額である 10 円を出資することにより「自分たちの力で建てたのだ」との感を深め、地域住民の病院に対する関心及び利用率に期待が持てる。
② 独立採算制により病院関係者全員が経営に熱心になれる。
③ 政治にとらわれない中立性を保ち、大衆病院のモットーが実践できる。
④ 事業主も従業員も、一組合員として平等な病院が期待されている。
⑤ 公共の福祉と健全な病院経営を両立させる。

住民の熱意が県立愛知医科大学（現在の名古屋大学医学部）より、弱冠 33 歳の二宮恵一医師他 10 名の医師を招聘することができ、昭和 11 年 10 月 13 日診療開始となった。

二宮恵一医師は初代院長に就任して、今日における公立陶生病院の礎を作られた方であった。

また、公立陶生病院において昭和 53 年から現在まで、二宮恵一院長の功績を伝えるために、優れた業績の職員、病院に貢献した職員を表彰する制度として「二宮賞」が贈られている。

発足時の公立陶生病院の規模であるが、特筆すべきは、当時高額であった 10 円（現在の価値で換算すると約 30,000 円）を 9,066 名の住民が用意した点であり、当時の住民の大きな期待を

資料６　発足時の規模

- 創設者　　医療購買利用組合
- 組合員数　　９，０６６名
- 出資口数　　１２，０１０口
- 出資一口金額　　１０円（現在の価値で換算約３０，０００円）
- 区　域　　瀬戸市、品野町、旭村、水野村、幡山村
- 診療科　　内科、小児科、外科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚泌尿器科、物理療法科（７科）
- 病床数　　３５床

出所）公立陶生病院50周年誌（1987）より一部抜粋して作成

資料７　発足時の職員数

医　師	１１名
薬剤師	３名
技　師	２名
（レントゲン技師１名・細菌検査技師１名）	
看護師	１５名
見習看護師	２３名
事務員	２６名
計	８０名

出所）公立陶生病院50周年誌（1987）より一部抜粋して作成

感じられる。

また、全国の自治体病院の設立において他にはみられない形式になっている。（資料 6 参照）

なお、発足時は全職員数 80 名のスタートであった。（資料 7 参照）

その後、いくつかの設立母体の変遷があり、昭和 34 年に現在の構成市である瀬戸市、尾張旭市、長久手市の三市の組合立病院となった。

次に当時のトピックス（話題）のいくつかを以下のとおりに紹介する。

◎病院敷地交渉

まず、1 点目に県有地を病院建設の予定地としたが、払い下げ金額で県と市がもめたことであった。坪単価を県は 10 円を市は 5 円を主張したが、当時の瀬戸市長の「職を賭して県と交渉」した結果、何と地鎮祭前日坪単価 8 円で妥結した。

◎産業都市

瀬戸市は窯業の町であったため、結核の患者が多く終戦時 80 床だった結核病床が最高時は 262 床になっていた。（資料 8 参照）

◎輪番当直医師制度開始（全国初）

昭和 28 年、瀬戸医師会が全国に先駆けて輪番当直医師制度を開始し、開業医が一次医療を公立陶生病院が二次医療を協力して、一次・二次医療体制を確立させた。この両者の信頼関係は現在にも脈々と受け継がれている。

◎㈳全国自治体病院協議会

四代目寺田守院長は㈳全国自治体病院協議会の副会長として長きにわたり諸橋芳夫会長を

資料8　公立陶生病院の病床数の変遷

許可年月日	一般病床	結核病床	伝染病床	感染症病床	合　計
昭和11年11月２日	35				35
昭和12年６月30日	53		8		61
昭和17年３月４日	67		8		75
昭和18年７月30日	87		8		95
昭和22年９月20日	87		48		135
昭和24年５月31日	107		48		155
昭和26年８月３日	138		48		186
昭和27年11月３日	138	52	48		238
昭和27年11月10日	138	100	45		283
昭和29年４月１日	120	148	52		320
昭和31年２月15日	180	158	52		390
昭和32年３月14日	150	188	52		390
昭和32年６月19日	223	225	52		500
昭和35年11月11日	236	262	52		550
昭和36年５月24日	262	236	52		550
昭和38年７月８日	348	200	52		600
昭和41年12月27日	348	149	52		549
昭和42年１月26日	399	149	52		600
昭和42年９月20日	399	149	35		583
昭和43年４月11日	416	149	35		600
昭和52年12月22日	499	66	35		600
昭和59年９月１日	513	66			579
昭和59年11月１日	518	66			584
昭和60年９月21日	666	60	13		739
平成12年４月１日	666	60		4	730
平成14年４月１日	666	44		4	714
平成15年４月１日	666	44		6	716
平成26年１月１日	651	44		6	701

出所）公立陶生病院50周年誌（1987）・公立陶生病院（2016a）より一部抜粋して作成

支え、その後会長に就任した。また、現七代目酒井和好院長も常務理事として長く尽力している。

5.5　公立陶生病院の経営状況

公立陶生病院の経営状況についての詳細を、下記にて記載する。

平成 26 年度までは自治体病院の役割である政策医療を十分に果たしながら、純利益の計上と現金の確保にもつとめていることから健全経営が達成されているといえる。現金については、平成 20 年度末約 31 億円強だったものが、平成 25 年度末には最大約 89 億円弱に増大となった。

（資料 9 参照）

6. 考察

6.1　自治体病院の役割

自治体病院の果たすべき役割は、地域に必要な医療のうち、政策医療（採算性等の面から民間医療機関による提供困難な医療（①過疎地②救急等不採算部門③高度・先進④医師派遣拠点機能））の提供とするのが妥当と考える。つまり民間医療機関があまり手を出したがらない分野の担い手と定義付けていきたい。

6.2　自治体病院経営の現況

（公立病院改革ガイドライン・新公立病院改革ガイドラインより）

資料９　公立陶生病院の経営状況（収支的収支の推移）

（単位；千円）

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
病院事業収益	16,798,321	16,488,558	16,397,107	17,546,458	19,100,349
病院事業費用	16,766,438	16,837,104	16,665,415	17,122,711	17,735,588
経常収支	31,883	△362,891	△268,308	423,747	1,348,806
特別利益	0	14,345	0	0	119,996
特別損失	0	0	0	0	104,041
純利益	31,883	△348,546	△268,308	423,747	1,364,761
現金保有額	3,948,321	3,226,238	3,146,526	3,638,080	5,266,493

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
病院事業収益	19,681,964	19,916,307	20,137,532	21,505,661	21,772,854
病院事業費用	18,790,625	19,293,640	20,081,716	25,847,132	23,341,186
経常収支	899,146	762,734	55,816	29,541	△1,053,569
特別利益	67,892	41,398	0	45,653	96,391
特別損失	75,699	181,465	0	4,416,665	611,154
純利益	891,339	622,667	55,816	△4,341,471	△1,568,332
現金保有額	6,437,933	8,133,935	8,881,221	7,712,062	7,181,469

出所）総務省公営企業年鑑（各年度板）より筆者作成

自治体病院の赤字が持続することは、設置者である自治体の財政に大きな負担がかかることを意味する。昨今の地方自治体は、景気低迷等による税収入の減少と社会保障費等の支出増加で財政状況は大変厳しい。そのため公立病院改革ガイドラインならびに新公立病院改革ガイドラインは、赤字経営に昨今まで有効な手を打たなかった自治体病院において、経営改善の取り組むきっかけとして、また持続的経営への意識改革のインフラとしてとらえるべきと考える。

6.3　一部事務組合立の病院の現状

（公立陶生病院ではクリアしている案件）

重要な意思決定をする管理者が構成市町村の利益を第一に考えることにより、技術革新の速い医療現場への有機的な投資が後手に回ることが頻繁にあり得る。

また、議会も病院という組織の専門性が高い為、前例踏襲型の意思決定に陥りやすいと考える。このことが、単一の自治体病院に比べて住民としての当事者意識が生まれにくく、クレーマの増加、コンビニ受診増等のインセンティブを引き起こしている一因ではないかと考えられる。

6.4　公立陶生病院の果たすべき役割

多くの公立病院が政策医療をその役割として位置付けているのに対して、公立陶生病院では医療従事者等の育成に力を入れていることが特徴ではないのかと考える。質の高い医師やそれを支える熟練された看護師等メディカルスタッフの育成は高度で良質な医療の提供に対して必要不可欠である。しかし、医療従事者の育成は大学病院等の教育機関の役割とされてきたため、一つの自治体病院でこのテーマを掲げること自体あまりされていない。それに対して、公立陶生病院では、感染予防・医療安全・病床管理・NST（栄養サポート）・生活習慣病対策・薬事等の数多くの各種委員会が存在しチーム医療を実践している。その構成メンバーとして医師・看護師・薬剤師・診療放射線技師・理学療法士・臨床検査技師・管理栄養士の医療スタッフの他、

必ず事務職員が加入している。つまり、職員が一体となってさまざまなテーマに取り組む姿勢が古くからあり、そのことが医療従事者の育成ということを果たすべき役割に押し上げたものと考える。

6.5　一部事務組合立病院としての公立陶生病院の成功理由（その歴史）

公立陶生病院の特徴は、創立 80 年超と歴史が古く、その原点は初めから“公立”ではなく、有限責任医療購買利用組合という住民による組合への出資金が原資になっていることにある。つまり、昭和の前期にまだ病院が少なかった時代、地場産業の陶磁器産業による珪肺や結核等の疾病への対応のため、住民自らが病院を渇望し自らの資金を調達したところから住民にオーナ意識を作り出した点が他の自治体病院との大きな相違点と考える。

6.6　一部事務組合立病院としての公立陶生病院の成功理由（税金投入）

地元住民も、地場産業が陶磁器であったため珪肺患者や結核患者が多く、資料 8 より昭和 30 年代は全体の病床数の約半分が結核病床であった。そのことが構成自治体からの結核医療等の不採算医療への一般会計からの繰入金（税金投入）に理解があったのではないのか。

そのためか公立陶生病院では、繰入金を昭和 29 年度より構成自治体より毎年入金されていた。このことからも住民側に古くから税金投入をある程度是認されてきたことがわかる。

6.7　一部事務組合立病院としての公立陶生病院の成功理由（構成比率）

公立陶生病院における負担割合は、瀬戸市 75.3／100、尾張旭市 20.4／100、長久手市 4.3／100 で構成されており、瀬戸市の優位のもと運営されたことがプラスになったのではないか。

一部事務組合立病院の場合、意見調整の難しさより、適格な意思決定が遅れて改革がすすまないとされている。しかし、公立陶生病院では、瀬戸市の比重が 8 割弱であるため他の構成自治体より優位で、ある意味瀬戸市の意思決定に沿っている。なお、全国の一部事務組合立病院の現況は、繰入金（税金投入）を構成自治体が等配分している団体（高知県・高知市病院企業団、公立昭和病院、公立甲賀病院等）が少数にとどまっている。公立陶生病院に勤務している筆者の経験からも、構成自治体同士の意見調整に苦労することなく、議会の議決事項の条例制定、予算決算認定等の重要事項については管理者である瀬戸市長との調整さえうまくいけばスムーズに事が運んだ実感があった。したがって、瀬戸市の負担割合の構成比率が著しく高いことで、構成自治体同士の内部抗争が未然に防げたものと位置付けられている。

6.8　一部事務組合立病院としての公立陶生病院の成功理由（人材育成）

40 年以上続く研修医の育成実績による地元の名古屋大学・名古屋市立大学との強固な関係の構築。（なお、平成 28 年度の研修医の人気度は愛知県で 2 位であったこともここに併せて報告させていただく。）そのためか、開院以来、一部の診療科を除いて医師不足に陥ることはなかった。また、看護師についても専門分野で活躍する認定看護師の積極的な育成も看護師不足解消の一つの要因とされている。

7. 公立陶生病院の懸念事項

第一に構成自治体より十分な一般会計繰入金の入金が少ないことである。公立陶生病院は地域住民に救急・結核・周産期・小児医療等の多くの不採算医療の提供を実施している。今までは

その役割に見合った本来構成自治体から入金されるべき一般会計繰入金の繰入率が少ない中でも、何とか病院の企業努力でしのいできた。現在、新棟建築の費用負担もあり、病院の財政状況は厳しさを増している。

構成自治体に適正な繰入金の入金を要望しているところであるが、各構成市の財政状況の問題もあり、簡単に解決できない課題となっている。

第二に 3〜5 名体制で少ない医師で頑張っている一部の診療科があることである。その解決に向け、平成 30 年度から施行が予定されている、新たな後期研修制度（新専門医制度）に向けて、体制の整備等適切な対応が求められている。さらに、医師確保のため大学から招聘できるようにするために働く医師にとっての魅力のある病院へなるように更なる投資（医療器械備品等の整備・待遇）も必要と考えている。

8. 結論と展望

前述のとおり、公立陶生病院は一部事務組合立病院の運営上の問題が存在する中で、健全経営と地域医療の基幹病院としての役割を果たしている。

歴史的な経緯、税金投入の住民意識、構成比率における瀬戸市の優位性等のその地域における好条件がそろった公立陶生病院はあくまでも特殊な事例として処理することは早計ではないのか。公立陶生病院の誕生が住民の出資によったことで、歴代病院長をはじめとした経営に携わる者が出資者である住民の期待に強く応えようとしてきた。

そのため、充実した医療の提供とともに、その担保としての健全経営への使命感を持つに至ったことを強く感じさせる。つまり、資料 9 のとおり収支改善とともにキャッシュの確保につとめ、それを原資にした最新の医療の導入（医療機器等の高度医療への投資）が有能な医師確保へのインセンティブにつながっている。そのようなパフォーマンスの高さは、まさに公立より民間的といっても過言ではないのかと考察する。

さらに、病院自体の健全経営は構成自治体に対して、組織・人事・財務の独立性の担保といっても過言ではない。その独立性は、公立陶生病院が職員採用を独自に行ってきたことや、建物建設・医療機器購入等いわゆる資本投資計画等の予算策定を主体的に実施できた理由であることを示している。

また、前述の制度的な一部事務組合立病院が抱える構成自治体の調整の難しさや意思決定の遅さは、今後日進月歩で進む医療の技術革新に対して、対応できない経営形態になるとも批判されることは事実である。しかし、公立陶生病院が実践してきた、設立時のミッションを長きにわたりに地域住民と職員間で共有することや、充実した医療の実現と病院の独自性確保を目的とした民間並みのキャッシュを常に意識した経営基盤を追及することで、各地域における一部事務組合立病院の役割が十分果たせる可能性を示唆されるのではないのかと結論付ける。

最後に、一部事務組合病院が住民に果たしてきた地域医療充実の要として活躍がすることが、今後も持続的に発展されることを願ってやまない。

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。
伊関友伸（2011）「自治体病院の存在意義」『全国

自治体病院協議会雑誌』第 50 巻第 7 号 pp.38－58。
漆博雄（1986）「わが国における医師の地域分布について」『季刊・社会保障研究.』22（1）、pp.51－63。
長隆（2007）「公立病院、一部事務組合」
長隆のホームページ(http://www.izai.net/2007/11/post-lll.html)、2017 年 3 月 15 日アクセス。
公立陶生病院 50 周年記念誌（1987）『公立陶生病院 50 周年記念誌』公立陶生病院。
公立陶生病院（2008）『公立陶生病院改革プラン』公立陶生病院。
公立陶生病院（2016a）『病院の概要　2016 年度版』公立陶生病院。
澤野孝一朗（2011）『公立病院の役割とその現代的課題―『公立病院改革ガイドライン』の考察―』『オイコノミカ（名古屋市立大学経済学会)』第 47 巻第 3・4 号
自治体病院経営研究会編（2016）『自治体病院経営ハンドブック平成 28 年度版』ぎょうせい。
総務省（2007）『公立病院改革ガイドライン』総務省。
総務省（2015）『新公立病院改革ガイドライン』総務省。
総務省自治財政局（2012）『地方公営企業年鑑』総務省　平成 23 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日第 59 集。
西村周三（1976）「わが国の医療制度と公立病院」『季刊現代経済』第 22 号。

