

明治大学経営学部公共経営学科

2008 年度卒業論文

「過疎地域における医療セーフティネット」

指導教員 小関隆志

学籍番号 1730075018

4 年 12 組 38 番 佐藤 美華

序章 研究のテーマ・課題・目的

第1章 今日の医療背景

- (1) 今日の日本経済の中心とは
- (2) 骨太の方針と三位一体の改革
- (3) 医療からみた骨太の方針
- (4) 全国の自治体病院の現状
- (5) 総務省の特例債対策
- (6) 医師不足の政策
- 小括 (まとめ)

第2章 医師不足問題

- (1) 新医師臨床研修制度
- (2) 相対的な医師不足
- (3) 立ち去り型サボタージュ
- (4) 医師不足対策—プライマリー医を育てる
- 小括 (まとめ)

第3章 公立病院の効率化

- (1) 公立病院改革ガイドライン
- (2) 公立病院の経営改革
- (3) 病院の再編成
- (4) 病床数の規制
- (5) 入院日数の短縮化
- (6) 誰のため医療施設なのか
- 小括 (まとめ)

第4章 事例 青森県むつ市

- (1) 青森県むつ市とは？
- (2) むつ市の財政状況
- (3) 下北医療圏のサテライト化
- (4) 医療従事者の動向
- 小括 (まとめ)

終章

参考文献一覧

序章 研究のテーマ・課題・目的

今日の日本の医療危機とは

2008年は、後期高齢者制度や年金問題、救急車のたらい回し問題など各メディアを通じて医療に関する問題が多く報道されてきた。しかし、国内には以前から地域によって医療危機が起きていることもまた事実である。

地方では、首都圏に比べて、公立病院が地域医療機関の中心を担っている。公立病院の管理運営は自治体が主に担っているが、財政面では赤字が恒常化しているのが現状である。この状況の背景には地方自治体の財政が関連している。自治体の財政状況は、三位一体の改革以来、国の財源がなかなか地方自治体にまわらなくなり、さらに厳しくなった。そして、地方財政の赤字が各事業全体に表面化してきた結果、地方自治体が経営する病院は、病院が非営利目的であるためにもともと営利を生みにくい団体であることに着目し、自治体をあげて病院の経営改革を始めるようになった。また、国も地方に与える資金を減らしたうえで、病院を廃統合化し、民間の経営手法などを取り入れて今ある経営資源の中で公立病院の採算性と効率性を上げることを期待している。

しかし、過疎地域の医療の赤字はもはや日常的と認識され、全国の地域住民がこの問題に触れることは気づきにくいことなのかもしれない。ここ数年で、日本の医療崩壊がマスコミで取り上げられるようになったが、実際我々がマスコミ等で目にする問題は氷山の一角にすぎず、現実で困っている人はどのぐらいの規模を持っているのか想像することができない。いや、実際に数値で示すことが困難なほど、目には見えない医療難民が全国各地に存在しているのだろう。

本論文では、医師不足問題と病院経営の効率化、地域再編問題をテーマに調査していく。この論文で取り扱う地域は、医療サービスが最も受けにくい東北地方における過疎地域の住民に焦点をあてる。本論文で述べる医療サービスが受けにくい状態とは、医療機関・医療従事者の不足を指す。まず、この状況下にある東北地方の過疎地域にある病院はどのような問題を抱えているのか全体的な背景を探る。その中で考えられる問題としては、採算性・効率化を重視した結果を軸に様々な弊害を生み出した結果、現在の過疎地域はどのような状況におかれているのだろうか。そこで医療機関の現状を明確にし、文献調査と過疎地域へのヒアリング調査を通じて、今日における医療セーフティネットの在り方を再確認する。

そして、過疎地域の住民が安心して受けられる医療、そして日本の過疎地域医療の問題を実際の現場を通じて明確にしたい。

第1章 今日の医療背景

格差社会という言葉が日本の社会に浸透するようになってから、人々の生活には大きな差が生じるようになった。例えば、お金に困らずに手厚く教育などにお金をかけられる家庭では、代々、同じようにいわゆる裕福な家庭の路線をそのまま受け継ぐことができるようになってきている。しかし、一方で衣食住に困り、一般的な家庭のように生活水準を送ることさえもままならない状態で育った人が、いきなり裕福な生活を送るようなチャンスは今の日本では難しい状況にある。そして、この話は人の生活だけに当てはまる話ではない。医療においても同じ状況下にあることを次の今日の日本の背景とともに説明する。

(1) 今日の日本経済の中心とは

今日の日本経済も背景には新自由主義の発想が強まっている。新自由主義を特徴付ける政策に2001年4月に発足した小泉政権の同年の6月に経済財政諮問会議「経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針(以下、骨太の方針)」が挙げられる。骨太の方針では小泉政権が掲げる「官から民へ」「自己責任」の動きは小さな政府を目指し、市場に任せれば上手くコトが運ぶ市場原理主義に基づく考えである。ここでは過疎地域における医療の主な担い手の1つである地方自治体の動きを中心にしてみる。

自治体の役割は、住民の暮らしや福祉を守ることであり、憲法に規定された生存権など国民の権利を具体的に保障する責任を自治体は国とともに負っている。人々の生活に最低限度の水準を保証する責任は主として国にあるが、国が国民の利益、権利を侵害するような悪政の場合には自治体が住民を守る防波堤になることが求められる。しかし、小泉政権下に起こった新自由主義による改革は、市町村合併や自治体業務の市場化など地方自治体に大きな影響を及ぼした。この改革により、地方自治体の衰退は一層に加速した¹。

小泉政権では小さな政府の下に福祉や教育などの社会保障は、国の財源は切り詰めてその分の負担は自治体に任せている。小さな政府を全面的に押し出すことで行政のスリム化を図る。このような形を小泉政権では「三位一体の改革」として国から自治体に行政の負担を移行させ始めたのである。

(2) 骨太の方針と三位一体の改革

地方財政を圧迫させている最大の原因が「三位一体の改革」である。三位一体の改革では「骨太の方針2003」の中で具体的に打ち出され、地方税(国税の一部を地方に移譲する

¹日野秀逸「地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動」自治体研究社、2007.11 p.32

もの。使途については自由に使える一般財源の一つ)、国庫補助負担金(自治体の特定事業の実施に関して国が支出するもの)、地方交付税(自治体の財源を保障するため、国税の一定割合を地方に交付するもの。この交付金も自由に使える。)の3つを一体化し、これまでに中央集権的な財政構造から分権社会へと転換するというのが本来の財政構造改革の理念だった。具体的には、国の統制が強く働く国庫補助負担金を削減し、その代わりに自治体に税源移譲を行い、これらの変動によって変わってくる各自自治体の財政収支の変化にあわせて地方交付税の交付額を変化させているというものである。

しかし、現実に行われた三位一体の改革は、予想されていた理念とは異なるものとなった。2004年度予算では、国庫補助負担金の削減に対して約半分の財源措置がなされたのみで、地方交付税に関しては大幅に削減された。

特に地方交付税の削減と制度改悪は、地方財政に大打撃を与えた。2004年度には約2兆9千億円、12%の削減を実施し2005年度、2006年度ともに数千億円規模の削減がされている。また交付税の制度的改悪で大きかったのは「段階補正の縮小」である。これは、人口が少ない自治体への配慮分(人口の多少に関わらず首長は1人など、必要経費が相対的に増えるため)の削減がなされた。5万人以下の市町村で、2001年度と比べて2004年度は約5千億円削減され、2004年度の交付税の大幅削減とも重なり、二重の大打撃となった。

1つは、地方交付税の削減によって自治体財政の危機が深刻化し、住民の暮らしや福祉を支える予算が縮減されていく問題である。もう1つは、これまで国庫補助負担金で財政措置されていた事業やサービスが三位一体の改革によって税源移譲や地方交付税による措置に置き換えられ、自由に使える一般財源として維持されることが難しくなる。

具体的には、国庫補助負担金の場合には使途が決められていることによって、その補助金が措置されれば自治体は当該事業を実施するための財源的なしばりを失い、他の事業に使われかねないということになる。

結果として三位一体の改革は、地方分権を推進するものではなく、第1に構造改革の一環として国家財政をスリム化して、国の借金を地方に押し付けるものであり、第2に過疎の地域はますます過疎化し、富める大都市はさらに豊かになるという自治体の格差を拡大するものであり、第3に財政制度を使って国民の要求運動で守り作りあげてきた暮らしや福祉の諸制度を変質させ、リストラを推進するものであることが明白になった²。

² 前掲 「地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動」日野秀逸、p.41-42

(3) 医療からみた骨太の方針

地方自治体では、三位一体の改革により大きな再編成を求められた。では、医療に関しては骨太の方針によって、どのようなことが求められたのか。まず、「骨太の方針 2003 医療制度の改革」に掲げられている内容では以下のように挙げられている。

3. 医療制度の改革

(2)「医療サービス効率化プログラム(仮称)」の策定

医療機関、保険者、消費者(国民)のそれぞれが痛みを分かち合い、医療サービスの効率化に取り組み、質が高くムダのない医療を実現するため、次のような事項を考慮して「医療サービス効率化プログラム(仮称)」を策定し、これを推進する。

(iii)医療提供体制の見直し

病床数の削減、病院・診療所の機能分化の促進(慢性期・急性期の機能分化・かかりつけ医療機能の充実・在宅医療の推進・包括的地域医療体制の整備等)、公的な医療機関の役割に沿った運営、高齢者医療サービスへの円滑な移行を推進する。

(iv)医療機関経営の近代化・効率化

医療機関の経営に関する情報の開示・外部評価(外部の専門家による経営診断・監査の実施)等を行うことにより、医療機関経営の近代化・効率化を進める。また、設備投資資源の多様化や設備投資資源の調達が多様化や医療資源の効率的利用(高額医療機器の共同利用・稼働率の向上等)を促進するとともに、株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する。

政府では、2002年12月に公的病院に関連する厚生、総務、文部科学、農林水産の4省から「公的病院等に関する関係省庁連絡会」が設置され、2003年11月からは、農林水産を除く3省で「地域医療に関する関係省庁連絡会議」等がもたれ、自治体病院の再編・ネットワーク化が推進された。

そして、2004年4月、総務省は全国の自治体に「地方公営企業の経営の総点検」を指示し、病院を始めとする地方公営企業について必要性の是非を見直し、業務の廃止、民間移譲、民営化などの推進を求めた。その後2006年3月には「新地方行革指針」を出し、自治体病院の民間委託の推進と指定管理者制度の活用など、新たな再編成の手段を提示している³。

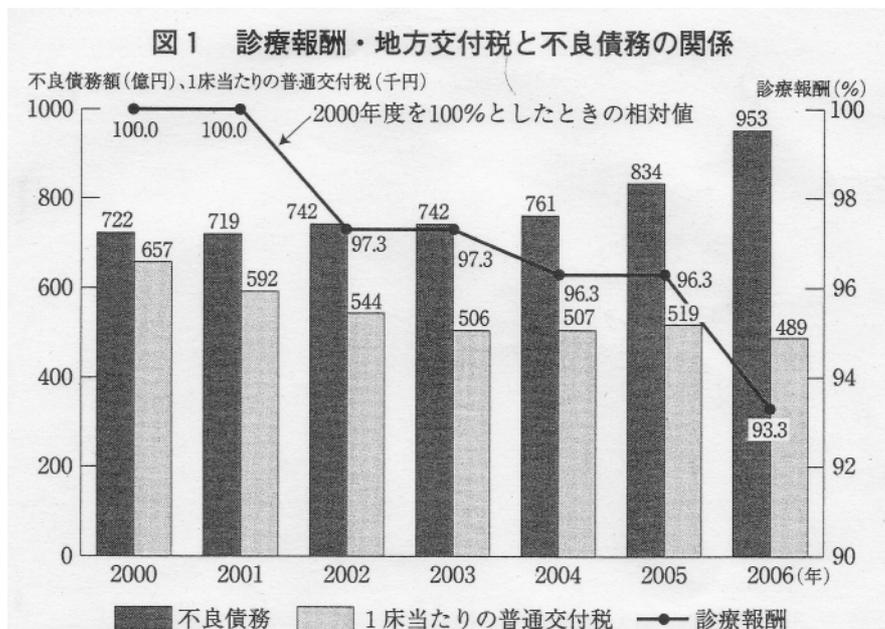
現代の日本の公共部門は効率化を図り、行政や自治体が運営管理する施設などは民間に移譲、委託などしている。行政や自治体の目的は、民営化を図ることで出来る限りのコスト削減を進め、運営管理をスリム化することで赤字財政を減らすことであり、いつそうの

スリム化を推進するためだった。

そして、国は「行政改革の重要方針」（2005年12月24日閣議決定）を策定し、06年5月にはこれを盛り込んだプログラム法である「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」（行政改革推進法）を成立させた。そこには、郵政民営化に続く政策金融の完全民営化、独立行政法人の見直し、総人件費を10年で対GDP比2分の1を削減し、公務員数を5年で5%以上の純減、特定型独立行政法人の非公務員化など小さな政府と公務の市場化を推し進めてきた。

また、自治体においても、アウトソーシングがすすめられてきた。この数年間に、PFI、独立行政法人、指定管理者制度、そして市場化テストなどのアウトソーシングのためのツール(手段)が法的に整備されてきた⁴。

(4) 全国の自治体病院の現状



(出典：「解体の危機にある医療提供体制」『経済』 2008.11)

全国の自治体病院では、「社会保障費（医療費）の抑制」、「地方交付税の削減」、「医師不足」の三重苦などによって、厳しい経営環境にさらされている。自治体病院が赤字経営を続けることで、病院の存続自体が困難な状況に陥っているのが現状である。政府は構造改革路線より社会保障費の抑制と地方交付税の削減を推進してきた。結果、交付税の削減は、自治体病院の経営に大きな影響を及ぼしてきたのである。

病院収入の20%を占める自治体からの繰入金の大半は病院事業に対する交付税で措置されている。では、なぜ自治体病院に交付税があるのだろうか。これは、自治体病院の使

⁴ 前掲 日野秀逸「地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動」p.37

命・役割と密接につながっている。自治体病院は、地域の医療を担うという使命から、もともと採算をとることが難しい不採算医療であっても、公共的な見地から積極的に取り組まなければいけない。このような医療活動に対する財政補填の意味で交付税措置を行っている。2000年～2006年までの一床あたりの普通交付税措置額の推移表によれば、一床当たり16万8000円の削減が行われている。例えば、自治体病院の平均病床数を200床とするならば、約3360万の減少となる。2006年度の決算では、純損失を計上した病院数は全体の77.2%にあがり、1973年度以来、33年ぶりに70%を超える厳しい結果となった⁵。

地域医療が崩壊していく中で自治体病院の公共性が拡大しているにもかかわらず、政府は病院事業に対する交付税措置額を削減し続けている。採算性が低い病院事業に採算性を重視するよう求め、その前提として状況を把握せずに交付税を削減していくことは結果として、自治体と地域住民の負につながる。また、政府の交付税削減は、実際の自治体病院の思いとは食い違っている方向に進んでいると判断できる。そのような方向の違いで自治体病院の経営は改善されていくかは疑問である。

(5) 総務省の特例債対策

また、国による公立病院特例債の導入が医師不足で困っている地域の公立医療機関の統合・再編の動きを加速させている。これは、経営危機に瀕している公立病院を財政的に支援するための仕組みで、経営再建の足かせとなっている不良債務を段階的に処理する狙いがあると同時に、支払利息の一部を特別交付税で措置する。この制度の適用を申請する自治体は、公立病院改革プランを策定することが義務づけられている。(プランの策定例については第3章の公立病院改革ガイドラインに示している。)

この特例債の申請は、2008年9月末に締め切れ、その後、総務省は申請書類と改革プランの中身の審査やヒアリングを進めている段階にある。特例債を発行できるのは、遅ければ09年3月ごろに決定する。総務省が特例債発行を20年度に限定しているため、急遽、申請に踏み切った自治体も多いようである⁶。

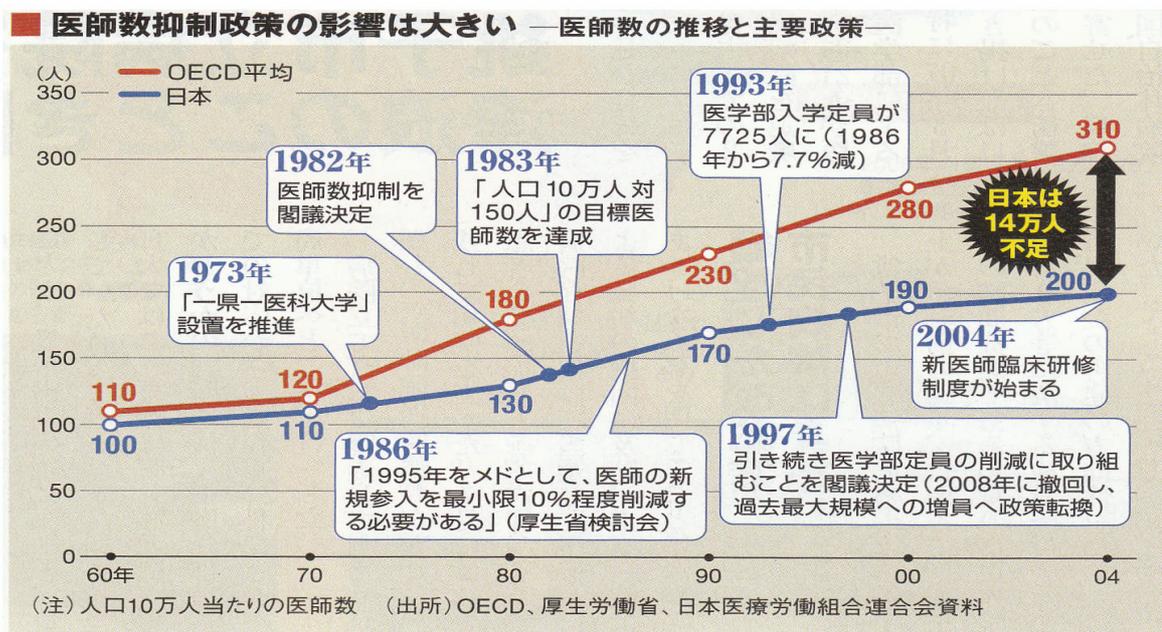
しかし、特例債を自治体に発行したとしても、地方交付税を減らされた自治体には返済能力もなく特例債を返済できるかは難しい。プランの策定についても、自治体は政府から病院経営を丸投げされ、より責任が重くなるようになっている。地域住民からは、地域の公立院を存続させて欲しい、統廃合しないでくれと願う一方、政府からは採算・効率を重視するように統廃合を推し進める代わりに特例債を与えられるが、あくまでも債務であることには変わらない。政府から一刻も早く特例債から交付税に切り替えることが自治体にとって望まれるだろう。

(6) 医師不足の政策

⁵ 日野秀逸「解体の危機にある医療提供体制」『経済』 2008.11 p.103-104

⁶ 「特集 少ない医療資源 効率利用の切り札 病院再、進行中は15都県」『日経グローバル』 2008.11.3 p.9-10

近年、日本の医師不足が深刻な問題になっている。日本の医師数は 2006 年度の時点では 27 万 7927 人で人口 10 万人当たり 217.5 人とされている。



(出典：週刊 東洋経済 2008.11.1 月号)

上の表では、医師数の変化について表したグラフである。この表を一見、見ると医師数は年々、増えていることがうかがえるだろう。

日本の医師不足問題を世界基準でみると、経済協力開発機構(OECD)の加盟国の 30 カ国中でも 27 番目とかなりの低い水準にある。世界の先進国である G7 の基準にしても診療に従事している医者は人口 1,000 人当たり 2 人にあたり、100 床あたりの医師数に関しても 14.3 人と G7 諸国の中では最低ラインである。さらに、日本で最も人口当たりの医師数が多い東京都でさえ、OECD の平均である 3.1 人には達していない状況である。

しかし、厚生労働省の「医師の需給に関する検討会報告書」の中では年々、医師総数は増加している。そして、この数値にならって厚生労働省は「医師数はマクロ的には充足しており、医師不足は地域および診療科の偏在に起因する」という見解を示している⁷。ただ、患者の需給関係は、医師の平均勤務時間を週 48 時間とした場合の必要人数(医師需要)で、08 年時点で約 1 万 5000 人が不足している。この供給不足は医師らの超過勤務によって埋められているのが実態である⁸。また、高齢者になった医師も医師登録されている限りは医師数の中に含まれる。しかし、実際の診療行為を行っているかは難しいところである。

⁷ 前掲 日野秀逸「解体の危機にある医療提供体制」『経済』 2008.11 p.104

⁸ 「データで徹底検証 日本の「医療崩壊」の“現実”」『エコノミスト』 2008.8.26 p.25

小括（まとめ）

小泉政権下における政策は、自治体の財政難を加速させていった。当時、「官から民へ」「自己責任」をテーマにしていた政府は、地方交付税を削減させ、地方に与える財源を大幅に減らした。そのため、地方自治体は人件費や不採算事業を削減せざるをえなくなり、事業をスリム化した結果、財政難に陥った自治体は不採算部門である病院経営の経営資源を次々と縮小させる動きが現れ始めた。

また、国は経営危機にある公立病院に特例債を盛り込み、一時の資金投入と経営方針を見直すことで黒字化を目指した。しかし、この資金投入はあくまでも国がさらに地方自治体に借金を背負わせているのであり、地方自治体が貸与した資金で黒字化になるのはおそらく先の話になるか、完全なる黒字化になること自体が難しいだろう。これからの政策には、地方の財政難を把握した上で、雪だるま式の借金を重ねるごとに、負のサイクルにつながらないように、新たな財政を地方自治体に与えるべきだと考える。

医師不足問題においても、絶対的医師不足であった日本も政府は、医師は偏在していると言いつつ、現在になって医師不足の深刻さが表面化し始めてきた。そして、マスコミ報道や国民の関心が高まってきた様子に政府はようやく、措置を取り始めたのが現状である。

第2章 医師不足問題

地域医療では首都圏に比べて、もともと医師数が足りなかった状況に加えて「新医師臨床研修制度」が2004年から始まったことをきっかけに地域の医師不足がより深刻になった。では、今まで地方の病院はどのように今まで医師を確保してきたか。その方法とは、従来の医師臨床研修制度によるものであった。

(1) 新医師臨床研修制度

従来の研修制度は、1946年に制定されたインターン制度から始まった。この制度は、医学部を卒業した後に1年間研修を修了しないと医師の国家資格が取得できなかったが、学生の反発などから2006年に廃止され、以後は医師免許取得後に2年間研修を積むことが「努力義務」とされた。そして、国家試験合格後に大学に残り、大学・医局の中で研修医として2年間働きながら訓練を受けたり、研究するのが一般的だった。大学で学んできた多くの研修医たちは、医局により割り振られた派遣先の病院に赴くことになり、その結果、大学の医局が地域医療に大きく作用していくことになった。

しかし、従来の医療教育における専門化・細分化が進む間で、人格的な未熟さや幅広い分野での基本的な臨床能力がない医師が増えていると世論の批判が強まり、2年間で内科、外科、救急部門など幅広い臨床分野の研修を必修化し、総合的に診ることができる医師の

要請を狙って、現在の新研修制度が誕生した。

ところが、実際の新制度の現状は、都市部の総合病院などの受け入れ態勢を整えて、自由に研修先を選べるようになったため、研修医が医局を離れ、指導医や施設が整った都市部の有力民間病院などに集中し、今まで大学病院の貴重な労働力であった研修医が大学病院から激減してしまった。

また、従来の研修医は2年間の研修期間中に専門医としての知識を習得し、即戦力として期待されていたが、新制度では「薄く広く」研修を行うため、受け入れ皿である病院側からお客さん扱いとされるケースが目立ち始めた⁹。すべての研修病院は、まず独自に研修プログラムを作成することになり、研修医はこのプログラムを評価したうえで、自分の目的に合わせて自由に研修先を選択できるようになった。そして多くの研修医は、いろんな症例に接することができ、勤務条件・生活環境が整った都市部の大病院を研修先として選択するようになったのである。その結果、従来まで地方の絶対的な人事権をもっていた大学病院も力をなくし、多くの大学病院は地方の病院に派遣していた若手や中堅医師を医局に引き揚げざるを得なくなった。そして、地方の病院も大きな影響を受け、医師不足になったのである。

(2) 相対的な医師不足

また、この絶対的な医師不足に加えて、相対的不足の観点から以下の3つが挙げられる。

①地域偏在—都市部と地方の格差が顕著であるが、最近では同一都道府県内でも格差が発生している。

②診療科偏在—産婦人科医・小児科医の不足が問題化しているが、内科・外科・麻酔科・脳外科・心臓血管外科など救急医療を扱う医師の不足も懸念されはじめている。

③勤務形態偏在—医師の勤務形態は勤務医と開業医の2つに大別されるが、近年、勤務医の開業志向が強くなり、自治体病院を中心とする公的医療機関の勤務医不足が問題となっている¹⁰。

①の地域の偏在は上記の新臨床研修制度が大きく関係している。同一県内の格差は、次章で述べる「病院のサテライト化」における医療設備、医師などの人材の集中により、生じていることが考えられる。病院のサテライト化については次章で詳細に述べる。

②についてはまず、診療科の偏在、特に産婦人科と小児科の不足が目立っている。産婦

⁹ キーワード① 新臨床研修制度『エコノミスト』 2008.8.26 p.19

¹⁰ 「地域医療と自治体を守ろう」『経済』 2008.11 p.105

人科では、もともと医療訴訟率が高い。最近の訴訟率の増加や医療事故に対する刑事訴追の強化、損害賠償・和解金の金額の増大傾向などの影響を受け、担当医が急減し、医学生も産科医になることを避ける傾向がある。もう一方の小児科では、子供の病気は急変しやすく病棟を担当する限りでも 24 時間急変に対応できる力を持っていないといけない。そして、小児の症状は細部まで見通す技術も要するために、こちらも希望診療科で避けられやすい傾向にある。しかし近年、産婦人科や小児科については新聞記事やテレビの報道などで実際、関係ない人でも現状に触れられるようになった。ただ、問題は幅広い診療科に対応しなければならない救命救急でも明らかになったように、産婦人科や小児科以外の診療科でも不足が問題視されるようになった。日本の高齢化社会が進むにつれて、近い将来、慢性的に全診療科の医師不足になる日は着々と近づいているのかもしれない。

③日本の医師不足において、最も深刻である問題の中に病院の勤務医の勤務時間がある。平成 18 年に行われた医師の需給に関する検討会によると、勤務医の勤務時間も 1 週間あたりの平均では 66.4 時間と報告されている。この数字は、人がまともに働くには困難な時間数であることがわかる。そして、この数字を国が認識しているのならば、早く勤務実態の改善方法が求められるはず状況である。また、日本アルマークによれば、近年は開業数が廃業数を大幅に上回る状況が続き、開業医が開いている国内の診療所は 10 万軒を超えている。最近では年間 2,700～3,000 軒のペースで増加している。このように勤務医から開業医に変更する理由は、激務の割に給与水準が低い勤務医を辞めて、開業医へ転じる流れが強まっているのである

(3) 立ち去り型サボタージュ

虎ノ門病院（東京都港区）泌尿器科部長の小松秀樹医師は、病院の勤務医から開業医へ転じることを「立ち去り型サボタージュ」と呼んでいる。医師がリスクの大きい病院の勤務医を辞めて、負担の少ない病院へ移ることや開業医に転じる。少ない医師の奮闘で支えられてきた日本の病院の臨界点を超え、医師のモチベーションやモラルが急低下しているとの見方である¹¹。

多くの勤務医は、過酷な環境や状況のもとで真摯に立ち向かっている。それにもかかわらず、開業医は診察の開始時間から終了時間も、普通のサラリーマンと同じように設定でき残業もない。仕事の裁量も自由なので、比較的、勤務医より恵まれている環境にある。しかし、このような傾向は、批判の対象である見方もある。

この立ち去り型サボタージュを紹介するエコノミストの記事では、最後に医師のモチベーションやモラルの急低下について説明している。ただ、この「立ち去り型サボタージュ」は、人によって捉え方は各々であるが、モラルの低下ということに関しては、私は疑問である。果たして、過酷な勤務医を辞めて開業医など楽な方向へと向かう人は、全員が全員

¹¹ 「低コストで最高水準 日本の医療を崩壊から守れ」『エコノミスト』 2008.8.26 p.19

同じ「楽な逃げ道」と安易に移行しているのだろうか。例えば、開業診療所にはない病院の機能の特徴に入院がある。通常の外来とは違い、患者さんとの信頼関係がなければ長い期間、同じ場所で医師や看護師を信じて、診療や身の回りの世話をし続けることは難しい。

その今まで築いてきた信頼関係や地位をなくしてまでも、違う病院、もしくは診療所に移行することは、それほど深刻な状況であることを物語っていると私は捉えている。モチベーションはともかく、「モラル」ではなく「モラール」のほうが低下していると私は考える。

(4) 医師不足対策—プライマリー医を育てる

今日まで日本の医師教育では、専門性に特化したプログラムであった。医局中心の医療教育は臨床研修をするにあたって、診療科を決めた上で研修を行っていた。そのためにどうしても専門的に偏りがちであった。しかし、新しく始まった新臨床研修制度では、「病状をみるだけでなく、人をみる医者」を育てるために専門診療科に限らず、総合的に研修できる研修システムを確立したのである。

例えば、北海道は、全国的にも地域医療の減退が著しい地域である。道北・道東への医師供給を果たしてきた旭川医科大学では、創立から 25 年間、毎年卒業生の 5~6 割が同大に残っていたが、04 年度は 38 人となった。これに対して、04 年度の卒業生数は医学科で 101 人いる。この時点で同大に残る医学生は約 4 割をきっていることがわかる。その後も 05 年度 25 人、06 年度 16 人と減り続け、07 年度は全国の国公立大学でワースト 3 の 10 人まで減少してしまった。

この苦境をきっかけに、失われた医局の機能を補うため、北海道と江別市で「医師派遣システム」を作り上げる構想を打ち出した。この内容は、江別市立病院を道内における総合診療内科医の養成拠点とするアイデアである。同病院で、地域医療を志す医大卒業生や地方病院の勤務医向けの研修プログラムで、初期診療を担う総合医（プライマリー・ケア医）を養成する。そこで研修を受けた彼らが、行政指導で過疎地に派遣し、医師不足の立て直しに生かそうという狙いである。医師たちは、病院内のあらゆる「総合診療内科」を新設し、プライマリー・ケア医の養成によって必要な医師数を確保する。

江別市立病院を基幹病院とし道内の医療過疎地に医師を送り込み、数年経てば必ず帰れるという仕組みを作る。研修医のなかに専門的な医療を学びたいと考える医師がいる場合には、同病院から大学に派遣して派遣を受けることが可能になるプランもある。

プライマリー・ケアは、医師の医師不足解消の手段として注目されている。医師不足は特に地方都市の総合病院で深刻だが、その理由の一つが患者の集中である。風邪や軽度の外傷など近所の開業医が対応できるケースでも、住民は安心志向から大きな病院を訪れる。その結果、総合病院の勤務医に負担がかかることになる。

そこで、地域にプライマリー・ケア医を配置し、かかりつけ医や家庭医の役割を担うようにする。プライマリー・ケア医は、まず診察した患者の中から高度な治療が必要だった

り、手術を要する症例を専門医に橋渡しする役目を果たす。連携がうまく機能すれば、効率的な診察体制が実現できるようになる¹²。

上記でも述べたように、今までの研修医制度は専門的な医師を育てるような教育プログラムであったため、総合的に診るプライマリ医は育ちにくい環境にあった。このプライマリ医は、いわゆる住民のそばにいる町医者のような存在である。診療科を限定的にすると各科の医師の必要分を揃えなければいけないが、総合診療科にすることでだいたいの診療科を包括的に診る。「症状への共有」を図ることで、総合的に診療をしてから必要な診療科に応じて紹介する。

例えば、大学病院では、初診で内科症状の場合はいったん総合内科で診察してから必要に応じて、他科に割り振っているところもある。しかし、秋冬の時期は風邪やインフルエンザの可能性はある患者が多く、病院の総合内科は慢性的なパンク状態になることが考えられる。このことから、総合診療科を創設したとしても、総合診療科の医師は相当な数の患者を診察して他科に割り振ることは相当な体力と幅広い知識が必要である。

また、点能的に病院があるため、場所によっては病院に通うことさえもある程度のかかる場合もある。病院の総合内科を新設し、病院で全体を抱えるよりも地域の町医者の力を借りそこで、町医者と連携することが地方では特に必要だろう。

小括（まとめ）

単に医師不足といっても、医師数そのものや診療科にも不足が起きている。従来は、大学医学部の医局により人事配置を行うことで病院は、特に積極的な人事採用を行わずとも病院は、医師は確保することができた。しかし、新医師臨床研修制度の導入に伴い、研修医たちの自由な選択により、地方の病院は確実な医師数を確保することが困難になった。また、診療科偏在では、特に産婦人科や小児科が医師不足にあえいでいる。診療の困難さや体力面の負担などにより診療科選択をする際に研修医は避ける傾向にあり、絶対的不足な医師不足の状況により一層の深刻さを増している。

医師不足の議論や対策も様々にある。過酷な勤務医から開業医に転じることは好ましくないという声もあるが、第一線で働く勤務医たちも働く以前から辞めることを考える人はいないだろう。しかし、現状は人や病院自体が不足しているためかなりの負担がかかる。また、欧米諸国にならってかかりつけ医の徹底やプライマリ医を育てようとする働きがあるが、専門医を育てようとする日本の医療教育システムから、総合医を育てるのは多くの時間と経験を要するだろう。対策としては、開業医と病院の連携も議論されているが、両者間の地域を考えた話し合い、意見交換の場を設け、共通認識をもった医師不足のための対策が必要である。

12 「第3章 手作りで始まった医師確保」『日経グローバル』 2007.12.3 p.22-23

第3章 公立病院の効率化

医療機関には大きく分類して診療所と病院がある。これらの分類方法には、医療法第1条の第5項で定められており、入院するためのベッドが20床以上あれば「病院」、19床以下あれば「診療所」となっている。この章では、特に病院の特徴、入院に関わると「病床数」と「病院数」をキーワードに地方の状況を踏まえながら、病院をとりまく状況を述べる。

(1) 公立病院改革ガイドライン

総務省では、赤字の多い公立病院に経営効率化や再編・ネットワーク化、経営形態見直しに関するガイドラインをつくるために、公認会計士や自治体病院管理者、民間病院関係者らを集めて改革プランを策定し、実行していくよう求めた。

経営効率化では、給与・定員管理の適正化や病床利用率の向上による収入確保にむけて病院の規模や診療科ごとに、病床の利用率や経常収支比率(資金を自由に使えるか使えないかを測る指標)などの経営指標を検討し、各自治体には、こうした指標をふまえた上で病院ごとに数値目標を定めるようにした。

再編・ネットワーク化や経営見直しについては、①同じ医療圏内の公立病院の機能分担とネットワーク化の成功例、②民営化などの先進事例、③再編や見直しの際の留意点、などを示すとしている¹³。

ここで掲げる経営効率化も今までの公立病院では考えられなかった改革である。経常収支比率には、今まで主に民間企業などが経営状況をみる時に用いる指標だったが、このガイドラインでは、地方の公立病院に経常収支比率や民間が経営状態などを判断する際に用いる指標を当てはめ、黒字化を目指していこうと促している。しかし、今まで民間を測定対象にしていた指標をそのまま公立を対象に用いるのは、性質の違いからも難しいことが考えられる。

また、医師数が足りない状態で、労働力を従来通りに維持、もしくはそれ以上に求めるのも困難であることが考えられる。今までの経営状況から突然、経営効率化といわれ、そのノウハウが職員にはあるのだろうか。いきなり、市や県の職員が病院に訪れ、経営効率化について指導をしたとしても、病院の職員の両者とも疲労の状態が想像できるだろう。そもそも実態が追いついてないことは現状から推測できるであろう。

(2) 公立病院の経営改革

公的病院といっても、病院の管理先は各々によって異なる。例えば、国立大学の附属病院は文部科学省、社会保険病院は社会保険庁、厚生年金病院、労災病院は厚生労働省、国

¹³ 前掲 日野秀逸「地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動」、p.66

家公務員共済組合連合会病院は名のとおり、公務員共済組合からなど管理主体が政府機関ではあるが、各々異なる。しかし、政府も病院の採算性を重視した結果、施設整備費や補助金を見直し、再編成・統廃合を進めている。また、都道府県や市町村単位である自治体病院では、県立病院を中心とした地域の再編と市町村合併にともなう自治体病院の新たな再編成・統廃合、そして民営化を進めている。

病院の数が、現在に近づくとつれて病院数、病床数が共に減少していることである。これは現在の医療制度改革では効率化、採算性を重視するために公的医療機関の統廃合を進め、各々の独立採算制に移行されているのが現状である。現場では診療科別での実績による増収が求められ、不採算の診療科が見直されている。また、看護師も不足な状況のために、外部からの業務委託による看護助手や長時間に交代制勤務などの導入されている。東京の公的病院の救急診療部も前年までは、朝・夕・夜の3勤務交代制をとっていたが、今年は2勤務交代制に変更され朝・夜と長時間勤務に従事することになる。現場では「仕事の内容と報酬が割に合わない」という声が出るほど、都心の病院でさえ厳しい状況がうかがえる。

また、診察、医療業務をサポートする医療事務、給食、検査なども外部からの業務委託が導入され、医療機関はコストに関する最大限のスリム化が求められている¹⁴。しかし、医療は人が人に医療サービスを行うものであり、人が重要な存在であるにも関わらず、コストに重点を置き、人という医療サービスの財産を削る。これは医療崩壊を自ら招いているように見え、現状からも明らかになりつつある。

(3) 病院の再編成

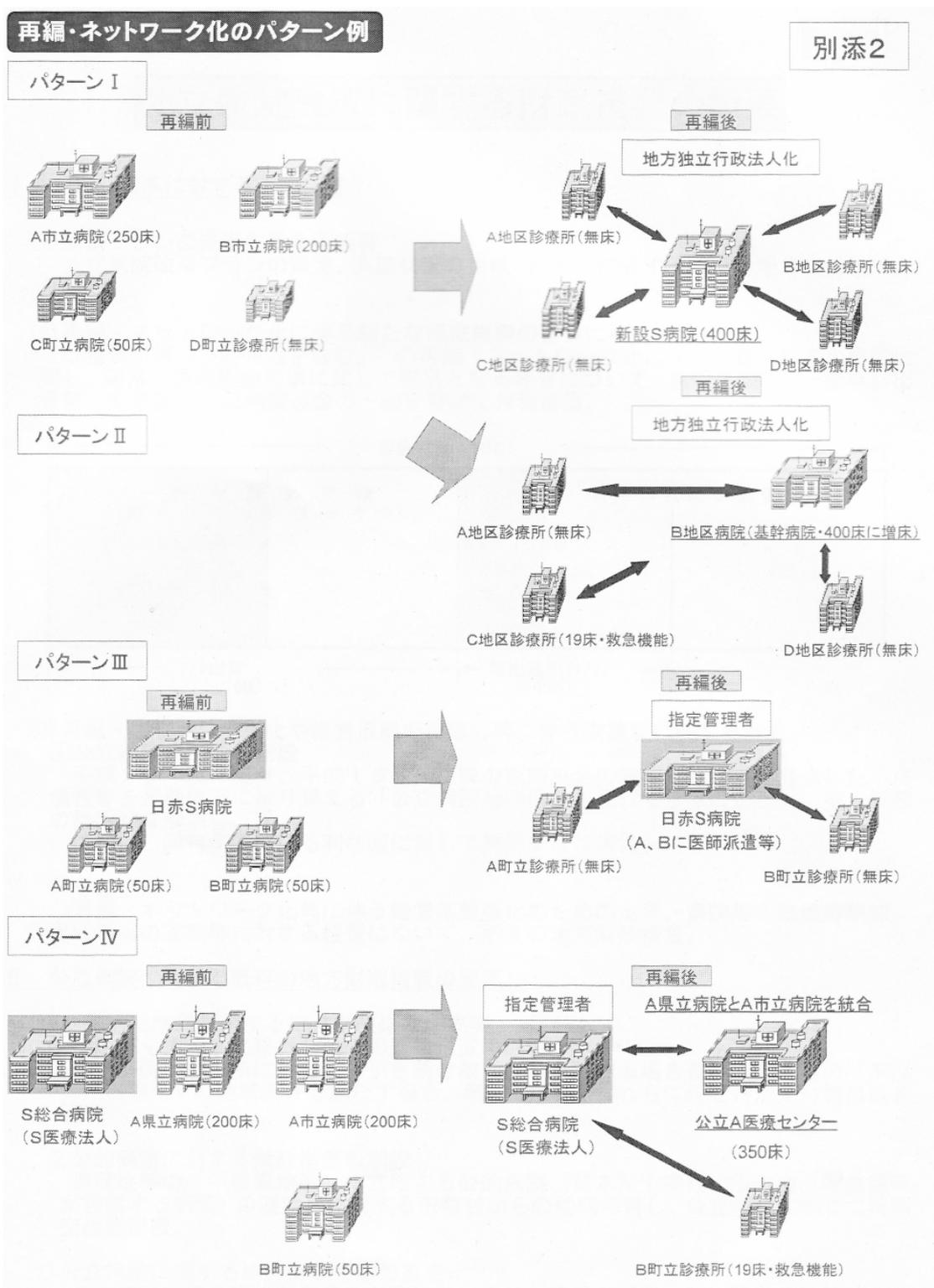
公立病院改革ガイドラインでは、再編・ネットワーク化について、パターンⅠ～Ⅳの4つの例を提示している。山形県の置賜地域で数年前に行われていた再編が念頭にある。

まず、パターンⅠとして、複数の公立病院が距離的にも近い場所で同じような規模に在り、かつ、それぞれの病院が老朽化している場合、その更新の機会をとらえて、新しく基幹病院を整備していくものである。それに伴って、既存の病院をなくすのも選択肢にあるが、地域との兼ね合いを考えると難しい場合が多い。そこで、病院を診療所の形で残し、一種のサテライトとするパターンが考えられる。

その再編の中で医師を集約し、多くの医師が勤務する中核病院を作れば、マグネットホスピタル的な役割を果たし、さらに医師が集まってくる。マグネットホスピタルとは医師を引きつける力のある病院をマグネットホスピタルと呼ぶ。研修医や若手医師が集まってくるのは病床数が400～500床ぐらいの大規模医療施設に集中してくることに由来している。「マグネットホスピタル」理論の提唱者である東北大学大学院の伊藤恒敏教授は人口20万人程度の地域に500床規模の基幹病院を整備し、診療所などと機能分担できるよう

¹⁴ 前掲 日野秀逸 地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動」 p.21

になれば、医療の質向上に役立つと主張している¹⁵。



15 前掲 「特集 少ない医療資源 効率利用の切り札 病院再、進行中は15都県」 『日経グローバル』 2008.11.3 p.14

(出典：総務省 資料)

パターンⅡは、パターンⅠの変形で、既存の病院の増築を行い、拠点病院、基幹病院にするものである。他の病院についてはサテライトにしていく。

パターンⅢは、二次医療圏^(*)での拠点が日赤や済生会などの公的病院であって、周辺部に比較的小規模の公立病院が存在するという場合である。ここでは、指定管理者制度を活用し、その公的病院に指定管理者になってもらう。既存の公立病院については、サテライトとして継続してもらう。

パターンⅣは、県庁所在地などにおいて民間のかなり大きな病院があり、そこと市がそれぞれ県立病院、市立病院を統合し、新しい病院をつくる。そして、新しくつくった病院の管理を民間病院に委ねるという方法である¹⁶。

集約という概念自体は良いことだと思う。日本の医療は発達し、世界でも有数の医療水準を誇っている。そのために、医療機器や施設に関しても恵まれている環境といえる。しかし、逆をいえば恵まれている環境だからこそ、医療サービスの供給過剰も考えられる。検査をするにも高度な医療機器を使い、そのたびに高額の費用を払わなければならないこともある。そして、例えば、患者が一番初めに行った病院で検査を行ったにも関わらず、紹介された次の病院とうまく連携していなければ、同じ検査をしなければいけないということも発生する。

ただ、ここで述べていることは進んでいる医療技術のコスト面の話である。医療に関してこの議論はよく引き合いにされている。集約し、全体で情報や資源などを共有していけば二重に被る部分は効率化されていくということである。しかし、実際の過疎地域にある公立病院数が地域に対して十分に存在していない状態で集約化を図ることは、医療資源の面でも、患者と病院のアクセス面でも困難であり、病院に辿りついて集約化された病院には患者が集中し、何時間と待たされることもあるだろう。

(4) 病床数の規制

医療機関には、さまざまな規制がある。ある人物が、地域の患者さんのために病院を新設しようとしたり、診療所がより多くの患者さんを診たいと自由にベッドを多く増設することは規則で許されていない。なぜなら、医療機関の病床数は各地域の地域医療計画に基づき、コントロールされているからである。では、この地域医療計画とは一体どういうも

*1 二次医療圏： 医療法は、地域ごとの状況に応じた医療提供体制を確保するために、「医療計画」を策定することを都道府県に課している。医療計画に定められる事項の中で、病院と有床診療所のベッド数を整備する基準として設けられる地域単位を2次医療圏という。2次医療圏は、高度な先端医療、難病治療、救命救急を除くひととおりの医療サービスが提供される"自己完結"した域圏として、医療提供体制が整備されなければならないものとされている。(出典：社団法人 全日本病院協会 2003年5月1日の「全日病ニュース」から)

¹⁶ 『医療白書 2008年度』 【第1部 第2編】 医療経済研究機構 編 p.51-52

のなのか。

2001年10月のある夜に、誤って電動ノコギリで手首を切断した男性が、静岡県西伊豆町の救急病院に運ばれた。伊豆半島内の他の医療機関をいくつかあつたが、その病院には顕微鏡を使った接合手術など高度な医療を行う体制は整っていなかったため、手術に対応できなかった。結局、男性を受け入れたのは車で三時間以上かかる神奈川県伊勢原市の東海大学病院だった。しかし、最初の病院に搬送されてから、既に5時間経過していたために亡くなってしまった。

同病院の関係者は「病院の規模を制限されており、確保できる医師の数や医療の質の面で妥協を余儀なくされている」という。1998年の開設時には150床規模を計画したが、伊豆地域のベッド数が過剰になるとの県の判断で、60床しか許可されなかった。

病院の新増設は85年の医療法改正で、都道府県の定める「地域医療計画」により規制されるようになった。地域の人口構成などから基準ベッドを定め、過剰とされた地域では、病院の新設や拡充が事実上できない。

山王病院(東京都港区)を経営する医療法人順和会の高木邦格理事長は「地域医療計画は結果的に競争力のない病院を保護している。病院間の競争が働きにくく、医療の質向上への努力も阻害する。」と話している。

旧厚生省が地域医療計画を制度化したのは、医療機関の質の向上や計画的な配置が狙いだった。それを実現するには、地域の患者の実態や診療科目の過不足などへの配慮が必要である。例えば、手術後など急変が心配な患者には多数の医療スタッフが対応する必要があるが、寝たきりの高齢者などの患者にはそれほどケアに人手はかからない。だが、実際にはベッド数だけで規制するため、医療と患者のミスマッチが生じやすい。

また、地域医療計画には、医療費抑制への期待もあった。ベッド数が多いほど医療費が高くなる、とみられていた。しかし、経済産業省の研究会が2001年12月にまとめた報告書では「高齢者以外はベッド数と医療費に相関がなく、競争促進のため規制を撤廃すべきだ」と指摘するなど、医療の中身を問わない規制への疑問があがっている。

患者の症状に応じた病院の機能を明確にするために、厚生労働省では医療法改正で、各病院が2003年8月末までに急性期の患者を担う「一般病床」なのか、長期入院患者を対象にした「療養病床」かを、保有する病床ごとに選択させることにした。だが、それぞれがどの程度必要かという指針もなく、不均衡が解消される保障はなかった。

東北大学の濃沼信夫教授は「国は病床の数合わせだけではなく、医師や看護師の適正な*配置なども含め、医療の質を保証するような中長期的なビジョンを示すべきだ」と指摘する¹⁷。

政府と自治体が一体となって病床数の削減を行うにはさまざまな主張があるが、

¹⁷ 『医療再生 ドキュメント「危機」の現場』 日本経済新聞社編 2003年 p.31-34

その1つに「社会的入院の是正」(*2)ではなく、公的医療費の抑制をするという目的がある。

2006年6月に成立した医療法制度改革関連法では、医療費抑制の長期対策は公式には生活習慣病対策と在院日数の短縮の2本柱とされています。しかし、生活習慣病対策による医療費抑制効果の根拠がないこと、逆にそれにより医療費が増加する可能性もあることについては認識されている。

この法で、厚生労働省は今ある25万床から15万床にベッドを削減しようとしている。具体的に削減するのは介護療養病床の部分を削減しようとしているのである。この介護療養病床の削減により、厚生労働省は「施設から在宅(自宅)ケアへの移行」を目指している。しかし、主に目指しているのは療養病床の老人保健施設と「居住系サービス」への移行であり、「在宅(自宅)への移行」は、形ばかりである。

ここでいう「居住系サービス」とは「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療サービスを意味し、例えば、ケアハウス、有料老人ホームサービス、グループホーム等の地域密着型サービス、高齢者専用賃貸住宅などが含まれる。これらのお大半は、実態的には施設に近い。地域では急性期病床も不足ながら、介護病床は都市部に比べて、需要は高いが病床数や医療従事者は不足している。過疎地域に育った息子世代が社会人になるにつれて都市部へ居住を移すことで老夫婦は2人きりで家に残ることになる。そこで、病院で看病を任せるか、もしくは病院に断られたのなら、自分の家で介護が出来ない子供たちは居住系サービスを利用し、親たちの介護を任せることにする。国は、これらを理想とし促進させようとしているのである。

また、在宅診療支援診療所の目的も、在宅ケアの支援だというものである。また、隠れた在宅療養支援診療所の隠れたもう1つの目的は、医療サービスが手薄な居住系サービスに外付けで医療サービスを提供して、重症な慢性期患者を支えることだと判断している¹⁸。

(5) 入院日数の短縮化

これまでは、病床数の削減について述べたが、さらに今では入院日数の短縮が、地域医療に致命的な打撃を与えている。日本の医療は諸外国と比べて入院日数が極端に長いことが問題になっている。厚生労働省の統計によれば、1993年における一般病床の平均在院日数は約35日間である。また、『図表でみる世界の保険医療』によれば、その当時、アメリカとフランスの急性期病床の平均入院日数は7日間(1990年)、イギリスは9日間(1990年)、ドイツは13日間(1992年)などとなっており、日本はそれらの3~5倍に相当する。

*2 社会的入院：入院による治療の必要性が低くなっているが、帰る家がない、引き取り手がない、独居で家庭に介護者がいない、後遺症があって動けないなどの理由で入院の続く状態。介護目的の高齢者や精神障害者の慢性的な長期入院についてもいう。病床数の不足・介護・医療保険などの面から社会的な問題になっている。(出典：大辞泉)

¹⁸ 二木立 『医療改革 危機から希望へ』 勁草書房、2007年 p.131-132

入院の長期化は国民の医療費の増加につながるうえに、患者からの評判が乏しくなかったこともあり、政府は医療改革の一環として入院日数の短縮を図った。具体的には入院が短いほど一日当たりの診療報酬を高くし、長引くにつれて診療報酬を大幅に低減させている。病院としては、入院日数を短縮し、患者の回転率を上げるほうが儲かる仕組みにしたのである。その結果、1993年には約35日間あったものが、2005年にはついに20日間を切った(19.8日)。しかし、この入院日数の短縮が、医師の地域別の偏在を助長することとなり、地方の医師不足に拍車を掛ける結果となった¹⁹。

(6) 誰のため医療施設なのか

診療所ではなく病院にある特徴、療養病床と入院や手術に対応する豊富な施設には、いざというときに患者のために、幅広く敷かれたセーフティーネットである。このセーフティーネットがその地域に住む患者にとっては、大きな安心となるにもかかわらず、病床を削減することで患者にとっては大きな打撃を受けることになる。上記の内容に高木邦格理事長のコメントがあったが、実際、地方では病院間の競争は成り立たない。なぜなら、地方の場合では、地域における病院の数は都心よりさらに少ない。地方では公的病院が地域医療の主な担い手であり、都市部のようにさまざまな医療機関が混在し、質・量を競い合うというわけにはいかない。

また、政府の指導下で医療費削減を目指し、介護療養病床を削減するのにも、地方の地域では難しい問題である。日本では、高齢化が徐々に進み、過疎地域では都市部よりも急速に進んでいる。その中で介護療養病床を削減し、在宅ケアや老人ホームなどの施設に移行するのは困難である。

まず、在宅ケアをするには家族の存在が重要である。しかし、過疎地域の現状では、老人の息子たちは都市部へ出稼ぎに行き、地域に戻ることなく都市部にそのまま居住する可能性が高い。また、例えば1人暮らしの老人にも訪問介護サービスというものはあるが、週に数回の短時間が限度である。現在の介護現場は、介護報酬が引き下げられたため、同時に職員の給与が引き下がった。結果、とても家族を養っていけるような給与額ではなく、仕事の内容と給与額の割合もあわなく多くの介護職員は辞職せざるをえなくなっている。その実情に合わせて、政府や行政は「介護を在宅に移行していこう」というのは、酷な話である。

小括 (まとめ)

公立病院の効率化は、国が率先している状況がうかがえる。公立病院の赤字にともない、国は資源の集中化を図った結果、地域住民が安心して受けられる医療サービスの機会まで縮小されることになった。住民の認識と国の政策の違いで医療施設の縮小化と入院の短縮化は、患者の負担や病院の負担をさらに増加させたのである。また、内部努力として、民

¹⁹ 永田宏 『貧乏人は医者にかかるな!』 集英社新書、2007年 p.74-75

間並みの経営効率化を図った結果、医療サービスの質の低下を招いた。

こうした現状から、安易に縮小化を図って十分な医療サービスを行わないことは、実際、患者の治療も十分にできないことは予想できる。そのために何回も遠くの病院に足を運んでもらい治療漬けになってしまうのかもしれない。また、医療従事者側からも集中的に診療したほうが仕事量も減少する可能性も考えられる。まずは、その状況を打開するためにも、しっかりとした診療体制を確保することが大事である。

第4章 事例 青森県むつ市

この章では医療危機が進んでいる北東北、その中の青森県を事例に述べていく。

(1) 青森県むつ市とは？

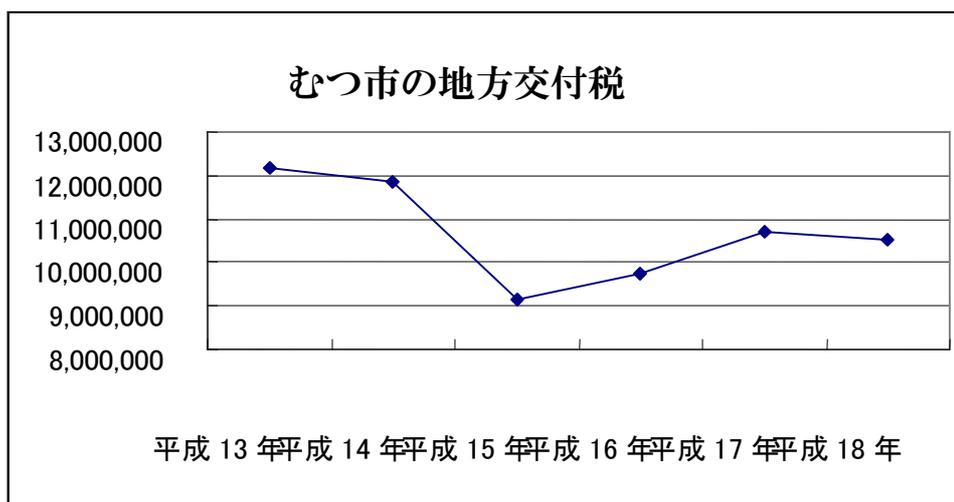


(出典：青森県むつ市の HP より)

人口は、65,130人(2008年12月31日現在)である。本州最北端にあるむつ市は町村に囲まれており、そのほぼ中心に位置している。むつ市の土地の割合に関しては、100%中、宅地が1.71%に相当し、それ以外は山林の69.05%を筆頭にほとんどが山や田畑に囲まれている。

交通アクセスに関しても、公共交通機関は青森からバスかJR大湊線のどちらかになる。しかし、例えば、青森市に行くとしても電車の場合、ラッシュ時には1,2時間に1本でているが、日中は2,3時間に1本と地方の中核都市と比べたとしても本数が少ない。また、バスは電車よりもっと本数が少ないため、市外に出るのは自家用車を持っていないと大変だろう。

(2) むつ市の財政状況



(単位：千円)

(むつ市の平成 13 年度～18 年度の決算カードを基に筆者作成)

むつ市は、平成 17 年 3 月に川内町、大畑町、脇野沢村と合併した。そのために、地方交付税を推移的に単純比較するのは難しいが、平成 13～15 年度は、合併した 3 つの自治体の地方交付税も合算して金額を出して表にした。

三位一体の改革が打ち出されてきた平成 15～16 年あたりでは、金額の減少が著しいのがわかる。むつ市の合併後も、合併前に比べれば、交付税が減少していることがわかる。

訪問先紹介

むつ総合病院について (むつ総合病院の HP とパンフレットより)

□ 病院概要

名称 一部事務組合下北医療センターむつ総合病院 病院長 小川克弘
 所在地 青森県むつ市小川町 1 丁目 2 番 8 号
 病床数 486 床(一般 376 床、精神 106 床、感染 4 床)
 敷地面積 36,998 m²
 延床面積 30,092 m²

診療科 (標榜診療科)	22 科	内科	外科	産科	眼科	麻酔科
		循環器科	心臓血管外科	婦人科	耳鼻咽喉科	放射線科
		小児科	脳神経外科	泌尿器科	形成外科	精神科
		神経科	整形外科	皮膚科	歯科口腔外科	
		心療内科	消化器科	リハビリテーション科		

1日平均患者数 入院 399.4人 外来 1,147.7人
(19年度)

病床利用率 一般 91.8% 精神 73.6% 計 87.4%

救急車搬送 6件/日

救急外来 38.8人/日(19年度)

(19年度)

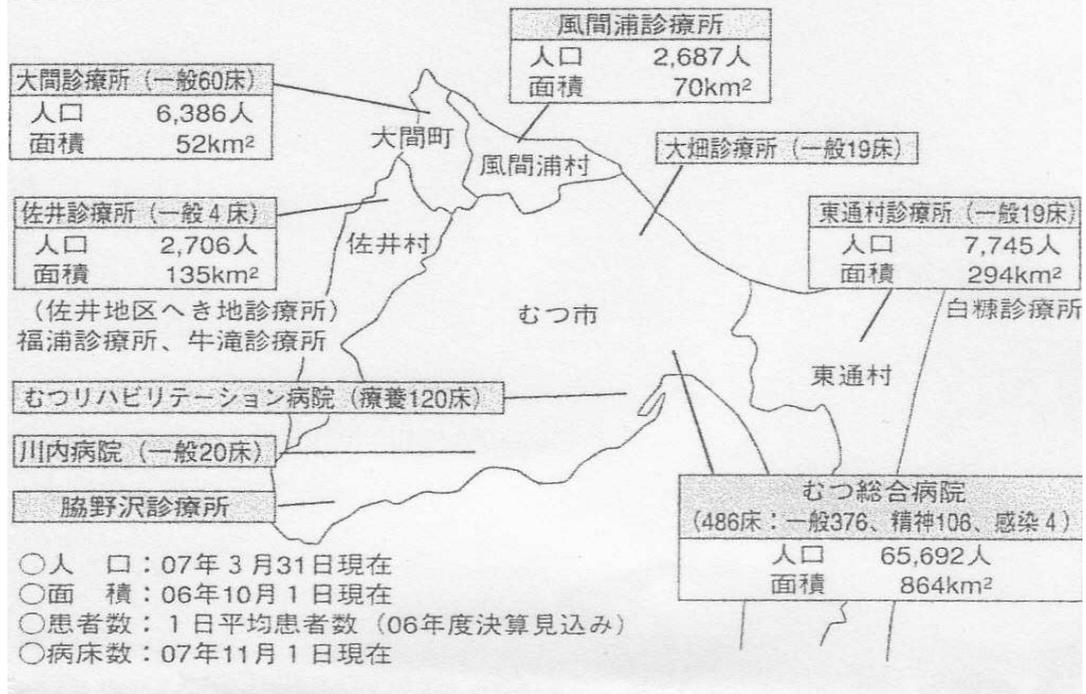
手術件数 73.5件/月(19年度)

(全麻のみ)

職員数

医師：	58人	理学療法士：	10人
保健師：	1人	作業療法士：	5人
助産師：	12人	言語聴覚士：	2人
看護師：	273人	臨床工学技士：	7人
准看護師	60人	栄養士：	6人
薬剤師：	10人	その他技師：	6人
診療放射線技師：	15人	事務職員：	116人
臨床検査技師：	23人	その他職員：	24人

図4 下北医療センターの施設位置図



(出典：日経グローバル 2007.12.3 より)

むつ総合病院は下北医療圏の中核病院である。むつ総合病院の交通アクセスは、自家用車での送り迎え、市内バス、タクシーなどが主な交通手段である。

病院の所在地は、むつ市にあるが、下北全体の医療を担っているため、多くの患者が下北全体から病院に訪れる。実際、病院の規模はイメージしていた地域病院より、大きな施設であった。

(3)下北医療圏のサテライト化

40~50年前は、下北には各市町村に診療所が存在したが、今は市町村合併により病院の編成が起きている。2008年、下北医療圏の医療機関の再編成は大きく動いた。

2008年の春に、唯一の常勤医師がいた佐井診療所が歯科だけを残し、閉鎖された。これは、むつ総合病院などを管理する一部事務組合下北医療センターが、佐井診療所を北通り(佐井村、風間浦村、大間町の名称)の診療所一元化を受ける形で中核病院の大間病院に医師を集約する結果となった。

一部事務組合下北医療センターは、下北地域の5市町村で構成されている。県の方針に基づき、各地に点在する診療所を整理し、北通り地域では大間病院、むつ市内ではむつ総合病院に医師を集約させるサテライト化計画を進めている。

下北医療圏の中核となるむつ総合病院は、国の第5次病院事業経営健全化団体として再建している段階である。06年度の決算では10億2500万円の不良債務を解消した。しか

し、下北医療センターが管理する他の病院や診療所は、指定管理者に運営を委託している東通村を除いて、不良債務を増やしているのが現状である。

多くの債務を抱えながら関係市町村が「第二の夕張」とならないのは、地方財政健全化法の指標である連結実質赤字比率が、一部事務組合を対象外としているからである。表面上ではわかりにくいのが、実質は各市町村が運営している。仮に組合が解散すれば、むつ市は財政再生団体に転落するのは確実となってしまう。

その中、センターは脇野沢診療所を川内病院に集約し、同病院を診療所に縮小。大畑診療所は09年度から指定管理者制度による民営化に移行する再建計画を立てた²⁰。近い将来は、川内、大間、むつとそれぞれ病院施設をもつ区域にも、メスをいれ2つに再統合する見込みである。

このような再統合を受けて、1番不安になるのはやはり地域住民である。今までは病気になるにしても、地域に診察してくれる医師がいればとても心強い。しかし、表面化された赤字に管理運営にメスをいれ、病院の再編成を進めざるをえなくなった。今まで地域の安心を担ってきた医療が、今では地域の不安を煽る存在になってしまった。しかし、赤字が進みこのままでは病院、地域までも共倒れしてしまう。

病院経営に関しては、市民による「むつ総合病院をより良くする会」や病院経営改善委員会を設置し、住民側と病院側や行政側と話し合うことにしているという。

小川院長は、「病院が統廃合されて、医療資源は減少していく。しかし、医療の質は下げたはいけない。医療資源がない中で有効に活用していくことが大事である。」と話す。また、むつ市から車で20~30分かかる大畑町に関しては赤字により、診療所が閉鎖に追い込まれる事態となった。住民は診療の継続を求めて運動を起こし、なんとか指定管理者制度で存続することとなった。やはり、本来あったものがなくなるということは、地域住民にとっては不安に思うだろう。

(4)医療従事者の動向

むつ総合病院は臨床研修指定病院になっており、以前は弘前大学から研修医を受け入れていた。しかし、新研修制度により、毎年約8名程度の受け入れを募集している。志願数も6~8人と募集人数にほぼマッチしている状態であり、その大半は青森県出身の研修医である。むつ総合病院の魅力は、下北医療圏の軽症患者から重症患者まで幅広い症例を取り扱っているところである。青森の医療貢献を志し、定着してくれることは病院をはじめ地域住民にとっても心強いことである。

ただ、やはり常勤医は慢性的に不足状態にある。特に呼吸科、内分泌科は不在であり、耳鼻咽喉科、放射線科、眼科、皮膚科、脳神経外科、心臓血管外科などは1人の医師により診察している。当直も月に2回以上は必ずあり、当直明けの翌日も夜10時まで働くこ

²⁰ http://mytown.asahi.com/aomori/news.php?k_id=02000380805110001 asahi.com
マイタウン 青森 2008年5月11日 アクセス日 2009年1月21日

とはざらにあるという。医師不足の対策として、地域医療におけるプライマリー・ケア医の重要性について、小川院長は「プライマリー・ケアというのは今日の医学部教育では難しい。専門性を求めている日本の医学部教育では育たないのが現状である。」と話した。日本はプライマリー・ケアについて動き出したのはまだ始まったばかりでプライマリー・ケアが本格的に動き出すのにはまだ時間がかかりそうである。

また、看護師も不足状態で、一般に 7:1 看護を実行するのはなかなか困難な状況である。この状態では、医師と看護師や検査技師がしっかりと連携してかなければ医療サービスを向上させることは困難である。やはり、人材の確保は重要な課題だろう。

小括（まとめ）

むつ市の現状は、医療関係の各方面から注目されている。実際、下北医療圏の現状が深刻であり、医療関係者は頭を抱えている。下北医療圏にある病院の赤字経営や医師不足などの医療資源不足。これらを解決していくには、まだ時間がかかるものと思われる。一般的である医療法人では、国の指導と内部の経営だけで済んでしまうが、自治体病院は国、自治体、病院と様々な関係者が存在して成り立つ組織である。

過疎地域がすすむ北東北の中でも、岩手県と青森県は、公立病院改革がとりわけ進んでいる地域である。小川先生に訪問研究をする際に、青森と岩手の事例の似ている点と異なる点について尋ねたところ、岩手は県ベースが管理し、青森では市町村ベースで管理しているところだと述べた。県では、市町村が合併しようとも県であれば、それぞれの市に対して、管理しやすいかもしれない。しかし、市町村レベルであれば、個々の単体として存在するために合併したからといって、市町村自身が管理する担い手を新たに設置したり、探し出すのは難しい。

その状況から、青森県は経営管理が市町村によってまちまちのために、サテライト化が進んでいく中で今まで各々に存在していた組織が質を向上していくことは困難だろう。そのためにも自治体、病院、住民から意見を出し合う存在、意見や経営の現状、実態をまとめる組織が求められるだろう。

終章

過疎地域の医療は病院の不採算路線にともない、国から様々な対策が講じられている。しかし、本論文で取り上げた医師不足や公立病院に関しても、結局は国の対策は行き違いの部分が多い。

まず、骨太の方針から始まった改革は、地方交付税を減らし、地方の自助自立を促し民営化を推し進めてきた。その結果、三位一体の改革と平成の大合併により、地方は大きな経営改革を迫られてきた。しかし、大幅な社会保障費や地方交付税の削減により自治体や過疎地域にある病院は大きな財政難に陥ったのである。

医師不足に対しては、国は数値を見る限りでは医師は増加しているため、医師を抑制する政策まで講じてきた。また、新臨床医師研修制度では研修医各自が自由に研修先を選んで良いことになった。そのため、過疎地域の病院は、今までつながっていた大学の医局との人事のパイプは打ち切れ、独自で研修医を募るしかなかったが、前例がない病院独自の積極的採用は過疎地域の病院をさらに悩ますだけであった。また、地方には絶対的に医師数が足りないため、医療従事者の過度な勤務超過や多くの患者を診察しなければならない状況が慢性的であり、医療従事者の疲労はすでにピークに達しているのが現状である。

病院の効率に関しても、国は病床数があればあるほど医療費が増加するとの見方から、病床数を削減したり、在院日数を短縮する動きがあった。しかし、患者は満足な医療サービスを受けられずに、病院側も満足な治療が出来ずに病床の回転率が上がるだけで仕事量が増えていくだけであった。この状況では、医療に関係する組織や人たちがただ疲労していく状況に陥ってしまうことは明らかである。

その中で、本論文の事例研究ではむつ市を取り上げた。そこでは、下北医療圏の中核であるむつ総合病院があるが大きな赤字を抱えている状況であった。また、同じ下北医療圏にある小中規模の公的医療機関は効率・採算性をあげるために統廃合が進められている。同じ医療圏にある病院全体が赤字にもかかわらず、地方の財政自体が困難な状況であり、財政を補填する組織が見当たらないのが現状である。その状況に自治体、病院の経営効率というのは困難である。

今日の日本医療の現状を調べて、行政、病院、患者の方向性が違うことが明らかになった。行政は、医療の赤字を黒字化にして、政府が推し進める政策に現場は追いつくことすらできないのが現状であった。自治体や病院側も黒字化に向けて、少ない医療従事者を法律で定めた労働時間を超えて勤務し続けるなど、限界まで働き続けている。しかし、現場はもはや限界を通りこえ、機能しなくなる恐れにまで達している。

過疎地域の患者や医師たちの置かれている状況に「現場の状況は大変ではないか？」と質問をしたとき、小川院長の「地域医療の現状はこんなものです。」という言葉があった。実際、私たちがメディアを通して見る地域医療の困難な状況と地域の現場に立つ人たちの温度差は一体どうなのかと考えさせられた。もしや、都市部では現状の悲鳴を大げさに伝

えるだけで、実際は過疎地域の人たちはさほど困難な状況だと思っははいないのだろうか。しかし、実際は私たちが知る過疎地域の現状があまりにも、過疎地域にとっては当たり前の状況になり、現場の人たちは疲れ果てているのかもしれない。

そのような状態で、政府の全国を一元化した政策は現場とのずれを感じさせる。その中で、政府、医療従事者、患者がこれから足並みを揃えて、相互の状況を踏まえながら進むことが大事だろう。

参考文献一覧

日野秀逸「地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動」自治体研究社、2007.11

永田宏 『貧乏人は医者にかかるな！』 集英社新書、2007年

二木立 『医療改革 危機から希望へ』 勁草書房、2007年

『医療再生 ドキュメント「危機」の現場』 日本経済新聞社編 2003年

『医療白書 2008年度版』 医療経済研究機構 編

「特集 少ない医療資源 効率利用の切り札 病院再、進行中は 15 都県」 『日経グローバル』 2008.11.3

「解体の危機にある医療提供体制」『経済』 2008.11

「データで徹底検証 日本の「医療崩壊」の“現実”」 『エコノミスト』 2008.8.26

「低コストで最高水準 日本の医療を崩壊から守れ」『エコノミスト』 2008.8.26

「キーワード① 新臨床研修制度」『エコノミスト』 2008.8.26

<http://www.hospital-mutsu.or.jp/> むつ総合病院 公式 web サイト

http://mytown.asahi.com/aomori/news.php?k_id=02000380805110001 asahi.com
マイタウン 青森 2008年 5月 11日