

自治体病院ネットワーク論

～地域連携ネットワークの構築による課題解決を目指して～

高橋 啓

日本経済研究所調査局 研究主幹

はじめに

地域医療の中核的役割を担っている自治体病院¹を巡る経営環境は厳しさを増している。まず、厳しい労働条件や医療訴訟の増加などを背景として、勤務医不足が深刻化し、診療科の閉鎖を余儀なくされた病院も珍しくなくなりつつある。また、健康保険の診療報酬が平成14年、16年、18年と3回連続のマイナス改定となり、医療サービスの提供コストをまかなうに足る収入を確保することがますます難しくなっている。更に、自治体の財政状況は厳しさを増しており、自治体病院に対する支援が一般会計の大きな負担となっている。老朽化した病院施設を建替えたくても財政負担が大きくて建替えができないという話も随所で語られている。このように、人的にも、物理的にも、経済的にも、地域医療の提供体制の危機を迎えていると言っても過言ではない。

これらの問題は個別自治体病院毎の経営問題として議論されることが多いが、地域の医療供給体制という観点から解決策を検討すべき課題である。具体的には、自治体病院が有する機能や果たしている役割を再検討し、民間病院・診療所や介護施設などの地域の多様な医療関連機関との地域連携の中で解決の道を探るべきであると考えられる。

第1章では医師の人材確保と育成問題、第2章では設備更新と機能連携問題、第3章では地方自治体からの繰出金による政策医療の問題を検討する。結論としては、地域の医療関係機関の協力による「地域ぐるみ」の医療提供体制を構築するためには、自

治体病院は、どのような質の地域医療サービスを提供するのかという目標設定と、その達成に向けた運営努力が第一歩となると考える。

第1章 自治体病院、民間病院ともに深刻な医師不足問題

病院の医師不足が新聞紙上などで話題となっている。この医師不足には二つの要因がある。一つは、平成16年4月にスタートした新臨床研修制度のもとで、地方の医学部付属病院ではなく都市部周辺病院で臨床研修を希望する研修医が増加したことによる地方病院での医師不足であり、二つ目は、労働条件の厳しさや、診療を巡る患者とのトラブルや医療関連訴訟の増加から病院勤務をやめてしまう医師が増加したことによる病院勤務医の不足である。

大学病院、特に地方大学の付属病院での研修医が減少し、大学病院から医師の派遣を受けていた自治体病院から医師が大学病院に呼び戻され、この結果、更なる過密労働が生じることとなる。臨床研修医の大学病院離れと労働環境の悪化が相互に影響して、医師不足を一層深刻化しており、地域によっては立派な病院施設があるのに、医師が確保できなくて診療ができない病院も出ている²。

このため、厚生労働省は昨年8月に「新医師確保総合対策」を策定し、「都道府県が中心となった医師派遣体制の構築」や「急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり」などを実施するとしている。

小児科や産科など、医師不足が深刻化している診療科においては、地域のなかで拠点病院に医師を集

¹ 本稿では、地方公共団体（一部事務組合を含む）が開設者である病院を「自治体病院」と呼ぶこととする。

² 平成18年4月16日付け読売新聞記事

約化することにより解決を図る試みが幾つかの地域で実施されている。

また、地域における医師の供給体制の構築に関して、東北大学医学部の地域医療システム学講座の伊藤恒敏教授は、病床数500床規模の病院が臨床研修において医師をひきつける魅力的な病院「マグネットホスピタル」であると分析している。これは、研修における指導者の確保にはある程度の規模（医療スタッフの数）が必要であり、また、多様な研修機会を確保するためには多様な診療科目や一定数以上の患者数が必要だということが背景にあるものと思われる。更に、伊藤教授によれば、医師のキャリア形成過程を分析すると、医師としての活動の場を定めるまでに10年以上の年数がかかるのに対し、従来の医局制度ではこの間の身分保障が明確ではないという問題もあるという。このため、大学と地域と病院が一体となって医師を育成する「医師育成機構」の設置が地域医療システムの維持には必要であり、500床規模の病院を中核とし、小規模病院、診療所がそのサテライトとして連携する体制を人口20万人程度の2次医療圏毎に整備し、病院ネットワークの中で、地域が医師を育成することを提言している³。

このようなネットワーク体制を構築するに当たって、いくつかの課題があるが、特に自治体病院においては、すべての自治体病院が「マグネットホスピタル」となるだけの規模と機能を有しているわけではない⁴ので、市町村の境界に拘泥することなく、2次医療圏域の住民がより効率的に受診できるような連携体制を構築することが重要である。例えば、自らの市町村立病院を他の市町村の病院に集約することにより規模の拡大と機能の充実を図らなければならない自治体がでてくる可能性がある。また、民間病院が「マグネットホスピタル」となるとともに、

自治体病院が民間病院のサテライト病院として連携・協力を求められる地域が出現する可能性もある。

このため、都道府県が、平成20年の新地域医療計画の策定作業などを通じて、地域住民のアクセスが容易な地域医療提供体制を実現するための積極的な調整を行うことが必要となろう。

第2章 施設の更新に合わせて民間病院などとの機能分担の見直しを

平成18年度の診療報酬改定は-3.16%と大幅な引き下げとなっている。病院や診療所の収入の大部分は社会保険診療に基づくものであり、診療報酬がマイナスになるということは、医療機関の総体の収入がマイナスになる、あるいは、医療産業がマイナス成長になるといっても過言ではない。今回の診療報酬改定は、自治体病院のみならず民間病院にとっても大きな影響を与えるものであり、病院・診療所はこれからますます「不況色」を強めていくことになると考えられる。

一方、多くの自治体病院、民間病院とも病院施設の改修期が到来している。総体としてのパイが縮小するなかで、多額の病院建設費用を回収することは容易ではない。医療圏単位の病床規制があるなかで、事業規模を拡大することにより投資回収を図ることは難しい。また、仮に病床規制がクリアされたとしても、縮小する市場において従来以上のシェアを獲得するということは他の病院や診療所のシェアを奪うということであり、へたをすれば「共倒れ」ということになりかねない。

病院施設の更新は、それぞれの自治体病院が今後進むべき道を規定する極めて重要な投資決定の機会である。従って、それぞれの地域において、自治体病院がどのような役割を果たしているのか、その役

³ 平成18年4月19日付け朝日新聞「視点」

⁴ 平成16年10月1日現在、自治体病院1074病院のうち病床数300床以上の病院は326病院（構成比31.7%）にすぎない（「自治体病院経営ハンドブック（平成18年版）」p11）

割は今後も果たさなければならないのかなどについて、冷静に見直すことが重要である。その際、「機能分担」という視点で検討することが重要である。

自治体病院が住民に提供する医療サービスは「救急医療」「急性期医療」「回復期医療」「療養医療」「日常医療」などが考えられる。これらの医療サービスを提供するために、どのような施設やマンパワーが必要であろうか？例えば、「救急医療」を提供するためには専用の設備と24時間対応可能な医療スタッフを備える必要があるので、ある程度の規模の病院でなければ実現は難しい。また、「急性期医療」も在院日数の短縮が求められているところであり、今後は一層医療密度が上昇することが予想される。従って、「医師や看護師などの医療スタッフの充実・確保が見込めるのか」という点が投資規模を決定する際のポイントとなろう。あるいは、「回復期医療」においては、リハビリ施設の整備などの施設的対応や理学療法士、作業療法士などの急性期医療の場合とは異なるスタッフの確保が必要となる。従って、比較的小規模の自治体病院であれば、救急医療は近隣の大規模病院に任せて、健康診査と回復期医療に重点を置くとか、急性期医療に特化するためにいくつかの病院と統合して病床数の見直しと医療スタッフの効率的な配置・運用を行うなど、まさに、自治

体病院としての「事業戦略」が求められるといえる。

自治体病院は「地域の医療サービスの提供に責任がある」と言われるが、自治体病院だけで総ての医療サービスを提供することは財政的に不可能だと考えられる。民間病院や診療所を含む地域の医療資源の分布状況と自らの規模・能力を冷静に分析して、一定水準の地域医療サービスをどのような連携・協力体制で提供するのが効果的かという検討を地域全体で行う必要がある。人材育成のための規模拡大とネットワーク化と合わせて、機能分担という観点からも、地域医療計画策定作業などを通じて、「地域医療再編戦略」を構築する好期であろう。

第3章 地域の財政負担

地方公営企業の病院事業に対しては、地方自治体の他会計から平成16年度は7,059億円もの資金が繰入れられている（【表1】参照）。

これら他会計からの繰入後でもなお、全体の63.6%の病院が赤字となっており、病院事業全体での収支も1,261億円の純損失を計上している⁵。この結果、企業債残高も増大し、平成16年度末では、ほぼ1年間の総収入に匹敵する規模に達している。中央社会保険医療協議会「第15回医療経済実態調査（医療機関等調査）結果速報」による主な経営主体

【表1】経営主体別他会計繰入金状況（平成16年度）（単位：百万円）

| | 都道府県 | 指定都市 | 市 | 町村 | 組合 | 合計 |
|--------------|---------|--------|---------|--------|--------|---------|
| 収益的収入 | 252,819 | 51,921 | 149,591 | 39,664 | 42,992 | 536,988 |
| 負担金 | 217,017 | 45,991 | 119,762 | 31,453 | 36,510 | 450,733 |
| 補助金 | 27,448 | 5,930 | 28,029 | 6,342 | 4,977 | 72,726 |
| 特別利益 | 8,354 | — | 1,800 | 1,869 | 1,505 | 13,529 |
| 資本的収入 | 62,489 | 8,316 | 64,545 | 11,012 | 22,504 | 168,866 |
| 出資金 | 12,291 | 6,053 | 32,471 | 6,564 | 11,908 | 69,288 |
| 負担金 | 40,476 | 2,218 | 20,856 | 3,627 | 10,191 | 77,368 |
| 借入金 | 8,511 | 45 | 10,912 | 70 | 34 | 19,571 |
| 補助金 | 1,211 | — | 306 | 751 | 371 | 2,639 |
| 合計 | 315,308 | 60,237 | 214,136 | 50,676 | 65,496 | 705,854 |
| 一病床当り繰入金（千円） | 4,431 | 4,276 | 2,169 | 2,076 | 2,164 | 2,958 |

（出典）自治体病院経営ハンドブック（平成18年版）

⁵ 財団法人地方財務協会「地方公営企業年鑑 第52集」

別の病院の収支状況をみると、自治体病院は大幅な赤字（対医業・介護収入比10.2%の赤字）となっているのに対し、医療法人立、国立、日本赤十字社などの公的病院、社会保険関係団体病院、個人病院とも黒字であり、自治体病院の経営状況の厳しさは際立っており、自治体病院の経営改善に関する様々な取り組みが行われている。

「繰入金」の本来の趣旨は、へき地医療や小児医療などスケールメリットのない分野、高度医療、救急医療などコスト負担が大きい分野など、採算性は低い社会的必要性がある医療、いわゆる「政策医療」の円滑な提供のために、自治体の一般財源等から支出するものとみることができる。

しかしながら、自治体病院のみが地域医療を担っているというわけではなく、更に今後、地域医療の提供において民間病院や診療所との機能分担と連携が進むとすれば、民間病院が「政策医療」の一部を担うことが予想される。例えば、第三次救急医療体制の中心となる救命救急センターは平成18年3月現在188施設存在するが、そのうち52施設（構成比27.7%）は民間法人（学校法人、公益法人を含む）が開設した病院であり、救急医療という「政策医療」の中核部分においても民間病院がその提供主体として一定の役割を果たしている（【表2】参照）。つまり、地域医療提供体制の維持という観点からみれば、公営企業のみを対象とした「繰出金」は一般財源の使い方としては偏ったものになっていると考えられる。公営企業である自治体病院と民間病院との機能連携が進捗することにより、「繰出金」の使い

方に関しても再検討が必要となろう。

その際、「政策医療」の部分繰入金ではなく、医療保険の診療報酬のなかで対応するという考え方もあろう。例えば、救急医療は常にフル稼働という状態は好ましくないもので、緊急に需要が発生するというサービスの性格から、供給体制には常にある程度の余裕を持つことが望まれる。これは、企業経営の観点からは、常に不稼働資産を持つということで、事業経営を圧迫する要因になる。まさにこの事業収支の阻害要因となっている部分を補うのが「繰入金」の趣旨であると思われるが、救急医療の必要性は全国どこでも同様であり、その費用の一部は全国共通レベルの診療報酬で負担するという考え方もあると思われる（現在の行為別出来高払いに固定支払い部分を組み合わせる方法が考えられる）。更に、ナショナルミニマムとして、全国统一レベルのサービス提供部分は、診療報酬として対応し、地域の特殊性により「上乘サービス」の必要な部分は、自治体の一般財源からの「繰出金」で整備ないし支援するという組み合わせも考えられよう。

おわりに

平成17年3月末現在、へき地医療拠点病院244病院の71.3%は自治体病院であり、平成18年2月1日現在の地域災害医療センター502病院の45.6%は自治体病院である⁶。このように、地域医療提供体制の中で自治体病院の果たす役割は大きなものがあるが、自治体病院がすべての医療を提供するものではない。

【表2】開設主体別救命救急センター施設数

| 開設者 | 国立 | 都道府県立 | 市町村立 | 公的 | 民間 | 計 |
|---------|------|-------|------|------|------|-------|
| 施設数 | 50 | 71 | 60 | 72 | 99 | 352 |
| 構成比 (%) | 14.2 | 20.2 | 17.0 | 20.5 | 28.1 | 100.0 |

（出典）鹿児島市立病院あり方検討委員会資料を基に作成。

（注）国立には国立大学法人を含む。

⁶ 「自治体病院経営ハンドブック（平成18年版）」p12

人材育成と機能分担の観点から、民間病院との連携関係の構築が必要であり、政策医療実施の観点からは、自治体病院も民間病院も、ともに地域において効果的な医療を提供したかどうかという「アウトカム」評価の対象となるものである。従って、自治体病院は、地域医療サービスのどのような機能をどのようなレベル（質）で提供するのかに関して、明確な目標設定が必要となろう。そして、その目標をいかに効果的かつ効率的に果たしていくのかを常に考え、実践し、更には、具体的に説明することが求められる。そして、自治体病院も民間病院も連携して地域医療の「アウトカム」の向上を図るために、自治体の一般財源からの支援対象は民間病院へも拡

大するべきであろう。これにより、自治体病院と民間病院が医療提供における「アウトカム」向上に連携あるいは切磋琢磨することが期待できると考えられる。

【参考文献】

自治体病院経営研究会「自治体病院経営ハンドブック（平成18年）」2006年8月、榊ぎょうせい
東北大学医学部地域貢献作業班「地域医療システム構築－東北大学医学部の取り組み」2005年4月、東北大学出版会
財団法人地方財務協会「地方公営企業年鑑 第52集」