



公立病院改革 ガイドラインの功罪

鹿追町国民健康保険病院院長
白川 拓

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、地域において提供されることが必要な医療のうち、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にある。特に、100床未満の小規模な公的病院は、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での一般医療の提供、全人的医療の実践と地域包括ケアシステムの確立を目指している。長らく継続した経済不況や医療費抑制政策のため、多くの公立病院において、経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医

療体制の維持が極めて厳しい状況にある。さらに追い打ちをかけているのは、少子化に伴う日本の人口減少社会の進展であり、高齢化率の高い地方の小自治体ほど人口の減少率が高いため都心部に比べて人口減少が激しくなる。つまり、北海道の多くの自治体病院は、将来に向けて病院の存続問題と自治体自体の存続問題(合併吸収)と常に向き合いながら全人的医療を実践していかなければならない。

鹿追町は人口5,600人で、病院のほか診療所2施設、老健施設(100床)、特養ホーム(50床)、それぞれ1施設を有し、高齢化率25.5%(自衛隊駐屯地があるため他の地方自治体に比べ低い)の町である。

鹿追町国保病院は自治体の規模や病院の規模からして典型的な北海道の自治体病院であり、病床数50床(一般23床・医療療養27床)、常勤医2名、外来患者数90人、入院患者数43人、地域の一次・二次医療を担い、プライマリ・ケアに力を注いでいる。ケアミックスで運営し、一般は肺炎や心不全など急性期入院、療養の内訳は特殊疾患、緩和ケア、終末期、リハビリ、社会的入院である。地域社会のニーズに応えるため、専門性より多機能性を重視した運営のため効率の悪さを指摘される。包括ケアシステムの確立のため保健・福祉・介護部門と連携し住民に「安心」「満足」「幸福」を提供することを目指している。

1973年の一県一医大構想に基づき、全国で15医大(医学部)が新設され、10年後には医学部最大定員数

	各年10月1日現在								
	平成2年 (1990)	平成5年 ('93)	平成8年 ('96)	平成11年 ('99)	平成14年 (2002)	平成17年 ('05)	平成20年 ('08)	平成22年 ('10)	平成23年 ('11)
	病 院 数								
総数	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,794	8,670	8,605
国	399	394	387	370	336	294	276	274	274
厚生労働省	252	247	241	229	198	22	22	14	14
独立行政法人国立病院機構	-	-	-	-	-	146	146	144	144
国立大学法人	67	66	65	61	57	49	48	48	48
独立行政法人労働者健康福祉機構	38	39	39	39	39	38	34	34	34
国立高度専門医療研究センター	-	-	-	-	-	-	-	-	8
その他	42	42	42	41	42	39	26	34	26
公的医療機関	1,371	1,378	1,368	1,368	1,377	1,362	1,320	1,278	1,258
都道府県	307	310	308	309	313	303	270	234	219
市町村	772	773	766	762	765	757	729	700	683
地方独立行政法人	-	-	-	-	-	-	22	54	66
日赤	97	97	96	95	95	92	92	91	92
済生会	70	73	74	76	78	81	82	80	81
北海道社会事業協会	7	7	7	7	6	7	7	7	7
厚生連	114	115	114	116	118	121	117	112	110
国民健康保険団体連合会	4	3	3	3	2	1	1	-	-
社会保険関係団体	136	137	134	131	130	129	122	121	121
全国社会保険協会連合会	53	53	53	53	53	52	52	51	51
厚生年金事業振興団	7	7	7	7	7	7	7	7	7
船員保険会	3	3	3	3	3	3	3	3	3
自治体病院数	1,079					1,060	999	934	902

図1 開設者別にみた病院数の年次推移

8,280人に達し、その後は医師数と医療費抑制政策が25年間以上継続したが、2004年の新医師臨床研修制度開始とともに大学病院が医師確保のため関連病院から医師の引き上げを全国一斉に開始したため、医師不足が大きな社会的問題となった。都心部の自治体病院や多くの基幹、中核病院でも医師不足は深刻であった。医師不足が叫ばれ5年後の2008年にやっと医師定員数を増員した。2008年の公立病院改革ガイドラインでは、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しを三本柱としており、不採算地域での医療提供の困難や地域包括ケアシステムの実践を全く無視しており、二次医療圏ごとに都心部の中核病院と郡部のサテライト診療施設へと再編成つまり医療資源の中央集約化を謳っている。

開設者別にみた病院数の年次推移(図1)では、全体の病院数でもこの20年間で1万から8,600へと減

少している。自治体病院数に注目すれば、1990年から2005年の15年間ではあまり減少していないが、2008年から公立病院改革ガイドラインの策定と同時に自治体病院数は連続して減少し、6年間で158病院(全自治体病院の15%)が消失した。病床規模別病院数の対比(図2)では、全国的にも100から199床規模の病院が最も多く占めているが、北海道の自治体病院はその6割以上が100床未満の小規模病院で、過疎地に存在している。北海道の自治体病院数(図3)では2012年9月現在で91病院、2004年(カッコ内105病院)に比べ14病院減った。小規模な自治体病院が6割以上を占め、その多くが療養病床を抱えたケアミックスで厳しい運営状況である。平成の大合併と公立病院改革ガイドラインの影響で8年間で14病院が消失した。この間、診療所に縮小化した9病院(図4)はすべて過疎地に存在する100床未満の自治体病院

病床規模	500床～	400～499床	300～399床	200～299床	100～199床	50～99床	20～49床	合計
全 国 (構成比)	485 (5.4%)	354 (3.9%)	764 (8.5%)	1,149 (12.7%)	2,716 (30.1%)	2,344 (26.0%)	1,214 (13.5%)	9,026 (100.0%)
うち市町村立病院 (構成比)	68 (9.1%)	55 (7.3%)	97 (12.9%)	89 (11.9%)	188 (25.0%)	176 (23.4%)	78 (10.4%)	751 (100.0%)
全 道 (構成比)	26 (4.2%)	15 (2.4%)	48 (7.8%)	77 (12.5%)	199 (32.3%)	197 (31.9%)	55 (8.9%)	617 (100.0%)
うち市町村立病院 (構成比)	7 (7.3%)	4 (4.2%)	6 (6.3%)	5 (5.2%)	11 (11.5%)	44 (45.8%)	19 (19.8%)	96 (100.0%)

○全国の数値は平成17年10月1日現在(厚生労働省「平成17年医療施設調査」より)

○全道の数値は平成18年4月1日現在

○市町村立病院の数値は一般病院のみ

北海道の自治体病院はその6割以上が100床未満の過疎地に存在している小規模病院である。

図2 病床規模別病院数の対比

2012年9月現在(カッコ内は2004年9月現在)

病床数	合計	100床未満	100床以上
道立病院	8 (10)	2 (0)	6 (10)
市立病院	29 (30)	7 (4)	22 (26)
町立病院	13 (15)	8 (11)	5 (4)
国保病院	41 (50)	40 (48)	1 (2)
計	91 (105)	57 (63)	34 (42)
療養病床	39 (54)	39 (46)	0 (8)

小規模な自治体病院が6割を占め、その多くが療養病床を抱えたケアミックスで厳しい運営状況である。平成の大合併と公立病院ガイドラインの影響で8年間で14病院が消失した。

図3 北海道の自治体病院の現状

京極町国保病院	→	診療所 (43→19床)
上川町立病院	→	診療所 (91→19床)
羅臼町国保病院	→	診療所 (48→19床)
町立穂別病院	→	診療所 (63→19床)
新冠町国保病院	→	診療所 (55→18床)
日高町立国保病院	→	診療所 (36→19床)
歌登町国保病院	→	診療所 (38→無床)
大成町国保病院	→	診療所 (32→無床)
幌延町立病院	→	診療所 (36→19床)

図4 規模縮小化した9病院

であった。

北海道の二次医療圏別の医師数(人口10万対)を示したが(図5)、二次医療圏トップの上川中部医療圏312と最下位の宗谷医療圏91で、医師数において3倍以上の格差がついている。北海道全体での市部と町村部の医師数の比較では市部249、町村部87と3倍近い格差を認めた。十勝医療圏での医師数、病床数を人口と高齢化率と比較(図6)、この時十勝医療圏を都心部は帯広市と音更町、郡部は周辺の17町村に分けて検討すれば、医師数(人口10万対)では都心部

179、郡部56、病床数(人口1万対)では都心部195、郡部54、十勝郡部では医師数、病床数において都心部の30%以下の充足率と3から4倍の地域格差、医療格差を強いられている高齢化率の高い過疎地である。最後に、公立病院改革ガイドラインに関しては、都心部の中核病院での医師不足を回避するため、医療資源の中央集約化を意図した再編・ネットワーク化であるため、二次医療圏でも都心部では大いに歓迎されるが、郡部ではかえって医療の縮小化、医療崩壊へすでにつながっている。

○札幌圏に全道の医師の約半分が集中しており、地域偏差が著しい。(単位：人)

区分	全国	北海道				
		全道	市部	町村部	最高圏域	最低圏域
医療施設従事 医師数	280,431	12,019	11,097 (92.3%)	922 (7.7%)	札幌圏 6,196	南檜山圏 30
人口10万対 医師数	219.0	218.3	249.4	87.2	上川中部圏 312.2	宗谷圏 91.2

圏域名	人口10万対 医師数
1 上川中部	312.2
2 札幌	264.5
3 南渡島	216.6
4 西胆振	205.3
5 中空知	204.8
6 北空知	193.2
7 後志	175.2
8 上川北部	161.9
9 十勝	160.9
10 釧路	160.1
11 南空知	157.8
12 東胆振	151.3
13 北網	146.8
14 留萌	133.7
15 富良野	131.9
16 遠紋	131.0
17 北渡島檜山	121.8
18 南檜山	114.1
19 日高	102.2
20 根室	94.3
21 宗谷	91.2
全道	218.3

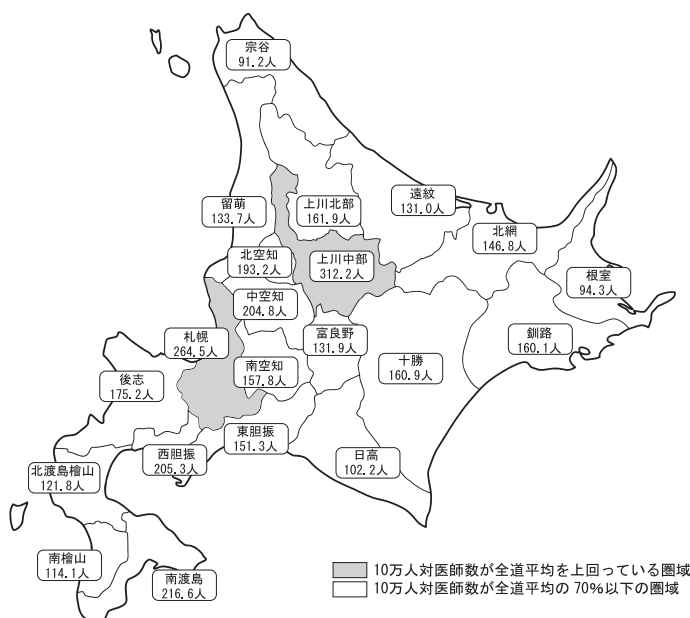


図5 2次医療圏別格差(平成22年末)

	医師数	人口10万対	病床数	人口1万対	人口(万人)	高齢化率
全 国	286,699	224.5	1,583,073	123.8	12,779.9	23.3%
全 道	12,447	224.9	98,526	179.6	548.6	25.3%
十 勝	460	130.3	4,896	138.7	35.3	25.4%
都 心 部	382	179.3	4,144	194.5	21.3	23.1%
郡 部	78	55.7	752	53.7	14.0	29.1%

都心部は帯広市と音更町、郡部は周辺の17町村(15町2村)

2012年3月現在

すでに、十勝郡部の17町村は医師数、病床数において都心部の30%以下の充足率と3から4倍の地域格差、医療格差を強いられている高齢化率の高い過疎地です。公立病院改革ガイドラインに関しては、二次医療圏でも人口の多い都心部は歓迎されるが、郡部の過疎地ではかえって医療の縮小化、医療崩壊へつながる。

図6 十勝での医師数、病床数を人口と高齢化率と比較