

地域医療が危ないつて

どうしようもないか？

「地域医療」という言葉、

そしてそれが危ないんだという声を、よく耳にします。

でも正直、何がどうなっているのか、

よく分からないですよね。

基礎的なことから確認してみましょう。

編集／医師35人の合同編集委員会

事務局／ロハスメディア

監修／平井愛山 東亜病院院長

中村利仁

北海道大学大学院助教

イラストレーション／コージートマト

医師がいないと 病院つぶれる

過 去何度か、現在の日本は医療者が相当足りない状態にあって、医療を受け

たくてもなかなか受けられない崩壊現象が始まってしまったことを特集してきました(08年4月号など参照)。

この、「受けたくてもなかなか受けられない」を、もう少し正確に表現すると、地域や診療科によっては医療を受けたいと思った時に生活圏内で受けられない、もしくは待たされるといような状態が増えたということになります。

きちんと定義なしに「地域医療」と言うと、人によって思い浮かべるイメージが異なりますがちなので、今回の特集では、この「生活圏の中で必要な時に受けられる一定水準以上の医療サービス」を地域医療と定義します。そして、それが時と場合によって供給過少になっっていること、しかも過疎地域だけでなく東京23区に代表される大都市にも共通する課題であることを出発点にして先へ進みます。

さて、なぜそういうことになったかを考える前に、基礎



知識を確認します。医療が提供されるには、医療機関が安定的に存在できる必要があります。そのため、医療機関の収入が支出を下回らないことは絶対条件です。

医療機関の場合、日常的な収入源の大部分は、医療行為に対する保険からの診療報酬。実はここに、医師不足が地域医療の危機に直結する、その原因の一つが隠れています。

医療行為というのは、医師がいないとやってはいけないので、いくら豪華な設備があるうが他に優秀なスタッフがいようが、医師が在籍しなければ医療収入も生まれません。常勤勤務医1人が年間に稼いだ診療報酬は平均約1億

円とされています。誤解しただけで1億円受け取れるというのではなく、他のスタッフや設備の稼働によるチーム医療に対して報酬を受け取れるようになるということ。

スタッフの人員費や医薬品の代金など支出を全部賄わなければならぬので、医師1人あたり1億円の収入でも決して多いとは言えず、むしろ病院向け診療報酬は低すぎて、多くの病院で利益が出ていないか赤字になっています。

もう一つ基礎知識。医療機関には、官営のものと民営のものがあります。官営のものは一般に公立と呼ばれますが、民間機関も公益には貢献して

いるので、ここでは「公」の字を使わず官営で統一します。

なぜ2種類混在しているかというと、医療機関の整備をまず民間に任せてみて、足りない分は自治体が身銭を切ってもやるとい考え方で進んできたからです。採算に合うなら自然と民営で賄われる理屈ですから、不採算な部分は官営病院がほとんど担うという構図になります。ただし、もっぱら首長の権力誇示の材料としてつくられた官営病院があるとか、いったん官営病院ができてしまうと、病床規制(08年5月号参照)があるため、民間が望んでも拡大や参入をできないという問題も現実に存在します。

減り始めたら 止まらせない

【医】療供給の過少さは、救急車の受け入れ先がなかなか決まらないとか、病院の診療科が縮小・閉鎖されるとか、極端には病院そのものがなくなるという形で表面化します。たいてい原因は、医師を中心とする人手不足です。

患者・住民側からは、その不便さだけに目が向きがちですが、舞台が官営病院である場合、自治体には別の危機も同時進行します。

医師が在籍していなくても、病院で医師以外のスタッフの人員費は発生し続けます。しかも官営の場合、働く人の多くが公務員で簡単に減らせません。当然、赤字になります。例えば医師が定員より10人足りないとする、それだけで10億円近い赤字が出てもおかしくないのです。早く手を打たないと、雪だるま式に病院の赤字が膨らんで、自治体そのものまで共倒れします。

また、医師定員を満たすのも一苦労です。官営病院の常勤医といっても、公務員として地域に骨を埋める覚悟の人ばかりではありません。むしろ一定の期間を勤めたら、派遣元の大学医局に戻るか開業するかを考えている場合が多いのです。この発想の違いが、根っからの公務員が揃う役に理解されません。

ます。そのことも余り理解されていません。その結果例えば、医師の側は苦勞を買って出ている専門職の人間として敬意を持って遇してほしいと願っているのに対して、開設者側は高い給料を払っているのに何の文句があるのだ辛抱が足りないんじゃないかと思ってしまう。給料を上げなくても大事にすれば医師は居つくし増えるというのは、兵庫県立柏原病

院でお母さんたちが「お医者さんを守ろう」と行動した結果で全国に知れ渡りました。大事に扱えば、個人の事情で離任する医師が出たとしても、後継者を期待できます。逆に、もし医師が勤務の過酷さを理由に辞職した場合、あの地域は医師を使い捨てにするという情報になって全国を駆け巡り、勤務条件を改善しない限り後継者は来ません。まして、定員を満たすなど夢のような話です。

条件を改善するといつても、そもそもなぜ過酷だったか突き詰めると、自治体の財政に余裕がないか、ケチつてきたからという場合がほとんど。元々それだけの規模の医療機関を維持する能力がなかったのに、ハコだけ作ってしまった結果とも言えます。ひとたび医師が辞め出すと、残った医師の勤務はさらに過酷になって次々と辞職が連鎖し、そして病院の赤字も膨らんでいきます。

だから根本的な「手」とは、医師を含め働く人をきちんと処遇しても費用を負担できるような身の丈にあった病院規模に縮小するか、近隣の市町村病院と合併し集約化するしかないことです。ただし、それは短期的には地域医療の後退と映ることでしょう。また集約化の場合は、医師だけでなく根っからの公務員である看護師や事務職員も集約する必要があります。ある程度時間がかかります。



どうするののか

将

来は医療機関を集約化するとして、でもまず眼前に危機があります。実は、現在の官営に多い100〜300床程度の総合病院は、大学医局から派遣される医師からすると「怖い所」です。なぜかという、医師養成を主に担っている大学医局（06年9月号、08年12月号参照）が専門分化し過ぎていて（08年9月号参照）、他医局の領域は不案内という医師が多く、全領域の医師が揃わな

い総合病院では、不案内な領域の診療を強いられる医師が出るからです。「怖い」の中には訴訟のリスクも含まれます。全領域の医師を揃えるには一定の医師定員が必要で、そのための規模は500床程度になります。小さな官営病院は定員を満たしていても怖い所、まして定員に欠けていたら……お分かりですね。縦割り臓器別医師養成の方にも問題があるとの反省から、卒業後2年は幅広い診療科を

回る新臨床研修制度が始まったものの、効果が出るより先に医師不足を加速させました。新年度から制度見直しが行われることになっています。加えて地域によっては病院だけでなく診療所すら全く足りないところもあるため、病院勤務医は外来対応でも疲弊することになります。このような状況なのに、まだ多くの自治体が、ただただ大学医局に対して医師派遣の要請を続けています。医局側でもない袖は振れませんし、「怖い所」に送り込むと評判が立つとますます入局者が減ります。入局者が減れば『地域最後の砦』である

大学病院そのものの危機です。大学自体も独立行政法人化により病院が赤字を出すにつぶれる構造になりました。

大学医局だけに頼る限り、眼前の危機はしのげません。現状の官営病院を支えるには、1人で幅広い分野を担当できる地域病院基盤型の総合診療医とその養成システムがどうしても必要です。

実は地域病院基盤型の総合医になりたいと思う医学生は少なくありませんが、その養成コースがほとんどありません。また専門医として働いている勤務医も開業する場合には総合的能力を身に付けたいと願うものなので、養成システムに対するニーズは確実に存在します。医師養成には現場（つまり病院です）が必要で、養成コースの構築に地域として協力すれば、お互いに得るものが大きいでしょう。

また、より根源的なポイントに立ち返ると、医師不在では他の有資格者がいてもサー

ビスを提供できないし報酬も受け取れないという重大な法的制限があります。一方で、地域の人々が求めているものの中には、実は医師ではなく、ソーシャルワーカー、看護師、薬剤師、臨床心理士などのコメディカルによって提供される方がふさわしいものも数多く存在します。

そういったものを、病院内に医師不在でも報酬を受け取れるようにしてはいけないのかとか、こういった制約は本当に妥当なのかといったことは、実は医療界内部では議論しづらいことで、矛盾を感じたならば地域住民としてだけでなく国民・有権者として、もっと外から発言してもよいことではないでしょうか。

公立病院 改革ガイドライン

総務省が07年12月に出しました。
①経営の効率化 ②再編・ネットワーク化 ③経営形態の見直しという3つの視点を掲げ、官営病院への赤字補てんは、地域医療に果たしている役割の範囲内に限ることをうたっています。これに従えば、役割を果たさずに赤字だけ出しているような病院は淘汰されざるを得ません。

