

地域医療

—自治体が医療機関を持つ意味—

佐藤 雅代

財政・社会保障制度研究班主幹
経済学部准教授

はじめに

社会保障の問題が国家的な課題となって久しい。財源獲得の問題とあわせて年金が目目されることも多いが、老若男女問わず直面する医療も度々問題視される。現在の給付額の多寡が課題の大きさをそのままあらわすとは言い切れないものの、年金に次いで大きな割合を占める医療はとて大きな課題と言えよう。特に、多少乱暴な言い方をすれば、年金同様に財源が必要なことに変わりはないが、たとえ財源が確保できたとしても現物サービスの担い手・供給の体制が整っていなければ提供することができないという意味でサービス供給の伴う医療は難しい。

近年、「医療崩壊」という言葉を耳にすることが多い。人々の命と健康を守る医療がうまく機能しないことが「崩壊」と称され、次から次へと困難な事象がマスコミ等で取り上げられるからである。昨今の厳しい経済状況、少子高齢化の進展にともなう人口減少の局面では、都会でも田舎でも医療に限らず大小様々な崩壊が起こっているといえるかもしれない。

その中でも、自治体病院は、経営の悪化や医師不足等による医療機能の低下に直面し、医療機能に支障が生じはじめていと言われている。公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を構築するために、必要な医療機能を整備するとともに、経営の改革を進め、持続可能な公立病院を築きあげることをめざしているものの、課題山積である。

筆者は、地域医療や自治体病院に対するイメージが、各人が所属する地域によって大きく左右されていると認識している。また、めざすべき医療体制のイメージは十人十色なのではないだろうか。このような状況下では、どのような体制整備や改革も人々に満足を与えず、隣の芝が常に青く見えて羨ましく、人々が無いものねだりをし続けることになってしまうと危惧する。そこで本稿では、自治体が医療機関を持つ、すなわち（皆が負担する）税金で医療機関を持ち地域医療を支えることについて検討することとする。

1 考えてみる： 24時間365日、人を雇う。

(1) 必要な人件費

簡単化のために、24時間365日、その場所にいてもらう人を自治体が雇うことを考える。その人が医師免許や看護師免許のような資格や専門的な技能を有していること、医薬品や医療機器がその場所に備え付けられていることなどは考えず、起きていることあるいは比較的簡単な作業をしてもらうといったことがここでの業務である。そうであるならば、診療報酬などの収入はいっさいなく、自治体は自主財源（すなわち税金）で人件費を賄わなければならない。

仮に1時間あたり1,000円の時給とすると、876万円必要である。

$$24（時間） \times 365（日） \times 1,000円 = 8,760,000円$$

1人を8,760時間雇うという解釈であるなら、民間給与実態統計調査の平成21年調査結果によると、平均給与は406万円（男性500万円、女性263万円）となっており、876万円は高い水準ということがわかる。

(2) 必要な人数

しかし、同一人物が24時間365日、上記の業務に従事することは出来ない。食事や睡眠といった生存に必要な時間はもちろんのこと、休暇をとることも必要だからである。そうであるなら、常に上記の業務に従事する1人を雇うためには、何人必要であろうか。

1日8時間の勤務としても最低3人が必要である。もし、876万円をただ三等分するのであれば、1人当たりの収入は292万円となる。女性の平均給与より30万円ほど多いが、この場合、全員無休のシフトとなる。

4人なら、週休2日（月に1度週休1日）のシフトが可能となる。ただし、時給1,000円で考えるなら、1人当たりの収入は219万円となる。

民間給与実態統計調査の平成21年調査結果によると、「医療、福祉」業種では、平均給与は599万円（給料・手当526万円、賞与73万円）である。週休2日で4人をこの「医療、福祉」業種の平均給与で雇用するとするなら、2,396万円が必要である。

(3) 医療機関で考える

ここまで考えてきたのは、その場所にいてもらう人を1人だけ雇うことであった。しかし、医療機関にあてはめて考えると、医師1人に少なくとも1名以上の看護師が必要であろう。最少人数として2人（医1、看1）が24時間待機している体制を考えると、それぞれ週休2日のシフトで8人が必要になる。

時給1,000円パターンで考えても最低で1,752万円（876万円×2）が必要となるし、「医療、福祉」業種の平均給与で考えると4,792万円が必要となる。

実際には、医療機関での診察・治療等のためには医薬品・医療機器等も必要である。また、救急の対応を含めて外来、手術、入院といった全ての医療行為を行う施設で、医師1人・看護師1人という体制は全く現実的ではない。患者を受け入れれば診療報酬の形で収入が見込めるのではあるが、患者があろうがなかろうが常時医師2人以上待機の体制をとるには何人の医師等の医療従事者とどれだけの費用が必要かのイメージを持つことが必要である。

2 地域差について

二次医療圏別に北海道医療の特色をデータからとらえた石井（2009）は、北海道を対象に自治体病院を取り巻く経営環境の変化について検討し、経営的なアプローチから病院改革の可能性に言及している。そこでは、地域医療を地方財政の一構成部門として捉える視点も重要であるが、面積の広大さによる距離のハンディを持つ地域のセーフティーネットをいかに確保するかについては、全国画一の公立病院改革ガイドラインとは異なる視点で議論が必要であると結ばれている。また、住友他（2008）は、北海道を例にとり、ガイドラインに沿って病床利用率が70%未満の自治体病院の一般病床が全て廃止された場合に、他の医療機関でどの程度入院患者を吸収可能であるか等を推計し、将来にわたる需要の変化を見越した医療確保策の策定の必要性を述べている。さらに、佐藤（2010）は保健や福祉との連携や、地域包括医療の仕組みといったこれから目指すべき姿を議論するために、北海道北部の町である中頓別町を事例として地域医療を考察している。

これらの先行研究は、公的医療機関が大きな役割を果たす北海道を分析したものであり、北海道についての考察としては正しい考察と言えよう。しかし、視点を全国に向けた時に同じ結論が出るのであろうか。地域差を検討する際には、比較の対象をいかに選択するかがポイントになるため、その点もふまえて検討してみる。

(1) 人口10万対医療施設従事医師数からみた地域差

表1に示しているのは、人口10万人に対する医師数である。地域の面積・人口規模などの要因の影響を除外して、一律のベースで比較するには非常に便利な指標である。

全国でみると、医師総数は人口10万人あたり224.5人、そのうち医療施設の従事者が212.9人である。医療施設の従事者というのは、病院（患者20人以上の入院施設を有する施設）従事医師のみならず診療所（入院施設を有しない施設、または患者19人以下の入院施設を有する施設）従事医師等も含む上に、全てが常勤ではないため注意が必要であるが、24時間365日必ず医師が1人医療に従事している（1日8時間勤務で週休2日）と仮定すると10万人に対して約50施設という計算になる。

つまり、住民2,000人の町で年中無休で24時間医師が1人いる医療施設が1つあるとイメー

表1 人口10万対医師数(人)

	総数	(再掲) 医療施設 の従事者		
			男	女
全 国	224.5	212.9	174.5	38.5
北海道	224.9	213.7	186.0	27.7
東 京	296.6	277.4	207.0	70.4
滋 賀	206.8	196.0	163.4	32.6
京 都	295.0	279.2	223.2	56.0
大 阪	257.2	243.3	196.7	46.6
兵 庫	220.4	209.2	173.2	36.1
奈 良	215.0	207.1	172.8	34.3
和歌山	268.8	257.0	216.2	40.8
再 掲				
京都市	398.1	373.6	291.7	81.9
大阪市	328.1	308.7	246.0	62.6
堺 市	189.0	182.3	151.1	31.2
神戸市	289.8	270.6	219.5	51.1

出所) 2008年 医師・歯科医師・薬剤師調査より筆者作成

ジすればよいだろう。患者がたとえいなくても、医師1人と看護師1人に常時いてもらうためには、時給1,000円パターンで考えると住民1人当たり年額8,760円(月額730円)、「医療、福祉」業種の平均給与で考えると年額23,960円(月額1,997円)の負担が必要となる。

実際には、常に医師が1人しかいない医療施設ではその機能が限られてくるため、たとえば10人の医師が常に従事しており複数の科があり高度な手術等の処置が可能な大きな医療施設をイメージするなら20,000人に1つとなるし、50人の医師ならば100,000人に1つとなる。実際には、平成20年では、医療施設の従事者(総数286,699人のうち94.3%の271,897人)のうちでは、病院に従事する医師が47.0%と最も多く、続いて診療所35.9%、医育機関附属の病院17.1%という内訳になっている。

さて、全国を基準に医療施設に従事する医師の数を検討すると、そのばらつきは非常に大きい。関西2府4県で見ると、全国水準を超えるのが3府県、低いのが3県であるため、全国並みであると解釈することもできるだろう。しかし、従事者数が多いだろうと容易に想像がつく東京都277.4人に対して、京都府が279.2人とより多いことには驚く人も多いのではないだろうか。都道府県別だと、京都が全国で最も医師数が多く、次いで徳島県277.6人、東京と続く。逆に、最も少ない埼玉県は139.9人、次いで茨城県の153.7人、千葉県161.0人であり、関西で最も低い滋賀県に比較してもかなり少ないことがわかる。

また関西の大都市のみで見ると、人口規模の小さい堺市を除いて全て非常に高い水準である

こともわかる。これは、人口規模の影響を排除して人口10万人あたりで考えても、大都市に医師および医療機関が集中していることを示す。

(2) 経営主体別病院数

医師数からみた地域差を見てきたが、表2に示しているのは都道府県別・経営主体別の病院数である。病院とは、患者20人以上の入院施設、つまり20床以上のベッドを有する医療機関である。

表2 経営主体別病院数

経営主体 都道府県	総数	公 的					社会保険 関係団体	医療 法人	個人	その他
		国	都道府県	市町村	地方独立 行政法人	計				
1 北海道	594	13	9	94	1	148	5	389	20	32
13 東京都	648	20	19	9	—	55	14	403	49	127
25 滋賀県	60	3	3	11	—	21	1	28	2	8
26 京都府	177	7	4	15	1	31	3	101	12	30
27 大阪府	541	9	2	23	6	50	7	393	44	47
28 兵庫県	353	8	14	30	—	57	4	230	35	27
29 奈良県	76	2	4	7	1	17	1	47	3	8
30 和歌山県	92	3	1	14	2	23	—	60	2	7
全 国	8,794	276	270	729	22	1,596	122	5,728	476	872

出所) 2008年度 医療施設調査より筆者作成

全国に8,794の病院があり、うち、65.1%の5,728が医療法人、18.1%の1,596が公的な組織（国、都道府県、市町村など）がそれぞれ経営している。公的な組織の中では市町村立病院がもっとも多く、公的主体の経営する病院の約半数となっている。

(3) 自治体病院数

地方公営企業法適用の自治体病院数を示しているのが表3である。先の表2では公的組織が経営する病院は1,596であったが、そのうち地方公営企業法適用で運営されている病院は936である。

「地方公営企業法の全部適用」とは、事業管理者の任命、独自の職員採用、経営状況に応じた給与の決定、企業会計による財務処理などの地方公営企業法の全規定の適用を受けることであり、基本的には、全ての公営企業が全部適用である。しかし、病院事業については、特別に財務（予算、決算、契約等）に関する規定のみを適用し、その他は自治法の規定を適用する経営形態を認めている。これを「地方公営企業法の一部適用」といい、多くの自治体病院が、この

表3 地方公営企業法適用の自治体病院数（2008年度）

経営主体 都道府県	経営主体					計
	都道府県	指定都市	市	町村	組合	
1 北海道	8	2	29	61	1	101
13 東京都	11		4	2	3	20
25 滋賀県	3		9		2	14
26 京都府	2	2	7	2	2	15
27 大阪府		5	16			21
28 兵庫県	13	2	18	3	7	43
29 奈良県	3		4	2	1	10
30 和歌山県	1		4	5	4	14
全国	198	43	398	193	104	936

出所) 平成20年度 地方公営企業年鑑（病院事業）より筆者作成

経営形態を選択している。

(4) 公立病院の病床の占める割合

次に表4で示すのは、公立病院の病床の占める割合である。全国で見ると、全体の約10%が市町村立病院の病床であり、全体の22.6%の病床が市町村立も含む国公立病院の病床となっている。

表の示す都道府県だけを見ても、公立病院の病床の割合に非常に幅があることがわかる。これは、公立以外の病院すなわち医療法人立などの民間病院の病床の多寡と関係している。ただし、民間病院が無いから公立病院がある地域も少なくないが、民間病院と競合して公立病院が

表4 公立病院の病床の占める割合（%）

経営主体 都道府県	総数	市町村立		地方独立行政法人		国公立計	
		実数	比率	実数	比率	実数	比率
1 北海道	101,071	14,621	14.5	938	0.9	22,599	22.4
13 東京都	128,243	2,780	2.2	0	0	20,001	15.6
25 滋賀県	14,944	3,428	22.9	0	0	5,177	34.6
26 京都府	36,598	3,023	8.3	1,065	2.9	7,986	21.8
27 大阪府	109,503	7,940	7.3	3,821	3.5	16,765	15.3
28 兵庫県	64,760	8,214	12.7	0	0	16,644	25.7
29 奈良県	16,544	1,542	9.3	945	5.7	4,156	25.1
30 和歌山県	14,324	3,024	21.1	926	6.5	5,278	36.8
全国	1,609,403	158,587	9.9	12,604	0.8	364,101	22.6

出所) 平成20年度 地方公営企業年鑑（病院事業）より筆者作成

存在している地域も少なくない。そのため、地域ごとにその特徴を正確に把握することが求められるわけだが、関西2府4県でみると市町村立でみても国公立計でみても大阪は、いずれも全国水準を下回る低い水準となっている。滋賀と奈良は全体の3分の1以上が、兵庫と奈良は4分の1が国公立病院の病床である。

3 自治体が医療機関を持つ意味

財政的な観点からは自治体病院の集約化や診療所化といった議論も出るが、人口密度の低い地域においては1つの病院の存廃は当該地域の受診機会（特に移動距離）を大きく変化させることになり、一定レベルの医療提供や公平性という観点から都市住民との間に大きな医療格差を生じさせる結果になる。また、医療提供体制の整備の観点からこれ以上の医療機能低下を食い止めようにも、自治体財政や病院会計の厳しさに直面している。必要な医療体制の整備と、継続可能な財政基盤の確保の両方が実現されなければ、自治体病院による地域医療体制は縮小か廃止の方向に進む他はない。

自治体病院の存廃が議論の俎上にあがると、昔からあるのだし、遠くの病院に行くのは大変だからそのまま維持してほしいという嘆願がなされることが多い。自治体病院の維持のためには、患者がゼロでも固定費用を負担し続けることと理解する必要がある。また、税金という財源がどこか別のところにあるのではなく、自分たちが負担しているという自覚を強く促したい。その上で、やはり自治体立の医療機関を持つと判断するのであれば、それは住民および自治体の選択であり、彼らの責任の上で協力・維持していくべきと覚悟すべきであろう。

4 終わりに

医師・看護師不足とそれに伴う病院・診療科の休止や閉鎖、救急患者のたらいまわしなど、問題とされる事象は非常に多い。これらは都会でも起こっているが、人口密度が低く民間医療機関がほとんどない地域ではその深刻さの度合いを増しており、複合的な要因から地域医療は崩壊の危機に直面している。なぜなら、医師や看護師といった医療スタッフの不足を始めとする様々な医療資源の不足は過疎地域でより深刻であり、不採算地域ゆえに今までは自治体病院が公立の機関として保健・医療・福祉の機能を担ってきたものの財政制約が強まる中では不採算分の一般会計からの繰入にも限度があるためである。

村上（2008）は、「最終的には住民の意識の問題であり、地域への愛着や自主性がどれくらいあるか」と述べている。病院があれば安心と思ったり、最低限今までと同じ医療環境を維持し出来ればさらに充実させたいと考えたのではなく、限られた資源をどう使うかを住民が主体的に考え、選択していかなければならない。

これまでは、困れば都道府県や国から何らかの形で資源が投下されてきた部分があったが、地域医療の危機を認識した住民らが、熟考の末にどのような選択をするか、引き続き注視したい。

参考文献

- 石井吉春（2009）「北海道における自治体病院の経営実態と病院改革のあり方」『年報 公共政策学』Vol.3、pp.39-57.
- 佐藤雅代（2010）「地域医療を考える ―中頓別町にて―」『関西大学経済論集』第60巻第1号、pp.19-32
- 住友和弘・石井吉春・泉田信行・長谷部直幸（2008）「公立病院改革ガイドラインに関する一検討」『HOPS Discussion Paper Series』No.11.
- 村上智彦・三井貴之（2008）『村上スキーム ―地域医療再生の方程式―』エイチエス株式会社.