

## ＝身近なところで医療を受けたい・利用者の意識は変わるか＝

今回も、前回に引き続き、本田氏の書評に指摘された3事項に関してです。  
第2点目の「身近なところで医療を受けたい」という利用者の意識は変わるかという点について考えます。

### <本来的に、身近な病院という言葉はおかしい……>

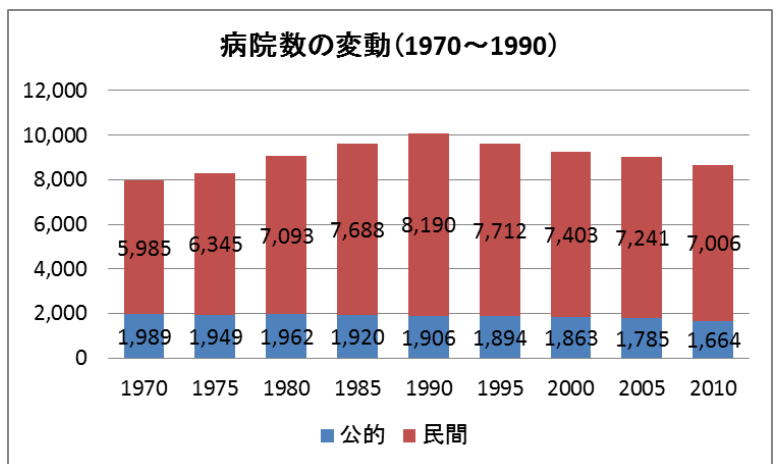
常識的に言えば、身近な医療機関は診療所であり、病院は診療所では対応できない場合に行く専門的な存在であり、「身近な病院」という言葉は、本来的な矛盾を含んでいます。専門的なものが、全国的に「身近な存在」になることは、普通では考えられないからです。

数で言えば、日本の病院数は 2010 年段階では 8,670 か所ですが、高等学校や公共図書館(教育機関の図書館を含む)が 5 千か所程度、中学校が 1 万か所程度、保育所が 2 万か所強といった全国の公共施設等との比較で言えば、日本の病院は、中学校よりは遠く、高校・図書館よりは近い存在と言えます。

病院数 8,670 か所という数字は、今から 40 年ほど前の 1970 年代の病院数に相当します。

高度成長期の医療費増加政策(診療報酬改定率が二桁時代)の追い風を受けて、病院数は、1990 年前後では、中学校数(現在)並みの 1 万を超えるまでに増えました。1970 年以降、毎年概ね 100 か所以上の病院が増えた計算です。

診療所が拡大して病院になったり、新設のベッドタウンに病院が新設されたりと、経済も病院数も右肩上がりの時代に、「身近な病院」という意識が普及・定着したものと考えられます。



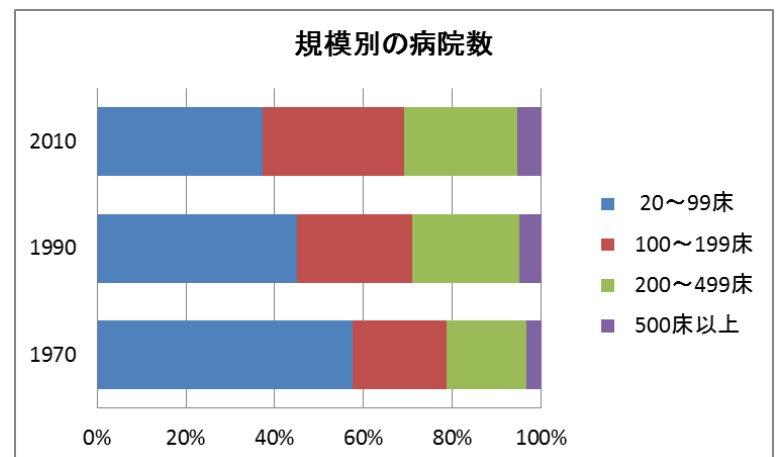
1990 年前後をピークに、医療提供の変化、経営環境の変化を背景に、病院数は減少に転じました。増加にかけた時間と同じような時間をかけて、ピーク時から現在まで 15%程度は減ったのですが、それでも、他の国に比べると病院数は非常に多い水準にあります。

現状を、人口 10 万人当たりで比較すると、米国では 2 か所弱、ドイツでは 3 か所弱、比較的多いフランスでも 5 か所弱ですが、日本では 7 か所程度の水準です。フランスと比較しても約 40%多いという状態です。

この日本の病院の数の多さの要因の一つは、100 床未満の小規模な病院の比率が高いという点です。

100 床未満の病院は、40 年ほど前は、6 割程度を占めていましたが、その後、淘汰が進んだものの、現在でも 4 割程度を占めています。これが、日本の「身近な病院」の意識を支える大きな要因となっていると思います。

もし仮に、この規模の病院がなければ、国内的には、病院は高校や図書館等と同等の存在となり、外国との比較ではフランスとの病院数(対人口比)に相当することになります。



個人的には、本来、病院とは、この程度の距離感ではないかと考えます。

### <存続できない身近な病院>

まず、小規模な病院は、基本的には今後も淘汰が進むでしょう。

右図は、規模別の平均的な医師数を示すものですが、50床未満では4.8人、50～99床では6.6人と毎日の医師当直を行うに必要最低限の7人の医師数を下回っています(週1回の当直を標準とすると、医師は7名以上が必要)。

こうした病院では、満足な入院医療を行うことは困難なはずで、こうした病院では、通常、各医師の専門は異なりますので、医師当直の体制で夜の診療を行うとしても、毎日ではできません。当直している医師の専門とは違う患者には対応できないからです。

この結果、これらの病院は、地域の需要には満足に答えられていませんし、病床の稼働率も低いのが通常となります。もちろん、これらは医師不足を訴えているのですが、各病院で医師確保をすることは、現実的には不可能です。

以前、合併した町村に、元々あった2か所の自治体病院の存続に関して相談を受けましたが、ちょうど、この条件に該当するものでした。答えは簡単であり、一方を閉めて診療所にし、一方に全ての医師を集めて毎日の夜間対応ができるようにするのが最善というものでした。

町議会では、地元対策として、種々の反対もあったようですが、結局は、医師の疲弊と赤字という現実の前に、町長の英断もあり、当方の提案どおりになったようです(その後、医師の引き上げがあったようですが)。規模が小さなものは、人材確保・育成、経営管理の双方の面で事業継続としては無理があり、身近な病院として存続させるには、無理があるということです。

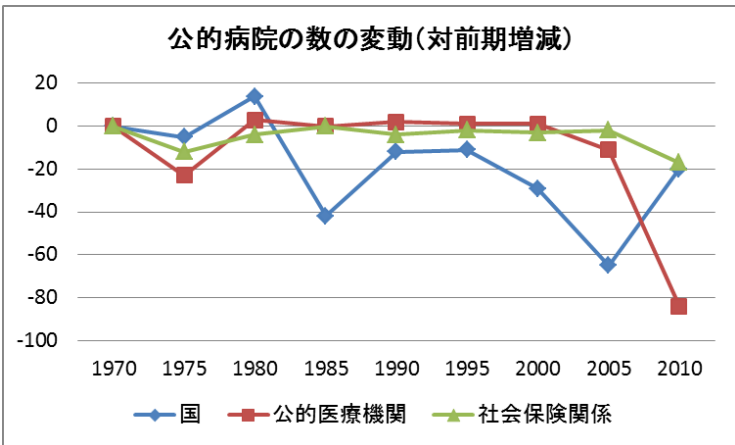
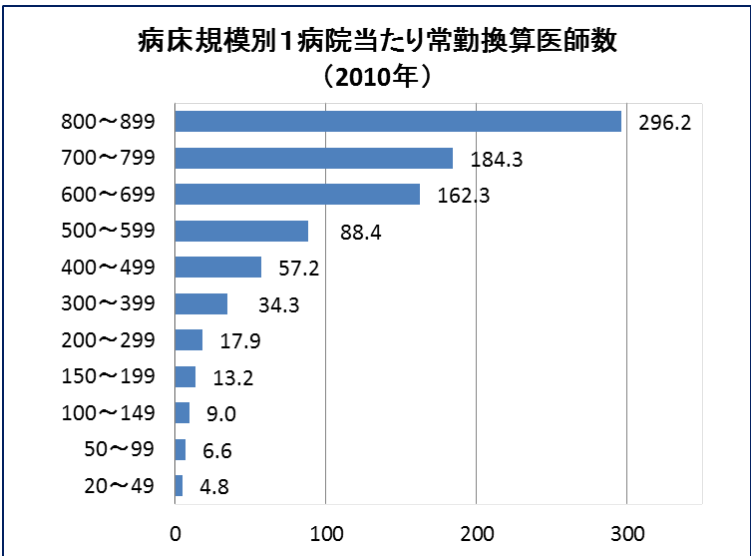
また、最近、存続が厳しくなっているのは自治体病院です。

右図は、公的病院の増減(対前期)を示すものです。2005年までは国が統廃合を通じて、毎年のように数を減らしていましたが、2000年台後半からは、その中心が自治体病院(公的医療機関の主力)に移りました。

2007年末に、総務省(公営企業の監督庁)において、公立病院改革ガイドラインが作成され、経営内容にメスが入る可能性が見えましたが、その後の政権交代で、公的支援が強化され自力改善の意識が薄れた顛末は、拙著(データで分かる病院経営の実学)でも記載しました。ちなみに、平成22年度の決算では、自治体病院全体で4兆4,313億円の収入のうち5,417億円(12%強)が税金投入であり、この他に、設備投資等に係る税金投入が1,981億円もあります。

いわば、税金で極めて低い生産性を支えているのが実態であり、他の公的や民間病院では、考えられない状態です。個別自治体病院の平成22年度決算は [http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/h22.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/h22.html) に示されていますが、他会計繰入(税金投入)を差し引くと、ほぼすべての病院が赤字です。中には、3割を超える赤字になるものもありますし、自病院のHPには税金投入額をあえて書かない病院も散見されます。こうした経営状態を続ける自治体病院は、規模にかかわらず淘汰されることになるでしょう。

数年来、TV等のマスコミを通じて「病院が閉鎖して地元が困る」と話題になるのは、ほとんどが自治体・公的が主体ですが、隠れた多額の地域負担が見えないまま、あると便利程度の利用面に着目した表明でしかないように思います。便益と負担のバランスを考えないで、一方的に利害を主張したがる日本的な情緒主義なのでしょうが、ほとんどの場合には、他の近隣の病院に「負け」ていて、実際には、閉鎖したとしても困らない事例が多いと思います。閉鎖しても困らないものを、多額の税金で支える・・・不思議な自治体病院が多くありますが、先が短いことは確実です。



## <問題解決はアクセス確保のアプローチ>

今後とも続く病院淘汰の流れの中で、常にマスコミで取り上げられる「身近なところで医療を受けたい」という住民意識を変えるためには、結論から言えば、正確な事実の提供と医療機関へのアクセス確保を充実する施策の組み合わせで、個別に解決していくしかないでしょう。存在意義の薄れた医療機関を明確にし、その廃止等につき、地道な取り組みをするしかありません。決定打はないでしょう。

一旦慣れたものを変えるのが難しいことは、例えば、1973年から、国の施策として始まった老人医療費支給制度（老人医療費無料化）により、無料で医療にかかりやすくなった高齢者の受診率（医療を受ける頻度）が急激に高まり、その後、高齢者の負担を導入しても、いったん高まった受診率は下がらない（医療に頻度高くアクセスするのに慣れた）といった過去の例からも、明らかです。

さて、正確な事実の提供については、次回のテーマにも関わりますので、次に譲るとして、ここでは、アクセス確保のアプローチについて考えます。

福井で生活していると、何回か触れていますが、地元商店街は崩壊し、郊外型の大型店舗が主力になっていることを実感します。しかし、既にバスも減り（昼間は走っていない！朝・夕のみ）、また、そのバスも人がまばらなJR駅前で乗り換えないと目的地に行けません。自家用車を運転できなくなる後期高齢者の移動確保が、医療に限らず、日常生活の基礎的な面の問題として、既に顕在化しています。

病院の廃止等に伴う、アクセス確保等も、この延長線で考えるほうが結果的に良い答えが出ると考えます。

総務省の資料から、福井県内の自治体病院には、2010年度で、約30億弱の税金投入（全合計）がなされています。その過半は県立病院です。

もし、経営改善又は廃止等で、病院の維持のために必要としてきた繰入金が無くなれば、この数十億円は、毎年、交通アクセスの確保（ショッピングモールや医療機関等を結ぶタウンバス等の運行）、交通の結節点（高速インター付近・ショッピングモール付近）への病院統合等に投資できます。この手法は、地域の生活確保問題の解決にもなり、同じお金を使うなら、生きたお金の使い方と言えるでしょう。波及効果が大いということですよ。

医療関係者は、医療の問題は、全て医療の制度内で解決しようとしませんが、所詮、医療機関は、地域で必要とする資源の一つでしかありません。そう考えれば、都市整備・再開発の一環として、人の出入りが多い医療・福祉の拠点配置、それへのアクセス整備を考えるのは自然なことであり、医療関係者が考える解決法より、合理的なものが出来上がる可能性があります。

もし、ショッピングモールと病院等が併設しており、そこへの公共アクセス（医療・福祉事業者が行う送迎網も含む）が整備されていれば、現状より、もっと住みやすくなるような気がしてなりません。特に、住民の主張が強くなる自治体病院の場合には、自治体の仕事として、こうした都市全体を俯瞰した、解決法を示すことが大事なのでしょう。

今回の社会保障と税の一体改革で、政府は面整備の発想を前面に出していますが、それを実現する方法論には欠けています。面整備を計画的に進める手法は、今のところ、都市計画、地区計画しかありませんので、それを活用して、面整備・アクセス整備のプランについて、住民意思を集約するのが現実的なのでしょう。

それに向けて、国レベルでの厚生労働省と国土交通省等との意思疎通が期待されます。赤字補てんや運賃補助等をして、未来には何も残りません。住みやすく、効率的な都市を創ることに、お金をかけたものです。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一