

## 扇田病院問題から人口減少社会の地域医療を考える

大本 直樹

大館市立扇田病院 院長

大館市は人口 7.1 万人、秋田、青森、岩手の三県が接する要衝の地にあり、県北部の政治、経済、文化の中心として発展してきた。市の高齢化率は 約 40%で、全国一高齢化率の高い秋田県の 38%を上回る。市の周辺部では高齢化率 50%を超え、公共交通機関の無い地域も存在する。2005 年に(旧)大館市、比内町、田代町が合併して誕生した(新)大館市は大館市立総合病院(443 床)と大館市立扇田病院(旧比内町立扇田病院)(150 床)の 2 つの市立病院を持つことになり、合併当初から病院構想に課題を抱えていた。

私が 2003 年から院長を務める大館市立扇田病院は時代の要求にこたえる形で 150 床の一般病床から地域包括ケア病床 40 床、医療療養病床 42 床のケアミックス型に形態を変更した。地域で唯一の在宅療養支援病院(機能強化型)であり、夕やけ診療や開放型病床など特徴的な医療を提供することで地域での存在価値を高めてきた。しかし築 37 年を経過した病院は老朽化に伴う不具合が多くなり抜本的な対応を迫られていた。

2019 年厚生労働省が地域医療構想実現に向け、再編統合の議論が必要として実名で公表した 440 医療機関に当院もリストアップされた。これを受けて 2020 年 1 月病院事業管理者、両市立病院長、看護部長、事務局長ら 9 名による大館市病院事業戦略会議が設置され検討が開始された。2020 年 8 月から実施された扇田病院劣化度調査では給排水設備、ボイラー、空調設備などの多くで速やかな修繕が必要と診断され、全体の修繕費用は約 11 億円と試算された。将来の人口減少を勘案して 52 床の新病院建設を戦略会議に提案したが、前提条件として扇田病院単体での収支改善が求められた。当院は令和 2 年度末で約 3 億円の資金不足(資金不足比率 27%)があったが、両病院連結で資金不足は発生していなかった。現行施設を一部利用した改築案、有床診療所案なども検討したが、経営指標を改善する案を提示することは出来なかった。2040 年の人口が約 5 万人に減少する予測などから市立病院の併存に懐疑的な意見が大勢を占め、2021 年 6 月議会で 2024 年までに段階的に無床診療所へ転換する案が示された。これに対し 7 月に市民が「扇田病院を守る会」を結成。無床診療所案の撤回を求める反対署名は 2 万筆を超えた。市議会はこの問題で紛糾し、3 度に亘り結論を得ないまま継続審査となった。超高齢化社会を迎え回復期・慢性期医療の重要性が叫ばれる一方で、こうした機能を担う病院は不採算という大きな問題に直面している。持続可能な地域医療の在り方を専門家の視点から分析・検討することで地域医療学の礎としたい。

## 【略歴】

昭和 59 年 秋田県立大館鳳鳴高等学校 理数科 卒業

平成 2 年 自治医科大学医学部 卒業

同年 6 月 秋田県厚生連 平鹿総合病院(初期研修)

平成 4 年 阿仁町立病院(内科科長)

平成 8 年 秋田大学医学部内科学第二講座 医員

平成 9 年 阿仁町立病院 勤務(副院長)

平成 14 年 比内町立扇田病院(内科科長)

平成 15 年 4 月 比内町立扇田病院 院長

平成 17 年 6 月 大館市立扇田病院 院長 現在に至る。

令和元年 秋田大学悠々会 地域医療功労賞

医学博士(平成 15 年:秋田大学)「心臓における人工電気刺激様式と冠循環動態に関する実験的研究」

日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、日本医師会臨床研修指導医、自治医科大学 秋田県人会長、社団法人地域医療振興協会 秋田県支部長、自治医科大学 学外卒業指導委員、自治医科大学同窓会 秋田県代議員、秋田大学臨床教授、秋田大学悠々会幹事、秋田大学関連病院協議会 地域医療部会 関連病院代表、全国自治体病院協議会 秋田県支部監事、北鹿循環器カンファランス 代表世話人

## 総務省のへき地の自治体病院・診療所への政策

伊関 友伸

城西大学経営学部マネジメント総合学科 教授

自治体病院・診療所の使命の一つに、全国あらゆる地域に医療提供施設が配置され、すべての国民がいつでもどこでも安心して医療を受けられることがある。交通の条件の悪いへき地における医療はその典型である。競争原理を徹底することでは条件の悪いへき地に医療を提供できない。

現在のへき地等の病院を支える財政支援制度として、不採算地区における特別交付税措置がある。病床数が150床未満であり、最寄りの一般病院まで移動距離が15km以上となる位置に所在している一般病院（第1種）と直近の国勢調査に基づく当該病院半径5km以内の人口が3万人未満である一般病院（第2種）が対象となっている（第2種においては3万人以上10万人未満の場合は単価を逡減）。20床から100床までは措置額が増加し、100床を最大にして150床まで措置額が逡減するという制度設計になっている。また、不採算地区に立地する公的病院や社会医療法人に対して地方自治体が助成した額に対しても特別交付税措置が行われている。

2020年度からは、不採算地区の中核的な自治体病院に対する特別交付税措置が創設された。不採算地区に所在する100床以上500床未満の許可病床を有する自治体病院であって①都道府県の医療計画において二次か三次の救急医療機関として位置づけられている、②へき地拠点病院又は災害拠点病院の指定を受けていることが必要となる。

2021年度には、新型コロナウイルス感染症のまん延が続く中で、地域の医療提供体制を確保する観点から、不採算地区の病院・有床診療所の特別交付税の30%の引き上げ措置が行われた（中核的な不採算地区自治体病院は対象外）。

このように、総務省は地方の人口減少地域にある自治体病院などの医療機関を守るという姿勢を明確に示している。とはいえ、不採算地区の医療機関の特別交付税の財政措置が拡充されたとしても、病院・診療所が独自に経営強化の試みを行い、持続可能で安定的な経営を確立することは必要である。地方の病院・診療所の経営強化に大切な視点を提示すると、将来に向けた投資の必要性である。建物が老朽化しているのであれば、可能であれば過疎債と企業債を組み合わせローコストで職員が勤務しやすい新病院・診療所を建築する。その際は、感染防止と患者の利便性から全室個室とし、個室料を取らない。さらに若い職員を積極的に採用することも重要である。講演者の関わった病院では、看護師や医療技術職の初任者調整手当を創設し、給与の上乗せを行っている。自治体病院・診療所を地域の若者の重要な雇用先、地域の貴重な産業と考えるべきである。

## 【略歴】

1984年東京都立大学法学部法律学科卒業。

2001年東京大学大学院法学政治学研究科修士課程修了。

1987年埼玉県庁に入庁。

2004年城西大学経営学部准教授に転じる。

2011年同教授。

博士（福祉経営）日本福祉大学より授与。

## 地域医療学の基盤としての地区診断

松田 晋哉

産業医科大学医学部公衆衛生学教室

高度高齢社会においては医療においては急性期から慢性期まで含めて医療と介護のニーズが複合化する。こうした状況に対応するためには地域全体としてケアミックス化していく必要がある。しかし、ケアミックス化の様態は地域によって異なる。なぜならば、人口構造や医療介護資源に大きな地域差があるからである。

地域のこれからのニーズは公開データを用いることで推測できる。日本のように成熟化した社会ではそれを決めるのは人口の変化である。当教室ではそうした医療介護ニーズを分析するツールとして AJAPA と NewCarest というソフトを開発し、ホームページからダウンロードできるようにしている。さらに、これに病床機能報告や DPC の公開データ等を組み合わせることで、かなりの精度で地区診断が可能になる。例えば、今回分析を依頼された大館・鹿角医療圏の場合は以下のような結果となる。

まず、地域の特徴は次のとおりである。

- ・ 1990 年以降人口が減少。入院需要・外来需要ともに 1990 年以降低下している。
- ・ 入院需要は肺炎、心不全、骨折、脳血管障害で 2030 年くらいまで現状維持。
- ・ 慢性期の医療・介護サービスを必要とする後期高齢者の絶対数が増加する。
- ・ SCR でみると療養病の身が全国平均。介護サービスの必要量が 2040 年まで増加する。特に入所系サービスの需要増加が大きく、2040 年にピーク、以後減少。
- ・ 急性期入院の中心は大館市立総合病院。大館市立扇田病院、大湯リハビリ温泉病院、大館記念病院、西大館病院が急性期後の医療を支えている。

これを前提とすると今後、高齢化に伴いその需要がさらに拡大する医療・介護・生活の複合ニーズにどのように対応するかという課題が明らかとなる。具体的には

- ・ 療養病床を維持することは可能か？
- ・ 慢性期から発生する急性期への対応（肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再梗塞、・・・）
- ・ 増加する介護ニーズにどのように対応するのか
- ・ 在宅ケアは増やせるのか？それとも施設ケアを今以上に拡大するのか？

大館・鹿角医療圏では、今後施設介護の需要が急増するが、人口構造を考えると施設を増やすことは介護保険財政の点から難しい。また、診療所機能が落ちていることと地理的条件を考慮すると在宅医療を十分量確保することは困難であろう。したがって、既存のポストアキュートを担う病院の機能を活用することが現実的であろう。

### 【略歴】

1985 年産業医科大学医学部卒業

1992 年フランス国立公衆衛生学校卒業

1993 年京都大学博士号（医学）取得

1999 年 3 月産業医科大学医学部公衆衛生学教授 専門領域：保健医療システム論

2018 年第 70 回保健文化賞受賞

【主要著書】1.松田晋哉：基礎から読み解く DPC 第 3 版（2011），医学書院。2.松田晋哉：医療の何が問題なのかー超高齢社会日本の医療モデル（2013），勁草書房。3.松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆（2017），勁草書房。4.松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか（2020），医学書院。5.松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来（2021），勁草書房。

## 地域医療振興協会が考える地域医療

山田 隆司

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

協会は設立以来 36 年が経過し、これまで公益社団法人として医療過疎と呼ばれる地域を中心に、地域の医療確保およびその質の向上を使命として活動してきた。現在運営施設は 85 施設となり、その多くは自治体からの指定管理という形で運営されている。

協会は地域医療の定義を「医療人、住民と行政が三位一体となって、担当する地域の限られた医療資源を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を計画、実践、評価するプロセス」とし活動してきた。すなわち我々が医療専門職としてサービス提供し提案するだけでなく、常に住民、行政と三位一体となって活動することが質の高い地域医療を実践、継続する上での必須条件と考えている。

指定管理者制度では運営事業者は自治体との間で提供すべき医療等のサービスについて予め合意し契約を結ぶことになる。事業者はその後契約に基づき運営することになる訳で、契約期間中の事業責任は契約の範囲内で事業者側が負うことになる。故に事業を請け負うに際して地域住民およびそれを代表する行政とのすり合わせが重要なポイントとなる。今も多くの自治体から医療支援の依頼はあるものの、上記のような運営に関する協議に発展することは決して多くない。これまで実際にその地域の医療を担ってきた卒業生から直接相談を受けることも稀ではなかったが、指定管理事業に至るものはごく少数にとどまっているのが実情である。

しかし一方でその合意がうまく形成されれば医療専門職として責任ある一定の提言が可能となり、自治体職員の一員としての発言とは異なり、運営責任者としての事業展開が可能となる。協会は全施設がスクラムを組んで種々の問題を共有し解決に結びつけるのが強みとなっており、さらなる人材確保、人材育成、ネットワークの充実を目指している。そんな意味から連携できる地域が増えることは歓迎したい。

今回協会で関わった地域の中で、特に自治体合併によって転機を迎え、困難な中で事業を継続してきた事例を紹介し、それを踏まえて大館市の事案を考察したい。

## 【略歴】

1980-	自治医科大学卒業（岐阜県3期）
1982-1998	岐阜県久瀬村診療所所長
(1994-2019	自治医科大学地域医療学非常勤講師)
1998-2003	揖斐郡北西部地域医療センター、センター長
2004-2005	東京北社会保険介護老人保健施設さくらの杜施設長
2005-2009	公立黒川病院管理者
(2007-2020	岐阜大学地域医療医学センター特任教授)
2009-	区立台東病院管理者・病院長
(2014-	公益社団法人地域医療振興協会副理事長)