

公募研究シリーズ

③③

住民自治を基盤とする 地域医療システムと 自治体病院の再編

～北海道釧路市の救急医療システムの
改革と市立釧路総合病院の経営再建～

櫻井 潤

北海道医療大学
看護福祉学部
専任講師

全労済協会

発刊にあたって

本報告誌は、2011年度の全労済協会公募委託調査研究テーマ「絆の広がる社会づくり」で採用となった、「住民自治を基盤とする地域医療システムと自治体病院の再編～北海道釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建～」の研究成果です。

近年、医療をめぐる問題として、夜間救急における医師不足、病床不足による受入不能の問題などがたびたび報道されており、地域医療システムの破綻は必ずしも特定地域の問題ではなく、誰もが当事者になりうる状況にあります。

本研究では、釧路市の医師不足を発端とした地域医療システムの危機について、基幹病院の救急医療体制の負担増加による自治体病院の経営状況悪化を検証し、救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建に到る経緯について研究しています。そして、地域医療システムと自治体病院の再編の鍵は、地元組織の主導性と住民自治に基づく公民協働にあることを明らかにしています。

釧路市は地方医療システムの拠点を担う地方都市であるにもかかわらず深刻な医師不足の問題に直面し、複数の基幹病院で医師の退職が続出したことから、救急医療システムに関する負担が特定の病院に集中し、経営悪化や救急医療システムの危機をもたらしました。この危機の改善策として、地域医療システムの担い手は医療関係者のみならず自治体職員と地域住民であるという考えのもと、内科と小児科の1次救急を担う公設民営の施設「釧路市夜間急病センター」を設立し、夜間の急病への臨時対応の役割に特化した初期救急の新体制を確立しました。センターの運営には医師会の協力のもと地元の開業医も参加する仕組みをつくるなど、地域全体で医療を守る取り組みがされています。また、複数の基幹病院による分業と機能の集約、道東ドクターヘリの導入などの改革とともに、政府や医師会による広報や地域住民への説明会など適正利用の呼びかけも行われました。

これらの取り組みは、21世紀の医療政策の最も重要な課題である持続可能な地域医療システムと自治体病院の再編を実現するための有益なヒントを示しています。このような基幹病院を中心とした地域医療システムの連携や住民による地域医療を守る活動は、他の地域でも聞かれるようになってきました。

本報告誌の住民自治を基盤とする地域医療システムと自治体病院の再編の取り組みが、全国の医療関係者や研究者、行政関係者、地域住民の皆様の一助となれば幸いです。

「公募委託調査研究」は、勤労者の福祉・生活に関する調査研究活動の一環として、当協会が2005年度から実施している事業です。勤労者を取り巻く環境の変化に応じて毎年募集テーマを設定し、幅広い研究者による多様な視点から調査研究を公募・実施することを通じて、広く相互扶助思想の普及を図り、もって勤労者の福祉向上に寄与することを目的としています。

当協会では研究成果を「公募研究シリーズ」として順次公表しています。

(財)全労済協会

目 次

問題の所在	1
第1節 釧路市の地域医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題	2
1-1 北海道東部の医師不足の問題	2
1-2 釧路市の地域医療システムの特徴	3
1-3 釧路市の医療機関の機能不全と救急医療システムの危機	8
1-4 救急医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営状況の悪化	12
第2節 釧路市の公民協働に基づく救急医療システムの改革	14
2-1 救急医療システムの改革の全体像	14
2-2 釧路市夜間急病センター：公民協働の初期救急医療体制の改革	16
2-2-1 釧路市夜間急病センターの特徴： 釧路市と釧路市医師会のパートナーシップ	16
2-2-2 救急患者数と救急車搬送数の減少	18
2-2-3 適切な利用を促すためのアウトリーチ	19
2-3 道東ドクターヘリ：公民協働の広域救急医療体制の改革	21
2-3-1 道東ドクターヘリの特徴： 市立釧路総合病院と釧路孝仁会記念病院のパートナーシップ	21
2-3-2 道東ドクターヘリの運航と利用状況	22
2-3-3 適切な利用と円滑な運営を実現するための取り組み	26
第3節 市立釧路総合病院の経営再建策と経営再建	28
3-1 市立釧路総合病院の診療体制の安定化	28
3-2 市立釧路総合病院経営改革プラン	28
3-3 市立釧路総合病院の経営再建	31
第4節 地域医療システムと自治体病院の再編の意義と課題	37
4-1 地域医療システムにおける自治体病院の役割と病院経営	37
4-2 地域医療システムと自治体病院の課題	39
4-2-1 釧路市夜間急病センターと道東ドクターヘリ	39
4-2-2 市立釧路総合病院とその他の自治体病院	42
むすびにかえて	44
参考文献	45

問題の所在

本研究の課題は、住民自治を基盤とする地域医療システムと自治体病院の再編の意義と条件を、北海道釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建策の検討を通して明らかにすることである。日本の医療保障システムの特徴は国民皆保険とフリーアクセスであり、誰でも、いつでも、それほど高額ではない料金でほぼすべての医療機関を利用できるシステムは20世紀の到達点である。しかし、それは同時に問題の発端でもあり、地域住民による安易な医療機関の利用や自治体病院における経営感覚の欠如などの問題が指摘されるようになり、それらの問題が医療職の疲弊と医療機関の機能不全をもたらし、地域医療システムと自治体病院が破綻の危機に瀕している。地域医療システムの担い手は、医師や看護師やソーシャルワーカーなどの保健・医療・福祉の専門職や医療機関の事務職員だけではない。地方自治体も自治体病院の経営などを通してシステムに携わっており、地域の医療問題に取り組む地元医師会や住民団体やNPOなどもシステムの一翼を担う主体である。何よりも、すべての地域住民が当事者であり、地域住民に限られた財源と資源をふまえて知恵を絞り、積極的に行動することを軸に、地域医療システムを再構築することが求められている。釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建に向けた取り組みは、21世紀の医療政策の最も重要な課題である持続可能な地域医療システムと自治体病院への再編を実現するための有益なヒントを示している。

本研究は、釧路市の地域医療システムが危機に陥った経緯を救急医療システムと市立釧路総合病院の経営問題の関連に焦点を当てて整理した上で、システムの再編の内容と意義を、救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建に即して検討する。このような検討を通して、地元組織の主導性と住民自治に基づく公民協働が地域医療システムと自治体病院の再編の鍵であることを明らかにする¹。

¹ 本研究は、2012年に釧路市を中心とする北海道東部の各地域で行った現地調査を軸とする研究であり、一部は医療機関や市役所の職員などに対する聞き取り調査で得られた情報や資料に基づいている。

第1節 釧路市の地域医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題

1-1 北海道東部の医師不足の問題

地域に医師が定着しないという医師不足の問題は日本の数多くの地域で発生しており、それは北海道では特に深刻である。表1は、北海道の医療機関数と医師数を振興局ごとにまとめたものである。

表1 北海道の振興局別の医師数と医療機関数（2010年）

	医師数* ¹ (人) (A)	医療機関数* ² (施設)		人口* ² (人) (B)	人口10万人 当たり医師数 (人) (A/B)
		病 院	診 療 所		
上川総合振興局	1,494	57	348	520,365	287
旭川市	1,281	41	252	347,095	369
石狩総合振興局	6,563	239	1,502	2,342,338	280
札幌市	6,011	208	1,271	1,913,545	314
渡島総合振興局	946	42	315	427,807	221
函館市	799	31	231	279,127	286
後志総合振興局	436	24	172	232,940	187
空知総合振興局	624	43	197	336,254	186
胆振総合振興局	756	40	222	416,289	182
十勝総合振興局	581	34	206	348,597	167
帯広市	434	17	107	168,057	258
釧路総合振興局	403	23	108	247,320	163
釧路市	365	18	81	181,169	201
オホーツク総合振興局	459	41	137	310,009	148
北見市	232	15	64	125,689	185
留萌振興局	73	7	37	53,105	137
檜山振興局	48	8	23	42,058	114
日高振興局	82	8	49	75,321	109
根室振興局	78	7	27	80,569	97
根室市	30	3	10	29,201	103
宗谷総合振興局	69	11	45	73,447	94
北海道全体	12,612	584	3,388	5,506,419	229
全国	295,049	8,670	99,824	128,057,352	230

※1 12月31日の医師数。

※2 10月1日の医療施設数または人口。

出所) 北海道総合政策部地域行政局統計課編 (2012)；厚生労働省 (2011a)；厚生労働省 (2011b) より作成。

第1に、北海道全体の人口10万人当たり医師数は229人であり、日本全国の平均とほぼ同水準であるが、北海道の医師は地域ごとに偏在しており、医師不足に悩む地域が数多く存在している。北海道の医師は人口規模が相対的に大きい旭川市と札幌市に集中しており、旭川市を含む上川総合振興局と札幌市を含む石狩振興局の人口10万人当たり医師数は北海道の平均よりも多く、それぞれ287人と280人である。特に、北海道の最大の都市である札幌市の医師数は6,011人であり、それは北海道のすべての医師の47.7%にも上る。他の地域の医師数は北海道の平均よりも少なく、上川総合振興局と石狩振興局を除くすべての振興局の人口10万人当たり医師数は北海道の平均を下回っている。

第2に、釧路市は北海道東部の地域医療システムの拠点を担う地方都市であるにもかかわらず、医師数は他の地方都市よりも少なく、北海道東部の全域が深刻な医師不足の問題に直面している。函館市と帯広市はそれぞれ渡島総合振興局と十勝総合振興局の地域医療システムにおいて重要な役割を担っており、医師数はいずれも北海道の平均を上回っている。それに対して、釧路市の人口10万人当たり医師数は201人であり、北海道の平均よりも28人も少ない。根室市を含む根室振興局も北海道東部の重要な拠点であり、釧路総合振興局の地域医療システムと密接なかかわりを持っているが、釧路市と同様に医師不足に悩まされている。さらに、北見市は北海道東部において釧路市に次いで人口規模が大きく、地域医療システムのもうひとつの拠点であるが、人口10万人当たり医師数は185人であり、北海道の平均に比べて44人も少ない。

各地域の医療機関で医師が働き続けることが可能な条件を整備することは、地域医療システムだけでなく、地域社会を存続させるために最も優先されるべき課題である。日本の人口10万人当たり医師数や病床当たり医師数は政令指定都市でさえ OECD 加盟国の平均よりも少なく、OECD 加盟国の平均を基準とすれば日本の医師数は不足していると評価できることから、医学部の定員数の増加などを行うことで医師の絶対数を増やすべきであるという指摘もある²。しかし、仮に医師の絶対数が増えたとしても、医師がすべての地域に定着するとは限らず、医師不足の問題は解決しない。後に詳しく述べるように、釧路市の地域医療システムの危機は、医療機関からの医師の退職が相次いだことによって顕在化した問題である。医師不足の解消は、地域社会のすべての構成員が一丸となって取り組むべき課題であり、そのためには地域医療システムの現状と問題点を正確に認識する必要がある。

次に、釧路市の地域社会の現状を地区ごとに把握し、医療機関の編成を中心に地域医療システムの特徴について考察した上で、釧路市の地域医療システムが破綻の危機に瀕した経緯を明らかにする。

1-2 釧路市の地域医療システムの特徴

釧路市は、北海道における交通や経済の要所として発展してきた北海道東部で最大の地方都市であり、江戸時代から幕府や国との密接な関係を保持しながら、現在では北海道東部の地域医療システムの拠点として特に重要な役割を担っている。釧路市の人口は約18万人であり、北海道東部の市町村の中で最も多いが、1981年の約21万8千人を頂点として、その後は一貫して減少して

² 伊藤編著(2007)、119～121ページ。2004年には、日本の人口10万人当たり医師数は175人であり、政令指定都市のそれは255人であった一方で、OECD加盟国の平均は290人であった。

第1節 釧路市の地域医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題

いる。釧路総合振興局は釧路市のほか、厚岸町、釧路町、標茶町、白糠町、鶴居村、弟子屈町、浜中町の8市町村で構成されている。釧路管内の北東には、標津町、中標津町、根室市、別海町、羅臼町の5市町からなる根室振興局があり、釧路市の北には、網走市、北見市、遠軽町などを含むオホーツク総合振興局が位置している。

2005年10月11日に釧路市と阿寒町と音別町の間で合併が行われた結果、図1に示されるように、現在の釧路市は白糠町の東と西に分かれ、3つの地区で構成されている。太平洋に面した白糠町の東には、釧路市の中心市街地を含む釧路地区があり、釧路市の主要な公的機関や医療機関が集中している。合併前には旧阿寒町であった阿寒地区は釧路地区の北側に面しており、農林業や阿寒湖の周辺で行われている観光業を主要産業とする地域である。旧音別町の音別地区は、土地の約8割を占める森林地帯を活用した林業や水資源産業に加えて酪農業を基盤とする地域であり、白糠町の西に位置していることから釧路地区や阿寒地区とは地理的に断絶している。

表2に示されるように、釧路市の人口規模と高齢化率は、3つの地区や地区内の小単位の地域ごとにそれぞれ異なる。

第1に、2012年の釧路市の人口は約18万2千人であり、人口の95.9%が釧路地区に住んでいる。釧路市でかつて炭鉱業が隆盛であった1960年代頃までは、釧路地区の人口の重心は南東部に位置する春採（はるとり）地域とその周辺地域であった。1970年代以降には人口の重心が北西部へと次第に移り、現在では愛国地域と鳥取地域の住民の数が他の地域よりも相対的に大きい。一方で、阿寒地区の人口規模は釧路地区に比べるとかなり小さく、釧路地区に面した本町地区と阿寒湖温泉地区の住民を合わせても、市民全体に占める割合は2.9%でしかない。音別地区の人口規模は阿寒地区よりも小さく、音別地区は住民の数が2千人余りの小規模な集落である。

第2に、2012年の釧路市の人口に占める65歳以上人口の割合は26.2%であり、2011年の全国平均よりも2.6ポイント高く、2011年の北海道の平均を0.9ポイント上回っているが、釧路市の高齢化率には地域差が存在している。釧路地区の高齢化率は釧路市全体の平均とほぼ同じであるが、



出所) 釧路市総合政策部企画課編 (2012) より作成。

図1 北海道釧路市と周辺市町村(釧路管内)の地理的編成

表2 北海道釧路市の地区別の人口と高齢化率（2012年9月）
（人、％）

		人 口		65歳以上 人口（B）	高齢化率 （B/A）
		総数（A）	構成比		
釧 路	橋北	5,284	2.9	1,520	28.8
	鉄北	21,332	11.7	5,777	27.1
	橋南	25,523	14.0	7,158	28.0
	春採	34,746	19.0	11,939	34.4
	愛国	38,766	21.3	8,238	21.3
	鳥取	30,885	16.9	6,642	21.5
	大楽毛	18,331	10.0	4,142	22.6
	小計	174,867	95.9	45,416	26.0
阿 寒	本町	3,917	2.1	1,442	36.8
	阿寒湖温泉	1,373	0.8	282	20.5
	小計	5,320	2.9	1,724	32.4
音別		2,237	1.2	700	31.3
釧路市合計		182,424	100.0	47,840	26.2
北海道*1		5,474,216	—	1,386,695	25.3
全国*1		127,575,000	—	30,141,000	23.6

※1 2011年3月31日の人口。

出所) 釧路市総合政策部企画課編（2012）；北海道総合政策部統計課のウェブサイト（<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/tuk/900brr/index2.htm>）；総務省統計局のウェブサイト（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm#01>）；厚生労働省（2012）『平成23年国民生活基礎調査の概況』（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa11/dl/12.pdf>）より作成。

春採地域の高齢化率は34.4%であり、愛国地域や鳥取地域などの高齢化率よりも10ポイント以上も高い。阿寒地区の高齢化率は32.4%であり、釧路市の平均よりも6.2ポイントも高いが、中でも本町地域のそれは36.8%にも上り、本町地域は釧路市において高齢化率が最も高い地域である。一方で、観光業に従事している現役世代が多く住む阿寒湖温泉地域の高齢化率は20.5%であり、他の地域よりも相対的に低いが、観光業の従事者を除くと阿寒湖温泉地域の住民の多くは高齢者である。音別地区の高齢化率も相対的に高く、2012年の高齢化率は31.3%であり、釧路市の平均を5.1ポイントも高い。

釧路市には数多くの医療機関が存在しているが、それらは地理的に偏在しており、診療科の種類や病床数も一様ではない。表3は、釧路市の20床以上の病床を備えた18施設の病院と歯科診療所を除く診療所を、地区と小単位の地域ごとに整理したものである。

第1に、釧路市の大半の医療機関は釧路地区に存在しており、地域医療システムの基幹となる病院も釧路地区に集中している。

市立釧路総合病院は、釧路市で最も多くの診療科と病床を備えた自治体病院であり、北海道東部の地域医療システムの要である。診療科は23種類であり、それらの一部は産婦人科や循環器科

第1節 釧路市の地域医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題

表3 北海道釧路市の地区別の医療機関（2013年1月）*1

所在地区	医療機関の名称 (医院または診療所)	診療科の種類と診療科の数*2														病床数*3					
		内	外	小	整	胃	産	婦	リ	循	精	神	消	泌	皮		眼	耳	呼	他	計
釧路	橋北 釧路中央病院 (釧路市医師会健診センター等：計5)	○							○				○							3	147
		○	○	○		○					○			○	○		○		○	(13)	—
	鉄北 釧路谷藤病院 釧路赤十字病院 東北北海道病院 釧路協立病院 (中田内科医院等：計17)	○	○																	2	42
		○	○	○	○			○	○		○			○	○	○	○		○	18	489
		○			○					○										5	183
		○	○		○					○										6	184
			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	(23)	—
	橋南 市立釧路総合病院 釧路三慈会病院 (山田緑ヶ丘クリニック等：計14)	○	○	○	○			○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	23	643
		○			○					○										4	126
			○		○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	(14)	—
春採 白樺台病院 清水桜が丘病院 みなみ病院 (桜ヶ丘医院等：計3)	○								○				○						3	108	
										○	○								2	162	
	○			○				○	○			○					○		7	80	
	○				○									○					(3)	—	
愛国 釧路孝仁会記念病院 釧路労災病院 釧路脳神経外科病院 (エタニティ芦野クリニック等：計16)	○	○		○					○	○			○					○	10	232	
	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○			○	18	500	
			○																1	94	
		○		○		○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	(19)	—	
鳥取 釧路北病院 釧路第一病院 (釧路開成医院等：計8)	○								○						○				3	244	
	○	○		○										○					4	82	
	○	○	○	○	○						○		○	○		○	○	○	(12)	—	
大楽毛 星が浦病院 釧路優心病院 (上林内科クリニック)	○								○	○					○				8	138	
	○										○	○							3	97	
	○																		(1)	—	
阿寒 本町 市立釧路国民健康保険阿寒病院	○	○	○	○										○					5	35	
	○		○																(2)	—	
音別 (市立釧路国民健康保険音別診療所)	○	○	○										○						(4)	—	

※1 病床数が20床以上の病院は名称を記し、病床数が20床未満の診療所については各地区の設置数を示した。ただし、歯科診療所を除く。

※2 それぞれの診療科の名称は、左から内科、外科、小児科、整形外科、胃腸科、産科、婦人科、リハビリテーション科、循環器科、精神科、神経科、消化器科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、呼吸器科、その他の診療科の略称であり、「計」が診療科の総数である。類似する診療科の一部は統合して1つの診療科とみなしたほか、複数の診療科にかかわるものはそれぞれの診療行為の性質をふまえて分類した(産婦人科を産科と婦人科に区分し、神経内科を神経科に分類するなど)。ただし、診療科の総数は、それぞれの医療機関の公式情報をできるだけ尊重して掲載した。なお、休診中の診療科も含む。

※3 病院の病床数のみ示した。

出所) それぞれの医療機関のウェブサイト；釧路市のウェブサイト (<http://www.city.kushiro.lg.jp/common/000003182.pdf>)；釧路市総合政策部企画課編(2012)をもとに作成。

などの診療を行う上でのリスクが相対的に高い診療科や、特に高額の医療機器や高度な医療技術が必要とする診療科である。これらの診療科が設置されていることからわかるように、この公立病院は高度医療や特殊医療などに関して大きな責任を抱えており、国や北海道から多くの指定を受けている。すなわち、市立釧路総合病院は厚生労働省から、釧路総合振興局と根室振興局を合わせた釧根医療圏で唯一の救命救急センターに指定されており、他にも地域がん診療連携拠点病院、エイズ拠点病院、総合周産期母子医療センター、臨床研修指定病院などの指定を受けている。北海道からも、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地方・地域センター病院に指定されており、地域医療システムにおいて基幹病院の役割を担っている。

釧路市のいくつかの民間の医療機関は、市立釧路総合病院とともに、北海道東部の地域医療システムにおいて特に重要な役割を果たしている。釧路労災病院は、市立釧路総合病院に次いで診療科の種類と病床数を多く抱える病院である。この病院は、市立釧路総合病院と同様に国から地域がん診療連携拠点病院に指定されているほか、北海道から地域のかかりつけ医師を支援する地域医療支援病院として承認を受け、開業医との連携にも精力的に取り組んでいる。釧路赤十字病院は489床の病床を設置している総合病院であり、釧路労災病院と同数の産婦人科や小児科を含む18種類の診療科の診療が行われている。釧路赤十字病院の特色は産婦人科に関する専門的な診療体制を整備していることであり、釧路総合振興局と根室振興局を合わせた3次医療圏の釧根医療圏において、市立釧路総合病院の他に24時間体制で出産に関するリスクが高い妊婦に対応する総合周産期母子医療センターの指定を国から受けている唯一の医療機関である。社会医療法人孝仁会によって運営されている釧路孝仁会記念病院は、釧路脳神経外科病院、星が浦病院、新しくろ病院の脳神経外科や心臓血管外科や消化器外科などの急性期入院診療部門を集約することで、いっそう高度な急性期医療を担う病院として2007年に開設された病院である。後に詳しく述べるように、釧路孝仁会記念病院は2009年から市立釧路総合病院とともに道東ドクターヘリの運航に携わっている。社会医療法人孝仁会は釧路市の各地域で数多くの医療機関や介護施設などを運営しており、釧路市の周辺地域でも羅臼町国民健康保険診療所の指定管理者として診療を行うなど、釧路孝仁会記念病院の開院から2012年12月現在までの5年間に事業を急速に拡大している。釧路三慈会病院は、社団法人釧路市医師会によって運営されていた釧路市医師会病院が2009年3月に閉鎖された後に、医療法人社団三慈会がその医療設備などを買い取ることで2009年4月に開設された病院である。釧路協立病院や東北道病院なども、診療科の種類や病床数はこれらの病院に比べると小規模ではあるものの、地域医療の一角を担う基幹病院である。これらのすべての医療機関が、釧路市を含む北海道東部の救急医療システムの軸をなす病院として機能している。

第2に、阿寒地区と音別地区では医療機関の数が圧倒的に少なく、地域住民は地元の医療機関に加えて釧路地区の医療機関を利用しながら生活している。阿寒地区の本町地域には35の病床を備えた市立釧路国民健康保険阿寒病院があるものの、診療科の種類は内科や外科などの5種類に限られている。阿寒湖温泉地域には病院がなく、唯一の医療機関である無床の北海道立阿寒湖畔診療所は内科と小児科の診療を行っているが、外科の診療体制が整備されていない。音別地区にも病院が存在せず、同じく無床の市立釧路国民健康保険音別診療所が内科、外科、小児科、消化器科の診療を行っている。

1-3 釧路市の医療機関の機能不全と救急医療システムの危機

釧路市の地域医療システムの危機は、2000年代以降に複数の基幹病院で医師の退職が続出したことで顕在化し、それは年を追うごとに深刻化していった。北海道の基幹病院における医師不足は、脳外科をはじめとする循環器科、産科、小児科において特に深刻であり³、以下に示す通り、釧路市も同様の問題を抱えていた。

第1に、医師不足の打開策として、各病院に残った医師を市立釧路総合病院に集約させることで診療科の維持が図られたが、医師を市立釧路総合病院に異動させた民間病院が経営破綻するという問題が発生した。2004年3月には、釧路三慈会病院に経営権を委譲される前の釧路市医師会病院に旭川医科大学から派遣されていた5人の循環器内科医のうち1人が退職し、2006年10月には別の1人が退職した⁴。後任の循環器内科医が定着しない中で、2008年4月には、市立釧路総合病院、釧路市医師会病院、釧路労災病院の6人の循環器内科医がすべて市立釧路総合病院に集約されることになった。「日経メディカル」の2008年6月号によると、「元々、市立（釧路総合）病院には4人、（釧路市）医師会病院にも4人、（釧路）労災病院には3人の計11人の循環器内科医がいた（括弧内の語句は引用者による補足）」。しかし、市立釧路総合病院のすべての循環器内科医が2008年3月までに退職することが決まり、釧路労災病院の1人の循環器内科医も2008年4月以降に退職することが判明した。その結果、残る医師は6人に減ることになり、それらの医師の負担が増えることで、さらなる医師の退職が生じることが懸念された。循環器内科医の集約化はこうした厳しい状況への対応策として行われたが、今度は医師を失う側の釧路市医師会病院と釧路労災病院が経営危機に陥るのではないかと危惧された。実際に、集約が行われる前には、釧路市医師会病院の循環器内科の収入は総額の約6割を占めており⁵、医師が定着しなくなったことで経営状況が悪化した。最終的には、後述するように救急医療に関する負担が次第に増加したことも相まって、釧路市医師会病院は経営不振を理由に閉鎖に追い込まれたのである。

第2に、特定の病院に同じ診療科の医師を集約させたにもかかわらず、その病院からも医師が退職するという困難な事態も生じた。2008年3月2日付の「北海道新聞」によると、2008年3月までは、釧路赤十字病院の産婦人科には北海道大学と旭川医科大学からそれぞれ6人と3人の合計9人の常勤医が派遣されており、「全国でも珍しい大学医局間の枠を超えた形態として注目を集めていた」。しかし、2008年3月末に、旭川医科大学から派遣されていた2人の産婦人科医が退職することになった。当時は1人の女性医師が産休中であったこともあり、釧路赤十字病院の産婦人科は常勤医9人体制から6人体制に縮小した⁶。2008年6月からは北海道大学から常勤の1人の産婦人科医が派遣されることになったものの⁷、不安定な診療体制が続いた。

第3に、2007年2月25日付の「毎日新聞」が報じたように、単一の医療機関からある分野の医師が退職したことが、別の分野の医師の退職を引き起こす悪循環も起こった。2006年12月には、北海道大学が釧路労災病院に派遣していた3人の常勤の小児科医を釧路赤十字病院に異動させ、小児科医療を釧路赤十字病院に集約する方針を伝えた。それを受けて、2007年1月には旭川医科

³ 浅井・丹野・奈良・森（2008）、69ページ。

⁴ 「北海道新聞」、2007年2月15日付。

⁵ 「日経メディカル」、2008年6月号、63ページ。

⁶ 「北海道新聞」、2008年3月2日付。

⁷ 「北海道新聞」、2008年3月6日付。

大学は「常勤の小児科医がいなくなる病院でお産は勧められない」として、釧路労災病院から4人の産婦人科医を引き揚げることを決めた。釧路赤十字病院に異動することになった小児科医の1人は、1週間に1回の夜勤を含む過酷な労働環境に身を置いており、休日は1ヵ月当たり3日程度であった。この医師は「30時間寝ないで勤務したこともあり」、「勉強もできず」、「このままでは各病院共倒れ」なので「集約化はやむを得ない」と述べていた⁸。その結果、釧路労災病院は2007年に出産の扱いを休止せざるを得なくなった⁹。

これらの医師不足と医療機関の機能不全は、釧路市の救急医療システムの危機と密接に関係していた。表4は、釧路市で様々な改革が実施される以前の2006年3月に実施されていた救急医療システムの全体像である。日本の救急医療システムは重症度に応じて、応急処置を主とする1次（初期）救急医療、入院を要する治療を主として行う2次救急医療、緊急の救命が必要な患者を取り扱う3次救急医療の3段階に区分されており、釧路市のシステムもこれらの段階ごとに整備されている。釧路市の1次救急医療体制の基本的な対象範囲は、1次医療圏に該当する釧路市とその隣の釧路町であるが、実際には釧路総合振興局の市町村で構成される2次医療圏の患者も扱っている。2次救急医療体制の対象範囲は2次医療圏だけでなく、根室振興局を含めた3次医療圏も事実上の対象範囲になっている。3次救急医療は3次医療圏を対象とするが、オホーツク総合振興局や十勝総合振興局などの市町村からも患者を受け入れている¹⁰。

1次と2次の救急医療体制は、内科・小児科系、外科系、精神科の3種類に区分されていた一方で、3次救急医療体制については市立釧路総合病院がこれらのすべての診療科に対応していた。すなわち、市立釧路総合病院は国から救命救急センターに指定された基幹病院として、日中と夜間や平日と休日などを問わず、3次救急医療に24時間体制で従事していたのである。

釧路市の1次救急医療体制は、釧路市の病院と診療所の医師が交代で当番医の役割を担う在宅当番医制と、釧路市の複数の基幹病院が1日単位で業務を分担する病院群輪番制に基づいて実施されており、それらの内容や当番の医療機関は曜日や祭日や時間帯に応じて異なっていた。ほぼすべての医療機関が開いている平日の9時から17時までと土曜日の9時から12時までの時間帯には、3次救急医療を除いて特別な救急医療体制が実施されていなかった。内科・小児科系の1次救急医療は、土曜日の12時から18時まで（以下「土曜日の日中」とする）と日曜日および祝祭日の9時から18時まで（以下「日曜・祝祭日の日中」とする）の時間帯には、内科系と小児科系の診療所の医師が在宅当番医制の下で当番医の役割を担っていた。外科系の体制も、土曜日の日中と日曜・祝祭日の日中の時間帯については在宅当番医制であり、釧路孝仁会記念病院をはじめとする5施設の病院または診療所の医師が当番医を交代で担当していた。精神科の体制は夜間も含めて在宅当番医制であり、市立釧路総合病院、釧路赤十字病院、釧路優心病院、清水桜が丘病院の4施設が、同じく精神科の2次救急医療の病院群輪番制と同時に実施していた。一方で、17時から翌日の9時まで（以下「夜間」とする）の時間帯には内科・小児科系と外科系の1次救急医療が一体的に実施されており、それは病院群輪番制に基づいていた。当番病院は、釧路市医師会病院、市立釧路総合病院、釧路労災病院、釧路赤十字病院、釧路協立病院の5施設であり、それぞれの病院が1ヵ月間（30日間）のうち20日間、4日間、2日間、2日間、2日間を担当していた。

⁸ 「毎日新聞」、2007年2月25日付。

⁹ 「北海道新聞」、2008年4月29日付。

¹⁰ 釧路市の救急医療システムの対象範囲は、釧路市こども保健部健康推進課の資料などに基づいている。

第1節 釧路市の地域医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題

表4 北海道釧路市の救急医療システム（2006年3月）

		平日の9 ～17時と 土曜日の 9～12時	土曜日の 12～18時	日曜日と祝祭日の 9～18時	17～9時 (夜間)
1 次	内科・ 小児科系	—	在宅当番医制 釧路市の内科 系医院（1施 設）	在宅当番医制 釧路市の内科系医院 （1施設）と小児科系医 院（1施設）	病院群輪番制 釧路市医師会病院（20日） 市立釧路総合病院（4日） 釧路協立病院（2日） 釧路赤十字病院（2日） 釧路労災病院（2日）
	外科系	—	在宅当番医制 釧路孝仁会記念病院・東北北海道病院・ うしき整形外科クリニック・釧路循環 器呼吸器クリニック・西池整形外科ク リニック		
	精神科	—	在宅当番医制 市立釧路総合病院・釧路赤十字病院・釧路優心病院・清水桜が丘病院		
2 次	内科・ 外科系	—	病院群輪番制 釧路市医師会病院・市立釧路総合病院・釧路協立病院・釧路赤十字 病院・釧路労災病院		
	小児科	—	小児救急医療拠点病院事業 釧路赤十字病院		
	精神科	—	病院群輪番制 市立釧路総合病院・釧路赤十字病院・釧路優心病院・清水桜が丘病院		
3 次	すべての 診療科	市立釧路総合病院（救命救急センター）			

出所) 釧路市こども保健部健康推進課の資料より作成。

2次救急医療は診療科ごとに病院群輪番制で実施されており、それは祭日も含めて、平日の9時から17時と土曜日の9時から12時を除くすべての曜日と時間帯で同一の体制が診療科ごとに実施されていた。内科・外科系の当番病院は、内科・小児科系と外科系の1次救急医療体制における病院群輪番制の当番病院と同じである。小児科のそれは小児救急医療拠点病院事業として実施され、釧路赤十字病院が救急医療を行っていた。精神科の2次救急医療体制は精神科救急医療体制整備事業として行われ、すでに述べたように1次救急医療の在宅当番医制と同時に実施されている。

釧路市で救急医療システムの破綻の危機が顕在化したきっかけは、複数の基幹病院で医師の退職が相次いだ結果、救急医療システムに関する負担が特定の病院に集中し、その負担が限界を超えたことであった。その問題は、内科・小児科系と外科系の1次救急医療に関して夜間に実施されていた病院群輪番制に顕著に表れた。すでに述べたように、2006年3月には釧路市医師会病院が病院群輪番制の主たる当番病院として、1ヵ月の3分の2に相当する20日間を担当していた。しかし、旭川医科大学から釧路市医師会病院に派遣されていた医師が退職することになり、2007

年4月から担当日数を1ヵ月当たり7日間へと13日分も減らさざるを得なくなった。その13日間は他の当番病院に割り振られ、市立釧路総合病院と釧路労災病院がそれぞれ7日間、釧路赤十字病院が4日間、釧路脳神経外科が3日間、釧路協立病院が2日間を担当することになった¹¹。救急医療の負担が軽減された後にも、医師不足に悩まされていた釧路市医師会病院は新たに医師を補充できないまま、救急医療の当番病院として1ヵ月当たり7日間の担当と診療を続けた。最終的には、診療体制が安定しないまま経営状況が悪化し、釧路市医師会病院は2009年3月に閉鎖した。この頃に他の当番病院でも医師の退職が相次いだことはすでに述べたとおりであるが、そのような中で救急医療の負担が増加し¹²、後述するように市立釧路総合病院では診療体制の不安定化が生じたことで経営状況が悪化したのである。

救急医療システムが破綻の危機に陥った要因の1つとして、地域住民による救急医療の安易な利用の増加と、システムに対する無理解が指摘できる。

第1に、2008年1月9日付の「北海道新聞」によると、北海道の2006年の救急搬送人数は過去最高の約20万6千人にも上り、10年前に比べて約4割も増加したが、特に搬送後に軽症と診断された患者は約5割も増えた。すなわち、「搬送数が急増した背景には、高齢者が増えていることに加え、救急車を気軽に呼ぶ人が多いことがあるようだ。各地の消防本部によると『夜間にどの病院に行けばよいのか分からない』といったタクシーを利用するような感覚の人や、通報を受けて駆けつけると、入院するための荷物を抱えた患者が家で待っているケースもあるという」。『患者が自分で容体を判断するのは難しい』（釧路市）、『軽症でも緊急性がないとは限らない』（函館市）という意見も確かに正しい。しかし、こうした傾向は全国的に強まっており、救急車の「適正な利用には市民のモラル頼みというのが現状だ」¹³。多くの市町村では、通報を受けてすべての救急車が出払ってしまうと、救急車が戻るまでの間に新たな通報が寄せられた場合には対応ができなくなるという事態が問題化している。

第2に、救急車の安易な利用の大部分は地域住民の救急医療システムに対する無理解から生じており、それが医師不足を引き起こすことでシステムをいっそう危機的な状況に追いやっている。医師の総量に偏重した医師養成政策や、医局制度の非都市圏への医師派遣機能を低下させた新医師臨床研修制度なども、多くの地域で生じている医師不足の要因である。しかし、平井・秋山(2008)が述べているように、それらは医師不足の問題を深刻化させた要因の1つに過ぎず、地域社会の崩壊こそが医師不足や医療崩壊の本質的な要因である。すなわち、地域社会の崩壊とは「医師・患者関係が崩壊し、支えあいのコミュニティが崩壊する」ことであり、そうなってしまうと、「医療に理解のない行政の首長や議会が、医師の心を踏みにじる発言をしたり、一部の住民があたかもコンビニのような感覚で夜間救急を利用する。さらにマスコミを含む世間は医療の不確実性を理解せず、他の工業製品市場と同じような感覚で医療サービスを捉えて、要求をする」のである¹⁴。伊関(2007)も、地元の医師と地域住民や地方自治体の間でコミュニケーションが不足していることが問題の核心であると述べている。すなわち、地域住民だけでなく、地方自治体の職員や地方議会の委員などが地元の医師との協議や意見交換を通して地域医療システムを理解しようとしなかったことも、システムを崩壊に向かわせているのである¹⁵。

¹¹ 「北海道新聞」、2007年2月22日付。

¹² 伊関(2009)、242ページ。

¹³ 「北海道新聞」、2008年1月9日付。

¹⁴ 平井・秋山(2008)、55～56ページ。

¹⁵ 伊関(2007)、74～84ページ。

第1節 釧路市の地域医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題

1998年に北海道によって策定された釧路地域保健医療福祉計画は、1次・2次・3次を網羅する救急医療システムの充実を基本計画の柱に据えていた¹⁶。しかし、計画の策定後に複数の基幹病院で医師の退職が相次いだことをきっかけに、システムの問題が顕在化した。

1-4 救急医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営状況の悪化

釧路市の救急医療システムの危機は、市立釧路総合病院の診療体制に悪影響を及ぼした。

第1に、1次と2次の救急医療体制における負担の増加が、市立釧路総合病院の本来の役割を担うための機能を低下させ、診療体制が大きく損なわれた。そもそも、地域医療システムにおいて市立釧路総合病院に求められている役割は、2次と3次の救急医療や周産期医療への対応など、他の医療機関では対応が困難な救急医療や高度医療に取り組むことである。それにもかかわらず、すでに述べたように、2007年4月からは夜間の内科・小児科系と外科系の1次救急医療に関する病院群輪番制において、多くの当番病院の担当日数が増加した。市立釧路総合病院の担当日数は4日間から7日間に増え、その担当日数は釧路労災病院とともに当番病院の中で最も多かった。その結果、数多くの軽症の救急患者が釧路労災病院と市立釧路総合病院に集中し、その中には緊急性に乏しいにもかかわらず救急医療を安易に利用する患者も数多く含まれていた。市立釧路総合病院の医師は救急医療への対応に次第に疲弊していった。

第2に、救急医療システムの危機を契機として他の基幹病院が地域医療システムにおいて担っていた機能を果たせなくなったことも、市立釧路総合病院の負担を増加させ、診療体制のいっそうの不安定化をもたらした。すでに述べたように、2008年4月から釧路市医師会病院と釧路労災病院の循環器科の医師を市立釧路総合病院に異動させ、循環器科の診療を市立釧路総合病院に集約させることになっていた。しかし、その矢先に、市立釧路総合病院に在籍していた4人の循環器内科医と釧路労災病院の1人の循環器内科医が退職した。どちらの病院も、夜間の1次救急医療に関する負担が特に大きかった病院である。市立釧路総合病院に循環器科の機能が集約されたにもかかわらず、循環器科の医師は減少し、医師1人当たりの負担が増加した。しかも、それは数多くの軽症の救急患者が市立釧路総合病院に集中する中で生じたのであり、医師の負担と疲弊がかなり深刻な状況であったことが想像できる。これらの医師の退職は、循環器科を中心とする診療体制のさらなる動揺を引き起こした。

このような経緯で市立釧路総合病院の診療体制が大きく損なわれたことが大きな要因となり、経営状況は次第に悪化していった。市立釧路総合病院の財政資金は、市立釧路国民健康保険阿寒病院の資金とともに釧路市病院事業会計で管理されており、以下の実績は釧路市病院事業会計の決算額から市立釧路総合病院に関する部分を集計したものである。市立釧路総合病院の経営状況は2003年度までは好調に推移しており、2003年度には主に当該年度の医業取支を集計した収益的取支が10年連続の黒字を記録した¹⁷。しかし、2004年度には入院収益の減少などが生じ、1993年度以来の赤字決算になった¹⁸。2005年度と2006年度も赤字であったが、これらは市町村合併に伴い補助金などの収入が年度内に行われなかったことや¹⁹、病院の増改築の工事が進められた関係で入

¹⁶ 北海道釧路保健庁・北海道釧路支庁（1998）、23～24ページ。

¹⁷ 釧路市（2004）『平成15年度釧路市市立釧路総合病院事業会計決算書』、13ページ。

¹⁸ 釧路市（2005）『平成16年度釧路市市立釧路総合病院事業会計決算書』、13ページ。

1-4 救急医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営状況の悪化 ■

院収益が減少した²⁰ ことを理由とする赤字という側面があった。これらの年度の赤字を別としても、2007年度には循環器科医の集団退職が循環器科の入院収益と外来収益の大幅な減少をもたらした。収益的収支は8億1,921万円もの多額の赤字を計上した。収益的収支の累積赤字である未処理欠損金は2007年度末の時点で23億9,859万円にも上り、2004年度から2007年度までのわずか4年間で市立釧路総合病院の経営状況が急速に悪化した²¹。

救急医療システムの危機と市立釧路総合病院の経営問題への対応策として、2008年度以降には救急医療システムの抜本改革と市立釧路総合病院の経営再建策が同時並行で行われた。それらは相互に密接に関係しており、救急医療システムの改革が市立釧路総合病院の経営再建に大きく貢献した。以下では、救急医療システムの改革の内容と意義を明らかにするとともに、それが市立釧路総合病院の経営に及ぼした影響を整理した上で、市立釧路総合病院の経営再建策とその動向について考察する。

¹⁹ 釧路市（2006）『平成17年度釧路市市立釧路総合病院事業会計決算書』、13ページ。

²⁰ 釧路市（2007）『平成18年度釧路市病院事業会計決算書』、13ページ。

²¹ 釧路市（2008）『平成19年度釧路市病院事業会計決算書』、15ページ；18ページ；27ページ。

第2節 釧路市の公民協働に基づく救急医療システムの改革

2-1 救急医療システムの改革の全体像

2008年度以降には、釧路市の救急医療システムの改革がいくつかの面で実施された。表5は、2012年12月に釧路市で実施されている救急医療システムの全体像であり、主な改革は以下の3点であった。

第1に、内科・小児科系の1次救急医療に関する夜間対応は病院群輪番制ではなく、新たに設立される釧路市夜間急病センター（以下「センター」とする）によって行われることになった。後に詳しく述べるように、2008年4月以降には緊急性が高い患者を除いて夜間に救急医療の利用を希望するすべての者がセンターでの受診を義務づけられ、センターの医師が必要性を認めた場合にのみ、他の病院で診療が受けられる仕組みに変更された。

第2に、1次と2次の病院群輪番制に関して、医療機関の負担を軽減することをねらいとして分業や機能の集約化が進められた。まず、内科系と外科系の2次救急医療に関する病院群輪番制は、小児科と精神科を除く10種類の診療科ごとに実施されることになった。すなわち、それぞれの当番病院が自らの得意とする診療科の救急医療に特化することで、救急医療の負担の軽減が目指されたのである。加えて、外科系の1次・2次救急医療と内科系の2次救急医療の病院群輪番制の当番病院が5施設から7施設に増やされ、現在では釧路孝仁会記念病院と東北北海道病院が新たに当番病院に加わっている。なお、2009年4月からは釧路三慈会病院が釧路市医師会病院に代わって当番病院の業務を担っている。それに、センターが内科・小児科系の1次救急医療を担うことで、当番病院の負担が以前よりもかなり軽減された。さらに、小児科の2次救急医療体制も病院群輪番制になり、市立釧路総合病院と釧路赤十字病院が救急医療の業務を分担する仕組みが導入された。そして、後述する道東ドクターヘリの導入に合わせて、内科系、外科系、小児科の2次救急医療の病院群輪番制が平日の日中と土曜日の午前にも実施されることになった。

第3に、2次と3次の体制が充実し、特に3次救急医療体制については救命救急センターである市立釧路総合病院に加えて、2009年10月から北海道東部を主な運航範囲とする道東ドクターヘリ（以下「ヘリ」とする）が新たに導入された。ヘリの運航は、市立釧路総合病院と釧路孝仁会記念病院によって行われている。

2007年に釧路市によって策定された釧路市総合計画は、「ともに支え合い、安心して暮らせるまちづくり」の一環として、「休日や夜間の急病に対応できる救急医療体制の維持」や市立釧路総合病院の「二次・三次救急医療体制の整備」を掲げていた²²。2008年度以降に実施された救急医療システムの改革は釧路市総合計画の内容と整合的であり、改革の主眼はセンターの設立とヘリの導入であった。次に、センターとヘリの特徴や内容について詳しく考察する。

²² 釧路市（2007）、54～56ページ。

表5 北海道釧路市の救急医療システム（2012年12月）

		平日の9 ～18時と 土曜日の 9～12時	土曜日の 12～18時	日曜日と祝祭日の 9～18時	17～9時 (夜間)
1 次	内科・ 小児科系	—	在宅当番医制 釧路市の内科 系医院（1施 設）	在宅当番医制 釧路市の内科系医院 （1施設）と小児科系医 院（1施設）	釧路市夜間急病センター 釧路市政府・釧路市医師会
	外科系	—	在宅当番医制 釧路孝仁会記念病院・釧路三慈会病 院・東北北海道病院・うしき整形外科ク リニック・釧路循環器呼吸器クリニッ ク		病院群輪番制 市立釧路総合病院・釧路協 立病院・釧路孝仁会記念病 院・釧路三慈会病院・釧路 赤十字病院・釧路労災病 院・東北北海道病院
	精神科	—	在宅当番医制 市立釧路総合病院・釧路赤十字病院・釧路優心病院・清水桜が丘病院		
2 次	内科・ 外科系	病院群輪番制 (小児科と精神科を除く10種類の診療科*ごとに実施) 市立釧路総合病院・釧路協立病院・釧路孝仁会記念病院・釧路三慈会病院・釧 路赤十字病院・釧路労災病院・東北北海道病院			
	小児科	病院群輪番制 釧路赤十字病院（243日）・市立釧路総合病院（121日）			
	精神科	—	病院群輪番制 市立釧路総合病院・釧路赤十字病院・釧路優心病院・清水桜が丘病院		
	すべての 診療科	道東ドクターヘリ 市立釧路総合病院・釧路孝仁会記念病院			
3 次	すべての 診療科	市立釧路総合病院（救命救急センター）			
		道東ドクターヘリ 市立釧路総合病院・釧路孝仁会記念病院			

※ 内科、循環器内科、外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科、眼科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻科。
出所) 釧路市こども保健部健康推進課の資料より作成。

2-2 釧路市夜間急病センター：公民協働の初期救急医療体制の改革

2-2-1 釧路市夜間急病センターの特徴：釧路市と釧路市医師会のパートナーシップ

釧路市夜間急病センターは、2008年4月に1次救急を行うことを目的に釧路地区の橋南地域に設立された公設民営の医療施設であり、地方自治体と地元の医師会の協力関係に基づく地域医療システムの存続に向けた試みとして注目を集めている²³。開設者は釧路市であり、釧路市医師会が指定管理者として運営業務を担当している。すでに述べたように、釧路市では釧路市医師会病院の機能不全と経営危機に伴い救急医療システムの問題が深刻化したが、それを受けて釧路市と北海道が釧路市医師会によって開催されている救急医療体制検討委員会に参加し、救急医療システムのあり方を協議した。その結果、1次と2次の救急医療体制を分離して実施する方向性が示され、内科系と小児科系の1次救急医療体制としてセンターが設立されることになった。センターの設立に伴う総事業費は約7億8,000万円であり、その財源の大半は合併特例債の起債で得た資金によって賄われた。釧路市は用地と建物を東日本電信電話株式会社から買い取り、センターが開設された。

センターの特徴は夜間の急病に臨時的に対応するという役割に徹していることであり、その役割を果たすための機能の維持に全力が注がれている。

第1に、センターはあくまで応急処置や応急対応にのみ対応する医療施設であり、小規模の医療設備と少人数の職員で1次救急医療の診療が行われている。センターの診療体制は内科系と小児科系の夜間救急に限定されており、応急処置や応急対応の枠内には取りにくい外科系の夜間救急を病院群輪番制に参加している当番病院に任せている。そうすることで、センターは夜間に容体が急変した患者への臨時的な対応という自らの役割に専念することができている。それに加えて、センターはインフルエンザの診断キットやタミフルおよびリレンザという抗ウイルス薬を置いていないことを地域住民に対して明確に示している。それは、インフルエンザの感染者またはその恐れがある人々のような、ほとんどの場合には緊急性を要しない人々が夜間にセンターを安易に受診することを抑止しようとしているからである。センターはこれらの運営上の工夫を行うことで、自らの役割から逸脱しないように努めている。

第2に、1次と2次の救急医療体制が明確に区分されたことで、センターの医師によるトリアージ（重症度や緊急性などに応じた治療の優先順位づけ）が有効に機能し、それによって救急医療システムの全体が維持されている。センターの設立に伴い、緊急性や重症度の高い人々を除くすべての救急患者はセンターでの受診を義務づけられた。センターの医師は救急患者の診察を行い、入院や手術などの必要性が認められた場合には2次救急医療を担う他の医療機関や市立釧路総合病院に患者を紹介する。しかし、大半の患者はその必要のない人々であり、そのような場合には医師は応急処置や応急対応を行い、翌朝に医療機関を受診するよう患者に伝える。そうすることで、センターだけでなく他の医療機関の救急医療に関する負担が大幅に軽減され、救急医療システムの破綻を回避することが目指されている。

第3に、釧路市は医師が不足しないようにするために、センターで働く医師の労働条件を良好

²³ 伊関(2009)は、「政府と医師会が一体となり、非常にきめ細かい運営がなされていること」がセンターの特徴であると述べており、センターの設立の経緯やその内容について考察している。伊関(2009)、241～244ページ。

に保つことに特に力を入れている。現在では、センターの常勤の医師は2人であるが、それらの常勤医は1ヵ月のうち20日間のみ診療を担当している。残りの10日間については、3人の非常勤の医師がそれぞれ札幌市や旭川市や東京都から来て診療を行っているほか、釧路市の開業医も釧路市からの要請に応じてセンターの診療に参加している。内科医でも小児科医でもない開業医が担当することもあるが、センターを維持するために、釧路市のすべての医師がセンターでの軽症患者への対応に協力する仕組みが構築されていることが重要である。このように、釧路市は常勤医の退職を防ぐだけでなく、非常勤の医師や地元の開業医もセンターの診療に参加してもらう仕組みを構築することで、それぞれの医師の負担が過大にならないように取り組んでいる。

釧路市は、センターを釧路市医師会との協働に基づいて安定的かつ費用節約的に運営するために、センターに関する財政運営にも工夫と改良を行った。表6は、2011年度のセンターに関する収入と支出を、センターの収支報告書と釧路市の一般会計の決算額をもとに推計したものである。

センターの収入のほぼすべてが釧路市の一般会計からの受託金であり、2011年度の受託金は約1億4,400万円であった。一方で、支出総額は約1億3,700万円であり、人件費と福利給付費がそれぞれ68.9%と22.2%を占めていたが、常勤医が2人だけであることや薬剤師を雇用する必要がないことなどから、これらの費用は診療所としては決して多額ではない。さらに、センターは応急施設であるがゆえに高額の医療設備を設置しておらず、薬剤費や材料費も他の多くの医療機関よりも少額であり、支出総額の4.2%に過ぎない。

重要なのは、センターの診療報酬がセンターの会計ではなく釧路市の一般会計の歳入として計上されることである。釧路市医師会の職員としてセンターの事務に従事しているA氏によると、釧路市は内科と小児科の夜間の急病患者に対応することを目的として1976年に財団法人釧路市夜間急病診療所を開設し、1982年には外科の夜間救急体制も加わった。その運営経費は診療報酬で賄われ、釧路市が赤字相当額を補てんしていた。その後、1985年には釧路市医師会が1次と2次

表6 釧路市夜間急病センターにかかわる収入と支出* (2011年度)
(万円、%)

		金額	構成比
収入	釧路市一般会計からの受託金	14,433	99.7
	その他	40	0.3
	合計	14,473	100.0
支出	人件費	9,444	68.9
	福利給付費	3,038	22.2
	薬剤費・衛生材料費	573	4.2
	出張医師紹介料	15	0.1
	その他	637	4.6
	合計	13,707	100.0
収支		766	—

※ 釧路市夜間急病センターの財務に関する資料と釧路市一般会計の決算額をもとに筆者が推計した。

出所) 釧路市夜間急病センターの資料；釧路市(2012)『平成23年度各会計決算説明書』より作成。

第2節 釧路市の公民協働に基づく救急医療システムの改革

の内科、小児科、外科の夜間救急に対応できる釧路市医師会病院を開設し、釧路市は運営経費として釧路市医師会に1年度当たり約1億4,500万円の補助金を交付していたそうである。釧路市医師会はこの補助金に加えて診療報酬も得ていたのであり、補助金の必要性や用途の詳細が必ずしも明確ではなかった。そこで、釧路市は現在のセンターを設立する際に、センターの診療報酬を一般会計の歳入に計上する仕組みを構築し、委託金という財源の枠内でセンターを運営するよう釧路市医師会に要請した。釧路市医師会は当初はセンターの運営に関して赤字が生じる可能性を懸念していたが、すでに述べたような経営努力や運営上の工夫が行われており、今のところセンターの経営問題は生じていない。

このように、釧路市が財源保障と円滑な運営に向けた取り組みを行う一方で、釧路市医師会は地域医療の課題に取り組むコミュニティ組織として運営を担うことで、センターが機能している。釧路市こども保健部健康推進課のB氏は、救急医療システムに関して釧路市も責任を持つという決断を行ったことが、センターの設立と救急医療システムの存続に結びついたことを強調している。一方でA氏は、釧路市医師会によるセンターの運営は合理的であり、地元の医師がセンターの意義を理解して運営に参加していることが大きな成果であると述べている。しかも、A氏によると、現在の釧路市では救急患者のたらい回しがなく、それは釧路市医師会によってセンターが運営されていることと密接に関係している。すなわち、釧路市医師会は2次救急医療を担う医療機関に対して、センターから紹介された患者の受け入れを断らないように伝えているそうである。センターはこのような公民協働に基づいて運営されており、救急医療システムの全体の存続に大きく貢献することが期待されている。

2-2-2 救急患者数と救急車搬送数の減少

センターの設立後、救急医療の利用件数は大きく減少し、センターの運営は当初の目標を達成する方向でおおむね順調に推移している。A氏によると、センターへの苦情の申し立て件数は年間で10件未満であり、診療体制は大きな問題もなく維持されている。センターの利用実績は以下の通りである。

第1に、センターは釧路市民だけでなく、釧路総合振興局の他の町村の住民を主な対象とする夜間の1次救急医療体制の要として機能している。表7に示されるように、2011年度のセンターの患者数は、内科と小児科でおおよそ3対1の割合であった。センターの患者の約8割は釧路市民であったが、隣の釧路町の患者が全体の8.8%を占めており、センターは釧路総合振興局の他の町村などからも患者を受け入れていた。これらの患者は19時から翌日の7時までのあらゆる時間帯にセンターで受診したが、0時から7時までの深夜または早朝に受診した患者は全体の24.6%にも上り、センターが深夜と早朝を含むいずれの時間帯にも急病に対応していたことがわかる。

第2に、センターを主体とする1次救急医療体制が確立したことで、夜間の1次救急医療の患者数と救急車搬送数が大幅に減少した。表8の通り、2007年度には病院群輪番制の当番病院における内科と小児科の救急患者数は合計で1万9,527人であり、救急車搬送数は1,722件にも上った。センターでの診療が開始された2008年度には、患者数は1万3,553人になり、2007年度の救急患者数よりも5,074人も少なかった。夜間の救急患者数はその後も一貫して減少し、2011年度には患者数は9,292人になり、患者数は2007年度から2011年度までの4年間で52.4%も減少した。センターの設立に伴い救急車搬送数も大きく減り、2008年度以降には2007年度の搬送数の半数程度で推移している。

表7 釧路市夜間急病センターの利用実績（2011年度）
（人、％）

		患者数	構成比	
科別	内科	6,762	72.8	
	小児科	2,530	27.2	
	合計	9,292	100.0	
市町村別	釧路管内	釧路市	7,584	81.6
		釧路町	822	8.8
		白糠村	216	2.3
		鶴居村	66	0.7
		厚岸町	58	0.6
		標茶町	51	0.5
		浜中町	32	0.3
		弟子屈町	24	0.3
	その他	439	4.7	
	合計	9,292	100.0	
時間帯別	19～20時	2,700	29.1	
	20～21時	1,423	15.3	
	21～22時	1,228	13.2	
	22～24時	1,655	17.8	
	0～3時	1,361	14.6	
	3～7時	925	10.0	
	合計	9,292	100.0	

出所) 釧路市夜間急病センターの資料より作成。

2-2-3 適切な利用を促すためのアウトリーチ

救急医療の安易な受診が大幅に抑制された要因は、センターの設計と運営上の工夫に加えて、釧路市、釧路市医師会、地域住民のそれぞれが、センターの適切な利用に向けた啓発を主要内容とするアウトリーチ活動²⁴を積極的かつ効果的に行ったことであった。特に重要なのは、釧路市と釧路市医師会によるアウトリーチ活動が、地域住民による自主的な活動を促す作用をもたらしたことである。

釧路市は、各地域の様々な問題の解決に向けた住民団体やNPOなどの活動が特に活発に行われている地域として注目されている²⁵。最近では、生活保護制度における公民協働の自立支援事業が注目されており、釧路市と地元の地域福祉に関するNPOなどが受給者の自立を目標として職

²⁴ アウトリーチとは「手を伸ばすこと (reach out)」であり、特に保健・医療・福祉の分野におけるアウトリーチ活動は、地域住民に対する制度の内容の周知、制度の申請手続きの支援、様々なトラブルへの対処などである。アメリカの医療保障システムでは、政府部門がコミュニティ組織による財政支援などを通して地域レベルのアウトリーチ活動を積極的に支援しており、それが1990年代以降の医療保障システムの再編の軸であった。櫻井（2012）を参照。

第2節 釧路市の公民協働に基づく救急医療システムの改革

表8 釧路市夜間急病センターの患者数と救急車搬送数の推移
(人、件)

	2007* ¹	2008	2009	2010	2011
患者数	19,527	13,553	12,499	11,023	9,292
1日当たり	53.4	37.1	34.2	30.2	25.5
救急車搬送数* ²	1,722	775	832	775	790
1日当たり	4.7	2.1	2.3	2.1	2.2

※1 病院群輪番制の当番病院の救急患者数と救急車搬送数の合計。

※2 2007年度は内科、2008年度以降は内科と小児科の患者の搬送数。

出所) 釧路市夜間急病センターの資料より作成。

業訓練や就職支援などを協働で行っている²⁶。

釧路市と釧路市医師会による救急医療の適切な利用の呼びかけは、住民団体やNPOなどによる地域レベルでの活動を促した。釧路市は、広報誌や小冊子を通してセンターの設立や利用上の規則などを周知するとともに、各地域で住民説明会を何度も開催し、センターの適切な利用を地域住民に呼びかけた²⁷。釧路市医師会もセンターの指定管理者という立場から、センターが設立された経緯の説明や救急医療の安易な利用をなくすための呼びかけを、地元企業、住民団体、NPOなどに対して積極的に行った。釧路市医師会の多くの会員は、釧路市で救急医療に関する病院群輪番制が開始された1962年の当時から、患者数の急速な増加によって救急医療システムが破綻してしまうことに強い危機感を抱いていた²⁸。そのような背景もあり、釧路市医師会は地域医療の課題に取り組むコミュニティ組織として、センターの適切な利用を促すためのアウトリーチ活動を積極的に行ったのである。これらのアウトリーチ活動が各地域で行われ、地域住民が講習会や説明会などに積極的に参加したことが、センターの患者数と救急車搬送数の減少に結びついた²⁹。

最近では、医療資源の適切な利用を促す住民団体が日本の各地域で設立されはじめており、地域住民に向けた勉強会や講習会を開催するなど、夜間や休日の救急医療の安易な利用をなくすための取り組みが模索されている³⁰。釧路市のセンターや後述するへの利用に関するアウトリーチ活動は、住民自治に基づく地域医療システムの再構築を実現するための条件であるといえよう。

以上のように、センターの設立と運営に関する一連の工夫やアウトリーチ活動は、救急医療システムの維持に向けた公民協働の効果的な取り組みとして注目に値するものであるといえよう。

²⁵ 釧路市民活動センター「わっと」によると、釧路市では2012年の時点で180以上もの数多くの団体が多様な分野で住民活動を行っている。「わっと」は釧路市で住民活動を行う団体の支援を目的とする釧路市政府の組織であり、数多くの住民団体が「わっと」の支援を受けて活動している。釧路市政府が地域住民からこのような組織の運営を求められていること自体が、釧路市の住民団体やNPOなどによる活動が活発に行われていることを明確に示しているといえよう。「わっと」のウェブサイト (<http://www.946wat.jp/about.shtml>) を参照。

²⁶ 本田(2010)を参照。

²⁷ 「広報くしろ」(釧路市)、2008年3月号；4月号；10月号など。

²⁸ 釧路市医師会編(1998)、293～298ページ。

²⁹ 2008年に策定された北海道医療計画釧路地域推進方針も、救急医療システムの適切な利用に関する地域住民の自覚を促すためのアウトリーチを施策の方向性に掲げており、それは釧路市で行われたアウトリーチ活動と整合的であった。北海道釧路保健所(2008)、30～31ページ。

³⁰ 「日本経済新聞」、2012年5月9日付。

2-3 道東ドクターヘリ：公民協働の広域救急医療体制の改革

2-3-1 道東ドクターヘリの特徴：

市立釧路総合病院と釧路孝仁会記念病院のパートナーシップ

道東ドクターヘリは、2009年10月に導入された2次と3次の新たな救急医療体制であり、市立釧路総合病院と釧路孝仁会記念病院の公民協働に基づいてヘリの運航が行われている。他の都府県のドクターヘリが都府県ごとに1機または2機体制であるのに対して、北海道では3機のドクターヘリが運航しており、札幌市の道央ドクターヘリの導入後、旭川市の道北ドクターヘリの導入とほぼ同時期に釧路市で道東ドクターヘリが導入された。

ヘリの導入の目的は、釧根医療圏の広域救急医療体制の充実と地域間での医療格差の是正を同時に達成することであった。釧路市の周辺市町村の重症患者が釧路市の2次または3次救急医療を担う医療機関に救急車で搬送される場合、多くの地域からの搬送には片道で2時間から3時間もかかる。それゆえに、患者に後遺症が残る可能性が短時間で搬送された場合に比べると高く、生存率も相対的に低くならざるを得なかった。それだけでなく、救急車が搬送を終えて各地域に戻るの搬送開始から4時間から6時間後であり、その間は新たな救急搬送の要請に十分に対応できず、医師が添乗する場合には医師も不在になるという問題を抱えていた³¹。こうした救急医療システムの問題への対応策として、釧路市医師会の救急医療委員会の委員長であったC氏が中心となってヘリの導入が提案され、釧路市医師会の呼びかけで釧路ドクターヘリ運航調整研究会が発足した。C氏は社会医療法人孝仁会の理事長でもあり、この提案の段階で、救命救急センターを担う市立釧路総合病院に加えて釧路孝仁会記念病院がヘリの運航を行う方向性が示されていた。釧根医療圏の医療機関に加えて釧路市や周辺市町村がこの研究会に参加し、2007年3月に総会が開催されてから2008年3月までの1年間で計4回の研究会が開かれた³²。2007年6月には「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」が可決し、それは釧路市におけるヘリの導入にとって絶好のタイミングであった。C氏をはじめとする研究会の発起人は、ヘリの導入に向けて国（厚生労働省）と北海道に対して積極的な働きかけを行い³³、10万人を超える署名の名簿とともにヘリの導入を求める要望書を国と北海道に提出した³⁴。このような活動の結果、ヘリの導入が決定し、2009年10月からヘリの運航が開始されたのである。

ヘリの運航は市立釧路総合病院と釧路孝仁会記念病院によって行われており、国と地方自治体に加えて他の医療機関や消防機関の協力も得ながら、多額の資金を用いてヘリを用いた救急医療体制が構築されている。

第1に、市立釧路総合病院は基地病院に指定されており、ヘリに搭乗する医師や看護師が雇用されているほか、ドクターヘリ通信センターとヘリポートが設置されている。ドクターヘリの1年間の運航経費は約2億5,000万円であり、国と北海道が合わせて約2億1,000万円を補助している。後述するように、周辺市町村も救急医療の患者数の実績などに基づいて初期導入費用の一部

³¹ 齋藤・其田・西池・加登・畠山（2008）、22ページ。

³² 浅井・丹野・奈良・森（2008）、70ページ。

³³ 齋藤・其田・西池・加登・畠山（2008）。

³⁴ 釧路ドクターヘリ運航調整研究会（2007）。

■ 第2節 釧路市の公民協働に基づく救急医療システムの改革

を分担金として支出したが、運航経費に関する負担はなく、運航経費の残りの約4,000万円は市立釧路総合病院で負担しなければならない。2007年度末の時点で約24億円の未処理欠損金を抱えていた市立釧路総合病院と、厳しい財政状況が続いていた釧路市にとって、財源の捻出は容易ではなかったが³⁵、ヘリの導入が救急医療システムを再構築するために必要であると判断され、これらの整備が進められた。なお、ヘリの機体整備や運転に関する業務は民間企業の中日本航空に委託されている。

第2に、釧路孝仁会記念病院も基幹連携病院としてヘリの運航を担当しており、ヘリポートや格納庫の設置など、運航に必要な体制を整備している。釧路孝仁会記念病院の総務課の職員でヘリ担当も兼ねているD氏によると、ヘリポートや格納庫や給油施設の設置費用は約8,000万円にも上り、人件費を除く年間の運航経費は約800万円であるが、運航経費の全額が釧路孝仁会記念病院によって負担されているそうである。D氏は、釧路孝仁会記念病院がヘリの運航に加わったのは、ヘリに搭乗する医師や看護師の確保と救急患者の受け入れを複数の医療機関で協力して行うためであったと述べている。このような地元の医療機関による協働は、ヘリで搬送された救急患者が救急救命センターの市立釧路総合病院に集中することを防ぎ、救急医療システムの破綻を回避することにもつながる。2013年現在では、C氏は釧路市医師会の会長を務め、釧路市夜間急病センターのセンター長も兼任しており、釧路市の救急医療システムの再構築に向けた改革がC氏のリーダーシップを推進要因として進められたと評価できる。

第3に、ヘリの出動や搬送の業務は曜日ごとに分担されており、水曜日と金曜日を除く5日間を市立釧路総合病院が、水曜日と金曜日を釧路孝仁会記念病院がそれぞれ担当している。市立釧路総合病院が立地している橋南地区では春季と夏季を中心に霧が発生しやすく、濃霧の発生時には視界不良を理由にヘリの離発着ができない可能性が高い。それに対して、釧路孝仁会記念病院は内陸側の愛国地域にあることから濃霧の発生頻度が相対的に少なく、それがヘリの運航にこの病院も加わった理由の1つである。

第4に、ヘリの出動要請は事故現場などからの119番通報を受けた圏内の各地域の消防機関によって行われ、市立釧路総合病院のドクターヘリ通信センターで運航管理の業務を担うコミュニケーション・スペシャリスト（communication specialist）と医師による判断で出動や搬送が決定し、時々の状況をふまえて患者や家族が域内外の医療機関に搬送される。図2の通り、ヘリの基本的な運航範囲は市立釧路総合病院を中心とする半径100キロメートル圏内であり、釧根医療圏だけでなくオホーツク総合振興局の一部の市町も運航範囲に含まれる。実際の運航は半径100キロメートルを超える地域にも及んでおり、自衛隊や海上保安庁などとの連携によって北海道の圏外や本州までの患者の搬送も年に数回の頻度で行われている。後に詳しく述べるように、2012年からは正規の運航範囲が拡大し、北見市と網走市を含む北網圏の10市町も運航範囲に加えられた。

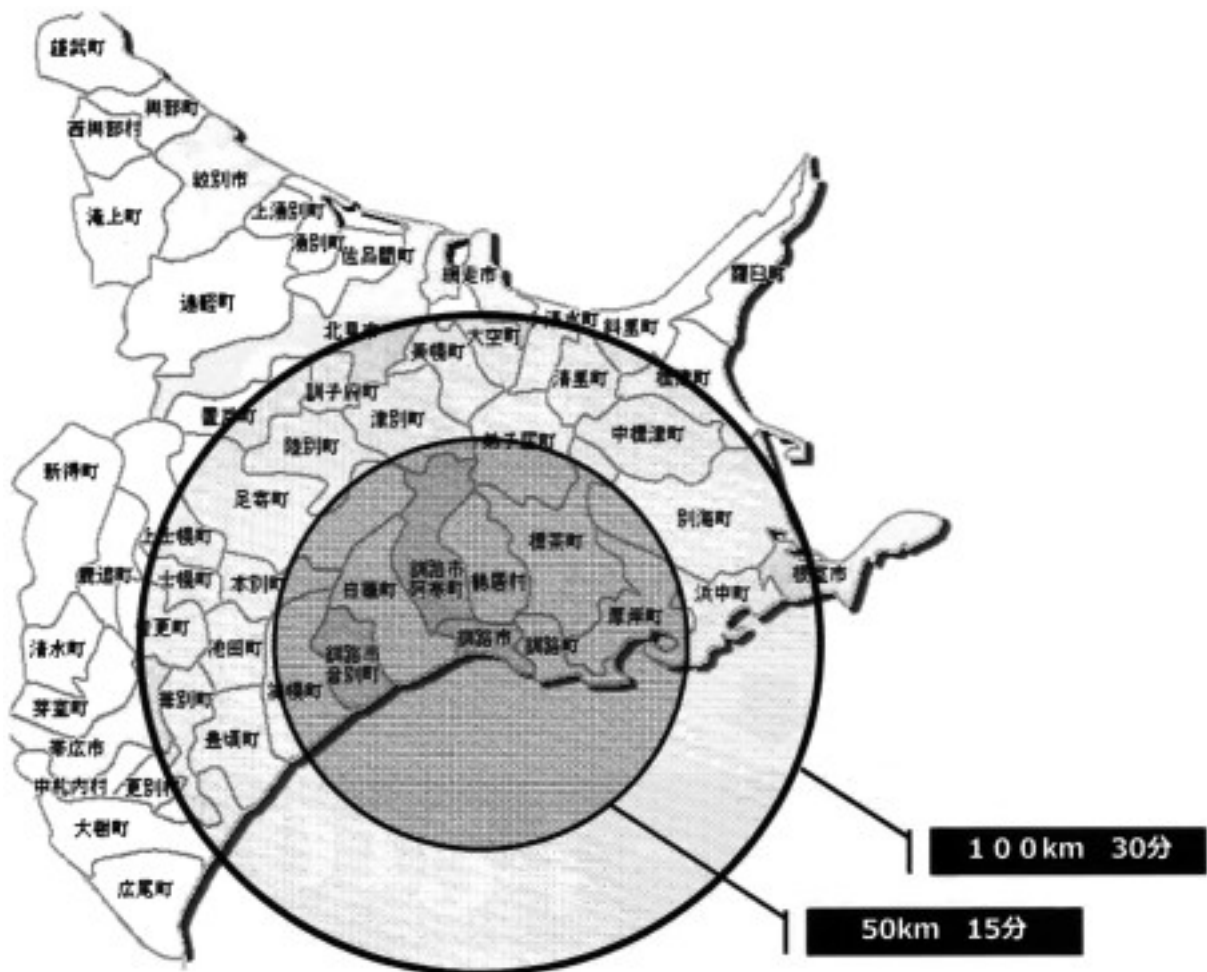
ヘリの導入は単なる広域救急医療体制の充実ではなく、センターと同様に救急医療システムの改革を通して釧路市の地域医療システムの再構築を公民協働で実現するための試みであった³⁶。

2-3-2 道東ドクターヘリの運航と利用状況

ヘリの運航は順調に推移しており、それは北海道東部の2次と3次の救急医療を担う新体制として有効に機能している。

³⁵ 「読売新聞」、2007年9月19日付。

³⁶ ヘリの運航体制の詳細は、市立釧路総合病院事務局総務課（2009）；（2012a）；（2012b）を参照。



出所) 市立釧路総合病院事務局総務課 (2012b) より作成。

図2 道東ドクターヘリの運航範囲 (2013年1月)

第1に、ヘリは北海道東部の広範囲にわたる地域住民の救急医療のニーズに対応している。表9に示されるように、2011年度のヘリの出動件数は402件であり、ある地域の医療機関の入院患者などを別の地域の高度医療機関に搬送する施設間搬送も行われたが、過半数が救急現場への出動であった。45件の出動キャンセルが発生し、その66.7%に相当する30件が救急隊の判断によるものであった。キャンセルとは別に未出動も発生したが、それらの多くは4月から8月までの期間を中心に市立釧路総合病院の周辺で濃霧が発生したことを理由とするものであった³⁷。出動実績を地域別に分類すると、釧路市への出動は全体の12.4%を占めており、その多くが阿寒地区の阿寒湖温泉地域や音別地区への出動であった。釧路総合振興局だけでなく、根室振興局のいずれかの市町への出動が合わせて全体の44.7%にも上った。道央ドクターヘリからの要請があり、救急医療の医療資源に乏しい日高振興局に属する浦河町にも1件の出動があった。ヘリの要請事由の約7割が急病であり、ヘリは交通事故などへの対応も含めて広域の救急医療のニーズに対応した。

第2に、ヘリの患者は主に釧路市の医療機関に搬送されたが、かなり遠方の地域への搬送も行

³⁷ 2010年度の未出動の66.1%が天候不良によるものであり、天候不良の主な内容としては濃霧を中心とする降雪以外の理由が約9割を占めていた。道東ドクターヘリ運航調整委員会(2011)、6～7ページ。市立釧路総合病院のヘリ担当職員のE氏によると、2011年度もほぼ同様の結果であった。

第2節 釧路市の公民協働に基づく救急医療システムの改革

表9 道東ドクターヘリの出動実績（2011年度）
（件、％）

		件数	構成比	
出動区分	救急現場出動	214	53.2	
	緊急外来搬送	40	10.0	
	施設間搬送	103	25.6	
	キャンセル	45	11.2	
	合計	402	100.0	
出動地域	釧路管内	釧路市	44	12.4
		白糠町	39	11.0
		浜中町	30	8.4
		弟子屈町	27	7.6
		鶴居村	20	5.6
		厚岸町	15	4.2
		釧路町	11	3.1
		標茶町	11	3.1
	小計	197	55.3	
	根室管内	中標津町	51	14.3
		別海町	48	13.5
		根室市	29	8.1
		標津町	19	5.3
		羅臼町	12	3.4
		小計	159	44.7
他	浦河町	1	0.3	
合計	356	100.0		
要請事由	急病	281	69.9	
	交通事故	56	13.9	
	その他の事故	65	16.2	
	合計	402	100.0	

出所) 市立釧路総合病院のウェブサイト (<http://www.kushiro-cghp.jp/www/contents/1312338886591/files/2011unnkoujisseki.pdf>) より作成。

われた。表10は、2011年度にヘリで搬送された患者の数を、搬送先の医療機関ごとにまとめたものである。搬送患者の約8割が、基地病院の市立釧路総合病院または釧路孝仁会記念病院に搬送された。釧路市の他の病院への搬送も行われ、全体の15.3%が、釧路労災病院、釧路赤十字病院、釧路三慈会病院、星が浦病院、市立国保阿寒病院のいずれかへの搬送であった。釧路市だけでなく、釧路医療圏の他の市町の医療機関にも20人が搬送されるとともに、ヘリはもっと遠方の地域の病院にも5人の患者を搬送した。すなわち、2人が北見市の北見赤十字病院に搬送され、帯広

表10 道東ドクターヘリの搬送先の医療機関（2011年度）
（人、％）

		人 数	構成比
圏 域 内	市立釧路総合病院	174	47.4
	釧路孝仁会記念病院	113	30.8
	釧路労災病院	33	9.0
	釧路赤十字病院	13	3.5
	釧路三慈会病院	6	1.6
	星が浦病院	3	0.8
	市立国保阿寒病院	2	0.5
	町立中標津病院	6	1.6
	町立別海病院	6	1.6
	町立厚岸病院	4	1.1
	新しくしろクリニック	1	0.3
	町立浜中診療所	1	0.3
	小 計	362	98.6
圏 域 外	北見赤十字病院	2	0.5
	帯広北斗病院	1	0.3
	札幌医科大学附属病院	1	0.3
	東京都立小児総合医療センター	1	0.3
	小 計	5	1.4
合 計		367	100.0

出所) 市立釧路総合病院のウェブサイト (<http://www.kushiro-cghp.jp/www/contents/1312338886591/files/2011unnkoujisseki.pdf>) より作成。

市の帯広北斗病院と札幌市の札幌医科大学附属病院にはそれぞれ1人が搬送されたことに加えて、1人の子どもは東京都立小児総合医療センターまで搬送された。

第3に、2009年度から現在まで、ヘリを用いた救急医療は効果的に行われており、その有効性が認められている。2009年度の「道東ドクターヘリ運航実績報告書」はヘリの効果判定として、132例のうち42.4%に相当する56例が「有効」であったと評価し、特に搬送時間の短縮が医師の医療介入とともに患者の生存率や予後の状況の改善に貢献したと結論づけている³⁸。2010年度の報告書も、362例のうち45.0%を構成する163例が「有効」であったと評価しており、やはり搬送時間の短縮と医師の医療介入の有効性を認めている³⁹。

³⁸ 道東ドクターヘリ運航調整委員会（2010）、33ページ。

³⁹ 道東ドクターヘリ運航調整委員会（2011）、43ページ。

2-3-3 適切な利用と円滑な運営を実現するための取り組み

市立釧路総合病院総務課の職員としてヘリを担当しているE氏によると、ヘリの運営は特に大きな問題もなく順調に推移しているそうである。ヘリの導入にあたっては、安易な利用が増えることで運行の有効性が損なわれるという懸念と、逆に地域住民や消防機関の職員がヘリの利用や要請を過度に躊躇するのではないかと懸念の両方が存在していた。しかし、実際にはヘリが導入されてから現在まで、どちらの事態も特に生じていないようである。

そのような成果の一部は、センターの場合と同様に、市立釧路総合病院、釧路市、釧路市医師会、釧路孝仁会記念病院のそれぞれが、ヘリの導入の前後に運航範囲の各市町村の住民に対してアウトリーチ活動を行った結果である。市立釧路総合病院と釧路市は、ヘリの導入に先立って各地域で住民説明会を開催したほか、ヘリの導入後にも定期的に報告会や適正な利用の呼びかけを行っている⁴⁰。E氏によると、各地域の消防隊員もヘリの趣旨や運航体制について積極的に学んでいるそうであり、釧路市医師会も、地域住民や住民団体などに対して、救急医療システムの厳しい状況と合わせてヘリの適切な利用の重要性を喚起している。さらに、釧路孝仁会記念病院はヘリの運航が開始された前後に、自らの病院や釧路市をはじめとする北海道東部の市町村の公民館などで、ヘリの利用方法や適切な利用を求める住民説明会や講演会を開催した⁴¹。釧路孝仁会記念病院のD氏は、これらの住民説明会や講演会には周辺自治体の多くの住民が参加し、およそ150人から200人の定員の会場が満席になることも少なくなかったと述べている。

これらと合わせて重要なのは、地域住民の側が救急医療システムの破綻に関して強い危機感を持っており、ヘリの適切な利用に向けた住民活動が行われたことである。すなわち、地域住民がヘリの運航の仕組みや注意点を学び、救急搬送への地元の協力体制を構築するための学習会を開催するとともに、ヘリの適切な利用をお互いに呼びかけたのである。

阿寒湖温泉地域での活動は、地域住民による地域医療システムの存続に向けた活動として注目に値するものであった。阿寒湖温泉地域は、釧路地区の中心部から約80キロメートルも離れており、救急車で釧路地区の医療機関に救急搬送を行う場合には2時間近くの時間がかかる。それに加えて、すでに述べたように無床の北海道立阿寒湖畔診療所がこの地域の唯一の医療機関であり、外科の診療体制が十分に整備されていないことが地域住民に大きな不安をもたらしている。さらに、最近ではこの診療所の医師が退職し、不安定な診療体制が続いていた。これらの事情を背景として、阿寒湖温泉地域の住民は地域医療システムの問題に強い関心と危機感を持っており、それがヘリの円滑な運航への協力や適切な利用に向けた自主的な勉強会や啓発活動などに結びついた。すなわち、地域住民が町内会による取りまとめに基づいて、ヘリの試験的な離着陸の現場に立ち会うことで実際の運航の様子や騒音の大きさを知るための努力を行ったほか、ヘリの離発着場に救急車が到着するまでの主な道順の確認や、主要な道路に救急車の走行を妨げる恐れのある障害物を放置しないよう呼びかけるなどの活動が行われたのである⁴²。観光の振興を通してまちづくりと保健・医療・福祉の推進に向けた地域住民への支援活動を行っているNPO法人阿寒観光協会まちづくり推進機構⁴³のF氏は、阿寒湖温泉地域では町内会の活動が活発であり、冠婚葬祭

⁴⁰ 道東ドクターヘリ運航調整委員会（2011）；「釧路新聞」、2011年10月16日付など。

⁴¹ 釧路ドクターヘリ運航調整研究会（2008）；釧路孝仁会記念病院のウェブサイト（<http://www.kojinkai.or.jp/contents/topics/index.html>）を参照。

⁴² これらは、阿寒湖温泉地域での地域住民や阿寒観光協会まちづくり推進機構のF氏に対する聞き取り調査で得られた情報である。釧路ドクターヘリ運航調整委員会（2008）も参照。

のほぼすべてが町内会を単位として行われているほか、ヘリの運航への協力や利用に関する活動も積極的に行われたことを指摘している。阿寒湖温泉地域の町内会の加入率はほぼ100%であり、地域課題を共有する地域住民が町内会ごとにまとまって活動する条件が比較的豊富であるといえよう。すでに述べたように、阿寒湖温泉地域には数多くの高齢者が暮らしており、救急車よりも迅速に釧路地区の医療機関に患者を搬送することが可能なヘリは、これらの高齢者にとって貴重な生活手段である。それゆえに、阿寒湖温泉地域の住民はヘリの安易な利用が救急医療システムを破綻させることのないよう、ヘリの有効活用と同時に適切な利用に向けて活発な活動を行ったのである。その他の市町村でも、ヘリの有効活用と適切な利用に向けて地域住民によるヘリの離着陸の訓練への参加などが積極的に行われている⁴⁴。

センターの場合と同様に、ヘリの運航に関するアウトリーチ活動は、救急医療システムの存続を目標として地元主導で積極的に行われた。

⁴³ 阿寒観光協会まちづくり推進機構の活動の詳細は阿寒観光協会のウェブサイト (<http://www.lake-akan.com/>) を参照。

⁴⁴ たとえば、鶴居村役場の広報誌である「広報つるい」の2012年9月号を参照。

第3節 市立釧路総合病院の経営再建策と経営再建

3-1 市立釧路総合病院の診療体制の安定化

救急医療システムの改革が実施されたことで、市立釧路総合病院の救急医療に関する負担が軽減され、それが診療体制の安定化に結びついた。

第1に、センターの設立後、救急医療の安易な利用が抑制されるとともに、センターが軽症の救急患者を一手に引き受けるようになった結果、市立釧路総合病院の救急医療の負担は軽減された。市立釧路総合病院の副院長（当時）のG氏は、センターが設立されたことで「高度医療に集中しやすい環境になった」と述べており⁴⁵、市立釧路総合病院が救命救急センターや高度医療の主な担い手として本来の業務に専念できるようになったことを実感している。すでに述べたように、そもそも、市立釧路総合病院は2次・3次救急医療を担う病院であり、軽症の救急患者への対応が増えたことが診療体制を不安定にさせた大きな要因であった。センターの設立に伴い、地域医療システムにおける市立釧路総合病院の役割がいっそう明確になり、その役割を果たすための条件が整備されたのである。

第2に、ヘリの導入も救命救急センターとしての役割をはじめ、市立釧路総合病院が地域医療システムにおいて本来の果たすべき役割にふさわしい診療体制を再構築するきっかけになった。すでに述べたように、ヘリの運航状況と利用状況は順調に推移しており、それがセンターでの1次救急医療の実施とあわせて、釧路医療圏の2次・3次救急医療を担う市立釧路総合病院の診療体制の安定化と地域医療システムにおける役割の明確化に結びついた。

こうした診療体制の安定化は、市立釧路総合病院が地域医療システムにおける自らの役割をいっそう明確に意識しながら経営再建策を実施するための前提条件であり、救急医療システムの改革がその条件の整備に大きく貢献した。

3-2 市立釧路総合病院経営改革プラン

市立釧路総合病院の経営再建策は単なる経営状況の改善策ではなく、自らの役割を果たすための診療体制の安定化も重要なねらいであった。逆からみると、診療体制の安定化が地域医療システムにおいて果たすべき役割を担うための前提条件であり、経営再建の条件でもあった。

釧路市は、2009年3月に市立釧路総合病院改革プランを策定し、2009年度からこのプランに沿って経営再建策が実施されることになった。市立釧路総合病院改革プランは経営再建の計画書であり、2007年に総務省によって示された公立病院改革ガイドラインに基づいて策定された。

公立病院改革ガイドラインは、地方公共団体が公立病院の健全経営に向けて改革プランを策定する際の指針であり、その特徴は、具体的な数値目標を掲げて経営効率化を図ることを強く求めていることである。このガイドラインは、「公立病院改革の究極の目的は、公民の適切な役割分担

⁴⁵ 「山陰中央新報」、2012年4月16日付。

の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにあり、それに向けて公立病院の「持続可能な病院経営を目指す」ことを示している。そのために地方公共団体は、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しという3つの視点に立脚して改革プランを2008年度中に策定することになった。経営効率化に向けた改革案は、経常収支比率（医業収益と医業外収益を合算した金額を医業費用と医業外費用の合算額で除して100を乗じた数値）、医業収支比率（医療収益を医業費用で除して100を乗じた数値）、病床利用率（1日当たり入院患者数を病床数で除して100を乗じた数値）などの指標に関して数値目標を掲げ、3年程度の期間で目標を達成するよう策定される。特に、経常収支比率、職員給与費対医業収益比率（職員給与費を医業収益で除して100を乗じた数値）、病床利用率の数値目標は必ず明記されなければならない、過去3年間に病床利用率が連続して70%未満であった病院は、病床数の削減を強く意識した抜本的な見直しを求められる。再編・ネットワーク化に関する改革案は、主に2次医療圏の基幹病院との役割分担を都道府県の政府と協議しながら検討し、公立病院が果たすべき役割をふまえて自らの機能や事業規模や他の医療機関との連携のあり方を5年程度の期間で達成することを目途に策定される。この改革案も、医師の配置や病床数などの見直しを含め、経営効率化と連動させることが求められている⁴⁶。公立病院の経営形態の見直しについても、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間譲渡という選択肢を視野に入れて、これらの民間の経営手法の導入を意識して今後の経営形態のあり方を検討することが求められている⁴⁷。

市立釧路総合病院改革プランの内容は、地域医療システムにおける自らの役割を明確化することを軸に、現在の経営形態を維持しながら病院の機能や他の医療機関との連携を強化し、経営再建を目指すというものであった。

第1に、市立釧路総合病院の役割は、救急医療やがん治療などの高度医療、精神科医療や周産期医療をはじめとする特殊医療、地域に必要な不採算医療を、地域の中核病院として継続的に提供することであると明記された。特に、市立釧路総合病院は救命救急センターとして、2次と3次の救急医療を担うための機能を維持することが示された。

第2に、経営形態は変えず、釧路市から病院長に多くの権限が実質的に委譲されていることの利点を活かすという観点から、地方公営企業法の一部適用の形態を維持した上で経営再建を目指すことが確認された。ただし、経営再建が困難であると判断した場合には、独立行政法人化や民間譲渡を含めた再検討を行うことも明記された。

第3に、再編・ネットワーク化は、これまでと同様に地域医療システムにおける中核病院としての役割を維持した上で、他の自治体病院との連携や規模の適正化を検討することになった。すなわち、連携のパターンとして構想されたのは、市立釧路総合病院は2次医療圏の釧路総合振興局に加えて3次医療圏の釧根医療圏という「区域の中核的病院とし、区域内のその他の自治体病院は規模の適正化や診療所化を行う」ことであった。これは、北海道との協議を行いながら具体化されることになった。

第4に、これらの事項とともに、経営の現状認識、経営効率化に向けた数値目標、改革の具体的な内容が示された。

市立釧路総合病院の経営状況に関する認識は、2006年度と2007年度は「医師の減少や増改築工事に伴う診療制限による患者数の減少等、『弱み（Weaknesses）』が多く赤字経営であった」が、

⁴⁶ 伊関（2009）、302ページ。

⁴⁷ 公立病院改革ガイドラインの詳細は総務省（2007）を参照。

第3節 市立釧路総合病院の経営再建策と経営再建

2008年度は「循環器科（心臓血管内科）の体制が再整備される等、『強み（Strengths）の多い病院となり、自院の機能を積極的に生かした効率的な病院経営が継続できる状況である』』というものであった。2007年度の経常収支比率は94.7%であり、この指標をみると赤字経営であったが、2008年度には増改築工事が完了するとともに循環器科医を迎える体制が整備されたことを中心に診療体制が安定したこと、その後は経営状況が好転していく見通しが示された。

このような認識の下で、経営効率化に向けた数値目標が設定された。2007年度の経常収支比率は94.7%であり、それは公立病院改革ガイドラインで参考資料として示された2006年度における500床以上の公立病院の平均である97.4%よりも2.7ポイントも低かった。改革プランは、2011年度に102.2%の達成を目標に、5年間で7.5ポイントも経常収支比率を高めることを数値目標として掲げた。2007年度の職員給与費対医業収益比率は48.3%であり、2006年度における500床以上の公立病院の平均の51.5%よりも3.2ポイント低かった。しかし、改革プランはいつその効率化を目指し、2007年度の48.3%から2011年度には44.5%にまで、3.8ポイントの減少が目標になった。そして、2006年度には500床以上の公立病院の病床利用率の平均が84.8%であったのに対して、2007年度の市立釧路総合病院のそれは81.6%であり、同程度の規模の平均よりも3.2ポイント低かった。病床利用率の2011年度の数値目標は88.4%に設定され、5年間で6.8ポイントの増加が目指された⁴⁸。

表11に示されるように、これらの数値目標を達成するための改革の特徴は、経営効率化に向けた数々の改革を専門性の高い診療体制の整備と一体的に行う点にあった。「市民満足度の向上」をテーマとする改革は、地域住民や患者との良好な関係を築くための地域交流や接遇向上の推進に加えて、院内パスの充実、服薬指導の強化、チーム医療の推進などの診療体制の安定化に向けた工夫を含む内容であった。「地域医療機関との連携」の内容は他の医療機関から紹介された患者を増やすことであり、それと同時に紹介状を持たない新規患者を原則として受け付けないことで、高度医療を専門的に行う市立釧路総合病院の診療体制の維持が試みられた。さらに、職員が教育研修を受ける機会を増やすなどの職場環境の充実が、医師の安定的な確保に向けた取り組みと合わせて行われることになった。

そして、経営効率化に直接にかかわるのが「収益の確保」と「費用の削減」であり、これらは診療体制の見直しと機能の充実を図るための改革でもあった。「収益の確保」の具体的な内容は、へりの導入に合わせた救急加算の取得、6人部屋や3人部屋の病室を4人部屋や2人部屋に改築することを通じた施設加算の取得、入院医療の診療報酬を個別の医療行為に関する点数の積み上げではなく診断群分類（Diagnosis Procedure Combination；DPC）に基づいて包括点数として取得する制度の導入、それとともに入院患者7人当たり1人以上の看護師を配置することで得られる相対的に高い入院基本料の取得、入院患者の平均在院日数を短縮して病床の回転率を高めることによる増収、手術室の効率的運用、クレジットカードによる料金の支払いへの対応や悪質な滞納者への法的措置という未収金対策などであった。重要なのは、病院の増改築が専門性の高い医療サービスの提供だけでなく、これらの診療報酬の加算やDPCの導入などの認可を得るための条件であったことである。一方で、「費用の削減」の主軸は院外処方開始や後発医薬品の利用の拡大による薬品費の削減であり、それが診療材料費の削減や人件費の抑制とともに実施されることになった。

市立釧路総合病院経営企画課のH氏は、2012年度に不良債務を解消することが市立釧路総合病

⁴⁸ 2006年度の公立病院の経営指標については総務省（2007）、16～17ページを参照。

表11 市立釧路総合病院改革プランで示された経営効率化の取り組み

視 点	テ ー マ	アクションプラン	開始年度
患者中心の医療	市民満足度の向上	地域交流の推進	継続
		接遇向上対策推進	2009
		院内パスの充実	2009
		服薬指導の強化	2009
		医療情報のIT化	2009
		チーム医療の推進	継続
		患者利便性の向上	2009
地域医療支援	地域医療機関との連携	紹介患者増加	2009
研鑽・職場環境	職場環境の充実	教育研修機会の増加	継続
		出産・子育て支援	2009
安全な医療の提供		継続	
	人材確保	安定的医師確保	継続・2008
経営の安定化	目標管理	達成目標値の設定	2009
	収益の確保	DPCの導入	2009
		診療報酬加算の取得	2010
		平均在院日数の短縮	2009
		手術室の効率的運用	2009
		未収金対策	2009
査定減・請求漏れ防止	継続		
費用の削減	費用の削減	薬品費の削減	継続・2008
		診療材料費の削減	2008
		人件費の抑制	継続

出所) 釧路市 (2009b) より作成。

院改革プランの主な目標として掲げられたことを強調している。不良債務とは、流動負債から流動資産を差し引いた金額を医療収益で除して100を乗じることによって得られる数値であり、特に一時借入金や未収金などの規模に焦点を当てて病院の負債額を示す指標である。改革プランでは、単に個別の経営指標に関する数値目標を達成することにとどまらず、それらの目標の達成を通して不良債務を解消し、地域医療システムにおける自らの役割を継続的に果たすための安定的な経営という条件を整備することが最も重要な目的として確認されたのである⁴⁹。

3-3 市立釧路総合病院の経営再建

改革プランに沿って経営再建策が2009年度から実施された結果、市立釧路総合病院の収入と支出の構造が変化した。

⁴⁹ 市立釧路総合病院改革プランの詳細は釧路市 (2009b) を参照。

第3節 市立釧路総合病院の経営再建築と経営再建

第1に、収入の大半を占める医業収益は、高度医療や特殊医療などに特にかかわりの深い入院医療の収益を中心に増加し、それが経営効率化に伴う外来収益の減収を補った。表12に示されるように、医業収益に占める入院収益の割合は、2007年度には55.4%であったが2011年度には73.4%になり、この4年間で18.0ポイントも増加した。内訳をみると、2008年12月からの院外処方段階的な実施に伴い2009年度以降に投薬料が大幅に減少したが、入院料や注射料などの診療報酬が各種の加算とともにDPCに基づいて包括化され、結果として2007年度から2011年度にかけて入院収益が一貫して増加した。一方で外来収益は2010年度から大きく減少し、その主な要因は院外処方の実施に伴う投薬料の減収と、専門性の高い外来診療の体制を維持するために受診制限を実施したことに伴う患者数の減少であった。2008年7月からは、相対的に重度の疾患を抱える患者の診療を強化するために、消化器内科と心臓血管内科（循環器科）と呼吸器内科の外来医療に関する完全予約制が実施され、他の医療機関からの紹介状を持たない新規患者は原則として受診できなくなった。さらに、市立釧路総合病院は他の医療機関との役割分担をいっそう進めるために、2010年4月から紹介状を持たない初診の外来患者から1回当たり788円の初診時選定療養費を徴収し、相対的に症状などが軽度な患者の受診を制限することになった。2010年度以降にはこれらの受診制限などの影響で外来収益が大きく減少したが、入院収益が一貫して増加した結果、2011年度の医業収益は2007年度の実績とほぼ同額であった。

第2に、医業外収益の規模は医業収支よりも小さいとはいえ、2008年度には市立釧路総合病院の機能の充実を目的に、北海道や釧路市の一般会計からの財政資金の受取額が増加した。表13の通り、2007年度から2011年度までのいずれの年度にも医業外収益の7割以上が釧路市の一般会計からの負担金であり、2008年度以降には高度医療と精神科医療の運営費分の受取額が特に多かつ

表12 市立釧路総合病院の医業収益の推移

(万円、%)

	2007		2008		2009		2010		2011	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
入院収益	713,011	55.4	863,873	60.9	867,800	61.4	928,920	74.1	937,792	73.4
入院料	349,708	27.2	399,619	28.2	178,705	12.6	184,363	14.7	178,911	14.0
処置及び手術料	175,838	13.7	257,759	18.2	241,117	17.0	242,238	19.3	242,720	19.0
投薬料・検査料等	170,299	13.2	183,482	12.9	66,066	4.7	54,378	4.3	55,981	4.4
リハビリテーション料等	10,895	0.8	15,520	1.1	17,079	1.2	19,963	1.6	22,144	1.7
DPC包括	—	—	—	—	357,155	25.3	419,311	33.5	429,577	33.6
その他入院収益	6,272	0.5	7,492	0.5	7,677	0.5	8,666	0.7	8,458	0.7
外来収益	556,970	43.3	536,671	37.9	528,653	37.4	305,457	24.4	321,108	25.1
再診料	22,501	1.7	20,782	1.5	20,432	1.4	20,260	1.6	20,280	1.6
処置及び手術料	51,109	4.0	51,360	3.6	50,791	3.6	33,280	2.7	29,584	2.3
投薬料	271,586	21.1	253,855	17.9	224,188	15.9	16,836	1.3	19,300	1.5
在宅管理料・検査料等	180,647	14.0	181,521	12.8	200,202	14.2	193,261	15.4	207,672	16.2
リハビリテーション料等	11,955	0.9	11,870	0.8	15,578	1.1	26,666	2.1	28,289	2.2
その他外来収益	19,171	1.5	17,284	1.2	17,462	1.2	15,154	1.2	15,981	1.3
その他医業収益	16,700	1.3	17,226	1.2	17,792	1.3	18,546	1.5	19,366	1.5
合計	1,286,682	100.0	1,417,770	100.0	1,414,245	100.0	1,252,923	100.0	1,278,267	100.0

出所) 釧路市『釧路市病院事業会計決算書』各年度版より作成。

表13 市立釧路総合病院の医業外収益の推移

(万円、%)

	2007		2008		2009		2010		2011	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
国庫補助金	506	0.4	542	0.3	548	0.3	406	0.2	590	0.3
北海道一般会計補助金	1,061	0.9	1,177	0.7	9,776	5.3	22,327	11.8	23,302	13.4
ドクターヘリ導入促進事業	—	—	—	—	8,428	4.5	20,843	11.0	21,037	12.1
その他	1,061	0.9	1,177	0.7	999	0.5	1,484	0.8	2,350	1.3
釧路市一般会計からの補助金	9,400	8.0	9,400	5.7	21,950	11.8	9,400	5.0	576	0.3
広域救急医療対策費補助金	—	—	—	—	3,150	1.7	—	—	—	—
その他	9,400	8.0	9,400	5.7	18,800	10.1	9,400	5.0	576	0.3
釧路市一般会計からの負担金	91,600	78.1	141,363	85.3	141,363	76.1	141,363	74.9	136,363	78.2
企業債利息分	21,907	18.7	9,694	5.8	8,127	4.4	7,107	3.8	8,980	5.2
救急医療運営費分	8,576	7.3	11,301	6.8	14,530	7.8	2,934	1.6	6,393	3.7
高度医療運営費分	8,707	7.4	29,690	17.9	29,041	15.6	34,192	18.1	31,350	18.0
精神病院運営費分	41,270	35.2	64,909	39.2	60,633	32.6	77,738	41.2	64,579	37.0
その他	11,141	9.5	25,770	15.5	29,032	15.6	19,393	10.3	25,061	14.4
その他医業外収益	13,733	11.7	12,287	7.4	11,238	6.0	15,285	8.1	13,537	7.8
合計	117,280	100.0	165,758	100.0	185,782	100.0	188,780	100.0	174,368	100.0

出所) 釧路市『釧路市病院事業会計決算書』各年度版より作成。

た。釧路市の一般会計からの補助金は様々な用途に用いられており、ヘリが導入された2009年度にはヘリの導入費用に充当される補助金として3,150万円の広域救急医療対策費補助金が釧路市病院事業会計に繰り入れられた。この補助金は一度限りの繰り入れであり、釧路市が50%分を負担するとともに、後述するように釧根医療圏の市町村も残りの50%分を救急医療の患者数の実績などに基づいて分担した。2009年度以降には、北海道もヘリの導入費用と運航費への補助金を釧路市病院事業会計に繰り入れている。2011年度にはその補助金は医業外収益の12.1%を占めており、市立釧路総合病院がヘリを運航するための重要な財源である。なお、釧路市の一般会計や他の事業会計などからの借入額は発生していない。

第3に、専門性の高い診療体制の整備は一部の費用を増加させたが、経営効率化に向けた改革が実施された結果、医業費用と医業外費用は全体として削減された。表14に示されるように、市立釧路総合病院の支出の9割以上を占める医業費用は2007年度から2009年度にかけて増加したが、2010年度には約20億円も減少し、2011年度の金額は2007年度よりも削減された。専門的な診療体制の整備に伴い、経費は2007年度から2011年度までの期間に一貫して増加し、2011年度の給与費も2007年度のコストよりも多かった。これらの費用が増加したにもかかわらず、医業費用の全体が削減されたのであり、その削減の大部分が院外処方の実施による薬品費の大幅な削減によるものであった。

このように収入と支出の構造が変化した結果、釧路市病院事業会計の市立釧路総合病院に関する収益的収支は次第に好転していった。収益的収支とは、病院事業にかかわる毎年度の収入と支出を集計したものであり、すでに詳細に検討した医業収益や医業費用のほか、医業外収益や医業外費用などに関する項目が計上される。多くの場合、病院の経営状況は収益的収支の状況をふまえて判断される。それに対して資本的収支は、病院施設の増設や補修などの長期的な視野で行わ

第3節 市立釧路総合病院の経営再建策と経営再建

表14 市立釧路総合病院の収益的収支の推移

(万円、%)

	2007		2008		2009		2010		2011		
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	
収入	医業収益	1,286,682	91.1	1,417,770	89.2	1,414,245	88.1	1,252,923	86.0	1,278,267	87.1
	医業外収益	117,280	8.3	165,758	10.4	185,782	11.6	188,780	13.0	174,368	11.9
	高等看護学院収益	979	0.1	989	0.1	907	0.1	9,624	0.7	9,730	0.7
	特別利益*	7,783	0.6	5,374	0.3	4,620	0.3	6,391	0.4	5,411	0.4
	合計	1,411,745	100.0	1,588,902	100.0	1,604,647	100.0	1,457,718	100.0	1,467,776	100.0
支出	医業費用	1,398,488	93.6	1,475,585	94.5	1,527,379	95.0	1,305,673	94.0	1,320,106	94.7
	給与費	625,580	41.9	623,222	39.9	669,553	41.6	652,330	47.0	662,983	47.6
	材料費	521,451	34.9	565,904	36.2	552,563	34.4	335,093	24.1	332,259	23.8
	薬品費	413,079	27.7	410,671	26.3	394,968	24.6	194,535	14.0	198,810	14.3
	その他	108,372	7.3	155,232	9.9	157,594	9.8	140,558	10.1	133,450	9.6
	経費	160,886	10.8	168,814	10.8	188,141	11.7	201,340	14.5	204,095	14.6
	減価償却費	87,519	5.9	113,901	7.3	112,449	7.0	112,575	8.1	115,512	8.3
	その他医業費用	3,051	0.2	3,744	0.2	4,673	0.3	4,335	0.3	5,256	0.4
	医業外費用	82,554	5.5	75,843	4.9	69,425	4.3	63,037	4.5	56,814	4.1
	高等看護学院費用	981	0.1	991	0.1	910	0.1	9,543	0.7	9,649	0.7
	特別損失*	11,643	0.8	9,220	0.6	10,536	0.7	10,291	0.7	7,192	0.5
	合計	1,493,666	100.0	1,561,640	100.0	1,608,251	100.0	1,388,545	100.0	1,393,762	100.0
収支	-81,921	-	27,262	-	-3,604	-	69,173	-	74,014	-	
未処理欠損金	239,859	-	212,597	-	216,201	-	147,028	-	73,014	-	

※ 過年度の診療報酬請求返戻再請求額と診療報酬請求返戻額等。
出所) 釧路市『釧路市病院事業会計決算書』各年度版より作成。

れるべき病院の事業にかかわる収入と支出を集計したものであり、企業債の発行による収入、国や都道府県や市町村の一般会計からの財政資金の繰り入れ、建設改良費、企業債償還金などが計上される。資本的収支の性質上、収支は赤字になる場合がほとんどであり、赤字額は一時借入金で補てんされるので、収益的収支とともに資本的収支も不良債務の金額に影響を及ぼす。

第1に、市立釧路総合病院の収益的収支は2008年度以降に黒字基調で推移した。表14に示されるように、2007年度の収支は約8億1,900万円もの赤字であったが、2008年度には約2億7,300万円の黒字を達成した。2009年度には受診制限やへの導入などに伴い支出額が増加したことで再び約3,600万円の赤字に転じたが、2010年度と2011年度の収支はそれぞれ約14億7,000万円と約7億4,000万円もの黒字を計上した。

第2に、資本的収支の収入と支出も次第に安定し、長期的な病院経営を見据えた改革の成果が表れ始めた。表15は、釧路市病院事業会計の資本的収支の市立釧路総合病院に関する部分を整理したものである。2007年度の収入の9割弱が企業債の発行による収入であり、その資金は企業債償還金として支出された他に、病院の増改築や医療設備の充実の費用に充当された。増改築の完了後には企業債の新規発行額が大幅に減少し、2008年度の企業債の発行による収入額は総収入の64.5%へと24.9ポイントも減少した。2009年度以降には借換債も発行されず、2011年度の企業債

表15 市立釧路総合病院の資本的収支の推移

(万円、%)

	2007		2008		2009		2010		2011		
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	
収入	企業債	517,830	89.6	46,250	64.5	43,520	47.1	62,810	64.5	43,210	43.9
	院舎増改築費に充当	219,590	38.0	3,040	4.2	19,120	20.7	7,770	8.0	—	—
	医療機械等整備費に充当	36,800	6.4	19,890	27.7	24,400	26.4	55,040	56.5	43,210	43.9
	借換債	261,440	45.3	23,320	32.5	0	0.0	0	0.0	—	—
	国庫補助金	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	244	0.2
	北海道一般会計からの補助金 ^{*1}	0	0.0	839	1.2	0	0.0	216	0.2	16,398	16.7
	釧路市一般会計からの補助金	33,000	5.7	14,500	20.2	29,063	31.5	14,500	14.9	18,743	19.1
	釧路市一般会計からの負担金 ^{*2}	26,400	4.6	0	0.0	19,637	21.3	19,637	20.2	19,637	20.0
	その他	536	0.1	493	0.7	161	0.2	249	0.3	142	0.1
	合計	577,766	100.0	71,718	100.0	92,381	100.0	97,412	100.0	98,374	100.0
支出	建設改良費	259,121	43.2	25,611	14.8	48,469	27.6	65,775	34.4	64,025	34.8
	院舎増改築費	221,484	36.9	654	0.4	16,771	9.5	7,770	4.1	—	—
	医療機械等整備費	37,013	6.2	21,912	12.7	27,711	15.8	58,005	30.4	64,025	34.8
	病院総合情報システム整備費	625	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—
	用地購入費	0	0.0	0	0.0	3,988	2.3	0	0.0	—	—
	企業債償還金	339,062	56.5	145,043	84.0	125,185	71.2	122,958	64.4	117,614	64.0
	投資(修学資金貸付金等)	1,661	0.3	2,087	1.2	2,054	1.2	2,202	1.2	2,234	1.2
	その他	20	0.0	0	0.0	0 ^{*3}	0.0	0	0.0	0	0.0
	合計	599,864	100.0	172,741	100.0	175,707	100.0	190,935	100.0	183,873	100.0
収支	-22,098	—	-101,023	—	-83,326	—	-93,523	—	-85,499	—	

※1 釧路・根室圏地域医療再生計画事業に充当。

※2 企業債元金分。

※3 5,000円未満。

出所) 釧路市『釧路市病院事業会計決算書』各年度版より作成。

の発行による収入額は総収入の43.9%にまで減少した。しかも、2008年度以降には企業債の償還が新規発行額を上回る金額で行われており、借金の返済が順調に進んでいることがわかる。釧路市の一般会計からの財政資金の繰入額も、地方公営企業法で定められた繰出基準に準じて行われており、赤字の補填などのために繰入額が大きく増加したわけではない。2011年度には、北海道によって策定された新たな地域医療計画である「釧路・根室圏地域医療再生計画」に関する事業の財源として、北海道から補助金が繰り入れられた⁵⁰。

収支状況が大きく改善した結果、市立釧路総合病院の経営再建が実現した。表16に示されるように、2007年度の医業収益の規模に対する不良債務の比率は18.8%であったが、2008年度以降には不良債務の削減が改革プランの計画よりも順調に進んだことで2011年度にはすべての不良債務が解消され、不良債務比率はマイナス0.4%になった。2011年度には職員給与費対医業収益比率は51.9%になり、目標値の43.0%には届かなかったものの、市立釧路総合病院で掲げられた数値目

⁵⁰ 釧路・根室圏地域医療再生計画の詳細は北海道保健福祉部(2011b)を参照。

第3節 市立釧路総合病院の経営再建策と経営再建

表16 市立釧路総合病院の不良債務比率の推移

(%)

	2007	2008	2009	2010	2011
計 画	—	14.2	10.9	5.7	−0.1
実 績	18.8	13.6	10.8	4.8	−0.4

※ 不良債務比率は「(流動負債－流動資産)／医業収益×100」として算出するとともに、『市立釧路総合病院改革プラン』と同様に市立釧路国民健康保険阿寒病院と合算した金額を示した。

出所) 釧路市『釧路市病院事業会計決算書』各年度版；釧路市(2009a) (2009b) (2010a) (2010b) (2012) より作成。

標はおおむね達成された。2011年度の経営収支比率は105.3%であり、目標の103.0%を2.3ポイント上回った。病床利用率は87.3%であり、目標の88.4%をほぼ達成したと評価することができる⁵¹。

以上のように、公民協働の救急医療システムの改革が市立釧路総合病院の診療体制を安定させ、それを前提条件として地域医療システムにおける役割を明確に意識しながら経営再建策が実施された結果、経営再建が実現したのである。

⁵¹ 市立釧路総合病院改革プランの数値目標と実績の詳細は釧路市(2010b)と釧路市(2012)を参照。

第4節 地域医療システムと自治体病院の再編の意義と課題

4-1 地域医療システムにおける自治体病院の役割と病院経営

釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建策は、住民自治を基盤とする地域医療システムと自治体病院の一体的な再編に向けた試みであった。

釧路市の地域医療システムが崩壊の危機に瀕した主な原因は、地域の医療資源が浪費されたことであった。地域の医療資源とは地域医療システムそのものであり、地元の医療機関、医師や看護師をはじめとする医療職、医療相談や地域医療連携に取り組む事務職員、医療機関の支援や自治体病院の運営を行う地方自治体などのすべてが、地域住民にとっての貴重な資源である。国民皆保険に基づく医療保障が無条件かつ無制限の権利であるという錯覚や、医療分野への財政資金の投入が限られた地域の資源や財源の有効活用という視点を明確に持たないまま行われてきたという問題は、救急医療の安易な利用の増加に象徴的に表れている。それが、医療機関の機能不全と地域医療システムの破綻の危機をもたらした大きな要因であった。医師が地域の医療機関に定着しない原因の一端は、医師のキャリアパスの未整備、医療機関の側の努力不足、地方自治体の医療分野に対する誤った認識などであり、これらは決して小さくない問題である。しかし、仮にそれらの問題が解決されたとしても、地域社会において地域医療システムという貴重な地域資源を維持する姿勢が存在しなければ、医師が地域から立ち去ってしまい、地域医療システムは崩壊に向かう。すなわち、医師を地域社会で受け止める努力が不足していたことが医師不足の問題の大きな原因であり、それが地域医療システムを危機的な状況に追いやった側面が大きいのである。

救急医療システムとの関係に注目するならば、市立釧路総合病院の経営問題は地域住民による医療資源の浪費の結果であり、この自治体病院の経営が破綻すれば、地域医療システムも崩壊に向かって突き進むことになる。すでに述べたように、市立釧路総合病院は、他の医療機関では整備されていない各種の高度医療や特殊医療の診療体制を備えており、病気やけがに苦しむ地域住民を支える最後の頼みの綱である。地域住民が救急医療システムを破綻の危機に追いやり、それに伴い数多くの医療機関が機能不全に陥ったことで過重な負担が市立釧路総合病院に集中し、市立釧路総合病院の経営状況が悪化した。齋藤（2012）は自治体病院に特有の問題点として、業績や成果に基づく戦略経営の不備や予算至上主義の弊害という公共サービス組織体としての欠陥、競争をあまり追及せず画一性を不可欠とする行政と病院の性格の相違、開設者である首長と病院長の権限や責任の帰属が曖昧であることに起因するガバナンス構造の脆弱性の3点を挙げている⁵²。これらは確かに多くの自治体病院に少なからず当てはまる問題であり、市立釧路総合病院の経営問題もこれらの問題点と無関係ではなかったであろう。しかし、自治体病院の経営はその病院だけで成立するのではなく、地域医療システムにおける他の医療機関との協力関係や役割分担の下で行われている。市立釧路総合病院の経営問題は、地域社会における医療資源の浪費がもたらした側面が強く、それは地域医療システムの崩壊の危機を象徴する現象であった。

釧路市の救急医療システムの改革は、地域住民、地元の医師会、地方自治体の危機感の強まり

⁵² 齋藤（2012）、30～46ページ。

第4節 地域医療システムと自治体病院の再編の意義と課題

を背景として、地元組織の主導性に基づいて実施された。センターの設立とへりの導入は、釧路市だけでなく、地域の医療課題に取り組む釧路市医師会、釧路孝仁会記念病院、その他の医療機関との協力関係の下で実現した。しかも、そのような公民協働の改革が住民自治の涵養を意識しながら行われ、地域住民の側にそれに応えようとする姿勢が現れたことが、改革の大きな成果であった。地域住民はセンターやへりという地域の医療資源を大切に利用することを心掛け始めたのであり、それが救急医療システムの有効性を高め、市立釧路総合病院の診療体制の安定化をもたらした。地元組織の主導性と住民自治は、地域医療システムを維持するために重視すべき条件であり続けるであろう。

市立釧路総合病院の経営再構築はこのような形での住民自治に基づく地域医療システムの再構築と一体的に行われ、それが市立釧路総合病院を経営再建に導いた大きな要因であった。各地域の自治体病院の経営は厳しい状況にあり、自治体病院は総務省によって示された公立病院改革ガイドラインに沿って改革プランを策定し、地方独立行政法人化や民営化などを視野に入れた経営改革に取り組んでいる最中である⁵³。すでに述べたように、市立釧路総合病院改革プランの内容は、地域医療システムにおける自らの役割を明確にした上で、他の医療機関との間の役割分担を意識しながら病院の機能強化と経営効率化を目指すものであった。自治体病院の経営改革は地域医療システムの再編と一体的に行われるべきであり、釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再構築はその1つの試みであったといえよう。

地域医療とは地域づくりそのものであり⁵⁴、自治体病院の経営改革も、住民自治を意識して地域社会を再構築することに他ならない。本稿の各所で示したように、地域医療システムにおける住民自治は決して抽象的な理念ではなく、その萌芽は地域社会において具体的な形で存在している。自治体病院は単なる病院ではなく、地域医療システムの一員として、システムの維持と有効性を高める役割を果たすために多額の財政資金を用いて運営されている病院である。その役割を果たすためには、豊かな経済と財政という20世紀の好条件の下で実現した医療サービスの受診機会を制限することも必要な手段になりうるものであり、他の医療機関との役割分担をふまえて一部の機能を手放す決断も求められるかもしれない。重要なのは、地域住民が受診制限や診療体制の縮小に不満や不平を言うばかりでなく、それらがなぜ行われざるを得ないのかを真剣に考えることである。そのためには、自治体病院は情報公開を徹底することで納税者に対する説明責任を果たす必要があり、それが地域住民の理解と協力を得ることにつながる。釧路市における公民協働の地域医療システムの再構築と市立釧路総合病院の経営再建は、地元組織の主導性と住民自治に基づく地域医療システムと自治体病院の再編が、経済と財政の厳しい局面を迎えた21世紀の課題であることを示す萌芽的なモデルであったと評価できる。

⁵³ 自治体病院の再編に関する最近の取り組みについては杉本著／医療経営財務協会編（2007）を参照。あずさ監査法人編（2010）は、公立病院改革ガイドラインの制定を受けて地方独立行政法人化を検討する自治体病院が増加することを予想し、自治体病院が地方独立行政法人化を行う際に求められる会計の知識や手続きなどを解説している。

⁵⁴ 平井・秋山（2007）、56ページ。

4-2 地域医療システムと自治体病院の課題

4-2-1 釧路市夜間急病センターと道東ドクターヘリ

センターとヘリの今後の課題は、現体制を維持しながら財政問題に対応することである。

第1に、センターの課題として釧路市こども保健部健康推進課のB氏は常勤医の定着を挙げており、一方で釧路市夜間急病センターのA氏は、医師が1次救急医療の診療に従事できるような体制をさらに整備していくことが重要であると述べている。これらの指摘は、常勤医だけでなく非常勤の医師や開業医を含むすべての医師がセンターの意義を理解し、その上で診療に協力してもらうための取り組みを発展させていくことが安定的な運営の条件であることを明確に示している。さらに、A氏はセンターの運営に携わる職員としての立場から、センターの意義を地域住民にもっと理解してもらうことで、救急医療の不必要な受診をもっと減らしていくべきであると述べている。そのためには積極的なアウトリーチ活動が特に肝要であり、それが地域住民を主体としてセンターを維持するための条件である。

センターを維持するためのもう一つの課題は、センターの運営に関する財政資金のいっそうの有効活用を模索するとともに、納税者に対する情報公開と説明責任を徹底することで住民自治を喚起していくことである。表17に示されるように、2011年度には釧路市はセンターの運営委託費として約1億4,400万円を支出しており、それは釧路市の救急医療システムに関する支出額の63.0%にも上る。それは在宅当番医制や病院群輪番制などに関する支出額よりもはるかに高額であり、その他にも釧路市医師会には、過去に閉鎖された釧路市医師会病院の建設に関する補助金が交付されている。このような救急医療に関する財政支出の現状は、かつての救急医療システムの破綻の危機と改革の結果である。今後の課題は、地域住民がこうした現状をふまえて、センターの運営に関する財政資金のあり方を主体的に検討することであるといえよう。

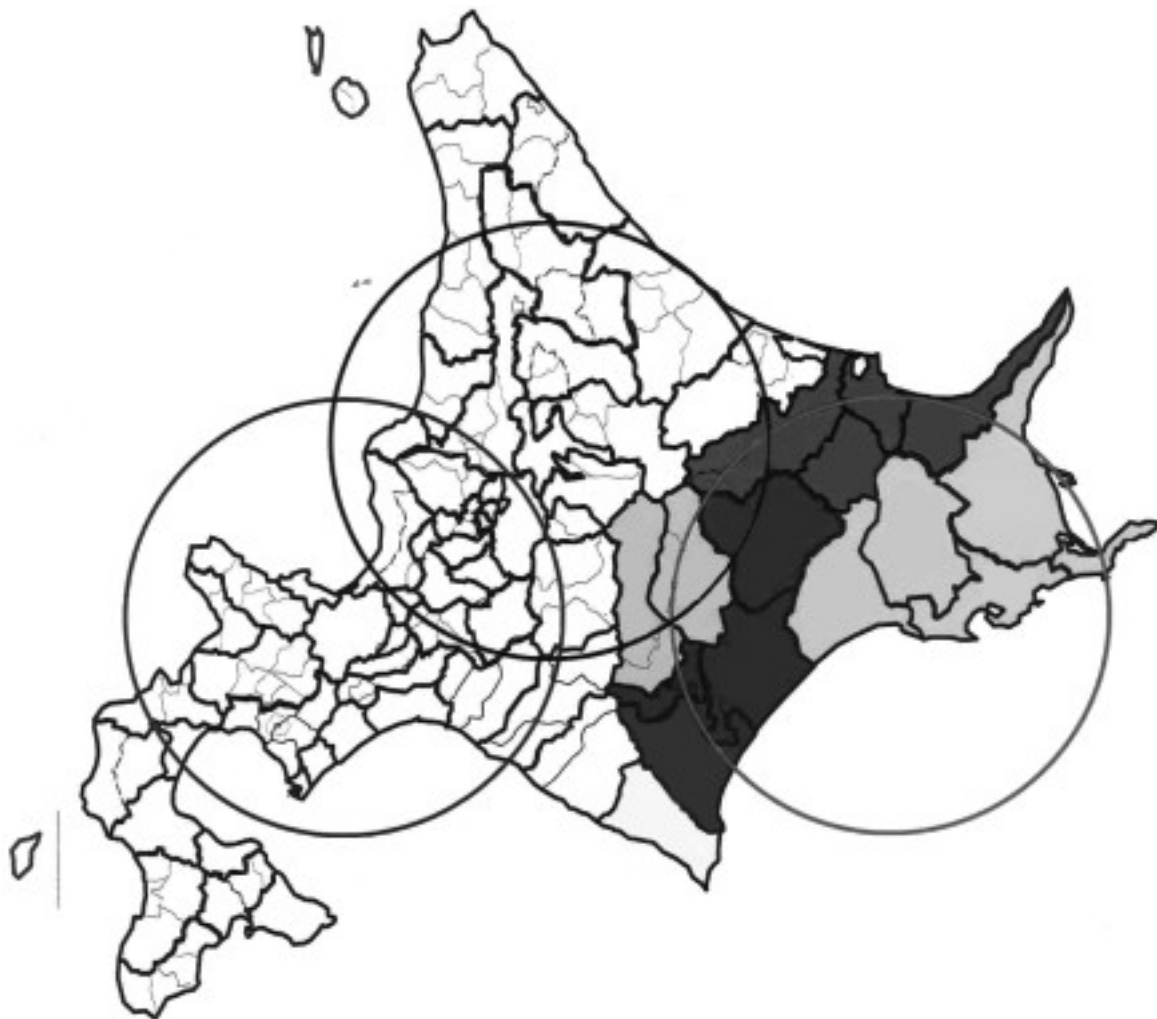
第2に、2012年5月22日にはヘリの運航範囲がオホーツク総合振興局の北網圏にまで拡大し、北海道のドクターヘリの運航範囲は図3の通りになった。

運航範囲の拡大に伴い、ヘリの運航に関して新たな課題が生じている。1つはヘリの発着場の整備であり、2010年には町立中標津病院でヘリポートの工事が完了するなど、周辺自治体はヘリの運航体制への協力に応じている⁵⁵。それに加えて、積雪などの理由でヘリポートや学校の敷地な

表17 救急医療システムに関する釧路市一般会計の歳出の決算額（2011年度）
（万円、%）

	歳出額	構成比
釧路市夜間急病センター運営委託費	14,433	63.0
在宅当番医制運営事業費	2,285	10.0
広域救急医療対策費	5,001	21.8
小児救急医療支援事業費補助金	660	2.9
釧路市医師会病院建設協力費	533	2.3
合 計	22,912	100.0

出所) 釧路市(2012)『平成23年度各会計決算説明書』より作成。



出所) 市立釧路総合病院事務局総務課の資料より作成。

図3 北海道のドクターヘリの運航範囲(2012年11月)

どでの離着陸が困難な場合の対応も課題であり、冬期でも他の場所に比べて除雪が行き届いた道の駅や除雪ステーション(除雪車が待機している事務所)などの利用が注目されている⁵⁶。ただし、ヘリの安全な離着陸や二次災害を防止するためにも、地域住民がヘリの運航に協力することが必要になるであろう。何よりも、ヘリの運航の仕組みや適切な利用を求めるためのアウトリーチが特に重要であり、その端緒となる取り組みがすでに始まっている。たとえば、斜里町役場はヘリの運航体制やヘリを用いた救急医療の有効性を地域住民に向けて説明しており、こうしたアウトリーチが地域レベルで広がっていくかどうか鍵である⁵⁷。

これらに加えて、運航範囲の拡大によって財政問題が先鋭化することが予想されることから、ヘリに関する財政運営のあり方がいっそう重要な論点になるであろう。表18に示されるように、2011年度までは釧路医療圏の市町村が広域救急医療などに関する費用の一部を分担していたが、今後は北網圏の10市町も分担金を支出することになる。とはいえ、ヘリの運航開始に関する分担

⁵⁵ 「釧路新聞」、2010年7月27日付。

⁵⁶ 宗広・武本・高橋・渡邊(2012)、43～44ページ。

⁵⁷ 「広報しゃり」(斜里町)、2012年7月号。

表18 救急医療システムに関する釧路市一般会計の歳入の決算額（2011年度）
（万円、％）

	金額	構成比
初期救急医療負担金	1,200	31.7
広域救急医療対策費	2,494	66.0
釧路町	375	9.9
厚岸町	199	5.3
浜中町	145	3.8
標茶町	179	4.7
弟子屈町	180	4.8
鶴居村	137	3.6
白糠町	218	5.8
根室市	319	8.4
別海町	202	5.3
中標津町	280	7.4
標津町	128	3.4
羅臼町	134	3.5
小児救急医療負担金	86	2.3
釧路町	21	0.6
厚岸町	12	0.3
浜中町	9	0.2
標茶町	11	0.3
弟子屈町	11	0.3
鶴居村	9	0.2
白糠町	13	0.3
合計	3,780	100.0

出所) 釧路市(2012)『平成23年度各会計決算説明書』より作成。

金の支出は釧根医療圏の市町村と同様に一度限りであり、へりの運航範囲の拡大は釧路市と市立釧路総合病院の負担をいっそう増加させる。すなわち、へりを用いた救急医療に関する受益と負担の関係は市町村ごとに異なり、釧路市と市立釧路総合病院は周辺市町村よりもいっそう多額の負担を強いられるのである。これに関して市立釧路総合病院のE氏は、へりの運航範囲の拡大がへりの運航費を増加させ、特に市立釧路総合病院に負担が集中することを懸念している。北網圏の市町からへりで搬送される多くの患者は北見赤十字病院に搬送される計画であり⁵⁸、搬送後にはへりは患者を乗せずに釧路市に戻ることになる。へりを用いた救急医療は確かに有効であるが、それは多額の費用を伴いながら行われており、地域住民と地方自治体はへりの運航に関する受益と負担のあり方を協議していくことを求められるであろう。

⁵⁸ 2011年に北海道によって策定された「オホーツク圏地域医療再生計画」は、北見赤十字病院を2次と3次の救急医療システムの要と位置づけており、この病院の敷地内にへりポートを整備することを課題として掲げている。北海道保健福祉部(2011a)、12ページ。

4-2-2 市立釧路総合病院とその他の自治体病院

市立釧路総合病院とその他の自治体病院の課題は、地域医療システムにおけるそれぞれの病院の役割を地域住民とともに模索し続けながら、新たに生じる問題にも対応することで、診療体制と経営を維持することである。

第1に、市立釧路総合病院の課題として経営企画課のH氏は、今後も病院の機能や医療サービスの質を高めるための取り組みを続けていくために、経営分析を徹底して行う必要性を指摘している。病院機能の充実に向けた具体的な内容は、小児科医療に関する集中治療室(Intensive Care Units; ICU)病床や救急患者を受け入れる病床の増床や、ハイリスクの透析患者に関する治療件数を増やすことなどである。市立釧路総合病院の再編は、単に費用の総額の削減を目指して合理化や効率化を進めるのではなく、それらが高度医療、特殊医療、3次救急医療の機能の整備と合わせて行われている。

それと合わせて注目すべきなのは、地域医療連携の推進という課題である。病院の機能の充実に伴い、医療機関の間の役割分担が進み、今後は地域医療連携の重要性が地域医療システムの維持と病院経営の両面でいっそう高まるであろう。

市立釧路総合病院の医療相談室で医療相談と地域医療連携の業務を担当しているI氏によると、釧路市の医療機関だけでなく周辺地域の医療機関との連携の件数もかなり多いそうである。2012年度の診療報酬の改定では、チーム医療とともに地域医療連携の推進に関する診療報酬の認定や加算が行われ、病院経営において地域医療連携が重視される程度が強まっている⁵⁹。さらにI氏は、病院の機能の専門化に伴い、最近では入院期間が90日間を超える患者への関与が強まっていることから、地域医療システムに詳しい医療の専門職が地域医療連携に関与することがますます重要になっていると述べている。同じく市立釧路総合病院の医療相談室で、看護師としての立場から医療相談と地域医療連携の業務に携わるJ氏は、訪問介護事業所との連携を進めていくことを重点課題の1つに挙げている。地域医療連携に関する部署に看護師が配置されている例はあまりなく⁶⁰、今後はこのような医療職の立場からの発言や活動が求められるであろう。市立釧路総合病院の他にも、釧路医療圏で数多くの医療機関や福祉事業所を運営している医療法人孝仁会も地域医療連携に力を入れて取り組んでおり、他の医療機関も地域医療連携の重要性を十分に理解しているはずである。I氏とJ氏が的確に指摘しているように、地域医療連携は単体の医療機関で完結するものではなく、まさに地域の医療機関や福祉事業所などによる協同作業である。センターの設立やへりの導入をはじめとする地元主導の地域医療システムの再構築に向けた取り組みが、地域医療連携における協働を推進していくきっかけになることが期待される。

これらの取り組みが住民自治を軸に行われることが重要であり、それが地域医療システムにおける市立釧路総合病院の役割を模索し続けるための条件であるといえよう。市立釧路総合病院は1階のフロアを地域住民に提供し、有志によるピアノ演奏会や地元の社会福祉法人によるパンやクッキーの販売などの活動を支援しているが、このような支援を進めることも、住民自治に基づく自治体病院の経営と決して無関係ではない。自治体病院は、こうした住民主体の活動やアイデアを積極的に取り入れることを求められているのである。

⁵⁹ 2012年度の診療報酬の改定については自治体病院経営研究会編(2012)を参照。地域医療連携の業務と診療報酬の関係については武藤(2004)が事例を交えて詳細に述べている。

⁶⁰ 「週刊介護新聞」、2012年1月19日付。

第2に、地域医療システムの再編を実現するためには、釧路市他の公立病院と公立診療所のあり方も欠かせない論点である。すでに述べたように、道立阿寒湖畔診療所では不安定な診療体制が続いているが、2007年6月にはこの診療所を支えるために協議会が発足し、医師の招聘を求める署名活動や、地元で資金を集めて医師に用意されている住宅の改修を行うための検討が、地域住民を主体として行われている⁶¹。こうした取り組みにもかかわらず、2010年以降には医師の退職が相次ぎ⁶²、綱渡りの状態が続いている。市立阿寒国民健康保険病院は深刻な経営危機に瀕しており、阿寒国民健康保険病院改革プランに基づく改革も、医師の退職に伴う患者数の減少などによって期待通りの成果を達成できていない⁶³。最近では、診療所への転換や指定管理者制度の導入も視野に入れた民営化の是非をめぐる、地域住民の意見が対立している⁶⁴。「市立釧路国民健康保険阿寒病院のこれからを考える会」に参加している住民は、公立の病院または診療所の形態を維持すべきであると主張しているが、それに対して他の住民の中には「病院だけに税金をつぎ込む時代ではない。教育や産業育成にも投資しないとますます人口が減る」と述べ、民営化によって釧路市の一般会計からの繰出金の削減が実現することに期待を寄せている者も存在している⁶⁵。そして、国民健康保険音別診療所の経営状況もかなり厳しく、音別地区で唯一の診療所の存続が危ぶまれている。2011年度の国民健康保険音別診療所事業特別会計は、釧路市の一般会計と国民健康保険特別会計の保険勘定から、合計で約2億円もの財政資金を繰り入れることで、かろうじて維持されている現状である⁶⁶。

重要なのは、これらの公立病院と公立診療所の存続または廃止を頑なに主張するのではなく、地域医療システムにおける役割を地域住民との協議をもとに明確化した上で、住民自治を基盤として存続や廃止の是非を検討していくことである。

地域医療システムと自治体病院の再編の成否は、21世紀の厳しい財政制約を正面から受け止めて、地元組織の主導性に基づく住民自治を達成できるかどうかにかかっている。それこそが、自治体病院の経営再建と地域医療システムだけでなく、地域社会の再構築の条件である。

⁶¹ 「北海道新聞」、2007年11月12日付。

⁶² 「釧路新聞」、2010年3月10日付；2010年8月11日付；2012年4月6日付など。

⁶³ 市立釧路総合病院事務局企画経営課（2009a）。

⁶⁴ 釧路市（2012）『平成23年度釧路市病院事業会計決算書』。

⁶⁵ 「北海道新聞」、2012年5月2日付。

⁶⁶ 釧路市（2012）『平成23年度各会計決算説明書』。

むすびにかえて

北海道釧路市における取り組みは、地元組織の主導性と住民自治が21世紀の厳しい諸条件の下で地域医療システムと自治体病院を再編するための条件であり、それらを地域資源や財政資金の有効活用と一体的に目指すことの重要性を明確に示すものであった。自治体病院は20世紀後半の経済成長の下で潤沢な財政資金を用いて整備され、現在では地域医療システムの一員として存在している。しかし、医療サービスが単なる商品とみなされ、代金さえ支払えば無条件かつ無制限に購入できるものであるという錯覚が生じた結果、地域資源が浪費されることで地域医療システムは崩壊の危機に直面し、自治体病院の経営が深刻な状況に陥った側面が大きい。これらの問題は経済成長と財政資金の投入だけでは解決されない。しかも、これらの問題は解決に向かうどころか、経済の低迷と少子高齢化への対応の未整備と財政赤字の累積という複合的な問題を抱える21世紀初頭に深刻化している。とはいえ、このような危機的な状況は、限られた財源と地域資源を活用して地域医療システムと自治体病院の再編のあり方を模索する絶好の機会でもある。釧路市の事例は、地元組織の主導性に基づいて公民協働の地域医療システムと自治体病院の再編を実現するための試みであり、今後も地域住民の理解と主体性を重視しながら、地域医療システムと自治体病院のあり方を模索していけるかが再編の成否を決めるであろう。

地元組織の主導性と住民自治は、地域医療システムと自治体病院を存続させるために重視されるべき基準であり、それらの再編を通して地域社会と地方財政を再構築するための条件でもある。それらを基準として地域医療システムと自治体病院の再編を実現するためには、単に地域医療や医療財政に関する権限を地方自治体に移譲するという抽象的な視点だけでは不十分である。そのあり方の検討に加えて重要なのは、地方自治体、地元の民間組織や民間団体、地域に根ざしたコミュニティ組織、地域住民などが力を合わせて問題の解決策を協議していくための体制を整備することであり、政府部門だけが責任を持つのではなく、幅広い領域の民間部門も巻き込んだ地域の公共ガバナンスの実現に向けて財政資金を使うことの意義やそのあり方が検討されるべきである。そのような体制が構築されなければ、地方分権も地域医療と自治体病院の問題を解決するための効果的な手段にはならないであろう。改革の有効性を高めるためには、政府部門が本稿で具体的に挙げた地域医療と医療財政におけるアウトリーチを政策の実施の過程にしっかりと組み込むことや、コミュニティ組織の育成および活動の支援が鍵になるはずであり、そのために民間組織などに財政資金を交付するかどうか、交付するべきであるとすればどのようなあり方が望ましいのかという論点が、それを行う際に不正受給などを生じさせないための工夫も含めて検討されるべきである。

地域住民が21世紀の厳しい諸条件を正面から受け止め、地域医療システムと自治体病院という貴重な地域資源を枯渇させないように工夫していくことが、21世紀初頭に強く求められている。

参考文献

- 浅井康文・丹野克俊・奈良理・森和久（2008）「へき地・離島のある都道府県の救急医療体制の現状とあり方（I 北海道の場合）」、小濱啓次編著（2008）、63～74ページ
- あずさ監査法人編（2010）『公立病院の経営改革：地方独立行政法人化への対応』同文館出版
- 伊関友伸（2007）『まちの病院がなくなる？：地域医療の崩壊と再生』時事通信社
- 伊関友伸（2009）『地域医療：再生への処方箋』ぎょうせい
- 伊藤恒敏編著（2008）『マグネットホスピタル：医療崩壊から地域医療を救う』日本医療企画
- 釧路市（2008）『釧路市総合計画：環境・交流都市「釧路」』
- 釧路市（2009a）『市立釧路国民健康保険阿寒病院改革プラン』
- 釧路市（2009b）『市立釧路総合病院改革プラン』
- 釧路市（2010a）『平成20年度 市立釧路国民健康保険阿寒病院改革プラン 数値目標達成評価』
- 釧路市（2010b）『平成20年度市立釧路総合病院改革プラン数値目標達成評価』
- 釧路市（2012）『平成22年度市立釧路総合病院改革プラン数値目標達成評価』
- 釧路市『各会計決算説明書』各年度版
- 釧路市『釧路市病院事業会計決算書（釧路市市立釧路総合病院事業会計決算書）』各年度版
- 釧路市医師会編（1998）『新生釧路市医師会設立50周年記念誌』
- 釧路市総合政策部企画課編（2012）『平成23年釧路市統計書』
- 釧路ドクターヘリ運航調整研究会（2007）「道東地域にドクターヘリの早期配備に関する要望書」
- 厚生労働省（2011a）『平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況』
- 厚生労働省（2011b）『平成22年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』
- 小濱啓次編著（2008）『救急医療改革：役割分担、連携、集約化と分散』東京法令出版
- 小濱啓次（2011）『救急医療40年「救急医学・救急医療改革への道程」：零からの出発―回顧と将来の展望―』へるす出版
- 齋藤孝次・其田一・西池彰・加登讓・畠山央（2008）「道東地域におけるドクターヘリの必要性和導入に向けた取り組み」、『日本交通科学協議会誌』、第8巻第2号、20～25ページ
- 齋藤貴生（2012）『自治体病院の経営改革：原則と実践』九州大学出版会
- 櫻井潤（2012）『アメリカの医療保障と地域』日本経済評論社
- 市立釧路総合病院事務局総務課（2009）『道東ドクターヘリ運航要領』
- 市立釧路総合病院事務局総務課（2012a）『道東ドクターヘリ運航要領（改定版）』
- 市立釧路総合病院事務局総務課（2012b）『道東ドクターヘリ運用ハンドブック』
- 自治体病院経営研究会編（2012）『自治体病院経営ハンドブック（第19次改訂版）』ぎょうせい
- 杉本順子著／医療経営財務協会編（2007）『自治体病院再生への挑戦：破綻寸前の苦悩のなかで』中央経済社
- 総務省（2007）「公立病院改革ガイドライン」
- 道東ドクターヘリ運航調整委員会（2011）『平成22年度道東ドクターヘリ運航実績報告書』
- 平井愛山・秋山美紀（2008）『地域医療を守れ：「わかしおネットワーク」からの提案』岩波書店
- 北海道釧路保健所（2008）『北海道医療計画釧路地域推進方針』
- 北海道釧路保健所・北海道釧路支庁（1998）『釧路地域保健医療福祉計画』
- 北海道総合政策部地域行政局統計課編（2012）『北海道統計書（平成24年）』

北海道保健福祉部（2011a）「オホーツク圏地域医療再生計画」
北海道保健福祉部（2011b）「釧路・根室圏地域医療再生計画」
本田良一（2010）『ルポ生活保護：貧困をなくす新たな取り組み』中公新書
武藤正樹（2004）「医療制度改革と地域医療支援病院」、武藤正樹編（2004）、45～61ページ
武藤正樹編／医療マネジメント学会監修（2004）『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう
宗広一徳・武本東・高橋尚人・渡邊政義（2012）「北海道におけるドクターヘリの運航実態と緊急
離発着場としての道路施設等の利用可能性」、『寒地土木研究所月報』、第708号、38～45ペー
ジ
市立釧路総合病院のウェブサイト
（<http://www.kushiro-cghp.jp/www/toppage/0000000000000/APM03000.html>）
釧路市のウェブサイト
（<http://www.city.kushiro.hokkaido.jp/www/toppage/0000000000000/APM03000.html>）
北海道のウェブサイト（<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/>）

〈執筆略歴〉

櫻井 潤（さくらい じゅん）

北海道医療大学看護福祉学部専任講師

2003年東京大学大学院経済学研究科現代経済専攻修士課程修了（修士：経済学）。東京大学大学院経済学研究科現代経済専攻博士課程（単位取得）を経て、2004年より現職。

専門：財政学、社会保障論

主な著作：

- ・『アメリカの医療保障と地域』、日本経済評論社、2012年
- ・『グローバル化と福祉国家と地域』（共編著）、学文社、2010年
- ・「21世紀のアメリカ社会保障」（共著）、国立社会保障・人口問題研究所編『海外社会保障研究』、171号、4～15頁、2010年

住民自治を基盤とする地域医療システムと自治体病院の再編
～北海道釧路市の救急医療システムの改革と市立釧路総合病院の経営再建～

2013年11月

発行 ■ 一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-11-17
ラウンドクロス新宿5階
TEL：03-5333-5126
FAX：03-5351-0421

印刷 ■ 株式会社プライムステーション

全労済協会「公募研究シリーズ」既刊報告誌

(所属・役職は発行当時です。)

③② 『地域防災における相互扶助のあり方に関する研究』2013年10月

徳島大学環境防災研究センター特任准教授 照本 清峰

- 今後発生することが予測されている東海・東南海・南海大地震では、家屋建造物の損壊により多くの被害が生じるとともに、津波の来襲によって甚大な被害にあうとされている。本研究では、津波被災地域における防災まちづくり活動と学校の防災教育活動の連携による相互扶助モデルの構築がどのような役割を果たすのか、地域防災力を高めるための計画・方法を示す。

③① 『放射能公害に伴う避難生活における紐帯の維持・再生に関する研究

～福島県飯舘村住民を事例として～』2013年9月

日本大学生物資源科学部研究員 浦上 健司、日本大学生物資源科学部教授 糸長 浩司

- 未曾有の災害となった2011年3月11日の東日本大震災。その中でも人的な事故となった原子力発電所の水素爆発による事故は、福島県飯舘村を含む近隣住民の生活を一変させた。本研究では、放射能降下によって避難を余儀なくされた飯舘村住民の、避難時から現在までの行動とその思いを調査し、非常時の紐帯の維持・再生に関して、さらには国の対応・政策について提言する。

③⑩ 『協力して生産性を上げる職場作りのためのアクションチェックリストの開発』2013年6月

北里大学医学部公衆衛生学准教授 和田 耕治

- 近年、職場における労働者のメンタルヘルスは、企業にとっても労働者自身にとっても大きな課題となっている。有効的な対策としては平時から職場の雰囲気・体制の確保を重視したポピュレーションアプローチが重要である。本研究により作成されたアクションチェックリストを使用することによる職場改善策、さらにはメンタルヘルス疾患の一次予防について展望する。

③⑨ 『退職後勤労者の家族および近隣との「つながり」と高齢期の健康状態に関する調査研究』2013年5月

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科講師 清野 薫子

- 勤労者が退職して高齢期となり、在宅での医療や介護などのケアを必要とする際には、様々な人々に支えられ交流を持つことが、その予後や健康水準に大きな影響を及ぼす。本研究は高齢者の家族や近隣とのきずなやつながりの実態を調査し、医療・介護ニーズ、生活ニーズとの関連を明らかにすることにより、超高齢化時代の地域社会づくりを展望する。

③⑧ 『非自発的孤立・無縁ゼロ社会創成のためのセーフティネット設計』2013年5月

大阪大学社会経済研究所・特任研究員 青木 恵子、東京大学大学院工学系研究科技術経営戦略学専攻・特任研究員 赤井 研樹

- 貧困や失業だけでなく、社会における人々の相互依存関係からも脱落する「社会的排除」が問題視されるようになって久しい。本研究では、ペアや集団による協働作業の実験等を通して孤立に至る要因を解明し、社会的なつながりについて金銭価値での計測を試みる。また、孤立・無縁を防ぐ試みの施策を検証し、社会的孤立状態からの脱却に向けて提言する。

⑳ 『インターネット上の社会関係資本に基づく地域社会政策』 2013年1月

早稲田大学大学院経済学研究科博士後期課程 軍司 聖詞

- 絆のほころびが社会問題となっている現代、特に深刻であるのが地域社会で孤立しやすいとされている若者である。多くの若者は現実社会ではなく、インターネット上に絆を広げているという現状がある。本研究では、インターネット上に絆を広げる若年層の交流状況を分析し、若年層も巻き込んだ地域づくりを行うための地域社会政策を考察する。

㉑ 『福祉NPOと地域自治組織の連携システムに関する調査研究』 2012年12月

大阪市立大学都市研究プラザ特別研究員 栗本 裕見、関西大学社会学部教授 橋本 理

- 行政が供給する「行政サービス」ではなく、行政とともに地域住民やNPO、企業を担い手とする「公共サービス」充実のための「地域自治組織」が注目されている。「地域自治組織」における自治体と住民組織の関係、地域組織間関係の現状を調査を基に分析することにより、地域自治組織の課題と展望を明らかにする。

㉒ 『地域通貨を活用したコミュニティ・ドックによる地域社会の活性化』 2012年10月

研究代表者：北海道大学大学院経済学研究科教授 西部 忠

- グローバル化が急進する現在、経済的・社会的・文化的な諸問題を解決する媒体として、地域通貨が注目されている。本研究では、地域通貨を活用したコミュニティ・ドックの手法を採り、地域経済・社会の現状を多面的に把握し、改善に向けた処方箋を提示する。そして、地域通貨の実践的な導入と活用、総合的かつ内発的な地域診断手法について提言する。

㉓ 『社会的企業の社会的包摂機能の戦略的社会基盤整備の制度化に関する日英比較研究』 2012年8月

明治大学経営学部教授 塚本 一郎

- 社会的企業に期待されている役割には、社会的排除下にあるグループを対象とする雇用機会の創出等がある。しかし、わが国では労働統合型といわれる社会的企業の制度化は発展途上であり課題が山積している。本研究はわが国の労働統合型社会的企業が社会的包摂機能を発揮するための課題と展望について、英国の先進事例との比較により明らかにする。

㉔ 『次世代育成支援行動計画における地域子育て支援事業の評価に関する研究』 2012年6月

滋慶医療科学大学院大学専任講師 小野セレストア摩耶

- 次世代育成支援事業のうち近年事業拡大と充実の傾向が著しい「地域子育て支援に関する事業」について、地域住民による事業評価の実施を目指して、事業の各利用者に対する有効性や効果・満足度等を評価する方法を研究し、利用者評価ツールを開発・作成した。利用者評価を推進する上での留意点、評価結果の活用の意義と重要性について考察する。

㉕ 『女性ホワイトカラーの保育環境としての地域社会の課題と展望 ～企業福祉との役割分担～』 2012年5月

奈良女子大学大学院人間文化研究科博士後期課程 川上 千佳

㉖ 『地域福祉を支える寄付の仕組みに関する研究』 2012年1月

(独)国立高等専門学校機構明石工業高等専門学校一般科目・講師 石田 祐、大阪大学社会経済研究所特任助教 奥山 尚子

㉗ 『保育サービスを中心とする子育て支援政策の国際比較行財政論

～スウェーデン、イギリスの実態と日本の改革論議への示唆～』 2011年12月

新潟県立大学国際地域学部准教授 高端 正幸、横浜国立大学経済学部准教授 伊集 守直、東北学院大学経済学部講師 佐藤 滋

全劳济协会