

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第5回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 29 年 6 月 15 日（木）17：00～19：00
- 場 所：11 階会議室
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、森田委員、原澤地域医療計画課課長補佐（厚生労働省・オブザーバー）大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長、本島公営企業経営室長、伊藤準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 研究会報告へ向けた論点整理と今後の方向性
- (2) 意見交換

3 配布資料

- (資料 1) 論点整理・今後の方向性
- (資料 2) 地域医療の確保に資する措置の検討
- (資料 2-①) 不採算地区における医療を確保するために必要な措置
- (資料 2-②) 医療と介護等の連携のために必要な措置
- (資料 2-③) 公立病院の施設整備に関する措置
- (資料 3) 経営形態見直しに当たっての課題と対応
- (資料 4) 伊関委員からの提案に対する事務局提案
- (参考資料) (資料 2、資料 2-②、資料 3 関係)
- (参考) 第 4 回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

- (1) 事務局より、資料 1～2 について説明
- (2) 委員からの主な意見

<資料 2 に関して>

○救急、周産期、小児が不採算医療との位置づけであるが、特に救急医療については、少なくとも都市部においては、既に採算医療であるとの認識がある。実際に、患者の受け入れが競合するケースもあるし、診療報酬で措置されている部分もあるので、「救急医療＝不採算」はステレオタイプではないかと考える。一方で、医療の薄い地域では採算が大変であるし、正しい側面もある。救急医療と一言で言っても、医療の薄い地域の一次救急とか高度救急医療センターでは違う部分もあるため、ある程度の類型化が必要である。

<資料 2-①に関して>

○不採算地区の厳しい経営状況を考慮し、財政措置の拡充に取り組んでいただきたい。常勤医師の

確保は難しく、非常勤医師に頼っている現状がある。派遣される非常勤医師に係る財政措置が必要であるとする。北海道では公共交通が衰退しているため、地域性を考慮した財政措置となるよう拡充策を検討することが必要であるとする。

- 看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などについても、地方では雇用が難しい。特に、看護師については高齢化が進み、定年退職による人数の減少などにより病棟が存続できないというところがある。
- 薬剤師については、大学が6年制になって、学費等の就学コストが4年制時代と比較して1.5倍になっている。調剤薬局の給与が高く、地方では確保に苦慮している。一方、医師には初任給調整手当が支給されており、給与差額を埋める制度があるが、薬剤師に対して支給されていない団体がある。給与の差額を若い時点で補う必要があると考える。
- 理学療法士については、地域包括ケア病床等で加算がとれるなど収益増に繋がるが、地方では確保が困難な地域も多い。
- 研修体制の充実も必要である。また、認定看護師など専門性を高める資格に対しても、医師が不足している中で認定看護師を確保し医療水準をあげている部分もあるので、こういったところに財政措置をするなど医療の質の確保の部分についても目配りが大切であると感じる。
- 普通交付税の算定方法が許可病床から稼働病床に切り替わったが、不採算地区の中でも病床数の多い病院が影響を受けていると感じるので、現在の経過措置がなくなったら不採算地区の中でも許可病床数の多い病院への対応について検討が必要ではないかと感じる。
- 不採算地区の定義の中には半径15km圏内に一般病院がないことが挙げられるが、同じ距離でも実際の移動時間は異なっているのではないかと。また、高速道路が走っていれば15kmも大した距離ではなく、一律に15kmで区分することが適当とは言えないのではないかと。
- 15kmの距離は自動車ですら30分程度かかる。高齢者の移動を考えると30～40分が限界ではないかと。不採算地区病院が所在する15kmより奥の山筋に住んでいる人たちがいる。その人たちのことを考えると15kmの範囲内に病院が1つずつあるということが大事で、地域に1つずつあることが不採算地区病院の存在意義だと感じる。その意味では現行の定義は利用者の視点に立ったものなのであろうと考える。
- 地方公務員の給与水準という観点からすると、昔から教員にはへき地手当があつて、人材確保のため、条件不利地域の勤務に割り増しの給与支給を可能にしてきた。しかし、最近の動向として、国全体としては、条件不利地域は物価が安いから給与水準をより低く設定するために地域手当の制度が創設されている。地域手当の時代に医師確保のための人件費を担保するためには、国全体の方向と相容れない部分もあるので工夫が必要である。

<資料2-②に関して>

- 医療と介護の連携の中での措置としては、介護医療院の創設の話もあるが、検討項目の中で地域包括ケア在宅医療に関しては民間との競合があるので、民間の圧迫にならない配慮が必要であり、調整会議での議論を十分に踏まえて決定していく必要があると考える。
- 再編・ネットワーク化に関して言えば、急性期や慢性期といった病床の機能分化だけではなく、がんや小児医療といった疾病別に役割分担するという考え方もあり得る。再編・ネットワーク化のあり方を決め打ちで考えるよりも、地域医療を効率的・効果的にするための自主的な取組みを促し支援していく形の方が適切だと思う。

<資料2-③に関して>

- 同じ規模で同じ機能の病院であっても、更地に建てるのと既存の土地に建てるなど要件の違いも多少あるかもしれない。建築単価を低く抑えるためには、床面積を抑え、構造をシンプルにすることが必要である。また、官庁発注型の方式は、基本設計、実施設計をして入札を経て建築という流れとなっている。建設業は若い人が少なく高齢化しており人件費が下がらないため、コスト抑制との相性が悪い。
- 公的病院や国立病院と比較すると単価がかなり割高となっており、資料では示されていないが、民間との比較では遙かに割高となっているのではないかと考える。割高になっている要因の分析が必要であるし、公立病院の中でもばらつきが多いので、ばらつきの要因について類型化し分析していく必要があると考える。
- 建設単価や薬剤購入が民間病院に比較して高止まっている印象は否めない。また、不要不急ではない施設工作物を造ったり、それほど必要の無い医療機器を買ったり、公立病院ならばこの程度の診療科目を揃えなければならないとの意識が強く、その結果、過大な減価償却費や不採算を招いている場合も少なくない。
- 予算もなく安価な建築単価にせざるを得ない場面があったが、このときの基本設計は民間病院を中心に建築している業者に依頼をし、安く建築することができた。
- 以前、市立、県立、国立大学法人の病院の物品調達価格水準について調べたことがあるが、国立大学法人の病院が圧倒的に高かった。自治体病院はこれまでも努力してきているが、さらなる努力を誘導できる制度も必要であると考えます。

(3) 事務局より、資料3について説明

(4) 委員からの主な意見

- 10年前くらいから公立病院において指定管理の導入や民間譲渡が多く取り組まれたが、病院職員全ての分限免職ができず、首長部局に公務員身分として残った職員の人件費が多額になるなど、行政改革・経費削減という経営形態見直しの目的と真逆の結果が出ることもある。
- 特に、規模の大きい自治体では人事担当部局の定数抑制の力が強いことが多いが、そういう自治体においては、職員の弾力的な採用を行うために地方独立行政法人へと移行し、人員体制の充実による診療報酬上の加算項目を取ることで、収益増を目指すということも有効ではないか。
- 地方公務員身分ではなくなることへの職員の反対が強いために移行が進まないという事情もあると考えられ、公務員型地方独立行政法人の認可をもう少し幅広く認めるという選択肢もあるのではないか。
- 地方独立行政法人への移行が適当であるか否かは各自治体の事情によって異なる。政策医療等を行う公立病院としての役割を果たす必要性や、医師や看護師等の職員採用の面でのメリット等を十分に勘案する必要がある。
- 薬剤師などの職種は、自治体の採用規則に縛られない地方独立行政法人の方が、実際の採用が容易であるということを知っている。不採算地区に所在する病院で地方独立行政法人へ移行した病院は少ないと認識しているが、移行の効果を考える際に、移行した後の実際の経営状況がどう推移したのかについて数値を調べてみることも必要ではないか。
- 参考資料の32頁からは地方独立行政法人に移行した病院の経営が徐々に悪くなっているという

結果がでていますが、これについての要因を分析することも必要ではないか。

- 人口規模によっては、経営形態の見直しの効果が変わってくる。経営形態の見直しを論じるにあたっては、均一的な議論ではなく、ある程度の病院の類型化が必要ではないか。
- 地方独立行政法人の経営状況については、先送りにしていた設備投資を行う必要が生じたことや、年功序列的な給与体系による人件費の高騰などの影響によるケースもある。
- 公営企業のままでも条例定数を変更することで、柔軟に対応している例もある。また、地方独立行政法人に移行すると、病院と行政との距離が遠くなってしまふという懸念から、管理者が経営責任者となる、地方公営企業の全部適用を選択している病院もある。
- 公立病院が抱える本質的な問題は、首長、議会、病院長、大学医局など病院のガバナンスの主体が分散していることにある。へき地医療など不採算医療は公立病院の重要な使命であるが、今後の厳しい人口動態の変化等を考えると、現状維持という姿勢では済まされない。地域医療の中でどのような役割を果たすべきか、他の病院との連携を含め経営判断の選択を迫られることになるが、首長、議会、病院長の考え方が異なれば迅速な意思決定が行えず、他の病院から交渉相手にもされない。経営形態を変えれば自動的に経営改善されるわけではなく、また、理事長に権限が集中するため住民自治や議会による統制との兼ね合いの問題はあるが、地方独立行政法人は迅速な意思決定を行い得るという点で効果が大きいと感じる。
- 地方公営企業法の全部適用も医師のマネジメントという観点においては効果がある。具体的には、自治医科大学の一期生の院長が定年に達する時期がきているが、一部適用では65歳以上の医師は定年延長という形でしか勤務を続けられないが、全部適用にすれば院長を定年のない事業管理者に格上げし若い医師を院長に着けるなど、その後の任用についても融通が利きやすい。
- 地方独立行政法人への移行はその病院の規模が小さい場合にはメリットが少ないのではないか。
- 経営形態の見直しには成功例も失敗例もあり、今回も多様な選択の中での議論だったという整理かと思う。経営形態見直しの効果を分析する際、調べれば調べるほど難しいかもしれないが、個別の事例に踏み込んでその経営成績の変動についての要因分析を行ってみてはどうか。
- 直近の地方自治法の改正により、地方独立行政法人は比較的簡易な手続きで市町村の垣根を越えて別の市町村で業務を行うことが可能になった。つまり、公立病院の経営に携わる地方独立行政法人も簡易な手続きで他の市町村の病院の経営に携わることができる。

(5) 事務局より、資料4について説明

(6) 委員からの主な意見

- 診療報酬の加算取得状況については、病院ごとのデータが公開されており、自病院と類似病院との比較は容易に行える。特に規模の大きな病院では、民間の病院も含めた近隣病院との比較を行い、加算が算定できていない項目についての要因分析等も行っている所も多いと思う。
- 全国自治体病院協議会がデータベースを管理・運営するという案だが、いきなり全体のものを作ることは困難であると思われるので、会員へのアンケートなども実施しながら、全国自治体病院協議会においてどの規模でどこまでのものを作成できるか検討することが必要。
- 小規模な病院では、そもそも取得状況の確認ができることを知らない場合や、知っていてもできていない場合が多いと思う。簡単にできると思うので、まずは中小規模の病院だけでもやってみると良いのではないか。

以上