

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7回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 29 年 10 月 3 日（火）15：00～16：52
- 場 所：共用会議室 3
- 出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員、小谷委員、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、沼尾委員、森田委員、佐々木地域医療計画課長（厚生労働省・オブザーバー）大西公営企業担当審議官、藤井公営企業課長、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) 研究会報告書（案）について
- (2) 意見交換

3 配布資料

- (資料) 研究会報告書（案）
- (別紙 1) 本文挿入資料
- (別紙 2) これまでの研究会における委員意見
- (参考 1) 研究会報告書骨子
- (参考 2) 第 6 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、資料について説明
- (2) 委員からの主な意見

- P7の上から4ポツ目、400床以上と400床未満の括りがあるが、診療報酬の違いなどから200床の前後で括ることが多い。規模別病院の報告も700床、300床、100床と3区分されている。400床未満で一律に括るのではなく、200床前後で分けて、きめ細やかに記述すべき。
- P15の下から2ポツ目、公立病院を民営化・民間譲渡する場合にも、いわれのない不安感を理由に住民が反対するケースが多い。民営化する場合にも、例えば、社会医療法人への譲渡であれば民間の医療法人とはいえ信頼性も高いのではないかと考えるので、必要以上に恐怖しないでいただきたいという記述ができないか。
- P33～P34、難しいと思うが、敷地・建物の所有者と病院業務を運営する者とを分ける「上下分離」の話を書けないか。
- 「いわれのない」統合もあるが、「いわれのある」無理な統合も現場にはある。バランスの良い書き方を検討して欲しい。また、譲渡する場合は、社会医療法人もあるが、例えば公的医療機関として済生会や赤十字などもあり、例示するならば広く例示した方が良い。
- P2の「② 国の医療提供体制の改革」は国保の改革や医療費適正化が記載されていることも踏まえ、「② 国の医療制度改革の動向」とするのが良いのではないか。

- P11 の 3 (1) 1 ポツ目の地域医療構想調整会議のメンバーの記載について、特に、都道府県は今後国保の保険者になることも踏まえると「医療保険の保険者」は是非入れて欲しい。わざわざ医療法を改正して加えたものである。
- P22 の 2 ポツ目、「看護師その他の・・・人事運用の弾力化」のところ、例えば、看護師や、あるいは事務局員等を、副院長等の経営幹部に登用というところまで踏み込んで書けないか。最大の専門職集団である看護師のモチベーションは非常に大事である。表現等は任せるが、もう少し経営幹部への登用ということを考えていただければと思う。
- この報告書のポイントは、第 2 部第 1 章の「病院マネジメントの観点からの経営手段の充実」をあえて総務省の報告書で書かれたことが重要であること。病院マネジメントがうまくいかないまま経営改善しろと言っても、実際には経営指標はよくなる。素人の事務職員が 2、3 年で交代して運営というのが現実であるが、それではもう運営できない。事務局を強化し、経営人材を確保させ、経営指標や PDCA サイクルを回していくなど、こうしたことを進めて欲しいというのが報告書のメッセージである。
- 地域の実情はさまざまであり、譲渡先は特定のものに限定する必要はないではないか。むしろ住民を巻き込んで、データもきちんと示した上で、どういう選択をするのか、どうやってコンセンサスを得ていくかというポジティブな書き方がよいのではないか。
- P 3 の①人口減少のところ、記述されている 2015 年の総人口と、添付されている参考資料上の総人口が一致していない。データの出所や年齢不詳の取扱いの問題だと思うが、数字は合わせるべきである。
- 「おわりに」の末尾部分は、記載するのであれば「はしがき」ではないか。
- 国保診療施設は小規模の 100 床以下の病院や有床診療所が多いが、医師不足の中にあって閉院や民間譲渡された場合などを想定すると非常に気になる。国保病院は、自治体の介護保険事業政策に対して無償行為で対応している部分があるが、病院、診療施設完結型という医療から地域完結型という医療に変わっていく現況にあって、小規模自治体になればなるほど、国保診療施設、診療所などの地域密着型の医療機関が提供してくこととなる。こうした地域密着型の医療機関が是非存続していくことができる制度上の措置が必要といったことを記載できないか。
- 病院事業管理者のあり方や事務局の強化が公式な形で文章になったことに非常に感謝している。
- P13 の 3 ポツ目、最近、総務省でも、人的投資をしないと病院の収益が増加にはならないことに言及されており、当病院においても定数を増加させるときに使用させていただいた。ただ、実際には、人的投資の増により増収にはなるが、必ずしも診療報酬とリンクせず、なかなか収益の増につながらないという悩みもある。
- 人的投資をする分野が、例えば救急等の政策性が高いところは、適切な人事配置、職員定数を増加していくとともに、メリハリのついた交付税措置が必要ではないか。
- 医療の現場で悔しい思いをしてきたが、一つの原因は、今の地域医療がおかれている立場、医療の現状について、医療を受ける方、自治体の首長も議会も理解できていない。公立病院の赤字の原因について、例えば、田舎の公立病院の医師不足は病院長や管理者がいくら頑張っても来てくれないという現実があり、そういった現実には数字に出てこない。低医療費政策が続いていて、診療報酬や不採算地区の交付税措置はされているが、結果として数字が出てこないという現実がある。また、この報告書についても、「広く読んでいただきたい」ではなく、ぜひそうした公立病院の現状を説明して欲しい。どういう形にすれば良いのか分からないが、色々な機会に説明し

- ていただきたい。関係者の間だけで「そうだよね」で終わらないようにしていただきたい。
- 中小規模の病院についてもメリハリのついた交付税措置を行うことや、不採算地区病院についても触れられており、我々にとっても支えになる。大変よくまとめていただいたと思う。
 - 病院経営や医療政策について研修を行うなど、自治体病院の経営に関しては知見を深めることを期待したい。データに基づく大きな視点からの問題提起ならよいが、累積欠損金が現金不足であるかのように批判してくる者が後を絶たない。
 - 医療関係者が首長や議会の中に入って発言することがあれば状況も違ってくるのではないか。
 - 静岡県の公立病院は東海地震に備え、耐震基準を国の標準よりかなり高く設定している。そのため、建設コストに跳ね返るという状況がある。
 - 医師確保に関しては、今度の新専門医制度でまた大学にドクターが集まる可能性が非常に高いと思うが、医師確保が難しい病院に医師を派遣した場合、派遣する側に何らかのメリットがあるような仕組みが必要ではないか。
 - P3の①については、人口減少の影響は「無視できない面があり」では弱い。大きなインパクトを及ぼすことを強調すべき。また都市部の高齢化のことしか触れていないが、農村や過疎地では高齢者人口はあまり増えないものの、生産年齢人口や年少人口が急激に進むため高齢化率が高まる。へき地等の記述につなげるためにも、こうした地域別の人口動態の変容の相違についても書くべきではないか。
 - P10の(3)2ポツ目のア)の記述で、「へき地医療を支える」とあるが、そこに地域医療支援センターや医科大学と並べて「へき地医療支援機構」も加えてはどうか。
 - P4の県の役割と課題について、地域医療構想の策定段階で公立病院をどう位置づけるかということが重要で、公立病院の特性を活かしながら、地域医療構想をどのようにまとめるかといった視点からも書くことが必要ではないか。都道府県にマネジメントの主体として自覚を持たせるためにも、公立病院の特性を活かしつつ、今後の医療政策をどう展開するかといった逆の視点が必要ではないか。
 - 今回、いくつかご指摘を出されたものの中で、比較的、字句修正で大体決着のつくものがあるが、方向性が少し違う話もあり、少し丁寧に検討させていただきたいが、基本的には今回お示した報告書(案)をベースにするということで了解が得られたと考えている。
 - この報告書(案)をもとに本日の議論を踏まえて加筆修正し、ご確認させていただくということを前提に、とりまとめについてご一任いただきたい。
 - 本日の議論でもあったが、報告書の字句上の細かい修正というよりも、今後、この報告書の趣旨に即して、どのような形で政策、施策を運営されて、病院事業者の皆さんや地域の皆さん、最終的には、公立病院の意思決定の核を握る政治の方々がどのように参加され、どのような認識を持たれるかということがより重要なことであり、こうしたコミュニケーションがより実りのあるように、よりたくさんの方の意を砕いていただきたいと考えている。

以上