

## 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会(第2回)議事概要

## 1. 開催日時等

開催日時：平成20年7月28日(月)13:30～15:30

場 所：総務省1階共用会議室3

出席者：持田信樹座長、島崎謙治副座長、伊関友伸委員、大森正博委員、梶井英治委員、星野菜穂子委員、山重慎二委員、横田順一郎委員、中野撃司委員、中川正久委員、山口昇全国国民健康保険診療施設協議会常任顧問、小野太一厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室長、三浦公嗣厚生労働省医政局指導課長、久保信保総務省自治財政局長、岡本全勝大臣官房審議官、細田隆大臣官房審議官、佐々木克樹公営企業課長、濱田省司地域企業経営企画室長 他

## 2. 議題

- ・ 公立病院関係者からのヒアリング及び意見交換
- ・ 厚生労働省保険局からのヒアリング及び意見交換
- ・ その他

## 3. 概要

(1)公立病院ないし開設者を代表される方々からの説明の後、委員との間で質疑応答、意見交換が行われた。

説明者の主な説明内容及び質疑応答、意見交換の概要は次のとおりである。

## ○ 中野委員(青森県鶴田町長) 説明

- ・ 青森県の40市町村の約半数が公立病院を持っており、現在26の市町村立病院が、地域の中心的な役割を果たしている。特に町立病院は20～30年も前から経営が悪い。
- ・ 以前は地方交付税が比較的順調に入っていたが、今は地方交付税も減少し、財政が逼迫していて病院事業会計へ十分な繰り出しができない。
- ・ 更に医師不足により診療所に転換せざるを得なくなった町立病院もあり、県主導で機能再編成をしてもらいたいと何度もお願いをしてきた。今、この機能再編成に取り組んでいるところ。
- ・ 青森県の医師不足は深刻。人口10万人当たり医師数は180人と少ない。かつて昭和40年代、50年代には台湾や韓国から医師を受け入れ、町立病院

等へ配置したこともある。

- ・ 私どもの西北五地域保健医療圏はいつも医師不足。平成20年5月現在で県内26自治体病院の常勤医師は486人で、施設運営上201人が不足している。青森県として医師確保対策として医師修学資金制度をはじめ様々な施策に取り組んでいる。また、弘前大学では平成20年度の入学定員を10名増やし、110名とするとともに、地元枠も15名増の35名を確保している。
- ・ 県内の臨床研修医制度の状況は、募集人員113名に対して63名、割合は55.8%と依然と低い。今年の春に弘前大学医学部を卒業した研修医の進路を見ると、県内病院に残ったのは37.2%、県外に出たのが62.8%、そのうち関東・中部地域の病院を選んだのは30.9%と首都圏の大病院で研修を望む傾向が強い。
- ・ 平成19年度の青森県の自治体病院の決算見込みは、医師不足や診療報酬の引き下げの影響で全体の7割に当たる19病院が赤字。単年度で純損失は45億円、累積欠損金は570億円、不良債務は130億円と増加。西北五地域保健医療圏の5つの自治体病院の平成19年度決算見込みは全病院とも赤字で、16億円の赤字、累積欠損金は64億円、不良債務は25億円と見込まれている。
- ・ 病床利用率では本県の26病院中8病院が3年連続して70%未満。本県のように過疎地域で小規模な病院では医師不足で病床利用率が低くなるのは否めない。今後の高齢化を考えると病床を縮小することによって医療難民が発生する可能性も予測されることから、不採算地区病院を適用除外とする措置も必要ではないかと思うが、地方交付税の算定において病床利用率を反映する際には全国平均値を目標とし、それを下回っているところについて反映させてはどうか。
- ・ 深刻な医師不足と経営赤字の問題を打開し、地域医療を確保するためには公立病院の再編しか道はないと考える。青森県では昭和45年に青森県市町村立病院再編成計画試案により、第1回目の病院の統廃合を推進した経緯がある。総論賛成、各論反対ということで実現しなかった。2回目は、県主導で平成11年12月に自治体病院機能再編成指針を策定し、県内6地域保健医療圏ごとの再編成の方向性が示されて現在に至っている。その中の1つが西北五地域保健医療圏である。
- ・ 西北五地域保健医療圏には5つの自治体病院があり、医師を確保するためには臨床研修を行える中核病院を確保し、医療機能の集約化、機能分担、連携が必要。この再編成計画を成功させるためには私の町にある鶴田町立病院は無床診療所になってもよいと考えている。前回の轍を踏まないように何としても成功させなくてはならない。

- ・ 中核病院を建設する際の負担に対して合併特例債及び過疎債を活用できるよう弾力的運用をお願いしたい。また、合併特例債及び過疎債が発行できない地方団体に対しても同等の財政措置を講じてもらいたい。
- ・ 再編・ネットワーク化に伴う新たな広域連合等に出資する場合の一般会計出資債に対して一定の地方交付税措置をお願いしたい。
- ・ 再編により不要となった病院の解体撤去費に対する費用について、一般会計における財源捻出が難しいことから地方債の発行を認めることとし、現行1／2である特別交付税の更なる拡充をお願いしたい。
- ・ 再編により、広域連合を設置主体とし、中核病院を建設した場合、市の既存病院の廃院による病床削減が行われた場合について、単なる自治体間の経営主体の変更、機能の移行とすることなく、削減病床に対する地方交付税措置を講じてほしい。
- ・ 不採算地区病院に対する更なる地方交付税措置の強化をお願いしたい。

#### ○ 中川委員(島根県病院事業管理者) 説明

- ・ 島根県の病院配置の状況は、東西190km、面積では東京都の3倍のところ  
に東京都では643の病院が所在するが、島根県は58である。公立病院は12  
病院で、中山間地や離島における医療確保を担っている。
- ・ 医師数については、人口10万人単位の医師数は全国平均を上回っている  
が、島根県は人口70万人なので絶対数は少ない。
- ・ 救急告示病院では30分以内に救急病院に行けない地域が目立つ。
- ・ 津和野町に所在する破綻しかかっていた厚生連の病院を町が買い取り公設  
民営で運営している。町の医療の灯をなんとかしても確保したい、地域医療崩壊  
はその地域の崩壊につながると町長と議会が判断した。
- ・ 島根県の公立病院の常勤医師数は平成16年に臨床研修が必修化されて  
から減少が顕著である。
- ・ 隠岐の島については、医師不足により分娩できない時期や精神科の入院機  
能が確保できない危機があった。今はそれを免れているがギリギリの状態。他  
にも医師不足により救急などに支障をきたしているのが現状。
- ・ 島根県では平成15年と平成20年を比較して病院数では6、診療所では6の  
合計12の医療機関で分娩を取りやめている。隠岐の島では自治医科大学の  
卒業生1名が、隠岐の分娩の状況を見て途中から産婦人科をやるということ

頑張っている。県内年間6,000弱の出産となると、お産ができる病院が少ないので里帰り分娩もできない現状。

- ・ 県内公立病院の平成18年度決算の状況では1つの病院を除き県立中央も含めほとんどが赤字。一部の病院では医師の減少が医業収益の減少につながっている。
- ・ 新病院を建設すると赤字になってしまう。また、その地域で必要な医療を提供するとなると赤字になってしまい、それぞれの病院が努力してもどうにもならない。むしろこのような赤字は地域の医療を守るための必要経費であると考えられる。
- ・ 一部の病院では一般会計からの繰り入れが基準額を大きく下回っている。繰入額が減少している病院もあり、地方団体の財政力がなくなってきているという事情が反映されている。地方交付税は平成16年度の「地財ショック」以降なかなか立ち直れない。財政状況が悪化して基準どおりの繰出しがされていない。
- ・ 地域医療の崩壊はその地域そのものの崩壊につながる。
- ・ 島根県全体では医師の数は増加しているが、地域偏在、診療科の偏在が顕著である。診療科によってはなかなか欠員補充ができない病院もある。
- ・ 公立病院の経営について言えば、病院個々の経営努力は当然必要であるが、構造的な問題があり、抜本的な打開策が必要であると考えられる。過疎の地域では改革プランを作成する余裕すらないのが実情。現場の実情を十分踏まえた上で財政措置のあり方を検討いただきたい。

## ○ 山口昇 全国国民健康保険診療施設協議会常任顧問 説明

- ・ 公立病院の中でも中小病院である国保病院の立場で発言したい。国保病院は昭和30年前後に全国で多く作られ、当時は病院・診療所で3,000近くあり、今では1,000余り。治療だけでなく予防ということも視野に入れて国民健康保険法に基づいて設置された病院である。
- ・ 経営改善は医療を継続して提供していく上では非常に重要な問題であり、今回の公立病院改革というものに我々国保病院は積極的に取り組んでいくべきであろうと受けとめている。
- ・ 公立病院改革の目的は地域医療の確保にあり、公立病院改革によって病院がなくなり、地域医療が崩壊してしまうことは本末転倒。
- ・ 国保病院は過半数が100床以下。200床以下が8割以上。不採算地区病

- ・ 国保病院は慢性的な医師不足。特に最近では急激に医師の確保が困難となってきた。看護師不足も深刻。経済基盤も弱く、自治体の財政力も非常に弱い。高齢化、人口減少、そのような中で公立病院を運営することは大変である。
- ・ 病床規模が小さいほど医業収支比率が悪い。不採算地区でも悪い。国保病院は医業収入だけで経営を貫くのは困難である。
- ・ 国保病院は保健、医療、介護、福祉の連携システム、これを地域包括ケアとっているが、それを実践している病院である。地域包括ケアを実践すれば寝たきり老人が減り、老人医療費が減り、地域も活性化する。病院があることで、その地域の経済基盤、あるいは住民の生活を支えている。地域の活性化にも寄与している病院が少なくない。
- ・ メリハリのある財政措置が重要。特に過疎地等に立地する病院については財政支援の拡充、見直しが必要。
- ・ 包括ケアはほとんどが不採算である。総務省の繰出基準には包括ケアの言葉はないが、繰出基準の保健事業がこれに該当するものと考え、繰出しをお願いしている。
- ・ 地域医療を確保するためには医師、看護師のマンパワーの確保が不可欠。医師は田舎の病院からどんどん引き揚げられ、都市部の基幹病院へ集約化されていく。役割分担や連携強化は重要であると考え、基幹病院から国保病院への支援体制が必要。
- ・ 国や都道府県の強力なリーダーシップを強く期待する。医師確保対策での3省連絡会議に始まり、各都道府県に医療対策協議会をつくり意見交換がされている。今後、公立病院改革に関しても都道府県でこのような体制ができればありがたい。総務省と厚生労働省との連携も欠かすことができない。
- ・ 赤字だから再編・統合するという短絡的なものではなく、その地域で国保病院がなくなったらどうなるかという視点も大事。経営の問題だけでなく、各病院の役割、実態を踏まえて検討して欲しい。都市部と過疎地とでは色々な実情、実態が違うので、同じ物差しで比較して欲しくない。
- ・ 交付税措置の病院建設単価の上限を設定することは過大な減価償却費の抑制のためには必要であると思う。普通交付税の算定に際して病床利用率を

反映させる点については、地方交付税の総額削減ではなく、公平な分配であれば賛成。ただし、都市部と過疎地は実態が違うことを踏まえ病床利用率を反映してもらいたい。過疎地は医師不足、看護師不足で空床にせざるを得ない。夏場と冬場で異なる。病院から自宅までの距離も遠い。

#### ○説明者と委員との間の主な質疑応答、意見交換

- ・(委員)離島の医療については十分な配慮が必要であると考えが見解を伺いたい。
- ・(説明者)離島における医療の確保は本土以上に必要経費がかかる。離島の医療が確保できないと生活をするのができなくなる。島根県は離島を優先して医師を派遣しているが、都道府県ではどうも確保できない状況にあるので国策として別の何かが必要なのではないか。
- ・(委員)地元で公立病院がなくても周辺の公立病院がカバーしていれば、地元公立病院をなくそうということも起こるのではないか。
- ・(委員)医師の確保はどういう仕組みであったらもっと改善できると考えるか。
- ・(説明者)地方の医師不足は地方大学医学部の県外からの学生が卒業後出身地に戻り地元で定着しないことにある。今、地域枠を創設して県内の学生を増やそうとしているが全体の質の問題もある。
- ・(委員)公立病院の経営状況が非常に悪いのは経営の問題なのか制度の問題なのか。制度の問題であれば対応できる場所もあると思うが、経営の問題であれば救済することはよくない。
- ・(説明者)医師不足と経営の問題である。医師の意識改革が必要。院長は経営者でないという考えを持っていた院長が過去にいた。今は違うが。
- ・(説明者)経営の問題もあるが、公立病院は不採算医療を担っているから診療報酬との絡みでやればやるほど儲からない仕組みだと思う。医師確保に関しても地元の医学部に全国から医師資格を取りに来て卒業後潮が引いたようにいなくなる。病院機能を縮小することは首長にとっては政治問題であり、頭では解っているけどなかなか言い出せない。今回の公立病院改革は、医療を提供する側、開設している側、受ける側が真剣に考えてどこまで地域医療機能を確保するかを考えるいいチャンスだと思う。
- ・(委員)再編成によってどのようなことを期待してプランをまとめたのか。また、プランをまとめるにあたっての苦勞を伺いたい。

- ・(説明者)病院の赤字と医師不足によりこのままだと病院を閉鎖しなければならない。将来を考え地域医療や地域住民の命と健康を考えると医療機能の再編を進めていくためにはある程度譲るところは譲らないと成功しない。
  - ・(委員)ドクターカー、ドクターヘリの活用例を聞かせてほしい。
  - ・(説明者)離島においては防災ヘリに本土の医師を同乗させる形で有効に活用している。ドクターヘリの制度は他目的に運用しにくい点があるので改善が必要。
  - ・(委員)再編成に向けて住民の意識改革は進んでいるのか。
  - ・(説明者)色々な座談会で鶴田町立病院は診療所になっても、五所川原市に県立病院に準じるような大きい病院ができる。青森まで行かなくても20分程度で大きな病院で高度な治療も受けられると何度も説明してきた。住民の意識もだんだんと変わってきた。
  - ・(委員)医師不足、看護師不足についてどのように思うか。
  - ・(説明者)医師不足の一番の理由は医療の専門化、細分化ではないか。以前は1名の医師で診察していたが今は2、3人かからないとその患者さんの診断ができない。女性医師の増加も一要因である。結婚して家庭に入るとなかなか常勤体制が取れない。それから国立大学の独法化による独立採算制の追求にある。以前は多くの医師がいたが今はそうではない。看護師不足の大きな要因は7対1看護であると思う。病院単位でなく病棟単位にして欲しい。多くの看護師が必要な病棟もあればそうでない病棟もある。今では公募しても半分しか集まらないので、1年間を通じて公募している状況。若い女性は東京へ向いていく。
  - ・(説明者)自治体病院の場合、定数条例があり増員するためには条例改正が必要。
  - ・(委員)一般会計からの繰入について基準額を上回ったり、下回ったりと公立病院によってちがうがどのように考えるか。
  - ・(説明者)開設者の思いが繰入金に影響しているのではないか。財政当局と病院事業側との思惑が違っているところはどうも繰出基準どおり行かないのではないか。
- (2) 診療報酬制度について厚生労働省保険局からの説明を聴取し、委員との間で質疑応答、意見交換が行われた。
- 説明者の主な説明内容及び質疑応答、意見交換の概要は次のとおりである。

## ○ 小野太一 厚生労働省保健局医療課保健医療企画調査室長 説明

- ・ 診療報酬とは、行った医療サービスに対する対価として保険から受け取る報酬。同一サービスについては全国一律で同一の料金を支払う。診療報酬の点数は中央社会保険医療協議会の諮問・答申を経て厚生労働大臣が告示することとなっており、例年のサイクルでは2年に1回改定される。
- ・ 平成20年度診療報酬改定は4月から施行されているが、その改定率は診療本体では+0.38%となった。
- ・ 病院勤務医支援について、産科、小児科、救急などに対応する病院勤務医に対して1,500億円相当の財源を振り向けることとしている。これでは+0.42%相当になるので診療所から追加的な財政支援400億円強を移行させた構図になる。
- ・ 産科には周産期医療を担う地域ネットワークの支援、ハイリスク妊婦の管理の充実。医療経済実態調査を踏まえ、小児医療では入院医療、外来医療それぞれで充実。病院勤務医の負担軽減策では、入院時医学管理加算の算定や病棟クランクの評価を導入するなど、点数の引き上げ、見直しを行った。
- ・ 地域の急性期医療を担う医療機関では在院日数の減少で短期間で多くの患者へ入院医療を提供する必要があり、勤務医の負担が大きいことから、10対1入院基本料を引き上げている。
- ・ 平成19年6月に行われた医療経済実態調査に基づくデータでは、医療収入を100としたときに、医療費用がどうなっているかの比率を見ると、個人、国立、公立、医療法人において、公立だけが100を上回っている。これは収入が費用に比べて低いという結果。過去15年くらいの経緯で見ると、個人と医療法人はほぼ変わらない比率。国立については費用が上回る状況であったが、現在のような水準に下がってきている。公的病院は105.5となっている。

## ○ 説明者と委員との間の主な質疑応答、意見交換

- ・(委員) 過疎地等の地域によって医療サービスの提供に係る費用が高いところであっても診療報酬体系を全国一律にしているのはおかしいのではないかと。もちろん公立病院の経営努力は必要だが、同じサービスを提供するのでも高い費用がかかる地域があって、それに対する報酬が適正に与えられていないように見える。
- ・(厚生労働省) 診療報酬の現行の考え方は、同じサービスに対して同じ値段であ

るということ。どこに住んでいても同じ医療を受けた場合に同じお金を払うのが原則。

- ・(関係者) 公立病院は不採算医療を担っているから、診療報酬ではあまり担保できない。その医業収入に対する人件費比率は高くなるのは当たり前。そこは考慮して欲しい。医薬品に関しても、公立病院は情報公開条例もあり、売る方は安く売れない。医療機器も一般競争入札は機会均等かもしれないが、安く買えない。一生懸命努力はしているが構造的に難しいところを十分に分かって欲しい。数値だけ見て公立病院は放漫経営だといわれることが、現場のモチベーションが下がる最大の要因である。入院時医学管理加算については田舎の病院では周辺の関連施設も少なく取得にはハードルが高い。
- ・(委員) 妊婦健診に対する助成が各地方団体で対応がバラバラである。現行は地方交付税により財政措置を講じているが、国として何らかの対応が必要でないか。
- ・(厚生労働省) 一般財源化されているので、各自治体がそれぞれの判断で実施している。なるべく多くの機会、健診をしていただきたい。