

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1回)

1 開催日時等

- 開催日時：平成 28 年 9 月 13 日（火）14：00～16：00
- 場 所：総務省第 1 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、中川委員、沼尾委員、本間委員、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）
黒田自治財政局長、大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長
石黒公営企業経営室長、植村準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

- (1) 資料説明
- (2) 意見交換

3 配布資料

- (資料 1) 開催要綱
- (資料 2) 研究会における検討の進め方等
- (資料 3) 公立病院改革の取組について

4 概要

- (1) 事務局より資料 1～3 について説明
- (2) 出席者からの主な意見
 - 公立病院全体の医師数は増加しているものの、その大部分が大規模病院の医師数の増加によるもので、200 床未満の中小規模の医師数は横ばいの状況である（資料 3、P13）。中小規模病院が多数分布する地域においては、近隣病院との連携の下、医師や看護師の確保が重要。
 - 国民健康保険診療施設は 200 床未満の病院が約 8 割を占め、そのほとんどがその地域に必要とされる医療あるいは医療にまつわる保健、福祉の事業等も関与しているのが実態。さらには、高齢化が進む中であって 1 人あたりの疾病の割合や有病数も多くなることから、人口が減少しても患者数がほとんど減らない地域がある。こうした状況の中、必要な医師を確保するため、民間事業者や非常勤医師の応援を依頼することもあり、人件費が余計に嵩むという実態もあることから、経営に大きく影響すると考える。
 - 500 床規模の病院と比較して 300 床規模の病院は規模を縮小する方向にある中、各科で医師が 1 人となる状況も発生しており、これが収益を確保できない要因となっている。
 - 地域包括ケア病床の実在数と基準病床数の整合性がとれていない地域がある中、今年度中にこれらを整理した上で新公立病院改革プランに繋げられるか懸念している。
 - 専門医でないと何らかの制約を感じる状況の中、地域枠の医学生は専門医となりにくい環境にある。さらに地域枠を辞退するハードルが低いことから、早期に奨学金を返還しこれを辞退す

る学生がここ最近増加傾向にある。今後の地域枠制度に大きく影響してくるのではないかと懸念している。

- 経営形態の見直しについて、これまでの推進の中で、成功例があれば失敗例もあり、議論自体もかなり煮詰まっているものと考え。地域毎の最適な経営形態が何かは従前より自治体も考察しており、これに苦慮している。最終的な報告書はあまり自治体にプレッシャーをかけないようにして頂きたい。
- 中山間地や離島等、地域によって医師の高齢化で跡継ぎがいない状況が発生している。この状況下では、地域の自治体病院が在宅に出なくてはならず、地域医療構想や地域包括ケアの構築に向けてこれを踏まえた議論（財政措置の検討）を進めて頂きたい。
- 地方の自治体病院は、10年前の繰出金に関する議論から現在の人口減少や地方創生の観点に立った議論へと大幅にシフトしていると考え。現在の観点で言えば、自治体病院は産業面のみならず雇用の確保にもつながる上、医療の確保による居住可能地域の確保、さらには地方の合計特殊出生率の維持、日本全体の人口維持に寄与し得ると考える。都市部の自治体病院についても数字には出てこない役割を担っているわけで、これらを踏まえつつ、10年、20年先の日本の動向・地域医療のあり方を見据えながら、経営改革を考える必要があるのではないかと。
- 「持続可能性のある病院経営の検討」（資料2、P2）で「各病院の取組項目の分析」と「経営形態見直し（全部適用・地方独法・指定管理者）の導入が困難な理由の抽出」が挙げられているが、それ以前の病院マネジメントのあり方について検討するべきではないか。職員定数の問題で言えば、打開策が独法化しかないというのは問題と考える。また、事務職員の問題で言えば、頻繁な人事異動によって素人の経営になりがちということも問題と考える。一般会計や地方財政措置にも限りがある中で、適切に人を雇うといったマネジメント改革を行う戦略もあると思う。
- 「民間病院を含む再編・ネットワーク化」（資料2、P2）について、私的所有権の強い民間病院だけのネットワーク化は難しいと思うので、国立病院をはじめ公的性格の強い日赤、厚生連病院とのネットワーク化も想定して、「国立、公的、民間病院を含む再編・ネットワーク化」とすべきではないか。
- 表題（資料2、P1）で「医療提供体制改革」としているが、地域医療の確保という観点からすると医療提供体制のみでは不十分。平成30年度から市町村に加えて都道府県も保険者となることも踏まえ、地域毎に医療需要サイドで生じる格差についても議論すべきではないか。
- 「地域医療構想を踏まえた」（資料2、P2）とあるが、地域医療構想が医療計画上で位置づけられている中、医療計画自体が平成30年度から大幅に見直される予定であることを念頭に置くべき。また、地域医療構想を進める上で地方財政措置と地域医療介護総合確保基金の役割分担についても整理すべき。
- 経営の効率化により黒字病院の割合が増加したとあるが（資料3、P3）、診療報酬の改定による影響も考慮すべき。これを踏まえた上で今後の持続可能性のある病院経営に向けた経営の効率化を考えるべき。
- 「規模別の公立病院の経営状況について」（資料3、P12）の分析対象について、医療制度上・診療報酬上では200床で区切っていることが多いため、これも加えるべき。

- 「経営形態の見直し状況」(資料3、P29)について、分析の中に一部適用も含めてもらいたい。
- 人口構造の変容の影響は甚大である。総人口は2040年以降、毎年100万以上人口が減少する。特に生産年齢人口が激減する一方、100歳以上の人口が2051年で70万人を超すと見込まれている。こういった厳しい状況下で政策選択を行うことが迫られている。公立病院の問題に即して言えば、先見性をもちダイナミックな意思決定ができるガバナンス構造にしなければ乗り切れないのではないか。
- 地理的条件や人口動向、産業や交通条件など地域の状況によっては、病院間の再編・ネットワーク化以前に一つの病院をどう存続させるかが問題になるケースもある。
- 基礎自治体立が主である100床未満の病院は、地域包括ケアシステムを支える機能を必要としている上、付近に開業医がいない中、高齢の医師がこれを支える状況にある。病院のみならず、基礎自治体の保健医療、介護、地域包括ケアシステムそのものを支える人員配置を考える必要があると考える。特にへき地では、地域そのものを支える機能を必要とするため、その評価方法を考えるべきではないか。
- 地域医療を支えるためには、医師のみならず看護師、さらには経営の観点から事務長や医事課職員の人材育成が必要。
- 医療提供体制の合理的展開のため、非合理的判断のある地域に対するソフトウェアの介入も必要ではないか。
- 経営の効率化の方法として、公的病院、国立病院等多種化している病院を再編することは大事だが、これによるメリット・デメリットを把握し適切な判断ができる人材を育成すべき。
- 社会インフラとしての病院は運営者に、経営については経営者に分けて各コストを負担すべきではないか。
- 地方財政措置の見直しを考える際には、単にアメを配るという話ではなく、構造的にコストが掛かる部分に対して公的な支援がなされることにより、医療アクセスへの公平性が確保されることを本研究会で示していくべき。
- 自治体病院単体で考えるのではなく、国民健康保険や介護保険財政も念頭に置いた議論をすべきではないか。
- 医者をもその地域に呼び込む方法として、報酬引上げに囚われず、地域全体で戦略的に対応を考えることも、病院の経営を考える上で必要ではないか。
- 病院の機能だけを考えて合理化を図ろうとすれば統廃合となるかもしれないが、コスト最優先で地域の暮らしが維持できなくなることを避けよう、地域のトータルな仕組みを考えることが必要。
- 地域医療の確保に向け、病院関係者のみならず、まちづくりの一環として首長をはじめとした自治体や政治家も危機感をもちつつ主体的に関与すべき。