

これまでの研究会における委員意見

これまでのご意見

委員のご意見	備考
<h2>○地域医療における今後の役割を念頭に置いた公立病院の位置づけ</h2>	
<p>議論が錯綜するため、報告書を記載するに当たっても自治体病院の類型化は必須であり、また都道府県知事と市町村長も権限と責任が異なっているため区別すべき(第4回 田城委員)。</p>	<p>—</p>
<p>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。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(第1回 田城委員)。</p>	
<p>地方の自治体病院は、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出てこない役割を担っている(第1回 伊関委員)。</p>	
<p>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。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(第1回 北委員)。</p>	
<p>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、福祉の事業等に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人あたりの疾病等の割合も多くなることから、人口が減少しても患者数が減らない地域がある(第1回 押淵委員)。</p>	<p>・中山間地、離島等の条件不利地域の病院 ・200床未満の病院など</p>
<p>中山間地域、離島等の地域では、地域によって医師の高齢化で跡継ぎがない状況が発生しているため、地域の公立病院が在宅医療に出なければならぬ状況がどんどん出てきている。地域医療構想実現や地域包括ケアシステム等の構築に向けて議論を進めていただきたい(第1回 中川委員)。</p>	
<p>へき地における病院は近隣の自治体との連携を保ちながら経営しているところが多い。特に、へき地や離島における医療は診療所が担っている場合も多く、そうした診療所と別の地域の病院との連携・機能分担のあり方も重要である(第4回 押淵委員)。</p>	
<p>不採算地区病院について、15kmは30分程度かかるし、高齢者の移動を考えると30～40分が限界ではないか。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し、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、1つずつ持たせることが不採算地区病院の存在意義。その意味では現行の定義は利用者の視点に立ったものと考え(第5回 伊関委員)。</p>	<p>不採算地区病院</p>
<p>県庁所在地にあつて他と競合するような基幹的な病院の役割としては、へき地病院、診療所への医師派遣機能や人材の育成機能などを評価していくべき。民間病院の算入が難しいへき地における医療の確保については、ある自治体の病院が別の自治体における地域医療を確保するという広域的な役割を果たすということもある(第3回、第4回 島崎委員)。</p>	<p>都道府県立基幹病院</p>
<p>田舎の県立中央病院クラスの病院では、例えば総合診療専門医を病院で作り、地域に派遣していくなど、新たな役割が出てくる(第3回 中川委員)。</p>	
<p>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や、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(第1回、第4回 尾形委員)。</p>	<p>制度改正</p>

○公立病院に係る医師確保の現状

地域枠の医学生は専門医となりにくい環境にあり、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(第1回 本間委員)。

地域枠の学生が、それ以外の一般の学生は自由にどこでも行けるというのは不均等という感想を持ったなら地域枠を外れていくのではないかと(第3回 押淵委員)。

自治医大の卒業生は、拠点病院や中核病院に勤めていると専門医としての専門性が要求され、総合診療専門医、あるいは診療所レベルで行える内科系を主体とした診療よりもニーズが高まってしまっている。専門性を持った上で基礎となる総合性をどう持つべきかと(第3回 本間委員)。

地域で医師を確保していくためには、都道府県単位でキャリア形成ができ、専門医をとれる体制をつくるのが有効な手段の一つではないかと(第3回 中川委員)。

総合診療専門医はその地域の地域包括ケアシステムを動かす大切な原動力になり、さらにはその能力を持った医師を育てることが役割ではないかと(第3回 押淵委員)。

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(第1回 森田委員)。

医者をその地域に呼び込む方法として、報酬引上げにとられず、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と(第1回 沼尾委員)。

住みやすさをはじめとした医師へのバックアップにより、その医師に必要とされる感覚をいかに持ってもらえるかと(第3回 大竹説明員)。

若い医師に対し、地域で総合診療医を担いつつ、その地域の暮らしを支える一員となるということを選択するよう方向づけるための政策づくりが必要ではないかと(第3回 沼尾委員)。

非常勤医師や派遣会社からの医師はある一時期のみの医療にしか携わず、それ以外の負担を全て背負った勤務医のモチベーションが下がってやめていくという負のスパイラルをどうすべきかと(第3回 押淵委員)。

医師の勤務状況がある程度平均化しないと、国民健康保険の皆保険制度は守れない。教員や警察官は均等に配置されている現実からすると、医療関係者も同様の水準で配置される必要(第3回 押淵委員)。

医者や開業医が不足している地域では、大きな病院から非常勤医師が来て当直している過酷な勤務実態があるが、夜間・時間外の急患の受入れと勤務をどのように両立していくか問題(第4回 本間委員)。

地域枠の
運用改善、
キャリア形
成の方策

処遇改善、
環境整備

委員のご意見

備考

医師確保に最も有効な施策をどう考えるか。あるいは、限りある資源を有効配分するという観点から、どういう施策、あるいは施策の組み合わせが最も有効と考えるか(第3回 尾形委員)。

大学の病院長が話し合いをして、拠点となる病院に医師をまとめてグループで派遣し、その周辺病院にはそこから派遣する方法もあるのではないかと(第3回 田代委員)。

県内の県立及び市町村立の病院の医師を県医局に所属させ、合議で納得の上異動を行い、処遇のきついであれば、次は非常に給与がいいポストや、留学の機会を提供するなど、一種の疑似医局としての機能を目指している県もある。これが一つ方向性としてあり得る(第3回 本間委員)。

看護職員の地域差は病床の地域差で決まっている部分が非常に大きく、病床の偏在と看護職員の偏在は密接に関連していることを踏まえた対策を検討すべきではないかと(第3回 尾形委員)。

看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、セラピストなどについても、地方では雇用ができない。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。セラピストについては、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となっている(第5回 伊関委員)。

医師派遣
の方策、
看護職員
等の偏在

○公立病院の経営改革における課題

医師のみならず看護師、さらに経営の観点から事務長、医事課職員の人材育成が必要(第1回 田城委員)。

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(第1回 伊関委員)。

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(第1回 中川委員)。

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と(第1回 島崎委員)。

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(第1回 島崎委員)。

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はないよう、地域のトータルな仕組みを考えることが必要(第1回 沼尾委員)。

病院までの距離が遠い地域では、ネットワーク化が難しいという事情もあり、そうした場合には単体の病院が存続していくことが地域住民にとって非常に大切なことではないか(第4回 北委員)。

市立病院が療養病床に特化する形での機能分化をし、ネットワーク化に取り組んだ実例もある。必ずしも統廃合を伴わない事例についても取組の参考となるのではないかと(第4回 田城委員)。

地理的要因を考慮せずに、無理な再編に取り組むことは避けるべきである。再編・ネットワーク化が地域医療を崩壊させる引き金になりかねないリスクもある。病床の分配や機能の再編など、全体として地域医療の機能向上を果たせるような取組が必要(第4回 伊関委員)。

再編・ネットワークに関して言えば、病床の分化だけではなく、疾病別に役割分担するという形態もあり得ると思っている。再編・ネットワーク化を決め打ちで考えるよりも、自主的に効率的・効果的に地域の再編・ネットワークができるのかという観点から柔軟に支援していく形の方がいいと思う(第5回 島崎委員)。

具体的なマネジメント上の課題(医療スタッフの育成、首長、議会等に対する経営の理解促進)

再編・ネットワーク化

○経営形態の見直し

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する。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(第1回 中川委員)。

自治体病院の経営改革を考える際には、足元の財務状況だけを見て少しでも経費を安くするために経営形態の変更という選択を行うのではなく、10年先、20年先を見た地域医療のあり方を考えた上で経営改革について考えていくべきではないか(第1回 伊関委員)。

人口構造の変化等に伴う人的・財政的な制約という今後の地域医療を取り巻く厳しい環境のもとで、公立病院のマネジメントに当たっては機能的に、また地域の実情に応じた意思決定ができる形態にしていく必要があるのではないかと(第1回 島崎委員)。

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と(第5回 田城委員)。

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(第5回 伊関委員)。

地方独立行政法人化のメリットは、医師や看護師の確保が容易であること、職員定数に縛られないことや、様々な規則などを、法人内での検討・協議により、迅速に変更できるということ(第2回 田中委員)。

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と(第5回 伊関委員)。

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と(第5回 伊関委員)。

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(第5回 中川委員)。

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聞いている。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と(第5回 押淵委員)。

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もある(第5回 田中委員)。

地方独立行政法人は2～3病院で統合すればメリットがあるだろうが、1病院では全部適用とあまり変わらないので全部適用のままで良いのではないかと(第2回 森田委員)。

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と(第5回 北委員)。

経営形態
の見直し民間譲渡、
指定管理地方独立
行政法人

委員のご意見

備考

公立病院はガバナンスの主体が分散しているということが問題になる場合がある。へき地医療や不採算医療はもちろん大切だが、今後の厳しい人口動態の変化等を考えた際に、現状のままでは経営を維持することが困難だという事実がある。そのため、今後、地域医療を支えるために、地域においてどのような役割を果たすかについて、他の病院との交渉や経営判断について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ない。理事長に大きな経営権限が与えられるという点で住民自治という観点からは留意が必要であるが、地方独立行政法人はこうした迅速な意思決定を行い得るという点での効果が大きいと感じる(第5回 島崎委員)。

地方独立
行政法人

直近の地方自治法の改正により、既存の地方独立行政法人が市町村の垣根を越えて別の市町村の病院を運営することが簡単な手続きでできる制度となっている(第5回 辻座長)。

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になってしまうという懸念から、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(第5回 森田委員)

地方公営
企業法の
全部適用

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が続けられないが、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(第5回 伊関委員)。

○経営指標の分析に基づく取組、PDCAサイクルの展開

決算統計などに多くの指標があるが、これが経営改革に生かされているかという点、必ずしもそうではない。経営指標を活用し、経営の現状や課題等を把握し、管理者や医療スタッフが具体的な行動と結びつけて、これを理解するとともに、住民、首長、議会とも効果的に説明を行うよう、いわゆる指標を活用した経営分析について病院事業についても早急に取り組むことが必要(第3回 中川委員)

経営指標の分析に基づく取組の必要性

自治体では企業経験者などの専任職員を配置することが難しく、首長部局からの出向職員が多い現状からも、問題解決に必要な資料の絞り込みなどが容易になる効果は大きく、経営指標と改善策がセットで示されることは極めて効果的である(第4回 北委員)。

定量的なデータを示すことで行動につながりやすいので、経営状況の見える化はぜひ行うべきである。その際に、病院全体の経営状況はもちろんだが、部門別にどのようなポジショニングをとるか経営面から把握し、スタッフとも共有することが出来るため、部門ごとの経営分析が重要である。部門別の分析は、外来・入院と大きく分けることもできるし、診療科で分けて分析を行うことも可能。こうした部門別の収益の状況などは、病院経営を行う上で基礎的なデータであり、病院内で色々議論が出るが、みな納得感があるものでないと最終的には出来ないため、病院の求心力を高める効果もある(第4回 尾形委員)。

経営状況の見える化は、まずは住民に対しての公立病院の経営状況、住民一人当たりの負担、将来の自己負担がどれだけ発生するのかについて説明するために必要。そして、改善が必要な項目を明らかにするためには部門の収支がどうなっているかを客観的に分析し、現状を正確に表すことがまず必要であり、その分析結果についてもある程度定型的なもので、積極的な公表を促すことも必要(第4回 島崎委員)。

統合を進めた病院でも、部門別の原価計算を行っていたところがある。もちろん不採算のところを切り捨てるということではなく、どこが強くて弱いのかという経営の全体像を病院長が把握していることが重要(第4回 島崎委員)。

原価計算を行っているが、病院内の全ての人に知らせた場合、細かいところで摩擦が起きることも考えられるため、やはり発表の仕方であると考えている。現状では経営陣がしっかり把握した上で、改善していくための資料として使用している。(第4回 森田委員)。

部門別分析、原価計算等

原価計算をやるのであれば、従来の診療行為ごとの点数をもとに計算する出来高払い制度ではなく、DPC(包括医療費支払制度)により、疾病単位で丸めていくという方式になっているため、患者の性、年齢、病名等の単位の視点で、それに対してどのくらいの資源が投入されているかという視点もあっては良いのではないか(第4回 本間委員)。

職員のモチベーションにつながり現場でも行っていく必要があると思うが、地域医療に必要なありとあらゆることを提供しているところでは、採算性のない、費用弁償のない事業を多く行っているため、どのように評価して、盛り込んでいくのかは難しい。一方、不採算の事業を行っているからこそ、住民からの期待もあり、病院への信頼につながっており、数字としてどのように表しているのか工夫が必要(第4回 押淵委員)。

事務の医事課と経営担当の分析力の弱さが影響しているが、単に稼げというだけでなく、経営指標の係数を上げて、自らの提供している医療を可視化することで、病院収益も上がり、職員のモチベーションも向上する。DPC分析は必須であると考えている(第4回 伊関委員)。

分析データを、職員を鼓舞するため、自信をつけさせるために使用することも考えられるのではないか(第4回 田中委員)。

委員のご意見	備考
<p>自治体病院は、50床から700床という規模や立地条件が全く違う病院の集まりであり、都市部とへき地では役割も機能も異なっている。半分以下が中小病院であり、やはり日々の診療に追われて、病院長自身が経営者としてどうするか余裕が全くないこともあると思うが、最近と同規模、類似の環境に置かれた病院との比較等をしてながら経営努力している病院が増えてきている。原価計算も多くの病院で行っているが、外来で例えば眼科、耳鼻科あたりは全く不採算であるが、不採算だからといって辞めるということにはなかなかならないのが現実であり、病院長としても忸怩たる思いがあると思う。また、規模が違うということでは、国立の医療センターなどの大体同規模病院が集まるところは、色々な形で経営分析はできるが、やはり余裕のない病院はある(第4回 中川委員)。</p>	部門別分析、 原価計算等
<p>適切な指標設定による業務改善を目指して、国も自治体も事業者も努力していくことが必要。設定する指標に関しては、①すべての公立病院が共通に設定し、多くの住民に関心をもってもらうべきもの、②指標としては収集するが、一部関係者が必要に応じて照会すべきもの、③各自治体や病院が、主体的に独自設定すべきもの等に、整理していくべきである(第4回 辻座長)。</p>	
<p>診療報酬の加算取得状況については、各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(第5回 中川委員)。</p>	診療報酬の 加算状況情 報(伊関委 員提案)
<p>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もらえると良いのではないかと(第5回 伊関委員)。</p>	

○財政支援のあり方

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(第1回 沼尾委員)。

へき地における医療の確保については、ある自治体の病院が別の自治体における地域医療を確保するという広域的な役割を果たすということもあり、どのようにカバーするかを考える際は財政措置のあり方も検討対象になるのではないかと(第4回 島崎委員)

○不採算地区病院への支援の重点化

不採算地区病院を抱える自治体は、地域医療を確保するため多額の繰出しを余儀なくされている。また地域の開業医の廃院等により、自治体病院の役割が増大することが予想される(第3回 中川委員)。

地域医療の最後の砦としての役割を果たしている自治体病院の中でも、特に不採算地区での医療等への重点的な支援を含め、何らかのメリハリのきいた支援というものが必要ではないか。地方公共団体が不採算地区に対する繰入額を増額しても、交付税措置の総額は繰入ほどの伸びがなく、持ち出しが増えているという実態がある(第3回 大竹説明員)。

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考え。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考え(第5回 北委員)。

○医師の確保・非常勤医師の増嵩経費等

現行の臨床研修制度(H16～)以降、医師不足が深刻化しており、厳しい財政状況の中で公立病院の経営悪化が広がっているという実態がある。経営改善のためには、医師数の改善が必要ではないか。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(第1回 押淵委員)。

常勤医師の確保が困難な地域は、非常勤医師の応援により対応しているが、交通費の支弁の他、非常勤医師に係る給与は常勤医師の2倍であり、割高という実態がある。経費負担が大きいことから、経営的に難しい状況があるのではないかと。当該事情を考慮した医師派遣経費に対する財政措置の継続・充実が必要ではないかと(第3回 中川委員)。

医師住宅の整備や外部からの当直医の確保など、勤務環境改善による医師確保の取組に加えて、看護師に対する奨学金制度など地方自治体として独自に取り組むを行うとともに、首長自らが従事者確保に奔走するなど、多大な費用と時間を要していることから、これらに対する財政支援が必要(第3回 大竹説明員)。

従来取り組まれている医師の派遣に加え、看護師や薬剤師、理学療法士などの派遣を行うこともネットワーク化を推進する上で大切であり、財政措置も検討の余地があるのではないかと(第4回 伊関委員)。

医師確保のための奨学金についての交付税措置を、難しい場合は何らかの形で医師確保対策の支援をお願いしたい(第2回 田中委員)。

○医療と介護等の連携・病床転換

総合診療医が2、3名の有床診療所と50床程度の介護老人保健施設を担当するという形が必要最小限度の医療等を賄えるユニット。病院という形にこだわらず、こうした最小限のユニットを作り直していくというのがよいのではないか(第3回 田城委員)

空き病床を有効活用する手段として、病床を住まいに転換するなど、施設を有効に活用する取組への支援が必要(第3回 大竹説明員) ※第4回 同旨(北委員)。

介護など、様々なニーズに対応した病院経営などの取組を推進していくには、病床転換等により経営の規模が小さくなった場合でも、公立病院が引き続き安定的に経営を継続することができる財政支援等のインセンティブが必要ではないか(第3回 大竹説明員)。

病院施設から転用したサービス付高齢者向け住宅(高齢者向け優良賃貸住宅)に係る家賃減免に対して財政措置をしてほしい(第3回 大竹説明員)。

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(第5回 尾形委員)。

○病院施設維持・建築単価上昇

近年、建築単価の上昇、入札不調の傾向が続いている状況。平成27年度から、建設改良に係る交付税措置が拡充されたが、自治体病院はなお多額の負担をしており、充実を図っていただきたい(第3回 中川委員)。

同じ規模の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。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中で、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(第5回 伊関委員)

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、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(第5回 尾形委員)。

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がある。不要不急ではないものを造ったり、それほど必要の無い医療機械を買ったり、総合病院ならばこの程度の診療科目を整備しないとイケないとの意識が強く、高い単価となっているのではないかと(第5回 島崎委員)。

以前、市立、県立、大学病院の物件費について調べたことがあるが、大学病院が圧倒的に高かった。建築コストを下げた努力を反映できる制度も必要である(第5回 辻座長)。

○その他

2次医療圏の中の病院間連携に対するネットワーク化(新規・更新)への支援ができないか(第2回 田中委員)。

医療分野におけるICT化の積極的推進については、国の標準化により医療機関での負担を最小限に抑えつつ、診療報酬を始めとした必要な財政措置の拡充を図ること(第3回 中川委員)。

地域医療介護総合確保基金について、計画どおり事業が実施できるよう所要額を確保すること。また、地域ごとの実情や課題に応じて事業が実施できるよう、事業区分間の額の弾力的運用を認めること(第3回 中川委員)。

県を超えた「小児・特殊医療、難病医療、不採算医療の提供」に対し支援ができないか(第2回 田中委員)。

-