

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会(第4回)議事概要

1. 開催日時等

開催日時：平成20年10月1日(水)17:30～19:50

場 所：総務省地下1階会議室

出席者：持田信樹座長、島崎謙治副座長、大森正博委員、伊関友伸委員、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、三浦公嗣厚生労働省医政局指導課長、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

- ・ 検討会委員からの補足的意見表明
- ・ 検討会報告へ向けた論点整理(総論的部分)
- ・ 厚生労働省医政局における平成21年度予算概算要求について
- ・ その他

3. 概要

(1)検討会委員からの補足的意見表明、「論点整理メモ」による事務局からの資料説明の後、委員間で質疑応答、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。

○ 伊関友伸委員 説明

- ・ 建築の問題として公立病院はコストをかけて豪華な病院を建築し、そのために元利償還と減価償却費で経営が圧迫されている。病院建設にかかるコストは最小限とし、医師などの待遇改善にお金をかけるべき。民間病院よりも大きな面積、高い建設費をかけているので基準を示す必要がある。

- ・ 病院の現場の職員が不在で建設が行われる傾向にあり、職員の働きやすさも意識しなくてはいけない。
- ・ 医療機能を絞り込んでいかななくてはならないのに、大きい病院であれば医師が来るとのイメージで建設されるものが多い。ホテル並みが求められた時期もあったがその必要はない。また、公共事業への期待というものも地域の事情としてある。
- ・ 建築コストを抑えるために必要なことは、収入の範囲内で建築費用総額を限定すること。医療の範囲をしっかりと明確にして、不要な部分には費用をかけないこと。コストアップ要因をチェックする第三者を置くことも必要である。総務省がローコストの病院建設のマニュアルを示すことも良いのではないか。
- ・ 使い勝手の良い病院を作るためには、職員の意見を聞く機会が絶対に必要である。職員は思いつきで意見を出すのではなく、業務分析を行う必要がある。どのような医療を行うかについて明確にすることが重要。建築の担当を建築職・事務職だけに任せるのではなく、医療職も建設に参加すべき。
- ・ 離島の医療については、地域で完結しなくてはならない医療が必要である。医師人材不足、入院・外来単価が低いなどの厳しい状況にあり、ここにきて燃料費、材料費の費用高の影響も受けている。
- ・ 離島の医師不足問題については、勤務条件に対応した適切な報酬額は必要だと思う。さらに、複数の医師が勤務することにより連携して孤立を防ぐ仕組みも必要。一部に研修医や若手医師に対して地方勤務を義務付けるべきとの議論があるが、医療技術が未熟で、技術を錬磨する時に症例の少ない地方勤務を強制することは問題であると考える。
- ・ 離島の医療機能の維持のために必要なことは、地域で完結した医療を行うための費用や費用高要因への財政支援。病院にこだわらず診療所で高機能なもので3人から5人の医師が勤務するいわゆる「スーパー診療所」、それに老人保健施設を組み合わせた施設を積極的に支援する必要がある。マネジメント力も強化する必要がある。住民もコンビニ医療を慎むように意識を変えなければならない。
- ・ 女性医師の働きやすい職場について。最近は女性医学生、女性医師の方が非常に多い。女性医師だから特別ではなく、女性医師対策というのは同時に男性医師対策でもある。女性医師が働きやすい現場は男性医師も働きやすい現場につながる。
- ・ 余裕を持った人員配置が女性医師を活かす。ある程度複数の病院の医療機能の再編を行って、医師にある程度集まってもらうことで多様な勤務形態で働きやすくなると考える。

- ・ 病院のインフラのために必要なものは、職住近接、院内保育の充実。特に重要なのは休日・夜間時間外勤務の保育体制を充実させること。
- ・ 短時間勤務での常勤採用により多様な人材の雇用が可能になる。交替制勤務の実現、医師定数の見直しをどんどん進めて行かなくてはならない。

○ 大森正博委員 説明

- ・ 4分の3近い公立病院が赤字に苦しんでいるなど、早急に対策を打たなくてはならないが、なぜ、これだけの赤字を生み出しているかという原因分析を行わなければ将来にわたって同じことを繰り返す。
- ・ 地域医療のあり方について、短期的視点、長期的視点の両面から提案を行うべきと考える。
- ・ 短期的視点では、財源の補てんが必要である。やれる範囲で早急に援助する必要がある。赤字を発生させる抜本的な原因を解明して解決策を見つけなければ同様の問題が続く可能性がある。短期的な財源の補てんは緊急の財政措置として時限性を持たせるべき。
- ・ 赤字経営の原因、地域医療を不安に陥れている原因を究明し、その解決策を踏まえ医療供給体制を考え、堅実な経営、役割を明確にするのが長期的視点。
- ・ 長期的には財政支援措置は医療供給サイドを再編成する方向で行われなければならない。その際、公立病院改革ガイドラインは重要な示唆に富んでおり、再編成を行う上で最大限尊重されるべきと考える。
- ・ 公立病院の赤字の原因は、規模の経済が十分に発揮できない、あるいは診療科目が少ないため十分に範囲の経済性がきかない、あるいは病院の経営及び組織の問題、産科、小児科、救命救急等の不採算医療を提供していること。医療情報の集積・配分、地域の保健サービスの提供、医療関係の人材育成など公立病院の供給している公共財は数多い。
- ・ 包括ケアも不採算医療の1つではないか。地域の医療供給サイドの再編成が必須。この問題は日本の医療供給サイド全体に言えることであり、本検討会における範囲を超える課題になるかもしれない。長期的には病院と一般診療所の連携、病院間の分業、医療と介護の分業をより促進するための財政措置を行うべき。
- ・ 当事者間の協議によって医療供給サイドの再編成が行われることは望ましいが、利害調整には強いリーダーシップが求められる。保健医療計画、あるいは

は高齢者保健福祉計画を活用することも考えられる。

- ・ 長期的な視点に立った場合は、長期的に安定的なルールを決めるべき。ルールを決める上での基準として考慮することは3点。第1は既存の国庫補助金、普通交付税、特別交付税を含む地方交付税の枠内で対応するか否である。その際は、重要な部分に重点的にメリハリをつけて対応すべきである。第2は社会保険診療報酬制度の活用。費用構造は異なることから地域加算を社会保険診療報酬に取り入れることも考えられる。第3は公立病院と民間病院の扱いである。民間病院が地域の重要な医療を提供している場合もあるので、公立病院と民間病院の機能評価を行い、地域医療の重要な機能を担っている民間病院にも財政支援を行うことも考慮しても良いのではないか。
- ・ 公立病院の果たすべき役割が現在問われている。戦後、地域医療の中核的存在として重要な役割を果たしてきた。しかし、公立病院は赤字に苦しみ、指定管理者制度、PFI、果ては民営化まで含めて公立病院改革が進んでいる。なぜ、公が病院経営を行わなければならないのかが現在問われている。

○山重慎二委員 説明

- ・ 過疎地等の公立病院のあり方に関して中心に説明する。具体的な対応策については中長期的な取組として紹介したい。
- ・ 過疎地等の公立病院の経営状況の悪化、その原因を分析し、長期的に維持可能な地域医療システムの確立を目指すべき時期に来ている。そのため3つの観点から見直しを一体的に行うことが望ましい。1つは財政措置の見直し、1つは公立病院の経営・ガバナンスの見直し、1つに地域医療ネットワークの再構築、これを統合的に改革する必要がある。
- ・ 財政措置のあり方について、見直しが必要である。そもそも赤字であることが問題であり、公立病院が赤字である原因を明らかにすることが重要。その際2つの理由が考えられる。1つは経営の問題、1つは現在の診療報酬・補助金の額の問題。この2つが赤字の要因となると考えられる。特に過疎地等の病院の場合、診療報酬・補助金の額の問題の要因も重要であり、その点で財政措置の見直しが必要。
- ・ 最低限の医療サービスと自治体負担について考えてみると、日本では医療保険制度の下で国民が保険料を支払うことで医療サービスが提供される。したがって、最低限度の医療サービスについて、住民は追加負担を行うことなく受けられるようにすべきではないか。現在の診療報酬のもとで最低限度の医療が効率的に供給されていたとしても、発生する赤字があればそれは国が全額補助金として病院に支払うべきである。そうならないよう、診療報酬で全額適正が

額の医療費が支払われることが望ましいのではないか。

- ・ 公立病院に対する補助金、出資金は、資産所有に関わる土地、建物、設備等の購入など固定費用に限定し、経常費用については本来診療報酬で賄われるように設定すべき。同じサービスでも過疎地等では単価が高くなることも発生する。それに見合う診療報酬が与えられているのかがまず問われるべき問題ではないか。これが与えられないために赤字が発生して、自治体が追加的な補助を行うことは問題ではないか。
- ・ 社会医療法人のような民間病院が地域での医療を担うという観点からは診療報酬は固定費もカバーできる水準に設定されるべきではないか。現在のような全国一律の診療報酬ではなく、加算措置などにより地域によって異なる診療報酬とすることも検討すべき。診療報酬が平均費用を賄うものになれば、コストのかかる医療サービスも民間病院、特に社会医療法人などで提供される可能性が高まる。平均費用を計算し、それを賄う水準の診療報酬を与えることが理論的にはいいのではないか。
- ・ 経営とガバナンスの見直しの条件として、財政措置を見直し、適正なサービス供給を行えば自立的な経営ができる制度にしていくことが重要。そのような条件が整っていない中で、経営やガバナンスを良くしてくださいと言っても、適正な収入が入ってこない中でどうガバナンスをして良いのか見えてこない。まず前提として適正な財政措置が与えられることが必要。
- ・ 経営改革のポイントは医療経営の素人に病院経営を任せないこと。日本医療機能評価機構等の認定を受け、その水準の医療サービス提供を行う努力を行い、地域模範となる公立病院になることを目指すことが必要。
- ・ ガバナンスに関しては、自治体からの独立性が高い組織になることが望ましい。自治体とは可能な限りルール、契約に基づく財政関係に限定し、裁量的な介入・救済が行われ難い構造を作ることが病院を改善することにつながる。
- ・ 公立病院の中に経営の専門家、法律の専門家、利用者などに参加してもらう理事会を設けて、定期的にチェックを行い、医療の質の向上と効率化に向けた不断の努力が続けられるようなガバナンスの仕組みを整える。
- ・ 地域医療ネットワークの再構築については、都道府県立病院への集約化を提案したい。質の高い医療を効率的に維持していくためには医療計画がますます重要になってくる。その医療計画を実行するためには公立病院を都道府県立病院に集約することが有用ではないか。市町村立病院の場合、広域的な医療計画の観点から非効率的な病院を温存させる可能性がある。もっと連携を進めれば効率的な医療体制ができる。
- ・ 都道府県立病院に集約化することで、都道府県病院内での医療従事者の口

ーテーションを通じ、過疎地等の病院での医師確保が行いやすくなる。キャリア・パスを考えると、いろいろな経験をするということで過疎地の病院でも勤務する。都道府県立病院の中でいろいろなところへ勤務するとなれば、医師の確保ができやすくなる。

- ・ 今後のあり方について中長期的な観点から、現在の診療報酬制度、補助金制度が必ずしもデータやエビデンスに基づいたものではない。赤字に陥っている公立病院の経営分析を行い、各地域で最低限度の医療サービスを最も効率的な方法で供給するために必要な費用を積み上げ方式で推計し、次の3点を明らかにする作業を行った上で、改革を進めていくことが必要。1つは赤字の原因が何かと言うことが経営分析から明らかになること。2つに最低限度の医療サービスが確保されるために必要な財政措置がどの程度かが見えてくるのではないかと。3つに必要な財政措置ができるだけ小さくなるよう地域医療ネットワークのあり方についても考えることができるのではないかと。
- ・ 地域での最低限度の医療を提供するために必要となる最低費用を推計し、赤字の原因を明確にできればと思う。最低限度の医療水準をどう考えるか。その病院が最も効率的に運営した場合にどの程度の赤字が発生するのか、その地域で最低限の医療を提供するにはどのくらいの費用が必要か、そういう観点から経営分析を行う必要がある。
- ・ 必要な財政措置額の推計については、医療サービス供給の費用構造を下に基本的に住民が追加的な負担をしなくても全国どこでも最低限の医療サービスを受けられるよう国は診療報酬の見直しを行うことが望ましい。大きな改革をすることが難しいのであれば、診療報酬の上乗せ、加算について必要とする病院へ国からの補助金が考えられる。
- ・ 地域医療ネットワークの再構築の支援という観点から、データに基づく分析が必要。より効率的な地域医療ネットワークが存在し、それによって財政措置が小さくなり、病院が経営を続けることが難しい場合には、その公立病院を都道府県立病院、あるいは広域的な医療ネットワークを持つ民間病院に統合することを検討すべき。

○「検討会報告へ向けた論点整理メモ(総論的部分)」について事務局説明

- ・ 本日提出させていただいた資料4は、総論的部分の論点整理の議論の参考にしていただくため、想定される主な論点を順次掲げたもの。
- ・ まず、基本的な枠組みに関する問題として診療報酬で措置されている部分と財政面、補助金なり地方交付税なりで措置されているものの関係をどう考えるか。また、長期的な視点と当面の対応との仕分けをどうするかとの議論をしてい

ただ必要があると思う。診療報酬は医療サービスへの対価という側面を持っている。過疎地医療や救急医療等は診療報酬で賄いきれない不採算部分は財政上の措置で対応しているのが実態である。そもそも国の責任ではないかとの議論もあるが、医療提供体制の確保は国・地方公共団体双方の責務として医療法上規定されている。

- ・ 財政上の措置にしても補助金なのか地方交付税なのかという議論がある。現状は、主として地方交付税等の一般財源による対応となっている。補助金も一部措置されているが、へき地医療の関係など限定的になっている。補助金は民間病院に多く措置されているが、特に三位一体改革により公立病院向けの補助金を地方の一般財源として税源移譲する取組が行われた。これが昨今の流れなのでこうした観点からの議論もあると思う。
- ・ 次の柱として、今後の財政措置のあり方を検討するに当たり、公立病院はかくあるべしという問題は2つに分けて議論いただきたい。1つは地域医療を確保していくという問題。過疎地医療、救急医療等の不採算の部分、あるいは連携の問題、経営主体のあり方をどうするかという点。もう1つは、公立病院の改革を推進し、できるだけ効率的な体制の下で経営をしていくという視点。それを踏まえたうえで、大きな3本目の柱として具体的な財政措置に向けた見直しを議論してはどうか。
- ・ それでは、まず、「地域医療の確保」の観点から、第1に、過疎地の財政措置をどうしていくか。過疎地全体として財政措置の充実を図る方向性についての異論はないのではないか。具体的な論点として1つは、不採算地区病院に対する特別交付税措置について、市町村合併が進み市町村内唯一の病院であることとの要件では現状に合っていないところがあり、過疎地の病院をどのように捉えて財政支援の対象としていくのかお知恵をいただきたい。
- ・ また、過疎地の「地域包括ケア」推進の観点から、診療所の中でも、病院に準じた機能を持っている診療所に対して支援を少し厚くできないかというようなご議論をいただいているが、如何か。
- ・ 第2に、産科・小児科について、財政措置を充実していくことは概ね合意されているのではないかと。具体的にどのような手法があるか、ご議論いただければ有難い。
- ・ 第3に、救急医療については、昨今の救急搬送の増加により、一般会計からの負担も増加している。財政措置の充実が必要ではないかとの方向性には特に異論はなかったと思う。具体的な手法について示唆をいただきたい。地方団体からは、救急患者受入数なども評価して財政措置を仕組んでほしいとの意見もある。

- ・ さらに、医師確保の視点も掲げている。医師確保対策に資する取組についての財源手当についてどうするのか。具体的には例えば公立病院における院内保育所の運営費などは財政措置している。
- ・ 次に、医療機関相互の連携、医療の世界だけでなく保健・福祉・介護との連携も必要ではないかといった視点もあろう。経営主体のあり方について、ガイドラインでは、二次医療圏単位で経営統合を検討してもらいたいと述べている。都道府県に統合していくべきとの考え方がある一方で、法律上市町村が自主的に運営するのを規制することもできないのではないかという意見もありうると思う。
- ・ 財政措置のあり方を検討するにあたり、念頭に置くべき視点として、第2のグループは、「公立病院改革の推進」のキーワードでまとめられると考えられる。まず第1に、公立病院の存在意義をどう考えるかという根本的な命題。これは民間病院への助成をどう考えていくかと表裏一体かとも思う。
- ・ 公立病院改革推進をめぐる論点の第2は、公立病院のガバナンスを強化していくことを後押しするという視点。経営の自律性を高めていくための経営形態の見直しなどに当たり、一時的に資金が必要な場合には支援が考えられないか。
- ・ 第3には、公立病院の経営形態多様化への対応の問題。具体的には、公立病院と客観的にみて同等の医療機能を担っている民間医療機関に対して地方団体が補助を行っている場合、財政措置の対象として考えていくか否か。これについて本年度から限定的に日赤等の公的病院の場合に公立病院に準じて特別交付税措置を始めたが、今後方向性としてもう少し考え方を広げていくべきだとの議論がありうるであろう。
- ・ 最後に、財政措置の重点化に関連しては、病院建物の建築単価が非常に高いとの問題。昨年度の改革ガイドラインの中でも検討する旨を表明したように、地方交付税で財源手当する建築単価に上限を設定してはどうか。もう1つは、ベッド数に応じた地方交付税措置に病床利用率を反映させることを考えてみてはどうかという点。このような見直しによって捻出された財源は過疎地なり救急医療、あるいは産科・小児科といった財源手当の拡充に充てる。公立病院に関する財政措置総額の増加という課題は別にあるが、いずれにしても、限られた財源の中での対応なので、まずは病院事業の財政措置の枠内で重点化を図っていくことは必要であろう。自治体のサイドからは目先の財政措置を考えると賛否両論あるが、これについても議論の対象に加えていただきたい。

○委員間の主な質疑応答、意見交換

I 基本的枠組みに関する問題の部分

- ・(委員)現場レベルでは、例えば社会的入院に見られるような福祉との範囲の部分
を病院が担っている場合もあり、そういった場合医療の範囲を限定していくと
いったメリハリのついた措置をしっかりと講じないと、曖昧のまま削減すると現
場は壊れてしまう。きちんとしたあるべき姿を誘導していくことが大事である。
- ・(委員)不採算といった場合には、国民に説明を十分して納得してもらう必要があ
るが、何をもって不採算と考えるか。
- ・(委員)救急医療や小児医療では医療スタッフが夜中待機して人件費がかかると
か、結核のように空床はあるがスタッフを配置しなくてはならないところは不
採算だと思う。
- ・(委員)不採算の考え方について明確にしておかないと逆に相当の反対も起こっ
てくると思う。私立病院でも周産期医療や小児医療を担っているところもあ
る。公平性の観点からその区分をどうするかについて配慮がされないとな
かなか進めていくことは難しい。
- ・(委員)不採算については明確にする必要があるが、例えば社会的入院を一気に
なくすといわゆる難民が生まれたり、病院財政が破綻するリスクがあり、き
ちんと整理することが重要だと思う。
- ・(委員)不採算医療というものは相対的な疑念であって、全国各地域の人々皆に
分かるように定義するのは現実的になかなか難しいと思う。
- ・(委員)不採算医療は明確に定義できると思う。医療サービスを提供するのに必
要な平均費用があって、それに見合う診療報酬が与えられない場合には赤
字が発生する。それが不採算医療。診療報酬を計算する上で、どの程度費
用が平均的にかかるかをいろいろな地域で分析し、その上で適正な診療報
酬なり補助なりを与えることが財政措置の観点から重要になる。診療報酬
が診療の平均費用を賄ってくれるだけの収入を伴う構造をつくっておかない
と地域で民間病院が不採算医療を行わない行動にでる可能性がある。医
療サービスの応じた診療報酬、ないしは補助なりの形を構築することが重
要。
- ・(委員)救急医療が不採算になりやすい背景として時間外や深夜であるとかは
診療報酬上十分には反映されていない。深夜であつてもきちんとした質の
高い医療を提供するためには、その時間帯に応じた費用が戻ってくる仕
組みになっていないといけない。
- ・(委員)診療報酬でやると結局患者の自己負担が増加する問題がある。不採算

医療に対しては補助金なり地方交付税で補てんして、患者負担が増えないような財政措置を講じていく方がよい。

- ・(委員) 地方財政が厳しい中で公立病院を運営していかななくてはならない。住民の命を守っていくためにやっている。今地方は衰退しそれぞれ景気が悪く未収金も多くなっている中で、今以上に患者負担を増加させることは到底難しい。
- ・(委員) この何年間か診療報酬がどんどん削減され、赤字が膨らんで不採算医療を支えてきた体力が失われ、支えきれなくなっている。全体としての診療報酬を病院として余裕を持って医療が提供できる水準にすることを併行して考えないと、不採算のところだけに財政措置を講じてもうまくいかない。今の低医療費制度そのもののも視野に入れ、その中での財政措置をどうしていくかを議論すべき。
- ・(委員) 財政措置だけでは解決しないという問題がかなり大きくなっているが、財政措置か診療報酬かという設定ではなく、現行制度を前提に、なお難しい点について診療報酬等の問題があれば指摘する枠組みがよい。
- ・(委員) 診療報酬の「同一診療については同一の報酬」という原則を変えることは現実問題として非常に困難であろうから、診療報酬のあり方について議論はしつつも、現実問題としては、財政措置は財政措置でその中で必要な部分に重点化していくことを打ち出していくべき。
- ・(委員) 不採算とはやればやるだけ赤字額が増えていくこと。それは問題であり、やればやるほどそれなりの収入が入ってきて、自治体とか私立とか関係なく、参入しているところは一定のメリットがあるようにしなくてはならない。診療報酬についても、分析をして乖離があれば見直しをすべき。
- ・(委員) 財源が厳しくて過小繰入になっていることにより投資ができなくなり、現場の医師等のモラル、やる気が下がり、それで退職するパターンもある。医療を維持するための必要な財政的な余裕が必要。
- ・(委員) 日本の医療提供体制は、国公立、ほか準公的病院の占める割合が3割程度、7割が民間病院で、民間を中心とした効率性に対するインセンティブというメリットがあったことは事実。その点では公立病院は経営改善すべき余地はある。医療供給構造が分散している状況で、診療報酬を個別に対応させていくことは無理である。そこは財政措置の面も含めて混合的な形で考えざるを得ない。また、アメリカの場合、日本より広大であるが病院の数は日本より少ない。分散させるより密度を高めている。日本の場合、過疎地の問題がある一方で、都市部、特に県庁所在地に公的病院が集中している状況をどう考えるか。必要以上に財政措置を講じることで、むしろ次の段階へ

移行するインセンティブを削ぐ面もある。その点も留意すべき。

Ⅱ 今後の財政措置のあり方検討のための視点「1地域医療の確保」の部分

- ・(委員)地域の基幹病院として市町村単独で病院を運営していて、周辺への住民が半分ぐらい利用しているケースがある。病院を持っている方が損になって、他はただ乗りするような状況。県と市町村が組合を作って財政負担をして広域的に支える手法もある。ある程度のブロック別に病院の再編や医療機能のネットワーク化をやらなくてはいけない時代になってきていると思う。市町村単位で支えていくことは非常に厳しいと思う。老人保健施設との組み合わせなどもあわせて、地域全体で支えていくシステムを考える必要がある。
- ・(委員)どの程度の広域化が必要なのかというと、都道府県の枠の中で考えることは賛成だが、疾患の特性を考えながら検討する必要がある。がん診療のセカンドオピニオンを聞くための患者が移動する範囲と、救急のように時間単位で完結する必要がある広さとは異なる。
- ・(委員)1つの自治体で医療を守ろうという時代ではなく、いくつかの自治体で共同してやっていく、そしてさらに県全体で見ていくべき。公的病院を全部県立病院にすることは難しいと思うが既に委員から発言があったように、市町村域を超えた地域で支えていく考え方が1つあるだろうと思う。北海道のように広大な面積のところもあるので、基本的な考えを示した上で、あとは地域の特性にあわせて医療の提供体制を考え、個々の自治体病院の役割を明確にすることが不可欠。
- ・(委員)自治体病院だけではなく、公的病院を巻き込んだネットワークをやっていく中で、地域医療をどのように確保していくかが重要。ネットワークを進めると、ある自治体病院は診療所でもいいのではないかと考えも出てくる。そういうことも考えて地域医療をどう確保していくかを考えていかななくてはならない。今がいいチャンスである。ただ設立母体が違う場合のネットワークを誰が調整するかについては非常に難しい。特に地域の特性を無視したネットワーク化は不可能である。隠岐島が県も入った広域連合にしたのは、隠岐島だけで任せておいたら体力もなく、医療が崩壊してしまうからである。今は隠岐島を優先しているが、その次の地域というものがいくつもある。そのときに県立として統合していくことは難しい。そこで、広域連合のような形でトータルは県が調整しながらネットワークを医療計画の中で作っていくことを行うことになるが、公的病院の存在を抜きにすれば非効率になってしまう。一番の問題は調整をどこがするかが非常に難しい。自治体間のことに関しては総務省の指導でできる

かもしれないが、公的病院まで入ったときにどのようにしていくのか。また、委員から提案があったが、県立病院として医師をプールして回すということは大学との複雑な絡みから現実には非常に難しい。いまの医療界では、医師は大学の人事との絡みがあって、県立で統合してネットワーク化すると地域の病院の医師が確保しやすいというほど単純ではない。

- ・(委員) 地元大学医学部へ医師派遣のお願いに行った時、今は教授の権限では医師を派遣することはできないと教授が言っていた。当地域の場合、それぞれの首長が病院を残してほしいなどと主張し、再編計画はまだまとまってはいない。しっかりとしたリーダーシップを発揮してまとめなければならない。
- ・(委員) 現状として大学の人事との関係で話は複雑であるということはわかったが、大学が医師派遣機能を失っているとすれば、何かのローテーションで回すような仕組みが有効ではないかという意味で申し上げた。私も全部県立病院に統合することは必要であるとは思っていない。緊急な課題として赤字が出ている市町村立病院を県立病院に引き受けてもらい、その後地域でのネットワーク体制を改めて県が主導して作っていくことで移行が比較的スムーズに行くと思う。赤字病院の受け皿として県立病院を考えたかどうかという意味で申し上げた。
- ・(委員) 自治体病院の赤字をどうするかとの問題に加え、近年では、医師不足が深刻化し、経営に直接影響を及ぼす構造になってきているが、都道府県の対応がついてきていない。都道府県内の市町村担当課、医療政策担当課、国民健康保険担当課などが密接に連携をとって体系的に対応を進めているところがほとんどない。県レベルでどのような対応をすべきか考えなくてはならないが、県の中でまとまっていない。いわんや市町村に対して責任を持った対応ができないということではないかと思う。県の医療計画に実際目途がついていないものや調整中のことを書くことは現実的には無理であるが、策定段階でそういう気運を盛り上げようということが主眼であったはずだが、必ずしもそういうことにはなっていない。また、県の立場が医療計画上レフリーであると同時にプレイヤーでもあり、うまく裁ききれていない。
- ・(委員) もう少し県が自覚して医療計画のあり方を再検討し、計画の中で医療再編成まで踏まえてやっていけるような体制ができればいいと考える。
- ・(委員) これだけ問題が複雑であれば1つの手法だけに頼るのは無理がある。計画的な手法も必要であるが、地方交付税や診療報酬である程度メリハリをつけることも必要。県は広域的な調整を行うことが基本的な責務なので、そこに働きかけることも必要。医師の派遣には医局へどのような働きかけをするかの問題もある。いろいろな手法の組み合わせによって最適なポリシーミックスをしていくしかないと思う。

- ・(委員)地域ごとに試行錯誤しながら進めていくしかないか。

Ⅱ 今後の財政措置のあり方検討のための視点「2公立病院改革の推進」の部分

- ・(委員)病床利用率について、過大な病床を抱え、そのまま離さない傾向がある。
夕張市立総合病院が171床の病床を抱え、今は19床の有床診療所と40床の老人保健施設で運営している。医療的に病院として必要であった患者もある程度地域に出て行ったかもしれないが、過大すぎる病床は医療資源、医師、看護師の無駄使いにつながってくる。このところは地方交付税の算定に病床利用率を反映していくことが必要。その点で、有床診療所に対して少し評価を高くして、病院並みにすることは意義があると思う。
- ・(委員)ベッド数を基準にするとベッド数の過大な病院を計画することもあり得るので、そのようなゆがみが生じないような財政措置を行う必要がある。補助の与え方もベッド数などの病院の規模ではなく、前年度の治療実績、病院への実際の患者受入数などのサービス提供量のデータに応じて適正な補助を与える方が理論的に望ましい。
- ・(委員)公立病院改革ガイドラインは3つの視点に立って改革を推進と言っているが、財務の視点がかなり強い。自治体病院関係者はかなり異論を持っている人が多いが、これは非常にいい機会だと思っている。もう一度原点に立って、自らの病院の存在意義について問題提起をし、どのように次の改革に結び付けていくか。それにより自治体病院が多少減少することがあってもいいのではないかとも思う。都会と過疎地では自治体病院の存在意義はかなり違ってくるので、同じ自治体病院としてではなく分けて話をしていかななくてはならない。その中で過疎地の自治体病院はもう一度原点に返って真に必要な医療に絞って、その中で有効な財源の使い方を考える機会だと思う。そのうえで、残すべき病院にはガバナンスをしっかりとするために権限を与えて、財政措置もしっかりやっていくべき。
- ・(委員)過疎地の場合は単に病床利用率だけで見ていたのでは適正な医療サービスが賄えないのではないかという議論が出ていたと思う。これを踏まえ、地方交付税に病床利用率を反映させてもいいのか考えなくてはならない。また、病床利用率を反映させると、交付税が政策誘導手段という位置づけになってしまわないかという懸念があり、積極的な論拠が必要ではないかとの感想を持っている。
- ・(委員)建築単価の問題に関しては、国立病院や民間病院は自治体病院と違って法的な規制も違うので、傾向として自治体病院が高いことは認めるが、高くな

らざるを得ない要素がある。例えば自治体病院は、公共工事の品質確保の促進に関する法律の縛りを受けるし、災害拠点となることも含めれば少し単価そのものが民間病院に比べて高くなる傾向にある。ただ、ホテルのような病院を建てることは弁明の余地がなく、是正していかななくてはならない。

- ・(委員)建築単価や面積は病院の規模や機能によって変わってくるので整理が必要。自治体病院はお手本がないままに試行錯誤してやっている。自治体において共通の知識の集積みたいなものが全くない状況。総務省で基準のようなものを示すなどの対応が必要ではないか。
- ・(委員)過疎地と産科・小児科、それから救急医療について手厚く配分していくという方向は大方まとまっていると理解。自治体病院の財政措置は年間6,000億円程度であるが、過疎地分は8%、産科・小児は4%、救急医療は13%にとどまり、圧倒的に償却資産に対する地方交付税措置となっている。地方交付税の総額をどれだけ増やすことができるのかは別として、政策医療や絶対に出資しなければならない分野に重点的に配分すべきであるというところは委員の一致した意見であると思う。
- ・(委員)減価償却に関係してデラックスな病院を建設したところは悲惨である。ガイドラインでは減価償却費も含めて黒字化を示しており、減価償却費は消せないで困っていると思う。なぜそのようになるのかというと責任と権限が分離していることにあると思う。ローテーションで変わる院長に減価償却が大きい病院の経営を任せても、自分の経営責任ではないという気持ちになるのは当然。一体誰が責任を持つのかと言うと誰も持たない。住民からすると今の財務諸表ではこの計画で将来負担がどうなるか認識するのは無理。例えば、病院建設時には住民に対して将来どの程度の負担になるか情報開示すべき。何でも行政が規制をかけてということでは住民自治は育たない。
- ・(委員)適正な診療報酬が与えられればどの病院であっても自立的な経営ができ、そうになったら公立病院そのものがいらなくなる。ただ、本当に民間で提供できないところを最低限支える役割としての公立病院としての存在意義がある。その際公共性を担保するために公立病院の理事会を設置すべき。住民代表、経営専門家、法律専門家などといった人に入ってもらい、経営を監督する仕組みを作り、独立性を確保しつつ、公共的な役割もしっかり果たすガバナンスの仕組みを目指していくほうが良いと思う。
- ・(委員)議会が自治体において一番議論する場であるが、医療について知らない人が集まって、表面的な財務しか見ずに議論する。そのあたりを専門家などがしっかりチェックしていく仕組みがないと公立病院は先がない。
- ・(委員)赤字や繰出の大きさよりも赤字を出していることに対して納税者があまり自分たちの問題として感じていないところに問題がある。専門家を招いてきち

んと監督してもらうことも重要であるが、自分たちの税金の使われ方について意識を持ってもらうための情報公開がまず重要であると思う。

- ・(委員) 建築単価に関して、今までの反省も含め、どういう医療を提供する病院を作るかという議論がなくハードを作ってきた。そこで単価が高くなってしまいうことがあと思う。これからはどういう医療を提供する病院を作るかを明確にしていけないと周囲の理解が得られない。

(2) 厚生労働省医政局における平成21年度予算概算要求について説明の後、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。

○ 厚生労働省医政局指導課 三浦公嗣課長説明

- ・ 平成21年度概算要求の概要のうち医政局については、500億円、25%程度の要求増となっている。主要施策の1つめの柱、医師等人材確保対策では救急・産科・へき地医療を担う勤務医等への支援として、あるいは医師確保が困難な地域へ派遣される医師への支援として、直接的な手当を支給するための財源を確保した。お産であればお産1件につきいくら手当を支給するという仕組みを各病院でつくってもらうというもの。
 - ・ 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減については、短時間正規雇用を制度化している病院や、メディカルクラークを導入している病院に対する支援を行うというもの。
 - ・ 2つめの柱、地域で支える医療の推進の救急医療については、救急医療を担う医師の支援に加え、二次医療圏の中で確実に患者を引き受けてもらえる病院を中核的な救急医療機関として支援することや、診療所医師の二次救急診療への参画を支援することとしている。
 - ・ 女性医師等への支援では、子育て中の女性医師等に対する保育面での支援など、離職防止等の施策を盛り込んでいる。
- ・(委員) 支援をしてもらうのは大変ありがたいが、救急の現場の人間としては往々にして実感がわかない。病院の中に吸収されるとか、地域全体の中で薄くなってしまったためか個々には恩恵を与えられたという感覚がないので、実感の湧く配分の仕方の配慮をしてもらいたい。

- ・(委員)搬送で医療チームを送ったり、外来の応援に行ったり、患者を送り返したり医療用で他目的に使えるヘリの導入について財政支援は検討されているのか。
- ・(説明者)ドクターヘリは、患者搬送だけでなく、できるだけ早く医師を現場に届けるということが基本的な考え方であり、救急以外の場面での医師の搬送を主な目的とすると、ドクターヘリには該当しないと思われる。多目的な搬送については、他の機関が保有するヘリコプター全体の運用の中で、活用方法を都道府県において検討してもらうことが重要である。
- ・(委員)これだけの補助を与えたら夜間や休日の医療がカバーできる、コストに見合うだけの補助が与えられるといえるかどうか疑問であるが、そのあたりはどのように試算したのか。
- ・(説明者)基本的には診療報酬で足りない収入分を補助金で埋めるという考えは持っていない。むしろ政策的に地域における救急医療体制の構築や、一定以上の水準を確保してもらうための必要な経費を提供していると考えている。補助金の基準額を設定するためのコスト計算は行っているが、必ずしも診療報酬との兼ね合いで行っているものではない。
- ・(委員)医師の過重勤務の軽減のためにも看護師にある程度の裁量権を与えるような検討をしてもらいたい。

以上