

地域医療確保対策特別委員会会議記録

地域医療確保対策特別委員長 小野 共

1 日時

平成 24 年 4 月 18 日（水曜日）
午前 10 時 5 分開会、午後 0 時 3 分散会

2 場所

第 3 委員会室

3 出席委員

小野共委員長、軽石義則副委員長、五日市玉委員、高橋昌造委員、高橋元委員、
千葉伝委員、嵯峨老朗委員、城内愛彦委員、及川あつし委員、小西和子委員、
高田一郎委員、小野寺好委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

小野寺担当書記、荒屋担当書記

6 説明のために出席した者

株式会社日本経済研究所調査本部医療福祉グループ局長
総務省地方公営企業等経営アドバイザー 吉田 秀一 氏

7 一般傍聴者

なし

8 会議に付した事件

- (1) 調査
- (2) その他(次回の委員会運営について)

9 議事の内容

○小野共委員長 おはようございます。地域医療確保対策特別委員会を開催いたします。
おくれて申しわけございません。

なお、嵯峨委員でございますが、少しおくれるとのことでございますので、御了承をお願いいたします。

委員会を開きます前に、担当書記に異動がありました。新任の書記を紹介いたします。
小野寺担当書記です。

○小野共委員長 これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

それでは、これより調査を行います。本日は、講師といたしまして株式会社日本経済研

研究所調査本部医療福祉グループ局長、そして総務省地方公営企業経営アドバイザーも務めていらっしゃいます吉田秀一先生をお招きしておりますので、御紹介申し上げます。よろしく申し上げます。

○吉田秀一講師 日本経済研究所の吉田でございます。きょうはこのような場にお招きいただきありがとうございます。よろしく申し上げます。

○小野共委員長 吉田様の御経歴につきましては、お手元に配付いたしておりますとおりでございます。本日は、「自治体立病院の現状と動向」と題しまして、吉田先生より御講演をいただくこととしております。吉田先生には御多忙のところ御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝申し上げます。

これから御講演をいただくわけですが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしく申し上げます。

それでは、吉田先生よろしく申し上げます。

○吉田秀一講師 きょうは、皆様にお配りいたしましたように、四つに分けて御説明したいと思います。一つは、自治体立病院を取り巻く環境、二つ目は自治体立病院の経営状況と自治体の負担、三つ目が非常に厳しい経営状況の中で、どういった経営改革・改善がされているのか。それから、四つ目として具体的な取り組みということで幾つか匿名化させていただきます。

まず、自治体立病院を取り巻く環境ということで、自治体立病院の位置づけあるいはその役割ということで御説明いたしますが、まずこれは平成23年3月現在になりますけれども、病院、診療所がどれだけあるかというものを表にしたものでございます。こちらにございますように、病院に関しましては8,600、それから診療所は9万9,800、約10万ございます。病院は、御存じかと思っておりますけれども、勤務医不足ということでございますので、どんどん減っている状況にあります。一方で、診療所のほうはふえております。病院と申しますのが病床20床以上の医療機関、診療所と申しますのが病床19床以下、または全くベッドを持たない医療機関ということになります。この8,600の病院の中で、自治体立病院は、ここにございますように1,270、病院数にして15%弱でございます。病床数にしては20%強ということで、これ自体が大きいのか、小さいかというのはそれぞれお立場であるとか、地域によって異なるかと思っておりますけれども、医療機関が充実している大都市部はともあれ、地域においては非常に重要な役割を担っているかと思っております。また、二次医療圏と申しまして、各都道府県に少ないところで五つか六つぐらいですか。多いところでは十幾つございますけれども、その二次医療圏単位で見えますと公立病院が病床数の半分以上を占めるという地域もございまして、そういった地域では自治体病院というのは非常に大きな役割を担っているかと思っております。

こちらが先ほどお話ししましたように、病院数は横ばいから若干減っている。それから、診療所はふえてきましたけれども、ここに来てほぼ横ばい、10万を前にして横ばいになっているということでございます。

次に、こうした自治体立病院の役割ですけれども、ここに書かせていただきましたように僻地医療であるとか小児科、産科、救急、高度医療あるいは感染症、結核・精神、災害、こういったいわゆる一言で申しますと政策医療というものを担っているかと思えます。従前でありまして、こうした政策医療を担っているということでそれほど経営状況が多少厳しくて一般会計からの補てんがあったとしても住民の皆さんもやむを得ないだろうということで見ただけかと思えますけれども、いろんな意味で財政が厳しい、あるいはほかの行政事務、事業が非常に大きくなって、そちらも膨れている中であって、医療だからということで必ずしも特別扱いされていないという状況にあらうかと思えます。したがって、住民の皆さん方からは財政負担に見合った医療が提供されているのか、あるいは一部の住民ではなくて住民の皆さん方全員、全体の受益にかなっている内容なのか、これは例として二つ挙げただけですけれども、いろんな視点で非常に厳しい目が自治体立病院のほうにも向けられているのではないかと思えます。

また、同様ですけれども、先ほどもお話ししましたように国、自治体の財政が悪化している中にありまして、病院事業への継続支援が非常に財政的にも厳しくなっている。これは一段落したわけですけれども、市町村合併等が進展して、病院に関しても統廃合ということが言われているということです。また、これは必ずしも自治体立病院だけではございませんけれども、非常に老朽化している施設が多くなってきている。これの建てかえをどうするのか、財政的に厳しい中でどうするのか、こういったところが言われているところでございます。

さらには、これはちょっと前の話になりますけれども、官から民への流れということがございました。ここに書かせていただきました医療制度改革、これも数年前になりますけれども、第5次医療法の改正というふうに言われているところにあります、いろんな内容がありますけれども、医療の提供ということでいいますと、先ほど御説明しましたように2割、十数%が自治体立病院、さらにちょっと戻りますと、公と民と分けた場合には、病院数にして公は2割ぐらいなのです。病床数にすると3割ぐらいになります。民が8割ということで、実は民は既にかなり大きな位置づけを占めてはいるのですが、さらに民間の経営が効率的だということもございまして、民間に運営なりを担わせてはどうか、そういった流れの中で社会医療法人という制度ができたかと思えます。

二つ目、三つ目、これはいわゆる行政改革と言われているところになります。行政の簡素化という視点でも自治体立病院が注目されておったということかと思えます。こうした流れの中で、公立病院改革というところに入りますが、これは平成19年5月の当時の経済財政諮問会議で、当時の菅総務大臣から公立病院改革ということで提出された資料になります。ここにございますように、経営の効率化、経営形態の見直し、あるいは再編、ネットワーク化というこの三つの視点に立って公立病院改革を推進する。この際には、都道府県は積極的に参画する、あるいは民間等の経営アドバイザー等の助言もいただく。

そうした中で、年末にガイドラインが示されたわけですが、国の示すガイドラインを踏

まえつつ、経営指標に関する数値目標を策定した改革プランを策定する、それで経営改善していくことによって、ないしは経営改革することによって地域医療を確保していきましようということがここで提案されたわけです。これを受ける形で、いわゆる骨太の方針2007で閣議決定もされております。この背景でございますのが国民医療費が非常に大きく伸びているところでございます。この棒グラフが国民医療費になります。ここですね、平成12年ぐらいのところで一回減っているように見えますが、ここは実は介護保険がスタートした年です。ですから、介護保険に移った分を考えると恐らくは伸びているということも言えるかと思えます。一方、この平成14年のところでも一回下がっています。ここは診療報酬の改定で、いわゆる本体部分と言われているものが初めてマイナス改定されたところ、こういった影響があるのではないかと思われまいます。いずれにしろ高齢化が進展する中であって医療費は伸びてきているところでございます。

一方で、経済成長はなかなか厳しい中で、低成長を余儀なくされておりますので、国民所得に対する比率で言いますと、かなり伸びてきているということでございます。医療費に関しましては、高齢化の進展に伴ってふえるものでいたし方がない部分もございませうが、必ずしも経済成長と平行である必要はないと思えます。さはさりながら、この医療費をどうやって賄っていくかというふう考えた場合には、全く経済の動きと切り離して考えるということとはできない。こういったところが背景にあったかと思えます。

こうした流れの中で、先ほど御説明しました公立病院改革ということで、平成19年の年末に総務省から出されましたのが公立病院改革ガイドラインというものになります。簡単に御説明しますと、公立病院改革の必要性というところは今御説明したようなところになります。二つ目のところの改革プランの策定ということで、病院を開設している自治体は平成20年度中に改革プランを策定する。これを受けて、実際に平成20年度中に策定したところ、あるいはおくれて平成21年度中に策定されたところ。この中には、今日的な意味合いで、例えば公立病院、自治体立病院以外にも医療機関はふえてきている、あるいは公共交通機関が発達している。そういったところを踏まえた上で、改めて病院の果たすべき役割を明確にする。その中で果たすべき役割ということで明確になって、どうしても必要だというふうになった場合にはしっかり一般会計のほうで負担していくということも明確にしましょうということです。また、当然病院の中、病院の経営自体も効率化していくことが必要だということで経営の効率化であるとか、これは3年程度の期間で主要な経営指標について数値目標を設定する、また、場合によっては再編ネットワーク化あるいは経営形態の見直し、こうしたところにも踏み込んで改革を進めることが必要ではないかということです。

ここに書いていますように、経営の効率化であれば3年程度、再編・ネットワーク化であるとか、経営形態の見直しを含む場合には5年程度の期間で策定してくださいということです。また、ここで言われていますのが一般病床あるいは療養病床の利用率が低水準で、おおむね過去3年間で連続して70%未満の病院に関しては病床数の削減であるとか診療

所化、あるいは地域の中でほかの公立病院、自治体立病院と統廃合であるとか、再編ネットワーク化を行うとか、そういったことも検討してくださいということになっております。

また、このガイドラインの中では、こうした改革プランをつくりっ放しということではなく、実際に住民の皆さんであるとか、有識者の方を加えた評価委員会を設けて点検評価、それを住民の皆さんに公表してくださいということが言われているところでございます。また、こうした改革プランをつくるとか、あるいはプランに基づいて改革を進める際には財政措置をしますと、そういったこともガイドラインにございました。

ということで、改革プランが策定されたわけですが、この現状につきまして、去年の年末に総務省のほうから出された資料になりますけれども、改革プランがどんな状況かということですが、ここにありますように、去年の9月末現在で890、現在この対象になっています病院は940か950ぐらいあると思います。そのうちの900弱が策定しているということで、そのうち経営の効率化に係る部分に関しましていいますと、平成23年度において黒字化を見込む病院が551、見込めない病院が346ということで、半数以上はこの時点では黒字化を見込むということになっておりました。この346に必ずしも該当するわけではないですが、平成24年度以降に黒字化を見込む病院が226、ただ一方で黒字化の見込みの年度が未設定の病院も36残っているということになっております。

次に、この再編・ネットワーク化に対応する部分ですけれども、策定以前の平成20年度までにこの再編・ネットワーク化の計画を策定した病院が212ございます。平成21年度、22年度に策定した病院が121、それから平成23年度あるいは平成24年度に策定するという予定の病院が421、予定がない病院も143ある。また、経営形態に関してですけれども、既にこの9月末現在で見直しを行っている病院は458、ほぼ半数です。残りの半数のうち364は見直し実施の予定、ただ75の病院はまだ見直しの予定はない。

次に、自治体立病院の経営状況と自治体の負担ということで、私は、もともと政策投資銀行という政府系の金融機関におりまして、そのときから自治体立病院のデータを整理して冊子に取りまとめて公表させていただいたりしておりました。それからこちらの研究所に移りまして、引き続きやっているとこの御説明をさせていただければと思います。

これは自治体立病院の経営状況ということ、公営企業病院の収支状況を整理したものです。先ほど御説明した病院の中に必ずしも地方公営企業というくくりではない自治体病院もございますので、数は必ずしも合わないですけれども、これは平成21年度の数字になりますが、事業数にして655ございます。病院数では900ちょっとあろうかと思います。ここにありますように病院の職員は22万3,700人いらっしゃいます。地方公務員総数が300万人弱ということのようですので、その8%程度は病院の職員であるということが言えるかと思います。その収支状況がどうかというのはこの右側にあります料金収入という表現させていただいています。これは患者から窓口でいただく、それから国保であるとか、あるいは健保組合から2カ月後にいただく分、あるいはまた保険外の診療ということでもいただく分もございますけれども、そういったものを含めたところで、一般会計からの

補てんは含まれてない数字になります。この収入が3兆2,000億円ございます。ここに、一つ飛んでいただいて、収益的収入ということで損益を補てんする形になっている繰入金金が5,660億円ほどございます。これを加えても1,000億円ぐらいの赤字になっているということです。また、それ以外に資本的収入ということで起債の元金の返済であるとか、あるいは設備投資に充てる分として2,000億円の繰り入れをされております。また、一方で企業債の現在高、これは企業会計で申しますと長期借入金とか社債に該当する部分になりますけれども、長期の借入金が3兆9,000億円ほどございます。したがって、企業で言うと年商以上の長期の負債が、地方公営企業、自治体立病院全体の話になりますが、あるということです。これをどうとらえるか非常に難しいのですが、非常に厳しいということとは言えるのではないかと思います。

これは、平成17年から平成22年までの推移を総務省のほうで出されている数字になります。先ほど御説明しましたのが平成21年度で1,000億円ぐらいの赤字ということをお話ししましたが、ごらんいただきますと平成22年度は全体になりますが、黒字になっております。これはもちろん一般会計からの繰り入れもということで、平成22年度ではかなり経営がよくなっているということが言えるかと思います。

次に、自治体立病院の経営とほかの経営体とを比較したらどうかということで整理したものです。これは、私ども日本経済研究所で厚生労働省のほうから委託を受けて各病院にアンケートとらせていただいて集計したものの報告書から抜粋したことになります。ここにございますように医療法人、自治体、社会保険関係団体、その他公的ということで並べさせていただきました。病院数にございますように、全体の数に比べると一部ですので、これは一つの目安になりますけれども、ごらんになっていただきますとわかりますように、民間の医療法人は、1.2%ではありますが、医業利益の段階では黒字になっております。自治体病院の場合には、このアンケート上では18%の赤字です。社会保険関係団体、その他公的、若干の赤字になっております。構造的に見ていきますと、まず人件費の比率、並べて見ていただきますと自治体病院が非常に高いということがわかるかと思います。では、職種別に見たらどうかというと、常勤医師、常勤看護師含めた職員1人当たりというふうに見ていただければと思いますが、必ずしも医師の給与が高いということではないというところがこれを見ていただくとわかります。

それから、もう一つ特徴的なのが資本費。資本費と申しますのは減価償却費であるとか、ここに書いていますように投資に伴う起債の金利になりますけれども、民間が5%であり、これは収益に対してですので、収益が低ければというのはあります。医療法人の場合には5%ぐらい、社会保険団体、その他公的でも六、七%のところを自治体病院の場合1割ということで、資本費の負担が高いということです。こういったところがここで見られるということでございます。

ここから先は、先ほどお話ししましたように、私が銀行におりましたとき、それから研究所で整理したものをご紹介させていただきます。ただ、データがどんどん指定管理者が

ふえるとかということではなかなかとりづらいものですから、平成 19 年度ということでは古いデータではありますが、お許しいただければと思います。構造的には劇的にそんなに変わるということはありませんので、傾向的にはこれでごらんになっていただけるかと思えます。この平成 19 年度に関しましては、平成 19 年度末の現在で 957 存在する地方公営企業病院のデータについて総務省のほうで取りまとめている地方公営企業年鑑、それから同様に総務省のほうで出されています都道府県、市町村決算状況調、こちらから各病院のデータであるとか、病院を開設している自治体の財政のデータを取りまとめまして、個別の病院の経営状況、それから病院を開設されています自治体の財政負担を整理させていただきました。

まず、個別の病院の経営状況については、一つは修正医業収支比率という比率を出させていただきました。これは何かと申しますと、医業活動に要する費用、これを医業費用と申します。医業活動で得た収入は医業収益と申します。医業収益の中には一部一般会計等から内部補てんされている部分も入っておったりするものですから、その分を除いたもの、これは亡くなられましたけれども、鹿児島市の市立病院の病院事業管理者、それから埼玉県、川崎市とそれぞれ病院事業管理者をされていました武先生が御自分で病院の状況がどうかというときにされたというお話を伺ったものですから、それに倣って出したものになります。

ここに書きましたように、企業会計で言うと営業損益。営業損益ということですので、金利、支払利息は含まれてないものです。また民間の医療機関でありますとか、あるいは公的医療機関は繰入金というものございませんので、そういったところと比較をすることもできるのではないかと。ただ、もちろん統計によってデータのとり方が違いますので、単純に比較することはできないのですが整理したところでございます。

それから、もう一つは実際に事業の中でキャッシュフローを生み出しているかどうか、これも整理してみたところです。

その結果がここにございますように平均で 82.1%、要するに 100 の医業費用を投じて 82.1 の医業収益を得ているということです。もちろん自治体立病院の場合には政策医療を担っていますので、収益が費用を上回るということだけが目的ではないわけですが、このぐらいになっているということです。ここに書かせていただきましたが、100 を超える病院は 942 のうち 43 ということで、これを経年で 100%以上の病院数を見ていきますと 88、101、104、これが平成 14 年で 65 に減ります。これは先ほどの国民医療費のところでお話ししましたが、診療報酬の本体がマイナス改定された影響かと思えます。82 とふえて、また平成 16 年度 70、75、それから 48 と。それから、平成 22 年度の数字が出て取りまとめると、これはきっとかなりよくなる感じがします。このうちほぼ 100 超えている、43 を含む 50 の病院ざっと見てみましたが、病床数あるいは病院のそのほかの病床行程とか見てもさまざまな病院がございました。したがって、こうだったら経営的にいいとか、こうだったらだめだとか、そういうことはこの数字からは言えないのかなというこ

とでございます。キャッシュフローに関しては、ほぼ1割程度の病院の場合には繰入金がなくともキャッシュフローはプラスになっているけれども、9割の病院に関しては内部補てんがなければお金が足りない状況になっているということです。ですから、繰り入れがなければ、現預金という形で手元にお金がないということになろうかと思えます。

次に、病院を開設しています自治体の負担の状況を整理してみました。一つ目が毎年、毎年のフローの繰入金、これはそのうちの収益的収入の繰入金について、標準財政規模に対してどの程度かと出してみました。標準財政規模で割ったといいますのは大きい自治体、小さい自治体がございますので、その要素も含めながら比較するためということで標準財政規模で割ってみたということです。

二つ目はストックです。これは累積の剰余金であるとか欠損金、あるいは債務残高、これの標準財政規模費も出してみました。ここで債務残高ということをあえて出させていただきました。先ほど全体の地方公営企業病院の姿ということで御説明したときには企業債の現在高というふうにお話ししましたが、ここで債務残高で違う表現をいたしましたのは、米印の一番下に小さい書き方していますけれども、企業債に限らず一時借入金も含めて考えないといけないのではないかというふうに思ったところです。本来一時借入金は翌年度には解消されるべきものですけれども、見ていくと雪だるま式にどんどんふえていっている病院、自治体も多かったものですから、一時借入金も加える。一方で、現金預金を控除したということで計算しました。そういたしますと、まず繰入金の標準財政規模費です。ここに書かせていただきましたように、病院の加重平均ではなくて単純平均は2.8%、これが大きいかどうかはちょっと私も判断しかねるところですけれども、全く繰り入れなしでやっていたらとところから標準財政規模の1割強を超える病院までございました。小さいところは結構財政の負担になっているのではないかなということです。

それから、二つ目、累積剰余金、欠損金あるいは債務残高の標準財政規模費、これも平成19年度に関して見ますと84%の558の自治体が欠損金を抱えている。逆にその剰余金を持っているのは16%しかないということです。これも単純平均ですけれども、標準財政規模比の11.3%の欠損金を抱えているという姿でございます。これも先ほどと同様、この11.3%が大きいのか、小さいのか、絶対的に評価はできないわけですが、欠損金を標準財政規模の100%を超えている自治体もございました。この辺のところはどうなのかというところです。また、債務残高の標準財政規模比は単純平均で20.4%、これも同様に100%を超える自治体も2けたございます。投資直後、建てかえ直後ということであればこの債務残高が大きくてもやむを得ないところはあろうかとは思いますが、必ずしもそうではないようなところもございましたので、非常に厳しい自治体もあるのではないかとということです。この辺あくまで私が試算してみた限りではありますけれども、ざっくり個別の病院あるいは自治体がどうなのかということで、いいところもあるけれども、かなり厳しいところもあるのではないかとということです。

次に、三つ目に入りまして、各病院でどんな経営改革、改善を行っているのか、その考

える視点ということで幾つか御説明させていただければと思います。一つ目は医師不足、これは改めて御説明するまでもないかと思いますが、とりわけ病院の勤務医が不足しているということがございます。釈迦に説法かと思いますが、一応復習的に私なりにどうして勤務医が不足しているかということを書かせていただいたところですが、一つは医療の専門化、高度化あるいはグループ医療ということで複数の医師がかかわっていかないといけないというような状況になっているということかと思いますが、従前に比べると多くの医師がかかわることによって、1人の患者の治療に当たるということが必要になってきているということがあろうかと思いますが、この辺は、特に高齢化が進展して高齢の患者がふえていらっしゃるわけですが、高齢の患者の場合には合併症ということでいろんな疾病をあわせ持つ方が多いですから、そういったところもあろうかと思いますが。

それから、二つ目が女性医師の増加。これは、女性の社会進出ということで非常にいいことかと思いますが、どうしても女性の方の場合には体力的な面であるとか、あるいはライフサイクル的なところで臨床の現場に立つことができない時間ということが出てきている。これは東北大学の伊藤恒敏先生にお伺いしました。東北大学の医局で先生が試算していらっしゃるのですが、女性の場合には男性に比べると2割から3割ぐらい臨床の現場に立つ時間というのは生涯時間にして短いのではないかとおっしゃっていました。

それから三つ目、開業志向の高まり。ニュートラルというか、やわらかい言葉にさせていただきましたが、これは虎の門病院にいらっちゃって、今は亀田総合病院というところに移られたかと思いますが、小松先生という方がおっしゃっています立ち去り型サボタージュということかと思いますが、要するに非常に過酷な勤務を強いられる病院勤務医から非常勤医であるとか、あるいは開業する医師がふえているのではないかということです。

それから四つ目、これが一番よく言われるところですが、新医師臨床研修制度の発足。臨床研修の義務化というところがあろうかと思いますが、ここは、この後すぐ御説明しますが、大学の医局から一般の研修病院を研修の場として選択される研修医の方がふえたというところがいろんなところに影響を与えているというところかと思いますが、すごく単純化して整理しますと、どちらかという自治体立病院の場合には地域の大学の医局に多くを依存している傾向というのは強いと思います。そこでの医師不足がその結果として顕著になったということかと思いますが。

これもよく言われているところで、改めて御説明するまでもないかと思いますが、医師数、看護師数の国際比較ということです。医師数は人口当たりOECD諸国の中で下から数えて何番目ということです。看護師数は中位よりちょっと低いぐらいです。医師よりは多いですが、いずれにしても医師、看護師、多くはないということです。

それから、先ほどお話ししました女性医師の増加ということで、これも新しいデータを

追加していないのですが、平成6年から平成20年まで隔年12月31日現在の数字、これは医師、歯科医師、薬剤師調査という厚生労働省の調査になりますけれども、見ていきますと平成6年末には12.7%だったのが18.1%になっているところです。実際に大学の医学部の話を伺うともっと比率が高いですから、これからどんどんふえていくものと思います。

それから、研修制度のところになります。これは全国です。大学病院とそれ以外の病院ということで分けてグラフにしたものです。2003年というのは、先ほど御説明しました研修制度がまだ始まる前の年です。このときには大学病院に5,900人、大学病院以外の病院に2,200人でした。これが2004年から新しい研修医制度が始まって、2004年はまだそれでも大学病院多いですけども、2005年からは大学病院から大学病院以外に逆転してしまったということです。これは初期研修医ということで、後期はまた構図は変わります。

では、岩手県はどうかということをちょっと整理してみたものです。ごらんになっていただきますと、新しい研修医制度が始まって、総数は減ったわけではないのです。岩手県外の研修病院を選択した数は、総数を入れてないのですが、2003年に比べれば04年、05年、06年ふえていますし、2007年、ここで一回減っています。それでも2003年に比べると多いです。ただ、大学病院で見ますと2004年は若干ふえていますけれども、2005年で2003年並み、それから横ばいというか、ここは減っており、2008年で見ても同じぐらい、頑張っこのぐらいということで、大学病院以外に行っているということかと思えます。この辺がいろいろ影響しているのではないかと思います。

順序は後先になるかもしれないですが、一般的に言われているところは大学病院に、いわゆる医局に残る研修医が少なくなったがために大学病院の機能を維持するために今まで派遣していた病院から医師を引き揚げざるを得なくなった、あるいは研修医を大学病院に来てもらうためには研修体制をしっかりしないとイケない。そのために、研修を担うような働き盛りの医師をまた大学病院に配置せざるを得なくなる、そういったところが影響しているというふうに言われているようです。

今、お話ししたところ、岩手県のところは太字でくくっています。よく北海道、東北は医師不足と言われているところですが、ごらんになっていただきますと岩手県は、先ほど御説明しましたが、北海道にしても2003年に288から、2007年はそれを下回っていますけれども、それ以外は必ずしも減ってはいないのです。青森県も若干微減というところでしょうか、宮城県も若干ふえているところで、秋田県もほぼ横ばいぐらいです。というところで、必ずしも研修医が減っているということではないのだということです。ちなみに、1都3県、ここにございますように埼玉県はふえていますけれど、千葉県はほぼ横ばい、東京都は減っています。神奈川県はふえています。1都3県の初期研修医だけ見ると減っているということです。

次に、こういった研修医のところでもたまたま年末ぐらいだったと思います。厚生労働省のほうで臨床研修制度の評価に関するワーキンググループというのがあって、これ私は傍聴したわけではなくて、資料を見ただけなものですから、もしかすると解釈が誤っている

ところあるかもしれないですけども、この資料をちょっと御紹介させていただければと思います。これは事務局が出した資料というところで、その中からちょっと抜粋したものです。医師不足地域での従事について伺ったもののようです。一つには出身地です。大都市6都府県出身の研修医と、2003年3月に臨床研修終了する研修医とその他というところですけども、ごらんになっていただきますと6都府県出身の方でも条件が合えば従事する、現在従事または将来従事を希望する方5%、条件が合えば従事する66%ということで、6都府県御出身の方であっても医師不足地域で従事することに必ずしも否定的ではないということです。その他の地域はそれをももちろん若干上回っています。

条件としては、ただここにありますように一定の期間に限定されている、あるいは自分と交代できる医師がいる。給与がよいはその次になっています。恐らくは自分のキャリアパスを考えられたときにずっとそこにいるのでは、やっぱりなかなか難しいということを考えているのではないかということです。この理由は下にございます、下のようにその他の地域でも同じです。

それから、今度は研修を行った場所というところですけども、これもほぼ同じです。ここで違うのはその他のところで理由の3番目、給与ではなくてネットワーク連携がある。これは何かあったときに恐らく対応してもらえるとということではないかと思いますが、そんなのが出ているということです。

それから、同じものの中で、和歌山県立医大の先生の資料のようですが、10年後あなたはどのような診療形態の医療施設で勤務したいと考えていますかというのを見ますと、公立病院の勤務医が一番多いのです。ただ、一方で病床数はどうかというと500床以上の大きなそれなりの規模の病院で働きたいということです。ですから、必ずしも公立病院が嫌がられているわけではないということかと思います。

それから、こちらの介護のほうの資料としては、最後が大分県の厚生連の病院の方の資料になります。医師の確保が困難になってきたということで非常に厳しいので大学とも連携しないといけないということをここで書かれていますけれども、そのために研修医から選べるというのがあります。大学から選ばれる病院ということでいろんなやりがいがあるとか、いろんなことを考えられている。それから時間外のコンビニ受診対策も考えて、時間外選定療養費を徴収するとか、そういったところをやっているということです。

それから、先ほど女性の医師がふえているというところを御説明しましたけれども、そうした中で、こちらでは、ここに書いているように時間外の電話連絡、拘束、当直とかなし、いわゆる日勤帯の8時半から17時、それも平日の月曜日から金曜日、こうした勤務形態もできるようにして現場に復帰していただくようなことをしているということのようです。女医の支援ということで書かれていますけれども、必ずしも女性の医師ということではなくて、男性の医師や体調すぐれない医師であっても同様だと思います。

先ほども御紹介しました東北大学の伊藤恒敏先生の講座、これは宮城県の寄附講座でやられたようですけども、実際に病院から医師を派遣してほしいという要請に対してどれ

だけこたえられているかというところをごらんになっていただきますと、結果的にそれなりの規模の病院ということというこのようです。このあたり伊藤先生はマグネットホスピタルという表現をとられていまして、これはもともとはアメリカのほうで看護師を受け入れるのにというような意味合いだったようで、日本では医師ということにとらえられているようですが、400床、500床規模の病院ということかと思えます。

それから、これは必ずしも自治体立病院ということだけではなくて、今は民間の医療機関も同様かもしれないですけども、医療費の未収金の問題ですね。これはたまたま新聞記事で見たようなものとか整理させていただきましたけれども、各病院でふえてくる中で非常に困っていらっしゃるということのようです。これはなかなか難しいところが、自治体立病院の場合はそんなに厳しい取り立てをするわけにはいかないというのがあるかと思えますけれども、一方で悩ましいところはお支払いされないで帰られる患者がいらっしゃるほかの患者、ほかの住民の皆さんに対する影響が大きいということ、それから医師初め病院で働いている先生方のモチベーションも低くなってしまおうというようなところもあるということです。ここにありますように厚生労働省の調査とか見ますと、法的手続に訴えるところも出てきております。

次にこれもまた悩ましいところになります。医療の質、安全が問われる時代になってきたということです。背景としては、ここにございますようにちょっと古い話になりますけれども、10年ちょっと前に医療事故が続いた、そういった背景があって患者の権利者意識が非常に強くなってきたとか、あるいは一方で医療技術が革新してきて医療過程が複雑化しているとか、そういったこともあるということです。こうした中で患者本位の医療の質と安全が問われる時代になってきた。これが医師の立場になってみますと訴えられる危険性も出てきたということです。そういったところも医療機関サイドとしてはフォローしていくことが求められている。そういうことをフォローできる体制をとるということで安心して医師であるとか、ほかの職員の方々も働ける、職場環境として働けるというようなところがあるのではないかとということです。県立病院はどうかかわからないのですけれども、医療に長けた顧問の弁護士をお願いしているというような自治体も出てきているようです。

それから、これはちょっと視点が変わるのでですけども、自治体立病院ならではのところということになりますけれども、どうしても自分のところの病院だけを考えて行くわけにはいかない、地域全体を考えないといけないということです。その中で、自治体立病院、御自分のところの病院をどうとらえるのか、また御説明してきたところの重要なところ、大きなところは勤務医不足のところはあったかと思えますけれども、このあたりも連携だとかということもさっきのところでも出てきていましたけれども、結局個々の病院というよりは地域全体としてどういうふうを受けとめていくのかということも非常に重要になってきているということです。

それから、住民の立場からするとここに米印の三つ目のところにございますように疾病の予防、治療、介護、こういうところをすき間なくシームレスに対応していくということ

も、これは自治体立病院だけで対応するというよりも地域全体としてということになりますので、そのコーディネートという機能になろうかと思えますけれども、こういった視点も重要ではないかということです。

今もちょっと触れましたけれども、機能分担と連携ということで、これは病床のところですね、厚生労働省の調査でびっちりになっているので、御説明しませんが、こういう形でいろんな病床でサポートすることが必要です。それから、そういったものやっけていくために現状をベースにして、これを少しずつ変えていきたいと思いますというようなところなんです。

この連携のところですが、脳卒中を例にして御説明しますと、脳卒中で疾病が発症した。もちろんT P Aということで手術しないで治療することもございますけれども、仮に手術したとしたときにどうしても脳卒中の場合には麻痺が残るとか、そういったことがございます。そうすると、ここの急性期のところの手術というところだけではなくて、その後リハビリが非常に重要になってきます。ですから、リハビリを担う医療機関、ベッドというのにも必要になってきます。ここでリハビリをすることによって歩いて帰ることができるか、寝たきりになるかというのが決まるということです。また、歩いて帰られたりしても全く完全に治って帰られるということでも必ずしもないと思えますので、当然これは地域の医療機関、診療所であるとか、その他の一般病院と機能分担と連携していかないとけないということです。

繰り返しになりますけれども、急性期でばりばり手術するような病院だけあっても必ずしも地域の住民の皆さんにとってハッピーではないということですし、また医療費的な側面で見ても歩いて帰ることができるか、寝たきりの状態かということで、その後の医療費、介護でかかるところになるのかもしれないですけれども、行政の負担というのでもまた異なってくるのではないかと思います。脳卒中を例にしていきますとこういうこともありますので、しっかり連携をとって地域で支えていくということが地域、住民の皆さんの生活も含めて、非常に重要、行政にとっても非常に重要ということになります。

ここから先は、こういった自治体立病院の経営が非常に厳しい中、あるいはいろんな課題、改革であるとか、改善の視点として御説明したような状況がある中で、こういった改善、改革の取り組みをしているかということをお説明しますので、そこに入る前に、まずどうして自治体立病院の経営が厳しいのかというところを、これも釈迦に説法かと思えますけれども、整理したものがこちらになります。まず、御説明しましたように医師を除いてということかと思えます、民間等と比べた場合、人件費が高位硬直化しているということです。年功序列で上がっていているということかと思えます。それから、経費管理の面でも一般的に言われているところですが、材料費に関しても民間よりも高いということが言われているようです。

それから、三つ目の資本費です。これはいたし方ない面もあろうかと思えます。どうしても防災、災害のときの対応であるとかということを考えていきますとその規模に見合った以上のものをどうしてもつくらなければいけないとか、あるいはそれなりのスペックで

つくらなければいけないとかといったところもあろうかと思えますけれども、それにしても高いというところはあるかと思えます。あるいは、最近はこういうことはないと思うのですけれども、病院を建てるというところではあくまで公共事業の視点でとらえられて、起債できるからということでその後経営的にそれを、起債を償還していけるのかという視点ではなくて、これだけ起債ができるから立派なものをつくろうよということがあるというようなことも言われておるところでございます。

四つ目、自治体立病院の本来的な機能、政策医療を担うというところでやむを得ない部分はあるのだと思います。ただ、問題なのは民間でもやっている医療もでございます。ですから、自治体立病院でなければできないようなところと民間でもできるところをしっかりと本来的に管理改定的な視点で分別して、この部分では、政策医療を担う部分ではこれだけのことをしてどうしてもこれだけの費用がかかって、一方それに対してはこれだけの収入しか生み出さないから補てんしてください。ただ、民間と同じところで我々が頑張っているというところが必要なのではないかと思います。なかなか医療の現場、これが自治体立病院ということだけではなくて、民間も含めてですけれども、臨床の現場が忙しいということもあろうかと思えますけれども、なかなかそういったところまでいっていないというところがあるかと思えます。こういう言葉はあれかもしれないですけれども、どんぶり勘定的になっている嫌いなきにもあらずというところで、ここは改善していく必要があるのではないかということです。

それから、最後のところ、これは病院サイドあるいは行政サイドというよりは、むしろ住民の皆さん方に考えていただきたいところですが、自治体立病院なのだから何でもというようなところ、別な言い方で言うと先ほども出てきましたコンビニ診療ですかね、こういったところを求めがちだということです。先ほど話しましたように、機能分担と連携というのが国の政策の流れですし、そこでしっかり機能を分担して、連携していくことによって賄っていくというのが今の医療の姿かと思えますので、そうしたところにしっかり合った形で患者にも言っていただければいいのですけれども、必ずしもそうならないというところもあろうかと思えます。

では、そうした中で、どういったことがされているかということです。大きく分けて三つございます。まず、病院の中での経営努力もされています。ただ、それだけではなかなか厳しいということで、病院の再編、統廃合。再編ネットワーク化を行っているというようなところもございます。それから、経営形態の変更をするということ。これも先ほど御説明したようなところになりますけれども、ございます。個別に簡単に御説明していきます。中での取り組みというと、これは必ずしも自治体立病院ということだけではなくて、民間も同じですので、詳しくは御説明しませんが、患者をふやすための努力であるとか、診療単価を引き上げる努力であるとか、コストを下げる努力であるとか、あるいは中のマネジメントを変える努力であるとか、そういったことも含めて経営戦略としていろんなことをされている自治体立病院がでございます。これは、私も委員の一人として取りま

とめました公立病院経営改善事例集ということで、総務省のほうの委員会をつくって自治体病院にアンケートを行わせていただいたり、あるいは一部公的医療機関にもアンケートさせていただいて、どんな取り組みしているか教えていただいたものを取りまとめたものですけれども、このように行っているということでございます。

ただ、ここで患者数をふやすとか、診療単価を上げるというところで気をつけなければいけないのが病院の経営ということを考えなければいけないのが一つありますけれども、一方で、これは県の場合には直接的にはないということかと思えますけれども、基礎自治体の場合ですと、国民健康保険の特別会計もお持ちかと思えます。そうすると、病院の経営をよくするために、一方で国保の会計が悪くなって、これまた本末転倒かと思えます。ですから、例えば予防からしっかり対応されて、住民の皆さんが健康になって、その結果として患者が減って、病院の収入も減って、それで多少悪くなった。それで説明できるかどうかという問題があるのですけれども、であればそれは住民の皆さんにとってはいいことなので、そのような視点というのも一つ必要なところだと思います。

次に、病院の再編ということです。ここに三つに分けて書かせていただきました。同一自治体内の再編、ここに書かせていただいたようなものがございます。再編すると確かに住民の皆さんにとっては不便になるということもございますけれども、今の医師不足の中、あるいは看護師不足の中で考えたときにはいろんな医療機関に力が分散するということが必ずしも住民の皆さんにとってプラスには働かないのではないかとことです。これは政策研究大学院大学の島崎先生もおっしゃっていたのですけれども、医療の質とアクセスとコストの三つをすべて満たすということは難しいということをおっしゃっていました。ですから、医療の質を高めるために、今の流れからするとある程度基幹的な医療機関に医師を集めて、そこで高度な医療を行う。その下にサテライト的なところに、基幹病院から医師の派遣をしてもらうということも含めてになりますけれども、サテライト的な病院とか診療所があって、そこと連携しながら地域全体として必要な医療を賄っていく、そこを住民の皆さんにもう少し御理解いただくということが必要なのではないかと思います。そうはいいながら、同一自治体内の再編でも相当御苦労されているようです。

ましてや、二つ目の異なった自治体間の再編ということでは、相当厳しいようです。これは後ほどこの中の一つの事例を御説明します。

三つ目、民間との統合というのも出てきています。これは、この中の一つのポツの二つ目のところ、これは中部地域の病院になりますけれども、ここは先ほどお話ししましたマグネットホスピタル的なところを求めたということです。ここの二つ目の自治体立病院というのは、たしか243床か240床程度の自治体立病院なのですけれども、この地域は病床過剰地域ということで、病床をふやすことができないので、民間の病院との統合で400床規模になろうとしたということです。まず、地域の比較的大きい病院と統合をしようとしたのですけれども、そこもなかなかうまくいなくて、余り大きくない病院とまず統合して、この春に大きな病院と統合したということのようです。

ただ、一方で一番下に括弧で書いていますように、統合というのは地域的に求められるとしても、形態が違うとうまくできないというものもあるようです。

これは先ほどの中にあっただ一つの、再編で代表的に言われるものです。四つの3病院1診療所を一つの基幹病院とサテライトの2病院1診療所にしたということです。追加で一つ管理運営受託の診療所もですから、サテライトはふえたような形というところですが、これも新聞報道等を見まして、それから私もデータで見ましたけれども、このあたりもやっぱり医師不足というのが影響しているようです。個別に見ていきますと、基幹病院になったところは医師がふえている。サテライトになったところは再編前に比べると医師は減っているということで御不満はあるようですけれども、トータルで見ていくと常勤医で言うと再編前が60人弱だったものが再編後は90人弱に全体としてはふえているということのようです。

それから、ほぼ同じような地域で、この枠組みに入らないで御自分で建てかえされたのですが、2けたの常勤医が1けたに減っているという自治体がありました。これは統合に入らなかったからなどとは言い切れませんが、そういったこともあったようです。

それからもう一つは、県立病院と市立病院の統合で独立行政法人になったということで、恐らく御存じではないかなと思いますけれども、一つの地域に県立病院と市立病院があって、市立病院が老朽化して、二つともそのままの規模で残っても共倒れではないかということで、急性期の病院と亜急性期の病院に機能分担ですね。法人としては一つになって、病院は二つのままですけれども、機能を分けたという事例です。経営的には非常によくうまくいっているというふうに伺っているところです。

次に、経営形態の変更というところですが、経営形態の変更ということで、これも御存じかと思いますが、一応簡単に御説明しますと、今自治体立病院には地方公営企業法の一部適用の財務適用の病院、それから全部適用の病院、それから地方独立行政法人の公務員型、非公務員型、それから指定管理者制度を導入するところ、それからこれは自治体立病院ではなくなってしまうのですが、民間に完全に移譲してしまうもの、こういうことがあろうかと思うのです。このうち民間移譲以外に関しては、総務省からの地方財政措置が継続されるということになっています。簡単に言うと、一部適用というのはその自治体の一部として、院長はもちろんいらっしゃるわけですが、病院の責任者は首長が兼ねるといふふうに考えていただければと思います。全部適用は病院事業管理者ということで、病院事業の責任者を置いて、すべてではないですが、責任と権限を移譲するというところ。それから、独立行政法人は、公設公営の形態の一つかというふうには思っておりますけれども、別法人をつくって病院事業を行ってもらう。これに関して言いますと、地域経営計画とかつくって経営されますので、予算単年度主義であるとか、そういったところの縛りになってきますし、人の採用とかも比較的自由に、かなり柔軟な経営ができるということになります。それから、指定管理者制度は公設民営と言われます

けれども、運営を民間等にゆだねるということです。設置者はだれか、それから運営はだれが行うのか、職員の身分はどうか、実質的な経営者はだれか、地方財政措置はどうかというのを整理したものがこの表になります。

戻りまして、まずは一部適用から全部適用。総務省の資料では平成22年3月現在というものしかないものですから、これで言うと320、ただ全国自治体病院協議会さんの資料等を見ますと平成23年4月で349とふえているようです。ただ、これに関しては、ここに書かせていただきましたように、意思決定が一部適用に比べると迅速になるとのメリットはあるけれども、必ずしも権限が移譲されていないといったようなことから、経営的にそんなによくなってないのではないかとされているというところがございます。それから、地方独立行政法人、先ほどお話ししましたように中期目標と中期計画の義務化とか行うということですが、これも平成22年3月現在で11法人21病院、これもほぼ倍増しているのではないかなと思うところです。これは、経営形態ではないのですが、周辺業務を民間に委託するというのも一つのあり方かなということを考えてございます。

(3)の周辺業務の民間委託というところは、進めることはいいのですが、自治体立病院の場合には職員の皆さん方の身分の問題があつて職員を減らすということが容易にできませんので、人は減らないけれども、委託費はどんどんふえる。委託を進めていっているという姿が見られる病院も幾つかあります。仮に短期的にそのあたりが改善されないにしても、中長期的にはしっかり全体を見ていただいて委託も進めていただかないといけないのかなというところがございます。

それから、公設民営のところ。これも平成22年3月現在で56病院、平成23年4月の時点で全国自治体病院協議会の資料でいきますと61病院までふえていると。これは、大きく機関で見ていきますと、私が勝手に思っているところですが、一つには僻地等で医療機関がどうしても必要になったと。自治体だけではなかなかできないので民間なりの力を借りる、それが公設民営の形でスタートしたというのが一つの段階かと思えます。二つ目、ここでかなり数がふえたのだと思うのですが、国立病院が国の地方独立行政法人になるときに、独立行政法人に移らない病院に関してはどなたか受けるところがあれば廃止しますよといった中で、学校法人が受けたところとか、民間が受けたところとか、自治体が受けたところとかいろいろあります。自治体が受けたところも多いのですが、そのときに指定管理者制度、当時は管理運営委託ということだったかと思えますが、受けたというのが一つふえたところかと思えます。三つ目は、財政が厳しいとか、医師不足の中で公設公営では維持できなくなるといって、こういった大きく三つの区分分けができるのではないかなと思いますけれども、そういったようなところでふえてきたかと思えます。

最後の民間移譲、これもここに書いていますように結構出ています。このあたりは、例えば地域でそれなりに医療機関があるからというところもございますけれども、なかなか抱え切れないからということもあったようです。

少し指定管理者の事例を御紹介いたしますと、まず一つが、公設公営から指定管理者に

なった例ですけれども、公設公営のまま建てかえを進めていたというのです。首長がかわられたところで民間移譲できないか、あるいは指定管理者で受けるところがないか。民間移譲は受け手がいないだろうということで指定管理者で公募されて、地域に病院を持っていた公的医療機関が御自分で持たれていた病院を閉鎖してこちらを引き受けたということです。これに関しまして、こういうことができたというのはここに書いていますように、ほかにもこの自治体は市立病院、自治体立病院をお持ちだったということと、それからここには医育大学をお持ちで、その附属病院もあったということで、基本的には職員の皆さんはそちらのほうに移ることができたということで、雇用の問題がほとんど発生しなかったということです。そういったことがあってできたということと、それから受けた側も御自分の病院が老朽化していたので、そのかわりに受けたようなところがきっとあったのではないかと思います。そこが指定管理者で受けているということですが、ここはたまたま昨年あるいは一昨年も2回にわたって、別件でお話をお伺いしていたのですけれども、例えばこれに関して、この自治体は、公設公営の病院をお持ちなのです。それから、指定管理者、公設民営の病院がありまして、さらに言うと米印が下にございますけれども、政策医療を契約に基づいて民間の医療機関にゆだねるという仕組みもお持ちなのです。この三つの形態で医療を担っているのですけれども、それぞれが刺激し合う、負けないように頑張ろうということで経営がよくなっているというお話を伺っております。

それから、市町村合併の関係でそのままでは維持できないということで、合併する前の自治体が医療法に基づく医療法人、財団法人ではなくて医療法に基づく財団を拠出して設立して、そちらに職員の皆さん方が転籍して公設民営になったということです。こういう事例、これはなかなか受け手がいない地域での公設民営の形ではないかと思います。

それから、これは有床診療所に規模を縮小して診療所と老健施設でやっているというところですね。ここは自治体の財政が厳しくなった中でこういう多少荒療治的なところもできたということかと思えます。ただ、当然診療所になったということで、有床診療所だったかと思えますけれども、診療所になったということです。周りのほかの医療機関と連携しながらやっておるということあると思えますけれども、こういったことになります。

それから、これは先ほどある意味、今まで御説明してきた公設民営と逆のパターンです。病院施設を自治体が譲り受けて、自治体立病院にした上で、もとの設置者、指定管理者になっていただいたという事例です。したがって、もともと民設民営で、そこに国からの交付税措置はないのですけれども、公設民営になりましたので、国からの交付税措置があるということです。病院の買い取り資金に関しましては、病院事業債を発行して買ったということになります。これは、実はもとの設置者、医療機関が経営破綻して別の、事前に立ち上げた医療法人がその後を引き継いだという事例です。公設民営でやっていたのでこういうことができたというふうに言えるのかと思えます。これは地域医療を守っていくという上での一つの便法的なものかもしれません。

それから、これは民間に移譲した事例になります。多少古いものなのですが、当時最後

の事務長にお話を伺いに行きました。経営がかなり厳しくて、国の病院事業のほうの再建を進めていたのだけれども、なかなか立ち行かない中で、抜本的に考えなければいけないということで、まず病院の中でいろいろ検討したのだが、どうしても病院の場合にはいろんな職種の方々がいらっしゃって、職種間ではなかなか対立関係もあったりして、病院の中ではうまく改革できないということで移管したと、民間の医療法人に移譲したということです。当時のものではありますけれども、結果的に自治体は、この病院を違う場所に建てかえたので、それに伴うインフラの整備とかされたようですけども、毎年毎年繰り出ししていた部分が、なくなったということで財政負担が減った。それから、引き受けた医療法人はこの地域に拠点ができた。住民の皆さんからいたしますと100床から150床にふえています。医療というのは、基本的に保険の医療で提供していただく限りにおいては、提供主体が自治体であれ、民間であれ、基本的には同じはずですので、むしろ100床から150床になって機能が向上したと、住民の皆さんにもメリットがあった。こういうような事例だと思います。ただ、医師不足云々言われる前のことですので、今これと同じことができるかという必ずしもできないかもしれないですけども、こういったこともあったと、こういう事例もあるということです。

最後の事例も含めて自治体立病院の経営をどう考えていけばいいのかということですけども、自治体病院の経営というのは非常に難しいところがありまして、民間の医療機関でもそうなのですけれども、どうやって招聘するか、これが今非常に大きな問題になっているということです。先ほど島崎先生がおっしゃっているということで質とアクセスとコストというお話ししましたけれども、恐らく今お金をかけたからといって医師、看護師に来ていただけるということでは必ずしもないのだと思うのです。そういう要素が全くないわけではないと思いますけれども、人材というところが非常に重要だということです。

それから、二つ目がマネジメント、これは必ずしも自治体立病院だけではないかと思えますけれども、医師の皆さん方はどうしても派遣した医局のほうをごらんになっていらっしゃいます。それから、各職種の皆さん方もその医療機関の経営者の方々というよりは、職種の中でどうしても物を考えがちだということがあります。そういったところをどうやってマネジメントしていくのか、どうやってガバナンスをきかせていくのか、非常に病院経営というのは難しいということです。

それから、三つ目が医療の質なのです。これはどんどん厳しくなっていくと思います、それにどう対応していくのか。

それから、四つ目、この4月からまた診療報酬が改定されていますけれども、どうしてもそのとき、そのときで変わっていく部分あります。そこにいかにもく経営的に乗っていくようにすべきなのか、一方で地域としてどう対応するのか、単に経営的に稼げばいいということあればまだ比較的単純な部分もあるのかもしれないですけども、自治体立病院の場合は政策医療を担いながら、地域の医療を支えながらとかといった別の役割もありますので、その中でどうしていくかということです。

そういうところも含めて地域の中でどういった立ち位置をとるのかということをも改めて見直すということです。どんな機能を提供するのか、それからほかの医療機関とどんな連携を行うのかということですね。そのときに、一つちょっと参考にしていただきたいと思うのは、岩手県の二次医療圏ごとに患者の流入流出をグラフにしてみたものです。これは3年に1度行われている患者調査で、昨年も全国的には行われた調査です。その前のデータで、平成20年のデータになるので、古いのですが、ごらんになっていただきますとわかりますように、一番右側が流入から流出を引いたものです。赤いのが流出超過です。青いのが流入超過です。これも恐らく皆さん感じられていると思いますが、岩手県の場合には事実上盛岡に患者がどんどん来ているという構図です。これは、必ずしも悪いということではないのだと思いますが、医療の中身によっては時間をかけて移動して、どうしても県内の数多くの医療機関で提供することができないような医療機能もありますので、そういったものは盛岡でということ構わないと思うのですが、全数で見ているのですが、もう少し個別に疾病ごとにとか見ていったときにどうかということです。ただ難しいのは、この赤いところで、赤くなくすることができるかということと今の疾病の中でというのもございますけれども、現実には医師不足等でこうならざるを得ないところはあると思います。その現実をどこまで受け入れてどうするのか、住民の皆さんにも御理解いただくのかということかと思えます。そのときにいろいろ考えていただきたいところは、例えば医療の機能のところで、医療に関してもどうしても時間的に待たないのところでどうやって担うのかとか、あるいは介護も含めたところで高齢者の方々への対応のところはできるだけ地域で、必ずしもですから高度な医療でなくてもみたいところをどうとらえていくとか、介護も含めて全体で考えていくということが必要ではないかなということです。

こういったところも含めて自治体立病院の場合には病院の経営だけではなくて、地域全体のことを考えていかななくてはいけないということで、本当に非常に難しいのですけれども、このような視点でこれから考えていただければと思います。

以上でございます。

○小野共委員長 先生、ありがとうございました。

質疑、意見交換を行います。ただいま御講演をいただきましたことに関しまして、質疑、御意見等ありましたら皆様のほうからお願いいたします。

○千葉伝委員 経営も含めていろいろな各自自治体の事例についてさまざまな内容の講義をいただきましてありがとうございます。様々な問題点がある中で、岩手は医師確保という問題があります。これからの医師確保のやり方を含めて先生のお考えになっている部分で何か参考になるようなことがあればお聞きしたいと思います。

○吉田秀一講師 必ずしも岩手県の現状をわかっているわけではありませんので、あくまでも一般論ということでお話しさせていただければと思いますけれども、結局医師不足というのはどこかの地域だけということではなくて、全国的なことなのです。例えば私が委員でお手伝いさせていただいています名古屋市、大都市です。そこでも救急とかというこ

とで考えると、必ずしも十分ではないと言われているところもあります。

したがって、何を言いたかったかということ、結局医師の引っ張り合いの地域間競争ではないかということです。厚生労働省の研究会の資料ということで事務局が出された資料であるとか、あるいは医大の資料であるとか、厚生連の資料であるとか、私がこれほど思ったのを御紹介させていただきましたけれども、結局は医師に来ていただけるところ、医師に来ていただけるというのは二つあって医局が派遣して、医局サイドから、医師を養成している医育大学から派遣したくなるような医療機関になるためにはどうしたらいいのか、それから医師が行きたい病院はどうなのかということを考えていかざるを得ないのだと思うのです。それとももちろん住民の皆さんが御要望である、近くに医療機関があつてほしい、そこをどう整合させるかということかと思えますけれども、流れとしては400床とか500床とかというのが希望で、特に研修を終わった若い先生方というのは、これから先のキャリアパス、自分で専門医になってこういうことをしていきたいとか、そういうようなことが勉強できるような環境を病院の中でいかにつくっていくか、そして多分先ほども再編ネットワーク化のところでお話ししました基幹病院とサテライトというところの中で、基本的には基幹病院として、例えばあくまでも頭で考えているだけなのですけれども、基幹病院として採用されて行ったり来たりできるようにするとか、それも比較的頻繁に行ったり来たりできるようにする。ただ、一方でそれは住民の皆さんからするとまた先生がかわったとなるというようなところがあると思うので、そのあたりどの程度かというのがあると思うのですけれども、そういうような対応をしていただいて、そこに外に研修しに行くところをうまく入れるとか、考えるかということも一つの手ではないかなという気はします。やっぱり最初から僻地の診療所のようなところにおいて、戻れなかったらどうしようというところが恐らくは一番不安だと思うのです。行っていただいたにしても2年後には必ず戻れるのだとか、そこはここで、県立中央病院でその後はできるのだとか、全体としてキャリアパスの絵姿を描けるような、ある意味ではなかなか難しいのだと思いますが、幾つかの医大からも来ていただいているのだと思います。医局とも連携する中で、場合によっては県立病院自体が全体として医局的な役割を持てるぐらいになればまた違うのだと思うのです。済みません、絵そらごとで恐縮ですけれども、多分そのぐらいを考えていかないところだとは思っています。どうしても研修医の皆さん、あるいはほかの医師の皆さん方からすると大都市圏の研修体制が整っているところに行きたい、今は、こうでもというのはあろうかと思えますけれども、そんなところが一つ。

それから、先ほどの厚生労働省の事務局の資料では余り出なかったのですけれども、よく聞くのは一回初期研修でも、後期研修でも行くと、そこでなじむところがあるので、来ていただいた先生方にできるだけ長くいていただけるようにするということですね。ですから、そこは居住環境とかも含めていろんなことを考えなければいけないのかもしれないです。例えば働き盛りの年代の方だとするとお子さんの教育的な面であるとか、そういうことも含めて職場としての病院だけではなくて、実際に居住される、その居住環境的など

ころも含めて考えないといけないのかなという気はします。ただ、いずれにしても先ほどの資料にもありますように絶対来たくないという人もいないわけではないと思いますけれども、必ずしもそうではなくて、もともと非常に意識の高い方々かと思しますので、うまく誘導できるようなものがあればと思います。

それから、もう一つが、これはなかなか厳しいところでございまして、実現しなかったのですけれども、お子さんが既に手を離れた御高齢の医師、先生方に、こういう雇用ができるのかという問題はあるのですけれども、先ほどのJA厚生連で女性の方ということで日勤だけだとかというのがありましたけれども、そういう形で柔軟な勤務形態をとり得るようなこと考えられないのか。公務員ということなので縛りがあると思うのですけれども、独立行政法人になればもしかすると多少できるのかもしれない。そのあたりのところの対応ですね、できれば御高齢の方でも行っていただけるのではないかと、また環境がいいですよということで僻地のところでも行っていただけるのではないかとという気もします。そういう話をいろいろあちこちでしたりは、実現はしてないですけれども、若い方向けにはそのまま行っていただけるようなところ、それから働き盛りの方々には御家族をそこで一緒に住んでいただけるようなインフラを、どうやって整備するのか。それから、御高齢の方には柔軟な勤務形態をどこまでできるのか、そのあたり検討の余地あるのではないかと。そういう意味で、正確ではないのですが、これは、あるセミナーで伺ったのです、医局ぐるみで女性の医師が出産でやめざるを得なくなったときに、それで戻れるようにして、たまたまそういった方が2人か3人いらっしやったので、2人か3人で1人分というように形で派遣したというような話を聞いたことがあります。それにこたえられるような勤務形態をその医療機関で用意されたということですので、そういう話も聞いたことはあります。もう既に検討されているのではないかと思います、そういったところが先生方に来ていただける、決定的ではないかと思いますが、幾つかそういったものを積み上げていくしかない。これは先ほどの医療事故が起きたときの対応で弁護士とか、保険であるとか、そういうこともされているのだと思いますが、今いらっしやる先生方にもずっといていただきたいが、どういうことをしたら、いていただけるか、聞いていただいでできること、できないことあるかと思いたすけれども、そういうことをしてみたらまた別のいろんな側面見えてくるのではないかなと思います。

○千葉伝委員 ありがとうございます。なかなか難しい問題の話であります。県のほうでも今現在いる医師あるいはいろんなことがあってやめる医師等あるわけで、そういった人たちからアンケートをとったり、何でやめたかという部分も含めていろいろとやっている。先生がおっしゃったように、現状では医師の絶対数の話からすればそんなに減ってないのではないかと。むしろ偏在という部分が見られるのかなと、こういうようなことも多分あると思います。あとは勤務するときの条件というのは、先生が今おっしゃったように、やはり来ていただく人に合わせるというか、希望をどこまで勤務条件を整えられるかと、ここらを使うほうからすれば大事な話だというふうにお聞きしました。

そういった中で、医局あるいは大学のほうから派遣してもらえるような病院というのは物すごく魅力ある病院でなければならない。そのためには、さっき言ったベッド数が多い、研究ができる、いろんな条件としては、さっきの家族から、子供の教育の環境とか、いろんなことがあって、そこに行きたいということがあったらば行ってもいいかなと、こういうさまざまな条件が整ったところには人がふえてくるというようなことだと思うのですが、昔の話で恐縮なのですが、例えば研究費の助成とか、ある程度そういったことやりたいのであれば県が面倒見るからとか、そういうような条件など、医局のほうに出すのか、そういうようなこともちょっと考えるのですけれども、どう思いますか。

○吉田秀一講師 先ほどもお話ししましたように医師の皆さん方、さらに自分のスキルをアップしたり、技能を高めたいとか、資格を新たに取得したいとか、そういう意欲は非常に高いと思いますので、それに対応した環境を整えるということは非常に大きなところかと思えます。医局なのか、その病院の中でなのかということで、これはもちろん両方だと思えます。ですから、医局にいろんな形でサポートする。先ほど東北大学のほうに宮城県が寄附講座でというお話しいたしましたけれども、例えばこれはある自治体病院なのですが、私立大学に正確に寄附講座かどうかわからないのですけれども、講座を設けてもらって、その講座のフィールドを病院にさせていただいて、先生に来ていただく。そうすると、結局その医師が1人ふえる形になるわけです。そこは高齢者も多いですから、その高齢のほうの医療を勉強したいという先生だったので、そこをフィールドにして研究されるという形で、それに限らず病院の中の医療をお手伝いしていただくということで、大学の医局にというのも一つあると思います。大学の医局でやろうとしているところにいろいろサポートすることによって、医師を出していただけると。医局の研究と一体になるということがあろうと思いますし、それから個別の医師の方々は、当然そこはいろんなことができるようにするというのは非常に大きなところで、多分それなりの効果はあると思います。恐らくされていると思うのですけれども、学会に出るようなところをどれだけサポートするだとか、あるいはまた必ずしも給与ということではなくて、それができる環境を整える、いろんな情報とかインターネットでとれますけれども、論文であるとか、何か医療の高度な資料とかというのはただで検索できないので、それは会員にならないと検索できないとか、そういうものを病院として入っていただいているのかもしれないですが、入っていただくとか、あるいは物理的なものですが、臨床の現場、病院の医局のほかにそういう研究できるような場所も用意してあげるとか、そのためのお休みも差し上げるとか、やれることはいろいろあるのではないかなと思います。

○城内愛彦委員 先ほどのお話の中で、医療費の未収入がふえているということでした。御多分に漏れず我が県でもそうなのですが、そういった対策で有効的な手段、方法というのがあったらば、またそういう取り組みをしている先進事例でもあればお聞かせ願いたいところでは。

○吉田秀一講師 私がいろいろ聞いたりするところのお話なのですが、まずはしっかりと

の程度管理されているかということです。必ずしも受ける側からするといいいことではないのかもしれないですけども、今はもしかすると機械で自動かもしれないですけども、人が受け付けするような場合に、受け付けしたときに、前回未収であるとかという情報が出るようなシステムにして、やっぱりある程度そういう声がけですよね、それからその情報は先生が診察されるときにも出るというような形にしてそれを声がけするとか、そのあたりが結構きくようです。応招義務ございますので、お支払いしてないからといってお断りはできないと思うのですけれども、それから当然帰られるときにもどうかということですね。ですから、これは恐らくそういうことをやっていると未収を回収する分とコストとどちらがかかるかというコストのほうがもしかするとかかるかもしれないのです。ほかの住民に対する意味合いであるとか、働いている先生方、職員の皆さん方のモチベーションを考えればそういうことをされたらどうかと。それから、中には法的な手続に訴えるようなところ。まずは、弁護士の名前で文書を送るだけでも効果あると思います。最終的に裁判所を通した形でなくても弁護士の名前で送るだけでも効果あるというのは聞いたこともあります。

そういうお話をする中で聞いたのが、そういう患者は結構救急で来られることが多いのだということをお聞きします。そうすると何もないのでという形で対応してしまうらしいので。そういうところでも対応できるシステムなりは重要かもしれないです、リストを置いておいてお話しするとか。かなりいろんなことをされている、毎月電話の督促をするとか、あるいは未収が起きやすいのは、月に1回しか支払ができないとかということでも未収が起きやすいとかということがあるので、月2回にするとかということでも多少は減るといようなお話も伺ったことがあります。ただ、それは当然手間がふえる話なのであれですけども、要するに金額を小さくすると払いやすくなるということです。

あとそれから、払わないと退院できないような業務フローですね。払ったのを確認して、看護師が退院に誘導するとか、もしかするとそれと別個で、払わなくても帰ってしまえるような状況が出てしまうということはあるかと思えます。そういう意味からすると、かつて医薬分業していなかった時代には払わないと薬局で薬もらえないとかということができたのがそうではなくて、もう薬局に真っすぐ行ってしまえるというのがあるので、そこがなかなか難しいかもしれませんが、少なくとも入院患者に関しては支払ったのを確認してから退院させるようにしているという病院があるということをお伺いしたことはあります。県立病院は既にされているかもしれないですが。

○高橋元委員 医師の偏在ということで、小児科とか産婦人科の医師が足りないということがしばしば言われていますけれども、最近その辺の充足状況はどんな感じなのか、あるいは医師の養成、それが不足する分野の養成が進んでいるのかどうか、その辺の様子をお尋ねしたいと思います。

それから、何か工夫があって自治体病院にもたくさん来ていただくとか、そういう工夫されている病院の事例がありましたら、その辺もお尋ねをしたいと思います。

○吉田秀一講師 二つ目は、患者にいっぱい来ていただけるようにということによろしいでしょうか

○高橋元委員 そうではなくて医師に。私の住む地域は、最近は歯科医が随分多いのです。なぜ歯科医だけが多いのだらうなと思っているのです。基礎的な勉強は同じことはやっているのでしょうけれども、それが専攻でいろいろ振り分けられてということなので、不足するところに国のいろんな制度とか、あるいは大学とか、いろいろ優待制度みたいなものがあったほうがいいのではないかと思ったりもしています。

○吉田秀一講師 確かに地域でいきますと自治体が奨学金つくってとか、あるいは地域から医学部の枠を設けてというのはありますけれども、分野では確かに聞いたことないと思います。ただ、一般的な産業、私ももともと金融機関の人間なので、産業の感覚で言いますと、子供の数が減っています。それから、出産の数も減っているわけです。そうすると、足りないと言われてはいるけれども、そこに飛び込んでいこうとするかということ、普通はこれから伸びるところとか、ふえるところを見てしまうのではないかなという気はするのです。そういう中で、誘導するというのは、何か相当力が要るのかなという気はします。奨学金とかもどうなのでしょうね、分野まで決めてということは聞いたことないです。奨学金とかは、それなりに恐らく効果は出てくるのだと思います。これも結局 10 年とか 15 年先の話になりますので、しっかり本当に現場で第一線ということになると、効果が出てくるのは、ただ、それなりにきつと効果出てくるのではないかなと思います。

もう一つが、これも数字で整理したことないですが、産科とか小児科には女性の先生がほかの診療科に比べると多いというふうにお聞きしています。そうすると、先ほどお話ししたようなところで一回家庭に入るといふか、臨床の現場から離れるとなかなか戻れないというところがあると思うので、現場に戻るといふことに関しては、例えば東京でも東京女子医大と幾つか公的医療機関が連携して復帰のプログラムをつくったりとか、ほかでもたしかあったりするかと思いますが、やられていると思うのですが、恐らくそういう分野を担われた女医なり、高齢の医師の方を柔軟な勤務でというのはもしかするとあるのかなという気はします。ただそれにはあしたからすぐということではなくて、やっぱり半年とか 1 年とか、もしかするともっと長く復帰までの研修も含めて対応しないといけないということかと思えます。

医師に来ていただくためにどんなことをしているかということですが、今回ここに入れなかったのですが、総務省の研究会、1 回目のときでも、それから翌年度も 2 回目やっているいろいろお話を伺っています。まさしく奨学金の制度であるとかということいろいろ出てきているところです。特効薬は、先ほどもお答えしたところとも結局同じなのですけれども、特効薬がない中でどうしていくのか。

これは、実は以前にある自治体病院に県立中央病院の管理者をされていた小山田先生と一緒に伺ったときに、小山田先生がおっしゃったのですが、やっぱり今いらっしゃる先生にできるだけ長くいていただくというのがまず第一で、それとあわせてという

ことです。ちょっとわき道にそれますけれども、無理むりに何か変な条件をつけて、あるいは1人の医師だけとんでもない報酬で来ていただくというようなことをすると、今度ほかの先生方との関係でかえって難しくなってしまうとかということもやっぱり考えないと、一本釣りは難しいところもやっぱりあるようなので、そういったところでしょうか。

あとは総務省のものとは関係ないのですが、これはテレビとかでもやられたので、皆さんも御存じかもしれませんし、あるいは岩手県もやられているかもしれないのですけれども、出身の方でほかの地域で医師をされている方であるとか、あるいはいらっしゃる方の親戚であるとか、あるいは知り合いであるとか、そういった人的なコネクションがある方というのは全くないよりは可能性はあるというふうには聞いています。ただ、それがどの程度の割合かというのはわかりませんが、全くまっさらでばらまくよりは、そういう中でやる。されているかもしれないのですけれども、例えば県人会の東京の会合があったときに、そこでそういうものを広報的な形でお配りするとか、すごく千三つの世界かもしれないですけれども、恐らくは今医師に来ていただくというのはそういう話かなという気がします。

○小野寺好委員 釜石の名前が出てくるかなと思ったのですけれども、釜石はどうなのでしょう。

○吉田秀一講師 統合の話で小山田先生からも伺っておりました。あらかじめお断りすればよかったのですが、ここでお話した事例で名前を、この表に入れているところも、それから名前を伏せたところもできるだけ文献であるとか、お伺いして聞いたりしているのですけれども、もしかすると私の勘違いとかあるかもしれませんので、そのあたりはお許しいただければと。

それから、釜石のほうに関しては直接お伺いしたことがないものですから、無責任な発言はできないかなと思って、控えさせていただきました。小山田先生から伺っていてもかなり厳しかったなど。ですから、統合するというのは再編ネットワーク化というのは非常に慎重にやらないといけないという事例かなと私としては位置づけで受けとめておりました。

○小野寺好委員 この後、人口が急激に減るとした場合に、医師とか、病院とか、あぶれる、余るような、そういった時代というのはあるのでしょうか。それとも人口は減っても患者はふえるような社会になっていくとか、その辺の見通しはどうでしょうか。

○吉田秀一講師 とりあえずは、たしかきょうの新聞にも載っていましたが、人口が減っています。けれども、どうしても高齢者の方のほうが疾病になる方が多いですから、多分患者数ということで考えていくと、しばらくは患者数はふえていくのだと思います。患者数がふえていく、要するに医療需要というのが大きくなっていく。それから、ここに来て統合診療科とか言われて、一つの専門しか診ないよということではない方向も打ち出されています。専門医志向が強い中でどうしてもみんな小さくしていくと数多くの医師がかかわらなければいけない。それから、高度化していくとどうしても医療を身につけるために時間がかかったりするというふう考えていくと、医療が進歩していくことも兼ね合わ

せると医療に対する需要は少なくともなかなか減らないのではないかなど。ただ、これから人口は減っていきまますけれども、高齢者がふえるという、次のステップで減っていく段階になればもしかするとあるかもしれないです。むしろ、先ほど御説明しませんでしたけれども、今の日本の、特に病院の場合には先生方が医師でなくてもいい業務というものを結構しなければいけないような状況になっているのではないかと思うのです。そういったところ、例えばメディカルクラークということで事務職がついたりなど、そういったところも含めてできるだけ医師は医師でなければできないところに特化していただければ、きっともう少しできるのではないかと。要するに、数少ない医師でも数多くの患者に当たることができるのではないかと。これも、頭で考えているところだけですけども、医療機関の中での機能分担と連携だけではなくて、病院の中でも医師と看護師とか、いろんな職種の中での分担と連携、これは医師の業務を軽減するという視点でやっていただいて、ですから電子化も今は医療の現場ではなかなか臨床が難しい、厳しい中であって大変だということが進まないのですが、短期的にはそうなのですが、長い目で見ると電子化を進めていくと業務は効率化していくと思うので、そういったところに必要に応じて資源を配分して、電子化進めて、いつかは、コストもかかるのですが、そういうのも含めてできるだけ医師の業務を軽減していく。医師が余るということはなかなかないのですが、そういうことをしていくことをしていくしかないのではないかと私は思います。確かにおっしゃるとおり、地域で、診療科でいくと確かに余るということも起こり得ないでもないわけですし、むしろ開業医のレベルではもしかすると、大都市部とかであれば開業医も経営が厳しいという話を聞いています。ただ地方部ではむしろ開業医が高齢化して、開業医にお願いしている一次の輪番も回せないという地域も出てきているぐらいなので一概には言えませんが、地域によっては、大都市部の開業医はもしかするとあり得るかなど。その中でも診療科によってはあり得るかもしれません。

○小野共委員長 ほかにぜひともという方。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 ほかにないようですので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

先生、本日は本当にありがとうございました。

委員の皆様には次回以降の委員会の運営等について御相談がありますので、しばしお残りをお願いいたします。

次に、当委員会の県内調査についてお諮りいたします。平成24年度地域医療確保対策特別委員会調査計画県内調査をごらんいただきたいと思います。県内調査につきましては、現在調査先等を調整中でございます。皆様から御意見等はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 特に御意見等がなければ、事務局のほうで考えているところがありますので、そちらのほうに調査の調整等、スケジュールの調査等お願いするための一任をお願いしたいと思います。御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 では、御異議なしと認めます。

○嵯峨耆朗委員 参考になりませんが、例えば被災地とかの病院が、高田、あの辺はどうなっているのかというのはまだ早いかもしれませんが、来年あたりお願いします。

○小野共委員長 次に、8月に予定されております次回の当委員会の調査事項であります。御意見等ありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 特に意見がなければ、実は私はテーマ等を少し医師会あるいは薬剤師会のほうとこれやってくれないかという話がありまして、被災地で今嵯峨委員のほうからお話があったタイムリーな話なのですけれども、災害時医療に従事していた方々をお呼びいたしまして、災害時の地域医療確保対策のためのハード、ソフトのあり方に関して、被災地の医療機関、医師会あるいは薬剤師会等の方々の意見を聞くという機会を設けたい。それで外部講師を招いてやりたいというような話がそちらのほうからありますので、そちらのほうにしたいと今考えております。もしこれでスケジュールの調整いたしますけれども、これでだめなら次の何かを考えなくてはいけないと思いますが、こういった方向で今考えております。御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 了解です。

以上をもちまして本日の日程は全部終了いたします。本日はこれをもって散会いたします。お疲れさまでした。