

令和2年2月4日

松阪市議会  
議長 大平 勇 様

日本共産党 松阪市議団  
報告者 殿村 峰代

## 研 修 報 告 書

標記の件について、下記の通り報告いたします。

### 記

1. 日 程 令和2年1月22日(水) 10:00~16:30 および 23日 10:00~12:30
2. 研修会 地方議員研修会  
  
大改革時代の自治体病院経営を考える in 東京
3. 会 場 TKP東京日本橋カンファレンスセンター
4. 報告者 殿村峰代 (日本共産党)
5. 講 師 伊関 友伸 (城西大学経営学部マネジメント総合学科教授)
6. 目 的 地方の医療体制を取り巻く課題について知り、自治体病院の大転換期(地域医療構想の本格始動)に経営を考え、地方自治体において医療介護を守っていくために、地方議会の果たす意義を学ぶ。
7. 内容  
I : 自治体病院経営最前線2020 – 最新情報を伝授  
(1月22日 10:00~12:30 休憩なし)
  - 1・自治体病院経営をめぐる最新情報  
総務省の自治体病院施策はどのように動いているか。  
2015年3月31日自治体病院の経営にとって極めて重要な2つのガイドライン。  
厚労省 「地域医療構想策定ガイドライン」  
総務省 「新公立病院改革ガイドライン」  
〈自治体病院の役割〉

- ① 過疎地
- ② 救急等不採算部門
- ③ 高度・先進
- ④ 医師派遣拠点機能など

採算制等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること等に限定。真に必要な自治体病院の持続可能な経営を目指し、経営効率化を行うことを求める。  
⇒①～④だけで病院経営はできない。高齢者対策が必要。

過疎地は149床経営が一番良い。

収益を改善させた病院は、医師研修に実績のある病院や医師の労働環境・待遇改善を行った病院、交通の便の良い病院などでは常勤医師が増加し経営改善。急性期病院への評価を行った診療報酬改定も追い風。

地方病院の苦戦は交通の便が悪い。特に女性医師は都市志向が多い。200床未満の病院は経営悪化。

## 2・新ガイドラインのポイント

- ① 公立病院改革に「地域医療ビジョンを踏まえた役割の明確化」を盛り込む
- ② 「再編・ネットワーク化」に伴う整備の場合元利償還金40%を地方交付税で措置。老朽化による建て替えは25%。
- ③ 公立病院運営費にかかる地方交付税措置（平成26年は1病床単価707000円）から算定基礎を「許可病床数」から「稼働病床数」に。
- ④ 地方交付税建築単価上限1平方メートル30万円から36万円に引き上げ。  
⇒自治体病院にとって影響が大きいのは、稼働病床の算定基準。医師不足で稼働病床を落としている病院はダメージが大きい。  
しかし、2020年から不採算地区の中核的病院の特別交付税措置を創設。  
（149床で110～120床稼働が最も効率が良い）
- ⑤ 救急患者数・手術件数・臨床研修医お受入れ件数・紹介率・逆紹介率・在宅復帰率などの数値目標を設定。
- ⑥ 経営指標は、収支比率と医業収支比率のみの設定。収支確保にかかる指標はDPC機能評価係数など診療報酬に関する指標。委託費は消費税が上がり、会社に抜かれるので、よい人材医は来ない。直営が良い。特に給食調理部門。  
特に総務省は税金投入ゼロを進めているわけではない。  
\*地方自治体病院は税の再分配機能を有している。  
産業としての自治体病院を確保することで、  
人件費が6～7割を占めており、地域の重要な雇用という税収になる。  
食材費や物品の購入など地域に落ちるお金は相当額。  
交付税+ $\alpha$ なら問題なし。

- ⑦ 経営指標の目標達成に向けた具体的な取り組み「職員採用の柔軟化、勤務環境の整備、研修機能の充実など医師等の医療スタッフを確保するための取り組みを強化すべき」診療報酬は技術に対して適切に配分されることを目指しているため、人を雇わなければ利益が得られないとしている。

⇒医療機能向上による収益向上

その中で診療報酬加算取得が重要。

職員のスキルアップによる加算収入（例：感染管理者の設置、認知症専門看護師の常勤配置）人材投資を重視したことで医師・看護師の増員を可能にした事例が多い。

D P C（包括医療費支払制度方式）による機能評価係数

- ⑧ 総合入院体制加算の見直し

「全国自治体病院等施設基準届け出状況一覧」

急激に変化していく診療報酬やD P C調整係数に対応するには、素人の事務所君では限界がある。専門性の高い事務職員を雇用する必要がある。

これからの病院収益改善のポイントは研修機能を向上させて医師や看護師などの医療職を集めること。これが医療機能を向上させて、加算を取る、調整係数を上げて収益を増加させる。

### 3・2018年度改定

- ① 急性期一般入院基本料の再編・統合

7段階で看護職員配置の7：1、10：1

- ② 地域一般入院基本料の再編・統合

看護職員配置15：1に統合。13：1の実績、重症度、医療・看護の必要度の測定  
在院日数が24日以内

- ③ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合

地域包括ケアに関する実績（200床未満の病床にかぎる）

自宅から入院した患者割合

自宅からの緊急患者の受け入れ

在宅医療などの提供

見取りに対する指針

病室面積6.4㎡以上

看護職員配置13：1・重症度、医療・看護必要度

在宅復帰にかかる職位配置

リハビリテーションにかかる職員配置

これらをうまく連携・患者に伝えるコミュニケーション能力のある専門担当が必要。

- ④ 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合

リハビリテーション実績指数

休日リハビリテーション

「重傷者」割合2割以上

重傷者における退院時の日常生活機能評価

自宅等に退院する割合

リハビリテーション実績指数

看護職配置 15 : 1

理学療法士 2名、作業療法士1名

⑤ 療養病棟入院基本料の再編・統合

医療区分2・3該当患者割合（慢性疾患で医療依存度の高い状態）

看護職員配置 20 : 1・25 : 1・30 : 1

⑥ 入退院支援加算

・入院前の利用サービス・服薬薬剤の確認、入院生活に関するオリエンテーション、栄養管理などによる療養支援

・退院時に医師・看護師以外の医療従事者の共同指導

・高度急性期病院の日曜入院月曜手術は当たり前。

・地域連携室への職員配置を適切にし、営業活動を。

〈自治体病院事務職員の問題点〉

① 病院経営に求められている知識が不足している。

② 病院経営に求められている意識が不足。

③ 病院の仕事があっても、人事ローテーションは数年で移動。

「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報告書より」

事業管理の在り方は、事務局の強化・経営人材の確保・育成にある。

医療業務などに関してすべて外部委託化するのではなく中心となる人材に継続的に事務職員を配置し、診療報酬などの制度変更に的確に対応する。また既に専門知識・技術・経験がある外部人材の登用も検討すべき。看護師や医療職員でも経営感覚や改革意欲に富む人材を事務局に配置するなど人事運用の弾力化を。

II：国の医療政策と自治体病院 — 統合再編の動きにいかに対応するか？

(1月22日14:00~16:30 休憩なし)

1・自治体病院の経営形態について

① 病院機能の再編・・・医療の高度・専門化に対応し医師が中核病院に集まり専門医資格を取れることで一人当たりの負担が軽減される

② 国の財政的支援・・・「地域医療生成基金」から「地域医療介護総合確保基金」に。  
再編に伴う地方交付税措置40%

③ 病院の再編統合のポイント・・・いかに現在働いている医師が残り勤務してくれるか。  
無理な再編統合は医師が大量退職する危険性あり。

- ④ 無理な統合再編の危険性…かえって地域医療を崩壊させるリスクあり。  
周囲病院への影響、巨額な病院建設・改修への危惧もある。
- ⑤ 自治体病院への一方的な負担の押し付け・・・国は自治体病院・公的病院を対象にして積極的に統合・再編を進めようとしているが、反対の起きやすい住民や患者、医療現場の職員の意見をよく聞くこと。

## 2・病院経営形態の変更

- ① 独立行政法人化…メリットは人事採用の弾力化。デメリットは病院と自治体の距離が遠くなり、経営努力が怠ることも。
- ② 地方公営企業全部適応・一部適応…院長が 60 歳代で経営に専念し、副院長が 40 歳代・自治体医大出身で医療に専念。全適にして院長管理者、副院長を院長に。等若手中堅を院長にすることが経営の改善につながることは多く報告。
- ③ 指定管理者・・・質の良い医療法人で。病院マネジメントの限界がある場合。全員解雇による弊害。病院に残る職員が少なく、職種変更希望者が多く、専門職が事務職員に。残りは他市へ流出。医療人材の無駄使いを産んだケースあり。

## 3・国の地域医療構想や地域医療調整会議の問題点

- ① 自治体病院の統合再編は地方自治の問題であること  
・厚労省医政局はこのことを全く理解していない。中央集権で一方的な数字で動くと考えている。地方自治上において政治的な決定をする権限は国にない。最終的には地方議会が審議して決議を行う。
- ② 公的病院の病床規制  
1962 年「公的性格を有する病院の開設等を規制し医療機関の地域的偏在を防止するとともにその計画的整備を図ることを目的とする医療法の一部改正案」の国会可決法律は自治体病院を含む公的病院の規制のみであったために、私的病院が次々と開設し規模を拡大・増加していった。⇒世界的に見ても民間病院の割合が高い国となる。
- ③ 医療費地域差指数の格差  
民間病院の多い都道府県の医療費が高い傾向⇒民主導でやりすぎた  
\*無秩序な民間病院設置のツケを自治体病院が払う必要はない！  
医療費抑制の議論に公的病院の抑制の根拠はない⇒病院数の半数を占める私的病院の医療費削減政策が必要
- ④ 自治体病院を廃止し、一般会計繰り出し相当分を診療報酬等に移すことは医療全体の財源が縮小し、医療崩壊を起こす危険性がある。⇒このことが一般医療関係者は理解できていない。
- ⑤ 医療への地方財源の投入の意義  
地方財源を医療に投入することで、医療政策の補完ができる。自治体病院の廃止は医

療に関する地方財源の縮小につながる。

#### 4・財源論から見た統合再編

##### ① 自治体病院を含む公的病院の再編統合の難しさ

1) 職員の身分の変更を伴うこと⇒医師・看護師の大量退職で、想定した再雇用ができず、地方議会の予想を超えた財政支出が必要になる。

##### 2) 特に指定管理の問題

全員を分限解雇となるため、職員のモチベーションが失われ、退職が相次ぎ新病院に必要な人数（人材ではない・選べない）を確保できない危険性。医療人材の流出。

2017年兵庫県川西病院の例：退職手当に加え、当初4年間賃金差額を市が支払う。しかし、半数が退職か市役所事務職に移動。年4.3億円の人件費コスト増。さらに新規採用者の抑制が起きた。重ねて病院医療が提供できなくなることによる収益減少。医療者人口減少。

##### 3) 地域の歴史や誇りの否定による住民・患者の反対運動

正義（誤った社会保障政策）VS正義（地元の意見を聞かない）の理論構築  
石川県加賀市（加賀市医療センター）の例：3年で地元住民の合意を得ずにやろうとした市長の失職

#### 5・統合再編や病院移転で必用なこと

① 反対の起きやすい住民・患者への情報提供を行うこと

② 反対する住民・患者の意見によく耳を傾けること

③ データを基に議論を行うこと

④ 医療現場の意見をよく聴くこと

しかしあくまで政治決定できるのは、首長と地方議会である。

2019年9月26日再検証要請424病院に対する地方の不満に対し、  
2019年10月4日第1回地域医療確保に関する国と地方の協議開催。

2019年11月12日第2回

2019年12月24日第3回

⇒削減した病床数に応じた補助を全額国で賄うことを厚労省が説明したが、全国知事会は「前進したことは評価できるが、一層の改善を」とし、来年9月までの期限を国が改めて示すことになった。地域医療の確保として公立病院に対する地方財政措置の見直し

1. 不採算地区の中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設

2. 周産期医療・小児医療等に対する特別交付税措置の拡充

## 6. 市町村医療計画の策定の必要性

- ① 都道府県レベルの医療計画は市町村レベルの医療政策、医療介護の連携、医療介護人材の育成までは考えない
- ② 市町村医療計画を策定
- ③ 地域医療の政策、医療介護の連携医療人材の養成の計画化  
⇒高齢者が安心して亡くなっていく、子どもを安心して育てることができない地域は存続できない=地域にとって医療は生命線である

## III：人口減少・地域消滅時代自治体病院—どうすれば医師・看護師の勤務する地域になるか

(1月23日10:00~12:30 休憩なし)

### 1・都市部と地方での違い。

地方では人口の減少による自治体の消滅が相次ぐことが予想される

医師も看護師も足りないが介護士が足りない。調理員が最も足りない。

財源以上にマンパワーが不足。

高齢者が入院することになると、退院できないのでベッドが回らなくなる。

医療は雇用の場になる。

馬鹿な議員・馬鹿な首長を選べば、自治体病院をつぶすのは簡単。

日本の人口減少には歯止めがかかっていない。

第二次世界大戦で負けた国はことごとく人口減少。

外国人は難しい日本人の介護はしたがらなくなる。

介護はロボットで賄いきれない。

〈看護師の働く場を作るには〉

- ① 非正規雇用の若年層の雇用不安が大きい。常勤で安定して安心した雇用を創出すれば働く人は増える。
- ② 安心して子供を作って育てられる環境を作る。
- ③ 女性の就労は非正規中心なので、非正規ならより楽しい大都市に移る。
- ④ 一度都市に出ると地方に戻らない。雇用がないから。

〈医師不足の原因〉

経緯：明治地方が医師不足。戦争でさらに軍医にとられ、医師不足。

官で医師を教育。終戦で医師が戻り、医師が余る。国立病院ができた。また医師不足。

昭和30年以降、私立の医科大学ができて医師が増えた。

1973年無医大県解消構想が閣議決定。

1982年「医師の過剰を招かない」閣議決定。医師が増えない。

しかし、高度医療となり、細分化され、一人の患者にたくさんの医師が関わる医師がたくさん必要になり医師不足。

さらに、インフォームドコンセントで説明責任が必要となり医師の仕事が増えた。  
女性医師の増加があるが、結婚出産などで仕事ができないことに対する措置はない。  
医師の働き方改革で医師にも労働基準が適応されている。

医師2~3人の医局では月13日近く病院に拘束される。これは医師にとって大変。  
一つの科に7~8人いれば楽になる。

高度医療志向は若い医師にとってある。ダビンチ（遠隔治療器）など。

医療の二極化現象。病床の多いところは常勤医師が増える。300床以上。

医師の都市集中が顕著。

提供医療水準・研修機能の充実、生活のしやすさ、子どもの教育が原因。

#### 〈医師不足に対する国の施策〉

2004年新医師研修制度：医師勤務制度の変更を契機とした養成制度が変更された。  
新人医師が、医師としての基本を身に着けるために、研修を受けたい病院を選ぶことができるようになった。医師の大都市集中。地方大学の医局に医師がいなくなり、大学医局に引き上げた。大学ごとにマッチ者に差が出ている。

私立医科大学に頭を下げたりする自治体病院。

2018年新たな新専門医制度：さらに医療崩壊が進む。日本専門医機構の設立。必修の初期研修2年の後、専門医研修3年。を内科・外科の専門医激減し、東京に一極集中。

さらに働き方改革の追い打ち：医師の残業時間の上限規制。

2024年4月から地域医療確保暫定特例水準1860時間。

大学の医師引き上げさらに進む。都道府県により医師不足に差がある。

県立医大がある奈良・和歌山は医師充足ができる。

国立の三重は論文第一主義で実力のある医師が残らない。

大学により医師派遣能力に差ができています。

#### 〈看護師・介護士の不足〉

18歳人口・若者の人口不足＝医療介護人口の不足。

看護師を増やさない人事課で高齢になった看護師が一斉に定年退職して、  
医療が提供できなくなり、再任用で雇うと夜勤ができないので残った看護師に夜勤の負担で若い看護師が退職する。病院閉鎖に。

2040年以降、深刻な医療人材不足に直面することになる。

市町村で医療人材・介護人材を集める計画・人材育成ができていない。

各自治体が地域存続のために、常識を疑っていかないと、時代の変化が速すぎて行政職員の意識がついていけない。

地方分権への疑問。

真っ先に削っているのが、福祉部門。これで地域が存続できるか？

病院管理部門＝訓練された無能力・人材育成・人的ネットワークを重要視しない。

そもそも現場に行かない。勉強しない。



業務委託は消費税が上がり、成り立たない。良い人材は委託では働かない。  
給食など直営にしないと、食材などに何が使われているか関与しない。  
人を使い捨てにする時代は終わっている。若い人がいないのだから。

⇒人材管理が大変重要。

人口減少はかつてないスピードで進んでいる。

合計出生率2.07を維持することが大切。東京ももうすぐ下回る  
医療と福祉が雇用を生み出すことは地方も大都市も同じ。

## 8. 所感

財政を根拠にした自治体病院の経営と医療・介護の人材育成の重要性＝  
市町村レベルでの医療介護計画の策定が重要であることが十分理解できた。  
翻って、現在議論されている松阪市での地域医療構想を踏まえた市民病院の在り方  
を検討することは大変有意義と考えるが、松阪市の医療現状を医療圏域だけで  
数合わせをしている病床数の打ち出しなど、松阪以南から流入されている患者数を  
無視した現場からの利用数が出されていない数字に基づいた議論がなされている。  
地域医療構想そのものが、全国知事会から訂正を求められている現状を考えると、  
これまでも松阪の行政において過剰な数字で成功するような結論を出した業者からの  
提案は信頼に値するであろうか。

現在医療を受ける患者は、命の選択をするような治療を決定する場合、「お医者様の  
言う通り」などと受け身的なことはなくなっている。

自分の命を守るために、セカンドオピニオンに相談することはスタンダードスタイル  
である。命の生命線である地域医療を守るために確かなエビデンスに基づいた説明の  
あるセカンドオピニオンを打ち立てるべきであり、地域住民との十分な議論と理解が  
必要であると考えます。