

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会（第5回）

平成20年10月28日（火）
午後1時30分～3時30分
総務省11階会議室

次 第

1 開会

2 議題

(1) 検討会報告へ向けた論点整理（各論的部分）

(2) その他

3 閉会

資料

- 公立病院に関する今後の財政措置のあり方について
（各論的部分に関する論点整理メモ） …… 資料1
- 公立病院に関する財政措置について（参考資料）…資料2
- 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…資料3

公立病院に関する今後の財政措置のあり方について(各論部分に関する論点整理メモ)

財政措置のあり方(論点整理(案))	地方公共団体からの主な意見等(検討会における議論を含む。)
<p data-bbox="351 1568 391 2054">Ⅲ 具体的財政措置に関する提言</p> <p data-bbox="414 1523 454 2054">1 過疎地等に関する財政措置の充実</p> <p data-bbox="478 1456 518 2054">(1)「不採算地区病院」の運営費に係る措置</p> <div data-bbox="558 1052 909 2054" style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p data-bbox="566 1478 606 2054">【現状】現行「不採算地区病院」の要件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="614 1052 718 2054">○ 病床数100床未満(感染症病床を除く)、又は、1日平均入院患者数が100人未満であり、1日平均外来患者数が200人未満である一般病院。 <li data-bbox="742 1052 877 2054">○ 当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの又は所在市町村の面積が300k㎡以上で他の一般病院の数が1に限られるもの。(市町村合併が行われた場合、一定の経過措置) </div> <p data-bbox="949 1052 1029 2054">【論点1】 不採算地区病院の要件見直しに当たり、規模要件のあり方等についてどう考えるか。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1077 1052 1189 2054">① 大規模病院については、立地場所にかかわらず一般に一定の採算性確保が期待されることから、何らかの規模要件を設ける方向でよいか。 ※ 参考資料 P3～P4 参照 <li data-bbox="1204 1052 1284 2054">② 現行の病床規模及び外来患者数の要件について、緩和の方向での見直しが必要か否か。 <li data-bbox="1300 1052 1444 2054">③ 現行措置額の算定は、(単価)×(病床数)で行われる結果、病床規模要件からわずかに外れる病床数の診療所及び病院との間で財政措置が極めて非連続的になっている点について、どう考えるか。 	<p data-bbox="1204 44 1284 1008">○ 1日平均入院患者数(100人)、外来患者数(200人)についての規定の撤廃、または緩和して欲しい。</p>

財政措置のあり方(論点整理(案))

【論点2】 市町村合併の進展に伴い、不採算地区病院の地域要件を見直す際、「市町村内唯一の病院である」という要件にかわるものとしては、どのようなものが考えられるか。

- ① 近隣の一般病院までの移動距離(時間)に着目してはどうか。その場合、例えば自動車等でおおむね30分以上の移動時間を要する距離といった目安で検討してみてもどうか。
- ② 過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法、離島振興法等の特定地域振興立法の地域指定状況に着目するか。
- ③ 国勢調査において都市的形態を有する地域とされる「人口集中地区」以外に所在することに着目するか。
- ④ その他、現行要件にかわるものとしてどのような要件が考えられるか。

【論点3】 不採算地区病院に係る財政措置の水準(病床当たり単価等)についても、地方公共団体の実態を踏まえつつ、全体として充実に方向で検討すべきということでしょうか。

(2) 過疎地等における施設整備費に係る財政措置

【現状】 平成20年度 一般会計負担に係る繰出基準(抄)

病院の建設改良費及び企業償元利償還金のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができるものと認められるものに相当する額(建設改良費及び企業償元利償還金等の2分の1を基準とする。)とする。

【論点1】 建設改良費に係る一般会計からの繰出基準は、現在、全国一律とされているが、病院の立地地域や病床規模に応じて差を設けることについてどう考えるか。※ 参考資料 P5 参照

【論点2】 過疎地域自立促進特別措置法に基づく過疎対策事業債の償還年限は、現在12年が上限とされているが、病院事業債における取扱いと均等を踏まえて、延長の方向で検討することが望ましいのではないか。

地方公共団体からの主な意見等(検討会における議論を含む。)

- 近隣病院への距離、時間等について考慮して欲しい。
- 市町村行政区域要件の緩和もしくは市町村という行政区域ではなく、実質的な生活圏で要件を考えてほしい。
- 過疎地域に立地する不採算地区病院以外の公立病院に対しても不採算地区病院と同様に交付税措置を講じてほしい。
- 病床数や患者数を要件とするのではなく、他の一般病院との距離(地理的条件)や診療科目、他の自治体からの患者受入数を要件とすべき。
- 不採算地区病院への1床当たり単価を現行の3倍に増額してほしい。

○ 不採算地区病院の改築に当たっては、一般会計からの繰出しを1/2から2/3に引き上げるとともに、普通交付税措置率を引き上げてほしい。

2 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

(1) 産科、小児科

【論点】 特に医師不足が深刻な産科・小児科において、必要な医療提供体制を確保するためには、財政措置の充実が必要ではないか。

① このため、地方公共団体の一般会計からの繰出実績を踏まえ、周産期医療及び小児医療に関する交付税措置額の水準について充実を図るよう検討すべきではないか。

【参考】 平成19年度 決算額

周産期医療

一般会計繰出金額	87億円
特別交付税措置額	38億円

小児医療

一般会計繰出金額	169億円
特別交付税措置額	69億円

② このほか、医師の person 費に関する財政措置について、平成21年度からの新たな国庫補助制度や、国家公務員である医師について講じられる措置の動向等を踏まえ、充実を検討すべきではないか。

※ 参考資料 P6 参照

③ その他、産科、小児科に係る財政措置の充実に関し、具体的にどのような手法が考えられるか。

○ 周産期センターの施設整備費に対する補助制度、運営費に対する特別交付税措置の充実をお願いしたい。

○ 産科、小児科に関しては、近年、医師の確保が困難な分野である。公立病院は、採算性が低く、民間医療機関による実施が困難な医療分野を担うことが期待されていることから、当該分野について重点的に財政措置を講じていただきたい。

(2) 救急医療

【論点】 救急の搬送件数が増加し、これに対応する体制整備が迫られる中で、救急医療に係る一般会計負担も増加していることから、財政措置の充実が必要ではないか。

- ① このため、地方公共団体の一般会計からの繰出実績を踏まえ、救急医療に関する交付税措置額の水準について充実に図るよう検討すべきではないか。

【参考】 平成19年度 決算額

一般会計繰出金額	849億円
特別交付税措置額	244億円

- ② このほか、平成21年度からの新たな国庫補助制度や、国家公務員である医師の給与について講じられる措置の動向等を踏まえ、財政措置の充実を検討すべきではないか。

※ 参考資料 P6 参照

- ③ その他、救急医療に係る財政措置の充実に関し、具体的にどのような手法が考えられるか。

3 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

- (1) 公立病院と同等の医療機能を担う公的病院等に対する助成に関する財政措置

【論点】 公立病院の公設民営化、民間譲渡等が進展する中で、公立病院と同等の医療機能を担う公的病院や民間医療機関に対する地方公共団体からの助成についてどう考えるか。

- 救急医療に対する財政措置については、現行制度の2倍の増額を要望する。

- 救急告示病院の1病院あたりの交付税措置額について、実際の医師等の待機及び空床確保等に必要経費との乖離が大きいので拡大してほしい。

- 救急医療の財政措置の算定に救急患者の受入数を評価してほしい。

- 公立病院には低所得者や不法滞在外国人等医療費の支払能力がない救急患者を受けざるを得ず、多額の未収金が生じていることから、救急医療体制の維持のためにこれらに対する財政措置をお願いしたい。

- 不採算医療についても診療報酬で賄え、民間病院で提供できるような医療制度を目指すべきだが、経過的(あるいは代替的)な措置として、国からの補助を公立病院にのみ与える仕組みとせず、一定の基準を満たす民間医療法人(例えば社会医療法人)などにも与えられる仕組みとすることが望ましい。

財政措置のあり方(論点整理(案))

地方公共団体からの主な意見等(検討会における議論を含む。)

【現状】

- ① 指定管理者制度導入(公設民営化)、地方独立行政法人化の
場合は、公立病院と同等の財政措置。民間譲渡後の民間病院
は財政措置の対象外。
- ② 日赤等の公的病院については、いわゆる「不採算地区病院」
(過疎地の100床未満病院等)の運営費助成に限り、公立病院に
準じる財政措置。(平成20年度から)
- ① 自ら公立病院を設置していない市町村が、市町村立病院の開
設にかえて公的病院等に対する助成により必要な医療機能を
確保していると評価される場合には、一定の要件を設けて地方
財政措置の対象とすることを検討してはどうか。
- ② その場合、公的病院等の設置主体の要件についてどう考える
か。
 - i 医療法第31条に定める「公的医療機関」の範囲(日赤、済生
会、厚生連等)を基準(上記現行措置)とするか。
※ 参考資料 P8 参照
 - ii いわゆる公益法人(財団法人、社団法人、社会福祉法人、学
校法人等)の範囲までの拡大を検討するか。
 - iii 一般の医療法人まで範囲を拡大することを検討するか。
 - iv その他、適切な線引きの手法は考えられないか。
- ③ また、対象とする財政措置の範囲についてどう考えるか。
 - i 「不採算地区病院」に関する措置(上記現行措置)にとどめる
か。
 - ii 例えば、救急、小児、周産期など特別交付税措置の対象とし
ている機能について拡大することを検討するか。
 - iii さらに普通交付税上の措置など地方財政措置全般への拡大
まで検討するか。
 - iv その他、適切な線引きの手法は考えられないか。

- 民間譲渡後、他の民間病院との公平性から基本的には財政措置は
必要ではないと考えるが、不採算医療を担う等公益性があれば措置
の対象とすることも検討できるのではないか。
- 民間病院に対して救急医療等の不採算医療に対して市町村が助成
している場合、その助成に対しても地方交付税措置を講じるべきでは
ないか。
- 民間譲渡後の病院に対する地方公共団体からの助成は安易に行な
うべきではない。公的医療と民間医療の適切な役割分担が崩れる。

財政措置のあり方(論点整理(案))

地方公共団体からの主な意見等(検討会における議論を含む。)

(2) 有床診療所への財政措置

【論点】 不採算地区病院や救急告示病院と同等の機能を有する有床診療所に対して、財政措置を充実する必要があるのではないか。

- ① 本年度から、公立病院が改革プランを策定し診療所化した場合に、引き続き特別交付税措置を行うこととしているが、ガイドライン策定時に既に診療所であった場合についてはどうか。
- ② 日赤、済生会、厚生連等の公的医療機関設置法人等が設置する有床診療所についても、財政措置の対象に加えることについて検討すべきではないか。

【参考】 公立病院改革ガイドライン(抄)

① 病院から診療所に移行した後の財政措置の継続
公立病院が診療所に移行し、引き続き救急告示を受けられる場合及び過疎地等の「不採算地区病院」の地域要件を満たす場合には、病院に準じ、これらに係る特別交付税措置を適用する。

4 公立病院改革推進に係る措置

- (1) 病院建物に係る財政措置における建築単価の上限設定

【論点1】 地方交付税措置における建築単価に上限を設定する場合、具体的にどのような水準を上限とすることが考えられるか。

- 公立病院を診療所へ移行したが、公営企業会計として運営されていないことからガイドラインに基づく財政支援措置が受けられない。非公営企業会計の診療所についても対象としてほしい。
- 過疎地(不採算地区)における有床診療所に対して、地域医療確保の観点から不採算地区病院と同様に病床数に応じて特別交付税措置を行うことが必要と考える。
- 診療所であっても救急告示診療所の場合、自治体病院同様に財政措置を検討願いたい。
- 厚生連等の公的医療機関が運営する診療所に対しても公立診療所同様に財政措置を講じてほしい。

- 建築単価の上限設定は過剰な投資を制するためにも必要と考える。しかし、単に民間病院に準拠した上限の基準設定ではなく、病院機能や建設コストの動向を適正に反映した基準が必要と考える。

- 自治体病院の建築単価は民間病院に比べ高いため、民間病院の水準に合わせるべき。

- 【参考】 独立行政法人福祉医療機構融資単価(平成20年度)
 北海道 耐火5階以上 226,500円
 北海道以外 耐火5階以上 219,600円
- 国立病院機構における指針 25万円～30万円
 (「病院建築標準仕様指針」平成17年3月)
- 公立病院実績単価(自治体病院施設センター調べ)
 (平成10年度～21年度の工事費公表分を対象)
 全平均 343千円
 300床未満 330千円
 300床以上 363千円

【論点2】 最近における建築物価の上昇、離島地域における割高要因など、地方公共団体側からの消極・慎重意見についてどう考えるか。

(2) 財政措置に係る「病床数」への病床利用率の反映

- 【論点1】 病床利用率を反映させた場合、どのようなメリット・デメリットがあるのか。
- 【論点2】 病床利用率を反映させる場合、具体的にどのような手法で行うか。
 すべての病院について「許可病床数」を「一日平均入院患者数」に置き換える方向で検討するか、病床利用率が一定の範囲を外れる病院についてのみ病床数を調整する方向で検討するか。

- かつては豪華な建物も見られたが、現状の公立病院の置かれた状況を考慮すれば、今後の改築計画において地方公共団体は節度ある対応をとると思われる。したがって、上限を設ける必要はないと考える。
- 病院建物における建築単価の上限設定については、各病院の状況により建築単価の決定要因に違いがあり、一律に上限値を定めることは非常に困難である。

- 病床利用率を反映させることについては賛成である。適正な病床数の確保のため、単年度のみの利用率ではなく複数年の平均利用率とすべきと考える。
- 普通交付税措置の病床割に病床利用率を反映することについて、病床が過剰で低いのか、過疎地なのか、理由をどう理解するかによって財政措置のあり方の議論に影響してくる。

財政措置のあり方(論点整理(案))

地方公共団体からの主な意見等(検討会における議論を含む。)

【論点3】 病床利用率を反映させる場合、一般に病床利用率が低い傾向にある過疎地の病院に対する財政措置額が減少することについてどう考えるか。

別途、過疎地の病院に対する財政措置の充実等の対応策を検討する必要があるのではないか。

【参考】 平成19年度 病床利用率 75.5%
不採算地区病院 70.0%
不採算地区病院以外 76.2%

【論点4】 病床利用率を反映させる場合、医師不足等により一時的に急激に病床利用率が低下している病院に対する財政措置額が急減することについてどう考えるか。

(3) 再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置

【論点】 再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る財政負担について「公立病院改革ガイドライン」において講じられた措置に加えて、更なる手当てを求めざる意見についてどう考えるか。

具体的にどのような財政負担について、更なる措置を検討する必要があるか。

※ 参考資料 P9 参照

○ 普通交付税の算定に際して病床利用率を反映させる点については、地方交付税の総額削減ではなく、公平な分配であれば賛成。ただし、都市部と過疎地は実態が違ふことを踏まえ病床利用率を反映してもらいたい。

● 必要な医師を確保できず、患者の受入ができないことにより、病床利用率が低くなることも考えられるため、病床利用率を交付税措置に反映させることは反対。

○ 近年の医師不足により一時的に病床利用率が低下している病院も多いいため、一定期間を考慮した上で導入をすることを検討してほしい。

○ 公立病院の再編を進めるため、それぞれの病院が抱えている不良債務を実質的に棚上げできるような財政措置や、合併特例債の活用も含め、新病院整備の財源を拠出できるような財政措置について検討していただきたい。

○ 再編・ネットワーク化に伴わない医療機能の見直しによる病院事業の閉鎖による取り壊し経費についても一時的に多額の負担を生じるため財政措置が必要である。

○ 単独病院の経営形態見直しや廃院のケースでの一般会計出資償や一般会計での退職手当償の発行を検討されたい。

5 その他

【論点】 特別交付税措置における都道府県分と市町村分の単価の違いについて、どのように考えるか。

【参考】(例)

	都道府県分 単価(千円)	市町村分 単価(千円)
不採算地区病院	279	680
救急告示病院(Aランク)	15,300	44,200
小児医療病床	384	958

○ 不採算地区病院の特別交付税単価には都道府県と市町村で差が設けられているが、市町村に代わって過疎地における医療提供という点では変わらないため、都道府県単価を市町村なりに引き上げてほしい。

○ 特別交付税措置がされている救急医療、小児医療などについては、都道府県単価が市町村より低くなっているもので引き上げてほしい。

公立病院に関する財政措置について（参考資料）

- 病院事業等に係る地方交付税措置……………1
- 病院事業における繰出金の区分と地方財政措置について……………2
- 修正医業収支比率の状況……………3
- 1床あたり収支差額……………4
- 病院事業債に係る普通交付税措置について……………5
- 医師の人件費に係る措置の充実等について……………6
- 医療法に規定する「公的医療機関」について……………8
- 再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置……………9

病院事業等に係る地方交付税措置（主なもの）

（市町村分・平成19年度）

【普通交付税】

- ・ 病床 1 床当たり 495 千円×病床数
 - ・ 建設改良費に係る元利償還金×1/2×0.45
- （参考）診療所 1 カ所当たり 7,100 千円

【特別交付税】

- ・ 病床数に下表の額を乗じて得た額

病院（床）区分	1 床当たり金額
不採算地区病院（過疎地域等）	680 千円
リハビリテーション専門病院	445 千円
精神病床	445 千円
結核病床	445 千円
周産期医療病床	2,438 千円
小児医療病床	958 千円

- ・ 救急救命センター1 床当たり 2,384 千円×病床数
（ただし、上限 66,400 千円）

- ・ 救急告示病院

区 分	1 病院当たり金額
Aランク	44,200 千円
Bランク	25,300 千円
B' ランク	20,900 千円
Cランク	17,300 千円
小児救急医療提供病院	5,460 千円

- ・ へき地医療

①巡回診療車、患者輸送車等を備えて行う巡回診療経費

②へき地診療所の応援・代診医師の派遣要請経費

等

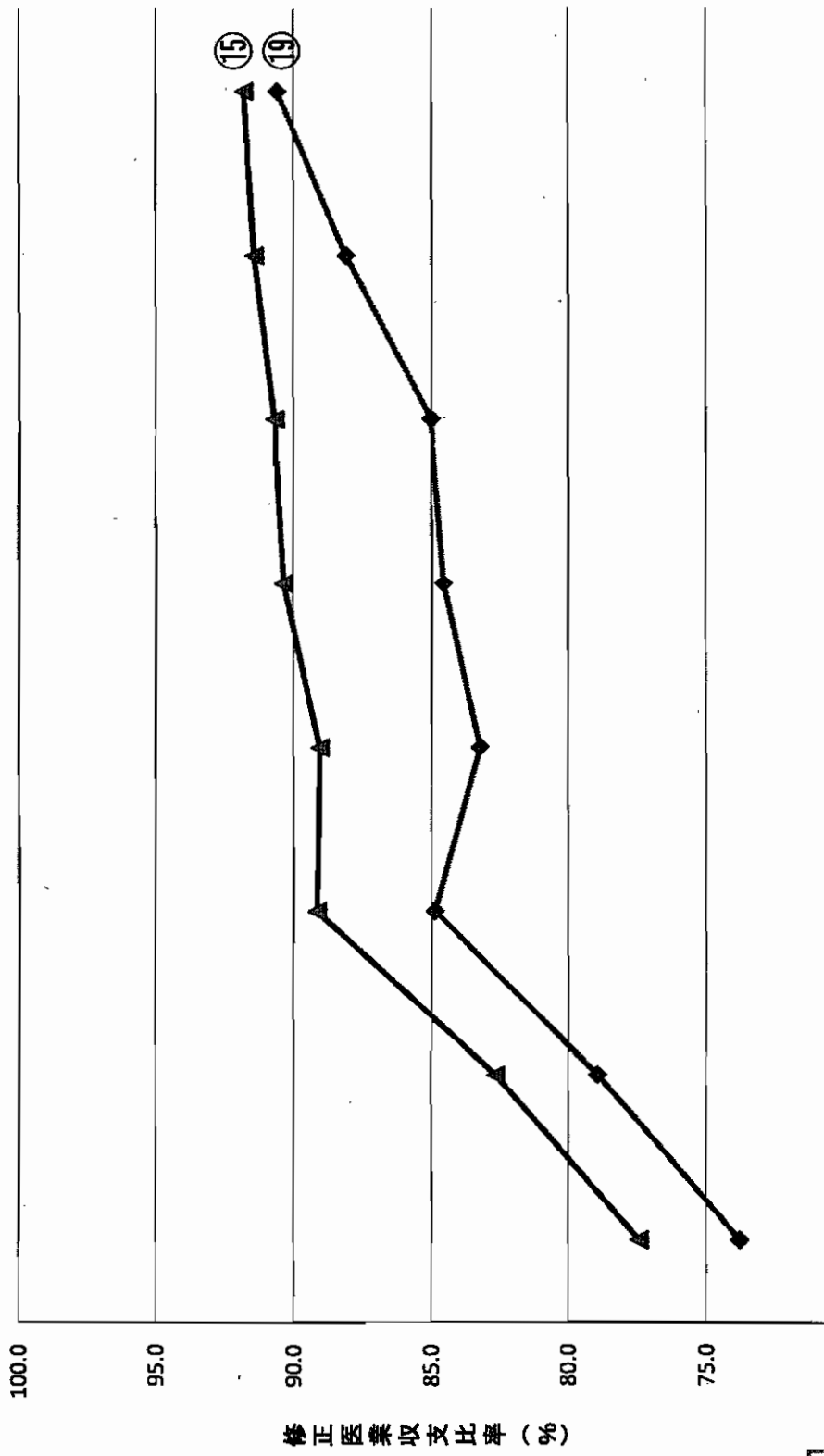
病院事業における繰出金の区分と地方財政措置について

繰出の根拠	繰出項目例	経理の区分及び項目(標準例)	⑳地財計画 計上額	地方交付税	
				普通	特別
法第17条の2 第1項第1号 (経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費)	救急医療	医業収益 他会計負担金	791		○
	保健衛生行政事務		173	○	
	看護師養成所		38	△	
法第17条の2 第1項第2号 (経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)	へき地医療	損益	116		○
	不採算地区病院		361		○
	結核病院		101		○
	精神科病院		414		○
	リハビリテーション医療		176	○	○
	周産期部門運営費		64		○
	小児医療		179		○
	附属診療所		50	△	
	高度医療機器等		524	○	
	支払利息分		706	◎○	
	元金償還分		1,650	◎○	
	建設改良費	323	○		
法第17条の3 (災害の復旧その他特別の理由より必要な場合、補助することができる)	研究研修費・経営研修費	損益	138	○	
	児童手当		* (72)		○
	院内保育所		19		○
	共済追加費用負担経費		166		○
	自治体病院再編等経費		83		○
	第五次健全化 (不良債務(資金不足)解消のための繰出し)	特別利益 他会計繰入金	6		○
計			6,078	億円	

注1 ※印の児童手当については地方公営企業全体の計上であり6,078億円には含まず。

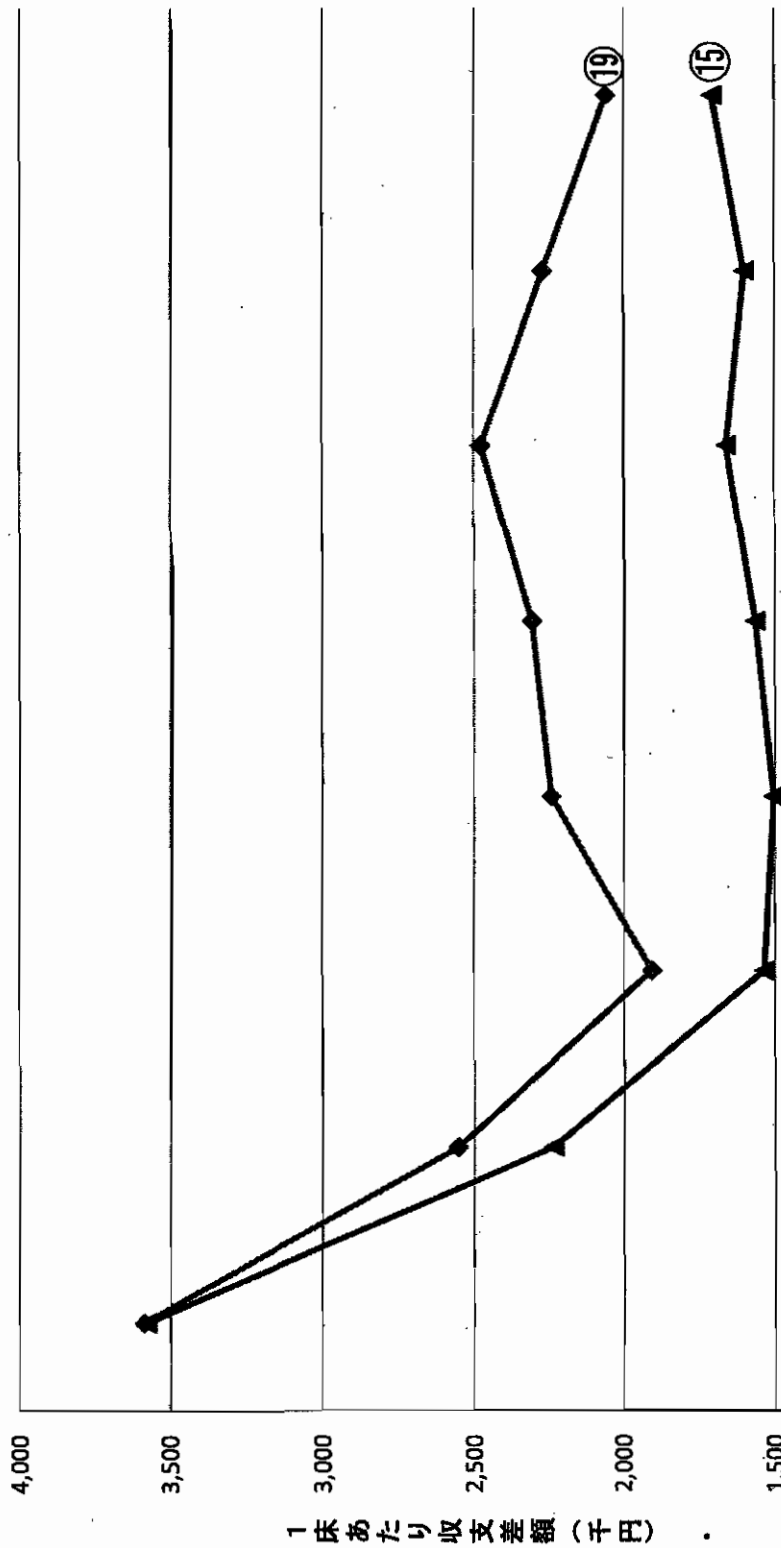
注2 普通交付税の◎は事業費に応じた算定、○は各病院の病床数に応じた算定、△は看護師養成所実生徒数・診療所数に応じた算定

修正医業収支比率の状況(繰入前ベース・専門病院等除く)



許可病床数(感染症病床除く)	修正医業収支比率 (%)										全国平均
	~50	50~100	100~150	150~200	200~300	300~400	400~500	500~			
◆ ⑮修正医業収支比率	73.8	78.9	84.9	83.2	84.5	85.0	88.1	90.6			83.2
■ ⑲修正医業収支比率	77.4	82.6	89.1	89.0	90.4	90.7	91.4	91.8			87.4
⑲病院数	71	189	97	105	85	118	68	88			821
⑮病院数	86	203	115	102	114	122	68	100			910

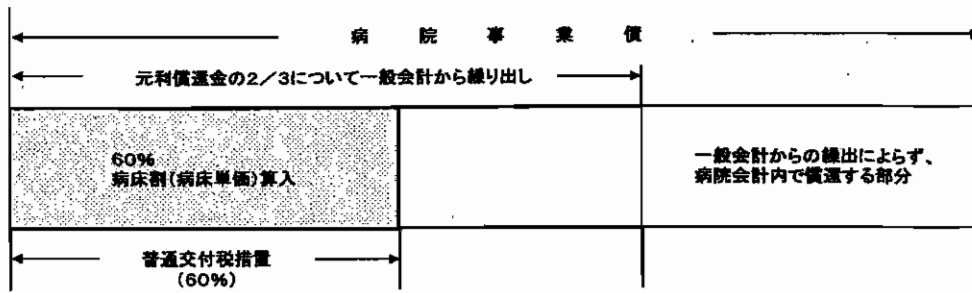
1床あたり収支差額(繰入前ベース・専門病院等除く)



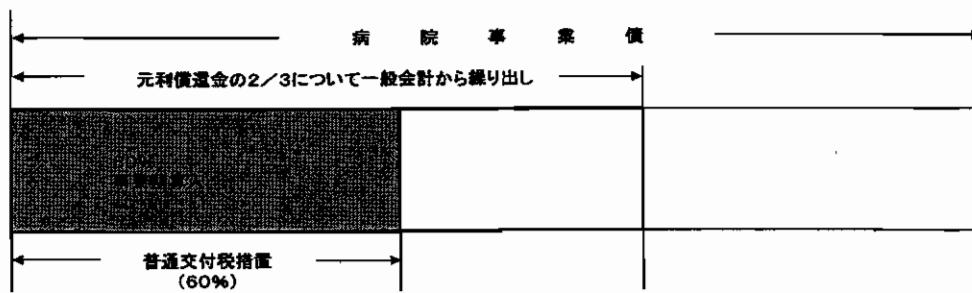
許可病床数(感染症病床除く)	~50	50~100	100~150	150~200	200~300	300~400	400~500	500~	全国平均
⑰ 1床あたり収支差額	3,587	2,553	1,907	2,242	2,306	2,477	2,270	2,060	2,414
⑮ 1床あたり収支差額	3,579	2,236	1,537	1,505	1,566	1,660	1,601	1,708	1,926
⑰ 病院数	71	189	97	105	85	118	68	88	821
⑮ 病院数	86	203	115	102	114	122	68	100	910

病院事業債に係る普通交付税措置について

- ～平成2(3)年度 ※ 県分は～平成3年度



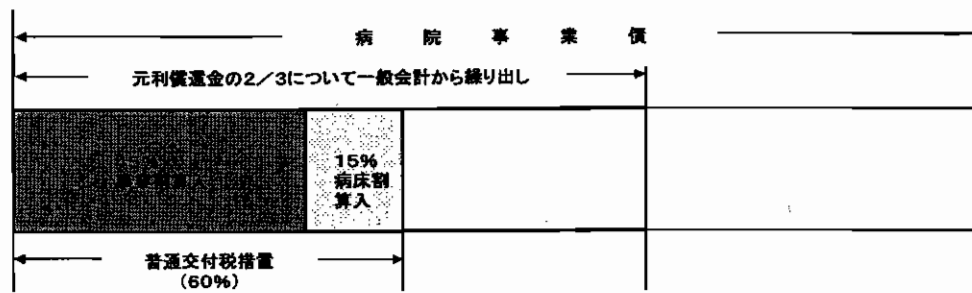
- 平成3(4)年度～13年度 ※ 県分は平成4年度～



※平成13年度以前に基本設計等に着手した事業に係る平成14年度以降の許可債についてもこの類型。

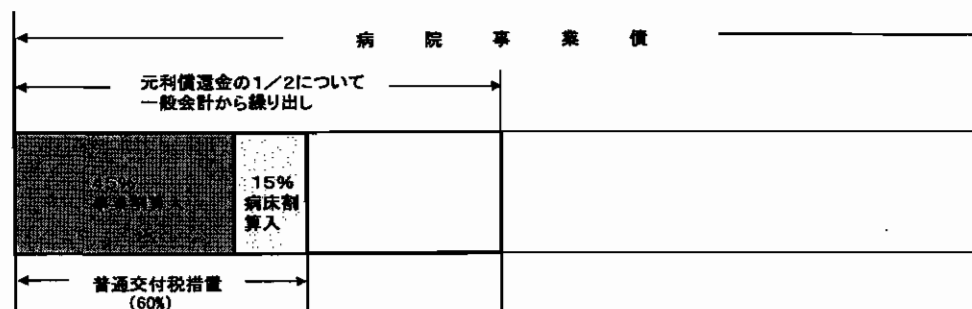
- 平成5年度～
病院建物の建築費に係る標準面積・標準単価による制限を廃止し、事業費全額を起債の対象化

- 平成14年度



※平成14年度に基本設計等に着手した事業に係る平成15年度以降の許可債についてもこの類型。(H13着手は上の類型)

- 平成15年度～



※平成15年度債から理論償還方式で普通交付税算定。

医師の person 費に係る財政措置の充実等について

厚生労働省（医政局）21年度予算概算要求（抜粋）

- (1) 救急・産科・へき地医療を担う勤務医等への支援 9,637百万円
- ① 救急医療を担う医師の支援（新規） 4,090百万円
救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う。
- ② 産科医療を担う医師の支援（新規） 3,677百万円
地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援を行う。
- ③ へき地医療を担う医師の支援（新規） 136百万円
へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援を行う。
- ④ 医師確保困難地域へ派遣される医師の支援（新規） 1,734百万円
地域の医療機関の協力により医師確保困難地域へ派遣される医師の手当への財政的支援を行う。
- (2) 救急医療の改善策の推進 23,067百万円
- ① 救急医療を担う医師の支援（再掲） 4,090百万円
救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う。
- ② 救急医療の充実 8,513百万円
夜間・休日に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営を支援するとともに、入院治療が必要な救急患者を受け入れる医療機関（第二次救急医療機関）に対して、救急患者の受入れ実績等を踏まえた支援などを行う。また、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター（第三次救急医療機関）の整備を推進する。
- ③ 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援（新規） 3,829百万円
平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を振り分ける体制を整備する。
- ④ 救急医療機関での受入を確実なものとする支援策の実施（新規） 1,100百万円
夜間・休日における第二次救急医療機関を地域の診療所医師に応援してもらうために、診療所医師の手当への財政的支援を行う。

第2 職員の給与

2 民間給与との較差に基づく給与改定

(3) 本年の給与の改定

イ 改定すべき事項

(医師の給与)

医院に勤務する医師の確保が社会的な問題となっている。公務においても民間においても、勤務医を確保するためには、勤務条件や勤務環境を改善し、勤務に魅力を与えるなどの措置がとられているが、とりわけ適切な給与水準の確保が必要となる。国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所等の国の医療施設においても、勤務医の確保は重要な課題となっている。これらに勤務する医師の年間給与をみると、別表第6（省略）に示すとおり、民間病院や独立行政法人国立病院機構に勤務する医師の給与を大きく下回っており、その状況は看過できないものとなっている。そこで、平成16年3月まで同じ国立病院であった独立行政法人国立病院機構の医師の給与と均衡するよう年間給与を平均で約11%引き上げることが適当と認められる。

具体的には、若手から中堅の医師の人材確保を図るため、初任給調整手当について、最高支給限度額を10万4千円引き上げるとともに、国立高度専門医療センターに勤務する者については、現在適用されている初任給調整手当の「職員の区分」を1段階高い区分に引き上げることとする。

以上の措置は、平成21年4月1日から実施することとする。

医療法に規定する「公的医療機関」について

○医療法（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）（抄）

第三十一条 公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、第三十条の十二第一項の規定により都道府県が定めた施策の実施に協力しなければならない。

※厚生労働大臣が定める者とは下記のとおりとされている。（医療法第三十一条に規定する公的医療機関の開設者（昭和二十六年八月二十二日）（厚生省告示第百六十七号）

- ・ 一部事務組合等地方公共団体の組合
- ・ 国民健康保険団体連合会
- ・ 普通国民健康保険組合
- ・ 日本赤十字社
- ・ 社会福祉法人恩賜財団済生会
- ・ 厚生農業協同組合連合会
- ・ 社会福祉法人北海道社会事業協会

第三十四条 厚生労働大臣は、医療の普及を図るため特に必要があると認めるときは、第三十一条に規定する者に対し、公的医療機関の設置を命ずることができる。

2 前項の場合においては、国庫は、予算の定める範囲内において、その設置に要する費用の一部を補助する。

第三十五条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、公的医療機関の開設者又は管理者に対して、次の事項を命ずることができる。

一 当該病院又は診療所の医療業務に差し支えない限り、その建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該公的医療機関に勤務しない医師又は歯科医師の診療又は研究のために利用させること。

二 医師法第十一条第二号若しくは歯科医師法第十一条第二号の規定による実地修練又は医師法第十六条の二第一項若しくは歯科医師法第十六条の二第一項の規定による臨床研修を行わせるのに必要な条件を整備すること。

三 当該公的医療機関の所在地の都道府県の医療計画に定められた救急医療等確保事業に係る医療の確保に関し必要な措置を講ずること。

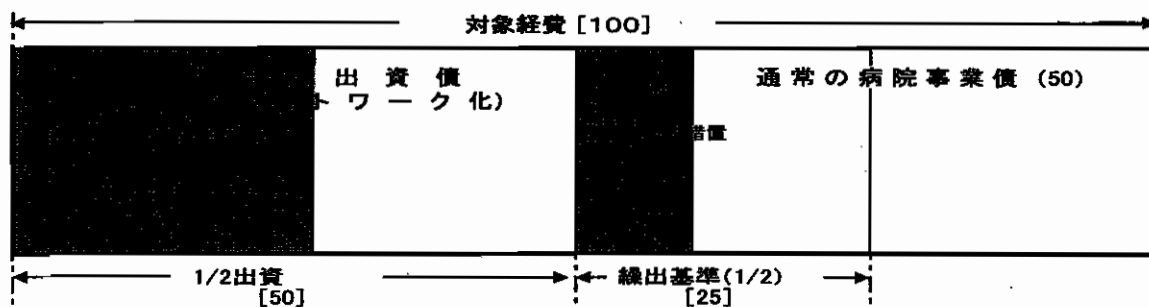
2 前項各号に掲げる事項の外、厚生労働大臣又は都道府県知事は、公的医療機関の開設者に対して、その運営に関して必要な指示をすることができる。

再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置

(平成19年12月24日総務省自治財政局長通知「公立病院改革ガイドライン」より)

(1)再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費

公立病院等(公的病院を含む。)の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費の一部について一般会計からの出資を行う場合、病院事業債(一般会計出資債)を措置するとともに、その元利償還金の一部を普通交付税により措置する。



(2)再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

①不良債務(資金不足)解消に係る措置

1) 公立病院特例債の創設

平成20年度に限り、平成15年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」を発行できるとし、不良債務の計画的な解消を支援する。

2) 一般会計出資債の措置

再編・ネットワーク化に伴う新たな経営主体の設立等の際し、病院の経営基盤を強化し健全な経営を確保するために行う出資(継承する不良債務の額を限度とする。)について、病院事業債(一般会計出資債)を措置する。

②施設の除却等経費

医療提供体制の見直しに伴い不要となる病院等の施設の除却等に要する経費に対する一般会計からの繰出金の一部を特別交付税により措置する。

③既往地方債の繰上償還費

病院施設の譲渡又は他用途への転用に際し、既往地方債の繰上償還措置が必要な場合、借換債を措置する。また、繰上償還が猶予された残債相当部分については、従来の普通交付税措置を継続する。

④退職手当の支給に要する経費

指定管理者制度の導入等の際し必要となる退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて退職手当債による措置の対象とする。

⑤病床削減時の既存交付税措置の5年間継続

医療提供体制の見直しにより病床の削減が行われた場合、削減後5年間は削減病床数を有するものとして、普通交付税措置を講じる。

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、横田順一朗委員、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ならない。
- ・ 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。最近では女性医学生、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を考える。

- ・ 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と。
- ・ 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言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。現在のようないわゆる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することで、都道府県病院内の医療従事者の口

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、そう言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議論をしてい

ただが必要があると思う。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。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、きっちり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。深夜であってもきちんとした質の高い医療を提供できるためには、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いけない。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えていくべき。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の考えも出てくる。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だろうが、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てはいない。しっかりと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ら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めて、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戻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