

令和 4年 8月 25日

石巻市議会議長 安倍 太郎 殿

会派名 日 高 見 会  
代表者氏名 星 雅 俊

## 研究研修会等参加報告書

研究研修会参加の結果について、次のとおり報告します。

### 記

- 1 研究研修会名  
(テーマ) 地方議員研究会「病院経営等」
  - ①「新型コロナウイルスと自治体病院」
  - ②「新ガイドラインを踏まえた医師・看護師獲得戦略」
  - ③「効率病院経営強化プランと自治体病院経営」
  - ④「あなたの地域の自治体病院の経営を診断する2022版」講師 : 城西大学経営学部 教授 伊関友伸
- 2 場 所 リファレンス新有楽町ビル2F  
(コロナ感染症の影響のためオンラインにて自宅)
- 3 期 間 令和4年 8月17・18日
- 4 参加者氏名 星 雅俊
- 5 参加費用 60,000円
- 6 参加目的  
人口減少、少子高齢化が進む中で、今後の「自治体病院の在り方と地域まちづくりとの関係」を研究するため。

と き 8月17日(1日目)①

テーマ 「新型コロナウイルスと自治体病院」

講師 : 城西大学経営学部

教授 伊関友伸

○政府の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病床の確保策

病床確保は、国・等道府県の指示で一斉に動くわけではなく、あくまで、医療機関の協力を受けて病床確保を行う方法しかない。

- ・ 関与権限：新型インフルエンザ等対策特別措置法第24条第1項  
都道府県対策本部長による総合調整権限に基づく要請
- ・ 同上第9項：都道府県対策本部長による協力要請権限に基づく指示
- ・ 感染症法第16条の2  
厚生労働大臣及び都道府県知事による必要な協力の要請、  
正当な理由がなく当該協力の求めに応じなかったときの勧告  
正当な理由がなくその勧告に従わなかったときの公表  
(勧告・公表, 法改正により2021. 2. 13より施行)

(新型コロナウイルスに全国の医療機関はどのように対応したか)

○新型コロナの問題は自治体病院の問題

明治時代の感染症隔離機関であった歴史的経緯や感染症対策が行政の責務であることから感染症病床は自治体病院が多くを担っている。

2019年4月

第1種感染症指定医療機関 103床の内 自治体病院 60%

第2種指定医療機関感染症病床 1758床の内 自治体病院 68%

○一般病院のコロナ患者受入

2020. 1. 28 (閣議決定) 新型コロナ感染症法に基づく指定

2. 4 ダイヤモンド・プリンセス号陽性者10人

2. 29 全国で5000床の確保方針を総理表明

○重点・協力機関への補助制度

2020. 3. 19 厚労省通知、重点医療機関の設置を求める

4. 30 空床確保の補助制度を予算措置(第1次補正予算)

6. 12 重点医療機関の補助制度が予算化(第2次補正予算)

○自治体病院はどのような形でコロナ感染症の患者を受け入れたか

2020. 2. 25 大臣書簡 入院慰労の提供体制の整備に関する書簡

総務省は、感染症対策における自治体病院の役割を理解し期待している。



実際自治体病院は新型コロナに積極的に対抗

(対応データ)

- ・コロナ患者受入可能医療機関 1 8 9 8 の内 公立は 5 1 2 病院 (2 7 %)
- ・コロナ患者数 1 1 4 4 6 人の内 効率は、3 6 6 8 人 (3 2 %)
- ・人口呼吸器当使用新型コロナ入院患者 5 6 4 人の内 効率 3 1 5 人 (5 6 %)

(コロナ感染症の蔓延の問題)

○感染症病床の不足

- ・感染症指定医療機関の秒用数が絶対的に不足  
2 0 1 9 . 4 月 埼玉県 (7 3 3 万人) の実際  
病床 第 1 種 4 床、第 2 種 6 6 床

- ・感染症病床の偏在 (埼玉県)

川口市 (人口 60 万人) 草加市 (人口 25 万人) 戸田市 (人口 14 万人) では、0 床

○患者の受け入れ態勢の問題

① 受入体制が弱い

- ・感染症指定医療機関医師の不足・不在
- ・スタッフの訓練不足
- ・感染防止対策加算の不取得
- ・陰圧室や個室対応の不備
- ・外来の感染症患者の導線対応や施設の不備
- ・患者を受けたくても受けることができない病院も多い

○深刻な医療機関の経営

- ・第 1 波 前医療機関の経営に深刻な影響を与えた
- ・患者を受けた病院は、さらに収支の悪化が著しい。医業収支の悪化。

その後、国の補助制度が充実し黒字に転換。

(新型コロナを踏まえたこれからの病院の在り方)

○病院統合再編の必要性 感染症専門医の数・医師の集約化のメリットを考えれば  
自治体・公的病院の統合再編は必用。

特に都市部で望まれる。

○病院間の連携の必要性

拠点病院の一極集中でなく、複数の拠点病院の整備や周辺病院との連携強化が必要

○病院の建て替えの必要性

医療提供の高度化・感染症対応。個室化・陰圧対応。感染症外来設置

○課題

- ・中核病院が院内感染すると地域の医療提供が崩壊する。
- ・中小民間病院（200床以下）は患者を受けたくとも受けられない

と き 8月17日（1日目）②

テーマ 「新ガイドラインを踏まえた医師・看護師獲得戦略

講師 : 城西大学経営学部  
教授 伊関友伸

サブテーマ

「人口減少・地域消滅の時代の自治体病院—どうすれば医師・看護師の勤務する地域になるか」

●本格的少子高齢化社会の到来 P3

- ・・2025年に向けて急激に社会変化（少子高齢化）が進む。


○都市部と地方で違い

- ・・都市部では後期高齢者の急増による医療・介護資源の絶対的不足
- ・・地方は、人口急減による自治体の消滅が予想される。

\* 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（H30.4月推計）

事例）埼玉県の将来人口

「絶対的な医療・介護資源不足」

- ・爆発的な高齢者の増加  医師・看護師・介護士等マンパワー  
入院病床・介護施設など医療・介護資源が不足  
救急出動件数・搬送人員（高齢者）の増加

事例）北海道松前町の将来人口  2045年急激な人口減少

○日本が消滅する？ P14

合計特殊出生率

日本	H25	1.43	2110年に4、286万人消滅???
			(2008年1億2,808万人)

フランス 2.01

アメリカ 1.93

都市部の人口減少：医療・介護の担い手不足による地域崩壊

経済規模の縮小・国民の生活水準の低下

●なぜ日本の合計特殊出生率が低いのか P17

- ① 非正規雇用など若年層の雇用不安

- ・若年層で給料が安い、身分が不安定などにより、結婚できない、子どもがつかれない
- ② 女性の晩婚化と出生数の減少
  - ・女性が晩婚化し、他国に比べてする出産する年齢が高くなり、出生数の減。
  - ・出産すると会社を辞めなければならない現実がある。
- ③ 若年層の東京圏への移住傾向
  - ・若年層が合計特殊出生率が非常に低い東京圏（1.13）に移住する傾向が強まっている。

**地域存続に絶対必要な事：医療人材をいかに集めるか P23**

(現 状) 医師不足問題が社会問題

○【医師不足の原因】 P24

1. 少ない医師数

国の医療費縮減政策と連動した医師数の抑制の結果、世界的に見て少ない状況。

昭和48年：無医大県解消構想 S48 医師数 約5500人

昭和57年：閣議決定「医師数は、全体として過剰を招かないように配慮」

S56～59 医師数8,280人

H15～19 同 7,625人

H20～ 医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。

医学部定員に占める地域卒の数・割合も増加。

H19 183人(2.4%)  1674人(17.8%)

OECD加盟国32か国の人口1000人当たり臨床医師数

オーストラリア 5.1人1位

OECD平均 2.9人

日本 2.4 29位

2. 医療の高度・専門化

世界の医療レベルは、日々進歩している。

20年前であれば、1人の医師が患者の病気を見ていたが、現在では複数の専門医が1人の患者の疾病診ることになる。

高齢者は、がんや生活習慣病など長期間、医療を受ける病気にかかり、体調を崩す高齢者が救急外来に数多く集まり、救急病床は、高齢者で満杯。

また、病院亡くなる人の割合が増加しており、医療者の負担が増加。

(病院看取りの割合：1951年11.6%が2005年82.4%)

### 3. インフォームドコンセント、医療安全

医療現場にインフォームドコンセント（患者への十分な説明と同意）、医療安全の考え方が入り、医師の仕事の増加。

### 4. 女性医師の増加

女性医師の数が年々増え、出産、子育てで臨床の現場から離れる人が多い。  
（男性も女性も子育てがしやすい社会を作る必要がある）

### 5. 医師の劣悪な労働環境

少ない医師で多くの仕事をこなす必要があり、労働環境は非常に劣悪な状況。  
特に、医師不足が深刻な産科・小児科・救急現場では、過労死寸前の状況。

- ・常勤医師1週間当たりの勤務時間  
平均 66.4時間 最大152.5時間
- ・1か月で休日がない 1～4日の医師が46.3%
- ・18%の医師が精神的に追い込まれている。
- ・医師2～3人では、13日近く当直日となる。  
急性期を指向する医師は、高度・専門化に対応し、医師数の多い病院に集まる。  
複数の医師が関わることで、緊急時の対応に余裕が生まれ、宿直等に余裕ができる。
- ・病院の2極化現象（成長する病院か衰退する病院）  
医療の高度・専門化にチア牡牛、医師・看護師が集まる病院は、収益が上がり、医療機能の向上のための再当市がしやすい。（その逆もある）
- ・医学部入学地域枠：地域医療に従事する意思を持つ学生選抜枠。
- ・医師養成制度  
高等学校3年  
医科大学（6年）準備教育・専門教育（臨床前医学教育・診察参加型臨床実習含む）  
法に基づく臨床研修（初期研修2年）  
同上（後期研修）


### 6. 新臨床研修制度、医局制度の崩壊 大学医局に医師がいない!!! P37

新臨床研修制度（2004年）

新人医師が医師としての基本を身に着けるための制度

新人医師が研修したい病院を選ぶ結果、多くが当会の大病院を研修先に選ぶ結果となった。

結果、制度導入後の修了者が大学に戻る状況が大幅に少なくなった。

平成14年 大学残留率 東北 65%  平成18年 30%

よって、大学医局は、本院を維持するため医師を派遣していた病院から、医師を引き上げざるをえなかった。

・新専門医制度

専門医養成（後期研修）

必修の初期研修2年を終えると後期研修（3年程度）を経て専門医を目指す。

基本診療領域（19専門医）

1 内科	6 皮膚科	11 脳神経科	16 リハビリテーション科
2 外科	7 眼科	12 形成外科	17 病理
3 小児科	8 耳鼻咽喉科	13 救急科	18 臨床検査
4 産婦人科	9 泌尿器科	14 麻酔科	19 総合診療
5 精神科	10 整形外科	15 放射線科	

サブスペシャリティ領域（29専門医）（基本領域から分化）

(1) 内科系（13領域）（準基本診療科）

消化器、循環器、呼吸器、神経、血液、腎臓、内分泌代謝  
糖尿病、肝臓、アレルギー、感染症、老年期、リウマチ

(2) 外科系（4領域）（準基本診療科）

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科

(3) その他（12領域）（細分化診療領域）

小児循環器、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科

○新たな専門医制度 P46

平成30年度4月に「新たな専門医制度」の導入が行われた。

平成26年日本専門医機構（第三者機関）（詳細は、資料参照）



後期研修医の東京一極集中が加・内科外科の研修医が大幅に減少

・都道府県によって医師不足に差がある

西高東低

○医師の働き方改革

・医師の残業時間の上限規制

地域医療確保暫定特例水準 1860時間上限（2024年から）

\*医療法の改正（2021, 5, 21）

○医療人材が不足（看護師不足）P54

平成に入ってから18歳人口 1990年と2010年 比較で半減した

若者の減少はさらに進む。

看護師不足は、一層深刻化する。病院経営が出来ない病院も出てくる。

へき地病院では、他の医療人材（臨床検査技師、放射線技師）も不足。

○2040年以降の自治体病院は深刻な医療福祉人材不足。（殆どの自治体が医療介護人材不足の長期推計してない）

医療介護施設がなくなれば、高齢者が他の自治体へ流出。

医療の弱体は、子どもに医療が受けさせられず、子育て世代が他の自治体へ流出。

◎医療介護人材をいかに集めるか??? P65

(1) 当面は、減少する若者の中で医療・介護の人材をいかに集めるかが重要。

(2) 将来に受けては、合計特殊出生率を上げることが大切。

(3) 自治体病院の職員定数・経営について

・市職員不勉強で増やさない。

・収益改善するのに増やさない。（公立病院経営改革事例集。H28・3）

\*総務省公立病院経営強化ガイドライン 16 頁 P69

1) 役割・機能に適格に対応した体制の整備

当該病院の果たすべき役割・機能に適格に対応した施設基準・人員配置・・・

公益社団法人全国自治体病院協議会等のデータベースを参照

単なる人件費の抑制・削減では収益改善につながらず、むしろ積極的に医師・看護師等確保することで収益改善に繋がるケースがあることにも留意。

業務委託：委託は、消費税がかかる。が直接雇用はかからない。

業務委託は、業者がサヤを抜く。本人には、わずかな金。

給食調理：人口減少の地方では、病院給食受託の辞退する問題。（調理員不足）

指定管理：人件費を抑えるだけの指定管理制度では、地域を衰退させる結果を招く危険性が高い。委託が絶対的な解決策とは考えない。

(2) 合計特殊出生率を高めるためには 2.07 P73

2030年までに2.07に回復すれば、2090年代には、人口減少は収束。

2110年の総人口9961万人を維持可能。

① 正規雇用を増やす、若者が結婚しやすくする。

② 女性が子供を産みやすくする。

③ 都市への若者の流出を防ぎ、都市からの若者を受け入れる



以下、項目ごとに詳細記述

① 正規雇用を増やす、若者が結婚しやすくする。

○地方における医療・福祉分野の雇用の重要性

経済波及効果：医療。福祉 2.38 と高い

雇用誘発係数：0.12 と高い

\*総務省「H23(2011)産業連関表

○医療福祉分野の雇用；過去10年間、東京圏域を除き就業者数は減少傾向

地方で唯一、就業者が増加。

(まち・ひと・しごと創生会議(第1回)9頁



「地域の産業としての病院や福祉施設」 産業振興の観点から考えるべき

・高齢化進行の地方

○地方の病院の税の配分機能

- ・地方の病院は、都市と地方の税の格差を埋める再配分機能を有している。
- ・税の際は分なく、条件の悪い地方で医療を提供することは難しい。

○産業としての自治体病院

- ・非効率で批判はある。
- ・自治体病院の場合地方交付税の措置がある。
- ・高い人件比率も地域の重要な雇用先という面がある。

【収入】		【支出】	
	住民自己負担		地域外居住
健康保険料 国庫負担 都道府県負担 市町村負担 高齢者医療現役負担	診療報酬	人件費 (6~7割)	地域に落ちるお金 一落は住民税
地方交付税	一般会計繰入金	その他支出	地域にお落ちるお金
自治体負担			地域外に落ちるお金
		病院建物 医療機器 整備費	地域にお落ちるお金 地域外に流出するお金

医師が勤務し病院が機能すれば

- ・ 地方交付税が交付される
- ・ 都市機能が相当額を負担する診療報酬のお金が地方に移転される
- ・ お金の相当分は人件費

唯一の外来機能

- ・ 医療に関し都市と地方の格差は広がる一方
- ・ 外来機能を守るためにもある程度の規模の医療機関を維持が必要

医療機関がなくなれば

- ・ その地域の住民は生活できなくなる
- ・ 医療機関（病院）は地域の生命線
- ・ 知恵とお金を使って存続させて行くことが重要

## ② 女性が子どもを産みやすくする P84

- ・ 育児費用の支援、育児休業や保育拡充など子どもを産み育てやすい環境の整備が絶対必要
- ・ 女性も常勤でないと地域で勤務しない  
不安定な非正規職員勤務では、より給料の良い、にぎやかな都市部へ移動する。

## ③ 若者の流出を抑える、若者を受け入れる。 P93

- ・ 都市部から医療・福祉の人材を招く
- どうしたら医師が勤務する地域となるか
  - ・ 行う医療を明確にする
  - ・ 過酷すぎない勤務
  - ・ 医療技術を学べる、自己が成長
  - ・ 専門医の資格がとれる施設
  - ・ 適切な報酬
  - ・ 住民の感謝、適切な受診行動
- 研修機能の充実
  - ・ 医療・看護師などの医療者の不足は若手医療者の不足と同じこと
  - ・ 条件の悪い地方病院こそ、医療者の研修機能を充実が必要、医療者を集める。
- 病院統合
  - ・ 複数病院を統合し、病床規模を拡大し医療機能を充実し、教育体制を整え、医師を集める。
  - ・ 今回のコロナ蔓延でも病院統合して規模を拡大した病院が積極的に患者を受けた

＊教育機能の充実による地方中小病院の再生の事例

- ・福井県高浜町の寄付講座  
福井大医学部の2,000万円/年×3年 高浜病院  
講座の研究室（地域プライマリケア講座）

○地域卒の医師・医学生の研修受け入れ

- ・総務省公立病院経営強化ガイドライン10頁  
都市部か地方中小病院への医師派遣を推奨  
2024（R6）医師の時間外労働規制の導入、医師派遣が実現？  
不採算地区等への派遣は、受け入れ自治体に特別交付税措置

○若い医療者が勤務するためのアピール戦略

- ・医学生の研修時は懇親会
- ・看護部長の看護学校説明会では積極的にアピール

○人材育成にお金をかける

- ・CTやMRI、内視鏡などの検査の技術が進歩しても人体内は不明が多い。  
診断する能力は、長年の診断と経験が必要。  
若い医師は、指導の優れた病院に勤務し経験を積みたい。  
若い医師を集めるには、教育（指導者）にお金をかける必要がある。

○医師を育てるには、「患者さん」の協力が必要

- ・誰でも名医に見てもらいたい。  
名医も見習いの時期があった。

事例）医療崩壊した研修で有名な病院

- 患者は、若い医師の受信を嫌がった
- 職員は、若い医師の面倒をみるのが嫌がった
- 市長は、若い医師が大量退職するとき暴言を浴びせた。

○医師の待遇

- 仕事に見合った報酬が必要（総務省の地方公営企業年鑑で把握）  
時間外勤務手当（名ばかりの管理職）

●看護婦の雇用をいかに図るか

- ・看護師の資格制度（若い看護師の要望）
- ・認定看護師  
介護現場の看護ケアの広がりや質の向上を図る。

診療報酬加算を取得できる。(厚労省保険医療課・H24診療報酬改定  
感染管理に係る適切な研修  
特定行為研修(看護師が手順書により行う特定行為)  
医師看護師の負担軽減

事例) あさひ総合病院(富山県朝日町の将来人口) P113

医師・看護師不足に苦しむ病院の取組み事例

と き 8月18日(2日目)①

テーマ 「効率病院経営強化プランと自治体病院経営」

講師 : 城西大学経営学部

教授 伊関友伸

◎自治体病院の現状 P3

○規模

○財務状況

○財務の考え方

○総務省の自治体病院政策 P15

- ・総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」(2022.3.29通知)
- ・経営強化に関する検討会の設置

(いままでの2回のガイドライン) P20

(1回目)

#### ・旧公立病院改革ガイドライン(2007.12月通知)

目的: 公民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保

プランの策定: 自治体は、平成20年度内公立病院改革プランの策定

改革の視点: 3つの視点で効率病院改革を推進

- ① 経営の効率化
- ② 再編・ネットワーク化
- ③ 経営形態の見直し

#### Point

○社会保障・税一体改革に基づき、都道府県が区鄭する地域医療構想(ビジョン)のガイドラインを厚労省県検討中を踏まえ公立改革プランに「地域医療ビジョンを踏まえた役割の明確化」を新たに盛り込む

○・病院の新設・立て替えに元利償還金の30%を地方交付税で措置

- ・「再編・ネットワーク化」に伴う整備の場合には40%に引き上げ
  - ・それ以外の老朽化立て替えは、元利償還の25%に引き下げ
- 財務指標一辺倒ではなく「医療質の向上」を目指す目標設定の記述を盛り込む
- 数値目標の設定
- 救急患者数・手術件数・臨床研修医の受け入れ件数・紹介率・逆紹介率  
在宅復帰率など設定すること。

(2回目)

・新公立病院改革ガイドライン(2015. 3. 31通知)

目的：同上

プラン：前①～③は同じ

④ 地域構想踏まえた役割の明確化(新)

策定期間：平成27年度又は平成28年度

プランの期間：策定年度～令和2年度(標準)

**Point**

- 効率病院運営の地方交付税措置(病床当たり単価\*H26年度707千円)  
で、基礎算定を従来の「許可病床数」から「稼働病床数」に見直し
- 経営指標経常収支比率と医業収支比率のみ設定
- 職員給与費体医業収支比率・病床利用率は、削除
- 収益向上策として、これまでの医薬品日費、医療材料費等の経費節減に加え、  
医療の質の向上等による収入確保が盛り込まれた。
- DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標が示された。

○「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」  
(2022. 3. 29通知) P34

【必用性】

- ・再編・ネットワーク化・経営形態の見直しの取り組むが、医師・看護師等の不足、  
依然として、持続可能な経営を確保しきれない病院も多い。
- ・感染症拡大時の対応における効率病院の果たす役割の重要性
- ・医師の時間外労働規制への対応
- ・限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという  
視点を重視、効率病院の経営を強化していくことが重要。

【策定】

策定期間：令和4又は5年度中の策定

期 間 : 策定年度又はその次年度～令和9年度

内 容 : 持続可能な地域医療体制を確保するため、経営強化の取組み

**【都道府県の役割・責任の強化】**

都道府県立病院が、中小規模の効率病院との連携・支援をしていく事が大事

**【経営強化プランの策定・点検・評価・公表】**

- ・病院事務局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局などが連携策定。策定段階から議会・住民に適切に説明。
- ・年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じプランを改定。

**【財政措置】**

- ・機能分化・連携強化に伴う施設整備等に係る病院事業債（特別分）や医師派遣に係る特別交付税措置を拡充。

\*総務省「公立病院経営強化」

2022年4月20日公立病院経営強化ガイドライン等に関する説明会」の資料1・2

**【公立病院経営強化ガイドラインの説明と各種意見】**

○「改革」から「経営強化」に変更 P27

- ・自治体病院の型コロナウイルスへの対応は、評価は高まった。
- ・総務省は、地域での自治体病院は必要であり、持続可能な医療提供体制の確保から「経営強化」

○国の政策との関係

- ・地域医療構想との関係

「第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場」（2021・12）

地域医療構想の取組みは、病床の削減や統廃合ありきでなく、各都道府県が地域の実情を踏まえ、主体的に取り組めるもの（厚労省）

○経営強化ガイドラインの意義 P30

(本格的少子高齢社会の到来)

- ・激増する後期高齢者は、救急・入院・看取りの需要増大
- ・少子化は、医療現場での申告な人材不足
- ・いままでの医療供給体制では、持続可能体制は困難

(バッファーとしての役割)

- ・将来の医療提供体制の危機で効率病院の果たす役割は大。
- ・民間医療機関が多くを占める日本では、競争原理による医療提供体制が基本で隙間が生じる。
- ・隙間を埋めるバッファーとしての公立病院

(将来の危機に備える)

- ・現状では、将来の危機に対応できない
- ・危機を見越しての公金で準備をするのが公立病院

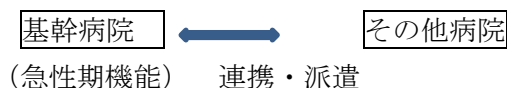
○経営強化の基本的な考え

①公・民の適切な役割分担下、地域医療体制の確保、その中、自治体病院が安定した経営の下で重要な役割を継続的に担う

- ・限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用する
- ・新興感染症の拡大時等の対応

②機能分担・連携強化

- ・中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保し、基幹病院から不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院へ医師・看護師等の派遣を強化する。



○経営強化プランの内容 ① ～ ⑦

① 役割・機能の最適化と連携の強化 P35

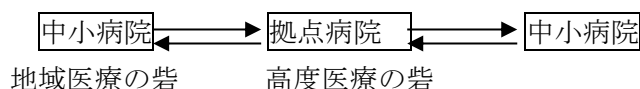
- ・地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・機能分化・連携強化
- ・医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標
- ・一般会計負担の考え方
- ・住民の理解のための取組みについての記載

「機能分化・連携強化」

：前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」と比べ、病院等の統合よりも病院間の役割分担とお医師派遣等による連携強化に主眼  
病院事業債（特別分）の対象経費等が拡充されている。

「地方の中小自治体病院はどのように役割・機能の最適化と連携の強化に取り組む？」

- ・病院のバージョンアップ  
人口減少・働く場の確保、医療者の不足に苦しむ地方病院、ダウンサイズは??  
医療の地域格差を無くすため、医療提供の質を高めるのが大事。
- ・医療の「砦」論  
地域の存続＝限られた医師数の中で医療提供を絞り、維持・機能向上・



なぜ砦：地域医療構想 4 2 4 病院の再検証要請は、地方の中小病院はリスト  
ラ・ダウンサイズの対象。医療費のお削減が目的

「砦」は、提供医療を絞り。地域医療の「主体」として医療提供を行う  
地域連携室：「砦」機能の強化のための最重要部門

診療所や会議施設からの患者受け入れ

拠点病院からの患者の積極的な受け入れ

- ・精神医療の記述（過去2回のガイドラインにはない）

精神障害者の地域移行

## ② 医師看護師確保と働き方改革 P43

医師看護師の確保と時間外労働規制に対応することが大事

「医師・看護師の確保」

「臨床研修医の受け入れ等を通じた若手医師の確保」

「医師の働き方改革への対応」

## ③ 経営形態の見直し P48

○検討が必要な病院

- ・医師不足により、必要な医療機能を維持するのが困難な自治体病院
- ・経営強化プラン対象期間中に経常黒字にする数値目標の設定が著しく困難な自治体病院

「地方独立行政法人」

：地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事・給与などの面でより自律的・弾力的な経営が可能とおなり、権限と責任の明確化に資する事が期待できる。（国推奨）

「地方公営企業法全部適用」

：比較的取り組み安い反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人に比べて限定的とし、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。（国）

「指定管理者制度」

- ・適切な指定管理者の選定に特に配慮する事
- ・提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係る諸条件について、事前に十分に協議し相互に確認しておくこと
- ・病院施設の適正管理の確保のため、地方公共団体においても事業報告書の徴収、実施の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行う事。
- ・医師看護師等の理解を得ながら進めること等が求められる。

\*医療職員の大漁退職や行政職に職種変更する医療職員が相次いだ事例があることから盛り込まれた。



#### ④ 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組み

#### ⑤ 施設・設備の最適化 P53

- ・CM方式（ECI方式）、設計施工一括発注など民間事業者等の専門的な知見を活用する事
- ・サイバー攻撃の標的対策としての情報セキュリティ対策を徹底
- ・病院の建替え
- ・個室化

#### ⑥ 経営の効率化等 P62

- ・経営指標について、個々の病院単位を基本としプラン対象期間末時点での数値目標を定める
  - ・経常収支比率、修正医業収支比率は、必ず目標設定
  - ・不採算医療等を提供する役割・機能を確保を確保しつつ、対象期間中に経営黒字（経常収支比率100%以上）かする数値目標を定める。
  - ・修正医業収支比率は、所定の繰り出しが行われれば経常黒字達成できる水準となるように数値目標を定め、変え前に取り組む。
- \*繰り入れ金がゼロの修正医業収支比率100%を目指すものではないことに注意。
- ・役割・機能に的確に対応した体制の整備
  - ・職員雇用の重要性
  - ・職員人件費
  - ・マネジメントや事務局体制の強化（病院長、幹部職員）  
（いかに院長・管理者に人材を得るか）
  - ・全部適用の裏技           ・若手中堅院長の抜擢
  - ・外部アドバイザーの活用

#### ○都道府県の役割・責任の強化

- ・医療法に基づき、地域医療構想や医師確保計画等を策定するとともに、これを実現するための措置（地域医療構想調整会議のお設置、協議が整わない場合の養成・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることができる。
- ・市町村が経営強化プランを策定するに当たり、地域医療構想調整会議の意見を聴く機会を設けるなどを通じて地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確認する共に、これまで以上に経営強化プランの内容に積極的な助言をすべき。

#### ○都道府県立病院等の役割

- ・不採算地区病院など中小規模の公立病因・診療所とのお連携・支援を強化
- ・都道府県町内における部局間の連携

◎どうすれば自治体病院の経営が良くなるのか？

自治体は、収入増加策 は困難、支出の削減を目指す。

病院 は、収入増加策 は、可能。 支出の削減は、困難

○収入を増やす

① 医師・看護師・医療技術職の雇用増

職員定数が諸悪の根源（病院経営を勉強しない人事課、病院事務職が病院をしぼり、収益改善が出来ない。新感染症対策でも職員数は必用）

② 医療を高度化して単価を上げる

研修機能を向上させて、医師や看護師等の医療職を集める事。

DPC 対象病院は、調整係数 I・II を上げる

③ 病棟構成を見直す（地域包括ケア病床など）

④ 入院患者増

医療・介護施設へのアプローチ（施設訪問）

消防本部救急隊へのアプローチ（消防との意見交換）

地域住民・患者へのアプローチ（住民座談会）

施設間連携の必要性（地域連携室の重要性）

⑤ 診療報酬加算を取得する

⑥ 入院期間の短縮（退院促進） DPC における標準入院期間

⑦ 外来患者増（医師の負担が第）

なんとなれば）

・病院の提供する医療サービスの性格が変わってきている。

旧）薬や注射の診療報酬重点。できるだけ人を減らして利益を得る。

今）診療報酬は、技術に対し適切配分。サービス提供＝ひとの雇用

\* 20 病院の事例報告、医師・看護師などの職員の増員を図ることで経営改善している。

○支出の削減

人件費の減（人材が最重要でありマイナスが大きい）

薬品日・診療材料費を減らす（予知はあるが、外部コンサルに頼ると幅は少ない）

委託料の減（人で不足で削減幅はない）

○その他

・国の財政的支援（公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設等の整備、  
元利償還 40%）

と き 8月18日(2日目)②

テーマ 「あなたの地域の自治体病院の経営を診断する2022版」

講師 : 城西大学経営学部  
教授 伊関友伸

#### 自治体病院の経営評価

病院の財務状況(収益状況と一般会計繰入金)は、結果であり、医師の数や診療科など医療提供体制を含めた経営評価の重要性が大事である。

また、新型コロナへの対応も病院の評価の対象とすべきである。

#### 地方公営企業年鑑

経営評価データを一覧表にまとめて公開している

- ① 施設及び業務概況に関する調
- ② 損益計算書
- ③ 貸借対照表及び財務分析
- ④ 資本収支に関する調
- ⑤ 費用構成表(比率)及び医業収益に対する費用比率
- ⑥ 経営分析に関する調
- ⑦ 職種別給与に関する調

不採算地区病院:立地条件で年鑑に表示している。

過疎地域指定:指定を受ければ、過疎債を病院建物・医療機器の整備に充当可能(充当率50%)

(財務に関する指標)次の2つの指標が大事。

#### ○貸借対象表

一定の次点(年度末の3月31日現在)での資産や負債の状況(ストック)表したものの資金がどのように調達され、運用されているかを表している。

貸借対照表(資産=負債+資本)

#### ○損益計算書(第3条予算)

1会計期間(1年間)にどれだけ収益を上げ、その収益を得るためにお金をどれだけ使ったかを評したもの

#### ・収益(収入)

総収益(すべての収入) = 医業収益 + 外来収益 + その他医業収益

医業収益(医療を行っている収入) = 入院収益 + 外来収入 + その他医業収益

医業外収益で重要なものは、他会計補助金・他会計負担金  
他会計繰入金（3条分）

他会計繰入金の合計＝（医業収益の他会計負担金）＋  
（医業外収益の他会計補助金）＋（医業外収益の他会計負担金）

その他：会計用語の説明

（所 管）

自治体病院の研修を受講し、少子高齢化時代、感染症、地方と都市部の格差問題など  
多岐にわたる諸課題がある中、今後の自治体病院の在り方に「ビデオ」を通してでは  
ありますが、伊関先生の熱意が伝わる内容でした。

まとめるなら、「病院」は、地域の最後の砦であり、景気に左右される民間病院よりも  
公的・自治体病院の充実と存続が必要でないか？

市からの繰り出し金や、医業収益の赤字・財務上だけの議論だけでない、病院の地域  
における役割を再認識させられる研修でした。

---

---

## お問い合わせ

石巻市議会事務局 議事調査係

〒986-8501 宮城県石巻市穀町14番1号

Tel : 0225-95-1111

Fax : 0225-96-2274

Mail : [assesc@city.ishinomaki.lg.jp](mailto:assesc@city.ishinomaki.lg.jp)