

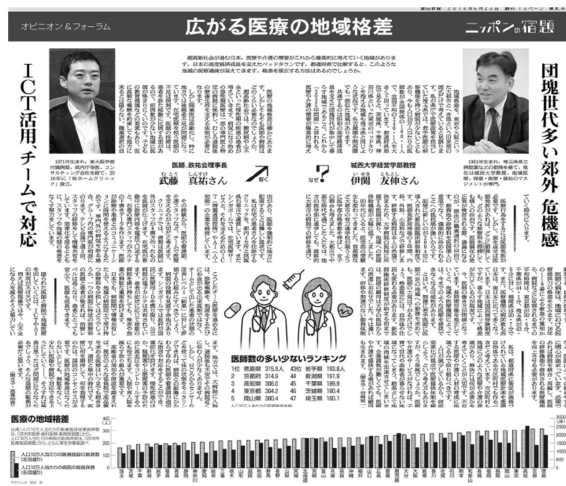
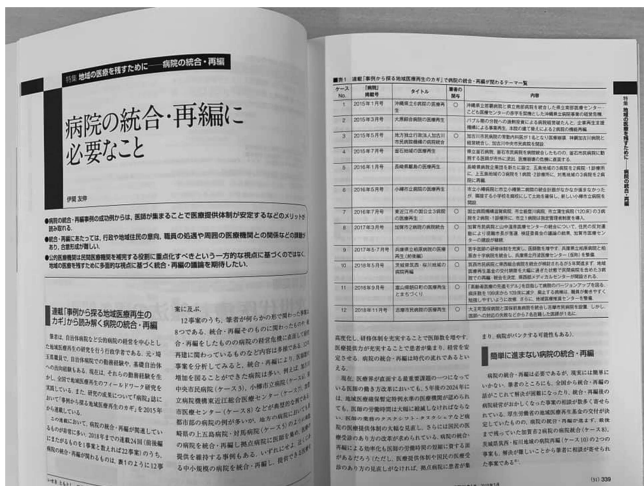
# 地域に医療を残すために 一住民と共に歩む自治体病院

城西大学経営学部  
教授 伊関友伸



## 経歴

- 1987年埼玉県庁入庁
- 県民部県民総務課、川越土木事務所管理課、出納局出納総務課、総合政策部計画調整課、健康福祉部県立病院課、社会福祉課、県立精神保健総合センターに勤務
- 1995～6年度大利根町企画財政課長(県派遣)
- 2004年4月から城西大学経営学部助教
- 総務省「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会委員」(2008年度)
- 内閣府「公立病院改革の経済・財政効果に関する研究会委員」(2015年度～)
- 総務省「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委員」(2016年度～)
- 医学書院「病院」編集委員
- 研究テーマ：行政学(行政評価、公的組織の変革、地域医療問題、自治体病院の経営変革)
- 博士(福祉経営：日本福祉大学から授与)



## 本日は

- 「地域に医療を残すために一住民と共に歩む自治体病院」というテーマで講演を行う

## 特に

- 現在問題となっている自治体病院・公的病院の統合再編問題について時間を割いて話をしたい

講演者が何らかの形で公的病院の統合再編、病院バージョンアップに関わった事例

都道府県	医療機関名・統合再編名	『病院』論文化	関わりの内容
北海道	夕張医療センター	2017年11月号	39億円の一時借入金を抱え財政破たんした夕張市立総合病院(171床)を19床の有床診療部と40床の老人保健施設からなる夕張医療センターに移行。村智彦医師が理事長に就任し、夕張方式と呼ばれる地域包括ケアのモデルを推進
宮城県	宮城県南地域圏の自治体立2病院の統合再編		講演で宮城県南地域圏の自治体立2病院の統合再編を訴えるも動くかず
茨城県	茨城県・桜川市病院統合再編	2018年5月号	茨城県民病院と県総合総合病院を統合されるが5年開きまず、地域医療再生基金の交付期限を大幅に過ぎた状態に陥った茨城県民病院の再編・統合を決定。県西部メディカルセンターが開院。新中核病院建設推進協議会委員とロースト病院建築まで支援
茨城県	茨城県鹿行地域病院再編		鹿島労災病院と神栖済生会病院の経営を統合し、1病院、1診療所とし、今後のあり方検討委員会の委員をつとめる
栃木県	栃木市内3病院の経営統合再編		市内の厚生連病院・医師会病院・医療法人病院を統合再編し、2病院体制とし、栃木地区病院統合再編協議会の委員とローストの病院建築まで支援
神奈川県	横須賀市3拠点病院のあり方	2019年9月号	市議会2会派より横須賀市内3病院(共済病院、市立うらまち病院、市立市民病院)のあり方について政務活動費により調査委託を受けた。市立うらまち病院の南部地域への移転を提言。市役所は南部地域に移転を決定
岐阜県	東濃中部2病院の統合再編		土岐市議会議員研修会で講演
石川県	加賀市2病院の病院統合	2017年3月号	加賀市市民病院と山中温泉医療センターの統合について、住民の反対運動により現市長が落選。検査委員会の議論の結果、加賀市医療センターの建設が継続
富山県	町立あさひ総合病院バージョンアップ	2018年9月号	「高齢者医療の先進モデル」を目指して病院のバージョンアップを図る。病床数を196床から109床に減少。廃止する病床は、職員が働きやすく増強しやすいように改修。さらに、地域医療推進センターを整備
静岡県	中東連総合医療センター		掛川市・袋井市病院企業団運営会議の委員をつとめる

このほか水面下で相談を受けた例、新聞などマスコミの取材に対応した例などが相当数ある

# 最初に断っておくが

- 事務局の方に話をしたが、講演者は自治体病院の統合再編に一切反対というわけではない
- 統合再編が必要な場合があり、日本医労連の組合員さんと意見が異なる場合があることに了解いただきたい

都道府県	医療機関名・統合再編名	『病院』論文化	関わりの内容
三重県	志摩市民病院経営再生支援	2018年11月号	大玉町国保病院と国保前島病院を統合し志摩市民病院を設置。しかし、医師への対応の失敗などから7名を解任した医師が1名に、経営再建を支援
三重県	松阪市公的3病院の統合再編		統合再編に反対する住民の会に呼ばれて講演を行う
滋賀県	東近江市の国公立3病院再編	2016年5月号	国立病院機構滋賀病院、市立龍登川病院、市立清玉病院の3病院を2病院・1診療所とし、市立1病院は指定管理者制度を導入。講演で再編の必要性を訴える
兵庫県	加古川市民病院機構の病院統合	2015年5月号	加古川市民病院の常勤内科医が1名となり医療崩壊。神鋼加古川病院と経営統合し、加古川中央市民病院を開院。住民の反対運動が起きる中で講演会で再編の必要性を訴える
兵庫県	高砂市民病院の経営再建		加古川中央市民病院の開院で患者が流出、経営危機に陥る。経営再建で支援を行う
兵庫県	丹波市内2病院の統合再編	2017年7月号	兵庫県立柏原病院と柏原赤十字病院を統合し、兵庫県立丹波医療センター(仮称)を整備。統合の騒ぎが過ぎない時に講演で統合再編の必要性を訴える
兵庫県	尼崎市内2県立病院の統合再編		地元医師会の県立尼崎・県立塚口病院の統合に関するシンポジウムで講演。統合の必要性と公開での議論の必要性を訴える
兵庫県	三田市民病院の統合再編		三田市民病院が周辺病院との統合再編を提案。市民病院事業計画策定委員会の委員をつとめる
奈良県	奈良県南和地域3病院統合再編		南和地域の3病院を再編し、奈良県総合医療センターが開院される。3病院の再編を提言した
徳島県	阿南市2病院の統合再編		阿南医師会中央病院とJA阿南共栄病院を統合しJA阿南医療センターに。阿南市議会で講演する
香川県	三豊市立永楽病院のバージョンアップ		199床の病院を122床に病床削減。地域包括ケア病棟の導入、病院をオール電化で建て替え、EOI方式を導入し、自治体病院では最高レベルのロースト建築を目指す
山口県	下関市の国立・公的4病院の統合再編		地域医療の確保に関する外部有識者検討会の座長をつとめる。病院の統合再編は進まず
沖縄県	沖縄県立6病院の医療再生	2015年11月号	沖縄県立那覇病院と県立南部病院を統合した県立南部医療センター。こども医療センターの失敗を契機とし、沖縄県立病院事業が100億円に達する借入金を抱え、経営危機に陥る。経営再建に協力

## 公立・公的424病院「再編必要」地方、200床以下多く 厚労省リスト公表

毎日新聞2019年9月26日

- 過剰とされる病院のベッド(病床)数を削減するため、厚生労働省は26日、再編・統合を促す予定の公立・公的424病院のリストを公表した
- 自治体が経営する中小病院が多く、手術などの診療実績が少ないことから「再編・統合の議論が特に必要」と判断した
- 今後1年以内に再編・統合の結論を出すよう要請するが、身近な病院を残したい地域住民や自治体の反発も予想される

## 東北地域対象病院

青森県  
 国保板柳中央病院、黒石市国保黒石病院、町立大鰐病院、国保おいらせ病院、国保南部町医療センター、国保五戸総合病院、三戸町国保三戸中央病院、青森市立浪岡病院、平内町国保平内中央病院、つがる西北五広域連合かなき病院  
 岩手県  
 国立病院機構盛岡病院、盛岡市立病院、岩手県立東和病院、岩手県立江刺病院、奥州市国保まごころ病院、奥州市総合水沢病院、一関市国保藤沢病院、洋野町国保種神病院、岩手県立一戸病院、岩手県立軽米病院  
 宮城県  
 蔵王町国保蔵王病院、丸森町国保丸森病院、JCHO仙台南病院、国立病院機構仙台西多賀病院、国立病院機構宮城病院、塩竈市立病院、宮城県立循環器・呼吸器病センター、栗原市立若柳病院、大崎市民病院岩出山分院、公立加美病院、栗原市立栗駒病院、大崎市民病院鳴子温泉分院、美里町立南郷病院、涌谷町国保病院、石巻市立社産病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院、石巻市立病院、南三陸病院  
 秋田県  
 大館市立扇田病院、JCHO秋田病院、湖東厚生病院、市立大森病院、羽後町立羽後病院山形県  
 天童市民病院、朝日町立病院、山形県立河北病院、寒河江市立病院、町立真室川病院、公立高島病院、酒田市立八幡病院  
 福島県  
 済生会福島総合病院、済生会川俣病院、JCHO二本松病院、三春町立三春病院、公立岩瀬病院、厚生連鹿島厚生病院、厚生連高田厚生病院、厚生連坂下厚生総合病院

# 自治体立公的病院424病院再検証要請の衝撃

## 北海道対象病院(都道府県最多54病院)

北海道社会事業協会函館病院、木古内町国保病院、国立病院機構函館病院、市立函館南茅部病院、函館赤十字病院、函館市医師会病院、森町国保病院、松前町立松前病院、厚沢部町国保病院、奥尻町国保病院、長万部町立病院、八雲町熊石国保病院、せたな町立国保病院、今金町国保病院、北海道社会事業協会岩内病院、国保由仁町立病院、市立三笠総合病院、国保町立南幌病院、国保月形町立病院、市立美唄病院、栗山赤十字病院、市立芦別病院、北海道社会事業協会洞爺病院、JCHO登別病院、白老町立国保病院、日高町立門別国保病院、新ひだか町立三石国保病院、新ひだか町立静内病院、市立旭川病院、国保町立和寒病院、厚生連美深厚生病院、町立下川病院、上富良野町立病院、猿払村国保病院、豊富町国保病院、利尻島国保中央病院、中頓別町国保病院、斜里町国保病院、小清水赤十字病院、厚生連常呂厚生病院、滝上町国保病院、雄武町国保病院、興部町国保病院、広尾町国保病院、鹿追町国保病院、公立芽室病院、本別町国保病院、十勝いけだ地域医療センター、清水赤十字病院、町立厚岸病院、厚生連摩周厚生病院、標茶町立病院、標津町国保標津病院、町立別海病院

## 関東地域対象病院

茨城県  
 笠間市立病院、小美玉市医療センター、KKR水府病院、村立東海病院、国立病院機構霞ヶ浦医療センター、筑西市市民病院  
 栃木県  
 JCHOうつのみや病院、国立病院機構宇都宮病院  
 群馬県  
 群馬県済生会前橋病院、一般社団法人伊勢崎佐波医師会病院、公立碓氷病院、下仁田厚生病院  
 埼玉県  
 蕨市立病院、JCHO埼玉北部医療センター、北里大学メディカルセンター、東松山市立市民病院、東松山医師会病院、所沢市市民医療センター、国立病院機構東埼玉病院  
 千葉県  
 千葉県千葉リハビリテーションセンター、国立病院機構千葉東病院、JCHO千葉病院、千葉県立青葉病院、銚子市立病院、国保多古中央病院、東陽病院、南房総市立富山国保病院、鴨川市立国保病院、国保直営若津中央病院大佐和分院  
 東京都  
 KKR九段坂病院、東京都台東区立台東病院、東京都済生会中央病院、東京大学医学研究所附属病院、東京都済生会向島病院、JCHO東京城東病院、奥多摩町国保奥多摩病院、国立病院機構村山医療センター、東京都立神経病院、国保町立八丈病院  
 神奈川県  
 川崎市立井田病院、三浦市立病院、横須賀市立市民病院、済生会平塚病院、秦野赤十字病院、国立病院機構神奈川病院、相模原赤十字病院、東芝林間病院、済生会神奈川県病院、済生会若草病院



## 中部・北陸地域対象病院

新潟県  
新潟県立坂町病院、新潟県立リウマチセンター、厚生連新潟医療センター、国立病院機構西新潟中央病院、聖栄病院、あがの市民病院、新潟県立吉田病院、三条総合病院、新潟県立加茂病院、見附市立病院、  
国立病院機構新潟病院、厚生連小千谷総合病院、魚沼市立小出病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院、町立湯沢病院、新潟県立松代病院、新潟県立妙高病院、上越地域医療センター病院、労働者健康福祉機構新潟湯沢労災病院、新潟県立柿崎病院、厚生連けいなん総合病院、佐渡市立両津病院  
富山県  
あさひ総合病院、厚生連滑川病院、富山県リハビリテーション・こども支援センター、かみいち総合病院、JCHO高岡ふしき病院  
石川県  
国保能美市立病院、KKR北陸病院、公立つぎ病院、JCHO金沢病院、津幡町国保直営河北中央病院、町立富栄病院、町立宝達志水病院  
福井県  
国立病院機構あわら病院、坂井市立三国病院、越前町国保織田病院、JCHO若狭高浜病院  
山梨県  
JCHO山梨病院、北杜市立塩川病院、韭崎市国保韭崎市立病院、北杜市立甲陽病院、山梨市立牧丘病院、甲州市立勝沼病院、一部事務組合立飯富病院  
長野県  
川西赤十字病院、佐久穂町立千曲病院、厚生連佐久総合病院小海分院、東御市民病院、国保依田窪病院、厚生連リハビリテーションセンター鹿教湯病院、厚生連下伊那厚生病院、下伊那赤十字病院、国立病院機構まつもと医療センター松本病院、国立病院機構まつもと医療センター中信松本病院、安曇野赤十字病院、飯綱町立飯綱病院、長野県立総合リハビリテーションセンター、信越病院、飯山赤十字病院

## 近畿地域対象病院

滋賀県  
JCHO滋賀病院、大津赤十字志賀病院、守山市民病院、東近江市立能登川病院、長浜市立湖北病院  
京都府  
市立福知山市民病院大江分院、舞鶴赤十字病院、国保京丹波町病院、国立病院機構宇多野病院  
大阪府  
大阪市立弘済院付属病院、高槻赤十字病院、社会医療法人仙養会北摂総合病院、市立柏原病院、市立藤井寺市民病院、富田林病院、大阪府済生会新泉南病院、和泉市立病院、社会医療法人生長会阪南市民病院、健康保険組合連合会大阪中央病院  
兵庫県  
兵庫県立リハビリテーション中央病院、KKR六甲病院、高砂市民病院、明石市立市民病院、多可赤十字病院、加東市民病院、出石医療センター、公立香住病院、日高医療センター、公立村岡病院、相原赤十字病院、国立病院機構兵庫中央病院、兵庫県立姫路循環器病センター、相生市民病院、たつの市民病院  
奈良県  
済生会奈良病院、済生会中和病院、奈良県総合リハビリテーションセンター、済生会御所病院、南和広域医療企業団吉野病院  
和歌山県  
海南医療センター、国保野上厚生総合病院、済生会和歌山病院、国保すさみ病院、那智勝浦町立温泉病院

## 四国・九州地域対象病院

徳島県  
国立病院機構東徳島医療センター、徳島県鳴門病院、阿波病院、阿南医師会中央病院、海陽町国保海南病院、国保勝浦病院  
香川県  
さぬき市民病院、国立病院機構高松医療センター、香川県済生会病院、厚生連滝宮総合病院  
愛媛県  
西条市立周桑病院、国立病院機構愛媛医療センター、鬼北町立北宇和病院、宇和島市立吉田病院、愛媛県立南宇和病院、宇和島市立津島病院  
高知県  
JA高知病院、佐川町立高北国保病院、JCHO高知西病院、いの町立国保仁淀病院、土佐市立土佐市民病院  
福岡県  
福岡県立和屋新光園、宗像医師会病院、嶋田病院、国立病院機構大牟田病院、飯塚市立病院、嘉麻赤十字病院、飯塚嘉穂病院、労働者健康安全機構総合せき指センター、地方独立法人川崎町立病院、中間市立病院、遠賀中間医師会おんが病院、北九州市立総合療育センター、戸畑中央病院  
佐賀県  
小城市民病院、多久市立病院、国立病院機構東佐賀病院、JCHO伊万里松浦病院、町立太良病院  
長崎県  
日本赤十字社長崎原爆犠牲者慰霊平和病院、地方独立法人松中央病院、平戸市立生月病院、市立大村市民病院、日本赤十字社長崎原爆犠牲者慰霊平和病院、長崎県富江病院  
熊本県  
国保宇城市民病院、国立病院機構熊本南病院、小国公立病院、天草市立牛深市民病院、熊本市医師会熊本地域医療センター、熊本市立植木病院、熊本市立熊本市民病院  
大分県  
杵築市立山香病院、臼杵市医師会立コスモス病院、竹田医師会病院  
宮崎県  
JCHO宮崎江南病院、国立病院機構宮崎東病院、五ヶ瀬町国保病院、日南市立中部病院、えびの市立病院、都農町国保病院、国立病院機構宮崎病院  
鹿児島県  
済生会鹿児島病院、鹿児島市医師会病院、鹿児島厚生連病院、鹿児島赤十字病院、枕崎市立病院、南さつま市立坊津病院、肝付町立病院、公立種子島病院

# NHKニュースウオッチ9 に録画出演

- 公表当日、香川県三豊市で仕事をしていた
- NHKから電話があり、録画でコメントがほしいという話になった
- 羽田に着いて渋谷のNHKで録画をした

## 東海地域対象病院

静岡県  
厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院、伊豆赤十字病院、共立蒲原総合病院、国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、厚生連清水厚生病院、厚生連静岡厚生病院、JCHO桜ヶ丘病院、菊川市立総合病院、市立御前崎総合病院、公立森町病院、浜松赤十字病院、市立湖西病院、厚生連遠州病院、労働者健康福祉機構浜松労災病院  
岐阜県  
岐阜県厚生連岐阜厚生病院、羽島市民病院、厚生連西美濃厚生病院、国保白鳥病院、国保坂下病院、多治見市民病院、市立恵那病院、厚生連東濃厚生病院、国保飛騨市民病院  
愛知県  
津島市民病院、あま市民病院、一宮市立木曾川市民病院、愛知県心身障害者コロニー中央病院、みよし市民病院、碧南市民病院、中日病院、国立病院機構東名古屋病院、プラザ一記念病院  
三重県  
桑名南医療センター、厚生連菰野厚生病院、亀山市立医療センター、厚生連大台厚生病院、済生会明和病院、町立南伊勢病院、市立伊勢総合病院

## 中国地域対象病院

鳥取県  
岩美町国保岩美病院、日南町国保日南病院、鳥取県済生会境港総合病院、南部町国保西伯病院  
島根県  
国立病院機構松江医療センター、JCHO玉造病院、出雲市立総合医療センター、津和野共存病院  
岡山県  
備前市国保市立備前病院、岡山市久米南町組合立国保福渡病院、玉野市立玉野市民病院、せのお病院、備前市国保市立吉永病院、労働者健康安全機構吉備高原医療リハビリテーションセンター、瀬戸内市立瀬戸内市民病院、赤磐医師会病院、笠岡市立市民病院、矢掛町国保病院、国立病院機構南岡山医療センター、井原市立井原市民病院、鏡野町国保病院  
広島県  
北広島町豊平病院、KKR吉島病院、広島市医師会運営・安芸市民病院、国立病院機構広島西医療センター、広島県済生会済生会呉病院、呉市医師会病院、KKR呉共済病院忠海分院、日立造船健康保険組合因島総合病院、三原赤十字病院、三原市医師会病院、府中市民病院、府中市市民病院、総合病院庄原赤十字病院  
山口県  
岩国市立錦中央病院、岩国市立美和病院、岩国市医療センター医師会病院、光市立大和総合病院、周南市立新南陽市民病院、徳山医師会病院、光市立光総合病院、厚生連小郡第一総合病院、国立病院機構山口宇部医療センター、美祿市立美東病院、美祿市立病院、山陽小野田市民病院、小野田赤十字病院、下関市立豊田中央病院

# 9月公表の当日

- 厚生労働省医政局とほとんどつきあいがなく、公表される病院名はまったく分からなかった
- 報道関係者から数が多いという情報は得ていた

# 次々と支援している病院から連絡が入る

- NHKに向かう途中、次々と支援している病院から再検証対象になったという連絡をいただいた
- 頑張っており、対象としてはいけないと考える病院が大量に公表されていた

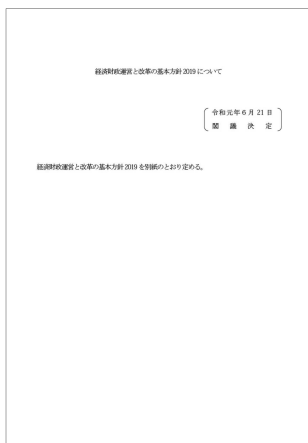
# 病院職員の皆さんの 気持ちを考える

- 選定された病院職員の皆さんの不安、働く誇りを傷つけられた感情を考えると公表に対して納得ができなかった
- また、コメントすることの重要性を感じ、とても緊張した



## 報道されたコメント

- (対象病院の)数が多すぎる。事前に予告等もないままにやるので各病院で働く人や患者に不安を与える可能性が高い。
- 『あの病院は危ない』と風評被害さえも起きかねない。
- 病院の統合再編の議論は地域住民をまき込みながら行う必要がある。
- 統合や再編の必要性が高い地域もあるのでそういうところはちゃんと進める。丁寧な議論が必要である。
- やらない決断があって良い。地域が主体的に考えるべき。



見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なP DCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的の方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。質が高く効率的な救急医療提供体制の構築のため、救急医療のデータ連携体制の構築、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し検討を行う。

## 公表の前提になった 骨太方針2019

### (ii) 医療提供体制の効率化

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中<sup>17)</sup>に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿

## 新経済・財政再生計画 改革工程表2018

- 2018年12月20日には「新経済・財政再生計画改革工程表2018」が公表された
- 「社会保障3. 医療・福祉サービス改革」においては、政策目標として、「【指標①】医療費・介護費の適正化」「【指標②】年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減」が上げられ、具体化のための取り組みとして、「26 ii. 地域医療構想の実現(公立・公的医療機関について民間医療機関では担うことができない機能に重点化するよう再編・統合の議論を進める)」が示される

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンプレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標1】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標2】 年間調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標3】 年間調整後の一人当たり介護費の地域差半減</p> <p>【指標4】 医療・福祉サービスの生産性 (※1)の向上 ※1 サービス支出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標5】 医療・福祉サービスの質 (※2)の向上 ※2 医師による診療、治療内容を含めた医療機能による対応への満足度</p>	<p>○地域医療構想調整会議において具体的な方針について合意に達した医療機関の病院の割合【2019年度末までに50%】</p> <p>○地域医療構想調整会議において具体的な方針について合意に達した医療機関の病院の割合【2018年度末までに100%】</p> <p>○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量確保状況と、第8期計画開始に引き込まれる期末時点でのサービス量【2020年度末に100%】</p>	<p>○地域医療構想調整会議において具体的な方針について合意に達した医療機関の病院の割合【2019年度末までに50%】</p> <p>○地域医療構想調整会議において具体的な方針について合意に達した医療機関の病院の割合【2018年度末までに100%】</p> <p>○地域医療構想調整会議において具体的な方針について合意に達した割合【2019年度末までに100%】</p> <p>○在宅医療を行う医療機関数【増加】</p>	<p>2.6 i. 地域医療構想の実現（個別の病院名や転換する病院数等の具体的な方針について検討）</p> <p>2.6 ii. 地域医療構想の実現（公立・公的医療機関について民間医療機関では担うことができない機能を重点化するよう再編・統合の議論を進める）</p> <p>2.6 iv. 地域医療構想の実現（病床再編の効果などを含めて推進方策の効果、コストの検証を行い、必要な対応を検討）</p> <p>3.4. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域医療連携の推進</p>

2018年12月20日経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2018」12頁

# 私的病院関係者からの強い批判

医療維新

新着 レポート インタビュー オピニオン スペシャル企画 医師調査

シリーズ **地域医療構想**

## 「公民、同じ土俵にない根拠」、中川日医副会長が提示

### 公立病院への繰入金、2017年度は873病院で約8000億円

レポート 2019年6月22日 (土)配信 橋本佳子 (m3.com編集長)

日本医師会副会長の中川俊男氏は、6月21日の厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」（座長：尾形裕也・九州大学名誉教授）の第22回会議で、公立病院への地方交付税の繰り入れ状況などを分析した「地域医療構想調整会議での議論の活性化にむけて」と題する資料を提出した。

2017年度の公立病院（都道府県・市町村立と地方独立行政法人立）への繰入金は、873病院の合計で約8000億円。そのうちランニングコスト（収益的収入）に対する繰入金は約6000億円、1病院当たり平均7億円（総務省「地方公営企業決算状況調査」による）。

都道府県・市町村立では、給与費率が高い傾向にあり、繰入金を含めても赤字の病院がほとんど。病床利用率が低い病院だけでなく、高い病院でも赤字の病院であることから、「病床利用率が高いにもかかわらず、医業利益率が低い病院はコスト高で、繰入金で補てんされている。病床利用率が高いことだけをもって、民間より優位にあると評価することはできない」などと指摘している。

地域医療構想では、公立・公的医療機関等は、これらの病院にしか担えない機能に重点化することが求められる（『公立・公的病院の「代替可能性」「再編統合」、検証手順おおむね了承』を参照）。中川氏の報告は、調整会議における議論で、公立・公的医療機関等の機能を分析する場合、各種データの意味を丁寧に解釈するよう、注意を促す内容だ。

中川氏は、「地域医療構想の調整会議で、公立・公的医療機関等と民間病院は、そもそも同じ土俵にない。もし担っている機能が同じなら、公立・公的医療機関等が引くべきという理由の一つが、この資料だ」と提出趣旨を説明。ただし、「公立・公的医療機関等を目の敵にしているわけではない。構想区域に、公立・公的医療機関しかなく、地域住民から信頼を得ているなら、その機能は拡大してもらいたいということ」などと述べ、誤解のないよう付言した。

全国自治体病院協議会会長の小熊豊氏は、公立病院の立場から、中川氏の報告に対し、次のようにコメント。「公立病院と民間病院は、税の面では、“イコールフットイング”でないのは、その通り。しかし、公立病院の歴史的背景から言えば、税を投入してでも、医療を維持しなければいけないという原点があり、地域住民が必要とする医療を総合的に提供しなければいけない。民間病院のように自分の得意なところのみをやるわけにもいかない。給与が高いのは事実だが、地方自治法で決められて上がっている状況も理解してもらいたい。また経営も大事だが、住民に必要な医療、公立病院に重点化すべき医療を第一に考えており、経営が第一ではなく、経営は第二くらいだ。ただし、「無駄な、あるいは存続する意義がない公立病院があれば、それは皆さんと協議して、再編統合やダウンサイジングは積極的にやっていたと考えている」とも付け加えた。

オブザーバーとして出席した、総務省自治財政局公営企業課長公営企業室室長の坂越健一氏は、今夏に「代替可能性」あるいは「再編統合の必要性について特に議論する必要がある」公立病院等が公表予定であることを踏まえ、「代替可能性があると、名指しされれば、廃止される病院とみなされ、医師や看護師等が減ると不安が広がっている」と述べ、今後の情報発信の在り方や資料の書きぶりについて、注意するよう要請した。

中川氏は「情報発信には気を付けなければいけない。“最後の砦”となっている公立病院は守っていかなければいけない。地方交付税から繰り入れること自体が悪いとは言っていない。必要のところには、赤字でも税金を投入しなければいけない。ただし、（公民が）競合している場合、同じ土俵ではないということを行っている」と述べ、理解を求めた。

61st 2019 第61回 全日本病院学会 in 愛知

ホーム

協会会員挨拶

学会長挨拶

プログラム

日程表（予定）1日目

日程表（予定）2日目

シンポジウム3

「官民格差徹底討論！！」

座長：太田 圭洋（社会医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院 理事長）

演者：長 英一郎（東日本税理士法人 代表社員）

小熊 豊（公益社団法人全国自治体病院協会 会長）

中川 俊男（公益社団法人日本医師会 副会長）

末永 裕之（一般社団法人日本病院会 顧問）

加納 繁照（一般社団法人日本医療法人協会 会長/社会医療法人協和会 加納総合病院 理事長・院長）

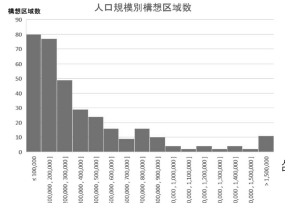
# 424病院は どのようにして 選ばれたのか？

# まず人口規模を考慮

## 診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
- そのため、人口規模が近い構想区域に所在する医療機関を一つのグループとして捉え、そのなかで診療実績の比較を行うこととする。(構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討する。)
- 人口規模の分類に当たっては、政令市(50万人以上)や中核市(20万人以上)の基準などを参考にしつつ、人口規模ごとの診療実績のデータも加味し、
  - ・ 人口100万人以上の構想区域
  - ・ 人口50万人以上100万人未満の構想区域
  - ・ 人口20万人以上50万人未満の構想区域
  - ・ 人口10万人以上20万人未満の構想区域
  - ・ 人口10万人未満の構想区域
 の5つに分類してはどうか。

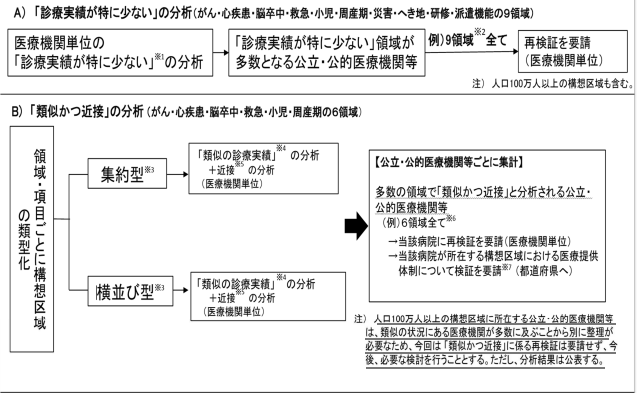
構想区域数	10万人未満	10万人以上20万人未満	20万人以上50万人未満	50万人以上100万人未満	100万人以上
	80	77	102	55	25



十勝構想区域人口約33万人

2019年9月26日「第24回地域医療構想に関するWG」資料1

## 診療実績の分析と再検証の要請の流れ(イメージ)(案)について

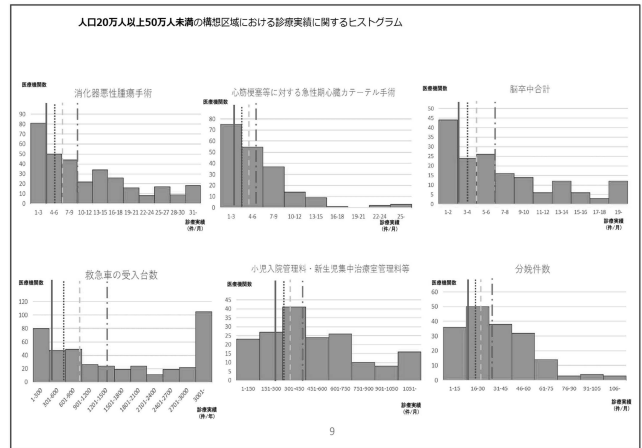


2019年9月6日「地域医療構想に関するワーキンググループ」資料

## A「各分析項目について、診療実績が特に少ない」とは

- ・ 人口区分ごとに、がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の診療実績について、一定の水準を設け、その水準に満たない項目について、「特に診療実績が少ない」とする
- ・ その基準については、人口区分によらず、下位33.3パーセンタイル値とする(全国一律で判断)

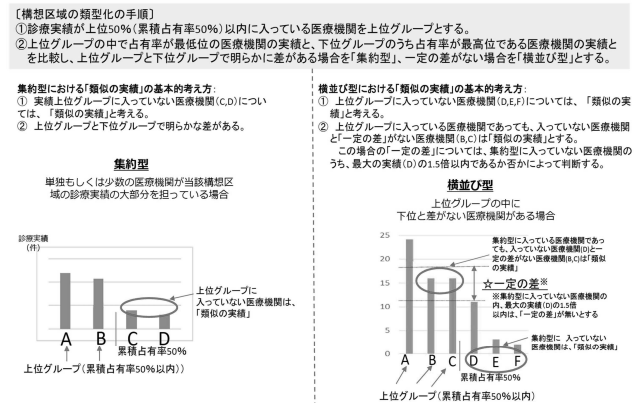
2019年9月26日「第24回地域医療構想に関するWG」資料1



2019年9月26日「第24回地域医療構想に関するWG」資料1

## B「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」とは

### 「類似の実績」の考え方について②

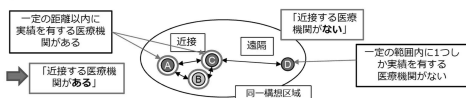


2019年9月26日「第24回地域医療構想に関するWG」資料1

## 所在地が近接していることについての分析

### ②「お互いの所在地が近接している」の分析について

- 各領域・分析項目について、ある医療機関から見た際に、一定の距離内に診療実績を有する<sup>※1</sup>他の医療機関がない場合は、「近接している医療機関がない」と考えることとする。(逆の場合を「近接する医療機関がある」とする。)
- この際、距離の検討にあたっては、公共交通機関の状況が各構想区域で異なることや、夜間や救急搬送の所要時間を考慮する観点から、自動車での移動時間<sup>※2</sup>を用いてはどうか。



※1 「診療実績が特に少ない」医療機関の場合を除く

- この様な状況も踏まえて、「近接」については、「自動車での移動時間が20分以内の距離(※2)」と定義することとする。

2019年9月26日「第24回地域医療構想に関するWG」資料1

## (A)(B)の対象病院

- ・ (A)9領域の全てで「特に診療実績が少ない」(構想区域の人口規模を問わない)277病院(うちAのみ該当117病院、Bも該当160病院)
- ・ (B)6領域で、診療実績が「類似かつ近接」(人口100万人以上の構想区域は対象外)307病院(うちBのみ該当147病院、Aも該当160病院)

都道府県	施設種別	施設番号	施設名称	所在地	病床数	診療科目	再検証要請	備考
北海道	公立	00123000	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科	○	
北海道	私立	00123001	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123002	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123003	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123004	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123005	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123006	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123007	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123008	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123009	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123010	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123011	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123012	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123013	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123014	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123015	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123016	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123017	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123018	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	私立	00123019	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		
北海道	公立	00123020	旭川市立旭川市民病院	旭川市	440	内科、外科、小児科、産婦人科、歯科		

公立芽室病院は(A)(B)の両方に該当

2019年9月26日「第24回地域医療構想に関するWG」参考資料1-2病院リスト

## 再検証要請の問題点

- 急性期医療を中心に診療実績を元に線をひいたため、高齢者の医療を支えている地方の中小病院が数多く対象とされた
- 全国一律で自動車20分の距離が適応され、積雪や山間地などの事情を考慮していない
- 病院に予告なく行われたため、病院職員や住民・患者に不安を与えた
- 再検証期間が1年間と短い

## 大学医局から 医師が引き揚げ される危険性

- 経営の危ない病院として医師を引き揚げ、新しい派遣が行われない危険性が高くなる

## 公表に対しての 地方の反発

- 全国町村会副会長の椎木巧山口県周防大島町長は「一律の基準ではなく、地域の実情に合った検証が必要だ」とし、
- 全国市長会会長の立谷秀清福島県相馬市長は「自治体病院が最後のとりでになっている地域については、地方の意見を十分に聞きながら、議論してもらいたい」と強調した。

## 統合再編の検討をすべき 都市部の大・中規模の 病院が対象となっていない

- 統合再編し、医師を集めて医療提供力を上げる必要のある病院が対象となっていない

## 知事ら再編巡る病院名公表を批判 厚労省に対し「地域住民は不安」

10/4(金) 共同通信

- 再編・統合の議論が必要と判断した公的病院名を厚生労働省が公表したことを巡り、全国知事会など地方3団体と総務、厚労両省は4日、協議の場の初会合を都内で開いた。
- 全国知事会で社会保障担当の平井伸治鳥取県知事は「地域の医療機関がなくなったら命や健康は誰が守るのか。地域住民は大変不安がっている」と批判した。

## 病院再編で意見交換開始＝「撤回を」と 不満噴出－厚労省20191024時事通信

- 高齢化社会を見据えた地域医療構想をめぐる厚生労働省と自治体、病院関係者らの意見交換会の初会合が17日、福岡市内で開催された。
- 同省が再編統合が必要な424の公立・公的病院名を公表したことに対し、出席者からは「医師確保の足かせになった」「撤回を」などと不満が噴出した。
- 会合の冒頭、橋本岳厚労副大臣は病院名の公表について「皆さまにご不安、ご心配を招いてしまった。反省しなければならぬ」と陳謝。
- その上で、同省の担当者が、今後の医療体制の見直しに際し「必ずしも医療機関の統廃合を決めるものではない。方向性を機械的に決めるものでもない」と理解を求めた。

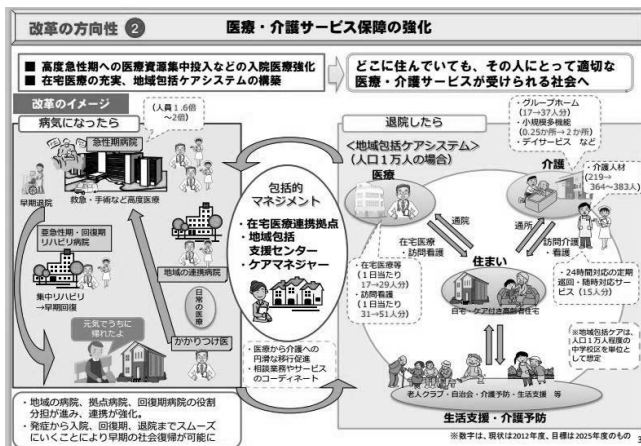
# 「公立病院 急激な再編は地域医療に混乱も」日本医師会NHKニュース2019年10月2日

- 公立病院の再編・統合をめぐり、日本医師会の横倉会長は、記者会見で、「急激な再編は、地域医療に混乱をもたらす」として、地域の実情を踏まえながら丁寧に議論を進めるべきだという考えを示しました。
- 厚生労働省は、先週、診療実績が特に少なかったり、似たような病院が近くにあったりする全国424の公立・公的病院名を公表し、地域ごとに再編や統合の議論を進めるよう求めています、各地の自治体や病院からは反発も出ています。

## 安倍首相 病院再編と過剰なベッド数の削減など指示2019年10月28日

- 総理大臣官邸で開かれた、28日の経済財政諮問会議は社会保障制度改革が議題となり、民間議員は、都道府県ごとに作成され、2025年までに目指すべき医療体制の将来像を示した「地域医療構想」について、「実現に向けた進捗(しんちょく)が十分ではない」と指摘しました

## 厚生労働省が進める「地域医療構想」とは



- これについて、日本医師会の横倉会長は記者会見で「公表の結果、大きな混乱が生じている地域もあり、大変危惧している」と指摘しました。
- 日本医師会は、人口減少が進む中、団塊の世代が75歳以上になる2025年を見据えて、地域ごとに過剰なベッド数の削減や再編・統合の議論を行うことは必要だという立場です。
- 横倉会長は「急激に再編すると、地域医療に混乱をもたらす可能性がある。地域において患者や地域住民に不安を与えないようにソフトランディングしていく必要がある」と述べ、地域の実情を踏まえながら丁寧に議論を進めるべきだという考えを示しました。

- そのうえで、厚生労働省が公立・公的病院の再編、統合をめぐり、診療実績が特に少ないなどの全国400余りの病院名を公表したことを踏まえ、「病院や過剰なベッドの再編は、公立 公的病院を手始めに、官民ともに着実に進めるべきだ」と提言しました
- これを受けて、安倍総理大臣は、「限られた財源を賢く活用し、国民生活の質の向上を図ることが重要なポイントになる」と述べたうえで、持続可能な地域医療体制を構築するため、「地域医療構想」に基づき、病院の再編とともに、全国でおよそ13万床あるとされる過剰なベッド数の削減などを着実に進めるよう、加藤厚生労働大臣に関係閣僚に指示しました

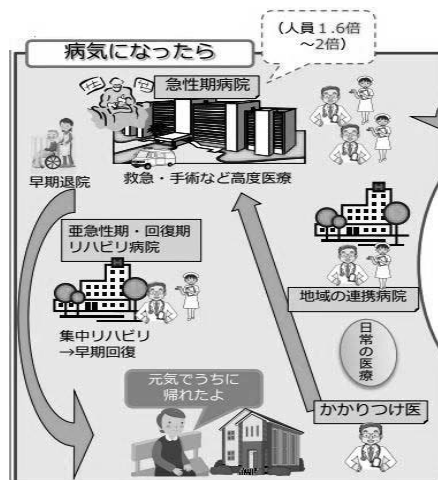
## 社会保障・税一体改革を目指す医療・介護サービス提供体制改革

### ○入院医療の機能分化・強化と連携

- 急性期への医療資源集中投入
- 亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

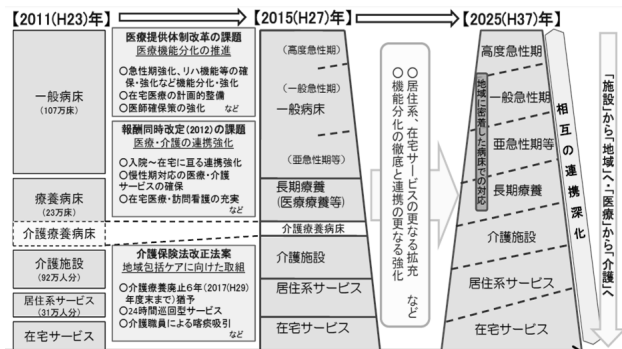
### ○地域包括ケア体制の整備

- 在宅医療の充実
- 在宅介護の充実





# 医療・介護機能再編のイメージ



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

出典：2011年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料Ⅱ 医療・介護等9頁

# 平成26年6月成立医療・介護総合推進法

**地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要**

**趣旨**

特約可能な社会保険制度の導入を図るための改革の推進に関する法律に基づき措置として、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築するとともに、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

**概要**

- 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域医療提供体制整備促進法等関係）
  - ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
  - ② 医療・介護の連携を強化するため、厚生労働省の基本的な方針を策定
- 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
  - ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
  - ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
- 地域包括ケアシステム構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）
  - ① 在宅医療・介護提供の推進などの地域医療事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域医療事業に移行し、多様化
    - ※ 地域医療支援事業・介護保険財政で市町村が取り組む事業
  - ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
  - ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
  - ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を削減し上げ（ただし、月額上限あり）
  - ⑤ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を削減する「補給給付」の要件に資産などを追加
- その他
  - ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを予備書により行う看護師の研修制度を新設
  - ② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
  - ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
  - ④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直し）の施行時期を27年度から28年度に延期

**施行期日（予定）**

公布日。ただし、医療法関係は平成28年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

## 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

① **医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定**

② **医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け**

**参考 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数**

平成25年11月25日  
中央経済会  
資料編-1 p.9

＜2010(H22)年の病床数＞

- 7対1: 328,518床
- 10対1: 248,606床
- 13対1: 33,668床
- 15対1: 66,822床
- 療養病床: 213,462床

＜2025(H37)年のイメージ＞

- 高度急性期 (18万)
- 一般急性期 (35万)
- 回復期等 (26万)
- 慢性期 (28万)
- 地域に密着した病床 24万

保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性と形が異なっている。

厚生労働省資料 66

# 医療介護総合確保推進法の概要

## 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域医療施設整備促進法等関係）

- ① **都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ② **医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定**

**地域医療構想について**

○ 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

**（地域医療構想の内容）**

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
  - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
  - ・ 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例
  - 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

総務省準公営企業室「公立病院改革の取組について（2015年10月）」

**2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）**

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、最急の観点として、地域の患者も、その状態に応じた適切な医療を適切な場所で受けられるようになる必要がある。このためには、医療機関の病床を従来の内容に応じて機能分化し、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

○ 地域医療構想の策定から、地域全体で話し、支える地域包括型の医療への転換の一環

○ 地域医療の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

○ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を契機に進め、回復期の充実や在宅医療の構築を行うとともに、回復期の医療・介護ニーズに対応するため、全ての者が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要かつ適切な取組を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

**【現状：2013年】**

134.7万床（医療施設調査）

123.4万床（2014年7月時点）

一般病床 100.6万床

急性期 58.1万床

回復期 11.0万床

療養病床 34.2万床

慢性期 36.2万床

**【推計結果：2025年】** ※ 地域医療構想策定ガイドラインに基づき、一定の仮定を定めて、機能分化等を見込まないまま急性化を繰り返した場合、152万床程度

2025年の必要病床数（目指すべき）  
115～119万床程度※1

機能分化

- 高度急性期 18万床程度
- 急性期 40.1万床程度
- 回復期 37.5万床程度
- 慢性期 24万床程度※2
- 地域医療拠点 29.7～33.7万人程度※3

※1 介護施設や高齢者住宅を含めた地域医療支援センター等が併設される場合、必要病床数を削減し、慢性期病床に必要病床数を推計

※2 介護施設や高齢者住宅を含めた地域医療支援センター等が併設される場合、必要病床数を削減し、慢性期病床に必要病床数を推計

※3 介護施設や高齢者住宅を含めた地域医療支援センター等が併設される場合、必要病床数を削減し、慢性期病床に必要病床数を推計

**地域医療介護総合確保基金**

平成27年度予算 公費で1,628億円  
（医費904億円、介護費724億円）

○ 国境の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。

○ このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。

**都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）**

○ 基金に関する基本的事項  
公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）  
- 事業主体間の公平性及び公正性・透明性の確保  
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担

○ 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項  
医療介護総合確保基金の取組内容、費用の概算、目標と計画期間（原則1年間）  
- 事業の内容、費用の概算、事業の計画的な実施方法  
※1 事業内容は、2次医療圏及び市町村単位で設定し、地域の状況を踏まえて決定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。  
※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は事業の進捗を把握し、必要に応じて支援。

○ 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

**地域医療介護総合確保基金の取組事業**

- 1 地域医療機能の連携に向けた医療機関の施設等の整備に関する事業
- 2 在宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

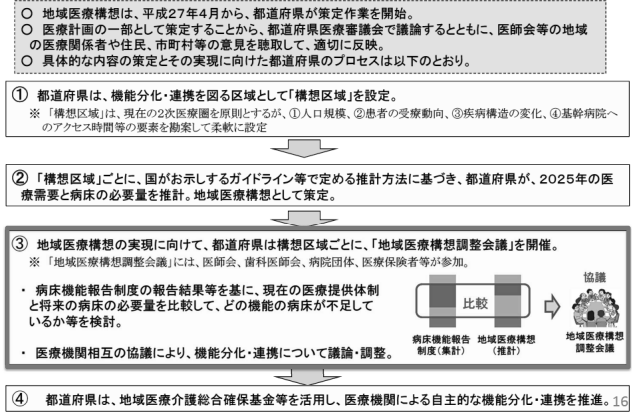
平成27年6月15日第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

出典：第5回医療介護総合確保促進会議参考資料3

# 策定ガイドラインが示される

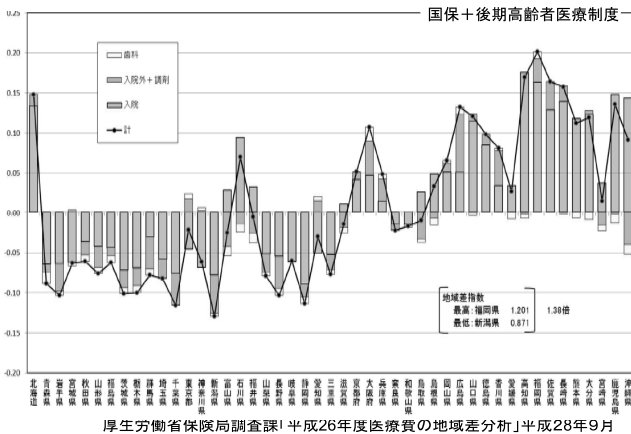
- 2015年3月31日、厚労省より地域医療構想策定ガイドラインが示された
- 2016年度内に各都道府県において計画が策定された

## 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス



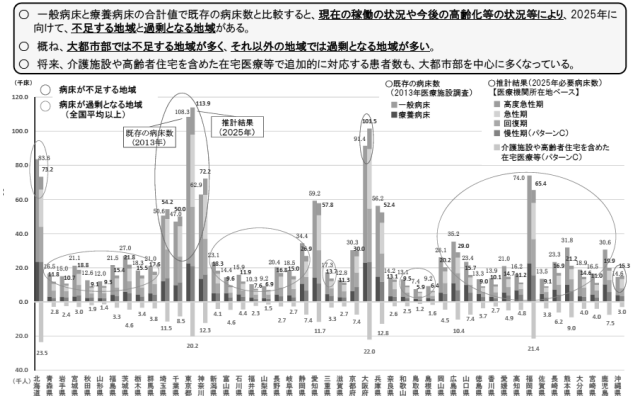
出典：第5回医療介護総合確保促進会議参考資料3

## 都道府県別地域差指数に対する寄与度



厚生労働省保険局調査課「平成26年度医療費の地域差分析」平成28年9月

## 2025年の医療機別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)



平成27年6月15日第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

# いつの間にか 地域医療の課題が 自治体・公的病院の 統合再編になった

## 地域医療構想調整会議における議論の状況

以下は、平成29年度末(平成30年3月末)までの議論の状況について、全34構想区域の状況をまとめたもの。

### 現状分析に関する取組の状況

#### 調整会議の開催状況について

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
79回 (74区域)	284回 (239区域)	370回 (269区域)	334回 (238区域)	1,067回

#### 調整会議以外の取組(意見交換会等)

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
23回 (20区域)	88回 (54区域)	95回 (41区域)	62回 (50区域)	228回

#### 平成28年度病床機能報告が未報告の医療機関に関する状況把握

未報告医療機関数(区域数)	455施設(151区域)
うち未報告医療機関の在り方について議論した構想区域	33区域/151区域

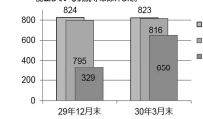
#### 非稼働病床に関する状況把握

非稼働病床を有する医療機関数(区域数)	1,158施設(285区域)
うち非稼働病床の在り方について議論した構想区域	66区域/285区域

### 具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

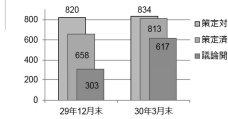
#### 公立病院について

対象病院は823病院(注)  
新改革プランを策定した病院は、816病院  
調整会議で議論を開始した病院は、650病院  
(注)一部病院及び廃業廃院を除く(臨時病院や、既に廃止している病院等は除外した。)



#### 公的医療機関等2025プラン対象医療機関について

対象病院は834病院  
調整会議で議論を開始した病院は、650病院  
調整会議で議論を開始した病院は、817病院



#### (参考) その他の医療機関について

持ちつき夜間や機能を大きく変更する病院等  
今後の事業計画を策定した病院は264施設  
調整会議で議論を開始した病院は46病院

H30.2.9医療計画に係る都道府県職員研修資料

## 青森県の地域医療構想調整会議における検討内容について

医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

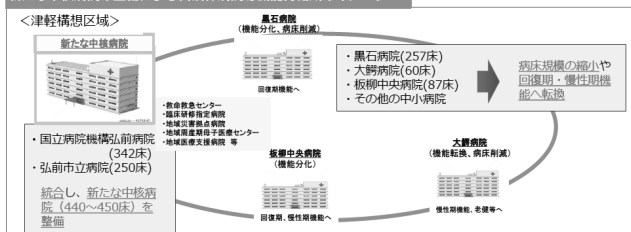
- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえ、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。

## 新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ



平成29年度第7回社会保障制度改革推進会議資料5

## 佐賀県地域医療構想調整会議における公的医療機関等2025プランの協議

医療計画策定研修会 資料 4-2  
平成30年2月9日

佐賀県健康福祉部医務課  
日野 稔 邦

H30.2.9医療計画に係る都道府県職員研修資料

佐賀県地域医療構想調整会議の構成

- 県調整会議は、地域医療構想に関する協議方針など全県的事項を協議。構想区域分科会は、個別具体的な協議を実施。
- 協議の要である分科会座長（都市医師会長）と基幹病院院長の多くが、県調整会議と構想区域分科会の双方に参加。問題意識の共有などが回しやすい構成。
- 構想区域分科会は、医療計画作成指針上の「圏域連携会議」の性格を併せ持ち、地域における医療提供体制全般を協議できると整理。

佐賀県 地域医療構想調整会議	議長：県医師会長 副議長：県健康福祉部長 構成員：県医師会副会長、全市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会会長、基幹病院院長5名、歯科医師会長、薬剤師会長、看護協会代表、保険者協議会会長 その他：全日病副会長がオブザーバー参加
中部構想区域分科会	座長：都市医師会長のうち1名 副座長：保健福祉事務所保健監
東部構想区域分科会	構成員：都市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会代表、特定機能病院院長、地域医療支援病院院長、公立病院院長等、都市歯科医師会代表、都市薬剤師会代表、看護協会代表、保険者協議会代表
北部構想区域分科会	支障院院長、公立病院院長等、都市歯科医師会代表、都市薬剤師会代表、看護協会代表、保険者協議会代表
西部構想区域分科会	介護老人保健施設代表、全介護保険者・市町介護保険担当課長
南部構想区域分科会	その他：協議事項に関係する病院院長、オブザーバー参加病院院長等

H30.2.9医療計画に係る都道府県職員研修資料

公的医療機関等2025プラン協議の実例②（第1回協議で継続協議となったケース）

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「病院が果たしたい役割」と「地域から求められる役割」の調整。</li> <li>○ 公的医療機関も民間医療機関も、効率的な医療提供体制の構築に向け、真摯な協議を展開。</li> </ul>	
病院・現状	協議
NHO東佐賀病院 急 7 6 回 6 0 慢 1 6 5 休 5 5	H29.11 NHO東佐賀病院から民間が回復期に取り組みない場合、体積病棟を回復期とする意向が表明。次回、県において、回復期の見直しを示し、協議。 H30.2 県から回復期の見直しを示し、協議。東部区域においては、回復期は民間の今後の取組で充足が見込まれると協議で一致、「体積55床は、医療法上の許可病床から削減すること」で合意。
伊万里有田共立病院 急 2 0 2	H28.9 伊万里有田共立病院から回復期について示唆。民間から、地域連携、公的医療機関としての役割について厳しい意見。→新公立病院プラン（H29.3）にはケアミックス化明記せず。 H30.2 病院から、50床回復期への転換検討が提案（2025プラン）
NHO雄野医療センター 高 5 4 急 3 7 0	H29.12 病院から「高24急400」と回復期について示唆。民間から、地域連携、公的医療機関としての役割について意見。 H30.1 病院から修正案「高70急354」が提示。地域の医療機関との連携強化も提示され、合意。

H30.2.9医療計画に係る都道府県職員研修資料

公的医療機関等2025プラン協議の実例③（役割等に関する意見）

- 地域から求められる役割に関する意見
- 「高度急性期機能の充実」を表明した医療機関のプランについては、異論なく了承。地域の他の医療機関では、できないことに注力する姿勢に評価。こうした医療機関が、収支改善や施設整備の観点から、一層の紹介・逆紹介の強化、救急受入を表明した際には、好意的な雰囲気の中、協議が進んだ。
  - 地域医療支援病院が「回復期の充実（検討）」を表明した場合、厳しい意見。地域連携部門の在り方や、転院の支障となっている事象の提示など、より具体的な説明を求める傾向。
  - 50床前後の自治体病院が、地域包括ケアの中核を担っている場合、地域から求められる役割を担っていることから、特に異論はなかった。

- イコールフィッティングに関する意見
- 病院が現実果たしている役割について、近隣の民間病院と同水準ないしは競合関係にある場合は、公が一定の財政支援を受けていることから、イコールフィッティングの観点を念頭におくべきとの指摘。

H30.2.9医療計画に係る都道府県職員研修資料

# 日本の過大な病床数はなぜ生まれたのか

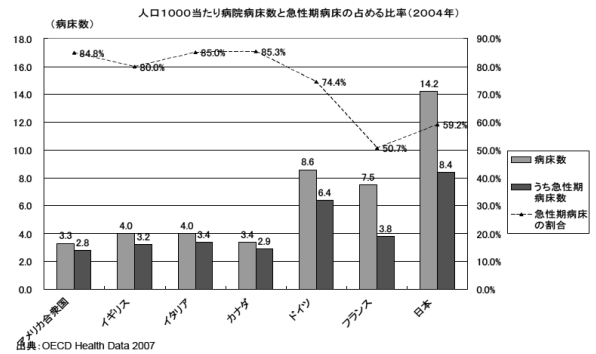
## 世界的に見て多い日本の病床数

- ・ 世界的に見て日本の病床数は多い
- ・ 過大な病床数に医師・看護師が分散配置されている
- ・ 結果として診療の密度が低く、平均在院日数が長くなっている

G7諸国の人口1000人当たりの病床数の国際比較について

資料26

- 病床数で見ると、約1.7～4倍強の数となっている。



出典：社会保障国民会議最終報告参考資料

G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較について

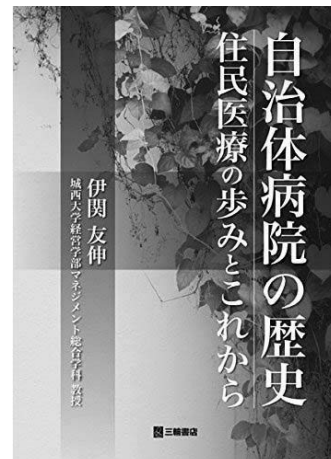
資料27

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診療回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

2004年	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数	100床当たり病院職員数（常勤換算）	人口1000人当たり病床数（2005年）	急性期1病床当たりの年間退院数	平均在院日数（急性期）	人口1人当たり外来診療回数
アメリカ合衆国	73.3	237.9	491.3	3.2	43.2	5.6	3.8
イギリス	57.5	227.7	-	3.9	74.1	6.6	5.3
イタリア	103.9	166.4	306.7	-	46.5	6.8	-
カナダ	62.0	286.6	379.3	-	30.2	7.3	6.0
ドイツ	39.5	113.0	127.0	8.5	31.5	8.7	7.0
フランス	44.9	100.1	-	7.5	70.5	5.5	6.6
日本	14.3	63.2	91.6	14.1	12.6	20.2	13.8

出典：OECD Health Data 2007  
注1：アメリカ合衆国の看護職員数は、2002年の数字を用いている。  
注2：日本の年間退院数は、2005年の数字を用いている

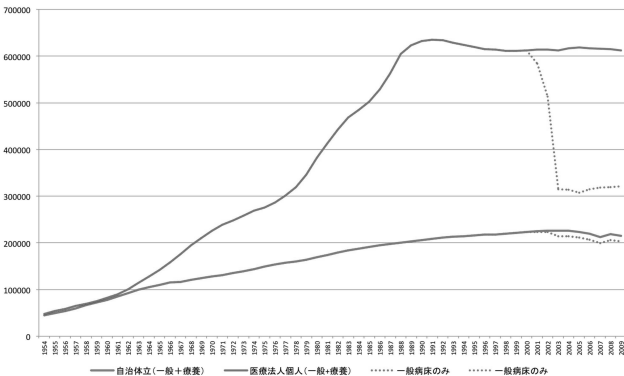
出典：社会保障国民会議最終報告参考資料



# 公的病院の病床規制

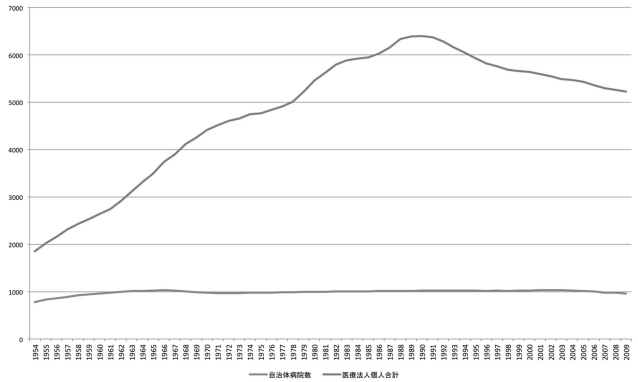
- 昭和37年「公的性格を有する病院の開設等を規制し医療機関の地域的偏在を防止するとともにその計画的整備を図ることを目的とする医療法の一部改正法案」が議員提出法案として可決成立
- 法律は、自治体病院を含む公的病院の病床を規制するものであった
- 私的病院は、開業医が病院を新たに開設し、病院の規模を拡大するという形で増加

## 自治体病院と民間病院の病床数



厚生労働省「医療施設調査」より作成

## 自治体病院と民間病院の数

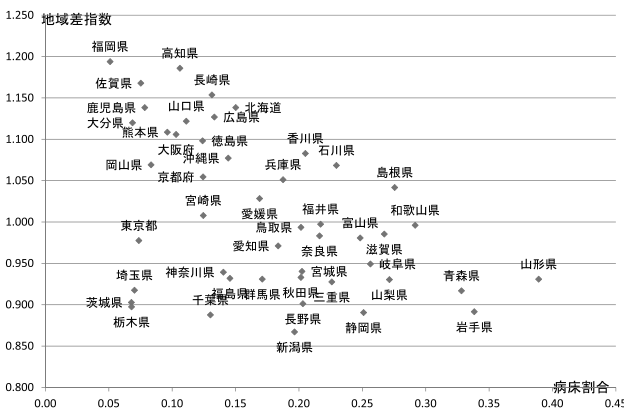


厚生労働省「医療施設調査」より作成

# 公的病院の病床規制政策の結果

- 世界的に見ても日本は民間病院の割合の高い国となった

## 自治体病院病床割合・地域差指数相関図 相関係数-0.46

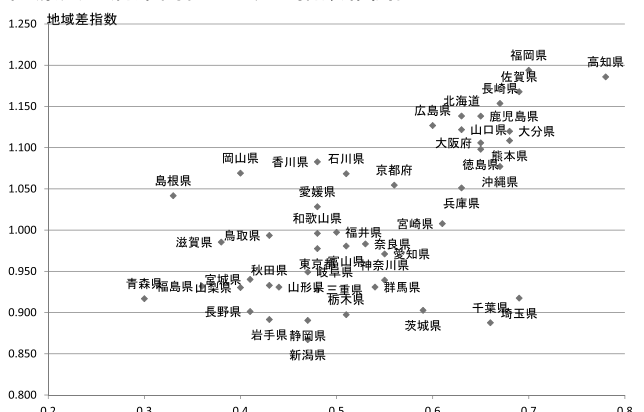


2015年医療施設(動態)調査・医療費の地域差分析データより作成

# 医療費地域差指数と自治体病院

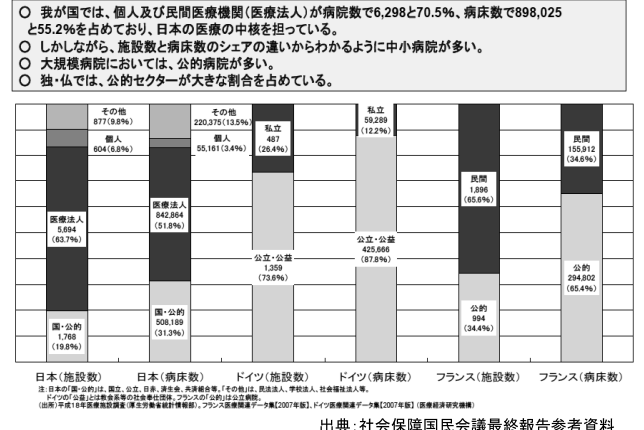
- 自治体病院の病床数の割合の高い都道府県の医療費の地域差指数は低い傾向がある
- 民間病院の病床数の割合の高い都道府県は地域差指数は高い傾向がある

## 医療法人病床割合・地域差指数相関図 相関係数0.61



2015年医療施設(動態)調査・医療費の地域差分析データより作成

## 病院における開設者別に見た施設・病床数 資料25



出典: 社会保障国民会議最終報告参考資料

熊本県内自治体地域差指数

自治体名	地域差指数	うち入院	自治体名	地域差指数	うち入院
熊本県	1.11	1.26	小国町	0.94	1.04
熊本市	1.13	1.31	産山村	0.9	1.04
八代市	1.06	1.17	高森町	0.98	1.1
人吉市	1.08	1.2	西原村	1.19	1.47
荒尾市	1.22	1.41	南阿蘇村	1.08	1.3
水俣市	1.26	1.41	御船町	1.08	1.25
玉名市	1.11	1.25	益島町	1.22	1.43
山鹿市	1.03	1.16	益城町	1.1	1.28
菊池市	1.05	1.15	甲佐町	1.14	1.3
宇土市	1.1	1.2	山都町	1.05	1.25
上天草市	1.22	1.39	水川町	1.03	1.12
宇城市	1.1	1.2	芦北町	1.22	1.37
阿蘇市	1.14	1.34	津奈木町	1.23	1.38
天草市	1.15	1.38	鯉町	1.06	1.1
合志市	1.12	1.29	多良木町	0.9	0.89
美里町	1.17	1.41	湯前町	0.9	0.88
玉東町	0.98	1.13	水上村	0.93	0.96
南関町	1.09	1.33	相良村	0.95	0.96
長洲町	1.12	1.24	五木村	0.97	1.07
和水町	0.99	1.06	山江村	1.1	1.16
大津町	1.09	1.26	球磨村	1.05	1.17
菊陽町	1.05	1.19	あさぎり町	0.96	0.93
南小国町	0.87	0.93	茶臼山町	1.03	1.22

2015年医療費の地域差分析データより作成

# そもそも公的病院の存在意義とは何か？

## 医療制度審議会

- 昭和23年、医療制度審議会は「医療機関の整備改善方策」を答申
- 公的医療機関を速やかに設置すること、開業医制度は、その長所を助長し欠陥を補正して公的医療機関の及ばない場合及びこれを必要としない対象に対する医療機関として存置することが答申された

## 公的医療機関の九原則

1. 普遍的且つ平等に利用し得るものであること。
2. 常に適正な医療の実行が期待しうること。
3. 医療費負担の軽減を期待しうること。
4. その経営主体は当該医療機関の経営が経済的変動によって左右されないような財政的基礎を有し、且つ今後必要に応じ公的医療機関を整備しうる能力(特に財政的な能力)を有する者であること。
5. 当該医療機関の経営により生ずる利益をその医療機関の内容の改善のための用途以外に使用しないような経営主体であること。
6. 社会保険制度と密接に連携協力し得ること。
7. 医療と保健予防の一体的運営によって経営上、矛盾を来さないような経営主体であること
8. 人事行務等に関し、他の公的医療機関と連携、交流が可能であること。
9. 地方事情と遊離しないこと。

## 公的医療機関の指定

- 昭和23年の「医療法」の制定に伴い、「公的医療機関」の項目が盛り込まれる
- 公的医療機関は、地方自治体の開設するものと、厚生大臣の別に定めるものの開設する病院および診療所をいうと規定
- 公的医療機関の指定をするにあたって厚生省は「公的医療機関の九原則」を示した

## 公的医療機関の目的として医療費負担の軽減 社会保険制度と密接に連携協力があつた

## 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

新経済・財政再生計画改革工程表2018

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<b>【アンブレラ】</b> 医療・福祉サービス改革 (医療) 採算外・介護費の適正化 【指標2】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差削減 【指標3】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差削減 【指標4】 医療・福祉サービスの生産性(※1)の向上 ※1 サービス支出に占めるマンパワー投入量 【指標5】 医療・福祉サービスの質(※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療機関による対応への満足度	○地域医療構想の2025年における急性期・回復期・慢性期の必要病床数を確保するための増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2020年度までに100%】 ○介護療養病床の7期介護保険診療計画に沿ったサービス量確保状況と、第8期計画開始に達したサービス量削減率【2020年度までに100%】	○地域医療構想調整会議において具体的な対応方針について合意に至った急性期等の病床の割合【2019年度末までに50%】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025年診療計画のうち、地域医療構想調整会議において具体的な対応方針について合意に至った急性期等の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において具体的な対応方針について合意に至った急性期等の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025年診療計画のうち、地域医療構想調整会議において具体的な対応方針について合意に至った急性期等の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○在宅医療を行う医療機関数【増加】	2.6 i. 地域医療構想の実現(個別の病院名を転載する病床数等の具体的な対応方針について検討) 2.6 ii. 地域医療構想の実現(公立・公的医療機関については長期医療機関では担うことができない機能に重点を置くよう再編・統合の議論を進める) 2.6 iv. 地域医療構想の実現(病床編成の効率化などこれまでの推進方策の効果、コストの検証を行い、必要な対応を検討) 3.4. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の推進

2018年12月20日経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2018」2頁

# 公的病院を縮小し 医療費を抑制する という議論には 根拠はない

# 医療費削減には

- 病院数の半数以上を占める私的病院の医療費削減政策が必要である

経営主体別病院数

	病院数	割合	病床数	割合
総数	8,442	100.0%	1,561,005	100.0%
国	327	3.9%	129,185	8.3%
厚生労働省	14	0.2%	4,957	0.3%
独立行政法人国立病院機構	143	1.7%	54,691	3.5%
国立大学法人	47	0.6%	32,703	2.1%
独立行政法人労働者健康安全機構	34	0.4%	12,954	0.8%
国立高度専門医療研究センター	8	0.1%	4,205	0.3%
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	0.7%	16,183	1.0%
その他	24	0.3%	3,492	0.2%
公的医療機関	1,213	14.4%	317,827	20.4%
自治体病院	931	11.0%	224,813	14.4%
うち都道府県	201	2.4%	53,998	3.5%
うち市町村	634	7.5%	133,083	8.5%
うち地方独立行政法人	96	1.1%	37,732	2.4%
日赤	92	1.1%	36,249	2.3%
済生会	79	0.9%	21,867	1.4%
北海道社会事業協会	7	0.1%	1,785	0.1%
厚生連	104	1.2%	33,113	2.1%
社会保険関係団体	53	0.6%	16,006	1.0%
公益法人	230	2.7%	57,439	3.7%
医療法人	5,754	68.2%	863,183	55.3%
私立学校法人	111	1.3%	55,550	3.6%
社会福祉法人	198	2.3%	34,316	2.2%
医療牛協	84	1.0%	13,919	0.9%
会社	42	0.5%	10,019	0.6%
その他の法人	190	2.3%	39,365	2.5%
個人	240	2.8%	24,196	1.6%

厚生労働省「2016年医療施設(動態)調査」を改変

# 国の地域医療構想や 地域医療調整会議 の議論の問題点

## 自治体病院の統合再編 は地方自治の問題

- 地域医療構想は国の医療政策である
- しかし具体的な自治体病院の統合再編の問題になれば地方自治の問題になる
- 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、一方的な数字一つで地方が動くと考えている

## 地域医療構想調整会議

- 国の法律による、医療の専門家の集まる会議である
- 地方自治上において、自治体病院に関して政治的な決定をする権限は存在しない
- 医療の専門家の意見は尊重すべきではある
- しかし地方自治上で判断すべき要因は医療提供の視点だけではない

## 自治体病院の 統合再編をする場合

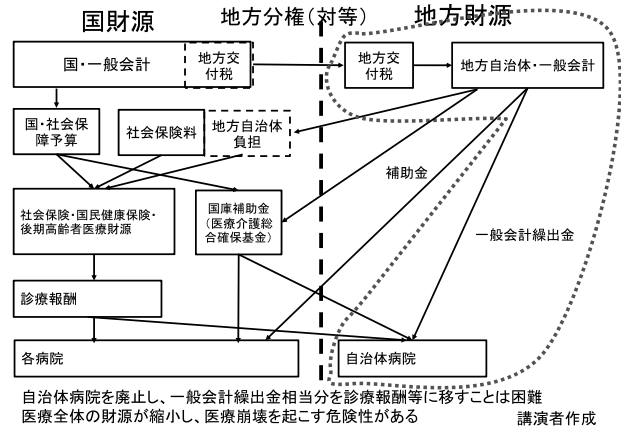
- 対象となる病院が立地する地方自治体(首長)が設置する検討会議での議論が必要
- 多様な視点で議論する必要から、調整会議の医療者とは別な委員が選任されることとなる(重なる場合もある)
- 最終的には自治体の設置する会議の結論を地方議会が審議して議決を行う

## 財源論から 自治体病院の 統合再編を考える



# 自治体病院を廃止し 繰入金を診療報酬に という主張への疑問

## 病院への財政支出



## 自治体病院への繰入金 は地方財源

- 自治体病院を廃止し、一般会計繰出金相当分を診療報酬等に移すことは困難
- このことが多くの医療関係者が理解できていない、理解しようとしていない

## 医療への地方財源 の投入の意義

- 国家財源(厚生労働省所管予算)としての診療報酬や国庫補助金は予算の制約がある
- 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

## 財源論から見た 統合再編の問題事例

### 津軽に新中核病院、国立弘前病院と弘前市立病院を統合

2018/10/9 22:00

保存 共有 印刷 複製 翻訳 投稿 他

国立病院機構と青森県弘前市、青森県、弘前大学の4者は、国立病院機構弘前病院と弘前市立病院を再編して新たな中核病院を整備することで合意し、このほど基本協定を結んだ。新中核病院は国立病院機構が事業主体となり、現在の国立弘前病院の敷地に整備する。2022年の運営開始を目指す。

津軽地域の2次救急体制を維持するため青森県が提案していた。整備費は126億円と見込まれ、弘前市が40億円を負担する。病床は約450床で、弘前大学医学部附属病院に次ぐ規模となる。診療科は24で、精神科、リハビリテーション科、救急科、総合診療科、歯科を新たに設置する。

協定締結式で弘前市の桜田宏市長は「医師不足、医師の偏在化の状況から再編が必要だった。津軽地域の人々の命を守る第一歩」などと述べた。三村申吾知事は「医療機能の集約によって医療対応が充実・強化できる。また若手医師の育成拠点にもなり県全体への好影響も期待できる」と強調した。

青森県の地域医療構想調整会議における検討内容について

医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編を推進
- 調整会議(津軽構想区域)での議論
- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえ、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。

新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編のイメージ

<津軽構想区域>

新中核病院 (機能分化、病床削減)

- 黒石病院(257床)
- 大野病院(60床)
- 板柳中央病院(87床)
- その他の中小病院

病床規模の縮小や回復期・慢性期機能へ転換

黒石病院 (機能分化、病床削減)

- 救急救急センター
- 回復期療養病棟
- 地域連携拠点病院
- 地域医療支援センター
- 地域医療支援病棟等

大野病院 (機能分化、病床削減)

- 慢性期機能、看護等へ

板柳中央病院 (機能分化)

- 回復期、慢性期機能へ

国立病院機構弘前病院 (342床)

弘前市立病院 (250床)

統合し、新たな中核病院 (440~450床) を整備

平成29年度第7回社会保障制度改革推進会議資料5

## 弘前市の財政負担

- 新病院の運営主体は同機構とし、市が40億円の施設整備費を負担
- 救急医療の提供体制については、赤字が見込まれるため、市がその運営費など40年間2.5億円を負担する
- トータルの負担は140億円に及ぶ

〔旧規定〕 地方公共団体の財政の健全化に関する法律附則第5条

地方公共団体は、当分の間、国、独立行政法人（国立病院機構等）、国立大学法人等及び会社等（日本郵政株式会社、東日本高速道路株式会社等）に対し、寄附金等を原則支出してはならない。ただし、施設の移管その他政令で定めるやむを得ないと認められる以下の場合については、総務大臣と協議し、その同意を得たものは寄附金等の支出が可能。

- ① 実質的交換
- ② 事務移管
- ③ 原因者負担
- ④ 一体施設
- ⑤ 設置基準の超過
- ⑥ 超過開催の公営競技の収益
- ⑦ 地域産業の振興に寄与する研究開発
- ⑧ 住民への特別な医療の提供

〔改正後〕 当該規定を削除



地域の自主性及び自立性を高めていくため、国等への寄附金等の支出については、法律による原則禁止から、地方公共団体の自主的な判断に委ねることとする。

総務省ホームページ<http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/kenzenka/kifusoudan.html>

## 自治体の国への寄附

- 地方自治体の国への寄附は歴史的経緯もあり、積極的に地方財政措置（地方交付税措置）がしにくい
- 弘前市の持ち出しになる可能性が高い

## 平成29年度弘前市決算カード

区 分		平成29年度（千円）	平成28年度（千円）
基	準 財 政 収 入 額	17,120,455	17,045,987
基	準 財 政 需 要 額	34,827,250	34,955,982
標	準 税 収 入 額	21,869,676	21,759,269
標	準 財 政 規 模	42,324,533	42,384,860
財	政 力 指 数	0.49	0.48
実	質 収 支 比 率（%）	1.2	1.6
公	債 負 担 比 率（%）	16.8	16.1
判 断 比 率	英 質 赤 字 比 率（%）	-	-
	連 結 実 質 赤 字 比 率（%）	-	-
	実 質 公 債 費 比 率（%）	8.3	8.5
	將 来 負 担 比 率（%）	55.7	53.0
積 立 金 高	財 政 現 在 高	3,087,224	2,953,214
	債 務 現 在 高	735,039	1,001,441
	債 務 現 在 高	5,897,958	5,827,780
地 方 債 現 在 高	債 務 現 在 高	89,577,409	88,522,940
	債 務 現 在 高	70,000	80,739
	債 務 現 在 高	14,055,322	15,194,639

## 弘前市のケースはモデルではない

- あまりに地方自治体に負担を与える問題ケースと言わざるを得ない
- 問題は国立病院機構が、弘前市のケースをスタンダードと考え、他地域の統合再編のケースで動かなくなることである

## 私的病院との統合再編や指定管理の問題点

### 和泉市立病院

- 2014年4月から医療法人徳洲会が指定管理者となる
- 看護師らの半数以上が、市事務職員への職種変更や退職を希望していると報道された（読売新聞2014年2月26日）
- 常勤の看護師と准看護師計197人のうち徳洲会へ移籍して病院に残るのは89人
- 74人が職種変更により市役所に残ることを希望、34人が退職を希望

## 問題は職員の雇用問題

- 職員を全員分限解雇しない限り、自治体に残りたいという職員を雇用し続けなければいけない問題がある
- モチベーションを失い、職員の退職が相次ぎ、統合新病院に必要な人を確保できない危険性もある
- 医療技術職員でも57人のうち病院に残るのが17人、職種変更希望者が30人、退職希望者が10人
- 和泉市は、職員の引き留めのため徳洲会を通じ、1人あたり50万～300万円を貸し付け3年間勤務で返還が免除される「就業支度金制度」をつくり、予算として3億5,800万円を計上
- 結果として、人手不足の医療人材の無駄遣いを生んでいる

# 100人が市役所の事務職に移行すると

- 1人800万円の人件費コストとして年8億円の人件費が一般会計の負担増になる
- 病院職員は収益をあげられるが、事務職は収益を上げられない
- 大量の職員の移行で役所の採用計画が破壊される
- 病院事業会計への繰出金が減っても、市役所本体の人件費の増が起きればかえって支出増になる
- ハードルは市立病院の看護師らの処遇だった
- 民間運営になると年収が平均153万円、率で3割近く下がる
- 当初4年は市が差額を補うが、半数の職員は退職か市役所事務職に異動した
- 「公務員でなくなることに抵抗感は強い」(同病院経営企画部)
- 川西市はなんとか乗り越えたが、往々にして労務問題は公立病院改革にブレーキをかける

# 2019.4.25日本経済新聞記事

- 4月1日、兵庫県川西市の市立川西病院の運営者が医療法人・協和会に変わった
- 赤字脱却を目指すための民間委託だ
- 3年後に別の場所に新病院を建て、協和会の別病院と統合する(略)

# 川西病院の常勤職員数

(2017年度地方公営企業年鑑より)

- 医師29名
- 看護師192名
- 医療技術41名
- 事務職11名

# 平成29年度川西市決算カード

区 分	平成29年度(千円)	平成28年度(千円)
基準財政収入額	17,109,143	17,105,100
基準財政必要額	23,243,258	23,183,463
標準税収入額	21,767,395	21,776,911
標準財政収入額	30,410,383	30,059,742
財政力指数	0.74	0.74
実質収支比率(%)	1.1	1.0
公債費負担比率(%)	14.5	14.9
判断比率	-	-
健全化計画	11.4	11.8
実質赤字比率(%)	106.3	99.7
積立金高特定目	1,202,239	1,166,199
現在高特定目	735,081	444,769
地方債現在高	1,469,905	1,561,575
地方債現在高	67,696,994	61,723,207
債務負担行為額(支出予定額)	9,821,667	12,410,370
債務負担行為額(支出予定額)	15,825,217	16,201,424
調債的購入償還補償の他の実質的なもの	-	-

# 病院会計上に表れない損失

- 病院職員が一般事務職になることに余剰人員の経費
  - 職員の退職が相次ぎ、病院の医療が提供できなくなることによる収益減少
- これらの損失に地方財政措置や補助金支出は難しい

# それでは統合再編は一切必要ないのか？

- 統合再編が必要な場合はある
- 医療費削減の視点ではなく医師不足に対応した医療提供能力の向上の視点で統合再編が必要な場合がある

# 医師研修制度 医師勤務制度の 変更を契機とした 医療崩壊

# 医師養成制度

## 新医師臨床研修制度 による医療崩壊 (2004年～)

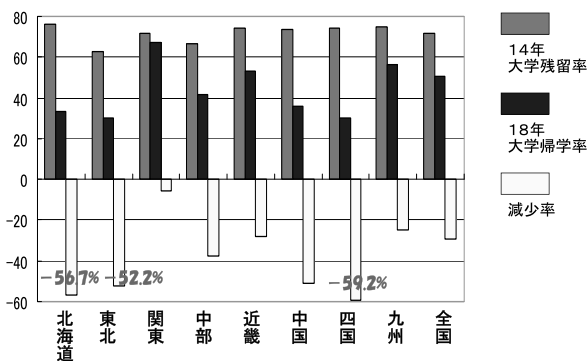
### 新臨床研修制度(2004年)

- 新人医師が、医師としての基本を身に着けるための制度
- 新制度では、新人医師が研修を受けたい病院を選び、病院側の希望とつき合わせる制度が導入された
- 若い医師の多くが、都会の大病院を研修先に選ぶ結果となった

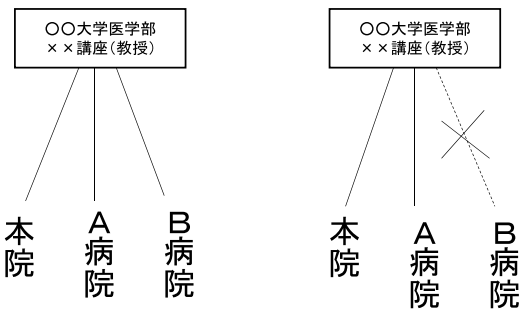
### 大学医局に医師がいない

- 若い医師が少なくなった大学医局は、本院を維持するために、医師を派遣していた病院から、医師を引き揚げざるを得なかった
- 大学医局からの派遣に頼っていた自治体病院、公的病院から医師が引き揚げられることになった

### 新臨床研修制度導入後の修了者帰学状況



平成18年度臨床研修修了者帰学状況調査(最終報告)



### 2003年初期研修マッチング結果

大学	病院	定員	マッチ数	欠員
北海道大学医学部	北海道大学医学部附属病院	115	115	0
札幌医科大学医学部	札幌医科大学医学部附属病院	54	30	24
札幌医科大学医学部	札幌医科大学医学部附属病院	57	43	14
旭川医科大学医学部	旭川医科大学医学部附属病院	64	38	26

### 2008年初期研修マッチング結果

大学	病院	プログラム	定員	マッチ数	欠員
北海道大学	北海道大学	北海道大学病院卒後臨床研修プログラム	58	48	10
北海道大学	北海道大学	特別コース北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(内科重点)	4	4	0
北海道大学	北海道大学	特別コース北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(外科重点)	4	4	0
北海道大学	北海道大学	特別コース北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(小児科重点)	4	1	3
北海道大学	北海道大学	特別コース北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(産婦人科重点)	4	4	0
北海道大学	北海道大学	特別コース北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(救急重点)	4	1	3
札幌医科大学	札幌医科大学	札幌医科大学附属病院卒後臨床研修プログラム	62	39	23
札幌医科大学	札幌医科大学	特別コース札幌医科大学附属病院外科プログラム	3	2	1
札幌医科大学	札幌医科大学	特別コース札幌医科大学附属病院小児科プログラム	2	2	0
札幌医科大学	札幌医科大学	特別コース札幌医科大学附属病院産婦人科プログラム	3	3	0
旭川医科大学	旭川医科大学	旭川医科大学 医師臨床研修プログラム	27	13	14

北海道大学病院	030010651	北海道大学病院臨床研修標準プログラム	34	26	8
北海道大学病院	030010652	北海道大学病院臨床研修実践産婦人科プログラム	2		2
北海道大学病院	030010653	北海道大学病院臨床研修実践小児科プログラム	2		2
札幌医科大学附属病院	030018151	札幌医科大学附属病院卒後臨床研修標準プログラム	47	18	29
札幌医科大学附属病院	030018152	札幌医科大学附属病院卒後臨床研修小児科プログラム	2		2
札幌医科大学附属病院	030018153	札幌医科大学附属病院卒後臨床研修産婦人科プログラム	2		2
旭川医科大学病院	030026451	旭川医科大学病院医師臨床研修プログラム	64	56	8
旭川医科大学病院	030026452	旭川医科大学病院小児科専門プログラム	2		2
旭川医科大学病院	030026453	旭川医科大学病院産婦人科・周産期専門プログラム	2		2

# 大学ごとにマッチ者に差が出てきている

- 初期研修医の集まる大学と集まらない大学に分かれてきている
- 特に国立大学医学部で差が出てきている

医大本院マッチ者数一覧 2019/10/17現在

都道府県	病院名	募集定員	マッチ者	充足率	自大出身	自大割合
北海道	札幌医科大学附属病院	38	28	88.4	19	38.9
北海道	札幌医科大学附属病院	51	18	35.3	13	22.2
北海道	旭川医科大学病院	68	58	82.4	58	100.0
青森県	弘前大学医学部附属病院	45	8	17.8	6	75.0
岩手県	花巻医科大学附属病院	48	17	30.0	17	100.0
宮城県	盛岡大学病院	44	28	63.6	17	21.4
秋田県	秋田大学医学部附属病院	18	4	25.0	4	100.0
山形県	山形大学医学部附属病院	26	23	46.0	21	91.2
福島県	福島県立医科大学附属病院	45	14	33.3	10	71.4
茨城県	茨城大学附属病院	92	54	58.7	28	53.7
栃木県	自治医科大学附属病院	58	43	72.9	0	0.0
栃木県	宇都宮大学附属病院	58	56	94.9	50	89.3
栃木県	宇都宮大学附属病院	19	7	36.8	0	0.0
群馬県	群馬大学医学部附属病院	44	10	25.0	6	60.0
埼玉県	埼玉医科大学附属病院	52	34	61.9	38	88.2
千葉県	千葉大学医学部附属病院	59	42	80.8	16	38.1
東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	56	41	73.2	12	29.3
東京都	日本医科大学付属病院	52	58	96.2	39	75.0
東京都	東京慈恵会医科大学附属病院	41	41	100.0	13	31.7
東京都	東京大学医学部附属病院	109	88	90.8	22	22.2
東京都	慶応義塾大学医学部附属病院	114	110	96.5	40	36.4
東京都	慶応義塾大学医学部附属病院	37	33	89.2	27	81.0
東京都	昭和大学病院	40	40	100.0	20	50.0
東京都	慶応義塾大学病院	60	68	100.0	15	25.0
東京都	慶応義塾大学病院	45	44	97.8	30	68.2
東京都	東京女子医科大学病院	59	36	61.0	14	38.9
東京都	日本大学医学部附属病院	52	48	92.3	43	89.6
東京都	聖隷医科大学附属病院	28	22	69.4	22	89.0
神奈川県	公立大学法人横浜国立大学附属病院	54	37	68.5	7	18.9
神奈川県	聖マリアンナ医科大学病院	49	45	91.8	40	88.9
神奈川県	慶応大学医学部附属病院	54	42	77.8	38	92.9
神奈川県	北星大学病院	50	49	98.0	44	89.0
新潟県	新潟大学医学部総合病院	51	11	21.8	4	36.4
富山県	富山大学附属病院	37	21	56.8	19	90.0
石川県	金沢医科大学病院	61	37	60.7	34	91.9
石川県	福井大学附属病院	43	37	92.9	28	76.4
福井県	福井大学医学部附属病院	36	17	30.4	18	94.1
山梨県	山梨大学医学部附属病院	42	39	85.7	33	91.1

都道府県	病院名	募集定員	マッチ者	充足率	自大出身	自大割合
長野県	信州大学医学部附属病院	43	20	44.4	12	60.0
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院	36	23	63.9	18	78.3
静岡県	静岡医科大学附属病院	42	32	89.0	21	69.0
愛知県	名古屋大学附属病院	23	11	47.8	1	9.1
愛知県	名古屋大学附属病院	42	33	76.8	11	33.3
愛知県	豊田医科大学附属病院	27	30	93.8	29	96.7
愛知県	豊田医科大学附属病院	33	33	100.0	27	81.8
三重県	三重大学医学部附属病院	30	21	70.0	16	76.2
滋賀県	滋賀県立大学医学部附属病院	44	38	84.4	31	81.6
滋賀県	滋賀県立大学医学部附属病院	80	80	100.0	30	37.5
京都府	京都府立医科大学附属病院	62	62	100.0	42	67.7
京都府	京都府立医科大学附属病院	61	50	82.0	12	24.5
大阪府	大阪大学医学部附属病院	56	56	100.0	28	50.0
大阪府	大阪府立大学附属病院	33	33	100.0	19	57.6
大阪府	大阪府立大学医学部附属病院	66	66	100.0	32	48.5
大阪府	関西医科大学附属病院	44	44	100.0	31	70.5
兵庫県	神戸大学医学部附属病院	71	69	97.2	20	29.0
兵庫県	兵庫県立大学附属病院	59	56	94.9	43	89.4
徳島県	徳島県立大学医学部附属病院	37	37	100.0	44	71.2
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	80	58	73.8	43	72.9
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院	44	12	27.3	10	83.3
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院	32	5	16.7	5	100.0
岡山県	岡山大学病院	48	42	91.3	18	42.9
岡山県	川崎医科大学附属病院	50	43	86.0	41	95.3
広島県	広島大学病院	63	35	55.6	22	63.9
山口県	山口大学医学部附属病院	24	10	41.7	10	100.0
徳島県	徳島大学病院	27	14	51.9	7	50.0
徳島県	徳島大学医学部附属病院	48	31	64.6	31	100.0
愛媛県	愛媛大学医学部附属病院	58	28	51.8	24	82.9
愛媛県	高知大学医学部附属病院	48	9	18.4	7	77.8
福岡県	福岡大学病院	43	30	69.8	19	63.3
福岡県	九州大学附属病院	68	58	86.2	16	29.0
福岡県	九州大学附属病院	39	33	84.6	22	66.7
福岡県	産業医科大学附属病院	11	5	45.5	3	55.6
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院	54	32	64.0	31	98.9
長崎県	長崎大学病院	58	53	96.4	26	49.1
熊本県	熊本大学病院	44	20	45.5	10	50.0
大分県	大分大学医学部附属病院	44	42	95.5	38	85.7
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院	50	28	56.0	23	82.1
鹿児島県	鹿児島大学病院	48	36	75.0	33	91.7
沖縄県	琉球大学医学部附属病院	31	16	51.6	14	81.3

# 新たな医療崩壊の要因

## -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)を経て専門医資格を目指すこととなる

### 基本診療領域(19専門医) (基本的な診療科)

内科	整形外科
外科	脳神経外科
小児科	形成外科
産婦人科	救急科
精神科	麻酔科
皮膚科	放射線科
眼科	リハビリテーション科
耳鼻咽喉科	病理
泌尿器科	臨床検査
	(総合診療)

吉村博邦「専門医制度の現状と課題(新たな専門医の仕組みに関する説明会)」

### Subspecialty領域(29専門医) (基本領域から分化したもの)

#### (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、老年病、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)

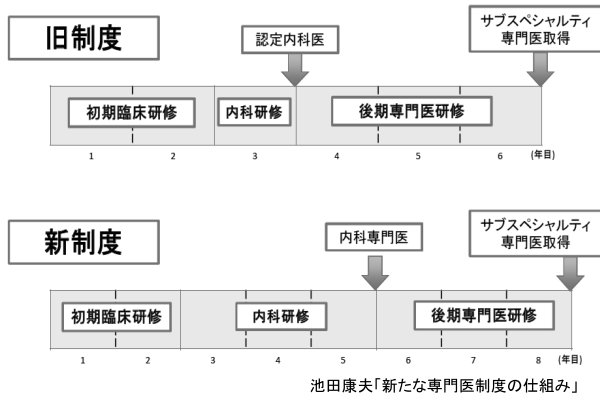
小児循環器、小児神経、小児血液、周産期、婦人科腫瘍、  
生殖医療、手外科、脊椎脊髄外科、頭頸部がん、集中治療、  
放射線診断、放射線治療

吉村博邦「専門医制度の現状と課題(新たな専門医の仕組みに関する説明会)」

# 新たな専門医制度

- 平成30年4月に新たな「新たな専門医制度」の導入が進められている
- 制度導入により医療崩壊の新たな要因になる可能性が高いと言われている

## 内科系専門医制度が変わる



2017年専攻医一次登録領域別採用数について (2017.12.15)

	内科	外科	小児科	産婦人科	合計		内科	外科	小児科	産婦人科	合計
北海道	81	32	17	8	260	滋賀県	28	8	7	4	83
青森県	17	3	4	3	48	京都府	81	23	8	10	274
岩手県	19	7	1	1	55	大阪府	207	69	44	34	619
宮城県	47	17	13	5	144	兵庫県	107	30	30	13	326
秋田県	14	9	5	3	53	奈良県	28	2	6	5	83
山形県	20	5	1	4	52	和歌山県	23	6	3	3	66
福島県	20	10	7	3	80	鳥取県	14	7	7	1	43
茨城県	39	11	9	9	124	島根県	12	2	2	3	34
栃木県	32	12	9	6	104	岡山県	62	24	6	10	199
群馬県	23	1	4	2	71	広島県	46	18	6	10	144
埼玉県	67	16	13	15	200	山口県	13	4	3	2	44
千葉県	92	24	19	5	242	徳島県	14	5	0	1	46
東京都	520	170	130	97	1756	香川県	13	3	3	1	43
神奈川県	172	38	21	27	472	愛媛県	18	5	4	5	67
新潟県	41	8	3	7	83	高知県	9	1	2	3	40
富山県	16	6	1	4	45	福岡県	153	37	29	24	421
石川県	38	6	2	7	99	佐賀県	16	4	0	3	50
福井県	11	2	2	1	33	長崎県	33	6	9	2	79
山梨県	19	1	1	3	34	熊本県	26	12	9	5	96
長野県	35	14	5	5	107	大分県	18	8	6	1	45
岐阜県	28	15	12	3	88	宮崎県	9	2	2	1	30
静岡県	44	7	6	5	109	鹿児島県	27	10	6	9	83
愛知県	131	51	30	28	441	沖縄県	28	9	15	4	88
三重県	30	7	4	3	88	合計	2,527	767	526	410	7,791

一般社団法人 日本専門医機構HPより

# 日本専門医機構の設立

- 平成15年、日本専門医制評価・認定機構が設立(学会が設立)
- 各学会の専門医制度を評価した
- 平成26年、日本専門医機構となる(第三者機関)
- 学会の運用ではなく、第三者機関として制度の統一化・標準化を図る
- 19の基本領域の専門医を取ってサブスペシャリティ領域の専門医取得を基本

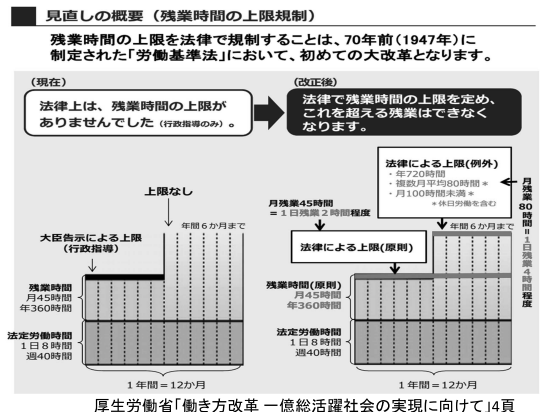
# 後期研修医の東京一極集中が加速 内科外科の研修医が大幅に減少

# 医師の働き方改革

## 医師残業時間の上限規制

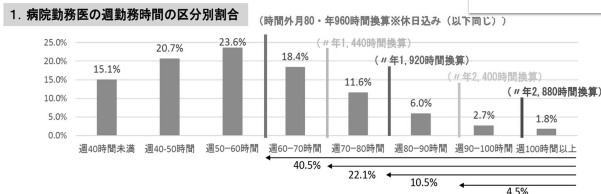
- 2019年4月から施行された働き方改革関連法は、一般労働者の残業時間の上限を年720時間とし、休日出勤を含めても年960時間が上限になる
- 医師に一般労働者と同じルールを適応すると医療現場が回らなくなる
- 医師向けの独自ルールとして、2024年4月から地域医療確保暫定特例水準として1860時間が上限となることが示された

## 残業時間の上限規制





病院勤務医の週勤務時間の区分別割合、医師の年間就業日数



※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」)結果をもとに、近畿府医師会が実施した調査。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「待機時間」の合計であり、通常勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと(待機時間)は除く。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

2. 年間就業日数の比較

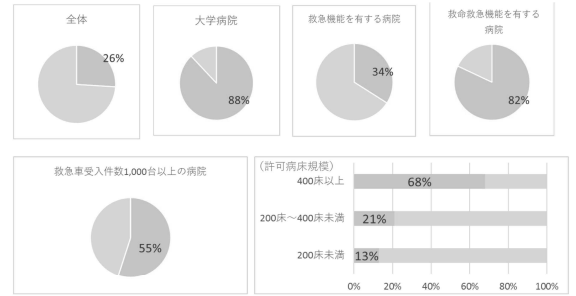
	総数	医師	専門技術的職業
200日未満	6.1%	3.5%	4.7%
200～249日	42.7%	19.6%	47.2%
250～299日	42.6%	41.4%	39.0%
300日以上	7.6%	35.0%	8.7%

※平成29年就業構造基本調査(総務省)。年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)の場合、年間就業日数は280日程度となる。

7

医師需給に関する検討会医師需給分科会第28回資料

週勤務時間が80時間を超える医師がいる病院の割合

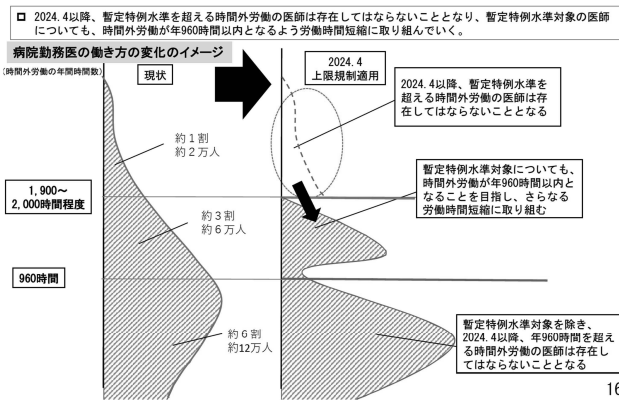


※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」)結果をもとに、近畿府医師会が実施した調査。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「待機時間」の合計であり、通常勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと(待機時間)は除く。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

10

医師需給に関する検討会医師需給分科会第28回資料

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ(案)



16

医師需給に関する検討会医師需給分科会第28回資料

# 大学附属病院は 暫定特例水準の影響を確実に受ける

- そもそも大学附属病院は週勤務時間が80時間を超える医師がいる病院の割合が高い
- さらに外の病院で勤務する外勤も労働時間にカウントされると言われている

## 医師引き揚げの危険性

- 新医師初期研修制度の導入時のように、大学附属病院の人員確保のため市中病院に派遣している常勤医師を引き揚げる危険性が高い
- さらに夜勤・土日の非常勤、外来の非常勤の派遣の引き揚げも行われる危険性がある

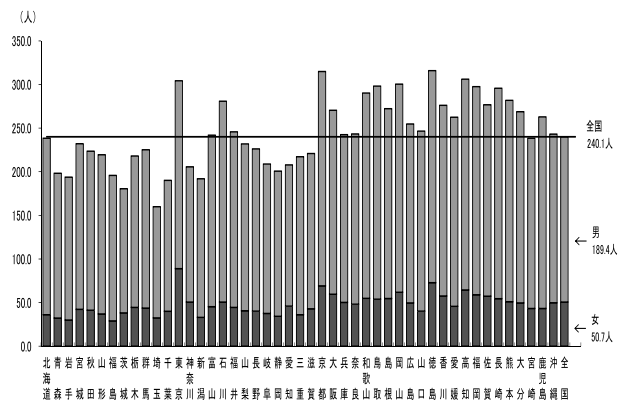
## 医師不足は都道府県によってに差がある

## 中小の自治体病院や私的病院に大きな影響

- 病院自ら医師を集められる大規模の拠点病院は医師引き揚げになんとか対応できる
- 問題は、夜間宿直、土日当直を外勤に頼っている中小規模の自治体病院や私的病院が大きな影響を受けると考える

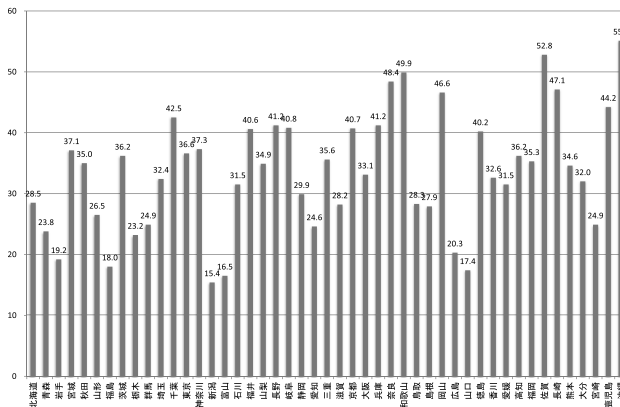
## 医大の医師供給力により都道府県ごとに 医師の増加に差がある

都道府県(従業地)別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

2002-2016年の人口10万当たり医師数の増加数



厚生労働省「平成1平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」

## 地元医大の医師供給力が落ちてきている県

- 県内病院の医師研修力を上げて全国から医師を集めることが必要と考える
- 大学並みの拠点病院をつくるための統合再編も選択肢の一つ

## 地元医大の医師供給力が向上している県

- 病院の生き残りのため、各自治体病院ごとに医大が医師を派遣したくなる魅力を上げることが必要となる
- 研修体制の充実、病院の建替えによる勤務環境の整備などが必要
- 病院の統合再編も選択肢の一つ

## 都市部の病院は統合再編が必要な場合もある

## 少なくとも地方の唯一の医療機関の中小規模の自治体病院を再編する必要はない

## 講演者の関わった地域の拠点病院の統合再編の例

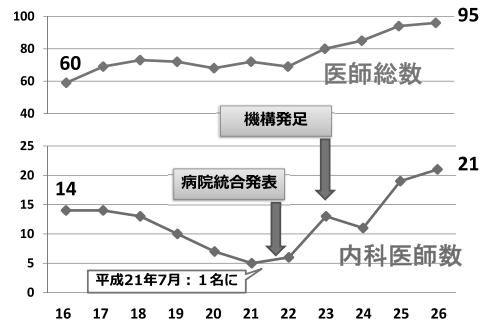
医学書院『病院』2015年5月号



# 兵庫県加古川市2病院統合

- 旧加古川市民病院(405床)は、2005年に14名在籍していた常勤内科医が2009年7月に1名まで減少
- 内科の入院・外来の診療が制限され、病院存続の危機に直面
- 加古川市は旧・神鋼加古川病院(198床)を経営する株式会社神戸製鋼所に病院の経営統合を打診

## 加古川西市民病院（旧市民病院）医師数推移



加古川市民病院機構資料

## 地方独立行政法人 加古川市民病院機構の設立

- 2011年4月地方独立行政法人加古川市民病院機構が発足
- 加古川市民病院は加古川西市民病院、神鋼加古川病院は加古川東病院となる

## 加古川のケースでも

- 統合に反対する住民の運動が起きる
- 経営統合に医療現場の責任者として大きな役割を果たした旧・神鋼加古川病院の病院長(後に機構理事長)は心労のあまり感染性大動脈炎にかかり「いつ死んでもおかしくない」と診断される状況に追い込まれた

## 公開の場での議論

- 講演者は2病院の統合を考える2回のシンポジウムで司会をつとめた
- 統合新病院に反対される住民の方にも意見を述べてもらう一方、機構理事長に医療現場の現状を話していただいた

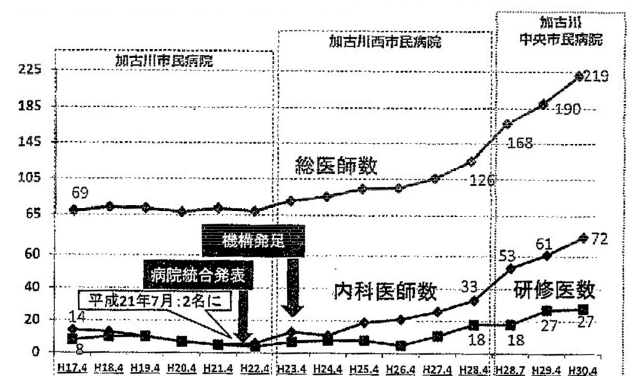
## 統合新病院オープン

- 2016年7月、統合新病院である加古川中央市民病院が新築移転しオープン
- 病床数600床、31診療科
- 消化器センター・心臓血管センター・こどもセンター・周産母子センター・がん集中的治療センターの5大センターにより高度専門医療を実践



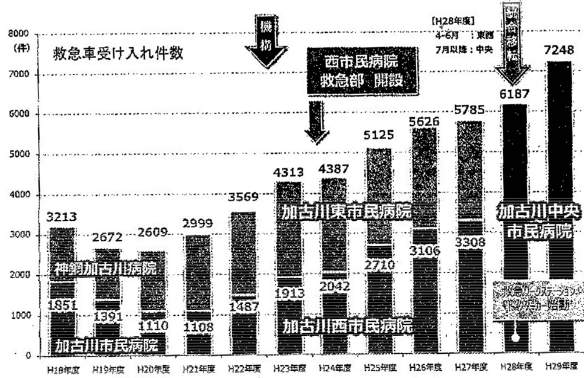
講演者撮影

## 医師数の推移



公営企業2018年9月号「地方独立行政法人加古川市民病院機構の取り組み」より

# 救急搬送受入件数の推移



公営企業2018年9月号「地方独立行政法人加古川市民病院機構の取り組み」より

医学書院『病院』2017年3月号



## 加賀市医療センター(300床)

- 旧加賀市民病院(226床)と旧山中温泉医療センター(199床)を統合した病院
- 国の地域医療再生基金(14.7億円)と耐震化補助金(12.8億円)の助成を受けて、JR加賀温泉駅前に新たに土地を取得して新病院を建設
- 統合について地元住民の合意を得ずに決定
- 反対運動を生み、病院統合を決定した市長は選挙で落選

## 検証委員会の設置

- 新市長は、2013年12月に「統合新病院建設計画検証委員会(委員長北川正恭早稲田大学教授(当時))」を設置
- 毎回50人を超える傍聴者の中で、6回にわたりデータに基づいた議論を行う
- 市民が3分間自由に発言することのできる「市民の声を聴く会」も開催
- 最終的に病院建設を継続することが市の財政や医療提供の上で最適であるという報告書がまとめられた

## 加賀市医療センター(300床)



## 統合の効果

- 最悪期の医師数は旧加賀市民23名(2006年)、旧山中9名(2008年)だった
- 加賀市医療センターでは2018年4月で40名となっている
- 内科は9名から12名に
- 学生、初期研修医に人気の病院となった

## 2019年4月現在の医師数

- 常勤医師 42名
- 初期研修医(基幹) 2名
- 初期研修医(たすき) 3名
- 合計 47名
- 2019年度から基幹型初期研修医を採用したがフルマッチであった(2020年度もフルマッチ)
- 研修医が来るようになってから院内講演会、研修会の開催が格段に増えたという



院内に「地域包括支援センター」のサブセンターを併設し、「地域医療連携部門」及び「入退院支援部門」と連携し、入院前から退院後の生活を見据えた支援を行う医療・介護の現場に近い場所で市全体の医療政策を検討する市役所の「地域医療推進室」も病院内部に設置。これらの部門は「地域連携センターつむぎ」という名称で呼ばれ、1階の入り口近くのフロアで一緒に仕事をしている病院内には新たに加賀市医師会の事務室が置かれている

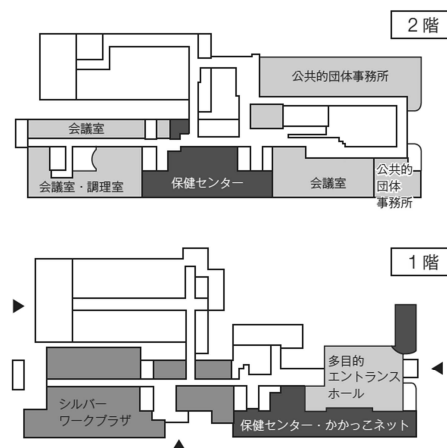
## かが交流プラザさくら

- 旧加賀市民病院の建物を「まちなかの賑わい創出の拠点」として再整備
- 2017年4月に「かが交流プラザさくら」がオープン
- 1階が多目的に活用できる「エントランスホール」、市民の健康増進を図る「市保健センター」、高齢者の生きがい及び福祉の増進を図るための「市シルバーワークプラザ」



かが交流プラザさくら

- 妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を行う市子育て応援ステーション「かがこネット」などが入居
- 2階は各種団体の活動のための会議室や調理室、公益事業を行う公共的団体の事務所が置かれた
- 4階は、金沢市内の学校法人の分校として外国人向け日本語学科が開設された



医学書院『病院』2017年3月号233頁

## 自治体病院の統合再編 病床の削減

- 地域や関係者の同意を取るの簡単ではない
- 統合再編すれば全てが解決するわけではない
- 成功した事例も多いが、関係者内で修復不可能な対立を生む場合もある

- 患者も医療提供の充実した大病院に流れる
- 患者の減少で病院経営も厳しくなる
- 近くにある中小規模の病院を統合再編し、提供できる医療を高度化し、研修体制を充実することで医師や看護師の数を増やし、レベルを向上させる
- 医療提供力が充実することで患者が集まり、経営が安定する

病院の統合再編は地域に医療を残すための一つの選択肢

- 医療が高度・専門化する中で中小規模の病院では、若手中堅医師は勤務せず、大学医局もなかなか医師を派遣しない
- 看護師も集まりにくく、認定看護師などの資格者も増やしていく

## 国立病院や 自治体立病院を 含む公的病院の 統合再編の難しさ

## 職員の身分の変更を伴う

- 経営主体が異なる場合は、病院の統合再編後の職員の身分も考慮しなければならない
- 病院職員の組織文化が異なり、統合後職員間の深刻な対立が生じる場合もある

## 地域の患者・住民や地方議会の同意

- 自治体病院を含めた公的病院や国立病院は公の性格を持ち、地方自治体や地域住民(患者)の意向を反映せざるを得ない
- 地域においては、対立する多様な利益の調整を行う機関である地方議会が存在する

## 反対運動の論理

- 一度、統合再編について反対運動が起きると、反対の論理が構築される
- 反対の論理は、国の社会保障政策の誤りから、統合再編の手続きの問題性(地元の意見を聞かないなど)

## 「正義」の反対は「悪」ではなく もう一つの正義

- 反対派の論理を「地域エゴ」と決めつけ、統合再編を強引に進めれば、反対派の「正義」の感情はかえって高まる
- 地域にとって病院の統合再編が必要な場合でも、反対派の「正義」が勝つこともある

## 医師・看護師が大量退職すると

- 統合再編で想定した医療者の雇用ができなくなる
- 行政、地方議会の予想を超えた財政支出が必要となる

## 各病院は地域の誇り

- 各病院は地元根付いて地域の誇りになっている
- 廃止や縮小は地域の歴史や誇りそのものを否定することにつながる
- 過去に土地や労力を提供してきたという経緯があることも多い

- 「統合再編をして新しい病院が建設されるが財政的に大丈夫なのか」
- 「統合再編して新病院をつくれれば医師が増えるというのが本当なのか」
- 「近くに病院がなくなり不便になる。高齢者は離れた病院に通えない」
- 「現状を変える必要を感じない」などが主な理由となる

## 情報公開とデータに基づく議論

- 行政の仕事は多様な価値が対立することを本質とする
- 利害関係を調整しつつより妥当な結論に導き合意を得ていくことが必要
- 情報の公開とデータに基づくリアルな議論がより妥当な結果に至る方法である
- 行政が権力で一方的に結論を強制しても、多面的な議論がされないことで間違った結論になることも多く、反対による合意の遅れ、問題の先送りとなる可能性が高い



## 統合再編や病院移転に必要なこと

- 反対の起きやすい住民・患者への情報の提供を行うこと
- 反対する住民・患者の意見に良く耳を傾けること
- データを元に議論を行うこと
- 医療現場(特に院長)の意見を良く聴くこと

## 自治体・公的病院の再編統合等に関わる人材に必要な能力

## 能力全てを満たすのは至難の業

- 必要な能力を意識し、不足する力を各都道府県の中で補いながら統合再編の作業を進めることが重要

## 医療人材の不足

- 地方の病院における最大の問題は医療人材の不足
- いかに医療人材が勤務する病院・地域にするかが重要

## 病院の統合再編は地域の民主主義の試金石

- 民主主義においては、多数者だから何をしてもよいわけではない
- 少数者の意見も配慮しつつ、合理的な結論に導くことが必要である
- 民主主義は手間と時間がかかる制度である
- 病院の統合再編は地域の民主主義の試金石である

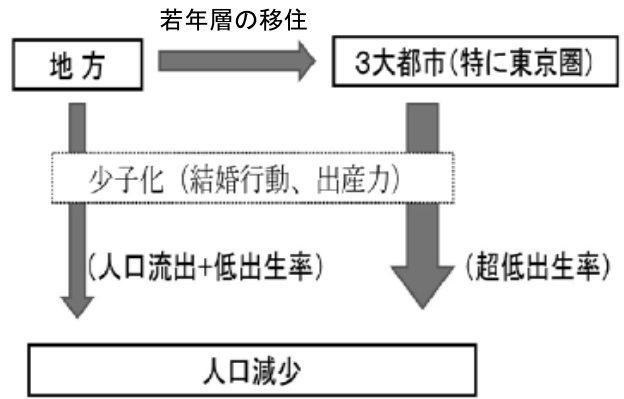
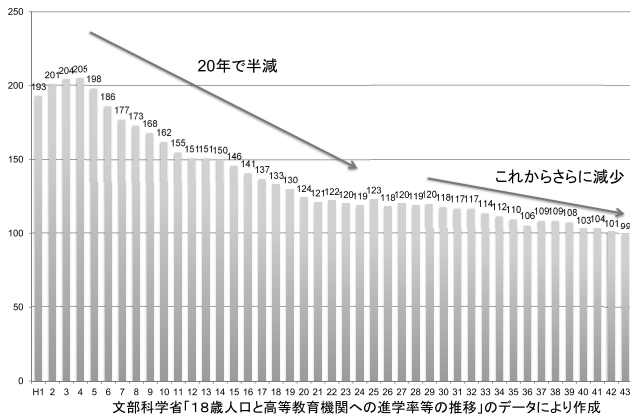
## 自治体・公的病院再編統合等に関わる人材に必要な能力

- 医療制度に関する知識(歴史を含めて)
- 診療報酬制度に関する知識
- 病院経営に関する知識
- 医師や看護師など医療職の養成制度、研修制度、報酬などの処遇のあり方、雇用手法についての知識
- 地方自治制度(地方分権)に関する知識
- 地方財政制度(予算・起債)に関する知識
- 地域での利害関係を調整するファシリテーション能力
- 医療関係者や地方議会、住民に公平で客観的なデータを提示できる能力

## 過疎地等の病院の医療をどうするか

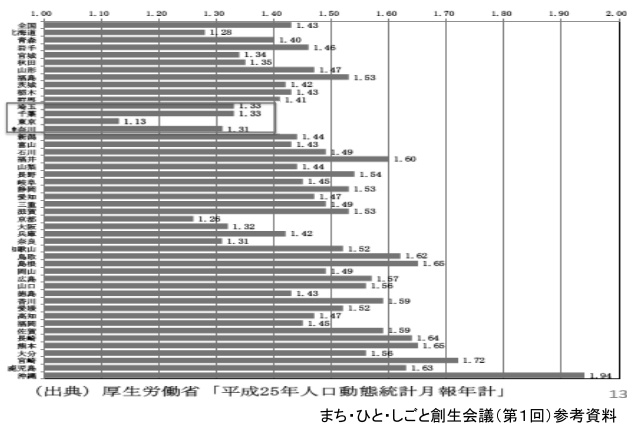
本格的少子高齢化  
経済の活性化で  
人手不足が深刻化する

# 平成に入ってから18歳人口の推移



まち・ひと・しごと創生会議(第1回)参考資料を一部改変

# 各都道府県の合計特殊出生率



# 看護師不足で運営をできなくなる病院も

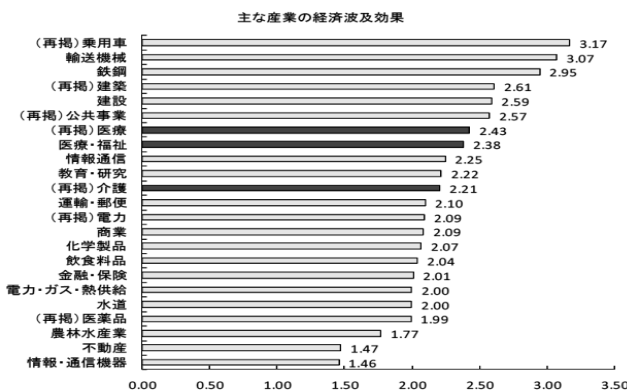
- 地方の中小自治体病院では、若い看護師が勤務せず、看護師の平均年齢が高い病院も少なくない
- これらの看護師が定年退職すると医療を提供できなくなるという病院も少なくない

# 自治体病院Cの看護師数(准看護師含む)の推移



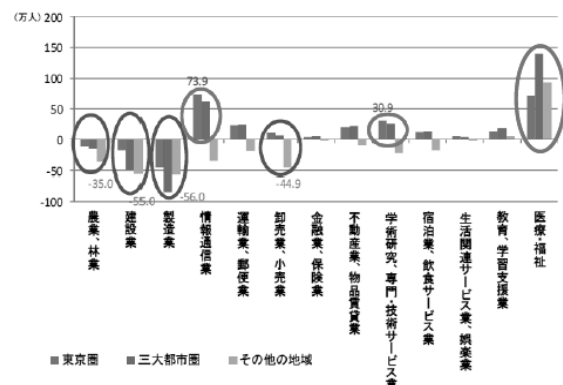
# 地方の病院の果たす役割

- ①住民に医療を提供する  
医療のない地域は住民は住むことができない
- ②地域の雇用の受け皿となる  
医療・介護は地域の主要産業の一つである
- ③地域づくりの中心  
少子高齢化が進む中で、地域づくりの中心となる施設である



日経総研ワーキングペーパーNo.360「2016年度の社会保障関係予算と診療報酬改定および経済成長との関係」より

# 過去10年間の産業別・地域別就業者数の増減



まち・ひと・しごと創生会議(第1回)参考資料9頁

# 病院バージョンアップ

- 一般に病床縮小はダウンサイズという言葉が使われる
- 人口減少、働く場の不足、医療者の不足に苦しむ地方の病院が簡単にダウンサイズされるのは納得がいかない
- 医療の地域格差をなくすため、医療提供の質を高めるバージョンアップであるべき

医学書院『病院』2018年9月号



# あさひ総合病院 バージョンアップ

## 富山県朝日町

- 富山県朝日町は、富山県の東端、新潟県との県境に位置する町
- 1989年に18,396人であった人口は、2016年に11,936人となった(富山県人口移動調査)
- 人口減少の原因は出生率の低さと若年層を中心とした人口流出

### 北陸3県自治体合計特殊出生率比較

全国平均	1.38
富山県全体	1.43
富山市	1.44
高岡市	1.41
魚津市	1.42
氷見市	1.37
滑川市	1.41
黒部市	1.49
砺波市	1.52
小矢部市	1.38
南砺市	1.44
射水市	1.46
舟橋村	1.48
上市町	1.35
立山町	1.33
入善町	1.38
朝日町	1.35
石川県全体	1.46
福井県全体	1.62
福井市	1.39
敦賀市	1.58
小浜市	1.6
大野市	1.64
勝山市	1.64
鯖江市	1.47
あわら市	1.44
越前市	1.4
坂井市	1.44
永平寺町	1.57
池田町	1.69
南越前町	1.62
越前町	1.49
美浜町	1.25
高浜町	1.7
おおい町	1.36
若狭町	1.72
穴水町	1.55
能登町	1.66

厚生労働省「平成20～24年人口動態保健所・市区町村別統計」より

### 富山県内自然増減・社会増減比較

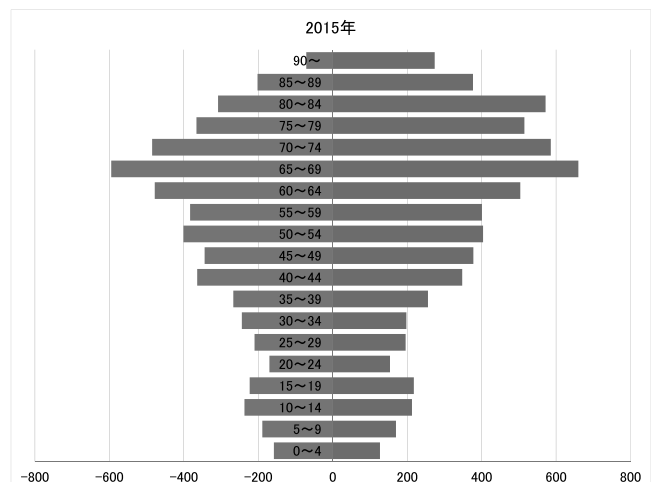
市町村	人口	自然増減数	自然増減率	社会増減数	社会増減率
富山県全体	1,085,710	-4,963	-0.45	-939	-0.09
富山市	419,849	-1,235	-0.29	650	0.15
高岡市	175,719	-910	-0.51	-376	-0.21
魚津市	43,555	-326	-0.74	-151	-0.34
氷見市	50,599	-448	-0.87	-288	-0.56
滑川市	33,681	-79	-0.23	27	0.08
黒部市	42,108	-174	-0.41	-74	-0.17
砺波市	49,406	-153	-0.31	-140	-0.28
小矢部市	31,303	-282	-0.89	-84	-0.27
南砺市	53,795	-433	-0.80	-142	-0.26
射水市	94,701	-271	-0.29	-9	-0.01
舟橋村	3,077	5	0.16	-7	-0.23
上市町	21,716	-138	-0.63	-75	-0.34
立山町	26,983	-176	-0.65	-36	-0.13
入善町	26,109	-191	-0.72	-140	-0.53
朝日町	13,109	-152	-1.14	-94	-0.70

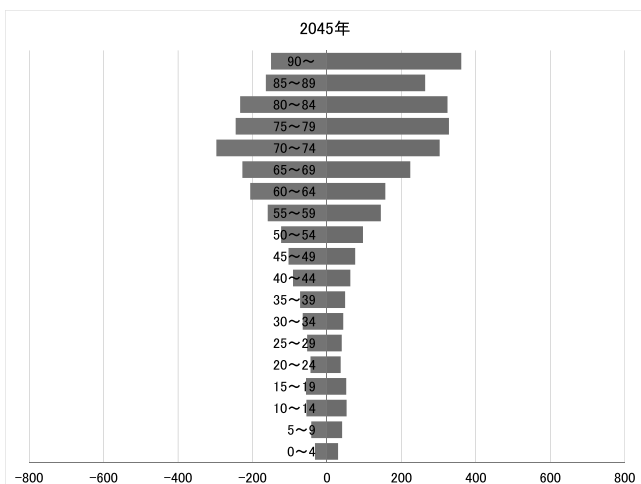
厚生労働省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 調査の結果2015年」

## 富山県朝日町の将来人口

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』(平成30年4月推計)より作成





## 医師不足に苦しむ病院

- 朝日町は、あさひ総合病院(199床)を経営している
- 2004年の新医師臨床研修制度の導入による全国的な医師不足はあさひ総合病院にも影響を与える
- 2005年に16名在籍した正職員の医師が2008年には11名に減少
- 特に内科系医師は2005年の7名が2008年には2名に減る
- 2008年4月に5階の病棟49床を休床、救急診療体制一部縮小に追い込まれる

## 看護師不足

- あさひ総合病院では、医師だけでなく看護師不足も深刻であった
- 若い看護師はほとんど勤務せず、看護師の平均年齢は上昇し、その数は減少傾向にあった

## あさひ総合病院 バージョンアップ

- これまでの4病棟199床を2病棟109床となり90床減らす
- 病床を減らすが職員を雇用し、職員に余裕をもたらす
- 「高齢者医療の先進モデル」となる病院を目指す

## 病棟の再編

病院改修後の予定		現在の病棟	
3階	会議室、研修室、図書室、職員食堂、休憩室、仮眠室、倉庫等	3階病棟	一般病棟 48床
4階病棟	一般病棟 56床	4階病棟	一般病棟 54床
5階病棟	※地域包括ケア病棟 53床	5階病棟	49床 休床中
6階	地域医療推進センター ・※在宅支援ステーション(在宅介護支援センター機能) ・※認知症支援センター ・※ロコモステーション ・通所リハビリセンター ・ボランティアセンター ・地域医療推進室	6階病棟	回復期リハビリ病棟 48床
病床数	109床	合計	199床 (うち結核病床5床)
その他	化学療法室(1階) 情報管理室(2階)		

あさひ総合病院資料

### 改修後の主な施設

#### 在宅支援ステーション

朝日町在宅介護支援センターを6階に移設します。当病院に移設後も引き続き、居宅介護支援事業所として居宅介護支援、訪問介護、訪問看護を実施します。

#### 地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟とは、急性期治療(手術や検査などの治療)を経過し、症状が安定した患者さんに対して、在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病棟です。

#### ロコモステーション

骨粗鬆症や運動機能が衰えた状態で、進行すると介護の必要が高くなるロコモティブシンドローム予防の施設を設け、骨密度の健診事業や運動機能の低下防止のため運動教室などを行う予定としています。

#### 認知症支援センター

認知症の方や支える家族、認知症が気になる方のコミュニティの場として病院内に認知症カフェを設け、情報交換や交流、認知症に関する相談を行います。また、入院患者の中から認知症患者を対象に認知症院内デイも行う予定としています。

## 医療人材を集める努力

## 富山大学附属病院 地域医療支援学講座

- 2019年4月から富山大学附属病院への寄附講座を設置
- 寄附金は年間2300万円で、期間は2019年度から2021年度までの3年間
- 客員教授1名、客員助教1名が2名の内科系医師が常勤で派遣される

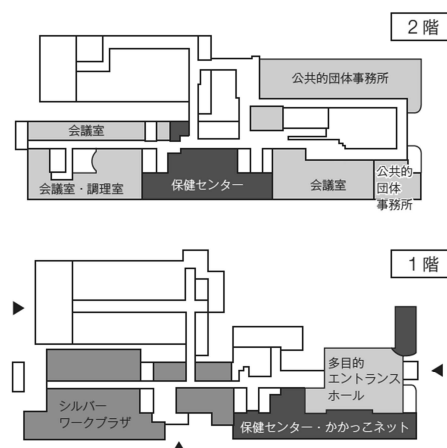
## かが交流プラザさくら

- 旧加賀市民病院の建物を「まちなかの賑わい創出の拠点」として再整備
- 2017年4月に「かが交流プラザさくら」がオープン
- 1階が多目的に活用できる「エントランスホール」、市民の健康増進を図る「市保健センター」、高齢者の生きがい及び福祉の増進を図るための「市シルバーワークプラザ」



かが交流プラザさくら

- 妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を行う市子育て応援ステーション「かがこネット」などが入居
- 2階は各種団体の活動のための会議室や調理室、公益事業を行う公共的団体の事務所が置かれた
- 4階は、金沢市内の学校法人の分校として外国人向け日本語学科が開設された



医学書院『病院』2017年3月号233頁

## 自治体病院の統合再編 病床の削減

- 地域や関係者の同意を取るの簡単ではない
- 統合再編すれば全てが解決するわけではない
- 成功した事例も多いが、関係者内で修復不可能な対立を生む場合もある
- 患者も医療提供の充実した大病院に流れる
- 患者の減少で病院経営も厳しくなる
- 近くにある中小規模の病院を統合再編し、提供できる医療を高度化し、研修体制を充実することで医師や看護師の数を増やし、レベルを向上させる
- 医療提供力が充実することで患者が集まり、経営が安定する

病院の統合再編は地域に医療を残すための一つの選択肢

- 医療が高度・専門化する中で中小規模の病院では、若手中堅医師は勤務せず、大学医局もなかなか医師を派遣しない
- 看護師も集まりにくく、認定看護師などの資格者も増やしていく

## 国立病院や 自治体立病院を 含む公的病院の 統合再編の難しさ

## 職員の身分の変更を伴う

- 経営主体が異なる場合は、病院の統合再編後の職員の身分も考慮しなければならない
- 病院職員の組織文化が異なり、統合後職員間の深刻な対立が生じる場合もある

## 地域の患者・住民や地方議会の同意

- 自治体病院を含めた公的病院や国立病院は公の性格を持ち、地方自治体や地域住民(患者)の意向を反映せざるを得ない
- 地域においては、対立する多様な利益の調整を行う機関である地方議会が存在する

## 反対運動の論理

- 一度、統合再編について反対運動が起きると、反対の論理が構築される
- 反対の論理は、国の社会保障政策の誤りから、統合再編の手続きの問題性(地元の意見を聞かないなど)

## 「正義」の反対は「悪」ではなく もう一つの正義

- 反対派の論理を「地域エゴ」と決めつけ、統合再編を強引に進めれば、反対派の「正義」の感情はかえって高まる
- 地域にとって病院の統合再編が必要な場合でも、反対派の「正義」が勝つこともある

## 医師・看護師が大量退職すると

- 統合再編で想定した医療者の雇用ができなくなる
- 行政、地方議会の予想を超えた財政支出が必要となる

## 各病院は地域の誇り

- 各病院は地元根付いて地域の誇りになっている
- 廃止や縮小は地域の歴史や誇りそのものを否定することにつながる
- 過去に土地や労力を提供してきたという経緯があることも多い

- 「統合再編をして新しい病院が建設されるが財政的に大丈夫なのか」
- 「統合再編して新病院をつくれれば医師が増えるというのが本当なのか」
- 「近くに病院がなくなり不便になる。高齢者は離れた病院に通えない」
- 「現状を変える必要を感じない」などが主な理由となる

## 情報公開とデータに基づく議論

- 行政の仕事は多様な価値が対立することを本質とする
- 利害関係を調整しつつより妥当な結論に導き合意を得ていくことが必要
- 情報の公開とデータに基づくリアルな議論がより妥当な結果に至る方法である
- 行政が権力で一方的に結論を強制しても、多面的な議論がされないことで間違った結論になることも多く、反対による合意の遅れ、問題の先送りとなる可能性が高い

## 統合再編や病院移転に必要なこと

- 反対の起きやすい住民・患者への情報の提供を行うこと
- 反対する住民・患者の意見に良く耳を傾けること
- データを元に議論を行うこと
- 医療現場(特に院長)の意見を良く聴くこと

## 自治体・公的病院の再編統合等に関わる人材に必要な能力

## 能力全てを満たすのは至難の業

- 必要な能力を意識し、不足する力を各都道府県の中で補いながら統合再編の作業を進めることが重要

## 医療人材の不足

- 地方の病院における最大の問題は医療人材の不足
- いかに医療人材が勤務する病院・地域にするかが重要

## 病院の統合再編は地域の民主主義の試金石

- 民主主義においては、多数者だから何をしてもよいわけではない
- 少数者の意見も配慮しつつ、合理的な結論に導くことが必要である
- 民主主義は手間と時間がかかる制度である
- 病院の統合再編は地域の民主主義の試金石である

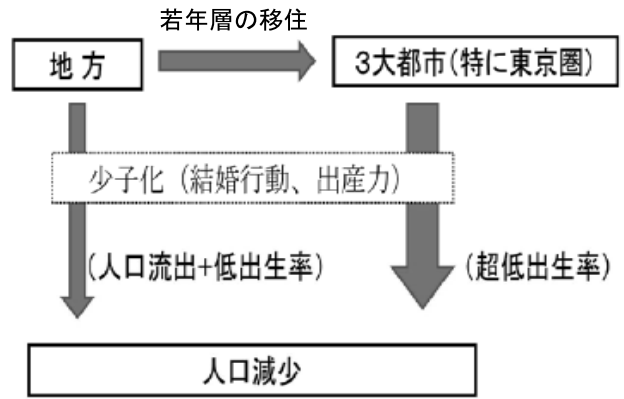
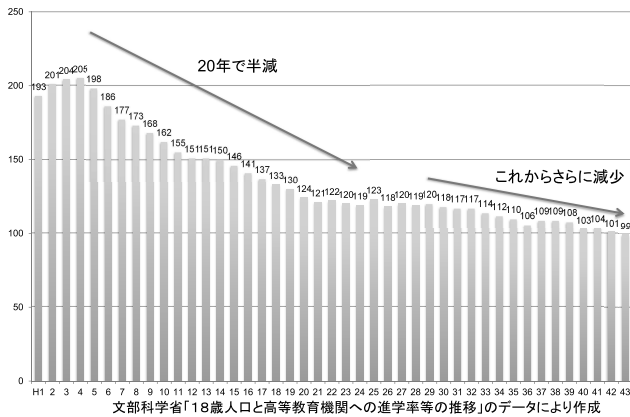
## 自治体・公的病院再編統合等に関わる人材に必要な能力

- 医療制度に関する知識(歴史を含めて)
- 診療報酬制度に関する知識
- 病院経営に関する知識
- 医師や看護師など医療職の養成制度、研修制度、報酬などの処遇のあり方、雇用手法についての知識
- 地方自治制度(地方分権)に関する知識
- 地方財政制度(予算・起債)に関する知識
- 地域での利害関係を調整するファシリテーション能力
- 医療関係者や地方議会、住民に公平で客観的なデータを提示できる能力

## 過疎地等の病院の医療をどうするか

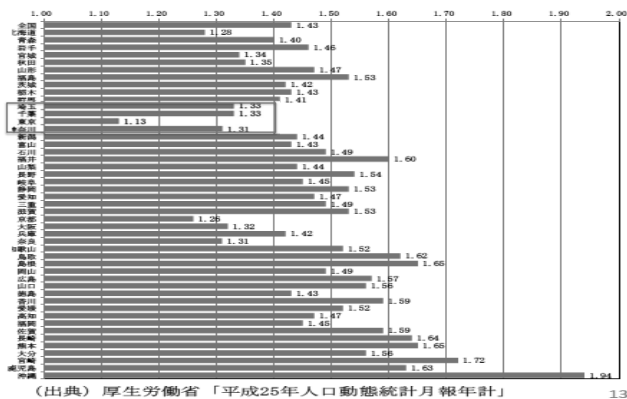
本格的少子高齢化  
経済の活性化で  
人手不足が深刻化する

# 平成に入ってから18歳人口の推移



まち・ひと・しごと創生会議(第1回)参考資料を一部改変

# 各都道府県の合計特殊出生率



まち・ひと・しごと創生会議(第1回)参考資料

# 看護師不足で運営をできなくなる病院も

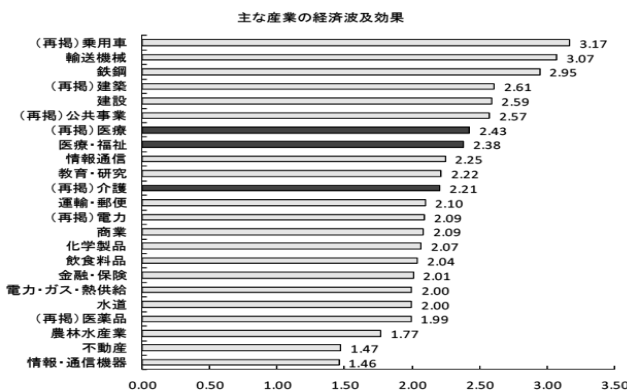
- 地方の中小自治体病院では、若い看護師が勤務せず、看護師の平均年齢が高い病院も少なくない
- これらの看護師が定年退職すると医療を提供できなくなるという病院も少なくない

# 自治体病院Cの看護師数(准看護師含む)の推移



# 地方の病院の果たす役割

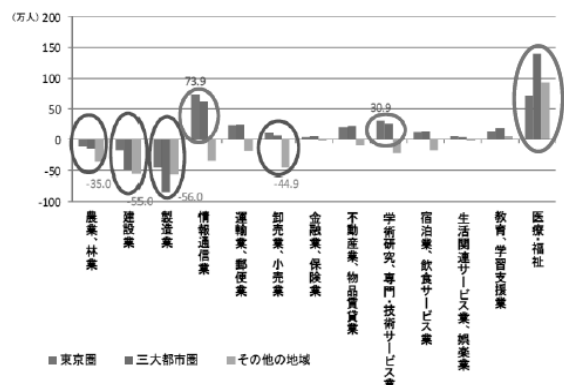
- ①住民に医療を提供する  
医療のない地域は住民は住むことができない
- ②地域の雇用の受け皿となる  
医療・介護は地域の主要産業の一つである
- ③地域づくりの中心  
少子高齢化が進む中で、地域づくりの中心となる施設である



\*経済省「平成23年(2011年)産業連関表(確報)」から作成。産業分類は統合大分類(37部門)、再掲は統合中分類(108部門)を使用。

日経総研ワーキングペーパーNo.360「2016年度の社会保障関係予算と診療報酬改定および経済成長との関係」より

# 過去10年間の産業別・地域別就業者数の増減



まち・ひと・しごと創生会議(第1回)参考資料9頁



# 病院バージョンアップ

- 一般に病床縮小はダウンサイズという言葉が使われる
- 人口減少、働く場の不足、医療者の不足に苦しむ地方の病院が簡単にダウンサイズされるのは納得がいかない
- 医療の地域格差をなくすため、医療提供の質を高めるバージョンアップであるべき

医学書院『病院』2018年9月号



# あさひ総合病院 バージョンアップ

## 富山県朝日町

- 富山県朝日町は、富山県の東端、新潟県との県境に位置する町
- 1989年に18,396人であった人口は、2016年に11,936人となった(富山県人口移動調査)
- 人口減少の原因は出生率の低さと若年層を中心とした人口流出

### 北陸3県自治体合計特殊出生率比較

全国平均	1.38				
富山県全体	1.43	石川県全体	1.46	福井県全体	1.62
富山市	1.44	金沢市	1.39	福井市	1.65
高岡市	1.41	七尾市	1.58	敦賀市	1.72
魚津市	1.42	小松市	1.6	小浜市	1.77
氷見市	1.37	輪島市	1.64	大野市	1.49
滑川市	1.41	珠洲市	1.64	勝山市	1.53
黒部市	1.49	加賀市	1.47	鯖江市	1.68
砺波市	1.52	羽咋市	1.44	あわら市	1.42
小矢部市	1.38	かほく市	1.4	越前市	1.54
南砺市	1.44	白山市	1.44	坂井市	1.57
射水市	1.46	能美市	1.57	永平寺町	1.4
舟橋村	1.48	野々市市	1.69	池田町	1.61
上市町	1.35	川北町	1.62	南越前町	1.58
立山町	1.33	津幡町	1.49	越前町	1.6
入善町	1.38	内灘町	1.25	美浜町	1.63
朝日町	1.35	志賀町	1.7	高浜町	1.76
		宝達志水町	1.36	おおい町	1.94
		中能登町	1.72	若狭町	1.77
		穴水町	1.55		
		能登町	1.66		

厚生労働省「平成20～24年人口動態保健所・市区町村別統計」より

### 富山県内自然増減・社会増減比較

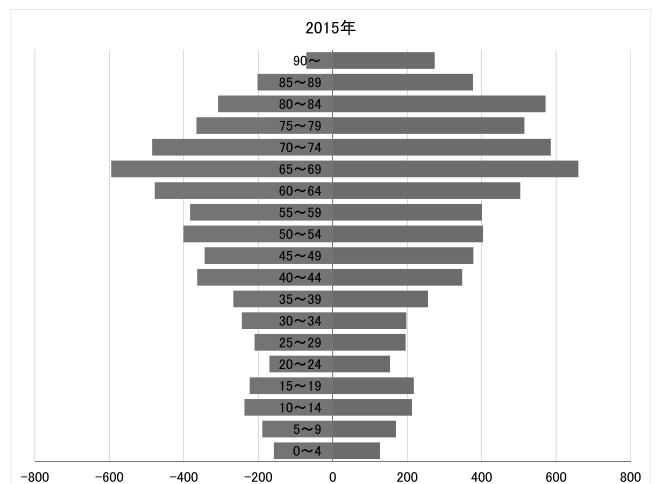
市町村	人口	自然増減数	自然増減率	社会増減数	社会増減率
富山県全体	1,085,710	-4,963	-0.45	-939	-0.09
富山市	419,849	-1,235	-0.29	650	0.15
高岡市	175,719	-910	-0.51	-376	-0.21
魚津市	43,555	-326	-0.74	-151	-0.34
氷見市	50,599	-448	-0.87	-288	-0.56
滑川市	33,681	-79	-0.23	27	0.08
黒部市	42,108	-174	-0.41	-74	-0.17
砺波市	49,406	-153	-0.31	-140	-0.28
小矢部市	31,303	-282	-0.89	-84	-0.27
南砺市	53,795	-433	-0.80	-142	-0.26
射水市	94,701	-271	-0.29	-9	-0.01
舟橋村	3,077	5	0.16	-7	-0.23
上市町	21,716	-138	-0.63	-75	-0.34
立山町	26,983	-176	-0.65	-36	-0.13
入善町	26,109	-191	-0.72	-140	-0.53
朝日町	13,109	-152	-1.14	-94	-0.70

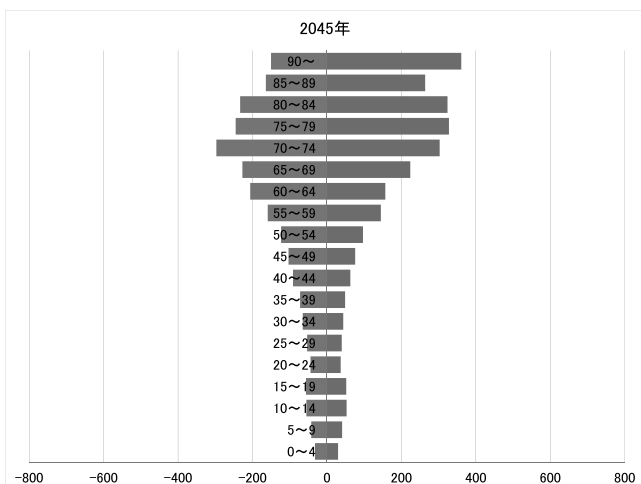
厚生労働省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 調査の結果2015年」

## 富山県朝日町の将来人口

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』(平成30年4月推計)より作成





## 看護師不足

- あさひ総合病院では、医師だけでなく看護師不足も深刻であった
- 若い看護師はほとんど勤務せず、看護師の平均年齢は上昇し、その数は減少傾向にあった

## 病棟の再編

病院改修後の予定		現在の病棟	
3階	会議室、研修室、図書室、職員食堂、休憩室、仮眠室、倉庫等	3階病棟	一般病棟 48床
4階病棟	一般病棟 56床	4階病棟	一般病棟 54床
5階病棟	※地域包括ケア病棟 53床	5階病棟	49床 休床中
6階	地域医療推進センター ・※在宅支援ステーション (在宅介護支援センター機能) ・※認知症支援センター ・※ロコモステーション ・通所リハビリセンター ・ボランティアセンター ・地域医療推進室	6階病棟	回復期リハビリ病棟 48床
病床数	109床	合計	199床 (うち結核病床5床)
その他	化学療法室 (1階) 情報管理室 (2階)		

あさひ総合病院資料

## 医師不足に苦しむ病院

- 朝日町は、あさひ総合病院(199床)を経営している
- 2004年の新医師臨床研修制度の導入による全国的な医師不足はあさひ総合病院にも影響を与える
- 2005年に16名在籍した正職員の医師が2008年には11名に減少
- 特に内科系医師は2005年の7名が2008年には2名に減る
- 2008年4月に5階の病棟49床を休床、救急診療体制一部縮小に追い込まれる

## あさひ総合病院 バージョンアップ

- これまでの4病棟199床を2病棟109床となり90床減らす
- 病床を減らすが職員を雇用し、職員に余裕をもたらす
- 「高齢者医療の先進モデル」となる病院を目指す

### 改修後の主な施設

在宅支援ステーション	地域包括ケア病棟
朝日町在宅介護支援センターを6階に移設します。当病院に移設後も引き続き、居宅介護支援事業所として居宅介護支援、訪問介護、訪問看護を実施します。	地域包括ケア病棟とは、急性期治療(手術や検査などの治療)を経過し、症状が安定した患者さんに対して、在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病棟です。
ロコモステーション	認知症支援センター
骨粗鬆症や運動機能が衰えた状態で、進行すると介護の必要が高くなるロコモティブシンドローム予防の施設を設け、骨密度の健診事業や運動機能の低下防止のため運動教室などを行う予定としています。	認知症の方や支える家族、認知症が気になる方のコミュニティの場として病院内に認知症カフェを設け、情報交換や交流、認知症に関する相談を行います。また、入院患者の中から認知症患者を対象に認知症院内デイも行う予定としています。

## 医療人材を集める努力

## 富山大学附属病院 地域医療支援学講座

- 2019年4月から富山大学附属病院への寄附講座を設置
- 寄附金は年間2300万円で、期間は2019年度から2021年度までの3年間
- 客員教授1名、客員助教1名が2名の内科系医師が常勤で派遣される

朝日町寄附講座「朝日・地域医療支援学講座」の設置について

- 目的
- あさひ総合病院で不足する診療分野の診療を富山大学附属病院の医師が担うことにより、地域医療の充実に貢献する。
  - 地域医療を通して、将来に向けた地域包括ケアを担う医療人材を育成する。
  - 富山大学附属病院とあさひ総合病院の間で、病院機能の分化を踏まえた患者の紹介・逆紹介の円滑化を図る。



- 寄附期間 2019年度から2021年度までの3年間
  - 寄附金額 23,000千円(年間)
  - 寄附講座教員 山田 徹 客員教授、渡辺 一海 客員助教
- 朝日町資料

# 看護人材を集める試み

## 朝日町看護学生修学資金貸与制度のご案内

朝日町では、看護師を確保し地域医療の充実に貢献するため、看護師を志し卒業後にあさひ総合病院で看護師業務に従事しようとする方を対象に、修学資金を貸与します。



### 貸与を受けることができる方

1. 心身健康で修学成績が優秀な方
2. 住居が確保である方
3. 在学する養成施設長の推薦がある方

### 貸与額

月額10万円

### 貸与期間

修学資金の貸与を受けるに至った月から在学している養成施設又は修士課程の正規の修学期間を修了する月までの間。

### 貸与利息

利息は付きません。

### 返還の免除

1. 次の項目に該当する場合は、修学資金の返還を免除します。
2. 修学資金の貸与を受けた期間が3年以上の場合は、あさひ総合病院において3年間看護職員として業務に従事したとき。
3. 修学資金の貸与を受けた期間が3年未満の場合は、あさひ総合病院において2年間看護職員として業務に従事したとき。
3. 1、2の看護職員として業務に従事した期間中に業務に起因する心身の故障のため看護職員として業務を継続することができなくなったとき等。

あさひ総合病院HPより

## あさひ総合病院看護師初任給調整手当

資格免許取得経過期間	月額
1年未満	20,000円
1年以上2年未満	18,000円
2年以上3年未満	16,000円
3年以上4年未満	14,000円
4年以上5年未満	12,000円
5年以上6年未満	10,000円
6年以上7年未満	8,000円
7年以上8年未満	6,000円
8年以上9年未満	4,000円
9年以上10年未満	2,000円

あさひ総合病院資料

## 職員住宅



### 院内保育

開園時間	通常保育(土曜日、日曜日、祝祭日)・・・8:00~18:00 夜間保育(火曜日、木曜日)・・・16:00~翌日10:00 延長保育あり(前後ともに)
定員	8名
対象	あさひ総合病院等の職員が保護者である乳幼児 年齢・・・生後6ヶ月~小学校就学前まで
スタッフ	保育士2名
保険料	通常保育・・・1,000円/回 夜間保育・・・1,000円/回



あさひ総合病院HPより

# 病院改修工事

- 総事業費 4億9755万円
- 企業債 2億2430万円
- 過疎債 2億2410万円
- 富山県医療介護総合確保基金 4728万円

## 改修後：3階 職員食堂



あさひ総合病院資料

## 改修後：3階 女子更衣・休憩室(休憩室)

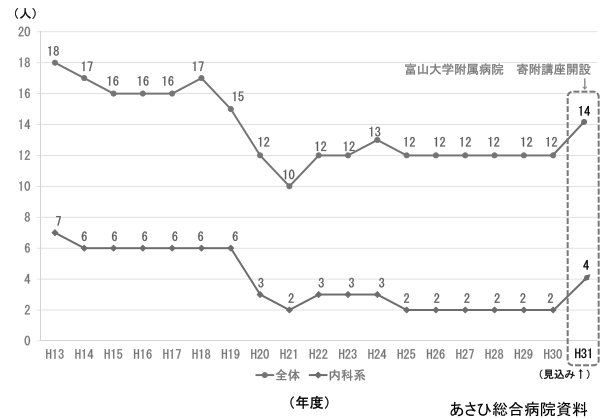


あさひ総合病院資料

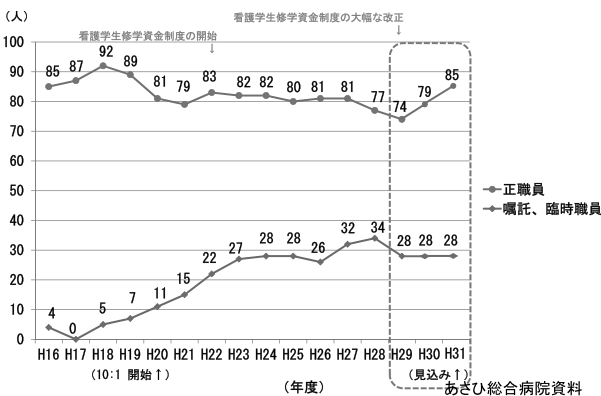
毎日、認知症認定看護師による認知症デイケアを実施



◆常勤医師数の推移(嘱託職員含む)



◆看護師数(正職員・嘱託、臨時職員)の推移



看護師の夜勤負担軽減

- 病床を減らし、常勤看護師を増員したことで、看護師の夜勤の負担は軽減された
- その一方、患者が混合病床となったので労働負担は厳しくなったとは聞いている

収入も増加

- 4月のバージョンアップ本格的実施後、常勤内科医師2名増員効果もあり、4～9月の5か月間で前年より約9,000万円の収入増となっている

2018年4月広報あさひ  
笹原町長コラム

● あなたとまちのコミュニケーション情報紙 ●

**あさひ日和**

【3月4日】ふるさと回帰支援センター(有楽町)にて、「富山市金沢町合併セミナー」を開催しました。

セミナーは、田中幹夫前市長のインパクト報告の挨拶からスタート。後に行われたパネルディスカッションにおいても、田中市長の明るい話題で会場は大盛り上がりしました。また、この日は「たししりこ」のミカタ! (テレビ東京) が取材として金沢参加! セミナーの様子は今放送される予定です。

◎放送日は未定(富山県では土曜日深夜1:50~2:50に放送されています)

ふるさと回帰支援センターへの町村としての出張は朝日町が初めてで、今年で3年を迎えます。出張当初の来訪者の半数は60代前後の世代で、今年も同様です。

**「あさひ桜まつり」から「あさひ舟川 春の四重奏2018」へ**  
— 4月7日(土)～4月22日(日) —

舟川べりの桜並木は、朝日町が誇る桜の名所として、国内外から大勢の観光客が訪れるお花見スポットになりました。平成6年から舟川で開催されていた「あさひ桜まつり」は、本年より「あさひ舟川 春の四重奏2018」へと形を変え、春の舟川べりを盛り上げます。

- ◆現地では、花見弁当や飲み物などの販売があります。
- ◆期間中は、桜並木内を無料電気自動車が行き来し(歩行者専用)。
- ◆桜並木周辺や臨時駐車場は大変混雑します。泊駅、アスカバス停から15分歩き出る臨時バス(1日400円)のご利用をお願いします。

4月14日(土)・15日(日)  
午前10時～ 「日蓮会」「太鼓隊」などが来場  
※観覧席の用意はございません。  
日没後 ライトアップ  
午後7時30分～

町の人口については、直近の3年間をみますと、転入者数が増加する一方で転出者数は減少し、「転出超過幅の縮小」が続く、良い流れとなっています。各年度4月から2月までの人口社会動態比較では、平成27年度が84人の転出超過で、平成28年度が77人の転出超過。これに対し、平成29年度は25人の転出超過にとどまっており、町が展開している施策が、一定の成果として表れているものと言えます。

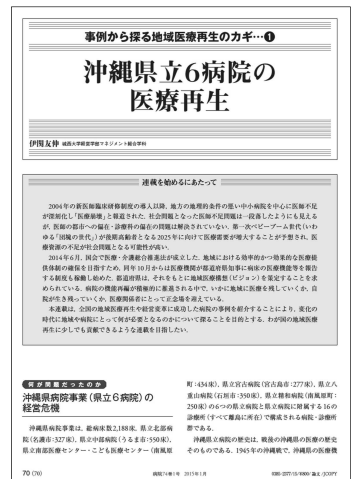
また、合計特殊出生率についても、私が町長に就任しました平成26年度では1.28だったのが、平成27年度では1.45、平成28年度では1.51と堅調に増加しており、「子育て応援日本一」の目標を掲げて推進してきた子育て支援策が実を結んできたものと思っております。

ローコスト病院建築の必要性

# ローコストの病院建築の必要性

- 病院の統合再編をしても高いコストで病院を建築すると新病院の経営が厳しくなり、最悪破たんする
- できるだけローコストで病院建築を行う必要がある

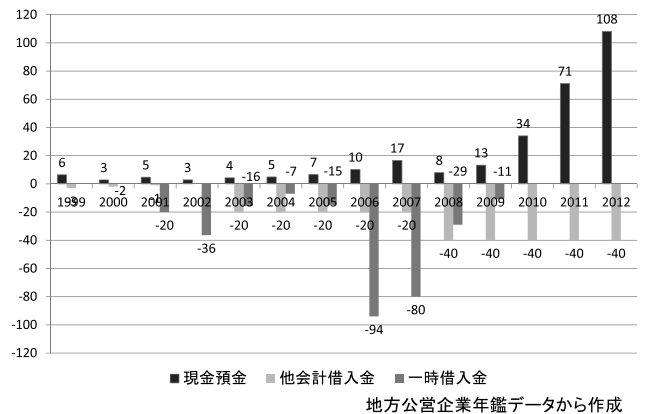
医学書院『病院』2015年1月号



## 沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの開設

- 2006年度に県立那覇病院・県立南部病院を廃止し、新たに県立南部医療センター・こども医療センターを開設
- 病院の整備費約248億円(建築費約186億、医療機器等約62億、うち約205億円を起債で調達)
- さらに2つの病院の廃止費用も生じた
- 2006年度には98億円の一時借入金が発生
- 沖縄県立病院事業そのものを危機に巻き込んだ

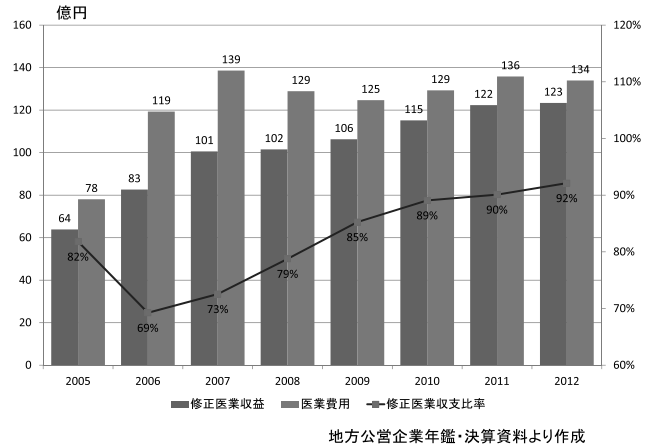
沖縄県立病院事業の現金、一時借入金、他会計借入金の推移



## 県立病院のあり方検討部会

- 2008年8月に県立病院のあり方検討部会が開催され、講演者は委員となった
- 2009年6月に「県立病院のあり方に関する基本構想」された
- 南部医療センター・こども医療センターを含めた県立6病院が本気の改革を進め7年間で100億の手持ち現金を有するにいたった

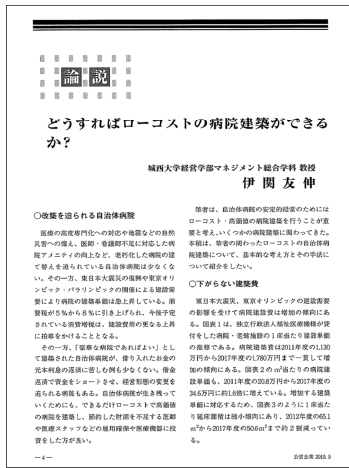
県立南部医療センター・こども医療センターの修正医業収支比率



# 茨城県西部メディカルセンター

医学書院『病院』2018年5月号





# 筑西市・桜川市統合新病院

- ・茨城県筑西市にある筑西市民病院は、2011年の東日本大震災で被災する
- ・173床あった病棟が使用不能となり、簡易鉄骨の病棟を新築し50床で病院を運営
- ・地域医療再生基金25億円を受け、隣の桜川市の県西総合病院と再編統合を行うことが計画される

## 3病院の再編

- ・病院の建設場所や2市の首長の思惑などがあり、統合作業は大幅に遅れた
- ・最終的に民間の山王病院(桜川市)を加え、3病院の再編統合計画となった
- ・新中核病院250床(筑西・県西の病院統合)
- ・桜川市立病院128床(指定管理を予定)
- ・「筑西・桜川地域公立病院等再編整備推進協議会」に委員として参加

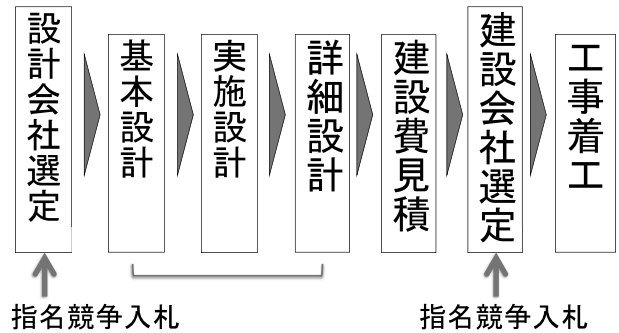
## 統合病院の建築に協力

- ・筑西市の依頼で、筑西市に建設する統合病院の建築に協力することとなった
- (なお、桜川市立の病院は依頼を受けておらず無関係である)

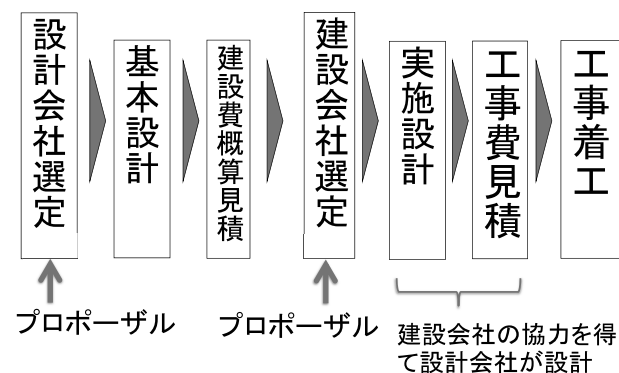
## ECI方式を提案

- ・建設コストの削減のため、ECI方式で建設を行うことを提案した
- ・早期(Early)に施工者(Contractor)が設計に関与(Involvement)する方式
- ・新国立競技場の建設でも採用

### 通常の官庁発注



### ECI方式



### 建設工事実施設計協力事業者(施工予定者)選考公募型プロポーザル

- ・一般病床250床
- ・地上6階、地下なし
- ・病院棟:鉄骨造、免震構造
- ・情報プラザ(平屋):鉄骨造、耐震構造
- ・延床面積:18,503㎡
- ・建設工事費(建築本体工事、電気設備工事、機械設備工事、電気・機械屋外附带工事):70億6000万円以内(消費税別)

## 1床3046万円で建築

- 250床で70.5億円、消費税込76.14億円
- 1床3046万円
- 1床4000万～5000万円という建築が相次ぐ自治体病院建築(例えば、同時期に発注された自治体病院の例では300床で約132億円というケースがある)の中では、最高レベルに近いローコスト建築を実現した
- 工事は計画どおりに進み、2018年10月に新病院がオープンした



地方独立行政法人茨城県西部メディカルセンター

どうすれば合意を  
取りやすく損失が生じない  
統合再編が実現するか

## 地方財源の投入の 必要性

- 新病院の新築などの財源は企業債を借入れ可能な自治体病院を母体とするのが財源的に合理的である

## 経営主体の 異なる病院の 統合再編

## 統合再編の費用負担

- 統合再編において病院建物の新築を行うことが多い
- 厚労省所管の社会保障財源では建物新築の費用支出は限界がある

## 自治体病院には 地方交付税措置が存在

- 自治体病院の運営には
- 病床利用数×70.5万円の普通交付税措置
- 病棟の整備、医療機器の設置に関する企業債に対する普通交付税措置(再編の場合元利償還の40%)
- などの財政措置がある

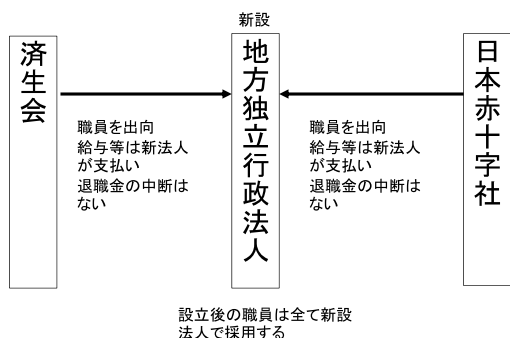
## 地方独立行政法人立病院 を受け皿とした病院統合

- 地元自治体が地方独立行政法人を設立
- それぞれの経営主体は、職員を派遣する

## 地方独立行政法人 神戸市民病院機構の事例

- 法人設立に対して、職員は神戸市の職員のまま出向という形を取った
- 設置後は地方独法において職員を採用していった

### 地方独立行政法人の新設



## 新法人に職員を出向させる

- 設置される法人に職員を出向させ、給与と退職金負担分は新法人が負担してはどうか

## 出向であれば

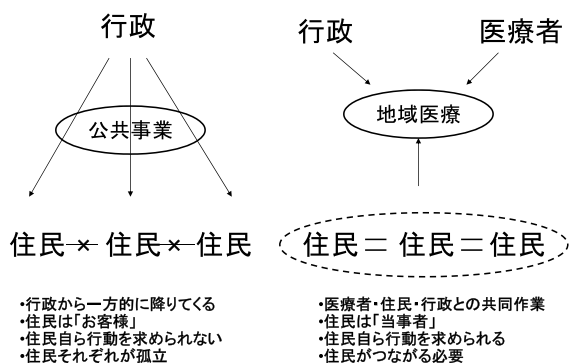
- 職務命令での異動なので職員の退職を誘発しない
- 労働組合や住民の反対を最小限とできる

## 病院の統合再編の議論が地域の民主主義の質を向上させる

## すべて「人任せ」では地域医療は崩壊する

- 住民を含めた病院に関わる全ての人が、地域の医療を考え、行動をすることが必要
- 相手の立場のことを考え、発言、行動をするのは民主主義の基本

### 公共事業と地域医療



## 地域医療の再生は民主主義の再生につながる

- 自分たちの健康に関することゆえに、きちんとした情報提供と住民の間の議論があれば、人々は節度ある行動をする可能性がある
- それは、地域の民主主義の再生にもつながる