

様式第2号（政務活動実施報告書）

平成28年10月11日

井原市議会議長
上野安是様

井原市議会議員 河合謙治

下記のとおり政務活動を実施しましたので、報告します。

記

1. 実施期間	平成28年10月3日（月）～平成28年10月4日（火）
2. 研修会等の開催地 または視察、要請・ 陳情活動先	広島県広島市南区金屋町1-17 ワークピア広島
3. 研修会等の名称 または視察、要請・ 陳情活動内容	1. 人口減少社会における持続可能な医療・介護を考える 2. 目からウロコの自治体病院経営
4. 研修会等の講師名 または視察、要請・ 陳情活動先の担当者 名	講師：城西大学経営学部マネジメント総合学科 伊関 友伸教授
5. 活動内容	別紙参照

1. 報告書は、政務活動終了後2週間以内に提出すること。
2. 活動内容欄のスペースが足りない場合は、任意の様式により活動内容を取りまとめ、活動内容欄へは、「別添のとおり」と記載すること。

2016. 10. 3人口減少社会における持続可能な医療・介護を考える

本格的少子高齢社会の到来

- これからの日本に確実に起きるのが本格的少子高齢社会の到来。
- わが国は、2025年に向けて急激に社会変化が進む。

都市部と地方で違う

- 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。
- 地方では、人口の急減による自治体の消滅。
が相次ぐことが予測される。

絶対的な医療・介護資源不足

- 爆発的な高齢者の増加に対し、絶対的に医師・看護師・介護士などのマンパワーや入院病床・介護施設などの医療・介護資源が不足することが予測される。
- 医療・介護のための財源の不足も深刻になる。

将来は都市部の人口減少へ（日本が消滅する！？）

合計特殊出生率

- 合計特殊出生率は、1人の女性が一生に産む子供の数を指数化したもの。
- 平成25年で1.43で、フランス2.01、アメリカ1.93に比べて低い。

2110年に4286万人に

- このままの出生数で推移すると2008年に1億2808人いた日本の人口が2110年に4286万人に減少。
- 将来的には、日本が消滅する可能性もある。

都市部の人口減少により

- 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が起きる可能性が高い。

なぜ日本の合計特殊出生率が低いのか？

- 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、子どもを作れない人が増えている。
- ②女性の晩婚化と出生数の減少
 - 女性が晩婚化し、他国に比べて出産する年齢が高くなり、出生する子どもの数も減少している。
 - 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に移住する傾向が強まっている。
 - 結果としてわが国の合計特殊出生率をさらに押し下げる結果を生んでいる。

医師不足問題

- マスコミ報道は減ったが、地方の病院・中小病院を中心に医師不足は相変わらず深刻な状況にある。

医師不足の原因

- 少ない医師数
- 医療の高度・専門化
- インフォームドコンセント、医療安全
- 女性医師の増加
- 劣悪な労働環境
- 新臨床研修制度、医局制度の崩壊
- 国民の医療への不理解
- 健康について不勉強な患者の存在
- 患者のコンビニ医療指向

少ない医師数

- これまで国は、昭和40～50年代の医科大学の新設ブームの反動で、医師数の抑制をする政策を行ってきた。

医療の高度・専門化

- 医療は世界レベルで、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診ていたが、現在では複数の専門科の医師が1人の患者の疾病を診ることになる。

人口の急激な高齢化

- 高齢者は、がんや生活習慣病など、長い期間、医療を受ける病気にかかることが多い。
- また、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一杯という病院も多い。
- 病院で亡くなる人の割合が増加している。
- 病院での看取りの増加は、医療者の負担を増やすことになる。

インフォームドコンセント

- 医療現場に、インフォームドコンセント（患者さんへの十分な説明と同意）の考えが入ってきた。
- 重要であるが、医師の仕事は増えることになる。

女性医師の増加

- 医師における女性医師の数は年々増えている。
- 男女共同参画の考え方からは当然のことである。
- 女性医師の場合、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。

劣悪な労働環境

- 少ない医師で多くの仕事をこなさなければならないことから、日本の医師の労働環境は非常に劣悪な状況になっている。
- 特に医師不足が深刻な産科、小児科、救急などの現場では、過労死寸前の状況になっている。

新臨床研修制度（2004年）

- 新人医師が、医師として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。

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

- 医師は、高い専門知識の要求される職場であり、絶えず新しい知識や技術を身につけていく必要がある。
- 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る、宿直等に余裕ができる。
- 医師の集まる病院に、さらに医師が集まるという構造になっている。

病院の2極化現象

- 医療の高度・専門化に対応し、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投資がしやすい。
- 医師・看護師の集まらない病院は、収益が上がらず、医療機能向上のための再投資ができない。
- 成長する病院と衰退する病院に2極化している。

これから一層深刻化する看護師不足

- 今後、急激に進む超少子化高齢化のため、都市部を中心に看護師の需要が急増することが予想される。
- 子どもの絶対数が少ないため、看護師の養成数も限界がある。

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。

日本や地域を消滅させないために何が必要か（国の動き）

- まち・ひと・しごと創生法
 - 2014年11月28日公布。
 - 少子高齢化の進展に的確に対応し、人口の減少に歯止めをかける。
 - 東京圏への人口の過度の集中を是正。
 - それぞれの地域で住みよい環境を確保。
 - 将来にわたって活力ある日本社会を維持していく。
- ことを目的。

主な基本理念（第2条）

- 地域の実情に応じて環境の整備を図る。
- 日常生活及び社会生活を営む基盤となるサービスについて提供の確保を図る。
- 結婚、出産又は育児についての希望を持つことができる社会が形成されるよう環境の整備を図る。
- 仕事と生活の調和を図ることができるよう環境の整備を図る。
- 創業の促進や事業活動の活性化により、魅力ある就業の機会の創出を図る。

地方公共団体による「地方人口ビジョン」と「地方版総合戦略」の策定

- このため、各地方公共団体においては、国の長期ビジョン及び国の総合戦略を勘案しつつ、当該地方公共団体における人口の現状と将来の展望を提示する地方人口ビジョンを策定し、これを踏まえて、今後5か年の目標や施策の基本的方向、具体的な施策をまとめた「都道府県まち・ひと・しごと創生総合戦略」及び「市町村まち・ひと・しごと創生総合戦略」（以下「地方版総合戦略」という。）を策定していただきたい。

わが国の合計特殊出生率を高めるには

- 移民の受け入れ
 - 大量の移民を受け入れるという選択肢もあるが、他国の例を見ると混乱も大きい。
 - 何よりも合計特殊出生率を上げることが重要。

合計特殊出生率2.07

- 2030年までに合計特殊出生率が2.07に回復する場合、2090年代には人口減少は収束。
- 2110年の総人口は9661万人を維持できる。

合計特殊出生率を高めるためには

- ①正規雇用を増やす。
 - まず、正規雇用を増やし、若者が結婚しやすくする。
 - 特に、③と関連して地方における正規雇用を増やすことが重要。
- ②女性が子どもを産みやすくする。
- ③都市への若者の流出を抑える、都市から若者を受け入れる。

地方における医療・福祉分野の雇用の重要性

- 医療・福祉の経済波及効果
 - 日医総研は、2011年の総務省産業連関表に基づいて経済波及効果・雇用誘発係数を試算。
 - 医療・福祉の経済波及効果は2.38。
 - 医療・福祉の雇用誘発係数は0.12と高い数値が出た。

医療福祉分野の雇用

- 過去10年間、東京圏を除き全国で就業者数は減少の傾向にある。
- 地方において医療福祉は唯一の就業者が増加している分野。

地域の産業としての病院や福祉施設

- 高齢化が進む地方において病院や福祉施設は数少ない将来を見込める産業である。
- 産業振興の観点で病院や福祉施設を考えるべき。

地方の病院の税の再分配機能

- 地方の病院は、都市と地方の税の格差を埋める再分配機能を有している。
- 税の再分配なく、条件の悪い地方で医療を提供することは難しい。

医療者が勤務して病院が機能すれば

- 診療報酬が地方に落ちる。
- 都市部の住民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。
- お金の相当部分は職員の人件費として落ちる。

地方の病床削減政策

- 医療費削減を目的とした機械的な病床の削減政策は条件の悪い地方の病院の医療を崩壊させ、人口の都市偏在を一層加速させる面がある。

都市部の合計特殊出生率を考える

- 合計特殊出生率の低い都市部の自治体は、出生率の高い地方の自治体から若者を集めて都市部の高齢者への医療や介護をさせるという構造がある。

持続的な都市部の医療・介護提供体制

- 都市部の出生数が少ない状況で、地方部が人口減で消滅すれば、都市部の高齢者の医療・介護をする人材がいなくなる。
- 移民の受け入れは限界がある。
- 持続的な都市部の医療・介護提供体制の確保のためにも都市部の出生率を上げる必要がある。

将来への投資としての子育て政策

- わが地域への、ひいては日本の将来への投資として、都市部の自治体は本気で子育て政策に取り組む必要がある。

自然増減・社会増減にも注意を払う必要

- 地方部の自治体の場合、自治体の消滅を防ぐためには、合計特殊出生率に加え、自然増減・社会増減にも注意を払う必要がある。

地域おこし協力隊

- 都市地域から過疎地域等の条件不利地域に住民票を移動し、生活の拠点を移した者を、地方公共団体が「地域おこし協力隊員」として委嘱。
- 隊員は、一定期間、地域に居住して、地域ブランドや地場産品の開発・販売・PR等の地域おこしの支援や、農林水産業への従事、住民の生活支援などの「地域協力活動」を行いながら、その地域への定住・定着を図る取組。
- 活動期間：概ね1年以上3年以下。

地域に医療人材を招くためには

- 研修機能の充実
 - 医師・看護師など医療者の不足は若手医療者の不足と言い換えることができる。
 - 条件の悪い地方の病院こそ医師・看護師を始めとする医療者の研修機能を充実させ、医療者を集める病院にしなければならない。

研修力のない病院には若手医師は勤務しない

- 研修機能力の弱い病院には医師が勤務しない傾向がさらに強くなる可能性が高い。
- その一方、基幹病院からへき地・離島等病院に研修を行わせる動きが起きる可能性がある。

総合診療医

- 新しく創設された基本領域専門医
- 地方の小規模病院でも研修教育施設の取得が可能なように制度設計が検討されている。

地域枠の医師・医学生の研修受け入れ

- 現在、各都道府県では地域枠の医師・医学生の育成を図っているが、医学生のうちから研修の受け入れを行うことが重要である。
- 医師・看護師を含めて、医療職の研修体制を充実することが必要である。

若い医療者が勤務するためのアピール戦略

- 若い医療者が勤務するため積極的にアピールする必要がある。
- 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。

看護師の資格制度

- 若い看護師において、具体的なキャリアアップである資格の取得は関心事である。

認定看護師

- 特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかる。

診療報酬加算と認定資格

- 最近、認定資格を持つことで診療報酬加算を取得できるという資格が増えてきた。
- 収益の視点からも認定資格取得を目指すべきである。

医師看護師の負担の軽減

- 医師・看護師の不足を補うために医師事務作業補助者・看護補助者の雇用を行い負担を軽減することが重要。
- 臨床検査技師などの技師を雇い医師・看護師の負担を軽減することも重要。

介護関係職員の不足

- 高齢化が進む中で介護関係の職員が不足している。
- 今後も不足は一層深刻になると考える。
- 安い給料ときつい仕事というイメージが原因であると考えられている。

地域医療・介護の危機が地域の民主主義の質を向上させる

- すべて「人任せ」では地域は崩壊する
- 住民が「当事者」として地域のこれからを考え、行動をすることが必要。

地域医療・介護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。

2016. 10. 4日からウロコの自治体病院経営（生き残りのためには何が必要か）

試練に立たされる自治体病院経営

- 2つの政策ガイドライン
- 2015年3月31日に自治体病院の経営にとって極めて重要な2つのガイドラインが示される。
- 厚生労働省・・・「地域医療構想策定ガイドライン」
- 総務省・・・「新公立病院改革ガイドライン」

前公立病院改革ガイドライン

- 2007年7月、総務省は「公立病院改革懇談会」を設置。
- 同年11月、懇談会は、「公立病院改革ガイドライン（案）」をまとめる。
- 同年12月、総務省自治財政局長は全国の自治体病院関係者に「公立病院改革ガイドライン」を通知。

自治体病院の役割

- ①過疎地②救急等不採算部門③高度・先進④医師派遣拠点機能など採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することなどに限定。
- 真に必要な自治体病院の持続可能な経営を目指し、経営効率化を行うことを求める。

公立病院改革プラン

- 2008年度内に、経営効率化で3年間、再編では5年間を目途とする「公立病院改革プラン」を策定することを求める。

3つの視点

- ①数値目標を掲げて「経営の効率化」を図る。
 - ②医師の配置や病床数の見直しを含めた「再編・ネットワーク化」。
 - ③民営化を含めた「経営形態の見直し」。
- の3つの視点に立った改革を一体的に推進。

旧ガイドラインがもたらした結果

- 経常収支比率は向上
 - 2008年度に95.7%であった経常収支比率が、2013年度には99.8%に向上。
- 経常収支黒字病院の割合も2008年度に29.7%であったものが、2012年度には46.4%に増加。

かなりの部分は一般会計繰入金

- 一般会計繰入金を除いた修正医業比率は2008年度の70.0%から2013年度に74.8%となっており、経常黒字のかなりの部分は一般会計からの繰入金による。

収益を改善させた病院

- 医師研修に実績のある病院や医師の労働環境・待遇改善を行った病院、交通の便の良い都市部の病院などでは常勤医師数が増加し、収益を改善させる。
- 急性期病院への評価を行った診療報酬改定も追い風となる。

地方の中小病院の苦戦

- 交通の便の悪い地方の中小病院を中心に医師不足の状況が続き、収益が悪化したままという病院も少なくない。
- 収益の改善した病院と悪化したままの病院が混在するため、全体としての修正医業収支比率の伸びが抑えられている。

進む経営形態の変更

- 地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法全部適用、民間譲渡、診療所化など経営形態を変更する自治体病院が相次ぐ。

病院統合

- 病院の統合も地域医療再生基金の支援もあって進む。
- 病院の統合・再編に取組んだ事例は65ケース、162の病院に達する。

新しい公立病院改革ガイドラインの策定

- 安倍議長（総理）発言
 - 次に、公立病院については、改革プランに基づき取組を進めているが、依然として、多額の補助金に依存する体質になっている。
 - しっかりとした経営感覚をもって経営が行われるように、そしてそれが患者のためになるように、更なる改革を進めることが重要である。

経済財政運営と改革の基本方針2014

- 第2次安倍内閣が平成26年6月24日に閣議決定。
- 「公立病院改革プラン（5か年計画）」に基づく取組の成果を総務省・厚生労働省が連携して評価した上で、地域医療構想の策定に合わせ、今年度中に、新たな公立病院改革ガイドラインを策定する。

新改革ガイドライン

- 平成27年3月31日総務省自治財政局長から新しい公立病院改革ガイドラインが通知された。

総務省の示す新ガイドラインのポイント

- 新ガイドラインのポイント①
 - 国の進める社会保障・税一体改革に基づき、都道府県が策定する地域医療構想（ビジョン）のガイドラインを厚生労働省が検討していることを踏まえ公立病院改革プランに「地域医療ビジョンを踏まえた役割の明確化」を新たに盛り込むことを求める。

新ガイドラインのポイント②

- 病院の新設・建て替えに対して、現行では元利償還金の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%に引き上げる。
- それ以外の老朽化による建て替えなどの場合は元利償還金の25%に引き下げ。

新ガイドラインのポイント③

- 公立病院の運営費に係る地方交付税措置（病床当たり単価：H26年度707千円）に関して。
- 算定基礎を従来の「許可病床数」から「稼働病床数」に見直す。
- 緩和措置により、減少分のうち1年目0.9、2年目0.6、3年目0.3を復元し、4年目に0となる。

新ガイドラインのポイント④

- 建設資材高騰などを踏まえ、地方交付税措置の対象となる建築単価を引き上げ。
- 建築単価の上限を1平方メートル当たり30万円から36万円とする。

多くの自治体病院にとって影響が大きいのは、交付税措置の算定基礎が「許可病床数」から「稼働病床数」になること。

交付税措置の算定基礎が「稼働病床数」になることで、医師不足で病床利用率を落としていた自治体病院の交付税が大幅に減少する危険性がある。

総務省が協調していない新ガイドラインのポイント

- 新ガイドラインのポイント⑤
 - 財務指標一辺倒ではなく、医療の質向上を目指す目標設定の記述が盛り込まれる。
 - 救急患者数・手術件数・臨床研修医の受入件数・紹介率・逆紹介率・在宅復帰率など数値目標を設定することが例示された。

新ガイドラインのポイント⑥

- 経営に関する指標としては、経常収支比率と医業収支比率のみ設定すべきとされた。
- 旧ガイドラインにおいて示すことが求められた「職員給与費対医業収支比率」「病床利用率」は削除となった。
- 収益向上策として、これまでの医薬品費、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。
- 収入確保に係る指標として、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標が示された。

一般会計繰入金は果たして悪なのか

- 経常収支の黒字
 - 総務省は一般会計繰入金を入れた後の経常収支での黒字を重視している。
 - 必要なら一般会計の繰入金を入れることは必要。
 - 税金投入ゼロを奨めているわけではない。

過小繰り入れ

- 地方交付税分として交付された金額以下の金額しか繰り入れず病院の劣化を招いて、将来の繰入金増を招いている自治体病院も少なくない。
- 適切に繰り入れて病院の経営力を上げることが将来の巨額の繰り入れを防ぐことにつながる。

地方の自治体病院の税の再分配機能

- 地方の自治体病院については、都市と地方の税の格差を埋める再分配機能を有している。
- 税の再分配なく、条件の悪い地方で医療を提供することは難しい。

都市と地方の税の再分配をするならば

- いらない箱物をつくるよりは、住民の命を守る病院をつくり、医療者を雇用して医療を提供した方が意義がある。

産業としての自治体病院

- 地方の自治体病院の支出の約6～7割は人件費。
- 地域の重要な雇用先という面がある。
- 食材や物品の購入などで地域に落ちるお金は相当額に及ぶ。

唯一の外来機能

- 医療に関しての都市と地方の格差は広がる一方。
- 開業医も引退して地域で唯一の外来機能を有することも多い。
- 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する必要がある。

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）は地域の生命線である。
- 知恵とお金を使って存続させていくことが重要。

新ガイドラインのポイント⑦

- 経営指標の目標達成に向けた具体的な取組の例として「職員採用の柔軟化、勤務環境の整備、研修機能の充実など、医師等の医療スタッフを確保するための取組を強化すべき」ことが盛り込まれた。

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

- 昭和の時代は、薬や注射などに診療報酬が重点的に配分された。
⇒病院は、薬や注射を売る小売業的性格。
⇒できるだけ、人を減らして利益を得る。
- 現在は、診療報酬は技術に対して適切に配分されることを目指している。
⇒サービスを提供して収益を上げる業態に。
⇒人を雇わなければ利益が得られない。

職員が研修していないと加算が取れない

- 職員が研修していないと加算が取れない、病院管理の進歩に遅れていく。
- 職員が研修できる余裕を持たなければならない。

D P Cを通じて病院の力を向上させる

- D P C係数
- 現在、ほとんどの急性期病院の入院費は包括医療費支払い制度方式（D P C）を採用している。
- D P Cの係数は、病院を厚労省の目指す医療に誘導する意思をもって設定されている。

施設認定・加算取得（機能評価係数Ⅰ）

- 施設認定・加算取得
- 病院の実力を評価する視点として病院の施設認定・診療報酬加算取得がある。
- D P C調整係数Ⅰは、病院の施設認定や加算取得の状況の評価する。

総合入院体制加算の充実

- 平成26年診療報酬では、一定の実績を持つ医療機関に対して「総合入院体制加算1」をつくり、評価を行う。
- これからも実績を有する高度急性期病院への評価を充実する動きは進むと考える。

D P C機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、厚労省の目指す医療の方向性を基準に評価を行う。
- 機能評価係数Ⅰと共に病院の力を測る指標となっている。

自治体病院の係数Ⅱは高い傾向

- Ⅱ群140病院のうち46病院が自治体病院（うち2つは医大付属病院）。
- Ⅲ群1446病院の中のトップ100病院のうち45病院が自治体病院。
- 住民の期待に応え、質の高い医療を提供していることが高い係数につながっていると考える。

調整係数Ⅱを上げるには

- 医師数を増やし、病院が対応できる診療の質と量を増やす。
- これから到来する後期高齢者の急増に対応した医療を行う。

新ガイドラインのポイント⑧

- 事務職員に関して外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、専門的なスキルをもった職員を計画的に育成する仕組みの構築等の必要が盛り込まれた。

自治体病院事務職員の問題点

- ①病院経営に求められている知識が不足している。
- ②病院経営に求められているマインド（意識）が不足している（病院に向かない、病院が嫌い）。
- ③病院の仕事が合っても役所の人事ローテーションで数年で異動してしまう。

事務職員の横のネットワークがない

- 異動が頻繁なことに加えて、事務職員の横のネットワークがない。
- 孤立しているから、能力を上げようとする意欲が湧かない。

病院機能の再編

- 医療の高度・専門化に対応し、医師が集まる医療機関にするには、病院機能の再編を行い、医師を中核的な病院に集める必要がある。
- 医師が中核病院に集まることで、1人あたりの負担も軽減される。
- 専門医資格が取れる医療機関にすることが可能となる。

国の財政的支援

- これまでは「地域医療再生基金」による支援と病院建築への地方交付税措置があった。
- 今回は、公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設等の整備に、病院事業債（特別分）による元利償還金の40%の交付税措置と、都道府県地域医療ビジョン推進に係る「地域医療介護総合確保基金」の支援が創設。

病院の再編統合のポイント

- 病院の統合再編のポイントは、いかに現在働いている医師が残り勤務してもらえるか。
- 無理に統合再編する場合、医師が大量退職する危険性がある。
- $1+1=2$ ではなく、 0.8 になる可能性もある。

職員定数の制約

- 自治体病院の経営を悪化させる大きな原因が職員定数の制約。
- 現在の医療は、人を雇用することで加算を取り、収益を向上させる。
- 職員定数で人の採用を制約することは病院経営にとってはマイナスでしかない。

職員が研修していないと加算が取れない

- 職員が研修していないと加算が取れない、病院管理の進歩に遅れていく。
- 職員が研修できる余裕を持たなければならない。

全部適用の裏技

- 地方独法よりは効果が薄いと言われる地方公営企業法の全部適用。
- ただ、院長先生が60歳代、副院長が自治医大出身の40代の医師という地方の自治体病院は多い。
- 全摘にして院長を管理者に副院長を院長に抜擢するという裏技がある。

バッファ（緩衝器）の医療

- バッファの役割は、自治体病院だけでなく、済生会や赤十字などの公的病院や弱者を守ることを理念として明確に示している民間病院の一部でも積極的に担われている。
- 自治体病院は、数も多く、その公的な意義から、バッファとしての役割を多く担っている。
- バッファがないと、行き先がなくなる人がでてる。

モラルハザードの危険

- バッファに頼りすぎると、利用者のモラルハザード（倫理の欠如）が生まれやすく、医師・看護師の疲弊による退職や病院財政の破綻など、病院の存在そのものを揺るがすことになる。
- 自治体病院は、特にモラルハザードが起きやすい。
- 自治体病院の利用者である住民はそのことを理解して、適切な医療の利用につとめることが必要。

国・地方自治体の責務

- バッファの必要性が増大する原因に、国・地方自治体の医療・福祉政策の無策がある。
- 国民の生命を守る行政の責務として、政策のすき間となる人たちを極力なくし、医療現場への負荷を軽減させることが必要である。

国民皆保険の意義

- 全ての国民が、適切な医療を適正な負担で受けることができる。
- 全ての国民が必要な医療を受けることができる医療機関と医療スタッフがいる。
- 保険制度が財政破綻をせずに安定的に運営される。

国民皆保険制度の危機に対して自治体病院の役割は大きい

- 社会のセーフティネットとなる。
- 全ての住民に低コストで質の高い医療を提供する。
- 適切な医療を行い、国民健康保険制度を守る。
- 予防医療を推進し、地域の医療費全体を下げる。

正念場の病院経営

- 国の医療システム改革が進む中で、自治体病院も生き残りのための取組が求められる時代となっている。
- 新しい公立病院改革ガイドラインは、病院生き残りのための契機とすべきである。

生き残り戦略としての病院改革プラン

- 新しい病院改革プランは、単なる経営改善ではなく、病院生き残りのための戦略となるプランとすべきである。

(所感)

今回の研修内容において、今後の病院の進むべき、対応すべき方向性が示されていると考えます。これまでの実施内容では、現在の赤字経営のどこが悪いのかの要因も指摘されていて、早急な対応が必要であると考えます。