

自治体立病院の充実で

(県立、市町村立病院)

地域医療を守る

県民の力で 地域医療崩壊ストップ!!



岩手県医療局労働組合（県医労）

〒020-0023 岩手県盛岡市内丸11-1 電話 019-623-8271 FAX 019-623-8273
E-mail: mail@iwate-ken-irou.org <http://www.iwate-ken-irou.org/>

全国一律に 「赤字」病院を廃止へ

総務省が基準作成

総務省は、昨年12月（2007年12月24日）に「公立病院改革ガイドライン」というものを公表し、各地方自治体に通知しました。最初に書かれている「現状と課題」では、「経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされる」など、自治体病院の存続・維持が「極めて厳しい状況になっている」としています。これは、すでに岩手でも「お産」ができない地域が拡大するなど、地域医療が深刻になっている事態の認識と対応は、遅きに失したという感じです。

こういう現状を、国（総務省）は、どう変えようとしているのか。ここが問題です。改革が「目指すもの」は、「真に必要な公立病院」は医師などのスタッフを適切に配置し、「経営の効率化を図る」などとしています。

さて、「真に必要な公立病院」とは、どういう病院でしょうか。みなさんが利用している、地域になくてはならない公立病院は含まれているのでしょうか。

残念ながら国（総務省）の判断基準は、地域の実情ではなく、机の上にある資料、病院の決算状況、病床利用率などです。

赤字の公立病院は、そもそも利用する患者数が少ない、必要とされていないだろう、経営効率も悪く、職員の給与が高いのも原因だ、と見ているようです。

総務省・公立病院改革 ガイドラインから

『「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、事業単位としても、また当該地方公共団体の財政運営全体の観点からも、一層の健全経営が求められることとなる。』



⑦ 公立病院の再編・ネットワーク化の視点

- 急性期一般医療を担う病院は、公立病院（特に県立病院）が中心。県立病院の再編や市町村立病院の診療所化なども進んでいるが、厳しさを増す経営環境には十分対応し切れていない。
- 今後は公立病院の役割等を踏まえ、他の病院や診療所との連携を含め再編・ネットワーク化を推進。
- 検討の視点は、以下の3つ
 - ①医療計画との整合性、②公立病院の役割、③経営の効率化

主として、急性期一般医療を担う病院については、全県的に公立病院（特に県立病院）が担っている。県立病院間では、これまで進めてきた「経営計画」に基づく改革により、5病院の診療所化や機能調整など、再編・ネットワーク化が進められ、また、市町村立病院も診療所化など独自の見直しを推進しているが、厳しさを増す病院の経営環境の変化に十分対応しきれていない状態。

今後、他の病院や診療所との連携を含め、踏み込んだ改革を進めるために、以下のような視点で再編・ネットワーク化の検討を行うべきである。

1 医療機能連携の観点からの再編（医療計画との整合性）

医療計画との整合性を図り、医療機能連携（ネットワーク化）を推進する。

- ① 医療計画4疾病6事業の具体的ネットワークの構築（圏域連携プラン）
- ② 医師の集約化と病院間の機能分担、医師派遣機能（医療局「経営計画」）

2 公立病院の役割からの再編

本県の公立病院は、民間病院との役割分担が比較的明確であり、民間病院が担っていない分野等を中心にその役割を果たしている。しかし、地域によっては以下のような競合や機能重複があり、経営に問題を抱える病院については、再編等を進める必要があるのではないかと。

（1）都市部における、他の民間病院との競合の解消

公立病院の果たすべき役割の明確化と、明確化した役割に照らした機能の再精査

（2）同地域の公立病院との機能重複の解消

- ① 都市部において並存する公立病院間の調整（機能分担、診療科の見直し等）
- ② 中核的病院に近接する中小規模病院については中核的病院との調整（機能分担の徹底）

3 経営の効率化の観点からの再編

公立病院は多額の一般会計からの繰り入れを受け入れて運営していることから、効率的な経営が求められるところであり、経営に問題を抱える病院については、その要因を分析のうえ、病床規模や運営形態の見直し等、経営の効率化に向けた取組みを進める必要があるのではないかと。

（1）病床利用率の改善

病床の利用状況そのものの精査のほか、域外（二次医療圏域外、市町村外）への流出状況をも勘案し、病床数について抜本的に見直し。

（2）人的資源の効率的活用

小規模病院及び有床診療所は、医師等の人員配置、経営面からの効率性を勘案し、中核病院への医師の集約、診療所化、無床化等、経営形態を見直し。

ベッド利用率が低い公立病院で、3年も70%を切っている場合は、医師不足が原因ではなく住民に必要な病院ではない、ベッドに応じて職員が配置されているが、ベッドをなくせばもっと効率的な運営が可能だ、と見ているようです。

いま、公立病院を経営している自治体（県、市町村）では、第2の夕張市にならないことが最優先の課題とされ、必要な医療の確保、僻地医療の確保より、経営効率化が推し進められ、新しい法律＝財政健全化法もそれを推進しています。

赤字だから病院事業から撤退する、あるいは病院を診療所にするのは、地域住民の福祉の実現という地方自治の本質に反してはいないでしょうか。

公立病院改革ガイドライン Q&A

Q 見直しを行うことが適当である病床利用率の基準を70%未満とした根拠は何か。

A ①病院経営において経常収支が均衡するためには、病床利用率は通常80%強の水準を達成することが期待されること、②恒常的に相当程度の空床が現に継続している場合には、医療資源の有効活用の観点からも警告し、見直しを促すことが適当であること等の考え方に立つて、公立病院改革懇談会の有識者がその経験を踏まえコンセンサスとして取りまとめられた水準を、抜本的見直しを促す目安として示したもの。

Q 病床利用率70%未満要件については、立地条件や病床規模等により状況が異なるので一律に適用することは問題ではないか。

A 病床利用率が過疎地等や小規模病院で低い傾向にあることは事実であるが、恒常的に極めて低い水準にある場合、健全経営の面のみならず限られた医療資源の有効活用の面からも問題があるという観点に立つて、何らかの抜本的見直しを行うべき水準であるという趣旨で、あえて一定の定量的な目安を示したもの。

Q 病床利用率の算定については、余剰病床ではなく、医師不足等によりやむを得なく休止している場合等を考慮すべきではないか。

A そのような場合を考慮して「おおむね過去3年間連続して」という限定を付したところ。低水準が一時的なものでなく、今後も恒常的に継続すると見込まれる場合には、何らかの抜本的見直しを行うことが適当であると考えます。

医師不足を考慮せず

**病床利用
病院から**

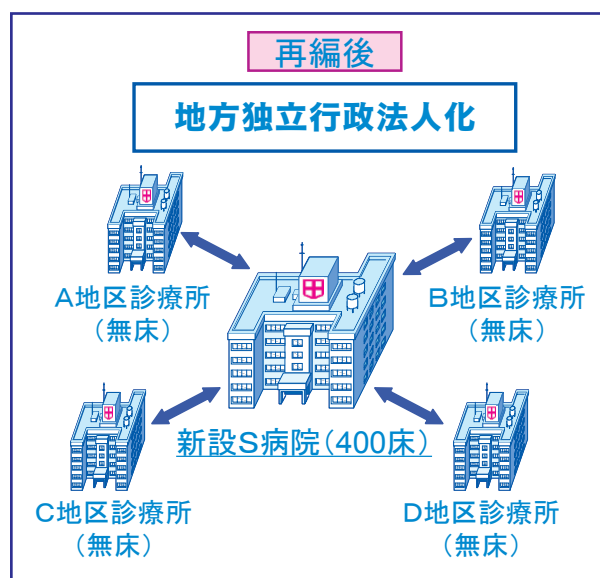
**70%以下は
無床診療所へ**

大きな病院作り 国の基準プラン 周辺は無床診療所に

国（総務省）は、「経営の効率化」についていくつかのパターンを示し、実行を迫っています。その1つが、再編・ネットワークです。5年前の「県立病院改革プラン」では、5つの県立病院を、近くの大きな県立病院の付属診療所にすることが示され、対象となった病院の地域を中心に、大きな反対運動が occurred しました。

残念ながら、診療所化は実施されましたが、私たちの運動で、各診療所に19床を残し、外来の診療体制は継続させること、訪問看護、訪問診療を残すことなどを約束させてきました。こうした再編・ネットワーク化は全国でも様々な形で取り組みられ、東北でも青森、山形などで計画・実施されています。今回の国（総務省）の方針は、こうした再編・ネットワークを、もっと大規模に行うこと、自治体病院だけでなく、日赤病院、済生会病院、民間病院を含めた再編を求め、その回りの自治体病院を無床診療所にしようというものです。

「経営の効率化」のもう1つの目玉は、経営主体の変更です。総務省は赤字を解消するためには、自治体からの必要な財政補填をきちんと整備すること、それでも無理なら、僻地医療や救急医療などの自治体病院の役割をやめて、経営主体を変



「黒字」の陰で、しわよせは患者、職員に

大阪府立病院機構は、「地方独立行政法人化」後、初の06年度決算で、府立5病院の資金収支が13億円の黒字になったと発表。しかしこの陰では患者負担が増大しました。診療報酬に規定のない文書代、個室料等については、理事会だけで値上げの決定が可能のため、①非紹介患者の初診料1701円→2625円、②成人病センターのセカンドオピニオン7000円(30分)→21000円(45分)、③母子センター等の分娩料の値上げ、が実施されました。

一方現場では入院日数の短縮、病床利用率や手術件数のアップなど「目標管理」に沿った採算優先の病院運営が行われ、職員に過密労働と疲弊をもたらしています。



えて、大「合理化」を推進せよと号令をかけています。これで、医師不足や、勤務医の劣悪な労働条件は改善されるのでしょうか。県立でなくなった、自治体立でなくなった病院に、魅力を感じる医師はいるのでしょうか。赤字ではだめ、黒字にせよと号令をかけ、黒字であればそもそも自治体病院である必要もない、こんな乱暴なことも推進しています。

すでに経営主体を変更された自治体病院（地方独立行政法人など）では、住民に負担を強いてでも黒字をめざしています。また、突然、医師を始めとする職員の身分が、公務員から民間にさせられた自治体病院もあります。

赤字だからと 存続のため民間へ 僻地医療 救急医療に不安

勤務医不足は深刻 国の医師養成抑制で 過酷な労働実態の改善が急務

今回の再編のもう1つの側面は、医師不足のため医師の労働条件が悪化し、たまたま1人の医師の大学への引き上げ、「立ち去り」などが診療科全体の、時には病院全体の医師離れにつながっていることです。医師の過労死も、全国で10人以上認定される状況になっています。

しかし、私たちの運動で、ようやく医師不足を国も認めるようになり、各都道府県の医大や医学部定員の中に、地元出身者を優先させる地域枠が設定されたり、奨学金の拡大が進んでいます。岩手医大でも、定員の半分の45人の地域枠・奨学金制度が2008年度からスタートしています。さらに全国的な入学定員の拡大も検討されています。

医師が現場で増えるのは、10年先。それまで、どうやって地域医療を守るかも大事な課題です。少なくとも、現在の再編・ネットワークが強行され、自治体病院が半数にされてしまえば、医師が増えても地域医療の崩壊は救いようがありません。

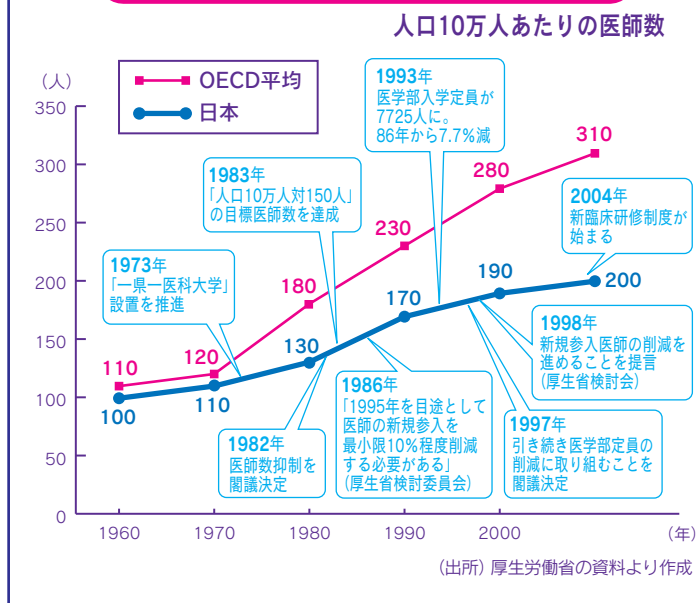
養成数削減、医師不足が 「3時間待ち、3分診療」もたらした

医師不足の原因は、政府がとってきた医療費抑制政策にあります。日本医師会も、「医師偏在・不足の原因は、国による長年にわたる医療費抑制政策の結果」（日本医師会による医師確保に関する見解・2006年10月17日）と分析しています。

政府は「医者が増えると、医療費が増える」という考え方から、医師養成数を削減してきました。その結果、医療施設で働く医師数は、約25万9000人（2004年）、人口1000人あたり2.0人。OECD加盟30カ国中、27位です。

OECD平均と比べると、12万人も少ない人数です。これが、「3時間待ち、3分診療」という言葉に表わされるような、日本の医療の実態につながっています。

日本の医師数と政府の政策



岩手県の自治体病院、県立病院は、住民が自ら作り上げた病院であり、これからのあり方も、住民・県民が知恵を出し合い、継続させていくべきものです。国の政策では、後期高齢者医療制度に象徴されるように、国の懐具合が優先され、実際に病院にかかっている住民のことは、これっぽちも顧みないで、机上の計画を押しつけています。大事なことは、ここに生きる私たちの医療をどうしていくのか、その中心となる自治体病院、県立病院をどうしていくのかを考えることではないでしょうか。



県立病院の創業の精神である、「県下にあまねく医療のきんてんを」を守り、市町村合併を理由とした統廃合でなく、いまあるそれぞれの病院の充実が必要です。

岩手で医療をしたいという医師を育てるのは、地域住民も一体となった取り組みが必要です。例えば、民間病院を含めた連携により、臨床研修医への研修プログラムを提供し、県内への定着を進めます。臨床研修プログラムに、地域住民との懇談を組み込み、病院の外での交流も積極的に推進していきます。さらにその先には、住民に選ばれた医師が岩手での医療に取り組むようなことも検討してはいかがでしょうか。

国の医療政策によって、病院にかかりにくくされています。早期発見が早期治療、医療費の低減につながることは旧沢内村や長野県の例で実証済みです。県、市町村と連携し、補助制度を充実させ、だれもが医療機関を受診できる制度をめざします。これは自治体病院、県立病院だけでできる課題ではなく、医師会等と連携し、民間病院・診療所等での受診体制も必要です。

**地域医療を守る
自治体病院の充実を
いつまでも安心して住める地域を**

自治体病院、県立病院への財政支援については、僻地医療、救急医療の確保と合わせて県民、住民の健康推進という社会的コスト、重症化させない早期発見、治療による経済効果なども加味し、県民、住民の理解を得るよう情報提供が必要です。

多くの自治体病院、県立病院の医師は、外来の診察をし、病棟の入院患者への対応もしています。夜の当直を週1回程度こなし、土・日の日直もしています。この状況を当面改善しないと、医師の確保（辞めない環境）は困難です。コンビニ受診や安易な救急医療の利用も問題になっており、住民のみなさんとともに考えなければならない問題です。

国の医療・福祉の予算は、削られる一方です。病院の収入源である診療報酬が絞られています。しかし、救急医療、地域医療等を行うためにはお金が必要です。これは、国が出さなければ岩手県、自治体が出すべきものです。増田知事時代に「身の丈を超えた」公共事業等への税金投入があったと反省されていますが、その負の遺産がいまだ県政を苦しめ、県職員の給与を3年間カットするということも強行されました。こういう厳しい県財政ですが、どこを削り、医療・福祉の充実を図るのが問われます。

宮城県でも3つの県立病院が「地方独立行政法人」という、より経済性・採算重視の病院運営にされます。こうした運営形態を岩手県医療局にも入れる動きがあります。あるいは看板は県立（あるいは建物は県立）で、実際の運営は民間医療機関に委託する「公設民営」、さらに民間病院でも運営できるものは、民間病院に売り払うことまで進められようとしています。全県にネットワークを持つ県民、住民の財産がバラバラにされると、これまでの医師を派遣しあう体制や、医師確保でのメリット、良さを発揮できなくなり、将来に大きなマイナスになることが心配されます。今の経営形態での存続が必要です。

医師がいない中で、自分の住む地域で出産できない状況も広まっています。安心して子どもを産み、育てられる体制を、今の自治体病院、県立病院の機能を生かしつつ作っていくことが必要になっています。これは、県民、住民のみなさんの理解等も必要です。

