

質問（三野議員）

ただいまから、県政一般事務にかかわる諸課題について質問をいたします。

最初の質問は、**地方創生の新型交付金**についてであります

平成26年度の国の補正予算において、地方向けとして新たに「地域活性化・地域住民生活等緊急支援交付金」が4,200億円確保され、うち地方が直面する構造的な課題への実効ある取組みを通じて地方の活性化を促す「地方創生先行型」が1,700億円計上されました。

そのうち、基礎交付分1,400億円は3月末に配分され、本県においても、平成26年度の2月補正予算で9億円余が計上され、人口減少・活力向上対策の取組みを進めるとの説明でありました。

また、残りの300億円については、地方版総合戦略の策定状況や事業提案内容などを踏まえて近く決定される上乗せ交付分として、折しも、今県議会に3億7千万円余の補正予算が計上され、オリーブ産業の強化を推進して産業振興による働く場の確保を図るなどの事業が盛り込まれているところであります。

個々の事業を見れば、果たしてどこまで「産業振興による働く場の確保」や「健康長寿の香川づくり」につながるのか疑問に思わざるを得ない面はありますが、いずれにしても、この交付金は、地方創生や地域経済の活性化に向けた取組みに充当される側面がある一方で、地方に負担が生じないよう全額国費で措置がなされたというところで、一定の評価ができるものと考えます。

地方創生に関しては、一朝一夕に単年度レベルで成し遂げることができるものではなく、中長期的な視点で、地域の実情に沿ったきめ細かな取組みを継続的に講じていく必要があります。

そこで、注目すべきは、次年度、平成28年度以降の取扱いについてであります。

先に発表された国の概算要求において、地方創生の新型交付金が盛り込まれました。全国知事会をはじめ地方が求めてきた新型交付金の創設自体は実現しましたが、果たしてその中身はどうなのでしょう？地方公共団体の地方創生に向けた自主的・主体的な取組みを支援するということですが、実態は、制度上、地方財政に影響を与える問題点を包含しているものです。

その問題点とは、規模が1,080億円にとどまっていることと、事業実施に交付金と同額の地方負担が求められることです。国は、「国と地方を合わせれば事業費ベースで2,160億円になる。」との説明をしているようですが、ふたを開けてみれば、単なる折半です。これでは、使い勝手がいい交付金と言いながら、地方が応分の財政負担をしなければ事業として成立しない補助金と何ら変わりありません。

加えて、その負担は、当然、地方財政を圧迫することになります。6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」いわゆる「骨太の方針」において、平成30年度までは地方の一般財源総額は平成27年度地方財政計画と実質的に同水準を確保するとされた後のこの扱いは「だまし討ち」としか思えません。求められる地方負担分は、この一般財源部分を充てることになるわけですから、実質的に同額確保されないことになるようなものです。地方負担分は地方財政措置を講じるということになるのですが、一般財源総額が据え置かれる中で面倒を見るということになるのですから、地方自治体にとっては既存の事業の廃止や縮小で一般財源を

浮かすか、財政調整基金の貯金を取り崩すしか方法がないのです。結局は帳尻合わせという疑念はぬぐえません。ましてや、それ以降の地方交付税を含めた一般財源総額の確保は、なお不透明な状況にあり、地方財政は引き続き厳しい状況にあることが明白であるにもかかわらずです。

そのような国のビジョンのない制度設計を追認していいのでしょうか？

そこで知事に伺います。報道によると、全国47都道府県知事に対して行ったアンケートで、25人の知事が「評価できない」と回答したとのことですが、知事はこの新型交付金を額・制度の両面でどのように捉え、評価しているのか、御所見をお聞かせください。

また、全国知事会等と連携し、全国的な動きの中で、強固な要望を継続的にしていかなければならないと考えますが、そのことに対する知事の御所見もお伺いします。

答弁（浜田知事）

三野議員の御質問にお答えいたします。

まず、地方創生の新型交付金についてであります。

新型交付金につきましては、地方公共団体の地方創生の取組みを深化させるため創設されるもので、現在、策定に取り組んでいる「かがわ創生総合戦略」に沿った、本県の自主的・主体的な取組みを後押しするものと期待しているところであります。

制度面については、現時点では明らかにされていませんが、対象事業などの制約は大胆に排除するほか、地方自らが事業効果を検証し、公表する仕組みを構築するなど、国の関与が行き過ぎないようにする必要があると考えております。

一方、金額面については、御指摘のとおり、平成28年度国予算の概算要求の規模が、

平成26年度補正予算の1,700億円を下回る1,080億円にとどまるとともに、

2分の1の地方負担が求められる制度になっていることなど課題が多く、地方の意向が十分反映されたものとは言いがたいことから、この面では、あまり評価できないものと考えております。

このような認識は、多くの都道府県でなされており、先月4日に開催され、私も出席した中四国サミットにおいては、中四国の各県知事、経済団体のトップとともに、規模の拡大や地方負担にかかる財政措置等について共同アピールの採択をし、石破地方創生担当大臣に提出したところであります。

地方創生の具体の取組みが本格化するにあたり、その成果を上げるためには、地方に対する財源的な支援は国の責任として欠くことができないものであります。

私といたしましては、地方負担分の軽減やそれに対する財政措置を確実に講じることなどについて、今後とも、機会をとらえて、国に強く働き掛けるとともに、全国知事会などと連携しながら制度の改善を求めてまいりたいと考えております。

質問（三野議員）

質問の第2点目は、**人口減少社会における財政運営について**であります

先般、いわゆる「財政健全化法」に基づく、本県の平成26年度決算に基づく健全化判断比率についてご報告をいただきました。

報告によりますと、一般会計等が将来負担すべき負債の標準財政規模に対する割合である「将来負担比率」、つまり、自治体が将来負担する必要がある実質的な負債額について、その自治体の財政の大きさに占める割合を示したものは、昨年度より6.8ポイント低下して191.7%ということで、早期健全化基準をクリアしているとのことでありました。将来負担額には、県債残高や退職手当支給予定額などが含まれます。

果たして、それを鵜呑みにしていいのでしょうか。早期健全化基準の400%の半分以下の191.7%であるから、将来的に持続可能な財政運営が展望できるということになるのでしょうか。

今時、総務委員会においても指摘させていただきましたし、従前から何度も問題提起してまいりましたが、私は、2つの理由において、この将来負担比率をもって、自治体の実質的な健全性を表すものとは乖離している、将来的に本県に財政運営上の問題が生じる可能性が低いと見なすことは非常に危険な認識である、と考えております。

まず、一つには、将来負担比率の算定において、分母である標準財政規模、分子である将来負担額から「元利償還金に係る基準財政需要額算入見込額」を控除することになっていることでもあります。いくら交付税措置されるとは言っても借金に変わりはなく、また、交付税自体が先細りしてきている現状下においては、団体の実質的な判断指標とはなり得ないと考えるためです。なお、今回の算定において、基準財政需要額算入見込額を除き、公債費の交付税措置の考え方をすべて排除して試算してみると、その分比率は上昇し、将来負担比率は361.8%となります。

特に、大きいと考えられるのは、今や基準財政需要額算入見込額に占める割合が著しく高まっている臨時財政対策債であります。増加の一途をたどる臨時財政対策債の償還は、交付税や税収で行われているわけであり、交付税が抑制されれば、その分、他の行政サービスに充当されるべき措置額が削られているのではないかという疑念はぬぐえません。さらに、地方の財源不足額は、交付税で全額補償されている訳ではなく、臨時財政対策債で埋め合わせされ、借金を借金で賄う構造になっていることを考えると、将来負担額から控除している「臨時財政対策債の元利償還金に係る基準財政需要額算入見込額」にも借金が含まれているという矛盾があります。

もう一つ、標準財政規模の捉え方にも留意しなければなりません。多くの社会的基準と行政上の需要の目安として用いられている人口が減少している現状下において、標準財政規模自体が縮小傾向を示すのではないかということです。まさに大きな問題となっている生産年齢人口の減少は、税収減の主要因となるものであり、人口が減れば、きちんとした相関とはいかないまでも、標準財政規模は小さくなるのは必然と言えます。

よって、標準財政規模が今後縮小していけば、必然的に、将来負担比率はどんどん膨れ上がっていく危険性があると考えられるわけです。加えて、標準財政規模には臨時財

政対策債も含まれているという事実です。分母のベースである標準財政規模を大きく見せかけ、将来負担比率を小さく見せているということです。

つまり、この将来負担比率は、臨時財政対策債を中心とした交付税措置、人口減少とともに密接に関連し、現在の算出方法にも大きなトリックがあるものであり、現状では、数字だけを捉えれば安全ゾーンであるが、交付税措置に信憑性もなく、人口減少下で実質的な判断指標とするには根拠に乏しいと認識せざるを得ません。算出された将来負担比率を確かなものと受け入れて財政運営を行っていくことは非常に危険であると考えられます。基準財政需要額算入見込額を除いた「真水」の将来負担比率361.8%は、まさにイエローカードに近いと言えるのです。

そこで、そのように人口減少と相まって財政状況が将来的に予断を許さない中、過剰な投資を抑制するなど、将来を見据え、身の丈に合った財政運営をいかに展開されるおつもりなのか、知事にお伺いします。

また、先ほどの質問でも述べたように、「骨太の方針」においては、平成30年度までは地方の一般財源総額が確保されることが打ち出されたものの、併せて、リーマン・ショック後の危機対応モードから平時モードへの切替えを進めていくとしており、平成31年度以降の動向もまったく不透明です。国は、平成32年度に国・地方とも基礎的財政収支を黒字化させる財政健全化目標の実現を打ち出しており、それに向けて地方財政が切り捨てられる可能性は大いにあります。そうなれば、三位一体改革の二の舞です。

私は、従前から、人口減少が進んでいく状況の中で、将来世代の負担が毎年毎年増えていくことを危惧しております。このまま借金を減らさない限り、実質的な県民負担は増え続ける一方であります。そうならないためにも、計画性を有して、将来支払っていかねばならない負担の累増に向けた策を先んじて講じるべきです。

具体的には、身の丈に合った財政運営の具体策の一つとして、県債残高の上限目標を定めるべきと考えますがいかがでしょうか。それも、地方の財源不足を地方交付税ではなく臨時財政対策債で賄わされている現状を鑑みれば、臨時財政対策債を含めた県債管理をしなければいけないと考えますが、併せて知事の御所見をお伺いします。

答弁（浜田知事）

次は、人口減少社会における財政運営についてであります。

私は、総人口の減少と少子化が地域の活力を奪い、加えて、地方交付税等の財源見通しが楽観できない状況において、将来を見据え、中長期的な観点を有した財政運営を行っていくことが重要であると考えております。

そのため、就任直後に財政運営計画を策定し、財政規律の確保に意を用いながら、計画的な財政運営に努めてまいりました。

具体的には、施策の選択と集中を徹底するほか、大規模事業を初めとした事業費の年度間調整を行うなどして、持続可能な財政構造への転換を目指してきたところであり、引き続き、財政需要の動向にも留意しつつ、計画的で身の丈に合った財政運営が行っていけるよう、現在、策定に取り組んでいる新たな財政運営の指針の中で検討してまいりたいと考えております。

また、県債残高につきましては、財政運営計画において目標としている、臨時財政対策債を除く県債残高の減少は達成しているものの、臨時財政対策債を含む県債全体としての残高は、地方交付税の代替として措置されている臨時財政対策債の発行を余儀なくされている中で増加を続けております。

このような臨時財政対策債については、地方債発行の増大につながり、財政運営の健全性が阻害される側面を持っていることから、廃止すべきであると考えており、さまざまな機会において、国に対して強く求めてきているところであります。

御指摘の県債残高の上限目標の設定は、投資的経費に係る将来世代の負担のあり方や、経済規模との関係などについて、どう考えるかといった難しい課題があるのではないかとと思いますが、いずれにいたしましても、今後の国の地方財政に対する考え方などを注視しながら、将来の財政負担の軽減にも留意した、臨時財政対策債を含めた県債の的確な管理に努めてまいりたいと考えております。

質問（三野議員）

質問の第3点目は、地域医療構想が策定されていく中での、**今後の県立中央病院のあり方について**であります。

ご存じのとおり、今年度から県において、病床の機能分化や地域の医療機関との連携等を推進するため、地域医療構想を策定することとなっております。

3月に厚生労働省から示された地域医療構想策定ガイドラインでは、「都道府県の2次医療圏ごとに、2025年に必要な機能別病床数を算出し、それに近づける取組をする」ことを求めています。これはつまり、過剰である高度急性期病床を一般急性期・回復期病床などに転換させることと、慢性期病床（≒療養病床）を削減し、在宅医療等を推進することを意味しています。

簡単に言えば、国の医療費抑制策として、全体として病床数を減らすことが目的と言っても過言ではないでしょう。

急性期病院を増やしたのは、そもそも厚生労働省だったはず。診療報酬の算定上、7対1看護体制を導入した病院が高い入院点数が取れるようにし、その結果、各地で看護師の奪い合いが起きました。一方、急性期患者の受け皿となる回復期病床の診療報酬点数は引き下げられて、その数が減っていきました。さらに、受け皿を失った急性期病床はいつも満床状態となるに至って、救命救急医療体制が危機的状況に陥り、その結果、救急患者の「たらい回し」を招いたのではないかと考えます。

今回のガイドラインの意味するところは、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる2025年に備え、7対1病院を減らす分、在宅医療をサポートする体制の構築を図るものですが、元はと言えば7対1病院を増やして受け皿を失わせた厚生労働省の失政のツケを、都道府県に回してきたと言わざるを得ません。

しかし、私は地域の住民の健康を守るために、今後策定される地域医療構想において、香川県内における真に必要な病床数を確保し、良質な地域医療の提供が可能な体制を構築しなければならないと考えます。

そこで、まず、県の基幹病院として、高度医療を必要とする人に対する急性期医療に機能特化し、県民医療の最後の砦として役割を果たしてきている県立中央病院の

今後の在り方についてお聞きします。

国は、平成26年度の診療報酬改定で、7対1入院基本料の要件の厳格化を示し、急性期病院の絞り込みを図ろうとしています。そして、今後ますます急性期病院のふり落としを図る診療報酬体系を模索するのではないかと考えられます。

現在の県立中央病院は、患者1人1日当たりの入院単価が平成25年度は61,491円、平成26年度は67,197円となっています。通常、病床数500床クラスの急性期病院であれば、最低でも50,000円、できれば70,000円ラインがほしいと言われていることを考えれば、まずまずの経営指標ではないかと考えます。

しかし、今後は、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、さらに医療機能の向上のための再投資がしやすくなる。一方、医師・看護師が集まらない病院は、収益が上がらず、医療機能向上のための再投資ができなくなる。診療報酬の改定により、これからの急性期病院は、成長する病院と衰退する病院に2極化していくことが考えられます。

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てきました。薬価差益で儲ける。コスト削減で儲ける。という手法でした。しかし、現在は、診療報酬は医療技術に対して配分されることになってきています。サービスを提供して収益を上げる業態に変わり、つまり人を雇わなければ利益が得られない仕組みに変わってきていることを考えなければなりません。そのためには、医療スタッフが研修をしていないと加算が取れない。さらには、医療スタッフが研修できる余裕を持たなければならない。まずは、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備、研修機能の充実、医師等の医療スタッフを確保するための取り組みを強化すべきと考えます。

さらに、これからの急性期病院の収益改善のポイントは医療機能を向上させて加算を取ること、言い換えれば、急性期入院医療を対象としたDPC制度（包括医療費支払い制度）のもと、診療機能に対する評価を表す医療機関別係数を上げて収益を増加させることだと言われています。

現在、DPC参加病院は、3つのグループである医療機関群に分類され、そのうえで係数を設定していますが、I群は大学病院等、II群は大学病院並の診療機能を有する病院、III群はその他の病院となっています。I群は大学病院ですが、II群については、一定以上の「診療密度」「医師研修の実施」「高度な医療技術の実施」「重症患者に対する診療の実施」という4つをすべて満たすことが要件とされていると聞いています。国は高度急性期病床を2025年度までに13万床にまで絞る目標を立てていますが、現在DPC医療機関群I群とII群だけで11万5000床近くあると言われています。とするとIII群病院のうち、約1万5000床しか高度急性期に残れません。実は現在、県立中央病院はIII群に位置づけされているわけです。そこで、まず、**県立中央病院がDPC医療機関群のII群を取れなかった原因は何か**病院事業管理者にお伺いします。

DPC制度のもとでは、医療機関別係数の中でも、今後比重が大きくなる方向である「機能評価係数II」を上げることが大きなポイントと言われています。

DPC対象病院の「機能評価係数II」とは、「保険診療係数」「効率性係数」「複雑性係数」「カバー率係数」「救急医療係数」「地域医療係数」「後発医薬品係数」の7項目

から算出され、医療機関が担うべき役割を評価するものです。この係数が大きい病院のほうが高度な医療機能を有するとみなされ、1日あたりの診療報酬単価を高く請求することができるようになっていきます。

こういう指標に左右されることは、いかがなものかと考えますが、県立中央病院が高度急性期病院として生き残るためには無視できない指標でもあります。

本年4月27日に中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（DPC評価分科会）において、全国DPC参加病院の平成27年度機能評価係数Ⅱの数値が公表されています。

それを見ると、Ⅲ群の中で県立中央病院は約1400病院中361位となっているようです。

この係数を上げるには、医師数を増やし、病院が対応できる診療の質を向上させるとともに、その量を増やし、これから到来する後期高齢者の急増に対応した、効率性が高い医療を行うことが重要だと言われています。現在、県立中央病院においては、保険診療係数、効率性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数は平均より高い数値を示し、複雑性係数と後発医薬品係数は平均より低い数値となっているようですが、現在の県立中央病院のDPCにおける機能評価係数Ⅱの水準について、どのように分析しているか病院事業管理者にお伺いします。

また機能評価係数Ⅱを上げるために、どのような対策が必要と考えているか併せてお伺いします。

答弁（病院事業管理者）

三野議員の御質問にお答えいたします。

まず、今後の県立中央病院のあり方等のうち、包括医療費支払制度への対応についてであります。

県立中央病院は、平成21年度から包括医療費支払制度、いわゆるDPC対象病院となり、急性期病院として、医療機能の充実と入院収益の増加を図っております。

平成24年度から2年間は、大学病院本院に準ずるDPCⅡ群に分類されておりましたが、議員御指摘のとおり、現在は、DPCⅢ群に分類されております。これは、平成26年度に分類基準が改定された際、要件の一つである、医師研修の実施状況の対象となる臨床研修医師が、免許取得後2年目までに限定され、実績数が、基準をわずかに下回ったことによるものであります。

今後の国の医療制度改革の影響や、分類基準の動向が不透明ではありますが、できるだけ早期に、中央病院がⅡ群を取得できるよう、鋭意、取り組んでまいります。

次に、県立中央病院の機能評価係数Ⅱについては、全体としては比較的高い水準にあると考えておりますが、個々には、引き続き改善に取り組むべき内容があるものと認識しております。

機能評価係数Ⅱは、診療報酬の面ではもちろんのこと、国が目指す医療の方向性を基準とした重要な指標であることから、各種診療実績を分析し、診療密度の向上、適正な在院日数の管理に努めるとともに、救急医療への積極的な取り組みや、地域医療への貢献をより一層、推進することで、水準を高めてまいりたいと考えております。

質問（三野議員）

私は、県立中央病院が今後行われる医療提供体制の改革の中で、高度急性期医療の中核として、県内の基幹病院として、いつまでもその役割を担うためには、現状に満足せず、5年後、10年後を見越して、今から対策を講じる必要があると考えます。そのために、何といたっても、医師数を増やすことです。

医師を増やすためには、○医師の労働環境を整える。○若手・中堅医師を集める。○医師研修機能を充実させる。○良い指導医を集める。○教育プログラムを充実させる。○学会認定施設を取得する。○専門医資格が取れる体制を整備する。などが考えられると思います。

高度急性期医療を指向する医師は、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付けていける職場に魅力を感じます。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、宿直に余裕ができる職場に医師が集まる。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のではないのでしょうか。

そういう意味で、一番大事なものは、研修制度・教育プログラムの充実だと考えます。
医師確保策は、これまで養ってきた関連大学病院医局との連携を維持・強化しつつ、県立中央病院独自に「医師を育てる」仕組みを強化する必要があると考えますが
いかがでしょうか、病院事業管理者にお伺いします。

さらに、看護師確保対策にも、同様なことが言えると考えます。

先の我が会派の竹本議員の代表質問への答弁は、県の姿勢として消極的ではないかと考えますし、将来に対する危機意識が薄いのではないかと考えます。

私は、今回の医療提供体制の改革が好ましい状況とは考えませんが、今の流れの中で、医師をはじめとする医療スタッフの確保はこれからますます熾烈な競争になってくると考えています。医療機能を向上して収益を上げるには、人や医療機器などに投資を行うことが必要ではないかと考えます。今の投資は、将来の収益という形で返ってくると考えていますので、併せて、再度問題提起しておきます。

答弁（病院事業管理者）

次に、県立中央病院における医師の育成についてであります。

中央病院が、県の基幹病院として、最適・最善・最新の医療を提供していくためには、質の高い医師の確保・育成は不可欠であり、医師の研修制度や教育プログラムの充実が、大変重要であると認識しております。

中央病院は、平成24年にはNPO法人卒後臨床研修評価機構から、研修体制と研修プログラムが優良と評価され、認定病院とされるなど、臨床研修指定病院として、医師の初期臨床研修に力を注いでおります。

また、専門分野の研修においても、様々な学会の認定施設として、あるいは「香川県医師育成キャリア支援プログラム」における中核的研修施設として、経験豊富な指導医が、若手医師等に対し、きめ細かい指導を行っているところであります。

さらには、国内の大学や研究機関など、先進的な医療を行っている施設に医師を派遣し、最新の知識や高度な技術の習得に努めております。

平成29年度からは、新たに発足する統一の専門医制度がスタートする予定ですが、中央病院としては、新しい制度の下で、研修の基幹施設として、地域の病院と協力しながら、専門医の養成に積極的に取り組むことなどにより、質の高い医師の確保・育成に努めてまいります。

質問（三野議員）

さらに言えば、医療制度の動向や診療報酬体系の動向、病院経営の知識に精通した事務職員の養成が急務と考えます。

数年で異動してしまう役所の人事ローテーションでは、今の医療制度や診療報酬を分析する専門的なスキルを磨くことはできないと考えますが、どのようにお考えでしょうか、知事にお伺いします。

答弁（浜田知事）

次は、今後の県立中央病院のあり方等のうち、医療制度等に精通した職員の育成についてであります。

安心で質の高い医療を確保していくことは、私が進める信頼・安心の香川づくりの重要な柱の一つであり、医療制度等に精通した職員の育成は、地域医療の中核を担う県立病院の安定的な経営を確保する観点から、重要な課題であると認識しております。

このため、病院局の人事については、職員の病院・医療関係業務の従事歴や、企業会計等の専門的知識などを十分考慮するとともに、病院事業管理者において、県立病院の医事部門で職務経験者を採用するなど、専門性の確保・向上に努めております。

今後とも職員の専門的知識や経験等を生かした計画的な人事配置を進めるとともに、異動サイクルの長期化や、分野ごとのスペシャリストを育成する複線型人事管理制度の活用など、健全な病院経営を支える人材の確保と育成に取り組んでまいります。