

第2回名張市立病院在り方検討委員会 議事録

日 時：令和4年3月17日（木）15:00～17:10

場 所：オンライン開催

出席者：（委員）竹田委員、佐久間委員、佐藤委員、東委員、小引委員、森嶋委員、藤井委員

（オブザーバー）加太 三重県医療保健部長、長崎 三重県病院事業庁長

（市・事務局）吉岡事務局長、中西経営改革担当監、辻川総務企画室長、池戸

発言者	内容
事務局長	<p>定刻となりましたので、第2回名張市立病院在り方検討委員会を開催いたします。新型コロナウイルス感染症のまん延防止重点措置が21日までとなっており、色々な制限が続いておりますので、本日はオンラインによる開催とさせていただくことになりました。オンライン開催に関する注意事項を申し上げます。先に文書にてご案内しておりますとおり、発言されない時は音声をミュートにさせていただきようお願い申し上げます。また、ご発言を希望される際は画面上のカメラに見えるように挙手をしていただき、委員長から指名がありましたらミュートを解除してご発言いただきますようお願い申し上げます。</p>
竹田委員長	<p>本日は、大変お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。2回目の委員会ということで、本日もよろしくお願いたします。</p> <p>では、早速議事を始めたいと思います。離れてご参加の方々も積極的にご意見をいただきたいと思っております。お手元に資料があると思いますが「分析結果資料」という分厚い資料があります。非常に大切なポイントを分かり易くまとめてくださっていると思っております。これを全部説明していただく時間がありませんから、もう一つ「現状分析結果要旨」という、病院における内的・外的な問題点や課題を抽出した資料がありますので、これに沿って進めていきたいと思っております。それぞれの項目をまず説明いただいて、関連するページを見て議論していただくようにしたいと思います。非常に大事な資料になると思っておりますので、今後もしっかり保管してご覧いただきたいと思っております。内容に入る前に、前回の委員会でどのようなディスカッションをしたかということ、中西担当監の方から説明いただけますか。</p>
担当監	<p>前回のおさらいという形でご説明申し上げます。まず、「市立病院のビジョンについて」というところで、1つ目が、病院、市及び地域住民が何を望んでいて、何を目指しているのか明らかにする必要がありますのではないかということ。2つ目が、市立病院の設立は赤字覚悟でやると決めて作った経緯がある中で、何が一番大きなポイントになっているのか、市民にわかりやすく説明する必要がありますということ。次に「地域連携と病床規模について」でございますが、その中の1つ目、産婦人科を含む診療科の議論は、採算性も考慮しながら、市内だけではなく地域で議論しなければならないのではないか。2つ目は、専門領域で分けて地域で機能を分担できるとわかりやすいのではないか。3つ目、病床数が200床前後の病院は、医師が少なく赤字が多い傾向である。200床を維持するのか、他の病院との統合や連携により規模を大きくしたほうがよいのか検討する必要があります。4つ目、過去に上野総合市民病院との連携の話もあったが上手くいかなかった。大学病院との関係性も考慮し、伊賀地域全体の連携を含めて考える必要があるのではないか。大きく3つ目「経営形態について」でございます。1つ目、医療提供体制及び経営形態についての議論が大事になる。2つ目、例えば法人化して経営を変えるなどの答えを出す必要がある。医師</p>

を集めなければよい病院はできないのではないかと。大きく4つ目「病院職員の医師について」でございます。市議会からの提言についての病院職員の受け止め方はどうなのか。病院全体の意見をまとめることが難しかったとしても、病院からメッセージを出していかないと伝わらないのではないかと。といったこととさせていただきます。

竹田委員長

ありがとうございます。前回ご議論いただいたことをまとめていただきましたが、よろしいでしょうか。非常に大事な根幹的な問題かと思えます。こういうものを一つずつ解決できるような方法はないかという視点で、医療圏及び名張市立病院の現状と課題といったことについて説明していただきます。資料の「現状分析結果要旨」ですが、先に内的要因からいきましょうか。内的要因の財務状況の「一般会計からの繰入金、同規模の病院と比較して高い」ということで、63ページの説明をお願いします。

担当監

財務分析にあたっては、2019年度の決算統計及び地方公営企業年鑑から、機能性、安全性、生産性、一般会計繰入額、流動資産・流動負債の観点から、全国と同規模病院とベンチマークを行いました。一般会計繰入額の中央値に対し、市立病院の繰入額は多い傾向にあります。これは主にこの病院の建設当初の企業債、借金ですね。並びに他事業からの借入金の償還財源に対する資本勘定繰入。これは建物に関する勘定になりますけれども、こちらの繰入額が多いためということが考えられます。ですので、右側の一般会計繰入額の内訳をご覧ください。と思えますけれども、救急病院というところにおきましての収益勘定科目の繰入額は、きちんと頂けているものと考えておりますし、看護師養成所、建設改良費の利息も同様でございます。下の資本勘定繰入に関しましては、建物と土地にかかる借金の返済分としまして3億6,100万円の繰入となっております。こちらは多額の借金をもって病院を建てたという経緯がございますので、一般会計からの繰入金でこの返済に充てているということになります。こちらは令和8年にほぼ償還が終わるという予定となっておりますので、以降はこの分の繰入がなくなるということになります。左の緑色のグラフに戻りますが、名張市立病院の4億7,900万円という部分が小さくなると思えます。黄緑色の収益勘定繰入につきましては、自助努力で収益が確保できれば、その分繰入額が小さくなり、市の負担が減ってくることを示されております。

事務局長

少しだけ補足させてください。一般会計繰入額のところで、少し分りにくい部分があるかと思えますのでご説明します。グラフの黄緑色の収益勘定繰入は、医業に対する繰入と捉えていただいで結構です。令和元年度は7億6,400万円の繰入を頂戴したということとさせていただきます。濃い緑色の資本勘定繰入は、借金の返済分や医療機器の購入分、大きいところでは最近では電子カルテの更新といった資本・財産に関わる返済に対する繰入でございます。令和元年度は4億7,900万円であったところです。計12億4,300万円の繰入を頂戴したということになります。

竹田委員長

ありがとうございます。今のご説明にありましたように、資本勘定繰入は建物を造ったあと、それに対する返済の分が濃い緑色の部分であると。名張の場合は建てて大分経っていますがこれだけの負担が必要ということで、令和8年には返済が終わるという事ですね。薄い緑色の方はいわゆる医業収入に対して足りない部分を補填している。この分が多いのが問題だという意味だと思います。ですので、何とか収益勘定繰入を減らしていく。そのためには病院の収益を上げていく必要があるということになります。他の病院とも比べてありますが、この部分が高いということになっています。何かご質問はございますか。

佐藤委員

1点質問させてください。一般会計繰入の収支勘定繰入の救急病院に対する額のところに関しての質問です。一般会計から救急病院に対する繰入は、他の200床規模の地域医療支援病院より

1億5,000万円ほど多くなっています。この額3億6,300万円は、国からの交付税の救急病床分にプラスして市からの上乘せをもらっているのか。あるいは、頂いている分全部でこの金額なのか分かるようでしたら教えてください。救急病院という繰入が削れるものなのかという判断のために、その情報をいただいた方がいいと思います。

総務企画室長

救急医療に要する繰入に関してですが、令和元年度3億6,300万円を繰り入れていただいておりますが、普通交付税で救急告示病院分として頂戴しているのは約4,000万円でございます。その差額につきましては一般会計が負担しているということになります。この金額を下げるのができないかというご指摘ですが、全体の収支を改善することで利益を上げていき、最終的に財政健全化法上の資金不足を出さないようにするというのであれば、収益勘定繰入の額を落とすことは可能と考えております。

佐藤委員

ありがとうございます。つまり3億2,000万円ほどは、市の財政から真水を入れて頂いているということになるわけです。そこを全部削れと申し上げたいわけではなく、そもそも救急医療は不採算事業です。地域全体の皆さんの安全のために市に貢献している。病院も頑張っているという説明で良いかと思えます。現時点では、これがなければ救急医療は維持できないという認識でいる必要があると理解いたしました。

竹田委員長

ありがとうございました。その点、藤井院長は何かご意見ございますか。

藤井委員

昼の救急は名張市民の方のみ診療していますが、夜間は輪番制でやっております。そういった意味で、当院の地域での救急輪番は継続していく必要があるかと思えます。この部分はどうしてもお金がかかるということは、ご理解いただきたいと思っております。

竹田委員長

これぐらいはかかっても仕方ないということですね。救急病院ですので、救急医療が占める割合が大きいということは間違いありません。この額が妥当なものかどうかということは、これから検討していきたいと思えます。他よろしいでしょうか。では続きまして2番目の「自己資本比率及び流動比率が低く、現金・預金が不足傾向であり安定経営ができていない」という部分です。説明をお願いします。

担当監

58ページのご説明になります。経営の安全性の観点から自己資本構成比率、固定資産対長期資本比率、流動比率のベンチマークとなっております。赤い直線が比較対象病院の中央値で、青い直線が平均値でございます。固定資産対長期資本比率が中央値及び平均値より高い水準にありまして、流動比率が低い水準にあることから、比較対象病院より運転資金がひっ迫しているという状況にあります。また、自己資本構成比率が中央値及び平均値よりはるかに低い水準にありますことから、資産形成の財源として企業債。いわゆる借入金への依存度が高い傾向にある状況が示されております。また、現金・預金が不足傾向でございまして、不安定な経営体質でありますことから、短期の借入金である一時借入金と長期の借入金である企業債で何とか経営している状況でございます。

竹田委員長

ありがとうございます。要するに貯金や現金といった自己資本が非常に少ないということですね。令和元年度・2年度が下に記載されておりますが、令和2年度は休床補償が入っていますね。令和2年度は少し改善しておりますが、コロナの入院患者を受け持った病院は休床補償で助かっているということです。ですが令和元年度の自己資本比率は3.2%ですね。これはかなりぎりぎりです。これをもう少し増やさないといけないと。そうしたら経営的に余裕が出てくると思えます。こちらいかがでしょうか。是非ご意見をお聞かせいただきたいと思えます。

佐久間委員

先ほどの一般会計繰入との関係を教えていただきたいのですが、一般会計の繰入額で建設改良

総務企画室長	<p>の利息で7,900万円となっていますが、元金はもうすぐ終わるということでしたが、利息の金額が非常に高いように見えます。7,900万円の利息はどのようなものでしょうか。</p> <p>病院建設当時の設備整備等に企業債を発行しましたので、その際の元金に対する利息が大方でございます。当時は年利が高かったので、国の制度で繰上償還し、借り換えをさせてもらえる制度もありましたが、当院はその基準までは高くありませんでした。建設当時の企業債の元金に対する利息は3～5%程度となります。</p>
佐久間委員 総務企画室長	<p>令和8年に利息の繰入もなくなると考えてよろしいのですか。</p> <p>そうですね。建設改良に要した企業債の利息は、令和8年に元金と同じくなくなるということになりますが、これからの医療機器の購入分が残ると思いますので、そちらの利息は残ります。</p>
佐久間委員 総務企画室長 竹田委員長	<p>さっきの借入の元金とは別ということですか。</p> <p>別になります。</p> <p>よろしいでしょうか。とにかく、お金がないということです。自己資本が少ないということは大変なことで、今はどこの病院でも、特に独立行政法人では一生懸命に留保金を残そうとしています。急に医療機器が壊れたら買い換えないといけないです。ですので、ほとんどないというのは大変な状況です。では、次の議題に移りたいと思います。</p>
担当監	<p>続きまして、資料の57ページをご参照ください。「医業収益に占める職員給与費の割合が高い」に関する資料です。第1回でも議論になったところですが、収益性の観点から分析させていただきました。費用全体の医業収益比率としては、中央値より少し高くなっています。その中でも職員給与比率に関しましては66%という数値でございまして、当院としましては、まずは60%以内を目指したいと考えております。その他の経費については、適正な値にあるのかなという風には感じております。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。これも令和元年度と2年度が掲載されていますが、令和2年度はコロナ病床のために入院患者や収益が減っていますので別にしまして、令和元年度の人件費比率は大体70%を切るぐらいになっています。やはり下げる必要があります。これは人件費を下げるか、収入を上げるかのどちらかですね。普通は収入を上げて人件費比率を下げると思います。人件費を下げると収入も下がる悪循環になりますので。その収入を上げるためにどうすればいいのかというのが、この委員会の役割ですので、よろしくお願ひしたいと思います。何かご意見はございますか。</p>
佐藤委員	<p>人件費比率が高いというのはわかったのですが、単純に職員1人あたりの給与費が他院よりも高いのですか。それとも人数が多いのですか。収益を上げて比率を下げるという理想的な姿はよくわかるのですが、材料費や減価償却費などの費用を節約しているために人件費が膨らんで見えているのか、実際に1人あたりの人件費が他に比べて高くして圧迫しているのかという部分は、今後、人件費比率を下げるという議論をするときに、非常に大きな情報になると思います。単純に比較できるものではないと思いますが、事務局としての感覚はいかがでしょう。</p>
総務企画室長	<p>決算統計ベースで給与費の分析を行っておりまして、医師の給与に関しては、類似病院の中では高い方になっております。看護師につきましては中間ぐらいです。医療技術員につきましても、若干上の方でございます。年齢構成の違いもございまして、一概に高いと言い切れませんが、決算統計上はそういう分析ができます。</p>
竹田委員長	<p>一般の公立病院並みということですか。医師、看護師、技術職員、事務職員、だいたい一緒ぐらいか。あるいは高いかということですが。</p>

担当監	先ほど室長の方から説明しましたが、佐藤委員の言われているところは、当院の事業費用に占める人件費割合が重要ということと受け取っていますが、当院の事業費用に占める人件費割合が60.8%となっております。大体50%ぐらいが適切かと思っておりますので、若干高めであると考えております。あとは当院の職種ごと、職員ごとに落とし込んだ話をしていけないといけないと思っておりますので、今後資料を作成してお示しをしていきたいと思っております。
竹田委員長	私が聞いているのは一般の公務員並みかということです。特別に高いわけでも低いわけでもないということでしょうか。
事務局長	医師の給与費は他の病院と比較して高いです。これは、伊賀地域というのは医師自体が不足しているエリアですので、確保するために給与を上げているという関係がありますので、平均と比べると高くなると思います。他についてはさほど大きくは変わらないと思います。
竹田委員長	どこも大体そうですね。どうしても医師が少ない病院は、医師の給与を上げています。へき地の病院となるとすごく高いです。そうしないと集まらないので仕方ないです。ただ、看護師、技術職員や事務職員はほとんど一緒だと思います。医業収益対比率は収入に対する比率になりますので、絶対値で見ないと分からないですが、恐らく、医者への給与もべらぼうに高いわけではないと思います。比率が高いということは収入が少ないという問題に繋がるとは思いますけれども、院長いかがでしょうか。
藤井委員	次の内容にも関わってきますが、資料の65ページをご覧くださいませ。平成29年度は入院患者数が多く、医業収益も一番高かった年です。細かい数値がありませんが、このときは循環器内科の医師が5人おりました、PCI（経皮的冠動脈形成術）という心臓カテーテル治療も年間500件以上していました。これは三重県で一番多くしていた時期でありました。平成30年度になると、循環器内科医2人が辞めて3人になりました。循環器内科医師1人あたり年間2億から3億の収益を上げますので、そういったことが収益の減った要因になっていると思います。それから、総合診療科という内科の中のドクターがいますけれども、それが平成29年度は10人いたのですが、段々減ってきて今5人になっています。前回、委員長は医師数が増えなければ収益が上がらないと仰っていましたが、当院の入院患者の大体3分の2から4分の3は内科なので、循環器内科と総合診療科の医師がすごく減っているということ。それに伴って入院患者さんも減ってきている。更にそれに伴って医業収益が減ってきている。だから給与費比率が上がってしまう。そのような分析になるのかと思います。
竹田委員長	ありがとうございます。悪循環になっているわけですね。医師が減って、医業収益が減って、給与費比率が上がってくると。他にご意見はございませんでしょうか。では続いて説明をお願いします。
担当監	内的要因の「診療状況」でございます。資料の69ページをご参照ください。こちらは2019年度のDPCデータを元に疾患別診療実績を示したもので、疾患分類ごとに症例数と平均在院日数という視点で作成しました。右側の平均在院日数のグラフ内の丸い点が全国平均在院日数になっています。市立病院での取扱いが最も多い疾患は、MDC06の消化器系でありまして、続いてMDC05の循環器系。続いてMDC04の呼吸器系となっております。これらの疾患に関わる平均在位日数は、呼吸器系に関しては延伸傾向にあるものの、循環器系と消化器系につきましては全国平均以内となっております。また、筋骨格系の平均在院日数が長いという風には書いておりますが、全国平均より長い疾患分類は全部で10分類ありまして、要因といたしましては、本市の核家族化と高齢化に伴う退院調整の難渋化と考えております。中でも整形外科領域における筋骨格系、外傷

につきましては、高齢化に伴っての機能回復の遅延という問題もあるかと思いますが、何よりこれを解消するためには、機能分担や機能連携の強化が重要であると考えております。

竹田委員長

ありがとうございます。このグラフは、疾患別に見ると呼吸器、循環器、消化器の症例が多く、平均在院日数も短くなっています。整形外科の領域で症例数はそう多くないのですが、平均在院日数は全国平均の2倍ぐらい高いということです。そこはやはり大きな問題じゃないかと。平均在院日数は短くする方が良いので。藤井院長はどのようにお考えでしょうか。

藤井委員

伊賀地域には、回復期あるいは慢性期のリハビリをしてくれる病院がなく、急性期治療を終えたとしても、回復期・慢性期のリハビリをお願いできる病院が津市や奈良県になります。それで待ち時間が長くなってしまふことがあります。それが一つの大きな問題で、在院日数を長引かせてしまっている要因と考えております。連携をもっと取るようにして、急性期治療を終えた段階で、すぐに回復期リハ病院に引き継ぐことができれば在院日数は減らせると考えています。

竹田委員長

今、平均在院日数は12日ぐらいですか。

藤井委員

現在は、コロナ禍の影響もあり13日ぐらいになっています。

竹田委員長

どうしても神経系や筋骨格系の在院日数は伸びてしまいますので、伸びた分消化器とか循環器を短くして、トータルの平均在院日数を短くするというのが普通のやり方ですね。何かご意見はございますか。

藤井委員

もう一つよろしいですか。今現在の問題点としましては、200床の中でコロナ病床を確保するために病棟を1つコロナ受入病棟にしています。そうすると救急や一般の入院患者さんで残りの病床が埋まってしまって、循環器や消化器の予定入院をストップせざるを得ない状況になっています。それにより、短期の入院患者が減って長期が残ってしまうということで、今現在としてはそういう原因で在院日数が伸びているということもあります。

東委員

整形外科が長いということですが、入院した段階で、後の病院をどうするかという検討もやっていたらいいと思っておりますが、いかがですか。

藤井委員

はい。特に七栗記念病院は、院長先生も定期的に当院に来院してくださっていて、連携を取っています。最近では、回復期リハビリテーションを担っている病院でコロナが発生した場合に、受入ができなくなるという状況もありまして、転院が難しいことがあります。

東委員

整形外科であれば、入院した段階で大体どのくらいかかるか分かりますからね。

竹田委員長

このデータはコロナの前の2019年のデータですよ。コロナは仕方ないですが。クリニカルパスはありますか。

藤井委員

鋭意作成中です。

竹田委員長

早くクリニカルパスを作るべきですね。クリニカルパスとは、入院した時にどういう経過で治療して、終えて、いつ病院を移るかとか、あらかじめ決めておくものです。それをやると在院日数も短くなると思います。ないと中々難しいですね。是非早く作っていただきたいと思います。他いかがでしょうか。他ご意見ありますか。

佐久間委員

一つ確認させてください。確かに大学病院でも、コロナで平日の稼働率は高くなり週末に落ちる状況がありまして、稼働率が減る傾向はどうしても出てくるとは思いますが、今のお話を伺っておりますと、循環器、呼吸器、消化器等の急性期の疾患に関しては、入院待ちが発生していると考えてよろしいのでしょうか。

藤井委員

はい。コロナの受入のために予定入院をストップしておりました。ただ、最近は少し減ってきましたので予定入院を再開したという状況です。

佐久間委員	そうすると 2019 年の場合、平均在院日数を減らすことによって収入が上がるのかという問題があるかと思います。例えば三重大学では、あまり DPC の期間Ⅱを気にしないでいいと言っています。そのあたりどうですかね。平均在院日数を短くすることが本当に売りに上げるのか疑問なのですが。
藤井委員	平成 30 年、31 年の時期にそういった議論がありまして、ベッドを空にするよりは、日数が伸びてもいいのではないかという話がありました。それをやりすぎると DPC 係数が低くなってしまいますので、あまりよろしくないかなということ、ある程度いい案配の在院日数の方が良いという結論になっています。
竹田委員長	この辺は池戸さんどうですか。平均在院日数はどのくらいが良いのか。確かに私たちも短すぎてもよくないと何年前に議論したことがあります。
事務局池戸	当院の場合、平均在院日数が長いというのはありますけども、経営のことを考えれば、平均在院日数を短くすることで初期加算をとれる機会を増やして、新規の患者さんを入れるということがベストバランスかと思います。ただ、地域に追加で患者さんがいらっしゃるかどうかが。いらっしゃらないのであれば、集患対策をどのように拡大するのか。域外に流出している患者さんを取り込むという戦略も含めて再考すべきと考えられます。
竹田委員長	患者さんがいなければ平均在院日数が長くていいと。他は何かありますか。では次お願いします。
担当監	70 ページをご参照ください。当院の予定入院、予定外入院、緊急入院の割合を示したものです。予定入院とそれ以外（予定外入院・緊急入院）という観点で見ますと、3 対 7 の割合で予定外入院・緊急入院が多いという特徴がわかります。ちなみに全国平均は 5 対 5 となっておりますけども、地域医療支援病院に限りますと 8 対 2 が望ましいと言われております。つまり予定入院で 8 割、予定外・緊急で 2 割を目指す形でベッドコントロール主眼においた病院が多いということです。市立病院が担っている救急輪番日数が多いということも要因として考えられますが、それぞれの疾患ごとの予定入院・予定外入院の割合については、今後検討していく必要があると考えております。予定外・緊急入院が多い症例は、比較的医療・看護必要度が高いため、平均在院日数が延伸する傾向がありまして、効率的なベッドコントロールが難しい症例となります。先ほど委員長が言われたようにクリニカルパスを活用することや、転院等がある症例は地域連携パスを積極的に用いることで、医療の安全性と効率性、収益性を兼ね備えたベッドコントロールを行う事が課題と考えております。
竹田委員長	ありがとうございます。この病院の特徴として、予定入院の割合が少ないということ。それは緊急入院が多いのか。予定入院が少ないのか。どちらと考えていますか。
藤井委員	緊急入院で何とかベッドを埋めており、緊急入院がなくなれば稼働率が悪くなる状況です。予定入院自体が少ないと考えております。
竹田委員長	救急輪番は週 3~4 日ぐらいですか。ある程度、標準的な救急の数は取っておられる。小児科救急も頑張っていますね。でも予定入院は少ないと。その辺、医師会としてはいかがですかね。
東委員	そうですね。病診連携で協力させていただいています。整形外科に関しては、一杯紹介していると思います。
竹田委員長	後から出ますが、他県へ行かれる方も多いということで、患者の流出が影響しているのかもしれませんが、救急は運ばれてきますのである程度あると思うのですが、他の地域に行かれている患者もいるということが要因と考えられますかね。

藤井委員	どうしても大病院のブランドを希望される患者さんもおられます。そういった意味では当院のブランド力をもっと上げないといけないのかもしれないかもしれません。
竹田委員長	他、何かご意見ございますか。
佐藤委員	一つお聞きしたいのは、伊賀地域で救急輪番日を減らすことは可能ですか。今のご議論をお聞きますと、予定入院を増やせない理由は救急のために病床を空けているからということで、そこを解消しましょうというお話になれば、輪番を減らしてくださいといった話になるのかと思います。また、予定入院で病床稼働率を上げることができない分、一般会計繰入の救急分で入らせていただいているという部分もあるので、そこのバランスといいますか現実的なところは、どのような感触でしょうか。
藤井委員	すみません。説明が不十分だったかもしれません。当院は、救急患者がいないと稼働率が稼げない病院です。元々予定入院がそんなに多くない病院ですので、救急輪番を減らせば、恐らくそれだけ収益は減ると思います。救急は赤字部門ですが、そこから入院した場合は入院の収益が上がってきます。ですので、救急を減らすと逆に医業収益は落ち込むと予測されます。
佐藤委員	というと、救急は赤字部門ではあるものの、部門を小さくすると赤字が更に大きくなるというご説明ですか。
藤井委員	救急のその日だけを考えると、人件費や経費がかかるので赤字になりますが、患者さんが1人入院すれば、毎日入院収益が出ますので、そこを考えると救急でもいいので入院患者を増やす。そういったことをしなければ立ち行かなくなっているということです。
佐藤委員	病院の経営という視点でも重要ですが、名張市にとって重要なことだと思います。1分1秒を争う救急を病院が引き受けてくれている。だから赤字でも一般会計の税金を入れて維持しているということはとても重要です。ここまでの議論を聞いていると、救急を減らしたいのかなという風に聞こえたので質問させていただきました。ありがとうございます。
藤井委員	救急を減らすと入院患者が減っていきますので、人員さえいれば救急をもっと増やしたいという風に考えています。
竹田委員長	今はコロナ患者が入院するために病棟を空けていますので、救急を減らさざるを得なくなっている。院長が言われたのはそういう意味だと思います。これは全国どこの病院もそうです。コロナが明けたら2年前のように全部受けることができると思いますので、積極的に受け入れたい。救急医療そのものは赤字なのです。そこから入院となって治療して黒字になりますので、どこの病院でも救急は絶対にやりたいと言います。例えスタッフが少なくても、救急は取り合いになっています。ただし名張の場合、コロナがないときは救急を入れてもまだベッドが空いています。そこに入る救急以外の患者が少ないということですね。予定入院の割合を上げるということは、救急を赤字だから減らすという意味ではないです。
佐久間委員	他の200床クラスの病院と比べて、名張市立病院はがん診療の割合が低いですよね。資料51ページの患者の受診動向を見ると、新生物の件数は結構あるわけですね。それが名張市立病院以外にかかっています。大学病院でもがん診療と手術件数が収入の骨格を占めているという中で、名張の場合は、がん診療は他の病院に流れて、それ以外のものをやっているという気がします。他の200床規模の病院と比べて、がんの比率が低いということがあるのでしょうか。
藤井委員	当院の場合は消化器系のがんが多いのですが、若い患者さんは三重大学や天理、奈良医大を希望される割合が多いということが大きな問題だと思います。
佐久間委員	佐藤委員のご質問に関してですが、がん以外で、予定入院でDPCの点数が高いものはあまりな

	<p>いと思うので、そのあたりが構造的な問題としてあるのかなと思いました。</p>
竹田委員長	<p>医師の専門性の問題もあると思います。200床クラスの病院で比較して、悪性腫瘍の患者さんの占める割合は低いですか。</p>
事務局池戸	<p>今回データをご用意していないのですが、200床クラスというと、やはり新生物をもう少し担っている病院が多いかなと思います。</p>
竹田委員長	<p>少し低いということですね。次回、詳しいデータをご提示いただきたいと思います。よろしいでしょうか。では、次お願いします。</p>
担当監	<p>続いて資料59ページ、60ページをご参照ください。こちらは、第1回の委員会において、患者を増やすには医師の確保が必須であるというご意見を承りましたので、2019年度決算統計、地方公営企業年鑑からのデータを元に、経営状況を生産性の観点からベンチマークした資料です。100床あたりの医業収益は中央値あたり。100床あたりの医師数は中央値を上回っていることから、配置医師数は多い傾向にありますけれども、医師1人あたりの医業収益は中央値を下回っておりますので、生産性向上の余地があると捉えております。また、医師1人あたりの患者数につきましては、入院・外来ともに平均値と中央値より少ない傾向にありまして、増患できる余地があるのかなと考えております。ただ、私の経験になりますけれども、管理職の医師が多くおられまして、特に病院長については、臨床現場を離れられて病院の管理や経営に御尽力される傾向があります。なので、今後その分は除いた中でこういった数値をお示しすることも必要と考えております。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。藤井院長ご意見ございますか。</p>
藤井委員	<p>特にはございません。</p>
竹田委員長	<p>100床あたり医業収益は標準並みですね。医師1人あたりの医業収益は少ないと。100床あたりの医師数も多い。つまり医師が多すぎるのではないかと。そんなことは絶対ないと思いますが。管理職が含まれているということで、藤井院長もそうですが、私も医師の1人となっていますから、どこでも同じかと思います。この辺に関しまして何かご意見はございますか。</p>
藤井委員	<p>佐久間委員も言われたように、当院は単価の高い入院が少ないと思います。それによって、医業収益は全体としてあるのだけれども、医師1人あたりの医業収益を見ると低くなってくるとはならないでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>入院の診療単価は資料にありますか。</p>
担当監	<p>54ページにベンチマークがあります。コロナ前の令和元年度に単価は上がりました。コロナで更に上がったということになります。</p>
竹田委員長	<p>コロナは別としても、入院診療単価が低いということは、手術や色々な治療が少ないということです。言い方は悪いですが、手のかからない病気が多いということです。それが良いとか悪いとかはないのですが、診療単価が高いということはそれだけ高度な医療をやっているということです。名張市立病院の場合は、悪性腫瘍の患者さんが少ないということからも、高度な医療を受ける患者さんが少なく、医業収益が下がってしまったということですね。決して医師が余っているわけではないと思います。病院の方針は色々あると思いますので、慢性疾患をやるところもあるし、在宅をやるところもあります。そうすると診療単価は下がります。何かご意見はございますか。</p>
佐藤委員	<p>委員長のご発言に関連して質問させてください。名張市民に悪性腫瘍の方は少ないのですか。名張市立病院に行かれる方の単価が低く、国保全体で見たときに他県や他地域に行かれているが</p>

んの方は、単価が高い治療を受けているというデータがあるのか気になりました。この地域の方々が健康で高度な医療を必要としないのであれば、素敵なことだと思いますが、要は単価の高い方が他に行かれて、市立病院は単価の低いというものが明確にあれば、営業戦略を考えることができますし、コストは低くとも、患者さんのことを考えてやっているということが言えるのではないのでしょうか。地域的に病気の状況というのは違うものなのでしょうか。

藤井委員

いえ、同じです。当院でも病診連携しておりますので、開業医の先生方からがんの患者さんも沢山ご紹介いただいています。ただ、治療するにあたり、より大きな規模で医療機器や専門の医師がいる病院を希望されて、そちらに行かれる患者さんが多いということです。

佐藤委員

その辺りは患者さんに選択の自由があるので、仕方ない部分もあると思います。具体的な状況は数値でお見せいただけるのでしょうか。国保や後期高齢者であれば、名張市立病院とそれ以外の単価、年齢、重症度、入院日数といったデータです。門外漢なので、感覚的な説明では少し分かりづらいと思いました。

藤井委員

先生がおっしゃるように、国保データを分析し、どれくらい流出しているかというデータをお示しした上で議論しないとイケないと思います。

佐久間委員

51 ページにある程度は出ていますよ。その新生物の緑の部分、大学にも問題があると思いますが、4割ぐらい県外に流出しています。水色の伊賀市の部分は、恐らく岡波病院に流出しています。このようにデータを見る限りでは、予定入院で稼げる分がかなり外へ行っているため、がん診療の強化は不可欠のように思います。大学病院や地域の基幹病院と比べて、相当に新生物の流出が経営のマイナスになっている印象を受けます。

佐藤委員

この表ですが、国保と後期高齢者です。病院という単位で見たときには、被用者保険の数字も別途見られると思います。シンプルに考えれば、高齢者の方は比較的地元に行かれて、被用者の方や家族の方は遠くに行かれるのかなと思うのですが、あくまで素人の想像なので、ある程度状況を示していただければ、今後の戦略や経営方針を定めていけるのではないかと。

担当監

実は私の方で取り組んだ内容として、昨年度から三重県のがん診療連携病院の認定を受けさせていただきました。それまでは、当院はそういった看板もなくやっておりましたので、そこに力を入れていなかったというのが現状なのかと思います。しかしながら、佐久間委員が言われたように、平均単価が高い症例というのは、がん診療に非常に大きく作用するところがありますので、そこに着目して認定をいただいた経緯がございます。ただし、手術と化学療法はできるものの、放射線治療ができないということはウィークポイントなのかと思います。外科的手術や拠点病院との連携を絡めながら、地域で化学療法を実施できるような体制構築。そういったところをいかに戦略的に実施するのかということが課題であり、売りにしていきたい部分であると事務局としては考えております。

竹田委員長

これは私の経験なのですが、私が行った頃の桑名市では、200床規模の3病院がバラバラで診療していました。その時は、がん患者さんや循環器の患者さんの愛知県とか四日市への流出がすごく多かったです。今、3つの病院が1つになって流出は減りました。やはり、医療機能を充実させることが流出を減らすことに繋がるのだと思います。そのためにどうしたらいいのか、この委員会では是非議論してほしいというのが市長の考えです。では次お願いします。

担当監

資料 77 ページをご参照ください。当院の看護師配置状況になりますけれども、配置基準といたしましては、一般急性期が7対1、地域包括ケア病棟が13対1という施設基準に則った体制としております。令和2年度は、一般急性期が51人必要のところ71.2人、地域包括ケア病棟が7人

必要のところ 12.6 人配置となっております。これは、コロナで入院患者数が減ったので、必要数が減ったように見えるところはあるのですが、実情としましては、看護師全体に占める短時間勤務者の割合が多くなってきておりまして、時間数を補うがために、人数でカバーしているという特徴がございます。

竹田委員長
藤井委員

看護師の数が多くと。非常に議論があるところだと思いますが、いかがでしょうか。

この数値だけ見ますと多いですが、産休育休制度も名張市は充実していますので、数字に表れていないものもあります。ですので、今現在も全ての病床を 7 対 1 で回すということは難しい状況になっており、看護部長から人がいなくて困っているという話をよく聞きます。資料だけ見ると多い印象がありますが、実際に稼働できる職員数はこんなに多くないという形です。

竹田委員長
佐久間委員

なかなか現場の人間でないといけないと思いますが、いかがでしょうか。

大学病院もこの問題が深刻で、子どもが小学校何年生かまでは夜勤をしなくていいとなっておりますので、困っています。夜勤ができる看護師の数は自治体病院の中でどうでしょう。分かりにくいかもしれませんが、というのは、これは名張市だけの問題ではないと思うので、資料として良い基準がないかなと思ってお聞きしました。

事務局池戸

これは単純な配置数というところですので、各自治体の事情をひっくり返さないと、中々難しいという風に思います。ただ基準上という話ですと、職員の数が実際の患者さんをみる数が多いということであれば、生産性を高める余地を秘めていると思いますので、そういった形で整理されると良いのかなと思っております。

竹田委員長

働き方改革もありますし、時短の問題もあります。大学は子どもが小学校 6 年生までは取れたと思います。桑名もそこに力を入れておりますが、どうしても、人数が増えても延べ従事時間は増えないという状況になっていきますが、ある程度は仕方ないです。社会の変化の問題だと思います。従来のように 3 交代で休みなしで働く時代ではないわけですから。桑名も計算すると少し多いのですが、いる人たちがうまく働けるような試みが必要かなと。例えば病棟で患者サービスの向上に他のことをやるとかですね。新しいプロジェクトをやってもらう視点が必要だと思います。数は決して多いわけではないと思います。恐らく現場の人たちは、そんなに余裕をもって仕事をしているわけではないと思いますので。もし多いのであれば、患者サービスを向上させるための仕事は一杯ありますので、そこに振り向けてもらったらいいいのではないのでしょうか。

東委員

看護師さんで退職される方も年に何人かおられると思います。ですので、ある程度余裕をもって採用する必要があります。今の人数だけで見ると仕事できませんからね。

竹田委員長

これを減らしたら大変です。今度増やすために非常に大変な労力が必要になります。なので、せっかくこの病院で働いている方々を大事にして、働きやすく仕事も面白い環境を作ることが大事だと思います。よろしいでしょうか。では次お願いします。

担当監

続きまして「外的要因」に入らせていただきます。15 ページから 17 ページをご参照ください。こちらは国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所の 2018 年度に作成されたデータを元にしてあります。本市は 1975 年代から、関西で働く人のベッドタウンとして人口流入が増加した市でございまして、1981 年には人口増加率が全国 1 位になりました。これが 2000 年をピークに減少傾向になっております。2045 年には、対 2020 年が 74% でマイナス 26 ポイント、約 19,000 人の減少になることが見込まれます。高齢化率も 41%、対 2020 年で 8 ポイントの増加となる地域です。その他、当院のシェアと呼ばれる地域の人口推移については、16 ページ以降に掲載しておりますが、それぞれの地域で人口減少と高齢化率が進行していく見込みでございまして。

竹田委員長	<p>ありがとうございました。これはあまり大きな議論はないと思いますが、名張市及びその周辺地域は、このような推移をたどるといふ推計です。そういうわけで、とにかく人口は減っていきます。次お願いします。</p>
担当監	<p>資料 18 ページから 19 ページをご覧ください。2030 年時点で、入院患者数は維持。外来患者数は 1 割減となるご説明をさせていただきます。人口減少に伴いまして、当然のことながら患者数も減少傾向となることが予想されます。人口推移における少子高齢化の影響としましては、入院患者数については、2025 年をピークに減少傾向になることが見込まれておりまして、2045 年には 2020 年対比で 89%のマイナス 11 ポイントの減少となる傾向です。外来患者数につきましては、2020 年をピークに減少傾向になることが見込まれており、2045 年には 2020 年対比で 79%のマイナス 21 ポイントの減少になる見込みです。また、75 歳以上の高齢者の占める割合につきましては、入院につきましては 2030 年まで増加しまして、その後減少に転じますが、最終的に全入院患者に占める高齢者の割合は 70%にまで達することが見込まれております。外来につきましても同様で、2030 年まで増加傾向となりますが、その後減少に転じることが見込まれます。こちらの指標はあくまで人口推移を元にしたものでありますことから、今後の戦略的な集患という要素は含まれておりません。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございました。このまま人口が減っていけば、入院患者数、外来患者数はこのように推移すると単純に人口割で出ただけですね。このまま何もしなければ、このように下がっていくということです。よろしいですかね。では次お願いします。</p>
担当監	<p>続きましては、循環器、呼吸器、損傷/中毒の入院患者数は、2030 年まで増加するというところ です。20 ページ、21 ページをご覧ください。こちらは先ほどの入院・外来患者数の推移を疾病分類別の資料として作成したものです。黄色の枠で囲っているものは、疾患人口の影響はあるものの、比較的疾患人口が多いものとなっております。2030 年から 2035 年まで増加傾向で 2040 年以降に減少に転じるという特徴があります。また、グレーの枠で囲っているものは、黄色い枠程の疾患人口はないものの、少子高齢化の波を大きく受けない疾患となっております。2030 年まで増加傾向で 2035 年以降に減少に転じる特徴があるものです。まず、黄色の枠の循環器系、損傷/中毒につきましては、是非当院の売りとしていきたいなというような疾患でございまして、次いでグレーの枠の新生物、呼吸器系、腎尿路生殖系についても、積極的に取り組んでいく疾患なのかと考えております。続きまして、22 ページから 23 ページの外来の部分ですが、黄色の枠の循環器系、筋骨格系、結合組織につきましては、先ほどと同様で、是非とも当院の売りとしていきたい疾患と考えております。入院・外来で共通している循環器系につきましては、病院長の診療科でもあることから、一番の売りとしていくべきであると考えております。また、2045 年には全疾患で患者数が減少し、入院で 1 割、外来で 2 割の減少が見込まれております。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございました。循環器と呼吸器と損傷/中毒ですね。2030 年までは増加が見込まれる。これはどういうところからですか。</p>
事務局池戸	<p>この根拠としましては、三重県の受療率の年齢構成の推移を、今後のこの地域の人口増減、将来の人口にかけ合わせますと、疾患が発症する年齢層のピークを 2030 年に迎えるということが背景となっています。</p>
竹田委員長 事務局池戸	<p>これはどこの地域でも同じことが言えるのですか。 人口構造によって異なります。例えば高齢者に多い損傷/中毒の疾患のピークが 2030 年という地域もあれば、2025 年にピークを迎える地域もございます。</p>

竹田委員長 事務局池戸	ある程度、名張地域の特徴ということですね。 そうです。
竹田委員長	これは非常に重要ですね。藤井先生の専門の分野です。循環器と呼吸器は近いところがあります。患者増が見込まれるのであれば、そこはしっかり流出しないように、この病院で治療していきたいところです。佐久間先生いかがですか。
佐久間委員	奈良県に患者流出があるわけですね。何となくこういう統計で見ると、そのまま減っていくという図に見えますが、80代の患者さんが急速に増える。遠くまで行って治療するというのが大変な世代が増えるというのは、逆に言うと、地域の病院にとってはチャンスと考えて、前向きに取り組んでいく方が、病院の経営上もいいのかと感じますが、いかがでしょうか。
藤井委員	ありがとうございます。おっしゃるとおりかと思しますので、診療できる医師を増やさないといけないなと思いました。
竹田委員長	全ての診療科で医師を増やすというのは中々難しいと思いますが、ある程度重点的に、循環器内科、呼吸器内科の医師を増やす。そこにウェイトを置いて新しい病院を作るということが大事だと思いますし、地域の住民の方々もそれを一番望んでいるのではないのでしょうか。私も桑名に行って一番痛切に感じたことは、桑名の市民の方々は、別に名古屋に行きたくないし、四日市に行きたくない。桑名で治療してもらえたらこんなに嬉しいことはない。昔はそれができなかったもので、桑名で治療してもらえるようになって嬉しいというのが桑名市民の考え方です。恐らく、名張の市民の方も同じことを言われると思います。ですから、こういうセールスポイントがあるということは大事にしないといけないと思います。いかがでしょうか。
佐久間委員	大学病院としても、循環器は藤井先生が頑張っておられますが、その他の診療科につきましては、何かあれば大学に転院していただけるというような体制が、特にがん診療とかの点でできていない。是非、大学と連携して、常勤医の確保もですが、診療体制が地域の皆さんに分かるような形で、安心できることを見せることができれば良いと思います。
竹田委員長	そうですね。やはり大学としっかり連携を取るということは、病院のためになりますし、地域住民のためにもなると思います。是非、力を入れていっていただきたいと思います。もちろん大学も全面的に協力しますので、よろしくお願いします。では、次は流出の話です。
担当監	51 ページ、52 ページをご覧ください。令和2年度の名張市国民健康保険、後期高齢者医療レセプトを元に作成した資料でございます。それぞれの疾患分類ごとにレセプト件数と地域別件数を百分率で表したものになります。入院の特徴としましては、右下の合計欄をご覧くださいますと全体の22%にあたります約2,000件。1月あたりに換算しますと167件の県外への流出が認められます。特に、先ほども佐久間委員がおっしゃっていた新生物に関しましては、43%の約605件。1月あたりに換算しますと50件。筋骨格系と結合組織につきましては37%の約273件。1月あたり換算で23件の流出が認められます。一方、外来につきましては、市内完結型医療の提供ができていますが、新生物は39%の約4,900人で1か月あたり約408件が県外への流出が認められます。入院及び外来で共有している新生物疾患の県外流出の理由をきっちり把握するとともに、それらへの対応を構築していく必要があると思います。
竹田委員長	先ほどまでの議論でも出ておりました患者流出。それについてのデータをまとめていただきました。ご質問はありますか。よろしいですか。悪性腫瘍、筋骨格系の疾患の患者さんの、県外あるいは市外流出が多いということです。これを出来るだけ減らしていかないといけないですね。次をお願いします。

担当監	<p>25 ページをご参照ください。当院を含む伊賀地域で病床を有する医療機関を、標榜診療科並びに施設認定面でベンチマークしたものとなります。2022 年度における東海北陸厚生局への届出内容及び報告データを元に作成しました。岡波総合病院、伊賀市立上野総合市民病院、名張市立病院の基幹 3 病院につきましては、それぞれの項目で合致しているものに網掛けをしております。ご覧のように、伊賀地域の基幹 3 病院は、診療体制及び機能面において重複している部分が多くございます。地域医療構想におきましても、この重複をどのように解消していくのか。というところが望まれていると考えております。それぞれの医療機関経営を考えると、現時点では致し方ないと思っておりますが、26 ページにございます施設基準と合わせて検討していく必要があるのかなと思っております。上位の施設基準を取っている病院というのは、それなりの機能を有していると判断できる観点から、今後の医療サービスの提供を検討していく必要があると考えております。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。伊賀地域の主な病院の診療科の一覧ですが、重複している点があると。ある程度当然ですが。ご質問やご意見はありますか。藤井院長はいかがですか。</p>
藤井院長	<p>上野総合市民病院は消化器外科が充実していますので、そういった患者さんは多いのかなと。逆に循環器内科医はいませんので、そこは岡波総合病院と当院でやっています。そういった役割分担はありますが、大体は同じような診療科になるのかなと思います。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。これだけ見てもよく分からないと思います。標榜している診療科の一覧ですので、その中で特にという部分、例えば、同じ内科でも名張市立病院でしたら循環器に一生懸命やっているということになりますし、上野は消化器外科をやっているということです。本当は統合が一番望ましいのですが、なかなか難しいですから、連携をしなければならない。例えば、上野総合市民病院が消化器を専門にやって、名張市立病院が循環器をやるということです。また、大学から医師を派遣する場合、2 つの病院に 1 人ずつ行くのと、1 つの病院に 2 人行くのだとしたら、絶対に 1 つの病院に 2 人で行かせてくれと言います。1 人で行くと潰れますので。なるべくグループで 1 つの病院にということでしたら、若い先生も喜んで行くのですが、1 人だとじゃあ辞めますと。極端な話、上野に消化器内科の医師を送り、名張に循環器内科の医師を送るということであれば大学は送りやすいと思います。そういう意味でも役割分担と連携は重要なのです。私は病院協会の仕事もやっていますが、コロナが終わったら、これからは役割分担と連携の時代だから、皆で一生懸命やろうと県内の病院に働きかけています。今までみたいにバラバラでやっていたらみんな潰れると、きつく言っています。ここが一番大事で、役割分担をいかにするかということ、寺田病院とかも入ってもらって、一緒にやっていってほしいと思います。いかがでしょうか。</p>
佐久間委員	<p>この前、大学の池田先生とも色々な話をしたのですが、どこの科も絶対に 1 人常勤というのは出さないということで、自治体の方々には考えていただきたいということでした。</p>
竹田委員長	<p>どうしても大学としては集約化したいと。その時に地域性を考えてグループと配分を作っていくことが必要で、地域と大学との話し合いで決めるしかないと思います。</p>
佐久間委員	<p>池田先生は、三重大学の総合がんセンター化というのを生き残りの核に考えています。今、どうしてもがんは臓器別の分類になっていますので、心臓、脳外系の急性期とがんの連携病院というところとを上手くバランスを取っていただくと良いので、がんの中でどう伊賀と名張が分担するかという考え方をしていただきたいと思います。</p>
竹田委員長	<p>確かに、がんの患者さんの流出が多いわけですから、がんの患者さんが安心して伊賀地区で治</p>

療を受けられるような医療体制を作らないといけません。そのためには、連携すべきところは連携しなければならない。ちなみに、がん診療連携拠点病院が都道府県に1つありますが、三重県は三重大学附属病院です。あとは市立四日市病院など4つほどの病院が、地域がん診療連携拠点病院。その下にごん診療連携準拠点病院というのがあって、これは三重県が定めている病院です。桑名総合医療センターも、この4月からがん診療連携準拠点病院になります。地区に今までなかったのですが、やっと1つできました。まだないのは伊賀地区と東紀州地区です。やはり伊賀地区に1つ作らないといけません。そんなに難しいことではないです。放射線治療の装置なんかはいらぬです。そういうところを作れば、市民の方々は非常に喜ばれると思います。ここで安心してがんの治療を受けられるようになれば、だぶ流出は減るのではないのでしょうか。

佐久間委員

がん診療に放射線治療機器がないというのは大丈夫です。我々の方から放射線治療入れてくださいとは絶対言いませんので、ご安心ください。放射線治療は大学の方で、MR リニアックとか新しい機器も入れて日本トップレベルのがん治療を提供しますので、そういうのと連携できるという安心感が本当に大事だと思います。

竹田委員長

がん診療をどれくらいやったか。化学療法をどれだけやったか。そういう要件です。放射線治療は必須条件ではないです。ですので、ぜひ藤井院長には頑張っていただいて、ご検討ください。

佐久間委員

あと追加ですけども、外来化学療法が良いという意識があったと思いますが、細かく見ていくと、外来化学療法を入院でやると非常に収益性の高いものがあります。化学療法をどこかと連携してやるというのも、入院収益に大きなプラスになりますので、検討していただきたいと思ひます。

竹田委員長

他よろしいですか。そろそろ時間になりました。この資料を一から説明してもらおうと、なかなか分からないですから、大事な項目だけをディスカッションいただきました。こういう形で、できるだけ1つの問題に時間をかけて、分かりやすくやっていかないとけません。最後に委員の皆様からご意見はございませんでしょうか。

佐藤委員

今回は、主に患者さんに対してのお話だったと思うのですが、名張市としては、税金や保険料を払っていただひいて、今現在医療サービスを必要とされていない方に、名張市立病院のためにももう少し支援をお願いしますということを理解いただく情報提供も必要だと思います。いずれあなたも年を取るし、急性期の病気になることもあるよと言うだけでは、今までどおり一般会計にお金くださいというのは理解してもらえないと思ひます。特に、自分が病気になると思っている健康な方はあまりいないです。でも、名張市立病院があることによって地域で安心して生活ができる。もしもの時の安全が確保されているということについては、ご理解いただいた方が絶対いいです。実際、税金や保険料をいっぱいお支払いいただひいているわけですから、情報開示は必要だと思います。特に、国保のレセプトを分析しているのであれば、1年や2年未受診でも、いくらかの率で大きな病気にかかっているとか、年齢が上がるとこれだけ受診率上がっていずれ必要になるとか。長い目で見れば安心感のために税金を入れていますという説明ができるような。病気の話、治療の話とは視点がちょっと違ひますが、病院の経営がどうなのかというご意見が強く出るとするのは、一般会計からの繰入もそうですが、そのお金を病院に入れなければ別のことに使えるという意思の表れでもあると思ひます。ですので、この安心感のために使っているというメッセージが裏にあるという視点で、データを作ってほしいと思ひます。リクエストです。

竹田委員長

ありがとうございます。今の佐藤先生のお話に答えられるかわかりませんが、私は乳がん検診のマンモグラフィの普及活動に十何年前から携わっておりまして、県内の色々な地域に行ってや

っていたのですが、ある年の名張市のマンモグラフィの受診率が2%ぐらいで、県内でも一番低かったです。亀井市長と話して、これはいかんということになって、名張市で働いている保健師の方で4~5人元気な方がいまして、私は日曜日の朝来て医療相談して講演していたのですが、保健師の方たちも一生懸命に住民にお話をしていました。どんどん受診率が上がってきまして、一時は県内で1位ぐらいになりました。東京の乳がん検診学会でそのことを話したら皆びっくりして、非常に嬉しかったことがあります。彼女たちの頑張りですけども。ですから名張は潜在能力を持っていると思います。皆が力を合わせたらかなり市民にも浸透すると思いますし、市で働いているそういう人たちとも力を合わせて、ぜひ良い病院を作ろうとしていきたいと思います。他よろしいでしょうか。

森嶋委員

この委員会は公開でやっていただいています。今、多くの市民の方々も関心を持っておられます。今日の資料も公開をされていると思いますが、1点気になりましたのは、看護師の配置基準のところですか。委員会の委員の皆様は、看護師の必要性・重要性を認識いただいている先生方ですので良かったわけですけども、この資料だけを見た市民の方が、計何人多いという表現だけで終わってしまっていますので、先ほど議論のあった表し方、表現の仕方は事務局の方でご検討いただけますか。

竹田委員長

誤解されないようにということですね。考えていただけますか。決して多くはないということですね。

森嶋委員

短時間勤務の方も1人と数えているのでしたら、4時間と4時間で8時間勤務に置き換えるとかですね。表現を考えていただいた方が、せっかく頑張っている看護師の方が、我々は不要なのかと勘違いしてしまう。誤った情報になってしまいますので。

竹田委員長

公表する前にチェックします。メールで送っていただけますかね。他どうですか。

小引委員

今日色々なデータを見て、市立病院の細かいところまで教えていただきました。この在り方検討委員会では、いかに名張市立病院を長い間持続していくかということも必要なのですが、人口は伊賀と名張両方合わせても10万人ちょっとしか残らないということですね。そうなってくると、当然オール三重の考え方をやっていかないといけない。一気に無理ですが、第1段階として、名張と近所の伊賀。それと中心となる津の方を1ブロック。それと北と南で3つのブロック。名張の市長は、「自分は何もしていません。地域の人頑張っているから全国に誇れるようなまちづくりができました」と地域共生社会を目指して頑張ってきましたから、それを医療の方が続けるような形ができれば、別に奈良に行かなくても、東京のテレビに出ているお医者さんのところに行かなくても、地元の医療体制ができる。先ほどのお話であった上野市民病院の特性と名張の特性がありますから、そこに重点を置いて、いかに協働体制をとっていくかということがポイントかなと思います。独立は独立でも構わないのですが、お互いに協力するということがないかなという気がします。何となく、行政の一番得意な縦割りというのが、色々なところに出てきますから。病院同士で喧嘩しても仕方ないので、得意分野で協力してもらおうのが、我々としては一番ありがたいです。

竹田委員長

おっしゃるとおりで、いかに協力・連携するかということが一番大事かと思います。名張と伊賀合わせれば10万人超えているわけですから。東紀州はもっと悲惨なのです。尾鷲は2万人切っていますし、熊野もそうです。そこで10年20年先に病院をどうするかというのは、大きな問題です。伊賀地区は合わせて14~15万人ありますよね。しかも急激に減っているというわけでもない。1つにするのは難しいとしても、連携して大きなメディカルモールを作っていければい

事務局
竹田委員長

いと思います。他いかがでしょうか。よろしいですか。では、少し時間が延長しましたがけども、今日はこの辺で終わりたいと思います。3回目の日程は決まっていたかね。

5月19日を予定しています。

5月19日ですね。コロナが解禁になっても、もちろん来ていただいても結構ですし、Zoomでも結構です。ハイブリッドでいこうと思います。そうしないと参加できない人も出てくると思いますので。本日はどうもありがとうございました。