

第4回名張市立病院在り方検討委員会 議事録

日 時：令和4年7月21日（木）15:00～17:15

場 所：名張市立病院 第1会議室

出席者：（委員）竹田委員、佐久間委員、東委員、小引委員、田中委員、藤井委員

（オブザーバー）中尾 三重県医療保健部長、長崎 三重県病院事業庁長

（市・事務局）吉岡副院長、中西事務局長、辻川総務企画室長、池戸

欠席者：（委員）佐藤委員

発言者	内容
副院長	<p>定刻となりましたので、第4回名張市立病院在り方検討委員会を開催します。本日の会議の様子は別室のモニターと中継し、一般傍聴可としておりますので、あらかじめご了承ください。前回までは名張市立病院の現状をご説明してきましたが、今回からは経営形態のご議論に入ります。この議題に関しましては、色々なお立場な方が色々なご意見をお持ちかと思いますが、委員の皆様のご忌憚なきご意見を頂戴できればと考えておりますので、何卒よろしくお願ひします。また、佐藤委員につきましては、大学の本務により欠席とのご連絡をいただいております。また、前は三重県より井端副部長様がお見えになっておりましたが、今回は医療保健部長の中尾様にお越しいただいております。</p>
中尾部長	<p>中尾でございます。よろしくお願い申し上げます。</p>
副院長	<p>では、ここから先は委員長に進行をお願いしたいと思います。その前に、記者の方で写真を撮られる場合はここでお願いします。</p> <p>（撮影後、報道関係者退出）</p> <p>では、委員長お願いします。</p>
竹田委員長	<p>本日はお忙しいところ、また非常に暑い中、お集まりいただきありがとうございます。在り方検討委員会も4回目になりまして、先ほど副院長からお話ありましたように、これまで病院の現状について議論してきましたが、この病院をどうするかという議論に入っていきたいと思ひます。今回は事務局にお願ひしまして、全国の公立病院ではどのような形態で経営されているかを説明していただき、その後私から、大学病院と桑名の病院で法人化を2回経験してきましたので、法人化を中心とした公立病院改革についてお話をさせていただきます。ここは非常に大事なところですので、ゆっくりいきます。今回と次回でご議論いただき、次回の第5回である程度の結論を出して、第6回で答申の素案を作りたいと考えていますので、是非、忌憚なきご意見をいただければと思ひます。</p> <p>それでは、前回までの委員会でもいただいたご意見をまとめてもらいましたので、事務局長より説明をお願いします。</p>
事務局長	<p>資料の4ページをご覧ください。第3回で委員の皆さんからいただいたご発言の要旨をまとめてございます。全部で大きく5項目ございます。1つ目は「連携強化・役割分担」ということで4点。続きまして、「市民の医療ニーズについて」ということで2点、「在宅医療について」で1点、「医師の確保について」というところで3点、最後に「経営改善について」というところで1点ご意見を頂戴したところです。こちらは本日の論点のコアな部分になると思ひますので、この</p>

	<p>あたりが十分に反映できるような、ご提案をいただければと思います。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。今までの議論をまとめていただきまして、新しい病院ではこういう機能を持たせてほしいというところでした。これを実現させるためにはどうしたらいいかというところですが、組織形態や色々な連携の仕方もあると思いますので、その具体的な方法をご議論いただきたいと思います。これに関しては、私の方からこういう資料を作ってほしいとお願いしておりまして、今回素晴らしい資料を作っていただきました。1つずつ解説いただき、ご質問やご意見をいただきながら、ゆっくり進めたいと思いますので、よろしくをお願いします。</p>
事務局池戸	<p>お手元の資料の5ページから、公立病院における経営形態及び全国の状況についてご説明いたします。</p> <p>6ページをご覧ください。公立病院の経営形態でございますが、主にⅠからⅣまでの4つの経営形態があるとされています。一番上の「地方公営企業法の一部適用」が、名張市立病院が現在属している経営形態です。2番目が「地方公営企業法の全部適用」でございます。3番目が「地方独立行政法人」、4番目が「指定管理者制度」でございます。内容については次のページで詳しくご説明しますが、「一部適用」というのは、地方公営企業法の財務の規定等の一部を適用するというものです。要は官公庁会計から独立し、いわゆる複式簿記を導入して独立採算の中で事業を行うというものです。それから「全部適用」は、地方公営企業法の規定のうち財務以外、人事や組織に関する部分を適用するというものです。「地方独立行政法人」というのは、これら一部適用や全部適用から離れて、行政組織の一部ではなく1つの法人として運営されるものでございます。それから「指定管理者制度」は、市町村立の病院ではあるのですが、民間の事業者を指定して運営を委託するというものです。最後に、一番下の「事業形態の見直し」は、病院事業の民間企業への譲渡となりますが、総務省は選択肢として示しています。</p> <p>7ページの公立病院の経営形態の現状ですが、左側で全体、200床以上、200床未満に分けて区分しています。名張市立病院は、200床以上の一部適用88病院（23%）のうちの1つということになりますが、それ以外の77%は一部適用以外の経営形態となっています。また、公立病院が策定した新改革プランに関して、総務省のアンケートでは、複数回答有りですが、計200病院が経営形態の見直しに取り組んでいるという状況です。</p> <p>8ページをご覧ください。経営形態を見直したことによるメリットや課題です。一部適用から全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度のそれぞれに見直した病院に対するアンケート結果となります。その中の85%以上の病院が経営の自主性又は効率性の観点から効果があったと回答しています。必ずしも、経営形態を変えるということは否定的なものではなく、肯定的な側面もあるということが確認できるかと思います。</p> <p>続いて9ページです。公立病院の経営形態別の収支の状況です。左側が経常収支比率、右側が修正医業収支比率となっています。特に本業の部分の儲けを表すのが右側で、経常的な収支バランスを見るのが左側となります。いずれも地方独立行政法人、指定管理者制度、全部適用、一部適用の順でパフォーマンスが高いということが確認できます。なお、令和2年度の数字につきましては、新型コロナウイルス感染症に伴う一般患者の減少に伴いまして、修正医業収支比率は軒並み下がっていますが、コロナ対応への補助金等により経常収支では安定しているという状況が確認できます。</p> <p>10ページをご覧ください。具体的にどういった規模の公立病院が、どういった経営形態となっ</p>

	<p>ているのかを、100床から300床未満の病院を左側、300床以上500床未満の病院を右側のグラフで示して比較しています。縦軸が経常収支比率、横軸が1床あたりの他会計繰入金等となりますので、左上の赤枠内は、平均値と比較して経常収支比率が高く繰入金等が少ない病院となり、望ましいということです。右側の300床から500床の病院群は、左側の100床から300床の病院群と比較して、経常収支比率の平均値が高く繰入金の平均値が低くなっていることが確認されました。また、左側の100床から300床の全部適用と指定管理の病院群は、縦の経常収支比率のばらつきが大きいということ、そして右側の300床から500床の独立行政法人の病院群で、経常収支比率が高い病院が多いことが言えると思います。このように、各経営形態に対し病院の規模ごとにトレンドが変わってきているということです。</p> <p>ここまでが公立病院の経営形態の選択の状況、経常収支の状況です。</p>
竹田委員長	<p>はい。ここで一旦切らせていただきまして、今までのところでご質問やご意見はございますか。公立病院の経営形態として5つの形を考えるとということで、名張市立病院は地方公営企業法の一部適用で、それ以外に全部適用があると。ⅠもⅡも市の直営の病院であることは変わりません。Ⅲは地方独立行政法人で市の直営ではありません。Ⅳの指定管理者制度は市以外の団体に管理をお願いするというもので、管理者が民間であれば民間病院の一種となります。Ⅴは民営化ということで、現在はなかなかハードルが高いと思います。こういう5つの経営形態があって、それぞれの利点や問題点、経常収支の状況をお話いただきました。ご質問はございますか。</p>
東委員	<p>一部適用と全部適用の違いをもう少し詳しく教えていただけますか。</p>
事務局池戸	<p>11ページ以降で制度の具体的な違いをご説明しますので、少し進めさせていただきます。</p> <p>11ページをご覧ください。経営形態別の特徴をとりまとめました。特に左側から一部適用、全部適用。ここまでが一般に直営と呼ばれます。また、地方独立行政法人までを含め民営化と称する場合もありますが、ここでは直営以外として地方独立行政法人、指定管理者、民間譲渡の並びとなります。これらの違いにつきまして、特に組織という点で申し上げます。</p> <p>まず開設者は、民間譲渡以外は基本的に地方公共団体となります。運営責任者は、一部適用と全部適用で異なりまして、全部適用の場合は、病院の事業管理者という経営の責任を取る方を地方公共団体の長が任命します。この点、一部適用に比べ少し独立する形になります。また、地方独立行政法人の運営責任者は理事長で、直営ではなく完全に切り離されます。指定管理者制度は指定管理者が運営責任者となります。</p> <p>次に市や議会との関係が表の下3項目となります。議会との関係で言いますと、直営の中の一部適用と全部適用は、予算に関する議決、決算の認定という点は変わりません。また、組織・市長との関係につきましては、全部適用の欄をご覧くださいと、「地方公共団体の長は地方公営企業に係る予算の調整、議会への議案の提出、過料賦課等の権限を留保」とあります。ですので、全部適用は病院の事業管理者を置いて運営をしていくので、これ以外の権限が事業管理者に委譲されているという形になります。では地方独立行政法人に関与はないのかということ、一定の関与があります。地方独立行政法人の理事長がすべて自由に経営方針を決められるわけではなく、まず中期目標というテーマを構成団体から与えられ、それに対して中期計画を立てていくこととなりますので、その意味では、例えば政策医療についても、議会が中期目標を認定するにあたり関与がありますので、地方独立行政法人はハイブリッドな形態であると言われております。一方で指定管理者制度の議会の関与としましては、指定管理者に支払う管理料の予算の議決、決算</p>

	<p>の認定という点でございます。指定管理者制度は公設民営と言われており、運営は指定管理者が担うわけですが、予算審議の中で指定管理の内容について議会の関与がありますので、その意味では、政策医療という観点でもある程度反映ができるということになります。民間譲渡につきましては、完全に民間に移譲するという形になりますので、市や議会の関与はなくなっていくことになります。ただし、譲渡の際に一定の条件を付すなどの限定的に関与することはできます。</p> <p>続いて12ページをご覧ください。職員の関係です。やはり経営形態の議論を行う際には、職員の身分がどうなるのかというのは非常に大きな争点になりますので、ご説明いたします。まず直営の場合には、職員の身分は地方公務員になります。つまり、全部適用となった場合でも変わらないということです。一方、地方独立行政法人は法人の職員となります。また、指定管理者を導入しますと、指定管理者の事業団体の職員でございますので、仮にですが、指定管理者に変わった場合には、一時的に退職して再就職することになります。民間譲渡も指定管理者と同様に民間の職員となります。次に給与でございますが、一部適用の場合は、条例で定められた給与表が適用されます。全部適用となりますと、独自の給与表の設定が可能となり、病院の権限が広がるということになります。地方独立行政法人の場合は、独法の中の自由裁量で決めていくこととなります。また、指定管理者制度に関しては指定管理者が決めることとなります。次に定数というものがございます。直営の場合には条例で定数の枠が決まっておりますので、短期間で職員の数を増やすというのはなかなか難しいですが、地方独立行政法人の場合は定数の枠から外れますので、機動的な採用ができるという点で、一般に優れていると言われております。</p> <p>そして政策医療との関係で申し上げますと、表の左から順に強いグリップ力があると言われております。一部適用が最も政策医療の取組がしやすく、市や議会が関与して進めやすいということです。全部適用も直営の中で政策医療の取組は変わりませんが、事業管理者が運用していくという点だけ異なります。また、地方独立行政法人は中期目標という形でテーマを与えられますので、その点で政策医療は達成できるという風に考えられます。指定管理者制度となりましても、指定管理者との間で取り決めのルールを決める中で、政策医療を反映することは可能と言われております。民間譲渡になりますと、運営の裁量が民間に移譲されますので、政策医療するかどうか不透明になります。以上です。</p>
東委員	大体わかりました。
竹田委員長	名張市立病院が一部適用から全部適用になったら具体的に何が変わりますか。
事務局池戸	事業管理者を設置するということが大きく変わる点です。それに伴い、事業管理者に権限が委譲され独自の給与表を作ることもできますので、裁量権が拡大することになります。
竹田委員長	事業管理者は給与も決められるのですよね。市からの承認は必要ですよ。
事務局池戸	はい。
竹田委員長	一部適用の場合はどうでしたか。
事務局池戸	条例で給与表が定められています。
竹田委員長	その自由度が拡大するということですね。独法と指定管理はよく耳にされるとは思いますが、一部適用と全部適用の違いを私はあまりよく知らなかったものですので。全部適用は、一部適用より少し柔軟な組織になるけれども、市の組織であることには変わらないということですね。他よろしいでしょうか。
東委員	8ページの資料で、全部適用に見直したときに、経営の効率化の観点から91.4%の病院が効果

	あつたと回答したとのことですが、採算が良くなったということですかね。
事務局池戸	採算面で申し上げますと、9 ページで形態別の修正医業収支比率を載せていますが、確かに一部適用よりは高い水準で推移していますので、経営の自主性・効率性の面で効果が出ていると考えられます。
竹田委員長	他いかがでしょうか。
佐久間委員	10 ページの表の見方ですが、ざっくりと見て、全部適用と指定管理者制度の病院で収支の悪いところが多いのでしょうか。経常収支比率が 90%を切って 80%代の病院もありますが、そうしたところは、比率として全部適用と指定管理者制度の病院に多い気がするのですが、解釈として合っていますか。
事務局池戸	そうですね。左の 100 床以上 300 床未満の病院では、おっしゃるような傾向が見て取れると思います。
佐久間委員	そうすると実態としては、全部適用で収支比率の悪い病院が、指定管理者制度に変更しているという解釈でよろしいのですか。
事務局池戸	経緯それぞれあると思いますが、指定管理者制度を導入するに至った背景として、やはり民間のノウハウを十分に活用したいという病院のニーズもありますので、そういう意味では、なかなか改善していかないということも示されています。
竹田委員長	十分改善するには至っていないと。確か、最近全部適用が増えているのですよね。
事務局池戸	全部適用は増えています。公立病院全体では 45%が全部適用となっています。ただし、総務省から新しい経営強化ガイドラインが出ましたけれども、全部適用であっても地方独立行政法人や指定管理者制度を含む経営形態の検討をなささいと言われていています。
佐久間委員	10 ページのグラフの左上の状態が良いということですよ。この中では全部適用が多いのですか。
事務局池戸	左側の 100 床から 300 床の規模では、経常収支比率 96.3%という平均値を超えている比率で見れば、実は一部適用が一番多いのです。上の表の中に書いていますが、経常収支比率の平均が 97.6%で、平均を上回っている医療機関が 60%です。一番少ないのが指定管理者です。全部適用も比較的一部適用に近くなっています。一方、右側の規模が大きい病院群で見れば、独法が一番高くなっています。
佐久間委員	それもはっきりしていますね。独法は規模がある程度大きいところで優位であると。
竹田委員長	9 ページの資料では、経常収支比率も修正医業収支比率も、コロナ前の段階では独法が一番高く、次に指定管理、続いて全部適用、一部適用という順番になっています。ですので、全部適用にしても指定管理あるいは独法を追い抜くことができていないということですかね。
佐久間委員	県立総合医療センターは独法で、県立志摩病院は指定管理でしたか。
事務局池戸	はい。県立総合医療センターに関しては、いわゆる非公務員型ではなく公務員型の独法となっています。
竹田委員長	公務員型の独法は、最近では認められなくなっています。
事務局池戸	全国で 2 法人だけです。公務員の地位を承継しないと医療を提供できないという前提があって、過去に 2 病院だけ認められました。今は非公務員型が主流です。
竹田委員長	ということで、名張市立病院が選ぶとすれば、選択肢はこの 5 つのどれかということです。どれを選ぶのかということが非常に大事なことで、これから議論を深めていきたいと思っておりますし、

	後半では私の私見を述べさせていただきます。他よろしいでしょうか。
藤井委員	そうしますと、名張市立病院は200床ですので、10ページの表ですと、一部適用が最も経常収支比率が良いということですか。
事務局池戸	一部適用の60%が平均以上というトレンドではありますが、もう1つご覧いただきたいのは、青の丸の分布は平均値としては高いのですが、ばらつきがあり、高いところもあれば低いところもあるということです。
東委員	ばらつきの評価と言うのはなかなか難しいと思いますね。数字として出ていないので、それでお話するのはおかしいと思います。
藤井委員	病床が多いと独法が良いというのは分かるのですが、200床で考えると一部適用の数字が高いかなと。
竹田委員長	よろしいですか。次の内容にいきます。最近注目を浴びている地域医療連携推進法人についてです。三重県ではまだやっているところはありません。かなり良いという先生もいて、そういう話も耳に入ってきています。この制度もどういうものか勉強して、まだ良いか悪いかわかりませんが、良ければ名張市立病院の将来に向けて考えてはどうかと。ここは簡単な説明で結構ですので、よろしくをお願いします。
事務局池戸	<p>14 ページをご覧ください。これは厚生労働省の資料ですが、地域医療連携推進法人というのは、法人の種類としては一般社団法人になります。そこに地域の医療・介護を担っている法人が社員として参画するという形になります。何をするかということですが、これはあくまで地域医療構想を実現するために制度設計されておりますので、医療介護連携推進を達成するために一緒に何かやりましょうという枠組みです。子会社なのかグループ法人なのかということをよく聞かれますが、そうではなく参画は自由です。ですので、いつ社員として参画してもいいし、退社してもいいという格好になっています。基本的には二次医療圏の範囲内で法人を作るということが原則となっています。</p> <p>15 ページをご覧ください。法制度上のメリットの1つ目は、病床の融通ができるということです。都道府県は病床の偏在をなくすために地域の上限を決めていますが、そういった地域であっても、地域医療構想を実現するために、参加法人の中で病床数の融通ができるという規制緩和が大きなメリットが挙げられます。もう1点は、資金の貸付ができるという点です。地域医療連携推進法人に参加している法人にお金を融資、いわゆるグループファイナンスを行うことができます。ここまでの制度上の大きな規制緩和であると言われております。また、法人運営上のメリットに関して申し上げますと、地域における患者さんの紹介・逆紹介の円滑化が期待されています。具体的にはカルテの統一化や重複検査の防止、スムーズな転院の実現といったことです。また、経済活動として医薬品・医療機器等の共同購入によりコストダウンが期待されます。さらに、医師や看護師と言った医療従事者の再配置を病院間でスムーズに行う事ができます。こういった法人運営上のメリットがあります。</p> <p>具体的な事例を16ページ以降で掲載しています。16ページは日本海ネットという山形県の事例ですが、大元は地方独立行政法人の酒田市病院機構が地域の医療法人と一緒にあって、中央のヘルスケアネットの図にあるような急性期から回復期、維持期までそれぞれの病院が連携して、地域で1つの医療提供体制の実現に向けて立ち上げたという事例です。17ページに参加法人を載せていますが、人材の交流ですとか共同購買、研修会の合同開催といった色々な企画をされて、</p>

	<p>地域の医療の質を上げていくという取組をされています。</p> <p>次に 18 ページをご覧ください。こちらは岐阜県の事例で、郡上市の国保白鳥病院が基幹病院となって、山間部の診療所の運営を一体的に行うというものです。郡上市、高山市及び白川村の 2 市 1 村による連携を実現した事例として全国でも有名な事例です。患者情報の共有であるとか、診療所を開業医の皆さんで順番に担当するといったことを実現しています。</p> <p>19 ページをご覧ください。こちらは北海道の公立病院 2 病院による法人の設立という事例です。各病院が 21 km 離れた場所にあり、それぞれの機能分担を実現するために法人を立ち上げたという経緯があります。具体的な取組は、診療機能の集約化と分担・強化で、そして病床機能を適正化させていくというのがメインです。その他、医療機器の共同利用や、医薬品の共同購入でコストダウンを図るといったことをされています。</p> <p>20 ページ以降は、これまで認定された 30 の地域医療連携推進法人の一覧です。表の右側で機能分担や業務連携に関して何をしているかということに記載していますが、主には再編や提供医療の強化、共同での採用活動や人材育成といった活動をされています。ご参考にいただければと思います。</p>
竹田委員長	<p>はい。ありがとうございました。地域医療連携推進法人は 5 年ほど前にできた新しい制度で、メッセージとしては「競争の時代は終わりました。これからは協調の時代です」ということです。みんなで力を合わせないと地域医療を守れないので、病院も診療所も薬局も介護施設も専門学校も行政も、みんな一緒にやりましょうというコンセプトです。税制的な優遇措置はありますか。</p>
事務局池戸	<p>現在のところありません。</p>
竹田委員長	<p>連携の取組がやりやすくなるということですかね。</p>
事務局池戸	<p>そうですね。規制緩和です。</p>
竹田委員長	<p>人事交流で医師看護師を配置するとか、病床を融通するとかですね。全国的にこれをやろうとしている動きが出てきているので、もし名張で良い取組ができるのであれば、取り入れていただければ私は思っています。何かご質問ございますか。</p>
佐久間委員	<p>1 点いいですか。地域単位ということでしたが、藤田医科大学を中心とした法人は地域がばらばらですよ。そういうのも許されるのですか。</p>
事務局池戸	<p>20 ページの 1 番の法人ですね。ご指摘のとおり 7 つの構想区域にまたがっています。実はこちらは認定第 1 号でして、地域医療構想調整会議の構想区域単位というのが原則ですが、一部で区域をまたいだ法人もあります。</p>
竹田委員	<p>あまり構想区域にこだわらなくても良いということですかね。</p>
佐久間委員	<p>例えば、津市と名張市でやる場合も全く問題ないですか。</p>
事務局池戸	<p>三重県に事例がないですから県に確認が必要ですが、結果的に地域医療構想の実現に資するというのであれば、可能性はあると思います。</p>
佐久間委員	<p>共同購入と人材の相互派遣、研修の共通化は、相当な効果があると思います。</p>
竹田委員	<p>ちょっと頭の中に置いていただいて、議論を先に進めたいと思います。前回まででご議論いただいた市立病院が果たすべき役割について、医療機能としてどのようなものが必要かということです。簡単に説明をお願いします。</p>
事務局池戸	<p>25 ページをご覧ください。第 3 回までの議論を踏まえまして、3 つの課題について進むべき方向性を整理しました。まず地域医療連携体制の強化と役割分担の推進、他医療機関との調整。こ</p>

	<p>れが1つ目の柱です。そして診療体制の充実と高齢化等に伴う医療ニーズへの対応が求められるというところが2つ目の柱です。そして持続可能な医療提供体制の確保と経営の安定化が3つ目の柱となります。この3つのテーマが、これから名張市立病院が果たすべき役割であり、提供すべき医療機能であると整理いたしました。この3つのテーマに対し、経営形態別にメリットとデメリットを整理したものが次ページ以降になります。</p> <p>まず26ページが、一部適用から全部適用に変えた場合に、3つの観点からどのようなメリットがありデメリットがあるのかという表です。ページの上の方にまとめの文章を記載しています。全部適用に経営形態を変更すると、地方公共団体の事業として連携強化と診療体制の強化が図りやすいと考えられます。一方で職員の定数には引き続き縛られることとなりますので、一部適用と同様に民間手法の経営手法は徹底できない可能性があるというところが大きな特徴かと思えます。</p> <p>このように27ページ以降もご紹介させていただきます。地方独立行政法人に経営形態を変更した場合にどうなるのかということでございます。仮に地方独立行政法人に移行した場合、理事長のもと公共性を維持しつつ、自律的かつ弾力的な経営が可能となると期待されます。人事面を含む機動的な対応が期待できるところでございます。いわゆる定数の縛りが無くなるのが、非常に大きな変更かと思えます。一方で職員の身分が非公務員ということですので、設立団体からの指示や指導が限定的で、十分に発揮できない場合も考えられるということは、一つの懸念となりますが、設立団体との関係をいかに構築するのかという議論になるかと思えます。</p> <p>続いて28ページは指定管理者制度についてです。仮に指定管理者制度を導入しますと、民間の経営ノウハウを活用して連携や診療体制の強化、経営の効率化といった点が期待されます。一方で、仕様書で決めたルール以外の対応であるとか、時限的な取組になりますので継続性におけるリスクがあります。選定される指定管理者による影響が大きいことが想定されます。</p> <p>最後に、29ページは民間に譲渡した場合のメリットとデメリットです。民間の経営ノウハウを活かして経営の安定化に寄与していくことが期待される一方で、不採算事業を行う場合に、事業の継続性に関して市の関与が及びにくくなるということが、懸念されるポイントになりますので、政策医療とは逆行していく可能性があります。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございました。私たちが求めている3つの目標に対して、それぞれの経営形態でどのようなメリット・デメリットがあるかを簡単にまとめていただきました。少し実感が沸かないかもしれません。確かに理想的な形となれば、こういうメリットがあるということですがけれども、この病院が持つ実情があって、その実情によってうまくいかないこともあるかもしれません。その辺が難しいところです。何かご意見やご質問はございますか。</p>
東委員	<p>26ページの全部適用のところで、「民間的経営手法を徹底できない可能性がある」とあります。民間的経営手法は良い面もありますが悪い面もあると思うので、そこは心配するところです。民間的経営手法がどのように良いかというのは、分かる必要があると思います。</p>
竹田委員長	<p>民営化が必ずしも良いとは限りませんからね。次に連携の好事例について説明をお願いします。</p>
事務局池戸	<p>31ページをご覧ください。機能分化・連携の好事例をご紹介します。31ページは奈良県の南和地域の事例です。こちらは県立病院と町立病院3つの病院の機能の再編成ですが、まず基幹病院を決めて急性期機能を集約し、他の2病院が回復期と慢性期を担うという形で</p>

機能を役割分担して再編したという事例です。この取組の効果として、医師の数が 66 人まで増加しているほか、シームレスな医療提供体制を構築され、従来のようにそれぞれが急性期を担うのではなく、急性期を 1 つにして地域の医師を集めたということです。

32 ページをご覧ください。今度は茨城県の事例ですが、県立病院と市立病院と民間病院が連携を行った事例です。これは従来 3 つの病院があったところ、急性期を中心とした病院を 1 つ、回復期と慢性期に関してはさくらがわ地域医療センターという新しい病院を作り、それを指定管理に出して民間の医療法人が担うという形で整理した事例です。これら 2 つの病院はネットワーク化されておりますので、患者様の情報の共有が図られており、地域住民の方にシームレスに医療を提供できるということです。その効果を下に 3 点整理しております。医師不足の解消と二次救急までの地域完結型医療提供体制の構築、医師不足の民間病院を市立病院に転換して指定管理にすることで、既存の医療資源を活用して維持したというテクニカルな事例ですが、結果として地域の医療が守られているという好事例です。

33 ページをご覧ください。こちらは静岡県の袋井市と掛川市の事例です。かつて袋井市、掛川市それぞれが公立病院を持っていたのですが、建物の老朽化と医師・看護師の確保に見通しがつかないというところで、連携して掛川市・袋井市病院企業団で 1 つの病院を作りました。それが中東遠総合医療センター（地方公営企業法全部適用）で高度急性期と急性期を担っています。また、袋井市民病院は地元の社会福祉法人に指定管理に出して、亜急性期から慢性期までの機能を担うことで、機能分化を図っています。

34 ページをご覧ください。兵庫県の神崎総合病院の事例です。こちらは機能分担して、それぞれの病院がダウンサイジングしながら、これから取組を進めていく事例としてご紹介させていただきます。聖マリア病院は病床数に変わりありませんが、町立病院や市立病院は若干機能分担しながらダウンサイジングしています。特に公立神崎総合病院が病棟を建て替えるにあたり、どのように医療機能を分担していくことが望ましいのかということとを 3 病院で話し合った上で行ったということです。共同購入や医師の相互派遣、医療情報の共有といった取組が順次始まってきています。それぞれの病院が急性期の機能を分担しつつ連携するという好事例ですので、こういった事例もあるということでご紹介させていただきました。

最後に 35 ページをご覧ください。愛媛県西予市の取組ですが、こちらは 2 つの市民病院が二次救急機能を集約化、回復期機能の充実、そして療養病床の介護医療院への転換を図った事例です。連携強化して病床を削減しながら病床転換を行ったということですが、特筆すべきは、それぞれの病院が存続し続けているということかと思います。このように、必ずしも新しい病院を建てなくても、話し合っただけで機能分化を図る視点もあるということです。結果として、この地域における救急機能が維持されていますし、さらに回復期機能が充実したということで、地域にとっては好事例となっています。

36 ページと 37 ページは、総務省から出された公立病院経営強化ガイドラインの中で紹介されている事例を集約化したものです。ご参考いただければと思います。

竹田委員長

ありがとうございました。10 年以上前から、総務省も厚労省もとにかく日本全体の病床を減らしましょうと。ただし 1 病院あたりの病床は増やさないで。そのために統合するか、統合が出来なければ連携するかで、より効率的な病床の利用を進めてきました。それで地域医療構想が各地で行われているわけですが、なかなかうまくいっていないということがあります。全国的に見

	<p>でも統合は難しいのですが、医療連携をやっている例はかなりあって、急性期と慢性期を分けて役割分担してやっていることが多いです。伊賀地域でもかなり前からその話がありますが、うまくいっていない面もあります。この病院の将来を視野に入れて、どういう連携をするかということを考えるにあたり、例を出していただきました。全国でもかなりの数が行われているということですね。よろしいでしょうか。</p>
田中委員	<p>この好事例の中で、連携推進法人をとられている事例はあるのでしょうか。形態が色々な形が組み合わさった好事例が書かれていますが、その中で連携推進法人の形をとっている所です。</p>
事務局池戸	<p>今回ご紹介させていただいた事例の中では、連携推進法人を使った事例はありませんが、36ページの山形①の事例は連携推進法人を使っています。この山形の事例は、連携推進法人の好事例のご説明の中で紹介させていただきました。あと37ページの大阪②につきましても、連携推進法人ありとなっております。民間病院と公立病院で、指定管理者制度を導入しながら地域医療連携推進法人も導入したという事例です。</p>
竹田委員長	<p>他いかがでしょうか。それでは、少し準備がありますので休憩とします。</p>
	<p>(5分間休憩)</p>
竹田委員長	<p>それでは私からお話させていただきます。途中でご質問があれば止めていただいても結構です。どういう病院を作ればいいのかということについて、しっかりご議論いただければと思います。</p> <p>公立病院改革のキーワードである法人化と再編・統合・連携についてお話をさせていただきます。私の略歴ですが、三重大病院と桑名市総合医療センターで法人化を経験しました。2004年に全国の国立病院が一斉に法人化され、三重大病院も法人化されました。その後、私は放射線科教授を経て2009年に三重大病院の病院長になりました。法人化されて5年後ぐらいに病院長になったわけです。病院長時代には新入院病棟が開院し、ドクターヘリも就航しました。その後2013年に桑名市総合医療センターの理事長になりました。桑名市総合医療センターは、桑名市民病院が母体でありながらも赤字が激しいと。先日、名張の話を聞きましたが、桑名の方がずっと悪かったと記憶しています。それで平成18年にあり方委員会ができて、法人化されたわけです。このように2度の法人化を経験しました。1度目は三重大病院が国立大学法人に、2度目は桑名市総合医療センターが地方独立行政法人にというものです。それから、特に桑名は民間病院と市立病院の統合を経験していますので、その話を中心にお話させていただきます。</p> <p>次のページの本日の話題をご覧ください。1つ目は法人化について。2つ目は、官民病院統合について、どのような大変さがあるかということ。3つ目は、先ほどお話ありました地域医療連携推進法人についての可能性。4つ目は、やはり地域の病院は大学と連携しないとどうしてもやっていけないので、絶対に必須です。そのお話になります。最後5つ目は名張市立病院の場合はどうしたらいいのかを、私の私見でお話しようと思います。是非お聞きいただいて、今回あるいは次回にご意見をいただきたいと思います。</p> <p>(三重大学病院の法人化)</p> <p>まず三重大学病院の法人化についてですが、法人化されたことによる最大のメリットは、人事や組織の管理が可能になった点です。前の国立病院のときは看護師1人増やすにしてもすごく大変で、放射線技師を増やすのは3年に1回とかでした。これが自由にできるようになりまして、文科省からも自分たちの裁量でやるようにと言われてました。国立病院はすごく固い組織だったので、こんなに自由になっていいのかと、みんな戸惑うぐらい驚きました。新しい診療科や部門を</p>

新設したり、忙しい診療科に増員したり、あまり必要がなくなった診療科は減員したり、そういうやり繰りが出来るようになったので、組織が活性化しました。それから施設整備や設備投資を自分たちでやるようになりました。例えば、国立病院時代は中古品を買うなんてとんでもないことで、必ず新品でないとイケなくて文科省へお伺いする必要がありましたので、新しい CT を買おうと思うと大体 3 年ぐらいかかりました。法人化で自由にできるようになりましたので、私が病院にいた頃に CT を中古で買ったことがあります、その時の事務員さんはびっくりしていました。桑名の時も、入札不調などで開院まで時間がかかったので、その間に 2 億から 3 億ぐらいする血管造影装置が壊れました。とてもそんなお金はないので、全国で古くなった機械をもらえないか聞いたら、九州の久留米からあげますよという話がありました。まだ新しかったですけどね。移設費に 1 千万かかりましたけどそれで済みました。こういうことができるようになるのは、すごく大きなことです。それから職員の手当や特別賞与も自由に出せるようになりました。ですから、一生懸命働く部署に対して手厚く労うことができます。こういったことについて、文科省の承認が一切いらなくなった。市立病院で言えば、市や市議会の承認がいらなくなるということです。そうすると職員の就労意欲が向上します。以前の国立大学病院のときは、医師も看護師も技術職員も事務職員も、ダラダラと仕事して昼から働かないとかいうことがありましたが、自分たちで稼がないと、赤字になったら自分たちの責任になりますから、一生懸命働くようになりました。患者さんのためにより良い医療を提供しようという意識が非常に高くなりました。これは私を含め、その頃を経験した職員は口を揃えて言います。さらに、今まで考えたこともなかった収益性ですね。こんな高い医療用具を使ったらいけないとか節約志向が強くなりました。それから、業務が改善すれば自分たちの部署の待遇が良くなるので、部署間あるいは職員間で、良い意味での競争意識が向上しました。ですから「職員の眼の輝きが変わった」そういうことが言えると思います。

次のページが診療稼働額の年次グラフですが、法人化されて私が病院長になった以降、どんどん右肩上がりです。職員が働くようになると当然収益も上がり、診療の質も上がるというわけです。手術件数も法人化されてから右肩上がりです。入院患者数も同じです。職員の数も医師や看護師も含めどんどん増えています。定数に関わらず職員数を増やせるようになった成果だと思います。

法人化して収益が上がってくると、国からの運営費交付金は減らされますので、毎年 1.2% ずつ減額されることになりました。ただし、何か困難なことがあって、どうしても必要になった場合には臨時の運営費交付金として支給されます。ということで、国立大学病院は当時一斉に法人化されて、どこも同じような経緯を辿っています。以前、慶応の先生と話した際、東大は学問ばかりやって全然診療しないから怖くなかったけども、法人化されたらめっちゃ働くようになって、ものすごく患者さんを集めるようになるし、非常に脅威になったと言われていました。やはり職員の処遇を改善して働きやすくして、働きたいという風になれば、必ず病院は良くなります。

(桑名市民病院の法人化)

次に桑名市の取組です。これは 2019 年の朝日新聞ですが、とにかく公立病院は経営が苦しいと。特に問題は医師不足です。医者が集まらないことは地域の病院の最大の問題点で、名張市立病院も同様で、これをどうにかしないとイケない。それで桑員地区というのは、桑名市といなべ市合わせて人口約 28 万人の地区で 1 つの医療圏です。桑員地区に 7 つの病院がありました。6 つ

が桑名市で1つがいなべ市です。そのうち山本総合病院（307床）と平田循環器病院（79床）が民間病院で、市立の桑名市民病院（234床）は非常に赤字でした。この3つの病院をどうにかしないと桑名市の医療は成り立っていかないとになりまして、医療体制崩壊の危機でした。救急をやる医師が高齢化して回らないし、小児科の医師もいなかった。名張市立病院は小児科が頑張っていてすごいと思いますが、桑名は小児科で入院できる病院がなかったのです。そして何より桑名市民病院の経営悪化で、業績赤字が非常に大きかった。その桑名市民病院は234床であったということは少し覚えておいてください。

次のページの資料は少し古いですが、公立病院の病床数の推移です。10年間で公立病院の数は減っていますし、病床数も右肩下がりでどんどん減っています。次に経常収支が赤字の病院の割合ですが、民主党政権時少しずつ減ってきましたが、最近では増えてきています。次に病床数毎に数を見ますと、400床以下の小さな病院はほとんど赤字で、経営が困難になってきています。次に医師数ですが、400床や300床といったところの医師は増えてきていますが、200床以下はほとんど横ばいで集まりにくくなっています。やはり大きい病院で、設備が整っていて先輩がいてというところに集まって、小さな病院は敬遠されます。特に臨床研修制度が出来てどこでも行けるようになりましたから、こういう傾向がさらに進んでいます。そして、桑名市民病院は234床と一番悪いところだったので、累積赤字が膨らんでいたということです。

それを立て直そうということで、平成18年に桑名市民病院あり方委員会から出た答申が、桑名市民病院と民間2病院を統合して桑名市総合医療センターを設立すべきというもので、組織形態は非公務員型の地方独立行政法人で、病床数は400床にしろというものでした。3病院合わせると620床でしたが400床に減らせということです。病院経営や医者を集めるために400床は維持するというものでした。民間病院と公立病院の統合は全国的にも非常に稀で、厚労省や総務省も非常に期待していました。私も厚労省の人から絶対に成功させてくれと何回も言われました。地理的には、桑名市民病院は桑名駅から少し離れた山の上にあります。駅前に山本総合病院と平田循環器病院がありました。この3つを一緒にしましょうということで、実際に今の桑名市総合医療センターがあるのは山本総合病院があった場所の隣です。

そういうプロジェクトが始まったわけですが、桑名市民病院と山本総合病院は昔から犬猿の仲でした。あいつらと一緒にやれるかという感覚をお互いに持っていて、なかなかこの2つを一緒にはできないと。そこで桑名市は、平成21年にまず桑名市民病院と平田循環器病院を一つにして、地方独立行政法人桑名市民病院を作りました。しかし、市議会も医師会もそれでは駄目だと。山本総合病院も絶対に一緒にしろという市議会からの決議が出ました。これも非常に大きかった。何度も協議を重ねて平成24年にやっと3病院が一つになりました。そういう経緯があります。

3病院を統合する上で非常に困難だったことは、公立病院と民間病院の違いですね。組織形態、職員意識、給与も違いました。医者の給料が全然違いましたので、高い方を安い方に下げなければならなかった。非常に苦労しましたが、何とか我慢してもらえました。それからもう1点大きなことは、桑名市民病院と山本総合病院は犬猿の仲だったということ。何故かという、同じ三重出身の医者でしたが、桑名市民病院は第3内科と第2外科、山本総合病院は第1内科と第1外科という風に、なかなか一緒にやってもらえなかった。平田循環器病院は京都大学です。これを一緒にまとめるというのは非常に大変でした。

平成24年に法人化された後、いよいよ新病棟工事の施工業者を選定して入札に入ったのです

が、東日本大震災と東京オリンピックという要因が重なって入札不調が続きました。結局工事に入るまで2年間かかりました。それで新病棟が開院したのが平成30年になりました。結局、平成18年にあり方委員会の答申が出てから新病棟が出来るまで足かけ12年かかりました。資料に新しい病院の写真を載せています。

新病院が出来て一番効果があったのは、医者が集まるようになったことです。私が着任した頃は、常勤医師の数は3病院合わせて65人ほどでしたが、今年の6月には124人と約2倍に増えました。それから初期研修医、後期研修医、専攻医も増加しました。ほとんどの診療科に常勤医師が複数いますので、診療機能が非常に向上しました。3病院時代は常勤がいなかった診療科も常勤医師が配置されました。それから、看護師などの多職種の職員も増加しました。初期研修医に関しても令和4年度からは14人となっています。これは三重県でも四日市市立病院、伊勢赤十字病院に次いで3番目に多いです。後期研修医もこれまでほとんど残らなかったのですが、昨年度は、システムが専攻医というものになりましたが13人にいました。ですので、病院で働く若い医師が増えたということです。

他に統合するとどんなメリットがあるかと言うと、外科医師の場合、山本総合病院に5人、桑名市民病院に6人の計11人になりまして、救急輪番当直の1人あたりの負担が軽減され、手術数も増加し、入院患者も増加しました。5+6=11と置いていたら20以上の効果がありました。医者が分散していると凄く非効率で、一緒にやれるところは一緒にした方が効率良くなります。もう1つのメリットは、大学からの支援が強化されるということです。三重大と桑名市総合医療センターで新しい人事交流制度を作って、医師だけでなく看護師、事務職員も半年や1年の人事交流を行っています。私は三重大医学部第2附属病院と言いながらやっていました。そういうこともあって、開院して以降、毎年手術件数も救急搬送件数も増えてきています。

次に年度ごとのキャッシュフローを見ますと、法人化の後も3病院で運営していた時期は、毎年2億円ぐらいの赤字でした。また平成30年度は引っ越しがありましたので7億円の赤字でした。令和元年度になってようやく黒字になりました。この後はコロナの関係で黒字になりますが、令和元年度は私が着任してから初めてキャッシュフローが黒字になったので嬉しかったですね。

(名張市立病院について)

そこで名張市立病院についてですが、先ほど事務局のお話をお聞きしましたが、まず組織をどうするかという問題ですね。今のままでいいのか、新しい組織を作るのかですね。また、地域医療連携推進法人をどのようにうまく活用するか。それと、やはり大学との連携を強化しなければならない。それから伊賀市などの他の地域との医療連携強化です。この4つのポイントが非常に大事ではないかと思います。

まず組織改革ですが、今のままの市立病院。一部適用か全部適用かという問題はありますが、例えば全部適用で民間の経営手法を導入しても、十分ではないのではということもあると思います。それから民営化というのはかなり難しいと思います。今余裕のある民間の医療機関はありませんので。あとは指定管理と地方独立行政法人ですね。指定管理は確かに良い制度だとは思いますが、全国的に指定管理病院でどういう団体が管理者になっているかを調べました。すると、その地域の大きな医療法人が指定管理者になっているケースが半分ほどの29病院で、次に多いのが自治医大の先生方が中心になっている地域医療振興協会が16病院です。その他、地域の医師会が指定管理者になっているのが4病院、大学が指定管理者になっているのは3病院です。残り農協が2病院で、日赤、済生会、国立病院機構が1病院ずつです。私は名張市立病院で一番大

	<p>事な点は医者を増やすことだと思います。医師を増やさないと先ほどの3つの目標は解決できません。そのため、指定管理者に医師を派遣する能力があるかというのが大きな問題です。地域医療振興協会は県立志摩病院の指定管理者で、私も審査委員の1人だったので経過も聞いているのですが、初めは沢山の医師を派遣するとのことでしたが、実際はあまり増えていないという話もあります。中尾さんにお尋ねしますが、地域医療振興協会が県立志摩病院の指定管理者になったのは10年以上前でしたかね。あそこは今どんな状況ですか。</p>
中尾部長	<p>三重県の場合は、県立の4病院の改革が平成21年度ぐらいから進行して、志摩病院の指定管理は平成24年度にスタートしていますので、10年過ぎたぐらいです。2年程前に、2期目の指定管理についても地域医療振興協会に決定し、今年度から2期目がスタートしています。</p>
長崎庁長	<p>医師の確保面では、最初は地域の要望も踏まえ幅広く医療機能を揃えようと条件を設定しましたので、かなりの医師が必要という数字だったのですが、2期目については、実態も踏まえそこまでの機能はいらぬのではとなりました。県立県営のときは20人くらいで内科医が全然集まらなかったのですが、今は25人で内科医中心に5人ほど増になっています。当時は内科系の救急を平日の昼間しか受け入れできなかったのですが、今は24時間365日やれるようになりました。そこは改善してきています。ただ、おっしゃったように地域医療振興協会も、医師の数は当方が当初想定していたよりも厳しいという状況です。</p>
竹田委員長	<p>私も時々話を聞くだけですが、はじめ自分たちが期待した病院の姿になっていないと。例えば大学などが指定管理になってくれれば、ある程度責任を持って医師を派遣してくれると思いますが、医療法人や地域医療振興協会ではその辺りおぼつかない点があって、医師を派遣する力がないところが多いと思います。ですので、医師数があまりいらぬ小さな病院であれば指定管理は良いと思うのですが、ある程度の病院で診療科を色々揃えている場合、指定管理を受け持っていただけの団体があるのかなという感じがいたします。「医師確保は大丈夫か？」というのが指定管理の一番大きい論点だと思います。ですので、私としては地方独立行政法人が一番良いのではないかと思います。</p> <p>次に、名張市立病院は病床数が200床で、一番効率が悪い規模です。これを何とかしないといけない。200床を増やすにはどうしたらいいかということです。まず、伊賀市の2病院との再編・統合ですが、過去に何回も一緒にやろうという話がありましたが失敗しています。同じようにしても難しいと思いますので、今回はアプローチの仕方を変えて、私が考えたのは名張地区で地域医療連携推進法人を作って名張市立病院の体力を強化して、大学との連携を深め、その上で他地区との医療連携強化をしてはどうかということです。こういう方針でいかないと、同じようにしても失敗します。</p> <p>名張地区の地域医療連携推進法人。これを名張市立病院が中心となって中小病院や診療所、薬局、介護施設などが一緒にやってみようということです。名張市に地域医療連携推進法人ができると名張市立病院の体力が強化され、さらに名張市立病院を良くしようという市民全体の意識が高まります。桑名も医師会や市議会が頑張って、桑名市民からも要望も強かった。そういうのがないとなかなか病院の改革というのはできません。やはり市民の意識というのは非常に大事です。そのために地域医療連携推進法人は一つの方策になるのではないかと思います。</p> <p>それと大学との連携が欠かせないということです。名張市立病院は三重大の医師が多いですから、三重大と大学との連携ということになります。足りない診療科の医師を増やすには大学との連</p>

	<p>携を絶対にやっていく必要があります。三重大学の伊藤学長の熱い夢は、県内8医療圏において、医療DXを用いて地域医療の活性化を図っていくということです。これが三重大学の役割であるということも語られます。桑名でまずやろうということで、三重大学北勢サテライト新拠点（医療分野）というものができました。三重大学、桑名市、桑名市総合医療センターと一緒に連携プロジェクトを作るわけです。その目的は桑名地区住民の健康増進、医療介護の連携強化です。具体的には、大学の中に地域医療振興講座（仮称）を開設して、そこからの人材派遣。それから医療・診療・予防医学のDX化として、工学部やベンチャー企業と連携してインフラやアプリの開発をするというものです。そうして開発したアプリを使って、住民の健康増進に使うということです。さらに桑名市総合医療センターに在宅診療科を作りました。地域の活性化と健康増進。これは卓球珈琲の写真ですが、65歳以上の方を集めてインストラクターの方が教えてくれます。常時25人ほど集まって卓球をやって、2か月に1回採血して健康状態を調べます。コーヒーもコーヒーサーバーを用意して飲めるようになっています。とにかく、桑名地区で始めていますが、学長の希望は他地区とも連携プロジェクトをやっていきたい。次は是非名張でということです。こうしたことで繋がりを深めていくことが大事だと思います。</p> <p>その上で、伊賀地域、津・久居地域、天理・奈良地域の医療機関とも上手く役割分担して連携を強化する必要があります。まず市立病院の体力を増強して、他の地域との連携強化を模索した方がいいと私は思います。以上です。ご清聴ありがとうございました。</p>
東委員	<p>名張市立病院の経営形態は地方独立行政法人が良いということですが、それと地域医療連携推進法人との関係はどのようになりますか。地方独立行政法人を先に作って、連携推進法人を作るということでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>この2つの制度に直接関係はありません。法人化させて組織を強化し、さらに地域医療連携推進法人に持っていった方が良いのではないかなと思います。</p>
東委員	<p>今の状態で地域医療連携推進法人をせずに、独立行政法人化してからということですね。</p>
竹田委員長	<p>そうです。まずは自分たちの組織を強化する必要があるということです。</p>
東委員	<p>全部適用ではなく地方独立行政法人でないといけないということですか。</p>
竹田委員長	<p>私は、全部適用では職員の意識は変わらないと思います。さらに定数があるので今と変わりません。それを増やそうと思うと市議会を通す必要がありますよね。技師を増やそうと思っても、CTを買おうと思っても全部そうです。三重大学での経験から、それが変わったことが私たちにとっては青天の霹靂でした。</p>
東委員	<p>桑名は3つの病院を統合して独立行政法人を作っていますね。名張の場合は1つの病院で法人化するということですか。</p>
竹田委員長	<p>そうです。規模はそのまま法人化するということです。本当は名張市立病院と上野総合市民病院と岡波総合病院と一緒にやれば大きな病院ができて良いのですが、なかなか難しいです。</p>
東委員	<p>名張市立病院だけで独立行政法人化して、収支が変わってくるという見込みがあるということですね。</p>
事務局長	<p>先ほどの委員長のお話の中で、運営費交付金が毎年1.2%ずつ減額され、それでもやっていける状態になったというお話でしたが、そこに至った大きな理由は職員の給与形態の見直しということなのではないでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>国立大学病院は毎年ものすごく赤字を出していました。職員は働かないし意欲がありませんで</p>

	した。それで思い切って法人化されたわけです。
佐久間委員	当時、国立大学全体が法人化されました。附属病院はそれに続いたという形です。組織改革をするために運営費交付金が毎年減っていくのですが、改革した分に対しては新しい交付金が付いてきます。ですので、国から大学への交付金の総額というのは変わっていません。組織を変えていきなさいということであって、そこまで減らされているわけではありません。病院に関しては、医師や看護師、技師に関しても、人を増やせなかったら売り上げは増やせませんよね。ですので、法人にして裁量を与えて、医療機器にも投資できるということになって、今の診療報酬がだいたい年 280 億円ぐらいです。診療報酬が上がったということもありますが、やはり規模が拡大したということが大きいです。規模がどうして拡大したかという、大学病院に来る人が増えたからです。それに尽きると思います。こちらの病院も来られる患者さんが増えたら大丈夫で、減ったらどうしようもないです。あと、独法になる前と後では全く違います。患者さんが必要としている診療が出来なかったわけですから、1~2年の範囲で次々に人を増やしたり装置を入れたり、変えていかないと医療が追いついていかないわけです。ですので、私は独法化が必要という考えです。例えば、5~10年の長期で計画的に投資できる時代ならば、機敏に動く必要はないのかもしれませんが、今の時代は1~2年で環境に応じて変えていかないといけないので、そういう時代には合っています。
事務局長	東委員のご質問に関することなのですが、民間から来た身としては、議会が四半期に1回ありまして、何かを変革しようとした場合には議会を必ず通さないといけないルールがありますので、それまで待つわけですね。人を増やそうと思ってもそれを通さないで増やせない。物を買おうと思っても通さないで買えないということになってくると、その間に患者さんが離れていってしまって悪循環になっているというのは実感として持っています。それと、民間手法が必ずしも良いとは限らないというお話もありましたが、民間医療機関の中の公的医療機関という非営利団体がやっているところは、地域住民のためになる医療展開を考える団体ですので、竹田委員長が紹介された取組は、それに近いものがあるのかなと受け止めました。それと、今の医療業界を考えるとスピード感が必要だと思います。
竹田委員長	スピード感はものすごく大事です。
東委員	一つ教えてほしいのですが、大学病院は交付金を国からいただけますね。名張市立病院が独法化したら補助金や交付金は市からもらうことになるのですか。
竹田委員長	そうです。桑名総合医療センターも桑名市から運営費交付金をもらっています。ですので、名張市立病院は名張市からということになります。
東委員	それは国からの交付金もあるのですか。
事務局池戸	同じです。地方独立行政法人の病院も指定管理の病院も、国からの地方交付税があります。
佐久間委員	国立大学病院は国から相当もらっているのではというイメージがあると思いますが、病院に関しては昔と規模が全然違うのです。人員規模も2倍以上に増えていますので、運営費交付金の病院収入に占める割合は8%を切っています。昔は20%とかでした。そういう意味では国の関与は小さくなっています。
東委員	経営状態が良くなっているというわけですね。
佐久間委員	大学に対して交付される分はどんどん減っていますが、病院は病院の収益だけでやっていけるようになってきたという感じです。それと大学病院の場合、診療報酬の加算を取るのが非

	常に大きくて、2年に1回の診療報酬改定に合わせて施設基準を出すために、例えばこの部分を強化しないといけないとか人を増やしたりしないと、診療報酬改定のテンポに付いていけないのです。なので、少なくとも2年に1回は強制的に投資先を変えさせられているという感じです。
東委員	独立行政法人になると施設基準が変わるとか、そういうことはないわけですね。
佐久間委員	特定機能病院になるということはあるんですが、独法だからというのはありません。
事務局長	桑名総合医療センターは3つを1つにということで、最初に平田循環器病院と桑名市民病院がくっついて、その後山本総合病院と一緒にになったという経緯で、元はあり方委員会で独法化という答申が出されたのですが、その際、山本総合病院が指定管理するという話はなかったのですか。
竹田委員長	桑名市民病院と山本総合病院が一緒になるときは2回失敗しています。厚労省が地域医療再生計画を出した時期で、山本総合病院は自分のところだけでやっていくというスタンスでした。その後また一緒にという話があって、その時山本総合病院の理事長を呼んで本当に大丈夫なのかと聞いたら、何とか黒字は出しているけどもぎりぎりだと。国が補助するなら一緒にやりますということでした。なので、指定管理の話は出ていないです。
東委員	その時の負債も引き継いだわけですか。
竹田委員長	地域医療再生計画で3病院の統合に対して27億円付きました。桑名市民病院の負債は市が全部返したと思います。山本総合病院も多少あったのですが、詳しくは知りませんが27億円から補填したかもしれません。
藤井委員	大学は県の中心にありますし、桑名も患者さんを十分に集められる地区だと思うのですが、この地区は人口が減っている地区ですので、患者さんが来なければ独法になっても改善しないのではという懸念があります。
竹田委員長	今のままでは絶対に集まりません。何とかして若い人が魅力あると感じる病院にしないとダメです。その意味では、独法という組織はやりたいことに対して投資しやすいので、そこがやはり違うと思います。とにかく、公立ではやりたいこともできないです。恐らく先生も嫌というほど感じていると思いますが。
藤井委員	市の言いなりというものもあるにはありますが、それも公立病院の使命かなと思っています。
東委員	独法化したら良くなるというシミュレーションですね。どこがどうなるという具体的なデータを出して頂きたいのですが。
竹田委員	ただ、あまり慎重になるとできないと思いますよ。
東委員	今日のデータだけでは、なかなか納得できる材料は出ていないと思います。
竹田委員長	独法をやっている病院が全国に沢山ありますから、そういうところの事例を見たらある程度参考になると思います。
東委員	実際に名張でどうなるかというものを示していただかないと、判断の基準になりません。
事務局池戸	シミュレーションはどういったものが必要ですか。
東委員	独法化したときに財政的に良くなるか。市議会とかは収支に注目しますから、そういうのが分かるように。
事務局池戸	どの組織形態であっても、やることは変わらないわけですね。そうすると収支の改善結果というのは変わらないことになります。あとはやり易さを議論することになるわけですが、実際の事例を紹介しながら、その辺りを示したいと思います。

竹田委員長	今回は独法で上手くいっている病院の例を示してもらって、名張と共通点があるところを出してもらったらどうかと思います。
藤井委員	それと地域医療連携推進法人ですが、そこの地域全体でやっていくということですが、現在でも医師会やクリニックとの連携をやっていきますので、それとどう違うのか、あまりイメージが湧かないのですが。
事務局池戸	資料の14ページ、15ページをご覧ください。何を取り組むかによるとと思いますが、共同で研修したり、共同購入したりというのは、別にこの仕組みを使わなくてもできます。一方で、そのきっかけとして、枠組みがあつて初めて一歩前出るということもあるかと思います。それと一番大きいのは診療科を含む病床再編をするときで、例えばA病院が老朽化してそろそろ建て替えたけれども医師はA病院に集めたい。それだと病床が足りないという時に、B病院の病床の一部をそちらで使っていいよというようなことは、この枠組みを使わないとできません。そうしたドラスティックな取組も含め、連携推進業務として出来るようになりますし、そうしたことがなくても、職員を相互派遣し合うとか、通常の協業以上に踏み込めるという点は大きく違うかなと思います。
藤井委員	それはよく分かるのですが、例えばそこまでやるとすると当院と寺田病院とかですか。
事務局池戸	そういうイメージです。例えば、寺田病院の看護師さんが認定の研修を受けたいとして、かなりの期間不在にしないといけないとき、市立病院の看護部から派遣して、寺田病院に穴が出ないようにするといった枠組みの使い方も可能です。
藤井委員	余裕があればそれはできますが、そうではないですからね。
事務局池戸	現状の前提を踏まえて判断すると先に進みませんが、そういったことも出来ると良いのではという風に、この連携推進法人はご確認いただければと思います。
佐久間委員	独法の話と連携推進法人の話と同時にしてしまつて、少し混乱したかもしれませんね。連携推進法人は相当ゆるい連携です。例えば藤田医科大学が他の病院とやっているように、可能性としては、三重大と名張が連携推進法人に参加するとか、桑名と名張が三重大と一緒に連携推進法人を組むということも可能です。ですので、相当ゆるいのですが、結構大きいと思われるのは共同購入です。医療材料の購入で色々な企業が入っていますが、医療機関同士が本気で共同購入したら安くなります。
東委員	カルテルの面で問題はないのですか。
佐久間委員	安く買える分にはカルテルの問題はありません。
東委員	いずれにせよ地域医療連携推進法人は、少し後の将来の話になりますかね。
佐久間委員	連携推進法人の成功例も日本海側の厳しい病院です。基本的に大丈夫なところはあまりやっていないという理解でいいですか。
事務局池戸	そのとおりです。付加的にこういったオプションがあるという風に捉えていただければと思います。
竹田委員長	あくまでも、まず組織をどうするかということですね。その上で、名張市立病院で地域医療連携推進法人を作つてはどうかということかと思いますが。という訳で、少しお時間過ぎましたが、今回はもう一度やりますので、地方独立行政法人で良かったところ、悪かったところを資料で用意いただきたいと思います。委員の皆さんもお考えいただいて、次回ご意見いただければと思います。指定管理の方が良いという意見や、このままで良いという意見もありましたら、ご発言い

	ただきますようお願いいたします。一応次回で議論を終えて、その後は答申案を考えていきたいと思っています。よろしく願いいたします。
副院長	第5回の委員会は9月15日を予定しております。