

第5回名張市立病院在り方検討委員会 議事録

日 時：令和4年9月15日（木）15:00～17:00

場 所：名張市立看護専門学校 講堂

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、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、武藤

発言者	内容
副院長	<p>事務局でございます。定刻となりましたので、これより第5回名張市立病院在り方検討委員会を開催いたします。本日は一般傍聴の方も会場に入らせていただいております。広い会場ですので、ご発言の際はマイクをお使いいただきますようお願いいたします。なお、電波の干渉を防ぐため、発言されない時はマイクの電源をオフにしてください。また、三重県医療保健部長の中尾様と、病院事業庁長の長崎様はリモートでご参加いただいております。お二方につきましては、通常は音声をミュートにさせていただき、ご発言の際に解除していただきますようお願いいたします。会議中はカメラ撮影をご遠慮いただいておりますので、記者の方で写真を撮られる場合はこのタイミングでお願いします。</p> <p>（記者写真撮影）</p> <p>それでは、これより先は委員長より進行をお願いします。</p>
竹田委員長	<p>本日はよろしく申し上げます。傍聴の方も多くお見えになっておりますので、積極的にご議論をいただければと思います。事務局からの説明に入る前に、これまでの経過を私の方から少しお話をさせていただきます。</p> <p>これまで第1回から3回まで名張市立病院の現状分析を行い、第4回で5つの経営形態について検討しました。地方公営企業法の全部適用は、人の採用や予算の執行において現在の一部適用とあまり変わらず、議会承認手続きで時間がかかってしまう。指定管理や民間譲渡では、受ける事業者によって差が生じる可能性があり、医師確保をきちんとできるか注意しないとイケない。一方で地方独立行政法人は、公共的な性格もありつつ、人事や予算執行をスピーディに行える。例えば、高価な医療機器は中古を買うという選択をとることもできるということで、今回は地方独立行政法人の類似病院の状況を説明いただいて、検討を深めていきたいと思っております。</p> <p>本題の議論に入る前に、委員会以前の検討状況について、資料を写しますのでご覧ください。1ページ目は、平成28年に市議会議長から名張市長に対し出された提言書の表紙です。そして2ページ目は同じ年の名張市長からの回答です。この在り方検討委員会が立ち上がるきっかけは市議会からの提言でしたが、以前にも同じようなことがあったわけです。3ページ目は、提言と回答の内容になりますが、中長期的課題として地域医療構想や調整会議と整合性を図りつつ、300床の採算病床に努め、地域の医療需要を把握するようにと書かれています。また、市立病院、介護老人保健施設、看護専門学校の経営形態について、全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡等の導入を検討されたいとのことでした。それに対し亀井市長の回答は、県の地域医療構想において、伊賀地域の急性期機能の集約化、分化・連携、統合、回復期機能の充実、地域包括ケアシステムにかかる体制整備が求められているので検討しますということでした。</p>

	<p>この委員会で検討する事項とも共通していますので、しっかり議論して答申を作っていきますよう。前回、委員の方より法人化して本当にうまくいくのかシミュレーションしてほしいというご意見がありました。なかなかシミュレーションは難しいですから、全国で独法の類似病院を調べてほしいと事務局にお願いしました。資料の説明をお願いします。</p>
<p>事務局長</p>	<p>配布資料の4ページからご説明申し上げます。前回の在り方検討委員会の振り返りということでまとめております。前回ご議論いただいた内容を大きく4点に分けさせていただきました。「改革のポイント」が一番重要になってくる箇所でございます、これを実現させるために、「経営形態」「地域医療連携推進法人」「周辺地域や大学との連携強化」の観点から、課題を抽出いただきました。中でも、竹田委員長から自らのご経験を踏まえたご提案として、地方独立行政法人化を挙げられたわけでございます。経営形態は大きく5つに分類できますが、それぞれにメリットとデメリットがございます。市立病院が持続的に医療提供体制を整え地域住民の命と健康を確保し、また働く職員が誇りを持って働ける環境整備といったことを踏まえ、ご議論いただきたいと思っております。地域医療連携推進法人につきましては、複数の医療機関が参画して法人を設立するものでございまして、医療機関とは全く別の組織として運用されるものでございます。当該法人は連携や効率性を重視した地方組織となりますので、今回ご議論いただく病院の経営形態とは切り離した形でご理解をお願いします。以上が前回までの振り返りとなります。</p> <p>続いて、経営形態の検討でございます。6ページをご覧ください。上の四角の中に、私どもが掲げます名張市立病院が果たすべき役割及び提供すべき医療機能を記載しております。この根底にありますのは、先ほども申しましたとおり、持続可能な医療を提供できる医療機関となって、地域住民の命と健康を確保し、従事者が誇りを持って勤務できる職場環境整備を行うことが必要ということです。次に市立病院の課題といたしましては、他の医療機関との調整の視点から、地域連携体制の強化・役割分担の推進。2つ目は診療体制の充実と高齢化等に伴う医療ニーズへの対応。3つ目は、経営の安定化の視点から持続可能な医療提供体制の確保。この大きく3つに分類させていただきました。この課題の解決に向けて重要な要素といたしましては、経営の自主性・迅速性、職員の意識改革、医師の確保の3つであると考えております。これまで4回にわたり、名張市立病院の現状把握、地域の実情等の視点からの分析資料を元に、ご議論をいただきました。私どもは、資料下部の四角で囲った部分の上の3つの点のように考えておまして、下の2つの点は今回ご議論いただきたいと考えております。市議会からの提言への回答に繋がるよう、先日の地域医療構想説明会で三重県から説明あった内容も踏まえながら、経営形態のみに留まらず、広くご議論いただければと思います。また、県下における医療提供体制という面からもアプローチいただければ幸いです。</p>
<p>事務局池戸</p>	<p>資料8ページ以降で、地方独立行政法人の事例をご紹介します。まず名張市立病院の類似病院の抽出条件ですが、まず設立団体が市町村であり、人口規模20万人未満であること。また、許可病床は100床以上400床未満としまして、400床以上の大規模病院は含めておりません。それから療養病床、結核病床及び精神病床を有する病院を除外しています。そして、ある程度の経年で状況を確認するため、平成30年以前の市町村立病院における独法化事例に限っています。同じページに名張市立病院の概要を記載していますので、参考までにご確認ください。</p> <p>9ページは数値指標から見た名張市立病院の経営状況です。これらの項目について、規模や機能が類似する病院と比較しました。グラフの見方は事例1の紹介の際にご説明します。</p>

10 ページをご覧ください。福岡県筑後市の筑後市立病院の事例です。平成 23 年に法人化されており、病床数は 233 床となります。11 ページでは、この病院の法人化前と法人化後の状況を調査して整理しています。独法化後は診療単価の向上や医師数の増加が確認されているところです。左上のグラフでは営業収益を黄緑色、営業費用を深緑色で示しておりまして、独法化前の最終年度の平成 22 年度と直近 3 か年の経営状況を整理しています。左下は損益のグラフです。経営損益を水色の棒グラフで、紺色の線グラフが経常収支比率です。経常収支比率は公立病院の重要な経営指標であり 100%を目指すことが求められます。赤い線グラフは修正営業収支比率です。こちらは営業収益から補助金や設立団体の負担金を除いた額と、営業費用との比率です。趣旨としては、仮に負担金が無ければどのような収支状況になるかというもので、経常収支比率との差が設立団体の負担となっていると言えます。右上のグラフでございますが、診療単価と患者数の独法化前と後の推移です。赤い枠で囲ってあるのが入院単価です。独法化前 3 万 5,000 円であった単価が、直近 3 か年では 4 万円を超えており、令和 2 年度は 4 万 6,000 円まで向上しています。この単価の向上が独法の効果の 1 つであると考えられます。黄緑色の棒グラフは 1 日平均入院患者数で、深緑色の棒グラフは 1 日平均外来患者数です。右下は病床数等の推移です。運営費負担金等という欄がありますが、これがいわゆる市から公立病院への繰入金、他会計負担金です。独法化前は 4 億 5,200 万円でしたが、令和 2 年度は 3 億 6,700 万円ということで、8,500 万円少なくなったということです。その内訳の収益的収入と資本的収入についてですが、例えば不採算の救急医療や小児医療の負担金は収益的収入に入ります。それにプラスして、収支が合わない場合に基準外の繰入を行うというケースもございます。そういったものが減ったことが運営費負担金等（収益的収入）の減少に繋がっていると考えられます。そして資本的収入ですが、医療機器購入や電子カルテ導入等で増減ありますが、そういった投資に対する市の負担分となります。資本的収入は個別の投資状況により変わりますので、主には収益的収入の増減に着目いただければと思います。資料の見方の説明はここまでとさせていただきます。筑後市民病院の状況ですが、まず入院単価が大きく向上しています。その要因として、独法前に 19 人だった医師が 30 人を超える体制になっていることは大きいと考えられます。

続いて 12～13 ページをご覧ください。2 つ目の事例は栃木県小山市の新小山市市民病院で、300 床規模で新築移転した事例です。13 ページで事例 1 と同様の表やグラフを掲載しています。右上の入院単価は、独法化前は 3 万 7,000 円でしたが、直近三か年は 5 万 6,000 円、5 万 9,000 円、6 万 6,000 円となっており、単価の上昇を続けている状況です。また、新病院となったことの効果もあるかと思いますが、右下の医師数をご覧くださいと、独法化前の 35 人から令和 2 年度には 61 人と 2 倍近くにまでなっています。なお、病床数自体は 342 床から 300 床に減っていますので、新病院建設によりアップサイジングを行って増収したという事例ではありません。また、運営費負担金等の収益的収入につきましても、独法化前に 7 億 5,700 万円でしたが、令和 2 年度は 4 億 9,700 万円となっており、差額の 2 億 6,000 万円分負担金が減っているということになります。

続いて 14～15 ページは、3 つ目の千葉県山武市のさんむ医療センターの事例です。こちらは平成 24 年に法人化をしているのですが、その後ダウンサイジングした事例です。15 ページに詳細がございます。右下をご覧くださいと、独法化前は 350 床でしたが、令和 2 年度には 312 床となっています。ただ、医師の数としては独法化前の 27 人から 38 人に増えています。右上の入院単価につきましても、独法化前の 3 万 6,000 円台から 4 万 6,000 円台になっています。やはり医師

の数が増えることで症例数や手術件数が増えますので、単価が上がる傾向があります。また、左下のグラフをご覧くださいまして、修正営業収支比率も独法化前から 10 年ほどで 100%に近い水準まで改善しているという点も、独法化の効果として確認できるのではないかと考えております。

次に 16 ページをご覧ください。福岡県の大牟田市立病院の事例です。こちらは平成 22 年に独法化し、計画的に健全経営を行っている病院の事例として、過去に総務省から紹介もされている優良事例です。17 ページをご覧くださいまして、そもそも独法化前から非常に優秀な経営が行われているところですが、抽出条件に合致していますので紹介させていただきます。医師の数としては右下の表をご覧くださいまして、独法化前は 59 人で令和 2 年度は 62 人となっていますので、数としてはあまり変わっていませんが、病床数を 350 床から 320 床にダウンサイジングしています。左下をご覧くださいまして赤色の折れ線の修正医業収支比率は概ね 100%で推移していき、負担金でカバーされる紺色の折れ線の経常収支比率との差は、あまり変わっていないというところは特徴かと思えます。優良病院ではありますが、収益的収入に係る負担金は若干増えておりますが、ダウンサイジングを図っていますので、資本的収入に係る負担金は減っているという状況です。右上の入院単価を見ても 6 万円近くまで改善しており、非常に優秀な事例かと思えます。

次に 18 ページをご覧ください。大阪府泉佐野市のりんくう総合医療センターをご紹介します。こちらは平成 23 年に法人化をして改善を図っている 300 床規模の事例です。19 ページをご覧くださいまして、まず独法化前と後で患者数が増えたということと、入院単価も 9 万円台まで上がっています。そして一番大きいのは右下の医師数で、独法化前の平成 22 年で 72 人でしたが令和 2 年では 109 人で 37 人の増となっています。また、左下のグラフをご覧くださいまして、独法化前は経常収支が 7 億 9,600 万円の赤字でしたが、独法化後の令和 2 年は 8 億 6,100 万円の黒字となっています。令和 2 年度はコロナの影響がありますが、令和元年度まで見ても概ね収支は均衡しており、平成 30 年度は経常収支が 3 億 2,900 万円の黒字です。およそ 8 億円改善しているということは言えるのではないかと思います。

最後の事例となりますが、20 ページをご覧ください。熊本県玉名市のくまもと県北病院の事例です。こちらは 2 病院が経営統合して 400 床規模の新病院を建設したという事例です。21 ページの左下をご覧くださいまして、こちらは法人化前から黒字で経営されている病院でした。これが独法化して経営統合してどうなったかということですが、まず右下の医師数をご覧ください。独法化前の平成 28 年が 38 人で、独法化後で新病院開院前の平成 30 年が 48 人、令和元年が 52 人となりまして、実際に開院した令和 2 年は 54 人となっており、徐々に増えています。また、元々黒字の病院でしたが、右上の入院単価をご覧くださいまして、4 万円が 4 万 5,000 円、4 万 4,000 円と推移していますので、より高度な診療に尽力されるようになったのかと思えます。

22 ページをご覧ください。今回集計した病院を設立団体ごとに整理しました。平成 30 年以前に独法化した 100 床以上 400 床未満の病院で、療養病床、結核病床、精神病床を有していない病院が 25 病院ありました。経常収支比率（平均）は 98.8%で概ね収支均衡しています。修正医業収支比率（平均）は 85.6%で 100%までは少し乖離がある状況です。そのうち設立団体が都道府県の事例が 11 病院、市町村の病院が 14 病院となっています。経常収支比率（平均）は 97.5%となっていますが、修正医業収支比率（平均）は 79.7%となっています。これは、小児医療センターや精神医療センター等の経営が難しい特殊な病院を含んでいますので、やはり修正医業収支比

	<p>率は低くなっています。一方で市町村は経常収支比率（平均）が100.0%、修正医業収支比率（平均）は90.8%となっています。設立団体が都道府県の地方独立行政法人は、市町村の地方独立行政法人より経常収支比率、修正医業収支比率ともに低い傾向であるという結果でしたので、併せてご報告いたします。以上でございます。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございました。これは良いところばかり集めたわけではないですね。最後のページにあるように、100床以上400床未満の独法病院が25病院あり、うち11が都道府県で、14が市町村ということで、市町村の方が経営状況は良いという結果でした。これはどうしても県立病院は小児医療センター等があるので、なかなか改善が難しいという状況でした。市町村の病院はほとんど総合病院だと思いますので、改善もしやすく、市民が求めている病院なので望ましいと。6例良いところだけ選んだわけではなく、大体こういう傾向ですよということですね。先ほどお話ありましたように、法人化すると何が一番良いかと言うと医者が集まることです。桑名の場合も、私が来た頃は70人ぐらいでしたが、今は120人を超えています。やはり若い医者が集まらないと病院はうまくいかないですね。それから入院診療単価が上がるという話もありました。これは1日の患者さん1人あたりの診療単価ということで、お金がかかるから良くないじゃないかと思われるかもしれませんが、診療単価が高いということは、がんの手術や急性心筋梗塞に対する処置といった高度な医療が出来るようになるということです。医者が増えた分医療の質が高まるということは間違いないことでもあります。また、病床数は減る傾向にありますが、こんなに病床数が多いのは日本だけで、実際使っていない病床もありますので、国は減らしましょうと言っています。病床稼働率が85%ぐらいになるよう、ダウンサイジングも必要ということになります。では、今の事務局の説明に対しご質問はありますでしょうか。</p>
佐藤委員	<p>ご説明ありがとうございます。6つの事例を含めて興味深いものでした。名張市立病院に対する評価をお聞きしたいのですが、9ページの表やグラフを6つの事例と見比べながら拝見しまして、一番近いのは事例1の筑後市立病院ではないかと思います。これを見ると、医師数にしても入院単価にしても、名張市立病院は独法化した後の筑後市立病院より高い数字を維持しているという風に見えます。これは名張市立病院が頑張られたという評価なのか、または非常に高い運営費負担金があるから実現できていると評価なのか、どちらでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>これは市立病院の方からお答えいただけますでしょうか。</p>
藤井委員	<p>入院単価と運営費負担金（繰入金）はあまり関係ありませんが、当院は脳卒中や急性心筋梗塞の手術をしていますので、単価の高い患者さんは多いと思います。そのため、筑後市立病院がどういう病院形態かによって大分違ってくると思います。そのご説明はいただけますか。</p>
事務局池戸	<p>10ページをご覧ください。筑後市立病院の施設概要をまとめておりますが、左下から2つ目の「入院料等」の欄をご覧くださいと、急性期一般入院料2を届け出ています。当院は急性期一般入院料1ですので、当院より低い入院基本料を算定しているといった部分で若干の差は出てくると思います。また、ハイケアユニット入院管理料を取っておりますので、HCUを設置している病院です。地域包括ケア病棟入院料2については当院と同じです。そのため、病床の構成としては概ね似ている病院であると考えております。看護師数に関しても、当院158人に対して筑後市立病院が159人でほぼ同数です。ですので、ほぼ同等の病院ですが、入院料の差異があるということをお伝えさせていただきます。</p>
佐藤委員	<p>筑後市立病院の説明の際に、小児や救急を減らすことで運営費負担金が減っているという説明が</p>

	<p>ありましたが、名張が力を入れている小児や救急について、筑後市立病院さんは若干手薄だからという意味なのかということを確認させてください。</p>
事務局池戸	<p>すみません。そういった意味で説明したつもりではございません。運営費負担金等に何が含まれているのかということで、収益的収入に小児医療や救急医療が含まれているという説明でした。また、収益的収入には救急の経費といった決められた基準に沿った繰入と、病院運営上で資金が足りない時の基準外繰入があります。制度上、これらは運営費負担金（収益的収入）に含まれることとなります。</p>
佐藤委員	<p>ありがとうございます。名張市立病院は、市直営の公立病院の形態で、経営改革という意味でも医療者側の努力という意味でも、一定以上の成果を挙げてきているという点は間違いないという風に理解させていただきたいと思います。そうしますと、筑後市立病院さんの事例に学ぶべきところは、いかにして名張の約3分の1の水準の繰入を実現できているかということかと思えます。今の経営形態で、又は独法化することでこの水準まで下げていくことを目指すのか、または事例2以降のように、病床数や医師数を増やして、同じ水準の繰入金のまま収支を高めることを目指すのかというような議論になるかと思えます。</p>
藤井委員	<p>前回の資料の中では、300床以上では独法の効果が高いということでしたが、今回の資料で当院と同じ200床規模はあまりないのですが、その点はどのようなのでしょうか。委員長も言われたように、桑名は3つの病院が1つになったわけですけども、資料にある病院は、1つの病院で何故医師が集まったのでしょうか。当院の場合は医師確保に非常に苦勞してしまっていて、色々な大学に派遣を頼みに行っているのですが、なかなか出来ていない状況ですので、独法化で何故増えるのかということをご説明いただけますでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>この前も申しましたように、1つの病院の規模としてはできれば400床以上が望ましいので、統合で小さな病院が集まって400床以上になると経営効率が良くなりますし、若い医者もよく集まります。ただ、名張のことを考えた場合、かつて上野市民病院や岡波総合病院との話がありましたが、そういうことができれば規模はある程度解決できると思います。ただし現実としては難しいので、現状のままで独法化した際にどうなるか。全国で単独でやっている病院がどれだけあるかということをご説明いただけたらと思います。三重大病院が国立から法人になったこと、桑名市民病院が民間病院と統合して独法になったことという経験を踏まえまして、病院の雰囲気や職員の意識が変わり、大学も医師を派遣しやすくなった。若い医者が行きたがる魅力ある病院にする必要がありますが、市直営のままでそれができるのか。私が懸念しているところはそこです。公立病院は若い医者が来てくれず苦勞していますので、どうすれば解決できるか。法人化した方が良いのではないかとことです。病院の方からは何かございますか。</p>
事務局長	<p>委員長の方から、若い医師が集まってという話がありました。今、当院は一部適用の病院ということで、開設者は名張市長となっています。これがもし独法化となれば、法人の理事長がトップということになります。これまで大学との医師派遣に伴う交渉事は、市長や院長にご尽力いただいているわけですが、独法化して理事長がトップになったときに、違いは出てくるのでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>トップが市長から理事長になったときの違いですね。一番大きな違いは、病院の自主性が高まるということです。例えばCTを買うとなったとき、一部適用の場合は予算を付けるために市議会を通す必要があるわけです。患者さんが増えて待っているのに時間がかかってしまいます。独</p>

	<p>法の場合は理事長の判断で買えます。中古でも買えます。そういう自由度が上がります。国立大学の場合は、新しい機械を買うのに文科省に申請し、国会をってから承認されます。そうすると1年待つ必要があり、とんでもないということで、国立大学は一斉に法人化しました。大学病院は法人化されてから本当に雰囲気が変わりました。医者だけでなく看護師も技術職員も事務職も本当によく働くようになりました。後は人事の自由度も高まります。直営の場合、どうしても定数が決まっています。それを換えようと思うと市議会を通さないといけない。そうすると時代の流れについていけないということです。これらの自由度を上げるための経営形態として、指定管理でも良いかもしれませんが管理者に左右されますので、私としては独法が望ましいと考えています。</p>
事務局長	<p>そうしますと、開設者が理事長に変わってスピード感を増して体制整備できることで、診療の幅や深さが広がるというところに魅力を感じ、若い医師が集まってくる。それに伴い、医師のクオリティと言いますかパフォーマンス力が高まることによって、看護師やメディカルのパフォーマンス力も高まるという相乗効果が得られるという認識でよろしいのでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>そういうことです。</p>
事務局長	<p>分かりました。ありがとうございます。</p>
東委員	<p>医師を集めるために人件費というか給与は上がるのですかね。</p>
竹田委員長	<p>桑名の場合は3病院が1つになりましたが、実は民間病院の方が給与は高くして市立病院は安かったのです。でも市立病院の給与水準に合わせるということになりました。民間病院出身の医師も看護師も給与が下がりました。それでも皆さん納得してくれました。頑張っただけで成果を出せば部署に予算が付きますし、手当も付きます。そういうことが理事長の判断でできますので、職員にとっては非常に嬉しいことだと思います。市立病院だとそれは難しいです。人数に関しては、国立大学病院では看護師を10人増やすということがなかなかできませんでした。そのせいで国立大学病院の中で7対1看護配置の導入が一番遅れたのです。他はいかがですか。</p>
佐藤委員	<p>職員のパフォーマンスが上がるとするのは非常に良く分かるのですが、今の名張市立病院のスタッフについて、まだパフォーマンスを発揮できていないという評価になるのでしょうか。先ほどの筑後市立病院さんとの比較と関係しますが、レベル的にはかなり高いレベルで頑張っておられるように思いますし、旧態依然とした市立病院の中でも、それなりに成果を出しているという風にも見えなくはないのですが、更なるポテンシャルを引き出せるのが独法化ということになるのでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>皆さん非常に頑張っておられていると思います。でも、更に効率化して良い医療ができるように変えられるはずですよ。</p>
佐藤委員	<p>これから後の議論になると思いますが、莫大な額の繰入金が入った上で今の形があるので、同じレベルの運営費負担金を市から受け入れた上で独法化するというイメージなのではないでしょうか。または筑後市の水準まで下げて独法化し、同じぐらいのパフォーマンスが出来るということなのではないでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>その市町村の規模に応じてですが、救急医療や小児医療といった基本的な診療体制は必要です。不採算部門なので、これに対する繰入金はもらうべきです。そのほかは、経営形態が変われば減らすことができるはずですよ。</p>
佐藤委員	<p>委員長がおっしゃるように、不採算部門を抱えているからこそ存在している繰入金であり公立</p>

	病院ですので、儲けられますよというお話と、不採算だけど頑張っているというお話は、多少分けていただいた方がよろしいのではないのでしょうか。
竹田委員長	例えば小児医療というのはどうしても不採算です。これに対する補助は必要です。でも不採算にならない部門もあるはずなのです。部門のスタッフの中には、こういうことがやりたいとかあると思うのですが、今の形態だとやり辛いと。全国の公立病院どこもそうですが、人員不足で出来ないことは多いと思います。不採算にならなくてもいい部門を、何とか改善するという考え方です。改善すれば運営費負担金もその分減らせるのではないかとということです。
佐藤委員	運営費負担金を減らすというのは、この委員会が始まったきっかけでもあると思いますので、また具体的なお話を聞きたいと思っています。ありがとうございました。
竹田委員長	他にございますか。
副院長	市民の方が一番心配されているのは、法人になることによって、公立だからこそ受けられていたサービスが後退してしまうのではないかとということかと思いますが、その辺りはいかがですか。
竹田委員長	地方独立行政法人も扱いとしては公立です。非公務員型になるとは思いますが。基本的には自分たちで経営することになりますが、最終責任は市長が持つことになります。もし病院が潰れたら市も困りますから。国立大学法人も最終責任は文部科学大臣です。市のために病院をきちんと経営しなさいということです。
副院長	ありがとうございます。
竹田委員長	市の方にお聞きしたいのですが、私が最初に説明したように、平成 28 年に市議会から意見書が出ているわけですね。亀井市長は検討しますというお答えでしたが、この 6 年間でそれに対して何かされましたか。
副院長	私が病院にいない期間は分からない部分もありますが、議会からの提言は重く受け止めまして、様々な経営形態を参考とするために色々なところに行って勉強をいたしました。そのような中で、当面の間は、現在の一部適用で経営を立て直していこうという方向で進んでいました。
竹田委員長	当時も議論されて、現状の一部適用で経営改善していくことになったということですね。分かりました。ありがとうございます。
事務局長	先ほど副院長から市民の気持ちに関して発言ありましたが、私の方からは病院で働く従事者の心配事をお伝えさせていただきます。独法化した場合に給与面が下がるのではないかと。また福利厚生が下がるのではないかと不安の声があります。委員長が経験された独法化の際、そのような職員の声はございましたでしょうか。
竹田委員長	最初の頃は、そういう不安がどこの独法でもあると思います。効率化を検討した結果、どのようになるか分からないですから。桑名の場合は、一部の医者給与は下がりましたが、ほとんどの人、特に市民病院側の職員は変わりませんでした。看護師も民間病院出身の人で多少下がった人はいましたが、そこまで大きな差はなかったの、大きな動揺はありませんでした。
事務局長	ありがとうございます。次に運営費負担金ですが、現在は一部適用ですので、市の一般会計からの繰入金をお願いしています。繰入金の中には 3 条（収益的収入）と 4 条（資本的収入）がありますが、一番大きなものは 4 条に該当する建設当初の起債償還となっております。それに関して、桑名市総合医療センターは山本総合病院の跡地に建設されましたが、その負担は市が担うのか、独法が運営していく上で担っていくのか、教えていただきたいです。

竹田委員長	私はその辺りは詳しくありませんが、基本的には起債ということになります。ただし、市から補助が出ていますので、全て独法が負担しているという訳でもありません。
東委員	委員長は独法化して医師を増やすとおっしゃっていますが、現在 200 床で 32 人いますよね。200 床で 32 名は少ないという認識でしょうか。
竹田委員長	どういう診療科を置くかによって変わってきますね。今もこの数で十分ということはないと思いますが、院長いかがですか。
藤井委員	前回か前々回の資料で、桑名市総合医療センターの 100 床あたりの医師数が示されていましたが、やはり多いですね。医師が増えれば出来ることも増えるので望ましいと思います。200 床で今の数がどうかというのはありますが、400 床レベルとの比較はなかなか難しいです。もちろん、救急と小児はきちんとやっていますし、採算部門でも更に医師を増やすことで、ニーズのある診療科や治療を提供することはできるのかなと思います。
竹田委員長	公立病院の 200 床の平均医師数というのはあるのですかね。
事務局武藤	平均の数字は手元にありませんが、名張市立病院長（藤井委員）がおっしゃられたように、当院は小児科医師の数が多いです。逆に言うと他院ではそこまで小児科の医師はいらっしゃらない。そういった中での医師数比較となってくると、内科系、外科系も含め平均程度かなと思っています。
竹田委員長	県内の病院で小児科医師がここまで多い病院はありませんから、素晴らしいと思います。どの診療科も増えれば言うことないのですが、なかなかそうはいきませんから。
小引委員	これまで 4 回、色々な意見が出てきて、今回は独法に変えた病院の事例を出してもらいました。前回の資料で少し分からない部分がありましたのでネットの方で調べました。一部適用の場合と独法の場合の基本的な考え方ややり方、医療について、人事や給与の関係、財政経営。大枠は今と変わりませんし、市議会も中期目標を審議します。その目標に基づいて法人の理事会で計画を作るということでした。給与形態も市の条例や国をベースに決めれば良いわけです。あとは独法がうまく経営できるよう運営費負担をお願いするということです。そして、今回の資料 6 ページ「課題解決に向けて重要な要素」にある経営の自主性・迅速性、職員の意識変革、医師の確保。これは一般企業でも同じような考え方なのですが、今より自由に病院の考え方でやってくれば良いわけです。独法になったからといって、市を無視するというのはあり得ないですし、第三者の評価委員会にチェックされ実績報告をしないといけませんので、責任度合いとしては今より厳しくなります。ですが、病院独自の自主性を持てるのであれば私は良いのではないかと考えています。市町村や病院の規模によって違うかもしれませんが、他ができてからうちもできるというものではないですが、はっきり言ってやるかやらないかだと思います。数字として選択できるものを具体的に出すのは非常に難しいですよ。市議会からも赤字何とかしろと言われてきて、委員会の議論で問題点も色々出てきて、ではこういう形ではやってはどうかという方法として、地方独立行政法人にすればこうなるというのが出たので、後はやるしかないのかなという風に考えています。
竹田委員長	おっしゃるとおりかと思います。国立大学病院の法人化も国がやるしかないとなって決めたわけで、桑名の場合も、3 つの病院が経営統合して独法化する在り方検討委員会で決められて、それを元に皆がやるしかないと動いたわけですが、完成まで 10 年もかかりました。それから小引委員が言われたように、評価委員会を必ず作ります。5 か年の目標と毎年度の目標、昨年度の実

	<p>績を評価してもらって、結果を市長に報告しないといけないのです。やはり職員にも責任感が出てくると思います。国立大学のときは、赤字になっても最後は国が面倒見てくれるという気持ちがありましたからね。そういう意識が変わるのは間違いないです。それから給与に関して、桑名市総合医療センターは、一応市の職員に準じているということで良かったですかね。</p>
桑名市総合医療センター管理部長	<p>桑名市職員の場合は地域手当が6%付いているのですが、独法職員は付きませんので、その分は市より低いです。役職に対する給与はそんなに変わらないです。</p>
事務局長	<p>第6回で答申の原案を審議いただくにあたってのお伺いです。これまで4回に渡り、地域の現状や病院の現状を共有させていただいたところです。先ほどより委員長から、医師を多く集めないといけないということで、当院の院長ともお話いただきましたが、やはり医療機関を運営していく上では軸となる診療科が必要かと思います。当院の院長は循環器内科の医師ですので、循環器内科が軸になると考えているところですが、それをサポートする診療科に焦点を当てて医師を充足していく必要があると考えています。それに伴い、がん等の色々な疾患のデータもご提供してきたところです。地域の実情としては、2025年を迎えるにあたり超高齢化社会に入っていくわけですが、市民が高齢化するということは、医療従事者も高齢化することになりますので、地域の診療体制の持続性という課題もございます。そういった観点から、委員の皆さまで、どの診療科に重点を置いた方が良いというご意見がございましたら、頂戴したいなと思いますけども、いかがでしょうか。</p>
竹田委員長	<p>いかがでしょうか。特に医師の先生方。以前から、がん診療を強化したいというお話はありましたけども。</p>
東委員	<p>開業医の立場からは、救急を要する脳外科とか心臓系とか、そういった診療をしてもらえたらありがたいと思っています。</p>
佐藤委員	<p>何科というのはあまり意識していないのですが、救急に関することは、たとえ不採算でもやってほしいという気持ちはあります。その一方で、独法化するかしないかに関わらず、市からの負担金をもらっているということは、医療機関にかからない市民の方や法人の方からの税金を投入していることにもなりますので、自力でやれる部分と不採算だけど続けていく部分を分けた上で、ある程度の収支が合う見出しを出していただきたいというのが一番です。放っておいても儲かる診療科なら、民間で手を挙げる病院が出てくるかもしれないので、そこに税金を出せるほどの体力が名張市にあるとは思えません。その意味では、病院の側もこれまで親方日の丸で赤字を垂れ流してきたわけではなく、救急等の医療を持続させるために努力をされてきましたので、病院を利用されている方に加えて、税金を負担している若い方のことも考えていただければと思います。</p>
竹田委員長	<p>全国の公立も私立も300床ぐらいの病院は、これまでは何とかやってきていましたが、これからはやっていけなくなると思います。なので、先手を打って何かやらないといけないので、何をするかを考えるのが、この在り方検討委員会だと思います。</p>
佐藤委員	<p>この病院を続けていき、生き残るためにというのが主眼なのは重々承知しています。市からの税金が投入されなければ続けていくことすら難しい中で、どのように続けていくかという判断は、市民にどの程度の負担を求めていくのか。医療者の皆さまの前で失礼なことを申し上げているのは承知の上ですが、税金や保険料を払っているけど、自分たちは病院を使わないと思っている人たちに対しても、病院があることで安心や安全が一定程度守られているということを、これ</p>

	<p>まで同様に強くアピールしていただきたいというのが、医療者ではない私からの希望です。</p>
竹田委員長	<p>それはよく分かります。佐藤先生の希望を叶えるためにも、良い病院を実現できる方法や経営形態があるのではないかなということが、私の考えです。</p>
小引委員	<p>どの診療科が欲しいかというのは、あまり考えたことはないですが、個人的には胃や肝臓といった内臓にガタがきていますので、私自身はそれでぼっくり逝くのかなという風に思っています。毎月、個人医院に行っていますし、8月頃には定期健診を受けて、ちょっとまずいなという時は、こちらの病院に来ています。団地の中に住んでいると、救急車は結構走っています。私自身もこの間運ばれたところですが、がん系統の方が多いいのかなという気はします。働いている時は強制的に定期検査を受けますが、リタイアした途端に行かなくなる。特に60歳代前半は、まだ大丈夫という意識がありますので、そういう時の方が危ない。なので、どうしても内蔵系統が多いのかなと思います。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。医師を派遣する側はどうですか。診療科の問題もありますし、地域に医師を派遣するのはなかなか大変だと思いますが。</p>
佐久間委員	<p>国立大学の附属病院では、皆さんが思っている以上に、国のお金は当てにならないと考えています。教授の給与はある程度運営費交付金がありますが、実際の運営の経費は自前で何とかしないと行けません。患者数を増やして収益を上げようというときは、我々の場合、文部科学省に陳情に行くということが起こるわけです。その小型版が市立病院と市役所との間で起こっていると考えると、関係が近いとはいえ無理があります。行政に医療の人員や装置を頼みに行ってOKをもらうというのは、私は相当無理があると思っています。その部分は独立させてやった方が効率良いですし、コスト意識も高まると思います。竹田委員長の方から、中古の医療機器を買ったという話がありましたけども、大学病院の池田病院長も電子カルテのコストを持続的に削減しようとしています。支出カットに対しても必死にならないと、医師がハッピーに患者を診るような環境を作れないですね。そういう意味で、医師を派遣する側としては、医師がこの病院に行きたいと思うような最低限の医療機器を継続的に整備していかないと、行くことはなくなるということはあると思います。そのために無駄を排除していく。大学の事務というか我々は、皆さんが思う以上にけちですので、独法化するメリットはけちになることだと思います。少し話がずれましたが、その中で機器も整備していただいて、これから働き方改革が非常に大事になりますし、メディカルスタッフや事務の人も大事ですので、そのあたりの強化が大事だと思います。診療科については、やはりがん診療が弱いように思います。前から申し上げているように、循環器疾患、脳血管疾患、小児については、市民の方が思っている以上に、この地域は恵まれた環境にあると思いますので、もし市民の方から不十分という評価が出ているとすれば、がん診療を強化すればバランスが取れると思います。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございます。他はいかがでしょうか。</p>
田中委員	<p>行政の側としましても、これまで病院に対してお金を使ってきました。伊賀地域自体が医師の数が非常に少ない地域でして、市立病院も人員的に厳しかった時代もありました。その際、色々な手法を使って確保してきた経過がありまして、現状の人員になっているのかなと思います。独法化することによって、医師が病院に集まってくるというのは、本当に魅力的な病院ができないといけないと思います。そういった中、救急は伊賀地域の輪番制で、医療資源を助け合いながらやっている現状がございます。その部分は、独法化して各診療科が先鋭化して絞られてきたとき、</p>

	影響は出てくるのでしょうか。
竹田委員長	例えば、名張市立病院が独法化した場合に、輪番制がうまくいかななくなることが出てくるかということですか。それはないと思います。かえってやり易くなるかもしれません。私は、三重県病院協会の理事長として、とにかく医師不足を解消しようとしています。三重県でいえば志摩地域と、伊賀地域もそうです。今までのように大学病院に陳情に行っても無理なのです。大学病院も医師を派遣するだけの体力がないですから。やはり魅力ある病院にしないと若い医者は集まりません。県内でも、色々な特徴を持たせて若い医者が集まっている病院があります。実は東京や大阪には一杯いるのです。例えば三重大を出てそちらで一人前になって、そろそろ三重県に帰りたいけど大学の医局に入りたくないという人が結構います。そういう人たちが三重県に帰ってこられるような窓口を作ろうということで、病院協会の中に作るのですが、若い方も結構おられます。そういう新しい方法を導入しても、病院に魅力がないと来てくれないのは間違いありませんので、名張でも是非そういう病院を作っていければと思います。他に何かございますか。
総務企画室長	桑名市総合医療センターから管理部長がお越しになっていますので、その関係でお尋ねするのですが、独法化した病院は医業収支が改善している傾向があり、キャッシュフローも良くなっているかと思います。キャッシュフローが良くなるということは、市当局から負担金を減らされる可能性があるという風に理解しています。桑名市の場合も、独法と市当局との間で予算要求のような折衝があるかと思いますが、どういうやり取りをされているか参考までに教えていただけますでしょうか。
桑名市総合医療センター管理部長	桑名市総合医療センターで管理部長をしております中村でございます。基本的には同じかと思えます。以前、私は市の財政課長でしたので予算を査定する側でしたが、今は市の保健医療課という病院の所管課を通じて、病院の予算を要求して査定を受けています。ちなみに、桑名市総合医療センターは法定内繰入を全額もらっておらず、交付税措置分しかもらっていません。法定内繰入と実繰入の差は5億から6億ぐらいありますが、それでもやっていける状況です。ただ、開院して5年経っており医療機器の更新の時期になりますが、独法は長期債務が組めないのです、市の腹を借りて債務を組んで、市に返していくということになります。これから竹田理事長と一緒に市長と交渉しようかなと思っています。なので、基本的には独法でも市に予算要求していくことになります。
佐久間委員	三重大学からの人の派遣という意味では、竹田委員長も言われたように、従来型の医局の教授に頼みに行って医師を派遣してもらうのは、全然機能しないだろうという風に思います。医師の働き方改革が始まって、医局の教授の指示で人事が動くというのは機能しなくなってきました。ですので、例えば第1内科、第2内科といった分類というよりは、学長を中心とした地域医療を考える枠組みの中で話をしていくという風になっていまして、従来の教授に頼みに行くというやり方ではなく、地域の医療をどうするかという視点で、若い人にとって魅力的な病院というものを大学と一緒に考えていく必要があります。個別対応では難しくなっていると思います。
竹田委員長	ありがとうございました。時間はあと20分ぐらいですので、傍聴の方でご意見がある方はおられますか。これから答申の草案作りに入りますので、こういうことを実現してほしいとか、これだけをお願いしたいということがございましたら、ご意見を頂戴できればと思います。
	(傍聴者3名が順番に発言)
竹田委員長	ありがとうございました。他にご意見ございますか。

中尾部長	<p>三重県の医療保健部長の中尾です。色々のご議論を伺った中での意見を申し上げます。1点目は、来月から地域医療構想の意見交換会が始まりますので、その中のやり取りも参考にさせていただいて、構想区域での役割をご検討いただきたいと思います。2点目は、地方独立行政法人の中で規模が似ている事例を示していただいた中で、独法化で医師が増えるというご説明でしたが、独法化で医師が増える理由はもう少し分析した方がいいのかなと思います。3点目は、三重県の4県立病院の改革の中で、ご存じのように県立総合医療センターは独立行政法人化しております、400床を超えるので規模は違いますが、独法化のメリット・デメリットについて県立総合医療センターをご参考にされるのであれば、所管が医療保健部ですのでお問い合わせいただけたらと思います。</p>
竹田委員長	<p>ありがとうございました。ちょうどお時間になりましたので、第5回委員会を終わりたいと思います。これから事務の人とも相談して、委員の皆さまや傍聴の方のご意見を取り入れて、答申の原案を作成させていただきます。次回はそれをご覧いただいて、ご意見をいただければと思います。本日はどうもありがとうございました。</p>
副院長	<p>第6回の委員会は11月17日の予定となっておりますので、よろしく申し上げます。</p>