

第1回名張市立病院改革検討委員会 議事録

日 時：令和5年5月18日（木）15:00～17:15

場 所：名張市立病院 第1会議室

出席者：（委員）佐久間委員、森岡委員、時枝委員、高木委員、杉本委員、石橋委員、岩本委員

（市立病院）藤井院長、裏南看護部長、吉岡副院長、大北局長、中西理事、辻川室長、栗山室長、吉岡

欠席者：（委員）土屋委員

傍聴者：5人

発言者	内容
中西理事	<p>市立病院 経営強化担当理事の中西でございます。定刻となりましたので、これより令和5年度第1回名張市立病院改革検討委員会を開催いたします。</p> <p>会議は傍聴可能といたしております。報道関係者の方で写真撮影を希望される場合はこのタイミングでお願いします。</p> <p>（写真撮影）</p> <p>それでは開始いたします。本委員会は、名張市立病院の経営改革を図るため、専門的、また市民目線からご意見を頂戴し、それらを反映させたプランを策定し、経営改善に向け実践することで、結果を出すことを目的としております。ただし、目標達成の最終年度までが、5年間ございまして、その間P D C Aサイクルによりプランを見直すことを可能としています。前回は令和3年12月の開催でございまして、「第2次市立病院改革プラン」の最終年度の評価をいただいたところでございます。</p> <p>本年5月8日の感染症法の改正により、おおよそ3年に渡り続いた新型コロナウイルス感染症への特別な対応も一つの区切りを迎えたところでございます。この新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、国においても公立病院改革の方向性やスケジュールがなかなか示されない状況が続き、本委員会も約1年半程度休止状態となっていたわけでございます。</p> <p>その間、名張市議会から病院経営に関する提言をいただいた他、市長の諮問機関である「名張市立病院在り方検討委員会」において、当院がこの地域でどう在るべきかをご討議いただき、本年2月に答申があったところでございます。</p> <p>このような経緯の中、後ほど担当よりご説明いたしますが、今年度は新たな「公立病院経営強化ガイドライン」に沿った「経営強化プラン」を策定し、改革を進めていく必要がございます。当院といたしましても、ポストコロナ時代の病院経営に向け、経済性と効率性を重視した効果的な取組を検討していかねばならないと考えておりますので、是非、委員の皆様のご協力をいただきますよう、お願い申し上げます。</p> <p>なお、本日の進行でございますが、事項書の2番「委員長の選出」まで、事務局より進行をさせていただきます、以降の進行は委員長にお願いをしたいと思います。</p> <p>それでは、事項書の1番「委員紹介」をさせていただきます。資料の「委員名簿」をご覧ください。久々の開催ということで、多くの変更がございます。私より順番に呼ばさせていただきますので、一言ずつ、お言葉を頂戴できればと存じます。</p> <p>まずは、三重大学 副理事 副学長、及び三重大学医学部附属病院 副病院長 放射線科長 中央</p>

	放射線部長 医療情報管理部長、三重大学大学院医学系研究科放射線医学・教授であります、佐久間委員でございます。 →佐久間でございます。
佐久間委員	附属病院の方で診療担当の副院長をしております。大学病院でいつもお世話になっております。今回の委員会では、市民の皆さんのために可能な限り尽力してまいりたいと思いますのでよろしくお願い申し上げます。
中西理事	一般社団法人 名賀医師会会長 森岡内科クリニック院長であります、森岡委員でございます。
森岡委員	森岡内科、森岡でございます。どうかよろしくお願い申し上げます。この会は初めてですが何とかお役に立てるよう思わせていただいておりますのでどうぞよろしく願いいたします。
中西理事	青蓮寺・百合が丘地域づくり協議会代表理事、時枝委員でございます。
時枝委員	時枝です。地域づくり委員組織の役員をさせていただき今年で5年目になります。私自身段階の世代です。周りの人たちも本当に病院こそが心配という世代になっています。市民目線での意見を述べさせていただきたいと思っております。
中西理事	伊賀の地域医療を守る会代表、高木委員でございます。
高木委員	高木でございます。よろしく申し上げます。市民の目線で助言ができればと思っております。よろしく申し上げます。
中西理事	名張市社会福祉協議会会長、杉本委員でございます。
杉本委員	杉本です。よろしく申し上げます。こういう会議には場違いかなと思っておりますが、別の観点から意見が出せればと思っております。よろしく申し上げます。
中西理事	伊賀保健所所長、土屋委員につきましては、本日はご都合により欠席されるとのご連絡をいただいております。 名張市総務部 財政担当部長、石橋委員でございます。
石橋委員	名張市の財政を担当しております。よろしく申し上げます。名張市の財政、病院事業、経営というところで、別のものではございますが実質的には切っても切れない関係でございますのでそういった視点で携わらせていただければと思っておりますのでよろしく申し上げます。
中西理事	最後に、名張市福祉子ども部長、岩本委員でございます。
岩本委員	岩本でございます。4月から福祉子ども部長を拝命しております。地域医療についてはまだまだ

	<p>だ勉強中ですので、一生懸命勉強させていただきましてがんばらせていただきますのでよろしくお願いいたします。</p> <p>以上、8名の委員の皆様でご議論をいただくこととなります。皆様、どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>続きまして、私ども市立病院の出席者を私からまとめて紹介させていただきます。      病院長の藤井でございます。      看護部長の裏南でございます。      事務担当副院長の吉岡でございます。      事務局長の大北でございます。      総務企画室長の辻川でございます。      医事経営室長の乗山でございます。      医事経営室主任の吉岡でございます。      最後に、私は経営強化担当理事の中西でございます。      どうぞ、よろしくお願いいたします。</p> <p>続きまして、事項書の2番「委員長の選出」でございます。選出方法について特段の定めはございませんが、委員の皆様からご提案はございますか。</p>
委員	<p>事務局の方でお願いします。</p>
中西理事	<p>それでは事務局からご提案をさせていただきます。委員長に佐久間委員、副院長に森岡委員を推薦させていただきますがいかがでしょうか。</p> <p>(「異議なし」の発声あり)</p>
中西理事	<p>ご異議ないようですので、佐久間委員を委員長に、森岡委員を副委員長に選出させていただきます。お二方からご発言はございますか。</p>
佐久間委員長	<p>大変重い役を仰せつかりまして、持続可能な地域医療提供体制を市立病院が提供していくのは、なかなか難しい課題と思いますが皆さんとしっかりと意見交換と情報の収集を行って市民の皆さんにベストな医療を提供できるようなお手伝いを委員長としてさせていただきたいと思っております。</p>
森岡副委員長	<p>森岡でございます。私にとっても大役でお役に立てるかどうかわかりませんが、何とか名張市立病院を持続的に運営していただきたいと、僕らの診療の立場からも心から願っていることですので、ぜひ頑張らせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。</p>
中西理事	<p>ありがとうございます。以後の進行は委員長にお願いしたいと思っておりますので、佐久間委員長よろしく申し上げます。</p>

佐久間委員長	<p>それでは、議事の方で、名張市立病院経営強化プランについて、まずお配りいただいた資料について事務局から説明をお願いします。</p>
吉岡主任	<p>資料1「公立病院経営強化ガイドラインの概要」についてご説明申し上げます。</p> <p>この資料のベースにございますのは、総務省の公立病院改革を担当する部署が作成された資料でございます。そこからの抜粋ということになります。こちらの概要ですが、公立病院改革、ここでは経営強化としておりますが、過去は改革という言い方をしておりました。始まりは平成19年に公立病院の最初のガイドラインが発出されまして、その後、新公立病院経営改革ガイドラインが平成27年に発出された。そして今回の3回目の経営強化ガイドラインという経緯になっています。</p> <p>公立病院の役割が平成19年の公立病院経営改革ガイドラインに書いてございまして、民間では提供が困難な医療をしなければならない病院が公立病院である。このために持続可能な経営に取り組まないといけないと一番初めの目的に書いてございます。この部分は皆さんご承知のとおりかと思いますが、予めお伝えさせていただいた上で、中身の説明をさせていただきます。</p> <p>まず、第1に公立病院経営強化の必要性というところで、これまで再編ネットワーク化ということをよく言われていました。地域において公立病院の役割とは何か考えましようということ、最適な規模で経営しなさいということでございます。今回のガイドラインのポイントというのはいくつかございますけれども、まずは、持続可能な経営を確保するところが最重要なものでございます。それから昨今の情勢を鑑みまして、新興感染症が拡大したときに公立病院の重要性が非常に浮き彫りになったということでございますので、そちらの役割を今回の経営強化プランでも書かなければいけないということになっています。</p> <p>それから医療従事者の働き方改革が昨今叫ばれておりまして、特に医師に関しましては時間外労働が非常に多い職種でございますので、こちらを国の方でも是正をしようという動きになっていまして、各病院がそれについて対応に取り組んでいる状況でございます。このことについて、プランに書かなければいけないことになっています。これは、地域で限られた医師、看護師といった医療資源を最大限効率的に活用するという観点です。</p> <p>続きまして2番の経営強化プランの策定というところをご覧くださいますと、今回の経営強化プランは令和4年度又は5年度に策定しなさいという風になっています。4年度に関しては、ご案内のとおり、「在り方検討委員会」を当院で開催しておりまして、こちらの議論を中心にしておりましたので、強化プランの策定は5年度にするという方針としておりました、プランの期間に関しては、策定年度又は次年度から9年度となっていますので、我々としましては令和5年度から9年度までの5か年を計画年度としたいと考えております。</p> <p>それからプランの内容につきましては、先ほど申し上げた、持続的な地域医療体制を確保するための取り組みを記載するというところでございます。</p> <p>第3は飛ばさせていただいて、第4は経営強化プラン策定の点検、評価というところで、こちらは透明性を担保しながらプランを作っていくというところでございますので、病院部局だけではなくて、市の他の部局や県の医療政策の担当部局とも連携をしながら作って、そのうえで、議会や住民に対して適切に説明をしなさいということでございます。そうして、概ね年1回以上点検、評価をして結果を公表しなさいということになっています。こちらに関しても本委員会でお手伝いをいただきたいと考えておりますのでまたよろしく申し上げます。ページ1枚めく</p>

っていただきまして、経営強化プランの主なポイントというところは、冒頭に申しあげました新興感染症対策であるとか、医師、看護師等への対応、そういったところになってきますので、説明は省略させていただきます。

次にページをめくっていただきまして、公立病院経営強化プランの記載事項①でございます。ここからは記載事項は①から⑩までございまして、いずれも重要なところがございまして、簡単にご説明申し上げます。

まず、①は役割・機能の最適化と連携の強化というところでございます。こちらは名張市立病院を含め公立病院は地域において必要な役割を担わなければならないところで、ガイドラインでは①から④まで明示されてございます、一つはへき地医療、二つ目は小児、救急、周産期の不採算医療、三つめは県立がんセンターであるとか、専門性を持った疾患に対して取り組む医療機関、4つ目は研修の実施等を含む医師派遣の拠点としての機能、この4つが例示されているわけでございます。このすべてを名張市立病院でしなければならないというわけではないのですが、地域の状況は様々ですので、その状況に応じて機能の最適化と連携強化を検討するという風になっております。これを踏まえまして、下の赤で囲っている2つの部分、こちらに関して名張市立病院として重要ではないかと考えているところです。一つ目は果たすべき役割機能のところ、地域医療構想を踏まえた病院の果たすべき役割、機能について記載する。そして地域医療構想の目指すべき年、2025年の機能であると、それからプランの最終年度の機能と病床数、こういった概要を書く必要があります。

こちらは、これまでの「在り方委員会」でのメインテーマでございますので、ある程度議論が進んでいるところですが、我々としてはこれを踏まえてプランに落とし込んでいく作業をさせていただきたいと思っております。

地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能でございますけれども、昨年度市の総合計画、なばり新時代戦略を策定いたしまして、保健医療と福祉をつなぐ基本政策として掲げております。こちらを踏まえまして、市の一部でもあります名張市立病院の地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能について書いていきたいと考えております。

次のページをご覧ください。こちらは機能分化、連携強化というところで、地域の他の医療機関との関係性について、ガイドラインに示されているものでございます。上に白丸が二つありますが、二つ目の丸をご覧くださいと、地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を改めて見直し、明確化・最適化したうえで連携を強化することが必要であるとなっております。こちら開業医との関係もありますが、我々ほどのような役割を担うのかということは示していきたいと考えております。

下の赤囲いをご覧くださいと、公立病院の中で特に注意をしなければならない病院が示されています。新築や建て替えを予定している病院など、当院とは直接関係がないところもありますが、例えばエをご覧くださいと、地域医療構想や新型コロナ対応を踏まえ病院間の役割分担と連携強化を検討することが必要である公立病院。こちらに関してはまさに名張市立病院と関係してくると考えられますので、この連携強化・機能分担の取り組みは重要になってくると考えています。そして、その下の黒丸のところ、地域医療連携推進法人の活用というのも挙げられております。こちら「在り方検討委員会」答申のなかでも検討しなさいとなっておりますので、検討を進めたいと考えております。

次のページをご覧ください。記載事項③でございます。こちらは目標をどのように掲げるかと

いうもののガイドラインでございます。例えば医療機能に関するものであれば、救急の貢献率やリハビリ件数など。医療の質に関するものは、患者満足度や在宅復帰率であるとか、これは自治体病院協議会が医療の質の評価というものをやっています、標準的な目標を公開しておりますので、参考にしながら我々も目標を選んでいきたいと考えています。

続いて一般会計負担の考え方でございます。ここままで、我々がどのような役割を担うかということ書く中で、一般会計が負担している経費の範囲も記載するということになります。

前プランでもこの記載がございます。参考資料3の前の第2次名張市立病院改革プラン25ページをご覧ください。平成28年策定当時の考え方を書いています。こういった内容を今回も経営強化プランの中で現時点版にバージョンアップして書いていくというイメージで捉えていただければと思います。最後に住民の理解のための取組のところ、こちらは地域医療体制を持続可能なものにするにあたって、住民の理解が必要となってきますので、理解のための取り組みを書いていくということになります。こちらは事業を見直す時にはしなさいということになっていますが、見直しに関わらず、情報発信の強化や、病院がどういったことに頑張っているかをもっと明らかにしなさいということは、改革検討委員会の前委員長の佐藤先生からもご指摘をいただいておりますので、我々としても取り組んでいきたいと考えております。

次のページをご覧ください。記載事項④です。こちらは医師・看護師の確保と働き方改革でございます。都道府県が医師確保計画を策定しますが、そちらで医師確保のための施策がかけられることとなりますので、そちらにも携わっていきながら、名張市立病院独自でも医師確保の取組を進めないといけませんので、そういった取組をプランの中に盛り込みたいと思っています。

次に臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保です。当院の総合診療科は研修医の教育であるとか、そういったところに積極的に取り組んでいただいておりますので、こちらを継続しながら、研修医を増やしていくとか、募集をかけていくというところを取り組みの中に盛り込みたいと考えております。

次のページをご覧ください。記載事項⑤でございます。働き方改革への対応というところで、医師の時間外労働規制が令和6年度からはじまります。それに向けて対策をそれぞれの病院で取り組んでいるところがございますが、例えば適切な労務管理、タスクシフト・シェアの推進、ICTの活用などなど、こういうことを踏まえて、時間外労働を抑制するということで、医師の働き方を改革する。そういった取組についてプランに盛り込む予定でございます。

看護師、薬剤師等のコメディカル職員、事務局を含め、病院全体の職員の負担軽減のために、どこの部分が何を担うかというところは検討が必要ではないかと思っております。

次のページをご覧ください。経営形態の見直しでございます。経営形態の見直しに関しては、最適な経営形態をまず検討しなさいということと、見直しが必要となった場合には、スケジュールを記載しないとイケないとなっております。ご案内のとおり、「在り方検討委員会」の答申におきましては地方行政独立法人とすべきと答申が出されております。こちらを踏まえまして、市長もしっかりと研究して勉強していきたいというような発言をされていますので、ここは並行して進めないといくべき部分であろうと考えております。プランの中にどこまでの部分を盛り込むかというところは、検討の進捗の具合にもよりますので現時点では確定的なものは言えないのかなと感じています。

次のページをご覧ください。こちらの記載事項⑦では、独法、全部適用、指定管理者といった各経営形態の説明が書いてございます。こちらに関してはまたお読みいただきたいと思っております。

で説明を省略させていただきます。

次のページをご覧ください。こちらは新興感染症の拡大に備えた平時からの取り組みということで、名張市立病院もコロナ対策を約3年間やっております、その間で取組の内容は刻一刻と変化してきたわけでありまして、昨今の感染症法の改正によって対応の方向性は変わってきていますけれども、今後また新興感染症が流行する可能性はありますので、コロナに限らず感染症に備えた病床の確保や専門職員の育成であるとか、備品の整備であるとか、そういったものを取組として記載したいと考えております。

次のページをご覧ください。施設・設備の最適化というところでございます。我々に特に関係するところは赤囲いをさせていただきます、まず一つ目の部分としては、計画期間内における施設や設備に関する投資部分をどのようにしていくか、やはり計画性をもってしていく必要があると考えておりますので、例えば高額な医療機器であるとか、そういった部分がある程度、収支見通しに反映できないかと考えております。それからデジタル化への対応のところをご覧くださいますと、電子カルテやマイナンバーカードの促進はこれまでも取り組んできていますが、さらにDXの取り組みも国や厚労省も推進をしておりますので、そういったところに協力してデジタル化を進めて業務の効率化も進めていくことが目的です。

次のページをご覧ください。経営の効率化等というところで、こちらは数値目標をプランに書いていきますが、こういったものを書いていくかを例示されています。これらすべてを掲載するというわけではございませんが、絶対必要なものとしては経常収支比率、修正医業収支比率、こちらは必ず設定をしなければならないとされています。下の赤囲いをご覧くださいますと、期間中に経常収支比率が100%になるよう数値目標を設定しないとイケないという風になっていますので、収支のシミュレーションを含め、取組でどれだけの改善効果を上げるかといった、細かい検討が必要になります。参考までに添付の参考資料をご覧くださいますと、名張市立病院の収支状況の推移を5か年掲載いたしております。この中で中段下あたり、経営指標をご覧くださいますと、総務省の基準に従って算定した経常収支比率と修正医業収支比率の推移を書いています。令和2年度と3年度は新型コロナの対応による医業外収支の増加によって大きく改善はしているのですが、今後これはなくなっているだろうと思われまして、実際にはコロナ前の令和元年度の数字をベースとして、令和9年度に経常収支比率は100%以上でなければならないと考えております。さらに修正医業収支比率に関しては、これは医業収支から負担金や補助金であるとか、そういったものを除外した数字になってきますが、平成29年から下がってきている状況が見て取れますので、こちらは上向きにしないとイケないと考えております。

資料1に戻っていただけますか。経常収支比率、修正医業収支比率以外の指標に関しても名張市立病院が特に順守すべきものがあれば、目標の中に盛り込んでいきたいと思っておりますので、こちらはまたプランの詳細が出来上がった段階でお示ししたいと考えております。

最後の記載事項⑩をご覧ください。この経常収支比率や修正医業収支比率の達成に向けてどのような取組をしないとイケないかということプランに書く必要があり、これが一番重要でございまして、取組を記載するにあたっては収入の増加なのか、経費の削減なのか、どの時期に何をするのかをできるだけ細かく書き込みたいと思っておりますので、またご覧いただければと思っております。

最後に下の赤い囲みをご覧くださいますと、期間中の収支計画であるとか目標数値の見通しも書きなさいということになっていますので、こちらは9年度までの計算をしたいと考えておりま

	<p>す。</p> <p>資料1の説明は以上でございます。</p> <p>引き続きまして、資料2の説明をさせていただきます。策定のロードマップという風にタイトルをつけています。ご覧いただきますと、まず昨年度取組をいたしました「在り方検討委員会」ですが、本年度5月の27日、28日、30日と3日間の日程で、市民に対する説明会、いただいた答申に対する説明会をさせていただこうと考えております。そして2行目といたしまして、院内検討委員会ということで、これにつきましては院内にございます経営会議をもちまして、今現在開催をしております経営改革検討委員会と両輪のような形で進めてまいりたいと考えております。この中では部門間におけるヒアリングということで、各診療科にヒアリングも実施をしながら進めてまいりたいと考えております。3行目でございます改革検討委員会、この委員会でございますが、5月18日に第1回、7月に2回3回といたしまして、第4回を最終という予定をしております。そして最後に広聴の手続きでございますが、案を策定しましてパブリックコメントに付していくという風に考えてございます。パブリックコメントが9月に終わりましたら、その次に11月に向けて議会等への説明を申し上げて、そのうえで12月に公表と現在考えてございます。以上がこの策定のスケジュール、ロードマップということになってございます。</p> <p>次の資料3の方も併せてご説明してまいりたいと思います。</p> <p>経営強化プランの骨子(案)でございます。第1につきましては基本的事項ということで、プランの目的と背景といったもの、ちなみに骨子というのは総務省が示しているガイドラインの項目に沿って考えているものになります。第2としましては、名張市立病院を取り巻く環境としまして名張市における人口や、医療提供の状況といったことにつきまして整理をしてまいりたいと考えております。第3に現状分析と課題としまして、経営の状況、或いは診療実績の整理をしながら、まず前提条件の整理をしてまいりたいと思っております。第4に達成すべき目標ということで、こちらにつきまして、まず委員の皆さまの議論をいただきたいと思っております。一つが、経営目標といたしまして、経常収支比率をこの計画における一つ目の目標、そして修正医業収支比率を2つ目の目標ということで計画策定を進めてまいりたいと思います。そして第5としまして、経営強化に向けた取組といたしまして、経営指標改善の取組、そして役割、機能の最適化と連携の強化、そして先ほども少しご説明をしました医師・看護師等の確保と働き方改革といった事、そして4つ目としまして施設・設備の最適化といったところで、その中には医療DXの取組につきましても扱ってまいりたいと思っております。5番目としまして新興感染症対策として新型コロナウイルスにおける対応を踏まえながらになると考えております。そして第6に、経営形態の見直しということで、「在り方検討委員会」の答申と名張市の考え方といったことで整理をしていきたいと思っております。第7としまして、計画の点検・評価・公表といったことで、その運営につきまして整理をしてまいりたいと思っております。以上がこの計画の骨子ということになります。以上でございます。</p>
佐久間委員長	今の説明につきまして委員の方からご質問はございませんでしょうか。
中西理事	その前にお時間頂戴してよろしいでしょうか。経営強化担当理事として、また、約3年前まで公的医療機関団体に20年以上勤めてきた経験から、「公立病院経営強化プラン」策定の考え方に



ついて所見にはなりますが少しお時間をいただいております。

ご存じのように名張市立病院は、平成9年4月に市民からの強い要望に応えるため開院され、今年度で26年目を迎えます。令和2年4月から導入しました「地域包括ケア病棟」は、本市総人口の約33%にあたる高齢者にとっては非常に有効な病床機能であり、この26年間の中でも大きな出来事のひとつだったのではないのでしょうか。しかし、病院内部では、これまで200床すべてを一般急性期病床として9診療科に対応してきた経緯もあり、地域包括ケア病床41床の導入により、一般急性期病床は159床となり、この159床の中で9診療科の急性期治療を一定割り振りながらも、混在しながら運用するということになり、当然ながら、病棟に配置されている看護職員は、それぞれに助け合いながら柔軟に対応しております。地域包括ケア病棟の導入から3年が経過したわけですが、この3年間はコロナ禍にあり、どこの医療機関でも同様かと思いますが、慣れない診療科を担当しながらのコロナ対応という激務の3年間であったと振り返ります。

今後、全国的に人口減少、少子高齢化が加速化していく中で、中勢医療圏に位置する伊賀地域においても同様で、平成30年(2018年)の国立社会保障・人口問題研究所の推計によりますと、令和12年(2030年)以降、伊賀市と名張市の人口が逆転し、その後人口減少が続くとされております。その総人口の大多数を高年齢層が占めることとなりますので、持続可能な医療提供体制の確保は必須であり、基幹3病院で持続可能な医療提供体制を堅持していく必要があると考えています。市立病院は開院以降、医療法第31条に定められております公的医療機関の中に属する公立病院として担う役割のひとつとして「救急医療」に対し、特に力を入れてきました。入院患者の約7割～8割が救急からの患者で構成されているほどであり、通常の公的医療機関では、2割～3割で構成されていますので、積極的に受入れているということになります。

一般的に救急患者は、重症化しやすく、医療及び看護必要度も高いとされており、平均在院日数が通常の患者より延伸する傾向にあるといわれております。しかし、当院の平均在院日数は基幹3病院の中でも最も短く、これは市立病院の「医療の質」という面での評価になるのではないかと考えております。

市立病院が抱える課題については、先の「名張市立病院在り方検討委員会」の答申にもあります4つの事項となっているわけですが、今回策定します「公立病院経営強化プラン」に対し、「効率性と経済性」、「能率性と経済性」を重視していきたいと考えています。

これは、「投資すべきところには投資を行い、そうでないところには投資をあまりしない」という考えと同時に、「投資した分野や物からの収益は、徹底的な管理を行う」という経営の基本的な考え方であり、「計画性のない投資をしない」という考えです。

たとえば、ある診療科の医師を増員するのであれば、診療科において事前から具体的に「このような診療を行うことで、これだけの数の地域住民を救え、さらに収益にも繋がり、費用対効果としても純利益が出る」という計画のもと、投資をしていくというスタイルになります。もちろん、医療機器などについても同様です。

さらに、「働き方改革」と「医療DX」の推進については、双方がリンクする部分については、積極的にデジタル化を進めていきたいと考えています。

たとえば、全国のIT業界の動向からの話ですが、チャットGPTなどのICTの導入により事務的負担を軽減するであったり、診断支援にAIを導入するであったりというものになるかと思っております。

「働き方改革」単体では、当然のことではあります。タスクシフト/シェアであったり、ス

	<p>クラブ&amp;ビルドを行ったりというところになると思います。</p> <p>中でも、特に「スクラップ&amp;ビルド」については、これまで長きにわたる病院運営の中で培ってきた手法に変化を加えることになり、反対意見が多いと予想していますが、これからの時代に即した形に変化をさせていかなければならないのではないかと個人的には考えています。</p> <p>このように、「収益は確保」、「費用は削減」、働き方については、「ワークライフバランスの向上」を行い、さらに職員ひとりひとりが、日々研鑽しスキルの向上に繋げるということを継続すれば、地域並びに地域住民にとって大きな財産になるものと考えていますし、市立病院の魅力にも繋がるものと考えております。</p> <p>また、診療におきましては、限られた 200 床というベッドを有効に活用するため、「繋ぐ医療、繋がれる医療」を展開していくべきではないかと考えております。</p> <p>何より、地域医師会の先生方あつての市立病院という立場を、いま一度職員一同再認識するとともに、先生方が求める地域医療も共有させていただければと考えております。</p> <p>市立病院経営強化担当理事として私が考えている本プランのグランドデザインといたしましては、「地域医療人材の育成及び確保と医療DXの推進を図り、すべての地域住民に入院から在宅まで質の高い医療提供を实践する」であります。</p> <p>今、既にあるインフラを有効に、そして最大限に活用し、一般会計の負担にならないような経営を行うことで、市民が望むサービスに少しでも多く投資ができるよう研鑽していきたいと考えています。</p> <p>以上であります。私の「公立病院経営強化プラン」策定にあたる考え方についてご説明させていただきました。委員の皆様からのご意見等もお伺いさせていただき、この中に組込ませていただきたいと考えておりますので、忌憚のないご意見を頂戴することを強く望んでおります。どうぞ宜しくお願いします。</p>
佐久間委員長	<p>ありがとうございます。この資料3の経営強化プラン骨子を今から具体的に記載されてきたということになると思いますが、中西さんからご説明がございましたように名張市立病院から地域包括ケア病棟を41床導入されているということで、ちょうどコロナの初め頃でご苦労があったのではないかと思います。</p>
中西理事	<p>はい、コロナの時期と重なりました。</p>
佐久間委員長	<p>昨日、大学で津地区の代表的な病院の勉強会があったのですが、三重県というのは、地域包括ケア病棟が日本で少ないなかで、いち早く導入されたということで、機能の向上と同時に収益の向上ということをももちろん考えて導入されたのですが、資料からですと病床稼働率が75%で、院内転棟も非常に少ないと。自宅から入院という形が多くて、この地域包括ケア病棟の状況というのはいかがなものでしょうか。</p>
中西理事	<p>昨年までの経緯になりますが、やはりコロナ対応というものが一番メインになってしまいました関係上、残された159床のなかで最大のコロナ対応をしていかないといけないということもありましたので、一般急性期の患者さんを一般病棟のほうに収容するということが非常に困難な状況になりました関係上、サブアキュート機能を積極的に導入して地域包括ケア病棟にある程度医</p>

	<p>療資源の投入量の少ないといいますが、そこまで治療の濃くない患者さんを収容させていただくという運用をせざるを得なかったため、地域包括ケア病棟の機能であるポストアキュート機能がなかなか動かなかったというようなどころもありましたし、またコロナが広まったということで、一般市民の方々もコロナに罹患される方もお見えになられるわけですが、当然ながら我々従事者もコロナに罹患する確率も高いわけでごさいます、濃厚接触や自宅待機による職員の配置数減少というところも重なりまして、一般急性期病棟や地域包括ケア病棟の全体の病床稼働率も低迷してしまったということは、この数字に表れているのかなと思います。</p>
佐久間委員長	<p>わかりました。コロナでなかなか本来の機能というか、これはどこでもそうかと思いますが、想定したようにはなかなか難しかったのだらうと思います。名張伊賀地域では、上野総合市民病院も地域包括ケア病棟がありますので、その二つが地域連携ということですね。これも今後考えていくうえで大変重要な点だと思います。ありがとうございます。</p> <p>あと、私からばかり質問してあれですけれども、この働き方改革でこちらの病院の場合、宿日直許可とB水準、C水準の状況はどのような状況でしょうか。</p>
辻川室長	<p>宿日直許可は労働基準監督署に申請する予定でございます。医師の働き方改革はA水準を予定しております。</p>
佐久間委員長	<p>ありがとうございます。私、在り方検討委員会の方にも、竹田（寛）委員長とともに出席させていただきましたが、やはり救急を小児も含めてやっておられて、循環器と脳神経外科の領域の救急医療をやっておられるというのは、相当大変なことだろうということを、この在り方委員会の中で感じたところです。</p> <p>ですから、名張市の経営強化プランを市民というか地域に発信するときに、私が名張市民じゃないから知らないだけで、当然名張市民の皆さんは知っておられるかもしれないですが、急性期については（名張市立病院は）かなり頑張っているということをK P I 等に出されたらいいのではと思いました。</p> <p>例えば、昨日の大学の中勢地区の勉強会でも、令和3年度の救急車、搬送入院件数を中勢伊賀地区で見ると名張市立病院は1位なのですね。だから、採算性の一般的に低いと言われている、この救急車の搬送入院ということ、中勢伊賀地区のトップで取り組まれているという非常に目立った活動もあるのではないかなと思いますので、そういうものを下げずに、経営改革もしていく必要があるということで、ぜひ、良い結果を残しておられるところをK P I として設定されて、それが維持できるようにということも、大きなアピール点になるかなと。</p> <p>私からの感想というか気がついた点は、つつい経営改革で赤字のですね、経常収支比率と市の会計からの補填分の金額っていうところに目が行きますが、パフォーマンスというか（急性期の取り組み）の発信をしていくことが、市民の皆さんのご理解を得るためのアピールがちょっと全体的に不足しているのかなという印象はしています。相当頑張っておられると私は思っています。</p>
中西理事	<p>情報の伝達っていう部分につきましても本プランにおいて、これまで「伝える」というようなスタイルでやっていたかと思いますが、「伝える」から「伝わる」に変化をさせていきたいな</p>

という風にも考えてございまして、ちょうど3年前ぐらいから、医療情報を広く市民の方々に知っていただくための取り組みとして、地元のケーブルテレビとタッグを組んで医療情報番組を導入したりであるとか、LINEを用いて地域住民の方々に病院の情報を知っていただくとか、あらゆるツールを用いながら行ってはいるのですが、これまでの意識的には、「伝える」というようなところに着眼してきていたのかなっていうところが反省点ではありますので、今回のプラン以降、「伝わる」というような感じに変化をさせていきたいと考えてございまして、当然ながら委員長おっしゃるようにKGIっていうものがベースにあるものの、KPIっていうものは、それを根拠づける重要な要素として位置付けられていると考えおりますので、そういった部分についても、病院情報の公開っていうものが、ホームページではされておりますけれども、それを市民の方々にわかっていただけるような伝え方っていうようなものを、今後取り組んでいかなければならないのかなと考えてございます。

佐久間委員長

あとは同時に、千葉大学の井上先生から中勢伊賀地区とか三重県の状況をちょっと教えていただいたのですが、退院患者の年齢構成、三重県内で見ると一番悪いのは尾鷲総合病院が圧倒的に悪いです。次が県立志摩病院で、その次は上野市民、岡波総合、名張市立と3病院が続いています。高齢化で90歳台が増えて、80代後半も増えているということで、昨日の井上先生がおっしゃっていたのは、ある程度高齢化率が高くなるとですね、地域医療構想で予測されたよりも、必要な病床が実はずっと少なくなるという現象が起こると。

ということで、やはり尾鷲が先に来るとは思いますが、こちらの地域の急性期病床の必要数、実はもっと病床稼働率が低いという状況が予測されるということも事実で、10年先を見ると、今までのやり方をやっていると病床が埋まらないということも起こるといことです。

ですので、そういう意味で今までの市立病院の形態だけでやっていると、限界が来るのは確実であると思います。ですから、そういう痛みを伴うことと、名張市立病院がかなり他と比べても頑張っていることが分かるような、透明性を持ってやらないといけないのかなと感じますね。

中西理事

当院に入院されている患者さんの大半が65歳以上の方々に占められておまして、当然ながら高齢者になればなるほど、この地域に多いと言われております老人単独世帯や老老世帯というような、社会的な問題等もあるわけではございますけれども、そういった方々が、無事に自宅に退院して通常の生活ができるまでゆっくり療養できるような病床機能が必要だったという経緯の中で、地域包括ケア病棟の導入がなされたわけですが、そこにおきましても、やはりその60日という縛りがございまして、60日までに何とか自宅に退院いただく必要であるとか、施設に入所いただくであるとかというようなことをしなければならぬ側面を我々は持っている訳で、地域に老健施設の病床数というものが、伊賀市と比較しますと若干少ない傾向にあるのかなということもありまして、長く滞在される方もおられて、森岡先生とも名張版の地域包括ケアシステムの中の会議と一緒に参加させていただいていたわけですが、やはり地域にはいろんな問題を抱えておられる市民の方々がたくさんおられ、そういった方々で病院にかかれぬ方もなかには見られるなど。そのような現状もある中で、広くこの門を開き受け入れるという体制を、地域の医師会の先生方とともに作り上げていくというのが非常に必要なのかなと。また我々がアウトプットした場合に、地域の先生方と協力をしてその方々を見守るような、そういったシステム構築が今後、本市に求められる地域包括ケアシステムなのかなと、いうふうには考

	<p>えておりますので、またそういった関係性におきましては、地域の先生方と一緒に考えていかねばならない課題なのかなというふうに考えております。</p> <p>もう1点はですね。これも在り方委員会で何度も言ったことですが、経営の改善、経営強化という観点では、医療圏から外に出て診療を受けている人をこの医療圏内で完結できるような、もうちょっとですね安心できる体制ということで、二次医療圏内のがん患者さんの医療圏外への流出っていうのが、非常に経営上のマイナスになっていると。循環器や脳外についてはかなりカバーできていると思うのですが、やはりがん患者さんが（圏外に）出ている。</p> <p>その化学療法とか薬代は、ここの二次医療圏以外で今どんどん入院収入になっているわけですね。</p> <p>これをやはり、医療圏の中で化学療法を含めた治療を行うということは、結構、病院収入の額という意味では大事ではないかと思うので、そのあたりは在り方委員会の時に言いましたけれども、三重大学のがんセンター、圏域のがんセンターとしての機能で、こちらをサテライトとして、やっぱり質も担保しながら、特に高齢者の方が安心して治療を受けられるような体制にすると流出を止められるのではないかなと。</p> <p>でもその場合は、腫瘍内科医とか抗がん剤の治療に得意な内科医を呼ばないと無理だと思います。誰でもできるものではありませんので。そういう意味で、そういう方に来ていただけるような体制ですね。医者がいなくなると、これももう本当デフレスパイラルになってくると竹田（寛）先生がよく言っていましたけれども、その求められる医師の構成というのもやっぱり変わってくるのですね。そのあたりは大学病院も協力させていただきますので、ぜひ、そういう変化しつつある状況で大学病院と一緒にやっていただくというのも大事じゃないかと思います。</p> <p>このがん患者に関してはどうですか。経営改善上、何とかしたほうがいいと思いますが。</p>
<p>中西理事</p>	<p>そうですね。やはりがんを取り扱う診療科で一番大きいパイが消化器系になろうかと思えますけれども、当院の消化器系のドクターの数自体が合わせて5名という、非常に少数でやっているところがございまして。そこを強化していく必要性はあるのかなと思うところですが、伊賀地域全体を見渡しますと、基幹3病院の中でも重複している診療科や診療機能というのがありますし、三重県全域を考えた場合、県内の医療機関のほとんどが三重大学からの医師の派遣で何とか賄っているというような状況もあります。三重大学の医師数にも限りがあると考えておりますので、その辺については、お隣の奈良県や大阪の方に足を伸ばしながら医師を確保していくのか。それとも、あまり裾野を広げずに、委員長が言われたような形でサテライト化というか、繋ぐ医療というところに展開を舵切りしていくのかということも、大きな課題と考えております。</p> <p>先ほど循環器についてお話いただきましたが、院長診療科ということもありますので、院長の指揮のもとで非常に頑張っているということがありますし、そこはもっと伸ばしていくべきところなのかなと考えております。心臓というのは1分1秒を争うような臓器でございしますので、そこに対しては、どんどんドクターを院長のお力で呼んでいただければなというふうに期待をさせていただいているところでございます。</p>
<p>佐久間委員長</p>	<p>例えば総合診療ですね。こちらも総合診療の先生が多かったわけですが、なかなか家庭</p>

	<p>医、総合診療医というのは難しく、全国的に魅力的な病院にさせていただく必要はあると思います。</p> <p>一方ですね。腫瘍内科で化学療法を担当している方が、奈良とか大阪圏からこちらへ来てもらえるかというのも、ちょっと違うかなというのがあって、必ずしも常勤でなくていいと思います。外来化学療法とか入院の管理にしても、常勤がやる必要性っていうのがどこまであるかなと。</p> <p>ですから、例えば乳腺外科なら乳腺外科の腫瘍内科、それぞれ臓器別にやっぱり得意な人が違うと思いますね。呼吸器内科も松阪市民病院から来られて、強化されているということもあると思います。二次救急以上を担当している病院で、常勤でバリバリ働いているケースですが、この病院の中に取り込める領域っていうのがあるのだろうという風に思います。</p>
中西理事	<p>その腫瘍内科の非常勤の先生に来ていただいたとして、外来化学療法を実施して、ご自宅に帰られてから、副作用の方が強く出てきたという場合、救急で診察という形になるのかなと思います。その際、そういった知識をあまり持っていない先生が対応されるのはどうなのでしょう。</p>
佐久間委員長	<p>それはもちろんですね。三重大学総合がんセンターのランチとしてサポートする必要があります。そうでないと、化学療法をやる時にその人がずっといないといけなくなります。</p>
中西理事	<p>そうですね。</p>
佐久間委員長	<p>あとは薬剤師も非常に大事になってくる訳ですね、薬剤師抜きで化学療法はできませんし、看護師さんも。タスクシフトがもう起こっていますので、そういう意味ではセンターとランチという関係にして、そこにDXを使うと。それと薬剤師、看護師さんへのタスクシフトをしっかりと行って、三重大学のがんセンターでサポートする必要があります。</p> <p>消化器外科医はもっと減っていきますので、今後、外科医に腫瘍内科の機能を頼むっていうのもどんどん難しくなってきます。</p> <p>我々大学病院側でサポートさせていただくとすると、脳外、心臓、小児はしっかりされていますので、問題となっている医療圏外への流出ですね。</p> <p>あと、岡波さんが稼働したという状況の中で、流れが実際どうなっているのかと。そのあたりが去年と違う点かなと思いますけれども。</p> <p>そんな中で、伊賀の基幹3病院との役割分担と連携体制っていうのも、名張以外、医療圏以外に流出するのを共同で止めるっていう発想でされた方が良くと思いますね。</p> <p>森岡先生いかがでしょうか。</p>
森岡副委員長	<p>僕の方から、結構がん患者さんをご紹介させていただくことがありまして、市立病院の外科の先生から、特に山村先生が「送って、送って」って言っていただいていますね。僕らも送る側として、どこまでの癌だったらお願いできるのかなって思うことがあります。例えば、最近すい臓癌の患者を山村先生にお願いするケースが多いですけど、大学病院に送ってもらおうようだったらいいと思うし、市立病院で何とかできるものなら、やっぱり近いですし、僕らも患者さんをお送りしやすい。</p> <p>最近、市立病院でCT撮ってくださいと言うと、皆さんすんなり来ていただいています。</p>

	<p>だから僕らとしては、市立病院ではどの辺ぐらいまでできるのかなと。これは無理だろうと思ったら、三重大学さんへ送っていただけたらいいと思うのです。</p> <p>例えば、血液がんとかになってくると、ちょっと市立病院では難しいのかなと思って、岡波病院の血液内科に紹介させてもらったりしています。</p> <p>消化器がん、あと肺がんは結構三重中央病院さんに送らせてもらっています。こういうのだったら送ってオッケーという、アピールみたいなことをしていただけるといいかなと。</p>
中西理事	<p>そうですね。地域の先生方のところへの直接訪問を、課題として3年前から掲げているわけですが、コロナがありまして、先生方のところにもちょっと行けなかったような状況もありました。一応、システム的には平時になったというような状況にありますので、冒頭に委員長が言われた「伝えるところに伝わるような伝え方」という形で、先生方のところにご訪問させていただき、当院のできるパフォーマンスの幅ってところを共有させていただくということも、していかなければならないのかなというふうには考えています。一旦、当院を経由していただければ、的確なところへご紹介をさせていただき、症状が安定した時に当院の方にまた戻ってきていただいて、一定の治療を終え、予後の経過観察を地域の先生方にさせていただくというような流れを、今後きっちりと作っていかないとならないのかなとふうに考えます。</p>
森岡副委員長	<p>この地区の方って結構、天理よろず病院とかブランド力のある病院に行かれる方が多いですけど、最近あまり遠方に紹介することがなくなったなっていう感じはあります。こちらでしっかり見ていただけるという安心感があります。</p>
中西理事	<p>ちょっとお伺いしたいのは、三重県自体はこれまで地域完結型・病院完結型っていうような提唱をしていた訳ですが、昨今、県が発しているところとしましては、三重県民は県内完結型医療を目指すということを言われています。</p> <p>ただ、土地柄かもわかりませんが、先ほど森岡副委員長が言われたような形で、ちょっと関西方面の方のブランド化っていうようなところで、そちらを希望される方が多くお見えになられるというようなことを耳にしたことがあります。最終的には患者の選択によるものになるかなと思いますが、住民志向としては、やはり関西のブランドを志向される傾向にあるのでしょうか。</p>
森岡副委員長	<p>娘が大阪にいるとかね。もともと奈良にいたとかですね、大阪のがんセンターありますよね。がんセンターを希望される方は、だいたい息子、娘が大阪にいます。だから、自分の知っている近くの病院ということで、がんセンターに行かれるケースが多いです。今、大阪まで行く方は、ご家族が大阪にいらっしゃる方という印象がありますね。</p> <p>だいたい行かれるのは、大阪がんセンターか大阪日赤。あとは奈良医大。それくらいですかね。やっぱりこの辺の人って関西から移住してきた方が多いので、こちらからさらに東の方、三重中央とかあっちの方向へは、なかなか目が行きにくい。そういった面はあります。</p>
中西理事	<p>以前の在り方検討委員会で、竹田委員長が桑名医療センターを独法化したことによって、愛知県への流出が一定減少してきたというお話も、ご自分の体験としていろいろご説明も受けたのですが、桑名医療センターがその患者流出、県外、愛知県への流出をある程度抑制できたっ</p>

	<p>ていうのは、何がきっかけでそこが止まったのでしょうか。ご存知であれば教えていただきたいです。</p>
佐久間委員長	<p>流出を止められたというか、救急車の流出率を言っているのですね。まず、一番大きかったのは、救急車の受け入れで県境を越えるという事例ですね。それが非常にわかりやすい流出ということだった。そういう意味では、旧山本総合病院と、旧桑名市民病院が平田循環器病院と一緒に大きくなって大きな病院ができた。それと医師数が非常に増えたということで、救急車の流出が相当下がったということが大きいと思います。がん患者さんが桑名市からどれだけ流出していたのか。それがどう減ったかというデータは恐らくないと思います。主に救急医療の話だと思います。</p>
中西理事	<p>ただ、実質的に流出が減っていると思うのは、桑名市総合医療センターの放射線治療。常勤ではなく（非常勤で）行っているのですが、事前の想定よりも、がんの放射線治療件数が今伸びています。ですから、現実的に名古屋の病院に行かずに、桑名市内でがんの治療が完結しているという風に言えますね。</p>
佐久間委員長	<p>当院とは条件が違うというわけですね。</p> <p>三重県は、北勢の放射線治療が非常に弱いので、どうしても名古屋へ行くのですが、名古屋が強いわけでもないという状況になってきてしまっています。がんセンターに行っても満足できるかというと、結構大変らしいですね。</p> <p>ただ、我々の印象からいうと関西はそれなりに強いです。放射線治療という観点で見ると名古屋より強いですね。ですので、特に大阪や関西に勤務されていた高齢の方も多いわけですから、別に何としても県内でという必要はないと思いますが、近くの病院できちっと標準的な治療が受けられるということであればそちらを選ぶ。それが難しいということは、やっぱり問題になっていると思います。</p> <p>伝統的に、三重大学からこちらにというと、第2外科の消化器外科の医師が上野や岡波でもやられることが多いですから、消化器については名張だけで完結してきたという歴史がありますね。それ以外が全部、奈良大阪に行くというのが出来上がってきたのですね。ただ。高齢化も進んでいる中で、入院外来の化学療法等で通院するというのは相当大変ではないかと思えますね。天理まで通院するとかですね。</p> <p>ですので、非常に難易度の高い特殊なものは除いて、一般的な癌、標準的な癌治療については、こちらで部位にかかわらず受けると。今ですと、消化器は何とかなるという感じがあると思いますが、例えば、乳癌とか血液の癌というと、途端に困ることになる。</p> <p>池田病院長が総合がんセンター構想というのを立ち上げて、主なブランチとして想定しているのは桑名と名張ですね。名張にブランチを立ち上げて、診療科ごとに医師派遣を依頼するのではなくて、三重大学の総合がんセンターのブランチに三重大学として派遣してくださいということで、例えば婦人科がんもする。血液がんに関しては岡波に第2内科が行っていますから、岡波に直接というのが私はいいと思いますが、その他の色々な癌がありますから、そういうものはがんセンターのブランチで受けると、そのような形で三重大学としては協力できるかなということを考えています。</p>



森岡副委員長	<p>結構、うちの患者さんでも、こちらで抗がん剤を受けながら僕のところで血圧を見ているという方が何人かいらっしゃって、もともと糖尿病で見えて、こちらにお送りさせてもらって、そのまま転診しています。その方が大阪や天理へ行くとなると、やっぱり通院だけでも高齢者だけに大変になってくる。市内だったらまだタクシーでも行くことができますし。今、すい臓がんの患者さんで一旦お腹開けたけど、こりゃ駄目だってそのまま閉じた人がいます。この人、抗がん剤打って2年になるのですが、2年間こちらにも通院していただけたらって思います。</p> <p>やっぱり通院がしやすいですよ。2週間に1回とか1カ月に1回とかで。こっちに来てちょっと調子悪そうですって、また僕の方からそういう連絡をしたりして、結果的にははすごく患者さんには良いのかなって思います。それこそがんセンターとかは予約じゃないから、私もその主治医までたどり着けないですよ。</p> <p>でも市立病院でしたら、ちょっと先生お願いできますか、みたいな感じで気軽に話できますので、結果的にはやっぱり経過を見てくれれば良いかなと。難しい大きな手術になったら、三重大大学さんとかにお願いしなきゃいけないかもしれないけど、結果的には、患者さんにとって利便性もいいので、先ほど先生おっしゃったように、例えばここでできない手術とかは大学の先生が来ていただいて、そのあと継続してこちらの現場の先生が見ていただくのがいいと思いますけど。</p>
佐久間委員長	<p>CT、MRの撮影自体については、別に天理でやる必要ないわけですよ。こちらの市内のリソース使って、同じ画質のものを取れるわけで、向こうの方がもの凄いものを入れているわけではないですから。そういう実質的な流出をこちらで取り込むっていうことが大事です。</p> <p>あともう一つ大事なのは、こちらが癌の専門というよりは循環器とか、脳神経外科が強いとか、そういう特色はがん診療でもすごく強くて、がんと循環器、がんと脳神経というような診療ができないと、高齢者が増加した中でうまく管理できないわけですね。</p> <p>ですので、全国的にがんセンターでは完結できないよねと。循環器や他の科がないと完結できないよねっていう声が多くて、がん診療については、がんに特化した先生がいるところが必ずしも強くないっていう状況です。ですから、こちらは逆に消化器以外の癌をやっている先生を、三重大大学の総合がんセンターですね、こちらにランチ作って派遣すると。そういうふうに分業体制ができると、医療DXでやるというのも意味が出てくるわけですね。</p> <p>例えば、相談しようと思ったら、大学の医師がぱっと画面見たら様子わかるとかですね。それと、外来化学療法をどんどんやっていくと、タスクシフトが進んで、薬剤師、看護師の役割がどんどん大きくなってきます。そういう意味でも、こちらの病院の組織と薬剤師の業務が、もっと広がるのが絶対に必要です。</p> <p>そういう意味でもやっぱり、職員の体制とかも、今までの市立病院の固定した人の回りではなかなかうまくいかない。例えば大学病院の放射線も薬剤師も過去10年間でほぼ2倍です。看護師はそんなに増えていません。MEとかはもう2倍どころか3倍ぐらい、やってらっしゃいますね。</p>
中西理事	<p>伊賀地域になってきますと、特に今困っているのが薬剤師です。薬剤師を募集すれども雇用に結びつかないような現状にあって、日薬連の方も以前に訴えていましたけども、臨床経験を積んでから調剤薬局に就職するようなラインを作りたいというような、形でおっしゃっていただいておりますものの、依然としてやはりその給与体系なのか何なのか、原因はよくわかりませんが、</p>

	<p>調剤薬局の方に流出していると。で、こういった臨床現場の方に薬剤師のリクルートに結びつかないような現状があるわけですが、その辺りについては、今後やはりプランを策定するにあたって、やはり従事者の確保っていうものも非常にタスクになってきますので、何かご意見を頂戴できれば非常に助かるのですが。</p>
佐久間委員長	<p>薬剤師がどうして集められているか。そこは難しいですね。大学の場合はかなり技量がつくとか、研究面も含めてある程度高度なことが習得できるっていうので集まっているということがありますが、昔はそんなに募集なかったのですが、いったん集まり始めるとレジデントから、もう継続的にどんどん取るようになって、どこの病棟でも常に2人働いているという状況です。</p> <p>電子カルテで全部見ているわけですね。処方の確認とか。ですから、高度なものを習得できるっていう感じが、我々の持っている薬剤師の概念とですね。仕事の幅も変わっていますので。</p> <p>そういうことができる職場というのと、旧来型の薬剤師の働いている場所っていうのと、そこら辺のイメージで相当変わるのですが、調剤薬局に皆行くっていうことではなくなってきています。</p>
森岡副委員長	<p>そんなに薬剤師さんが足りないのですか。</p>
中西理事	<p>足りないと言いますか、例えば、病棟薬剤師の配置加算を施設基準で取ろうとした場合に、各病棟に専属の薬剤師を配置しないといけないのですが、その要件を満たすかっていうとそれに満たない人数でして。</p>
森岡副委員長	<p>募集をかけてもいらっしやらない。</p>
中西理事	<p>そうです。</p>
佐久間委員長	<p>病棟に行ってやっていきなさいって言われると心配。結構大変で心細いっていうかですね。若い薬剤師さんにしてみると辛いと思うのですが、ある閾値を超えると大丈夫みたいな感じですね。閾値を超えないと、あれもやって、これもやって、なんでこれやらんの？って。今、看護師さんがやっていることを全部やってくれと、すごく大変な状況に追い込まれるわけですよ。病棟の調剤をやり始めると。だから、やりたくないっていう人が多いっていう。</p> <p>病棟の加算を取るために行つてと言っても、あとは看護師さんと師長さんと話してって言ってもなかなかうまくいかない。なので、それなりの薬剤部の強さというのが必要になってくる。</p>
中西理事	<p>そうですね。薬局長ともいろいろ話をする中で、専門薬剤師もどんどん輩出していただきたいと。それによって、先ほど先生がおっしゃられたような形で外来化学療法の専属の専任の薬剤師であったりとか、他にもいろんな感染症であったりとかいろんな分野に特化できる薬剤師がたくさんありますし、それに紐づく診療報酬というのはたくさんあるわけでございまして、</p> <p>そういった人材を輩出していくっていうのは、地域の貴重な財産にもなりますので、そこに向けて昨年度、薬局長と一緒に薬科大学を結構回ったのですが、雇用につながらなかったの。看護師の確保についても、看護部長と当時結構何か所も回らせていただいて、何とか四日市か</p>

佐久間委員長	<p>ら1人ご紹介いただいて、就職につなげられたのがありますけども。 今、薬剤師さん何人ぐらいですか。</p>
中西理事	7人です。
佐久間委員長	<p>ですので、倍増とか20人とか、そういう話になってくるのですね。そういうタスクシフトするみたいな。病棟とか外来化学療法やりだしたら15人はいるのではないかと。</p>
中西理事	うちの化学療法室のベッド5つしかありませんので、そこまでは必要ないのかなと思います。
佐久間委員長	<p>それもありますよね。我々から見るとそんなにいるの？みたいな状況がずっと続いています。ですから、薬剤師、卒後教育という意味では、大学とかと連携するとかですね、職種ごとですね。MEの方とかも大学で時々大学院週1回切ってとか、薬剤師の方もそういう習得、専門技術を身につけるといふか、そういうパスを考えてやらないと駄目ですね。看護師さんでそういうことが多いと思いますから。</p> <p>これ、私がというより池田院長が2030年プランでランチを2つ稼働させる。ここが1つですけど、もうKPIに書いてあります。我々としては確実にやります。そうすると、ランチセンターということになれば、薬剤師の連携とか、看護師さんの連携ってやりますので、やっぱりそういう形で評価していくのが良いと思います。</p>
藤井院長	<p>1つよろしいですか。やっぱり人材確保当院で苦しんでいるところで、医師に関しては地域枠の医師を利用していただいて、県と大学で調整して各診療科から定期的に送っていただいて、かなり数は増えてきています。</p> <p>初めに地域包括ケア病棟のお話ありましたが、コロナ禍の時はかなりやっぱりコロナのこともあったので41床のうち25床しか使えてなかった。コロナが終わって、これからちょっとこっちも頑張っていこうということですが、看護師が全然足りなくて。今、41床ですけど、35でしか回せてないです。一般急性期に関しても7対1を保っていこうとすると、75%しか回せない。そこが一番つらいところで看護師確保に関してちょっと何か良いアイデアをいただければ。</p>
佐久間委員長	<p>それは三重大学から来ている人間に聞いても、良い答えがないということは、良くご存知じゃないかと。基本的に三重大学もあんまり上手く手を打てていなくて、修学資金とか出して今年8+80ということですが、辞めていきますので確保については何とも言えない。</p> <p>ただ、最近、院長と看護部長が言っているのは、やっぱり夜勤の病棟に行ったら疲れて、すぐに訪問看護の方で求人があると相当抜けていくっていうのが、三重大学病院よりもむしろ、他の400床とかのところでも起こっているって話は聞きますので、そちらにニーズが高いので、引き抜きにあっているということではないかなと思います。</p>
藤井院長	看護専門学校は持っていますので、そこから何人かは入ってくるのですけども。

佐久間委員長	<p>三重大も附属看護大学があって入ってはくるのですが。</p> <p>ですので、参考になるか分かりませんが、池田病院長が言っているのは、もう大学病院で訪問看護ステーションやっってはどうかって言っていますけどね。大胆かもしれませんが、いろんな看護師さんのニーズに合わせて、受入方法を考えたらどうかなって感じですかね。</p>
藤井院長	<p>コロナが原因で疲れて辞めていった方も結構います。</p>
高木委員	<p>私、今娘が2人、子どもは3人いるのですが、娘が2人とも看護師になろうとしていて、1人は自衛隊の看護官とかで災害看護がやりたい。もう1人の方も災害看護がやれるということで福井にと言うのですが、やっぱりそういう特長がある。何をしたいっていう思いを持って看護師になりたい子がものすごく増えてきていると思います。</p> <p>なので、やっぱりこれができますよって何かを前面に出して行って、看護師にも周知していかないと、なかなか普通の、普通というのも変ですが、看護師を募集しますじゃなくて、何かに特化したものがここでは勉強できますよというものが、あったほうがいいのかなと思います。</p>
裏南看護部長	<p>参考にさせていただきます。</p>
杉本委員	<p>ちょっと稚拙な質問を2点ほどさせていただきたいと思います。</p> <p>一つは、資料ナンバー1のこのガイドラインのところで、もう事務局の方から説明をいただきましたけれども、デジタル化とかを含めて行って、職員さんの働き方改革っていうような話もありました。そういうことを検討するとなると一定の投資がいるのかな。ただ投資をしないと、動かないと改革もできないのかなと思います。</p> <p>私、現在、社会福祉協議会で総合福祉センターの管理を市の方から受けていますけれども、病院の建物が平成8～9年にできて、私どもは平成8年ですから、1つお兄さんになります。</p> <p>いかんせんその設備が大分古くなってしまっていて、ここ4～5年の間に、空調であるとか照明とか配管等々が、修繕をしなければならぬ状況です。私どもは管理ですので、最終的には大家さんである市の方に直してもらわないとできないということで、この辺は順調には進められていて、改修してきています。</p> <p>この建物も一定の期間が経っておりますから、そういう設備的なもの、経営に関してはやっぱり一緒のことなのかと思いますので、そういう設備の修繕等、トータルにかかる部分について計画を立てておられるのかなと。</p> <p>この建物が建ったときに、一定の起債をされて一般財源の投入もだいぶ行ったと聞かせてもらっています。大分年数が経ちますから、そのものとしては大分少なくなったのかなという話も聞かせてもらっています。そんなところで、またそういう設備投資をすることによって、一般会計の方での負担を強いるのか、それとも病院の中でやっていくのかっていうことが、質問の1つです。</p> <p>もう1点は、この説明をしていただいた資料の30ページのところで、その赤字で囲まれた問題の中で、病院の病床数の整合性を図るということを進めるということでご説明をいただいたと思いますけれども、次のページでは、その分の建て替え行為についての予定はしていないというような、これは在り方検討委員会の答申の中にもされているのかなと思いますけども、資料2の</p>

	<p>ロードマップを見せていただきますと、本日集まって、次の7月6日、2回目がもう素案という形になります。そうすると、今の方針を示していただいたことについて、事務局の方で、次の会議の時には素案が出されるのかなと思います。私は専門的なことは分かりませんから、在り方検討委員会の方針の是非は言えるものではないのですが。</p> <p>そうなってくると、次回の会議の時には、この今回の骨子に、この在り方検討委員会の答申が含まれたものが示されて、協議をさせていただく話になるのか、その辺りちょっと確認をさせていただきたいと思います。</p>
吉岡主任	<p>先に在り方委員会の答申と、次の素案の話に回答させていただきますけれども、この骨子に対しては、これがこのプランの目次になるようなものと思っていただければ結構かなと思ひまして、これに対して肉付けをしていくこととなりますが、その中で、在り方検討委員会の答申をそのまま使うというわけではなくて、それはあくまで一部であって、本プランの中でやる中で、この答申と整合性が図れるような記述っていうのをしていくことで反映していく。そういうような作りをしていきたいなっていう風に思っています。</p> <p>例えばその連携強化の部分や、経営形態のところもそうですけども、そういったところは答申の方にいくつかですね記述がありますが、働き方改革の部分という、働きやすい環境にするという内容ですので、実際の肉付けをこれから考えなきゃいけないと思っています。</p> <p>それから施設の修繕の部分ですね。現状はですね。建設起債の償還がまだ終了していない段階ですので、新たな大規模投資っていうのは現状考えてないところで、古くなったところとか具合が悪くなったところは、都度修繕して対応しているところです。やはり老朽化している部分もあると思いますので、そういう話を聞くことが多くなっているなという感じはしています。</p>
桑山室長	<p>ちょっと補足をさせていただきたいと思います。まず1点目。経営強化プランの素案の部分ですけれども、次回までに、修正医業収支比率といった大きな目標を設定して、その上で、それを実現するために、それぞれの各診療科において、部門においてどういった目標を積み上げればよいのかといったことを、膝を詰めて話し合いをしながら決めて参りたいなと思っております。それをもって、素案という風な形に仕上げていきたいなと思っております。</p> <p>2点目としまして、いろんな投資というお話が出ましたけれども、これにつきましては、先ほどもちょっとお話申し上げた通り、まだ全ての償還が終わっていませんので、これから例えば大型の設備、或いは大型の機器っていうものにつきましては、いろんな病院経営との兼ね合いもありながらですね、考えて参りたいなと思っております。やはりまずは修繕、患者様のアンケートの中でもですね、どうしても古いといったことの不満っていうか、満足できない部分っていうのが出てきておりますので、そういったところにつきましては、優先して対応していく必要あるかなというふうに考えてございます。以上です。</p>
杉本委員	<p>はい。ありがとうございます。</p>
佐久間委員長	<p>私もその所。設備の更新、医療機器とか設備の更新に売り上げの何%ぐらいかけておられるかなあというのは、お話を伺っていて大変気になっていたのですが、例えば大学病院の場合ですと、今、診療報酬の収入が270億とか80億ぐらいで、償還、建物と医療機器の借金の返済が大</p>

<p>中西理事</p>	<p>体 17 億とかぐらいで推移していますね。ですから 8%を超える償還が相当低い水準まで落ちてきたということですが、私がちょっと思うのは、建物の償還や借金を返し終わってから更新を考えるというのは、何かちょっとおかしいのではと思います。市役所を建てて返し終わったから改修しようかという発想、医療機関に合わない発想があるように思うのですが、いかがですかね。</p> <p>事業運営の方針として、舵切りをしないといけないという風に私もそこは考えておまして、先ほど委員長おっしゃられたような形で、がん診療にも力を今後注いでいくと言っている。ということであるならば、先ほど申し上げたように、ベッドが五つしかないよという中でニーズがもっと高いのであればそこを拡張する必要性もあるのかなと。</p> <p>そういうようなところもありますので、そこに対しては一定の投資は必要なのかなと思うわけですが、ただ投資をするだけでなく、そこに見合った生産性というものも、ちゃんと見据えた中で計画性を持った投資をやっていくと。効率性と経済性のバランスを保ちながら、今後投資をしていかねばならないのかなと考えておまして、この建物の償還につきましては、令和 8 年度をもって償還が終わるといようなこともありますので、負担としては以前よりは大幅軽減されてくるというような現状もありますので、今後どのような事業展開をしていくのか。さらにどこにどのような投資をしていき、職員のワークライフバランスを保てるのかとか。そういった部分に対しても投資をしていかねばならないのかなという考えでは私は思っております。</p>
<p>佐久間委員長</p>	<p>私がそこで心配するのは、三重大学附属病院も、昔はそういう市立病院に近い所だったのでね。そこが独法化で方針が変わったわけです。例えば、他の学部の教育関係の建物とかは、建てて 30 年ぐらい経って全部壊れてから、全部一気に新しいものにすることを繰り返しをやっているわけです。</p> <p>ただ、そういうパターンが続いていると、病院には向いていなくて。常に診療報酬が 2 年ごとに改定されますから、こうやって売り上げ、診療報酬を積み上げていく必要があるんで、次々変えていく必要があると。</p> <p>これですね、令和 8 年に返し終わるとい発想でいくと、令和 9 年とか 10 年に凄くいっぱい備品を揃えないといけないことになって、大変なことになりませんか。それが非常に心配だったのですが、大学病院はもう独立してある程度支出してきておりますから。それと財政投融资というのがありますので、借金もある程度直接できます。</p> <p>例えばですよ、無停電電源も、電池とか非常用発電とか、水とかですね、調理場の食洗機とか、これどうやって更新されていますか。更新してないのですか。</p>
<p>辻川室長</p>	<p>必要なものは更新しておまして、そんなに額が億単位とかにはなりませんので、数百万レベルのものになっておりますので。</p>
<p>佐久間委員長</p>	<p>大学は、もうどんどん 10 年目から更新していますけどね。</p>
<p>辻川室長</p>	<p>億単位のものにつきましては、行政のおかしな発想っていうことでございますけれども、起債の償還が終わる令和 8 年以降に。</p>

佐久間委員長	それまではしないと、
辻川室長	<p>そうしないと、現在約 8 億円の元利償還を抱えておりますので、その分の半分は一般会計に負担いただいておりますし、実際のところ、病院の医業収支が赤字ですので、その約半分につきましても最終的には一般会計に負担を強いてきた状態です。</p> <p>今はちょっとコロナの関係で、国から国庫補助がありましたので、一定留保資金ができていますところですが、コロナ以前はもう本当に自転車操業していた状態でしたので、やむを得なかったのかなというところがございます。</p> <p>起債の償還が終わりましたら、今まさにこれから、医療機器につきましても、院内の医療施設についても、院内の空調や消防設備につきましても、設備投資が必要な状況はこちらも把握しておりますので、計画的にやっていくことになると思います。</p>
佐久間委員長	計画的と言いますが、建ててから何年経っていますか。
辻川室長	間もなく約 30 年になります。
佐久間委員長	そうすると、先送りになっているものが一杯あるということですね。
辻川室長	そうですね。
佐久間委員長	令和 8 年度以降、費用がもの凄くかかりますよね。
栗山室長	令和 8 年という風に申し上げたのは、病院の開設当初の分がそこでまず終わるということです。その上で今やっているのは、いわゆる予防保全っていう形での更新っていう積極的なものではないのですけれども、背に腹は変えられない部分の修繕等について対応していると。
佐久間委員長	ちょっとびっくりしました。
吉岡副院長	一定の部分はしているのですよ。当然の話。どうしても無理というもの、もしくは医療機器に関して保守の期限が来てしまったっていうものに関しては、メーカーと話をしながら、まだもう少しね、保守できるというものをお願いしたりしますけれども、もう無理だっていうやつに関しては、基本的には入れ替えていくっていうことです。
佐久間委員長	例えば、それぞれ厨房の機器とか滅菌機とか、冷蔵庫や食洗機とかね。ありとあらゆるものね。
吉岡副院長	それはやっています。
佐久間委員長	そうですね。じゃないと大変なことになる。ですからそれ合わせて、だいたい大学病院の場合ですと、建物の分とは別に直すときに大体 10 億使っています。

吉岡副院長	<p>大きな買い物をした場合には、その分の起債をさせていただいて、その起債の部分については、繰入金という形で一定、入れてきていただいていますので、そういった形での回し方というのは、ご理解をいただいているところではあります。</p>
佐久間委員長	<p>ただその、繰入金という形をとるわけですよね。</p>
吉岡副院長	<p>そうです。大きいものは。</p>
佐久間委員長	<p>国立大学の場合は、どういうものをどういう予定でやるかというのは、直接病院側が決めていますから。</p>
吉岡副院長	<p>あと、色々な医療機器の購入に関しては、今まではいろんな先生方からご意見聞かせていただいた上で、どういう風にしようというのも、事務の方で考えてしていたところがありましたが、今は医療機器の検討委員会っていうのを開かせていただいて、それぞれの診療科目の先生方にお越しいただいた上で、どれを今回、今年は変えましょう、これを揃えましょうか、場合によってはこれが欲しいっていうことをプレゼンなんかもしていただいて診療科目の方のそういったものもお聞かせいただきながら、医療機器を、どれを買おうというのを決めていくっていうふうに、今はさせていただいているところです。</p> <p>ただ、これも幾らでもいけるっていうわけじゃなくて、1年間使える医療機器の購入費用っていうのは幾らだよというような枠を決めさせていただいて、それでしていると。その枠がなかなかちょっと大きく、もう少し大きくしたいところではあります。</p>
佐久間委員長	<p>そこで、これは大変だなと思ったのは、国立大学病院の場合は黒字か赤字かというのは、結構病院ごとに、年度ではっきり出るのですね。今年度は黒字でしたと。コロナはどことも黒字だったかと思いますが、普段の黒字赤字というのは結構あるわけですよ。赤字だったらモノ買えないわけですよ。</p> <p>だから、黒字の状態になったらみんなもモノも買えるし、何とかなるという状態で、普通の当たり前の感覚でやっているんで、比較的、各科が黒字にしないといけないよねっていうインセンティブが働くのです。</p> <p>でも、何となく、もう四六時中赤字だと。市からの補填がなされているというのでずっと働いていたら、これやる気出ませんよね。なかなかこれ大変だと思います。</p> <p>ですから、それぞれの部門でやっぱり収益がどうなのかをちゃんと出して、儲かっつる時には投資して患者さんのために新しくしていかないと。ということが難しいですよ。段々理解してきました。</p>
吉岡副院長	<p>そうですね。繰入金に関しましては一定の基準というのが示されてございますので、その基準に合わせさせていただいて、その中で、今日も来られていますが財政の方と調整をして、いくらという金額を決めると。先ほど言いましたように、どうしても不採算部門というのをいくつか担ってございますので、その分に対する補填というものも含めて、一定の計算式に基づいて幾らというのをお話させていただいた上で、うちの方に入れていただく金額というのを決めていくということですよ。</p>



佐久間委員長	<p>そうすると、各診療科の診療報酬は分かっているわけですよね。そのコスト、経費は計算できないと思いますけど。</p>
藤井院長	<p>昨年ぐらいから診療科の診療報酬だけ出しやすいように、経営会議でもそれを示すようにさせてはもらいました。</p>
佐久間委員長	<p>伊藤学長が病院長だった時代に、経費を含めて分析されたのですが、やっぱりそれは相当難しいので、ざっくりと何人勤務していて、診療報酬いくらで、薬代と医療材料とでいくらってことなら出ます。</p>
吉岡副院長	<p>そうですね。その全体の電気代であるとかってというのは、計算することとできませんからね。</p>
佐久間委員長	<p>やっぱり各診療科別の売り上げと費用の比率っていうのは、やっぱり出してやっていかんとやっていけないと思いますけどね。</p>
中西理事	<p>確かに委員長おっしゃられるように、私が3年前まで勤めていた団体では、当然ながらそういった作業がされるような形の仕組みを作っておりましたし、毎月のように私がその診療科の部長に成績表を持っていくと「どこどこの診療科に負けているやないか」って言って、患者集めると地域の開業医の先生方の所に自ら行ってというような雰囲気診療科ごとに持っていた。自分たちができるパフォーマンスっていうところも、地域の先生方との共有化を図りながら、また地域の現状というものもそこで把握をしてきていただきながら、我々と一緒に共有をして、先生この診療報酬がこれ高いけどこれ取れませんかというような話も、実際にできたというところがありましたね。</p>
佐久間委員長	<p>大学病院は病床稼働率もやめましたね。あんまり意味がないっていうので、DPCのⅡ期間超えが何割、Ⅲ期間超えが何人っていう比較だけにしているのですが、診療報酬に関しては、やっぱり新規入院患者数が一番直結するということがわかっていますので、週3回、新規入院患者数の各科別の達成率を大学病院でも出したのですね。ですから、大学病院っていうのは民間病院に近いかなと今日聞いて思いましたけど、それはもう避けられないと思います。</p>
中西理事	<p>そうですね。ただ、今後事業展開をしていく中においても、やはり一番広い間口って言われるところが内科系の診療科だと思うのですね。そこからどれだけの数の外科系の適用患者さんを院内において紹介ができるのかっていうところが、重要なファクターであるというふうに思うのですが、冒頭に委員長の方から、循環器内科と脳神経外科が頑張っているという評価をいただいたわけですけど、当院残念ながら脳神経内科については非常勤の先生に来ていただいているだけで、常勤医としていないわけですね。</p> <p>そうしますと、本来の神経内科で取り扱うべく、脳卒中の患者さんも、脳神経外科の先生3人体制の中で、手術もしながら薬物療法をしてというような形で、頑張っているという結果になるのですけれども。</p>

佐久間委員長 中西理事	それは大学の方でもそうですよ。 そうですか。
佐久間委員長	三重県はそうですよ。全然特殊じゃない。
中西理事	脳神経内科の常勤医をやはり配置した方がいいとかそういったところは。
佐久間委員長	いや、そういう思考の人が、なかなかいないのです。大学も一緒に。急性期を扱うのはやっぱり外科の先生です。
中西理事	確かに診療報酬でもやはり外科系の方がドクターフィーの点数が高いですし、一番病院経営にとって重要なファクターになるのがやっぱ外科系の医者がどれだけ、変な言い方しますと切るかっていうところなのかなっていう風に。思ったりするところがあるのですが。
佐久間委員長	外科系医を増やすという経営改革は難しいですよ。ただ、県内の資料を見ていると確か手術は少ない。
中西理事	すごく少ないです。特に全身麻酔手術が少ないです。麻酔科が常勤で二名ほどにもかかわらず全身麻酔件数が非常に少ないですから。
佐久間委員長	ただ、外科系の医師を、例えば単発外科も含めて拠点をふやすっていうのは、もうさらに絞っていく時代なので、そちらを目標に掲げると達成が非常に難しい。循環器内科の先生の血管内手術っていうのも、その材料費は安くなってくるけども、一定の外科系の性質持っていますので。それはそれで良いと思いますけど。外科を増やして手術件数を増やすのは相当難しいですよ。
時枝委員	市民目線で一言今日の印象を申し上げます。 私、地域の代表もしていますので、住民から病院はどんな風になるって、数年前からすごく心配の意見ばかりです。去年は在り方検討委員会で検討していますと。在り方検討委員会が済んだら、今度改革検討委員会でまた検討しますって。全然危機感がないように思います。 もう市民のレベルは超えていて、ガイドラインであるとか、在り方の意見もちゃんと出ていますから、もう事務局が先生のお話聞いてまとめてくれて、これがプランですと言って出して、その中で一番重要なこれに思い切って突っ込むと言って欲しいのに、この1年また検討していますって帰って住民に言えますか。本当に何かおかしい。住民は本当に市立病院が無くなるかもしれないと思って心配しているのに。去年検討して、また今年も検討している。もっと早くしてくださいよ。 私、この住民説明会に時間あったら行って言いますよ。だってそんな意見ばかり、みんな本当に心配して、去年1年間説明してきたのは、在り方委員会で一生懸命検討していますと、細かいところも全部検討していますと。で、今日見せていただいたら、もうすでに事務局の方で中身全部お解りじゃないですか。 あと先生のご意見を入れて、長期プランを早めに出して。今年のうちのこれに思い切って突っ

	<p>込みますというような打ち出し方をしてほしかったです。</p> <p>つまらん意見だったと思っていただいたら結構ですけど。返事は特にいりませんので。住民としては、もうちょっと早く進むようにして欲しいですね。ここに書いてある一歩ずつが実現できるかどうか。とても難しい。</p> <p>私は会社の経験しかないですけど、経営が何か検討していますと言ったら、そのうちに職員の優秀な奴がぱっと出ていきます。で、計画が出来たころには単純なやる人がいない。今、この病院って、こういうことになりかけていませんか。私、本当に心配です。そういうのが市民の病院に対する期待感です。一生懸命何とかしたいっていう思いだと思っていますので、よろしく願います。</p>
吉岡副院長	<p>少しだけいいですか。回答はいらないとのことですけども。ご意見ありがとうございます。この病院を何とか守るための方法をまさに検討しているところです。今のまま、しばらくは大丈夫かもしれませんが、この先どうなってくるかわからない。そのための方向性というものを、一生懸命、決めようとしている。それについては、住民の意見も聞かせていただいた上で、方向性というものを、最終的に決定するっていうタイミングがあるのかなと思っています。</p> <p>そういうことで今度5月の末に、在り方検討委員会の答申の説明会をさせていただくところでございまして、そこには市長も出席させていただいて聞かせていただきますので、その内容を、市民の想いを聞かせていただいて方向性を決めていく。これ、非常に大きな問題ですので、答申いただきました。はい、その通りにしますという訳にはやはりいかなくて、それに対してどういう風にお考えいただいているのかっていうのも聴かせていただいた上で、最終的に判断するという手続きを取ろうということになります。</p> <p>ですから、説明をさせていただいてやっていく。それが遅いじゃないか。そんなことやっていたら潰れてしまうのではないかと、言われていることもよく解っておりますが、きちんと意見を聞いた上で判断をしていくということは、どうしても必要という風に思うところです。</p>
佐久間委員長	<p>私からいいですか。今のご発言ね。私も賛成です。もう一回、在り方の問題を確認してみたいなことになっていきますけど、少なくとも、やはり経営がこのままで市民が大丈夫かと思っていて、それをちゃんと収支とってやっていかないといけない。そういうことじゃないですか。</p> <p>その時に、各部門のKPIとか、新入患者数とか、売り上げとか、まず普通の会社とか大学病院もそうですけど、その数値の実態、その経営の実態っていうのを先に調べようという気持ちになるのが普通です。それがものすごく遅い。新たなデータを開示するために、これだけの人が時間かけて集まっているならいいですけどね。</p> <p>結局、総論はもう何回言ってもね。10何年繰り返しているわけでしょう。だから各部門ね、どのような患者さんが何人来てとか、どんな診療してというデータを示してもらわないと。そのデータなしで、独法が良いとか、市民病院のままだが良いって話していても、ちょっとあれかなと思いますね。この病院の診療が、いったい今部門ごとにどんなふうに行っているかというのも、聞いて教えてもらうのが仕事だと思いますね。病院の中で院内ヒアリングもやるのであれば、そういう具体的な情報出してもらわんと。何かこの2時間、サマリーばかり聞いていたとは、私も思いますね。</p>

中西理事	<p>はい。部門ヒアリングですが、ちょうど3年前に私が来て早々、院長も一緒に入っていた中で、各診療科の先生方と一緒に、目標、収益額をある程度設定させていただいて、この分野の、この領域の、この術式を月何件伸ばしてくださいという風に。</p>
佐久間委員長	<p>伸ばしてくださいじゃなくて。それはまたこの委員会とかでやればええと思うのですが。現状の数字を出してもらわんとね。やはり普通の会社がやっている、普通の病院がやっている、大学病院もうやっているというような、データをまず出してもらわないと。もう総論言っても一緒です。</p> <p>市民の方からの意見ということとは少し意味が違うけど、もう概念的な話なんかしていても一緒だと思います。数字を出して欲しい。すみません。森岡先生いかがですか。</p>
森岡副委員長	<p>いえ、今回初めてだったので特にはないです。</p>
佐久間委員長	<p>在り方検討委員会の時には数値も出ていましたから議論が進みましたけど。特に今日は、まだ市民説明会の前で、意見反映の前でこれ集まっているので、こういう結果になっていると思いますけれども。少なくとも、改革検討委員会では院内検討のどういう点を調査して、どういうヒアリングをされるのかとか、そういう話が欲しかったですね。すみません、いろいろ発言しまして。</p>
中西理事	<p>一応、部門ヒアリングについては、私の方から指示を色々させていただいている中には、そのK P Iについて十分協議をして欲しいということをお願いさせていただいているところです。その資料作りについても私と、ひょっとしたら外部の方にもお願いをさせていただく運びになるかもしれません。</p>
佐久間委員長	<p>J Aが普通調べるようなことを、あるいは大学病院でもやっているようなことも、こういう外部に公開するわけにはいけないにしても、改革検討委員会からも実際のデータでお話していただけるようにしないと、時間の無駄な気がいたします。</p>
石橋委員	<p>ちょっとよろしいですか。先生がおっしゃる通りかなと思いますが、骨子の中で三重県の医療計画との関係や、伊賀地域の医療構造との関係、こういった中で今後、役割分担とか機能の最適化を検討していくという中で、まずは県の医療計画がどうなっていて、伊賀の地域医療構想がどうなっていて、その中で一定の方向性が出ているか出ていないかというのも、資料として示していただきたいですし、もしまだ示されていないのであれば、期間中にそういった方向が出るのか出ないのか。出ないのであれば、今のこの伊賀圏域の中でも、医療のニーズ、需要にどんなものがあるか、県外にどれだけ出ていってというデータがないと、結局どの役割分担が選べるのか、選択できるのかっていうのはなかなか難しいのかな。</p> <p>それとやはり、伊賀の3病院の役割分担、現状でどういう方向性が出ているのかというのがないと、今後の判断材料としては非常に厳しいのかなと思うので、次までには、そういった判断できるデータや指標は示していただけたらというのをお願いしたいなと。</p>
藤井院長	<p>県外流出は、在り方検討委員会でデータがありますので、それをまた出させていただければ。</p>

	あと、地域医療構想がコロナで一旦収まっていたんですが、また再開されまして、伊賀地域の地域医療構想調整会議というものがあまして。方向性としましては、今の病床数はとりあえず確保できるという形で、当院は急性期が 159 床で、地域包括ケア病床が 41 床という形で、当院はやっていくというその話はしました。
石橋委員	それが目標の病床数と考えてよろしいですかね。
藤井院長	そうですね、はい。
佐久間委員長	病床数は大きく変わることはないのですが。大学病院はそれなりに稼働率あるのですが、どの病院も稼働率が低い。ですから、病床数と実際の入院患者数に相当の乖離があるのは事実です。それを病床数に反映して調整するという作業が進んでいなくてというのが私の理解です。だけど、そういう新しい病床数という議論は、ここの会議では絶対間に合いませんよね。
石橋委員	それともう 1 つ確認ですけれども、骨子の 6 番で、先ほど言いましたように答申と名張市の考え方という項目がありますけれども、ロードマップの中で報告ということになっていきますけれども、この会議の中で決まったことが、名張市の考え方イコールという、そういう位置付けということでしょうか。そういうスタンスでやっていくということ。
吉岡主任	この経営形態に関しては、経営評価プランの策定とは並行して、病院や市の方で検討している事柄になりますので、その進捗度合いが経営強化プランに書かれるという、そういうイメージです。その時期というのが、まだ見えない状況ですので、この改革検討委員会の議論の中で、そこまでお示しできるかどうかという点は、我々としては決まっています。
石橋委員	項目だけを見ると、名張市の考え方って項目があり、ここで決めてしまうっていう風に印象を受けましたけれども、そうではないのですか。
吉岡主任	そうですね。名張市の考え方をプランに示した場合に、それに対してご意見をいただきたいと。
佐久間委員長	ちょっと私にとってはわかりにくいのですが、もう、在り方委員会やり尽くしたじゃないですか。私もそれ以上の発言もないし。そうすると新規に入られたメンバーに同じことを説明することになります。先ほど同じこと何回やるのですかというご意見ありましたが、同じことをもう一回やらないといけないのですかね。
吉岡主任	在り方検討委員会の議論の内容と、検討委員会にお諮りしたい内容というのが、少し守備分野が違うとは思っているのですが。
佐久間委員長	守備分野が違うとしたら、一体何をするのかという議論になる。
吉岡主任	在り方委員会はここの会議の場で一応完結をしたわけですね、その答申という形で。

佐久間委員長	だから、その在り方委員会から引き継いでここにいるのですよ。在り方委員会ではもう十分議論して結論は報告しているわけですよ。それとは別にもう一回違う議論をするって、何が違うのですか。
吉岡主任	答申を受けて、我々病院としては強化プランを今回作るわけです。そこに対して答申の内容は当然入りますし、それ以外の項目も含まれてくるわけです。そこに対して、これは違うじゃないかとかですね。ここはもっとこうの方がいいというような、ご意見をいただく場にしたいなという風に思っています。
佐久間委員長	在り方委員会の意見反映がされるのは7月で。その在り方委員会に対して、ここは違うよ、これは追加したらっていう議論をするのがこの会ということですか。
吉岡主任	いえ、在り方検討委員会はもう終わっているのです。そこは切り分けて。
佐久間委員長	そうですね。では、この委員会はいったい何をするのかと。私の理解では、在り方委員会で議論されて、それに基づいて実際どうやっていくかということを検討していくのかと思っていました。在り方委員会に基づいてやるのではないのですか。
吉岡主任	その基づいてというのが、それを引き継いで延長線上にあるような。
佐久間委員長	引き継いでやったら、当然次のステップに行くと考えるのが普通ですよ。
藤井院長	答申を、市長から市民の方にパブリックコメントみたいなのをいただく機会がありまして、その意見もちょっとこの中に入れたい。
佐久間委員長	それはよく分かります。ですから、第1回は骨子というか、こういう改革委員会はこの役割ですというのを再確認、周知するというので、それを開くのはいいと思います。ですから、市民の意見が反映されたものが、7月に出てくるわけでしょう。それに基づいて改革をどう具体的に進めるかっていうのを考えるのがこの会ではないのですか。
吉岡主任	そのご認識でよろしいかと思えます。
佐久間委員長	でも独法の結論は出ないわけですかね。
吉岡主任	それは中々お答えが難しいのですが、7月の時点ですぐに結論が出る状況ではないと思います。
佐久間委員長	要するに在り方委員会の方向性が出て、それでどうしていくかというのが、それはまだ決まっていないう状況で、どうやって改革を検討していくのですか。在り方委員会の答申で、ここは名張市としては違う方針でいきますよってことが、7月に意見反映して出るのでしょうか。そうし

	<p>たら、その方針に従って具体的にその改革を進めていくか、考えるのがこの会じゃないのですか。</p>
吉岡主任	<p>具体的にどんな改革をするのかという会議であるのはその通りかと思います。</p>
佐久間委員長	<p>一体何をしたらいいかよく分からない。なので、委員からのご発言にあったように、何で同じことをするのかという印象になってしまう。</p>
吉岡副院長	<p>在り方検討委員会を出していただいたご意見というのは非常に大事なもので、それに基づいた形で進めていくことになると思います。ただ、全てそういう風になるということではないもので、その辺のところを含めて市民のご意見を聞くというのが今回の場で、その意見をまた、この中にも入れていきたいという思いはあります。だからこそ、説明会をやっていくと。</p>
佐久間委員長	<p>そうすると市民の意見を在り方委員会の答申に反映させて、これを作るということですか。</p>
吉岡副院長	<p>はい、そうですね。ただ決めきれない部分も出てくるだろうというのは思っております。その部分でいうと、委員長おっしゃっていただくように非常に難しいところはある。ということだと思います。その方向性とか最終的な部分が決まってない部分に関しても、ご議論いただかなきゃならんというところは出てくるかとは思いますが。そういう部分も出てくるだろうと思う。</p>
藤井院長	<p>だから佐久間委員長が言われているのは、それを全部まとめてからこの会議を開いて欲しいということですね。</p>
佐久間委員長	<p>院内の状況を考えてみたら、やはり在り方委員会の検討では非現実的なところがあるので、そういう考え方に基づいて、現実に落とし込んでいくというステップがいます。ただ、もう1回、在り方を今議論すると。それで例えば、上野と岡波と3病院の連携のあり方については、さらに議論を詰めないかんって言い始めたら、ずっと20年以上勝手にやってくださいって感じになりますよね。だからずっと議論をして、結論出さないのが本来の目的だったのなら、それはわかるけど。私はもういい加減にしないといけないと思いますね。</p> <p>例えば三重大がランチセンター作るって言っても、そういう方向性を出してもらわんと大学はつき合えない。人も出せない。こんなことも決められなくて、人を出せないでしょう。</p> <p>まあ、次回以降で検討しましょうか。</p>
中西理事	<p>すいません。ちょっと事務連絡を1点させていただきます。</p> <p>次回の第2回につきましては、先ほどのロードマップ上に記載されておりますように、7月6日。第3回につきましては7月20日を予定しております。</p>