

第2回
豊川市民病院改革プラン策定会議

平成20年10月21日

第2回豊川市民病院改革プラン策定会議

開催日 平成20年10月21日(火)

場所 市役所本庁舎3階 議会委員会室

出席者 会長 山脇 実(豊川市長)
委員 竹本 幸夫(豊川市副市長)
大林 伸行(豊川市企画部長)
河合 一(豊川市総務部長)
本多 俊一(豊川市健康福祉部長)
森 正宏(豊川市消防長)
樋口 俊寛(豊川宝飯医師会会長)
長 隆(公認会計士)
細江 詢次(元愛知県厚生連代表理事理事長)
佐々木 信義(豊川市民病院院長)
鈴木 宏(豊川市民病院事務局長)

欠席者 なし

事務局 平澤 秀彰(豊川市民病院事務局次長)
岡田 達也(豊川市民病院庶務課主幹)
川畑 英之(豊川市民病院庶務課課長補佐)
清水 祐児(豊川市民病院庶務課経理係長)
太田 聖士(豊川市民病院庶務課経理係主任)
竹本 裕文(豊川市民病院庶務課経理係)

(午後1時30分 開会)

○事務局（平澤次長）

本日はお忙しいところお集りいただきましてありがとうございます。ただいまから、「第2回豊川市民病院改革プラン策定会議」を開催いたします。まず、資料の確認をさせていただきます。事前にお配りいたしました資料としまして、会議次第、資料1として「経営の効率化」、資料2として「経営形態の見直し」でございます。資料で不足するものはございませんでしょうか。もし不足するものがございましたら、お申し出ください。

本日は、お手元の次第にありますように、議題といたしまして、「経営の効率化について」、「経営形態の見直しについて」の2つの議題を予定しております。なお、3つの視点の1つであります「再編・ネットワーク化」につきましては、現在、県において協議が続けられている状況でございます。その方向性が示され、改革プランとして取りまとめができ次第、この会議においてご審議いただく予定でございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、今後の議事進行につきましては、議長の長委員にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○議長（長委員）

それでは、議事を進めさせていただきます。はじめに、議題1「経営の効率化について」事務局から説明をお願いします。

○事務局（岡田主幹）

資料1「経営の効率化」に基づきまして、ご説明いたします。

改革プランの策定にあたりまして、3つの視点の1つである「経営の効率化」につきましては、財務内容の改善に係る主要な経営指標について、数値目標を設定し、具体的な取り組みを明記し、改革を進めていくとされているものでございます。

当院では、ここに記載いたしました「経常収支比率」、「職員給与費対医業収益比率」、「病床利用率」の3項目について、改革プランの対象期間となる平成23年度までに達成する数値目標を定め、改革を進めてまいりたいと考えております。

「経常収支比率」につきましては、100%以上としまして、経常黒字を維持してまいります。

「職員給与費対医業収益比率」につきましては、52%以下を維持いたします。

「病床利用率」につきましては、100%前後を維持することとし、他の医療機関、後方病院との連携体制の強化を進め、有効利用を図ってまいりたいと思っております。

続きまして、目標達成に向けた具体的な取り組みについてでございますが、増収対策といたしまして、4項目の取り組みを行います。

まず、1点目は、「7対1看護体制の継続」でございまして、この基準を取得することで、年間で3億2,000万円ほどの増収となるものでございます。この7対1看護

基準につきましては、この10月から取得をしておりますが、看護師の数がぎりぎりの状況でございますので、引き続き看護師の確保を図り、体制を維持できるようにするものでございます。

2点目は、「入院時医学管理加算の取得」でございますが、これは急性期医療を提供する体制と、病院勤務医の負担の軽減に対する体制等を評価する加算で、施設基準を満たすことで、入院した日から起算して14日を限度として算定できるものでありまして、年間9,000万円の増収となるものでございます。この加算は、来年1月からの取得で計上しております。

3点目は、「医師事務作業補助体制加算の取得」でございますが、これも病院勤務医の負担の軽減に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等の中での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者を配置している体制を評価するものでありまして、入院初日に限り算定できるもので、年間880万円ほどの増収となります。この加算につきましては、委託業務の内容を変更することにより、来年4月からの取得を予定しております。

4点目は、「領収書裏面広告及び病院ホームページバナー広告の継続」でございます。これは平成20年2月より取り組みを始めておりますが、枠数の拡大など増収を図ってまいります。

続きまして、資料2ページ目、経費削減対策についてでございますが、こちらも4点挙げさせていただきました。

1点目は、「退職不補充による正規職員の削減」でございます。これは、第3次豊川市定員適正化計画の基本方針にも示されているもので、当院では労務職の退職者の補充を抑制し、長年培った経験と知識を生かすべく、再任用職員、嘱託員等を積極的に活用してまいりたいと思っております。削減額といたしましては、平成21年度が800万円、23年度が1,500万円ほどでございます。

続きまして、2点目は「職員手当の見直し」でございます。国における支給率が0%となっている地域手当について、医師を除く職員分の見直しを順次進めるもので、20年度5%のものを21年度には3%、22年度に0%とするものでございます。削減額といたしましては、21年度が4,800万円、22年度が7,200万円でございます。

3点目、薬品及び診療材料などの「医療材料費の見直し」と、4点目「業務委託の内容及び金額の見直し」につきましては、今年度病院の経営分析ということで、それぞれ納入価格、委託業務の内容と金額について、その分析を委託しておりますので、その調査結果に基づきまして適正価格での購入、委託を行ってまいりたいと思っております。

以上の収入確保及び経費削減に対する取り組みを行い、それぞれ増収額、削減額を盛り込み、策定した各年度の収支計画がお手元の資料3ページ以降となります。

3ページが収支計画の収益的収支でありまして、経常収支比率につきましては、平成21年度101.5%、22年度101.5%、23年度が102.5%となっております。

また、「職員給与費対医業収益比率」につきましても、21年度52.2%、22年

度52.1%、23年度が52.0%となりまして、目標数値を達成できるものとなっておりますが、この経営の効率化、各年度の収支計画につきましては、今後も改革プランの点検・評価を常に行い、積極的な改革、見直しを進めていく予定でございますので、よろしくお願いいたします。

なお、資料の5ページ、6ページに一般会計からの繰出基準を添付いたしましたので、ご覧いただきたいと思っております。

以上、経営の効率化につきましては、説明を終わらせていただきます。

○議長（長委員）

ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、ご意見ご質問を頂戴したいと思っておりますので、ご遠慮なくご発言をお願いしたいと思います。

○細江委員

事前にお送りいただいて、拝見させていただいておりますが、7対1看護の実施が平成20年度からと思っておりますが、20年度増収が計画上見込まれず21年度反映になっているように思われますが、いかがでしょうか。

○事務局（岡田主幹）

20年度につきましても、資料にございますとおり、10月から導入いたしておりますので、その分は20年度の収支計画の中に盛り込んで算出しております。

○鈴木委員

その部分につきましては、この改革プランが平成21年度から実施するプランであることから、20年度については特にうたっていないということでございます。

○細江委員

21年度の追加の収入が3億強で、それに対して、職員給与費の追加が1億700万となり、これになおかつ削減の数字などを入れると、1億6,000万強の実質的な看護師等の費用増という形になるのではないかと思います。その辺がやや資料としては見にくい感じがします。それが1点目。

それから、もう1つは、一般市民というレベルからしますと、病床利用率100%というのは、救急医療であるとか、災害医療であるとか、いろいろな面に関して極めて厳しい予測だと思います。ほとんど空きがないような状態の中で、やや数字あわせ的な部分が出ていて、実質的にこれでは本当の意味での救急医療に対応できるのか、そういうようなところの数字としていかがなものかという感じがするのですが、いかがでしょうか。以上2点についてお願いいたします。

○事務局（岡田主幹）

まず、1点目の給与費についてでございますが、給与費の中には職員の退職給与費で

あるとか、それ以外に業務の拡大をしていこうということで、21年度については、放射線科の技師であるとか、検査科の技師であるとか増員を一部予定しておりますので、その部分の金額が多少増えた関係で見にくい形になっておりますが、職員削減という形だけではなく、業務を有効に進行していくために必要な増員についても取り組みをさせていただき予定で数字を計上してございます。

それから、2点目の病床利用率100%についてでございますが、確かに100%で救急医療、前回の会議の中でも話題がございました市民の方が心配なく受診できる病院であるのかどうかという部分があるかと思いますが、この数字は現実的な数字として載せさせていただきました。今後、後方病院等と連携強化を図ってまいりまして、病床利用に関しては、なるべく市民の要望に応えられるような形での運用を努めてまいりたいと思います。

○細江委員

細かいことで申し訳ありませんが、23年度の料金収入が1億1,300万円ほど計上されていますが、この理由は何かあるのでしょうか。

○事務局（岡田主幹）

23年度につきましては、うるう年ということもありまして、診療日数が1日多く、診療単価も、診療報酬の改定年はゼロで見えてありますが、それ以外の年は1%上乗せした形で数字を出させていただきましたので、23年度が診療日数の関係、それから診療単価が1%増ということで、計算させていただきました数字となったということでございます。

○議長（長委員）

細江委員のご質問は重要なことだと思いますが、病床利用率が100%を超えている病院として診療拒否は法律上できないわけですから、やむを得ず入れているということだと思います。

消防長いらっしゃいますか。市民が救急を断られる状況の弊害について詳細をお願いします。病床利用率100%ということは救急の患者さんをお断りせざるを得ないようにみえますがいかがでしょうか。救急搬送の状況について簡単に報告していただけませんか。

○森委員

一般会計から2億1,000万円の救急医療の確保に要する経費という費目で、空床を2つ確保していただくような趣旨で病院会計へ繰入れをしているものですから、満床を理由にされると辛いところがあります。

現在18万人の管内で、6,000件の救急に対して66%、3分の2は豊川市にお世話になっておりますが、たらい回しになるようなことは、現在、豊川消防ではありません。ただ、満床であるとか先生がオペ中であるとか、まれに何件か断られることも年

間に無いわけではありませので、消防サイドから申しますと、救急医療の確保に要する経費ということで繰入れをしているわけですから、いつでも2床は確保していただきたいと思います。病院としても、繰入れの趣旨を尊重していただいて、病床の稼働はしていただいていると認識はしていますが。

今、満床を理由に他の病院に回された件数が年間で何件あったかという資料を持っていませんのでお答えできませんが。

○佐々木委員

満床だけではありませんで、救急車が2台も到着して、その処置をしているなどの理由も含めて、19年度で425台の救急車をお断りしております。これは豊川だけではありませんで、豊橋も来ますし、新城消防が結構来ます。新城消防署管内の確か37%がうちへ来ています。それから、豊川消防署管内の66%ぐらいが来ているわけですが、救急車の受入れは4,700台ぐらいだろうと思います。この規模の病院としては非常に多い数だろうと思います。その外、425台をお断りしなければならない。そのうち数字ははっきりしませませんが、ほとんど満床が理由ということです。

○議長（長委員）

追加で質問させてもらいますが、救急で搬送されて、入院に至るケースは何割くらいですか。

○佐々木委員

救急車搬送患者の入院比率は、今はっきりしませませんが、時間外の救急全患者さんの約1割が入院です。

○議長（長委員）

1割ですな、軽症の患者が極めて多いということです。行政も議会も深刻に受け止めて、市民にPRしていただいて、医師の過酷労働は排除されなければいけません。消防署も、夜間の外来を活用された人の1割しか入院していないという事実を重くみて欲しい。夜は仕事がないから病院に行くというコンビニ受診の数字が明らかになったわけですから、消防署の方も、開業医、かかりつけ医にまず行ってもらうなど、医師会と共に更に一層PRしないとまずいのではないのでしょうか。その辺が重要だと思います。

○佐々木委員

病床利用率についてよろしいでしょうか。平成元年頃は病床利用率が90%前後、そして在院日数が17日とか18日でしたが、平成5年から急に増えまして、できるだけ在院日数を短くするために、外来での諸検査を徹底しました。更に、普通は内科が何床、外科が何床ということがありますが、それは目安だけにして、病室が空いていれば科に関係なく入院させるような方針をとりまして、平成10年からは病床利用率が100%以上に、在院日数も平成15年からは15日を切っています。ここ2、3年は13.5

日程度です。この在院日数をもう少し短くできればいいのですが、アメリカなどは5日ですが、日本は短くできて、あと何年かかかって10日が限度ではないでしょうか。

ちなみに、一般病床の全国的な自治体病院の平均は19日程度ですから、うちはかなり努力して在院日数を短くしています。昨年度、103.9%だった利用率を105%、110%とするわけにはいきませんから、100%にしました。

あとは、再編・ネットワーク化等で病床数を増やす努力も必要かと思っています。

○議長（長委員）

本病院は、ガイドラインでいう効率経営は充分達成している。医療の内容、病院機能など市民の期待に応える姿勢がもう少し欲しい気がします。数値目標は達成しているので、今おっしゃったように、例えば在院日数を3割短縮できれば、ベッド稼働率が3割良くなる。ただ、そう簡単にはいかないでしょう。ものすごくハードになるわけだから、パワーがなければできません。

医師不足が始まりつつあり、看護師がなかなか集まらない本院の状況で、改革プランの中に、医師・看護師確保対策、小児科・産婦人科対策を中心として、もう少しはつきり踏み込んで書いて欲しい。そこがポイント。効率経営と言われると、いかにも効率経営していないように思えるが、充分していますので、これ以上どうするのだということ。

例えば、市民の期待に応えられない、年間425件のお断りをしている状況は尋常ではないということをまず掲げて、どうしたら良いのか。外来を何割減らすとか数値目標に掲げてもらいたいと思います。樋口委員、医師会にも協力してもらわないといけません。

○樋口委員

そうですね。先ほどの話で、救急車が4,700台入って、1割はその場で治療しないと生命に係わる。お断りした425台の内、1割、40名、50名の命を守れなかったということにもなりかねません。

また、ベッドの利用率ですが限界があります。市民病院の先生も苦労されていますが、週末にたくさんの退院を出してもすぐに入院してしまうという繰り返しです。現状として、各医療機関から市民病院へお願いしても受けてもらえる患者は非常に減っています。例えば、コンビニ受診で病院へ行く軽症の患者さんは我々が診るべきで、その体制を作る必要があります。逆に、医療機関からの紹介患者さんは100%診てもらわないとバランスも悪くなってきます。休日夜間も含めて約65パーセントの患者さんが市民病院へ行って、約35%の患者さんが我々の診療所へ来ていますが、市民病院と地区医師会の連携強化により、我々としてはもっと診ることができます。市民病院は断れないから来てしまう、来てしまうから数多く診る、数診る中で疲弊していく。その辺りは議員の方も、市の方も広報を通じて、住民の方々が診療所などへ行くように、なるべく市民病院へ行かないように徹底していかないと困難だと思います。是非やっていただきたい。医師会としても充分協力します。

○議長（長委員）

どこの委員会でもお願いしていますが、医師会の方からも数値目標、どの程度の割合で公立病院は外来を診療所に任せるかという目標数値をそれぞれ出してもらうことが大事です。機関決定していただいて、こういう委員会で合意していくことが大事だと思います。医師会もいろいろなご意見があるでしょうから、機関決定として数値目標を出していただければ、公立病院としても過酷労働を抑制できるのではないかと思います。是非前向きにご検討いただいて、書面を出していただければと思います。

何か他にご質問などございますか。

○竹本委員

先ほどの細江委員と一緒に確認ですが、目標達成に向けた具体的な取り組みの「7対1看護基準」の増収額が3億2,000万円となっていますが、給与費で19年度と21年度を比較すると1億9,000万円程増えていますが、実質1億3,000万円の増収でいいのかという確認と、「入院時医学管理加算」の取得には支出を伴うのかどうかを確認したいのですがどうですか。

○事務局（岡田主幹）

退職給与金など条件が年度により違いますので、細かく計算してみないと分かりませんが、かなり圧縮された金額になってくると思います。

入院時医学管理加算につきましては、現在の状況で、当院を退院される方の4割が治癒されるとか、逆紹介で他の病院へ移るとかで基準がクリアできれば加算が可能となります。ドクターにお願いし、情報を正確に伝えて、施設基準をクリアすれば加算可能となりますので、特に大きな支出は無いものと思っております。

○細江委員

私の質問の趣旨が誤解されているようですが、病床利用率100%というのは、計画上あり得るのかどうか、市民の方々に提示するのに「100%でやります」ということ自体が理論的に成立するのか、むしろ95%くらいにして、実際には患者さんが来てしまうから百何%の利用率になるわけで、そこが一番の課題ではないでしょうか。自分達の設定した規模が地域の需要に応じきれないところに基本的な課題があるということであれば、ここを100%にするのではなく少し下げる。そうでなければ救急対応ができないけれど、現実にはたくさんの方が来てしまうところが、一番の問題であることを明確にしないといけないと思います。

○鈴木委員

現実問題は19年度決算で103.9%の病床利用率であり、ここ5年程をみても、100%を超える利用率になってしまっている。これを100%前後まで下げようという趣旨で計画したもので、それを95%にして目標設定を下げるということは、今現在の状況ではとても難しい。

○細江委員

どうも私の質問の仕方が悪くて申し訳ありませんが、本来医療というのは、適正な規模があって、それに対する需要があって成立するものなので、それを最初から100%としてしまうと、その数字を見た市民の方々は、これでは救急などはほとんど対応できないのではないかと、病院自体が疲弊してしまっているのではないかと、そういう判断をされる可能性がある。むしろ適正な規模を設定されるということで、今の規模が需要にとっても対応できていないということを明確に市民の方々にアナウンスしないと、100%で経営的に成り立っているというレベルに納まってしまう可能性はないでしょうか。100%以上で回転していれば、それだけで先生方はじめ職員は疲弊してしまうわけですから、そこを市民の方々にどのようにアナウンスしていくかが一番重要なのではないのでしょうか。それが理解されて初めて適正な規模という議論になってくるのではないのでしょうか。

○議長（長委員）

仮に90%の数値目標を掲げたら大変なことになってしまいます。優良病院の相場は80%くらいです。簡単に言うと、1病棟は常時空けておくという数値目標を設定させることになってしまいます。これは尋常ではありません。需要があるわけですから、早く増床するということを言うべきだと思います。400床でも足りないことが明らかなので、速やかに増やすべきだという意見を述べるのが本来ではないでしょうか。

○細江委員

市民からすると、100%ということは基本的にいつ行っても詰まっている状態なので、それは救急医療の対応ということに関して、事務方がこういう数字を出してしまうことが、すでにキャパシティを失ってしまっているのではないかとという発想になりますので、少し弾力的に載せていただいて、現実には100%になるはずですから、そこをどうするのかという次の段階の議論に乗せていかないといけない。

○議長（長委員）

おっしゃるとおりですが、病院が多いので、利用率が70%以下になったら診療所にするか、病床数を削減しなさいということです。業績の良い病院がどうすべきなのかということに全く触れていない、想定外なのです。数値目標を現状より下げるという話は考えられない。

○鈴木委員

例えば95%の病床利用率の数値目標を掲げることは、現実には需要が103%もある中で、極端な言い方をすると、その8%の人に対して目標を達成するために入院を抑制しなければならなくなります。今現実には100%を越えている状態自体が問題なので、キャパシティを増やすような目標設定をしていくべきだと事務局としては考えています。

○議長（長委員）

分かりました。ここでは、数値目標についての審議ではありますが、ガイドラインは数値、数値と言っているのではなく、病院機能の役割を果たすことが最重要目標であると言っています。例えば4疾病5事業について、どのような役割をどの程度果たすかです。数値にこだわりすぎないように、再検討していただきたいと思います。

本病院も医師不足の危機的状況が始まりつつある、ある日突然に銚子市民病院になる可能性がなくはない、油断しているとそうなる可能性があるということです。産婦人科問題と小児科問題について、市民は相当心配していると思います。パワーが落ちている状況について、今回のガイドラインに基づく改革プランはそれに対応しているかどうかがこの中からは読めない。これはかなり危ないプランではないかという感じがします。月4回当直厳守して過酷労働を廃止するために、必要な繰り入れはいくらかとか、そういうことが盛り込まれるべきです。

総務省の実質省内誌10月に出た「公営企業」に日本産婦人科学会医療供給提供体制検討委員会の委員長が論文を書いていますので、よく読んで欲しい。その中の結論を読めば、医師会が言っていることと同じ結論ですが、産科医の医療危機にこの病院はどう対応するのか、若手医師を早急に増加させる必要があることは樋口委員も力説しています。現場からの離脱を食い止める施策が緊急に必要です。産婦人科勤務医の勤務条件改善のために、病院産婦人科の集約が必要だとかいろいろ書いてあります。これに対する具体的な取り組み、医療計画でもポイントになっている4疾病5事業、救急体制についても前回の委員会で樋口委員と私が言ったことが入っていないと思います。夜間救急体制についても、医師会は協力するようにすると言っているのに入っていない。少なくとも休日夜間急病診療所を医師会と連携する話とか官民が連携する話は明日からでも動き始められますから、まず話し合いをしなければいけない。それでダメならダメで委員会に報告してもらえばいいですから。市民の支持を得られるような取り組みが改革プランに無いことを申し上げておきます。

○鈴木委員

今回の経営の効率化と経営形態の見直しですが、総務省へ出す様式がございまして。その中で、病院の役割を明確にすることも入っているので、その部分も当然入れていく必要があると思っています。ただ、今回それらについて整理できていない部分もあるので、こういう形で提出させていただきました。

○議長（長委員）

とりあえず形式上は合格ですが、市民に対しては必ずしも合格ではない。いつになったら実施するのか。決意の表明が見えない。

○事務局（岡田主幹）

冒頭にもご説明しましたとおり、再編・ネットワーク化の部分が今回の議題には入っておりませんので、今言われた内容に関しては再編・ネットワーク化の中で充分事務局

としても吟味させていただいて、載せられるものは載せていきたいと思っております。

○議長（長委員）

県の再編・ネットワーク化の協議会をあてにしてはダメです。自らが動いて、官民の連携とか新城とも話をし、こういう方向性があると改革プランで明らかにしてください。

○事務局（平澤次長）

今の事務局の話の補足ですが、県の協議が最終を迎えるかと思いますが、そのまとめがあるということと、併せて今新城市民病院とは個別に協議を並行して行っております。その内容の結果につきましては、再編・ネットワーク化の中でまとめていく予定であります。それがある程度形になりました時点で、改めてご協議いただきたいと考えております。また、第1回の会議の中で出てきました内容につきましても、その中で盛り込んでいきたいと考えておりますので、ご理解いただきたいと思っております。

○議長（長委員）

愛知県の地域医療連携のための有識者会議が、「この病院はどうする。医療圏を越えてどうする。」具体的な病院名とベッド数と役割を明確にして指針を示せる可能性はありますか。それがなければ動きがとれません。「この病院は病床は半分でもいい。」というようなことは住民も分かっています。県は何が怖くてできないのか。県が方針を明確にして強制力のある形でできるのかということです。県がやってくれて、再編・ネットワーク化の指針が出たら会議に諮るということですが、あまりあてにしないでください。自らがやるべきことだと思います。うちは増床するという宣言をすべきです。そういう方向性を明示すれば、産婦人科、麻酔科の医師も信頼を取り戻して、来ると思います。日限を明確に建設がスタートすれば、やりがいのある病院であると分かり、医師は辞めない。

○樋口委員

県や保健所主体で同じような会議がありますが、同じことをやっているだけで進んでいないのが現実です。県の権限などでは動けないことがある気がするが、豊川の現状はどうかという場合、もっと動けることがあるので、話し合っって一歩進むことが重要ではないでしょうか。

○議長（長委員）

どうですか。樋口委員も私も言っているので、具体的にやってくれませんか。独自にやってくれたら、県も喜ぶかもしれません。

○事務局（平澤次長）

できる分野とできない分野がありますので、できる分野につきましては、どういう形

になるか分かりませんが、プランの中に載せていきたいと考えています。

○議長（長委員）

本委員会は、改革プランを作るのに市民から評価されるプランを作りたいので、こういう形で再編・ネットワーク化を進めていきたいがどうかというたたき台を出してもらいたい。

○佐々木委員

県の有識者会議ですが、県では比較的早く立ち上げてくれたと思います。委員の中に、公立病院代表は1人しか入っていませんが。改革プラン策定のための指針を定めるために作ったわけですが、特に海部郡と東三河に問題があるということで、ここに関しては、うちと新城、豊橋と蒲郡がお互いに連携について考えれば、県も応援するというので、今だかつてないくらい腰を入れてくれています。こちらが動けば、意外と早く病床数の問題などもうまくいくのではないかとということで、今それを進めようとしています。

○議長（長委員）

委員会としては、そういう方向性であれば事務局の案を承認できるだろうと思います。計画そのものを全否定するわけではないですが、一番のポイントをもう少し分かりやすく見直して欲しいと思います。市民としては、数値よりもどのくらい産婦人科、小児科医を守ってもらえるかがポイントでしょう。医師会も高齢化で2人しかいないということでは不安でしょう。病院はいつになったらできるのかという問題は無くなったそうですから、私も非常に安心しております。

○山脇委員

新城の市長さんともいろいろな所でお話をしておりますが、豊川はベッド数を増やしたいということで新城と話をすると、新城の今の医師は引き揚げられてしまうという言い方をされましたので、連携の必要性は分かっていますが、非常に微妙な問題で、中に入って調整してくれる人がいるといいかなと思っています。

○議長（長委員）

私も新城の改革委員長を拝命しておりましたので、非常に悲しく思います。医師がいてくれるかどうかはベッド数ではないというのが常識。浜松医大がそんなことを言うはずがない。新城は今2科くらいしか機能していない、それも外科系のはずです。重要な内科がほとんどいない中で、ベッド数を減らしたから、院長が医師を引き揚げると言わない。医師と看護師がいるかどうかは、やりがいのある経営体質になっているかどうか、新城はそれができていない。逆に言えば、浜松医大も名大も名市大も新城市民病院は必要ないと見ている。もしなくなったら地域医療が崩壊するかといえば、しないでしょう。現に事実上機能していない。それよりも役割分担をすべきである。新城市長が本当にそう思っているなら悲しい。新城市立病院委員会報告を見てもらえば分かりますが、決し

てそんなことはありません。あくまで300床という規模にこだわっている可能性があります。

静岡県の伊豆下田の共立湊病院の改革委員長をしています。地域医療振興協会が撤退するというショッキングな話がありました。先日、適正病床数はいくつかという議論になった時、委員の1人で医科歯科大学の理事をしていた亀田総合病院の亀田理事長がER式の病床にすれば30床でもいいと言ったのです。病床数ではないのです。ここは絶対的に不足していますから、愛知県が命令でも出してくれなければ、新城市は破綻するまで結論出せないだろうとみています。結局医師がいなくなって、外科系だけで市民の需要に応えられるか。応えられるわけがない。夕張市みたいに本当に破綻すれば、国の指導どおりにやってもらう。

他によろしいですか。

○山脇委員

具体的な取り組みの中の、「医療材料費の見直し」で盛んにジェネリック医薬品と言われていますが、厚生労働省の目標が40から50%と聞いていますが、現実に豊川市民病院は数%だと思いますが、その辺りの使用率を上げられる可能性があるかについても検討すべきではないかと思います。

○議長（長委員）

今、山脇委員がおっしゃったように、経費削減策、時期について病院側も柔軟に対応を考えていただいて、次回までに出してください。

国の方針が全て正しいわけではありませんが、できるだけ経費削減していただいて、一般処方を幅広く使うことについては取り組んでいただきたい。

○佐々木委員

うちは院外処方ほとんどですから、入院で使う薬が対象です。それでもジェネリックに移行できるものがあるのではないかと思います。うちは今後、DPCに変える予定で、包括で全て報酬が決まりますので、その時には薬だけでなく材料など大幅な見直しが必要になると思います。

○樋口委員

三師会でいろいろな会議をする中で、それも話題になりまして、使用率が4%だそうです。その辺りがどうしてなのかということで、現場の問題もかなりあると薬剤師の方も言っていました。今のDPCを含めたものもそうですが、現場の意識も必要だと思います。

○議長（長委員）

まだ途中経過のようですから、業務委託等につきましても、もう少し分かりやすくしていただいた方がいいでしょう。大変効率的にしていると思いますので、問題はないで

しょう。

とりあえず、経営の効率化については、この辺でよろしいでしょうか。それでは、次に経営形態の見直しについて、事務局お願いします。

○事務局（岡田主幹）

それでは、資料2「経営形態の見直し」に基づきましてご説明いたします。

豊川市民病院は、救急・精神・結核医療などの不採算医療も含めて、急性期医療を担う地域の中核病院として、地域医療の確保に努めてまいりました。

また、経営面におきましても、平成6年度に黒字に転換後、金額の大小はあるものの着実に黒字経営を続けておりますが、今後におきましても、安全・安心で質の高い医療を提供し、経営の観点からは一層の経営基盤の強化が必要であり、それを実現するためには経営形態のあり方が重要になってまいります。

全国の自治体病院の経営形態の状況についてでございますが、全国的な流れといたしましては、地方公営企業法の一部適用から全部適用に移行する病院が増えつつありまして、また、経営状況が悪化する病院が増える中、地方独立行政法人の運営に移行する病院もあり、その傾向が高まるものと思われまます。

さらに、今回この改革プランの策定が進む中で、経営形態を見直し、新たな経営形態への移行が進むものと考えております。

自治体病院の主な事例でございますが、全部適用へ移行した病院は、平成16年4月に長崎県立2病院、18年4月に鹿児島県立5病院、19年7月に愛知県一宮市立4病院、さらに名古屋市立5病院がこの4月から全部適用に移行しております。

地方独立行政法人へ移行した病院としましては、平成18年4月に宮城県立こども病院と大阪府立5病院が、19年4月に岡山県精神科医療センター、20年4月には那覇市立病院と山形県の日本海総合病院・日本海総合病院酒田医療センターが移行しております。

指定管理者へ移行した病院といたしましては、平成16年12月に社団法人地域医療振興協会を指定管理者とした奈良病院、17年4月に日本赤十字社を指定管理者とした横浜市立みなと赤十字病院、18年2月に聖マリアンナ医科大学を指定管理者とした川崎市立多摩病院があります。

続きまして、各経営形態に関する検討でございますが、経営形態の移行を考える場合に特に課題となる点といたしまして、地方公営企業法の全部適用の場合は、事業管理者の資質により経営が左右される恐れがあることなどが考えられます。

地方独立行政法人化では、全部適用と同様に運営責任者となる理事長の資質の問題もございまして、公務員でなくなる職員の理解が不可欠であり、時期の熟成が必要となります。

指定管理者では、政策医療の確保や安定した医療サービスの提供が前提となるため、事業者の選定が重要でありますし、職員の取扱いについても大きな課題であると考えております。

この経営形態の見直しに関しましては、第1回の策定会議の中でも、委員の皆様から

ご意見をいただいておりますので、ここに3点程まとめて記載させていただきました。

1点目といたしまして、「業績の良い病院は地方公営企業法の一部適用のままでも構わないが、時の政治、選挙、行政によって経営方針が変わることもあるので、全部適用としてさらに体制を強化することが一番良い。」

2点目といたしまして、「数値目標を達成しているような病院は、公務員型を非公務員型にするような荒療治、急激な変更を行う必要はない。」

3点目といたしまして、「少しでも医療行政の変化に柔軟、的確に対応できる可能性がある運営形態が望ましく、将来的には非公務員型の地方独立行政法人化を目指す必要がある。」というものでございました。

近年、多くの公立病院で医師、看護師不足などに伴う診療制限によりまして、その経営状況や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況となっており、それは豊川市民病院においても例外ではございません。医師など医療スタッフの確保は緊急かつ最優先の課題であり、早急その体制整備を行う必要があります。住民はもとより、医師をはじめとする医療スタッフからも選ばれる病院とするためには、やりがいのある、働き甲斐のある職場とすることが重要であると考えております。

このような状況の中、それぞれの経営形態の特徴ですとか、第1回の策定会議でいただきました委員の皆様からのご意見などから、事務局といたしましては、急激な改革を伴わず、経営状況や業務実績を反映させた給与体系を導入できる経営形態であります地方公営企業法の全部適用として、職場、病院を今以上に活性化していくことが適当ではないかと考えております。

以上でございます。よろしくご審議いただきますようお願いいたします。

○議長（長委員）

ご意見ご質問を頂戴したいと思っておりますので、ご遠慮なくご発言をお願いします。

○細江委員

先回、ご意見をいただいたことは記憶しておりますが、「経営形態の選択の方向性」で体制整備を行う必要がある、それは全部適用にする、何故かというやりがいのある病院づくりをしなければならないからだ。しかし、実際に医師、看護師の確保はどのような要件によって初めて可能なのか、経営形態の見直しだけで可能なのか、もっとたくさんの人を採用し、労働条件を改善してから別の形態に移行すべきなのか、それともまず移行形態があって、それをすれば必ず良くなるのか、その辺がやや分かりにくい。

○鈴木委員

この地方公営企業法の全部適用は、直接医師確保につながることはないと思います。ただ、医師確保が今非常に重要になっており、全部適用にすることで今以上に事業管理者の下で効率的な運営と、例えば給与処遇で、やればやっただけの報酬が出るなどやりがいを与えることができ、そういう意味での全部適用としては効果があると思います。ただ、当然オールマイティーではありませんので、経営形態の見直しで全部適用にする

ことも1つの方法ですし、まだ他にも医師確保についてはいろいろな形で施策をしていかないと、今の状態から脱却できるということはあり得ないと思います。

○議長（長委員）

質問ですが、鈴木委員は事務局を何年経験していますか。

○鈴木委員

病院事務職になって9年目です。

○議長（長委員）

その前は本庁にいらっしゃいましたか。

○鈴木委員

はい、そうです。

○議長（長委員）

医事課長は何年経験がありますか。

○鈴木委員

現在の医事課長は、40年くらい病院に勤めていて、本庁経験は2年だけだと思います。

○議長（長委員）

この病院がなぜ業績が良いか、理由の一つに事務局長の経験も長いからですね。

今回のガイドラインで、全部適用は否定的に書いています。ただ、全適にした結果、更に思い切った改革ができた所は、そもそも事業管理者パーソナリティーがしっかりしていて、業績が良い所はさらに良くなっています。鹿児島県立病院ですとか、長崎県、大分県などは事務局は鉄砲弾人事です。事務長を2年経験したら本庁へ帰すような人事をしている所は全然ダメです。医師との対話ができない。本庁人事を排除できる点では全適は有効ですから、是非した方がいいと思います。

あと、採用について伺いますが、辞令を出すのは市長ですか、院長ですか。

○大林委員

最初の採用時は市長です。

○議長（長委員）

一番のポイントは人事権です。人事権が管理者に移る点が全適の大きな差です。私は、全適にして、人事権と予算編成権が本当に管理者にすべて移ることはすばらしいことだと思います。しかし、本庁の事務方が相変わらず裏で工作するようなら全適にしない方

がいい。実質的な権限を与えられているからすばらしい業績だ。医師に管理者が直接辞令を出す、あるいは退職する時には、本当に人事権のある者だけが1対1で面接することが重要だそうです。この話は元東北大学医学部長の久道先生とある所でご一緒させていただいて伺いました。全適で、一番いいことは退職する人に人事権のある事業管理者が、内緒にするからと言うと、全部本当のことを話してくれるそうです。辞める人を無くすことが一番いいわけです。いまは医師も看護師もなかなか採れないですから、本当に権限のある人が採用の時に辞令も出すし、宣誓もさせるし、退職するときには1対1で面接する。その中でどこに問題があるのか、事務方が結構いばりくさっているところがある。それが嫌だから辞めるということも結構あります。久道先生の話はいろいろなところで紹介させてもらっています。全適は人事権と予算編成権を本当に与えれば素晴らしく良くなります。一部適用と全部適用とでは中身はほとんど変わりありませんので、ここは地方公営企業法の一部適用から全部適用へご決断なさっていいのではないかと思いますし、しかもそれは早くした方がいい。本当の権限者は皆、佐々木院長だと思っているが、形式上も権限を与えてあげればいいと思う。建築は多少遅れているけれど、我慢してくれる可能性が高い。改革に対して一歩進むのではないかと思います。議会のご同意が得られればの話ですが、今日の議事録も公開されるでしょうから、それを見ていただいて、是非議会のご理解をいただいて、市長もご決断したいところでしょうから、お願いしたいと思います。

樋口委員、全適についてはどうですか。

○樋口委員

詳しくは分かりませんが、普通企業一般で言えば、病院には院長がいて、事務長がいます。職員間に良好な人間関係がなければ对患者さんともうまくいかないと思います。市で言えば全適という形で予算、人事権を与えてやっていく。すべて分かるのは現場ですから、やはりそれは本来の姿だと思います。

○議長（長委員）

そうですね。ベッド利用率が100%超というのは尋常ではないわけだから、速やかにどこかへ行って病床をいただけてくることはやる気があればできることですが、事務方が結構、茶々を入れてくることが多い。法律がどうだとか、条例がどうだとか、要するに市民の目を見ないで仕事をする職員が多いということです。それを院長が、ベッドが足りないとなれば、医師会長に紹介してもらおう話とかができるわけで、そうすれば儲かるわけだし、つまり市民が儲かるわけです。

全適だけで画期的な改革がそれだけでできるとは思いませんが、今の医師不足に対して、本気で市が取り組み始めた象徴としてはプラスになると思います。

○竹本委員

この件については病院の事務局とも話をしています。市長も同じ考えですが、今公立病院に課せられているのは医師、医療スタッフの確保です。外に対するアナウンス効果

を考えると何らかの手立ては打っていかねばならない。議長は独法化を言われていたので、全適では不満かも知れませんが、まずできることからすぐにでもやって行こうと、そういった場合に選択肢は全適だと、それは市長も同じ意見です。

○議長（長委員）

早くやってください。将来は、やはり国としては独法非公務員型を進めています、実績がないから皆検討してくれない。全国で独法化を県ごとにかなり真面目に取り組み始めました。独法化で行くという形で県単位では始めましたが、市町村レベルではまだ、なかなか進んでいません。経営形態の変更にどのくらいが踏み込んだか、今のところ私に入っている情報ですと、1,000のうち40ぐらいです。私はかなり前進だと思っています。国鉄の改革と同じようなことを自治体にやっていただくわけですから、そう簡単に公務員の身分を民間にするという事はできないですから、予想以上に頑張ってくれていると思います。

山形県酒田市病院機構は、独立行政法人非公務員型に移行後のメリットが明らかになりつつあります。ここにつきましては、前回も申し上げましたけれども、議会の議員さんも行政も是非行政視察をお願いして、ご自分の目と足で確かめていただきたいと考えています。納得していただくということが必要で議会の皆さん、市民の代表の皆さんのご理解が必要でしょうから、実績が出始めましたので、できましたら視察していただき、かなり先にはなるとは思います、一応、独法化も視野に入れてやっていただくことをお願いしたいと思います。さらに、医師招聘、看護師招聘にプラスになるとは思います。細江委員、これについてはいかがでしょうか。

○細江委員

元に戻って申し訳ないですが、副市長さんがおっしゃっていたアナウンス効果が必要だということであるなら、これは相当にロジックとしてしっかりしたものにしておかなければならないと思います。数行で「住民はもとより・・・から、・・・適当である」というロジックがやや反対ではないかという気がします。要するにこれをやればこうなるではなくて、今まずやらなければいけないのは何であって、それをやりやすい方法として何があるのかという選択肢を与えた方が良いのではないかと思います。この部分はまず結論ありきのような表現になっていませんか。市民レベルからするとこれは最初から全適じゃないか、要するに本来の地方自治体の責任というのは何なのかという鋭い質問に対して対応できるのかと思います。地方行政のことはよく分かりませんが、この文章を読む限りではややそういう形の問題が出てくる。そこは論理的にも強固なものにしていただかないといけないのかなという気がします。

○議長（長委員）

それは、細江委員の言うとおりでと思います。もう少し市民に分かりやすいような解説にした方がいいと思う。どこの自治体でも最近どんどんやっているから右へならえではなく、例えば予算編成権とか人事権という市民が分かるような解説が必要かもしれない

い。例えば、那覇市民病院がなぜ全適なのに独法化したかという解説を参考にしたらいいと思います。こういうことがあるからできなかったという解説が必要で、公務員の5%一律削減によって議会の承認を得なければ7対1ができなかったと、このような説明です。これは独法にした理由で全適にした理由ではないですが、それに近いような形で市民に分かるように解説して欲しいということです。

文章自体は良くできているし、どこの議会もこれで承認している。細江委員がおっしゃるとおり、それは重要なことで、議会にかけるのに議員さんも地方公営企業法のプロではないですから、分かりやすさが必要です。経営形態の変更を本当に何のためにするのか、しかも速やかにやるという理由については、もう少し目線を下げて分かりやすくしていただけたらいいでしょうか。医師の確保に役立つと言うが、なぜとみんな思うかもしれない。それは今説明した中からうまくまとめればいいと思います。これは議会が結構反対するのは、分からないからだと思います。分かれば、「なるほど」と言うでしょうから。

各委員のご意見に対して、事務局はいかがですか。

○事務局（岡田主幹）

なるべく分かりやすくなるように文章を変更させていただきます。

○議長（長委員）

この経営形態の変更に関心がありますでしょうか。佐々木委員どうでしょうか。

○佐々木委員

特になのですが、医師確保ですが、今いる医師が辞めないように、特に中堅から部長級の人たちが、よく働く人も、家に帰る人も給料が一緒なのです。そういうところでメリハリをつけるだけでも、かなりやる気が出てくる。そうすれば、それを聞いて後から来る人たちも気持ちよく仕事ができる。なにせ東三河は、へんぴな土地という印象がありますから。名古屋の人はここが一番、名古屋から遠い位置だと思っている。そういった意味でも、少しでも働きがいのある病院にして、名古屋にいる医師たちにこちらにも目を向けてもらう必要がある。給料は名古屋市の病院は非常に安い。200～300万安いと言っていますけど、部長級になると500万位こちらの方が高い。だから給料は公立病院としては決して安い方ではないですが、忙しい月もそうでない月もいつも一緒ですから、そうすると張り合いが無い。また、科によって忙しい科があり、夜9時10時までやっているところもありますから、そういったところは、少しメリハリをつけてあげたいと考えています。

○議長（長委員）

今は医療職俸給表によってしか給料は払われないのですか。

○佐々木委員

今は、特殊勤務手当の部分だけで、他に院長がいじれるのは、勤勉手当の部分だけ上下20%上げ下げできるだけです。

○議長（長委員）

じゃあ、賞与についての査定はできないのですね。

○佐々木委員

できません。

○議長（長委員）

そういうようなことを書けばいいと思う。秘密じゃないでしょうから。そうすると市民は分かりますよ。民間だったら、賞与は働く人は2倍、働かない人はゼロですから。民間では当たり前ですから。市長さんだって民間のご経験があるでしょうから。そういうようなことが、自由にできるようになるということを解説してほしい。

○佐々木委員

あと、今は手当も多少いじれるだけです。これが、全適にするとかなりの部分が、もちろん収入によってですが、動かせるようになります。

○議長（長委員）

議会が分かるかどうかが一番のポイントで、そうであれば市民も分かるということでしょう。ここの説明はそういったことが全く無く法律の解説です。樋口先生、そのくらい書けば分かりやすいのではないのでしょうか。

○樋口委員

そうですね。具体的になれば分かりやすいですね。

○議長（長委員）

民間病院は脅威ですよ。そのような仕組みが本当にできるとますます頑張っちゃいますから。他に何かご意見はございませんでしょうか。では、だいたいそんなことで速やかにやるという文言は日限を明確にして、議会や本庁ともよくご相談されて、やるなら速やかにということ、副市長に陣頭指揮をよろしくお願いします。あと事務局で何か審議することはありますか。

○事務局（平澤次長）

今日は特にございませんが、最初にもお話をさせていただきましたとおり、再編・ネットワーク化につきましては、県の結論が出ましたら、それを元に第1回策定会議の内容や豊川市と新城市との間での協議などを含めた再編・ネットワーク化について、時期は

未定ですが、ご協議していただく時間を設けたいと思います。日程等が決まりましたらご連絡させていただきますのでよろしくお願い致します。

○議長（長委員）

一応、愛知県には意見具申してよろしいか聞いてみてください。意見具申は、策定会議でいろいろな意見があったということ具申させてもらおうと助かります。それについて具体的な回答を策定会議にして欲しいと言ってください。そういうのが全然ダメだといえははっきりするし、意外と踏み込んでくれるかも知れません。樋口先生どうですか。県に言ってもいいですよ。

○樋口委員

いいと思います。

○鈴木委員

再編・ネットワーク化については、新城市との協議を始めます。まずは、現場サイドの協議ということで具体的な連携がどのようにできるのか、新城市の医師、医療連携に関わる事務職と私どもの医師、事務職、関連する職種が入った会議を近々開く予定で準備を進めています。それと同時に平行して新城市の行政サイドが入って、病院行政が入った市同士での協議会の立ち上げを行う予定です。そこに愛知県も加わって協議会を進めていく方向で、今後準備をしていく予定です。これは新しい病院の基本構想にも大きく影響するものですから、かなりタイトなスケジュールで進めていかないとできないと思っていますので、もう既にそういう形で動き始めている状態になっています。これについては、県も早く新城市と豊川市で協議を進めて欲しいと言っています。県は今回のガイドラインで再編・ネットワーク化という部分があれば、東三河南部医療圏は病床過剰地域ではあるが、北部も含めて東三河全体で病床の再編を県としても本格的に取り組みたいということまでは言っているものですから、そういう形でその取り組みを進めることは、我々自身がやるということで認識しておりますので、よろしくお願い致します。

○議長（長委員）

その協議はいつ終わる予定ですか。期限を決めて欲しいですね。遅くとも年内には、その協議会が両論併記でもいいと思います。なにも無理してまとめる必要はないでしょうから。一番重要な両市長間の話になるとなかなか厳しいですから、両論併記で県に出して、県の判断を仰ぐという方法もあるでしょう。両市とも大きな市ですから、なかなかまとめきれないでしょう。

○樋口委員

新城の夜間救急については、豊川医師会の会員が既に新城へ行って現実に動いています。もう底辺では始まっています。そういった中で豊川市民病院と新城市民病院との話

が始まっているということは聞いていますが、内容的なものやニュアンス的なものが全く入ってきていません。そういったことを早く進めるには、両医師会も始めから入っていかないとなかなかできていけないので、是非そういったことを進めていただきたいと思います。

○議長（長委員）

そういう話はいろいろな所で似たような話があって、私は休日夜間診療所については、これだけの規模でこういう形でやる、予算については市がこのくらい負担してもらいたいということを明確にして書面を出してもらえる。改革プランに入るのではないでしょうか。

○樋口委員

県からは北部・南部医療圏の中で、豊川は新城と具体的にやりなさいということでバックアップをしています。具体的にやる中で、両医師会も入って話ができるような体制にしていきたいというのが希望です。

○佐々木委員

協議会がまだできていないものですから、協議会ができてからやる予定です。

○議長（長委員）

いずれにしても、医師会の考え方を書面を出して、策定会議にもついでに出してもらおうという考えで、公開の場で、医師会の姿勢を反映してもらおう形にしたらいかがでしょうか。やはり病診連携がこれからの地域医療を守る要ですから、全力で行政も対応すべきだが、医師会は全て書面で機関決定して出していただければと思います。

○佐々木委員

うちは外来対入院患者比率が、普通は200%かそれ未満ですが、うちは300%です。外来患者が約1,300人、入院患者が精神科を含めて約425人で300%を超えています。これが非常に医者負担になっています。ただ、外来収入は全体の30%を占めていて惜しいのですが、外来の患者さんを少なくして、効率的な入院患者さんの治療をすれば入院単価も高くなると思います。外来部門をなるべく診療所に移行というか協力していただきたいという話をこれから医師会に対して進めて行きたいと思いますのでよろしくお願いします。

○議長（長委員）

山形県もそうですが、地域医療室の体制の強化ということがあります。この辺を医師会とすれば数値目標を含めてどの程度協力できるのか、また病院の方もどの程度協力してもらおうかということで提案を出していただきたいと思います。出した数値目標については、今後評価委員会ができますが、改革プランで出した目標については達成したかど

うか、第三者委員会で評価し市民に見てもらいますから、そこまで含めた答申が改革プランの内容になると思います。市長も評価委員会については、今後はやはりできるだけ部内というより第三者で、それもあまり大げさではなく、3～4人の少人数で評価するのがいいと思います。当事者は出席しないで、地元とあまり関係ない人に評価してもらって市民に見てもらおうというのがいいのではと思います。他の市の例もありますから、参考にしてよろしくをお願いします。

他には、特によろしいですか。では、少し早めですがこれで閉会させていただきます。事務局、次回はいつ頃になりますか。

○事務局（岡田主幹）

日程が決まり次第、ご連絡させていただきます。

○議長（長委員）

これから大変ですね。宿題が出ていますので頑張ってよろしくをお願いします。では、これにて閉会させていただきます。今日はどうもありがとうございました。

（午後3時15分 閉会）