

第4回さいたま市立病院のあり方検討委員会議事録

日時	平成23年8月25日(木) 15時30分～19時10分
場所	市立病院サービス棟2階 第1・第2会議室
出席者	川崎市病院事業管理者 秋月委員 城西大学経営学部教授 伊関委員 前埼玉県病院事業管理者 伊能委員(委員長) 公認会計士兼医業経営コンサルタント 塩原委員 埼玉社会保険病院長 細田委員 浦和医師会長 阿部委員 大宮医師会長 湯澤委員 埼玉県看護協会専務理事 手島委員 さいたま市自治会連合会代表 中村委員 さいたま市自治会連合会代表 西山委員 さいたま市保健福祉局長 青木委員 さいたま市立病院長 村山委員
傍聴者	0人
(事務局)	保 健 部 :石川保健部長、増岡参事兼病院経営企画課長、海老名地域医療課長 診療部・看護部:窪地副院長、辻副院長、小川副院長兼看護部長 経 営 部 :野中経営部長、麻生経営部次長、松澤参事兼財務課長、篠葉庶務課長、斉藤医事課長
会議次第	1.開会 2.議事 (1)さいたま市立病院の業務改善策について (2)さいたま市立病院の経営形態に関する検討 (3)その他 3.閉会
配付資料	資料1:第4回さいたま市立病院のあり方検討委員会次第 資料2:第4回さいたま市立病院のあり方検討委員会資料

<p>1.開会 (委員長)</p>	<p>それでは、ただ今から、第4回さいたま市立病院のあり方検討委員会を開催させていただきます。</p> <p>委員の皆様方には何かとご多忙のところ、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。本日も委員の皆様のご協力をいただけますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。</p> <p>さて、7月21日に行われました第3回の検討委員会では自治体病院としてのさいたま市立病院の果たすべき役割について委員の皆様方から意見をいただきました。皆様からいただきました意見を総括としてお手元の資料の4ページと5ページに掲載しておりますので、その内容を含めまして、事務局から説明をしていただこうと思います。では、どうぞよろしくお願いいたします。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>はい。それでは前回のあり方検討委員会の総括の前に、本日の議論について説明させていただきたいと思います。</p> <p>初めに、資料の3ページをご覧いただきたいと存じます。</p> <p>前回のあり方検討委員会では、診療圏分析と経営診断により議論をいただいたところでございます。経営診断の部分については、マクロ的な視点から課題を整理しましたが、本日はミクロ的な視点から、収益、費用及び経営管理体制というように、市立病院の現状と課題について整理しておりますので、項目ごとに改善策やこういった視点も必要だということについて、ご意見をいただければと考えております。</p> <p>また、現場の病院のトップが考えたことを実行できる体制が重要とまとめられましたので、後半では、他の経営形態ではその点がどうなっているのか、まずは比較をしてご意見を伺いたいと思っております。</p> <p>続いて、第3回のあり方検討委員会の論点整理につきまして申し上げます。</p> <p>資料4ページの医療機能についてですが、資料は、左から「現状」、「課題」、「検討委員会」の総括としております。まず、現状として、高齢化により循環器、がん等の疾患が増加するということ。市立病院は、急性期の病院として高度医療を提供しているということ。また、がん等の政策医療を提供していること。医師会との病診連携により、強い関係を持っていることが挙げられました。</p> <p>次に、それに対する課題として、マンパワーの不足等につきまして議論をしたところでございます。</p>

総括として、自治体病院として、急性期医療・高度医療を提供するために、現在も提供している救急、周産期医療や、他の医療機関との連携を一層強化しつつ、地域の中核的な医療機関としての役割を果たしていくことが第一点目です。特に、その中でも、「がん医療、救急、周産期医療や、危機管理への対応として、災害医療、感染症、結核医療を引き続き提供し、一層の充実・強化を図っていく」ということが第二点目でございます。また、新たな医療課題への対応として、身体的な合併症を有する精神科患者の処遇問題が、全市的に大きな問題になっており、その点に関し、さいたま市立病院として、どのようなことができるかを検討していくことが必要ということでもございました。さらに、市民への啓発活動として、住民の健康づくりの啓発活動や福祉との連携等も重要な課題であるとの意見整理がなされました。

次に、5ページをお願いいたします。

経営・財務面になりますが、現状では、経常収支は黒字を継続し、医業収益も増加していますが、100床当たりの入院・外来収益、医業費用は、比較対象病院と比べると低くなっています。また、比較対象病院の平均を見ると、職員数が多いほど実質医業収支比率も良好な傾向となっています。

それに対する課題としましては、建物や設備、医療機器等の老朽化が進んでいるため将来の潜在的な費用が存在することや、職員定数が制約となり、収益拡大の機会を逃していることなどが、課題となっています。

意見の総括といたしましては、経営改善・財務の健全化として、経営が改善され、再投資が比較的容易となり、最終的には患者への質の高い医療提供のために、病院が長期的に発展していく、そして患者の満足度を上げていくためには、人員のフレキシブルな増(減)が必要であるということ、施設の整備も、病院の責任において実施できる体制が望ましいということでもまとめております。また、経営体制・トップの裁量につきましては、医療現場を知り尽くし、責任を負っている病院トップが考えたことを実行できる体制をいかに整えていくかが重要であり、トップの裁量・自由度を高めていくことと同時に、トップをサポートするマネジメント力の強化も必要であるということ、さらに医療事務を熟知する経営センスを持った事務職も必要であるとの総括がなされたところでございます。

以上で説明は終わりたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

<p>(委員長)</p>	<p>はい、ありがとうございました。 前回までの議論につきまして、ご確認をいただけたかと思えます。 ここで何か欠けているところ、あるいは表現、削除すべき部分があれば、この際、お伺いしておきたいと思えます。いかがでございますか。 特にないようですので、次に進ませていただきます。</p>
<p>2.議事 (1)さいたま市立病院の業務改善策 (委員長)</p>	<p>それでは続きまして、議事に入らせていただきます。 お手元の第4回さいたま市立病院のあり方検討委員会次第に沿って議事を進めてまいりたいと思えます。よろしく願いいたします。 まず、さいたま市立病院の業務改善策について、内容についてご説明をお願いいたします。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>はい。資料のご説明でございますが、コンサルタントより行わせていただきますので、よろしく願いいたします。</p>
<p>(コンサルタント)</p>	<p>それでは、資料に沿いましてご説明させていただきます。 まず、前半部分の業務改善でございますが、お手元の資料の8ページをご覧くださいませでしょうか。 先ほど、事務局からのご説明で、市立病院の目指すべき方向性を前回の議論を踏まえて整理させていただきました。左側に医療機能面で求められる方向性、それから右側に収入確保・経営改善で求められる方向性を記しております。医療機能の更なる充実というところでございますが、これからの高齢化に伴う医療需要の増加に伴って、救急や災害医療機能の強化、急性期医療機能の強化等が課題となるため、市立病院では、医療機能をさらに充実させていくことが求められているというお話がありました。それから右側の収入の確保の方向性では、やはり現在の市立病院の課題として、収入を得られる機会があるにもかかわらず人材が不足していることにより得られていない収益を確保していくということ、それから施設の老朽化や設備等に関して、必要な投資を行うことによって収入を確保していくということが課</p>

題となっておりますので、収入を適切に確保するような人材の配置と設備の投資を行いながら、医療機能の充実を図り、最終的に医療の質の向上につなげるという好循環を築いていくことが必要であるとの議論がありました。従いまして、今後の目指すべき方向性としましては、医療機能を充実させていきながら、収入の確保を図っていくということが大きな方向性になると思われま。

では、続いて9ページを、ご覧いただけますでしょうか。

経営改善に関する論点を整理させていただいたのが9ページの図になります。経営の改善とは、最終的には収支の改善ということになってまいります。上半分が収入に関わる医業収益というところになっておりまして、これは入院の収益、外来の収益等に分解しております。それから下半分が、医業費用というところで、様々な人件費、委託費、材料費等の支出に関わるものを整理しました。

収益に関する課題ですが、職員の不足、それから施設・設備の不足、病診連携上の課題、その他の課題となっております。次に費用面になりますが、人件費については、職員不足の点から、費用の課題というよりは収入に関するものとセットで課題になってくるかと思えます。それ以外のところで委託費に関する課題や、あるいは購買管理、施設の老朽化に伴う修繕費などが大きな課題となっております。これが収益に関する課題と費用に関する課題となりますが、実際には経営をつかさどる経営管理体制も論点になってまいります。論点としましては、意思決定・ガバナンス、それから予算管理、経営企画に関する3つの論点がございます。

それでは、その各論につきまして、ご説明をさせていただきたいと思えます。10ページをご覧いただけますでしょうか。

最初に収益に関する課題として、職員不足に関するものです。これは第3回のあり方検討委員会でも議論していただきましたが、市立病院で、看護師が不足しているという状況がございます。現在の医療体制におきましては、看護師を手厚く配置することによって収入の確保が得られるという診療報酬上の制度があり、その中で、患者7人に対して看護師1人を配置する7対1の看護基準というものがあります。現在、さいたま市立病院では、施設基準としてこれを取得していますが、昨年、基準を一部満たせない月があり、看護師の配置については大変厳しい状況で運営している現状があります。その中で、今後の課題としましては、看護師を更に確保することによって今後増えていく患者を看ていくことができる余地があるにも関わらず、確保できてい

ない点や、あるいは高度な医療を行うための GCU、HCU 等の診療報酬を得ていくためには、看護師の増員が必要であるという点が課題になっております。なお、看護師を確保した場合の収支改善については、収入で 7 億 7 千万円程度、それから様々な材料費、人件費等が出てまいりますので、それらを差し引いて約 3 億 7,900 万円程度の粗利の改善効果が見込めるという状況です。これが、現在の看護師の不足によって得られていないという点が課題となっております。

では、続いて 11 ページをご覧くださいませでしょうか。

職員不足の続きとなりますが、まず医師についてです。これも前回のあり方検討委員会で説明させていただきましたが、現在、常勤の医師が定員に対して 5 名不足しており、非常勤医で対応しておりますが、やはり本来的には常勤の方を確保することが目指すべき方向性となります。特に眼科につきましては、常勤の方が不在で、外来診療のみとなっておりますので、入院等を行うことによる収益の獲得が得られていない懸念があります。

それから薬剤師についてですが、現在の診療報酬制度では、薬剤師が服薬指導をすることによって収入が得られます。その中で、服薬指導の実施件数が伸び悩んでおり、ここでもやはりマンパワーが不足しているため、あと 2 名程度増員することによって収入増が見込めます。

続いて 12 ページをご覧くださいませ。

施設・設備不足に関する課題になりますが、最初に挙げているのが手術室に関するものです。これも前回のあり方検討委員会でお話をさせていただきましたが、手術室が現在 6 室ある中で、手術件数がほぼ上限に達しています。稼働率が午前 9 時から午後 4 時までの間で 80% から 90% になっており、上限に達しております。ページの下部にグラフがありますが、折れ線グラフは実際の手術件数、棒グラフは手術室の延べ在室時間、いわゆる利用時間になっております。これを見ますと、1 件あたりの手術時間が長くなってきています。これは高度な手術が増えているということで、高稼働の水準が続いております。課題としましては、今後も医療需要の増加に伴い、手術件数は伸びていく可能性がありますが、現在の状況では、これ以上増やすことが困難になってきており、施設整備の一環として取り組む必要があります。

続いて 13 ページを、ご覧いただけますでしょうか。

施設・設備不足の続きとなります。まず放射線科機器に関するところ

るですが、現在、いわゆる CT や MRI と言われる画像診断等の待ち時間が長くなっております。現状では、長い検査で 3、4 週間程度となっており、他方で年度別の MRI 検査の実績を比較しますと、外来の実績が減少して入院の実績が増加している傾向があります。やや専門的で分かりづらいところもありますが、急性期の病院で市立病院のような医療機関は DPC という制度に移行しており、画像診断等については外来で行っていくということが経営改善の一つの方向性として求められるようになっております。外来の検査件数が伸び悩んでいることから、本来は外来で検査等を行うことで収益を得られるのものが、得られていない可能性があります。また、医療機器等につきましては、高額機器の納入時期と耐用年数を記載しておりますが、ご覧いただけますように大分古い時期に購入されたものも増えており、機器としては利用できるものの、耐用年数が過ぎているものについては、更新の必要性に迫られているという状況があります。

それから透析につきましては、現在、市立病院では 4 床ということになっておりますが、病床規模から比較すると少なく、入院患者中心の医療を行っている状況です。こちらにつきましても、今後の医療需要等を考えると、施設等を増強していく必要があります。

続きまして 14 ページをご覧ください。

収益に関する課題の 3 点目として、病診連携に関するものです。前回のあり方検討委員会で、今後の医療においては、地域の開業医と高度な医療を提供する病院との間で、地域医療連携というものが重要なテーマになってくるというお話がございました。市立病院も地域医療連携について積極的に取り組んでいますが、やはり自治体病院という点から、紹介状のない患者も受け入れております。ただその受け入れを行うことによって、紹介率という初診患者に占める紹介状ありの患者の割合がなかなか伸びないという状況があります。この紹介率が高くなってくると、地域医療支援病院という認定を受けることができ、更なる増収機会が得られるのですが、この認定がまだ得られていないところが現状の課題になっております。また、実際に浦和医師会様とは過去の経緯で非常に緊密な関係を築いておりますが、それ以外の医療機関からの紹介が少し伸び悩んでいるという状況もございます。ちなみに現在は、紹介率 59%、逆紹介率 32%になっておりまして、紹介率があと 1% 上がると認定を得ることができます。それにより得られる増収効果としては、約 1 億 1 千万円程度という試算が行われています。

では、次に 15 ページをご覧くださいませでしょうか。

病診連携の課題の続きになっていますが、まず開放型病床の利用率についてです。これも前回のあり方検討委員会でお話をさせていただきましたが、地域連携を積極的に行っていくために、市立病院では地域の医療機関と共同で利用する開放型病床を 47 床ほど用意しており、利用率 66%という状況になっています。市立病院全体の病床利用率は 80%台ですので、これに比べると、どうしても利用率が低いというところが課題になっております。この開放型病床の利用促進が今後取り組んでいくテーマになってまいりますので、実際にこれを利用いただきます地域の医師会の方々も含めて、いかに利用を増やしていくのかという協議が必要になってくるかと思われまます。また、病院全体で見えていきますと、手術の件数等の増加等に伴い、現在の一般病床数では利用が限界に近づいてくる可能性もあります。その場合、開放病床がもうこれ以上逆に利用率が伸びないという状況であれば、他に使い途があるのだろうかということも含めて、ご検討していただくことも必要になるかと思われまます。

それから次に病院内体制についてです。地域医療の連携を進めていく中で、病院内の組織として地域医療連携室がありますが、病院主体の体制とは若干異なるような形で運営されています。これにつきましては、やはり人的・組織的な整備を行っていくということと、その中で地域の医療機関とより連携を強化していけるような、情報発信や関係強化に向けたいろいろな取組みというものをいかに進めていくのかという点が課題となっております。

続いて 16 ページの方をご覧くださいませでしょうか。

収益に関する課題のその他の部分として、未収金の回収があります。これは診療を行った際に、様々な事情により患者から医療費を得られなかったものが未収金という形で残っております。これにつきましては、もちろん適切な医療を行ったことに伴うものですから、適切に受領することが必要になりますが、実際には事務職の方々が督促のお電話をするなど、いろいろな形で回収のための努力を行っており、そのための作業が煩雑になっているという現状があります。これは市立病院に限らず、そういった事例はあるわけですが、他の医療機関では、そのための回収体制を強化したり、場合によっては回収業務を代行する委託を利用する事例も出てきておりますので、市立病院でもそういった取組を今後検討する余地があります。

では、続いて 17 ページを、ご覧ください。

このページから費用に関する課題となります。まず業務委託管理ということで、2つの論点があります。現在、市立病院では医事業務ですとか、あるいは給食、情報システムの保守、清掃などの様々な業務委託を利用しており、それが全て単年度の契約となっているのが現状です。これを、例えば1年単位ではなく、複数年での契約ということになりますと、委託業者からも様々な提案が得られ、場合によっては契約価格の低下の余地が出てくると思われます。しかしながら、現在では、単年度契約が中心となっておりますので、契約価格の低下の余地・可能性が制限されているという点が課題となっております。

次に委託先の選定でございますが、委託先の選定に際しては競争入札ということで、安い価格を提示したところが落札する形で契約を進めておりますが、値段が安い反面、業務の質が低下したという事例も出てきます。従いまして、これもコストの抑制と業務品質の両立というものを、いかにバランスをとっていくのかということが、今後の委託先選定での課題になっていきます。

続きまして、18ページを、ご覧いただけますでしょうか。

購買管理に関する課題となっております。現在、高額な医療機器につきましては、中期計画案というものを策定していますが、機械本体の初期投資の費用は盛り込まれているものの、実際に機器を購入した後は、いわゆる保守メンテナンスに関する費用が発生してきますので、そういうものを含めた総合的な計画というものは考慮されていない状況です。その一つの背景としましては、そもそも予算の単年度主義というものが、中長期的な費用がなかなか担保されないという状況があります。従いまして、課題としましては、そういう保守部分を含めた中長期的な計画を立てていくということと、それによってより合理的なコストの低下を図っていくということが今後の取組の課題と becoming くるかと思われます。

次に機器・材料の購入における価格低減策になりますが、機器購入に際して、どうしても現場の方々からの要望でメーカーや型番の指定が行われる傾向があります。また、材料等につきましても、現場の医師の方々実際に立会いをして価格交渉を行うことで、価格が下がる傾向がありますが、その取組を平成23年の2月から始めたという状況がございます。これにつきましても、今後いかに購買管理を効率的に行うかという観点からの取組強化が必要になってくるかと思えます。

続きまして、19ページをご覧いただけますでしょうか。

購買管理の続きになっておりまして、さらに論点が3つあります。まず、費用対効果の検証ということで、実際に購入した後の機器等について、そもそも当初予定されていた利用率を達成したかどうかなどの検証がまだこれからという状況になっております。従いまして、今後の課題としましては、機器購入の目的が十分に達成できたかどうかを検証し、今後の次期の投資計画に生かしていくということが必要になるかと思っております。

それから2つ目の薬剤の選定についてですが、ジェネリック医薬品に切り替えていくことで費用を抑制することが一つの課題となります。目標として採用比率を20%にすることを掲げており、それに対して現状13%です。今後の課題としまして、やはりジェネリック医薬品の切り替えについては、院内の薬事委員会の中で医薬品の品質等についての医師の了承を得ているという状況がありますので、その意見調整等をスムーズに行っていくことが課題となります。

3つ目の物品・在庫管理についてですが、手術材料等は使ったものに関して適切に収入が得られるように請求が行われているか、あるいは途中で廃棄やロスがないかといった、管理の仕組の導入が今後の課題になっております。また、材料の再利用品の拡大や、あるいは手術等の効率的な実施、物品管理システムの導入等も検討を進めているところですが、これをいかに進めていくかということが今後の取組課題となっております。

続きまして20ページをご覧くださいませでしょうか。

こちらは修繕費に関するものでございます。前回のあり方検討委員会でもお話をさせていただきましたが、築年数が約40年経っている建物もあります。その結果、突発的な修繕費の発生というものも出ており、実際、平成20年度は100床当たり2,400万円だったものが年々増えてきているという状況です。やはり建物の老朽化に伴い、施設の更新をいかに検討していくかという点が課題になっております。

では、21ページをご覧くださいませでしょうか。

こちらからは経営管理体制上の課題ということになりまして、まず意思決定・ガバナンスに関するものです。資料のフローチャートをご覧くださいたいのですが、職員の定数を増やすフローについて整理したものです。診療報酬の改定があって、職員を増やすことによって収入の増加が図れるという制度となった場合に、市立病院で増員の議論が最初になされるかと思っております。次に人員要望の提出ということになりますが、やはり市として意思決定をするため、事前に調整をし

ておくということが必要となってきます。それを踏まえて、人員要望を提出した後、ヒアリングの実施や議会の議決を得て、増員が認められた後に募集をかけることとなりますので、診療報酬制度が変わってから、人員を増やすまでに2年から3年くらいの期間がかかってしまう状況です。また、現在の規定の中では、病院長に財務的な執行権限がないということも課題になっており、なかなかタイムリーな活動が難しいというのが現状でございます。

続いて22ページをご覧ください。

過去の話になりますが、市立病院が納入業者から診療材料費を不正に請求されていたという事件がありました。約4,900万円が不正に請求されていたということで、再発防止策として検品を適切に行うこととし、不正に請求されていないかどうかを確認するような体制を整えた経緯があります。不正請求事件自体につきましては、解決を図っており、それに対する再発防止策等も整えられていますが、今後経営を継続していく中では、他にそういった不正や事故が発生しないような体制をいかに整え、かつ強化していくのかということが今後の課題になってくるかと思えます。

続いて23ページをご覧くださいませでしょうか。

経営管理体制上の課題として予算管理があります。予算要求の手続については、予算要求を行い、それに関してヒアリングを実施し、議会で議決をいただいてから実際の執行まで、半年から1年位の時間がかかります。したがって収益改善の対策をとろうとしても、手続に時間がかかり、収益を得る機会を逃している懸念があります。

続いて24ページをお願いします。

医療制度・医事知識に裏打ちされた経営計画機能の強化という点も大きな課題になっております。中期的な投資計画につきましては、先ほどお話ししましたように初期投資の金額だけを考慮し、中長期的な計画が立てられていないという現状があるほか、建物等の修繕・改築などの計画も、これから取り組む予定となっております。これにつきましては、やはり中長期的な計画を立てていくということと、それに向けた予算確保が今後の課題であると思われま。

また、病院経営を熟知した職員の育成についてですが、事務職員の方が本庁からの人事異動で配置され、また数年で異動となってしまうというのが現状です。その結果、専門的な制度である診療報酬や、病院経営を熟知した事務職員が育ちにくいことが課題となっております。

	<p>25 ページと 26 ページは、今ご説明した内容の現状と課題を整理させていただいたものでございます。市立病院の課題を収益、費用、経営管理体制というところで整理させていただきましたので、ご覧いただければと思います。</p>
(委員長)	<p>大変膨大な内容でございましたが、ありがとうございました。何か補足すべきことがあれば、どうぞ事務局から追加してください。</p>
(事務局)	<p>それでは、資料の 21 ページをご覧いただきたいと思います。 21 ページの「院長に財務の執行権限がない」というところにつきまして補足させていただきたいと思います。市長の権限に属する事務のうち、さいたま市立病院に関する事務に関わる専決・代決に関する事項につきましては、さいたま市立病院事務専決規程で定められております。収入や支出等の財務に関する事項につきまして、例えば固定資産の購入を行う場合には、院長が意思決定について参画をしておりますが、予算執行上、市立病院が保健福祉局の一部であることから、その金額によって課長、経営部長、局長の決裁により決定する形になっています。このように院長に予算執行上の専決権限がないということから、執行権限がないと整理したものでございます。 以上でございます。よろしくお願いいいたします。</p>
(委員長)	<p>ありがとうございました。 ただ今、さいたま市立病院の業務改善策について非常に多くの観点から、ご指摘をいただいたところでございます。お聞きになりましたとおり、テーマが非常に数多くに渡っております。一度に議論していただくのはなかなか難しかりょうと思いますので、ある程度区切りまして、委員の皆様のご意見を伺ってまいりたいと思います。 まず 8 ページからになります。市立病院の目指すべき大きな方向性ですが、これは医療機能の強化・充実を図りつつ、収益確保を図るべきであるということです。前回までの議論をまとめると、図にあるような方向性でよろしいでしょうか。委員の皆様から何かご意見があれば、承っておきたいと思いますが、いかがですか。</p>
(伊関委員)	<p>建物の更新は、やはり重要な課題になってくると思いますので、医療機能の充実にあたるかどうかは分かりませんが、何らかの形で老朽化した施設の更新を入れておく必要があるのではないかと思います。</p>

	ます。
(委員長)	はい、ありがとうございました。他にございますか。
(塩原委員)	はい。この 8 ページについては、以前から申し上げているとおり、この収入確保という点は結果であって、目標ではないのだと思います。地域医療を行った結果が収入であり、いきなり収入確保を目標とするこの表現は避けるべきではないでしょうか。
(委員長)	そうしますと、ここはどのような表現がよろしいか、ご提案があればお願いいたします。
(伊関委員)	「安定的経営」のような表現でしょうか。
(塩原委員)	そうですね。まだ言葉が浮かんでいないのですが、収入の確保という用語だけは避けてほしいと思います。つまり結果として、安定的経営が地域に貢献しているのですね。
(委員長)	そうしますとこの収入確保というのは、削除した方が良いということでしょうか。
(塩原委員)	ええ、削除してほしいと思います。この目指すべき方向性で、いきなり収入確保というのが一番先になるのは違うなと思いました。
(委員長)	他にございますか。
(西山委員)	素人の考えでございますけれども、今日の市立病院のあり方検討委員会の資料を見ますと、資金的にいくらあっても足りないような現状だと感じました。市立病院では村山院長のご努力、スタッフの皆様のご努力で黒字経営となっておりますが、今後施設の建て替えであるとか、いわゆる先進医療機器の充実ということになってきますと、多少の金額では賄えません。一つの例で見ますと、埼玉県では、緑化資金として 10 年満期の定期を売り出しました。厳しい世界情勢の折ですから、プラスアルファの利回りを付けて、緑化の資金を確保したわけです。こういった資金の作り方を市立病院もある程度取り入れてはどうでしょうか。今の市の財政に 100% 依存していくようでは、手続上も

	<p>大変であるし、ますます発展していかなければいけない地域医療が、資金面で行き詰るようなことがあってはいけません。</p> <p>病院は、やはり一般企業と比べると、人件費の総経費に占める比重が非常に高いと思いますが、一般企業のように人件費を抑えて、最大の成果を求めていくのとは逆だと思うのです。医療に携わる特殊な仕事をしている医師の方々に十分に安定した生活と、時間の余裕というものがなければ、研究もできなければ勉強もできません。そういう部分を充実させれば優秀な医師も集まるでしょう。</p> <p>そういった人的な問題や施設の問題を収入の中で消化していくというのは、私はとても無理だと思うのです。何か中長期的な資金の作り方で、人員や施設を充実させていくのはどうでしょうか。</p>
(委員長)	<p>他にございますか。</p> <p>今、西山委員のお話にあった、資金の調達ということにつきましては、病院事業では条件の良い制度がありますので、おそらく改築ということになればお使いになると思います。しかし、それは最終的には借金ですから、うまく経営を行って返済していかないといけないということは同じでございます。</p>
(伊関委員)	<p>おそらく資金だけではなく、地域とともに歩むとか住民と協働するなど、そういう言葉がガバナンスの一要素になるかと思しますので、項目の一つとしては、それが先ほどの安定的な経営に繋がってくるのではないかと感じます。</p>
(委員長)	<p>他に何かございますか。</p> <p>それでは各種のご提案をいただきましたので、それを改めて事務局の方で検討させていただきます。</p> <p>続いて、個別の課題についての改善策や、それから資料に挙げている項目以外に追加すべき視点等がないかどうかについて、委員の皆様の大変豊富なご経験に基づくご意見やご見解を伺ってまいりたいと思います。</p> <p>実は、本日は大宮医師会の会長の湯澤委員がやむなく途中で退席せざるを得ないご予定であるため、申し訳ございませんが、14、15ページの医師会との関係が深い病診連携から意見交換をさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。</p> <p>それでは、この病診連携につきまして、収支改善に際し、地域医療</p>

<p>(湯澤委員)</p>	<p>支援病院の取得、あるいは開放病床の利用促進、そのための地域医療連携室の体制強化が必要であるということが報告されておりますが、本委員会では、医師会の方々にも委員としてご参加いただいておりますので、利用者から見た病診連携の課題等についてご意見を伺いたいと思います。</p> <p>いかがでしょうか。</p> <p>本日は別の会議がありますので、途中で退席させていただくことになり、誠に申し訳ありません。</p> <p>14 ページの紹介患者数を見ますと、浦和医師会が多く、大宮医師会が1割くらいですね。平成20年度、21年度と徐々に増えてきておりますが、紹介率が59%ですから地域医療支援病院の認定を取得しようとするのであれば、外来の紹介状がない患者を少し制限していくことで可能になると思います。さいたま市民医療センターでは、原則紹介状のない患者は診ていません。これについての不満は上がっておりませんので、紹介状をきちんと書いていただくという運動が有効だと思います。それでもまったく診療をしないわけにはいきませんから、緊急の度合いと医師の都合によっては診ますけれども、原則は紹介状があって地域の診療所からの紹介で診ていくというシステムを採れば、地域医療支援病院の認定を取ることは、この数字だけを見る限り可能であると思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>はい、ありがとうございました。他にございますか。</p>
<p>(細田委員)</p>	<p>私どもの病院の場合もそうなのですが、DPC等を上げていくために地域医療支援病院の認定を取るためには、紹介状なしの患者を制限するくらいしか方法がなく、それに対して日本医師会で、地域医療支援病院の定義が紹介率だけでいいのかという議論が出ています。これはもっともな話で、内容が伴わない地域医療支援病院というのは、やはりおかしいと思います。また、そのためにハードルができて一生懸命、頑張っている病院が認定を取れないというケースがあります。実は我々の仲間の北海道病院では、一応数字はクリアしているのですが、地域医療支援病院が認定されていません。審議会の中で、なかなか認定されないということがあるので、医療全体の問題になりますけれども、地域医療支援病院は点数だけではなく、もう少し定義を明確にすることが必要なのではないかなと思っています。</p>

<p>(委員長)</p>	<p>確かに、この地域医療支援病院の紹介率というのは、中身をよく調べますと、実は千差万別ですね。 他に何かご意見はございますか。</p>
<p>(阿部委員)</p>	<p>開放型病床については、さくらそう病棟と呼んでおりますが、A病棟とB病棟の2つがあって、合計47床です。ここで問題になっているのは利用率が低いということなのですが、実はA病棟とB病棟を比べてみますと、A病棟の方は、80%程度確保できており、B病棟の方がどうしても低い状況なのです。B病棟というのは、17床だったかと思いますが、このうち個室が5床で、あとは男性用と女性用で6床ずつあるわけですね。その6床の場所が2階の奥の方ということで、どうしても目の届きにくいような場所になっているものですから、軽傷の患者と言いますか、そういう方がどうしても対象になっています。この病床について対象となる患者は、例えば食事療法の栄養指導を必要とする方や、あるいは大腸検査のための入院や、退院間近の療養を目的とした方が対象となるのではないかと思います。少し病院の中での共通意識が低いのではないのかと感じます。そういう点が改善されれば、全体の利用率が上がってくるのではないかなと思います。</p> <p>私どもの医師会の医療機関で診ている在宅の患者は、施設を含めると、だいたい2,000人位いますが、そういう方がどうしても急に入院するような必要性が出てきます。市立病院の開放型病床は、その時のための後方支援の役割を担っている病棟なものですから、非常に頼りにしております。ですから利用率が低いから必要性が低いのではないかというのは、少し観点が違うのではないかと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>はい、他にありませんか。はい、どうぞ。</p>
<p>(塩原委員)</p>	<p>今の部分に関連してなのですが、今日の資料を経営管理という立場で見ますと、まずは情報管理という部類に入るかと思います。経営管理の中では、他に人事管理と施設管理がありますが、特に医療は情報管理が重要です。その情報管理はどのようにするのかというと、例えば院内に委員会や地域連携室を持っている場合には、地域連携の報告が常に病院長に定期的にあがっていくようなシステムが必要です。入院管理についても地域連携に関わるものは、常に病院長に報告するシステムを作らない限り、改善はできないと思います。そういう</p>

<p>(委員長)</p>	<p>点で、現状の中の情報が経営トップまで経営管理の資料として上がっていないことが一番の問題です。</p> <p>この開放病床の利用につきましては、病床自体が非常に特徴的な病床だと思いますので、病院と関係する医師会の会員の皆様方との間で、どのようなメニューが用意されているのかということについての情報共有ができるようなシステムが必要ですね。</p> <p>一定の努力はされていると伺っておりますが、医師会の先生方から見て、使いにくい面というのはあるのでしょうか。例えば、ご自身でこの患者はこのように使いたいと思った時に、現状では何かハードルが高いというようなことがあるのかどうかについてのご意見をいただいてもよろしいでしょうか。</p>
<p>(阿部委員)</p>	<p>例えば、高齢で寝たきりの方などが急に体調を崩して肺炎を起こした場合に、入院されるケースが多いわけですが、在院日数の短縮ということがあって、急性期は越えたけれども、まだ自宅に戻るには時間がかかるという段階でも退院せざるを得ない状況がありますので、この病棟に関しては少し在院日数を長めに見ていただく必要があるのではないかなと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>他にご意見はございますか。はい、どうぞ。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>地域医療支援病院の認定について 1%達しなかったことで 1 億 1 千万円の収益が上がらなかったというのは、やはり問題だと思いますので、体制を充実させて、目標設定をきちんと行う必要があります。やはり取れる加算は取っておくべきで、市民の皆様にとっても、できるだけ早いうちに加算を取っていただくことが必要だと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>先ほどの説明の中に、公立病院として紹介状のない患者を受け入れないのはいかがなものかという点がありましたが、例えば、県内にもさいたま市立病院に相当するような公立病院がありますし、こういったところの情勢はどうでしょうか。地域医療支援病院の紹介率について何か情報はございますか。</p>
<p>(村山委員)</p>	<p>実は手をこまねいているわけではございません。積極的に地域医療支援病院の認定を取りにいこうと狙っているのですが、なかなか数</p>

	<p>字がクリアできないのが現状です。全国的に見ますと、公立病院で地域医療支援病院になっているのは神奈川県内の病院に多いのです。横浜や藤沢市民病院や横須賀だったかと思います。その他の都道府県ではあまり公立病院で地域医療支援病院の認定は取っておりません。それで、神奈川県に何人か知り合いの者がおりますので、よくリサーチしております。特に、優良病院でしばしば挙がっている藤沢市民病院ですが、こちらはいろいろな数値や指標が非常に高く、当然地域医療支援病院の認定も受けているわけです。うちの病院と藤沢市民病院はどのように違うのかと考えたり、藤沢市に住んでいる友人に聞いたりしますと、やはり先ほど湯澤先生がおっしゃっていましたように、紹介状を書いてきてもらうというキャンペーンのようなものが非常に強いのです。それでは、市立病院として市民からクレームが出ないのかという質問が当然あるわけですが、そのようなクレームは聞きませんと言っておりました。通り一遍の調査かもしれませんが、数値的に優れていると言われる藤沢市民病院ではそのような状況になっているということです。</p>
(委員長)	<p>今、お話にありましたように公立病院の立場というのは、なかなか難しい立場でございますね。</p>
(秋月委員)	<p>私は、地域医療支援病院の認定を取るか取らないかというのは、目標ではなく、市民の目から見てどういう病院であるべきか、ということとぜひ考えていただきたいと思います。藤沢市民病院は地域医療支援病院の認定を確かに取得しています。ただ、それは病院を作る時期から医師会との関係や、いろいろな周りの病院との関係で周囲に迷惑をかけないという発想もあったわけです。また、あちらの病院では、モニター制度という、いわゆる市民の方々のご意見、医師会の先生方のご意見、市会議員の先生方のご意見等を聞く制度があるのです。途中からその制度をそのまま受け入れるというのは難しいと思います。藤沢市民病院も7対1看護基準の制度をやっておりますが、今はよく知りませんが、以前の看護師の平均在職期間は4年でした。なぜ4年にできるのでしょうか。公立病院というのはその地域によって病院一つ一つが全く別でございますので、むしろ先ほど、西山委員がおっしゃられたように、こんなにサポートして下さる市民の方々がいらっしゃるといのは本当に羨ましく思います。こちらの病院では、市民の方々のご意見を聞くモニター制度というのがあるのでしょうか。</p>

<p>(村山委員)</p>	<p>か。</p> <p>それは、「院長への手紙」ということで受けております。あとは、市役所の方で受けていますので、2つのチャンネルがあります。</p>
<p>(秋月委員)</p>	<p>医師会の先生方のご意見をいただく意味でも、市民の方々の直接のご意見をいただく意味でも、アメリカの病院のように皆様のご意見を聞くモニター制度をぜひ作っていただきたいと思います。私の病院でも導入に8年かかりましたが、やっとそろそろ始まる予定です。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>はい、他にございますか。</p>
<p>(湯澤委員)</p>	<p>すみません。もう退席させていただくことになりますが、最後まで資料を見ましたけれども、いろいろな議論がこれから行われると思います。私も市民医療センターを立ち上げる際の委員長をやっていた関係上、どのような形が望ましいか考えましたが、資料に記載されているとおり、意思決定、職員定数、労務、予算や中長期的な計画を含めて、やはり病院長の役割というのは非常に大きいですから、裁量範囲をなるべく広げ、早い意思決定でスムーズに対応できる体制を作っていく必要があると思います。いくら形だけ作っても結局ソフトが動かなければ、先ほどもありましたように1年も2年も職員採用に時間がかかっているのでは、マイナスが増えていくばかりです。最終的には、市民のため、職員のため、それから医師会の先生方を含めて、いかに病院の運営をスムーズに行い、地域に求められる病院としての機能を充実させることが大事だと思います。外来機能は診療所がしっかりやりますので、その診療所の紹介状を持っていった患者が病院で必要な入院なり検査を受けるといった連携を大いに密接にさせていただく。それ以外の緊急の場合は救急車で来ることもあるでしょうし、タクシーで来る方もいらっしゃるでしょうけれども、それをうまく使い分けていかなければ、最終的に黒字を確保し、経営を良くすることはできないのではないかと個人的には思っています。また、何か良い案がありましたら、皆様でご検討いただければと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>はい、ありがとうございました。</p> <p>この項目については、この辺で議論を終わりたいと思いますが、紹介率があと1%ということにつきましては、本来であれば自然に達成で</p>

	<p>できれば最も理想的ですので、何らかの工夫が必要であるという課題は残るのであると思います。</p> <p>それでは、次に進ませていただきます。</p> <p>前のページに戻って、10 ページと 11 ページでございますが、職員不足に関することでございます。第3回の本委員会の議論を詳細化したものでして、看護師、医師、薬剤師の人員確保による増収の余地があるにもかかわらず、職員定数等が制約となって増員できないということがあります。このことによって増収の機会を失っているわけですが、前回のまとめのとおり、人員のフレキシブルな増減が必要と整理できると思います。このことについて、何か補足するご意見等があればお伺いいたします。</p>
(伊関委員)	<p>私は、日本全国あちこちの病院に行かせていただきましたが、医師・看護師が勤務してくれない地域が多くある一方、こちらでは職員定数を弾力的に運用できれば、職員不足を生じない病院になると思います。どちらかという職員不足というよりも、定数の硬直的な運用という方がテーマとしてはふさわしいのではないかと感じます。実際、職員定数の制約が厳しいことで3億から4億円、薬剤師だけでも数千万円も収益が上がらない部分は、やはり問題があって、ここは弾力的に定数を変えていくことが非常に重要だと思います。</p> <p>また、ここには記載されていませんが、リハビリ関係で、例えば作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等のスタッフについても、本来なら収益が見込める部分があると思いますので、その点も必要な配置をすれば、おそらく収益が上がるような気がします。</p>
(委員長)	<p>はい。他にございますか。</p> <p>ここは病院として、患者に対するサービスと直結したところでございますので、職員の人数が多いということは、当然一番利益を受けるのは実際に入院または通院されている患者ということになるわけです。</p>
(阿部委員)	<p>定数のことももちろんですが、やはり医師不足ですね。内科だけでもかなり細分化されておりますし、一時期、この病院も呼吸器の先生が足りないとか、血液の先生が足りないといったこともありましたので、医師不足あるいは看護師不足への対策も常に考えておかないといけないと思います。</p>

(委員長)	<p>今のさいたま市立病院の制度上のフレームというのが大きな障壁になっているのではないかと、最終的にはその点に帰着すると思いますので、その点については、資料の後半の方で出てまいります。今回はその現象面だけ記載しておりますが、何か補足すべきものがあれば、どうぞ。</p>
(伊関委員)	<p>手術室の室数が現在 6 室で、もう一つ増える予定のようですが、絶対的に足りないように見受けられます。これから高齢者も増えていく中で、例えば 10 年先に何室あれば良いかなど、少しご意見をいただければと思うのですが、いかがでしょうか。</p>
(委員長)	<p>はい、どうぞ。</p>
(事務局)	<p>確かにご指摘のとおり、手術室は現在 6 室で、新たに今年度中に 1 室作ります。それで、必要な手術室の概数なのですが、1990 年前後に出ている計算式に当てはめると、ベッド数を 100 で割って、それを 1.5 から 1.8 倍します。特化すべき部屋を作る場合は、2.1 倍だったかと思いますが、それで計算しますと、市立病院は 567 床ですので、10 室前後は必ず必要な数字になってくるという試算はしております。特化すべきかどうかは、心臓外科等で今後検討し、使い勝手の良いものを作っていきたいと考えております。</p>
(伊関委員)	<p>要はベッド数の絶対数が足りなくて、その分の収益の不足があると解してよろしいのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>今の DPC の保険診療ですと、外科的な治療が増えることによって病院の収入が上がるというのは明らかであると考えています。その点に制限がありますと、これ以上の余裕をもった運営はできないだろうと理解しています。</p>
(細田委員)	<p>手術室の数について、うちは市立病院よりも病床数が少ない 439 床ですが、現在 9 室で 12 ベッドあります。手術件数が昨年度で 5,117 ですから、市立病院より全体件数は多いです。それで、もちろん手術室は必要なのですが、一番回らないのは麻酔科と看護師です。夜遅くまで対応できるのであれば、医師は働くのですが、なかなか時間がオーバーしますと、いろいろと不満が出ますので、数が増えないという</p>

<p>(委員長)</p>	<p>のが当院の現状です。</p> <p>はい。他に何かございませんか。</p> <p>こちらのページについては、この委員会の冒頭から大きく議論になってきたところでございます。既に今までの議論の中で相当出尽くしていると思われまので、先に進ませていただきます。</p> <p>12 ページ、13 ページをお願いします。</p> <p>こちらは既に皆様方から、意見が出ているのですが、前回の委員会で、施設・設備面での投資抑制傾向が見られるとのご意見がありましたので、まず手術室増設の必要性について再掲しております。</p> <p>13 ページでは、設備の充実につきまして、例えば高額医療機器であるMRI、透析等に関する現状が記載されています。DPC の制度下では、当然ではありますが、画像診断などの各種の検査はできる限り外来で行った方が一般的には収支改善につながると言われています。検査待ちが非常に長いために入院してから、臨時の検査で行わざるを得ないという傾向もあるようですが、こういった点も課題となっているとご指摘がありました。</p> <p>これらの課題を解決するために、診療体制の整備あるいは施設の整備まで入れていきますと、かなり際限のない大きな話となってしまいますので、現状の中で何らかの工夫ができるかどうかという部分を重点的に、ご意見があればお伺いしたいと思います。建物を大きくすれば、それはそれで一挙に解決することが多くあるわけですが、これは一朝一夕にできるものではありませんので、現状の中での工夫ということで何かご提案はありますでしょうか。</p>
<p>(塩原委員)</p>	<p>現状の中で、まず高額医療機器の定義を金額基準で決めているのかという点をお伺いしたいです。機器購入につきまして、まず購入依頼者からどういう書類の添付があるのか、それを受けてどの部署の方が価格設定・見積を担当し、最終的には競争入札を行っているのかなど、その現状を確認したいのですが。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>では一般論で結構ですので、事務局で説明をお願いします。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>機器購入の件でございますが、高額機器につきましては約 1 億円程度を目途にしております。こちらの資料に載っている機器の金額が 1 億円以上の高い金額ですので、計画的に購入するような形で考え</p>

	<p>ております。例えば、これらの機器を放射線科等で要望があった場合、病院内に院長をトップとした機器整備委員会に各専門の医師等が参加し、この機器が必要であるとか、あるいはこちらのメーカーが良いという議論を経て、機器の選定をしております。そこで決定した機器について予算要求を行い、予算化した後、基本的には一般競争入札という手法で購入をしている状況です。</p>
(塩原委員)	<p>それで、購入する際に現在の機器の利用頻度に対して、新たに購入すると、今の保険点数では収入はどのくらい見込めるかというような収入予想は行っているのですか。</p>
(村山委員)	<p>一応、選定時にどのくらいを見越しているか、保険点数がどの程度取れるかなど、そういった面での記載は必須項目として挙げています。</p>
(塩原委員)	<p>何を申し上げたかったかと言いますと、機器の購入時のデータと、実際に購入した後のデータのフォローがされているかどうか、購入してその後どうだったかというフォローをすることが、管理の上では一番大事なことです。もう一つは、非常に俗な言い方になりますが、医療機器に関しては本当の値段が一体どうなっているのか、購入するタイミング等で値段が変わったりします。そういう点で、いくらが適正な価格なのかという情報収集をどこの部門でフォローしているのか、この2点が知りたかったのです。</p> <p>そのようなシステムを常に循環させていかないと、ここでいう収支のバランスの健全化が図れないものだと思います。</p>
(村山委員)	<p>購入価格に関しまして、全国自治体病院協議会の中での情報では、特に高額機器を定価の3割以上で買う病院はないということが言われていますので、まず3割以下での購入です。あとはもう叩きに叩く形です。それから先ほどのご質問にもありましたが、収益を産まない機器は駄目だというフィロソフィーが徹底していますので、機器整備委員会の中で、各委員が点数をつけて決まるのですが、収益性の少ないものは買えません。</p>
(塩原委員)	<p>現場から購入希望についてどのくらい情報が上がるか、そして壊れてから購入するようなことがないようにするため、常に予算が設定</p>

	<p>される前の段階で、このような理由でこのような機器を購入したいという機器管理がされているか。そういうことをきちんと行うことで、結果として医療機器の固定資産管理を充実させ、良い循環にしていければという意味で申し上げました。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。他にございますか。はい、どうぞ。</p>
(秋月委員)	<p>一言だけ確認をとりたいのですが、この病院の年間の医療機械の購入費は1億5千万円くらいですか。</p>
(事務局)	<p>年間で2億円を少し上回る程度でございます。</p>
(秋月委員)	<p>これでだいたい年間の購入希望額の何割ぐらいを満たされていますか。</p>
(事務局)	<p>私どもの機器の購入の仕方は、公平性を求めた買い方になっておりまして、各科から購入希望の申請はいろいろと挙げられるのですが、まず各科で優先順位を付け、一番目になるものをまずは羅列していきます。その中で、必要性があるかどうかをヒアリングした上で、更に先ほど村山院長が申し上げたように委員会で順位を付け、購入していくという流れになります。そのため、全体の購入申請から言いますと、少なくとも購入費の倍はあるだろうと思います。それで、買い残しというのは変な言い方ですけども、そういったものもあることは確かで、これはどの病院でもあるのであろうと理解しています。</p>
(秋月委員)	<p>これだけの手術を効率的になさっていて、本当に驚いています。これだけレベルが高い病院で、医療機器の購入額が年間2億円程度ですと、職員の方々はもっと欲しいと感じていることでしょうか。医師の確保にも直結しますし、まして今後、後期研修医を採用される予定がありますと、教育していかなければいけないので、どうしても手術時間が長くなってまいりますから、以前申し上げましたように図書費の金額と同様に考えるのも一つの方法だと思います。</p>
(事務局)	<p>追加させていただいてよろしいですか。</p>
(委員長)	<p>はい、どうぞ。</p>

(事務局)	<p>今、ご指摘いただいたことは、非常に大切なことだと思います。それで、機器購入については、できるだけ満足に買えるようにということで、共通している要望はまとめて購入申請するというアイデアを出すなど、多くの人が満足できるようにするにはどうすれば良いか模索をしています。</p> <p>また、人工呼吸器と麻酔機器については、故障が命に直結することですので、これをどういう周期で購入していくかということについて、麻酔科の部長には資料を出すように言っており、その点は注意しています。それから老朽化しているものについては、どうしても買換えないといけませんから、そのリストを放射線科で作成するなどの基準は設けておりますので、その点を付け加えさせていただきます。</p>
(委員長)	<p>はい。今、設備の更新についていろいろとご意見が出ましたが、この点につきまして、細田委員の病院でも DPC 化されているだろうかと思えますけれども、検査の外来シフトというのは相当徹底して行っているのですか。</p>
(細田委員)	<p>はい。私どもの病院では、外来でほとんどの検査をしております。緊急で入院し、検査せざるを得なかったものは除きますが。</p>
(委員長)	<p>秋月委員の方はいかがですか。</p>
(秋月委員)	<p>恥ずかしながら、私どもの病院では、細田先生の病院のようにスムーズに行っておりません。おそらく、さいたま市立病院と同等もしくはそれ以下であると思っています。高額な機器を購入するわけですから、例えば土曜日の検査等は朝 8 時半から 17 時ではなく、少し延長したり、昼休みの時間も交代で実施してはどうかなど、もう少しスムーズにやるように言っているのですが、なかなか現状は難しいところでございます。</p>
(委員長)	<p>細田委員のところは、昼休みも交代で実施したり、土曜日もやっていらっしゃるのですか。</p>
(細田委員)	<p>そこまでは、やっておりません。</p>

(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。何らかの形で少し工夫が必要なのかもしれませんね。</p> <p>他にございますか。次に移らせていただいてもよろしいですか。</p> <p>次は 16 ページでございます。病診連携は先ほどご議論いただきましたので、今度は未収金問題になります。これにつきましては、なかなか厄介な業務になっております。代行委託というものも検討されているようでございますが、これらに関しまして、他の病院の取扱いや、また全国的には、こういった工夫がなされているかということについて、情報交換させていただこうかと思います。</p>
(細田委員)	<p>市立病院の場合は公立の病院ですから、どうしても未収金が増えてしまうのではないかと思います。市立病院は昨年度が約 3,600 万円となっておりますが、当院は約 1,800 万円です。当院では、少し未収金が減ってきたのですが、善管注意義務で未収金を請求していないと、後日になって請求できなくなってしまうので、警察官 OB の方を採用しまして、頻繁に電話をかけたり、あるいは内容証明付きの郵便を送ったりすることで、少し回収が図れるようになりました。ただ、やはり公立病院の場合は厳しいのではないかと思います。</p>
(伊関委員)	<p>景気が悪化して本当に払えない方もいらっしゃると思いますので、非常に難しい問題だと思いますが、やはり未収金にできるだけしないように、メディカルソーシャルワーカーにつなげるとか、市役所の他部署との連携をとるなどの努力も必要であると思います。中には確信的に払わない方もいらっしゃいますが、払いたくても払えないという方も、やはりいらっしゃると思いますので、そこをできるだけ少なくしていくという努力が必要なのだらうと思います。</p>
(委員長)	<p>今、さいたま市立病院でのご努力されている点はどのようなものでございましょうか。少しご紹介いただければと思います。</p>
(事務局)	<p>未収金の対策につきましては、さいたま市としまして、まず公債権と私債権に区分し、私ども市立病院の債権は私債権に該当します。それで、入院医療費 1 件当たり 20 万円以上のものにつきましては、市役所の本庁の方に依頼をしており、裁判所を通して強制的な取り立て等も行っております。また、病院職員の方では、経営部の 3 課で、臨戸徴収をここ数年行っております。平成 23 年度の臨戸徴収につま</p>

	<p>しては、来週の月曜日から水曜日まで予定しております、さいたま市内と川口市に臨戸徴収に伺う予定です。なお、昨年も臨戸徴収を実施しましたが、約1千万円の債権に対して、約1割程度は回収できます。しかしながら、回収を行う職員のマンパワーが不足しておりますので、今後は回数を増やすことも検討しております。</p> <p>以上でございます。</p>
(委員長)	<p>今のお話ですと、入院の20万円以上の分については、基本的に市の債権の回収部門に引き渡しているということですね。それ以外の債権については、病院の職員の皆様方がそれぞれの居宅にお伺いをし、お支払いをいただくよう努力しているわけですが、何かアドバイスがございましたらお伺いいたします。</p>
(西山委員)	<p>私、以前に病院の収支決算を見まして、貸倒引当金の項目がありましたので、病院経営で貸倒引当金を計上がどうして必要なのかと分かりませんでした。通常は診察が終わって、職員から精算書をもらい、窓口の会計で払って帰るという流れになると思いますが、未収金のケースは、お金を払わずに帰ってしまうということなのでしょうか。学校の給食費ではありませんが、回収作業になると大変なことから、例えば入院手続をした時に、医師の判断で、概算払いとして、入院するために患者に一定のお金を預託していただき、それで退院の際に足りるか余るか精算する方法をとってもよいのではないかと思います。通院では大きな金額ではないでしょうが、やはり入院患者については、金額的に大きいと思うので、そういった方法もあると思います。患者に対して言いにくい面はありますが、このままいきますと、3年で1億円という事態にもなってしまいますよね。これは大変な貸倒れになると思います。</p>
(委員長)	<p>他に何かございますか。</p>
(事務局)	<p>ご指摘のとおり、入院医療費は高額でございますので、とりあえず産科については入院保証を20万円取っております。国の政策で産科の直接支払制度として42万円の支給がありますが、直接支払ができない方につきましては20万円を事前にいただくということを段階的に行っております。このため、産科の未収金については、従来は多くの未収金があったのですが、今は減少しております。</p>

(西山委員)	患者というのは、一度病院にかかって支払いをせず、その後市立病院にかからないということはありませんよね。
(委員長)	継続して通院されている方はたくさんいらっしゃいます。
(西山委員)	そういった方については、どこかでチェックできないのでしょうか。以前の支払いを済ませていない患者については診療を見合わせることも検討してみてもいいのでは。
(委員長)	それでも診療拒否はできないのです。
(西山委員)	そうすると、さきほどの入院の概算払もできないのですか。
(委員長)	今は公立病院ではできません。
(秋月委員)	<p>全国の公立病院が一致団結すれば、ご指摘のとおり、概算払もできるかもしれませんが、なかなか難しいのが実情です。私に言わせると、やはり埼玉の方が環境が良いのか、金額が少ないというのが印象です。川崎市も全庁をあげて未収金対策を行っておりますが、公立病院が診察をしなければ、どこが診察してくれるのかということを考えますと、難しい面もあるのだと思います。</p> <p>さいたま市として、未収金に対するいわゆる補填の予算はあるのでしょうか。川崎市の場合では補填の予算があって、民間の医療機関を優先して補填し、予算を全部使い切ってしまうので、なかなか公立病院まで補填されないというのが実情なのですが、さいたま市の場合には補填の予算を作っていないのでしょうか。</p>
(事務局)	補填財源と申しますか、それらの費用につきましては、科目設定もありませんし、補填はしていないのが実情でございます。
(委員長)	埼玉県では外国人に限定してですが、以前はありました。現在はどうか知りませんが、当時でも徐々に予算が先細りとなり、いろいろ難しい条件がついてまして、最近はなくなってしまったかもしれません。
(中村委員)	例えば、給食費や国民健康保険なども未納の方が多くいらっしゃいます。

<p>(委員長)</p>	<p>ます。私は、国民健康保険関係の委員会に参加しているのですけれども、外車に乗って、大層な家に住んでいても国民健康保険税を払わないような場合には、差押え等を行って取り立てをすると伺っておりますが、多額の金額を滞納しているわけですね。病院で医療費を支払わない患者は、本当に払えない家庭なのでしょうか。本当に払えない家庭であったら、徴収に行ったとしても回収はできないはずですが、ですから、先ほどお話にありました補填制度というものも必要になってくるのではないかと思います。以上です。</p> <p>様々な環境の方がいらっしゃるということは事実でございます。</p> <p>これにつきましては、公立病院・公的病院を含めて日頃から大きな課題となっております。埼玉の県立病院でも、市立病院の10倍とは言いませんが、この何倍かはあると思います。不思議なことに、過年度になってから2年間くらいの間は、未収金額が減っていきます。例えば、平成22年度は約3,600万円の未収金がありますが、来年になりますと、おそらく減るのではないかと思います。債権が古くなりますと、根っこが張ってしまって回収が難しくなりますが、そういう意味で考えますと、おそらく固定的に2,000万円前後が積み上がっていくのかと思われまます。</p> <p>この未収金の問題につきましては、回収を業とする弁護士法人など、いろいろなところが立ち上がってきているようでして、話を聞くと非常に夢のような話なのですが、実際にどのくらい効果があるのかということについては良く分かりません。県立病院では、以前に委託する方向で検討しておりましたが、現在はどうなったかは聞き及んでおりません。川崎市では委託をされていらっしゃいますか。</p>
<p>(秋月委員)</p>	<p>兵庫県が最初にこういった委託による回収をやり始めて、川崎でも検討したのですが、成功報酬等の問題もあり、実施には至っていない状況です。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>回収額の半分は業者の分となった場合、ゼロよりは良いという考え方もありますね。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>とにかくまめに督促をすると、滞納になりにくいということで、この督促の業務を委託業者が請け負っているケースもあります。何か月か支払いがない場合は、すぐ委託業者から相手に連絡をしてもらうなど</p>

<p>(委員長)</p>	<p>のいろいろな方法があると思いますので、業務の組み合わせの中で委託業者を活用すると、未収金が少し減る部分もあるのだと思います。</p> <p>職員の方ですと、どうしても本来業務とは別の仕事になってしまいますので、専門の委託業者を活用すれば、電話をするタイミングも含め、債務者の方の生活を知った上で督促を行うことも可能でしょうし、それも一つの検討課題かもしれません。</p> <p>では未収金の回収につきましては、これで終わらせていただきます。</p> <p>さて、それでは次の 17 ページでございます。</p> <p>費用の削減に関する課題についていくつか挙げております。まず、業務委託管理の現状は、単年度の価格競争が中心で、競争入札と、長期継続契約との併用による価格交渉力の強化が課題となっております。また逆に、価格を重視した結果、業務の質が低下するというようなリスクも当然発生するわけでございます。現にそうした事態に陥った例は私もいくつか経験がありますが、それぞれ委員の方々も経験をお持ちであろうと思います。</p> <p>委託費用の削減と業務の質の向上のためにどのような工夫があるのかということについて、ご経験の中からご意見を賜ればと思いますので、いかがでございましょうか。</p>
<p>(塩原委員)</p>	<p>全国の代表的なところとして、国保病院での経営分析の例で申し上げますと、基本的に委託管理がきちんとチェックできているかどうかは、原価計算が計算システムとして完成していなければ、結果的には実現していません。実際の購入単価と比べて収益がどうか等の判断は、すべて比較ができて、初めて委託が良いのかが分かるのです。また、診療報酬請求事務を外部に委託している事例が一番多いのですが、この場合も診療報酬点数に漏れがあるのどうかを病院側がチェックするシステムがなければなりません。業務委託をして、俗に言う丸投げになっている病院は全く管理業務ができていないわけです。そういう意味で、内部管理をどのように実施していくか検討していくことがこの問題を解決できる道であると思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>今、医事業務の委託のことについてお話がありましたけれども、確かに内部のチェックということについては、公立病院では専門職がい</p>

	<p>ませんので、なかなか目が届きません。それ以外の、例えば清掃業務などの他の委託については、人件費がほとんどでございまして、計算としては非常にやり易いのですが、質の問題についてはなかなか難しい部分があります。</p> <p>何かその部分についてご意見をいただければと思いますが、いかがでございますか。</p>
(秋月委員)	<p>さいたま市立病院の査定率につきましては、神奈川県から考えると一桁低いです。極めて良好で、神奈川県の病院では想像ができません。確か査定率が0.06前後だったかと思うのですが、信じられない低い査定率で、川崎病院でもさいたま市立病院の例を挙げさせていただきました。それから、さいたま市立病院の平成22年度の委託料については、医業収益に対する比率が平成21年度から0.4%下がっていますが、首都圏地域だということを考えますと、医業収益に対する委託料の比率も高くありませんし、神奈川県からすると羨ましいというのが私の印象でございます。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。今のような業務委託の関係で細田委員が工夫されていることはありますか。</p>
(細田委員)	<p>私どもの病院では病院事務に関しては、管理の部分は全部職員でやっております。診療報酬の計算等については派遣を使用していますが、全面委託とは違うと思います。</p>
(委員長)	<p>正職員の方ですね。</p>
(細田委員)	<p>はい、そうです。医事課の職員が担当しております。</p>
(委員長)	<p>医事課に専従の職員を置いたら良いのではないかとということが、全国自治体病院協議会の中でも常に話題になりますけれども、なかなか良い人材がいなくて上手いかないようでございます。秋月委員の病院ではそういった専従の方はいらっしゃるのですか。</p>
(秋月委員)	<p>昨年、専従の職員を雇えるように制度を整えたのですが、ただ、今お話にあったように能力的にどうなのかという問題や、一度採用して</p>

	<p>しまいますと、民間と違いましてなかなか辞めていただくのが難しいという問題があります。公立病院と民間病院若しくは公的病院との違いはやはり給与費です。だからその点を考慮しますと、むしろ医事業務は委託をして、医事課の中にそうした委託の方々をある程度コントロールできる方を1人又は2人置く程度が良いのではないかと、今の状況ではそのように考えております。</p>
(委員長)	<p>さいたま市立病院でもそういった専従の職員がいた方がよろしいのではないかと考えていらっしゃるのでしょうか。</p>
(村山委員)	<p>もちろん、そういう方がいてくださったら本当に嬉しいですけども、その点は非常に苦労しているところです。</p>
(委員長)	<p>県立病院の時代にそういう方を募集するということで、医事関係の業界の雑誌に広告を出しますと、全国の現役の医事課長であるとか、次長クラスから若い方まで含めまして、だいたい50人程度の応募がありました。そういった応募者から、全員面接をして一番良い方を採用した経験があるのですけれども、これも先ほどお話にあったような採用リスクというのはあります。処遇も問題になります。採用して公務員になっていただくわけですが、採用時は他の職員と同じでも将来のステップアップというのは、なかなか難しく、必ずしも全て制度が整えられているわけではありません。しかしながら、何らかの形でそういった専従の職員の充実が必要だということについては、どこの公立病院でも言われているお話ですので、おそらくこの病院でもそうであろうと思われま。</p>
	<p>他に何かございますか。はい、どうぞ。</p>
(阿部委員)	<p>委託のところで、単年度契約ということが一つ問題になっていますが、実際はどうなのでしょう。仕事の内容が良ければ、次年度の契約の時でもそういったことが考慮されるのではないのかと思います。ですから、単純に入札で一番安い価格というだけで決めているわけではないと思うのですけれども、現状はどうなのでしょう。</p>
(事務局)	<p>現状の委託の契約に関しましては、入札を行い、最低価格の業者と契約を結ぶという形になっております。</p>

(阿部委員)	<p>価格だけだと、どうしても業者の信用度の問題があったり、何か価格以外の付加価値も出てくると思うのです。ですから、そういった点を総合的に考慮して決定する方が、実際はあまり問題が起きなくて済むのではないかと思います。</p>
(委員長)	<p>そうですね。はい、ありがとうございました。</p> <p>今の県立病院がどうなっているかということについては分かりませんが、私が在職していた頃には長期継続契約はまだ認められていない時代でしたので、単年度入札の際、業者の方にそれなりにインセンティブを働かせていただくためにも、一年間極めて良好な運営をされた委託業者には、その後の3年間については随意契約を認めるということによってやっておりました。これも一つの方法であると思います。それが法律上ないしは議会で認めていただけるかどうかについては分かりませんが、当時はそれを認めていただいております。</p>
(秋月委員)	<p>川崎市も先生がおっしゃられたように、5年間ずっと同じ委託業者で医療事務をやっていただいていたのですが、5年経過して委託業者が変更となりました。ただ、私どもの病院の規模ですと、受託可能な業者は2社程度しかないのです。それで、委託業者が変わったのですけれども、以前にお話ししたとおり、査定率・返戻率で数億円以上のトラブルが生じました。また、病院によっては外来部門と入院部門の委託をそれぞれ5年経過したら交代するなどしているところもありますが、委託業者を変更しても実際に働いている方々は以前と変わらないということもあります。</p>
(委員長)	<p>今、秋月委員がおっしゃった医療事務につきましては、残念ながら極めて委託業者が限られており、確かに選択肢がほとんどありませんね。</p> <p>他に何かございますか。こちらの分野も病院ごとに必死の努力をされているところでございますので、病院が気づいていない部分というのも少ないかと思われそうです。</p> <p>それでは先に進ませていただきます。</p> <p>資料の18ページ、19ページの購買管理についてです。先ほどより既に議論に入っておりますが、医療機器の購入にあたりまして、保守委託等も含めた中長期的な投資計画の策定が望ましいのですが、単年度予算主義ということもあつて、こうした中長期的な視点での計</p>

	<p>画策定が困難な状況になっております。その点について、委員の皆様や他の病院ではどのような取組をされているのか、ご意見を伺います。また、市立病院では投資効果の検証が十分ではないというお話がありましたが、検証の手段について事例があれば、ご意見をいただきたいと思います。機器の選定、薬品につきましても、DPC 制度の関係からジェネリック医薬品の採用促進、在庫管理についても大いに課題があるように思います。これはどの病院でも悩みの種であると思いますが、委員の皆様がご存知の改善例がありましたら、是非ご紹介をいただきたいと思います。いかがでございましょうか。</p>
(伊関委員)	<p>全国的に見て、SPD については、導入した年は良いのですが、何年か経過すると委託業者任せになってしまう場合があるので、やはりいろいろなところから情報を得て運営していく必要があると感じます。また、患者の中にはお金のない方や本当に家計が厳しい方もいらっしゃいますので、そういう観点から見ますと、やはりジェネリック医薬品の採用率を上げていくということも市民病院として必要かと思えます。ただ、医師からすると不安定な部分もあるという話ですので、院内での話し合いになるかとは思いますが、やはりできるだけ安い薬が良いという方も増えてきていると感じます。</p>
(細田委員)	<p>ジェネリック医薬品に関して、品目ベースでは 13%とありますが、購入価ベースではどのくらいになるのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>購入価ベースですと、品目ベースよりも低く 10%程度だと思います。</p>
(細田委員)	<p>私どもの病院では、品目ベースでは 7.8%なのですが、高価な薬をジェネリック医薬品に変えていますので、購入価ベースだと 8%以上になります。</p> <p>ただ、薬価の高いものをジェネリック医薬品にすると多少の効果はあるかもしれませんが、多くの薬剤をジェネリック医薬品にしても、少なくとも経常収支的にはそれほど変わらないと思っています。</p> <p>また、少し論点が外れますけれども、厚生労働省にも問題があるのだと思うのですが、ジェネリック医薬品をせっかく作っても、たとえばジェムザールなどは隣ガンに適用がありません。厚生労働省は、ジェネリック医薬品の導入推進と言っておきながら、必要な薬剤を認可しないのはおかしいと思っています。</p>

(事務局)	<p>ただ今の細田先生のお話に関連するのですが、当院のジェネリック医薬品の採用率については、国から保険点数上で目標値が掲げられていることもあり、それで市立病院としても20%という目標にしております。薬品については1,504品目管理していますので、20%では約300品目になりますが、現在は約190品目がジェネリック医薬品に移行できています。目標としては、あと100品目程度になります。細田先生がおっしゃいましたように、ジェネリック医薬品については適用の問題が現状に合っておらず、かえって使い勝手を悪くしているという面もあるのですが、先ほどのジェムザールについても徐々に適用を拡大しているところもありますので、使い勝手を見て判断していこうと考えているところです。</p>
(委員長)	<p>他にございますか。はい、どうぞ。</p>
(中村委員)	<p>資料に「ジェネリック医薬品の品質を確認」とあるのですが、やはり全部確認しないと信用できない薬なのでしょうか。私が飲んでいる薬についても、一度ジェネリックにしたのですが、飲みにくくなり、価格も以前とほとんど変わらないので、また元に戻してもらったことがあります。国民健康保険の会議でもジェネリックを使っていたきたいという話があったのですが、その中で先生の1人が「私は使いません」とおっしゃったことがあり、私も疑問に思ったことがあります。どこまでジェネリック医薬品が信用できる薬なのか、やはり患者にとっては不安に感じるものだと思います。ジェネリック医薬品が本当に信用できる薬であれば、もっと病院で患者に勧めても良いのではないかと思うのですが、病院側から勧められたことはほとんどありませんね。</p>
(委員長)	<p>ジェネリック医薬品の安全性については、厚生労働省で審査し、承認を得ていますから、法的には認められたものです。</p>
(事務局)	<p>ジェネリック医薬品の採用につきましては、アンケートを取って医師と情報交換をしています。安全かどうかという情報を医師がどう思っているか、どのくらい販売されているか、販売会社の規模はどうか、供給が持続できるかどうかといった問題点があります。市立病院としてはそういった問題をすべてクリアした上で採用しているわけではありませんが、問題に対する不安をどのように解消していくかという観点</p>

	から選定を行い、提供していると考えていただければと思います。
(委員長)	先ほど約 1,500 品目を管理しているとおっしゃっていましたが、まだジェネリック医薬品のない薬は除いているのでしょうか。
(事務局)	いえ、全品目になります。薬品の採用については、院内の薬事委員会で一減一増ということで、薬品の品目数が上がらないように調節しています。使われていない薬品や使用頻度の低い薬品と入れ替えていくという形にしています。
(委員長)	そうしますと、ジェネリック医薬品のないものも含まれることになりそうですね。
(事務局)	はい、含まれます。
(委員長)	他にございますか。はい、どうぞ。
(阿部委員)	この課題の中で一番大事なのは、やはり SPD の導入ではないかと思います。さいたま医療センターでは SPD を当初から導入し、3 年目になりますが、今のところあまり大きな問題は起こってないようです。先ほどの伊関先生のお話にもありましたように、いろいろな情報を集めて慎重に検討していくのが良いと思います。また、この点についての情報がありましたらぜひ教えていただければと思います。
(委員長)	SPD は全国的にかなり広まっているのでしょうか。一時は随分と話題になった時期もありましたが、どうなのでしょう。
(伊関委員)	微妙なところですね。次から次へと薬品の入れ替わりがあるので、最初は安くても後で割高になるなど、導入効果もなくなってしまうケースがあると聞き及んでいますので、やはりいろいろな委託業者がおりますし、玉石混交といった印象です。
(委員長)	在庫管理が徹底する分だけ、使用する側にとっては使い難くなる可能性はありますね。秋月先生の病院ではどうでしょうか。
(秋月委員)	SPD は実施しております。いかに優秀な人材を確保できるか、それ

	<p>にかかるとかと思ひます。</p>
(委員長)	<p>優秀な人材というのは病院側にとひうことでしょうか。</p>
(秋月委員)	<p>委託業者です。優秀な人材に長く勤めていただけるように仕事のやりがいがあるような環境作りが必要です。在庫管理も問題なくやっ ていただひておりますので、そういった優秀な人材を確保できるならば、ぜひお勧めしたいと思ひます。</p>
(委員長)	<p>他に何か参考になるご意見がございましたら、お願いしたいと思ひ ます。</p>
(伊関委員)	<p>資料に「材料については、平成 23 年 2 月に初めて医師立会ひのもと、業者と価格交渉を行った」とありますが、これは診療材料でしょうか。</p>
(村山委員)	<p>診療材料です。</p>
(伊関委員)	<p>沖縄の県立病院の事例で、以前はかなり高いお金で診療材料を購入していましたが、価格交渉をサポートする委託業者を活用して、医師やスタッフと交代でロールプレイングの交渉練習を行い、診療材料費を大幅に削減してました。価格交渉に本気で取り組むことで、価格が下がる面はあると思ひますので、ぜひ病院全体で取り組んでいただければと思ひます。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。 お時間もありませんので、次に進ませていただきます。 資料の 20 ページは修繕費になります。前回のあり方検討委員会では、病院の施設老朽化に伴う改修の検討を進める必要があるということについては意見の一致をみたところですが、現在、施設老朽化に伴うコスト増が顕在化しつつある問題のようです。今後の施設改修に向け、検討するタイミングなどについても、もしよろしければ委員の皆様方から何かご意見があればお伺ひしたいと思ひます。</p>
(伊関委員)	<p>修繕費ではなくて、医療の質も兼ねた建物老朽化の資料が 1 ページあっても良いのかなと感じております。現在 6 床室の病室がある状</p>

<p>(委員長)</p>	<p>態で、10年後も変わらずに6床室のままでは医療環境としても非常に厳しいと思います。また、救急の部屋が狭くて、今後の救急患者の増大に対しても対応できないでしょうし、先ほどの手術室も含めてスタッフルームも非常に狭く、仮眠もできないような状況と聞いていますので、そういった問題点を一覧にしておくといいでしょう。その現状を見た上で、10年後をイメージするか15年後をイメージするか分かりませんが、最低でも改修に着手する5年前には、財政的な問題などいろいろな状況を踏まえた上で動き始める必要があると思います。</p> <p>確かにそうですね。新しい病院構想の策定に入るまで2年程度は必要になってきますから、少なくとも来年から検討を開始するとしても、構想の策定は3年後ということになります。そういう意味では、今の問題点を整理しておく必要があるかもしれません。</p> <p>他にございますか。はい、どうぞ。</p>
<p>(塩原委員)</p>	<p>このさいたま市において、今後大病院の建設が予定されていると聞き及んでいるのですが、そういった面も含めて現状分析を行い、地域の中で必要な医療機能が確定した時に、市立病院の一番あるべき診療体制から、自然と医療機能・建物の形が誘導されていくのではないかと思います。一般論で言いますと、病院の建物は高層ビル化が診療の基本になっています。以前は横方向に長い建物も多く見受けられましたが、現在の新しい病院の構造は縦方向です。あるところで、アメリカを参考に全部横方向に伸ばした病院を建設したところ、その病院機能がほとんど使い物にならなかった例があると聞いています。アメリカの例では、ボランティアが全て患者を車椅子で押してくれるという環境であるため、不便さはなかったそうですが、日本ではそういった環境がありませんので、やはり縦軸にする方が効率的です。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>他にございますか。</p> <p>それでは、先ほどお話にありましたように、現状におけるさいたま市立病院の改修の必要な理由づけとして、病院機能の構造上の問題点というものを整理しておく必要があるのではないかとということで、まとめてよろしいでしょうか。</p> <p>時間も押しておりますので、次に先に進みます。</p> <p>資料21ページは、意思決定・ガバナンスの問題でございます。人員の確保が課題となっている中、職員定数条例の改正には大変時間</p>

	<p>がかかり、タイムリーな経営が困難な実態があるということが強調されております。この点につきましては、過去 3 回のあり方検討委員会の中で常に話題になってきたことですが、改めて何かご意見はございますか。</p>
(伊関委員)	<p>細かい議論になりますが、非常勤職員の採用については、これも全て人事課の承認の上で採用しなければならないのでしょうか。例えば、院長に非常勤の採用の権限があり、必要な非常勤職員がいつでも採用できる体制であればよいと思いますが、自治体によっては非常勤職員の定数さえ作って管理しているところもあると聞いています。診療報酬の改定が 1 月に決まった場合、自治体病院でも非常勤職員の採用が自由であれば、非常勤職員を採用して診療報酬体系の改定に合わせるような病院もあります。要するに非常勤職員の採用自体も常時採用が可能な自治体もあるし、4 月 1 日を原則とした採用基準としている病院もあるわけですが、さいたま市の現状はどうでしょうか。</p>
(事務局)	<p>さいたま市におきましては、賃金による臨時職員と報償費による非常勤職員に分かれており、採用につきましては病院内で完結できますが、臨時職員の賃金につきましては単価が給与課で管理されているなどの制約があります。</p>
(委員長)	<p>給与課の制約というのは具体的にはどういうことなのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>賃金単価に一定のルールがありまして、そのルールより単価を高くしたりする場合には、協議が必要になってまいります。</p>
(委員長)	<p>協議というのは、どこの部署と協議するのですか。</p>
(事務局)	<p>給与課になります。</p>
(委員長)	<p>はい、分かりました。</p>
(伊関委員)	<p>非常勤職員については、自由に雇える体制にはなっていると解してよろしいでしょうか。</p>

(事務局)	予算の範囲内になりますが、採用についてはそのとおりです。
(伊関委員)	予算の範囲内であるが、流用は可能で必要な時に弾力的に雇えるのか、それとも予算流用がなかなか厳しく、特に人事関係は厳しくて雇えないのか、細かい話ですが、ここの部分が重要なポイントとなりますのでお伺いできればと思います。
(事務局)	まず給与費の流用というのは、議会案件になりますので少し難しいところがあるのですが、それ以外の予算費目の範囲内であれば、弾力的に採用できると考えていただければと思います。
(伊関委員)	常勤職員の途中採用はどうですか。
(事務局)	まず看護師につきましては、病院で採用試験を年数回実施し、病院で採用しております。それから医師につきましても、やはり病院で採用試験を行っていますが、採用については人事委員会の所管となりますので、弾力的な採用は難しいところです。
(委員長)	他にございますか。はい、どうぞ。
(阿部委員)	この職員の人事の件もそうなのですが、安定した経営という面からも全ての意思決定が院内で行われるようなシステムが大事だと思います。外部からのチェックは常に必要であると思うのですが、少なくとも病院の全てのことに関することは院内で決定できるような権限の強化を図っていくのがよろしいのではないかと思います。
(委員長)	はい。ありがとうございました。 それでは、今の阿部委員のご意見でまとめさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。 次の 22 ページにまいります。 過去にさいたま市で納入業者による不正請求事件があったということで、現在は再発防止のための様々な対策を講じていらっしゃるようですが、今後におきましても業務全般に関して、こうした不正や事故の発生抑制に向けた管理体制の維持強化を図っていくことが必要です。こうした直接的な医療サービス以外の管理のあり方について、何かアドバイスがあれば、お願いいたします。

(伊関委員)	<p>役所体質が強いと、「糞(あつもの)に懲りて膾(なます)を吹く」というように、今度は過剰な業務を現場に求める可能性もあります。しっかりとしたチェックも必要ですが、何回もチェックをやると、かえって病院の業務が回らなくなることもありますので、その加減が重要なのだと感じます。</p>
(委員長)	<p>さいたま市立病院では、業務量的に厳しい部分はあるのでございましょうか。</p>
(村山委員)	<p>伊関先生がおっしゃるほどの厳しい形にはなっておりません。そもそもこの事件が起こったのは、あまりにも多くの物が入ってくるために、用度係で直接納品物の受領は行わず、各現場で納品チェックをしていた点に問題がありました。現場では、主に病棟や外来で看護師が発注するものですから、頼んだ個数が納入されているかどうか看護師がチェックするということだったのですが、やはりチェックが甘い部分がありました。きちんと注文数と納品数を確認せずに検収していた点を業者につけ込まれたわけです。このため、現在は用度係の担当が納品場所に出向いて受領しております。</p>
(委員長)	<p>県の組織の中でも時々そういった事件があると、過剰なチェックが必ず行われ、それも5年程度経過すると元に戻ってしまうことがよくありました。</p>
(塩原委員)	<p>会計監査の面では、棚卸しの立会いから、今後検討するというSPDの問題まで全て繋がっています。定期的になどのような棚卸しをしているかサンプリング調査を行うなど、この市立病院の会計管理の上での一定のチェックというのは今後も欠かせないものですが、1個ずつチェックするというのも難しく、バランスが重要かと思います。</p>
(委員長)	<p>先ほど院長先生もおっしゃったとおり、病院にはあまりにも多くの物が入りますから、全体を見渡すことが難しい部分はありますね。</p>
(塩原委員)	<p>こういった不正事件というものは、検査関係に多いのです。薬剤は診療報酬請求との関連で、過剰請求が生じにくく、もしそういう実態があれば、おかしいと思うところなのですが、検査関係の診療材料につ</p>

<p>(委員長)</p>	<p>いては分かりにくく、だいたい不正事件というものは、この部分から生じています。</p> <p>これにつきましては、さいたま市立病院で不幸な事態があって、それなりに取り組んでいただいているということで、継続的にそういった体制を維持するということでまとめたいと思いますが、よろしいでしょうか。</p> <p>それでは次にまいります。</p> <p>23 ページの経営企画についてですが、これについては先ほどから議論になっている人員の確保と、予算管理プロセスがタイムリーな病院経営上の一定の支障になっているとのことです。また、予算執行に当たり、手続も病院単独で行えない部分もあり、これも経営上の問題になっているのではないかと指摘があるわけですが、これについてご意見を伺えますでしょうか。</p> <p>はい、どうぞ。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>財政も人事も同じなのですが、病院経営について勉強しなければ、職員定数だけで何億円単位もの得られるはずの利益が得られないという損失が生じるのです。これは予算も同様です。例えば、私が関わった例ですと、財政部局が予算を過剰に抑えることが正義だと思い込んでおりました。それで、私が地域医療という本を執筆すると、自分達に責任が降りかかると思ったのか、急に変わるわけです。同じように、今、このあり方検討委員会で何億円もの収入が上がらなかったという議論自体が、この 4、5 年位の人事課について、利益を失った責任が生じさせているのだと私は思っております。1 年で 3 億円とすれば、5 年で 15 億円ですから、要はそれだけの逸失利益に対する責任が人事課にあるのです。人事課が良く勉強していないから、そういう話になるわけで、この点については経営形態を変えたから自由になるという問題ではなく、今の形態であっても解決は可能なはずですが。</p> <p>病院会計については、さいたま市の財政の中でも影響が大きい分野なので、病院職員と財政部局の職員と人事課職員が一緒になって学ぶような機会を作ることが必要です。この問題は制度を変えたから解決するものではなく、逆に制度を変えても市役所側が医療や病院経営に素人では何も変わらないのではないかと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>今の制度の中では、病院における人事上の配置について、直接人</p>

	<p>事課に説明するのは病院長ではないのでしょうか。</p>
(村山委員)	<p>はい、私ではありません。</p>
(委員長)	<p>そこは確かに問題ですね。</p> <p>はい、他にございますか。ないようであれば、この点については過去の委員会の中で相当程度話が出ておりますので、次に進ませていただきます。</p> <p>次は24ページでございます。</p> <p>中長期的な投資計画が不十分と認識されているようでございます。その点についての必要性や難しさなど、どのように考えていけばよいか、ご意見がありましたら、お伺いいたします。</p> <p>また、事務職員については本庁との人事異動があるわけですが、これはどこの公立病院でも同様ですから、病院経営に特化したノウハウがなかなか蓄積されないという流れになっておりますけれども、この点についてご意見があればお伺いしたいと思います。</p>
(中村委員)	<p>私は今、さいたま市の区役所の関係に携わっておりますが、さいたま市の福祉は、これから高齢化が進むにあたって、かなり大変な状況です。それで、やっと職員と人間関係が構築できたかなと思うと、異動されてしまうことがよくあります。このため、担当職員を専門職にするよう要望しているのですが、どこまで本庁に届いたかどうか分かりません。まして病院経営であれば本当に専門職の方がいなければ、とても経営はやっていけないのではないかと思います。</p>
(委員長)	<p>これはなかなか一挙に解決できる問題とは違いまして、先ほど専門の職員を採用してはどうかという話がありましたが、一方で採用リスクがあります。異動であれば、また数年待てば新しい期待されるような人材が配置される可能性もあります。</p>
(秋月委員)	<p>少しよろしいでしょうか。人材と経営の問題については最大の悩みです。今まで病院コンサルタントに依頼してプラスになったことは、ほとんどありません。それほど病院経営というものは非常に難しいのです。GEの有名な会長が講演で「病院経営ができる人間というのは、どんな企業でも経営できる」と言っておりました。実際には勉強したから、誰でも経営ができるものでもないのです。本を読めば経営改善で</p>

	<p>きるのであれば、全国の多くの民間病院が既に経営改善をしているはずです。</p> <p>私がただ一つだけ言えることは、病院で頑張った職員の方々が、市役所の本庁に異動で戻る際には、市長や局長にご配慮いただけるようお願いしたいということです。これは本当に難しい問題であると思います。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございます。</p>
(伊関委員)	<p>やはり全国を見てみますと、人材の配置についても大きく2つに分かれている傾向があります。町で一番重要な施設だから一番優秀な職員を配置する自治体と、優秀ではない評価の低い人材をとりあえず配置してしまうという自治体の2種類です。さいたま市立病院の経営が今まで比較的安定していたということは、医療職の方が頑張ってきた一方、事務職員も比較的優秀な職員が配置されてきた歴史があるのではないかと感じています。これからは厳しい時代ですから、さいたま市役所のエース級の職員を、経営感覚を身につけるといった観点からも積極的に配置するように、院長先生が市長や人事部局などに訴えかけていくことが必要です。</p> <p>従来、事務職員からすると、病院経営というものは面白くないというイメージがあったと思うのですが、自分の裁量で収益が上がったり、成果が目に見えて分かるので、いくつかの自治体でも優秀な職員が、自ら希望して勤務する場合も増えてきています。例えばさいたま市役所の中で、病院内の特定の職に3年間から5年間募集するというような公募制度があっても良いのではないのでしょうか。行政の場合、経験があるかないかよりも、優秀な人材を配置する方が重要なことあると思います。</p>
(西山委員)	<p>以前、さいたま市立病院の事務局長を経験された方は、その後、厚遇されているように思います。ですから、さいたま市立病院は比較的優秀な職員が配置されているのではないのでしょうか。</p>
(委員長)	<p>分かりました。やはり優れた事務職員の方を配置していただきたいというのは当然です。病院で努力し、実績をあげた人材については、その後の処遇についても十分に配慮するようなシステムが望ましいということになりますね。</p>

	<p>では、次の 25 ページと 26 ページになりますが、これは今までいろいろと議論をしていただいた部分の要約です。全体としてやはり現場への広い意味での自由度の拡大というのが基本的には重要であり、当然その裏には経営責任というものが伴ってくるものだと思います。</p> <p>ここで何かご意見はございますか。</p> <p>ないようですので、次に進ませていただきます。</p>
<p>(2)「さいたま市立病院の経営形態に関する検討」</p> <p>(委員長)</p> <p>(事務局)</p> <p>(委員長)</p> <p>(コンサルタント)</p>	<p>時間が押して申し訳ありません。もう一つ大きな議論がございまして、「さいたま市立病院の経営形態に関する検討」でございます。</p> <p>これについて、事務局から説明をお願いします。</p> <p>前回までの議論において現場の医療現場の考えたことを実行できる体制が大変重要であるということでしたが、他の経営形態では、その点がどうなっているのかということも比較して、ご意見を賜りたいと考えております。</p> <p>詳細につきましてはコンサルタントの方から説明をさせていただきたいと思います。</p> <p>よろしく願いいたします。</p> <p>はい。お手元の資料の 28 ページの方をご覧くださいませでしょうか。</p> <p>第 3 回のあり方検討委員会では、市立病院がどのような医療機能を目指すべきかという議論がなされました。また、第 3 回のあり方検討委員会の後半では経営面での議論が行われ、今回も経営改善に関する検討課題がございました。そういったものの中から、現状に対する課題等を整理したものになります。</p> <p>現状としては、意思決定に長期間がかかる、あるいは職員定数上の制約がある、予算単年度主義、それから中長期的な経営企画等に制約があるという論点があります。その結果として、本来収入が得られるにも関わらず、そういった機会を逃している懸念があったり、あるいはコスト削減の様々な企画にも限界があるという論点もありました。</p>

昨今、公立病院の経営形態の見直しが進められておりますが、さいたま市立病院が目指すべき方向性として、どのようなものがふさわしいのかという議論を行っていただくための資料になっております。今回取り上げた経営形態については3つあり、地方公営企業法の一部適用というのは、現状の形態でございます。それから2番目が地方公営企業法上の全部適用への移行、3つ目が地方独立行政法人化でございます。この3つの経営形態につきまして、それぞれの制度にどのような特徴があるのかという点をご説明させていただきます。

29ページをご覧くださいませでしょうか。

こちらのページでは、今申し上げました3つの制度がどのような制度であるかという点をイメージで整理させていただいたものでございます。地方公営企業法の一部適用は、現行の経営形態になりますが、行政の一部局として病院が市長の管轄下にあるという状況です。議会から市の部局として条例や年度予算、定数等について制約を受けているということを意味しております。次に地方公営企業法の全部適用でございますが、市長という枠から、病院が少し離れた形になっております。これは、病院事業管理者を置いて、病院内の運営管理や契約、財産管理等に関して現場の裁量を得ることができるということを意味します。ただし、議会からの制約は一部適用と変わっておりませんので、市の一機関であるという点は変わらない位置づけになっております。最後に地方独立行政法人でございますが、これはさいたま市から病院が離脱した形になっております。これは、市とは別個の法人を設立し、その中で運営を行っていくという意味になっております。市との関係につきましては、市長が議会から定款や中期目標等について関与を受け、評価委員会から市長へ意見を提出するという流れになっております。したがって、病院の方向性につきましては、中期目標あるいは評価委員会等の評価という形で位置づけられますが、現場の方で裁量を持って運営することがより強化されている制度になっております。

では、続いて30ページをご覧くださいませでしょうか。

縦の行に定義、組織・管理者に関する事項、人事・労務に関する事項等並んでおり、横の列では、地方公営企業法の一部適用、全部適用、地方独立行政法人という経営形態順に記載しております。定義につきましては、資料に記載させていただいた通りですから、割愛させていただきます。法人格につきましては、先ほど申しましたように地方公営企業法の一部適用・全部適用は、市の組織の一部になります

が、地方独立行政法人の場合は、市とは別法人になります。運営責任者につきましては、一部適用では市長、全部適用になりますと、市長が病院事業管理者を任命して病院に配置されます。それから地方独立行政法人につきましても市長が任命する理事長が置かれる形になります。職員定数につきましては、現行の一部適用では、職員定数の中での人事配置になります。全部適用になりましても、この定数の扱いは同じになっております。地方独立行政法人になりますと、法人格が別になりますので、定数による制約はなくなります。続いて労使関係でございますが、一部適用の場合は、職員団体の協定を締結することができ、全部適用になりますと、いわゆる労働協約を結ぶ中で団結権、団体交渉権等が認められるようになります。制度上認められるということで、必ずしもこれらの権利を行使するかどうかは別となりますが、争議権はないということになっております。これが、地方独立行政法人になりますと、労働三権が認められることとなります。続いて、職員の勤務条件等でございますが、一部適用の場合は一般行政職と同様になっており、人事委員会の勧告の対象に含まれております。全部適用になりますと、給与種類及び基準は条例で定めることができますので、独自の給与体系等を設定することが可能となり、人事委員会の勧告の対象外になります。ただ、実際上は市長部局に準拠するケースが多いというのが実態です。地方独立行政法人の場合では、非公務員ということで独自の給与制度等を設定するということが可能になってまいりますが、共済制度は公務員の時代のものを継続するという形になります。

では、31 ページをご覧くださいませでしょうか。

予算、財政、会計面等についての比較となります。一番上の予算のところでございますが、一部適用の場合は、市長が原案を作成して議会での議決を得る必要があるほか、予算単年度主義で運営されております。全部適用になりますと、事業管理者が原案を作成し、市長の調製を経た上で、議会の議決を得ることとなります。ただ、これも地方公営企業として予算単年度主義という点は変わりません。地方独立行政法人になりますと、中期計画というものを策定することが法律上義務付けられておりますが、予算単年度主義ではなくなります。続いて、一般会計負担ですが、これは政策医療等を行うに際し、市が一定の負担をするものでして、現行の一部適用では繰出金が支出されております。これは全部適用であっても継続される制度となっております。地方独立行政法人の場合、名称は運営費交付金という形に変わ

りますが、政策医療に関する経費の支出については法律上認められております。続いて、会計制度でございますが、一部適用・全部適用ともに地方公営企業の会計制度で運用しており、民間等の会計制度とは異なる特徴をもった制度となっております。ただ、これも改正の方向で議論が進められておりまして、その場合には、地方独立行政法人の会計制度にかなり近づくこととなりますので、経営形態による差異というのは無くなっていく方向にあるのではないかと考えられます。

では32ページをご覧くださいませでしょうか。

制度について具体的な説明をさせていただきましたが、もう少しイメージを持っていただくため、ケーススタディとして制度の違いをお話しいたします。例えば医療機器を購入したいという場合にどうなるのかという展開になりますが、一部適用の場合には、病院長の立場から見ると、本庁に予算を要求し、入札は市長名で行われ、市長名で契約締結という流れになります。これが全部適用の事業管理者の立場になりますと、本庁に予算を要求するという点は変わりませんが、入札等については事業管理者名で行い、契約締結も事業管理者名で行うことが可能になるということで、機材等の調達活動が迅速に行えるようになってまいります。地方独立行政法人になりますと、法人の予算の枠内であれば、理事長の決裁で購入することができ、契約の締結も自由に行うことができるため、より調達のスピードは増してくることになります。続いて、看護師を増員したい場合の例になります。一部適用の場合には、本庁の人事担当部局にまず交渉し、定数の枠内であれば採用を行って、市長名で辞令発令という流れになっております。これが全部適用の場合ですと、事業管理者が採用を行い、人事発令も行うことができます。地方独立行政法人ですと、理事長決裁により、即時採用、辞令発令も行えることとなります。次は、給与体系を変更したいというケースになります。一部適用の場合には、給与体系は原則、市長部局と同一ですので、変更不可ということになります。全部適用になりますと、事業管理者の決裁により、例えば手当等の新設などの独自の給与体系の導入も可能になります。地方独立行政法人でも、法人独自の給与体系が設定可能となります。

33ページをご覧くださいませでしょうか。

ケーススタディの続きになっておりまして、組織として患者相談窓口を新しく設置したいというケースです。一部適用の場合には、組織の改正になってまいりますと、組織改編等について担当部局と調整し、その後で病院設置条例の変更をして組織を設置するという流れにな

ります。これが全部適用の場合には、事業管理者の権限内で組織変更が可能となります。地方独立行政法人でも同様に、理事長決裁により組織の変更が可能です。続いて経営計画になりますが、一部適用・全部適用では、法令上は経営計画の策定が必須義務になっておりません。もちろん、病院として独自に経営計画を策定するケースはあります。地方独立行政法人になりますと、法令上、市長から中期目標の形で指示を受け、法人として中期計画として定め、最終的に市長の認可を受けることが義務付けられています。さらに事業年度毎に評価委員会の評価を受ける必要があります。それから決算のケースになりますが、一部適用・全部適用ともに、毎事業年度終了毎に議会の承認をいただく形になっております。地方独立行政法人の場合は、評価委員会の意見を受け、中期目標期間終了後に市長の認可を受けることとなります。最後に議会への説明のケースについてですが、一部適用・全部適用では議会への説明が行われますが、地方独立行政法人の場合、市とは別人格になりますので、議会への説明責任は市長が負う形になります。

次に、現行の一部適用から各制度に移行した場合にどのようなメリットとデメリットがあるのかについて整理させていただいたのが、34ページと35ページです。

まず、運営責任者についてですが、地方公営企業の全部適用に移行した場合、メリットとしては、やはり経営責任が明確になります。デメリットとしては、現状と同様に政策と一体化できる半面、機動性に欠ける面がありうるのではないかと思います。これが地方独立行政法人になりますと、経営責任については一層明確になりますが、デメリットとして理事長等の裁量で運営を行う半面、どうしても行政・議会の関与が弱くなる場所もありますので、法人として経営管理体制をきちんと構築できない場合には経営悪化を招きかねません。これは、広い裁量権の裏返しになりますが、それだけの責任が出てくることとなります。続いて、職員定数ですが、全部適用の場合、一部適用と同様に定数の制約という点は変わりません。地方独立行政法人の場合は、現場の裁量で採用・人員配置が可能という点がメリットになっております。続いて、労使関係等になりますが、全部適用の場合のメリットは、基本的には現在の職員の処遇は変わりませんので、職員の理解も得られやすく、移行が比較的容易であり、公務員としての身分が継続するという点があります。地方独立行政法人になりますと、非公務員という形に移行しますので、デメリットとして、労使関係で十分な調

整が必要となり、新規採用では、公務員として採用を希望される方に関しては魅力が薄くなる可能性があります。また、公務員の身分がなくなるといことで移行時に退職者が出る懸念もあるかと思ひます。続いて、勤務条件等でございますが、地方公営企業の全部適用のメリットとしましては、医師の業績給の導入など、独自の給与体系の採用が可能になり、インセンティブを持つことができる制度が設計可能となります。逆にデメリットとしては、やはり労務管理の事務量が増大してきますので、この人件費のコスト負担というものが出てきますし、他市の全部適用に移行した事例を見ますと、やはり市長部局の組織に準拠している例が多いです。地方独立行政法人の場合には、独自の給与制度等を設定することが可能になりますが、それに比例する形で、労務管理の事務量が増大してまいります。

35 ページをご覧くださいませうでしょうか。

予算・財政・会計面の整理ですが、地方公営企業法の全部適用に移行した場合のデメリットとして、独自の人事給与制度等を採用される場合には、システムの改修等を行う必要がありますので、その分のコスト増が生じます。また、先ほど申し上げたとおり、労務管理等に伴う人員増・コスト増も生じます。地方独立行政法人の場合では、予算関係のメリットは、予算単年度主義という概念がございませぬので、機動的・弾力的な運用が可能となりますし、複数年契約等に関しても制約がなくなるため、法人独自の判断で契約を行うことが可能となります。デメリットとしましては、人事給与制度や会計制度が市から独立することになりますので、各制度の設計やシステム構築等の費用が発生し、全部適用に比べて多額の費用が生じます。また、法人が自ら長期の借入等を行うことはできませんので、その部分につきましては設立団体からの借り入れが必要となります。最後にその他ということて総論になりますが、全部適用はヒト・モノ・カネの権限を適切に事業管理者に委譲する場合には、弾力的な制度設計が可能となります。さらに全部適用への移行事例は豊富にありますので、どういった運用を行うと効果が表れるのか、あるいは制度設計がうまくいかないのかといった点について、収集しやすいという利点があります。デメリットとしましては、形式的な移行に留まると所期の成果が得られない懸念があります。なお、地方独立行政法人の場合には、制度が非常に新しい制度でございますので、果たしてこの制度によって経営が良くなったのかどうかの検証がまだまだ蓄積されていないという点があります。

では次の 36 ページをご覧ください。

経営移行時のコストについてのご参考資料となっております。

まず、全部適用についての移行コストについて、2 つ事例をご紹介します。1 つが川崎市になっておりまして、これは第 2 回のあり方検討委員会の際に、秋月委員からご紹介いただいた資料を加工させていただきました。移行時のコストとして、人事給与システム等の改修費で 9,000 万円程度、それから事務室等の移転経費ということで 75 万円程度支出している状況です。次に千葉市の事例となりますが、人事給与システムの改修等では、市のシステムを一部改修という形に対応し、約 400 万円、それから事務室等の移転で約 450 万円ということで、合計で 850 万円程度となっております。移行にあたって、どのような制度設計を行うかにより、このシステム改修費用等が異なってくると思われます。

次の 37 ページをお願いします。

こちらは地方独立行政法人に移行した場合のコストの整理です。先ほどと同様に 2 事例記載させていただきました。大きくブロックが 4 つに分かれており、1 つ目に支援業務の委託料というものがあります。これは地方独立行政法人に移行する場合には、新たな法人の設置、制度設計やシステムの構築等がありますので、外部の委託業者を活用する例が多くなっており、那覇市では、約 2,200 万円程度の費用が発生しております。ちなみに大牟田市立病院では約 2,400 万円になっております。それから次に固定資産の評価があります。法人として新しく市から独立しますので、その際に法人として引き継ぐべき資産がどのくらいあるのか不動産鑑定士の方等に評価をいただくという作業が必要になります。那覇市では 69 万円程度、大牟田市では 260 万円程度の費用が発生しております。続いて情報システムの構築ですが、人事給与システムあるいは財務会計システムの構築に関する費用で、那覇市では約 2,700 万円、大牟田市で約 3,000 万円という費用がかかっております。それから先ほどお話ししました、評価委員会というものを常設し、毎年運営していく必要がありますので、これに関する費用が必要となります。合計しますと、約 5,000 万円～6,000 万円の費用が発生していることとなりますので、移行コストとしては多額となります。なお、退職給付債務についても資料に記載しております。これは、地方独立行政法人として設立する際、職員が将来退職した場合にどれだけ退職金を払う必要があるのか見積り、それを会計上、負債として計上していくことが求められております。現行の地方公営企

業法では、この退職給付債務の計上は必須ではありませんので、法人化する際にそれを見積っておく必要があります。また、退職給付債務の額によっては、法人の資産について借金の方が多くなってしまい、法人の経営がおぼつかなくなりますので、開設主体である自治体が資金を負担する可能性があります。現行のさいたま市立病院で、この退職給付債務がどのくらいかは分かりませんが、そういった不確定要素も存在します。

30 ページをご覧ください。

経営形態に関する論点の要約になっております。全部適用に移行した場合と、地方独立行政法人に移行した場合について記載しました。まず意思決定のところですが、全部適用の場合には、事業管理者に権限が委譲されるということで、意思決定の迅速化が図れます。地方独立行政法人の場合ですと、そのスピードが増し、より迅速な意思決定が可能となりますが、議会の関与が弱くなるため、経営管理体制について、より自己責任が必要になってくるという制度です。それから職員定数については、地方公営企業法の全部適用の場合には、職員定数の制約がそのまま残り、地方独立行政法人の場合には理事長裁量により、採用が自由に行えるようになります。人事・労務関係では、全部適用の場合は公務員の身分は継続し、医師の業績給の導入などの独立した給与体系の採用も可能になってきます。地方独立行政法人の場合には、非公務員になるということで、新規採用の困難化や移行時に退職者が生じる懸念があります。なお、制度の自由度は増しますので、独自の給与体系あるいは中長期的な視点に立った職員育成が可能になってまいります。予算については、全部適用の場合には単年度予算の制約が残りますが、地方公営企業の中で企業債の発行が可能です。地方独立行政法人の場合には、単年度主義という概念がなくなりますが、法人自らが長期借入等を行うことができなくなります。続いて、中長期的な経営企画ですが、全部適用の場合には、単年度主義のため、病院が独自に中長期的な計画等を策定したとしても、予算的な裏付けを持ったものにはなりません。地方独立行政法人の場合では、病院の意向に沿った中期計画を策定できますが、市長による承認という制約は残ります。移行コストについては、先ほどの事例で説明しましたとおり、全部適用では独自の制度をどこまで設計するかによって費用が変わります。一方、地方独立行政法人の場合には、システムの整備が制度全般の運用に必要となるため、そのコストが高くなりますし、退職給付債務によっては大きな移

	<p>行コストが発生します。</p> <p>最後に、やはり全部適用の場合は制度設計をいかに行うかということが重要なポイントになっており、その際に豊富な先行事例を基にどういった制度設計が望ましいのか検討できるケーススタディが多くあります。地方独立行政法人の場合には、制度そのものが新しい制度でございますので、中長期的に制度が想定しているような機能を果たすことができるのかどうか、まだ事例が少ないということが課題になっております。</p> <p>以上で、説明を終わらせていただきます。</p> <p>(委員長) はい、どうもありがとうございました。</p> <p>それでは、大変時間が押していますが、極めて大事な項目でございます。38 ページにまとめが記載されておりますが、市立病院が今後医療機能の充実と経営改善の好循環を築いて、医療サービスの向上を図るに際して最もふさわしい経営形態はどうあるべきかという観点から、委員の皆様方のご意見を伺いたいと思っておりますが、資料について何か追加はありますか。</p> <p>(事務局) はい。山崎委員からご紹介がありました件について説明させていただきます。37 ページの移行コストの部分についてですが、やはり国立病院でも法人移行前に土地・建物についての鑑定評価を実施し、合わせて土地そのものの境界査定の作業等も必要になったということで、それらの経費もかかっているとの報告がありましたので申し添えさせていただきます。よろしく願いいたします。</p> <p>(委員長) 細田先生、どうぞ。</p> <p>(細田委員) 少しよろしいでしょうか。私どもの社会保険病院では、独立行政法人地域医療機能推進機構法案というものが可決され、社会保険病院と厚生年金病院が一緒になって、国立病院機構と同じように運営されていくことになりました。国立病院機構は144病院ですし、社会保険病院と厚生年金病院は60病院を超えます。それで、独立行政法人の理事長は公募になるのでしょうか。それから中期計画というのは独立行政法人通則法で定められておりますが、地方独立行政法人も中期計画の期間は同様なのでしょうか。</p>
--	---

(コンサルタント)	<p>はい。まず理事長が公募かどうかという点ですが、最終的には市長による任命ですので、その前の段階で公募されるかどうかは各自治体の判断になるかと思います。ケースとして実際に公募の例があるかどうかについては把握はしておりません。</p> <p>それから中期計画の期間でございますが、3年から5年と法律上明記されていますので、その中で各法人が中期計画期間を設定することとなります。</p>
(細田委員)	<p>社会保険病院では、院長の裁量権がかなりあり、給与等も全て決めることができます。今度、独立行政法人に移行するにあたって、理事長や、東京医療センターの先生方にも教わったのですが、今よりもかなり自由度はなくなるのです。特に剰余金については、目的積立金という形で簡単には使えなくなります。それから理事長が管理職の任命権を持つこととなります。我々はそれにどうにかして抵抗しようと調整している最中なのですが、非常に難しいのが現状です。しかし、地方公営企業法はそれよりも厳しいと思います。だから独立行政法人の方が確かにリスクはあるかもしれませんが、例えば、先ほど申しました職員の異動についてもある程度の期間で異動してしまうなど、そういったことを考えると、私は地方独立行政法人の方が自由度はあると思います。ただ一般の公設民営の病院よりはかなり縛られるということで、我々は大変な危機感を持っております。</p>
(委員長)	<p>はい。ありがとうございます。今、社会保険病院の置かれているポジションのご説明がありました。</p> <p>他に、ご意見はございますか。</p> <p>この独立行政法人化というものにつきまして、一番大きな問題は公務員の身分の喪失の点ですね。これだけ多くの人員、様々な職種の方を抱えていますから、果たして移行が速やかに行えるかどうかというところが大きな課題です。</p> <p>よほど経営が悪くなっているところは無理にでも移行できるかもしれませんが。</p>
(伊関委員)	<p>以前は、いわゆる公務員型で地方独立行政法人化した病院もありましたが、これから移行する病院は非公務員型という原則になっています。独立行政法人に移行する病院には概ね 2 パターンあります。1 つ目は、経営が良く、やり手の病院長が更に自由度を高めるために</p>

	<p>独立行政法人化を進めるパターンで、酒田や那覇など、もともと経営が伸びているところに更にロケットを付けるような形です。もう一つが経営の悪いパターンで、私は懲罰型と呼んでいるのですが、行政主導で移行を行っているところは、その傾向があります。</p> <p>沖縄県が病院の独立行政法人化を検討した時期、経営破たん寸前だった沖縄県立病院のあり方について委員として検討したことがあります。特に県レベルだと官僚的な体質がとても強く、経営の自由を高めるために一定の範囲で、地方独立行政法人化もやむをえないのではないかと思うこともあるのですが、私が提案したのは公務員型の独立行政法人です。精神病院を持っていれば公務員型も可能な場合があるので、そこを模索すべきだという提案をしました。おそらく、このさいたま市立病院のあり方検討委員会でも、非公務員型の地方独立行政法人にするべきだと提案した瞬間に、今まで傍聴の方が来なかったのに、大騒ぎになることは確かだと思います。さいたま市民の関心が低いのは問題だと思っていますけれども、おそらく職員の方への説明も非常に難しい事態に陥るでしょう。</p> <p>やはり公務員の身分をなくすというのは、民間や公的病院の方から見れば、「何をこだわっているのか。医療の方が優先だ。」と思う方がいらっしやると感じるのですが、それでも公務員の身分へのこだわりというのは自治体病院の方に多いですし、移行という話になれば、実際に退職が出ます。特に看護師が一定数退職するので、一時期の影響は非常に大きいです。また、組織的なアイデンティティを喪失する部分もあるので動揺もやはりあります。</p> <p>地方独立行政法人に移行する場合、非常に難しい選択をせざるを得ないと感じます。</p>
(委員長)	<p>ありがとうございます。他に何か。 はい、どうぞ。</p>
(塩原委員)	<p>国立病院の独立行政法人化を見ている中で、人事管理について、これまでの慣例がなくなり、すべてもう一度作らなければならないということが一番大変だと思います。</p> <p>国家公務員の場合は、独立行政法人になった途端に、いわゆる時間外勤務管理が必要となり、それに伴い、労働基準監督署の管轄に入ったということで、その基礎資料を作るための管理が大変となり、同時に時間外手当を払いますから非常にコストも上がります。もう一つ</p>

	<p>プラス面としては、すべて自分達の責任だということで非常にコスト管理が良くなり、委員会等で具体的なデータが出たという点は、プラス要素でした。どちらが良いというわけはありませんが、国立病院の独立行政法人化に関しては 2 つの面のうち、どちらを重視するかという点を感じたところであります。</p>
(委員長)	<p>はい。他にご意見はございますか。</p>
(秋月委員)	<p>私は、首都圏の公立病院が本当に必要なのかどうか、医療従事者は公務員であるべきかどうか、今のように多額の繰入金をいただくことが市民の方々のご理解をいつまでも得ることができるのか、そういうことを考えると、今の形態での公立病院の存続は難しいのではないかと考えています。ただし、独立行政法人化する場合に、市民の方々の要求する公的な医療をスムーズに提供するかどうかという問題があります。</p> <p>私は、川崎市立病院が全国で最後に経営形態の変更をする病院になるよう職員に言っています。その間に独立行政法人化の検証を十分に観察させていただくべきだと思っています。</p> <p>そういう意味で、これだけのさいたま市立病院という財産を市民の方々がすぐに手放していいものかどうか、そういう面でご検討されることを希望しております。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございます。</p> <p>他にございますか。今、地方独立行政法人に話題が集まりましたが、市立病院は地方公営企業法の一部適用で運用されており、全部適用との差についてのご意見をお伺いできればと思いますが、どうでしょうか。</p>
(伊関委員)	<p>全国の全部適用を見ていると、ニセ全部適用と、本当の全部適用の二種類にはっきり分かります。病院事業管理者の方に権限をしっかりと委譲している病院は、それなりに機能していますが、内部で病院事業管理者と呼んでいるか、病院局長と呼んでいるかで、特徴が出ていると思っています。</p> <p>病院事業管理者というのは、副市長とほぼ同格であり、行政職員よりも格が上になるのです。財務や人事を握って総務部局の上に立つ場合が多いのですが、病院局長と呼ばれている場合では、部局長</p>

	<p>の扱いで、予算の自由も認められていないケースが見受けられます。例えば千葉県では、病院事業管理者である病院局長が知事部局の担当課と調整をしなければならず、非常に自由がないと聞いています。これは沖縄県も同様で、病院事業局長という名前で呼ばれており、病院事業管理者とは呼ばれていません。</p> <p>制度を変えれば良くなるだろうと思って、制度だけ変えて、実質は一切与えないという、この二セ全適をやるのであれば、たいして今と変わらないですし、コストも手間もかかるため、無理に制度変更を行うことはないのではないかと思います。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。 他にございますか。</p>
(秋月委員)	<p>私の体験談になりますが、以前にもこの検討委員会でお話をしたとおり、市長がどのくらい権限を委譲してくれるか、病院事業についてどのくらい理解をしてくれるかに尽きると思います。だから、市長の理解があれば、非常に働きやすい環境になります。ただし、今まで論点で出てきたように自由度を高めることについては、公立病院である限り、一部適用でも全部適用でも非常に難しいのが実情です。</p> <p>私としましては、先ほど言った理由のとおり、市の直営病院として公的な医療提供を行い、公立病院という組織の中で事業管理者の方が働きやすい環境づくりをしていただいで、今後の全国の公立病院の動きを見て、それでその先にどうするのかを決めるのが、今の状態ではワン・オブ・ザ・ベストであると確信しております。</p>
(塩原委員)	<p>会計財務の面だけで言いますと、資料の予算の欄にありますように、独立行政法人化した場合には、法人自らが資金調達は行えません。独立行政法人化した段階で、俗にいう嫁入り道具としてそれなりの資金は増えると思いますが、その後の資金調達をどうするのかといった場合には、本当にその病院の経営が良くなければ、借りられないという怖さがあります。</p> <p>それに対して、全部適用の場合、会計上は借入金で資本の部の中で計上されます。これは、地方公営企業法独自の会計で、通常の企業会計にはない制度です。借入金が増えるのではなく、資本の部の借入資本金という概念からすれば、財務の安心感があるのは全部適用です。独立行政法人化した場合、嫁入り道具として資金をもらうとし</p>

	<p>ても、その後がどうなるのか全く見えないのが現行のシステムだと思います。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。</p> <p>財務関係のお話がありましたが、病院経営においては、人員の増又は減に、即効性・即時性が求められます。この資料を拝見しますと、一部適用でも全部適用でも定数条例の枠中に含まれるので同じ扱いになるとのことですが、この点について現実問題としてはどうなのでしょう。定数の減はあまりないと思いますけれども、定数の改正について、一部適用と全部適用で差があるのかどうか。私の理解では、病院の職員定数について別の条例を設置しているケースもあると記憶しているのですが、川崎市ではどうでしょうか。</p>
(秋月委員)	<p>川崎市は一部適用でも全部適用でも変わりません。どちらも職員定数の中で運営していかなければならないのは同じです。また、病院の定数と全市との定数は関係があります。したがって、定数を増やす場合は議会に定数条例の改正をお願いしなければなりません。</p>
(委員長)	<p>全国的に見て、地方公営企業法の全部適用を行った場合に、病院の定数を別の条例で定めている事例はないのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>調べた限りで申し上げますと、埼玉県と川崎市が職員定数条例という一つの大きな枠から外れ、病院局の中の病院職員に対する職員定数条例を別に設けています。確か全職員の総枠の定数の範囲で制約を受けるとするのは、秋月先生がおっしゃったとおりであると思います。</p>
(委員長)	<p>他にございますか。</p>
(青木委員)	<p>時間もあまりないので大変申しわけないのですが、今回の資料の中の例示では、全部適用と地方独立行政法人というのを挙げておりますが、福祉系の施設などでは指定管理という制度があります。例えば、川崎市でも一部の病院に指定管理者制度を導入していたかと思えますし、他市の病院でも指定管理を導入している場合がありますので、指定管理制度に対する評価についてのご意見をいただきたいと思えます。</p>

(秋月委員)	<p>川崎市立の病院は、3病院ありまして、そのうち2つが直営の全部適用、1つが指定管理者制度で運営しております。これは私の個人的な考えになりますが、経営の継続に関する条件がどう変更になってくるのかということが問題です。運営している医療機関にとっては、条件の緩和を望むわけですから、そういった時に公的な医療提供とのドッキングについて、うまくバランスがとれるかどうか非常に難しいのではないかと思います。</p>
(委員長)	<p>経営の途中から、そういった委託のような形に移行した例というのはあるのでしょうか。現実問題として、潰れる寸前の病院であれば別かもしれませんが。</p>
(秋月委員)	<p>途中から移行した事例も北陸地方の方にございます。氷見病院ですね。</p>
(委員長)	<p>そういえば、北社会保険病院も似たような話があったと記憶しています。</p>
(伊関委員)	<p>おそらく人員の総取り替えというのにはありえない話なので、今のスタッフの方々が、例えば財団法人などの新しい法人を作って、その法人が指定管理者になるというやり方はあると思います。しかし、非公務員型の独立行政法人に移行する以上の政治コストがかかりますし、将来が見えなくなる分だけ職員のモチベーションが下がる可能性があります。新しく病院を作る場合は指定管理者制度による委託は可能だと思いますが、そうでない現状からの移行というのはあまり現実的なシナリオではないと感じます。</p>
(委員長)	<p>はい、ありがとうございました。 さて、そろそろ締めくくりとして、皆様から市立病院の将来の方向性について、最も望ましいのではないかという提案を承りたいのですが、いかがでしょうか。</p>
(伊関委員)	<p>そんな重要なことをこの場だけで決めて良いのでしょうか。</p>
(委員長)	<p>いえ、ここで決めるわけではなく、ご意見だけを伺おうと思います。</p>

<p>(青木委員)</p>	<p>後で事務局の方からご説明する予定だったのですが、以前にご案内したスケジュールのとおり、次回のあり方検討委員会が中間まとめを行うことになっておりますので、本日の各委員の方々からの様々なご意見と、これまでの経緯を踏まえて、事務局としての考え方をお示ししたいと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>分かりました。 他に、発言しておきたい方があれば、どうぞ。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>やはり病院の現場の皆さんがどう考えているかが重要です。 村山院長先生、副院長先生、看護部長の方々が、こういった方向でいきたいという意識が非常に重要です。非公務員となる地方独立行政法人にしても、自由度を高めて運営していきたいという考えから経営形態を移行した事例もあるわけですから、私は院長先生方の望む方向性を応援したいと思います。 やはり院長先生がどういう方向性をお考えなのか、また事業管理者を設置した場合、院長先生が事業管理者となるのか、外から事業管理者を招くのかという話もありますし、経営形態の移行については、人材が重要な部分ですから、病院や市の考え方を提案いただいた方が良いかと思います。こちらから経営形態を移行すべきだという意見は言い辛いのです。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>分かりました。そういった面も含めまして、事務局の方でいくつか選択肢をお示しできればと思います。 病院の経営というのは、経営改善をすれば、すべて上手くいくということはありません。今回を含めた4回のあり方検討委員会の中で、市立病院の経営には、いくつか制約がある点を取り上げてまいりましたが、制約をゼロにするわけにはいかないものの、少しでも自由度を増すための体制にすることが必要だと感じています。 予定の時間をオーバーしてしまいましたが、それだけ皆様方から非常に積極的なご意見をいただきましたので、これを事務局で整理いたしまして、次回に提案をさせていただくことにしたいと思います。その際には、また皆様方のご協力をどうぞよろしくお願いいたします。 では本日の議論はこれで終了にさせていただきます。</p>

<p>(3)その他 (委員長)</p> <p>(事務局)</p>	<p>それでは、事務局の方からお知らせをお願いします。</p> <p>はい。事務局から連絡がございます。ただ今、委員長がおっしゃいましたように次回の日程でございますが、第 5 回会議につきましては、10月27日の木曜日、午後3時30分から本日と同じ会場で行いたいと考えておりますのでよろしくお願い申し上げます。</p> <p>以上でございます。</p>
<p>3.閉会 (委員長)</p>	<p>具体的な提案内容については、青木委員からお話があったように、中間まとめという形で原案を提示させていただきたいと思います。</p> <p>本日は皆様に変なご負担をおかけして申し訳ありませんでした。次回もどうぞよろしくお願いいたします。</p>