

第 2 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 5 月 26 日(木) 15 時 30 分から 18 時 10 分
場 所	さいたま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 国立病院機構埼玉病院事務部長 山崎委員 さいたま赤十字病院長 加藤委員 埼玉社会保険病院長 細田委員 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副会長 中村委員 さいたま市自治会連合会副会長 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
事務局	保 健 部 :石川保健部長、高橋保健部次長、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)公立病院改革について ①自治体病院の経営について【伊関委員】 ②地方公営企業法全部適用について思うこと【秋月委員】 ③国立病院から独立行政法人国立病院機構へ【山崎委員】 (2)その他 3. 閉会
配付資料	資料 1: 第 2 回さいたま市立病院のあり方検討委員会次第 資料 2: 市立病院のあり方検討委員会検討スケジュール 参考資料: 経営形態比較 資料 3: 自治体病院の経営(伊関委員資料) 資料 4: 地方公営企業法全部適用について思うこと(秋月委員資料) 資料 5: 国立病院から独立行政法人国立病院機構へ(山崎委員資料)

議 事

<p>1. 開会 (事務局)</p> <p>(委員長)</p>	<p>それでは、会議次第に則りまして、議事の方を進めさせていただきたいと存じます。</p> <p>それでは、伊能委員長、よろしくお願いいたします。</p> <p>ただ今から「第 2 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>委員の皆様には、第 2 回会議の開催についてご案内申し上げたところ、ご多用の折にもかかわらず、多くの方々にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。</p> <p>第 1 回会議では、病院経営について検討することとなった経緯、さいたま市と市立病院の現状、委員会の検討スケジュールについてご審議をいただきました。</p> <p>本日は、今後の審議を円滑に進めるため、3 人の委員さんから「公立病院改革について」、それぞれの立場からお話を伺うことになっております。</p> <p>本日も、委員の皆様のご協力をどうぞよろしくお願い申し上げます。</p>
<p>2. 議事 (委員長)</p> <p>(事務局)</p>	<p>早速でございますが、議事に入らせていただきます。</p> <p>初めに、公立病院改革について委員の皆様からお話をいただきたいと思いますと思いますが、お話を伺う前に事務局から何かお話がございますでしょうか。もしあれば、この場でどうぞ。</p> <p>はい。それでは、お手元に配付させていただいております A4 版資料の「あり方検討委員会検討スケジュール」と右上に「参考」と表示しております「経営形態比較」の表をご覧いただきたいと存じます。</p> <p>まず、検討スケジュールでございますが、本日の第 2 回会議で 3 人の委員さんからお話をいただく内容は、主に、第 3 回会議の「医療機能」、第 4 回会議の「経営面」からの審議のポイントになる事項となるものと考えております。委員の皆様には本日の会議において、そのような視点からご意見、ご質問等、いただきまして、次回以降の審議に繋げていただければ幸いと存じます。</p> <p>次に、参考と表示しております「経営形態の比較」の表でございます。本日のお話の中に「一部適用」(一適)、「全部適用」(全適)、あるいは「独立行政法人」(独法)等の言葉が出てくるとは思いますけれども、それら経営形態についての定義、法人格であるとか、そこに働く職員の公務員としての身分、あるいは、職員定数、管理上の定数に含まれる</p>

<p>(委員長)</p>	<p>かどうか、などの取扱いについて、概要を 1 枚にまとめたものでございます。なお、一番下の主な病院のところでございますが、現在、一部適用につきましては、さいたま市立病院、全部適用につきましては、川崎市立川崎病院、千葉市立青葉病院、その他、ここには記載されておられません。埼玉県立病院が全部適用の病院でございます。それから、公務員型につきましては、本日、お話をいただきますが、国立病院機構埼玉病院、非公務員型につきましては、神戸市立医療センター中央市民病院、指定管理者の病院につきましては、川崎市立の多摩病院等がございます。後ほど、ご参照賜ればと考えております。</p> <p>事務局から以上でございます。よろしくお願い致します。</p> <p>はい、どうもありがとうございました。早速でございますが、各委員さんからお話を伺わせていただきます。時間は、お一人当たり説明 20 分、質疑 10 分の計 30 分を予定しております。</p>
<p>2. (1)①自治体病院の経営について (委員長)</p> <p>(伊関委員)</p>	<p>それでは、初めに、伊関委員から「全国的な公立病院改革の流れ、自治体病院の経営形態の変革、公的医療機関が存在する意義」などについて、お話を伺いたと思います。</p> <p>伊関委員、どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>それでは、約 20 分ほど、お話させていただきたいと思います。過去に、「町の病院がなくなる！？」、「地域医療 再生への処方箋」、「まちに病院を！」と医療関係の本を3冊出しておまして、今日、発表する前半の部分は、この部分から報告しています。後半の国民健康保険の部分は、次に出版する本のメインのテーマにしたいと考えているところで、新しく打ち出す考えになっています。医学書院の「病院」という雑誌の編集委員もやっておりますけれども、3 月号で自治体病院の存在意義という形で論文を書かせていただきまして、この内容も報告させていただきます。</p> <p>全国の病院は、精神病院を除く一般病院は全体で 7655 の病院があり、その内、国が 239、地方自治体が 958 と大体 10% くらいを占めています。地域の拠点病院になるような 300 床以上の病院になると大体 23% くらいを占めています。国立病院や日赤や社会保険など公的色彩の強い病院が日本の拠点病院の半分以上を占めている状況になります。</p> <p>自治体病院の占める割合としては、救命救急センターの 39%、基幹</p>

災害医療センターの 57%、都道府県のがん診療連携拠点病院施設の 49%、地域周産期母子医療センターの 41%、へき地の拠点病院が 71%を占め、地域になくはならない役割を担っています。

ただ、経営的には悪い状況にあります。赤い方が経常収益、青い方が経常費用ということで、自治体本体からの一般会計繰出金を入れたうえでの数値なのですが、こちら(折れ線グラフ)が、経常収支比率、収益と費用の比率なのですが、96 年の 99%をピークに右下がり悪化しています。ここの 2006 年、2007 年と医師不足が全国的に深刻になって、急激に収益が悪化しており、2008 年で、95%に回復しています。

一般会計の繰出金については、1997 年に 7600 億円だったのですが、ずっと減らされてきており、2006 年、2007 年で、あちらこちらで医療崩壊が起きて来ました。これではまずいということで、資金投入がされて、2008 年で 7500 億円のお金が繰り出されています。

私は、「医師不足問題」は重要なのですけれども、いくつかキーワードがあって、特に医療の高度・専門化と高齢化が重要と考えています。医療は世界レベルで日々進歩しています。例えば、20 年前ですと、1 人の医師が患者さんの病気を診ていましたけれども、今は複数の専門家の医師が 1 人の患者さんを診るようになっていきます。昔は内科の先生で、糖尿病で心臓病を併発した患者さんを 1 人で診ていましたけれども、今は糖尿病の内分泌代謝の専門医、心臓病の循環器の専門医、場合によっては CT や、MRI の画像を診る放射線科の医師など、多くの医師が必要となります。膨大な知識を勉強して見落としなく良い医療ができるのですけれども、結局、多くの医師が必要になってきます。

医師の時間外労働についてですが、一般の住民から見ると月曜から金曜の朝 9 時から夕方 5 時までしか働いていないように見えますけれども、病院というのは、月曜日から日曜日までの 24 時間、365 日、患者さんに対応しなければならない。そうすると、夕方以降、翌朝までの時間(黄色い部分)は医師が交代で対応しなければならない。先ほど、医療が細分化されているという話をしましたけれども、例えば、心臓を診る循環器の医師、癌などの消化器の医師、それぞれの細分化した診療科ごとに、この黄色い部分をカバーしなければなりません。結局、医師が大量に必要になります。

それで、全国の勤務医は過酷な勤務の状況にあります。これは厚生労働省の研究班の調査ですが、1 週間当たりの勤務時間が平均で 66 時間。労働基準法の基準は週 40 時間ですから、1 日以上余分に働いている状況です。週 100 時間以上勤務している医師もいます。

例えば産科の施設の場合、表の横軸が産科医の人数です。縦軸は当直の日数です。2 人で分娩を診ている病院だと、大体、13 日から 14

日位拘束されます。病院に泊まらなくても分娩に対してすぐ対応できる体制をとっている。これが7人、8人いれば、4日や5日、つまり週1回の拘束で済みます。人数が多い病院は、宿直の回数も減るし、万一の場合は複数の医師で診るので、見落としも少なく、安心ということで、医師は、医師数の多い病院に出来るだけ勤務したいという状況になってきています。

病院の二極化現象が起きています。医療の高度・専門化に対応して、医師や看護師が集まる病院は収入が上がります。医療機能の向上のために再投資もしやすくなる。そうすると、さらに医師が集まりやすい形になる。逆に、医師、看護師が集まらない病院は、収益が上がってきません。医師1人で1億円収益を上げるとも言われていますけれども、医師が集まらない病院は収益が上がらない。医療機能向上の再投資ができない。

成長している病院と衰退している病院が二極化してきているのです。だから、必要な投資をしていかないと病院は生き残れない面があります。赤字だから、よりコストカットして効率化をするべきだという考えだけでは、人が辞めていき、さらに収益が下がる形になります。だから、必要な投資はしていかなければいけません。

病院が二極化する現象で、医師や看護師、医療スタッフが多く勤務する場合、効率的に働いてもらうために、平均在院日数を短くしていきます。回転を良くして手術で収益を上げる形になります。収益が上がると、さらに人に対して、医療機器に対して、投資が可能となります。逆に、医師、看護師、専門スタッフが少ない病院は、どうしても医療機器を入れても、使いこなせない。採算割れになる。患者さんは他の医療機関へと流れていく。診療報酬は低くなります。さらに、収入が少なくなっていく。2つのどちらの流れに乗っているかで、大きくその病院の運命は変わってきます。自治体病院、特に地方の自治体病院は、医療の高度・専門化に対応できない病院になっている傾向が強いです。

さらに、自治体病院自体の問題もあります。経営の問題です。病院の経営について行政自体がそもそも素人です。知事や市長村長は、そもそも医療をするために選挙に出るわけではありませんし、職員も病院を運営したくて公務員になるのではありません。病院経営について素人が硬直的に運営することになる。行政の規則などに縛られて、弾力的な運営ができない。

質の高い自治体病院、これは民間の病院とか公的な病院も含めてだと思いますけれども、必要なこととして、私は3つのレベルに分けています。

「ガバナンスレベル」というのはその自治体病院のあり方のレベルで

す。自治体本体、議会、住民、病院経営者。まず、責任を持って病院経営をする人を置く。責任者へきちんと権限を与える。そして、責任を明確化する。経営者の示す病院の方向付けをきちんと了解する。「この病院はこの方向へ進んでいきます」ということを明確に示さなければならぬ。必要な医療資源へ資源を集中する。外部者の、医療現場への敬意も必要です。

「マネジメントレベル」というのはその病院のトップのレベルです。病院における方向付けをきちんと提示する。病院長はリーダーシップを持って、各部門へ権限をちゃんと委譲する。メリハリついた資源配分する。人材を登用する。最新の病院経営手法をどんどん導入する。DPCなど、色々な新しいものを入れていかないと流れについていけないわけです。

「オペレーションレベル」は、各部門のリーダー、現場職員のレベルです。職員間でミッションを共有する。経営が悪ければ病院がつぶれるという意識を持つ。チーム医療を実現する。現場での改善活動をする。

これができれば良い病院になるのですけれども、なかなかできない。自治体はそもそも個人を目立たせないし、権限も与えません。病院とは別の、市役所の企画課、財政課、人事課など、管理セクションが力を持って現場に権限を与えない。責任も明確にしない。行政、議会、住民が全て現状維持に意識が向かう。病院は医学や経営の進化に合わせてどんどん変わっていかねばならないのに、できれば、昔のような病院にしてほしいと考える。医療の高度・専門化に対応している現場と、意識のギャップが起きる。時代に対応するため、方針を明確にすると反対する人が出る。議論ができない。2人の医師で、24時間・365日、救急対応をやれというように、できない要求をしたりする。必要な投資の集中も、必要でないという部門から苦情が出て、対応ができない。管理セクションが偉いという文化が存在する。非常に厳しいことを言いますが、住民の皆さんも権利しか主張しない。モンスターペイシエントといわれている方があちこちに跋扈(ばっこ)しています。警察が介入せざるを得ないという事例も増えてきています。

マネジメントレベル、病院トップのレベルですけれども、病院が存在していることに意義があるので、これからの方向をどのようにしていくかということを考えない。職員が個別の利益に固執する。病院長が病院の方向付けを示せないというところも多いです。職員がバラバラで、病院長に誰も従わない。医療に素人の事務が病院を仕切っている。一度付いた予算や人員は簡単に変更できない。条例や規則が支障となって、スピード感を持って資源配分ができない。後で、職員定数の話をしますが、役所のルールが優先して、優秀な人材を登用できない。事務は医

療の素人で、数年で異動してしまう。

オペレーションレベルの問題ですが、職員がバラバラで病院としての共通意識を持つという考え方が少ない。役所は潰れないと考えている。経営指標にも関心がない。部門別のセクショナリズムが強い。現状を変えることに強い抵抗が存在する。

この病院は、医師の方がかなり集まってきているみたいですし、経営も良い方です。全部が当てはまる訳ではないと思うのですがけれども、どこか当てはまる部分もあると思います。

自治体病院は、非効率性が指摘されています。これは、収入を100とした場合の支出の構造です。国立病院は、100円収入が入る時の支出が97.9円で、かろうじて黒字です。自治体立病院は、115.5円で完全な赤字。赤十字病院、済生会や厚生連などの公的病院は101.3円で赤字になっています。医療法人も97.9円でかろうじて黒字の状況です。自治体の病院は、他を見ると、やはり人件費が高めですし、診療材料費については、自治体病院価格と言われてはいますが、高いお金で買ってしまった。委託費も高いですし、減価償却費も高い。これは、建物について豪華な病院を建てたり、医療機器も高いお金で買ったりする部分が積み重なり、他の経営形態の病院から見ると非常に高くなってしまふ。民間の医療法人と比べて自治体病院経営は甘いといわれますけれども、民間の医療法人は経営が悪いと撤退します。やはり、そこと比べるとおかしい。では、公的病院や国立病院と比べてみると、公的病院の関係者の方とお付き合いさせていただいていますが、「やはり、自治体病院は経営が甘いよね」と言われます。「そうですね」としか言いようがないのが、残念なところ。やはり、自治体病院の経営を変えていかなければならないと考えます。

もう1つは、先ほど申しましたけれども、定数の問題です。自治体の条例で職員の数を抑えられてしまいます。病院というのは、職員1人雇うと収入が上がるという構造があります。これは、奈良県の仕事をさせていただいた時に職員の比較をしたものです。県立奈良病院というのは、奈良県の奈良市内にある三次救急（重篤な疾患や多発外傷に対応する救急医療）の拠点病院です。相澤病院というのは長野の松本にある病院です。これも同じような救急医療をやる病院なのですけれども、471床と430床で、大体同じような規模です。職員数を見ていただければ、1434人と625人で、県立奈良病院は非常に少ない職員数です。一般の公務員でいうと「少ない人数でやっているから偉い」となります。埼玉県庁は日本で一番公務員の数少なくやっていると、かなりPRしています。ですが、病院については、収入が上がる部分がありますので、数が少なければ良いという話ではない。医師数は133対81、研修

医が別枠であるので、133対100となり、そんなに大きく違いません。看護師数も圧倒的に違いますけれども、一番は医師や看護師をサポートする職種です。理学療法士が59対4、作業療法士が34対0、言語聴覚士は15対0です。1人理学療法士を雇うとですね、この病院は1500万円ほど収入が上がるということを試算して、奈良県庁の人事担当課に定数増を要求しました。でも、答えは「ノー」でした。定数を増やすことはできないということですね。結局、収益は上げられないわけです。逆に、必要なリハビリもできなくて、患者の回復を遅らせるという悪影響もある、問題がある状況でした。「作業療法士がゼロの病院なんて初めてだよ」と、勤務された医師が言っていました。例えば、臨床工学技士は医療の機械を管理する専門職なのですが、これも2人しかいない。結局、医療機器の管理の仕事を医師がやらざるを得ない。忙しい中でさらに仕事が増える。県立奈良病院は大変だという形で評判が悪くなって、医師がなかなか集まらない。人を雇うことが収益を上げることになるし、良い医療を提供することにつながり、患者も集まることになりました。

「定数」があることによって、自由に医療を行うことができない。日本で一番経営の良い病院の1つとして、香川県の観音寺市というところに、三豊総合病院という病院があります。ここは、組合立の病院ですけれども、職員定数というものがありません。定数条例というものがありません。自由に人を雇えます。収益の中で、責任を持って人を雇うという形になります。

もう1つ、自治体病院は難しい役割、「バッファー(緩衝器)としての医療」と私は良く言うのですけれども、不採算な部分を担っています。例えば、新型インフルエンザや災害などの突発的な事件がある時は、真っ先に対応せざるを得ない。例えば、社会的入院と言いますが、介護者のいない高齢者を受け入れざるを得ない。外国籍の住民の方とかお金のない住民の方の医療も受けざるを得ない。診療報酬制度によって、この患者さんを受けたら絶対に赤字になるけれども、でも、やはり受け入れなければならないというような患者さんを受け入れる。こういう方々を受け入れた結果、赤字になる部分もあると感じます。

収入はやはり必要だと思います。医療を行うための施設や、職員を雇用し、薬剤や診療材料などを購入して、医療を行う。収入を得ます。支出よりも収入が少なくて、手元の現金がなくなれば、医療を継続することが難しくなる。医療によってできた収益で、将来の医療のための人材や医療機器への再投資を行う。再投資ができないと医療機関の存続はできない。このサイクルを回して、職員が成長していく、医療機器が充実していく、人が集まる、患者さんが集まる病院にしていかなければ

ば、将来がないという話になります。

このような中で、先ほど経営形態の変革の話が少しありましたけれども、整理すると、運営形態を変えることと、医療の提供形態を変えるという2つの変革の形態があります。運営形態の変革では、まず地方公営企業法の全部適用があります。これは後で秋月先生からご紹介があると思うのですが、自治体病院は地方公営企業法の財務規定だけの一部適用というのが多く、さいたま市立病院も一部適用なので、それを人事関係も含めて全部を適用にして、病院事業管理者を置き、組織を独立させます。次に地方独立行政法人という新しい法人にする形もあります。これは、公務員型というパターンと非公務員型というパターンがあります。こちらについては、国立病院機構の埼玉病院さんからご紹介があると思います。次に指定管理者制度として、全く外部の法人に委託してしまう場合と内部の職員が法人を作り、委託するような場合があります。あとは、病院の経営自体を譲渡してしまう場合ですが、これは福岡県立病院が、病院を譲渡しています。他にもPFIや、包括業務委託、病院の廃止も含めて、色々な経営形態の見直しがあります。

医療提供形態の変革では収支改善や診療部門の見直し、病床の休止・削減、複数病院の合併・再編、診療所化する場合や、保険・医療・福祉の複合体のような地域包括ケアを導入する場合、医療提供を全面的に廃止する場合があります。病院の変革は、これらの組み合わせになります。

公設公営の病院についても、経営が全部悪いかというとそうでもありません。病院経営者の権限を高め、医療を行う上で、無意味な行政上のルールを廃止し、メリハリの付いた資源配分、医師に対する手厚い処遇が必要だと思います。ここは、前回もお話しましたが、さいたま市の場合は評価できると思います。また、早い意思決定のスピードを実現する。職員の定数を自由に設定できる。職員も既得権益にしがみつかず、当事者意識を持って働く。これができるとうちも改善し、安定的に医療を継続できると考えます。私は、「公設自立運営」と呼んでいるのですが、公設公営でできれば、それに越したことはないと思います。どこにおいてもお役所仕事の病理がはびこりますが、そこは変えていかなければならない。このお役所仕事から脱却できれば、公設公営であろうと、地方独立行政法人であろうと地方公営企業の全部適用であろうと一部適用であろうと私は構わないと思います。これは、病院の人達のやる気次第だと思います。

もう1つの「経営改善」になりますが、国民健康保険直診施設化や、地域包括ケアの導入については、私はもっと評価されるべきと思っています。

ます。公立病院の経営改善事例集というのが2年前に出ているのですが、その時に経営が黒字の病院という優秀な事例を最初に5つ紹介しています。地方の病院が多かったのですが、これは全部、地域包括ケアという形態で行っている国民健康保険直診施設病院です。いわゆる「国保直診病院」の経営が良いことが多いです。

国民健康保険直診施設というのは何かというと、市町村が国民健康保険事業を行っていますけれども、その事業の一つとして病院を設置しているものです。実は、川口医療センターは昭和22年に国保病院として設置されています。千葉の旭中央病院や君津中央病院、これも力のある病院ですが、国保直診病院です。ここのさいたま市立病院は、結核療養所からスタートしていますので、国保直診ではない歴史があります。国保直診病院になることについての要件は特にはないです。どちらかというと、古びたマイナスイメージのある言葉なのですが、展開しているのは、地域包括医療・ケアです。要するに治療だけではなくて、健康づくり、福祉、介護サービスと連携を図って、住民が地域で生活できる支援を行うというものです。

有名なものとして、岩手県の藤沢町という一関市の隣にある小さな町なのですが、54床の国保藤沢町民病院という非常に経営の良い病院があります。病院に隣接して、老人保健施設という高齢者医療と福祉の中間施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービスセンター、訪問介護ステーション、町の居宅介護支援事業所、さらには保健センターという行政部門までつながって、全部が一体として運営しています。非常に経営も良いです。

病院の負担をできるだけ医療に純化させて、他は福祉で展開する。医療と福祉が連携することがポイントになります。今、病院はどこでも長期の療養が必要な高齢者の方が多いです。こういう方々は老人保健施設で療養する。在宅生活支援への移行をする。病院は、医療に専念できて、医師・看護師の負担が軽減する。結果として、長期の入院患者が減ることで病院の収益も改善します。住民も入院から療養、在宅へという流れができることで安心して生活できる。これは、医師が少ない中で、一生懸命知恵を絞って、地方の国保直診病院が考えてきたことです。

実は、さいたま市立病院の横にも、老人保健施設があります。ただ、運営は別で、病院とはわずかに連携がある程度で、さいたま市立病院の退院者を積極的に老人保健施設で受けて、在宅生活支援へ移行する流れは弱いようです。私は、隣の福祉施設ともっとこの連携を深めていくことが必要と考えます。

もう一つ、今年が国民皆保険50年の年です。大正11年に健康保険

法という法律が制定されました。これは、どちらかという工場労働者中心の法律でした。昭和 13 年に農村を中心に国民健康保険法の法律が公布されています。昭和 33 年には「昭和 36 年 3 月 31 日をもって、全国民が何らかの医療保険に入る」という新しい国民健康保険法が制定され、全市町村が給付率 5 割の国民健康保険を実施することになりました。旧浦和市や旧大宮市は、埼玉県で一番遅れて国民健康保険が実施されています。

国民皆保険の意義ですが、何よりも必要な医療を受けることができる医療機関と医療スタッフがいることが重要です。適切な医療を適正な負担で受けることができ、保険制度が財政破綻をせず、安定的に運営されることも必要です。どうしても財政的なことばかり関心が集まるのですけれども、地域に必要な医療機関と医療スタッフがいることが大事で、そのために国保直診施設が作られてきた歴史があります。適正な負担というものがありますけれども、必要な医療を受けることができる医療機関、医療スタッフがいるということは、当たり前のことのように、当たり前ではない。今回の震災が一番良い例だと思います。

首都圏はこれからものすごく深刻な医療の状況になります。これは、国立人口問題研究所が行った都道府県別の推計人口の調査なのですが、75 歳以上の人口が、グラフの 2010 年と 2035 年を見てのとおり、首都圏でかなり高齢者が増えます。2035 年は、75 歳以上の高齢者が 599 万人。2010 年から 278 万人増えます。

それでは、さいたま市はどうなるか。2005 年は表のとおりですが、2010 年、2015 年、2020 年、2025 年、2030 年、2035 年と高齢者が増加していき、75 歳以上の高齢者は現在の 2 倍の 20 万人に、85 歳以上の高齢者は 2.6 倍の 9.2 万人になります。85 歳以上の高齢者は、今、3 万人くらいなのですが、これが 9 万人に増えます。当然これらの人には、医療が必要になります。介護も必要なのですが、最期はどこで看取るか。また、この人達は救急の利用が多くなります。さいたま市は、まだ医療機能が充実している方で、埼玉県全体では、周辺の市から高齢の患者が大量に流入する可能性があります。入院、救急、看取りと、大量に押し寄せる高齢者に、さいたま市の医療は崩壊しかねないと考えています。激増する高齢者に対応できる医療について考えておく必要があります。病床数はもっと増やさなければならないと考えています。医師・看護師数も大幅に増やす体制にしていくことが必要です。これは、さいたま市立病院だけではなく、赤十字病院や社会保険病院といった地域の拠点病院は、これからの高齢化を意識して力をつけていかなければならないと考えています。もう 1 つは、先ほど議論したとおり、適切な医療を適正な負担で受けることができ、保険制度が財

	<p>政破綻をせず、安定的に運営されることが重要です。できるだけ1人当たりの医療費を安くしていくことが必要です。</p> <p>国民健康保険の地域差指数というのがありまして、「1」を平均として、安い、高いかで、全国の市町村別でランキングを作っています。これは千葉県の例です。自治体病院があるところは、全体として医療費が安い。平均でみると、大体、自治体病院立地が 0.854、未立地は 0.882 です。実際にレセプトをチェックすると、民間病院では、過剰に申請してしまうような病院もあるという話も聞いていますが、それがこのような数値に出てきます。</p> <p>埼玉県内はどうかというと、さいたま市は 0.873 ということで、非常に優秀だと思います。さいたま市は、公的病院が一生懸命頑張っている地域であると思います。埼玉県で一番少ないのが小鹿野町で、ここは町立病院があつて、高齢者の医療を支えているため、医療費が安いです。やはり、公的病院の存在ということによって、安い医療費に繋がっている面があります。</p> <p>一般会計の繰出金は、私は可能な限り減らすべきだと思っています。ただ、それよりも、「民間に任せるのが良いのだ。さいたま市立病院を民間に譲渡してしまえばよい。」「譲渡したら1円も繰出金の負担がなくて済む。」と言えば、実は過大な医療費で国民健康保険財政がパンクする危険性がある。やはり、繰出金が多くても、模範的な医療を行って、トータルとしての医療費を安くすることも意義がある。こういう視点を持たずに「繰出金が多くて、経営が悪い」という話で病院を叩くと、本当の意味で不要なコストを生むことにもなりかねません。</p> <p>大変時間を超過してしまいましたが、全国的に見ていると、こうした面もあると思います。</p> <p>以上です。</p>
(委員長)	<p>どうもありがとうございました。かなり、細かく色々なご指摘を頂いたと思いますけれども、何か、ご質問、ご意見等があればどうぞ。もし、事務局の方で何かあれば、構いませんから、どうぞ。</p>
(事務局)	<p>どうもありがとうございました。少々、お伺いしたいのですが、自治体病院の経常収支比率のところ、収益と費用の差が年度が進むにつれて大きくなっているのですけれども、近年、自治体病院のうち赤字病院の比率は下がってきており、黒字病院の方が増えてきているという動向で伺っていたのですが、昔の経営悪化が話題になっていた時期の方が、差が少なくなっています。これはどういう風に考えたらよいのか、先生にお伺いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。</p>

<p>(伊関委員)</p>	<p>分析しないとはっきりしたことは言えませんが、収益はここのところ、非常に落ちたのだらうと思います。例えば、豪華な病院を継続して建ててきて、減価償却費が巨大になってきている病院も増えてきているのかなという感じもします。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>医療費のマイナス改定の影響もありますね。2008年は多分プラスになっていると思いましたが。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>そうですね。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>他にご質問は。 どうぞ。</p>
<p>(村山委員)</p>	<p>個々の地域差指数でございますが、これは、年齢的な要素を入れますと、地域によって変わってくるのでしょうか。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>地域差指数では、年齢調整はしていると聞いています。基本的には、同じ条件で年齢調整をした数値でというのが一般原則です。 指数を見てみますと、東日本の数値は低いです。西日本は高いです。恐らく、病床が多くて、社会的な入院が多いところは医療費が全体として高いと分析をしています。全体として高いのが、北海道、高知、福岡になりますが、長期入院の患者さんが非常に多いという地域は、数値が高く出ます。</p>
<p>(村山委員)</p>	<p>ここは、埼玉県の県南部ですが、県南部は若い人口が多く、県北部は若い人口が少ない。そして、県南部は若い人口が多いので、皆、東京に行ってしまう。そういう要素があるという話が必ず出てくるのですが、それに対して理論的にどういう風に立ち向かったらよいのかなと、いつも思っているものですから。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>地方も実は、秩父市だとか、小鹿野町だとか、皆野町など、秩父地域の市町村は、地域差指数が低いです。それは、過剰な医療を提供していないという面があります。県南だから都内に行くというのと、実際の医療費の支出は少々違ってくるのかなと思います。要するに、都内に行っても医療費はその地域で見ますので、必要な医療だけ都内へ行っていれば、医療費自体への影響というのは限定されるかもしれません。つまり、比較的少ない医療資源で適切な医療をやっているところは数値</p>

	<p>が低くて、民間の病院で社会的な入院が多そうな地域は、高めに出ているのかなと感じております。</p>
(村山委員)	<p>どうもありがとうございました。</p>
(委員長)	<p>どうぞ。</p>
(細田委員)	<p>医療と福祉の連携で、うちも実は老健施設をもっておまして、私が施設長を兼任しているのですけれども、この連携がなかなか難しいと感じています。というのは、老健施設は 100 床ですけれども、この入所率がいつも 95%くらいで、病院とうまく連携できない。それから、結局、看取りになるとまた病院に戻るなど、施設があるにもかかわらず、連携がうまくいっていません。先生のお話ですと、多くの他の病院ではうまくいっているようでしたけれども、具体的に教えていただけないでしょうか。確かに福祉との連携は非常に大切で、それがうまくいけばもっと効率的に急性期病院も生き残って活動できると思うのですけれども、併設型で施設長が院長を兼任しているのですが、実際はなかなかうまくいかないところがあるので、連携がうまくいっている例はどういう風にやっているのか、教えてください。</p>
(伊関委員)	<p>連携の先に在宅支援まで、射程に入れているのでしょうか。</p>
(細田委員)	<p>介護施設というのは、最初は 3 か月間の介護という話でも、実際は 3 か月ではとてもできません。「もう 1 年延長もやむをえない」といったものが多く、なかなか在宅というのが難しい状態です。</p>
(伊関委員)	<p>意識も含めてだと思うのですけど、高齢者の在宅生活をサポートする体制を充実して、在宅で生活するような流れを作っていく必要があると私は思います。また、老健施設の元々の受け皿が少なすぎる部分もあります。老健施設の総数も増やしていくことが、人口当たりで行けば必要なのかもしれませんが。介護保険料との絡み合いになると思うのですけれども、少なくとも急性期医療だけ意識するのではなく、在宅の意識も含めて、全体を見ていくことが必要なのだろうというくらいしかお話できなくて、大変申し訳ないのですが。</p>
(委員長)	<p>はい、どうぞ。</p>
(塩原委員)	<p>この地域包括ケアに関して、私は平成 14 年から、国保直診の経営検</p>

	<p>討委員会の委員長をしております。公立の国保病院で成功している事例として、某県の某病院があります。そこに派遣された先生方が「この町には自分達しかいない」ということで、まず医療から介護まで行なうようになり、公立でありながら特養の運営もしています。</p> <p>本来、こういう地方公営企業法の下で、特養を運営することは、当時としては考えられなかったことです。地域で医療・介護・福祉を連携しなければ、健全な経営を維持できなかったからです。その結果、国保病院が地域包括ケアシステムを構築したので、その地域に民間病院が入り込む余地がなく、その結果、競合する民間病院ができなかったのです。</p> <p>ところが、例えば埼玉県の場合は、まずは、都市部においても民間病院ありきから始まったということで、地域的に医療の上での収支採算性のあるところだけ重点的にやっています。</p> <p>国保病院の成功事例の多くは、先に率先して福祉の特養施設まで作り、次に老健施設が整備されているので、地域包括ケアシステムとして今では在宅支援まで行なうようになったという経緯があります。</p>
(村山委員)	<p>特養施設に移れなくて、ずっと老健施設にいる方も数多くいます。</p>
(塩原委員)	<p>そうですね。成功例として挙げられているところは、いずれも福祉も含めて地方公営企業法の全部適用を行って、施設の一角に行政の福祉相談サービスとして市町村の福祉担当がそこに配置され、入所料や、施設負担金、公費負担について全ての相談を受けているといったシステムが共通しています。</p>
(委員長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>はい、では、最後に。</p>
(村山委員)	<p>医療と福祉の連携の話でご指摘いただいた市立病院の隣の施設でございますが、20年近く前に隣の敷地に建てられたのですが、運営は別の組織が行っています。それで、施設が隣にあるものの、どのような施設なのか、よくわかりませんでした。ただ、医師が1人で、看護師が2人、あと介護職員などで、例えば、急性期病院の当院に3週間入院して、ある程度良くなり、「では隣の施設に」となると、やはり医師1人、看護師2人の機能のところでは、ちょっと無理かなというのがありまして、向こうから、当院の病院に患者を見に来ますが、受け入れはとてできないということがあります。とりあえず、先生のこの藤沢町の例で言いますと、国保藤沢町民病院から、老健施設に行く間に療養型病院とい</p>

<p>(委員長)</p>	<p>うのが、やはり必要ではないかなと思います。例えば、当院ですと、ここから離れたところにある病院にお願いしておりますが、それでも、なかなか当院の医師はそこへ送り出さない。「向こうの病院もしっかりしているから、大丈夫だ」と言うのですけれども、全然話が進まない。それでも療養型病院がもう1つ、ワンポイント必要じゃないかと思います。</p> <p>また、議論がありました特養施設ですが、最終的な施設としてこの地域は特養の数が足りていないので、そこで詰まってしまうということが起こっているのではないかと感じています。どうも失礼しました。</p> <p>かなり広範なところまで話題が広がってまいりましたが、これはすべて、関係していることだろうと思います。確かに、拠点病院の中で、患者さんの必要な医療が終わった後に、どういう風に患者さんを移動させていくかということが解決できれば、病床数は半分くらいで機能できると仰っていた某大学病院の先生もおられました。これについては、病院の経営とは別に、大きな問題であろうかと思っています。</p>
<p>2. (1)②地方公営企業法全部適用について思うこと (委員長)</p> <p>(秋月委員)</p>	<p>時間も押しておりますので、秋月先生から川崎市立病院のご経験について、これからお話を伺いたと思います。</p> <p>どうぞ、よろしくお願いいたします。</p> <p>改めましてこんにちは。私、神奈川県川崎市の病院局の秋月哲史(さとし)です。私は、病院経営についてはいろいろなことを体験しましたので、今日、体験談をお話させていただきます。</p> <p>今日、発表者の名前を書いた理由は、地方公営企業法の全部適用になった体験が立場によって違うことから、いろいろな経歴の方の名前を出させていただきました。私以外は全員事務職です。川崎病院の医事課長から総務部長になった者、経営企画室長、それから、これは東大卒で病院局に新しく入った者で、まったくゼロの状態ですから、非常に色々な新しいアイデアを出してくれます。</p> <p>川崎市の多摩病院は、先ほど伊関先生の方から少しお話していただいたのですけれども、指定管理者による病院です。これは聖マリアンナ医科大学が運営しております。大体、指定管理者交付金として、川崎市は、年間6億4千万円いただいております、医療提供ということに対して、川崎市は6億1千万円、年間家賃が約3千万円から4千万になります。建設費や土地代の58億円を入れて、約300億円です。他に</p>

直営病院が 2 病院ございます。川崎病院と、井田病院です。川崎病院の建設費は約 350 億円。医療機械が 50 億円。合わせて 400 億円になります。井田病院が、建物と医療機械で、現在建設中でございますけれども、合計約 200 億円です。だから、3 病院で川崎市は 900 億円の建物を建てたということになります。川崎病院、多摩病院は、建設費用の約 3 分の 2 を市の一般会計が負担してくれています。井田病院は、平成 15 年以降ですので、2 分の 1 が川崎市の一般会計の負担でございます。

川崎病院は、平米あたり建設単価が 69 万 7 千円でかなり高いです。井田病院では大分安くなりました。現在、公立病院の建設費は下がってきています。ただし、民間病院や公的病院で、平らな土地に建てると、大体、24 万円から 28 万円くらいでしょうか。川崎市の隣の市の公的病院では、建設費が 28 万円と聞いております。ただ、井田病院の建設費というのは、防空壕が多く山の中にできていまして、その埋め立てからしなければいけませんので、大体、平米あたり 45 万円くらいです。

次に伊関先生の先ほどの話題で出たのですけれども、医業収益に対する固定費の割合になります。川崎病院が目標としている青梅総合病院、平塚市民、藤沢、横浜、さいたまも実は私の目標病院の一つです。ぜひご理解いただきたいのは、さいたま市の第 2 回の行財政改革の公開審議の議事録を読ませていただきますと、さいたま市立病院の職員の給料が少し高めではないかと言われていたのですが、もし、このグラフから仰っているのであれば、こういう数字というものはいくらでも作れるものです。例えば、一番典型的なのは、医業収益に対する他会計負担金です。さいたま市立病院は 2 億 6 千 9 百万円です。平塚市民病院が 4 億 2 千 2 百万円、藤沢市民病院が約 7 億 8 千万円、横浜市民病院が約 6 億円、川崎病院が約 5 億円です。そうしますと、例えば、さいたま市立病院が 3 億円もしくは 4 億円を上げて、繰入金で医業収益に注入すれば、給与比率は下がります。給与比率、医業収益に対する他会計負担金は、規則があつてないようなものです。おそらく、さいたま市立病院は、救急車の年間受入台数が、7 千 6 百台くらいでしょうか。

(村山委員)

6 千 5 百台から 6 千 7 百台くらいです。

(秋月委員)

それくらいの台数を受け入れていたら、救急医療経費として他会計負担金として、例えば藤沢市民病院くらい入れて、トータルの繰入金を変えなくても、ずいぶん給与比率というのは下がります。

あとで川崎病院の経営推移のグラフで、固定費のお話を少しさせていただきますので、あえてこのお話を最初にさせていただきました。

川崎市が地方公営企業法の全部適用に至った経緯をお話させていただきます。川崎市は、平成 6 年から市の財政状況が急激に落ちてきました。平成 13 年に、現在の阿部市長が就任されて、阿部市長は自治省出身で公営企業が専門でございます。おそらく、川崎病院の経営状況が悪いということを見て、非常に驚かれたと思います。それで、就任した翌年、川崎病院の経営形態を変える予定であるというような記者会見をされたのだと思います。平成 15 年に病院経営懇話会を作りまして、平成 17 年の 4 月 1 日から全部適用になっております。

昭和 38 年以前のデータは残っておりませんが、川崎病院の調べ得た範囲内ですけれども、昭和 39 年以降から平成 22 年までの経営推移です。平成 22 年はまだ見込みでございますから、正式な数字は出せませんが、経営状態を示しております。一番上の青い線がいわゆる純損益です。その下の線は、純損益から完全に繰入金を除いた収支です。従いまして、この 2 つの線の幅が繰入金の額になります。繰入金を一番多くもらったのは平成 12 年で、1 病院で 57 億円にもなります。

一方で、公立病院の特殊要素として、繰入金というのは確かにございますけれども、そのほかに経営の推移を比較・検討・判定するために、減価償却費と支払利息をさらに除いてみました。新しい建物を建てたり、高価な医療機械を購入しますと、減価償却費と支払利息が増えますので、全体の診療収益としてどのような流れの推移を取っているかを把握するには、減価償却費と支払利息を除いた方が、各年度の比較がしやすいのではないかとということで算出し、これに「実質収支」という名前をつけました。昭和 39 年から昭和 47 年まで、病院の天国時代です。ほとんど努力しなくても、病院というのは黒字でした。ところが、昭和 48 年から、経営が悪くなっています。これはなぜかということなのですけれども、昭和 48 年に、第 4 次中東戦争がおきまして、石油ショックで世界的なインフレがありました。昭和 49 年の診療報酬の改定では 16%上がっているのですが、当時のデータを見ますと、光熱水費で約 64%上昇していて、委託料が 40%、薬品費が 22%、人件費が 30%上昇しています。

その後、昭和 53 年に初めて川崎病院は、6 億 7 千万円の繰入金をもたらしています。ただし、繰入金がなくとも経営が非常によくなっています。なぜかという、川崎病院は、昭和 53 年から 59 年の間に、人件費の削減として医師数を削減したのです。薬の抗生物質は買わない、医療機械もできるだけ買わない。あとは、図書室から本がなくなりました。母校の大学の図書室から表紙のコピーだけを図書室の棚に飾りました。川崎病院はこの時代、「4 無い病院」でした。人がいない、薬がない、医療機械が無い、本が無い。本当にこういうことは、恥ずかしいこと

だと思えます。

その後、純損益を見ますと、収支均衡の時がございます。これは、推定が入りますけれども、恐らく、企業債の発行の許可を得るために、累積赤字が 100 億円越さないようにしていたのだと思えます。逆に言えば、川崎市は、それだけの財政力があったわけですね。

ところが、経営状態・財政状態が悪くなりますと、もう赤字を埋めきれません。それから、企業債の発行の認可も取れましたので、埋める必要もない。だから、純損益では数値が落ちていきますし、実質収支も落ちていきます。なぜかという、当時の時代背景をまさに反映しているのだと思えます。昭和 59 年に健康保険の本人の 1 割負担が始まったのです。昭和 62 年、老人の医療負担費が増えています。また、昭和 60 年に病床規制が始まっています。だから、駆け込みで増床しています。そして、看護師が不足して、集まらないために、病床を開くことができずに一部閉鎖です。そうすると、看護師を集めるために、ワンルームマンションを借り上げ、給与費も平成 2 年から平成 7 年の間、6 年間で 30%上がっています。だから、実質収支を見ましても、経営が非常に悪くなっています。一般的には、純損益を見れば収支均衡となっていますので、経営は平成 10 年頃から悪くなっているのではないかと考えるかもしれませんが、実質収支を見ますと、既に 6 年以上前から経営が悪くなっています。

一つここでお考えになっていただきたいのは、先ほど申しましたように、繰入金が一番多い年で 57 億円です。ところが、社会情勢を反映していますから、平成 13 年には、繰入金が 20 億円下がって 37 億円です。それと、もうひとつ注意していただきたいのは、川崎病院は、平成 10 年に新病棟が開きまして、平成 12 年に外来ができ上がりました。そうしますと、固定費のところをずっと見ていただきたいのですが、大体、固定費の中の減価償却費が 4 億円台だったのが、突如として、一番多い時で 23 億円まで増えています。新しい建物、新しい医療機械を導入したほか、委託料も平成 10 年くらいから急に増えています。委託料というのは、「隠れ人件費」と呼んでいるのですけれども、どこの病院でもおそらく同じだと思いますが、川崎病院の場合は、委託料の少なくとも 7 割以上が人件費です。その代わり、例えば、正規の職員の数を減らしているわけです。だから、人件費というのは、給与費プラス委託料が人件費だと考えるべきだと思います。

それで、純損益を見ると経営が悪いのですが、実質収支を見ますと、実はもうすでに建て終わって収支が改善して、平成 13 年から収益が上がっていますね。グラフを見ると、平成 15 年と 16 年の実質収支の線が平らになっています。どうしてこういうことになったかという、医者への給

料の手当てを1億円ほどカットしたのです。平成15年の4月1日から。それと、平成15年に、実は川崎病院で医療事故が2つ起きております。だから、そういうことも、医師に対して精神的負担を与えたのかもしれない。ただ、いずれにいたしましても、経営はずっと良くなり、この後ずっと回復しています。平成17年に地方公営企業法の全部適用になって、その年に経営が、純損益で見ますと黒字になっています。そうすると、地方公営企業法全部適用というのは経営上、非常に良いことではないかと思われてしまいます。

ところが、平成18年に愛知県の公立病院というのは非常に経営に熱心な公立病院がたくさんございまして、そこから20病院の院長と事務長が見学に参りました。それで、見学から帰るときに、「恵まれているということは良いことです。今日1日、まったく参考になりませんでした。」と言われました。また、川崎市内にある企業の病院の人も川崎病院に見学に来たことがあります。そうしたら、「全く参考にならなかった」と、同じことを言われました。

今回、平成22年はですね、大分収益が上がって、入院収益が9%くらいでしょうか。おそらく、こちらの病院の経営も改善しているのかなと思っております。

平成17年度に地方公営企業法の全部適用になって、なぜ経営が良くなったかということですが、固定費の大幅減です。退職金・退職者の数が減っています。委託費は値引いたのです。減価償却費が減っています。なぜ減価償却費が減ったかということ、平成10年から平成12年にかけて、病棟部門、外来部門で新しい建物を建てて、医療機械を多く入れたわけですが、医療機械の減価償却が約5年でしょうから、それで減価償却費が3億2千万円減ったのです。では入院収益はというと、病床稼働率が上昇して、全部適用になりましたので、職員も非常に刺激を受けたため、入院収益は、3億3千万円増えました。繰入金も増えて、2億2千万円です。ただ、入院収益が3億3千万円増えたということと、減価償却費が3億2千万円減ったということは、全く意味が違います。減価償却費が減ったということは、もうその額だけ100%支出が減っているわけです。入院収益が増えれば支出増を必ず伴います。

だから、これは誤解しないでいただきたいのですけれども、短期に病院経営を良くするとか、良くなるといった場合には、必ずその裏に何かあるかということを考えませんと、非常に誤解を招きます。先ほど申しましたけれども、委託費を値引きしましたことについて、どういう現象が起きたかということ、平成19年から業者を替えました。委託費を値引いたら、近江商人の三方良しという考え方を、絶対忘れてはいけません。自分のところだけ値引いて経営改善をしても、必ずしっぺ返しが来ます。

従って、請求事務で年間の査定・返戻額がこれだけ増加しました。この間お尋ねしたら、こちらの病院は査定率が 0.08% だそうで、川崎病院は、今、0.5% 台です。もちろん、神奈川県と埼玉県では査定・返戻の厳しさが全く比較にならないくらい違うのですが、それでも、本当に事務の方々のご努力と言いますか、平成 21 年度から医者への給与を上げられた点など、事務の方々が非常に力を発揮されていると思います。もう一つ、さいたま市が非常に素晴らしいと思ったのは、育児休業中の職員の数を、定数外として余分に雇っていることです。さいたま市立病院は、平成 17 年頃からはなさっているのですが、川崎市は、恥ずかしながら平成 20 年からです。だから、本当に先を見る目があります。

レセプト返戻残と保留残の推移を見てください。一番ピークで、8 億 8 千万円です。だから先ほど、平成 17 年、18 年が黒字で、その後の平成 19 年、20 年が赤字。ものの見事なしっぺ返しですね。

続いて、全部適用のメリットです。これは、今の総務部長の意見です。今年の 3 月まで川崎病院の医事課長だった方ですが、事務方が非常に迅速に対応できるようになりました。医療機器を買ったり、レセプト業務で専門の非常勤職員を雇えるようにしたなど、当初の予算計上がなくても、このように非常に迅速に対応ができます。ただ、1 つ考えていただきたいのは、いつからこういう体制ができるようになったかです。平成 17 年に全部適用になったのに、なぜこれだけのタイムラグがあるのか。だから、制度を変えても、良くなるかどうかというのは、それを利用する人間にかかってくるということです。看護師の独自採用が可能となったため、試験回数が今まで 2 回だったのが、4 回に増えるようになったなど、これは重要なことでしょう。あとは専門考査を廃止することや、認定看護師になるために、積極的に看護師を学校に入学させることは、重要です。我々、川崎市の看護師の平均在職期間は 13 年で長いです。これが、現場にいた医事課長、現在の総務部長の言うメリットです。

次に経営企画室長の意見です。当時の経営企画を担当していたのですが、市長から病院局に対して「全部適用になったのだから、病院局の責任で運営をしてください」と言われたのです。どうしてこのようなことを資料に記載したかという、地方公営企業法の全部適用になっても、ほとんど権限が変わらないという自治体も少なからずあるのです。やはり、病院の開設者である市長の考え方ではないでしょうか。一部適用の時代ですと、鉛筆 1 本買うにも、本部長の許可が必要だったりするわけです。全部適用ですと、医療機器を購入した後に、値引き分で他のものを買うなど、そういうことが比較的自由にできるようになりました。また、予算の作成権があるほか、非常勤職員の採用ができます。

市長が病院局に対して、どれだけ権限を委譲するかどうか、ということが非常に重要なポイントだと思っております。いずれにしましても、全部適用の最大のメリットは、現場の職員に対する、経営改革に対する意識改革です。

一方で欠点・問題点としては、やはり経費の増大です。では、どのくらいお金がかかったのか。全部適用になりましたので、給料の計算や時間外勤務手当の計算など、人事管理等のシステムを新しく作るのに、大体1億円くらいかかりました。その他に、本庁の職員が大体、40人から41人おりますが、その人件費と事務所の家賃ですね。それから、情報処理システムの負担金です。一部適用の時代と比べますと、年間2億3千万円くらい、余分に負担がかかるようになりました。

続いて、さいたま市立病院と川崎病院の比較ですが、繰入金と減価償却費と支払利息を純損益から取り除いて、さいたま市立病院と川崎病院の収益や色々な規模を比較したものです。非常に似ているのです。修正損益というのは、先ほど申し上げましたとおり、繰入金を除いて、さらに、減価償却費と支払利息を除いたもので、さいたま市立病院が8億3千万円くらいの赤字で、川崎病院が8億1千万円くらいの赤字ですね。一般病床の数の比が1.27です。川崎病院は外来が多すぎます。これは、経営上、問題なのですが、ただ、違った意味で公立病院の存在価値を示すこともできていると考えています。いずれにしましても、この表から見えるように、一番大きく違うのは、減価償却費と支払利息です。川崎病院の場合はこの負担が大きいのです。だから、病院を建て替える場合には、非常にこの部分に気を付けていただいて、事業計画を作られることを、ぜひお勧めしたいです。今日、さいたま市立病院を一周させていただきましたが、土地は広いですし、病院の建設にも打ってつけですね。今ある駐車場に新病棟を建てれば、川崎病院のように診療をやりながら、その上に病棟を建てて、非常識な金額にならないで済むわけですから。

もう一つ、さいたま市の方から質問されたのは、川崎市立病院は経営改善に向けて、どういう努力をしたかということですが、一言で言うと、医師集めです。それのみです。私は1987年から勤務していますが、当時、病院の研修医が5人、内科の研修医0人、医師73人でした。大学に行きましたら、「川崎村に出す医者はいない」と言われました。どうして医者集めが重要かという、このような体制で今の勤務を続けていくというのは非常識です。平成20年の9月、川崎病院に労働基準監督署が入りました。一番多い人の時間外勤務が年間2200時間。病院で生活しているのではないか。アメリカでさえも1980年当初は、大体1週間の病院勤務が100時間以内というのが、ニューヨーク州の目

標です。昨年、コロンビア大学で働いている日本人の医者で ICU で働いている医者の勤務時間が週 55 時間だそうです。今、病院局の医師の有給休暇消化率は年間 5.2 日です。川崎市の局の中で 1 番少ないです。次に少ないのは消防局の 5.5 日ですが、消防局とは全く比較になりません。消防局に行って勤務表を見せてもらえば一目瞭然です。24 時間勤務して、翌日休みの繰り返しで、どこかで 2 日休む。これ以上休みが取れようのない状況なのです。先ほど、伊関先生が仰られたように、今の日本の病院の医者の勤務の状態というのは異常としか言わざるを得ません。だから、医者をたくさん集めなければなりません。公的病院の医師でも、一部の病院でしょうが、アルバイトに行かせているところがあります。医師をアルバイトに行かせて、患者を集めてきて、また返せば、両病院にとってプラスであろうというわけです。しかし、市民や患者が、そのようなことを要望するでしょうか。自分の担当医が昼間にいないということ。

公立病院が必要かどうかということは、私は常日頃から自問自答しています。公務員である必要があるかどうか。税金を集めることと許認可権と懲罰を与えることは、公務員でなければならないと思うのですが、あとは、公務員である必要があるのか。ただ、今の現状では、伊関先生が仰っていただいたとおり、公立病院はまだ必要でないかと思っております。

経営形態の変更の向こう側に、いつも青い芝生があるとは限りません。夢の事業計画書を作って病院を建て替えると、将来、混乱があります。経営形態変更時の経費増を注意してください。これは地方公営企業法の全部適用になっている病院でも、本庁に事務部門を残して委託するという形で、委託料を負担して安く運営しているところもあります。そのような方法も 1 つなのかなと思います。あとは、職員の定数の問題です。全部適用になってから、トータル 5 年間で 172 人増やしていただいたのですけれども、公式には最初の 3 年間だけです。52 人か 53 人でしたが、そのために、丸々 1 年間、事務の方が走りまわりました。時間がオーバーして申し訳ありません。

ご遠慮なく、何でも結構ですから、ご質問ください。失礼致しました。

(委員長)

どうもありがとうございました。

ただ今、川崎市立病院でのご経験について、大変詳細なお話を伺いましたけれども、何か、ご質問なり、ご意見はありますでしょうか。

どうぞ。

(伊関委員)

財務諸表を見させていただきますと、病院の建築費がかなり影響し

	<p>ていると思います。確か「白い巨塔」のロケ地になったところですよ。イメージが湧かれると思いますが、300 億円近くのお金をかけると、やはり、元本、利息の返済がとても大きい。これをそもそも病院の職員が働いて返さなければならないのかという議論もあるべきなのかなと感じています。現金の方は 24 億円ほど、地方公営企業年鑑で見ますと保有が確認されますので、なんとか維持はしておられるようですけれども、将来的に借金の返済はまだある訳ですよ。やはり、さいたま市立病院も建物を建てる時はロー・コストに越したことはないと思います。繰出金としては、1 年間に、3 条 4 条合わせていくら繰出しをして、元本・利息でいくら返済しているかだけ教えていただければありがたいのです。</p> <p>(秋月委員)</p> <p>建設費は 300 億円ではなく、350 億円プラス医療機器の 50 億円で、400 億円です。ただ、唯一川崎病院の救いは、当時はまだ負担率で一般会計から 3 分の 2 繰出金がもらえたのです。今は 2 分の 1 でございます。それが非常に大きいです。病院が収益で返済するかどうか。これだけの建物を建てまして、神奈川県の中で一番丈夫な建物であろうということで、市民の方々も避難ができます。ただ、市民感覚から言うと、今の給与費を払って、逆に病院で借金を返済しなくて済むような、市民の方々を納得させるような、何か良い説明があるかどうかと考えますと、私は公立病院にはないと思っています。それと、私はいつも納得できないのですが、総務省の公立病院ガイドラインも経営形態の変更のところに「民間的手法で経営しなさい」と書いてあります。ところが毎年、内閣府から来る文章は「地元産業の育成」なのです。そのバランスをどうやって考えるのか。少し矛盾しているのではないかと思います。この点についてはぜひ高名な先生のお力をいただきたい。</p> <p>それと病院の食材についても、さいたま市は大根がいくらするか知りませんが、一番高い時で大根が 250 円とか 300 円とか言われた時に、大分県の駅前の八百屋では 100 円で売っているのです。家賃は、川崎病院の近くですと、ワンルームマンションで 10 万円です。大分県にいくとその半分で一軒家が借りられます。さいたま市は地域手当を病院全体でいくらお支払いしていますか。</p> <p>(加藤委員)</p> <p>12%では。</p> <p>(秋月委員)</p> <p>そうですね。川崎病院ですと、川崎病院だけで年間 3 億 8 千万円くらいになります。地域加算はいくらかという 7.2%です。私は、地域によっては、医療費の診療報酬も何らかの形で、国民の負担にならない範</p>
--	---

<p>(委員長)</p>	<p>圏内でもう少し病院に回していただきたいと思っています。それから、利息は今どれくらい支払っているかといいますと、年間約 6 億円になります。川崎病院は正直に申し上げますと一般会計からの基準外繰入をやっています、3 条の医療外収益に他会計補助金という形で、13 億円くらいもらっています。</p> <p>はい。他にございますか。それでは大変時間が押しておりますので、この辺で秋月先生のお話は終わりにさせていただいてと思います。</p>
<p>2. (1)③国立病院から独立行政法人国立病院機構へ (委員長)</p> <p>(山崎委員)</p>	<p>それでは引き続きまして、山崎委員からお話をお伺いいたします。国立病院から独立行政法人国立病院機構へ移行した経緯、移行後の現状についてのお話を伺いたしたいと思います。</p> <p>山崎委員、どうぞよろしくお願ひいたします。</p> <p>埼玉病院の事務部長の山崎です。うちの機構の病院というのは、前身が国立病院ということで、今回お話させていただくのは、国立病院から、なぜこの埼玉病院が機構の病院になってきたかというお話を少しさせていただきます。どうかと思っています。</p> <p>資料に潮流という書き方をしましたが、国立病院というのは、基本的には自力で変革をしてきたわけではなく、やはり、当時の社会情勢に合わせて国会などで組織が変えられてきたということで、私達は、その中の荒波の中でもまれてきたという意味がありまして、潮流という書き方をさせていただきました。</p> <p>ご存じだとは思いますが、国立病院というのは、昭和 20 年 12 月に、陸軍病院、海軍病院、傷痍軍人病院と、色々ありましたが、それを昭和 20 年 12 月に厚生省が医療局という形で統合して、国立病院という名前で当時発足させました。</p> <p>昭和 20 年から現在まで、大体 64 年ぐらいでしょうか。実は私、昭和 49 年にこの組織に入っております、37 年位在籍しているのですけれども、ほとんど昭和の 50 年くらいから、まさに激動の時にちょうどこの組織に居たのだということを今回、色々整理してまして、つくづく感じました。昭和 20 年に国立病院ができて、その後、昭和 24 年に国立病院の経営をきちんとさせるということで、国立病院は特別会計に移行をしております。</p>

これから、国立病院は特別会計で運用しているわけですが、実は、昨年から、随分「事業仕分け」で、特別会計というものが矢面に立ちました。結局、国立病院がなぜこういう風になってきたかといいますと、特別会計だけでは、なかなか運用ができず、歳入と歳出というバランスは、もう減茶苦茶でやっておりましたので、それが最終的に機構の方に移行していかなければならなかった原因ということになると思います。

今、申し上げたとおり、昭和 50 年の後半から、対組合交渉というのが色々ありまして、ほとんどの国立病院は、組合交渉では、ほとんど徹夜交渉で、一晩中やって体力勝負という時代でございましたので、人がいない、人を増やせというのが、その当時の組合の主張でございました。結局、当時の院長は公務員で、ほとんどの院長先生は後 2, 3 年で、退官という方ですから、「うん」と言ってしまう。そうすると「国」ですから、当然、定員法がありますので、定員法の枠外で人を雇っていたわけです。それをどういう風にやり繰りしていたかと言いますと、人件費で払えないものですから、経費として支払っていました。結局、そういうことが会計検査院等の指摘で、徐々に表に出てきて、「国立病院は何やっているのだ」という風潮になってきたわけです。

昭和 60 年 3 月に、まず最初に国立病院・療養所の再編と合理化の業務指針というのが出されました。要するに、この当時はすでに赤字病院の特別会計でございますので、いかに病院の数を整理するのかという名目で付けられたのが、この「政策医療」という旗ですね。国が果たすべき役割の政策医療に合わない病院は国立病院として、存続しなくても良いのではないかとということで、色々整理が始まりました。この段階では、再編ということで、病院の数は減らしてきましたけれども、個々の病院の経営というのはこれによって良くなったものではございません。それが平成 11 年頃まで、ずっとその再編成というものが続いてきております。この再編成も当初、昭和 60 年に第 1 回目の発表があったわけですが、平成 11 年に再編の追加の施設が公表されました。この時に出てきましたのが、政策医療の範囲を純化するという名目で、さらに、それぞれの病院はどのような旗を持っているのか、例えば「がんをやります」、「循環器をやります」、「骨運動器をやります」というような旗をそれぞれ明確にした上で、全国にあった NC(ナショナルセンター・国立高度専門医療研究センター)を頂点とした政策医療ネットワークというものを構築して発表しています。国立病院の再編の関係ですけれども、昭和 61 年度の計画、それから平成 11 年の見直しの段階で、当初 239 あった施設が見直しで、165 になりました。それが平成 11 年 3 月にはさらに減らされて 153 になりました。本当は 165 から減る時に、もう少し減らす予定だったのですけれども、当時の国会議員の先生方の間で「統廃合

は良い。ただし、自分のところはやるな」というようなことが色々ありました。最終的に 153 に落ち着いてしまったという状況でございました。

次に、経営改善がどのように進んできたかという話でございますけれども、これにつきましては平成 3 年になりますけれども、国立病院・療養所の経営改善の懇談会というものが、当時の保健医療局長の私的な諮問機関として発足しております。平成 4 年度当時、一般会計からの国立病院特別会計への繰入金が 2400 億円強ということでございました。この繰入率というのが 25.5%、約 4 分の 1 を一般会計からの繰り入れで賄っており、その段階での借入金の残高、一般会計の借金というのが 6200 億円あったということで、当時は年間の国立病院の診療収入を上回っていた状況でした。これではいけないということで、翌年に懇談会の報告が出まして、「国立病院の事業の経営管理体制を見直しなさい」、「一般会計からの繰入基準は何に使っているかということを確認にしなさい」、「経営管理指標を設定して、きちんと活用してやりなさい」、「経営改善に向けた実践的な取組みをやりなさい」など、この段階で 5 年間の経営改善を実施するよという報告が出ております。

これを受けまして、平成 4 年の 9 月に、その当時、厚生省に保健医療局というものがあったのですが、その中で国立病院部という組織を独立させました。この部署の担当は、経営改善の指導体制の強化と各病院の職員への経営意識の向上です。それから、先ほど、川崎市の秋月委員のお話の中で、レセプトの問題があったという話がありましたけれども、国立病院にも同様なところがありました。当時、総務庁からも一般会計の繰入を明確にしなさいという指導もあったわけです。

平成 7 年のあたりからですね、さらに「再編」というものが言われるようになりまして、国立病院・療養所の目指すべき方向、果たすべき役割、再編の指標、推進方策、それから経営改善ということが、この懇談会の報告でも出されております。

さらに翌年に、再編・合理化の基本方針の見直しがございまして、もっと一般会計の繰入基準を明確化して、効率的に実施しなさいという点と、その当時、経営指標と言うものを作り始めまして、そういったものを活用して、「自分の病院のどの部分が弱いのか、それをまず知って、対策を考えなさい」ということを言われました。それから、業務の委託です。「共通の管理業務を民間に委託する方向で推進しなさい」、「主体的経営として、事業計画をきちんと作って、その中で費用対効果を考えながら、自助努力をしていきなさい」という話がでております。

その当時の経営改善の取組みはどのようなことをやっていたかということですが、経営改善の事例集というものを毎年作りまして、全国 150 近くの病院がそれぞれどんな経営改善をやったかということ報告さ

せ、それを冊子にまとめて各病院に配付しました。その中で自分にできることをやりなさいということで、取組み事例が色々出されてきて、地元への PR や、施設基準の見直しですとか、診療報酬を増加させるための方策、それから病床管理のあり方、上位基準の取得、査定減の対策、未収金の防止など、こういった各部門でできることを色々検討して、まとめていったという状況がありました。

初めは、国立病院の再編成と経営改善というのが叫ばれていたわけですが、平成 9 年から今度は行政改革の会議の最終報告というものが出来て、この段階で、国立病院・療養所は独立行政法人として、今後は展開していくということが決定されました。この当時はまだ、先ほど申しました経営改善の 5 年計画の期間中なのですから、もう既に国立病院は独立行政法人になるのだという話がされています。ナショナルセンター(国立高度専門医療研究センター)とか、ハンセン(療養所)など、こちらの方は当時はそのまま残すということで、話は出ております。

平成 11 年の 4 月より、国の行政組織等の減量、効率化等に関する基本的計画というのがございまして、国立病院だけではなく、各省庁の出先機関が平成 15 年度くらいから独立行政法人へ移行するということがその当時に言われております。なお、国立病院は、平成 15 年度ではなくて、1 年遅れの平成 16 年度に独立行政法人に移行するということ、この時に決定されております。

平成 12 年になりまして、独立行政法人化後の機構・国立病院の組織をどうするのかということで、その当時は盛んに議論されたことが、組織をバラバラに解体して、1 病院ずつ独立行政法人にするという話でした。その当時から各地域ブロックごとに管理をしておりましたので、バラバラがダメならば地域ブロックごとの管理はどうかという話もありました。当時の厚生省と議員の方で色々話をしまして、最終的には単一の組織とすることになりました。その当時よく言われた護送船団方式を国立病院は採ったということになります。ただし、単一組織ではありませんが、個別の病院ごとにきちんと業績評価をするということも言われております。

平成 14 年になりまして、国立病院の機構法案が提出されましたが、この時は色々ありまして、継続審議になってしまいました。与党の審査の段階では、条件付きで法案を提出しようかという話が出ております。その時に言われたことが、今やっている再編のことでした。これをもう少し見直しができないのかということと、その当時、国立病院は昔の施設で狭かったのが、1 病室 6 床あったものが、医療の環境が変わってきまして、6 床では使えず、4 床に減らしたりするものですから、医療法

上の承認数と実際各病院が動かしていた稼働病床というものが極端に違ってきたのです。そうは言っても、その当時は医療法をそのまま適用し、対外的には、医療法に対する稼働率をそのまま使い、内部の統計上は、稼働可能な病床数に対する稼働率を使うというような数値を使っておりました。使っていない一般病床は返せということをその当時言われております。それから、地域医療計画との整合性もきちんと図りなさいという話もこの当時されております。

その中では、施設長の権限が拡大できるような仕組みを作ることや、運営費交付金というものが出来るようになっていましたので、企業会計ではない、企業会計原則という会計基準で運営費交付金をもらいながら運営することになります。ただし、業績評価もきちんと外部の評価を受ける必要があります。それから、経営改善のための総人件費の抑制ということを言われておまして、この点だけは今でも、総務省と機構の本部が平行線です。

平成 14 年の 12 月に国立病院機構法案というのが成立しました。この時も色々付帯条件というものがついておりますけれども、法案が可決をしたわけです。平成 15 年の 4 月に国立病院・療養所の独立行政法人における財政運営と効率化方策に関する懇談会というものがありまして、この段階で独立行政法人の運営をどのようにしていくのかということが提言されています。

平成 16 年の 4 月から独立行政法人国立病院機構というものができまして、国立病院機構は中期計画の目標を、当時は 3 年から 5 年で各法人が設定するということになっていたのですけれども、国立病院機構は 5 年を採りました。第 1 期中期目標が平成 16 年 4 月から平成 21 年 3 月までで、第 1 期中期計画を実施し、平成 21 年 4 月から現在は第 2 期中期計画に入っているという状況でございます。

独立行政法人の概要になりますが、独立行政法人が行う事業は、「公共上の見地から確実に実施されることが必要なもの」、「民間に委ねた場合には必ずしも実施されない恐れのあるもの」というものが定義になっております。運営の基本としては、予算統制の事前関与から事後評価へ変わっております。それから、組織運営上の自立と裁量性の拡大、各施設長が裁量を持てるということも今までと変わったところです。もう一つは、徹底した情報公開をしなさいということも独立行政法人の中では言われております。

国立病院機構はどんな形で動いていたかと申しますと、まず、政策医療の遂行ということで、先ほど申しました国立病院・療養所を、その当時 150 少々あったのですが、それを 3 分類に分けました。まず独立行政法人となる施設。ナショナルセンター(国立高度専門医療研究センタ

一)、ハンセン療養所として国に残す施設。政策医療の旗も立てづらいという国立病院にしておいても仕方がないため、民営化や地方移譲する施設。このような病院の分類に分けられました。

今度は効率的で効果的な病院運営ということで、運営上の独立性と裁量性の拡大ということが図られました。それから、政策医療をさらに遂行し、外部の評価委員会の評価をきちんと受けて運営するということを言われております。先ほど申しました独立行政法人は、当初、基本的には独立採算が前提ではないと言われておりました。政策医療というのは不採算の部分の医療ということで定義されていまして、運営費交付金と病院建替えのための整備費等は、まだ国の方から援助を受けなければ独立行政法人の運営は厳しいということで、当初は言われておりました。

運営の透明性・効率性ということで、先ほど申しました第三者からの評価も受けていくということになっております。それも、「各病院が中期計画を作って、施設ごとに運営の明確化を図りなさい」、「施設ごとのP/L(損益計算書)、B/S(貸借対照表)も作成しなさい」、「病院の経営が良くなれば、その病院に対して、ある程度は余剰金等の遣い道を考えられるようなシステムにする」ということと言われておりました。

それで、独立行政法人が発足するわけですが、まず、理事長が平成16年の発足に先立ちまして、平成15年に理事長が指名されました。企業会計基準への対応ということで、これまでの予算管理から、運営費交付金の繰入がございましたので企業会計原則の会計基準でスタートしています。人事給与については、人事院の規定ではなくて、新たに法人独自の給与規定を定めております。その中から今までとは違った給与の年齢カーブを調整したり、あるいは、これまでの事務職・医療職・行政職といった区分ではなくて、それぞれの構造の見直しもなされております。院長に対しては、今まで医療職の中の月給でしたが、それを年俸制に変えました。また、その当時は調整額というものがありましたが、この調整額を廃止し、特殊業務手当というものを新たに作りました。それから、業績手当の導入というものも検討されてきました。

それから、新たな労使関係ということで、国の時代は「国公法(国家公務員法)」でやっておりましたけれども、一般的な労働基準法の適用ではなく、「特定法人等の労働関係に関する法律」という枠組みになっております。この中で、今までは交渉権しかなかったのですけれども、労働協約の締結権が付与されたということで、新しい労使関係が生まれたと思います。

新たな業務運営体制ということで、今までは、国立病院部が頭にありまして、その当時は地方支分部局と申しましたが、全国に8つのブロッ

クがあったのを機構の本部と6つのブロック組織に変えております。今まで本部と地方支分部局で重複していた業務はきちんと明確に分けて、それぞれの業務を遂行するという事になっております。

次に弾力的な組織の運営ということで、事務部や看護部というものはさほど変わってはおりませんが、各病院の組織で、医療の部分についてはそれぞれの病院が独自に組織を構築してもよろしいということで、例えば、診療科ごとの組織だったものを疾病分類ごとの組織にするなど、そういった工夫が各病院で独自でできるようになりました。職員の配置も業務量の変化に対応した柔軟な配置にということで、機構になった当時は、職員の増員というのは、素直に認めていただけませんでした。その代わりとして、例えば、看護職の定数を減らしてその分で医療職を増やしたり、逆に、医療職の定数を減らして看護職に付けるなど、そういったことは、どうぞ自由にやってくださいと当時は言われておりました。

それから、職員の業績評価をやりましょうということで、機構がスタートした時から業績評価をやることになっていりましたが、なかなか組合との折り合いが上手くいなくて、昨年あたりからきちんとした業績評価を取り入れるようになってきております。それから、毎年、監査法人の監査を受けています。また、独立行政法人の評価委員会の評価も受けています。それと、業務運営の見直し・効率化による収支改善ということで、先ほども申しましたとおり、機構は護送船団方式ではありませんけれども、「まずは個々の病院がきちんと収支の相償を図りなさい」、「与えられた財源の中でどういう風にしたら良いかということ自分で考えなさい」ということを言われております。医療資源の活用ということでも、「できるだけ稼働率を上げなさい」、「地域で共同利用をなさい」、「医療機器・施設整備計画も立てなさい」、「医療機器・施設整備については、投資枠を設定され、その範囲内で各病院が使うのは自由ですよ」と言われておりました。施設整備につきましては、統一したフローチャートを作りまして、きちんと建築までの過程を明確にしました。それから、医療事業以外の経費の削減ということで、できるだけ外部からもらえる運営資金は、一生懸命取得するよう言われて、各病院が治験等を頑張っ始めております。また、IT化ということで、150以上の病院の経営をきちんと整理する必要がありますので、独立行政法人になった時に財務会計システムというものも導入して、本部でも、全施設の状況が把握できるようになっており、オンライン請求も取り入れるようになってきております。

独立行政法人化後の歩みということで、医療の関係だけで言いますと、患者の目線に立った医療の提供として、クリティカル・パスの活用

や、MSW(医療ソーシャルワーカー)を増員することによって、例えば、急性期の病院であれば、早めに慢性期の方に患者を送れるようなこともできる体制を強化しています。また、セカンドオピニオンも積極的に実施し、患者の価値観の尊重ということでインフォームドコンセントを推進するほか、領収書の発行なども積極的にやっております。

患者が安心できる医療の提供ということで、プライバシーの保護、医療事故が発生した場合の公表、カルテ開示等も積極的に行っております。医療安全の面では、医療安全報告ですね。これをきちんと報告を出すということと、各病院で一番多い転倒転落についても防止プロジェクトというものを設置して防止に積極的に取り組んでおります。あとは、院内感染ということについても、専任の看護師を置いて、感染防止の体制の強化を図っています。それから、救急の関係では、救急医療ですとか、小児救急に対しても、地域のニーズに応えられるような救急体制も取れるところは積極的に取っているという状況になっております。

質の高い医療の提供ということで、クリティカル・パスを活用したものですとか、地域連携のパスも取り入れています。また、積極的な EBM(科学的根拠に基づいた医療)の推進ということで、こちらの研修も実施して質の向上を図っております。機構は、病院だけではありませんので、旧療養所のところでは、長期の療養患者の QOL(クオリティ・オブ・ライフ)を向上させるようなことも色々と努力をしています。それから、病診連携の推進ということで、地域医療連携室というものを各病院において地域医療に積極的に取り組んでいます。高額医療機器の共同利用や、地域医療支援病院の指定を受けたり、がん診療連携拠点病院の指定を受けて、地域と積極的に関わっていくというようなこともやっております。それから、4 疾病 5 事業に対して、こちらの方もきちんと対応していくということで、各病院が積極的に取り組んできているところがございます。

最後に独立行政法人になってのメリット・デメリットということで、話をさせていただきます。まず 1 つは、先ほど申し上げたとおり、「予算」でやっているのではなく、「事後評価」になったことです。やはり予算統制では予算科目に縛られますので、流用が全くできないということと、お金があって、ものを買わなくてよくて、翌年の予算のことを考えれば、予算を消費しなければいけないということで、買わなくてよいものを買ったり、買いたいものを買えないということがありましたが、独立行政法人になってから、その項目の縛りがなくなりましたので、その範囲内で病院が裁量を持って、支出することができるようになりました。

次に業績評価の導入ということで、各病院が評価目標を立て、その

目標に添って、個人個人が目標を設定することになっております。個人の目標につきましては半年ごとに評価して、それが、年2回のボーナスに反映されるようなシステムになっております。

医療機器につきましても、国の時代は申請を上げて、「病院がこの機器が欲しいと思っても予算枠がなければ購入できず、優先順位の3番目に申請したものがとりあえず今年買える」というようなことで非常に病院の運営にも支障がありましたし、病院のやりたいこともできませんでした。それが、各病院が頑張れば、その中で、病院で買うものを指定できるという形になってきております。今年から、今までは成績重視で、前年度の成績が良ければ、それに見合った投資枠というものが示されておりましたが、まだ機構の病院の中にも赤字の病院がありますので、赤字病院はいつまでたっても医療機器が買えないということがございまして、平成23年度からは、成績次第という足かせもはずれて、費用対効果は当然求められますけれども、医療機器整備ができるような体制が取られております。

施設整備につきましても、当初は「3分の1ルール」というのがございまして、建替え整備に必要なお金は、各病院が自分で収益を上げて、3分の1を確保できたら、3分の2は機構の本部の方で資金を貸すということで、建替えをしております。当院もおかげさまで、職員が皆、頑張ったおかげで、平成21年度に新病院を建てることができました。現在、1年5か月くらい経過しておりますが、新病院になったということで、職員のモチベーションが上がっています。あとは、病床数も350床の医療法上の病床数があったのでございまして、古い病院の時にはそれが323床の運用になっておりました。これがまた350床で運用できるようになったということもございまして、平成22年度は21年度より、15億円の収益増がございました。実は、この「3分の1ルール」というのも、今年から廃止になるようで、ある程度先行投資ということが病院の方で積極的にできるようになるようです。病棟については、10年間でCF(キャッシュ・フロー)が黒字になれば良い、外来整備も20年以内に黒字になれば建替えの対象とするというようなことが言われております。

各病院はそれぞれ企画とアイデアを出して、職員のモチベーションを上げようということと、各病院がやったことについては、機構の本部の方でも評価をしようということで、毎年、病院がやったQC活動(品質管理、業務改善活動)に関わる優秀賞について、機構本部の方で最優秀には5万円の賞与を出すというようなこともやっております。そういったところで、職員のモチベーションも上がっているという状況でございまして。

最後にデメリットはないのかという話になるわけですが、基本

	<p>的には、独立行政法人に移行となって、デメリットというのは今のところないです。やはり、施設長が裁量権で判断ができると、それにあった収益さえあれば、各病院が独自の企画を色々立てられるということが行われますので、デメリットということは感じておりません。ただ、機構病院も不安定な状況でございます。というのは、今は公務員型の独立行政法人ということで、身分は公務員となっているわけですが、ここ2、3年前から機構病院は非公務員型になると言われております。実際、ナショナルセンター(国立高度専門医療研究センター)が昨年、非公務員型の単独の独立行政法人で成立しているのですが、正直申し上げて、機構病院もいつ非公務員型になるのか、はっきりしません。恐らく、そういう風になってくるとは思います。黒字で強気の院長は一気に民営化までやってくれという話も盛んにしております。それくらい、今の状況というのは、各病院がきちんとできており、病院にとって非常に良いシステムになってきています。</p> <p>簡単ではございますが、これでご報告の方を終了させていただきま す。ありがとうございました。</p>
(委員長)	<p>どうもありがとうございました。大変明快なお話で、どうも良いことづくめでございますね。何か、ご質問なり、ご意見はありますか。</p> <p>はいどうぞ。</p>
(村山委員)	<p>どうもありがとうございました。先ほどの秋月先生の話と違って、数字があまり出てこなかったものですから、少々その辺をお聞きしたい。例えば、平成21年度から22年度にかけて、15億円の収益増というのは通常では考えられません。ご説明をいただけますか。</p>
(山崎委員)	<p>1つは先ほど申しましたとおり、新病院になって、病床数が323から350になり27床、病床数が増えたということがあります。その稼働率が昨年は90%を超えていたという状況がございます(実際は平均患者数311.5人・稼働率89%)。当院は以前よりDPCをやっております。当院の院長を始め、スタッフが非常にDPCに対してきちんと整理をしております。調整係数でとれるものは全て取っております。ということで、当院は22年度のDPCの係数というのは、1.49くらいで、1.5に近い位の係数を稼いでおります。それとあとは、医師にしても、看護師にしても、医療職2(医療技術職)にしても、スタッフを増やしております。そういった意味で収益が増になる要素が大きかったことで平成21年度の収益が80億円なのですが、平成22年度の収益は95億円になったということでございます。</p>

<p>(委員長)</p>	<p>どうもありがとうございました。 はいどうぞ。細田先生。</p>
<p>(細田委員)</p>	<p>基本的なことを聞いて、お恥ずかしいのですが、2 つほどありまして、1 つは公務員型と非公務員型のどこが一番大きく違ってくるかということが1つと、もう1つは、成績が良ければそれに見合った医療機器を購入できるということですが、これは各施設で剰余金を使えるということなのではないでしょうか。それとも、本部に一度入った上で分配ということでしょうか。</p>
<p>(山崎委員)</p>	<p>1 つは、公務員型と非公務員型の一番の違いというのは、対組合です。労使関係で申し上げたとおり、今の場合(公務員型)ですと交渉権と締結権だけなのですけれども、非公務員型になると民間と同じです。ストライキ権も当然入ってきます。それと、今は事前の窓口で色々と労使交渉の整理をしているわけですが、一般的に労使交渉というのはその場で交渉を行うということになっておりますので、今まで機構病院はそのようなことをやったことがございませんので、これから非公務員型になって、新たな労使交渉を行うという意味では、本部の方も各病院に対して、新たな労使交渉のやり方というものを色々と研修していかねばならないと思っております。一番の違いはそこだと思います。</p> <p>それから、もう1つの剰余金の話でございますが、これはやはり、剰余金が出たら各病院がそれをそのまま使えるというわけではなくて、基本的には剰余金の中で目的剰余金というものがセットされておまして、毎年、総務省の方にお伺いを立てて、剰余金の中で、これだけを来年度の整備に使いたいというその目的の剰余金が認められれば、その分は本部全体として、各病院にバックができるというわけです。総務省が「それは運営費交付金があったために、その分経費が浮いたのではないか」というような話になってくると、それについては、毎年使うというわけにはいかないのです。5年間の中期計画が終わった段階で、改めてその剰余金の使途については再協議のうえ、使い道が決まるため、各病院が直接、剰余金をストレートに使えるということではありません。ただ、収益が上がった分、先ほど申し上げた予算枠というのが増えていきますので、赤字の時にはほとんど買えなかったものが、係数上で来年は2億円の医療機器を整備することができるなど、その2億円の中で、各病院が費用対効果を考えながら、その病院が一番買いたいものを買えば良いというような制度になっております。</p>

(細田委員)	<p>もう1つだけ。独立行政法人通則法で外部の評価というものがありますけれども、職員の評価があります。これは、本部で全部、同じ評価制度を作っているということでしょうか。</p>
(山崎委員)	<p>そうなのです。先ほど申し上げましたとおり、平成16年から評価をするということにはなっているのですが、なかなか組合との折り合いがつかなくて、やっと平成22年度から業績評価をきちんとボーナスに反映させるということでやっております。しかし、残念ながら、全職員が同じ評価なのです。だから、医師にしても、一般事務職員にしても評価される項目は全く一緒なのです。これについては、今、院長方も「問題があるのではないか」ということで、色々言っているところですけども、まだ、機構の本部は変えるつもりはないようで、やっと去年から動き出したものの、評価基準を変えるつもりはないようです。</p>
(委員長)	<p>よろしいですか。はい、他にございますか。 はい、どうぞ。</p>
(秋月委員)	<p>川崎病院も独立行政法人化に非常に興味を持っておりまして、勉強させていただいたのですが、少々数字の質問をさせていただきます。病院機構全体として減価償却費が平成17年から平成18年にかけて、130億円くらい落ちています。それと貸倒引当金が平成16年から平成17年に非常に顕著に落ちていますね。それと3つ目なのですが、国立病院機構は、先ほど委員が仰ったとおり臨床研修とか、教育研修とかに随分お金を投入してらっしゃいますが、あの中に人件費が相当入っていると思います。そういうところの実状として、減価償却費の基準が何か変わったところがあるのか、貸倒引当金の基準で変わったところがあるのか、というのは、平成16年から平成21年の間で、363億円くらい経営改善しているのです。そこのところを数字的にお教えいただければと思います。</p>
(山崎委員)	<p>そうですね。国の時代は減価償却費を計上しておりませんでした。国から独立行政法人に移行する時に、すべて承継資産という形で、当時各病院が持っていた資産を全部引き継いでいますが、その段階では、使えるもの使えないものを問わず、評価されたものすべてが機構の方に移行されているわけです。移行後、機構が落ち着いた段階で、各病院がそれらの整理を始めたのです。承継資産であったものが精査されていった結果、減価償却費が落ちていったのではないかと思います。 それから、貸倒引当金についても国の時代は一切積んではおりませ</p>

	<p>ん。収納未済という形で、残っていただけです。それが独立行政法人になりまして、貸倒引当金というものができ、基本的には、3年くらい収益のないものについては、引当金で落とすという作業を始めましたので、承継資産では全てが移行されて、それを整理していった段階で、数字に出てきたのではないかと思います。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>はい、他にございますか。 はい、どうぞ。</p>
<p>(伊関委員)</p>	<p>今回の委員会の提言では、非公務員型の独立行政法人も視野に入っていると思うのですが、労働組合の方々には反対されると思うのですが、一般の職員の方々は公務員としてのモチベーションだとか、公務員としての誇りみたいなものがあるのでしょうか。同じ医療をしているから、非公務員型でも良いという感じなのではないでしょうか。恐らく定量的なものはないと思いますけれども、どのような感じなのではないでしょうか。</p>
<p>(山崎委員)</p>	<p>そこは非常に難しいのですが、独立行政法人と言う新しい組織形態になったにもかかわらず、身分だけは公務員に縛られていたのでは、非常にやりづらい部分があります。倫理規定や、公務員としての医療協力を求められたり、パンデミック(感染症の大規模流行)のようなことがあった時には国から「機構病院は率先して協力しなさい」と言われます。実際はそれが故に「自由があって、あるところで急にストップをかけられる」という面があるので、中途半端にはやりたくないということが、うまくいっている病院の職員や先生は思っております。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>よろしいですか。はい、他にありますか。 はい、どうぞ。</p>
<p>(手島委員)</p>	<p>看護部のことなのですが、国立病院の人事交流がありますよね。専門看護師や認定看護師など、専門分野を追求していくということが高まっているのですが、その人事交流によって、モチベーションが下がったり、その病院の機能が一時、低下するなど、そのようなことはございませんか。</p>
<p>(山崎委員)</p>	<p>認定看護師につきましては、まだ、各病院もそれほど同じ職種で認定看護師がいるわけではありませんので、自分のところで育てた看護師を外に出したがりませんし、機構の中の人事異動でも、まだそういった人事はしてありません。その病院の中で色々な認定をとった職員は</p>

<p>(委員長)</p>	<p>その職場に戻って、その中で認定看護師としての業務をするということになっておりますので、モチベーションが下がるということはないと思います。当院におきましては、認定を受けるような職員につきましては、スキルアップ制度というものを作りまして、例えば6か月ほど研修に行きます。その間も病院の職員の身分として出しておりますし、研修にかかる、80万円くらいを経費もすべて病院が出しております。そういった形で、積極的に看護師が認定を受けるようにやっておりますので、職員のモチベーションが下がるということはありませんし、採用なども当院では、看護学校がありませんので、地域に就職の説明会に行くのですが、そういう話をすると、新規の採用職員も非常に応募が多い状況になっております。</p> <p>よろしいですか。</p> <p>他にございますか、もうよろしいですか。</p> <p>はい。それではどうもありがとうございました。</p> <p>これでお三方からのお話をすべて伺ったわけでございますけれども、ここで、改めてご意見なり、ご質問なりございましたら、若干の時間をお取りしたいと思いますが、いかがでしょうか。</p> <p>はい。どうぞ。</p>
<p>(塩原委員)</p>	<p>地方公営企業法の全部適用ということを前提とした場合なのですが、会計の上では、地方公営企業法の借入金は、他の企業にはない資本の部の借入資本金に計上されるという、他の会計には全くないシステムがあります。これはどんな意味があるのか。私はその推測の一番の理由は、設備投資をしたものの減価償却費はその借入金を返済するための原資であるという会計上の理屈ですから、借入金に対して設備投資すると減価償却費は内部資金として内部留保をして、また新しい建物を建てる時の財源にするという意味合いなのだと思います。借入金を資本金にしたということは、減価償却費は地方公営企業法の中では、いわゆる費用として見るというよりは、参考資料レベルで見て、どのように負担があるのかと把握するものです。本来は、帳簿の上から外して参考資料として「減価償却費は〇〇〇円」と表示して、経営指標として、地方公営企業法の全部適用では減価償却費控除前の経常損益を表示する方法も良いのではないかと思います。実は、聖路加病院の総長も仰っているのですが、「病院の経営成績は減価償却費の計上前で見るのだ。設備は経営者である私が見ればよい。」と、講演会で発言しているのです。医療スタッフとして院長先生から見て、特に本体建物そのものは、どのように会計の業績評価の上で考えるのか。病院長</p>

<p>(委員長)</p> <p>(伊関委員)</p> <p>(委員長)</p>	<p>の立場だったら、帳簿の参考資料として枠外で見たらよいのではないだろうかというのが今日お聞きした中での自分の考えでございます。</p> <p>はい。ありがとうございました。確かに病院が新しく新築したりしますと、減価償却費が非常に重くのしかかってくるというのがありますね。機械は別かもしれませんが。</p> <p>他に何か。どうぞ。</p> <p>地域医療という本で1章書いたことがあるのですが、基本的には減価償却費や累積欠損金もそうなのですが、やはり、減価償却費自体は、内部留保をして、建替えをする時には、現金でその金額を持っているのが原則になります。しかし、自治体病院の経営では、そこまでは求められないのだろうと思います。ただ、重要なのは、現金を持っていて、その現金のキャッシュフローの範囲以内で安定的に運営できれば、今度は建物について借金をしながら建てることです。余りに豪華すぎる建物だと今度は、元利償還が大きすぎて経営が破たんするので、そのバランスだと思います。秋月先生に申し訳ないのですが、やはり川崎病院は建物にお金をかけ過ぎたので、現金ベースで厳しくなっており、現金と投資するお金というものにバランスを持っていないといけない。この病院はこれから建替えが必ずやってきます。その時のことを意識されておいた方が良いのかなと思います。</p> <p>はい。時間がもう、オーバーしておりますので、この辺で打ち切らせていただきたいと思います。</p> <p>今回、お話いただきました3人の委員の皆様には、事前準備を含め、本日のお話をいただくまで大変なご労苦をおかけしたと存じます。</p> <p>本日お話をいただきました内容につきましては、私なりの感覚として、病院の経営上は、やはり相当進化した評価システムを備えた上で、その上の責任者に権限を相当程度集中させる必要があるだろうと思います。それは、地方公営企業法の全部適用であれ、独立行政法人化であれ、自ずから共通した事象なのではないかと思っております。</p> <p>本日お話をいただきました内容につきましては、今後の審議に大変参考となると思っております。誠にありがとうございました。</p> <p>皆様方に、今一度大きな拍手を送りたいと思います。</p> <p>どうもありがとうございました。</p> <p>それではですね、本日のメインテーマであります、お三方からのお話はこれで終わりとさせていただきます。</p>
<p>2. (2)その他</p>	

<p>(委員長)</p>	<p>次に、その他でございますが、議事の(2)、事務局から何かございましたら、ご報告をお願いします。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>2点ほど、お詫びと次回日程の説明をさせていただきたいと存じます。</p> <p>まず1点目、お詫びでございますが、本日冒頭申し上げるべきところでしたが、阿部委員、湯澤委員につきましてはご都合悪く欠席を致しております。</p> <p>それから、次回日程の連絡でございますが、第3回会議ですけれども、7月21日(木)の午後3時30分から、誠に恐れ入りますが、本日の会場と同じ市立病院の会議室で開催する予定でございますので、よろしくお願い申し上げます。なお、変更等がありましたら速やかに各委員あてにご連絡させていただきます。</p> <p>以上でございます。よろしくお願い致します。</p>
<p>(委員長)</p>	<p>ありがとうございました。</p> <p>本日の議事は、以上をもって、すべて終了いたしました。大変申し訳ございません。時間が超過いたしましたことを心からお詫びを申し上げます。また、委員の皆様のご協力、誠にありがとうございました。</p>
<p>3. 閉会 (委員長)</p>	<p>本日は、これにて散会とさせていただきます。</p> <p>どうも、ありがとうございました。</p>