第２回　たつの市民病院経営形態検討委員会
－議事録－

日　時　　平成 30 年 7 月 17 日（火）
　　午後３時 30 分から
場　所　　たつの市役所本庁 301 会議室

１　協議結果概要

（１）市民病院における今後の経営形態については、職員の処遇面では地方公営企業法の全部適用が望ましいのではないかという意見がある一方で、経営・機能継続の面では地方独立行政法人への移行が望ましいという意見が委員から出された。

（２）付帯事業の協議については、病院経営の形態とともに付帯事業の形態をどうするか、病院事業と付帯事業をどうやってシナジー効果を活かしていくのかを次回の委員会で行うこととする。

（３）経営形態の検討に当たり、病院職員がどういう意見を持っているかアンケートを行うべきとの意見があり、職員アンケートを行い、次回委員会で結果を提出する。

（４）今回出た意見を踏まえて答申書案を作成し、次回提示する。

２　協議事項

（１）継続協議事項

事務局：　はじめに、市民病院新改革プランにおいて、経営目標として、病床稼働率の設定を急性期や回復期の病床の種別ごとに設定するべきであるとのご指摘につきましては、5 ページの追加資料１をご覧ください。
前回資料では、一般急性期と回復期リハビリ病床を合算していましたが、資料を改め、急性期から回復期へ一部転床をした平成 27 年度途中から、29 年度まで、それぞれの入院患者数を表示させていただきました。
病床稼働率につきましては、平成 27 年度は急性期病床が 56.6%、回復期が 35.1%、平成 28 年度については、急性期 65.3%、回復期 71.7%、平成 29 年度は急性期 80.5%、回復期が 76.2%となっています。
また、新改革プランの最終年度となる平成 32 年度の目標値 74%につきましては、急性期が 68%、回復期が 80%でございます。
次に、職員給与費対医業収益比率につきまして、職員がどこの部門に多いのか、或いは少ないかということと、医師や看護師などの職種別の人員に関するデータにつきましては、７ページの追加資料２をご覧

ください。
この表は、平成 28 年度決算で公表されました、兵庫県内の市町立病院の職種別・職員数を示したものでございます。
たつの市民病院につきましては、常勤の医師数が月平均 8.3 人、パート等の非常勤医師数が 16 人、また、勤務時間により、これらを常勤医師として換算した人員は、４人となっております。
看護師については、常勤者数 70.7 人で、薬剤師を含む医療技術職員については、常勤者数 22.3 人、また、事務職員等を含めた全職員の合計は、常勤者数 109.6 人、常勤換算人員が 27.5 人となっております。
たつの市民病院の病床数が 120 床でございますので、この中で、本院と同程度の病床数を抱えておられる病院は、①加東市民病院の 139 床、②公立神崎総合病院の 155 床、③公立豊岡病院組合立豊岡病院日高医療センターの 99 床がございます。
これらの 3 病院は、病床数だけでなく、地理的にも条件が本院と近い条件であり、これらと比較しますと、病床数に対する職員数は、医師・看護師を含め、どの職種においても低いものとなっております。
次に、新改革プランの目標達成に向けた具体的な取組につきましては、1 年や半年ごとにレビューして、プロセス管理を行うことが重要であるとご指摘を受けました。
9 ページの追加資料３をご覧ください。
前回添付していました資料には、収支計画のみを表示していましたが、新改革プランに基づく、病床の転化や外来受診の充実などの効果が分かるために、実績値を表示しております。
この表からは、平成 28 年、29 年度決算において、医業収益、経常損益ともに前年度対比を含め、目標値を上回り、改善された結果が出ております。また、10 ページに表示している一般会計からの繰入金についても、基準外繰入金があるものの、その額も縮減の傾向にあり、改善の結果が出ているものと思われます。
以上、病院事務局から、追加資料１～３の補足説明を終わります。

委　員　：　追加資料１の平成 30 年・31 年・32 年の病床稼働率で一般急性期病床が 64.0％から 68.0％で、平成 29 年の 80.5％からするとかなり低めの設定となっているが、その理由は？
また、回復期についても平成 32 年に 80.0％と設定しているが、その考え方を詳しく教えてもらいたい。

事務局：　改革プランを作成した時期が平成 28 年度の年度途中であり、平成 28 年度を見ていただくと 65.3％の実績となっている。年度途中で作成しているのでこれぐらいの病床稼働率だろうとの想定のもとに平成 30～32 年を作成していることから、急性期を低めに設定している。（平

成 27 年に比べると）平成 28・29 年は経営も改善しており、これだけの数値の乖離がある。

委　員　：　地域医療構想の中では、地域の必要ベッド数を急性期の場合は 78%、回復期の場合は 90%を定量的な目標基準としている。それよりもはるかに下回った数値を挙げていることを心配している。

委　員　：　今も指摘があったように、前から見てこれぐらいの目標が適当だろうということだが、そんな馬鹿な目標を立てることはおかしいのではないか。目標があってそれに近づくようになんとかしないといけない、そのために何を工夫していくのか。累積赤字がいくらになってもいいという体制でプランを作成するからいけないのではないか。本当は目標を 105%とかにするのがいいのだろうが、それはとてもではないが無理。急性期で 80%いくとほとんど入院が途切れなくあるはずだと。それぐらいの目標を作るんだと。回復期リハについても 90%以上なかったら駄目だと書いている。それがずっと下回って 70 数%になっている。土曜・日曜もリハの人間はいないといけない。回復期リハは 18 単位する必要があるから仕事をしないといけない。それで計画を立てないといけない状態であるのにちょっと抜けているのではないか。常に 90%目指してやってもらわないと困るということを職員に示しておく必要があるだろうし、そのためには何が必要なのか。(累積赤字が) 30 数億から 20 億になったとか、それぐらいの状態にしてもらわないと困る。

会　長　：　ある程度当初の数値を上回る数字となった場合、それに応じて途中で見直しをするとかについて、国から通知されているのか。

事務局　：　国からは経営が上向いたり、悪化する場合など、変更して提出しなさいといったことは指摘されていないため、改めて作り直してはいないが、委員指摘のとおり、年度年度で見直しをしながらもう少しシビアに計画を見ていかないといけないと思う。

委　員　：　国は 78%とか 90%とか最低ラインを引いているだけなので、それを達成したら終わりとかではないことを考えておいてほしい。そうしないと永久に赤字の垂れ流しである。民間病院と同じことをしていて赤字だからおかしいと指摘してきた。救急、小児、産婦人科、ガンとか採算がとれないような積み重ねがあるのであればある程度容認はできるが、ただ容認できる範囲をちょっと超えているから（それであれば）早く対策を打たないといけない。そうしないと国としては医療介護院にしなさいという方向で進む可能性が非常に高い。医療介護院になると永久に赤字が解消できないと思う。たつの市でもうかうかしていると民間病院で破綻するようなところが出てくるかもしれない。宍粟市とか佐用町とかはかなり苦しいと思う。宍粟市は市の経営なので、同

じような状態で進んでいくと思う。ただ、今必死になって改革を進めている。佐用町では民間病院が３つ４つあるが、もう医療介護院に転換しているようなところがある。目標は可能な限り上に置いてもらいたい。このあたりは、コンサルのような数字を持っているところと協議していく必要がある。

会　長　：　前年度の経営成績を見て、次年度にどういった目標数値を設定していくのかを国からは求められていないにしても、企業という枠組みの中では当たり前なので、先ほどの指摘は活かしていただきたい。
地域医療構想の話が出たが、おそらくたつの市民病院についてもこの医療圏の中でどういう役割を果たすのかといったことについて、今後、（国等から）照会があると思う。

委　員　：　平成 27 年３月に新公立病院改革プランが発表されており、４つのことが掲げられている。しないといけない部分、公立病院が担っている部分など、それをするためには何が足りないのか、山間部なのか、離島なのか、最終的には研修できる機構を持っているのか、がん拠点病院になっているのか。それを少しでも入れるとか。できてないんだとしたらそれを補完するような状態を何で求めるのかを書いておかないといけない。

事務局：　毎年予算編成があり、市民病院への繰出金がどれくらいかといった設定がある。そういった時に、ＰＤＣＡを働かせている。そして、議会にも諮ったりしている。

会　長　：　総務省が言っていることを小規模病院が担うことは難しい。それが無理であるならば地域の中で足りない医療機能の部分を担うというところしか選択肢がないのかなと思う。市民病院は不採算地域に指定されており、救急もしている、総合診療もしている、呼吸器内科も旧西播磨二次医療圏ではなかなか少ない。今後も地域の医療事情に合わせて役割を見直して、公立病院しかできない部分を担っていく。必要に応じてうまく機能を転換してやっていくにはどういう経営形態が望ましいのかというのも今日の主な一つの論点。

副会長：　プロセス管理は、３か月に１回、半年に１回、一番良いのは月次。原因を調べて対策を打って直していくことができるようなタイミングできっちりと管理していく必要があるという意味で前回話した。年度が終わってからどうこうしようとするのは全く意味がない。本来のプロセス管理は、レビューして対策が打てるようにすること。そういうマイルストーン管理（節目ごとのプロセス管理）をしっかりすること。

会　長　：　四半期単位で管理をできるような体制になっているか。

事務局：　できていないが、これまで管理職会議を月次で行っていたものを毎週行っている。それぞれの問題を持ち寄り、それの対策についてスピー

ド感をもってできていると認識している。ただ、収支・経営の面を見てみるとまだ甘いところがあるので月次単位での収支報告しかできておらず、分析やプロセス管理のノウハウがないのが現状。先月の出納監査でも代表監査員から企業ではクオーター決算だと話をいただいた。事務局としても四半期で、ある程度の収支を見越して検討していく必要があると認識している。

委　員　：　民間事例の一事例として捉えてもらえればいいが、私どもの病院は約800 人が働いている。一週間に一度必ず経営会議を行っている。一週間に一度行わないといろんな課題に追いつかなくなる。予算と乖離があった場合に、四半期で手当することで年度末に間に合う。それから、マネジメントレビューという形で８月と２月に各事業所の責任者を交えて、振り返りを行っている。民間病院では公的な病院と違って税金も納付しないといけないし、他会計の繰入れはないので。

会　長　：　前回の議論に関する追加資料があるので事務局から説明願いたい。

事務局：　１１ページからの追加資料４から５６ページの追加資料６に至るまでを、私のほうからご説明申し上げます。

まず、１１ページの資料４は、「経営形態の見直しにあたり、取組に成功した団体をモデル例としてベンチマークし、研究すること」のご意見でございます。

３つの事例、公営企業法の全部適用、指定管理者制度の導入、地方独立行政法人化の各事例でして、総務省が「公立病院経営改革事例集」として、平成 28 年３月に公表した資料でございます。

まず、一つ目、神奈川県三浦市立病院が地方公営企業法の全部適用により、経営の効率化を図った事例です。

三浦市立病院は、三浦半島の最南端に位置する人口４万３千人余りの三浦市にある一般 136 病床の病院でして、概要と沿革は 12 ページに記載のとおりでございます。平成 20 年度から経営改革に着手し、平成 22 年４月に従来の地方公営企業法の一部適用から、全部適用に切り替えをされました。

13 ページには平成 20 年度から平成 25 年度までの経営指標の推移です。いずれも類似規模病院に比べて平成 22 年度の全部適用後に改善がされております。14 ページから、取り組みの詳細についての掲載がございます。

24 から 25 ページに、決算状況の表として、改革前の平成 20 年度の値、そして改革後の平成 25、26 年度の実績値が掲載されております。

次に、26 ページからが、指定管理者制度を導入した、北九州市立門司病院の事例でございます。

門司病院は、27 ページの施設概要にございますとおり、155 床の病院

でございます。門司区に限った人口は９万６千人余りでございます。平成 20 年１月に指定管理者制度導入を決定し、平成 21 年４月に指定管理者による運営を開始した施設です。
28 ページに、平成 20 年度から 25 年度までの経営指標の推移表がございます。指定管理者制度を導入した平成 21 年度を境に実績値が変動する推移が見てとれようかと存じます。
29 ページからは、指定管理者制度導入後の取組内容や、導入に至る経緯、取り組んだ内容等が掲載されております。
35 から 36 ページに、決算状況の表として、改革前の平成 20 年度の値、そして改革後の平成 25､26 年度の実績値が掲載されております。
次に、三つ目は、くらて病院が地方独立行政法人化により、経営の効率化を図った事例です。
くらて病院は、人口１万５千人余りの福岡県鞍手町（くらてまち）の許可病床が 222 床の病院でございます。病院の概要と沿革は 38 ページに記載のとおりでございます。平成 23 年度から経営改革に着手し、平成 25 年４月に地方独立行政法人（非公務員型）の病院を発足されました。この地域は、筑豊地域で直方市などと共に 13 万人余りの二次医療圏を形成されております。
39 ページは平成 20 年度から平成 25 年度までの経営指標の推移です。独法化された平成 25 年度に各指標の増減が見られる表となっております。
40 ページから、取り組みの詳細内容、独法化に向けた町の取り組み、自己評価等の掲載がございます。
47 から 48 ページに、決算状況の推移として、改革前の平成 20 年度の値、そして改革後の平成 25､26 年度の実績値が掲載されております。
以上、追加資料４についてのご説明でございました。
次に、２ページにお戻りいただき、上から２行目のゴシック体、「５　目標達成に向けた具体的な取組の「点検・評価・公表」、及びその次の「６　プランの表現について」のご指摘でございます。いずれも、対応方針に記載のとおり、経営形態の見直しに係る答申を踏まえ、検討を進めてまいります。
続きまして、２ページのその下、第１回目の配布資料４「経営形態による比較」表に関するご指摘についてでございます。
まず、「１　民営後の経営」について、事業者の市への経営に関する説明責任や、市の経営関与についてのご質問の説明でございます。追加資料５でご説明申し上げます。49 ページの追加資料５　A3 版用紙三つ折りの「市民病院の経営形態による比較」というタイトルの資料をご覧ください。

前回の資料に、５行目からの市の経営関与、議会の関与、職員の処遇の項目を加えて比較をしております。
市の経営関与では、地方独立行政法人の場合、業務実績を評価委員会が評価、公表し、結果を議会報告する定めなどがございますが、本年４月の法改正によりまして、各事業年度の業績評価等の役割が評価委員会から設立団体の長に改正されるなど、法人の目標と評価の最終的な責任の所在を明らかにされるよう行われてきております。
指定管理者の場合は、評価制度の公表等の法の定めはございませんが、議会への決算報告は必要となっています。
公営企業法全部適用の場合は、事業管理者が運営責任者として基本的に現行と同様の体制となるものでございます。
以下、職員の任命、給与、議会の関与などを記載しております。
職員の処遇にあっては、独法の場合、身分は非公務員で、給与体系は法人の規程及び労使協定等によること。共済、災害補償、退職金はいずれも現在の地方公務員の制度が引き継がれます。
指定管理者制度では、身分は非公務員で、給与体系は法人の規程及び労使協定等によること。共済は運営法人の制度、災害補償は労災法、退職金の引継はなし、となっています。
公営企業法全部適用では、任命権者が市長から事業管理者に変わりますが、給与体系等は現行と同様に条例で規定し、共済、災害補償、退職金全て現状と変わらずでございます。
加えまして、その下に、それぞれの経営形態のメリット、デメリットをいくつか表記してございます。
独法では、メリットとして、臨機応変で自立性、機動性のある効率的運営が期待できること、運営実績は外部機関の評価を受けることから事業の透明性が持てることなどが掲げられる一方で、デメリットとして、新たな初期費用が発生すること、議会関与が限定的になる等の項目がございます。
指定管理者では、メリットとして、民間事業者の経営ノウハウを活用した経営が期待できること、デメリットとして、移行にあたって指定管理者と職員の間の処遇調整や委託料の設定が課題であること等があげられています。
公営企業法全部適用では、メリットとして、経営責任の明確性、デメリットとして、医療と経営の両方に精通した人材確保が課題であることなどが挙げられています。
次に、２点目の地方交付税の嵩上げにつきましては、50ページの追加資料６　財政措置をご覧ください。
この資料は、総務省自治財政局準公営企業室が公表しております「公

立病院改革の取組について」の資料のうち、地方財政措置についての部分の抜粋でございます。
この資料の各項目で記載がなされておりますが、新公立病院改革ガイドラインに基づく再編・ネットワーク化については財政措置がありますが、経営形態の見直しに係る財政措置は該当がございません。
以上、継続協議事項の追加資料４から６につきましてのご説明とさせていただきます。よろしくお願い申し上げます。

副 会 長 ： ベンチマークとは、自己の病院の課題を解決するために最も良いところをモデルにしてその経営手法を真似る、そして自分のところに適用するということ。今回の事例は非常に的確であった。それぞれの病院が再建するのになぜ（その形態を）適用したのかはそれなりの背景があった。例えば、三浦市立病院では、資金不足があり、スピーディーにやっていかなければならないといった意識があった。あるいは雇用の不安定があったとか。70 項目を適用し、民間企業の人を採用している。北九州市立門司病院では、指定管理をしているが、医業収入をできるだけ確保していきたい、民間の柔軟なノウハウを活用したいといった意識があった。くらて病院では、経営効率化、環境に柔軟に変化させたい、人材を柔軟に回転させながらオーダリングシステムを入れて給与の見直しとか医療品質（の向上）をやっていく。三浦市立病院の例をモデルにして是非やってもらいたいのは、経営戦略面の観点と職員の意識改革面からガバナンスの概念を導入するということ。企業の場合、ガバナンス（コーポレートガバナンス）の失敗が企業の名声（レピュテーション）を落として、最悪は会社が倒産する。企業のガバナンスは、不祥事を無くして、企業価値を高めて、株主のために株（価）を上げていく。病院としてのステークホルダー（利害関係者）は誰かというと、典型的な例として、まずは市民であり患者である。それから病院の職員、取引先。そういった利害関係者にどういう手を打っていくか。ガバナンスの確立のためにレピュテーションを上げていく。医療法人のガバナンスをしっかりやるために、地域住民のため、患者のため、職員のため、経営者のため、市職員のため、取引先等に対してどうやったらレピュテーションを上げていけるかを考える。もう一つ大事なことは、そのガバナンスリーダーは誰かということ。つまり（仮に、独立行政法人化になれば）理事長。ガバナンスの導入の根拠はというと社会共通の資本としての、いわゆる広義の公益性というものが病院にはあり、医療の価値財を生み出す公的保険に支えられた制度の下になっている。そういうことから社会的に見て健全な経営をやっていく必要がある。そして、ガバナンスの目的は公益の医療の価値財を上げるということ。まずは患者、そのためには医療品質の向

上やコンプライアンス管理、そういうことをすることによって病院の透明性を図っていく。
ガバナンスリーダーはどうあるべきか。経営改革に強い情熱を持っていること、それから指導力、組織の意見を聞きながら最終的には明確な意思決定を行い、組織を引っ張っていく人材。一方では、ガバナンスリーダーは医療の安全についての必要な資質能力を持っていること。理事長がガバナンスリーダーであるべきか、医療の責任者である院長がガバナンスリーダーであるべきか、これはお互いが牽制する機能を有する組織でやっていくべきだという考え方もある。それからガバナンスリーダーを支えるためには、患者の安全管理面をサポートできる２名ぐらいのスタッフを付ける必要がある。私が前に所属していたところでは毎週、運営に関する幹部会議をしていた。理事長をはじめ、全部の幹部が集まってきて、（経営に当たり）何が問題なのか、それを討議して、結論出して、組織で動いていた。そしてその人の下には現場がついている。会議に出た人が討議決定事項を現場に持って帰って、現場にすぐに説明する。逆に、現場から上がってきた課題はすぐに幹部会議にあげていく。現場では現場の定例会議を開いていくようにしていた。
次に、北九州市立門司病院では、職員の士気向上のためにＢＳＣを導入している。ＢＳＣ（Balanced Scorecard）は業績評価をする時に、定性的なものを多面的に捉えて４つの視点から見ている。一般的には、財務の視点、組織の資産をどう守るかといった視点、人材育成の視点、ステークホルダーの視点がある。病院でのＢＳＣでは、患者の満足度の視点、安心・安全・信頼の視点、業務改善の視点、財務の視点、人材育成の視点が挙げられる。このバランススコアカードを作る時には、現場に持って行ってこの視点で何をすべきか目標をあげてもらう。つまり、現場の人に患者の満足はどうあるべきかを考えてもらう。患者の満足は現場の人が一番よく知っている。これをすることで自分たちも（病院の）改革に参加していると思ってもらえ、意識が変わってくる、そして経営改革につながっていく。もう一つ良かった点がＴＱＭ（Total Quality Management）をやっていること。これは品質管理という意味。どうすればトータル的な品質を上げることができるか。どうすれば医療の品質を改善できるか、医療品質を改善するためには何をすればいいのか。それを年度か、６か月に１回か発表会をして、ＴＱＭで何を実行して、何を改善してきたかを情報共有していく。医者も看護師も加わってどうすれば医療品質を上げられるかやってみてほしい。最終的には職員の意識向上につながっていく。そうすることで現場が変わり、上（幹部）にも上がっていくつながりを持てる。

くらて病院では、ＴＱＭとは書いていないが、医療品質に対する取組みをしている。患者の症例についてはカンファレンスにおいて医師だけでなく看護師も一緒になって安全管理をしている。そして、マニュアルを作って改善している。さらに、その内容をホームページで公表している。一方、組織の意識改革としては、働きやすい環境を作るとか、人材育成として資格を取らせるとか行っている。今挙げたものはぜひ病院改革の中でやっていってほしい。

会　長　：　市民の役に立つ、市民に必要な医療を長く、安定的に提供していくのが最終的な目的である。それを実現しようと思った時に、今の市民病院にとってどこが弱いのかを考える時に、今指摘があったガバナンスという点は、（現在は公営企業法の）一部適用という形態だが、普通の企業と比べるとこの面はやはり弱いと思う。もう一つは、それぞれの職員がリーダーの方針を理解した上で同じ志を持って進んでいくこと。職員からリーダーに向かって提案が出てこないと息の長い経営にはならない。医療の品質については外から見てもらった時にいいと思ってもらって選択されるわけで、（今は）自分たちが頑張っているからといったところで止まってしまっていると思う。そういった意味で副会長の指摘は非常に重要なものである。こういうことをやっていかないと不断の改革は進んでいかない。経営形態を議論する上で、こういうことを実現するためにはどのような経営形態がいいか、逆に言うと、３事例はハウツーの面でいろんなことが書いているが、ここの分については独法だろうが、全部適用だろうが、指定管理だろうが経営形態はあまり関係ないのかなと思う。（病院経営自体は）どの経営形態でもできないことはない。でも最終的にはガバナンスのこととか意識の向上とか医療品質の向上とかをやっていく上で一番やりやすい組織形態、そして一番長続きする形態はいったいどういう経営形態なのか（導き出すの）がこの検討委員会の核心的なところ。

委　員　：　あまり詳しくはないが、（県立病院では）年次計画について、プロセス管理は毎月実施して、目標達成に向けて取り組んでいる。

委　員　：　10 年前にＢＳＣを導入したが、その時はＢＳＣの言葉も知らない職員がいて反対されたこともあったが、ＳＷＯＴ分析で強み弱みを洗い出してからクロス集計してバランススコアカードに持っていくことを毎年しており、看護部、技術部、診療部、事務部の部ごとに数値目標をあげているので、主観的な（視点で）できたできていないではなく、数値目標を達成したかしていないかで管理している。ただ、ＢＳＣは魔法の杖ではなく、あくまで手段であるのでそれをうまく定着させるにはかなりのエネルギーがいる。公的病院は意思決定にスピード感がないと思う。事務部長を 12 年やっているが、当初は医師が 38 人しか

いなかった。医師採用に一番主力を置いた結果、今は 70 人になっており、右肩上がりで増収になった。それから、事務長になった時に公約したのは職員の満足度を上げること。それは報酬という形になるが、賞与を年間５か月出し、12 期連続で達成できた。それから成績がいい時は期末手当を出すと。ただ、たつの市民病院のことを考えた時にやっぱり一番はたつの市民に役立つことを考えたら将来構想は必要である。そして、働く職員の今後の将来のこと、その２つがすごく気になる。最初に説明を受けた時に事業ドメインとか診療科のラインナップがマッチしていない気がした。例えば、病床区分について、私が経営者であれば一般急性期を 40 にして、あるいは 60 でもいいが、一番最初に回復期を入れるのであれば地域包括ケア病床は点数が低いが回しやすし、セラピストが少なくて済む。そんなことを考える。もちろんシミュレーションはするが。今であれば、回復期と急性期と（地域包括ケア病床）で 40・40・40 の３つにしてもいいのかなとも思う。それから診療科が地域住民に役立っているのか。自治体病院の大きな宿命は非採算医療、民間病院ができない医療を提供することだが、それがちょっと民間病院と被りすぎなので、それだったらしっかり黒字を出さないと。私なら（黒字を）出すと言う。民間病院の場合は（黒字を出さないと）潰れてしまうので。単年度で赤字の時があるが、黒字を出すために努力をしてきた。私どもの病院では、年間 3,400 人（延人数）の実習生を受け入れている。すると、実習費用の収入が入る。そして、病院の中側を見てもらって、気に入った方は看護師で来てくれる。それで職員の確保ができる。職員の満足度は、赤字覚悟だが、メディカルフィットネスを作り、仕事が終わった後、フィットネスをしてもらってサウナに入って帰っている。シミュレーションセンターにシミュレーターを置いて超音波検査などのトレーニングをしてもらっている。それで民間病院でも（環境が）いいということで人が集まってくる。赤字覚悟の投資だが、トータルで黒字がでればいい。働く人の魅力を出す、それから安定した経営基盤がないといけないので診療報酬の単価を上げるために施設基準なんかを見ながら「これ、人（患者）入れたら取れるんじゃないか」とかしょっちゅう考えている。「組織は戦略に従う」、戦略立てた時に合った組織を作る。自治体病院は逆ではないか。組織があって（そこから）戦略立てても（組織と戦略が）合わない人員配置になっていることをよく経験する。そこが民間病院とは違うと思う。

副 会 長 ： 委員が話してもらったことをある程度モデルにすればいいのではないか。（私は）ＢＳＣのことを言ったが、（委員からは）ＳＷＯＴ分析のことを話された。ＳＷＯＴ（Strengths：強み、Weaknesses：弱み、

Opportunities：機会、Threats：脅威）分析では自分のところの強みや弱みはなんなのか、外部環境及び内部環境を分析して戦略を立てており、典型的な（良い）例である。その中からＢＳＣも実行されているとのことで、しかも投資されたことが良い方向に回る正のスパイラルになっている。シミュレーターやサウナを入れることによって職員の士気を高めている。委員がされていることをベンチマークすべきかと思う。

委　員　：　あとは原価計算を毎年やっている。医師を集めて、この診断で赤字が出ているのであれば、後発医薬品をあまり使っていないとか、過剰な検査をやっているとか、それを標準化しようといったことを定着させてやっている。

会　長　：　なぜ地域包括ケア病床がないのかというと、データ提出加算が壁になっていて、それをするためにどれだけ費用がかかるかというと 3,500 万円ぐらいの試算が出ていた。何も工夫なく、全部丸投げするとそれだけかかるが、自分たちでできるところは自分たちでしていくと数百万円で済む。結局そういうところも事務局にプロパーがいない、診療報酬を扱っている者がいないというところになってくる。次はＤＰＣやって原価計算しないと小さい病院であったとしても生き残れない。ずっと続けてやってきたことに対してどうやっていけばいいのかと。ここまでの議論の中でも今の一部適用であったり、全部適用であったり、ある程度自由度はあると言いつつも市の条例に縛られて、公務員という枠の中で事務局の職員は異動していく。といった状況の中で、今話に出ていた内容のことを実現していくのは（難しいと）委員の皆さんにご理解いただけるかと。もう一つは職員の処遇をどうしていくのかということで、今回（比較表を）詳しく作ってもらった。追加資料５にあるが、全部適用の場合、公務員ということで今とほとんど何も変わらない。実際には給与の基準等は、管理者がある程度変えられる裁量権があると言われているが、現実としては全部適用の中で給与を触っている団体は見つけられていない。経営形態の見直しとなると、総務省の資料の中では人件費の削減と大きく出てくるが、個人の意見となるが、経営形態の見直しは人件費の削減ではない。むしろ、公務員型の給与の何が問題なのかというと、やはり仕事の成果、アウトカムと給与が連動していない。これが大きなところ。一般の公務員のアウトカムと給与を連動させるのは無茶な話だと思うが、今の経営形態であっても公営企業ということなので、そういう枠の中で一定の収益をあげて、それで運営するのが基本だという中では、高いアウトカムを出した人にはそれだけのインセンティブがないとなかなか組織の維持というのは難しいかなと思う。それをやらないと長続きしない。特

に、こういう小さな病院の場合は、いったん人が入ると入れ替わらないのが現状で、採用して40年間、人が動かないという前提で考えてしまうと、言い方は悪くなるが、アウトカムをある程度考慮しないとやらない方が楽だという考え方になってしまう。利用者はそういう厳しい視点で見ている。それは他会計から大きな額を繰り入れているから。そういうことを考えた時に、独法と全適では公務員か公務員でないかはあるが、処遇面は差を見つけにくいのが印象。

委　員　：　経営形態とかいう以前にできることがいっぱいあるのではないか。経営者も職員も我々も含めて、同じ危機感をもって、同じ土台で話を進めないと駄目だと思う。片っぽは前向きに、片っぽはこっち向きにだと話が進まない。現状も聞いてきたが、たつの（市民病院）にとって何が必要なのか、何が悪いのか、どこを直さないといけないのか、その中のヒントがガバナンスであったり、士気向上のための方策であると思う。３つの事例を見ると、職員の給与の削減と収支の上向き方が比例している。ただ単にそこだけを見ると、給与を下げると経営が改善するのではと捉えがちになる。委員が話されていた職員の満足度からすればそっちを優先してプラス効果ができているとのことなので、職員の満足度が経営改善につながると思う。職員の待遇も非常に大事なことなので、職員の満足度もそれに含まれてくると思う。

委　員　：　２年を振り返ると、自分が来る前より多少よくなっていると聞こえる。診療以外のものは全部医監に任せて、逆に医監が診療から離れて外来などは全部私に責任を任せてもらって、それぞれが車の車輪のようにして、副会長が先ほど話されていた学長と理事長の違いみたいなところで協力してできたからかと考えている。ただ、それだけでいつまでも右肩上がりは無理だと思うので、今日の皆さんの貴重な意見を参考にこれからも経営改善に邁進していきたい。

会　長　：　厚労省の人からも（病院経営の改革は）経営形態を変えて済むものではないと聞いた。病院を独法にしたとしても、理事長＝院長、あるいは理事長＝名誉院長というパターン、理事会の役員が病院職員でほぼほぼ固められている、こんな独法は厚労省から見ると長い目で見たらうまくいかないと話されていた。病院でいうと診療と経営管理は、理事長と院長というふうに仕事を分けて、仕事を助け合ったり、批判し合ったりすることが合理的ではあると思う。市民病院の場合は、一部適用でありながら病院がほぼ倒産状態になったから臨時的な処置としてそうなった。通常、一部適用ではああいう組織形態はとらないし、とれない。それが続くわけもない。なぜかというと、一部適用の場合は、市長が人事権を持っていて、私自身も市の一般職であったから。少なくてもこういうやり方を目指してやらないといけないとか、(それ

が）できる形の（とれる）運営形態を考えた場合、今の公務員形態では難しい。指定管理となるといったん職員を全員退職させて、再雇用するかどうかは指定管理を受ける法人次第。アバウトでいいが、指定管理にした時に移管する費用はどれぐらいかかるか試算はあるか？

事務局：　試算はないが、退職金の支払い、一時金の額はかなり大きくなると思う。総務省基準に基づくこれまでの会計では、全員が退職するといった引当金計算まではしていなかったと思う。あと、補助金を受けた施設のため補助金の返還ということも出てくる。

会　長：　ある程度経営を安定させることが前提になるが、独法と指定管理といった民間手法を考えた場合、今のたつの市の財政規模を考えるとなかなか厳しい額の費用負担が発生すると想定される。職員の処遇で一番気になるのが（給与面で）、（業績が）良かった時には一時金もあり得るが。（黒字経営に）未達の時は委員のところではどうされているか？

委　員：　夏期賞与で通常は 2.0 だが、そういった場合は夏期賞与でいくらかプラスマイナス（1.9～2.1）があって、冬期は（変わらず）3.0 にしている。期末手当は、事務員であっても医師であっても一律５万円とか 10 万円にしている。

会　長：　他の自治体ではもう持ちこたえられなくて手をあげていた可能性があったわけだが、その中でもなんとか持ちこたえてきた。今後、独法なりになった時に同じ状況であればどうするのか。おそらく独法でも指定管理でも全部適用でも次は市の本体の方が持ちこたえられないかなと。仮に、最大年間８億ぐらい赤字を出した時に市からそれを埋めることが可能なのか。

事務局：　直接的な答えにはならないかもしれないが、たつの市は市町合併をしており、合併から 10 年を過ぎて合併に係る財政措置が段階的に削減されてきている。昨年度の決算から財政調整基金を崩しながらやっている状況で、今年度からは当初から財政調整基金を崩して予算組みをしている。大きな理由としては地方交付税が削減されていたりしている趨勢がある。まだ２年、段階的に削減されていくので、そういった中で足腰の強い行政運営をしていくための財政基盤を作るというのは大きな課題であるので、今までよりは財政的に苦しい状態になる。

会　長：　支える側の市の状況もやはり苦しいので、やはりどうやって安定的に運営していくかということになる。

副会長：　ここまで比較してきて、皆さんがこういった経営形態がいいのではないかとある程度考えているのであればむしろ（考えていることを）提言された方がいいのではないか。職員のこと、待遇のこと、借金返済のこと、各委員はある程度意見をお持ちではないのか。委員から話があったように、今でも問題があって、改善すべきことを改善すること

が重要で、結果的にそれがどの経営形態で改善するのかは、それぞれで改善がうまくいく可能性はあるのだろうが、だからといって、今やっていることの問題認識や危機感を共有して持っていくようなことをしないと、どの経営形態をとってもうまくいかない。先ほど悪いケースとして、職員（の給与）をカットすればプラスになるとの話があったが、これはどのように説明するかというと、現場の会議の中で（病院の経営が）今こういう状態になっているので職員（の給与を）をカットさせてもらうと数字を見せている。その代わり、ここまでの改善ができれば必ず給与を戻しますということを会議の中で情報共有して理解を高め、士気を高めていく必要がある。悪い時の士気をどう高めていくか。その仕組みとして、ＢＳＣをやったり、ガバナンスをしっかりやったり、みんなで共有して少しずつ改善している。それをやりながらどういった経営形態が良いのか考えをお持ちではないのか。合議制なので、この委員会の中で意思決定してやっていかないといけない。各委員がどの経営形態がいいのかはなかなか分かりにくい。むしろ提案してもらいたい。

委　員　：　私がいた病院は独立行政法人で、国立病院だったが（独立行政法人に）切り替わるタイミングで組織を変えて、ＢＳＣに似たような臨床評価指標を設定して院長が病院一丸となって改善すると発表し、事務長も納得して全ての組織で改善するようになった。半期での見直しもやったり、四半期でも確認したりしていた。これだけは譲れない指標もあったが、診療科ごとに細かい目標を設定して、その時私は経営企画課だったので、病棟をヒアリングして、各診療科でどんな問題があって、どう改善すればいいかその提案をやっていた。結局、病床利用率が上がらないと職員給与対医業収益が下がらない。だから利用率だけはみんなで死守しようとした。それも上げ方だが、どこの事例を見ても（経営形態が）切り替わったタイミングで病床利用率を上げて、維持している。それについては、４・５年の計画で病床利用率をどれぐらい上げて、そのためには在院を何日にすればいいか。病床利用率を上げるためには具体的にどうすればいいかというと、新患者である。新患者を何人増やして維持するか、どこの地域から何人とか計画立てていけばどの経営形態であっても組織が改善する仕組みさえ作ればうまくいくと思う。じゃあ、どの形態がいいのかというと、今の状態でいくと地方独立行政法人なのかと思う。

会　長　：　ガバナンスとか士気の向上であるとか資質の向上であるとか、ガバナンスはトップの取り扱いで違ってくるので大きく変わってくるのかなと思う。

委　員　：　ガバナンスという点では地方独立行政法人かと思う。個人的には全部

適用か独法かでずっと悩んでいた。働いている人からすると全部適用がいいかと思う。ただ、権限も渡す、責任も渡すということからすると地方独立行政法人の方が動きやすいのかなと思う。私どもの病院では、理事長が病院のミッション・理念を全職員に新年度にしっかり伝える。ただ、経営の方は病院長が担っており、その住み分けはされている。先ほど委員が話された一つの指標として病床利用率は非常に重要である。成功事例のくらて病院にせよ皆、病床利用率が高い。最初に病床利用率の低さを指摘したが、独法にせよ全部適用にせよ、(病床利用率が目標数値のままであれば）民間病院からの視点では経営的に難しい。民間病院が常に意識しているのはブレークイーブンポイント、損益分岐点。どれくらいが損益分岐点にあるのかを常に意識している。それを病床利用率でいうと一般病床の場合は85%、それ以上にしたらだいたい利益が出ると説明している。回復期、うちは地域包括ケア病床だが、これは90%。90%を切ると赤字が出る。(たつの市民病院の）現在の目標値では運営できない。

委　員　：　人事考課制度を導入する案はないか。人事考課を少しでも表に出すと職員は変わってくる。朝は忙しいが、夕方は暇、その間は昼寝でもしようかといったことがなくなると思う。放射線科で４名の技師が勤務と書いてあった。４名本当に必要なのか。朝は忙しいだろうが、午後になれば２名でいいのでは。やってる人はやってる人で一生懸命でいいと思うが、少し物足りないなと思いながら時間が経過している人も出てくると思う。当方の病院もベッド数としては（たつの市民病院）と似ている。評価項目を科別で出して評価を行いたいが、少ない職員の部署ではどうしても火あぶりの刑になってしまうところがある。なんとかしないといけないと人事考課制度を導入しているが、それもなかなか難しい。牛歩でもいいから進んでいかないと危ないんだと一人一人が分かりだしたら急に良い方向に動きだす。職員一人一人が変わりだすとどんなことを提案しても前向きに考えてくれるようになると思う。自分たちがマイナスになるようなことでも次の明るさ、目標が見えていれば行動してくれると思う。

委　員　：　組織の大きさというのが重要なのかなと思う。県立病院も以前は一部適用で、全部適用に変わる時はなぜこうなるのかをすごく説明をされていた。比較表のメリット・デメリットを見ていると地方独立行政法人がいいのかなと思うが、ただ、職員の処遇を考えた時に何がいいのか悩んでいる。

委　員　：　どの形態にしてもトップダウンのやり方で上から押さえつけるようなことは駄目だと思う。みんなで話し合いして、いい方向に意志統一が図られる状態でなければどれを取っても駄目だと思う。職員の意識改

革として成績（・目標）のことはそれぞれが持つべきだし、職員の待遇についてはそれに見合ったものにしないといけないと思う。

副 会 長 ： 行政側の立場もあると思う。自主性・独立性、そして自分たちで人事を動かし、人事考課の制度も導入したり、組織改革をしたりして柔軟に対応できるようにするためには、地方独立行政法人なのかと思う。病床利用率の目標も柔軟に動かしていくためには独法化と考える。資料で調査すると、これまでの病院の経営形態の改革では、７割ぐらいは独法化している。柔軟性、対応力、人事面、運営面、総合的に見て（選択して）いるのではないかと思う。

会 長 ： 今日の議論で言うと、ガバナンスとか意識の向上とか大事なところがある。あと、意思決定の迅速さもある。これまで一部適用でもハウツーレベルでかなりやってきた。経営形態だけでこれができる、できないというのはない。ただ、一部適用でやった場合、経営責任が非常に曖昧。全部適用も同じだと思う。結局、管理者と言いつつも特別職の公務員ということで、現実的には存在する全部適用のところで管理者が腹を割ってそこまでの経営責任を全部持ってやっている組織があるのか見渡した場合におそらくそれができているところはほぼない。条例についても一部適用の時にいろんな手当類をかなり改正させてもらって、その意味では一部適用でありながら給与面で自由にできたところはあるが、それでもこれからの医療情勢を考えていくと、職員をいったん雇用すると 40 年間給与を払い続けないといけないところでは、いくら頑張っても病院の機能を変えることができなくなってしまうし、今まさに必要な人的投資もできない。ここで意見が出たようにどの経営形態でもやることは一緒、やろうと思えばできるのだろうと言われればそのとおりではあるが。どの経営形態をとっても最終的に経営責任を負う人がどういう人材を得られるかによって、いくら独法にしてもいい結果は出ない。ただ、そういう的確な人材がいたとして、そういう人材を選んで病院がこの人に頼もうと理事会で意思決定して来ていただこうとした時にそういう（事務手続きをする）ことがしやすく、自分たちの意思で動かしていきたい形態はどんな形態かと考えると地方独立行政法人かと思う。理事長の自由だけでなく、病院としての自由度、自主的な選択権（を得られること）は大きいかと思う。職員の処遇面で短期的に見れば、あまり差異を見出すのは難しい。今日でこの経営形態にしようと結論は出さないが、目指すべき姿を追っていく上で一番理想を追求するには独法が自由度が高く、可能性としてはいいかと思う。

委 員 ： 追加でお願いしたいことがある。病院職員の意識はどんなものか聞いてあげる必要があると思う。我々が決めて、こういうことにしなさい

と言うよりも意識改革をしようと思ったら現場からしていかないといけない。最終的にできるかどうか分からないが、考えてもらう作業は必要かと思う。

会　長　：　方法は任せてもらうとして、意見の吸い上げをさせてもらう。

委　員　：　不満分子があると良くないと思うので。不満を全部吐き出してもらう、それで議論を重ねることが一番大事かと思う。

（２）付帯事業の現状について

会　長　：　後の協議事項については今日の結論ではないので、時間の関係上、資料の説明だけとさせていただきたい。

事務局：　協議事項２の付帯事業の現状について、ご説明申し上げます。

本院は病院事業のほか、①介護老人保健施設「ケアホーム みつ」や、②訪問看護・居宅介護支援事業、及び、 ③へき地医療として、室津診療所の３事業を運営しております。

それでは、１ページから８ページまで、資料１にそって、その現状について申し上げます。

最初に、老健施設「ケアホーム みつ」ですが、平成３年２月に市民病院の敷地内に開設されて以来、27 年が経過しております。また、平成 12 年４月には居宅介護支援事業所を開設しました。

その後、平成 28 年３月に訪問看護ステーションが開設され、その時に居宅介護支援事業所は老健施設と分離され、事業所を移動いたしております。

老健施設の建物は、元々、病棟の一部として利用していたもので、築 50 年が経過し、老朽化が進み、現行の施設基準においても一部、満たしていない箇所があり、大規模な改修は行っていません。

また、民間の介護施設が増え、利用者数が減る傾向であったことから、平成 30 年４月に、人員基準が緩和される小規模老人保健施設への転換をし、入所定員を 50 人から 29 人へと規模を縮小したところで、現在、定員数を減らしても空床状態といった状況でございます。

事業収支につきましては、平成 29 年度後半から、利用者数とともに右肩下がり状態でございまして、本年度は、規模縮小したことから、さらに収益が下がるものと予測しております。

次に、訪問看護ステーション「れんげ」につきましては、平成 28 年３月に、市役所南側のたつの消防署の３階を有効利用し、開設されました。また、居宅介護支援事業も同時にケアホームから移動し、併設されております。

職員数につきましては、訪問看護ステーションが、看護師４人体制で、居宅介護支援事業所は、行政職１名、ケアマネージャー２人の体制で運営しております。
利用者数については、開設した年度を上回っていますが、活動域が広範囲であることや、報酬等の収支バランスが、採算性を求められないものとなっていることから、赤字決算となっています。
次に、へき地医療の室津診療所でございますが、この診療所の所在地である室津地区は、奈良時代に整備された港町として、1300 年の歴史をもち、県の景観形成地区に指定されており、現在の診療所の建物は、景観に配慮し昭和 63 年度に改築したものでございます。
診療体制につきましては、内科と外科を中心に月曜日から金曜日まで、午前診療としており、医師１人、看護師１人の２名体制で、１日平均で８名の患者を受け入れております。
昨年度の延べ患者数は 2,048 人でございました。
収支状況については、室津地区の住民を対象とした診療所であることから、地区の人口減少率と同じように、その患者数が減少し、同様に診療報酬も減少しています。
また、県補助金として、平成 29 年度には「へき地診療所運営事業補助金」1,269,000 円を交付していただいています。
その外に、公立診療所運営による病院事業に係る普通交付税の交付を受けています。
以上で、付帯事業の現状について、概要の説明を終わります。

委　員　：　診療所の収支状況で、人件費が 500 万円とあるが、民間病院では考えられない人件費だが、何か事情があるのか。

事務局：　基本的に午前中の診療体制をとっており、水曜日のみが休みで週４日先生に来てもらっている。先生は 80 歳のご高齢で本人から給料も少なくていいとのことでこのような人件費になっている。

（３）へき地医療対策の現況について

事務局：　資料の説明に当たり、補足させていただきますが、この表の右側の項目で、へき地医療拠点病院が平成 22 年 11 月末現在で、９病院と表示しております。その後、丹波地域において、柏原赤十字病院が加わって、現在、兵庫県では 10 病院となっていますので、丹波市の欄に追加をお願いします。
また、へき地診療所につきましては、市町立診療所が 16 か所、国保診療所が 35 か所の合計 51 か所でございます。

へき地医療への対策については、兵庫県では、第７次保健医療計画の改定が、平成 30 年４月にされました。その中で、いわゆる「５事業５疾病及び在宅医療の連携体制」の新たな計画が立てられましたが、昨年度までの第６次計画において、県で養成する、へき地等勤務医師数 32 人を倍増させる目標を打ち立て、その結果が倍増まで達しませんでしたが、約 1.8 倍の 57 人へと改善されたことから、引き続き、目標を前回と同様、「へき地等勤務医師の養成と適正配置」を掲げております。本市におきましては、県のへき地診療所運営費補助事業により、室津診療所の運営の中で発生する費用損失の一部を負担していただいております。

会　長　：　近く（の診療所）だけ説明するが、中播磨では、新日鐵広畑病院と家島診療所がセット、西播磨では、千種診療所と公立宍粟総合病院がセット、有年診療所と赤穂市民病院がセットという位置づけになる。へき地医療拠点病院の役割としては、へき地診療所の方で代診が必要になった時、拠点病院から医師を派遣する。年間何日以上医師の派遣をしたとかなどの条件がある。これもまた次回の付帯施設のところで議論になると思う。特段質問なければ次の資料の説明をお願いしたい。

（４）各自治体の介護保険サービス事業の現況について

事務局：　各自治体の介護サービス事業の状況について、ご説明申し上げます。
11 ページの資料３をご覧ください。
この表は、たつの市民病院が付帯事業として運営している施設を含め、県内の他の自治体でどのような運営をしているかを示したものです。
また、15 ページの資料４は、資料３で表示された事業施設の経営形態を開設主体ごとに分類したものでございます。
これらの資料から、老健施設８事業所の内、西宮市の指定管理者制度を適用した民営化の施設は１件で、それ以外は公営となっています。
総収支については、単独で自治体運営している施設は、他会計からの負担金や補助金があって黒字収支のところもありますが、ほぼ、どの施設も採算が取れない状況でございます。
また、居宅介護支援事業所については、一部事務組合運営の八鹿病院を除き、全事業所が病院事業の企業会計で、それ以外の事業施設については、公営企業法非適用の特別会計による運営と二分された体系となっています。
資料４の２で地方独立行政法人による老健施設の事例を３件表示しております。

次の３の項目では、病院事業と介護サービス事業の関連につきましては、たつの市民病院の問題を含め、これらの介護保険サービス事業を独立行政法人へ移行して運営している事例が少なく、病院だけの経営形態を見直し、残った付帯事業の関係が公と民であった場合、職員の身分や給与制度等の基準、及びそれらを規定する条例や規則が違うため、現実問題として一体的な経営は不可能であるということや、仮に病院事業が民営化された場合における経営の一手段としての考察を記述させていただきました。

13 ページの資料３-１は、アドバイザー派遣事業の会議記録でございますが、この事業は、地方公営企業の効率化・健全化等の観点から、公営企業会計の適用、経営戦略の策定、組織管理、事業の新展開などについて、企業運営している市町村などを対象として、その要請に基づき、総務省が委嘱したアドバイザーを派遣する事業でございまして、平成 29 年 10 月 16 日、17 日の 2 日間にわたり、公立浜坂病院で開催されました。

公立浜坂病院は、一般病床数 49 床、看護基準 13 対 1 の入院基本料で、内科、整形外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、小児科、リハビリテーション科、禁煙外来、睡眠外来の８標榜科を備えた病院でございます。

２人のアドバイザーからの指摘事項から、経営状態が悪化していることや、地域にとって必要な施設であること、高齢者の患者が多いことなどが伺えられ、本院と共通した問題を抱えているものと察します。

また、最後には、各部署から意見を出し合うための連絡会議を開き、職員の意識改革こそが経営改善への最善の近道であると結んでいます。

以上で終わります。

会　長　：　介護保険サービスの運営状況をこれまでまとめたことはなかったが、付帯事業の議論に当たり作成した。実際にこう見てみると、病院事業だけでなく、それ以外の収支状況が悪いことが分かる。たまたま公営企業法非適用なので取り上げられていないが、病院と同じように深刻な状況を抱えている。居宅と訪問看護ステーションを分けた収益状況を初めて見たが、居宅の方はトントンか多少黒字かなといった認識でいたが、実際には、事業規模で見るとそれなりに大きな赤字が出ている。他の自治体でもかなり深刻である。資料３－１は訪問看護ステーションのことが出てくる。（訪問看護ステーションを）全部なくすのかという議論になってくるとやはり本体の病院事業とのシナジー効果というか、お互いあってこそ病院にもプラスになり、付帯事業にもプラスになる部分もある。やはり病院だけでは、この地域の中で担えない医療機能というのもあると考えているので、そのあたりの詳しい話は

次回の委員会で話をしようかと思う。

委　員　：　老健の在宅復帰率は？

病院担当：　６月 29 日現在で 42%。

委　員　：　そしたら強化加算を取れているということ？

病院担当：　とりあえず強化加算に行くが、先行きを考えるとこの状態を維持するのは難しい。

委　員　：　訪問看護に４名いる。機能強化型加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲあるが、Ⅰは７名以上なので４名であればⅢは取れるかもしれないが、それは取っているか？

病院担当：　現在は取っていない。４名と書いているが、平成 30 年度から３名になっている。

会　長　：　事業規模と額だけでいくと訪問看護事業が一番大きな（赤字）ものとなっているので次回詳しく議論したい。

次回は、今後の答申を目指して、今回の意見を踏まえて文章に起こしたものを次回までに用意するので、揉んでもらいたい。それから付帯事業については説明だけで終わったので、本体の病院の形態とともに付帯事業の形態をどうするのか、病院事業と付帯事業をどうやってシナジー効果を活かしていくのか、そのあたりを次回の委員会でやっていきたい。

３　その他

（１）今後のスケジュール

事務局から第３回目・第４回目の開催予定について説明

４　閉　会　（18 時 15 分）