

## 会 議 録

会 議 の 名 称	第3回市民病院の継続的な経営に関する審議会
開 催 の 日 時	平成30年8月7日(火) 14時00分～15時55分
開 催 の 場 所	まちづくり協働センター6階多目的ホール
出席した委員の氏名	明石会長、平田副会長、木村委員、里中委員、藤本委員、松本委員、永徳委員 今後委員
出席した庶務職員の職 及 び 氏 名	米田参事、喜多地域戦略室長(地域医療連携担当・市民病院改革プラン推進担当) ≪兼市民病院改革プラン推進課長≫、奥原市民病院改革プラン推進課副課長、深堀市民病院改革プラン推進課主任
そ の 他 出 席 者	なし
傍 聴 者 の 人 数	26名
議 題	(1) 課題解決のための経営手法について (2) その他
会議の概要(結論)	(1) これまでの主な意見と市民病院の概要について確認した (2) 医療機能の選択肢と三田市民病院を取り巻く環境について確認した (3) 三田市の将来の医療需要、再編・ネットワーク化と経営形態のあり方について確認した
公開・非公開の区分	公開
使 用 し た 資 料	・次第 ・委員名簿 ・座席表 ・【資料1】市民病院の継続的な経営に関する審議会 主な意見のまとめ ・【資料2】三田市民病院の概要 ・【資料3】医療機能の選択肢 ・【資料4】三田市民病院を取り巻く環境について ・【資料5】三田市の将来の医療需要について ・【資料6】三田市民病院の再編・ネットワーク化と経営形態のあり方について
そ の 他	
連 絡 先	地域戦略室市民病院改革プラン推進課 電話 (079) 559-5051 内線 (5411)

## 1 開会

- ・喜多地域戦略室長の司会により開会。

## 2 会長あいさつ

- ・明石会長よりあいさつ

## 3 議題

議題（１）『課題解決のための経営手法について』資料説明

- ・これまでの主な意見と市民病院の概要について【資料１・２】

明石会長：はい、どうもありがとうございました。

委員の皆様方、いかがでしょうか。

それでは、まず私から質問ですが、三田市民病院の概要「２.医療資源投入量」についてご説明をお願いします。

事務局：ただいまのご質問についてお答え致します。これは、病床機能報告制度という厚生労働省が新たに始めた制度がございまして、この制度によりますと、入院基本料とリハビリテーション等々を除いて報告した数字の中で、例えば、高度急性期を担っておられる点数だと3,000点以上、1点が10円になりますので金額にしますと3万円です。急性期だと600点から3,000点未満ということで、こういった形でそれぞれ報告をさせていただきますが、厚生労働省の病床機能報告制度に基づいて報告しております平成29年度の結果を集計させていただいた数値となっております。

明石会長：病床機能報告制度によることはわかりますが、高度急性期2474人、38.5%の積算の考え方をご説明願います。

事務局：ご指摘の数値については、患者さんが退院されるときに病床機能報告制度に基づき、報告致しますが、患者さんが4区分の何れに該当しているか分類・報告をした平成29年度分を集約し、全体のうち高度急性期が占める患者数と割合を示したものとなっております。

明石会長：これが、全国平均というか、同種の300床の市民病院と比較して、多いのか少ないのかについてはどの様な分析になってますでしょうか。

事務局：それについては分析出来ておりません。

明石会長：わかりました。委員の皆様、資料1、2をご覧になってご意見等はございませんでしょうか。

木村委員：先ほどの資料2 退院患者1日あたりの医療資源投入量の区分の内「慢性期及び在宅医療」とありますが、市民病院は在宅医療を実施しているのでしょうか。

事務局：在宅医療はございません。

木村委員：「慢性期及び在宅医療」という区分はあるが、市民病院の実施している医療には在宅医療は含まれていないということですね。

事務局：はい。そうです。

木村委員：往診しているのは地域病院ということなので、この区分で市民病院が実施しているのは「慢性期」で、計上されている人数は「慢性期」の人数ということでもよろしいでしょうか。

事務局：はい。あくまでも、国の示す入院単価的な分類では、そうなります。

木村委員：ありがとうございます。

明石会長：他にご意見ご質問ございませんでしょうか。

今後、三田市民病院が一般急性期医療を中心に担うのであれば、300床規模でも運営は可能と思われるが、高度な急性期医療を充実させようとする、300床規模では厳しいと思われる。これまで、再編・統合の実例としてあがっていた北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院などは大規模化により高度急性期化を含め、急性期医療への特化を図っている。その中で、① 大規模化を図り高度な急性期医療を充実、② 300床規模で一般的な急性期医療を提供、③ 200床規模にダウンサイジングし亜急性期医療などに転換する、という3点の選択肢が考えられる。

委員の皆様は、これらの中で、今後の経営形態などの見直しを議論する上で、三田市民病院は何れの方法を選択するべきと思われますか。

里中委員：国立病院機構 兵庫中央病院の里中でございます。

住民や他の医療機関から三田市民病院が求められている医療機能は、三田市を中心とした圏域の救急を受け入れる機能であると思われる。慢性期とか回復期という分野は既に民間病院が提供しているので、三田市民病院には、住民や他の医療機関が望む急性期機能を担ってもらいたい。三田市民病院に三田市の急性期機能を担って頂くために、どの様にしてこの病院が生き残っていくのかを考えると、最近の若い医師は自分達が勉強でき、便利な都会にある症例数が多い大学病院を志向しているため、現状の300床規模の病院に若い医師を集めるのは難しい。三田市民病院の立地条件は致し方ないとしても、急性期及び高度急性期医療を担う病院としては、病床規模・医療機能を充実して若い医師にとって魅力ある病院にすることが、今後、医師の集約化を図り病院を存続していくために不可欠になると思う。

明石会長：阪神北圏域はもとより、北と南が合併した阪神圏域においても、最も北の端に位置する三田市は当該圏域内の他の圏域内の地域と連携は難しく、三田市を含む周辺地域内で高度な急性期医療を提供できる体制を整える必要がある。民間病院では、300床規模であっても得意な診療科を選択し、重点化することにより経営を維持しながら一定の医療を保つことができるが、公立病院では、救急対応を含め、多くの診療科を揃える必要があることから、医療水準を保ちながら高度な急性期機能を維持するためには一定の規模・機能が必要となる。

今後委員：公立病院の大きな役割は救急医療機能にあると思う。

県立病院でも救急応需率を高めることが求められ、大きい病院であれば98%~99%といった、100件に対して1~2件しか断らない状況となっている。これも、診られないから断っているのではなく、治療中のため他病院にまわって頂く必要があるというものである。しかしながら、県立病院でも300床規模の病院がありますが、そこはやはり応需率が低い。尼崎総合医療センターは700床以上ありますが、救急を殆ど断っていない。尼崎総合医療センターでは、『断らない医療』を行うことを病院の目標にしていますが、それだけのスタッフが揃っていないと殆どの要請を応需することは出来ない。公立病院としては、救急を断らない、本当に困ったときに助けてもらえる病院を目指していくべき

であると考えているが、そのためには、救急を受けてすぐに入院できる病床やスタッフが一定程度確保できるということが公立病院の目指すべき方法ではないかと思う。

永徳委員：この会議の進め方について確認ですが、今、事務局から『これまでの主な意見』『市民病院の概要』について説明を頂きましたが、本資料に基づいて議論を進めるということではなく、後の資料に関する部分も含めてトータルで議論を進める予定でしょうか。

明石会長：ご指摘の通り、資料1『これまでの主な意見』、資料2『市民病院の概要』について、ご意見をお伺いしていますので、資料3以降の部分については改めて議論を進めたいと考えています。他にご意見はございませんでしょうか。

今後委員：これから議論を進めるうえで、三田市民病院の救急応需率がどの程度かお示し頂ければと思います。如何でしょうか。

事務局：救急応需率の具体的な数値をご用意出来ておりませんが、『断らない救急』の取組みにより救急の受入が増加しており、平成29年度は8%程度の断り率となっております。平成30年度は断り率5%（応需率95%）を目指して取り組んでおります。

明石会長：応需率92%程度ということですね。

事務局：これまでは非常に断り率が高かったのですが、非常に改善をして10%を下回る水準となっております。

明石会長：これまでの議論をまとめますと、三田市民病院が目指すべき医療機能は救急対応が可能な急性期機能ということになりますが、急性期機能を目指すには医師を集約化し医療機能を高める必要があります。そうすることにより、必然的に診療単価も高くなり、経営の効率化と収支の改善を図ることができる。それでは、（事務局）引き続き資料の説明をお願いします。

事務局：議題（1）『課題解決のための経営手法について』資料3～5説明

- ・医療機能の選択肢について【資料3】
- ・三田市民病院を取り巻く環境について【資料4】
- ・三田市の将来の医療需要について【資料5】

明石会長：ありがとうございます。

資料3～5について事務局から説明がありましたが、ご意見・ご質問などはございませんでしょうか。

平田委員：もう一度、資料2に戻って頂いて、私の意見を述べさせて頂きたいと思います。

高度急性期と急性期という議論になっていましたが、どちらも患者さんが病院に入院される最初の段階が結果的に高度急性期や急性期の場合があるということで、先程、今後委員からご意見があったように、命に係わるような救急を断らずに受入できるか否かが病院の機能として一番重要ではないかと思います。そういう観点で考えますと、三田市民病院はICUがなく重症管理をみられるような病棟がないため、市外の病院に搬送しなければならないという状況になっている。そうした機能をどの様にしていくのが重要になってくると思います。

そうすると、救急応需率の話の中で『断らない救急』という事がありましたが、（資料）P.10のとおり救急搬送の段階で三田市民病院には55%しか搬送されておらず、残り45%の内31%は市外病院に搬送されている実態があります。つまり、救急搬送の段階で三

田市民病院では受入困難と判断され問い合わせることもなく当初から市外の病院に搬送しないといけないう状態になっているというのが現状であると考えられます。

その理由は資料2の診療科別医師数をみても分かる通り、循環器科と消化器科は医師が揃っているのに救急を断らず全部受入できると思いますが、脳神経外科医は1人しかいないため、脳卒中の救急は受入が難しいと思います。また、神経内科や呼吸器内科の医師もいない状況です。そうすると、例えば、喀血されたとか、いわゆる重症の肺炎になられた患者さんは、三田市民病院では対応できないため、神戸市や阪神間の病院に転送しないといけないう。そうなってくると、一刻も早い対応が求められる重症の患者さんは受入の可否が判断しづらいため、全て最初の段階で他の病院に搬送しないといけないうことになります。そういう状況を踏まえて、三田市の市民病院の将来をはじめ、この地域の医療をどうしていくのかという課題を議論していくべきだと思います。

それで、先程里中委員がおっしゃったように、今後、この広い地域で急性期の救急患者を受けられる病院は三田市民病院しかないということが論点の一つになります。

もう一つ、大学の立場から申し上げますと、資料2の専攻医の人数ですが、内科では循環器2人のみで他はゼロです。専攻医は大体3年目、4年目、5年目の医師ですが、若い内科医は、三田市民病院ではあまり症例数が経験できないし、色々な診療科が揃っていないので来なかったというのが現状だと思います。その上に、今度、国が専門医のレベルを担保するために、新専門医制度を新しく立ち上げ今年から始まりました。そうすると、内科で言いますと、循環器科、呼吸器科、消化器科など全ての診療科で三田市民病院に来たくても専門医になれないので来ないという状況になります。

そういったことから考えると、大学が若い医師を派遣しないということではなく、若い医師が専門医になるために、自ら希望する病院に行ってしまうという時代になってきているということであると思います。

その二つの論点を背景に将来の三田市民病院のあり方を考えていく必要があると思います。まず、一点目は、この地域でどのような救急体制であるとか診療体制を考えるのかということ。それから、もう一点は、大学や若い医師の立場から言うと、兵庫県下でも北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院などは若い医師が多数行っていますが、西脇市立西脇病院や市立加西病院、高砂市民病院などは若い医師が集まらず、大変厳しい状態となっています。そのあたりが論点になってくるのではないかと思います。

明石会長：他にご意見はございませんか。

今、ご意見頂いた件ですが、救急応需率は高いが、そもそも救急搬送の時点で病院の選別が行われ三田市民病院以外の病院に搬送されているという実態がある。その部分の詳細なデータは事務局で把握出来ないのでしょうか。

事務局：ご指摘の通り救急応需率については、三田市内の救急搬送の内、どれだけ三田市民病院に搬送されているのかという、そもそもの部分の問題がございりますが、そうした中で、夜間に内科・外科をあわせた対応のため、循環器の医師を配置する体制をとって、何とか対応しています。しかしながら、救急は時間外の手薄な時間帯であることから、現状では、これ以上の対応は難しい状況となっています。救急で搬送される中で75%、すなわち4分の3が時間外、午後5時を超えて翌朝スタートするまでの間に来られるという形なので、

どうしても手薄な状況になります。また、小児科や脳外科は基本的に当直体制がとれないことから、平成27年度以前は15%を超えていた救急の断り率が10%を切る水準に改善していますが、限界に来ていると考えています。

明石会長：できる範囲で非常に努力をして救急を受けておられますが、残念ながら医師の体制が十分整っていない。その結果、遠方の中核病院等に搬送されているという状況となっているということですが、搬送先病院などのデータをお示し頂くことはできないでしょうか。

事務局：搬送先病院のデータとなりますと、それぞれの法人情報となり難しい面がございますが、エリアごとの分析等はございまして、例えば、29年度の救急搬送3,763件、うち三田市民病院は2,427件・64.5%、市民病院以外の市外は、特に神戸市北区17.4%、神戸市北区以外の神戸市内5.3%となっています。この中には、神戸大学病院さん等々も、3次までやっておられるところも入ってございます。その他阪神間が4.5%などエリアごとの統計は出てございます。

明石会長：それは、全部合計すると15%か20%ぐらいになるのでしょうかね。

事務局：そうですね。

明石会長：他に何かございませぬでしょうか。

木村委員：地域医療構想調整会議に出席しており、三田市は今後、阪神北圏域から阪神南圏域と合併され阪神圏域になりますが、阪神圏域になっても三田市は地域的に非常に西の端になり、3次救急に回す場合も尼崎市とかということで非常に遠い。県は準圏域という圏域の設定を認めることとされていますが、今の構想の中では、従前の阪神北圏域を阪神圏域の準圏域と位置づけることとされています。三田市としては、三田市と神戸市北区北神地域を準圏域として設定して頂きたいと考えておりましたが、準圏域の設定は、圏域内での設定となっていますので、『連携』という考え方を盛り込んでもらいたいと県にお願いしております。

藤本委員：視点を変え市民の立場で申しますと、三田市民病院は救急をベースにしないといけない。これは当然ですが、現在300床で救急をして頂いていますが、人件費比率が一般の病院に比べて高いというのが、経営状態を圧迫している原因の一つだと思う。また、300床の船に400人以上の乗組員で、今、漕いでいるわけですが、救急を運営する場合、若い医師の確保は不可欠となります。救急を運営する場合は、当直明けは「休み」を前提とすれば若い医師のマンパワーがなければ、365日維持することは出来ません。基本的に救急を運営するためには、若い医師の確保が絶対条件であり、300床の船では足りないが、例えば三田市民病院を単独で500床にしても医師は集まらないので、二つの病院を統合して医療スタッフや診療科目が増えなければ維持出来ないと思うので、選択肢はそれ一つしかないと思う。

松本委員：先程から議論になっておりますように、三田市民病院は、命にかかわる救急患者を救える若い医師が魅力を感じる病院を目指す必要がありますが、現状では中途半端な規模・機能となっている。今日の日経新聞にも奈良県荒井知事の記事がありましたが、『産科たらい回し事件』があつて、診療体制について改革が進められてきましたが、当時は医療資源が分散し拠点機能が曖昧で、其々の病院が中途半端な機能となっていました。そういう状況が、現在市民病院にも生じています。

先程、平田先生がおっしゃったように、循環器など色々な疾患別のニーズに関するDPCデータが出ていますが、呼吸器など必要な診療科が揃っておらず、三田市民病院は対応が出来ていないという状況となっている。兵庫県の各圏域で病院が統合した結果、少なからず経営面や機能面で良い結果が出ていることを考えると、阪神北・神戸市・篠山市を含めた北のエリアに拠点となるような病院の整備を進める必要がある。

平成30年度から診療報酬が改定になり、DPC機能評価係数も新たに調整係数が無くなってリセットされましたが、兵庫県の標準病院群の機能評価係数Ⅱの上位に北播磨総合医療センターがいる。つまり、統合・再編された公立病院の機能が明らかに向上したということである。急性期医療を実施するためには、医師の配置人数を始めとする医療資源を集約化しなければ経営的にも不効率となることから、公立病院に求められる医療の質を確保するためには、北播磨総合医療センターをモデルとする方向で進めていくのが現実的な手法ではないかと思う。

急性期病院は地域の拠点病院として地域ニーズに応えるため、救命センターの施設基準をとるとか、HCUやICUを配置するといった高度な機能を可能な限り整備していく必要がある。

資料2の高度急性期と急性期の棒グラフは、DPCのC1、C2、C3の、所謂、機能分化するための目安として出されたデータを積み上げた結果ということであるが、高度急性期機能は3次医療圏をカバーする大学病院等が担い、地域の拠点病院というのは急性期機能と地域のニーズにあった高度な機能を可能な限り整備しなければならないと思っています。もう一点は、先般の地震や大雨の際に交通網が寸断され、この地域が孤立したとお聞きしておりますが、そのような状況になると、この地域で一定レベルの医療機能を持つ完結型の病院を整備しなければ悲惨な事態を招きかねないと懸念しています。

こうした自然災害等に備え、限られた医療資源や財源の中で必要な医療を供給していくということについては、今後、三田市のまちづくりをどうしていくのか、例えば、コンパクトシティを目指すのかといったことと併せて、市民病院がどうあるべきか考える必要があると思います。

明石会長：ありがとうございます。今のご意見も含めて概ね方向性は一致していると思われますので、次のテーマに移らせて頂きます。事務局から資料6のご説明をお願いします。

事務局：議題(1)『課題解決のための経営手法について』資料6説明

・三田市民病院の再編・ネットワーク化と経営形態のあり方について【資料6】

明石会長：これまで委員の皆様にご意見を頂戴すると、急性期医療機能を確保するためには、病床数を増やして医師を集約化するなどにより、医療機能を高める必要があることから、再編・ネットワーク化を進めていく方向性で一致したと考えています。ここからは、経営形態のあり方について少し議論を進めていければと思います。ご意見ご質問はございませんでしょうか。

永徳委員：今、会長がおっしゃったように『再編・ネットワーク化』については、意見が既に一致しているので別としまして、『経営形態のあり方』として4つの経営形態が上がっていますが、現在、地方公営企業法全部適用ですので、見直すとなりますと、地方独立行政法人化・指定管理者制度・民間譲渡となります。民間譲渡については、今回の検討対象にはならな

いと思いますので、独立行政法人化と指定管理者制度の2つが対象かと思います。資料にも其々のメリット・デメリットが記載されていますが、実際に独立行政法人化された病院や指定管理者制度を導入された病院に経営形態を見直した結果どのようになったのか、プラス面・マイナス面など結果を分析した資料を事務局にお願いしたいと思います。

明石会長：調査して次回資料の提供をお願いします。

事務局：承知いたしました。

明石会長：単独の病院で地方独立行政法人化したところもありますが、統合して地方独立行政法人化した病院や指定管理者制度を導入した病院を中心に資料をご提供ください。

事務局：次回までに調査してご提供させていただきます。

明石会長：他にご意見はございませんでしょうか。

今後委員：統合して地方独立行政法人化する事例はよくあると思いますが、統合して指定管理者制度を導入するのは珍しい手法と思います。川西市がそのようにされると発表をされていましたが、統合して指定管理者制度を導入したメリットの事例を挙げるのは現時点では難しいのではないかと思います。そうした事例があるのであれば、県立病院を運営する立場の私たちも知りたいと思いますので、適当な事例があれば提供して頂きたいと思います。

事務局：そのような事例も含めて調べさせていただきます。

明石会長：公立病院と民間病院が統合し民間病院が公立病院に吸収される場合は地方独立行政法人化する例がみられます。例えば、加古川中央市民病院の例があります。

その他にも再編・統合には様々な例があると思いますので、いくつかの事例について資料提供してください。

事務局：様々なパターンについて調査して資料をご提供させていただきます。

永徳委員：たとえ経営が黒字であっても初期投資が大きければ、建設等に係る借入金の返済に要する部分が大きくなり、現在の三田市民病院のように少し利益が出て資金が足りないという状況になる。そういった部分が懸念されます。

明石会長：北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院は起債を発行して病院を建設し、その償還財源を確保しながら経常収支黒字を維持出来ているので、どれ位の建物や医療設備を整備し、どれ位の利益を見込み、借入金の返済をしていくのかという事業計画を作らなければならないと思います。指定管理者制度導入や独立行政法人化、一部事務組合にしても一旦、現在の病院事業の清算が必要になる。指定管理者制度の導入等は退職金の問題など色々な課題があるので、それらも含めた整理を事務局にお願いしたいと思います。

事務局：他の病院の事例を調査するなかで対応させていただきます。

明石会長：新たな病院が300床規模になるのか、500床規模になるのかにより、初期投資に係るコストが明確にならないため、その辺りが明らかにならないと、どの経営形態が望ましいか判断が難しいと思います。

今後委員：今のお話ですが、初期投資に係る負担については、経営形態の如何に関わらず再編・ネットワーク債を活用することにより、一般会計が負担する部分や交付税算入により財政措置が受けられる部分が決まっており経営形態の判断に影響を及ぼすものではないと思います。むしろ、運営費については、独立行政法人化や指定管理者制度を導入する場合等で差異が生じると思います。



明石会長：初期投資に係る負担は、病院の規模や医療機能・設備で決まり、経営形態で変わるものではないということですね。一方で、運営に係る部分は経営形態によって少し差異が出てくるということですね。

今後委員：兵庫県立病院の場合は、地方公営企業法全部適用で運営していますが、その特別会計の中で全ての経費を回していくことになります。従いまして、兵庫県の一般会計と特別会計の中で責任を持って運営していくということになります。独立行政法人の場合は、一定の金額は設置者である市が負担しますが、それ以外は市とは別の法人格をもつ独立行政法人が責任を持つこととなります。また、指定管理者制度の場合は、設置者である市は一定の指定管理料を負担しますが、それ以外は受任者である指定管理者がその経営のなかで回していくというのが一番大きな効果であると思います。

明石会長：事務局のほうで、その辺りも含めて資料の整理をお願いします。

#### 4 その他

明石会長：本日の審議はここで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

事務局から他に何かございますでしょうか。

事務局：特にございません。

明石会長：それでは、事務局にお返しします。

#### 5 閉会

事務局：明石会長、長時間にわたりありがとうございました。

委員の皆様方も長時間にわたりましてありがとうございました。

次回の開催につきましては、開催決定後1か月前を目途に委員の皆様にご連絡させて頂きたいと考えております。最後に市を代表いたしまして、米田三田市参事から閉会の御挨拶をさせていただきたいと思っております。

米田参事：閉会あいさつ