

## 第2回 JCHO アドバイザリーボード議事録

●日 時 令和5年9月6日 14時00分～15時10分

●場 所 地域医療機能推進機構本部研修棟3階会議室

●出席者

・アドバイザー

岩田アドバイザー、大八木アドバイザー、永井アドバイザー、西堀アドバイザー、堀アドバイザー

・地域医療機能推進機構本部

山本理事長、屋敷理事、田中理事、楠理事、佐藤理事、関根理事長特任補佐、村上北海道東北地区担当理事、島田九州地区担当理事

(事務局) 中村企画経営部長、西井企画課長、角田企画課主査、伊藤企画課主査

○西井課長

定刻になりましたので、只今から第2回 JCHO アドバイザリーボードを開催いたします。地域医療機能推進機構本部企画課長の西井と申します。

まず、アドバイザーの方におかれましては、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。本日、初めて参加される関根特任補佐より一言ご挨拶を賜わってよろしいでしょうか。

○関根特任補佐

この4月から理事長特任補佐を仰せつかりました関根と申します。永井先生におかれましては、永井先生が東大病院時代に執行部の末席に加えていただき、いろいろとご指導いただいた次第です。

都内の東京新宿メディカルセンターで病院長を7年やっております。病院経営の勉強をあまりしてこなかったので大変苦勞しております。本日はご指導の程よろしく願いいたします。

○西井課長

それでは、本日の議事について説明いたします。まず、資料に関しましてはお手元に配布しております資料をご覧ください。

議題が2つございます。議題1につきましては理事長の山本から、議題2につきましては理事の屋敷からご説明させていただきます。それぞれ議題毎に皆様からご意見、ご質問をいただきたいと存じます。

それでは、議事に入る前に第2回 JCHO アドバイザリーボード開催するにあたり、理事長よりご挨拶申し上げます。よろしく願いいたします。

○山本理事長

アドバイザーボードの先生方、本日はまだお暑い中お集まりいただきありがとうございます。着座にて失礼いたします。

前回の第1回の時、いろいろとご意見頂戴いたしましたが、私ども JCHO は独立行政法人として活動してまいりましたが、そもそもの設立の経緯の特殊性もあり、また 57 病院ありますが、それぞれの病院のおかれた歴史、あるいは現在の立地条件の困難さもございます、なかなか法人としての方向性を定めるのが難しい状況でございます。そんな中で、是非外部の皆様方のご意見をいただきながら、究極の目標であるより良い医療を地域住民に提供するということをしかり果たせるような形にして参りたいと存じますので、本日はよろしくお願ひ申し上げます。

前回は概括的に法人全体のご紹介をさせていただきましたが、今日は直面しています大きな問題の一つとして、病院の統廃合を含めた地域医療構想への対応をどう考えるか。もう一つは財務基盤の強化というこの2点についてお話をさせていただきたいと思ひます。

冒頭、まず今日お配りした参考資料2という1番後ろの資料でございますが、直近の経営状況という資料を用意してございます。コロナが5月から5類になって、実質コロナ明けのポストコロナという状況になっておりますが、やはり患者が戻って来ないという状況がございまして、1番最初のグラフは経常収支をコロナ前の令和元年、それから直近の令和4年、令和5年とグラフにしておりますが、令和5年は4、5、6、7月とずっと法人全体で見た時には赤字が続いておりまして、もう既にこの4ヶ月で累積赤字が35億というような状況に入っております。今年の前半に関しましては病床確保料、その他のコロナの補助金がいくらか入る見込みはございますけれども、非常に厳しい状況にあるということで、先頃も私の方から全職員向けに緊急メッセージを出したりもしておりますが、まだまだ手ぬるいというお叱りを他所からいただいているという状況でございます。まず、直近がこういう状況ということをご報告させていただきたいと思ひます。

それでは、資料1をご覧くださいませでしょうか。地域医療構想を踏まえた JCHO の取組ということで、JCHO 病院の今後の在り方について、医療政策との関係でご説明させていただきます。1枚おめくりいただいたところが、地域の医療介護提供体制における JCHO の立ち位置ということで、非常に大雑把ではございますが、日本の医療を特に病院を中心とする医療提供体制を図にしますとこのような形になるかと思ひます。上に行けば行く程医療の難易度が上がっていく構造であるということです。横の幅は患者の実際の数を表しているということで、富士山みたいな、あるいはピラミッド型というご理解をいただければと思ひます。一番上の部分、1番難易度の高いところは大学病院、あるいは救命救急センターが担っておりますが、その直ぐ下の段階の急性期中心の病院から、あるいは回復期というところの部分に主に JCHO 病院が担っているところでござい

すが、ここの部分の問題点というのは左側にも書いてもございますが、診療報酬上この急性期病院というのは今、財務省がとにかく病床数を減らそうと、ここは人件費と経費である医療費が掛かる部分なので、なんとかここを減らそうということが、来年の診療報酬改定においてもいろいろな議論がされているところであります。それから、同じく急性期の病床数を減らすべきということで、地域医療構想、この後ご説明しますが、ここが進んでいるというところですよ。

それから、JCHO 病院に関してはほとんどが大学医局派遣に頼っている状況でありますので、この大学からの医師派遣という点では急性期側の医療をしていないと、なかなか大学としては人を派遣してくれない。つまり、若手医師の研修に繋がるということが非常に重要でありますので、急性期側の医療をしていないと大学からの医師派遣は受けられない。ずっと下の方に下がっていくと、大学からすると医師派遣の意欲に乏しいということになります。

もう一つ JCHO の特徴としては、公的病院として災害であったり、これまでのコロナ対応というようなところで、厚生労働大臣からの要求を受けたりというような社会的使命を持っている部分がございます。一番上でも下でもないちょうど中腹の部分ということで、いろんな経済的、あるいは政治的な部分で難しいところがあるという状況でございます。

次の 2 ページ目でございますが、日本地図が JCHO 病院のロケーションを示しておりますが、左側の病院の一覧のところ黄色く塗ってあるところは、地域医療構想における再検証要請対象医療機関として 19 病院がここに指定されています。この再検証要請対象医療機関は何かというと、もう 1 枚おめくりいただきますと、今、地域医療構想というのが何年も前から進んでいるところであります。当座は 2025 年の 2 年先ですけれども、2025 年の医療需要の病床の必要量を見て、急性期の多い少ない、あるいは回復期の多い少ないという議論をしてまいりましたが、その中において次の四角の各地域においてちゃんとやっているかどうか、地域に求められる診療行為を行っているかどうか。例えば診療実績が特に少ない、あるいは同じエリアで似たような診療行為を行っている医療機関があるのではないかという観点から、全国で 436 病院が再検証要請対象医療機関に指定されました。簡単に言うと要らないのではないか、働いていないのではないか、あるいは医療機能が重複しているのではないかという指定を受けたのが全国で 436 病院あり、そのうちの 19 病院、2 ページ目の黄色に塗ってあるところが JCHO の再検証要請対象医療機関に指定されたところでございます。これらの病院においては、それぞれの地域の地域医療構想会議で病院の在り方について議論はされたのですが、地域医療構想会議の各地区の医師会、あるいは地区の自治体に任せられていたために、あまり踏み込んだ議論がされてこなかったというのがコロナ前の状況ですね。ですから、実際に黄色の病院どうだったかということ、ほとんどの病院が今の医療機能のまま運営を続けていいよ、あるいは一部の急性期病床を回復期に変えるということで、その体制で運営してくださいということで、何か具体

的に厳しい判断を地域医療構想会議の中で行われたかというところではないという状況で、お目こぼしにあってしまいました。そういった状況のままコロナに突入したものですから、話自体がうやむやになったというのが現状でございます。ただコロナが明けたので、厚労省も地域医療構想を本格的に進めようと、今病院の医師不足対応として、病院機能の集約あるいは医療提供体制の効率化というのを強く叫ばれておりますので、今後改めて進められるというところでございます。

そんな中で、JCHO の中でどんな風に再編統合の話が進んでいるかというところ極めて少数であります。4 ページを見ていただきますと、下関医療圏における再編統合ということで、この狭い下関市に急性期病院が4つひしめき合っているということもあって、以前からここの地域の病院の再編ということは言われておりましたが、昨年くらいからこの辺の話が急速に進んで、この地域が地域医療構想の重点区域に指定されたということもありまして、この下関の真ん中の下関市立市民病院と、それから下関医療センター、これがJCHO でございますが、まずこの2つを統合しようということで今話が進んでいるところでございます。今年度中には具体的な話が表に出て、4、5年先には新病院が開設されるという形で話が進んでいるところでございます。ただ、ここも最終的には4病院を2つの病院の統合しようというのが最終目標ではありますが、ちょっとその先は見えない。まずは4を3にするというところまで話が進んで、そこから先はまた後で考えようというような状況でございます。

それ以外の病院の統廃合というのは全く進んでいませんので、今、本部として各病院に積極的参加を呼び掛けているのが、次のページでございます地域医療連携推進法人、この制度への加入を強く推奨しております。これはいくつかの病院がこういう法人を作りまして、法人といっても経営統合では無く、例えば病床数のやり繰り、人のやり繰り、あるいは医療機器のやり繰りなどを円滑に進められるという法人であります。より進んで経営統合に向かっても良いですが、その前段階として効率的な医療を提供できるようにということで、各地域において設立が進んでいるところでございます。具体的に JCHO 病院が加盟しているのが5 ページにあります、一つは「ふじのくに社会健康医療連合」ということで、これは静岡県立総合病院が中心となっておりますが、ここに同じ静岡県に存在する JCHO 桜ヶ丘病院が加盟することで、現在、主な連携実績にあります、医師の派遣を受けたり、あるいは紹介患者や救急の受け入れ等で連携する。それと医療機器ですね。静岡県立総合病院で使わなくなった医療機器等は無償で貸与してもらうということが、一つの成功事例として進んでいるところでございます。

6 ページをおめぐりいただきますと、同じ静岡県である「静岡県東部メディカルネットワーク」というのがございます。ここは順天堂大学の静岡病院が中心となって、その周辺にある回復期病院等が加盟しているところに、ここ最近うちの三島総合病院も加盟したというところがございます。これはまだ具体的な動きはこれからなのですが、今のところ患者のやり取り等がスムーズに動き始めているという状況でございます。

最後の8ページになりますが、本当に医療を取り巻く環境が急激に変わっている中で、地域における病院再編は急務でございます。先程黄色で塗った再検証要請対象医療機関というのは、本当にあと5年、10年先はなかなか単独で成り立っていくのは難しい病院でございます。再編は急務であります、現場の病院では危機感が薄いというようなことがあります。先程申し上げました通り、地域医療構想として地域で考えて、再編を考えてくださいねという、これも地域での温度差が激しいということがございます。なかなか病院再編に向けたリーダーシップを取る存在が薄いという自治体であったりとか、先程の下関は下関市ないし、そこを取り巻く政治家の皆さんの動きがあったようでありますが、なかなかそういうリーダーシップが存在しないということで、現在、存続が危うい病院に関しては令和5年、6年の2年間経営強化集中期間として集中的に経営改善に向けた取組を進めてもらって、その結果によって今後の存続を閉鎖、譲渡、あるいは統合というところ有一段踏み込むところではおりますが、なかなか地域との連携その他、あるいは現場の危機意識の薄さというところで、今、苦慮、苦勞しているところでございます。今後どのような対応を進めていくべきか、ご意見を頂戴できれば幸いです。

#### ○永井アドバイザー

あまりにも複雑で一筋縄ではいかない問題だと思います。例えば大学病院の考え方や価値観が変われば、JCHOに来る医師の価値観も変わります。一つは現場のモチベーション、やはりプロフェッショナルな人達ですから、知的好奇心を刺激する魅力があれば、どこへ行っても勉強すると思う。何かJCHOならではの好奇心を刺激する仕組みを考えているのでしょうか。別に基礎研究をやれば良いわけでもないと思います。

そこで一つ考えたのが情報で、情報を上手く組み合わせ、現場にいても学術的な仕事を行う。知的な刺激あるいは今の時代の最先端のアイデアが出てくるかもしれません。

地域医療構想でも結局情報の連携がないとできません。そうすると、これから情報システムを整備し、紹介・逆紹介を行う、あるいは診療データの統合によってJCHOとしてモデルケースを作られたら良いのではという気がしますが如何でしょうか。

#### ○山本理事長

地域における情報システムの連携という点では、これまで既にいろんな地域で、地域ごとの情報のやり取りができるネットワークとなってきましたが、ここのところ何となく小さくなりつつある。それぞれの地域で閉鎖したネットワークが一時的にできましたが、それが横の広がりにならないという現状があると思います。あと、JCHOの特色という点では、先程のピラミッドでお示しましたように、地域急性期ということが我々の役割分担だとすれば、先程のお話で出た総合診療医の育成というところは力を入れていかなければならない。大学ではなかなかできないところである一方で、地域のニーズは非常に高いというところで、総合診療医の育成は今、力を入れ始めているところであり、現に

現場のレベルでその辺の育成に向けた動きがだんだん活性化しているところはございます。ただ、永井先生から宿題としていただいた情報システムの整備というところは、どういう風な最終的に形を目指していくのかというのは見えづらいところがあり、情報セキュリティ体制の強化とか、そういうところにパッチを当てるのが精一杯というような現状でございます。

○永井アドバイザー

下関の病院統合にしても、たぶん診療所との連携をしないといけないと思います。これはお金がかかりますから、地域医療確保基金を上手く使ってシステム作りに費用を捻出してもらおう。自治体が3分の1負担ですから上手く了解を得ることが大事だと思います。自治体さえ了承すれば様々な用途に活用することが可能だと思います。

○山本理事長

ありがとうございます。西堀アドバイザーお願いいたします。

○西堀アドバイザー

さっきのピラミッドの絵を拝見しますと、いろんな臨床医療についての矛盾が真ん中のところに出てきていると感じています。つまり、この医療は全部大学病院だとか、一方でかかりつけ医と言われるところは、段々彼ら自身も専門性が高くなってそれなりの対応ができるようになります。そうすると真ん中のJCHOをはじめとして公立公的病院、大都市では民間病院もあるでしょうが、そこにどの程度のニーズがあるのかということかと思えます。これは医療ですから、当然地域ごとにとということになると思いますが、定量化できると思います。ただ、その検討を誰がやるのか、県なのか、あるいは先程の下関のような市でやるかが必要だと思います。それが見えてくると色々な意味で、JCHOとしてどういう形で再編統合したら良いかというのが見えてくると思います。

先程から言われている、その辺のリーダーシップを取られる方が今の段階で見えないということのようですので、そこをしっかりと行政に言っていくということが最初のところかなと思います。JCHOが全ての問題を解決するというのは無理ですね。そのところをもっと強く見ていくことが基本ではないでしょうか。一方でさっきの数字を拝見すると、これもまた大変な状況であるということも分かりますし、14病院、この中には再検証要請対象医療機関に指定された19病院も含まれていると思うのですが、いつまでにかという点も不透明であります。そうすると一つ一つの病院においてJCHOとして何が出来るのか、その地域でJCHOの病院が何を地域から求められているのかということを考えて、自分たちで改善を進めていくということが必要です。JCHOがやるべきことと、行政に働きかけてやっていただくことを分けて、特に行政に働きかけるところは相当

手間がかかることですから、理事長をはじめとしてそういう組織を動かすということが必要になると思いますが、その両方のアプローチが必要なのではないかという風に素人ながら思います。

○山本理事長

ありがとうございます。データとしては、人口推計が出ております。それから疾患毎の受療率で患者がどのように変化して、例えば消化器の癌だったらどうか、脳卒中だったらどうか、患者の予測が出ています。ですから、データの的に見るともう無理だよねということ突きつけられているという状況にあります。ただそれに対して当事者たち、私たち含めてですけれども、動きが鈍いというのが1番の我々の課題なのです。それでいきなりこの再検証要請対象医療機関で、じゃあこの病院もう閉めます、とういわけにはいかないので、差し当たってこの2年間の集中的な経営改善に向けた取組で、今ご指摘あったニーズ、1番地域で求められているところに最大限のパワーを発揮できるかどうかやってみようということ、14病院へ投げかけていて、それでどこまでパフォーマンスを伸ばせるかを試してもらっています。やれる経営努力は全て実行しながら、1番ニーズがあるところをちゃんと探してねということを行っています。ただ2年間やっても駄目だったところは次のステップに移らなければいけないと考えています。その時に我々だけの判断で、この病院閉めますとか、この病院売りますなどを進めると、この地域あるいは地域を取り巻く環境、例えば政治家を含めてハレーションが大きくなるだろうなということが今非常に悩ましいところだと思います。

○西堀アドバイザー

その辺の努力というのは、民間であれば数字が示すので自らやることになると思うのですが、地方では民間の有力病院というのは少ないのでしょうか。結局は少し支援が得られそうな公立病院が難しい状況になってしまう。結局それはどういうことかという、JCHOも存在理由がだんだん薄れてくるということに繋がってしまう。その辺りを正に厚労省が中心としてどう考えて、このままで良いのかどうかということが問われているのではないのでしょうか。

○山本理事長

儲からないし、経営成り立たないからやめますとすると、民間と何が違うのだということになってしまうので、それはそうであるが、我々は国から運営費交付金が下りない団体なので、法人としては自取自弁で自立してやっていかないといけないという中で、民間みたいにやれたら楽、たぶん病院半分くらいになると思うんですけど、今、本当に悩んで

いるところでございます。

ありがとうございます。はい、堀アドバイザーお願いいたします。

#### ○堀アドバイザー

昨日から書類を拝見させていただきました。それで、下関のこの案件が厳しいパイロットケースになると思う。JCHO が当事者として絡んでいるし、2つの病院が1つになっていくと形式的には2が1になるのだけれども、病床数は増える、人数も増える。いろんな意味で増えるのだけれども、そこからどういう原理原則で引き算をやっていくのかという、引き算をやっていくときの具体的な問題点が明確になる。具体的な問題点に対する具体的な解決策が何かということをもう少し現場感を持って見てこられるのだと思います。その時に、地方のローカリズム特有な、いろんな付度があるのだと思うが、その付度に JCHO としてどういう対応を行うのかと。それからここに書いてあるような他の急性期病院に不要な悪影響と書いてありますが、いったいこれは何なのかと。こういうところでまた付度が働くというような、いろんなケースをもっと頭出しをしっかりと、結局このケースが JCHO のいろいろな病院の出口になっているわけなのです。出口に辿り着くにはもう少し時間がありますが、出口を明確に示すことによって、今ある 19 の病院に対して明確な指針を示すような、パイロットケースになるのではないかと思いますので、ここを具体的に深掘りして検証したらどうかという風に私は思います。

#### ○山本理事長

ありがとうございます。下関に関しましては、具体的に1足す1が2では無くて、1が1.5くらい感じで、病院の規模に関してですが、元々そういう感じでは進めております。ですので、逆に言うと両方の病院が人員削減をした上での統合という形になりますので、その辺の削減のプロセスをどういう風にしていくかというところは、今下関市と色々と詰めているところでございます。それから、他の急性期病院に不要な悪影響という正に鋭い指摘でございますが、ここは要するに新しい病院ができることで、他の今回統合に参加しない2病院が不安に思っている、脅威に感じているというところだと思います。新しい病院が町の1番真ん中に非常に近いところにいきますので、最終的には4が3になる。この3病院で下関医療圏の医療を担わなければならないということで、上手くやって新しい良い病院を作らなければいけないというところ、正にご指摘の通りでこれから大きな方向性は決まったのですけれども、細かな戦術的なところというのはこれから色々と考えていかなければいけないところと認識しております。

ありがとうございます。大八木アドバイザーよろしくお願いいたします。

#### ○大八木アドバイザー

ご説明ありがとうございます。2つあるのですけれども、1つは冒頭にご紹介されま

した最近のコロナ後の病院の収益状況。これはマクロの全体的な数字しか分からないのですけれども、この中から新しい医療といいますか、診療科を増やすとかそういう方向性というのは各病院で明快になっているという意味で説明されたのでしょうか。そこらの経営主体がこの数字を見て、それぞれ個々の病院の経営の中から新しい、例えば2年後の動向はこんな風になるのだというのは統計数字的に全部あるとおっしゃいましたが、そういうものも含めて明快になっているという説明があるかどうか、これは単純な質問なのですけれども、そのことによって地域医療の個々の主体の考え方というのは大きく変わってくると思います。

ごく普通の生活者レベルで言いますと、コロナ前ってちょっと悪くなったら病院行くかということだと思いますが、コロナによって患者側というか国民側にも緊張感が出た。したがって少し体調が悪い程度であつたら病院へ行かないという新しい生活スタイルというのが、私は出てきていると思います。企業でも消費者の需要の動向の変化はコロナ前とコロナ後で大きく変わってきたりもしていますし、経営の考え方も当然変わってきていますので、こういう100年に1度ぐらいの危機の後というのは、社会はもう基本的に変わってしまう大前提で、何がどういふ風に関連性があるかというところをしっかりと見るというのが大事なのかなと思いました。これは単に感想と質問ですね。

2点目の統廃合ですけど、先程西堀アドバイザーから民間ではというお話がありましたけど、金融機関でも最近西堀アドバイザーのところもそうでしょうけど、駅前でATMがどんどん閉じるし、かつて600箇所ぐらい国内で営業所持っていたのに、今はおそらく大手でも300箇所程度に絞っている。50%なのですよ。意外と金融機関の人は賢いですから、利用者の反応を見ながら周りの情報をSNSで取りながら動向を把握したりしている。民間の場合は明快に収益で動向を判断しているということがありますが、どうでしょう。国民の目から見たら、日本人にとって、医療はタダという感覚がちょっとあって、近くに病院があるのが無くなってしまふ、何それみたいなことがあるわけで、したがって常に医療の問題というのは政治問題化していくのだらうと思います。そういう意味で、お考えになっている基本的な構想、地方レベルの政治の世界もそうですけど、真ん中の政治の世界でどれだけ具体的かというのが非常に大事だと思いますし、それからあともう一つは、地方においても現状の情報発信を明快にされていくというのがすごく大事だらうと思います。

一般の国民というのは、それぞれの病院の経営状態がどんな風になっているかは全然知りませんし、それが不安な状態であるとか、そういうことも全然分からない。発信の仕方はいろんな工夫があると思いますが、岩田アドバイザーがこの点すごくプロなので。そういうことを、透明性をある程度高めるといふことが、理解を得る上で非常に大切だらうと思います。これはどこの経営スタイルであらうとも一緒だらうと思いますので、これは単純な意見で、具体的な意見ではありませんけど、是非心がけていただければと思います。

#### ○山本理事長

ありがとうございます。まずコロナ後の経営の方向性という点では、各病院から年度計画を出してもらっているのですが、ほとんどの病院はコロナ前に戻すという経営の方向性となっています。これに関してはお話にあったように、世の中の社会構造が変わっており、来年度から医師の働き方改革が始まると、それと診療報酬改定の財源そのものが無いということで、私自身は今、医療界の大地殻変動が起こるという認識の下に考えてくださいという風に申し上げておりますが、そのメッセージ自身が具体性に欠けるといふところもあり、やはり現場はなんとかコロナ前に戻れば・・・という状況であることは否定できないという風に考えております。

実際、今年度に入ってから外来の新患者数が 23%減っている、あるいは入院の新患者数が約 9%減っている等具体的な数字が出てきていますので、この辺の数字をそれぞれの病院で直視して方向性を決めるということは訴えていきたいという風に考えております。

それから各地域における情報発信の重要性、これもご指摘の通りでございます。最近、私が理事長になってから病院に行くついでに、地元の自治体の首長さんのところもなるべくお訪ねするようにしているのですが、ほとんどの皆さんが、JCHO が国から運営費交付金を貰っていると、赤字でもどうせ経営続けてくれるというようなお考えであることが最近分かってまいりましたので、経営危なくなったら閉めますということをお話ししつつ、例えば自前で県立病院なり市立病院やるよりも、一桁少ないご支援いただければ我々は病院を経営し続けられますということを訴えておりますが、各病院におかれては、大変な状況であることや地元で頑張っていることをなかなか地元でアピールできていないということは事実だと思います。

ありがとうございます。岩田アドバイザーお願いいたします。

#### ○岩田アドバイザー

色んなご意見が出ており少し被るのですが、先程診療データの統廃合等のモデルを作っているというご意見ありましたが、ここまで経営が悪化している以上、最低限やるべきことはやらなければなりません。政府が進めているような DX 化をしっかりとやっていけないといけないし、AI の有効活用というのはマストでやらなければいけない思っております。ただ、地域の病院や小学校、中学校の統廃合を見てみますと、例えば岐阜の恵那市では、5つの中学校を1つに統合しようと試みています。そうすると今度は通学に車で1時間半もかかってしまって、学校に行けない子も出てくるし、部活に打ち込めない子も出て生活に直結してくるわけです。公共機関や施設の統廃合というのは不便になったという声も出てくるのがつきものです。統廃合するに当たっては、例えば足をどう確保するとか、細かな部分のケアがセットで必要になってくると思っています。

一方で、先程急性期の部分について、財務省が、医療費が掛かるということに着眼して、来年の診療報酬も視野にここを圧縮する可能性があるとお説明がありましたが、素人から見ると高度急性期は重要ですが、急性期も十分大事な分野だと思います。大事なものは大事だということは財務省にもしっかりメッセージを伝えていくべきかではないかと思えます。

それから一つ質問ですが、地域の病院再編に向けてリーダーシップを発揮する存在、自治体や大学等の欠如という文字が書いてあります。平成の大合併が行われた時に、吸収される自治体と、うちはお金無いけれども自立でいきますというところと大きくちがいが出たと思うのですが、この平成の大合併の時に、医療機関の吸収合併等々については、何か特筆すべき動きはありましたでしょうか。

#### ○山本理事長

正確な資料は持ち合わせていませんが、知る限りにおいて連動はしていなかったと思えます。特に市立とか公立病院もみんなそのまま残っていて、例えば先程お話しした静岡市の桜ヶ丘病院というのは元々旧清水市にあって、静岡市と清水市が合併したけど、そのまま静岡市立清水病院で残っていて、尚且つ桜ヶ丘病院も残っているということで、少なくとも静岡の辺りで見ると連動していません。今遅れて、静岡県遠州地方辺りはようやく統合が始まっているという風に聞いております。

#### ○岩田アドバイザー

確か、当時成功した自治体とそうでない自治体と違いが見えたと思えますが、手腕を発揮した首長のお話を聞いたり、参考情報を得たるのも一つかと思えます。

それから情報発信。この間、JR で新幹線が運休した時に情報発信のあり方が議論になりました。今の若い人は、ただホームページ作っておけばそこにアクセスしてくれるということはありませんので、こちらから積極的に発信していくべきだと思います。情報発信にもう少し力を入れ、新しい方法を議論した方が良いと思えます。

#### ○山本理事長

ありがとうございます。他に何かこの地域医療構想関連でご意見、ご質問ありますでしょうか。永井アドバイザーお願いいたします。

#### ○永井アドバイザー

あまり高度な診療ばかりしていると、診療報酬における技術料収入が相対的に低下して赤字になります。そのバランスがかなり難しいと思えます。JCHO としてどのような構

成で医療をしていくのか。高度医療の経費を支える技術料収入がないと、経営が悪くなるわけです。その分析をどうされていますでしょうか。地道なあまりコストが掛からない技術料収入を得られる医療を行った上で、先端医療の高価薬を使わないといけない。JCHOの場合はどうなっているのでしょうか。

○山本理事長

はっきり言ってしまうと各病院次第ですね。ただ私が見ていると、結構需要と供給のバランス的なものはあるので、例えばある病院は非常に血液内科が強くて、そこは医師がたくさんいて患者が集まってくる。そういうところは非常に血液製剤、白血病の薬その他で薬剤費がぐっと上がってくるのです。ただそこが他の抗がん剤もあるかという、他の消化器がそんなに強くなかったりすると、他の抗がん剤は出ていかないということで、本当に各病院の特色と地域のニーズでその辺は決まってくるのかなと思います。

一方でダヴィンチは非常に悩ましいところで、ロボット手術のダヴィンチですね。あれはつい先日も議論したばかりなのですが、あれが無いと大学が外科医を送ってくれないから買いたいとのことですね。一方、足元で大赤字なのに誰がお金を出すのですかという話になりますが、そこは一つ問題として考えているところです。

○永井アドバイザー

それも含めての組み立てかと思います。さっき言ったように、専門職ですから、知的好奇心を追及していくわけです。しかしあまりに知的好奇心を基盤に考えていると、経営を傾けるということがある。それを病院任せ、担当医任せにしないことが重要と思います。

○山本理事長

ありがとうございます。はい、大八木アドバイザーお願いいたします。

○大八木アドバイザー

一点、組織内における危機感の共有という風に書かれているのですが、具体的にどんな風にされるのかなという風に思うのですがね。今、私どもの企業で言いますと、常にグローバルな競争の中で見ていることは世界中を見ている。マーケットの動向というのも常に影響してきますので、そういう中で収益はちょっとショックがあると急激に落ちてきたりしますし、うっかりすると国内と海外が同じものを作っていてもコストが倍違ったり、そんな世界があるわけです。

組織における危機感を共有するときに私ども1番大事だと思ったのは、これも情報発信の類になってしまうのですが、いわゆるトップがどれだけこの核を常に情報を正

確に透明性高く出し続けられるか、というのが1番大きいと思う。経営に対する共通の理解が正確に出てきませんと、いくら物言ったって、例えば私どもの子会社のトップが全体を見せたって、いや利益出ているからいいじゃないかというような発想になるわけです。

これは一つマクロ的な意味で、全体像としてどうなっているかという中長期の話もあるのと、短期はおそらく病院経営には馴染まないかもしれませんが、これ、徹底的に追及します。例えば赤字が2年も3年も続くそういうトップに対しては、インセンティブの意味でも、人事の意味でも徹底的に追求します。時間を2年とか明確に区切って、その上で中長期の計画を作らせて、その短期でフォローアップできる KPI は何かを明快にさせた上で、3ヶ月ごととか6ヶ月ごととかフォローアップを集団の中でやらせてということをやります。これは民間ではよくやるのですが、こういう公共的な経営体の中では馴染まないかもしれませんが、ただ経営のトップってというのは、そういうことをされても責任を果たしていくのだという覚悟が大事なので、ご参考にならないかもしれませんが、追求するスタイルを集団の中でやる。その中で、ある意味でいうと恐怖感なり、ご自分の責任をより明確に感じていただくということがすごく大事だったのかという風に思います。

○山本理事長

ありがとうございます。西堀アドバイザーお願いいたします。

○西堀アドバイザー

いずれにしても、今こういう形でプレゼンされているテーマというのはあまりにも問題が大きくて、JCHO だけで何か解決できるというようなものではないと思います。そういう意味では、JCHO が何をすべきなのか、行政への働きかけも含めて大きな問題を解決するのは JCHO も一つの組織でありますけれども、部分にしか過ぎないわけですから、そこを明確にしておいた方が良いと思います。今、永井アドバイザーが言われているようなことも含めて、リストラとかの自助努力をどこまでやれるか、というのが今後こういう大きな問題を解決する時に JCHO の発言力にもつながっていくわけで、まずそこをしっかりとやろうということ。

その上で、行政との対話、発信を進めることで、JCHO 自身が今の姿から将来的にはだいぶ変わるのでしょうけれども、その中で一定の発言力を持ち続けられるということだと思います。だから最初の部分が無いと、何をやっているのだ、ということになりますし、両方進めていくことに尽きると思うのですけれども、総論としての話ですけれども、どこまで自らを改革していくか細部を詰めて進めていただきたいなと思います。

○山本理事長

ありがとうございます。色々肝に銘じて考えていきたいと思います。

もう残り時間少なくなっていましたでしたが、もう一つ私ども財政フレームの整備というのは、そもそも本部が自己資金をほとんど持たずに運営されているという特殊な状況を、何とか少しでも良くしたいということで今、色々考えております。ここからは理事の屋敷から説明します。

#### ○屋敷理事

統廃合を見据えた対応ということになります。第3期を迎えるにあたりまして、今後の法人の財政フレームを強化する必要があると考えております。法人の中で議論中ですので、各地区の意見も聞きながら引き続き進めてまいります。まずコンセプトを申し上げますと、法人の3期に向けて経常収支あるいは医業収支が悪化するというのは目に見えているというところがございます。それで直近の経営強化集中期間ということで、大変な病院にも頑張ってくださいと、その上でやはり無理な病院とか、赤字だけれども残していかなければいけない病院というものも、JCHOの法人の性格としてはあり得るのだろうという風に思っています。そういう意味で、今法人全体としては自収自弁と言いまして、要は運営費交付金が入らない法人であるということ。法人の中で見ますと、各57拠点単位で収支を見るということで、法人全体としての財務調整をするという機能も弱かったということがございます。したがって、統廃合を含めた準備を進めるという意味も込めまして、法人全体としての財政基盤を充実させる必要があるという風に考えておまして、今、収益全体に掛かる拠出と、黒字に対して5%の拠出を本部の方に受け取りますが、黒字に対しまして各拠点からいただく拠出を若干増やして、且つ用途を明確化して医療の質の向上のため、あるいは医療の収益力を上げるための投資への重点化。

一方で、環境変化の悪化に伴う経営強化対応のための法人全体としての資金等を準備していくことの準備を進めていきたいという議論を、今後引き続き法人内部で行っていききたいという風に考えています。令和4年度の決算を見ますと、利益剰余金の期末900億円弱まで積み上がりましたということですが、3期に向かいますと医業収支がこの状況だと激減していくことと、JCHOは外部資金を入れずに内部金融だけで投資を行っている状況でございますが、これからは外部金融、すなわち財政融資資金の導入をした上での経営となってまいります。そういう3期に大きな転換点を迎えるということ踏まえた上で、このような財政フレームにつきまして法人内の準備を進めてまいりたいと考えています。

#### ○山本理事長

元々、法人発足時の手元資金というのがあったのですが、これまではどこからもお金を借りずに、病院を6つ建て替えてきました。ただ、実態としてはかなり甘い償還計画、経営計画で建てたものですから、資金がどんどん抜けていっている。元々の手元資金を各病院に貸し出して建て替えたのですが、それが回収できずにいて、手元資金がどんどん細っ

てきているという状況にございまして、そろそろ財投から借りないといけないかなということもありますし、屋敷理事がお話したように、赤字病院をどうやって支えていくか、赤字だけれども地域性その他政治的なことで支えていかなければいけない場合の資金をどうするかということで、本部の資金力の増強というのが必要であるということで、こういうフレームを考えているところでございます。

如何でしょうか。何かご意見いただければと思います。

○堀アドバイザー

1点質問させていただきたいのですが、今ご説明いただいた資料の後半2の(1)の中にある医療資源希薄地域と、(2)の分類した14病院の地域。これは重なり合うのでしょうか。

○屋敷理事

医療資源希薄地域というのは、その地域におきましてJCHOの病院しかないような場合に、そこが赤字だからといって経営しないと言うのが言いづらいただろうと思っています。そういう意味で病院があまり無いところの地域に、ある程度の負債ある拠点を維持せざるを得ないような状態があるのだらうということ想定しておくという意味でございませう。

○山本理事長

今のご質問は、その14病院の中にそういうのが含まれるかということだと思いますが、14病院の中に完全に含まれます。ここはオーバーラップしています。ですので、どういう風に判断するかということが非常に難しい。地元の地方自治体のご判断にも左右されますけれども、どうしても撤退すると本当に様々なご意見が飛んでくると、前からも後ろからも弾が飛んでくる危険性もあるということだと認識しております。

○西堀アドバイザー

今おっしゃったような自治体の病院、その辺りについて地域のそれぞれ事情があると思うのですが、理解と言うのですか、首長や政治家の議員の理解が進んでいるところとそうでないところあると思いますが、全体的にはどのような感じでしょうか。

○山本理事長

全体的には本当にごく一部の自治体は大変理解いただけていて、年間数千万単位で寄付講座を作ったりとか、あるいはいろんな名目で補助金をくださったりとかということもあります。そういうので必要性については、首長自身は理解してくださるものの、その自治体の役所の方が全然理解無くて、そんなお金無いということで、そもそも財源不

足というのもあるのだと思いますが、それで話が進まないというところもございますし、あとは全然意に介さずみたいなどころもあるというところで様々な状況です。本当に理解してくださるところは非常に少ないという状況にあります。本気で閉めますよと言わないとなかなか反応しないのかなと思っております。

大八木アドバイザーお願いいたします。

○大八木アドバイザー

財政の問題ですが、これに書いている運営資金の経常収益の0.5%がありますが、これは法律か何かで縛られているということなののでしょうか。これは全体のガバナンスにも影響すると思うのですが、例えばこれが株式会社である場合ですと、関係会社から配当金で100%召し上げるとかいう格好で、本部が如何様にも政策フリーである。JCHO 全体としての運営が、行政との関係で運営的に何か縛られている部分はあるのでしょうか。

○屋敷理事

これは法人の中で各病院において自収自弁が中心であると言えるところで、JCHO 独自の内部ルールとして行っているものです。行政的に0.5%で本部経費を賄いなさいとか、そのような縛りがあるものではございません。

○大八木アドバイザー

これから厳しい時代を迎え、財政ガバナンスをどんな風につけていくか。そういうのもグループ全体の導入課題として明快に挙げられて、剰余金があるところは配当で全部こちらに移し替えておくとかいう手立てで、もう少し政策自由度を大きな流れで作れるように整えておくということも必要になるのではないのでしょうか。単純に中だけで出来るのか、あるいは大きな行政の理解を求めなければいけないのか、これだけ全国組織でいろんな統廃合をやろうとしたら、どこか真ん中できちんとしたところの整備をしとかないと、なかなか難しいと思いますし、その都度判断を求めるやり方は私はやめた方が良いと思います。こういう状況になったから皆さん、どうでしょうでは無くて、基本やはり長期計画きちんと考えておいて、これはガバナンスの基本と思うので、ルール作りを明快にしておく。今で決断できないものでも、こういう場合にはこういうことを提案していきますからね、ということをお明かにしておかないと、その都度経営みたいな形になって混乱が出てくると思います。

○屋敷理事

改善させていただきます。

○山本理事長

正に、今ご指摘いただいたところズバリでございまして、これまで法人全体として常に1%くらいの黒字、4,000億の収入に対して40億の黒字というところできたので、法人全体として元々の法人発足時の旧社会保険病院時代から受け継いだ資産があったので、その辺が顕在化しないで済んできました。あと、必要なお金がある時には、正にご指摘の通り、その都度で何となく病床ごとに病床割りで集めたり、病院の規模によって集めたりとかしてきました。これからは、それでは本部主導でいろんなことが出来ないということで今考えているところ、正にご指摘通りでございまして。財政ガバナンスという言葉も頂戴してありがとうございます。

○山本理事長

他に如何でございましょう。今日、本当に2つだけテーマを用意させていただいて、いろいろ意見頂戴して本当にありがとうございます。何か全体を通してご質問とか、こんな事どうなっているかとか、もしありましたら既に時間を超過しておりますが如何でございましょうか。

○堀アドバイザー

時間がちょっと短いかもしれないですね。だから皆さん、もっと申し上げてアドバイスしてあげたいなと思われたかと思うのですが、終了時間を切られていると、たぶん自己調整されて発言が少し丸くなっている感じがするので、それをちょっとご調整いただければと思います。よろしくお願いいたします。

○山本理事長

ありがとうございます。それではまた次回以降も少しいろいろ難しい問題を皆様に相談させていただくと思いますが、どうぞ引き続きよろしくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

以上