

第2回徳島県立病院経営改善推進委員会 会議要旨

1. 日 時 令和7年9月12日（金）16時～17時40分

2. 場 所 徳島県庁10階大会議室

3. 出席者（敬称略）

（1）委員等

香美会長（徳島大学 理事・副学長）

井上委員（千葉大学医学部附属病院 副病院長/病院経営管理学研究センター長）

大寺委員（さくら税理士法人 代表社員副所長）

北畑委員（徳島県病院局 徳島県病院事業管理者）

西良委員（徳島大学病院 病院長）

三宅委員（徳島市民病院 徳島市病院事業管理者）

武久アドバイザー（平成医療福祉グループ 会長）

（2）県

病院局長、病院局副局長

中央病院（院長、副院長、事務局長、局次長）

三好病院（副院長、事務局長）

海部病院（院長、事務局長）

本局 （総務課長、経営改革課長）ほか

4. 議事内容

事務局	（資料説明）
委員等	給与費については、第1回でコロナ禍の対応のため職員数が増加された経緯の説明がありました。今回の資料でも、相対的に同規模病院との比較において職員数が多いという状況があったというような説明がありました。それぞれの事情や、各病院での対応はあると思いますが、給与費の抑制策として職員配置の工夫をするようなことを検討する必要があるのではないかと思います。 給与費は費用の中でも非常に大きな割合を占める項目となっており、経費改善においては、目をそらすことはできません。現場のモチベーションという問題もあると思いますが、こういった状況の中で、給与費の抑制に関して、一層の取り組みが必要かと思っています。例えば職員の採用についても、退職者が出た場合の補充のあり方など、再度検討する必要があると考えられます。 大規模プロジェクトに関しては、三好病院の新外来棟整備計画や海部病院の職員公舎整備は、計画時点で非常に大きな予算が想定されています。ご承知の通り、最近の物価上昇による建築費の高騰があり、私は公的な入札監視委員会の委員もしておりますが、その現場においても入札不調が起

	こっています。徳島県の県立ホールの事例を持ち出すまでもなく、病院以外の大型の建築計画についてもハードルが高くなっているという状況です。 近年の経営状況を鑑みると、このような大規模プロジェクトを計画通り進めていくことについて、少し心配だというところが率直な感想です。一時的に休止する、一旦足を止めて見直す判断を下すのも、このタイミングでは必要ではないかとも思います。 私は様々な県の事業を見させていただくことがあります。当然、医療サービスは、非常に優先度の高い事業だということは承知していますが、現状物価が高い中で、徳島県には実施する様々な重要施策があります。 大規模プロジェクトは、非常に重要かつ必要であるからこうした計画が出るということは承知していますが、県全体の財政のことも少し配慮する必要があると考えられます。
会長	ありがとうございました。現在厳しい状況にあり、大規模プロジェクトでは、色々と考えていく必要があると思います。
委員等	給与費については、他施設と比べたら、医師の給与水準は低いほうとなります。この資料を見て給与費を下げるというような話になることは、慎重に検討を要すると考えます。 現在の診療報酬に対し、給与費と物価が上がっています。〇〇病院としても、収入の増加以上に給与費が増加しており、頑張っても赤字を計上するような状況です。非常に厳しい状況だという観点を踏まえた、改善を目指していきたいと思っています。 大規模プロジェクトについて、〇〇病院もそろそろ再整備の時期に来ています。中央病院については、メディカルブリッジもあるので、エリア全体を大学と国と県で出資しあって大きな建物を合築し、一部は共用化することが、双方に win-win の関係となって望ましいと思います。 また、民間病院で協力したいという施設があれば、〇〇病院の敷地内に連携した施設を整備するなど、国と県と民間が力を合わせて大規模投資することも一つの考え方になるのではないかと考えます。
会長	給与費が上がっており苦しいという状況は〇〇病院でも同様だということです。
委員等	今、各委員からご指摘がありましたが、給与費について、2026年度以降の増加率は約0.5%程度を見込んでいるということですが、今年度や昨年度のように増加すると、より厳しくなるということになります。 給与費は、職員のモチベーションにおいて非常に重要な要素となりますが、これだけ人員に余裕がある職種が多いのであれば、時間外勤務が減ってもよいと考えられます。ただ、現実においては、時間外勤務は増えているため、効率化を図り、病院全体で協力して時間外勤務を減らすことが必要だと考えられます。 大規模プロジェクトに関しては、海部病院の場合、近くにマンションやアパートが少ないということで、医療従事者を確保するために宿舎が必要ということであれば、重要な施策になると考えられます。また、津波対策も政策として必要だと思われます。 三好病院については、地震が発生した際に危険であるのなら、再整備の必要があると思いますが、建物自体が耐震化などの工事をしているのであれば、再整備の時期をずらすことも検討してよいと考えられます。

委員等	給与費について、看護師の給与が高いですが、初任給や昇給のベースアップなど世の中の流れに沿っていると考えられますが、最も人員数が多い部門となるため、給与費率を上げている一因となっていると思います。 医師の時間外勤務手当は、（中央病院では）１人３０万円となっていますが、当直体制の見直しなど、今までとは違った働き方を実施せざるを得ないのではないかと感じました。また、様々な業務を簡素化していく取組が必要だと思います。 しかし、働き方改革の影響で給与費率が上がっているケースが多いと思います。例えば、施設基準上の観点では、ＩＣＵの維持のために必要な費用は時間外手当なのか否かという切り口や、診療科別、年代別など、様々な切り口で考えていくことが必要であると考えます。 システム関連の投資額については、情報システム関連整備費の高騰が昨今において、非常に続いている状況となっています。病院の努力だけではどうしようもない要素はありますが、システム関連の投資額に対しては、現実的な内容を見込んでおかなければいけません。応札できない業者もあり得るなど、非常に難しい状況にあります。
会長	ありがとうございます。情報システムの問題は、〇〇病院も１０月に予定している更新費用は大規模な予算計画となっており、本当に大変だと感じています。 収支予測を見ると、赤字が継続していきませんが、結局は県全体で抱えるわけなので、どの事業を優先するかということになるだろうと思います。ただそうすると、〇〇委員の発言のように、将来的に影響が出てくるということで、しっかり取り組まないと、県全体の事業の様々なレベルで影響が出てくるのではないかと思います。 給与費の影響が大きいと思いますが、２０１９年はそれほど差がなく、コロナ禍以降に差が開いています。おそらくコロナ対応があり、多くの人を雇用されたのだと思われますが、コロナ禍以降の職員一人当たりの利益が減ってきているのだと思います。 今後、徳島県の人口は減っていくので、患者数の減少分を取り戻すことは考えにくくなります。そのため、現在の人員でどのように効率を上げていくかを考えることが必要になります。 今回は、給与費を職種レベルで比較検討していますが、診療科ごとの粗利などを踏まえた、給与費の効率化を図る必要があると考えられます。どの部門を維持し、どの部門を変えていかないといけなかの予測と、年度毎に採用・退職の発生の中で、人員数の調整を図ることになるのではないかと考えます。 〇〇病院では、赤字が出てくる診療科に対し、プレッシャーをかけて申し訳ないですが、どのように改善していくのか直接確認をしています。毎年１回のヒアリングで、データをもとに、各診療科にどのような計画を持っているのか確認を行っています。事業管理者や病院長は全体像を分かっていると思いますが、現場サイドの詳細な予測は、感覚的なものも含め色々あると思うので、そうした内容を確認することは有用であると思います。 大規模プロジェクトについては、海部病院に関しては地震対策のことも考える必要があります。三好病院に関しては計画段階ですが、今後の経営状態の予測が不明瞭であるため、診療報酬改定の状況などを様子見して一

	且ペンディングとし、計画見直しを含めた検討がよいのではないかと思います。ただ、県の実施する事業となるため、県としてしっかり考えて頂ければと思います。
委員等	給与費について、人事委員会勧告の問題とは別に、超過勤務に関する問題があります。医師の働き方改革の中で、いわゆる宿日直勤務を申請したものの許可されない部分があります。 医師数に余裕がある病院では交代勤務にして、その結果超過勤務が減っている病院もあるとお聞きますが、そうではない病院では超過勤務を含めて救急体制を維持するということになり、超過勤務が増えるのが避けられませんでした。 こうした状況について、どのような取組をされているのでしょうか。
委員等	医師に関しては、〇〇病院では年間の時間外勤務が960時間を超える医師は当初おらず、A水準となっています。時間外勤務が超過する可能性のある医師に対しては、院長から直接指導しています。 また、時間外救急については、〇〇病院は救命救急センターではなく、時間内の救急は断らないように対応していますが、時間外救急はどうしても受け入れきれず、中央病院や赤十字病院に負担をかけているのが現状となります。そのため、時間外勤務が非常に増加している医師がいない状況となっています。
委員等	〇〇病院もそれほど状況は変わっていません。元々は1,000時間を超えている医師が13名いましたが、去年はおそらく全員960時間以内だったと思います。朝夜のカンファレンスを時間内に行うなどの運用の見直しにより、260時間ほど短縮しています。 このような対応が重要になるのではないかと考えられます。
委員等	時間外に行われる会議が多くあったのですが、なるべく時間内に行うこと、一つの会議の時間を短くしています。1時間会議をしたらもう十分ではないかという考えです。こうした取り組みにより、それほど時間外勤務は増えていないというのが現状です。
委員等	そもそもの仕組みによる影響は大きいと思います。特に重症系ユニットなど医師が不足しているところは、宿日直許可の問題にも関わります。 〇〇病院でもギリギリの人数で回っていて、時間外勤務が多くなっている状況です。中央病院の救急医はどの程度いるのですか。
中央病院	最近救急医が増えてきておりまして、専攻医を含めて6名程度となっています。救急医の増加により、週に1日、2日夜勤体制に入る体制ができつつあり、当直帯での時間外勤務を夜勤へ転換する取組を進めています。 時間外勤務が960時間以上の医師は、2019年度から2024年度には半減していますが、昨年度当直体制を変更した際に時間外勤務の単価を引き上げており、その結果時間外勤務の手当が増加している可能性があります。
委員等	救急医は6名程度で対応しているということですか。
中央病院	その通りです。過去には2名体制で運用していたこともあります。

委員等	現状の６名体制から１０名程度増員できれば、交代制を導入し、一定の機能を持つ救命救急センターになると思います。もし現状が２０名体制であれば見直しを提言するところでしたが、６名と言われると相当厳しい状況だと感じました。
会長	ありがとうございます。中央病院は救急医療をしていただいて、東部圏域から多数受け入れているイメージですが、時間外救急で入院する患者は収益としてはごく一部で、政策的医療としての色合いのほうが強いのでしょうか。 全体として様々な診療科が時間外を担当しているのですが、時間外救急から入院してくる、そして利益につながってくる割合は全体の中ではそれほど大きいものではなく、やはりメインは紹介からの入院なのでしょうか。
中央病院	DPCのデータでは全体に対する時間外救急からの入院割合がわからないところがあると思いますが、全体の収益の中では、DPCの収益と手術の収益は４：３程度だと思います。その中でDPCの係数を上げようとしています。 救急部門の受入れ強化も１つの打ち手ですが、それだけでは大きな改善にはならないので、紹介患者を増やしています。昨年まで患者数はコロナ禍前の水準に戻っていなかったわけですが、入院患者増加のため、紹介患者を増やすこと、手術を増やすこと、救急患者を取りこぼさないことを意識し、患者数を戻す努力をしています。
会長	ありがとうございます。中央病院の救急機能は、県民から見たら非常に安心するところなのですが、やはりなかなか経営的には大変だということでした。
委員等	私は給与費が高いとは一切思いません。県下トップの病院が、民間病院より安いなんてありえません。レベルの高い医療を実践しているのだから、もっと給料を上げてよいぐらいです。ただ、この考え方に対しては、徳島県がこの徳島県の医療に、どの程度払うつもりがあるかによります。医療を行うためには、必ずお金が必要となります。公立病院は、民間病院でできないことをやっている。民間ができないことをやっていれば、赤字になることは当たり前です。どこまで赤字を許容するか。県知事はどう思っているのか。赤字幅を減らすことはできますが、全てを解消することはできません。 経営改善は、院長、事務職員だけではなく、全員で考えなければなりません。そして、必ず成果を出さないといけない。 事務局長は優秀な人が選ばれるものです。しかし、事務局長は２、３年すれば変わります。また、県職員の性質上、ずっと医療をやっている人はいません。そこに課題があると考えます。 事務局長は非常に優秀だと思います。事務局長になるということの意味を認識してください。２、３年経ったらこの役割は終わって、次は別の場所です。別の役職になって、というような考えは持たずに、自分が今担当している時期に、なんとかしてやろうという気持ちを持つことが大事になります。

	また、常勤職員が多いことも課題です。その中でも、看護師が多いと考えられます。看護師でなくてもできること、雑務、食事の配膳は必ず常勤看護師でないといけないのかなど、見直すことが重要になります 現在、75歳でも元気な方が多くなっています。そのような人材を活用し、1日に3時間、4時間働いてもらえれば、常勤職員の割合を減らせるし、看護師は本来の看護に集中できます。 厚生労働省は急性期病院の入院期間を短く、厳しくしていています。その結果、特に看護師への負担は大きくなっています。 2026年度の診療報酬改定、そうした目先のレベルの話ではなく、2040年、2050年も考えないといけません。ただし、中央病院に関しては、もっと些細なことから考えてはどうでしょうか。たとえば委託だけで10億円かかっている状況がよいのか、委託を当たり前だと思わず、見直せるのではないか。そういった形で、頭を切り替えてアイデアを出すことが必要だと思います。 診療費には消費税がかかりませんが、委託費には消費税がかかります。その業務を院内の職員で回せたら、消費税は不要になります。委託業者の職員は近隣住民なので、人が減るわけでもありません。 医師も看護師もレベルが高いですが、給料が高いと言われている。どう思っているのでしょうか。私は民間の立場ではありますが、成果を出すのであれば給料はもらってよいと思いますし、実際、中央病院はよくやっていると思います。 徳島県は医療レベルが高く、四国ではトップです。四国で医学部があるのは徳島県だけだった時期もあります。だから、徳島大学を卒業した医師が、他の三県の公立病院で仕事をしています。 今後、四国の人口が減少する状況を非常に心配しています。 このような時代に、国立大学医学部の赤字が問題視されていますが、要するに国に金を出すつもりがあるかどうかです。国立大学医学部の使命が教育と治療と、医師の補給機能でもあります。 そうした状況の中で、中央病院と大学病院が一緒に動こうとしている。私は、その取組に対して応援します。
会長	現在の赤字は小さい額かもしれませんが、積もり積もっていくと大きな問題になると思います。国、県としてどうするのかということですが、今、国の政策や今後の予測は大変厳しいことしか浮かばない状況です。 全国の公立病院を見ていると、赤字が続いたところは、地方独立行政法人化などしていますが、自治体が耐えきれなくなったなど様々な背景があると思います。ただ、私たちが県民として関心があるのは、県としてどこまで耐えられるか、そしてそれまでにドラスティックな改革ができるかということです。 今ご意見いただいたように、職員が頑張って変えていくという意識があれば、改善できるのだろうと思います。県がどこまで支えられるかはわかりませんが、強い意志で改革していくという気概を持ち、取り組んでいただきたいなと思います。よろしくお願いします。 それでは時間も経っていますので、次の議題の方に移りたいと思います。2番目です。3病院の経営改善について説明してください。
事務局	(資料説明)
会長	ありがとうございました。経営改善案についてご説明いただきました

	が、委員のご意見を伺いたいと思います。
委員等	色々と見直しの改善策について書かれていますが、その前段階となる事項について確認させていただきます。 前回の会議でもお示しいただいた「徳島県病院事業経営強化計画」、前回資料の２９ページになりますが２０２３年度、２０２４年度の目標がすでに実績と大きな乖離が生じています。 先ほどの説明でも、２０２５年度の今後の収支予測についても非常に悲観的な数字が出ています。経営改善策についてコメントは差し控えますが、当経営強化計画を再度見直す必要性もあるのではないかと思います。 計画に実態が合わないから計画の方を直すとなると本末転倒ですが、それはあくまで計画の前提条件が変わっていない状況で成り立つ話であって、物価上昇など当初想定外だった事情が出ています。その中で、経営強化計画をそのまま進め、実績と比較を行うには、指標として無理があるように思います。 診療報酬改定なども予測できない部分が多いとは思いますが、経済状況等を再度精査した上で、計画の見直しということも、重要なのではないかと思います。
会長	ありがとうございます。検証の精度を高めることに加え、医療機器の場合はどれだけ稼げるかなども考えていただきたいと思います。 〇〇委員、お願いします。
委員等	医療機器の整備計画については、私も臨床医ですので、医療機器はハイスペックなものが欲しいという考えはよくわかります。ただ、このような厳しい状況では一度その考え方を見直す必要があるのではないかと思います。 例えばＣＴ、ＭＲＩにしても、保守の期限が切れても、そのサポートの期間があると思います。〇〇病院では、サポート期間で機械を十分使える間は更新をせずに継続利用していますが、そういう取組も必要ではないかと思います。 保守費用は〇〇病院と比較して高い印象です。〇〇病院は、保守要件を含めた入札対応を実施しています。保守費を後回しにすると、価格交渉ができず、メーカーの言いなりになってしまうので、重要な施策だと考えます。 また、どのように機種選定をされているのかわかりませんが、例えば、〇〇病院においては、ワーキンググループを作って、調達のプロパー職員や医師をメンバーに入れて十分話し合います。その中で、医師はメーカーから医療機器の説明資料を受領しますが、その後の対応はプロパー職員のみで仕様書作成の対応にあたっています。医師とメーカーが直接話をしたと、メーカーは強気になります。したがって、医師はメーカーと直接交渉はしないようにしています。ただ、前提として医師の要望は十分聞いた上で、そのプロパー職員及びワーキンググループで機種選定の検討を行っています。
委員等	〇〇委員の意見に賛成です。 医療機械の販売と保守で利益を上げる構造への対策は重大なテーマです。委員のご指摘通り、保守費の圧縮に向けた取組を実施し解決を図る必要があります。

委員等	また、例えばMRIについて、三好病院、海部病院は本当に「3.0T」が必要だったのか検討の余地があると思われます。 〇〇病院では2、3年前の更新時においては、「3.0T」のほうがハイスペックでよいのではないかと意見がありましたが、ワーキンググループで様々な意見交換の結果、1台で運用するのであれば「3.0T」より「1.5T」の方が、汎用性があるってメリットがあることを確認し、「1.5T」を選定した経緯があります。 「1.5T」でも画像は鮮明であり、問題もなく調達コストも抑制できました。ハイスペックな医療機器が本当に必要かどうか検討されているかはわかりませんが、そうした検討も必要かと思います。
会長	〇〇病院は、色々な高額医療機器の更新をやっていると思いますが、ご意見いかがでしょうか。
委員等	〇〇病院も〇〇委員と同じく、サポートが終了して修理できないところまで修理を続けています。特に去年から件数が減ったので、〇〇病院と同様に、新しい機器を購入せずに修理で対応しているという状況です。 最低限の医療機器しか購入していませんが、それも収益につながるような機器に限定して、あまり収益につながらないものは、更新していないというのが現状です。 保守費用は購入費用の1割くらいかと思っていましたが、3病院では1割を超えるような高額の機器があるところもあるのかなと思っています。 同じく保守に関する委託費が生じていますが、国立大学では内製化できている事例もあり、黒字になっているという話を聞きました。ただ、内製化はリスクもあり、賭けの要素はあると言われました。
委員等	項目によるとと思いますが、おそらく国立大学の委託費は決して他と比べて安くはないと思いますし、県立病院はもっと高いのではないかと思います。ただ、ここに書いてある業務が、どこまでの範囲を含んでいるかはわからないので、精査する必要はあると思います。 医療機器についても、各委員がおっしゃったそのとおりだと思います。 新規MRIの高性能機種は、「画像診断加算2」以上を届け出ていないと減算されると思いますので、読影体制があるかということも含めて考えるべきではないかと思います。
会長	医療機器のサポート期限内でどれだけ収益を上げられるか、厳密に精査しないと損してしまうので、業者と一緒に詰めていただきたいです。何かご意見はありますか。
委員等	貴重な意見を頂きました。現在取り組んでいることとしては、機器と保守契約はセットにして入札しています。また、機種指定が横行していたため、一応原則ではなしとしています。必ず競争が発生するように、こういう機能が欲しいのであれば、総合評価方式としています。 仕様書作成に関して、メーカーと医師が話していると、フルスペックだけでなくオプションも多数ついてしまう可能性が高いので、プロパー職員を立てるなどの形態を検討したいと思います。
会長	それでは、残り資料の説明をお願いします。
事務局	(資料説明)

会長	人口減少などの将来予測もあり、今回はこういう会議をしています、普段からも改善していかなければいけないという現実はあると思います。
委員等	先ほど意見として申し上げた経営強化計画に関しては、柔軟に考えられているということに少し安心しました。繰り返しになりますが、2年前と現在とではあまりにも世の中の動きが早く変わりました。その中で、計画に縛られて自尊心が傷つけられるような、マイナスの傾向ばかり追いかけているのは現実的ではないのかなと思うところがありますので、より実態に合わせ、成果が見える実績と計画を比較していくと大丈夫かと思います。そして綻びがあるのであれば、是非そこを改善する方向で進めてほしいと思います。
委員等	増収策として紹介ルートからの患者数増を書いています、周辺医療機関の患者を奪う形になります。県内の患者数は同じなので、中央病院の患者数を増やそうとすれば、他の病院の患者数が減ることになります。県境の病院は別として、市民病院や大学病院、赤十字病院の患者数は減るわけです。 そのため、県外に注目する必要があると思います。例えば、県境の病院に医師を大学が派遣し、各病院へ県を越えて患者が来るという時代は来ていると思います。 もう一つは手術室のハッピーマンデーです。〇〇病院で全診療科にアンケートをとったところ、3つの診療科がやってもよいと言ってくれました。どの症状を診るのか、他の職種の意見も踏まえ、問題がなければ取り組む考えです。 また、3病院の病床は診療科関係なく共用なのか、あるいは各診療科でベッド数が決まっているのか把握していませんが、〇〇病院では診療科ごとに決まっている病床数、診療科ごとに割り振っています。去年実施した際には非常に効率よく稼働していました。 そして、リハビリテーションになります。〇〇病院では1日1人当たり14単位実施していますが、これは平均の18単位を下回っています。 東京都内の病院では、上限に近い23単位まで実施している施設もあります。14～15単位というのは、この言い方は怒られるかもしれませんが、平均の18単位を下回っていて、あまり仕事をしていないということと捉え、セラピストへは、たった1人多く診るだけでも1,000円～2,000円単価が上がるということを伝えています。そして休日のリハビリテーションは土日入院患者も診られるので効果的に医療が実施できます。
委員等	経営改善の取組は、どれも取り組まれていると思います。以前説明していただいた時に、病棟ごとに利用制限をかけているとお聞きしましたが、制限はないということでしょうか。
中央病院	以前ヒアリングをした際に、院内の容体急変用のベッドをICUやHCUとして扱っており、その部分で利用制限していると認識された可能性があります。 院内で容体が急変した患者をそのベッドで診る時は、他の誰かを移動させるような運用をしてはどうかという話があり、類似のご指摘をいただきました。

委員等	制限がないのであれば、よいと思います。 すでに皆さん頑張っていると思うので、この資料に書いてあることを取り組んでいけば、収益も上がっていくと思います。
委員等	書いてあることはそのとおりだろうと思いますし、これからどの程度きちんと取り組めるかということが重要と思いました。 21ページの新規施設基準について、これは一例でしょうが、どこか寂しい印象を受けます。検査管理加算は数千万の収益になるでしょうが、ここにある全部を一生懸命やったとしても億単位の収益とはなりません。 材料の交渉のことも書いてありましたが、共同購入についてお話しします。共同購入は色々な施設で取り組まれています。団体によってうまくいっているところ、うまくいっていないところが現実には存在していると思います。 国立病院機構の取組は、平成27年に開始して10年が経過しました。2、3年前から、JCHOと東京都立病院機構が、国立病院機構の共同購入グループに参画しています。 民間病院と組むことはなかなか難しいという話がありますが、手続きが大変だとか、今までの取引業者を変えなければいけないとか、そのような制約は特にないので、共同購入を検討していただければ、私から推薦することは可能です。
会長	〇〇委員、共同購入について、中央病院と徳島大学病院で、今どのレベルで進んでいて、効果があったかどうか、情報はございますか。
委員等	医薬品の共同購入については、従来から、県立3病院と鳴門病院、大学病院で継続して実施しています。先日、総合メディカルゾーン協議会においても、大学病院との共同交渉の品目を増やしていこうということで、現在リストアップを進めています。 ただ、先ほどの加算と同様に、コスト効果としては大きくないため、現在進めていることは、高額医療機器の共同調達です。これをいくつかの病院と一緒にできれば、かなり効果があると思います。例えばMRIが1台ではなく3台購入となると、交渉上有利になるのではないかと期待しています。
会長	MRIなど大型機器は、大学病院との共同利用を検討していますか。
委員等	総合メディカルゾーンを作った際は、当初、双方の高額医療機器の共同利用というのを検討した経緯があります。しかし、ただ、公立病院と大学病院という経営形態の違いにより、労働者派遣法や公営企業派遣法などの関係法規上の制約から実現していないのが実態となります。
委員等	私は〇〇委員の意見に賛成です。特に、中央病院だけでなく、3つの病院を1つと考えると、大学病院もその中に入れば、大学病院と県立病院の機能が一体となることで、レベルの高い医師を確保・拡大化すれば、県外からも患者が来ます。大学病院や中央病院が一体となって、その手術の研修を受けて取り組みたいという人材を更に受け入れるなど、もう少し有機的に動いてはどうかと思います。 リハビリテーションについては、当然リハビリテーションは状態を回復するためにすぐに取り組むべきもので、絶対に必要な医療となります。そ

	して、急性期のリハビリテーションは加算による経営上の効果もあります。 P T、O T、S Tの確保に対する課題がありますが、パートで週１回だけ勤務可能な人材など積極的に採用し、リハビリテーションの充実化を図ることも重要な視点になります。 リハビリテーションは、２００６年に疾患別リハビリテーションの制度ができてから２０年が経過し、大改革される可能性があります。厚生労働省の中には、鉄は熱いうちに打てということで、急性期リハビリテーションに一気にシフトしていこうという考え方があると思います。もう慢性期のリハビリテーションは要らない、介護士に任せればよい、そのような考え方です。 土日のリハビリテーションの充実化に向けては、非常勤職員の確保が重要になります。県立病院だから常勤であるべきという考え方を外してみた方がよいと思います。 収入増加の策として、県外の患者を徳島県に集めると、絶対にトップになれます。これができるば患者数も収入も増えて全てうまくいきます。一つの病院でやるのではなく、大学病院と中央病院は繋がっているので、ハードだけでなく機能的に繋がるような取組を推進してほしいと考えます。
--	---

以上