

第 2 回 稲沢市民病院のあり方検討委員会 会議録

【日 時】 令和 8 年 6 月 1 日(月) 午後 1 時 30 分～午後 3 時 20 分

【場 所】 稲沢市役所本庁舎 3 階議員総会室

【出席者】 稲沢市民病院のあり方検討委員会委員（敬称略）

野口 宏	愛知医科大学名誉教授
加藤義人	岐阜大学客員教授
笠原純一	稲沢市医師会長
小久保欣哉	二松学舎大学国際政治経済学部国際経営学科教授
目貫 誠	公益社団法人全国自治体病院協議会全国自治体病院開設者協議会経営調査部長
矢野厚登	税理士法人ブレインパートナー代表社員理事長

（オブザーバー）

子安春樹	愛知県清須保健所長
山口竜三	稲沢市病院事業管理者兼稲沢市民病院長

（事務局）

岸 宗二	総合政策部長
吉川修司	総合政策部次長兼秘書政策課長兼病院経営対策室長
加藤健児	病院経営対策室主幹
野村和正	病院経営対策室主査

EY 新日本有限責任監査法人

【議事次第】

- 1 あいさつ
- 2 協議事項
 - (1) 稲沢市民病院のあり方検討について
 - (2) その他
- 3 あいさつ

【会議の概要】

1 総合政策部長あいさつ

第 2 回稲沢市民病院のあり方検討委員会の開催にあたりまして委員・オブザーバーの皆様におかれましては、ご多忙の中ご出席いただき誠にありがとうございます。また、日ごろより当市の医療行政に多大なるご支援をいただき、重ねてお礼申し上げます。

前回の第 1 回委員会では主に稲沢市民病院の現状と課題についてご議論いただきました。特に課題に関しましては、委員の皆様から多くのご意見と宿題をいただいたところでございます。

今回は、前回の委員会で頂戴いたしました宿題に加え、現場職員の意識や課題認識を把握するため、市民病院の全職員を対象にアンケート調査を実施いたしました。本日の資料にはその結果も反映しておりますので、ご審議の参考としていただければ幸いです。

本日はこれまでの議論を深め、より具体的な検討を進めていただきたいと考えております。

委員の皆様には、専門的見地から忌憚のないご意見をいただき、活発にご議論いただきますようお願い申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。

2 協議事項

(1) 稲沢市民病院のあり方検討について

[委員長]

協議事項 1 「稲沢市民病院のあり方検討について」、事務局の説明を求めます。

[事務局]

稲沢市民病院のあり方検討について説明【資料 1】

○質疑

[委員]

自治体病院は、政治的な側面では柔軟性に欠ける面がありますが、自治体病院だからこそ、年間 10 億円から 14 億円の繰入を行い、安全な医療を提供してきたと思います。しかし、良質で安全な医療提供は、安定した健全な経営を土台として成り立つものであるとも考えます。そこで、今日の資料を踏まえまして、病院に 3 点お尋ねしたいと思います。

1 点目は、資料 1 の 13 ページ「経営強化プランによる取組状況」について、「個々の事業の見直しや部分的な効率化といった『従来の延長線上にある取組み』では、構造的な赤字を解消するには限界がある」という記述がありますが、この「限界がある」ということについて、病院の考えを伺いたいと思います。

2 点目に、資料 1 の 23 ページ以降に「損益分岐点分析」の資料があります。現状の体制を維持して黒字化するために、患者数や患者単価の増による収益増と、人件費等の固定費の削減が示されていました。あくまでもモデルですので、これが絶対ではないと思いますが、ここで示された金額や水準について、病院の考えを伺いたいと思います。

最後に、参考資料 2 「稲沢市民病院職員アンケート集計結果」3 ページ「現在の市民病院の経営状況について、どのように感じていますか」という設問に対して、「非常に危機的である」「やや危機的である」これらを合わせて 85%の職員が危機感を持っているという回答が寄せられています。今こそ、全職員が事業管理者兼院長のもとで一体となって黒字化に向けて取り組むべき大切な時ではないかと思いますが、それに対する病院の思いや考えについてお伺いしたいと思います。

[オブザーバー]

まず1点目ですが、説明にありましたように、医業収益は、地道な努力の日々の積み重ねにより大幅に増えております。一方で、それにも増して、コストはかなり上がっています。また、公務員ですので、人事院勧告の影響もあります。今年度も春闘の結果に伴いどのような勧告内容になるのか、戦々恐々としている現在です。既に医療用手袋が30%値上げされており、医療廃棄物処理についても、現在の社会情勢を踏まえれば、50%上がるだろうと予測されています。そのような中でも、SPD業務の見直し等で、診療材料費を実績でかなり抑えております。今年度は契約期間内ですので、先ほど申し上げました30%アップ、50%アップというところまではいかないと思いますが、先の見通しがつきませんので、静観するしかないと考えております。いつ極端なコストアップが起こるのかということを心配しながら、経営に苦しんでいる状況です。そのため、根本的な赤字解消に限界を感じているのが正直なところですが、今は官民間問わず、どこかの医療現場でも同じではないかと思っております。とはいえ、決して公務員だからといって甘えることなく、日々厳しい心持ちで経営にあたっております。

2点目の損益分岐点分析について、詳細な分析をありがとうございます。プラン1患者数の増加、プラン2患者単価の増加、プラン3固定費の減少、いずれかということになります。患者数の増加については、入院と外来に分けて考えております。資料上は入院と外来を含めて3.2万人増加になっておりますが、当院で入院が6.6万人、外来が12万人とおおよそ1対2の比率であることから、3.2万人増加の内訳としては、入院が1.1万人、外来が2.1万人になるかと思っております。患者数の増加と併せて、単価の増加も考えております。本日からの診療報酬改定で、救急搬送受入件数の評価が大きく変わりました。第1回委員会でも話題になりましたが、救急医療の不採算により、公立病院の中には、収益を上げるために、救急部門を早々に捨てて体制を縮小するところも出てきており、公立病院の使命から逆方向に向いてしまったというような声も届いたのか、救急搬送が実績評価となりました。ですので、搬送されれば搬送されるほど収益になるという形になります。そこで、令和7年度ベースの診療実績に今回の診療報酬改定を当てはめてシミュレーションしますと、おおよそ3億円前後の増収になります。1年間で入院患者を1.1万人増やすことは途方もない数字のように思いますが、日々の努力で達成が可能な数字です。と言いますのも、当院には145床の急性期一般病床と87床の地域包括ケア病床がおおよそ3対2の割合であります。平均在院日数は、急性期一般病床が約10日、地域包括ケア病床が約27日ですので、病院全体の平均在院日数を分かりやすく14日とならし、また、現状の1日あたりの入院患者数に対して、1人の入院患者を上乗せしますと、延べ入院患者は14人増えます。2人増えると28人になります。ですから、1日あたり1人2人患者を増やすだけで、1日あたり延べ28人患者が増えますので、それに365日をかければ、単純計算で1.1万人の増加になります。ですので、現在もやっておりますが、日々一人一人の努力で達成できるのではないかと考えております。今回の診療報酬改定を加味しますと当院の1人あたり入院単価は約5.9万円になることから、それに増加分の1.1万人をかけて、おおよそ6.4億円と見積もっております。現状の令和7年度ベースで3億円前後、1.1万人入院患者を増やすと6.4億円ということで、入院診療だけで9億円ぐらい増加すると思えます。

次に、外来ですが、かかりつけ医制度が始まったことから、国の施策として病院にかかる外来患者数を減らせという命令が出たと考えております。一方で、現在稲沢市の地元クリニックは、古いクリニックが多く、今までかなり精力的にやっておられたところも、現在の医療財政的なところで割りに合わない、あるいはDX化が煩雑であるといったことから、閉院するところが多く、減っ

てきています。そのため、逆紹介で患者を戻すかかりつけのクリニックが減っている状況に加えて、たくさんの患者を抱えていたクリニックから、これからのフォローアップをよろしくお願い致しますと逆に声がかかることもあり、国の施策どおりにはいかない状況にあります。外來の患者数を増やすのは、国の方針に少しそぐわないのではないかと考えます。そのため、外來単価に視線が向くわけで、それがプラン 2 患者単価の増加になります。慢性的に雇っていらっしゃる診療単価の低い患者をクリニックの先生にお返しして、その代わり紹介を受けて初診患者を増やすと単価が増えると考えております。当院ベースですとおよそ 1 日当たり 500 人の外來患者が通院されるので、単価を 1,000 円上げるとおよそ 1 日 50 万円増加になります。公立病院ですから、土日祝は休診であることを踏まえたと、月に 20 日前後の営業日となるため、単価を 1,000 円増やすだけで 50 万円に 20 日をかけてひと月に 1,000 万円、ひと月 1,000 万円が 12 ヶ月分、1 年間で 1.2 億円の増加となります。先ほど入院診療で 9 億円増加できるという試算でしたので、入院と外來をプラスすると 10 億円を超えるのではないかと考えます。

あくまで頭の中で暗算した数字ですので、これをどのように実行していくか、入院患者を 1.1 万人増やすためには、現在の入院患者数に対して 1 人、2 人上乗せするだけです。それが大変なのかどうかというところになります。10 億円の増収は、プラン 1 及びプラン 2 を合わせた案で実行することとしております。

一番難しいのが固定費です。公務員という枠に囚われますと、人件費が何ともなりません。民間のように、例えばボーナスカット等をやりたいところですが、困難な状況です。市に対して全部適用でこういったことはできないかという相談をしましたが、先ほど事務局からの説明もありましたとおり、現実的には手を付けることができない状況です。ただ、先ほども少し触れました SPD 業務では材料費はかなり下がっており、契約期間の 3 年間で約 6,000 万円減少の見込みです。また、電気料金やガス料金も契約見直しを行い、5%割引から 12%割引に下げるなどしておりますが、固定費を下げるところでかなり苦労しております。

3 点目の職員の危機意識について、それは本当に感じていますし、私も常に職員に話しています。また、昨今のニュースでも取り上げられているとおり、官民大学病院を問わず、危機的な状況であるということは、職員もおそらく認識しております。十分ではないかもしれませんが、令和 7 年度の収益が増加しました。その理由の一つに、そうした危機意識が非常に高いことがあるのではないかと考えております。

[委員]

ありがとうございます。丁寧で分かりやすい説明をいただき、かつ先が少し明るいお話もあったと思います。

参考資料 2 「稲沢市民病院職員アンケート集計結果」6 ページの設問 6 「今後の市民病院の方向性について」を拝見しますと、色々な意見をお持ちの職員が多い印象を受けました。国は新しい地域医療構想に向けた調整会議の中で、今後、二次医療圏の役割機能や場合によっては規模といったところも決めていかなければならないスケジュールになっております。今ここでということではないかと思いますが、次回もしくは次々回のあり方検討委員会の際には、市民病院が新しい地域医療構想に向けて、どのような市民病院であるべきだという考えをお持ちか、また、病床機能の役割についてお話を伺いたいと思います。

[オブザーバー]

2025 年の地域医療構想において、具体的な地域の役割分担をしなかったことが、現状を招いていると考えております。収益性を求められる状況下では、地域医療構想といいましても、どうしても我田引水の会議に終始してしまう傾向があります。地域医療構想の「構想」を戦う「抗争」に置き換えて揶揄する記事もよく読めます。本当にそのとおりで、収益性を重視するがために何も決まらないまま、今このようになっていると考えます。

昨今の人口減少を踏まえたと、稲沢市民病院の事業管理者としては、社会インフラとして機能する当院の良き医療を 14 年先の 2040 年に向けて継続できるように、という使命感をもって働いております。一方で、地域医療構想は国からの命令です。20 万～40 万人規模に中核の急性期の拠点が 1 か所、さらにその下に地域救急や高齢者救急を担う急性期病院、またさらにその下に介護施設や在宅医療といった一次救急医療を担う施設が必要、そのような構成になると思っております。今回の診療報酬改定は、地域医療構想をスムーズに進めるため、その構成にかなりリンクしたものになっていると考えており、その中で当院は 6 月 1 日から新設された急性期病院 B 一般入院基本料の取得を想定しています。20 万～40 万人規模の中核となる急性期拠点は現在の当院の医療資源では難しいことから、地域の急性期医療、高齢者救急の受け皿となることを考えております。また、当院は先ほど申し上げましたとおり、急性期一般病床と地域包括ケア病床を有しており、その中でも地域包括ケア病床は急性期から回復期への橋渡しという形でやっております。ですから、最初の問いについては、急性期と回復期の中間です。急性期をバリバリやるところまではいきませんが、一般急性期、高齢者救急等を受ける形となります。愛知県では高度急性期一辺倒でやってきた病院が多いと思っており、三次救急病院から高齢者救急まで見るのは少ししんどいのではないかとという声も聞かれることから、むしろ我々のような病院が貴重な存在になってくるのではないかと思います。

病床数はどうあるべきか、という問いは非常に難しいと考えます。病床数を縮小するのは、採算を考えなければ簡単なのですが、一度縮小しますと取り戻すことが非常に困難となります。また、行政が管理できる病床がある程度ないと、いざという時に困ると思えます。例を出しますと、皆様ご記憶かと思いますが、新型コロナウイルス感染症の時に行政の命令をもって公立病院はすぐコロナ病棟を作りました。首長からのトップダウンで、愛知県は岡崎市の愛知病院、大阪府では十三市民病院がコロナ専門病院となりました。職員の葛藤による離職もあり、大変だったと思うのですが、行政が指令を出せる病床数がある程度は必要と考えます。さらに他の例としましては、能登半島地震の際に、平時の患者数が減っている状況下であっても、病院医療が必要となる潜在的な患者が、介護施設や訪問在宅医療にプーリングされていることが露見しました。南海トラフ巨大地震が起こらないに越したことはないですが、能登半島地震の事例に鑑みますと、多くの病院で病床数がひっ迫するのではないかと考えます。また、南海トラフ巨大地震レベルになると、愛知県内の高度急性期の病院でも本当にインフラが機能するかどうか、起こってからでないといけないところがありますので、そうすると、行政が病院に指示を出して患者の受け入れができるような、行政管理の下でのベッドがないといけないと考えます。これからの日本の人口規模や採算性を考えれば、病床数を減らすことは、平時であればそう言えると思いますが、そうでない時の政策医療、緊急医療体制を維持できるのかどうかというところに思いを馳せると、果たして安易に病床数を減らすことが良いのかどうかは、慎重にならざるを得ません。私としては、返事は出せま

せん。

診療体制も同様です。タイムパフォーマンスやコストパフォーマンスを考えれば、当院が小児科を持つ理由はないのではないかという話もありますが、平時であれば確かにそうです。ただ、小児科の患者は減っていますが、最近では心の問題を抱えているお子さんが多く、以前の小児科医療がたくさんあった時代と比べますと、一概にコストパフォーマンスやタイムパフォーマンスを理由に閉じることについては、慎重になるべきではないかと思っております。

当院としましては、そのような将来像を持っております。一番重視したい点は、どのような経営形態であるにしろ、行政がトップダウンで指示できる病床を持つことではないかと思っております。それが社会インフラとしての病院の機能だと考えています。

[委員]

資料1の12ページ「経営強化プランによる取組状況」の評価を見ますと、S、A、Bが多く、これだけを見ると非常に健全な経営に思えるのですが、実態は先ほどご説明があったように非常に危機的な状況です。参考資料3の中身をよく見ていきますと、特に最後の方の経営数値のところですが、例えば対修正医業収支比率職員給与費について、経営強化プランでは目標値68.1%に対して実績が77.1%、そして達成率が88.3%と、プラン目標値を実績で割るような達成率の計算になっていますが、明らかに考え方がおかしいと思います。プラン目標値が達成できていない状況で、それを達成率で測るということ自体に意味がないというか、プラン目標値が達成できていないので、逆にマイナスの評価になるはずですから、B評価ではなくて、C評価あるいはそれ以外の評価になるのではないかと思います。この経営強化プランは、もとは公的病院の経営をなんとか健全化しようということで、国を挙げて作っているものだと思います。これは他の自治体もそうなのかもしれませんが、評価が一面的になっています。そうしたところから見直していかないといけないと感じます。職員は先ほど危機感を持っているというお話がありましたが、この一つ一つの取組みをもっと真摯にやっていかないといけないと思いました。

そして、これは病院に伺いたいのですが、先ほど今後の取組みについてお話をいただきました。例えば紹介率・逆紹介率を上げるとか、あるいは在院日数を改善していくとか、目標に掲げた具体的な取組みが既に明示できていると捉えましたが、病院全体で一つの方向に向かっていくためには、組織運営ガバナンスが大きな課題であると感じました。前回、私の方から組織図や会議体の状況を見せてくださいとお願いしましたが、出席状況の把握がされていないとか、議事録の確認が十分にされていないとか、そうした点の徹底が経営の基本であると思っておりますし、これができていない状況で、高い目標の実現を図ることとしても、なかなか達成できないのではないかと思います。民間であれば、社長のリーダーシップで進めていくのですが、自治体の病院はそこが特に難しいところだと思います。今後、目標設定をして方向性を決めたとしても、どこがコントロールするのか、誰がリーダーシップをとるのか、そうしたところを皆で共有していかないと、絵に描いた餅になってしまうのではないかと懸念しております。その点について、今日答えが出るものではないと思いますが、検討していただきたいと思っております。

[委員]

先ほどの外来患者増のお話についてですが、我々医師会の休日診療所では、未だにコロナ前の患

者数まで回復していません。過去 10～20 年間は年末年始に 100 人くらいの患者がいたのですが、今年は 50 人程度でした。コロナを機に、衛生観念が変わったのか、受診控えかは分かりませんが、外来収益の増収は、国が単価を大幅に上げない限りは難しいと感じます。診療所でもコロナ以降、風邪や一般の腸炎等もかなり減っていますので、市民病院だけでなく、医療全体の問題であると考えておりますので、改善は難しいと思っています。

[委員]

病院にお伺いしたいのですが、先ほどご説明があったとおり、シミュレーション上、増患は可能、単価上昇も可能性がある一方で、SPD 業務で診療材料費の削減を図ってはいるものの、固定費の削減は難しいということで、努力されていらっしゃるという話は、ひしひしと伝わりました。しかし、おそらく今までと違うことをやらないといけない可能性が十分にあると思います。そうでないと 3 万人の増患が絵に描いた餅になってしまう可能性があります。増患対策として、民間病院であればどんどん実施することはできますが、なかなか市民病院の立場では難しい部分もありますので、例えば行政ともう少し連携して、行政全体で増患対策をすることも考えられますが、何か市民病院としての増患対策はありますか。

また、国立大学病院全病院の財務データを分析した際に、名古屋大学は収支が良かったのですが、治験をかなり受け入れており、治験で黒字化を図っていることがその理由の一つでした。稲沢市民病院は名古屋大学の研修先ということもありますし、これからは少し難しい医療に特化していく必要もあるのではないかと思いますので、今までやってこなかった治験の受け入れを増やして患者単価を上げることや、あるいは病床を埋めることに関する他のお考え、また、それは現実的であるかお答えいただけますでしょうか。

[オブザーバー]

治験は投薬等の診療になりますので、外科医の私としては詳細な規模は把握しかねますが、主に内科系の診療科で行っております。ただ、大きく収益を上げるほどのものではないと考えます。

また、集患活動としましては、民間病院ではありませんので、大きなコマーシャルをやることはできません。クリニックへ直接訪問してお願いする、市民公開講座や市民病院まつりを通じて市民の方々と触れ合う場所を増やして病院を知ってもらう機会を作る、そうした地道な方策はあると考えておりますし、実際やっております。また、連携懇話会において、地元のクリニックや医師、ケアマネージャー、介護施設の方々をお招きしまして、フリートークで懇話会を実施し、地域の医療と病院とを繋ぐ機会を増やすようにしております。

外来について、患者数自体は減っておりますし、先ほど私も申し上げましたように、潜在的に医療が必要な方々は、介護施設や在宅、訪問診療というところにかなりプーリングされておりますので、昔ながらのイメージでの患者数というものは、残念ながら減っていると思っています。

国全体の医療費 48 兆円をどうやって減らすか、無駄な医療、無駄な薬、無駄な検査を減らすことが、本当は倫理的で必要なことですが、初診の外来患者を増やすと必然的に画像診断等の検査が増えることから、患者数が外来では望めない一方で、単価は少しでも増えるのではないかという判断です。

[委員]

先ほどのご質問へのご回答を伺っておりまして、病院としては様々な改善余地について考えを日々重ねていらっしゃるお姿がよくわかりました。一方、お話の中に固定費は操作することが非常に難しいというお話がありまして、全部適用体制の中では事実上なかなか困難だというご見解もいただいたわけです。資料1の43ページにありましたように、自治体病院の最大の使命は、医療のセーフティネット機能を保持するということだと思います。先ほどのお話の最後のところでも、行政がトップダウンで操作できる病床を地域として確保しておくべきだというお話もあり、その軸足を外すわけにはいかないと考えます。

しかし、資料1の31ページにご提示いただいた市の財政状況を拝見しておりますと、現状で義務的経費が50.9%、その内訳として扶助費が23.9%とありますが、自治体の全国状況を見ると、これは数値としてはまだ「若い」状況だと思います。扶助費が3割を超えていくのは、ごく当たり前の状況になってくると思いますので、義務的経費は、人件費の伸びも加味しますと、さらに厳しくなると思います。それから、義務的経費ではありませんが、インフレ局面になっておりますので、物件費も確実に上昇傾向にあるだろうと思われましますので、稲沢市の財政状況は非常に難局にあると思わざるを得ません。したがって、実績で一般会計から14億円を繰り出したというご説明がありましたが、事実上繰出額を縮減したいというのが、財政状況からすると企図するところだろうと思います。そうしますと、先ほどお話のありましたセーフティネット機能を維持しながら、柔軟な経営によって経営状況を改善するという手法がどのくらいあるのかということに議論を展開していく必要があるだろうと思います。そのため、公的病院の役割を維持しながら、今よりも柔軟な経営が可能な経営形態としてどのような手法があり得るのかということについて代替案をお出しいただき、次回以降議論できると良いのではと思います。

本日の資料で損益分岐点分析は、議論を活性化する重要な資料になっていたと思いますが、それを踏まえた上で、経営形態としての比較検討ができるような資料のご準備をいただいて、今日までの外部環境、内部環境の課題を踏まえた上での議論に繋がれたらと思います。

[委員]

今、経営形態の検討に資する資料の依頼がありましたので、私からも追加をお願いをしたいのですが、経営形態の一般的なメリット、デメリットに留まらず、実際に稲沢市民病院に当てはめた上での分析をしてほしいと思います。特に稲沢市の財政負担がそれぞれの経営形態においてどうなるかということについて、できる限り金額をお示しいただければ、経営形態についての議論が非常に深まると思います。

また、資料1の30、31ページの一般会計の財政負担の体力がどのくらいあるかという点については、もう少し深く議論をした方が良いと思っています。と申しますのは、稲沢市の人口13万5000人に対して、10億円から14億円の繰入れということは、ざっくり1市民あたり1万円の負担をしているということだと思います。それが、30ページの基準外繰入れによる赤字補填ということになると、ほぼ基準内繰入れと同じ規模感の繰入れを行うため、1市民あたり2万円の負担を強いてしまう試算となります。それが稲沢市の体力という観点からは厳しいと思うのですが、一方で、私の見立てだと、今の10億円から14億円は、他の同規模の市民病院の規模感からしても、負担の割合としてはそれほど高くなく、一般的な割合と思っています。ただ一方で、この基準外まで今後

負担するとなると、相当な負担になると思いますので、そうした点について、例えば全国規模での自治体の決算、自治体病院の決算、同規模あるいは愛知県内の自治体病院の一般会計繰入比率、また人口規模や病床規模で見た一人あたりの負担等、他と比べた資料をお示しいただければと思います。

[委員]

例えば「橋を作るためにいくら出しますか」「公園ができることに関して市民はいくら拠出しますか」というような WTP (Willingness to Pay) の考えは、医療や医薬にも通ずるものがあります。例えば、「3 億円から 4 億円の薬価がつく希少性疾患の治療に対して、日本の一般社会が受け入れるかどうか、についていずれ問われる」という話があるのですが、それを同じように、稲沢市民がどこまで負担できるのかを、もしかしたら問う必要があるのかもしれないと思いながらお話を伺いました。

[委員長]

病院側から何かお答えはありますか。

[オブザーバー]

政治的な内容であるため、私が発言する内容ではないと考えます。

[委員]

資料 1 の 18 ページの稲沢市民病院の看護職員が多い状況について、育休や産休、メンタルに伴う病休、さらに夜勤をやらない看護師が含まれていると考えます。そのため、何でもできる実働看護師がかなり少なく、中堅の看護師が疲弊して辞めていく悪循環があるという話も聞いております。ぜひ実質稼働や、どのくらい休んでいるのかを知りたいと思います。ここで大きく数値の意味合いが変わりますので、ぜひその確認をお願いしたいと思います。

[委員長]

他にございますか。なければ、協議事項 1「稲沢市民病院のあり方検討について」は終わりたいと思います。それでは協議事項 2「その他」について事務局からお願いします。

(2) その他

[事務局]

その他事項に入る前に、協議事項 1 の総括をさせていただきたいと思います。先ほどのオブザーバーの意見のとおり、稲沢市の目標としましては、現在の地で市民の皆様が安心して必要な医療を受けられる体制を守ることになると考えております。次回は現状の体制でさらにできることはないのかということも含め、ご意見をいただきました他の自治体で行われているような様々な経営形態にはどのようなメリット・デメリットがあるのか、金銭的な比較も含めて議論できる資料を準備しまして、またご議論いただきたいと思います。稲沢市にとって最善の選択は何

かという視点から、引き続き多角的なご議論をお願い申し上げます。6月は議会があり、次の委員会まで若干間は空くのですが、その間、資料の準備をさせていただきたいと思っております。

その他事項といたしまして、次回委員会の開催についてお知らせします。

第3回稲沢市民病院のあり方検討委員会は、令和8年7月24日(金)午後1時30分より、本日も同様、市役所本庁舎3階議員総会室にて開催する予定です。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中恐縮でございますが、引き続きご出席、ご議論いただきますようよろしくお願い申し上げます。

3 総合政策部長あいさつ

本日は長時間にわたり、慎重審議をいただき誠にありがとうございました。

委員の皆さまからいただいたご意見・ご質問などにつきましては、事務局で整理させていただきます。

本日は中期収支予測を基に、経営改善に向けた多数の課題や対応策についてご議論いただきました。

経営強化プランに基づく市民病院側の取組みには一定の成果が見られるものの、外部環境の変化が非常に速く、そのスピードに追いつけない現状があると感じております。

市民病院の経営は危機的状況にあり、今後の経営の見通し、並びに取り巻く外部環境にも厳しいものがございますが、市長も第1回の委員会で、現在の場所で地域医療を提供し続けるために、様々な可能性を排除せずに議論してほしいと申し上げております。

次回、第3回の委員会では、本日の議論を踏まえ、より検討が進むものと考えております。

委員・オブザーバーの皆様におかれましては、ご多忙のところ誠に恐縮でございますが、引き続きご協力いただきますようよろしくお願いいたします。