

第6回 第2次 地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方検討委員会 議事録

開催日時

令和2年1月7日 午後7時

開催場所

市役所議会棟 第3, 4 委員会室

出席委員

伊佐地秀司委員長、長友薫輝委員、志田幸雄委員、小林昭彦委員、水谷勝美委員、
奥田隆利委員、山口直美委員、山路 茂委員、櫻井正樹委員

欠席委員 なし

オブザーバー

三重県医療保健部 医療政策総括監 田辺正樹

議事 (在り方資料1)

- (1) 第5回委員会の振り返りについて
- (2) 地域医療を守っていくために、松阪市民病院はどうあるべきか

会議は公開とする

傍聴者数 86名

開会前、司会より委員に対して会議が「審議会等会議の公開に関する指針及び運用方針」により、原則公開の立場をとって公開であることをお伝えし、報道関係者、一般傍聴者の入室の連絡と撮影、録音の許可を得る。

午後7時 委員会開会

司会

定刻となりましたので、ただいまから第2次地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方検討委員会第6回委員会を開催いたします。

本日の出席委員ただいま8名でございますが、遅れてみえる委員は、まもなく到着されるということで伺っております。(午後7時10分 委員到着)

本委員会設置要綱第3条第4項の規定により、本会議は成立していることを御報告致しま

す。

それでは委員長様にはこの後、議事の進行をお願いいたします。

委員長

それでは議事に入ります。議事の第1 前回の振り返りをお願いします。

事務局

資料の3ページ、4ページ、5ページにおいて第5回の委員会の委員発言要旨ということで報告します。

3ページをごらんください。

松阪市民病院が求められる役割

- ・介護の現場からすれば、松阪市民病院が地域包括ケア病棟を担い、地域包括ケアシステムの中の一員として地域を支えるということは非常にありがたい。地域医療構想においても、地域包括ケアシステムにおいても重要である。
- ・是非市民病院には地域包括ケア病床を中心とした病院になってほしいと考える。一定の期間をかけて、医療ニーズに合わせて機能転換していく点にも賛成である。
- ・住民の立場に立ってみると、非常にこの計画は安心できる計画だと思う。
- ・市民病院に在宅で介護できないときに対応してもらえることはありがたい。
- ・サブアキュートがシステムとして取り入れられるというのは本当にありがたい。ポストアキュートに関しても、少しでも病状が軽くなって帰宅していただくということは、在宅を担っていくものとしてもありがたい。
- ・市民病院は地域包括ケア病床を中心とした病院として、地域包括ケアシステムを構築していく中で役割を担っていくということが今後必要になってくる。
- ・例えば重症で長期療養の必要な患者や、認知症のほかに病気がある入院の必要な患者等は、地域包括ケア病床は2カ月ぐらいの入院しかできない。急性期経過後、もし地域包括ケア病棟へ入ることができても、そのあとをどうするのか。地域包括ケアシステムの中で、在宅で看ることができるのか、あるいは施設等でそれがきちんと看ることができるのか、また、その後の流れを構築することができるのかということが大事である。
- ・今後、地域での急性期・高度急性期はこれだけ、回復期、慢性期はこれだけ、在宅がこうなっていくと示される中で、高度急性期・急性期に関しては、その数値以上にもっと需要が減っていくと思う。その中でいかに地域全体が生き残っていくかを考えなければならない。
- ・松阪市民病院が、地域包括ケア病床中心の病院となり、高度急性期・急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ地域医療のかけ橋になるということで、地域医療を守るということに大きく寄与すると考える。

4ページをごらんください。

雇用について

- ・市民病院ほどの大きな病院にはたくさん職員の方がいる。地域包括ケア病院、地域包括ケア病床を中心とした病院になっていくとしても、特に医師や看護師については「働き方改革」のこともあるし、この地域から医療従事者が減るということは、救急のことも含めていろんな意味で大きな問題をはらんでくる。松阪地域にとってそのことが大きな損失になるのではないかとということも少し懸念している。
- ・3基幹病院長協議会では、2次救急の輪番を維持していただけるということで、心強いとは思っている。そして、やはり医師・看護師等の医療関係者は、引き続きこの松阪にとどまってもらいたい。地域医療という観点から考えたときには、とどまってもらう工夫なのか、あるいは雇用を確保するということが、是非必要になってくるのではないかと考える。
- ・回復期機能のベッド数が増えたときに、看護職のことを考えると回復期の病院に看護師が少なくなるとは困るというようなことも思った。
- ・雇用の問題というのは、機能を移行していく中でどう考えていくかということになるかと思う。
- ・医師、看護師、さらにはコメディカルも、他の病院への移動がどうしても出てくると思うし、急性期のほうへはやはり医者も必要になると思うので、いかにうまく雇用を守りながら、松阪地域から流出しないように、松阪地域の中でうまく移動をしていただくということを考えていく必要がある。
- ・常勤・非常勤を問わず現在働いている職員、医師、看護師、コメディカル等すべてのスタッフの雇用を守ることが第一であり、その雇用さえ守ることができたら、地域のニーズをきちんと支えることもできるだろうと思っている。
- ・地域人材の流出及び損失、地域経済への影響が課題である。

経営について

- ・市の立場からは、今も市民病院へは市から繰出し（財政支援）をしている。地域医療を進めていくためには市の負担も一定程度あってもいいとは思いますが、できるだけ税金の投入は少ないにこしたことはない。
- ・また、地域包括ケア病床への移行による経営面での課題を整理してほしい。

5ページをごらんください。

進め方について

- ・急に病院の機能が転換するということは、特に市民の皆さん方に混乱を招く。また、そこで働く看護師やスタッフの方々も混乱される、心配されるということがあるので、このあたりはしっかり時間をかけて周知をするということが重要と考える。
- ・住民が理解をすることも大事であり、その中で働く職員のことも考えていかなければならない。一気に進めるのではなくて、できそうなところから、試験的に取り組んでいくという方式をとらないと、市民病院を受診してみえる方はたくさんいるから、なぜそういうふうになるのかということを理解していただくことが大事だと思う。

- ・松阪地区は2030年が入院医療需要のピークということで目安をつくっているの、それに向けて診療報酬の改定などもにらみながら慎重に進めていくことが非常に重要である。
- ・住民の立場からは、安心できる医療提供体制を早く整えてほしい。

そして、前回委員会で委員長から指示をいただきました。その指示事項です。

地域の医療を守るということについては、「機能」「雇用」「経営」という、三つの観点から考えていく必要がある。

このうち「機能」という側面では、松阪市民病院が、地域包括ケア病床中心の病院となり、高度急性期・急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ地域医療のかけ橋になるということで、地域医療を守るということに大きく寄与すると考える。

残る「雇用」と「経営」という側面において、さまざまな運営形態、経営形態の中で工夫をしていただいて、今日出された課題をどれだけ克服できるのか、その可能性を探っていただき、次回に議論の材料を提示していただきたい。

という指示をいただいております。以上です。

委員長

前回の振り返りをしていただきました。補足、ご意見等ございませんか。

委員

共通しているところと言えば、松阪地域にとって損失となるようなことは避けたほうがいいのではないかとということ。雇用とか経営とか、1番最後には委員長からの指示事項ということでまとめられていると思いますが、幾つかの損失といったような不安、共通しているのは不安事項だと思うので、不安について応えることができるのは抽象的なものではなくて、具体性あるもので、その不安をある程度打ち消していくということが今後必要であるというように思った次第です。

委員長

その他ございませんか。

それでは、前回の第5回では松阪市民病院が地域包括ケア病床中心の病院になることについて、合意が得られたと思います。

しかし委員の皆様からは、松阪市民病院が一定の期間をかけて機能転換をしていく必要性、医師、看護師等、医療関係者の松阪地区からの流出を何とか抑えることができないのか、市民病院の経営はどうなるのかといった意見・質問が出されました。地域の医療を守るということについては、機能・雇用・経営といった観点から考えていく必要があるように思います。

このうち機能という側面では松阪市民病院が地域包括ケア中心の病院となって、高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ地域医療のかけ橋になるということで、地域医療を

守ることに、大きく寄与していけるものと思います。

しかし機能を備えるだけでは不十分で、高度急性期、急性期を担う病院との関係、そして慢性期、在宅医療、診療所等々の関係が実質的に密接になっていく必要があると思います。さらに、残る二つ、雇用と経営という側面においては、医師、看護師等医療関係者の松阪地区からの流出を抑えるということや、病院の経営と市の財政負担をこれ以上重くしないようにするというのも重要で、さまざまな運営形態、経営形態の中で工夫を凝らし、委員の皆様から出された課題をどれだけ克服できるかということを探る必要があると思います。

今日は、議論の材料を提示するようお願いしましたので、そのことについて事務局から説明していただきたいと思います。

事務局

あり方資料1の7ページをごらんください。前回のあり方資料1のまとめのところの図です。

松阪区域に求められているのは高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療等をつなぐ、地域医療のかけ橋となる地域包括ケア病床を中心とする病院です。これから、松阪市民病院に求められる役割は、この部分であるということでした。

図の下の緑色の部分ですが、前回の委員会では、委員の皆様から、そして、それを総括して委員長から、地域の医療を守るということについて、機能、雇用、経営といった観点から考えていく必要があるように思う、とご示唆をいただきました。

8ページをごらんください。

事務局といたしましては、さまざまな運営形態、経営形態を想定する中で、それぞれの形態においてどういった取り組みができ、委員の皆様から出された課題をクリアできるかといった視点で比較検討する必要があるのではないかと考えました。

8ページの左側ですが、松阪市民病院の至上命題としては、「地域医療を守る」ということです。ここでは積極的に地域包括ケア病床を中心とする医療提供体制を構築し、高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療等をつなぐ地域医療のかけ橋となるということです。そのために必要な視点として、前回のあり方検討委員会で示唆いただきました3点を設定しました。

第1の機能の視点です。先ほど委員長からもおっしゃっていただいたように、確かに松阪市民病院が今後、一定の期間をかけて、地域包括ケア病床中心の機能に転換していくことで、そのような機能を備えることにはなると思います。

しかし、まさに機能を備えるだけでは十分ではなく、ご家庭、介護施設、慢性期病院等との関係においては、前回ご説明申し上げた急性期に当てはまらない入院医療や、在宅医療の一時的入院を受け入れるといったサブアキュートという機能を発揮しなければ意味がありません。

また、高度急性期、急性期病院との関係においては、本当の意味で、実質的に機能の分化・連携ができるかということが大事で、具体的には、それらの病院から手術などの、急性期治療後、早い段階で入院患者の転院先となり、実際に患者が転院して、急性期治療後の在宅に

復帰するまでの入院といったポストアキュートという機能を発揮しなければ意味がありません。

そういったことから、この側面においては、病床機能を確実に分化・連携できるかといった機能分化・連携の確実な実現という視点で、さまざまな運営形態、経営形態のメリット、デメリットを整理しました。

次に、第2の雇用ですが、医師、看護師等医療関係者の松阪区域からの流出を何とか抑えることはできないのか。流出すれば、松阪区域としては損失であるといったご意見がありました。そこで、この側面においては、できるだけ松阪区域に医師、看護師等の、医療関係者を確保し、引き続き松阪区域で働いていただくことにつながるかどうかという視点で、さまざまな運営形態、経営形態のメリット、デメリットを整理しました。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった各病期にはそれぞれの時期に適合した医療が提供されます。高度急性期、急性期の医療では、専門領域ごとの知識・技術が必要です。一方、複数の疾患を持つ高齢患者が増えていく中で、回復期や慢性期を担う医療の需要が今後増えるものと思われれます。医師においても、複数疾患を抱えた多種多様な患者に豊富な知識と経験から、適切な診断を下し、治療を行えるといった高齢患者を総合的に見る力量が求められます。こうした医師や看護師等の医療関係者の確保が重要になると考えられます。

次に、第3の経営ですが、地域医療の調整者の一つである松阪市としては、どうしても松阪区域では不足している地域包括ケア病床を確保し、来るべき医療需要に備える必要と責任があるとともに、できるだけ松阪市の財政負担、つまり究極的には市民の皆様の負担を抑える必要があります。

そういったことから、この側面においては、できるだけ財政負担を抑えつつ、公的役割を継続できるかといった視点で、さまざまな運営形態、経営形態のメリット、デメリットを整理しました。

経営形態の選択肢等については、これから詳しく御説明申し上げます。

なお、委員それぞれ各自でメリット、デメリットを整理していただくにあたり、机の上にメモ等できるペーパーを用意いたしましたので、御活用ください。

事務局

では、続いて公立病院の経営形態の選択肢及びそのメリット・デメリットの説明をさせていただきます。参考資料「公立病院の経営形態について」という資料をご覧ください。

まず、公立病院の経営形態について説明致します。それぞれの経営形態によって特徴がありますので、まずその特徴について説明をいたします。

18ページをご覧ください。

公立病院の主な経営形態の手法を五つ並べています。上から順に地方公営企業法の一部適用、2番目、地方公営企業法の全部適用、3番目、地方独立行政法人、4番目、指定管理者制度、5番目、民間病院との統合と、公立病院は、運営にあたってはこの五つの中で経営形態を選ぶことが可能とされています。

現在の松阪市民病院は、1番上の地方公営企業法一部適用、こちらが現在の経営形態となっています。この一部適用につきましては、基本的な公立病院の経営形態でありましたが、括弧の中の事業数をご覧ください。平成29年度のデータですが、2の全部適用というところ、388の病院事業が全国で選択されています。また、地方独立行政法人という制度を選択しているのは、全国で55法人あります。

そして、指定管理者制度につきましては、後ほど説明しますが、利用料金制という制度で56事業、料金收受代行制という事業で20事業が、登録をされております。

まず一部適用というものについて、何を一部適用したのかという内容について概要を説明いたします。この地方公営企業法の一部適用ですが、特徴の1点目、地方公営企業法に定める財務に関する規定等一部のみを適用した公立病院である、と定められています。特徴の2点目、公立病院は、地方公共団体が設置条例を定めて設置されるということが原則となっています。条例で定めることにより、特別会計という枠で、一般会計といわれる一般的なその地方公共団体の財布とは別の特別な会計ということで、収入がどれだけあって費用がどれだけかかったかというようなことで、独立採算という形をとって運営がされていくのが、この一部適用という基本的なスタイルです。

次にこの一部適用と全部適用の差というところを説明させていただきます。

2の、地方公営企業法全部適用の特徴1点目です。財務に関する規定のみならず、組織、職員の身分取り扱いに関する規定のすべてを適用した公立病院ということで、特に組織及び職員の身分取り扱いの規定もさらに加えて、適用したということが特徴です。この組織というのは、内部の体制をもう少し自由裁量を一部適用に加えて与えるというような内容となっています。また後ほど説明いたします。

全部適用ですが、特徴の2点目として記述しているとおり、設置条例の中で定めて設置するものですので、その点は一部適用と同様である、ということです。なお、補足いたしますとこの設置条例を定めるためには、議会の議決が必要となります。

3番の地方独立行政法人です。これは、地方自治体から独立した一つの法人と定義されます。新たに法人格が付与されて、地方公共団体が実施していた事務事業を実施する法人ということです。病院の地方独立行政法人も三重県内にはございますが、病院事業を、地方公共団体から独立して一つの法人として設立して運営をするというのが地方独立行政法人です。

4番目の指定管理者制度の説明をします。特徴の1点目です。公立病院の施設管理運営を包括的に民間の事業者に行わせるために、地方公共団体が議会の議決を経て、指定する業者に期間を定めてその管理運営を委ねるものです。ポイントですが、施設管理運営を包括的にお願いするという点が一つポイントとして挙げられます。それから、指定する際には議会の議決が必要というのが二つ目のポイントです。指定管理の期間が定められているという点もポイントです。

特徴の2点目ですが、制度には料金収入の仕方に関して二つの制度があります。利用料金制と料金收受代行制です。まず、利用料金制ですが、指定管理者が行政サービスによって收受した料金収入を指定管理者の収入とするものが利用料金制と言われるものです。利用料金收受代行制というのは、料金の徴収、窓口での徴収事務自体は指定管理者が行いますが、地

方公共団体に収入されるということです。こちらは、別途必要となる経費を指定管理者に対して支払うものということです。全国の病院事業の傾向を見ても、利用料金制のほうが、料金收受代行制よりも採択されるケースが多いということです。

5番目の選択肢です。民間病院との統合ということで、こちらは民間の事業者と市民病院事業を統合するものであり、統合後は民間の事業者とともに、病院の運営を行っていくこととなるということです。こちらは民間と統合するというイメージそのものだと思います。

この五つの経営形態が総務省からも提示をされているところです。この五つについて、もう少し具体的に、それぞれの事柄について比較をしていきます。

19ページを御用意ください。

まず経営形態別の組織の特徴について比較をします。先ほど五つの経営形態があると申し上げましたが、地方公営企業法の一部適用、全部適用、地方独立行政法人、これらは、ひとくくりに申し上げますと直営型と言われる法人の経営形態です。それから、指定管理者（公設民営）、これは公設民営型というふうに分類をさせていただきます。そして、民間病院との統合については統合型という形で、少し類型を分けて説明をさせていただきたいと思えます。

まず組織の特徴として、開設者や運営責任は誰にあるのか、それから、医療法上の病院の管理者は誰なのか、そして特徴はどういったものかということで比較をしていきます。

まず、開設者ですが、一部適用、全部適用、地方独立行政法人、そして指定管理者までは地方公共団体が開設者ということで決められています。統合型になりますと、民間法人が開設者ということで整理をされます。

次に、病院の運営責任は誰にあるのかという点で申し上げますと、一部適用については、地方公共団体の長ですので、松阪市であれば市長になるということです。全部適用につきましては、病院事業管理者ということで、市長ではないということです。こちらが全部適用の特徴の一つです。地方公共団体の長が任命する特別職地方公務員に、経営の責任者として運営にあたらせるということで権限と責任を移譲したことになります。その意味で、組織に関する規定を適用するというのが全部適用です。地方独立行政法人についてはこの運営の責任は、その法人の理事長になります。この理事長については、地方公共団体の長が任命するというふうに定められています。指定管理者ですが、（公設民営）と書かせていただきました。「公」が設置をし、「民」が運営するという意味でご理解いただければと思います。「民」が運営するということです。運営責任は指定管理者である事業者になるということです。

民間病院との統合になりますと、この運営責任は当然民間法人の長ということです。なお、民間病院と示しておりますが、公的病院も含んだ内容となっておりますのでその点にご留意いただければと思います。

医療法上の病院管理者ということで、病院は医療法に基づいて管理者を置かなければなりません。いずれの経営形態であっても医師であることに相違はございませんが、誰が任命するかという点で違いが出てきます。地方公営企業法の一部適用であれば、地方公共団体の長が任命をします。全部適用ですと、病院事業管理者に権限が移譲されていますので、病院事

業管理者が任命する者です。いずれも病院長というイメージを持っていただければと思います。そして、地方独立行政法人になりますと、もう組織が独立して理事長がいますので、この理事長が任命する者。指定管理者の場合には、運営は指定管理を委ねられた業者が行いますので、指定管理者が任命する者ということです。統合型の場合は、民間法人ということですので、その長が任命をします。

組織の特徴ですが、一部適用については設置条例で設置をし、その経営の基本を定め、その他は地方公共団体の長が規則等で決定をします。基本的には、地方公共団体の組織の一部であるということと理解していただければと思います。全部適用になりますと、一部適用と同様に設置条例で設置し、その経営の基本を設置条例の中で定めませんが、その他については管理者が企業管理規程で決定をします。要は、病院のルールを事業管理者で決めることができるというように権限が移譲されているので、経営がより柔軟に行えるというのがこの直営型の全部適用でございます。地方独立行政法人は、地方独立行政法人法という法令で定める基本的な枠組みの範囲内で、その法人の長が組織についてルールを決定していきます。指定管理者については、指定管理者が組織のルールをつくっていきます。民間法人も同様です。

20ページをごらんください。

自治体との関係ということで比較をしていきます。この自治体との関係ということでは、直営型、公設民営型、統合型を、まず簡単に申しますと、表の左から右に経営形態が、シフトしていくにつれて、自治体との関係性が希薄になるというイメージで聞いていただければと思います。観点は市長や議会との関係、それから、議会が運営に関与できるのか、そして財政的なバックアップはどうなのかという観点で取りまとめをしています。

まず市長等との関係ということで、一部適用については設置条例で設置及び経営の基本を定め、その他は地方公共団体の長が規則等で制定をするということですので、基本的に市のルールに則って行うので、市長や議会とも対話を通じて運営がされていきます。全部適用となりますと、前述のとおり企業管理規定については管理者が独自で制定をします。そして、地方公共団体の長は、地方公営企業に係る予算の調整、議会への議案の提出、過料賦課等への権限を留保するという点で少し全部適用の場合、市長との関係では、権限をもう少し移譲することができるというようなかたちです。地方独立行政法人は、一般的な管理規程を置かず、地方公共団体の長が関与できる事項を法律で限定列挙していくということで、1番2番の一部適用、全部適用と比較すると、より直接的な関係ではなくなっていくということです。指定管理者については、指定管理者の指定を議会において行うという点で関係し、協定の範囲内で運営を行って行くということです。この指定にあたっての協定、協定というのは自治体と指定管理者になるべき事業者との間での決め事というルールのことですが、そのルールについて、きちんと範囲を定めて運営を行っていくということです。そして、指定後の評価及びモニタリングという点で関与をして行くこととなります。統合型というところでは、統合の際、一定の条件を付すことは可能です。例えば、5年間は、この地で必ず医療を続けることというような条件を付すということは、過去の事例からも可能です。

2点目で、議会は運営に関与できるのかという点ですが、一部適用、全部適用については関与することができます。予算について議決権があり、決算について認定をするという点で関与します。地方独立行政法人の運営について議会が運営に関与できるかという点では、中期目標の認定に関して関与があります。ただ、予算の一つ一つの項目に対して議決をとることや、決算について認定という中で質問するというような議会の関与度合いではなくなるという点で少し議会とは関係性が希薄になるということです。公設民営型については、運営に関与できるかという点で申し上げますと、関与はいたしません。民間病院との統合であっても関与はいたしません。

財政的なバックアップはどうかという点ですが、地方公営企業法一部適用については、地方公営企業法に基づいて繰出金と言われる形で支出をします。全部適用も一部適用と同様に支出をします。では、地方独立行政法人はどうかという点ですが、設立団体がその業務の財源に充てるために必要な金額の全部または一部に相当する金額を交付することができるということで、運営交付金という形で設立団体から交付するといったような事例が一般的になっています。公設民営型の指定管理者制度ですが、財政的なバックアップについては協定の範囲内で支出することができるように定められています。民間病院との統合になりますと、財政的なバックアップはなくなるということです。松阪市にとっては財政的な面の負担は非常に軽くなるというのがこの統合型の特徴です。

21ページをごらんください。

今度は職員の身分、それから政策医療への対応という観点で、それぞれの経営形態について説明をいたします。まず職員の任命ということで、誰が任命をするのか、裁量権が誰にあるかというようなことで聞いていただければと思います。それから職員の身分は、どうなるのかという観点で比較をしています。そして給与と書きましたのは、給与の表はだれが設定するのかという点で比較をしました。また、政策医療との関係性ということでは、事業として行っている政策医療が、それぞれの経営形態でかかわりがどう変わっていくのかという点を整理しました。

まず職員の任命という点です。一部適用につきましては地方公共団体の長が任命をします。全部適用になりますと、権限が事業管理者に移譲され、任命は事業管理者が行うという点です。地方独立行政法人では、職員の任命は理事長が任命します。指定管理者制度ですが、職員の任命は指定管理者が雇用契約を締結するという点で、民間の法人が事業者となって、一人一人の職員と雇用契約を締結するという手続きとなります。統合型では指定管理者と同様に、民間法人が雇用契約を締結するという点です。

次に、職員の身分はということですが、地方公営企業法一部適用、全部適用、これらは、地方公務員の身分です。地方独立行政法人では、この法人の職員ということになります。法人化する場合には、地方公務員から法人の職員へということで身分が変わるという点の特徴となります。指定管理者では、導入の際に指定管理者の職員になるということです。また統合ということであれば、当該民間法人の職員になるということで、身分が変わるのは、直営型の地方独立行政法人、公設民営型、統合型については職員の身分がそれぞれの法人の職員

になるというところが特徴として挙げられます。

職員の給与ですが、一部適用の場合には、条例で定められた給料表を適用します。一方、全部適用となりますと、独自の給料表の設定が可能ということです。従って、全部適用に移行する場合には、独自の給料表を病院で設定することが可能になるという点で一部適用と異なります。地方独立行政法人では、法人としては独立しますが、地方公共団体の長に届け出をし、公表をするということが手続として必要です。公設民営型では、指定管理者が運営をしますので、この職員の給与についても指定管理者が決定をするということです。統合型については、当該民間法人が決定をするということになります。

政策医療との関係ですが、一部適用、全部適用につきましては、政策医療として事業を推進していくことができるということでございます。地方独立行政法人については、中期目標の設定をしますが、これは地方公共団体側から設定をします。政策医療として望む内容を設定することができるという点で、政策医療の実施に対する関与が可能ということです。公設民営の指定管理者については、公が設置した地方公共団体の事業のままであるため、指定管理者との協定書や仕様書において、政策医療について取り組みを指定することができます。公設民営については、政策医療との関係性は一部適用、全部適用などと同様に政策医療の実施には関与できるということです。民間病院との統合につきましては、政策医療として統合後に民間法人に介入するのは、現実的には難しいと言われております。実施に関する補助金を受け入れるか否かという面では、統合後に政策医療を担っていただいているというような地域もありますが、現実的には困難と言われております。

今回、経営形態の比較を3ページにわたっていたしました。まずこの説明をさせていただいた上で、本編のあり方資料1に戻っていただけますでしょうか。

8ページをごらんください。

8ページにつきましては、先ほど説明をさせていただきましたが、松阪市民病院の至上命題は地域医療を守るということで、そのためには三つの視点で検討が必要であるということでした。

まず、機能分化連携の確実な実現ということで、病床機能を確実に分化・連携できる経営形態の選択肢であるかどうかという点での評価が必要です。

2点目は雇用の確保ということで、地域に医療関係者を確保できるのかという観点から、検討が必要であるということです。

そして経営の安定ということで、財政負担を抑えながら公的役割を継続させていくことができるのかという観点、この三つの視点での検討が必要ということで整理をしています。

比較検討をする分類としては、真ん中のところですが、上から直営型、統合型、そして公設民営型ということです。経営形態の選択肢を検討するにあたり、直営型のところの右の緑色の枠のところに記載がありますが、2基幹病院との関係性を踏まえて整理を行っております。

なぜ2基幹病院との間での整理かという点で申し上げますと、松阪地域医療構想調整会議では、担うべき医療機関の役割として3基幹病院の機能分化・連携に関する検討を進め、各病院の役割の明確化に取り組むとされていることによるものです。

また、松阪市民病院は急性期を中心とした病院です。ここで働いている医療職、医療従事者の方々は急性期の医療に従事をされている方々です。従って、松阪の区域内で、かつ急性期病院で働いていただくということを前提としますと、この2基幹病院との間での整理ということが雇用の確保につながり、最終的には1番上の機能分化・連携の確実な実現に関して、確実な方法をとることが現実的ではないかということで、この2基幹病院との関係性ということで整理をしているところです。

統合型、公設民営型ですが、これらについては、一体での運営を行っていくという点に特徴が出てきますが、これをいつまでに取り組みのかというところを説明させていただきます。2025年から2030年、2030年に松阪区域の医療需要がピークを迎えるということは前回までの委員会の中で確認をしたところですが、2020年、本年以降、2025年までの段階で、一つ目の需要の高まりが来るというのも、以前データでお示しをしたとおりです。従って、まず第1弾の需要が高まる2025年を目安として、機能転換を実現させていかないと、7ページに示させていただいた入院医療ニーズへの対応が間に合わないのではないかと思いますので、2025年というのを一つの目安として検討するということです。統合型や、指定管理者制度であれば、2025年までに統合ないしは指定管理者制度の導入を行い、一体化した上で人員配置の調整に入るとというのが現実的な方法になるということで、そういった想定をしながら、経営形態の比較の資料を揃えました。では具体的などころで進めてまいります。

9ページをごらんください。

こちらは、松阪市民病院が仮に直営を維持することを選択した場合ということで、三つの視点で、メリットやデメリットについて整理をしました。

まず、機能分化・連携の確実な実現ができるかどうかという点です。デメリットのところを示しましたが、あくまでもこの病院間の合意に基づく連携ということなので、急性期治療を終えた後に必ずしも患者の転院が確約されるものではありません。従って、機能分化・連携が十分発揮されない可能性があるという点がデメリットとして挙げられます。

そして雇用の確保、地域に医療関係者を確保できるのかという観点です。その観点で直営の維持を選択した場合には、地域包括ケア病床中心の病院単独では、医師の確保が難しいと考えられる点がデメリットとして挙げられます。

また、個別に特定の職員に転出の指示をするということは困難で、職員の再配置を計画どおりに行うのは現実的に困難を極める可能性が高いという点もデメリットとして挙げられます。

松阪市民病院は今、急性期病院ですが、地域包括ケア病床を中心とする病院というのは、今よりも、より少ない人員でないと経営上の収支も合わないという中で、では誰が急性期のほかの2基幹病院への転出の指示をするというのは現実的には恐らく難しいと思います。また転出先が同一でない場合には、職員相互間で雇用条件に格差が生まれてしまうという点もあります。そうすると、職員によっては雇用条件をもう少し広げて、松阪区域以外でも勤務可能であればそちらを選択するというのも自然の流れだと思いますので、この地域に医

療関係者を確保できるのかという点においては、デメリットに挙げられると思います。

それから経営の安定という観点です。こちらは財政負担を抑えつつ、公的役割を継続できるのかという点です。直営を維持した場合、メリットとしては、松阪市の直営のサービスとして関与が強いということで、先ほど参考資料では、議会の関与ということで、予算決算で関与できるという点がありました。関与が強いといったことがありますので、政策医療の継続と財政支援ができるということで、経営の安定にはつながるという点が一つ目の大きなメリットです。

そして普通交付税の財源措置を享受できるということです。普通交付税については次のページで詳細を説明しますが、松阪市の財政にとっても有益な方法となります。

一方でデメリットもあります。単独で運営を継続することになりますので、経営を一体化させるというようなことがないということから、経費の支払いなどでスケールメリットが働かず、ものを安く買うことに関しての選択肢がないという点で不利であると考えられます。

それから機能転換をした後、2基幹病院から必ずしも患者の転院が確約されるということではないと思いますので、安定した収入が確保できない可能性がある。これはデメリットであると思います。これは2基幹病院と経営が一体化されてないので、2基幹病院にも当然経営安定のための策というのがあると思います。従って、必ずしも患者の転院、ポストアキュートという点で確約されるものではないという点が挙げられます。

また、市民病院の経営が不安定になれば、松阪市の財政負担が現状よりも増える可能性があるということです。現状で繰出金は、年9億円を繰り出して、市民病院を運営していますが、上記のとおり雇用だったり、病院の連携がうまくいかなかったりということで、収支が不安定になれば、今以上に財政負担がかかるという点もデメリットです。

10ページをごらんください。

普通交付税の説明をいたします。まず普通交付税の制度の概要で、左側の1点目です。

日本の財政制度の一つで、国が地方公共団体の財源の偏在を調整することを目的とした地方財政調整制度であるということです。税収がたくさんある地方公共団体（市町村など）もあれば、税収がほとんどないような、地方公共団体もあります。そういった地方公共団体の間の格差を是正するために、国が改めて足りないところに財源を配るとというのが普通交付税の仕組みです。

2点目は一般的な財政需要、これは1年間で、行政を運営するために必要なお金と考えていただければと思います。それに対して、自力で収入を得ることができず、財政需要を賄えないいわゆる財源不足額に見合った額を、普通交付税として交付されるということです。

3点目で、この普通交付税ですが、負担金や補助金は一般的にはその使いみちというのは限定されていますが、普通交付税については、用途の限定がないため、地方公共団体の運営上は非常に弾力的な資金として扱われています。

次に、松阪市の財政運営の状況を右側、平成30年度の状況を図示しています。上側の棒グラフ、2本が現状です。下が市民病院の運営をやめた場合の松阪市の財政運営の状況です。

松阪市が市民病院を運営することで、基準財政需要額、日々の行政運営に必要なコストと

して、5億円が必要であるということで算定されます。ただ、市民病院の運営をやめた場合、松阪市の財政運営の状況は、財政需要額として5億円減りますので、差し引きで算定される普通交付税は、5億円減ということになります。

この5億円が多いか少ないかという点では、このグラフで見ると非常に小さな幅に見えますが、この5億円は、財政運営上は非常に重要な金額であるという認識をしていますので、この5億円が減るということは重要なことであるとして示させていただきました。

11ページをごらんください。

松阪市民病院が民間病院との統合、「統合型」を選択した場合の比較をしました。

まず、機能分化・連携の確実な実現という点におけるメリットです。2病院の一体運営により、急性期経過後の患者の転院が実現されやすいことになり、機能分化が実現しやすいという点です。ポイントは一体運営という点です。

機能分化についての考え方ですが、あくまでも地域全体での役割を想定していますので、一つの法人が二つの病院を運営するというなかで建物別に機能分化しますが、その他の基幹病院との関係、例えば2基幹病院のうち1基幹病院と一体運営となれば、もう1基幹病院からの受け入れをしないかといえそうではなくて、あくまでも地域全体の役割として一体運営により機能分化が実現しやすいというメリットがあるということです。

デメリットもあり、統合した後に経営難となった場合には、撤退や、他の機能への転換といった判断は、これは民間法人ですので判断は否定できません。従って、望まれる地域医療体制が必ず確保されるとはいいがたい側面があるということです。

次に、雇用の確保という点です。条件として、希望する職員を全員雇用するとすれば、一時に再就職先を確保することができるので、医療職種の松阪市内での雇用を確保しやすいという点でメリットであると思います。

また、一体運営がなされるので、両病院に必要な職員の再配置というのは1法人の中で、いわゆる部署異動という形で弾力的に変更することができるという点もメリットですし、医師の確保もしやすいという点もメリットとして挙げられます。

経営の安定という観点ですが、統合後は、松阪市からの病院事業に対する公費の支出が必要ではなくなるという点です。先ほど申し上げた繰出金、これは民間病院と統合すれば当然必要なくなります。

また、機動性の高い運営が期待されますので、市民病院として運営するよりも変化への対応には強いと言えます。さらに、一体運営により急性期経過後の患者の転院が実現されやすいので、収入を確保しやすいという点もメリットとして挙げられます。

次に、デメリットですが、病院事業は廃止となりますので、松阪市の関与が及ばないということです。政策医療の観点からは、公的役割の継続という点でデメリットであるということです。

また、返済すべき企業債が松阪市に残ることが懸念されるということで、民間病院と統合すると、この松阪市民病院に残っている借入金は、診療収益など返済の財源がなくなってしまうという点は当然懸念されることです。松阪市として残債をどう返していくのかという計

画を立てていかなければならないということになります。

また、先ほど説明の普通交付税の財源措置は享受することができなくなるということです。

そして、統合により市民病院職員が一旦退職という形になります。公務員を退職ということになりますので、一時的に多額の退職金を払うということになり、松阪市全体にとって財政負担が生じるという点がデメリットになります。

次に、12ページをごらんください。

指定管理者の制度を活用した公設民営型を選択した場合を説明します。

まず、機能分化・連携の確実な実現という点においては、先ほどの統合型と同様、一体運営により急性期経過後の患者の転院が実現されやすく、機能分化は実現されやすいという点がメリットとして挙げられます。

雇用の確保という点でも、希望する職員について全員雇用を条件とすれば、一時に再就職先を確保することができるため、医療職種の松阪市内での雇用を確保しやすい点は、統合型と同様にメリットです。

また、一体運営の中で、両病院に必要な職員の再配置を弾力的に変更すること可能で医師の確保がしやすい点も統合型と同様にメリットとして挙げられます。

経営の安定という観点からは、普通交付税の財源措置も享受できるという点で、松阪市の財政にとっても有益であるという点です。これはなぜかということですが、公設民営ですので、公立病院として病院が残るということになります。その運営を民間に依頼するという点なので、普通交付税の財源措置は、引き続き享受可能ということです。

経営の安定、2点目です。民間の経営手法を発揮することで、効率的な病院経営が実現されることが期待できるという点もメリットとして挙げられます。

3点目として松阪市の関与が残り、指定管理者に対して自治体が意図する政策医療を維持することができるという点もメリットとして挙げられます。あくまでも公設ですので、政策医療として指示を出すということを指定管理者との協定といったルールの中で範囲を決めることができる点で、メリットがあると思われます。

また、一体運営により急性期経過後の患者の転院が実現されやすいため、収入が確保しやすく、経営が安定化しやすいという点がメリットです。

一方、デメリットとしては、指定管理者の指定管理期間のみでの連携となるので、期間が満了した後は、連携体制の継続が確約されるものではないという点で、永続性という観点からはこの公的役割の継続という点でデメリットがあると考えられます。

また、病院職員は一旦退職することになるので、一時的に多額の退職金支払いのための財政負担が生じるという点につきましては統合型と同様で、先ほど説明致しましたが職員の身分が変わることになりますので、この点がデメリットとして挙げられるということです。

13ページをお願いします。

続いて病床機能の再編事例ということで、本日は一つ事例を紹介させていただきます。

この機能の再編事例は、病床の機能再編の好事例ということで紹介いたします。

なお、直営を維持しながら、急性期から回復期機能へ、機能転換を果たしたような好事例、直営型での好事例というようなものは確認ができませんでした。本日の事例では、こちらの病床機能の再編をした事例ということで紹介します。

14ページをごらんください。

今回は静岡県の掛川市、袋井市、両市の中にあった市民病院を統合して、新しく大きな急性期の病院をつくり、一部回復期に機能分化したという事例です。左側の両病院の位置関係をごらんください。

旧袋井市立袋井市民病院というのは、一般病床400床で19の診療科を持つ市民病院でした。右側、旧掛川市立総合病院は、一般病床450床、22の診療科を構える総合病院でした。これら両病院の間は直線距離で10.1キロの距離の関係にありました。新しい病院はその下で、中東遠総合医療センター、一般病床500床で33の診療科を持つ総合病院として、新しく建てたという事例です。

次に、背景と合意形成というところからです。まず1点目、両院は建物が老朽化しており、ほぼ同時期に市立病院の建替え案が浮上していたという背景がありました。掛川市、袋井市、両市ともに建替えにかかる財政的な負担が議会でも話題になり、課題として認識がありました。

また2点目ですが、10.1キロという両院の距離の中で、患者の取り合いになっていたという点です。両市が属するこの医療圏では、5市1町のすべての自治体に公立病院があるというような医療圏であり、既存病床自体過剰気味であったということです。

3点目、中東遠地域において、医師をはじめとする医療スタッフの確保が難しくなっており、新病院を建設した場合、両病院ともに必要数の医療スタッフの確保ができる見通しがたてられないような状況にあったというような背景がありました。

そして平成18年、それぞれの市において、あり方検討委員会が設置され、単独の病院建替えではなくて、広域的な取り組みが望ましいという意見が出たということです。その翌年に協定書を両市が締結して、建設に向けた協議が始まったという背景です。

その機能について説明をいたします。

15ページをごらんください。

時系列での再編の簡単な流れを説明するものです。左側、平成25年4月30日までは、広域的な取り組みが望ましいとの意見のもと、掛川市立総合病院、袋井市立袋井市民病院それぞれが単独で運営をしていました。

平成25年5月1日に急性期機能を集約化した右上の掛川市袋井市病院企業団（地方公営企業法・全部適用）ということで、高度急性期、急性期の機能を担う新病院として、新築移転したという形です。

この事例の特徴は、急性期機能の集約化と、その下の回復期、慢性期機能の集約化ということで、急性期だけではなくて、回復期、慢性期の機能も集約化した事例ということです。

まず、急性期機能の集約化によってできた中東遠総合医療センターですが、その効果として、急性期機能の集約により医療の質が向上したという点が挙げられます。診療科の数は33まで増加しました。医師の数は100名超ということで、医師の数も増えたということです。そして、地域医療支援病院という格付の病院になり、さらには救命救急センターの指定を受けるといような形で質を高めていったということです。

また、指定管理者と示しているところですが、回復期、慢性期機能の集約化という点です。こちらは社会福祉法人聖隷事業団という、静岡県の浜松に拠点がある社会福祉法人が、指定管理者に選ばれました。

従来、左側をごらんいただくと、一般病床400床、19の診療科の総合病院でしたが、それを使って、現在は一般病床50床（地域包括ケア病床）、それと、療養病床と回復期リハビリテーション病床という、亜急性期、回復期、慢性期を担う病院として、指定管理者制度を活用して、継続運営しているということです。

この大きな効果としては、市民1人当たりの負担額が減少したと言われていているという点や、回復期機能の充実、病院間の連携の強化が図られたという点であるとされています。

16ページをごらんください。

松阪市の三つの視点という点と比較して整理をいたしました。一番左側、オレンジで囲ったところが本件の事例の背景と課題です。

上から順にお願いします。地域の病床数は過剰気味であり、また病院の機能が低下していたという事実もありました。診療科は、医師の不足という状況で休止をしていましたし、病棟の縮小というところもあったということで、病院の機能としては低下をしていたということです。

また、その下ですが、新しい臨床研修医制度が始まって、医師が不足気味になったということも、背景としてありました。継続的な医師派遣については困難ということで、医局元大学からも指摘を受けたということでした。特に医師の確保は非常に重要であったという背景もあり、急性期の機能を集約化して一つの病院にして、医師を送っていただく体制を確保する必要があるという点で、病床の機能分化が必要なことであったり、医師の確保が困難であったりというような点は、この松阪市の課題と同様であるということで整理されます。

また、左の下から2番目の競争状態の継続による共倒れへの懸念という点や、病院の老朽化や電子カルテシステムへの投資などに伴う財政負担の悪化という点も懸念されていました。そうなれば、企業債償還の財源について、当然企業債というのは借入金ですので、返していくためには自力で財源を稼がなければなりません。その資金も足りなくなるといような懸念や、建物の老朽化に伴う建替え、電子カルテへの再投資といようなことで、その資金調達に関して借入金である企業債が増えるのではないかとということで、その返済に関する負担が懸念されていたという点は、今回の松阪市の課題でもある経営の安定という視点から財政負担の面での観点、また共倒れを防ぐことで公的な役割が継続できるといったような観点から、課題としては同一の背景にあると思われま。

この事例で課題は解決できたのかということですが、1番上の機能分化・連携の確実な実

現については、急性期機能を新病院に集約することで急性期機能が充実しました。そして回復期、慢性期機能は、指定管理者制度を活用して旧袋井市民病院が機能転換することで確保したということです、この点は確実に実現が図られていると考えます。

また、雇用の確保という点でも課題は解決できたと考えられます。急性期機能を集約化することで、機能が高度化したこともあり、統合前よりも2病院全体での医師数は増加しています。看護師数についても年々増加傾向にあるということで、機能の高度化が要因ということでまとめておりますが、これは、急性期の病院で診療の機能をアップさせたので、看護師が必要ということもさることながら、指定管理者側の、旧袋井市民病院でも看護師数は採用も増え、年々増加を続けているということです。こちらも医療の質が上がってきているということが背景にあります。

また経営の安定という観点からも課題は解決されていると考えられます。まず急性期機能のみならず、回復期機能を担う病院を整備したことで、競争状態が解消され、地域に求められる病床機能を満たしたということです。

両市の病院インフラに対する財政負担の悪化への懸念は、繰出金の減少等を通じて抑止されているということです。

資料の説明は以上でございます。

委員長

はい、ありがとうございました。非常に長い説明で、難しかったところもありました。

確認ですが、公設民営型というのは、要するに、どこかの病院、急性期病棟を一つのところをお願いして、松阪市民病院が指定管理者制度を活用するという理解でよろしいですか。

事務局

今回の整理はお見込みのとおり整理をいたしました。

委員長

それではまず8ページの地域医療を守るために必要な視点です。機能分化と連携、雇用、経営の3つの視点が示されましたが、この点について委員どなたか、ご意見ありませんか。これまで議論してきたように、機能分化ということでは市民病院は、地域包括ケア病棟を中心とした病院を担うということでは合意できていますので、そのあと雇用と経営ということを考えていくうえでどういう経営形態がいいのかということになるかと思えます。

続いて、各経営形態の説明がありました。9ページ、11ページ、12ページ、耳慣れないところがあり、さらにそれぞれのメリットデメリットについて説明をしていただいたと思いますが、この説明の中でわからないといったようなことはありませんでしょうか。

これを簡単に三重県の例で紹介しますと、直営型の一部適用は松阪市民病院です。全部適用は市立伊勢総合病院です。地方独立行政法人は桑名医療センターが該当します。公設民営型は、県立志摩病院がそのようになっているということで、三重県下の病院が既にそういう経営形態になっている例がありますので、そのあたりも頭に入れていただけるとよくわかる

のではないかと思います。

では、9 ページ、11 ページ、12 ページのところ、直営型、統合型、公設民営型でそれぞれのメリット、デメリットの整理のところがありません。まず、9 ページの、直営型について、御意見ありましたらいかがでしょうか。

委員

さきほどのお話にありましたように、これはこの委員会としての方向性である、地域包括ケア病床を中心とする病院になっていくという前提のもとでのお話ということで、どの委員の方も御確認していただいたということですね。それであれば、特別質問などはございません、わかりました。

委員長

直営型ではまずメリットが挙げられているように、それぞれ機能、雇用、経営ですべてが、デメリットがあるということです。メリットは経営という面ではある。ただし、交付税が受けられるということぐらいでしょうか。

委員

直営型ですが、政策医療を進めるに当たっては直営型が 1 番適しているという気はします。ただし、1 番問題になるのは雇用の面をどう解決していくかということで、非常に大きな課題と思っています。

実際にそのような形で市民病院が直営として機能転換したとしても、連携という点がうまくとれるのかという心配があるし、そのことにも関連しますが、実際の財政負担がどうなっていて、どのような経営状態になるかというのがわからない部分があります。もしそういう形になればどの程度の赤字が出るのか、そういうところも調べられたら、資料もいただき、検討ということになると思いますが、やはり直営型の一番の問題は雇用の確保というところに課題があるという気はしました。

委員長

直営型というのは現実的に難しいと思います。

では 11 ページの統合型です。民間病院との統合で、この場合は、市としての関与はほとんどなくなるということですが、この点に対しての御意見ありませんか。

委員

なかなかすべてを理解できているというわけではありませんが。

民間と統合というのは、どうなのでしょう。相手の選定というのも、なかなか難しいことになってくると思いますので、地域で総合的に考えると、この地域で民間との統合というのも非常に難しい側面があるのかなと思います。

委員長

ここでの民間病院の定義は何ですか。

事務局

公的病院、医療法人を含みます。

委員長

この場合は、二つの病院が一緒になったとしたら、統合後両方の経営をしていくということとなるわけですね。松阪市民病院は包括ケア病棟として機能させつつ、もう一方の統合したほうの病院は急性期をやるという形になるということですね。

事務局

経営を一つにするということではおっしゃるとおりです。

少し訂正をさせていただきます。民間病院と統合ということで書かせていただいておりますのは、対象は2基幹病院ということで読み替えをいただければと思います。

委員長

松阪市民病院の機能は地域包括ケア病棟として機能する。ただ、市民病院という名前はなくなって、統合した病院の名前になりますが、二つの建物はあるわけです。

こちらは地域包括ケア病床として運営しながら、統合した方は急性期病棟の運営をすることで、経営は一体として行うという形です。その場合、松阪市はほとんど関与できなくなるということです。

次の12ページ、公設民営型というのは、具体的にはどこかの病院と統合をして、急性期病棟をそちらへ移動して松阪市民病院は地域包括ケア病棟になりますが、その運営を統合した病院が管理者となって、松阪市民病院を運営していく。ですから松阪市民病院という名前は残るわけです。だから、県立志摩病院と一緒にです。県立志摩病院という名前は残っているけれども、実際の経営は違うところが手掛けている状態です。そういう形になるということです。具体的に説明しないとなかなかわかりにくい。

事務局

少し説明をさせていただきます。指定管理者制度を活用いたしますと、公的な名前が頭について、何々市民病院という形になる場合があります。「市民」という言葉は、この指定管理者を導入している78事業の中でも大半が「市民」という言葉は残っています。

委員長

ほかにも全国に指定管理している例はありますね。その名前を残しつつ、管理者だけが違っているということです。一般的に見ますと、何もそういう事情を知らない人は、県立病院、あるいは市民病院だと思ふ。実際、市も関与はしている。そういう形ということで理解して

ください。ではこの指定管理者制度に関して何か質問ございませんか。

委員

今、話の流れからはこの松阪地域の二つの基幹病院との連携というのは非常に重要だと思えますが、例えばその二つの基幹病院のどちらかで指定管理者制度を活用いただいて指定管理をしていただくということは可能なかどうかとか、そのあたりもわかれば教えていただきたい。

事務局

制度として申し上げますと2基幹病院とも、指定管理者制度を受けるということは可能です。全国の他の事例でも確認をしているところですが、御指摘のとおり、実際に指定管理を受けようとする意向が、先方にあるかどうかというのは、あくまでも仮定の上で説明をしておりますので、その点は未確認の状況です。制度的には可能ということです。

委員長

制度的にはできる。相手方がそれを受けてくれるかという点にも問題はあります。

委員

もう一つよろしいですか。さらに片方ではなくて、二つの基幹病院両方が指定管理者制度にのっていただいて、2病院が協働で指定管理を行うわけにはいかないでしょうか。

委員

最初の3基幹病院長協議会のときに、私が申し上げたのは、そういう形をとると、松阪市民病院を二分割することになる。それは今までの歴史と、今まで闘ってきた内部の事情を考えると、あり得ない話であるということで、最初に否定させて頂きました。

委員長

他に質問ありませんか。

委員

指定管理の場合は、松阪市、あるいは市民病院ではいろんな条件を整えて、その中でこれでどうですか、手を挙げるところありますかということで、こちらから選択するわけではなくて手を挙げていただくわけです。例えばどこも手を挙げなければ、この話は、一旦なかったということに、なるわけです。そういう考え方でいいですね。(確認：事務局 了)

委員

もう一つの考え、第1回のときの結論として、松阪の今後20年先30年先の医療を考えると、一生懸命考えなければいけない。ただし、残された時間は多くないという結論が出て

います。

その中で考えなければいけないことの一つは、何かの手段をとったときに松阪全体の医療が崩れるような選択をしてはいけないということがあります。これが第1点です。

ここで問題になっている市民病院の職員の雇用確保も第1に考えるという点もありますし、今回の話から少しそれますが、例えば健診センターを運営している医師会の立場も考えようとする要素も入っておりますので、それら全部を含めた上での回答をやはり求められているので、そこも加味したような条件が出てくるのではないかと考えています。

委員長

三つの経営形態があって、公設民営型が現実的には受け入れやすいかなという感じを私は受けています。静岡県の事例は非常にわかりやすいと私は思います。このようにうまくいけば1番いいかと思いますが、これに関して何か質問ございませんか。

委員

これから進むべき方向性を我々が共有していくということが大事だという前提でお話したいと思いますが、それぞれの形態、一部適用とか全部適用、独法といったところに出てきたデメリットを、例えば指定管理者制度を採用するのであれば、それぞれのデメリットもやはり指定管理のところでも共通してデメリットとして浮き上がってくるものがあると思います。

例えば、直営のところに出てきたデメリットの中で、地域包括ケア病床が中心だと医師の確保が難しいということですが、これは別に指定管理でも同じようなことが言えて、そのあたりの具体的な不安を打ち消していきなり、あるいは不安も共有していくということが大事なのではないかなと思います。

その中で先ほど説明いただいた好事例などをもとに、具体的にどれぐらいのものをイメージしていくのかということは、当然市民病院だけではなくて、地域包括ケアのところに関わっていただいている方々、専門職あるいは住民の方々にも、連動するところなので、そこは大事になるのではないかとと思います。

もう1点は指定管理者のデメリットのところに出ています。指定管理期間のみの連携ということになります。そうすると指定管理期間を終えて、また直営に戻った病院もありますので、そこも先行事例として押さえた上で、よりよいものを展開していくということが大事になります。良い事例ではない事例も、実は我々にとっては好事例ととらえていくということが、次の一歩、さらに一歩を進めていく上では大事なのではないかということを感じました。

委員長

そうですね。指定管理者制度を採用した時のデメリットというのももう少し考えて行くべきとは思いますが。静岡の2病院におきましては、急性期病院を統合することによって雇用、医師はかなり増えていますね。そういう意味では、雇用を維持するという好事例ではないか

なと思います。

委員

先ほどから直営とか民間病院との統合等から指定管理をずっと見ていると、メリットのところで雇用の確保というところが空白になっているものがありますが、どの形をとっても雇用の確保というのは難しくなると思います。

公設民営化のメリットのところに雇用のいいことが書いてありますが、これにしても誰かが何かの覚悟、努力をしなければいけない。ということであればこれは多分、メリットではないのではないかと感じましたがいかがでしょうか。

委員長

この視点で、大きく抜けているのは、この「雇用」という意味は、病院の機能によって大きくかわるということを書いてない。

要するに、地域包括ケア病棟を中心にしますと、雇用の点では、職員数は今の、5分の1くらいで済んでしまう。その機能だけで運営するとなるともっと少なくなるのではないのでしょうか。一方、急性期の病院というのは全く違って、多くの雇用を生む病院です。より活力のある病院になると、それだけ雇用を生んで収益も上がります。そういった関係の記述が、この説明では抜けています。

病院の機能が高度急性期・急性期、救急であると、一人の患者にかかる医師や看護師の数は、恐らく5倍ぐらいになります。それで雇用は増えます。同時に、収益も増えますので、そういう意味では、急性期病院を運営していくということは、大きな雇用を生むということになります。

一方、急性期でないところというのは雇用という意味ではかなり少ないということになりますので、そのこのところの説明が抜けています。

委員

確かに雇用の問題というのは医師の配置基準や看護の基準があって、そういった基準が、大幅に違いますので、一概には言えません。とはいえ、単独で回復期だけといった形になると、どうしても雇用数は乏しくなり、医師、看護師も少なくなって、なり手、希望者が少なくなりますので、その辺がやはり1番問題で、それをいかにこの松阪地域の中でとどめることができるかということだと思います。

委員

今言われた雇用の問題とともに、松阪市の立場からすると、やはり政策医療という部分を見ると松阪市の関与というのは一定程度確保しておきたいということ。それから市民病院があることによって、地方交付税が現在5億円入ってきています。

この金額は多少変わるかも知れませんが、これが全く入らない状況になると、松阪市に交付されている5億円が、今は地域医療のため使えるわけですが、それがなくなってしまうと

ということで、松阪市全体として、その部分は損失になるということも考えられますので、できれば一定程度地方交付税が入るような経営形態が望ましいのではないかと、私の立場からは申し上げておきたい。

委員

難し過ぎてよくわかりませんが、資料の、1番最初のところに出ていたように、慢性期とか在宅医療への流れということで、急性期から回復期になった患者を受けて、その人はそのまま元気で退院されたり、在宅になったりということもあるかと思えます。

でも、それだけではなくて、そういう中でも再び急性期になる人もあると思えます。そういうところは、どうするのかなということと、入院したり、在宅に行ったりというようなことがあると、そこをつないで地域住民の健康状態を見ていくということも大事なので、機能の選び方によって病院の職員が少なくなるというふうを考える、それではいけないのではないかと思います。

委員長

一つの病院で、すべてのことはできないということで、そのために機能分化するということです。患者それぞれで、急性期医療が必要な方もいますし、そうではない回復期の方もみえる。1人ずつの状態においても必要な病院は違うと思えますので、それをこの松阪地域として、病院の機能分化をすれば、そのときの状態に応じて診療できるという体制がつけられるということで理解していただければと思います。

委員

市民の立場から考えた場合に、機能的には地域包括ケア病棟を運営していただくということが非常に良いということは、ある程度理解はできると思いますが、これを例えばパブリックコメント等をとるような段階になったときに、市民の立場でこれをどう選ぶのか、どう意見を出すのかという点は非常に難しいと思えます。

もう少し具体的に、例えば市民としての経済的な負担としてどれぐらいかかるのか。指定管理者制度を導入すれば、市民の負担はどれぐらい減るのかまたは増えるのかというところをわかりやすく提示いただけると、より選択しやすくなるのではないかと思います。

委員長

資料として具体的なものを出していただけるかということですね。その他はどうでしょうか。

今回は松阪市民病院が機能転換するにあたり、考えられる課題を克服するための三つの視点を持って、三つの経営形態についてメリット、デメリットを整理したものを提示させていただきました。まだまだ具体的なところは少なかったと思いますが、まずは一定の理解をする必要があるということで、今回このようなものを提示していただいたということではないかと思います。

今回はここまでとさせていただいて、各委員におかれましては本日提示されたもの、それから今の議論で出てきたものを持ち帰っていただき、松阪市民病院が機能転換するにあたって考えられる課題を克服するための機能、雇用、経営の三つの視点、それから経営形態というものを評価していただけたらと思います。

経営形態そのものについて不明な点がありましたら事務局に問い合わせいただき、疑問点を解決してください。その上で三つの経営形態の評価について、次の第7回あり方検討委員会でそれぞれの意見をお聞きかせいただき、委員会としての方向を定めたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは事務局にお返しします。

事務局

長時間にわたりありがとうございました。次回委員会に向けて、委員各自評価について御検討いただくということで、よろしくお願いいたします。

次回日程につきましては、委員の皆様にあらかじめ御都合を伺っております。1月21日を予定しております。お忙しい時期ではございますが、御出席いただきますようよろしくお願いいたします。

本日は遅くまでありがとうございました。傍聴の皆様もありがとうございました。お帰りは夜間通用口からとなります。気をつけてお帰りください。