

審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	第7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
2. 開 催 日 時	令和2年1月21日（火） 午後7時～午後8時45分
3. 開 催 場 所	松阪市役所 議会棟 第3, 4委員会室
4. 出席者氏名	出席委員 ◎伊佐地秀司、長友薫輝、志田幸雄、小林昭彦、 水谷勝美、奥田隆利、山口直美、山路 茂、桜井正樹（◎委員長） （事務局 武田裕樹 部長、沼田雅彦 課長、松山吉仁 担当監）
5. 公開及び非公開	公 開
6. 傍 聴 者 数	78名
7. 担 当	松阪市民病院 事務部 経営管理課 TFL 0598-23-1515 FAX 0598-21-8751 e-mail keisui.div@city.matsusaka.mie.jp

協議事項

- ・機能分担の確実な実施、雇用の確保、経営の安定に向けた課題解決のための経営形態に関する検討について

議事録

別紙

第7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21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)

機能分担の確実な実施、雇用の確保、経営の安定に向けた課題解決のための
経営形態に関する検討について

会議は公開とする

傍聴者数 78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。

19時10分開始（委員長遅刻のため開始時刻遅延）

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7回委
員会を開催いたします。

本日の出席委員は9名全員でございます。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

すいません少し遅れて申しわけございませんでした。

それでは議事に入ります。

前回の第 6 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を前提に委員の皆様から頂いた課題について、またその課題を克服するための経営形態として、直営型、統合型、公設民営型の 3 つの経営形態について、それぞれの特徴やメリット、デメリットの説明を受けたところです。しかしながら、経営形態については用語そのものが耳慣れないことでもあり、もう少し説明を加えた方がよいと考えます。

前回、委員から質問が出ていましたが、特に公設民営の指定管理者制度の説明、それから、職員の雇用や就職先がどうなるのか、さらには、直営の場合の経営状況がどうなっていくのかといった点でも、具体的に説明する必要性を感じたところです。今日はまず、それらについて事務局から説明をしていただきたいと思います。

事務局

では資料の、1 枚のカラー印刷のものを御用意ください。

前回市民病院の機能の検討という中で、地域包括ケア病床を中心とする病院、これが松阪市民病院の目指すべき病院であるということを議論いただいた次第です。

こちらはおさらいになりますが、高度急性期、急性期病院側の将来の入院医療ニーズとして急性期には当てはまらないが、入院が必要なケースがふえる、ないしは急性期入院後の在宅に復帰するまでの入院、こういった入院医療ニーズが今後多くなるだろう。

一方で、在宅医療、介護サービスといった観点からは、集中管理が必要な在宅療養患者の一時的な受け入れが増え、介護疲れのための休息を兼ねた受け入れが増えるだろうといった入院医療のニーズが予測される中で、松阪市民病院は地域包括ケア病床を中心とする病院を目指すべきであるといったような議論がなされました。

具体的に 1 番下のところで、地域医療を守るためには、1 点目に機能分化・連携の確実な実現、雇用の確保、経営の安定、この三つの点で検討すべきということで検討の資料をつくっているところです。

裏面をごらんください。松阪市民病院が取りうる可能性のある選択肢について、ということで経営形態ごとに前回は説明いたしました。

左上のところで、松阪市民病院の至上命題としては、地域医療を守る、これが至上命題であるというところに観点を置きまして、検討が必要な視点として三つの視点があったということです。

1 点目が、機能分化・連携を確実に実現させていく方法であること。

2 点目で、雇用の確保、地域に医療関係者を確保できるか否かという点です。

最後に、経営の安定ということで、市民病院のみならず、松阪市も含めて財政負担を抑えつつ、公的な役割が継続できるかどうか。

この三つの視点で検討するというので、それぞれの経営形態の選択肢について前回は御説明をさせていただきました。

大きくは直営型、統合型、公設民営型という形で三つのグループに分けています。

前回、公設民営型の、指定管理者制度につきまして説明が十分でなかったということもあり、今回は改めて、この公設民営型の指定管理者制度について補足の説明をさせていただいた上で、御議論いただきます。

それでは、あり方資料の1を御用意ください。前回資料の補足ということで、指定管理者制度についてということで説明の補足をいたします。

3ページをごらんください。

指定管理者制度とはという形で資料を用意しました。

「目的」は施設の管理運営に民間の能力を活用し、市民サービスの向上、これは、サービスの内容や質などの改善、それから、効率的な運営を行うことで、コストの削減を図るといった市民サービスの向上を図ることを目的として、「誰に」ということで、民間事業者やNPO等の個人を除くすべての団体を対象に、「何を」ということで、地方自治体が設置する公の施設の管理運営をゆだねることを可能とする、地方自治法上の制度です。

この公の施設ですが、下の囲みをごらんください。

公の施設というのは、住民の福祉を増進する目的をもって、住民の利用に供するために地方公共団体が設けた施設を指すというように定義がされています。一般的には公共施設という言葉方もしますが、この公立病院も入ることになります。

指定管理者制度は、公の施設の管理運営の部分を民間事業者に委ねることが可能になった制度です。

次のページをごらんください。

松阪市が指定管理者制度を導入している施設の一覧です。直近の状況もとに反映して作成をいたしました。医療施設も含めて、松阪市内ではこれまでに複数の施設で指定管理者制度を導入してきたということです。皆様方におかれましても、施設名に馴染みがあるかと思いますが、指定管理者制度を導入して、公共施設の管理をされています。

5ページをお願いします。

指定管理者制度のイメージを改めて説明をさせていただきます。今回は市民病院という公立病院を指定管理者にゆだねる、管理運営をゆだねるということを想定してイメージをつくりました。

左側が市役所や市議会といった市側、行政側のイメージです。真ん中がその対象となる公立病院で、右側が民間事業者ということでございます。

指定管理者のイメージですが、指定管理者制度は、公共施設として存続しながらということで、これが公設といわれるゆえんです。その運営を民間事業者に任せる、これが民営ということで、公設民営という制度となっています。

では、公共施設として存続しながら、開設者である市側、市役所や議会というのは関与をするのかどうかという点については、開設者として関与します。これが続く点が公設の特徴

です。

そして特徴2点目として、民間事業者側の矢印をごらんください。民間の事業者が市民病院を運営していく、これが民営ということです。

公設民営という形を実現するために、両者が協定を締結するということです。この協定というのは、この公立病院を運営するに当たっての基本的なルールをお互いに議論をして締結をするということです。

この指定管理者制度のイメージとして、市民病院や、市役所の主な役割、特徴が左の4点です。

まず1点目は先ほど申し上げたとおり、開設者は松阪市のままです。また、松阪市の公共施設として設置をし続けるという点に特徴があります。施設や土地などのインフラの所有権は、松阪市にあるという点が特徴です。

市民病院の職員は、市民病院を退職して、希望者は基本的に指定管理者の病院に再就職をしていくという点も特徴です。

民間事業者側ですが主に2点あります。特徴として、市民病院の運営を行い、医療サービスを提供していきます。そして、医療サービスの提供に必要な人材の確保、これは指定管理者が行っていくこととなります。

この指定管理者ですが、三重県内の病院事業で活用事例が1点あります。三重県立の志摩病院です。こちらは指定管理期間が平成24年から10年間、そして指定管理者は、公益社団法人地域医療振興協会が務めています。

6ページをごらんください。

指定管理者を導入するまでの流れについて改めて説明をさせていただきます。

まず、施設の必要性を検討、ということで、この必要性というのは、公的な施設として必要かどうかという点を検討するということです。

そして、制度の導入が決定されると、すぐに募集がかかるわけではなく、緑色の部分で、設置条例を改正するための議決と書いています。

吹き出しのところをごらんください。指定管理の基準と範囲を議決するということで、公共施設の管理運営の基準や、どこまで委ねるのかといったことについて、まず、議会での議決が必要となります。

この設置条例の改正、つまりは指定管理の基準、どこまで、どのようにといった議決をした上で、初めて指定管理者の募集ができるということになります。そして、この指定管理者の応募を受け付け、民間事業者から申請があり、候補者を選定していきます。

候補者が決まりましたら、改めて指定議決を行います。候補者を指定管理者とするかどうかを議会で議論し、議決していくということです。指定議決ということで決まりましたら、改めて民間事業者に通知をしていくという流れです。そして、通知された民間事業者と市の間で協議を行い、ルールとなる協定を締結していきます。

7ページをお願いします。

協定の締結ということで、協議を踏まえた上で協定を締結しますが、協定議決後、指定管理者と市は業務の仕様書や提案された事業計画書等に基づき、施設管理に係る細目について協議をして協定を締結します。

指定管理者と市との間で事業計画書等に基づいて、どのように公的サービスである病院の運営をしていくかといったことを細かく議論をして締結するということです。

協定の項目ですが、年度ごとに双方が協議をして条件をつけ、決めることが適当と考えられる部分は、年度ごとにもルールを決めることができます。つまり、協定、ルールを定めた期間というのが、基本協定というものと年度協定という二つがあるということがポイントです。年度ごとにもルールが定められるという点で柔軟に設定ができるという点がポイントです。

そして協定締結後丸投げになるのではなく、その後、評価モニタリングと示しています。何を評価し、モニタリング、つまりは監視なり監督をしていくのかという点では、市民サービスである医療のサービスの提供が、事業者が計画どおりに進めているのか、向上しているのかどうか、こういった点を評価・モニタリングしていくということです。

こうした指定管理者の制度ですが、自治体と民間事業者が協力して、公共施設を管理運営していくものでありますが、ただ、次のページをごらんください。

指定管理者制度から直営に戻った事例というのも、実際には存在します。こちらは愛知県東栄町にある、現在東栄町医療センター、旧東栄病院という病院です。

こちらは指定管理者として社会医療法人財団せせらぎ会。理事には病院、診療所の開設者3名、町議会の議長、民生委員長、病院の事務長、副町長が理事に就任をしていた法人です。指定管理者制度導入の背景としては、医療スタッフの確保が非常に難しいという中、経営が悪化しました。このままでは3年もたないという危機感から再生計画を策定して、経営の改革に取り組みましたが、町の財政が厳しくなる中で、病院を安定的に経営存続していくには、できるだけ町への依存度が低い自主独立した経営基盤の確立が必要ということで、指定管理者制度を導入されました。

右側の直営化に戻すこととなった背景ですが、こちらはその後にどうなったのかという記載があります。特に2段落目ですが、6行目をごらんください。

医業収益は年々減少しており、損失を補うため東栄町からの交付金は増額し、平成28年度には1億8200万円となり、25年度の約5.5倍となっています。経営の効率化を図るために導入した指定管理者制度の意義は失われていると言えます、ということで指定管理者制度が必ずしも万能の経営形態ではないという事例でした。

委員長

ありがとうございました。丁寧な説明をしていただきました。自治体が選択できる経営形態ですので、疑問点を解消して進めたいと思います。この指定管理者制度の説明について、委員の皆様からご質問・ご意見等ございませんか。

この、うまくいかなかった東栄町医療センターはホームページで調べましたが、もともと

指定管理者そのものの母体に問題があったということです。

本来であればしっかりした経営母体、経営経験のあるところが、きちんと管理していただければよかった。急遽つくったような会で、理事にもとからみえた病院の開設者が入られたとか、議会議員がはいってということで、その組織でやられたというのは問題かと思います。指定管理者には、やはり組む経営母体、母体がしっかりしていて、それで管理をしていただけるということでないとうまくいかないのではないかと思います。現状ここは医療センターではなくて、入院施設をやめて診療所になっているというような形だと思います。近くに新城病院という市民病院が40分ぐらいで行けるところ、30キロぐらいの距離のところにありますので、そちらに入院をお願いする形になっているということを確認させていただきました。

委員

指定管理の説明をまず大分詳しくしていただいたので、よくわかりました。

ただ指定管理ありきの話では当然ないと思います。この説明の中にもありましたように、医師会の健診センターというのが実は指定管理で、その健診センターの指定管理のときに、私、その時に医師会長だったと思いますので、かかわったことがあります。先ほどの説明の中にもありましたように、やはりこの制度は、設置条例を改正するための議決とか指定議決とかですね。

市議会の議決を必要とするということで、市民サービス、あるいは、公的ということも含めて、やはり制度としてよい制度、それにするかどうかという議論ではなくて、そういうように健診センターのときにも思いましたので、今説明を受けて、なるほどと改めて思いました。

委員長

そのほか、どうでしょうか。

よろしいですか。では続いてもう少し詳しく雇用の確保という観点から、機能転換したときの職員の配置についても具体的に説明が要るかと思います。説明をお願いします。

事務局

在り方資料1の10ページと11ページをお願いします。

まず10ページでは、指定管理者制度の導入統合によるケースということで、組織を一体化するようなケースの場合に、どう職員を再配置していくのかというのについて説明します。11ページのほうは直営を維持しながら、職員を再配置するというケースを説明します。

まず10ページをご覧ください。

左から右に見ていただきますが、まず1点目として、組織を一体化します。これは、市民病院職員の退職や再就職を伴うということがポイントです。

まず、現在の市民病院と2基幹病院のいずれかの間で、指定管理者との協定締結等を行いま

す。その上で2のところで一斉退職ということで退職されます。そして、2ダッシュというところですが、2基幹病院のいずれかへ再就職をするという図です。ただ、2ダッシュには下に伸びる線もあり、2基幹病院外への転職というの也被えられます。

このように、一斉に退職をして再就職をしていくということで、右側ですが、2病院体制下、こちらに再就職という形で身分が変更になり、その一体となった組織の中で再配置が行われるということで2病院の体制の中で、異動により再配置を行っていくということです。

ポイントとしては、可能な限り集団での再就職を目指す中で、待遇が均一になるように調整していくこととなります。

それから、2病院の職員が一緒になった際には、一緒の身分で組織の中で柔軟に異動ができるため、経営の安定に資するという点にも期待されます。

11ページをお願いします。

直営を維持しながら、職員を再配置するケースです。

左側で市民病院職員の退職と2基幹病院への再就職の促進というふうに示しています。指定管理者制度の場合は一斉に退職し、再就職されるというところではなく、11ページのほうの①番をごらん下さい。退職勧奨と示しています。退職の勧奨をしながら②の2基幹病院、2基幹病院以外への転職を促進します。

当然、再就職の促進が1回で済むとは限らないので、複数回、複数年に合ったり2基幹病院、2基幹病院外への転職も先ほどのケースと同様に起こり得るということです。こういったことを繰り返していくなかで市民病院の直営を維持しながら職員の再配置を進めていくと考えられます。

そうしますと、転職の促進による再配置の実現ということで、この方法によって、地域包括ケア病床中心とした市民病院、それから2基幹病院のいずれかといったところに、職員が再配置されていくということが目指すかたちということです。

こちらポイントは、2点あると思います。再配置が実現した際には、右側のところで、市民病院が直営で残れたとしても、機能転換が完了するまでの期間が解らないという点。不確定要素が強いということです。

そしてすべての職員が、同一の医療機関に再就職できるかどうかという点でも不確定要素が強いのではないかと思います。個別に就職となれば、職員の処遇の差が生まれることも考えられるので、よりよい処遇を求めて、市外、2基幹病院外への転職と書きましたが、そういうことが起こるということも考えられます。以上でございます。

委員長

ありがとうございました。雇用の確保、医療提供体制の継続や、医療職がこの地域で生活していただくことで経済効果ももたらすといった点では、市民病院が機能転換することで起こる医療従事者に関する問題をうまく解決して、引き続きこの地域で気持ちよく医療に従事していただくということを考えることが非常に重要です。その点から説明していただいたと思いますが、先ほどの説明について、委員の皆様からご質問・ご意見等ございませんか。

まず市民の立場から、よろしく願いいたします。

委員

市民病院が機能転換をしていくことを想像してみますと、直営の場合には、2基幹病院に転職していただくかたをつのり、そのかたを希望する2基幹病院のいずれかをお願いするという作業を繰り返すことになると思います。ひょっとすると予定している人数が集まらない可能性も考えられますし、区域外の病院に転職される方もあるかもしれません。

これにくらべて、統合や公設民営の経営形態になれば、一旦現状の市民病院の機能のまま2基幹病院のいずれかと統合するか、指定管理をしていただくことになり、その後、同じ組織の中で再配置がされると思います。

職員さんの雇用が確保されやすく、松阪区域の急性期病院で働き続けてもらえるというところでは、やはり、直営よりも統合や公設民営のほうがスムーズで確実なように思います。機能転換と雇用・人材の確保の両方をうまくやっていくためには、2基幹病院のようなしつかりとした団体と組織を一体化したうえで進めていくことが必要だと思えます。

委員長

いかがですか。

委員

先ほど指定管理者の説明がありました。私も県の指定管理者の事業者選定委員をしたことがありますので、一応は承知をしています。先ほどの説明は非常にわかりやすく説明していただいたと思います。

あとは公的な管理、市の公的な管理が及ぶような形でというところは非常に大事なポイントで、これを満たすような条件をつけていくであるとか、指定管理者の事業者を選定する場合であれば、その条件のところで付与していくということで、例えばこの形をとるのであればその状況を満たす事業者を選定するということになるかと思えます。

今話していただいたところで機能転換のための職員の配置というところでは、説明いただいたように職員の雇用を守ることと、あと私も、あるいはほかの委員の方々も何度も話されているように、地域の人材流出を避ける、できるだけ避けるということ。人材流出はやはり地域経済に影響を及ぼすということは必至だと思うので、そこもできる限りうまく考えていくべきだと思います。

その上でいろいろな選択肢があるのではないかと考えています。

委員

今現在の考え方ですが、指定管理者であれ、直営であれ、やはり、特に職員の皆さんは毎日毎日仕事をしながら、公立であれ、我々のような民間であれ、職員のエネルギー、それで、動いている組織ですので、組織を変えていくということは、いろんな意味で問題もあるし、意識を統一していくということも時間がかかると思います。要は、少し時間はかかると思い

ます。そういうことも考えながら、議論をしていくべきと思います。

それから、直営の場合は、説明いただいた話を聞いていて、職員の方の再配置の問題とか、松阪地域から、医療関係者が外へ流出していくという問題が大きく影響してきます。先ほどの説明からすると、指定管理のほうがベターなのかなというような気が今はしていますけれど、もう少し、委員としては考えさせていただきたいと思います。

委員長

そのほか、ご意見、ご質問等ございませんか。

委員

10ページで説明いただいた資料の中で、この組織を一体化、という「一体化」という言葉は非常に魅力的ですが、非常に漠然としているところもあって、どういう形で一体化なのか、今の話の中では雇用というところで、対応が均一化されて同じ身分で、ただ基幹病院、指定管理者の病院の給与形態のベースにのせるということを一体化というのか。

そのあたりが私自身わからない。それと、病院のほうにも医師・看護師、その他のパラメディカル、それから介護職もいると思いますので、その方々によって受けとめ方はかなり違うのだろうという気がしました。

委員長

雇用を一体化したときの給与の話題などはもう少し具体的な話になりますね。

そのところは指定管理者がどう考えるかによるかも知れません。基本的には同じ組織ですけれども、いわゆる急性期の病棟とそうでない病棟で職員の給与差をどうするかというのは、実際に経営者になった方がどう考えるかによって変わるかも知りません。

給与を一緒にできるかもしれないし、差をつけないとやっていけないのかも知れないですね。仕事量にもよるということもありますし、ただ経営者は同じですから、給与体系に関しては差が出るかもしれませんが、具体的にやってみないとそのあたりは難しいかなと思います。

次に、実際の財政負担について、シミュレーションできるかどうかという意見もありました。それで直営と、公設民営に関して病床機能転換後どうなるかというシミュレーションです。直営として機能転換した場合の経営状況、それから市の財政負担、市民の負担というシミュレーションについて説明していただきたいと思います。これはあくまでもシミュレーションですので、実際と違うかも知りませんが説明していただきます。

事務局

資料の12ページ、13ページをお願いします。

前回の委員会で、直営として機能転換した場合、どのような経営状態になるのか、財政負担がどうなるのか、市民の負担はどうなるのか、といった質問等がございました。

13 ページをご覧ください。

機能転換後の病床数、職員数について一定の想定をして、直営とした時の経営状況や、直営とした時と指定管理者制度とした時、それぞれの財政負担について試算しました。

左から 2 列目は、2018 年度（平成 30 年度）の松阪市民病院の実績です。上から申し上げますと、病床数ですが、感染症 2 類病床 2 床を含み、急性期病床が 269 床、地域包括ケア病床が 39 床、緩和ケア病床が 20 床となっています。

その下、職員数ですが、2018 年度（平成 30 年度）末の実績としては、医師が 49 名、看護師等が 290 名、技師等が 94 名、事務その他職員が 48 名、合計 481 名となっています。なお、これはいわゆる正規職員数です。

その下が損益等ですが、2018 年度実績として、収益が 104 億円余り、費用が 103 億円余り、差引き損益がプラスの 1 億円余りとなっています。

その下、交付税算入額ですが、これは、国から松阪市の一般会計に交付される普通交付税の算入額のうち、市民病院を経営していることにより算入されている額でございます。前回の在り方検討委員会でご紹介申し上げましたとおり、5 億円余りとなっています。この内訳は約半額が 328 床という病床数に応じたもの、残りが主に、病院施設の建設や大型医療機器の購入のために借り入れた「企業債」という借入金の返済額に応じたものです。

その下、繰出金は、公立病院の収入をもって充てることができないと認められるものなどについて、国が定める基準に従って計算され、松阪市の一般会計から病院事業会計に繰り出される補助負担金です。2018 年度（平成 30 年度）の実績としては、約 9 億円でございます。内訳は上から、輪番制に係るもの、職員の研究研修に係るもの、そしてその下の「公務員人件費」というところですが、これは、地方公務員等共済組合法の長期給付に係る共済追加費用であるとか、地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担金、公立病院に勤務する医師の特殊勤務手当、また、職員の児童手当に係るものといった地方公共団体が負担すべき公務員人件費等に係るものを補助するものです。その下、企業債利子及び元金というのは、先程も少し触れましたが、病院施設の建設や大型医療機器の購入のために借り入れた「企業債」という借入金の返済額の概ね半額を基準として補助されるものです。その下、建設改良というものも病院の施設改修費等の半額を基準として補助されるものです。

左から 3 列目は、直営で機能転換したとの想定での、2025 年度（令和 7 年度）の試算です。上の方から順に病床数についてです。令和元年 11 月 5 日に行われた「令和元年度第 1 回松阪地域医療構想調整会議」で示された病床数の過不足で、医療需要のピーク時に松阪区域では地域急性期を含む回復期が 160 床不足するとされています。そのことから、その 160 床を市民病院が全て引き受けたと仮定し、現状の 39 床と合わせて 199 床、緩和ケア病床を 20 床、そして、急性期病床については一旦割愛して想定しました。

その下、職員数ですが、想定した病院規模見合いの職員数としては、医師が 12 名、看護師等が 126 名、技師等が 51 名、事務その他職員が 19 名、合計 208 名で想定しました。

この病床数と職員数は、指定管理者制度の下でも、2030 年度においても共通としました。

戻っていただいてその下、2025 年度の直営での損益等の試算ですが、収益は病床ごとの平均的な単価等を用い、2,971,911,185 円。費用は類似病院の平均的な経費率等を用い、

3,042,072,587 円、差引き損益がマイナスの 70,161,402 円と推計されました。機能転換後も建物はそのまま使いますので、転換後に必要な病院の規模等に比較して現在の建物等の減価償却費が大きく、費用がかさばり、厳しい推計結果となりました。

その下、交付税算入額ですが、左の 2018 年度実績と比べると、病床数が減っていることと、企業債（借入金）の返済額が減ってくる見込みから、3 億円程度になるものと思われます。これは点に関しては右の指定管理者制度の下でも同じです。

戻っていただいてその下、2025 年度の直営での繰出金ですが、左の 2018 年度実績と比べると、輪番をしないことから内訳の 1 行目は 0 となること、職員数が減っていることから内訳の 2~3 行目は減ること、企業債（借入金）の返済額が減ってくる見込みから内訳の下から 2~3 行目は減ることと見込まれます。内訳の一番下は、施設の建設改良等については、施設の老朽化に伴い、引き続き計画的に一定量を執行する必要があること見込まれることから、毎年度 1 億円程度の建設改良費を見込み、その半額を繰り出していただくことを想定しました。以上のことから、繰出金は 4 億円程度となると見込まれます。

左から 4 列目、2025 年度の指定管理者制度の下での想定です。損益については運営は指定管理者が行うため、空白としております。ただ、市民病院自体は存在しますので、その下の交付税措置は継続します。これは先程も申し上げましたが、直営と同額の 3 億円程度になります。

指定管理者制度の下では、病院の運営自体は指定管理者が行います。指定管理者は、医業収益をそのまま指定管理者の収入とすることができるので、指定管理者の経営のノウハウをもって、収益を増やし、費用の効率化を図っていただくこととなります。こうしたことから、一般的な病院運営に関しては、松阪市（松阪市民病院）から指定管理者に交付する指定管理料を想定していません。

一方、施設の所有者は松阪市（松阪市民病院）ですので、病院施設の建設や大型医療機器の購入のために借り入れた「企業債」という借入金の返済と病院施設の建設改良については施設の所有者である松阪市（松阪市民病院）が行いますので、松阪市民病院事業会計というものは引き続き存在します。

指定管理者制度の下では、一般会計からの繰出金は、今ご説明申し上げました借入金の返済と、病院施設の建設改良を行う松阪市民病院事業会計に支出されます。その額は、繰出金の行の左から 4 列目、324,102,000 円と見込まれます。これは、すぐ左の直営と比べると、医師・看護師等の松阪市職員がいないため、指定管理者制度の下での繰出金は直営に比べ、研究研修及び公務員人件費に係る繰出金の分だけ減ります。

また、借入金の返済と病院施設の建設改良を行う松阪市民病院事業会計には、指定管理者から借入金の返済と病院施設の建設改良に係る経費の 1/2 を負担金としていただくことを想定しています。

表の右の 2 列については、2030 年度の直営と指定管理者制度の下での想定です。それぞれ病床数と職員数は 2025 年度の想定と同じです。2025 年度に比べ、減価償却費は減り、借入金の返済額も減っていくと推計されるため、直営の損益は改善する一方、交付税算入額、繰出金は 2025 年度に比べ減ります。繰出金における直営と指定管理者制度との差は、2025

年度と同様、研究研修と公務員人件費に係る分です。

以上、機能転換後の試算等についての説明とさせていただきます。

委員長

ありがとうございました。

この表を見ていただいて、いかがでしょう。損益については、患者数にも影響されますが、傾向としては、このようなことが想定されるということです。

それにはやはりこの経営を支える雇用が確保でき、医療従事者にこの地域で働き続けていただくといったことが大前提になるかと思います。この点も含めて、今の説明に質問や意見、どうでしょうか。

委員

こういったこと（病院の運営）はこの地域で働く人材がない限り、できないわけです。特に医療の方で気になるのは、地域包括ケアという病棟になりますと、それに携わる医師のほうの就業内容も、急性期と随分変わりますし、いわゆる全科的にできる医師が必要になってくるということ。若い先生方は、専門医を目指しておられて、非常に専門的なことにモチベーションを高く持っておられる先生方には地域包括ケア病棟では物足りないということがあるということもございますので、その意味では、医師の確保ということ、あるいは、ナースの確保ということにおいても、いい人材がこの地域に残ってもらうというのが前提と思います。

そういうことはすごく大きな影響が出てくる、人材をどう確保して、収益の試算ができるのか、大きな関連があると思います。

委員長

確かにそうですね、若い医師は専門医を目指しますので、やはり急性期の病院・病棟に行きたいということもあります。地域包括ケアというのはそのあたりは、違いますので、総合診療科的なところがあるかと思います。どうですか。このあたりに関して。

委員

1番私が院長として考えているのは、やはり、10年後20年後の病院の、職員の職を確保しておきたいということが大前提ですが、地域包括ケア病床を中心とした病院となりますと、当然ながら、今のシミュレーションでも約半分、以下ぐらいになります。

直営での転換になると、医師や、看護師で急性期をやる気のある人たちが、どんどんやめていくだろうと考える中で、その行く先は必ずしも三重県の松阪市にはとどまらない可能性が大きいのではないかと考えています。

できるならば、組織を一体化した上でというのを考えてずっと申し上げてきていますが、直営というのはなかなか難しいのではないかと考えています。

委員

説明をうけて、先ほどから各委員、御心配の部分が非常に大きい部分を占めると思いますが、もし、うまく必要な職員が市民病院に残って、そういう格好がとれるならば、案外数字的には負担は少ないのかなと感じて見せていただきました。

それはあくまで体制がとれたらという前提ですが、2025年には、赤字になっていますけども30年には黒字になる。繰り出しの部分と、交付税の差額でいくと、今よりはその負担は少なくて済むということになります。ただそこまで行けるかどうかというのが非常に大きな問題と、もう一つ、指定管理者については、指定管理料は出さない。先ほどの企業債の元利、それから建設改良については2分の1を指定管理者のほうから逆にもらう。市からの繰り出しとあわせて、病院会計の中で償還等をしていくということで、現在は直営の市民病院が2分の1を負担していますので、形は違いますが指定管理者になっても市の負担は同じかという気がします。

これまでの市の負担分はいただく、指定管理料は支払わない。指定管理者が運営をしますので、どういうふうな収支になるかは示されていませんけども、多分大きな組織の中でうまく運用していただけるかと思えます。

ただ、この部分で赤字が出たからといって補てんを求められると、失敗例説明いただきましたけども、その補てんがどんどん膨らんで市の負担がこれに書いてある形には収まらないということになって困る。その辺はしっかりした相手と協定を結ぶということで、そういうことにはならないと思えますけども、一応そういう前提の中での数字ということでしたらうまくいくという感じはしました。

委員

委員が言われたのは、この数値でいければという前提ですが、ずっと病院経営に携わってきて思うのは、やはり、公設公営で地域包括という回復期の病院をうまく運営できるかっていうと、実際に運営してきた私から見て非常に難しいだろうと思えます。

実際にこういう病院というのは、コメディカルとか人員のリクルート、さらに、特に事務職員の経営能力に非常に大きく依存すると思えますが、公設公営の病院の1番の弱点の一つが、専門性を持つ事務官がなかなか育たないということがありますし、その点でも非常に難しいというのが私の実感です。

それと病床数のことですが、地域医療構想の中で出た数値をそのままぴったりにあてはめたということですが、あれは幅がある数値ですので、最大限プラス50ぐらいのところ、さらには地域包括ケア病床を中心としますと、その病床の規格というのがありますので、どうしても少し減らさざるを得ない中で、丁度いい数値になってくる、これは最低限と思えます。

委員

シミュレーションを見せていただいて、これはこれでいいと思えますが、幾つか問題点というかキーポイントがあると思えます。

まず病床数、地域包括ケア199というこの数字。この数字が、地域医療構想調整会議で

実際に認められるかどうかという問題があります。

これはあくまでも、地域包括ケア病床、これが、回復期とすればやはり民間病院も含めてこれを取りうるということが可能であり、その辺の問題をクリアしていくということが、地域医療構想調整会議や病院長懇談会等の、会議で必要かと思えます。もう一つは地域包括ケア病床、これが199床で、運営していくとなれば、地域包括ケア病床というのはポストアキュート、そしてサブアキュートも診ていくわけです。現在の市民病院は、訪問看護ステーションがありますが、たとえどこかと一緒になったとしても199床あるその地域包括ケアの病棟に訪問看護ステーションや、いわゆる在宅等と連携するようなシステムも、私は必ず必要になってくると思う。

病床だけというのはなかなか厳しいような気がしますので、その辺りが、そのシミュレーションの中に入っているのかどうか、その辺はお聞きしたかった。特に医師12人、看護師126人。このような数字についてどうなのか、教えていただきたい。

事務局

今おっしゃっていただきました訪問看護ステーションであるとか、在宅との連携をするような、人員とかという意味では、ちょっとこのシミュレーションでは想定を省いております。以上です。

委員

わかりました。これはシミュレーションですから、これからいろいろ変えていくと思いますが、高齢者の方をこれから診ていくということが特に中心になると思いますが、サブアキュートの必要性です。先ほども言われましたように、地域包括ケア病床を運営、経営していくためには、高齢の方である意味急性期の方も入院をしていただくということは当然必要なので、私はこの地域包括ケア病床を中心とする病院というこの最初のこの会議の定義の中での中心というのは、急性期をやっていくかどうかということは別にして、やはり急性期的な高齢の方も、その中で入院も可能だという前提で思っておりましたので、是非その辺はシミュレーションの中へ入れてほしいと思います。

委員長

この数字は単に地域包括ケア病棟・病床だけで計算されています。実際の病院ではそこだけの運営は無理なので、急性期の対応ができるような病院というのは、人も必要かと思えますので、そのあたりも考えながらこの場合は指定管理者のほうでうまく人員配置をしていただくことになると思います。

それでは、ある程度意見、質問が出たということで理解を深めていただいた、まだ足りないかも知れませんが、もう一度その三つの経営形態、前回1月7日のときにさせていただいた三つの視点ということから、メリット・デメリットをもう一度説明していただきたいと思えます。

事務局

三つのグループに分けて、メリットとデメリットを改めて説明をさせていただきます。

説明の前に、A4両面カラー刷りのものをごらんください。

2ページと左下に書いてあるところですが、直営型、統合型、公設民営型、この三つです。

改めて確認ですが、必要な視点、至上命題である地域医療を守るという視点から、三つの視点で検討することが必要であるということで比較表をつくっています。

今回この比較をするに当たりましては、まず1点目、なぜ2基幹病院との間でという整理をしたかという点ですが、現市民病院は急性期の機能を持っているということで、今後回復期になるということだと、急性期の機能をきちんと分担して、受け入れていただくような病院が望ましいということや、その急性期病院を支えている市民病院の職員はあくまでも急性期の病院で働いているという中で、今後雇用の確保を確実にしていくということを考慮すると、検討の対象となるのは急性期の病院ではないかという点で相手を2基幹病院ということに整理をしております。

それから、統合型と公設民営型ですが、2030年というのがこの松阪市での医療需要のピークです。それを見据え、2025年を目安にということで、議論を進めていく必要があるということです。

そこを目安に機能転換を実現するためには、やはりそれよりも前に一体化をした上で人員配置をもう1回考え直すといったようなことが必要ですので、その点も念頭に置いた説明となっております。

この直営型と統合型と公設民営型、簡単に説明をさせていただきます。

組織も経営も一体化するかどうかという点で直営型というのは組織も経営もそのまま維持していくということですが、統合型や公設民営型というのは経営も組織も一体化していくという点で違いがあります。

一体化していく統合型と公設民営型ですが、この違いというのは、自治体＝行政、松阪市や市議会の関与があるかどうかという点が大きく違うということです。

その辺を踏まえ説明させていただきます。

まず、直営を維持するということを選択した場合、メリットとしては経営の安定の点で、直営なので直営サービスとして関与が強い、ということで政策医療の継続と財政支援ができるという点がメリットでございます。

それから、普通交付税の財源措置を享受できるため、松阪市の財政にとっても有益であるという点です。

デメリットとしては一体化しないというところに起因しますが、まず機能分化・連携の確実な実現という点では、あくまでも、病院間での合意に基づいた連携をしていくという中で転換を図りますので、急性期の治療後に必ずしも患者さんが市民病院に転院が確約されるものではありません。

この点で、機能分化連携が十分発揮されないという可能性があります。

雇用の確保という点でも、組織は単体のままという点で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思われる、ということで若い先生方を確保するためには、ある程度専門性の高い医療もしていく必要があるという点で申しますと、地域包括ケア病床中心の病院単独ではそういったことが少ないことから、雇用の確保の点ではデメリットです。

二つ目、個別に特定の職員に転出の指示をすることは難しいという点は、先ほど、資料1で説明させていただいたところです。現実的に困難をきわめる可能性が高いということです。そして、転出先が同一でない場合には、雇用条件に格差ができる点が懸念されるということもありました。

経営の安定というという観点からは、単独で運営を継続いきますので、経費の支払いにおいては規模が大きならないという意味で、スケールメリットが働かずに不利ということや、機能転換後、2基幹病院から必ずしも転院が確約されもものではない、ということで、安定した収入が確保できないというおそれもあるということ。

そうなった場合、3点目で経営が不安定となれば、松阪市の財政負担が、現状よりも増えていく可能性も占めているという点は、デメリットであるという点でまとめをしております。

次に、民間病院との統合を選択した場合について説明をさせていただきます。

まずメリットですが、組織、経営を統一して一体化するというのがメリットとして大きく働くと思われれます。

機能分化・連携の確実な実現という点では、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、機能分化が実現しやすい、といった点がメリットです。

また、雇用の確保という点でもメリットを示しています。

統合の条件として、希望する職員を全員雇用するとすれば、いつとき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ことです。

また、一体運営の中で、両病院に必要な職員の再配置、これを弾力的に変更することが可能である。医師の確保もしやすいという点もメリットということです。

さらに経営の安定という観点からは、統合後は松阪市からの病院事業に対する公費の支出は必要ではなくなる。こちらは松阪市の事業ではなくなるという点で財政負担がなくなることのメリットです。

そして、機動性の高い運営が期待されるため、市民病院として運営するよりも変化への対応には強い。さらには、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を確保しやすい、という経営面での安定もメリットとして在ります。

デメリットですが、直営ではなくなるという点でのデメリットです。統合した後、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、否定できません。

地域医療体制が必ず確保されるか、ということはいがたい側面があるということです。直営ではありませんので、政策医療の継続などといった点に関与できないという点でございます。

経営の安定という点では、病院事業は廃止となり、その場合には、松阪市の関与は及ばないという点です。病院が返済すべき企業債、先ほどあった借入金、これが松阪市に残ることが懸念されます。これは病院事業自体なくなりますので、その返済の原資である病院の収入というのがなくなります。借入金、松阪市民病院を立てた際などの借入金は残ります。そ

の借入金をどう返していくのかという点が懸念されるということです。

また普通交付税の財源措置は享受できず、病院職員は、この場合一たん退職することになりますので、民間病院と統合する場合には、一時的に多額の退職金の支払いのための財政負担が生じる点がデメリットとして考えられます。

そして最後に、指定管理者制度の活用という点について説明いたします。

機能分化・連携の確実な実現という点については、一体運営をするという点からメリットが在ります。これは民間病院の統合と同様に、患者の転院が実現されやすいため、機能分化が実現しやすいという点です。

雇用の確保という点ですが、条件として希望する職員全員雇用とすればいつとき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いを確保しやすい。また、一体運営の中で両病院に必要な職員の再配置、これを弾力的に変更することが可能であるという点や、医師の確保もしやすいという点はメリットです。

経営の安定の面でも、公設民営で行政の関与も続くという点では、公立病院としては存続し続けるということから、普通交付税の財源措置を享受できるので、松阪市の財政にとっても有益であるという点。

そして、民間の経営手法、これは民営ですので、経営手法を発揮することで、より効率的な病院経営が実現されることが期待されます。また、松阪市の関与が残りますので、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は、市の関与が残る点のメリットです。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、収入が確保しやすいということで経営が安定しやすいという点もメリットです。

デメリットにつきましては、指定管理者の指定管理期間のみの連携であり、期間満了後の連携体制の継続は確約されるものではない。指定管理者制度から直営へ戻ったといった事例もありますので、この点はデメリットであり、慎重な判断を要するところです。

そして、市民病院職員はいったん退職することになりますので、一時的に多額の退職金支払いの財政負担が生じるというのは、先ほどの民間病院と統合と同様です。

以上でございます。

委員長

はい、三つの経営形態について説明していただきました。

この三つの経営形態を三つの視点から見るとということになり、要約しますと、まず、機能分化から見ると、直営型では、メリットは書いてなくてデメリットのほうが多い大きいということになる。

次の統合型の場合は機能分化ではメリット・デメリット両方があるということです。民間ですから、経営難になったときの対応はどうなるかわからないということでしょうか。

それに対して公設民営型の場合、機能分化という意味では、デメリットは少なく、市が関与しているということもあるかと思いますがうまく機能していく。

この機能分化という点に関して三つの経営形態ではそういうまとめになるかと思いますが、委員の中で、ここ違うよという意見ありますでしょうか。

委員

私、最初に、少し時間をかけてじっくり考えたいということを申し上げましたが、いろんな視点というのはあるように思います。松阪の市民病院は、民間病院でもなければ、ほかの病院とも違います。三つのうちのどれがいいかということについてはメリット・デメリットのことで、私としては、今のところ、公設民営が1番いいのかなというふうに自分では考えていますけれど、ただ先ほどの試算や、いろんなことをお聞きして、こんな大事なことから、もう少しじっくり考えたいという気はしますので、今ここで、私の総合的な判断とか結論は、先延ばしにしたいというか、もう少し考えさせていただきたい。

委員

機能分化・連携という面では、指定管理者制度がいいのではないかとということにもなるかと思いますが、それは指定管理者と市民病院との連携ということは当然で、その面でももうまく連携はしていきたく思います。それ以外のもう一つの基幹病院、あるいは他の病院・診療所との連携ということになると、またそれは指定管理者との連携だけではなく、もう少し広く松阪全体での、連携というのは別にきちんとできるようなことを考えていかなければいけないという気はしました。

委員長

そうですね。二つだけの観点ではなくて、ほかの病院との関係も出てきます。

そういう意味では、二つだけ統合した場合は、二つの間はうまくいきますけれど、他の病院とはどうなのかという、そのことを考えなければいけないという視点があると思う。

では、次の視点の雇用という面で見ただけをまとめると、直営だと全員の雇用の確保というのはなかなか、先ほどの例にもあったように、結構時間をかけて再配置していかなければいけないだろうということが想定されます。統合した場合は一つの組織になります。民間病院等々の場合は、恐らく、全職員は何とかうまく雇用していただけるのではないかとことが言えます。

ただ、経営が悪くなったときどうなるかという問題もあると思われれます。公設民営型、指定管理者制度においても雇用は確保できるのではないかとというまとめですけど、この点に關しましてはどうでしょう。

委員

雇用の確保という面では、退職や再就職で移っていただくのが非常に難しいと思います。また、回復期なら回復期に適した医師なり看護師がきちんと確保ができるのかどうかという面もあろうかと思えます。

もう一つ、難しいと思うのは、一時にこの病院の中身が変わるわけでもないということ。徐々に移行していくということになると、人も徐々に変えていかななくてはいけないということで非常に難しいかなと思います。

組織が大きければ、その状況に応じて適切な人員配置を適宜できるのではないかなという面は、その大きな組織の中で、職員も多いなかでやったほうがうまく行くのではないかという気はしました。

委員長

雇用に関してそのほかにいかがでしょうか。

では次の経営です。病院を経営していくという意味では、まとめますと直営の場合メリット・デメリット両方があるということ。統合においても経営という面ではメリット・デメリットがそこにあります。指定管理者制度でも、メリット・デメリットがあるという、経営という面では、どこにおいても、それぞれ利点・欠点があるということですがいかがでしょうか。これに関しまして。いかがですか。

委員

経営はどうやって運用するかに非常に大きく関係してくると思います。

日本海病院、あそこは県立病院と市立病院が二つ一緒になって分けましたが、回復期と慢性期の病院のほうの経営があまりよろしくない時期が大分続きました。それはそちらのほうの運営の仕方がうまくいってなくて、病床利用率が余り高くないという状況で、そのところを大分苦労したようです。

ただ病床利用率が上がってくると、赤字幅というのは非常に急激に減ってきていて、その病院単体でも何とかうまくいくのかというようなレベルに、最近はなっていると思います。要は、病床利用率をどうやって高めるか。そこは先ほどの話でどこかと統合、もしくは指定管理になった場合でも、残りの病院と連携し、また地域の病院とか在宅と連携するようなシステムをきちんとつくれば、非常に安定していけるのではないかと考えています。

委員長

病院経営というのは、一つの組織だけでは無理だという時代ですから、地域の病院、あるいは施設と連携しながらやっていくということはキーになるかと思いますね。

そのほか、どなたか御意見よろしいでしょうか。

三つの経営形態出していただきましたが、総合的な評価を下すにはもう少し時間が必要ではないかという意見もございます。あるいはもうそろそろ出そろったのではという意見もありますが、どうでしょうか、やはり、もう少し時間をかけたほうはいいのではないかという意見もあるかと思いますが。

委員

直営でうまくいくなら直営でもいいと思いますが、先ほどの話で、適正な人員の確保ができて、経営がうまくできるのであれば、収支もそんなに問題なく行くのかなというところですね。それがなかなかうまくいくのは難しいですよというお話があるわけですので、経営がなかなかうまくいかないよというあたりをもう少しお聞きをしたいなという部分のございま

すね。それでも難しいとなれば指定管理者ぐらいになるのかという感じをもっています。

委員

会議自体が「地域医療構想を踏まえた」ということですので、そういった趣旨に合致するようということは非常に大事なのかなという思いと、もう一つ私もずっと関わらせていただいている地域包括ケアシステムの構築という観点から、在宅医療や介護に影響がどういふふうに出てくるのかということと、あるいは新たな道を皆さんでつくっていくというところでも一つ大事なポイントになると思います。

そのあたりの認識をより高めることができるような材料という点で、先ほど他の委員も言われたような、もう少しちょっと説得する材料というか、納得する材料が欲しいという、認識でいます。

委員長

やはりまだ、急がない方がよろしいようです。

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今日提示されたもの、それから、シミュレーションもしていただいたかと思えます。議論でできたものを含めて、もう一度持ち帰っていただき、三つの経営形態についてももう少しじっくりと評価していただきたいと思えます。

その上で三つの経営形態の評価について、次のあり方検討委員会でそれぞれのご意見をまとめていただきたいと思えます。それでは事務局にお返しします。よろしく願いいたします。

事務局

長時間にわたりありがとうございました。

次回委員会に向けまして、皆様、もう一度じっくり評価についてご検討いただくということと、我々も判断をしていただくための材料をもう少し用意したいと思っております。よろしく願いいたします。

次回の日程でございます。

委員の皆様にご都合を伺っておりまして、1月29日を予定しております。

お忙しい時期ではございますが、御出席くださいますようによろしく願いいたします。なお、その際には本日もお持ちいただきました第6回のあり方資料とは本日の第7回のあり方資料を御持参いただきますように、よろしくお願い申し上げます。

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。

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。どうもありがとうございました。