

審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	第8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29日（水） 午後7時～午後8時25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	85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8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29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、山路 茂委員、櫻井正樹委員

欠席委員 山口直美委員

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 85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時開始

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8回委
員会を開催いたします。

本日の出席状況ですが、山口委員より、先ほど欠席の連絡をいただきました。

したがいまして、本日の出席委員は9名中8名で、3分の2の委員の出席をいただいておりますので、本委員会設置要綱第3条第4項の規定により、本会議が成立していることを御
報告いたします。

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。

まず、議事の1、経営形態に関する検討を始めた第6回、それから第7回委員会の、振り返りをしたいと思います。事務局よろしくをお願いします。

事務局

お手元の資料の左下の2ページをごらんください。第6回委員会の振り返りです。

第6回委員会では公立病院の経営形態それぞれの特徴などについて説明を行った上で、三つの視点ということで、松阪市民病院の至上命題であります地域医療を守るという視点から、機能分化・連携の確実な実現、それから雇用の確保、そして経営の安定、この三つの視点から、それぞれの経営形態においてメリットやデメリットについてご説明をさせていただきました。その上で委員の皆様にはご議論ご発言をいただきました。

3ページをお願いします。

第6回では経営形態について、それから雇用の確保について、そしてその他というようにご意見をまとめております。

経営形態についてそれぞれ類型化した直営型、統合型、公設民営型それぞれについて委員の皆様からご発言いただきました。

- ・まず直営型についてです。政策医療を進めるにあたっては直営形が1番適しているという気はするが、1番問題になるのは、雇用の確保という点であり、非常に大きな課題とと思っている。
- ・市民病院が直営として機能転換したとしても、連携がうまくとれるのかという心配がある。また、実際の財政負担がどうなって、どのような経営状態になるのかというのがわからない部分がある。
- ・直営型というのは現実的に難しいといった発言がありました。

次に統合型に関する意見です。

- ・(現在の)松阪市民病院(の建物で)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ということで、経営は一体として行うという形で、松阪市はほとんど関与できなくなる。

次は公設民営型についての意見です。

- ・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る。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が、松阪市民病院という名前は残る。全国に指定管理している例はある。名

前を残しつつ、管理者だけが違っているということであるが、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うが、実際、市も関与はしている。

- ・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うが、例えばその二つの基幹病院のどちらかに指定管理をしていただくということは可能なかどうか。またさらに片方ではなくて、二つの基幹病院両方が共同で指定管理を行うわけにはいかないか。
- ・（二つの基幹病院両方が指定管理を行うことについて）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、あり得ない話であり、否定した。

次の4ページは続きです。

- ・松阪市、または市民病院で運営の条件を整えて手を挙げていただく。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。
- ・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第1回委員会で出ているが、今後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。
- ・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だが、これは別に指定管理でも同じようなことが言える。そのあたりの具体的な不安を打ち消していくなり、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と思う。
- ・指定管理者のデメリットは指定管理期間のみの連携ということにある。指定管理期間を終えて、また直営に戻った病院もあり、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る。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大事なのではないかということを感じる。
- ・指定管理者制度を採用した時のデメリットというのも、もう少し考えていくべきと思う。

5ページをお願いします。

雇用の確保についてという点で委員の皆様から発言いただきました。

- ・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う。誰かが何かの覚悟、努力をしなければいけないので、雇用の確保についてはメリットではないのではないかと感じる。
- ・地域包括ケア病棟を中心にすると、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か。一方、病院の機能が高度急性期・急性期、救急のような急性期の病院は多くの雇用を生む病院である。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る。
- ・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、そういった基準が病院の機能によって、大幅に違うものなので一概には言えない。とはいえ、単独で回復期だけとなると、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

望者が少なくなるのが1番問題で、いかにこの松阪地域の中にとどめることができるかということだと思ふ。

- ・ 難し過ぎてよくわからないが、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うが、再び急性期になる人もあると思う。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のはいけないのではないかと思う。

6ページをお願いします。

その他の発言ということで要約しています。

- ・ 一つの病院で、すべてのことはできないので、そのために機能分化する。患者それぞれで、急性期医療が必要な方もいれば、そうではない回復期の方もみえる。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ると理解いただきたい。
- ・ 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、市民病院だけではなくて、地域包括ケアに関わっている方々、専門職あるいは住民の方々にも、連動することであり大事である。
- ・ 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。市民病院があることによって、現在地方交付税が5億円入ってきて地域医療のため使えるが、これが全く入らない状況になると、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るので、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。
- ・ 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うが、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う。もう少し具体的に、市民としての経済的な負担がどうなるのかをわかりやすく提示いただくと、より選択しやすくなるのではないかと思う。

7ページ以降で第7回委員会の振りかえりを行いたいと思います。

第7回委員会では、冒頭に指定管理者制度の補足の説明を事務局からいたしました。

その上で、経営形態別での人材の確保の方法の違い、それから、2025年、30年を見据えた経営形態別での損益シミュレーション等を説明しました。

8ページをお願いします。

第7回委員会では、指定管理者制度、それから人材の確保の方法、損益シミュレーション等について委員の皆様方からそれぞれ発言いただきました。

まず指定管理者制度について、というところです。

- ・ それにするかどうかという議論ではないが、医師会の健診センターは指定管理者制度を

導入している。この制度は市議会の議決を必要とする点で、市民サービス、あるいは、公的ということも含めて、改めてよい制度であると思った。

- ・市の公的な管理が及ぶような形で、という点は非常に大事なポイントで、例えば指定管理者の事業者を選定する場合に、これを満たすような条件を付与したならば、その状況を満たす事業者を選定するということになると思う。

次に人材確保の方法についてという点です。

- ・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う点では、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、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ことを考えることは非常に重要である。
- ・市民病院が機能転換をしていくことを想像してみると、直営の場合には、2基幹病院に転職していただく方を募って、希望する2基幹病院のいずれかに（再就職を）お願いするという作業を繰り返すことになるが、予定している人数が集まらない可能性も考えられる。また区域外の病院に転職される方もあるかもしれない。これに比べ、統合や公設民営の経営形態であれば、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、同じ組織の中で再配置がされると思う。職員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、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う。

続いて9ページをお願いします。

- ・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っ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である。
- ・人材流出は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、できる限りうまく考えていかないといけない。
- ・病院は指定管理者であれ、直営であれ、職員は毎日毎日仕事をしながら、公立であれ、民間であれ、職員のエネルギーで動いている組織である。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。直営の場合は、職員の再配置の問題や、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くる。指定管理のほうが今の説明を聞いたところではベターという気がしているが、もう少し考えさせていただきたい。
- ・組織を一体化するという言葉は非常に魅力的だが、漠然としているところもあって、どういう形で一体化というのか。雇用という点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載せるということを一括化というのか。医師・看護師、その他のパラメディカル、介護職それぞれによって受けとめ方はかなり違うんだろうなという気がする。
- ・（組織を一体化した場合）基本的には同じ組織だが、いわゆる急性期の病棟と急性期以外の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わからない。ただし、病院の経営者は同じであるため、給与体系に関しては差が出るかもしれないが、具体的にやってみないとそのあたりは難しい。

10ページをごらんください。

こちらから損益シミュレーションについて委員の皆様方からいただいた発言を紹介し
ます。

- ・ こういったこと（病院の運営）はこの地域で働く人材がいない限り、できない。特に地
域包括ケアという病棟になると、それに携わる医師のほうの就業内容も、急性期と随分
変わるし、この病棟ではいわゆる全科的な対応ができる医師が必要になる。若い先生方
は、専門医を目指しておられる。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ので、医師の確保・ナ
ースの確保においても、いい人材がこの地域に残ってもらうというのが前提である。
- ・ 10年後20年後の病院職員の職を確保したいということが大前提だが、地域包括ケア
病床を中心とした病院となると、今のシミュレーションでも職員数は約半分以下ぐら
いになるだろう。直営での転換になると、医者や看護師で急性期をやる気のある人たちが、
どんどんやめていこうと考える中で、その行く先は必ずしも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。できるならば組織を一体化した上でということを考えて
いるが、直営というのはなかなか難しいのではないかと。
- ・ 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と感じた。あくまで体制がとれたらという前提だが、2030年
には黒字になる。繰出しの部分と、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るが、そこまで行けるかどうかというのが非常に大きな問題である。
- ・ 指定管理者には指定管理料は出さず、企業債の元利金等の2分の1を指定管理者のほう
から逆にもらう。現在の直営の市民病院と形は違うが、指定管理者になっても市の負担
は同じ気がする。指定管理者が市民病院を運営するので、どういう収支になるかは示さ
れていないが、多分大きな組織の中でうまく運用していただけたらと思う。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、その補てんがどんどん膨らんで市の負
担がシミュレーションの想定に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うが、シミュレ
ーション結果はうまくいく感じはした。

11ページをお願いします。

- ・ 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ということ、非常に難しい
だろうと思う。実際にこういう病院は特に事務職員の経営能力に非常に大きく依存する
と思うが、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るし、その点でも非常に難しいというのが実感である。
- ・ 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うし、サブアキュート
も必要である。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、地域包括ケア病床を中
心とする病院という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シミュレーションへ考慮してほしい。

- ・病床数は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だが、幅がある数値であり、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すれば、どうしても少し減らさざるを得ない中、丁度いい数値になってくるが、示された病床数は最低限である。
- ・病床数について地域包括ケア199床とあるが、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る。地域包括ケア病床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、その辺りの問題を地域医療構想調整会議や病院長懇談会等の会議でクリアしていくということが必要である。
- ・地域包括ケア病床を199床で運営していくとなれば、ポストアキュート、そしてサブアキュートも診ていく。現在の市民病院は、訪問看護ステーションがあるが、たとえどこかと一緒になったとしても、いわゆる在宅等と連携するようなシステムも必ず必要になってくると思う。

12ページをお願いします。

経営形態について、第7回委員会で発言をいただいています。

- ・いろんなこととお聞きしてみて、もう少しじっくり考えたいなという気がするので、もう少し考えさせていただきたい。
- ・機能分化・連携という面で、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う。
- ・直営でうまくいくなら直営でもいいと思うが、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だが、経営がなかなかうまくいかないというあたりをもう少し知りたい。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る。

病院の経営についてという点で発言をいただきました。

- ・病院の経営はどうやって運用するか非常に大きく関係してくる。要は病床利用率をどうやって高めるか。そこはどこかと統合、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、非常に安定するのではないかと考えている。

また雇用の確保という点で発言いただきました。

- ・（直営の場合）退職や再就職で移っていただくのが非常に難しいと思う。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う。
- ・（直営の場合）一時にこの病院の中身が変わるわけではなく、徐々に機能を移行していくことになると、人も徐々に変えていかなくてはいけないという点で非常に難しいと思う。
- ・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とこの点では、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この気はする。

そしてその他の発言について要約しましたので報告します。

- ・指定管理者と市民病院との連携ということは当然であり、その面ではうまく連携はしていくんだらうと思う。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いといけないという気はする。
- ・2病院が統合した場合は、2病院間はうまくいくが、他の病院とはどうなのかということを考えていけないという視点があると思う。そういうことも考えて機能は考えていかなければいけない。
- ・会議自体が「地域医療構想を踏まえた」という趣旨に合致するということとは非常に大事と思う。
- ・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うふうに出てくるのかということ、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う。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、もう少し説得する材料というか、納得する材料が欲しい。

という委員の皆様の御意見です。以上です。

委員長

6回、7回を改めて振りかえっていただいた。まとめていくと、三つのこと、病院の機能と、雇用と経営ということ、そういうことを考えて、どういうものがあるのかということ、すべてを満たすのはなかなか難しいですが、その中で何が1番いいのかということを考えていただいたということだと思います。この6回、7回の振り返りでご意見はありますか。特に補足されることはないですか。(委員発言なし)

それでは議事の2、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、論議に入りたいと思います。

前回、経営形態のうち直営について、直営がうまくいかないというあたりをもう少し詳しく聞きたいという発言があったかと思いますが、この点についてももう一度お願いしたいと思います。

委員

前回配付いただいた資料の1番最後のページで、機能転換後の形が、どのようになるかという一例で、必ずしもこのとおりになるとは限りませんが、地域包括ケア病床を中心とした病院でベッド数については今の3分の2くらい。

それから、職員数については半分以下、4割ぐらいまでの人数というのが適正な人員配置という想定の中で、損益の試算がされています。

その中では、現在と同じですが、基準に基づいた繰り出しは同じように行う。病院側(市側)としては、収益の中から、企業債の元利償還金の2分の1は負担をしていただくという形で計算がされています。

企業債の残高が減ってきます。2025年は赤字になっていますが30年には黒字に転換するというので、経営としてうまくこのとおりにいけばやっていけないことはないと思います。

その中で経営はなかなかうまくいかないという話がありましたので、そのうまくいかないというのは、こういう理想的な形、職員それぞれ医師、看護師、技師等の適正な配置がなかなか難しいから、このような収支になるような経営というところまでは行かないという意味なのか。きちんとした形になれば何とか出来るというのが示されていますが、そこへ行きつくまでが難しいという意味で、なかなか直営で経営していくのは難しいという意味なのか。

特に今は市民病院として大きな病院で職員もたくさんいますので、それを少なくしていく、それも適正な内容で医師等を少なくしていくということが非常に難しいという意味なのかというところをもう少しお聞きをしたいという意味で質問をさせていただきました。

委員長

今の観点について、このシミュレーションですと、10年後にはプラスになるということですね。そのあたりは本当に達成できるかどうかという問題ですが、これに関しましていかがでしょう。

委員

これは経営のところだけを切り取っているわけです。この第2次の1回目から5回目までで、松阪地区でどのような病床、病棟が必要になってくるかという検討をしてきました。その中で、今後は非常に老人が増えてくるし、急性期とも慢性期とも言えないけれども医療の必要な患者が増えるから、やはり回復期、地域包括ケア病棟・病床というのが非常に必要になるというのが結論でした。

しかしそうすると実際の職員数は、今ここに示されたように半分以下になるだろう。それに関連して、第6回のときのシミュレーションで出ましたが、単独で徐々にダウンサイジングしていくと、ここの病院に集まっている急性期、高度急性期に関わりたい人材がいなくなる。それが松阪から出ていってしまう可能性が非常に高いのではないかとということが危機感としてありました。

従って、松阪全体から医療関係者、いわゆる従業員の数が減らないような枠組みをつくることができれば1番いいということです。そうすると、直営で継続して行くということ自体がそもそも不可能ではないかというふうに、思っているところです。

委員長

これは、収益のシミュレーションですから雇用とかそういうところは、考えないということですが、そのほか、どうでしょうか。

委員

前回ではですね、直営では医師がいなくなってしまうとか、医師の確保が難しいというこ

とでした。これが確保できればこのシミュレーションができると思いますが、1番難しいところ、医師が確保できなかつたら、何も意味がないということです。私としてはちょっと直営というのは現実的に難しいのではないかという気がしています。

委員長

これはシミュレーションではそうなりますが、実際人材がそのようにうまく配置されるかどうかという、ことですね。そのあたりのところは、直営だと、職員の退職をあっせんしなくてはならないとかいろいろ問題が起こってくる、そこがうまくいくかどうかということですね。

場合によっては全員辞めてしまうということもあっては、大変なことになります。何かほかにはございませんでしょうか。

委員

今ご発言の中にも触れていただいたように、これまでも話させていただいているような、雇用への懸念というところは最大限の配慮をしながら進めていただければと思いますし、当然地域経済への影響等もこれも話させていただいているとおります。

ただ、その中で総合的に勘案して、最もリスクが少ない道を選択していくということで進めていただくということになるのではないかと思います。

委員

先ほど試算のところに出てきましたが、この試算を見て検討しましたが、これは、あくまでも想定のようなところがあります。

この前も意見で言いましたけれど、訪問看護ステーション（を含めていくこと）や、地域包括ケア199床という試算、これについても、地域医療構想調整会議でこれが認められるという前提のもとです。回復期というカテゴリーの中で、三重県の場合は独自の地域急性期というカテゴリーも含まれています。

回復期というと、どうしても回復期リハのように、本当に回復していく患者という印象はありますが、委員会の中の議論でもあったように、ポストアキュート、サブアキュートの内のサブアキュートのほうで、ご高齢の方の入院も含めた、地域包括ケア病棟、あるいは地域急性期という病棟も可能ではありますので、その辺は委員会の中で決定して、提言として決めてしまうということはいえないと思います。

なぜなら、地域医療構想調整会議がありますので、私はあくまでも試算として出されたもので、これはこれとして、これ以上詳しいものを出してくださいと言われても出ないのではないかと感じています。

委員

松阪市の10年後20年後の医療体系を考えていくと、今回議論している、機能分化、そういうテーマでの検討は非常に大事で、今発言があった雇用のことも非常に大事なことで、

それがなければ全体が動いていかないというのはわかりますが、もう1点大事なのが救急体制だと思えます。

市民病院が、回復期になると、2病院で救急365日、2次救急に取り組むということにもなります。その辺の枠組み、現在継続している365日、担っていくということであれば、その点も今後持続可能かどうかという議論も入れて判断していかなくてはならないということになってくるかということです。

そうなる急性期を担う医師や看護師のスタッフの数というのは随分必要だと思うし、それも踏まえて、この松阪地域の中で、回復期、それから、急性期のスタッフをどのように確保するか、スタッフ確保というのはすごく大事なことなのだと思う。

委員

第6回の委員会の資料の12ページ。指定管理制度のメリットデメリットの表をいただきましたが、このデメリットのところ空白になっているのが気になっていて、ここにどういうデメリットがあるのか考えてみました。このあたり、例えば機能的な部分に関しては、ドクター・看護師の確保というのは非常に重要だとは思いますが、指定管理を受けていただく法人の裁量にかなりゆだねられてしまうところが大きいということで、サブアキュートという部分がないがしろにされてしまうのではないかと懸念があります。

悪い言い方をすると高度急性期病院の下請的な状況になってしまう。そのようにならないようにしていくということが非常に重要であると思えます。

そのあたりで、医師、特に専門医を目指す先生方の意欲が低下するというところもあるかということを感じています。

それから雇用に関してのデメリットはどのようなものがあるのかということで、先ほどのやる気のあるドクター・ナースの方々が意欲をなくすということもあろうと思えます。その意欲をどうすれば維持できるのかというところを、次の段階でまた議論していただきたいと思います。この場ではなかなかそれは難しいと思えます。

そのあたりを考えると、これは松阪市の負担が増えてしまうので言いづらいですが、例えば損益表にありますように、研究研修費です。2018年度は2300万です。これは民間とか我々からすると非常に大きな部分かと思えますので、このあたり、これはすべてそのままというのは難しいとは思いますが、何とかこれをある程度維持できるように、現場の若いドクター、ナースの方々が意欲を出せるような環境整備にそれを充てられないのかなというのは少し考えます。

そのあたりで先ほどの指定管理者のメリット、デメリットのところを少し考えてみたということです。結論にはなっていませんけれども。

委員長

なかなか単独で機能転換するのは難しいというところはやはりある程度、皆さんの意見としてはあるのかなと思えます。

ただ、指定管理制度というのはすべてがいいというわけではないということも確かだと思

います。

また、雇用の確保という意味では直営の場合はかなり厳しい。そのあたりが1番の大きな問題ではないかなというのは皆さん恐らく同意していただけるのではないかなと思います。

これに関しましては特に「そんなことはない」という方は、ないかとは思いますが、よろしいでしょうか。

我々のこの在り方検討委員会も今回で8回目を迎えています。前回の会議で発言いただきましたが、「地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方」という趣旨に立ち返り、改めて地域包括ケアシステムにおける医療の役割といったことから始めた、これまでの開催経過について簡単に振り返りを行いたいと思います。そのあたりの説明をもう一度事務局のほうからしていただけますでしょうか。

事務局

前回、委員からの発言を受けて、あり方資料1ということで、続きの14ページからを準備させていただきました。

この第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は、平成30年8月7日から活動を始めていただきました。

目的といたしましては、今後松阪地域で地域住民が安心して生活していくために必要な医療サービスを維持継続するとともに、今後必要となる医療提供体制を構築していくための方針を決めることを目的とし、地域医療介護と松阪市民病院のあるべき姿を意見としてまとめる役割を持って始まりました。

少子高齢化を背景に、医療介護や地域家庭の各現場で起こりつつあるさまざまな課題について、委員の皆様にお話しいただき、医療介護などの専門職から地域の住民一人一人まで、さまざまな人たちが力を合わせて、高齢社会を支える地域包括ケアシステムの構築が必要になってきていることを確認させていただいたと思います。

そういう中で在り方資料1の14ページをごらんいただきたいと思います。

14ページの、地域包括ケアシステムの概念図の中の左上の赤い点線で囲われた部分で、病気になったら医療とありますが、高齢者の入院患者がますます多くなる中で、高齢者の疾病の特徴から、臓器別の集中的な治療よりは、機能の回復維持、生活支援が中心となることが多く、患者の全身的な病態や生活などを総合的に考えた医療目標を設定して対処することが必要になり、さらに、レスパイト等在宅医療からの一時的入院受け入れといった役割も求められるといったような話がございました。

そして15ページです。先ほどの「病気になったら医療」の部分抜き出したものですが、将来に向かって切れ目のない医療介護の提供体制整備が望まれる中、病床機能においては、回復期の病床が不足すると想定されるということで、地域包括ケアシステムの中で病院が果たすべき役割等について深く掘り下げて議論する必要があるということを確認させていただきました。

平成30年11月6日の第2回においては、松阪市高齢者支援課長から松阪市の地域包括ケアの現状と今後についてと題して、松阪市のこれまでの取り組みと今後の推進についてお

話しいただき、急性期から慢性期へ、医療から介護へ、介護から地域へという流れの中で、受けとめる体制づくりだけでなく、相互に行き来できるケアの連続性を保つことと、そのための取り組みが重要であることがこの委員会の中で共有できたと思います。

そして16ページですが、平成31年3月20日の第3回においては、まず三重県のほうから地域医療構想調整会議で決定された、松阪地域の具体的対応方針が報告されました。

こちらを見ていただきますと、表の真ん中から右側、2025年に向けた役割、医療機能ごとの病床数というところで、担うべき医療機関の役割として、各医療機関の担うべき役割が要約して記載されています。

松阪構想区域の現状の病床数では、地域急性期プラス回復期が不足しており、高度急性期、急性期が過剰という状況のもと、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院の3病院に関しては、2025年に向けて、この3病院の機能分化・連携に関する検討を進めて、各病院の役割の明確化に取り組むこととされ、ページ上の取りまとめ総括というところでの二つ目で、3病院については役割の明確化に取り組むに当たって、松阪市民病院の在り方検討委員会の検討結果を踏まえる必要があることから放流とされました。

この松阪地域医療構想調整会議での地域急性期プラス回復期が不足という見込みですが、これはあり方検討委員会での委員の皆様からお話しいただいた現場での実感と一致しており、同じ第3回の委員会では、17ページになりますけれども、病床機能全体の確認と、高度急性期、急性期の病棟は次の重症患者のために、病床を常にあけておく必要があることと、急性期から在宅等に戻るまでの間の一つのクッションとしての地域急性期を含む回復期機能の特徴を生かした病院の具体的な活用例を交えて検討をいたしました。

次に、18ページをお願いします。

これは令和元年6月11日の第4回の資料ですが、この第4回においては、2040年を展望した医療提供体制の改革について、2025年までに着手すべきこととして、第1に地域医療構想の実現と、第2に医師、医療従事者の働き方改革、第3に医師偏在対策を三位一体で推進していくという国の考え方を共有させていただきました。

19ページですが、さらに、この第4回では、地域包括ケア病床の機能をさらに掘り下げ、地域包括ケア病床の機能には急性期治療後の自宅復帰に向けた入院を支えるポストアキュート、そして、在宅療養を支える一時的な入院、急性期には当てはまらない一時的な入院を支えるサブアキュートという機能があるということを確認しました。

さらに、現在、地域包括ケア病棟を持つ松阪市民病院の課題として、診療報酬上の制約により、現状では、地域包括ケア病棟を1病棟しか持てないことと、サブアキュート機能が発揮できていないことを共有しました。

20ページをお願いします。

これは令和元年12月16日の第5回の資料です。この第5回においては、三重県の定量的基準づくりや、国の客観データによる公立、公的急性期病院の分析が公表された後、松阪中央総合病院と済生会松阪総合病院の2基幹病院に今後の方針を確認し、両院とも高度急性

期、急性期に特化していくこと、それと、休日夜間の二次救急輪番についても2基幹病院で分担していける見通しを持たれたことから、当委員会としてはこれまでの議論や地域医療構想調整会議での具体的対応方針等を踏まえ、松阪市民病院が今後切望される地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換することが望ましいということで意見が一致いたしました。

しかし、松阪市民病院が、機能転換することについては、委員の皆様からさまざまな意見を頂戴し、松阪市民病院がすぐに機能転換をすることは難しく、一定の期間をかける必要があること。

そして、医師、看護師等といった地域人材の流出を何とか抑えることができないのか。また、機能転換後の病院の経営等といった課題を出していただきました。

21ページですが、これらの課題を乗り越え、地域医療を守るために三つの経営形態のうちどれがベターかについて協議していただいているのが現在でございます。

以上、これまでの開催経過について簡単に振り返りをさせていただきました。

委員長

経過を振り返っていただきました。私のほうから17ページのところで、実際の病院の現状というところは、皆さん理解はなかなか難しいと思いますけれど、かつての病院というのは急性期、回復期、慢性期、すべての病棟を持っていても大丈夫でした。私が卒業したころはすべての病期の患者がいました。なぜかという、長く入院しても入院費用は下がりませんし、かかった分だけ請求ができる（出来高払い）というシステムでした。

ところが最近の国の政策で、余り医療費がかからない人は入院費がどんどん削減されます。出来高払ではなくて、疾患の種類によって、診療報酬の支払い額が決まってしまうという、DPCといいますが、そうなってきていますので、4病期を一つの病院で全部やったら絶対経営は成り立ちません。

人の配置もうまくいかない、急性期病院とそれから慢性期、回復期、機能を分けていかないと成り立っていかないということで、今、大学病院においては、大学病院ですので急性期、高度急性期の患者がどんどん入ってきます。だけどある程度回復してきたからといって次に移る病院がなかなかない。

そのため、次の病院を探すために、ソーシャルワーカーに連絡して、次の病院をやっと見つけていく。

それをしていかないと次の重症な救急患者が入って来ても受け入れられないということになると、救急病院が成り立たなくなりますので、そういう意味でも、この回復期というかその（ページの）真ん中（に示された）の病院が非常に重要な役割になってきています。

そういう意味でもそここのところを担う病院が非常に求められている、そのあたり少しわかっていただけて、理解していただきたいと思います。今の振りかえりにつきまして意見どなたかいかがでしょう。

委員

委員長からも話していただいたように、私が1番お願いしたいのは、もちろん経営も大事ですし、質も大事なことですけれど、17ページにもあるように、急性期の病院、高度急性期の病院は、少子超高齢社会の中で、早く退院しなければならないという大きな問題があります。

これを、この地域包括ケア体制をつくりつつある松阪の中で、在宅医療、施設も含めた在宅医療ということになるでしょうけど、支えていかなければならない。

しかし現実的には、これから先、私は70歳ですけど、我々の年代がだんだん高齢化していくときに支え切れなと思います。

そのためにはやはり回復期、回復期というよりも地域包括ケア、この中に立つ中間の病院、病棟というのはなければなりません。

ご存知のように松阪の慢性期の病院はかなり減りました。この数年の間に100床以上減っていると思います。

経営等いろんな問題もあるでしょうけれど、私はやはり、この地域の中で地域急性期を含めた回復期、そして、地域包括ケア病床を、ぜひこの地域医療の中心である松阪市民病院を中心に連携をして、地域包括ケア体制を支えていくということが、地域住民の皆様のためにも必要であると思っています。

委員

17ページで示していただいたように、高度急性期、急性期で扱われる患者というのは本当に医療依存度の高い患者です。

その方が、とりあえずの急性期の治療が終わって、退院という話を受けたときに、そのときの患者の状態が、胃ろうが入ったままとか、あるいはまだ持続点滴をしなければならないような患者や、そういう方がいきなり在宅のほうへ帰ったときの医療、介護の困難さというのはおわかりだと思いますので、それを少しでも在宅でケアできるところまでやっていただける、ポストアキュートは非常に大切だろうと思っています。

なおかつ、先ほどから何回も議論されていますが、在宅へ帰った患者も、どんなことでまた急性期の治療が必要になるか。その時にサブアキュートがある。この、ポストアキュート、サブアキュートというのがこの地域でケアできる体制というのは、地域ぐるみで急性期から在宅までケアしていく中で、この回復期病棟というのは非常に大切だと思いますので、今後これをもとに大事にしていきたいと思っています。

委員長

現実においては、サブアキュートの患者がまだ急性期病院に入っているというのはあることで、そうすると本来の救急、高度急性期、急性期の患者を受け入れられないという問題も起こっていますね。

それはなぜそれが起こっているかという、そういう病棟がないからでね。津市でもそういうことはたくさんあります。

委員

前回の委員会で発言した趣旨は、まさに今お話しいただいた、事務局から説明いただいたとおりで、これまでの経緯を確認しておくということと、委員会の趣旨としては地域医療構想をふまえたということが一つ大きな大事な役割だと思しますので、そこは今改めて確認していただいたと思います。

地域医療構想は国の政策動向でもありますので、そのあたりの趣旨、政策動向を踏まえて、道を探っていくということは非常に大事になると改めて思ったところです。

その中で、構想区域の中では今、お話しになったようなところの機能に集中特化していくということで、この松阪地域を支えていくという役割を改めて強調していただき、そこを確認できたのではないかと思います。

委員

前回まですべて振りかえらせていただいていたなかで、松阪市における地域包括ケアシステムの介護分野の一端を担うものとして、1番最初に私が言わせていただいたのが、2024年の3月に全廃される介護療養型医療施設は、現在も全国でまだ5万床ほどあると言われておりますが、その方々がどこへ移るのかということもまず一つあります。

実際にその後の受け皿として、第7期介護保険事業計画にのっとって法制化された介護医療院というのも全く進んでない、ほぼ進んでいないというような状況ですので、そういう意味では、特に地域包括ケア病棟の存在というのは、在宅または施設介護をする現場のものとしては熱望しているということでございます。

特にサブアキュートにおいて、可能な限り住みなれた地域で安心してその人らしく生活していただくという地域包括ケアの理念を実現することで、この医療必要度の高い方の受け入れ、それから、治療またはメンテナンス的なところをしていただくことで、家族介護者の方のレスパイトケア、それから問題になっている介護離職の防止ということにもつながっていくのではないかと考えております。

そして、最近では医療（サービス）がほとんどない介護施設、いわゆる有料老人ホームやサービス付高齢者住宅が急増していますので、そういうところの急性期治療というところの受け入れを担っていただくなど、いわゆる地域多機能の機能を持っていただければと切に希望しているところです。

三重県

先ほどから議論いただいております地域医療構想ですが、これはまさに各委員の皆様から発言があったように、地域包括ケアシステムを構築していくために、地域医療構想を実現していくということで、各地域の皆様と一緒に議論を重ねているところです。

そのような中で、松阪構想区域におきましては、地域医療構想における必要病床数、これは地域包括ケアシステムを構築するために必要となる病床数を試算したのですが、それと比較しますと、松阪構想区域全体で、回復期病床が不足している。この回復期病床というのは、先ほど各委員から発言がありましたけれども、ポストアキュート、サブアキュートとい

った機能、地域急性期を含んだ回復期で、17ページにある真ん中の機能、こういった回復期機能の病床が不足しているという状況です。

従って、松阪市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換するということは、地域医療構想の方向性と合致するものであるというふうに県としても考えております。

委員長

回復期、地域急性期と、いろんな呼び方がありますが、地域の包括ケア、全体的な隙間を埋める、多機能を持った病院としての機能が今の医療において必要だということです。そのところを、わかっていただけるといいかと思います。

このようなことで、今後においては、この市民病院の機能としては機能転換し、地域包括ケア、回復期を踏まえた病院にしていくということでは合意が得られていると思います。次にそれに関する課題を克服するための、経営形態について検討してきました。

ここが一番難しいのですが、その課題を克服するために、経営形態をどうするかということについて、各委員からそれぞれ総合的な評価を伺いたいと思います。

それでは、こちらから順番に忌憚のない意見をお伺いしたいと思います。

委員

先ほどもお話しいただいたように、直営で厳しいということであれば続いて指定管理者を活用するという事になるかと思えます。

冒頭申し上げたように、最もリスクが少ない道を選択するという事、いろいろと総合的に勘案しないといけない事柄がたくさんあるので、その中で、指定管理者を活用していくという道を選択するという事が直営の次にあるのではないかなと思えます。

ただ、いかに職員を確保していくかということは、いろいろ方策があると思えますので、このあたりは今の国の政策としてはインセンティブを活用ということが多々言われていますので、例えば職員が引き続き、魅力を持って働いていただけるようなインセンティブを持っていくとか、何らかの方策の一つではなくて複数設けていただくということで大事な機能も担っていくということを考えていただくということが、今後、非常に大事になるのではないかなと思えます。

委員

振り返りもしていただきましたが、議論されてきたその市民病院のあり方というものが、今、県の方も言われたように、この委員会の流れは地域包括ケア体制をつくっていくために、地域医療構想を踏まえた正しい方向性であると思っております。

松阪市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院として、生まれ変わっていく、これから先どんどん変わっていくためには、メリットデメリットはどれにしてあると思えますけれど、やはり直営とか民間とのいうのはなかなか、現実的ではない。

したがって、公設民営型の、指定管理者ということになるのかなと。そして、松阪地域の二つの基幹病院のうちのいずれかと協定を結んでいくということが、適当であると考えてい

ます。

同時に協定を結ばなかった基幹病院、ほかのいわゆる民間病院、それから介護系施設との、医療介護の連携体制、つまり地域包括ケア体制ですね。

それを、医師会や皆さんと一緒に、地域市民の皆さんと一緒にそれをさらに強化していくという必要性が、今度新しくなる新生松阪市民病院のためには欠くことのできないものであると考えています。

委員

先日、日本全体の人口の変化を見せていただいて、政令指定都市でもどんどん人口が減っているという現実を見て、松阪が本当にこの10年20年後、どのように地域を守っていくかということにおいて、今回本当にいいタイミングでこういう議論ができたなと思っています。

その中で、この地域の人口をいかに保つ、あるいはできることならば増やしていくような、そういうことも非常に大事と思う中で、今回、いろんな経営方式を見た中で、1番安全な形っていうのであるならば、指定管理者制度が一番安全なのかなと思いました。

なおかつその議論の中で、急性期と回復期から在宅全体の医療を考える中で、回復期病棟がいかにこの地域で根づいていくかという安全性を考えたときには、指定管理者の形で展開していくのが、一番安全かなと考えながら議論を聞いておりました。

委員

今まで会議の中で話し合った中で、私としては、一番ベターなのは指定管理がいいのではないかと思います。

委員

先ほど述べさせていただいたことを踏まえまして、私としましても、まずは松阪市民病院という名前は必ず残していただくということと、それから、市民のニーズに応じた病院、機能、経営をしていただくという意味でも、議会、また市の介入ができる、政策医療がある程度反映されるということ踏まえまして、指定管理という部分にたどり着くのかなと思っています。

ただ我々介護の側からしますと、昨今言われています地域共生社会ということで、高齢の方も障害の方もその子どもさん方も、生活困難者の方も、みんな総合的に見るという部分と、対して医療の場合はこの機能分化ということでどんどん分化していくという、そこに違和感がありますので、そのあたりはなかなか気持ちとして埋められないところですけども、今の段階では、指定管理の方がトータル的に私は一番理に叶っているのかと考えています。

委員

先ほどから話していただいていますように、今後必要な地域医療体制を確立していくという大きな目標のもとで、市民病院の機能をどうしていくかという中で、地域包括ケア病床を

中心とした病院に移行していくのが一番いいだろうということは大体皆様のご意見でそうなっていると思いますが、そうすれば、それに一番うまく移行できるのはどういう形かという面で考えますと、やはり指定管理者制度かなと思います。

ただ、他の委員からも発言があったように、それが本当に指定管理者で運営をしてもらう中で、いろんな課題をきちんと市民病院が解決をしていくような運営でないと、もともとの意味がないわけですし、あるいはその課題というの、変わっていく可能性もありますので、その辺では指定管理者が大きな目標のもとで動いてもらえるような形にしないと指定管理者でやってもらう意味もないと思います。今後選定をしていく上での課題かと思いますが、移行しやすいのは指定管理者制度という気はします。

委員

今後、5年10年すると、そこから先は一挙に医療需要が減ります。需要が減るのは確実に、介護の需要がどんどん増えてきます。

その中間点の需要も多分増えると思いますが、そうすると、やはり先ほどからの議論のように、地域急性期というような概念が非常に重要になってくると思います。

しかし、やはりこの地域でしばらくはどうしても急性期、救急の人員を減らしたくない。うまくそこを乗り切るには、市民病院全体が一括して、どこかと一緒になるという格好をとらざるを得ないと思っていますが、それは民間との統合と指定管理のどちらかしかない。そうすると、私としては民間との統合というのは、完全に売り払われるような感じで私は理解していますので、指定管理というような格好にさせていただくほうが非常にうれしいと思います。

委員長

皆様からそれぞれご意見いただきました。全体を通じて何かつけ足すことはありませんか。よろしいでしょうか。

皆さんのお考えを聞かせていただきますと、おおむね経営形態としては、公設民営・指定管理者というのがいいということかなと私も感じました。

異論がなければその方向で提言としてまとめたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。(委員同意)

それでは、当委員会の提言としては、松阪市民病院は地域包括ケア病床、いわゆる地域急性期も担う、それを中心とした病院に機能転換すること。それから経営形態においては、公設民営型、二つの基幹病院のいずれかによる指定管理ということでまとめたいと思います。最後に委員の皆様から、今後松阪市、松阪市民病院、それからこの地域に期待することをお話ししていただきたいと思いますが、こちらから順番にどうぞお願いいたします。

委員

委員会の趣旨である地域医療構想をふまえたというところのみならず、先ほど各委員から

も出ていたように、地域包括ケアシステムをいかに構築していくかということが大事な課題でもありますし、そこがさらに注目されると思います。

そのあたりを含めて新たな第一歩を皆さんといかに形成していくかというところで、非常に大事な今回の委員会の提言をこれから出していくということで、私もその一端にかかわらせていただいて、微力ですが力になることができればと改めて決意表明ではないですけど、考えております。

委員

私もこの地域包括ケア松阪地域の地域包括ケアのためにいろんなことをしておりますので、これからもさらに頑張っ、やっていきたいなと思っておりますし、松阪市民病院には長年お世話になっておりまして、これからも形は変わっていくかもわかりませんが、ぜひ連携をしてやっていきたいと思っております。

委員

地域包括ケアシステムの中で、在宅をこれからまた真剣に開拓していかなければと思っておる中で、まずは在宅が困ったときの病院のシステムがしっかりできてくるということは、在宅のほうで仕事しているものにとっても一番安心してやっていける環境が整うのかなと思います。

その中で、在宅のほうでこれから高齢者がどんどん増えていく中で、予防、いわゆる要支援レベルの方たちがこの地域でいかに活力ある生活をしていただけるかというのも、在宅の面では非常に大きな課題と思っておりますので、安心してこの地域で要支援の方をたくさんつくれるような予防医学等も含め、地域包括支援センター等との仕事もありますので、その辺で地域に密着したパラディカルの方たちと、この地域全体の住民の力というか、健康を推進していきたいと思っております。

委員

私は難しいことはわかりませんが、市民としては安心して受診ができる病院であってほしい。

これだけが私の願いです。

委員

地域包括支援センターで私が担当させていただく地域で、市民病院のOBのドクターが中心になって、地域で介護予防を推進していく、まちづくり協議会の中で健康推進部をつくって来年度そういうことを考えてみえる市民病院のOBのドクターがいらっしゃいますので、そういうところともぜひ連携をとっていただいて、予防も踏まえて、これまでどおり高齢者の方にやさしい病院でいていただきたいと思っております。

委員

方向性ということで、あり方検討委員会の中で提言をいただくということになるかと思
います。

提言をいただきますと、次に私は行政のほうの立場でそれを進めていくという立場になっ
てまいります。

一応方向性というのはこの委員会の中で議論いただいて出て来ますが、進めるにはまだい
ろんな課題とか解決しなければならない問題が沢山あるかと思えます。

それを市民の皆さんや職員の皆さん、議員の皆さんの理解を得ながら、また、きちんと個々
の問題を解決しながら進めていかないと、実際にはなかなかうまくはいかないだろうと思
いますので、その辺を今後努めていきたいと思っています。

委員

この話ですが、私だけではなくて、当院の非常に有力な幹部のドクターの中にも、新しい
形態になったときに、そののころをしっかりとさせなければいけないという強い認識を持っ
ている人間が何人かいます。

そういう格好でこのところをきちんと運用していく、体制を今後つくっていきたくと思
っています。私個人の話ですが、委員の皆様とはもう20年近く前に、この地域包括ケアシ
ステムに類したような感じで、共同で非常に苦労したことがあります。私自身が訪問看護を
ずっと立ち上げたこともあって、在宅の事情はよく知っています。そしてこの20年間。私
自身が松阪市に育てていただいたというそういう気持ちがとても強くありますので、どうい
う格好になっても動ける限りは、松阪市のために働いていこうと思っていますので、これも
決意表明ではありませんけれど、一言だけ付け加えたいと思います。

委員長

どうもありがとうございました。

委員の皆さんには本当にありがとうございました。委員会としては一定の方向性を出すこ
とができたと思います。

ただし委員の皆様からさまざまな附帯意見も頂戴しております。

最終的には、そのあたりも含めて市長への提言としてまとめていく必要があるかと思
います。

提言書案につきましては、事務局のほうで作成の上、事前に各委員にお届けいただきます
でしょうか。

その上で内容を吟味いただきまして、皆様ご出席のもと、次回の委員会でまとめるとい
う形をとりたいと思います。よろしいですか。

では本日はここまでとさせていただきます。

事務局の方は今後の日程についてお願いいたします。

事務局

失礼いたします。

次回委員会でございますが、委員の皆様にご都合を伺っております。2月10日をあけていただいております。いかがでしょうか。

委員長

よろしいですか。(委員同意)

よろしいです。

それでは事務局のほうにお返しします。

事務局

ありがとうございます。長い長時間にわたりありがとうございました。

次回日程でございますが、2月10日、月曜日の19時30分からを予定しております。

今回は19時30分からです。少し時間が遅くなっておりますのでよろしくお願いいたします。

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。

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。