

第3回中間市立病院あり方検討委員会

議事録

議 題：第2回内容に関する追加資料について

中間市立病院の経営形態について

医師確保の方策について

収支シミュレーションについて

日 時：令和元年8月28日（水）14：00～：16：20

場 所：中間市中央公民館 3階第3研修室

参加者：委員6名

武富章委員長、村松圭司副委員長、内山明彦委員、椛島成利委員、津田文史朗委員、中原由美委員

（欠席）鬼崎信好委員

事務局5名

瓜生康平（中間市立病院病院長）、江口雅人（中間市立病院副院長）、貞末孝光（中間市立病院事務長）、末廣勝彦（中間市立病院事務室課長）、田中稔（中間市立病院事務室経営企画係長）

㈱システム環境研究所4名

佐藤洋周、八尋玄徳、小川敦、小田葵

以上、出席者15名

資料：第3回中間市立病院あり方検討委員会次第

資料1「第2回委員会に関する追加データ」

資料2「経営形態別比較表」

資料3「医師確保の方策」

資料3別冊「医師を確保した具体的取り組み事例」

資料4「収支シミュレーション」

1. 開会

（病院）

皆さん、こんにちは。本日は、ご多忙のところ、第3回中間市立病院あり方検討委員会にご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。定刻が過ぎまして、委員1名がまだいらっしゃっていませんが、始めさせていただきますのでよろしく願い致します。

本日の資料を確認させていただきたいと思います。資料1から資料4になります。大丈夫でしょうか。それでは、次第に従いまして、進行をさせていただきます。

本日は鬼崎委員1名が体調不良で欠席されるとの報告を受けております。

2. 委員長あいさつ

(病院)

それでは委員長より挨拶をお願いいたします。

(委員長)

皆さん、こんにちは。朝起きたら大雨で、どうなることかと思いました。午前中には事務局から心配のお電話もいただきましたが、昼間になると雨も上がって、中間市立病院の明るい未来も見えてきたような気がします。

第4回目については、ある程度答申案も出来上がってそれについて検討することになりますので、実質的には今回が最後に近い委員会になるかと思えます。皆さんの忌憚のないご意見を承りたいと思えますのでよろしくをお願いいたします。

(病院)

ありがとうございました。

それでは、議題に入ります。委員長、よろしくをお願いいたします。

3. 議題

(委員長)

では、これより議事に入ります。始めに「第2回内容に関する追加資料」について、事務局より説明をお願いいたします。

(病院)

それでは、ご説明させていただきます。お手元の資料1「第2回委員会に関する追加データ」についてです。前回の委員会でご質問のありました件について、「救急医療の実施状況」を当院で、「中間市の将来患者推計」を村松副委員長にまとめていただいております。まず、「救急医療の実施状況」について、当院より説明いたしまして、そのあと、「中間市の将来患者推計等について」を村松副委員長より説明いただきます。

それでは、「救急医療の実施状況」について、ご説明いたします。

恐れ入ります。資料の4ページをお願いします。救急車の搬入状況を左側に、休日・時間外の外来受診患者数を右側にまとめております。救急車の搬入状況は平成30年度に260件の受入れとなっており、そのうち入院に至った件数は137件となっております。休日・時間外の外来受診患者数は451名となっており、そのうち80名が救急車搬入となっております。

簡単ですが、説明は以上になります。

(委員長)

今の説明について何か質問等あれば、お願いいたします。

同規模病院と比較して救急車の搬入件数260件というのは、かなり頑張っておられるという印象を持っております。

ご質問等無いようでしたら、引き続き、「中間市の将来患者推計等について」を村松

副委員長より説明をお願いいたします。

(委員)

中間市の将来患者推計と将来の介護サービスの受給者数についてお話をさせていただきます。

P7 です。地域医療構想の資料をご覧になっている先生方も多くおられるかと思いますが、使っているデータは全く同じです。将来の人口の伸び、減少については、社会保障・人口問題研究所の将来推計人口地域別のものを用いています。人口推計は2045年までの推計が出ています。地域というのは基礎自治体別という意味です。受療率は、平成29年の患者調査の都道府県別受療率を用いて計算しております。計算の方法ですが、平成29年時点の性・年齢階級別の受療率が2045年まで不変であると仮定した場合の患者数の推移について、入院・外来別に集計を行っています。例えば、中間市に60歳～64歳までの男性が100人いて2人が肺がんになっているとします。仮に2025年に中間市の60～64歳の男性が倍の200人になったとすると、肺がんの患者さんは単純にその年齢階層においては4人になるというような計算を積み上げて将来の患者数を算出しています。どれくらい確からしさがあるかという点についてよくご質問をいただくのですが、いろいろな研究でおおよそ人口構造によって疾病構造の7割くらいは説明できるのではないかとされています。人口ピラミッドの形によって7割くらいは疾患構造が説明できるということです。

P8 は外来患者の推計になります。青い線でアスタリスクが打ってあるものが外来患者の総数になります。2015年から徐々に減少に転じていることが見て取れると思います。これは地域医療構想の資料で二次医療圏のものはすでにお出ししているもので、二次医療圏単位のものとはそちらをご確認いただければと思います。基礎自治体別のものは、地域医療構想の資料にはお示ししておりませんので、こちらをご確認いただければと思います。そして、少し増える疾患は、カーキ色の線で四角が打ってある「脳梗塞」、灰色の線で四角が打ってある「虚血性心疾患」等があります。これらの疾患の外来患者は、2025年まで減らないもしくは少し増える程度になっています。それ以外の疾患については、ほぼ減少傾向にあることが分かります。

P9 ですが、入院患者の推計になります。青い線で三角が打ってあるものが、入院患者の総数になります。2045年時点では73%になっています。2025年までは2015年と比べても総数はほぼ変わらないと想定されています。患者数が増える疾患は、青い線の「肺炎」や茶色の線の「脳梗塞」、水色の線の「骨折」等が2015年と比較して110%程度まで増加するのではないかと想定されています。一方で、がん患者については減少傾向にあると推計されています。

将来推計人口そのものがどれくらい確からしいかという点においては、出生率の部分は、いろいろなパワーバランスによりかなり甘く見積もられていますが、2015年時点ですでに生まれている方々の将来人口推計はほぼ確からしいということが分かって

います。ですので、とくに高齢者に多い疾患については、将来推計人口も信頼して良いと思います。

P10 は介護についてです。将来の要介護者数および介護サービス受給者数の推計を行っています。人口は将来患者推計と全く同じものを用いています。要介護（要支援）認定率および介護サービス受給率については介護保険事業状況報告、これは毎年保険者たる基礎自治体が広域連合に提出して統計が成り立っているものですが、その保険者別のものを用いて、将来患者推計と同じ方法、つまり将来の認定率や受給者数が変わらないと仮定して将来推計を行っています。

P11 ですが、将来の中間市の要介護（要支援）認定者数は、将来的にそれほど伸びないことが見て取れると思います。1 番多いのは要支援 1 の方で、2015 年が 800 人くらいおられ、2030 年にかけて 100 人くらい増えることが想定されています。要介護度の高い人たちについてはあまり増えないことが想定されています。

P12 以降は中間市のサービス種類別受給者数推計です。介護医療院がない時代です。介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設の 3 施設において、施設系サービスの受給率を見ても、130%台に向けて緩やかに伸びていくことが推計されています。

P13 は、居宅サービスや地域密着型サービスの医療系のものだけを抜き出した推計です。これらサービスについても、もう少し伸びるのではないかと見えて取れます。加えて、隣接している北九州市等、大きな介護の需要があるところについても同様の傾向があるので、相対的に不足していく事態は予測されます。つまり、今まで中間市側までサービスを提供していた北九州市内の医療機関や介護事業所も、北九州市内に需要が生まれることで、徐々に近隣の方々にサービスを提供することが考えられるので、中間市内のサービスも相対的に不足していくということです。

P14 は将来推計のまとめです。医療の外来患者はすでに減少傾向で、入院患者は循環器疾患・肺炎・骨折は微増しますが、総数としては 2025 年まで不変で、その後減少に転じます。要介護者等については 2030 年まで緩やかに増加します。また、同じ要介護度でも徐々に年齢が高くなり、それに伴い、居宅サービスよりも施設サービスを使いやすくなり、施設サービスの需要はより高まっていくことが分かっています。施設サービスの需要は 2040 年まで増加し、かつ、近隣の市町村ではこれ以上の増加が見込まれています。また、居宅サービスおよび地域密着サービスにおいても、医療系サービスの需要は増加します。医療のサービスを充実させるというよりも、慢性期を診る部分をどのような形で充実させていくかという点が、今後、中間市においては重要ではないかと考えます。

私からは以上です。

(委員長)

ありがとうございます。ただ今の説明についてご質問等ありませんか。

まとめますと、外来患者はすでに減少傾向にあって、要するに脳梗塞や肺炎、骨折等、お年寄りに多い疾患が、老年人口の増加にしたがって増えていくということです。介護に関しては、施設サービスも居宅サービスも相対的に不足していくということでした。

何かご質問はありませんでしょうか。

(委員)

委員長がおっしゃるように、脳梗塞が増えるというのは、脳梗塞は治療期間が長い疾病ですので、急性期の患者さんが増えるというよりも、慢性期の患者さんが積み上がるというイメージです。急性期治療が増えるよりも、慢性期や地域包括ケアで診る部分が増えていくことかと思えます。

(委員長)

よろしいでしょうか。

引き続き、次の議事に入ります。「中間市立病院の経営形態」について、事務局より説明をお願いいたします。

(病院)

説明を行います。資料2「経営形態別比較表」をご準備ください。

公立病院の経営形態について、まとめております。現在、当院については、表の左端になります、地方公営企業法の一部適用により病院運営を行っております。

想定される経営形態について、それぞれ、メリット、デメリットがありますので、表にしてまとめております。

また、次の議事、医師確保の方策についてです。経営形態と医師確保については、併せて検討いただいた方がよろしいかと思えますので、ここで説明させていただきます。資料3「医師確保の方策」についてです。当院で行っている医師確保の取り組み内容、医師確保を行う上での問題点等をまとめております。

内容について、コンサルタントの方より説明を行います。

(システム環境研究所)

システム環境研究所です。よろしく願いいたします。

資料2から説明をさせていただきます。

地方公営企業法(一部適用)が当院の採用しているものです。市立病院に限定すれば、その他の可能性としては4つございます。地方公営企業法(全部適用)、地方独立行政法人、指定管理者制度、民間譲渡です。先ほど事務局から説明があった通り、経営形態と人の採用は表裏一体なところがございます。資料2で、とくにお伝えしたい部分について説明申し上げます。

1点目は、人の採用および人の採用条件の部分です。まず、給与について、地方公営

企業法（一部適用）では、市が定めている給与表を活用しなければならず、人を採用するからといって、特別なお金を上乗せすることは現行の一部適用の制度ではできません。職員採用についても市長が任命しなければならないので、一部適用で運営されている場合、病院側の採用の自由度はあまり高くなく、大きなウィークポイントとして挙げられています。これを改善する際、他4つの運営形態はそれぞれ解決の可能性を持っています。地方公営企業法（全部適用）では、勤務条件は事業管理者の権限で決定でき、ある程度の自由度が与えられています。しかしながら、公務員として考えると、同じ病院や市の中で働いているのにも関わらず、看護師や医師の間で給与格差が出てしまいます。ここが、現実的には導入が難しい点です。他事例を見ても、自由度が与えられているようであり自由度がないことが全部適用の特徴です。

地方独立行政法人や指定管理者制度では、さまざまなことを法人独自、受託された指定管理者が自由に決定することができます。一方で、地方独立行政法人のウィークポイントとして挙げているのは職員の身分についてです。地方公営企業法（一部適用）および地方公営企業法（全部適用）では、職員の方々はあくまで公務員としての職責となります。地方独立行政法人や指定管理者制度、民間譲渡になりますと、公務員の立場を無くすことになり、大きなウィークポイントとなります。

次に会計財務の経営方針の項目についてです。地方公営企業法（一部適用）および地方公営企業法（全部適用）では、市の医療政策としての方向性、市長から示されたものを汲んで、実現することができます。地方独立行政法人になりますと、市長が中期目標を示し、その目標に対する中期計画を法人が立て実施することになります。指定管理者制度だと契約ごとに変わります。市長の意向を取り入れつつ、民間の経営手法を活用する手法になります。

もう1つポイントとして挙げたいのが、その他の職員の意識の項目です。あくまで一般論にはなりますが、地方公営企業法（一部適用）では経営意識が低いと言われていきます。地方独立行政法人、指定管理者制度、民間譲渡では、赤字になると組織自体が破綻をきたすこととなりますので、経営に対する意識は一般的に高まるとされています。

このまま資料3の説明に入ります。

医師確保の方策として、これまで中間市立病院が行ってきた取組みについて大きく5項目にまとめました。1つ目は、医師負担の軽減として、医師事務作業補助者の配置及び非常勤医師の雇用を実施しています。2つ目は、まさに現在取組み中ですが、給与制度の見直しです。先ほど給与の部分は、市の本庁と合わせていかなければならないとありましたが、議会の承認を得られれば、とくに手当に関しては調整ができます。現在、給与水準の引き上げを図るべく、各種手当の見直しを検討していますが、現行の制度では限界があり、実行にはつながっていないのが現状です。3つ目は大学医局への医師派遣依頼です。昨年度までは医師1人の派遣がありましたが、今年度は医師派遣を受入れていないのが現状です。4つ目は、民間企業が行っている医師紹介サービスの利用です。

医師紹介会社に登録し、専門のコンサルタントによる当院に合う人材の紹介を受けております。幸いのことながら、今年度実績として1名の採用に繋がっています。5つ目は、ホームページによる求人募集です。中間市立病院ホームページに医師および医療スタッフの求人募集を掲載しています。合わせて福岡県医師会のホームページにも求人募集を掲載しています。昨年度の実績として、医療スタッフ5名が採用に繋がりましたが、今年度はまだ実績がありません。

医師確保に向けた取組みをするなかで、各方面から当院に対してご要望やご意見をいただいております。大きく3つのことが意見として挙がっています。1つ目は、給与や手当をもっと上げてほしいという率直なご意見です。先ほどご説明を申し上げましたが、現在、当院では給与水準の引き上げを図るため、各種手当の見直しを検討しているところです。ですが、現行の経営形態では限界があり、実行には至っていません。運営主体の変更も考えなければなりません、今いる先生方や医療スタッフとのバランスのとり方も、合わせて検討が必要になります。2つ目は、老朽化している施設の改善です。これは、感染管理への配慮からとくに外科系の先生方からのご要望です。部分的な改修や修繕では抜本的な解決にはつながらない状況ですので、これを改善するには新病院整備を行うことが最良な対策ではないかと考えます。3つ目は、研修体制の構築と症例数の確保です。これは、とくに若手の医師からのご要望です。専門医・指導医の確保、症例数確保ができるような取組みを実行していかないと、若手の先生方は研鑽に必要な症例数の確保、もしくは指導を受けることができません。その点をご指摘いただいております。

資料3 別冊に厚生労働省等で公表されている医師を確保した取り組み事例についてまとめております。代表的なところを申し上げますと、「医師育成支援」では、基幹型臨床研修病院との連携である福島市の実績でございまして。「医師業務負担の軽減」では、当直勤務の夜間勤務への変更や医師事務作業補助者の導入例を挙げています。「給与制度の見直し」もあります。それから最近多いと感じるのは、「奨学金制度」です。市独自の奨学金制度を設立し、卒業後に自院に勤務してもらうものです。「大学医局への依頼・寄附講座の開設」という事例も全国的に見ると確認できます。細かい説明については割愛させていただきます。

経営形態の件、医師確保に向けた方策の件についてご議論いただきたいと思います。私からの説明は以上です。ありがとうございました。

(委員長)

ありがとうございます。経営形態および医師確保の方策の説明がございました。ご意見ご質問等があれば、お願いいたします。

(委員)

資料2 その他の「議会对応」において、議会への関与が無い点がデメリットとなっておりますが、なぜですか。

(システム環境研究所)

市立病院である以上、議会のチェックがメリットにもデメリットにもなり得ると思いますが、議会がチェックされている点は、一つ重要なチェックポイントだと思います。指定管理者制度および民間譲渡をすると、とくに経営状況や運営体制、診療体制は議会のご意見を反映しづらい部分もあるだろうと鑑みまして、ウィークポイントとして挙げています。

(委員)

実際に指定管理者制度をとった事例で、議会のチェックで困りましたというご意見はあるのでしょうか。

(システム環境研究所)

私どもが確認している中では、そんなに困ったという意見は聞いていません。難しいところでもありますので、実際に指定管理者制度に詳しい委員の方からお答えいただいた方が良いでしょう。よろしく願いいたします。

(委員)

A 病院は公益社団法人であります B 協会が指定管理者となって運営している施設ですが、まったく議会の関与が無いわけではありません。例えば、学会の指導で、神経内科の名称を脳神経内科へ変更を求められました。標榜診療科を変更するためには、条例の変更が必要で、議会に対してお伺いを立てる必要がありました。また、診療科の増減にも条例の改正が必要だったり、診療日を変更するにも都度お伺いを立てなければならなかったりします。そのような点において議会の関与は必要になってきます。反対に、全国の病院に向けて学会の指導があった場合に、都度議会にお伺いを立てるのも多少問題ではないかと思います。議会の関与が無いというのはむしろメリットかもしれません。

地方独立行政法人あるいは指定管理者制度の一番のメリットは、定数を気にしなくて良いという点だと思います。また、B 協会の病院で統一した給与表はあるものの、例えば、ある病院で薬剤師が不足している場合には、地域人材手当等設定の是非は施設別や病院独自で決めることができます。融通が利く点はメリットとして一番大きいです。

(委員)

「職員身分」の項目で、公務員の身分ではなくなることがデメリットとされています。すでに働かれていますの方々に関しては、継続して働かされてきた身分が無くなるため、そのように感じるのかもしれませんが、新たに中間市立病院が獲得していかなければならない人材として、若手で在宅や慢性期医療に興味を持ってきている医師を確保するかがポイントとしてあると思います。今、そのような医師は増えてきていると思います。

以前、兵庫県の豊岡にケアのコミュニティの会に出席したのですが、若手で地域のコミュニティに根付き、在宅や慢性期医療をやっている医師は、30代前半が増えている印象を受けました。彼らがどのように感じているのかというと、かつちりした職員や専

門性を持ちたいのではなくて、自由にやりつつ、コミュニティの中で文化に根付いていきたい、その地域が好きだから働きたいという人が増えてきているのではないかと感じます。なぜこのような話をするかという、資料3別冊として医師確保の事例が書かれていますが、厚生労働省のHPに掲載されている事例は堅いものばかりだと思います。この他にも、東海地方で行っている方法では、野球のドラゴンズの年間シート付として募集している例がありました。奇をてらった取組みだと思いますが、あと一人欲しいときや、スポットとしてほしいときには、幅は狭いけれども訴求力はあると思います。どういった人材が必要なかを意識して、病院が建て替わり、建替えと同時に機能も変わるの見据えた上で、必要な人材を深堀していただいてほしいなと思います。同時にそういう人たちが響くものは何なのかをもっと検討してほしいなと思いました。具体的な取組み事例については、かっちりしていないやり方もございますので、もっと検討されると良いかなと思います。

(システム環境研究所)

委員がおっしゃった事例は、資料3別冊の最後に掲載しているライフスタイルアピールが該当すると思います。事例として挙げている例であれば、ホテル、ペンションに宿泊できるとかウォータースポーツやバスフィッシングができるといった日々の生活においてアピールしています。今まさにおっしゃった内容とリンクしているかと思います。

職員身分のお話をいただきました。あくまで私の経験値の話になってしまい大変恐縮ではございますが、医療スタッフサイドの皆様は、思いのほか公務員の身分にこだわっている方は割合として少ないのかなと感じています。ではなぜ、デメリットとして挙げているかと申しますと、退職処理をしなければならないからです。退職金を支払うタイミングは市の職員を辞める時だけでなく、独法化へ移行させる時等、いくつかあるとは思いますが、まとまった退職金というのは、働かれる側にとっても病院の経営サイドの費用負担という意味でも大きなポイントだと考えております。このような理由からウイークポイントとして整理させていただいています。

(委員)

予算のことを考えると、一括で支払わなければならないのは大変だと思いますので、そういう点では確かにウイークポイントだと思います。働き方改革で副業支援の流れもできつつありますが、自治体に取り組めるようになるには時間がかかると思いますので、そういった観点からも、好きな人が行って働ける、という多様な価値観が認められるべきだと私は思います。また、どんな人を連れてくるのかについては、病院だけではどうしようもない部分があると思います。新しく来られる人にはその地域に住んでいかなければならないので、市全体として役所として、なにがしかの魅力がはっきりしてくと人材確保にも役立つのかなと思います。

(委員)

参考までに申しますと、当院の前身はC病院でした。D機構の運営から市の方に委譲することが決まったときに、C病院に勤務していた職員は全員機構を辞めることになりました。その当時から地方独立行政法人で公務員的な扱いを受けていましたから、退職金を機構が払い、身分は全て変わりました。その時に、E協会の水準の給与とC病院の給与とを比較するとベテラン職員については、C病院の方が高かったです。やはり給与が変わると絶対に辞めますから、辞めさせないために移行職員については退職時の給与を下回らない範囲で格付けを行いました。退職金は機構がいったん払ったのですが、E協会には退職金制度が無く、確定拠出年金で労働者と協会が折半で積み立てていくという方式をとっています。県立病院が民間に委譲したときも5年という期限付きの現給保障がとられたと聞いています。ただ、新たに雇用した職員と今までの職員との間では明らかな差がついていたので、職員間で齟齬があったと聞いております。

(委員)

医師の確保を含めて、スタッフ確保は将来像を描くためにも非常に大事なことだと思います。先ほど、ホームページによる求人募集により昨年度は医療スタッフを5名採用とありましたが、具体的な医師数や看護師数は具体的にどうなっているのか教えてもらえませんか。

(システム環境研究所)

第1回目でお示ししていたかと思います。少々お待ちください。

(委員)

資料を見つけました。昨年度採用した5名というのは看護師ですか。

(病院)

看護師と看護助手です。

(委員)

仮に病院を新しくする場合に、今働いている職員皆さんにいったん退職をしていたら、再雇用をするという手続きは、市が行うのでしょうか。

(病院)

市になります。

(委員)

退職をした後に新たに募集するとなると、経営形態によって募集の仕方は変わるのでしょうか。

(病院)

その通りです。市の職員としては退職という形になります。その後、新しい病院を希望されるのか、全く別のところに就職するのかが個別の調整になろうかと思います。

(委員)

指定管理者制度に移行する場合は、先ほどの現給保障の形がとられるのでしょうか。

(病院)

新しい病院での話になりますが、給与の差が出れば、調整をしていかなければならないと思います。

(委員)

医師も看護師もなかなか見つからないのが現状です。いろんな手を尽くしても、とくに医師は、ちゃんと仕事が出来て患者さんを増やしきるような人材を見つけるのは非常に難しいことだろうと思います。医師確保の問題をクリアしなければ、今後のことは考えづらいと個人的には思っております。何か良い方法を考えていかないといけないなと感じます。委員がアイデアをおっしゃっていたことも一つありますが、実際に働く医師の資質が問題だと思います。

(委員長)

他にご質問等ありますか。

(委員)

経営形態の表はある程度理解できました。最初から気になっているのは医師確保のことです。どの病院も医師確保には苦勞して、大学の医局でさえも医師の確保はかなりきつい状況に陥っています。例えば、地方の病院の場合、私のイメージにはなりませんが、募集やいろんな手立てで医師を集める方法がありますが、長期的に働いてくれる医師が見つかるかどうかは分かりません。できれば産業医科大との絆をしっかりと作り、そこから常勤、非常勤の医師を派遣してもらおうという基軸を整えた上で集めるというのが大事じゃないかなと思います。この辺りについて病院にお聞きしたいです。

(病院)

実際に内科は産業医科大学とつながっています。私も含めて内科の医師はほとんどが同一の医局出身です。昨年度までは、内科の医局から医師派遣を受けていましたが、今年に限っていえば、本来 3 年目で大学へ戻ってくるはずの医師のうち、数名が戻らず、医師派遣を受けることができなくなりました。整形外科にもアプローチをしていますがなかなかうまくいきません。医局から来ていただく一つの手法としては、現行制度において、常勤職員は週 5 日勤務ですが、週 4 日勤務にする等、産休の方や社会人大学院に行かれている方の勤務条件を満たすような体系を作れば、医局にも要求しやすくなるのかなと思うのですが、なかなか今の制度だと非常勤にしかならないので、メリットが無くなってしまっています。この辺りが解決されるとアプローチとしてはしやすくなるのかなと思います。

(委員長)

大変なご苦勞をされていますね。

(病院)

中間市立病院は産業医科大学と非常に近く、車で 30 分あれば行き来できます。これが最大のメリットだと思います。これを上手に生かせるような方法を模索しなければ

いけないなと思います。

(委員)

非常に近いので、非常勤医師の派遣は比較的大丈夫なのではないかと思います。今、常勤医師が6名とのことですが、運用は回せているのですか。

(病院)

全然足りません。医師が増えれば収入も上がります。去年2名減りましたので、今勤務している医師は1.3~1.4倍働いていると思いますが、2人分には満たないというところでは。

(委員)

女性医師等が働きやすい環境、週4日勤務等を病院側で提示できるのは医師確保という意味では非常に良いと思います。大学院で学位を取ろうとしている先生方は、週4日勤務で大学院にも通えるし、常勤としての給与形態であるというのは非常に働きやすいと思うのですが、当然のことながら今の中間市立病院の運営形態では常勤としては扱えないということですね。

(病院)

常勤としての採用が出来ず、非常勤扱いとなるので、福利厚生面で劣ってしまいます。退職金が出せない分を年俸でカバーすることも出来ません。

(委員)

民間の病院はそのような条件を出しているところは確かにありますね。少なくとも今の経営形態では市立病院の存続は難しいと思いますので、何らかのことを進めていかなければならないですね。

(委員長)

今までの皆さんのお話を踏まえると、地方公営企業法(全部適用)にしたとしても給与の決め方等において自由度が低いという印象を受けます。やはり地方独立行政法人か指定管理者制度を使うか、はたまた民間譲渡か、民間と一緒にやっていくか、統合していくか、といったことになろうかと思います。5つある形態のなかで、第1は地方独立行政法人、第2は指定管理者制度、その他のオプションとして民間譲渡かなという気がしていますが、民間譲渡するというのは、第2回目の委員会のアンケートにて住民からは公的な医療機関だから受診するという意見が挙がっていたので、やはり市立病院という名前は残しつつ経営形態を変えていくということになると、地方独立行政法人か指定管理者制度かなと思います。ご意見ございますか。

(委員)

厚生労働省で公立病院の役割として言われているのは、へき地での医療提供、救急、小児、周産期、災害、精神等の不採算部門の提供、高度先進医療の提供、医師派遣などの拠点、となっています。中間市立病院がどれかを満たしているかと言うと、どうなんでしょう。今までの議論は、民間病院としての発想として話が進んでいるように感じま

す。本当に公立病院として今後やっていくのか、収益を上げることを追求するのか、市立病院としての存在意義を残しながらこれらのことを考えるのは非常に難しいなと感じています。

(病院)

ご指摘のとおり、厚生労働省が言う公立病院の役割を満たすものはあまりないと思います。今後、一番問題となることは高齢者医療で、不採算医療でも高度急性期医療でも、高齢者の疾病構造が変わっていくと思います。個人的な話にしかありませんが、高齢化率が高い場所での公的病院の役割というのは必ずあると思うので、地域包括ケアのなかで公的機関として何ができるかを模索する必要があると思います。おっしゃるとおり、いわゆる不採算部門を持っているわけではないですし、へき地からも外れていきますので、その点からは弱いと思いますけれども、地域包括ケアを中心的に行っていく意味では公的な機関として行っていく意義はあると思います。

(委員)

地域医療構想の中でも、公立病院のあり方は同じようなものが謳われています。機能が重複していないかは今後検討されると思いますが、それに加えて、地理的な状況がどうかも検討する必要があります。10年、15年後の中間市の医療機能を考えたときに、周辺の先生方もご高齢になっています。その先生方に後継者がいれば良いですが、いらっしゃらない先生方もおそらくいると思います。仮に後継者がいない場合に、高齢者の移動能力で受診できる医療機関がどれだけ残っているのかということを考えると、たとえ一般的な機能だったとしても、地域で受診できる医療機関がこしかないという状況になるのであれば、機能的には民間病院が担うことだとしても、問題ないと思いますし、訪問診療等の付加的な役割、求められていることを柔軟に提供していく姿勢があれば良いのかなと思います。厚生労働省の公立病院の役割だけに限定されているわけではないと思います。

(委員長)

今年の7月18日に日医総研が出したワーキングペーパーのなかで公立病院の使命が列挙されていました。自治体病院協議会では、かなり反対の意見が出ております。委員がおっしゃったように、地域で必要とされている医療が提供されていれば民間であろうが公立であろうがあまり差はないと思うのですが、いかがでしょうか。

(委員)

公ではそのように言われているわけですが、病院のおっしゃるとおり、高齢者に対する医療を今後進めていけば良いのではないかと思います。そういう中で介護医療院を実施するか否かの話にもなるのでしょうか。

(病院)

第2回委員会の中でも委員から、休床40床をそのまま使うのは難しいという話もありましたし、もともと介護医療院は中間の地域には必要だと思っておりました。介護と

医療を密接につなげていかなければならないのかなと考えています。

(委員長)

1つの結論を出さなければならないというわけでは無いと思いますが、どちらかと言えば地方独立行政法人か指定管理者制度の形態を選択すべかと思うのですが。

(委員)

答申書にそこまではっきりと書くのは難しいと思います。例えば、「医療職の雇用については、柔軟な給与体系が考慮できるような組織の立て付けが望ましい」というような書き方に留める方が良いかと思います。

(委員)

今の病院をそのまま継続するという前提だからこそ、経営形態の話があると思います。しかしながら実際には、継続するのか、縮小するのか、統合するのか、はたまた病院自体を無くすのかという選択もあるんだろうと思います。継続か縮小か統合か、という選択肢についても検討しなければならないと思います。現状、赤字を出しているなかで、どのような手を打ち、本当に責任をもってあり方検討委員会で検討したことで経営がうまくいってくれば良いが、その話をした方が良いのかなと思います。

(委員長)

経営主体ではなく、経営形態について、お金の面からは話をしてもらいたいと思います。次の議題、「収支シミュレーション」について、説明をお願いいたします。

(病院)

説明を行います。お手元の資料4「収支シミュレーション」をご用意ください。前回の委員会でご検討いただきました本院が担う役割と医療機能について、収支シミュレーションを作成しております。前回、ご議論いただいた病床機能の組み合わせパターン2案を作成しております。今後、現病院を利用した病床機能の変更は老朽化、耐震面等で改築等が困難でありますことから、新病院を整備する条件で、シミュレーションを行っております。詳細な説明について、コンサルタントの方から説明を行います。

(システム環境研究所)

私からお手元の資料4「収支シミュレーション」について説明します。

P2をご覧ください。今回の目的と概要ですが、多くの場合、シミュレーションを行うと夢のような結果が出ます。今回も近いものが出ています。しかし、このシミュレーションで良しとするのではなくて、これを実現するためにはどういった条件が必要なのかということも見えてきています。どのようなリスクがあるのかを踏まえた上で、委員の皆様からご意見いただきたいと思います。

建て替えの場合、新病院開院を起点として数年間についてのシミュレーションすることもあります。今回はそれでは議論になりません。現状が赤字という状態で新病院を計画することがいかに無謀かということは皆様もご存じだと思いますので、今から何をやれば何年後に新病院が建てられ、開院して10年後くらいまでにどうなるのかを

お見せしたほうが良いと思い、今回シミュレーションを提示させていただきました。

今回検証するものは、前回委員会でご議論いただきました組合せパターンの①と②についてです。①については全体で120床のうち40床は、急性期一般入院料7、40床は地域包括ケア病棟入院料1、残りの40床は介護医療院I型としたパターンで、②については地域包括ケア病棟入院料1を回復期リハビリテーション病棟入院料3としたパターンです。今回は細かい数字を並べるのではなく、ポイントを大きく3つに絞っています。どれくらいの借金をして、どれくらい年間で返済していかなければならない金額が生じるのかと、開院前後で経常収支比率がどれくらい推移するのか、そして、単年度あたりの資金の過不足状況です。

P3をご覧ください。開院まで新病院を整備する場合のスケジュールを示しています。今年度につきましては、あり方検討を踏まえて中間市としてどうしていくのかを検討する年度です。仮に来年度から計画、設計、建設というプロセスを経て、令和6年度に開院したらという設定でシミュレーションしています。今回のあり方検討会でご議論いただいたテーマもシミュレーションの中で見込んでいます。1つ目は、経営形態を変えて人件費等の経費の縮減を図るという条件です。2つ目は、現状は常勤医6名ですが、仮に常勤医を毎年1名ずつ増やし、平成29年度の常勤医8名体制に戻すことが出来て、収入を増やすという条件です。3つ目は、前回の中で、当院は院内処方を中心に実施されておりまして、他施設と比較しても材料費が高いという話がありましたので、院外処方を中心とするという条件です。すべてが仮定の話ですが、この中から取り急ぎ何から着手すべきなのかは見えてくると思います。

P4以降は条件設定ですが、先に結果についてお話ししたいと思います。

P8をご覧ください。起債を約60億円と見込んだ場合に、単年度でどれくらい返済しなければならない額が生じるのかを示しています。開院年度である令和6年度までは、起債の償還にあっては据え置き期間等ございまして、実際に重く発生するのは令和7年度からだろうと考えています。令和7年度から令和10年度を見て頂きますと、青い棒グラフで示していますが、年度によっては償還元金が3.5億円近く発生する年度もあることから、それを賄うための収支構造の転換も求められます。この状況というのは、中間市立病院の事例で特別に発生したわけでは無く、どの病院でも新病院整備事業にあってはどうしても開院から5年間というのは経営的に非常に厳しい状況に陥ります。どう乗り越えるのかと言いますと、行政からの補助金があれば良いのですが、それが期待できない場合は、現在もしくは来年度から開院までにどれだけキャッシュを増やすか、資金を増やしたうえで令和6年度から令和10年度をどうやって乗り切るのかということを検討されます。中間市立病院において、そのために何に取り組むべきなのかは先ほどのページのなかに記載しています。

P9は組み合わせパターン①の経常収支比率についてです。地域包括ケアや急性期、介護医療院を新病院から運用するパターンですが、前段としていくつかの経営改善のト

ライアルがあります。資料では、令和4年度あたりに100%を超える経常収支比率になっています。経常収支比率というのは費用に対する収入の割合をしめたものですから、100%を超えれば黒字であると考えてもらえればと思います。今は赤字の状況ですので、医師の増員、院外処方、給与の見直しを行った上で、開院前に黒字化する流れにしなければなりません。開院年度については、新病院の建て替えを経験された方がいらっしゃるら分かりますが、開院の前後は一時的に患者数を抑制することになります。加えて、減価償却費等が影響して、開院から5年間くらいは経営が厳しい状況が続きます。医療機器等の減価償却が終了する令和12年度から通常の収支に戻っていくような流れになると思います。今回のシミュレーションでは、経常収支比率は100%程度を推移すると見込んでいます。

P10は資金の過不足についてです。ここで資金過不足がマイナスになっていると、資金ショートにつながる可能性があります。これはあくまで単年度当たりのものですから、現時点で潤沢にキャッシュがあるということであれば、緩やかに捉えられるのかもしれない。今回の条件設定では、経常収支を黒字にするという条件で各種設定しておりますので、その通りに行くと黒字化できるだろうと考えておりますが、医師を増やすにしても経営形態を変えるにしても、その間の取り組み期間にはいろいろな手続きがあると思いますが、実際に動き出すまでの間の資金不足をどうクリアするのが大きな課題であると考えます。

一方で、P11はパターン②の場合、回復期リハビリテーションにした場合です。建物に関する費用や償還計画については、地域包括ケアであっても回復期リハビリテーションであっても同じだろうと考えています。どちらかというとなら経常収支のなかの人件費が変わってくると考えています。とくに回復期リハビリテーションの場合は、医師や療法士を増やさなければなりませんし、現状から機能を変えていく形になりますので、そういう意味では費用が地域包括ケアよりもやや増えてくると考えます。資料では令和12年度から100%より微妙に下回っており、99%となっています。もう少し収入を増やすのか、費用を減らすのかをすれば100%を超えてくると思います。今回の収支シミュレーションではパターン①と②の費用条件を基本的には同じにしていますが、必要人員数の影響が人件費に出ていまして、地域包括ケアよりも回復期リハビリテーションでは医師や理学療法士等を増やすことになるので、開院年度については、段階的な病床利用率向上に伴い、開院直後に一時的な人員過剰となり、やや下回る結果となります。また、事業費や償還計画についてもパターン①と②の条件は同じです。どちらも経営的には令和元年からいろいろな取り組みをする間に課題はありますが、それ以降は良くなっていくという結果になっています。では、そのための条件設定についてこれから説明します。

P4をご覧ください。今回、新病院の整備を想定した事業費となっていますが、内訳を示しているのがP4です。どれだけ今回のシミュレーションの条件設定が甘いのかは

こちらを見て頂いたら分かると思います。そもそも移転するのか現地建替えなのかも決まっていないので、用地取得費は見込んでいません。当然、病院を建てれば旧病院を解体しなければなりません、解体工事費も設定していません。おそらく現病院の規模からすると税込み 1 億 6,000 万円程度を見込む必要があると考えています。今回のシミュレーションでは、億単位でまだ見込んでいない事業費項目が存在することが留意点となります。

また、現在、建築工事費は高騰しており、下がる気配はありません。現時点では 1 m² 当たり 42 万円、税込みで 46 万円と 1 床あたりの面積 80 m² として建築工事費を見込んでおります。もう一つ見込んでいない点として外構工事費があり、移転するかどうか、移転先がどこなのかも決まっていない状況ですので見込んでいません。設備整備費については、現段階では弊社の経験から 1 床当たりの金額から見込んでいます。そのうえで、今回は、事業費を約 60 億円としています。この事業費約 60 億円に対する資金調達方法としては、そのほとんどを病院事業債で賄うこととし、それ以外は一般財源で見込んでいます。今回のシミュレーションでは良い結果となっていますが、事業費についてはまだまだ数億円単位で見込んでいないものが存在する点に留意が必要です。

続きまして、収益的収支についてどのような設定をしたのか説明をします。まず、病床利用率としましては、現状は 68% ということですが、医師を増やして生産性を上げるという条件のもとで、85% 近くまで上げるという設定にしています。しかしながら、それでも収入は不足しております、開院以降は 90~95% まで上げることを条件にしています。診療単価につきましては、第 2 回の資料の中でもお示ししていましたが、それでも病院事業債を賄うのには足りず、費用を賄うために、前回お示した病棟種別の入院診療単価に対して 1,000 円上乘せした額に設定しています。本来であればどういう取り組みで 1,000 円アップするという根拠が必要ですが、今回はあくまで積み上げた費用に対する収入目標額として設定しています。外来の収益についても、先ほど委員から外来患者はあまり増えないという話もありましたが、経営的には患者数を増やして収益増加としなければならない状況です。新病院開院効果として、ある程度は外来患者が増える傾向があるため、今回のシミュレーションでは開院以降 1 割程度の外来患者増加を見込んでいます。患者数でなくても、診療単価が増加すれば収益増加となりますが、今後の診療報酬の増加は厳しいため、今回は患者数を増やすという設定にしています。また、診療単価については院外処方化を見込んだ額に調整しました。現状としては、1 万 6,000 円程度ですが、第 2 回委員会の資料のなかで、院外処方にすることで 5,800 円くらいは下がることを示しました。それに基づき、その額を引いた 11,500 円~11,700 円くらいで設定しております。室料差額についても、現状の病床利用率 68% をさらに高めていく設定ですので、病床利用率に合わせて室料差額収益も変化する設定としています。あくまで費用を賄うためにはこれくらいの収入が必要だという発想からの設定です。

P6は費用に関する条件設定です。職員数については、平成30年度末段階で常勤職員数77.0人となっていますが、新病院の病棟再編に合わせて、現状から1病棟増えることも見越して約110人程度必要になると想定しています。前段でご議論いただきました通り、給与費や経営形態の話がありましたが、今回は人件費についても縮減する設定です。他施設とのベンチマークを参考として、人件費率について55%程度を目指すものとして条件設定しました。パターン①については56%、パターン②については57%となっています。ちなみに現状につきましては62%です。

材料費は、現状は院内調剤により29%くらいですが、これを院外処方にする事で20%程度となるように薬品費を縮減する設定としています。その他の経費につきましては、建物面積が増えたり、建物そのものが高騰したりし、費用が高まる可能性のある領域です。こちらについては、弊社の他施設での事例を踏まえて設定しています。減価償却費についても、新病院整備事業以外に昨年度までに院内調達したのものも見込むこととしています。

P7は条件設定の最後のページは繰入金に関する条件設定ですが、非常に緩い設定となっているかもしれません。繰入金についてです。繰入金のうち、収益的収入に該当するものとしましては、新病院整備に係るものと、現在もすでに繰入金としてある「救急医療の確保に要する経費」等があります。後段の現状の繰入金は年間8,000万~9,000万円ほどとなっています。今回、新病院整備に係る繰入金は単年度7,000万円と見込んでおります。合計1億5,000万くらいです。資本に入る部分も同じように見込んでいますが、年度あたりに発生する額が変動しますので、少なくとも令和7年度終わりに1億5,000万円、令和8年度までに1億5,000万円、令和9年度までに1億5,000万円、令和11年度以降は8,000万円台になるという設定にしています。経営形態の変更に伴って、今後も繰入金がこのまま継続されるのかどうかは不明ですが、今回は3億円近くを収支の中に入れ込んだ結果、先ほどのようなグラフになっています。

口頭でまとめを申し上げますと、事業費については億単位で未だ見込んでいない部分があります。移転するののかどうかさえ決まっていないからです。今回の収入条件の設定は、あくまで費用を賄うために必要な収入として設定しており、費用項目については、詳細な積上げを行ったため、ほぼ条件設定できていると思います。ここを起点にしてどれくらいの収入が必要なのか、収入が上がらないのであれば事業費を減らすか、という議論が出来ればと思います。なお、費用に関して気になることとして、職員数があります。あくまで必要最低限必要な人数としています。個人の能力や部署配置によって最低限の人数からさらに増員することもありますので、そうするとますます厳しい結果になります。

繰入金は、経営形態がどうなるのかは分かりませんが、現時点で見込まれているものをそのまま継続する設定にしています。私共が見ても非常に厳しい条件設定だと思います。ハードルが高い取り組みも含め、早急に取組むべきことがたくさんあることがわ

かります。

以上、ご説明とさせていただきます。

(委員長)

病院の形態としては大きく2つ示されました。①は地域包括ケアをつくる、②は回復期リハビリテーション病棟を整備するものです。

(委員)

私が運営している病院では、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を50床ずつ持っていますが、回復期を作るときに、回復期リハを開始する直前に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を集めたとしても働けません。結局1年前から働いてもらい、教育しなければなりません。回復期リハビリテーションを作るときのシミュレーションとしては非常に甘いと思います。

(システム環境研究所)

おっしゃる通りだと思います。私も実際に、緩和ケア病棟を新病院から立ち上げたいという病院を支援したことがあります。オープン数年前から年単位の稼働計画を立て、段階的に医師や看護師の確保、職員のトレーニングを行うかたちとしています。運営していくまでの準備期間は十分に必要だと認識しています。施設基準も開院ですぐに取得できるかという懸案もあります。

(委員長)

今のことについてのご質問というよりは、どういう形態にしていけば良いのかということについてご意見いただきたいです。

(委員)

新しく病院を整備して立ち上げて、経営形態を変えるというのでは存続できないと思います。なるべく早く、例えば人件費の割合を50%台に持ってこれるようにしないと、このままでは計画が進まないように感じます。例えば、すべて市が負担をして病院を残すということでしたら構わないのですが、きちんと経営していかなければならないのだとしたら、いち早く経営形態を身軽にする、経営できるような形態にして動かざるを得ないのかなと思います。新病院を建ててから検討しては、失敗してしまうと思います。病院が無くなってしまふ、民間移譲することになるように思いました。

(委員長)

経営主体が決まらない以上、病院側の要望というのはなかなか聞いてもらえないと思います。独法化するなり指定管理にするなりになるのでしょうか。この場ではシミュレーションした結果を踏まえ、病院として地域包括ケアを中心としてやっていこうという意思がありますから、それを核にした病床編成を行い、その手段としてはどうしたら良いのかという1つの案が出てきています。

(委員)

確認したいです。新病院を建てるとして、市は財源のバックアップをしてくれると考

えて良いのですか。事業費 60 億円が病院起債になるとして、不足分を市が全部負担してくれるのですか。

(委員)

起債であれば 60 億円のうちすべてが病院負担というわけではなく、そのうちの何割かは市の負担となるのではないですか。

(病院)

病院起債を借りるとい形になり、市としても基準内繰出の額が増えます。法定内繰入として、今までも 1 億 9,000 万円ほど繰り入れてもらっているのですが、新病院になったことによって年度によっては 3 億 5,000 万円位ということになるので、この増額分を市が承諾するかどうかは今の段階としては何も決まっていません。病院としては、シミュレーションを行い、市に法定内繰入として提示していこうと思います。

(委員)

3 億 5,000 万円は市の負担を指しているのですか。

(病院)

その通りです。

(委員)

基本的には起債ということで 7 割くらいはおそらく病院が支払っていかなければならないと思います。40 億円くらいを何年間かけて返済していくことになります。

(委員)

私の病院機構は全国区ですので、赤字の病院は同機構の他の病院がカバーしていくことになります。中間市の場合は中間市単独ですので、中間市がある程度繰入金を含めてバックアップする確約がないとかなり難しいと思います。シミュレーションとして出すのは簡単ですが、中間市がどこまで考えているのかはどうでしょうか。

(病院)

9 月末までに答申書を決定し、市長に提出後の秋口頃、市の方針決定会議を行わなければならないと考えています。その中で、財政面や市の負担金について実際に資料を提出し、最終的な病院の方針が議論されることとなります。答申内容を最大限尊重し、検討されることになると思います。

(委員)

私は医師会や地域住民の方のことを考えると、市立病院は医療機関として、現状のまま、もしくはどういう形であっても、医療資源として存続するほうが良いと思います。ですから、残るようになるには何を行わなければならないのかを念頭に置いて考えますと、今のままでは先が無いのは見えておりますので、建て替える以前に、建替え費用を除いた収支の改善や医療資源が残るような方策を打たなければ、先に進めないと思います。病院機能として医療資源が減していく気がします。例えば、鞍手町の町立病院は、今度建て替わりますけれども、それ以前に地方独法化して、資金や給与面を改善さ

せて、形の上では稼げる医療機関にして、新病院になります。そのような2段階じゃないですけども、先に実績を示せるような体制にせざるを得ないかと思います。それが正直なところだと思っています。地方独法化するなら早く行い、同時にそのまま建て直すかどうかの検討をしながら、どうにもならないということであれば、5年後くらいに市立病院は無くす、委譲するという結論にならざるを得ないと思います。なるべく残ってもらいたいですし、中間市の患者さんのことを考えると、存続することが一番良いと思いますので、まずは存続できる経営収支にする対応をとっていただいて、同時に建替えの検討をした方が良いと思います。

(委員)

建替えをするという前提があったほうが、現状のなかで医師確保がしやすいのかもしれないですね。先に目標があって、だから来てくださの方が良いのかもしれないですね。ですが、現状では厳しいので、何か手を打ち、現状を変えていかないとはいけません。

(委員)

先に経営形態を変える、医師確保と職員確保についてはこういったプランがあることを見せながら募っていく、ということになりますかね。

(委員)

指定管理者制度もありかなと思いつつ聞いていました。全部が全部を聞く必要はなく、ある程度病院側にも決定権を渡していただければということになれば。

(委員)

指定管理者になるべく資格を持っている機関はいくつもありますので、例えば、医師会や大学、法人等考えられます。形態として自由度は高いのかなという気はしますが。まずは経営形態を決めて、経営の立て直しを図り、新しい病院に向けての人材確保を早期から開始する、ということになりますよね。

(委員)

時間がかかりますね。

(委員)

経営主体が変わらないと話が始まらないと思いますが、地方独法化や指定管理者制度と決めるのではなく、住民のための医療を提供できるような経営主体、経営の自由度が上がりつつも地域医療に役に立つような経営主体に変えていく、そのうえで、将来的にはここで示されたような地域包括ケアと急性期と介護医療院が併設したような形を目指すということでしょうか。

(委員)

経営主体はいろいろ検討されていくのですが、中間市民の方にとっての市立病院であることが望ましいと思います。地域全体で考えた場合は、まだ分かりませんが済生会八幡病院が近くに移転してくることや、新中間病院があることを考えると、中間市

立病院の機能を明確にしなければならぬかと思えます。機能を示せなければ、中間市の財政も豊かではないので市からの財政援助もなかなか通りづらいのではないのかと思えます。地域で考えたときに機能分担をしっかりと行っていただきたいです。第2回委員会の資料の中に、地域の先生方は在宅機能のバックアップを要望されていたので、市立病院として担っていただきたいです。

(委員)

将来的に、市立病院の機能や介護医療院が他の医療機関や介護施設と競合するということはないのでしょうか。他の民間医療機関や介護施設のことは考えなくて良いのですか。

(委員)

考えなくても良いと思えます。介護医療院は医療機関でも医療機関ではない、ということですので、市が必要というのであれば問題ないと思えます。どちらかという建替えてまで残すという医療の80床は、誰もが納得するような理由が必要だろうと思えます。

(委員)

似たような病院が近くにあるので、専門性や特徴を持たせる必要があるということですね。

(委員)

将来的には人口が減っていく地域の中で、これだけのお金をかける価値があるのかという点を市民や議会には納得していただかなければなりません。そこをきちんと整理する必要があります。私もぜひ残っていただいたほうが良いと思えます。

(委員)

残してもらえるように、早いうちに経営状態を改善していかないといけないですね。

(委員長)

急性期は今までの実績がある部分を中心的に行っていく、地域包括ケアはこれから高齢者が増えてくる疾患、骨折は圧迫骨折、肺炎、脳梗塞のリハビリであるとかそういうところを行っていく、独居老人も増えてきますのでそこについては介護医療院のほうで受け持っていただくことになるだろうと思えます。地域包括ケア病棟で働いている医師については、在宅に出て行って地域の皆さんの安心を保持するというようなことでよろしいでしょうか。

(委員)

うちの病院は黒崎にあるんですけど、中間付近から来られる患者さんも結構いらっしやいます。そういう方を治療して中間に帰っていただくときに、転院をお願いし、連携室が中間市内の病院に打診しています。その時に、中間市立病院以外の病院に行くケースが実際は多いみたいです。理由もいくつかあって、受け入れのしやすさ等があるそうです。私たちからすると急性期のあとをしばらく診てもらおう病院として、中間市立

病院に期待やお願いをしたいところです。中間市民の方がかかる病院としても急性期後の患者さんをおる程度診る病院としても機能してほしいと思います。構想のなかで考えてもらいたいです。

(委員長)

どう考えていますか。

(病院)

確かに受入れの数でいうと、委員の病院が3番目になっています。連携室に問題があるのであれば、お話を聞いて対応していきたいと思います。そういう機能は当然のごとくやっていかなければならないと認識しています。

(委員長)

急性期病院が近くにあったとしても対応してもらえればと思います。

(委員)

60億という金額が気になっております。もう少し低い金額の方が市も納得するだろうと思いますので、精査してもらえるのであればお願いしたいです。存続や継続を考えたときに金額を検討していただきたいです。

(委員)

市から経営主体が変わったときの退職金等はどうするのでしょうか。市が答申の中に挙げ、職員全員の退職金の数字を見込んでもらいたいです。

(委員長)

病院機能を明確にすることで、経営形態が決まり、必要費用、必要人数も見えてくるかと。あまり細かいことは決めなくても良いと思います。建替えを前提とした答申にして、こういう形態でやりたい、できるのだということを示しながら職員を募集し、その前にできれば経営主体を変えて動く、という流れがよろしいですね。

(病院)

経営形態の変更はもちろんですが、現状の最大の原因は医師が2名辞めたことです。医師確保によって収益面も少しは改善されるので、差し当たっては医師確保に注力したいと考えています。経営主体もすぐには変えられるわけではないので、その間にまずは医師確保をしたいなと思います。

(委員長)

手術で稼ぐような診療科があれば良いですが。診療科を増やすのは難しいでしょうね。

以上の議論で答申書はできますか。

(病院)

第1回から第3回までの内容をまとめさせていただいて次回ご提示したいと思います。

(委員長)

大まかな流れは先ほどからの議論になると思います。まず最初にやるべきことは医師の確保、次に経営形態を自由度のある形態にする、公立であり続ける病院でありたいということですね。将来的には合併という手もあるかもしれませんが、相手もあることですのでから時間がかかるかと思えますし。

答申案を次回出してもらいます。

4. その他

(委員長)

改めまして、次の次第にうつります。「その他」となっていますが、事務局から説明事項はございますか。

(病院)

次回の開催日のご案内です。

第4回目の委員会は9月27日(金)となっております。場所についてですが、1回目、2回目の委員会を開催しました、なかまハーモニーホールで14時より開催いたします。

なお、委員会に、出席できない場合は、事務局までご連絡をお願いいたします。以上です。

(委員長)

これをもちまして、本日の議事は、全て終了しました。

長時間の会議、大変、お疲れ様でした。

それでは、事務局の方、よろしく申し上げます。

5. 閉会

(病院)

以上をもちまして、第3回中間市立病院あり方検討委員会を閉会させていただきます。

本日は、ありがとうございました。

以上