

加美郡保健医療福祉行政事務組合
第4回経営形態検討第三者委員会

令和7年12月18日（木曜日）

加美郡保健医療福祉行政事務組合

加美郡保健医療福祉行政事務組合第4回経営形態検討第三者委員会 議事録

令和7年12月18日（木曜日）

出席委員（8名）

赤石圭裕	委員	伊藤宏平	委員
三浦洋	委員	武田守義	委員
早坂家一	委員	浅野幸夫	委員
小林歩	委員	野上慶彦	委員

傍聴人（3名）

事務局出席者

組合事務局長	太田裕二
公立加美病院事務長	山崎長寿
組合事務局参事	藤原貴
組合事務局次長	大和田恒雄
組合事務局副参事	吾孫子浩樹
組合事務局副参事	三浦亮
株式会社キョウドウ	伊藤和晃

委員会内容

1. 加美郡における公立加美病院・加美老人保健施設の必要性について
2. 経営形態に関する検討について
3. その他

加美郡保健医療福祉行政事務組合第3回経営形態検討第三者委員会 会議録
(令和7年12月18日 午後3時30分 開会)

<事務局>

定刻となりましたので、ただ今より、加美郡保健医療福祉行政事務組合第4回経営形態検討第三者委員会を開催いたします。始めに開会にあたりまして、委員長より一言ご挨拶願います。

<委員長>

今回第4回というところで、経営形態に対する検討というところで、本格的な議論に入るかというところがございますので、皆様の闊達な議論を期待したいと思います。よろしく願います。

<事務局>

はい、ありがとうございました。

次に本日の委員の出欠についてご報告させていただきます。

■■■■委員につきましては、仙台での会議の後、こちらに向かっているということで、遅参の報告が事務局の方にはっております。

現在の出席委員は7名でございます。

経営形態検討第三者委員会設置要綱第5条第2項の規定により、定足数に達しておりますので、第4回加美郡保健医療福祉行政事務組合経営形態検討第三者委員会を開催いたします。

それでは議事に入りますが、その前に資料の確認をさせていただきたいと思っております。大変申し訳ございません。次第の日付について、次回の日付になってましたので、本日の日付に訂正をお願いしたいと思います。

続いて、配布資料の確認をさせていただきます。

次第、委員名簿、議事資料として、①加美郡における公立加美病院・加美老人保健施設の必要性について、②経営形態に関する検討についての資料となります。

また、追加の資料になりますが、これまでの委員会で質疑のありました件について、回答が出来ていなかった分と、前回の会議でご質問のありました院長資料に対しての見解についてのQ&Aの資料、第3回の第三者委員会議事録案についてを配布しておりますので、確認願います。

不足はございませんか。

それでは委員会の議事進行につきましては、委員長が座長ということで、委員長よろしく願います。

<委員長>

議事の2の①加美郡における公立加美病院・加美老人保健施設の必要性についてというところに入って参りたいと思います。

委員会を開催するにあたりまして、傍聴人の方へご連絡いたします。

当委員会運営要領第3条3項の規定により、委員会の会場での写真撮影、録画、録音につきましては、禁止としておりますので、よろしく願いいたします。

それでは委員会を開会したいと思います。

本日の委員会につきましては、2件の議事内容となっておりますが、冬季間ということもありますし、事務局で示しているスケジュールにおきましても、今後、第5回でも同様の検討を進めるとありますので、本日の会議につきましては17時15分の終了を目標に進めて参りたいと考えておりますので、ご協力のほどよろしくお願い致します。

初めに前回の委員会で持ち帰りとしておりました内容について、事務局から説明よろしく願いいたします。

<事務局>

はい、事務局です。よろしく願いいたします。

第3回委員会におきまして、院長がご説明いたしました資料に対する事務局の見解について、ご説明いたします。

着座にてご説明させていただきます。

事務局では、院長が委員会で説明する資料を、準備のために事前にご提出いただくよう依頼しておりましたが、提出いただけませんでしたので、内容を把握しておりませんでした。会議の場ではスライドを確認するのみとなりましたので、その場では見解をお示しすることができませんでした。

後日資料を確認いたしまして、内容の一部に数値の誤りも見受けられましたので、訂正を含めた見解をお示しさせていただきます。

なお、事務局見解におきまして、経営形態に触れている項目がございますが、あくまでも内容説明に対する見解となりますので、よろしく願いいたします。

第3回委員会の院長説明資料がお手元にございましたら併せてご覧いただければと思います。

よろしく願いいたします。

それでは院長説明資料に対する事務局見解の資料の1ページをご覧ください。説明資料9ページの病院新築事業費の返済につきまして、返済額の一覧が記載され、約5億2千万円の借金があるとのこと説明がありました。

一覧の5行目6行目に病院新築事業1億4,660万円、元金2.00%利子とあります。こちらは平成12年度に財務省より新築事業及び用地整備事業として借入れており、公債台帳では事務処理の都合上、別々に管理をしております。その下にございます7行目8行目は、その新築事業分が重複して掲載されておりましたので、削除すべきものとなります。よって最終行の合計額は、5億1,801万991円となります。

次に説明資料10ページの加美病院の医師数の変化につきまして、組合対応が原因で医師が退職したかのようなご説明がございました。

医師の退職は基本的に自己都合及び宮城県医師派遣事業の期間満了によるものでありまして、組合の対応を原因とする退職はこれまでないものと考えております。また、退職医師の補充につきましては、必要な場合に東北大学病院及び宮城県のご紹介により行ってきましたが、近年は紹介できる医師がいないということもございまして、希望通りに補充ができていない状況でございました。なお、医師数の変化は記載のとおりとなります。

次に説明資料36ページの国からの交付税を減らさないにつきまして、例年通りの交付税を受けることができたことのご説明がございました。

地方交付税は予算の範囲内で、地方公共団体の財政状況に応じて交付額が決定されます。予算額は毎年変動するため、同じ項目に対する交付額も変動する可能性がございます。

資料の2ページをご覧ください。

当組合は一部事務組合ですので、国から直接交付されず、所在地である色麻町に対して交付されております。

当組合が措置される地方交付税は、地方公営企業に対するもので、多くは病院事業分でございます。

院長が示しました令和7年度地方交付税は、施設全体の最大使用病床数に関わる部分となりまして、特別交付税は不採算地区病院、普通交付税は病床割に対するものとなっております。

国が示す算式及び施設全体最大使用病床数の考え方は記載のとおりとなります。

こちらの計算結果は、令和7年度地方交付税が1億7,289万6千円となりまして、令和6年度地方交付税1億7,919万円を比較しますと、施設全体最大使用病床数が年々減少してございましたので、629万4千円減少する見込みとなりました。

地方交付税は、その他にも企業債元利償還金、救急告示病院、医師確保対策等に関するものが措置されておりまして、全体で令和6年度は2億9,297万5千円、令和7年度は2億8,932万1千円になりまして、365万4千

円減少すると見込んでございます。

資料の3ページをご覧ください。

説明資料92ページの加美郡の人口につきまして、令和7年9月末時点で約3万2千人とのご説明がございました。院長が示した人口の出所は不明となりますが、宮城県が公表してございます加美郡の令和7年9月末時点の人口は合計で2万6,652人となります。

次に説明資料104ページの政府の対応の違いにつきまして、公立病院と民間病院の公的資金による支援の違いがあることのご説明がございました。

公立病院は地方公営企業として独立採算が原則で民間病院と同様になります。公立病院はいわゆる政策医療や不採算医療等を担っていますので、経営の健全化を促進し経営基盤を強化するため、地方公営企業法や総務省の定める地方財政計画、地方公営企業繰出基準におきまして、公営企業繰出金を計上することとしております。

一般会計から公営企業会計に繰り出しを行ったときは、その一部について地方交付税が措置されることとなっております。

なお、説明資料121ページに民営化により政府から町への2億6千万円の交付金は打ち切りという記載がありましたが、指定管理者制度を導入している公設民営の病院の場合には、公立病院と同等の措置がされるため、打ち切りにはならないということになります。

また、民間病院には地方交付税の措置はありませんが、公益性の高い医療の提供や特定の医療機器の整備に対し、一定の条件により補助がございました。次に説明資料107ページの公立病院と民間病院の最優先事項の違いにつきまして、公立病院は住民の健康を守り、民間病院は赤字の場合は撤退することのご説明がございました。公立病院の最優先事項が地域住民の健康を守ることは当然でございます。公立病院が民間病院が行わない不採算部門を担えるのは、前の項目にもご説明させていただきましたが、公立病院に対し国や地方公共団体が住民の税金による負担をしているためとなります。

しかし、その負担が長期間継続し公立病院に対する財政負担が大きくなれば、他の住民サービスにも影響がでることも考えられます。

公立病院だからといって不採算部門を永続的に行うことは難しいのではないかと考えております。

資料の4ページをお開きください。

民間病院の最優先事項は経営面を考慮し、不採算部門を行わないことは、経営状況や地域性、経営者の判断によるものと考えております。

指定管理者制度による公設民営の場合には、基本協定や業務仕様書等により業務範囲を規定し、不採算部門からの撤退を指定管理者の判断で行えるもので

はないと考えております。

次に説明資料114ページの公設民営を目指した病院はどうなったのかにつきまして、町立三原病院と公立刈田病院の事例によるご説明がございました。いずれの病院も公表している資料をもとに状況をまとめております。

福島県の町立三原病院は、物価の高騰や人口減少などによる患者数の減少、人件費の高騰を背景に、医師や看護師など医療職確保が困難な状況でありました。

これまで、病床機能の変更や病床数の縮小、一部外来診療の縮小などに取り組み指定管理者負担金の免除や、病院の維持管理費に対する町の支援など、運営継続に向けた町と指定管理者との話し合いが進められてきましたが、指定管理業務を継続することは不可能との指定管理者側の判断により、指定取り消しの申出がなされております。町では、患者に対する指定管理者側の対応や、今後の病院の在り方について検討することとしているということでございました。

白石市の公立刈田総合病院は、公立病院として救急医療などの政策医療を確保するとともに、宮城県南中核病院との連携プランに基づく医療機能の分化や連携を推進するため、民間的経営手法を活用することで、地域の基幹病院として将来にわたって持続可能な医療体制を構築する方針としております。

令和5年度の指定管理者事業評価では、地域のため断らない医療を行い、救急患者の受け入れ、他医院からの紹介患者の受け入れを増やすことで、病床稼働率が向上し、医業収益の増収につながり、初年度で黒字を達成できたようでございます。

今後はこれまでの断らない医療を継続し、受け入れ件数の増加、休床中の病床の再開、看護職の増員の目標としているということでございます。

資料のご説明は以上です。

<委員長>

はい。この件の質疑は大丈夫でしょうか。

<委員長>

議事の①の加美郡における公立加美病院、加美病院保健施設の必要性について、事務局からの説明をお願いいたします。

<事務局>

はい。本日の議事内容の説明につきましては、事務局の出席者名簿にも掲載しておりますが、本組合におきまして、第三者委員会の事務支援というこ

とで、本組合で委託契約しております株式会社キョウドウより担当者が出席しておりますので、説明については担当より説明いたしますのでよろしくお願いいたします。

<事務局>

皆さんこんにちは。

どうぞよろしくお願いいたします。

まず、加美郡における公立加美病院、加美老人保健施設の必要性という資料をご覧いただければと思います。

こちらにつきましては、各地域の医療、介護需要、人口動態、医療資源の検討に基づく検討ということで、分析をさせていただいておまして、本資料は、国勢調査、厚生労働省統計及び各自治体公表の計画書により成をしております。極力、平易に分かりやすくといったところで、作成をさせていただいておりますので、後ほど質疑等をお受けしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

では、まず加美郡の概況という資料で、宮城県の医療圏区分図の位置図を載せてございまして、地域特性といたしましては、宮城県の北西部内陸部ということで、大崎、栗原医療圏、県北部の広域医療圏として、地域完結型医療を目指すエリアということを認識しております。

農山村地域を含み、高齢化率が高いといったところが特徴かなと分析しております。

その中で、今回、対象となります公立加美病院としては、一般病床40床、療養病床50床、救急告示病院となっていると理解しております。

加美老人保健施設につきましては、群内唯一の介護老人保健施設として、入所定員100人、病院併設型による連携強化ということで、通所定員が30人ということで、在宅復帰支援ということで、担当されることをお聞きしております。

受療圏の特性といたしましては、加美町、色麻町の住民の皆様の割合が高いということで分析をしておまして、加美病院については、入院患者構成としては約90%、老健の入所者構成としては約99%ということで、ともに非常に高い割合ということで郡内では必要な機関だということを確認できるかと思っております。

続きまして、人口動態の現状といたしまして、加美郡加美町、色麻町における総人口、高齢化率の推移といたしまして、令和2年から令和6年というふうに記載をさせていただいております。

グラフについては記載のとおりでございまして、傾向分析といたしまして

は、令和2年から令和6年までの間に約7.2%という急激な減少する一方、高齢化率は反比例するように一貫して上昇傾向にあるといったところになっております。

令和6年には38.9%に対し、40%目前の水準となっておりますので、今後、医療介護需要の質的变化への対応が急務であるということで分析しております。

総人口につきましては、5年間の減少数といたしまして、先ほど減少率を申し上げましたが、2,117人がこの5年間で減っているということが非常に注視すべきなのかなと感じております。

また、先ほど申し上げたとおり、圏域の約4割が高齢者ということで、1万人を超える方が65歳以上であるということも注視すべきなのかなと思います。

続きまして、高齢化の進行と世帯構造の変化というページとなっております。

こちらの世帯類型別データに基づく課題分析といたしまして、加美町と色麻町合算ということで出させていただきます。

高齢者の単身世帯といたしましては、1,220世帯ということで、平成7年比で218%となっております。

また、高齢夫婦世帯も増えてございまして、1,246世帯といったところで、平成7年比で129%となっております。データからの示唆といたしましては、家族介護力の低下として、単身・高齢夫婦世帯の急増によって、加美郡全体の家庭内介護力が低下しております。老老介護や認認介護のリスクが高まり、在宅継続が困難なケースが増加しているのではないかと示唆しております。

また、公的支援の重要性の増大といたしまして、在宅療養を支えるために公立加美病院の退院支援でありますとか、老健の在宅復帰支援並びに訪問系サービスなど、社会的基盤による下支えが不可欠となっているのではないかと示唆しております。

結論といたしましては、地域包括ケアの強化といたしまして、独居・高齢夫婦世帯の増加に対応するため、在宅療養、介護の下支え機能の強化が急務であるということで理解をしております。

続きまして、将来人口・需要の見通しの方に移らせていただきます。

こちら加美郡加美町、色麻町の合算ということで、将来推計2040年までの推計と全国的な医療需要の動向としております。将来人口と高齢化率の推移グラフの方は記載のとおりでございます。総人口は2040年に2.2万人台まで減少すると、2023年比で約2割の方がいなくなるということで試算をしております。高齢化率についても40%を超えて高止まりをし、85歳以

上の超高齢者層の割合が増加するといったところで分析をしております。

つまり、人口減少下でも医療介護の絶対的需要は維持される。いわゆる総人口は減るものの、医療介護、福祉の需要を求められる方については、増加していくといったところで、需要は高止まりすると分析しております。

2025年問題といたしましては、高齢者人口が進行しているところがございますけれども、団塊の世代の方がすべて75歳以上になられることによって、後期高齢者の急増により、治す医療から支える医療への変化が求められており、併せて2040年問題としまして、団塊ジュニア世代が65歳以上になられるといったところになりますので、高齢者人口ピーク、現役世代の減少が深刻化されるということです。

また、訪問診療需要の予測といたしましては、2023年比ではございますが、2040年に向け85歳以上の人口が増加するということに対して、在宅医療ニーズは最大化するということを見込まれておりまして、すなわち在宅療養支援体制の強化が急務になるといったところなんです。

続きまして、医療需要の現状と課題といたしまして、公立加美病院について、主要経営指標 KPI に基づく現状分析ということを、令和6年度の実績ベースで記載させていただいております。

まず、外来患者数の減少に加えまして、病床利用率も目標を下回る状況でございます。人口減少は医療連携の課題が数字に表れており、医師数も減少しているといったところなんです。

各項目でいきますと、1日平均外来の患者数については、前年比16.2人となっております。地域人口の減少、受診行動変化により計画値を大幅に下回っている状況でございます。

右に移りまして一般病床利用率につきましては70.2%ということで、前年比マイナス0.7ポイントということで、こちらがやはり急性期から回復期への機能転換と後方支援役割の強化というのが、課題になっております。

療養病床利用率につきましても、前年比マイナス7.9ポイントということで、61.10パーセントといったところで減少している。在宅復帰とのバランスや施設連携に改善の余地があるというふうに理解をしております。

常勤医師数につきましては、前年比マイナス2名で4名というところになっておりまして、課題としては、医師確保難航。働き方改革対応と少数精鋭化が急務といったところなんです。

参考値といたしまして、加美老人保健施設の実績値も記載してございます1日平均通所者数が21.2、1日平均入所者数が65.1とお聞きしております。

続きまして救急医療の状況といたしまして、公立加美病院における救急患者

数・救急車収容件数の推移ということで記載をさせていただいております。グラフをご覧いただきたいのですが、こちらの傾向を分析する限り、休日・夜間救急患者数は令和2年から減少傾向にあります。特に令和6年度は266人まで大きく減少しており、救急車収容件数も同様に減少しているため、地域の救急医療需要の変化と提供体制への影響が顕著に表れているといったところで分析のほうをしております。すなわち令和2年の517人から266人までというところで、右側ですけれども4年間で約49%の減少しており、救急収容件数につきましても、513件、480件から266件というところで、急激な減少傾向となっております。

今後の課題方向性につきましては、救急告知機能の維持、限られた資源での効率的な運用。搬送ルート最適化、重症度に応じた近隣機関との連携というのが重要なところで。

続きまして介護需要の現状についてになります。

要介護認定者数の推移と地域包括ケアシステムの課題というところでございまして、要介護認定者数の推移を記載しております。各年9月末でございませぬ。

傾向といたしましては、認定者総数は令和元年をピークに、令和3年以降は減少・横ばい傾向に転じておりますが、今後は総数の増加というよりも、独居・老老介護世帯における中重度者の在宅生活維持が質的な課題となっていると分析をしております。

認定者数はほぼ横ばいでございますが、前年比プラス17人の1,646人、ピーク時については、令和元年の1,686人から減少幅40人とほぼ横ばいかなといったところで。

中重度者の在宅支援について、家族介護力の低下に伴って施設、老健と在宅サービスの連携による生活維持機能が不可欠となってくるのではないかと理解しております。

続きまして、財政状況の分析というところを見ていただきたいと思います。経営改革プランに基づく主要財務指標の現状というものを令和6年の実績と比較をさせていただきます。まず厳しい財政状況、危機的指標の顕在化といったところで、公立加美病院の令和6年の実績において、医業収支の悪化と手元資金の枯渇が顕著となっており、職員給与費が医業収益を上回る構造的赤字に加え将来負担も依然として重く、経営破綻のリスクが高まっていると分析をさせていただきます。

企業債残高につきましては、病院が6.7億円、参考値といたしまして、老健が4.6億円と、返済も進んでおりますが、依然として多額の債務が残っておりますので、将来世代へのいわゆる付けということで、財政負担が懸念をさ

れているといったところでございます。

現金保有残高につきましても、病院については1億を切っております。0.85億円ということで、老健の参考として1.6億というのを記載してございますが、病院については1億円を割り込み、手元流動性は極めて危機的な水準と言わざるを得ない状況でございます。不測の支出に対応できない恐れがあるといったところで、この数字を記載させていただきます。

医業収支比率に移っていただきたいのですが、簡単に申しますと100円の医業収入を得るのに約164円の費用を要するといったところで、極めて非効率で持続不可能な収支構造と言わざるを得ない状況でございます。

続きまして、職員給与費率につきましましては、いわゆる職員給与費だけで医業収益をすべて食いつぶしておりまして、かなり超過をしており、100%を超えておりますので、そういったところで経営としては実質の破綻状態であると言わざるを得ないということで分析しております。

結論といたしましては、現状の公立経営形態のままでは、持続可能な運営は極めて困難ではないかということで結論付けさせていただきました。

続きまして、地域医療構想との整合性といたしまして、大崎・栗原医療圏における病床機能の需給ギャップと再編の方向性ということで、グラフと右側のほうに載せさせていただいております。この機能区分といたしましてご覧のとおり、高度急性期としては不足してまして、急性期としては過剰、また回復期については大幅な不足といったところでございます。慢性期についても過剰といった状況でございます。

それに従いまして、公立加美病院・老健に求められる役割といたしましては、急性期からの機能転換、受入強化、地域全体で不足する回復期機能を担うために、急性期後の受け皿機能を強化する必要があると認識をしております。

また、在宅復帰支援のハブ機能といたしまして、慢性期の過剰、入院長期化の是正に対応するため、老健施設との連携による在宅復帰支援というのが不可欠であるということで、分析してございます。

続きまして公立加美病院の必要性ということで、地域医療を守る最後の砦としての4つの核心的機能ということでお出しさせて頂いております。

中心にございますとおり、皆様もご存じのとおりですが、郡内唯一の公的基幹病院となりますので、まず初期救急、一般医療でありますとか、救急告示病院として休日、夜間の初期救急を維持しておりますし、郡内完結型医療の拠点としてということです。入院患者の約9割が加美町、色麻町住民であり、地域に密着した急性期医療を提供しているということで、一般病床40床により、肺炎、骨折等の身近な疾患に対応すると進めている。

また、②といたしまして、回復期、慢性期医療といたしまして、療養病床5

0床を有し、急性期治療後の長期療養やリハビリテーション機能を提供とありますので、例えば大崎市民病院等からの転院受け入れポストアキュート機能であるとか、地域医療連携でありますとか、人生の最終段階における医療、看取りの場の確保ということでお伺いしております。

3番目といたしましては、在宅医療と支援機能といたしまして、通所支援看護師等による多職種連携でスムーズな在宅復帰、施設入所を調整されておられるというものでして、訪問看護ステーションとの密な連携による在宅療養患者のバック機能でありますとか、併設する老人保健施設との一体的運用による切れ目のないケアというものを伺っております。

また、最大の機能になりますけれども、公的役割、危機管理といたしまして、例えば新興感染症発生時の発熱外来設置や入院受け入れ体制の確保でありますとか、災害時における地域医療拠点としての機能維持、不採算部門であっても地域に必要な医療、小児科等の継続提供ということで、必要性を伝えさせていただきました。

続きまして、加美老人保健施設の必要性につきましてですが、病院と在宅を繋ぐ中間施設としての核心的機能といったところで、こちらも同様でございますが、郡内唯一の老健施設といったところになりますので、4つのポイントとして、在宅復帰支援機能、退院直後の高齢者への中間施設としての役割が期待されておりますが、多職種による集中的ケアで身体機能を回復でありますとか、家屋調査等、具体的な生活環境の調整を行うといった機能を期待されているものと理解しております。

リハビリ機能といたしましては、PT,OT等による専門的リハビリの提供でありますとか、通所リハビリによる機能維持、生活行為向上リハによるADL改善とかを期待されている施設と把握しておりますし、3番目といたしましては、家族支援、レスパイト、短期入所による介護者の休息確保であります。地域事業に合わせた柔軟な受け入れや介護教室や相談支援の実施等が求められているものと理解しております。

4番目の医療・介護連携拠点として、やはり敷地内でございますので、併設メリットを活用するというので、85歳以上増に伴う医療・介護複合ニーズ対応、地域包括ケアの結節点機能というところがかつて求められるのかと理解しております。

続きまして、地域包括ケアシステムにおける位置づけといたしまして、住み慣れた地域での生活継続を支える四つの柱と連携といったところで、地域包括ケアといたしまして、本人家族の生活支援といったところで、医療介護連携といったところで、退院前カンファレンスの徹底、病院とケアマネ早期の切れ目のない移行でありますとか、地域ケア会議の活用、個別ケース検討を通じた地域

課題の抽出でありますとか、在宅医療・介護連携推進事業による多職種研修会の開催等を求められるということでございます。

2番といたしましては在宅支援、介護予防といたしまして、訪問診療、訪問看護整備、重度化しても自宅で医療処置可能な環境であったので、通所リハビリ機能強化、心身機能維持、回復による重度化防止、一般介護予防事業の住民主体の通い場への専門職派遣等が今後求められてくるかと理解をしております。

認知症施策の推進につきましては、初期集中支援チーム稼働、早期発見対応に向けたアウトリーチということで、認知症カフェや家族交流会開催による家族の心理的負担の軽減になりますとか、認知症サポーター要請講座による地域で見守る体制づくりというのが今度も求められてくるのではないかと理解をしております。

4番目といたしましては、生活支援、移動確保というところで、外出支援サービス、買い物等困難な高齢者への移動手段確保ですとか、生活支援体制整備事業、第2層協議体による支え合い活動創出でありますとか、配色サービスや見守り活動による安否確認体制の強化というのが、今後とも求められてくるのではないかと考えております。

最後のページとなりますが、結論と提言という形、あとはコンサル側というものとなりますが、やはり持続可能な地域医療、介護体制の構築に向けた6つの柱ということでお話をさせていただきたいと思っております、まず、総括、結論といたしましては 公立加美病院と加美老人保健施設は地域医療、介護の中核として必要不可欠な存在であると思っております。

しかしながら、持続可能な運営を実現するには、抜本的な経営形態の見直しが必要不可欠であるということで位置づけております。

①といたしましては、医療機能の最適化といたしまして、回復期機能、地域包括ケア病床等の受け皿の強化でありますとか、慢性期病床の適正管理と在宅復帰機能の向上、また近隣医療機関との機能分化と連携の構築というのが重要だと思っております。

②といたしまして、在宅介護基盤の拡充といたしまして、老健施設の入退所調整機能の強化、回転率の向上でありますとか、通所リハビリテーションの拡充による自立支援でありますとか、訪問診療・訪問看護ステーションとの連携強化というのが、重要だと思っております。

③として、救急外来の効率化といたしましては、夜間休日救急体制の運用最適化とトリアージの徹底でありますとか、かかりつけ医機能の推進と地域包括診療の拡大でありますとか、受診行動適正化に向けた住民への啓発活動の強化というのを行っていただきたいというのは位置づけております。

④といたしまして、人材確保と働き方改革といたしましては、医師・看護・リハ・介護人材の戦略的確保等育成でありますとかタスクシフト・シェアの推進による業務効率化等を行う必要があると認識をしております。

また⑤といたしましては、データに基づくPDCAといたしまして、経営指標の定期モニタリングについてKPI設定と進捗管理は急務となっておりますし、地域ニーズについての即応体制を透明化することというのも求められているところでもあります。

また最後に経営形態の見直しといたしましては、地方公営企業法全部適用への移行の検討でありますとか、公設民営、いわゆる指定管理者制度、地方独立行政法人の検討、また民営化も視野に入れた機動的な経営体制への転換、また民間活力を導入した効率的な運営モデルの構築を求めるといったところで位置づけております。

こちらは以上でございます。

<委員長>

今①番の件について説明がありましたけれども、この件に関してご意見ご質問がありましたら発言をお願いいたします。

委員いかがですか。

<委員>

委員からあると思うんです。

<委員>

私は実はいっぱいあるんですけれども、理想像、すごく素晴らしい資料です。

この地域の医療を見たときに、おそらくお示しいただいたのはすごく素晴らしいことだと思って、このままいけば何とかかなと思うんですけれども、結論的に言うと一応の最終的なこの結論ですか、経営形態の見直しの中で、どのパターンが一番適切だというふうにお考えでしょうか。

もっともこの地域を鑑みてです。

さっき申しましたように、この地域にはなくてはならない病院です。唯一の公立病院で受け皿の病院としても、非常に助かっている病院です。あとやっぱりこの地域は高齢化率も高いし、老老介護も多いため在宅ではなかなか見れない。そうするとどうしても病院に依存してしまう、最終的には病院で看取りまでというのをお願いしたいわけです。

それもこの地域の現状だということをお考えたときに、すごくこの地域として

はありがたい受け皿としての病院なんです。

それが民営化とかなったときに、私もいろいろ懸念する材料がいっぱいあるんですけれども、果たしてそこまで受け入れてくれるかどうかという、さっき言ったようにやっぱり経営の効率化という黒字経営ということを考えたときに、やっぱり在宅の日数を長くして、短くしてと、そういうふうになってくると、なかなかそこら辺のところはどうなるかなと、いろいろ懸念材料なんですけれども、そのことを総括的に考えたときに、どういう形態が一番ベストなんですか。

<委員長>

一旦ここで切らせていただいて、次の議事の2番で経営形態に関する検討というところがあって、そちらの方でまた経営形態のお話はされるということでよろしいでしょうか。

<事務局>

そういうことでございます。

<委員長>

そちらの方でまたお話しされることに対して、また何かあれば、ご質問とされる方が望ましいかと思っておりますがいかがですか。

<委員>

ありがとうございます。
そうさせていただきます。

<委員長>

現状の資料に関する質問等という委員いかがですか。

<委員>

ページを追っていきたいんですが、表紙の裏のところ、左側の医療圏の区分がもうだいぶ変なことになっており、仙台南医療圏がめちゃくちゃでかくなっていたので、後で誤解がないように直していただきたいと思うんですが、仙台市とか仙南医療圏と書いてあります。すみません。この辺、直していただきたいと思っております。

それから、14分の4のところですね。公的支援の重要性増大ということで、在宅療養を支えるための加美病院の支援とか、そういうことを書いてある

わけなんですけど、それに異論があるわけじゃないんですけれども、先ほど委員からのご指摘があったとおり、国は在宅で在宅でと進めようとしているんですけれども、このデータにも出ていますけれども、高齢者の単身世帯とか増えたりとか、高齢夫婦の世帯とか増えてきちゃっているんで、この人たちは本当に在宅でやっていけるのかという、そういう疑問が出てきている感じです。それで他の医療圏でもその議論があって、ある地域では療養病床なくなっちゃったところがありまして、その中でもやっぱり、療養病床に入院しなくちゃいけない方々が他の地域に行かなくちゃいけないと、そうすると家族もなかなか入院お見舞いにも行けない、そんな状況も発生しているというのがありまして、そういうことも含め、ぜひ考えて頂きたいというところをお願いしたいと思います。

それから次のページの14分の5で、これも些細なところなんですけど、右側の上の方で、治す医療から支える医療へと書いてあるんですが、実は新たな地域医療構想では、治す医療、支える医療だけじゃなくて、治し支える医療、当然治し支えるという、治しも入ってございますので、ご誤解のないように修正していただければと思います。

それから、次の14分の6で、右下の方なんですけど、常勤医師が4名でございますが、今はもっと増えているんですね。7名でしたっけ6名でしたっけ。

<委員>

6名ですね。

<委員>

6名ですね。ということもありまして、それとも絡むんですが、次のページの14分の7でございますけれども、救急が減っているのは、お医者さんが減ったからですから、これ救急の需要が減ったわけじゃなくて、これを見誤りますと大変な議論になって、方向性が間違ふことになりますので、これもちょっと何かの注意書きか、あるいは注意書きということでというふうに思います。

あとお聞きしたかったところが、14分の9のところなんですけれども、左側下の方に医業収支比率のところ、ここがポイントだと思うんですが、100円の医業収入を得るために164円かかっているということでございまして、後で教えていただければと思うんですが、他の公立病院とかと比べてどのレベルにあるのかを、相場みなたいなものも分かれば教えていただきたいというふうに思います。

それから14分の10ページ、次のページでございますけれども、これは地

域医療構想の話で、必要病床数と現在の病床数のギャップというものを見ながら、地域に必要な病床機能について考えていきたいと思いますというのが地域医療構想なんですけれども、これがここに書いてます通り、2025年までの数値になるんですね、今から来年度あたりにかけて、新たな地域医療構想の必要病床数等がでてくると、その中で計算されるので、考えておかななくちゃいけないのが、ここに委員もいますので、そんなこと言うのはあれなんですけど、最近、入院期間がどんどん短くなってきている、ガンで入院する人とかもです。

例えば、今まで1ヶ月に入院していたのか、2週間で退院してきたりとか、あるいはもう点滴だけでガンを治す、免疫機能を高めてガンを治す、点滴で治すみたいな話とか、手術も減ってきているみたいな話がありまして、どんどんその必要となる入院期間が減ってきていると、入院する人も減っていると、そういうものを見ながら、この必要病床数を考えていくということになりますので、ここの数値が結構変わってくる可能性があるというところを、含んでおかななくちゃいけないということと、回復期、大幅不足と書いていますけれども、実はその回復期という言い方がちょっとまずかったようになっていまして、今、包括期という名前で、もう1回、必要病床数を検討しようという議論になっていますので、この辺もですね、そういったこともあるんだよということを考えながら、必要な医療というものを考える必要があるという内容でございます。

いろいろあって恐縮でございますが、あとお聞きしたかったのですが、14の9でございまして、結論のところ、現状の公立経営形態のままでは、持続可能な運営が極めて困難というふうに結論につけているんですけども、これの根拠というものをしっかり示していただきたいというふうに考えております。

以上でございます。

<委員長>

今の修正等の指摘、質問に係る部分がありましたけれども、今、答えられる範囲でいかがでしょうか。

<事務局>

そうですね。まず、修正等はさせていただきます。

まずですね、先ほどの医業収支比率についてお尋ねがあったかと思いますが、これは同規模の企画をしたときに大体、ざっくりであります、だいたい110円程度といったところでございます。同規模にすると、なかなか差があるといったところでございます。結論のところ、強めの表現をさせていた

だいたというのは、私もこれまでのコンサルとかのもあるんですが、やはりこの4番の職員給与比率が100%を超えているといったところは、実は、公立病院の今、平均がだいたい50半ば、60までに満たないといった数値がござります。

民間で、こちらの資料ですけれども52%と、だいたい60%弱ぐらいか、だいたい7から8%ぐらいの差で、まず公立と民間で人件比率の差があるというところで、やはり民間が低いんだというのは、示唆されているんですが、その、公立が高いと言われている平均が6割前後と言われている中で、100%を超えるといったところが、本資料の作成の過程でもわかったんですけれども、ちょっと少し遡るだけで、公立加美病院85%ぐらいだったのが、急激に、一気に100%を超えてしまったといったところがあって、これは引いては、やはり、後ほどの形態の話になるかと思うんですが、昨今の人事院勧告で、国庫準拠でどんどん給料が上がっているといった点でありますとか、人件費の圧迫のこの仕組みを変えるには、やはり公務員型ではなかなか難しいのではないかとしたこと、まず、後でお話ししますが、他の病院さんみたいな収益構造、出るのを減らすのではなくて、入ってくるものを増やすということが、もし可能であれば、そちらがいいのでしょうか、その前提、大前提として、企業形態が高止まりといいますか、危機的な100%を超えるというのは、なかなか私も見たことがないものですから、そういったところで、このままでは持続可能な運営は極めて困難ではないかというところで位置づけております。

<委員長>

他はいかがでしょうか。

委員どうぞ。

<委員>

この地域の機能の分析って、先ほど委員から話があったんですけれども、実は、こちらの資料を持ってきたんですけれども、大崎地域の医療提供体制の確保に係る連携協約推進協議会設置規程という、まあそういう、一つの大崎市民病院を中心とした公立病院の各4町の公立病院の協定がありまして、それで一応、急性期は大崎市民病院で、回復期をみんなその周りの病院で、加美病院含めて見ていきたいと思いますという規程の協約みたいなものがありまして、各町長皆さんが署名しているんですけれども、そういう規程がありますので、どうしても急性期というのはですね、こちらの加美病院では見ずにですね、回復期をこちらの方で見ていくというのは一応ですね、地域でやっている連携ですという

ことだけお伝えできておきます。

<委員長>

委員どうぞ。

<委員>

14分の10ページのところが、急性期からの機能転換と書いてあると、急性期はないものですから修正をお願いします。

<委員長>

今のところまで踏まえて事務局から。

<事務局>

私のところで補足の説明ということで、先ほどの資料の14の6と7の部分で、あくまでも令和6年の実績ということでの医師の人数等といったものになります。

前回、前々回のお話の委員なり、院長の説明もありましたが、医師の数は当然、今は7年度はプラス、救急搬送も、令和6年度、ここで医師の4名しかいないようにしていますが、医師が2人増えたことによって、救急搬送の7年度は大きく伸びていることだけは、事実でございます。

それは前回、前々回のお話にさせていただいておりますので、その現状、どうしても、こういった数値で見ると、どこかで切らなくてはならなということで、7年度は現在途中ということなので、今回記載の方は割愛をさせていただきました。

それが一つでございます。

それと先ほどの委員からご指摘ありましたが、大崎地域の医療提供体制の確保に係る連携協定について、大崎市と加美町、大崎市と色麻町というような自治体間の協定ということで、この元々の協定の根拠はですね、大崎定住自立圏構想、令和4年1月に定住自立圏の形成に関する協定書を締結して、その中の政策課題の医療機能の充実を図るための取り組みとして、圏域内の医療を確保するため、大崎市民病院を中心とした圏域内の医療機能を充実し、医療機関のネットワークを確立するというのを定めるため、それぞれの自治体でもって、令和5年10月28日に大崎市長とそれぞれの首長が協定を結んでいるということです。

その中で、それぞれの役割分担が示されておまして、大崎市と大崎市民病院、こちらの地域でいいますと、加美町と公立加美病院、あとは色麻町と公立

加美病院の役割機能というのは明文化されているところがございます。
こちらの協定に基づいて、今、大崎圏域の医療が回っているというところ
ございます。

こちらにつきまして、あくまでも町と町の契約になりますので、私ども組合
の方では、今の私の立場では何とも言えるものではございませんが、定住自立
圏構想自体が、先ほど令和4年に協定を結んでおりますが、定住自立圏構想自
体が、結構5年とか、定期的に見直しが入るというような状況もありますし、
当然、ここの経営形態が変わるか変わらないかは、今後の判断次第になるで
しょうけれども、令和5年に締結されています。すでにもう2年が経過して、今
後もですね、その協定の定期的なある一定時期には来た時に見直しがあるの
ではないかなというようなところで、その点を関係自治体との調整で、この医療
体制の連携協定についても、その都度更新されていくのかというふうには見通
しているところがございます。

以上です。

<委員>

今の話でいきますと、令和7年度に既にまた最新の協定を結ばれていまし
て、資料がここにあるんですけれども、令和5年度には一応制定されたんです
けれども、令和7年度に新たにまた少し見直しして協定を結んでいるという状
況で、両町長の署名が入っておられるんですけれども、つまりこういう地域の
公立病院のネットワークをきちんとやってみようということで、お互いに融通
利かせながら、この地域の医療を守っていきましょうという協定が骨子
でございますので、その中に加美病院が入っているということで、大崎市民
病院の管理者であります並木先生がこの話を聞いたときに、愕然とされまし
て、民間になってしまうと困ると、そういうようなことをお話をされていまし
たということをご参考までにお話しておきます。

<委員長>

ありがとうございます。
その他いかがでしょうか。
委員。

<委員>

人件費の中の職員給与比率が100を超えていると、これが異常事態という
ことで、今、国会でいろいろと補正予算等で審査されておりますが、多分医療
関係にもメスが入るようで医療費が高くなる、何という表現すればいい分か

らないですけれども、高くなると思うんですけれども、そういったものの情報というのは、この中には入っていないと思うんですけれども、もしあればどれくらいの平均が出てくるのか、その辺のところ、もちろん100は切っていくような形になるかなというふうに思いますが、分かる範囲で教えて頂ければと思います。

<委員長>

その点については、現状で回答できそうですか。

<事務局>

それにつきましては、まだ不確定情報でございますので、それをちょっと反映していないというのが申し訳ございませんが現状でございます。

例えば後々情報を頂きましたり、公表等ございましたら、それをベースに私の方で作成して、後日配布することは可能です。

<委員長>

委員

<委員>

はい、補足させていただきますと、今、まさにおっしゃる通りで、国会の補正予算を編成しまして、医療機関に対する緊急的な支援なんかもやるんですけれども、それのほかに、その議論のほかに、診療報酬、来年の6月にかけての予定なんですけれども、その改定率というものを、今、年内に多分出てくるんですが、それが何パーセントになるかというところが決まった後に、さらに、それぞれの診療報酬いっぱいあるんですけれども、それぞれ、この報酬は下げるとか、そういうのが出てくるのが、大体4月、ちょっと前3月ぐらいになるとおもうんです。

それを分かってから計算するってなると、多分間にあわないと思うんですけれども、多分今年度中は全然無理なんだろうと思うんですけど、新聞報道によると1.1パーセントぐらいの改定率になるみたいな話は聞いておるんですけれどもあとは、これまだ決まっていないですが、財務省の考えとしては委員に怒られるかもしれないんですけれども、クリニックの方の診療報酬を下げた分を病院の方に高くして、この1.1の中に収めましょうみたいなことをしているんですが、繰り返しになりますけれども、ちょっとこの検討委員会でこの議論が出てくるのは無理だと思います。

<委員長>

その点はよろしいでしょうか。

他いかがですか。

次の議題も控えているところですので、一旦①の点については終了させていただきますまして、次に②の経営形態に関する検討の方に移りたいと思いますので、事務局から説明をお願いします。

<事務局>

公立経営形態に関する検討資料というのをご覧いただけたらと思います。

どうしても字が小さくて恐縮ですが、1の検討の背景と目的から用語解説までとなっております。まず検討の背景と目的といたしまして、まず結構平易に表現していることはご理解ください。

公立加美病院を取り巻く経営形態といたしましては、人口減少・高齢化、医師・看護師の偏在、物価高騰による費用増など、公立病院の経営環境は年々厳しさを増している状況である。診療報酬改定の伸び悩みと、不採算部門を含む政策医療の担い手としての役割により、多くの公立病院において収支改善の必要性が喫緊の課題となっているというところです。

本資料の目的といたしましては、4つの経営形態、現状維持、ちなみに現在は地方公営企業法の一部適用、財務の部分のみ適用している状況でございますが、それを全部に適用するというものと指定管理者、民間譲渡を客観的に比較し、地域医療の持続性と財政負担の適正化の観点から選択肢を整理することを目的としております。併せて、今後の検討における実務上の示唆を得るため、先行事例であるいわき市立常磐病院、民間譲渡および公立刈田総合病院、指定管理者制度の事例を整理・分析するものでございます。

なお書きに記載させておりますが、実はこれには地方独立行政法人制度がございしますが、地方独立行政法人制度については当法人の財務状況により適用が困難であるため、本資料では検討対象外とし、現状維持、一部適用、全部適用、指定管理者制度、民間譲渡の4つの選択肢を比較検討するというところをお伝えさせていただければと思います。

では、次の公立病院の経営形態の概要で、経営形態の4つの選択肢を記載させていただきますまして、まず、現状維持、地方公営企業法一部適用。運営主体は地方公共団体でございますが、職員は公務員の身分を維持するが、単年度予算や定数管理といった公会計特有の制約が相対的に強い形態であるというところです。

続きまして、公営企業法全部適用。事業管理者を設置し、組織・人事・予算

執行に関する裁量を拡大させる形態である。依然として公営企業であり、高い公共性を維持しやすい特徴があるというところでございます。

続きまして、指定管理者制度。公設民営方式でございます。運営を民間法人へ包括的に委ね、協定によって政策医療等の提供を担保し、契約期間内で成果責任を問うことが可能な形態であるというふうに考えております。

続いて、民間譲渡につきましては、施設・事業を民間法人へ譲渡する形態ということで、公共性はこちらも協定の締結、例えば補助金交付、地域医療連携等で担保しつつ、民間の投資判断や機動性を最大限活用するといったものでございます。

次のページに経営形態の比較、メリットデメリットを記載しております。

まず、運営主体としては、全部適用、一部適用は地方公共団体といたしまして、当組合は一部事務組合ということになりますので事業管理者として、色麻町長がされておられるということになります。

全部適用といたしましては、地方公共団体のまま一部事務組合のままとなりますが、事業管理者がいわゆる病院長ということになると理解をしております。

指定管理者制度につきましては、公設民営、字のとおりでございますが、施設等はそのまま一部事務組合が保有をしたまま運営を民間に委ねるという指定管理者制度ということでございます。

民間譲渡につきましては、これも字のごとくですけど、民間法人、医療法人等が担うといったことになります。

職員の身分につきましては、1，2は公務員、一部適用除外も可能ですが、指定管理者制度からは民間職員となります。

3と4の違いといたしましては、指定管理の職員は派遣、転籍等を行えますが、民間譲渡の職員については転籍、再雇用といったことまで、一旦退職が発生する状況になってございます。

財務予算の自由度といたしましては、左側から右、交渉次第かと思うんですが、右に行くにつれて高くなっていくといったものでございまして、1と2が基本的には役所のままということになりますので、単年度予算主義であったり議会の議決が必要であったりする現状維持であります。

全部適用につきましても、中程度で弾力的運用が可能であるものの重要案件は議決が必要となってまいりますので、範囲が狭まってくるといったこととなります。

指定管理者制度につきましては、裁量が高いというところで、独立採算制が基本でございまして、利用料金等の導入が可能でございます。

民間譲渡につきましては、そのままですけれども、極めて高く、完全な民

間会計基準で自律的な資金調達を行うといったことをございます

公共性の担保につきましては、左側から直接統制により担保、不採算医療の実施が一部適用の状況となりまして、全部適用ですと直接統制により確保するものの管理者の責務において行えるということになります。

指定管理者制度につきましては、こちらも基本協定により、施設等は公のままとなりますので、基本協定による規定をしっかりと守ったり、事業報告書を提出することによって、ある程度は公共性の担保というものをとれると理解しております。

民間譲渡につきましても、譲渡契約、協定等で例えばですけれども、10年間は変更するとか、この診療科目は廃止は駄目だとかといったことでありますが、運営審議会等の設置を行ったり、補助金交付条件で例えばこういったところを残せば、追加で補助金を支給しますよとかですね。これも設計次第ですが、そういったことも可能だと理解しております。

主なメリットといたしましては、一部適用でいきますと、政策医療の安定提供、議会等の関与透明性、職員雇用の安定。全部適用であります。責任体制の明確化、人事予算の機動性、経営意識の醸成となります。それから指定管理者制度となりますと、ここから民間ノウハウの活用が得られますので、効率的な病院運営、弾力的な人事運用にしております。民間譲渡になりますと、より迅速な意思決定、抜本的な経営改善、行政の財政負担の軽減ということが可能と理解しております。

デメリット課題といたしましては、現状維持といたしますとやはり意思決定の遅さとか、先ほど人件費で申し上げましたけれども、人事制度の硬直性、やはり私自身も元々、公務員としていましたので、ある程度理解をしているんですけども、やはりコスト意識の低さというのは、起こりうるかと理解しております。

全部適用にいたしましては、首長と管理者の意向不一致というのは起こりえる可能性があるということと、実態として一部適用とほぼ変わらないというケースがほとんどで、そのところがデメリットかなと理解しております。

指定管理者制度につきましては、やはり民間への運営部分については、移すこととなりますので、職員の身分の引き継ぎであったり、あとは、協定の不確実性について、如何にちゃんとした、しっかりとした協定を結ぶべきかということになるかと思うんですが、当然あまり厳しすぎると、それに対応する民間が、ちょっと現れないという可能性もありますので、そういったところの不確実性があるということをございます。最後は、管理者の撤退ということで、これもほかの自治体で発生しておりますが、結局、完全に委ねたわけではないので、今のその利用料金では、行政からの委託料ではですね、そのお金では運営

できません、このままでは撤退ですとなる可能性があるということでございます。

民間譲渡につきましては、政策医療の後退懸念といったところと、移譲先の確保難、やはり、火中の栗を拾うところがあるのか、それが、懸念となるかと思っておりますし、これは、まさにこの議論のとおりだと思っておりますけれども、職員、住民合意の難航というのが予想されるということが、課題と理解しております。

適合局面はあくまでも目安でございますが、政策医療の比重が高く、採算性より存続を優先する場合は、一部適用のままであったり、全部適用については、中大規模で公共性を維持しつつ効率化を図る場合、こちらが採用されるということで、指定管理者制度については、中小規模で早期の収支改善や特定の機能強化を図る場合に選択されている。民間譲渡については、いよいよですね再編・統合や老朽化更新を機に抜本的な体制刷新を図らないといけないという場合に選択されるということで理解しております。

続きまして、次のページといたしましては、人件費比較を挙げさせていただいて、お伝えさせていただきます。

ちょっと字が小さくて恐縮でございますが、試算の前提条件・考え方といたしましては、基準データが下の方に記載がございますが、基準データは、加美郡保健医療福祉行政事務組合の令和7年4月1日現在の人事データを使用させていただいております。

職員数121名。年間総額は月額×12ヶ月×1.3、かなり低めですけれども手当、法定福利費等で算出をしております。

全部適用につきましては、2%削減を見込んでおりまして、公務員給与体系を維持しつつも管理者裁量による定数管理適正化とか超過勤務縮減等の管理効率化効果を見込んでおります。

指定管理者制度については、13%程度削減を見込んでおりまして、医師給与は市場相場で現状維持、事務職・コメディカル等は、民間給与水準へ段階的に移行する、特に事務部門の効率化を見込んでおります。

民間譲渡については、20%程度を見込んでおりまして、完全な民間給与体系へ移行する、いわゆる職務給与の導入、年功要素の排除であるとか、柔軟な雇用形態活用について、抜本的見直し、医師給与は競争力維持、そのままといったところで試算させて頂いております。

その試算の結果でございますが、ポイントとしましては、民間譲渡へ移行した場合、給与体系の抜本的見直しによって、現状比で約2割以上、約1.35億円程度の大幅な人件費削減が見込まれますし、指定管理者制度におきましても、事務・コメディカル部門を中心に民間水準への移行が進むことで、約13%、約8,500万円の削減効果と試算をしております。

続きまして、8ページになりますが、これをですね90床規模想定で、いわゆる今の加美病院想定で比較をし、さらに適正化といいますか、どのようになるのか分析した結果となります。前提条件といたしましては、90床規模への適正化ということで、医師は6人、現状維持、地域医療の確保のために、そのままというところで、看護師等につきましては、配置基準の10対1、想定で約30%減ということをし、一応見込んでおります。

また、医療技術職についても、約17%で、事務、福祉等については、40から29人というところを見込んでおります。

削減効果の構造といたしましては、過剰人員の適正化の効果、やはり一番大きくなっています。現状6.7億円から、5.13億円など、経営形態変更による追加効果 民間譲渡については約1.03億ということで、こちらも5.13億円から4.10億円に削減というところで合計削減可能額は下のグラフ上にもございますが、右にいけばいくほど下がっていたところで、最大約2.6億円のマイナスということを見込んでいたところがございます。

続きまして、各経営形態の詳細になりますが、まず、地方公営企業法一部適用ですが、自治体直轄であって予算は単年度主義、定数管理の下で運営する形態。適用条件としては、地域において不採算部門を含む公共性の強い機能を重視し、中長期に安定的な直営運営を志向する場合に適するというところで、想定されるメリットとしては、政策医療の堅持が容易であり、職員身分の安定による定着、議会統制の下での高い透明性が確保される。一方で、デメリットといたしましては、意思決定の機動性に制約があり、採用・処遇の柔軟性が限定的であるため、経営人材の蓄積が難しい傾向にある。いわれております。

主要管理指標 KPI については、経常収支比率、病床稼働率、平均在院日数、救急受入件数、職員定数充足率等といわれております。

続きまして、公営企業法全部適用の詳細といたしましては、特徴といたしましては、地方公共団体の長から任命された病院事業管理者を設置し、組織・人事・予算執行に関する権限を移譲する形態でございます。

適用条件といたしましては、公営企業の形態を維持しながらも、一般行政部局からの独立性を高め、経営判断の機動性を確保することに適している。

想定されるメリットデメリットといたしましては、メリットといたしましては、責任と権限が管理者に一元化されることで、経営判断の迅速化、職員採用や設備投資における柔軟性が向上することがございます。

また、デメリットといたしましては、依然として条例や自治体全体の人事制度の制約を受けるため、実態として一部適用との差異が限定的となる場合があるというふうに思っております。

主要管理指標は、人件費率、対医業収益、材料費率、診療密度、DPC 機能評

係数Ⅱその点があげられるといったところでございます。

また、指定管理者制度の詳細につきましては、特徴といたしましては、公設民営といったところで、運営を民間法人へ包括的に委ね、協定書で政策医療等の提供や救急受入などの性能要件を明記し、行政がモニタリングを行うということでございます。

適用条件といたしましては、中小規模の病院や、早期の経営改善・救急体制強化を図る場合に適しているとなっております。

想定されるメリット、デメリットにつきましては、メリットとしましては、民間の運営ノウハウ、調達力、人事の柔軟性を活用することで、短中期での収支改善や病床稼働率の向上が期待できるといったところでございます。

デメリットといたしましては、職員の身分が公務員から民間へ変更となるため処遇への配慮が必要となる。また、契約期間終了時の継続性の確保や、適切なモニタリング設計、この辺を怠るとなかなかまずいことになるので重要となる部分となります。

主な管理指導指標といたしましては、病床稼働率、救急搬送受入率、平均在院日数、医業収支（純損益）の改善率等としております。

民間移譲の詳細につきましては、特徴および適用条件につきましては、特徴といたしましては、資産・事業を民間に譲渡し、運営自由度を最大化する。公共性は協定等で担保するといったところです。

適用条件といたしましては、再編・統合による資源の選択と集中や、老朽施設の更新を機に抜本的な改革を図る場合に適するにしております。

メリットデメリットにつきましては、メリットは迅速な設備更新、診療科再編、投資加速に加え、民間の相場観に応じた柔軟な報酬・給与体系の導入による人材確保力の向上が期待できます。

デメリットといたしましては、利益偏重懸念、政策医療の空白リスク、雇用・処遇変更への丁寧な対応と合意形成、住民理解が必須になります。

主要管理指標については、医師数、診療科数の拡充状況、救急受入件数、設備投資実行額、患者満足度でございます。

続きまして事例に移らせて頂きます。

各事例でどうかということを私の方で分析、調査のほうをさせていただきました。

一部適用の黒字継続ということだったんですが、下の方に記載しているのですが、総務省等の公表資料をもとに、一般的な事例であり、個別の病院名は記載していないとあるのですが、おそらく、日野市の日野病院かなといったところでして、具体的な病院名は、ちょっと開示されていなかったというところがございます。

概要と背景といたしまして一部適用を維持しつつ、経営改善で黒字化を達成

した公立病院の実例が複数確認されていると、これが総務省の資料部分というところがございます。

主な経営改善施策として、診療機能の最適化：DPC/PDPS の最適化、平均在院日数短縮、病床稼働率向上、病棟機能の再編と救急受け入れの適正化を実施されますとか、収益・原価管理：診療単価の改善（加算取得・運用徹底）と不採算部門の原価把握・改善、コスト適正化：委託・物品の調達見直し、後発医薬品・SPD の活用等による材料費適正化していくとか、管理体制として、院内経営会議の定例化、KPI（病床稼働・在院日数・手術件数等）と原価計算の運用に応じておられるというところで、主な効果としては 病床稼働率の上昇、平均在院日数の短縮により、医業利益・経常収支の黒字化を実現している。それに基づいて、一般会計繰入の性格（政策医療分）と金額の透明化による財政規律の維持を行っているというところがございます、なかなか細かい資料というのがなくて、本当は数字で表したかったのですが、公表資料というものがなかなかなかったので、代表的な改善指標でもややちょっと抽象的になってございます。

続きまして事例①地方公営企業法を全部適用した場合で黒字経営を維持しているというところです。小田原市立病院の事例でございます、全部適用への移行と背景といたしましては、令和3年4月より地方公営企業法の全部適用へ移行されておまして、病院事業管理者を配置し経営権限の一元化を実施。持続可能な病院経営と新病院建設を見据え、迅速な意思決定が可能な体制を構築されたということです。

経営改革のスキームといたしましては、経営改革プランに基づきまして、急性期機能の強化、DPC 運用の最適化、救急受入の体制整備を実施したりとか、人件費・物品費の構造的改善に取り組み、原価管理と KPI 重要業績評価指数の運用を徹底されておられます。

主の成果としては近年、黒字経営を維持し、医業収益が改善。また、コロナ禍においても適切な病床管理により収益性を確保されております。また、持続可能な経営基盤を確立し、地域の中核病院としての機能をしっかりと維持・強化されているとお聞きしております。

ガバナンス体制としては、事業管理者のリーダーシップの下、経営会議体を新たに設置し、投資・人員・診療体制を中期計画と整合させ、現場と経営層が一体となった迅速な意思決定を実現しているようです。こちらについては、経営状況・指標がやや曖昧ではあるのですが右側の方に掲載しております。

続きまして、指定管理者制度については、公立刈田総合病院様の方の事例として、導入に至った背景といたしましては、深刻な経営危機により実質的な破綻状態にあったというところで、地域の救急医療体制の維持が危ぶまれてい

た。公設民営化により公共性を維持しつつ経営再生を図ったというところで、令和5年4月から医療法人仁誠会さんを指定管理者に選定されて、契約期間10年と聞いておりますが、協定書において、救急患者の受入義務や診療機能の維持、経営目標などの性能要件を明確に規定して、さらにそれをモニタリングを通じたガバナンス体制を構築させたと聞いています。

初期成果であります、導入後わずか1年で純損益の黒字転換を実現されておまして、恒常的な赤字からの脱却をしております。

病床稼働率も改善し、医業収益が増加し、救急患者を積極的に受け入れ、地域医療への信頼回復に寄与しているということです。

成功ポイントの示唆というところで見ますと、やはり協定ですね。先ほどいろいろお話も出ておりますが、ただ、黒字化主義に走らないとかですね。地域医療を守っていただきたいということであれば、細かく設定をする必要があるということをございまして、かつ成果責任の明確化と、民間ノウハウを活用した迅速な意思決定、およびモニタリングを通じた適切なガバナンスの確保が早期の経営改善、V字回復に繋がったということをございます。

右の方に記載してございますとおり、初年度から効果を実現されておられましたので、これぐらいのスピード感でされておられるとということです。10年間は一旦この形で進められるということです。

続きまして、事例③いわき市立常磐病院の民間譲渡ということで、こちらは詳細に出ておまして、民間移譲に至った背景については、医師不足による常勤医師の減少と入院患者数の低下により経営が悪化し、平成19年度には年間約5億円の純損失が発生する状況でありました。地域医療の維持が困難となる中、抜本的な経営改革が求められたことによつて、移譲のスキームといたしましては、平成22年4月公募により公益財団法人ときわ会へ民間譲渡を実施し、その際に老朽化した施設の耐震化改修等に対して、市が8.8億円を補助した。協定によつて最低10年間の二次救急体制の継続を義務付け公共性を担保したといったところでお聞きしております。

主な成果と波及効果といたしましては、移譲後、泌尿器、人工透析を中心に医療機能を大幅に拡充し、地域ニーズの高い救急・内科・外科等を強化し、最新医療機器ダヴィンチ、PET-CT等を導入し、地域の医療水準向上に寄与。市立の総合磐城共立病院については現在のいわき市医療センターなんですが、医療資源を集約可能となり、本院の高度急性期機能強化と経営改善にも波及しているということをございます。成功のポイント示唆といたしましては、譲渡時に救急医療の継続を協定で担保したとき、初期投資・改修費への公的支援を行った点、および地域全体の医療資源の最適配分、機能分化を明確にした点が成功要因と考えられます。

右側の数値のとおりですが、常勤医師数が移譲前の11人から27人に増えておられ、診療体制についても16科から18科に増えておられ、救急搬送受入件数については、1,200件から1,500件というところで推移しております。

財政負担軽減効果については、約5億円、1年単位ですが、純損失の解消による一般会計負担減ということでございます。

まとめといたしましては、政策医療、公共性重視の場合であれば、不採算部門や地域医療の最後の砦としての機能を最優先するといった場合としては、行政が直接責任を持って、一般会計繰出金による財政支援を継続し、経営の自律性を高めるため、全部適用への移行が有効な選択肢ではないかといわれており、KPI設定によるPDCAサイクルの徹底が不可欠となってきます。

さらに進みまして、早期改善、機動性重視ということであれば、公的責任を維持しつつも、民間の経営手法で収支改善を図る場合といったところで、民間事業者のノウハウ、調達、人事、増収策を即座に導入可能。設置者と指定管理者の役割・リスク分担の明確化が成功の鍵と言われておりますが、さらにそれを高めるには、定期的なモニタリングと協定の見直しにより質を担保するという事が重要になります。

さらに、抜本的な改革、老朽の更新ですが、大規模な施設更新や、将来を見据えた根本的な体制転換を図る場合については、民間の資金、ノウハウ活用により、財政負担、起債償還等を解消したり、柔軟な給与体系導入による医療従事者の確保、定着力の向上。診療機能の維持条件や職員の身分継承について十分な協議が必要ですが、抜本的な見直しに向いているということです。

以降は、参考文献リスト、どういったものがあつたかということと、簡単ですが用語解説です。地方公営企業法は何ぞやということ等の用語解説を付けさせて頂いておりますので、よろしく願いいたします。

ちょっと簡単ではありますが、以上となります。

<委員長>

はい、ありがとうございました。

では、17時10分頃を目途に議事を締めたいと思いますけれども、まず今の説明に対して、質問、ご意見等がありますでしょうか。

委員さきほどの質問をこの場でされるということでしょうか。

<委員>

そうですね。

<委員長>

それでは、委員。

<委員>

参考までに公立刈田病院の、ちょっと内部資料じゃないんですけども、現状としてあるのは、実は白石市がバックアップで入っているんですけども、白石市の方から、基本的に、指定管理者委託料として、毎年1億円を10年間契約で、仁誠会の方に払うように契約になっているということが一つと、あと、経営基盤強化金として、3年間仁誠会に払うようなお金になっているということと、あとは、それはですね、令和5年の時3億、令和6年の時2億、令和7年の時1億、その他、救急医療をやるために、1年間で1億3千万円毎年払うようにということと、地域医療確保金として、1年間で1億円ずつ、白石市の方から払ってくださいというようなことの協定があるわけですね。それが入って黒字になっている。見かけ上の黒字であって、決して経営は厳しい状況であることは間違いないということなんですけれども、市長としては、民間にした以上は何とか町民にとって、体裁を取らなければいけないということで、黒字、黒字ということでは言われているんですけども、実は白石市から、かなりお金を入れてですね、それで経営が成り立っているという話がありまして、資料があるんですけども、そんなことがあつての黒字化ということですので、ちょっとそこら辺のところは誤解のないようにしていただければ良いかなという意見でございます。

<委員長>

今の数字については、なかなかこの場で、その数字が合っているかどうかというところと検証できそうですかね。

<事務局>

なかなか難しいということと、確かに一般論ですけども、最初はテイクオフ、離陸するまでにだんだん下げていくというパターンが一般的には、具体を把握していないんですけども、やはり、予備水じゃないですけども、ある程度入り口では、私も指定管理の案件したことがあるんですけども、やっぱり入り口である程度民間の方に提示しないと、そもそも寄り付きすらないといったこともございますので、それが未来永劫、今の負担感が続くということであれば、正直、このコンサル的視点でいうと意味がないかと思うんですが、一般的に言うと、だんだん軽減していく、最初の段階は大きく、手厚く補助を打って、だんだんそこから軽減していくというパターンが多いのかなと思

っておりますので、ただ、本件まで理解しておりませんが、一般的にはそちらの方に向かって行かれるのではないかなと思っているところでございます。

<委員>

よろしいですか。

<委員長>

はい。どうぞ。

<委員>

今、委員の方からもお話があったんですけども、前回の院長先生のお話では、不採算部門については廃止等の話題がありました。

今回、今、資料を見させてもらった中には地域医療としてうまくいっているという内容に私は受け止めました。そういった中で、実際どうなのか、その辺、刈田病院さんの生の声、そういった状況を聞くというのは可能なんですか。

<委員長>

現状で事務局いかがですか。

<事務局>

はい。

委員からのご質問ありがとうございます。

今、聞いたばかりですので、白石市の刈田病院さんは指定管理ということで、市の方で病院事務を管理しているという専門の部門がありますので、そちらの方に交渉した上で、1月に2回この委員会を予定しますが、早い方の日程で調整して、もし可能であればそういう交渉のほうはさせていただこうかなというふうに思っております。

<委員>

はい、ぜひとも生の声というのを 私たち聞きたいですよ。

やはり、書面で見たって分かりません。やはり生の声を聞いて、やっぱり理解していくのが我々の役目だと思います。

その辺をお願いしたいと思います。

<委員長>

その他はいかがですか。

委員。

<委員>

今の委員の話があったんですけども、加美町、色麻町の町民の人たちのそういう声というのは、吸い取ることはないんですか。

町民はどういうふうに考えているのかという、こういうことがあったら多分、全然知らないんだと思うんですよ。今、こういうふうに赤字になっていて民営化等々を議論をしていることすら、町民は全然知らないですね。蚊帳の外になっちゃってるわけです。

本来は民意ということを考えたときに、町としては、町民にちゃんときちんと、こういうことを議論していて、こういうことをやっているんだよということを知らしめて、町民の意見を聞くというのが、まず一つ大事なことになるのかなというふうに、今の委員の話を聞いて思ったんですけども。

ちょっと話がずれるんですけども。

<委員長>

まず現状として、町民に対してこういったことを、こういった会議が開かれていることを知らしめているかどうかというところからお伝えいただけますでしょうか。

はい、事務局。

<事務局>

はい。

はい、委員ご質問ありがとうございます。

今回、この委員会を設置について、加美町の方では、この委員会の開催自体を広報誌やホームページなどに載せているのがまず一つ。

それと加美町の方では、町政懇談会が10月から11月の1カ月弱かけて、小学校区単位で行われた際に、公立加美病院の経営状況ということでお示しして、経営形態検討第三者委員会を設置して、そのような検討を進めているということで、加美町の町長の方から直接、町政懇談会の席上で資料を持って説明しているというような状況です。

あとは管理者と副管理者と協議しないといけません、直接町民の声を聴くというのは、組合としてそういった体制ができるのかというのは、預からせていただきたいと思います。

<委員長>

その他いかがでしょうか。

委員。

<委員>

資料について一部ご質問させていただきたいんですが、ページ番号5ですけれども、指定管理者制度のところの主なデメリットで、管理者の撤退リスクというところがあるんですけれども、全国の事例を見て、実際に撤退したところがあるのか、そして、もしあるとしたら撤退後というのは一体どういうふうになっているのかというのは、もし分かれば教えていただきたいというところと、スライド番号の8、こちらで人件費の比較ということでしていただいているんですけれども、左の上の方に前提条件というところ、90床規模への適正化ということで、要は、早く言ってしまえば、今の公立加美病院さんの方ではちょっと人員が多いようなふうに見える資料になっているんですが、例えば、一番大きいのは、看護師さんが57人いるんですけれども、これを47人にできますよ、というふうに書いてあるんだと思うんですけれども、これというのは、理論上の数字ではなくて、一般的にこのぐらいのレベルで、例えば、民間の病院様がやっておられるといったようなことなのか、というのを教えていただきたいと思います。

<委員長>

それでは、事務局いかがですか。

<事務局>

まず、1点目のところでございますが、管理者の撤退リスクに対しては、実際、2件ほどございまして、別事業でございまして、病院事業ではございませんというのが前提になりますが、愛媛県の方の指定管理事業等で、広く受託をして運営していたものの採算が合わないといったところで、今回の刈田総合病院さんの例でいうと10年経ったときに、次は更新しないとといったところで撤退されて、事業が止まってしまったといった事例がございます。

一方、他方でも、病院事業の方で、まだ完全決着がついていないのですが、同様の事例が出てきているということをご認識しております。

もう一つは、これは民間ベースで、90床規模であれば、これぐらいの配置でということで、認識をさせていただいております。

<委員長>

はい、よろしいでしょうか。

その他いかがでしょうか。

はい、委員。

<委員>

一点だけお願いしたいんですけれども、資料の5ページです。

全部適用のところ、主なデメリットのところ、実態として一部適用と変わらないケースもある。その変わらない部分というのはどの辺なのか。具体的に教えて頂きたいお聞かせください。

もし分かれば。

<委員長>

いかがでしょうか。

<事務局>

結論として結局その身分も変わりませんし、条例で縛られますので、一応、私自身も経験があるのですが、よく大都市とか、都道府県とかだと見かけますが、水道局と一緒にですね。水道局として、何々市水道局とかあるかと思うんですが、結局、その補填は結局、公からする必要があるので、それにやっぱり頼ってしまうといったところもありますし、結局、条例に基づいて設置されている以上、条例を超えて、いくら裁量が増えるとはいえ、結局、事業管理者だけでは、できないことがほとんどでございますので、結局、そこで実態として変わらないという事例が散見されているといったところでございます。

<委員長>

その他いかがでしょうか。

はい、委員どうぞ。

<委員>

指定管理者制度を数多く、何件か移行させているという中で、こちらの病院だと、結構職員さんが中堅からベテランさんが多くて、若手はかなり少ないみたいなお話を2回目、3回目ぐらいとか、3回目の中で話を聞いていて、実際、指定管理、要は民間に、反民間みたいな方で移譲した時に離職があるんじゃないか、みたいな懸念がされているので、離職にされた時に、地域がら新たに採用するという難しさもあると思うんですけど、実際、指定管理にした時に、そういう離職が起きた経験があるのか、起きた場合に、実際、職員の採用

を盤石、戦略的に行うことができたのか。

その点を教えていただきたいなと思っています。

<委員長>

事務局お願いします。

<事務局>

私の経験していた事例で言うと、都市部と山間部というのでは、変わってくるかと思うんですが、都市部については正直、前向きで離脱される方もいらっしゃるものの、やはり補充は簡単だったということもありまして、医療法人側が補充したといったところがございます。

山間部につきましても一度経験がございまして、辞められる方がどういった方が辞められたのかという、経験に基づくのですが、逆に若い方が辞められていった。結局40代以上の方については、ちょっと語弊があるかもしれませんが、その地域内に別に文句があっても辞めづらいといったところで、そのまま残り続けられたという事例は私は結構散見しておりました。

結論を申し上げますと、それも見据えて、もうそれを大体読めていましたので、事前にそういう採用力がある譲り受け先を先に検討して、そもそもそれを見込んだ上で、選定したという経緯がございますので、そもそもその地域で採用力がある医療法人、中堅以上の法人なども多いですが、想定としては、それくらいの法人ではないと、なかなかそれをカバーすることができないと思われまますので、いずれにしても人の問題というのもあれなんですけれども。

<委員>

その時も一部適用とか全部適用の時と比べると、職員さんの給与は当然この資料のスライド6ページの指定管理だと87%に削減の様に、やはりその時もやはり削減されたけど山間のほかに別に不満がないから、その状況でも残られたという。

<事務局>

どちらかというと、事務局の方々がたくさんいらっしゃるって恐縮なんですけど、公立病院というのは一般事務部門が多い、かつ、民間の病院の事務部門に比べて給与が非常に高いという水準がございまして、そこをいきなり下げますではなくて、5年ぐらいで段階的に下げていきますよ、ということをやっているんですが、それでも残られる方がおられた。

まず、事務部門を減らして、コメディカルとかどちらかというと看護師さん

とかは、ほぼあまり変わらずみたいな感じというのが多かったと思います。

<委員>

分かりました。

<委員長>

委員。

<委員>

今、そういう話で公立病院では段階的に人件費を下げてくるということは、可能なんですか。

<委員長>

事務局どうでしょうか。

はいどうぞ。

<事務局>

今の公務員制度では給与の据え置きとかというのは、基本無理というふうに思っております。

<事務局>

ちょっと私の方から補足させていただくと、この地方公務員法上等で非常に強力で守られておりますので、不利益変更は非常に厳しいかなと思っております。

ただ、これはあくまで一般論としてお聞きいただきたいのですが、国庫準拠と言いまして国が人事院勧告を出して、地方であれば人事委員会勧告だったり、公平委員会など、それぞれの勧告を準拠と言うと、それによると言っているものの、実はですね、これ法的根拠として、必ずしも人事委員会勧告、人事院勧告に従わなければならないというわけではないというところで、ちょっと申し上げさせていただきます。

ただし、それを政治判断でやるということ、非常に私の立場で昔そちらに人事委員会にいたことがあります、非常に訴訟がとあったところで、そのなかで行政サービスが低下して、ということが起こりますので非常に厳しいのではないかとということが現状です。

<委員長>

はい。

時間のこり少ないところですけど他にありますか。

<委員>

最後によろしいですか。前回先生のほうに加美病院のお話をお伺いしたんですけど、実際、今運営している管理者である町の町長の意見を聞くのが平等ではないかなと私も第三者委員会としては思うのですが、他の委員の方はいかがでよろしいでしょうか。

一方的に加美病院の院長からの話をお伺いして実態を把握しておりますが、実際に町長としては管理者としてはどういうことを考えているのかと、例えばなぜかと申しますと第三者委員会を開きました。形骸的に開きました。でも自分の考え方はこうだから、とりあえず参考までにしておきます。ということだと、私も一生懸命議論してやっているにもかかわらずというのを、相当懸念することです。

前々から実は町長と口約束して第三者委員会を開かないようにと話をしておいたんですけども、結局そういうことが反故にされてしまったものですから実際町長の考え方、管理者の考え方がどうなのかということを実際聞くということも大事なかなと、私は思うんですけども各委員の方のご意見をいただきたいと思います。

<委員長>

委員の方々はいかがですか。

<委員>

一般論でいうと、なかなかうちの知事で考えるとうちの知事に意見聞く事はないかなと思って、普通の審議会ですと審議会で審議したものを知事に答申するみたいな感じなので、一般的に言うともうそういうことはしないのかなと思うんですけども、それはもう決め方だと思います。

<委員長>

本件の形態として町長の管理者の諮問を受けてこの委員会が開かれているところなので諮問をした町長が自らの意見を述べるというのはどちらかというとイレギュラーなのかなというところと、最終的な意思決定というのは、管理者個人というものではなくて、機関としての意思決定になるという部分なので、私も委員と同じような感覚を持っておりました。

今の点については何か他にありますか。

時間が迫っているところですので、追加で何か質問のある方がいらっしゃる場合には、本日質問票が配布されておりますので、これにより事務局に質問を提出していただくという形にさせていただきたいと思います。

では、②番の経営形態に関する検討について終わります。

③その他ですけれども何かありますでしょうか。

委員。

<委員>

今回、病院についてたくさんの議論、ここまでかなり病院について議論されていますけれども、スケジュールからすると第5回も第6回もおそらく病院でということになると思うんですが、老健の方は経営形態の検討というのは、今後どういうスケジュールになるのか。

このまま病院だけで多分第6回までかかってしまうのではないかと思いますので、ちょっと老健のスケジュールも見据えて、今後どういうふうに進めていくべきかというところは、今回また疑問にちょっと思ったところで、確認しておきたいなと思いました。

<委員長>

事務局この点についてはいかがですか。

<事務局>

はい、ありがとうございます。

病院の方も確かにそうですが、今回一番目の議題の中で、病院と老健の必要性についてお伺いさせていただきました。

老健の具体的な部分に関しても、次回以降を提示していきながら進めていきたいというふうに今のところ考えてございます。

詳細の議事内容が決まりましたら、委員の皆様ご案内する際にお示ししていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

<委員長>

何か他に委員の方からございますか。

では、その他について、事務局の方に戻したいと思います。

<委員>

はい、すいません。

<委員長>

委員。

<委員>

はい、申し訳ございません。

ありがとうございます。

今後、経営形態検討を検討する上で、この前、院長先生のお話を聞いて、いろいろ疑問に思ったことがあったんですね。

今、資料はまだ読んでいないんですけれども、院長説明資料に対しての事務局の見解というのもありましたけれども、後で見せていただきますけれども、その時に気になったのが、院長がやろうとすることがあったときに、それはなかなか進まない。

その時に、やはり今一部適用ですけれども、そこでやっぱり組織としての何か課題があるのかなというのを感じました。

それから、あともう一つは、強化プランがあって、いろいろ取り組んでいるわけですけれども、その中で、強化プランの目的達成するためのいろんな政策があると思うんですけれども、それに院長がリーダーシップを発揮して取り組んできたことの関わりとか、あるいはそれから強化プランの進捗状況を、どういうふうに確認して、評価、そして検証して、例えば見直しとありますが、一応令和9年度まで、令和9年度三月までになったと思うんですけれども、それと合わせて今後の見通しと、どういうところをどうやったらいいのかということも、もし聞けるのであれば聞きながら、経営形態検討するときの参考にできればなと思うので、今日じゃなくてもいいんですけれども、もしそういうことについても、事務局から聞けたらいいかなと思います。

<委員長>

一定程度この経営形態検討と並行してやるかどうかという話かなと思いましたがけれども、何かこの時点で事務局説明はございますか。

特になければ持ち帰りという形でよろしいでしょうか。

それでは事務局の方にお戻ししたいと思います。

<事務局>

私の方からその他でご説明させていただきます。

まず、皆さんの方に配布させていただいておりますけれども、第3回の経営形態第三委員会の議事録案の方を配布させていただいております。その中での発言の内容等を確認いただいて、修正等がある場合、ご連絡いただければと思

います。期限の方は年明けの1月7日の水曜日を目途にご意見等いただければと思いますので、よろしくをお願いします。

また、②経営形態検討の際に委員長からもお話ありましたが、質問票についても配布しております。資料を確認していただいてから、質問等ございましたら記載していただいて、提出頂ければと思います。提出期限は令和8年1月7日水曜日まで提出していただければと思います。質問票の様式データにつきましては、明日中に皆さんのメールアドレスの方にお送りさせていただきます。

最後になりますが、次回のスケジュールになります。

次回につきましては、令和8年1月15日木曜日の開催を考えております。開催時間につきましては、冬季間になりますので午後2時の開催にさせていただければなと思ってございますので、開催日と開催時間につきまして、委員の皆さんの方にお諮りいただければと思いますので、委員長よろしくお願ひいたします。

<委員長>

今今回の開催について、意見を求められましたけれども、現時点での予定では、令和8年の1月15日木曜日の午後2時からと開催予定としているところですが、開催日と時間については皆様の意見はありますでしょうか。

はい 特に無いようであれば、令和8年1月15日木曜日の午後2時開催としたいと思います。

よろしいでしょうか。

はい ありがとうございます

では、改めてこの点については、事務局からの案内通知をお送りすることとします。

他に何か無いようであれば、これで終わりとしたいと思いますが、いかがでしょうか。

特に無いようですので、これで終わりたいと思います。

副委員長から閉会のご挨拶をお願いいたします。

はい 副委員長どうぞ。

<副委員長>

本日はお疲れ様でした。

そして公立病院老健施設の必要性、あり方、または公立病院の経営形態に関するご説明をいただきましてありがとうございました。

3回目から4回目に開催にあたって、実際に今後どうしていくかというのが、具体的に話が進んでいったということで、まだどういった経営形態がある

のかというところまでで、これが公立加美病院、あとは今後老健のほうも話し合っていきますけども、より地域の方々にとって、そして自治体にとってはもう財政状態が悪化しているという中なので、両者の一番間を取れる方策があればいいのかなというふうには考えておりますが、なかなか難しい問題ですので5回目、6回目といろいろ知見をお持ちの委員の皆様のお知恵をお借りしながら進めていければなというふうに考えております。

本日はありがとうございました。

午後5時20分 閉会