

第3回病院再編にかかる長浜市立2病院経営形態検討委員会 議事概要

日 時：令和5年4月26日（水）15：00～18：00

場 所：長浜市役所本庁舎3階特別会議室

参 加 者：

委 員：◎明石委員、○山田委員、岡本委員、伊藤委員、大谷委員、
佐藤委員、田中委員、石井委員、服部委員、嶋村委員、江畑委員
（◎委員長、○副委員長）

オブザーバー：長浜市病院事業 高折事業管理者兼市立長浜病院長
長浜市立湖北病院 納谷院長
市立長浜病院 米田事務局長
長浜市立湖北病院 桐畑事務局長
日本赤十字社 長浜赤十字病院 楠井院長
医療事業推進本部 塩見副本部長
京都大学 医学部附属病院 高折院長
滋賀医科大学 医学部附属病院 田中院長

傍 聴 者： 42名

事 務 局： 長 浜 市 横田健康福祉部長
野村健康福祉部管理監
地域医療課

議事の経過概要

1 開 会

※次第の順序を入れ替えて進行

3 これまでの検討委員会の振り返りと今後の検討内容について

資料2「これまでの検討委員会の振り返りと今後の検討内容について」
委員長から説明。

4 ABC各病院の医療機能の具体化とその経営等に与える影響について

資料3「ABC各病院の医療機能の具体化とその経営等に与える影響について」
事務局から説明。

2 専門小委員会議事概要報告

資料1「専門小委員会議事概要報告」

資料2中「委員長MEMO・検討の筋道」を含め委員長から説明。

委員から下記の通り意見があった。

委 員)

他の地域で病院の経営統合をしています。中期的には急性期医療の集約化、一体化をしてかないと、おそらく持続可能性は少ない。医師の働き方改革は時間軸が違って、もう少し急がないといけないと思います。

統合というゴールも大事だが、そのプロセスはすごく大事だと思っています。

両病院とも個性があって立派に役割を果たされていますが、P7の救急の問題が気になります。例えば、日赤であれば年間3,500件、市民病院であれば年間2,500件の救急搬送を受けています。

どちらかが一般的なB病院となった途端に、大学が医師を送ると言っても、医師自身が行かないとなってくると思います。

保健所長にお伺いしたいが、B病院と今決めたことが本当に医療混乱を起こさないか、救急車の行き場所をなくさないかなと思います。単純に、回復期という決め方を“今”するのがいいのかなというのは感じます。決めることで、救急が来年度からおかしくなってまってしまうようなことは避けるべきだと思っているので、ご意見聞かせていただけたらなと思います。

来年度から救急搬送に影響が出ないか、今、B病院というラベリングをすることが正しいのかどうかについて県の立場でお聞きしたい。

委員)

この「A B C D」というのは、コロナ前の地域医療構想調整会議でも、あるべき姿としての方向感を統一することで確認しています。

そこで、3つ申し上げたいと思います。

1つの「医師確保」の点においては、単独で、例えば、B病院だけでというのは厳しいと思います。一般病床を持つ3病院とセフィロト病院を入れた4病院の病院群として医師確保に努めていくべきだと思います。

また、研修医や指導医の確保を考えると、急性期や回復期、慢性期や在宅医療も全で一環として学べる地域全体で、医師会も含めて医師確保をしていくべきです。その意味では、人事を一体的にした再編統合をしなければいけないと思います。

2点目の救急については、湖北病院の役割が非常に大きい。旧伊香郡の救急を一手に担っていただいております、湖南の草津管内の救急の状況とほぼ変わらない。山間へき地を抱える湖北圏域が、草津と同等の救急所要時間を誇るというのは、日本でも誇れるぐらいの救急と3病院連携という非常に素晴らしいものがあります。

A病院に救急を全部集めるのはどうか、B病院にあった方がいいのではないかと議論もありますが、ここは働き方改革の問題で、両方に宿日直を置かないといけなく、両方に救急を置かないといけなくというのは、働き方改革を乗り切るのが非常に難しくなるという議論になります。

できれば、救急は一元化した方がいいと思います。一方で、先ほどの人事の一元化ですが、3病院全ての医師が大体200人弱で、既に何らかの形で全員が救急に携わっているわけです。

再編した後でも、人事を一元化することによって、A病院に救急を集中させたとしても、応援なども含め一体的経営の中で回していかないと回らないと思います。

人事の一元化と、A病院に救急を集めるなら構造的変更というのも必要になってくると思います。

3点目の経営面ですけれど、B病院が経営的に苦しくなる、赤字になるという雰囲気がありますが、決してそうではないと思います。いかにA病院からB病院に患者を計画的に流していくかが、B病院を経営的に安定させるコツだと思います。新潟県の地域医療構想調整会議の資料が参考になりますが、救急拠点型と地域密着型に分けて役割分担しようというものです。この場合でしたら、A病院は救急の方を担えば、突発的な救急対応をしないといけなくて、入りも多いが、スタッフを全部揃えないといけなくるのでロスも多い。

一方、A病院とB病院が一体的に運営することによって、経営面でも、B病院の方は安定的に計画治療ができて、計画的に医療ができるようになります。

そういうことも踏まえて、一体的経営にした方が経営面でもいいと思います。

委 員)

時間軸が少し違うように思います。

今、この委員会でB病院というのを決めてしまった途端に、現実的に来年度から医師が行かなくなるというのは、少し恐ろしいことになるかなと思います。

委 員)

B病院と決めたら医師が行かなくなる理由をお教えてください。

委 員)

病院の世界で言いますと、大学教授から言われたとしても、その病院が回復期の位置づけになれば、中堅や若手の先生であれば、キャリアにならないということになります。今は、昔と違って先生方は自ら拒否されます。行かれる病院を自分で選ばれますので、実質的に行かれなくなってしまったのです。

委 員)

委員もおっしゃったように、だからこそ、A病院やB病院というのではなく、一体として医師を確保して、その中で配置していくという考え方がよいと思います。

委 員)

それに対して、私は全然反対していません。少し時間軸が違って、B病院がここだと“今”最終的な決定を行うと来年度から影響が出るという話をしているだけです。

委 員)

来年度すぐにABにして、どちらだという話にはしてないと思います。

将来のその像に向けて、経営形態を選択して、その間のやり方はまたこれから考えられると思います。まだ経営主体も変わってない状態で、今すぐA病院やB病院を決めることはあり得ないと思います。前提が違うと思います。

委員長)

3病院一体なら医師を送れるというのは、少し疑問というか懸念があります。大学は急性期があるから医師を送ることだと思います。一体経営で、A病院は急性期で、B病院は回復期・慢性期となると、B病院の分まで医師を送れるのか、そこに懸念があります。

委 員)

豊岡病院は急性期病院として非常に魅力のある病院ですので、大学から送っていただきますが、そこから豊岡病院が運営している日高医療センター、朝来医療セン

ターへはなかなか難しい。一体経営でそうできれば理想ですが、できていません。

先生方はどこの病院でどの診療をしたいとか、専門病院を経験したいとかいうことなので、少しハードルがあるように思います。

委員長)

もちろん、総合診療の方は送れるでしょうが、一般的には高度急性が優先で、その後で一般急性になると思います。先ほどの救急も含めて、B病院にも一般病棟を持てば多少は大学も送りやすくなるのではないかと思います。

委員)

医師がそれで動くかと言ったら、少し難しいと思います。

委員長)

もちろん専門外来だけを1回、2回とかは可能でしょうけれど、病棟だとか、救急だとかは難しいと思います。

ここで、病院事業のトップの方にご意見をお伺いします。

長浜市病院事業)

委員のおっしゃるように、B病院に行く医師が難しいのは事実だと思いますが、一方で、回復期リハなどを熱心にやっている医師がいることも事実です。

急性期では専門資格を取れるような体制を整え、そこに大学から医師に来てもらい、ローテーションでB病院も回ってもらうということはできると思います。

総合内科に関しては、へき地医療と密接に関係しており、総合医療内科をやりたいという方は大学にもいますので、そういった方には湖北病院の方で頑張っていたきたいと思います。

日本赤十字社)

個人的な意見ですが、B病院で受け持つ救急は、総合診療の範囲内が基本だと思っております。B病院は主治医機能を発揮できる病院にならないといけないと思います。要するに、B病院の方に主治医のいる患者さんが悪くなった時には、B病院の方にどの時間帯でもかかってもらうけれども、それ以外の患者さんについては、A病院の方でかかってもらうのが原則という形の交通整理をしていくのかなと思っています。そのためには、総合診療医を確保しないといけないのですが、ちょうど今、滋賀医大の総合診療の講座ができたところなので、その先生と相談していけばいいと思います。それから、県内で養成をしている診療所が多いので、そういうところの先生方と連携して確保していく方向で検討しています。

糖尿病の関係は、どちらかと言うと回復期側の方に本部を置いた方がいいと思いますので、そちらを本部にして、急性期側の方に出向していただき、合併症として

糖尿病を持っているような患者さんのオペをしていただく流れになるのかなと想定しています。個人的な見解ですが。

委員長)

京都大学と滋賀医科大学の両病院長にご参加いただいております。

先ほどの回復期・慢性期に医師を送れるかどうかというところを含め、お話いただければと思います。

京都大学)

基本的には、大学病院が派遣するのは、高度急性期を担う医師・専門医を派遣するという形だと思います。大学の方から両病院に循環器を派遣されているという形ですが、医師の働き方改革もあって、それを統合されて、そこに効率的に医師を派遣するという形だと思います。

そのため、B病院に派遣するという形ではなくて、先ほどの議論にもありましたように、A B病院が一体となって、そこに大学病院が派遣します。例えば、そこから一時的にB病院に行くような方がいたり、総合診療の方に行かれたりする形でB病院の診療を支えながらするというのは私の持っているイメージです。

大学病院としては、高度専門医療をするための先生を派遣するというのが念頭に置かれているという風に理解しています。

滋賀医科大学)

今のままの2病院体制でいくのならば、医師の疲弊が進んで、医療が悪くなるという風に認識しております。一体経営にして、高度急性期を医師が疲弊せずに回していける体制を作っていくことが重要であり、本学の教授や現在お勤めの先生方もそのように考えていると思っております。専門医の充足は大学のミッションでもありますので、働き方改革に対応していただきたいというところです。そもそもこの話は3病院一体で医師の充足を図ることからスタートしていると認識しています。

すなわち、医師の分担は一体運営している経営主体が考える問題です。ですので、突然A B Cそれぞれに対する医師の充足を聞かれても、話が違うと申し上げるしかないです。

委員長)

専門医の派遣は大学の使命であるが、本音を言うと回復期・慢性期はそれぞれ自前に対応してくださいということでしょうか。

滋賀医科大学)

回復期を取られる方が少ないことが基本にあると思いますが、リハビリなどの専門医の方もいらっしゃいます。

委員長)

総合診療科の今後の見通しはいかがでしょうか。

滋賀医科大学)

総合診療については、教授と准教授と講師で、6月に助教が来て、4人体制に戻るといことで、市と協議が始まっていると聞いております。今はその進展を見守っております。

長浜市病院事業)

長浜市立湖北病院ですが、今、滋賀医大の教授に、非常勤の総合診療医を派遣いただいて、新しく拠点として準備を進めていこうとしています。今後は、B病院、C病院ともに回復期・慢性期が中心になってきますので、回復リハビリを中心とする整形外科医や脳神経外科医の確保も必要になります。

リハビリに関しては、最近、大学病院でも、専門に研修を作ってくれるところもありますので、そういったところとの連携も必要になると考えています。

委員)

結局のところ、一体的な経営をしようがしまいが、BC病院というのは医師の確保が難しいので、必ずしも一体的経営に拘る必要はなくて、この3-0、0-3以外のことも考えるべきだという議論なのではないでしょうか。

委員長)

両案ということでしたが、それが難しければ修正案を考える必要があるのではないということになります。

委員)

それについて、委員の皆さんのご意見をいただきたいと思います。

この検討委員会自体が、そもそも一体的経営を前提に経営形態を考えるということとを前提にしておりました。

ただ、色々な状況をお伺いする中で、今、非常に絶妙なバランスで両病院によって、地域医療が支えられていることに対して、激変すること自体のリスクもあることは認識されたところです。

改めて今考えた時に、先ほど専門小委員会でも、経営統合の形態の3-0、0-3以外にいくつか意見が出てきたと委員長が報告されましたが、そういう議論ではなかったと思います。

一言二言、そういうこともあり得るのではないかというお話はありましたが、委員の皆さんがそれに賛同されたわけではなかったと思います。

それから、今も委員長メモを提示された中で、「一体経営」あるいは「一体的経営」の間に「協力経営」というものを出されておりますが、ここまで考えたら、非常に議論が複雑になりますし、この委員会のそもそもの前提を逸脱するようになると思います。

ただ、ここは一步踏み止まってもう一度考えるべきというのが委員会の新たな知見ということもあり得ます。先ほど委員からは、一体経営によるメリットを生かすべきという発言だったと思いますが、他の委員の皆さんがどうお考えなのか、お伺いできればと思います。

委員長)

医師の派遣が非常に重要で大きな鍵になります。私の個人的見解では、大学はグループに医師を送るわけではなく、病院の特性を見た上で、病院単位で医師を派遣されているのではないかと思います。

病院の機能や診療科、診療水準、指導医の数などを踏まえて送られるものと感じております。それは、ABC全く違う病院で、3病院一体経営になったところで、B病院の分も医師を送れるのか、又は、委員がおっしゃったように打診された医師がイエスと言うのか、病院グループではなく、個別病院に送られるという風に認識していますが、いかがでしょうか。

京都大学)

おっしゃっている通りだと思います。ただ、ABC病院を統合されるのであれば、A病院が急性期を担うということで、大学病院としては、A病院に必要な人材を送る形になります。BC病院の運営については、例えば、我々が京都府下の病院にも送っていますが、そこは当然、慢性期病棟も持っており、大学の人事で急性期を賄いながら、慢性期病棟も一体として運営しておられます。BC病院をどのように運営されるかは、長浜市がお決めになることだと思います。

我々は、循環器の診療に必要な人となると、それを両病院に5人ずつ、10人送っていたところを、経営統合されて、7人で済むのであれば非常に効率的であるというのが大学の考え方です。例えば、7人のうちの1人を週1回、B病院に送られるとか、そこをどういう風に運用されるかは、その病院が一体となった時に初めてできることであって、別々になっていると、それは当然できません。

ABCの考え方自体は、非常に地域の特性に合っていていいなと思っています。大学病院としては、そういう専門医を急性期のA病院に送るので、BC病院の運営を一体として考えていただければと思っています。

滋賀医科大学)

働き方改革対応の問題があるので、先ほど言われた「一体経営」という言葉が出てきているのだと思います。1人の責任者が3つの病院を一体管理するというの

が、一番最初に出てきて、3病院の面倒を見ますというのが第一コンセプトだったと思います。

そこを外して、突然それぞれの管理にするととなると最初の話と異なってきますので、責任者が3つの面倒をちゃんと見ますという合意点のところを外さないようにしていただけたらと思います。その上で、どう管理するのかについては、それぞれのところで答えを考えておられるはずだと思います。

C病院については、総診の教授が連携を取りたいという話が進んでいますので、少し違うのかなと思っております。

委 員)

確かに、時間軸の話を委員がおっしゃいましたけれど、これまで積み上げてこられた議論の中で一体的にやっていくというのが望ましいと思います。ただ、その時間軸の問題で、どのタイミングでどこに舵を切るか、それが待ったなしなのかどうかというところです。調整会議で積み上げてこられて、働き方改革の問題もありますが、現状ではA水準をクリアされている中で、時間軸をどこに持っていくのかというところは、少し考えなければいけないと思います。

委員長)

具体的に言うと、時間軸というのはどういうことでしょうか。

委 員)

今日明日やるのか、何年か先にやるのかという話です。

委 員)

非常に拮抗していて非常に決めにくい。A病院が高度急性期・急性期、B病院が回復期・慢性期といったところに当てはめようとしますと、両病院ともに当然強み弱みがありまして、それを強引に当てはめますと、少し乱暴な方針決めとなるのではないかと考えています。

時間的なところはありますが、地域医療構想がそもそもA病院、B病院、C病院と決めておられるので、そちらの方を最低限で見直すというところに遡って議論をしていただく方が、形だけ先に決めるよりいいと思います。

日赤と市民病院それぞれに職員さんがおられ、患者さんから期待をされて、それぞれ存在しているわけですので、ABCという箱を決めて、そこにはめ込むというのは非常に決めづらいという感じです。

地域医療を守っていくための激変によって、そこに働く方や患者さんへの影響も出るのではないかと想定されますと、委員長メモの「協力経営」という協力関係も、もしかしたらありなのかなとも思います。

1つの案としましては、各診療科各疾病の強み弱みもございますので、その強い

ところを現状維持、もしくは寄せるということにさせていただいて、日赤と市民病院の両方の機能・役割を「A病院」と言ってしまってもいいのかもしれないと思います。地域医療構想から外れますが、高度急性期、急性期、回復期という色分けではなく、そんな考え方もあるのかなと思っており、これについては、地域医療構想の調整会議でご議論いただければと思います。

委員長)

今の委員のご意見は、診療科の再編は急ぐべきだが、ABCと経営形態は少し時間を空けてやっていくべきということですか。

委員)

そういうことです。

委員)

質問ですけれども、ABに当てはめるのは難しいとおっしゃったが、協力経営は事実上ABに当てはめることになりませんか。

委員)

例えば、市民病院でしたら循環器とか、脳疾患、がんも強いとなりますと、そこに医師を集約してはどうかと思います。救急は両方を持った方がいいと思いますが、周産期とか、小児とか、それぞれの強いところで医師を集約するという考え方もあるのかなと思います。

5 市立長浜病院の経営状況について

資料4「市立長浜病院の経営状況について」

事務局から説明。

委員から下記の通り意見があった。

委員長)

こうした統計データは本来もっと早く出すべきでして、委員からもお叱りを受けてまして、市の方に作成していただいたということです。

本来、これを反映した検討をしないといけなかったのですが、次回の専門小委員会で詳細を検討した上で、本委員会でご報告させていただければと思います。

委員)

資料を見ますと、救急搬送の受入件数が15,472件となっており、別の方が

説明された数と開きがあるように感じるのですが。

事務局)

先ほどの7, 000台というのは救急車の搬送台数で、今ほどの数は時間外の来院患者も含めたものとなっていると推測いたします。

委員)

大事なところをさらりと説明されていますが、院長以下、懸命にご尽力されているところだが、やはり数字に危機意識を持たないといけない厳しい状況です。

永続的に市民に優れた医療サービスをどうやって継続して続けていくのかというところだと思います。

この数字は非常に重たく、これが全てではないかと思います。私は企業の立場で委員に入っていますので、企業として見ると、売上が100億円しかないのに、欠損金が累積で50億円もあります。どうしようもない状況です。

もう1つ大事なことは、累積でマイナスになっていますけれど、その中で経常的な医療損益はどれぐらいダメージがあるのかというところです。様々な補助金が、国や地方自治体から出ていると思いますが、補助金に頼った運営となりますとやはり相当厳しいと思います。

委員長)

公立病院の会計は少し違うところがありまして、そこは承知しておりますので、ご心配いただく必要はございません。

市立病院や公立病院は、最先端医療や政策医療を担うということで、役割や機能、使命のところで自治体の繰入金で補填しています。もちろん独法になれば、運営と運営費負担金ということになりますが、自前で稼ぐ医療収益の15%くらいは繰入金で補填するところが多いです。

高度医療も大きな投資になり、専門医をいっぱい集めないといけないが、基幹病院の採算が取れない政策医療などで繰入金や運営負担金が発生し、その割合が多過ぎるのか、少な過ぎるのかといったところです。

指定管理になったとすると、今度は自治体が指定管理を受けたところに、毎年こうした不採算医療をやってもらうために指定管理料を払うことになります。

基本的には避けられないところではありますが、公立病院の規模の中で、大きいのか、中くらいなのか、小さいのか、その辺りは見ていく必要があります。類似病院比較の資料もありますので、検討いただければと思います。

委員)

委員長のおっしゃる意味合いは理解できます。ただ、市長あるいは市の関係者の方々は、持続可能な医療体制を作り直す必要性があるという非常に高い意識でやっ

ていただいています。素晴らしいと思います。日本の状況を考えますと、いつまでも借金体質ではいけない。独立した精神、強い体質を再構築すべきだと思います。我々として非常に重要なのは、危機が本当に10年後、15年後にきて、本来ソフトランディングできたのに、その時の判断を間違って、企業の合理化という方法を選択せざるを得ないというのは避けるべきだと思います。

委員長)

重々把握しております。先ほどフローチャートにあった採算性で、市の財政負担をできるだけ増やさない、減らしていくことが重要になります。

委 員)

数字で意識統一しないといけないです。委員長はこれぐらいいいのではないかとと言われるが、これを意識統一してもらわないといけないと思います。

委員長)

その1つの基準、指標になるものが、類似病院よりいいのか、悪いのかということです。

委 員)

委員がおっしゃっているのは、類似病院と比べてではなく、絶対にこうだという発言をされておられますので、是非尊重していただきたいと思います。

また、政策医療の部分は赤十字病院が多くを担われており、長浜市においては事情が異なると思います。

6 経営形態の選択肢について

資料5「経営形態の選択肢について」

事務局から説明。

委員から下記の通り意見があった。

委員長)

色々な制度があり、他で経営統合を経験された委員の方も多いので、専門小委員会の方でも詰めて検討をしていきますが、現時点で何かご質問があればおっしゃっていただければと思います。

委 員)

これはお願いでございます。市長から当初お願いさせていただいておりますよう

に、令和元年の地域医療構想の結果を持ちまして、経営形態のことをお願いしているわけでございます。

それも踏まえまして、3つの病院の一体的な経営ということで取り組んでいくこととしておりまして、その3つの病院、2つの市立病院と長浜赤十字病院を合わせた形の経営形態を色々な形で比較検討をいただければという風に思っております。

また、働く方への十分な配慮もお願いしたいということを市長もお願いしておりましたので、経営形態に関しまして、その点も踏まえて、よろしくお願いしたいと思えます。

委員長)

この件につきましては、2回目の委員会で大鉤を振るうのが妥当なのかどうかという意見も出ております。検討する中で非常に困難な場合は、さらによりいい案があれば、検討することも可能かもしれないです。

最善の方法を委員会で考えなくてもよいのならいいですが、何で今の3-0、0-3でないといけないのか、その理由を説明してもらえますか。ABCについても、やはり何らかの問題がありますから修正が必要なのではないかという話もあります。今日は時間がないので、次の機会でもいいので、妥当な納得できる理由を説明してください。

委員)

申し上げましたように、最初に市長がお願いした通りの一体的な経営を、それぞれ3病院についてデータを出していただいて検討していただきたいというお願いをさせていただいています。

委員長)

それが非常に困難な場合は、実現できなかったり、混乱を招いたりしてもいいということですか。

委員)

そういう意味で、申し上げているわけではございません。

委員長)

そうでないのであれば、納得できる理由をしっかりとおっしゃってください。今は時間がないので、次回でもいいです。

委員)

いえ、申し上げているのは、最初に申し上げた通りで、私どもの依頼がそのようになっておりますので、そのような形でお願いをしたいということだけです。

委 員)

基本的には、市民にとってよい医療ということになってきます。

私自身、これまで統合を複数経験していますが、統合がいかに難しいかということを実感しています。

議論の中で気になるのは、優劣を競う場になっているように見えるところです。

2つの病院が1つになる時に、職員同士が互いに批判するとうまくいきません。職員や地域住民の方がこの議論をどう聞いているのか、すごく気になることです。勝ち負けをつける、あるいは、市民病院派と日赤病院派になってしまうということが、統合の中では一番よくないです。そういう意味では慎重に、進め方とかを気を付けないといけないと思います。

ただ、急性期の統合と経営の統合はまた違います。医師の働き方改革は急性期医療を守るもの、経営の統合は、この地域の医療を守るためのものだと思います。そこは少しニュアンスが違うと思います。

委 員)

私どものお願いの答えになってないと思います。

委員長)

当初の前提条件の3-0、0-3、ABCも、ABCの病床数も全くそのままがいいということですか。

委 員)

申し訳ありません。ABCと一体的経営と先ほどから、1からおっしゃっていたいている通りのお願いをさせていただいているだけで、それを出すだけです。

委員長)

ABCも調整会議の合意も全くそのまま、多少人口構成が変わる場合は修正もありますけれど、回復期・慢性期もB病院も全くそのまま、経営統合については、3-0、0-3、完全にそのどちらかということですか。

委 員)

私どもがお願いさせていただいている通りのことを進めていただきたいということをお話させていただいているところでございます。今、委員長がおっしゃられた今までの過程の中で出てきた結果について、私がそれをとにかく言うことではございません。それだけはお含みいただきたい。

委員長)

いやいや、ABCそのままですよ。それから3-0、0-3のどちらかですよ。それが委員(副市長)のおっしゃっている前提条件ですか。

委員)

今まで湖北地域の病院再編に過程を踏んできていただきました。その過程の中で、このような形をお願いしているということをお話させていただいています。

委員長)

そこは十分理解しています。2019年の調整会議の合意を修正する必要があるのかないのかいうところの議論をしているわけです。一切修正しなくてもというわけにいきますかということです。

事務局)

今回の委員会の中では、地域医療構想の調整会議の実現ということと、医師の働き方改革への対応、まずそれが大事だと思っています。さらに、市民の方々の医療を守るということも大前提になります。

そのことを踏まえた上で、どのような経営形態がいいのかということをお場で検討いただきたいというのが、私たちのお願いさせていただいていることです。

今ほど、大学の先生のお話の中で、医師をどのように派遣して、まずはA病院との話でしたけれども、そこから次の回復期・慢性期、在宅医療など、どのように先生方が動いて、どのようにやっていくのかというお話をしていただきましたので、とても具体的なイメージが分かりました。

そこで、経営形態ととても密着しているということも今日再確認できたかと思います。そういうことを踏まえて、再度ご検討いただきたいと思います。

先ほど保健所長や3病院の先生方がおっしゃったように、先生方がこの地域で一生懸命に培っていただいた医療を無くすことなく、融合させて、よりいい医療というものを作っていただきたいと私たちも思っていますので、そのためにどのような経営形態がいいのかを考えていただけたらと思います。

今、委員(副市長)がおっしゃったことも含めて、そのためにどうしたらいいかということを考えていただきたいと思います。

委員長)

そこは当然です。市のお考えをきっちりと表明していただく必要があります。

私が言っているのは、前提条件が厳しいということです。地域医療を守るということと、運用する時にどうするのかという話をしています。混乱が生じたり、医療従事者の対立や市民も含めた対立が生じたりすることによって、地域医療がおかしくなると、地域医療を守るということと矛盾することになります。

今、事務局が言われた2つの目的と矛盾します。そこを市はどうお考えなのか、明確にさせていただきたいということ、それだけです。

委 員)

私たちは、委員（副市長）がお話されたことを前提に、この委員を引き受けたと認識をしております。

ただ、議論の中で、色々な理念とか考え方が出てきております。今委員長がおっしゃったように、一体的経営に替わるよりよい方策というものが、案として出されるのであれば、それはぜひ検討すべきであると思いますが、そういう案があるのでしょうか。

委員長)

なくはないと思います。

委 員)

先ほどありました機能の配分の話は、前回の専門小委員会で両病院の院長から否定されていると思います。一方で、一体ではない別の案という意味では、A Bを別の経営形態でやるということだと思えます。

ただ、これまで地元で地域の医療関係者が積み重ねられてきた議論というものが、先ほどのA B Cであり、一体経営による再編であるわけで、本来はそれを尊重すべき話だと思えます。

ただ、専門的な見地から、やはりそうではないというのもあり得る話だと思えます。一体経営ではない案というのを明確に出していただいて、それを合わせて議論すべきではないかという風に思えます。

機能区分で言うと、当面AとA'という考えですが、将来もAとA'というのはなかなか難しいのではないかと思います。

やはり一体ではなく、A病院とB病院の経営主体を変えるということにいい案があるのであれば、それを出していただいて、それで委員の皆さんが、そういう進め方がよいとか、そちらの方が現実的で実現性が高いとかいうことであれば、そういう議論をすべきだと思えます。

委員長)

委員（副市長）、それでいいですか。

委 員)

はい。

委員長)

私は、別に前提条件を無視しているわけでも全くないです。それが、弊害、つまりリスクの方が大きければ、委員がおっしゃるようなよりいい案があるのならば、これも検討して、最後トータルでABCとか、3-0、0-3とかをそれぞれきちっと整理して、どれが一番早く実現できるのかというような決め方をすることが妥当な進め方ではないかと思いますが、委員（副市長）、いかがでしょうか。

委員)

時間がございましたら、そのようにさせていただきたいと思うのですが、時間がない中で、6月末までに出していただきたいとお願いしている中ですので、その配慮だけはと思います。

委員長)

わかりました。

京都大学)

今、前提条件を覆すような議論をされていましたが、元々、今の体制のままだと大学病院から医師を派遣できなくなって、今の体制を維持できなくなるからという議論だと思います。

体制を変えることでリスクがあるという話ですが、今のまま続けるリスクというものが全然議論されてないです。今のままだとおそらく、今から5年後か10年後か、完全に長浜の医療を維持することはできなくなるというのが、滋賀医大と京都大学、両大学の見解ですから、統合してほしいというのが我々の意見です。

そこを変えたことで得があるのかという話に戻ってしまっていますが、大学としては、そもそも変えないとダメだから変えてくださいという話をしていると思って、お聞きしているつもりでした。

委員長)

まさにその通りで、変えないといけません。現状のままではいけないし、大学もそう思っておられるということです。

その変え方が、2つの対立的な変え方だけなのかどうかというところです。もちろん前提を置きながら、何かもう少し第3の案としてよりよい案があれば、それも併せて検討すべきではないかと思います。しかも6月末というタイムリミットも踏まえながらです。

今回市長は、長浜の医療再編を最優先課題にして取り組んでおられるわけですから、変えないということはあり得ないですが、変え方にもう少し幅を持たせた方がと捉えています。

委員)

私も、2回3回と色々な話を聞いて、やはり一体的な経営をしないと、この先しんどいということは、おそらく共通認識だと思います。ただ、ゴール地点はどのタイミングにありますか、何年先ですかということはあると思いますが、統一的にしないと、医師の派遣も含めて必要であるということとはよくわかります。その上で、経営形態を考えてくれというミッションをいただいています。

委員長メモにありましたけれども、「一体経営」と「一体的経営」と、これは根本的に違うと思います。

指定管理ということは、全部が指定管理なので、当然1つの病院群としての指定管理になると思います。今の形で言うと、例えば、日赤病院か何かわかりませんが、病院があってその他がある。そういうもののリスクとメリット、デメリットを議論することと、それから、全部を独法にしてしまって、1つの一体経営にすることのメリット、デメリットを議論すること。これらは根本的に違うので、そこをどういう風に考えておられるのか。単なる経営形態が違うようなイメージになりますが、一体的と一体とは違うと思います。そこはどういう風にお考えですか。

委員)

この作られた資料にそう書いてあるだけで、そもそも私の認識としては、一体経営の一部だと思います。

委員)

急性期に人を送ってもらって、同じ病院に送るのと、一独立採算の病院があって、そこが指定管理を受けられるのでは、市として医療をお願いするところで、リスク度合いなどの問題は変わってくると思います。

委員)

経営形態ということで、そういう形であるということは認識しております。そちらの形で、全体3病院を1つの形で考えております。指定管理と独立行政法人とは全然違います。

委員)

そういう意味ではなくて、2プラス1で、今で言えば、1は民間病院で、2つは指定管理の病院。この2病院に対し、市としてどう要求水準書なり、指定指示書を作るのですかという議論が必ず出てきます。

これは病院ではなく、市の問題です。指定管理をする中で、1対2と、3とは違います。そこは前提として理解していただかないと、それによって考え方が変わってくると思います。それをどういう風に考えられていますかということをお聞きしているわけです。

まずはそこを理解していただかないと、我々もリスクヘッジを議論する時にだいぶ違います。

委員長)

委員がおっしゃっているのは、今の指定管理の案だったら、1つは直営で、2つが指定管理で、それは本当意味での一体経営ではなく、一体的経営だと。もし本当に一体経営にするのであれば、3病院とも指定管理にすることですね。

委 員)

そういうことです。そこは全然違うことだと思います。

委 員)

2－1ということは多分ないと思います。全体的にどうするかという形になりますので、先程申し上げた市立2病院をどうするかという形になりますので、片方だけ残してということは前提にないと私どもは思っています。

委員長)

今おっしゃっているのは、指定管理が2病院で、直営が1病院というものを、単純に独法3病院と比較することはできませんということですよ。

委 員)

それによって、我々が考えるメリット、デメリット、検討材料などが変わってきます。色々な統合をされた経験がありますから、新病院を建てて、そのものを指定管理にするというのと、例えば、過去の事例でもありますけれど、明らかに大きな300床の病院があって、少しの療養だけを面倒見てくださいという指定管理と、ここみたいに全く並び立った療養機能の病院を合わせて指定管理するのと、これはまったく意味合いが変わってきます。我々が経営形態を決める中で、一体的経営と一体経営では話が変わってくるという話です。

極端な話で言うと、その民間病院を市が買い取って市民病院にして、3病院を受け入れて、要するに民間に指定管理するということと、どこか民間病院があって、あと2病院を指定管理するということだったら、随分話しが変わってきます。その考え方はどうなのかというところです。

全てを指定管理方式にするというのはそういうことです。

委 員)

直営の日赤は日赤の形のままです。

委 員)

それでは一体経営ではなくて、一体的経営となって、全てを同一経営形態にしたことにはならないという話です。

委 員)

わかりました。その意味では、私の言い方は間違っておりました。書かれている通りの形です。そういう意味ですから、申し訳ございません。

事務局)

今おっしゃったことは、今後の経営形態の検討の中ではとても重要なことかと思いますが、おっしゃっていることを具体的に言いますと、指定管理を例にした場合に、今日本赤十字社からいただいている提案は、今の日赤病院を自らの経営で残され、湖北病院も含めた市立長浜病院を市が指定管理に出すというものになります。そういう指定管理という方法もありますが、もう1つは、現在の日本赤十字社の日赤病院を市が買い取って、日赤病院と長浜市立病院を市のものにして、両方を指定管理に出すという選択肢もあるのではないかというもので、それも検討の中に入っているのかという質問をいただいたと。

委 員)

日赤病院と長浜病院を我々も見学させていただきました。長浜病院はすごく大きくて、最新の機能を持っておられて、ハードとしてはすごくいいと思います。これを指定管理にする時に、市は要求水準書を作らないといけないわけです。

ここの医療をこうして、2病院でこういう医療をしてくださいという水準書を作る時に、日赤病院はすごく地域医療を頑張っていて、いい病院だと思いますが、その日赤病院との折り合いが、単純に3病院でこういう医療をどうぞというのと、日赤病院は置いたままで、2病院でこういう医療をどうぞというのでは、医療再編の話の中で、すごく難しい問題が出てくるということを危惧するところです。

全部まとめてであれば、いい所のものをいい所でやってもらうために高度をこっちに持っていこうとか、こっちは古いから改修して療養にしようとか、自分なりにできると思います。

これはこれで置いておきながら、医療水準をどのように引き上げていくのかなと、市の年度更新の要求水準の中で、療養に少しずつ変えていきますかというようなことを、市がこれからやっていけるのかというリスクも感じます。

そこを含めて議論しないと難しいところがあると思うので、その前提としてどのように考えておられるのかを聞かせていただいたところです。

日本赤十字社)

今の案は以前に検討されたことがあって、市から一旦は否定された時代がありま

す。数年より前の話ですが、市側にも日赤側にもそれぞれメリットがあるのではないかと考えています。その案について検討いただけることは、日赤としても歓迎できるのではないかと個人的には思っているというところです。

委員長)

日赤を買い取るとなると、市の財政負担もあります。

いずれにしても、このような重要な検討をしている時に、市の担当部局の幹部が、委員がおっしゃったような2病院指定管理と1病院直営というものと、3病院全部を市の市立病院にして、3病院指定管理にするというものの違いを知らないということは大問題です。これらは、我々から見ると全然違います。

独法3病院は、同じ所帯、同じ財布、同じ家族です。しかし、指定管理は、今の案でしたら2病院は同じ家族、同じ財布で、1病院は親戚みたいな感じで、家計は別です。

3病院一体の指定管理であれば同列で比較できますが、今は指定管理で、日赤グループが2－1ですから、市のコントロールが非常に厳しくなるということです。

委員)

京都大学と滋賀医大から医師派遣以外に、へき地拠点病院である湖北病院は、滋賀県医療政策課が自治医大の人事を持っています。その意味では、医師の供給源として、C病院と県というのも、この一体的経営、あるいは一体経営として、3病院一体にすることのメリットがあります。自治医大が一つの医療だけの勉強ではなく、急性期の勉強もでき、湖北病院に行っても回復期や在宅医療の勉強もできるといようなメリットもあります。滋賀県の奨学金とかも持っていますので、京大や滋賀医大、府立医大、滋賀県庁という人事をプールして受けるという形が取れるのではないかと思います。その意味では、一体経営はメリットがあると思います。

委員長)

メリットもあるし、デメリットもあるし、メリットはおっしゃる通りです。

私は客観的な話しかしませんが、このような湖北医療圏の医療の生死を分けるような時に、市の担当幹部がこんなことも知らないというのは問題だと思います。

今後3－0、0－3、あるいは中間案になったとしても、交渉するのは市です。日赤との交渉、労働組合との交渉、それ以外との交渉の全部が市です。今からでは遅いくらいですが、勉強しておかないといけません。

委員)

難しい内容で、私も3回来ていても、なかなか把握できていないですが、医師の派遣は、先ほど10人送るところが、7人になるとかおっしゃっていました。

お医者さんの働き方改革を中心に考えているための統合だと思っていたのです

が、派遣の人数とかにも関わってくると思います。

そもそも、最初の開会の挨拶に、市民が安心して暮らせるためにとおっしゃってくださったが、聞いていると不安がいっぱいになってきました。

委員長)

最終目標は、湖北医療圏の市民の医療を基本的に維持していくと。今も他の地方都市よりは優れていますけれども、維持していくためには、医師が必要で、そこを中心に考えていかないといけないと思います。

もう1つは地域医療をうまく提供できても、市の財政が大きくなると、最終的には税金で成り立っているので困るわけです。

市の財政負担と医師派遣、あとは、できるだけ医療従事者も連携しやすく、働きやすいような形にならないといい医療が提供できません。それから最終的に市民の医療をよくするということで、三位一体で総合的に考える必要があるわけです。そのため、色々なファクターを考えていく必要があるということです。

委員)

先ほど委員がおっしゃったような一体的経営か一体経営かというような微妙なところもありますけれども、日本赤十字社から一番初めにプレゼンテーションをいただいて、もし、こういう形で指定管理を受けた場合は一体経営的な調整をしながらやっていくというご発言をいただいていますし、一方で、市民病院、病院事業の方からも、やはり1つにまとめた場合に、地域医療をないがしろにするようなことは絶対ないというご提案をいただいているわけで、事情の知らない者が、何か変に勘繰り過ぎているという風に感じています。

一方で、やはりそうは言っても、障害が少なくともあるであろう一体経営なり、一体的経営よりも、区分経営の方が望ましいといういい案があるのであれば、それを是非ご提示いただいて、同じ土俵の中で、どちらの方がこの地域医療のためによいのかという議論をしていただきたいと思います。

委員長)

まさにそうです。

委員)

是非その案を提示していただきたいと思います。はっきり言って、市の方にはその案はないと思います。

委員の先生方の方で、ここまでの議論を踏まえて、よりいい案があるということであれば、それを是非ご提示いただいて、それに必要な情報は委員の先生方から頂戴するということがよろしいかと思います。

次回は、基本的に一体経営か一体的経営か、その2つの方法について、どうい

形態が望ましいのかというのは、市の方から責任を持って資料を出していただきたいと思います。

今までもお願いしていたのですが、なかなか出てこなかった面もあります。判断に資するような、医師を始めとする人材の確保、地域医療の支援、政策医療の継続性、それをトータル運営する経営力というものが、どちらがいいのだろうかと。市の財政負担もそうです。場合によっては、その人材の所得や処遇を保証するということがあります。もしかして、施設を譲り受けるということになれば、その費用もいるでしょう。そういうところを対比した上で、どちらの経営形態の方が地域にとってより望ましく、かつ市の財政負担も抑えられるのかということを検討しながら、しかし、それはやはりリスクがあって、よりいい案がこちらにあるということであれば、それも是非ご提示をいただければと思います。

市の方には、一体経営と一体的経営を含めて、両案がどう望ましいかという資料について、市の方から責任を持ってご提示いただきたいと思います。また、委員の先生方が第三のよりよい案をお持ちの場合は、先生方の方からご提示いただければありがたいと思います。皆さん、そういうことでいかがでしょうか。

委員長)

その通りだと思います。

事務局)

本日、委員長からご指摘いただきましたように、私たちもさらに勉強を重ねてまいりますので、先生方からご意見いただければと思います。

先ほどの資料にもありましたように、全国の中でも本当に経験したことがない病院の再編に向けて取り組もうとしています。先生方には、本当に大変なことに取り組んでいただいているということも十分承知しています。私たちも日々悩んでおりますので、一緒にお考えいただきまして、6月にはいいご報告をいただけるようにということをお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

委員長)

ところで、市からの資料というのは、どんな資料でしょうか。

委員)

2つの経営形態のどちらが地域にとって望ましいのかについて、委員会で検討するわけですので、それを判断し得る資料です。

委員長)

それは市の考え方ではなく、この委員会の資料という意味ですね。

委員)

考え方ではないです。資料として出していただきたいということです。

委員長)

わかりました。

委員)

この事業が、全体としてうまくいくかどうかの鍵を握っているのは、リーダーとなってやられる方のやる気と、相手方にどこまで配慮して、そういうことを色々考えて、困難に立ち向かってやっていくかということになってくると思います。

これだけ大きい病院の経営統合ということになりますと、我々がいくらデータを見て、こっちの方がいいとか、あっちの方がいいとか言うことをやってもいいとは思いますが、その倍以上に、市と日赤でどういう風にやるのか、例えば、日赤がこういう風なことを懸念されるのだったら、市の方がどこまで折れるかとか、逆に市の方がこういうことを懸念されるというのだったら、日赤の方でどう対応するかとか、その辺りの話の方がもっと重要ではないかと思っています。

6月までにその辺を決めなければいけないということであれば、もう早々に腹を割った話し合いに入られた方がいいのではないかと思います。

委員長)

この再編は、数年、もしくは10年近く前から議論されていたとお聞きしているのですが、当事者同士では、どうしても自分の主張になってしまいます。

それを上空から客観的にどうなのだと、メリット、デメリット、選択肢というところを出すのが、我々外部の客観的な立場から検討いただいているメンバーと、それから地域で医療を色々な立場から担っておられたり、行政管理されたりしている方と、ここである程度の線を出さないと、1から色々やったところで全く進んでなかったわけです。

委員)

このままずっと睨めっこをしていたら、両病院とも医師の派遣で本当に立ち行かなくなりそうな状況なわけです。

私ども地域医療振興協会ですので、都市部ではなく、比較的地方の病院などで色々な話を聞きますけれど、一昔前までは、医師の確保が相当困難だという時代がありました。今、地方の病院では看護師が足りないから病棟が開けないということが始まっています。

その流れは地方都市、主に都市部でも広がってくると思われます。これはもう一体的にやる絶好のタイミングでやらないと、やはり双方並列していたら、おそらく立ち行かなくなると思います。

委 員)

本当に危機意識が大事です。

委 員)

日赤も十分ご理解いただいているのではないかと思います。市の方とその辺をどうするか腹を割って話し合われた方がいいのではないかと思います。

委員長)

ただ、市立病院・3病院独法という選択肢もあるわけですから、どれが妥当なのかという検討をなさいということですから、これはこれで双方のメリット、デメリットをきっちり検討しないといけません。

委 員)

どなたかが調停人として入られてもいいと思います。

委員長)

ある意味、ある種の調停ですね。

そういうことも含めて、これがいいですよと、経営統合のメリット、デメリットはこれですよというところまでが我々の議論になります。

そこから市長が、どれかを決断、選択されて、具体的な交渉はその後が始まるわけです。市長も数年かかると言っていました。

もちろん、その交渉が3年、4年と長引く可能性もあります。今、オブザーバーなり、両病院事業なり、大学なりにお越しいただいているのは、現場でやっている方を無視するのではなく、それぞれの立場から医療を担っておられる方々のご意見をお聞きしながら、客観的に決めていく場になっているわけです。

長浜市病院事業)

この委員会は、元々長浜市立病院の経営形態を検討していただいているということで、今日は突っ込んだところまでご議論いただいて感謝しております。

市民代表の委員も、市民のことを大事に考えていただきたいとおっしゃっておりますし、長浜市病院事業としても、ステークホルダー、その一番大事なのは市民であるということを委員会でも何度も申し上げております。その目線で、委員の皆様にご議論いただけたら大変ありがたいと思っております。

事務局)

本当にたくさんの意見をいただきました。個々の経営形態検討委員会の場合だけにはとどまらず、たくさんのご意見をいただいたと思っています。

今日お話いただいたことを一度整理しまして、検討委員会でお話いただくことと、また、保健所と一緒に再編について考えていくこと、日赤とお話することなどを整理させていただき、進めていきたいと思います。

私たちの大事にしたいのは医療を守ることです。働いている方をどう守っていくのか、そういうことも含めて考えていきます。もう一つ、財源のこともたくさん考えることがありますので、皆さんからご意見をいただければありがたいので、よろしくお願いいたします。

委員長)

長浜市病院事業管理者が最後におっしゃったように、最終的には市民のために今後どうしていくかということです。それが至上命題です。そのためには、医師を確保しないといけないし、医療の質を担保しながら、効率的、効果的に医療を提供していかないとけないと思います。それから市の財政負担を増やさないようにしないといけない。それが大事です。そこを大前提として踏まえながら進めていくべきだと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これで委員会は終了とさせていただきます。ありがとうございました

7 閉 会

以上