

第 3 回笠間市立病院のあり方に関する検討委員会 会議録

日 時	平成 1 9 年 1 0 月 1 1 日 (木) 午後 6 時 3 0 分から午後 8 時 4 0 分
場 所	笠間市役所 大会議室
出席者	<p>【出席委員】 1 飯田 要, 2 石本 誠, 4 大久保 一郎, 5 桜井 一義, 6 高木 安雄, 7 常井 実, 8 森 重正 (委員会資料名簿番号順)</p> <p>【欠席委員】 3 茨 常則,</p> <p>【出席を求めた者】 石塚市立病院長</p> <p>【事務局】 石川副市長, 永井市長公室長, 仲村保健衛生部長, 中村市立病院事務局長 保坂福祉部長, 健康増進課佐久間課長補佐, 高齢福祉課石井主査 高野行革推進課長, 櫻井行革推進課長補佐, 根本係長, 福嶋係長, 記録者</p>
協議事項	<p>【協議事項】</p> <p>(1) 市立病院の現状と課題及びあるべき経営形態について</p> <p>(2) その他</p>

会議内容	
事務局	<p>それでは、まだお見えになっていない委員さんもいらっしゃいますが、定刻となりましたのでただ今から第三回の笠間市立病院のあり方に関する検討委員会を開催いたしますのでよろしくお願いいたしたいと思います。本日の会議につきましては前回と同様に 20 時 30 分までの予定でございます。よろしくお願いをいたしたいと思います。会議につきましてはお手元の次第に従いまして進めさせていただきたいと思ひます。なお、本日は茨委員さんが欠席となっておりますのでよろしくお願いをいたしたいと思います。</p> <p style="padding-left: 2em;">始めに高木委員長よりごあいさつをお願いいたします。</p>
委員長	<p>今日は第 3 回となりまして、中間報告や最終報告を念頭におきながら、まとめに入りたいと思ひますが、今日まとめるといふことではありませんので、忌憚のないご意見をいただきたいと思ひます。よろしくお願いをいたします。それでは資料に沿って事務局のほうから説明をいただいて、質疑をしていきたいと思ひます。それでは説明を事務局からお願いいたします。</p>
事務局	<p>それでは資料 1 についてご説明させていただきます。資料 1 をお開きいただきたいと思ひます。茨城県保健医療計画及び地域ケア構想について、でございます。県におきましては医療制度改革に伴い、保健医療計画、地域ケア体制整備構想、健康増進計</p>

画、医療費適正化計画と、四つの計画を今年度中に策定することとなっております。この中の保健医療計画についてですが、現在の医療計画との大きな違いについては、4ページをご覧くださいと思うんですが、4ページのイメージ図にございまして、これまでの医療圏ごとの階層型構造の医療提供体制から地域における医療連携体制を構築するというもので、右側の下段にあります枠の中に考え方が示されてございます。次に地域ケア構想についてでございますが、こちらにつきましても、やはり15ページのイメージ図をご覧くださいと思います。この地域ケア構想の一番重要なポイントといたしましては、右側の一番下にあります療養病床転換推進計画というもので、平成23年までに介護療養病床を完全に廃止するとともに、医療療養病床については策定中の医療費適正化計画に定める数値目標を達成するという内容でございます。県におきましては療養病床の転換に関しまして、医療機関に対するアンケートを実施しましたが、来春予定されております介護報酬、診療報酬の改定状況を踏まえて、現状では方向性がかめられないため未定というような回答が圧倒的に多いため、転換計画数の設定に苦慮しているというような状況でございます。このように医療制度改革で位置づけている保健医療計画や医療費適正化計画については、平成20年度を初年度とする計画であり、地域ケア整備構想については、それらとの整合性を図るために策定期を平成19年内としておりますが、現時点での具体的な数値目標等の設定には至っていないという状況でございます。以上です。

事務局

それでは資料2、笠間市保健医療についてのアンケート結果についてご報告いたします。なお、集計につきましては9月20日現在でございます。調査対象は2,000人で、うち711人の方に回答をいただきました。回収率は35.55%です。始めに4ページをご覧くださいと思います。回答をいただいた方の年齢ですが、50歳以上の方が全体で61%と、高齢者の回収率が高くなっております。それでは保健医療についての内容についてご報告いたします。10ページをご覧くださいと思います。保健医療福祉について、問27ですが、笠間市の医療については(1)笠間市内の病院の数についてたくさんあると答えた方が約60%となっております。(2)の身近な病院については約68%(3)診療科目の間では友部地区の約45%と地域間によって差が表れております。(4)の小児医療体制については不満足と答えた方が約56%となっております。これは全国的な問題でもあると思います。問28、保健医療の中で何に関心があるかどうかをお聞きしましたが、どの分野についても約70%以上の方が関心があるとの回答でした。(1)救急医療体制については約84%の方が関心があると答えています。(2)の小児医療救急医療については、各地区ともあまり変わりなく約71%と大きな数字が表れております。(3)の三大疾病ですが、約83%、(4)生活習慣病78%、(5)病院に関する情報では約81%、(6)在宅医療の体制では約73%となって関心の多さがうかがえます。次に17ページをご覧くださいと思います。問29、かかりつけ医につきましても、各地区とも約60%の方がいると答えています。問29でいると答えた方について、その地域にかかりつけ医がいると答えた方が多く数字に表れています。しかし無回答の割合が約40%という数字が示されております。問30、軽度の病気については、かかりつけの医師へ約50%の方が、近くの医院へは約25%の方が答えています。内訳としまして問29でかかりつけ医がいるとした人は軽度の病気の際にかかりつけ医に行くと答えています。問31、往診、訪問介護など在宅医療については、約78%の方が利用を希望しております。問32、交通手段の質問ですが、自分で運転していく方が各地区とも70%を超え、家族の運転では約49%と大半の方は自宅から自家用車で受診

会議内容

に行くようです。交通機関が整備されていないことも一つの要素として考えられます。次に 21 ページをご覧くださいと思います。問 33, 夜間, 休日に急病となったときの医療機関については, 全体では地域の当番医が約 37%, かかりつけ医が約 15%, 救急車にまかせるが約 35%となっています。地区ごとの特性として笠間地区においては地域の当番医療機関が他の地区に比べて一割程度低くなっております。問 34, 医療機関を選ぶ基準の問いについては, 診療, 治療が信用できるが約 62%と高く, 次いで高度な治療や精密な検査が約 35%, 自宅, 職場から近いが約 32%となっております。問 35, 医療について今後望むことについては, 一番に病気や治療について十分な治療や説明を受けることができるが最も多く, 次いで休日診療の医療の充実, 三番目は安心して入院できる病院の他の順になっております。次に 24 ページをご覧くださいと思います。問 36, 食生活習慣について尋ねたところ, 9 割以上の方が規則正しい食事をしているという結果がでています。次に問 37, 定期的な運動に関する質問については, 地区間の差はそれほどなく, 週一回から二回以上運動している方は約 46%となっております。また, ほとんどしていない人も 39%となっております。問 38, 住民健診の受診についてですが 26 ページをご覧くださいと思います。受診している方が約 40%である反面, 受けたことがない方が約 24%, 医療機関にかかっているため受診しない方が約 19%となっております。問 39, 生活習慣病, 健康管理については, 一番に運動不足, 二番に肥満, 三番に塩分の取りすぎと, 三地区とも同じような結果がでています。問 40, 健康状態, 健康意識についての質問に対しては, 健康である, まあまあ健康である, を合わせて約 72%の方は健康であるという認識をもっております。以上でアンケートの結果についての報告を終わります。

事務局

笠間市立病院の役割といたしましての資料 3 でございますが, 前段におきましては先ほど説明いたしました資料 1 の茨城県保健医療計画及び地域ケア構想についての要約したものでございます。中段には笠間市としての総合計画, 第 1 回目の委員会にお配りしてございます総合計画の内容を要約したものでございます。その下の笠間市立病院の任務ということでございますが, 笠間市立病院条例第 3 条において次の 3 点を規定しているということで, 国民健康保険その他社会保険の趣旨に基づき模範的な診療を行い, 国民健康保険事業を円滑に実施すること。2 としまして笠間市における保健施設の中核として公衆衛生の向上及び増進に寄与すること。3 としまして国民健康保険の診療及び保健施設に関する研究を行い, 国民健康保険の健全な運営に貢献すること。国, 県の上段にあるようなことが進められている中で, 笠間市としましては条例で規定しているように市立病院の任務を認識しまして, 市民にとって市が病院を持っているという環境の中で, 少子高齢化の現実的な問題に対応する体制を保健, 福祉, 医療の連携の中で作り上げ, この問題の解決の一端を担う機能を市立病院が持つことが重要なことと考えている。というようなことでございます。全体的には総合計画の中の表現ということもございますが, 抽象的ないいまわしというようなことになってはおります。それから, 次のページでございますが, 参考ということで公立病院に求められるもの。これにつきましては, このあとでできます参考資料に公立病院改革懇談会第三回の一部を抜粋してございます。以上でございます。

市立病院長

笠間市立病院の院長として, 現在の病院の立場をどのように理解し, これからどうしたらいいかと考えているかについて意見を述べさせていただきます。日本経済は成長から成熟期へと移行し, 従来のように継続的な経済成長とそれに伴う税収の増加が

見込めない社会となっています。しかも少子高齢化により、福祉、医療の対象者となる高齢者はますます増え、税や社会保障費を支払う若年者は減少しつつある。このように逼迫する医療財政に対して、行政は地域連携と称した病院の住み分けを推進しています。選択と集中の原則により、地域の特定病院のみを高度医療を施せる急性期病棟に指定し、看護体制などにより診療報酬にも差をつけているのがそのあらわれです。高度医療を施し高コストだが高報酬の得られる大病院と、軽症患者を診断、治療する低コストだが低報酬しか得られない中小病院に分けられようとしています。昨日の茨城新聞でも県内の有床診療所が、ここ10年で4割減少したことが報じられていました。また、医療の必要性が少なくなった慢性期患者は療養型病床を将来的には縮小、転換することにより、医療から切り離す方向で制度改革が進んでいます。入院期間の長期化に伴う診療報酬の逡減制などの診療報酬の削減もあり、規模の小さい有床医療機関の生き残りは困難になってきている。急性期から慢性期までとりあえず来た患者さんは何でも診ますというような、地域の中でどのような役割を受け持つのかを明確に示さない病院は特徴のない病院として患者から見放されてしまうという意識を持つ必要があると認識しています。また公立病院として、民間医療機関による提供が困難な医療を提供することが求められています。当院が存在する地域は、山間僻地、離島などの過疎地域ではありません。また高度、先進医療や救急、災害医療を担えるような規模でもありません。しかしこの地域には高齢者の在宅医療、そして回復期、亜急性期医療において改善すべき点があるのではと日々の診療上感じるが多々あります。そこでこの分野で存在意義を示せるように以下のように努力していく必要があると考えました。まずは在宅医療の中心的存在になるということです。前述のように療養型病床が転換されるなど施設から在宅への転換が図られているため、在宅医療はますます重要になってくると考えられます。重度要介護状態の高齢者は医療の必要度も高いことが多く、感染症や慢性疾患の急性増悪により頻回の入院加療を必要とします。多くの場合専門的な治療を要しない状態であり、県立中央病院における高度医療を必要とすることは少ないのです。在宅医療と入院診療を継続して行い、退院時にはケアカンファランスを開いてケアマネージャーや訪問看護師との連携を図ることで、きめ細やかなサービスを提供することができると考えています。周辺の開業医の先生方には市内に住んでいない方が多いので、夜間、休日の対応が困難であることが問題になります。訪問診療を必要とする患者さんや、頻回に入院を必要とする重度要介護患者さんを紹介してもらえるようになれば、当院で対応することが可能になります。現在でも当院に紹介による入院歴がある場合には夜間、休日でも開業医の先生の紹介なしでも診察、入院対応をしております。二番目に模範的な高齢者医療を推進します。手術や特殊な検査など高度医療を必要とする場合には、県立中央病院に積極的に紹介しますが、前述のように高齢者医療には高度な機械や技術を必ずしも必要とするわけではございません。また、薬物治療を行う場合でも、高齢者は多くの疾患を重複して持ち多剤服用による副作用も起こりやすいので、効果と副作用、費用をよく勘案する必要があると考えています。薬の効果とその限界について十分な説明を行い、食事指導や運動療法など薬以外の治療を積極的に進めていきます。薬剤師による服薬指導、管理栄養士による個別指導、集団指導などを充実させていきたい。三番目に地域医療の中で回復期、亜急性期の役割を担いたいと考えています。県立中央病院のような急性期病院は出来高払いではなく包括支払いのため、入院日数が短縮化されています。退院を勧められた時にすぐに退院できる状態であればいいんですが、まだ治療の途中であったり、在宅や介護保険施設に移行できる慢性期にならない状態であったりすること

も実際には多いのです。そもそも介護保険施設の空きが少ないことも多いので、回復期、亜急性期の入院需要はますます増えるのではないかと考えています。経験上、急に脳卒中などで介護度が重くなった場合、家族もすぐに受容できないことが多いようです。当院でワンクッションおくことで、栄養の投与方法や痰の吸引の仕方などを勉強することができ、在宅介護をする自信がつき在宅に移行できたケースもあります。四番目に保健予防活動への積極的参加を挙げます。メタボリックシンドロームに象徴される肥満、糖尿病の増加は、様々な合併症を引き起こすことで医療財政を圧迫しています。高血圧や高コレステロール血症が薬で容易にコントロールできることが多いのに対し、肥満、糖尿病は食事、運動療法の継続が良いコントロールを得るには不可欠です。今年度は笠間、岩間、友部地区において、メタボリックシンドローム、糖尿病予防の健康教室で講義する機会をいただきました。公立病院として、また医師会の一員としてこれからも保健予防活動に参加していきたいと考えています。次にこれからの課題についてですけれども、まず医師の確保です。現在常勤医二名体制であり、病院として必要な三名の定数を満たしていません。休日の日当直の一部を非常勤医師に頼んでいるものの、ほぼ二日に一回の当直となり拘束時間が長く、長期休暇をとることも困難な状態にあります。外来、入院業務以外に検査や介護保険主治医意見書などの書類作成、院内勉強会の資料作成など、かなり忙しい勤務内容となっています。検討委員会で病院として存続することになれば、できるだけ早く三名体制をとる必要があります。その場合には病院の理念に共感し、長期間いていただける医師であることが望ましいと考えております。次に回復期リハビリテーション機能の強化ですが、現在でも看護師を中心にリハビリテーションに取り組んではいけるものの、地域で回復期病床の役割を担うのであれば、それなりの専門性を持つ必要があります。ニーズを調査した上ではありますが、理学療法士などにも参加してもらうことを考慮したいと考えています。三番目に特定健診、特定保健指導への参入です。メタボリックシンドロームを意識した健診、保健指導が来年度から開始されます。当院としても予防を重視する立場から、また、できるだけ窓口を広げて多くの住民が気軽に受けられるように、可能な限り参入したいと考えております。このことで検査件数も増え、放射線技師や臨床検査技師の有効活用もできる利点もあります。四番目、夜間、休日診療の開始を挙げています。高齢者には家族の介護がなければ通院できない方もおります。家族が日中働きにでているために、通院する機会を失っていることもあると考えられます。また、特定健診等に参入するということであれば、受診しやすくなるために受付時間に配慮する必要がでてきます。このため週一回でも夜 7 時位まで診療時間を延長したり、土曜の午前中だけでも診療したりしてはどうかというふうに考えております。最終的な目標としては、住民、高齢者が、住み慣れた地域、在宅で安心した生活を最後まで過ごせるように医療面で支援するというのを大きな目標としております。あくまでも高齢者支援は福祉サービスや訪問看護、県立中央病院、医師会の先生方との連携の上で成り立つチーム支援であります。当院の役割を明確化、明言化することにより、連携はより取りやすくなるのではないかと考えます。当院がどのような病院であるか、まだ十分に知られず、十分に利用されていないということが大きな問題ではないでしょうか。また、その役割を十分に果たすよう努力することで入院患者も安定して確保できるようになれば、経営も安定するのではないかと考えます。以上です。

委員長

ありがとうございました。次の資料5については私の方から報告させていただきます。今日欠席の茨委員の考えで、ここにありますように、事務局と一緒に9月に意見

会議内容

の聴取を行いました。その簡単な報告です。茨委員は、市立病院は市民の貴重な財産であり、これを簡単に失くしてしまうのは問題がある、むしろこの貴重な財産を守りながら、どのように生き残っていくかを慎重かつ大胆に検討する必要があるというのが基本的な考え方・スタンスです。具体的な改革については、今も院長からありましたが、市立病院の将来を考えると高齢者医療を中心に考えて、訪問看護や介護にも力をいれ、なおかつ、高齢者の住宅という地域の需要にも応えることが必要だというのが第1点です。第2点目に、市立病院は医療といいながら、介護保険の介護の部分が非常に大きいので、保健、医療、福祉、介護全体を包括的にコーディネートできる事務長が必要ということです。そのもとで、主婦のパートとかボランティアなどをもっと活用すべきであると強調しています。3点目に今の病院をみると、行政が非常に重荷に感じているのは分かるけれども、安易に独法化して、公務員型の独法化は意味がないし、指定管理者も各自治体のこれまでの状況をみると、補助金をむしろ増やさなければいけないようなこともあって、慎重に検討すべきであるといっています。今も院長からお話ありましたが、病院長に希望を持たせることができるように、独法化の非公務員型で院長に自由にやらせるのも一つの考えです。これはあくまでも彼の意見であります。第4点目は、30床の小さな病院だけれども、開業医では出来ない医療や介護のサービスを提供できるように改革すること。看護師の賃金も、民間病院並に引き下げて再出発することが求められる。市の行政はそれを支えることが重要だということであり、この貴重な財産をどう守って再出発させるかというのが茨先生の考です。

他に資料については事務局の方で追加的に何か説明がありますか。それでは、資料について質問等をご自由にとお思います。

これは県の資料で、8月段階ということで、例えば、友部地区、笠間地区、療養型病床の転換でどう動くかという細かいデータはまったく入っていないですね。

事務局

まだその状況には至れないという話がありました。

事務局

前回の会議で、あればというお話のなかで、調査をしましたところ、この程度しか茨城県においてはできていないということでございます。

委員

10月11日というのは資料をもらった日ですか。

事務局

8月20日の県の会議を受けた資料でございます。

事務局

スケジュールの中にも11月という中に第3回の保健医療計画部会というようなことで開かれるということで、今の段階は間がとんでるような状況です。

委員長

医療圏ごとに例えば、救急医療が笠間地区でどういう数字が入っていくかについて、笠間市立病院をどの程度カウントするのかという計算が必要になる。まだ数字が出ていないというのが分かっただけで、茨城県の取組みは一番遅れている感じがする。

委員長

資料2の地区別の回収率はできていますか。

事務局

回収率を申し上げます。笠間地区36.2%です。友部地区が35.7%、岩間地区が33.9%です。

会議内容	
委員長	勉強のために聞きますが、友部地区は人口流動があって、永く住んでいる人が少ないという調査結果ですが、イメージに合っていますか。身近な病院があるという回答が友部地区が 45%と結構高くて、市立病院をいつているのか、これ以外をいつているのか、どうですか。
事務局	県中あたりかなとは思っております。
委員長	やはり、県立中央病院ですか。かかりつけ医がいると答えた人を地域で見ると、岩間地区というのは友部と岩間で分かれていて、他は笠間は笠間、友部は友部という割合が高い。岩間だけは二つに分かれて、イメージと合っていますか、要するに岩間には病院がないということです。
事務局	岩間には 4 医療機関しかありませんので。
委員長	住民健診のところで、年に一回程度受けている、2 年に一回程度受けているで、低いのは友部なのです。これイメージに合っていますか、友部の人は忙しいのですか。
事務局	そうですね。友部の方は会社ですか、勤めの方がおりますので、職場での健診というのがあるんですが、勤め関係かなと思っております。
委員長	27 ページの問 40 で見ると、健康であるという意識が友部は高いですね。
事務局	やはり友部は若い方、平均年齢が若いというようなことで、こういうのも影響しているのかなと思います。
委員	前回、聞き落とししたんですけれど、この調査は住民対応として回答者は世帯主としているのですか。18 とか 19 の人が回答が少ないというのもあるんですが、対象はだれがというのは書いてあるんですか。
事務局	回答としましては郵送したご本人の方に、あて先の方です。
委員	そうすると、女性の方が回答率 6 割になっているのですが、女性宛にだしたケースが多い、対象が女性の方が多いということですか。だからこういうことなのです。送ったのは旦那さんあてだったけれども、奥さんが書いたのかということ。女性が多いというのはそういうことが多いということなのかということ。それとも、高齢者単身の女性が回答しているのか。
事務局	私の方からいいますと、2,000 名の方に無作為でランダムで抽出いたしました。18 以上ということでやりまして、その方についての男性女性の比率は、ほぼ同じくらいで、回答の中でこのような差があったということになると思います。代理の方が 7%、本人の方が 86.8%ということでございますので、そういう回答だったと、こういう結果になっております。

会議内容	
委員長	年代別の回収率はですよね。答えた人がどのような人かというのをつかむという意味で。
事務局	4ページに年齢別の統計が載っております。
委員長	これは回答した人でしょう。
事務局	そうですね。
委員長	男女とか高齢者など何か違う軸で見ることできるのかなと思います。
委員	10ページの市内の病院の多い少ない、27の1ということで市内の病院がたくさんあるか少ないか聞いていますけれども、聞かれたほうは多分、本当に市内全体を見ているのか、自分の近辺の状況を見てお答えになっているんじゃないかと思うんですが、友部地区は他と比べてかなり多い、そう思うどちらかといえばそう思うという答が多いというのが特徴かなという気がしますね。
委員	26ページなのだけれども、住診の話がありましたが、岩間地区が住民健診を一番受ける率が多いのは、地域みんなで住診にいくとか、声をかけあっていくとか、地域福祉といいますかね、あとは食生活改善委員とかグループの人たちが一生懸命活動しているということが他の地域と比べて高い関心があるということなのでしょう。
事務局	毎年ですね、受診率を上げるということで、バスを町内走らせまして保健センターで一括健診するというようなことをやっていました。
委員	岩間地区だけですか。
事務局	はい、そうです。
委員	1番のアンケートで笠間地区の人には笠間地区で医療機関が多いかどうか、友部地区で医療機関が多いかどうか、岩間地区で医療機関が多いかどうかというのを分けて質問しているわけですねこれは。笠間市内の医療機関はどうかというと、合併して全部区域をとっちゃうのでしょうか。
事務局	このアンケートは全体的なかたちでとっております。分けてはいません。
委員	そうすると友部地区の人は、友部地区だけじゃなくて笠間市全体について多いかどうかということを知っているのですか。
事務局	そうです。
委員	聞いてはいるんですけど恐らく、そういう視点は回答している方はもってはいないと思います。

会議内容

委員長

住民は笠間市内の医療機関と聞かれても、自分の周りしか見ていないということです。だから友部地区が高く反応するというのは、ここの所に医療機関が多いという話で、地域差が出たところもある。次に資料3に関して質疑に入りたいと思います。

委員

本論に近いものに入ってくると思うのですが。総合計画の中でもですね、共に支えあって健やかに暮らせるまちづくりという、保健、医療体制の一層の充実を図るという中で、市が病院を持っているという環境の中で、少子高齢化等の問題に対して、解決の一端を担う機能を市立病院が持つんだ、ということが書いてある。それが大事だということが書いてあるのですけれども。基本的なことなので、できれば副市長さんの方でお話いただきたいのですが、この機能というのはどういうことを指しておられるのか、お聞きしたいのですが。

事務局

私のほうから補足的にお話をさせていただければと思います。今回の市立病院の役割という資料3なのですが、最後のところ抽象的すぎて何を言っているのか解らないということだと思います。実は前回の第2回目の会議の時に市はどういうふうな使命を市立病院に持たせているのかということでご質問いただきました。正直申し上げて明確な位置づけなるものは無かったのは確かでございます。それは、これまでの経過の中を見ましても、実際に友部町時代に国や県に対して何らかの報告をするとか、あるいは、町の議会での答弁に際して、市立病院の役割について町の考え方を表現するというのも無かったということがございます。第一回目の資料のときにつけさせていただいた旧友部町時代の国保病院の経営改善策についてというのがございまして、その中でも実際に病院の位置づけを検討することは必要でもあるが、当面、経費削減策等の経営改善策に取り組む、というようなかたちで、そういった面ではある意味で、現場の努力だけにまかせるというようなやり方をしてきた面があるのかな、というふうにとらえてはおります。今回、まさに経営形態の見直しということで、お願い申し上げているのですが、これでは済まないのではないかと、現場に頼るだけの話では済まない、まさに経営体を変える話だけでは済まないのではないかとということで、公立で30床というような状況、根本的な課題、宿命のような課題を背負っているのかなという中で経営形態の見直しに取り掛かっていく、ということがございますので、単に現状維持とか、あるいは、これからもっと拡大していくというようなことだけでは済まされないのかな、というところで、先ほど資料4のところでも院長からの発言にもありましたけれども、何らかの一定の機能というんですか、例えばですが高齢者の医療、在宅高齢者の医療、これは介護の中に加えるような医療でもあるかもしれませんが、あるいは民間を先導することが可能であれば在宅医療の訪問診療や訪問看護というものを、あるいは保健予防の分野で民間の核となるとか、夜間や休日診療で民間のできないようなことをやるとか、そういったことについて、それが全てが出来るってことではなくても、いずれかについて特化するようなかたちでの特定は可能ではないかな、というようなことを考えております。そして少し範囲が全適とか狭められるかたちにはなるうかと思いますが、一定の何らかの医療機能を保有しつつ公立病院の構造的な課題を解消できるような経営形態を目指していくべきではないかということで、資料の最後のところに参考資料で経営組織の諸形態ということで挙げさせていただいてはおりますが、そういった選択をマトリックス的に見ながら選択肢を選んでいただいてご議論をいただければありがたいのかな、というふうに感じております。

会議内容

委員

その中で、ですね、今お話の中ででていました、予防医療とか、あるいは介護支援の中での環境という部分のお話がありましたけれども、そういう中で経営形態を見直すことを、これは目標達成とのですね、すりあわせするのですか。経営形態を変えることで、こういう達成ができるのかなという、今おっしゃるような予防医療とか、それから福祉の在宅支援の業務等についてですね、必ずしもこうであるとか民営にした場合に採算性の関係からいうと、むしろ無理があると。そういう経営形態がそういう業務をやるのはなじまないんじゃないかなという気がするのですよ。民営ということもこの中でいくつか独法の他に書いてありますが、経営を、採算性をあげるということになるとやはり、予防医療とか収入に直接結びつかないような業務については、どうしたって切り捨てていかざるを得ないと思うのですね。ですから従来の住民サービスというか、進めてきた業務というのはちょっと無理があるのではないかなというような矛盾を感じたのですが。どうなんでしょうか。

事務局

まさに、そういった点を議論いただければと思ひまして、お願いはしたわけございまして市といたしましては、必ずしも採算一辺倒ということではない、かといって採算度外視して公立だからといって何でもやりますということとも違うと思ひますので、まさにそこが分かれ目と申しますか、そのへんをご議論いただければと思ひます

委員

非常に難しい部分だと思うんですが。

委員

2ページ目のことについて、公立病院に求められるものということで、今現在、国の方で検討されている一部なのですね。あえて聞きますが、1, 2, 3, 4, とでていますが、これは資料4にも係りますけど、なかなか、こういう四つの機能にぴったり合うというのはなかなか難しいことだと思うのですが、この懇談会の上での主な機能としては四つ書いてあるのですけれども、この懇談会ででていることは、どの程度守っていかなければいけないかというか、どの程度この1から4の役割については尊重していかなければいけないのか。誰一人考えてもなかなかこれに近いものは難しいという状況ですが。

委員長

これは私の意見ですが、基本的には論点の整理ぐらいの話であり、これに合わないからおかしいというのは決してありません。むしろ自由にこれ以外にも、このあとご議論いただきますけれども、石塚院長からの話、副市長からの話をふまえて検討していくことと思ひます。

委員

まず、大元が違うのだと思うのですけれども、議論する中で公立病院と一派一からげにしてでもですね、国で示しているこれらの病院については、もっぱら治療業務に関わる大きな大規模な病院、専門的な病院だろうと思うのですよね。先ほど病院長の話の中にもありましたように、非常に小規模な病院の中で、民間の先生方がなかなかやりにくい保健から介護支援の業務まで幅の広い分野の中で包括的に住民の医療を担っていくというような病院でありますので、なかなか国の指針とびたつとぶつけていくというのは難しいのかなと、こういうふうに思ひます。

委員

国の指針の1から4番、多分50床以下の現存している公立病院というのは代表格と

会議内容

というのが山間地域，ここは山間地域ではないのでなかなか難しく。別に私，無理にあてはめようとするわけじゃないです。要するに3の中で特殊，これは病院機能を抜本的に考え直さなければならないことですが，特殊部門でもこれは規模について書かれていないですが，小児医療や婦人科，産科等に特化した特殊部門にというのも選択肢としてできますね。これまでの経緯は無視していますけれど。そういうのも選択肢としては，あてはめればですが。そういうところもあるのかなというふうに感じたものですから。

委員長

病床規模別にデータを見ると，100床以下の病院は医療法人，個人病院が一番多い。その次に多いのは，自治体です。日赤，済生会などの公的病院と国立病院は大きいところしかない。今，大久保委員がいったように，100床未満の自治体病院の多くはへき地です。むしろそういう議論の中で，笠間市立病院は民間だってできる地域ではないか，30床で民間でもできる地域にあることが一番しんどい話です。これが，へき地ならいろいろ理屈つけて逃げられるのですが，特急が止まる駅前であって，へき地ではまずない。高齢化社会における30床の市立病院という機能を，どう時代に合わせるかというときに，高齢者のコーディネート機能は，民間ではうまくいかないから，市立病院を中心に考えて，みんなで地域ケアに参加しますよという軸など，次のステップを考える軸を示さないと，どうも30床の市立病院は，消しちゃえという議論の方が圧倒的に強いというのが私の感想です。公立病院のガイドラインは，整理の軸としては参考にするけれども，とられることはありません。

それでは続きまして，資料3についてよろしいでしょうか。では，資料4についてどうぞ質問いただければと思います。

委員

いくつか挙げられていますが，この中で最もやりたいことはどれになりますか。

市立病院長

やはり，在宅医療ですね。一番に挙げるとすれば。入院の患者さんをおある程度安定して確保するには3番の回復期，亜急性期の入院加療の役目を担うことになります。

委員

要するに在宅をしっかりとやって，そのためにベッドが必要になるという，そういう意味ですか。

市立病院長

はい。

委員

自治医大からの2名の派遣というのがあるのですけれども，医師不足の中でどんどん引き上げられてしまうという状況の中で，こういったことは割と簡単に出来ることなんでしょうか。

市立病院長

これは簡単にできることではないです。

委員長

どんな改革プランを作っても，医者が引き上げられたら終わりです。そこが問題で，改革プランを練っても医者が確保できるかどうかで，がらりと変わってしまう。医者の確保が全てですね。

委員

市立病院で30床のベットで生き残りをかけるとしたら，私のところはベット無いで

会議内容

すから在宅で診ていて、ご年配の方が呼吸器感染とか腹痛、脱水症状になって在宅で診られないという場合は市立病院さんへお願いして、石塚先生にお願いしてやっているのですけれども、そういう生き方しかないのかなと思うのですけれども。あとは市立病院が特化できれば、さっき先生が言われたように、小児科とか産科とか、そういうドクターを集めてこられれば、そういうことだとすると存在意義がでてきて生き残れるのではないかなと思うのですけれども。現状の石塚先生はじめお二方の先生でやっていくとなると、やはり在宅医療で周りの医師会の他のドクターにも聞いたのですけれども、聞いたときに夜間とか入院させていただきたいというニーズはあるのですね。そういうところで医師会決めきれないのかなとも思うのですけれども、ご自身の考え方としては。それから最後に書いてある回復期リハビリテーション機能の強化とかとなると、今度は理学療法士を雇うとなると今度拡充になりますよね、それに対して人件費が増えた分だけ経費が、要するに経営が悪化する可能性があるのではないかなと思うのですね。かえてそういうのはしないで、在宅と、一時的に避難所的に短期間の入院で、次また良くなれば老健施設なりで在宅に戻せれば戻すという、のほうが生き残れる可能性はあるのかなと思うのですけれども。

委員

常井先生が言われることはこの間うちの医師会の理事会のときに話がでて、市民病院が市民病院のままの形態であるならば、という想定だったのですけれども、それはやはり先生のところと診療所が連携して、24時間対応の在宅医療、そういうのをやっていければいいんじゃないかという。それでもそれはいろいろな科全部できるわけじゃないのですけれども、それができるのであればそれが一番生き残る道だと。ただ、一つ問題があるのは、やはり24時間やるとなると、常勤の先生が二人だけで、毎日いろいろなところから電話が来て、自分で診ていないところの患者さんを、それを引き受けて診られるかどうかということ。先生はものすごく熱心な先生、本当に感心して尊敬しているのですけれども、もっと他の先生たちが、そういうことで一緒に仕事をやっていってくれるのかどうか、そういうことも心配される。いくら先生一人ががんばっても、がんばれない部分があるのではないかと、そういう場合での医師会の理事会では病院のままでやってくれるのだったら、24時間対応するのがありますよね、保険の点数でね、そういうところの間の病院になってくれたらっていう先生方がおります。

委員

なかなか難しいと思うのですけれども、先生も積極的にですね、今みたいな事業を展開していく。また積極的に市のほうも本腰入れてやるということになった場合、先生方のほうでお話して何とか入っていただけるように。可能性はどうかのですかね。環境がよくなないと来ないですよ。

市立病院長

やはりこういう規模の病院で、今専門医志向の先生もいらっしゃると思いますけど、やはりこういう地域医療とか代替先生というのも別にこれはいると思うのですけれども。開業するのではなくて、こういう自治体病院などでやりたいという先生もかなりいるとは思っています。やはりそこで重要なのは市の行政、うちも行政なのですが、関係がうまくいっていないと、病院に来ようという気持ちにはならないんじゃないかなというふうに思います。ですから明確に役割を担えるということであればそこでがんばってみようという先生も必ずいるはずだというふうに僕は思っております。

会議内容

委員

先ほど来てでいる在宅支援についてもですね、今からどんどん高齢化が進む中で、そういう需要も高まってきますし、また、この中で予防医療のことも書いてありますけれど、保険財政もいくら国で支出をおさえる策をいろいろなことをやったとしても、絶対的な数字というのは間違いなく上がってくると思うのですよね。そういう中でやはり目に見えないで実際には病院の収入として数字があがってこないで、やりがいがないっていえばやりがいがないのですけれども、保健医療活動という中でね、やはり保健センターとタイアップして強力でそういう施策を推進していくのが、当面一般会計には影響がでてこないとはいうものの、トータルとして経費削減に大きく貢献してくるような気がするのです。全国的にはそういう成功しているところがたくさんあるわけですから。そこまで大規模なものは出来ないまでも、いくらからでもやはりこういう中でそういうことも一つ考えていく必要があるのではないかと、病院のほうとしてはそういうことも一つ活動方針に入っていますけれどもね。今後見た中では非常に重要なのかなという気がしますね。

委員

大変院長もご苦労されて、敬意を表するところですが、在宅医療の中心的な役割ということに関して医師会の先生方のご理解があつてですね、やらなきゃいけないことに関して空白があるのであれば、公的なものはしっかりみていくのであれば公的な役割はあるのではないかと思います。ただ私は一点だけこれに付け加えるとしたらですね、先ほど模範的な診療と書いてありましたね。在宅医療の模範的なシステム作りを笠間市というユーザーのオリジナルの模範的なモデルを作成されて、そのモデルを市内に展開し、そういったモデル事業をやって、市内全体に展開するというのをすれば公的な役割として認められるのではないかと思います。それとこれは在宅のモデルとして評判がよくなってくればですね、恐らく将来在宅医療をやりたいという人が笠間の市立病院に臨床したいというような人がでてくるかもしれません。特に若い人が関心を持って来てくれるようなモデル的な模範的な理想的な在宅医療システムをですね、この機会に志向されるということを目指してですね、これは非常によろしいのではないかと思います

委員長

今、大久保委員からでた模範的な高齢者医療の推進について、これから大きな柱になるが、ただ、それにしても、院長の説明ではまだまだ視野が老年医学に偏っており、もっと包括的な高齢者ケアの視点が求められる。先ほど言ったように地域医療に参加したいという医者は確かにいる。院長のこの方向性は私もまったく賛成で、これをどう具体的なアクションに落とし込んでいくかというのが私の感想です。もう一点だけ聞きますが、回復期リハビリテーション機能といっても、ここはリハビリの施設認定とか取っているのですか。

市立病院長

いません。

市立病院長

院長としてはリハビリテーションという意識を持っていくということしか言えませんけれども。

委員長

看護師もリハビリはできる筈ですから、現有勢力で可能な限り在宅復帰のためのリハビリの取組をして、そこで輪が広がってくればもっと強化するという工程を進めるのがいいと思います。もう一点質問しますが、県立中央病院から入院患者の何割ぐ

会議内容

らいが入ってくるんでしょうか。

市立病院長

そのときの状態にもよりますけれども、やはり1割から2割くらい。

委員長

参考資料の3について、少し補足的に先ほど副市長の方から説明ありましたが、これは何を意図して、どんなことを検討していこうというのを、ご説明いただけますか。

事務局

私の方から少しふれさせていただきたいのですけれども。今回経営形態の見直しということで、ご検討いただくということなのですが、上に事業形態だとかというのがあって、選択肢がここに例として1から5までございます。それともう一つには今回の経営形態ということで、その選択肢も直営で言うと、ア、イ、ウとありましての民営化ですね。指定管理者と地方独立行政法人に民間事業者ということで、廃止とありますが、これは実際に見直しということを考えていくと、どんな組合せで考えていったらいいのかみたいなことも一つ議論の余地というか検討の余地があるんじゃないかなということで、考え方としてなのですけれども、例えばですが、縦軸、横軸に経営形態と事業形態とを表してみても、マトリックス的に見たときに、どんな選択肢があるのか、極論としては例えば現行30床の病院で直営というのが今の状態で、一番左の端にあって、斜めにぱっと見たときに最終的には1の事業形態がの廃止で経営形態も廃止みたいなことになるかと、一番極論になってしまうのですが、ただ、そうは申し上げましても、私先ほど役割のところでお話させていただいたように、一定の医療機能を保有しつつということをお話させていただきましたが、そうするとある程度、廃止論というのは検討に含めていただくには極論過ぎるので、どうかなということで、焦点を絞り込んでいただくのに、この考え方を利用していただければいかがかなということで、ご提案をさせていただいております。マトリックス的に枠がある中で、大体このへんのところというように、少しぼんやりながらもですね、焦点を絞つつご議論いただくと、もう少し方向性をだすのに有効になるのかなということで、ちょっとこの参考資料では分かりづらい部分もあるかと思うのですが、そこから先に行ったときにもっとはっきり示せるものが無かったものですから、このようなかたちでしかお示しできなかったのですが、そんなことを意図しながら参考資料として挙げさせていただいております。

委員長

例えば、診療所が19床と10床と二つ書いていますが、この分岐は何か意味があるのですか。有床診療所であれば、19床でいいわけで、それをあえて10床で切ったというのは、動機や意図で何かあるのかという質問です。

事務局

特別意図して10という数字を挙げているわけではございません。19から0になってしまうので間をとっているだけです。

委員

医療実績もこれくらいですよ。実際の入院者数もね。10から13ぐらいのところだった。

事務局

そうですね、前に説明したとおり平均で入院は12ぐらい。

委員

廃止という選択肢は一応混ぜてはいますけれども、今までの雰囲気ではこういう選択

会議内容	
	肢は無いのですが。医療としては廃止ですけれども、老健，特養という転換というのは，そういう前を向いて廃止というのは，これは全く議論していないことです。
委員長	実質的に療養病床なのだから，転換にしようという話ですね。
市立病院長	実際には介護度の高い人が急性期に入ってくるという基本的にはそういうことなので，例えば療養病床というだけではないというふうに理解しています。実際にどういう入院患者さんが多いかということは前回お示したように，一応要介護度の高い人が急性期，肺炎などをおこして，入院してくる病院なので，療養型というのはあまり。
委員長	医療区分とかのデータはとっていますか。療養病床の慢性期の医療区分のデータはあるでしょうか。要介護度のデータはとれますか。
市立病院長	それはとってないですね。もちろん介護保険に入っている方は介護保険の主治医意見書に記載してありますから，それを見ればある程度わかるかとは思いますが。
委員長	茨委員の意見の中には，介護保険との連携と高齢者専用賃貸住宅など，住宅とも連携を広げなさいというのがあります。そういう意味では介護関係への転換というのも可能だと思います。ただ先ほど常井先生，石本先生の話とを考えると，やはり地域の中で高齢者医療の一つのキーステーションとして使ってたほうがいいのかと思います。
委員	市立病院は現実的には10ベッドほどですよ。実際に回っているのは。稼働率が。それから公的な市立の老健施設とか介護施設をつくって，市立病院を19床の診療所にした場合に，市として在宅との間の中間施設として，そういうことが可能かどうか。介護施設はある程度部貯金とか，そういうのが見込めると思うんですけども，どうなんでしょうか。
委員	介護施設をつくる，つくらないということは，やはり県のほうのその地域での介護のベッドが余っているかどうかという，先ほどベッド数の見直しとかふれて，それとは違う介護ですけどそれが分からないと，ただそっちに移りますよといっても県のほうでここはベッドは満床だからつくれませんよと言われたらこれはぜんぜん意味が無いことですから，それはよく調べてからでないと無意味な議論になる。
委員	話は脱線するんですけども，最近のスポーツ新聞で浜松のことがでていましたよね。公的病院で夜間とか休日とか要するに診療費を払わない方ね，そういうことが実際に市立病院さんではどの程度あるか教えてもらいたいのですけども。話ずれちゃいますけれど。公的病院だとすごく多いという意識。
事務局	ほとんどありません。
事務局	未収金が多いというのは，救急車で運ばれた患者さんとか，交通事故とか，外国人とか，こういう方が未収の原因になるといわれていますが，まずそういう方はうちの病院に来ませんので。

会議内容

委員 話違いますけれど、そのことについて、うちで未収金の多い人というのは、笠間は観光地ですからいろいろな人が来るのですよね。病人になって救急車で運ばれてきて、それで今持ってないで、それっきりもう来ない人と、それから夜救急車で来て具合が悪くなって県立中央病院に送って、それで治ればいいですけど亡くなっちゃった人。そういう人は、まず払ってくれない。そういうの市民病院さんでは無いというのは非常にいいことだと思います。

事務局 救急指定もありませんので。

委員 それはうちも救急指定じゃないですが。
本当に基本的なことで申し訳ないのですけれども、経営形態の例といろいろ書いてあるけれども、僕には全く素人で、どれがどういう経営形態かわからない。教えていただけたらと思います。

事務局 それでは簡単に説明したいと思います。経営形態のほうで、まず直営の中で公営企業法一部適用ということなのですが、公営企業法に基づいて、会計を適用させる。公営企業法の会計を適用するということです。それから二番目の公営企業法全部適用というのは管理者、管理者まで適用させる。管理者、会計全てを適用させてやることとございます。それから地方自治法適用ということは、診療所の場合ですね、会計を分けなければいけないということで特別会計、自治法に基づく特別会計でやるということで、地方自治法の適用ということになります。それから民営化の場合は指定管理者制度とございます。指定管理者制度というのは新しく出来た法律なのですが、新しいといっても3、4年経つのですけれども、基本的には新しい法律の中でやって、代行制というのは料金そのものを市でいただくというようなことで、二番目の利用料金制というのは指定管理者が全て料金までいただいて、ただし、条例の方は市のほうで制定してやるようなことになります。それから地方独立法人というのは、地方が議会の議決を経てつくる法人です。一つには公務員型というのがありまして、そこに働いている人たちが全てが公務員であるということです。それから一般型としましては非公務員型、これは独立法人の職員であって、地方公務員には該当しない、非公務員であるというようなこととございます。これが経営形態の種類ということで、国のほうでもこのような分け方をしているというようなこととございます。以上でございます。

事務局 解説したものをコピーしてきたいと思いますので、しばらくお待ちください。

委員 今日の議論の中で大体在宅医療を中心にとの話がありまして、それを推進するために院長と医療機関の方々が考えてですね、何が今のままだと問題があるのか、やっかいなことが、公務員法ではいろんな縛りとか会計の縛りとかあってですね、何か事業をこれからこういうことをやりたいのだけれども、いろいろなルールがあっただめだといわれて出来ないことがあると、そういうものが全部障害にならないような形態をたてていくんじゃないかと、思ったりしたんですけれど。

委員長 経営形態について直営、民営化、民営化でも指定管理者、地方独法化、地方独法化でも公務員型、非公務員型があるし、それぞれメリットとデメリットがある。30床の

会議内容

こういう地域の公立病院があって、何をやりたいかというのをまず、きっちり決めないと、それを遂行する経営形態は何が有効なのか議論できない。民営、民間か、公的な軸でいくのか、それは何を指すかによっても変わってくる。直営、民営のメリット、デメリットは少し整理して、もっと分かりやすく、中立的にまとめるって難しいが、そのへんは少し考えなければいけない。逆にいうと、この作業で結論が決まってしまう。この上にやりたい医療サービスを乗せれば、それが結論になる。

委員 個人的なあれですけれども、私も公務員から非公務員になりましたけれども。より公務員的になりましたからね。公務員のいい加減さが生きてたのか何なのか、より厳密にいい加減になっちゃって、排除されてより厳格になっちゃってですね。

委員長 もう無責任状態ね。無政府状態。よくわかります。

委員 これは端的にお話するんですけれども、いわゆる の民営、指定管理者から独法ですね。やはり病院として運営していく中では、いずれも採算性というのが最優先のことですよね。そうすると事業の内容もそれなりに制約されるというよりはむしろ、取捨選択していかなければならんと、言い方わるいけれども儲からない仕事はやらないということほかないという。そういうかたちになるんじゃないかと思うんですけどね。

委員長 確かにね、民間は儲かる仕事を探して歩く。ただ、公的だからきれいに使っているかという無駄な建物、東京都庁のような自己満足のような建物を平気で建てる。世界のトヨタは、ようやく名古屋駅前にビルを造りました。そういう意味では民間だから、公的だからという議論は、あまり意味が無い。特に最近では、ニューパブリックマネジメントの議論をみると、公的にも無駄があるという議論で行革なんかやってきた。民間だから儲かることはもちろんやるけれども、儲からないところもやっておかないと、やがて商売を失うぞということだと思います。

委員 採算性というのはポイントになっちゃうんだと思うんですけれども、国保病院からスタートして五十年近くになりますよね。赤字とは最初からでいたんでしょうか。それとも途中から急転して赤字になったのか。前にもしかしたら説明があったのかもかもしれませんけれど。

事務局 今ここに 43 年度からの資料なのですが、一般会計からの法定の繰り入れ等を例えば除いても、赤字だったのかというようにすべきか、そこらへんがちょっと難しくて、医業収支の中には、保健施設で活動、前にもちょっとお話ししましたが、そういうものも含めるんですが、医業収益の中には、そういうことから保健衛生費補助などを入れた医業収支でいえば、昭和 60 年から平成 3 年頃には黒字の時代もありました。

委員 そうすると転換した赤字に陥ったときの原因みたいなものははっきり分析できるんですか。例えば人件費が上がってきたとか。

事務局 一概にはちょっとあれなんですけど、ちょうど黒字になったのは前回の委員会の時にも石本先生の方からもでしたが、ちょうど院長が皮膚科の寺山先生がきて、当時の

会議内容

一番、最高の時で見ますと、先ほどいった昭和 61 年頃から平成 3 年頃の一日平均外来の数等を見ると、180 人とか、というのがあります。入院も昭和 63 年とか平成元年の頃は 25 名、ほぼ満床近く、25 名で昭和 63 年が平均 25 名で、元年が 23 名、平成 2 年が 21 名同じく平成 3 年も 21 名、平成 4 年、5 年が大体 19 名、入院がある程度あればということです。

委員

私はもう、今までの経緯からすると、廃止しか道はないと思っていたんですけど、今の話を聞くと、やり方によってはいくらでも再建ができるということですね。そういうこともいえますよね。

委員長

石塚院長の前ですが、マーケットが変わったときに、サービスを提供する側の医者の問題というのもあります。明日から外科をやれといっても、やれないわけで、マーケットはゆっくりゆっくり変わっていくが、医者もそれを念頭に、皮膚科に変われといっても変われない。これが 30 床の小さい病院のしんどさです。だからむしろ、他の機能を周りにつけて、そのキーステーションとしてこの病院を他の先生たちにも使ってもらいながら患者を増やしていくなど、他の取組をやらないと、マーケットとうまくマッチングする必要がある。

委員

背景があるんですね。病院を造ったのは 53 年から 2 年間で造ったんですけども、その段階では首長のほうは改築をしたい、議会はほとんどの議員さんは反対ですね。県のほうもあまりいい顔しないで、苦労した経験があるんですけども、そういうことでごたごたしているうちに、常勤の若い先生が亡くなってしまった。そういう中で今度は後の医師を確保しようとしてもやはりそういうごたごたしているところへ先生は来てくれないですね。年に 1 億近い赤字をだしました。年老いた先生が一人でスタッフはそっくりそろっているわけですから、赤字が続いたんですけども、ある時に、議会の文教の委員会の中でじっくりと委員さん方と話をしたときに、やはり病院をつくったのはなぜだろうと、執行部がやろうと、議会も最終的には同意したんですけど、それで赤字になったのを病院の責任だけにするのはおかしいだろうと話してですね、それで病院建築に伴う赤字分については、町が年次計画で補てんをすると、その代わり経常の収支については、赤字がでないようにやることにしろということで、本会議の中でそれではそういうことにしようということになって、執行部もやりやすくなったということもあるんでしょうけども。そういう中で、この間石本先生からもお話がありましたように、県中にいた先生が、皮膚科の先生が来て、そのあと自治医大の先生でしようかね内科の先生方が集まっていただけになったり、皮膚科だけでは入院する数を確保できるわけじゃありませんのでね。内科の先生も来ていただいて非常に評判がよくなって、その後数年非常に安定した経営ができたということがあるんで。やはりこの間もちょっと申し上げたんですけども意思が一本化して病院と執行部とですね、やっていけないとなかなかそういうムードはでてこないと思うんですが。

朝 5 時おきしてね、当時の助役さんと大学の医局まで行って、医局会議にでていくわけですね。若い先生方にお前のところは半日で 15 万だすのかなんて言われ言われね、大分えらい思いしましたけれどね。

委員長

今の話は、議会の議事録には残っているのですか。こういう 30 床の病院は、町の議

会議内容

会と住民が盛り立てない限り、最終的にはもたない。病院債も結局は借金で、返す時には市民の税金なわけです。今日の議論を参考に事務局と相談して、皆さんに中間まとめの素案を示し、そろそろ方向を絞っていきたいと思います。今日はこれで議論を終わらせていただきたいと思います。

委員

この検討会はそもそも赤字を減らそうということからスタートしたのか否かということなんですけれど、赤字を減らそうという大命題があれば、今回の在宅医療を中心にやっていくことが赤字解消に少しでもつながるといえるということがあるというシュミレーションをしなければいけないかなということと、実はそうではなくて本来の機能をもう一回見直しをするんだと、それで結果的に赤字が解消すればいいんだと、そのへんは多少は大目に見るといってこなのか、ここに資料3には効率的な運営に努めなければならないと書いてありますが、今までだと費用が1千万円かかっていた医療を9百万円で運営をしていくと、いった意味の効率的な運営なのか、赤字そのものを解消するのか、少し視点が違ってですね、そのへんははっきりさせてというか、どういう方針なんですかというのがありますね。

事務局

第1回目が一番最初にご説明申し上げたと思うんですが、やはり健全経営というのは大前提、ここにあるわけですね。そういう中で健全経営していくのには、どうやっていったらいいか、議論していただく中で経営形態のところに入り込んで、そのへんのところも、どういう形態がいいか、論議していただきたい。ということが検討のお願いしたところでございます。

委員

あと一点だけ確認したいんですが。今のに関連して、今皮膚科の先生がおられた時に黒字になったと話がでましたけれど、決してその先生がいい悪いをいつてるのではなくて、じゃ黒字にするには皮膚科の先生を連れてくればいいわけですよ。今と同じ結果ができるか分かりませんが。でも皮膚科を強化することが公的病院の役割として正しいかどうかという議論もあるので、そういう意味では単純に赤字を解消すればいいんじゃないということ強調しておきたいです。

委員長

それは当然だと思います。石塚院長をはじめ、当事者が、どんな商品で勝負するかというのが、基本だと思います。本来は、地域と今いる人たちのやりたい医療と、それにプラス効率化ということで考えていくべきであると私は考えています。

委員

先ほどの寺山先生いたころの昭和63年とか平成3年とかにかけて、僕が平成8年に開院したあと友部地区では8以上超えてるんですね、医療機関としては。皮膚科さん連れてきても現状では、友部地区には皮膚科も開院したし、現状ではなかなか同じようには戻らない感じがします。

委員長

そうですね。商品を生ろうとしても、マーケットが変わってるわけです。だから今の黒字は大変です。競争相手が違うのですから。

まだ途中ですけども、次のステップに踏み込みたいと思いますので、どうぞお知恵をお借りできればと思いますので。今日はこれで、次回の日程を事務局のほうで予定してくれますか。

会議内容	
事務局	次回の日程でございますが、委員長ともご相談いたしまして、事務局案としては一案といたしまして29日で、11月29日でございますか、お諮りいただきたいと思ひます。
委員長	では29日でよろしいですか。その後の予定はどうなっていますか。
事務局	1月になります。1月の中旬に予定しております。
委員長	次回は中間報告をまとめたいということです。次回もよろしくお願ひしたいと思ひます。