

第5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20年1月24日（木） 午後6時30分から午後8時20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 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】 (1) 公立病院改革ガイドラインについて (2) その他</p>

会議内容	
事務局	<p>まだお見えになっていない委員さんもいらっしゃるわけでございますけれども、定刻となりましたのでただ今から第五回の笠間市立病院のあり方に関する検討委員会を開催させていただきたいと思っております。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ます。よろしく願いをいたしたいと思っております。なお、本日の会議につきましては、茨委員さんが欠席となっておりますのでよろしく願いをいたしたいと思っております。</p> <p>始めに高木委員長からごあいさつを頂きたいと思っております。よろしくお願いいたします。</p>
委員長	<p>お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。今日は昨年の暮れに出ました総務省の公立病院ガイドラインをこの委員会の材料として取り上げて、総務省が公立病院の改革についてどのような考えでいるか、それから具体的に各自治体病院に改革プランの策定を義務付けておりますので、これを今日は委員会の意見をまとめる材料としてご検討いただいて、最終の委員会の意見取りまとめに活用したいと思っております。よろしくお願いいたします。</p> <p>それでは協議事項に入らせていただきます。</p>
事務局	<p>それでは長くなりますので、座って説明させていただきます。</p> <p>委員の皆様には既に公立病院改革ガイドラインについてはお読みいただいていると思っておりますが、簡単に説明しながら笠間市立病院の現状を説明させていただきます。なお、市立病院の現状については、これまでの委</p>

員会の中で説明したものを主に記載してございます。

それでは、第1 公立病院改革の必要性、1 番として公立病院の現状と課題ですが、ここにも書いてありますように、公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年、多くの公立病院において、損益収支をはじめとする経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっており、また、地方公共団体の財政の健全化に関する法律の施行に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、事業単体としても、また当該地方公共団体の財政運営全体の観点からも、一層の健全経営が求められることとなりました。

以上のような状況を踏まえれば、公立病院が今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくためには、多くの公立病院において、抜本的な改革の実施が避けて通れない課題となっていると公立病院の改革の必要性を明らかにしております。

市立病院の現状ですが昭和34年に友部町国保病院として開設され、昭和54年に全面改築、平成10年に増築が行われました。開設以来、現在まで、国民健康保険の直診として、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、などを主な任務として、地域医療に貢献してきました。しかし、医業収益は伸び悩んでおり、その大きな原因である病床利用率は、平成18年度は、40.6%であり、全国の自治体病院、50床未満の自治体病院ですが、その平均の68.3%と比較しても大きく下回っている状況でございます。収支の状況は、平成18年度決算では、一般会計から7,160万円の繰入金を受けているにも関わらず、3,080万円の純損失を計上し、累積欠損金が3億8,690万円と年々増大してきております。医師についても、必要な3名を充足できず、慢性的な医師不足状態があります。

次に2としまして公立病院改革の目指すものとして、1番目は基本的な考え方が示されており、改革を通じ、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにあります。このような中で、地域において真に必要な公立病院については、安定した経営の下で良質な医療を継続して提供することが求められております。このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとしており、また、2番といたしまして公立病院の果たすべき役割の明確化を明らかにすることを求めております。公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにあるといわれ、期待される主な機能を具体的に例示すれば、これまでも会議等ででしたが、四点ほど挙げられております。各公立病院は、今次の改革を通じ、自らが果たすべき役割を見直し、改めて明確化すると同時に、これを踏まえ、一般会計等との間での経費の負担区分について明確な基準を設定し、健全経営と医療の質の確保に取り組む必要があるとしております。

当病院の現状は、公立病院に期待される主な機能として、4項目が例示されておりますが、いずれにも該当はしておりません。しかし、厚生労働省が医療制度改革の中で進めようとしている在宅医療など高齢者の生活を支援する医療については、積極的に実施しております。また、役割としても第3回の委員会の資料にもありましたように、市としては、昨年3月に策定した総合計画において、健康・福祉の施策大綱として「共に支

えあい、健やかに暮らせるまちづくり」を掲げ、その中で保健・医療の施策目標を、健康を守る意識を高め、市民自らが取り組む健康づくりを支援するとともに、保健・医療機関との連携のもと、日々の健康を支え、適切なサービスを提供する安心な保健・医療体制の一層の充実を図ることとしております。そのための施策として、「市民が安心して適切な医療が受けられるよう、県立中央病院をはじめとする医療機関や医師会との連携を強化し、医療体制の充実をめぐる。また、市立病院については、地域に密着した医療機関として効率的な運営に努めながら、地域医療における役割や事業内容などについての検討を進める。」こととしており、国・県において新たな検討が進められている現状ではあるが、条例で規定している市立病院の任務を認識し、市民にとって、市が病院を持っているという環境のなかで、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持つことが重要なことと考えていると明らかにされております。

次に公立病院改革の三つの視点として、各公立病院は、今次の改革を通じ、地域医療の確保のため自らに期待されている役割を改めて明確にし、必要な見直しを図った上で、安定的かつ自律的な経営の下で良質な医療を継続して提供できる体制を構築することが求められる。このためには、1として経営の効率化、2番として再編ネットワーク化、3番として経営形態の見直しの三つの視点にたった改革を一体的に推進することが必要であるとしております。

次に公立病院改革ガイドライン策定の趣旨ですが、「経済財政改革の基本方針2007について」において、社会保障改革の一環として公立病院改革に取り組むことが明記され、「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」こととされました。ガイドラインは、関係地方公共団体が公立病院改革に係るプランを策定する際の指針を示し、改革の実施に関する技術的な助言を行おうとするものであります。全国に設置された約1,000の公立病院をめぐる状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、改革に係るプランの内容は、一律のものとはなり得ないので、関係地方公共団体は、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に各公立病院の改革に関するプランを策定し、これを着実に実施することが期待するものでございます。

次に第2地方公共団体における公立病院改革プランの策定ですが、平成20年度内に下記により公立病院改革プランを策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。その際、都道府県は、各都道府県内の公立病院等の再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しについて、市町村と共同して自ら計画、構想等を策定することも含め、積極的に参画することが強く求められております。次に改革プランの対象期間ですが、先ほどの改革に係る3つの視点のうち、経営効率化に係る部分については3年程度、再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しに係る実施計画に係る部分については5年程度の期間を対象として策定することを標準とするとしております。次に改革プランの内容ですが、関係地方公共団体が策定する改革プランには、おおむね、1として当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方、2として経営の効率化、3として再編・ネットワーク化、4として経営形態の見直し等の事項を記載することとしております。

一つ目の当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方では、改革プランの前提として、まず当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにし、これに対応して一般会計等が負担すべき経費の範囲について記載することとなっております。

ます。具体的には、都道府県医療計画を踏まえ、地域医療確保のため当該病院が果たすべき役割及び医療の提供体制並びに当該病院の提供する医療等のうち一般会計等において費用負担が行われるべきものの範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準について明らかにすることとされておりますが、現状では一般会計が負担すべき経費の範囲が明らかになってない状況であります。

次に2番として経営の効率化では、経営指標に係る数値目標の設定が求められます。経営指標については全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、個々の病院単位を基本として改革プラン対象期間末時点における目標数値を定めることとされております。一つとして財務内容の改善に係る次の経営指標の中から、数値目標を設定することになります。この場合、経常収支比率、職員給与費対医業収益比率及び病床利用率については必ず数値目標を設定することとされます。収支改善に係るものとしては、経常収支比率、医業収支比率、職員給与費対医業収益比率など、次に経費削減に係るものとしては、材料費対医業収益比率など、収入確保に係るものとしては病床利用率など、経営の安定性に係るものとしては現金保有残高などについてであります。右側の市立病院の現状の欄には、市立病院とガイドラインの別紙1にありました全国の50床未満の公立病院の平均を記載いたしました。いずれの数値も平成18年度決算にあるものでございます。経常収支比率につきましては、市立病院93.3%、全国平均では94.4%、医業収支比率につきましては、市立病院79.1%、全国平均77.8%、職員給与費対医業収益比率につきましては、市立病院58.3%、全国平均65.6%、材料費対医業収益比率につきましては市立病院39.4%、全国平均24.4%、病床利用率につきましては市立病院40.6%、全国平均65.6%、現金保有残高については市立病院のみ記載してございますが、18年度末で3,090万円でございます。次に公立病院として提供すべき医療機能の確保に係る指標の中から、数値目標を設定する。これらの指標は、当該病院が一般会計からの繰入に見合った医療機能を十分に発揮しているか否かを検証する趣旨を含むことに鑑み、臨床指標も選定の対象として検討するなど、医療機能に関する成果をわかりやすく示す指標となるよう工夫を凝らすことが望ましいとされており、外来や入院患者数など各地方公共団体の判断により、例えばサービス向上に係る指標などについて、数値目標を設定することも考えられるといわれております。次に財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方として、1番として各公立病院に共通する事項、2番として同一地域に民間病院が立地している場合の留意事項が明示されております。次に③といたしまして、経営指標の目標設定及び評価に関する留意点が、④として、目標達成に向けた具体的な取組を、目標達成に向けて具体的にどのような取組をどの次期に行うこととするかを明記することとされ、具体的な取組として想定されることは、アとして民間的経営手法の導入、イとして事業規模、形態の見直し、ウとして経費削減、抑制対策、エとして収入増加、確保対策などが挙げられております。次に⑤として改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等については、改革プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を掲げるものとされております。次に⑥としてその他の留意事項といたしまして、経営感覚に富む人材の登用として経営効率化の実現に向けては、経営形態の如何に関わらず、病院事業の経営改革に強い意識を持ち、経営感覚に富む人材を幹部職員に登用することが肝要である。こうした人材登用等を通じ、医師をはじめ全職員の経営に対する意識改革を図り、目標達成に向け一丸となった協力体制を構築することが不可欠である点に特に留意すべきであるとしております。

当院の現状としては、事務職員については、2～3年で異動となるため、経営感覚

に富む人材が育ちにくい状況にあります。

3番としまして医師等の人材の確保として、近年の医師不足等の状況を踏まえれば、医師・看護師等の人材確保は、良質な医療の提供はもとより、病院事業の安定的な経営のためにも必要不可欠であり、こうした医療スタッフの人材確保に資するためにも、勤務環境の整備等に特に意を払うべきであると記載されておりますが、現状として給与や手当などは、条例等により決められておりますので、人材確保のために特に意を払うことは難しい状況であります。次に4番といたしまして、病床利用率が特に低水準である病院における取組について、でございますが、一般病床及び療養病床の病床利用率がおおむね過去3年間連続して70%未満となっている病院については、本改革プランにおいて、病床数の削減、診療所化等の抜本的な見直しを行うことが適当である。その際、病床数が過剰な二次医療圏内に複数の公立病院が所在する場合には、再編・ネットワーク化により過剰病床の解消を目指すべきであるとしております。次に民間病院と比較可能な形での財務情報の開示や、6番といたしまして、施設、設備整備費の抑制として、病院施設の新増築、改築等に当っては将来的な減価償却費負担の軽減の観点から当該施設設備整備に関する経費を必要最小限に抑制するよう努めることが適当であるといわれておりますが、本院の現状としては、最近では、病院施設・設備の整備について、ほとんど行っておりません。医療機器等が古くなってきており、医師から不満も出ておりますが、修理しながら使っている状況であります。次に(3)といたしまして、再編・ネットワーク化について、でございますが、①で再編・ネットワーク化に係る計画の明記を求めており、改革プランにおいては、都道府県及び関係市町村等との検討・協議の状況を踏まえつつ、当該二次医療圏等の単位で予定される公立病院等の再編・ネットワーク化の概要と当該公立病院において講じるべき措置について、その実施予定時期を含め、具体的な計画を記載すること。次に再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割が、また、3番として再編・ネットワーク化に係る留意事項として、計画の策定に当って特に留意すべき点として、二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進や医師派遣等に係る拠点機能を有する病院の整備、病院機能の再編成及び病院・診療所間の連携体制などが明記されております。次に④といたしまして、再編・ネットワーク化のパターン例としてパターンⅠからパターンⅣが挙げられており、この資料の最後のページにはパターンを図にしたものが添付されております。次に(4)で経営形態の見直しですが、経営形態の見直しに係る計画の明記が求められ、改革プランにおいては、民間の経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要を記載することとされ、2番では経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項、経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び課題などの留意事項が明記されており、選択肢としては、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間移譲などについて説明がされております。また、事業形態等の見直しの検討等として民間の経営手法の導入という観点から行われる経営形態の見直しのほか、今次の公立病院改革においては、必要に応じ、病院事業という事業形態自体の適否という点に立ち返った検討が行われることが望まれる。例えば、経営効率化や再編・ネットワーク化の推進の視点のみならず、地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を改めて検証し、必要な場合、病院事業の診療所化や老人保健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、事業形態自体も幅広く見直しの対象とし、その地域において最適な保健福祉サービスが提供されるよう総合的な検討が行われることが望ましいとされております。

会議内容

次に第3といたしまして、公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表ですが、ガイドラインを踏まえ策定した改革プランを住民に対して速やかに公表するとともに、その実施状況をおおむね年1回以上点検・評価を行うこととし、評価の過程においては例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要があるとしております。この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師、看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される医療機能の発揮の状況についても併せて評価、検証することが望ましいとされております。次に積極的な情報開示ですが、点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や地域の民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な開示に努めるものとされております。次に改革プランの改定ですが、改革プラン対象期間のうち遅くとも2年間が経過した時点において、改革プランで掲げた経営指標に係る数値目標の達成が著しく困難であると認めるときは、改革プランの全体を抜本的に見直し、経営形態の更なる見直しも含め、その全面的な改定を行うことが適当であるとしております。次に4番としまして総務省における取組は、地方公共団体の協力を得て、公立病院改革プランの策定状況及び実施状況をおおむね年1回以上全国調査し、その結果を公表することとしております。

次に大きな第4といたしまして、財政支援措置等でございますが、総務省は公立病院改革が円滑に進められるよう、改革の実施に伴い必要となる経費について財政上の支援措置を講じるとともに、公立病院に関する既存の地方財政措置について所要の見直しを行う観点から、改革の実施に伴い必要となる改革プランの策定に要する経費、再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費等について財政上の支援措置を講じることとしております。次に、公立病院に関する既存の地方財政措置の見直しを行うこととしており、公的医療機関に関する地方財政措置の充実として、病院から診療所に移行した後の財政措置の継続と、公的病院に対する財政措置の創設を挙げており、公立病院に関する地方財政措置の重点化として、病床数に応じた普通交付税措置に際して、今後の各病院における病床利用率の状況を反映することを検討するとされております。以上で説明を終わります。

委員長

ありがとうございました。非常にたくさん盛り込まれていて、これをしっかり頭に入れて、これからの方向を議論したいと思えます。では、冒頭、地方公共団体の財政健全化法の話が出ていますけれども、実質赤字比率など、笠間市は問題ないのですか。

事務局

笠間市の現状なのですけれども、平成18年度の決算ベースでみますと、財政力指数が0.636で県内44市町村ある中で、真ん中よりも少し上の方というのですか、どちらかというと低い方から数えて上の方なので、やや弱い、財政力は。それから経常収支比率が86.0%ということで、これがほぼ中位ぐらいです。それほど極端に硬直化しているということはないということです。それから実質公債費比率が13.3%、これはやや低いほう、それほど借金の比率は高くないということです。そして地方債の残高ですが、238億、現状の笠間市の一般会計の平成19年度の当初予算が273億1千万という規模ですから一般会計よりは若干内だということになるかと思えます。ただ、地方債の残高ですが合併後の財政状況の予測をすると、まだこれから先にピー

会議内容

クが来るということで、先ほど申し上げました公債費比率が 13.3 と申し上げましたけれども、もう少し上がっていくということは予測されております。また、平成 19 年度の当初予算 273 億なのですが、その内の市税が約 92 億 9 千万ということで全体構成比の内の 34% を占めております。地方交付税は約 56 億ということで 20.5%、起債が 35 億 1 千 6 百万で 12.9% ということで、自主財源も税源移譲があるといわれても、決してままたらないということで、楽観視できるような数字ではないのかなということがあります。

委員長

実質公債費比率は高くなって、どのくらいですか。

事務局

17～18 位なのかなと思います。一概に夕張市と比較してしまうと極論になるので。一般論としていけば、笠間市も税源がなかなかない中で、厳しい状況にあることは事実かなということがいえると思います。このことを見ますと、これから高齢化社会の進展ということで医療、福祉関係の費用が増大してくるというのは免れないという状況があるかと思っておりますので、そういった意味では財政面では健全な財政運営ができるように、将来につながっていくような足腰の強い財政基盤の確立をしていかなくてはならないということは課題としてあります。

委員長

公立病院の繰入れ基準の四つが載っていて、笠間市はどれも該当していないと書いてありますが、高齢者の生活支援の医療についてはやっているということで、例えば 7,160 万円の一般会計からの繰り入れというのは、何か理由をつけているわけでしょう。

事務局

一回目か二回目の時の資料にも繰入金の内訳ということで書いておきましたが、18 年度につきましては、7,160 万の内、1,160 万については、総務省でだしております繰出基準の部分でございます。それ以外の 6,000 万につきましては、繰出基準にない繰入ということで、理由がないということでございます。営業補助というか、そういうことでございます。

委員長

救急とか、そういう理由がつかないということですね。民間医療機関が多く存在する都市部における公立病院については、廃止、統合を検討していくべきであると、言っている。この場合は都市部と考えてよろしいのか。当局としてはどのようなお考えをもっていますか。

事務局

過去の委員会でも、委員長の方から特急の止まる駅がある所がへき地とは言わないだろうと、よく言われていますが、都市部とへき地とに分けた場合には、私個人の考えとしては、例えば東京の様に歩いていてもすぐ近くに医療機関があるような所と比べれば、まだまだ都市部とは言えないのではないかと私は思います。

委員長

具体的に公立病院改革プランの策定というのがあって、このために都道府県は再編・ネットワーク及び経営形態の見直しについて、市町村と云々という話がありますが、県の方からは既に何かアクションは始まっているのですか。

事務局

再編・ネットワークなどの話は今までのところ、一切ありません。

会議内容

委員長 市としては20年度に作らなくてはならないわけです。何らかのプランを病院が義務付けられ、都道府県と協議しろとある。市は、病院当局は、どんな予定なのか。

事務局 その件につきましてはですね、本日配布資料にもあります参考資料としまして、茨城県で出しております、第5次茨城県保健医療計画（案）の概要と一緒に綴じてございますが、県が策定中の諸計画については、現在パブリック・コメントを行っております。2月の県の保健医療部会で決定して行くというスケジュールになっております。内容としましては、二次医療圏ごとの基準病床数が示されていないなど、不完全な状況があり、参考となる部分は少ないという感じもいたしますが、ガイドラインの5ページの中ほどにあります、都道府県医療計画を踏まえ、地域医療確保のための当該病院が果たすべき役割云々ということも、そういうものの一つの中で一番大きいものというふうに考えております。

事務局 再編・ネットワーク化、来年度というお話であります。先ほどの説明資料の11ページをご覧頂きたいと思いますが、11ページの②に再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割ということで、再編・ネットワーク化については、都道府県が医療法に基づく医療計画の見直しとの整合を図りながら、20年度までに書いてありますが20年度ということだと思っております。都道府県内の公立病院等の再編・ネットワーク化に関する計画等を策定し、その実現に向けて主体的に参画することが強く求められる。ということで、県が主導権を握って、そのような話が今後出てくるのかなと思っております。

委員長 検討委員会で意見を言っても、県の計画と、その中にこの30床の市民病院がどう書かれるかで変わってしまうわけです。それでこのガイドラインに沿って県が病院当局は、どうお考えなのか、という意味でしつこく聞いている。今のところ、動きがないということで理解してよろしいわけですね。

委員長 例えば、病床利用率が特に低水準である病院、3年間連続して70%未満となっている病院、本改革プランは、病床数の削減、診療所化等の抜本的な見直しを行うことが適切であるとある。この病院では該当するでしょう。

事務局 該当します。

委員長 総務省は、結構厳しいことを言っている。このガイドラインを受けて、来年度中には改革プランを委員会とは関係なく市当局、病院当局は作らなければいけないわけですから、今後どう取りくむか、市当局がどうこれに対応していくのか、知りたい。

事務局 今のお話でございますが、病院当局というよりも市の考え方を明らかにする必要があります。ということで、病院単体といいますか、先生よく言われますがベンチがあほなのかプレイヤーがあほなのかということではないですけれど、改革プランの一部分は病院ですとしても、全体的なことを考えると、市の考え方が非常に大事になってくると思います。

会議内容

委員

非常に厳しい内容で、委員長言われましたように、これを単純に呑むと、笠間市立病院の存続というのは非常に危ういという感じになってしまうと思うのです。それで今回我々検討委員会でいろいろ議論した結果、地域医療、在宅医療に関して行っていくということで存続ということを決めたわけで、この考え方をやはり無駄にしてほしくはないと思うわけです。先ほど県からの動きは何もないということでしたが、一般論でいえば、県はこれを見れば市民病院は無くしましょうといわれてしまいますので黙っているのです。むしろ積極的に、県から出される前に、笠間はこういうふうを考えていると、例えば、もう一つのパブリック・コメントの資料に出されておりますけれども、資料の3枚目の茨城県地域ケア体制整備構想の概要、もしかして私が委員長だったかもわかりませんが、その1ページ目に在宅医療というキーワードがあります。そして次の2ページ目にくると、またそこに在宅医療というのがあります。ですから県の地域ケア体制整備構想の概要のなかに特に(4)の在宅医療の二個目の〇のところですが、「急性期から回復期、在宅医療への切れ目のない医療連携体制を構築、かかりつけ医を中心として訪問看護ステーションや薬局等と連携して」と書いてあります。笠間は市民病院を中心としてやっていくのだと、茨城県のモデルとしてやっていくのだと、いうのをむしろ早めに言ってですね、県に自分たちの考え方を押し付けたほうがよろしいのではないかと。そうしないと待っていたら診療所にしましょうか、それともやめましょうかと。いうふうになってしまいますので。積極的なアプローチをされた方がよろしいのではないかとというふうな、感想として述べさせていただきました。

市立病院長

大変ありがたいご意見ありがとうございます。在宅医療というのは、これから市立病院の果たすべき役割としてやられると思うのですけれども、特に最近考えていることなのですけれども、在宅療養支援診療所というのが始まっておりますけれども、なかなか後方支援病院というのが、在宅療養支援診療所というのも一人しか医者がいない一人診療所が行っているのがほとんどであり、その後方支援病院というものの確保というのが必要になっているということで、やはり笠間市立病院としては在宅療養支援診療所の後方病院として役割を果たして行けたらいいのではないかと、入院のベッドを確保するという。国の政策の特定健診などもそうなのですけれども、比較的若い人と高齢者、後期高齢者は別な保険にするというのもありますけれども、医療においても県立中央病院は高度な医療を担っていく入院施設としてやっていくことになると思うのですけれども、やはり後期高齢者の入院医療というのを、うちの病院で、地域の開業医の先生と協力してやっていけたらいいのではないかと、いうふうに考えております。

委員

先ほど、大久保先生が言われたこと、もつとも、私としてもせっかく今まで検討委員会というのを開いてやってきて、こういう方向でいきましょうということ、せっかく皆さんが知恵を出してやってきているのを、総務省からこういうのを出てきた。これも最初に出ればまた議論が変わっていたかもしれませぬけど。途中から出てきたので、急に国とか県とか、そういうところがこういうふうにして決めてしまって、基準がこうですと、だから病院として生き残れません。診療所にしなさい。在宅医療でやっていること、これは非常に重要なことで、需要がたくさんあると思うのです。ただそのときに、それがはたして病院経営の健全化につながるかどうかという問題、それをきちっとした意見をつけて出さない、ただ言っていることだけで、本当に黒

会議内容

字でやっていけるのですか、どれぐらい赤字がでてでも笠間市はそれに財政的な負担をちゃんとできるのかどうか、それが分からないと、やはりここで意見を出しても認められないと思うのです。だからそういうところまで考えて、どういうふうになるのかなという不安なことと、あとこの近辺の病院はみんな医者とか看護婦不足で、結構大きい病院が病床閉鎖ということをやっています。桜川市の県西病院も医者と看護婦が不足で入院が受けられない。それから水戸の日赤病院もまったく同じよう救急が受けられない。今まで市民病院は一名の医者不足ということについて、どのようなことを努力してきたのか。そうしないとやはり医者も不足していて、ただこうやりますよと言っても、これは認められない意見になってしまうのではないのと。

委員長

経営的なシミュレーションは、あまりやってないです。外来も入院も、今後の経営的なシミュレーションは、あまりやっていないのは事実であり、その辺は少しは強化しなくてはいけないと思っています。事務局とも相談したい。

委員

県の医療計画の中で冒頭のほうに患者の視点に立った安全な安心で質の高い医療を提供する体制を確保するのだと、それが必要なのだと冒頭うたっているわけですが、これを見ただけでは具体的に内容をどうするのかと、まだ具体的に出ていないのですが、やはり今経費といいますか財政的なことを抜きにして論じるわけにはいかないのだとは思いますが、どちらが先かというところ、やはり住民の保健とか医療を守っていくということ、まずどうするかというところが大事だと思うのです。それに付随する経営のことというのは当然効率化を考えていかなければならぬと思うのですが。この間の前回で出た中間報告の内容は、非常に的確な、この病院の使命とか役割が明確にでているわけでありますから、当然、先ほど大久保先生が言われたような形で、市がそういうものを明確に打ち出して、やはり県なりとの協議に持ち込んでいくということが、やはり大事ではないかと思えます。

委員長

その辺をどう切り返していくかが非常に重要だと思う。しかし、30床で病床利用率が40%という、単純にいうと12人位しか入っていないわけで、笠間市の人口のうち12人のために市立病院を持つかという話になる。だから、どう公的な財でやっていくかという理屈付けをしないと、やはりもう財源が回ってこなくなる。

委員

そこの70%未満という話ですが、これは確かに経営上大事な指標ではあるわけですが、これまで取り組んできた業務内容などからみますと、ある程度、いかに短い期間に患者を、いわゆる在宅の患者の急変した患者の受け入れであるとか、あるいは中央病院からの一時的な患者の受け入れであるとか、業務の内容からみると非常に利用率が悪いのもある程度止むを得なかったのかなという感じはあるのですが。もう一つは何回も申し上げているように、やはり環境ですよ。病院を取り巻く諸々の環境、そういう中でやはり、例えば医師確保にしてもなかなかうまくいかない部分があるのではないかと。これがもう少し活気がある施設になってくれば、かなりそういう面も改善はできるのかなというように考えておるのですが。

委員

茨城県の医療費適正化計画の第2章の中に、茨城県はメタボリックシンドロームを疑われる人が結構多い。生活習慣病による死亡率が高いということになりますと、今後ベッド数というのはどんどん無くなっていくということになるのです。今だけで

会議内容

はなくて今後のことを考えるとベッド数を減らすというのはあまりいい方向ではないのではないかと。ベッド数というのはある程度は決められてくるわけですから、茨城県の二次保健医療圏というのがあるわけですから、その中である程度ベッド数というのは何床というふうに限られてくるのだと思うのですが、今たしかに30床あって12床しか使っていないというのですけれども、これをどんどん減らしていくというのは今後のことを考えると足らなくなるというのがあるのではないですか。

委員長 地域医療計画は、まだ各医療圏ごとの数字は、出来上がってないでしょう。

事務局 9医療圏になるわけですね。そこのところはまだ示されていない。資料の中の(4)基準病床数ですが、医療法の規定に基づき云々という。

委員長 それと医療計画だと、今のご質問の4疾病5事業とか、もっとデータなどはあるのですか。

事務局 ただいまの第5次茨城県保健医療計画案の概要という資料でございますが、本編についても県のパブリックコメントの中で、今公表されておまして、全体で264ページございます。その本編の中にはただいま委員長おっしゃられたような、4疾病5事業についての地域の医療体制の体制図であるとか、そういったものが含まれております。

二次医療圏のデータや詳細な医療機関の名称等は一切入っていないということです。

委員長 4疾患5事業を二次医療圏ごとに記載して、できれば医療機関との連携とかも書きなさいというのが最新の厚生省のガイドラインだったと思う。茨城県やここの地域の医療圏の4疾患5事業の数値とか目標とかないのでしょうか。これを見ると茨城県全域のデータしかない。

事務局 今年度内に策定します第5次茨城県保健医療計画につきましては、完全なものには年度末になれない。段階的にもう少し時間をかけて詳細な部分に入っていくというように県のほうからは説明を受けております。ですから厚生労働省がいう医療制度改革に基づく計画としての完全なものになるのには若干まだ時間がかかるというふうに理解しております。

委員 ちなみに現在はオーバーベッドですか。

事務局 401ベッドの過剰です。4,825のうちの401ですから、10%いかないぐらいです。

委員 そういった意味では一旦病床数を減らしたら増やすことはもうできない。飯田先生のご質問からですが。

委員 茨城県はこれだけメタボリックの疾患が多いということは、将来を考えてあまりよくないということだと思います。

会議内容	
委員長	50床未満と市立病院の比較ですが、こういう数字をみせていただきまして、材料費の比率がずいぶん高い。これは何かあるのですか。
事務局	院外処方ではないからだと思います。これは50床未満の全国の病院が院外処方かどうかは全くわかりません。
委員長	同一地域に民間病院が立地している場合の留意事項が書いてあって、同一地域に民間病院が立地している公立病院は、民間病院並みの効率化を目標にしないで、数値目標を比較しないでとか書いてある。だめな場合は全国的な民間病院の数値を参照し、目標設定を行いなさいと書いてある。可能だと思いますか。
事務局	難しいかと。 全国とは第1回目の委員会で資料として出してあり、17年度の公営企業の決算の状況で全国の30床の病院をとりました。 ちなみに、民間はわかりません。やったこともありません。この資料ではありませんが、前にみなさんお配りされていると思うのですが、先ほど50床未満の病院の経営指標等、経常収支比率とかいろいろ、全国50床未満はこうだということをだしましたが、その資料が前に配られていると思いますが、その中で50床未満の民間病院の指標等については記載されております。先ほどの説明資料の6ページで先ほど言ったのは全国の50床未満の公立病院の数値でございますが、ちなみに民間病院、50床未満の民間病院でいえば、経常収支比率100.2、次に医業収支比率100.3、給与比率54.8、材料費対医業収益比率19.0、病床利用率77.1です。材料費の比率は多分ほとんどの病院が院外処方だと思います。
委員	そのデータは何からとったのですか。
事務局	12月25日付け事務連絡で委員の皆様にもお配りしました。 民間病院及び公立病院の数値は全国公私病院連盟病院経営実態調査です。
委員	こういうガイドラインがでて、我々が検討してきたことと少し違う方向というか、これからのご判断というか皆さんの意見だと思うのですが、前の報告書を場合によっては変えてもいいというスタンスでいくのですか。やはり前は皆さんの総意なのでそれごとにとりだしていくのか、そのへんはどうなのですか。
委員長	今日これを示すことによって、皆さんに総務省はすごい厳しい姿勢でいるというのをご理解いただくことと、今までの我々がやってきた将来方向に対する基本的な意見取りまとめをもっと厳しくするのか、それは市当局に投げてしまって、委員会はこれまでの議論でまとめるのかということについて、どうぞ忌憚のないご意見をいただければと思います。
委員	先生にお聞きしたいのですが、このガイドラインは三つのポイントからなっているのですが、そういうふうに見えますけれど実際には経済性という一つの視点だけでいいので、極論してしまえば赤字の自治体病院は廃止というようなことで、そんな方向に向いているのではないかと思います。そうした場合には、今まで自治体病院がや

会議内容

ってきた役割というか不採算部門ですね，そういった部分はこれから将来的に民間などでもできるような，国の考え方はそういった方向に向いているのでしょうか。その辺，もし分かれば。大分これによれば廃止とか縮小なり。

委員長

全国の自治体病院はこれで，ばたばた倒れていくでしょう。これを言い訳にして，逃げていきます。とはいえ，今までやってきた30床の市立病院を守っていくというスタンスで意見をまとめて，むしろ，こちらから仕掛けるぐらいの意気込みがないと，再編・ネットワークも，こっちから先に提案した方がよいでしょうという話だと思う。

委員

ということは相当本気になって腹くくらないと。

医療が崩壊というような現状に，ある意味なっていくような現状にあるように思うのですけれども。

くる時に車のラジオで聴いていたなかでは診療報酬の改定がありましたね。一律改定ではなくて，メリハリをつけた改定にすることで，そうなった場合に上がる場所もあるけれど下がるところもあると，これは民間の医療機関などは診療科目によっては影響を受けるのですか。

委員長

それは受けます。少しは病院に回そうという流れになっていますが。

委員

診療所から大きな病院のほうに集約化を図るような感じですか。

委員長

選択と集中です。そういうトレンドも見ていかなくてはいけないという気はしますが，こういう病院改革を考える時に現場の人たちが何をやりたいか，それが一番基本だと思う。やはりプロである現場の人たちが，よし高齢者の医療に取り組もうとか，現場の人のやる気を見捨てて計画を作っても意味がない。市の貴重なお金で運営する市立病院のやることか，それならもっと広げて，広く市民に高齢者の医療と安心を訴えかけるような形にしないと，税金は投入できないというのが私の基本的なスタンスです。

委員

先ほどこれを，総務省の出た意見を踏まえて新しく中間報告を直すかどうかという意見を大久保先生の方から出されたのですけれども，これはやはり今までせっかく協議してきたことだから，あれはあのままのほうが僕がいいと思います。ただもう一つ病床利用のこと，病床利用たしかに40%では普通成り立たない。どう考えても成り立たない，それだけのスタッフ抱えて。でも結局は在宅，高齢者を対象にやっていくということを考えて意見がでてきたのですから，一層そういうことをやっている30床ぐらいの公立病院というのは探してもないんじゃないかなと思いますね。そうすると日本で初めてのケースになって，実験的にやるというのはまた問題ですけれども，そういうことも必要じゃないかなということがモデルケースになるということで。ただ在宅をやっている病床を埋めるということは，在宅というのは結局，ベッドが家にあるという考え方。そういうことを考えると決して12人だけの入院患者を診ているのではなくて，そのほかにもっと在宅でいろいろやっていけば，その後ろに何十人，50人も60人も入院しなくてはいけない人を診ているという，そうすると医療費，国のいう医療費ということからいうと，入院させないでがんばっているということは，

会議内容

すごいことではないかと思いますね。ただもう少しうまく利用できるようにするには、何回も意見ででてくるように中央病院から引き受けるとか、それから在宅の人がいっぱい増えれば絶対具合悪くなるという人は増えるわけですよ。だからそういうところでもう少しがんばっていただければ、ベッドの利用率とか何かというのは上がってくると思うのですよ。そういうことを構えて今後のいろいろな計画ということをきちっとだしていかないと、やはり今までの数字にとらわれちゃって、これはもうだめですよ、老健施設にならなさいとか、老人グループホームにならなさいとか、そういう意見が正論になってきてしまうから、そのところをきちっとやっていかないと、石塚先生も大変でしょうけれど、スタッフの充実とか何かで経営をもう少し、7,160万にしてもそのあと3,000万赤字がでていることがないようなふうにもっていけば、もっと考え方、税金投入が減れば減るほど市民に支えられる、市民病院が必要なのだというふうな意見がでてくるのではないかと思います。

委員長

このガイドラインにおいて、人材の話の中で、さらっとプロの事務職が育ちにくいと書いてあり、これは構造的な問題です。

事務局

たしかにおっしゃるとおりなのです。どうしても行政の場合に職員を何年か同じところに配置しておけば習熟してきて、ある意味、経営感覚に富む人材が育ちにくいといっても、ある程度は分かってくるかと思うのです。ただ分かったと思ったら異動がつきものなのです。その人間ずっとその職場に配置しっぱなしというわけにはいかないと、そういう流れのなかではせっかく覚えたノウハウも、それは、引継ぎはありますけれども、やはり別な場所から新たな職員が配置されると、また一から勉強というようなかたちになって、その繰り返しをすることによって、石塚院長は実際にどういうふう感じていらっしゃるかは別として、一般論でいえば、どうしてもモチベーションは下がりますね。そこは如何ともしがたいところで、だったらせっかくノウハウを身につけた職員をずっと配置すればいいかという、それはやはりできない話なのです。そういった構造的な要素は行政がやっている以上は避けようがない。そこは否定できない。たしかにさらっと書いてありますが、そういった点はあるかと思えます。

委員

ここで病院を廃止するという選択肢をとると、すごくよくやったといわれるのです。だけれども、そういう道ではなくて、再起させていくという選択肢をとるということは、今まで議論してきたことなのでそれはそれで結構なのですけれども、本当にいばらの道を歩むことになって、今まで以上の苦労があると思えますが、そういう覚悟が必要だと思えます。それと、それに伴いまして、いろいろやらなければならないことが、9ページにもありましたけれども、そういう指標を作っていくという意味では、それなりの苦労が病院かどこかにないといけないわけで、今の人事体制では無理だと思います。そういう意味で新しい雇用方法として、5年ぐらいの短期で高額で雇ってですね、プロを雇ってですね。例えばうちの大学でも最近そういうことをやりだして、幹部クラスを普通の給料よりも高めに設定して、そのかわり5年ぐらいの契約で。そういうふうな方法もこれからいろいろ考えられるのです。というか考えないとこれからいけないと思います。確かに今の現状では2～3年で異動となりますけれども、何か違った工夫をしないと、勢いよくスタートしたけれども結局何も変わらないということにならないよう考えていただきたいと思えます。それと、営業活

会議内容

動という意味ではですね、こういう在宅医療の茨城県のモデル、ある意味では全国のモデルとしてするんだということを、少なくともこの周辺の病院にはアピールをしてくださる、一番最後にでているネットワークというのは県がいろいろ考えているのだと思いますけれども、多分県立病院にですね、ところで笠間市立病院はどうですかとか、先にですね、あそこはこういうことをやろうとしていて、我々としては非常に期待していると、そういうことを是非ですね、いってもらうためには、早め早めの対応と、よく周辺の医療機関に理解をいただくという非常に大変な努力だと思いますけれども、そういった努力もこれから必要だと思いますので。

委員

現場から話をさせていただきますと、患者さんというのは診療所と病院という二つの選択があるのですけれども、何故病院にこられるかという、何かあったときに入院できる、そういう選択というのは必ずあるのです。ですから例えば診療所化してしまうと有床と無床あるかもしれませんが、ベッドがあるということで患者さんが来るということもあるのです。ですからそういう意味ではベッドというのはあったほうが当然患者さんにとってはメリットがあるということです。

委員長

前方からきちんと急性期からやるとともに、地域にもっと潜在的な在宅の患者をフォローするという意味で稼働をもっと上げる。様々な人材の活用、営業、本当に現場の皆さんが営業マンにならないと、変わらないわけです。そういうかたちで公立病院ガイドラインに関しては切り返して行くということで、今までの路線の中で答申をまとめていくということでもよろしいですね。

委員

6ページの50床未満のところをながめていたのですけれども、市立病院の職員給与費の割合と材料費を合わせたら100%近いのですよね。これを考えると民間ではまったくやっていけないレベルのすごいデータだと、さっきからながめていたのですけれども、ただ周りの開業医の先生、僕もはじめですけれども、みんな在宅で診ているわけですよね。ですから本当なら入院させたほうが良いなという、昔だったらそれを在宅でつないでいってというかたちで、10ぐらいのレベルでも退院させていって在宅で、それでぜんぜん食べられないというかたちで、内服の抗生物質ではぜんぜん効果がないというかたちで、そういう現実が増えてきているのですよね。それを考えると、病床利用率の40%というのは、このままではいけないのではないかなという気がするのですよね。だから回りの開業医の先生方とある程度協力しながらやると、もう少し上がって、トータル的な医業収益が上がれば、人件費の給与の割合とか下げることが出来ますから、そういう意味ではある程度持ち直しというか、赤字はなかなかこれを好転させるというのは難しいでしょうけれども、今よりも赤字にはさせないような体制はできるのではないかと思うのです。そうすると今までの検討をしていたことに対しては、そのまま進んでいっていただいて、たとえば3年先、5年先とか見直して、それでどうしてもいろいろ工夫してやってみなければどうしても赤字が縮まらない、さらに増えてしまったら、その時また見直すこともできるのではないかとも思うのですけれども、どうなのでしょう。

委員長

たしかに、その間に医者が引き上げて、総崩れです。怖いのは環境の変化の方が先に行ってしまうということです。先ほど言ったように院長以下がセールスマンになって、前方、後方に向けて営業活動と新しい病院の取り組みを示さないと、環境の方は

会議内容

どんどん変わってしまいます。是非、人材の活用、数値目標のチェック、そういうところを少し付け加えて、もう一回最終報告を練り直すということで、まとめさせていただきたいと思う。

委員

やはりみんなの病院というかですね、今だと友部地区のごく限られた人の利用しかないで、合併してもっとエリアが広がったのですから、その人たちが私たちの病院だという意識を持てるような、セールスマンの役割はすごく大事なので、そんな意識付けができるような体制になれば、もっともっと利用も増えてくるんじゃないかなと思います。

委員長

難しいのはやはりサービス業というのは、いろんなところに行けないのですよ。やはり距離の問題というのは大きくて、国立がんセンターの患者も9割がた首都圏です。だから友部、岩間、笠間で駅前にあるこの病院を市民のものにという事業展開をする必要がある。

委員

2月からデマンド何かも始まるみたいですから、交通機関を利用してどんどん患者さん呼び寄せするような、そういう体制づくりというか仕組みも大切かなと思います。

委員

医師会の方の一番の問題は、今医師会の先生たちがやっていることと同じようなことを始めて、患者さんの囲い込みとかやるのだったら、医師会の先生たちは皆それには賛成できない。ただ高齢者はこれから増えていく。在宅の人が増えていく。そういうことを考えて新しいそういう人たちを開拓してやっていただけというのだったら皆賛成してやっていくと思います。だから患者さんをどんどん営業活動をやって、今まで他の所の医療機関に掛かっていた人呼び寄せちゃうとか何かになったら、これまたトラブルの問題になってしまう。そういうことはないように、きちっとした自分の領域の中でフルに活動してもらえればと思います。

委員長

ただ、やはりそのときに、院長先生が例えば高齢者の医療で、スキルとしてこれは売りだとかかね、地域の医療の質が上がるのですから、結構重要かなと思う。でないと民間病院と差別化できない。

市立病院長

もちろんそういった研修だけに絞ったわけではないですけども、病院の勉強会などでもそういう嚙下に関する問題であるとか、認知症に関する問題であるとか、そういうのをスキルの的に考えて、勉強会でも職員の教育などを行っております。

委員長

そのへんが大きいポイントだと思います。それでは今日の委員会は今までの皆さんの意見を基に最終報告にということで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

事務局

それでは次回ですけども、2月の21日提言の素案といいますか、たたき台として皆さんにお示ししたいと思います。

委員長

21日でよろしくお願ひします。