

第 2 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 8 月 2 3 日 (木) 午後 6 時 3 0 分から午後 8 時 3 0 分
場 所	笠間市役所 大会議室
出席者	<p>【出席委員】(委員会資料名簿番号順) 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</p> <p>【欠席委員】(委員会資料名簿番号順) 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, 岡野社会福祉課長, 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, 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>

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二回の笠間市率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>今日は第二回の委員会で、そろそろ方向性を出さなければいけないのかなと思ひていまして、皆さんにはできれば意見を表明していただくことをお願いしております。それも含めて今日は、前回に引き続いて会議を進めたいと思ひますのでよろしくお願いをいたします。まず協議に先立ちまして、事務局からの資料の説明をお願いしたいと思います。</p>
事務局	<p>それでは前回の検討委員会におきまして、平均在院日数が短い病気の種類はどんなものかというご質問がありましたので資料 1 をご覧いただきたいと思います。入院された患者様を年代ごと入院期間ごとに分類したもので昨年度は十代の方から九十代以上百歳を超えた方も 1 名おりましたが、合計では延べ 342 名の方が入院されました。</p>

入院患者の傾向をみると70歳以上の高齢者の割合が全体の78%、入院期間については検査目的のものも含め、5日以内が全体の41%、10日以内まででは約64%と、入院されても約3分の2の患者様については10日以内に退院していることから平均在院日数が短い要因であると思われます。次に2ページでは入院の原因となった病因について分類したのですが、検査入院、肺炎などの急性感染症、不整脈発作や喘息発作などの、その他の急性疾患、心不全や糖尿病などの慢性疾患の急性増悪など、比較的入院期間の短い病因で入院された患者様が約90%を占めていることが平均在院日数が短い要因と思われます。次に3ページ資料2につきましては、職員数について前回の説明では臨時の方が含まれてなく、非常勤職員を常勤換算して職員数を表すべきとのことでしたので、常勤換算し職員数をまとめたものであります。医師につきましては常勤の者が2名と備考で説明してまますように皮膚科の医師及び月平均4日程度の日当直の医師を常勤換算いたしますと2.4名となります。看護師につきましては常勤の者が16名となっておりますが、その内訳は病棟に看護師長を含め13名、外来には3名であります。備考に記載しましたが、昨年8月より病棟勤務の看護師で産休育休中の者が2名おり、その補充なども行っており、常勤換算後は16.4名となります。臨床検査技師につきましても昨年の6月より産休育休中であり、その補充により常勤換算後は1.3名となります。また、事務については昨年合併し笠間市となったこと及び病院名が変わったことなどに伴う患者データの変更のため1ヶ月間のみ臨時の方をお願いしましたので3.1名となっております。各職種の常勤換算後の職員数は合計しますと29.5名でございます。次に4ページ資料3につきましては前回の委員会において検査についてどの程度やっているのかとのご質問がありましてので、まとめたもので大腸検査からCTまで含めると1,358件であります。次に5ページ資料4につきましては追加資料として夜間休日受付件数等が求められておりましたので作成したものであります。市立病院は救急指定病院ではありませんが、理念にも掲げているように市の病院として地域に密着した医療を実践し、特に高齢者が安心してかかれる病院を目指しており、かかりつけの患者様については夜間や休日の急変について対応しております。昨年は1年間で延べ495名の患者様を夜間や休日などに受け付けております。その内訳といたしまして、診察後入院となった患者様が92名、点滴後帰宅した患者様が70名、診察・投薬・相談などの患者様は333名でありました。なお、深夜の時間帯、午後10時から午前5時までですが、この時間帯に受け付けた患者様は44名おり、かかりつけの患者様にとってはいつでも診察してもらえると大変好評をいただいております。次に6ページ資料5入院基本料についてであります。入院基本料はご承知のように病棟において入院患者の看護を行う看護職員の患者数に対する実際の勤務者数及び平均在院日数により変わります。市立病院は看護師の数がぎりぎり、総合病院のように看護師を外来部門と病棟部門にはっきりと分けることができず、外来担当の看護師も病棟を兼務しなければ業務が回らない状況であります。また、平均在院日数についても急性期病院でなく、また入院患者の8割を高齢者の方が占めており、ここ10年をみると20日前後、また本年度のこれまでの実績を見ますと19日と患者様の容態により大きく変化するため、ある程度在院日数が延びても大丈夫な15対1を届け出ています。以上です。

事務局

続きまして資料6であります。資料6につきましては介護保険の関係資料でございます。お手元の資料7ページから11ページでございます。この介護保険でございますけれども高齢者福祉計画・介護保険事業計画の計画書につきましては、冊子になっておりますものを参考資料として添付をさせていただいております。7ページにつきまし

ては計画の概要と申しますか目次のようなものでございますので簡単にふれさせていただきます。計画書の名称にございますように、高齢者にかかる福祉、保健、介護のそれぞれ三つの法律に基づきまして、事業の目標となる計画をつくっているものでございます。計画の期間といたしましては、介護保険が始まりました平成12年を初年度といたしまして、3年を一期に計画をするということになってございます。現在平成18年度から20年度までの第3期の計画でございます。また、介護保険の給付費及び保険料を定めるということになっていきますことから、高齢者の人口、認定者数、サービスの利用者数など具体的な推計を行いまして、最後に給付費と保険料を算出しております。続きまして8ページでございます。8ページの表でございますけれども、介護保険の居宅サービスの中で医療系と呼ばれる五つのサービスを抽出いたしまして、その計画と実績を対比させたものでございます。表にございますように訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、通所リハビリ、短期入所療養介護、この五つのサービスが医療系と呼ばれるサービスでございますけれども、それぞれ平成18年度の延べ利用人数と給付金額、右にいきまして18年度から20年度の計画を載せてございます。一番右側が平成18年度の計画と実績の対比でございます。通常居宅サービスにつきましては、このような医療系、福祉系というような考え方ではなくて、訪問系、通所系というような区分をしております。訪問系で申しますとホームヘルパーが自宅に同う訪問介護、ここにございます訪問看護、あるいは訪問リハビリのようなサービスがございます。地域の事業所数などサービスの基盤の関係もございまして、不足あるいは超過分が相互に補完提供されるような状況にございますので、このような医療系単独のサービスで比較判断することは難しいと思いましたが、あえて医療系のみ抽出をさせていただきました。平成18年度の計画と実績を見てまいりますと、短期入所療養介護を除く4サービスにおきまして、実績が計画を上回っている状況にございます。このような医療系サービスに限ってみますと、実績が計画を上回ってございますけれども、福祉系サービスを含めました居宅サービス全体ではまだ計画を下回っている状況にございます。続きまして9ページの資料でございます。介護保険におきまして、地域の医療機関におかれましては、介護が必要な方を認定いたしますその認定の基盤となる主治医意見書を作成する役割を担っていただいております。この主治医意見書でございますが、認定申請者の心身の状況につきまして医学的見地を含めた意見を記載していただき、どの程度その方にとって介護を必要としているかを認定審査会で決定するための重要な資料としているものでございます。表でございますけれどもその主治医の意見書にかかる平成18年度の市立病院の件数を在宅では新規、継続あるいは区分を別にしまして施設の新規、継続、それから指定医とございますけれども、被保険者がかかりつけの医師がいないということであったときに、行政のほうでここで意見書をかいてもらってくださいということで、指定医という区分をしております。合計の市立病院の件数は198件でその下がそれぞれの区分ごとのパーセンテージ構成比でございます。その下の表でございますけれども意見書全体とありますがこれは笠間市全体の意見書の件数でございます。一番右側を見ていただきますと3,207件18年度に意見書をいただいております。またその下がそれぞれの構成比でございます。その下の表でございますがこれは笠間市立病院の全件に占める割合でございます。一番右側全体の6.2%という状況でございます。平成18年度の笠間市におけます主治医意見書を市内外の168医療機関に依頼をいたしまして、意見書の提出をいただいておりますが、このうち先ほど申し上げました市立病院では198件、全医療機関のうち4番目に多い状況でございます。また在宅施設の別に見ますと、在宅の意見書が全体の83.8%でございます。一番下の表にございます同じように取り扱い件数の多い医療

機関の構成比と比較してみますと在宅の比率が高いといえます。続きまして10ページ11ページでございます。介護サービス事業所の一覧でございます。サービスの区分ごとに地区名、事業所名、それから17.4とございますが平成17年4月時点、平成18年3月時点というように、その時点での事業所のサービス提供を行っているかどうかを表したものでございます。丸がサービスの提供を行っているものでございます。また、表内の数字につきましては、年月を示しております、その時点から事業を開始しているものでございます。ハイフンにつきましては事業計画上の数値設定がないもの。参考といたしまして、定員や利用見込み数を添えてございます。それから大変申し訳ございません。11ページの下から2番目でございますけれども、介護療養型医療施設の神里医院の平成18年度欄空欄になっておりまして、平成18年度末が1となつてございます。施設のほうで病床数0という登録を誤ってしていたということで、再確認をいたしましたところ、病床数半減させたものの今6床は残っているということを確認いたしましたので、大変失礼をいたしました。丸というふうに空欄のところをご記入いただいて数は2に訂正をしていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。この表におきまして既存の施設数と計画数を比較してまいりますと平成20年度までの第3期計画におきましては表の最初のほうにございます居宅サービス計画を作成いたします居宅介護支援事業所及び次の地域包括支援センター、それから11ページの方にございます平成18年度の制度改正におきまして新しく始めることになりました小規模多機能型居宅介護を除きますと、おおむね施設数としましては充足されているとみられると考えております。

事務局

それでは12ページ資料7についてご説明いたします。損益分岐点についての試算でございますが、試算するにあたって基準がありませんでしたので全国自治体病院の50床未満の病院の平成17年度決算における病棟稼働率、医師一人当たり入院患者数及び外来患者数をあてはめまして試算してみました。入院患者数については病棟稼働率が66%でしたので市立病院にあてはめると20名となり、外来患者数については医師一人当たり32.3人でしたので病院の場合の最低医師数、現在当病院は2名ですが、病院の場合の最低医師数3名をかけた97名で、なお入院20名で外来97名を医師の配置基準により計算しますと医師は4名必要となります。また、看護基準を10対1、この場合平均在院日数は21日以内でなくてはなりません、これを使用して試算しますと13ページの上から3行目にありますが、医業収支で約3,600万のマイナスであります。次に損益分岐点の算出ということで、前提条件を医師数が4名で現在の看護職員のみで最大限に考えられる患者数、根拠は医師の配置基準の算式を記載しておきましたが、入院については25名、外来については107名で看護基準を10対1で試算しますと一番下の行に記載しましたが、約2,000万円の利益がでると思われ。しかし、14ページの上から3行目にもあるように、入院患者の大半が寝たきりや高齢者が多いということを考えると、ケアが非常に大変となると思われるので、最低でも看護師を2名増員して収支はトントンではないかと思っております。次に病院の改修等でございますが、現在のところ建物本体で大規模の改修を必要とするところはありませんが、維持補修のための小規模の改修等については施設の管理上発生すると思っております。なお、医療機器についてはCTが購入後約10年経過しており、更新する時期と思われ。また、ファイバースコープなどの検査機器についても日進月歩で新しいものが開発されており、更新の必要性も考えられます。その他といたしましては市立病院は積極的に訪問診療、在宅医療を行っており、病院以外の場所、患者様の自宅ですが、入院予備軍を抱えている状況なので患者様の容態急変時には受け入れが必要と

なるため、病室を一杯にしてしまうことはできない状況にあります。最後に参考で 18 年度の当院の診療単価を載せておきました。以上です。

事務局

それでは続きまして経営形態を見直す上での類型とメリットデメリットについてご説明申し上げます。これにつきましては皆さん方にお配りしておいたものから、今日お配りしたものに差換えをお願いします。差換えのほうでご説明申し上げますのでよろしくをお願いします。それではご説明申し上げます。まず指定管理者制度でございます。指定管理者制度の長所としましては、医療スタッフの心配がなくなるというようなこととなります。それから医療サービスの提供上、経営上民間業者のノウハウが活用することができるということとなります。それから課題でございますが、現在のスタッフの身分の取り扱い等が発生してきます。それから建物等いままでの投資に対します債務がございます。これらの債務の責任がのこるということとなります。次に民間移譲でございます。長所としましては財政負担をする必要がなくなります。当然のこと民間のノウハウによりまして行うことができるということとなります。課題としましては、地域医療に期待される医療機関としての役割など、こういうものが困難になる恐れがあるということで、やり方によってはこのへんのところは解決できると思えますけれども、そういう懸念がされるということとなります。それから当然職員に対する身分の取り扱いの問題、こういうものも発生してくるということとなります。次に縮小、病床廃止診療所化でございます。これにつきましては不採算部門の見直しにより赤字の幅こういうものが小さくなるということです。当然経営効率もよくなっていくというふうには考えられるということでございます。課題としましては、地域医療に期待される不採算部門が維持されるかどうか。それから今行っております地域医療サービスが限定されてしまい訪問診療の維持、夜間休日における電話相談等の対応が非常に難しくなってくるというようなことになってくると思えます。それからこの他に経営形態としましては今行っております直営の現在の笠間市立病院でございますが、地方公営企業法の一部適用ということでやっております、これらも一つの形態でございます。それから国のほうでだされております地方独立行政法人、こういうものも一つの形態になってくると思われれます。公務員型、非公務員型とございますが、こういうものもなってくると思われれます。参考でございますが後ろのほうに国の資料を添付してございます。平成 19 年 7 月 23 日に総務省におきまして公立病医院改革懇談会というのがございました。そのときの資料を参考に添付してございますのでご参考にしていただきたいと思います。

事務局

それでは資料 9、16 ページをご覧くださいと思います。前回の平成 19 年 7 月 5 日開催いたしました第 1 回笠間市立病院のあり方に関する検討委員会におきまして、地域医療に対する市民のニーズはどこにあるのか。医療に対する市民の意識調査を行ったことはあるのか。というようなご意見がございました。下記の地域福祉計画にかかる市民意識調査の中で保健・医療に関する設問を 14 項目追加し実施いたしました。詳細については別紙のとおりでございますが、本調査は笠間市内在住の 18 歳以上の市民の中から 2,000 人を無作為に抽出いたしまして、調査票を郵送してございます。返信用の封筒で返送をしていただくということで、調査票については 23 日本日までということで送付してございます。なお、これについては次回の会議の中で結果は報告できるものと考えております。以上でございます。

委員長

資料の説明は以上です。ありがとうございました。まず病院のデータに関して、資

料 1 から 5 についてご質問いただければと思います。

委員 資料 4 の救急のことですが、これは当番ということではなくて毎日夜間受け付けているということでしょうか。

事務局 表の枠外にも書いてございますが、休日診療の当番の患者数は除いてあります。今笠間市は輪番制で日曜日にやっております。当院はだいたい年間 4 回まわってきますが、そのぶんは全て除いて、ここにかいてあるのは平日の診療時間外、例えば今日なら今の時間に見てほしいとか、あとは日曜日とか、そういうものの数だけ載せてあります。

委員長 救急告示病院の指定は、とっていないのですか。

事務局 とってないです。

委員長 そうすると、救急車が運んでくることは基本的にないとかんがえられますが……。それともありますか。

市立病院長 かかりつけの患者さんに関しては救急車でみえることもあります。

委員 毎日夜間受け付けるということ。

市立病院長 かかりつけの患者さんに関しては受け付けます。

委員 そうするとかかりつけの患者さんでない一般の救急の患者さんというのは、年 4 回の時だけということ。

市立病院長 風邪とかであれば、電話がかかってきたときは相談を受けて、かかりつけでなくても受けられる範囲であれば受けるようにはしております。そういう場合は風邪とかの軽症の患者さんが多いです。

委員 深夜時間帯 10 時から午前 5 時までに 44 名おりますけれども、これも基本的にかかりつけの患者さんですか。

市立病院長 がほとんどです。

委員 一般の人はあまりいないんですか。少しはいるかもしれませんが、わかりました。それと輪番制に当たったときは年 4 回ということですが、それをプラスするとどのぐらい増えるんですか。それほど変わらないんですか。

市立病院長 休日当番の時には、だいたい 40 名ぐらいですか。40 名ぐらいが年に 4 回ぐらい。

委員 40 名で入院が必要な場合は市民病院で受け取るのか、それともどこか外へ転送され

るんですか。

市立病院長 当院で受けられる場合は当院で。休日当番のときにかかった患者さんが入院必要であるという場合はうちの病院で受けます。受けられない場合は中央病院になります。

委員 わかりました。ありがとうございました。

事務局 補足なんですけど、休日診療を年4回ということで春夏秋冬とそういう感じで回ってるんですけど、冬場などについてはかなりインフルエンザや風邪などのときにはかなり件数が多い場合もあります。

委員 笠間市として夜間休日センターみたいなのは設置はしていない。そうすると通常の日は医師会の在宅当番医制で平日は回しているということですか。夜間は。

委員 夜間は個々の医療機関で、やはり市民病院さんと同じように受ける。診ている所がたいいて自分のところで診るような、ですね。旧笠間市内はわりと患者さんがあっちいたりこっちいたりしないんです。昔から古い街なんで、だれがどこのかかりつけってというのがきまっている。

委員 そうすると自分のかかりつけ医師のところに行くのですね。もしそういうのもっていない方は。

委員 中央病院とかですね。

委員 ありがとうございました。

委員 いいですか。医師の数のこと。病院と名のつくところは常勤で3名以上いなくちゃいけないいきまりがあって、民間の病院でしたら年一回の医療監視ですか。そのときに人数が少ないとかなり厳しく指導される。やめなさいとか。それでやめた医療機関が私のところの医師会であります。これは今までの医師の数とかなんかで市民病院さんはそれだけ人数が多かったかどうかわかりませんが、この2.4名ということで病院の継続が可能なのかどうか。そのへんはどうなんでしょう。

委員長 今までの医療監視で、この医師不足は指摘を受けたかということですね。

事務局 たしかに3名以上ということで指摘は受けてます。病院としても市としても3名以上になるように努力するというところでやっておりますがなかなか3名をオーバーしないと、3名をクリアできないということです。

委員 ではこのままで病院は努力しますということで病院は続けられるということなんですか。

委員長 改善計画をそのつど提出しているのでしょうか。

委員 改善計画をだして、法律上違反ですから。そういうことで勘弁してもらってるんで

すか。

委員長 これは毎年一回提出しているのですか。

事務局 はい、毎年だしております。

委員長 2ページの病因分類調べですが、めまいや軽症などが約半分だそうで、検査入院もけっこう多い。この病院の在院日数は非常に短くて、例えばめまいで入ってきて、診断がついてそれなりの処置が必要となったら、他へ回っていくという理解でよろしいですか。これがこの病院の入院・退院の状況ということなのですか。

市立病院長 これは大部分ここで治って退院していくという方が多いんですけども。たしかに急性疾患の中には含まれておりませんが、症状があつて入院して入院した過程で手術が必要な病気とかがみつかつて、中央病院に紹介するというケースも含まれております。でも大部分はうちの病院で治って退院するというのが大部分です。

委員 今日の資料とすこしずれるかもしれないんですが、大体のかかりつけの方って、大体何人ぐらいいらして、大体来られる人は範囲大体何キロぐらいなのかと。難しい質問で、前回あつたかもしれないですけど。つまりどのへんぐらいの診療圏もってるかということなんですけど。

事務局 前回の資料の中でご説明したと思いますが、前回の資料の14ページで笠間市立病院の、これは国民健康保険加入者の受療動向ということでやったものですが、今言ったように国民健康保険加入者に特定してしましますが、旧友部町地内が72%、旧笠間市地内が8%、旧岩間町地内が約8%、それ以外の町村、これが約12%でございます。合併しました笠間市で考えますと88%の人が市内の人だと、これはあくまで国民健康保険の加入者に限りませんが。

委員 患者さんは大体自家用車で、若しくは自家用車で来られるんですか、誰かにのっけてもらって。大体何分ぐらいかけてくるのかなとか。すみませんわからないですか。

市立病院長 大体ほとんどの方は近くの方が多いで歩いて来られる方もありますし、それから家族に自家用車で送ってもらうという方もあります。ただ、巡回するバスなどはありませんので結局自前の交通手段で来る方がほとんど。あと要介護者が地域の移送サービスを利用して社協なども含めてですね、そういう移送サービスを通して来られるという方も少数ながらあります。

委員 資料3のほうでですね、大腸検査や胃の検査ありますが内視鏡だけの検査ですかそれともバリウム検査も入っていますか。

市立病院長 バリウム検査はほとんどやっておりませんで、ほとんど全部内視鏡検査です。

委員 となると常勤のドクター二人のところでは全検査をみるとCTの方は技師さんがいらっしゃるからやるんでしょうけれども、かなりがんばっていらっしゃると思うんですけども、常勤でレントゲン技師さんが2人いて、CT検査が年間583で月平均する

と 50 前後となると、技師さんが二人で稼働率というか、すごく少ないんじゃないかと思うんですよね。技師さん二人いたら一人バリウム検査とかそういうことも可能じゃないかと思うんですよね。僕のところなんかレントゲン技師さんいませんからドクターのみんながバリウムも全部やるようになってしまっただけなんですけど、そのあと手間がかかっちゃうんでいきなり大腸のカメラやりますとかになっちゃうんですけども、技師さん二人いるとそういう検査も適宜入れながら枠設定してっていうのも考えられるかなとも思うんですけれども。ただ検査としてはドクター二人で外来やりながらではかなりがんばってらっしゃるなと思うんです。

事務局

いまのところ追加、補足といっちはなんなんですけど、一応ここにも書いてあるように 18 年度実績ということで書いてありますが、昨年度は大腸、胃の検査、これについては石塚院長の方で一人での検査です。昨年度はもう一人は循環器関係だったものですから、こちらの検査にはたずさわってないので、ご説明させていただきます。

委員長

技師さんなどの働きぶりに関してはどうですか。

市立病院長

たしかに今指摘されたようにですね、放射線の検査自体は少ないと、CT の検査、あと一般の患者の X 線などもありますけれども、たしかにそこは指摘され、たしかに二人いるのに件数が少ないというところはあるかと思うんですけれども、現在、技師さんも放射線の仕事だけしているというわけではなくてですね、時間の空いている時には外来業務を手伝ってくれたりとか、そういうふうに放射線技師の仕事だけではなくて、外来業務を手伝い、患者さんと呼んだりとかですね、そういう仕事にも参加してくれているということで、まったく技師室にこもりっきりというわけでは一応ないです。ということは申し上げておきます。

委員

考え方からいいますと、ドクターメンバーという一級検査技師なり看護師さんなり、専門の資格のある方はその資格を有効に使えるような仕事をせめぎあわないような施設というか病院というのは稼ぎが悪くなるんですね。それを看護師とかコメディカルとかそういう仕事につかせて実際にやらなくてはならない仕事量を増やしていく。そういうことがひいては経営形態というか経営体制を改善できる方向になるんじゃないかと思うんですけれど、いかがでしょうか。

市立病院長

それはもちろん。なかなかでもまあ、できるだけ患者さんが増えて必要な検査を増やしていければもちろんいいかとは思いますが、そこらへんは難しい問題もあるかなと思います。

委員長

他には、資料 1 から 5 に関してはいかがですか。入院基本料の説明は、在院日数との関係でこれしかとれないという説明ですね。確認しますが、現在の入院基本料は適切であるという説明でよろしいですか。

事務局

下の方から 9 行目あたりから書いておいたんですが、看護師 2 名の育休者がおり、その補充については臨時看護師で対応しているが、日勤のみで夜勤については職員のみで行っている状況でもあり、月によってその 72 時間をオーバーしてしまうことがある。育休の者が戻ってくればなんとか 72 時間をオーバーしないようにもなると思うので、そのときには適切な届出をしたいと思うんですが、ただ、先ほど上の方でもい

いましたが、在院日数が今までは短かったんですが、この4月から7月まで患者の入院が長期化してまして、4月から7月だけをとって計算してみますと19日で、これが伸びつつあると、そこらへんがネックになるのかなと思います。もう一つ参考に在院日数の動き、先ほどの説明で、ここ10年の話で申し上げましたが、平成10年からみますと、10年11年の頃は約18日で、12年13年の頃が21日と、14年では19日と、15年では約20日と、その後若干つつ下がりまして17年18年は12.9日で流れてるんですが、今年についてはもうすでに、4月から7月まで4ヶ月だけみても在院日数は19日と昨年の1.5倍となって、入院する患者さんによって在院日数は大きく変わってしまうかなと、そのへんもネックでございます。

委員長

資料1から5に関してはよろしいでしょうか。
資料6の介護保険事業計画等のことで質問しますと、医療系と福祉系の二つに分けると医療系がけっこう伸びています。実績だけで、平成20年の計画分をオーバーしてますね。

事務局

要因もいくつかあると思うんですけども、一つ利用意向があるということと、ここにあります五つのサービスのうち訪問看護と通所リハビリにつきましては、平成18年度中にそれぞれ1事業所市内で増えてございます。サービスの提供体制が整ったということもございまして、需要が増えているということも一つの要因かなと思います。

委員長

短期入所療養介護だけがマイナスで、あとは計画値を上回っている。しかし福祉系の訪問介護を入れると、トータルでは下回っている。ここは医療系のサービスが強い地域なのですか。

事務局

全体としますと、それ以外もみてみますと、特にホームヘルプ事業、訪問介護事業についてはある程度計画を見込んでいたんですけども、それが実績ではかなり大きく下回ったということが一因になっております。

委員長

在宅医療との関係で介護保険のそうした実態に興味があるのですが、通常訪問介護が大きく伸びる。でもこの地域では、訪問介護のホームヘルプサービスの実績値が下回っているのが非常に意外であり、その理由は何なのでしょうかとというのが次の質問です。

事務局

ちょっとデータがなくて申し訳ないんですが。

事務局

訪問介護事業所がある程度整ってきましたので、計画はずっと伸びていると思います。実績も伸びていってると思いますけれども、計画の中では要介護者の見込みとか、利用意向を踏まえてある程度大きな枠でとらえていきます。それぞれ訪問については先ほど説明いたしましたけれども、訪問ホームヘルプだけではなくて、訪問看護、訪問リハビリ、それらをひっくるめて訪問系としまして大体の枠を設けていきます。そのそれぞれの割合については、計画上はなかなかとらえづらいといいますが、というのがありまして、ホームヘルプ事業を少し多めにとっているというのがあります。

委員長

ありがとうございます。それにしても家族介護が強い地域なのかなというのが、私の印象なのですね。病院のデータをみても、在院日数が19日とすごく短くて、長期療

養の人が少ない。要介護状態の人が5%で、急性疾患による急性増悪で入院してきても長期療養の病院でもない。そういう意味では家族介護はすごい強いのかなというのが今のデータからも読み取れる。

事務局

事業計画書のほうにはアンケート調査の内容が一部抜粋だったものですから、家族介護の利用意向というものが含まれていなかったんですけれども、実際にはそういった調査も行っておりました、一般調査で介護が必要となった場合に介護される場所はどこがいいか、というような設問がございます。870回答がありまして、今の現状ではわからないというのが44.1%でございますけれども、家で家族に介護していただきたいというのが19.3%、家で介護保険のサービスを利用しながら介護してもらいたいというのが19.9%でございます。これに対して施設への利用希望が10.6%でございますから、家族介護を希望する方は非常に多いと思います。

委員長

実際にそれが実現している。次に資料7の損益分岐点のシュミレーションですが、診療単価をみるとあまりにも入院の単価が低いというのが、私の感想です。このシュミレーションに対して何かご質問、ここはおかしいとかありましたらどうぞ。

委員

14ページの一番頭のところなんですが、入院患者が平均25、外来107、お医者さんが4名、看護師さんが2名増員、こういう体制を整えてはじめて黒字になれるという、そういう計算上単純にだしてよろしいのかどうか。事実これだけいたら黒字になるんだよということ。

事務局

前のページから続いてまして、前のページの一番下で前提条件を上の方からいうと2番の損益分岐点の算出ということで前提条件を加えまして、これで計算した場合の一番下に書いてありますように、収入合計から支出合計を引いて2,000万円ぐらいの利益がこれでは出ると。それで14ページに移りまして、以上の試算によるとこういうことで、ただ、特に寝たきりや高齢者がほとんど、急性期病院でもないの、そういう高齢者等が多いのでケアが非常に大変になると思われるので、例えば2,000万円ここで黒字がでるということであれば最低2名の看護師を増員した場合に収支トントンなのかなということで、ただここにも前提条件として括弧書きで書いておきましたが、これはあくまでも10対1をとった場合であって、その場合には入院患者の平均在院日数は21日以内というしぼりは絶対でできちゃう。

委員

病院的にはこれぐらいの体制があれば理想的だということですね。

事務局

これだけあれば計算上は。

委員長

入院収益を2万2,911円、外来を1万1,199円で計算していますが、50床未満の自治体病院の平均はどのくらいですか。急性期の大病院だと、入院一日6万5,000円というところもあります。

事務局

前回の資料で追加資料で、資料16ページの追加ということで出しておりますが、そのときは16年度の数字でしたが、当院、笠間市立病院の場合には一人一日当たり入院収入は2万4,478円でした。前回、全国自治体病院で30床のうちと同じような病院があるということでその平均をあげましたが、その場合には2万2,008円でした。外

来につきましては笠間市立病院は1万1,677円で9病院の平均、こちらは院外処方
かなり進んでるんじゃないかと思いますが、7,468円でした。

委員長 入院は大体、水準並みですね。ありがとうございます。
今後の経営形態を見直す上で一部適用、メリット・デメリットに関して何かご意見等
あれば。

委員 ちょっと確認したいんですけど、縮小、病床廃止診療所化という課題のところ
で、不採算部門が維持されるか懸念されるということがあるんですけども、不採算部門
になってくると、へき地医療とか救急医療だとか小児科だとか産院だとか、そうい
ったものが対象になってくると思うんですけども、この場合にはかかりつけの皆さん
の地域医療とかが不採算部門になるんですか。

委員長 赤字が不採算部門だといってしまうのです。公立病院の改革の議論の中で何をも
って不採算というのかという質問です。特急が止まる駅前にある30床の病院はへき地と
はいえないし、救急告示でもないし、何をもって不採算というのですかという質問で
すね。

市立病院長 たしかに今中途半端なベット数で入院を維持してるということが構造的な不採算の原
因になってるということだと思っんですよね。それが無床化するといった場合に、無
床化すれば不採算な部分というのは無くなるかもしれませんが、ですが、そうすると他
の開業医の先生との差別化ができなくなるという問題なんだと思っんです。だったら
無床化したら、そのときは診療所になってるんでしょうけれども、存在する意義があ
るのかということになる。ということだと思っんです。

委員長 非常に改革の本題に関わる話です。資料8からいよいよ本題の話なんですけれども、
民間移譲に関する問題の同じ課題のところ、「地域医療に期待される医療機関として
の役割が担保されるかが、困難となる恐れがある。」と書いてある。これもわかってい
るようでわからない。救急とか、高度先進、教育研修など地域医療の中で自治体病院
がやらなければいけない軸というのがいくつかある。ここの病院についてどんなこと
が考えられるのか、30床の市立病院では地域医療で果たせる役割には限界があるので
はないかなというのが私の感想です。

市立病院長 たしかに高度先進医療とかをやる病院ではないんですが、高齢者の方の在宅に
いるということを支援する病院として在宅医療を進めていくということがうちの病院の
役割だということを考えて取り組んでいます。

委員 ここに縮小括弧病床廃止診療所化というところで、企業会計から特別会計になる
というのは有床診療所でも同じことと考えてよろしいですか。無床の場合だけ企業会
計から特別会計になるんですか。有床診療所の場合でも同じと考えてよろしいん
ですか。ここに有床診療所という選択肢が病院ではないので。

事務局 これは病院以外、それ以外の場合には通常は特別会計、企業会計の非適用です。

委員 そうすると縮小の中には病床廃止というのと有床診療所というのもあるん
ですね。

事務局 形態の中で、幅広くということで、説明の中で申したとおり直営というのもあるし、地方独立行政法人というのもありますし、いろんな、幅広く経営形態としては考えられるよというような意味でご説明申し上げたわけでございます。

委員 課題のところは病床廃止することにより、云々と書いてあって有床診療所として病床を残しておけばこれは問題として課題としてあがらなくなるわけですか。

委員長 病床廃止というのは、大久保先生が言うように、病院は廃止するけど病床は19床まで持つという選択だってありうる。この病床廃止にはそれがどっちなのですか、というふうに質問している。

委員 そうなんですけれど、病床廃止と書いてあるんでゼロにしちゃうのかなというふうに思った。ゼロにすることによる問題であれば19床残しとくことによって課題はもしかしたら解決されるんじゃないかと。

事務局 この中では病床廃止ということで、今いわれたようにゼロになってしまうということです。

委員長 有床診療所の選択は頭はないのですか。ゼロの無床診療所か、19床までの有床診療所か、20床以上の病院かという段階があるはずです。有床診療所によって療養型の、介護療養もできます。

事務局 検討していく中では当然19床というのも考えられると思います。先ほどから申しているように、ここで載せたのは三つ載せましたけれど、これ以外にもあるという説明を申し上げてきましたとおり、今先生いわれるようなものもあるという、検討の中ではそういうものも含めまして検討していただければと思います。

委員 診療所で有床でやった場合に、病院は今30床、実際に市からの財政支出がどうゆうふうに変ってくるのか、病院の場合は収益面でも診療所とは変わってくると思うんですね。19床になれば余裕がでるから、たかが知れてるとかあるんでしょうが、どうなんでしょうか、30床の現在の病院と形は変わって公営企業法の一般会計からの繰出しという形がありますけれど、診療所になりゃ行政経費として予算上は特別会計としてね。どの程度どのような違いがあるんですかね。

委員 病院と診療所の収入形態が保険で違いまして、いまのところでは外来部門が診療所のがいいです。ですから診療所化したのが同じ人数来てれば、収入は外来部門増えます。それから入院部門が診療所と入院では件数がずいぶん違いますから減ります。ただ病床の利用率が、この前聞いたところでは13床とか10床ちょっとでしたね。そうすると、そのぐらいの入院の収入と19床の診療所の満床に近くになったときの収入はどうなるか、今具体的な数字はわかりませんが、トントンになるか、減るか、外来は確かに初診料も再診料もそれから慢性疾患管理料というのがありまして、それはかなり診療所が有利です。

事務局 今の病院と有床診療所の診療報酬についてということで、入院料について計算して

みたことがありますして、例えば 14 日間入院した場合の入院料、いろいろな投薬とか処置とか一切無視して入院料だけを計算してみましたところでは、病院の場合 14 日間で 1 万 9,348 点、一方診療所につきましては 1 万 290 点、約病院の半分になってしまいます。

委員長 しかしスタッフも少なくて済むのでコストは減る。

委員 医者一人でいいですから。

委員長 資料 9 のアンケートをやったという報告ですが、この調査は小学校区でデータがとれますか。

事務局 よろしいですか。私の方から。これはですね、学区の区域によって全体の人口の比率によって無作為でやってます。

委員長 市民病院の問題に関しては直接は聞いてない。しかし、笠間地区、岩間地区での市民病院に対する認識が聞ければいいなと思い質問しました。

事務局 そもそもこのアンケートが福祉関係でやってたものですから、そこに医療関係のものを載せていただいたというようなスタイルでございますので、笠間市立病院に関してのところまでは設問の中で入れられなかったという、設問の数の問題もございました。

委員長 ぜひ、問 27 の笠間市の医療についてどう感じているかというなかで、旧友部地区、旧岩間地区、旧笠間地区のちがいについて行政データとしてまとめたらおもしろい。何か、このアンケート調査に関して、解析に関して、是非こういうクロスをやってほしいとか、質問・要望はないですか。

委員 小学校区ですよ。多分なかなか量も多いし回答率が悪いので、あんまり細かく見るととんでもないデータが、解析できないデータが出てきちゃうのかもしれない。今のことで回答をされない方には督促なんかされるんですか。

事務局 今のところ考えておりません。

委員 しないと非常に回答率悪いかなど。された方がよろしいかなと思いますけれども。

委員長 回答率高いのではないの。前回どのくらいですか。

事務局 総合計画が 33 だそうです。

委員 私は直感的には意外といいなと思いますよ。33 なら。いいんですよだから、ほんとはもっとないといけないので、少しお願いしましたけど、いかがですか。何かだして少し増やした方が、せっかくお金を使ってやるのでいい結果がでたほうがいいかなと。

委員 一方的に郵送したんですよ。近くにいる民生委員の方とか地域の方を使って手渡

ししたわけじゃなくって、一方的に郵送ですと回収率は期待できない。地域自治会などをお願いしてやるとよかったかもしれないですけど。いや、いいです、いいです。

委員長

資料1から資料9まで、何か追加的な質問はありますか。

委員

笠間市というところは人口8万あるんですけども、今厚労省というのは急性期病床と療養型病床とまとめられていますか、急性期は30万床、療養型は10万床、あるいはもっと増えるかもしれない。そうしますと大きな病院っていうのは多分急性期病院に急性期病床を持つ病院に移っていく。そうすると笠間市の中ですとね、急性期病院に移っていく多分県中あたりがそうだと思うんですね。あと他に石本先生のところもありますし、それから立川先生のところ、それから菅谷先生のところもあるんですけど、その三つの病院が急性期につくのか、療養型そういうものにつくのか、そのへんによってですね、例えば急性期になりますと治りやすい人はどんどん来る、ところが時間がものすごくかかるような方は受け付けない。特に高齢者になりますと例えば肺気腫をもってますとそういう患者さんというのは受け入れてくれない。これは実際にあります。そうしますと例えばそういう方たちというのはどうするのか、ということですね。そういう方たちの受け入れ病院というのは今後当然地域としては考えていかなければならないと思うんですけども。こういうところにそういう需要というのは、これは大切なことだと思うんです。そういうことをやった方がいい。

委員

それはもっともなことなんですね。ただ、市民病院がはたして在宅医療を盛んにやられてて、在宅で悪くなった人を自分のところに連れてきてということをやられて、それはすばらしいと思うんですけども、ただ、在宅医療をやるのに、それが市民病院でなくちゃいけないかどうかということが問題になると思うんです。市民病院ということにはやっぱり、医療っていうのはどれでも公共性はあるんですけども、その公共性の中でも特に市民病院というのは普通の民間の病院よりはより高い問題があると思うんです。でそうすると、市民病院に一般の市民が求めていること、それはどういうことかということ、やはり我々医療従事者も民間でできないようなことをやっていただきたいということが、同じ競合するようなことはできるだけ避けたいというふうにやっていくと思うんですね。ところが県立中央病院とか何かだったら先ほどからでてた先進医療とか、それから民間でできない採算な難病とか何か全県で何人かしかいないところを診るとか。そういうところはやってくれると思うんですけども。30床の病院で、はたしてそういうものがあるかどうか、ということを考えていくと、かなり難しい問題が出てくるんじゃないかなと思っております。

委員

難病じゃなくてもですね。高齢者の方ってこれからどんどん増えていくわけですね。そうすると今申しましたように肺気腫ですとか、そういう方っていうのは入院すれば必ず長引くんですね。そうすると例えば急性期病院だと、そういう患者さん受けてくれるか、受けたとしてもですね、もう途中で退院させられてしまう。そういう可能性が当然あると思うんです。これから多分市立病院なんですけども、そういうふう急性期のほうに病院がどんどん移っていったときにそういうふうに変化していけばそれなりの価値があるんじゃないかという気がするんですが。

委員

それはもちろん。ただね、今石塚院長先生がやられてるってことは、消化器のことが主ですね。そうすると勤めてる、そこにいらっしゃる院長に、おまへは今度はこう

いうのをやれと、何かっていうことはかなりそこに勤めてる先生はつらいことだと思うんですね。そうすると自分の考えてる医療と違う医療をやらされるようになってやうと。そうじゃなくても医師が不足しているという段階でそれが継続が可能かどうか、たしかにそういうニーズはあると思います。だけどそれがうまくいくかどうか、ということは非常に難しい問題じゃないかと思います。

委員長 たしかにそうです。公的病院でもここは30床と小さいですので、もう医師二人で機能が決まってしまう。医者個人の専門・機能と思いと地域のニーズが、時々乖離してしまうことがある。

市立病院長 僕の場合は消化器外科が専門ではじまった医者なんですけれども、今現在消化器だけ見てるという意識は全然なくて、高齢者の病気に関しては全般的に診ていこうというつもりでやっております。検査は消化器専門でやっておりますけれども、実際の診療はなんでも診てるというのが実際のところですよ。

委員 飯田先生の前に寺山先生という有名な皮膚科の先生がいたんです。中央病院にいた先生です。その時に寺山先生が今の市民病院にいかれたときに、その先生についてる患者さん、旧笠間市内にもたくさんいたんですけれども、友部の国保病院、その時国保病院っていいましたから、国保病院にいっぱい行ったんです。それから飯田先生がいらして、今度は循環器の先生で循環器の患者さんがいっぱい集まった。先生の時。そうすると今度は先生がいらっしやらなくなっちゃった。今度は今の院長になって、そうすると消化器とか何かっていうのが、そうすると市民病院としてのあれは、そこにいる医者によって患者さんがどんどん変わってきちゃうんじゃないか。だからそのへんはやっぱり変わらないようにしていただけたのが一番ありがたいし、そのへんがちょっと問題になるんじゃないか。

委員長 それが大学病院との違いです。でもやはり患者は医者につきましますし、病院にはつかないのです。ですから院長が高齢者全般に診てるっていても、やっぱり患者は院長は消化器が強いていうのがわかってますから、それで流れます。地域ケア構想というのが茨城県でも検討が進んでいると思うのですが、それと医療計画の中のこの二次医療圏の状況について次回できれば報告して下さい。今、飯田先生から一つの改革の方向としての慢性期の話がでましたが、この市民病院の改革に関して、このへんを着眼点に議論すべきだなど、何かございましたら、フリートークンでお願いいただければと思います。

委員 常勤者を4人にして、10体1の看護体系にして、そうすれば2,000万ぐらいの黒字がでる。そうすると、それだけ黒字がでるならばそれはそのまま継続っていうことでよろしいんですか。一番最初の時に僕それ質問したと思うんですけど、そのこと、黒字ならばやってくのか、赤字だからやめるのか、で飯田先生がおっしゃったことですね。そういうふうになって、確かにそういう方向にいけば、そういう道はあるかもしれない。けどそのときにまた赤字がでたらどうするのか。そのとき黒字ならばだれもそれでいいのか。そういうことをちょっと議論していかないと。だから赤字がどれぐらいって、いつもこういうあれではでてくることなんですけれども、その赤字を市民がどれだけ我慢するかですよ、おかしいんですけど。だからどういうことをやれば市民の人たちは市民病院の赤字を黙認して、それに賛同してくれるか。それははっ

きりしとかなないと、本当に市民病院が、何回もくどいようですけれども、黒字になればどんどん続けてっていいんだという議論なのか。

委員

私もそのほうがね。はじめから釈然としない部分もあるんですが、単に収支のバランスだけを考える検討委員会ということなのか。それから前回もいろいろと病院の役割などについて話が出ましましたけれども、そういう部分はおいとしてバランスがとれて黒字になればそれはそれでかまわないんだという話なのか、それとも市立病院の従来からやっているような業務をきちんと進めていくと、そのなかで採算を確保していくということで話を進めるのか、そのへんで大分考え方が変わってくると思うんですが。私の考えてるのはですね、ちょっと話が戻るかもしれませんが、単に患者を待って治療業務だけを行っているという一般の医療機関と、従来からやってきている市立病院の中身とは違うと思うんですね。予防医療からこの間も話したとおり在宅医療まで幅広いところで努力をしていこうというのがよく見えるわけですし、実際にはまだ診療体制が整ってないというのがありまして、なかなか実績がでてくるというところまでいってないというところですが、収支の状況についても他の自治体病院の資料がありますけれども、それと比較してみますと非常に努力をしているという経過がみえる。そういうことからするとですね、これ言い方わるいんですけども、率直に申し上げて前回委員長のお話の言葉をお借りした時に、ベンチとプレーヤーの話がこの前でましたけれども、何かベンチがですね非常に迷ってて、的確な指示がだせない。常に消極的なサインだけが送られているということで、試合でいうと勝てる試合も勝てないんじゃないかという気がするんです。収支の状況なども、もう一方でもし収支のバランスということで考えるならば、もう一方こういうことでいい結果ができてきそうな気がしますんで。元に戻ってですね市立病院の役割とか経営方針というものを明確にうちだして積極的に、やはり今進めている業務というものを、もう少し強力に進めてみたらどうなのか。そういうことで今なかなか医師の確保も難しいです。そういうやつをベンチとプレーヤーが一体となって必死になってやっていけばですね、医師の確保も可能になるでしょうし、ひいては経営の改善ということも図っていけるのではと思うんですが。何かあの話の内容が二つに分かれる、いわゆる収支のバランスと市立病院の業務の役割という二つがあって何か混沌としてしまっただけで、私の頭の中もはっきりしなくなってきたんですけども、どうもそのへんがやっぱりもう一回考える必要があるんじゃないかなというふうに感じてます。

委員長

ありがとうございました。確かに重要なご指摘だと思います。他の方がいいがでしょうか。

委員

もう一つまたこれちょっと別なんですけど、要するにここの医療圏というのは県立中央病院、大きな病院ということで、それに頼ってるというのがものすごく大きいわけなんです。ところが県立中央病院も大変な時期になってきてしまったということなんですけど、本当に県立中央病院を頼りにしてよろしいんでしょうか。

委員

頼るっていうのはどういう意味で。

委員

要するに高度医療ということもありますし、急性期ということも当然あると思うんですが、そのへんのところ本当に要するに額面どうりにやっていただけるんだろうかというのも当然あるし、要するに今のこのあれは県立中央病院があるということの前

提にしてある程度討議されてるかと思うんですが、それが本当に機能としてできているのかどうか、これをはっきりさせないと全部崩れてしまう。

委員長

確かにその理由もわかりますが、それを超える装備、医療提供を笠間市民病院ができるとは思えないし、むしろ県立中央病院がしっかりしてくれ、医療連携も大事だから県立中央病院にも物申すぐらいの関係でやっていく必要があると私は思っています。

委員

医師会の方と県立中央病院のほうはもう平成6年のときから病診連携ということをやっとやっております、今までは紹介が多かったんですね。でも最近は逆紹介というのが増えてきて、今度は連携パスというのをこの前つくりまして、胃がんと大腸がんの化学療法を両方のところでやりましょうと、開業医がやるのはごく簡単な部分を受け持って、それで中央病院と同じ医療が各医療機関でできるような体制、それからもう一つ話題になっているのは前立腺がん。前立腺がんのことについても連携パスをつくって、どういう状態になったら向こうに送る。その話し合いも近々行う予定です。あともう一つは糖尿病、糖尿病の専門医というのは茨城県ものすごく少ないです。でも県立中央病院にいるんで、その先生を中心にこのへんの糖尿病というのはものすごく多いから、糖尿病の人たちの連携パスをつくって、どうやってお互いに治療していくかということを進めています。ですから、我々医師会にとっては県立中央病院はけっこう頼りになるということです。

市立病院長

うちの病院にとっても県立中央病院は大切なパートナーだと思っております。手術が必要な患者さんは中央病院に送ることが多いです、最近は中央病院で急性期の治療は終えたけれども、その施設に入るまでにはまだ時間があると、なかなかその施設も空き待ちの状態が長いのですから、そういう患者さんを今引き受けているということで、そういうことで少し在院日数がのびたり、とそういうこともあります。最近は特に中央病院のほうも在院日数を短くしなくちゃいけないという圧力がありますので、そういうことで、うちの病院を利用するということで、入院患者数もある程度安定した数を保てるようになるんじゃないかというふうに考えております。

委員長

その時にね、看護は対応できますか。チューブをつけたり重い人がくるわけで、今まで寝たきりの人だけだったのが、どんどん重症の手のかかる人が入ってくる。

市立病院長

いままでの患者さんも大体そういう患者さんなんですよ。うちの病院は急性期の患者さん割合が多いっていってますけど、寝たきりの患者さんが入って短期間入院して回復してまた帰ると、急性期の病気が多いんですけど、割合的には多いんですけど、これは要介護度の高い患者さんが急性期で入ってきてまた戻るといった形態ですので、大体入院患者さんがそういうケア度の高い入院患者さんが入院してくることが多いんです。ですから中央病院から送られてきた患者さんと、いつも在宅と病院とをいったりきたりしている患者さんと、そんなにケア度は差がない感じです。

委員

在宅医療をやったの終末期におうちで亡くなられることに対して、ご本人はある程度覚悟して特になんか患者の方とかいらっしやるんですけども、最後までファミリーが相当覚悟がないと一番最後まで自宅で迎えるのはなかなかできないおうちの方がいらっしやって、そういう場合に市立病院のほうにご案内してお世話になってるんで

すけれど、そういうことを考えると、市立病院、30床ということだとすると存在意義をどこにもって行って、それから市民の方に理解をいただいて、公的病院ですから収支トントンとか黒字とか難しいと思うんですけどね、そこらへんでどの程度だったら予算追加して補てんしてもいいのかわかるかあると思うんですけどね。このあり方に関する検討委員会ではそれをどの程度まで、例えば10年先までを見こして見直しするとか、そういうことまでは考えていないのかわかるか。さらに市長が代わってきて、新しく決まった場合、また新しく見直しするのか、そういうこともあるかと思うんですけども。今回の委員会の中で存在意義というのをどこにもっていくかによって経営云々よりもある程度黒字というか赤字を減らして、そういう体制を組めるかということだと、ドクターが2名でいくらいけないってなっても、専門の病気ってのは限られてますから、今の患者さん先ほどいわれたように流れたりしますので、そうすると二人では厳しいかなと思うんですけどね。少なくとも4人いると専門がある程度違ってくると、協力体制組むとかなり有効的な治療ができるし、患者さんもそこに集まってきやすくなるし、ひいては収支のほうもある程度までは改善できるかなと思うんですけどね。それとあと30床を病院の形態と有床診療所という先ほど2万点が1万になってしまうとなると経営上は病院として残したい方がいいのかなと、無床化する場合それ以外の場合とは思うんですけども、今住民検診ってありますよね。それが市立病院さんのところで、ある程度の枠でできるようなかたちってとれないんですか。市民の住民検診っていうのは市の予算を使ってやっていますよね。それを検診協会などに委託しているのを笠間市の住民の希望者は市立病院でやれる体制を組めば、それに対して予算を追加できることになりまますから、そういう意味ではある程度までの対応はできるんじゃないかと思うんですけども。

委員長

今の質問の中で非常に重要なのは、どの年次まで見通すかということなんです。経営ですからね、10年先まで完全なプランなんて立てようがない。とりあえず当局としては何を解決してほしいのか、当座の繰入金なのか、借金を消してほしいのか、いろいろ優先順位があると思うのですが、それが非常に重要なポイントだと思います。もう一点は、確かに特定検診とか検診、市民病院が提供するといっても、そんな余力があるのか、そういうことができるのか、これは市当局から答えていただいた方がいいと思います。

事務局

はい。それでは次回、今おっしゃられた検診できる体制にあるかどうかというのは、先生の方でどうですかね。

市立病院長

全ての項目を請け負うというのは難しいですかね。機材とかも整えてやればできないことではない。そうすれば検査技師とかも有効に使えるという面はありますね。

委員

検診の話がでたんで、前回、市町村保健センターと何かできないのかなという、思いつきでお話したんですが、検診私は受けるのはおもしろいアイデアだと思っているんですが、それは余力でやるのではなくて、やっぱり機能を変えないといけないと思うんですけどね。検診そのものはメディカルセンターもあるんで、あまり力入れなくてもいいんですけど、検診で陽性があった人に対する精密検査というのは、あとは異常があった人に対する保健指導、こういったものを第三の選択肢としてありうるのかなということを感じて申し上げます。それと、医者を増やして経営を良くするというのは、うまくいくかもしれないんですけども、失敗した時に後で取り返しがつかない

大きなミスになってくるので、私はこれ以上規模を拡大してものを考えるより、維持若しくは縮小して何ができるかということ考えた方が現実的かなというふうに思います。

委員

患者さんはドクターにつきますから、ドクターを増やさない限りは患者さんの総数は絶対増えないですね。ですから今の規模で外来の患者さんを増えたりとか、検査とか増えます。そういったところで多少経営収支が向上すればいいのかなと思うんですけども。医療器械に関しては検診のレベルまでに一斉に入れちゃうとなかなか大変ですけども、県のメディカルセンターだけに都合してそういうおいしいところもってかれちゃって、これからは市町村単位でね、グローバルな話ししちゃうと茨城県とか栃木とか県別の単位はとっばらって、市町村単位、市とかが中心となって、あとは広域地区ですね、道州制とかいろいろさわがれてますけれども、将来そういうふうになってもいいんじゃないかと思うんですけども、そうすると県のところは目を向けないで、自分たちの市の住民のところの、財政なり病院なりの経営たて直しなりを良くすれば、ひいては県、道州抜きにしても国の利益につながるんだと思うんですけども、ですから身近なところを良くすれば全体的にまた向上するんだと思うんですけども。

委員

やはり今は赤字ですよ。ですから赤字が、これも繰り返すんですけど、本来やるべきことをやって赤字なら正々堂々としようがないですねこれは。だけど黒になる必要はなくて、黒になれば民間にあげればこれはよくて、そういう意味では先ほど桜井委員からもお話ありましたけども、やはりこれから担っていくべきは何かで、今までやったことはそれはそれで大変立派な、大変ご努力をされてこれは敬意を表するわけですけども、例えば医師会の先生方からみて市立病院が何を今してほしいのか、この地域に欠けてるものでぜひ担ってほしいのは何かということをはっきりと明かにしてくださいね、そこに対して今の規模の中で何ができると、というような議論をしていくことが必要で、その結果赤になるならそれはしょうがなく、赤を解消することは目的ではなくて赤になる理由付けがちゃんとできれば、理由付けができればよろしいんじゃないかと思えますけど。

委員長

私立中学には荒れる教室はない。なぜならば、退学させられるから。公立中学は義務教育ですから退学させられない。だから私学は楽なのだ。公立学校は義務教育ですから逃げられない。そういうのは、すごい大変なのです。公的病院も同じで赤字としてしょうがないんだということで、きちんと言うべきです。そのために社会を支えているのです。そういう意味では、今大久保先生言うように市立病院の診療というのも、もう少し地域の中で何をうちだすかを考えたほうがいい。検診なのか地域連携パス、在宅の看取りなど、うちだす軸をきちんとしないと次の議論に進まない。

委員

数字の話ですけどね。18年度の決算でみますと、病院の欠損金が3,200万、それから繰入金として計上されてるのが8,100万円で1億1,300万ほどの全部で数字がでます。一般会計の決算額が266億5,000万ほどですか、そうするとそのなかで一般会計の予算の中で占める比率でみますと約0.4%ぐらい、病院に全額を繰り入れたとしてもですね。これは公営企業法の縛りがあることは十分承知してるわけですけども、0.5%に満たない額を例えば繰り入れたとしてもですね、先ほど来お話がでるように、予防医療での検診だとか、本当に市立病院がやらなければならない業務を

前向きで検討して進めていくということであれば、住民の保健そして医療を守っていくというなかで行政経費を投入していくとことであってですね、その額が高いのか安いのかっていうのは非常に考え方の問題じゃないかと思うんです。予算の配分の中の優先順位の考え方ではないかと思うんです。先ほど申し上げたように後ろ向きでいきますとなかなかいい結果はでてこないようですから、やはり前向きで強力的に積極的な施策を検討していくということが一番得策ではないかというふうに思っています。

委員 赤字でもいいんじゃないかという議論もあるかと思うんですけれど、つけを背負っていくのは住民になるわけですから、病院を存続させるかどうかは最終的な判断は住民によって決めたほうがいいのではと思います。そのなかで住民によって存続させるというのが強ければ住民が幸せになるような何らかの医療というのをこれから考えていけばいいのかなと思います。

委員長 ありがとうございます。住民投票やろうとは思わないけども、適切な情報をもっともっと開示し、慎重な審議が必要かと思います。30床の病院、でも市民の一つの財産ですから、これを消してしまうのはもったいないと思う。ここは事情が違いますので、福岡と同じ議論ができるとは思えません。まだ役割はあるはずですから、そのへんをもう少し市当局と一緒に、市民病院のミッションをいくつか考えていただいて、それをもとに改革に具体的な方向の議論を次回以降していきたいと思います。

事務局 10月の初旬ということで前にご説明申し上げたんですけれども。では具体的に10月4日木曜日ということでご提案申し上げたいんですけれども。

委員 予定が入ってるわけじゃないんですけれども。

委員長 もう一日ぐらいなかったかな。

事務局 10月の11ですね。

委員 私はそちらの方がありがたい。

委員長 では次回は10月の11日の木曜日ということでよろしいでしょうか。それまでに市はぜひ市民病院のミッションとビジョンを、病院もこういう医療をやりたいというメッセージをもう一度お願いしたいと思います。では、今日はこれで終了ということで、どうもご苦労様でした。