

## 第2回 共立湊病院改革推進委員会 議事録

○司会者（橋本） それでは、お待たせいたしました。定刻を少し過ぎておりますが、ただいまから第2回共立湊病院改革推進委員会を開催させていただきます。

委員の皆様には、ご多忙の中、ご出席を賜りまして、まことにありがとうございます。厚く御礼を申し上げます。

それでは、本日の委員会の出席でございますが、7名のご出席をいただいております。共立湊病院改革推進委員会設置要綱第5条第2項の規定により本委員会は成立いたしますので、ご報告申し上げますとともに、同条第4項の規定に基づきまして、会議は公開でございます。本委員会の議事録作成のため録音をさせていただきますので、あわせてご了承いただきたいと思っております。また、公開に伴いまして、傍聴されます方は、携帯電話も含めましてご静粛をお願いいたします。

本日の会議は午後3時30分までの予定でございますが、途中、休憩を入れさせていただきますので、よろしく願いいたします。

次に、本日ご出席いただきました委員の皆様をご紹介させていただきます。委員席右側から、傍聴席からは左手より順次ご紹介させていただきます。

まず、亀田総合病院理事長の亀田隆明様です（拍手）。次に、江東病院理事長の小出輝様です（拍手）。次に、東日本税理士法人代表社員の長隆様です（拍手）。次に、福島県三春町保健福祉課長の遠藤誠作様です（拍手）。次に、聖マリアンナ医科大学・同病院理事長の明石勝也様です（拍手）。次に、日本海総合病院・同酒田医療センター理事長の栗谷義樹様です（拍手）。次に、東京医科歯科大学大学院非常勤講師の岩堀幸司様です（拍手）。

以上で、本日ご出席の委員の皆様のご紹介を終わらせていただきます。なお、本日所用のため欠席されておりますが、社団法人全国自治体病院協議会名誉会長の小山田恵様を含めまして8名の委員構成となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、早速でございますが、委員会議事に入ります。

第1回委員会におきまして長会長、遠藤副会長が選任されております。同設置要綱第5条第1項の規定によりまして、会長が議長となり、委員会の議事進行をお願いすることになります。長先生、よろしく願いいたします。

○長会長 それでは、第2回の改革推進委員会をこれより始めさせていただきます。

本日はいろいろ審議事項がたくさんございますけれども、最初に、鉄焦会亀田総合病院

理事長の亀田先生に。亀田先生は紹介に書いてございますように、東京医科歯科大学の医療担当理事をつい最近までなさっておられまして、首都圏では最も大きい有名な亀田総合病院を経営されております。今回委員をお願いしたのは、過疎地であります鴨川市、館山市で日本最大級の病院グループを経営されておられること、またこの4月からは医師不足で千葉大学に引き上げられました安房医療センターを引き受けられて、直ちに収支均衡して2次救急を復活させたという、全国から尊敬を集めている医療法人の理事長であります。持論でありますIHNのお考えをお伺いいたしたく存じます。また、メディカルスクールを初め日本の医療改革のリーダーとして共立湊病院改革への提言をお願い致します。

本日は既に湊病院の視察もしていただきましたので、それを踏まえて共立湊病院のあり方と今後10年先を見通した病院のあり方について亀田先生からお話をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○亀田委員　ご紹介いただきました亀田でございます。

ただいま長先生からご紹介いただきましたように、今日恐らく長先生に呼ばれたのは、やはり、ここの伊豆と全く同じように、千葉県は半島の県でございます、千葉県の房総の南の端のほうに鴨川と館山というところがあるのですが、そちらで私どもは長い間病院をやってまいりました。交通の便でいいますと、東京湾にトンネルが通るまでは東京から大体2時間半、ここと同じぐらい時間がかかるところでございます。そういう中で長年にわたってなのですが、もともとは学問所みたいなことをやっていたようなのですが、病院をやってまいりまして、ご存じない方が多いと思うので簡単にご紹介させていただくと、鴨川市に約900床、医師が370名、職員が周辺合わせて約3,000名おります。そういうメディカルセンターを経営いたしております。

そして、そこから約40分のところなのですが、地元の医師会がやっている医師会立病院という、ちょうど湊病院と同じ規模だと思いますが、150床程度で7、8年前に建てかえた、50億も60億もかかって立派につくられた病院があります。半分は補助金、半分は、医師会が法人化されておりまして、その法人で借入れを起こしてつくったというような病院です。千葉大学が全面バックアップして、当初20名から25名ぐらいの医師で運営されておったのです。経営としては黒字経営だったと聞いておりますが、ご多分に漏れず、なかなか医師の供給が思うようでない、あるいは看護師が十分でないというようなことが起こって、医師が16、17名まで減って、経営が厳しくなると。そうなったときに、なかなか責任をとる人がいないということで、どうしようという話に一気になって、それが長先生

のところ何とかしてくださいという話がいったのです。

そういうわけで、我々はまさかそれをお引き受けするという事は全く考えてもいなかったのですが、なかなか地元でこれを継続する人がいないということで、最終的には社会福祉法人で医療経営をできるようにするという事で、これは特殊な形なのですけれども、これも逸話がありまして、おもしろい話があるのです。この30年間、社会福祉法人には病院経営はさせないというようなことでやってきたのですが、これを救うためにこの30年間で2ヵ所だけ病院経営を許可すると。その1ヵ所が、実は、やはり国立の医療機構の病院を救うということで——このお話はしてよろしいのですよね。麻生太郎さんのところの社会福祉法人がこの30年の間に1ヵ所やっております。今回、補助金問題その他を考えると、明石先生のところのような学校法人だったらできますけれども、私ども亀田総合病院のほうの一般医療法人では税金問題、あるいは補助金返還問題が出てしまうだろうということで、公益法人の社会福祉法人でやらせてくださいということを申し上げて、できる、できないという話がありまして、できないのだったら別にやらないだけのことだからどうぞと行って、長先生が大変怒られて、結局すぐに許可になったということで、やることになりました。

ただ、150床で、そこも、亀田メディカルセンターという本院のほうには当然大きな、夜でも100人近い医師がいる病院ですから、40分ぐらいあれば何でも診てもらえる病院があるわけです。それでもやはり地元の方は、初期診療を内科、外科系、両方診てもらわなければ困る、小児科もだということをおっしゃいまして、そのニーズというのはよくわかるのですが、なかなか難しい。

一般の方にここでひとつご理解していただかなければいけないことがあるのですが、簡単にいうと、要するに、夜でも診てもらえる、小児も診てもらえる、夜でも手術をしてもらえる、内科の診療も当然してもらえる、これは当然いいわけですが、それを医師に求めますと、例えば外科の手術をするには医師は最低2人要ります。麻酔科の医師は最低1人要るわけです。そうすると、夜中にちょっとした手術をするということでも3人の医師は当然それにかかりきりになり、そしてさらにほかの患者さんを受け入れるためには1人、2人の医師が要るので、どんなに少なく見積もっても毎日5人の人が夜でもいなければ無理な話です。

皆さん一般の方、夜になるとお酒を飲みたくなりますよね。私も夜、やはりビール1杯ぐらい飲みたいと思うわけですが、そうすると、その5人のドクターは1週間にこの日

はお酒も飲めなければ、場合によっては夜眠れません。これを何日に1回だったら生涯の仕事としてやれますか。3日に1度これをやれといわれたらできますか。次の日も人が足りないから基本的には仕事するのはです。できませんよね。1週間に一遍ならどうですか。1週間に一遍やれと。それで一生これをやれと。これは結構大変です。それでも医者が必要かという、今の毎日5人置いていくとしたら、7日に一遍でも35人の医者が必要なのです。最低限度のことをやろうと思ってもこの医者の数が要るのです。

ですから、よく勘違いされるのですけれども、医者は断ると。医者も一生懸命高いモチベーションでやりたいと思っている人は若い方にもたくさんいます。ですが、やはり神様ではないので、食事もあるし、寝るし、たまには楽しみも欲しいと。人並みの生活をしようと思うと、そういう人数がいないと、いわゆる皆さん一般の方が考えているような医療というのはできません。

それがベースにあって、ですから、日本の医師というのは全然足りないのです。それはなぜ足りないかという、日本の医療の歴史をみますと、戦後の歴史では、昭和36年に国民皆保険という、皆さんいつでも保険を使って、全員がどなたでも病院にかかれる、そういう制度ができ上がって、それで医療のニーズが急激に高まったわけです。それからどんどん大学をつかって医学部の定員をふやしていきました。覚えていらっしゃると思いますが、田中角栄さんが列島改造論というのをいって、その中で1県1医大構想という構想を出して、1981年に琉球大学ができて現在の79校体制というのが整ったのです。そこから一気に、今度は医者がふえ過ぎるぞということで、医学部定員の削減に軸足をすぐに移すのです。それと、医療費が日本の国益を損なう、あるいは日本の国力を落とすのではないかとということで、医療費抑制政策というのが1985年の第1次医療法改正で大きく舵を切られます。それが今までずっと続いてきたのです。二十何年も同じ、ただ医療費削減というようなことを続けてきたのです。その医療費削減の大きな柱が、1つは、医学部定員の削減。もう1つが、地域医療計画といってベッド数を規制すると。この2つは今でもやっておりますが、今度、医学部定員については我々が大騒ぎして大分ふえる見込みはありますけれども、ふえたとしても、医者というのは6年の医学部の後に臨床研修をし、さらに専門教育をしますから、実際に使えるようになるまで高校を卒業してから大体12年かかります。ということは、来年ふえたドクターが世の中に実際に還元し始めるのは12年後ぐらいからです。ということは、このことに関しては、この12年はよくなる可能性はないということです。

実際にこの間、医師というのは少しずつふえてきているのですが、やはり1つは、大きな高齢化。高齢化をすれば、当然医療のニーズというのは圧倒的にふえるわけです。こういうことが起こってきています。考えてみますと、江戸時代の寿命は幾つぐらいかというのは皆さんご存知だと思いますが、江戸時代というのはたった100年か150年前。あるいは、第2次世界大戦前あたり。江戸時代は50歳ぐらいが平均寿命です。つい最近、60~70年前、第2次世界大戦前後あたりでもせいぜい60歳前後です。この短い期間でそれが80歳になる。猫から犬に変わったぐらい、動物として人間は変わってきています。それは最初に計算したニーズなどで足りるわけがない。皆さんも経験でおわかりいただけると思いますが、50歳の人と70歳の人の医療にかかる費用というのは数倍違います。

それでは、みんな70歳を超える年齢はいいのか悪いのか。人間は少なくとも不老長寿というのを夢みて、昔の童話にいっぱい出てきます。そういうことが本当にこの短い期間に。人類の歴史の中では信じられないような事態なのです。数百万年かかって10年か20年か30年しか延びなかった寿命が、たった数十年の間に20年も30年も延びてしまう。そういう時期に、30年前の制度を前はよかったといっても現在では通用しないのです。日々変わっていく速度が全く違います。30年前の論理をいっても、現在では、話にならない。全く違う世界で、まさに犬の世界と猫の世界ぐらいに違います。

そういう中で今の医療。皆さんは、テレビだとか新聞だとかいろいろなもので、例えば医療訴訟の問題、医師不足の問題、いろいろな医療の問題がこんなに問題になったのは記憶にないと思います。この10年ぐらい。昔、新聞の1面に——先ほど長先生もおっしゃっておられましたけれども、皆さんごらんになったと思いますが、2、3日前ですか、読売新聞に医療改革の提案というのが1面から7面ぐらいを使って大きく出ていたと思います。高度経済成長の時代には、医療の問題がトップの記事になって延々と出るなどということはありませんでした。そのぐらい世の中の構成そのものが変わってきてしまったわけです。私は初めてなので総論を申し上げているのですが、今、そういう社会情勢だということをまず認識しなくてはいけないということなのです。

その中でどうしていくかということなのですが、1つは、ここで大きく変わってきてよかったなと思っているのは、読売新聞などにも出ていると思いますけれども、今までは医療費をただ削減する、医療というのを悪者扱いして、ただ稼いだ後、消費をしていく、医療を費用だけでみていく、というようなことだったのですが、その医療というものに多くの人が携わり、医療というものに価値があるのかということに注目されてきたことです。

これは今、私たちにとっては、道路がどんどんできることもまだここでは大事かもしれませんが、むしろ全国的にみたら、東京のど真ん中にどんどん新しく穴をあけて、今新橋のところに大きな道をつくろうとしておりますが、そういうことをやることの実際価値と、安心した医療が受けられる、どっちが本当に価値をもつのだろうか。そういう医療というもの、それからもう1つ、産業構造としての医療ということもあります。

いろいろ問題になっているアメリカの経済。でも、アメリカの経済の中で最も大きな割合を占めているのは医療なのです。日本の医療費というのは、今、33兆円をまた下げる、下げないといろいろいっていますけれども、アメリカの医療は250兆円です。でも、日本の電化製品がどんどん発展していったように、医療の周辺産業、あるいは医療の産業というのが発展しています。そういうことで日本も転換期に来ている。

今回、長先生からいわれてここに来させていただいて、今日病院も拝見しました。千葉県でも同じような問題がもうそこら辺で起きています。千葉県の東側というのはとても過疎地帯があって、9月には銚子市民病院という以前は400床あった病院が閉鎖になりました。その周辺、県立病院、自治体立病院はほとんど瀕死の重傷で、どこをみても医師の定員がほとんど半分以下です。千葉の県立病院は8つあるのですが、定員を満たしているところは恐らく1カ所か2カ所で、全部合わせても医師が300人ぐらいしかいない。私どもは1カ所で370人いるわけで、それを考えると、まともな医療がやれるとはとても思えないような状況になっています。

そういう中で、ではどうしたらいいのかという具体的なことは、また皆さんからこれからお話があると思うのですが、医療者サイドからみると、生き残る道というのは幾つかしかなくて、いずれにしても、継続して医療を、特に病院の医療ですね、個人開業の方のことはまたちょっと別ですけれども、やるためには、そこに医師が無理やり連れてこられるのでは絶対無理です。医師が無理やり連れてこられて、何年かここで我慢してやれというような状況で続けていくことは事実上不可能です。もちろん我が国では職業を選ぶ自由があるわけですし、そういうことでは持続性はない。そうすると、私どものところの病院はあんな僻地で何でそんな多くの人が集まっているのか。これは七不思議だと思われていて、実際、七不思議なのですが、確かに18名しか採らないところで100名近い研修医の人たちの応募が毎年あります。しかも東京大学を初めとする有名な大学の先生たちがみんな受けてきてくれる。1つの理由は、そこに来ると優秀な仲間と競い合っていていい勉強ができる。医師というのは一生が勉強なのです。特に若いころ、卒業してから10年ぐらいと

というのは医師としては本当に勝負のときなのです。ここでどれだけいろいろな経験を積み、いろいろな勉強をして一流になっていくかというのが勝負のところなのです。

それは特別な専門の勉強だけではありません。例えば私は心臓外科という非常にピンポイントのところをやっていたのですが、そういう非常に専門性の高いものをやりたい医師もいれば、いわゆる何でも診られる医師、ジェネラリストという医師もいれば、救急の本当に厳しい、命を救うというライフセービングのところに専門性をもつ人もいれば、いろいろな人がいます。そういう中で、どういう形でもいいのですが、少なくともある種の医師がそこに喜んで来ます。ここに来たら自分にとってはいい勉強になるぞと思える病院でないと、大きかろう、小さかろうの問題ではなく、長続きしません。

私どもの病院で家庭医診療科という、いわゆる一般開業医をつくるような研修プログラムをつくったのです。それは大きな病院の中に1つそういう科を設けて、そこで研修を始めたのですけれども、日本には教える人がいないので、アメリカ人の先生を招いてそのプログラムをスタートしたのです。その後、日本人の先生でアメリカでボードをとった人をまた連れ戻してそこでやったのですが、なかなかうまくいきません。結局うまくいかないのです。どうしたらこのプログラムがうまくいくのだろうとその人と相談しました。日本には何でも診るようなドクター、大学病院にはそういう機能が以前はありませんでしたから、特に国立大学などは全くありませんでしたから、アメリカではどうやっていたのだという話をしたら、ピッツバーグだったと思いますが、大病院から30~40分のところにサテライトのクリニックがあって、そこを中心に家庭医の研修は行われている。つまり、大病院に行くと専門医が山ほどいますから、患者さんのほうも専門医に何でも診てもらおうとして、残った、何だかよくわからないといいますか、専門医が余り興味を示さないような人だけしか家庭医の診療科にかからないわけです。そうするとバラエティーもなくて、余り勉強にならないわけです。

それで、当法人でも、外に小さなクリニックを出しました。同じように40分ぐらいのところに、いわゆる診療所を出しました。3年間そこで勉強するという研修プログラムなのですけれども、そうしたら毎年大体10人ぐらいの応募者があって、その中から3、4人をいつも選ぶ、そういう状態になったのです。今現在もあって、15人ぐらいの医師がそこで、病床もなく、特別な専門家もなくやっているのです。勉強しています。しかもそこは赤字かということ、実は赤字ではありません。赤字でなくてもできるのです。ほとんどティーチングなので、実はその部分は赤字なのですが、赤字でなくてもできるような仕組みを考

えて、普通にそこが独立してやっていくような仕組みをつくりました。これはうまく動いています。

さらにその近くに、長先生に簡単にいうと頼まれた病院を引き受けて、4月からそういうことで引き継いだのですが、来年ぐらいには医師の数を30名ぐらいまでふやそうと思っています。これは卒後の医師教育において、大病院でも、あるいはクリニックでもできない、こういう地域の中核病院で、将来そういうところが日本にはある程度の数絶対必要になりますから、そういうところで働くようなモチベーションをもった人たちを育てる。あるいは大病院や大学の教授になっていく人たちにとっても、そういう経験をしておくことは決して損はないだろうということで、そういう位置づけで、かなりの後期研修医の人たちを回すというようなことで考えています。

そんなことで、やむなくですが、私は過疎地帯を、さっき長先生がちょっといていたIHN、インテグレイテッド・ヘルスケア・ネットワークというのですけれども、つまり全体、うちとしては半径50キロぐらいの地区を想定して、その地区全体を1つの医療機関に近いような形に見立てて、その中にどういう適正配置をしていくか。ですから、近くの開業医の先生たちの協力を得なければもちろんできませんでしょうし、長期療養型、急性期型、あるいは初療型の地域病院、それが2つぐらい必要かなということで、今1つあるので、もう1つぐらい必要なのかなと思っていますが、そのような形でやっていくしかないかなということを考えています。

そういうことを考えて、同じようにこの地区の実際に近いところで基幹になって何でも引き受けてくれる病院はという話を考えますと、やはり伊豆長岡にある順天堂病院、こことのアライアンスが避けて通れないのだろうと思うのです。本当はそこと連携し、初療機関として、重症患者はすぐそちらに運ぶ。あるいは、この辺は後で明石先生から説明があると思いますが、どうしても時間との勝負のため。利便性が高いというようなことで役割分担が何かできる施設、しかも、そこに医師にとって魅力がある施設というのできるのではないかという気がします。

ただ、本来であれば、IHNの肝になるところ、非常に大事なところは、やってみるとわかるのですけれども、情報ネットワークです。つまり、こちらに初期診療施設の救急施設をつくるとしますと、順天堂長岡病院にいながらにして、同時に同じカルテがみられる。もっというと、こちらからでも入院の検査や予約なりすべてが同じような環境で、その大きな病院の中の一部のような機能で動かすというのが実は非常に効率がいいのです。ただ、

それには、できれば経営統合が一番いいのです。要するに1つの地域全体が経営統合されていると、そこで競争がありませんから、一番効率のいいところに効率のいい形でやるということになりますから、こういう形がいいのだらうと思いますけれども、これは日本ではまだ難しい。

アメリカもいろいろな競争が昔はあったのですが、ここ10年、20年をみてみますと、特に地域の、アメリカもご存じのとおり、地方に行きますととんでもなく僻地が山ほどありますから、そういうところをカバーするためにもIHN、インテグレイティッド・ヘルスケア・ネットワークという、大きな中核病院のもとに衛星的にいろいろな施設を配置して経営統合してやっていくという仕組みが今現在、アメリカ全土の70%ぐらいの医療はこれによってカバーされているのです。700ぐらいのIHNというもので大体カバーされている。そういうのが半島性、房総の南とか伊豆半島ですとかには本当はいいのだらうなと思うのです。順天堂さんがやってくれればいいのではないかと私は思うのですが、なかなかそういうわけにはいかないという話をさっきちょっと伺いました。私自身の意見はそんなことで、具体的などころではいろいろな知らないことが山ほどありますので、今これ以上のことは申し上げられませんが、自分の経験からお話を申し上げますとこんなことでございます。また皆さんのご意見を伺って、経験からお話ができることがあれば、お手伝いをさせていただきたいと存じます。

ご清聴ありがとうございました（拍手）。

○長会長　　どうもありがとうございました。

それでは、今日ご出席いただきました小出先生からコメントをいただきたいと思います。小出先生は順天堂大の名誉教授でいらっしゃる、今回、この委員会を設置するに当たって、当然のことながら基幹中核病院の順天堂附属静岡病院のご意向、ご助言を伺う必要があるということで、小出理事長のご尽力は大きいものでありました。順天堂の小川理事長のところに出向かれて、順天堂附属静岡病院前田院長を窓口にして、共立湊病院とのあり方についてご意見を承ってまいりました。小出先生のごあいさつの後、前田院長のお考えを代読させていただきます。よろしく願いいたします。

○小出委員　　ただいまご紹介にあずかりました小出でございます。

今、亀田先生のすばらしい概論がございましたが、本当にそのとおりでございまして、病院がうまくいかない原因のほとんどが、共通の原因でうまくいかないということになっているわけです。私は、大学を卒業してからは国立病院で働き、後に順天堂大学、それか

ら今いる江東病院と、私立の病院で働いてきました。順天堂大学の教育関連病院になっておりまして、医師の派遣はすべて順天堂からということになっております。そういうことで、私立病院は経験しているのですけれども、公立病院というのは経験したことがないので、私の考えていることが公立病院でうまくいくかどうかという点はよくわかりません。

いずれにしても、共立湊病院も国から移管されてきたときには非常にうまくいっていただけですね。そういう点では、院長先生を初め病院の各スタッフがかなり頑張られたのだと思います。そういうことでは、それぞれの職員の方は決して怠けていたわけではなくて、もう極限まで働いておられたのだけれども、うまくいかなかったということです。原因は、医師がいなくなってしまうということで、これはどこの病院でも同じ原因です。やはり病院をやっていくという上で何といても大事なものは、医師と看護師が十分な人数がいるということが前提条件でして、この条件が満たされないと、幾ら頑張っても病院経営が困難となります。地域医療振興協会は、自治医大とは非常に関係が深いということですが、自治医大の先生はみんなすばらしい先生ばかりです。また、学長をやっている高久先生は私の同級生でありまして、地域医療にも関心はかなりあるというように思っておりますので、医師を集めることは容易かもしれません。

そこら辺は詳しいことはよくわからないのですけれども、一般にいえることは、1人のすばらしい先生がいると、若い先生が集まってくるのです。医師もそうですけれども、看護師もそうです。医師や看護師というのは勉強したいという意識が非常に強いのです。だから、勉強のできる場所にみんな集まるということがあります。これから移転してベッド数もふえるということですので、医師、看護師をふやさなければならないわけですが、この辺を考えて、ぜひそういう優秀な人を1人引っ張ってくれば、それについてくる人もかなり多いだろうと思います。

看護師は私たちのところでも非常に苦勞してしまっていて、1人専任で全国の看護学校を常に回って歩いて勧誘しているという状態です。最近、医師会で運営していた看護学校の運営を引き継いだので、少しは楽になるかと考えています。しかし、看護師はその学校を出たからといって全部関連の病院に来てくれるわけではなくて、みんな勝手に方々に散らばってしまうので、やはり日ごろからなるべく多くの卒業生が来るように勧誘する以外には方法がないですね。看護師の数というのは厚労省で決められている数では、満足のゆく看護はできないと私は思っています。かなり余裕をもって多数いないと、直接患者さんと接し、十分な看護が不可能で、看護師の教育レベルを上げるということも非常に大事ですの

で、数がやはりたくさんいないとだめだということです。

それから、皆さんの一番関心事であります救急の件ですが、この委員会には救命救急のエキスパートが何人もおりますので、その先生方に発言していただきたいと思うのですが、やはり救急というのは非常に特殊でありまして、大学でも救急の教育を始めたのはそれほど古いことではありません。我々の世代の医師の救急という、急患が来たときに起こされて診るという古い救急でありましたが、今の救急というのはチームワークをつくらないとうまくいかないのです。

江東病院は東京にありますので、あまり参考にはならないと思いますが、江東病院でも、救急救命の患者さんをうまく処理できないということで、順天堂大学のほうから救急救命室の室長をやっていた人に新しく来てもらって、隣の江戸川区にある東京臨海病院の院長の山本先生、この先生は日本医大にいた救命救急で有名な先生ですが、この先生と墨田区にある白鬚橋病院の院長の石原先生、この先生も救命救急で有名な先生ですが、3病院でお互いに連携して、患者様に最適の治療を行える救急体制の確立を考えています。そのほかにも、墨東病院という、都で一番力を入れている救命救急センターとも連携を密にしていくということしか、なかなかうまくいかないのではないかと考えております。

○長会長　　どうもありがとうございました。

それでは、順天堂大学静岡病院の前田稔院長が順天堂の窓口ということです。小出理事長からご推薦賜りまして、本日前田院長はご出席いただけないものですから、資料を頂戴してまいりました。12ページあります。順天堂静岡病院としてはこう考えるという資料を事務局で用意してあります。委員と報道機関には資料を配付してございますが、ご希望の向きは事務局に申し出ていただきたいと思います。

これから前田病院長のご意見を15項目にわたって読み上げさせていただきますが、口頭によるものでありまして、差し支えがある部分の責任はすべて私にあるということでご了解いただきたいと思います。

各委員には書面を出してございますので、少々早口で読ませさせていただきますが、ご了承ください。基幹病院である静岡病院とのネットワークが非常に重要だという小出委員の今のお話もありましたので、率直な、静岡病院が考えているところをお聞きいただければいいと思います。ただ、あくまで静岡病院側の考え方。やはり夜間の救急について、ヘリが飛ばない時間帯どうするか。私も今朝、長岡から車で来たのですけれども、静岡病院からここまでやはり1時間10分かかります。河津までは45分で行きましたから意外と早い。

東伊豆も大体そんなものです。ですから、共立湊まで河津とか東伊豆からは意外と来ないというのはよくわかりました。ほぼ中間の距離なのですね。そういうことも確認させてもらいました。

それでは読み上げさせていただきます。

1、電子カルテの共有化は検討すべき課題が多く当面ない。できるだけそうしてほしいというのは国の考え方でもありますが、静岡県のネットワークにも順天堂は参加していないので、うまくいっているケースは大型病院では非常に少ない。そして外来には非常に手間がかかる。理想的ではあるのだけれども、検討課題と、亀田委員がおっしゃる。方向性はありますけれども、当面はない。私から国のほうは今回の再編ネットワークで電子カルテの共有化につままして運営費を助成するということが一応参考に申し上げておきました。

2番目、研修医が静岡病院から現在2週間ほど湊病院に行っているが、下田に移転したら行かなくなる。要するに夏休みに行っているという話ではないかなと思います。この辺は私の私見もかなり入っていますから、適当に解釈してください。ご意見の雰囲気的にはそんなところですよ。

湊病院の勤務医師は大変よくやっている。住居を新築して住みついているからやめないであろう。しかし、高齢化していくことは問題だ。

一般病床 200床は多過ぎる。100床は療養病床で十分ではないか。

産科をやるということは、気持ちはわかるけれども、3人必要とうてい、無理である。伊豆日赤も産科をやったり、やらなくなったりで難しいくらいの状況である。

6番目、静岡病院へ救急で来るなら直接来てほしい。伊東の場合消防車が必ず伊東市民病院へ寄ってから来るのはけしからん。その間に死んじゃう、とまではいいませんが。つけ足しは大体私の私見です。7割程度はご本人が知っているということで、都合の悪いことは私が責任をもちます。

バスの運行、夏場対策、非常に込む。7、8月はヘリを大活用してほしい。死んじゃうということです。今の普通の下田便、1日1便は不可。最低2便にすべきではないか。きょうは下田市長、南伊豆町長、いらっしゃっていますので、ぜひお願いしたい。

現在は1.5次救急のままで十分ではないか。

9番、オープン病床はうまくいかない。これは、賀茂医師会・渡邊会長の書面による意見陳述が出ておりますが、きょう賀茂医師会長、青市の診療で休めないのです。それで

書面の意見書を受けております。賀茂医師会の見解をみていただきました。それは後ほど事務局に読み上げさせます。本委員会の最終回には静岡県医師会長、それから医療協議会会長も本委員会の答申についてご支援のコメントをいただける予定になっています。賛成してくれるかどうかわかりませんが。

賀茂医師会が主張している夜間救急センターは大賛成である。ぜひやってほしいと。ただし、いい医師が勤務しているかであり、内容を明示しないと医療訴訟の可能性が高くなる。これについては、委員の皆さん解説をお願いしたいと思います。なぜなのか。

それから、産婦人科はそもそも無理なのだけれども、私から助産所を活用したらといったら、それは賛成。ただし、助産師のレベルアップが必要、産婦人科医も1人は必要だろうといっているのですが、この辺も委員の解説をお願いしたい。

リハビリ病床をつくれという賀茂医師会の主張に関しては、新設は難しい。理由、専門家、コメディカルが多数必要。したがって、何をめざすか医師会は明示すべきである。

新築関係については大変厳しい意見です。これから各委員のご意見を聞いて役割とか機能を明確にしますが。過去の実績をもとに新築すべきであると。診療科は何をやっているかと、どのくらいの医療をやっていたかに基づいてやるべきではないか。診療所に毛が生えたような病院でよいのではないか（長の推測）。非常に厳しい言い方ですけども、私がオーバーにいつているというように理解してください。そのくらいの仕事しかできていないのではないかとということなのです。過度の期待をもたないでほしいということをいつているというように理解してもらいたい。同じ150床を亀田さんが経営してくださるのでしたら30名の常勤体制でやる。こちらは8名しかいない。そこに住民は何を求めるかということをご理解いただかなければいけない。要は順天堂にいらっしゃいということだと思っておりますけれども、これは本人がそういつているわけではなくて、私の感想です。割合は下田の患者さんは6%ですから、そんなに重要なお客さんではないらしいです。——そんなことはないでしょうけれども、とにかく外来が最近2,000人来るそうですから、24時間救急をやって信じられないくらい多くなって、かなりオーバーヒートしているという事実がある。

救急関係資料、12ページのこの膨大な資料をご覧になったの結論。そもそも耐震以外は建て直す必要があるのか。最後がちょっと厳しいんですけども、これはきょうご出席の組長さん、議員さんに反論の機会は差し上げたいと思いますが、1市5町の組長や県・市・町議会の議員さんはほとんど静岡病院を利用されているのではないかと。間違っていた

ら訂正しますけれども、本人は、個人情報なので具体的に回答することはできない、顔色をみて判断してくれといったので、顔色から判断すると、そのようなことです。みんな命が大事ですから、やはり1時間10分かけても治りたい人は静岡病院に行くのは当然だしやむを得ない。3次救急で救命救急センターをやっているのですね。毎日、当直医師が18名、それからオンコールというのですか、待機医師、酒も飲めないで待機している人が24名、毎晩42名の医師が待機して対応している。こういうところのほうが安心なわけです。湊病院にそれと同じようなことを求めるのはやはり無理であるということを市民の皆さんに知っていただかないと話が始まらない。大変きつい言い方なのですが、日本じゅうどこでもそうなのです。私はどこでもまず組長に聞きます。鈴木町長、あなたは病気になったらどこへ行きますか。湊病院以外は行かないでしょうねと聞くと、本人は事業管理者だから行っていると思いますが、今のところ彼も病気ではないくらい、余りストレスを感じない人なので、病気になったら聞かなければいけません（笑声）。

静岡病院は、非常に好意的であります。全面的に応援すると。これは小出先生のおかげだと思いますが、非常にお忙しい中、親切に、今後とも答申内容については順天堂さんがコメントをくださるということになっております。

とにかく、最後に院長から資料をみせていただいたのは、距離の問題と、高齢化率と、財政指数が極めて悪いという指数です。現在の東部地区の高齢化率はベストテンの中のうち6つ、南伊豆、西伊豆から全部含めて入っていると。それから県の財政力指数と高齢化率は非常に厳しい状況にある。財政力指数というのは1を上回ると不交付税団体で、それは今、沼津市とか三島市とか御殿場、自動車産業がありますので、そういうところは1以上。下田市が0.5、東伊豆がちょっとよくて0.76、河津が悪い、0.4、南伊豆0.3、以下、財政力指数が非常に悪くて、到底豪華病院をつくるだけのパワーはないが、今のままでいいのではないかという根拠になっていると思います。おやりになるのであれば身の丈の範囲で、必要な医療を本委員会の答申に従っておやりになるのがいいのではないかということでした。最後に遠藤委員が建設方法提案というものをしてくれることになっておりますので、恐らくそれが本答申で各委員のご了解を得られるものと思っています。

それでは、事務局から医師会の提言を読み上げてください。

○事務局（橋本） 賀茂医師会の会長様から共立湊病院改革推進委員会の委員長あてに、社団法人賀茂医師会は新病院について以下のように考えますということであっていただいております。

### 1)、賀茂地区の医療体制と基幹病院

賀茂地区の住民が安心した医療環境を享受するためには、病院と診療所の機能分化と密接な医療連携体制を構築する必要がある。

病院は専門性を高め、紹介と救急外来に特化し、入院治療と精密検査を主体とする。診療所は、かかりつけ医として在宅管理を受け持つべきである。また、高齢化率の高い賀茂地区では、退院後の社会生活への復帰や、日常生活の指導が大切であるから、オープン病院とする必要がある。

病院に2次救急体制は、1次と2次救急の患者を分けることが、重症者への速やかな対応を可能にする。したがって、1次救急は、夜間救急センターを設置することで対応する。

### 2)、診療科目について

少子高齢化の対策は、我が国の重点施策となっているが、特に賀茂地区では最優先で取り組む必要がある。

産科施設は、民間の診療所が1ヵ所のみである。高度なリハビリテーションを行う施設も不足し、賀茂地区以外の病院に入院中の方が多数である。

新病院の診療科には、産科とリハビリテーション科の新設が不可欠である。

### 3)、病院の立地

リハビリテーションを、豊かな自然環境で行えるような広い場所を希望する。

現在の共立湊病院の外来形態で、下田市中心部に新病院ができた場合、外来患者の新病院への集中を来し、診療所の経営環境が悪化し、在宅医療を担当する診療所の減少と、それに続く地域医療の崩壊を招くことも予想されるため、病院と診療所の機能分化を伴わない移転には同意できない。

以上でございます。

○長会長　　ありがとうございました。医師会の提言につきましては、あくまで医師会のお考えなので、各委員からいろいろご意見を頂戴して、答申にどの程度盛り込むかについては十分審議させていただこうと思っております。

今日、読売の記者もいらっしゃっていますか。今朝大変びっくり仰天の大特集をやっていましたね。病院を集約し機能を充実させようということを読売新聞社医療改革の提言に

出してくれています。大変評価できる提言ではないか。さらに、ここに関係あるところでは、開業医も病院救急に積極的に参加すべきというようなことも提言で出ています。入院は病院、外来は開業医でということです。賀茂医師会の主張に整合性があるのではないかと。それから、24時間型救急、E R 400カ所整備ということにつきましては、明石委員からご説明がいただけると考えております。

それでは、順序不同なのですが、岩堀委員から跡地利用につきまして解説をお願いしたいのですが、資料は生き生きプロジェクトということになります。ご説明を岩堀委員、お願いいたします。

○岩堀委員　では、ちょっとかいつまんでご説明というか、こういうことではないでしょうかということをお願いしたいと思います。前回、私、現在の病院へお邪魔することができませんでしたので、実は今朝みてまいりました。大変豊かな緑と広い敷地ということで、いろいろな可能性があるのではないかと、思って拝見しておりましたけれども、ちょっと幾つか例を申し上げます。

1つは、15、16年から20年ぐらい前でしょうか、デンマークを中心にしまして、サステイナブルシティという言い方で、要するにある適当な規模のコミュニティーをつくりまして、その中で高齢者も若い方も、それからその人々の働き場、働く手段もつくって、というようなまちづくりが盛んに行われました。具体的にはデンマークの北の方にバレラップという町がありまして、私はそこへ何度かお邪魔しましたのですが、完成してからはちょっと伺っておりませんので、多分うまくいっているとは思いますが、400ヘクタールのところに住宅600戸、その中にコミュニティー施設ですとか教育施設、小店舗、それから1万平米ぐらいの小売店を含め、オフィスなど働く場所もつくってあるのです。最近でこそ一般的になりましたけれども、ごみの処理とか再生利用とか、そういったことを徹底して、いわば自立、独立できる小さなコミュニティーが、人口はせいぜい2,000人ぐらいですけれども、その周辺人口を入れますと2万人ぐらいにはなるだろうというような取り組みが1つ。

それから、つい最近、ご存じかと思いますが、尾道市のちょっと外れに御調町というところがございます。介護保険が始まる当初の、モデルになった町だと思っておりますけれども、2万から3万人のコミュニティーで、その中に240床の、病院を中心にしていろいろな福祉施設をつくっているということで、その管理者の方にいろいろお話も伺っているのです。老人保健施設とか特別養護老人ホームとかケアハウス、グループホーム、そう

いったもので 200床の病院プラス 350ベッドほどの施設をつくって、先ほどの亀田先生の IHN ですか、そういった考え方にもちょっと通ずるものがあると思いますけれども、そういったコミュニティーができていくということです。

それで、どうしてそのような取り組みが継続されているかということをお伺いすると、要するに、一つ一つニーズにこたえるところがこういうものが必要だ、次にこういうものが必要だということを継続していくところになったということです。実は1週間ちょっと前でしょうか、亀田病院さんにたまたま、今回のこととは別に、前からお願いしておりました、お話を伺う機会があったのですが、院長先生にお話を伺いました。それで、1つ非常に印象に残った言葉がありまして、亀田病院さんがどうしてここまでいろいろなものが整備、充実されてきたのかというような質問に対して、私たちは断らないということが大事だと思っているとおっしゃったのです。断らないというのは、もちろん患者さんのわがままを許すということではないのです。本当に必要なことにこたえていくうちに、例えばうちにはペットセンターがあるのですよとおっしゃったのです。ペットってポジトロンのペットですかと申し上げたら、動物のペットなのです。ひとり暮らしのお年寄りが動物を家に置いておけないので、病院に預かっていただく。もちろん恐らくある部分は有料だったと思いますけれども、ボランティアの方も含めてそういった取り組みをしているうちに、ああいう充実した機能が生まれたというお話を伺いました。

跡地利用ということになるのですが、ぜひ住民参加、それと同時に住民の方の主導で、一つ一つ必要なものをつくっていくというような取り組みがこれからはいいのではないかと考えているのです。といいますのは、従前、私たちもいろいろな都市計画とかまちづくりでも、まずいろいろな施設づくりということでマスタープランをつくってきたのですが、まずいわゆる箱物をつくりまして、それを維持するということが先に立って、なかなかうまくいってこなかった状況があると思います。一方で、やはり幾つか申し上げた例のように、必要なものに対してこたえていくということを積み重ねていくというのが、これから大事ではないかと考えております。

ちょっとデンマークの例に戻りますが、デンマークも当初は大規模な老人ホームなどをつくっていたのです。その次にちょっと小規模な、いわばグループホームのようなものを市街地につくっていくという時代がありました。最近では、先ほどご紹介したようないろいろなものを全体にバランスよく擁した小さなコミュニティーをつくっていくというような流れに来ていると思います。ですから、できればなるべく自立した魅力ある町をつくっ

ていただき、その核になるものとして、現在の病院の敷地、あるいは建物の一部を利用していただく。先ほど伺いましたら耐震診断などもこれからだというようなお話がありましたけれども、先日、遠藤委員からも壊すのもお金がかかる、環境問題も生じるという話がありましたことも含めて、少しずつ必要に応じてつくっていく、そういう知恵を結集していただいて、それを官といいますか役所のほうでバックアップしていただいて、ちょっとお金もかかるでしょうけれども、なるべくお金はかけないで、少しのお金で皆さんに役に立つようなものとして生かしていただく。それで、ちょっとのお金というのは、ちょっと増築するとか、建物と建物の間に、今の病院もそうですけれども、中庭をうまく建物の中に取り込んで明るい待合いができるいたりしますけれども、そういう現在のものをうまく補強しながら生かしていく。それと1つは、やはりある程度表情を変えるということも大事だと思いますので、そういったことで、こういう新しい取り組みが始まったのだなというようなことも含めて、皆さんのお知恵を結集していただいたらいいのではないかなと。

短い時間だったものですから、具体的なご提案にはなりませんし、感想のようなものですけれども、思いついたことをご紹介しますいただきました。

○長会長　　どうもありがとうございました。私も先週、2週間ばかりヨーロッパにいたのですが、この話を最初に聞いていけばデンマークに寄ってきたのですけれどもね。ぜひ行政視察をしていただいて、住宅600戸でこういうすばらしい跡地利用があるということが、病院の単なる移転ということではなくてやれるようになれば、すばらしい話ではないか。最終回までにもう少し具体的にさせていただいて、委員の皆さんのご同意が得られれば答申に盛りさせていただきたいと考えております。

それでは、いろいろありますので、時間の関係もありますから、今回は建設の関係が非常に重要。用地の件については皆さんの意見は前回ほぼ一致しておりますので、建設方法に関しまして遠藤委員から、答申に盛る内容についてご説明をお願いいたします。

○遠藤委員　　それでは、建設関係の話を申し上げたいと思いますが、基本的には、経営的な観点から考えて、病院財政を硬直化させずに継続的な経営が成り立つ病院をつくる。長く申し上げましたけれども、先ほどから出ている身の丈に合った病院を造ることです。大きな金を使い、その借金で苦しんで、本来の目的を達成できないというのが、役所がやる仕事の中には往々にしてみられます。今回は、病院という地域の人たちの生存にかかわる話でございますので、そのところは負担がかからない、とにかく長くもちそうなものを安い工事費で作る。役所の従来の考え方はひとつ捨てていただいて、いい病院を安くつ

くるといふ点から、私の経験を踏まえて申し上げたいと思います。

その内容は何かといいますと、建設方法としては、設計施工一括発注のプロポーザル競技方式によって、建設業者、それから設計業者の創意工夫を引き出し、できるだけ建築費を抑える方法。この方式のいいところは何かといいますと、公共単価表を使わないで済むということです。公共単価表を使えば、金額は示されたもので積算しますから市場価格より高くなるといわれます。それをもとに予定価格が決まりますから、絶対に安くないということになります。ですから、坪当たりの工事費は80万円とか100万円という数字になります。だからといって50万円でできないかというは実はできるんです。現実には皆さん方は自分のうちをつくったり、店をつくったり、工場をつくったりして経験されていると思いますけれども、同じようなものをつくっても値段には非常に差がある。病院の場合は建設費が運営コストに反映されますので、収支が合わなくなってキャッシュが回らなくなります。その結果、医者から看護師から職員が辞めてしてしまって、病院だけが残ったという話も現実にあるわけです。

ここのところは公共単価を使わずに、設計や工事などいろいろな経験がある人が知恵を出し合えば、いいものを安くつくことは可能で、実際に民間ではいろいろなところでこれが行われているということです。

次に、建設時期についての考え方ですけれども、じっくり検討するのはいいのですが、5年もかけられないと病院ができないというのでは時期を逃がすということになってしまいます。そういう点では、耐震化の期限があるわけですから、早く建設して、新しい病院で心機一転、頑張った方がいいと思います。

病院というのは業務施設ですから、豪華なシンボル性のあるものよりは、実用的なものを、最小の経費で建設すると。自治体から建設費の財政的な持ち出しをしなくて済む方法を考えるということです。

それから、業者の選定についてですが、金額だけの入札よりは、むしろ提案を求めて、このように公開しながら審査して、誰がみてもおかしくない、これはやはり妥当だろうという選び方がいいのではないのでしょうか。その場合、地域の業者も参加機会については、協力会社とか何かいろいろな形態で参加する方法はあるわけですから、公立病院である以上、そういう点にも配慮する必要があると。

応募業者の条件ですが、一級建築士事務所の登録を受けている、設計事務所と建設会社の共同提案もいい、指名停止を受けていないとか、営業所があるとかという最低限の条件

はつくかと思えます。

それから、提案者に求める条件です。第一は、瑕疵担保期間です。公共工事は1年だとか2年で、その後の責任は発注者という話がありますがけれども、公共建築物である以上、責任期間は長くあるべきだと私は思うのです。従いまして、瑕疵担保は10年と考えて提案してもらおう。それから、協力業者に地元業者を参画させます。地域にはいろいろな業者の方がいらっしゃるわけですから、その人たちの参加も図ります。それから、工期は短縮させます。特に東海地方では、地震の問題は離れない状態ですので、技術的な面から、地震対策を考えた提案をもらいます。その上でいくらで出来るかという話になりますけれども、できれば坪60万以内でおさまるくらいの提案を求めたいということだと思います。うちの町の病院は坪五十数万円でできましたから、それは可能ではないかと私は思います。

今まで建築の関係をくどくどと申し上げましたけれども、では高い病院をつくった場合にどういう影響があるのかをきちんと理解しないと、なぜ高い病院がだめなのかということとは理解できないと思いますので、ポイントだけ申し上げます。

1つは、病院をつくる場合借金します。役所では起債といいますが、この元利償還金の負担が最後まで経営につきまといまいます。病院の収益の中から建築のため借りた借金を返済するわけですがけれども、これは民間でも役所でも非常に大変なことです。結局、この巨額の元利償還金が病院の会計で保有する現金を食いつぶして、病院経営を不安定にしているというのが、公立病院が大変苦勞している一番の原因です。

2番目は、過大な減価償却費の負担です。元利償還金が多ければ、減価償却費も当然多くなります。これは企業経営を継続させるため、再投資の資金を内部に留保させる仕組みだということは、本日は民間の方が多いようですからおわかりだと思いますけれども、それは病院の収益の中から生み出す性格のものです。従いまして、その金をを出せないようでしたら、病院経営などやるべきではない。病院の収益の中で生み出すということを原則にするということです。そういうことをやっていけば、病院改築の日時も積立金がありますから、苦しむことはない。

3番目です。病院財政が硬直化して、医師不足時代への対応ができなくなります。ここが現象としては一番重いものです。元利償還の負担が大きくなれば、結果としては病院財政を硬直化させます。

言葉でいえば簡単なことですがけれども、ではどういう形になるのかということですが、今、医師確保が一番大事だという話がありましたけれども、病院会計が持っているお金が

その対策の原資になるわけです。処遇改善をするにも、その余裕がなければ、そういう戦略的な手は打てません。普通の人は病院が新しくなれば医者は喜んで来てくれると考えますが、借金が山積みになっているところに果たして喜んで来てくれる人がいるかどうか。最初はわからなくても、来たら、これは大変なだといって、大体は気の利いた人から逃げていきます。

公立病院も同じだと私は思うのです。ですから、新しくすれば医者が来てくれる、勤務してくれるということでは必ずしもないと思うのです。これは素人的な考えで、豪華な病院を造ったけれども、医者の待遇は金がないからそのまま、借金を返すために、仕事が厳しくなる一方では何のために働くのかわからない。職員はそういうところにいつまでもとどまれない。病院は残ったけれども、医師や看護師はいなくなったという話は、公立病院では結構いろいろなところにあります。昔は20~30人医者がいたのに、5人になってしまったとか、10人になってしまったという話は珍しくないのです。財政の状況が悪くなれば留まれなくなります。どこも同じですけれども、結局、金がなくなるということは、全てに影響していきます。意欲を減退させてしまい、医師のやる気を失わせて、大量退職を招くということで悪循環になっていくのです。

これを順序に並べるとこういうフローになるわけです。膨大な借金があって、元利償還の負担が大変だとなると、病院は慢性的な赤字経営に陥ります。それは今度、現場へ皺寄せされます。管理者は立場上もっと稼げといわれます。私も行革室長をやっていたから経験しましたが、職員も人間ですから、もっと稼げ、それから金は節約しろという話をあまりしますと、どんどん意欲がなくなっていく。結果としては医師が退職して、次は入院患者も外来患者も減っていく、その結果、医業収益が減って、待遇改善の余力がなくなっていく、さらなる医師の退職で、資金がショートして、もう給料も薬代も払えなくなると、病院は倒産という状態になるのです。役所は倒産といいませんが、実質的に人がいなくなってしまうし、金もない、あるのは借金だけですから倒産と同じものです。役所がやっているから、物をみんな引き上げられてしまったなどということはないでしょうけれども、それに近い状態になります。こういうことがあるので、やはり病院の建築費を過大にすることは、自分たちの命を奪うのと同じような話になるということがあるわけです。

では、なぜ建築費が高くなるのかという理由を若干申し上げますけれども、民間に比べて役所の工事費は高いというのはみんな常識化だと思っている。それは役所だからしょうがないのだということですが、ただ、病院は、公営企業でやっているわけですから、

入ってくるお金を考えて、収益で払える範囲内で建設する。聞くところによると、10億の収入しか見込めないところは、金を貸すほうだって10億しか貸さないという話があります。10億の金しか入らないところに50億かけて病院をつくっても、どこからも金は出てこないです。昔は自治体本体に財政力があつたから返せましたけれども、今は役所から応援できなくなってしまった。国は財政健全化法をつくって指数化しイエローカードやレッドカードを出すようになりましたが、今、財政をおかしくしたのは、2つの原因です。病院と下水道、これが赤字の最大要因だとどこの新聞をみても書いています。

何でそういうことになるのかというと、民間の医療機関への融資には厳しい審査があるわけです。経営能力がないところには貸しません。しかし、役所の場合は別です。例えば役所に融資するある政府系の金融機関を経済評論家が審査部門をもたない金融機関だと言っていますが、相手が役所だから貸倒れがないことを前提に融資しています。それはなぜかということ、県や財務省の出先の財務事務所が審査したものを、我々がもう一回審査して、だめですよとはいえないでしょう。では、だれが責任をもつかということ、結局は、国民みんなでもつという話になるわけです。

だから自治体は、採算を考えずに豪華な建物をつくりたがる傾向がある。それに住民側にも、お金をかけるほどよい行政だという感覚がある。従って、病院の機能を考えずに、盛りだくさんで豪華な病院をつくる方向に流れやすい。これは首長も議員も住民もそれは立派だという。だから豪華なものをつくって喜ぶけれども、喜んだ分、後で悲惨になります。そこはやはりきちんと整理しておく必要があります。

公営企業の経営問題と政治問題を混同してしまうような意識の低いところは、貧乏するしかないということです。ここのところは重要なところで、いかに安いコストでいいものをつくるか。病院経営がおかしくなつてからいくらコンサルタントを頼んでも、もう放蕩してしまったものは、一回整理してしまったほうがいいですよといわれるだけの話です。しかし、やり返すほどの余裕は地方にはありません。

以上のようなことで、できるだけ安い経費で病院をつくるというところで考えるべきではないでしょうか。これが新しい時代の流れになると私は思うのです。ですから、ここで先鞭をつけるくらいの気持ちで、頑張ってくださいということです。

○長会長　　どうもありがとうございました。

補足しますと、静岡県の医療対策協議会で、東部総合病院の下田移転について規制をしたいという話に静岡県が乗り出したことは、大変賢明なる意思決定だというように考えて

おります。次回委員会には、その会長である静岡県医師会副会長と県医師会長のご臨席があつて、東部総合病院の下田進出について適切なお意見と、権限のある県医療対策協議会で適切な措置をすることで応援してもらえるのではないかと。東部総合病院の経営主体は、総資本利益率を極大にする経営が許されております。ですから、収益性をより高く求めることは正当な行為の病院であるということを知っていただかなければなりません。したがって、不採算医療について、最初はやるといっても、やめるということについて何ら非難することはできません。ここの医師の充足が、順天堂さんの応援してくれる中でもできないのに、営利性を当然としている医療法人が不採算である地域医療、あるいは産婦人科について貢献できるとは思えない。今回、法律上はこれを阻止できない可能性が高いので、遠藤委員がいましたように、速やかなる建設をしなければいけないし、おくれればもう手おくれで、前田院長が仰るように、建築もしないでそのままやっただけではないかということになりかねない。いずれにしても共倒れになります。看護師不足でもアウトになる可能性があります。箱はできるかもしれませんが、看護師が大変なのです。お医者さんはある程度、お互い腕力で集められるかもしれないが。

それと、地元といろいろトラブルを起こしているような医療法人の進出は絶対に阻止しなければいけない。地元医師会、地元住民と円満な形で進出するのかどうか。過去のお行儀をよくみてる必要がある。東部総合病院が悪いというわけではないのですけれども、配慮する必要がある。

それでは、今までの審議事項について各委員の皆さんからご質問、ご意見をちょうだいしたいと思います。まず明石先生から。

○明石委員 聖マリアンナの明石でございます。今、全体のお話を伺いながら思っていたのですが、確かに今、現実に医療界は厳しい問題がたくさん山積しています。例えば医師がいない、看護師がいない。先ほどの遠藤委員のお話もありましたように、財源も苦しい。それから例えば指定管理者との間の契約もどうあるべきか、さまざまな難問があると思うのです。ただ、その一つ一つに対しては、私どもお力添えをして、知恵を出して解決していくのは、何か糸口がみつかるかもしれませんが、私がお話を伺っていて、もしかしたら地元の方が誤解されているかなと思っているのは、私が最も得意としている救急医療の問題でございます。というのは、前回も申し上げましたが、この地域にある医療資源というのがフルに活用できたとして、どんな病院が本当に次の共立湊病院に必要なかというところが、ご意見が十分煮詰まっていないような感じがいたします。

例えばですが、議員さんたちは静岡病院に行っているから大丈夫だと。もし、あなたは胃がんですよ、健康診断で胃がんが疑われます、胃がんの手術を受けなければなりませんよといわれたときに、やはり順天堂さんのほうに名医がいるかなと思って、順天堂さんへ行く時間に余裕があって可能な人は、それで地域のニーズが満たされているのなら、全然問題ないと思います。たとえ鈴木町長だからといって、共立湊に絶対入院しなければいけないのだということはないと思うのです。

ところが、実は救急医療は、皆さんのお手元にはないのかもしれませんが、静岡病院の前田院長が出された資料だと思いますが、順天堂へ行っている地区別の救急患者数の数字をいただいているものがあります。私は実は救急医療を一番長く専門としてやっておりましたが、驚くべき数字をさっきみつけたのです。加茂郡、下田市から順天堂へかかっている救急患者の入院比率というのは尋常な比率ではないです。つまり、救急外来というのは、たくさん患者さんが来られて、入院させなければだめだと思う数というのは、非常によくやっている救急部で10%から15%ぐらいが普通だと思うのです。ところが、下田の方は342人いて151人入院ですから、4割以上入院しているのです。それから、加茂郡の方が933人で377人ですから、やはり平均の倍ぐらいの数は入院されている。

この数字を地域の皆さんがどうとらえるかですけれども、これはそれなりに順天堂まで救急で運ばなければならないという重症度に対する吟味がこの地域で行われて、運ばれているということも考えられます。ただ、私はわかりません。そうではなくて、搬送時間が長いから入院しなければならないような状態に陥ってしまっているのかもしれないです。それは、胃がんの検査、手術を受けに車、バス、電車で行くのは時間的ゆとりがあっても、救急で重症な患者さんがこの山道を1時間近く救急車で揺られていくということは、どう考えてもデメリットです。ですから、それがここに数字が出ているのだとしたら、これはどっちかわかりませんが、いずれにせよ結構大変な状況にあるなと私は思います。

1次救急、2次救急、3次救急、今日のご発言の中には1.5次救急という言葉もありましたが、実は昭和50年代半ばぐらいに救命救急センターというのはできたのです。このときに厚生労働省が1次救急、2次救急、3次救急という言葉を使い始めたのですが、できた当初は、1次救急というのは入院が必要としない患者。2次救急というのは簡単な手術、入院が必要な患者を収容できる。3次救急というのは脳卒中、心筋梗塞などの重篤な疾患に対応できる救急医療施設。最初、そういう縛りだったのです。ところが、10年ぐらい前にこれが変わっているのです。2次救急病院も重症な患者を診られるという文章に実は変

わっています。それから、3次救急施設は、多分野にわたる、複数の医師がチームで取り組まないといけないような重篤疾患を扱うというような書き方に、若干ニュアンスが変わってきているのです。でも、いずれにしろ、現実にかかる問題というのは、例えばあなたの病院は1次救急まででいいです、あるいは2次救急まででいいですといわれたら、その病院の救急は何をやるかという、救急隊から電話がかかってきて3次救急、つまりもっと重症だと思った患者は断るのです。それは2次救急の病院ですから。そういう仕組みなのです。そうすると、その患者さんは3次救急へ振られます。3次救急へ連れていかれるのです。

これでも命の輪がつながっていくのは都市部なのです。つまり、余り苦勞せずに、2次がだめなら3次救急へアクセスできる地域だったらこれが成り立つのです。ところが、例えばこの地域に2次まで、あるいは1.5次と書いてありますが、1.5次までの救急しかない病院があったとしたら、2次救急、ちょっと重症ですね、意識はまだ完全にはないわけではないけれども、これは明らかに脳卒中ですという患者さんは、1.5次救急の病院は多分断ります。受け入れられる体制になっていなければ、受けたくても受けられない。そうすると、その人は順天堂まで行くわけです。

皆さんおわかりですか。とても皮肉なことが起きるのです。軽症な人はこの地域で助けられる。だけど、重症な人は長時間搬送で、助かる確率がうんと低くなります。そういう病院でいいのですかということは、やはりきちんと議論すべきだろうと思うのです。だから、先ほど長先生が口頭で読み上げられた中で、順天堂は救急で受けるのは直接来てほしいのだ、どこか寄ってくるのはけしからんと院長はおっしゃったらしいけれども、そうではなくて、この地域のことを考えたら、とにかく何か起きたらそこで1次処置をしてくれる。つまり、重症度が1次、2次、3次、何であろうと、1次は数が多いから医師会の先生がやってくれたら、うんと楽だと思えますけれども、少なくとも2次、3次の救急レベルに関しては、この湊病院の先生が応急処置まではできるよという状態で、この先生の判断で、今すぐ順天堂へ送らなければだめだと。

それから、救急というのは重症度ってとてもわかりにくいですが、今すぐ何とかしなければ死んでしまう救急病態もあるし、放っておいたら明日には死んでしまう、あるいは放っておくと明後日には死んでしまうというのも重症度の1つなのです。そうすると、例えば順天堂へ連れていったら今晚のうちに手術をしてくれるかもしれないけれども、湊病院に入っている、一晩みて、翌日の昼間手術したって別に問題ない、こういう救急だって

あるわけです。だから、とにかく重症度で分けるよりも、ファーストトラックといいます  
が、最初に病気なりけがなりが発生したときに、とりあえずさっとした処置、あるいは判  
断をして、順天堂に今送らねばならん、あした送ればいい、あるいはあしたこの病院で手  
術をゆっくりやればいいというみきわめをきちっとしてくれる施設がないと、この地域の  
救急はとても心配だろうと思います。

ですから、その議論をきちんとすべきだと。その上で、ではどのぐらいの医師数が要  
る。あるいは、それもやって、あと要望も全部聞いてというと、お医者さんが30人も40人  
も必要になるかもしれないから、そこはではこの機能に絞って、ベッド数もこのぐらい、  
この機能に絞ったらお医者さんは何人ぐらいでよかろうとか、そういう議論に行かないと  
まずいのではないかと私は思うのです。そんなことをやってくれる救急の先生が今どきい  
るかという現実問題は、またそれはそれで工夫をして考えなければいけないと思いますが、  
まず必要な機能というのは、どうも私は、通常の都市部にある1次、2次、3次救急のす  
み分けでこの地域の患者さんの生命、安全が本当に保てる救急医療体制が組めるかとい  
うと、ちょっと心配だといわざるを得ないです。

順天堂には強力な武器があります。ヘリがあります。これはとても素晴らしいこと  
ですが、残念ながらヘリはやはり悪天候と夜がだめです。交通事故にしる、海難事故にしる、  
起きる比率が圧倒的に高いのは悪天候のときです。それから、救急患者の重症者とい  
うのは、夜、圧倒的に多いのです。そのときにドクターヘリの弱点というのはやはりあ  
るのです。だからドクターヘリの過信も決してそんなにすべきではないと思うのです。  
ですから、私は特に、今何がここの地の共立湊病院に求められているかというところ  
がかちっとしないといけないのだろうなと思います。

○長会長 栗谷先生のところは救命救急センターですか。3次救急、その立場からい  
かがでしょうか。

○栗谷委員 新型の救命救急センターというもので、通常の救命救急センターとは形  
態がかなり違うものなのですけれども、それはまだこれから立ち上げるので、今立ち上  
がっているというわけではありません。

救急のことは、今、私どもの地域でもたくさん問題が起きているところ  
なので、余り参考になるようなお話はできませんけれども、第1回目でお話したように、  
救命救急センターと1次救急の施設を病院の中にできれば統合したいという考えをも  
って、今、地区の医師会、行政と調整を進めているところです。病院が合併してから  
ちょうど半

年たったばかりで、実をいうと、順調にやっているかといえば、そういうことはなくて、私の場合にはこの改革委員会に、むしろさまざまな参考になるご意見をお聞きする立場で参加しているような感じが先ほどからしておりました。先ほど遠藤委員がおっしゃった元利償還金のことに実をいうと少し悩まされています。

私どもは県立と市立が一緒になったわけですが、県立は建物が建ってから15年経過しているのですけれども、元利償還金が年に18億円まだ残っております。これを9月と3月に分けて支払うのですけれども、半分の9億円ずつ支払わなければいけない。減価償却と違ってこれは現金決済しなければいけないお金ですので、直接お金が出ていくわけです。たまたま合併した市立病院の側に現金がかなりプールされておりましたので、そこから資金を移動させてやりくりをしております。経営的には何とか少しずつ軌道には乗ってきつつあるのですけれども、半年に一遍の9億円で、キャッシュフローベースの流れがなかなかうまく、継続可能なかどうかということをちょっと心配しております。

それから、建設のことに先ほどお話が出たのですけれども、私どもも増床部分の建築計画、それから内部改修分の計画がこれから実施設計の段階に入りますが、数十億の予算を投下しなければならない。今回の共立湊病院のケースは多分当てはまらないのかもしれませんが、医療機関の集約化にかかる財政支援措置というのが総務省で今回新しくできまして、その適用を受けられそうです。これによると、建設予算の22%ぐらいを病院が負担して、残りの78%の半分強を国が受け持って、その残りを設置者、自治体が受けますという割合になっておりますので、従来の病院建設からいけば、これはかなり優遇された制度だろうと考えております。もし仮に共立湊病院の新築に関してそういうことが適用される道があるのであれば、建設コストに関しては現在考えられる予測よりはかなり少なくなるかもしれないと考えております。

いろいろ参考になる意見を聞かせてもらったのですけれども、さまざまなところから意見が出てくるわけなのですが、やはり利用者の側は、こたつに入ってみんな用が足せるような状況をどうしても考えてしまいますし、それを仕事としている側は、自分の仕事が圧迫されないようにということを要望しますし、行政のほうは赤字にしないでちゃんと健全経営をしろといひます。これは全部角を突き合わすような話で、身動きがとれなくなるということは目にみえているわけです。やはり全体の最適化という概念で、さまざまな因子を整理しなければいけないのではないかと感じておりました。私どもも整理されているわけではございませんので、これからなのですけれども、そういったところが感

想でございます。参考になる意見は現段階で全く申し上げられませんけれども。

○長会長 後ほど経営形態についても栗谷先生にお伺いしたいのですが、役割につきまして、この新築移転に伴って役割を明確にしないと、病床数とかいろいろ決まらないと思うのです。人口10万人当たり 700床程度という基準があるわけですが、3万 4,000人の下田市と南伊豆町からみると、下田市と南伊豆町で 200床程度が妥当なのですが、なお高齢化率が一番厳しい状況にあると。今後4割近くが65歳以上になるということからみると、前田院長のお話には肯定できるものがあるのです。要するに、9万人について 700床であれば、3万 4,000人ということであれば、高齢化率をみて、3年後ですか、もっと早く建て直しを竣工してほしいと思いますが、それでも 200床ぐらいでその半分は療養病床が適当ではないかと。また、救急については、内科救急に特化したらいいいのではないかとのお考えは、亀田先生、どうでしょうか。何かはっきり決めてあげないといけないものからね。

○亀田委員 少しだけ皆さんの話を聞いて、逆に会場の方にできますれば、市長さん、あるいは町長さんも含めましてどなたでもいいのですが。現実はこの現地の方々のためにこの病院というのはつくるわけですから、先ほど明石理事長からお話があったような、ここで今本当にどういうものをつくったときに価値があるか。それを維持するために窮々とするのではなく、今ここにどういうものをつくったら皆さんにとって価値があるのかということを決めないことには、何をするか、このようにやったら経営がうまくいくかどうかというのはその次の段階なのです。まず、本当にどういうものがどこまで必要であるのか。ただし、先ほど最初に私が申し上げたように、あるいは皆さんの話があったように、そう簡単なものではないのです。これもやりたい、あれもやりたい、それはよくわかります。だけど、その中で現実的な話として最低限これは自分たちとしては必要だと。

例えば先ほどの話で、救急の施設をつくるとします。ある程度の救急、それはいわゆるその場で何でも手術ができたり、脳の手術ができたり、心臓の手術ができたり、そういうものは恐らくすぐにやるのは現実的ではないと思いますが、そうでなくて、療養型を皆さんが望まれる。ここの場所は温暖だから療養型があればいいのだ、救急は全部順天堂に行くのだというのであれば、それも1つの方法でしょうし、いや、やはりそうはいつでも1時間以上かかる救急は非常に大変で、むしろこの公立病院に自分たちが求めるのは、いわゆる初療施設といいますか、救急事態が起こったときにまず手当てをしてくれるようなところが必要なのだ、こういうお話であれば、1つの方法で例えば、さっきその中でもう1

つ私が申し上げたのを覚えていらっしゃると思いますが、しかもそこで医師が継続的に来る、若い人たちがそこで勉強しようと思うというような施設。これはかなり特化しないとなかなか難しいと思います。例えば救急であれば200床というのにこだわるのではなくて、どっちがいいのかわかりません。ただ、例えば2つ私が提案して、どちらがいいのかというのを伺うと、大体の皆さんの志向というのはわかるのではないかと思うのです。

例えば、今日みてきましたけれども、共立湊病院の看護師は90人ぐらいだと。八十何人と聞きました。医師が8名、常勤が9名かな、いずれにしても10名ちょっと程度だったと思います。この人たちに200床といっても、そうすると相当な看護師をただ集める。ひたすら集めても、それを病棟にみんな配置しなくては病室が稼働できませんから、必死に集めて病棟を稼働する。ところが、そこで稼働してみたら、やはり順天堂にみんな行ってしまふ。これで赤字になります。これでは全く何の意味もない。

一方で、さっきの初療施設の話をして、例えば医師が10名では厳しいかもしれませんが、10名も、基本的には入院ではなくて初療に当たる。入院は次の日まで、あるいは1週間、10日程度までの本当に急性期だけをみる。こういう病院が必要かもしれません。そのとき、病床数は例えば30床で、そのかわりすべて重症といいますか急性期だけ扱いますから、そこに看護師の数が少なくとも30~40人必要になります。簡単にいうと、集中治療室みたいな、それに近い、救急室みたいなところに特化しております。そして、医師もそういう形で配置する。非常に特化された救急のための施設というようなことも一方ではあるかもしれません。

これがあれば、若い人たちは、あそこで何でもやる救急の勉強をしに行ってみようかと思うかもしれない。その可能性は非常に高いと思います。それから、必死になって看護師を集めなくても、病床数はそんなにたくさんあるわけではないですから、オペレーションできないことはない。

病床数が少ないと医療経営が成り立たないかという、実はそうとは限りません。クリニックでも成り立つ方法論はあるわけですから、仕組みをきちっとつくって、そのかわり、経営的にいうと単価の非常に高い病院になります。そのかわり、それをやるためには、先ほど何とか病院というのが進出するというようなことが何か聞かれましたけれども、そういうところがすぐに次の段階では引き受けてくれる。たった30床しかありませんから、いつまでやっているとしたらすぐいっぱいになってしまいますから、1週間、10日だったら必ずそちらの病院が引き受けてもらうような役割分担をすれば、もちろん順天堂と連携

をとる。

今申し上げているのは1つの仮定ですが、そういう形だってあり得るという、これが一方です。現実的にはやれないことではないけれども、もし本当にそういうものを地元の方が必要だと思ったら、多少の赤字があっても、それを補填してもみんな納得できると思うのです。経営するというか、余り必要がなくて、空いているために赤字になると、それがフル回転でも多少構造的に問題があっても多少の赤字にはなるというのとでは、公的な役割を果たすという意味が違うと思うのです。それが考えられる1つの形。

もう1つは、最初に申し上げたように、むしろ急性期に関しては本当に医師会の先生方、あるいはこの病院も含めて、本当の初期の簡単なもの以外はすべて順天堂さんまで必死になって送るという方法論もないわけではないし、本当に重い人はやはりそうはいってもいわゆる大きな医療機関に送らざるを得ない。

こんな幾つかの方法論というのが、具体的に今申し上げたような幾つかの考え方というのはあると思うのです。絶対的に後で後悔しないように、やはり地元の方たちが本当に自分たちが必要としているのは何で、どういうもので、その必要としているものに関しては多少の税金はしようがないと。これは別に町長のせいでも市長の責任でもないとなんか納得できるようなものをぜひつくったらいいのではないかと思います。

○長会長　　どうもありがとうございました。

現在、指定管理者と3年契約中の状況にありますので、ルール上指定管理者に対して任せきりではなくて、今回ガイドラインにも明確に示させていただきましたけれども、要求水準を明確にして、どういう内容で医療をこの3年間やっていただくかということを確認してみる必要がある。指定管理者は3年間の短期経営計画と、7年間の経営計画を設置者に出していただくことになっております。その経営計画が妥当であれば、今回の改革プラン、すべての1市5町の評価はよろしいということになっております。いずれにしても、今の人数を維持するだけで精いっぱいであって、医師は非常に過酷な労働の中にあって、要求水準までいかないのであれば、200床の病床という要望を地域医療振興協会へ出しているようだけれども、その裏づけがあるのかということについて、疑問には思っております。

今までの移転ありき、新築ありきという話はかなり否定的意見が多いということをおわかりいただけたでしょう。亀田理事長がおっしゃったように、30床でいいのかもわからない。在日数を例えば10日にすれば60床かもしれないし、あつという間に送るのであれば150床

ぐらいに稼働を計算できるわけですから。受診率によってどういう医療をやってきたかわかるはずだ。国保統計とか。入院はどうだとかということがわかるはずです。現状を維持するにはどの程度の受診率で、どの程度のベッド数が必要かというのは出るはずなので。高田さん、受診率という言葉でいいのですね。よかったですでしょうか。

○高田 受診率と入院の状況、2つあります。

○長会長 入院と地域の受診率でみて、どのくらいが必要かというのは数値的に出るはずだということで、それは事務局において、どのくらいの規模、役割が必要か、診療科別というのはある程度出る。それを参考にして答申する。200床ぐらいとか250床なんてぶち上げている人がいる。そのくらいにするとお医者さんが来るだろうという感覚です。静岡病院にいわせれば、荒唐無稽という雰囲気でした。理論的に納得できる数字は今月中にでも委員会に出していただいて、各委員にみていただいて、どういう診療科目で規模はどうか。

あと、私は、亀田先生にお伺いします。千葉県で350床程度で次に破綻しそうな病院があります。亀田先生は内科救急に特化したほうが良いとっておられました。内科救急に特化するということを伺っていますが、その考え方はお変わりありませんか。

○亀田委員 内科救急というところちょっと誤解を受けて、いわゆるすぐその場で手術をやるためには、先ほど最初にお話ししたように、物すごくたくさんの方の医師が待ち構えていなければできない話で、現実にきょう拝見した感じ、あるいはイメージしている医師の数では到底できません。その中で、もし皆さんが望んで急性期の病院をつくるということであれば、先ほど私が申し上げたような方向論もぜひ検討。先ほどいったのが、私はどちらかということとそういうことで申し上げているのですが、内科というように限定してはなくて、その場で手術をその夜だろうと何だろうとできるという仕組みではない。何でも一応初療はするけれども、そこまでの対応はできないという部分です。

○長会長 病院の入院単価と手術内容、全部年間で前年比較できちっと出していただいて、どの程度の手術行為をしているかということをお次回までに統計的に示していただいて、診療科とか内容について答申内容を事前に皆さんの意見を聞きたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○明石委員 ちょっと加えてもいいですか。

○長会長 どうぞ。

○明石委員 多分、亀田先生もよくご存じなのですけれども、皆さんテレビでERとい

うアメリカの救急のドラマをごらんになった方があると思うのですが、ああいうのを今、私たち日本では北米型ERというのです。実はああいうタイプの救急のお医者さんというのは日本では育ててこなかったのです。どういうタイプかというと、風邪っぴきから子供からけがまで、それから心肺停止まで、何でもかんでもとにかく救急室に担ぎ込まれている人は一通りさばいてしまうという医者たちなのです。ところが、彼らは一切入院診療をやらないのです。それから、一切自分で手術もしないのです。とにかく救急外来に特化するのです。でも、これは緊急手術が必要というところまでは全部やります。手術室まで送り込んで、はい、外科の先生、よろしくねと帰ってきてしまうのです。手術の後も、外科の先生、あとはお任せですと言って関与しない。だから、24時間きれいなシフトをして、仕事をして、48時間休みという区切りがいいのです。こういう医者たち。

日本ではなかなかこういう救急医が育てられなくて、でも、やはり我が国でもこういうER型救急医を育成しなければいかんという動きは実は数年前から徐々に芽吹いていて、特に若い医師の中で、これこそ自分が目指す道だと思っている人が今結構いるのです。そういう人たちにとって魅力ある仕組み、下田ERでもいいですけども、何かそういうものをつくってやるというのが1つ形としてはいいのかもしれない。下田ERプラス必要な病床数、例えば回復期リハも要るとか何だとかで、合計何床という算出の仕方もあるだろうと思います。

実は地域医療振興協会をご存じのように自治医大の卒業生の方がほとんどだと思うのですが、今、ERを目指しているドクターの中に自治医大のOBがすごく多いのです。ですから、リソースとして彼らは結構人脈をもっているかもしれないので、例えばこういうものが欲しいのだということになれば、それなりに要望を上げて、決してのれんに腕押しではないかもしれないと思います。実は私、日本救急医学会のER検討特別委員会の担当理事をずっとやっておりましたので、今、若いドクターの群れがかなりあります。いい場所があれば、いい指導者がいればやりたいという情熱にあふれた連中は結構いるのです。

ただ、1つ注文は、結構設備も大事なのです。つまり北米型ERを展開するには旧来の古いタイプの病院の救急初療室なんていうところでは全然だめなのです。もっと開放的なかなりのスペースがあることが必要なので、若い医師が、ただ弓ヶ浜の海にあこがれて来るのではなくて、この病院なら、この施設ならと思わせるものもやはりちょっと必要ではないかと思います。日本でいい例は、私は伺ったことはないですけども、多分亀田先生のところにあるのではないかと。沖縄県立中部病院だとか、幾つかERで有名な病院があ

ります。そういうところの構造というのはよくできています。手前みそながら、今度私も指定管理者で受けた川崎市立多摩病院のERも結構そういうのを意識してつくりましたので、救急医が動きやすく、ER診療できるようにつくってありますので、そんなのも参考にされればとは思いますが。

○長会長 答申では、各委員に同意をいただきたいと思います。指定管理者に対して、委員会としては合理的な根拠のもとに、3年以内に新築するとすればこういう体制の要求水準を求めると。現状ではどういうことなのかというようなことは回答を求めるというようなことになるのでしょうかね。とりあえず、余り手足を縛ったという形ではなくて、意見も十分聞きなさいというような答申になるのかもしれませんが。

○亀田委員 一言だけよろしいですか。

○長会長 どうぞ。

○亀田委員 今の明石理事長のお話と共通点、考えていることはかなり近いのですが、何も大きい病院をつくってはいけないとかなんとかいっているのではないのですが、病院の規模が病床数ではないということだけは、ぜひ皆さん方に理解しておいていただきたいのです。病院の規模というのは基本的にはドクターの数とナースの数で決まる。それが病院の規模です。ですから、30床か200床かでどっちが大きい病院かということではありません。今、明石先生から話があったように、ERをつくるとなると、結構大変なスペースになります。例えば初療室のイメージ、例えばこの部屋でどういう形になるかということ、最初にわっと入ってきて初療をするような部屋があって、ICUのように周辺に個室のような形になって、これだけで恐らく6床ぐらいのイメージ。30床というところの5倍になります。決して小さなイメージのものではないのです。

経済的なことを少し申し上げますと、救急の1人当たりの単価というのは恐らく湊病院の4～5倍、そういう感じで、平均在院日数も物すごく短くなりますと、1日の1人単価というのも。ですから、病院の経済規模でいうと、恐らく30床と150床は同じぐらいのイメージなのです。

そういうことで、病床数イコール病院の規模なんていうのは100年前の話で、どういうものをつくるかによって病床数なんていうのは後からどうでもなる話で、あんな規制に対してどうこうというのほとんど無視していい世界だと私は理解していて、今の医療でベッドが何床かなんて宿屋ではありませんからほとんど関係ないということだけは理解しておいていただきたい。これが現実です。私たちが病院をつくる時に病床数なんてほとんど

ど考えません。そうではなくて、どういう医療の内容をやるか。それがポイントであって、ベッドの数は宿屋ではありませんから、本当にそんなことを考えてもしょうがない。先に来るのは必ずこっちです。どんな医療が必要なのか、どんな医療をやっていくのか。これが決まらずに病院をつくったら、必ず空っぽになって倒産することだというように理解しています。

○長会長　当然身の丈に合う形で、医師数、看護師数をこの3年間の指定管理者契約の中においてどの程度用意できるかということは経営計画にちゃんと入るはずですから、そういう中で指定管理者契約について、今後要求水準についてガイドラインに基づいてきちりやっていただきたいというようなことは答申で入る。結果的にそれが、医師数、看護師数をどのくらい用意できるかということを実指定管理者に回答を求めて、その範囲内でしか建築をすることはできないというような答申になるのでしょうか。お医者さん、看護師さんを用意できないというのに、大きなものをつくってもしようがない。

○亀田委員　箱だけつくって、中がなければしょうがないわけです。

○長会長　そうですね。

それでは、時間の関係もありますので、静岡病院にお伺いして、アクセスの関係について前田院長から詳しくお伺いして図面ももらいました。要するに、東伊豆町、河津町、特に西伊豆町は道路状況が非常によくなったとお聞きしました。簡単にいうと、松崎町も静岡病院へ行ってしまう可能性もある。

遠藤委員がいわれるように、下田市と南伊豆町だけで経営することが望ましいのではないかと思います。

○遠藤委員　申し上げにくいことですが、このような相談は現実的な対応をするのが私はいいのではないかという思いがします。それで、最初の委員会に第一印象で感じたことを書いたわけですがけれども、皆さんが仲よくやろうというのは大事なことです。ただ、最終的には経営責任はみんなで負うことになりますから、利用の度合い、それからその町と病院の位置関係によって住民の思い入れが違いますから、非常に難しい問題が出てくると思います。だから、今後のことを考えると相談は少ない人数でやったほうがまとまりやすいのではないかと思います（笑声）。

○長会長　せっかくここで、長年でもないのですけれども、5年間の論争に終止符を打って、来月の今ごろはしゃんしゃんの報告が出せる運びになりましたことは、ここの出身としても本当にうれしく思っております。あとは、南伊豆町にどのような形で新しい施設

を、非常に規模の大きい立派なものをつくるという、日本一の設計士である岩堀さんの意見もありますので、柔軟に、大手企業の進出を求めて、600人所帯で新しい町ができるというような事業に1市5町が果たしてリスクを背負って同意ができるかどうかというのがありますので、今、一心同体の下田市と南伊豆町が経営して、従来どおりほかの町は経費負担金なしで利用できるというようなことは、東伊豆町の町長もにこにこしていますけれども（笑声）。大体、東伊豆町と河津は静岡病院へ行っているということは確認してきているわけですから、申し上げておきますけれども、かなり調査が済んでおりますから、将来、経営形態の変更に踏み込むことは無理などといわずに、不規則発言がありましたが、そういうことは無視しますので、前向きに。

栗谷先生、どうですか。最後に独法化のお話を。

○栗谷委員 1回目の委員会的时候に申し上げましたけれども、実をいうと私はこの3月末まで公務員でありましたので、独法化というもののイメージというかメリット・デメリットをちょうど今、ようやく肌で感じてきたような状況だと思います。

ただ、独法化するときには、この共立湊病院の場合と全く違うのですけれども、累損？があっては認可されませんので、そのこととか、あと運営費交付金との関係等で、今、実をいうと行政とかなりさまざまな交渉を進めております。感じたことは、決して楽な道ではないということでございます。私どものように一般地方独法で直営の病院からいきなり進んだところというのは組合もありますし、特に業務の関係で行政のさまざまな関与、それから、医師のほうも、若干大所帯の合併でございましたので、さまざまな文化の違い、そういったことがありますし、苦労はしております。

突然の話だったので、とりとめのない話になってしまいましたが、ただ、運営的には何とかめどが立ちつつありますけれども、幾ら強調してもし足りないことは、やはり先ほどの資金です。キャッシュフローが、結局現金がなければ、よい医療のための再投資ができないわけです。再投資のできない企業というのは、病院も全く同じで、途中でこけるしかありませんので、継続は絶対不可能だということを肌身感じてこの数年間やってきました。そのことでは独法のメリットというのは、意思決定システムというのは直営の病院と全く違いますので、この点はリーダーがしっかりしていれば、かなり見込みのある仕組みではないかと思っています。ただ、リーダーがしっかりしていないと、直営の場合よりも凄惨な状態になるだろうと。それは責任を大いに感じて、頑張らなければいけないなと思っております。

大変雑駁な話で恐縮ですけれども、現在の感想はそんなところでは。

○長会長　実質的に日本で最初に県立病院と市立病院の大合併をなし遂げた栗谷理事長のお話なのですが、山形県という非常に大きな官僚組織と酒田市というそれ相応の規模の市が、まず行政の対立と、県会議員と市会議員、知事と市長、そういうはざまに立って、この資金繰りが悪くなった理由は、簡単にいうと山形県知事も酒田市長も素人です。更に困ることは、議員もそれぞれの主張をするわけです。山形県立病院が厳しくなったのは、労働組合が強いただけではないのです。

経営形態というものは、3年後を目指して独立行政法人の理事長に指定管理者の理事長がなるということもあるでしょうから、私はこれを頭から否定すべきではない。鈴木管理者はよく勉強されていると思います。答弁を読んだら、よく勉強されているのだなと思いました。ただ、いつまで町長をやるかわかりませんし、もう間もなく終わりかもしれないし（笑声）、私と一緒に引退の可能性もあると思うので、そうなるとまた方針が変わる。ですから、病院が翻弄されるということがあると思うのです。

ですから、そういうことで、独立行政法人にすることは、やはり医師と看護師を中心にした過半数が決定機関をもつ理事会の経営に任せろという今回のガイドラインの趣旨をお酌み取りいただいて、答申には皆さんの意見が一致すれば入ることになるかもしれません。決して地域医療振興協会を外すとかそういうことでは全くありません。彼らも翻弄された部分があるのではないか。

最後に、これは報告事項になりますが、各委員には既にお渡ししてございますが、南伊豆町議会の地域医療問題調査特別委員会が地域医療振興協会に対して会議録の公開を求めた件については、従来どおり、会議があったかどうかということについても回答できないという回答をご紹介します。

2月以降、私もそのころは全く知りませんでしたけれども、2月ごろから撤退の表明以来、地域医療振興協会は理事会の決定によって撤退表明をしたということを再三表明しているということは、公益法人としてはかなり問題である。利益がなくなったからという理由で撤退を理事会が承認したと思いますけれども、地域医療振興協会の定款目的からして、それはかなり遺憾なことではないか。

一応念のため申し上げますと、地域医療振興協会が都内、赤羽の社会保険病院であるとか、つい最近は市川、浦安ですか、400床程度の病院、あるいは都内の台東病院の指定管理者になるということが報道されておりますけれども、それだけの400床の病院に

パワーを注ぐ力があるのであれば、本来の目的である地域医療振興協会は共立湊に、亀田先生が仰ってくださっているように、あと20人ぐらい派遣してもらおう力があるのではないかということ警告しておきたいと考えております。

今回、法律改正になりまして、公益社団法人になるのであれば、本来の目的に反するようなことをしているのであれば、非課税法人になるということは私は認められないのではないかということも警告しておきたいと思います。弱い立場にあるこの伊豆の南伊豆町とか下田市に対して軽々しく撤退を表明するということは、まずいと思います。組合も結論を延ばしてきた。両者が紳士的ではなかったということ公開の場で警告しておきたいと思います。

いずれにしても、これ以上激しい行動はとられないよう委員長としては希望します。もうこれで十分ではないか。返事がないということは、報道機関もそれなりに受けとめると思います。

時間はあと6、7分ありますが、先生方から何か特につけ加えることは、よろしゅうございましょうか。どうぞ。

○岩堀委員 建設の関係で、ぜひ一度ちょっと三春町にも伺いたいと思うのですけれども、要するに、建て直しするとしてですが、質をどう担保するかというのが大事だと思うのです。それはよくご承知だと思いますけれども、質とコストです。建物の質も2つあると思うのですけれども、雨露をしのぐというような物理的な質と、病院ですから医療とどうマッチできるか、そういう使い買ってという意味の質も問われると思いますし、初期コストだけでなく又ランニングコストが大事だと思うのです。ですから、ぜひ条件の中にランニングコストをどうされるかというのを提案していただくということと、それから、口で約束するのは簡単ですから、本当に実行できるかということ担保するということです。とりあえずそのくらい。またちょっとコメントも差し上げたいと思います。

○長会長 では、次回の1週間ぐらい前までに原案を各委員に回らせていただいて、最終答申の原案をつくりたいと思いますので、ご協力をお願いいたします。

では、ほかによろしゅうございますか。――事務局、いいですか。

せっかくでありますので、あと5分程度しかありませんけれども、会場から何か特にご質問があれば、1つか2つはお受けできると思いますが。どうぞ。

○小林 私、下田市の白浜で農業をやっております小林という者でございます。

先生方におきましては、私たち伊豆半島、この地域における唯一の公的医療機関である

共立湊病院のより前進的な発展のためにご協議いただきまして、ありがとうございます。

第1回の委員会におきましては、たまたま所要で出席できませんでしたが、病院事務局より先生方の会議録をいただきまして検討させていただきました。本日傍聴させていただきました。長先生にお伺いしたいと思いますが、本日のお話を聞いておりますと、第1回の会合は三春町の先生が共立湊病院の200床ぐらいをもった病院を南高の跡地に移転新築するというのを基本とする戦いであると述べまして、今日の会合はほぼそれを前提にしたお話のように伺いますが、また、1つは、はっきりとお伺いしたいと思いますが、南高跡地移転を前提とした移転新築ということを基本的なお考えとして答申が行われるかどうか。これが第1点目でございます。

2点目は、今日のお話を聞きまして、私たちこの賀茂地域に住んでいる人たちは、共立湊病院に何を求めているのか、どういう医療機能を求めているのかということについては、さまざまな意見があろうかと思いますが、やはり地域には地域のお医者さんがございまして、私の住んでいる白浜にも3軒もの優秀な医院がございまして、風邪を引いたり、ちょっとしたけがをした場合には、多くはそのお医者さんで間に合う。共立湊病院に行くというのは、かなりの重症、あるいはちょっとどうも大変だと。こういった場合に共立湊病院に行く、簡単にいうとそういうことであります。しかし、きょうのお話を聞いた限りでは、新病院、あるいは共立湊病院にどういう機能をもたせた病院をつくるかということについて、まだ基本的な管理者等々の合意もなされていないような感じがする。私は小児救急のようなものがちゃんとつくられるということと、やはり少子高齢化時代において、産婦人科のような施設、あるいは高齢化社会に向けて泌尿器科のような科をもった病院、このようなことが必要ではないかと思うわけです。質問の2点目は、共立湊病院をどういう病院とするかということについての議論がまだちょっと不足しているのではないかという気がするのですが、その点についてどのようにお考えをもっているか。

○長会長 時間もあるので端的に、済みません。

○小林 はい。第3点目に、財政のお話でしたが、公立の病院は地域医療振興協会に委託をしているわけです。要するに指定管理者。それで医療費の医業収入のすべては、地域医療振興協会に差し上げるということになっております。資本費のすべては、いわゆる管理者である一部事務組合が負担する。したがって、どういう状態になっても、支払利息と減価償却、あるいは新規の施設の新設開業費というのは、設置者であるあれがもつということになるわけです。したがって、医業収入から負担するということは、この地

域医療振興協会……

○長会長 済みません。それは前回の議事録に詳しく書いてあるので、端的に2つだけ回答させてください。それで打ち切ります。

まず、白浜に優秀な診療所があって、病院の勤務医よりもはるかに経験も豊富で優秀な医師がいるということは十分承知しております。渡邊医師会長がいつているように、医師会との協力を極めて強化するということは、恐らく答申に盛られるようなことになる。

それから、今回の条件が委員会で認められれば、合理的にその役割を認めた上で、有力な候補地は下田南高校跡地であるということは変わりありません。

以上です。

それでは、大変恐縮なのですが、後ほどまたゆっくりお話を聞きますので勘弁してください。

では、事務局、済みません。

○小林 いや、勘弁ということよりも、これは後ではなくて、公の場で議論したいと思います。少なくとも、新築であるべき必然性というものが、私の調査した限りでは耐震調査も行っていないし……

○長会長 それはします。今、準備しています。

○小林 していないのに、新築というのはおかしな話で、耐震調査がないのに、基礎調査がないのに、調査する前にもう新築移転がありきというのは、これまたおかしな話ではないのかと。

○長会長 委員会は今、そういうことの調査を準備しております。以上です。勝手にやるわけはありません。ご心配なく。

では、これで閉会とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました（拍手）。

○司会者 どうもありがとうございました。

——了——