

### 第3回 東栄病院改革委員会議事録

日 時：平成18年2月20日（月）14：30～16：30

場 所：愛知県東三河総合庁舎 301会議室

出席者： 委員長 長 隆 （総務省 地方公営企業経営アドバイザー）  
委員 稲垣 春夫 （トヨタ記念病院院長）  
委員 佐々木信義 （豊川市民病院院長）  
委員 伴 信太郎 （名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授）  
委員 山本 典式 （東栄町助役）  
委員 夏目 忠 （東栄町国民健康保険東栄病院院長）  
代理 委員 白川 洋之 （医療法人澄心会豊橋ハートセンター事務長）  
アドバイザー 石原 徹 （愛知県総務部市町村課課長補佐）  
アドバイザー 植羅 哲也 （愛知県健康福祉部医務国保課主査）  
アドバイザー 鈴木 希明 （愛知県新城設楽事務所行政防災課主査）  
アドバイザー 太田 研司 （愛知県新城保健所設楽支所長代理）

傍聴者 5名

敬称略

（事務局）

時間前ですが皆さんお集まりいただきましたので、ただいまから第3回東栄病院改革委員会を始めさせていただきます。本委員会は3回目が最終ということで、答申案について検討していただくことになっていきますのでよろしくお願い申し上げます。

本日は7名の委員のうち鈴木委員が所用のため欠席されました。代わりにハートセンターの白川事務長さんが代理出席されておりますのでよろしくお願いいたします。

それではまず会議に入ります前に、お手元に資料をお配りしておりますが、一つ目は前回の議事録の要約でございます。全文につきましてはメールにて皆さんのお手元に配布してあります。東栄病院、東栄町のホームページにも掲載しました。院内におきましても、院内 LAN を活用して職員全員が見られるようにしました。また町内につきまちは役場で要約したものを窓口に置きましていつでも見られるようにしてあります。

二つ目は答申案をお配りしております。後ほど私の方からご説明申し上げ、ご検討いただきたいと思います。

三つ目は県市町村課から東栄町の財政状況等の資料をいただいておりますので後ほど石原アドバイザーの方からご説明いただきたいと思います。

それから夏目委員からは東栄病院が今後どのような医療体制等を考えていくのか

ということについての院長としての考え方と、院長自身が日頃体制について思っていることをまとめたものをお手元に配布しております。資料につきましては後ほど院長の方からご説明させていただきます。

本日の議題でございますが、お手元の次第で議題1に東栄病院改革委員会報告書案（答申案）ということで載せておりますが、最初は県市町村課の石原アドバイザーの方から資料の説明をお願いします。続いて夏目委員の方から提出した資料の説明をお願いします。そのあと報告書案についてご議論いただきたいと思いますので、よろしくお願ひ申し上げます。

議事の進行につきましては長委員長の方でよろしくお願ひいたします。

（長委員長）

東栄町の財政状況を説明してください。

（事務局）

石原アドバイザーの方からご説明をお願いします。

（長委員長）

それでは石原アドバイザーから一括してご説明をお願いします。

（石原アドバイザー）

今回この委員会において、私ども県の立場から東栄町の本丸であります一般会計を中心としました財政状況をかいつまんでお話しさせていただきます。資料はふたつ、ひとつはA4若干表が見にくいですが、もうひとつA3の両面刷りです。まずこちらのA3の方からお話申し上げます。数字の羅列で恐縮ですが、市町村財政状況の東栄町の状況、特に16年度の決算見込そこを中心にお話します。

東栄町の歳入と歳出の規模がいくらかと申しますと約32億円、33億円弱の数字でございます。これを見て頂くと①歳入の方、このうち地方税は3億7千万円余ということで、シェアとしては1割程度、そして実は地方交付税といわれる財源、これが4割を占めている。一般の家計で申し上げますと、ある家庭があつて、月32万円規模の家計だと申しますと、その一割相当がサラリーとして収入を得ている。3万7千円ほどのサラリーをもらっている。一方地方交付税、簡単に言いますと親元から仕送りをもらっていると考えていただければいいと思いますが、これが14万円程という状況。この数字からしましても、地方交付税に依存している山間部特有の財政状況となっております。一方、歳出の方をご覧頂くと32億円ほどの歳出、そのうち二割弱が人件費でございます。公債費ですが、いわゆる地方債という借金を返してござりまして、元利償還を毎年行っている、こういった公債費が3億9千万円、とういことは地方

税で得た部分それをそっくりそのまま公債費で返している、こういった自転車操業が深刻な状況であるということがわかります。

次にこの資料の中でどのような財政の体質かを申し上げますと、真ん中の列にあります財政指標であります。②財政力指数。これはこの団体の財政の豊かさを表す指数でございますが、1.0が標準であります。これが0.2ということですから財政力という面では脆弱ということがわかります。

次に、⑤経常収支比率ですが、これが近年では80%を超え90%に近づこうとしております。これは、財政の硬直化を表すのでありまして、義務的な経費でございます人件費ですとか借金を返す公債費、こういうのに充てる額が多ければ多いほどこの経常収支は更に悪くなる。一種の動脈硬化をおこしており、これを数字で表すと90%という状態であります。

また更に⑦、⑧にありますように公債費、借金がどれだけ財政全体の中で占めているか、じわじわとそのシェアは上がっていくという状況であります。一方、積立金の状況をみますと16億円ほどありまして、これは近隣の団体から比べれば着実に基金を積み立てているという状況が窺えます。財政調整基金、9億7千万円ほどありましてこれは、用途を限定しない弾力性のある基金で、その他減債基金ですとか特定の用途に使う特定目的基金があります。しかしこれらの積立金と申しますのは、お米に例えると備蓄米のようなものでありまして、1度使ってしまうと無くなってしまいうものでもあります。

次に⑩地方債現在高とありまして、これは借金が今どれだけあるかという状況のものでありますが、1年間の歳入総額と同額が今あるということでもあります。このような状況がまず東栄町の状況であります。

次に、A4の一枚資料をご覧くださいと思います。こういった東栄町の財政状況の中で、特に病院事業との関わりを現すのは実は繰出金であります。東栄町の一般会計から病院へ繰り出すお金、これがどうかと言うところが病院とのつながりでございます。

まず、普通会計に占める繰出金のシェアですが、東栄町から老健ですとかあるいは介護保険、農業共済、更に水道事業、下水道事業、病院事業など公営企業に対する繰出金の総額は年々増えてきております。その要因としましてはまず、町の財政規模は年々減少しております。行革の努力や経費削減をした結果でございます。また近年では、道路とか、いわゆる建設事業が抑制されてきている結果であります。一方で、繰出金の方は年々増えてきてありまして、病院会計ということではなく国保ですとか老健ですとか介護ですとか、社会福祉関係の経費が増加しているのも大きな要因であります。しかも棒グラフ、折れ線グラフを見ていただきますと、平成7年度の状況を見ますと歳出全体に占める繰出金の割合は12%、1割ちょっと。そして16年度になりますと20.8%と約2倍で2割強。義務的経費としての色彩が濃い繰出金の割合

が年々増えてきているということがこれから表されているということだと思います。これがまず一点目に申し上げたいことでございます。

もう一点は、見方を変えまして東栄町の財政は今後どうなのであろうか、持続可能かということでございます。平野部においては地方税収をどのように伸ばそうかと、法人、企業を貼り付けそこからどれだけ法人税割、固定資産税などが伸びるかと推測するわけですが、山間地域では、それは難しい。年々人口が減少しています、そんな中で健全な財政をするためには、実質収支はどのようになっているか、つまり翌年度へ送る剰余金、これはどのようになっているかと、こういう視点でございます。

山本委員（助役）さんから財政調整基金については10億円の基金残高がありますというご発言がありました。確かにそのとおりでございまして、ストックという面では9億7千万円ほどの財政調整基金でございます。また使途が限られております特定目的基金も合わせますと16億円という額にのぼる。しかし一方で、フローの面から、時系列に考えまして、毎年この基金へ積んでいく額、あるいは翌年に繰り越されてゆく実質収支、こういうものに着目しますと、下の表の棒グラフを見てもらいますと、それぞれの年度で2本ずつ棒がありますが、右側の棒が基金への積立額と実質収支を足したものであります。これはほぼ1～2億円前後を推移しているということが見受けられます。実は、ここの額がどのようになるかが町の財政、持続可能性を高めるための1つの要因ではないかと考えております。

そして、東栄町にとっては最も関心の高い地方交付税でございます。これは、三位一体の改革の影響もございまして、交付税の改革がまだ進められておりませんが、平成19年度以降は、どのように展開されてくるかまだ見えておりません。特に交付税に依存する本町においては重要な関心事になっております。それからもうひとつ気になりますのが、地方交付税を算定する場合に測定単位としまして人口を使います。人口でもって交付税を算定するわけですが、これは国調人口を使っております。実は近年、17年度国調人口によりますと、今まで使っておりました12年度の人口から比べますと370人の減という状況であります。東栄町の北側にあります旧富山村は人口200人規模であります、それを上回る人口の減がある、こうしたものが交付税にどのように算定されるかということですが、大雑把な試算でございますが、1千万円台の交付税の減を見込まなくてはなりません。このようなことが持続可能性を検証する上で避けて通れない問題ではないかと思っております。以上でございます。

（長委員長）

どうもありがとうございました。自治体関係者以外の者にとって、分かりにくいのですが、ご質問はございますか。ご遠慮なくご発言をお願いします。

(伴委員)

この経年的な変化の中で、平成14年度が他の年度と違いますが、何かあったのでしょうか。

(石原アドバイザー)

実は14年度は、現在東栄町において下水道事業を進めておりまして、実は今年度から18年度ごろまでがピークになるわけですが、14年度の段階では、ちょうどこの年に予定されていた事業が翌年度へ繰り延べになった経緯がございまして、14年度は特異でありますので、この推移からは除外してお考えになっていただきたい。

(山本委員)

うちの財政で、下水道関係は、ずっとやってきまして来年度18年度でほぼ完了ということであります。特別会計で行っておりますので、一般会計から特別会計へ出して事業をやっていますのでどうしても特別会計の方が膨らんでくるという事情があります。そういった関係でこういったグラフの表になっています。

(長委員長)

19年以降地方交付税がどうなるか仄聞するところ半分ぐらいになるんじゃないかという見方もあるようですが、どうでしょうか。

(石原アドバイザー)

国の方では、ご存知のとおり経済財政諮問会議などでもって議論はされておりました、全国の市町村が合併前は3千いくつもありまして、その中で交付税をもらっていない不交付の団体、豊かな団体が130程度あります。3千のうち130しか豊かな団体がいないと、ほとんどの団体が交付税をもらっているわけなのです。こういう状況を小泉首相はじめ、トップの方からは、それはおかしいじゃないか、本来例外的な場合に交付されるのであって、あまりにも交付団体が多すぎるのではないかという話があった。実は、委員長がおっしゃったように、交付税をもらっていない団体の人口を約1/3ぐらいにしようという動きがあります。2010年代初頭においてかなりの団体が不交付団体になる動きがあります。ただご当地の東栄町の場合は、財政力指数が0.2と低いですので、直ちに交付税が無くなるということはありません。逆に交付税をもらっていてもそれほど交付税に依存していない団体が実は圧縮率が高く激減するだろうと思います。つい最近の新聞でも、豊橋市では当初予算で交付税をゼロ計上すると報道されております。そういうことで、東栄町さんの場合、直ちに交付税が無くなるという事はないだろうと思っておりますが、何らかの圧縮はされるだろうと推測されます。

(長委員長)

どうもありがとうございました。今日は時間もございます。どうぞご遠慮なくご質問をお願いします。

(夏目委員)

病院関係の繰出し基準の話なのですが、町の方は年々厳しくなることは判ったのですが、東栄病院に関する繰出し基準がありまして、アドバイザー派遣事業の病院経営診断調査表の表40ですかね、そこに今東栄病院がもらっている一般会計からの繰出し基準とその額が載っているのですが、二番目の項に普通交付税、特別交付税に関わる繰出し金ということで基準が載っています。特に7番目の不採算地区の病院運営負担金は去年一床あたり63万円ぐらいあったのですが、今年は54万円と10万円ほど減らされています。これも年々、減らされていくとは思いますが、色々な兼ね合いでどん国繰入基準が減らされてくる可能性はどの程度なのでしょうか。

(石原アドバイザー)

院長からお尋ねの特別交付税のお話でしたが、特別交付税で算定される額といわゆる公営企業法という繰出し基準額というものは別の概念でありまして、特別交付税は、普通交付税では見込めない災害など特例の財政需要に着目し一定のルールで算定するものであります。しかし、この特別交付税もいわゆる普通交付税と同じように地方交付税の枠で捉えますので、総額の抑制という流れの中において、この算定額が圧縮されるという状況にあらうかと思えます。ただ、どれだけ影響を受けるか、今の段階では予測しがたいです。

なお、ご存知のとおり特別交付税というものは個別具体の財政需要を算定しますが、実際に交付する段階では色の付かない財源という形で町に入る、いわゆる税収入と同じような扱いになる。ですから特別交付税で算定された額がそのまま病院のもとに行くかどうかという話しとは違って来るかと思えます。

(夏目委員)

いずれにしても将来は、厳しくなる可能性はあるのですか。

(石原アドバイザー)

そうですね、現時点では、このようにしか言えませんが、地方財政を補償するという責務は当然国としてあるわけですので、財政補償機能や財源調整機能が全く無くなるという事はありません。総務省、私たち地方サイドはそういう認識です。

(長委員長)

よろしいですか、ほかに何か。

(佐々木委員)

特別交付税は、他の算定項目と一緒に来てくるものですから、実際に病院にどれだけもらっているかは、町の考えだとは思いますが、総務省から出すものから計算すると一床あたりどのくらいになるか。公的な病院に出す総額6千5百億円ですね、基準にあわせて計算すると平均的にだいたい一床あたりの金額は、65万円とも75万円とも言われておりますが。

(石原アドバイザー)

年々抑制傾向にある状況です。

(佐々木委員)

また60万の基準があっても50万しかもらってないということですか。

(夏目委員)

そうです。満額はくれない状況です。来年度は満額をもらおうと思って、予算などを作っています。

(長委員長)

それでは、本日は報告書の審議に入らせていただきます。夏目委員からペーパーが出されておりますので、ポイントを強調して説明してください。

(夏目委員)

前回の委員会で、主に佐々木先生からですけど、どのような病院、医療体制を考えているかと言われましたので、僕なりに考えたものをまとめて書いてきましたので、お目通しください。基本的には今やっている医療はこれからもできる範囲でやっていきたい。今後やりたいと思っていることは、地域住民の医療ステージにあわせて医療を提供する体制づくりです。地域包括医療も含めてですが、東栄病院が主体的に住民健診など行い、疾患が見つければ東栄病院に受診していただき、治療が必要であれば治療して、良くなれば自宅に帰っていただく。歳をとってきて肺炎などで入院すれば東栄病院で治療を行い、良くなって在宅が可能になれば家に帰っていただき、その後必要があれば、在宅での診療や訪問看護もやろうということで、地域住民の生まれてから、生まれてからという大げさになりますが、死ぬまでずっと診れるような体制

を病院としては将来つくっていききたいと考えています。雑誌などではケアミックスという言葉でも表されているようですが。

基本的な医療体制については、資料に書いてありますけれども、1次医療、これは外来診療ですね、2次医療、これは入院治療ということですが、これは重症の患者さんは東栄病院では対応できないことがありますので、前日も言いましたけれど1.5次までの医療は基本的にはやっていこうと思っています。病床数は今、一般病床40床あるのですが、この1月が101%くらいのベッドの利用率で、今後も冬場などはベッドが足りなくなる可能性もあり、最低今の40床くらいは一般病床が必要ではないかなと思っています。療養病床に関しては、老健等介護施設ができれば廃止ということも考えていいと思います。診療科目に関しては、前日も言いましたとおり、内科と整形外科が常勤でいるという体制があれば、後は採算性で非常勤を考えていけばいいかなと思っています。今、眼科、耳鼻科、精神科の三科に非常勤で来て頂いておりますが、これも将来的には人口が減ってくれば採算性の面で廃止もしかたがないかなと思います。あと、人工透析を開設していますが、これは外来収入の柱になっておりますので、透析は引き続きおこなっていくつもりです。救急医療に関しては1次、2次までのできる範囲で、1.5次までの救急医療は頑張っけてやっていきたいと思っています。整形外科の質を維持していくためにはリハビリ部門が大切ということで、どうしても理学療法士2人は必要と思っています。手術室に関しましては、今でも年間30件いくかないかですので、整形外科でしっかり手術ができる体制になれば不採算の可能性があるので、今後の様子を見ながら、新しい病院を造る際でも、ちょっと考えなければならぬかと思っています。

地域包括医療に関しましては、対象の地域は北設楽郡と新城市の一部（川合とか名号の東栄病院に近い辺りの新城市）が地域包括医療の範囲としては入ると思います。公衆衛生科は現在、住民健診とか健康教室などの公衆衛生活動を行っていますので、将来的には健康管理センターとか総合福祉センターへ発展していってこれればいいなと、個人的には思っています。地域包括医療で介護をやっていくためにはどうしても訪問看護は必要ですので、来年度にでも是非、訪問看護ステーションを開設して、訪問診療をしっかりやっていきたいと思っています。その中でも訪問リハビリは必要ですので、この面でも、現在理学療法士は1人しかいないので、もう1人是非ほしいなと思っています。地域包括医療の拠点として国保の総合保健福祉センターを病院に併設できればなと思っています。

あと、へき地医療拠点病院に東栄病院はなっており、周囲の診療所へ医師を週4日派遣しているわけですが、この業務は引き続き、へき地医療拠点病院としてやっていきたいと考えております。巡回診療につきましては、病院に多少負担になっておりますので、効率化を考えようかと思っています。津具、豊根、富山の各診療所の医師に関しては、可能であれば将来は東栄病院に所属していただいて、各診療所へ曜日を変え

て内科や外科とかのドクターを派遣する。例えば、今ですと豊根村には外科の医師がずっといるわけですけど、内科と外科の医師を交互に派遣できるような体制にできればいいかなということと、経営も東栄病院と一体化して診療所の効率的な経営ができればいいのではと思っています。将来、薬や備品なども共同で購入して、北設の医療全体で医療の効率化ができればと思っています。現時点では今述べた体制でやっていたり、今後めざしていこうと思っています。

(長委員長)

医療体制、医療内容について夏目院長のご説明に対するご質問を頂戴したいと思います。佐々木先生どうぞ。

(佐々木委員)

内科と整形でということですが、医者の方年齢ですね、自治体からの研修医または後期、いるとしても何年くらいですか。

(夏目委員)

卒後3年～4年の前期派遣が2人、卒後6年～7年の後期派遣が1人、後は義務年数の終わった先生2人と、僕です。

(佐々木委員)

もう少し、経験の積んだ先生が必要ではないですか。

(夏目委員)

整形外科に来ていただければそれが一番ありがたい。

(佐々木委員)

そんな気がするのですが、せめて5年以上、できれば10年位経験のある先生にきてもらえるのが理想かなとは思っているのですが。

(夏目委員)

病院の努力不足かもしれませんが、東栄病院に以前いた先生に来てくれないかとたびたび声をかけたりはしているのですが、なかなか現状では難しい。将来的には10年以上の経験がある先生に来ていただければかなりのことが東栄病院でもできると思うのですが。

(佐々木委員)

自治医大の義務年数が7年とか9年とっておりますが、それが終わった後に、やはりへき地医療をやりたいという先生はあまりいないのでしょうか。

(夏目委員)

最近は、少しずつ出てきています。丹羽先生が義務年数終わってから東栄病院にずっといてくれています。そういう先生が1人でも増えていくことが愛知県のへき地医療を充実していく一番確実な道だと思っています。

(稲垣委員)

質問よろしいでしょうか、透析の話ですが外来収入の柱ということですが、ある狭い地域で人工透析をやりますと、患者さんの数によってはコスト割れをしてしまう可能性もあると思いますが、現状どれくらいの患者さんがおみえになって、それは将来的に維持できる人数であるのかどうか問題になると思います。これは、今お答えしていただかなくてもいいのですが。数千人の人口規模で透析の必要な患者さんが常時生まれてくるか。

(夏目委員)

透析に関しましては、31名やっております、ベッドが11床で、月水金は2クールで、火木土は1クールでやっています。今までは、これ以上人を増やせないと言って患者さんを断っていたのですが、去年来ていただいたアドバイザーの先生に怒られまして、断るなんてけしからんということで、火木土も2クールでやっていくことになりました。急激には増えないでしょうが、今ぐらいの人数なら採算割れすることは無いと思います。患者さんのほとんど、3分の2は静岡県の人なのです。

(長委員長)

伴先生いかがでしょうか。

(伴委員)

いままでの話を聞いて、地方自治体のお金の入れ方なんかも含めて東栄町がへき地の環境にあるけれども、そこには4千数百名の住民がいて、そこでどのような医療を提供することが求められているかというところと、けれども今運営そのものに無駄があるので、もう少し効率化できるところがあるのではないかと、ということとはつきり分けて話をしないといけないと思います。地方交付金が減るから、もし東栄町がそういうものをもらわないと住民に対する奉仕活動・医療活動あるいは保健福祉活動との連携が出来ないのであれば、これは当然要求して国全体また愛知県が東栄町に対してサポートするべきものです。ですからどうなのでしょう。ヘルパーがどうの

このいうのは、ちょっと話の流れが違うのではないかなという気が一点しました。もう一つ、具体的にここがということではないのですが、夏目先生が言われていることは非常に漠然とした理念的な話は判るのですが、具体的にここが無駄だったからこうするといったところがあまりない感じがしたものですから、今まではこういった形で経営難になっているけども、ここをこうしてこうするので経営難を脱却できそうだというものがもうひとつ見えないのです。先生、ここで書かれているところの今までと違う所はどういったところになるでしょうか。

(夏目委員)

資料に書いてあることは、地域包括医療と各診療所とのかかわり方以外、今までとそう変わりません。経営改善に関しては、この1年、具体的には再生計画ということで、一般病床の3対1を2.5対1に切り替え、下川診療所の体制では診療を午前から午後に変更し、常勤をなくし、看護師も事務も病院から派遣する形に大幅に変更しました。また、外来の患者さんを増やそうということで、新患外来を設けたり、私が日曜外来を始めてかなり患者さんが増えました。今年の外来患者数は、減るのではないかと予測していたのですが、おかげさまで病院に関しては増えてきております。下川診療所の患者さんは、診療日数を減らし、外科診療をやめて、しかも診療時間を午後にしたことで相当数減少するのではないかと予想していたのですが、想定したほどは患者さんも減らなかったということで、外来収入の減に歯止めがかかったので、収入はかなり良くなりました。あと、先ほど言いました看護師の配置変更や人員の補充をせず、委託の部分を減らし、なんとかやりくりして経費の削減を実現しました。

(伴委員)

東栄病院で、手術室を維持するということが可能なのだろうか、それから必要なのだろうかという点なんですけど、もちろん手術を地元ですて欲しいというニーズはあるだろうけれど、しかし今でもおそらく比較的大き目の手術は道具が足りてないと思う。

(夏目委員)

整形外科に関しては、浜松医大から先生が来たときにやってもらっています。

(伴委員)

そうでない時は、最寄の病院へ依頼するのですか。

(夏目委員)

開放骨折などの時にはすぐに対応できないものですから、新城市民病院へお願いします。

(伴委員)

新城市民病院が多いと、その辺もある程度分担をしないと僕らの感覚からすると難しいのではないかと、年間30例の手術に対して、手術室を用意して諸々の機器を用意するというのは、いかにも維持していくのが難しい感じがします。

(夏目委員)

それは私も薄々は感じています、将来、新しい病院を作るときには手術室は無い形でいくのもひとつの方法だと思います。

(佐々木委員)

手術室としては、必要ないかもしれませんが、例えば救急処置室兼手術室みたいなものは最低必要じゃないでしょうか。外傷だってあるでしょうし、山でケガして、そういった場合に一次処置の場として必要ではないでしょうか。消毒の面など中材は必要でしょうし、救命救急処置や、簡単な手術が出来るそういった施設は必要ではないでしょうか。

(伴委員)

手術室の設定と、いわゆる救急外来に応急処置が出来るような、例えば無影灯が上からあると思うのですが、そのような場合なんかとはだいぶ違うのではないのでしょうか。

(佐々木委員)

外来の処置室で簡単な手術をやるという病院はありますからね。

(稲垣委員)

かかるコストが違いますからね。

(白川事務長)

心臓を例にとりますと、バイパス手術の場合クラス200ぐらいの手術室を作るとだいたい5千万円くらいかかる、その6割くらいが空調で、それを入れるか入れないかで手術室の価格が決まっているのです。クラス100にすればものすごい金額がかかってしまいますし、処置室的なものであれば無影灯ですと160万円くらいからありますので、そういうものがあるかないかの違いでしょう。それからもうひとつ、設備以外にもオペ室の体制的な問題がありますね。年間30例に対して看護師さんのローテーションを保持していくこと、結構難しい部分があると思います。

(長委員長)

私の方から2つほど、院長のお考えは理解できます。一般病床は40床でいいではないか、療養病床は老健があれば不用とありますが、老健を新設すれば不用という意味ですね。税金投入無しに指定管理者は造れる事になるでしょう。

(夏目委員)

そうです。

(長委員長)

それと、理学療法士が1人必要とおっしゃっています。採用について直ちに必要だという認識だと思います。今の先生の権限によってすぐに出来ますか。これは絵ですか。

(夏目委員)

今1人採用をお願いしているのですが、町長がそれを却下するという状態です。

(長委員長)

これまでのご審議を受けて、私と事務方で今までのご審議の内容をまとめた報告書案を作成しました。原田事務長から通してご説明いただきご意見をお受けします。

(事務局)

それではお手元に配布いたしました報告書(案)を読ませていただき説明に変えさせていただきます。

「報告書(案)朗読」

(長委員長)

どうもご苦勞様でした。これは、たたき台ですが今までの審議の内容、多数の意見を全部入れて整理させていただきました。ご欠席の鈴木委員からはたいへん評価できるというお話を前回いただいております。時間も充分ございますので、どうぞ自由にご発言の程、よろしく申し上げます。

(稲垣委員)

文言ですが、2ページの3病院地域との連携の部分で地域医療計画の見直しうんぬ

んというところで、ドクターヘリによる患者搬送施設と書いて（夜間発着施設）とありますが、ドクターヘリというのは固有名詞で夜間には飛んではいけないヘリのことですので、夜間飛ぶことのできるヘリの名前を知らないのですが。

（事務局）

愛知県では防災ヘリです。

（長委員長）

この辺の文章はどうなのでしょう。各省、縦割りの中で、普及させようと一生懸命やっている。搬送件数を増やしていただきたいという考え方です。

（稲垣委員）

取っておいたほうが、いいのでは、ドクターヘリの活用ですよ、現状では。

施設として夜間の発着を取る、ヘリコプターの発着場で夜間とか緊急以外での発着を許可してもらうとなると基準が厳しいそうですので、そのところは身の丈にあったものということになると思いますが。

（伴委員）

私は、ドクターヘリないしヘリ搬送そのものが、本当に必要なのだろうかという疑問を持つのです。もちろん何らかの理由でいれるなら別ですけど、僕は長崎の病院にいる頃実際にドクターヘリに何回か乗ったことがあるのですが、すごく出てくるまでに時間がかかって、出てくるまでのペーパーワークも結構いって、出て行ってからも行った人がどうやって帰ってくるのかということで、東栄町の地理的状況がドクターヘリのいる状況なのだろうかともそもそも疑問なのですけど。

（長委員長）

どうですか、夏目先生。

（夏目委員）

救急車で豊橋市民や豊橋ハートセンターに往復3時間もかかるんですよ。

（伴委員）

飛んでくるだけでも1時間半以上はかかるでしょう。

（夏目委員）

そんなことは無いです。

(稲垣委員)

それは先生違いますよ。

(植羅アドバイザー)

愛知県のドクターヘリはだいたい連絡を頂きますと3分以内に飛び立ちますし、出勤しまして県内ですと片道20分です。

(伴先生)

電話一本で、飛んでくるのですか、そうですか。私たちの感覚からいくと、日本のドクターヘリは全国的に使われ過ぎていて無用に使われていると、本来なら救急車で行く方が早い所をわざわざドクターヘリで行くというところはかなりありますので、しかも発着場を作ろうとするとそれなりに結構なものを造らないと、例えば名大の新しい病院でも屋上に一応造ったのですが、色々なヘリが発着しようとする、そんな屋上のものではダメだということで広いグラウンドに着陸地点を用意しないといけないとかですね。

(白川事務長)

ドクターヘリは38m四方の空き地があればどこでも降りられる。道路の上でも良いそうです。防災ヘリなどはしっかりしたヘリポートが必要で、その維持管理で大変なことになる。

(伴委員)

だから夜間に飛ばうとすると、ドクターヘリじゃなくてという話になると大変なことになる。

(白川事務長)

愛知医大だけじゃなくて、聖隷三方が原病院ですとか静岡方面からも近い。

(稲垣委員)

今のドクターヘリの定義というのは、搬送目的だけでなく現地へ行って治療をするというひとつの目的がありまして、病院の近くに発着所を持たれるということは決して悪いことではないと思います。ただ先ほど身の丈にあったと申しあげたのは、普通の空き地があれば、発着できるわけですから、こういうむりやり高規格の物を止めるような施設を今お金を出して造られる必要ないことを申しあげたい。けして伴先生のおっしゃるように今この地区でドクターヘリが役に立たないということは無いと

思います。

(伴委員)

具体的には、そのような例はございますか。

(稲垣委員)

ですから、県の方が申しあげたとおり数分の間に今飛び立てるものですからかなり有効性は高いと思われまます。

(伴委員)

現地の人たちの話で、何でドクターヘリなのですかという声をよく聴くのですよ。

(長委員長)

そういう地区もあるでしょうけど、1時間以上かかると亡くなる方も結構いるでしょう。30分以内に手術を始められたほうが良いという方も居るのではないですか。

(伴委員)

もちろんあるのでしょうけれども、頻度の問題で年に一回それがあっても逆に対応できないんですね。早々あるものではない、むしろ日頃から走り慣れている救急車が走ったほうがずっと良いというようなことが実際の現場では多いと。非常に華やかなものですから、ドクターヘリというと、一件成功例が出ると「助かった、助かった」と言われるのですが、実際には地道な救急車搬送システムをきちっとしてやっていくほうがはるかに役に立つと思います。東栄町でそういうことを充分検討して、ドクターヘリはすごく良いですよ、救急車で走るよりも。ということがあるなら良いのですが。僕は、名古屋に来る前に岡山に居たものですから、岡山の川崎医大は救急ヘリを持っているんですね。川崎医大はずいぶん昔からヘリを飛ばしていますが、実際にヘリを飛ばしたほうが良いかという、そういうシチュエーションはそんなには無い。もちろん飛んでいきますけど、何でヘリなのですかと言って向うで待っているという状況で、地元の医療従事者も飛んで来るのを待っているというような場合もままある。だけど今は一つのプロジェクトの最中ですから、もちろん東栄町にはニーズが無いからヘリコプターを辞めなさいというわけではなく、本当にあるんですか。実際救急車で走ったほうがはるかに良いのを、ヘリコプターをと自衛隊ヘリと違ってちょっと気象条件が悪いとドクターヘリは飛ばないのです。自衛隊ヘリはかなり気象条件が悪くても飛びますけれど。

(夏目委員)

実際気象が悪くて運びたいのに運べない場合が結構あるんです。

(伴委員)

これが本当に必要なのかなという疑問です。必要なら結構なのですが、僕は必要無いとは申しませんが。

(長委員長)

その話よく聞きます。東北地方6県にはドクターヘリは無いのです。岩手県へ行きますと2時間以上車でかかるところが結構あるんです。高速道路が整備されている所とは違うこともあります。

(伴委員)

東北だとありそうな感じはするのですが、岡山県や愛知県でどれくらいあるのかなという感じです。せっかくお金を節約すると言われているのにそんな。

(長委員長)

もちろん、病院のお金を使うっていうことではないです。

(伴委員)

無駄にならないかなという、これは老婆心から申し上げていることです。

(稲垣委員)

小学校の校庭でいいわけですから、ドクターヘリだけだったら。

(白川事務長)

ドクターヘリはどこでも降りられるということで、例えば田んぼのあぜ道でも実際着陸していますので、そのための施設整備は必要ないかと思われます。

(長委員長)

東栄町で講評しました。ホコリが立つと苦情が出るんだそうです。ホコリと人間とどちらが大切でしょうか、一応講評したのですが。

(稲垣委員)

消防車が先に行って水を撒くのですよ。

(長委員長)

なるほど、それを事前に聞いてれば講評で対応策簡単と言えました。それと音がうるさいと言われる方もいます。音は少しくらいうるさくても人の命は大切、近所の人には多少我慢してもらったらと講評したのです。

(伴委員)

ですから、ドクターヘリはヘリの中で医療行為ができそうですが、何もできません。

(長委員長)

ストレッチャーというものを入れてもできないのですね。医療行為をする前に着いてしまうのですか。

(伴委員)

いいや、スペースが無い。全く中では医療行為ができないとあっていただいて結構だと思います。現場でするしかないですね。

(長委員長)

自治体病院の医療収入でやるといった前提ではありませんので、国や県がやることでしょう。収益性から見れば病院に負担させられないのは当然。

(稲垣委員)

もともとこれは、消防が呼ばれるので、病院からの依頼で直接愛知医大からみえるわけではないので、消防が自分たちで運ぶほうが速いかどうかの判断をして呼ぶか決めるので、別に病院には何も負担にはならないと思いますけど。

(長委員長)

答申案のここに入れたのは、ダウンサイジングが想定されるからです。、麻酔医がいなくて。住民の改革に対する不安をとるためにあえて入れさせていただきたい。

(伴委員)

私はこれを削れと固執するものではありません。

(長委員長)

実は愛知県がたいへん良くやってくれているという報告を受けています。更に利用してもらおう。住民の方も改革に対する不安を解消するには有効。防災ヘリの関係は、余計のような気がしますので、カットしましょう。

(伴委員)

余談ですけど僕が長崎で飛んでいた時は、自衛隊のヘリで飛んでいて、川崎医大では飛んでないですけど、救急救命センターがヘリを飛ばしていました。

(長委員長)

先週、島根県全体の自治体病院の会合にお招きいただいて話しました。隠岐ノ島の島根県立中央病院が、搬送をやっているそうですが、40床か50床の国保直診にドクターヘリがたくさん飛んでいるそうです。住民の評価は高い。

(伴委員)

離島は、確かに必要でしょう。

(長委員長)

外科医とか麻酔医に逆に来てもらうこともあるようですし、患者を運んでしまう場合もあるでしょう。ほかにご質問は。

(佐々木委員)

指定管理者制度ということで確かに自治体が指定する訳ですが、基本的に公募するのですよね。

(長委員長)

基本的には公募です。いろいろな形がありまして、大江町の場合には、公募の形をとっていますが実質的には単なる組織替え。従来の人がそのまま独立行政法人の非公務員型とそれほど変わらないだろう。

(佐々木委員)

あまり無いかもしれませんが、もし2社も3社も手を上げてきたらどうなのでしょう。

(長委員長)

大江町も多少心配しました。

(佐々木委員)

今やっているのは農協、自治医大、日赤ですか。それから、2ページ目の3番ですね、病院、地域との連携において、医療圏に限定せず広く他の自治体病院及び診療所との一体的経営をめざすとありますが、一体的経営とはどういうことですか。

(長委員長)

今度の医療法改正ですね。通常国会で審議が始まりました。県に命令権を与えます。リストラを伴うのに強制的にできるかです。具体的にやる方法はあるのか、総務大臣が年初に効率化サービス法を病院に導入すると明言しています。指定管理者に半分ぐらい最終的に移行するのじゃないか、医療圏を超えて一体的経営が必要な場合がある。具体的には法律の定めではなく、災害協定のように病院長間の協定でスタートしてもらおうということを想定しているわけです。愛知県は前向きに前回委員会でもお答えいただいたように、医師の相互派遣とコメディカルの相互派遣とか、柔軟な判断を示していただいております。

今の医療圏規制では、本当に必要な所にベッドがなくて、必要がないところにベッドがある。県に本当の権限を与えていないところが問題です。しかし今度の国会で法案が通ったとしてもできるかどうか、極めて難しい。昭和63年に第一次医療法改正で医療計画ができて以来、18年間に渡って過剰病床の整理ができなかった、それはご案内のとおり。夏目委員がご心配のようなことは無いだろうと思います。柔軟な経営こそが地域住民のためになり、医療の質の向上と職場の確保が行われる。新城も佐々木先生の所も含めてですが、将来指定管理者になる可能性が私は高いと思っています。政策医療は別として、地方交付税をあてにしないと経営をやっていけない市は、連携せざるを得なくなる。

(佐々木委員)

連携とか一体的運営じゃなくて一体的経営という言葉に疑問を持ったものですから。

(長委員長)

三省会議が言っていることは、例えば極端に言えば豊橋と豊川が一体的経営をやってほしいということを行っているわけです。社会的入院を一般病床に入れているとかです。医師が不足しているのではなく、病床が多すぎるということを行っている。50%以上の所の病床は全部返上してもらおう、じゃあ70の所はどうなるのか、やっぱり残りの30とか25は返上してもらおうことになる。できないところは地方交付税が出なくなる、ということでしょうか。

(山本委員)

私の方から、委員というより町の立場からお願いするわけですが、2ページの3番目、病院についての連携の中に、冒頭にうたってくれてありますのでいいと思いますが、あえて重ねて言う必要もないかもわかりませんが、言わせていただきますと、4500人ほどの小さな町でございますが、最初の会議の時にお話ししましたとおり、東栄病院

を無くすということは絶対にあってはならないという考えであります。そういった面で現在広域医療などの大きな課題を抱えているわけではございますが、今後東栄病院が公設民営化の答申案を頂くようになって、いろんな方式の中でどんな形であろうとも、特別な条件を付けることなくこれまでどおり、特に自治医大の先生の派遣だとかいろいろな面での県の方々をはじめ各院長さんから支援を頂きたいということを強くお願いしたいわけです。今先生の方からご説明いただいたのですが、人口の多い少ないで物事を決められていくとこういう小さな町は、何事につけても成り立ってゆかないと思っておりますので、この病院そのものをずっと続けてゆくには、是非とも皆様のお力添えを頂きたいと思っておりますので、ひとつ今後もよろしく申し上げます。

公設民営化という方式の中で、指定管理者制度を適用する場合に、そういった公設民営の中でも自治医大の先生を派遣していただけるかどうかと、新しいケースと申しますか。

(長委員長)

そんなことはありません、伊豆下田の共立湊病院。委託しています地域医療振興協会、民法上の法人です。自治医大の先生が最優先に行っているわけです。心配ないでしょうから。9月までに指定管理者に南伊豆町は変えないといけないでしょうね。

(山本委員)

先生からそう言ってもらえると安心しますが、ただ私は基本的なところが県ごとに若干違うところがあるじゃないかということと、例えばそれと同時にそういう自治医大の先生方を派遣するけども指定管理者制度の中で、組織替えなどした場合には、こういう条件がつかますよと、そういう条件が有るか無いかと若干心配するのです。議会の方としましては町がもちろん今日のこういう改革委員会の内容を説明して一体的に取り組んでゆく姿勢は変わらないのですが、県もそれと同じくこういう過疎地域について、今後ともこういう公設民営でいくとすれば、従来と変わらぬ温かいご支援をいただきたい、そういうことだけを私は思っています。

(長委員長)

前回お答えいただきましたが、念のため申し上げます。かりに指定管理者制度になったとしても、議会が承認しなければいけません、もしそうなった場合いかがでしょうか。

(植羅アドバイザー)

あくまでも自治医大の医師の派遣というものは、へき地医療の確保と安定と、その運営主体ということでは関係ない。運営主体は問題ではなくて、あくまでもへき地医

療を確保するために県としても自治医大の先生をへき地の拠点病院であります東栄病院に派遣しているものですから、その考え方は変わらないと思います。

(山本委員)

くどいようですが、今いう公設民営という形態の中でも、従来とおりに派遣ができる  
と理解していいわけですよ。これで答申が出れば、今後議会にも説明してそういう  
方向に進みたいと思いますし、私としてはそこら辺が一番重要だと、新城市民病院が  
今先生方がこういう形でおらなくなり、今日の明日にでも新城市民病院の存続が危う  
くなるといった事態を招いています。まさに東栄病院もそういった形で進めていって  
も自治医大の先生が今までどおり来ていただけない、また細かい点でこういう条件が  
付くよといった従来と異なった形になってくるよということになれば、私どもも議会  
に対して細かく説明していかなくてはなりません。大筋のみ説明していて最後に若干  
違ってきたとなると、そのことも命取りになりかねないので、私も説明する手前きち  
んとお答えいただければありがたいかなと思っています。

(植羅アドバイザー)

この前も申しあげたのですが、私に人事権ないものですから、そういったことを私  
の口からはっきりとは申しあげることができませんが、上司にも前回のこの議論の結  
果については逐一報告しておりますし、そういった中で、そういった人事権を持つ者  
から何の異論も出なかったものですから、そちらについては間違いないと思います。

(伴委員)

やっぱり2ページの3番のところなのですが、それと関連しているのが研修医制度  
であろうと思うのです。前回も言いましたが、自治医大の医師もいくつかのへき地と  
いう所が有る場合に、何処に行きたいかという場合にはどういう設備があって、どう  
いう研修のシステムがあって、そこへ行くとどういう臨床医としての腕が磨かれてと  
いうことを当然考えますので、今東栄病院に自治医大から数名来られているというこ  
とは、東栄病院に行く地域包括医療というような経験がそこにいることによって、  
できると思っているから彼らは来ているのです。ところが、研修医制度というものが  
もう少し地域包括医療のとか、地域包括医療のフィールドとしてとかが明確にされて  
いない。

(長委員長)

原田事務長、伴教授が今おっしゃったことも入れてください。

(伴委員)

それと、明確にされると、前段のところ大学病院との連携、後期研修の初期にはそこへ行って、幅広い医療を学びたいというレジデントも出てきて、ここの連携で自治医大の学生に限らない医師を派遣されるということも出てくるだろうと思います。先ほど佐々木先生言われたように、もう少しベテランの医者に越したことはないが、しかし3年目、4年目という医師がいるだけでも随分違います。今はもう県が一つのシステムを作られていて、2年間の内、2年目の研修医は東栄病院にも来るのですね。何ヶ月、何週間の間来るようになっているのです。無理やりに来させているのではなくて、こういうプログラムがありますよと各県下の臨床研修病院で示している。そして、私はここへ行ってやりたいと選んで来る。

(長委員長)

それは良いことですね、判りやすく自治医大卒業生に対するPRとして、おそらくこの委員会報告は全国で注目されているはずですから、原田さんその文章よくお伺いして入れてください。みなさんお任せでよろしいでしょうかね。

「異議の声無し」

(佐々木委員)

自治医大の人は特殊な臨床研修ですね、今言われたのは自治医大の人以外の臨床研修ですよ。

(伴委員)

ですから、地域包括医療の研修フィールドとしての研修制度が、東栄病院をこの周辺地域で持っているということは、自治医大にとっても行きたいというモチベーションにはなるわけです。自治医大の人は他にも何箇所か義務を果たす場所があるわけですから。

(佐々木委員)

自治医大はそういう臨床研修制度をとってないですよ。

(伴委員)

県下で何処へ行きたいのか、義務期間中に。

(長委員長)

その辺のところは先生にお任せいたします。

(伴委員)

私が後期研修と申しあげたのは、大学病院との関係です。ただ、研修医制度そのものは自治医大生にとってもかなり大きな影響がありますよ。ということで申しあげています。

(長委員長)

山本委員、副院長以下病院職員、組合も含めての意向はどうですか。

(山本委員)

先にお断りをするべきでしたが、本日議会と重りまして、今日一応方向付けが出るということで是非、議長以下来たかったのですが、たいへん申し訳ありません。私ども職員もそうですが、来年度18年度に付きましても、まあここに県の示した財政規模は32億ですか、ここら辺がいいところだったのですが、これらがずっと減ってきていまして17年度は27億です。来年度は交付税も1億ちょっと、臨時財政対策債も減らして、全部で1億2千万減らした予算をつくって、今26億で予算組んでいる状況でして、病院以外のいろいろな行財政切り詰めてきて、26億の予算を組んでおるわけですが、そういう点からいっても職員、病院職員もそうですが、一致してこういう行政改革をやっていかなければならないという気持ちは、議会はもちろんですが、そういった気持ちでおりますので、是非答申をいただいた上で充分検討し、そういう方向でもっていきたいと思っています。町のほうでもその方向で説明をして行きたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

(長委員長)

大改革ですので議会もご判断は大変だと思います。病院存続のために是非答申案を尊重してくださるようお願いいたします。いろいろご意見はあろうかと思いますが、原案をご承認いただけますか。

「異議の声無し」

(白川事務長)

東栄病院について院長先生をはじめ、みなさんの真摯な取り組みにびっくりしております。委員会の議事録1回2回と読ませていただき、このまま進めていければ本筋にいい東栄病院になるのではないかと思います。

(長委員長)

そろそろ時間なのですが、経営者側のご判断は出たと思います。あとは院長先生の思いも含めて議会、町がご判断することです。院長先生の思いも一貫して変わらないような気がしますので、重く受け止めて、賛成多数ということでご了承いただきます。

院長先生いかがですか。

(夏目委員)

本心はマイルドな改革をしたいのですが。

(長委員長)

よくわかります。お気持ちもよくわかります。

(夏目委員)

職員に動揺を与えるのが辛いのです。

(長委員長)

よくわかります、前面に立つのが院長ですから、町長、助役、事務長、それから副院長以下がですね院長先生と共にこの答申をできるだけ尊重して進めていっていただきたいと考えております。原田事務長、時間ですのでこれで、答申を了承ということでご異議ないでしょうか。

「異議の声無し」

貴重なご意見をいただき、答申案をまとめさせていただいて本当にありがとうございました。要職の方に鋭意ご審議に参加賜りまして大変ありがとうございました。これにて閉会とさせていただきます。

どうもありがとうございました。