

第2回 泉大津市立病院経営のあり方検討委員会

議 事 録

第2回 泉大津市立病院経営のあり方検討委員会

日 時 平成17年11月22日(火) 15:00~17:00

場 所 泉大津市立病院 7階大会議室

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)

副委員長 桑野 正孝 (泉大津市助役)

委 員 小山田 恵 (社団法人 全国自治体病院協議会会長)

” 長谷川 慧重 (財団法人 医療機器センター理事長)

” 飯田 さよみ (泉大津市立病院長)

” 綾城 重幸 (泉大津市立病院事務局長)

オブザーバー 大阪府健康福祉部 医務・福祉指導室医療対策課

課 長 高山 佳洋

課長補佐 田中 克博

主 査 平井 啓一

傍聴者 10名

敬称略

司会（平川） お待たせいたしました。

ただいまから第2回泉大津市立病院経営のあり方検討委員会を開催させていただきます。

本日の委員会の出席状況でございますが、6名の委員さんは全員出席ですので、泉大津市立病院経営のあり方検討委員会設置要綱第4条第2項の規定に基づきまして、本日の委員会は成立していることを報告いたします。

まず、会議に入ります前にお手元の資料の確認をさせていただきます。会議の次第書及び第1回委員会の議事録の要旨各1部と、それと資料1から資料4までをとじた事務局資料冊子、そして本日の追加資料、これが2部でございます。また、参考資料といたしまして、総務省の地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書、及び大阪府資料1から資料6までをとじた大阪府資料冊子の各1部を配付しております。すべてそろってございますでしょうか。

それでは、案件の議事進行につきまして、長委員長よりよろしくお願いいたします。

長委員長 本日は、ご多忙の折、委員の皆様並びに病院の関係者、傍聴人の皆様にはご出席いただきましてまことにありがとうございました。

それでは、第2回目の検討委員会をこれより開催させていただきます。

本日の委員会は設置要綱等に基づきまして公開ということになっておりますので、ご承知おきをお願いしたいと思います。

本日はご多忙のところ大阪府健康福祉部の方にもご出席いただいて大変ありがとうございました。委員会事務局の方から資料のご説明をお願いしたいと思います。

事務局（平川） 座って説明させていただきます。

長委員長 はい、どうぞ。

事務局（平川） 初めに資料にあります第1回目の委員会の議事録の要旨とは別に議事録の詳細につきましては、現在、会議資料と合わせまして全文を市役所の情報公開コーナーにおきまして市民への供覧に供しているところでございます。また、院内においては全部署に議事録を配布するとともに、市立病院のホームページにも議事録の全文を掲載しておりますので、よろしくお願いいたします。

さて、今回の資料でございますが、別冊の資料集に綴ってございますように資料1から資料4まで40ページにわたっております。この配付資料につきましては、事前にお渡しし、目を通していただいているものと存じますので、資料の説明につきましては主な項目について簡単に述べさせていただきます。

なお、資料に書かれております平成16年度のデータにつきましては、医師撤退問題等の特殊要因の影響により病床利用率などにおいて通常の年度よりかなり低い数値となっておりますので、ご勘案くださいますようお願いいたします。

それでは、説明させていただきます。

資料1につきましては、1ページから18ページにわたっておりまして、前回の委員会の議論の中で出されましたご質問に対する回答でございます。3ページの患者1人1日当たり外来診療収入が低いことに関しましては、5ページにありますように一般的に診療単価は病床規模に対応しておりまして、4ページの府下公立病院におけます本院と病床数が同規模程度でかつ院外処方せんを実施しております3病院との比較では、必ずしも低いものと考えております。

6ページの医師1人1日当たり診療収入が低いこと、及び100床当たり医師数が多いことに関しましては、外来では同規模病院に比べまして患者数が多いことに対応した医師数の配置であること、また入院では高齢の慢性疾患患者が増加する一方で、手術等を要する急性期疾患の患者が減少する傾向にあるなどの理由によりまして、医師1人当たりの診療収入は低下しております。

次に、院外処方せん実施以前と以後の薬剤師の配置状況などについてでございます。8ページは平成12年度の全面実施以降の薬剤師に係る増加・追加業務の推移であります。また10ページにあります薬剤師数は、平成11年度の院外処方実施前の10名から現在は7名に減員となる一方で、薬剤管理指導をはじめ注射関係等の他の業務が増加しております。

ちょっと飛ばして16ページに移っていただきまして、本院における紹介率が低いことに関しましては、救急体制の一部不備、それと心臓外科、脳外科など高度医療・診療体制がないこと、また一般的に紹介率の低い小児科の初診患者数が他病院と比較して非常に多いことなどが考えられます。

18ページの外来患者数が多い理由といたしましては、本市は面積的には狭小でありまして、市域の中心に位置します好立地条件にあるとともに、住民の市民病院志向が強いことや高齢者の患者占有率が高いことなどによる複数科受診のケースが多くなっております。また、病診連携の推進を図るため医師会と協議しながら登録医の院内掲示を進めてまいりたいと考えております。

続きまして、資料2でございまして、これは会議の開催の状況でございまして、病院の意思決定機関であります統括会議をはじめ各種委員会の構成員、目的等をあらわしたもの

で、19ページから20ページにわたっております。

次に、資料3でございます。これは診療科別損益計算を分析したもので、21ページから27ページでございます。23ページは平成16年度の診療科別原価計算表をあらわしたもので、全体の収支比率は医師撤退問題の影響などで84.5%となっております。平成15年度の99.4%を大幅に下回っております。また、診療科別では耳鼻科、皮膚科等の数値が低くなっております。

次に、24ページは、平成16年度の診療科別の損益分岐点の状況をあらわしたものでございまして、全診療科とも収益アップを必要としております。

また、25ページから27ページまでは診療科目を変更した場合の原価計算値のシミュレーションを行い、またそれにかかわる診療所等の市内の配置状況を記載したものでございます。

続きまして、29ページからの資料4は、泉州二次医療圏域内での状況についてでございます。これにつきましては、31ページから33ページにわたっておりまして、二次医療圏域での人口構成をはじめ病床数、診療科目の状況をあらわしたものでございます。

また、34ページから38ページまでは阪南公立病院の決算状況でございまして、前回配付の資料と同じデータでございますが、今回は近隣病院との比較を強調し、グラフ化したものでございます。

次に、39ページは本院におきます年齢別、住所別の患者状況の推移でございまして、入院では60歳以上の高齢者の占有率が高くなる傾向にございます。

また、最後に40ページでございますけれども、これは泉大津市の消防署からの救急搬送のデータでございまして、交通事故や一般負傷の多くのケースは他市の民間病院に搬送されている状況にございます。

以上、簡単ではございますけれども、事務局からの資料の説明を終わらせていただきます。

長委員長 どうもありがとうございました。

それでは、大変恐縮でございますが、オブザーバーとしてご出席の大阪府の高山医療対策課長から資料のご説明をお願いできますでしょうか。よろしく申し上げます。

高山医療対策課長 大阪府の医療対策課長の高山でございます。

それでは、きょうオブザーバーとして与えられておりますテーマが、病院間の連携の促進ですか、医療計画を促進する立場から関連資料を説明してほしいということでござい

すので、お手元の大阪府の資料という資料をご覧になっていただきたいと思います。

まず最初に示させていただいておりますのは、医療機関情報システムという一般府民の方、あるいは大阪府の医療関係者向けに公表されている情報システム、インターネット上でオープンにされております資料をおつけいたしました。これで、一般にはどういう形で泉大津市立病院は紹介されているかということを知っていただくため、主に見ていただいたらわかりますが、外来の受付時間帯でありますとか、標榜診療科目の状態、許可病床数215床ということ。それから救急医療。それから次のページを見ていただきますと、専門医、教育施設としての各学会の教育研修施設としてどの程度認定されているのか。それから、当院は平成16年度から始まった臨床研修指定病院になっておりまして、次年度以降の方では定められておりませんが、いわゆる後期研修でどのような取り組みをされているのかということが特色づくりの中ではまた議論が必要かと思われまます。

それから、主に連携している医療機関、大阪大学、和歌山県立医科大学、近畿大学医学部。それから、住民向けのサービスとしての健診、予約診療、院外処方。それと、保健医療、医療保険として扱っておられます各種機能ですね。それから、外国語対応、医療機能、主に大人の難病と小児慢性特定疾患でどのようなエリアをカバーしているのか。

それから、産婦人科、小児科疾患 3ページの右上でございますが はどういう分野を重点的にカバーしているのか。それから、医学的リハビリテーションで理学療法2の基準をとっておられること。それから、今後国の方でも推進する方向の在宅医療・看護につきまして、実際機能している管理の内容。それから、各種専門外来の概要が記載をされております。それから、予防接種につきまして次に書いてございまして、こういう形で一般府民の方が市立病院の内容を見た場合、あるいは各地域ごとにこういう機能を探した場合に、今ありましたような項目で泉大津市立病院が該当するということで到達することができるようになっております。また、一般のかかりつけの先生もこういう情報をキーにして連携プレーを図るという一つのツールになっております。

続きまして参考資料1、1ページ飛んでいただきまして7ページでございますが、これは平成14年12月に策定いたしました大阪府保健医療計画の抜粋でございますが、ちょっと字が多いのは飛ばしていただいて、次のページに 8ページですね この泉大津市は(3)の二次医療圏の範囲の下から2つ目の泉州二次医療圏に属しておると。その経緯等はこの前の7ページに書いてございまして、ほかの圏に比べて人口規模が大きい、面積が非常に小さいですが、人口規模の大きい圏域の設定になっておる特色がございますが、

この泉州圏域に属しておりまして、地図は9ページにありますような一番大阪府の南部地域の泉州二次医療圏の北部に属していると。この泉州地域の医療機関相互の機能分担及び連携対策の確立につきましては、今現在、地域の現状としては小規模の一般病院が多く大規模な病院が少ない現状でございます。

基準病床数等につきましては、10ページに記載がございますが、これは平成14年10月1日現在の数字なんですけれども、今現在の病床数は9,057床になっておりまして、いずれにいたしましても病床過剰状態が続いていると。この圏域では新たに病床が認可されない状況にあるということで、小規模の一般病院が多く大規模な病院が少ない現状にあるということです。

平成10年6月には、泉大津市立病院は改築を機に地域医療連携室を設けられた これは前回のレポートにもございました。この連携室では、地域の中核施設として地区医師会・病院・診療所等との協力のもと、市内外の病院・診療所等の医師を対象とする登録医やかかりつけ医からの紹介による患者の入院予約、登録医に対する病院情報の提供等を行うなど、その機能の充実に取り組み、積極的に医療連携を推進しておられるということですが、今後、地域医療の中核病院としての役割を果たすために病病連携、病診連携等をどのように積極的に進めていくかをこのあり方検討会で議論を進めていただければと思っております。

続きまして、お手元の資料、現在、国の医療制度構造改革の議論が非常に熱を帯びて議論されております。その中で、後期高齢者の保険制度や都道府県の医療費適正化計画の策定という話が非常に大きな話題になっておりますけれども、もう一つは医療計画制度の見直しというのが大きな柱になっておりまして、ここで今回の国の方で見直し、検討が進んでおります医療計画制度の今後の方向性の骨子につきましてご説明をさせていただいて、市立病院としてどのような医療機能を提供していくかということの議論の参考になればと思います。

資料2の新しい医療計画のポイント、主要な事業ごとの医療連携体制という大枠の表題がついた資料をご覧ください。

それで5ページに新しい医療計画のポイントが書いてございます。今回の新しい医療計画のポイントなんですけど、一つは情報開示、各医療機関の医療機能、内容をできるだけ一般国民、府民、市民の方に情報開示をして、各医療機関の切磋琢磨で質の高い医療を担保していこうということで、医療機能調査というのを全国的に強化した形で行なわれまして、

それに基づいて 先ほどちょっと大阪府の情報システムの情報開示の内容を示しましたが、ああいうものが全国的にもう少し強化されて行なわれるということで、一般市民、府民の方がそれを見てある程度医療機関の内容を評価して選んでいくというふうなことになっていまして、そういうことをこの実態調査を通じて医療サービスの供給と需要の把握を行うということになっております。

それともう一つ新しいポイントは、後でも示しますが、主要な事業ごとに医療連携体制を構築して、医療計画に明示すると。主な疾病ごとに医療連携のシステムをつくってそれを医療計画の中に明示するということになっていまして。そのことに関連して、その体制の実現に向けた数値目標を設定して、その進行管理を行うということで、それぞれの都道府県、医療関係者、医育機関の役割と責任が記載されまして、従来は計画をつくってその進行管理が少しおろそかだったんですけれども、今回はその途中段階での政策評価をきっちりやって見直していこうと。しかも、それに関連するシステム化に資するように、これまで国で主に執行管理しておりました補助金とか交付金を統合型で都道府県を中心に調整できるようにするということになっております。

主な事業といたしましては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急、周産期医療、救急、災害の各医療対策といった主要事業ごとに連携体制の状況を明示すると。前回の議論を聞いておりますと、市立病院が今後目指されている消化器センターでありますとか、糖尿病、あるいは周産期医療という部分で、今後このシステム化の体制の議論の中に位置づけて連携を構築していくということになったと思います。

それから、この医療連携体制の状況につきましては、そのカバーするエリアについては二次医療圏ということを余り意識しないで、疾病によりましてはもう少し小さな区域とか、あるいはもう少し大きな区域とか、主要な事業ごとに連携体制にかかわる医療機関の所在地と医療機能、保有する医療機器、施設基準、手術件数等の情報を医療計画上に明らかにするということになっております。

特にこの中でキーワードになりますのが、地域連携クリティカルパスという、この5ページの2つ目の丸の3行目にあることなんですけど、クリティカルパスはもう既に病院の現場で効率的な医療を提供するという形で反映をされておりますが、入院から退院、社会復帰の一連の、在宅生活までの一連の流れを効率化するために構築するパスということで、これの実施状況を数値目標に義務づけられることになっております。標準型を多分大阪府全体で示させていただいて、連携病院との関係を強化するということになるかと思っております。

それから、主要な事業ごとの連携体制については、患者の視点に立って協力と切磋琢磨、きれいな言葉で言うと切磋琢磨ですが、競争原理によって医療サービスの質の向上につながると。それから、患者さんが安心して在宅で医療サービス、介護サービスが受けられるよう整備すると。それから、さっきのクリティカルパス等を活用して、退院に際して他の医療関係者、あるいは介護関係業者に円滑にサービスが引き継げるよう実施体制の整備を検討するというので、それを医療計画に明示すると。こういう観点が従来全くなかった部分でして、そういう意味で住民の皆さんへよく見える計画になるという部分かと思いません。

それから、あわせて高度・専門的な医療など通常では継続的な対応が困難な医療を担い、都道府県全域をカバーして医療連携体制を支える医療機関については明示すると。これは地域全体カバーの議論ですからちょっと今回の議論とは違う部分ですが、ということになっています。

それで、13ページ以降に主要な医療連携体制の絵がかいてございます。がん、脳卒中とそれぞれ専門的な機関とかかりつけ機能、それから在宅の機能等を大体想定される機能について絵にかいてございますが、それぞれの担う医療機関の名前とか所在地とか医療機能が医療計画の中へきちっと記載されるということでございますので、今後目指される医療連携の中で特にこの病院が特色にされるものについては、国の医療計画の中でしっかり書き込んでいただく必要はあると思います。

消化器センターということであれば、このがんの医療の一角を担われるようなことにもなるのかと思いますが、この圏域では今、地域がん拠点病院は岸和田市民病院になっておりますが、府ではがん拠点病院の指定については5つの主要ながんについてカバーできる力量なり、がん等の症例数等を基本条件にしておりますが、5つ全部カバーできなくてもうちはこの部位のがんが得意だよというふうなこともきちっと認知させていただいて、書き込むというふうなことも今後検討すべきではないかと。5つ全部カバーするというのを必須条件じゃなくてもいいんじゃないかというふうな議論もございます。

それから、脳卒中は少し飛ばさせて、急性心筋梗塞、糖尿病が17ページに書いてございます。この医療計画と実は非常にリンクさせようと国が今行っておりますのは、医療費適正化計画という中で、特に次に重点を置くのは糖尿病の医療システム、メタボリックシンドロームに対する対策ということでございますので、当市立病院が糖尿病を重点化されるときにはこの中でどのような機能を担うのかということをしかりと議論して、計画の

中にも位置づけて議論されていく必要があると思います。

それから、あと19ページが小児救急、それから20ページが周産期医療体制ですね、それから、21ページが救急医療、こういったことが当病院に今後非常に関係するものかと思えます。

それで、ただ、今、国の方　つまり各県との議論になっておりますのは、こういう総論的なシステム図が本当に描けるのかと。そういうふうな初めての試みで、数値目標のかわりにするというのが実態としてできるのかというのが非常に議論になっておりまして、その参考のために大阪府で実態として今機能している医療システムを参考としてつけさせていただいております。25から29ページのもので。

これは周産期医療体制フロー図ということで、これ現実に機能している医療システムを中心にいろんな記載がされたり、議論がされるものと認識しておりますので紹介させていただきますが、この周産期医療体制は大阪府が全国に先駆けて大阪府内の公的病院、民間の大手の病院がネットワークを組んで、超低出生体重児あるいはハイリスクのお産に、そういう医療ニーズにこたえるためのシステムでもう既に20年の歴史があって、参画している一番頂点に立つのが、この中核的な医療機関群の総合周産期母子保健医療センターの大阪府立のセンターと市立の総合医療センター、それぞれが産科と小児科のNICU、MFICUの一番核になっておりまして、その下の機関8病院　これは民間の大手の病院が含みますが　重症例を受け入れる準基幹病院になっておりまして、その下にシステム参加病院として主に中等症を受け入れると。当市立病院はこの中の産婦人科診療相互援助システム41病院の一角を担っていただいております、患者さんなりお子さんの体重なり重症度に応じて振り分けして適切な医療が提供されるという、これは非常に有効に機能しております、これによって大阪府の周産期死亡率は非常に低い状況におさまっております。

27ページは先ほどお話ししました、地域がん診療拠点病院のシステムです。これも全国の中で府下全域をカバーした拠点病院群が整備されているのは非常に数少ない状態です。府立の成人病センターを頂点にしまして、各圏域ごとに地域がん診療拠点病院を整備してがんについての最新の医療技術や知識を各地域に進展化させて、5年生存率の一番いいところと悪いところとの差をだんだんなくしていこうというものでございます。それで、地域がん診療拠点病院に指定されますと、その四角にあるような機能になって、研修とか症例検討会とかいろんな形で圏域全体を支援するような働きをするということです。こ

の拠点病院には今すぐ当病院はなれない状態ですけれども、これと連携したような中はどう組み込んでいかれるのかということがあります。

それから、29ページには大阪府地域リハビリテーション推進事業ということで、これも大阪府立身体障害者福祉センター附属病院を頂点にした各圏域ごとの地域支援センター、主に回復期リハ病棟を持つ地域支援センターが1病院ずつ指定されておりました、この圏域では府中病院が指定されておりますが、そこが保健所と一緒にになってコーディネーター役になりまして、その地域の急性期病院と回復期リハ病院の医療機能とか空床情報とか待ち行列とかの情報を共有化して、患者さんの流れをよくして適切な時期に適切なりハビリテーションが提供できるようなシステムの構築になっておりました、豊能地域が一番よく機能しておりますが、このエリア、泉北地域もかなりよく機能して、これは急性期病院にとっても回復期リハ病棟を持つ病院にとっても、医療経営的にも非常にメリットを生み出しているシステムと伺ってます。

こういったシステムの構築に大阪府の特徴としては、地域の保健所が事務局機能として業務の調整とか、医師会との調整にかなり骨を折らせていただいて、システムを有効なものにしたり、情報管理を有効なものにしたりするという役割を果たさせていただいておりました、こういう構造の中にしっかりと今後重点化される医療機能を位置づけて機能させると、連携というのはさらに具体的に発展するかと思います。

以上です。

長委員長 高山課長さん、どうもありがとうございました。

厚労省も大阪府も、新しい医療計画で新しい視点から挑戦されるようで期待はしていきたいと思いますが10ページを拝見して改めてこれまでの行政の指導の遅れを痛感します。泉州地区は約2,000床の病床過剰地域とあります、この地区は100床の病院が実に20個分も多い。昭和63年からこれを放置した行政の責任はどうなるんだといたい。厚労省も大阪府も、総務省も大いに反省すべきことではないか。

基準病床数を大きく超えている中で自治体病院は過酷な競争を強いられてきている、民間病院の倒産による減床のみに任せていた行政の取り組みの不熱心さが問われている。お題目を厚労省が掲げて各県からヒヤリングして更に法改正までしてどのくらい進むのか、クリティカルパスとか、いろんな能書きでうまくいくのかどうかです。

平成18年度以降の収支均衡を目指して具体的な答申をさせていただくことになる。最終答申は3月末になると思いますけれども、本日たくさんのご議論をいただいた中で、中

間答申をできるだけ早く出し明日からでもできることは、すぐに実行して行ってほしいと考えております。中間答申の基本的な考え方は、自治体病院のあり方検討会報告書、28ページにありますように、医師不足対策は自治体病院間の実質的な一体的経営を目指す、あるいは民間の病院とも相互に協力し合う、あるいは施設の共同利用であることを申し上げます

事前にご意見、ご質問をいただいておりますが、これから討議をさせていただきますので、ご自由にご発言を。

院長先生からご発言を。前回の委員会の質疑を受けてご意見ございますでしょうか。飯田先生、どうぞ。

飯田委員 まず、経営が非常に苦しい状況にあるというのは認識いたしました。それで、統括会議で副院長先生、それから各メンバーの皆様とも討議して、今後どういうふうにしていくかということを検討中でございます。

病院を動かしていくにはやはり職員全員の同意が必要であると、納得が必要であると。だから、それをいかに私たちが動かしていくか。みんなに納得していただけるような案を出していけるかと。それがあと数カ月ですけれども、一生懸命考えてこのあり方委員会の委員の先輩の皆様のご意見をいただきまして、可能な範囲で実現できそうな範囲での改革案というのを見出していきたいというふうに思っております。よろしく願いいたします。

長委員長 長谷川先生ご質問を。

長谷川委員 病床区分が急性期病床、療養病床というぐあいに分けられていると思えますけれども、この辺はどのようになってらっしゃるんですか、大阪府としては。あるいは、この泉州地域としてはどうなってるんですか。それをちょっと教えていただきたいと思えますけれどもね。

高山医療対策課長 ちょっと正確な数字は覚えてないんですが、このエリアは療養病床の割合がほかよりも高いという特色があったと思います。

長谷川委員 当院は全部急性期病床、いわゆる一般病床でございますか。

飯田委員 215床一般病床で、そのうち亜急性病室というのを4床ほど設けております。

長谷川委員 亜急性期病室というのは、医療法でいう急性期病床。療養病床になるんですか。

飯田委員 急性期病院の中で退院に向けて準備期間を持つと。3カ月を最長として準備をするという意味では亜急性、そういう病室として4病床とっております、あとはすべ

て急性期病床でございます。

長谷川委員 いわゆる急性期病床の中でございますね。この地域ではそういう面では大体急性期病床とか療養病床の区分というのは大分行われているものなのですか。

飯田委員 自治体病院はすべて急性期病床です。民間の病院では急性期病床を持つ病院と療養型とミックスの場合もあれば療養型一本、それから急性期一本と、そういうふうな組み立てになっております。

長谷川委員 当院の平均在院日数は比較的短うございますから、そういう面では急性期病床が全体なのかなという感じはいたしておりますけれども、また一方では高齢者がかなりの割合が多いといいながら、平均在院日数が短いというのはどういうことかなということがちょっとわからないんですけれども、ご説明していただけますか。

飯田委員 平均在院日数が短い原因としましては、救急からの入院で二、三日経過を看たらい患者さんがおられることと、それから小児科が多いということと、それから婦人科の分娩が多いということ、それらは短期間入院になります。それから、クリニカルパスを25%使ってまして、その分に関してはやはり在院日数は少ない疾患が多いです。一部には高齢者がおられまして、ほかの療養施設に入っておられた方が急変して、こちらで急性期を受け持つけれども、あとよくなって退院までに後方病院の確保というところでちょっと時間がかかりまして、その部分がちょっと伸びてるところはございます。しかし、平均すると13日ということで在院日数は短いと。

長谷川委員 繰り返しての質問で申しわけございません。いわゆる高齢者の方だけをくくってみますと、平均在院日数はどのくらいになります。

飯田委員 内科で診て20日弱ぐらいですね。だから、高齢者を診てるのは内科ですので、20日弱です。

長谷川委員 内科、そういう高齢者の方でも20日ぐらいで退院なさっていると。

飯田委員 いえ、もちろん長い方おられます。

長谷川委員 平均的な話で。

飯田委員 6カ月の方もおられますし、3カ月、2カ月の方はおられます。ただ、内科のポリペクは1泊2日ですし、短い入院の患者さんも結構おられるので平均すると20日ぐらいということですよ。

長谷川委員 この辺は府としては何か特別な指導はなさってらっしゃるんですか。

高山医療対策課長 病床配分のときに、各地で急性期と療養の配分の議論はさせていた

たくさんですけども、このエリアは最初から病床過剰地域なんで病床配分の議論をする場がなかったんです。自然発生的に今の比率になっているということです。

長谷川委員 先ほど何か数字的に9,600から9,057ということで約600近く減ってはおりますけれども、それは……。

高山医療対策課長 2つの民間病院で休床状態であった病床を廃止したのと、1つの国立病院の廃止によるものが主な原因です。

長谷川委員 別に急性期から療養病床に切りかえたということではないんですね。

高山医療対策課長 中にはそういうことをしておられるところもありますけれども。

長谷川委員 9,057という病床数の中には、いわゆる急性期も療養病床も両方入っている。

高山医療対策課長 そうです。

長谷川委員 はい、わかりました。

長委員長 地域連携について院長、助役、事務局長からご意見をお伺いたします。たとえば具体的には泉州地区にはPETはありますが、複数の病院が共同で利用することの可能性についてご意見を伺いたい。

飯田委員 地域連携室というのは平成17年度に入りまして、言葉ではなく活発に動いております。地域連携室を中心にして紹介患者さんも増えてますし、それからMRIとかCTの機器の利用というのも増えてます。そして、私たちの病院に入院している患者さんをやはりこの病院だけでは完結できない疾患もありますし、それからまた療養型に移る患者さんもおりますので、それを地域連携を介して移っていただいているということで、地域連携室は実働しております。それから、いろんな患者さんの医療費に関するとか、それから病気とか医療に関する説明とか、そういうのも地域連携の方で相談を受けております。ですから、活発に動いているということを強調したいと思います。

それからPETですけども、この周辺では近大、それから岸和田徳州会 民間病院ですね それから岸和田市民病院、これは自治体病院です、その3カ所にございますので、この病院、泉大津市立病院に今PETを導入するということはもうお金もないですし、またそれだけの患者さんも得られないと思いますので、私はほかの今既存の3施設のPETを利用するというか、それこそ地域連携を利用するという方が私たちにとってはいいというふうに考えております。

長委員長 徳州会と連携した方がいいというお考えですか。

飯田委員 いや、連携ではなくて もちろん私今どこどこ連携するという即答はできませんけれども、泉州地域全体と連携しているということで、徳州会にも送ってますし、府中にも送っているし、泉佐野にも送っているし、和泉にも送っていると。だから、複数施設を対象に連携をとっているというのが実状でございます。

長委員長 桑野委員はどうでしょう。

桑野副委員長 市がこの委員会を開催している最大のねらいといいますのが、一つはよりよい病院になっていただく、市民にとっていい病院になっていただくということ。それから、もう一つは現在市が繰り出しをしているお金についてできるだけ少なくしたいとこれは前回もお話し申し上げましたけれども そのために要は役に立つことであれば、それは先ほど院長が申し上げたように進めるべきものは進める、それからそうでないものについては逆においておくということになるかと思えますけれども。

綾城委員 事務局長の綾城です。

地域の連携につきましては、先ほど大阪府さんのご説明もわかりですけれども、これはやはりますますこれから重要になってくるという、病院の中の一つの大きな柱となる。それにつきましては、まずこの病院ももう少し地域の連携のそういう充実を図っていく必要があるというのは私は考えております。

それから、PET等の問題ですけれども、これにつきましてはやはり自己導入ということではなくして、院長が申し上げましたように、そういう共同利用なりお願いという形の連携でやっていくべきかと。この中で、こういう狭い地域で我も我もと入れていってもそれは採算がとれんでしょうという考えを持っています。

長委員長 小山田委員。

小山田委員 私は今までお聞きした方々のご意見よりもこの病院はかなり厳しい環境にあるという認識を持ってきております。前回も色々お聞きいたしました。資料もほとんど読んでまいりました。自治体病院協議会の会長としてこの病院を自分の病院のこととして考えております。この病院は自治体病院の中で危機的なのといいますか、なくなるか、存続するかという崖っぷちに立たされておる病院だという認識に立っております。

私が言うまでもないことでありますけれども、この病院も地域住民のニーズにこたえるために建てられ、民間ができない部分をやるために市の財政からの繰り入れも行なわれ住民のニーズにこたえる医療をやってきました。

今、危機に立たされておるといのは経営の困難さであります。平成15年度まではよ

かったわけですが、平成16年を境にして悪くなっている。悪くなってくると市に頼らざるを得ない。市の方もそのことによって負担が増えてきて、市の財政を圧迫し、いずれ病院が先か、あるいは市がだめかということになります。財政再建団体になってしまう。

市はどうすべきか。まず病院を見直す。これはいろんな方法があります。最終的には廃止する。市ではとても病院に対する繰り入れを行うだけの力がなくなってくるわけで必然的にそうなります。これは全国で今起こっておることでもあります。廃止にいたるまでにはいろんな方法があります。最終的に市あるいは県が投げ出してしまふ病院が数多くあります。この病院はそうした選択を市長が迫られております。職員にも破綻という事態が目の前に迫っているということを理解してもらう必要があります。

地域医療連携を必ず進めていくこと、これは当然であります。経営の面でお話したいのは、経営は入ってくる金と出ていく金を考えることにつきます。バランスが崩れると、一般会計から入ってきます。病院の経営がこの病院のように悪くなれば先ほど言ったように民間に移譲するとか、あるいは廃止ということにならざるを得ない。これは自治体のとるべき、あるいはとらざるを得ない当然の選択である。今、この病院はまさにそうなおつておることです。

私は診療単価が低いなどとは言いたくはない。住民のためになるべく安い医療を提供しなくてはならない。しかし病院を運営するためには正しい医療をやって、それに対応した対価としての診療報酬を得ることも必要。自治体病院の40%はそういうふうにして黒字経営をしっかりとやっている。赤字の経営をやっているところほど、住民に対していい医療をやっておるといふことでもない。

安い医療を提供するのは、住民のためにはいいんですが、そのために病院の経営が破綻し病院がなくなったら、元も子もなくなってしまう。最終的には住民のことも、職員のことも考えなくちゃならない。職員だって自治体病院に働く、働きがいがあるからやっているんですが、その方々をも巻き込んで病院を廃止してはいけない。

それでは何をするのか。やはり私どもはできるだけ　これは国の政策、診療報酬体系のこともありますが　自分の体をスリム化して経営というものに一生懸命取り組まなくちゃならない。この病院については取り組むなら明日から早速である。1、2年の間に恐らくこの病院の経営がこれ以上悪くなったら、市長は必ず病院の経営形態の変更を考えざるを得ない。廃止するということが一番単純な方法であります。

もう一つは、空きベッドが多いということでもあります。民間はこういうことはありません。こんなに空床にしたらつぶれるからです。患者さんが来ないんだから空床でいいというわけではない。空床だったらその病棟は休んで、それに相応する職員あるいは臨時職員にやめていただくしかない。人件費は必ず減らすことができるはずです。材料費もそうです。電灯だってそうでしょう。病床利用率は80%にもなっておりません。20%のうちの10%を休んだだけで、あるいは5%の給与、人件費を減らただけで経営はよくなるんです。

給与費を医業収益の50%にしてください。それが出来なければ、病院はつぶれてしまいます。速やかに断行しなかった病院が廃止されているのをいくつも経験しております。

私、きのう宮城県の病院へ行って同じようなことを言いました。どちらかを選択してくださいと。労働組合の方もおられたが病院がつぶれたら、地域住民はもとより、職員みんなが困る。職を失う。あくまでも給与を減らすという意味ではなくて、給与費比率を50%にしてくださいと。

委員長にお願いしたい。私が今言ってることよりもいい方法が一つでもあって、そしてそれが実行可能だったら教えてください、私一生懸命やります。国にも言います。一般会計からの繰り入れですが、去年も今年も地方交付税という形でほぼ同じ額を出してもらっているのは自治体病院だけです。全部諮問会議とか何かで削減されてるでしょう。もうこれ以上持ってこいと言われてもこれはできない。あとこの病院が再生の道、廃止あるいは民間移譲、それから公設民営の道をたどらないで皆様方の手でもう少し、あと何年間の苦労だと思います。我慢してください。こんなこと長く続いたら市がつぶれますよ。地域医療がだめになってしまいます。

今、私たちがやることは、やはり自分の身を削ぎながらそうしたことをやる。人件比率50%につながるにはどうしたらいいのか。これはなかなか難しいですけれども、各領域・各分野で入ってくる金と出る金を計算して目標を立て実行する。目標の設定では、入ってくるものの目標は今のままではだめ。どうしてもだめだったら病床を減らすんですけども、減らすのではなくて増やす努力をしてください。入院ベッドをもっと利用する。そうすると収入は増えますよ。物品を節約する、これはもう当然おやりになっている。給与を50%に抑えるにはどうしたらいいのか各診療科ごとにやる。目標達成ができなかったらどうするか。できませんといって市長に答申を出せば、市長は必ず民間移譲、廃止を決定する。そうしなければならぬ立場にある。実際にやっている病院もあるので、改革と

というのは絶対できると私は考えます。

改革というのは、来年、再来年では駄目です。明日からです。委員長も大変気が短いんですけども、私はもっと短い。平成17年度もまだ4ヶ月あるんです。平成17年度の間
に改革し、平成18年度に向けてしっかりとした、各診療科、各分野での収支計画、ベッドをどうするかという目標を立てる。毎月そのことがどの程度達成できているか。全体を通して毎月検討し、平成18年度が終わるときに、全体としてその目標に達成できなかつたら、この病院もだめになる、住民にとってもよくない、別な経営形態の変更方法を選ばれても仕方がないのです。

私の考えよりももっといい方法があったら、傍聴席の方でもいいです。ぜひ教えてくださいませんか。私はまた来週別の病院に行って同じことを言います。今まで行ったいろいろな強い労働組合の方とも会いました。私は給料を減らせなんて言ってるんじゃないけれども、この病院がつぶれてもいいのかどうかということ言ってるわけでありませう。

長委員長 ありがとうございます。

小山田委員から今すぐ何をするのかというお話なんです、短期的な状況認識についてこれから3年先には恐らく多くの自治体病院が競合によって廃止に追い込まれざるを得ない状況にあると思います。在院日数が20日と仮定します。恐らく3年後には在院日数は10日を目指さなければいけないだろうと。看護は1.5対1から1対1基準にまで下がるということはもうほぼ確実と思ってやっていただいたらいいんじゃないか。そういう診療報酬体系のところしか一般病院は生き残れないであろうというふうに考えていただきたいと思ひます。おのずから改革の基本方針の結論は出ると私は思ひます。

在院日数の目標、10日はできないことはない。例えば沖縄に行けば中頭病院を初め中部病院系は平均在院日数は昔から7日です。やれないことはないわけですね。非常に医師の勤務が厳しく、ハードになります。しかし報酬も高くなる、いい医療ができる。したがって、本院でいえばベッド数の半分は急性期、半分は療養型ということもあり得るべしと。しかしリストラをする必要はない。看護レベルも高くなるという中でやっていくということになるんじゃないでしょうか。

医師は当然、今大変 前回ちょっと言い過ぎた点について大いに資料を見て反省しますが 当直が相續いて非常に超過密の中で、医師が外来1,000人を診ているとかいうことに対して、訂正をさせてもらいたいと思ひておりますが、やはり開業禁止法案、飯田先生ね、政府がつくってくれない限りこの過酷な病院勤務の中で医師をとめることはでき

ないでしょう。医療計画もやってもらっても結構ですけどもね。しかし、その前に開業禁止法案というのをつくってもらわないとね。女子の医師は入り込まないようにしてもらうとかね。医大にね。当直してくれないような医師が多いようですからね。

極端にいいますと、そういうふうにならない限りこの病院体制が維持できない。この過酷な労働に耐えなきゃいけないということです。数値目標として共通の認識を持ってもらう。結果的には、私が第1回委員会から言ってますように、努力した者が報われる病院になっていかなきゃいけない。住民のためになるかどうか。働いている人、病院、いずれも利益があるのはそういう共通の認識を持つことだろう。

少なくとも本地区においては病床の数量規制というのは成功してこなかったわけですね。民間病院が倒産するのをじっと待ってやっと少々減床ですから。十五、六年たつてこのていたらくですから、医療計画に短期的にはほとんど期待するわけにはいかないでしょう。

具体的には病床利用率ですが、愛知県の豊川市民病院は105%です。本院の場合には80%で毎日40床空いてるんです。これが豊川市民病院のように105%までいかななくても100%になればどうなるんだと。病院の収入の増はいきなり利益ですからね。バス事業と同じです。バスは1人乗っても100万円かかる、一人余分に乗れば利益とこういうことになります。だから、このベッド利用率というのは目標として非常にいいわけですね。

外来は非常によくやっているし、外来は減らすということは本当はよくないと思います。しかし、経営からいえばベッド利用率の目標は小山田会長がいつもおっしゃっているように95%以上を達成しない限り、病院の存続は難しいと思います。

平成18年度には95%達成を目指す。できなければ病院の執行部は総退陣すべきだという覚悟が必要。もとより、十分権限を与えてもらってということが前提です。院長も辞表を出した方がいい。95%にならなければね。

私はPETについては大いに検討すべきだと。民間病院に蹂躪させる必要はない。総務省の「自治体病院経営ハンドブック」にも書いてありますけれども、例えばPETは6割の交付税措置が行われる。おおむね55%の交付税起債が認められている。ただし施設の運用で黒字にならなきゃだめ。例えばPETは20億円かかると言われています。民間だったら徳州会さんでさえも20億円はかけてるんでしょう、自治体病院の場合には、実に半値で買えるというわけですね、10億円。それを例えば和泉市立病院、府中病院とか、忠岡病院と、共同で利用するということになればどうでしょうか。かなり操業度は上がるはずだというふうに思いますね。

医療の質の向上についていえば、がん発見率が普通0.2とかということが2%ぐらいになると言われています。潜在患者を見つけることができるんだそうです。PETの導入を機に、医療機器の相互利用という形でスタートする方法が現実的である。お金がないと飯田委員おっしゃいます。それはわかります。お金がなくてもPETをやっているケースがある。どうやってPETを導入しているか。

一つ具体的に言います。民間はお金があってもPETを入れて、PETそのものは赤字ですが。患者さんが集まるので病院全体としてはプラスになる。自治体みたいに55%の金を他人が出してくれるなんていうのん気な状況じゃありません。シーメンスの機械なんですけど、日立製作所がリースしてくれています。全国に3つあるらしいですね。使用料を払うというやり方でやっているところもあるようです。検討してみる必要があります。当初の頭金がいらぬので資金不足のところでも導入できる。この病院では和泉とか府中病院とかとみんなで共同してやる。場合によったら民間病院も一緒になって連携を組むということはあるでしょう。

具体的に次に何をやるか。診療科目の統合・廃止を提案したい。委員間で調整しておりませんので、ご自由にご意見伺いたいんです。私はある400床規模の自治体病院と同規模の民間病院が至近距離で強烈に競争している病院の両方助言しています。例えば脳外、同じ医局なんですけど、それぞれ4人と3人常時オンコールで当直が疲れ切っている。長い間激烈な競争をしてきたんですけれども、もう疲れ切ってお互いに分担してやろうではないかと。よくわかります。どちらかに特化しようとしています。

私が再三申し上げてるように地域連携の言葉はお題目だけが多い。地域連携という言葉だけが踊って、じゃあどちらが譲るんだと。みんな自分のところが中心になればいいに決まってるんですからね。繁盛している、あるいは優秀なお医者さんがいるところは絶対譲歩しないでしょう。

ですから、厚労省や大阪府が旗を振っても、成功する可能性は低いと思います。このような小さなところから少しずつ具体的に始めていくのが実現可能で一番いいと思うわけです。

ぜひそれを大阪府が強力に指導してほしいと思いますね。よその病院のことに一々こちらが口出しできません。総務省と全自病の会長という立場でそれなりの助言はできるでしょうけれども、できたら府の方から「泉大津でこういうことを言ってるんだけれども、どうでしょうか」と。ですから、診療科目の統廃合整理案、少なくとも泉大津では言えるでしょうから具体的に指導してほしいですね。

この話は小泉改革じゃありませんけれども、一人一人相談すれば絶対決まりませんので、一応委員長案として本日、口頭でお話しし、委員にペーパーをお配りします。本委員会で中間答申した後、岸和田とか、忠岡とか、和泉市とか関連する病院に答申を見ていただいて、「あっ、そう。勝手にそうするんならどうぞ」と言うのか、いや、お互いにいずれ泉大津と同じように追い込まれるのであれば譲ってくれるのであればうちも譲ろうかと。この医師不足の中でお医者さんにももっといい待遇をしないといけないでしょう。若いお医者さんは結構満足してますが中堅以上はがっくり下がってくるんですね。

そういうような状況を見ますと、得意分野に特化するためには診療科目の統合・廃止というものは避けて通れない。それを具体的に提示するということから始まるというような気がしますね。だから、まずは自らが一番得意な分野も譲るくらいでないといけないんじゃないか。ある診療科を月・水・金はうちでやって、火・木・土は例えば和泉でやるとかなんていったら長谷川委員に患者が混乱してしまうといわれましたが……。

長谷川委員 何か話があっち行ったりこっち来たりで大変とは思いますがけれども、要するに先ほど小山田委員がおっしゃったように、収入の面で平均して1日当たり入院、外来とも幾らですとか、安い・低いという表現では本当はわからないと。診療科別にその診療点数を見てこれで本当に正しいというか、適正な医療が行われているのどうかなというところのものをみてみないと、平均点数が高い、低いという議論だけじゃどうにもならないということをお願いしたいと思います。

具体的に、当病院における平均点数を見ると、何となく放射線だとか、処運手術の方の点数が低いんじゃないかなと。それで、手術が少ないからというお話がございましたけれども、手術件数というのは実際どのくらいやっておられるのか。どんな内容の手術をやっておられるのか、麻酔科医も2人いらっしゃるという話でございます。その辺の関係がわかりませんと、端的に言ってどこをどういう具合に検討していただくことが必要なのかというのはよくわからないんじゃないかなと。収入の方でいいますと。

それから、支出の方で見ますとお話でございますように、いわゆる人件費絡みの支出というのは医師数は41人なのか、39人なのか、常勤医師と非常勤医師の関係はどうなっているのか。それから、嘱託という形で何かのアウトソーシングの関係では、嘱託職員でやるから云々という表現もございますけれども、その嘱託というのはまた先ほど言った定員とは別枠の話なのかどうか。そこら辺のいわゆる人件費絡みの支出の面がどうも資料から見ますとはっきりわからないという点で、かなりアウトソーシングなり、あるいは支出面

の節約をやってらっしゃるようでございますけれども、よく見えないなという感じはしております。

そういう面で総論的な話はおっしゃるようなことでわかるんですけども、具体的に中身を見ていった場合に、もうちょっと細かな資料といいますか、ちゃんとしたデータを見せていただかないと、ここをこう改善した方がいいんじゃないかという提言がなかなかできないのかなという具合に思ってます。

長委員長がおっしゃったようなことは、確かに診療科自身の統合といいますか、整理をもう少し考えなきゃならんだらうと。それを元にしてその部門の必要な医療供給が行われているなら、あえて市立病院としてやっていく必要があるのかどうかという点については、それはいろんな過去の歴史やら何かいろいろあるとは思いますが、やはりきちんと病院の中で検討する必要があるんじゃないかなと。

職員の数も多いのか少ないのか、業務量の関係がはっきりわかりませんので何とも言えないと思うんです。検査だってかなり外注しているのもあるし、してないのもあるし、どうも数字だけ見てもなかなかわからない点がございまして、これでどうこうということはなかなか言いづらいなという感じは持っております。

そんなところを資料から拝見しておるんでございますけれども、とにかく各科とも全部マイナスでございますから、これはどこに何が問題でこうなってるのかなと。システムが悪いのか。収入が少ないのか。全体としてマイナスになるのはある程度自治体病院としてのやむを得ない点もあるかもしれませんが、全診療科がマイナスというのもこれはいかがなものかなと。どのように考えていいのかなという感じは持っております。

長委員長 会長、どうですか。

小山田委員 これが問題なんですよ。もうこのままいったら必ずつぶれますよ。ですが、これは生き残ると言ったらおかしいですが、地域住民のためにやっぱり今までしっかりしたことをやってきたんですね。ですが、今、この危機に立って考えなくちゃならないことなんです。ちょっと今長谷川先生がおっしゃった点にも、これまた具体的な項目別にちょっとお伺いしたいのは、一つは手術の全身麻酔の手術件数が年間にどのくらいありますか。外科の先生おられますか。あるいは麻酔科の先生。

高津医師 去年の実績でいいますと、麻酔科の管理件数でいきますと800件くらいありますけれども、全身麻酔の管理症例は300から350件の間くらいだったと思います。

小山田委員 わかりました。それから、さっき委員長からPETの話が出ましたけれど

も、この地域でも確かにPETというのは大変いい、地域連携の面からも経営の面からもいいんですけども、ただ現状としてこの地域でどのくらいPETを持ってる病院があるんですか。

飯田委員 先ほど申しましたように、泉州地区におきましては近畿大学病院、それから岸和田市民病院 自治体病院です それから民間の徳州会岸和田病院の3つの施設がPETを持っております。

小山田委員 わかりました。それで、今先生がおっしゃったようなことで、結論から言いますと、私は全部の科が収入支出を見ましてマイナスですね、こういう病院というのはもう本当に困った病院で、じゃあどうするかというと、その中でやはりこれだけは残す、あとは縮小あるいは廃止という形で、特化ということが今急がれるだろうと思うんです。何科を残し、何科を外来だけにする、あるいはやめる。それは周囲のことを考えてやはりそれを進めるべきだと思います。何科を残すかということ、これいろいろな語弊がありますから、これはもう先ほど言いましたように、各診療科で来年度に向かって、あるいは各分野で収支のあれで黒字になるようなところを残す。赤字になるのは残しちゃいかん。これが原則ですよ。

それからもう一つは集約化という問題、これは医療連携にもかかわりますが、一人しかいない産婦人科の病院、あるいは一人しかいない小児科の先生とかという病院ありますね。そうしたところでは、医師の労働過重と同時に医療の質が確保できませんね。一人の産科のところで例えば2つの命が生まれるわけですから、これ一人でやるのは大変なんです。それで産科と小児科については集約化、一人の病院は置かない。これ学会と、それから医師会、それから議会、それから私ども自治体病院の間で 厚労省でまもなく正式に出ますけれども そういう方向にもっていこうと。あとの学会は全然無関心。嫌だということではありますが、ようやく3つの学会が集まってぜひそうしたことで、ここは産科医が5人もおられて結構ですが、もしそういう重点的なことをやるのであれば、小児科も多くおられるなら、ここで働く医師にとっても、あるいは住民にとってもいいという特化と同時に集約化に向けて、この計画をもう一回考えてみていいんじゃないかなという感じがします。

長委員長 ある程度の期間、来年の3月末までに各診療科目が経営上成り立つような状況にならない限りその科は廃止を勧告せざるを得ない。では、それは市民にとって困るのかと。非常勤医師で廻したばあいは住民の支持も得られず、コストも高くなる。診療科が

あれば良いというのは誤り。市民は困らないというのは統計上明らかです。もし頑張ってくれて収支均衡できれば、存続とかそういうのもあるでしょう。常勤医師のみによる重点的な配置というようなことを決断していただくことにもなるでしょう。

桑野委員 基本的なことでちょっとお聞きしたいんですけれども、先ほどからおっしゃってるのは、一つは目標をきちっと決めて、それは収支均衡、あるいは収入が上回るということだと思っただけなんですけれども、決めた上でその目標を達成しろとこういうことだと思っただけなんです。それは当然病院だけではなくて、一般的な仕事もすべてそうということで非常に理解できる話なんですけれども。

例えば病院の場合、病床数を80%ぐらいのものを95%以上、あるいは100%にしていく。あるいは各診療科で今非常に不採算になっている部門を患者をたくさん集めてプラスにしていくと。そういう目標を決めたとして、具体的にどういう方策でもって実際埋めていけるのかなど。

長委員長 何を埋めていける。

桑野委員 その目標をクリアするために、ちょっと何か具体的な事例を幾つかそのような病院、委員長も各委員さんもお存じだと思いますので、そこらのご紹介をできたらちょっといただきたいなと思っただけなんです。

小山田委員 私が明日からでも改革と言ってるのは、現実にそうした事例を知ってるからです。例えば国立病院、昨年から独立行政法人、独法化になりましたね。その前はざぶざぶの経営でしょう。それが240幾つあったのを統合しまして、今149になりました。それで、その今度の16年度の決算を見ますと、医業収支比率が100.3%ですよ。何をやったか。全体でプラスですよ。それから一般会計からの借り入れに相当する診療分担金というものもありまして500億円、それを50億円に減らされたんです。それで医業収支比率が100%、経常収支比率103%です。

次にもう一つ、社会保険病院、これ52ありますが、これはもっと厳しくてこの1年間に赤字になったら平成17年度の推移をみて、絶対廃止するということを通じたんです。そのかわり例えば給与も全部病院長に任せる。病院長がよく職員と相談をして、そして赤字になったらばどどんつぶす。国から金、社会保険庁から金が出ないんだと。その結果、2つの病院だけが赤字でした。あとの病院は黒字です。そして、その黒字の病院が、2つの病院に金を出してやった。もちろん借り出しです。

もちろん、国立病院それから社会保険病院と自治体病院は違う、そう簡単にいかないん

だということは、わかっています。しかし、そういう努力をすれば瀬戸際に追い込まれてどうするか、あなたたちが決めなさいと言われると、そのような結果になったという事実をお話しさせてもらったわけです。

長委員長 補足させていただきます。桑野委員もおっしゃいましたように、市民病院としては市民の要望にこたえてフルセット、というお気持ちはわかりますけれども正しい情報を開示して市民の正しい意見を集約すべき。行政はかなり冷静な判断が必要。改革をできるだけ先送りしたい官僚は、できるだけ何もしないような方向性のアンケート調査をしたりします。一人ないしは極少数の市民の意見はどうかです。

病院のホームページへの書き込みが何万とあるなら別ですけれども、比較的診療所が得意にしているような診療科目も永遠に絶対に市立病院がやらなければいけないという声は本当に正しいものかどうかということは冷静な判断が必要。あった方が良くどうかという端的な質問による回答は無視した方がいい。ないよりあった方が良くというに決まっている。但し一人一人にもしっかりした合理的説明は必要。市のホームページにこの議事録が全文載ることで十分説明責任は果たしたことになる。

実例があるかというのは前にも言いました。やはり院長がリーダーシップを持って引っ張っているところ、何が何でも95%にする。あらゆる方法を使って。ついて来れない人はやめてくださいと院長が言う。そういうことがまず必要でしょう。

病院の管理にしても、各科の意見は聴くとしても、決断は院長の即決。埼玉県立病院は副院長（看護部長兼）の専属にした例もある。

ところで医局の会議は山ほどやってるけれども、実際に経営情報とか重要なものが医師に入ってるかどうかということが問題ですね。入ってないと思われる。例えば19ページの資料を見て各診療科の医師は絶句しなきゃいけないと思いますね。配付資料24ページ、損益分岐点というのはこれ以上やらないと赤字になるという、目標に足りない額は幾らかというのが書いてありますね。9億7,000万円必要だというんです。

耳鼻科は0.5人ですから、売り上げはこんなもんでいいでしょうけれども、7,100万円赤字だっていうことですからね。眼科は3人いらっしゃる。2,300万円足りないというわけです。皮膚科はドクターは1.8人、医師2人ですね。8,200万円足りない。民間の場合、皮膚科の診療所は大体1億円ぐらい1人でやります。整形は実に2億2,000万円も足りないという状況です。整形のドクターは3人いらっしゃる。2億2,000万円足りない。これを見て絶句しなきゃいけないですね。

これはやはりやりがいがない経営システムだということなんです。やってもやらなくても評価されないからです。ドクターは一生懸命やるわけじゃないです。しかしドクターが悪いんじゃないんです。そういうシステムにしてないからです。あきらめムードもありますね。信じられないくらいばか高い値段でつくったこの病院、この責任は院長と今の医師にはないと言ってます。このことを奇貨として、収入と経費が見合うべきであるという観念を全員でもっていない状況をつくっている。

200件以上の自治体病院は黒字なんですよね。給料はみんな同じく出してるわけですから、私はまずこの診療科別数字の公開も当然されるべきだと思う。全市民が知る権利があると思う。一番最初にこの事実を知るべきは働いている300人。全員が知るべきだと思う。何が何でもフルセットでやる。いい患者さんはみんな独立したお医者さんが持っていった。惨たんたる状況だと議会でも批判されているんじゃないですか。

やはり利益を出しているところはいっぱいあるということですよ。仕組みの問題だけでしょう。だから、仕組みと今回の改革の答申はやはり今日は大体私案をご了解いただければ、そんな方向でまとめさせてもらおうと思ってます。ご質問のお答えになってますでしょうか、桑野委員。

桑野委員 私聞きたかったのは、特段、最初に申し上げましたようにこの委員会設立の目的からして、市としては財政負担をできるだけ少なくしたい、それこそ繰り出しゼロにしていれば、市そのものが再建が完全になるという状況になっておりますので、そういうことを申し上げて、その道筋で具体的な事例があって、病院担当者が参考にできるものがあればお示しいただけたらなということでご質問させていただいたわけなんです。

当然、ここに書いていただいている話については、さらに細かい話はちょっと別としまして、ここの場で議論をしていただいたお話が中心になっておりますので、当然そういう形では進めていただくということになるかと思うんですけれども。あとは先ほど申されてました病院各科の実際の動き、それこそ職員そのものの意識の話をされてますけれども、そこらがどうなるかということで、もうちょっと時間が要るのかなと。

長委員長 厳しいだけじゃなくて、来年の3月まで努力した場合には、それに対する経済的なインセンティブとか、ベッドの適正配置をすとか、研究費をすとかいろんな方法で報いるべきだと思います。しかし、日限を限って答申を出してもらおうことになるだろうと。それについてご了解をお願いしたいと思うんです。

小山田委員 経営をよくして少しでも、できれば市の財政から一銭も、ゼロにしてほし

いという桑野委員の発言は、自治体病院ではないです。自治体病院は何のためにつくってあるか。我々が何で苦勞して国が年間に7,300億円を出しているのか。この病院にも必要な経費というのがあるわけです。12項目の中でこの病院がどの項目についてやっているか。基準もあります。一般会計からの繰り入れがこの病院の赤字補てんのために国が出しておるんで、我々が要求しとるんじゃない。その考えは根底から間違っている。

私、今日もし市長に会ったらまた言います。そういう人が行政におったら働きませんよ。経営がよくなったら、じゃあ一般会計から出しませんよと。今は4億円、6億円を出します。経営よくなったら今度減らしますよ。それはだめなんであって、それは自治体病院存立の経営の存立の基盤ですから、私はこれはもう絶対許しません。

これは同じように私が国に対して言ってもらってるのと同じように、もらってくるんじゃない。当然、やはり地域医療、自治体病院をやるために政策的な医療をやるために国が法律に基づいて出しとるんですから。経営がよくなったからゼロにしたいなんて、そんなこと考えないでください。

桑野委員 これは私どもの気持ちということでちょっと言わせていただいた件であって、当然自治体病院ですから採算に合わない部分、それはもう見ているわけです。それについては前回もちょっと議論がありましたけれども、そういうことですので、そうあってほしいなという気持ちですので、必ずしもそうなるということでは、また違う話ですから、そこはちょっとご理解いただきたいと思います。

小山田委員 これは職員の皆様にもお知らせしたかったわけです。私どもが働いているのはそうですよ。それでもこの病院が黒字になったら、一般会計からも普通に国が定めたその項目によってもらってくる。もしこの病院がそれで経営が黒字になったら、一般会計の繰り入れを減らすものではなくて、それはこの病院の財産になる。それはこの地域の財産に残っていくんですよ。決して黒字になったから我々の給料が多くもらうとか、いい車を買うなんていうことじゃないので。その一般会計からの繰り入れということについては、ぜひ少なくしたいとか、ゼロにするように頑張れとかいうことが、今後一切言わないでください。

長委員長 一般会計からの繰り出しが合法的に適切に繰り入れられてないということ。疑わしい分が多いもんですからね。そういう面については批判されなきゃいけないでしょうけれども、小山田委員がおっしゃったことは私も当然だと思います。黒字になっちゃったらこれはよかったと言って負担すべきものを負担しない。それを怒ってらっしゃるわけ

で、その通りです。努力した者には報われるという私の考えと全く反しますよね。

あと、長谷川先生から内視鏡から外科手術にどのぐらいつながっているんだというご質問がありましたけれども、院長先生、どうですか。いらっしゃいますか。

永井副院長 外科系の副院長の永井と申します。昨年7月に私がこちらに赴任しまして、外科・内科のはざまを越えたいわゆる「内視鏡センター」という運営を始めまして、恐らく内視鏡件数も前年比150%で運営しています。手術件数も一般外科領域ではやはり全身麻酔で150%は行ってます。地域連携、紹介率も40%ぐらいになっていますし、そういう意味では少しはいいところもあるんじゃないかなと考えています。これは今年データですが…。

飯田委員 よろしいですか。今、討議されているこのデータというのは平成16年度のデータなんですね。今は平成16年度に比べればいい状態にはなっております。けれども、明らかに医療収益が悪いというのはみんな認知するところで、いかに収益を上げるかということは、やはり明日からということで考えていかなければいけないと思います。

それはやはりいい医療をするということだと思っんですね。患者さんから信頼される、あそこの病院はいいんだと。だから、そのためには人材確保、それから研修とかいろんな勉強会、PRが必要だと思っんです。平成15年度がよかって平成16年度これだけ悪くなった。それはもう医師確保ができなかったということに尽きるんですね。ですから、これを起こした根源というのは私たちの病院の職員の努力が足りなかったということではなくて、新研修医制度ができた、それが根源にあるんですね。それが今もまだ続いているわけです。平成17年度回復が悪いというのは、やはり医師の確保にまだ私たちは努力し続けておりますが、確保し切れてないという面があるんですね。だから、私は医師の確保ということが非常に大きいと。それがあれば、いい医師が獲得できれば患者さんも集まってくるし、いろんな入院の患者さんも増えるし、満床になるし、収益も上がると。そういうふうに思っております。

それと、最初に長委員長が言われたました女性が医学部に行くのは控えてほしいと。これは医大に……。

長委員長 あれジョークですよ。

飯田委員 ジョークですか。

長委員長 ジョークです。全くジョークです。

飯田委員 わかりました。女性外来がありまして……。

長委員長 当直をしてほしいというところにポイントがあってね。女性医師のね。それを言いたかったわけです。

飯田委員 だから、結局女性医師が育休とか男性医師も育休をとっておられる方おられますけれども、やはりそれをカバーする医師の人員がもっと要ると。ですから、医学部を一時減らしましたよね、人数を。あれは間違いだったと思いますね。だから、もっとカバーできる女性医師が産休に入られ育休に入られる。それでも安全にカバーできる医師の確保ができると。そういうシステムをつくってほしいと。国は考えてほしいと。そういうふうに思います。

長委員長 だけど、今、医局の統制力が落ちて研修医に行きたいような病院にするのが先決じゃありませんの。それはいいとして、いろんな意見があるけれども。

飯田委員 ですから、そこをきちっと政府の方ではやはり考えていただきたいと。我々末端が非常に苦しんでいるわけなんです。

長委員長 それはそうですね。それはわかります。

小山田委員 私は今国の2つの委員会に、審議会にも出てます。ほとんどの病院が医師の不足というんです。毎年7,000人の卒業生が出ます。しかし、亡くなったりやめたりしたことで純増5,000人増えてるんです。自治体病院が特にひどいんですけれども、少ない少ないと言っている。それで、どういうことを私が言ったかといいますと、まず医師の定員を見直せ。そして、見直しもその委員会全体の空気、それからどの団体かわかりますね、増えて困るところがあります。そういった空気で「いや、医者はもう数いいんじゃないか」と。というのは、データで物を言おうといいますと、勤務医が患者さんを診る数を出してきました。減ってきてるんですよ。

それでは、何で私たちが苦しんでるかというんです。それで、イビデンス、イビデンスというので一番信用できるデータを出せという。サンプリングで30病院の全部の医者、お医者さんに書いてくれと。これが来年度、医療法に決まってくるわけなんです。そんなことをやっています。

それから、医学部の定員の見直し、これは5年間かかりました。それぞれの地方の病院の出身者を多く入れてくれということが憲法違反だといって、私何度も罵倒されましたけれども、文部省もようやく2年前からわかってきて、堂々と今度はその各自治体にある大学の入学定員の中にその地域の出身者を50%まず採ってよろしいということになって、来年度は16の大学がそれを採用いたします。それから、地域の中の自治体病院の地域偏

在がありますね。実は同じ県におってもできない それは地域医療計画の中に今度はどうしても必要な人数を県単位で採用して優遇をします。そのかわり、地域の医療で必要なところに配置する。そしてその見返りとして他の自治体病院の医師よりもいい思いをするとか、いうものがようやくこれできておまして、これも地域医療計画の中に明示される。

そういった形でだんだんいい方向には向いていると思うんですけども、やはり医師の不足、それはいい医師がおれば病院は経営もよくなり、看護師さんも安心してやれる、悪い医者が多いのはだめだということになる。毎年5,000人出ている医者の中で最も働き盛りの35歳から45歳までの医者が毎年4,000人ずつ開業してるんですよ。なぜですか。診療報酬がやめた途端に……やめないでくださいね。何も自分が資本も出さないで2倍から3倍の収入が入ってくるシステムなんです。今度の診療報酬改定の最も大きな闘いだと、これは厚生労働省も総務省もよくわかってるんです。理解してます。ただ、ある団体は猛反発ですよ。

それはそれとしましてこの病院をどうするか。今おられる先生方によく働いていただいて、そしてこの医療をよくしてもらうことが一番それしかないと思うんですね。ぜひ努力していただきたいと思います。

長委員長 綾城委員、どうぞ。

綾城委員 私の方からちょっとぜひこれだけはもう一度確認の意味でということで話させてもらいますけれども、今、飯田院長が先ほど申されたこと、医師が確保できれば収益も上がります。確かにそうだと思っております。

ただ、問題は例えば産婦人科医が引き揚げられて平成16年度へこみましたと。そして、平成17年度には5人おりますが戻ってません。これはやはり単に医師がおらんだけの問題やないというのは、私の今の感じです。やはりここの病院が先ほどから議論されている構造的な脆弱さがあるというように思っております。

というのは、例えば平成10年度に健全化計画を策定しまして、2回改訂をしましてずっと改定してきました。その場合、やはり毎年1.5%の成長率が見込めたという形で組んで、それでいろんな削減項目をやってきたわけですね。その効果があって平成15年度には単年度黒字を出したということがございます。しかし、同じようにそしたら今年やっても、これ元に戻れないんですね。これはそういうふうな単純な問題じゃないわけです。

ですから、例えば循環器の医者が皆欲しい。確かにそうでしょう。それで医者が来れば

戻りますか。戻りません。例えば今、長委員長がおっしゃいましたけれども、例えば95%を目指すと。入院ですね。私の方でこれ試算したんですけれども、今回につきましては特に例えば入院を90%、193人、194人、それから外来800人ですね、このぐらいの推移で試算しますと、これから毎年3億円ずつ不良債務が増えるわけです。ということは、5年間に15億円の不良債務がふえてまいります。資金ショートする。

それをやはり小山田会長がおっしゃいましたように、この平成10年度からずっと健全化計画して職員にも犠牲を強いて、かなりの削るところを削ってきましたので、あと削る項目というのは例えば外部監査法人の分析からもないわけですね。そうなったらあと何なんですかといいますと、これ人件費しかないんですよ。現実にこれ16年度は医業収益がへこんでますから、これ55%という高い比率になっております、人件費がね。やはりこれを50%以下にしようと私どもで48で計算しますと、これでもってやっと平成22年に約10億円の不良債務に落ち着いて、そこから徐々に減少する程度ということなんです。

ということは、やはりこの人件費の総額を少しずつでも落とすということが、これやはり大きな課題になる。そうなれば先ほどおっしゃっているように、診療科目の特化なり、スリム化、そのためにできる、そういうことをやらんとなかなかできないと。これを我々ずっと先日来職員に説いて回るとるんですけれどもね。やはり第一線で働いている方々は「こんなに一生懸命やってるのに何でやねん」と。ですから、私が申し上げてるのは、それやったらみんな10分の1ずつ返上してちょうだいなど。そういうワークシェアリングであなた方の言うとおりの人数を雇いましょうと。そうすればいいですけれども、その辺はどうしますかということは今我々は職員に問うとるわけなんですけれどもね。

そうしないと、やっぱり今のおっしゃるように職員の雇用の確保、それから現給保証ということをやっていきますと、やはり総額を減らすとなると職員を減らさんと無理やというのが、これ私、今こういう経営の中で数字を担当している部門の責任者なんで、そういうふうな私は思いをしてるということだけちょっと発言させてもらいました。

長委員長 あと残されている時間わずかなんです、長谷川先生、看護体制、病室の管理は、看護師の方は副院長でしたっけ。まだしてませんか。どなたが病室の管理、そんなご質問ですか。

長谷川委員 看護体制はどんな形、外来と病棟の看護師さんの配置というのはどのような形でおやりになってらっしゃるのかなと思うんですけれどもね。外来はもう外来専属で。そういうことですか。

長委員長 看護部長、はい、どうぞ。

森西看護副部長 看護副部長の森西です。

看護の配置なんですけれども、病棟に関しましては2対1看護ということで。

外来については外来独自の 外来でも3交代の救急の夜勤体制もとっておったりとかしておりますので、それに見合う18人という形で考えて、各診療科に必要な人員ということで配置をしております。病棟は病棟、外来は外来という形での配置を考えて配置をしております。

長谷川委員 今、外来の看護婦さんというのは何をしてらっしゃるのかなと思って、看護師さんのお仕事はどんな仕事をされるんですか。

森西看護副部長 一応診察の介助ですね。それから、療養指導といいまして、患者様に対して、例えば糖尿病であったりとか、いろんな療養指導とかそういうこと、あるいは例えば産科なんかであれば母乳外来といいまして、お母様方に対してそういった母乳に関する指導であったりとか、主にそんなことですかね。そういうような指導関係についてもやっております。

長谷川委員 カルテは今、中央で一括でやっておられるのですか。

飯田委員 中央管理です。

長谷川委員 それは、すると患者さんが運ぶんですか。

綾城委員 いえ、違います。医療事務の人間が運びます。

長谷川委員 運ぶんですね。外来の看護師さんの数とそれから病棟の看護婦さんの数というのは、どのくらいになってるんですか。外来の看護師さんってどのくらい配置されてらっしゃるんですか。120何人がいらっしゃいますね、看護師さんは。

森西看護副部長 外来の数は、25人です。正職員は。

長谷川委員 診療科は。

森西看護副部長 11診療科です。

長谷川委員 11診療科。すると1診療科に正職員は2人ずつという感じですか。病棟は大体100人。4看護単位。

森西看護副部長 病棟は4看護単位です。あとは外来ということになっております。

長谷川委員 何となく私は感じ的には職員の数が多いんじゃないかなという、ドクター含めましてですよ。多いんじゃないかなという感じは持ってるんです。

長委員長 看護部長どうですか。言いにくいですか。

森西看護副部長 職員の数が多いということですか。

長委員長 ええ。

森西看護副部長 病棟に関しましては2対1看護をとっておりますので、職員は患者様の数からすると病棟の看護職員については特に多いというふうには考えてないです。むしろ看護の質というところが非常に大事になってきますので、きちんと人数を確保して看護の質をきちんと高めていくというところから考えると、むしろ今は適正な人数ではないかなというふうに考えております。外来におきましても、正職員は一応25名という形になっておりますけれども、これに関してはいわゆる救急外来でもって3交代をやっておりますので、夜勤人員の確保という点が要りますから、これに関しても必要な人員ではないかというふうに考えております。

長委員長 はい。どうもありがとうございました。

そろそろ定刻になりつつありますので、小山田委員から中間答申案を急げということで私も同意いたしまして、基本的な方向を述べさせていただきました。次回までご検討いただきたいと思います。ペーパーで中間答申案の骨子を、3ページお配りします。自治体病院間の連携の促進ということでございます。近隣病院との事業統合、あるいは医師の相互派遣による協力、電子カルテによる医療情報の共有と医療の共同化、共同購入とかですね、そういうものを期待するというような方向性になっていくんではないかと。

更に具体的には、年度を限って平成17年度末までに、先ほど申し上げましたように、3科目の診療科の廃止、そのほかの科目については医師の相互派遣の結論を出した方がいいんではないかというのが提案であります。問題あると思いますので、今回は公表をしないでペーパーを見ていただいて回収させていただきたい。もちろん中間答申を出す段階においては、診療科目も明示して市長に提出することになるでしょう。医療機器の共同利用につきましてはよく精査していただきたい。

それから、短期的な目標と中期的な目標とありますけれども、もっとも重要なことは組合との交渉議事録の公開を直ちに実施してほしいというふうに考えております。それも答申に盛り込んでもらう。職種別の任期別任用制ですね。一定の院内の各科において数値目標、期限目標をして、例えば医事課長は1期3年で行政目標を達成すれば再任、しない場合にはだめとかですね。任期別任用制。あるいは、給与の本庁と分離した本当に名実ともに分離した努力した者が報われるような、そういう体系を本庁と協議が成立させてもらいたい。地域連携は30%については、例えば平成17年度末までに完結するとかですね。あと平成

18年度中に60%とかですね。そういうようなことを具体的に明示して、皆さんで討議するということを提案したいと。

それから、中期目標でございますけれども、公営企業法の全部適用を平成18年度中に実施したらどうかということをご提案申し上げたいというふうに考えてます。全部適用は確かに小山田委員がおっしゃるように、まだ長所短所いろいろあって断定できないという部分がありますので、皆さんのご意見を伺って答申案にどうするか。仮に人事権と予算編成権を院長に持っていただいて本庁から分離して、果たしてリーダーシップを持ってできるかどうか。院長に本当に権限が譲渡されるのか。かえってマイナスになるということも多うございましてね。その辺を飯田先生なら大丈夫だと思いますが、その辺も今後の実績によって判断させてもらったらいんじゃないかというようなことも盛るのかなと。

仮に平成18年度中に収支均衡が達成できなければ、倒産ということもあり得るという非常に厳しい状況という認識でありますので、適切な一般会計からの繰り入れをした後ですが、収支均衡ができなければ住民投票を行って公設公営としての存続について賛否を問うというようなことも答申に盛り込ませていただきなす。

おおむねそのようなところで中間答申のたたき台としてご提案をさせていただきました。本日の委員会を時間もちょっと過ぎましたので締めさせていただきますが、何か補足して各委員の先生からご発言をお願いしたいと思いますが。小山田委員、どうぞ。

小山田委員 方向としてはよろしいんですが、ぜひこの次までに先ほど私が強調しました各分野、各診療科での目標をですね、そしてそれが今よりも経営がよくなる、18年度にプラスになる、その計画をぜひ出していただきたいと思いたすね。

長委員長 長谷川委員。よろしゅうございませうか。何か。

長谷川委員 いろいろ申し上げましたが、今お話しのように、各科がそれぞれ責任を持ってこれからどうするかというシステムの案をお出しいただければよい。

長委員長 そうですね。

長谷川委員 それに当たっては、特にどうもわからんのは、各科別の人間の数やら他科との関連がわからないですね。先生お話しになった外科の話なのか内視鏡室だけの話なのか、その辺がどうもよく見えないというか、わからない。兼務の状態もいろいろあると思いたすので、現状を説明するのもかなり難しいのかもしれないけれどもね。

永井副院長 よろしいですか。俗っぽい言い方ですけども、特化したPRの目的で消化器内視鏡の分野を「内視鏡センター」という名前で内科と外科とが入り乱れて行ったわ

けです。それで前年度まで、2000件前後のトータルの内視鏡件数が3,000件に達しました。それで内視鏡の紹介率が増えたので、外科の手術も増えました。全身麻酔の症例数が前年比約150%に今年はなるとい見通しです。これは消化器内視鏡の場合は内科と外科両方で行いますので、そういう考え方をしました。よろしいでしょうか。

長委員長 最後に追加です。院内調剤に戻すべきじゃないかと。大変詳しいご回答はいただきましたけれども。果たして院外処方よかったのか悪かったのか。厚生連あるいは国家公務員共済組合も、患者のためにならないとって戻してるのが始まっている状況であります。非常に詳しい回答をいただきましたが、よくわかりません。簡単にいえば戻した方がメリットがあるんならば、院外処方は全部とはいいいませんが基本的にやめるべきだというふうに考えてます。その辺について長文の回答については敬意を表しますが、よくわからない。患者さんのためにという視点に立って、なおかつ病院の経営にとってどうなのか。薬剤師さんが暇で困っているんでありませんかというような私の問いに対して、わかりやすく10行ぐらいで次回までに答えてほしい。

今日は、病院の幹部の方にもたくさんおいでいただいております。これだけは言っておきたいというのがあれば一言、二言であればどうぞ、ご発言いかがですか。よろしゅうございますか。ご遠慮なくどうぞ。厚生省の元局長だとか偉い人が大勢いるんで答えにくいかもしれませんが、チャンスですから言っておいた方がいいです。アドバイザーの皆さんもよろしゅうございますか。

それでは、本当に長時間ご清聴いただきまして、また真摯にご議論いただきましてありがとうございました。

次回はいつごろですか。日にちは。

事務局（平川） 次回の委員会にはまだちょっと開催日決まってません。ただ、来年の1月に予定しておりますので、また日程が決まり次第連絡させていただきますので、よろしくをお願いします。

長委員長 じゃあ、これで散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。

泉大津市立病院経営のあり方検討委員会 市立病院内出席者名簿

診療局 有本 総括副院長（内科）
永井 副院長（外科）
嶺尾 副院長（内科）
宮下 副院長兼診療局長（小児科）
高津 診療局次長（麻酔科）
宇田 診療局次長（放射線科）
梶川 診療局次長（泌尿器科）
白井 部長（内科）
永尾 副部長（皮膚科）、 馬野 副部長（外科）
中野 部長（薬剤部）
橋本 技師長（中央検査科課）
和田 参事（栄養管理科部）
看護部 森西 副部長
中澤 管理師長（外来）
岩井 管理師長（5階病棟）
砥上 管理師長（手術室）
寺田 師長（4階病棟）、 杉原 副師長（外来）
事務局 平川 次長
山本 次長
野村 参事（総務課）
岩田 主幹兼係長（総務課管財係）、 和田（総務課管財係）
木村 係長（総務課総務係）
川島 係長（総務課財務係）、 里見（総務課財務係）
岸本 課長補佐（経営企画課）
西野 主幹（経営企画課）、 田辺 主査（経営企画課）
若狭 参与
市 小野 総合政策部長
川崎 総務部長