

## 第2回 江別市立病院あり方検討委員会会議録

日時：平成18年12月20日（水） 午後2時58分～午後5時24分

場所：市立病院2階講義室

出席委員：加藤委員長、星野副委員長、辻委員、池永委員、山口委員、梶井委員

その他出席者：市：（中川助役、林総務部長、宮内健康福祉部長、佐々木総務部次長、鈴木地域医療担当参事）

市立病院事務局：（池田事務長、久田次長、桜井管理課長、佐藤参事、越田医事課長、白石財務係長、五十嵐）

事務局コンサルタント：(株)システム環境研究所（岩本所長）

（加藤委員長）

開会する。（14：58）

第2回の検討委員会で、大事なことは答申書までの時間がないこと。プランを出さないといけないが、スケジュールを考慮しなくてはならない。時間が迫っていることを申しあげておく。あらかじめ配布の資料の2ページ目にある審議事項。病院としては各方面への資料も作るはず。説明を。

（久田次長）

日程は協議事項で説明したい。資料の説明に入って良いか。

（加藤委員長）

コメントをとりながら進めたい。

（久田次長）

<市立病院に係る署名活動について説明>

（加藤委員長）

これは市立病院からの呼びかけ等ではなく独自の署名活動か。

（久田次長）

独自に行ったもの。

（中川助役）

補足として別に江別総連合から2,300名の署名があったので、合計約1万9,000人

程の署名になると思う。市民の医療のために頑張るといふもの。

(加藤委員長)

江別市の人口は。

(久田次長)

12万3,070人なので約15%程度になる。

(加藤委員長)

そういう情報だが、いかがか。

(梶井委員)

署名者の住所は江別市民だけではない。大多数は市民だが、札幌市の方もいた。

(加藤委員長)

次に17年度の資料だが、数字が多すぎて分かりにくい、17年度はピークの年度ではない。いわば、これ位の患者さんは医療体制があれば市立病院で受診したいということ。

(久田次長)

<市立病院の地区別・近隣市町村別患者数一覧(平成17年度)を説明>

<入院で114,051人の内、江別地区、野幌地区ほか地区別を説明>

<外来で291,636人の内、同様に地区別を説明>

<円グラフで地区別の割合を説明>

(加藤委員長)

入院外来合計で40万人である。

問題になっている内科系は、その内入院で32,000人。外来で77,000人。

内科系でくくると17年度に109,000人の患者が内科を受診していることになるが、全体で延べ人数40万人の方々が診療を受けている事実は大変重い。当別、新篠津、南幌もかなり江別を頼りにしていることが分かる。

(梶井委員)

外来の夜診の内科・小児科だが、札幌からの受診は内科562人で7.98%、小児科は372人で7.93%である。当時は院内併設だったが、約8%が札幌からと我々は押さえていた。

(加藤委員長)

札幌圏に住んでいる方にとっては、良い診療体制があればということだが。実数40万人は非常に多い数値である。

(久田次長)

<市立病院受診患者の対人口比の表を説明>

(加藤委員長)

市内入院で0.73に対して、周辺でも市立病院が頼りにされていると意味合いととっていいのか。

(久田次長)

とってよい。

<夜診から市立病院の2次救急へ至った人数を説明>

(加藤委員長)

338人はどこへ入院したのか。

(久田次長)

市立病院の内科、小児科、その他の病院である。

(加藤委員長)

しかし、338人は市立病院の医師が診ているが、市立病院に入院していないその他患者は先生方がご覧になって入院の必要がないということだろう。

内科の先生がもし365日とすれば、1日0.67人を診ている。この数値は246人だから月20人を12名の医師がオンコール体制で診ていたという数値で、医師1人で2人を診たことになる。小児科は月8人を4名で診ていたことになり、やはり1人の医師が2人を診ていたことになる。

医師1人あたりで、夜診からの患者数は内科も小児科も同じ。なぜ内科は燃え尽きて小児科医は燃え尽きないのか。評価が分かれるような数字だが、いかがか。

(梶井委員)

当初、内科、小児科の体制は、夜診で内科だけ多いとは思っていなかったが、小児救急は当番医師1名とコメディカルの協力で、痙攣の重性期、喘息発作の重性期などと、インフルエンザ脳症は年に1、2名であって、ほぼ医師1名で対応できた。

それに対して、内科は精神疾患などの合併症を持っていたり、心筋梗塞や心停止の状態もあ

り、それに対応しなければならない。

小児科はいわば総合小児内科なので何でも診るが、内科は循環器など細分化され専門化していてかなり負担があった。

(加藤委員長)

内科は10人としても月に3回。小児科医は4人しかいないが。

(梶井委員)

当時、循環器内科ができてから循環器3名は循環器だけで行っており、夜間の他の内科症例は実質8名であっていたと考えてほしい。

(加藤委員長)

資料では外科と整形の内容が分からないが、外科系医師が救急対応するのは当然である。

新聞報道しか知らないが、なぜこんなことがという気がした。札幌市内の救急体制と連携をとるなど合理的方法もある。

今後の大きな課題として、日本中で言えるが勤務医の燃え尽き症候群の問題がある。オーバーワーク、医療訴訟、医師がしなくても補助者でよい仕事など3重苦の中で勤務医が立ち去り始めている。これが、医師が足りなくなる最大の要因である。医師数は不足しているのではなく、都会のビル開業という極端な偏在がある。大変重要なことであるが、いかがか。

(池永委員)

勤務医の医療に関する考え方が昔と変わったと思う。昔は若い勤務医が夜勤務するのは当然と思っていたが、最近はどうも違うようである。病院に目玉になるものがあれば研修医も集まるのではないか。

(加藤委員長)

気持ちはあっても燃え尽きるのは、個人の問題だが、赤ひげはいないという動きだし、続かないようだ。社会全体がせわしくなっている。

1番の問題はリスクで、例えば悪いがコンビニに入って行ってピフテキが食べたいというようなことだと、何かミスがあると給料は同じなのにやられていられない。難しい日本の医療の問題点だが、昔はこれほどリスクに関するプレッシャーはなかった。

星野副委員長いかがか。

(星野副委員長)

医師の実態は別として、市立病院の地域医療における役割は、患者数にしても入院・外来それぞれ診療科別にみると市立病院への期待が見えてくる気がする。

診療科別にみると小児科や産婦人科は市外の比率が高いが、地区別の期待度も診療科別で見ると市立病院への期待がはっきりしていると思う。

(加藤委員長)

市立病院への受診はかなりな人数なので、切実である。当直は当たり前ではないか。

(梶井委員)

併設の夜診だったので、報道で誤解があったかもしれない。1次救急は病院の医師は診ないが365日夜診に市立病院の勤務医がかかわったような報道があったが、それは間違っている。それを見た勤務医がそれは無理だと思ってしまって、今だに誤解されている面がある。

(加藤委員長)

勤務医が365日夜勤をやるなんてあり得ない話なので、新聞報道が違っている。ひいては、市立病院はこれで儲けようとするのかという話もあるが、大きな誤解であり、実際の数値をきちんと示すことも仕事のひとつである。

(山口委員)

溪和会でも対応しているはずだが。

(梶井委員)

溪和会には17年の後半から引き受けをお願いしているが、市内の救急全部が市立病院ということではない。溪和会は独自に救急を引き受けている。救急をできる小児科は、市内には市立病院以外はないが、内科系はいくつかの総合病院的なところが独自で対応している。夜診からの引き受け先は概ね当院であったが。

(加藤委員長)

その後の経緯は。

(梶井委員)

夜間診療所を本年の10月1日から錦町に独立させて、内科、小児科の1次救急を設け、小児科の2次は江別市立病院しかないが、内科は入院を受けられる体制ではなかったので、消化器、循環器その他を江別市内や札幌市内の医療機関にお願いしている。

内科系で、救急隊が明らかに2次救急を要すると判断した場合は、救急車レベルで2次救急を受け入れられる他の病院にお願いしている。

(加藤委員長)

これについては将来構想を考えなければいけないが、2次救急の展開はまだこれからか。

(梶井委員)

今までは溪和会にお願いしていたが、当院としては内科医が充実すれば、それに見合った対応をしたい。例えば消化器や循環器が揃えばどんな患者も受けられるが、循環器が揃わなくても、消化器なら消化器だけでも2次救急受入を週1回とか2回でも受け入れる方向性は考えている。

(加藤委員長)

外科はどうなっているか。

(池田事務長)

毎火曜・金曜と月1回の土日。

(梶井委員)

整形外科3名、外科4名の計7名で対応している。整形疾患が多いが、整形と外科のペアで2名体制である。月1回の週末は大学からの出張医をお願いしている。

勤務医の若い先生は月2回、メインとサポートに当たる。

(加藤委員長)

参考資料として外科・整形のその数値も示してほしい。

(梶井委員)

外科系は1次なので、患者が来られたら必ず対応である。

(加藤委員長)

結構、整形の先生は忙しい。

(梶井委員)

江別の実態は恐らく20～30。50までは行かないと思う。

(加藤委員長)

対応する時間が長くて大変だと思う。

次回に資料提出を願う。

(久田次長)

<他院からの診察・検査等の依頼状況を説明>

(加藤委員長)

R Iは最近使われないが、センター病院としての役割があるということだ。CTもMRIも採算ベース件数があるが、これだとあまりいいとは言えない。

(久田次長)

<入院患者を他院へ紹介した理由・件数を説明>

(加藤委員長)

かかりつけ医との病診連携はセンター病院としての役割だし、お互いの生き残り策である。かかりつけ医がセンター病院を持っていないのは信頼にも係わる。それに相応しい医師の技量、コメディカルのやさしさがあってのこと。かかりつけ医が生き残るための方法のひとつである。市内にかかりつけ医も50数軒あるが、連携にたえられないセンター病院は機能し得ない。現在の594件の紹介は将来的にはもっと増やさないといけない。決して抱え込まないことだ。

(久田次長)

<道内各市の医師数・人口10万人に対する医師数について説明>

(加藤委員長)

全国は211.7人。平均では全国と同じだが、北海道は極在している。砂川が一番多く、次に旭川周辺、札幌、室蘭の順だと思う。

江別市は114.2人だが、2次医療圏で見ると人口増加に医師数増加が追いついていない。それだけ要望が多いということだ。

旭川は人口10万人でみると多いように見えるが、札幌市に5,584人。札幌圏には江別市も含まれており、札幌圏で見ると北海道の医師人口の50%が札幌圏に集中している。

ちなみに2次医療圏で医師が少ないのは根室だが、江別市はそれに近い医療過疎かもしれない。

(久田次長)

<江別市の国保患者受療動向を説明>

(加藤委員長)

これを見ると子どもさんたちは市立病院小児科に集中している。75歳以上は急性期とは分けて考えるべき。労働人口の4分の1が市立病院に入院している。

一方、外来機能だが、大都市に隣接しながら合計で43%にもなっている。

外来機能もいろいろあるが、同じ外来でもクリニックよりもう少し専門性を求めて市立病院に来ているのだろう。

入院は札幌市内の専門病院が多いが、外来は専門性を持った機能が望まれているようだ。いかがか。

(梶井委員)

15歳以下ということで小児内科や整形・外科等も含めてになるが、入院は3分の2であるのは実感もあるが、外来で73%というのは市内に他の小児科医院があり、ちょっと解せない。

(池田事務長)

国保の統計なので、社会保険等他の保険は別。

(コンサル)

これは病院に限っている。病院の外来であって、診療所は含めていない。

(加藤委員長)

では「国保患者の病院受診」とタイトルに加えるべき。  
社保はデータがあるか。

(コンサル)

データが入手できない。社保を含めた全体の患者数を把握する場合は、国保の加入率から逆算するしかない。

(加藤委員長)

北海道も同じ資料だ。

(コンサル)

例えば、国保加入率が2割とすると、全体では国保受診者数の約5倍と仮定して逆算する。

(加藤委員長)

やむを得ない。

(久田次長)

<市立病院の疾病分類別の国保患者受療の内訳を説明>

(加藤委員長)

この資料タイトルも疾病分類の後に括弧でICD10国際分類と入れて欲しい。

やむを得ないのだが、子どもさんの肺炎は感染症の分類に入れるが、大人は違う分類になり、ちょっと分かりにくいところがある。

外来では消化器は5%でちょっとクエスチョンマークである。循環器はしっかり診ておられるが。精神科のデータは15年5月か。病床数は。

(久田次長)

減らしたのは今年なので、当時は130床。

(加藤委員長)

稼働率を勘案して59床にしたのか、道の指導か。

(久田次長)

当院としての方向性を検討して出てきたもの。

(加藤委員長)

生産性と稼働率からだろう。

(池田事務長)

入院から外来デイケアにシフトして、デイケアを増やしていった。

(加藤委員長)

資料に15年度であるとの注釈を入れてもらわないと、ほかは17年度だったから17年度と捉えてしまう。16年度が出せたら出して欲しい。

(久田次長)

<江別市及び近隣町村の病院・診療所の状況を説明>

(加藤委員長)

追加資料ということで、言いたかったのは特にこの地域での無床診療所の数で、開業医つまりかかりつけ医が、センター病院とどういう連携を望んでいるかを数で出したかった。かかりつけ医の医師の存在はセンター病院にとって非常に大きい。

これは、療養病床は財政的に非常に厳しいので、療養を主体にしている病院のベッド削減が進められることになる。そうになると、高齢化により病気かそうでないかのグレーゾーンの入院需要が高まるが、療養に行けない高齢患者の急性期型の受け入れをしなくてはならない。

市立病院は337床のうち一般の278床は非常に重要な議論になる。採算性がうまくいか

ないと存続が難しくなるので、それにふさわしいベッド数ということになる。

では、全体を通じて疑問なことなどディスカッションを。だいたいこれで市立病院の実情把握ができたのではないか。あり方、方向性についておぼろげながら分かってきたのではないか。

(辻委員)

砂川、深川は10万人当りで医師が多いと思うが中核病院があるのか。

(加藤委員長)

砂川市立病院は、人口はこれ位だが周辺からの患者吸収度が高い。医師と研修医が圧倒的に多い。

市単独ではなく医療圏としてみると、滝川、芦別などの周辺の相当な疾患、例えば産婦人科医師も砂川に集約した。どういう力が働いたかわからないが、これも病院の努力の結果である。市の方はこれ位の赤字ならどうぞ自由にやって下さいということで、優秀な医師が集まり研修医の教育もきちんとできる。この医師数のほとんどが砂川市立病院勤務である。

深川も同様である。

(辻委員)

旭川や深川、室蘭はよく話題になっていた。

(加藤委員長)

室蘭も家庭医育成、カレスの方針もあるが、病院は人で作られるということを実感する。

どこにどんな医師、コメディカルがいて、どんな医療を行っているか。もう車社会なので、デパート病院ではなく特徴を持つことは、ベッド数と見合わせての選択が最後の結論として非常に重要である。

(梶井委員)

7ページの入院では診療所を含めていないということで実態を表しているが、8ページの外来は資料を公開することを考えると適切かどうか。小児科は病院では市立病院しかないので、病院のみの外来患者数ではなく、診療所を含めた全体の中での比率を必要がある。内科の15歳以上も比率は少なくなるはず。資料としては何を言わんとしているか誤解を受ける可能性がある。

(加藤委員長)

他にいかがか。

(辻委員)

江別に55診療所があるが、市立病院と連携ができているのか。

(加藤委員長)

紹介患者の資料があったが、紹介元がどこかは出るか。

(池田事務長)

これは診療所別に分かるので次回に報告できる。

(辻委員)

江別医師会で市立病院との連携がきちんとできているのか。

(池永委員)

きちんととはどういうことか意味がわかりにくい。

市立病院と開業医はある程度機能していて、この患者は市立病院、この患者は札幌の病院へとか区別はしているはず。何でもかんでも全部市立、全部札幌ということはないと思う。

(加藤委員長)

その紹介先病院がそれぞれ何%かは集計できないが、市立病院への紹介元は確認できる。その数値をお願いします。

(辻委員)

市立病院に入院したら私(開業医)が診に行くと言ってくれる話をよく聞いたことがあるが。

(池永委員)

個々の医者によるが、小児科はそういう例があると聞くことは多い。

(梶井委員)

紹介で受診された場合遅くとも次の日には文書は出すようにしている。経過や退院のお知らせのやりとりもしている。開業医も忙しいが、午前中に依頼があつて入院した患者さんを夕方診に来られる先生もいる。

小児科は年に3回、4回症例検討も行っており、集まりや医師会の会合でもコミュニケーションはとれている。

(加藤委員長)

手紙ではなくこれからはITでのコミュニケーションもできる。かかりつけ医が市立病院のベッドを自分たちのベッドと感じるなどの感覚を持つことが、連携が本物になるかのカギで、

そのサポート体制を作ることがリーダーとしての任務である。

診てやるという態度だと病院は駄目になる。

(中川助役)

病診連携でのデータが一番なのだろう。市内の診療所と市立病院のデータが望ましい。

(池田事務長)

次回、地域医療連携室でのデータを示したい。

(加藤委員長)

ほぼもれなくリストに載るのか。紹介料のこともあって紹介状を書かないといけないので。

(池田事務長)

F A Xなどいろんな方法で連携しているので可能。

(加藤委員長)

連携室を介さない紹介はごく少ないと考えてよいか。

(梶井委員)

休日でも一応電話で来るが、入院させたことは月曜日には発送している。

(加藤委員長)

連携室経由か。

(梶井委員)

然り。

(加藤委員長)

では数字が出るはず。センター病院としての機能として。

さて、全体を通していかがか。

(山口委員)

平均在院日数はどうか。

(加藤委員長)

診療科別の平均在院日数。

(山口委員)

急性期かどうか知りたいので。

(加藤委員長)

病院全体では今何日か。

(池田事務長)

14日ほど。

(桜井管理課長)

今、12日ほどになっている。

(中川助役)

医師は市内に143名しかいないのか。

(梶井委員)

江別医師会会員数から見て、そのくらいになるのではないか。

(加藤委員長)

143という医師数は、籍がどこにあるかもあるだろう。

(梶井委員)

それはさほど大きい数ではないはず。

(加藤委員長)

提言、あり方をまとめねばならないが、どの規模で、あるいは経営形態がこのままか、文章化しなくてはならない。

その前に院長は正月には、ある程度皆さんとディスカッションして、北海道医療対策協議会、札幌医大に、数値を持って示せる準備をしておいたほうがよろしいのではないか。

(池永委員)

将来、市立病院が医師を求める先をどうするつもりか。大学からはすぐには無理でも、センター病院はチームプレーで医療をすべき場所なので、大学から医師を送ってもらうことが一番機能としてもいいと思っている。医師も必ずしも足りない訳ではない。大学も研修医確保に努力すると思う。

大学とツーカーになるべきで、一本釣りは好ましくない。一本釣りでのいので医者が増えたから良かったと思っけていても、医師数がいてもチームプレーができない病院は魅力がない。

今後どのような方針で行くのか、多少辛い時期があっても大学と連携する方法を考えるべき。

(加藤委員長)

それをこの委員会で提言すべきだろう。市は分からないのが実情だろう。

ただ、実情を見ると、320人の研修医が、1・2年生が終った中で、3年目に臨床研修病院に残ったのは40名だけ。つまり大学に帰っている率は非常に高い。大学に医師がいなくなっけて生きていけるはずがない。

大阪大学の眼科に今年3年生が42人。大都会の大学病院に若手医師が過剰集中している。必ず大学に戻る。

私のところも外科は1年はともかく、あとは大学に戻ることを条件にしているし、必ず戻る。大学での勉強の必要性を知っている。

3大学中心のレベルの高い医師の派遣依頼を粘り強く行って、関連病院として位置づけてもらうこと、これがセンター病院の方向性に間違いない。一本釣りで今年確保できたと喜んでいても来年になったらすぐ辞める。

大学の教授は、彼らは権力者ではない。研究者、教育者である。大学はプライマリのチャンスが少ないと学生が考えたのは一時的な現象で、1・2年の一定のトレーニング後は不満足になり、必ず大学に戻る。

(池永委員)

もうひとつ。

この場で議論しても駄目だろうが、ベッド規制が変わる可能性はないのか。札幌に集中しているが、江別は人口割りの半分しかベッドがないのに増やせない。

(加藤委員長)

医療圏ごとのベッド数は、撤廃の情報があるが、国は総ベッド数30万床削減の大方針は変えないだろう。

療養型は経営が成り立たないだろう。一番経営が危ないのは自治体病院の100床レベルで、療養型が半分とかの病院は経営が成り立たない。全国で30万床削減は既定で、あとは地域の要望に応じてとなる。地域の病床規制廃止でも総ベッド数は削減される。

(山口委員)

現状では増やせない。2次医療圏の病床規制が変われば別だが。

(加藤委員長)

情報では撤廃と聞いている。

(池永委員)

札幌と周辺は別個にすべき。脳外科がやりたくもベッドがない。

(加藤委員長)

将来像はともかく当面は急務のことがあるので、その辺はおいおいということで。

当面は内科医をどこから派遣、紹介してもらうか、それも将来を踏まえて道を誤らないようにしなければならない。

(辻委員)

江別は過疎地ではない。札幌に近いし、JRで20分もあれば札幌に行ける。なぜ江別に医師が来ないのかよくわからない。

(加藤委員長)

情報による誤解の影響ではないか。日本中で江別市立病院は医療過疎の勤務医の実情と伝わっているが、間違っている。

(辻委員)

そこが不思議。

(加藤委員長)

不思議である。

小児科や外科系の医師はしっかりいるのに、なぜ内科医だけが不足するのか。数値を見てもどうしても納得いかないのではないか。然るべき場で対話して誤解を解いて実証していくしかないのだろう。

個人的には大学の従来講座制のひずみが出ていると思う。北大第一内科はかつては循環器や消化器もやっていたが、江別市立病院に12名派遣していたが、大学の内部改革で消化器や心臓は他の講座に分担するようになり、第一内科は呼吸器しかやらないようになった。カメラをやる医師がいなくなった。市立病院はずっと第一内科の病院としてきたが、大学の動きに合わせて早く転換して来なかった。つまり時代に後れてしまった。

現実には起きているのは大学講座の中ですべて賄ってもらうことは止める時代。消化器は札医、心臓は北大などそれぞれの専門に合わせて選択すべきで、江別市立病院は、時代に完全に乗り遅れた。従って今後の戦略はそんな形で立てるべきである。専門性に応じた受け入れ体制を作っていないと、第一内科に心臓や消化器を求めても出しようがない。

(梶井委員)

総体的には大学に属する勤務医が減り、10年前なら勤務医を続けて頂けるはずが、30歳代、40歳代の開業が増えている。

ただ、江別は札幌に近い地の利ということで、ずっと内科医派遣をお願いしているある教授は、明日にでも勤務を希望する医師は5人でもいるが、それが実際に出来ないのはその分現在の過疎のところから医師を引き抜くことになる。勤務をする医師の動向としては、始めは地域医療で行くが、最終的には受け入れ体制がしっかりしている総合病院ということで札幌圏、旭川や函館に集まるという動向がある。

江別はそういう意味で魅力ある病院なのだが、今は派遣していた地域の病院から引き抜くわけにはいかないというニュアンスの返事を聞いている。

(辻委員)

いつ頃なら派遣できるか聞きたい。

(加藤委員長)

教授個人が権限を持っている大学はほとんどない。すぐにはない。

(梶井委員)

医師派遣の立地条件としては非常に有利だとは思っているが、一番余裕がないときに内科医の問題が起きたのでタイミングが良くなかった。

(加藤委員長)

5人というどびっくりするが、例えば糖尿病なら糖尿病専門教室、隣の内科からそれぞれの専門性で1人ずつ程度は融通がつく。魅力ある病院だし、札幌圏なので奥さんも希望するだろうし。受け入れの良い、働きやすい内科がキーになってくる。

さて今日すべてをまとめることはできないが、次回までに大きな項目立てをしてほしい。

1つ目に市立病院の診療の現状分析。細項目がでてくると思うが。

2つ目が市立病院の果たすべき地域における機能。数値を示し、コメントをつける。

当面の緊急的課題が3つ目、内科の議論だが。

4つ目がその方法論。

江別市立病院あり方検討委員会調査・審議事項(案)について

収益増と経費削減策は、この委員会では無理。ボイラーさんがひとり多いんじゃないかななどの議論はどうにも分からない。

あまり時間がないので日程を繰り上げるように。対大学対策、対医療対策協議会への対策が重要で、誤解を解くようにできれば、あり方を早めに出して発表することが賢明だと思う。

5番目の望ましい経営形態だが、公設民営化の意見もあるのか。とにかく皆で力を合わせて、

現状の形態をキープして、いかに1年前に戻すかに集約すべきなのではないか。経営形態の論議に一日中かけたくはないから、4と5はほかのことに合わせて行いたい。

3番目の診療科目の方向性だが、脳外科を作るような話しではないので、内科の補充についてが課題なので、その対策に議論を絞ってほしい。ただ形式的に委員会をやらなくて、早く実を取って動くことが大事である。次回は内科医補充を中心に議論したい。そのときに足元の医師、内科医以外の動揺なり離散はないのかなども気をつける必要がある。

今回の課題は今申しあげたことに集中して行いたい。

皆さんはどうか。

では診療科目の方向性は何を議論するのか。

(池田事務長)

すべての診療科でオールマイティーではなくて、ある程度診療科目を絞り込んで、採算だけではなくて市民が希望する科目への絞り込みも考えた。

(加藤委員長)

17の診療科を減らす考えがあるのか。

(池田事務長)

削減だけでなくセンター化も考えた。

例えば整形では脊椎の医師もいなくなるので、専門の医師を派遣してもらってサテライトなど連携も考えた。

(加藤委員長)

ここはあり方委員会だが、医師を連れて来れるわけではない。

緊急に果たすべき役割は内科医の補充である。病院が潰れない。不良債務を作らない。その次に整形の話になる。

どうしても分からないのは今働いている医師が動揺もなく少なくとも現状を維持できるのか。そっちの心配の方がよほどある。共倒れになったらとてもやって行けない。

当面、緊急課題である内科を優先して行うということで、拡大の話はできない。

(池田事務長)

内科医の軸を確保して、将来も考える必要があるかと。

(加藤委員長)

そうした話は第2次あり方検討委員会でやってほしい。潰れてしまったら整形拡大の話をしてもしようがない。今は不良債務をもって市立病院が立ちゆかなくなるかどうかのほうが最優

先課題ではないか。

(池田事務長)

然り。

(加藤委員長)

江別の医局、医師グループの動揺を抑えていただいて、少なくとも現状の診療科の削減がないように努力することが第一に必要なこと。収益の落ちをどこでボトムにしてどう持ち上げるかが全てだ。緊急の課題としては内科医で、内科がしっかりしてくると、他の診療科の医師も自動的に優秀な医師が来るようになる。

内科全体は出ているが、循環器などもう少し詳しく掌握して、どこに専門医がいるかということから緊急に動くことが一番の重要課題。

評論家の会議はしないほうが良い。実効性のある結論を出してすぐ動くべき。

(梶井委員)

大学から来てもらうためにも、内科を今後どのような形態にするかという夢・希望を出す。例えば、まず消化器を中心に来ていただいて消化器センターを立ち上げるというような、夢を語る事ができれば、より来ていただけるのではないかと内部で話している。

(加藤委員長)

最優先課題は外科医より内科医が急務。

(梶井委員)

外科、整形外科はもちろんだが、精神科も内科医がいないと合併症が診られない。

(加藤委員長)

全体を通していかがか。

スピードアップと散漫なものにならない実効性をキーワードにしよう。

他になければ終了としたいが。

(久田事務局次長)

次回は1月15日月曜日、2階大会議室で。

(加藤紘之委員長)

同じく3時から。では、以上で委員会を終える。(17:24)