第３回　江別市立病院あり方検討委員会会議録

日時：平成１９年１月１５日（月）午後２時５９分～午後４時３６分
場所：市立病院大会議室
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、藤田企画政策部長、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：㈱システム環境研究所（松山副社長、岩本所長）

（加藤委員長）
第３回の検討委員会を開会する。（１４：５９）
答申は短期間にまとめねばならない。時間を有効に使い、回数ではなく中身で、よろしく願う。第２回の会議録はよくまとまっていると思うが、よろしいか。
前回、いくつか課題をお願いした資料、特に地域医療連携室からの資料を出して下さいとお願いしていたものである。今日は診療科の状況の中から今後のあり方を考えるのが主眼になる。
第２回の会議録にあるとおり、５つほどの課題があり方委員会の検討の目的であるということで、１に現状分析、２に果たすべき地域における機能、３に内科の問題、４に収益性、例えば経費削減策など、５に現状の経営形態で良いのか、次の経営形態も考える、これらが検討委員会の課題である。
今日は、主に１７年度の市立病院の診療の実績、収支、特に連携室の数字など、これらを検討する中で５つの課題を集約していきたい。
そんな進め方でよろしいか。さっそくだが、報告を願う。

（久田次長）
＜１ページの江別市内の病院・診療所の診療科目の状況を説明＞

（加藤委員長）
市立病院は、産婦人科は医師が１人なのでお産を受け容れていないがその見通しはどうか。

（梶井委員）
残っている１名の医師も医師の補充がなければ、今年度に退職の意向である。それ以降は今も北大の産婦人科から応援してもらっているが、週１ないし２の派遣。従って、初期の妊娠の診断はできるがお産の入院はできず、婦人科的外来が主体になる。退職予定の医師が残る条件は複数体制だが、産婦人科学会では３人が出産の基準になっている。医師確保に努力するが、

現段階では３月に退職の意向である。

（加藤委員長）
　それは大きい。助産師の体制はしっかりしているのか。

（梶井委員）
　助産師も３月末で退職希望者が出ている。

（加藤委員長）
　内科の診療現状はいかがか。

（梶井委員）
　１１月１日から５０代後半の医師が１人、１月にその方の紹介で同じく５０代後半の医師が１人増えて２人体制でやっている。主に糖尿病、血液疾患などを主体に診てもらっている。胃カメラでのポリープの切除や心カテよりも、老人医療というか訪問医療を目指しているが、外来は月曜から金曜まで交代で、入院は７～８名を診ていただいている。また、各科の入院患者のコンサルティングをしてもらっているが、循環器などは他院に送っている。

（加藤委員長）
　内科のパートはどんな状況か。

（梶井委員）
　循環器で４人の先生に月・水・木・金に来て頂いている。その他内分泌、呼吸器で、半日のパートが多いが１１人の医師に来ていただいているが、やはりそちらからは入院になることはなく、２人の固定医の外来からの入院が主になる。

（加藤委員長）
　派遣元はどこか。

（梶井委員）
　北大第１内科から４人、国立札幌から１人、東徳洲会の循環器から３コマ、その他情報大学の医師で元々北大第２内科の内分泌の医師がいる。

（加藤委員長）
　第１内科は、かつてほとんどを派遣していたこともあり、パートである程度の応援はしているということですね。これはほぼ呼吸器科か。

（梶井委員）
　呼吸器は１名で、新患外来ということでやってもらっていた。１２時までなど条件があり、新患で長期にわたる疾患は診ないで、その日だけの患者ということで、かなり厳しい条件がある。

（加藤委員長）
　精神科・小児科は現状維持で、外科はマイナス１ということか。

（梶井委員）
　呼吸器内科がいなくなり肺がん等の手術件数が夏ぐらいからなくなったので、肺の外科専門の先生が、真剣に悩んで１２月一杯で函館に異動した。
　整形外科は今現在３人、皮膚科は９月末で市内の民間病院に移ったため、北大から外来を朝から夕方までというかたちで、当初週２日、１月から週３日で来ていただいている。
　泌尿器科は２人、眼科は札医大から２人が固定で、１人が女性のパート医師、研修後期で眼科希望の方が１人この半年来てもらっていて、手術も多くなった。
　耳鼻科は札医大から今２人だが、現状維持は難しい面があり、医長の１名が市内で開業するので、２人お願いしたが４月からは１名になりそう。外科系は手術件数によって医師を配分するので、ここのところ手術件数が減ってきているので１人にするが、手術が増えてくれば２名にするという話はいただいている。
　放射線科も、読影は北大に頼んでおり読影・治療の専属の医師はいない。
　麻酔科は固定３名と前主任部長１人にパートできていただいている。

（加藤委員長）
　偏りがある。何といっても内科が異常な状況で、以前の３つの専門機能は今はなく、総合内科だけが補充されている現状である。
　渓和会は消化器、循環器、呼吸器と、内科は一応メンバーを揃えていて機能している。院長の専門は何か。

（梶井委員）
　院長先生は北大第一外科出身と聞いている。

（加藤委員長）
　渓和会が総合病院的機能を担っていて、脳外科も持っているということか。

（梶井委員）

２００床くらいでかなり大々的に行っている。

（加藤委員長）
無床診療所が４６あって、１年間で６か所の無床診療所が開業した。有床診療所は今後ますます減るだろうが、産婦人科も減って１箇所のみあるということ。日本あるいは北海道の医療の縮図だ。
勤務医が病院を辞めてモールで開業しようという動きがあるが、札幌市内はあふれ、少し周辺に出始めた。これをどうするかが一番の課題。
科目数１７に対して、パートをどうカウントするかは問題があるが、常勤医は何人か。

（梶井委員）
今、常勤で２６人である。

（加藤委員長）
１７年度は何人だったか。

（梶井委員）
新臨床研修医を入れると最高５２名だった。

（池田事務長）
１７年度は４５、４６人から４８人。

（加藤委員長）
無床診療所４６箇所というのは、この２年間、３年間でどれくらいの増え方だったか。

（梶井委員）
１８年度にいた内科の先生が２人、６月と１０月に開業した。市立病院におられた外科の先生が内科病院で共同でやっていて、その先生が独立という例もある。

（加藤委員長）
３年間だと、おそらく１０か所ほど開業している。中堅のしかも市立病院に勤めていた先生方が開業した。

（梶井委員）
自分は市立病院で１０年半になるが、一緒に仕事をした１年上から４０代までの先生６人が開業、４人が江別市内、２人が札幌。

（加藤委員長）

この現象は全道的な現象である。札幌周辺の江別市で起きたのが驚きだが、都市周辺では普通のことになっている。

産婦人科、次は小児科だがそれも大変である。釧路は３つしかない病院を１箇所に集約する話がある。そこでは４５０もお産があるが、小児科医がいないとお産ができない。小児科も集約せざるを得ない。小児科もそういう動きで、社会現象になっている。

自治体病院は江別市立だけで、あとは民間病院である。皆さんいかがか。

（星野副委員長）

産婦人科は１人、３人体制を維持するとなると、あと２人必要ということか。

（梶井委員）

産婦人科学会でも福島の大野病院の事件があって、総合病院では３名が最低限としている。リスクのあるお産が集まってくる総合病院としては３人が目処で、今残っている先生も中堅のばりばりの医師が１人来ればなんとか残って継続する意志はあるが、それが１、２年後にまた１人という状況だと続かないと。短期間２人でも、将来きちんと補充の約束があれば残ると言っている。

（加藤委員長）

医局は何とか工面して派遣してきたが、名義貸し事件以降、更には臨床研修制度もあり、医局が派遣のコントローラーになるのはごめんだ、奥さんの意向を大事にした方がいい、というのが全体のムードである。全部の赤ちゃんが元気に生まれるのは当然という患者側の気持ちがあるが、産婦人科医がリスクをひとりで背負ってやることはとてもできない。

市立病院も年間３８５というのはすごいが、それを１人でやるのはもう本当にリスクのまっただ中にいる。せめて２人はいないと彼も燃え尽きてしまう。

大学の派遣体制は、あくまでも集約の方向で、３人揃わないとお互いに不幸。輸送体制を整えてとなっているが、そこに江別市立病院が入っていない。札幌があるからいいじゃないかという判断がある。もう１人中堅という見通しは大学からの派遣はかなり難しい。少なくとも５年単位の約束をしていただかないと。内科だけでなく、収支面を考えるとお産がなくなるのは財政的には大変なダメージである。

（辻委員）

６名の内科医が開業して４名が江別市に残ったと聞いた。原因はいろいろあると思うが、噂や新聞以外に何かあるのか。そうでないと、来られてもまた同じことになるかと思う。

（梶井委員）

私は小児内科なので多少内科の気持ちを代弁できるかもしれないが。医師として大学で研究をする、そこで得た専門性を生かして勤務医として入院患者を含めて診る。それから開業して一般的な患者を診る。もちろん行政に行く先生方もいらっしゃるが、かなりの医師が臨床で患者さんに接することに興味を持つ、それが医師の使命だと考えている。

開業だと風邪を診てそこから肺炎などの重傷者を勤務医に紹介することになる。そうすると、勤務医としてベッドを持って同僚とか先輩に相談しながら診るという勤務形態は、かなりの人が希望する職種である。

ただ、そこに伴わないものがある。ひとつは夜間と祭日も患者対応を要求される。もうひとつは収入、同じキャリアの同僚は開業すれば２倍、３倍の収入ということがある。

また、地方はお子さんの教育を考えると札幌周辺の勤務医の道がないなら札幌周辺で開業となる。

そうして勤務医が段々細ってくると、一緒にやる同僚がいなくなって負担が増えてくる。それも夜間・休日の負担が増えると、志は病院で臨床医として入院を診ながら一生をと考えた医師もある時点では燃え尽きて開業となってしまう。

（加藤委員長）

ひと言で言うと燃え尽き症候群、金銭も少しあるかもしれないが、やはり原因はオーバーワークで、時間と責任の重さがある。

開業医は助手がいると仕事が早く診療がやりやすいが、勤務医の場合、看護師さん頼むよとか、夜の検査だとレントゲンを撮って貰うために走り回る。この繰り返しが苦しい。夜当直で翌日は休めないから結局疲れきって、誰がこのことを支えてくれるのかと思う。院長、事務長はがんばってねとしか言わない、結局自分が疲れきって倒れたらどうなるか、更にサラリーの低さを比べてしまう。それに加えて研修医も含めて体力のある若手がいなくなる。これが燃え尽き症候群。

（辻委員）

働く環境が良くないことと経済面の点はこれから話し合うのか。

（加藤委員長）

市立病院の特殊問題として財政の面もあるし、１００％解決してから来てくださいというのは不可能なので、志のある医師はいるのでとにかくとり合えず来てもらう。熱意でお願いして来てもらってから、勤務態勢の改善をするしか道はない。極端に言えばこのままだと廃院になる。

（梶井委員）

医療が高度になっていくと専門性が進む弊害もある。患者にとってはいいことかもしれないが、医師としては、例えば私は小児科だが、小児科は同じ内科として喘息や痙攣や脳炎もあるが小児内科は比較的疾患数が少ない。

自分は大学で神経、痙攣疾患を１０年間診ていたが、こちらに来てそれだけでは小児科医として失格なので、小児総合内科的な形でアレルギーなどすべて勉強し直して、いま神経の専門外来をやっている。

内科は患者が多く可能性が広がっている。大学で例えば呼吸器内科をした人は、勤務して専門性でやりたいのだが、こういう病院だと、吐血といって胃腸の病気や心臓の救急で患者が来るので、どんどん専門性が進んでいるがために、全部の内科を診るというのは非常に負担感を持ってしまうというのが一緒にやっている中で感じる。

内科同士の連携があって、別に若い先生を指導しながら、総合内科的に診て専門性を発揮するというシステムがきちんとできている病院であれば、それに救急を診ることを希望する後期研修の若い先生のパワーと専門性がうまくマッチするといいかたちになる。

そういう意味では今回、先生方が去って行った状況を考えると、そのようなことも院長の立場として用意して内科の先生方に来ていただかなければと思っている。

（池永委員）

これは、江別は遅れていたなという気がする。呼吸器内科に対して循環器も消化器も要求している。これからは、循環器は北大の循環器内科にお願いする。今回辞められた先生で、燃え尽きるどころか家庭崩壊になるといった医師がいた。その当たり病院の方針が大学と合致していなかったという気がする。呼吸器科は北大第１内科でいいが、循環器や消化器は北大だけでなく札医大も含めてこれからは派遣をお願いすべきである。

（加藤委員長）

現状はいろんな矛盾が一気に出てきた。これからどういう構想でやるのか、それなら私がやってみますというしっかりした組織をつくり、明確な方針を出す必要がある。これは最後の目的になるが、今は現状把握からまずやっている。

池永、山口委員が４時に退席されるので急ぎたい。次をお願いしたい。

（久田次長）

＜２ページの市立病院の診療科別の患者数の状況（平成１７年度）について、入院患者数と外来患者数を説明＞

＜３ページの市立病院の診療科別の診療単価の状況（平成１７年度）を説明＞

＜４ページの市立病院の診療科別の収支の状況（平成１７年度）を説明＞

（加藤委員長）

費用の計算方法だが、主な内訳は。

（久田次長）
大きくは給与費・材料費だが、減価償却費も含めている。

（加藤委員長）
これで稼いでいるのといっても、薬をたくさん使う診療科は稼いでいても薬品費で流れている診療科もある。手術の多い診療科はその収益に入っていて評価は難しい。科の特徴があるのでその医師は一概に稼いでいないということにはならない。健全な科なら普通に診療をしていれば１人１億円以上の収益を挙げられる。
診療単価の話は耳慣れないかもしれないが、入院単価３万１千円は高くない。むしろ低い。
精神科その他、収支を超えた自治体病院という役割もある。営利だけではないのが民間病院との差で、市民の方に負担して頂いているということ。また国や道からのバックアップが少々ある。
単価はやはり全国自治体よりも低いか。

（久田次長）
１７年度の全国自治体病院の４００床から４９９床の病院では、入院は３５，５８１円、外来は８，６９８円である。

（加藤委員長）
以前は循環器科も第１内科出身だが、今、第１内科には循環器科はない。呼吸器科しかない。第１内科出身の循環器をやっている医師の後継者がいないところに派遣を依頼しても医師は来ない。消化器もそうである。では隣の診療科に行こうと言ってもこれまで付き合いがなかったということになる。呼吸器科ならお願いできるが。
２ページは科の特徴というよりも、どんな医師がそれを担当していたかということだ。非常に評判のいい、燃え尽きるような診療科、例えば循環器科は外来が非常に多く１日１２１人、入院２２．７人だが、非常に手のかかる診療科だ。医師は何人いたのか。

（梶井委員）
３人プラス、前に呼吸器をやっていて大学に帰る前の１年間の研修で１人、都合４人。

（加藤委員長）
小児科も、夜間もあり大変だ。整形外来はリハビリの患者も入っているがやはり多い。とにかくこれだけの患者さんが市立病院での診療を求めている。この現実を捉えて、現状維持への復活が市民への責務である、そういう認識を持つことが必要である。札幌が近いから行けばい

いといっても、高齢者、子どもはそう簡単には行けない。

（梶井委員）
　今回感じたのは、耳鼻科、泌尿器科、眼科は当院にかかっていただくが、内科は他の病院紹介で、患者が戸惑う。高齢者の方は、いろいろな科に一緒にかかりたいということで当院にきておられるが、内科がないことで非常に迷惑がかかる。複数の科を同時に受診しているので、当院に期待される。

（加藤委員長）
　これが、総合的自治体病院に期待されている。外科はメスを持って待っていても、内科がいないから患者が診断されない、腕が衰えるばかりということで中堅が心配する。内科２５％、神経内科を入れると２６．８％の患者が内科系で占めているのに、内科医がゼロでは廃業するしかない。
　繰入に関しては、このくらいの予算規模があれば、市立病院としては良い方だ。しかし、このままだと市民がギブアップする。
　次に。

（久田次長）
　＜５ページの市立病院の他院からの診察・検査等の依頼の状況を説明＞

（加藤委員長）
　検査は主にＣＴ、ＭＲＩか。

（久田次長）
　然り。

（加藤委員長）
　消化器内視鏡の依頼は意外に少ない。あまり消化器センター的役割を果たしていない。

（久田次長）
　＜６ページの市立病院の外科系救急指定日の診療の状況（平成１７年度）を説明＞

（加藤委員長）
　火・金の夜間の年間９４回の直接担当医は院内の整形と外科の医師か。（久田次長：然り）
　土日もすべて院内か。（梶井委員：応援も来ていて、半分ほどか）
　それで外科系の医師は燃え尽きたのか。

（池田事務長）
　そういったことはない。

（加藤委員長）
　燃え尽きていない。やはり新聞報道の偏りがある。医師が夜間救急をやるのは社会的役割である。
　燃え尽きたというのは、個性とか、誤解、後継者の問題、自分が燃え尽きた後は誰も来ないと梯子をはずされてしまっている。
　在院日数は一般病棟１３日で短いが、これは院内で何か言っていたか。普通この辺だと大体１６日ぐらいだが。

（池永委員）
　我々のところにくる患者さんから３週間と言われていると聞いた。

（加藤委員長）
　稼働率は何％か。９０％台か。

（池田事務長）
　８６％。９０％行かない。結局、クリニカルパスもあってのことと思う。

（加藤委員長）
　９０％超えればいいが、そんなに空いていて１３日以下は不採算である。平均在院日数を短くするのはベッドが埋まる前提である。
　整形外科も早く回転している、２２日は大変である。
　ところで、道の保健福祉部ではこの問題に関して、あるいは札医大との連携についてはどういう話になっているか。

（山口委員）
　医師確保は医局ではなく、大学として全道的見地からみている。その中でも江別以外でも医師確保で悩んでいる市町村立があり、話題は特にここだけということではない。

（池永委員）
　単に市立病院でなく、波及が恐ろしい。例えば、産婦人科も大変なことで、内科の問題に絞られている感じがあるが、急ぐ問題である。
　答申は、短期的なことだけでなく、長い目で見た見通しも少し答申に入れてほしい気がする。

（加藤委員長）
　確かにそうで、夢がないと人は来ない。

（星野副委員長）
　答申では、市民に向けた情報発信、来て頂くであろう人への発信もある。いままでの議論で大分現状が見えてきたので、必要な診療科、医師確保、もう一つ組織体制のほかに、経営についても情報発信しないと安心されない。
　経営形態も、これと特定はできないにしてもビジョンの中にいくつかの選択肢を入れたほうが良いのではないか。

（加藤委員長）
　あまり曖昧にしないで、主張できるところまで思い切って主張してはどうかと思う。

（辻委員）
　再建のために環境や経済面での整備の意見が色々出るが、それが市のほうではどこまで、例えば給与を上げて経営が成り立たないとか、環境整備のために看護師を多く採用するとか、それに対して市はどう考えるのか。

（加藤委員長）
　市もプランがあって初めて答えられることだとは思うが、どうか。

（中川助役）
　それは非常に難しい問題で、江別市一般会計の財源は３８０～３９０億円。一部他の政策を止めても市の財源を投入する状況にあるかどうかの判断だが、今、一般会計の相当数を割いて病院再建につぎ込むということは、市民的感情としては理解していただけない。
　単年度ごとに相当大きな赤字を覚悟しなくてはならないが、当面どうするかもあるが、将来の中長期のビジョンを明らかにした上で、例えば１０億円の借金が出た場合、それを何年で返すのかという経営方針を持って市民に明らかにしないと、ただ単年度の赤字を一般会計で埋めるということだけだと議会の理解も得られない。
　こういった環境にある中で、いかに医師の処遇改善なり勤労意欲を確保できるかにかかっている。しかし、それを支えるためには単に医師確保以外に職員がいかに医師の働きやすい環境を整えるかが土台になければ、医師確保はできない。これらは重層的・複層的にかかわっていることを職員、行政内部の我々、議決する議会すべての理解が必要である。

（加藤委員長）

すべての医師が燃え尽きたわけではない。今でも頑張っている医師がいる。ハートがある。サポート体制も相当ある。いま、ひとつの矛盾が全体の矛盾のように誤解されている。また、とんでもない財政の出費ということはあり得ない。

しかし、もう少し働きやすい環境、例えばクラークを入れれば全然違う。そういうビジョン、働きやすい環境を示せば、必ず医師は来る。

いままでどうしようということだけで、様々な情報に振り回されすぎている。リーダーを中心にビジョンを持って、しっかりアピールするような文章化を早急に行う必要がある。各方面にも協力いただいて本当のことを伝えてほしい。そういう意味ではこの委員会の熱意を思い切って伝える努力が必要になる。

（中川助役）

市立病院は過去に、消化器、循環器、呼吸器と専門化していたにしても、あくまで内科医は北大第１内科のみでやってきた。状況が変わって、今まで付き合いがなかった第１内科以外の医局に医師派遣をお願いすることは果たしてできるのか。

（加藤委員長）

できる。私どもの病院は、内科系は札医大、糖尿病は北大の第２内科など内科系だけで四つの医局から医師を派遣していただいている。昔は北大第２内科だけだったが、随分早い時期に消化器は札医大にお願いするなど、どんどん切り替えてきた。相手方からみても、専門医がいないのにお願いされても無理な話だ。市立病院はその転換が遅れていた。あなたが育てた専門医を下さいというのは普通のことで、全く医局を気にする必要はない。

（中川助役）

少し明るい気持ちになるが。

（加藤委員長）

大丈夫。この場所、この建物、受け入れ態勢などきちんと説明すればちゃんと考えてくれる。

（池永委員・山口委員、所用にて退席１６：０８）

（加藤委員長）

だいたい現状、ピンチな状況が分かった。

わたしが院長にお願いしたいことは、残っている医師、職員の動揺をできるだけ抑えてほしいということ。いま大変だと思うがコミュニケーション、風通しを良くし、見通しを語って中を固めていただきたい。

状況はいかがか。

（梶井委員）
　現実として、９月末から１０月は、内科医はゼロ。１１月と１月に２人に来ていただいて、外来だけで相談するのと、勤務医にいつでも相談できるのは大分違う。
　一番心配なのは外科系で、目に見えて手術件数が減少している。これが１年続いたら勤めきれないという先生もいる。
　そういう意味では内科を充実して、手術件数が元に戻らないとしても増えていることを示さないと外科系も心理的に参る。春から内科を立ち上げてなんとか勢いを出したい。

（加藤委員長）
　自分たちはこんな気持ちでいるということが世の中にしっかり出て、自分たちがこの地域を守って行きたいので、来て下さいというアピールが必要。あまりおとなしくしてないで世の中に訴えていくことが一番大事なこと。

（辻委員）
　市立病院は、内科はやっていないと言われる。市民にわかるように新聞でも書いてもらうようにしてもらいたい。

（梶井委員）
　秋には小児科もなくなると言った患者さんがいた。整形も耳鼻科もそういう風に言われたと聞いている。いろんな意味で誤解と風評、市立病院は消滅するといったような噂は恐ろしい。逐次きちんと表明していかねばならないと思っている。

（池田事務長）
　しているがなかなか浸透しない。

（中川助役）
　市立病院を受診されている患者さんは分かっている。
　市立病院の外来はこうです、内科はこうですと、新聞の折り込みでも入れるべきか、しかし今は読んでいただけるようなことができていない。今こうありたいといっても、現実はなかなか、そうはなっていない。広報と受け皿にギャップがある。

（加藤委員長）
　報道にも、私たちの答申、アナウンスも大きく出していただきたい。

（梶井委員）

消化器で吐血、心筋梗塞の患者さんは、来ていただいて診断をしても、札幌や渓和会にお世話にならざるを得ないので、そこはちょっと難しいところにある。

（辻委員）
そういう風にここに来たらどこかに紹介してくれることが明らかであればひとつの安心感につながる。

（加藤委員長）
そういうこともひとつの方法論。今後の診療はあくまでセンター化を目指すということ。

（星野副委員長）
これは早めにという委員長の話で、だいぶ整理していただいているし、スピード感をもってまとめることと、ありがちなのは、内容は事務局案でしゃんしゃんではなく、たたき台を作っていただいてそれを横に置きながら議論を進めたほうが良いのでは。

（加藤委員長）
次回までは、答申の原案をあらかじめ配布いただければ勉強できる。先ほどの５項目の課題のいまここを議論しているということがわかるようにしたい。事前に手に渡っていれば来る前に勉強できるし、そうすればいいものができる。
そういうことで、あり方委員会は、答申の原案でも作って下さいなんていうのは意味がない。実効性のある委員会にしたい。それも急ぐことである。遅れれば遅れるほど機を逸する。今までが遅すぎた気がする。
次回には答申案の原案を、たたき台でいいので、予めお届けいただく。この中に５項目がすべて含まれるようにお願いしたい。
近々の目標、当面の目標と中期の目標、期間としてはどれくらいか。

（久田次長）
当面は１年、中長期的には３年、５年ないし１０年。

（加藤委員長）
それを明確にして目標を立てる、その二段階の説明を。
そうすると、答申の原案作りを早く仕上げるということだが、５項目の中でまだ砕いていないのは何か。
ひとつめの現状分析は今日までのでいいのでは。
次に、果たすべき機能、センター病院としてのあり方とその方法論。
３番目は緊急的課題。やはり内科、産婦人科に限定される。またその方法論、どこに依頼す

るかの方法論。

収益性、経費は補てんがどこまで可能なのか。

経営形態の提言も、こうしたらこんな不利益になるということを分かり易い言葉で、公設民営とはどういうことかなど、市民が理解しやすいように表現してほしい。例えば、民営化といった場合は全部委託、一部委託という言葉を使うのか。全部委託と一部委託に分けて報告するのか。

（久田次長）

すでに一部委託は実施している。全部委託だけでいいのでは。

（加藤委員長）

そのときあまり簡単な言葉だとそれでいいかということになる。責任はあくまでも市にあるのだから。

（辻委員）

指定管理者制度は。

（加藤委員長）

一部良いところもある。

全部適用は、院長に権限がある、人事権をもつなど良い面もある。宮城県、愛知県の県立病院の全病院をコントロールする管理者が経営をやる。各病院長には中を固めてもらう。事業管理者は権力を持っているので、人事異動や共同購入とか経営に関しては厳然たる力を持っているので、相当なパワーを持っている人がやらないと、院内で１人だけ管理者になっても、病院長と同一人物が管理者になっても変わらないのでなかなか難しい。

今までの資料で、事務局としては５項目の中で何が不足しているか。

（久田次長）

内科の関係で言えば、例えば１７年度と１８年度を１０月の状況で比較するとか、内科医のいない状況の中でどうなったのか。それと現在行っている医師確保の動き、どういうところに働きかけているかといった資料。経営形態の話では、いくつかの典型例についてのイメージできるような資料。

（加藤委員長）

そこは、この程度の赤字ではまだへっちゃらだ。全部委託までは方法論もあるが。まだまだ絶対に大丈夫。全部適用までか。

（星野副委員長）
極端な話、廃院になるととんでもないことになると訴えるのもひとつの考え方だと思うが。

（加藤委員長）
次回は、センター化構想は分かったので、内科の診療科の専門性のあり方、総合内科のあり方、医大の方法論まで絞って動き出すに近い時期。かなりのハイスピードだがその方がいいのではないか。
資料はそのくらいか。
頼りにしたいのは、アピールである。一番注目すべきは署名運動である。市民の自発的な声を実感したい。
場合によってはゲストとして中心人物の意見を聴きたいが、可能かどうか。
それと院長にまとめていただく医局の声も現実的なものにできれば、自信を持って外にアピールできる。

（中川助役）
新年度の病院予算の編成に向けて、市立病院として単なる医療行為ということでなく、予防医療も含めて、市立病院は市民に対してどういうものが地域に貢献できるのか、病院として、もっと地域に出て行って、お金になる、ならないの問題ではなくて、病院としてこういう機能を持って、こういったことが市民のためになるということを理解してもらえるような仕掛け、何ができるかということ。
糖尿病の講座、地域健診など色々あるが、広報えべつの「いまどきの養生話」に出ているようなことが地域に出て行って話してもらう。その治療のために病院にいらしてくださいということが大事。単に患者さんに来てもらえるだけでなく、地域に出かけて行くことが将来に繋がる。大学病院と違って、あくまで地域のための病院であるというスタンスが重要だと思うがどうか。

（加藤委員長）
大事なことだ。病院の中に健診センターを作って専任の医師がいる。今度はその先の精密検査、２年に１回カメラと同時にＣＴをやっておけば肺がんは大丈夫ですねなど、健康を守る市立病院、その中の１つが健診センターである。ＣＴなら小さいがんでも見つかる。カメラでやれば初期がんが見つかる、手術でなくカメラで治す。そのレベルの医師、専門性を持った医師を連れてくる。健診があって、専門医がいるというかたち。そういうアピールは大事である。

（中川助役）
市民は、それなら税金投入も可となる。

（辻委員）
大麻のまちづくり協議会で地域の先生が、外科や耳鼻科など毎年交替で出てくれる。とても人気があって人が多く集まる。
昔、消費者協会でも岩田先生に来ていただいてお話ししていただいたが、身近にある市立病院の先生はちょっと敷居が高い。
平日は無理と思うし、土日は悪いなとは思うが、市民との接点を持つことも大事なことだと思う。

（中川助役）
今の段階で背伸びはできないが、現状の中でできることを踏まえた上で少しずつ積み上げるしかない。

（梶井委員）
いま、副院長を中心に地域連携の担当者がいて、いままでは月１回の講堂での講座をやって広報としていたが、もう少し外に出て行こう、大麻、野幌の公民館、コミュニティーセンターで、医師だけでなく栄養士や薬局も協力してもらう。今までは外来数をこなすので精一杯だったが、市民との信頼とか交流を深めるには、外でそういう講座をやって、また予防医学的な分野を充実させるなどしながら、内科や病院の立て直しをしなければだめだという話を内部でしているので、またご意見をいただきたい。

（加藤委員長）
総合内科も良いが、１人健診専任、要精密になったら専門の先生に頼んで総合的に診て上げられる機能が院内にあることが必要。
いまひとつは、その前の話を少しずつ先生方に回っていただいて、医師だけではなく栄養士が糖尿病、母親教室をやる。この辺はリーダーシップを発揮していただいてよろしく願う。
次回の資料は、主にあり方、答申のたたき台をお願いしたい。
次回はいつか。

（久田次長）
１月２４日の水曜日、時間は３時から。

（加藤委員長）
場合によっては、７回までしないで５回で完結して行動することもひとつの考え方。
では、以上で委員会を終える。（１６：３６）