

第4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24日（水） 午後2時58分～午後5時24分

場所：市立病院2階大会議室

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、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、越田医事課長、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、松山副社長）

（加藤委員長）

第4回の検討委員会を開会する。（14：58）

第4回ということで、予め資料を配布した。重要なのはその中身が本当に生きた答申になっているかどうかである。そういった意味で、ここで検討する毎に議事録を作ってもらっているが、答申案の中身をきちっとまとめていただきたい。

今日はこの答申案がこれで如何か、ということについて議論していただくことが主たる目的である。答申が遅れば遅れるほど、医師対策など時期を逸するので急ぐ必要がある。

今日の進め方だが、この資料は今回お願いしたもので、まずこのことについて報告いただきたい。

（久田次長）

<1ページ・2ページの市立病院の診療科別患者数・診療収益の比較について説明>

<3ページの市立病院の薬剤処方枚数・検査件数等の比較について説明>

（加藤委員長）

精神科の入院収益のマイナス54.6%というはベッドの削減の影響という解釈で、内科医の影響ではないという解釈でよいか。外来は減収になっていないので。

（久田次長）

然り。130床から59床にした。

（梶井委員）

ベッド数が減ってからの推移でも若干減少してきており、内科的な合併症をもつ精神科の患者を受け入れられないことで多少は影響を受けているが、大多数はベッド数の削減によるものと考えてよい。

（加藤委員長）

耳鼻科の減収は開業のせいかな。

(梶井委員)

耳鼻科はそれまで長くいて手術を多くされていた医師が秋に入れ替わった影響。2人体制は変わっていないが、そこに内科的な問題も絡んでいる。

(加藤委員長)

お産はどうか。

(梶井委員)

医師が3人体制から9月に2人体制になり、やや手術などが控え目になってきた。婦人科的な問題は内科医がいないため少し制限されている。

(加藤委員長)

産婦人科の17年11月と18年11月の明らかな違いは、医師が2名になった影響か。

(梶井委員)

10月末でもう1人辞めて1名になった影響。

(加藤委員長)

整形外科は、医師数は変わらないが、内科疾患があるので影響を受ける。

(梶井委員)

然り。整形外科は、明らかに老人の股関節の問題など、ほとんどが内科の合併症を持っているので、ものすごく影響を受けている。

(加藤委員長)

外科の減少も数10%が内科からの紹介なのでということだろう。小児科が懸命にがんばっている。

(梶井委員)

小児科は季節的に感染症が多かったということもあると思う。

(加藤委員長)

神経内科の数字は医師の退職によるものか。他の総合内科的な内科と消化器、呼吸器、循環器についても医師の影響によるもの。循環器のパートは今、週何回か。

(梶井委員)

循環器は週4日、月・水・木・金の午前診療で週4コマ。消化器は現在、第2・4の金曜日に午前と午後診療しており、月に4コマ。呼吸器は週1回、午後のみで月4コマ。内科は糖尿病の専門外来で出張医が週5コマ、4週で月20コマ。プラス常勤医1人が月・水・金の週3

回で月12コマ。合計で32コマ。

(加藤委員長)

内科系のパートの医師だけでもこれだけの患者が来ているので、ましてや常勤医師がいれば患者は来る。外科、整形、婦人科も内科の影響を連鎖反動的に受けている。精神科はベッド削減の影響。眼科は固定医が2人で収益は増加している。泌尿器科は、入院はほぼ同じ収益。

(越田医事課長)

眼科は8月から医師が1名増え、患者数も増えた。

(加藤委員長)

単月比較なので一部分しか見ていないかもしれないが、去年(平成18年)の11月のムードだとこれはちょっといけない。働き手は街に行けるけれども、老人の多い眼科、小児科は地域で入院という傾向が強い。外来でもほぼ同じ傾向。

外科、整形は入院患者が大幅に減少したが、外来の方はある程度の影響を受けているもののが下がる率が低い。精神科は変わらない。

内科は外来だけでも、一般内科、糖尿病の患者が来てくれれば、良くなる。これを見ても、とにかく常勤医がいれば状況は劇的に変わることがわかる。

薬剤は院外処方か。

(梶井委員)

然り。85%程度が院外。

(加藤委員長)

院外処方といっても、処方箋料の収入はあるが、やはりこれだけ落ちる。

検査の落ち込みも大きい。CT・MRI・RIは機器を新しくしたのではないかと思うが、減価償却を行わなければいけないときにこの収入ではとても返せない。

手術は眼科が増え、外科・整形が減少している。整形外科など、内科医が診断するわけではないが、内科医がいると安心して手術ができるので件数は元に戻る。外科は方針を出すのは内科医なので、影響を受けている。

経営的にはこの状態を1年間続けると不良債務を出すだろうということ。15億ぐらいの減益になるという状況。

12月のデータは未だ出ていないが、何となくの気配だが、常勤が2人いれば整形も少し戻るかという感じだが、如何か。

(梶井委員)

10月は内科医が0人だったので最低の状態、11、12月は常勤医1人確保で微増。少なくとも折れ線グラフではV字の始まりという感じは見えているが。

(加藤委員長)

収益の中に看護師 7 : 1 体制はいつから組み込んだのか。

(桜井管理課長)

スタートは 10 月からだが、診療報酬上は 11 月から請求。

(加藤委員長)

すると、これは平成 18 年 11 月では 7 : 1 での収益ということだ。7 : 1 の収益上の効果はどれくらいか。

(越田医事課長)

7 : 1 体制にした効果額は月 920 万。11 月の入院患者 4,129 人から精神科 924 人を除外し、10 : 1 との単価差 2,860 円で計算すると、差は 9,166 千円となる。

(加藤委員長)

いま看護師 7 : 1 配置で、2 病棟が戻ると、看護師は 10 : 1 で足りるか。

(桜井管理課長)

病棟を再開すると 36 人位足りない。これまでに看護師 26%、ピーク時から比べて 60 名ほど辞めている。

(加藤委員長)

内科医 2 人来たとして、2 病棟を再開しようにも 10 : 1 の看護師がいないという状況。なんとか努力して、最低でも 1 病棟を開けられるだけの看護師を確保する必要がある。

(梶井委員)

昨年 10 月から内科医が辞めて、看護師 30~40 名ほど辞めている。内科医が戻ったときのために、12 月から看護部長を中心に、私自身も看護師と面談を行ってきた。内科医が戻り 2 病棟戻したときに看護師が足りないという状況になってしまうので、それに見あう看護師を補充しなければならないと思っている。

(加藤委員長)

厚労省から 7 : 1 が急に出てきて、15,300 円を加算することを決めた。そうすると、東大が顕著だが、全国を回って看護師を 300 人集めてきた。九州の大学もそう。地域の看護師が皆引き抜かれてしまって、地域の中小病院は成り立たなくなった。加算したところが 1 人勝ちする。厚労省からすると、病院が潰れてベッドが維持できなくなるので病床が削減できるという作戦だが、江別の場合は偶然医師がいなくなったためにベッドを削減して、いま 7 : 1 がとれている。これが、ベッドを戻したら今度は看護師が 10 : 1 にも足りないとなると、非常に問題である。

余談だが、医療法の改正は2年後だが、恐らく秋から看護度に応じた加算が始まる。今、市立病院に必要なのは、看護度3以上の重症患者は1フロアに集め7:1配置にし、その他は10:1にする。つまりベッドの共有化ということ。院長にお願いしたいのは、今のうちから看護部にこの対策の勉強を始めさせて、看護度に応じた対応をするフロアを設けて、重傷者をそこに集めて7:1にするような対策が必要。今は、7:1がとれているので、看護師の人員費はムダにはなっていない。

次の対応策についてお願いしたい。

(久田次長)

<4ページ・5ページの現在行っている医師確保のための対策について説明>

(加藤委員長)

夜間急病診療所を併設していたために、風評で365日当直しなければならないという、大変間違ったイメージがついてしまっている。既に病院から切り離して独立したこと、過去の風評は、実際はこうだったと言うことをひとつひとつ言って、誤解を解く必要がある。

給与面の改善について、従前は低かったのか、岩見沢と比べてどうだったのか。

(梶井委員)

改正前は札幌市立、小樽市立より高かったが、岩見沢、千歳、苫小牧よりは低かった。今回の改正で、岩見沢、苫小牧レベルになった。

(加藤委員長)

給与は、それはそれで上がって良かったが、医師は給与面より働きやすい環境のほうを求めるので、むしろ勤務環境が大事である。

医師派遣依頼については、まずは専門医をお願いするところとして大学。それから総合内科的な医師をその他の団体に依頼する。

地域医療振興協会は、自治医大だが、育成方針は総合内科医（総合診療科）が主旨なので、市立病院でもプライマリーを担ってもらう。北海道地域医療振興財団は短期出張で、常時34名のシルバードクターが登録されており、昨年の実績では1,680件の応援に出ている。短期の派遣なら可能。常勤は5、6名。民間の人材派遣会社は今横行しているが、結局営利団体なので契約額の数10%を受け取る。継続性の問題、医師の素養の評価ができない状況などの問題があり、かなり危うさがある。

最初に内科医が全員退職すると言われてから、今までにどのくらいの期間がたっているか。

(中川助役)

正式には8月17日だったと思う。

(加藤委員長)

それから、およそ半年弱、このような努力を行ってきたということか。

(梶井委員)

昨年の8月には12人が退職や開業で8人になっていたが、8月に9月一杯で全員退職と言われた。

(辻委員)

環境が良いと医師が集まってくると言っていたが、8月で辞められた医師はどういう所に行ったのか。

(梶井委員)

知っている限りでは、12人の内、前院長は退職して民間の施設長をしている。3月末に函館沿線の先輩のやっている民間病院に1人就職、2人は中堅の医師で我々にとって一番痛手だった医師が江別市内に開業、卒後5年目で循環器と呼吸器の医師2人は1年間の北大第一内科のローテーションの一環としてこちらで指導を受ける予定で来られたが、指導医がいなくなるにより大学に帰られた。その他の医師については、大学の医局の教授から市立病院に残って内科を守ってくれと言われたが、他の内科医がやめて勤務がきつくなるし不安だということで皆さん、個々人で勤務医を決められた。具体的には札幌市内の民間病院に2人、公的病院に応募で行かれた医師が1人。公立病院としては国立病院1人で、他は全て民間病院だった。

(辻委員)

かなり遠いところに行った医師もいて、必ずしも札幌近郊で環境が良いから札幌の病院へ行くということで辞めただけではない。民間に行かれた医師は収入が良いから行かれたのか。

(梶井委員)

1人は先輩がやっていて、前から来ないかと言われていて数人でやっている開業的な総合科の民間病院で、恐らく給与は良かったし、夜間救急はないので仕事上も専門分野だけをやればよい。その他、給与は同等だけれども札幌市内に移られた医師もいる。

自分の想像も入ってはいるが、恐らく以前は12人体制でやっていたが、夜間急病診療所は4月、5月の時点で市の方針として正式に分離する方針が出ていたので、秋まで待てば良くなることは知っていたはずだが、1人欠け、2人欠けして、最後の1人になると仕事上で大変になるという心理が働いたのではないかと思う。

自分としては、市は4月の時点で夜間急病診療所を10月に独立させることを言っていたので、医師が主張していた夜間救急の問題は解決することが分かっていたのに、辞めていったことは疑問には思う。やはり、すこしずつ欠けて行ったことが影響したのではないか。

(加藤委員長)

北海道だけでなく勤務医が燃え尽きたのは3つの要件。救急リスク、医療環境、訴訟。給料面ではもっと高いところは沢山あるが、燃え尽きてしまう。開業すると5時以降にフリーになるのはこんな楽なことはない。しかも昼間危なくないことをやって収入がほぼほど得られる。

子供の教育も都会で受けられる。それで皆、医療モールの中で無床診療所として開業する。医療法がこのままだと、この流れはずっと続く。

市立病院は、早くアドバランを揚げないとこのままでは廃院になる。いま相当な議論になっているが、近い内に開業医にプレッシャーがかかる。勤務医をもっと大事にしないと地域の住民は救われない。

医師会のプレッシャーはきついのでそう簡単にはいかないが、かかりつけ医として十分共存できるはずで、何も矛盾しない。

市立病院はなぜアドバランを上げなければならないかという、そういう傾向になっていることに対して、今このピンチを救うために市立病院として新しい改革が始まったというキャッチフレーズを今作ろうとしているということ。

(辻委員)

キャッチフレーズを新しく掲げると言っても、給与は上がったが、医師が足りないという環境の中で、どこまで給与水準を持ってきたら来てくれるのか。医師に来てもらうために環境を良くするというのは色々あると思うが、給与面でどこまで上げればよいのか、標準でよいのか。

(加藤委員長)

それ以上は上げるべきではない。常識というものがあるし、医師はそれ以上プライドを失うべきではない。ある町の産婦人科で6,000万円というのがあったが、それはおかしい。

(梶井委員)

辻委員の答えになるかどうか分からないが、委員長の言う給与よりも環境だということに関して、あくまで私の意見として聞いて欲しい。つまり大学は研究の場、開業医は一般の家庭医ということ。入院患者を持って、大学で学んだ専門性を発揮するためのある程度のMRIとか脳波などの機械を使える環境は、ある一定の医師にとっては一番望む職場である。

それなのになぜ勤務医が辞めるかという、もちろん任務として夜間救急、当直は仕事としてやるが、いまは周りからはほぼ夜間と休日診療に対して主に期待される風潮がある。そこはやはり、マンパワーとシステムで対応していかないといけない。

勤務医という医療形態、医療の現場の中でやって行きたいという人は一定数いると思う。開業する若手の中には本当は勤務医としてやってみたいという人はいるが、疲弊の問題や家族の問題。中には給与のことを言う医師もいるが、外来を診ながら、入院患者を治して帰してあげるといって医療に生きがいを感じる医師はこれからも一定数はいると思う。そういう医師が残っていける環境が必要だということ。

(加藤委員長)

ねじれ現象が起きてしまって、上3人位は1年前から開業を考えていた。ところが以前依存していた第一内科は、今は呼吸器の医師しか養成していない。そこからは送りようがないことがわかって、慌ててよそに頼みに行ったが従来から付き合いがなかった。そして中堅の医師が大変になって、なだれ現象が起きてしまった。

(梶井委員)

特に循環器の先生はずっとものすごく頑張っていて、私も開業を表明されるまでは中核となってもらえる先生だと思っていた。よく話を聞くと、北大の第一内科からは循環器の後輩医師のサポートがないということがわかっていて、色々悩まれて開業を決意した。そういう意味では循環器の医師補給のルートを早く準備して、その先生がリーダーとしてやれる循環器グループをサポートできなかったのが大きな原因だと思っている。

(加藤委員長)

こういうことが働きやすい環境である。循環器は1人ではできない。環境改善について市立病院としての気構えを見せる必要がある。

次に将来的な考え方についてお願いしたい。

(久田次長)

< 6 ページ・7 ページの将来的に考えられる市立病院の経営形態の典型例について説明 >

(加藤委員長)

廃院となると、全て処分しなければならなくなり数百億の費用がかかる。民設民営は、民間事業者が買ってくれるかどうか。借金を返すのに、費用がかかってしまう。この2つはものすごい借金を負うことになる。

Aは現状で改善努力をするということ。夕張はC。市は管理を指定管理者に完全に任せ、従前の借金は市が負うが、経営を委ねた後の赤字の負担は、市は負うのか。

(久田次長)

夕張は、市が国からの交付税の一部を病院に出すことができないか、北海道、総務省と協議しているが、現段階では認められていないそうである。

(加藤委員長)

基本的にはそういうことになる。責任は市が負うが、国からのサポートはなく預けた方に経営をお願いすることになる。

全部適用は難しい。確かに管理者にかなりの権限を委ねることになるが、管理者に力がなかった場合は一部適用と変わらない。院長に人事権を預けても十分な能力を持った人物がなかなかいない。埼玉県では5つ位のグループ病院の人事権等を管理者が仕切って、トータルとして経営を健全化することだが、能力、手法において管理者がよほどの人でないと、むしろ赤字になる。

この市立病院でも相当大変で、そういう人が出てくるのか。梶井先生が人事権など全て握って解決ができるかというのと相当大変で、事実上Aとあまり変わらないということになってしまう。

経営改善の可能性は、一番はどれかということはこちらでは決められない。併記することにな

る。

(星野副委員長)

経営形態としては、あり方として列記せざるを得ない。指定管理者については、適用例はあまりないし、状況は違うが、大宰府の例は財団。江別で受け皿としてあり得るのか。全部適用については、武先生の例は、当時の知事が三顧の礼で迎えた背景と武先生の手腕だが、そういう人が果して見つかるのかということはある。ただ、こうだということは示せないにしても、少なくとも現状維持を選択したとしても、なんらかの改善の手法は示さなくてはならないのではないか。

(加藤委員長)

配布資料のように経営形態の種類を並べることは、その辺から持って来ればいいことで誰でもできる。委員会の役割として、絞り込んで、その中でもこの経営形態での可能性を追求するのが江別市民について最も良いという踏み込みをするのか。

(池永委員)

指定管理者制度にする場合、特例のようなものを作っておかなければ、4年後に契約を更新するので職員は心配する。指定管理者が変わってしまったら職を失うことになる。また、ここには書かれていないが、市で指定する場合に結構財政的なことを基準にする。予算的には今までよりもずっと切り詰めたものになってしまうということで、仕事は今まで以上にしなければならない上に、経済的には苦しいとなると、4年間の間に職員に不安を与える。

私のやっているところではまあまあやっているが、赤字予想の中でこれをやると次が続かないかという気がする。

(加藤委員長)

難しい問題だ。

(辻委員)

職員が続かない。

(池永委員)

辞めた者がおり、聞いたら、4年後が危ないということが理由だった。

(辻委員)

私たちも指定管理者で、若い人がすごく不安なので辞めたいと言って来ている。

(加藤委員長)

夕張のケースは19床なので、彼1人でもやれる。あと、借金は市が面倒をみるということで初めて成立する。この規模であれば雇う看護師も少ないので地元の人で十分大丈夫。

この江別市でやるとなると、よほど有能な人が来ても単独の病院で経営するのは無理か。5病院位持って職員を融通し合うようなシンジケートの中でやらないと無理。診療所レベルにまで思い切って縮小するか。

(辻委員)

指定管理者制度にするのであれば、特例を作らないと、4年毎というのはとてもやって行けないのではないかな。

(加藤委員長)

ともかく、医師はじめ職員が安定という面で、とても不安になって不安定な組織になる。そうすると、現状維持でがんばるといのが大前提になり、センター化、かかりつけ医との連携を柱にして、一部適用のまま経営努力に向かうというのがどうも最有力になるのではないかな。

Bの可能性だが、これには強力なしかも能力の高い管理者が見つかるという過程を踏まないで、現状よりマイナス効果になる可能性がある。現状でうまくいっているのは埼玉県だけ。山形の5病院はBを採ったために大幅なマイナスになった。結局トップの管理者が経営をやるんだからということで、各病院長の元気がなくなり、ばらばらになってモチベーションがむしろ下がってしまう。

ただ、うまくいったというケースも、県からの繰入があるので、それを巧みに引き出している。本当に患者が増えて稼働率が上がったかというところと微々たるもの。あそこの管理者は、行政手腕があって知事が三顧の礼で迎えたのだからうまく財源を色んなところから引き出している。それで経営上は良くなったということに近いのが実情で、そういうことがなければ、そんなにうまくいくものではない。

市立病院では、この病院を愛するというので一致団結するべきだ。運営の実態は院長がしているにも拘らず、院長の権限が少なすぎる。事実上権限があるといいながら、どの人事権を持っているかというところの人事権も持っていない。そういうことで有効な人員の配置という面で、法律は変えられないので市長サイドが運用の面で院長に幅広い権限を与えるというのが、今採り得る最適な方法である。この辺を付記した方がよい。

(中川助役)

開設者である市長の権限を病院長に下ろすことについては差し支えないが、問題はそれだけの権限を受けられる立場に立ったときに如何なものか。今まで市が持っていた権限を院長先生に全部預けますからやって下さいというと、全部下駄を預けられてあれもこれもとなるとどうなるのか。ただ、職員の採用に関する部分だとか、特に幹部職員を市から派遣すると院長とのコンビがうまく行きだした頃に異動があったりする。果たしてそういう職員は行政から来るのがいいのか、院長の権限で病院独自でプロパーを抱えるのがいいのかというのを考えた上での権限委譲をやっていく必要がある。

実際に行政のトップにいる市長が、大学の医局等に医師を集めるために奔走できるかということ、針の穴を通すより難しいので、それは院長にがんばってもらわなければならない。

そこで出てくるのが、現状のまま、地方公営企業法の一部適用でもう少し病院としての機能

を強化するというのであれば、その前提として医師確保の一定の見通しが担保されるのかということになる。この部分がクリアになれば現状でがんばりましょうとなる。行政としても一般会計から無尽蔵に繰入はできないが、ルールに基づいて繰り出すものは、問題はない。ただ、この倍出しなさいとなるとかなり厳しいので、やはり一定のルールの中でのこととなる。その場合、一部適用であればどこまで方向性が見えるような仕掛けが作れるかということになる。

(加藤委員長)

大きなポイントは、運用面で院長の組織や人事に関する権限だが。

(中川助役)

職務権限規程というのがあり、院長にどのような職務権限を持たせるかは市長が決めることができる。

(加藤委員長)

であれば、答申の文言では、職務権限について十分な配慮が必要であるというようなまとめ方をしたい。院長は責任を持って医師を確保する。看護部長をどのようなポジションに据えるか、ある程度職務権限を与えて、看護師の雇用のことは責任を持ってもらう。また事務長、事務局次長の職務も非常に重要。これら等に関して大幅な職務権限の拡大という提言を盛り込みたい。

資料タイトルは市立病院の経営形態の典型例となっているが、経営形態で止めてもらいたい。ここでは委員会提言として以下のようにしたい。現状で、市立病院の経営形態としては、AまたはBが選択されるべきである。なかでも一部適用としての現状の大きな体制は維持しながら、特に院長の職務権限を市長は大幅に拡充することが必要である。院長は医師の確保、看護師の確保と共に、採算性を考慮した経営改善に積極的に取り組むことを条件に、Aを選択することが妥当と思われる。Bについては、強力なリーダーシップを発揮する人材が得られていない国内の現状からかなりの困難を伴うと思われる、というような表現でいいか。

(梶井委員)

私も4月から院長業務代行ということで始めたが、昨年秋からのことで急激な変化があり、助役に事務長と共に相談をすることがあった。その中で危機対応に関しては、今までのやり方だと時間的なことで少し遅れてしまうとを感じる場面があった。病院改善を急速にする、迅速な判断をしなければならない、病院で感じている情報を開設者に直に伝えないといけないという場面でちょっと歯がゆい思いをした。それが私ということではなくとも、病院のトップになったものは、物事を迅速に適宜判断できる権限があったほうが良いかと思う。ただ、それだけ荷が重くなるのは否めないが。

(山口委員)

院長に就任されて以来、診療時間などはかなり制限されているか。

(梶井委員)

小児科は4人でやっているが、私の職務代行が決まってからは3人の負担を考えて、4月前に教授にそのことを理由に増員をお願いしたが、無理であった。ただ、私の専門の部分もあるが、昨年春からは外来を縮小したり、秋からは3人をお願いして、院長業務にかなりシフトしている。院長業務を考えると、臨床面は従というか、ある意味で臨床を捨てても院長業務に専念しなければならないと思っている。

(中川助役)

職務権限を一定程度広げるとということと、最終責任を負うこととは別。一部適用ということだと開設者としての市長の責任は免れない。ただ日常の病院運営管理について、例えば1億円以上の入札に関しては病院ではできなかったがそれを任せる、物品購入についても病院で経営の状況に合わせてやって下さい、職員の採用についても市長の決裁を必要としないなどということの権限であって、あくまでも最終責任は開設者にある。

(梶井委員)

いまの説明は院長としては非常に気が楽になるようだが、逆に考えると自分の決定結果に関して、市長に責任を負わせるという微妙なところがある。

(加藤委員長)

やったほうが良いと思う。入札でも市の担当者に任せると従来のしがらみなどがあるので、私の病院ではすべて自分で判断する。事務長には一応相談はするが、自分で直接交渉する。民間の手法を取り入れるとかなり安くなる。そういう権限をいただくことは病院にとって非常に大きい。

ともかく、市の立場もあるとは思うのでどういう文言にするか考えて欲しいが、少なくともここにあるように典型例という表現は止めて、委員会としてきちんと提言していきたい。

(星野副委員長)

医師の派遣依頼について、これから依頼するものなど、ある程度の見通し、スケジュールはどのような感じか。

(梶井委員)

内科を主体として、産婦人科も大きな柱となっているが、現状の反省から、内科は総合診療科と専門内科を区分して考えている。大学に依頼に行き出して感じたのは、大学の先生方は自分の専門性を生かせる職場ということをおっしゃる。逆に言うと新聞報道されたような、夜の診療で追いまわされるような職場は、自分の専門性を生かしたい医師にとっては最も敬遠したい職場ということになる。

一方では、総合内科的なことを自分の業務としたいという考え方のグループもあるので、それらの双方に働きかけて融合させるという考えで動いているつもりであるが、具体的にはまだ決定はしていない。

(加藤委員長)

答申書そのものは、これは文章を作ってしまうばそれでおしまい。しかし、提言内容は具体策を常に念頭において、医師確保の具体的対策にどうやって役立てるのかを考えてこの答申書を書く必要がある。

差し当って、内科に関しては4つの柱がある。総合内科は風邪、頭痛、糖尿病などプライマリーとしての診療科で重要。次に専門的に精査する受け皿として心臓、消化器、呼吸器の3つの柱がある。それぞれの専門性を発揮し得る優秀な医師を輩出しているところを、道内・道外問わず依頼していく。院長の発言はそういう解釈でよろしいか。

(梶井委員)

然り。

(加藤委員長)

先ほどの経営形態はAの現状維持とするとして、診療科に関する課題として、皮膚科、神経内科はどうするのか。

(梶井委員)

皮膚科は、秋の時点で大学の教授と話して、当面は外来だけの出張を依頼しており、1月から週2回から3回に増えてありがたい。皮膚科も内科に係る部分もあるので、内科の充実と患者数の増加によっては、固定医も送りうるという話を受けている。現在、外来への出張を春まで延ばしていただいているが、その分外来のコマ数を増やしてもらっている。今のところ救急性の高いやけどは診ていないので、外来出張で間に合っている。

(加藤委員長)

皮膚科は17年11月に入院107万円、外来377万円で最も採算性が悪く、これでは人件費も出ない。内科医の要望に応える、褥瘡の患者への週2回程度のコンサルタントで十分ではないか、それくらいだと医師の費用くらいは出る。

神経内科はどうか。

(梶井委員)

神経内科は市立病院のすぐ傍で開業している医師がいて、派遣元の大学として同門が病院前で開業している以上、我々の世代が現役の内は派遣できないと言っている。他の大学はまだ当たっていないので、可能性は追求しようと思っている。

(加藤委員長)

入院・外来合わせて年間9,000万円ぐらいの収益だが、医師・看護師給与と設備と薬代を考えると赤字。総合内科、サービス部門として入れるのであればよいが、無理して入れる必要はないのではないか。

従って、神経内科は求めない。皮膚科は週2回で経費を削減、スペースを有効利用する。最終的にはこれは院長が決めることだが、その他の診療科は医師さえいれば採算は取れる。必ず患者は集まる。

内科の中の専門性という見方の中で、糖尿病やリウマチは患者が多い。これは消化器科の中には入らないがどうするか。総合内科の中でよいか。

(梶井委員)

今の総合内科のメンバー2人に血液と糖尿病を専門にしている医師がいる。糖尿病はそれを中心にやれば患者は集まってくると思われるので、当面は総合内科の中で代謝内科という専門性を視野にいれながら、そこまで行かないときは甲状腺代謝内科、この病院でそこまで細分化するのがいいのかということはあるが、当面は内科の中で診ながら、少なくとも糖尿病に関しては将来的に独立させる方向で考えていく。

(加藤委員長)

当面は糖尿病、リウマチは総合内科の中に括っかけておいて、内科は4つということ。神経内科は置かない。設備投資がかかるのでこれ以上診療科は増やさない。従来の神経内科と皮膚科のスペースを有効利用する。

先ほど、院内を見せてもらったがリハビリ、透析にしても立派な施設だった。これくらいの病院であれば十分採算は採れる。自分の病院の10倍くらい立派。

それでは、作っていただいた市立病院あり方検討委員会答申案だが、早く完成させて医師確保に移る必要がある。

皆さん予め読んでいただいていると思うのでここではポイントだけ挙げたいと思う。

地域におけるセンター病院としての役割・機能を担うべきであるとの結論に達した。これにつける。かかりつけ医との連携、専門性、総合内科的な機能を充たすことを目標とする。

オープンベッド、ITを活用した、かかりつけ医との連携の受け皿として機能を発揮する。

デパート的な病院ではなく、周辺の病院と役割分担をしながら、強い診療科をしっかりと持つことは採算性にも繋がる。

経営が急落して倒産の危機を迎えている。

当面の対応策として夜間急病診療所の分離と、医師確保は、後期研修医が大学に帰ってきつつあるという背景の中で、大学への依頼を基本にして専門性を持った医師を確保する。その他への依頼先として、北海道医療対策協議会だが、発足以来第1号は江別、第2号は夕張周辺、もう1つは十勝支庁で、8町の自治体病院統合話し合いを始めて7月までにまとめたものを協議会に提出する。これを指導するのは知事なので道が財政的に支援することになる。

協議会へのコンタクトの方法論として、3大学のトップ、市町村の代表、病院代表、医師会代表がここに入っていて、総論がこの地域にウェートを置くべきだという決定をした場合は、それを受けてどこかの医育大学がその診療科なら十分考慮しようと言う可能性が非常に高いのでコンタクトを続けることが大事。

地域医療振興協会は、総合内科確保の柱にする。他のところは当てにならない。北海道地域医療振興財団はシルバードクターなどショートの派遣。

今後の課題については、給与だけではないトータルな環境改善として働きやすい職場を整備する。

病棟クラークは、現在いないということが必要である。IT化が進むと更に必要になる。外来にも診療科によっては重点的に配置するべき。医師は雑務から解放されるので予約枠が多くとれる。外来にクラークを置いたところは勝ち組になれる。

救急医療に関する勤務医の負担軽減は、順番の最初に持ってきたほうが良い。

医事紛争の処理については、医師個人が悩まないように病院として引き受けて対応する。自分の病院では院長である私がすべて引き受けている。

女性医師の採用については、2人で1ポジションの勤務が可能だというアピールをする。ついでには保育所もあるというのも大きな魅力。

(梶井委員)

一般的に保育所のレベルは24時間対応なのか。市立病院は、今は午後6時までだが。

(加藤委員長)

それでよい。日中勤務になると思う。ただし、看護師以外の子供を預かることにクレームが出ないかどうか、医師の子供を預かれるように解決しておく必要がある。

(中川助役)

企業内保育所としてどこまでの機能を持たせるか、保育所としてすべての機能を持っている保育所が必要なのかということがある。施設の面、衛生面での資質も問われる。閉鎖した精神病棟を利用して院内保育所に充てるということも考えられるが。医師のみでなく看護師を集める戦略にもなるのでは。

(梶井委員)

話をしていると病児保育まで言及する医師もいる。そこまでしないと、宣伝効果にはならないと思うが。院内で預けられて、給食もついて病児保育もやるというのは完璧だとは思いますが、どこまでやれるのかという問題がある。

(加藤委員長)

要するに費用負担の問題だが、大筋これからは女性医師を大事にした病院が勝ち残る。その分、出したお金は医師確保によって十分返ってくる。院内か外かでは大違い。院内に置けば医師は集まりやすい。

(中川助役)

ただ、院内に置くと、要望がエスカレートして準夜・深夜にまで話しが行ってしまう。どこかで線を引く必要がある。

(加藤委員長)

保育料を高額にすることも考えられる。

次に、シルバードクターだが、患者を呼べる有能な医師は1年契約で雇っても十分ペイできる。人物評定は終わっているので、任せられると判断できたら引き続きお願いする。これも勤務医の負担軽減策の一環。

考えられる経営形態については、巻末に先ほどの意見を付けるということで如何か。

項目4、今後の課題の(1)医師確保に向けた方策の文面の中の具体的方策のところ「早急の方策」という言葉を入れてもらいたい。

また、女性医師確保とシルバードクターの活用についても、ここに挙げるだけでなくアナウンスしなければ何の意味もないので、いろんな形で具体的に出していく良い方法論を近々に考えて欲しい。

(辻委員)

看護師のことについてはどうか。

(加藤委員長)

確かに看護師の環境改善も必要。医師確保の下に(2)として現状を述べて、病棟フル稼働に向けた看護師の確保が重要である、と追加する。看護師はいま55万人が未就労であるので未就労看護師の職場復帰のための研修もうたう。

次回2月8日の第5回委員会で最終答申をまとめて、そのまま市長に答申することにしたい。如何か。5回でまとめる。

(中川助役)

前回、星野副委員長の方から経営についての情報発信についても具体的にした方がよいという意見があったが。

(加藤委員長)

採算性について。

(星野副委員長)

次回までに持ち帰って検討する。

(久田次長)

あらためて、内容について意見があれば事務局の方に寄せていただければ、委員長と相談して整理する。

(中川助役)

3月5日からの議会のときに予算を上程しなければならない。医師確保の目処が立つと各診療科の医師体制に伴ってどのような収支になるか予想を立てばよいが、恐らくそれが出てくるのは4月以降になると思う。その前に出るか。

(加藤委員長)

出ない。出ないが、大学は4月人事が基本なのでそれに間に合うように早く動いて、ほぼ確実な約束が得られるようにする必要がある。それを加速するのは今しかない。

(中川助役)

実際に2月には新年度予算を議会に送り込んでいる状態にある。その際病院予算については医師確保の目処が確実でなければ、曖昧にしないで現状で出しておいて、6月議会でそれを補正することになるだろうと思っている。

(加藤委員長)

いま、4月人事に向けて動き出さないと次は10月人事になる。ある程度控え目な表現にはするが、大学側のある程度の確信発言が得られた時点で目途が立てば、報道などでPRしたほうが、他の診療科も含めて医師確保の面で非常に有利になる。

(梶井委員)

予算は予算として現実的に計上しておいて、それとは別に更に上乘せする意味で予算とは別に動く必要があるということだと思う。

内容は、あくまで具体的な医師数の話ではなく、検討委員会の検討内容のアピールとして医師を確保する姿勢を示すということで、それがいい影響を与えるということ。

(加藤委員長)

然り。事実としてこれは医療対策協議会にも届けられた、2大学が重要な検討に入ったということ。遅ければ秋以降になってしまう。

(池永委員)

現段階での大学等との交渉状況はどうなっているのか、この場で具体的に報告できないか。進んでいる気配がないが。

(加藤委員長)

それは、委員会としての権限を越えてしまうので、そこまで踏み込むのは適切ではない。あくまで答申を書くまでが仕事なので。

(梶井委員)

まだ決定していないことなので、相手にも失礼になるし交渉がダメになる可能性もあるので詳細についての公表はできない。地域医療振興協会・自治医大に関しては今年になってからだけでも3回のコンタクトを持っているし、大学に対しては事務長と、例えば札医大には今年になって3回、北大は2回、明日も行く。ただ、具体的にどこからどういう科が来るかはまだ交渉中の段階である。

そういった活動の後押しとして、このあり方検討委員会の答申できちっとしたものを出していただくことは、最後の詰めで決定していただく後押しになるので非常に有難い。

(加藤委員長)

ここから先は当事者が進める問題なので、この委員会として踏み込むべきではない。立場・役割も違うので、知ったために悪い作用になるとしたらむしろ知らない方がよい。もし強力にアシストできるなら個人的にしてもらったほうがよい。

それでは次回で決着ということで。

これで、第4回の委員会を終える。(17:24)