

第2回市立四日市病院経営評価委員会議事録

日 時 平成20年9月5日(金)19:00～21:00

場 所 市立四日市病院 1階 第1会議室

出席者

(委 員) 吉田委員(委員長)、茨委員、落合委員、木戸委員、小林委員、水谷委員、
三谷委員、山田委員 8名出席 (欠席委員)丸山委員(副委員長)

(事務局) (病 院)伊藤院長、杉山副院長、市原診療部長、加藤事務長

(健康部)菅瀬部長、尾子理事、長坂保健所長

(経営企画部)武内部長

(福祉部)西村部長

【加藤事務長】

皆さん、本日はご苦労さまでございます。遅くからということで、お忙しい中、ご参加いただきましてありがとうございます。ちょっと定刻よりおくれしておりますけれども、今、山田委員がお越しになりましたので、始めさせていただきたいと思います。

きょうはあいにく丸山副委員長でございますが、所用のため欠席ということで、皆様方によろしくということでございましたので、本日は8名の委員様で審議をしていただくということであります。よろしく願いいたします。

では、委員長の方でよろしく願いいたします。

【吉田委員長】

それでは第2回になりましたけど、四日市病院の経営評価委員会を始めたいと思います。

第1回も全員の方からいろんな貴重な意見をいただきましたが、きょうはもう少しそれを集約していきたいと思っておりますけれども、まず最初に伊藤院長の方から何か、いいですか。

【伊藤院長】

きょうはフリーにいろんなことを言っていただいて、その中で何かそれを参考にしながら、まとめていてもらいたいと思っております。

【吉田委員長】

それじゃあ追加資料が出ておりますが、事務局の方から説明を。

【前田総務課長】

それじゃあ追加資料につきまして、事務局の方から確認と、簡潔な説明をさせていただきます。

お手元にお配りしたものに加えて、9月2日付で各委員様方に送付をさせていただいております。委員名簿を、委員長と副委員長は決まっておりますので、それを差しかえたもの、それからこれは委員長のご指示もございまして、第1回の審議のポイントといたしまして、審議内容、ある程度皆様のご発言をそれぞれのテーマ内容に沿いまして編集をさせていただいたものをつくらせていただいて送付させていただいております。きょうのご議論の参考にさせていただければと思

います。

それから、これは落合委員からのご要請もございまして、市立四日市病院の事業決算書を送らせていただいております。皆様お持ちでございませうか。19年度のをちょっとごらんいただきたいと思ひます。

19年度の決算書でございませけれども、まず1ページ、2ページ、簡単に内容をご説明してまいります。決算報告書となつておりまして、これは税込みの収益的収入及び支出の情報はここに記載されております。19年度の収入支出の決算結果でございませ。

それから3ページ、4ページは資本的収入及び支出と言われるものの内容がここに掲載されております。ここでマイナスになっておりますけれども、この収支のマイナス分につきましては別途留保資金等で手当てをしているということも下欄に明記させていただきます。

それから5ページから10ページでございませが、これが損益計算書、あるいは剰余金計算書、欠損金処理決算書、それから貸借対照表でございませ。これがいわゆる企業会計で通常つくられる各財務諸表でございませ。損益計算は税抜きで計算したものが示されております。当年度純損失が3億2,200万程度となつておるところでございませ。

飛びまして、13ページ以降は病院事業の報告につままして説明させていただきます。13ページは病院事業の概要を説明させていただきます。それから14ページ以下につまましては、議決事項であるとか官庁認可事項、それから15ページは職員の状況でございませ。16ページも同じでございませ。17ページは各器械器具等の取得状況、これが20ページほどまで続きます。それから保存工事の概要が20ページでございませ。

それから21ページ、22ページ、あるいは23、24は患者数の状況でございませ。これが記載させていただきます。

それから25ページ、26ページでございませが、これは事業収入であるとか、事業に関する事項の詳細な情報が記載されております。

それから29、30ページは重要な契約です。金額の大きいものがここに掲載されております。31ページも同様でございませ。

それから32ページは企業債の状況でございませ。市の財務省とかゆうちょ銀行等々の借り入れによるものでございませ。

それから33、34は収益費用の明細、36ページも同じでございませ。それから37ページが固定資産の明細、それから39ページが企業債等の内容の明細でございませ。

以上が決算書でございませが、これが3ヵ年分用意させていただきますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それから、お手元にお配りしました資料をまたごらんいただきたいんですが、市立四日市病院の病棟増築・既設改修工事に関しましての解説資料も配らせていただいております。市立四日市病院におきましては、新病棟の増築と現在の既設施設の改修を計画しております。その概要について説明をさせていただきます。

建築面積が、新病棟は1,634.14平方メートル、延べ床面積が、新病棟の場合1万1,574.56平方メートルを計画しております。地上7階、塔屋2階、3階から6階が病棟で、そのほか手術室が12室、そのほか厨房、中央材料室、霊安室等となっております。

それから既設の病棟が、現在5～6人床室が基準でございますので、これではなかなか療養環境として現状にはそぐわないということで、4人床化、あるいは個室化を進めるということでございます。あと内装やトイレの改修・増設等も行う予定でございます。

しかしながら、現在、19年2月に異業種JVによる総合評価落札方式により発注を行ったところでございますけれども、入札の参加業者が当時はあられず、契約に至らなかったということがございました。その後、再度入札の参加する有資格者が、タイミングが悪いことに、長期にわたる指名停止処分を受けるという状況が現在も続いております。この期間が非常に長いので、現状としては総合評価方式による入札ができないという状況でございますので、現在はその期間を使って一部設計の見直しを行っているという状況でございます。

裏面が病棟の増築の位置でございます。現在の病棟の東側になるんですが、高等看護学院のちょうど裏側になるんですけれども、増築新病棟を計画しているところでございます。

それからもう一つ資料がお配りさせていただいておりますが、自治体病院等の広域化・連携構想でございます。これは、茨委員からご要請がございまして、北海道の保健福祉部が作成したもので、地域連携であるとか、あるいは広域化等を考える場合の基本的な考え方等がここに整理されておるようでございます。これも参考にさせていただくということで、後ほどまた茨委員の方からもご説明があると思います。以上でございます。

【吉田委員長】

ありがとうございます。

追加資料を幾つかいただいたんですけれども、まず事業決算書が出てまいりましたので、今ご説明がありましたが、前回、落合委員の方から十分ご検討いただきまして、少しご説明いただくとありがたいんですけど。

【落合委員】

ご無理言いまして申しわけございません。ありがとうございます。

見せていただいて、きれいな決算書を拝見いたしましたけれども、自分なりに3期並べてキャッシュフローをつくらせていただいて、またきついことを言うようなんですけれども、19年度は3億の赤字で、とりあえず18年度は700万円の黒字であったという実績が残っておりますけれども、これは18年度引当金を積んでない分だけは赤字を繰り越したかなというニュアンスが若干感じられましたし、19年度においては取り崩しが1億からありますので、本来なら逆に積まなきゃならないとなってくると、19年度の赤字じゃなくて、18年度もひよっとしたらもう既に赤字は含み損であったんじゃないかなという気がするんですよね。だったら、いずれは独立行政法人に移管されるのであれば、含み損は早目にやらないと、ましてこんな引当金なんか一遍にできませんので、徐々に今からやっていったって間に合わないぐらいだと思いますので、これだけは、外部に公表するには非常に赤字決算というのは病院としては不都合ではあるけれども、資金的な手当ては別に何もされてないと思うんですけれども、やっぱり含み損だけはちゃんとディスクローズ、開示していかないと、将来において一遍にと言われると、独立行政法人になったときに出せと言われるたら、全部自腹で出さなきゃならないという話になると、そのときになるとかえって足を引っ張る可能性が出てくるかなと思いますので、これは無理せずに、健全に引き当てていただかなきゃいかんかなという気がしますね。

だから、この5ヵ年計画を立てていただきますと、これ24年か25年ぐらいに、今の累損が20億から5億ぐらい減りますけれども、それもマユツバものではないかと。そこら辺は無理せずに、実現可能な範囲でやっていただかないと、後々無理が出てくると思うんですね。

まして、設備投資もこれから100億か200億か出てくるか知りませんが、そうなってくると50億ぐらいありますけれども、こんなものはへの突っ張りにもならないので、それまでにはもう含み損を洗いざらい出していただいて、きれいさっぱりした段階で設備投資をしていただいて、それから独立行政法人に移管していただくと。今の状態でいくと、非常に隠れ負債があるんじゃないかという気が一つしますし、この先ほどいただいた資料、病院の増改築ですけれども、これも普通だったら、この段階で工期がいつまでに完成して、設備投資がどれぐらいあるかというそこら辺の金額の提示が要りますよね、差し当たってはね。だから、どれだけ投資される予定があるんですか。

【加藤事務長】

現在おくれておりまして、当初の2月の段階では85億ほどの事業費でございます。

【落合委員】

そうすると、これ5ヵ年計画でやっていくと、何年かで4年か3年ありますよね。この間を足していくと100ぐらい行くんですか、合計で。40・40・20ぐらい出ていたんで。

【加藤事務長】

100億、全体的に今のところ、先ほども総務課長からご説明いたしましたように、この時期に見直しに入っております、その部分でどう事業費が動くかというものはございますけれども、100億というのは……。

【落合委員】

これ5ヵ年計画の中の資金の債権のをずうっと見ておって、40億・40億、最後の年が20億ぐらいでしたかね。基幹設備投資も多分あるでしょうからね。

【加藤事務長】

そうしますと、それは備品の方の投資もございますので、それが大体毎年5億程度の投資になりますので、それが入ってこようかと思えます。ちょうど4年ですと20億乗りますので100億ぐらいになりますかね。

【落合委員】

そういう計画で一応そうかなという感じがしましたけれども、それぐらいです。

【伊藤院長】

ちょっとお聞きしたいんですけど、含み損をディスクロージャーするというか、ぱーんと出していくということは、そういうふうにしていかないと、仮に独法化の時点では、赤字ではなかなか独法化できないということですよ。

【落合委員】

できないというよりも、そのときに負債が、自己負担がふえますよね。その自己負担を、今の段階ならまだ……。

【伊藤院長】

今から市から出してもらえということですか。

【落合委員】

いや、そういうことは……。手当てしていかないと間に合いませんでしょう。今これ10億ぐらいしか積み立てないけれども、今600人から見えるんだったら倍は要りますわ。倍は多いかしらんけど、15億は要るんじゃないですかね、最低でも。

【伊藤院長】

市から補助を受けるということは、どうですか、経営企画部長。可能なんですかね、それ将来。

【武内経営企画部長】

どうなんですかね。こうやって見える表面的な累積欠損金というものと、内部的な留保する資金のものがございますよね。ただ、現状のキャッシュベースでどれだけショートするのかというようなこともございますし、だから、表面的に累積が20億あるから、市から20億ぼんと出すということについては非常に難しいし、独法化の中でもしそういう条件が、表面上の決算で累積を消さないかんという条件があるのかどうか、私も知りませんが、あれば計画的なことは考えていかならんのかなと、病院さんとも相談する中で。今これ全部出す出さんというのは非常に難しい議論ですから、そういうところすみません。

【吉田委員長】

一度よくご検討いただきまして、その件に関しては今後のことに関係しますので、ご検討いただくということで、それはそれでよろしいでしょうか。

じゃあ次に、この間、幾つかディスカッションいただきましたけれども、この病院としての将来の診療体制のあり方ということで皆さんの意見をいただきながらまとめていければと思っております。

まずここの中にありましたように、集約化と機能分担ということでご意見をいただきたいと思いますが、それで茨委員の方から北海道のがありますが、最初にご意見をいただけると。

【茨委員】

たまたま総務省の仕事で北海道に行きましたら、北海道の保健福祉部のかなり分厚いもので、本当の概要だけをきょう配らせていただいたんですが、ここに入っている言葉は、第1回目の会議で委員の先生方が述べられたことがほとんど全部載っています。ということは、日本じゅうどこでも同じ意見なんだなということなんです。そういう意味で、参考にしていきたいというふうに思いました。

ただ、先般違ったのは、山田委員から我が四日市市立病院に対する期待度が著しく下がっているというご指摘がございました。これについて私も考えてみたんですけども、恐らく四日市の市もここで働いている先生方もスタッフもそんなことは考えてないと思うんですね。最もセンセーショナルなご意見を山田委員が言われたというふうに私は思っております。

なぜ考えていないのかと、行政も病院もですね。その根本的な原因は成功体験があると思っております。要するに巷間言われている勝ち組病院として、県立を超えてきたとか、いろいろ言われているんですが、その成功体験をもとに、この今回の国が進めようとしている荒波を果たして乗り切れるのか。そして、その中で山田委員が言われている住民の声というか、そういうものをどのように受けとめているのか、恐らくこれは行政サイドも、本当に病院サイドのお医者さんも含めて、病院で働いている事務の方も全員がわかっていないと。その最悪、もう一度繰り返します

が、成功体験が災いしているということなんですね。

委員の先生方のご意見をちょうだいして、ほとんどの集約というようなことも、それから地域集約なのかどうなのか、役割分担なのかということを考えていったときに、伊藤院長先生が産婦人科の件で、医療センターの担当部長に聞いたらけんもほろろだったと。当然なんですね。もうそういうような区割りとか役割分担というのは国が考えていることであって、学者さんが考えていることであって、住民サイドは考えていませんよね。それを行政的に強引に推し進めていくのかどうか問われているんですが、第2回、第3回、第4回ですから、これからの議論は四日市市立病院のこれからの運営形態、それからあるべき機能を議論していただきたいなあと思うわけです。

最も根本的なことは、やはり自治体病院を縛り上げている集中改革プラン等でも指摘されている、要するにスタッフ数、公務員数の削減を病院事業に強引に押しはめてきたと。したがって、病院事業者は囑託とか派遣、請負ということで逃げてきたということなんですが、そのことが著しくまたこれもふぐあいを生じているというもろもろ、それからそのことによって機能が低下しているということですね。そういうことが、診療機能も、事務機能も、あらゆるところが低下していると。したがって、医師会の先生方とどんな連携をとっているのかということについても、非常に私はおぼつかない。

例えば宮城県が地域医療支援病院の資格を与えてくれませんと。大学とか、県とか、大学は違うと思うんですが、そういうことに対しても、救命救急の医療に対しても、がん拠点についても、改めて申し上げますと、病院の内部も三重県もとんでもないんですね、自覚として。救命救急などはもうとっくに四日市市立に与えなくちゃいけない。それから、地域医療支援病院も云々とありますが、これは病院サイドの医師を含めた自覚がない。普通なら40・60の逆紹介・紹介率を完成しなくちゃいけないんですね、こういう病院は。その中でしかるべき入院等が6万円近く売り上げを上げていく。そのためには、お医者さんの数はどうなのか、看護師の数はどうなのか、コメディカルはどうなのか、医事企画を持つ事務はどうなのか、こういうことが全部おろそかにされている。

私は、大変な瀬戸際にこの病院は来ているなあというふうに思っていてまして、今、落合先生が独法化といみじくも言われたんですが、独法化の内的必然性、この前も申しましたけれども、そういうものが果たしてここにあるんですか。一般行政もそれを理解しているんですかということですね、四日市市は。内部ではどうなんだということなんですよ。

私、個人的に言えば、もう独法化しか逃げ道がない。理由は、一般会計の職員を減らす、これは集中改革プラン等ですね。ですから、和歌山県などは県立病院を独法化したために十何%減っているわけですよ、公務員の数。それと同時に、この病院が自由な経営ウイングを持つていくためには、今のような全適、実は全適をやっていても、総務省は全適は今いかんと言っているわけです。なぜか、地方公営企業法等で全部保障されている人事権、予算編成権、そういうものが全部一般会計が離さないんですね。したがって、形式的な全部適用だと。本当の全部適用だつてみんなできるんですが、そういう病院も私存じていますが、やっている病院を見てみますと、もはやそれは独法化なんですよ。内的には。

ということがあって、ぜひ経営のウイングをどうするのか。そのための内的必然性のもとに運

営・運営形態を考えていく。そういう議論を実は委員の先生方にしていただきたい。

伊藤先生は非常にロマンチストだと私は思っておりまして、産婦人科のお医者さんが足りない。うちの方も高齢化している。眼科もそうだと。相変わらず4日以上入院を片目の白内障でやっているとか、こういうところも淘汰ができない。要するに老後を尊重していくけれども、新しい技術を持った先生方を導入できない。これは全く病院内部の問題なんです。

ということとかいろいろあって、よその少し上向きかかっている病院と提携しましょうなんていったってだめで、それから小児科、産婦人科をきちんとできない病院は、実は病院が暗くなります。そうでしょう、高齢者含めたオペ患ばかりだということ。これはやっぱり地域住民の方々のご意見とも合わないんですよ。やはり市立病院でやる以上は、全科そろえてきちんとした医療レベルでやってほしいということです。

というような意味合いで、長くなりましたけれども、今後の議論はあらまほしというよりも、具体的な提案をしていただきながら、そのきっかけは山田委員がしていただいたんですから、あれはショックな話ですよ、違いますかね。本当にショックですよ。というのは、四日市市立病院は勝ち組と言われていたのに、実際はそんなに今は期待されなくなっていますよということでしょう。外来へ来れば1時間待ち、2時間待ちは当たり前。なぜお医者さんをふやさないんですか。120、150、200というふうになぜふやせないんですか。それに伴うコメディカルもなぜふやせないのか。ふやした病院は勝ち組ですよ、今。現実には270人を抱えた自治体病院は270億売り上げが上がっている。それは県立がどうこうの問題じゃなくて、実は競争に勝って初めて、強者が連携を 物を言えるんですよ。弱者連合というのは、僕はあり得ないと思います。

というようなことで、ちょっと長くなりましたけれども、ぜひ議論を進めていただきたいと思っております。

【吉田委員長】

なかなか厳しいご意見ですが、ある意味で正しいところだと思いますがね。

それで、今山田委員のことが話題になりましたけれども、本当にこの四日市市民病院に関してそういう意見が多いんでしょうか。どうですか。

【山田委員】

多いかどうかということになると、これは私の身の回りで起こっていることですので、私の身の回りではふえてはいます。じゃあ四日市の市民全体の割合でどうだと言われると、それはわかりません。ただ、私はここの近くの後方病院でソーシャルワーカーとして勤めていますので、はっきり言えば、ここから退院をしてきた人というのはたくさんいるんですね。その人たちは、これはこの前も言いましたが、別にここの病院がいい悪いじゃなくて、制度として今どんどん退院をしてもらわなければ病院が成り立たないというその中で追い出されたとか、そういう言い方をされます。この前も言いましたが、以前はそれでもやっぱり市立病院は市立病院という感覚があったんですが、どうもいるんな制度が変わっていく中で、なかなか入院をさせてくれないとか、入院したと思ったらとっとと出されるというようなところから、何かちょっととらえ方が以前とは変わってきている。私の身の回りでは確実にそういうふうには感じます。

【茨委員】

ある意味で、今の厚労省が進めているのは、平均在院日数が急性期中核病院は14日以内、でき

たら10日と言っている。それで40万床、中核病院のベッド数はですね。それ以上要らないだろうと。そういう中で、患者教育が地域できていないし、受け入れ病院のプアさ。例えば老健、特養、医療・療養型、それから幾つかありますね。今の厚生医療制度の施設基準の中で。こういうようなものと、それから透析、維持透析のようなものについても、私が聞いている範囲内では、合併症を抱えた患者も全部ここに連れてくるというんです。それは三重大大学の医療センター。うちがそこまで面倒を見られないと。そういうことと、経営を成り立たせるためには、平均在院日数を14日以内に持っていくということで、まず患者教育、理解、それから行き先の問題がある。行き先の問題がもし解決できないなら、要するに医師会さんとか民間で。在宅、在宅といっても、在宅医療の支援診療所の数はふえているけど、実際に機能しているところは少ない。医師会の先生方もちょっと私の過激な言葉と受け取らないでもらいたいんですが、功なり名遂げますと。やっぱり夜間なんかやりたくないんです。それだけで4,000万、5,000万楽に稼げるんですから、今の診療報酬なら。とすると、もう本当の意味の国民年金プラスアルファで老人アパート・ナーシングホームというようなものを、医師会もできない、行政もできないんだったら、四日市市立病院の経営ウイングですよね。私は透析センターをつくって200、300、要するに患者数が400、500、そういう自治体病院もあるんですね。そういうところか、今の慢性疾患をきちんと受け入れるナーシングホーム的なところまで、自由に経営ができるようにさせていただいた方が、実は市民のためにも、四日市市立病院のためにもいい。

もう一つは四日市というのは、ある種、急性期医療で医療の水準というのがありますよね。だから、ここで平均在院日数を刻むのはしょうがない。ただし、この医療はよその地域から国保財政的にいえば流入できるような医師のグレードを確保しなくちゃいけない。そういうこともままならないということで、非常にこの前のオブザーバーの先生方の意見と逆なんです、行政的に見て落ちるだけ落ちていって、あげくの果てにまとまっていますよというような言い方はないと僕は思っています。それは、やはり競争の中で生まれてくるんだし、独占の中で実は医療行政をどうするかということの力になるわけで、それまでの間はこういう病院に経営ウイングを保障して、慢性期の維持期、時と場合によっては今なくなった医療療養型のADLの医療依存度のある施設をつくらざるを得ないのかなあと。そういうことによって、山田委員のご不満も解消されるだろうと。

【吉田委員長】

確かに、ある時期に出ていけというような印象を皆さんが持たれると、やっぱりそういうことなんですけれども、ただ2週間で急性期は退院させるということは、流れで仕方がないと私は思うんですけれども、ちょうど私自身が今東名古屋病院というところにいまして、ここは慢性のところなんですね。もともと結核療養所であって、ただ非常に土地があったということで、急性期の名古屋医療センターと連携して、名古屋医療センターはもう急性期に特化して、あとはこちらの方に移行しようということを今やり始めているんですね。将来的に統合ということもあるんですけど、統合ではなくて連携をしましょうと。急性期は急性期に特化して、あとは情報を共有して、そして回復期あるいは急性期以後はもうこちらでやろうというような、その事業交流もして、例えば今、ベッド数が名古屋医療センターは800あるんですけど、実際に使ったのは650ということで、100をこちらに移行してやろうというような話もあるんですね。だから、ある意味で、急

性期の部分とそれ以外の部分はやっぱり分けて考えるというのがいいのかもしれないですね、要は。

【茨委員】

私、総務省の評価を書いたときに、由仁町という町立病院の話で、ここは本当に小さい病院です。でも、ほとんどが医療依存度があるのかないのか。ただ、ご承知のとおり昔の老人病院、お口をあけて、ただ点滴を打たれて寝ている。診療報酬は極めて安い。外来が三、四千元、入院が1万3,000円、こういうことで自治体病院の経営はできませんよね。民間がこれをやるかといったらやりませんよ。今、死に行く場所がないんですよ、はっきり言えば。慢性期ということは言いますけれども、そうでしょう、医師会の先生、院長先生。こうやって口をあけて寝ている方が、きのうも私、長野県の上田の近くの町立病院へ行ったんです。同じですよ。

そういうことについて、保健センターはありますよ、もろもろあっても、保健センターの保健婦は臨床経験なしというような中で、社会福祉協議会とか保健センターとか、何をやっているんだと。それで病院は赤字だ、赤字だと。こういうようなのが実は日本の自治体行政ですね、今。

本当に死に行く場所がないという現実をどうクリアするんですか。それを老健、特養、何とかホーム、そこで受け取っているけれども、そこも医療依存度が少し高くなった、死んでくださいとは言えないですよ。だから、市立四日市病院に送ろうとするわけですよ。というような矛盾を抱えた病院経営をせざるを得ない。そういうことが果たして一般行政がわかっているんですか、四日市市は。私はわかっていないと思いますね。

【吉田委員長】

ただ、それは今度、市として地域連携を考えていこうというふうに今考えられておられるんですね。

【茨委員】

ただお言葉ですが、地域連携というきれいな言葉は、在宅医療支援診療所すら機能しないのに、できるわけがない。例えば私が行っている民間病院は、在宅医療部というのを置いて、ドクターが3人から4人、看護師が20人から25人、そこは日帰り手術もやっていますよ、民間ですから。そういう機動隊を持って在宅医療を24時間サポートできるか、できない。介護保険からいっても、医療保険からいってもできない。わずか3時間も面倒を見に行けるかどうかですよ。そうすると、在宅に介護力があるのかどうか、この地域はどうなるのかわかりませんが、そういうことも踏まえて、やはりこの病院の期待度というのは高いと思うんですね。そうでしょう。

【小林委員】

四日市だけのことを考えますと、大きい病院が市民病院と県立と社会保険ですね。全部同じ科をずっとしていったんですね。だから、そのところはやっぱり総合的に四日市全体として考えていかないと、結局共倒れになってしまってるんじゃないかと思うんですよ。

それと、嫌なことをちょっと言わせていただければ、山田委員が言われたように、この病院が昔ほどじゃなくなったというのは、ERができてからじゃないかなあと。それは、ERは結局たくさん診られるということで市民にとってはいいでしょうけど、特に見ますと、何年からですかね、急激にふえてきましたね、軽症の患者さんが。そうしますと、何かのときにERの脳外科の先生、市原先生が言ってみえましたが、トリアージをして、40度の熱があってもこちらの方が

重症だったら待たされると。そういうのは、患者さんにとったら全然そういうことはわからないわけですよね、結局。自分の子供が40度の熱を出したら、その方が重症だと思うんですね。だから、そういった1次の患者さんを相当診られているものですから、そういうところで当然スタッフの方には疲労もありましょうし、そういうところでちょっと山田委員が言われたように、たがが外れてきたんじゃないかという気もするんですね。だから、そういったことをもうちょっとスリムになられて、先ほどの三つの病院をもっと機能分担するようなことを考えていかないと、共倒れになるんじゃないかなという感じがしますね。

【伊藤院長】

ちょっと質問なんですけど、静岡県の病院でしたか、神奈川県病院でしたか、ERに余りにもコンビニ様の患者がたくさん来るから、いわゆる初診料を取ると、幾らか。がさっと減ったんですね。山田の日赤病院もそうですけど、そうすると意外と来なくなる、ちょっとしたことはね。それで昼間の方へ行っちゃう。夜間をすつとくるし。僕は市議会の意見を入れるときに、四日市市立病院は市の病院だからそんなことをしてはいかんよとみんな言うんですね。何でも診ないかと。でも、本当に重症の人は来ないんですね。だから、軽い人は本当は来なくてもいいから、お金を取ったらどうかなあと。お金を取っているところがあるんですね、そういう加算をね。それもちょっと一つの・・・

【小林委員】

大分そういうところで2次病院に相当集中しておったんですけれども、応急診療所をつくって、軽症はそちらに行くようにしたわけですね。そうすると、2次の輪番のところは大分減ってよくなったということですね。

【伊藤院長】

それも一回考えないかんね。

【吉田委員長】

だから、ある意味で三つの総合病院と、回復期だとか、そういう病院を全部いろいろ検討して、どうすべきかということですかね。

【茨委員】

それはね、先生。県立病院ですらどうしようもないんですから、要するによっぽど時間がかかる話で、その間に我が四日市市立病院の機能低下とか、さまざまなことになったら困るので、当面はあらまほしというような、行政が考えるようなことではなしに、この4回の中で一つの四日市市立病院が今後あるべき機能と運営形態をどう持っていくのかという議論の方が遠くなるんですよ。10年先の話は別ですが、大体社会保険病院が手を挙げるわけがない。それから県立センターが手を挙げるわけがない。そういうもろもろで、医師会会長の先生の言われるような3病院同じ顔をしていくと共倒れになるだろうと。私は本当に共倒れになると思うんですが、それは相当大きな力でないといけない。今は、三重県を含めてできないです。できないんですから、これは無理ということで、医師会の先生方との関係も、どうも我が病院は一生懸命、サルビアを含めて努力しているんですが、60・40ができない。紹介率60で受けて、40を返していくという。

【小林委員】

外来の先生方もすごく時間遅くまでやってみえますね、午前中から始まって、4時か5時ぐら

いまで外来してみえますよね。その外来の患者さんを、市民病院じゃなきゃいけないということじゃない人が多いんじゃないかと思うんですね。開業医でも診れるものがあると思うんですけども、極端に言えば退院して1ヵ月か2ヵ月ぐらい診て、あとは開業医が診るといような方向だと、大分負担が減るんじゃないかと思います。やはり市民病院へ来たら1日仕事というような患者さんがいますもんね。

【吉田委員長】

市民病院側も同じ考えなんですね。

【伊藤院長】

今日も外来見たんですけど、朝9時から3時ごろまで、昼飯も抜きでやっているんですね。うわあっと来て、1時間、2時間待ちで怒り出すんですね。来なきゃいい、でも断るわけにもいかんし、これ本当に時間待ちをするには、茨先生のように医者をごんと置いて、一挙にだあつとはかすか、あるいは全部紹介患者でなければ断る、そういう手もあるんですね。経営的にどうかなーっと・・・

【茨委員】

紹介患者オンリーにしたら全滅ですよ。医師会の先生方がそういうふうに見望むのもわかるんですが、恐らく私の知っている範囲内では八戸市立病院、大きな病院です。それとか成田日赤、こういうところも全部経営的におかしくなる。おかしくなると、やっぱり自治体経営ですから、伊藤先生の首が飛んじゃいますよ。

【伊藤院長】

ん～、確かにそうなんだな・・・

【三谷委員】

患者の側からいえば、やっぱり先生方が本当に長い時間かかって診てくださるとい、大変な時間外にかかって、患者がたくさん時間を待っても診てもらいたいということは、地域の住民がやっぱり市立病院はという信頼があってやってくるんだらうというのがまずありますよね。

物じゃない、一人一人心を持った人間がやってくるわけですから、先生に診てもらって、それで先生から一言優しい言葉をかけてもらってとか、それから看護師さんから一言励ましの言葉をもらってとか、そういうこともかなり大事なことなんですよ。

入院患者のお年寄りなんか、山田先生がおっしゃったみたいに、早いところ退院させられちゃったとか、もうちょっと置いてもらいたかったのに、そこのところがなかなか言うことを聞いてもらえなかったといところ辺がかなりたくさんあって、年寄り連中の話が口コミでみんなに伝わるというところもあるんですね。市立病院はすごく忙しい、出されちゃうんだよって。だけど、その出されちゃう理由がもう一つ踏み込んで、こうこうだから、あなたはもう出てもいいんですよという一歩踏み込んだところまで、そこら辺の話を患者さんと先生との間でちゃんとコミュニケーションをとっていただけたら、もっと気持ちよくいくんじゃないかと。

【茨委員】

理想論ですよ。お医者さんがそれだけの時間があるか。外来を診て、検査して、病棟に上がって、オーダーして、受ける看護師さんたちも、それは残業の時間ですからね。そういう中で、ケースワーカーがいわゆる社会的医療資源になる、うち何人だと思いませんか、常勤のケースワカ

ーが。何人いると思いますか。本当にブアですよ、これだけの病院で。

ケースワーカーというのは、このぐらいの病院でしたら10人いなくちゃだめなんですよ。そういうような入院と同時に、あなたの病気はどうですと。今後、退院計画をつくりましょうと。じゃああなたの住宅の近くに医師会の何々先生がいらっしゃる。この先生は循環器の専門だから、こちらにご紹介しましょうとか、在宅医療をやっているかどうかも確認しましょうとか、お家に帰る場合ですね。施設に行かざるを得ない人については、施設の空きを待つとか、そういうことよりも、今、先ほど落合先生から出たように、3億赤字じゃないか。恐らく隠れ負債があるんじゃないか。こういうふうに財務的なプレッシャーが強いわけですね。というようなことなので、本当に先生方の知恵が要るところなんです。

【三谷委員】

もう一つ、例えばがん患者の人たちが来ますね。診ていただいて、それであなたの病気についてはもうだめですね、治りませんね。だから、延命治療でと一言言われただけでも患者はダメージを受けますね。もしその先生方が、自分とこじゃなくて、うちはだめだと思えますけど、もう1軒行きますかみたいなこと、セカンドオピニオンみたいな格好の勧め方を一言してくだされば、患者はきっと救われるんじゃないかなというふうに思うんですね。

だから、あとの一言、そこら辺が評判をよくするというか、言ってしまったからあっちへ行ったわって、やっぱり結果は一緒だったわという形でも、私は全然構わんと思うんです。市立に否定されてしまって、一生それでおしまいかという、そんな思いで生きていくのはつらいかなと。だから、そこら辺のところの一つあると。

【茨委員】

看護師さんに余分を雇えるかといったら、雇えないです。だから、臨時や何かでやっているでしょう、ここは。7対1をとって看護師数をふやそうと思っても定数ですよ。何でそういうふうになってくるのか。それは病院自体が財政的に一般会計にとって重荷になっていると僕は思わざるを得ないので、自立した病院経営をしていった方が、よっぽど市民のためになるだろうと。

ですけれども、財政支援というのはいろんな形であると思うんですが、独法化のときに、私の知っている範囲内では、独法化するときには赤字があったらだめなんですよ。隠れ債務があったら。それは独法化される市の方が補てんせざるを得ないです。きれいにせざるを得ない。

【伊藤院長】

ちょっと僕も一言。

同じようなことを僕も考えまして、東海大学の新しい病院を見に行ったんですよ。そうすると、外来はうちの2,000人どころじゃない、3,000人ぐらい来て、そんなに町としては外れにあるところなんですけど、MRIが5台あって、CTが10台ぐらいあって、その日に全部わーっと検査して、患者さんがばーっと帰っちゃうんですね。検査技師もたくさんいる。ケースワーカーなんか最初から十何人いて、来たら患者さんは退院のことまで話しして、すっとやるんですね。すごいですよね。あれは民間手法だったからできるのかなあと思って、公務員ではなかなかそんな急にケースワーカーの数をふやしたり、MRIをどーんと買ってばーんとやるとか、ああいうことをされたら、そこへ来て1回で済んで、ざあっと消えるから、患者さんも2回、3回来る必要がない。うちだったら、MRIを撮るためにもう一回来てくださいとか、CTなんかでもそうなん

ですよね。だから、ああいうふうなやり方は、いわゆる松前さんの力なのかなあと思いましたけど、すごい黒字なんです、それでね。麻酔科もどンドンあそこはやってくる。だから、民間的手法というのはすごいなあとは思ったんですけども、僕のところはなかなか独法化という形をとらない限り難しいのではないかとは思いますけどね。

【茨委員】

ただ、私一人でしゃべっていますが、東海大学の整形は股関節だけなんですよ。要するに金になることをばんとやって、手とか、指とかというのはないんですよ、あそこの整形では。だから、済生会熊本病院は小児科もないでしょう。そういうことが民間手法なのか、公立病院、自治体病院の、幾ら独法化されたって自治体病院ですから、そういうことでもうかるところだけやっていいのか、そういう問題もありますよね。ですけども、もうからないから赤字ですというのは成り立たない、今の財政論からいくと。

ということで、やはり我が病院は最低限度お医者さんの数が、今200なくちゃならないんですよ。それは定年退職後を含めてもね。研修医が20人から二十二、三人。

【吉田委員長】

それだけ集めるのは大変なんですよ。

【小林委員】

集まってくる方ですよ、まだ、ドクターが。

【茨委員】

ですけども、今、私の方でドクターのヒューマン・リソース・マネジメントの研究をしているんですね。それで見ると、研究してると言えるかどうかわかりませんが、何はともあれお医者さんの200人というのは、実はあつという間に集まるんです。理由は、亀田総合病院ってありますね、民間に銚子の手前に。あそこは、私が知っているときは230人、今は340ですよ、研修医を入れて。丘があってあとは太平洋。なぜそれだけの医者があるって、今まで四、五十人やめていったのがやめないというんです。で、膨張収入が入りましたよね、亀田は。

旭中央という病院が銚子の手前にあります。銚子市立は今後御破算。でも、ここは私の行ったときは200人そこそこ、190人ぐらい、今は270です。研修医も30人。そういうようないわゆるプロバガンダを含めてやっていけば、この病院は楽に集まります、まず研修医が。それからお医者さんについても、一定の、ここに来れば自分たちの何かがあるということで、いわゆる教育とか学習ですね。それから研修、海外を含めて。そういうことをやるという自治体病院は少ないんです。研究研修費が0.2とか、売り上げの1%もないんですから、そういうような病院では、もうお医者さんも来ないです。要するにお医者さんも2交代制ぐらいできるようにしていくかどうかというような時代に入っているのに、僕はそこを成功体験と。新しいウエーブをやらない。

【吉田委員長】

この三重県で果たして.....。

【茨委員】

四日市市立ならできます。もう150%できます。そういうふうに名古屋市では考えるかもわかりませんが、私は当院は間違いなくできると思います。なぜかというと、研修医が30名近くの応募があるんです。研修医が集まるところは、スタッフ員も何かの自分の利益をもとに考えれば、

集まってきますよ。集まる場所にお医者さんは集まるんですよ。抜け出すと来なくなる。今、私、非常に危機的だと思いますね。その岐路に来ている。

【吉田委員長】

どうですかね、先生。

【伊藤院長】

研修医は、最初は五、六人だったんですけれども10人にしまして、それから12人にしまして、今15人にしたんですね。15人来ているんですけれども、もちろん20人にすれば、20人という値でできないことはないかもしれないけれども、ただ教育がきちり伴わないと、あまり薄い形でいっていると、そのうちにまた来なくなるから、今15人である程度いけるのかなと思っているんですね。

【茨委員】

だから、中堅スタッフをどういうルートで、どういう形で集めるかと。そこに対して我が病院は努力がないんですよ、残念ながら。だから、自然値のままずっと来ていると。だから、中堅スタッフ以上のお医者さんに負荷がかかって、トリアージとか何かいろんな形で、小林先生が言うとおりの不評を買ったりするわけですよ。

【吉田委員長・伊藤院長】

市原先生、どうですか。中堅として。

【市原診療部長・救急センター長】

やはり絶対的に医師の数が不足しているのは事実なんですね。特に三重県だと、例えば三重大学自体が人がいないものですから、各病院から医者を集めて大学を維持するために精いっぱいという。だから、地方の自治体病院の数は減っていると。つぶれていく診療科もあるということですね。

それから、私は脳外科なものですから、脳外科のこともお話ししますがけれども、三重大学だと絶対数が全然足りないということで、医者のないところもあると。私も名古屋大学ですから、まだ吉田先生の努力とかいろいろありまして、コンスタントには入っているものですかいいんですけれども、それでもなおかつ、今週もそういう話があったんですけれども、会があって、どこから人の派遣をやめるかという話なんです。要するに、そういう中で地区でどうするかということで。私は三重県なものですから、ここは引き揚がることはないと思いますけれども、かなりの大きな病院でも、脳外科でも引き揚げざるを得ない状況が今出てきているわけですね。だから、そういうふうにして、スタッフが入っているところでもそうなんですね。今、スタッフの入っていないところだと、とても自分とこの大学員数だけで関連病院も維持できないと。

先ほど茨先生言われましたけれども、亀田総合とか旭中央ですか、結局東京中心の病院なんです。あくまでも東京なんですよ、基本的には。だから、そこはまだ医大がたくさんありますし、絶対数が出てきますし、その連中というのは絶対地方に出ません、基本的に。東京近辺なんですよ、一つ考え方としてはね。だから、東大の関連病院とかそうなりますから、そういうところだから非常にスタッフが大学として多いものですから、大学の絶対数が多いですから、医者も多いということになると思うんですね。

ただ、あそこは人口が多いから絶対数が減ってくるかもしれませんが、今は売り手市場

ですから、要するに医者が行きたいところに行くと。そういう場合に、どうしても中堅というのは何を考えるかということ、子供の教育を考えますね、絶対に。これが多分一番最大の問題だと思うんですね。そう考えると、あまり地方へは行きたくない。やはり子供を医者にしたいのか知りませんが、そうすると東京近辺。この近辺だと名古屋近辺ということで、6年一貫の教育をしていきたいということになりますと、やはりどうしてもこういう地方でやっていく分にはなかなか難しいんじゃないか。中堅どころを集める魅力がよっぽどないとできないと思うんですね。

【茨委員】

私、和歌山医科大学の独法化された後の評価委員を、ことしで4年目になるんですね。あそこは100%ですよ、看護師の合格率。それから研修医も勝ち組ですよ、大阪の中で。何でそうなったか。三重、秋田、それから弘前、こういうところが何で落ちこちているんですか。結局大学というところの限界ですね、努力していない。和歌山医科大学の理事長以下、物すごい努力をしていますよ。それで研修医が集まってくる。それから、ドクターについても、大阪あたりのところから内視鏡治療を和歌山に覚えに行こうとかしています。そういうことが一つ。だから、努力していないで云々と。

それから脳外科医、外科医というのは、圧倒的にこれから足りなくなる。文科省も厚労省も気づいていない。小児科、産婦人科ぐらいだと思っているんですね。圧倒的に、今市原先生の言うとおりです。

ただし、今多く残っている病院は、大学の依存度が100%ないしは95%の病院が困っているんですよ。ということは、大学をオープンにできない力関係がありますよ。だから、大きな大学の傘にかかりながら、実際は自分のところで医師を養成していくという、大学に依拠しないでね。大学の方に逆に出していくというような病院が医師集めに成功しているんです。そういうようなことが、なぜ四日市でできないんですか。

皆さん、できないと言っているんですよ。で、僕はできると言っているんです。やっているところを見学に行けばいいですよ。なぜ沖縄県立中央病院に今ああいう形でも、あんな過酷な、朝の6時からカンファレンスが始まるわけです。見学者は1時ごろ来ると院長は笑っていましたが、何もわかっていないと。朝の6時から二つの教室がいっぱいになる。そういうお医者さんもまだたくさんいるんですよ。というような中で、私はやっぱり病院を本格的にここにつくり上げていくというゼロからの出発、成功体験じゃなしに、それからさまざまな力関係の中で知恵を働かせて、名古屋大学様、よろしく、よろしくと言いながら、名古屋大学に欠けているところは入れ込んでいくとか、名古屋大学に入局させてもいいじゃないですか。いろいろなやり方で、もう少しお金をかけて、お金をかけるためには利益を上げましょうということになってくる。

私は非常に申しわけないけれども、市原先生に対してお言葉を返すんですが、それでこそ成功体験で大学依存型でやってきた病院の末路ですよ。ということです。

大学をオープンにすべきです。国立がんセンターだって云々ですが、白壁先生たちがつくったときにみんなオープンにしたんです。今は慶応系が強くなってきたけど。四日市はそういうわけにいかないですね。でもほんの1割ぐらいの、例えば眼科医が要る。連れてこれるんだったら連れてくると。何でそういう裁量と自由ができないのか。みんな平等主義なのか。だからといって、

成果主義は私は賛成しているわけじゃない。お医者さんはみんな忙しいんですから。ということですよ。

何はともあれ、四日市市立に私が来たときに驚いたのは、医師の数が減りかけている、全体に。そのときに、一般会計の論理で医師給与を減額した。こんなばかなことをやるんですから、言われると怒っちゃうでしょうけど、何ですかと。それはおととい行った北海道の由仁町もそうですよ。一般会計で13%給与カットすると、平均ね。そうしたら、1ヵ月に十二、三万しか稼げない臨時職の医事レセプトを彼女ともう一人の人が起こせないんですよ。その方の給与を1万5,000円カット。そういう非常に一般会計の地方公務員法にのっとった管理をしている。医事が専門職であるということを理解しないんですよ。

自治体病院を悪くしているというのは、私は別な言い方をすると、一般会計のそういう理解と、それから労働組合が強いらしいんですよ。この組合が強いということについても、社会保険病院は闘ったんです。67本の協約を破棄したんですよ。二つ裁判になったけれども、結局取り下げた。で、今の社会保険病院があるんです。だから、社会保険病院の院長先生方は、それを存じていますよ。

そういうようなことについても、何はともあれ闘わない、医療を守るために。やっぱりうるさいから、組合に入るから、臨時職も雇えないから委託に行く。委託に行けばふぐあいを生じるということです。管理者が違うんですから。というようなことですね。だから、内的必然性は私は経営的にあると思っている。

【吉田委員長】

そういう点は、やっぱり少し検討していただくとして、とりあえず今やれるところと今後やれるというところで少し、今の意見も全国的に見て、どこがどういう形が一番いいのかというのはなかなかわかりにくいということもあるんですけども、名古屋大学にしても、今のがベストとは思わないし、関連病院との関係もありベストだと思わないんですけども、それでも現実に合わせた形でやっていかないといけないということでやっているわけですね。

ただ、確かに大学論理というわけではなくて、公的病院と連携してやりましょうと。脳神経外科学会も、専門医をつくるにも、今までは大学だけでやっていたんですね。そうでなくて、周りの関連病院とチームをつかって、チームで専門医をつくらうという動きになってきたんですね。名古屋大学だけでもやれないことはないんですけども、そうしないと専門医もつくれないというようなあれになってきているんですね、今。だから、そういう点で大学と公的病院とが一緒になってやるというのは流れだと思うんですね。

それはそれとして、現在置かれている立場の上で、どうこれを現実にやっていくかというところに話を戻したいと思いますが、とりあえず今ここに問題になっているものをどういう方向に持っていったらいいかと。幾つかあるんですけども、救急医療に関して、前回も出ましたが、それをどうしていくかと。今のERセンターをつくったことがいろいろ問題があるわけですけども、つくったことが問題なのか、運用が問題だったのかというようなことがあると思うんですけども、救急医療を現在どうしたらいいかということで、前回も地域分担にするとか、疾患別分担にするとか、いろんな意見が出たわけですけども、その辺のところでも少し先ず意見をいただけたらと思うんですが。

【水谷委員】

救急医療というのは、三重県では、どこもそうなんですけど、特に問題が今あるんですよ。だけでも、四日市市民病院はきちっとそれを整備されてやっているというようなことがあるんですよ。今言われたように、私、全体の外来患者数とか、この資料から見せていただいていると、年未年始、それから5月というような休日が多いときに特に外来患者が多いんですね、年間でも。ということは、多分これは救急患者を受け入れているとか、時間外患者を受け入れているからそういうことになっているんだろうというふうに思うと、かなり整備はされているんだろうけれども、その分だけ先生方がさっきおっしゃってみえたように、医師も看護師もあまり多くないので、結構負担がかかっているとすれば、この地域の中で、でもそれだけ多いということは、地域の方々はニーズがあって来られるということですから、それを一体どうするんだろうかと思いつつ、きょうも出席させていただいたんですけど、今伺っていると、この病院で完結型にするのが一番いいだろうという、救急だけじゃないですよ。病院でいるんな医療を完結するための整備をするのがいいだろうというふうに私受けとめたんですけど、そういうことでしょうか。

【茨委員】

3次的な、大学病院ができる医療と、こういう町場の第一線病院でできることは違いますから、完結といっても、何でも完結じゃないですよ、私が申し上げているのは。

【水谷委員】

わかりました。地域との連携もということを含めてなんですか。

【茨委員】

地域との連携というのが、地域のいろいろな医療機能、施設、それから医師会の先生方、そういう機能があるということですね。ですから、そういう中で救急を何するかということは、来る方はわからないで来るんですから、そうでしょう。自分でこれはこうだとか、それはできませんよ、素人は。そこが教育を受けていませんね、小学校でも、高等学校でも。じゃあどうしたらいいんだと。それをERをつくって云々ということは本当に間違いなのか、やむを得ないことなのか、議論していただきたいと思いますね。

【水谷委員】

私、自分がもし何か起こったときに、診療を受けるとすると、例えば急いで四日市市民病院へ行きましたと。自分はどうしても手術を受けたい。だけど、ERで、今はここではないですよ。あちらへ行ってください、こちらへ行ってくださいともし言われたときに、ええっ、これってどうなっているんだろうかと。特に個人の病院ではない、四日市市民病院であるとすれば、地域の中核病院であり、地域のためにある病院だとみんな思っていますから、これって本当にいいのかなあということにつながっていくんじゃないかと思うんですね。

だとしたら、地域住民の方々に初めからどういう教育をしていくか、どういうふうに分かっていただくかということと、消防も含めてですけども、どういうふうにアピールをしてというか、県の方もいろいろ見えますよね。四日市の方も見えますけれども、どうやって本当に初めからきちっと示して、いろんなことを整備しようとはしています。私もそれは聞いているんですけども、四日市だけではなくて、三重県としてどうやってして、何でも来られる方に対してどうするのかということとはしておられますけれども、それを本当にどこでどうするのかということだ

ろうと思うし、だけれども、今、私が思うのは、例えば診察をされる医師、それから看護師に限界があると。これ以上負担をかけるとほかのところに力も行かないし、診療報酬ということを考えてだけでもそれはよくないということ考えたときに、どれぐらいの患者さんなら受け入れができるのかどうかというようなことの査定はどうされているんだろうかということと、そのことについて、今まで地域との家庭医みたいな人たちとの連携というのはどんなふうにとられているのかとか、四日市としては一体そのことについてどこまでどんなに話し合われているのかということがあるので、四日市市民病院だけがいろいろ苦しんで、前も言いましたが、この資料を見せていただいている中にはこんなに休むところが多いということは、よそがうまく受け入れられないから四日市市民病院へどんと来られているのか、来やすいから来られているのか、受けていただけから来られているのか、よくわからないんですが、そう考えたときに、その辺の教育はどうなんだろうかということを考えているんですね。

それで、救命救急センターを云々という話があって、それはぜひ受けたいとおっしゃってみえて、そういうような準備は行われていて、そこからの診療報酬もいろいろ考えたときにとても大事なことなので、どちらをとるかということをやっとちゃんとされるというのも大事ななんだろうと思います。

救命救急センターで3次救急、2次救急を受けるとすれば、ほとんど3次ですよ。そうすると、そこに今度投入する医師、看護師も本当に大変な数になってくるでしょうし、それを考えたときに、全体の今おっしゃって見える医師の数、看護師の数がこれ以上難しい、なかなか集められないと、もしあったとすれば、どこに重点を置くかということもよく考えなきゃいけないのかなあというふうに思います。まとまらないで申しわけないですけど。

【茨委員】

今、三重大学は救急はどうなっているんですか、医療センターと。医療センターと三重大学の救急は。

【水谷委員】

救急は、三重大学としては3次救急だけとっているんですね。

【茨委員】

そうでしょう。そこが間違っているんだよね、本来的に言えば。それから、医療センターはどうなっているんですか。

【水谷委員】

医療センターは救命救急センターで.....。

【茨委員】

これも3次とかなんとか言っているんでしょう。だから、1次、2次のトリアージすべき患者さんはどこに行ったらいいんですか。

【水谷委員】

そこなんです。だから、地域の中でどうしていくかということですよ。

【茨委員】

だから国もだめ、県もだめなんですよ。

【市原診療部長・救急センター長】

救急に関して言いますと、こういう地方の救命救急センターというのは単位だけとるわけじゃないんですよ。基本的には医療センターも2次の輪番病院をやっているわけですから、一応3次になっていますけど、向こうの病院はどうしているかというと、2次の輪番の当番のときは人をふやしているんです、あそこは。そういう形で、当番じゃないときは少し減らすという形で少し戦力を落としているわけですね。本来はやっているんです、そういうことは。

うちの病院は、結局当番も関係なく、同じ数をずうっとやっています。だから、こういう地方の病院というのは、結局救命センターをとったからといって、3次だけで1次、2次を断るということはありません。それは無理なんですよ。東京や大きいところでの3次救命センターと違いますから。だから、私たちが3次救命をとりたい理由は、一つは地域割りをしてもらいたかったんです。北勢地区の全体80万で、今もそうなっていますから、南は医療センター、北は私たちがやりますという形で、そうするとある程度分散できるだろうということで、実質としてはほとんど変わらないだろうと思うんです。救命センターをとったからといって。私はそう思って、そういう方向で進んでいると。

【吉田委員長】

その中で、今の周産期が問題になると思うんですが、周産期をそういう形で行くのか、それを疾患別に行くのかということが一つあると思うんですね。

【市原診療部長・救急センター長】

私はわかりませんが、とにかく周産期については根本的に医者数がいません。

【吉田委員長】

だから、それは少し分けて考えないといけないかなという気はしますね、周産期だけはね。

【伊藤院長】

周産期は長坂先生が言われたように、本当は北勢地方に周産期センターができて、そこへ両方が行くという形もいいんだろうと思いますけど。でも、今の産婦人科医の数ではまた難しいんですよ。

【水谷委員】

医療センターを周産期センターにできないですか。

【伊藤院長】

医療センターは産婦人科医が5人いるんですよ。で、小児科医が5人いるんです。うちは産婦人科5人と小児科医が7人いるんですよ。全く同じようなことでやっています。ただ、NICUというのは向こうは3床でうちは6床ですか。NICUというのは、本来、例えば未熟児網膜症で眼科がないといかんですよね。眼科医がないから、そういう患者はうちへ回ってきたりいろいろね。それから糖尿病の専門の先生がないので、糖尿病の合併した人がこちらへ回ってきたりとか、いろんなことがありますて、お産のときでもね。だから、3次救急をやっていってと思うもんだから、3次救急の数はうちの方が多いものですから、分担という形で県の方をお願いして、この間、両方で救急救命センターを分け合おうじゃないかということで、ER問題は、3次救急に関してはそういったことをお願いしたんですけれども、周産期についてはまだまだこれから地域の方々と考えて、どういうふうにしていったらいいか考えるべきだと思うんですね。

【吉田委員長】

周産期だけは少し考えないと、両方ともつぶれちゃうという可能性もありますよね。

【杉山副院長・看護部長】

周産期の医療センターは、NICUはあるんですけど、眼科医がない。それから極小未熟児、1,000グラム以下はとれないんです。そうすると、私のところに搬送されてくるんですね。6床あるんですけど、1,000グラム以下は6床以上来たら、今度NICU加算はとれないけれども、実際的に本当に大変なときが一時あるんですよね。そうしたら、みんなほかの病棟の看護師も応援に行かないといけないんですね。そういう事象になっているので、今後どうするのかということで危機感がありますね。

【吉田委員長】

そこはやっぱり話し合いがどうしても必要になるんじゃないですかね。どっちかにするのか、あるいはそれを両方でやるのかどうか。

【伊藤院長】

研修医の産婦人科希望は必ず入れています。だから、若い人は入ってきますけどね。

【吉田委員長】

その部分だけは詰めないといけないかなという気はしますね。

あと、3次救急は地域分けとするということですね。そういうようなことですね。

あとは、地域との連携というか、急性期を中心にやるのか、急性期もここでやるのか、あるいは急性期病院と連携をとるのかという点ですね。それはこの地域にそういう受け皿はあるんでしょうか。

【伊藤院長】

それはちょっと僕からあれなんですけど、山田先生、どうですか。小山田病院と川村病院をもっと大きくして、そしてうちが例えば10日でやったら全部引き受けていただくと。ところが、連絡してもなかなかベッドがいっぱいで、ほとんど医療センターからの患者も来ていて受け入れてもらえないですよ。あれが受け入れてもらえたら、うちは本当にいいんですけどね。あるいはうちの医者が時々そこへ行ってお手伝いできるような、今はできないんですね。そんな公務員がよその病院へ行ったらいかんから。できたらいいとは思いますがね。

【山田委員】

立場上、ここでそれができる、できないと言えるほどの立場ではありませんので、何とも言えないんですけども、ただ一つ思いますのは、先ほど茨先生おっしゃったように、私どもの病院も含めてこちらの病院から退院をする患者さんが、結局出ていく先が余りにも貧しいものですから、患者さんが追い出されるというような気持ちを持ってしまう。

この前、吉田先生が少し帰りにお話ししたんですが、今、回復期に関してはかなり受け入れ先が充実していますので、出た当初は追い出されるというような感覚でいても、実際に入院してみたらたくさんのスタッフがかなり手厚くしてくれるから、そういうことを言う患者さんはあまりいないです。でも、そうじゃなくて、一般病棟に移ってきたり、療養方に移ってきたりというような方に関しては、やはりこちらの看護体制や何かと比べるとがくと落ちますので、そうするとやっぱり追い出されたとか、ほうり出されたとか、見捨てられたとかというような話になってしまうんだと思います。

【吉田委員長】

そこが一番問題ですね。

【小林委員】

患者教育というか、そういうことをしていかないといけないんじゃないですかね。外来患者だけじゃなくて、入院患者も、結局は急性期はほかの急性期を診なきゃいけないからという方向に……。

【吉田委員長】

どうしても、回復期だけじゃなくて、急性期も同時に診ていくと。そこと今度かかりつけ医とどういうふうに連携していくかという、その流れができるといいと思うんですね、この地域で。

【小林委員】

そうですね。川村病院が空かないと入ってこれないと、そういうことなんですね。そういう流れをつくらないと。

【吉田委員長】

だから、そういうあれを幾つぐらい、川村病院しかないんですか。

【山田委員】

今、回復期リハはこちらの主体会病院というのと、小山田もそうですけど、それ以外にもこの近くのみたき総合病院ですとか富田浜病院ですとか、合計すると何ベッドあるのかな。

【吉田委員長】

というのは連携はしてないんですか。

【山田委員】

しています。特に頸部骨折に関しては連携パスでしていますので、私どもよりもこちらから頸部骨折に関してはかなりスムーズに橋渡しはできているとは思いますが、ほかの疾患に関してはまだまだ……。

【吉田委員長】

脳卒中が今点数が取れるようになりましたから、それで組織をつくっていただければいいと思うんですね。

それで、今全国的に連携パスというのを脳卒中学会でダウンロードすれば、できるようにしてありますから、組織さえつくっていただければ脳卒中もできると思いますね。そうしながら、受け皿を組織化していただけるといいと思うんですね。そうすると、それから流れができて、それで追い出されたという感じはなくなると。どうしても回復期というものは一部だから、亜急性期に入って、それから回復期に来るという形になるわけですね。

【小林委員】

維持期は在宅かということがかかりつけ医ということになりますね。

【吉田委員長】

やっぱりそれを今脳卒中で連携医師がとれるというところでやっていただけると、システムができると思うんですね。

【長坂健康部理事】

脳卒中の方も保険診療点数のインセンティブが出ていますので、三重県全体でパスを、もう乱

立すると回復リハもとられるところが病院ごとに出てきて、迷惑な話になりますから、三重県統一のフォーマットを北から南の専門家で作って、社会保険病院もこれでオーケーをとっていますので、それを地域ごとにちゃんと使いましょうということで、10月ぐらいから一応、地域の福祉から、医療から、急性期から、医師会の先生も在宅の先生も入れて、ちゃんとこのパスを使ってやりましょうと、地域の混乱を防ぎましょうということは10月ぐらいからまたスタートします。

【吉田委員長】

それで、国も今は紙ベースでやっているんですが、もともと医療IT戦略の関係からそれが生きてきているんですね。いずれそれがそういう形に移行してくるということで、今厚生労働省でもそういう判断になってやっているんですけども、とりあえず紙ベースで今の組織をつくるというのがあれなんですね。だから、紙ベースで点数がつくわけだから、それも何年もじゃないと思うんですよ、これはね。だから、今の段階で組織をつくっていくと、ひょっとすると、その次にまた別のものがインセンティブ、出てきますので、それで動いていくと思うんですね。これが何年かたつと多分それがなくなりますから、今つくらないといけない。

【伊藤院長】

うちも神経内科の家田部長を中心につくったんです。だから、これは今本当に一つ、この中での病診連携というか、一つの大きな進歩ですよ。これを一つの突破口として、幾つかこれができていけば問題なくでき上がるんですね。

【吉田委員長】

だから、今こちらの頸部骨折から脳卒中ですね。あとに糖尿病と心臓と、まず先に糖尿病という話なんですね。だから、とりあえず脳卒中で連携しておけば、要は似ているからね。だから、糖尿病という形になると思うんですけど、そういう方向に行っていますので、それをやりながら組織をつくっていけばいいかなと思いますね。それは市の方で少し考えていただいてやっていただくということですね。

それから、がんについてはどうですか。がんについては、この四日市市民病院としては、がん拠点病院として。

【伊藤院長】

がんについては、これをとりたいとは思っているんですけど、結局がん拠点病院ってあまり政府からのお金もないんですよ。勉強に行くぐらいのあれで、あとは統計をきちりやるんですよ。うちは電子カルテの新しい中にがんの統計をやる方向でまとめているものですから、これは数が集まってきちと統計ができ次第、申請して、県の方、国を介してお願いするという形でとりたいと思っています。取る方向で、病院として努力したいと思っています。

【吉田委員長】

別のがんをやるのかどうかということですね、要は。

【伊藤院長】

そうですね。例えば婦人科なんかは医療センターの方が強いですから、向こうはがんの手術はやってみて、大方はうちの方が多いですから、例えば外科を中心にがん拠点がとれるところはとろうと思うんですけど。その辺に関して、脳外科はあまり関係ないですかね、がんはね。

【吉田委員長】

ここの特徴というのは、がんの中でも何でしょうか。

【伊藤院長】

例えば乳がんとか大腸がんとか胃がん、食道がん、ああいった外科系のがん。それからあとは肺がんとか、ああいったところですね。消化器系の肝臓がんとか、ああいったところをきっちりと化学療法をやってその指針をつくって、統計とああいうことをきちっとして、我々としてはそういう申請する方向に持っていきたいと思っているものですから、皆さんが反対されなければ、四日市市民病院もがんはある部分は得意なんだ、医療センターはあそこは得意だという形で、それぞれの特徴を持って、それは医師の努力によりますから、やっていきたいと思うんですね。

【吉田委員長】

あと緩和ケアはどういうふうにやっていますか。

【伊藤院長】

がんの拠点病院になると緩和ケアが必要なんですね。緩和ケアは一つ精神科医が必要なんですけれども、精神科医が常駐しなくてもいいということですから、日永病院との提携をしていますから、精神病院と。あれももうちょっと充実すればできるだろうと思いますけどね。

【茨委員】

チームでやるか、病棟をつくるかの話ですよ。

【伊藤院長】

緩和ケア病棟というのを何床かつくろうと思って、僕、最初院長になったときに目指している、愛知県の国際病院とかいろいろありますよね、緩和ケアをやっている。静岡の聖隷浜松病院にも行ったんですけども、茨先生もあれですけども、緩和ケアというのはあまり経営のプラスにはならないんですね。失礼ですけど。点数が決まっています、それ以上緩和ケア病棟で注射とかお薬を使うとだめなんですよ。だから、末期の人に限られるんですよ。難しいところがあって、緩和ケア病棟として本当にやろうとするならば、がんばかり集めるような病院である程度行けるんでしょうけれども、こういう病院で緩和ケア病棟をつくるのは大変難しいと思います。むしろ、三重県には七栗の方に緩和ケア病棟が民間であって、もう一つ聖十字の病院というのが緩和ケア病棟をつくったものですから、本当に亡くなる間際の方は、緑のきれいなところで最期に安楽で死んでいくという形だったら、聖十字の方へ行こうと。がん拠点病院をとるためのちょっとした緩和ケアだけが必要だろうと思うんですけども、終末期まで診ることは、なかなかこういう病院では難しいですよ。両立しないんですよ。一方で急性期の患者が入ってきてがたがたやっているところの横で亡くなっていく人を診ることはなかなか難しい。これは両立しないと思うんですよ、手術はしても。と思っています。

【吉田委員長】

だから、ある意味では四日市市民病院としてはがんの拠点病院をとる方向で行こうということですね。

あと30分ぐらいですけども、きょうは患者さんというか、利用者からの意識に関してはいろいろ出ましたけれども、少し何か。

【木戸委員】

私、組織論とかそういうのはわかりませんから、皆さんでお話し合っただけだと思いますが、利用者から。患者が減少しているものの一つに、公務員という意識を私たちは感じるものがあつたんです。一番悪い例は、どなりつけるお医者さんがいらっしやした。それから、自分たちの縦の関係をこちらにも押しつけていらっしやるお医者さんもいらっしやいました。これは商売の論理なんですけれども、魅力ある人のそばには人が集まるんですね。私、お医者様の方にもそういうことを少し考えていただいたら、少し違ってくるのではないかと。

それで、そういうことを全く気にしない方も、やっぱり自分が病とつき合うということとはとても精神的にきついんですね。そこに、優しいだけではいけないんですけれども、もちろん技術はしっかり持っていらっしやることを前提とした上で、そういう心の大きな方というんですか、優しい方がいらっしやると、治り方も私は違うというような気がするんですね。

病気は自分で治りたいという気持ちも、技術プラス必要ではないかといつも思っているものから、そういうすてきな医者様がいらっしやる場所には、やっぱり人が集まる。だんだん減っていったということに関しては、自分も経験しましたし、人から聞くこともあって、やっぱりそういうことも原因しているのではないかと。

それで、素晴らしい設備があつて、素晴らしい技術があるということだけではなくて、少し危機感を持たれて、減つたということに関しては、やっぱり危機感を持つのが普通の市場の原理なんですね。だけど、公務員という立場でいらっしやる方には、そういう危機感とか緊張感というのがないとは言いませんけれども、比べるとやっぱり少ないなと私たちは感じましたね。だから、できることをするんだつたら、まず今いらっしやる方たちの見直しをもう一回されたら、少しは変わるのではないかと。設備とかそういうことは、その次の段階でしていただいたら、利用者としては大変うれしかないと、思つて聞いていました。

それから産婦人科のことなんですけれども、私たちはすぐにお医者様とか、すぐに病院ということは頭になつたんですね、自分の妊娠しているときは。わからないことは何げに周りの方に教えていただき、経験者の方たちがいっぱい地域にいらっしやるから。そういう方がいらっしやつて、その情報が正しいかどうかはわからないんです。多分言っている方もわからないと思うんですけれども、その経験された知恵というか、そういうものは大変必要だと思つます。それがあつると、安心感もあるんですね。

例えばすぐに先生とか助産婦さんに行く前のワンクッションというんですかね、そういう地域の力というのが今は大変少なくなつていふように思つたんですね。それがもしあれば、助産師さんのこととか、産婦人科の問題も、ほんのちょっとではあるかもしれないけれども、解決する方法になるのではないかと思つます。

【吉田委員長】

それに何かご意見ございませんか。

【水谷委員】

今、本当に助産師自身も三重県内は少ない状況ではあるんです。おっしやるとおりなんですよね。昔はお家の中でちゃんと出産をされて、周りの人がきちつとそういうことを支えてやつていたところが、皆病院へ、病院へと。ところが、産婦人科の先生方は医療事故の問題とか、大変い

ろんなことがあるということも含めてでしょうけれども、少なくなってきた、でも今助産師が助産所を開業するということが少しずつ出てきましたので、そのところで少し変わってくる状況はあるのかなあということと、それからもう一つは、ここはちょっと無理だと思うんですけども、病院の中で助産師病棟というようなものを持って、正常の人は全部助産師が、医師とは別に全部させていただいて、出産もしていただいております。あとのサポートも一緒にしていくというようなこともしたりしながら、助産師が活動する場所というのはいろいろ考えたりしているというのがありますね。だから、身近に話ができたりとか、いろいろ相談に乗らせていただいたりということも含めて、いろんなことを始めているのはありますね。

【木戸委員】

私も助産師さんですべて、産むのも助産師さんのところでしたので、それで少し病気が加わりましたので、病院に行ったんですけども、まるで違うんですね。やっぱり妊娠というのは病気でもないし、産むということに関しては病気扱いでは考えたくないというのが私たちの考え方なんです。そういうものにおいて病院的なものが加わってくると、ちょっと違った感じで出産というものを考えなきゃならなくなるので、助産師さんがふえることと、助産師さんが活躍される環境がよくなる、広くなるということは、経験者にとりましては大変うれしいことだと思います。

【伊藤院長】

大変いい意見をいただいたんですよ。今度医療センターの産婦人科は、助産師外来を始めということ。尾鷲市民病院は既にやっていますよね。これも私ごとですけど、僕の娘はオランダにいますけども、2人子供を産んだんですけども、全く医者に行かずに、助産師さんに診てもらって2人の子供を産んで、その日に帰ってくるんですよ。すると助産師さんが来て、悪露交換とかいろいろやってくれて、そこで産んだだけ。それで何の不安もなく、ただ医師との連携はもちろんありますけど。だから、健康な者は太古からずっと別に医者にかからずに来たんだから、今医者にかかり切りだから、僕も本当は言われたように助産師外来をうちでもやれば、ある程度産婦人科医の負担も変わりますから。と考えているんだよね、部長さんね。

【杉山副院長・看護部長】

ただ、今のご意見では無理に病院でやらなくてもいいんですよ。役所で保健のところ助産師外来をやれば、それはもっとできることなんです。もっと幅広く考えられた方がいいかもしれませんね。

【小林委員】

妊婦さんになる人が病院に行かないようにするというか、助産所でもできるんだよというふうな教育ですよ。患者教育なんですよ、結局は。

【木戸委員】

地域力だと思うんですよ。地域力に関して、ちょっと外れるかもしれませんが、いろんな情報とか知識とか、それは行政の情報というのは一方的なんです。だから、興味がある人は乗ってくるけれども、実のところ、ちょっと私、行政の方でかわりを持たせていただいた時期が3年間ありまして、ある地域のところを調べさせていただいたら、いろんなことに興味がある、行政の情報に関心のある方は、子供を含んで、全部の数を含んでですけども、私がいたところの状態は1%だったんです、関心がある方は。あとは無関心ですね。その1%をどうしたら

いいだろうかということは、やりっ放し、出しっ放しを防ぐ。

例えば情報だけいただいても、いい本があるよといただいて、本を読んだだけでは、賢くなるかもしれませんけれども、なかなか情報だけ自分が持っただけでは身にならないことを実感しましたので、できたらもっと積極的に、私は市民活動をしていますので、どんな効果的なことができるかなと考えましたけれども、各地区には自治会がありますね。大体の有益な情報というのは自治会長までなんです。あとは自治会長がどういうふうに情報発信するかにかかっているんです。それだったら、自治会の中に組という組織があるんです、四日市市はね。大体その組が10ぐらいの単位でありますので、毎年その組長はかわるんです。それだったら、その組長に今年なられた方たちを研修とか、そういう情報発信の場を設けて、それを10年続ければ、大体そこに住んでいる方の10軒、10戸、すべての方がそれをまず聞くだけの環境はできるわけなんです。だから、そういうことをしていけば、100%の効果は期待しませんけれども、それでも出しっ放しよりは直接に伝える機会があった方が効果が上がるのではないかと。そういうことを続けていけば、10年という計画が行政的に無理だったら、5年でも50%の方たちが直接にそういうものを聞くという機会があれば、少しは変わるのではないかと。あとはもう地域のそういう返ってくる力に期待できるのではないかと。自分の地域では進めてますけれども、なかなかいろんな効果が出てきたことは確かです。できましたら、こういう席でそういうことの情報発信というか、行政の方へそういうご意見を出していただいたらいいかと思えます。

【吉田委員長】

それは非常にいいと思いますし、今回も行政が来られているから、そういう組織化というのは、かかりつけ医の方から病院もそういう情報を出してやっていけば、今の何でも病院に行くということでも……。

【木戸委員】

地域力ですね、何で今かといいますが、団塊の世代を私は大変期待しているわけです。それで、これからの地域力の柱になれる方たちが団塊の世代だと思っているんですね。でも、社会で生きていらっしゃった方が地域ですぐには溶け込めないし、そういうところにおいても、何らかのこちらの働きかけがあれば参加しやすいのではないかと。たくさん知恵を持っていらっしゃる方はいっぱいいらっしゃるので、社会で生きてらした知恵を何とか地域に生かせないものか。それだったら、地域ってすごい強い、優しい地域になると思いますね。

【吉田委員長】

そのときに一番身近なのは医療ですので、医療でそういうものをつくっていただければいいですね。

【茨委員】

長野県では何十年とやっています、長野県の医療費が安い、介護保険料が高いかわかりませんが、それは長野県の場合は50戸に一つ、2年単位でたぶん健康保険医というのを置いておりました。それが地域活動をしていますね。

【吉田委員長】

ですから、その保険医にいろんな情報を流すという仕組みをつくればいいんじゃないですかね。

【水谷委員】

非常に自立されている地域ですよ。自立されているようなお考えを、今伺っているとしているので、いろいろお話ししたいことは、そういうところへ持っていかれるとかなり情報提供になるのかなあと。

【吉田委員長】

何か名前をつけて組織をつくったらどうですか。

【木戸委員】

組織というよりも、まず行政がその頭にならなきゃいけないと思いますよ。行政は仕事柄、それは仕方がないことで、縦ですね。その課だけですね。例えば高齢者のことも、子供のことも、育児も介護も一つなんですよ、問題は。私たちが生きていく上で、家の中では縦では考えないで、すべての問題が家の中にあるわけですから、例えば今、私、ことしの1年、2年、家庭教育のことに力を入れていますけれども、子供を家庭教育するのも女の仕事、今の日本の中ではね。もっと進めば、自分の夫もある程度は、申しわけないけれども教育させていただいている部分もあるんですね。これが正直なところ、現実なんです。そういう家ばかりとは言いませんよ。それは地域においてのことですよ。実は、そういう方たちが組の仕事をされるんです。それだったら、そういう方たちがしっかりとした正確な知識と、有益な情報をきちっと直接に聞かれれば、家の中でそういう形を少しは期待できるのではないかと思うわけです。

大きな組織を一遍につくってではなくて、本当にそうやって組長さんに直接伝えるという組織、それを行政の方それぞれの情報を出していただきたいんです。どういうことを自分たちは伝えたいか。福祉は福祉で伝えたいことがあると思うんですね。それから保健は保健で伝えたいことがある。そういう情報をきちっとつくっていただいて、それをやる組織をつくることに協力していただいて、それを実行できたら、私はこの町はもうちょっとよくなるような気がします。

【吉田委員長】

それはそういう形でやっていただいて……。

【伊藤院長】

僕のところがやるのかどうか……。それは両方ですかね。保健師さんって今何名くらいおるんですかね、市に。

【西村福祉部長】

26名です。

【伊藤院長】

50戸に1人というわけにいかんか。

【西村福祉部長】

保健師なんかは地域を回っていますからね。そういう点では非常に重要だと思いますね。木戸さんも先ほどお話がありましたけど、私も3年前までは市民部長でしたから、そういう関係では自治会との絡みもありましたけれども、やっぱり行政情報の伝達というのは非常に下手で、広報なんかでお知らせするのがいっぱいの場合が多く、広報はどちらかというと弁解の広報で、載せてありましたという程度のもので、やっぱり口伝えでないと、直接関心があることじゃないと入っていかんと。

もう一つは、先ほど来、冒頭からお話を伺ってしまして、私は医療のことは全然わかりません

けれども、福祉現場で感じるのは、この市立病院さんなんかでも当然10日なり2週間なりで退院せないかんということについて、なぜかということが十分まだわかっていない。それは、当然ドクターも少ないし、それから先ほど地域、これから在宅医療というか、在宅ということになっていけば、そのつなぐための医療ソーシャルワーカーや、そういう人らの数も非常に少ないと。そういうところが非常に私は大きいと思いますね。

私は、経営企画部長じゃありませんので、金のことは全然わかりませんので、やっぱりある程度それぞれの方が自分自身が困ったときに十分相談に乗ってもらって、行き先までもいろいろサゼッションしてもらって、あんたで判断しなさいなんていったって素人は全然わからん話ですから、そういう制度の変遷とか、こうしたら十分安心できるとか、こういうことについてはA案、B案という選択肢があるんだとか、もう少しそこら辺を十分話してもらおうと、私が最近ちょっと耳にする話は、なかなか先生が忙しくて十分相談に乗ってもらえんとか、あるいはいろいろなことについて、いろいろ相談しようと思っても、なかなか看護師さんについても、それから医療ソーシャルワーカーの人らについても相談してもらおうのは難しいという話はちょっと聞いたりしますので、それぞれの方が自分が直面したときに、それなりに十分相談に乗ってもらって納得するところまで行けば、この人らが一つまた情報源になって、人に口伝えで情報を伝えていくので、当然この市立病院に長期間入院するということは無理な話ですけど、それがなぜかとか、そういうことについて自分自身が安心するだけ説明を受けてないということ、それがちょっと不満になったりする場合は十分あるんじゃないかと思いますね。

【吉田委員長】

そういうシステムをつくっていただくということですね。

【茨委員】

涌谷町というところが東北にありまして、そこの保健婦さんが病院に3年間勤務して保健活動をしています。ということは、臨床経験がない、今の保健婦さんは、そこはそういうことを、言うところの保健・医療・福祉を実践しているわけですね、保健婦さんを中心に。ですから、病院に勤務しなさいということになる。

先ほど木戸さんが言われたように、受け手は1人。それが行政の都合で縦割りになっているわけです。せいぜいやって保健センターを病院の隣につくって合築だと。だけど、中身の運営は全然別。だから、お年寄りがこの書類を持って云々でも、保健婦は届けない。ここへ行ってください、何に行ってくださいと。こういうような体質が今の自治体の体質なんですね。ということで、非常に木戸委員は、今受け手は1人ですよということ。家庭の中にすべてがあるんですよ。この声を真摯に聞いていただきたいなあと思います。すみません、勝手なことばかり申し上げて。

【吉田委員長】

そういうようなところを受けられるような環境をつくっていただきたい。

じゃあそういうことで、ある程度はまとまってきたかなあという気はしますけれども、まとまらない点もありましたけれども、いろいろ言われたことも少し検討しながら……。

【伊藤院長】

次回までに時間がありますから、十分考えまして、話題を絞って皆様のご意見を聞けるよう

な形に、ざっくばらん過ぎますから、やりたいと思います。

【吉田委員長】

それで、今言われた独法化についても、そのときに方向性を少し決めたいと思います。

あと5分ぐらいですので、だれかこれだけは言っておきたいという人がおられたら……。

よろしいでしょうか。では次回、3回目は1ヵ月後ぐらいですね。ということでお願いしたい
と思います。

市の方からよろしいでしょうか。

では、そういうことで、どうもありがとうございました。