

加賀市医療提供体制調査検討委員会（第4回） 会議録

日 時：平成23年7月5日 午後7時06分開会

出席委員：稲坂副委員長、大村委員、小橋委員、小林委員、嶋崎委員、山岸委員長
(50音順)

欠席委員：太田委員、川淵委員

<会議の概要>

事務局 今回の会議では、前回会議で決定しました基本構想策定支援事業者として日本経営エスディーサポート様にご参加いただきまして本日の資料説明などお願いしております。

○議事

事務局説明 **参考資料** 検討委員会の報告項目

質疑応答

特になし

議題1 加賀市の現況について

(人口予測、医療および介護施設の供給状況、患者の動向（流入・流出）)

事務局説明 **資料1** 人口予測等について
資料2 南加賀医療圏における医療・介護提供体制について
資料3 患者の動向（流入・流出）について
資料4 DPCデータを用いたマーケット分析について

質疑応答

委員長 2035年という、あつという間ですよ、20年後。人口の減少率、高齢化率が比較によって顕著に出ています。ただ今のご説明についてご質問ございますか。

大村委員 資料3の3ページに、MDC別の患者の流出入というところがあり、このところは南加賀医療圏で括ってありますが、加賀市ではどうでしょうか。

事務局 こちらに関しては、現在、データの開示請求を行っており、次回の時には加賀市におけるデータを発表、ご報告させていただく予定です。

委員長 予測としては、加賀市でもかなりの患者が流出しているということでしょうか。

嶋崎委員 資料1で人口が減少しているが、コンサルをしている先で人口が増加した自治体はありますか。何が奏効したかということをお教えいただきたい。

事務局 市民病院の基本構想の部分で人口が増加した事例はありません。民間病院を含めたマーケット調査をしたところでは、人口増というところはありませんでした。それ

は市の特徴として新興住宅地が開発中であるというような地域的な特性が寄与します。

委員長 地方都市、加賀市と同じような立地条件のところではおっしゃったような人口増というのはありますか。

事務局 あまり該当したところはありません。

嶋崎委員 資料2の介護保険施設について、介護施設の各自治体、全国の比較が出ていますが、国が示す介護施設の目標に対していかがでしょうか。多ければ多いほど恵まれていて良いというように解釈してよろしいですか。

事務局 前者に関しては、今回比較分析をしていませんので、加賀市における介護保険計画があるので、そちらとの対比をさせていただきます。実際にこちらに介護保険計画がありますので、ご報告させていただきます。国では現在は使われていませんが、参酌標準として介護施設の定員数というのが標準的な数値として示されています。それに対しても、加賀市の数値についてはほぼ倍以上の整備が行われているというような介護施設の整備状況になっています。

委員長 よろしいですか。

嶋崎委員 それは過剰でありあまりよろしくないという評価なのでしょうか。この傾向でこういうことが起きるのですか。

事務局 国としては介護施策として在宅重視というのを掲げているので、どうしても施設を整備するとその分施設の方に入所される。実際には本来要介護5とかで、入るような施設の所で軽い方も入ってしまう。国としては一定の水準を整えるために、参酌標準という形で示しているが、逆に言うとそれを超えることはあまりよろしくないと言われている。

委員長 他にはございませんか。

小橋委員 高齢化率で40%近い数字というのはイメージが湧きませんが、能登の北部で現在どれくらいですか。例えば輪島とか、珠洲とか。

事務局 現状は分かりませんので調べてご報告いたします。

委員長 恐らくもっと激しいでしょうね。うろ覚えですが、加賀市の比ではないと思います。

寺前市長 2035年の千葉、埼玉の高齢化率は何%ですか。千葉、埼玉問題と言われているのですよね。どれくらいのものでしょうか。全国平均では東京などが高齢化で大変だという数字が全然見えてきません。

事務局 現在わかりませんので、調べてご報告いたします。

寺前市長 これはこういう問題を議論する時にはすごく大事なことですよ。私が一般的に理解しているのは、日本の全体の差がありますが、千葉、埼玉方面は絶対数における高齢者は爆発的に私たちの世代から増えてきますから、それが大変な数ではないか。それで加賀市はどうかと。私の理解には、能登もそうですが、ほぼ高齢化に入りきっているから、高齢化そのものの深刻さというのは、行政的に受け止めると、問題としてはそれほど深刻ではない。制度も出来ているし、施設もあるし、覚悟もある。バスの問題にしても、介護施設の問題にしても。むしろ千葉や

埼玉は、これからものすごく難民が出てくるであろう。そういう意識がないと、ミスリードな気がします。次回までに出しておいてもらいたい。

稲坂委員

病院の問題とは別に高齢化の話が出ていますが、増える高齢者をどうするか、高齢者を支える若い人たち、子供たち、生産人口が減ってくることは大変な問題だろうと思います。石川県の中では能登を除けば、加賀市の高齢化率が一番高いと言われています。それから少子化は子供が減るわけですがけれども、能登を除けば加賀市が一番。ですから、石川県の中では加賀市が一番これから、大変なところなので、それに対して、少子化を防ぐためにも防止策の話になるが、あまり重要視していない。子供というのは票にならないから、市議があまり関心を持っていないと思う。子供の問題は加賀市にとっては大切だと思うので、加賀市は少子化に対する対策を他の市より取り組まないといけなく、と思っている。

寺前市長

耳の痛い話ではありますが、つい1週間以内の話ですが、資料を作って商工会議所で説明をして、少子化というのは日本の場合、結婚率が高くないと全く意味がなく、婚姻率が低いですよね。だから結婚されるのをサポートしないといけなく、行政でそれをお世話するというのはですね、うっとうしい社会でもあるし、しかし行政でもやらないといけなくのかもしれない。それから分析して良く分かりましたが、基本的に加賀市内でも大聖寺地区や山中地区、片山津地区はこの10年でも1割人口が減っている。だけど山代、動橋は5%減っていない。作見になるとほとんど減っていない、東谷や西谷はどうかというと、激減したわけですが、今は減りようがない。小松はどうかというと、プラスマイナスゼロだったのが、今マイナスになりました。結局、金沢周辺で、金沢は変わってきていますが、ある人口学の法則があるのです。隣のあわら市を見たら、加賀市と一緒にです。能登を見たら、だいたい七尾と加賀が同じような感じですが、能登全体はもっと悲惨ですよ。結局、県庁所在地に人口が向かって動いていて、けれども加賀市から数字を見るとダイレクトに金沢には行っていません。だいたい小松。けれども小松市が加賀市を吸収して増えたかということ増えたとは言えない。プラスマイナスゼロくらい。それが今、減りだしている。金沢の周辺に流れている。金沢の周辺というのは金沢市内だけじゃない。そして金沢市内の人は東京に行くわけです。ということで、別に弁解をしているわけではありませんが、それを現実として踏まえて、どのような政策を打っていくか、ということのように思います。

稲坂委員

寺前市長の隣におられる山下さんと一緒に、昔、私も少子化対策に色々と関わってました。その当時アンケート調査しましたが、欲しい子供の数と実際に持てる数にギャップがある。欲しいのは3人とか出てきたが、実際には子供を育てる時にお金が必要で大変なので希望通り子供が持てない。親の世代が減っているし、結婚しないというのがありますが、もう一つは子供を持ちたいけど、持てない若い親がたくさんいる。それに対して、私は市や行政が援助できると思います。実際僕は双子の娘が共稼ぎで3人ずつ子供を育てていますが、非常に大変です。いろいろ援助していますが、子育ては非常に大変だと思う。それは行政の援助もいくらでも出来る。結婚させることはできませんが、援助はできると思います。

- 寺前市長 別の委員会のようになっていますが、その問題も分析をして、有職率の女性ほど出産率が高い。保育援助と出産率はどうも因果関係がないというのが、一般的な定説ですし、「デフレの正体」を書いた人も、彼の分析も引用だと思いますが、そういう分析があり、保育施設を整備するということは、お母様方の労度を減らすという意味では大変重要な手立てですが、それは少子化を解決する方法とは違うというのが私の理解です。弁解しているわけではありませんが、もう少し分析が必要なのではないかと考えています。
- 稲坂委員 まだあるのですが、またの機会にしたいと思います。
- 委員長 資料4の地域におけるMDC別シェア率について、これは現在ですよ。医療施設を考える場合に、資料3にあるような、20年後の変化を加味したのがありますが、これを考えた場合には、どうですか、ずいぶん変わってくるのではないのでしょうか。
- 事務局 実際には高齢化により、呼吸器や循環器系というところが非常に増えてきますので、供給体制という前提もありますが、疾患群の構成としては大きく変わってくると予想されます。
- 委員長 これと同じような、地域のMDC別シェア率を予測として、資料3のように変化を基にして、追加資料として出来ないか。これは現状ですね。それをもう少し具体的なシェアで、例えば2035年は無理としても、今後10年くらいでの変化を予測して、受療率とか構成とか非常に大事な話だと思います。
- 事務局 分かりました。こちらの方に関しては調査検討します。
- 小林委員 おそらく今のは疾患に関しては言えると思いますが、シェアに関しては実際に流出しているのは、専門の医師がいなかったりということなので、それによって全然違ってくると思う。おそらく、シェアに関しては、難しいかなとは思いますが。何か、こういうような状態があれば、条件を入れればシェアは変わると思うので。
- 事務局 資料3の1ページ目、2ページ目はあくまでもこういう患者が予想されるということなので、いわゆる患者所在地別のデータです。逆にこちらの資料4の下は施設所在地ということで、実際にどういう患者がどこに来ているかということになりますので、発生件数ではなくて、逆に受ける場合、どこで受けているのかということを示しています。若干、データの違いから他の出し方がないか思案したいということで、持ち帰らせていただきます。
- 嶋崎委員 資料3の循環器、呼吸器系の患者が増えるということに関してですが、そのことに関しては、地域で完結していく必要があるのかどうかということで、金沢大学としてはどうお考えですか。後は県で地域枠の奨学金を出している人で6学年、60人ほどの人がおり、自治医大の卒業生が25人で、85人の人が県の医師の少ない所へ行ってくれるので、それを見越した上で、循環、呼吸器系は加賀市なら加賀市で診なさいという形に、大学としては持って行けそうでしょうか、どうでしょうか。
- 委員長 慢性疾患と急性期によって随分様子が変わってくると思います。例えば急性期

としたら、県としても小松に救急センターを作って、そちらに救急を充実させようという動きがありますし、それでも全部診られるわけではないので、二次救急やそれ以下の問題はある程度地域で完結できるというのが基本的なスタンスということです。それから慢性期の管理になると、やはり大学全部を含めて、ある程度地域で完結してもらわないと困る、ということです。それから、自治医大等のことについては、最近は多様であり、自治医大を卒業して9年、10年終わられた方が必ずしも能登に皆、定着するかということそうではなく、高度医療を目指して、全然違う所に行ってしまう、恐らく去年終わって、残る方は半分くらいではないでしょうか。それは県と、地域で取れる専門医等を考えていますが、あまりに多様化して、難しい状況にはあると思います。たとえば小児外科などを希望されると、症例が多いところに行ってしまう。地域が小児外科を求めているかということ、そうでもない。そういう問題はあります。

議題2 2病院の経営状況（他の自治体病院との比較を中心に）について

事務局説明 **資料5** 医業損益と常勤医師数の推移
資料6 他の自治体病院との比較調査

質疑応答

委員長 　ただ今のご説明に対して、何かご質問ございますか。冒頭に、加賀市の病床数は人口当たりが多いというご指摘がありましたし、人口が減ってくることを考えると、最後の資料に飛びますが、単に足した線を横に引いて、350という数字を出されていますが。現状ではこうかもしれませんが、将来を見越した数字と見るとちょっと考えにくいのですが、その辺のご見解はいかがですか。

事務局 　次回の時に先ほどの報告事項でも挙げましたが、実際には人口は減少しますが、患者数としては若干増える、ただあの中にはいわゆる急性期の患者がどれくらいいるのか、そして加賀市におけるそれぞれの疾患分類まで細かく分析をしたものをレポートさせていただくので、今回、先生のご指摘があった通り4ページ目は粗い試算ではあります。そういうところを示した上で、最終的には適正病床数の検討材料として何らかの資料を提示したいと思っています。

大村委員 　先ほどの資料3を見ますと、将来人口は減るし高齢化も進むが、実際は2035年でも今よりも2.9%医療の需要は増えるということですね。それから一般病床数も療養病床数も多いが、実際の患者は加賀市以外に流出していることから、より一層、再編・統合、効率の良い医療が提供されるべきである。そのようなことが示されていると解釈していいですね。

事務局 　はい、そのようにご理解ください。

嶋崎委員 　資料5のところで、加賀市民病院で平成19年度はマイナス4億4100万という資料がありますが、支払利息が2億円程あり、減価償却費が3億5000万くらいあり、そこでマイナス5億5000万くらいになっています。支払利息に関しての

責任は、当時、財政投融资で高い利率で借り入れた行政当局の責任の話になりま
すし、減価償却費に関しても、自治体によっては減価償却費を算入していない、
交付税で充当される分を算入していなくてやっているところもあり、加賀市民の
先生方が一生懸命働かれていて、このような数字になっているので、その辺のと
ころの会計上の不備や、医師と職員の責任ではなく、周辺の責任でこのようにな
っているという、そういう分析はありますか。

事務局

平成 19 年度の赤字については、議会でもお話させていただきましたが、今の
先生のお話だと、昭和 57 年、58 年くらいに増改築をした時の建物の借金の金利
が 7%を超えている状況で、確かに借りていました。私が病院に在籍していた時
に、非常に金利が高い借金があり、キャッシュがその当時 16 億円くらい持ち合
わせていたので、繰り上げ償還、まとめて金利の高いものは返してもいい、とい
うルールがあったので、金額は定かではありませんが、かなりの金額、数億円を
一括で繰り上げをさせていただいた。19 年度のこの赤字の主な原因というのは、
小林先生がここにいらっしゃいますが、実は夜の時間外の患者の制約をしたこと
により、かなり患者が減った時期があった。それが一番の大きな原因だと私は感
じています。先ほどの金利の 2 億円という話ですが、これは先生もご存じのよう
に、企業会計は損益の決算と、資本的決算の 2 つがあります。金利については、
損益決算で支払いをしますが、元金の方は資本的収支の方で。金利は 2 億円とい
う金額はありませんが、相当の金額で毎年償還に対する金利があります。現在
5%以上のものはほとんどありません。すべてキャッシュの中から支払っている
状況なので、19 年度の 1 点を捉えて、今の金利が高いのを払ったのではないか
ということは、全くぴったり当たっているということではないと私は思っていま
す。一番の原因は患者の減、これが一番大きな原因だと考えています。

委員長

他、ありませんか。医師数がこのように単に数字として出ていますが、これか
ら例えば女性医師の問題や、病院長会議でありました眼科の医局長などを当直さ
せないでくれとか、働くドクターの、それをクオリティと表現していいのか分か
りませんが、ただ単に数字でドクターイコールステージバイ 1 というのは計算し
にくくなっている、というのが現状だと思うが、その辺りは、影響はどのように
評価可能ですか。

事務局

病院のヒアリングの中でも先生と同じような意見をおっしゃっているスタッ
フの方がいらっしゃいました。単純に 2 病院をくっつけるから、そのドクター数
が確保され、かつ救急が全て充足されるということではないのではないかと、とい
うご意見も中にはありました。ただ、先ほど大村先生からお話があったとおり、
今、(病床数が) 過剰というか、非常に多い供給体制だが、分散されている供給
というか、両病院の中で患者が、特に住民の方が掛かりたくても掛かれない、現
状を考えると集約させた方が良いのではないかと、というご意見もいただしてい
るので。先ほどのドクター数の方は $1 + 1 = 2$ の原理ではないということは承知し
ていますが、これを何とか現状を改善するという一案として、今回 2 病院の統合
という案が出てきていると理解しています。

事務局 最後に資料の病床数と医師数の経過ですが、20年度の常勤医師数をご覧いただくと34名。これが非常勤の先生が週1回来られると0.2というカウントをしているので、これが45.4人ということは、10人以上の非常勤の先生がいるということになり、非常勤の先生の割合が高く、350床がいいかどうかは先生方でご判断いただきたいと思います。

議題3 病院職員ヒアリング結果について

事務局説明 **資料7** 新病院建設に向けた職員対象ヒアリング調査

質疑応答

委員長 ここでは本日、ご欠席の川渕先生からご意見いただいておりますので、これについて事務局からご説明させていただきます。

事務局 川渕先生からいただいた書類に基づいて説明いたします。お手元にある川渕先生の意見書と、四角で囲んであるこの2枚をご覧ください。まず川渕先生からは宿題を5ついただいています。一番上については、衛生要因と動機付け要因を混在化しているので整理をしてほしいということが出ています。衛生要因と動機付け要因とは何かというと、四角の資料の下に書いてありますので、参考までにご覧ください。それから2番目についてはSWOT分析、強み、弱み、それから機会、脅威というそうですが、この分析をして欲しいということです。それから3番目についてはDPC6桁分析をして欲しいという、さらに細くなるというか、そういうものをして欲しいというお願いです。4番目については、加賀市消防本部で救急搬送された患者の個表というものがありますが、実はこれ全部紙ベースです。年間2,800人弱の搬送された患者をデータ化して、見える化できないかということで、少し時間が掛かりますが、やろうということで考えています。5番については資料5のデータ、先ほど事務局で述べましたが、医師数と経営指標に相関関係がないのかどうかということで問い合わせがありました。これについては1番から5番を事務局より対応出来るかということの説明致します。

事務局 箱に括られた川渕提出意見について、事務局対応案としてこちらにまとめさせていただきます。まず1つ目、衛生要因と動機付け要因についてこれを整理して下さいという指示に関しては、こちらの方の分析結果をそれぞれに分け、その分析結果に関しては、市民病院の運営方法の方に活用させていただければと考えています。また両病院のコメントを整理し、特に加賀市民病院に関してはフィードバックをして、改善ポイントの洗い出しにこちらを活用いただけたらと思っています。2つ目のSWOT分析に関しては、こちらのコメント等を参考にして、SWOT分析をまとめます。それを一旦病院にお返しをして、病院職員皆様に新病院のあるべき姿、先日のヒアリング時ではフリーコメントで皆さんから記述や発言をいただきましたが、それを少し体系立てて、実際に皆様方であるべき姿を検討し、具体的な病院像をイメージしていただき、それをこの委員会に意見提出をすると

いうことを依頼させていただければと私案をまとめています。3つ目、詳細分析に関しては、先ほどから何度かご指示をいただいている通り、大きな疾病分類なので、もう少し詳細に分けてこの分析を行います。4つ目に関しては、救急データに関しては、紙ベースのデータとして若干時間は要しますが、実際には以前、第1回か2回の時に、救急データというところで、川渕委員からご指摘があったと伺っていますが、実際にその症状による受け入れの成否や転帰について分析を行い、例えばどういう疾患のどの状態くらいであれば、それが受け入れ可能であるのかどうか、といったところまで詳細な分析をこちらの方で行っていきたいと思っています。最後に指示がありましたドクター数と経営指標、いわゆる収益とか利益に対する相関は、利益に対しては目に見える相関というのがありませんでしたが、売上に関しては一定の相関があるように見受けられたので、もう少し長い年度を見て、売上だけではなく、経営指標全般についてこういった相関があるのかどうかというところの分析を再度試み、検討委員会にご報告させていただこうと思います。以上です。

委員長 全体を通じて、アンケート、それから川渕委員からの意見、それに対しての事務局の対応に関して何かご質問等ありましたら宜しくお願い致します。衛生要因とは具体的にどういうことですか。

事務局 例えば不足すれば不満を感じるが、どれだけ満たしてもやる気につながらない、代表的な事例を言うと給料です。給料が少なければ、皆さん文句を言うと思いますが、例えば給料が上がったからといって、「これは私の働きに見合ったものだ。」ということで、それはそれで一瞬喜びますが、それが例えば次の動機要因に繋がらない。代表的な事例としては給与がこういうものに該当する。

委員長 必ずしも同意されない方もいらっしゃると思いますが。

寺前市長 そう思わない人がいるということはあまり科学的な指標ではないかもしれない。水が少ないから、喉が渇く、あるところまで喉が潤ったら、摂りすぎてもしょうがないというようなものですか。それはちょっと分かりませんが。気がつかない。一緒に考えさせていただきたい。

事務局 アメリカの著名な心理学者の方がこのように定義付けされているようですが、動機付け要因に関しては、例えば病院であればチーム医療やそういう動機付的なもの、例えば満たされれば自分たちは満足感を得られるが、それをさらにやっていくというところとは若干違うというところが事例として示されていました。

委員長 他にありますか。同規模の類似の地区である公的病院のアンケート調査の中と比べて、今回の職員の積極的な回答が飛び抜けて特色ある意見は何かありますか。

事務局 突出した意見は感じられなかったのですが、お話を伺っていて一番感じたのは、現場の皆さんが、語弊があるかもしれませんが、一生懸命頑張っておられ、住民や患者に対して良い医療を提供しよう、ニーズである救急も受けようと非常に頑張っておられますが、やはり100%受け切れないというところで、若干のギャップというか、患者に対して責任感を感じておられた。良い意味での責任感なので、それは今回の新しい医療提供体制の検討ということで改善されるのであれば、是

非そのような考え方を推奨したいということをご意見としていただいた方が非常に強かったと思います。

稲坂委員 病院の経営が儲かるか儲からないかということですが、外来の患者数と収益との関係性はどのようなのですか。関係ないですか。データが出てきませんが。

事務局 今回の分析の中ではありませんでしたが、外来患者数が多いから利益率、経営が良いという相関はありませんでした。これは厚労省の政策、考え方にもよりますが、やはりクリニックと違って、病院は法定人員の考え方があるので、外来40人の患者を診るためにドクターを1人配置しないといけないということで、なかなか外来数が多くて収益が高い、利益に貢献しているという所は少ない傾向として出ているようです。

稲坂委員 私が昔病院で勤務した経験では、医師は外来患者の対応に時間をとられ忙しくなる。外来患者数が収益に影響ないなら外来患者を減らす必要があると思う。

事務局 実際の急性期病院ではそういう考え方で外来のクール、例えば午後の2時、3時まで外来をして病棟を回れなかったり、手術が押してしまう。こういう話があるので外来を抑制し、厚労省が考える外来は地域の先生に診てもらおうということで、地域連携や医療機能の分化ということは推進したいという病院は最近では多く見られます。

稲坂委員 収益にはあまり関係ないということですね。

事務局 はい、逆に入院の稼働率が利益と相関するというのは、データとしてあります。

委員長 金沢市内の大きい病院は待合が閑散としていても大丈夫かと聞くのですが、むしろその方が診療待ち時間も短くて良いということですね。逆に混雑していて待ち時間が延びるとすぐにクレームが出るというようなことがあり、ごった返す病院というのは敬遠されている時代なのです。東京のいわゆる有名病院だと、1日4,000人とか、桁違いの診療をされているところもありますが、それはそれなりに出来るだけ待ち時間を減らすとか、大学病院などはそのようですが。非常に特殊な例だと思います。

議題4 課題のとりまとめ

事務局説明 **資料8** 課題のとりまとめ

質疑応答

委員長 ただ今の説明について何か質問等ございますか。37億というのはやらないと建物がもたないという問題ですか。

事務局 山中温泉医療センターが約20億、これはやはり昭和40年代に建てた建物なので、もしこれを建て替えるとすれば20億円くらいお金が必要だろうということです。それから市民病院については、診療棟といって、1階に放射線科、3階に手術室という一番古い建物ですが、これが相当水漏れ、雨漏りができています。これを直すのに約7億から10億。それ以外に給食、調理場等がある一番錦城小

学校寄りの建物、これもかなり古くて、これも近々に建て直さなければならないということで、合わせて17億。そういうことで市民病院の17億と山中の20億がもしこのままで（運営して）行くのであれば、合わせて37億円のお金がかかるということです。

嶋崎委員

3ページ目の下の方の適正病床の話ですが、山中温泉医療センターの方は利用率70%ですが、春、秋が5割5分から6割、夏場の暑いときは8割、冬場の寒いときは9割埋まる。稼働率が最大となる時期の患者に対応すべく病床を抱えるべきなのか、あるいは経営的なことを考えて、採算ベースが取れるところで考えるべきか。コンサルの方としてはどちらをお取りでしょうか。

事務局

先生が仰るとおり、平均で考えると患者が増える冬など最盛期に関しては受け入れができない状況になると思うので、平均で見るとは考えていません。ただ冒頭で申し上げたとおり、この加賀もしくは南加賀医療圏全体で見たときに、2病院以外での受け入れ施設、もしくは受け入れ病院があるという現状の中で、今後はそれを全て2病院が受け入れをするのか。それがある程度限られたスタッフ数であり、そういう現状なので、それを集約した時に全機能を持って行かないのであれば機能分化をし、必要な分であれば、病床数であれば何床というようなところが提案といいますか、一番の議論、論点になるのではないかと考えています。

大村委員

次の20日の会議で詳細を詰めていくと思いますが、病床数、医師数のことです。加賀市は一般病床も療養病床も多いというところから始まりましたが、実際に加賀市にどれだけの病気に罹る方がいて、そのうちどのくらいの方々が加賀市を離れて小松や福井、金沢で治療をうけているのかを明らかにしていただきたい。これから高齢化社会を迎えて、30キロ、40キロ先の病院に通うことがないようにしなくてはならない。我々は治す能力を十分に持っているが、病院が老朽化しているということで、そういう（遠方へ通う）方がいらっしゃる。いわゆる医療難民ですよね。医療難民を無くす、そういったことを勘案して病床数、医師数をぜひ算定していただきたい。

事務局

今回は加賀市における実際の患者の受診動向、その中でも主要疾患に関しては、DPCデータをということで、いわゆる疾病名、例えば急性心筋梗塞で加賀市に受診をされているのか、他市に流れていくのか、そういったところまで詳細なデータをご提示させていただこうと考えています。

委員長

他はございませんか。4ページに単独型の研修指定病院を目指す必要があると書いていますが、これは診療科の面で考えると難しいのではないですか。

小林委員

これは難しいと思います。当面はとにかくたすき掛けのものをどのように受け入れていくか、ということを考えていかなければならないし、それで指導できる医者を数多く、どの科でも診られるということから始めていかなければならない。一応環境の整備はしていかなければいけない。

委員長

やらなければいつまでも実現しませんが、当面は難しい。診療科の関係でできませんね。そういう意味では亀田総合病院のご意見を頂けるという話で、それは

期待しているところです。

嶋崎委員

経営に関してですが、資料5に戻ると医業損益のところでは両病院合わせると平成22年度でも約3億6千万円損失になるが、自治体病院としてこのくらいのところまで持ち出してもいいかということと、例えば病院を営業して儲けるところと思うとゼロにしないといけなくなるが、教育機関として考えると、例えば学校等に投資して、学校で儲かっているかとか減価償却がどうかという話は出てきません。減価償却を入れてマイナスになっていますが、減価償却自体をキャッシュで持っていて、机上の赤字を作っている。次回に関係しますが、経営シミュレーションで自治体病院がどれくらいのところで運営出来ていれば良しという結論になるのですか。そこを教えていただければ。

事務局

次回経営シミュレーションについては先生のご指摘のとおり、損益ではなくお金が回る、回らないという、いわゆるキャッシュフローのシミュレーションを組ませていただきます。その分に関してはお金が回るか、回らないか、もし回らなければ、一般会計繰入を含めた市側のお金の補填ということが出てくるので、それは財政としてどこまで許容できるのかということが判断になってくると思います。そこは市の事務局と相談して次回にご提示させていただければと思っています。

大村委員

看護師対策ですが、病床数と7対1、10対1などの看護体制で看護師の数も決まるわけです。奨学金制度の創設を行政の方にはご検討いただき、開業・開院時の需要増に対応していただきたい。それからその後も安定した看護師対策となるので、奨学金制度の創設をぜひ検討していただきたい。

事務局

検討課題とします。

委員長

それでは、寺前市長何かございますか。

寺前市長

本日は有難うございました。最終的には会議で大体の方向性を感じていただけたと思いますが、今日ご説明していただいた資料でもかなり踏み込んだ内容になっているかと思い、大変感謝を致しています。職員のヒアリング結果等を見ても、これからの私の立場で言うと、新病院を単に建設する統合するのではなく、自分たちでどういう病院を築き上げていくかということで、それぞれの役員の方がシミュレーションを、こういう機会を持っていただき、歯を食いしばって応えられるように市当局も考えたいです。財政的な破綻というのは、今のところは度外視をして、まずはどういうサービスをすることが良いのか、ということを見させていただければ。その上で財政的にどうか、破綻に耐えられる、キャッシュフローで回り切れば、それは一つの判断であるし、いずれにしても私共は国民健康保険の財布も持っており、市としてはどういう形で市民サービスをしていくかというだけの判断なので、トータルで市の財政がもてば、それは望ましいと考えています。

委員長

ご意見も出尽くしたようですが、今日お集まりの委員の先生方から統合の方針でご異論ないようなので、これまでも地域医療審議会でも統合すべきという結論が出されていますし、寺前市長も繰り返し統合の希望を述べておられます。今回、

経営コンサルタントの分析を見ても、2つの病院を統合して、新病院を建設すべきということが改めて確認できたと思います。

最後に議題5です。その他の事項について事務局から何かありますか。

議題5 その他

事務局説明 資料9 市民意見交換会について
資料10 医療体制ご意見箱へのご意見

質疑応答

特になし

○事務連絡

- ・次回委員会は7月20日の予定。
- ・会議録は完成次第送付する。確認をお願いしたい。

○閉会

午後9時00分閉会