

加賀市医療提供体制調査検討委員会（第8回） 会議録

日 時：平成23年10月30日 午後3時30分開会

出席委員：稲坂副委員長、大村委員、川渕委員、北村顧問、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

<会議の概要>

○議事

議題1 第7回会議の結果について

事務局説明 資料1 第7回会議の結果について

質疑応答

山岸委員長 以上のご説明について何か委員の先生方から追加事項や相互にご質問等ありましたらお願いします。

稲坂副委員長 僕の意見の所を補足します。月3回の当直となっていますが、僕が昔やっていた感じでは少ない。もう少しできると思いますが、他の病院ではどの位の当直回数でしょうか。当直に関しては、当直をした場合の時間外の給与、あるいは次の日の休みといった、当直医の負担を減らし金銭的にバックアップするように充分考えなければいけない。現在の日本の医師の状況では労働基準法違反であると言われています。

それから新病院で医師が充分集まるかどうか、問題があるかと思います。僕の聞いたところでは、たとえば、松任石川中央病院では、勤めていて開業した先生がその後、たとえば冠動脈撮影を週1回手伝うとか、現在加賀市でも、すでに開業している呼吸器科の先生が、前に勤めていた病院で外来を少し担当する。あるいはその他、開業医が病院の医療に、外来も入院もそうですがもっと参加というか援助出来るような、診療時間外だけでなく、通常の診療についても開業の先生が援助出来るシステムができればいいのではないのでしょうか。病院に勤めていて、辞めて開業してすぐの先生方はほとんど病院の先生と一緒に同じように病気を診れるだろうと思う。ただし、いろいろ問題はあると思いますが。

3番目は周産期医療については、加賀市でのお産が2割以下になっています。大部分が加賀市以外でお産しているということを加賀市の現状に加えてほしい。加賀市でお産が出来ないというのは問題であると思っています。

山岸委員長 ちなみに加賀市民病院、山中温泉医療センターで退職されて、当地で開業の方はいらっしゃいますか。

小林委員 退職して当地で開業している方は何人かいます。その先生たちとの連携として、勉強会に来てもらっているという状態で、病診連携でも後方的な診療をお願いしている状況です。

大村委員 松下先生がうちの病院から退職されて開業されています。

山岸委員長 現実的にはこの稲坂委員のような構想での事例はまだないのですか。

嶋崎委員 加賀温泉駅前の鈴木先生がそうです。

山岸委員長 診療はどうですか。

小林委員 1週間に一度だけです。

山岸委員長 建設的なご意見で、比較的若くして開業した先生にとっては、今の病院診療の継続は、病院側にとっても良いこともあるのではないかと思います。ぜひ継続していただきたい。他にないでしょうか。

嶋崎委員 資料1の2ページの補足をいたします。「後で柔軟な対応が出来るように増床や」、ということで、増床の件については、原案の47ページに「300床を基本」と書いています。下の方に算出根拠の図が出ていますが、現在、両病院あわせて425床でやっており、いろいろな制約で1割のベッドを返上しても382床という枠がありますので、その枠は維持していただきたい。それから、ある程度患者の増え具合のところは47ページの表の下括弧書きのところが2025年に増えるであろうという患者の見込みですが、それに対応して、380床規模のものが後で出来ないということにならないような、県との調整とか、そういう枠組みで保持しておくべきと思い載せております。療養病床を持つということに関しては、原案の48ページの上から5行目で、「従って統合新病院においては原則、療養病床を持たないこととします」という、最初原稿の段階では「原則」という言葉が抜けていましたが、こちらの7回の会議の時に指摘させていただいて原則という言葉を入れていただきました。もう一つ、原案の後ろの方ですが、63ページの2-6の統合新病院建設後の現病院土地・建物の活用のところ、その項目の5行目です。山中温泉医療センターの跡地利用のことですが、「建物を入院機能をもつ病院として残すことはできませんが」という限定的な記載がありますが、状況によっては、入院機能をあちらの方でも維持するという事も出来るような可能性を残していただければと思います。

事務局 今の跡地の問題ですが、入院機能というのは医療の入院という意味でしょうか。今回、県の特例交付金をいただく前提が、病院を一つ少なくするという事なので、入院の施設となると病院になるので、これは出来ないと思われます。

嶋崎委員 お金と制度が絡んでくるので、もう少し先にならないと分かりませんが、当初30億円から40億円が地域医療再生基金で来るという想定だったので、そういう状況であればこういうことでも仕方ないかと思いますが、県から回ってくるお金がかなり少ないという状況であれば、やりくりを考えて、山中の方を残す可能性も残しておくといいと思います。県からいただく補助金が少ないのであれば、いろいろやりくりを考えて、あえて使わずに辞退していただいて、加賀市の自由度を高めていただきたい。

山岸委員長 病床のことについてはまた後ほどありますので、それ以外のところでいかがでしょうか。

大村委員 補足しますが、内科外科だけ一人ずつでは二次救急を完結出来ない。これはこの問題だけではなく、当初病院の統合移転新築というのは、加賀市で二次救急の体制が非常に貧弱であるというところから話が始まり、大聖寺地区、山中地区の住民には納得していただき話が進んでいるわけです。この間の病院長連絡会で、小林先生が PCI、心筋梗塞等に対するカテーテル治療をやるのに循環器内科が 5 人必要だと言われました。最低でも消化器外科は 6 人いないとだめです。整形外科は 5 人くらい必要、脳外科は 3 人必要、麻酔科も 3 人、集中治療医は 4 人という計算をしていくと、43 名ではとても収まらない訳です。コンサルが計算して出した 43 人、病床数の 300 床というのは机上の計算で出されたものであり、これで実際に二次救急が出来るのか。確かに 43 人という、今 2 つの病院の医師数にほんの少し足せばいいのですから、医者を集めるための苦労は要らない。あまり苦労はなくてすみますが。もちろんお金も使いますし、いろいろな人たちにご不自由をかける可能性もあるのだとすれば、加賀市の医療提供体制が、それだけのことがあったという刷新されたものにならないといけない。そのことを考えると、43 人の医者と、一般病床 250 床ではそれにはほど遠いと考えざるを得ない。

小林委員 救急医療体制に関しては、実際にそれを受けて、ここで全てのことが完結出来るような状態、例えば夜間でもそれが出来るという状態は、おそらく日本ではあまりないと思います。今は、夜間は専門外でほとんどの救急をやっています。それで専門医が必要であれば呼ぶ訳です。そのような体制というのは、例えば内科系・外科系一人ずつにしてもそれを崩せないと思います。全科当直で、全科専門医をおいてという状態は、まず普通の一般病院では出来ないと思います。そのような状態で内科系・外科系でまず一時的に診る。必要であれば、専門医を呼ぶというような体制をすることだと思います。専門医を呼ぶ時に本当に救急で必要なのは、頻度としても、循環器・消化器の医者じゃないかなと思います。そのような所で緊急心カテが出来るように。少なくともどこかに送ればそれだけ救命率というのは少なくなるわけですから、それが出来るような体制は二次救急として必要かと思います。それと消化器の出血等も緊急に止めなければならないという時に、内視鏡的な手技が出来る人がバックアップしているという体制は必要だと思います。その人たちが必ず当直するとは限らないので、そのバックアップ体制をとって、その人たちも負担にならないというような、ある程度そういうことが出来る体制を考えていかなければならない。そういう意味で、必要な所には医師を集めなければならないし、その努力はするべきだと思います。しかし全部が出来るとは僕は思っていないので、それをもしするのであれば、総合診療医を設けた救急部というものを作り、ある程度そこで診る。一時的に診る、翌日まで持てるようならそこに入院させる。それ以外は三次だと判断すれば、それは即三次に送る体制をとるということで、運営で考えていく以外、ないと思います。

- 大村委員 そのとおりです。治療するのに人海戦術というかマンパワーもたくさんいる。そういったものは三次救急として、石川県立中央等へ送ればいいのですが、少なくとも小松市民で行われている程度の医療を二次救急としてやらなければならない。中等症、軽症までは、県境を超える、あるいは市の境を超える、これが問題だということで、この話が始まったわけですから。それを解消する体制が本当に2つの病院を合わせただけのほぼ同じ人数で、250床で出来るかということです。それがもし出来ないのであれば、最初に市民に問題を提起し、問題意識を持ってもらい、それを解決するということから始まったことに、これは話が違うということで、市民が納得しないのではないかと。
- 稲坂副委員長 大村先生は二次救急をすべて市内で完結すると言われましたが、不可能だろうと思います。小松や福井に搬送する時間的余裕がない冠動脈疾患等は近くでやらないといけないが、時間的余裕があるものは全てを加賀市内でしなくても良いのではないかと。
- 山岸委員長 今の稲坂委員の発言は二次救急の中でも疾患別に重点を置くべきところはきっちりやるということで、具体的な人数が、最低必要な43人ということで良いのではないかとということです。
- 稲坂副委員長 具体的な人数はわかりませんが。
- 大村委員 時間の余裕のないものもやるためには、時間の余裕のあるものも出来る。時間の余裕のあるものを送ればいいかもしれませんが、時間の余裕のないものをしなくてはいけないのですから。そのためにはいつ来ても大丈夫なようにしておかなければいけない訳です。ですから、時間の余裕がないものを出来る体制を作っておいて、時間の余裕があるといってわざわざ送ることはないわけです。
- 小林委員 確かにその通りなので、その時に全ての疾患を対処しなければならないかというのは、疾患の数等にもよると思います。頻度等。
- 大村委員 ですから、高度救命救急センターでやるような三次救急はファーストタッチをした後、すぐに送る。ただし二次救急をということで話が始まっているわけです。
- 山岸委員長 一応意見をお伺いしたということで、次に移りたいと思います。今のお話にも少し関係しますが、二つ残っている問題があり、一つは病床数のことです。もう一つは加賀市としてどのような特色ある病院にするか、というこの二つです。病床数に関しては、関連して医師や看護師の数、その他もあるかと思います。まずは病床数について、医師や看護師の確保と合わせてご意見をいただきたいと思います。原案では、一般病床数300床を基本とし、うち回復期リハビリ病棟を50床ということです。今すこし議論がありましたが、病床数について先生方のご意見をお伺いしたいと思っています。いろいろな試算、費用の問題、全国の同じような病院の規模からこの一般病床300床というのが基本としてはじきだされましたが。
- 嶋崎委員 私は対外的に発表するベッド数は382床と、取れる最大数で発表していただければいいと思います。最初、経済的な状況でということであれば、300床の規模の病院の設計とかそういう形で動けばいいと思いますが、開院してみて、患者の

増え具合やそういったもの、2、3年を目途に380床に増やすかどうかということ、状況を見て決めていくという方が良いかなと思います。ここでベッドをきっちり決めてしまい、自分たちで決めてそれで身動きが取れなくなるというのは勿体ない。後は、医師確保の部分で、国の方向として、400床近い病院は残し、それ以外は診療所化していこうという、経済的な締め付けがあります。病院勤めをしたいという医師確保を考えた時に、一つの目安が400床に近いところにあるので、看護師を含めて人を集めてくるのに、少し大きめのアドバルーンを上げて頂きたい。

山岸委員長 今の問題ですが、委員会として300床と一旦決めた後、増床という問題について、今のような柔軟な対応、後で増床というのは簡単に出来るのか、あるいは出来ないか。逆に380床と言って、実際は小さくスタートすると。そういうことは事務上の問題からはいかがでしょうか。

事務局 病床数を決めれば、これは届出になるので、その病床数が基本的に300床なら300床となります。それを後で380床にするのは難しい。ですから最初に380床と書いて300床とするとなると可能ですが、その時に80床はどうなっているのか必ず問われるかと思います。今、お金がないから今回は300床でということが通用するかは上の判断になると思いますが、ただあまり通用する感じではない。

寺前市長 正確に話をすると、届出というのは病院が完成して厚生労働省に届ける時点なので、相当先の話です。その時点で公的な届出として300床と書いてあれば、それを380床にするのは、私も行政的に無理だと思います。しかし、届け出る前、物理的にトンカチが始まっていますから、そんな器用にできませんが、院長室を潰して病床数にするのは法的には可能です。そういう意味で嶋崎先生の言われたことがまだ4年間、時間的に余裕が与えられるので、やっている間に世の中が少し変わってきて、変化を持たせるというのは可能だと思う。もう一方で予算、その他行政的関係もありますから、何よりも予算、議会への説明。予算の積算根拠が、300床なのか350床か380床なのか。総枠としての予算がありますから、その中で泳げる範囲、文章として300床を基本として考えたいという原案になっていると理解しています。その場合、多めの基本として減らすのか、少なめで基本として増やすのかというのは、公立病院ということで、市民に対する経営的な責任、議会に対する責任もあり、いろいろな立場の人がいろいろなことを言っており、お金をしっかりする人ももちろんいるので、この段階では300床を基本とするのが一番コンセンサスを得やすい文章ではないかと事務局は判断したと私は説明を受けました。

山岸委員長 病床数、あるいはそれに関連する医師、看護師の確保について他にご意見ございませんか。

大村委員 加賀市の医療提供体制、医療提供量というのも、年を経て変わってきており、今から30年、40年前は公的病院が3つ、私立が3つありました。中には開業医の先生でたくさん手術をされるという方もいらっしゃいましたが、40年経つと現在のようになっているわけです。ですから、私は在院日数というのは短縮して

いくといっても、今後はどうなるかということになります。一つの可能性として、今度の新病院だけが急性期医療、一般医療を提供する病院になっていく可能性も随分あるわけです。そうすると加賀市のその頃の人口が 65,000 人になるとしても、住民に対してしっかりした質と量の医療を提供出来るかどうかということ。これは首長、行政の非常に大きな使命であり、それが出来ていない。これは根本的な市民の命を守ることです。そのような所には人が住まなくなります。人口が減少していきます。この人口減少に歯止めをかけ、みんなが住みたいと思う所を作るためにも、充分量と質の高い医療を提供出来るような体制を作っていただきたい。

小林委員 質に関してはその通りだと思いますし、質を上げていかないといけないと思います。そういう面で僕は 300 床で良いのではないかなと思う。400 床というのは医師が集まる数だと言われますが、問題は内容だと思います。もし 400 床であってもベッドが空いていて、あまり医師も来ない赤字の病院という状態なら、それこそ医師が集まらないのではないかな。300 床でも充実して何か特長のあるものを作っていけば、そこには医師が集まってくると思いますが。

大村委員 43 人で 250 床というと、今の加賀市民病院とそう変わらないので、明日にでも出来ることだと思いますが。

稲坂副委員長 大村先生の言われるような 350 床の新病院としてそれに合った医師や患者の数は到底維持出来ないと思う。加賀市の現状に見合った病院を持って、その病院が出来る範囲の二次救急、診療をしていくしかない。身の丈に合った病院、現在ある山中温泉医療センターと加賀市民病院の医師や看護師の数を目安として作るべきだと思います。これ以上患者が増えとか、医師を増やすというのはまず出来ないと思うので。

大村委員 今、二つの病院を合わせて 425 床あるが。

稲坂副委員長 許可病床数はそれだけあるが、入院患者数はそこまでいない。

大村委員 それで二次救急は完結出来ていない。患者の半分が手術を受ける時には市外に流出している現状があります。それでなおかつ今の両方を合わせたより小さい病院を作るということで、これで本当に今加賀市が必要としている医療の需要と供給が改善されるのかどうか。能美市では 9 割が能美市で手術を受け、加賀市では半分が他へ行くという現状があります。これを考えて、そういうところを良くしよう、提供体制を良くしようと検討するのが、この検討委員会ではないかと考えています。現状維持ではなく。

山岸委員長 今のお話で少し違和感があるのは、分散しているため効率が悪いので、それを同じ規模で統合し、1 か所で効率良くやるということですから、大村先生のご指摘は必ずしも正確でないという気がします、いかがですか。

大村委員 今でも、例えば救急なら 2 つに分かれています、力を合わせてやっています。でも今のスタッフでは、例えば夜の二次救急は、例えこちらから向こうへ、向こうからこちらへ手伝いに来るということをやっても、完結出来ない状態です。

山岸委員長 ですから、それを一つにまとめて効率良くやる。

- 大村委員 極端に言えば、夜行ったとしても、2 つに分かれているが 1 つの病院であるように運営したとしても無理だと思います。今のスタッフでは。
- 山岸委員長 将来を見据えると、稲坂委員のご発言のような、人口の問題を考えると今の規模で適正ではないかというご意見だと解釈しましたが、どうですか。
- 嶋崎委員 二次救急を完結するという言葉の内容の受け取り方の問題だと思います。我々の方はいわゆる二次のものを全部加賀市内で治せるものを作り上げるべきと思ったので、大きい病院で麻酔科の先生をたくさん集め、緊急の外科手術に対応出来るものということで、大村先生の医師を 55 人とか 60 人という案を病院全体の意見としてまとめて出しましたが、加賀市の多くの方々がそのようなことは求めている。救急の最初の部分を診てくれて、適切な振り分けをしてくれて、近隣の三次医療機関等の連携をやってくれればいいということであれば、300 床でもいいのかなという気がします。我々の方は、かなりハイレベルな問題、これから医師を集めて提供するべきと思っていたので、敷居が高いと思っていましたが、その辺をずっと聞いていると、皆そこまでなくていいよという感じなので、そうすると楽にはなりますが。例えば救急の関係で福井大学の総合診療の救急の先生方とも連携していて、チームで送ってくださいという形お願いしていますが、その方たちに救急のファーストタッチをしてもらい、裏で内科、外科が待っているといったものを構築すればいいのかなと思い、働き掛けをしています。そういうこともしなくていいような感じに聞こえてくるので、二次医療の完結というイメージを皆で固めませんか。
- 山岸委員長 その話は次の特色というところに関係してきますので、二次救急の部分も含めて考えていきたいと思います。ここで何床と決めつけるわけではありませんが、一応の目安というのをこの委員会でも取りまとめたいので、特に病床数に関して他にご意見は。
- 川渕委員 ホットな議論となり、意見を差し控えていたのですが、病院の出来る時期をイメージして下さい。今から 5 年後の 2016 年、この時の加賀市の人口は今より 11% 減っている。高齢化率は今の 28%、5% 増えて 34% になっている。ものすごい高齢化の町になって人口も減ってくる。つまり高齢社会なのに人口が減っていく、そういうイメージだと思います。先日、釜石に行ってきましたが、そこでは 75 歳以上の人口も減り始めている。そのようなことはまだ加賀市はなくて、2025 年、建物が出来て後 10 年くらいすると、そのようなことになります。それは仕方ないと思いますが、私は報告書の 18 ページを見て、驚いたのは、加賀市で救急の搬送要請に対応出来ず加賀市外に行った人が 9.4% もいることです。いろいろな事情があると思います。連絡なしに行った人も入れると、4 分の 1 くらいが他の市に転送されている。これをどう見るか。石川県の場合は小松市民病院や県立中央病院もあるということですが、報告書の 19 ページを見ると専門外で断っているケースが多い。特に夜中に多い。これが 58% くらい占めています。時系列的には 21 年度よりも 22 年度は頑張られてだいぶ減ったと思いますが、夜中に専門外ということで断る。そうすると新病院になった時にどうなるのか。イメー

ジがつかないのは、1+1 を 1 にした時の医療機能です。現状どんな先生がいらっしゃるかわかりませんが、今、どういうことがこの病院でできて、どういうことが出来ないのかわかりません。特に救急に関しては、一次救急、二次救急、三次救急と言ってみても、心臓の PTCA はどこかでやっていただきたいと思いつつ、ある程度の時間的猶予があれば移送するのか、ここで完結するのか、49 ページの新病院の診療体制だけだと見えない。ポイントはあえて 90 億のお金をかけて（交付金が入るので実際には 68 億の借金ですが）、移転新築する価値、バリュー・フォー・マネーがあるのかどうか。

従って病床数の議論も今の病院は病床数より医療機能ということです。平均在院日数はどれくらい忙しいのかの目安です。病床数で議論するのはどうかと思い、コメントを差し控えたのですが、結局在院日数を短くすれば、病床数はそれほど大きくなくてもいいと思います。

山岸委員長

次の病院の特色というところで、集中的に協議したいと思うので、そこでご意見をお伺いしたいと思います。今、病床数は必ずしも数ではないというご意見がありました、一応の目安というものを出す必要があるのか、いかがでしょうか。他に。

小橋委員

先ほどから、救急の話ばかりが先行しているようなので、その辺が実際に病院で仕事をしていると違和感があります。例えば先ほどの緊急の心カテが必要だと。現実に今、循環器医が一人しかいないので、夜間は基本的にはやらないことになっています。そうすると、救急で運ばれてきて、緊急の心カテが必要だと。以前は夜間でも 2 人とかいるときはやっていることがありました。循環器医をそれから呼ぶと、時間がかかる。そこで心カテが再度必要ということになり、スタッフが要ります。医者だけいれば出来るわけではなく、検査技師等のスタッフを呼び寄せます。そうすると、その間、小一時間かかってしまうという現実がある。現在はファーストタッチで必要となれば、福井等の循環器病院があるので、そこだと車で 30 分もかかりません。向こうは専門病院ですから、チームで診ます。こちらからこういう患者がいて、お願いしますという電話をかければ、向こうで実際に手技が始まるまでの時間は大きく変わらないのではないかと。周りの立地、他の病院との連携をきちんとやれば、当院で全てやるのは本当にいいことなのか。逆に、例えば循環器医が 5 人要ると言われますが、普段から 5 人いると通常業務は余ってしまうのではないかと。コストパフォーマンスを考えると、問題がある。通常業務ではそれほどないので、逆に医師が来るのかという話になる。救急を完結させるためにこれだけの医師がいるということで、医師の必要人数を割り出していくと、とんでもないことになる。そんな暇な病院にだれが来たいかということになるので、医師の数は通常の業務でどれだけあるか。それはもっと掘り起こせばあると思いますが、あまりにかけ離れた医師を揃えても仕方がない気がします。むしろそちらで医師を決めて、その範囲内で救急がどれだけ出来るかということを検討の方が現実的だと思います。

大村委員

揃えてどれだけ出来るかということは、それは何が出来るかということ。こ

の会は最初からそうではなくて、何が出来るかではなくて何をしなくては行けないか、というところから始まったことだと思います。まだそこに議論があるということに違和感があります。それから「極めて稀な疾患は」とここに書いてありました。これはものすごく巨大なデパートではないので、何でもかんでも揃えておく必要はありませんが、都会と違い、ここは半径何キロ以内にはここしかない、という住民がいるので、ある程度の品揃えは必要だと思っています。東京の四谷メディカルキューブのように、リスクの少ない人は内視鏡治療だけして、平均在院日数が5日間だという病院もあります。甲状腺だけの病院や痔だけの病院もありますが、ここも加賀市のことを考えるとそういった疾病ごとで患者を選択したリスクの少ない人だけの専門病院はありえないと思っています。

稲坂副委員長 先ほどの小橋先生の冠動脈撮影ですが、現在加賀市では冠動脈撮影をする装置が3つある。循環器の医師が各病院に1人ずついる。3人いる。3箇所に分かれているためにほとんど動きがとれない。開業医で冠動脈が出来た先生が少なくとも2人います。他の科もそうですが、整形外科でも合わせればたくさんいますが、2箇所以上に分散しているために大きな手術が出来ない。だから現在医療資源が無駄になっている。後は、集約出来ないかということが最初の出発点である。もう一つは通常の診療、外来業務に関しては市民から文句が出ていない。文句が出ているのは、救急医療で、夜中に診てもらえない、すぐ回されること。市民の要求は夜に診てほしいのだと思います。

山岸委員長 病床数のところに戻りますが、委員長としての提案で、基本案としては300床程度ということで、うち回復期リハビリ病棟が50床程度というのが基本だと思います。また、増床に使える駐車場等の立地がありますので、増床ということも視野に入れながら考えていく。それからもう一つは増床を含めて、将来柔軟に対応可能な設計を念頭に置き、やはり300床程度として、うち回復期リハビリ病床を50床程度にするという、幾つかの表記の方法があると思いますが。最後に市長のご意見が必要と思いますが、如何でしょうか。

寺前市長 大変難しい問題を議論していただき、ありがとうございました。TPPみたいになり、両方の立場からご意見があり、行政ですからいずれにしても答えを出さなければならぬ。原案に書かせていただきまして事前にお話をして、ご了解いただきましたが、「300床を基本とする」という文章でおさめたわけです。「基本とする」というのは役人的な文章であり、読み方によっては幅がある文章ですが、まず委員会でコンセンサスを得なければならないので、是非これをお願いしたいということで、ご迷惑をおかけしたわけです。ぜひとも宜しく願いいたします。

山岸委員長 ありがとうございました。それでは、先ほどの議題に飛びますが、加賀市としてどのような特色のある病院にするのか、難しい話です。先ほどの小児のこともありましたが、当市に関しては、必ずしも難しい話ではないのですが、特色をどういうところに持っていくかということについて議論したいと思います。

北村顧問 数の問題は決着し、特色の意見を求められた時に一番に書いたのが、救急を断らない病院。誤解のないように言うと、完結するというのではなく、とりあえず

診る。稲坂先生が言われたように、住民の満足度としてはこれが大事。専門医がいないから診ないという状態が、市民にとって一番見捨てられたイメージがある。とりあえず連れてきてください。うちで出来るか出来ないかは判断しますが、とりあえず診ます。こういう病院が色々な所に行っても、一番信頼を置かれている。興味があって、ここ 10 年ほど自治医大を卒業された先生がやっている病院を全国回っています。大分に佐賀関病院があって、凄く人気がある。小さい病院で 200 床ないのですが、とりあえず診ますということをモットーにしています。もちろん自分達の手に負えない患者も来ます。その時にガーゼで血を止めながら一緒に救急車に乗る、それが信頼の目的だと。この円グラフを見ても、専門家がないという理由で門前払い、診ません、初めからどこかに行ってくださいという、それは一番加賀市の市民病院であってはいけません。ですから特長はせっかく統合して何をするのかというと、救急をとりあえず診る、それには 2 人体制プラス後ろにオンコールの人がいる。今日は日曜日で、一般の人でもたくさんいらっしゃるの、わかりにくい議論があると思いますが、救急の一次というのは歩いてくる人です。歩いてきて入院を必要としないで、そのまま処置をしたり、風邪なら熱さましをもらって帰るというのが一次です。これは当然市民病院ならどこでも 100% やれます。二次というのは入院を必要とするレベル。三次は命にかかわる。あるいは救命率が 5 割以下くらい。極端に言えば助ければ儲けもんというレベル。そこまでやることは市民病院では無理ですし、福井なり県立中央なり、これはそういう病気だから急いで行くということでもいいのですが、二次の幅が非常に難しい。特に心臓のカテーテルをやると、出来る医者、出来ない医者、うまい医者、下手な医者もいますから、人数さえ揃っていれば良いということではないので。日によってはちょうど医師がいたから市民病院でやる。場合によっては、今日はその先生は学会で出張だから、診たけれども当院では出来ないから、県立中央に送る、というフレキシビリティがあってもいいと思う。何はともあれ、二次もファーストタッチで診るという。聞こえはいいが救急を絶対断らない病院というのは特長で必要だと思っています。

山岸委員長 ありがとうございます。今の救急を絶対断らないということで、救急搬送に応えられないのは 9.4% ですか。ここ最近は何の程度で推移していますか。

小林委員 一昨年は 3 分の 1 が市外に行っていましたが、昨年は 4 分の 1 くらいに減りました。おそらく最近はもっと減ってきているとは思いますが、やはり専門外というのはドクターが断ることが多い。それは同じ内科の中でも専門外がある。そうすることで結局断ってしまうということはあると思います。

大村委員 うちの病院では最近 1 桁です。もう 10% を切りました。実は病院を建てなくても 10% 切れるのです。

山岸委員長 うちの医局の人が行っているの、耳の痛い話ですが、例えば内科の中で内分泌のドクターが当直の時に胸が痛い人に対し、私は専門外なので診ませんということですか。

小林委員 極端に言えばそうです。内科だけではなく、例えば頭が痛いというのを脳外科

が断ることもあります。何年か前に一時、医師の負担が多くなり、それで専門の所だけをしっかり診てくれということに病院全体になった。それから専門外を断ってもいいという状態になって、それがずっと続いてしまった。

山岸委員長 新病院に向けてはそのようなことはあってはならないというのが、先生のご指摘であるし、特に今の内科の中での状態はこういう地域の病院についてはあまり好ましくない。

小橋委員 補足ですが、結局それで他の科とオンコール体制は敷いているのですが、遠慮がある。オンコールで呼び出すと、その先生が次の日の診療にという。全体の医師数も少ないので、負担が掛かるから、結局受けても自分では診られないだろうと思うと、呼ばなければならない。呼ぶとその先生に負担になるという、変な思いやりの面があるので、やはり医師の数もきちんと揃えて、十分なオンコール体制を敷いて、出来る体制を作らなければならないと思います。

大村委員 山岸先生の教室から送られている病院ですが、金沢社会保険病院は、加賀市民病院と同じ規模で同じ医師数だと思いますが、そこは元々金沢社会保険病院で掛かっている方が救急で来た時は断らない。同じようにオンコールで、うちの家内は耳鼻科ですが、夜出ていきますし、非常にうまくいっています。社会保険病院に出来るのがなぜ市民病院で出来ないのかなと思いました。私はうちの病院でも救急を断る率が1桁になったということで、ファーストタッチをするだけでなく、もっと進んだ形の二次救急でないといけないと考えています。もしファーストタッチだけをするなら、考え方次第ですぐにでも出来ると思います。

北村委員 まさにすぐ出来ることを今やれば良いと思います。東大病院は日本で一番大きい病院で、医師が正式な職員で1000人、大学院生を入れると1500人いる病院です。でもそこで救急車を断っている。おかしいと思うでしょ。それは専門だからです。専門の特長があって、ちょうど専門の人がいないということで、堂々と断っている。あるいは産婦人科の人が手術をやっているから、2人目の産婦人科が来てもらっても、先生はいないし、医局で研究をしている人はいても責任はないので、その人を使うわけにはいけないので断っている。でも東大病院は断ってもあまり怒られない。でも市民病院はとりあえず診ますと、とりあえず連れてきてください、という思想ですね。大村先生が言うとおり、それは今でも出来る。それを新病院では効率良く、医師の無理な負担なく、そして方向も山中へ行けば良いのか、大聖寺へ行けば良いのかよく分からないというよりも、真ん中に必ず行けばあそこでは診てもらえる、そういうのが出来るのが良いのではないかと。

大村委員 北村先生が言うように、考え方ひとつですぐに出来るファーストタッチを完結する。それなら新病院を建てる意義が希薄になるので、ぜひとも一歩二歩踏み込んだ機能を持った病院を作らないといけないと思います。

川渕委員 特色のある病院ということですが、一つ間違えると悪い循環に入ります。医師が大変だということで気を遣って、院長自らが当直ばかりをやっている病院もあります。先ほどの北村先生の話に関係しますが、富山の場合は30分で市民病院や県立中央に行けるのです。言葉は悪いのですが、断っても何とかなるだろう。東

京も 23 箇所救命救急センターがあるので、最後の砦が非常に多い。石川県の最後の砦がどこなのかということです。石川県立中央病院ですか。救急を断らないというのは、一つのキャッチフレーズですがポイントはどこまでやるか。PCI の研究を船橋市でやったのですが、PCI が出来ない病院と出来る病院があって、搬送時間が 55 分以内であれば救命救急率を担保出来るという結論が出ました。先ほど小橋先生が言われたように 30 数分で PCI 可能な病院があるのなら、そことタイアップしてやっていく方法もあります。いずれにしても、合併すると、山中温泉医療センターはトータル・クオリティ・マネジメントもやっているんで、一定のシナジー効果もあるのではないかと思います。

稲坂副委員長 僕は開業をするまで 9 年間山中病院にいましたが、その前に大学の医局で人事に関与をしていました。加賀市で今以上の医師を集めることは極めて難しいと思う。僕たちは大学に加賀市へ来てくれと言っていますが、大学病院から見ると加賀市は三流四流の病院なのです。例えば山岸先生の所もたくさんくれるわけではないので、他に大事な所もたくさんあるわけですから、人を集めるのに非常に苦労しました。現在は最低限集まる人数ではないかと思いますし、その範囲内でやらないといけません。これから誰が集めるのかわかりませんが、新病院に医師を集めるのは大変です。それから看護師や他の医療スタッフをたくさん集めるのは加賀市では非常に難しいと思います。

大村委員 三流、四流というように見られた先生のご苦労も分かっている、そのように見られている加賀市の病院を何とかしようと考えています。

川渕委員 今から 30 年前ですが、祖父が胃がんの手術を受けた時に、特急で大聖寺に来た覚えがあります。荒療治の先生でしたが、そういう有名な先生がおいでになれば、それはそれで今神の手に患者が集まります。しかし、それが望めないとなれば、地道に愚直な地域医療をやるというのがこれからの流れだと思います。そういう点では、報告書に入っている地域医療、在宅までどうするのかは分かりませんが、そういう所もこれからやっていかないといけないと思います。それからもう一つ。先ほどの中に、医療ツーリズムの話が出ましたが、今この街を見てきましたが、温泉街にしては寂れている感じがしました。何か特色というと、温泉が 3 つもあるので医療ツーリズムも入れてもいいのかなと思います。現政権も新成長戦略ということで、医療ツーリズムを言っています。経産省で、そのプラットフォームを作ろうということで、今度その座長をやるのですが、本報告書を読んでも、健診センターというのが出てきますが、医療ツーリズムの文言はありません。先日も山中温泉医療センターで斬新な自由診療をやっておられたので、病院を診療所にしてはどうでしょうか。そういうところでお金を稼ぐことになれば、片山津温泉も少し元気が出るのかなと思いつつ、今日は北村先生と加賀市内を回ってきたのですが、暴論でしょうか。

山岸委員長 実際に金沢市内のある病院に行った時に、中国からの視察団が来ていて、その病院が対応していました。このような所でもそこまでやるのかなと。これは実際の話ですが。そういう成功例というか、まだそういう結果は出ない。

川渕委員
北村顧問

始まったばかりなのです。

医療ツーリズムで外国人を呼ぼうというのは、石川県では七尾の恵寿病院が非常に頑張っている。私立の病院で利益を追求するのであればいいが、市民の血税を使ってリスクのあるものをするのはちょっとまずいかなという気はする。それよりもやはり二流、三流の考え、金沢大学病院と比較して、ここが相当の一流の病院であるという論理は違って、金沢大学は石川県の最後の砦なので、極めて難治性のものをやる。ここは総合医療です。将来開業する先生、あるいは何でも診られる先生を育てるという意味で、金沢大学に出来ないことをやれる。金沢大学や他の大学も一緒だが総合診療をうちでやりませんか、ということで人を集められるし、将来開業したい人はぜひここへ来て、2年でも5年でも勉強して、専門を超えた診療を身につけて、開業支援をしてあげるとか。あるいは加賀市で開業する場合はwin-winで患者さんを紹介したり受けたり、週1回診療に来てもらう等いろいろなことがあるので、今までのように専門医がちょっと来て、専門の実践をやって、また大学に戻るというのではなく、ここで総合力をつける。もちろん、総合力をつけて金沢大学に戻って、総合力のある専門医になっていただいてもいいのですが、市民病院で専門医の箔をつけるのではなく、総合力をつけるということでドンドン売り出せば医師は来るのではないかと思います。山岸先生どうでしょうか。

山岸委員長

お話はごもっともですが、やはり専門医が若い人には光るのです。例えば症例数や専門医の資格を取る時に、加賀市民病院に長く勤めることがいいかというと、そうでもない。最初から総合医になりたいと思っている人には良いかもしれないが、そういう人はキャンペーンの割には、何でも診られる医師になりたいと思っ
てはいるものの、その中で循環器や消化器の専門医という所は魅力的です。資格にしても、何症例ということになると、それを売りにするのに加賀市民はどうか
という、なかなか言い難い。二通りあって、ある程度仕事が終わって中堅以上
の人でそういう立場で来ていただくか、若い人でいろいろなことを経験するた
めの病院として、そういう所で実力をつけるというのがありますが、ちょうど真ん
中のこちらで長くいて総合医療を目指すというは、なかなか定着しないのでは
ないか。それを売りにしていけば、共鳴する若い医師も増えてくると思います。
現時点ですぐにそれというのは、ちょっと難しい気がします。

小林委員

予防から介護までということで、全体をそこに集めて、病院の医師もそこに関
与しながらということで、それを一つの特長とする。市の健康課等とタイアップ
しながら、予防のこともやっていく。介護に関しては自分たちが出ていくのでは
なく、医師会の先生方や社会福祉協議会等と密接に協議ができ、次の所もある程
度診られる、そういう全体が診られるという研修が出来る。そういう所をやっ
ていくのがいいかなと思い、それで1箇所を集めようという話をしました。

稲坂副委員長

加賀市の開業医の4割が加賀市出身の親が開業している先生です。その他に加
賀市出身の人も何人かいます。加賀市出身の医師が戻ってくるようにすればと思
います。

山岸委員長 故郷として帰って来やすいということなので、魅力がある病院にできればと思います。

大村委員 小林院長先生も賛成していただいたのですが、病院の横に大きなフィットネスクラブを作って、病後の回復や退院後の通所ケアも行い、パワーリハビリみたいな色々なものをやる。高齢者が増えるといいますが、私がイメージしているのは、介護が必要、病院に通院している弱々しい老人ではなく、元気な老人を増やす。元気な老人が生き生きと生活するような加賀市を考えている。埼玉県のと光市がやっているように、行政が定期的に高齢者の身体能力を把握する。そして本人は気づかないけれども、寝たきりやADLが低下する方向に向かっている人は、行政が体操をするように勧める。加賀市はそれを一歩進めて、フィットネス施設に通うようにすれば、介護費用も抑えられ、更に橋立、大聖寺、東谷、いろいろな所に関連施設があるわけですから、そこには若い人ではなく、高齢者の雇用が生まれてくる。高齢者に元気でいて働いてもらい、お金を稼いでもらう。そうすると、もっと若いメタボの人なら、体重をインテンショナルに減らすことによって、どれだけ生活習慣病が良くなるか。患者に言ってもなかなか守ってくれないことを、加賀市はきっちりと横のフィットネスセンターで行う。いろいろなデータも集まる。高齢者に対する生活習慣病対策をやっている、高齢者化社会の先進的な医療をやっているという市にするのがいいと思っています。

山岸委員長 先生の最初の意見は健康増進センターのようなイメージ、フィットネスですか。
大村委員 そうです。それは病院と連携するような形にして、フィットネスセンターの中に病院の診療室を作ってもいい。そのような形で融合して作ると思います。

山岸委員長 今出ているのは、特色ある病院として救急は絶対に断らない、最終的にそこで治療、入院するかは別にして、とりあえず救急は受けるという話。それから医療ツーリズムに関しては、公的の病院では少し難しいのではないかという話。健康増進センターというのも併設して、病院と連携しながらそれをやっていく。病院としての特色ではありませんが、医師の側からは総合医を育成出来るような病院。逆に言うと先ほどの救急を断らない、何でも診られる医師を育てる。あるいはそういう人が常駐することをアピールしていく、といったことが出ていると思います。他には何か追加がありますか。

北村顧問 このサイズの病院には珍しく看護師養成所があります。これをどうするかを将来考えておかないといけない。チーム医療に伴うインター・プロフェッショナル・エデュケーション、看護も医師も一緒に育っていくという方向にあるので、ぜひ看護師養成所を潰すのではなく、発展的に病院の横に持ってくるか、今の場所でも良いですが、有機的に繋がって有効に使う。これもそうだが加賀市出身の人をたくさん入れて、あそこを出た人のほとんどが市民病院で働くというルートを作らないといけない。今、聞くところによると半分も残らないという状況ではもったいない。学校を出た人のせめて8割は市民病院に魅力を感じて残るというシステムにすればいいと思います。

山岸委員長 看護学校は経費がかかる話ですが、それに対しての将来的な詰め、ベネフィッ

トはあると思いますが、市当局としては新病院との関係はどのようにお考えですか。

事務局

これまでの調査検討委員会の中で看護師養成所については議論がなされなかった。そういった意味で、今回、原案の中では結論を出していないということです。もちろん、今後については北村先生が言われたとおりです。看護師不足はまだまだ続くと思われますので、地元にあることが有利な点に繋がると思います。この文章では、これまで就職率が悪かったのですが、来年度の卒業生は半分地元に着定すると聞いています。今後については副校長が頑固な人に代わったので、かなり市に着定する方向での指導に入ると考えられます。

山岸委員長

どうもありがとうございました。どうぞ。

小林委員

看護師に関しては小松までは公募をしても来る。ところが加賀市は公募をしても出て来ない。ほとんどがうちの学校の卒業生。それも来年度は8名くらいです。それ以外の所からの公募はほとんど来ません。公募してもたまたま1人か2人来ますが、辞める人も多いので、看護師は慢性的に少なくなっている状態なので、看護学校を潰すことはこの地域としては良くないと思います。

山岸委員長

ありがとうございます。他に特色についてのご意見はないですか。

川渕委員

北村先生の案の中におもしろいなと思ったのは、地域医療支援病院を目指すという方策。また、臨床研修指定病院となれば研修医が取れます。こういう特色もあったかと思うのですが、今の紹介率はどのくらいですか。例えば地域医療支援病院だと原則では紹介率8割ですが、例外規定があり、紹介率60%、逆紹介30%、あるいは紹介率40%の逆紹介率60%というのがあったと思いますが、これは実現可能性から見て難しいのでしょうか。あるいはもう少し頑張ればいけるのでしょうか。

小林委員

もう少し頑張れば出来るかと思います。実際には30%近くの紹介率と、それから逆紹介が少ない。逆紹介をもっとしていけば。そのためには地域の診療所の先生達と密接に勉強会などをしないとそれが出来難い。

川渕委員

臨床研修指定病院も以前は概ね300床以上という要件がありました。今は病床数の要件は無くなりましたが、臨床研修指定病院の取得は全く無理ですか。

北村顧問

すぐには無理かもしれませんが、金沢大学が一度ずっと減って、地域を目指す医師というプログラムを行って、外にも随分出している。出す、出されるほうの病院に手を挙げることは早めにしておく必要があるかと思う。

山岸委員長

関連病院として金沢大学のプログラムに入っている人で、特に外科系志望の方を小林先生のところ（加賀市民病院）にお願いしている。

小林委員

今年の12月からは1人、地域医療のことで金沢大学から1人来られます。

北村顧問

そこをぜひもっと増やし、加賀市民病院で研修をやって金沢大学に戻った時に、いろいろな意味で他よりも良い病院だったねと言ってもらえると、継続的にたくさん来てくれると思う。

山岸委員長

ここに定義されているのは管理型の研修指定病院だろうということです。ぜひ今後お願いしたいところです。金沢関係では今年から金沢赤十字病院が最近取得

しました。残念ながらマッチングが 0 でしたが。

北村顧問
山岸委員長

小松も 0 です。

社会保険病院がそれを目指そうということで取り組んでいますね。研修指定管理者の講習を受けて核になる方を置いて、その方を中心にやっていけば、精神科は連携でやっていける。それは是非お願いしたいと思います。有難うございました。時間になりましたが、いろいろなご意見をいただきましたが、フィットネスは、もし建物を作るとなると予算との関係があるので調整は必要ですが、その他のところはソフト的に改善の部分もあるので、是非実現したい話ばかりです。

大村委員

二次救急ですが、定義していただきたいのは、ファーストタッチでいいのか。それとも 2 歩ほど進めた体制を目指すのか。この委員会の見解としてそれを決めていただきたい。

山岸委員長

全症例を医師が診るかということですね。あるいは手に負えないと思ったら外へ送るということ。これは後者の方にせざるを得ないと思いますが、如何ですか。

小林委員

段階を踏んでいかないといけない。実際に医師がどれだけ集まるかにもよるし、それまでの間に医師を集めることをお互いにやっていかなければならない。ただそれに関しては、現時点ではファーストタッチを主体にする、とにかく断らない、とりあえず診るということを目指す以外にないのかなと思います。

大村委員

設計段階で ICU を作るのか、作るとするとどれくらいの規模にするか、それから救急外来をどうするかです。今も小松が 25 億かけてしているのは、もともと救急のスペースが狭かった。それを本来の広さにするというだけなので、ある程度設計の段階で決めないと引っ掛かってくる。

小林委員

救急に関しては専門家と話し合いながら、設計の段階から入っていくのが良いと思います。ある程度の規模は外来で診られる。あるいはとりあえず入院の所で診るという規模を作っていくべき。

大村委員

ファーストタッチだけではなく、より進んだものを将来的に目指すということでない。

川渕委員

実は救急患者の実態を調べると石川県も同じだと思いますが、3 分の 2 が内因性。つまり外傷が減ってきて、メインは頭と心臓です。

小林委員

現在、脳外科医は 3 名います。iPhone などで画像を送って、すぐに診てもらい、t-PA が必要な場合はすぐに来るというような対応。

川渕委員

t-PA はある程度対応可能になっているのですか。

小林委員

今の時点で可能な所はできます。

川渕委員

そうするとだいぶ出来ますよね

山岸委員長

僕の解釈が正しければ、小松の拡張は南加賀救急医療圏の最後の砦として県が重点事業としてやっていることですよね。小松だけの話ではなく。万一、南加賀で取りこぼしがある症例の場合は、小松に最後は入れるという主旨で救急病棟を作っていると聞いていますが。

嶋崎委員

1 ヶ月ほど前に南加賀の公立病院長会議があり、川浦先生にその認識でよろし

いのですね、とお聞きしたら、それは県が勝手に発表しているだけで、小松市民病院からすると、救急の拡張でお金をもらっただけで、人も増えていないので、今まで以上のことを求めてられても困る、と言われました。

山岸委員長 私の方からは、小松市民病院にも人を増やしていますが。それは院長の認識が間違っているのではないのでしょうか。少なくとも、県全体の方針のために僕は委員長をしましたが、委員会としての一致した意見では、小松の救急、南加賀として、どこも行き場がない人を0にする。その場合の最後の収容先として小松を指定するということで予算をつけたことで一致しているはずです。

嶋崎委員 県の役人がそう発表しているだけだということでしたが。

山岸委員長 委員会でそのように。その時に小林先生が言われたのは、加賀として力を減らすのではなく、加賀としても二次救急をきっちりやっていく。その上でどうしても収容出来ない人については、小松が責任をもってやる、そのための事業だということ認識しています。

小林委員 二次医療を各病院が今以上に行ってほしい。そうしないといくら増やしても、あそこは2.5次。三次までいかないの、加賀を全部スルーして来てもらってもそれは出来ない。あの会議では二次医療をとにかく各所でしっかりしてほしいということです。

大村委員 そこで言われている二次医療はファーストタッチではなく、踏み込んで治療までやってくれということなのです。

小林委員 出来るところの治療です。

大村委員 夜、緊急手術がほとんど出来ないから、通常の手術は出来る体制をとって欲しいということだと思います。ファーストタッチだけというのは望んでいないと思います。南加賀全体の救急医療を正常化するためには、新病院は先生が言われたように開院時は無理かもしれませんが、なるべく早くに二次救急を完結とまではいなくても、総合力を上げていかなければならない。

山岸委員長 それは当然のことだと思います。

稲坂副委員長 小松市民の川浦先生に僕が個人的に聞いたのは、加賀市がしっかりしないから、小松が大変なので、しっかりして欲しい。その理由は加賀市で診られる簡単な病気の人が小松とか松任に来ていて、なぜ加賀市で診られないのかということなど、いろいろ聞いています。加賀市で診られる程度の患者は加賀市で診ないといけないうのに、現在では簡単な人でも行ってしまっているのが一番問題で、先ほど言われたようにファーストタッチ、何でもまず診るといふのが必要だと思います。

大村委員 そのように川浦先生が言われるのなら、こちらもしっかりしたいと思うし、しっかり能力を発揮出来るものを作っていただきたいと思います。

山岸委員長 時間も過ぎていきますので、議題の2、その他について事務局からご説明お願いいたします。

議題2 その他

質疑応答

山岸委員長 ただいまの報告について、ご意見、ご質問ございませんか。

質疑無し

山岸委員長 本日の第 8 回委員会として用意した議題は終了しましたが、最後に市長一言お願いいたします。

寺前市長 休日にもかかわらず、熱心にご意見をいただきありがとうございました。ある程度一定の方向性が見えてきたかなと思います。行政的にはこれから市議会がございますので準備的な予算を確保したいと考えております。本格的な予算は、時間がないところで検討しているので、本当はもっと前にやっていかないと、いろいろな仕組みの中で、平成 27 年度という期限を切られているから、時間も足りませんが、そうは言っても限界があるので、この 12 月議会で準備的な予算を用意させていただくと、早ければその次の議会に本格的なものが出せればと思いますし、遅くとも来年度予算にはしっかりした執行出来る予算を確保していきたいと思います。その前提には土地を確保出来るものかどうか等、現実問題が一方ではあり、これは鋭意取り組んでおります。財政的にも先日知事にお会いして、大変難しい問題を加賀市は良く取り組んでいるとご理解いただき出来る限りの支援はするから、一生懸命やってほしいという力強いお言葉をいただきました。若干、世間でこの事業が病院事業という認識ではなくて、学校や道路を建てるような全てを公債で賄うイメージがありますが、そこは少し違い、60 億程度の病院収入で賄うものです。むしろ私は国民健康保険の赤字の方が市長として頭が痛い。先ほど聞いていて患者がいるのかとの話もありますが、患者が増えて病院の経営が良くなると、今度は国民健康保険が増えるので痛し痒しのところはあります。全体として、加賀市として、健全な街を作っていきたいと思っています。街づくりの核としての病院というのは、私もまさにそう思っていて、今回のシミュレーション等ではなく、新病院が加賀温泉駅の周辺に出来るということで、大村先生がお伝えいただいた点も含め、フィットネスクラブは市では無理ですが、我々の持っている裁量の範囲で、そういう企業を誘致する。あるいは北村先生が言われたように、公設民営の診療所というものを、そういう仕組みを作れて医師の確保を一步でも前へ出る。山中温泉医療センターが保有している 500 石の温泉という武器があるので、こういうことは市民の方も、大聖寺の跡地のことについてそれぞれの夢があるようなので、議会でもこの点が論議をされました。私、個人的には堅い方なので、あまり早く議論してもと思うのですが、新病院と同時に跡地のことも検討して欲しいという声が出ています。出来る限り対応したい。それから議論がありませんでしたが、雇用の問題があります。足りないほうのドクターや看護師、これは山岸先生ほか相談しなければいけませんし、この病院を、今

は一部適用ですが、できれば地方公営企業法の全適にしたい。専門家の方は全適でも一部適用でも云々という声もありますが、そういう面も理解していますが、やはり全体のモチベーションを上げる動機付けが必要ですから、全適にさせていただき、病院管理者という形で、給与から人事から全て病院管理者がやっていただく。当然、この病院管理者はドクター、院長になる方と思いますが、この点が本当は大変重要で、先程来たくさんご提案いただいたことも、実は新しい加賀市民病院の病院管理者であり、院長になられる方が全てを理解した上で皆さんに最大公約数的に、事を進めていくことだと思っています。雇用の問題、それ以外の事務職員等があります。当然、統合しますから、雇用の面で市民病院の方でも、必ずしも全てが今までどおりというわけではありません。また、世の中の病院で頑張っておられる方も、当然、勤務評定というのがあるわけなので、その中で、新病院の病院長が厳正に公平に判断をして、市民に負担がないように病院経営はやっていただく。一方で現実問題としての雇用問題は市長の責任なので、加賀市に介護施設とその他公的な施設も抱えているので、ここでしっかり対応するということは約束をいたします。本日の議論ではないが、大変重要なことなので、お話し申し上げて本日のコメントとさせていただきます。本当にありがとうございます。

山岸委員長
事務局

最後に事務局から、事務連絡をお願いします。

次回の委員会は11月24日を予定しております。今回の会議録は完成しだいお送りするので、確認をお願いいたします。以上です。

○閉会

午後17時20分閉会