

平成19年度 第2回「県立病院を良くする会」議事録

開催日時：平成20年3月21日（金）午後10時から正午まで

場所：県庁10階 大会議室

出席者：

(委員) 徳島文理大学名誉教授	藤岡 幹恭
広島国際大学医療福祉学部准教授	谷田 一久
徳島大学病院長	香川 征
特定非営利活動法人徳島県消費者協会会長	片山 悦子
公募委員	一宮 亮一
公募委員	里村 典子

(病院局)

病院事業管理者	塩谷 泰一		
病院局長	日浅 哲仁		
中央病院		総務課	
副院長(企画・経営担当)	藤野 良三	課長	黒川 修平
医療技術局長	河田 明男	課長補佐	森 裕二
看護局長	林 良子	係長(総務担当)	森 文孝
事務局次長	森住 孝義	課長補佐(業務担当)	古川 武信
事務局主査兼係長(診療情報担当)	田村 淳二	係長(業務担当)	林 博信
事務局係長(企画経理担当)	清井 浩明		
三好病院		経営企画課	
院長	松下 光彦	課長	新田 多門
事務局長	妹尾 英明	課長補佐	戸出 浩昌
医療技術局長	藤浦 一存	係長(予算経理担当)	阿宮 広明
医療技術局検査技術科長	井村 健治	係長(予算経理担当)	来島 努
看護局看護師長	秋山 恵子	係長(経営戦略担当)	頭師 正彦
看護局看護師長	堀川 久代	事務主任	大井 文恵
事務局係長(企画経理担当)	前田 隆司	主事	立石 雅大
海部病院		施設整備推進室	
院長	川端 義正	室長	古賀 義章
事務局長	宮原 英夫	主幹(施設担当)	三好 正和
事務局事務主任	平岡 直人	事務主任	中島 功志
看護局技師(医療介助)	一山 貴美		
看護局	野尻 桂子		

会議の概要

開会

新田課長	定刻となり、出席予定である委員の皆様がおそろいになりましたので、第2回県立病院を良くする会を開催したいと存じます。尚、本日、水口委員につきましては、業務の都合によりご欠席でございますので、御報告を致します。 それでは、藤岡会長さん、会議の進行をお願いいたします。
------	--

1 会長挨拶

お早うございます。いつも申しておることなのですが、病院関係者の方がたくさん来られている中で、病院の中にいるのでは聞くことのできない、あるいは聞きづらい意見が、この場から出てくるのが「県立病院を良くする会」の目的と思っております。遠慮無い御意見を、委員の皆様からいただきたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

2 議題

平成20年度主要施策の概要について
平成20年度 病院局主要施策の概要 (経営企画課 新田課長 説明) 県立中央病院改築事業について (施設整備推進室 古賀室長 説明)

3 意見交換

委員	初歩的なことを伺いたいが、研修医を受け入れた場合、身分は公務員であるのか。
黒川課長	県職員ではあるが、臨時・非常勤という扱いであり、公務員である。
委員	研修医は、公務員であることを意識していないのでは。
塩谷管理者	確かにその意識に乏しい。研修医に限らず自治体病院である県立病院に働くドクター達の帰属意識は大学にあり、「県の職員」という意識をなかなか持ってもらえない。そのことについて、県立病院に新規採用する医師や看護師・コメディカルの職員には、病院局での辞令交付の際に、宣誓書を読んでいただいている。その中に「全体の奉仕者として公共の利益のために全力を挙げて努力します」という、地方公務員法第30条の文言を入

れ、「県立病院の職員である前に徳島県の職員ですよ、だから我々は医療を通して県民の利益のために一生懸命頑張らなければならないのです」と諭すように話しているが、なかなか県職員であるという意識は持ってもらえないのが実状である。しかし、我々としてはそういう努力を繰り返すずっとやってきており、「県民の期待に応えていきたい」という意識でやっている。

委員

公務員ということは関係なく、ドクターとしての役割を果たせば十分である、との考え方ではなかるうか。

塩谷管理者

その通りだと思う。ただ我々としては年間 25 億円の税が投入されており、それに対する責任はしっかり考えていかなければならない。しかし、医師の帰属意識は「自分の専門性」や「大学」にありがちで、これが根強い。その打開策として、医師が「県立病院で働いて良かった」、また「県立病院の職員ですよ」と胸を張って言えるような県立病院を如何に作っていくか、県立病院にロイヤリティーを持っていただけるか、それが非常に大事なことである。これは徳島県に限らず全国の自治体病院にとっても非常に大事なことで、如何にその病院に誇りが持てて、自分の仕事にやりがいを感じられるか、ということだと思っている。

委員

大学も同じであるが、研修医には帰属意識というより、「自分が研修医である」というのが大前提であり、公務員云々の前に「どういう研修を行うか」ということを考えているのが現状である。

委員

専門性に対して自信の持てない人が「公務員だから構わない」ということだと、県民としては非常に困る。管理者が言われたように、県立であろうと無かるうと、勤務地に誇りを持つことで、帰属意識を持ってもらう、という方向が良いと思う。

委員

研修医の方は、どこの研修へ行くかについて、自分で決められるようになった。そのため、「環境のいい所で」、「技術的にも自分のレベルを上げることができるように」という気持ちだと思う。そういう条件を満たしてやるということが重要だと思う。これから将来、若い先生方が定着してもらうためには、そういう努力を県立病院がやっていくということ、考えていかなければ定着してくれないであろう。

委員

今の臨床研修医制度には、不備があるように思える。それは、国家試験を通ったばかりの、現場にも立ったことがなく、良い病院と悪い病院の判断のつかない人達が、自分で研修先を選ぶという部分である。

また、ロイヤリティーに関しては、組織文化をもっと作り上げていかないといけない。県立病院として、それぞれの病院の組織文化とその聖域を作ることが非常に大事であると思う。

それと、平成 20 年度予算案を見ると、今居る先生方をもっと大事にす

るという姿が見えてこない。研修医に対しては、億の単位の予算がついて、今現実に働いている先生方をどうサポートしていくのか、という部分をもう少し表現した方が良い。

例えば、医療秘書だけではドクターの仕事は楽にならないと思う。もう一つレベルの高い医療クラークを導入することで、今働いている先生方の仕事は随分楽になるんじゃないか、と思う。

委員

「医療秘書」と「医療クラーク」は、どう違うのか。

委員

医療秘書だと、単純に書類作り全般を行うということであるが、「医療クラーク」というのは、フロアマネージャーとして病棟に配置され、ドクターの研究のサポートや様々な相談に乗ることもある。また、看護部との調整等も行う。

私が思うに、県立病院ならば、県庁職員にその手の人材が沢山いるのでは、と思っている。行政事務の職員が、三年程度での異動はあっても、半年程度いれば全体が見えて、後2年半くらいドクターのサポートを行い、後任を育てていけばスムーズに運用できるのではないか。そこは正に「県民の命を救う現場」であり、行政の方が2、3年経験してもいい職場ではないかな、とも思う。今回の診療報酬改定は、その意味でいいチャンスでもあると思った。

委員

今、病院局にいる事務系の職員が、各病院で今おっしゃったような仕事を行えばいいのではと思う。

委員

臨床研修医のスキルアップ事業について思ったことだが、沖縄県立中部病院への派遣とあるが、四国4県でネットワークを作り、お互いに派遣して研修を行うということはできないのか。そうすれば、経費削減にも繋がると思う。

塩谷管理者

沖縄県立中部病院というのは、全国でトップクラスの研修病院である。これは、戦後復帰する以前からアメリカのハワイ大学と提携しており、歴史と伝統と実績があって、研修医であれば誰もが「沖縄県立中部病院で研修したい」と思っている、正にブランド病院である。そのような中部病院での研修プログラムを持つ徳島県立中央病院で研修すれば、「ある期間は日本のトップクラスの病院で研修が受けられますよ」ということである。中部病院の研修医になる倍率は非常に高い。一方で県立中央病院の倍率は、募集しても定員に満たないのが現状である。沖縄県立中部病院は、私が前任地の時代から、ずっと交流を持ってきており、その繋がりを徳島県でも続けていきたい、という思いである。

また、徳島大学や市民病院や鳴門健保と共同の研修プログラムを作り、単に大学だけではなく、単に中央病院だけではなく、徳島県に研修医に残っていただくようなプログラムを作り、各病院一体となって研修を行ってほしい。出来ることは何でも行っており「若い人たちに徳島に残ってほし

い」という取り組みの一環として、中部病院への研修ということである。8月から一人、中央病院の研修医が行くようになったが、それが定着していくことで、徳島にも魅力を感じてもらえるように願っている。

委員

今の話で分かったが、知人が琉球大学の医学部へ入学して喜んでいたが、そこまで良いとは知らなかった。県立中部病院がそこまで良いことに「なるほど」と感じた。徳島大学の医学部もあるのになぜか、と思っていた疑問が解消した。

委員

研修医が徳島に残るかどうかは、もっと人間的な面もあると思う。例えば、研修場所の院長の人柄とか、習うドクターの人柄に惚れた、という面があるのではないか。ある意味では、現在おられる人たちが、魅力を発揮出来るような環境をどのように作っていくか、という問題である。ただし、これは難しい問題であり、単に金銭的な問題とか、インセンティブを付加するだけで良いのか、という考えもある。

委員

兵庫県の県立柏原病院で、小児科医がいなくなるという状況の中、市民達が「自分達は我慢します」という運動を始めた。「夜に子供に少しの熱が出たからといって、病院には連れて行きません、自分達はもっと勉強します。先生方頑張ってください。」と。すると、辞めるはずだった先生も、もう少し頑張ってみようと思ひだし、退職を延期した。そのことで、支援する県立子供病院からの医師派遣も、やりやすくなった。給料体系であるとか、仕事の忙しさとか、環境については、医師になられる方は覚悟していると思う。やはり地域の方々が、どれだけ医療に対する理解を示すか、その病院の必要性をどれだけ理解してくれるか、であり、「県民に支えられている」という意味はそこだと思う。だとすれば、県立病院を良くするためには、県民の人たちが医療に対してどれだけ理解するか、にかかっている。

ただ、医師不足の現状、医師偏在の実態等の医療現場について、県民の方は知らず、もっと知らなくてはいけないのではないかと思う。ただ、医療は非常に難しいものである。医学部で6年勉強して、やっと国家試験に受かって、スタートできるような領域であり、医療そのものは非常に難しいし、分かりにくいものである。しかし、そこで働いてる先生方についてや、あるいは看護師さんについて、もっと理解する場を提供していかなければと思う。地域医療の崩壊が叫ばれているのであれば、行政がそのような場を作らなければ、と思う。救急車の使い方にしてもそうだが、小学校や中学校や高校で、行政や病院が、救急車の使い方をしっかりと指導するなど、やるべきことはまだまだあると思う。

塩谷管理者

おっしゃる通りである。海部病院の医師について、3月末で11人から4人減り補充は2人、合計でマイナス2となり、常勤医は10人を切ってしまう。これまで1日24時間1年365日の救急医療を担ってきたが、海部病院の医師達が悲鳴を上げて「もう出来ない」という状況の中、御存知の

通り、土曜日の救急はお断りしたいということになった。

今週月曜日に、海部郡全体の医療機関、医師会、公的や公立の病院、それから各町の職員に集まっていたいて、海部病院の院長が事情説明を行い、理解と協力を求めた。しかし、町立病院も、地元の医師会にしても、カバーは出来ないとおっしゃった。地元の町は「こういう問題が起きてるのは県立病院がしっかりしていないからだ。県立病院を充実してくれれば我々に問題は降りかかってこなかったはずだ。県立病院は何をやってるんだ。」という発言をされた。

我々も、県立病院の医師をしっかりと確保して、地域での救急医療を充実させたい、という思いは強いが、この全国的な勤務医不足の中でこういう状況に陥っている。こういう状況に陥っているからこそ、その地域を守るために、県立病院だけではなく、その地域の医療機関、医師会あるいは住民が一体となって、この問題をどう考えていくかというスタンスがなければ、本当に医師達は辞めていき、地域の医療は崩壊してしまう。

兵庫県の柏原病院では母親達が「県立柏原病院の小児科を守る会」というのを結成されて、住民運動が起きてそれに感激した医師が、柏原病院で勤務しようとか、辞めようと思っていた医師が留まったりした。つまり、地域の中で住民と一体となってどう考えていくか、が非常に大事だと思う。私は「医療は文化」と思っている。文化とは、「地域で働く人々や暮らす人々が、日頃の仕事や生活の中で生み出す物心両面の成果」である。物心両面の成果が文化だとすれば、何も県立病院だけに医療の充実を要求するのではなくて、地域にとっての大切な文化として、地域住民が県立海部病院を育てていただくことを是非お願いしたいと思う。確かに、我々の困ってる状況を、地元の方に対して提示し説明していただくことが少なかった。その辺りについては、謙虚に反省しなければならない。これからは、我々が困っていることについて、あるいはこれから行っていきたいこと等について、地域に公開していき、皆で考えていかなければ、医療崩壊には歯止めがかからないと思う。

その表現形として、去年の秋からは、海部病院と三好病院で毎月1回行っている経営戦略会議に、地元の役場の職員の方へ出席していただき、我々の議論を見ていただき、それを地元の役場に伝えていただいている。海部郡には3つの町があり、そのうち2つの町の職員の方々は会議へ出席して下さるが、1つの町は一回も出席していただけない。何故そういうスタンスなのかが分からない。そういう面も含め、「地域にとっての大切な文化としての医療」を守っていくためには、単に要望だけする時代は終わったと思う。医師がいなくなったからといって署名を集めて県庁へ持ってくる、そういう時代ではなく、共に一緒になって考えていく。そのために、何に困っているのかという情報を提供していく。その努力は確かに足りないのかもしれない。

平成20年3月末では、海部病院以外にも、中央病院救急では3人辞職で補充が1人のマイナス2人、三好病院では8人辞職で補充が3人のマイナス5人、トータル16人が異動等で辞職し、補充人数は6人となり、県立病院全体としてはマイナス10人となっている。

確かに勤務医は過重労働があるので、待遇改善や勤務環境の改善を図っていきたくて考えており、来年度は約1億2千万円の予算を組み、県立病院の医師の勤務環境の改善を図ろうとはしているが、おっしゃるように、表面的なことだけで解決する問題ではない。公募委員の方の意見がどうなのか、現在の医師不足・勤務医不足、徳島新聞やテレビの報道を御覧になって、どういう風にお考えになられておられるのか。そういう御意見も参考にして、本当に県立病院を良くする会になっていただけたらと考えている。

委員

今の話と重複するが、先日県立中央病院を見学したのだが、昔の病院と違い「明るいな」と感じた。気持ちのいい挨拶ができており、院長先生自ら「お疲れ様です。」という言葉掛けもあり、勤務されてる医師や看護師も、にこやかに「御苦労様です。」とか「お疲れ様です。」と、お互いに挨拶している姿に感激した。このように、病院の中から変化しているのに、私を含めた県民には見えない部分があると思う。そういう良い面はもっとアピールするべきだと思った。

また、最近「やってもらって当たり前」という感じの患者が多いと思う。この考えを前提にすれば、今後の救急医療が悪くなるのも当然である。私の意見として、そういったモラルの低下を防止していく、そういう個人の努力も必要ではないかと思う。

委員

昔の医学教育の中での、大学の教授が果たしてこられた役割というのが非常に大きいと思う。これは医学の話だけではなく、工学の話でもそうだが、昔は研究室の先生が大所から見て、勧められたところへ就職した。研究室の先生は第一人者であり、自分が判断できないところは判断してくれていたが、今の研修医はそういう点が活かされているのか疑問である。そういった理由で、外科や産科、小児科を希望する医師が少ないのでは、と感じた。

委員

全体的な医師不足の中で一部の病院に研修医が集中するという今の研修医制度は、そう長く続くとは思わない。

それよりも、徳島県は県民の人数あたりに対する医師数が多い一方で、医師偏在が存在し、医師不足が生じているということが問題である。

塩谷管理者の言うことは良く分かるが、その問題に対し、県立病院が全て悪者になる必要はないのではと思う。南部の問題は、統廃合をどのように行うかということであり、地域の医療機関と県立病院を含めた医療機関をどう集中して合理化するか、という点にある。それは、地域的な対立から話が進まないだけであって、これを県立病院の力で解決しようというのは、不可能に近いと思う。

これを県の行政の観点から考えれば、県立病院の持っている能力について、「どの部分を諦めてどの部分を残すのか」を考えなければならない環境になっていることを理解すべきである。例えば、中央病院は隣にあれだけの立派な病院があり、友好関係を保っているため、今抱えてるこの分野は諦める、といった選択も必要であると考えている。

例えば県立中央病院である機能を辞める代わりに、南部と西部は県立病院でその機能を全部引き受けるとする。すると、東部地域の住民からは反発が起こり、医療を巡って東部と南部あるいは、東部と西部の住民同士で話し合いが始まる、という形に持っていく、そのような進め方をすべきである。

「要求民主主義」の時代は終わり、「皆で考えていく民主主義の時代」になっていると思うが、ただ現実には要求民主主義は続いている。行政に対しては、特に厳しく要求する。そうなると、県立病院の能力の配分について、ただ請負で配分するのではなく、いかに徳島の医療を高めるためのモーメントにしていくか、ということである。

委員

要求民主主義ということだが、要求民主主義は持っている相手から要求するという話である。現在の救急医療は、持っていないのに要求している格好である。我々医療人の考えでは、現在の救急医療は煙が出ている状態であるのに対し、まだ住民の方は理解されておらず、大きな火の手が上がり、初めて分かる状態である。このような事態では、徳島県内の医療の将来について危惧される。こういった時には、他県の中央病院でもやっているが、県医師会、開業の先生にも立ち上がっていただかなければならない。かかりつけ医に頼めば必ず県立中央病院に紹介してくれるという患者さんの認識を高めたり、例えば、救急であれば午後7時から11時くらいまでは開業医の方に見ていただくなどである。根本的な解決策ではないかもしれないが、応急手当をきちんとしておかないと、全ての病院が壊れてしまう。各病院が崩壊し、できるところが残るとそこに殺到して崩壊してしまう、というのが現状である。

委員

開業医の先生方と県立病院の先生方が手を結ぶ方法は色々あると思う。お金の話があり面倒だが、海部病院が土曜日に救急医療を休止するのであれば、徳島市在住の医師の中に「その地域の開業医の方が無理な場合、こちらで診療する」という開業医が出てこないかなと思う。もっと言えば、場所は県立病院が提供し、開業医が順番制で県立病院の設備を使って救急対応する、という仕組みが出てこないかとも思う。医師の報酬についての問題もあるが、工夫すればできる方法はあるはずである。地域で医療を守る、そのために県立病院が核になって、地域のお医者さん達に場所を提供して、ノウハウを提供して、ということである。

塩谷管理者

おっしゃる通りである。「全体の最適化」は地域医療を守るためのキーワードだと思う。しかし、皆さん方は個の最適化しか考えていないように思う。確かに、個の最適化を図ることは当然であるが、「個の最適化は全体の最適化に繋がる個の最適化でなければならない」が、私の基本的スタンスである。しかし、海部病院での救急医療に関する会議でも、医師会も他の町立3病院もできないという回答である。残念ながら「地域で医療を守る」という姿勢は見えない。今おっしゃられたように、落ちるとこまで落ちなければ気付かないのではないのか、という心配がある。

今私の一番のジレンマは、海部病院も大事だ、中央病院も大事だ、そして三好病院も大事であり「3つを成り立たそうとすると、3つが共に成り立たなくなる」という矛盾が生じていることである。三好の外科医が4人から2人になって、三好で手術が出来なくなるのでは、という危惧がある。そのため、中央病院外科に「三好の外科を助けてやってほしい」と頼んでいる。しかし三好をカバーした場合には、中央に医師が足りなくなるという現実もある。私としては、三好の外科医師を確保したいという思いがある一方、中央も海部でも医師の確保を何とかしたい、という思いがある。しかし最近、私自身、「3つを全て成り立たす」という考えが間違いではないか、県民からの非難を覚悟の上「捨てる作業」をしなければ、全部が潰れてしまうのでは、という思いが強い。先程おっしゃられた「中央の救命救急を止める代わりに、海部と三好を強化する」、この考え方は本当に大事であり、正に知事がおっしゃるオンリーワン徳島である。

2年前の産科問題が勃発した時に、私もそれに似た考えを持ち、県中での産科は辞め、その代わりに海部と三好のお産を確保していく考えを打ち出して、いざ進めようとするとなかなか壁のためできなかった。だが、本当にそこまでしなければ、どうしようもない状況であるということをはか住民に知ってもらおうか、が問題である。

それから「再編・ネットワーク化」について、2年前に南部圏域医療問題検討協議会の中で、私は「再編・ネットワーク化」が必要であり、今の状況では共倒れになってしまう、ということをお願いした。しかし、総論賛成各論反対という状況である。住民の方にも「どういう風な医療を県立病院にしてもらいたいと考えているのですか。」と尋ねたが、答えは返ってこない。そういう出口の見えない状況が続いている。私が考えるに、住民の方に分かっていたくためには、捨てる作業が必要であり、「落ちるとこまで落ちていいんですか。」と、あえて言っていかなければならないと思われる。その辺りの判断が非常に難しいが、良くする会で色々な御意見をいただければ、非常にありがたい。

委員

私は、日本人の心の中には、医療に対して「赤ひげ先生待望論」があると思っている。医師というのは、困っている病人に対して、お金の面でも健康の面でも助けていく、それが当たり前であると考えているのではないか。そういう要求をする一方で、不都合な事態については、全部行政の責任で解決することも要求している。このようなムードは早急には変わらず、変えるためには何らかの手だてが必要となってくる。その手だての一つとして、徳島地域はたくさん医師がおり、病床数もあるため、限られた資源である県立病院の能力を東部の徳島地域ではなく、へき地に配分することで責務を果たしていく、という案である。それほど困っており、「一県立病院」の力では、捨てる作業をしなければ解決できない、という事実を表明していった方がよい。「県民医療最後の砦」の「砦」という言葉をどの分野に持っていくか、という話である。

委員

経営戦略の視点から見た場合を考えてみたい。一般会計から病院事業に

	繰り出されている金額は、県財政の何%か。
新田課長	約5,000億のうちの約25億であり、0.5%程度である。
委員	小さいですね。それでは、医師不足の問題は何年前から起こっているのか。
塩谷管理者	私が来たときからの問題であり、約三年程度である。
委員	県立病院の歴史は何年か。
新田課長	予算的に言えば、45年程度である。
委員	45年の歴史の中で、ここ数年の問題である。勿論大きな問題ではあるが、歴史的に見て非常に短い期間の出来事であり、県全体の政策的な歳出の中での0.5%、という割合からして、動かないのも一つの手かと思う。経営改善・効率化は日常の仕事として行っていくが、方針として、昔からの県立病院の役割は微動だにしない、ということを確認に打ち出すのも手かもしれない。それは短期間の出来事で大きく構造を変えてしまい、後で取り返しのつかないことになってしまうことを危惧するためである。「文化」ということであれば、政策的なものとか、景気の動向で、そう簡単に動くべきではないという感じもする。
委員	ただ、海部の救急の問題は、対策をせずに医療が崩壊すれば、全て県の責任にされる。それは、やはり防止しなければならない。何らかの対応を打ち出し、善意を尽くさないと、世論はついてきてくれないのでは、と思う。
委員	結局は、県民の理解度が問題になってくる。例えば、繰入金で25億円では多すぎるといふ県民もいれば、40億円でもいいのでは、という県民もいるのでは、と思う。
川端院長	先程から議論されている救急の件については、私は会議において、「海部郡を守るのは、海部郡に住んでいて医師免許を持ってる人だ」と述べた。65歳以下で医師免許をお持ちの方は、海部郡には大体25名くらいいる。その方達に研修も受けていただき、一体となって特に一刻を争う患者を診ていこうということである。保健所等も含めれば、医師免許を持ち救急に対応できる人は、恐らく30名くらいになるかと思う。「25名から30名くらいであれば月に一度か二度の当直をすればよく、海部病院内に救急が出来る別の組織を作ってはどうか。」とも述べた。 海部郡の医師会の先生方は土日には県東部へ帰っており、そういう先生方も、自分が診ている患者を海部病院に預けて帰っている。医師免許を持

	<p>ってる方が全員集まらなければ、すぐ前に進まないのでは、と思っている。</p>
会長	<p>海部の救急患者数はどれくらいか。</p>
新田課長	<p>平成18年度で申し上げますと、海部病院の救急患者受け入れ総数は4,079人である。</p>
会長	<p>一日平均についても教えていただきたい。また、土日は平日よりも多くなるのか。</p>
宮原事務局長	<p>平均すると、10人強くらいである。土曜の平均救急患者数は14人くらいであり、救急車で来られる方は、その内の2人くらいという状況である。日曜は開業医が休んでいる関係もあり、16人から17人くらい、救急車も1台くらい増える、という状況である。</p>
会長	<p>救急車で運ばれてこない患者は、やはり軽症者が多いのか。</p>
川端院長	<p>近くの老健施設において、病状が悪化した患者を職員が運んできたことがある。心肺停止の患者で、救急車を使わずに来る人もいるくらいであり、一概にどうとは言えない。</p>
委員	<p>捨てる覚悟をする場合に、何を捨てるかということが重要である。県からの繰入金倍にするということは、まず望めないが、例えそれができたとしても、根本は医師不足の問題である。また給料の増加を目当てに来るドクターに、県民は診てもらいたくないのでは、と思う。つまり、お金だけの問題では無い。繰入金が増えるように動くのが、この会の一つの役割であることは確かであるが、この問題については、お金が解決策ではないと考える。</p>
委員	<p>インパクトを全国や住民に与えるということであれば、医師数を激増するという計画もあると思う。そこに予算を充てて、医師の人数を大きく増やし、そこから地域に派遣したりする、ということが考えられなくもない。</p>
委員	<p>へき地への医師派遣は重要な仕事のひとつであるが、医師数の多い地域での医療供給を減少するのは問題ないのではないのかと思う。つまり、中央病院は機能を縮小し、一方で海部と三好は守っていく。また、それに対する非難には、現状をよく理解してもらおう努力をしていく。ただ、海部と三好の機能を高めれば、当然赤字は増えるため、必然的に県からの繰入金増やしてもらわなければならない。しかし「県民医療の最後の砦だけは守りました」ということになるのでは、と思う。三好や海部に行きたくないという、ドクターの気持ちも当然視野に入れながら。</p>
委員	<p>私は経済学者じゃないので、詳しくは分からないが、例えば自由市場に</p>

任せた場合、都市部にドクターは集中していく。集まったドクター達のレベルを考えると、1次・2次・3次の医療の内、恐らく2次医療でさえ怪しい部分があるはずである。自由市場に任せておいたのでは、医局集中化が進むだけである。県全体を考えた時には、県行政の役割として調整機能を持っていなければならない。そう考えれば、徳島県は医師は確かに多い地域かもしれないが、機能別に見ればどうなのだろうか、という思いはある。

塩谷管理者

一つ伺いたいのが、現在、総務省が「公立病院ガイドライン」という施策を打ち出している。病院の改革について、三つの視点から考えているものであり、それは「経営の改善」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」という視点である。

「再編・ネットワーク化」は非常に大事なことであり、「経営の改善」も非常に大事なことだが、私の一番の関心事は「経営形態の見直し」についてである。総務省のガイドラインでは、例えば私のような管理者を置き、権限と責任を与えて運営していく体制である「地方公営企業の全部適用」に対しては、かなり懐疑的な結論を示しており、総務省が求めているのは地方独立行政法人化である。それも公務員型ではなく、非公務員型の独法化である。しかも、独法化は途中下車駅に過ぎず、終着駅は公設民営化、あるいは民間移譲であると思う。

そういう状況で選択を迫られており、私は、非公務員型の独法化には反対である。「日本の医療の中核をなすのは、自治体病院である」という認識を持っており、全適で止め置かなければ、日本の医療は崩れてしまう、と考えている。ただ、こういった考え方の人間は少なく、先日も岐阜県立病院は非公務員型の独法化にしたい、とおっしゃられていた。この岐阜県というのは、県立病院経営収支が47都道府県でトップ3に入る経営をしているのにもかかわらずである。

その理由は「定数管理の壁」であり、地方公務員法であれば職員定数に縛られることになる。我々にも845人という定数があり、そのために診療報酬の一つである、一般入院基本料の7：1看護が制度化されたにもかかわらず、看護師を増加できず10：1のままでやっている現状がある。職員定数を弾力的に運用できないことが、岐阜県立の医療センターの院長の最大の悩みである、ということ伺った。それをブレイクスルーするための、非公務員型の独法化である、とおっしゃっていた。また神奈川県についても、神奈川県は全適をすることによって黒字化した県であるが、10年度には非公務員型の独法化を行うらしく、「全適は風前の灯火」という感じを受けている。

全適で止め置かなければ日本の医療は崩れてしまう、と私は感じており、頑張っていこうとは思っている。しかし、非公務員型の独法化は避けて通れないのか、あるいは公設民営化等が必要になってくるのか、その辺りの御意見をお伺いしたい。

委員

大学病院は御存知のように、建物も医療器具も全て借金である。徳島大

学病院のことを言えば、独法化した時に300億程度の借金があった。聞くところによれば、独立法人化というのは借金を0にして行う、というのが本当の姿である。ところが日本の国というのは、国立大学に借金を全部背負わすことを求めた。

だから、この辺りについては非常に難しい問題ではあるが、私個人の意見としては、結局は全適にしる公設民営化にしる独立法人化にしる、ケースバイケースではあるが、徳島で独立法人化を行うと潰れるのでは、と感じる。岐阜県についてはあまり知らないが、都市部の神奈川県は、責任者の手腕次第では上手くいくのでは、と思う。特に地方が弱い今の時代において、全て総務省の改革の規則、公式に当てはめるのは危険では、という考えである。

委員

先程の委員のおっしゃる通りだと思う。定数管理の壁についても、地方分権が進み、各都道府県に権限が任されてきたら、解決できるはずである。だから、経営合理化をどれだけ行っても、へき地医療がこのような状況で、崩壊するのを防止する立場である県立病院が、独立法人化を行えるはずがない、というのが常識ではないか。だから、全適や地方公務員であるために起こっている問題というのは、解決するための苦労は多くあると思うが、そのために独立法人化や公設民営化を行うという手段は、医療の崩壊を早めるだけの話ではないかと思う。

委員

改革ガイドラインには、二つの信仰がある。一つは民間は素晴らしい、という信仰である。そしてもう一つはネットワーク化である。

しかし、民間病院が公立病院より優れている面というのは、あまり無い。確かに自由度はあり、安く狭い建物でも造ることができるし、安い事務員も採用はできる。ただ、それだけである。

それとネットワーク化というのは、何かを統合すれば経済効率が上がる「スケールメリット」が出てくるという話である。しかし、これも信仰であり、医療の場合に合併してスケールメリットを図れるかということ、極めて疑わしい話である。合併しない方がメリットはたくさんあった、というケースも少なくない。

こういった二つの信仰に従うかどうか、という話である。従うかどうかの前に信じるか、という話でもある。地域によって状況がそれぞれ違ってくる中で、信じれば救われるかということ、救われないのでは、と思う。

塩谷管理者

海部郡には県立海部病院、町立海南病院、町立由岐病院、町立日和佐病院、の4つの病院があり、いつ壊れてもおかしくない状況である。その中で、海部の医療を守るためには、4つが協力ネットワークを作って、再編が必要なのでは、と思っているが、今の御意見であれば、4つが4つで存在しても、それぞれの良さがあるということで、よろしいか。

委員

その通りである。分散しての方がいいケースもある。どこか一箇所に集まれば、供給サイドで効率性は守られ、コストが少なくなったかに見える

が、全体としてはコストが上がっている、ということがあると思う。利便性は下がることになり、両面から見ていかなければと思う。

それから、公立病院というのは破産法の適用から外れているわけであり、倒産はせず、極めて政治的な存在だと思う。町長が止めという決断を出した時に、町民達がどういう判断するかというと、「止めないでくれ」ということになると思う。そうすると、存続ということになる。このように当事者が沢山登場し、その中でゆっくり地域医療は決まっていくのでは、という話だと思う。

委員

今おっしゃられた「町立病院を止める」という話であるが、結局これからの現状を言えば、反対しても医者がいない状況である。管理者がおっしゃったのは、最低の利便性を守りながら統合し、経済性も考えながら、その地域の医療を守るという意味である。そこに住む住民の方には、いくら「町立病院あるいは診療所を継続しろ」と言ったところで、もう数年先には誰も医師は来ない状況である、ということを理解していただきたい。

委員

世の中の経済原則として、非常に苦境に立った複数の事業者がいて、どこが先に潰れるか、という状態で、無理矢理にでも統合した方がいいのか、あるいは他が潰れるのをじっと待ってる方がいいのか。これは潰れるのをじっと待ってた方が良く、特に政治が裏についてくる話である。管理者のおっしゃる方向が正しいとは思いますが、それを県立病院の立場で言うと、大半の方は首を縦に振らない。

委員

「無くなる」ということが現象として起こりつつあるのかもしれないが、何も対応しないのはいけない。そのために行政があり、そのために政治があるわけである。無くさないようにすることを、一つの方針として掲げてほしいし、それが政策であると思う。長期的に見て、将来海部地域に人が住まなくなるということであれば、いずれ医師も来なくなるが、その辺りの見定めや長期のビジョンも必要になってくる。

委員

県民としては、医療が無くなれば困るのは目に見えている。先程おっしゃった医療文化という話であるが、文化というのは絶対に経済的には動けず、儲けないのが普通である。であるから、県民には、財政面で赤字を解消して黒字にしていくという考えではなく、「赤字が普通で、文化は儲けないのが当たり前」で、お金を払ってでも医療機関を置いてほしい、という考えを持ってもらうのが理想である。

本日の新聞にも掲載されていたが、軽症患者も救急車を使っている、というのがあった。「県立病院を良くする会」に出席した以上、そういったことを防止していき、県民達に呼びかけていく運動をしていきたいなと感じている。やはり病院は無くしてほしくない。我々の安全を守っていただく医師であるのだから、医療を守っていくために、県民として色々考えていかなければと感じた。

委員

「軽症の救急患者は県立病院へは来てはいけない。」というのは、県の医療政策の立場で言うべきであって、県立病院の立場でそんなことは言えない。今の一般的な社会風潮の中で、症状の軽い病気であれば、自分で考えて、医師が暇な時に診てもらおうということは、行政の側から言うべきである。今日の新聞に掲載されていたが、徳島赤十字病院は症状の軽い救急患者からは3,150円の料金を取る。それがせめてもの抵抗であり、住民の方から直接そういう運動が起こるのは非常に結構なことであるが、中央病院が言うてはいけないし、むしろ、言うなら医師会全体が言うべきではと思う。

委員

柏原病院のステークホルダーでは、婦人会や消費者団体であるとか、家庭を支えてくれている主婦が医療のことを理解してくれる、というのが一番心強いことだと思う。兵庫県の構造改革委員会では、女性の会長が県立病院を応援し、理解してくれている。県立病院は「最後に医療で救ってくれる」というチャンスをくれるということであり、患者としては、そのチャンスに対し、税金として県に年間数千円払う。この金額が高いか安いかわかる話であって、この会長は安いのでは、とおっしゃっている。倍くらい出してもいいのでは、ということもおっしゃっている。家計を預かってる主婦感覚からの発言であるが、こういった方達からの支持をどう集めていくかである。

他の地域で言えば、自治会長や婦人会長や医師会長を含めて、みんなが軽い病気で高度な医療機関を利用した人を叱っていかう、という例もある。診ないということでは無いが、診察後に医師も患者を叱る、こういう仕組みを作っていかうとしている。これは県レベルになると非常に大きな話になるので、地域間の話だとは思いますが、そういう活動が出てきてもいいのでは、と思う。

委員

小児医療に関してだが、「8000番」の利用はどれくらいか。その電話相談だけで終わるものと、それによって救急に走る場合があると思うが。

塩谷管理者

正確な数字は把握していないが、想像した以上に利用者が多かったとは聞いている。これからも充実していきたいというのが、医療政策課の方針ではないか。

委員

雇う側としても、そういう制度を利用して、なるべく救急に雇わないとか、平日に行ける場合は時間外には行かないといった、意識の改革が必要だと思う。自分で病気を治す心構えが大事になってくる。地域で、病気に雇わないための知識を持つこととか、病気になってもすぐに救急に雇わないこととか、そういった勉強会を行い、意識を改革していくことが必要なのではと思う。

委員

患者の側から言えば、個人の病院では不安がある。最近の医療技術はどんどん進み、新しい薬も出てくる中、適正な判断をしてくれるのだろうか、

という思いがあるためである。そういうことを解決するために、複数の医師が判断してくれれば、非常に信頼性がアップする。そして、複数の医師が勤務している機関が県立病院以外にもあると、県立病院への負担が少なくなるのかなと思う。そういった機関を、医師会が中心になって作ってくれれば我々は安心できる。また医師自身も最新の医療に関する知識のある医師がいてくれる方が安心できるであろう。

このような仕組みを医師会が作り、県立病院の負担を軽減させていくというのも一つの手だてとして考えられるが、それを県立病院だけが考えていくのは非常に難しいし、町立病院とか市立病院とか個人の病院とか、そういうものを総合した機関で考えていくことが必要なのではと思う。そのような機関をどこがやっていくのか、という問題である。

委員

これは私の持論なのだが、「町のお医者さん」は家庭医になってもらいたい。その医師が自分の手に余ると思ったら、すぐに上の病院に紹介してくれる。それが一番いい「町のお医者さん」だと思う。何もかも抱え込んだ結果、診断ミスや投薬ミスをしてしまうような自信過剰な医師には雇いたくない、と思うのが普通である。しかし、そういった医師をどのように見つけるのが難しい。

結論を言えば、中央や徳大病院は2次救急や3次救急ができるので、多くの診療所・病院あるいは開業医とネットワークを組み、患者を紹介してもらい、また、逆に診療所等に逆紹介していくことである。もう一つは町のお医者さんの医療技術をレベルアップするためのネットワークを作ることである。診療技術を上げるお手伝いの方法は色々あるが、そういうネットワークができたなら、「あのお医者さんは県立病院あるいは徳大病院とネットワークを組んでおいでのようだ」となり、自分の手に余るようなら紹介していくことができる。

ただ、開業医にも自分のプライドがあり、経済計算もあるので、きちんと紹介するかどうかは別問題ではある。しかし、徳島のように、特に中心部で言えば、住民の数に比べて医師の数は非常に多いので、経営が上手くいっていない病院等もあるはずである。

だから、そういうネットワークを組むことで、県立病院らしい、あるいは徳大病院らしい医療を提供していくことが希望だが、問題はそういう内容を病院側がどうやって作っていくか、である。それで県立病院の医師不足もある程度緩和できるのではないかと感じている。

委員

患者の立場に立つと、医師が病状の判断を的確に行い、「この患者はあそこへ行ったらいい、そこへ行ったらいい」という形は非常に望ましい。

ただ、やはり医師の多い所だと、医師一人当たりの患者の数はどうしても少なくなる。そうなれば、患者を手放したくないという要因も生まれ、その辺りは難しいとは思う。また同時に、医師そのものの立場というものも考えてあげなければ、という思いもある。

塩谷管理

連携に関して、中央病院に紹介していただく割合は70%前後くらいで

者	<p>推移している。逆紹介率であるが、これも70%前後で推移している。そういう意味でも連携はしっかりしている。また、登録医という制度もあり、現在495人の県下の開業医と連携を取っている。</p> <p>三好病院に関しても、紹介率は30数%で推移している。地域医療機関との連携というのは、これからの大きな流れ、キーワードになってくる。それを如何にシステム化していくか、というのが問題である。</p> <p>ここ数年で定着しつつあるが、地域連携パスというのがあり、これは中央と開業医の間での医療方針の繋ぎである。例えば大腿骨・骨頭の骨折をすると、中央病院で一週間から十日くらいの急性期の手術であり、それが慢性期になってくると地域のリハビリができる病院へ移っていただく。中央と、民間の慢性期を診ていただく病院とが、医療方針の整合性を持って繋がっているため、いわゆる継ぎ目の無い医療を行うことができる。これが流れになっているが、肺癌の連携パスについても、徳島県の中で唯一中央がやっており、まずはそういう連携をシステム化するための取り組みが、今現在県立中央病院や三好病院でもなされつつある状況である。</p>
委員	<p>保険者の役割についてだが、市町村に対して、もっと保険者としての役割をしっかり果たすよう指導ができるのはどこか、と言えば県かと思う。県立病院や大学病院というのは3次医療機関であるから、全県を対象にしているということになると、健保組合に対しても、ある程度指導が効くのでは、と感じる。患者と医療機関との関係、医療機関同士の関係というのも大事であるが、医療の当事者として非常に大きな役割を持たなければいけないのは保険者だと思う。この保険者が全く機能していない、というのも現実であり、本来の役割を果たさなければ、不公平な問題解決の処方になってしまうと思う。</p>
委員	<p>救急医療で「トリアージ」をされないようにしていただきたいと思った。</p>
会長	<p>そろそろ時間なのですが、何かございますか。何も無ければ、これで閉会したいと思います。どうもありがとうございました。</p>