

## 第3回野洲市新病院整備可能性検討委員会

### 《会議要録》

日時 平成24年5月15日（火）

午後2時30分～4時30分

場所 野洲市役所3階第1委員会室

#### ＜出席委員＞

柏木 厚典 委員長 （滋賀医科大学病院長）  
川島 英樹 委員 （社団法人病院管理研究協会調査企画部長）  
渡邊 信介 委員 （特定医療法人社団御上会野洲病院病院長）  
堀出 直樹 委員 （守山野洲医師会会長）  
角野 文彦 委員 （滋賀県健康福祉部次長）  
今堀 初美 委員 （野洲市健康福祉センター所長）

#### ＜欠席委員＞

福山 秀直 委員 （京都大学医学研究科教授）

#### ＜傍聴者＞

15名

#### ◎配布資料等について

- ・会議次第、検討スケジュール
- ・第3回野洲市新病院整備可能性検討委員会（パワーポイント資料）

### 1 開 会

#### 《事務局》

委員の皆様がおそろいですので、ただいまから第3回野洲市新病院整備可能性検討委員会を開催させていただきます。開催にあたりお断りがあります。福山委員が大学の用務のため、本日の委員会を欠席するとの連絡がございましたのでご報告させていただきます。

それでは議事について、委員長の進行でお願いします。

### 2 議 事

#### (1) 野洲地域における医療課題と今後の展望について

#### 《委員長》

第3回野洲市新病院整備可能性検討委員会を開催させていただきます。委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

ございます。2回の委員会を重ねまして、野洲地域の医療課題にどう取り組むべきか、病院像をどうしていくべきか、議論が深まっていると思います。その中で、回復期医療や在宅医療推進のための後方支援的役割、また急性期の大病院から自宅に帰るまでの中間病院としての役割が必要であろうということであったと思います。ただし、このような病院について、自立した経営が可能であるかという課題もあり、何か魅力のある分野を作っていかなければ医療スタッフの確保にも問題が出てくるであろうということでありました。

この地域に必要な医療サービスを確保しながら、経営的には自立できる病院ということで、この点は非常に重要ではありますが、最も難しい部分でもあります。したがって、市がどの程度運営交付金などの支援が可能であるかということの見極めも必要でありますし、このことをどのくらい市民の方が理解されるかということも関係してくると思います。今までの議論で大きな方向性などは明らかになっていると思いますので、今回はより具体的な議論が必要であり、特に運営形態などは難しい検討課題であります。そこで事務局から本日の課題や資料などについて説明をお願いしたいと思います。

#### 《事務局》

(資料により説明)

#### 《委員長》

ありがとうございます。詳細なデータとともに、議論の叩き台として市の提案もありました。後ほど議論していくことといたしまして、まずは第一印象など、ご感想も含めてご意見をお願いします。

#### 《委員》

細かなデータを積み上げていただきご苦労様です。ただ、収支シミュレーションを見て、なぜこんなに赤字が大きいのか確認をいたしました。

資料の11ページにありますB案が一番医業損益の良い計画となっていますが、これを個別に確認しますと、人件費が医業収益に対して61.6%になっています。材料費は15.7%、減価償却費は別の問題として、その他経費は14.9%。このB案は医療型療養病床がないということですから、一般病床と回復期病床ということです。このような病院形態で病床規模が199床の場合、人件費比率が61.6%になりますと、収支が黒字になることが一般的な基準からは考えにくいです。もちろん医療型療養病床ありの場合となれば、収支は赤字になります。

そこで詳細を確認するため資料編の15ページを見ますと、看護職員数の設定がございます。そこに手術部門の配置人数がありますが、手術室1室あたり2.5名が必要で手術室は4室、それから内視鏡部門では内視鏡室5室と設定されています。この設定では、かなりの急性期型の病院であり、病床稼働率を80%から90%以上にしないと採算が取れません。そうなりますと、それ

だけ稼働できるのかという問題もありますし、また看護職員数が多く積算されることとなります。次の医師数の設定にも問題があります。療養型の有り無しに関わらず医師数が同じというのは問題です。

あと確認の意味も含めて、患者数の設定と医師の配置数が連動していないのはなぜでしょうか。例えば内科では想定患者数 83.2 人に対し、補正後の患者数を 50.5 人としています。そして、医師 1 人当たりの患者数は 10.4 人としています。必要な医師数は 8 人としています。このような設定をしますと、人件費が高くなって赤字になるのは当たり前の話です。

シミュレーションの詳細設定に少し問題があると感じました。

#### 《委員長》

ありがとうございます。私も同様に感じているところがありました。自治体病院のデータを採用しながら積算されていますが、医業収益が 30 億円に満たない状況で人件費率が 70% 近くになれば、どのように頑張っても採算を取るの難しい。データは平均値であると思いますが、このままの状態では非常に厳しいという印象を私も持ちました。

#### 《委員》

私も看護師などの設定数に少し問題があると感じています。

また、病院整備費用についても、設定単価が 30 万円/㎡となっていますが、少し高いのではないのでしょうか。私が以前に勤めていた民間病院では建築単価は 20 万円/㎡程度でした。このような費用が高くなることで、収支にも影響が大きく赤字となっていると思います。おそらく全国の自治体病院の平均値などを参考にされたと思うのですが、もう少し単価が低くても大丈夫ではないかと感じました。

#### 《委員》

私はこの分野は専門ではありませんが、いずれにしても市が直接運営する方法となれば職員の問題などもありますので、かなり難しいのではと感じました。

#### 《委員》

第一印象として、収支シミュレーションが大きな赤字ということもありますが、今ある病院とどこが変わるのかと感じました。もちろんこれから中身の議論をしていくわけですが、仮に赤字運営となったとしても、それが市民にとって本当に必要とされる病院であるならば、市が病院を整備する意味があると思います。しかし、この収支では少し問題があるなと思いました。

#### 《委員》

医業収益や経費の設定数値などについては専門外でよくわかりませんが、病床の割り振り案で、A 案と B 案の 2 案で提案されています。市の財政状況を踏まえて考えますと、B 案でも赤字運営が想定されているのに、さらに療養病床を持つことで赤字額が拡大する A 案の選択は、希望したくても事実上困難であ

るのかと感じました。

#### 《委員長》

一通りご意見をいただきました。「厳しい」という印象をみなさんが持たれたと思います。収入が少ないのに費用が大きい。これをどのように精査しながら採算性を見出していくかということに、検討する価値があると思います。

まず病床の割り振りです。医療型療養病床を有りとするのか、なしとするのか。収支のシミュレーションでは、療養型病床を有りとすれば医業収益は上がりにくくなりますので、収支は計算上では悪くなります。しかし、この場合の経費については、先ほど指摘がありましたように、手術室や内視鏡室が想定されている数ほど必要ありませんから下がってくるはずですが、ここは少し見直す必要があります。しかし、医療型療養病床を持つということは別の課題も存在します。特に医師の立場からしますと、何か違う分野などで魅力を持たせる必要があると思います。例えば、ある種の特殊な診療科で頑張っていて、その病院に行けば、滋賀県の中でもトップクラスの医療を実施しているというような感じですか。このことは地域のみなさんにもメリットがあるはずですが。

病院像の設計においてはいろいろな考え方があります。この疾患は十分トップクラスのことをやってくれる病院。特色はないけれど、急性期から自宅に戻るまでの中間的な役割を担う病院。在宅医療などにおいて、状態が急変した時に受け入れてくれる病院。もちろん、地域の医師会としても、何らかの役割を担ってもらわなくてはいけないと思いますが、全体像をどう考えていくか。

#### 《委員》

基本的には在宅医療の後方支援病院としていただきたいと思います。また、前回委員長から提案がありましたが、人材が確保できる前提で内視鏡センターのような特色のあるものが設置できれば良いと思います。東近江市の病院では、ERCP(内視鏡検査、治療の1つ)だけでもすごい件数が行われ、かなりの患者が利用されていると聞いています。220床程度の規模の病院で、大きな投資をせずに運営できていると思っています。内視鏡治療は専用の手術室が特に必要というわけではありません。ある程度の設備を整えば十分にできます。どんながんの手術にも対応できるような大きな投資は必要ありませんので、内視鏡センターのような形で充実できれば良いと思います。

また、在宅医療においても胃瘻患者への対応などもありますから、どのような形が良いかは別に議論するとして、内視鏡も含めて何か特色のあるものを出していただきたいと思います。

#### 《委員長》

病床稼働率は、どう設定していますか。

#### 《事務局》

初年度は80%、2年目は85%、3年目以降は90%で計算しています。

《委員長》

90%の達成は簡単ではありません。入院の診療単価はどうなっていますか。

《事務局》

入院の診療単価は、資料の18、19ページに掲載しています。18ページの診療単価は当初の設定で、19ページは単価を2割程度増やして設定しています。

《委員長》

診療単価の平均はどうなっていますか。

《事務局》

平均は出しておりません。個別の診療科ごとに掲載しております。

《委員長》

診療単価の平均がどの程度となるか。一般的には外科系は高く内科系は低くなります。資料の内科の診療単価を確認しますと当初の設定で26,000円となっていますが、私の印象ではやや低めの設定であると思います。ただし、2割増で補正したものは32,000円になっています。医業収益を積算する上で診療単価は重要になります。

《委員》

前回の委員会で野洲病院の診療単価の情報を提供させていただきました。そこで今回のシミュレーションで設定された単価と比較しますと、事務局が2割増で設定した単価と概ね一致していると思います。当初の単価設定は全国平均でありますから、この地域の現状から考えますとやや低めの設定になっています。したがって、単価の補正については問題ないと思われます。

《委員長》

看護師の配置は7：1ですか。

《事務局》

いいえ。10：1で設定しております。

《委員長》

何かご意見はございませんか。

《委員》

診療単価の設定は大切ですが、平均在院日数や病床利用率との関連があります。診療単価は平均在院日数が短くなれば、比較的高くなる傾向があります。滋賀医科大学ではどの程度でしょうか。

《委員長》

入院の平均で66,000円です

《委員》

やはり高いですね。病床をどの程度稼働させられるのかと連動してきます。したがって、診療単価のみに注目しても全体の医業収益を考えるには少し問題があります。

もう1つ注意点があります。病床数が200床以下の病院の場合、赤字病院、黒字病院、一般病院、療養型の病院、ケアミックスの病院、全てに言えることは、平均在院日数は黒字病院の方が赤字病院よりも長いということです。ところが200床を超える大きな病院になりますと、平均在院日数が短い方が黒字となります。その原因は、200床を分岐点として病院機能が異なるためであり、このような指数に多少の違いが出てきます。もちろん経営分析も変わります。したがって、診療単価、病床利用率、平均在院日数、この3つを全体で考えながらの検討が必要となります。

#### 《委員長》

200床以下の病院の場合は、病院機能の性質上の問題で在院期間が短くなれば病床稼働率が高くなりにくい構造です。そうなりますと、回復期医療など一定の入院期間が必要な患者への対応が重要となります。もちろん患者にとっても、しっかりとケアをされて良くなってから自宅に帰る方が良いと思います。そのような観点からも、200床以下の病院の場合はこのような分野に力を入れることで、一定の在院日数が維持できるとともに病床の稼働率の維持につながってくるのだと思います。そうなりますと、療養病床を50床持つのか持たないのかを決めておかなければなりません。

#### 《委員》

このシミュレーションでは、療養型病床を入れることにより、入れない場合と比較して収支が悪くなっています。今回のシミュレーションは一般病床を想定している病院に単純に医療療養の単価を設定しただけですので、診療単価が下がり収支が悪くなっています。しかし、本来ならば医業費用などの設定も変える必要があります。その点に注意が必要です。

#### 《委員長》

仮に医療療養型を選択した場合、特色ある分野をどう組み込んでいくのが重要です。何か魅力のある分野を入れる必要があります。現在の診療報酬体系は手術などによる技術料により診療単価を高め、一方で機材などのコストをカットしていけば事業収支は良くなります。4室の手術室を持つ場合、コスト面では負担になりますが、うまく運用できればプラスに作用することもあります。

#### 《委員》

ここは判断が難しいところです。滋賀医科大学のような大病院であれば、財務的に一番影響するのは手術です。診療単価は高いと思いますが、それに伴って材料費なども高くなります。ここでうまくバランスが取れば収支は良くなります。しかし、同じような考え方で200床以下の病院が手術室を4つ持つとなれば、うまく運用するのは一般的に難しいと思います。

#### 《委員長》

4室の手術室をフル回転させることが可能であるか。また、麻酔科医の配置

をどう想定しているのか気になります。

《委員》

手術を中心機能とした病院で 199 床全てを使用する病院であれば可能と思いますが、それでは最初に議論した病院像とは異なります。

《委員長》

地域の医療ニーズとは異なるということですね。

《委員》

そう思います。

《委員》

どの視点で病院を考えるのが重要です。

例えば、自分が病院経営をするという立場になって考えるならば、野洲市民だけを対象とするのではなく、県外や県内、少なくとも湖南保健医療圏内の 15 万人から 20 万人を想定した病院とし、そこで何らかの特色を出していくということになると思います。

しかし、今回検討しているのは、あくまでも野洲市民のための病院であり、まずは市民にとってメリットがなければいけないと思います。市民にとっての魅力は何かと考えれば、やはり在宅医療の推進です。野洲市民がこの地域で病気になったとしても、安心して急性期治療のあとから自宅療養できる。これが一番大きな魅力であると思います。これを目指すのであれば、医療連携パスの中でやっていく必要があります。

ところが、滋賀県下を見ても全ての病院がうまくいっているわけではありません。そうであれば、例えば急性期の脳卒中で済生会滋賀県病院に搬送されて治療を受けた野洲市民の患者が、回復期の時点で野洲市の病院に転院し一定のリハビリを受けた後、安心して在宅で過ごすことができるという流れになれば、このことは市民にとってすごく魅力的であると思います。私は魅力というものはこのような形でいいと感じています。

仮に病院で何か特色ある分野を持つということになり、ある程度特化した特色のある診療科があったとしても、それが野洲市民を中心としたニーズへの受益であり、病院の黒字経営につながるものであれば良いのですが、あまりにも特異なものであれば、野洲市民や圏域の人のニーズに留まらず、県全体の話になる可能性もあります。そうなりますと、滋賀県はもちろんのこと野洲市民が求めるものとも違ってくると思います。

したがって、私は医療療養型を含む形での病院を想定した方がいいと思います。おそらくシミュレーションの設定など、大変難しいとは思いますが、少しでも経営がうまくいくような形にする必要があると考えています。

《委員長》

魅力ある病院という位置づけは大切と考えていますが、外科手術をどんどん

やっていくような病院というイメージではありません。どちらかといえば、大きな設備が必要ではない内視鏡センターのようなものが良いと考えています。内視鏡治療は侵襲が小さいので、患者さんへの負担も少なくなります。おそらく多くの患者が集まると思います。しかも良いファイバースコープが準備できれば、外来でも十分な対応が可能ですし、場合によっては外科の内視鏡手術をすることも可能です。

また、糖尿病センターも良いと思っています。まず、このセンターで患者さんの選別し症状に合わせて治療を開始する。時には、大きな病院を紹介することや地域の診療所の先生にお任せするケースもあると思います。つまり、地域の診療所と大病院との中間的な位置づけの病院として患者の振り分けを行います。糖尿病センターはほとんど器材がいないので、現状の診療報酬体系では収益性は有利に働きます。ただし、しっかりと判断できる医師を確保することが前提となります。そして、地域連携パスをうまく活用すれば効果がでると思います。

それ以外に、軽度な骨折や腰や膝などの関節痛など、市民が高齢化すればするほど患者は増えてくると思います。大きな手術が必要な場合は、別の病院にお任せするとして、リハビリや温熱療法、あるいはレーザー治療等は必要になってきますので、そのあたりを重視するような病院という考えもあります。

いずれにしても、介護型の病院となれば、大きな手術室を準備したところでそれに対応できる医療スタッフを集めることは難しくなると思います。手術室数や内視鏡室数をどのくらいにするかが1つのポイントとなりますが、私はそれぞれ2室で良いと考えています。それをうまく回転させながら運用していけば良いのです。このあたりは調整が必要だと思います。

#### 《委員》

私も同感です。この地域は骨折する高齢者の患者が多いです。しかも、一度入院すると早期に退院するのは難しいと思います。現状では、医療連携はしていますが、患者が大病院からうまく流れて来ないこともあります。このような現状から簡単な手術は地域の病院で行い、そして自宅療養に帰していくという流れが地域住民にとっても利便性が高く、病院にとっても診療単価が有利となり、双方に良いと思います。このことは内視鏡治療にも同じことが言えます。事務局案の手術室4室は少し多いように感じています。ある程度特化した形を考えていけば良いと思います。

私は病院を考える上で必要なことは3本柱であると考えています。1つは回復期病床、そして高齢者にとって必要な療養病床、それからいざといった時に対応できる一般病床です。これがうまく機能できれば、経営の切り札になると思います。地域によっては事情が異なりますが、脳卒中や心筋梗塞などの大きな病気は例外として、一般的な病気であれば早く治療して早く自宅に返してあ

げる必要があります。医療スタッフの確保の問題はありますが、地域でも軽度な骨折などは治療し、リハビリを行って早く自宅に帰してあげることが理想的であると思います。

#### 《委員長》

それでは病床の割り振りについて意見を求めます。A案あるいはB案、つまり療養型病床を持つ病院とするのか、持たない病院とするのか。今のところ療養型病床を持つA案という方向で話が進んでいるように思いますが。

#### 《委員》

私は療養型病床を持つか持たないかという議論の進め方ではなく、基本が回復期リハ病床と療養病床を持つということであって、一般病床をどうしていくのかということを経営すべきではないかと思えます。今までのご意見のとおり、軽度な骨折への対応、糖尿病への対応、高齢者医療や慢性期医療の効率化、これらへの対応に一般病床が必要であるというのであれば私は理解できます。

#### 《委員》

私も同感です。療養型病床は厚生労働省の方針で介護型は廃止するといった流れでしたが、現状では廃止できないから残すといった状況に変わりつつあります。療養型病床のニーズはありますが診療報酬は厳しいものがあります。特に高齢者の患者が増えており在宅医療という方針は一番の理想ではありますが、なかなか難しいケースもあります。また、地域の介護保険や医療費等に関連した問題もあります。

いずれにしても、高齢者が多いことに変わりはありませんから、国の方針を踏まえつつ、経営的に無理が生じれば在宅支援的なサテライトをもってきて、療養型に転換する等の方向性を考えてもよいと思います。療養型を何床とするのか、亜急性期や一般病床などの急性期を何床とするのか、決めかねるところもあります。医療療養型病床を持つ病院とするならば、看護師の配置数や施設整備などの初期投資費用も大きく変わるのも事実です。

シミュレーションの当初設定では、手術室数や建築単価などの初期投資が少し高く設定されており、厳しいシミュレーションになったのだと思います。

#### 《委員長》

内視鏡部門の看護師の配置数は何人の設定ですか。

#### 《事務局》

内視鏡部門の看護師数は5人です。

#### 《委員長》

少し多いです。休暇取得なども考慮したローテーションの関係もあると思いますが、看護師の配置数は調整が必要です。また、内視鏡室が5室というのも常時稼働できるとも思えません。まず医師が確保できないでしょう。

委員のご意見は、療養型病床の設定はいるということでしょうか。

《委員》

繰り返しになりますが、回復期リハ病床と医療型療養病床を中心として、一般病床をどうすべきかを考えるべきだと思っています。

《委員長》

亜急性期病床と一般病床は分ける必要がありませんから、同じと考えてよいと思います。そうなりますと、それを何床とするのか検討する必要があります。

《委員》

医療型療養病床を 100 床とするのか、50 床とするのかを議論する必要があると思います。

《委員長》

医療型療養病床は 50 床くらいまででいいのではないのでしょうか。療養病床の稼働率は良いと思います。

《委員》

亜急性期医療は非常に密度が高いので、医療型療養病床との兼ね合いが難しいと思います。したがって、一般病床と合わせて考えていけば良いと思います。A案のような一般急性期と合わせた対応でよいと思います。

《委員長》

それでは、回復期病床 50 床、医療型療養病床 50 床、一般病床 99 床でスタートする。そうなりますと、回復期医療にかなりシフトした形になりますので、手術室数などの調整が必要です。現在の野洲病院は何室ありますか。

《委員》

手術室は 4 室あります。(実際は 3 室)

《委員長》

稼働状況はどうですか。

《委員》

稼働を考えれば 3 室で良いと思います。4 室は多いと思います。どのようなものに特化していくかという問題もあります。

《委員長》

ここで手術するか、他の病院で手術するかという問題もありますが、手術室はゼロにすることはできません。

《委員》

私もそう思います。ただし、内視鏡室の 5 室は多いです。

《委員長》

私も内視鏡室は少し多いと感じています。医療スタッフを確保できるかに左右されますが、2 室程度でよいと思います。

《委員》

医療型療養を 100 床にした場合、医業収支に影響があると思いますが、経営

面を考慮すると厳しくなるのでしょうか、それとも良くなるのでしょうか。

《委員長》

療養病床は患者を確保しやすいため、診療単価は低くなりますが、病床利用率は安定します。

《委員》

野洲市が以前にした調査では、療養病床を利用されていた患者は40人程度おられました。療養病床を持つ病院は市内にありませんので、必然的に他市町の病院にお願いすることになります。しかし、地元住民が優先されるという条件を作っている病院もあります。そうなりますと、野洲市民の方がその病院に入院したくても入院させてもらえないということがあります。

そういう意味では、野洲市民にとって野洲市の病院に療養病床があることはメリットがあり、また病床を100床持つという意味もあると思います。

《委員長》

病床数は50床を想定しています。

《委員》

50床ですね。わかりました。

《委員》

守山市民病院は一般病床と療養病床と回復期リハ病床を持っていると思うのですが、一般病床の稼働率があまり高くなかったように思います。これを参考にすると、この地域の病院も一般病床をどうしていくのかということが一番重要になってくるはずですが、亜急性期医療を考慮しながら、需要に合わせた柔軟な対応が必要になると思います。

《委員》

最近の話ですが、腸へ直接栄養を繋ぐ腸瘻患者は、老人健康福祉施設や特別養護老人施設等での処置が困難であるため、入所の対象になりにくいと聞いています。そうなりますと、必然的に在宅医療ということになるのですが、こちらにも不安があります。

このような状況において、本市では在宅療養手帳を推進することで医師会の先生方にも協力をいただき、患者さんやその家族の方の不安の軽減に努めています。しかし、それでも家族の方などは不安に感じておられます。このような場合に、介護者家族などのフォローも含め、在宅医療のノウハウや相談などの対応が病院でできれば理想的であると思います。病院の特色の1つとして、このような場合の家族支援的なものがあるとよいのではないのでしょうか。

《委員長》

そのような位置づけも必要だと思います。施設の設計段階で相談室のようなものを確保しておけば可能です。大きな病院ではスキルスラボという部屋があり、例えばカテーテル治療の教育をする部屋等があります。家族向けに教育をする

スペースを設けることは必要であり、良いアイデアだと思います。

《事務局》

事務局より確認がございます。

収支シミュレーションを再度実施するにおきまして、手術室や内視鏡室などを減らすというご意見がございましたが、ご指摘いただきましたように看護師の配置人数等が変更となりますので、人件費が下がることとなります。しかし、施設の整備費用のシミュレーションは、全国平均を参考とした面積×単価により積算していますので、計算上では費用が減じられることになりません。

そこで確認させていただきます。市の提案では、建築単価を30万円/㎡から27万円/㎡に減じることを提案させていただきましたが、さらにこの単価を減じることが可能であるかどうか、また設備の初期整備費用についても減じることが可能であるか、少しご助言いただければと思います。

《委員長》

医療機器の整備費用の考え方は難しいものがあります。例えば、良い医療機器を整備すれば医療スタッフへの魅力となりますので、結果的に患者へのメリットにもつながります。したがって、トータルで考える必要がありますから、良い医療機器を準備し患者が集まれば十分に資金の回収が可能です。

このことを踏まえると、どのような医療機器を整備するかある程度は考えておく必要があります。そのためには、どういう分野に特化していくのかが重要です。例えば、糖尿病センターとするのか、あるいは骨・関節等の整形外科的なセンターにするのか。いずれにしても、その方向性によって整備する機器が変わってくると思います。また、大型の医療機器をどの程度整備するかにもよります。それにより10億円必要となるのか、15億円必要となってくるのか。事務局案ではMRやCTの導入をどのように考えていますか。

《事務局》

事務局案では、10億円の範囲内で優先度の高いものから導入する考えです。

《委員長》

しかし、CTやMRは最低限整備しなければ、病院に医師は集まってこないと思います。

《委員》

この病院の特色として、抗がん剤治療を担っていただきたいと思います。

《委員長》

抗がん剤治療の需要はあまりないのではありませんか。

《委員》

しかし、地域の診療所が抗がん剤治療をすることは少ないと思います。

《委員》

がんパスの考え方では、地域の診療所は内服薬治療までの領域です。点滴と

なりますと病院の外来対応になると思います。

《委員》

この地域における役割分担を考えますと、先日確認をしましたが、成人病センターで対応することは厳しいということでした。だからと言って、地域の診療所で対応できるかと言えども対応はできません。これが病院の特色となるかわかりませんが、中間的な病院の役割として、外来化学療法を担っていただきたいと思います。

《委員長》

地域ニーズとして考えた場合は、病院で外来化学療法をする事に意味があります。しかし、実際には外来化学療法は収益性が悪く経営が赤字になるという現実があります。もちろん患者さんのニーズはあると思います。

《委員》

地域の診療所の立場では、そこを地域の病院が担っていただきたいのです。

《委員》

収支のみに注目して考えた場合の一番難しいところであると思います。経営的に赤字部分はマイナスであることにちがいはありませんが、大切なのは中身ではないでしょうか。仮にがんの外来化学療法の収支が悪かったとしても、それで市民が満足できるのであれば、その赤字を市が補填することに意味はあると思います。ここで重要なのは、市民にとって本当に何が必要であるかということであり、受益と負担のバランスであると思います。もちろんあまり赤字が大きくなりすぎるのは問題ですが。

《委員長》

外来化学療法へ対応するためには何床程度が必要でしょうか。ちなみに滋賀医科大学では20床ありますが、地域の病院ではそんなに多くの病床は必要ないと思います。外来化学療法に対応するとなると、ミキシングといってお薬を混ぜる特殊な場所やベッドが必要となりますから、設計段階から考慮しなければなりません。このようなコストも見込みながら、外来診療を考える必要があります。機能を位置づける段階で計画案に反映させる必要があります。

《委員》

ここでは総論的なことで、どのような人材が必要であるとか、どのような形で患者が入院されてくるとか、大きな方向性を決めていく必要があるのではないのでしょうか。

《委員長》

この議論は入院ではなく外来診療ですのでここまでにしておきます。それでは、ここまでの話から病床の割り振りに関しては、A案を基本として考えます。

次に確認が必要な事項として、医業収益の2割増が見込めるかどうかということですが。病床稼働率の設定は、1年目は80%、2年目は85%、3年目は90%

です。この数字は、自治体病院としてはかなりハードルが厳しいと思います。これを達成できるかどうかは、地域住民が野洲市の病院を利用するかどうかです。また、そのような病院にすることができるかが大切です。しかし、現状でいえば、この稼働率の達成は少し難しいのではないかと感じています。

#### 《委員》

確かに初年度の 80%は厳しいと思います。しかし、5年目を超える頃には80%の達成は可能であると思います。また、最終的に90%にしていくことは、自治体病院でも90%以上ということを目標としている病院が多いと思いますので、おかしくない数字です。

#### 《委員長》

この設定は、そのような病院にしていかなければ採算性が維持できず自立した病院経営ができないということだと思います。資料のとおり運営形態を市が直接運営する形態にしますと、人件費比率が非常に高くなります。最初のシミュレーションでは、医業収益が30億円に満たない状況で人件費比率が60～70%を占めています。看護師配置を7対1で計算すれば、収益は上げることができるのですが。

いずれにしても、医師や看護師の人件費は医業収益に影響しますので、大幅に削減することはできません。それ以外のスタッフの人件費はどうでしょうか。

#### 《事務局》

資料編の21ページをご覧くださいと思います。

#### 《委員長》

事務職や看護補助職員はこの程度で良いとして、検査技師などはこれくらいの人員が適正でしょうか。

#### 《委員》

その前に医師数の設定根拠はいかがでしょうか。

#### 《事務局》

医師数につきましては、いろいろな考え方がありますので、地域の実情を考慮し野洲病院の現状なども踏まえながら設定いたしました。

#### 《委員》

16ページの資料では、理論上の想定患者数から医師1人当りの患者数を考慮し、医師数を設定しています。しかし、病床が199床でありますから、そこに補正をかけています。このような方法では、本来のシミュレーションに持っていくことはできないと思います。

つまり、医師数の設定では、医師26人が258床の患者を診る計算となっておりますが、実際には199床に補正をしていますので、明らかに人件費が高くなります。もう少し現実的で妥当性がある数字にしなければなりません。

また、15ページの看護師数の計算につきましても、年間労働日数を221日

で計算していますが、実際に平成 24 年度の勤務日数を考えた場合、有給休暇を 20 日取得し、夏期休暇を 3 日、年末年始休暇を 2 日と考えても年間 224 日です。つまり、最低限の数値 221 日で計算されていると思います。その結果、看護師の日勤帯のスタッフが余るのではないかと思います。もう少し現実にあった数に設定する必要があります。その他には、回復期リハビリの ST や OT のリハビリスタッフの数が設定では少ないように感じます。

先ほどの事務局からの確認で、手術室等を減らすことにより費用などの削減が可能であるかについては、計算の設定上からその影響額をお答えすることはできません。しかし、建築面積については、現在 1 床あたり 75 m<sup>2</sup> で設定されていると思いますが、もう少し減らすことは可能だと思います。民間病院では 70 m<sup>2</sup> でも十分な施設として運営されている事例があります。もちろん設計者の技量によるところが大きい部分もありますが、1 床あたりの面積をもう少し減らすことは可能だと思います。

#### 《委員長》

大変参考になるご意見でした。それでは人的配置を見直すことで人件費比率を下げることができないでしょうか。概ね 55% くらいで設定していくというのは、厳しい数字でしょうか。

#### 《委員》

療養病床が 1 病棟ありますので、人件費比率を 55% とすることは可能だと思います。全て一般病床で設定した場合は少し厳しいかと思いますが、療養病床、回復期リハ病床、一般病床の混在型ですから問題ないと思います。

#### 《事務局》

確認いたします。1 人あたりの人件費単価を下げると、人員確保に苦戦すると思いますので、単価は下げずに人数を減らすということによいでしょうか。

#### 《委員長》

単価は下げずに人数を減らすということで良いと思います。

医師 1 人当たりの収益見込みは一般的に 1 億円とされています。今回の設定では医師の数は 26 人とされていますので、収益の見込みは 26 億円くらいになると思います。逆に人件費を人件費率 55% から逆算しますと、必要な医業収益は 30～35 億円くらいとなります。やはり、もう少し人件費を下げていくことを考えなければ経営が成り立たないと思います。

#### 《委員》

1 つの事例を紹介しますと、世田谷の 200 床の病院で、医療・療養病棟 105 床、回復リハビリ病棟 95 床で、一般病棟はありませんが、内科、整形外科、リハビリテーション科の 3 科を医師数 10 人で運営されています。

#### 《委員長》

内視鏡センターや糖尿病センターを設置した場合に医師が必要となります

から多少の人員増があるかもしれませんが、総数として考えれば26人は必要ないと思います。もう少し詳細に積算しなおしてはどうでしょうか。

#### 《委員》

今回の検討のポイントは、この病院における亜急性期あるいは一般急性期の位置付けではないかと考えています。要するに、この病院で対応が必要な手術は何であるかということです。地域の病院の役割として、骨折治療などはわかりますが、がんの外科手術にまで対応する必要はないと思っています。仮に大きな手術が必要な場合は、機能分化の観点から大病院にお任せしたらいいのです。そうなりますと、他にどんな手術が存在するのかということです。先ほどMRの話が出ましたが、MRが必要となるような患者に対応するケースがあるのでしょ

#### 《委員長》

現実の問題として、MRもCTもない病院には医師が集まらないと思います。

#### 《委員》

CTが必要なことや手術室も1室か2室は必要ということは理解できますが、そこでどのような患者に対応していくのか、イメージがつかない状況です。

#### 《委員》

MRやCTは整形外科に対応する場合は必須設備です。また、医師を集める観点からも必要ではないでしょうか。どんな手術に対応するのかということについては、例えば内視鏡センターを設置した場合に、まず検査をすることになります。そこで何らかの病気が発見された場合、大きな病気であれば大病院にお任せすることになりますが、治療が可能な範囲であればできることをやればいいのです。もちろん200床程度の病院で、がん拠点病院並みの対応はできませんが、できることはいろいろあると思います。

先駆的で特色ある急性期医療に対応することは簡単ではありません。手術室や内視鏡室の数を大枠で決めたとしても、MRやCTをどれくらいにするのかの想定は難しいです。実際に病院を運営した時に、対応できることは対応することになりますが、現実に対応できないことの方が多いと思います。そのような位置づけの亜急性期・回復期病棟になる可能性もあります。

医師確保においては、やはり大学などに頼ることになるとは思います。実際にどの程度集められるのか。現実的には手術室などが無い病院に医療スタッフは集まらないと思います。

#### 《委員長》

大きな胃の手術や肺の手術などは難しいかもしれませんが、しかし、腰椎症等椎間板ヘルニアについては、レーザーを使った低侵襲手術になりますから、対応は可能だと思います。また、膝関節の手術は難しいですが、軽度な骨折などのように対応が可能な手術はいろいろあると思います。

《委員》

高齢者の子宮脱もあります。

《委員長》

尿失禁等の手術も可能と思います。

《委員》

そのように考えれば手術室は2室で十分だと思います。

《委員長》

私も手術室は2室でよいと思います。頻繁に起こらないと思いますが、必要であれば大学から医師を派遣していただき手術をしてもらうという方法もあります。もし、そうなった場合は、内科で術後のケアをしていただくことになると思います。特色ある分野については内視鏡センターがいいと思います。内視鏡手術は、早期のがん治療など、外科的手術に近い役割を果たす場合もありますから、野洲市民にとっても良いことだと思います。また、これにより診療単価も上がりますから病院経営のプラスになります。病床稼働率についても、将来的には90%を目標にしていくわけですが、回復期などを中心とした位置づけであるならば実現は可能です。

それ以外に、施設整備において教育等の部屋があればよいということでした。地域の人が勉強できる場、医療に関する家族向けの教育の場です。

次に医業費用の削減は、手術室や内視鏡室を少し減らせますので、精査していただければ可能と思います。減価償却費の削減も可能ですが、難しいのはどのような医療機器を整備するかということです。高度な医療は行わず、外来又は1泊2日の入院で可能な低侵襲手術等を行います。もしかしたら、地域の診療所でも実施されているかもしれません。

《委員》

白内障の手術については市内の診療所はやっていないと思います。野洲病院では対応されていると思います。

《委員》

野洲病院は開放型病床をやっています。しかし、最近では実例がありません。

《委員長》

最近ではVEGF抗体の症例に対しアバスタインによる治療が増えていきます。専門の医師が配置できることが前提になりますが、これを地域の病院で対応するというのも1つの方法です。滋賀医科大学の場合は外来診療で対応しています。地域の病院であっても設備さえ整備されていれば、がん治療の回転率は良くなる可能性はあると思います。このような低侵襲医療あるいは内視鏡医療などに的を絞った形で医療機器の整備を十分にやっていけば、整備費用は比較的大きな負担にはならず、一定の医業収益が見込めるという利点があります。

運営形態については、市が直接運営するという事になれば人件費の占める

割合が大きくなると思いますので、本当に採算が取れた形になるのか心配です。運営形態についてご意見はいかがでしょうか。

#### 《委員》

運営形態の選択肢に、市が直接運営をするという方法がありますが、医療療養型、要するに慢性期・療養医療について、自治体で直接運営してうまくいっているという事例は聞いたことがありません。おそらくうまくいかないと思います。その原因は、職員定数の制限や労務関係などの問題、また病院運営に自由度がないなど、いろんな意味で難しいからです。

一般的には、独立行政法人の方が市の直接運営と比較すると法人としての裁量権がありますので、運営がしやすいと思います。ただし、地方独立行政法人には公務員型と非公務員型があり、このケースでは非公務員型にしなければ地方独立行政法人を選択する意味がなくなります。

もう1点、市が直接運営する場合、地方公営企業法の一部適用あるいは全部適用と2つの選択肢がありますが、どちらを選択しても課題が多くうまくいっていないと聞いています。また、指定管理者制度については、おそらく公募になるとと思いますが、どのような法人が公募に応じるかにより大きく変わります。適性があるかどうかの問題などがあり、なかなか難しいと思います。

したがって、指定管理者制度と地方独立行政法人とどちらが良いかの判断は難しいと思います。

#### 《委員長》

滋賀医科大学は、非公務員型の独立行政法人ですが、国立大学法人として国から一定の規制があり、全てが自由というわけではありません。例えば、案件によっては報告の義務がありますし、財政面についても運営交付金を受けていますので、適切に運営しなければなりません。しかし、経営状態が悪くなったからといって、運営交付金が増えるわけではありません。

さらに一番の大きな問題は職員の給与です。職員の給与を自由に決めることができません。独立行政法人に移行したときから、最初の公務員の給与で待遇することが決まっています。つまり、業績が良くても悪くても同じ給与が支払われるということです。この問題については、職員組合との協議もありますから、経営者の思いだけで進めていくわけにはいきませんが、幸い滋賀医科大学は労使の関係がうまくいっていますので、今のところ大きな問題はありません。しかし、仮に経営が悪化した時に給与で調整ができないというのは、経営面においては大きな問題です。運営形態について、市はどのようにお考えですか。

#### 《市長》

最後にお礼をかねて発言させていただこうと思っていましたが、ご指名をいただきましたので、今回の議論を踏まえて発言いたします。本日の資料は、事務局として議論の叩き台として提案させていただきましたので、いろいろ

とご意見を賜り、最終的には立体感を出して整理させていただきます。

まず医療サービスにつきましては、例えば病気になった場合、手術が入口とすれば最後は療養というのが市民の期待するところと感じています。そこでどの分野を担っていくのが検討のポイントであると考えています。最終的には市民ニーズとして、療養型が必要ではないかというのが今のご議論であったと思います。しかし、試算では採算が悪いという結果がでており、この部分について改善すべき点を委員からご指摘いただいております。いずれにしても、そこを基準にしておけば、決して悪い仕組みではありません。そこに何を加えていくのかということであると思います。療養型医療を海とすると、いわゆる急性期医療の島が存在している形の病院となればよいのかなと思います。

次に運営形態については、これが正解というのではないと思っています。

しかし、指定管理者制度は人工的に作りあげた制度であり、運用面でかなり無理があると思います。例えば、駐車場の運営や管理くらいは問題がないと思いますが、医療サービスなどの質を伴うものについては難しいと考えています。なぜならば、仮に管理者を指定し運営を委託しても、最初の5年あるいは10年で経営がうまくいかず医療サービスの質の悪化や契約が不履行となっている事例があります。また、委託料に消費税が課税されますので、現状の5%でも大きな負担ですが、近い将来に増税されることの想定も必要です。これらを総合的に考えると、指定管理者制度は好ましくないと考えます。

地方独立行政法人については、委員長もご指摘されましたが自由度がありそうで自由度がありません。無責任な体制になってしまうおそれもあります。行政の長が任命する理事長が運営するという形ですから、理事会制の民間病院のようなものであり、最終的に責任をとる人が存在しないのではないかと考えています。また、透明性も欠けると思います。

もちろん給与体系などの問題もありますが、総合的に考えていくとなかなか難しい選択ですので、決めかねているというのが正直なところです。いずれにしても、独立行政法人とするか、市の直接運営とするのか、今後もう少し詰めた議論をしていただくことになると思います。

#### 《委員長》

ありがとうございます。大変わかりやすくお答えいただきました。

独立行政法人というのは、少なくとも滋賀医科大学で運営している感覚では以前の形態よりは可動性はあります。しかし、自由度はありません。

消費税の話がありました。これは大きな問題です。滋賀医科大学では、年間約7億円の納税が更に必要になります。実は病院運営においてこれが大きな負担となっています。また、別の問題ですが、国家公務員の給与カットに伴い、国からの交付金もその相当額(7.8%の平均給与カット)が削減されることになりました。これを自らの病院運営で補うのか、職員の給与を削減するのか、い

ずれかの対応が必要になります。本来ならば、診療報酬でサポートしてもらわなければ、とても病院運営はできません。さらに消費税が増税されることになれば経営的に無理です。なぜならば、消費税については、その仕組みの問題で病院は納税者になります。患者からの診療代金の基本的な部分は消費税が含まれていませんから、病院の収益の中で納税しています。要するにこの消費税が増税されれば、収入は増えないのに病院は支出が増えるという仕組みになっています。

それではまとめていきたいと思います。まず、病床につきましては、医療型療養病床を併設して、一般病床と回復期病床を入れた形で考えていきます。そこで市民に良い病院であると認識していただき、多くの市民に利用していただくことが大切です。そうなれば病床稼働率が維持できます。そのためには、良い医師や看護師を集め、一方で市民にもボランティアなどで運営をサポートしていただく。したがって、本当にこの病院があつて良かったと思えるような病院になれるかが重要だと思います。

そうなりますと、病床稼働数がオーバーする可能性もありますので、在宅医療とうまく連携しながら地域に帰りやすいような病院としていくことも必要です。また、看護師の確保についても、ここの病院なら短時間でも働けるという制度にしておけば、本当の意味で地域が支える病院になると思います。

医業収益の増加のキーとなるのは、やはり医師です。医師が集まらなければ病院はつぶれますから、いかに医師と看護師が集まるような病院とするかです。

医業経費や減価償却費については、全体の経営規模が大きくなればなるほど収支はとりやすいのですが、30億円程度の病院では難しいのが現実です。滋賀医科大学の場合は、幸いに多くの患者が集まってきますから、何とか収支を維持できています。それでも、人件費を含めてかなり医業費用については厳しく削減している状態です。

次に運営形態については、市が直接運営した場合の問題として、事務部門に人事異動があることがあげられます。例えば、医療機器などを購入する際、交渉のエキスパートが育たないという欠点があります。特に医療のことがよくわかっていなければ、かなり不利益になります。このような事務職員のエキスパートをどう育てるのか、あるいは人事異動がある場合にどうレベルを維持していくのか、難しい課題です。大胆に人事異動をさせないくらいで考えなければ無理だと思います。

いずれにしても、運営形態は独立行政法人で行うのか、市が直接運営するのか、市で検討するということです。

#### 《委員》

医師会として意見があります。運営形態の検討において、仮に指定管理者制度を選択される場合は、委託先の選定に十分な注意をしていただきたいと思います。

ます。指定される医療法人によっては、営利目的のみを重視する法人もあります。そのことで地域の医師会と関係がうまくいっていない事例を聞いたことがあります。ある程度実績のある医療法人であれば問題ありませんが、もしそうでなければ医師会としては賛成できないということを申し上げておきます。例えば、滋賀医科大学や済生会滋賀県病院、あるいは県立成人病センターなどが引き受けていただけるのであれば理想的です。

《委員》

医師会立の病院はできませんか。

《委員》

現状では厳しいと思います。

《委員長》

東京都練馬区では、区が病院を建設し、順天堂大学に運営を任せているという事例があります。だからと言って、滋賀医科大学が運営を引き受けるわけはありませんが、そのような形態もあるということで紹介しておきます。

ここで市民の皆さんからご意見をお聞きします。

《傍聴者》

今回で2回目の傍聴です。皆様のご議論をお聞きし大変感激しています。

本日の検討でA案ということでまとまったように感じています。ただし、収益面の課題は大変な問題であると思っています。報道によりますと、ほとんどの自治体病院の経営が悪いと聞いているからです。

そこで1つ提案があります。資料の20ページに外来収入及び室料差額の設定がありますが、ここで有料の個室数が59室となっています。これは全病床数の29.6%になりますが、これだけの病床しか個室料がいただけないのでしょうか。個室料は、医師や看護師の負担をあまりかけずに収入が得られるわけです。つまり、直接経費をかけずに収入が得られると私は考えます。経費をかけて利益を上げるのは当然ですが、経費をかけずに利益を上げる工夫が必要だと思います。このような方法は可能でしょうか。もちろん法令などの規制があれば仕方ありませんが、有料個室をもっと増やすことで経営に寄与することになればよいのではと思いました。

《委員長》

例えば、東京都にある聖路加国際病院は全病室が個室です。あの病院は東京にあるという地域性もあり成立しているのだと思います。

事務局の提案は基本の設定を5,250円としています。1室だけ15,750円で設定しています。現状を考えたときに心配なことは、わざわざ個室料を支払ってまで個室を希望しない患者も多いのではないかということです。滋賀医科大学の個室料は13,500円でそれなりの利用があります。しかし、浜松市のある病院では個室料金を13,000円としていましたが、個室の利用者が少ないた

め料金を下げたという話を聞きました。今回の設定は5,250円とされているので、一定の利用はあると思います。参考ですが、滋賀医科大学の個室数の割合は26.5%くらいです。その他の部屋は4床部屋です。いずれにしても、個室数をどの程度の割合とするかは検討の必要があります。

#### 《病院関係者》

ただいま差額室料の話がありました。実は差額室料の徴収については定めがあります。運営形態により異なり全体病床数の割合で決められています。自治体病院は30%、民間病院は50%となっています。

先ほど紹介のありました聖路加国際病院は全室個室ですが、全ての個室の患者から差額室料を徴収しているわけではないと思います。

#### 《委員長》

重症者は個室でなければ管理できない場合があり、重症加算は徴収できたと考えます。

#### 《病院関係者》

重症加算が徴収できる病床についても全病床数の10%となっています。

#### 《委員長》

他にご意見は。

#### 《事務局》

確認がございまして、今までのご意見で、再シミュレーションについては、A案で作成すること、人件費比率を55%に近づける人員体制にすること、また施設の初期整備費用についてもいろいろとご意見をいただきました。その中で施設整備の面積について、1床当たり70㎡でも十分ではないかというご意見がございましたが、最近の自治体病院の事例を見ていると、以前よりも個室割合を増やしている病院が増えているようです。

このことを踏まえまして、70㎡が無理のない設定であるかどうかのご確認をいただければ助かります。

#### 《委員長》

ここは事務局で調査してください。最近に整備された病院の実例などを参考に、できるだけコストカットする方向で計算したほうがいいと思います。

#### 《委員》

基本的な考え方はA案で結構ですが、次回の検討に向けて、医療型療養病床を100床、一般病床を50床とした場合のシミュレーションを行ってください。おそらく必要な職員数は減ると思います。経営的にどうなるかを確認したいと思います。

#### 《委員長》

最近では、一般病床における患者の回転をできるだけ早くする傾向にあります。そして、その病棟だけ看護配置を7対1にしている場合もあります。実際にポ

リペクトミー治療等ですと2日で退院できますから、そのような運営をすれば一般病床が50床でも可能かと思います。また、療養型病床については、ほとんどの病床が稼働すると思います。現状では、この病床を必要とする患者を受け入れる病院が少ないからです。つまり療養する病院がありません。だからご家族が在宅で看られるかという、例えば胃瘻患者の話がありましたが、全てが可能であるというわけではありません。

#### 《委員》

療養型の病床はそのような背景がありますから非常に稼働率は良いと思います。しかし、1度入院されるとなかなか退院されないというのが現実です。うまく機能させていくためには地域連携が必要ですが、どのように改善していくのかは難しい問題です。

1番目指すべき姿は、病院では最小限の入院とし、できるだけ早く元気になってもらい自宅に帰っていただく。そのようなスタイルを基本としながら、どうしても無理な患者には入院していただく。ただし、病院経営を重視すれば、採算性の分岐点が非常に難しく、おそらく病院経営が成り立たないと思います。

#### 《委員》

病院は長く入院をさせるための施設ではなく、治療を施し早く良くなって退院させるための施設です。つまり、病院は治療の場ですので、できるだけ短い期間で在宅につなげていくことが、療養病床にも必要なことだと思います。

#### 《委員》

しかし、療養型病床を必要とされる患者は、1度入院されるとその後の面倒を見てくれる施設や在宅療養が難しい患者が多いというのも事実です。地域性の問題かもしれません。都会では受け入れ可能な病院が多いのでしょうか。

いずれにしても、できるだけ早く自宅へ帰っていただくように、努力していただく必要はあると思います。

#### 《委員》

療養病床については、都会の病院でも少ないので大変苦労されています。

#### 《委員長》

東近江市では、東近江敬愛病院や近江温泉病院など療養型の病院があります。この地域ではどうでしょうか。少し良くなられた患者が在宅で面倒が看られない場合、医療のサポートだけでなくケアハウスのような介護施設でも看ていただける場所が必要だと思います。

概ね話がまとまったようです。事務局でもう一度課題を整理していただき、10年程度で自立経営が可能な方向で調整してください。

運営形態は、引き続き市でご検討いただきたいと思います。

#### 《事務局》

委員長、議事進行をありがとうございました。閉会にあたりまして、市長か

らごあいさつ申し上げます。

#### 《市長》

委員の皆様には、ご多忙の中、委員会にご出席いただき本当に充実したご議論をありがとうございました。

以前から申し上げていますとおり、市は病院を整備するかどうかはまだ決めておりません。仮に整備できる可能性があれば、具体的にどのような病院かを示しながら、市民の皆様や議会の判断を仰ぎたいと考えています。本日は大変建設的なご意見をいただきました。病院は市民の病気を治すための単独施設というよりは、市民の健康と生活の質を守れる一環の取り組みの中の施設としての位置づけで考えていきたいと思えます。したがって、複合的な施設のイメージもあると思えます。

それからもう1つ大事なことがあります。今後の保険制度がどう変わるかわかりませんが、現状では国民健康保険は市が直接運営をしています。また、こちらも今後どう変わるかわかりませんが、後期高齢者医療制度も現在のところ県内の市町で構成する広域連合で運営しています。少し広い視野で見ると、市民が健康になり保険給付が減れば結果的に市の財政にプラスになるということです。

市はそういう意味で両方の立場を持っていますので、全体的な視点も大切にしながら判断し、市民に良い形で生活していただけるような病院に位置づけていきたいと考えております。本日にいただきました有意義な意見を踏まえながら、事務局で課題を整理いたしまして、次回にお示ししたいと思えます。どうもありがとうございました。