

## 第3回東海市・知多市医療連携等あり方検討会

日時 平成20年10月17日（金）

午後2時00分～午後3時39分

場所 東海市立勤労センター 多目的ホール

### 1 開会

○宮下幹事長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3回東海市・知多市医療連携等あり方検討会を始めさせていただきます。

なお、本日の会議は公開でございます。

### 2 あいさつ

○宮下幹事長 最初に、早川会長からあいさつをお願いいたします。

○早川会長 初めに、一言ごあいさつをさせていただきます。

本日は、第3回東海市・知多市医療連携等あり方検討会をお願いいたしましたところ、委員の皆様には大変忙しい中、御出席をいただき、まことにありがとうございます。

今回は、第1回の両病院の概要、地域の概要及び両病院の課題について、第2回の地域の医療ニーズと供給の現状についての議論を踏まえまして、臨床研修医等の状況について及び、魅力ある病院像についての検討事項を予定いたしております。

委員の皆さんの貴重な時間をちょうだいいたしておりますので、限られた時間の中でございますので、ひとつ活発な御議論をお願い申し上げまして、開会のあいさつとさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

○宮下幹事長 それでは、以後の議事につきましては、会長をお願いいたします。

### 3 議題

#### (1) 報告事項

前回のまとめ

#### (2) 検討事項

ア 臨床研修等の状況について

(ア) 他医療機関からの紹介患者の推移

(イ) 職種別職員数一覧、診療科別常勤医師数一覧

(ウ) 時間外の救急医療体制

(エ) 臨床研修医採用状況

(オ) 臨床研修医数一覧

(カ) 臨床研修の状況

イ 魅力ある病院像について

### (3) 今後の検討課題について

○早川会長 それでは、本日の会議の議長を私が務めさせていただきます。

早速でございますが、(1) 報告事項、前回のまとめに入ります。幹事会から報告してください。

○宮下幹事長 それでは、9月1日に開催いたしました第2回会議の概要と主な意見を御紹介させていただきます。

前回の会議では、地域における医療ニーズと供給の現状について、人口当たりの医師数やベッド数といった供給の状況及び患者の受診動態、救急搬送や患者の紹介の状況について説明をいたしました。

補足として、両市民病院の現状や課題について両院長からは、両病院とも勤務医師の不足により救急体制の確保に苦慮しており、非常勤医師の応援やオンコール体制をとるなどの努力をしているものの、他病院への搬送が増えていること。患者が救急にも専門性を求める傾向が強いこと。救急患者の9割は一次救急であるなどの現状や、大学の派遣医師が望むような病院づくりと研修医の確保が必要であるといった課題について発言がございました。

その後、委員及び参与の皆様から御意見をいただきました。一部でございますが、その主なものを紹介させていただきます。

1、勤務医師は大病院に集中している。開業医は、東海市においては、この10年間で22件増加した。開業医が多い名古屋市内の医師が開業するケースが目立っている。

2、勤務医師の減少が根本の問題である。救急を行うには、最低でも当直医のほかに研修医2名と看護師2名は必要で、それだけで年間約2億円の費用がかかる。財政的な検討も必要である。

3、自治体病院は赤字が増えており、病院事業を維持するか縮小するか、選択を迫られている。厳しい状況を市民に理解してもらうことが必要である。

4、診療のレベルという面では、東海市民病院と知多市民病院に大きな違いはなく、対

応できない患者をもっと高度な病院に紹介している状況である。

5、連携は特色を持たせ、機能分担を進める必要がある。

6、機能連携で患者が来るかは疑問である。スケールメリットを生かすには真ん中に一つつくった方が、医師数からも機能は上がる。建設にかかる費用の捻出策として市民債という方法もある。

7、この地域からも、最も緊急を要する脳や心臓の血管系の救急患者を市立半田病院など、近隣の三次救急病院等に搬送しているが、搬送先では他の病院からも同様に搬送されており、収容体制が危惧される。

8、東海市民病院に呼吸器科の常勤医がいないため、他の病院を紹介する結果になっているように、主要な科に欠落があるようでは問題である。

9、救急では命を救っている病院でなければ意味がなく、一番命にかかわる脳外科や心臓で複数の医師で対応できる体制が必要であり、中途半端では意味がない。

10、研修医の獲得では、学生のうちから病院に来てもらう努力や、研修医や若い医師が来たいと思わせる指導医を獲得する必要がある。また、勤務医師を疲れさせないために、時間外診療で紹介状を持たない患者から別に料金をとって、時間内診療を促している実例もある。

11、病診連携の強化が重要。紹介患者を待たせないことや、紹介患者を必ず返すといった信頼関係を築く必要がある。

12、2病院の連携では、まず当直医がダブらないようにし、補い合うことが必要である。

13、海南病院は全国から研修医が集まっているが、研究してはどうか。

14、研修医は高度のプライマリーケアが学べる環境でないと来てくれない。脳外科や循環器の専門的な指導医が必要である。それには連携でなく、合併をして大きな病院をつくらなければ、このことは永久に解決しない。

15、行政区域や医療圏と患者の動きは一致しない。患者は医療の質を求めて動いている。現状では主要な診療科がそろっていないため、この地区で地域完結型は難しい。病診連携が地域完結型の基本であり、診療所からの紹介データを見る必要がある。

16、民間の病院の機能も含め、地域として必要な機能をそろえなければ、地域完結型にはならない。

17、大学側から医師の補充が見込めない状況のもと、自治体病院は、中核病院になるかサテライト病院になるかの意思決定を迫られている。

18、次回には研修医のマッチングの結果が出ているので、それも検討材料としてはどうか。大同病院では、指導医が少なかったが研修医が多く集まったようだ。海南病院では、総合診療が特徴で集まっているなどございました。

これ以外にもちょうだいしておりますが、要点を整理させていただきますと、

1、救急医療の充実には医師の確保、特に研修医の確保が重要であるが、研修医は高度な知識や技能を持つ指導医のもとで充実した研修を望むため、結果として、スタッフが充実した大病院に集中している。

2、両市民病院の救急体制は医師不足により危機的な状況であり、診療科の欠落もあって、東海市で45%、知多市で35%が市外へ救急搬送されている。脳や心臓の血管系の緊急を要する患者の搬送先病院への集中による収容体制の危惧がある。

3、患者は、行政圏や医療圏とはかかわりなしに、医療の質を求めて移動している。この地区で地域完結型を目指すのであれば、すべての診療科をそろえて、病診連携を強化していることを検討する必要があるといった整理をさせていただきまして、今回の検討に当たっては、まず、会議の中で御指摘いただきました紹介患者数の状況、診療科目別の医師数、救急の体制の状況を説明させていただきまして、続いて、魅力ある病院として、研修医の獲得に向け、臨床研修医の状況に関する資料について御説明をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○早川会長 続きまして、(2) 検討事項に入ります。

検討事項のア、臨床研修等の状況についてを議題といたします。

前回の会議で御指摘をいただきました項目を含め、6項目と数が多いでございます。相互に関連性もございますし、限られた時間の中でなるべく御意見をいただく時間を長くとりたいと思いますので、(ア) 他医療機関からの紹介患者の推移から(ウ) 時間外の救急医療体制までを一括して説明させていただき、説明についての御質問を受けまして、引き続きまして、(エ) 臨床研修医採用状況から(カ) 臨床研修の状況までの残り3項目を一括で説明させていただき、御質問をお受けした後で、イ、魅力ある病院像についてのところで、医師不足という根底にある課題に対して、医師から見て魅力ある病院となるための課題などについて、委員並びに参加の皆様から御意見、御提言をいただきたいと思いますと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、幹事会から資料について説明してください。

○伊藤幹事 それでは、お手元の資料1をお願いいたします。他医療機関からの紹介患者の推移について御説明をいたします。この表は、両病院が市内及び市外の医療機関から紹介をいただいた患者数をまとめたものでございます。

最初に、東海市民病院関係から御説明をいたします。

当院におきましては、他医療機関からの紹介患者の窓口としましては、事務局の本院におきましては医事課、分院は業務課が担当をしております。

まず、上段の17年度～19年度の3カ年の推移では、19年度の紹介患者数が月平均で190人と低くなっておりませんが、主な要因といたしましては、呼吸器科常勤医師不在による呼吸器科系の患者の入院ができなくなり、紹介患者数が下がったものと想定しているものでございます。

市外のうち、知多市の医療機関からの紹介患者数は、17年度が511件と、3カ年で最も多くなっております。また、初診患者に対します他医療機関から紹介された率は、17年度14.3%、18年度、19年度が11.8%となっております。また、市内と市外の比率では、市内からがおおむね6割、市外からがおおむね4割の紹介となっております。

次に、下段の表は本年の4月～8月までの推移で、紹介患者の合計は1,058人、月平均に直しますと211人となり、19年度と比べ21人の増加。初診患者数8,919人に対します紹介された率は11.9%となっており、18年度からほぼ同様の率となっております。

続きまして、資料2、職種別職員数一覧をお願いいたします。

表中の数字で小数がついている職種につきましては、非常勤職員が入っているもので、各常勤職員の換算係数により計算したものとなっております。

東海市民病院本院の医師数は27人、分院は13.1人。歯科医師は、分院で2人。看護師等は、本院174.1人、分院84人。医療技術員は、本院43.6人、分院33.6人。事務職は、本院25.1人、分院27.1人。用務員は、本院0.8人、分院0.9人の、合計職員数で本院が270.6人、分院160.7人となっております。

次に、2ページをお願いいたします。

診療科別常勤医師数でございますが、東海市民病院本院は記載の診療科のとおり、合計で23人、分院は8人の、総合計では常勤職員は31人となっております。

続きまして、資料3をお願いいたします。時間外の救急医療体制について御説明いたします。

東海市民病院におきましては、本院のみが救急医療体制をとっております。平日の夜間

体制としまして、医師1人、看護師2人、薬剤師初めコメディカル関係各1人の配置としております。

また、土、日、祝日の体制は、医師1人、看護師及び事務は、交代勤務により記載の人数を配置、薬剤師、放射線技師、検査技師は、平日の夜間と同様、各1人の配置としております。

○峯神幹事 それでは、資料1にお戻りをいただきたいと思っております。

知多市民病院の他医療機関からの紹介患者の推移について御説明させていただきます。資料1の「2 知多市民病院」をごらんください。

初めに、上の表、年度別の推移では、紹介患者数において、17年度と比べ18年度が、知多市内、東海市、それ以外から、ともに増加し、計では900件急増いたしておりますが、これは18年度に、紹介に関する専門部署として地域医療推進室を設置し、他医療機関との調整をきめ細やかにできるようになったことが大きな要因であると考えられます。

19年度の紹介患者数の状況を構成比率で申し上げますと、知多市内の医療機関からが約6割、東海市からが約1割、それ以外からが約3割で、これは18年度とほぼ同様な状況であり、伸び悩み傾向ともなっております。

表の右端、19年度の対初診患者数の率は16.5%でございます。

次に、下の表の本年4月～8月までの推移でも、紹介患者数は19年度とほぼ同様な傾向でございます。なお、対初診患者数の率は18.8%で、19年度と比べ2ポイント強高くなっておりますが、これは初診患者数の減少によるものでございます。

続きまして、資料2をお願いいたします。職種別職員数一覧について御説明させていただきます。知多市民病院の欄をごらんください。

記載のとおり、常勤換算数では、医師36.6人、歯科医師2人、看護師等210人、医療技術員56.2人、事務職25.2人、用務員1人の合計331.0人でございます。

なお、参考までに医療技術員以下の常勤職員数を申し上げますと、医療技術員の56.2人に対し50人、事務職が20人、用務員1人は同数で、常勤職員の合計は264人となります。

次のページをお願いします。診療科別常勤医師数一覧の知多市民病院の欄をお願いします。

当院の内科は分野別の標榜をいたしておりませんので、東海市民病院と対比するために括弧書きで再掲をさせていただきました。常勤の合計医師数は30人で、第1回検討会の資料でお示ししました7月末現在の常勤医師数合計31人に対して1人減となっておりますが、

これは表の中ほど、小児科医師が一身上の都合により退職したことによるものでございます。

次に、資料3をお願いいたします。時間外の救急医療体制について御説明させていただきます。知多市民病院の欄をごらんください。

東海市民病院と異なる箇所についてのみ御説明させていただきます。

平日の夜間体制の薬剤師が、人数は1人で同数ですが、当直として、午後5時15分～翌日の午前8時30分までの体制でございます。また、事務は2人体制でございます。

次に、土、日、祝日の体制では、医師が内科、外科系各1人の2人体制、看護師が昼間、午前8時30分～午後5時15分まででございますが、3人、夜間は2人で、薬剤師は、昼間、夜間ともに1人体制でございます。事務も昼間、夜間ともに2人体制でございます。

次に、表の右側、近隣病院として、半田市立半田病院、常滑市民病院、小嶋病院、大同病院の状況でございます。

医師数だけを申し上げますと、第三次救急医療機関である半田市立半田病院が、平日の夜間、土、日、祝日ともに、研修医2人を含む6人体制。常滑市民病院は、平日の夜間が1人、土、日、祝日は2人体制。小嶋病院は、平日の夜間が8時まで3～4人、それ以降は1人、土曜日は午後6時まで3人、それ以降は1人、日曜、祝日は1人の体制。大同病院は、平日の夜間、土、日、祝日ともに、内科系、外科系各1人と研修医が0～1人の体制でございます。

なお、下の表には、県内の第二次救急医療機関の主な市民病院の状況でございます。いずれの病院も医師数は、内科系、外科系各1人に加え、研修医が1人～4人の体制となっております。

このことから、東海市民病院、知多市民病院ともに、他の医療機関と比べ、医師数が少ない体制で時間外の救急医療を対応しており、当直医師の負担が大きいことがうかがわれます。

以上で、(ア)～(ウ)までの説明とさせていただきます。

○早川会長 御苦労さまでした。

ただいま3点の御説明をいただきました。内容等につきましての御意見等は後からいただきますが、今説明をいたしました資料関係について、何か質問があればお願いしたいと思います。

ないようでございますので、続きまして、(エ) 臨床研修医採用状況、以下3項目の説明

をお願いします。

○伊藤幹事 それでは、資料4をお願いいたします。

臨床研修医の採用状況でございますが、東海市民病院におきましては、定数は2人で、18年度～20年度まで過去2人の応募者はあったものの、採用はありません。20年度に2人のマッチングとなりましたが、2人とも医師免許の取得ができませんでしたので、不採用となったものでございます。

続きまして、資料5をお願いいたします。

臨床研修医数の一覧表でございますが、まず上段の知多半島二次医療圏の公立4病院と国立長寿医療センター、知多厚生病院での研修医の数は記載のとおりとなっておりますが、東海市民病院、知多市民病院ともにゼロという状況でございます。市立半田病院では、1・2年次合わせまして17人、常滑市民病院は同じく2人、長寿医療センターは1人、知多厚生病院3人という状況となっております。

東海市民病院、知多市民病院、いずれも研修医の指導医の医師数は確保しているものの、採用にまでは至っておりません。今後、両院ともに引き続き研修医の確保に努めてまいるのでございます。

また、表の右端の診療科の太字につきましては、非常勤医師による診療科となっております。

なお、下段には県内の主な病院の研修医の状況をまとめたものでございますので、御高覧をいただきますようお願いを申し上げます。

○峯神幹事 それでは、資料4にお戻りいただきしたいと思います。

臨床研修医採用状況について、知多市民病院の説明をさせていただきます。

18年度採用では、定数2人に対し応募者数2人で、マッチング者数も同数でしたが、採用者数は1人でした。これは、1人が国家試験に不合格になったことによるものでございます。

19年度採用では、マッチング者数も同数の2人でしたが、1人が国家試験不合格、1人は留年ということでございます。

20年度採用から定数を3人に増員いたしましたが、残念ながら応募者がございませんでした。

21年度採用では、応募者数、マッチング者数ともに同数の2人でございまして、無事採用できることを大いに期待しているところでございます。

次に、資料6をお願いいたします。

1 ページ目でございますが、初期臨床研修予定者の研修プログラム選択基準でございます。これは平成19年度の医師臨床研修マッチングプログラム学生参加者に対するアンケート結果でございます。ごらんとおり、研修プログラム選択理由は「病院の実績や研修の指導体制がよい」「プログラムの内容がよい」が半数以上を占めており、研修医の確保のためには、これらを整える必要があることがうかがえます。

2 ページをお願いします。臨床研修医の確保に向けた先進的取り組みでございます。これは新聞記事から抜粋したものでございます。

病院主体の取り組みのほか、県や市町村も、奨学金制度などにより研修医を確保する仕組みづくりがなされております。

3 ページをお願いします。初期臨床研修予定者の研修終了後における希望進路でございます。

初期研修を受ける前から、後期研修においても、同じ市中病院での研修を希望している割合が高いことがうかがわれます。

4 ページをお願いします。初期臨床研修から研修終了後の進路先内訳でございます。

大学病院で初期研修を行った研修医の場合、70%以上が大学病院か、その関連病院にとどまろうとする傾向がございます。また、初期研修を市中病院で行った研修医の40%は、その病院に残ろうとしている傾向がうかがわれます。

したがって、市中病院といたしましては、初期研修先として選ばれることも、医師確保の重要なポイントであると言えそうでございます。

5 ページをお願いします。初期臨床研修終了後の研修・勤務先決定理由でございます。

初期研修終了後に研修・勤務先をどのようにするかは、「専門医取得に繋がる」を筆頭に、学べることがあるかどうかに影響される傾向が見てとれます。

以上で、(エ)～(カ)までの説明とさせていただきます。

○早川会長 御苦勞さまでした。

ただいま3点につきまして説明をいただきました。資料関係についての質問があれば、ひとつお願いいたします。

内容についての御提言等は後からいただくことにしまして、次に進ませていただきます。

検討事項、イ、魅力ある病院像についてを議題といたします。幹事会から説明を願います。

○宮下幹事長 それでは、魅力ある病院像につきまして、お配りした資料について御説明をさせていただきます。資料7、魅力ある病院像をごらんください。

この資料は、これまでにちょうだいした御意見等を大きく三つのテーマに分け、関連する御意見の要旨をまとめたものでございます。

テーマの考え方でございますが、二つの病院が連携する目的であります地域医療を守り、市民の安心と健康を守るという目的に照らし、まず一つが、この地域で二つの病院が果たすべき役割は何かということ。そして二つ目が、2ページになりますが、現在の問題の根源ともいえる医師不足に関して、医師の確保、定着のためにはどうすべきかということ。三つ目は、第4回で検討を予定いたしております医療の安定供給に欠かせない問題でございます、経営の健全化に向けて何をするかという三つに分けさせていただいたものでございます。

現状等では、地域や病院の現状等について、一般的な指摘などをあわせて整理したものでございまして、まず、果たすべき役割では、①として、どの病院も二次救急医療の担い手として十分機能していない。②として、医療圏内及び近接する三次救急等の中核的医療機関が地域住民の救急医療の受け皿としてのキャパシティが確保できていない。③が、工業地帯の都市としてふさわしい勤労者層のヘルスケアと将来の高齢化への対応が必要という3点に整理をいたしました。

次のテーマの医師の定着では、①として、救急医療の分散により、医師1人当たりの実質的な負荷が高くなっている。②として、研修場所として魅力はあるはずだが、生かすことができていない。③公立病院の制度的制約は、民間に比べ、人事、待遇面での魅力が薄いという3点です。

そして、最後が経営の健全化でございますが、①として、病床稼働率は両病院とも低い。②として、特定健診の導入により、人間ドックや健診機能には魅力があるという2点に整理をいたしまして、今後、御検討をいただく際の御参考になればということで作成したものでございます。

説明は以上でございます。

○早川会長 御苦労さまでございました。

今日は、半径8km以内に市民病院が4施設存在するという資料を牧委員に用意していただいておりますので、この関係について、御説明をいただければと思います。

○牧委員 愛知県医師会の牧でございます。

今、愛知県医師会内の愛総研で、医療事情を調べる場合のいろいろなツールを開発中で、参考までに出してみたんですけれども、半径8km以内ということでプロットをしますと、知多半島医療圏で東海市民病院、知多市民病院、高浜市民病院、半田市民病院、四つの病院が半径8kmに入ってくる。

その次のページには、バッグラウンドになる人口が書いてあります。その次のページは、知多3病院の診療科ですが、赤字で書いてあるところは病院の科が重複しているところですよ。知多市民病院と半田市民病院の関係もここで出てまいります。あと、病院別人口キャパシティは、まだ解析中なものですから詳しいことは言えませんが、大体こういうことで医療の提供体制はどうかということをいろいろ研究している。一つの参考資料として見ていただければと思います。

○早川会長 ありがとうございます。

今、牧委員からも資料の追加をいただきまして説明をいただきました。両病院の現状等について、それぞれの説明もいたしました。研修医につきましては、知多市が21年度2名という予定があるそうなのですが、東海市民病院は現状のところないということでございます。

公立病院として、地域医療、特に救急医療や不採算部門を担いながら、病診連携の要として、その役割を果たしていかなければならないという大きな課題がございます。しかしながら、二つの病院にとりましても医師不足が顕著にあらわれているわけございまして、非常に難しい状況にきているということでございます。

このために魅力ある病院にしなければならないわけでございますが、そのために二つの病院がどのように連携すべきかという観点で、御意見、御提言をいただければと思います。

その前に、関係資料が六つ出ておりますので、その関係のところから御意見をいただきたいと思っております。

初めに、資料1～資料3の関係でございます。

公立病院としての地域医療、救急医療としての役割を、この資料から見ますと十分に果たしていない、そのような現状が読み取れると思います。二つの病院を魅力ある病院とするために、どのように連携をしていったらいいのか、資料を見て、委員の先生方から、率直な形での御意見とか御提言をいただければと思っております。いかがでしょうか。

資料1の他医療機関からの関係でございますが、東海市の関係、知多市の病院の関係につきましても、このような状況が出ておりますが、この状況を見ましていかがでしょうか。

大変恐縮ですが、東海市医師会長の松島委員、この状況を見て、いかがでしょうか。

○松島委員 東海市医師会の松島でございます。

資料1を見させていただきますと、東海市民病院の平成17年度～19年度まで見ていきますと、何となく徐々に紹介患者さんが減っている状況です。これを知多市民病院の方で見ますと、逆にこちらは増えているという感じです。東海市の患者さんが知多市民病院に大分流れたような状況が見られます。

この時期は、ちょうど東海市民病院の医師が減っていったりとか、中央病院の方も医師が減っていったりという大変な時期だったと思いますので、かなりよそに食われたといいますか、知多市民病院の方へ流れた方も多いと思います。大同病院とか、そちらの方にもかなり流れているような状況ではないかと思います。

東海市民病院の場合、20年度から中央病院と合併して新しい東海市民病院になったわけですが、これを見ていきますと、19年度に比べると、やや微増ということで、多少なりとも患者さんが戻ってきてつつあるという、東海市民が東海市の中でかかるという状況がちょっと戻ってきてつつあるのかなと見てとれます。ただ、まだ不十分なところは当然あると思います。

それから、資料2で見ますと、両病院ともいろいろ歯抜けのようなところもあると思いますけれども、これを見て魅力的といいますか、東海市民病院で助産師は12人の常勤がいるということです。これはベッド数からいくと、かなり充実した感じだと思いますので、12人もいるところは少ないのではないかと思いますので、こういうところを発展させていくといいかなという印象を持ちました。

あとは、スタッフ不足もお互いを補うと多少いいところも出てくるのかなと。2ページを見ますと、例えば知多市民病院ですと小児科が1人しかいないので、小児科1人で全部やっついこうと思うと大変なことで、なかなか入院患者も診れない状態だと思いますので、この辺は東海市民病院と知多市民病院で互いに補っていくと、何とかいけるかなと、多少なりともよくなるかなという感じは受けます。

今聞いた感じではそんなところですよ。

あと、資料5の臨床研修医数一覧を見ますと、県内の主な病院というところで、名古屋大学附属病院、愛知医科大学病院、名古屋市立大学病院を見ますと、大学病院にもかわらず研修医が少ないというイメージがあります。これではなかなか市中病院にドクターを

回すことは難しいのではないかという、そんな状況かなといった感想を持ちました。

○早川会長 研修医の関係につきましても、また後からお聞きすることになると思います。

野浪委員、この状況を見て、いかがでございましょうか。

○野浪委員 知多市民病院の紹介率 16.5%ということで、これは正直言って、申しわけないと思っております。私、30%ぐらい予想していたんです。この前も医師会で言いましたけれども、もっと皆さんに紹介させるように、もっとこの率を上げるように医師会がバックアップしたいと思います。正直言って低過ぎると思いますので、もっと努力の余地はある。これからもっと伸びてくると思います。

この前、知多半島の救急の医療圏の話が半田市であったので聞いていましたけれども、やっぱり温度差があります。例えば半田市民病院とか、大府市は刈谷市民病院に行くし、東海市は大同病院とか中京病院もありますし、知多市と東海市の下の方が一番救急が欲しいのに、よそが近くにあるから、同じ土俵には乗っていない。

この前の話を聞いたときに、知多市は独自でもっと引き寄せるといいますか、大同病院の方にどうぞ来てくださいという話でしたが、そうではなくて、知多市民病院がもっと核になって、周りを寄せるぐらいにならないと、知多市が陸の孤島になりそうだなと思いましたが、救急医療については、もっと力を入れておかないと、何かのときに、よそをお願いしなければいけなくなりますので、そのとき温度差があるとも感じました。

それで、なぜ救急が赤字になるか、私はいつも思っているんです。あれだけ来ればプラスになるのではないかと思ったんです。これはよその資料ですけれども、救急医療は3,500万円の収入に対して、年間1,300万円ぐらい赤字です。月に110万円。結局、人件費やいろいろなことでとられていく。だから、救急医療をやればやるほど赤字になるというのは不思議だったんですけれども、そのデータを見ますと、なるほどなと思って、救急医療はやらない方が病院としては得するのではないかと思います。でも必要なんです。

この会議の出始めは、公立病院の必要性は認めます。でも、このままだったら赤字でいいんですかというのが大きな点です。それで計画をもう一回練り直してくださいというのが今度のプランなんです。

そういう意味では、救急医療は廃止した方が病院としてはプラスですけれども、必要性としては物すごく大事なところなんです。だから、そこをどうするか。市民の方も、救急医療で待たされるといいます、何となくにぎわっている感じがしますが、実際は毎月100万円ぐらいの赤字を出しているというのが救急医療の現状だということを知ってもらいたい

す。

もう一つの特徴は、救急医療といたら、普通は小児科と思います。ところが、現実には6割近くが高齢者です。高齢者が救急病院を使っているということです。高齢者は合併症も多いですから、いろいろなことで検査も必要だし、結局ベッドも占拠してしまうんです。回転が悪いわけです。そういう意味で、救急の人は、ベッドもあかないけれども、いろいろな検査をしなければいけないということで、若干ジレンマに陥っているわけです。そこをどうするか。逆に言えば、とにかくプライマリーケアは開業医でやります。診て、どうもいかんとときに救急に回すというふうにしないと、回転していかないと思います。

そういうふうに、この前、知多半島の救急医療の話がありまして、聞いて、なるほどなと。漠然としていましたけれども、数字を出しますと、なるほどと、これからもっと高齢者が増えますので、団塊の世代がどんどん。また、団塊の世代は技術を持っていますので、腕を持っていますので、一種のクレマーになるわけです。自分なりの筋を持っていますから、ちゃんとした説明を受けてないし、治療も受けていないと、どうしても突っ込んでくるわけです。それに対してちゃんと適用しないといけない。

ところが現実問題として、例えば二次救急で、自分の専門でないのに治療して結果が悪かったら訴えられて負けたという例もあります。そして、断ったところは訴えられないんです。ところが、何とかしましょうと引き受けたところが、自分の専門外でも、当直医ですからやらなければいけない。やったところへクレームがついて、結局、裁判で負けてしまうという例がありますので、非常に矛盾しています。何とかしてやりましょうと思ったのに訴えられる。これもリスクがあるわけです。

高齢者が多いということ、ベッドを占拠するということが、何とかしようと思ってやったのに、逆に「あんた専門外だっでしょう」と言われて訴えられるという今の救急の問題点を、市民の方と何とかお互いに協力して、最初の第一医療は開業医で診るというシステムをつくって、あくまでも二次救急医療というのは、市民病院の役割というのは、開業医からの紹介を受けたとか、重症の人たちを受けて、当直医とか勤務医の負担を減らしてやるという方向に持っていかないと、みんな疲れ切っていますので、結局、先生たちが開業してしまって、また数が減るという悪循環に陥る問題をはらんでいると思います。

○早川会長 ありがとうございます。

牧委員からいただいた8 km 圏内に市民病院が四つあるということで、資料1～3は何か関連がありそうな感じがするんですけども、その辺のところ、現状を見て、牧委員、

率直な感想をひとつ。

○牧委員 この地域のことは地域の医師会長の先生方、松島委員や野浪委員が御存じだと思うので言うことはないんですが、救急医療に絞って言えば、これは有識者会議の中でも討論されたと思うんですが、緊急性の高い疾患への対応が365日できるかどうか。

その判断に当たっての考え方は、例えば心筋梗塞、脳卒中、多発性外傷、消化管出血に対しまして、心筋梗塞は、対応可能な専門医師が7名以上いること、かつ、循環器の内科医師と心臓の外科の先生が両方みえること。時間外対応可能な当直が、病院で4名以上いる。これなら365日、心筋梗塞は可能であろうという考え方です。

脳卒中に関しては、やっぱり専門医師数は7名以上、かつ、脳神経外科医と神経内科医の両方が在籍してやらなければいけません。時間外対応医師は4名以上必要だろう。そうであるならば365日可能であろう。それができないときは、緊急性の高くない疾患だけしか対応できない、あるいは他の病院との連携によるであろう。

多発性外傷も同じように、外科医師と整形外科医師が両方在籍しなければいけないし、救急対応としては、この三つの疾患に対しては7名以上必要でありましょう。

急性消化管出血に関しても、救急対応で専門医師は5名以上要するということと、消化器内科の医師と外科医師が両方在籍すれば、365日対応可能。ですから、救急医療に関して365日対応可能な公的病院をつくれるかどうか。

それから、救急医療というのは不採算部門、赤字が出るという話でしたが、公立病院の役割は、そもそも民間ができないことをやってくださいという制度設計が大前提にあります。それがなぜ赤字になるか。自治体病院の8割近くが赤字であります。前にも申し上げましたが、これは義務的経費が非常に多い。人件費が削減できない。経営的に言えばそういうことでしょう。

しかし、ごく一部の病院かもしれませんが、名古屋市内の市民病院は、准看の看護師さんの給料が69万円、正看が40何万、名古屋市から事務職員が来ると、それだけでも給料が60何万円という非常にアンバランスな中で経営していて、はっきり言えば、赤字体質というのは労働組合の問題もあるんです。

そういうことであるならば、これは全般にもわたりますが、やっぱり公的な病院というか、公立病院としてのあり方は、それはそれで求められるものでありますけれども、経営手法が民間の手法をとれるような工夫をしないと、なかなか病院に勤める側の人たちにとっては魅力的にならない。魅力的な病院というのは、勤める側にも魅力的であるけれども、

かかる側にとっても魅力的でなければいけないわけで、そういうことが求められていると思います。

今までの東海市民病院、知多市民病院で、病院の内部の評価がどういうことで行われてきたのかよくわかりませんが、経営手法だけではなくて、患者さんのサービスに関して、どの程度戦略目標を持ってみえるのかどうか、これから問われることです。

今、アメリカでやられているマネジメントの戦略的な方法の一つとしては、バランススコアカードという登録をとりまして、いろいろな戦略的な目標を定めて、院内に通知して、モチベーションを高めるというやり方が行われています。

ある意味、僕は院内トリアージも一生懸命やったらいいと思います。救急医療の現場や何かでは、ドクターが診る前に看護師さんが患者さんをばっと見回って一声かける、重症度の高い人は優先する、そういうサービスをするだけで、随分現場での訴訟のリスクが避けられるのではないかと思います。

あと、看護師さんでも事務職員の方でも、一流ホテルに行って、1週間ぐらい研修した方がいいのではないかと。そうすれば、もっと評判も高められるのではないかと思います。

雑駁ですが、そんなところです。

○早川会長 今いろいろと御指摘をいただきました。地域医療として、あるいは公立病院としての役割を果たそうとしても、現実には東海市も知多市も医師不足という形の中で、地域医療を十分充足されていないのが現状だと思っております。

大変恐縮ですが、後藤委員、この現状を見てアドバイスをいただければ。

○後藤委員 アドバイスというか、確かに野浪委員が言われたように、資料1から、知多の紹介率が非常に低いということを感じました。

資料2を見て、これで救急をやってしまったら、また医師はやめていくでしょうから、今の救急をやってはだめです。だから、医師会の皆さんはプライマリーケア、一次医療を開業医の先生にお願いして、知多市民病院、東海市民病院は何を売りにしてやっていくか。特徴を持った救急医療、自分のところでは今何ができるんだということをしっかりと病院内で考えていただいて、そこを売りにしていく。

あと、第三次病院のキャパシティがないと言われて、最近いろいろな病院を見ているんですけども、勝手に救急車がよその組織に行って「とってくれ、とってくれ」と。その都市に行くと「勝手に来る」と言って怒るわけです。だから、そこら辺の調整をきちっとしていかないと、研修医が集まる病院にも苦悩があって、患者が集まり過ぎて困っている

こともありますので、そこら辺のところの役割をお互い、ここのところは我々がしっかりやれる、しかし、ここのところはお任せしたいということ、やっぱり自分のところの特徴で、どこら辺までが限度、どこら辺まで専門性があるか、そここのところをもう一回各自の病院が話し合う。

まず簡単にできることは、二つの病院でどういう患者さんの輸送を協力し合えるかどうか。そのときにもう一つ、半田のところに戻り込んでどういうふうやっていくか。そういうところで、まず自分のところの特徴を持っていかないと、全部受け入れようとしても非常に難しいのではないかと考えております。

現状は、今そう考えております。

○早川会長 ありがとうございます。

東海市と知多市の関係でございますが、診療科のばらつきもございまして、東海市さんも呼吸器科がないと大変御苦労される面もあろうかと思っておりますが、東海市民病院長さん、何か御苦労なことがありましたら。

○千木良委員 旧中央病院と一緒にあって、分院という形になって、19年度までは、いわゆる内科医という、例えば簡単な肺炎でも診ないという、消化器、循環器のドクターは診てくれない。肺炎だと呼吸器だから診ないという専門性を前面に出すようなスタンスだったんですけれども、分院から内科医3名が来てくれたおかげで、専門性を求められるような呼吸器科は今もないからだめですけれども、ある程度受け入れられるようになったかなと。特に老人は、最終的に呼吸器系がやられてしまうので、その受け入れ態勢が多少なりとも改善したかなと考えていますけれども、やっぱり専門性が求められるものは、残念ながら、まだ対応できない状況です。

○早川会長 知多市民病院長、何か御苦労があれば。

○種廣委員 開業医の先生からの紹介という点についてですけれども、野浪委員から、紹介率が今までの報告と違って低いのではないかと御指摘がありましたが、実はいつも御報告する紹介率と算定方式が違っていて、今日お出ししたデータというのは、時間外の初診患者さんを分母からいつも引くんですけれども、それが引かれていないということ。あるいは、分子においては、初診救急入院患者数を算定しておりますので、そういう関係で紹介率を算定しますと、今日お出ししたデータの倍ぐらいになって出てきますので、その辺のところ、誤解がないようお願いいたします。

それでも、なおまだ中核病院としては、やはり紹介率は十分ではないという点で、先ほ

ど報告しましたけれども、頭打ちの状況も出てきております。そういうことで、前回、医師会代表の委員の先生から、この連携については最大限の努力をしたいという非常に心強い御発言もありましたので、それにこたえられるような診療レベルを確保していきたいと思っております。

そのためには、主要な診療科がそろっていないと何ともいたし方がないということで、脳血管、心臓血管系は十分対応できないといけませんし、複数の医師です。今日もデータをお示しましたが、やはり1人診療科があるものですから、そういう点でかなり弱いのではないかと思います。

これからは地域連携パスの応用もぼちぼち進められておりますけれども、そういうものを活用したり、やはり紹介、逆紹介をもっと推進していきたいと思っております。

そんなところでよろしいでしょうか。

○早川会長 ありがとうございます。

地域医療を本当に充足するためには、一番かなめでもあります脳神経外科が両病院ともないわけです。星長委員、今まで保健衛生大学で脳神経外科をお願いしておりましたけれども、この辺の関係につきまして何か。

○星長委員 脳神経外科が必要だということはよくわかるんですが、よその科のことまで余り口を出せる立場ではありません。ただ、最初に脳外科の教授をお願いしまして出していた経緯があるんですが、私どもの大学で脳神経外科がどうなっているか、私自身、余り詳しく把握しておりません。

やはり常勤医を置く以上は、脳神経外科の教授にとって何か大きなメリットがないと、なかなか維持できないのではないかという気がします。専門医を何人か大学から派遣すると思うんですが、そういう人たちが十分働ける、手術がたくさんできるという環境がないと、常勤医を常に確保するのは難しいかなと思います。

ただ、知多市民病院にかつて脳外科の常勤医がおりましたとき、どれぐらい実績があったか余りよく知らないんですが、たしか2人おりましたよね。実際どれぐらい手術をしていたかよく知らないんですけれども、私どもの大学でもほとんど毎日、毎晩のように脳外科が夜中に救急の手術をしておりますので、その辺の兼ね合いがどうなんでしょうか。大学でも人が足りているかどうか、結構数はおりますけれども、実際はわからない。去年の藤田保健衛生大学の脳外科の手術件数は860件以上あると思います。

ですから、今の常勤医の大学の人間が動かせる状況かどうかわかりません。御要請があ

ったということはお伝えしておきます。

ただ、脳外科だけではないんですが、お話をずっと伺っておりますと、東海市民病院で特に患者が減っているということで、知多市民病院と比べますと、東海市民病院は医師のバランスが悪いのではないかという気がします。その辺が悪循環になってしまっているのではないかと思います。

一方、知多市民病院でも救急専門医がいるわけではありませんし、当直といいましたが、結局、私どもの医局員も含めまして、各科の専門医でない連中が交代で当直しているわけで、全ての重症に対応するのは、なかなか困難ではないかと思っておりますので、今の状況では、二次救急に対応するのはつらいのではないかと私は思います。

○早川会長 ありがとうございます。

常滑、知多、東海を合わせましても脳神経外科がないような状況でございますので、ぜひお力添えをいただきたいと思っております。

時間も参りましたので、資料4～6へまいりたいと思っております。

臨床研修医に関しては、研修プログラムの一般的な状況をごらんいただきました。先ほどの議論と重なるところもあると思いますが、資料6、初期臨床研修予定者の研修プログラム選択基準を見ますと、病院の実績や指導体制及びプログラムの内容が1位、2位でございまして、待遇面は6位でございます。そのような結果が出ておりまして、研修医はできるだけ勉強ができる場所ということでございます。

このような状況の関係で、東海市あるいは知多市については研修医が若干少ないということでございます。研修医を増やすための2病院の連携に関して御意見をいただければと思っております。

資料を見ますと、ほとんど研修医は500床以上の病院のところに行くしております。300床のところにつきましては、資料を見ますと、なかなか厳しいようでございます。研修医を増やすために、二つの病院はどのような連携をとったらいいのか、御指摘、御指導がいただければと思っております。

知多市民病院長、この辺はどうですか。

○種廣委員 初期、後期研修含めまして、どうしたら研修医を獲得できるかということですが、前回は指摘をされておりますように、学生さんのうちから病院見学の機会をつくるとか、病院見学しに来てくれる人を優遇するとか、あるいはまた、高度なプライマリーケアが学べる環境をつくるということで、海南病院は総合診療科が研修医を引きつ

けているのではないかという御指摘もありました。

それから、全般的に指導医体制といいますか、指導プログラムのことが言われております。しかし、先ほど出ましたデータをよく見てみますと、今会長さんから病床数の多いところという御指摘がありましたが、それも確かにそうですけれども、むしろ常勤医の数です。ベッド数が 300、400 でも、常勤医が 50 人以上いると、大抵研修医が各年次 2 人以上いるという傾向にあるんです。

だから、常勤医、ある意味では指導医とも言えると思うんですけれども、そういうものを確保することが一番大事な点ではないかと思いました。

○千木良委員 全く同意見でございまして、500 床というと、知多と東海で合わせますと 499 で、医師数が 60 ということになります。例えば 100 床当たりだと 10 人ちょっとぐらいです。ところが、研修医が集まってくる場所は、大体換算してみますと、ベッド数 100 床当たり 20 人。例えば、半田市民病院は 500 床ですけれども、研修医も入れて 100 人近く。だから、内容が全く違うわけです。だから、種廣委員が言ったように、指導医の数及び常勤の医師数です。

あと、今の状況で東海と知多が一つになっても、かなりオーバーラップしていることもありますし、医師の数は 60 になりますけれども、抜けている科が大分あるわけです。ですから、研修医から見ると、やっぱり全科を学べるというのが魅力ある病院の一つだと思うので、その辺も考えなくてはいけないと思います。

○早川会長 今、院長が言われましたように、二つが連携をいたしましても、オーバーラップをして、どうしてもない診療科目がある。研修医として勉強する魅力が欠けているということで、その辺のところひとつ連携でうまく進めて。

後藤委員、この辺どうでしょうか。

○後藤委員 確かめてこなかったので出していないんですけれども、さっきマッチングの発表があったんですね。名大は、関連施設含めて 66 病院を持っておりますけれども、先ほど名大病院が少ないということでしたが、名大病院は全体を考えているものですから中は少ないんですけれども、66 病院のうち、研修医ゼロの病院が 13 病院あります。いわゆる 50%、10 人だったら 5 人ぐらいしか集まらないところが大体 17 施設ありまして、30 施設は大体自分ところの病床数の半分以下でございまして、10 人以上の研修医が集まっている施設が 20 施設。そこには 200 人、300 人集まっているという状況で、かなり偏りがあるなど。

ただ、これは研修医でありまして、2 年の前期研修、あとは、先ほどのデータがありま

したように、病院に残るかもわかりませんが、来年が6年目の医師の総数は、関連病院に450何名いるわけです。だから、決して少ないわけではなくて、今後、この450人をどうやって関連の方に動かしていくか。しかし、若い人たちはそういうことを嫌っていますので、大学のマネジメントができるかどうかわかりませんが、まだまだ話し合っていけば、かなりできておりますので、1年で450人ということは、5年で2,000人のところに、若い5年以下の医師がいるわけですから、いろいろなやり方であれば、かなりとれる可能性は出てくると思います。

例えば半田市民は、今16名ぐらいまで増えたと思うんですけども、ちょっと前までは少なかったと思うんです。それをどういうふうに改造されたのか。海南病院もその典型的だと思うので、どういうふうにやったら研修医が集まるかということ、少し両病院で考えていただいて。

中堅の医師が入ったら、中堅が若い子を引っ張っていきますので、医師と若い医師の間に年代差があると非常に難しいものですから、それは大学の一つの使命かもわかりませんが、そういう年齢的な構造とか、いろいろなファクターがありますけれども、決してそんなに少ない科ではないものですから、東海4県にはかなり医師がいるということ、改めて考えていただいて、どういうふうがいい医師を獲得してくるかということだと思います。

○早川会長 ありがとうございます。

二村参与、今いろいろ御議論をしたんですが、両病院の状況と研修医の状況を踏まえまして、何か一つ。

○二村参与 後藤委員から大学のお話がみんな出ましたので、研修医のことだけでいいですと、この表を見まして感じたことですが、先ほどから御指摘がありますように、資料6の1ページ目とか3ページ目に研修医の意向調査の結果が出ておりますけれども、ちょっと気をつけて見ないといけないのは、回収率が27.何%と低いです。

昔からずっとやってきまして、研修医の意向調査をすると、常にトップに来るのがプログラムと指導医体制の上位二つで、指導医体制というのはプログラムと一体となっていると思うんですけども、これが常に上位に来ていまして、今まで第2番目に来ていたのが給与とか勤務条件なんです。今回、随分給与、勤務条件が下がった理由はわかりませんが、回答率が低いせいかもしれないと思うんです。

もう一つは、プログラムの中に入るかもしれませんが、やはり患者さんの数が多いとい

うことが、たくさん経験を積みたいという、これはどんな人でも思っていることに間違いはないと思いますが、たくさん患者さんを診たいという気持ち。ですから患者数が多いところへ集まる。

ただ、多過ぎて逃げられたという第二日赤みたいなところもありまして、多過ぎて困る。忙し過ぎるのは今の人は嫌いみたいですから、適度に忙しいところがどうもいいらしいです。

それと、プログラムがいい、指導体制がいいというのを裏返しますと、先ほど御指摘のように、常勤の医師が十分いて、しっかり面倒見てくれる指導医がいるということが、多くは口コミで広がっていく情報になっていくかなと思います。

例えば、私の知っているところでは、大同病院は結構研修医が集まるんです。どうしてかなと思っていたんですけども、ここは 400 床で、1 年次が 3 人、2 年次 4 人もいて、実際に教えている人、面倒見ている人に聞きましたら、1 人の人は、定年でやめた後、嘱託で残って、研修医担当で残って、徹底的に朝から夕方まで研修医と一緒に動いているとか言っていました。そういう人がいると、研修医にとっては非常にいいし、もちろんその人は時間内しかやっていないので、聞いてみますと、時間内の救急はすべて自分が研修医と一緒に診るとか言っていましたので、相当面倒見がいいなと感じました。これは常勤医師が十分いないと、そういう体制がつかれませんので。

そのほかに、比較的小さいところで集まっているのが碧南とか。ここは 320 床で、5 人、2 人と 7 人もおりますが、やはり常勤医師が 45 人と多いです。それから、津島市民病院が 440 床で、ここは稼働率が非常に悪くて患者が余りいないんですけども、後藤先生方の御支援で津島病院は何とか持ち直したところで、研修医がまた集まり出したということも聞いていましたので、やはり医師が何とか集まってくると、研修医も一緒になって集まるという現象が、津島ではそういうことがあったと思いました。津島病院は経営状態が悪いんですけども、これだけ研修医が集まってきておりますから、多分上向いてくるのではないかと思います。

ですから、何とか常勤医師が集まる体制にしないと、ちょっと先が読みにくいという感じがしました。私の知っている範囲内のことで申し上げます。

○早川会長 ありがとうございます。

研修医が集まる魅力ある病院ということは、勉強する環境があるし、プログラムがよいということでございまして、両病院ともなかなか満足いくような形になっていないのが現

状だと思っております。今後、十分研修医が来るように頑張りたいと思います。そのためには、後藤先生からバックアップを全面的にお願いしなければなりませんので、ひとつよろしくをお願いします。

最後に、本題であります魅力ある病院になるため、東海市民病院、知多市民病院につきましても大変厳しい状況の中でございます。このような状況を見て、両病院が今後どうあるべきかということで、ひとつ御意見、御提言をいただきたいと思います。

これは、連携か、統合か、自立かという、いろいろな課題があろうかと思えます。その中で、率直な形で東海市民病院と知多市民病院はどうあるべきかということについて、ひとつ松島委員から。

○松島委員 普通の診療所の立場からはなかなか難しいですけども、機能分担といいますか、両方足したら大病院にも負けないぐらいになるといいと思います。ですから、主要の科目の中で抜けているところは何とか入れなければならないという感じがします。

どちらか片方だけでも充実しているというような形で、両方足したら一人前といいますか、ほとんど欠けるところがないようになっていくといいと思います。そういうふうでないで、やはり研修医も来ないということです。教えてくれないようでは、なかなか研修医も来てもらえないということです。そういった指導体制ができなければならないということです。

臨床研修医の確保に向けた取り組みというので、資料6の3ページを見ますと、初期臨床研修予定者の研修終了後における希望進路を見ておきますと、そのまま研修病院に残る方が多いんですけども、4番目のところに「臨床研修を受けていない市中病院で引き続き臨床研修」というのが29.3%あるんです。こういう方は大病院で初期研修が終わった後、どこかよその病院にかわって、また引き続きやってもいい人が3割ぐらいいるわけです。

その下に「大学院」があって、その下に「病院・診療所に就職」が8.7%とありますので、この人たちがねらい目といえば、ねらい目です。この人たちを何とかして自分のところへ連れてくるということができると、この人たちは初期研修が終わっていますので、医者としてもかなり一人前になってきておりますので、すぐ戦力にもなる人だと思いますので、こういう人たちを何とかして引っ張ってこれるといいかなと思いました。

こんなところでよろしいでしょうか。

○早川会長 野浪委員、東海と知多はどうあるべきかという。

○野浪委員 その前に、魅力ある病院といいますか、逆に、いい病院とは何かというのに

なると思います。これは、医療水準と患者さんとのコミュニケーションのバランスがとれているかどうかが一番問題です。医療技術がある程度たっていて、患者さんと近距離であるということ。そして、具合が悪くなったら臨機応変にいつでも的確に対応してもらう。これがいい病院。いい病院というのは、約6割ですけれども、結局、患者さんが選んだ病院です。看護師とか医者が紹介した病院は約2割です。6割が患者さんの口コミとかいろいろなこと、やっぱり患者さん中心であるということです。

こんな医師にかかりたいという患者さんの言葉に、みんな当たり前なんですが、説明がわかりやすい、話をよく聞いてくれる、態度や言葉遣いが丁寧。医師が選ぶいい病院と思ったら、一つは患者さんの意向が関係している、診療レベルが高い。その病院長がいろいろな座長となって、講演会を聞きに行きます。こういう方だな、丁寧な受け答えをされるなどか、そういう病診連携の対応がしっかりしている。そして、優秀な医者がある。あと、設備、機械が充実している。それが医者から見たいいい病院です。

病院の実力をどこで評価するかというときに、診療の質、技術がしっかりしているということです。それと、医療の安全性、患者さんの満足度が高いということです。そして組織体制です。いわゆる運営がしっかりと、簡単に言うと経営がしっかりしている。この四つが病院の実力を評価するのに必要なものだと思います。

先ほど脳外科の話が出ましたけれども、知多半島の医療圏で半田市民病院のERの先生が、脳外科ですけれども、正直言って、知多市民病院を余りいいように言ってなかったです。結局、悪い症例ばかり送ってくる。いい症例は藤田保健衛生に回した。多分手がかかるんでしょうね。同じ病院でも、余りよく言われてなかったというようなこともありますので、ほかの病院との力関係をもっと高めていくと、いい病院の魅力ある一つだと思います。

○早川会長 ありがとうございます。

牧委員、二つの病院はこうあるべきだという発言は何か。

○牧委員 個々の各論的なことについては、それぞれ述べられましたものですから、私はちょっと総論的に述べたいと思います。

現在、金融不安に端を発した社会不安が全世界で起こっている状態である。こういうのを見るにつけ、市場原理による経済偏重の国のあり方が、いかにもろいものかが如実に示されていると思います。

医療というのは、申すまでもなく、住民の生命のセーフティーネットで、欠くことはできない社会的インフラだと思っております。そういうことに異論はないんだと思います。

現在の姿のままの自治体病院を、厚労省も総務省も救おうとは思っておりません。決してそういうことではないと思います。つぶれるのか、魅力的な病院に、医療機関に変わるのか、その選択しかないと思います。

各先生方が述べられたところをいろいろお聞きしてはいたんですが、現在、両病院に残された選択の幅は極めて限られている。やっぱりスケールメリットを生かしたいということであれば、両病院を統合することしか多分ないだろう。両病院の機能分化、連携ということは、お話であって、医療の現実からは非常に遠く離れたところなんです。かつ効率が悪いと私は思います。

さて、本日は市民の代表の皆さん方もおみえになっていると思いますので、特に申し上げておきたいのですが、医療というのは、住民の安心安全な暮らしを守る基本的な社会的インフラであって、これがあってこそ活発な経済活動とか社会活動を営むことができるんだと思います。

しかし、これは与えられるものではなくて、まさに地域の人々が一体となって取り組んでつくっていかねばならないものだと思います。本来、医療であれ、介護であれ、地域の人々が問題意識を共有して、いかに形にするか。これが問われることだと思います。かつて日本には「向こう三軒両隣」という言葉がありました。よきにつけ悪しきにつけ、お互いに助け合う風土があったと思います。東海市民、知多市民の方々が、狭いおのこの地域のことにのみとらわれることなく、みずからの手で社会的なインフラを守り育てるという意識が何よりもこれからは求められます。

「All for One, One for All」 こういう言葉があります。「すべては一人のために、一人はすべてのために」という意識が物すごく求められて、大切なことであると思います。

そうして、医療をもとにして、この地域が他を思いやる、互いに助け合う。ある意味、戦後日本が喪失した意識を再び取り戻して、この地域が極めて魅力的な地域へ再生していく一つのきっかけとしていただきたい。そして、全国へ強力なメッセージを発信することができることを願ってやみません。

以上であります。

○早川会長 ありがとうございます。

最後に、東海市と知多市の二つの病院の今後のあり方について、二村参与から何かまとめとして御意見をいただければ。

○後藤委員 その前に一言いいですか。

僕は消化器しかわかりませんが、「二つの病院、二つの病院」と言われますけれども、要は、消化器に関して言えば、名大グループということで全部同じなんです。だから、話し合いが十分にできるんです。例えば、今日は知多市民がやって、ここでないことをやれば、東海市民の人が内視鏡の止血に行ってもいいわけです。分けられているのは、市が勝手に二つに分けられているだけであって、消化器グループとしては全く同じなわけですから、そこら辺を考えていただかないと。

僕らも内科の特別編成のときに、若い人たちは常に連絡を取り合って、仲よしなんです。分けているのは、連合とか室、行政とかが分けているだけであって、東海の消化器の医者も、知多の医者の人もそうだと思うんですけども、皆さん仲間なんです。だから、お互いやれるものですから、そこら辺のところのバリアをとられれば、かなりいい、今現在でできる最高のことができると思います。

もちろんいろいろな問題が、医師不足があると思います。今簡単にできることは、このバリアをとって、お互いに交代してやったら、両方の病院にも行けるようなことをすれば、60人の医者がみえるわけですから、そんなに悲観した状態ではないと思います。

○早川会長 実は財布が違うところがありまして、費用の高いところは知多市が持つとか、東海市が持つかということも、いろいろ具体的になってまいりますとね。

○後藤委員 そういうことがあるだけで、医者はできますということだけです。

○早川会長 ありがとうございます。

○二村参与 今日いただいた資料を先ほどからずっと、事前にいただいていたので、今日また少し詳しくいただいたのを早速見直しております、一方、実は先週でしたか、知多市民の方からアニュアルレポートをいただいたので見させていただいて、早速院長先生にお礼の手紙を書いて、一言コメントを書いたら、早速新しいデータをいただいたので見てきたんですけども、これと今日のデータをちょっとだけ比較させていただいて、今ざーと計算してみましたところ、先ほどから御指摘の紹介率が低いというのは、やはりもともと低そうかなと思っていたのが、その実態がわかりまして、今、種廣委員から、多分この数字の倍ぐらいいはあるだろうというお話でしたので、大体両病院ともに30%ぐらいいは紹介があるかなと思います。

あと、それぞれ足しますと70%ぐらいいは市内の患者さんが紹介されてきている。それで、紹介率が30%ぐらいいで、そのうちの市内の方が70%というふうに見ますと、患者さんのうちの20%ぐらいいの人しか地域の病診連携が行われていないと、私の計算の仕方だとそんな

ふうになってきて、病診連携の状況がよくないという印象を持ちました。いわゆる地域だけの病診連携です。

どうしてかということは、前回のデータにも出ていましたが、例えば北部とか東の方の救急隊は、名古屋の方へほとんど行ってしまって、東海市内の救急車もこっちに来ていないという実態がこの間報告されましたので、そういうことも結構響いていて、診療所の先生もそうだし、救急隊の人も当てにしていなくて、ところがちょっとあるかなと、この数字を見ていると、そんなふうに思われました。

それからもう一つ、種廣委員から病診連携状況の18年度、19年度をいただいて、年々紹介は増えているんですけども、ちょっと細かいことを言いますと、紹介患者の中で予約をしているかどうか。予約率が40%ぐらいだったんです。だから、予約率が低いということは、患者さんは何らかの形で紹介は受けてきているんですけども、予約がされていないということは、きめの細かい病診連携が行われていないかなという感じもしましたので、今一步、診療所の先生方と両市民病院がもうちょっと何らかの方法でコミュニケーションを密にする必要があるかなというのを、今回ずっと見ていて感じました。

ですから、この辺のことをもう少しうまくいくようにしないと、合併話が出て前に進めるかどうかの話し合いもしていますけれども、市民病院が二つ合併しても、地域の診療所の先生方とうまくいっていないと、なかなかうまくいかないのではないかと危惧があるかと思います。

それを改善するためにはどうしたらいいかというのは、一つは、紹介患者も70%ぐらいが地元で、30%が外ですけども、そういう人ももっとも中に入ってくるようにするとか、あるいは流出をとめるためには、先ほどから出ていますけれども、救急をいつでも受けられるような体制を整備しない限り集まらないと思います。

特に北部の人、東の人がどっかに行ってしまうような体制をこちらでつくるということ。そのために、やはり診療科を充実して、いつでも診ていただけるんだという体制がないとできないし、診療所の先生方も、そういう体制がないところには送れません。だから、やっぱり行き着くところは医者が足りないということになってきて、医師が十分補充されて、診療科がびしっと整っていれば、紹介率ももっと上がると思いますし、紹介状もきちんと書いて、予約もきちんととってという体制ができ上がるかなと思います。

ですから、医師の補充の一つの策は、やはり医師供給元であります大学とのコミュニケーションをきちんととって、一方では、自助努力としましては、研修医を集める体制、こ

れも先ほどのところに行き着きますが、常勤医がいないと研修医が集まりませんが、何らかの魅力ある体制づくりをして研修医を集める。

それと研修医は、今病院探しは、ほとんどがみんなインターネットでやっています。だから、インターネットで病院側から発信する情報のクオリティをどうやって上げていくかということも、研修医を集める一つの非常に大きなファクターになってきますので、病院のホームページを非常に小まめに更新して、研修医の魅力あるようなホームページをまずつくるといことも、ちょっと細かいことですが、大切なことかなと思いますので、その辺は今日感じましたことです。よろしく願いいたします。

○早川会長 ありがとうございます。

時間も参りました。委員の皆さんには貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございます。

安定して病院を経営し、良質な医療を経営するためには、今からいろいろな形の中で課題を乗り越えなければならないと思っておりますけれども、今回は、経営的な観点で資料を準備して、意見をちょうだいしたいと思います。その中には、特化した機能分担の問題あるいはスケールメリットという問題等も踏まえまして整理をさせていただきたいと思えます。

それでは、(3) 協議事項に入ります。今後の検討課題についてを議題とします。

次回の第4回には、地域医療を確保する上で、医師確保と並んで病院運営の継続性を考えますと、経営の改善が欠かせませんので、経営的な視点も含め、望ましい連携等のあり方について検討してみたいと考えております。

議論のもとになる資料を作成し、次回の検討を進めたいと思います。この点につきまして、委員の先生、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次回の検討事項としまして、望ましい連携のあり方について、経営的な視点を含めて検討を進めてまいりますので、よろしく願いいたします。

#### 4 その他

○早川会長 その他、次回日程について、事務局から報告してください。

○宮下幹事長 次回でございますが、第4回の日程につきましては、今日いただきました課題を整理いたしまして、11月13日(木)でございますが、午後2時から、知多市勤労文化会館やまももホールで開催させていただきますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

○早川会長 御苦勞さまでした。

次回の日程の説明がありました。大変御多忙の中、恐縮でございますが、委員の皆様、よろしく願いいたします。

その他、何か事務局ありますか。よろしいですか。

ないようでございます。本日の会議はこれもちまして終わらせていただきます。長時間、委員の皆様、本当に御苦勞さまでございました。ありがとうございました。

[了]