

1市1町地域医療センター検討協議会（第3回）議事録

日時 平成21年7月13日（月）10:00～12:25

場所 東金市役所 3階 第1委員会室

作成 事務局

出席者

・会長・志賀委員・川島委員・石渡委員・布施委員・古川委員・細田委員・伊藤委員・石橋委員・阿井委員・田那村委員・田畑委員・横須賀委員・戸谷委員・小田委員・平井委員・織本委員

欠席者

・浅野委員

10:00 開会

司会

改めましておはようございます。本日の会議設定にあたりましては月曜日の午前中という、委員の皆様にとりましては一番お忙しい時間帯にもかかわらず、ご協力をいただきましてありがとうございます。

ただいまより、「第3回1市1町地域医療センター検討協議会」を開催いたします。

本日は浅野委員が所用のため欠席とのご連絡をいただいております。

なお、本会議は公開となっており、一般の方の傍聴を許可してありますのでご了承ください。

では会議次第に従いまして進めさせていただきます。

本日は21年度に入り初めての協議会ですので、改めまして、新しく委員になられました方をご紹介します。

東金市議会議長 石渡徹男様です。

東金市議会副議長 布施栄亮様ですが本日は公務により遅れてまいります。

また、本年4月に新しく千葉県健康福祉部長になられました、千葉県健康福祉部長 戸谷 久子様です。

お手元に委嘱状をお配りしてありますので、ご確認いただきご了承くださいと存じます。よろしく願いいたします。

次に本協議会の会長からご挨拶を申し上げます。

会長

おはようございます。お暑い中、また、先程事務局が申し上げたとおり、月曜日の午前中というお忙しい中、協議会に出席いただき、

ありがとうございます。今回から新しく3名の委員の方に加わっていただくこととなりました。どうぞよろしくお願いいたします。第1回目と第2回の協議会を経て、特に前回の協議会にて医療センターの基本コンセプトをお認めいただいたことから、かなり進歩したと感じております。その後、医療専門委員会や経営検討会議でいろいろな詳細部分の検討を行い、合意を得てきました。そのことを本日の検討協議会に提示しまして、委員の方々にご議論いただいて、可能であれば承認いただきたいと考えております。

本日ご検討いただきたい事項としまして、一つは医師数等を含めた医療機能に関する更なる合意、もう一つは経営形態をいかにするのかということを検討してまいりましたが、地方独立行政法人が最適であるということが経営検討会議での結論として出ましたので、このことについて検討協議会でご議論いただき、承認いただければ、それに向けた準備を進めたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

司会 ありがとうございます。これより議事に入りますが、議事進行は会長にお願いします。よろしくお願いいたします。

会長 それでは早速議事に入ることといたします。
 まず議題1 「検討経過と本年度スケジュール」について事務局の方からご説明をお願いいたします。

事務局 (議事 (1) 検討経過と本年度のスケジュールについて 「別紙1-1 会議経過」「別紙1-2 平成21年度全体スケジュール(想定)」に基づいて説明を行う。)

会長 ありがとうございます。報告は二つあり、一つは会議を行った内容と日時の報告、もう一つは今後一年間のスケジュールを示しています。今年度の最終目標は、病院開設許可の申請準備と経営形態として独立行政法人が認められますと、それに向けた準備を粛々と進めていきたいということでございます。また、全体スケジュール中に地方独立行政法人設立申請とあります。これは本日の協議事項ですが、これまでの会議で最有力な選択肢ということもあり、検討準備の都合上、ここに記載しなければ検討が進まないため、仮に記載いたしました。本日のご議論で独立行政法人以外とすべきという結論に至るのであれば、この部分については改めて検討したいと考えております。これらについてご理解いただいた上で、検討経過と本年度のスケジュールについて、何かご質問ご意見はございます

か。

委員 内容的に（２）医療機能や（３）経営形態の説明が先にあって、独立行政法人化のスケジュールの説明があったほうが流れが自然なのではないでしょうか。

会長 今日、このような順序でご説明した理由として、経営検討会議・医療専門委員会において、全体検討の流れの中で自分たちがどの部分の検討を行っていて、いつまでに何を決めなければならないのかといった自分たちの位置付けが不明確であるという意見があったことがあります。このため、まずは全体的な流れを示して、本日はこここここの部分についての経営検討会議と医療専門委員会での検討結果を協議会にてご議論いただきたいということです。

これは協議事項というよりは、報告事項としてご認識いただき、その上で本日ご検討いただきたいということでございます。

よろしいでしょうか。それではこれは報告ということでご認識いただいた上で、次の議題に入りたいと思います。次は「地域医療センターの医療機能について」でございます。これまでの検討結果をご説明して、その上で本日はこれを決めていただきたいという形で進めさせていただきます。それでは事務局よりご説明をお願いいたします。

事務局 （本日の検討概要について 「別紙 2-1 これまでの医療専門委員会・経営検討会議の検討結果等」「別紙 2-2 1市1町地域医療センター事業計画の想定項目」に基づき説明を行う。）

会長 ありがとうございます。全体の流れの中で本日の検討協議会にて決定していただきたい項目を整理して説明していただきました。このことについてはよろしいでしょうか。

ではこの内容に則って、「地域医療センターの医療機能について」ご協議いただきたいと思います。なお、本日は新委員が加わったことと前回の検討協議会から時間が経っていることもあることから、事務局にこれまでの検討結果を要約していただいた上で検討を進めるものとしたと思います。

事務局 （議事 （２）地域医療センターの医療機能について 「別紙 3-1 地域医療センターの医療機能（決定事項）」に基づいて説明を行う。）

会長 ありがとうございます。それでは医療機能に関する協議事項として「別紙3-2」をご覧ください。本日の協議事項として大項目で5項目ございます。これらについて1項目ずつ事務局から説明していただき、その上で委員の方々にご協議いただくものと思いたいと思います。それでは協議事項「1. 医療センターの役割」から説明していただきたいと思いたいと思います。

事務局 （議事 （2）地域医療センターの医療機能について 「別紙3-2 地域医療センターの医療機能（協議事項）」に基づいて「1. 医療センターの役割」の説明を行う。）

会長 ありがとうございます。まず、医療センターの役割のうち、総論的な「1）地域医療機関との連携の方向性」についてでございます。4つの項目を挙げていますがこの部分について何かご質問・ご意見ございますか。

委員 「別紙3-1」の基本コンセプトの中に地域との連携になると思いたうが紹介・逆紹介を積極的に進めていく、あるいは初期、慢性期疾患につまましてこの病院が目指すものにつまましては、地域支援病院としてプラスになるシステムなので、コンセプトのなかに書き込まれたらいかかかなと、一つの問題提起です。基本コンセプトのなかに含まれているとすれば書き込まなくてもよろしいです。プラスの面があるということになると思いたいます。

各地区で推進されている病院再生とも関連するため、地域医師会や開業医、病院との連携についてはしっかりと推進していただきたいと思いたいます。

会長 ありがとうございます。地域支援病院のことは医療財政上も有利な面があるということは認識していますが、基本的コンセプトについては既にこの検討協議会にて決定いただいていることでございます。委員の意見としては、地域支援病院ということ「別紙3-1」の基本コンセプトに加えるということでしょうか。それとも、「別紙3-2」の地域医療機関との連携の方向性において項目として地域支援病院としても十分機能を発揮するということを追加すべきということよろしいでしょうか。

委員 「別紙3-2」で結構だと思いたいます。

会長 それでは、「別紙3-2」の地域医療機関との連携の方向性におい

て、項目の一つとして、「地域支援病院としての役割を果たすこと」を追加するものとします。他に何かございますか。

委員 経営形態として独立行政法人となった場合に、地域の公的病院をはじめとする他の医療機関との地域医療連携はスムーズに推進されるのでしょうか。

会長 地域の公的病院との協働関係を構築していく上で、各病院の経営形態が異なっていることは、医療上の連携を推進することとは関係ないと思います。例えば、千葉大学医学部附属病院は独立行政法人ですが、川鉄病院のような私企業の病院とも紹介・逆紹介の関係を構築しています。相手がどのような経営形態であろうとも、医療上のスムーズな地域連携については、それほど大きな影響は及ぼさないと考えます。委員はどう思いますか。

委員 病院の役割分担としては、全く問題ないと思います。

会長 また、「地域の公的病院等との連携については、将来的に状況を勘案した上で」と記載した項目がありますが、地域医療連携は相手方があってのことです。現時点では将来的に近隣の公的病院がどのような規模・機能で運営されているのかは、現時点で十分予測ができないので、総論的な内容にとどまっています。

委員 循環型地域医療連携システムについては、千葉県健康福祉部と千葉県医師会が推進しているシステムですが、これが機能すればこの連携は非常にうまくいくというシステムです。ぜひこれも公的病院との連携に役立てていただきたい。

会長 私も医療連携については非常に重要であると考えています。「別紙3-1 3) 診療科目」を見ていただければわかるとおり、地域医療連携室などを設置することについても言及しており、ここを中心に公的・私的病院との連携を推進していきたいと思っています。

委員 確認ですが、紹介患者以外は診ないということではないと解釈して良いのでしょうか。

会長 100%紹介ということをお頭に置いてはおりません。救命救急センターの機能でも説明しますが、紹介状のないウォークインの患者にも対応するスキーマとしています。紹介・逆紹介

を積極的に推進するという意味であり、紹介制を採用するというわけではございません。

委員 地域の公的病院等との連携について、「将来的に」とは、医療センター完成後を想定しているのか、それとも完成前で、例えば、独立行政法人化が決まった段階で推進していくことを意味しているのか。マンパワーの配分や経営の問題、機能分担という問題の検討を後々とするとは解決が困難となる。このため、できるだけ早い段階から機能分担等の問題については進めてほしいと考えます。

会長 ありがとうございます。個人的には主として患者の流れや医療上のことを想定していたため、医療センター開院時点で周囲の公立病院等の状況を勘案して、各病院と話し合っていくことを考えております。このため、ここでは医療の中身に対する連携というイメージで記載しております。

それでは、「2）救急医療の役割分担と連携（救命救急）」に移ります。わかりにくいというご指摘をいただいておりますので、もう少し詳細に説明いたします。

医療センターの救急患者の受け入れには2つの入口を想定しています。一つは夜休診の入口であり、地元医師会の医師に医療センター内で夜休診を行っていただき、夜休診で入院が必要と判断された患者については、後方ベッドとしてそのまま医療センターに入院していただくことを想定しています。もう一つの入口は重症患者や主として救急車で搬送された患者に対応する部分です。ただし、救急車搬送といってもすべてが重症患者というわけではないため、救急車内で救急救命士が重症度を判断していただき、2次・3次レベルの重症患者であれば救命救急センター、そうでなければ夜休診での受け入れという2本立ての受け入れ方法を想定しています。

救急救命士のトリアージについては、制度発足してずいぶん時間が経っており、救急救命士もかなりの訓練を受けている状況です。また、今後、指令センターの共同運用計画が実現すれば、この地域は千葉市の指令センターがカバーすることとなりますが、千葉市指令センターには救急医療に精通した医師が24時間365日常駐することになっています。このため、疑問点があれば無線で指令センター医師へ相談して、夜休診または最初から救命救急センターへ搬送したほうがよいのかという判断ができるシステムになるのではないかと考えております。

委員 「医療センターに救命救急センターを置き、二次及び三次救急医

療に対応する」とありますが、これは医療センターで全ての三次救急に対応するのではなく、広域的に対応するという意味でしょうか。

会長 基本的には広範囲熱傷や切断指という症例を除いて、一般的な急性心筋梗塞や脳溢血、心肺停止、腹膜炎、高血圧の危機的な状態については、医療センターで自己完結的に診療ができる体制を整えたいと考えています。三次の中でも広範囲熱傷については、診療体制が整備された環境下で治療されるべきであり、県の救命救急センターで対応してほしいと思います。ただし、そうした医療センターで対応できない重症患者に対しても気管内挿管や循環動態維持といったスタビライゼーション（初期安定化）の対応については医療センターで行い、その後にドクターヘリや救急車で県の救命救急センターへ搬送するものとしたいと思います。

委員 救急センター内に夜休診と救命救急センターの機能が併設されると、機能的な面から患者の立場としては、夜休診ではなく、救命救急センターを選択するのではないのでしょうか。そうなった場合に夜休診は経営的に維持できるのでしょうか。また、二次輪番制についてはどのようにお考えですか。

会長 多くの大学病院等の救命救急センターが立ち行かなくなっている要因として、一次から三次までのすべての患者が救命救急センターに来院していることが挙げられます。結果として本来、救命救急センターとして重症患者に対応しなければならないマンパワーが疲弊してしまうということがあります。このため、基本的には自分で来院される患者については夜休診を受診していただきたいと考えています。救命救急センターに自己来院する患者について、多くの救命救急センターではトリアージナースを配置し、患者を重症度によって振り分ける機能があります。医療センターでも同じ建物の中で日常的にこうしたトリアージナースに評価していただき重症度に合わせた患者振分けを想定しています。

輪番制については、この地域でせつかく機能している輪番制を廃止して、医療センターが全てに対応するのではなく、二次輪番制の現状運営維持を前提として、その中に医療センターが加わって二次の輪番制も果たすというイメージで想定しています。それで、二次から三次対応が必要だというときには救命救急センターを利用するという形になると思います。

委員 輪番制ですが、広域行政組合で行っています。現実的には外科は不足になっていますが、内科については充足している状況にはなってきております。そういう状況のなかでも救急搬送の約4割は域外搬送せざるを得ない状況です。このうち、大部分を医療センターで担っていただくことで十分に輪番を含めた機能を発揮していただくと考えています。

会長 基本的には総論的ではありませんが、医療センターの役割の地域医療機関との連携の方向性と救急医療の役割分担と連携についてはこれでお認めいただけますでしょうか。

事務局 (議事 (2) 地域医療センターの医療機能について 「別紙3-2 地域医療センターの医療機能(協議事項)」に基づいて「2. 医療センターの医療機能の設定」の説明を行う。)

会長 ありがとうございます。この部分は本日の協議事項の中でも重要な事項の一つです。まず、「1) 救命救急センターの位置付け、機能」についてですが、これまでと異なる点としては、救命救急センターとすることと、救命救急センター内の病床数は20床とし、そのうちICU病床を10床、残りを10床としてICU病床への入室が必要ない患者に対するオーバーナイトベッドとして運用することを想定しています。院内に複数のICU病棟を設置することは現実的ではないため、ICU病棟については院内に一箇所設置するものとし、重症な救急患者の受け入れと院内入院中の患者の急変時・重症化対応として運用することを想定しています。そして、急性心筋梗塞に対するCoronary Interventionや脳卒中への対応は24時間可能とすることを記載しています。

このことについてご意見をお願いします。

委員 救命救急センター病床数14床から20床への変更は良いとして、全体病床数が314床のままとなっているのは、何か制約があるのでしょうか。一般病床300床でしたら救急を加えて320床という考えはなかったのでしょうか。

会長 開院申請とは別に病床申請があり、既に病床数314床で申請済みであるということがあります。変更ができないわけではないのですが、320床へ病床数を増やしても現実的に稼働が困難であることと申請して時間が経っておらず、「舌の根が乾かぬうちに・・・」ということもあり、医療専門委員会でもこのままでよいのではない

かという結論に至った経緯があります。

委員 病床数の内訳を変更する必要はないのですか。

会長 病床数の内訳ではなく、全体の病床数のみです。よろしいでしょうか。

次は「2）診療科と医師配置（常勤医師予定数）」についてですが、診療科を22科とすることについてはこれまでに認めていただいたとおりです。本日はこれらの各診療科に対して医師が何人必要で、全体で何人となるのかということでございます。医師の配置についてはきちんとした基準が存在しないため、なかなか困難なテーマです。このため、救急医療・急性期医療を軸とした山武長生夷隅医療圏の中核病院として地域の医療ニーズに対応できる医師数を配置すること、4疾病4事業への対応に必要な医師数を配置すること、基本的なコンセプトに盛り込まれている臨床研修指定病院として必要な医師数を配置すること、さらには同規模で救命救急センターを併設している病院の医師数がどのくらいなのか、経営的な側面を勘案して算出しました。

医療専門委員会で、例えば眼科は1名体制となっているが1名で大丈夫なのかという質問がありましたが、物理的な距離として千葉大学医学部附属病院から近いことがあり、原則的に各診療科医師は千葉大学医学部の各医局と何らかの関連を持って来ていただけるということですので応援を依頼することは比較的容易にできるのではないかと考えています。

医師数を算出した場合、いつも問題となるのは、その医師数を確保できるのかという質問があることです。この質問については、集まった医師体制で身の丈にあった医療提供を行うというスタンスと、理想とする医療に必要な医師数を算出した上で、その医師数確保に最大限の努力を払うというスタンスがあると思いますが、この計画では後者のスタンスによるものであります。

私が医療センター長を引き受けた際に、千葉大学医学部の教授会にて医師確保について最大限の努力をしていただけることをお約束いただいております。それを心の支えとして医師数を算出しています。また、医師確保しやすい施策についても模索しているところです。

委員 医療専門委員会にてまとめていただいたことには評価できるのですが、医療の質は確保しつつ、経営の健全化という観点から理想と現実を踏まえて調整していただければと思います。

会長 よいご指摘をありがとうございます。「別紙 1-2」でお示したとおり、医療専門委員会と経営検討会議ではさまざまな検討事項についてキャッチボールすることとなっております。本日は医療専門委員会での検討結果をそのまま親会議である検討協議会へ提示したのですが、ここで承認いただければこの結果を経営検討会議へ提示し、経営的に成立するのかを検証していただくものと思いたいと思います。検証結果として赤字となるということであれば、考え直す必要がありますが、個人的には、可能であればこの医師数でも経営が成立する方策を考えていただきたいと思います。

委員 理想的な医師数としては 56 名となっておりますが、314 床という身の丈にあった医師数ということで、最終的には経営との考えで決定していただきたいと思います。医療専門委員会では要求しています。

会長 理想的な医師数が 56 名と言われると抵抗があります。本音としてはもっと増員したいということがあります。経営的なことも考慮して最小限度としてこのくらいではないかと思っています。これで経営が成り立つかどうか経営検討会議でも検討していただきと思います。

では次に「3) 取得する保険指定、看護基準、特掲診療料」についてですが、「ア 保険指定等について」「ウ 特掲診療料」については当たり前のことを記載していますが、特に問題となるのは「イ 看護基準」についてどうするのかということです。

ご存知のように 7 対 1 や 10 対 1 というのは看護師 1 人で何人の患者を診るのかということでございます。経営的には 7 対 1 か 10 対 1 かで入院料が異なります。7 対 1 では 10 対 1 よりも入院料が高くなりますが、その分看護師を多く集めなければなりません。

それでどちらを取得すべきなのかということですが、判断要素の一つとして医療センターが中核病院として救急診療に軸足を置いた医療内容であれば、7 対 1 でなければ成立しないということが挙げられます。また、看護師を集める上で 7 対 1 と 10 対 1 を比較すると、7 対 1 のほうが看護師 1 人当りの仕事量が少なくなるため、一般的な傾向として集めやすいというメリットがあります。これらのことから医療センターでは 7 対 1 看護基準を目指したいということでございます。何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では次に「4) 主要医療機器の整備の考え方」についてですが、大雑把な面だけを抽出しており、各診療科のコアメンバーが決まってきた段階で調整が必要と考えております。

この部分については来週辺りから内科系・外科系・救急の実務に精通した医師に別のワーキンググループ等を作っていただき、病院のなかの設計の詳細や必要医療機器を決めていただきたいと考えています。このため、本日の検討協議会では基本的な考え方、基本的な方針を決定していただきたいということでございます。

医療情報システムを実施することと各医療器械をそれぞれ何台ということは決めていないのですが、非常に高価なCT、MRIについては、1台では急性期の病院では、いつもCTやMRIの時間待ちになってしまい、救急疾患に対応できないのでぜひ2台ずつ置いてもらいたいということで数を出してあります。

4) について何かご質問ございますでしょうか。

これもまた、経営検討会議との兼ね合いではありませんが、医療専門委員会としては設置してほしい主要医療機器の整備に関しては基本的にはこのように考えているということです。

委員

医療機器整備は5年間の減価償却費という経営的にかなり大きな影響を及ぼす課題です。このため、要望として患者さんの充足状況や体制整備の状況をみながら、必要台数を整備してほしいと考えます。一度に整備しておいて、使わないでいても減価償却は進みますので、そういう点が1点です。

また、先程の看護基準以外にリハビリ等のコメディカルスタッフについて触れられていないことが気になっています。コメディカルの経費等にも関わりますので、そういったものも順次人数などわかってくると思いますが。リハビリテーション科医師が1名と少ないので、リハビリテーションはあまりやらないのかと、経営にも影響しますので、こういうことも考慮しながら、施設基準に関連する理学療法士数についても検討が必要と思われれます。

会長

確かにリハビリテーション医は1名なのですが、整形外科医が5名想定されています。大学でもリハビリテーションのみを専門としている医師は少ないのですが、整形外科医の多くはリハビリテーションの指定も持っていることから、整形外科医とのコラボレーションでリハビリテーション対応していただきたいと考えております。

また、段階的な病床開設とも関連する話ですが、当初5年間で想定していた段階的な病床開設期間を3年程度とすることを基本スタンスとすることが医療専門委員会や経営検討会議で話し合われました。つまり、こうした段階的な病床開設を念頭に置きながら、その時必要な医療機器を整備する方針をとるということでございます。病棟の3分の1しかオープンしていないにもかかわらず、病

院全体に新品の医療機器が全配備されるということは想定しておりません。

というのは、医療機器はそもそも進歩が早く、最初に全てを整備してしまうと後から就任した医師にとっては、型式が古くなってしまい、使い勝手の問題が生じる可能性がありますので、十分考慮したいと思います。

よろしいでしょうか。ありがとうございます。

では次に「3. 附属施設（宿舎・保育所）についての考え方」についてですが、説明をお願いします。

事務局 （議事 （2）地域医療センターの医療機能について 「別紙3-2 地域医療センターの医療機能（協議事項）」に基づいて「3. 附属施設（宿舎・保育所）についての考え方」の説明を行う。）

会長 ありがとうございます。今の大きな病院では初期研修医の宿舎を用意することは普通に行われています。初期研修医は売り手市場であり、待遇が良いところでなければ初期研修医さえも集まらないということがあります。看護師についても看護師宿舎がなければ看護師募集にあたり、かなりのディスアドバンテージとなるため、是非整備していただきたいと思っています。また、医師の30数パーセントは女性医師ということもあり、そうした方のためにも院内に保育所を整備していただきたいと考えています。

こうした附属施設について千葉大学ではどのようにされていますか。

委員 初期研修医についてはレジデントハウスを整備し、研修医確保対策の一環としています。後期研修医については特に宿舎を設けていませんが、希望があれば対応するものとしています。看護師についても宿舎を整備しています。

特に保育所については、女性医師の子弟のみならず看護師の子弟の保育ということで常に満員の状況です。医療センターで整備する場合は余裕を持って付設されていたほうが、医師あるいは看護師確保には非常に有用ではないかと考えます。

会長 ありがとうございます。他に何かご意見・ご質問ありますか。

委員 事業所内の保育所という捉え方で記載されていると思うのですが、例えば、市が運営する保育所的なものを近隣に設立するということはできないのでしょうか。

そうすることによって事業所内保育の弊害としては、七夕祭り等の地域行事を行う際に事業所内保育所単独では非常に動きづらいということがあります。一般の方も入所できるのであれば、そのあたりで子供の教育にとってもよいと思います。

委員 一般の保育所の場合、子供の具合が少しでも悪いと預かってくれないことがあります。看護師や医師は面倒を見るために、職場を休まざるを得なくなるということがあるため、その辺りを十分に勘案して、一般の保育所とぴったり併設というのはなかなか難しいところがあるのではないかと思います。

委員 保育所については必要性を十分理解しているため、どのような方向整備すべきかを行政側で検討したいと思います。

会長 医療専門委員会で検討した段階では、一般開放ということではなく、病院職員を対象とした施設というイメージで検討してきました。ただし、意見として、東金市で特に困っている病児保育に限って院内保育所にて対応していただいても良いのではないかという意見もありました。

基本的には病院職員を対象とするものとしませんが、病児保育や委員の発言も踏まえた上で検討していくものとしたいと思います。

委員 ここでの保育所は24時間保育を想定しているのでしょうか。

会長 千葉大学の保育所ではどうでしょうか。

委員 24時間ではないと思います。

委員 県立病院は7病院のうち2病院が変則勤務も含めて24時間対応となっています。病児保育や24時間保育はニーズは非常に少ないかもしれませんが、女性医師が増えていく中である程度どうすべきかを検討しておいたほうがよいと思います。

独法で経営する場合、対象を病院職員のみということになると定員割れすることも想定されます。実際に地域一般に多少なりとも開放している事例もあるため、経営的な観点を考慮して将来的にどうするのかを考えておかねばならないと思います。

また、実際に医師の宿舎で借り上げ対象となる土地はあるのでしょうか。

会長 他の委員より、借り上げ対象となる土地はあるということです。
 保育所の入所対象については、少なくともごく一般的な意味で、
 病院職員以外は考えないものとしませんが、病児保育に関しまして
 は、医療専門委員会でも意見があり、この地域の人たちに益する
 ところが大きいと考えますので、病院職員以外も対象とするのかどう
 かをさらに医療専門委員会にて検討するものとしします。よろしいで
 しょうか。ほかにご意見ありますか。

 では次に「4. 準備段階における中核的医療者の確保、開設前の
 医療者の確保とその研修・訓練」についてですが、説明をお願いし
 ます。

事務局 (議事 (2) 地域医療センターの医療機能について 「別紙3-
 2 地域医療センターの医療機能(協議事項)」に基づいて「4.
 準備段階における中核的医療者の確保、開設前の医療者の確保とそ
 の研修・訓練」の説明を行う。)

会長 ありがとうございます。補足いたしますと、理想的には開院する
 時点で必要職種・人員が揃えば一番いいわけですが、すぐに確保で
 きるわけではなく、特に看護師については早期から確保に努めなけ
 ればなりません。開院前は財政的な裏づけはありませんが、是非と
 もここに記載した必要職種・人員については開院前から募集をかけ
 ることを承認いただきたいと思います。

 ここで「(2) 就任予定の看護師」とありますが、これは全ての
 看護師を意味しているわけではありません。そのうちの中核となる
 看護師に関しては、各診療科の師長に対しては1年前から正式に就
 任していただいて、いろいろなことをやっていただくということで
 ございます。このことについてご意見ご質問ございますでしょ
 うか。

委員 このことの質問前に、「公営企業型一般地方独立行政法人」とい
 う経営形態について、病院の下地が無くて、法人を作ってから病院
 をつくるというケースは日本のなかでこれまでどの位あったのか
 ということが1点と、独立行政法人が発足するのが22年の4月か
 ら5月となっていますが、その時点でどのような職員が配置され
 るのかということ、前提にご質問させていただきたい。

会長 既存の公的病院が独立行政法人に移行した事例はいくつかあり
 ますが、何もなしの中から病院新設した事例はなかなかないため、全
 体像が見えにくいということがあります。このことについて事務局

から説明をお願いします。

事務局

母体のない新設型の独立行政法人については、県市町村課とも協議させていただいており、基本的には所定の手続きを経ることで可能ということです。

スタッフについては、どのように開院前にスタッフを用意するかということにつきましては、医療専門委員会や経営検討会議での議論が必要ですが、来年4月段階で内部的に十分議論したものではありませんが、会長を中心とした事務的な職員の配置を想定しており、その後に診療に係わるコアメンバーを足しあげていって開院に向けていくということです。スタート時点では病院事業の収益が無いなかで立ち上げるということでございます。

委員

事務部長予定者については開設3年前からの確保とありますが、これは重要なことです。医事に精通した人材というのは、一般的な病院でいうところの事務長を想定してのことでしょうか。医療センターについては、もっと広い視野で制度をある程度つくって、病院の事務にも精通しているような、例えば、独立行政法人のヘッドは理事長だと思いますが、事務部長というのは副理事長クラスの事務に精通した重みのある、能力のある人が必要なのではないのでしょうか。これは要望です。

また、開設2年目で看護部長の確保とありますが、この地域でゼロから確保することはかなり困難ではないかと考えます。2年前というのは危惧するところです。このため3年前でもよいのではないのでしょうか。さらに看護部長1名では看護師確保の活動に限界があるため、これを補佐する人材も必要なのではないのでしょうか。

看護師の研修先として、千葉県がんセンターや救急医療センターが挙げられていますが、これらについては現場との調整を図るものとしたしたいと思います。また、近隣で言えば、東金病院のスペースなりを活用していただくことも、場合によっては考えてはどうかと思います。

会長

事務部長予定者については、「医事に精通した人材」と書いてありますが、気持ちとして「医事にも精通した」ということを意味しています。ご指摘のとおり病院立上げから法律的なことを理解し、且つ医事にも精通した方がより適切と考えます。いづれにしても来年4月にはこうした方を確保したいと思っています。

看護部長予定者についてはおっしゃるとおり、看護師確保については、シミュレーションによりますと260名程度必要となっております。

り、それをどのように確保するのかという点で看護部長の存在は極めて重要と言えます。看護部長については内々で予定者を想定し、話を進めているところですが、来年4月からすぐに看護部長として就任することが困難であるため、来年4月から週に何回かは医療センターの看護師問題を検討するために時間を割いていただくというような形の兼務の形で参加していただけないか交渉しているところですが。

東金病院を利用していただきたいということについては、近隣病院でもありますので、非常に良いと思います。こちらとしてはぜひコラボして利用させていただきたいと思っております。

研修先として何故、東金病院の記載がないのかについてですが、これは一般の看護師をがんセンターや救急医療センターにためておいて開院に備えるという意味で名前を挙げてあるわけでは決してありません。これは、中核となる看護師にICUや救命救急センターや救急外来があるような病院に行っていただき、救急のことを中心に訓練をしていただきたいということで、こういう病院が例示してあります。すべての看護師がICUで働くわけではないので東金病院でも訓練できるという面もあるだろうという考えもあるかもしれません。たしかにそうですが、私としては、すべてのコアの看護師のメンバーは救急集中治療にマインドをもった人にしてもらいたいと思っております。

話は脱線しますが、私が千葉大学のICUの部長をしていた時の話をします。ICUの若手の看護師が2年間でどんどん変わっていきます。看護部長に異議を申し入れましたら、看護部長がおっしゃるには、高度救急医療、急性期医療をする看護師を育成するのはICUが一番いいので、教育のために送り込んでいるんだと。2年位で次々にローテーションさせて大学病院の看護能力の底上げをしたいので我慢してくださいということと言われて納得したということがあります。そういう意味でコアの看護師のメンバーに関しては、救急外来やICUがある所で救命救急のマインドをもった訓練をしていただきたいというのが、ここに書いてある理由です。そのことと開院までプールをお願いしてということは別の話と思っていただきと思います。

よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは次にこれも重要な問題ですが、「5. 段階的病床開設についての考え方」について、説明をお願いします。

事務局 (議事 (2) 地域医療センターの医療機能について 「別紙3-2 地域医療センターの医療機能(協議事項)」に基づいて「5.

段階的病床開設についての考え方」の説明を行う。)

会長 今、ご説明いただいた通りですが、経営的な側面から5年ということでしたが、建物が最初に出来てしまいますので、建物のある部分は5年間使わないままということは、医療財政的にも不利ですし、住民のニーズに可能な限り早期に対応するためにも、できれば、3年でフルオープンということを目標に、全力で医師や看護師を確保するというにしたいという、ある意味、方針の転換でございます。このことについてご意見がございましたらお願いします。

委員 3年間での段階的病床開設について、1年や2年間で可能なことを3年間かけて行うと捉えることもできる。会長の発言イメージによれば、3年以内のフルオープンを目指すという表現が適切ではないでしょうか。

会長 計画は3年ということですが、文言として3年以内での段階的病床開設とするという文言でいかがかというご提案ですが、いかがでしょうか。

 ありがとうございます。それでは「(2) 地域医療センターの医療機能について」ではいくつかの貴重なご意見をいただきましたが、基本的には医療専門委員会での検討結果をお認めいただいたということにさせていただきます。

 次はもう一つの極めて重要な協議事項である、医療センターの経営形態をどうするのかということについてご議論いただきたいと思います。これまでの検討協議会では「地方独立行政法人」が最有力な選択肢とすることまではお認めいただいておりますが、制度上の名称等のいくつか再確認する部分がございますので、これを事務局から説明していただきます。

事務局 (議事 (3) 地域医療センターの経営形態について 「別紙4-2 地域医療センターの経営形態(協議事項)」「別紙4-2 運営形態の制度面における比較表」「別紙4-3 地域医療センターの経営課題と経営形態の関係比較」に基づいて説明を行う。)

会長 ありがとうございます。いろいろ検討して独立行政法人でいいということですが、何かご意見ありますか。

 シミュレーションをしてみました。数字は出ておりませんが、独立行政法人としてやっていけないのではないかと数字は一応押さえてありますし、その前に定性的にみて前から言っておりますよ

うに、独立行政法人が有力な選択肢で検討した結果、経営検討会議ではベストな選択であるということです。正式な名前は公営企業型一般地方独立行政法人でいくということですがよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは経営形態を、公営企業型一般地方独立行政法人ということにしたいと思います。

今後は、先ほど申し上げました今年度末にやらなければならない大きな二つの仕事、つまり、開設申請と独立行政法人の設立の手続きに向けて進めたいと思います。その他何かございますか。

委員 知事が代わられた後の県の財政支援について確認のためにお尋ねします。85億6千万円、10年間、これは確認できるということでしょうか。

また、国の地域医療再生臨時特例交付金は、全県で申請を行いますが、この山武地域について、県として申請のなかに入れるつもりはあるのかどうかお聞かせいただきたいと思います。

委員 県の財政支援については、知事が直接、お二人の市長と町長とお話されておりますし、その際、阿井議員も同席されてたように思います。また、この度の県議会でもそのように進めていきたいと答弁しております。

地域医療再生の交付金については、医療審議会に諮って進めていく予定としています。いくつかの条件があるため、千葉県地域医療がきちんとうまく機能していくことを大前提として、全県的なものと、モデル地域のものとを想定し、現在検討中です。

委員 100億円が全国で10箇所、30億円が全国で70箇所、これらと85億6千万円は別枠と考えてよろしいのでしょうか。

委員 85億6千万円と地域医療再生の交付金は別枠でございます。

委員 先般、医療再生と耐震の件での公金について伺っているが、医療再生という意味では山武・長生地域というのはネガティブなモデル地区であると思っています。

その中で核となる東金病院に対して医療再生となる国の助成について工夫をしていただきたいと思います。よろしく願います。

委員 地域医療再生の交付金については、期間や条件の問題がありま

す。まずは条件にあっているのかを精査しなければなりませんし、千葉県全体の地域医療がうまく機能するということを重点的に考えていますので、医療審議会等に諮っていきたいと思います。

また、今回の資料にある検討スケジュールをみると、非常にタイトであると感じています。このため、執行部と議会とでご協力いただいて迅速に進めていただきたいと思いますし、私どもも協力してまいりたいと思いますので、よろしくをお願いします。

会長 ありがとうございます。よろしく願いいたします。他にありませんか。

委員 医療センター建設計画の中に土地というものがありますが、前回の委員会で質問させていただきましたが、土地の単価・評価額は決定しているのか、またはいつ頃決定するのかについてお答えをお願いします。

会長 立地場所についてはコンセプトにもあり、検討協議会でもご承認いただいておりますが、いつ頃土地を取得するのかあるいは取得するときの単価が決まっているのか等について、お答えください。

事務局 土地取得につきましては前回の協議会を経て3月31日付で東金・九十九里から地権者に対して土地の確保のお願いをしました。基本的には医療センター事業の主旨を理解いただき、土地を確保できる旨、文書による回答をいただいております。

ただし、実際問題として、いくらで取得するのかについては今後の交渉となります。また、土地計画上の地区計画変更手続きもあるため、いつの時点で取得できるのかという点については今後となります。取得価格については今まで山武医療センターで検討してきた隣地の46番をベースにしながら、いろいろな状況を踏まえて地権者との協議を進める予定です。

委員 医療センターの建設を進めているが、肝心の土地取得についてはどうなっているんだという声もあるため、いろいろと問題はありますが早急に決定していただきたいと思います。

事務局 今日決定していただいた事項に伴って、経営シミュレーションに反映させることとなります。その中で、土地の取得価格についても具体的に経営できる範囲のなかで、ある程度の方針を出して、なるべく早い時期に皆さんにご協議しながら、地権者と詰めていきたい

と考えておりますので、よろしく申し上げます。

会長 よろしいでしょうか。他にございますか。

委員 経営形態の比較の中で、4つのうちの独立行政法人が一番よろしいということですが、私共県立病院は公営企業法の全部適用でやっております。この表だけみると地方公営企業法が相当悪い経営形態である印象を受けますが、そこは検討していただいて、県としては、公営企業法のデメリットについて何とか少なくしたいということと、独立行政法人についてもいろいろ検討しているところですので、そのあたりのご理解をお願いいたします。

委員 スケジュールの考え方について、最終計画案は9月一杯という形で、計画ではなっていますが、正直なところ、いつ頃でくるのかということが一番気になっているところです。このスケジュール想定でいきますと、遅くとも10月には手続きに入ることができるということですが、9月の定例議会にこういう状態で最終計画案が出せるのかどうか。あるいは、10月の臨時議会を設けてそこで提示されることを想定しているのでしょうか。このあたりをきちんと出していただきたいと思います。

事務局 私どもの想定としましては、「別紙1-2」中の「市町議会への報告・承認」というのは、法律上の議決事項とはなっておりません。私どもとしては全員協議会に最終計画案をお示しさせていただいて、基本的には承認をいただきたいという形で考えております。最終計画案については今のところの予定では、9月定例議会後の全員協議会にて報告をさせていただきながら、承認を得てまいりたいと考えているところでございます。

会長 よろしいでしょうか。定例議会ではなくて全員協議会でご説明してということですか。

委員 予算的な問題と関連するため、その手法ではいかがなものかという思いがあります。報告事項というよりは議決事項という体制をとらなければいけないのではという疑問があります。

事務局 スケジュール案の事業計画については地方自治法96条の議決事項とはなっておりません。このため、全員協議会をとおして議決事項に近い状態で承認、同意をいただきたいと考えております。今

後、地方独立行政法人の議決事項が出てくると思いますが、これらについては出てきた段階でチェックしていく方法で進めていきたいと思います。

このように市・町議会での議決事項となっておりませんので、検討協議会で最終確認をしていただいた計画案を、ご報告させていただいて報告事項に対して、ご承認、同意を得たいと考えているところでございます。

会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。他にございますか。

本日の議事である地域医療センターの医療機能のより細部の面と経営形態について、基本的には医療専門委員会および経営検討会議で検討した結果をお認めいただいたことになろうかと思えます。大変ありがとうございました。

本日ご承認いただいたことを元に、また、医療専門委員会や経営検討会議で検討をしていきたいと思えます。そこで決定したことをこの検討協議会にてご議論いただいて、ご承認いただきたいと思います。それではありがとうございました。

司会 ありがとうございます。長時間にわたりまして熱心なご討議をいただきまして、ありがとうございました。以上で第3回1市1町地域医療センター検討協議会を閉会といたします。今後、9月から10月にかけて検討協議会を予定しております。会議日程等でご迷惑をおかけすることがあろうかと存じます。その節はご協力の程よろしくお願いいたします。本日はありがとうございました。

12:25 開会