

第2回 大牟田市立総合病院経営形態検討委員会 議事録

日時：平成19年5月31日（木） 15:00～17:00

場所：大牟田市役所 北別館 第2会議室

出席者：信友委員長、西村副委員長、池田委員、嶋田委員、下川委員、永利委員、山口委員

事務局：肥川経営改善対策室長、村中主査、東川

オブザーバー：中山院長、村上看護部長、島内事務局長、野口副院長、末吉副院長、森田副院長、田中総務課長、國崎医事課長、吉田総務課主査、石橋総務課主査

事務局（肥川理事）：それでは、定刻の3時になりました。委員会を始めさせて頂きたいと思いません。本日は、7名の委員全員の出席を頂いております。委員会設置要綱第4条第2項の過半数以上の出席要件を充足しております。委員会は成立していることを宣言したいと思いません。それでは、第2回の大牟田市立総合病院経営形態検討委員会を始めさせて頂きます。冒頭ではございますが、事務局から要望がございます。病院職員のオブザーバー出席、副院長3名、それから事務系の職員3名の出席をご承認頂きたいと思いません。理由について、副院長3名については、委員会審議のいわゆる迫真の審議を病院幹部として肌身でもって感じておきたいと。更に、診療上の細部質問等ありましたら、外科系・内科系それぞれ副院長がおりますから、即座に円滑に答えていきたいと。それから、事務系の職員3名については、資料の作成を分担しております。従いまして、特に人事関係・給与関係・さらには経理関係これらを統括します課長1名と、担当者2名、質問の主旨等を直接聴取、理解して適切な資料作成に資すると、そういう理由でございます。ご承認いただければご紹介申し上げます。宜しくお願い致します。宜しいですか？

委員長：はい、では第2回の委員会を始めますけども、最初に、事務局から今の様な提案がありました。みなさん、ご異議はありませんでしょうか？

全員：はい、異議なし。

事務局（肥川理事）：ちょっとご紹介だけさせて頂きます。副院長の野口でございます。同じく森田でございます。同じく末吉でございます。総務課長の田中でございます。それから主査の吉田でございます。人事給与を担当しております。それから主査の石橋でございます。会計経理を担当しております。以上でございます。宜しくお願い致します。

委員長：有難うございました。相当密度が高い論議ができるということで非常に歓迎したい提案だったと思いません。それでは、2回目に入る前に議事録はもう皆さんに承認して頂きましたので、全て市民が目を通して、そういうことを前提にして、今回は、我々が事務局の方に資料要求、追加をお願いしましたところ、ここまできている物と、それから準備中の物と、あるいは我々が見てからこれはもう1回作り直して欲しいという物とあるかもしれませんけれども、それを前

提にして、第2回では地域完結型の医療という中で、大牟田総合病院の診療内容の見直しですね。それをどういう視点から見直しをしていくかということ、今回の管外搬送記録だとか診療科によつての紹介率の違い、そういうものを基にして検討して参りたいと思います。その後は、改善がどこまでいったのだと、どういう改善計画でどこまで実現したのだという委員の要望がありましたので、その実績が示されております。じゃあ、これからも改善だけで、大牟田市立病院は継続性が担保出来るものかどうなのか。だから、改善ということは何処までいくのかどうなのかという事を検討してまいりたいと思います。そして最後に、今の様な運営形態で継続性が担保で出来るかどうかと、それに構造的なもの、それから、事務局で今言われましたように、給与体系を柔軟に運用出来るような権限が病院長に与えられているのかどうなのか、そういう細かい所まで論議して、今日予定しております論点の中間的な整理までいきたいと思っております。それでは事務局・・・

嶋田委員：委員長。一つよろしいですか。

委員長：はい、どうぞ。

嶋田委員：このような経験がありませんので、3つ程今の進行についてお尋ねしたい点がありますが今宜しいでしょうか？

委員長：はい、どうぞ。

嶋田委員：すいません。まず1つが、先般からお話にありますように、病院の運営形態や診療の再分配といった内容についてのお話と、先程出ましたような人件費等のデリケートな問題を含んだ収支の内容についてのお話というのは、今後同時に進行していくのかということがまず1点。2点目は、新聞報道にもありましたように、改善による効果が数値となって表れていますので、この委員会で、先程、今後やはりその点もおっしゃっていましたが、悪い点の追求ということも当然していくべきでしようが、せつかく良くなっている良い点の更なる推進についての話し合いというか検討は行われぬのか？というのが2点目。3点目が、前回の委員会の終了後に希望する委員が、院内の案内をして頂けるといくことでしたので、私は見せて頂いたのですが、その時沢山の資料を頂いたのと同じ様に、やはり院内を見せて頂いてとても有意義でした。他の先生方は勿論ご存知だからいらっしゃるのかもしれませんが、共通の資料で話し合いをするのと同じ様に、やはり現場に対する認識も共通であった方がいいのではないかと思いますので、委員会の時間中に委員会で見学する時間はとれないものか、以上3点の質問です。

委員長：1番目は、全体像を把握する為に地域完結型医療という中で病院をみるということ。そのコストは、誰が負担しているのかということは全体像を掴まないといけません。同時進行でこれはやっていかないといけない事なので、それは続けてまいりたいと思います。それから、2番目の改善ということで、今お話ししましたように、何処まで出来ているのか、改善という発想

だけで、だから、構造は変えないということですよ。改善だけでどこまで大牟田市立総合病院は継続できるのか。10年後でもそれは継続できるのか、そういう事を検討していきたいと思います。そして3番目は考えましょうか。1回、病院の関係者と現場で懇談会じゃありませんけど、意見交換する場、あるいは現場を視た後、現場を守っておられる方々と、意見交換をするということを考えてみたいと思います。この委員会の2時間の中でやるのは、ちょっともったいない話ですので、3回目と4回目の間にするか、最終答申を準備する頃にやるか、ちょっと事務局と調整を図ってみたいと思います。

嶋田委員：ありがとうございました。

副委員長：もし、そういうふうな院内の見学その他ね、されるとすれば、できるだけ早くがいいんじゃないでしょうかね。

委員長：それじゃあ、ごめんなさい、早めにやると。すいません、私が3回目以降と言いましたけれども、3回目返にね。

副委員長：早目がいいと思いますよ。

永利委員：だから、当日ちょっと1時間位前とかに着いて、委員会が始まる前にして頂いたらかえっていいのではないですかね。

委員長：じゃあ、新たに委員会はやらないのですね。

永利委員：視察した後に・・・

委員長：はい。

副委員長：次回、例えば3時からの際1時間早めてとかですね。まあ、そういうふうな、例えば、協議を1時間遅らすとかですね。何かそういうふうなのがいいと思いますよ。後でされるよりね。

委員長：はい。次回時間調整、事務局の方でお願いします。

事務局（肥川理事）：はい。日程調整、時間調整させていただきます。

委員長：副委員長の西村さんから発言があるようです。

副委員長：どうぞ宜しくお願い致します。それと協議に入る前にですね、お手元にちょっとお配り致しました、このプラタナスというのは、実はね日本医事新報という非常に伝統ある、我々医

療人の週刊誌でございます。週に1回、現在まで5月26日号4335号目です。ぽっと開けましたらね、一番冒頭にこれは載っておりますね、信友先生が医師不足の原因は1つかというテーマで書いておられます。これに、大体投稿というか、これはね、医事新報の方からね寄稿をお願いするという立場のもので、勝手に我々が手を挙げて投稿するような代物じゃないのです。医療会のオピニオンリーダーが大体書かれる。それだけ信友先生非常に有名な方だという事をまずご存じておきいただきたいと。それからもう1つはね、医師不足の原因は1つかということなのです。これが、僕はね、テーマとして非常にいいテーマだったなと思ったのは、この自治体病院の赤字体質は果たして1つなのかじゃないのです。非常に多岐に亘るんだと思うんですね。今言われたように、それを1つ1つ洗い出してね、今までかなりこれ見ましたら、今までデータ見ましたら、これ相当努力されています。かなり努力されています。それ以上、まだ出来るのか出来ないのかね、そこら辺からまずとりかからないといけないのだらうと思います。それで出来ないとすれば、次は形態を変える。その次はどういう形態が一番いいのか、そういうシュミレーションしていくべきだというふうに思います。まずご紹介しておきます。後でまた内容をお読みになって下さい。宜しくお願い致します。

委員長：で、そういう進行でよろしいですね。

嶋田委員：では先程の改善につきましても、更ならまたもっと出来ないかという事も、ここで一応お話をしても良いということですね。

委員長：勿論です。じゃあ、今日は中間整理をするという意味で、どういう話題をどういう順番でするかというのは白板に書いておきますね。まずはその診療の見直しですね。今回、大牟田総合病院で診ることができなくて管外搬送した、これは何故なのか。今後どうするのかとそういうデータもありますよね。それから紹介率をみると、地域の先生方からどれだけ信頼されて紹介を受けているのか、受けてないのか、そういうデータもありますね。そういうことを検討していきたいと思います。

それから経営の面ですね、一般の自治体立病院と比べて、診療科別にみた時に、生産性がどうなのかなと、生産という言葉が馴染まないかもしれませんが、それから見ていくことにしましょう。

それから2番目に改善計画ですね。改善ということで、どういうことを実績として出たのか。更に、改善すべき余地課題がどういうものがあるのか。これをリストアップすることをやってみましょうか。

それから最後に、継続性を担保出来るための権限が病院長に与えられているかどうか。権限ですね。このいう3つの事が1回目のときの資料請求の項目を見まして、1回目の議事録からみれば、こういうことをこの順番で論議していかないといけないなと思いました。

じゃあ、最初にその診療領域の見直しですね。それを関連する資料でちょっと事務局のほうで簡単に、この資料とこの資料というのがあれば、なければ私が簡単に。皆さんのお手元にあるやつが2枚目が、我々が資料請求したもののリストと、今どこまで整理されたかというものです。

それ以降が、今日までに整理が終わったものがあります。まず3枚目・4枚目にですね、大牟田市立総合病院からの管外搬送件数、平成18年年間49件管外搬送記録があります。これを、皆さん目を通して下さい。西村先生なんか、もう全部マーカーを引いておられますけれども、これを見ましてですね、大牟田市立病院は正直なところ、こういう事が出来ないのか。あるいは、たまたまマンパワーが他にとられていたから出来ないのか。具体的に考えてみてですね、大牟田病院はこういうことが全て出来るように、管外搬送が出来ないように、管外搬送しないで済むような診療内容の、スクラップアンドビルドすべきかどうか。そういうことを考えてみたいと思うんですね。これが今日は1番大事な資料だと思いますので。あと、どこで大牟田市民は亡くなっておられるのか。実際はここで亡くなりたいたいけども、現実はどうじゃないかと。じゃあ、その中で大牟田市民病院は何を担わないといけないのか。これも2つ目の論点になってくると思います。それは、どこにあるかまたありますのでですね、みて頂きましょう。

それから、3番目は診療科別の紹介率があります。これ紹介率が高いという事は、地域の先生方がよくご存知で、「自分の所で出来ないから大牟田市立総合病院で診断をしてもらおう」、「確定診断をもらおう」、「治療方針を作ってもらおう」、「癌治療の最初の治療をもらおう」ですね。そういう地域の中で分担を明確な所は、紹介率が高いのですね、一般的に。低い所はどうするのだと。

下川委員：ただこの紹介率の問題の中にですね、絶対数が出ていないから、これでは簡単に評価できないと。

委員長：じゃあ、そういう追加の資料が必要だという事なので、紹介率だけで最終的な評価を今日は確定する訳ではありませんので。最終的に評価をするのに何が足りないかというのを、今下川委員から出ましたように、それもお願いしましょう。さしあたり、そういうデータで大牟田市立総合病院の診療内容・診療領域の強い所 弱い所を、今回、口頭で西村先生の方からお願いしたいのですけれども。1回目の論議をしましたように、民間病院がやっていることは市立総合病院で特にやらなければいけないという事情があればいいけれども、だぶっているものは手を離してもいいんじゃないかというのがありましたよね。医師会の方からみて、だぶっているものは何であるのかというのを、後で口頭でもいいのですから、コメントして頂ければと思います。

副委員長：委員長おっしゃる、その事は非常に難しい問題でしてね。我々医師会がまた厚労省が今進めております国民皆保険制度の基本的なスタンスはフリーアクセスです。いつでもどこでも誰でもというですね、このフリーアクセスが基本にあるものですからね。なかなか、それとですね、これは患者さんとか地域の皆さんから選ばれるわけですね、医療機関というのは、基本的にですね。ですから、これをね、今色々問題になっております。今度ね、来年4月から始まります、後期高齢者医療保険制度というのがかかりつけ医というのが基本にあって、そしてゲートキーパーになって、そして次の治療の時に専門病院に搬送して送っていくと。そしてまた、軽くなったら返してもらおうというような、そういう流れを作ろうとしているんですね。それは、医療経済を効率的にするためには、それが非常に理想的ではありますが、ただ皆保険制度の基本であるフリーアクセスを阻害する、この事がちょっと問題だと思っております。ですから、そこら辺が非

常に難しゅうございます。あのですね、結局基本的に患者さんから選ばれる医療機関であるべきだというふうに、まあ、どこでも努力していると思いますけれどね。市立総合病院も同じ様にそれは努力されている訳ですから。民間病院と民間医療機関と競合するところはですね、確かにあると思います。ただ、我々診療所といたしますが、民間医療機関からみますとですね、やはり2次から2.5次位の救急を診ておられるとっております。3次になりますとですね、久留米の救命救急センター、今度聖マリアに出来ました救命救急センター等をお願いしておりますが、2.5次位までを受け持って頂いておるわけで、そこら辺を競合しないですね、医療機関がはっきり色分けするという、これ実際問題としては不可能だろうというふうに思います。

下川委員：それからもう1つ、大牟田市立総合病院の論議をする中でですね、1つ我々留意しておかなきゃならない問題は研修機能だろうと思うんですね。医師の。それはここの表にもありますように25歳から29歳まで医師の人員が多いんですよ。これは前期と後期の研修機能をかなり担ってるんじゃないかというふうに思われますので、その点を考えますとね、単にその際立った診療科だけを重点的にやるのかというと、ちょっと問題が出てきやしないかというふうに私は思っております。

副委員長：おっしゃる通りだと思います。

下川委員：だから、この病院というのはあくまでも中核病院としてどうあるべきかという事を、捉えた方が大牟田市民も納得するだろうし。それから、周囲の医療機関の皆さん方もサポートしやすくなるかなというふうに私自身思っておりますけれども。

副委員長：下川先生はご存知だと思いますけれども、久留米大学の教育関連病院としてですね、第1に掲げられているのが大牟田市立総合病院で、まあ、そういう面では非常に医師不足の今の時代にですね、供給源として久留米大学がしっかりしておられると、これは非常に喜ばしい事だと思います。現にお隣の荒尾市民病院ですね、あそこなんかもう随分3分の1くらい大学が引き揚げておましてね、まあ、それから大牟田内にありますと、天領病院もそうです。そういう点から言いますと、医療機能は非常に潤沢といたしますか上手くいっているというふうに考えております。

委員長：新しいというか、新しい切り口の論点が出たと思うんですけども、大牟田市長はこれを臨床研修病院として全ての診療科を揃える、だから総合病院としての診療科を絶対確保するという方針を決めておられるのですかね？経営がどうであれ全ての診療科を揃えるということを大前提にしておられるのですかね？これ開設者の方針だと思うんですけども。そうなる今みたいに重複しておるから止めようとかということも論議も出来なくなります。

嶋田委員：市長のあの時のお言葉の中に、医療水準を低下させないよう維持向上を図るとかというような表現がありましたので、やはりその辺は・・・

委員長：水準じゃなくて幅の方の話ですので。

嶋田委員：地域に不足しがちになる不採算医療についても担保していただいて、このような公共性は今後とも継続されなければなりませんという言葉がありまして、先程の言葉に繋がっていましたので、残さないといけないというふうにお考えじゃないでしょうか。

委員長：だから、不足しているものだけを整備するのか、だから重複しているものは民間で出来ているから、連携を強くしてやるというあり様はありますね。でも、今下川委員が言われたように、ここは元々臨床研修指定病院ということで、そして若いドクターが来るから経営が成り立っておるといふそういう経営構図であれば、臨床研修指定病院という看板を下ろしては駄目なのですよね。そういう方針を市長は採っておられるのであればね。

事務局(肥川理事)：宜しいですか？市長の見解ということですが、そういうお話を市長に具体的に確認した事はございません。ただこの委員会について、市長がそういう点も含めて、1回答申を出してくれという事だと思います。

委員長：じゃあ、そもそもの所までは我々が論議をすべしということをお前提としましょう。

事務局(肥川理事)：それで先生ちょっと宜しいですか。沢山溜まってきますとですね、どれがどうか分からなくなりますので、ちょっと先生の方から言われました、委員長から言われました管外搬送とか、こういうものについてちょっと答えて・・・

委員長：はいはい、順番に私がお願いしますので。

事務局(肥川理事)：はい。

委員長：だから、今のような診療内容の見直しをするということが、これがあり方で一番最初に手をつけないといけないことですね。それから地域の中に不足しているものがないかどうかということですね。で、患者さんが管外搬送というのは、これ患者さんが割を食っているという話ですね。じゃあ、どうしたらいいんだろうかということを検討しないといけない。そのための資料がありますよと。そして新たに下川委員からも、そういう発想じゃなくて臨床研修指定病院というものが、これは大牟田にとってある意味勲章でもあるだろうし、若い人がそれを維持してくれる経営構造になっているのだから、それで出てくる赤字はいいじゃないかという論点があると。ただし・・・

下川委員：いや、赤字でいいとは僕は全然考えられない。

委員長：それはいいんですか？

下川委員：そりゃ、もう全然。ただですね、診療科がある診療科に集中していいのかどうかというのが問題であって、中核病院としての機能は絶対保持しながら赤字は絶対許さないというふう形で考えていただかないと。

委員長：すみません、はい。だから全ての診療科を揃えておくというその基幹病院ですね、基幹病院だからこそ臨床研修も出来るじゃないですか、そういうロジックですね。

下川委員：基幹まではいきませんがね、中核と基幹の中位の所を狙ったら一番この大牟田地区としてはベターなんじゃないかと。

委員長：相応しいんじゃないかと。

下川委員：公共施設としての市立病院になるかどうか、それはまだ分かりませんが、相応しいんじゃないかなと私は思っております。

委員長：だから、下川委員のポイントはですね、私はスクラップアンドビルドと言いましたけれども、じゃあ、総合病院が癌センター及び救急医療センターになると、そういう様な極端なスクラップアンドビルドはいかがなものかという論点ということでもいいですかね？

下川委員：はい、そうですね。

委員長：他に論点になりそうなものはなかったですかね、診療の見直しで。

永利委員：はい、いいですか？

委員長：はい。

永利委員：今回、私達医療関係比較的疎い人なんかも入れて頂いておりますけれども、経営的に見たときに市立病院というのは一体何をやる所か、というのを明確にすることが非常に大切ではないかと思っております。先程、西村先生からもご指摘があってましたけど、ぴしゃっとした区切りは出来ないにしても、大きく分けたら近くに大学病院が熊本と久留米にあります。それから、聖マリアとか、かなり大きいしっかりとした中核病院もある。それから、民間のある中で市立病院というのが一体何が特化出来るのかという中で、基本的な所の方向性とか特色、これをやっぱり特化していくべきでないか、というのを方向付けていくことが大切なんじゃないかと思うんですね。それに対して、今度、色んな所の重複しているものを全部やるとかという市長の方針よりも、むしろだぶってて、これは民間のほうにお任せした方がいいんじゃないかと、これは

中核病院、大学病院。だけど、この地域の中の一番中核病院としてはこれだけは絶対必要だと、これにはもっと特化して充実させましょう。これは思い切ってどっかに切り離そうとか、そういうふうなところまでの方向性がある程度大まかに出てきて、それが合意が得られれば、今度は収支面における何処がどう無理があるのかをどう負担していくのか、どう改善していくのか、というふうに議論を進められていくのが面白いんじゃないかなという気がしてるんですけどね。

委員長：はい、そうですね。

副委員長：あの、いいですか？

委員長：はい。

副委員長：公的病院の役割というですね、ひとつこれまであった役割があるんですね。これはね、やっぱり民間病院が出来ない不採算部門、不採算医療と言いますかね、それから政策医療といいますか、そういうものを担うものが公的病院の役割だったんですね。それをずっと追求したためにですね、現在の赤字体質が来たと。先程、僕は、原因は1つじゃないというところの中の1つなんですね。これをどういうふうな形で、これからもね、市立総合病院として維持していくのか。できるのか、できないのか、ということを議論していかないといかんわけですけどもね。ですから、そういうふうな不採算分も担いますか、とか、不採算分も切り捨てていいですよ、と言ったら、そりゃあ経営簡単ですよ。それから、人件費をがばっと民間並みに落しますよとか、そういう事やり出しましたらね・・・

委員長：今は診療そのものですから。不採算だから止めるとかいう発想は全く論議を我々は・・・

副委員長：そうです。ですから、そこら辺もピシッと踏まえて議論しないとおかしくなってしまう。

委員長：だから、そもそも地域経営の中で、総合病院は何を担わなければならないのかをデータで論議しましょうと。それから今分かりましたのは、市長はこれをやりたいという大方針を持っておられるわけじゃないから、根本的にここの委員会で原案をつくると、そういうつもりでやっていきましょう。だから永利委員が言われたその視点に立って論議していきましょう。

副委員長：ですから、地域医療を担う医師会としましてもね、また、地域住民・市民としましてもね、やはり不採算部門も担って欲しいんですよ、基本的に。ところが赤字では困りますよという部分がありますんでね、なかなか二者択一という上手くいかない部分がある。それが、今まで大変苦労されてきた経営だろうと思います。

委員長：まあ、赤字の事に関してはマネージメント、改善で賄えるのか、構造改革しないといけ

ないのか。あるいは中央政府の問題なのか。原因は1つじゃありませんので。ただ、不採算医療だったから今まで補填してきたという、ちょっと官庁事業としてはいかなものかという認識が国会の方にもできましたからね、色んな検討をしないといけないと思います。

永利委員：先日も県の行革にも入っているものですからね、県立病院がもうほとんど無くなってしまいましたからね。県の方はですね。それから、長年何十年もその院長をされていた方と好意だったもので、大牟田でも市立病院がこういった形で問題になっていきますと言ったところ、根本的に、県立病院と市立病院にはバックグラウンドが違うんじゃないかと。1つは、地域医療という中で、不採算だけれどもやらなきゃならんからという名目が非常に高かったので、採算度外視してもやらざるを得なくて、赤字体質が助成された面もありましたと。結核病床は非常に多かったですもんね。結核が無くなってきたという事と、それから大学病院が県内に4つあるでしょ。福岡県には。これは、全国でも珍しいと、普通の一般県からみたら。役割分担した時に、県立病院の絶対的な必要性というのが市立病院とはだいぶ違うんじゃないかと。その辺を、よく考慮して議論しないと駄目だよと、アドバイスを頂いてきたんですけれどね。

委員長：はい。

副委員長：県立病院と市立病院は全然違います。はっきり申し上げてですね。やはり身近ですよ、市立病院というのは。だから、5つの県立病院が無くなってしまった理由は、そういう存在意義が無くなったということです。親方日の丸でね、それは先生達が1番よく知っておられると思いますけれどね。

嶋田委員：市立病院はまだ市民は求めております。

永利委員：そこは、しっかりおさえた議論になっていかないといけないと思いますね。

委員長：であれば、赤字補填を税金ではなくて病院債というものを作って下さい。それ市民が買いますからと、いう市も出てきているんですね。

嶋田委員：じゃあ、株主になるということですか。

委員長：そうです。我々が使うのですからね。

永利委員：受益者負担という発想も大事ですよ。

嶋田委員：そういう事も考えていいのですね。

委員長：それから、今、県立と市立が出ましたけれど、県立病院と市立病院の統合が今もう始ま

っているんですよね。ことごとく失敗する。県庁諸君の発想と市長・市レベルの発想が違うものだから、玉石混交になってしまって、高知医療センターが一番最初ですけれども、やっぱり内部分裂が起きてきてね。それから、もっと緊急性があるのは、徳島市の県立病院、市立病院の統合。あまりにもですね、たった20何万人のところに大学病院と県立病院と市立病院と済生会と日赤があるんだからね。あり得ないようなことがだいたい起きているんですよね。でも、その統合は上手くいかない。ということは、運営主体のこだわりがあるんじゃないですかね。市民を守るため、県民を守るためという発想が無いがために起きているんじゃないかなと思うんですね。だから、ここは、あくまでも市民が負担をしますと、もし赤字があるのなら税金は使いません、というような発想であれば、じゃあ、診療は何を維持してもらうか。重複しているところは医師会と協議してもらおうかという事になると思いますね。

永利委員：それくらいの自己責任で受益者負担の自己責任でもやるよという覚悟があるか無いかによっても、随分答えも違ってくるんじゃないでしょうか。

委員長：だから、今のような論議で行けば、運営形態も当然ですね・・・

嶋田委員：そういう考え方ができるんだということが、市民が分からないじゃないですか。でもここでそんなのが出たらそんな考え方もあったんだというのは当然浸透していくと思いますのでお願いします。

委員長：はい。それは運営形態の考え方ですね。だから、ある市では今度病院を新築しないといけなと。税金で百何十億建てるの止めて欲しいと。病院債を発行してください、それを全部我々が買いますからと。買うからにはアドバイスできる権限を下さいとは言いましたけれど。それが市民による市民のための病院づくり、一つのある地方の動きですね。だから、大牟田もいいチャンスで、どの様に、これだけの貴重な歴史のあるですね、多くのマンパワーがあるところを活かしていくか、継続して担保していくかという事を考えていけばいい。非常に本格的な論議は1回目から続き、2回目も続いているんでありがたいと思っています。急ですけども、院長あるいは今日は3人副院長がおられますので、管外搬送記録がありますね、49件。これは、そもそも、大牟田総合病院で出来ない事例なのか。それとも、たまたまマンパワーが拡散しておったがために、あるいは救急患者が重なったがために管外搬送したのか。その切り分けをちょっとしてもらえますか。

事務局(肥川理事)：そしたら、この件については、医学的な判断が加わっておる、搬送の判断に加わっておりますから、院長の方からお答えさせてもらいたいと思います。

中山院長：院長の中山でございます。当院の管外搬送の基本的な考え方といたしましては2次及び3次救急及び2次、先程西村先生から言われましたように2・5次という表現がありましたけれども、我々の認識の中では、3次まで出来る診療科は我々が行うというのが基本的な考え方

す。しかし、地域完結型医療と名を打ちながらもやはり管外搬送が130例中49例。約38%は管外搬送をしております。それは、症例によって、あるいは患者さんの状態によって、あるいは医療器械の不足、あるいは専門医が不足しているがために管外搬送せざるを得ない症例が多々あったと考えております。それは、久留米大学を中心として、聖マリアあるいは新古賀病院に送っております。これは、49例皆さんのお手元に資料を配布しておりますけど、各診療部にそれぞれ振り分けまして、担当の医師に全てこれを書かせております。こういう状況で理由を書いておりますけども、例えば、産科の症例12例この中にございますけれども、考え方としまして、妊娠35週以下で出血・破水の症例は出産時に極小の未熟児、臓器未熟性が想像されますので、より専門性の高い医療機関に送るという事は、私達の病院以外の地域の産科の先生方にも周知されておりますので、そちらからも直接聖マリア、大学の方に送っていらっしゃると。

委員長：それじゃあ、患者さんが割を食ったようなことはないんですね。管外搬送をして。

中山院長：その産科に関してですか？

委員長：今のような基準を設けられましたね。管外搬送をしましたね。その結果はどうなったのですか。

中山院長：結果とおっしゃるのは？患者さんの・・・

委員長：搬送先での転帰は。

中山院長：良くなられて私達の所に戻ってお見えになった方もいらっしゃるし、お亡くなりになられた方もいらっしゃいます。

委員長：亡くなったのは、やむを得ない亡くなりかた、それとも搬送したが為に治療の開始が遅れたから亡くなったのですか。

中山院長：そうは考えておりません。早めに搬送したつもりでございます。それでドクターヘリに関しても同じ様な考え方で、これはドクターが乗っておられますので、必要な時には連れて帰られて、必要じゃない時は降ろしてあなたたちで診なさい、という判断をしておりますのでですね。管外搬送は救急車で搬送した例でございますので。あと、循環器に関しましては、急性心筋梗塞の冠動脈バイパス術が必要だと予想される症例は心臓血管外科のある施設、特に久留米大学の循環器に搬送というのが原則とされております。しかし、これが何故そういう事になったかと申しますと、大学からの派遣医が血管内治療医が私達の所にはおりません。それで、大学にも6名いらっしゃるんですけども、専門医がそのうち3名しかいらっしゃらないから、私達の所にまで専門医を派遣できないという大学側の事情がありまして、やむをえず大学を中心とした搬送をしております。これが、どこまで続くかというのは、今大学と交渉中で、なるだけ私達の所で

して頂けるような、今医局と交渉中でございます。それとあと、血管外科に関しては、急性大動脈解離症例は緊急外科手術のできる施設、私達も血管外科はありますけれども、心臓外科がございませんので、管外搬送をさせて頂いています。それから、内科に関しては我々が専門としていない疾患、例えばこの中で90番のビブリオ・バルニカスによる壊死性筋膜炎とか、膠原病、血液病等の症例は管外搬送しております。そして、私達にない呼吸器内科は市内の専門病院、もしくは機能分担を行って管内でまかなうと考えかたでおります。その他は多重外傷とか精神科疾患、管理不能な小児例で、管理不能な火傷の患者さんは管外搬送をっております。その他患者さんの家族、患者さんのご希望で管外搬送した症例もございます。以上が、我々の管外搬送の現状でございます。

委員長：だから、患者さんは割を食べていないという認識なんですね。

中山院長：全て割りを食べてないかと問われますと検証しておりませんので・・・

委員長：2つ目は管内に済生会も天領もありますね。こういう患者さんをそこにまわすなりして、そこから先生に来てもらうということで管外搬送しないで済むような対応の仕方はどうですか。現実的ですか、非現実的ですか。

中山院長：現実的です。実は心臓に関しては天領病院に専門医がおりますもんですからですね、そちらの方に管内で搬送して、我々としては我々で是非まかないたいのですが、おりませんもんですから緊急性があるものはそういう専門病院に搬送しておると。

委員長：じゃあ地域の3基幹病院の救急体制についての、継続的な協議の場はあるのですね。

中山院長：あります。医師会中心としてございます。

副委員長：やっております。

委員長：やっておられるから、ドクター不足だから、総合病院にドクターが不足しているから搬送でなくて、ドクターが不足すれば天領から応援に来るとかいう形で患者さんに割を食わせていない。今ありましたね、市民のための、市民だから市民が割を食うということがあってはいけないので検討しておるのですけれども。

中山院長：そうですね。それは十分に皆さんがお互いに話し合っ、立場が違いますもんですからね、患者さん側の立場を考えますと、今委員長がおっしゃっておったような事が正しいと思います。だから、ゆくゆくはそういうふうな形で、地域の本当の意味での完結型医療をやって頂くというふうに基本的に考えております。

委員長：どのぐらいのスピードで出来そうですか。というのは、10万人、これだけの基幹病院で管外搬送をするのはすごく多いと思うんですね。例外的ではない。日常的になっている。何か足りないんだと思うんですね、システムの。

永利委員：規模的には多いですか？

委員長：例数が多い。管外搬送の。

永利委員：そうですか。

嶋田：先ほど、血管内の治療医が不在で、久留米医大と交渉中とおっしゃっていて、そういうところに関しては、見通しというか、どれ位したら来てそうな見通しは立っていないのですか。

中山院長：それは、ちょっと、医局の都合でございますので、私が言っても推測のところ、話し合いの段階で、まあ、これは正式ではないんですけども、4、5年かかるのではないかという風なことを口頭では言われました。

嶋田委員：もし、先生がお見えになったら症例としては何例かは当然減っていくわけですね。

中山院長：はい。

嶋田委員：ありがとうございます。

委員長：他にコメントは、ないですか。

副委員長：この、救急搬送に関しましては、長年、救急担当理事または副会長、会長の時にずっと言ってきたんですけど、地域完結型で出来るだけやりましょう、ということで、してきたんですけどね、まあ、救命救急センターに手を挙げてずいぶん県のほうにも申し入れしたりしたんですけど、実態とか実績が足りないということで、聖マリア病院に持っていかれた、まあ、非常に残念でしたけど、熊本県北から、福岡県南の救急の拠点病院として、ぜひがんばっていただきたいということで、前の久保院長と一緒にがんばりましたが、なかなか、そういうことで残念でした。

ただ、これからも地域完結型というのは、やはり当然目指すべきです。目指すべきですけど、ただ、採算ベースということになりますと、なかなか難しい問題があります。そこいら辺をうまく天秤に掛けながらですね、地域の皆さん方が満足していただけるような救急医療体制をとこのを作るべきだと思いますが、そこいら辺のことが難しいハードルがあるんですね、医師会として今まで要望してきましたけどね。そういうことはね。

委員長：同じ時期に、1回目で御話しましたがけれど、鹿児島県の出水市では県境を越えて、阿久根総合医療センター、出水総合医療センター、水俣総合医療センターがドクターの都合を、例えば、水俣総合医療センターは麻酔科医がゼロになっているのかな、だから、出水が応援に来る。それから、小児科と産婦人科医は出水市の開業している先生方が夜間、休日に病院のほうに当直に入る。まあ、地域のマンパワーが全てシステム化がたった半年間の論議で出てきたんですね。だから、これまで、5年10年かけて何故出来なかったのかというのをもう一回戻って、誰が悪いという犯人探しをする訳じゃなくて、これだけのマンパワーがありながら、私からすれば患者さんが割を食っている印象を受けるところをですね、もう少し、県境を越えて協議を進めてもらいたい。そのことによって相当診療密度の高いことができる。患者さんにも、経営的にも良くなってくると思いますよね。

これ、見てお解かりのように脳卒中関係は殆ど管外搬送は無いですよ。これは、すごく大牟田の強みじゃないですかね。ええ、であれば、もっともっと大牟田は脳卒中血管系に力をいれて他の領域、火傷だとか、多発外傷だとか、精神障害うんぬん、そういうものは違うところに纏めてとかですね、救命救急、何から何までやるんじゃないで、ぐっと特徴を持たせる。熊本だったら済生会熊本はこれ、国立熊本はこれ、熊本の共同病院はこれ、だとかですね。救命救急はやるけれども、その中で特徴を持たせるということはある。それは、伝統的な医師との連携関係があるからなんですよ。あそこだったらあれだよ、という、そういうものを生かして、どこまで、その診療の再配分をすることによって、市民も割りを食わない、ドクターもボランティア活動に近いような、好意だけで病院に張り付いてやるということが無くなってしまう。自分の専門性を活かしてくれるという、みんながハッピーになってくることをみながら、どこまでやり切れるか、という行動計画をちょっと、我々のほうで作ってみましょうかね。

このままで行けば、ちょっとしんどいというか、経営的にも患者さんから見ても、不安を覚えさせてしまうということがあるので。もうちょっと、出水を例にすればですね、市民が健康不安があったら、総合病院に行っていたから、病院の先生がたが、くたくたになっていたんですよ。それで、救急患者と重なってしまう、それで、遠くのほうに搬送されているというのがあったから、これからは市民の協力を得て、自分が不安だからといって勝手に総合病院に行くのは止めましょう。まず、近くの先生に行って、病院が必要かどうか診ていきましょうと。そういうことも申し合わせが、

永利委員：ゲートキーパー。

委員長：ゲートキーパーという言葉はいやなんですけど、病院を守るために、患者さんの近くの診療所、中小病院が機能する。勝手にいくのは止めましょうという。

嶋田委員：大牟田でいえば、まず、かかりつけ医のところに行ってからという、

委員長：大牟田市民が、どういふときにかかりつけ医のところに行くのかは私は分からないから。だから、救急で今まで病院に行っていた人全てまず、近くの先生のところに行ってくださいと。

その先生が必要であれば、病院に行く。病院を守るために、ゲートキーパーといえばゲートキーパーですが。

永利委員：というか、私が言ったゲートキーパーというのは、どこに行ったらいいかわからないというというのがよくあるんですよ。

委員長：ええ。振り分けですね。

永利委員：そういうときに、信頼できる人。ここは自分のところでいいよ、ここは、この先生でいいよというような、的確な判断をしていただければね、総合病院に集中していたのが、ずいぶん緩和できる。

委員長：ゲートキーパーですよ。振り分け。ところが医師会のほうからすれば、それをゲートキーパーということで政策的に、それはやらない。フリーアクセスと言われている。でもフリーアクセスだから、病院のドクターはくたくたになっている。

永利委員：これは、今後の課題ですよ。

委員長：コメントはないですか。

中山院長：議論になっていますけれども、私は、この地域に今の状況の中で疑問に思っているのは、確かに理想は地域完結型。全てこの地域で行なえればよろしいでしょうけども、やはり人材ということを考えますと、あるいは経済的なバックグラウンドを考えますと、全てまかなうというのは現実的には無理だろうと思うんですよ。

委員長：え、地域で？

中山院長：地域でも。

委員長：だから、荒尾と天領と済生会とここ、で話し合うということをもっと必要だと思うんですよ。

下川委員：今、非常に地方に医師が不足しておりますね。大学にも医師が不足している。熊本大学は医師を殆ど引き上げてしまったと、で、天領も困っておるし、荒尾の市民病院も困っておる、と。ただ、ここは、久留米大学の関連が強いから、ある程度は昔のままですけど、一番今後問題になって来ますのは、医師は超過勤務がものすごく長い、多いんですよ。これを普通の、厚労省が言いますような正常な形にしますと、医師がおそらく、今の状態の診療を続けていけば、1.5倍くらい必要になるんじゃないかと。そういうのが現在の医療なんですよ。それを踏まえてどう

論議してくのかという視点ももっておかないと、ちょっと将来の保障が成り立たないんじゃないかという風な気ががするんですけど。

委員長：だから、論議の仕方は、今の施設はこれはもう手を付けないんだということと、いま動いているように、施設が多すぎるからドクターが拡散してしまうんだと、だから、統合するという病院の考え方があるんですね。

副委員長：今、色々議論が出てますけど、これまで所謂、医療の機能の分担と連携ということをずっと言ってきた訳ですけどね、なかなか難しい問題があって、それを越えられない問題があります。やっぱりですね、それぞれ病院が自分ところがよければ良いというのではないんですけどね、それぞれ努力されてますんで、機能をうまく連携しながら、信友委員長が言われたような形のものが出来ればほんと理想だと思います。医療資源は大牟田は非常に潤沢です。はっきり申し上げて。これは旨く連携して、カバーし合うならば、管外搬送の症例はずいぶん減ると思います。

山口委員：よくわからないんですけども、この地域の患者さんが救急で来るときに、まずどこに送られてくるかということなんですよ。さっき、荒尾、天領、市立、済生会、ということをおっしゃいましたが、そこにやはり分散して患者さんを送り込まれていくんですか。

副委員長：いや、これは、まず第一に主治医の判断ですね。主治医がまず患者さんを診て、この患者さんがどこがよかろうと。どこの病院のだれ先生がこの病気で得意だからよかろう、というケースがまず第一にありますので、それと、例えば交通事故なんかですと、これは救急隊が判断することもありますし、患者さんがどこどこに連れて行ってくれということで搬送されることもありますし、非常にケース・バイ・ケースで難しいんですよ。それともう一つは、救急告示医療機関というのが大牟田管内に10箇所あります。そこがまず搬送先として選ばれることもありますし、それから、我々みたいな診療所に来ることもあります。かかりつけ医だからという理由で。それからまた、近くだからとかですね。いろんなケースがありますからね、それで例えば我々のところへ送ってこられて、これを自分のところでとても診れないから、どこそこに送りましょうということで救急隊にお願いしてまた搬送してもらったり、いろんなケースがありますけれども、ただ、今はですね、訴訟問題というのは、これはまた違う次元の話ですけど、それもありますから、出来るだけ重傷者は診なくて済むなら診たくない、できるだけ、1分1秒でも早く後送病院にお願いしようとかというスタンスとかもあるかと思いますがね。ですから、いずれに致しましても患者さんがそのことによって、より質の高い医療を受けられれば良い訳ですから。結果として。そのためにも、やはり医療機関同士の連携というのはもっと密にならんといかんだろうと思います。

委員長：山口委員が言われたように、わが国のフリーアクセスというのの悪い面が今、出てしまっている。ドクターはくたくた、患者さんはたらいまわされる、どうなるんだろうか見えない。

フリーアクセスの悪いところが全部出ているんです。だから、出水のほうであれば、まず先生にかかって、その先生に振り分けてもらう。長崎市の小児医療は長崎の市立病院に全て小児科医を集める。そこから、済生会だとか日赤の小児外来のほうに派遣する。それで小児科チームを守る、とかですね。一番のネックは施設数が多すぎてしまう。そこが2番目の問題、そのために貴重なマンパワーが拡散されてしまう。世界のスタンダードでいけば、小児科医は数十名おるところですよ。なんで、わが国では、2,3人おって小児科と名乗れるのかですね。これが、もう、ドクターくたくたですから。患者さんもフリーアクセスがあるから、小児科であればなんでも診て貰えると思う。安心していたところが裏切られてしまう、そうすると訴訟が増えてしまう、もう全ての問題が出てきてしまっているところなんですよね。だから地域で考えないと。

永利委員：この話をうかがっていて、素人的な発想だとは思いますが、行かれた時の理由が、この急患、患者さんが自分ところの設備自体がどうしても、足りない、これじゃいかんから、運ばざるを得ないケースが一つと、設備的には十二分ななんとかなるんだけど、担当する専門医がいなかったためにまた、もって行かざるを得ないケースと、これは似て非なるところがあるんだと思うんですよね、だから本当に設備が無いところは、これはどう対応するかという問題と、人が足りないというときに、ここだけみたら足りないけども、大牟田市内にいくつかの中核、それから、立地条件から、たまたま福岡県のはずれにありますけれども、熊本と久留米が距離的に40kmづつ位あるんですよね。そうすると、移動時間を考えたときに、いくつかの中核のところの設備とそれから専門医をもういっぺんきちんとデータベース化しておいて、スケジュールとか連携とかうまくPCとかを利用して、必要だというときに空いている先生はどうとか、今のシステムであればそう難しくなく出来るのではないかと、そのところの連携プレーによっても答えは変わってくるんですよね。

嶋田委員：マンパワーの貸し借りをする、ということをおっしゃっているんですよね。

委員長：だから、中津市民病院も耳鼻科領域だとかは民間病院があるけれども、設備が重たくなるんですよね、だから、中津市民病院で手術室を作る。そこに民間の耳鼻科の先生が患者さんを連れて来て手術をするんですよね。そういう市立病院のありかたもあるんです。

永利委員：何箇所か総合した中で、これが足りない、こうやりたいというときに、どこをやったほうが良いか、役割分担とかされていっただけいぶん変わるのではないかと思います。

下川委員：システムとよくおっしゃいますけれどね、なかなか現実には難しいようですね。北海道とかあるいは、山形で、信友先生のおっしゃいましたように、置賜（おきたま）総合病院は、4つぐらいのほかに衛星の病院とか診療所で小児科医を全部集めてやるとか、考えてやっているようですが、なかなか衛星の病院も不満があるし、住民もそれに不満を募らせてくるとか、ということで、今の段階では、システムというのはなかなか難しいということも考えておかなければならないと。

永利委員：システムというのはあれかもしれませんが、要は、どこにどういう人がおってとかね、緊急連絡とか、そこのところは難しいですかね。

副委員長：それは出来てますよ。ある程度、どこの医療機関にどういう人がいてね、ベッドが空いているか、満床なのかとかね、そういう情報は発信していますけどね。

下川委員：それとですね、もう一つは小児科にしましてもね、おそらく大牟田市内の病院を集めますとね、小児科医は10人以上おるだろうとは思いますが、で、それを1ヶ所に集めてですね、外来だけをよその病院に、出したところの病院に出す、とかというような形でもとっておるんですけど、なかなかそれも医師が居つかないで難しいようでございます。これは、システムというのは、頭の中では旨く出来ますけれども、実際はなかなか難しいようですね。

委員長：その原因はですね、日本のドクターは、大学病院というヒエラルキーの強いところで育てられて出るもんだからですね、縦系統でしか動く発想しかないんです。だから横、手をつないで、横串を刺して、これがネットワークですよ、その発想が弱いんです。

嶋田委員：どこかうまくいっているところはないんでしょうか。

委員長：福岡市東区が日本で最初なんです。だから、自分が出来ないことを同僚の2百何十人の医者に、開業医に言う訳ですよ、そうすると、自分が出来ること、出来ないことが全部、東区医師会のホームページ上で覗くことが出来るんです。毎週、各病院の当直医は誰であるか、何が専門なのか、そこに電話して取ってくれるといたら取る。だから東区の住民は外に出ないで済む訳です。

嶋田委員：そういうことをしているところもあるんですね。

委員長：出来るんですよ。だから、同僚を信じる力があればね。今言ったように、大学病院で育ったお医者さんだから、上から言われたことは信じる、下に言えばオーダーだから動く、その発想でずっと育ったもんだから、だから、久留米大学と熊本大学のドクターと一緒に何かやるというのはきわめて例外的なことなんですよね。それが日本の悲劇なんです。だから、中央政府がそういう医局ベースとした縁故ネットワークですよ、プライベートに人材を抱え込んでしまって、そしてそれを派遣するようなことではなくて、地域の現場の中核病院が全国公募して、ドクターに来てもらう、そういう文化に慣れてもらおうというのが、新臨床制度なんです。医局崩壊をして、医者文化を変えようというのがね、その移行期だからいろんな混乱が起きている。

永利委員：企業だって、やっぱり企業秘密じゃないけど、独自のライバル会社がありますよ。ところが、例えば、今、コンピューターの世界なんか激しい技術革新を求められてきたら、基礎研

究とか、応用部門なんかは共通費を出しておいて、そこは共通でやっておいて、別のところで競争力をつけていく、というような発想が自然に出る。そうしないと生きていけないと、日本だけの競争ではない、世界的な市場で生き残らなきゃならないとなると、どうやったらそれが可能になるのかという発想で、今のままではなりたたと、新しいものを持っていきますよね、逆に言えば、病院はまだ今のままでやっていけるという、ものすごい根強い、官僚もそうですよね、県にしても、市にしても、行政とか国とか、潰れないと信じておられるからね、あの、非常にのんびりされておりますね。ところが民間企業の場合には赤字が続いたら食っていけない、それではいかんとなると、どうやったら生き残れるかばかりが最優先で考えるから、もう文化がどうこうではなくて、とにかく生き残りをやるという世界があるんですね。

下川委員：それからもうひとつ、医師の特徴としてですね、開業とか、転職とかいうのがあるんですね。これが企業と違って、その専門でしか、その場でしか生きられない人と、その場でなくて生きられる人という職種であるところに非常に難しさがあるんですよ。こんな論議をしていると進めないんですけどね。

委員長：いや、論点が出ればいいんですよ。

山口委員：中身にちょっと入りたいんですけど。さっき院長が、この病院では、2次、3次救急まではできるだけやりたい、と最初おっしゃいましたよね。で、その中で130症例中の49例が、こうして管外に搬送されたという話だったんです。で、委員長はこれはちょっと多すぎるのではないかという御話があったんですけども、何故多すぎるのかなというのがちょっとよく解らないんですよ。それが1つと、その、さっき3つおっしゃったんです、院長は。患者の状態の問題と機器の不足、医師の不足と。そうしますと3次までは出来るということであれば、それは機器不足、医師不足というのは3次までは対応できているのかどうかという問題がちょっとあったんですよ。それで、この49例というのは、ちょっとオーバーしている、というのは語弊があるんですが、どうしても手に負えなかったと、患者さんの病状からしてですね、医師不足というよりも、そっちのほうが強くて、医者もそこまで対応できない配置しかしてなかったという搬送なのか、というのがちょっとさっきの御説明ではよく解らなかつたんですが。

委員長：印象的でいいので、大牟田では重篤例が救急患者として来やすいような地域なのか、あるいは、重篤例と、用意しておるマンパワーだとかとのミスマッチ、ギャップが多すぎるのか、その印象だけでいいんですので。

中山院長：今、御指摘の点は、診療科によって非常に差がございます。だからマンパワーが不足しておるところというのは、これが、一般市民にどれだけ広がっておるかというのは、おそらくお解かりになっていらっしゃらないと思うんですよ。皆さんが。例えば、心臓外科が私のところにはございません。だから、結局、解離性の動脈瘤は私のところではない、あるいはバイパス術をしないということが、その、無いものは宣伝いたしませんものですから、患者さんはやっぱ

り、私たちの病院を信頼してかなりの患者さんに来ていただいておりますけれども、特に、こういう医療情勢で周りが救急を取れなくなりましたものですから、だけど、私たちで出来るところを私たちでやると。だけど出来ない部分は、いまの現状ではマンパワー、施設が足りないという現状の中では、やはり管外搬送をせざるを得ないと。だから、それは、患者さん側には説明をして行ってもらっています。

委員長：だからですね、平成9年の医療法改正のときに、総合病院の名称の廃止というのが入ったんです。なんでもかんでも診れるというのは間違った期待を持たせるんじゃないかと。総合病院の名称は新設は認めないと。でも、まだここは総合病院という名称を使っていますよね。だから、もう出来ることと出来ないことを地域の人に言う。そして出来ることと出来ないことを基幹病院として言う。そして再配分する。じゃあ、そのための議長を選ぶ。その4つの病院の院長、この人が議長であればついていける、で、データで再配分する。それを市民が見る。だれかに預けておかないと。わが国の病院の特徴ですけど、わが国の病院はですね、トップが医者でないといけない。これ、世界的にここだけです。日本だけです。発展途上国でも医者であっても同時にMBAという経営学を学んだものでなければダメ。欧米においては医者であろうがどうであろうが、MBAという経営者であればいいんです。でも、日本だけ医者が病院長でないといけないもんだから今みたいに、大学が違う、診療科が違う、なかなか協議が出来ないんです。だからそういう問題の捉え方、誰が悪いかといっているのではない。開設者たる知事だとか市長がしっかりせいと私は言っているだけの話なんです。協議の場を作って、データを出してやっていく、それが、今度の新医療計画にもある訳ですけど、そのはしりですので、犯人探しをしてるわけじゃない。いま私が言ってるのは、説明をしてるだけなんです。だからどうしたらいいかを。

山口委員：ですから、まずはそこなんです。総合病院という、大牟田市立は総合病院という名称になっているんですよ。だったら一般市民の方たちは、総合病院ということであれば、全ての診療が出来るという風に判断すると思いますよ。だから、患者さんも来られるんじゃないかと思えます。ところが、今院長がおっしゃったように、アンバランスがあると、医師の中に、診療科の中でやってない診療科もあるということもおっしゃっていた。だったら総合病院じゃないですよ。基本的には。いや、ですから、そこがちょっとすれ違っているのではないかと私は思うんです。ですからさっきから聞いていたのは、そういう意味で、搬送して来る問題と、それから、ここでの診療がどういう形で出来るのか。3次までだったら全部出来るのか、3次まで全部出来ないんですよ、今の説明からいくとですね。その付近にちょっとこうあれがあるんじゃないかと私は思ってたんですよ。ですから、経営形態のことを考えたときには、その付近が当然考えざるを得なくなってくるんじゃないかと思えますけども。

下川委員：西村先生にちょっとお尋ねしたいんですけど、大牟田地区で3次まで全ての診療科がカバー出来るような状態になっておるのかどうか。

副委員長：それはなっていないです。

下川委員：それをちょっと教えていただけると。

副委員長：それは基本的にね、それまでしていたらね、

下川委員：いやいや、だから、何と何がどういうところが欠けておるか、ということをしないと、この論議には入り込めないんじゃないかと。

副委員長：下川先生。ここに管外搬送を市立病院からしてますでしょう。こういうところ、いろんな理由を書いてありますけどね、まず未熟児はだめだとかね、それから早期の流産みたいのはだめだとか、心臓バイパスは今いわれたようにだめだとか、大動脈瘤はだめだとか、そういうのは出来ないんですよ。出来るのは、脳卒中なんかはかなり高度なところまでやっておられます。ところが、同じ市内で病院から脳梗塞を市立総合病院に送らないで、久留米に送っている医療機関がある。こういうことが僕はいつも無駄だといってるんですよ。だからもう少しそこらへんを、連携を密にすると、わざわざ久留米まで送らないで、市内で対応できる病気がいっぱいあるんです。だからそこらへんを、もう一寸ね、まあ、医師会もがんばってしないといけないし、病院同士の連携を密にする協議の場をね、もっていかないといかんと思います。ただ、先程から、信友先生ね、これ、ちょっと、引用しながら話しておりますけどね、これまで、市立総合病院が、3カ年計画でずいぶんがんばって色々努力してこられた形跡をここで見て取れますよね、ですから、このまま、ここら辺をどう努力すれば、今の公営企業法の、所謂一部適用で出来るのか、一部適用で出来なければ全部適用でなら出来るのかとかね、これから、具体的に詰めていかんといかんと思うんですよ。ですから、いまの状況で例えばここをこうすれば改善できるというのがあればね、それはそこでやって頂いてもいいんだろうし、3カ年計画で、こうやって随分がんばってこられて、なおかつ今のような状態ですからね、そうすると果たして出来るのかと、今、信友先生が言われたように、管外搬送をしないで、地域完結型でされれば、もうちょっと市立総合病院は経営が潤沢になりますよ、というものもあります。しかし、実際はなかなか難しい色々な要素もございますんでね、今ここに管外搬送をされているやつをですね、もし、医療機能を向上させるとすれば、ある部門は不採算部門に繋がる分もあると思います。だから難しい問題だろうと思います。

下川委員：もう一つお聞きしたいのは、ここに銀水がありますよね、それから済生会がありますね、それから天領がありますね、荒尾がありますね、そういう病院の特徴的な診療科とこの診療科との間にどのくらいの格差があるのか。そういうのをちょっと知らせて頂かないと、ここはどこを強化すればいいのかというのがちょっと解らないんですよ。

委員長：他の病院のは無理でしょうから、一般的には承知していると思いますので、診療科別の入院診療単価、3万か、4万か、5万か、6万か、7万かという数字を出して下さい。

嶋田委員：入院の単価だけで判るんですか。

委員長：だいたい判ります。診療レベルが。

事務局（肥川理事）：診療科別ですか。

委員長：ええ。

委員長：一度、宮城県立がんセンターの入院診療単価を見たら、3万円台でした。専門医なんか足りない中で当たり前ですよ。専門医無しで癌センターを県立病院でやっていたという。

事務局（肥川理事）：先程から手を挙げているんですがよろしいですか。

委員長：はい。

事務局（肥川理事）：私どもが1回目に提示しました資料、資料1の、20ページなんですが、ここに実は、管外搬送、大牟田市から管外搬送を消防署がやったデータが出ています。資料1のでございます。20ページ。130件、1年間に130件でございます。どこの病院に行ったかですね。極端な傾向がございます。130件のうち、もう、110件以上が3つの病院しか行っていません。久留米の3つの病院です。はい、極端に傾向値がでております。久留米の色んな病院に行ったんじゃないです。で、一つは、行き先一つは、4割の、130件の4割、52件が、この、聖マリア病院です。それから、51人、これが、久留米大学です。まあ、一言で言ったら。それでもう100人以上ですね。あとひとつ、15名が古賀病院系ですわ。この3つの病院に118名の、130名中、118名がこの3つの病院に行っとる。そういう意味で言ったら、あの、この3つの病院の特色ちゅうのは、まあ、ある程度はもうお解かりだと思いますが、ある種の特色がございますよね。まあ、大学は別にしてですね。だからそういうことを見ると、各委員の議論には、この資料が客観的なデータとしては非常にこう、議論の材料にはなってくるんとかやうかなと。いう気がするんですがね。いかがでしょうか。

委員長：市民が一番関心があるのが、救命救急が今の体制で大丈夫かどうかということ。経営を除いてですね。そこが、一番関心がある所だからこれだけ深く論議をラディカルにしているとかなんですけども。だからどうしたらいいか、というのはですね、3回目に向けて、委員長、副委員長、それから事務局のお手伝いを頂いて、こういう考え、こういう考え方がある、このスピードで展開していくべきじゃなかるうか、その間、大牟田市立病院はこういうことになったらどうか、という仮の案を作りたいと思います。今のままの延長の、あるいは、今日このありかただったら、あまりにもスピード感がなさすぎです。ねえ。ますます市民のほうは不安になってくると思いますね。それから山口委員が言われたように、もう大牟田では2次救急までで終わりだと。あと3次救急はこことここでこれだけ連携をやる。その搬送時間を今は40分かかっているのを1

5分でやるのかですね、あるいは遠隔医療でやるのか、なんか新しいことも考え、特に市民が割り食わない不安を覚えないような形で大牟田・荒尾にある医療資源をどのように再配分したらいいかの考え方、行動計画というものの原案を作りたいと思います。論議すべきことが多いのでひとまずここで、打ち切ります。もう止めるという訳じゃなくて、打ち切って、次のですね、紹介のことも診療科で含めて論議する予定にしていたけれども、下川委員からもありましたように実数ですね、それを出して頂いて、次回にも検討するか致しましょう。じゃあ、嶋田委員からも出ました、改善ですね。西村委員からも出ましたけれども、改善の実績を出して欲しいということがありました。その資料説明をちょっとお願いします。

事務局(肥川理事): はい。それではですね。あの、えー。実は、この経営改善3カ年計画というのがございますよね。これの一番最後に、何に取り組んだかという出発点のデータがございます。一番最後にですね、別紙で、この、経営コンサルタントの改善提案に対する当院の対応と、ございますか。この、広い。

嶋田委員: 17年度までの分の？

事務局(肥川理事): はい。最初の三カ年計画の。広いやつです。ここにですね、所謂、増収策として診療機能の再編とか、患者の増患対策だとか、単価アップとか、それからコスト削減では材料費の適正化とか、時間外手当の削減とか、委託費の適正化とか等々のこれ、全部対策項目43項目ございます。そのうち、これ、対策項目を上げましたのは、経営コンサルタント並びに院内でこういうこともやるべきや、とゆうて、経営コンサルタントが指摘した改善項目と、それから我々がいや、こういうこともやるべきや、と、やった分、その合計でございます。そのうち、ちょっと、採否の欄、このデータでいいますと、採否の欄にバツがついております。これはやってません。あの、3項目でございます。バツは。従って、大体40項目位取り組んでスタートしたということでございます。で、その結果がまあ、大雑把に言って、どうなったかということでございます。それはですね。前回の、前回提示しました、資料2の、前回提示しました資料2の4。ございますか。ここにですね、経営改善3カ年計画これは、平成15年から17年まで、第1次の計画の結果を書いてございます。計画期間15年から17年。それで具体的な方策で、1番に実行出来た主要施策と、いうことで、これはどっちかといいましたら固定費の削減。所謂人件費の削減項目でございます。それで、病床数の削減で看護師定数は10名減ったと。これ、年間効果額が、我々この当時弾いておりますのが、7,600万。それから2番目に、検体検査部門の業務委託、これ、平成16年の4月にやってございますが、これで2,400万。それから3番目に栄養科調理部門の全面委託、これ、平成16年の6月やってございますが、これあわせまして、7,500万。それから、まあ、具体的に効果、お金が効果額としてあがった訳じゃないですが、からまでやってございます。それで、推進できなかった、計画したけど推進できなかったというのがですね、実は診療体制の専門特化、センター化と。消化器病センターを作ろう、とか、脳卒中センターを作ろう、循環器病センターを作ろう、或いは、救急専門医を配置して救急強化しようと、まあ、こういった事が、実は前回の計画の、本当は、最大テーマ

でした。ところが、これは、医師の人数をそれぞれ増やそうと、ところが、臨床研修制度が始まったとたんにですね、大学には医師はいなくなったと。いう風になってまして、これは、もう、実際には、平成15年の終わりには、これはダメやなあ、ということで、もう、ちょっと取り下げさせていただきます。ただ、この考え方は今後も生きるのかなあ。所謂、医療の専門化、専門特化でございますから、患者数の多い部門、消化器病ちゅうのは、これはがんでございます。一言でゆうたらですね。それから、脳卒中、頭と心臓、循環器系ですね。これは、患者さんが非常に、まあ、死亡の一番目、二番目、三番目でございますよね。救急専門医を配置しようというのは、これはもう小児医療を含めてのですね、対応でございます。そういったことが、最重点施策にもかかわらず旨く進まなかった。それから、うまく進まなかったのは、医師がうまく調達出来なかったと、久留米大に行っても、医師は、久留米大は引き揚げなかったんですが、増やしてくれと言ったときに、タマが無いという返事でございます、我慢してくれ、とこう言われましたから、出来ませんでした。それから、地域医療連携の強化、これが、17年までに出来ませんで、やっと、18年ぐらいに緒についた、と。MSWを採用したりして、やっとこれは著につきました。あの、医師会と大々的に連携をしようやないかと、ということでございます。概略改善点は以上でございます。

委員長：はい。一番大事なここの診療領域の見直しが、一番大事な、そこが手がついてないですね。だから、一般的に改善出来るところ、変わらなくても出来る事が出来ただけですね。やっぱり構造的なところが大きな課題で残っているという認識でいいかと思います。嶋田委員どうですか。コメント。

嶋田委員：あの、確かにおっしゃる通りだと思いましたが、今まで出来なかった、というのも理由もご説明頂いたので解ったんですけれども、これをしないことには、という、先生のおっしゃる今後これを考えていかないといけない、ということが出てきたのでそれもよく解りました。私が一つ改善のことでお聞きしたかったのは、先日、新聞発表にありましたように、改善によって、少なくとも単年度収支が、あれだけの黒字になったという事で、良かったこと、出来なかったことは解ったんですが、これをして良かったというところをお聞きしたいな、と思っています。で、それがさらに、今後も、それを続けていったりとか、さらに改善を進めることによって、効果がどれくらい表れるのか、ということを出ればお聞きしたいと思います。

事務局(肥川理事)：はい。良かったいいますのは、前回、診療単価はちょっと、若干、3万7千円、黒字になったとしても、3万7千円でちょっと低いんとちゃうかなと、こう、ご指摘もございました。ただ、あの、これは、3万4千円台から約1割強、上げての話なんですね。それで、それをする為には、この、院長中心とした、医者を中心とした、きちっとした各科の目標を立てさせまして、その目標に向かって、きちっと院長がヒアリングしながら、みんなでやっていくと。で、先程あの、信友委員長がおっしゃいましたが、日本では医者が動かないと、医者が動いて初めて処方せん切って、初めて看護婦の仕事、技師の仕事、事務方の仕事が発生します。医者がしなければ、なんにも、ね、仕事が無い訳です。したがって、医者がそういう風な形で動いてなん

とか3万7千円までもってきたと。そしたら、今度、ね、3万4千円ぐらいから、3万7千円までもってきた、次、ちゅうのはありますよね。これは、診療単価を上げることは、ひとつは医療の質のレベルを上げる、と。いうことにも、まあ、つながる。見方としてはそういう見方も出来ます。そういうことが結局は、医者を中心に動いて全員でやってそこまで来た。まだまだよ、と、いう点はあるんですが、その、これ以上なんかをしようとした時には、やっぱり、今までの頑張り頑張り、院長がヒヤリングやって、さあ頑張り、これだけじゃ、いかんだろうと。なんか、やっぱ、仕組みを変えとかいうことも必要じゃないかと。ということで、まあ、開設者の市長である古賀市長は、この、古賀市長の声明、あいさつ文にもございましたような考えかたで、構造改革も含めて、今度はさらにステップアップしたらどうかと。そういうことで、この委員会に諮問された。だから、良かった点は、まあ、そういう結果がなんとか出た。で、18年度もなんとか、この17年度に比べたら、この、黒字幅はちょっと少なくなりましたが、なんとか黒字でございます、なんとか維持してます。しかしながら、これ、維持してるだけで、今後経営環境は厳しくなるというのは目に見えてる訳ですから、それに向かって、逆風を、アゲインストの風を受けながら、さあ、どうやってさらに医療水準を高めていくかと。これには構造面を含めたことをやらないと、従来の制度を前提にして、改善だけじゃ限界があるよと。そのためには諮問しよう。ということでございます。

委員長：私なりに説明しますとね、九大病院の財務担当副院長のときにああいう官庁事業からですね、自分たちの飯は自分たちで食わないといけない、目の前の患者さんから飯を食わせてもらっているんだとする時の考え方、だからマネジメントという発想を入れるためにですね、官庁会計であればですね、「収入 - 支出 = 利益」なんですね。だから利益が出て出なくてもいい。で、支出できる額もある。で、収入もさしあたりあげてある。だからこれを使うという発想にしかないんですよ。でも、マネジメントというのは「収入 - 利益」なんですよ。利益がなければ研修費も出ない。機器更新も隣の病院より早くできない。利益がいるんですよ。いるためにどれだけ支出ができるかという支出のコントロールから入るんです。だからマネジメント改善は全部支出のコントロールでしょ。ね、そして2番目に収入を増やすにはどうしたらいいかを支出の見合いで収入を考える。だから利益を確保するという発想がマネジメント。九大病院もやってから、支出管理、今いくら予算を使ったか、あといくら残っているか、そういうことすらできてなかった。だから当たり前の経営体として大牟田総合病院が再出発できる、そのために3年かかったという、でも1番基本的なセンター化だとか連携だとか、構造的なところが残っている。だから今までの改善計画ではそれが手がつかないんだと思う。それはあと5年あればできるかもしれない。かもしれないけれどももう時間切れになってしまうから、だから我々でどういう助言をするかということになる。

嶋田委員：さきほど今のご説明で、できなかったことが本当は大事なことだということもよくわかりましたし・・・

委員長：それはもう改善という発想ではできないということもわかっていただければ。

嶋田委員：はい、わかりました。で、お聞きしたかったのは、先ほどのことでよくわかったんですけど、その改善をするための3年間で市立病院の中の皆様方の士気というか、気持ち的なものはどのようなものがあったのかをお尋ねしたいのですが。自分たちの努力でこうやって良くなってきたんだって、もっと頑張れるんだというお気持ちを皆さん持って来ていただいているのか、そして今度ここでこうやって話し合っていることに関しても一緒にじゃあ頑張って協力していこうというお考えをお持ちいただけるのか、その辺のことをお尋ねしたいです。

委員長：改善活動によって職員のモラルがどうなったか。ムードはどうなったか。印象的なコメントでいいですから。

中山院長：はい。13年間赤字をずっと続けておりました。まあ、これは当然原因もありましたけれども、今の経営改善の3カ年計画で最後の17年度、やっと黒字計上できました。そうしますとマスコミも非常に高い評価をしていただきまして、あるいは各都道府県の自治体病院から見学にお見えになりました。そういう事実を職員が目当たりで見ますと、非常に士気が高まりまして、頑張れば何とか黒字になる。それで医療器械も据置で我慢させておったんですけどもこれが目当たりで高度医療器械が、マルチCTスキャン64列という、非常に高いレベルの医療器具を買うことができたんですね。頑張れば何とかなるんだという、そういうときの士気の高まりはありましたけれども、次はどうかと、まだまだ頑張れと、この年も前院長が路線を引いていただいていたから、それを私は乗ってやっただけのことです。これが長く続くとは決して思っておりません。しかし、これを維持することは私の宿命だろうと、責務だろうとは考えておりますけれども。だからこの状況の中だけではだめだから、皆さん方にお諮りして将来が何か見える形にさせていただきたいということが本音でございます。

嶋田委員：ありがとうございます。そうやってマンパワーが、なんか皆さんの気持ちが高まったというのをお聞きできただけで、うれしかったです。ありがとうございました。

委員長：大事なことなんですよ。

下川委員：よろしゅうございますか。あの、3つの診療科が医師不足でできなかったということでございますけれども、医師を確保するという中にですね、一つはよそから連れてくるということと、ひとつは自分の病院の中からその専門医を作り上げるという2つの方法が合致して初めてこういうセンター化というのは成り立つと思うんですけど、そういう思考は病院の中にありますか。病院とか市の行政の中にそういう発想はあるんでしょうか。

中山院長：よろしいですか。ご質問ですけれども努力はいたしました。しかし、努力は足りなかったと。だから結果がこういう形になっとるわけですけれども。

下川委員：いやいや、そういうふうな例えば自分のところから、優秀な病院に5ヶ月とか6ヶ月とか1年とかやりながら、技術を高めてやるとかというような手立てがもしてきたのかどうか、考えがあったのかどうか。そのへんのところをお尋ねしたい。

中山院長：考えだけはありましたけれども、実際やっておりません。

下川委員：あの、今からですね、1番職場に忠誠心のないのが医師と思うんですよね。だから忠誠心を高めるということは自分のところで育てるといことしかないと思うんですよ。その、同じ釜の飯を食ったというのが非常に医師の中には強い連携感を持つだろうというふうに思うんですけど。そういうものがおありだったら可能かなと思ったんですけど。

事務局(肥川理事)：ちょっと先生、私どもの病院で医者教育を担当している副院長が来ておりますから、発言を。

野口副院長：当院は研修指定病院に指定されて、もう22年になりますので、今まで多くの医者を育ててまいりました。ただ、それはほとんど久留米大学からの、要するに派遣の医者を育ててきましたけれども、4年前から臨床研修制度が始まりまして、すでに4名卒業しまして、そのうちの2人が当院に残りました。で、ゆくゆくは久留米大学に研修に出すか、もっとそういう専門化したところに出すか、ということで研修医が今育てている最中でございます。まあ、大学との折り合いがありますので非常にたくさんの数というのは無理ですけれども、そういうふうに独自で専門医を育てていこうというふうに、今スタートしたばかりです。それから大学から来ている5年目までの研修医が今全部含めて18名おりまして、あの18名も知ってのとおり、4年目、5年目ぐらいにそれぞれ専門医ですとか認定医をとりますので、その間の研修をしていただいて、ゆくゆくはまた大学に帰って専門家になってまた戻って来ていただくということを条件に今研修医を育ててるつもりですので、時間がそれは少しかかりますけれども、確実にそういう専門医を育てていこうという姿勢はとっております。

委員長：これはもう改善のための方針じゃなくて改革のためのですね、大きな方針の転換なんです。医局依存じゃなくてですね。そういうところを今言われている。着手しておられるんですね。でも、これは相当な勢いで、それから大学病院だけじゃなくて臨床研修指定病院グループがありますよね。ここだったらもちろん、聖マリアもありますし、飯塚もありますし、そういうところの人事交流。で、例えば先進的に臨床研修指定病院がやっているのは、ここで5年学べばアメリカのあそこに行ってこれだけの技術を学べるとかですね、そういうドクターにとって魅力あるプログラムがないと、いつまでも医局からの派遣という発想であればですね、こういうふうになってしまいます。今大学病院が生き残るために必死になっている。だからもう頭の中から地域経営なんていうのが、今までもなかったけれども、それを名目して言ってるところはありましたけれどもね。非常に大事な改善をされて一体感が出てきた。やれば変わるんだという自信が出てきて総和相関ができる。これは非常に大事な財産ですので、なかなか作れるもんじゃない。これに冷

や水をかけるようなことは、ここから出てくるはずはありませんので、それは安心してください。だから、皆さん方がもうこれ以上頑張れと言われても、それは個人の頑張りではできない、ということのために何をしたらいいかということを出しますのですね。さらに論議しないといけないところがありますので、次の改善のところを話しましょう。権限ですね。今公営企業法が適用されて、病院長にどれくらいの権限があるかと同時に今までの公営企業法の中で我々が資料要求しました給与体系、それから繰入金、それも含めてちょっと説明をお願いできますか。

事務局（肥川理事）：はい。そうでしたら・・・

委員長：給与の運用についてという資料がありますね。

事務局（肥川理事）：給与の運用についてですね。はい。

委員長：等級に人数がありますけれども、これは条例で定めた人数なんですか。それとも実際がこうなんですか。

事務局（肥川理事）：そうですね。まずこの給与の運用についてと、よろしいですね。

委員長：今日、配付された資料です。

事務局（肥川理事）：今日配付いたしました。これ前回のお話のときに、例えばここに等級がございますよね。これ、職員は全部どれかの等級に任用されております。で、その人数がそこに書いてございます。それで、各等級にまず給与のと言いますか、定数管理、この等級によって給与と結びついております。したがって、等級に定数があるのと違うかと、そしたらその定数をオーバーしてこのランクの高いほう、数が等級が大きな数になれば、上位職になるわけですね、給料も高くなっていくわけですね。そういうことがおきてるのと違うかと、いわゆる定数があるのにそれをオーバーして高いほうのランクにどンドンなっていると違うかと。少なくとも県立病院はちょっとそういう傾向があって、それが目に余ったよというお話がございました。それでちょっと申し上げますとまずですね、給与の定数は制度としてはございません。それで・・・

委員長：人事委員会はあるんですね。

事務局（肥川理事）：人事委員会はそりゃありますよ。

委員長：人事委員会にその権限はないんですか。定数管理なしで運用できるんですか。

事務局（肥川理事）：制度としてはそういうふう聞いています。それから、ちょっといいですか。一応全部説明した上で・・・

委員長：いえ、そこが一番の肝ですから。給与の定数管理は大牟田市ではない？はい、お願いします。

吉田主査：あの、人数、人員の定数管理はしていますけれど、給与上の定数管理というのはしてません。

委員長：それは法令違反ですか。法令違反でないんですか。

吉田主査：法令違反ではないと思います。

委員長：なくて。そこが肝ですね。

事務局（肥川理事）：それで、よろしいですか。続けまして。それでですね。これで見ましたら、この人員のところを見ましたら、3級と4級のところが非常にこう膨れ上がっていますよね。病院の職員283名、等級を持っている人、283名中、これ医者は除きます。医者はちょっと除いております。医者はちょっと別任用でございますから。この1級から4級までは結果としましてね、まじめに勤務しておれば勤続年数によって、結果としまして自動昇給的な、昇進的な管理がされております。

委員長：ちなみに、3級の主任主事の職務というのはどのように文章上では定義してあるのですか。単独でその業務ができるというような定義がしてあると思うんですけども。どういう人をその3級にするのか。運用上の申し合わせ事項はないですか。こういう資格を取ったから3級にするんですか。それとも何年経ったから、経験年数で3級にするんですか。それともこういうことを出したという実績があったから3級にするんですか。そういう・・・

事務局（肥川理事）：試験とかがあってそういう試験にパスしたから上げるということじゃございません。

副委員長：年功でしょう。

事務局（肥川理事）：はい。だから結果的に自動昇給になっているのはいわゆる勤続年数で上がっていくと。まあ自動的に上がっていくような。したがってですね。入職しまして1級になりまして4級で仮に定年退職しますと、そうすると40年間くらいで・・・

委員長：そうすると病院という生の関わりのあるサービスを提供している人たちが、何を苦労したら給与で見返りをするかという、そういうイメージができていないんですね、職員には。

永利委員：結びついていないでしょう。

委員長：能力給でもなければ成果給でもなければ、資格給でもなければ挑戦したということでもなければ、意味のない、いや意味づけがされていない、給与体系であるし、給与定数管理だとか、支出コントロールがされていない病院事業だということですね。

事務局（肥川理事）：それで管理職のほうを見てください。これはやっぱり能力とかが、管理職は選抜、いわゆる昇進みたいなものですから。

委員長：どういう方法で。

事務局（肥川理事）：方法？方法は、もうそれはその、・・・

永利委員：市全体の中でされておるんですね。

嶋田委員：試験かなんか・・・

事務局（肥川理事）：管理職についても試験、具体的なペーパーテストがあるわけじゃない。

永利委員：市全体の中でされているみたいですよ。

副委員長：その権限を持っているのが人事課。

島内事務局長：大牟田市においてですね、昇格する場合に試験とかいうことではやっていないのが現状です。

委員長：能力試験もない？

島内事務局長：一応それぞれの職務経験であるとか資格能力等についてですね、所属長からのいろんな意見とか資料をもらいながら、人事のほうで、判断をしていくという、すみません、人事のほうでといいますと市長として判断をしていく。昇格をさせていく。それぞれの管理職になる場合もですね。というのが実態だと思います。

委員長：その昇格が適切であるという監査は誰がやっているんですか？人事監査は誰がやっているんですか？

島内事務局長：その人にあつた配置をしているという判断だけで、別に監査というのはですね、公平委員会、いや、人事委員会はこちらはございませんので・・・

委員長：いや、なくてもいいんですけど、その人事監査を誰がやっているか。

永利委員：やられていないんじゃない。

田中総務課長：あの、すみません。

委員長：はい。

田中総務課長：私、総務課の田中と申します。人事関係に詳しい者ではございませんけれども、まず役所に入りますと、当然能力の育成期、さらには能力の拡充期ということですね、ある一定程度の年齢を経験し、さらには当然適正な職務ができたというような上司の判断のもとにですね・・・

委員長：それは何年に設定してあるんですか？大牟田市では。

田中総務課長：何年というのがちょっと、この育成期までがですね、だいたい30歳くらいまでだったと思います。それと能力拡充期というのが40歳くらいではないかと思えますけれども。

委員長：ごめんなさいね、病院は事業体だから収入が限られているわけですよ。だから見習わなければ、あの、永利さんが今私のほうを見られたけれども、だいたい事業体は3年ですよ。もう全然その人を使っても収入にならない、持ち出した、3年くらいの猶予しかない。病院事業でのそういう位置づけであればね。

田中総務課長：公務員という形の・・・

委員長：いや、公務員で何だろうと事業をやっているんですから。

田中総務課長：いや、ですから同じ公務員の部分の給料を今ご説明をしているところで、・・・

委員長：だからそろそろ皆さんは事業体だからそれとは切り離さないといけないなということを思われ始めていると思うんですけれども。

田中総務課長：だから今の現状のお話しをしているところでございますので、で、4級までというのがですね、今理事が言いましたように、一般職が4級までしかいけないというところで、ここでは限度があるわけです。あのそれ以上に行こうという、その5級、6級になるということになればですね、当然管理職の職責が決定をしていただかなければそれ以上には行かないというよ

うな部分にはなっております。ですからこの割合を見ていただきますと、1級から4級までの一般職の部分になりますと、約93%の方がですね、そこまで、それ以上に頑張らなければその上の5級、6級というところには行けないというようなところでございます。それと監査でございますけれども、昨年からですね人事評価制度を試行しております。そして今年度からはですね、管理職のほうをその人事評価制度の実施年ということで、人事評価制度に伴う評価結果が、今年度の末からはですね、結果として出てくるというふうに考えております。それと一般職につきましても今年から試行を始めましたので、一般職につきましても人事評価制度が試行を始めたという段階でございます。

委員長：だから内部監査は始まったけれども、外部監査はないんですね。

田中総務課長：今のところは外部監査というのはございません。

下川委員：よろしゅうございますか。

委員長：はい。

下川委員：この、等級表を見ましてね、これは医療職の給与表なのか、事務職の給料表なのか、その辺はどうなんですか？ここは医療職の給料表を使っているのか。看護職とか、医師とか。

事務局（肥川理事）：はい。医療職の給料表を使っているのは医師だけです。あとは看護師もすべて事務職ですかそういうことで。

下川委員：それはどういう理由なんですか？専門職の給料表が適用できないというのは。

事務局（肥川理事）：理由は事務局長のほうから。

委員長：歴史的な説明だけでいいです。はい。我々は理解したいだけですから。

島内事務局長：今理事が言いましたようにですね、医療職給料表が入っているのはお医者さん、医師だけでございます。で、その他の医療職も含めて事務職は行政職一表でやっております。この賃金についてはですね、賃金を決定するについての労使の協議というのがありますので、当然、今、そういう職種別の給料表の導入については課題として今、論議があっているという状況で今のところは入っておりません。課題として捉えているということでございます。

委員長：はい、どうぞ。

嶋田委員：先ほどご説明いただきました育成期間と拡充期間の件なんですけれども、30歳ぐらい

までが育成期間というのですが、入所、入庁される年齢にも差があるかと思いますが、それでもだいたい一律30歳ぐらいまでなんですか？ということが一点と、これはあの市立病院の中でもこのような形でずっと行われてきたのが二点お尋ねしたいんですけど。

田中総務課長：一点目の詳しいところはちょっと私は人事の職員でなく詳しい部分ではわかりませんが、二点目についてはあくまでもやはり給料表の1表というのをですね、基準にしておりますので同じようなやり方ではないかと思っておりますけれども。

嶋田委員：ありがとうございました。

委員長：はい。もう一つ院長権限が話題になってますので、ご説明をお願いします。

事務局（肥川理事）：はい。院長権限につきましては今日配付しております、「病院長の職務権限について」、これをちょっとご説明申し上げます。

委員長：説明はいいから、実際運用されているかどうかだけおっしゃってください。

事務局（肥川理事）：はい。えっとですね、結論申し上げます。病院長には法令上あるいは規則等々で、いわゆる病院の中の最高権限者ではございません。病院の中の最高権限者は市長でございます。したがって人、もの、金すべて市長が権限を持つという形でございます。法令上等、条例規則等全部ルールは、ルール上は市長でございます。院長じゃございません。そしたら市長はできるのかと実際いろんなことがですね。したがって市長は人、もの、金、経営の3要素について実態としては当然院長に意向を聞きます。協議します。院長と。そして人、もの、金、ほとんどについて、まあだいたい意向に沿うようにやって運用されてございます。

嶋田委員：すみません。誰の意向に沿うように？

事務局（肥川理事）：病院長の意向、はい。それで申し訳ないんですが、これについてはやっぱり病院長が一言ちょっと申し上げたいということがあろうかと思えますから。

委員長：我々イメージを作るためにですね。権限が市長にしかないということ。しかしどのような病院経営をするかという・・・

事務局（肥川理事）：ルール上はですよ。

委員長：原案を作る、原案を作成する起案権は病院長にありますか、ありませんか？

事務局（肥川理事）：実態としてはございます。例えば予算の原案を作るというのはあります。

委員長：あるんですね、病院長に。

事務局（肥川理事）：はい、実態としてですね。そして市長に上げます。市長でヒアリングしますね。

委員長：いや、そうすると市長には同意権があるということになりますよ。原案を作るのは市長なのか、病院長なのか、起案権と同意権の整理をちょっとしてください。

事務局（肥川理事）：はい。そういう意味で言ったら起案ですね。

委員長：実態はどうですか、病院長ありますか？

中山院長：今理事が申し上げたとおりなんですけれども、施設長はあくまでも市長でございます。市長が絶対権限を持ってらっしゃいますけれども病院の運用に関してはご存知ではありませんので、私、病院長に任せておられますので、私が起案を持って行って予算とか人事の医師とか看護師に関して、医療技術に関してですね、事務方は別としてですね、それで提案いたしましてほとんどそれを了承していただいておりますというのが現状でございます。

委員長：何も不満がない？

中山院長：いや、あります。

委員長：なぜあるんですか？それだけ起案権がありながら。起案をさせてもらえなくて最初から介入されているわけでしょう。

中山院長：だから全くその何も聞かれずに勝手にされているのではないということをご承知おきいただきたい。かなり市長は私に権限じゃないですけど、そういう意見をお聞きになってお任せしていただいとるところが現状でございますけれども、院長の本当の権限と、私が何が欲しいかということがこの間の議題に上がっておりますけれどもですね、これは今討議にあったとおりなんです。これは全国の自治体病院が同じような悩みを持っておられることと私も全く一緒でございます、人事権とそれと給与の権限、具体的に申しますと、給与のほうから申しますと、給与は働いた人に、頑張った人にあるいは成功報酬ができないと、だからもう決められたとおり、これは市長にも今の段階ではできないんですけども、これはこの状況の中では、私には全く頑張れ、頑張れと言っても、ならボーナス上げましょうね、給料上げましょうねと、器械を買ってあげましょうねという予算枠内だけで決まったとおりにしかできないというのが現状でございますので、やはり成功報酬、さきほど委員長からご説明にあったように、利益に対して、やはり企業でございますので、利益に見合っただけの収益を、いや収益じゃない、報酬を与えるべき

だろうというふうに思っております。それが一点でございます。それとあと、人事権に関してはですね、これは非常に難しい問題がございます。だから私一人がすべての人事権を持つということは現実不可能だと思います。当然採用のときには人事課と一緒に面接とかいうことで採用に関与させていただいておりますけれども、望ましくはやはり事務方の本当のプロの事務方をですね、病院の中にずっと長く置いていただく、長くあるいはプロフェッショナルの事務方、病院事務という形で置いていただければ一番いいなというふうに考えております。やはり病院と一緒に心の中のできるような事務方を望んでおるんですけれども、現実には人事権が事務方には人事課のほうにございますので、何年かおきに活性化という名目でお替りになるからですね、やはり病院に対する帰属意識がどうしても薄いと。これを医師に問われるとちょっと私たちも非常に困るわけですけどですね。医師も帰属意識が少ないと、これは医局依存型でございますので、これはこれから考えなければ行けないと。それとあとは、もう一点は、何かをやるうとしたときにスピード化が非常に遅い。何かを計画して市長のほうに持って行ったとしても、やはり半年から1年、それ以上かかってやっといろんなことが行えると。だから今の医療情勢がもう激化しておる中には対応できないと、だからスピード化と人事権と給与権がある程度私のほうに与えられれば、これはもうちょっと、もちろん責任がそれだけ伴いますけれども、そういうふうな考え方は院長として持っております。

副委員長：あの、前回のときもね、私ちょっとそのことを申し上げましたけれどもね、やっぱり院長にそういう権限を与えないとね、院長と副院長あたりにね、幹部に。そうでないとやっぱりこの変化の激しい医療の環境に対応できませんよね。だから何が悪いかと、どこがネックなのかどこが盲点なのかというだいたいわかってるんですよ。この間もちょっと申し上げましたけれどもね。給与だとか、院長に対する権限が全然与えられてない、スピードに対応できないというようなことなんですよ。

委員長：だから今犯人探しをしてるわけじゃないんでね。どういう構造だということがある・・・

下川委員：この構造がですね、院長が部長待遇なんですよ。部長は総務部長が統括しますよね。

副委員長：そうですよ。院長は下ですよ。

下川委員：だから院長の意見は総務部長を介しないと市長の中に入らないような構造になっているんですよ。これで今の非常に激流に飲み込まれている医療界に対応できるかどうか、ちょっとこれは、まずこの構図はちょっと適当じゃない。

委員長：今回の診療報酬改正で7対1看護のときにほとんどの自治体立病院は負けましたね。そういうナースの定員は条例を変えて何とかかとか1年後、もうそんなときにはマンパワーはいない。だから構造的に負け戦をせざるを得ない状況なんですよ。

永利委員：いいですか。今日お話伺って、改めて民間企業から見たら信じられない世界だなとも思います。なぜなら大牟田市立病院という一つの事業体はあるんですけども、全部市役所全体の管轄に入ってしまった。その中のトップ全部は市長にあります。こうなったときですね、経営責任というのが誰が取るんか、というときにこれがもう大きな図体の中に巻き込まれているために経営者不在というか、責任者不在の体質が如実に現れているな、という思いがあります。だから先生がさっきもおっしゃってましたけれど、これだけ医療に対しての高度な技術とそれから責任が問われている中で、経営体を維持するというのは、ものすごいまた経営ノウハウと一人の人で全部やれ、ということはもう不可能。しかもその院長がその権限もなくして全然医療にはわからない人がおるといえるのは、判断をしますよというの、この体質をね、根本的に見直さないと市立病院存続したいといっても、一番大きな問題そこからもういっぺんメス入れていかないとかなと思います。

委員長：もう診療領域の見直しで期待されておるのが見えてき始めて、他の病院との連携が見えてくれば、それが継続するためには、今のようなことであればマンパワーが集まらないし、今副院長が言われましたように、自力で自前のドクターを育てていこうということすらですね不可能になってしまう、負けてしまうですね。せっかく何をしたらいいかわかってもそれを継続できる、するための利益が要りますし、マネジメント能力が要りますからね。

永利委員：これはもう、やっぱりマネジメントの能力を持った人が、どうやったら生き残れるかという中で、単独じゃ無理だったらどこと連携をどういう形でやればいいのか、どういう人材が必要とか、やっぱりその代わり経営責任取るぞと、それにはそれだけの権限を頂戴と。それがなかったらとてももう、今までは全体的に財政が何とか持ちよったからここまで来れてますけどね、これからの時代、それがもうできなくなってきた中の生き残りを求めないかんわけでしょう。責任体制とどうやったら生き残れるかのマネジメントできる人を置いて、医療とこれはやっぱり両輪になってやらないと、とても僕は無理だと思いますね。基本的には。

委員長：事業体ですからね。

永利委員：事業としてみなきゃダメですよ、これ。

委員長：政策事業をやっているわけですから、政策事業という言葉はありませんけれどもですね。事業体と政策の総合調整するところとは質が違いますからね。

嶋田委員：今、院長先生が、でもお悩みというか、お言葉をお聞きできて本当にやっぱりよかったと思います。わからないんですよ。私たちは病院長だから病院長がいろいろされているとしか思わないんです。で、こういう機構図を見せてもらっても最初はピンと来なくて、あーそういえば院長の上に部長さんがいらっしやるじゃないとも思いましたし、そういう権限もなかったんだってということが今お聞きして、じゃあできることないのかなと思ってさっきお聞きしていたら、

病院の事務方の方は結局、大牟田市の人事異動と同じような形で変わっていくと、それさえも考えたらおかしいことであって、病院の事務に本当に精通する人が10年も20年もいなければ、長期的な計画も何も立てれないんじゃないかなって、そういうことをどうして今まで考えなかったのかなってということが、なんかすごく驚きました。

山口委員：考えなかったんじゃないんですよ。考えられないんですよ。制度上。

嶋田委員：じゃあ、今からなら考えてもらえることなんですか・・・

山口委員：いや、だからそれを今から・・・

嶋田委員：ここで話したら考えてもらえるんですか？

山口委員：あのですね、考えないかとですよ。だからね、さっきおっしゃったんだけどそれはね、酷なんですよ。言うこと事態が。公立病院だから。

委員長：諸君がサボっているわけじゃないんです。

嶋田委員：今の方を責めるつもりはないんですけれども。

山口委員：いやいや、公立病院だから、基本的には地方公務員ですよ。だから地方公務員は地方自治法の法律の中にあるんですよ。ですね。だから、こういうふうな人事権、それから財政の問題にしてもそれから、それ以外ですね、問題にしても、給与にしてもですね、すべて公立の、公立ですから、その親の、市のですね、組織の中でしか動いていられないというこれ非常に弱点なんですよ。これは県立病院がそうやったんですよ。県立病院がつぶれたのはそこなんですよ。だから市立病院だって同じなんですよ。公立病院だから。だから私が聞いたかったのは公立病院であって、あるけれども、何か全適かなんかでねやっておられるかなと一瞬チラッと思ったから私は聞いたかったんですよ。だからそれが全然なされていないということなんでご苦労が多かったんじゃないかなと、逆に私は感心してるんですよ。その中で黒字が単年度だけでも17年度に出たということはね、ものすごく努力をされたと。だけどこれは単年度で終わるんじゃないかなと。18年、19年になったらまた赤字に戻る可能性っていうのはあるんじゃないかというふうに思うような形態になっている、というふうに考えざるを得ないということなんですよ。

嶋田委員：それをじゃあここで考えて、変えていかないといけないと。

山口委員：ええ、それをここで考えていかないといけないじゃないかと。

委員長：もう皆さん苦労しないでいいんですよ。このようにされたらみんなハッピーになります

よということを提言するのが我々。

永利委員：だから先生、これからの議論の展開の中で起こってくるのは、市立病院の必要性とやるべき、やらなきゃならないことが明確になっていくという・・・

委員長：それを継続するための・・・

永利委員：これを経営的に見るといろんな無理、無駄、そのほか矛盾がありすぎる。生き残ろうと思えば今の体質のままでやれるのか、やれないのか、やれないとすれば、ただ必要となったらどういう体質の経営体型に持っていかざるを得ないという形での展開になっていくでしょうね、おそろくね。

委員長：そうですね。諸君の名誉のためにも説明しときますとね、戦後わが国がまだまだ貧しいときですね、病院を造らないといけない、バスも走らせないといけない、そういうことを民間の力だけではできないような地方があったわけですよ。お金持ちが多い街もありますけどね。そのときに自治体がお金を出してそういう事業をやりなさいと、バスだとか病院ということでこれがある。だから反対にその地方公営企業法を所管しておる自治省の諸君がもう豊かになったときにこれやめなければいけなかったんですよ。やめないでから現場、頑張れ頑張れというからもう窮屈なところでですよ、赤字を作ったらおまえたちが悪いという、自治省は偉そうに言ってますけれどもね、おまえたちがそもそも構造改革せんといかんやったという、こういうのが私の認識ですので。あの人たちがサボっているとか考えないでください。そうじゃないんですよ。

嶋田委員：そんなことは夢にも思っていません。何か公募委員になって勉強できてよかったなと思って、どうもありがとうございました。

事務局(肥川理事)：あの、私の説明も舌足らずでしたが、ちょっとあの山口委員がおっしゃったようなことがここに書いてございます。あの、お帰りなりましてお読みいただきたいと思います。

嶋田委員：熟読させていただきたいと思います。

委員長：それと当日配付資料でもう一つお金の流れがわかりづらいから絵にということですが、これも、これあの市民のですね、おじいちゃん、おばあちゃんでも見たらわかるということにブラッシュアップしたいので、次回もう少しまでこれをブラッシュアップしてもらってですね、市民でもわかるというふうに事務局の肥川さん、お願いいたします。

事務局(肥川理事)：はい、承知いたしました。

下川委員：私も、自治体病院出身者から我々の名誉のために申し上げますけれども、10%くら

いの病院はですね、ずっと黒字なんですよ。こういう組織でも・・・

永利委員：自治体病院はだいたい1割は黒字ですか？

下川委員：はい。ずっと黒字なんですよ。だからそこに赤字の病院にどこに問題があるのかという比較ですかね、病院の体質とかそういうものまで含めたものをいち早く感づいておればあまり深淵にはいらずに済んでるんじゃないかと。

山口委員：ちょっと一つだけ質問していいですか？

委員長：はい、どうぞ。

山口委員：この給与の運用でですね、この表というのは医師職だけが給与が特別にあって、それ以外の医療職、いわゆる例えば事務職以外の看護婦さん、それから薬剤師さん、そういう人たちの給料は行政職給料表で一本でなさってるんですか？どうしてなんですか？そこがちょっと理解に苦しむ、さっき下川先生がね、ちらっとおっしゃったのと同じ意見なんですけども、どうしてあのそういう医療職のほかの医師以外の医療職の方のとを事務職の給料表でもっていかれてあるのかっていうのがちょっと理解できない。

島内事務局長：あの先ほども言いましたように、職種別の給料表の導入については今いろいろな課題があるので、検討課題としているということですけど、その経過なり考え方についてはですね、給料については私の今までの認識しているところではですね、労使の場で決定され、条例を改正し、議会の議決をいただいてですね、しているということで、まあそういう表でやっていくという中でやってきたということ以外は・・・

委員長：質問はね、歴史的に技術職として給与を分けるべきだということの検討だとか、あるいは議会に出したというような歴史的な事実はどうですか。

島内事務局長：今までそういうので出したということはないと思います。だから今はやっているというようなこと・・・

山口委員：そしたら組合と協議なさるときに提案はなされたんですか？そういう専門職の方の・・・

島内事務局長：まだ具体的に提案はしていないというふうに思いますけど。聞いたことはございません。

山口委員：今までもなされたことはないということですね。

島内事務局長：はい。

委員長：今までもないということですよ。すごい。

永利委員：民間的な発想をしたらとてもありえないことですがけれどもね。ただここは大きな役所の中のあれで、一部門になっているから。

委員長：医療職のプライドも伴ってくるんですけどね。

山口委員：はい、わかりました。

嶋田委員：すみません、先ほど先生がおっしゃってました10%のうまくいっているところの、そういった資料というのはもし可能であれば頂戴できれば、私たちとしては・・・

委員長：できますよ。

下川委員：簡単にできますよ。

嶋田委員：そしたらもしかしたらこれ大牟田市立病院にこれ使えるかもとか、大牟田にもこういうことができるかもとか、そういうことも・・・

下川委員：数値としてしか出てない。

委員長：赤字病院と黒字病院は何が違うかということはわかります。

嶋田委員：細かいことはわからない・・・

委員長：いや、わかります。

嶋田委員：そしたらもしもそれがあれば、例えば比較検討は可能である？

委員長：いや、検討したとしても、今、下川先生が言われたように歴史的にあるとき気がついて、やったということがあるわけですからね、もうそこに戻るわけじゃない。

副委員長：もうそれとね、これ読まれたらわかるようにですね、相当コンサルタント入れたりいろいろしてですね、また肥川さんという専門家を呼んで相当努力されてますよ。他のね、どこの医療機関でもプラスのところね、黒字のところ、どういことをしてるから黒字になっているかということをおわかっておられます。全部、おそらく。

嶋田委員：じゃあもう生き字引のようにお聞きすればいい・・・

委員長：典型的にはですね、ある市立病院の購入部隊、薬だったらですね、その市の職員けれども、大阪の道修町に駐在ですよ。そこで現金買いをしてから1割くらいの購入価格で、だから公定価格の1割くらいで買っておるんですよ。支出管理をもう数十年前からやっているんですよ。できることはあるんです。でも、今からやれ、というとそれはもう時間切れの話だし、そういう構造を変えてあげないとそれはできないからね。だから比較してそこにあまり夢を持たせない。

嶋田委員：わかりました。

委員長：ということで第2回を終わりました宿題をわたしのほうでいくつか勝手に作りましたので、事務局と調整しながら整理していきたいと思います。それから3回目のときに、事前か事後に現場に行って、現場の人からいろんな意見交換をする場を・・・

永利委員：時間中にやっては・・・

委員長：時間中ですね。

副委員長：始まる前がいいんじゃないですか。

委員長：前がいいですね。はい。

副委員長：始まる前に病院を見学させていただいてね。

永利委員：次回はもう市立病院でやりましょうよ。

事務局(肥川理事)：どうされます。

永利委員：また戻ってきます？ここまで。

事務局(肥川理事)：実はですね、ここでやってますのは傍聴しやすいと、議員の先生、市会議員の方あるいは市民方が傍聴しやすい、こちらでやってくれんかというご要望もございました。したがって6月25日は基本的にはここでやりたいと思うんですが、よろしゅうございますか。ただ議会中でございますもんで、27日までが議会開会ということ聞いております。したがってひょっとしたらここを変更ということも・・・。何かあったらあるかもしれませんが、基本的には・・・

副委員長：移動するにしてもたいした距離じゃないからここでいいですよ。

事務局（肥川理事）：もし変更ということになれば事前にお知らせします。

副院長：だから事前がいいと思いますよ。いろいろと議論するなら。

委員長：第3回委員会の前に病院のほうで聞くと、委員会をここでやるということを原則にしましょう。はい。終わります。

（以上）