

1. 開会

司会者 : 皆さんこんにちは。ご案内しておりました時刻を少し過ぎましたが、ただ今から第3回目の梁瀬・和田山医療センター連携検討会議を開催させていただきます。

それでは、後藤会長の方に議事進行をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いします。

会長 : それでは、本日の次第に基づいて、進めさせていただきたいと思います。

委員の皆さん方には、議事の進行へのご協力をよろしくお願いします。

まず、2の会議の傍聴についてですが、本日も傍聴希望者があるようでございますので、傍聴を許可したいと思います。どうぞ、入っていただいで下さい。

(傍聴者 入室)

それでは、傍聴者の方々にご注意事項を申し上げたいと思います。議事の進行をさまたげることのないよう静かに傍聴をしていただきたいと思います。議事の進行の妨げとなる場合には退室を命じることがございます。特に発言・拍手等は議事の妨げとなりますので厳に謹んでいただきたいと思います。

以上でございますが、よろしくお願いします。

それでは協議事項に入りたいと思いますが、3. 協議事項(1) 両病院を一つにした場合の検討について、前回の会議で、今回はこういう議題でしょうということで終わっておりますので、事務局の方から説明をお願いしたいと思います。

事務局 : それでは、事務局から資料の方の説明をさせていただきます。座って説明をさせていただきます。

両病院を一つにした場合の検討ということで、①②③と項目を分けておりますけれども、説明の方は流して一括でさせていただきますのでよろしくお願いします。

先程、後藤会長の方から言われました通り、前回の連携検討会議の終わりで出た方向性に沿って、具体的に一つに纏まった場合にどれだけのことが出来るかということについて今日、皆さんにご議論をしていただくということになる訳ですが、先ず、資料1をご覧くださいと思います。

両病院を一つにした場合のメリットとデメリットということで、大きな括りということで、記載しております。勿論、細かいことはもっとも沢山ありますけれども、大きなことということで、こちらの方に書かせていただいております。

メリットの一つ目として、「一つの病院に診療科が統合され、診療機能が充実するため、患者の利便性が向上する。」複数の疾患を抱えている患者さんであるとか、診療科の異なるお医者さん同士が連携を取りやすくなり診療機能が向上することがあると考えております。一カ所で色々な疾患を診ていただけるし、一つの疾患でも複数の医師の診察が必要なこともございます。

二つ目として、「職員が集約されるため、施設の規模に応じた効率的な配置が可能となる。」ということで、例えば技師さん、レントゲン技師さんであるとか検査技師さんなんかも、どんな小さな病院でも最低限必要な人数というのがある訳で、これが病院の規模に応じた職員数の配置が可能になる。栄養士さんなんかもそうですし、事務方なんかも該当すると思います。

三つ目として、「費用が削減され、経営的にプラスに働く。」これについては、二つ目の効率的な職員の配置でも費用の削減の効果がありますし、施設面から言いますと、玄関であるとか患者さんの待合いであるとか事務室であるとかトイレであるとか、一つに集約されますと、玄関も一つで済みますし、待合室も一つで済みます。集約されたと言って、2が1になるという風には考えておりません。それが1.5になるのか、1.7になるのか1.8になるのかは集約のさせかたによるとと思いますが、所謂、規模の効果という風にご理解をいただけたらと思います。

次に、デメリットということなんですけれども、1番目に「統合により、従来近くで診療を受けていた患者が遠くになり、不便を感じる」これは、当然、病院の近くに住んでいた患者さんにとっては、統合された病院に行かなければならないということになって、やはり近くに住んでいた方にとっては不便になる。2番目として、「両病院の病院整備のための地方債残高があるため、場合によっては繰上償還をしなければならない可能性がある。」と言うことで平成22年度末の残高を計算しますと、8億2千5百万円程となります。これについては、病院を建てたり、増改築をしたりするのに、地方債という形で病院組合の方が借金をしております。借金をするにあたり、例えば30年で返すとしておりますと、この30年の間は病院として使うということが条件になっておりますので、途中で病院としての使用をしなくなったら、一括して借金を返すこととなりますので、デメリットとして挙げさせていただいております。

続きまして、資料2をご覧くださいと思います。「必要とされる病院の概要」ということで、1として診療機能、救急、入院、外来ということ挙げさせていただいております。これについては、第1回、第2回の連携検討会議でご議論いただいたことを取りまとめをさせていただいております。(1)救急については、基本的な考え方として、①2次救急のある程度までの対応を行う。完全な対応ではなくて、2次になるのか1.5次になるのかといったことのお話があったかと思います。②八鹿病院との連携と分担を図る。これも議論があつてこういう風にしたいということで纏めさせていただいております。

入院につきましては、基本的な考え方として、①現在の両医療センターの診療科を引き継ぐ、今、内科、外科、整形外科、療養病床を持っておりますので、一つに纏めてもこの診療科を引き継ぐことは最低限必要ではないかと。②朝来市民の入院のニーズに応えるベッド数を確保する。やはり、住んでいる近くで入院をしたいという需要が高いというご議論があったことを受けてのこちをこちらに記載をしております。

外来につきましても、入院と同様の考え方ですが、①現在の両医療センターの診療科を引き継ぐ。それから、仮に一つにしても、今、往診という形で在宅のかかりつけの患者さんへの対応ということを行う必要があるのではないかと考えております。

診療機能としては、救急、入院、外来について、これまでの議論を踏まえて取りまとめをさせていただきました。

2番目の病床数ですが、病床数というのは病院のベッドの数ですが、ベッドの数が決まれば、病院の規模も決まってくる。ということで、これについては、先程の診療機能の入院の②朝来市民の入院のニーズに応えるベッド数を確保する。のベッド数は果たして、どのくらいなのかということで、案を3つ記載をしております。

案1としましては、梁瀬医療センターの許可病床の50床と和田山医療センターの許可病床の139床を合計した189床で、現状と同等のベッド数を確保するとしています。

案2としては、150床規模ということで、考え方としましては、直近、昨年度の梁瀬医療センターと和田山医療センターの1日当たりの入院患者数の合計に、周辺の病院、八鹿病院に入院されている内科、外科、整形外科の患者さんが朝来市内で入院機能が充実すれば、半分より少し多い6割くらいは来てくれるのではないかとという考え方。それから、朝来市民の方で神崎総合病院にかなり行かれておられます。ただ、病院を作る場所にもよるとは思うのですが、八鹿病院のように半数以上というのではなくて、2割くらいは戻って来てくれるのではないかとという予測を立ててこの数にしております。

直近の患者数の122人に八鹿病院の6割の28人、神崎総合病院の2割の4人を合計して154人くらいが計算上想定できるのかなということで150床規模の病院を案2として記載しております。

案3として200床規模として記載させていただいております。案2は直近ということだったのですが、案3は、過去10年間の中で1日平均の入院患者数が一番多かった平成16年の162人に先程の八鹿と神崎総合病院でこちらに戻って来てくれるであろう患者さんの数を合計しますと、162人に28人と4人を足しますと194人となりますので、切りの良い数字として200床規模の病院を案3としております。

続きまして、2ページ目をご覧ください。

先程も少し申し上げましたけれども、病院の規模はベッド数で大体決まってくるということがございます。延べ床面積という形で挙げさせていただいておりますが、1ベッド当たり60㎡くらい病院には必要であると言われております。これは、当然、玄関ですとか待合いですとか、トイレですとか病院の施設の面積を全部合計して、ベッド数で割ると大体60㎡くらいになると言われております。現状のところ、梁瀬医療センターと和田山医療センターの延べ床面積を記載しておりますが、梁瀬医療センターの2,927㎡を許可病床数の50床で割ると58.5㎡、和田山医療センターですと、8,863㎡を139床で割ると63.8㎡になります。平均するとほぼ60㎡に近い数字となり、実態とも合った数字ではないかと思っております。

次の敷地面積ですが、病院の敷地面積を算定するにあたりまして、病院本体の建物に必要な敷地面積とこの地域は田舎ですので自家用車の利用が非常に多いということで、駐車場の面積を足したものが、病院に必要な敷地面積となります。

病院本体の建物を何階建てにするかによって、例えば鉛筆みたいな細長いものですと敷地面積も少なく済みますし、平屋建てにすると広い面積が必要となるのですが、1

フロアあたり50床くらいで算定をさせていただいております。案1と案3は4階建て、案2については、3階建てとして算定をしております。

病院本体の敷地面積は、延床面積を階数で割ると、3階建てですと3で、4階建てですと4で割れば、真四角の直方体のビルの敷地面積となりますが、どんな建物でも真四角ではありません。玄関や緑地などの面積もありますので、建ぺい率の考え方で60%として見て、病院の建物部分の敷地面積を算定しております。

駐車場につきましては、田舎では1ベッド当たり2台の自動車の駐車場が必要として、1台当たり30㎡として計算をすると、資料に記載しております面積となります。

計算式については、1番下に記載をしております。

案1では、病床数189床、4階建て、駐車台数378台ということで、16,000㎡。案2の150床では、3階建て、駐車台数300台で14,000㎡くらい。200床では、17,000㎡くらいの敷地面積が2つの病院を1つにした場合に必要となります。

続きまして、3ページ目をご覧くださいと思います。

先程、案ということで、ベッド数から延床面積、敷地面積などの病院の規模を想定させていただきました。この想定を元に、規模別病院の概要と建設に必要な費用（概算）ということでまとめさせていただきました。まず、建築費ですが、病院では1㎡当たり30万円程度の建築費が掛かるとされております。これに延床面積を掛けますと建物本体の金額が出てまいります。189床の病院でしたら、34億円くらい掛かるという計算になります。当然ですが、病院は建物だけではなくて、医療機器も必要ですし、病院を建てる用地も必要となります。医療機器につきましては、150床から200床規模の病院で、新しい病院を建てた場合は大体10億円くらい必要になると言われておりますが、今使っている医療機器が使えますので、これを移設して利用するとして、10億円の半分の5億円を医療機器の費用として算定しております。

用地費につきましても、何処に作るかによってまちまちなのですが、㎡当たり8万円弱で、土地の購入と造成ができるのではないかとということで、㎡当たり7万7千円という数字を挙げております。これに面積を掛けて12億円と算定をしております。189床の病院を仮にまとめて一つ建てるとしたら、建物が34億円、医療機器が5億円、用地費として12億円、合計で51億円くらい掛かるという試算です。

案2、案3につきましては同様に試算しますと、150床の病院ですと総額43億円、200床の病院ですと総額54億円くらい掛かるという試算をしております。

続きまして、4ページ目をご覧ください。

立地場所の要件ということで、一つにした場合は当然のことですが、朝来市全体の病院ということで、どんな場所に建てたら良いかという観点から3つの要件を挙げております。勿論、この他にも立地条件は様々あるとは思いますが、大きな観点から3つを挙げております。

一つ目は、必要な敷地面積の確保できる場所でないとは駄目でしょうということ。二つ目として、交通の利便性ということで、朝来市全体の病院ということですので、鉄道やバスなどの公共交通機関の利用が容易に出来ることであるとか、救急について1.5次

になるのか2次になるのかということはあるにしても、救急車の進入がし易い幹線道路に隣接していないと困るでしょうということとか、朝来市全体の病院ということで、朝来市の4地域のうちのどこか特定の地域から来にくいということがあるのは良くないということで、朝来市の4地域からのアクセスが良いことを挙げております。

三番目に災害への対応を挙げております。やはり病院自体が災害に遭うような場所では困るということで、冠水、台風の際に水に浸からないとか、地滑り・土石流、裏山が滑ってきて被害をうけるような場所では困るということです。それから、病院へのアクセス道路が複数確保されていること。これは、病院本体自体が災害を受けなくても病院に繋がる道路が災害で通行不能になって病院が孤立することは避ける必要がある。患者さんは、台風であろうが大雪であろうが災害に関係なく発生する訳ですし、地震災害などでは、逆に災害の時のほうが患者さんが多いということも考えられますので、複数のアクセス道路が確保されていることが必要であろうかと考えております。

ということで、「必要な敷地面積の確保」「交通の利便性」「災害への対応」の3点はどうしても必要ではないかということで、まとめさせていただいております。

下の方に参考として、梁瀬医療センターと和田山医療センターが先程の3つの要件、敷地面積、交通の利便性、災害への対応に照らしてみますとこのようになっているとまとめさせていただいております。

必要な敷地面積の方から見ますと、梁瀬医療センター・和田山医療センター共に少し足りないということになります。梁瀬医療センターでは、今ある敷地面積では6千㎡強あり、拡張の可能性として周りに農地がありますが、真ん中辺りに既にお家が建っていたりとかがありますので、その辺りのことを考えますと、今ある敷地プラス5～6千㎡程度で1万2千㎡程度で先程の150床の1万4千㎡でも少し足りないような状況です。和田山医療センターについては、病院組合の持っている敷地面積は非常に広いのですが、丘陵地にありまして、法面であるとか、山の部分、それから兵庫県さんに貸している特別支援学校の部分を除いて、今実際に使っている部分を計算をしてみますと1万1千㎡程度が平地で駐車場を含めて使っている面積となっています。これも少し足りないこととなります。

交通の利便性では、鉄道・バス等の利用については、梁瀬も和田山も両方ともにJRの駅があったりとか、全但バスの停留所があったりとか、便数の問題はありますが、利便性はそんなに悪くはない。救急車の進入につきましても、国道や県道が接続しておりますので、両医療センター共に問題はないのではないかと考えております。朝来市の4地域からのアクセス性では、和田山医療センターでは特に問題はないのですが、梁瀬医療センターでは、生野・朝来地域から少しアクセスに難があるのではないかと考えております。

災害への対応では、冠水・地滑り・土石流等の危険性ということで、梁瀬医療センターについては、色々な資料を見ても、知られている災害の危険性は無かったのですが、和田山医療センターでは、丘陵地に建っておりますので、上の方に土石流の危険性のある溪流があるということが、兵庫県が出しておりますCGハザードマップに掲載されております。同じCGハザードマップには雪崩の危険性もあると記載されてお

ましたが、和田山では雪崩の心配は想定する必要がないと判断しまして、この資料には記載をしておりません。それから、災害への対応のアクセス道路ですが、これも救急車が入ってこれる幹線道路が複数接続しておりますので、両医療センター共に問題はないと考えております。

続きまして、資料3をご覧ください。

資料3では財政面での検討ということで、先程の資料2で説明させていただきました通り、概算ではありますが150床の病院でも43億円、200床の病院で54億円という大きな金額となります。現金で一括で支払いが出来れば良いのですが、当然そんな訳にはいかないのが、地方債という形の借金をすることになります。病院の建設に活用できる地方債にどのようなものがあるのかを検討したのがこの資料です。活用できる可能性のある地方債が3つほどありまして、「病院事業債」「合併特例債」「過疎債」がそれにあたります。資料の方では、色々と記載をしておりますが、3つの地方債の違いを簡単に説明させていただきますと、病院事業債というのは病院組合が発行をします。

それに対して、合併特例債と過疎債は構成市、朝来市さんと豊岡市さんですが、そちらの方が発行して、病院組合へ出資をしていただく、という具合に発行するところが違っております。合併特例債と過疎債の方は、あくまでも構成市さんが発行すると言いますか、発行する・しないについては、構成市さんがご判断をされることですので、ここでは、仮に発行していただけたら病院建設の負担が少なくて済むということで、構成市さんの方には、まだ、相談も何も掛けていない状態で、可能性ということでこちらには記載をさせていただいております。

資料3の文字の部分ではなくて、財源とか負担割合とかが書いてある図の方をご覧くださいと思います。病院事業債の方は2段、合併特例債と過疎債の方は3段になっている図の一番下の「負担割合」の欄をご覧くださいと思います。全体事業費に対する負担割合が、一番上の病院事業債では50%、合併特例債では37.5%、過疎債では25%となっております。上から段々と病院組合の負担割合が少なくなっている。

次に真ん中の構成市の実質負担の欄ですが、ご覧の通り、病院事業債では27.5%、合併特例債では28.125%、過疎債では28.75%と下に行くに従って構成市の負担が若干増えていく。それから、交付税、これは国の方から構成市さんの方に入って来るお金ですが、こちらについても病院事業債では22.5%、合併特例債では34.375%、過疎債では46.25%と下に行くに従って、大幅に増えて行く。といったような傾向がございます。

それから、病院事業債は発行出来る期間に制限はないのですが、合併特例債と過疎債については、発行できる期間が限定をされております。合併特例債は皆さんよくご存じだと思っておりますが、市町合併から10年間に限って発行できることとなっております。平成17年に市町合併をしておりますので、それから10年ということで、平成26年までしか使えない期間限定の地方債である。過疎債につきましても、これも順次国の方は減らしていく方針で、過疎地域に指定をされている山東地域が朝来市の中では適用されるのですけれども、これも平成27年度までの発行期限があります。こうしたいつでも発行できる地方債と期間限定の地方債があるということで、合併特例債とか過疎債を

活用しようとするれば、非常に早く病院の建設を考えていく必要があるということでございます。

続きまして、2ページ目をご覧いただきたいと思います。

その他の課題ということで、財政的なことも少し入っているのですが、こちらの方に纏めております。まず、新病院の経営ということで、2つの病院を一つにした病院を作りましても、最初は赤字になってもやむを得ないと思うのですが、出来るだけ赤字ではない、出来たら黒字の病院にしていかないと、朝来市の中で継続的に病院を運営していくことができないのではないかと考えておりますので、出来るだけ黒字の病院を目指して経営していく必要がある、非常に難しいですけれど、と考えております。

それから、跡地利用の問題がございます。2つの病院を一つにした場合、例えば梁瀬か和田山にまとめましても、片方の病院の跡地をどうするかという課題がありますし、先程、敷地面積の面から両医療センター共苦しいという説明をさせていただきましたが、新たな場所ということになりましたら、2つの病院の跡地をどうするかという問題がございます。

3つ目として、診療機能の確保・充実が挙げられます。先程の資料2のところ、前回と前々回の連携検討会議の意見を集約しました救急・入院・外来には、最低限としてこのような診療機能が必要としておりますが、あくまでも最低限の診療機能ということで、当然、新たな医師を確保して診療機能を充実させていこうとか、或いは地元の医師会さんとの連携や協力によって診療機能の充実確保はこれからも考えていく必要があろうかと思っております。

続きまして、3ページ目をご覧いただきたいと思います。

こちらにつきましては、償還シュミレーションということで、償還という行政用語を使っておりますけれども、借金を返すのに年間どの程度の負担が出てくるのかということでございます。3ページ目では病院事業債を100%使った場合に案1、案2、案3では、年間にどの程度の返済になるのかを表にまとめております。案1の189床の病院につきましては、案2の150床と案3の200床の間となりますので、試算の方は省略をさせていただいております。見ていただきたいのは、「組合の負担額」の欄と「構成市の負担額」の欄でございます。150床の病院ですと1年目には病院の負担額が3千万円くらいで2年目からは9千5百万円弱となり、6年目以降は9千3百万円弱が30年目まで返済が続くということになります。「構成市の負担額」の欄をご覧いただきたいと思うのですが、年間の返済額の総額に対して、病院組合と構成市とで半半の負担割合で返していくこととなるのですが、「差引実質負担額」の欄を見ていただいたら解ると思うのですが、国も方から交付税が入ってきてその残りが実質の構成市の負担額というのが、1年目で1千7百万円弱、2年目からは5千2百万円強、6年目からは5千百万円程度の返済が30年目まで続くということになります。200床の病院についても同様の見方をしていただいたらよろしいかと思います。

4ページ目には合併特例債を最大限活用した場合を、5ページ目には過疎債を最大限活用した場合のシュミレーションとして試算させていただいております。シュミレーションの見方については、先程の病院事業債と同様の見方となります。

ここで、比較して見ていただきたいのが、6年目以降、6年目から30年目までの負担額です。5年目までは、参考程度に見ていただいて、6年目以降25年間の長い間返済を行うことになる額をご覧いただきたいと思います。例えば3ページ目の病院事業債100%の200床の病院を見ていただきますと、組合の負担額は6年目以降1億2千万円強を返していくことになります。4ページ目の合併特例債を使わせたいいただいた場合は9千万円強ずつ返していくということになります。5ページ目の過疎債では、山東地域で整備をした場合ですけれども、年間6千万円程度の負担額となります。

一方で、構成市さんの方の実質負担額を見ていただきますと、それぞれのページの一番下の欄になりますが、同じく200床の病院で病院事業債100%では6千6百万円強を年間負担をしていくような計算、合併特例債を活用した場合には6千8百万円弱を負担していく、過疎債でしたら6千9百万円強を毎年負担していくこととなります。

病院の方の負担額は、病院事業債、合併特例債、過疎債と大幅に減っていくのですが、構成市さんの実質負担については、どの地方債を活用しても百万円とか2百万円程度しか変わらない。というような感じになるので、構成市の朝来市さん豊岡市さんには病院組合の負担の少ない合併特例債であるとか過疎債の活用をお願いできればありがたいと思っております。

事務局としましては、第1回、第2回の連携検討会議の流れに沿った形で、病院の機能であるとか、病院の規模であるとか、病院の敷地面積であるとか、どの位の建設費がかかるであろうかといった資料の作成をさせていただいたつもりですが、委員の皆さんにこうした方向性で間違いがないのかどうか、また、病院の規模についても現状の189床、150床規模、200床規模のいずれの規模が良いのか、診療機能はこれで良いのだろうか、といったその辺りの議論をしていただけたらと考えております。

以上で事務局から資料の説明を終わらせていただきます。

会 長 : ありがとうございます。

それでは、議論に入る前に資料についてのご質問がありましたらお受けしたと思いますが、資料の順番でいきますと、まず、資料1のメリット・デメリット、議論は後ほどとして、質問はございませんか？

委 員 : 地方債の残高ですね、8億2千万円ちょっとと書いてあるのですが、これは2つの病院の合計だと思うのですが、それぞれどの位かわかりますか

事務局 : 資料を探しているので、少々お待ち下さい。

会 長 : 先程の説明の中で起債について26年、27年の話が出ておりました。残高は段々と毎年減ってきますよね。ですから、後の議論にもかかってくるのですが、26年末と27年末でいくら残ってくるのかということも併せてお願いをします。

事務局 : 22年度末で、梁瀬医療センターの方が7億円弱、和田山医療センターの方が1億2千6百万円くらい。26年度末になりますと、梁瀬医療センターの方が5億4千万円弱、和田山医療センターの方が8千5百万円程度で合計6億2千5百万円弱となります。年度末の合計の数字を申し上げますと、22年度末で8億2千5百万円、23年度末で7億7千3百万円、24年度末で7億2千5百万円弱、25年度末で6億7千5百万円、26年度末で6億2千5百万円弱、27年度では5億7千6百万円ということでありま

す。

会 長 : ほかに質問はございませんか。あればまたということで・・・。

続いて資料2についても、まず質問とか疑問な点がございましたら先に言っていただきたいと思いますが・・・。言い出すとすぐに議論になってしまうのですが・・・。

委 員 : 資料2の1ページの案3の平成16年の時の両病院の診療体制がどうであったか、医師の数とかがどうであったか。今よりも病院機能が良い時期だったと思います。外科があったりとか。

会 長 : 1回目の資料の中に出ていたと思いますが・・・

事務局 : 第1回目の資料では、16年ではなくて17年の体制が出ておりますので、これを読み上げさせていただきますと、梁瀬医療センターは医師5名体制、和田山医療センターの診療科としては、内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科の合計で11名の体制だったということです。平成16年も診療科はほぼ同様の体制であったのではないかと思います。医師数については、16年度末で10名ということで、17年より1名少ない医師の体制であったようです。

会 長 : 新しい病院になったら、どこがピークかということの議論になってくるとは思いますが・・・。

在院日数の問題がありますから、ベッド数は同じでも患者数は減っているのですね。これからまだまだ減るでしょうし、ということも後で出てくる問題ですが・・・。

ここで質問は、150床や200床はいいのですが、療養病床が36床ありますが、病床の割合とかそういう病床の構成をどうするのかということは抜きにして、ベッド数を出したのですか？

事務局 : 療養病床を何床にするのかということは非常に難しい問題だと思いますし、特に和田山医療センターは、回復リハをどうするかということもありますので、ここでは全体のキャパシティとして考えさせていただいており、病床の種類構成については、今後具体化した時点で詳しく検討をして行く必要があるかと思えます。

ただ、療養病床は必要で無くす訳にはいかないであろうと考えております。

会 長 : 他に質問はございませんか・・・。

また、後ほど質問があればということで、資料3について質問等ございませんでしょうか？

委 員 : 合併特例債が平成26年まで、過疎債が平成27年までとなっているのですが、この26年までとか27年までとかと言うのは、何が26年や27年までなのか。要するに病院の事業を計画してお金を執行する時点なのか、建てられた時点なのか、どういう時点が26年なのか

事務局 : 県の方に起債の許可、借金をしてもいいですよ、との了解をもらう最終年度が26年ということなので、病院を建てようとしたら1年半、2年は掛からないと思いますが、用地の目処が立っていれば2年以内には建つと思いますので、県の方に起債の許可をもらう最終年度が26年になると思います。

委 員 : 一般的には、例えば入札とかがある時期が26年なんですかね？

事務局 : 組合の予算の経常の年度とさせていただいたら結構かと思えます。26年度に予算を

上げたら、それについて財源で許可をするという考え方ですから、例えば26年度に建設をして、それを繰り越しをした場合については、結果的に許可はもらっていますから次の27年度まで繰り越しが、実質的にですね、そういったテクニックはあるにしても26年度の予算計上が必要であるという風にご理解をいただきたいと思います。

会 長 : その辺りは次の議論の(2)将来的な方向性の中で建設という方向になれば、今おっしゃっていたような時期を含めて議論をすることになるのですが、遅くなればなる程、先程の地方債の残っている部分が少なくなるということはあります。そこまで病院がもつかという問題はありますが・・・

委 員 : もう一つそれに関連したことで、起債の償還はそこを無くしてしまえば一括償還しなければならないということなんですけど、例えば附属の施設みたいな形で残して、ちょっとした機能だけ持たしてという場合はどうなるのでしょうか。一括償還させなくてもいいんですね。

事務局 : それについては、ケース・バイ・ケースになると思います。実際に許可と言いますか貸付側である財務省であるとかがどういう判断をするかという時に病院事業債として認めておりますから、病院事業にあってもいいと認められた場合には、返さなくてもいいこともある。ですから、書いております「場合によっては」というのは、色々なケースがあると思いますので、必ず繰上償還をしなければならないかどうかは、個々のケース毎の判断になると思います。

会 長 : その他の課題のところ、新病院の経営について、「黒字の病院を目指して経営していく必要がある」となっているのですが、30年かけて返しますと言っているのですからその間に黒字になるということになれば、市民の皆さんも納得しないのではないのでしょうか。課題として書いてあるのですが、建て替えるからには黒字にするという強い決意が必要なのではないのでしょうか

事務局 : 黒字にしたいという決意はあるのですが、現実を考えますとスタート当初は赤字になる。ただ、その赤字から出来るだけ早く脱却をしたいと考えております。

会 長 : それでは、資料1・2・3は相互に関係があることですので、一緒にご議論をしていただいたらいいのですが、ただ、案1・2・3という部分がありますので、この部分だけ先に議論をして、どれがいいかということのご意見をお聞きしたいと思います。と言いますのも、次の金目の計算にも関わってくることで、病床数の議論をまず最初にさせていただいてよろしいでしょうか。今までの説明ですと、案1、案2、案3にしても両医療センターの場所では、敷地面積、延床面積共になかなかしんどいというお話はあるのですが、それは後の議論としてするとして、実際に将来を見据えて、建設して10年、20年、30年と経営していく中で、病床数をどういう風に考えるかということをご先にさせていただきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？

委 員 : 私自身は150床あれば十分だと思っています。実際に最近の医療の流れからすると在院日数はどんどん減ってきていますので、皆さんが考えられている、例えば150床というのは、一昔前で言うと200床とか250床に相当するので、それと同じ規模の病院と同じと考えていただいてもいいくらいです。在院日数が短くなっていますので、当然、入院出来る患者さんが増えますので、150床でも十分ではないかと思っています。

仮に朝来市の人口が爆発的に増えて、需要がもっと増えれば別ですけれども、その可能性はあまり無いでしょうし、こんなことを言ったら朝来市には失礼かもしれませんが、ただ、高齢化が進むので、需要が極端に下がるということはないと思うのですが、在院日数とか色々考えると。ただ、療養病床の経験を私はしたことがないので、そこをどういう風にして利用すると良くなるのかということが良く解らないので、療養病床を何床にして、一般病床を残り何床にするのかという議論をする必要はあるでしょう。私自身は、他の先生の意見を参考にしないと解らない部分ですが、ベッド数そのものは恐らく今持っているものよりも少なくてもいいくらいだと思います。一般の方は多分、それを在院日数が短くなるとか色々なことを十分理解できなくて、ベッド数を減らすことに反対される方も居られると思うのですが、私は少なくて良いと思います。

それから、私が長い間院長をしているのですが、お金のことを考えると借金は少なければ少ない程良いと、それも含めて、150床が妥当であると思います。

委員： 前の会議の時に言ったことがあるのですが、新しい病院をもし建てるのであれば、理想型から言って、何床のベッドありき、これだけのベッドがいいだろうという考え方も一つあると思うのですが、どういう診療機能を持たしたらいいのかという観点の一つあっていいのではないかと。新たな病院を建てるのであれば、一つは透析医療、透析医療をやっている医療機関が非常に少ない。南但馬の方でかなり遠方でされている方もあるという現状がある。ただ、これは必ずしも入院のベッドを伴うものではありませんけれども。もう一つは、緩和ケアと言いますか、ガンの末期の方、一般病床なりで亡くなれていますけれども、八鹿とかにも出来つつありますけれども、少しあっていいのかなと思います。そのようなことを若干思っておりまして、診療機能の面から少し、将来の但馬地域での医療の動向も見て、こういう患者さんが増えそうだからこういう機能をとという意見をどこかから貰ってくるのがあっていいのかなと思っています。

会長： それは、次の診療機能の充実の議論になると思うのですが、それを含めて、例えば150床くらいの中で収まるかどうかということのご意見はいかがですか

委員： 結論として、主観ですけど150床の中で収まるのではないかと。

あと資料の中の案2とか案3で八鹿病院に入院した患者さんの欄があるのですが、現状として、八鹿病院の整形外科が無くなった今年度につきましては、朝来市民だけでなく、養父市民が和田山医療センターの方に入院しているという実態になっていますので、今年度の数も参考にさせていただいたらより正確な数字になるのかと。

会長： それが増えても150床の中で収まるというご意見ですか？

委員： それは何とも。

会長： 問題提起をされたということですね。他にご意見はいかがですか？

やはり200床はいるとか、今のベッド数はいるというようなご意見がありましたらお願いしたいと思います・・・

委員： 病床数を決めていく上での最低条件として、この病床数を運営するだけの医者がいるという担保が取れないと、病院を建ててもどうしようもないので、医師確保についてもこの議論と平行してやっていかないと、実際に建てても誰も来なかったという訳にはいけないので、その辺はこういう検討をすると同時に、一方で医師確保に各方面に動いて

いくということが必要なのではないかと。

委員： 150床で何人くらい最低医師がいるのでしょうか？

委員： 最低で言うとそれ程いらんと思うのですが、10名くらいはいるのではないのでしょうか。

会長： これから何年か先のことでですから、病院の形を決めて、実際に建てる前に必要数の検討をすとか、確保していくとかということは当然出てくると思います。ただ、今の医者数しかベッドが出来ないという考えはないと思いますし、マンパワーの問題は、どういう風に確保していくかについては、計画をしていく中で同時に検討をしていくということになるかと思えます。今は大きな構想を作るといって進めていきたいと思うのですが・・・

今までの意見は、病院長の先生が実際に診療をしている感触ということですが、市民の皆さんの意見はいかがでしょう。

委員： 病床数を考えるのであれば、南但で考えた方がいいのではないかと。病床を決めるのに八鹿病院との兼ね合いを考える必要があると。朝来市と養父市が将来的には一つになる可能性もあるでしょうから、病床数をある程度八鹿病院との兼ね合いを考えて、決める方が、診療科目も考えていった方がいいのではないかと。

会長： 考えてどう思われますか？

委員： よく解らないのですが、病床数も診療科もそういう要素も加味する必要があると。

和田山の整形外科ということで、神戸大学の整形外科の先生が来てくれている訳ですが、万が一これが合併した場合に神戸大学から整形外科の先生が来ないということになるとこれも大変なんで、この辺りの確証というか、担保をキチンとしておかないと、あれは昔の北兵庫整形外科センターの時代から3名から4名をずーと送っていただいている訳なんですけれども、それが途絶えるようであれば、合併するにしても、合併する場所とか、名前とかそういうものが変われば、もう知らないということになりかねないので、その辺りのことも考えて、この話も進めていかないといけないと思います。

会長： 神戸大の教授には良く申しておきますので・・・

今は、供給サイドの話ばかり出ておりますけれど、医療というのは福祉とも関連があり、地域の方が安心して生活していけるような体制の中での医療というものもあるのですね。それで、一つは150床と言っても具体的に1病棟を50床でやるのか、40床でやるのかとか、療養病床にしても、今36床ですが、医療型と介護型があるのですが、現状はどういう構成なんですか？

委員： 36床全部が医療型です。

会長： 介護型は全くないのですか。しかし、医療型も自民党の最後にまとめた社会保障国民会議、何千万円も金を掛けて日本の将来に向けて議論したもの、があるのですが、民主党になってもそれが継続しております。

それですと、療養病床というのは減らすと、医療型についても減らすと。その根拠はやはり医師が実際に診なければならぬ患者さんが50%しか入っていない。逆に言うと療養型病床は半分でいいと、量的にですね。そういう中で36床をやるのかどうか。

今は出来るだけ個室で、6人部屋は勿論のこと4人部屋も出来たら全部個室にという

方向です。現実には、全部個室というのは無理と思いますが、個室の割合が増えている中で、1病棟が50床というのではないでしょうね。40床とかでやらないと無理ではないかと、患者さんのことを考えますと。

それから、先程少し出ましたが、急性期の病院がどんどん特化して、今は全国で病床数が100万を少し切って、90万台になっていると思います。国の国民会議の結論では、26万床でよいということになっております。そうしますとそうしたものは3次医療圏域で、豊岡病院みたいなところでやればよいのだと。あとは、地域の病院は、本当に急病の患者さんもそうだけれど、そうした大きな急性期の病院から帰ってくる患者さんのリハをやるとか、亜急性の病床をやるとかというような形になってくるでしょう。

今までの、我々医療サイドの都合によって作っていた病床とか病院とかも違ってくるでしょう。そこまで今議論をするかどうかですけど、ただ、将来は変わってくるであろうと思います。

医療費の観点から言うと、どうしても病院から地域で、皆んなが最終的には在宅で必要な医療も受けられるし、介護もキチンと受けられるというようなことにしなければ、とてもですが、医療費が概算で40年経ったら倍になるのですね、90兆円になるという中で、それを何とか押さえようというような流れがある。それがこうした地域での病院のあり方にも大きな影響を及ぼしている訳でして、後の問題も、病院の跡地をどうするかという問題も、介護や福祉で使うということになって、特養であるとか老人ホームであるとかといった介護施設をどんどん増やして行って、悪い言い方をしますとそこで如何に医療費を少なくするかということになるのですが、実際はそれが地域での医療のあり方ではないかと思えます。その代わり救急には直ぐに対応ができるよう、ER型の救急救命センターを増やして行って、何時でも直ぐに診てもらえる。それが落ち着いたら、できるだけ早く亜急性の病院で、リハビリの必要なものはやっていく、そして地域へ帰っていくというような形になる中で、病院の性格によって、ベッドの数とか構成とかも違うと思うのですが・・・

今の国の流れを少しお話させていただきましたが、谷田先生、その辺りをもう少しお話いただけたらと思いますが・・・

委員：私の方からは、経営の視点でお話をさせていただきたいと思えます。資料1でメリット・デメリットが整理してあるのですが、メリットで患者の利便性が向上すると言いつつながら、デメリットで不便になるという風にあるのですが、結局は地域の医療水準を高めるということだと思えるのですね。地域全体の医療水準を高めますと。メリットの2つ目も、効率的な配置が可能となると言っていますけれども、それは広範な医療サービスが可能となる。レベルを上げて、それから大量提供をしていく。では、レベルが上がる、それから守備範囲が広がるといった時に、150床という具体的な数字が出ておりますけれど、少なくとも今よりは入院ベッドのサイズは小さくして、機能を上げるのと、職員たちが集約することなどの様々な工夫をしていくというイメージだと思うのですが、数字は具体的ではありませんけれども、現段階では今のベッド数よりも小さくして、というイメージを持って次ぎのステップに行くのだらうと理解しています。

その時に大事なのは、今、会長がおっしゃったように、在宅への、在宅をどう捕らえ

ていくかという、外来機能ですね、新しい病院が出来た地域の方々は、近くなっていいのかも知れませんが、やはり高齢化が進んでいく中で、如何に死を迎えるか、PPK、ピンピンコロリでいくのか、色々な考え方はあると思うのですが、死の迎え方として痛みを無くするという緩和ケアへの対応であるとかも重要でしょうし、やはり、交通弱者というのは必ずこういうところでは出てくる訳ですから、交通弱者への対応をすることで行政の公平性を維持していくであるとか、単に経済効率という面だけではなくて、やはり行政としてやらなければいけない責務の部分があると思いますので、そこを1カ所に機能を集中することによって、今度はそこから外に出ていく巡回診療みたいなことも考えながら、話を先に進めて行って、より具体化していくというイメージなんだろうなという風に私は理解しております、150床というのは、今のベッド数を減らす方が様々な面でメリットがきつとあるのでしょうか。療養型病床の事に関して言えば、積極的な医療を必要としない方が医療機関を利用することになりますので、建築の試算でも出ておりますが、1ベッド当たり、1㎡が30万円として、60㎡だと1800万円になります。4人家族で、1800万円を掛けると、7200万円の上物に住んでいるのと同じような状況になるのですね。これは如何にもお金を掛けすぎであろうと、所謂社会的入院にですけれど、生活の為に医療機関を使うということにお金を掛けすぎだということで、そこは少し整理する対象になると思います。ただ、やはり緩和ケアですとか、透析ですとかといったことに関しては、医療としてやることはあるのではないかと、この地域の高齢化を考えた時に出てくるのではないかと、そんな風に考えております。

会 長 : やはり、在宅と言いますか地域にというところで、この地域では幸いにして、医師会の先生方がかかりつけ医として揃っておられるのですから、益々役割が大きくなっていくのであろうと思うのですね。

療養病床については、今後、減っていく方向になっていくと思うのですが、1病棟のベッド数は今どうなっているのですかね？

委 員 : やはり小さくなっています。それから1看護単位の人数、看護師の人数ですが、をどうするかということが難しいところで、10対1が7対1になったからといって、看護師さんが楽になるかと言いますと、別に楽にするために入れる仕組みではありませんので、数が多くなると楽になるという話ではないと思います。10対1でも質を求める看護師さん達はそうしていますし、そう考えた時には40床以下ですね。

会 長 : そうすると、3単位で120床プラス療養型病床とそれから今話しの出ました緩和ケアとか、緩和ケアも今はできるだけ病院でというよりは在宅でという方向で、といいつつどうしても要るでしょうから、そういう構成になるのでしょうかね。そうすると3単位120床プラス療養を30床とすると150床、療養病床とか緩和ケアや回復リハの病床をどうするかについては、病院の機能をどうするかという中身のところで議論をするとして・・・

委 員 : 本当に効率性を考えるのであれば、1階は外来とかに対応をするので、そちらに使うとか、それぞれの看護単位間で応援とかで行き来することを考えると、全体で4看護単位とすると、ワンフロアに偶数病棟があった方が色々と都合が良い。

会 長 : 所謂、療養型その他を1つと一般病床を3つとして4看護単位とすれば、ワンフロア

が1看護単位の3階建てや4階建てというのは困るということですね。そうすると1階が検査とか外来で2階とか3階にベッドということでしょうね。

外来なんかもやはり2週間処方とか、個人負担が増えて病院の外来というのが10年間で22%減っていますね。誘導策もあってどこでも薬を買える時代ですから、出来るだけ病院へ来ないようにとも取れる施策を国がやっているのですけれども・・・

委員：やはりドクターの数からすると理想的には1人のドクターが入院患者を10人くらいですかね。10人でもちょっと多いのかもしれませんが、10人くらいということで考えると150床ですと、15人くらい。

会長：しかし、療養型は1人で診れますから、13人と行ったところでしょうか。まあ、最低10人は要る。しかし、小さく作ってあとで建て増しや何かをするよりは、少し余裕を持って作っておいて、確保出来たところから順番にやっていくということでしょうね、病院を建てたり、運営をしていく時には。一息にやろうとか、可能性を考えても、当面は150床あれば何とかするという感じはしますけれど。一応病床数は、市民の皆さんのご意見もまた伺うこととして、専門家はこういう具合に考えているということ・・・

次に敷地面積とか、財政面での話とか、運用の話に行きたいのですが、150床あれば大体のところですが、資料2のところ、病床数を150床にすれば、3階建てで敷地面積は14000㎡くらいということが出てくる訳ですね。そして、建築費は概算で43億円くらいで、1番安上がりなんですけど、ご意見等がありましたらお伺いしたいのですが・・・

例えば、ヘリポートとかが要るのでしょうか？

.....

ヘリポートについては例えばということで、別のことについてのご意見はありませんか？。

委員：単価面積というのは非常に難しいと思うのですが、豊岡病院の単価面積と八鹿病院の単価面積が大分違っていたという話を聞いたこともありますが、その当たりというのはどうなんでしょうか。この試算の単価面積は起債を借りる時にある程度、ルールみたいなものは決まっているのでしょうか？

事務局：今、言われた通り㎡当たり30万円というのは起債の許可基準で、30万円を超える部分については、全部一般財源で持ちなさいということになっています。

会長：ここは事務方の腕の見せ所ですよ。いくら建築費にするのか、どの財源を使うのか。

先程、聞き忘れたのですが、構成市の豊岡市と朝来市の負担割合というのはもう決まっているのですか？

事務局：大体3対1くらいです。

会長：そうすると、朝来市の負担は、実質負担の4分の1ですね。6年目以降の5千万円ですと1250万円程度の負担となる。それと、山東のみに適用される過疎債ですが、財源が50%50%となっていますが、別のところで建てるとなると過疎債は使えないのですね？

事務局：過疎債は、山東地域のみ限定されますから、そういうことになります。厳密には、

兵庫県さんとの協議ということになります。仮に使えたとしても、人口按分であるとか、患者数の割合であるとか、かなり限定をした率ということになると思われま

それから、過疎債の場合は枠がありまして、申請したからと言って全額が認められるというものでもありません。合併特例債ならば今のところ朝来市の枠内でいけるような感じですが、過疎債が50%行けるかと言えば、現実には難しいと思います。制度上は50%まで行けるのですが、配分的には難しいと考えております。

会 長 : 今は全国的にも自治体病院の建設がラッシュになっているようです。県の方でも過疎債ではありませんが、公立病院改革プランに従ってやれば、それなりの財源措置がされますので、それで淡路の方をやる、尼崎をやるとしております。全国的にそういうことをしております。ですから、過疎債も同じ状況だと思うのです。合併して今から病院の建て替えに取りかかる自治体が多い。このことが少し話を難しくしていて、過疎債を目一杯使えるかどうか解らない。次の議論にもなるのですが、何処に建てるかによって財源も変わってくる。それから、先程も言いました通り、全国的にどれくらいあるかによって、過疎債は変わってくる。その点、病院事業債の方は必要性さえあれば、総務省の方で認められる。合併特例債も同じような使い方が出来るのではないですか。

事務局 : 合併特例債も額は決まっていますが、全国的にではなく、朝来市さんの使い方として、総額は決まっていますが、何に使うかということのご判断の中で、病院に使うというご判断をいただきながら使うというような形になります。

委 員 : 合併特例債は、例えば、この朝来市に豊岡病院組合の病院を建てるとしたら、朝来市の合併特例債と豊岡市の合併特例債の両方を使えるのですか。それもと、朝来市の合併特例債だけが使える形になるのですか？

事務局 : 一般的には朝来市ですね。豊岡市というのは少し難しいと思いますね。

委 員 : ということは、朝来市が合併特例債を病院建設に回すだけの、お金と言いますか、どう使おうかと思っているのかどうかということになるのですね。

委 員 : これは、全く新たな話ですから、合併特例債は合併の時とかに計画を組んで、ある程度こういったものに使いたいということで進んでおりますが、これがそれに出来るかということは、今後協議も要りますし、今、私の方から行けますよとも言いかねるところがあるのですが、制度的にはこういうものがあるということで、今日はお聞きしておるところでございます。

会 長 : 財政的には、病院組合としては合併特例債とか、過疎債を使っただけだと非常に負担が小さい。市の方はあまり変わらない状況だということですね。

この問題は、方向性が建て替える、どこに建て替えるとなったところで、構成市の間で財源を協議をしていくという形になると思います。

予定の時間もあと30分程となってきたので、(2)将来的な方向について、今まで、どんな診療機能が要るとか、どのくらいのお金が掛かるとかという議論の中で、今の2病院体制を続けるのか、やはり一つにするのかということについて、私の感じでは、やはり、新しい病院の建設に向かうというのではないかと思うのですが、この辺りについて、やっぱりということがございましたら、ご議論をしていただいで・・・

もしも、新しい病院を作るというのであれば、せめて、財源の話などもございますか

ら、どの辺りへ、和田山か山東かその他の場所か、地域くらいは、報告書に書くか書かないかは別として、議論はしておいた方が、後々の診療科目とかにも関わってくると思いますので、その辺りのご意見を頂けたらと思いますが・・・

委員：この間、医師会員が集まることがありまして、開業医ばかりですが、連携検討会議の中でこういう問題が出ておりますが、皆さんどう思われますかということで、提起を試してみました。機能的に、今の両方の病院というのはやはり不便ということで、一つになっていたきたいと、医師会の中の大概の意見はそうなんですけど・・・

経済的な面も、財政的な面もありますし、また、場所ということもありますけれど、医師会としては、一つにしていたきたいというような意見が出ておりました。

今日の話は、あくまでも新しいところに建てるということなのですね。

会長：そこのところのご議論をいただきたいということなんですけど・・・

委員：場所は、どちらかに近いところにするとか、色々あると思うのですが、医師会としては一つにしていたきたいというような意見が大勢を占めていました。

会長：敷地面積とか色々考えたら、どちらに持っていくにも無理があると、皆さんご理解をいただけるのではないかと思うのですが・・・。特に同じ所で例えば敷地があっても、八鹿の建て替え時にもよく解りましたが、同じ所に建て替えるというのは、その間も診療をしなければならず、経営的にもすごくマイナスになるのですね。

やはり新しい病院を建てるとしたら、梁瀬でも和田山でもない、今の医療センターとは違う場所というのであれば、そこのところがどうだというご意見があれば、言っていただければと思うのですが・・・

委員：会議の最初の方でも言いましたが、やはり八鹿病院のことも考えて、朝来市だけで考えるのではなくて、やはり八鹿病院もあそこにあるということも考えて、何床のベッドがあって、医療器械も揃っていることを考えたところで、新しい病院を建てるのであれば、それにマッチするような計画を立てていただきたいと。八鹿病院も利用するというのを念頭に入れて、というのが医師会の方からの意見です。

会長：つまり、資料3のその他の課題のところ、地元医師会との連携・協力だけでなく、八鹿病院との連携とか協力も視野に入れておくべきだということがあるので、課題として加えておいて欲しいということですね。

委員：今、朝来市医師会では、先代から若返ってしまっていて、私くらいの年齢が一番頂上で、30代の方も居られますし、40代から60代の方が随分開業しておられますので、外来の面では結構行き渡っていて、十分に満足をしていただけるのではないかと思うので、病院の方の任務としては、外来ということよりも、2次医療の方を、入院の面を充実させていただきたいという意見です。

会長：医師も増えてきて、目標というのが10万人当たり150人だったのが、昭和の時代に達成して、兵庫県で人口10万人当たり220人になっているのですね。但馬圏域の10万人当たりの医師の数は、神戸辺りに比べると少ないのですが、西播磨なんかには比べると意外と多いのですね。それはそれでいいのですが、そういう風に診療所が充実したことが病院の医師が逼迫しているという事象と裏表になっている部分がありまして、確かに開業医の先生方も増えているのですが、病院の医師、勤務医も増えているのでは

あるけれど、割合が今は診療所の方が多いのです。それが病院の医師不足の一つの背景になっているということもあります。

八鹿病院のことにつきましても、よくよくどうしてこうなったのかということを考えてみますと、鳥取大学の支援がなくなったということが非常に大きくて、それも医師不足が原因で、鳥取は鳥取の中での医師不足ということがあって、それがこちらにも影響をしているのです。ただ、先程、病院の将来像の話をしました。公的病院については、一時はもう虐め倒されて、潰れるものは潰れてしまえというような話でしたが、診療報酬の面からも、地財計画も大分ましになってきました。やはり最終的には公的病院が果たすべき役割が大きいということで、今までよりは経営とかそういうことについても良くなるのではないかと思います。そうなってくると、八鹿病院なんかでも、医師や病床の集中や集約という方向ですから、鳥取の方も八鹿病院へ人を出せるというような事態もあるかも知れない。両方あると思います。その辺りもあるので、委員もおっしゃっているように、南但全体で見えていかなければいけないということも一理あると思います。

今まで、医師会の話とか、病院長の話とか、我々学識経験者とかの話では、やはり病院を一つにした方がいいのではないかとということなのですが、市民の代表の委員の皆さんどうでしょうか、ご意見がありましたら、どうぞおっしゃっていただきたいと思うのですが・・・

委員：ここまで議論が進むとは思っていなかったのですが、私自身も最初に言いました通り、一つになって、資料に基本的な考え方が出ておりますが、2次救急まである程度診ただけという形の病院が出来たらいいなと思っております。

だんだんと現実味が出てきて、色々と難しい問題もございますけれども、住民自身はやはり安心して暮らせるような方向になってきそうな形なので、大賛成なのですが、なかなかこれから過程がありますので、色々な山を越えて谷を越えてという部分もあると思いますけれども、その辺を市民として、小さなエリアに縮こまっていなくて、朝来市がどう、医療関係でも他の面でもそうですけれども、発展していくような形で捉えていただきたいと思っております。

委員：本当に前向きに新しい病院が出来たらいいなと思っておりました。先程から、病院を作るのに必要な予算であるとか、病院の維持管理費だとか説明を受けました。一市民である私にとっては、見当もつかない金額ですが、このままの状態でも2つの病院があるよりも、一つになった方が良く思います。友人、知人との話の中でも、あっちに行ったり、こっちに行ったりするよりも、一つになって充実した病院があればと、よく耳にします。私を含め市民の皆さんは、ある程度の診療科が揃い、救急や入院にも確実に対応していただける病院を望んでいます。

特に私の場合は、高齢者を抱えておりますので、近いところでお世話になれるということが、一番心強く、安心できる事だと思っておりますが、そんな気持ちを持つのは、決して私だけではないと思います。

一つになれば、無駄な経費も抑制される事もあると思いますし、新しい病院になっても、医師の先生方は、しっかり残っていただき、引き続き診察・診療いただけるものと

確信しております。

また、今以上に医師の先生方の確保も併せてお願いしたいと思えます。

繰り返しますが、一つになり充実した病院が出来たら本当にありがたいと考えております。

委員：私も救急で八鹿病院に運ばれて、そのあと和田山医療センターにお世話になっていたのですが、病棟の方で話をしていたら、八鹿の方が来られていて、八鹿なんだけれど整形が八鹿にはないので、今は和田山しかないのこっちに来ているという人が2人程居ましたけれど、八鹿ですかと、私は近辺の方だと思って話しておりましたので、八鹿はもうあかんのだと、こう言う言い方は悪いのですけれど、整形は八鹿ではもう診てもらえないのだなということを実感して聞いておりました。

会長：回復期リハとかそういうものもこれからキチッと、整形外科もそうなんです、位置付けていく必要があると思います。今、救急の話もありましたが、救急隊の方も従来から1カ所の方が運びやすいと言っておられたように思うのですが・・・

委員：朝来市の方は市内で、2次救急でも利用させていただいて、3次になれば豊岡の救命センター或いは八鹿病院ということで、2次も現在では八鹿病院或いは豊岡の方をお願いしているという状況ですので、次に救急があった場合に対応が直ぐに出来ないということもありますので、2次の救急については市内の病院で利用させてもらえれば一番ありがたいです。

会長：市はかなりの負担をする形になるのですが・・・

委員：場所とかいうことは今後の議論といたしまして、必要性は私も確かに感じておりますし、多くの方もそう思っておられると思います。それは、組合の方で議論されました改革プランなり、確保問題協議会ですか、さらには朝来市の有識者会議の、重なる部分はあると思うのですが、提言としてはあると思うのです。身近なところで今ございましたように、なかなか診てもらえないという、2次救急を含めて、先生方には頑張っていただいてはいると思っておりますけれど、そういったところを解消するため、或いは横だしの部分、付加価値を付ける部分が出来れば、本当に魅力ある病院になるのかなと期待もいたしております。2つを1つにしてメリットがなかったということにはならないと思いますので是非ともそのような方向に向かって行けばいいのかなと思っております。

会長：南但と言いますか、八鹿病院の話も出ましたが、但馬圏域全体の医療事情を把握されている豊岡健康福祉事務所の方から何か、感想とかご意見とかがありましたらお願いをしたいと思えます。

委員：元々は両医療センターを一体的運用をしていこうという方向性もありまして、今回の新病院のイメージとしては、内科とか外科とか整形外科とかの中心となる診療科については、基本的には2次診療、2次医療について朝来市内で完結させるということ。それと、外来については、2つの病院から1カ所にはなりますけれど、医師会との病診連携によって対応していくということで、1次と2次の中心となる部分については、朝来市内で完結するであろうと。それ以外の高度専門的な救急医療などについては、八鹿病院であるとか場合によっては豊岡病院で対応していくと。そういうイメージになっておりますので、そういう部分については住民の方に取って非常に分かりやすいのではないかと

と思えます。今後、3つの診療科が中心になるというイメージというのが共通認識としてあると思うのですが、それにプラスして例えば透析をどうするのだとかといった個別のものについては、八鹿病院が急性期を中心となって担うという位置付けがされておりますので、八鹿病院との連携をどのように具体化していくのかということは今後詰めていく必要があると思うのですが、全体的な方向性としましては、既に委員の方々がおっしゃいましたように、住民の方にとっても利用し易い体制ではないかと考えておりますので、この形で議論を進めていただければよろしいのではないかと思います。

会 長 : 高度急性期医療について、集中と集約というのがあって、例えばこれだけ広い但馬の将来像の中で、やはり豊岡だけでは、社会保障国民会議で言う26万床の高度救急医療を担う病院が但馬で一つだけでいいかと言うと、やはり将来的には八鹿病院もその役割を担う必要があるということになると、先程も委員の言われていた八鹿病院と新しい病院との役割の線引きが出来ると思うのですが、その辺りのことについて、感想で結構ですので、兵庫県の方からのご意見をお聞きしたいと思うのですが、いかがでしょうか？

オブザーバ : 今、会長がおっしゃたように、何も県は豊岡一極集中ということは全く考えておりません。豊岡病院でやっていただくこと、八鹿病院でやっていただくこと、それで圏域の医療が保たれるということですから、一極集中という考えは我々としては持っていないということは、明確に言っておきます。

その他ですが、この資料1の両病院を一つにした場合のメリット・デメリットですが、これが私は議論の出発点だと思うのですが、メリットとして、統合され診療機能が充実するため患者の利便性が向上する。デメリットで患者が遠くなり不便を感じる。私はこれと同じウエイトで書かれるということは疑問だと思います。やはり、病院の機能というものは何かと言うと、日常診療についての利便性としては、ちゃんと掛かりつけの先生がいらっしゃる訳ですから、それを基本にして病院機能を構築することになると、今、会長がおっしゃったように、この病院をどうするか、どういう診療科を持たせて何ができるか、もうデパートのような時代は終わりましたから、それは医療側もベッド数を含めて、一番現実を知っておられる医療側の先生方のご意見を伺って、例えば透析であるとか、リハビリであるとかの話も出ましたけれども、ある程度地域の医療を診ている医療側に少し預けていただきたいというところがあります。

もう一つは、財政負担ということについては、やはり住民の皆さんが将来背負われるものですから、それを含めてご議論をしていただきたいかと思います。

今は、会長からのご質問ですから、我々としてはやはり、八鹿病院で出来ることは、和田山にもという考えではなく、豊岡に全部一極集中させるつもりもありません。例えば、ヘリコプターの発着場について、ヘリコプターを新病院に置かなくても、そこからそこへと利用できるような施設が将来的には必要かも知れません。そういう意味で柔軟に考えていただいて、この病院に何もかもというのではなくて、やはり2つの病院を一つにすることによりどういうものが生まれてくるかというような議論で進めていただければありがたいと思っております。

会 長 : 今の話では、八鹿病院をもう少しシャキッとさせてもらわなければいけないと思えますけれども、このままでいくと、同じ様な格の病院でお互いに連携ということにもなり

かねません。やはり今のままでは八鹿病院もいけないと思います。

考え方としては、但馬は広いところですし、西南但馬と北但馬という医療圏の考え方も医療提供側或いは行政の側にも残っているように私も思います。

ヘリポートについては、思いつきで言ってみただけで、実際は救急現場から豊岡まで運んでもらってということになる。そこから災害医療センターやこども病院へ運ぶということもありますから、そういうところで搬送先の病院と連携できれば、何もこの病院にヘリポートが必ず必要という訳でもないでしょうし、それと最初、不便、便利という話がありましたが、やはり地域の皆さん方にも今はデパートのように何でも揃っている時代ではないという話やコンビニ受診の話があって、何でもちょっとしたことでも病院に行く、それでなくても忙しい病院の先生方の手を煩わせる、というようなことが、この地域ということではなくて、全国的に批判されています。子どもの救急なんかで言うと、子供の親御さんが急病やと言って駆け込んで来られた内の85%が医療の必要は無しというようなことで、電話相談とかで選り分けて、病院が出来るだけ、出来るだけと言いますのは見落とした困るのですけれど、病院を良くしていくのは、一つはやはり住民の皆さん方がその病院をどう使うかということもありますので、医療内容の話もありましたが、やはり病院と患者さんや地域の人達が協同していいシステムを作り、その中で病院にこういう役割を果たさせるのだというような方向で持って行っていただけたらいいのではないかと考えておりますので、よろしくお願ひします。

先程、ある委員さんがおっしゃいましたが、病院を何処に作るかということは、我々外部の委員もおりまして、なかなか地域の事情も良く解らないこともありますので、委員会としては、今までの議論でやはり一つにして病院を作りましょうということで、150床くらいでどうですか、と中身は大体こんなことで、医療はこういう形で充実してというようなことで、あと1回あるわけですね。もう1回で市の関係とか、行政の動きとか、予算とかありましようからか、まあ、それまでに報告書を作るということでしょう。

事務局 : はい。

会 長 : そうしましたら、次回は何処に作るかというようなことは後の実際に作る為の構想検討委員会的なところに委ねて、来年度と、これも実際にいくら議論をしても、市民の皆さん方、それとその代表である市議会、或いは市長さんと考え方とかいうことがあって、その方たちがそうやなど言っていたかないと前に行かない訳ですから、その前に4回目の委員会をして、そこで報告書の形で纏めるということで如何でしょうか？よろしゅうございますか？

では、その案を事務局の方で作っていただくということで、連携方策と言いますか構想と言いますか、この辺りをどういう方向で纏めるかということを含めて、事務局の方に案を作っていただければと思いますが・・・・

事務局の方もよろしゅうございますか？

事務局 : そうしましたら、次回に事務局の方で報告書の案になるのか素案になるのかは別として、この連携検討会議を3回開催させていただいて、議論で出てきたものをとりまとめて、報告書の素案のようなものを次回お示しをさせていただいて、委員の皆さんに語義論をいただく。それで良からうということであれば、第4回目の会議で締める。いやい

やこれでは駄目だということであれば、第5回目の会議をする。そんな風に考えておりますが・・・

会 長 : よろしゅうございますか？

それでは、そういうことでお願いします。

委 員 : 少しいいでしょうか？ 先程、ヘリポートの話が出ておりました。現在、朝来市には指定のヘリポートはございません。臨時の離発着場ということで指定をしまして、しているのが現状です。稲の刈り取りの時期には、そこは風の為に駄目であるとか、グラウンドでしたら、夏でしたら砂が飛ぶとかといった色々な条件で、出来るだけアスファルトを利用して、しておくのですけれども、利用出来ないときには、グラウンド、小学校のグラウンドが芝生化されているのはいいのですけれども、出来たら病院にはヘリポートが絶対必要条件ではなかろうかと思っております。病院間搬送でも必要ですし、特に通常の大きな病院でしたら屋上ヘリポートなんですけれども、積雪がある地域ですので、昨日もドクターヘリの運航委員会もあったのですけれども、冬は圧雪或いは除雪をしななければいけないということになりますので、やはり豊岡病院と同じように駐車場の端辺りには必ず必要ではないかなと思います。

会 長 : ありがとうございます。臨時ヘリポートというのは防災計画上定められているもので、それを医療でも使っているということですね。当然、阪神淡路大震災の時のような大災害の時には、それを使ったということですね。建設をしていくというのであれば、病院の近くでもいいのですが、今回は入れるとすれば、ヘリポートについても検討をするということになるかと思えます。病院の中身とか、豊岡とか八鹿との連携が見えない中で、先にヘリポートを作るだとかという議論にはならないと思いますので、来年度以降の構想検討委員会的なところで検討していただく、ということよろしゅうございますか？

では、事務局の方へお返しをしたいと思います。議事進行のご協力ありがとうございました。

司会者 : 会長さんどうも、進行の方をありがとうございました。それでは、委員の皆さんから何かございませんでしょうか？

事務局の方から何かありますか？

事務局 : 先程、会長さんの方がおっしゃいました通り、第4回目の会議を次回するということで、この場では、皆さんのご予定がなかなか難しいと思いますので、後日日程の調整をさせていただいて、出来るだけ委員の皆さんの全員のご参加ができるように調整をさせていただきたいと思えます。

委 員 : 予定としては、だいたいいつ頃を想定されていますか？

事務局 : 当初の予定では、年内に報告書の取りまとめをしたいと考えていたのですが、少しずつ開催が後ろにずれ込んできましたので、また、12月になりますと皆さん大変お忙しくなると思えますので、年明けの1月の日程調整をさせていただいて、皆さんの日程の合う時に開催したいと考えております。

それからもう1点、議事録の関係でございます。第2回目の議事録の皆さんのご発言部分を予め送らせていただいております。もし、訂正があるようでしたら、送付の時に

ご案内させていただきました通り、帰る前に事務局まで提出をお願いします。特に訂正がないようでしたら、結構でございます。

司会者 : それでは、本日は長時間に渡りましてありがとうございました。これもちまして、第3回の梁瀬・和田山医療センター連携検討会議を終了させていただきます。どうもありがとうございました。