

【横浜市市立病院あり方検討委員会 第8回委員会 議事録】

- ・日 時 : 平成15年1月29日(水) 午後3時10分～4時54分
- ・場 所 : 脳血管医療センター 2階会議室
- ・出席者 : 開原座長、飯田委員、越智委員、河北委員、田村委員、辻本委員、松井委員
鳥羽衛生局長、渡辺総務部長、酒匂医療対策部長、齋藤市立病院経営問題担当部長、本多センター長、山本副センター長、滝童内看護部長、畑神経内科部長、藤井脳神経外科部長、佐鹿リハビリテーション科部長、中森放射線科部長、内田管理部長、その他事務局
- ・傍聴者 : 15名

1 開 会

2 議 事

(1) 意見交換

(開原座長)

第8回横浜市市立病院あり方検討委員会を開催させていただきたいと思います。まず、今日お手元にはどのような資料があるか、事務局のほうで確認していただけますでしょうか。

(事務局)

- 資料確認 -

「横浜市市立病院あり方検討委員会第8回資料」(資料1、資料2)

「横浜市立脳血管医療センター及び他の脳血管治療施設経営状況等資料」

「飯田委員からの提案資料」

(開原座長)

今日は飯田先生から特に資料をいただいておりますので、御確認ください。まず、資料1の御説明からお願いをしたいと思います。

(事務局)

- 資料説明 -

(開原座長)

これは、先ほど直接病院のほうから伺ったことですので、改めてここで議論や質問はないということでもよろしいでしょうか。何か特にありますか。

それでは、その次へ行かせていただきます。

今日、脳血管医療センターを見学させていただいて、大変素晴らしい病院で、また、理想としておられるところも医学的にはよく理解できるのですが、しかし、毎年32億円という赤字が出るということだと、そのうち、そんなお金は出せないと言われると大変でありますので、やはりある程度経営ができるような状態にしておかないと、将来この理想が掲げられなくなることもあろうかという気もいたします。

そういう意味で、本センターと似たような機能を持っている病院が、日本中を眺めてみるといくつかあるわけですので、そういう病院のことを、少し参考になるかなということで、河北委員、田村委員が、市のほうのお力も得て資料を集めたり分析をしたりしてくださっておりますので、そのことを御説明いただきたいと思います。

(田村委員)

まず、私のほうから少しポイントを説明させていただいた後で、河北委員のほうから補足していただければと思います。

「横浜市立脳血管医療センター及び他の脳血管治療施設経営状況等資料」の、資料1「経営状況等資料」の「施設概要」というところですが、脳血管医療センター、それからA病院、B病院

というのはいわゆる民間病院です。あと秋田県立脳血管研究センター、この4病院を比較しています。

まず病床数を御覧いただきますと、ここが300床で、A病院は670床、それから秋田とB病院は160床から190床ぐらい、大体同じような規模です。診療科目は、本当に脳血管医療に絞っているのは本センターのみで、A病院は循環器、整形を含んでいます。それから、秋田も循環器を含んでいます。それからB病院も整形を含んでいます。ただ、いずれも脳血管中心です。

あと、非常に重要なことで、病床数はそういうことなのですが、B病院のところの内訳を御覧いただきたいのです。B病院の189床のうち、いわゆる一般病床、急性期の病床は45床のみで、あとは診療報酬上の特定入院料を請求する特殊疾患療養病床45床と、回復リハビリテーション病床99床ということです。この特殊疾患療養病床と回復リハビリテーション病床は、いわゆる丸めで定額払いされているものです。

ここは先ほどの話にもありましたように、急性期とリハビリとを同じ病床で一緒にミックスしてやっているのですが、A病院と秋田は、どちらかという急性期にかなり特化しているということです。秋田はそれほどでもないですが、B病院は病院の中で病床を分けて、一般病床のほうは後でお見せしますが、在院日数も短くて、急性期病床化していますが、後のところはいわゆる療養病床に近いようなものになっているということです。

次に収入ですが、1-2「収入」、それから次の「支出」を御覧いただきまして、もう一つ、A病院、B病院は横浜市を通じていろいろデータをいただいているのですが、照会先からは必ずしもすべてこちらが望むデータをいただけたわけではありません。A病院は収入のところの内訳もいただけておりません。

収入の内訳はこういうことですが、支出で、最終的には1-5の「収支状況」というところを御覧いただきたいと思います。収益的収入、収益的支出とありまして、実額ではありませんが、割合でいくと、一番下のところを御覧いただきますと、繰入金を除いた実質経常収支比率ということで、横浜が44.7、要するに支出の44.7%しか収入がないということでございます。民間病院のA病院とB病院は100%を超える黒字ということで、秋田も52.3%というかなり低い数字になっております。

先ほどの議論でもありましたが、横浜市の脳血管医療センターのこの数字は老人保健施設も込みになっている数字ですが、先ほど話もありましたように、老人保健施設のマイナスの収支が1億9,000万円ちょっとということで、大半は脳血管医療センター、病院本体のほうの赤字ということです。

なぜ横浜市と秋田県がこうなっているかというのは、このあと追いついてきますが、一つ戻っていただきまして1-3に支出がありますが、何ととっても非常に大きな特徴は、これまでの検討会でも出ていますように、給与費の部分が医業収益に対する比率が非常に高く、本センターは103%、秋田も92.2%ということです。B病院は40%を切っております。

給与費が高いのは、1人当たりの給与の問題もあるでしょうが、職員数の問題もあります。それから、収入が少ないために給与費の割合が高くなっているという面もあると思います。

1-6「患者実績等」ですが、上から3つ目「職員1日当たり取扱患者数」というのがございます。これを御覧いただきますと、本センターと秋田が低いということです。A病院、B病院は医師、看護師ともに横浜と秋田よりもずいぶん高い。特に、B病院は医師、看護師いずれも1人1日当たりの取扱患者数が多い。ただ、これは先ほどの病床区分とも関連をしてみたいです。

それから、次が平均在院日数で、本センターは54.8日という、一般病床では最近では考えられない非常に高い数字になっております。A病院は脳血管も含んでいますが、平均在院日数22.2日とかなり善戦している。秋田も横浜に比べると半分ぐらいで27.8日となっています。B病院は、先ほどの一般病床については13.6日。それ以外の、ここは厳密に確認が取れていないのですが、多分、特殊疾患療養病床と回復期リハビリ病床は在院日数が73.9日というふうになっております。

その次が病床利用率で、本センターが83%で、A病院、B病院は87%ということですが、在院日数を短くしたせいなのかかもしれませんが、秋田は66.9%とかなり低くなっております。在院日数が短い割に全体として収支がかなり悪い大きな原因は、この病床利用率の低さによるのではないかと思います。

紹介率は先ほどありましたように、外来の紹介率は、本センターは非常に高くなっています。

ちなみに、先ほど職員数の情報提供がありましたが、職員1日当たり取扱患者数の裏表になっているわけですが、B病院の医師数はここが29名に対して8名、それから看護師数は80名弱となっております。病床数も違うのですが、実人数がかなり違うということです。

1-7「患者1人1日あたりの診療収入」ですが、入院の1日単価は、4病院の中で本センターが一番低くなっています。特にどこが低くなっているかということ、いろいろありますが、基本診療料が低いということで、これは54.8日という在院日数で今のところ一般病床でやると、当然こういう入院基本料になるかなと思われます。

それから、処置・手術料が非常に低いということです。これはそのまま右を御覧いただきますと、1-8ですが、手術数が他の病院に比較して極めて低いということです。現在のところ、急性期で診療報酬を得ることができていないということだろうと思います。

左側の1-7に戻りますが、患者1人1日あたりの診療収入を見て、入院でB病院は比較的低くなっています。ただ、これは先ほどの特殊疾患療養病棟とか回復期リハビリをやっているとして定額払いですので、そこそこ低くなりますが、支出ももちろん当然その分少なくなっているということです。秋田は比較的高い。それは在院日数の短さが関係していると思いますが、先ほど言ったように、病床利用率がかなり低いので、全体としては収支バランスが苦しくなっているということだと思います。

1-8に戻りますが、先ほど申しましたように、手術室が非常に少なく、そもそも脳血管疾患の急性期は、もともと手術室は1つしかありませんし、それほどやるという趣旨ではなかったのかなというふうに考えられます。それから、リハビリテーション実施件数は、当然のことながら他の病院に比べて、中ほどにありますが、非常に高くなっています。

1-9ですが、最近多くの病院でやられるようになっていますが、脳ドックについては、A病院はダントツで多くなっています。おそらく脳ドックは今のところ収益的にはプラスだと思いますので、これを多くやるということは全体の収支にはプラスになっているのだろうと考えられます。

1-10は、近隣にどういう脳外科の手術のできる高次機能病院があるのかというのを調べていただきました。ただ、外形的なものだけで、あと近隣の定義もいまひとつはっきりさせておられなかったもので分からないところもありますが、A病院というのは札幌にあります。札幌にも周辺にないことはないということです。ただ、横浜市のほうは、実はこれは、横浜市の近隣といった場合に横浜市全体ではなくて南部だけでとっていますので、A病院のように市全部をとると、多分横浜市の脳外科のできる高次機能病院というのはもっとずっと増えると思われます。

資料2、3、4というのは、本センター、それからA病院、秋田のそれぞれ、例えば先ほど議論がありました手術の種類別の件数ですとか、入院とか外来の患者数です。

一つだけ見ていただきたいのが2-3で、病棟別の平均在院日数というのがあります。一番右の平均というところを御覧いただくとお分かりだと思いますが、ICU、急性期の部分は6、7日、急性期病棟ということまでが20日台ですが、それを超えると40、50、60日ということで、通常一般病床をやるのであれば、せいぜいこのICU、急性期病棟、急性期病棟まででやるのが通常の考え方かなと思われます。

全体としては、最初に説明申し上げましたように、A病院は急性期で、心臓血管外科などもありますので、これがどのぐらいの患者数の割合かというのはちょっと今のところよく分かりません。脳外科だけでどうなっているのかというのはいまひとつ分かりませんが、いずれにしても在院日数もかなり抑えて急性期病院化しているということです。B病院は一般病床45床ですが、

どちらかという療養あるいは回復期リハビリにシフトしてやっているということです。秋田も急性期に近いほうにしていると。ただ、秋田は、何度も言いますが、病床利用率の関係で非常に採算は苦しくなっています。

いずれにしても、A病院もB病院も重点がはっきりしていますが、本センターは、一般病床の中でどちらも両方、重点をあいまいにした形でやっているということで、現在の診療報酬体系からいけば、収入だけの問題ではないですが、相当の赤字になるというのは当然のことかなと思います。あとは、他の病院に比べて職員数が極めて多いということです。

経営状況に関しては、この資料からはそういうところです。

河北委員、あとよろしくお願いします。

(河北委員)

今の資料に関しては、田村委員が御発言されたとおりです。私は、もう一つ、東京都内にある96床の脳外科専門病院(66床が急性期病床、30床が医療療養型)の資料もいただいてきております。こちらのほうは、例えば、外来診療単価が1万2,100円ぐらいです。それから、急性期の入院診療単価が約3万9,000円、リハビリ病棟の入院診療単価が1万7,000円、脳ドックの単価が約4万円というような病院です。医業収益が約20億円、医業費用が約19億円、医業収益が9,400万円プラスで、医業外の収支を含めて経常利益が7,100万。税金その他を払って、減価償却費も含めて、きちんと返済ができている状況の病院です。これは平成7年に開設の病院ですが、十分に脳外科専門の病院で運営をして、その継続性があるような経営ができていている病院がありますから、決して脳外科でもこのようなひどい運営にならないところも幾つかあるということだろうと思います。

この病院も1か月平均で200~250台ぐらい救急車を受け入れていますし、それから平均在院日数。これは恐らくリハビリテーション病棟というよりも医療型の療養型病床は30床ですから約半分なのですけれど、両方合わせたと思いますが、15.8日から16.8日の間ぐらいで動いていますから、かなり急性期に近い状態で患者さんをお帰ししている。リハビリテーションもきちんとできている病院だと思います。

そういう意味で、やはり横浜市のセンターは運営にもかなり問題がある。それから、最初の投資に関してかなり問題があると思います。

(開原座長)

それでは、今の4つの病院と、それから、今、河北委員のほうからもう一つ、資料はありませんが、東京にもそういう例があるということをお教えいただいたわけですが、これを比べてどうでしょうか。

結局、横浜市の例というのは、急性期でない部分もあるのだけれども、ほとんど全部が急性期の病院並みの人手を費やしているという、そんな感じはあります。だから、そういう意味では確かに患者さんにとってはいいのだけれども、それがずっと長い間やっていけるのかといわれると難しい。全部が急性期のベッドだったら、このぐらいの人手を抱えていても構わないでしょうが。

(河北委員)

今私が申し上げた病院は、96床で職員数が151名、医師が22名と書いてありますから、かなり人手は厚く配置をしています。

(開原座長)

確かに救急をずいぶん受けておられるのだろうけれども、本センターの場合は、意外に急性期の部分は大きくない。

(飯田委員)

急性期で重症が7割以上ということですが、その割には手術症例が少ないというのは、ちょっと矛盾すると思います。

(松井委員)

何か特殊な治療方法や方針を持っておられて、手術をしないで治療をするという方針を持っておられるのかどうか。

(事務局 診療科部長)

実を申しますと、超重症が多いという内訳がございます。ですから、残念ながら手術までに至らない患者さんがかなりいらっしゃいますので、超急性期を扱っていますが、手術率は上がらないという状況があります。

(事務局 副センター長)

例えば脳外科で入院するとなると、血腫除去術というのはかなり多いと思うのです。ところが、血腫除去術というのはある一定の基準で手術なさっている場合はいいのですが、手術がいいのと悪いのがあって、まだ判定が出ていないのです。ですから、やれるところはやる、また、やらないところはやらないという形で、非常にその差が出ているのだらうと思います。

結局、手術の件数というのは、血腫除去術をやるかやらないかで多分決まってくるだらうと思います。本センターの場合はどちらかということ、最近有名なEBM(Evidence-based Medicine:科学的根拠に基づく医療)に基づいて行われるのですが、アメリカのほうでも超急性期の血腫除去術というのはあまり行わないようです。ただ、本当に特殊な患者さんの場合行っていますけれども、そういう形でやっていますので、割合に手術のほうを控えているのです。多分そういうことがあるだらうと思いますので、その点は誤解のないようお願いしたいと思います。

(飯田委員)

資料3、3ページのA病院には整形外科も入っていますが、脳外科の中だけでも血腫除去術がそんなに多くないですね。これを多いと読むのかどうか分かりませんが、少なくとも比率からいってそんなに多くないと思っています。522例中30例ですから。手術内容も比較して検討したほうがよろしいと思います。

(開原座長)

大体感じは分かったわけですが、それでは、こうやって比較をしてみると、どの病院がいいとか、どの病院が悪いとかということは別として、少なくとも違いは分かりますよね。それと、どこに赤字の原因があるかというのは確かに理解はできるわけですが。

先ほど(センターからの概要説明では)32億円とおっしゃったのだけど、これは、いわゆる建物の減価償却とかそういうのは入っていないで、要するに運営費の中だけの話ですか。

(事務局 センター)

先ほどセンター長が言った数字は、一般会計からの繰入金に加えて、減価償却を除いた経常収支の赤字部分と資本的収支の不足分に相当する借入金も入っています。

(開原座長)

そうすると、ここの病院が非常にきれいな、立派な病院を建てたから、それが赤字の原因だということではないわけですね。その部分は特に、経常収支の中での赤字だから、むしろこれだけ立派な建物を持っていれば、それが有利に働いてもいいはずなのだけど、それが必ずしも有利に働かない。

(事務局 副センター長)

この中に経常収支は入っていると思います。

(開原座長)

経常収支に入っていますね。建物とか医療機器の。

(事務局 センター)

先ほどの繰入金の中には9億円くらい、施設建設に伴う償還金が含まれています。

(河北委員)

公営企業ですから、減価償却はするのですが、1-5の表を見ていただきたいのですが、1-5の表で、本センターのところ、医業収益が32億5,000万円ですね。それに対して、医

業費用は69億円になってしまっていて、これだけで既に37億円の収支差があるわけです。でも、ここに一般会計からの繰入金が17億円になっているのですよね。ですから、そうすると先ほどの32億円とか34億円という金額とはかなり違いますから、入っているのかな。

(開原座長)

これは一般会計の繰り入れを17億円入れても44.7%にしかないという、そういうことですか。

(河北委員)

いや、これは繰入金を除いたものですけども。

(開原座長)

繰入金を除いているわけだ。

(事務局)

先ほどの34億円という数字は、資本的収支といひまして、いわゆる経常ではなくて、本センターを建てるに当たっては企業債で建てているわけですが、その元金償還分の一般会計補助金も含めた数字ですので、その意味で言えば減価償却に近い部分を含んでいる数字です。ですから、経常の分での横浜市の負担というのは、今御覧になっていただいている1-2のところの一般会計繰入金、2つございますが、2億円と15億4,800万円という数字、これを2つ足していただいた17億4,800万円という数字でございます。

(河北委員)

両方合わせると51億円ぐらいになりますよね。

(事務局)

17億円というのは34億円の内数です。

(開原座長)

そうすると、15億円ぐらいが起債の償却で、17億円がいわゆる普通の意味での赤字だと、そういうことですか。

(事務局)

はい。

(開原座長)

17億円だと努力すれば何とかなるかもしれないという感じはしますね。この資料はまたよく考えさせていただくことにいたします。医学の理想はいいのだけれども、要するに急性期とりハビリと老人保健施設まで一緒にしてしまったところ、そこがひとつ足を引っ張っているのですよね。

(松井委員)

理想的な医療は誰でもやりたいわけです。医療者であれば誰もが、患者さんにいい医療というか、本当にアメニティも素晴らしいし、時間も十分かけて、お待ちいただかないような医療を行いたいわけです。しかし、この制度の中でやる限りは、やれることとやれないことがあるわけです。その見きわめがはっきりとできていないということだと思いますね、逆に言うと。

これだけのサービスを本当にお金を出して買う方がいたら、これはプライベートでおやりになればうまくいくかもしれないけど、これを今現在、国が定めている医療保険制度の中で、保険証を持って来られる方の中でやれるのかどうかということだと思います。そういう意味での見直しはどうしても必要なのではないかと思います。誰でも理想は持っていますし、みんなそうしたいと思っていますが、それだけお金をかけていいかという問題とは別の問題だと思います。

(開原座長)

本センターの収支状況、医療の内容、掲げておられる理想などにつきましては、我々なりに理解はできたということにさせていただきまして、あとは今後どうするかということを少し御相談させていただかなければなりません。

委員会は予定されている回数としては、もう1回しかありませんので、少なくとも、今回、基

本的な考え方は合意しておかないと、最終答申がまとまらなくてはいけないと思います。残された時間を使わせていただいて、基本的に市の持つておられる病院、地方自治体立の病院というものは、そもそもどういうふうを考えればいいのかという、その問題を議論していただきたいと思います。

今日は飯田委員がかなり基本的なことについて資料を作成してくださっておりますので、飯田委員に御説明をいただいて、その辺を出発点にして議論をさせていただきたいと思います。

(飯田委員)

「横浜市市立病院のあり方検討委員会メモ」、A 4、1ページのものでよろしいと思います。それだと分からないといけませんので、これは、実はオーストラリアに行って報告書を書いています、私の分担の原稿は未定稿ですので、それをこの委員会用に少し書き直したところがありますので、参考にしていただきたいと思います。

資料のほうに図があります。私が考えた図ですが、「公」と「民」とか、「公」と「私」とか、「官」と「民」とか、その考えが非常におもしろい切り口であり、非常に参考になりましたので、オーストラリアに4回ぐらい医療制度の勉強に行っているのですが、考えたことを御説明いたします。

日本とオーストラリアでは「公」と「私」の定義、基準がかなり違います。本委員会でもかなり議論があっちに行ったりこっちに行ったり、すり合わないところがあったと思うのです。日本では「公」イコール「官」という考え方が非常に強いものですから、それがどうも分かりにくくしている原因と考えます。私自身もオーストラリアを見に行くまでは、頭の中では違うのは分かっていたのですが、実態としては、どう区別するかというのが分からなかったのですが、行ってみると、やはり「公」と「官」とは違うのだということが分かりました。

ただ、この文章は「公」イコール「官」に近い、一般的に日本で考えられているものをたたき台に書いてありますが、そのほうが頭が混乱しないだろうと思っているだけです。ですから、あえて「公」と「官」とをあまり図のほうで分けてしまうと分からなくなりますので、分けた部分と分けない部分とあります。

公私の定義をもう少しはっきりしたいということと、価値観が違うのは、これはしょうがないので、「公」とはこうあるべきだ、「民」とはこうあるべきだ、「官」はこうあるべきだと、あるべき論を言うと議論になりませんので、あるべき論は今日は言わないし、先ほど来、言っていないつもりです。それぞれの思いはあるにしても、どういうつもりでそういう言葉を使っているかということ、もう一回整理したらどうですかということが、1のところを書いてあります。

それから、これも委員会で議論に出ましたが、平等・公平・公正が混同されて使われているので、それもきちんと分けて考えたほうがいいと思います。特に、平等に関しても、結果の平等と機会の平等、あるいは水平の平等、垂直の平等という言葉を使う人もいますが、そういうことをあえて考えたほうがいいだろうということです。

特に、結果の平等が必要な場合がないわけではないのですが、それは限られたものであるもので、憲法でも保障している最低限の生活を保障するということがあり、セーフティーネットを設けておけばよろしいと思います。そういう前提条件の上で機会の平等でやっていくのが今の時代のすう勢ではないかと考えています。

ただ、公平と公正も同じようなものですが、少し違うように思います。公平というのはここにありますが、同じような条件の者、同じような境遇の者に関しては同じ扱いをするということで、それは水平的平等です。公正というのは、手続とか規則とかルールに従ってやる。もっと言うと、正義にもとらなないというふうに考えています。

それから、3ですが、公共・公益、それから営利・非営利の区別があまりできていない。公共というとなかなか、ここでもいろいろな御意見が出ますが、ここに書いてあるように、すべての人々、すべての市民に開かれて議論され決められるべきことを公共と言います。学問的に大まかにはそういうふう考えられている。そうすると分かりにくいので、私は勝手に「広く一般大衆

の役に立つ性質」というように簡単に考えています。公益というのは、不特定多数の利益になることということで、公共に近い考え方だろうと考えております。

営利と非営利も、医療は非営利でなくてはいけないということが言われています。これは医療の性質ではございません。医療法で営利を目的にはいけないということが書いてあるだけでありまして、諸外国では営利企業が病院を経営しておりますから、医療の本質ではないということをもう一回改めて考えなくてはならないと思うのです。日本では営利であってはいけないといわれておりますが、実態は株式会社が経営しておりますから、どうも法律と実態とはかなり違うだろうということです。これは歴史的な理由がありますから、それをとやかく言っているわけではないので、事実を申し上げています。

非営利というのは利益を上げないということではなくて、利益を目的にしないことです。利益を上げない限りは、今日も議論がありますが、新しい機械も買えないし、減価償却もできませんから、利益を上げなくてはいけない。利益を上げることを目的に医療の内容を変えてはいけないということと、区別して考えてほしいということです。最近是不景気ですから、当然、職員の定期昇給があるかないかというのはいろいろ議論がありますが、それを含めて給与、賞与、その他にも利益というものが必要だということです。それから、病院は30年、40年、物理的にはもっても機能的にもちませんから、建て替えが必要になります。そのときに再生産できるかできないかという問題があります。補助金その他を目当てにしているなら別ですが、一般的には、組織としては本業できちんとその収入をもって、あるいは非営利で財団法人その他は寄付ももらいますが、それを含めて再生産できなければいけないと考えております。

そういうことができない組織は、社会の中での存在価値があるかないかということを問われると考えております。これは、営利企業、非営利企業の区別無く問われることです。そして、ここでもう一回「公」と「私」、「官」と「民」、それから「社会」と「個人」の区別をしたほうがいいと考えております。

それから「政策医療」という言葉がかなり出ておりますが、これは厚生労働省の審議会でもかなり議論をされていますが、初めて平成9年版の厚生白書の中で定義が書いてあります。どういうものが政策医療だということが書いてあります。これは正しいかどうかは別として、国がはっきり明記したということでは画期的なことだと思います。

政策医療の内容が仮に決まったとしても、それが「官」がやる必要があるかないかということとは別で、本委員会でも御意見が出ましたが、パウチャーという考えもあると思います。政策医療があるにしても、運営主体全体とか医療機関全体に関して枠を囲うのではなく、やっている医療内容、それが政策医療の部分に関しては診療報酬の評価、補助金、委託費、あるいはパウチャーなどで手当てすることが、公正なやり方であると考えております。

最近減ってきましたが、いまだに政策医療であるから赤字でもしょうがないとか、赤字だと民間病院がやらないから政策医療としてやらなくてはいけないと言われております。しかし、そういうことではなく、医療の内容に限って、先ほどの手当てをすれば不採算ということはあり得ませんから、当然、民間でも、あるいは公営企業だろうがやれるということになると思います。そのほうが市民あるいは国民にとって、効率的な医療の内容を担保した上で実現できるだろうと考えております。ですから、費用弁済の問題と分けて考えなくてはいけないと考えております。

それから、どうしてもへき地とか離島、あるいは特別な感染症、最近いろいろと話題になっている小児医療、救急医療等の特別なものがあります。一般の救急医療はそうではございません。それから、ごく一部の高度先進医療に関しては、政策医療として手当てしなければ引き受け手がないということもあり得ますので、それに関しては別途ここに限ってだけ考えるべきだと思います。

6番目にオーストラリアの医療制度を一言でいうと、非常に実証的である、プラグマティックであるということです。アメリカが実験国家と言われておりますが、アメリカ以上にオーストラリアは実験国家だと思います。州ごとに非常に独自の取り組みをしております。アメリカとイギリ

スのいいところを取って、それぞれ州ごとにやっております、事例として非常におもしろいです。特に、支払いの制度だけではなく、今これからお話しする官民あるいは公私の区別が、内容で何をしているか、どういうことをやっているか、あるいはどういう患者が行くか、いろんな切り口で、しかもそれがミックスされておりまして、一律ではないということです。この病院ではこれしかできない、この患者にはこれしかやらないということではなく、この病院のこういう患者には、こういう治療にはこういうことができるというふうに、いろんな切り口で「公」と「私」、あるいは「官」と「民」がミックスされている。非常に学ぶべきことが多かったです。

このメモのほうに書いてございますが、設立主体でも公設、民設があり、運営主体としても公営、民営があります。あるいは営利、非営利もあります。支払者からしても保険者、保険者も公的保険もあれば民間保険もあるし、企業もあれば自費もある。患者の選択で公費患者となるか私費患者となるか。それが診療行為、内容ごとに、日本では禁句と言われていた混合診療です、ということが非常に濃密にやられており、それが医療の質の担保にも役立っていると思います。

ですから、「公」と「私」を、日本のように一律で、あれかこれかという考え方はもう捨てて、是々非々で、内容ごとにきちんとやっていけばよろしいのではないかという提言です。その説明の絵が資料のほうの図1です。これは右側が公設、左側が民設としますと、公設の中にも公営もあれば民営もある。民営の中にも営利もあれば非営利もある。非常に複合的なものです。

それから、図2ですが、今度は支払いのほうから考えますと、公設と民設、右と左と同じですが、設立主体が決まり、それから民営、公営という運営主体でも分け、それから保険者として民間保険か公的保険か。メディケアが公的保険です。それから、その中でも私費患者として入るか、公費患者として入るかという切り口があるということです。

図3は、これが3次元でX、Y、Z軸で考えているのですが、支払いでも公費患者か私費患者かということと、公的保険、民間保険、それから、横軸でも、運営主体としての公私か、あるいは設立主体としての公私、あるいは官民と考えるかということ、非常に切り口がいろいろありまして、これを複合して上手にやっているということです。ですから、政策医療というのがあるとしても、こういうふうに考えてやっていると、非常に効率的で質の高い医療が提供できるだろうということで、資料を提出させていただきました。

以上です。

(開原座長)

大変参考にはなるのですが、ただ、日本の場合には公的保険、民間保険、公的患者、私的患者というそのところの自由度が非常に制限されておりますよね。だから、そこが非常に制限された状態で物事を考えていかなければいけないというところに、日本の医療の非常につらいところがあるのだと思うのですが、そのところについて、飯田委員はどうお考えですか。

(飯田委員)

長期的な問題と今できる問題があります。今できる問題は、仮に政策医療があるとしても、その中で内容ごとに運営主体、あるいは設立主体に何らかの手当てができるだろうと思います。

(開原座長)

そうですね。最後の図3の立体でいえば、民間病院、公的病院のところは、ある程度自由度を持って考えることができるのだけど、もう二つの軸というのは日本の場合なかなか考えられないのではないのでしょうか。

(飯田委員)

それも今、規制改革会議でもいろいろ議論されています。受益者負担という言葉を使うのか、簡単にいえば混合診療なのですが、特定療養費というのが今あるわけです。厚生労働省が認定している、いわゆる自己負担があるわけで、それをどう拡大していくかということにもつながるのではないのでしょうか。

(開原座長)

確かにそうですね。

(飯田委員)

介護保険では既に基本部分と選択部分との2階建てになっていますが、医療でも、実際に基本部分と選択部分があるわけです。それをやるかやらないかということを行っているのではなく、考え方の話をしているのです。今の制度の中でも、いくらでも考え方はできるだろうと思っています

(開原座長)

ただ、この横浜市のことを考えていく場合に、その自由度まで含めて考えることができるかどうかというのがなかなか難しいところでしょう。長期的に見ると、恐らくその自由度がずいぶん日本の社会でも出てくるだろうとは思いますが。しかし、ここ2、3年の間にこのところの自由度が出てくるかというのは、私はどちらかという悲観的なのですけれどね。

(越智委員)

今のお話で質問させていただきたいのですが、オーストラリアでは公的保険は最低限必要な医療を提供して、私的保険は利用者の意思による選択という御説明があったのですが、一番利用者側として心配になるのは、最低保障というのはどの程度のレベルに置いて考えるのかということだと思いますが、具体的にはオーストラリアの場合はどのように考えて公私を分けているのでしょうか。

(飯田委員)

簡単にいうと、早く診てもらえとか、待たないとか、医師を指定できるとか、今はそういうレベルです。医療のレベルが低いという意味ではないのです。医療のレベルは高いレベルで、メディケアでもできるし私費でもできるけれども、メディケアを使った場合には、この先生に診てほしいということを指定することはできない。あるいは、例えば個室に入りたい人はお金が別に必要です。

(開原座長)

今のお話を今回の横浜の場合に当てはめるとすると、この脳血管医療センターというのは非常に素晴らしい施設を持っているわけだから、まずここへ来る人は来るだけでもってプラスアルファのお金を払ってくれないと困るということになりますでしょうか。

(飯田委員)

そうです。むしろプライベートセクターのほうが、非常に設備もいいし、アメニティもいいし、すぐ診てもらえるということです。むしろ、こういうところ(脳血管医療センター)がプライベートなのです。

(開原座長)

そのようなことが日本でもできれば、かなり考え方としては柔軟性が出てくるのですが、恐らく日本の社会では受け入れられないでしょうね。しかし、考え方によっては、確かにこれだけきれいな立派な施設で、廊下も広いし、食堂もいいし、医療レベルも高い。当然普通の病院へ行けば待たされるのだけど、ここへ来ればきちんと予約制でしっかり診てくれる。それならその分だけ、ほかよりもプラスアルファの病院利用料みたいなものを取ってもいいのだということになれば、非常に話としてはいいのですけどね。今の社会でそれが受け入れられますかね。

(田村委員)

本文のほうで「5. 政策医療」の1段落目の、前後は文脈がありますけど、最後の2行で「医療の内容に応じて対応すべきであり、運営主体の種別は問わないことが重要である」というのは、中間報告にも同様の趣旨がありますし、繰り返し議論をしてきたことです。私も全くそのとおりだと思うのですが、この基本的な考え方は、本委員会では合意がとれているということによろしいのでしょうか。ここについて皆さんの合意がとれると、最終答申の内容もあまりぶれなくなるかなと思うのですけど。

仮に政策医療として必要なもの、へき地、離島の医療、感染症と書かれていますが、こういうものがあっても、これをやる主体は別に問わないと。補助金だったり委託費だったりパウ

チャーだったりするという可能性がという、ここは皆さんの合意が得られるとよいと思いますが。
(飯田委員)

今日意見を出した理由の一つは、公設公営でも公設民営でも民設民営でもいいのですが、公設だからこうでなくてはいけないということはないということです。

(開原座長)

政策医療をやるためにはね。だから、政策医療をやるためには丸ごと病院をつくるよりは、政策医療というのは医療の機能なのだから、機能の部分をどこかでやってくださいというふうに考えればそれでいいわけであって、別にそれをやるから病院をつくることから始めなければならないという、そういう理屈にはならないでしょうと、そういうことですよね。

(飯田委員)

仮につくったとしても、つくってしまったから、公設だから、こうやらなくてはいけないということにはなりませんということです。

(開原座長)

そこは中間報告にもそう書いてあるので、基本的な考え方としてはいいと思います。ただ、歴史的に既に存在しているものをどうするかという問題に対しての答えにはならないのですよね。そこが非常に悩ましいところです。今からまっさらに政策医療をやるにはどうするかということを考えてすれば、まさにその原則でいいわけで、何もわざわざ今から新しい病院をつくって、政策医療をやらなくてはいけないなんて考える人は多分いないと思うのですが、現実問題としては過去にいろんな歴史的経緯があって、既に病院が存在しているという問題があるものですから、それで非常に話が難しくなってくるということだと思います。

だから、そこは答申の中でも原理原則はきちんと書くけれども、あとはやはり現実の病院をどうするかという問題は、原理原則をいくら言っても解決にはならないので、そこはまたちょっと別ないろんな考え方で、妥協するという言い方は悪いけども、やはり現実的な方法を探る必要はあるかとは思っています。

(飯田委員)

もうちょっと具体的なお話をしますと、オーストラリアでおもしろかったのは、日本の中で法改正が必要かどうか私は分かりませんが、同じ病院の敷地の中に公立病院と私的な病院があります。それは別に驚くことではないのですが、非営利ですけれども、民間病院が公的病院を委託して受けてやっている。これは今でも日本でもそうです。もっと驚いたのは、同じ建物の中に、上と下に公と民が同居しているのですね。ですから、そういう意味では、つくってしまった後でもそういうことも考えられると思っています。

(開原座長)

この場合でも、例えば老人保健施設は切り離して、そこは別な経営主体にゆだねるということ、それはあり得てもいいと思います。だから、そういう意味では同じ敷地内に違った運営主体のものがあるということは、やりようによっては多分できるでしょうね。

同じ建物の中に公的なものと私的なものが一緒に入っているというケースは、例えば、東京都のがんセンターは、東京都が運営しているがんセンターの上に医師会が入っていたりして、公と民が同じ建物に入っている例かもしれません。やろうと思えばできると思うのですけどね。

(河北委員)

少し違うお話でもよろしいでしょうか。教えていただきたいのですが、私は今、医療の機能というのを、集中すべきものと分散すべきものというのをきちんと分ける必要があるだろうと思っています。それで、今のお話の老人保健施設を別と扱う、これは当然だろうと思いますので、それはぜひそうしていただきたい。

今、本センターが対象としている患者さんは脳卒中が主であるということですが、脳卒中に関する救急というのは、それだけで成り立つことがいいことなのか、それともほかの救急と一緒にした救急のほうがいいのか。それはどちらなのでしょう。

(開原座長)

どちらというのは、医療的に見てですか、それとも経営的に見てですか。

(河北委員)

医療的にですね。それから、先ほどのお話の中で、本センターはこの12月、1月は寒さのせいもあるし、ほかの要因もあるだろうと思いますけれども、病床利用率が90%を超えていたという御発言がありました。そうすると、90%を超えるオペレーションが行われていても問題だということは、ここにさらに、例えば、ほかの医療機関における脳卒中の患者さんを引き受けるような、先ほど8,000件の中で1,500件しか対応していないという説明がありました。これを1,500件ではなくて、どこがリミットが分かりませんが、3,000件にしたり、5,000件にしたりとすることで、本センターの財政収支が改善されるのかどうかという、どうもそうではなさそうな気がします。

そうすると、ほかの周辺にある医療機関で同じような機能を持っている、資料の1-2のところですね。ここに港湾病院、市大センター病院、横浜赤十字、それから社会保険横浜中央病院、けいゆう病院があります。けいゆう病院は今休診中ですが、脳神経外科を持っている。恐らく国立横浜東病院も聖隷横浜病院になれば、その機能というのは恐らく加えてくるだろうと思うのです。そうすると、結局その周辺にこれだけある。さらに半径5キロを超えますけれども、南部には南部地域中核病院が存在しているわけです。ほかのところは専門センターではありませんが、ほかの救急と一緒にきちんと脳卒中にも対応しているだろうと思うのです。そうしますと、今この病院の活動をもっと活発化することよりは、そちらのほうに移してしまっ、彼らを支援する意味で療養型、回復期リハビリテーション医療を中心にした療養型に完全に転換をするほうが、私ははるかに現実的ではないかと思えます。

(開原座長)

急性期の部分をなくすということですか。

(河北委員)

はい。完全になくすということです。ここに回復期リハビリテーションセンターとしての機能がかなり活発な施設があれば、ほかの医療機関における急性期の診療が非常によくなるというような気がします。

(開原座長)

そうすると、いわゆる急性期からリハビリまでの一貫の診療を行うという理想の旗印を下ろすことにはなりません。それは一つの医療機関の中では実現できなくても、地域としてそれができればそれでいいのだという考え方も当然あるとは思いますが。

ただ、さっき言ったような重症の脳卒中の救急患者をほかの病院が完全に受け入れてくれるかどうかという、そのところが少し私は不安ですが、その辺は大丈夫なのでしょうか。ほかの救急と一緒にだと、ほかの救急が忙しいから脳卒中はちょっと待ったというような話になる可能性があるけれど、脳卒中専門になっていると、恐らく何が何でもここは必ずとらなきゃいけないという話になる。そこに一つの専門性を持った病院の利点はあるとは思いますが。

私は今の河北委員の意見に反論をしているわけではなくて、いろいろ考え方を整理しているだけの話なのですが。

(河北委員)

本センターが今のままの機能で、運営の形態を変えればうまく動いていく可能性は、私は非常に低いと思います。例えば、ここを完全に急性期の医療に特化したらどうかというと、今、安定期の病棟が約200ベッドあるわけですね。これまでもすべて急性期に特化してしまっ、ですから300床全部を急性期でフルに稼働させるということになれば、さっきの8,000件をすべて引き受けるような病院になっていくでしょう。それであれば可能性があるかもしれませんが、そうなると、今度、後送の医療機能が必要になってしまいます。それが無いのですよ。それが全然見えない。それがなくて300床全部が脳卒中の急性期を担う病院は成り立たないのです。

よね。そうすると、またさらにどこかに後送の医療療養型をつくらざるを得ない。

（開原座長）

確かに、横浜市全体を見ると、リハビリの施設がどうも足りなそうな感じはありますね。だから、せっかくここにこれだけのものがあるのだから、むしろそっちのほうへ逆に特化したほうが横浜市民のためになるのかもしれない。その代わりに、急性期の部分はほかの病院にしっかりやってもらう。それも一つの考え方ですね。

（越智委員）

確かに一般病床の中で急性期から回復期までやっていくというのは、今の診療報酬の中では非常に難しいというのはよく分かりますし、このままでは恐らく先行き立ち行かなくなるであろうというのもよく分かります。ですから、一般病床を回復期にいくぶんか持って行って急性期を残すのか、今、河北委員が御発言されたように、全部回復期に持って行ってしまおうのか、逆に急性期に特化するのか、その辺のすみ分けをしていくことが最終的に問題として出てくると思います。

患者の側に立って見た場合に1点だけ確認したいのは、せっかく素晴らしい理想を掲げられて、すぐ翌日からベッドサイドリハビリを行い、そして急性期から回復期まで一貫した治療をおやりになってきたわけなので、それが本当に患者にとって意味があって、なおかつ、介護とか寝たきりとかという全体的な社会の負担に関して利益が上がっていくものであれば、それは今不採算であったとしても、もしかしたら、ここは踏ん張ってがんばって見ていかなければいけないのかなという気がするのです。そのあたりのエビデンスというのはいかがなものなのでしょうか。

（松井委員）

慈恵大学で4病院持っています。しかし、リハビリの慢性期のベッドを持っているのは1病院だけです。ですから、ほかの3病院は急性期リハビリしかやっておられません。入院施設を持っていないのです。この3つのところは黒字です。しかし、急性期の中に慢性期を持っているところは、その部分だけ取り出すと赤字になります。これは今の医療制度ではどうにも仕方がないのです。やりようがないのだと思います。

私どもも、ストロークの翌日から急性期のリハビリをやっています。確かに患者さんの回復は、数字の上できちんとしたエビデンスとしてはまだ十分出ていませんけれども、明らかに回復はいいと神経内科のドクターたちは言っていますので、リハビリのドクターとタイアップして積極的にやっていますから、いずれは何がしかの形できちんとしたエビデンスで出ると思います。しかし、やりようなのですよ。

ですから、今それが全く理想で、お金がかかって本来できないのだということではなくて、やるところはもうやっていますから、ここだけの特殊な医療ではないのです。私どもも、大学というのは学校法人ですから、本当をいうと、河北委員や飯田委員が経営しておられる通常の医療法人に比べると税法上の控除もありますし、文部科学省からの補助金などもありますから、そういう意味ではかなり公的なところがあるわけで、あまり生意気なことは言えないのですが、それを除いたとしても、一つの科の収支を見てみると、明らかにそういう差が出てきます。ですから、先生方はリハビリのベッドを持ちたいと強く主張されるのですが、私は経営側として頑として聞かないという状況です。どうしても必要なら慈恵大学という枠の中で回すのだったらそこへ回してくださいと。でなければ、御家族の都合のいい慢性期の病院に移してくださいとお願いをしています。患者さんにとっては迷惑なのかもしれませんが、それが現実ですね。

（開原座長）

今は例えば市大病院でも一応リハビリはあるわけですよ。だから市大病院みたいなところでも急性期のリハビリが、やろうと思えばできないことはないのではないかなという気はするのですけれども、行ったことがないので、よく分かりませんが。

（松井委員）

大学病院でリハビリを行っていないところはないと思います。

（河北委員）

市大は非常にリハビリテーションが有名です。しっかりしたリハビリテーションがあります。
(開原座長)

急性期はもちろん向こうへ任せてしまって、本センターは慢性期のところだけをきちんと担うというのは一つの考え方ではあります。

いずれにしてもこれからの病院というのは、一つだけ独立しているという考えではだめであり、ほかの病院と機能分担をして、いろいろお互いの持ち分を考えながら連携していくというのが、医療的にも経営的にも求められてくるのであろうと思います。だから、本センターはせっかく近くにいろいろ病院があるのだから、やはりそういうところとの連携をもう少し考えたほうがいいのではないかと思います。

(松井委員)

横浜市内にリハビリの施設が少ないということであれば、例えば、民間が単純に横浜市内で土地を求めてリハビリセンターを建てても、採算が合うのが非常に難しいから進出してこないのか、あるいは、そういうニーズがよく見えないのでやらないのか分かりませんが、もし本当に足りないのであれば、それこそ市が土地を提供して民間にやれとおっしゃるか、あるいは市がとりあえずはそういうリハビリのセンターをお建てになって、しばらくやって、それが民間でいけるようになったら譲ってしまわれればよろしいのではないのでしょうか。それがまさに政策的医療だと思えるのです。それをやるのが市の役割だと、あるいは先ほど飯田先生が言われた「公」の役割かもしれませんけど。

例えば、横浜市がまだ通常の住宅、あるいは介護ケア付の住宅が不足なら、下にリハビリセンターをつくって、上に介護ケア付きマンションをつくって売れば、民間だったらすぐ商売ができるかもしれません。ただ、土地代の問題がありますから、それさえ解決できれば、民間の医療機関でも出てくるかもしれません。それはまさに民と公と抱き合わせのものはすぐにも実現できる可能性はあるのではないかと思います。

(河北委員)

先ほど、私が事務局に300床全部を回復期のリハビリテーション病棟としたときに、収支はどうかということをお願いしたのは、実はそのことを含めてなのです。もし、収支がキャピタルコスト、資本的費用の部分だけ除いてプラスになるのであれば、それは公設民営でもいいし、あるいは委譲でもいいと思うのです。恐らくその可能性が私は高いのではないかと思います。

(開原座長)

確かに、今までは地方自治体も医療の充実となると、病院を建てることしか頭になかったわけだけでも、そうではなくて、もう少し発想を柔軟にして、民間と一緒に、機能のほうを充実するように考えるのは、これはもう原理原則であり、本委員会としてもみんな合意しているところだろうと思います。それはいいのだけど、それをここに应用問題として持ち込んだときにどうなるかということですね。

(田村委員)

河北委員に教えていただきたいのですが、今、基本的に300床全部を急性期にするというのは、私も多分非常に難しいし、やめたほうがいいと思うのですけれども、300床全部を回復期リハビリなり、特殊疾患なり療養型にするかどうかというのは、例えば30床とか50床とかを急性期で置いておくという考え方もあるのだらうと思います。

地域全体を考えると、言われたように1,500件をそれぞれの地域で脳血管疾患の救急とかを受けているところにしたほうが、地域全体の医療の質は、もしかすると急性期については上がるかもしれませんが、そこがちょっと微妙な判断かもしれません。難しいかもしれません。

今既に建ってしまっているということを見ると、ここにはICUもあるし、手術室もあるし、それから救急の機能もあります。これらに既に投資してしまったということを見ると、一般病床を30床とか50床残すという考え方もあるかなとは思いますが、それについてはど

のようにお考えでしょうか。

(河北委員)

やめたほうがいいと思いますね。

(開原座長)

それは中途半端になると、人員が維持できないですよ。たとえ30床であろうと10床であろうと100床であろうと、やはり救急を受けるとなると、それだけの人員の体制を持っていないといけなわけですね。だから、規模を縮小したから人員が少なくて済むかという、救急を受け始めたら絶対そうはいかないですよ。

(田村委員)

B病院はそういうタイプの、ミックスしていることはミックスしているのです。それから、先ほど御紹介された都内の病院も両方持っているわけですよ。

(河北委員)

このぐらいの規模ですからね。私の経験ですと、同じ建物の中に何種類かの機能があると、非常に管理がしにくいですね。ですから、完全に別の病棟、別の建物になってしまっているとか、あるいは別のところにあるということであれば管理はできますけれども、同じ建物の中に数種類の機能があって、人員配置がそれぞれ違うと、非常にケアミックスは運営がしにくいと思います。

(田村委員)

ただ、最近急性期病院でも特殊疾患療養病床を設けるところは結構増えてきているようで、どちらかという、全日病でしたか、病棟単位で分化していくというふうに自然になっているのかなという気がいたしますけれども。

(飯田委員)

それはやはり診療報酬の誘導にかなり影響されているので、必ずしもよくないのです。最初はいいけども、やはりこれからどんどん、今年も介護報酬がかなり低くなるでしょう。みんなばたばたしているわけです。点数がいいと思って行くとだめで、やはり何をすべきかという理念がなくてはなりません。逆に今度はあるべき論で、これからどういう医療が必要なのかということから始まらないといけません。今はこれがもうかるとか、これは損するからこうしようという話だと、うまくいかないと思います。実際、民間の病院というのは補助金はないですから、生きるか死ぬかです。明日の御飯、今日の御飯が欲しいわけですから、行くわけです。当院はそういう才覚がなかったのかしれませんが、急性期一本しかやっていません。ですから、複合というのは非常に難しいと思います。そのときはよくても。

(河北委員)

それぞれの機能が別々に確立するぐらいの規模であれば、別にあったほうがいいと思います。ただ、ある機能を補完する意味での、例えば療養的なものであれば多少はついていることは可能だと思います。しかし、それぞれが独立するぐらいの規模であれば、やはり別に置いたほうがずっと運営しやすいですね。

(開原座長)

ここも急性期のところと、それから安定期及びリハビリのところと分けて、もう少し人員や何かも傾斜配分にしてやってみるといえるのはあると思います。その辺の工夫はまだありそうな感じがしますけれども。

(越智委員)

それと、やはり今、一般病床の削減が国全体の流れとしてあると思うのです。診療報酬でも回復期なり療養型なりに転換するインセンティブが働いているというお話がありましたけど、それに流されて、効率病院までが効率化を優先していった場合、もし、後々いろんな形で一般病床を確保する必要性みたいなものが出てきたときには、その辺の心配というものはないのでしょうか。

(開原座長)

そこはどうですかね。まさに一般病床が必要になれば、やはりマーケティング・メカニズムでそこがまた増えてくるのだと私は思いますが。一般病床については政策的に削減しているという見方もできるけど、実際問題として経営が成り立たないということは、やはり必要ないということでもあるわけですね。

(飯田委員)

今までの病院という定義が変わってきているわけですね。もっと言うと急性期の病院とは何かという定義がですが。急性期の病院と言いながら、もちろん長期療養型に入院中、あるいはどこかに入所している方が急性期の疾患を起こして入ってくることはあるのです。しかし、そうでなく、ただ寝たきりの人が急性期病院に入っていることが多かったのです。そういう患者を出して1割減反しても、まだ病床が余りますよということだと思えるのです。ですから、一般病床が不足するということはないということですね。

(越智委員)

横浜においては大丈夫ということでしょうか。

(飯田委員)

ここでも、全国も大体同じです。特別な地域に関しては不足することもあります。それは政策的なことがかなりありますけど、一般的にはそういうことはあり得ません。この地域でも一般病床が不足することはないです。ただ配分(分布)が、どういう機能の病院がどこにあるかという配分に関しては、かなり問題が出てくるかもしれません。ただ、この地域にはそういうことを受け持つ病院がたくさんありますから、そういう心配はないです。

(越智委員)

それが本当に有機的に連携ができればいいのですが、病院と病院との連携の間に患者さんが落ちこちてしまうということはないでしょうか。例えば、急性期からリハビリに移るときにすごく時間がかかってしまったり、あるいは慢性期から急変したときに移れないとか、たくさんの病院が連携してそれを担っていく場合には、そのエアポケットに落ちないようにシステムがきちんと最初できていると、先に分担があるからいいじゃないかと言われても、やはり患者はすごく不安だと思うのですね。

(河北委員)

その仕組みをつくることこそ市の役割ではないでしょうか。実際に診療するのではなくて。

(開原座長)

日本は確かに協力をすることが下手な国なのです。特に経営主体が違ったところが協力をし合うというのは、なかなかうまくいかない場合もある。非常にうまくいっている場合もありますけども、地域によって違いますね。先ほど出た熊本などは、そういう意味ではうまくいっているようですが、横浜市の場合は、その辺がどうなのかよく分かりませんが。ただ、横浜市の場合には私は可能性としては連携が十分できる場所ではないかなという感じはしています。東京は非常に難しいのですけどね。そこは想像でいろいろ言っても仕方がないので、今の御意見は受けとめまして、これは答申の中に書き込むべきことという気がいたします。

(飯田委員)

全体か、部分か、統合がどうかというお話があるのですが、それは地域の実情によりかなり違うと思うので一概に言えませんが、私もこの横浜市では分担がかなり可能だろうと思います。地域配分も機能的にも、市だけではなく医療機関もやらなくてはいけないと思うのですが。

先ほど、センター長が、在宅へ直帰した割合が高いからいいというお話をしておりました。あのときあえて質問しませんでした。その御発言でおかしいと思うのは、何も自宅へすぐ行かなくても、しかるべき医療機関なり施設なりを経由してから自宅へ帰ってもいいだろうと思うのです。直帰率が高いからいい、低いから悪いということは少し違うので、むしろ逆に言うと、だから長くなるのだろうと思っています。

ですから、ここで今、議論の蒸し返しになりますが、何がこの地域あるいは市で求められてい

るかという「一気通貫」が求められているのではないと思っています。これはこの前の市民病院でも同じような質問をしたのですが、どの部分をこの病院がやらなくてはいけないかということをもう一回考え直すことから始める必要があるのです。もう既につくってしまったのだから、機械を買ってしまったのだからという発想ではだめです。むしろ、極端な話でいうと、毎年毎年、ばく大な補助金を繰り入れるよりは、機械を捨てたほうが安いかもしれません。

ですから、やはり白紙に戻してきちんと考えて、だれども必要だというのであればやればよいと思います。ですから、実際に立派な施設があるのだけでも、果たして必要かどうかということ考えたほうがいいのではないかと思います。

(開原座長)

いろいろ皆様から御発言をいただいた中で、考えるべき問題はすべて出尽くしているとは思いますが。あとはこれをどういうふうにまとめるかという問題になります。

最終の委員会まで約2か月ありますので、その間に電子メール等でやり取りをして、それで少しずつ考えをまとめていくという形にしたいと思います。いろいろお忙しいかとは思いますが、ぜひ御協力をお願いいたしたいと思っています。

次回までには何らかの原案はもちろんできていないといけないわけですが、そこでもし意見がまだ錯そうするようであれば、場合によっては、もう一回ぐらいやることはあり得るかもしれないということで、なるべくそれがないようにまとめていきたいと思っています。

それから、答申のあり方としては、中間報告は出したのですが、あくまでも中間報告ですので、中間報告をもう一度含めた形で最終報告をまとめたいと思っていますので、その点も御了解をいただければと思います。特に御異論がなければ、そのような形でまとめてみたいと思っていますので、よろしく願いをいたします。

(河北委員)

市民病院のがん検診センターの繰入金収支状況を拝見して、収入2億9,000万円に対して、支出9億5,000万円、その繰入金6億6,000万円あるというがん検診センターのあり方、これは独立採算でどうなったかということを出していただいたわけですが、これはぜひ委員の方たちにはしっかりと把握をしておいていただきたいと思っています。

4 閉 会

- - 了 - -