

京都市医療施設審議会（第4回）会議録

○日 時：平成20年8月26日（火） 午後5時～午後7時

○場 所：ハートンホテル京都 1階 宇治伏見の間

○出席者：審議会委員（順不同）

京都府立医科大学名誉教授	佐野 豊
京都大学大学院教授	今中 雄一
京都府看護協会会長	我部山 キヨ子
公認会計士	小長谷 敦子
京都府第二赤十字病院名誉院長	澤田 淳
同志社大学大学院教授	山谷 清志
京都市保健福祉局医務監・保健衛生推進室長 （本市出席者）	松井 □佐公
京都市副市長	細見 吉郎
保健福祉局長	浅野 義孝
市立病院長	向原 純雄
京北病院長	上床 博久
（事務局）	
市立病院副院長	古川 啓三
市立病院事務局長	足立 裕一
市立病院事務局次長	加藤 祐一
保健福祉局保健衛生推進室部長	高木 博司
保健福祉局保健衛生推進室部長	河村 俊夫
市立病院管理課長	高田 昭
市立病院管理課担当課長	廣瀬 智史
保健福祉局保健衛生推進室保健医療課長	石田 信幸
保健福祉局保健衛生推進室保健医療課担当課長	田村 斗志
京北病院事務長	長谷川 和昭

○次 第：1 議事

- (1) 京都市立京北病院の今後のあり方について
- (2) 京都市病院事業に係る今後の経営形態のあり方について
- (3) その他

(議題 1 関係)

A 委員： 現状について、収支の中で人件費の占める割合や、薬剤購入費の占める割合を分析してもらって、表現は悪いかもしれないが、無駄があるかどうか、ということをもと示してもらわないと、どこを減らすべきなのか判断しにくい。ぜひともそれを早急にしてもらいたい。薬代、医者・看護師などの人件費が、どれくらいのパーセントを占めるか、ということを見せてもらいたい。それがまず一番必要なことではないかと思う。入院に関してはそのベースがないと。占床率の 85%という数字がありえるかどうか、人口や高齢化の話を絡めながら可能性の是非を聞かせてほしいと思う。

会長： 何か御発言はあるか。

事務局： 只今の御質問について、まず人件費だが、医業収益を分母として職員給与費を分子とした場合、医業収益に占める職員給与費の割合は、直近の平成 19 年度ベースで 69%である。過去、入院・外来の患者数がピークに近かった平成 16 年度で 54%だった。それから材料費、これも医業収益を分母と置いた場合、平成 19 年度で 26%である。同じく比較のために申し上げると、平成 16 年度、患者数もピークで黒字の年だが、この年が 28%であった。

次に 85%という稼働率について申し上げる。一般病床を 41 床とした場合、85%というとは 35 人程度になる。この数字、35 人という患者数だが、入院患者数も現在回復をしてきつつあり、直近では 30 人を超えている。それから過去、入院患者、外来患者ともにピークに近かった 16 年度については、一般病床の入院患者数は 1 日当たり 39 人であった。過去の水準からいっても、また現在回復基調にある入院患者数からいっても 85%、約 35 人という数字は、十分達成可能ではないかと考えている。

A 委員： 16 年度の 54%の人件費が、20 年度で 69%。この理由は何かあるのか。

事務局： 分子である給与費が上がったということよりも、分母である医業収益が下がった。入院患者外来患者の落ち込みで分母に当たる医業収益が下がったということ、こちらの方が、影響が大きい。

保健福祉局長： 今事務局から御説明申し上げたとおり、人件費、材料費それぞれ比率を御紹介させていただいた。実はここはコンピュータが導入されていないため、なかなか入院外来別の詳しい分析ができていない。今申し上げた数字については、入院外来も含めた全体の数字として御理解を賜りたいと思う。

A 委員： 人件費が、50%を超えればピンチだと、みんな思っている。それが 69%という話になると、大ピンチであろう。54%のときには、結構頑張っている、という感じに見えた。69%という数字をどうやって 50 に近づけていくか、ということがなければならない。それから、医者・看護師が少ないのか、事務が多いのか、検査が多いのか、大体普通そんな格好になるが、それをちゃんと分析して処理しなければならない。ここが基本であり、その数字がなければ何も動かせないと思う。

この話は、すぐに答えを出せということではない。方向がそういうことではないと、目的が見えないですよ、という話だ。今ここに出された選択肢の中

でどれを選ぶかについては、数字の上から見れば新型老健シフトという答えであり、今度はそれにいけるかどうかということのために議論をしなければならない。

B 委員： 四つのシミュレーションのパターンがあるが、地域住民の意向等からみてどれが一番望ましいのか、優先順位はあるか。

事務局： 地域住民の方の御意向だが、過去にアンケート調査をしたことがある。病院の利用実態としては、高齢の方が利用者の層としては多く、比較的若い方、外に出ておられる方というのは勤務先で受診されるという傾向だ。京北病院を利用されているのは、高齢者の方が多いというのが実態である。それから、地域の方の御希望だが、年をとってからもできるだけ京北病院を利用したい、特に年齢の高い方について療養や介護などでも京北病院を利用したい、ということが地域の方々の最大公約数的な要望であったと感じている。

保健福祉局長： 人件費等、もう少し詳しく分析するのがよいという御指摘だ。人件費、材料費あわせて 95%、とりわけ人件費については 69%と非常に大きな数字を占めており、どういう分析手法で御説明申し上げるのがよいのかも含め、お預かりさせていただいて、分析させていただきたいと思う。たとえば看護師、事務職員という分け方がいいのかどうかも含め、少し検討させていただいて、御提出申し上げたいと思う。

C 委員： 先程の京北病院のアンケートについて少し補足する。長期に入院できるベッドの必要性をどう思うかという項目がある。その中で一番多かったのが、介護療養型老人保健施設等に転換して入所できる数を今以上に増やしてほしい、というもので 46.5%、545 人だ。それから、介護療養型老人保健施設等に転換して入所できる数を維持してほしい、これが 33.6%、387 人。それから、療養病床は必要ない、というのが 10 人で 0.9%。療養病床が減ることはやむをえない、というのが 44 人で 3.8%。また、分からない、という方が 118 人、10.3%。無回答の方が 57 人。介護老人保健施設等に入所できる数を維持してほしい、あるいは数を増やしてほしいというのは、トータルすると 8 割になる。これが京北病院での昨年度中のアンケート結果である。

D 委員： 先程の人件費の表を分析していただくときに、看護科の方の非常勤の方の割合も教えていただければと思う。

会長： シミュレーションに関して、ほかにないか。

B 委員： こういうシミュレーションがあると、ベースラインとして、考えるときに非常に役に立つ。今までのデータを基盤に色々な前提の下に作られている数字であり、たとえばドクターが辞めたりナースが集まらなかったり、状況は変わってくるものだと思う。最近、数ヶ月から一年の間で、収支や患者数の変化など、直近の動きどうか。

事務局： 直近の患者数だが、入院患者は前年同期と比べて増えてきている。外来患者については前年同期では若干減っているが、去年の秋ぐらいが底である。また、調定ベースではあるが、4月から7月末の4ヶ月間、去年の4ヶ月間と比べて、外来・入院の収益が 400 万円ほど伸びてきている。回復基調にあるのかという風に考えている。

B 委員： この2, 3ヶ月で明確な改善の数字が出てきているというのは非常に大きなことだと思う。ドクター陣、ナース陣中心にかなり努力されてこそそういうような数字が、まず兆しとして出ているのではないかと想像する。数字としては見えにくいですが、そういう動きをサポートできるような仕組みを作っておかなければならない。頑張っているところで息切れをすると、数字の前提が崩れていくんじゃないかと思う。逆に、そういう動きが一層向上すると、これよりもよい数字も見えてくるのではないかと思う。

京北病院長： 仰っていただいたとおり、頑張ってくれている職員に如何に継続をしてもらうかというのが、私の今の一番の問題だ。入院患者、内科がかなり増えており、かなりぎりぎりのところでやってきている。夜もきちんと対応している常勤医は1人だけであり、その医師は常にオンコールの体制である。今はそれが増えることを望んでいる。

会長： 経営シミュレーションのこの四つの選択肢だが、これ以外の名案をお考えの方はおられないか。

市立病院長： 一般病床稼働率は85%が目標になっているが、もう一步上の目標を立てたらどうなるか。4, 5, 6, 7月と実績が上がっているというところを踏まえた話だ。先ほどのB委員の話をもう少し広げると、平成16年度、一番ピークの年くらい収入が得られれば人件費率は下がると思う。悪い方ばかり考える前に、どこを目標にするかという話があるのではないかと思う。

A 委員： 向原先生が仰ることもよく分かるが、1人の人が毎晩オンコールをすることではもたない。辞めていく。そうすると、次の医師の確保をどうするかということ考えたときに、赤字を少しでも減らすという方向でことが動き出したのなら、今は医者疲弊させないという、そこを一番サポートしなければならぬ。収益をあげるのは医師だ。ほかのところを減らしてでも、医師を増やすというぐらいでなければならぬ。医師が音を上げないようにしないと、大変難しい話になっていくと思う。

市立病院長： もう一つ、実際に京北に住んでいる常勤のドクターは何人おられるのかという質問をしたい。私も田舎の病院にいたときに、私は単身ではなく家族ごと異動した。京北に住まずに別のところに住んでおられる方が多いのなら、1人の人に負荷がかかってしまうだろう。待機制にするとか、みんなに割り振っていかないと、疲弊して医療崩壊の原因になってしまう。ストレスを分散する話もいるのではないかと思う。

E 委員： 私もこのシミュレーションを見ると、一般病床シフトというのは医療療養病床と介護病床がなくなるわけで、これから非常に高齢化が進むというところで、これは難しいかなという気がする。先程アンケートの結果をお聞きしたが、長期療養型という形で新型老健に移行するパターン、医療療養病床のパターンと、一般病床よりは長期に入院できるので、そのどちらかかという気がしている。シミュレーションの経常収益なんかを見ていくと一番高いのは医療療養病床シフトの場合になる。それから経常費用を加味すると新型老健が一番損益が少ない。先程も言うておられたように、これからどのように改善がうまくいくかにもより、現状維持のパターンで損益が少なくなればよい

が、シミュレーション上は今のところ損益としては一番高い。患者さんのニーズから言うと、少し長期に入院できるベッドもいる。一般病床シフトは難しいのかなという気がする。

会 長： またここに戻ってくるとして、次に外来診療科別収支というのがあるが、外来診療科をどうするかという点をお話しいただければ。

A 委 員： 外来がないというわけにはいかない。毎週1回とか、診療の回数が多ければ患者は来る。それが2週に1回、3週に1回になったら来ないだろう。やはり、馴染まないというところで来ない。それから、診療科をどうするかというのはもう少し考えてみればよいが、医者が採れるか採れないのかというところが先ではないかと思う。採れるならもっとやれる。ここでも、収益をあげる人間なのだから医者数を増やす、という形でよいのではないかと思うが。この数字を見ても、収益の悪いところは減らせ、よいとこだけ残せ、と単純には言えない。さわりにくいところだ。

会 長： 向原先生、前回欠席されたときに、私、少し市の方に提案をした。市立病院の医師が京北病院を兼ねるという形で、京北病院の医師要員を市立病院に張り付けて、そのうちの何名かが常に京北病院に行っているという形態をとればどうか、と。それは可能か。

市立病院長： 可能だと思う。結論から言えばそうだが、ただ主従関係にあるのか対等の関係なのかをはっきりしないと、大喧嘩になると思う。はじめから同じ病院という格好で、兼職ということでなければ、対応は比較的楽になるが。それは嫌だ、というドクターがどれだけ出るかは、やってみないと分からない。違う病院であれば兼職をかける形だ。

要は黒字にしたいのか、京北に病院を残したいのかという本筋の議論がないことには。私も、昔田舎の国保立の病院にいたときに、20数床のベッドと診療所を4箇所持って、回った。診療所に医者が回ると、医者は疲れる。患者が集まってくるような形をとるなど、医者が疲れないようにするのがいいのか、患者が疲れないようにするのがいいのか、状況に応じて考え方を変えていかないといけないと思う。単に黒字にするのであれば、民間の病院長なら、有床診療所で残りは老健に、という発想が必ず出てくる。夕張市の市立病院は今そういう形で動かしているのではないかと思う。ただそういう乱暴な形で京北をもって来るのは私もよくはないと思うが。経営形態、2つの病院をどうするのかという話が裏にあるのかないのかで議論が変わってくると思う。

会 長： 府立医科大学の与謝野海病院などは、府立医大併任の肩書きで行く。役人になかなか理解してもらえないのは、医師が履歴を書く場合に、一旦大学病院を離れて別の病院に行くというのではなくて、その大学病院で助手、講師とずっと上がっている、そういう継続した履歴が非常に必要だということだ。僕は、ただ京北病院だけポンと離れた格好で外に派遣されるというのではなくて、市立病院の医師が同じ付属病院、京北病院を担っているという形で、遜色のない履歴を残す方法を何とかして考案していただければ、医師の確保に少しでも利があるのではないかと思う。

この、科そのものはどうだろう。これ以上増やす、減らす、あるいはもうこのまま現状維持が…。

A 委員： 今の段階ではどうだろうか。ただ外来が来るということは入院が来るということなので、外来は減らさない方がいい。しかし外来にエネルギーをたくさん使われるのは嫌だと思えば別だ。

高齢者の多い土地は、眼科や泌尿器科は必然性が高い。白内障の患者や、緑内障。こういうのはよく診られているところだと思う。特にまた、両方とも専門性が高いので。整形外科ももう少し医者がいればよいのだろうか、膝が痛いとか、足が痛いというのは当然起こる現象だから、必ず外来患者は増えるのだが。大変さわりにくい感じがする。まあ、小児科だけよいという話は成り立つが、緊急性からいえば、時々、傍にいてくれないと困る、という話になってしまう。婦人科はどうするかというのは、月に 2 回では、病気の人を診るならいいが、お産の人を診るのはある時期になればつらくなってくる。どこを増やして、どこを減らして、というのは難しいと思う。

C 委員： 参考までに、昨年のアンケートの結果だけお話をさせていただく。どの診療科を利用されていますか、というアンケートを取っている。1 位が内科で、28.2%である。2 位が整形外科で 14.8%、3 位が外科で 11.5%、4 位が眼科で 11.3%。この 4 科が 10%を超えている。それ以下は 10%以下で、5 番目が耳鼻咽喉科の 5%で、皮膚科、泌尿器科、小児科で、婦人科が 2.3%である。産科は 0.6%ということになっている。参考にしていただけたらと思う。

A 委員： ここに書いてある一覧表と今仰った科とはギャップがあり過ぎるが、これの倍くらいほかに科があるわけですか。

C 委員： 京北病院に限らず、京北の住民の方がどういう診療科を利用されておりますかというアンケートだ。

京北病院長： 前にも申し上げたと思うが、内科が増えていくという場合にでも、なるべくほかの科が京北内にある方が定着していただきやすいと思う。

で、婦人科に関しては、やはり月 2 回というのが増えない原因の一つだと思うので、それを毎週 1 回にできないかというのを当たってみている。いわゆるがん検診だが、お年寄りの方はなかなか受けられないということがあり、また、若い方はむしろ市内に行かれる。保健師たちとの連携で、がん検診を京北でということ、月に 1 度医師が来れば増える可能性があると思う。ただ、それもはっきりした当てがあるわけではなく、少し当たっているという段階だ。

F 委員： 素人の話で恐縮だが、今の皆様方の話を伺っていると、やっぱり選択と集中みたいなものがあって然るべきかも知れないなど、そういう感じがする。

D 委員： 先日のお話で、内科の方で内視鏡検査ができるようになったので患者数、収入が増えたということをお伺いした。今、院長先生も仰ったように、私も婦人科に掛かっているが、やはり月 2 回だと自分のスケジュールとなかなか合わず、その病院以外のところに行ってしまう。月 2 回が週 1 回になれば、行ける方も増えるのではないかと思います。

E 委員： 私も、高齢者が多いということで、内科、外科、整形外科、泌尿器科という

のはニーズが高いと思うが、副市長も仰っておられたように、ここを非常に魅力的なところにしたということであれば、老人ばかりではなく、子どもを生み育てる環境も大事だと思う。小児はわりとよく病気をするので、小児科もあった方がいい。婦人科は、お産は市内でされてもいいと思うが、診療の回数を少し増やして、現状維持で頑張ってみることを考えた方がよいかと思う。非常勤のドクターにでも来ていただいて、外来患者数の獲得に努力してみるという方法を考えた方がよいのかと思う。

細見副市長： 先生方の審議の内容を参考にさせていただいて、最後は決めようと思っている。私に言えることは、先ほど院長からも話があったように、京北病院はなくすわけにいかないということだ。私は民間から来たが、その経営感覚から言えば答えは簡単だ。そう簡単にはいかないし、できる限り黒字であることが望ましい。私の立場としてできることというのは、京北病院と市立病院とは連結であり、そこで解決の道を探るということだ。

たとえば、今、市の職員は1万6千人いる。どのぐらい人間ドックを受けているか知らないが、やはり市立病院で人間ドックを受けてほしいと叫ぼうと思っている。いろいろ事情はあるだろうが、とにかくこれだけ苦しいのだから、職員が市立の病院を大事にするという気持ちになってくれる、そういうことを呼びかけようと思っている。それからもう一つ私の頭にあるのは、京北という将来の京都の宝になるようなこの地域の振興のことだ。右京区の区長、あるいは地元を中心に、今度推進協議会というのができたそうだ。国からも多少予算をもらったと聞いているが、そういう中心になる方をもって魅力ある地域づくりをしたい。あるいはお年寄りが、コンクリート文化に疲れた人が、こういう緑豊かなところで住むとか、まあそんなことを考えている。京北病院については、専門的なことなのでこれをどうこうという議論は持ち合わせない。しかし、はっきりしていることは、京北の院長はじめ非常に情熱をもってやっている、これをいい形にもっていけるようにしようと考えているということだ。

会 長： それではもう一つの議論、これも頭の痛いことだが、診療所別収支のところを御覧いただいて、四つある診療所の将来をどうするかという問題を。

市立病院長： この診療所には、患者は自分の足で来られるのか。

京北病院長： お年寄りだから、自分で来られる方はあまり多くない。それから少し距離があるので、自転車で来られるということはあっても、誰かに乗せてもらってという方が多いようだ。

会 長： 今の診療の体系の具体的なことが委員の方に十分飲み込めておられないと思うので、自動車がどのように回っているのか、医師の配置がどうなっているのか、簡単に解説してもらえないか。

京北病院長： 私が分かる範囲で申し上げる。山国というところはわりと大きい集落で、そこは週2回行っている。一時は個人の診療所になった時期もあったようで、診療所としての体裁が一番整っている。集会所のようになっており、村の人にとっては貴重な交流の場所だというように言われている。職員は医師1人と看護師、それからクラーク、事務、薬剤師と5人体制で行っている。黒田

は非常に遠いところだ。京都市の広河原寄りのところで、そちらは週 1 回、同じような体制で行っている。宇津というのは古い集落だが、ダムがすぐそばにできて少し豊かなところもあるような印象がある。いずれにしても同じ体制で、高齢者が多いところだ。細野というのは国道沿いにあり、京北から見ると最初のトンネルの手前にある。峠を越えた向こう側であり、一番京都市にアクセスのいいところ、トンネルを越えれば小野郷というところで、患者が少ないのは京都市に行っておられる方が多いのかもしれない。それぞれにバスはなく、今までは週に何度か違う場所から毎日自動車を運行していたが、8月から、一番遠い黒田、それから細野から宇津を経由する 2 系統のバスを毎日運行することになっている。今のところそれほど客は増えていないが、情報が行き渡れば増えてくるかもしれない。

A 委員： この診療所の周辺にはほかの医療機関はないのか。

京北病院長： 京北町には、周山に山本クリニックというのが 1 軒あるだけだ。

会 長： なかなか診療を中止してしまうというのは難しいのだろう。

A 委員： 細野から近くの病院、診療所まではどれくらいかかるのか。

京北病院長： 一番近いのは嵯峨野病院だろうか。それであれば 30 分くらいだ。

A 委員： そのほかのところにはもっとかかるということか。

1 人の外来患者を診るのに幾ら持ち出しかという感じもする。気になる金額であることも確かで、費用がどれくらいかかるというのを加味しながら判断をする必要があるかと思う。

保健福祉局長： 今、京北の病院長がアクセスの問題も含めてお答えをさせていただいた。仮に診療所を休止するという場合に、診療のためのアクセスをどうしていくのかというのは、私どもに課せられた大きな課題であると思っている。先日副市長に御報告したときに、コミュニティバスというのが走っているが、なかなかそれが医療のために役立つような運行形態になっていない、というような御指摘もいただいた。一方で 8 月からは巡回バスも始めており、仮に診療所休止という結論であったとしても、アクセスの問題というのは大きな課題であるという認識をしており、できるだけ対応は当然考えていかなければならないと思っている。

会 長： 話は違うが、大原から朽木へ向かって、京都市は随分延びている。あの辺の医療問題はあまり大きな話題にはならないのか。どちらかというと滋賀県側へ皆行かれるから…。

保健福祉局長： 久多が京都市の左京区にあるが、そこには国民健康保険の診療所がある。週 1 回午前中、内科の医師に行っていただいて、診療していただいているというのがある。それ以外では朽木や大津の方に診療所があるので、そちらの方に行っておられるという話は聞いているが、大森の方などは週 1 回のその診療所に来ていただいていると思う。

会 長： いろいろ御意見をいただいたが、もう一度元へ戻り、シミュレーションのところ、外来診療科のところ、それから今の診療所の問題について、もう少し何か言い足りないところがあるようでしたら御議論いただきたい。

市立病院長： 稼動病床全部合わせても 67 床の病院だ。余力があるとは、私は到底思えな

い。100%稼動するとして、ドクターが何人おられる病院なのかということをもまず考えていただきたい。そうすると診療科をたくさん抱えることは基本的に無理だ。応援していただくと可能だと思う。過去を参考にするのがいいのか、今からを計画するのがいいのか、私は今からがいるのではないと思う。もう一度基盤になる方向性を、一つは京北病院をどうするかということをも、ある程度理想像を示しながら考えなければならない。市立病院との連携をどうするかを含めて考えていかないと難しいと思う。それから田舎にいる老人、老夫婦は足がないので、診療所が近くにあるといいと思うが、人口も減っているようだし、やはりある程度集約していかないといけないところもあるだろう。その代わりアクセスできるようなバスを回すとか、代替手段を考えながら、まったくゼロにしないような形を作らなければならない。

会長： 市の方としては次回の審議会で中間答申をまとめたいという希望を持っておられるようだ。従ってこれまでの審議を踏まえた形で、タタキ台となる中間答申の案を作って、それを土台としてもう一度審議をするというそういう形を取りたいのだが、いかがだろうか。

京北病院長： 23年度、24年度に形態が変わるかどうかは別として、21年、22年と今の形態で行く。その中で精一杯努力してなるべく経常収支をよくしたいという努力を今やっているわけだ。もっと上を目指すということも潜在的には可能な病院だと思うが、そのためには内科の医師がもう1人必要だと思っている。医師を何人にするかという問題は非常に難しい問題だが、少なくともそれが実現すれば、この調子をもう少し継続して本当の上向きにすることはできないわけではない。今のやり方、介護があって一般病床があって、必要な場合には市内にお送りしてそれをまた療養で受けるという、これらを京北町でやる中で、今は一生懸命いろんなことができるという条件はあると思うし、努力するとしか申しようがないのだが、よろしくお願ひしたいと思っている。

会長： 次回までに中間的な素案を作っていただきたいのだが、委員の中では、見渡して、A委員、病院経営に詳しいし、先生に中心になっていただけないだろうか。京北病院はもちろん市立病院のいろんな御意見もまとめていただいて、形あるものを出して次回に討議してみてもどうかかと、いかがだろうか。

E委員： 一つ質問だが、先程巡回バスを出していると言われたが、それは病院のバスか。患者さんを拾ってくるということか。

京北病院長： 基本的には診療所を回っているが、少し足をのばして、もっと遠い集落まで行って、グルグル回っている。

E委員： 患者さんを乗せてこられる。で、帰りは自由にお帰りいただく、と。

京北病院長： 京北には、帰りはもともと送るシステムがある。それを利用してもらっている。

E委員： 患者のニーズを事前に把握して、言葉は悪いが、幼稚園の人たちが乗ってくる帰ってくるというような状況なのだろうか。それだと非常によいと思うが。

京北病院長： 一応は、止める場所を決めているが、手を挙げていただいたら止まることになっている。予約とかそういうシステムまでにはなっていないが、今日はあの人がいるだろうなという経験を運転手が持っているようだ。

E 委員： 2時間というのは短くはあるが、診療所がせっかく開いているので、そのときに集中して時間をみてお帰りいただくという形だと、ニーズのある人はみんなその診療所に来ていただけるのではないかと。ニーズを把握して、その診療所を盛り立てていくようなことも考えられるといいかと思った。

会長： A委員，大変お忙しいとは思いますが中心になってやっていただければと思う。

A 委員： 分かりました。ただ、京北病院を残すというのを明言してもらわないと。折角一生懸命やったと思っても無駄になってしまう。今、京北病院の院長さんは張り切って前向いてやっていこうとしておられる、そこを踏まえた形で向原先生も一緒になって固めていくという仕事ならできると思う。

細見副市長： 今の御質問については、先ほども私申し上げたように、合併の経緯からいってこれをなくすということは考えていない。残すことは明言できると思う。ただその残し方として、改善されるような一つの形態を、御答申をお願いできればと思う。この病院の問題だけではなく、地域の活性化という問題と相まっているので、その方も一緒になって考えていきたいと思う。

保健福祉局長： 私が付け足すことはまったくないが、今日の資料の中にもあったように、19年度で2億という赤字を出している。先ほど先生方からも集中と選択の話があった。京北病院を守りながら、両立するのは難しいと思うが、この赤字を消す、単年度で収支をトントンにしていくということもやはり考えていかなければならない。その点も踏まえながら、タタキ台の起案をお願いしたいと思う。

A 委員： 次回が9月16日というスケジュールだったのだろうか。それまでに考える時間ももらわないといけないので、できるだけ早く資料を、お二人の先生と一緒に、お送りいただければと思う。よろしくをお願いしたい。

(議題2関係)

会長： それでは時間もきているので、経営形態のあり方に関する審議に入りたいと思う。この議題については、これまで事務局の方からまず現在の経営形態である地方公営企業法一部適用という現状について説明していただいた。選択肢として、現状のまま、第2に地方公営企業法の全部を全面的に適用した場合、第3に地方独立行政法人化というこの三つのパターンに絞って、一体的な経営形態を審議していただければどうかと考えている。

本日はこれまでの説明を踏まえて委員の先生の御意見をお聞かせいただきたいと思う。はじめに、F委員が総務省の政策評価、独立行政法人評価委員会の委員を務めておられる。大阪府立の五つの病院の経営形態についても関連して大きな知識をお持ちのようだ。公立病院の経営形態の見直し、とりわけ独法化についてどういう評価をしておられるか、御専門の立場あるいは御自身の経験から御所見をお聞かせいただければありがたいと思う。

F 委員： 総務省の独立行政法人の仕事をやらせていただいたのは、外務省にいたときに、国際協力事業団、今の国際協力機構だが、あれが独立行政法人になるときに評価システムを設計したので、そのノウハウも少しあるので、それも含

めてお話をさせていただく。

で、本質的に独立行政法人とはいかなるものかということだが、国会議員の先生方にも分かりやすく説明した例を使わせていただく。まず牛を飼っています、肉牛を飼っていますと、で、今までは牛の鼻にロープをかけてあっちに引きずり回しこっちに引きずり回しと、箸の上げ下ろしまで細かく指導していた。それを独立行政法人というのは、柵を巡らし、この中で自由に草を食べて、1年経ったらどのくらい太っているか、まあ中期目標期間ですから5年なら5年、その間でどのくらい太っているか、まあ自由に太ってくださいと。経営の自由を認めた中で、努力をしていただくという仕組みだ。それは国でもあるし、もちろん厚生労働省所管の国立病院、文部科学省所管の医学部の病院もそうだし、それから大阪府の府立病院だが、これもその形態になっている。

大阪府の話を上上げる。独立行政法人になるときに、なる条件というのがある。中期目標期間中の5年間で不良債権を解消するという非常に大きな前提条件だ。これができない場合は、公営企業法の全部適用しかない。大阪府の場合はこれができるかと判断され、太田知事のときだが、独立行政法人に改編した。五つの病院を全部一つの独立行政法人機構というものにして、理事長がおられて、今までの病院の院長がすべて理事ということでおられる。肝心の不良債権だが、当初65億円あった。初年度、平成18年度には13億円の収益が出ており、従ってプラスマイナスでいくと52億7千万円ほどに借金が減っているわけだ。2年目の去年、19年度だが、黒字が少し減り、6億3千万円になっている。いずれにしても2年間で約19億円の黒字が出ており、つまり不良債権が46億5千万円に減っている。ただしこのペースでいくと65億円の不良債権の解消はかなり厳しいのではないかとということで、来週、また独立行政法人の会議があるが、そこで我々が条件をつける。つまりどうやって目標期間中に残りの借金を減らすのか、借金を減らすプログラムを考えてくれと、独立行政法人側、院長あるいは理事に条件を出す。

独立行政法人のメリットだが、たとえば薬とか医療機器とか、今まで単年度ごとに買っていたものを、3年ぐらいの複数年度にまとめてボンとやることができる。購入も病院が直接やるのではなく、伊藤忠に入ってもらい、単価を随分たたいた。それが初年度13億円になった一番大きな背景であり、かなりの部分をそこでおさえた。あとは、色々な議論もあるだろうが、人件費も。従って初年度はそれだけ出るのですが、2年3年以降は切り代がなかなかなく、いささかセンチメンタルな議論だが、乾いた雑巾をなおも絞るような、そういう状況が発生している、こういう状況である。

私、個人的には、5年間で不良債権を全部なくすというのはかなり厳しいのではないかと感じている。独立行政法人化は万能薬ではない。指定管理者やPFIを入れてみるとか、その中のワンセットであり、いろいろ試してうまくいったらそれを使う、だめだったら別の手法を使う、そういう試行錯誤を毎年毎年続けることが必要だ。医者側でも研究発表が増えるなどプラスの面も色々あり、世の中では独立行政法人なんてとんでもないという話もある

るが、案外いいのかもしれないという、そういう感触もある。まあこれもやってみなければ分からない。もし京都市で入れるとすれば、独立行政法人京都病院機構を設置して、その中で市立病院、京北病院両方入ってしまう。一つの機構になる。もちろんドクターもナースも同じ職場の職員になるわけだから、私の大学でも、今出川と京田辺に校舎があるが、今出川でも教える、京田辺でも教える、そういう感じで行ったり来たりすることになる。それはあり得る話で、大阪で内科の医者が足りないときはちょっと来てもらって、そうやって医業収益を上げるということで工夫をされているようだ。

会 長： A 委員も病院でいろんな御経験が。

A 委 員： 今のお話でも、毎年赤字をなくしていくというのは限度がある。今度は、上げるのにどう上げるか、そのことを考えなければならない。

医者の場合一番簡単なのは占床率だ。占床率を上げれば皆ものすごくしんどい。しかし、第二日赤では、ありがたいことに研修医がたくさん来る。60人ぐらい来る。60人が皆給料の安い人だ。安い人をたくさん入れて、占床率を上げて、ということに今なっている。それがどこまで続くかだ。占床率を上げるのは、患者を入れればいいという話だけではない。一番努力しなければならないのは事務方だ。事務は全部把握していて、ここが空いてるからここにいけるとか、積極的にベッドコントロールをしてくれなければならない。それにナースが協力してくれると、ある一定のハードルまで、テンになるまではいく。完全にテンには絶対ならないが、98%ぐらいがテンに近いという状況だ。そうすると今度は患者を帰せばよい。在院日数が減るといふ具合に動いて、それが回転度を速める。

それから無駄な支出は絶対に出さない。出張旅費もテンを作ってしまう。京北の診療所で、6人か7人一緒に回っているということだが、そこでそれだけの人がいるかなと、細かいことだが、そんなところまで切り詰めていかないと、やはり下げられない。

医師が上げることに楽しみを持たすような方策がないとまたできない。その楽しみを、学会やなんかに行ってもよろしい、それは全部こっちが払うとか、その努力はしなければならないことだと思う。

B 委 員： 特別な意見はないが、自治体病院協議会の会長をやられていた小山田先生は経営形態にかかわらず、自治体病院の経営は改善できるのだということを常々お話しされていた。市立病院との関係をどういう風にしていくのか、京北病院自体をどういう方向に持っていくのか、というところが決まれば、それに向けてやることをやっていくということだと思う。ただし、当面はあまり事務的に忙しくならないように、現状維持で進めていった方がいいかなという気がしている。

D 委 員： 私も働いていらっしゃる方のモチベーションを上げることが大事だと思う。民間の力も借りながら事業を運営して行って、働きがいのある職場を作っていたらと思う。

E 委 員： 今三つの選択肢のうち独立行政法人を審議しているわけだが、市立病院と京北病院が同じ枠の中に入ると、そういうのもいけるのかなと思った。どれが

いいのか私にもよく分からないが、単独でいけるという状況ではなく、共同して、いろんなところも合併してということもある。

会 長： 市の方としては大体の方針はあるか。

事務局： 第 1 回目に現状と問題点というのを御説明申し上げた。現在は公営企業法の一部適用という形だ。経営管理、経営戦略・計画、議会等の関与、経営情報と四つの面に分類してみたときに、医療制度が変わっていく、また病院経営の管理が厳しくなる中で、現在のこの制度では非常に難しい。それが今回諮問させていただいた背景になっている。

国の掲げている選択肢として、公営企業法の全部適用、それから非公務員型の地方独立行政法人化、これについては総務省の認可が要るが、その 2 つが大きな選択肢であろうと考えている。国は、それ以外に指定管理者、民間譲渡と、全国共通のガイドラインとしてはそういうものを示しているが、市立病院については、それらはあまりにもドラスティックで、少し現実離れしている。現実の選択肢として、公営企業法の全部適用と非公務員型の地方独立行政法人化を考えている。

この二つの大きな違いは、全部適用の場合は京都市の交通局や上下水道局をイメージしていただくとよいが、公営企業管理者という、市の職員ではあるが一般の職員とは違った、独立の権限を持った管理者が置かれる。職員はあくまで従来どおり市の職員、公務員ということになる。独法化の場合はそもそも京都市の外に出てしまう。独立行政法人自身は京都市が設立して、中期目標も京都市が与えて、理事長も市長が任命するという一方で、コントロールはするが、法人格としては市とは別に病院組織を設ける。そしてそこで働く職員は非公務員になる。この点が一番大きな違いであろうと思う。

会 長： 時間も迫ってきたが。

市立病院長： 院長の立場で、個人的な思いも交えて申し上げたい。公立病院の一部適用の院長は、毎日が苦行の日々だ。責任は取らないといけませんが、何も権限がない。

今の人事も、医師に関しても大学の教授が握っている。それから事務職は市役所が決める。コメディカルはコメディカルで決める。看護職は看護師が基本的に決める。そうすると院長は、人事は何もできない。

物を買うときは、その年に病院はまずは赤字にならない、過剰投資にならないということが大事で、こちらの思いとタイミングがずれると、2年も3年も待たないといけない。

で、保険診療の点数改定が4月に行われる。その情報は2月、3月に入る。この時期は、予算委員会に事務が手を取られて1ヶ月は議会対策に走り回る。従って保険診療の対策はそれが終わらないとできない。今度は決算のまとめとなる、これが1ヶ月。事務が実際に病院の事務を執っているのは10ヶ月足りないくらいだ。

人事も掌握できず、物もなかなかタイミングよく買えない。それから牛の話でたとえられたが、私たちは鼻にロープをつけられて、あっちいけこっちいけと。これで企業かということ、最初に院長になった時に私は思った。

何もできない。で、黒字にしろと言われても、これはなかなか難しい。だから、独法化がどうこうという前に、一部適用がいかに関係が悪いかということ認識していただかないと議論が始まらないのではないかと思う。これはおそらくどこの公立病院の院長でも同じことを言うのではないかと思う。

A 委員： 今仰った公立病院のことは、生々しいけれども本当のことだ。

病院の話をするときに、医師や看護師、建物がどうこうという話はするが、掛かる人が病人だという話は抜ける。対象が病人であるということが抜けており、そこで経済で話がいったいいのかどうか、と思う。医療というのは行政が守らなければならないところで、赤字でも仕方がないというくらいの度胸を持ってもらわなければ。対象は患者さんですよということを忘れないようにしなければ。数字ではそうでも、この数字はみんな人なのだと、死んだ数字と一緒にするな、という話をいつもする。で、これも根本に置かなければならない問題だと思う。

(以上)