

日時：令和元年10月1日（火）午後6時～8時50分

場所：上田合同庁舎 講堂

## 1 開会

## 2 あいさつ

## 3 会議事項

### (1) 公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証について

医療推進課 伊藤主任が資料1「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証の要請について」に基づき説明。

(安藤委員 (安藤病院院長))

A3版の資料について、厚労省発表の資料では「再検証要請対象医療機関」欄は青い丸と赤い丸が付いているが、その違いは何か。

(医療推進課)

赤色は公立医療機関、青色は公的医療機関である。県立総合リハビリテーションセンターは県立であるが、病院事業会計で運営しているため青色となっている。

(結城委員 (東御市民病院院長))

診療実績が少ないという言い方が非常に気になる。高度急性期と急性期に関する診療実績ということだが、何回も診療実績が少ないという言い方をされると、まるで当院が診療に熱を入れていないかのような印象を受けてしまう。地域医療構想が始まったときのうたい文句としては地域完結型の医療、病院間の機能の分化・連携をすることによって地域で完結しようということやってきたと思う。その中で、当院は60床の小さな病院なので、資料にあるような救命救急とか、がんの手術、放射線とか、ハイリスクの分娩とかは手放してきた医療である。その分、こういった急性期病院の医療を補完しようと大きく進路を切り、これまで頑張ってきた。こういった部分が評価されにくく、意図的ではないと思うが誤解されやすい言い方になっている。この尺度で病院をみれば当院が俎板上上がってくるのは当然のことだが、だから当院がということではないと思っている。今は圧倒的に高度急性期と急性期のベッドが多く、今後ますます必要となってくる高齢者にとってニーズの高い回復期、急性期後とサブアキュートのベッドが少なくなっている。当院では、急性期の手術などは手放す医療に分類して、その分サブアキュートやポストアキュートの方はかなり力を入れていくところなので、むしろ見方によると、次の議題の鹿教湯、三才山病院と当院の連携の件に追い風にもなるかなと感じている。とにかく診療実績が少ないという書き方は抵抗がある。急性期医療の診療実績がと読んでいいということか。

(医療推進課)

はい。

(三澤委員 (依田窪病院院長))

評価項目の中で、大きく欠落している点がある。男性が一番症状があつて病院・医院に掛かるのは腰痛であり、女性は肩こりであるが、運動器の疾患に関して全く（評価項目が）ない。高齢者が増えてきて、腰、膝が痛い人がいっぱい増えてきているのに、これに関して全く評価

されていない。高齢者の大腿骨骨折もむしろ運動器の障がいである。長野県ではますます高齢者が増えてきているのに、運動器の治療をしている病院を何も評価していない。これはがんの治療で手術している大きな病院であり、今大学の医局は若い先生を手術のあるところしか派遣しないので、小さな病院はがんの手術は手放してしまうのが当たり前である。小さな病院はやめろ、200床未満の病院は無しでいこうという国が方針なら出せばいい。長野県の当院のような病院は全部入ってしまうが、長野県は広く全部へき地ともいえるので、長野県はどうしようかということを考えてほしい。

運動器に関してのデータを全く出していないことが一つ、小さな病院はつぶして診療所にし、大きな病院をと考えるのか。例えば上田の人が信州上田医療センターでがんの手術をし、落ち着いたからといって依田窪病院まで行くか。車もないのにそんな遠くまで行けないと言われてしまう。厚生省は都会の動きしか考えていないので、長野県の場合は同じ二次医療圏でも山を一つ越えなければならないということが検討されていないので、各地域でいろいろ考えてくださいと言っていると思う。是非、長野県の場合は特色を出して検討してもらいたい。

(東御市民病院 岡田顧問 (オブザーバー))

当院は元々小さい病院で、透析に力を入れ最初6床だったものを20床近くにし、リハビリもやっている。さらに収益は上がらないがドックまで抱え、いろいろやっていることも忘れないでほしい。この9領域は大きな病院がやっていることで、中小病院はそれぞれの道を歩んで苦勞していることを理解してほしい。

## (2) 東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院の再編・ネットワーク化に伴う病床数及び病床機能の変更について

花岡東御市長、東御市民病院武舎事務長、鹿教湯三才山リハビリテーションセンター池内事務長が資料2「東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院の再編・ネットワーク化に伴う病床数及び病床機能の変更について」に基づき説明。

(花岡東御市長)

補足説明をさせていただく。

一つは、8月5日の上田地域広域連合の正副連合長会で、鹿教湯、三才山病院の大澤院長と池内事務長から今回の統廃合について説明いただいた。構成メンバーは上田市長、長和町長、青木村長と東御市長の私である。旧小県郡下における現時点の入院ベッド数が、旧依田窪地域で1000床を超えて人口は約4万人、旧東部町が人口約2万6千人で60床、1000対60というアンバランスな状態があり、それが一定程度解消されるということで、案として認めてよいのではないかと首長に基本的な確認をしていただいた。

また、東御医会の皆さんとは長い話し合いを進めてきたが、最終的に反対、条件付き賛成、賛成という意見書をいただいた。東御医会の会長である医師と話し合い、まず反対されている何人かの方と話し合いをさせていただき、厚生連の指定管理である限りは認められないということであった。今回の協議内容とは若干ずれるが、厚生連への指定管理に関しては白紙に戻す、入院患者数(病床数)に関しては、今回の決定以降東御医会の皆さんとさらに東御市における適正な数値に関して話し合いをさせていただくという形の中で、最大40(床)前後まで考えていきたいという話をさせていただいた。また、市が責任を持って東御市民病院のスリム化に努めるという3点に関して、代表者である医師に労を取っていただき、そういうことならと、東御医会の皆さんへ花岡市長との話し合いによりこういう形になったと報告を入れていただいた。基本的に皆様方からそれに関して異論はなかったとお聞きしている。何卒市内におけるベッド数が極めて少ないという状態の中で、回復期リハが市民のための病院として任を果たせるよう、

御審議をいただきたい。

続いて、事務局の上田保健福祉事務所日向副所長が参考資料1「基準病床制度と病床過剰地域における特例について」、参考資料2「病床数（一般・療養）の試算」に基づき説明。

(丸山委員（小県医師会長）)

市長の御説明で、ちょっとわからないところがある。

(花岡市長)

東御市民病院を公設民営化、指定管理すると市内の医師の方々に説明してきたが、納得できないということなので、これに関して白紙に戻し、指定管理はしないということである。

(丸山委員（小県医師会長）)

もう一つ、ここでは60床（増床数）という形で出ており、これから検討したいとのことで、40床にこだわっているわけではないのか。

(花岡市長)

これまで市民や議会へ説明して進めてきて今回60床でお願いしているが、地元の医師会の皆さんとの話し合いの中で、今回何床認めていただくかわからないが、もう一回実際に作るベッド数に関しても協議して、40床程度まで減らすことを検討するとお話しをした。

(丸山委員（小県医師会長）)

その内容は、ここにある回復期リハか。

(花岡市長)

いただいた（病床数の）範囲内で、地元の医師の皆さんと再検討し相談させていただきたい。

(丸山委員（小県医師会長）)

ここは病床過剰地域であり、特例措置により鹿教湯病院なりどこかと合併しない限り増床は厳しいのではないかと思う。

小県医師会は、東御市民病院、鹿教湯、三才山病院のそれぞれの医師と開業医の医師の集まりである。鹿教湯病院については、上田市東内・西内地域には鹿教湯と三才山病院しかないので、いろいろと意見を聴くことなくきている。一方で東御市には開業医がかなりいる。そこで医師会内に部会という形で相談してきた。意見の方は賛成もあるし、一方で絶対反対、条件付き賛成といろいろな考えが出ている。特に、外来機能については全くいじらないと聞いているが、開業医はかなり影響を受けるので、その辺が条件付き賛成を含めて、反対という声になっている。医師会としては多数決を取ったわけではないが、圧倒的に条件付き賛成を含めて何らかの反対意見の方が多かった。

私見も入るが、結城委員や三澤委員の話にも出ていたが、そもそもこれは公的病院（公立病院）の話である。新公立病院改革ガイドラインが出ており、この中で公立病院に期待される主な機能として、山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な場所、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門、要するに民間ではできない部分、あるいは、高度ながんセンターや循環器センターなどこれも不採算部門で民間では無理なもの、それから研修を含めて、公立病院に期待される機能としてプランの対象とされている。我々民間病院は非常に厳しい。古いデータかもしれないが、（東御市民病院の）稼働率を見ると66%、鹿教湯三才山で70%と、民間だとすぐにつぶれてしまう。回復期リハが95%という話もあったが、我々は95%くらいにしておかないとできない、税制面の優遇が全くなく、とても給与が払えないという状況である。当院（丸子中央病院）も今度ダウンサイズするが、なぜかと言うととてもやっていけな

いからで、制度的に厳しい状況である。そういう状況において、病床過剰地域でベッドを減らさず増やしていいのか、公的病院（公立病院）はやっていいと思うが、その後民間病院は立ちいかなくなる。どうしても競合する。民間病院がいないという論理ならそれはそれでいいかもしれないが。

もう一つ、資料の9ページでも回復期を増やさないといけないとなっており、もっともな話であるが、一般病床から回復期を増やすという話である。今の話だと慢性期はほとんど変わらずに、回復期が足りないから増やす、要するに民間病院の方からベッドを減らして持つていくという論理かと思う。一方で今後必要なのは在宅医療だと思うが、全くいじらないということですごく違和感を感じる。

整理すると、鹿教湯と三才山については地域的な問題、近接5Kmくらいであり、またこの地域だけではなく長野県内の大事な機能を持っている病院であり、存続しなければならない。東内・西内地区の医療を守るに当たり、鹿教湯病院しかないと思っており、何とか経営できるような範囲でと思う。

一方、東御市民病院の方は、東御市として人口に対して少ないとのことだが、ちょっと行けば小諸地域もあり、逆に行けば上田地域もたくさんあるので、20分以内ではアクセスできる利便性がある。利便性という点では市民の皆さんはそれほど困っている状況にはないのではないか。今後もし回復期の増床を行うと、人手の問題もかなり出る。その病床、人数で本当に経営的に行くのかどうか、今後10年、20年後まで見ていかなければいけない。その時に、本当に病床過剰地域で増床していいのかという疑念がある。医師会としても、それぞれの役割があり、東御市民病院の役割もかなり大きいと思っている。今の60床も7割くらいで、残りの病床はなぜ回らないのか、まだやり足りないところがあるのに、一方的に増床して本当にやっているのか。また過去の例から見ると、60床の民間病院からひまわり病院、それから東御市民病院となったが、その時はいつも医師会に対してやっていけるという話であったが、ふたを開けるとかなりの財政投資をしなければいけない、経営的にかなり厳しいということで、今回も改革プランが出てきたのは経営的にひっ迫している状況ではないか。そういう時に、単純に収入を増やすにはどうするか、需要があるはずだから病床を増やせば何とかなるという話だが、今は医療従事者を含めて人手不足の状況であり、単純に病院を大きくすればいいということではなく、今はどこの病院もダウンサイジング等をやっていないと厳しい状況である。機能分化という点は必要であるが、10年、20年後の東御市民病院の存続を考えると、増床という点はかなり心配である。一般の方が心配なのは、回復期リハより一般救急である。おなかが痛い、熱が出た、子供を誰が診てくれるといった一般救急を一番心配していると思うが、両病院とも救急医療については全く触れていない。本来公立病院でまずそっちを触れてほしいのに、それに触れないで回復期や慢性期といのは、鹿教湯病院については多少違うかもしれないが、ちょっと住民の皆さんとずれがあるのではないかと思う。今後もし東御市民病院が大きな病院になって、一般救急をしっかりやっていなければ、回復期リハをやるにしても人が集まらず、地域の皆さんの信頼も得られないので、今回の計画については、私としては心配事がたくさんあると言わざるを得ない。

(小松委員（東御市健康保健課長）)

地域における患者としての立場、医療を受ける側の立場から、2点意見を申し上げる。

一点目の、今回東御市民病院が取り組んでいる入院の伴う回復期リハビリ機能の拡充に関しては、7月に開催した地域づくり・まちづくり懇談会で住民に御説明したところ、上小圏域における医療機能の向上ということに御理解を示され、市民の皆さんからは御要望をいただいている状況である。

二点目は、これまでの市からの情報提供や説明等を踏まえ、地域住民から今回の取組の推進を求める陳情書が議会議長あてに提出された。これに対して、本日新聞報道がされたが、議会では全員一致で採択がなされ、この陳情書に関して賛成する決議書が提出された。これにより、東御市民病院の今回の取組に関して、議会としても推進が図られるよう、改めて意思表示がなされた。

このように地域の願いとしては今回の取組を推進していただきたいという状況である。お認めいただくよう、よろしく申し上げます。

(安藤委員 (安藤病院院長))

何点が聞きたいことがあるが、一つ目は、市長の話の中で、東御医会の皆さんの御理解をいただくについて、東御市民病院のスリム化という言葉があったが、病床が増えてスリム化というのはどのような意味か。丸山委員の意見にあったような財政的な問題を含めてスリム化ということか。

それから、前提条件に5つ挙げられており(資料2、2ページ)、「関係する病院間で医療従事者の確保が見込めること」とあるが、関係する病院間とは具体的にどの病院を指すのか。地域の病院を含めてなのか、あるいは今回統合・ネットワーク化する2病院についてなのか。地域の医療従事者、医師だけでなく看護師や保健師等も、この地域は県内でも少ない方から数えた方が早いという地域であり、各マンパワーが非常に不足している中で、職場がネットワーク化されたからといって、遠い地域から通えるのかという問題も当然考えなければならないと思う。

それから、東御市民病院・鹿教湯三才山リハセンター連携協議会の意見書(資料2、11ページ)の中で、東御市については「安心して医療が受けられるまちを目指す」とある。医療の意味であるが、当然回復期が足りなかったり、家の近くに入院する病院がないというのも問題だとは思いますが、まず急性期について、特に病床が増えるに当たり急性期の機能がどうなるのかよくわからないが、どのようなビジョンをお持ちなのか。以上3点を伺いたい。

(花岡市長)

私がスリム化という言葉を使ったのは、現在の60床と外来で運営している東御市民病院に関して、まだまだ努力が足りていないという御指摘を東御医会の皆さんからいただいている。医師の働きなど、それに関してはスリム化という言葉を使い、私も含めてもっと努力していきたいと考えている。

(東御市民病院 武舎事務長)

二点目の職員の話であるが、これまで2回この調整会議に中間報告をする中で、医療従事者の確保はかなり課題であるという意見をいただいている。これを踏まえ、関係する病院間というのは、今回提案している3病院の中で基本的には医療従事者を確保していきたいという意味である。

(結城委員 (東御市民病院院長))

(三点目の)急性期というのは救急のことと思うが、地域住民が安心して暮らせるためには、回復期ベッドよりも救急医療の充実の方が優先度が高いというのは全く同じ意見である。回復期のベッドが増えたから東御市民病院の救急医療が充実するかと言えばそれは話が違うと思う。この問題は以前から訴え続けているが、今の輪番体制については根本的に話し合わなければならない問題で、鹿教湯病院と東御市民病院の連携のこととは別に、上小地域の救急体制をどうしていくか真剣に話していかなければならないと思う。前回の会議でも話したと思うが、輪番会議ではこういう話がなかなかできないが、大抵は1つの病院が医師1人と看護師1人でやっ

て何とか輪番制を保っている状況と思う。私の考えでは、やはり救急と手術はマンパワーのある大きな病院が中心に担っていただかないと、輪番体制で1人の医師と1人の看護師がなんでも受けるとするのはそもそも無理がある。医師もどんどん年を取ってきている。この会議でもいいと思うが、上小地域は佐久地域と比べてかなり救急体制は貧弱であり、今回の連携のこととは別に、きちんと話し合わなければならないのではないかと。私は、信州上田医療センターのようなマンパワーが潤沢なところが中心となっていただかないと、60歳を過ぎた医師が1人の病院で、輪番だからなんでも診ろと言われても限界が来ていると思う。

(安藤委員 (安藤病院院長))

救急や医師の働きといった話があったが、ただでさえ医師の確保が難しく、求人しても若くて救急を何でもやりますという人が入ってくるわけではない。そういう病院運営について、丸山委員も懸念されていたが、正直大変だと思う。ベッドを増やし、人を増やすわけだが、そもそもマンパワーが集まるかどうか大変。かつ、今の60床から倍近く増えるかもしれない状況となったときに、当然マンパワーが増えるわけなので、その分のエネルギーを救急に回すという配慮をいただけるのなら話が見えてくるが、今の状態を上回ることは難しいとか、年齢的なこととかいうのではなく、民間でもそういうことは起きているので、民間も大変な思いをしてやっていることについて、公的病院若しくは公立病院が大変だからできないというのは違うのではないかと印象を持っている。

(遠藤委員 (千曲荘病院院長))

基本的には丸山委員と安藤委員の意見に賛成の立場である。公立病院は国からあるいは税金から多くの財源を投入されている以上、一般の民間病院でやれない医療をやっていただけることを期待しており、それを頭において調整会議をやっているのが前提と理解している。

一点、技術的な確認だが、県の資料「病床過剰地域における基準病床制度の特例」(参考資料1、4ページ)の4で、複数の公的医療機関等を含め医療機関の再編統合を行う場合、増床することができるという特例である。東御市の資料(資料2)の10ページである。おそらく今までのプランでは東御市民病院がある程度鹿教湯三才山リハセンターとM&Aして統合再編するという流れであったが、今回は話し合いの中で(変わった)。鹿教湯三才山リハセンターは(病床数が)減る、それはよくわかるが、東御市民病院の増床はこの再編統合に入るのか、県で明確にできるのであれば教えてほしい。

(事務局 日向副所長 (上田保健福祉事務所))

委員のお話しは、今回資料2で提案された3病院の再編が、特例でいうところの再編に当たるのかということでしょうか。

(遠藤委員 (千曲荘病院院長))

もともと東御市民病院の事務局が説明したことは特例に該当すると思う。市長が言われたのは、もう厚生連とは基本的に公設民営はしないということなので、再編統合になるのか疑問が湧いた。

(事務局 日向副所長 (上田保健福祉事務所))

そこは、指定管理は白紙に戻すという言い方だったと思う。資料2に医療従事者の確保に対する民間活力の導入ともあるが、指定管理以外に、何か再編・ネットワーク化についてのお考えを説明していただかないと判断できないという気がしている。

(遠藤委員 (千曲荘病院院長))

少し広いニュアンスということですね。話し合いを持ったりとか、人的な交流とかを含める

と該当する可能性があるということですね。

(事務局 日向副所長 (上田保健福祉事務所))

再編統合には指定管理が条件となっているわけではないということはあると思う。

(医療推進課)

これまでの計画案では、指定管理による厚生連からの人的な手当をしたうえで、東御市民病院の回復期病床を増床するという計画だったが、今回の説明の中で、指定管理については白紙に戻すとの説明があった。そのうえで、回復期機能を三才山病院から東御市民病院へ移すとするれば、人的な手当、役割分担について具体的に説明することが必要であると、各委員から質問がでていと理解している。

(花岡市長)

地元の医師との話し合いの中で、今まで指定管理を想定して協議を続けてきたが、それだと認めていただけない方が何名かあることが分かったので、回復期リハに関するノウハウの教授とか、これから詰めていくが人的支援などをお願いしていくことになると思う。

(勝山委員 (丸子中央病院院長))

指定管理はやめるとの話は分かったが、それでどういう形態で運営していくかという話が全然ない。以前聞いた話では、地方独立行政法人はやらないと伺った。そうすると、どういう経営形態でやるのかが分からないと、どうやって数字を出して経営状態を説明できるのか。例えば職員は公務員なのか非公務員なのかとか、一番基本的な数字であって、それが分からなければ数字は一切出せないと思う。ですから今の説明は全く理解できない。そんな合併計画があるのですか。

(花岡市長)

いずれにしても、市内の医師の方の理解を得ながら経営していくことが、今の東御市民病院が置かれている状況。市内の医師の方が納得するという形に関しては、回復期リハに関してはその経営のノウハウや医療水準を鹿教湯三才山病院と連携しながら維持していくこと、これまで努力してきた一般の急性期と外来に関してはさらに努力してスリム化をしていくという考え方でいる。

(岸委員 (岸医院院長))

有床診療所であり、開業医の立場からの質問である。(初期)救急センターをやっているが、(東御市民病院へ)患者を送りたいというときにわりと断られることが多く、理由を聞くとベッドが満床だということが多いと聞いている。また、患者を紹介するときにもベッドがないということがあるとのことで、そういうことを考えると、やはり急性期のベッドを増やして対応していただくのが普通だと思うが、どうお考えか。

(花岡市長)

専門医がいなくて、また救急手術ができない中で、一般の医師が病院に入院した方がいいと一次診断した患者を、東御市民病院がその電話の判断で受け入れるかどうかというのは、ケースバイケースの中で判断されるべきものと思っている。患者を送ろうとした医師が東御市民病院でも大丈夫と判断して送ろうとしたにも関わらず、断っているケースがあったとしたら誠に申し訳ないと思う。ベッドが60しかない中で、最近は回復期リハを受入れる限り受け入れようとしている中で、急性期のベッドが足りていない状態が散見されることもあり得ると判断している。今、大きな病院から打診を受けることは、回復期リハの患者を受け入れるかどうか

ということが一般的に多いと報告を受けている。

(岸委員 (岸医院院長))

それは大きな病院との連携ということで、地元の開業医が希望しているのはそうではない。あくまでも紹介しているのは二次救急としてお願いしているので、三次救急の患者を想定しているわけではなく、そこはちょっと違うと思う。(初期)救急センターで、東御市民病院で大丈夫でしょうと紹介するときのことである。

(結城委員 (東御市民病院院長))

当院が60床で常勤医が9人、しかも平均年齢が60いくつの病院で、どの程度の医療ができるかということを探索してきていて、その中でこれは無理だろう、やらない方がいいだろうということいろいろな医療を手放してきた。現在、当院としては、急性期といってもサブアキュートというか軽症の急性期は受けられるだろう、あとは急性期の治療が終わった患者、そういった地域包括ケア病床というところが当院の役割ではないかと思っている。救急告示病院であり、市民病院としてそこは下ろしてはいけない看板だと思っているが、なかなかバックアップがない状態でたった1人で当直している医師が個人の判断で断るケースはあるだろうと思う。ベッドが満床だから断ったことがあるのかどうか、残念ながら当院が満床のことはほぼないので、専門外だからという理由で断ることはまああるだろうと思う。50、60(歳)という医師が自分の専門外であるところに手を出す怖さというのは、精いっぱいやってはいるが、なかなか十分に対応できていないということだと思う。申し訳ありません。

(東御市民病院 岡田顧問 (オブザーバー))

私も病院で院長をしていたが、100床未満の小さな病院にはなかなか医師が集まってこない。そこそこ仕事ができればいいかという医師が仕方なくいるのも確かである半面、地域のために頑張るといふ医師も何人かいる。大きな病院だとネームバリューもあって自動的に医師が集まってくるが、当院のようにたかだか60床だと、私も院長のときに小さな病院で医師確保は大変と身をもって体験している。その上で、いろいろな批判がある医師もいるが、それなりにその分野での仕事ができればと我慢して仕事を続けてもらうのが現状である。

(泉委員 (三才山病院院長))

今急性期の話題に終始しているが、回復期の病床は回復期リハと地域包括ケアであるが、三才山病院は34床の回復期をなくすので、これをどこかで引き受けてもらえなければ、絶対的に回復期リハが不足する。この会議で(東御市民病院の)回復期リハを認めないとすると、民間でやっていただくとか具体的な案を出していただかないと、上小地域の回復期を減らしてしまうという決定をここでしてしまっているのか。私は長野県で回復期リハの専任を19年間やってきて、19年かけていろいろ築き上げた回復期リハの伝統が失われてしまうのは非常にもったいないことだと思う。もし東御市民病院でできないのであれば、どこかでやっていただけないと非常な損失である。基本的には厚労省が名指ししたのは、要するに公立、公的病院から病床を減らせということ、あるいは何らかの再編をしろということ。それは現実的なものであればいいと思うが、地域ごとの特色があるので、なかなかそうはいかず、東御市民病院もつぶすわけにはいかない。東御市民病院と鹿教湯、三才山病院が一緒になれば、大幅な慢性期の病床を減らし、回復期は温存できる。急性期のことも重要であるが、三才山病院でなくなる回復期をどうやって確保していくかということをごここでしっかり決めてほしい。

(吉澤委員 (信州上田医療センター院長))

参考資料2を見ると、回復期は圧倒的に足りない。やっているところが非常に少ない。病床

過剰というが、急性期が多くて回復期が少ない。当院の患者が大分増えて、急性期を過ぎてリハをしたい人がなかなか行く場所がないという状況が続いている。今回のこととは別としても、上小地域全体として回復期をもっと増やしていただかないと、救急病院としてやっていけないということがある。ただ、この前、厚労省の方の講演会があり、なぜ皆急性期から回復期に変えないのかと質問したところ、メリットがないとかデメリットがあるということでなかなか回復期にならないということで、(この)資料を見ても急性期と慢性期の間の回復期はほとんどない。そこを何とか県としても指導していただくのかどうかはわからないが、やはり回復期を増やしていただきたいというのが当院の、あるいは上田全体の必要なことではないかと思う。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

鹿教湯病院も三才山病院もそうだが、リハビリ等々で回復期の患者等を診ているわけだが、先ほどの急患の受入れの問題については我々の方は関係ないという話では全然なく、時間外の受診や救急車で来るが軽症の方は置き、本当に重症で直ちに入院して急性期病院で手術をしなければならない方については、やはり急性期病院ですから受入れをしていただきたい。信州上田医療センターもそうだが、受け入れたいがベッドがいっぱいということがあり、これはもしかすると、急性期病院の問題だけではなくて、先ほど吉澤委員からも話があったが、回復期リハとかをやっている急性期の後の患者を受ける我々の方がチャンチャンと受ければ、急性期病院の方はいろいろな意味で体制が苦しくなくなる。つまり回復期、慢性期の病院でベッドを回して急性期から患者を受け入れることができれば、結局のところは急患の重症の方の受入れ体制の向上には繋がるのかなと思う。

(池田会長)

他に意見もあろうかと思いますが、なかなか意見は尽きないようです。時間も過ぎておりますので、質疑を終了したいと思いますよろしくお願いします。

(花岡市長)

最後に、上小地域の医療に関しては、長野県全体の中で、ある意味では極めて充実していないと一般的には言われている地域である。その中で、救急医療が足りていないということに関して、行政も責任を痛感しているところである。ただ、今回お願いしているのは、少なくとも三才山病院の34床の回復期リハがこの地域で失われることに関して、東御市民病院で受入れさせていただけないだろうかという話がまずベースにある。東御市民病院の経営が先行き10年、20年先どうなっていくか不安だという議論もいただいたが、なんとか適正規模の中で維持しながら、また、独立行政法人等を含めて、当初は指定管理という方法が一番適しているのではと思ったが、地元の医会の皆さんの理解が得られなければそれも叶わないので、いろいろな形の中でこれから議論をさせていただきながら、より良い努力を続けていきたいと思っている。最低限34床の回復期リハを移設することに関して認めていただきたいと重ねてお願いする。

(池田会長)

それでは、今市長が言われた34床の増床に対して、賛成の方は挙手を。

※ 11名ほどの委員が順次挙手(東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院の関係者である委員4名を含む)

(池田会長)

反対の方は。

※ 6名の委員が挙手

(池田会長)

反対の委員がこれだけあり、今回、ここでは合意に至らなかったとしか言いようがない。結論が出ない状態であり、また会を改めてという形しかないと思うがよろしいでしょうか。

(丸山委員 (小県医師会長))

医師会が反対のようにも言われるが、透明性が確保できていないことが一番不安である。指定管理も撤回されたが、公的機関であり指定管理は本来公募して決めるべきものだと思うが、それが抜けて最初から鹿教湯ありきで話をしている。それから、(現有の)60床に対して今もし6割(稼働率)だったら、60床のうち30いくつを回復期にという話も極論としてあり、わざわざ増床しなくてもいいのかなと思う。医師会はあくまで反対というのではなくよくわからないということ、また、東御市の医師も(市民病院を)なくしていいとは少しも思っていないが、過去の経過を含めて依頼しても受けてもらえないとか、同じようなことを続けていて本当に増床していいのか、それから財政的な話、税金を使ってさらに固定資産税も払わないのに何でというような思いもある。医師会はよくわからないということについて言っているだけで、理解がまだ各医師に伝わらないと理解していただきたい。

(池田会長)

合意ができないということで、また改めて検討委員会か何かで。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

今日は合意に至らないということですね、わかりました。それに関連して、当方でも今日追加で審議していただきたいことがある。関係者と調整する時間をいただきたいので、時間が押しているところであるが、いったん少し休憩時間を取っていただけないか。

(池田会長)

分かりました。10分か15分、暫時休憩ということで、8時20分に再開します。

《休憩(約15分)》

(池田会長)

再開します。鹿教湯三才山リハビリテーションセンター又は東御市民病院からの御発言がありますか。

(鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 池内事務長)

時間が超過しているにも拘らず、休憩を取っていただきありがとうございました。

まず初めに、2点お願いがある。まず一点目は、先ほどから議論させていただいた今回の構想は、地域にとってと私たちが3年近く話し合いを重ねてきたが、地域医療として間違ったことをしてきたのかどうか、県の立場の人から話を聞かせてほしい。

二点目は、先ほどの議論にもあったが、34床の回復期が減少する。吉澤委員からも話があったように、今私どもも急性期から早く受け入れてくれという強い要請を受けているが、回復期ベッドが足りないという状況で患者を待たせている。それによって急性期病院がベッドを空けられずに救急車をもしかしたら受け入れられない状況にもなっている、そこまで私たちは心を痛めながら地域の住民の方たちの受入れをなんとか1日でも早くしたいという思いでやっている。34床の回復期の部分を再度、ここにいる先生方がどう担っていただけるのかどうなのか、この議論は非常に地域にとって大事な話だと思う。行き場のない患者ではないが、本来早く受け入れる医療が受けられないということ、ここにいる先生方のところで何かお考えがあればお聞かせ願いたい。

(勝山委員 (丸子中央病院院長))

論点を整理してもらいたい。今の34床をどこへという話は、東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院の再編・ネットワーク化ということとちょっと論点がずれている。どこの病院がその機能を担うかという問題と。それを連結させて、だから承認しなさいというのは、正当な議論とはとても言えないと思う。3の会議事項の「(2) 東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院の再編・ネットワーク化に伴う病床数及び病床機能の変更について」で議論をしてもらいたい。34床については、当然回復期リハの問題があるのだったら、この地域医療構想調整会議の議題として重要な課題だと思うので、別途議題として取り上げていただきたい。論点を整理してほしい。

それから、先ほど質問したが答えが全然なかったが、経営形態について説明がない。どうして聞いているかという、公立病院は国から交付税をもらい、この地域の公立病院は一般会計からの繰入もして、その資源はどうかというと市民や町民からの税金であり、我々の払っている税金が投入されているので、公立病院の経営は、我々国民全部が利害関係者である。その自覚をしっかり持ってもらいたい。公立病院がいろいろとすぐバラ色の計画を立てて、そしてうまくいかないという例をたくさん見てきた。だからこそしつこく聞くが、経営形態が分からない、公務員か非公務員かも分からない、それで賛成か反対か意思を表明しろと言われても、賛成なんてできない。委員の一人というより、国民の一人として。なんで交付税とか一般会計からの繰入とかお金がたくさん必要になるかという、公立病院を運営されている皆さんは良くお分かりのように、それは公務員と民間病院との賃金差に大きくよっている。そのこともしっかり自覚された上で議論をしていただきたい。経営形態についてはどうなっているのですか。公務員か非公務員かで人件費なんかは決定的に違うので、どうやって数字を出しているのかすごく不思議である。それについてちゃんとお答えいただかないと、それが34床をどうするかという論点にすり替わっているのは実に不思議である。

ですから、論点を整理してもらいたいこと、それから経営形態について。承認を求めるのだったら、それをないがしろにして承認を迫るとするのは全く理解できない。

(花岡市長)

まず一つは、最終的に今まで御議論いただいた中で、鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院と東御市民病院との連携ということで協議してきた。その中で、最低限この地域に必要な34床を東御市民病院で受け入れるに当たって、一括で厚生連の公設民営化ということを検討させていただいたが、残念ながら地元医師の何名かが厚生連に民営化させるのはどうしても反対ということで、丸山委員からは順番が違ったのではないかと、公募すれば市内の医師の方もあえて反対はしないかもしれないという話もあったが、今の勝山委員の御質問では、どこがどういう形態で増床した病院を担うのかということに関して答えなければ審査できないという話をいただいている。これは明らかに我々にとっては矛盾になってきている。つまり、厚生連との連携ということを国の指導の中で検討してきて、指定管理がいいのではないかと、話を何度も地元の医師の皆さんお願いしたがそれが叶わないという状態の中で、今回回復期リハに関して東御市民病院が責任を持っていく形の中で、市民病院として、公務員として経営を継続しながら、厚生連からの指導を受けていくような形を選択しない限り、地元の医師の方々にお認めいただけない。地元の医師の方々が認めない事案に関して、小県医師会長として認めるわけにはいかないという言葉もいただいている。非常に相反する議論がずっと続いている。そして、この地域全体のベッド数をどうするかという議論をしていただけるものと思っていたこの場所で、東御市民病院の経営形態の20年先が不安だという議論に終始したり、救急車の受入問題を抜きにして回復期リハの病床の問題を議論するのは違うのではないかと、この会議の趣旨が全く分からない状態の中で、この地域の救急医療の問題と東御市民病院の経営に関する

る議論に終始したことについては、誠に遺憾に思っている。

しかしながら今、鹿教湯、三才山病院の置かれている立場を考えると、私としては、三才山病院を閉鎖して鹿教湯病院へ移動するという点に関しては異論がないということがこの間の話の中で見て取れるので、それをまず決定していただいて、もしできることならば34床の問題に関して、今後継続審議をしていただければありがたいと考えているので、よろしく願いたい。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

(私は) リハセンターのセンター長も併任している。この問題については東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院の3つの病院の再編ということとずっと相談をしてきたところであるが、今の花岡市長のお言葉のとおり、34床の問題については継続審議できれば有意義なことだと思う。一方で、当リハセンターとしては再編成は避けては通れない道ということで、今日の議論、これまでの議論でも東御市民病院の件についてはいろいろと議論はあったが、当リハセンターのことについては反対意見も含めて議論になってこなかった。もし可能であれば、本来3病院の話ではあるが、今日の時点では少なくとも鹿教湯病院と三才山病院の再編成については、この会議で了解をいただいたという形を取らせていただきたい。当方としては、現実問題として、新しい病棟の建築をどうするかという差し迫った問題があり、追加で御審議をいただきたい。

(池田会長)

ただいま話がありましたが、鹿教湯病院と三才山病院の再編部分は了承してほしいとの意見ですが、それはよろしいでしょうか。

(丸山委員 (小県医師会長))

2病院だけなら特にないが、東御市民病院も統合する前提の鹿教湯と三才山の2病院ということになるとちょっと話が違ってくるので、完全に分離していただいて、その上で2つの病院という形ならいい。あくまで最終的に3つの病院になるのが前提で合意してくれとなるとちょっと違ってくるので、そこだけはっきりしてほしい。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

そもそも3つの病院で考えてきた話ではあるが、今日の時点では東御市民病院の件はいったん切り離して、当リハセンターの2つの病院のことについては合意をしていただきたい。

(池田会長)

ということで、他に反対の方はいますか。・・・ いいですか。

では、三才山病院と鹿教湯病院 (の再編) は了承されたということでよろしいでしょうか。・・・ ではそういうことです。

(医療推進課)

今回の3病院の再編は、前提として基準病床制度の特例を活用するもの。今の議論では、鹿教湯三才山リハセンターの建替えに伴うものと、圏域内でポストアキュートや回復期をどう担うのかという2つの論点がある。仮に鹿教湯三才山リハセンターの建替えだけを切り離すとすると、60床を鹿教湯病院へ移すことのみについて基準病床制度の特例を活用する形になる。その場合、東御市民病院で増床を伴う形で回復期機能を充実させるといった議論を今後するには、三才山病院の閉院に伴う基準病床制度の特例は活用できないので、前提として御理解をいただき、会議の結論を御議論いただきたい。

(池田会長)

今の説明ですが、これでよろしいですか。

(安藤委員 (安藤病院院長))

ということは、ここで鹿教湯病院と三才山病院の再編について合意するとなった場合、東御市民病院の増床については病床過剰地域で増床するという扱いになるという意味ですね。

(池田会長)

そういうことですね。

(医療推進課)

上小地域は病床過剰地域であり、病院単体では基本的に増床できない。たとえば鹿教湯病院だけで60床増床する、東御市民病院だけで60床増床することは現状この地域ではできない。ただ、複数の病院群で再編統合をして総病床数が減っている場合には個別の病院で増床できる特例があり、今回だと鹿教湯三才山リハビリテーションセンター全体で177床減るので、その範囲内であれば病床を付け替えたとしても病床規制はかけないというもの。当初3病院のパッケージとなっていたが、2病院のパッケージとなると鹿教湯、三才山の2病院で三才山の削減の範囲内で鹿教湯を増やすということなら増床可能。東御市民病院がこれから単独で増床する場合は病床規制がかかる。さらに、公立・公的病院の再編統合があるとか、基準病床制度の特例の中に専ら政策医療を行う場合には増床できるというものがあるので、そういったものを活用することを検討しないと東御市民病院単独では増床できない。

(池田会長)

そういう結論でよろしいでしょうか。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

説明、ありがとうございました。

ついては、先ほど当センターの事務長からの質問について、多少なりとも県の考えを伺うことができればと思うがいかがですか。

(医療推進課)

今回の3病院の再編計画については、地域医療構想の病床機能の分化・連携という観点で協議いただいたものをこの調整会議において、委員の方々に熱心に議論をしていただいたと理解している。

(池田会長)

そういうことで、2病院は合併して、東御市民病院は現状の形でとりあえずいってもらえないという結論です。

### 3 その他

(池田会長)

その他として、何かありますか。

(勝山委員 (丸子中央病院院長))

今上小医療圏の最大の問題はやはり医師不足だと思う。この前の医師遍在指標を見ても全国の335ある医療圏中290位くらいととんでもなかった。この地域だけで20万人の人口のところに医師をあと百数十人連れてこない長野県の平均にすらならない。今様々な点で医療関係者や市民の皆さんが苦勞するのは、この問題に起因していることが非常に大きい。どうしてこの

地区でこんなに医師が少ない状況になってしまったのかはわからないが、とにかく医師確保策を講じていかないと輪番制ですらもはや維持できるかどうかの瀬戸際となっている。大変厳しい状況にある。何回か申し上げたが、地域医療構想調整会議はベッド数を削減するという議論をするのが主体ではなく、医療構想を議論するものであり、やはりこの医療圏として全部の医療関係者あるいは市民の方々に力を貸していただき、どうやって医師を増やしていくのか、そういう議論の方向を考えていただけないか。また、これは行政にお願いしたいが、我々民間病院も公立病院もこの地区にいる医療関係者や市民の力を借りて医師を増やすよう努力するが、長野県はあちこち医師が少ないのだが、やはりこういう医師遍在指標がとんでもなく低い地域にどうやって医師を少しでも多く派遣するなり、今長野県には200人くらいいて資源があるはずなので、それを全国22位のところへ多く派遣するのではなく、290位とかいう地区に手厚く配置するとか、公立、私立に拘わらず是非検討してほしい。県としてこの地域の医師遍在指標が290位ということについてどう考えているのか、今後どういう対応を取っていただけるかお聞きしたい。

※平成31年2月に厚労省が公表した医師遍在指標の暫定値では、上小医療圏は全国335医療圏中284位

(医療推進課)

医師確保計画を現在策定中であり、具体的な中身、どのような方向性で医師の確保を図るかという部分を検討中。検討結果を次回の調整会議にお持ちして、御意見を頂戴したいと考えている。

(池田会長)

よろしいでしょうか。他に何かありますか。  
それでは最後に事務局から。

(日向副所長(上田保健福祉事務所))

今の話にもありました次回の調整会議ですが、委員の皆様には事前に連絡してございますが、11月5日火曜日の開催を予定しております。後日改めて正式な通知をさせていただきますのでよろしく願いいたします。連絡事項は以上です。

## 5 閉会

(池田会長)

以上をもちまして、本日の議事を終了いたします。議事進行に御協力をいただき、ありがとうございました。