

# 厚生委員会記録

- 1 日 時 令和4年11月10日（木曜日）  
開 会 午前 9時57分  
閉 会 午前11時11分
- 2 場 所 第2委員会室
- 3 出席委員 7人  
委員長 久保大憲  
副委員長 東 篤  
委 員 柏 佳枝  
// 織田伸一  
// 吉田 修  
// 押田大祐  
// 高道秋彦
- 4 欠席委員 1人  
委 員 成田光雄

## 5 説明のため出席した者

### 【病院事業局】

病院事業管理者	石田 陽一
富山市民病院長	藤村 隆
富山まちなか病院長	瀬川 正孝
管理部長	山本 貴俊
管理部次長	山元 幸彦
経営管理課長	中田 祐一
契約出納課長	山本 忠夫
医事課長	岡地 睦美
総務医事課長	宮城 雅之
経営管理課主幹（調整担当）	喜多埜 英司

## 6 職務のため出席した者

### 【議会事務局】

議事調査課議事係長	酒井 優
議事調査課主査	中村 千里
議事調査課主査	土方 智樹

## 7 会議の概要

委員長           ただいまから厚生委員会を開会いたします。  
                  なお、成田委員から都合により欠席するとの連絡がありましたので、御報告いたします。  
                  審査に先立ち、委員会記録の署名委員に柏委員、織田委員を指名いたします。  
                  本日の協議事項は、公立病院経営の強化についてであります。  
                  これより、当局の説明を求めます。

病院事業管理者   〔挨拶〕

経営管理課長     〔委員会資料及び別冊資料により説明〕

委員長           ただいまの説明について、意見や質問はありませんか。

押田委員           経営管理課長から、少し冗談ぽくブラックなところからホワイトなところへと説明がありました。医師や看護師確保に関してだと思いのですけれども、現状というよりも、今まではどうだったのか一生の声を聞かせただけですでしょうか。  
                  労働時間があまりにもちょっととか、患者のことを考えるとやっぱり人が少ないなどとい

った話をお聞かせください。

病院事業管理者

例えば特に脳神経外科の医師などは、月に100時間を超える時間外労働が頻発しており、それがほぼ毎月のように続いている医師が複数名います。

また、整形外科の中でも、手術が遅い時間まで及び、その後に患者さんのリハビリを診ているので、夜遅くまで仕事をしている若手の医師もいます。

これまで市民病院では一どこの急性期病院もほぼ一緒だと思いますが一そのような働き方をしています。

例えば、患者さんへの説明—これは御家族からすると、仕事が終わってから時間外に、親族みんな集まってゆっくり話を聞きたいと。それは当たり前のことだとは思いますが、それに対応するためには医師、看護師が時間外に残って説明をしなければいけません。

看護師はローテーション勤務なのでまだいいのですけれども、医師は、主治医である以上はそういう要望には全てお応えしますので、時間外や休日に出てきて対応しているということも頻繁に起こっております。

当然、受持ちの患者さんが急変されれば、すぐに駆けつけますし、特に我々世代は、24

時間365日働いていることが医師の使命だ  
とあってやってきました。

現状の病院幹部はみんなそういう教育、実践  
をしてきて、それで生き残ってきたものです  
から、そのぐらいのことをやるのが当たり前  
だろう、医師を目指した以上当然だろうとい  
う考えが我々の常識でした。

ただ、国のほうは、それでは今後若い医師が  
集まらなくなってしまうだろうと。今後は病  
院間での医師の取り合いではなく、異業種間  
での有能な若手の取り合いに変わっていくだ  
ろうと見ているのです。

つまり、大学に進学する時点で医学部を目指  
すのかどうか。さらに言うと、医学部を卒業  
して医師免許は取ったけれども、急性期病院  
では働かないで、もう少し楽なところで働く、  
あるいは企業に勤めて、いろいろな業を起こ  
す起業を目指す人が今後増えていくだろう  
ということが国の見立てです。そういうこと  
に対応するためには、やはり忙しくて大変な  
ことは仕方がないけれども、休みたいときに  
休めるといった環境をつくっておかないと、  
若手の医師は集まらなくなるのではないかと  
危惧されています。

実際に、国の推定では、2035年ぐらいを  
ピークに医師の需給が均衡になると言われて

います。ただ、それは高齢化した医師も含めての話なので、実際に救急や災害の場など、いろいろなところで働ける若い医師が本当に確保できるのかどうかは、なかなか難しいのではないかと思っていますところ。これが現状です。

そこからどうやってホワイトな方向に持っていくのかというと、いろいろなやり方が提示されています。タスクシフト、タスクシェアと呼ばれる、医師が本来しなければいけない仕事だけに特化して、それ以外のものは看護師や事務職の人たちに任せていきなさいということが1つ言われてます。

また、主治医が24時間365日、入院患者をずっと診ていなければいけないのかというと、それはやっぱり無理だろうと。集団主治医制にして、時間外は時間外の担当医師が診るということが必要だろうと言われています。これについては、実は住民の皆さんの御理解も必要だと言われていまして、医師の働き方を変えていかないと、やがては結局自分たちが医療を受けられなくなる時代が来てしまうので、よく住民の方と話し合いをして、医師が働きやすく、医療がしっかり提供できる環境とはどういう環境なのかを御理解いただいて、御協力いただくことも必要だろうと言われて

います。

それから、医師の健康管理がなおざりになっているところがこれまではありました。というのは、医師はどうしても自分のことは自分で分かっているつもりになって、健康診断を受けない医師も結構おりますし、何か調子が悪くても、同業である医師の診断はやっぱり受けたくないというところがあって、どうしても受診が遅れてしまうこともあります。

その結果として不幸な事故が起こっていることは頻繁に聞かれているかと思いますが、その健康管理をしっかりしていきましょうということで、病院には産業医がおりますので、まずは産業医がしっかり健康相談に応じられるような体制をつくっていくことから手をつけているところです。

諸々のことをやっていかなければいけないのだろうということが現状です。

押田委員

経営管理課長が言われた、ブラックからホワイトへという意味が、今の説明でより詳しく分かりました。

小さいところから聞きたいと思うのですが、最後に言われた健康管理について、市病院事業局の医師は健康診断を受けておられるのでしょうか。

病院事業管理者 これは100%受診が義務なのですけれども一それでもやはり、健康診断を受けられない医師が一、二名出てきます。

これは衛生委員会でもチェックして、受けてくださいとか、あるいは病院の中で受けられないのであれば、民間の病院でもいいから受けていただいて、健康チェックはしっかりするようにということは、従来から行っているところです。

押田委員 確かに自身が医者であるので、自分で自分を診断すればいいというような感じではあるのですけれども、やはり第一に勤め人なので、受けることも義務だと私は感じております。あと、ホワイトにするために集団主治医制やタスクシェアという言葉が出たのですけれども、その実現性といえますか、達成への可能性と云えばいいでしょうか。

先ほど費用の面やお金の出入りのことも含めて、箱物の老朽化などいろいろあるのに、人手も考えなくてはいけない、箱物の建て替え、もしくは改装もしなければいけない。その上で、今度は人件費という一番つらいところに行くということになってきますと、達成できるのかと。何かを切って捨てなければいけないのではないかと、持ち替えないとはいけないの

ではないかと思うのですけれども、その辺はどうでしょう。

病院事業管理者

2つの側面があります。

まず、1つは実現可能なもので、これについては、実は診療報酬で結構見られています。つまり、医療職の働き方改革に資するところには、診療報酬の点数がどんどん加算されています。

例えば、医師事務作業補助者という医師の事務作業を手伝ってくれる職種があるのですけれども、その職種を多く雇うとそれだけの加算がつくとか、あるいは看護師であれば、病棟で働いてくれる補助者のような方を多く雇っているところには加算がつくというように、働き方を改善しようとする試みを実施している病院には診療報酬が加算される仕組みが今どんどんできています。

制度的にも、看護師はいいのですけれども、例えば看護師のほかに、薬剤師や検査技師も医師の仕事ができるようにと、規制が少し緩和されてきています。国はやっぱり働き方改革を実現させていくためには、どうしても必要だということで取り組んでくれていると思います。

一方で、実現が難しいところは、医療を提供

する中で、先ほどもお話ししましたけれども、やはり時間で区切れる仕事ではないというところがありまして、それを本当に規制するのはなかなか難しいところがあります。

例えば、長時間の手術になり、午後5時15分に私はもう今月はこれ以上超過勤務ができないので、これで手術を終わらせていただきますということが言えるのかといった問題もありますので、そこはなかなか難しいところがあるのかもしれないと。

ただ、これはもう我々一管理者も意識を変えて働き方改革を進めていかなければいけないという強い動機づけをしていますので、やらざるを得ないというところではあります。

押田委員 確認ですが、先ほどいろいろ国からのメニューで診療報酬が加算されるということをおっしゃっていただきましたけれども、患者負担が増えるわけではないのですよね。

病院事業管理者 診療報酬ですから、当然、患者負担は増えます。

押田委員 多分、それが住民の御理解が必要だと言われたところでしょうか。

病院事業管理者 その部分は御理解いただきたいのですが、恐らく全体に隠れてなかなか見えないのではないかと思います。

むしろ、やはり先ほどの時間外の説明であるとか、あるいは私の主治医は一体誰なのだというようなことはやっぱり御理解いただかないといけないところかと思えます。

押田委員 先ほど言ったことでお答えいただけていない部分だと思うのですが、やはりこれからのお金の出入りは、コロナ禍ということで補助金は入っても診療報酬は入ってこない。それで建物の老朽化もある、しかし改革はしていかなければならないとなってくると、どこかを引いてどこかに持ち替えをしなければいけない、もしくは手放さなければいけないといった経営判断になりますよね。

これから決めることなのでしょうけれども、病院事業管理者としてどう考えているのか、私の最後の質問として聞かせください。

病院事業管理者 恐らくこういうことだと思うのですが、一例えば、何年後かに放射線治療装置を五、六億円で更新しなければいけない状況になったとします。富山市内で富山大学附属病院を含めると4台—4つの病院が放射線治療装置

を持っています。そのときに、放射線治療装置の更新にみんながお金をかけていくのか、あるいは、そういう高額な医療機械は幾つかの病院に集約して行って、そこをみんなで共同利用して進めていくことで、かかるコストを下げていくのかということは考えられるところだと思います。

また、人件費につきましても、やっぱり医療を提供するためには人は必要なのですけれども、本当に今の医療需要や提供すべき医療に見合うだけの適正な人員が配置されているかどうかをしっかりと見極めると。ここで大事なところが、過剰であれば医療職の首を切ってしまうというのは最悪のパターンだと思うのです。

そういう方に、別の病院でもう一度しっかり働いてもらえるような環境づくり一再教育という面もありますけれども一例えば、幾つかの病院が連携を取っていれば、その病院間で人材の融通を利かせるとか、あるいは複線のキャリアパスを描いていくということができるようになるのではないかと考えています。したがって、解決策としては、やはり病院間の連携や、再編という言葉がいいのかどうか分かりませんが、機能分化というものは避けて通れないものだと思います。

例えば、1つの病院を建て直すのか、2つの病院を一緒にして建て直すのか、それによってコストは全く違ってきます。恐らくそこまで踏み込んでいかなければいけないところが現状であり、今後の課題だろうと私は認識しています。

高道委員

委員会資料の7ページ、県の動きということで、今年の4月、5月にヒアリングを受けたという話をされたと思います。よろしければそのヒアリングの内容—どのようなことを聞かれたのかということと、恐らく回答はまだ来ていないのかもしれませんが、もし感触などが分かれば教えてください。

病院事業管理者

後で市民病院長にも説明してもらいますけれども、私は県の対応をしましたので、県のヒアリングについてお話をします。

県のほうは、まずは各病院ではどうお考えですかと、公立病院に対しては、経営強化プランについてどのように考えていますかというヒアリングと現状の確認に来られました。

その中で私からは、経営強化プランもそうなのですけれども、2040年以降を見据えて、やはり地域の医療の連携体制をもう少し整えなければいけないのではないのかと。

冒頭の挨拶の中でも申し上げましたけれども、今は環境の変化が非常に激しく、読めない時代になっています。

例えば、何か1つのことを地域で決めましょうといったときに、会議、会議、会議で、2年たってようやく何か決まりましたということでは間に合わないでしょうと。もう少し迅速にいろいろなことを話し合えるプラットフォームをまずはつくりませんかということを逆提案しています。

それから、先ほどお話ししたように病院の統合や再編などということは排除しないで、未来のことを見据えて話し合っていくべきではないかということも提案しているところです。それに関する明確な回答はいただいていませんが、大体そのような感じです。

そういうことの協議の場として、地域医療構想調整会議がございます。そこには市民病院長が参加していますので、藤村市民病院長から、その雰囲気をお伝えしたいと思います。

市民病院長 私からは、今ほどの地域医療構想調整会議の話をしたいと思います。

もともと国は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床数について、富山県はこの数にしてくださいと言っていたのですが、現在は、

コロナ禍ということもありましたので、あくまで目標であって必ずそうしなさいという形では言っていません。

県もそれを受けて、病床機能報告をするときに、診療報酬の点数で分けるなど、いろいろなアイデアが今まで出ていたものの、しっかりした基準はなかったのです。例えば、急性期入院料の1や2によって分けなさいなどといった形で具体的な提案をして、できる限り数字を目標として進めるのですけれども、緩やかに達成しましょうという形で行っています。

その大きな理由としては、今まではとにかく統合ありきという形だったのですが、今、病院事業管理者が言ったように、連携や応援などといった形でもいいという提案がされてきています。

最終的にはいろいろな県内の病院等一統合などといったことを全く否定するわけではないのですけれども一それはあくまで1つの選択肢であるという形で提案されていると私は理解しているところです。

東委員

別冊資料の11ページ—これは国で作った資料の抜粋ということですが—一番初めの地域全体で目指す姿で、地域において必要な医療

提供体制を持続可能な形で確保、そのために、公立病院が僻地医療・不採算医療、高度・先進医療等の重要な役割を継続的に担うことができるよう経営を強化とあります。そもそも不採算医療、いわゆる赤字が出るところをやりなさい、また、僻地医療—これも人口が少ないですから赤字部分を抱える中でやりなさいと言われて、そういうことを行って経営を強化しなさいと。

もう国の言っていることが何か矛盾しているような気がするのですが、国が言っていることを病院事業局としてどう捉えているのか、基本的な考えをお聞かせいただきたいと思えます。

病院事業管理者 実は、その経営強化プランを策定するのは地方公共団体ということになっています。つまり、市や町でつくりなさいということです。病院が単独で使うのではなくて、本庁のほうでしっかりこれに関与しなさいと。目指すのは、繰入れをしっかりと入れた上での黒字化であるということで、不採算事業を抱えている以上、医業収支の黒字化はさすがに難しいだろうと言われていています。つまり、公立病院が責務を果たすために、地方公共団体を挙げて、どの部局も横断して当たりなさいということ

が言われています。

資料を読んでもらえば分かるのですが、県に対して一富山県でいうと厚生部になりますけれども一財務部を含めて、県も庁内の組織横断でこれに当たりなさいというふうに言っているところなのです。

ですから、経営強化というものは、不採算医療以外の部分で無駄なことや非効率なことはやめて、経営を効率化していきましょうという部分に特化しているものだというふうに思っています。

東委員

つまり、赤字になることが分かっている部門に関しては、県や市町村など地方公共団体で補填をするような予算組みというか、そういうことを含めて取り組むということだと思のです。そうであれば、やはり病院事業局サイドとしても、赤字部分を抱えて、その分をしっかりと予算づけしてほしいという要望を財務部に先に伝えていくということも必要なので、病院事業局の事業が成り立つようにしっかりとお願いしたいということを要望しておきます。

続いて、委員会資料の10ページ、まちなか病院が担う現行の役割の中に、人材育成・教育として総合診療医の育成というものがござ

います。テレビでよく見るジェネラルドクターというか、いろいろな診療科の知識を身につけて、最終的にその病気が何であるのかということをしかりと見極めることが仕事なのかなと思うのですが、まちなか病院は診療科が5科と、ちょっと少ないという中で、総合診療医がしかりと育っていくのかと疑問に感じます。まちなか病院での総合診療医の育成は、実際どのように進めているのかお聞かせいただきたいと思います。

病院事業管理者

総合診療医というと、NHKの「総合診療医ドクターG」のようなイメージがやっぱりどうしてもあるのだと思いますが、あれは1つの形であって、例えば、在宅医療を担っておられるような在宅医もほとんどが総合診療医の分野になります。国でいう専門医制度では、総合診療医イコール在宅医のことを言っています。

ただ、実は在宅医療だけが総合診療医の腕の振るいどころではなくて、1つは病院が専門化していく中で、診療科を横断した知識や技能を持った医師が病院の中にいないと、なかなか回らないということが分かってきています。いろいろな病院団体では病院総合医というものをつくっています。後でまちなか病

院長に説明してもらいますけれども、病院事業局のほうでも、それに対する取組をしているところです。

また、今、かかりつけ医機能が非常に問題になっていまして、かかりつけ医機能を満たすために、やはり全人的な医療ができる総合診療医の知識が必要だということで、在宅医療にとどまらず、地域医療を支えてくださっている開業医たちが総合診療医的な役割を担っているというところで、基本は総合診療医としてのレベルアップをしていかなければいけないと。つまり、まちなか病院で学んだ人が地域へ出て開業していくというようなイメージも考えられると思っています。

つまり、在宅医療の担い手、かかりつけ医としての担い手、それから病院における専門特化した中で横断的に診療ができる病院総合医、この3つの機能を我々としては総合診療医と呼んでいます。

例えば、まちなか診療所におられる総合診療医の先生は、指導する資格など、いろいろなものを持っておられますので、そのお力も借りられればいいかなと思っていますところです。実は瀬川まちなか病院長も病院総合医の資格を持っているので、よろしければ一言お願いします。

まちなか病院長 私は本来、呼吸器外科医で、本年3月まで市民病院で呼吸器外科医として勤務しておりました。その間、2年間をかけて病院総合医の資格を取らせていただいて、本年4月からまちなか病院長として赴任しております。

現在、まだ完全にしっかりした仕組みとしては動いていないのですが、少なくとも今、院長回診としてまちなか病院の入院患者さんを回って、私が気づいたところを是正するように各主治医に指示をしたりしております。

あとは、在宅医療の方々—これはまちなか病院の大事な役割の1つだと思っていますが—今、フレイルといいまして、人間はだんだん年を取って体が動かなくなっていくと。そうなる、もう完全に要介護状態になってしまうと回復がかなり難しくなるので—まちなか病院でも行っておりますけれども—在宅診療の先生方としっかりタイアップをしまして、その状態になりかけている人を見つけて、入院を促して、まちなか病院でリハビリをしてもらう、そしてまた通常の生活に戻すと。そういったことが非常に大切な役割だと思っています、そういうことを行うのが、いわゆる総合診療医です。開業医がやっていらっしゃることも含めて、それほど深くなくても

幅広く診ると。

それと、サブアキュートですが、これは、いわゆる本当の急性期の方々に、市民病院に診てもらえばいいと思っているのですけれども、それがいかに重症であるのか否かということを見極める力も非常に大切で、そういった患者に気軽にまちなか病院に来ていただいて、どうであるのか判断をすることも総合診療医として大切なことだと思っております。

そういったことがうまく回っていけば、まちなか病院で研修を受けたいという若いドクターも集まってくれるのではないかと思っております。将来的には相当力を入れていきたいと思っております。この資料を見ると分かりますけれども、地域包括ケアを行っていく病院のニーズがこれからもますます高まっていくと思っておりますので、頑張っていきたいと思っております。

東委員

今日の委員会は勉強会ということでもありますので、いろいろと分からないことも教えていただいて感謝をしております。やはり今、健康寿命を延ばしていくということも医療の世界の大きな課題だと思うので、しっかりとこの総合診療医育成を頑張っていきたいと思っております。

委員長                   ここで、委員会条例第44条により、私から委員としての発言を行いたいと思いますので、一旦副委員長と交代いたします。

〔委員長と副委員長の交代〕

副委員長               それでは、委員長に代わってしばらく委員長の職務を行います。

久保委員               私のほうから何点か確認をさせていただきたいと思います。

先ほど東委員のほうからもありましたけれども、公営企業というものは、原則、独立採算であると。だから毎年赤字だ黒字だというふうに決算が出てくる中で、赤字だとあたかも経営がうまくいっていないかのような評価を受けるようになってきているのだらうと思います。

私個人としては、病院事業管理者も含めて、病院の現場の皆さんも経営改善には大変御尽力いただいている、赤字か黒字か以外の部分で、市民病院は大変努力をされているというふうに高く評価をしているわけです。

民間と違うことは、先ほど言われたように一般会計からの繰入れがあると。これはなぜ一般会計からの繰入れがあるのかというと、民間では、不採算だからもうやらないといった

ところを市民病院に担っていただいているということなのだろうと思います。だからこそ、不採算の部分については、一般会計一市税から病院事業会計に繰入れをして経営を強化していくと。

これはしっかり共通した認識がなければ大変問題があって、一般質問でも我が会派から再三質問をさせていただいていますが、本来なら、市当局が市民病院に対して、市の福利厚生、健康維持のため、ここは不採算でも市民病院にやってほしいというお願いをされていて、それを市民病院が担うと。そこは当然赤字になる部分だから、病院の経営の外側に出してちゃんと収支が均衡するように一般会計から繰り入れていくと。私は、この認識が当局側にもまだ不十分なのだろうと感じているわけです。

病院事業管理者にお伺いしますが、まずは、経営強化プランをつくる過程の中で、ここは市民病院として、もしくは市から、不採算であっても市民のために受けていくといった明確な事業の整理、費用の整理ということはしっかりとさせていただかないといけないと思います。まず、それについて御所見をお伺いします。

病院事業管理者

久保委員には以前も質問いただいたと思うのですが、まずは、そもそもこの繰入れは赤字の補填ではなくて、規則に基づいて決まって、それに基づいて頂いているということです。

その中には、実は赤字にはなるのだけれども、いわゆる繰入率が低いとか、あるいは、制度上この部分には繰入れはできないというものがあります。そこは市長部局と話をして、無理にその規則を曲げてまで繰入れをしてもらうということは考えていないところです。あくまで、規則に基づいて繰入れをしていただくというふうに思っています。

一方で、例えば病院の建て替えなど、いろいろなところで繰入れとは別に一時的にお金が必要になったり、あるいは、将来的に減価償却として残ってくるものが出てきますので、その部分については、協議をした上で理解をしていただきたいと思います。

それと人員の問題がやっぱりありまして、これについては、やはり医業収益の中でやり繰りするべきものだと思います。

これはちょっと今の御質問から外れるかもしれませんが、例えば災害拠点病院や感染症指定医療機関を担っていくために実際に現場で働いてくれるのは、感染症の専門医や災害の専門医ではないのです。ふだん高

度急性期医療を担っている外科や整形外科の先生、感染症であれば内科の先生といった先生方が、いざというときには立ち向かってくれるわけです。その先生方をいかに確保しておくのかが、実は病院の重要な機能だと思っています。

そういう先生方の供給源というものは、やはり今、現状では大学なのです。大学から医師の派遣を受けようとする、そこに行ったら勉強になる、成長できる可能性のある病院が選ばれますので、やはり一定の規模があって症例数が多い、高度急性期の医療をしっかりと担っているような病院に優先して医師が派遣されます。

ですから、一見、なぜ利益も出ないのにこれほど多くの診療科を持っているのだとか、あるいは、ほかの病院にも譲って機能分化してしまえばもっと経営が楽になるのではないかなどと思われるかもしれないのですけれども、そういう先生方に来ていただくために、ちゃんとした医療ができるような医療器械を買ったり、設備を改善したり、新しい手術棟もそうですけれども、そのような環境を整えることによって初めて有能な医師を確保することができます。国ではないのですけれども、やっぱりそういうところにお金を使って、結果

として医師を確保しているのだということをご理解してもらいたいというのが私の考えです。

久保委員

適正な繰入れが行われれば十分黒字になるのではないかと、手元で試算したときも私はそう感じているわけです。当然黒字化が重なっていけば内部留保が増えて、今、病院事業管理者が言われるいろいろな設備や人材投資も十分可能になっていくはずなのだろうと。その根幹である繰入れのところでもまだまだ改善の余地があると私は思うわけです。

一方で、やはり赤字、黒字というところに、市民も、もしくは、就職を考えられる医師や看護師もイメージを持たれる可能性があるのではないかと。毎年黒字の病院はいい病院だというイメージがやはりありますから、そういった意味では、その経営が、市民病院の皆さんが市民のためにしっかりと医療を展開されて、不採算な部分も抱えながら経営努力をされているのであるならば、ここまでは繰入れてもいいですよという基準を総務省が定めているわけですから、市は、その基準に準ずるようにしっかりと一般会計から繰り入れないと、市民病院の存在そのものの評価もし難くなっていくのではないかというふうに私は

危惧しておりますので、これは今後努力をしていただきたいというふうに思います。

最後に、先ほど説明の中であまり触れられなかったのですが、病院事業管理者が一言言われたことの中に一例えで言われたのだと思いますが一2つの病院を1つに建て替えることも今後必要になってくる可能性があるというような御発言もありました。

この経営強化プランを考えていく中で、もしくは、それ以外でも今後の経営を考えていく上で、本当にたくさんの選択肢を並べて、病院経営にとって何が最もいいのか、もしくは市民にとってどうあるべきなのかということを検討されていくと思いますが、そういった中に、例えば、両方とも建て替えが差し迫っている中で、先ほど言われたように様々な検討を盛り込んで議論をするというふうな認識を持っていてよろしいでしょうか。

病院事業管理者 いろいろな選択肢を持つべきだろうとは思っています。今後どういう形になるのか分かりませんが、例えば、病院事業あり方検討委員会のようなものを立ち上げたときに、どのような基本構想でやっていくのかということもあるでしょうし、どういう規模のもの、どの場所にとというような話もあると思います。

病院の統廃合についても、ただくっつけばいいというものではありませんし、どういう機能のものをどの規模でつくるのだということも必要になると思います。

1点だけ、実は医療の制度上、まちなか病院が提供している医療と市民病院が提供している医療を同じ病院で提供することが難しいというところがあるのです。これは2つの病院に分かれているからこそ、分けて提供できているので、今、早急に2つの病院を一緒にしてしまえばいいのではないかという議論になるのかどうかもちよっと分かりませんが、それはいろいろな制約因子もありますので、その中で検討していきたいというふうに思っています。

久保委員

まちなか病院を運営していくというときから、様々なしがらみであったり、様々な考えの中で検討されてきていると思います。

私としては、まずは市民にとってどうあるべきか、それは将来的な財政的な負担も含めて、適正な検討がなされるように期待をしておりますので、今後も検討をいただければというふうに思います。

副委員長

これで私の委員長としての職務は終了しまし

たので、委員長と代わります。

〔副委員長と委員長の交代〕

委員長           ほかに質問はありませんか。

〔発言する者なし〕

委員長           ほかにないようですので、この程度にとどめます。  
これをもって厚生委員会を閉会いたします。

令和4年11月10日  
厚生委員会記録署名

委員長 久保大憲

副委員長 東 篤

署名委員 柏 佳枝

署名委員 織田伸一