

### 第3回 新市の医療体制に係る専門小委員会 会議結果報告書

開催日時	平成17年 7月25日(月) 18:00～20:10				
開催場所	宮城県古川合同庁舎 大会議室				
委員の出欠  出席者 欠席者 -	委員長 (松山町長)	狩野 猛夫		委員 (古川市医師会長)	佐藤 重行
	副委員長 (古川市議会議員)	佐藤 眞宜		委員 (玉造郡医師会長)	佐藤 和朗
	委員 (三本木町長)	佐藤 武一郎		委員 (遠田郡医師会理事)	天野 克彦
	委員 (鹿島台町長)	鹿野 文永	途中退席	委員 (古川市立病院長)	木村 時久
	委員 (岩出山町長)	佐藤 仁一	-	委員 (鹿島台国保病院長)	酒井 俊彦
	委員 (鳴子町長)	高橋 勇次郎		委員 (岩出山町民病院長)	堀野 豊
	委員 (田尻町長)	堀江 敏正		委員 (町立鳴子温泉病院長)	成川 弘治
	委員 (鹿島台町住民代表)	中村 喜恵		委員 (田尻町国保診療所長)	山口 智
	委員 (東北大学公衆衛生学分野教授)	辻 一郎		委員 (古川市助役)	橋本 正敏
	委員 (宮城県大崎保健福祉事務所長)	菅野 純一		有識者 (宮城県病院事業管理者)	久道 茂
	委員 (宮城県保健所長)	菅沼 靖			
				出席者20名・欠席者1名	
事務局	協議会 会長 佐々木謙次, 事務局長 佐藤吉昭				
	次長 千葉義明, 岡本 透, 横山光孝(病院班), 病院班: 班長 片倉徳郎, 門間弘一				
	主任 佐々木昭, 茂和泉浩昭, 班員 伊藤文子, 佐々木克也				
その他	株式会社 病院システム 飯塚敏樹, 小原光郷				
傍聴者	一般 3名 ・ 報道関係 2名(2社)				
委員長の署名					

## 会議次第

1. 開 会
2. 開会挨拶
3. 報告事項
  - (1) 前回配布資料の訂正について
  - (2) 前回質問事項への回答について
4. 協議事項
  - (1) 新市の病院事業の運営等について
    - 1) 運営計画及び運営指標について
    - 2) 組織体制（外部評価委員会等）について
    - 3) 経営計画について
  - (2) 次回会議の開催について
  - (3) その他
5. その他
6. 閉会挨拶
7. 閉 会

## 議事の概要

開 会 病院班 片倉班長（司会進行）

開会挨拶 狩野委員長

資料の確認と出欠報告

（佐藤仁一委員が欠席のため、千葉岩出山町助役がオブザーバーとして出席）

（以後、大崎地方合併協議会小委員会規程第6条第1項に基づき委員長が議長となり進行）

報告事項

狩野委員長：事務局から説明を願う。

横山次長：(1)について、前回の小委員会の別冊資料「2新市の医療体制の整備について」中「資料4」を本日お渡しした「別紙1」に訂正する。(2)について、1つ目として、急性期から療養型の医療機関に転院した場合において、診療報酬上の取り扱いはどうであろうかというものだった。宮城県社会保険事務局に確認したところ、合併等によりそれぞれの保険医療機関が同一の開設者となった場合には、それぞれの病院は「特別の関係にある保険医療機関」ということになるとのこと。この特別の関係にある医療機関同士においては、いくつかの診療報酬上の算定制限がある。初診料の紹介患者加算 再入院時の特別の関係にある医療機関における前回入院期間の通算 特別の関係にある医療機関相互の診療情報提供料 在宅患者診療、在宅医療に係る指導料、特別の関係にある医療機関相互の同一日の訪問診療料 同一月、同一部位のCT、MRI撮影などである。このように診療報酬上の減額若しくは算定できないなどの措置が講じられる項目が何点かあるので、成川委員がお話したように今後4病院1診療所での転院、あるいは紹介等に関しては、留意していく必要があると思われる。なお、詳細は療養担当規則等により適宜確認されたいとのことであった。次に、保険区分ごとの患者IDに関してご質問があった。保険区分ごとのID管理に関してであるが、現在、患者IDを複数取得している病院は、町立鳴子温泉病院と岩出山町民病院と伺っている。統合再編後の患者IDについては、現在医事分科会においてその取り扱いを協議しているが、全体としてそれぞれの保険診療における重複受診のチェック、医療の安全性、効率性などの観点から一元的管理を行うことが望ましいとして統一化の方向で検討を進めているようだ。

#### 協議事項

狩野委員長：１）から３）まで一括して事務局から説明を求める。

（横山次長：資料「３．新市の病院事業の運営等について」に基づき説明）

狩野委員長：新市の病院事業の運営等について、特に運営計画・運営指標、経営計画についてご協議いただくことになる。各病院、診療所の運営計画や経営計画について、５分程度で院長・所長のご意見を頂戴したいと思う。

成川委員：町立鳴子温泉病院は鳴子町が国から移譲されたもの。それまで自治体としては病院を持っていなかった地域。現在、有床の病院は町立鳴子温泉病院のみである。人口９千弱であるが、観光シーズンや冬季には人口が倍増するという特殊な人口形態を持っている。また、県内でも上位にランクされるほど高齢化率が高い上に、独居老人が多く、古川市立病院とは別な面からの地域医療に携わっている。急性期病床は５０床、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟がそれぞれ４０床、もう一つの４０床は介護保険適用の病床である。病床利用率については、いろいろと形態が違う病床構成なので、これをまとめてお話しするのは難しい。入院患者は１５０人ほどなので、ほぼ満床状態が続いている。保健医療福祉三位一体の中核病院として、例えば脳ドック等、町の助成を受けながら４０歳以上の町民を対象に１２００名のMRIをとっている。介護療養型病棟の入院患者のうち、７０％は鳴子町で残りは大崎地域の住民である。介護保険については、民間の業者は岩出山までしか来ない。１軒の特老施設のほか老健施設は鳴子町にはない。訪問看護等在宅医療は、自宅から病院までの距離の問題があって、政策医療的に訪問看護ステーションを開設している。これまで急性期から介護にいたるまで、地域における医療を完結型でやってきた。理学療法士や作業療法士は医者よりも数が多い状況になっている。さらに、高次機能障害の言語聴覚スタッフ部門用に改築中である。また、国からの補助が打ち切りとなり、資料にあるとおり収入が減っているということもご理解願いたい。

堀野委員：合併に向けて、街のホスピタルというスローガンを掲げて新市の医療体制を整備しようとしていることは素晴らしいこと。しかし、医療体制の整備を急ぐあまり合併前に比べて著しく医療の質の低下を招くのでは将来に禍根を残すことになる。岩出山病院では診療対象の９０％以上が岩出山町民であり、町の病院としての役割を担っている。合併によって、医療サービスを低下させることは合併そのものに対する不信感を根付かせてしまう危険性がある。合併市町の中で、古川市以外は高齢者優位の地域。つまり老人の一人暮らしや核家族化、さらには、高齢の子供との２世代同居が多い。このような家族構成の中で、家族の誰かが脳卒中などで倒れてしまうと介護ができない、仕事をやめなければならないなど、即家庭崩壊になりかねない状況にある。介護保険制度にも限界がある。岩出山病院は町民に対してどのような医療を行えばよいのかを念頭に入れて活動してきた。その中の１つに在宅医療がある。２０年ほど前から取り組んできたもので、趣旨は高齢者や病んでいる人が、できるだけ永く住み慣れた自分の家で家族と共に生活することでＱＯＬの向上につなげるため。高齢者は入院することによって、ぼけ症状を発症、助長させる危険性がある。また、余命短い高齢者や末期癌患者にとって自宅療養はＱＯＬの向上をもたらすとの観点から、できるだけ入院期間を短縮し、安心して自宅療養を継続するために在宅往診を行ってきた。しかし、最近では家庭の介護力の低下によって自宅療養が困難なケースが見受けられる。現在は一般病棟と療養病棟を併用した診療を行っている。高齢化社会を向かえ、家庭内介護力の低下、医療の進歩や多様化によって、老健施設や老人ホームへの入所が難しく、療養病棟のみで収容可能な疾患が増えており、その利用価値は年々増えている。長期入院患者も増加傾向にある。岩出山病院は、一般病棟と療養病棟の併設は必須である。ところが、合併によって、療養病棟の存続は

経過措置とされ不安定な状況に置かれている。万が一、岩出山病院の療養病棟が合併によって存続できなくなれば、岩出山町民への医療サービスが大きく低下する要因になりかねない。従来どおりの一般病棟と療養病棟の併設を強く要望する。

酒井委員：医療の環境においては、堀野委員が今お話ししたような状況が鹿島台町にもある。合併後も当院では30床の療養病棟が確保されることになっている。現状については、一般病床は56床で稼働しているが、そのうち22床が療養病床的に使用しており、一般病床34床で急性期を診療し、少し改善すると22床の方に移し、継続的な治療あるいは社会的に必要であれば診る。ここ2ヶ月の病床利用率は80%台後半で推移している。外来患者は平均180人程度。地震のあった平成15年度にかなり落ち込んでいたが、平成16年度にはある程度回復し、現在まで同じ状況で推移している。鹿島台国保病院は幹線道路に面し中心部に位置し、また東北本線の駅もあることから、松山町の東部、涌谷町南部、南郷町西部、大郷町東部が医療圏となっている。時には松島町北部も入る。必要な患者には訪問診療を行っている。人口に占める65歳以上の割合が25%を超え、今後も高齢者への医療がより充実していく必要性があると思われる。鹿島台でも独居あるいは二人暮らしの高齢者が増えており、パラメディカルの拡充の必要性や、敬風園との連携によって今後の医療を行っていく必要があるだろう。

山口委員：当診療所は、97年4月に町の保健医療福祉の統合施設、通称スキップセンター内の診療所としてスタートした。常勤医は私一人で、大学病院から非常勤医師2名が週1回来ている。その他に眼科が週2回と耳鼻科が週1回ということで診療を行っている。田尻町国保診療所の1番の特徴は、認知症の診療に力を入れているということ。保健医療福祉の統合施設であり、町のスローガンである、脳卒中・痴ほう・寝たきり予防を達成していくためにフォーメーションをとった。具体的に一般内科外来の他に物忘れ外来というものも設置しており、痴ほうの専門医がおり、認知症の患者の診療を行っている。このような診療の特徴を生かし、町の保健福祉課と同じ所で仕事をしている。認知症の治療に関しては一般の診療とは異なるところがあって、一番の特徴は、認知症の患者は外来で待っていても患者は来ないということ。家族の方も認知症かどうか気がつかずに年のせいだと思い病院に連れて来ない。保健福祉課の保健師が地域に埋もれた認知症の疑いのある方を見つけていくという仕事が必要になってくる。そのため、認知症なのかどうかを判断できるよう教育していくことが非常に大事である。保健師の力をもって認知症疑いの人を医療機関につないでいく。その後、物忘れ外来に来ると、専門医が中心となって検査と臨床診断を行う。認知症と診断されると、介護保険を利用していただくことになる。要介護認定を行い、要介護度を付けケアマネージャーが活躍するという流れ。居宅介護支援業者が同じセンター内に入っている。また、特養施設が敷地内にあり、福祉の部分と非常に強い連携ができるという特徴がある。特にケアマネージャーとは緊密な連絡を取りながら、ケアプランに基づきながら診療を行っている。リハビリテーションに関しては、現在、常勤はOT、非常勤はSTと臨床心理士となっている。物忘れ外来に関しては臨床心理士がなくてはできない。臨床心理士によって認知症のための検査を行い、画像検査については設備がないので、他の医療機関にお願いしている。限られたマンパワーでありながら、最大限痴ほうに関して、一般内科外来を利用して一～三次予防を行っていく。リハビリは大掛かりなものではないが、デイケアであるとか、臨床心理士が中心となった心理療法、言語療法士による言語療法を行っている。また、特養老人ホームの入居者に対し、臨床心理士により回想法などの指導を行っている。田尻診療所では物忘れ外来を中心とした認知症の患者の診療を中心に行っているということであり、合併後もこのような連携体制を維持しながら、地域の方々の医療サービスが低下しないようやっていければと考えている。

木村委員：各病院・診療所の方々のお話をお聞きして、なぜ自治体が合併しなければならないのか共通認識を持つべきではないかと思う。国では医療費を削減する方向でいる。医療ビッグバンと言われる様々な施策が今後展開されるであろう。その中でも、急性期病院では出来高払いの方法はやめて、DPCでやりなさいよということであり、これに乗り遅れると将来性が危ぶまれる。町民本位の考え方も大切ではあるが、国の方向性を考慮すべきだと考える。それでは古川市立病院を中心とした病院をどのようにつくったらよいかということであるが、コンセプトは地域の発展やニーズに寄与できる病院をつくるということ。医療・福祉・教育が重要である。教育とは医師の臨床教育のことであり、若い研修医を教育するため、大学病院を中心とした資質の高い医者が集まってくることによって、地域の患者にも質の高い診療を提供できることになる。医者がいなければ医療体制は構築できない。将来への投資として教育病院をつくる必要がある。現在、古川市立病院では研修医が40名近く来ている。私が就任してから市、市議会とともに教育病院をつくることに努力し、投資してきたことが今効果となって現れてきている。合併後、センター病院をつくっていかなければならない第二の理由としては、疾病構造が変化し、心臓疾患や脳卒中、悪性腫瘍が増えてきたことである。これまでは仙台市等大都市圏で治療を受けてきたものが、いち早く治療を受けられるように住民ニーズが高まってきた。医師や資本のかかる機器を一箇所に配置してはどうかと。生まれた時から死ぬまで、地域で医療を完結すべきであるという要求が高まってきた。昔は、医師と患者が和気あいあいとした関係でもよかったが、現在は、財政問題、疾病構造の変化によって、高次医療が求められる背景となっている。古川市立病院をセンター病院として、がん治療の拠点に。古川市立病院は、地域がん診療拠点病院である。悪性腫瘍治療センター、緩和ケアセンターを持たなければならない。特に血液のがん、白血病や悪性リンパ腫については、常時20～25人が入院治療を行っている。教育面では臨床研修医の指定病院としての整備であるが、悪い教育をやっていると、口コミで広がる。維持することが大切。また、医師会との地域医療支援病院としての整備、地域医療との連携、医療福祉、ベッドの適正利用・稼働率、医師会とのベッドの共同利用を行っていくことも大切。ベッドのみならず、手術室や重装備したものを共同利用していく。救命救急センターの整備については、県の財政事情もあって、大崎市になっても十分かと言えば、必ずしもそうではない。全国的にも数少ない救急の専門医をいかに集めるかが課題。もう一つは昨今の地震対策における災害拠点病院としての整備をしていかなければならない。さらには、センター制による高度の専門医療、循環器センター、呼吸器センター、消化器、内分泌、代謝、脳卒中、周産期、放射線、デイサージャリーセンター、これらを本院に置いていこうと考えている。センターとは、例えば消化器内科と消化器外科の先生がいっしょに一つの病棟をもっているということ。内科系の先生と外科系の先生は仲が悪いと言われるが、仲良くすれば患者にとって良いこと。分院の機能としては、一般医療、二次以下の救急医療、専門特殊医療、認知症、在宅医療センター、これらを行っていく。センター病院の周りには患者の家族が簡単に宿泊できるホテルがあるといいと思う。病院の一番中心になるのは、大学病院、国立病院、県立病院である。これらは高々次・最高次の医療機関と位置づけ、ここは高次、そして一緒にやる分院、医師会の先生方との連携等々、問題はシステムをつくること。

- 休憩 -

狩野委員長：先ほどの説明に対する質問があればお願いしたい。

佐藤和朗委員：病院経営における補助金について。国や自治体からの補助や、企業債の内容を聞きたい。損益計算書のうち医業利益がマイナスで経常利益がプラスになっているのは、どういうものが入ることによってプラスになるのか。

横山次長：事業収支上、特別利益か特別損失になるかと思う。この場合、主に健全化等に対する国等からの助成という事例になると思われる。その点については、次回までに調査をする。

狩野委員長：その辺りについて久道有識者から補足願いたい。

久道有識者：一般的に国・県・地方自治体から病院に入ってくる金には、負担金、補助金、出資金、交付金と呼ばれるものがある。その区別は地方公営企業法17条の2によって、義務的負担と言われる不採算医療や政策的医療を自治体病院にやらせるために国や自治体からの負担金でまかなう。損益計算書の中で医業外収入として表れている負担金という項目は、そのほとんどが地方公営企業法にのっとって義務的に出さなければならないもの。病院側からすれば大いばりに入れてもらうべき金である。負担金のうち、国からの交付金は約半分。補助金は地震等の災害時などに対するもので、これは法律に基づいたものではなく自治体の判断によるもの。不良債務解消補助金といったとんでもないものまである。格好は悪いが正直に項目を起こすケースもある。格好が悪いものだから適当な項目を立て赤字解消策としている県もない訳ではない。出資金は、合併等によって新たな施設をつくる場合などに出すもので返済の必要はない。交付金は起債した場合に交付税措置されるもの。そういう区別がある。

佐藤重行委員：各病院のお話は、りっぱで内容のあるものであったが、ただ先立つものが肝心。経営とのバランスがあるので、お話のような診療を続けられれば、かなりの繰入金が必要であろう。合併してからどうなるのか心配。資料3を見ると繰り入れが全体で18億になっている。合併してからも、これを継続することが可能なのか。欠損金も45億ほどある。資本剰余金で取り崩してできるだけ補填するということが、剰余金が28億ほどで欠損金として残るのが17億ぐらい。以前、久道先生のスタートの時にあまりにも借金が多いのはいかがかというお話があった。約18億のうち国から来ているのはいくらぐらいか。病床が変われば金額も変わるだろう。800床から720床になる。市立病院で二百数十万というところであろう。合併後の繰り入れの見通しはどうか、無理であるならば、先ほどお話があった各病院の取り組みは継続することはできないことになる。

佐藤局長：ここ10年の財政計画を策定している。それはこれまでの決算状況を調査した上で反映させたものである。4病院1診療所の繰入金等についても、これまでの実績に基づいた額でシミュレーションしている。

狩野委員長：経営の面について、皆さんからの意見をいただいてから辻委員と久道有識者からコメントをいただきたいと思う。

佐藤武一郎委員：それぞれの院長の、地域への情熱あふれるお話を聞いて、三本木と松山には公立病院がないのでうらやましいなあという思いである。公立病院がないので、民間の先生方に依存するところが大きい。それでも私たちの町は決して医療はおろそかになってはいない。公立病院がなくて良かったなと思うこともたまにはある。それは民間の先生方ががんばってくださっているから。もし公立病院をつくっていただければ民間の病院はなくなっていたかもしれない。3人の郷土愛の強い内科の先生ががんばってくれているし、その他には古川の各病院、市立病院にお世話になっている。新市の医療体制をどうするかという場合に、民間の先生方との関わりをもう一度検討し直す必要があるのではないか。古川市は病院も先生方も非常に多く、果している役割も大きい。民間医療、医師会との関わりを大事にしながら医療体制を築くべきではないか。この計画をつくる際に、民間の先生方との関わりをどう考えていくべきなのかお尋ねしたい。

横山次長：地域の先生方との連携は切っても切れないもの。当然、現在の医療制度においても、いかに地域の先生方と連携を蜜にとるかということが、実は収入面でも保障される制度と

なっている。特に救急医療体制は民間の先生方のお力がなければ当然できない。地域医療支援病院という目標を持つということになると、そこでの紹介率、逆紹介率が非常に重要な指数となる。常に地域の先生方とどれだけ関わっているのかということを表す指標となる。事務局としても地域の先生方との連携を最優先課題と捉え、今後も構築していくべきであろうという認識でいる。

佐藤武一郎委員：各町の公立病院，民間の病院の先に立つのが市民病院であるだろうから，それらを考慮した新しい中核病院をつくるということを考えていただきたい。

狩野委員長：経営について等，辻委員，久道有識者からそれぞれコメントをいただきたい。

辻委員：今後，大崎市の人口は偏在化，高齢化し，医療・保健の財政が厳しくなっていく中で，どういう対応をするかを考えなければならない。救急を含めて，地域医療サービスというものをどこまでやらなければならないのかを詰めるべき。必要だと認められたものは，大崎市民すべてに等しく提供しなければならないだろう。本院・分院のみでなく地域の医療の方々を含めたルールづくりが必要で，地域医療サービスがどこまで必要なのかを議論すべきである。必要なレベルを押さえた上で本院としてのセンターの機能がある。経営については，資料3の最後を見ると，剰余金・欠損金が45億もあり，数年で解消するにはあまりにも大きな金額となっている。医療保険財政が厳しさを増す中で，経営のスリム化を図るべき。4病院1診療所の経営状況の違いがはっきりと見て取れる。一番目についたのは人件費比率の格差だろう。一番低いのが三十数%で，一番高いのは100%を越している。これらも，今後考えなければならないだろう。

久道有識者：新しい病院は全適で決まっているが，もう1度他の運営形態との比較をしておくべきであろう。昨年できた法律なので検討課題とはなり得なかったが，地方独立行政法人化した場合と比較しておくべき。その地方独立行政法人の中でも，いわゆる公務員型と一般型と言われる非公務員型を区分けした上で，全適が良いのかどうか。もう1つは地公法の改正によって指定管理者制度ができた。この3つは最低でも検討しておく必要がある。見直しをして全適をやめるということではない。新市発足後何年か後に，これらの比較検討を行ったかどうか，議会で必ず言われるであろう。比較をした上で自信を持って全適でいくというやり方が良いだろう。事務局でこの検討はできるであろう。また，堀野委員のおっしゃるとおり医療サービスの低下を招く恐れは確かにあるが，それは，元町民のためという考え方ではなく，新しい市の医療をどうするかといった考え方が必要。三本木町の佐藤委員の発言のとおり，病院を持たない町はどうするのだということになる。岩出山の方々にはある面でデメリットはあるかもしれないが，メリットも出るはず。例えば，市民病院のいろいろな診療科のドクターが分院をまわって，診療に参加するとか，そういうメリットも強調しながら地域住民の理解を得ることも必要。経営計画については，収支計画と資金計画の策定を追加すべき。期間は病院事業管理者の任期に合わせた中期計画にすべき。資金計画は財務計画になると思われるが，累積欠損金や繰り出し金の見込みも含めたものとする。累積欠損金45億は，どこからも借金取りは来ない。放置しておいても誰も取り立てには来ない訳である。問題なのは，各病院で年度末の内部留保資金がどれくらいあるのかである。財務指標の中には内部留保資金の残高が記載されていないが，取立てに出来ない累積欠損金がいくらあっても，例えばボーナスを支払う時の倍くらい常に持っていれば問題ない訳である。経営状況の中に財務状況という項目を加え資金計画を。内部留保資金がどの程度なのかを見ることによって，安心して合併できると思う。この資金がマイナスなところがあったりしたら大変なこと。自分達の懐からそちらを補ってやらなければならないことになる。そこをはっきりした方がよい。また，人事考課制度の確立とあるが，抑えることばかりではなく，例えば成績の良い病院には勤勉手当の原資を多くやるとか，職員にインセンティブを与える項目

があっても良いのではないか。これは客観的な指標を組み合わせれば可能なこと。県立病院ではやっている。10年間黒字経営、あるいは赤字幅を大幅に縮小したところにもやる。病院内では勤務状況によっては差をつけるというようなこともある。減らすのみではなく増やしてやることを考えることが必要。経営計画をうまくやるためには、結局職員の研修が大事ということになる。市長と管理者だけがあれこれ考えてもだめ。職員である。職員の中でも医師である。医師の研修はどこもやっていない。やろうと思っても、重症がいるとか、外来が忙しいとか言って受けない。これは年間計画を立てないからである。学会の時には重症がいよいよがまいが出席する。研修のためのスケジュールを立て管理することが、病院事業管理者の最大の仕事ではないかと思うほどである。合併前にそろそろつくっておいても良いのではないか。また、一般会計からの繰入金18億について、おそらく半分ちょっとは国から来ているはず。したがって、新市で負担しなければならないのは、この金額の半分以下ということ。それが適正かどうかというのはルール化して決めておくほうが良い。そうしないと、例えば鳴子温泉病院のように急に減ってしまうこともある。鳴子はやむを得ないかもしれないが、市の財政状況が聖域なき削減とってばさっとやることがある。大崎市の特徴を考えれば、国頼みではない大崎市単独の繰り出し金があっても良いだろう。それから、医療連携、一部オープン化は良いだろう。医師の確保が経営の充実につながることであり重要。県が新たに起こした6つの事業の中のドクターバンク制度があるが、8月19日が今年度の締め切り。9件ほどの問い合わせがあり反応が良いという印象がある。県から各自治体へ派遣するという形がとられつつあるので、将来につながるものだと思っている。

狩野委員長：それぞれご意見を頂戴したので、今後これらについて整理生かしていく。1)運営計画、3)経営計画についてはよろしいか。

全 員：了

狩野委員長：2)組織体制については、前の小委員会でもいろいろとご検討をいただいたところ。再確認ということでご提起したものであるが、これについてご質問がなければ、これでよろしいか。

全 員：了

狩野委員長：(2)次回の開催日程についてご協議申し上げる。

片倉班長：9月10日(土)午後3時から開催したい。

狩野委員長：いかがか。よろしいか。

全 員：了

狩野委員長：古川市議会の合併問題調査特別委員会の中で病院問題が審議されている。今後の協議の参考にしても良いのではないかと思うので、佐藤副委員長がその委員でもあるので、ここで審議経過をお聞かせ願いたい。

佐藤副委員長：7月6日に、新市における地域医療、救急医療のあるべき姿についての具体化に伴う大崎市民病院の基本構想策定についての付議事件として、第21回として開催した。第一には大崎市民病院の建設場所を今年度中に決めるべきという提起がなされた。大崎市民病院の建設が、20～21年度ということが新市建設計画であきらかにうたっている。そのためには、今年度中に建設場所を決めておく必要があるのではないかと、そうしないと計画どおりの建設はできないのではないかとということである。また、地震対策も併せ、強い意見が提起され、このことが合併協議会でも反映されるようにと示された。その他、病床問題、新市間小児周産期等も含む高度特殊専門医療などの医療機能の充実、建設の代替計画、地震対策の問題等もあった。当局側として、市長及び合併協議会事務局局長から、これまでの協議会、小委員会等の取り組みの方向を踏まえた一定の答弁と説明がなされた。古川市としては、古川市立病院の改築を含む病院整備計画の推進を目指

してきたところだし、17年度の市政方針でも建て替えのマスタープランを策定することを表明し耐震補強も含むものとしており、古川市議会の中でも施設規模を500床とし、将来の医療需要に応え得る病院整備計画の推進、本院の立て替え、耐震補強工事の急がれるべきことなどが提起されてきた。新市建設計画の1年前倒しが期待を担うようより良い医療体制、大崎市民病院が実現されるようお願い古川市議会の合併問題調査特別委員会の報告としたい。

狩野委員長：今後の協議の中での参考にしていただきたい。以上で、本日の協議の一切を終了する。

閉会挨拶 佐藤副委員長

閉会

以上