

## 第2回鴨川市立国保病院あり方検討委員会会議録

1. 招集年月日 平成27年11月12日(木) 午後2時～
2. 招集場所 鴨川市立国保病院会議室
3. 出席委員等 10名  
(委員8名)  
鈴木 美一 佐久間 章(副委員長) 川名 康介(委員長) 黒野 隆  
滝口 巖 高梨 利夫 佐藤 伴夫 永井 光子  
(学識経験者2名)  
鈴木 一郎 伊関 友伸
4. 欠席委員等 2名 (委員:金井 輝 学識経験者:大橋 謙策)
5. 市側出席者 副市長 庄司 政夫 院長 林 宗寛  
財政課長 増田 勝己 副院長 平野 正美  
健康推進課長 牛村 隆一 副院長 関 洋史  
企画政策課長 平川 潔 事務長 山口 幸宏  
企画政策課地域戦略係長 滝口 俊孝
6. 職務の為出席した事務職員 主査 高橋 直樹 主事 乾 陽介
7. 会 議  
(1) 開 会  
山口事務長 本日は、ご多忙の中ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。  
定刻となりましたので、会議を始めさせていただきますけれども、本日の会議におきましては、金井委員、また、学識経験者でお願いしております大橋先生から、ご欠席の旨のご連絡がございましたので、ご報告をさせていただきます。  
それでは、平成27年度第2回目になりますが、鴨川市立国保病院あり方検討委員会を開会させていただきます。  
はじめに、本日欠席であります市長に代わり、副市長からご挨拶を申し上げます。
- (2) 市長あいさつ

庄司副市長

皆さん、こんにちは。

本日、第2回の鴨川市立国保病院あり方検討委員会、大変お忙しい中ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

今、事務長からも話がありましたけれども、本来ですと長谷川市長が参るところですが、本日は急遽、森田県知事との会談が組まれたため、県庁の方へ出向いており、こちらに参ることが叶いません。鈴木先生と伊関先生には、くれぐれもよろしく申し上げて下さいと言いつけておりますので、お伝えをさせていただきます。両先生には、どうぞ本日もよろしくお願いを申し上げます。

それから会議の前に、1点ご報告を申し上げますけれども、当院であります、常勤の自治医科大学派遣医師が、今年度末をもって1名退職見込みでありました。交代の医師の確保については、直診協会を通じてお願いをしておりましたが、一昨日に会議が行われまして、残念ながら来年度、本院への派遣は見送りということになったということでございます。現在、関連の医療機関等々に医師の派遣などをお願いするなどの対応をさせていただいております。現在の病院機能をなんとか確保していきたいというふうに考えておりますので、どうぞ今後ともよろしくお願いしたいと思います。

さて、本日の会議でございますけれども、第2回目の検討委員会ということで、前回の会議におきまして、当院を取り巻く環境について、また、当院の問題点、役割等をご協議いただきました。

本日の議件は、1点目として国保病院の提供すべき診療機能についてであります。地域の実情に応じた当院の適切な診療機能に加え、二次医療圏である安房郡内、当院の診療圏内である君津市、富津市の一部の病院、診療所から見た当院の役割や診療機能について、資料を交えてのご協議をお願いしたいと考えております。

また、2点目として、国保病院の経営形態でございます。公立病院にとって、採算性などから経営形態のあり方に関しては市民の関心も高く、避けては通れない問題と認識をいたしております。日常を踏まえての、将来の経営形態について皆さんのご意見を伺いたいというふうに考えております。

詳細については、この後、説明がございまして、どうぞ本日も忌憚のない活発なご意見をいただきますようお願いを申し上げまして、簡単ですが、どうぞよろしくお願いいたします。

山口事務長

ありがとうございました。それでは、会議に入らせていただきます。ここからは川名委員長、よろしくお願いをいたします。

### (3) 議 事

#### ① 鴨川市立国保病院が提供すべき診療機能等について

川名委員長

それでは、鴨川市立国保病院あり方検討委員会設置要綱第5条第1項の規定により、議長を務めさせていただきます。議事が円滑に進行しますよう、皆様のご

協力をお願いいたします。

ただ今の出席者は、委員 8 名、学識経験者 2 名でございます。設置要綱第 5 条第 1 項の規定により、定則数に達しておりますので、開会させていただきます。

なお、附属機関等の設置及び運営に関する指針によりまして、会議を公開させていただく為に、録音をさせていただきますので、あらかじめご承知下さいますようお願いいたします。

それでは議事に入ります。議事の 1 点目。鴨川市立国保病院が提供すべき診療機能等についてを議題といたします。事務局より説明をお願いいたします。

山口事務長        それでは、お手元の資料でございますが、資料 1、2、3 とございます。こちらの方を資料として使わせていただきますが、先ず資料 1、2 につきまして、市企画政策課よりご説明を申し上げます。よろしくをお願いいたします。

滝口企画政策課地域戦略係長

鴨川市企画政策課で地域戦略係長を務めております、滝口と申します。よろしくをお願いいたします。

それでは、先ず私からは資料の 1 に基づきまして、鴨川市の医療介護等と長狭地区の状況について、説明をさせていただきます。前回の会議では長狭地区の概況、あるいは介護の状況が分かる資料を、といったご意見を頂戴しておりました。

そこで、私ども企画政策課、そして健康推進課とで当初の資料を用意させていただいた次第でございます。

議題の本題とは外れた話になりますので、私の方からは簡単に説明を加えさせていただきます。

先ずこの資料 1 ページの、1. 地区の概況でございます。この中ではポイントとしまして面積と人口、それと人口密度について触れさせていただきます。面積は、長狭地区は 53.92 平方キロメートル。市全体に占める割合は 28.2%でございます。一方で、人口につきましては 4,794 人。13.8%でございます。面積に比して人口の占める割合が低いといった状況になっております。そして人口密度は、1 平方キロメートルあたり、鴨川市全体では 181.7 人に対して、長狭地区では 88.9 人と、約半分になっておりまして、過疎が進んだ地域であるといった特徴を指摘できるかと思っております。

それでは続いて、資料の裏面をご覧いただきたいと思います。

鴨川市全体の特徴、医療介護関連で特徴となる事項をまとめた部分でございます。(1) 産業別就業割合は、第三次産業、サービス業の 25.6%が医療福祉産業から占めておりまして、3,283 人という実数に上っております。次に、(2) 医療環境の充実は、人口 10 万人あたりで病床数、医師数を見ますと、54 市町村の中でも第 1 位ということが指標として現れております。これをひるがえって捉えてみますと、このように医療が充実している中であって、鴨川市として公立病院を創

立させることについては、常にその意義が問われ続けることになるといった側面もあろうかと捉えております。次にこの中では、(3) 高齢化率と要介護認定率等でございます。高齢化率については 35.2%、県内 54 市町村の中で高い方から 10 位でございます。その一方で、要介護認定率は 18.5%と、高い方から 2 位という位置になっております。そして、介護保険料月額基準額につきましては、5,895 円で県内で最も高いという水準になっております。

次に、3-1. 人口の推移と長期的な見通しにつきましては、前回の会議資料の中でも触れられていた部分がございますので、この部分は説明は省略させていただきます。

次のページをご覧くださいと思います。

3-2. 高齢者人口の見通しでございます。鴨川市全体の見通しとしてお示しをしておりますけれども、特徴すべき部分は下の方で①から③まで掲げさせていただいております。

先ず、①として高齢者数、65 歳以上人口のピークは 2020 年、平成 32 年に 12,485 人でピークを迎えるという推定になっております。その中で後期高齢者、75 歳以上人口につきましては、③の部分ですけれども 2030 年、平成 42 年の時点で 7,527 人。これでピークを迎えるということになります。従いまして、鴨川市全体、医療介護事業のピークも、恐らくこの前後で迎えることになるだろうというふうに、捉えているものでございます。

次に、4-1. 人口、人口構成の推移（長狭地区）ではどうかということで、過去の推移をまとめた部分の資料になります。平成 5 年から 25 年まで 20 年間の推移を見てみますと、人口は 1,273 人。率にして約 2 割と、大幅な減少傾向を示しています。人口構成の中で内訳としては、15 歳未満人口で 447 人。15 歳以上 64 歳までで 1,111 人減少する一方で、高齢者については 285 人増加しているという状況でございます。

次に、資料の裏面をご覧くださいと思います。

4-2 として人口ピラミッド、平成 25 年 4 月 1 日現在での長狭地区の人口ピラミッドを表示させていただいております。資料の下には、参考として鴨川市全体の人口ピラミッドを表示しております。鴨川市の人口ピラミッドをご覧くださいますと、60 歳、65 歳前後で団塊世代の山があり、そして 40 歳前後に団塊ジュニアの山がある。全国の地方都市に共通するひょうたん型というなかたちを示しているのに対して、長狭地区をご覧くださいますと、50 歳以上の方々が非常に多い。かたちで例えば、キノコ型というふうに申せましょうか。ということは、人口を生産しない年代が多くなっている状況から、今後高齢化に伴う人口減少が急速に進んで行くというようなことが、予測として申し上げられようかと思えます。

その根拠と申しますか、状況を示したものが、資料右側の（参考）人口推計（長狭地区）でございます。平成 25 年時点で 4,953 人であったものが、平成 55 年時

点では2,530人。30年間で約半分になるということが推測をされます。ただ、この推計方法ですけれども、下に書いてあるような方法に基づいて行ったものでございまして、この方法自体が特殊、非常に特殊でイレギュラーなものでございますので、ここはあくまでも参考としてお示しをしております。そのようなものであること、ご承知をいただければと思います。

次に5として、高齢者世帯の状況でございます。高齢化に伴って、単に高齢者人口が増えるだけではなく、高齢者のみの世帯も増えていく、といったようなことが想定をされる状況です。現在の状況、平成27年4月1日現在の状況をまとめさせていただいております。こちらは、ご覧をいただければと思います。

さらに、資料の裏面をご覧いただきたいと思っております。

6-1は、鴨川市全体での要介護（要支援）認定者数の推移を掲載したものでございます。

次に6-2、こちらは第1号被保険者、つまり65歳以上の要介護等認定者数、認定率の推移を記載した表でございます。平成26年時点で申し上げますと、要介護要支援認定率は18.6%でございました。その年齢階層別の内訳を資料右側、上の方に掲載をしております。65歳以上75歳未満、つまり前期高齢者と75歳以上、つまり後期高齢者とで分けて掲載をさせていただいております。前期高齢者で見ますと、平成26年時点での認定率は4.3%。ほぼ横ばいで推移してきているのに対して、後期高齢者を見ますと31.6%。認定率が上昇している一方で、認定者数についても増加をしているという状況が見てとれます。先ほど、人口ピラミッドをご覧いただきましたけれども、今後、後期高齢者人口の増加に伴いまして、更なる介護事業が見込まれるという状況でございます。

その下、6-3は地区別の要介護（要支援）認定の65歳以上人口に対する割合を市内の各地区別でまとめたものになります。長狭地区で見ますと、要介護と認定者の割合は20.8%ですけれども、特別養護老人ホームを除きますと、長狭地区は18.4%、吉尾地区は19.6%となりますので、特殊要因を除けば、他地区と大きな差はないという状況になってございます。

それでは、資料裏面をご覧いただきたいと思っております。

6-4として、認知症の状況をまとめさせていただきました。これは、要介護認定を受けた方の中の日常生活自立度別の認定者数、これを表したものでございます。

長狭地区の要介護認定者のうち57.2%にⅡa以上、つまり中度以上の認知症症状があるということになっております。市全体では50.4%となっております。長狭地区は高い値を示しておりますけれども、やはり、特別養護老人ホームが立地しているといった特殊要因がありますので、特に特筆すべき高さではないのかなというふうに捉えております。ちなみにその下では、日常生活自立度の判断基準、そして少し古い資料になりますけれども、年代別の認知症出現率、全国の数値を表示させていただいております。こちらは参考までにご覧いただければと思

います。

ここまで、高齢者の動向をご説明させていただきましたけれども、次は、7. 出生の動向、15歳以下の人口の状況でございます。今年1月1日時点での各歳人口を示したものでございまして、これが概ね出生の動向を表しているのだと考えられますけれども、年ごとに非常にバラつきはありますけれども、長期的に見ますと、人口は減少傾向にあるということが捉えられようかと思えます。

次に、8. 各種障害者手帳の交付者数でございます。長狭地区では、知的、精神、身体障害者手帳の交付者数が394人。シェアは22.2%でございます。先ほど、人口比13.8%と申し上げましたけれども、それよりも割合としては高くなっているという状況でございます。

それでは、資料の最後のページ、9. 長狭地区の課題と今後をご覧いただければと思えます。

こうした状況を踏まえまして、長狭地区が抱える影響といたしましては、先ず高齢化による影響が挙げられようかと思えます。地区住民の介護、医療リスクの増大、そして高齢者の生活支援ニーズの増加、コミュニティの機能の低下といったものでございます。こうしたことに対応するために、市では日常的な支え合い体制づくりの推進といったことに取り組んでおりまして、具体的にはボランティアやボランティア団体の拡充。こちらはすでに地域の団体とも協力して、すでにボランティア行政のための取り組みを進めております。

2点目で、保健福祉介護に関わる人材団体の連携強化、地域包括ケア体制の構築といったことの重要性が指摘できようかと思えますけれども、国保病院におかれましては、その中で役割の一端を担っていただくということが期待される状況であるということは、申し上げられようかと思えます。それでは、資料1の説明につきましては以上でございます。

資料2をご覧いただきたいと思えます。

参考資料といたしまして、安房保健医療圏の位置図。そして大きな2として、千葉県保健医療計画からの抜粋として、循環型地域医療連携システムのイメージ図と安房保健医療圏の関係機関一覧。そして、二次保健医療圏ごとの在宅医療関係機関一覧。これらは、医療機関の役割分担に関する資料というふうに捉えていただければと思えます。そして最後に、鴨川市より長狭地区における介護事業所等の立地状況。ただこれは、資料3と重なる部分がございますので、あくまでも参考としてご覧をいただければと思えます。

それでは大変簡単ですけれども、長狭地区の概況等につきまして、冒頭、私どもからの説明とさせていただきます。

山口事務長

ありがとうございました。続きまして、資料3によりましてご説明をさせていただきますが、こちらの方は、株式会社日本経営エスディサポートの方からご説明をさせていただきます。よろしく願いいたします。

## 日本経営エステイブメント（渡辺）

日本経営・渡辺と申します。こちらの資料をご説明させていただきます。着座にて失礼いたします。早速ご説明させていただきたいと思っております。

まず3ページをご覧ください。第1回の議論のまとめの方を簡単にまとめさせていただいております。

1点目が、現状は非常に厳しい見込みであり、先ほども説明がありましたように、人口減少というところも含めまして、今後の経営状況も非常に厳しくなってくるという見込みを、皆さんに再共有、認識させていただいたということが1点目となります。

2点目になりますが、今後、経営が成り立つ事業行動を検討していくために、当院の診療機能、又は長狭地区のニーズを明確化する必要があるというところを再確認させていただきました。以下に書かせていただいている、長狭地区の住民の方々の、①現在の受診動向、②当院に期待する役割、③介護に関する需要動向、こちらをポイントに今回の調査をさせていただいた次第でございます。

3番の介護サービスに対する需要というところで、先ほど市の方からご説明がございました部分と一部重複するところもございますが、弊社でも調査させていただいたというところがございます。

4番になりますけれども、今後の経営形態については引き続きもう一度議論するというので、前回のまとめとさせていただいております。

続きまして以降のページですが、重複する部分がございますので、割愛させていただきます。

9ページからご説明をさせていただければと思っております。こちらは、当院の資料から抜粋させていただいております。外来患者のうち、どこから来ている患者なのかというところをグラフにしたものになります。多くは長狭地区から来ているということが現状見られておまして、54%という割合で来ておられます。こちら返しますと、約半分が長狭地区になりますが、その一方で半分の患者は他の地区からも来ていただいている、というところが見受けられるというところでございます。

10ページになりますけれども、こちらが診療科別でそれを分けたときの割合となっております。他の地区等々からも、内科、整形、神経内科を中心に多くの方々が来ていただいているというところが見受けられたところがございます。

続きまして、11ページ以降、こちらは入院の患者になります。入院につきましては、長狭地区の患者が約22%。外来よりも低い割合となっております。入院機能については、他の地区、医療圏等々から利用されている患者が多かったという結果でございます。

12ページをご覧くださいますと、こちらは国保データから算出させていただい

ております。国保病院の入院機能というところで、あまり長狭地区の患者が利用されていないというところが見受けられました。ただ、こちらは後期高齢者のデータが入っていないことを加味していただいて、参考として見ていただければと考えております。

続きまして、13 ページでございます。地区の患者と疾病との関係を、13 ページの方に表させていただいております。主に胃炎、肺炎、心不全等々で利用されている患者が多く見受けられたというところでございます。

続きまして 14 ページ。こちらは、当院から 25 km 圏内の病院の一覧と配置図を表したものになります。

16 ページに簡単にですが、当院から各病院の近郊まで行くのに、どれぐらいかかるのかを調査させていただいております。

戻りまして 15 ページ。こちらが診療科専門医というところを、少しまとめさせていただいているところでございます。こちら、南房総市の方面というところを 17 ページ、18 ページでは君津市の方面というところで、参考資料としてまとめさせていただいております。

最後 19 ページには、診療所の周囲 20 km 圏内の診療所の配置図と一覧というところで、まとめさせていただいております。こちらは、あくまで距離等々を見させていただいており、一時点での検索結果での距離を測っておりますので、交通状況等々に応じて、距離、又は移動の時間が多少前後することは、ご了承いただければと考えております。大きくこちらが患者層の関係と、あと位置関係というところをまとめさせていただいたというところでございます。

20 ページ以降ですけれども、周囲の病院、診療所、各区長、来院患者それぞれにアンケートをさせていただいた結果です。集計結果の方は、20 ページを再確認させていただければというふうに思います。21 ページ以降にまとめさせていただいております。

先ず 21 ページ、こちらは各地区長へのアンケート。こちらが住民代表としてアンケートにご回答いただいたというかたちで、お配りさせていただいております。傾向として見られましたのは、かかりつけの医療機関として、定期的に診察・処方を行ってくれる病院というところで、「現在どのような認識をされていますか」という問いに対して回答いただいているところが多かったという結果が出ております。

また、下の 22 ページ。こちらは同じ設問に対して、来院患者に対しての実施結果ですが、やはり、同じかかりつけ医として定期的に診察処方を行ってくれる病院という認識が多いということが確認されました。

続きまして 23 ページです。こちら左側が同じ設問になりますが、周囲の医療機関、病院、診療所のアンケート結果です。「現在どのような認識をされていますか」という設問に対して、結果、近隣の住民のプライマリ・ケアや日々の外来診療を担っている。ここでも共通したところが、一定見受けられたというところござ



います。右側は別の質問になりますけれども、今後の当院に期待する機能というところで、今後のニーズを調査したところ、大きな傾向では、同じ近隣のプライマリ・ケアというところが求められているという結果になった次第でございます。

また、24 ページですけれども、こちら集計結果を棒グラフに表ささせていただいておりますけれども、多くの回答が今現状の認識から将来にかけてどのような診療機能を期待するか、変化があまり見受けられませんでした。変化があった部分につきまして訪問診療、又は急性期後の患者の受け入れというところとなります。

特に、リハビリ等々を期待する病院というところで、順位が上がっているところを見ますと、こちらの回復期又は、急性期後の在宅に向けた快適支援というところが当院の期待されているところで、現状よりも将来に向けてニーズが高まってきているというところは見受けられたところでございます。

また、25 ページになりますけれども、こちらは在宅という観点から在宅の病院、支援診療所をまとめさせていただいたというところで、参考として見ていただければというふうに考えております。

ここまではアンケートの結果、それを踏まえて、在宅というところがございましたので、その機能を有する病院、診療所の一覧と配置図をまとめさせていただいております。

続きまして、介護に関する説明を、加藤の方より説明いたします。よろしくお願い致します。

#### 日本経営エグゼクティブレポート（加藤）

ここから代わりまして、私、加藤からご説明をさせていただきます。

ページとしましては、27 ページから介護の部分に関して掲載させていただいております。先ず 27 ページにつきましては、先ほど企画政策課の方からもご説明いただきましたが、動向というかたちで載せさせていただいております。

28 ページをご確認いただければというふうに思います。

こちらに関しましては、要介護区分ごとのサービスの利用割合というものを、載せさせていただいております。上段には全国平均、下段には鴨川市というかたちで載せさせていただいております。要支援の全国平均の利用動向としましては、要支援 1 の認定者のうちの 23%の方々が訪問介護を利用している。一方で、鴨川市の方に目を向けていただきますと、訪問介護につきましては、要支援 1 の方々の中で 26%の方々が利用している。そのようなかたちで、上下比較するようなかたちで、資料としては載せさせていただいております。これだけで全てを言い切れるわけではありませんが、大きな傾向としましては、全国平均と比較して、ほぼ全部の介護サービスについて、全ての要介護区分において、鴨川市の利用割合については、全国平均よりは概ね上回っているようなかたちでございました。

傾向として、サービスの需給バランスを見るような意味合いで捉えますと、概ねサービスとしては非常に不足しているというのは、この見方からはあまり見受

けられないのではないかなというところがございます。ただ、これは一時点ではございますので、将来推計として27ページの方では、今後増加していくというところが見込まれていますので、そこはどうか捉えるかというところはございますが、一時の資料として掲載をしております。

唯一、通所介護につきましては、全国平均と比べてあまり利用割合というものが低い傾向にあったというところが、28ページの資料でございます。

29ページでは、その中でも施設サービスに関して、鴨川市からの流出入がどの程度あるかというところを、今年の2月時点のデータを使って推計をしております。大きな傾向としましては、介護療養型医療施設と介護老人福祉施設、また介護老人保健施設。それぞれに関して言いますと、介護療養型の医療施設に関しては、流入の傾向。また、介護老人福祉施設に関しては、流出の傾向が大きな傾向としては見られるというところがございます。ただ、介護老人福祉施設に関しましては、新たに近隣に新設されておりますので、概ねそういう意味では施設サービスに関して、現時点は充足のようなかたちになっているというところが、数字上は見て取れるというところがございます。

続きまして、30ページになりますが、こちらは当院が併設でサービスとして持っております訪問看護、訪問介護、そして居宅介護支援事業所それぞれに関して、近隣の動向と併設の施設の近年の実績について、取りまとめをさせていただいております。

先ず30ページからは、訪問看護の実績について、実績等々について載せさせていただいております。こちら近隣の事業所になりますが、5番と6番で表示させていただいております2事業所につきまして、2014年の7月、4月にそれぞれ開設をされているところがございます。そちらも踏まえて、31、32ページをご確認いただければと思います。

31ページに関しましては、先ほどが鴨川市内の事業所だけに限った実績の表でしたので、こちらでは近郊の半径20kmというところで、マップを載せさせていただいておりますので、参考程度にご確認下さい。

ご確認いただきたいのが32ページになりますが、こちらが当院併設事業所の近年の実績の推移でございます。大きな傾向としまして、他の2つのサービスについても同様の傾向でございますが、平成25年から26年度にかけて、大きな実績としては落ち込みが見られているところがございます。先ほど申し上げました近郊での開設状況も含めて、こちらの実績になっているのではないかなというところが推測される部分でございます。

続きまして33ページからにつきましては、居宅介護支援事業所、ケアプランを作成するケアマネジャーさんがいらっしゃるような事業所に関しての動向について掲載をさせていただいております。こちらも近年の開設状況というところを中心にいただければと思いますが、17番から19番にかけて、2013年、2014年に事業所というかたちで、近隣に開設が続いているというところがございます。

35 ページ、36 ページをご確認下さい。先ほど同様、上にはマップを載せさせていただいております。36 ページは併設事業所の実績をまとめております。傾向としては訪問看護と同様になりますが、平成 25 年から 26 年にかけて大きな減少というところが、実績としては確認できるところでございます。

続いて 37 ページ、ご確認下さい。37 ページは、訪問介護の近隣の状況について掲載をさせていただいております。訪問介護につきましては、12 番 13 番が中心になりますが、2013 年、2014 年と、こちらも同様で開設がございました。

少し駆け足になっておりますが、39 ページ、40 ページの方、ご確認いただければと思います。特に 40 ページの方になりますが、こちらも同様になります。ただ訪問介護につきましては、大きく平成 25 年から 26 年度の落ち込みというよりは、24 年度から 27 年度にかけて、右肩下がりの実績というかたちになっているところでございます。

以上が、介護の事業に関して、近隣と地域の状況と併設事業所の実績の推移について、まとめたものになります。

最後 41 ページからになりますが、こちらで当院のあり方のパターン案として、私どもの方でまとめたものを提示させていただいて、私どもの話は終了とさせていただきます。あくまでもパターン案になりますが、参考にしていただいて、議論の土台にしていただければと考えております。

42 ページからは入院診療機能、そしてその次は外来、又は介護それぞれについて、ここまで提示させていただいた資料の中で見受けられた傾向について、まとめとなっています。改めて皆さんに確認をいただければと思っております。

まず、入院診療機能の部分につきましては、前回のあり方検討会の方で提示させていただいた資料の部分になりますが、必要病床数としては、人口減少に伴い減少していくと推測されます。また、2 点目になりますが、冒頭で申し上げましたが、長狭地区住民に関しては、当院の入院患者数のうちで、22%程度を占めているというところでございます。また、地図上でお示しをさせていただきましたが、南房総市方面、あるいは君津市方面の内陸部の部分に関しましては、他の医療機関等がないこともありまして、入院ニーズに関しても存在しているのではないかと、といったところが見受けられたというところを、3 点目で示しております。4 点目では、長狭地区住民の方々としては、急性胃炎、肺炎等々、レセプト病名になりますので、バラつきが生じておりますが、当院の入院機能を利用している方々の病名を確認しております。最後に、近隣の医療機関からのアンケートの動向としまして、今後当院に評価を期待する部分としては、急性期後の受け入れというところが、顕著に見受けられたのではないかとこのところを記載しております。これらを踏まえまして、考察を 1、2 というかたちで掲載をさせていただいております。先ず 1 点目になります。入院患者数を将来に亘って維持増加させるためには、ひとつここから考察になるのですが、鴨川市内だけではなく、市外の患者を受け入れるのも力を入れて取り組むことが 1 番目の方法。

あるいは2番目になりますが、急性期後の患者受け入れに関する機能を強化していく。いずれかの取り組みが必要なのではないかと、1点目で考察として記載させていただいております。また、2点目になりますが、入院診療機能に関しまして、長狭地区住民の方々にフォーカスをし、22%の方々に活用頂くことに焦点を当てて機能を見直していくとした場合に関するのですが、仮に病床機能を縮小するとしても、長狭地区住民のニーズには応えていく部分は、重視しないといけないのではないかと、2点目で記載させていただいております。

続いて43ページで、外来・在宅診療機能に関しまして、見受けられた部分と考察をまとめております。外来につきましても同様で、こちらも前回提出させていただいた部分になりますが、人口減少に伴い、患者数自体も減少している傾向にあるということが、第1点目でございます。2点目につきましては、アンケート結果を踏まえると、当院に関する主な機能として、かかりつけ医の機能が現在の認識としても、今後の機能としても非常に重視されていたところを2点目として書かせていただいております。また、3点目になりますが、在宅診療に関しましては、現状の認識と将来に期待する部分で、医療機関の方々からのアンケート結果からは、やや減少傾向には見られましたが、詳細を見ますと、診療所の方々、主に競合になる診療所の方々につきましては、同じようなニーズと申しますか、期待の動向でしたので、そこも踏まえて、一応3点目ではそのような傾向が見受けられたといったところを、載せさせていただいております。最後に4点目ですが、地図上からは、先ほどの入院ニーズと同様の傾向が見受けられております。考察としまして1、2、3で、まとめさせていただいております。1点目ですが、期待としては、非常に大きな部分が、かかりつけ医としての機能につきましても大きいので、維持する必要があるのではないかと、1点目。また、2点目につきましては、救急の対応につきまして、緊急時に診てくれるといったところに関する、非常にニーズとしては、このアンケート結果から非常に見受けられた部分ですので、こちらも重要な機能ではないかといったところを2点目で挙げています。最後、3点目になりますが、在宅診療に関しましては、先ほどの介護（在宅診療）に力を入れている医療機関のマップを載せさせていただいておりましたが、同じく在宅診療のニーズというものが、現状すでに当院としても提供している部分にはなりますが、存在しているのではないかと、3点目でございます。

最後、44ページで介護機能の部分についても、まとめを載せさせていただいております。1点目から、こちらをご説明させていただきますが、認定者数は当然ですが、高齢化も含めて増えていくということが1点目でございます。また、2点目の部分でございますが、サービスの利用率というところから判断をしますと、現時点においては全国水準と比較して、同程度のサービス提供が、概ねそれぞれのサービス、種類においても提供されているのではないかと、このところござい

ます。

また、3点目になりますが、当院の併設介護事業に関しては、いずれも近年利用者が減少傾向にあるというところでございます。これらを踏まえて、1、2、3で書かせていただいておりますのが、先ず1点目に関しましては、近隣の事業所の充実というところがひとつ大きな要因として、当院の事業所の、併設事業所の利用者数の減少に繋がっているのではないかとということが1点目。また、2点目では介護ニーズに関しては、こちらで利用者数の減少という傾向がありましたが、当院が長狭地区の中で唯一当然ですけれども、医療機能を担っているというところを含めて考えますと、連携という観点では、当院の果たすべき役割というのは大きいのではないかとこのところでございます。最後、3点目になりますが、採算、あるいは事業面というところで考えますと、非常に事業規模が縮小してきて、いずれのサービスにおいても縮小してきておりますので、力をどこで入れるのかといったところに関しては、介護事業に関しても、今後の論点としては必要だろうというところを、3点目に載せさせていただいております。

少し長々と説明してしまいましたが、これらを踏まえまして、45ページから私どもの方から、あり方案として全部で4つ提示をさせていただいております。

45ページでは、そのモデル案のそれぞれの分類について、少し入院診療機能の部分と、救急対応機能の部分で、それぞれどのような位置づけにあるのかといったところを、載せさせていただいております。

46ページと併せて見ていただければと思いますが、先ず1番に関しましては、現状の入院診療機能を維持していくと考えた場合のパターンでございます。こちらに関しては、維持と書かせていただきましたが、規模もそうですし、機能としても基本的には維持していくと考えたパターンでございます。こちらに関しましては、採算の面も含めると、より病床を利用させていただく必要が当然ありますので、そう考えたときに市外のニーズというものをいかに拾っていくか、といったところに注目していく必要があるのではないかとこのところ、1番に関しましては、市外ニーズ対応モデルというかたちで書かせていただきました。また、2番の部分に関しましては、詳細を2A、2Bというかたちで2つに分けてはおりますが、大きな方向性としては、入院診療機能を少し他病院のニーズからも見て取れたように、急性期後の患者の受け入れといった方に注力をしていく方向に変えるものが、2番のパターンでございます。2A、2Bと2つに分けておりますが、2Aの方では、かなり急性期後の受け入れといったところに特化するようなかたちが、2Aというかたちで細分化させていただいております。2Bの方では、徐々にシフトしていくという方向性を出させていただいております。最後、3番になりますが、こちらに関しましては、病床規模に関して長狭地区住民の方々への入院ニーズに、最低限そちらに对应していくというところの役割を果たせる程度に縮小していく。その一方で、当院が抱えているリソースに関して、その他の長狭地区住民の方々へのニーズに对应していくような方向性に進んでいってはどうかというところで、地域

密着モデルというかたちで3番を提示させていただいております。

大きな方向性につきましては、今申し上げたとおりですが、47ページから、それぞれのモデルに関しての具体的な案というの、提示させていただいております。

先ず47ページ、48ページは、1番目で提示しました入院診療機能規模等を維持しながらの、市外入院患者数増加モデルでございます。48ページの要検討事項の部分のみ、皆様にご確認いただければと思いますが、このような体制をとっていくにあたっての検討事項をまとめております。実際、当院として市外の患者の受け入れに関して、より役割を果たしていくということであると、救急の受け入れをひとつ視点として持ちますと、当直体制等の患者受け入れ体制の見直し。あるいは2番になりますが、近隣の急性期病院と連携をとりながら、当院に必要な医療機能を埋め合わせていく。あるいは連携しながら、当院で担える部分を担っていくといったような体制の強化というところも必要ではないか、というようなことを検討事項で載せさせていただいております。

続きまして49ページ、50ページにつきましては、2で2番として、診療機能を少しシフトさせてはどうかという提案に関しての、詳細のモデル案になります。こちらと同様に、下の50ページになりますが、要検討事項右下の部分をご確認いただければと思っております。こちらの診療機能の変更にあたっては、当然、施設基準等々で診療機能を変えていく必要がございますので、そちらをどう満たしていくのかといった部分。あるいは、当然、急性期からの受け皿になるということですので、その後、急性期後の患者を受けた上で、在宅にどういうふうに戻っていただくか。介護機能との連携も含めて、その点の機能強化というところをどのように図っていくのかといったところが、主な要検討事項になるかなというところで、掲載をさせていただいております。

続きまして、51ページ、52ページに関しましては、細分化して一応載せさせていただいておりますが、在宅、急性期後の受け入れを強化しながらも現状の機能を維持していくというパターンについて、こちらは載せさせていただいております。詳細については、資料の方をご確認いただければと思っております。

最後53ページ、54ページでは、大きな方向性と打ち出させていただいております、3番の地域密着モデルの部分に関して、詳細を載せさせていただいております。こちらに関しましても、同様に54ページ右下の要検討事項の部分だけをご確認いただければと思っております。こちらに関しましては、入院診療規模の部分に関して、縮小していくというかたちになりますので、ひとつ採算という部分でいくと、どのように調整をしていくのかといったところが、当然少し難しい部分もありますよというところだけ、皆様にご確認いただければと思っております。また、3番の部分になりますが、入院診療規模を縮小していくにあたって、ではその人員を使って、どのような機能を果たしていくのかといったところは、当然、併せての論点になろうかなというところがございます。

以上、大きく 1、2、3 というかたちでパターンを提示させていただきました。

最後に 55 ページになりますが、スケジュールの確認をしていただきまして、私どもの方からのご説明とさせていただきたいと考えております。

今回第 2 回になりますが、第 1 回の方で追加調査すべき項目として、皆様からご意見いただいた部分につきまして、資料提示をさせていただきましたので、併せて本日の論点としまして、どのような方向性で診療機能を、あるいは病院の方向性を見ていくのかといったところに関して、是非ご意見を交換していただきたいと考えております。可能であれば、第 3 回に関しましては、少し本日の方向性の議論を受けて、具体的にそれぞれの方向性の採算や、先ほど申し上げました、要検討の部分に関してどのような論点、どのような懸念点があるのかといったところを深掘りしてご提示させていただいて、それぞれのパターンについての打ち合わせができればなと思っております。私どもから 3 つのパターン案の提示をさせていただきましたが、それぞれのパターンでどのパターンが有力なのか、あるいは、これ以外のパターンがあれば、それについても皆様の方からご意見というかたちで、取りまとめしていければという点だけ、スケジュールの全体感として最後にご説明をさせていただきました。

追加資料で 11 月の 5 日・6 日にヒアリング結果というかたちで、近隣の急性期病院の方にヒアリングをさせていただきましたので、こちらについても、最後に共有をさせていただければと思います。パターンとして、1、2、3 というかたちで提示させていただいておりましたが、特に 2 のパターンを進めていくにあたっては、近隣の急性期病院の方からの受け皿として、どのように役割を果たすべきかが、非常に重要になってきますので、その意味で亀田総合病院と安房地域医療センターに、事前にヒアリングして参りましたので、簡単にその結果について共有をさせていただきます。

まず、亀田総合病院は、基本的には、急性期後の受け皿として患者の紹介先というものの確保に関しては、非常に困っていらっしゃるというところが、ご意見として伺えました。特に当院に関してですが、現状につきましては、基本的には、終身でずっといるというような前提では、受け入れはしておりませんので、そのような意味で、なかなか当院に対して患者の紹介というのは間口としては狭く、紹介としては適応するような患者というのが、見つけられていないというのが連携の現状として、ご意見として頂戴をしました。一方で、回復期リハビリテーション病棟という、リハビリに特化する病棟の種類に関しましては、近隣では、ニーズとしては概ね足りているのではないかなというご意見も、併せて頂戴しております。最後もう 1 点ですが、救急搬送に関してですが、かなり軽症な患者の受け入れに関して、亀田総合病院の方で現状では担っていることもあって、当院の機能として、そちらの部分に関しても、是非、あり方検討の方で議論として挙げていただけるとありがたいというお話も頂戴しております。

安房地域医療センターに関しましては、ヒアリングをさせていただきましたが、

そちらに関しましては、少し診療圏としては離れているというところもあって、急性期後の患者のご紹介ということでは、なかなか数としては少ないのではないかとというようなご意見を頂戴しております。

簡単ではございますが、近隣の急性期病院のヒアリング結果に関しても、追加でご報告をさせていただきました。私どもからの説明は以上になります。

川名委員長 説明が終わりました。開始から約 1 時間経ちますので、今の説明の整理をする時間も含めまして、15 時 05 分まで休憩をとりたいと思います。15 時 05 分から再開いたしますのでよろしくお願いいたします。

○ 休 憩 (14:55~15:05)

川名委員長 では、時間となりましたので、再開いたします。

先ず、資料に対する質疑を行いまして、それが終わりましたら学識経験者の方からの意見を頂戴して、協議という手順で進めさせていただきたいと思います。

それでは、資料に対しての質疑がございましたら、お願い致します。

佐藤委員 アンケートについて質問なのですが、医療機関につきましては、23 ページの「現在どのような機能と認識しているか。」と「今後、期待するのはどのような診療機能か。」と載っているが、区長と来院者については、「現在」だけで「今後」というのがないのですが。記憶では、「今後」もアンケートをとっていたような気がするのですが、そのへんがちょっと入っていない。記憶違いかもしれませんが。「現在」は3つともありますけれども、「今後」については医療機関だけしかアンケート結果がないので、そのへんがどうでしょうか。

それから 24 ページなのですが、項目ごとに色分けしてしまして、これは単純なことだと思うのですが、上の方の色分けと下の方の色分けが違うので、非常に紛らわしいのです。青は青で、下の医療機関の下の方も同じ項目を青にしてもらえると、一連で比較できるのですけれども。下の方だけ色が食い違っているように思います。それが 2 点目。

それから 3 点目は 43 ページ。在宅診療については近隣の医療機関からは強化を期待されていない可能性があるかと、こういう表現が載っておるのですけれども。アンケート結果を見ますと、例えば医療機関のアンケート結果で、23 ページでは現状から今後に対しては下の段 24 ページのところ、現状から今後に対して青のランクが落ちて、逆に赤が上がってきて。ただ、この状態を見て期待されていないと判断されたのですかね。逆にいうと、まだ 3 番目にあるのですから、期待はあるという感じがしました。

川名委員長 回答をお願いします。



日本経営エッセイポート（加藤）

ありがとうございます。先ず 1 点目になりますけれども、ご質問のアンケートとしましては、おっしゃるとおりでございます。今後期待するものについても同じようなかたちで、実施をさせていただきました。今回、掲載させていただきました結果につきましては、その中でも傾向が見られた部分に関して載せさせていただいております。概ね、地区長の皆様方もそうですし、外来の皆様方に関しましても、現在認識をしているものと同じ傾向というかたちで、ご認識いただければと思います。改めて、次回になります。アンケートの詳細の部分につきましては、ご質問をいただきましたので、参考資料としてご提示をさせていただければと思います。

2 点目に関しましては、色分けについてご指摘ありがとうございます。分かりやすい資料になるように努めてまいります。

最後、3 点目の部分でございますが、在宅診療の部分につきましても、おっしゃるとおりだと認識しております。逆として少し下がっているという傾向はございましたが、特に内訳として、24 ページの診療所と病院というかたちで分けて、この部分については記載をさせていただいておりますが、そういう意味では大きな減少として、病院の方で少し数字感が落ちているようにも見受けられますが、依然として多くの病院、診療所から期待されている機能だと認識しております。言葉として認識されていない可能性があるという書き方にはなっておりますが、おっしゃるとおりのご認識で、ご議論の方をしていただければと考えております。

川名委員長 確認ですけど、各地区長と来院者が、今後期待していることっていうのは、現在の認識と今後の期待は、傾向として大きな変化はないということでしょうか。

日本経営エッセイポート（加藤） はい。

川名委員長 ありがとうございます。他にございますか。なければ、学識経験者の先生方からご意見をいただきたいと思っております。では、よろしく願いいたします。

学識経験者（伊関） この 45 ページの当院のあり方の例は、これは今回の議論のポイントだと思うのですが、結局このプランを何しよう、医師と看護師が機能しなければ、要するに雇用を確保できなければ、もう机上の空論でしかない。冒頭で、自治医科大学の医師 1 名が引き上げになるとの報告がありましたけど、これは非常に深刻な問題で、今でも 4 名の医師で宿直、病院に泊まる回数が、若い先生だと 8 日ぐらいでやっておられますので、この 8 日分の宿直を残った先生方でやると言えば、完全にパンクしてしまいます。

さらに、じゃあ宿直の代わりに非常勤の先生で来てもらおうと、また、外来の空

いた枠を非常勤の先生方で埋めるという話は、非常勤の先生のお金が高いですから、収益的に言えば非常に悪くなる。本当に何としても、来年の4月から空白があってはいけなくて、1減分の医師の常勤の雇用をとにかくしなければならない。これを将来的に向けても雇用を継続できるような体制が必要。

再来年は配慮していただけるという話も聞いてはおりますけど、これもあちらこちらの病院がもう医師不足で困っているところですので、何が起きるかわからないので、現状でいくと非常に不安定な状況であることは確かです。安定的に医師の雇用を確保する手段をやっぱり考えていく必要はあると思います。これは本当に、深刻に捉えて病院の方でもやられていると思うのですが、対応していただきたいなと思います。

同時に、看護師の問題もものすごく大きくて、結局、後で表をこれだけ作ってもらいたいのですが、看護師の年齢構成。ものすごく、もう高くなっているはずで、40代後半から50代近くまでなっているかなと思います。結局、この方々が5年10年すると定年退職されたりするので。残念ながら、ここの病院も看護管理の水準とか教育の水準、また、この建物がもうボロボロなので、やっぱりある程度きれいな建物じゃないと、若い看護師さんが勤務していただけない時代です。

そういうものも含めて看護師の雇用の対策、ちょっとお話をお伺いすると、若い人がなかなか勤務しないのと、そもそもここは看護部長さんが責任者というかたちで、看護部長がいないのですよね。マネジメント的に、看護部長がいないところでマネジメントというのは、ちょっとマネジメント的に弱いと思いますので、そういう看護の体制強化のあり方も含めた看護師の雇用。私も、全国あちらこちらの病院を見てきましたが、これから先、表現悪いですけど、潰れていく病院というのは、医師不足じゃなくて看護師不足。いわゆる看護師の高齢化の退職がそのまま埋められないで、医療が提供できずに医療を諦める病院が続々と出てくると思います。それ、地方の病院です。

そもそも流れに対して、この国保病院がその看護師の雇用をいかに図るかということについて、これも対策案みたいなのを考えることが必要だと思います。先ほどちょっと言いましたけど、このモデル案のもうひとつの背景として、建物自体をどういうふうにするべきか。ちょっと先ほどお伺いすると、いわゆる療養病棟に酸素の配管がないようなのですね。結局、配管がなくて外から持ち込んだりしているようで、重症の患者を受けられない。それが先ほど言った、亀田総合病院の間口が狭いことの一因になっているみたいで。要は時代の高齢化のニーズに対しての対応するような建物の体制に、どうもなってなさそうな感じ。

ただし、病院を建て替える場合、お金もかかるので。当然、安いコストで建てることも踏まえて検討しつつ、やっぱり改修なのか改築なのか、これはお金の積算も見つつも検討しなきゃなんないですけど。建物が古いついていうのは、もうひとつは患者にとってもやっぱり嫌われるというか、若い人はやっぱりきれいな亀

田に行ってしまうという傾向もあるというふうに聞いておりますので。いわゆる患者集客、地元の外来ニーズを、より外来患者を維持する試算に増やしていくためにも、なんらかの建物のあり方については、複数の案は出すことは必要なのだろうと。

それは、具体的にお金の例えば補助金のあり方だとか、収入、一般会計からの支出の試算等もしながら進めていかなきゃならない。一朝一夕には決まらないと思うのですけれども、それを踏まえてもやっぱり、建物を考えないといけない。場合によっては、建物を建てる場合は今の病床利用率で、70床の病院を建てるべきかというところもまたこれも議論が出てくるので、建物のサイズも検討すべきだと思います。これ改築だったら70でいいのですけれども、新築だと恐らく、もう少し減らさなければならなくなると思いますので、そういうものも踏まえて検討はしていかなきゃ、検討の項目のひとつであると思います。

あと、もうひとつモデルについて言えば、現状の1の市外入院患者増加モデル、今のやつを、そのさっきの医師、看護師の体制だとか、患者の状況を考えると、今の体制を充実させる増加モデルというのは、相当厳しいだろうなというふうに感じます。また、患者のニーズを考えると、2Aの在宅復帰支援モデルというふうになるのですけれども、ここで手術をやめてしまうという話もある。せっかく院長先生、整形外科で手術もされておられるところで、この1か2かで手術ができるのかできないのか、2は絶対手術をやめてしまうっていうのも、これはちょっと現場からすると納得いかないし、何件ぐらいあって収入はどれぐらいあるのかという問題もあるのであります。

そここのところを検討して、手術でどのぐらいの症例があって、収益がどれぐらいの状態か、入院にもどれぐらい繋がっているみたいな試算を、一応しといた方がいいかなというふうに思います。その上でオペをやるかどうか。これは、建物の建て替えのときにもやっぱり出てくるとは思いますけれども、検討していかないとならないのかなと。

川名委員長           ありがとうございます。手術に関して、採算性だとか、症例数とかいうのは。

学識経験者（鈴木）   そういうことって、診療体制が変わってきちゃうと思うのです。いかに診療体制を整えるかがないと、手術の話もできなくなっちゃうし。

今、色々同じようなことを考えていたのですが、こういういろんなパターンがありますけど、これをやるには医師や看護師の医療職をいかにそろえるが一番大事。今現在この病院、ニーズがないとは思わないのだけでも、現実的に一般病床が40%しか稼働していないっていうのは、原因はどこにあるのですか。患者がいない、患者がいるけど入れられない、これで高齢社会になって、結構ちょっと入院したいとか、おじいさん、肺炎起こして熱出して入院したいとか、そういうニーズがこの地域にはあるような気がするのですが。

林院長 入院患者が少ないというのは、単純に人口減少したということもありますし、それから亀田病院の聞き取りにもあったように、ちょっとこちらの間口の狭い、療養病棟なんかは、次の行き先を決めておかないとなかなか受け入れないとか、それと、やはり他院が紹介するようなときに、確かにちょっとこちらのいわゆる制限が、色々間口の狭さというか、そういうところは多々あったのかなというところがあります。

学識経験者（鈴木） それはどこに原因があるのですか。看護師の数なのか、医者を受け入れ体制なのか。

林院長 かつての場合に、平均在院日数の関係もあって、いつまでもずっといるような患者を受けづらいというのがあったのが、それがちょっと続いてしまっているという。むしろ、今は平均在院日数が低いくらいなので、もっと積極的に受けていいんじゃないかと思っております。

学識経験者（鈴木） 平均在院日数は、患者側のニーズで早く帰りたいっていうのと、病院の経営的に短くした方がいいから帰している。高齢化社会において、入院してたいっていう人がいるのではないかなと思って。

学識経験者（伊関） この地域だと、やっぱり亀田総合病院が少なくとも、ヒアリングで行き先困っているという話があるので、それは病院もそうだけど患者もそうだし、家族もそんな面もあると思うので。やっぱり間口を広げていく必要はあると思うのですが、その広げていくために何が必要なのかということ、それは現場の理屈もあると思いますけど、それはもう少し考え直してという理屈と、ここは看護補助を入れて対応しましょうとか。

色々なお金のことも踏まえつつも、対応して充実する投資をすることによって、受け入れの間口が広がって、結果として収益があがるみたいな。そういう話にもなるのですが、ここはどっちかというと役所病院、行政病院であって、狭くしているというのを外から見ると感じる。

学識経験者（鈴木） 外から見るとそういうふう感じてしまう。

この地域、高齢者の入院のニーズはあるのではないかな。

林院長 それと、入院のときの間口の狭さというのと、あと、多少このリハビリして帰った方がいいのという患者を、早く帰さなきゃいけないという意識があって、早く帰そうという風潮があったので、それを多少改めてリハビリに持ち込んでいってやったりするとか。

学識経験者（鈴木） 入院を受け入れられる体制が、どこにその体制がとれないところがあるのか。それから、建物に酸素の配管が通ってないということなのか、看護師の高齢化によってマンパワーが不足しているのか、医者的人数が足りないなど、いろいろあると思うのですが、どこなのでしょう。

関副院長 副院長で内科を担当しております関と申します。今のご質問で、なぜベッドがこれ以上埋められてこないのかというようなことを、聞かれたところかと思えます。2つの面があろうかと思いますが、ひとつは構造的な面。こちらの受け皿の方の問題です。もうひとつは、やはり患者の人数。そちらの方の面も両方あろうかと思えます。

ひとつ目の方の構造的な面です。一般病棟の方が当院の場合、2階、3階と組まれているのですが、ナースステーションが2階にしかありません。ないというか、2階に寄せたというふうな見方の方が正しいかと思うのですが、看護師の人数的な配分の面もありまして、1カ所に2階の方に寄せてあると。2階の方はある程度しっかりと看護師の目も届く、必要になった看護、監視の目が届く状態になっているのですが、3階はナースステーションがありません。ですので、要注意な患者、急性期な患者は入れにくい。それで、かなり安定している方か、かなりもう目が届かなくてもしかたがない、寝たきりのぐったりの方が、両極端の方しか使えないというふうな面があります。

もうひとつの面として、個室と大部屋というのがあります。どうしても肺炎などで熱発されていて、急性期の患者は個室対応でないと難しい面がありますが、ある程度、2階の個室っていうのは、ある程度埋まります。また、完全じゃないにしても、ぎりぎりの状態まで埋まって、もう結構いっぱいみたいな感じの状況多いのですが、大部屋が埋まらない。そういうふうな、ちぐはぐな状況があったりします。なので、ある程度急性期を受けているはずなのに、人数がなかなかいっぱいにならない。そういうふうな面があります。

また、もうひとつの面です。じゃあそれらをクリアしたら、もっとどんどん入れられるかっていうと、そうでもないように感じます。こうこう、こういう状態だから受けられないですと、断っているかというところもそうでもない。大きな病院から紹介で来る患者も、断っている状況ではないというふうなことからすると、実際ニーズとしても、ちょっとパンパンでもないというふうな側面もあります。

もうひとつあったのが、じゃあ、人数何とかしていっぱい入れれば入れられるかっていうと、今度は看護師ですとかの人数的なものでも障害があるというふうな聞いております。

学識経験者（鈴木） 看護師のこの病床（10対1）に対する人数は揃っているのでしょうか。

林院長            今の入院患者を補う看護師はいるが、満杯になるのを補う看護師はいないです。

川名委員長        単純に看護師も医師も不足しているし、建物としても3階はそういう対応では使えないということですね。

                    一方で、関先生がおっしゃるように、そこまでニーズがすごくあって、断りを毎回しているような状況でもないってということですね。

鈴木委員           結局、それはもう亀田総合病院がいったように、間口が狭いっていうことになってしまっているから、来ないという状況じゃないのですか。大体聞いているとそんな感じですよ。

学識経験者（伊関）    間口を広くなるような体制づくりをちゃんとすれば、結構埋まると思いますが。

鈴木委員           今おっしゃるとおり、看護師不足だって、現実的にもそうです。

学識経験者（伊関）    しかも、看護師不足は将来確実に、更に深刻になってきます。

                    もうひとつは、一般病床は要件が厳しくなっていて、重症度が高くないと、もう出さないと診療報酬もらえない時代になってきていますので、普通の一般病床を維持していただけど、更に患者を減らさざるを得なくなる可能性が出てきます。これは制度として、確実な流れとして出てきます。そこは読んでおかないと、一般病床の入院患者数が減るリスクが、それは収益の減にもつながってくるって話になりますので。その点でいうと、間口を広くするような体制を確保しつつ、地域包括ケア病床を相当数入れていくのは選択肢としてはあります。

                    ただ、そこで気になるのが、手術ができなくなってしまうのか。まあ、この地域包括ケア病床を見越しつつ、何か手術ができるような方策が、一般病床が少しでも残せるのかどうか。その辺りを検証する必要があるのかなと考えています。

                    メインはやっぱり、今の流れでいくと地域包括ケア病床を主力にしつつ、一部オペアができるような一般病床的なものも残せるかどうかだと思います。恐らく、そこが一番鴨川の患者ニーズには適合しそうな、かつ収益が上がって、要は病院を存続させることができるという、あくまでも繰り返しになりますけど、ここは赤字、収益が下がって現金がなくなった時点で、繰出金いくらでも出してくれるって状況にはない病院ですから。それが故に、ぎりぎりの選択をやっぱりやらざるを得ない。

                    あとは、やっぱり病院の建物を、さっきも言いましたけど、要はひとつの病床が2つに分かれて、更に療養病棟が18床で、3つに実質病棟がありますから、これ機能的じゃないです。ハード的にも非常に問題があって、普通だったら例えば50床1病棟で高齢者のケアをできるぐらいなのが一番効率的です。そういうものも含めての建物のあり方っていうのも、10年20年考えれば絶対必要だと思います。

す。

学識経験者（鈴木） 急性期病床で3階にナースステーションがないというのは、大変だと思います。

学識経験者（伊関） 2階が何床で、3階が何床で、利用率がどの程度で、療養18床で何人ぐらい入院しているのかを見る必要があると思います。  
3階が慢性的に少なければ、構造的な問題がある。

庄司副市長 2階は20床です。個室が8。4人部屋が3。

学識経験者（伊関） 3階ありますか。

庄司副市長 3階はあります。12個室の、2人部屋が2つの、4人部屋が3つ。3階が多くあります。

学識経験者（伊関） 3階の収容力があるところにナースステーションがない話ですね。それではやっぱり、そもそもの病院の機能として、ちょっと限界があると言わざるをえないのかなっていうのは正直思います。

鈴木委員 料金の高いのも3階にあるのですよ。5000円とか。

川名委員長 ありがとうございます。あと、大橋先生から今日欠席にあたって、ご意見を預かっていますので、お願いいたします。

牛村健康推進課長 健康推進課の牛村でございます。学識経験者のおひとりであります、テクノエイド協会の理事長の大橋謙策先生からのご意見ということで、本日欠席というお話の中で、11月10日・火曜日、今週の火曜日に東京のテクノエイド協会の方で資料をお渡ししたときに確認した点を、皆様にお話、お伝えさせていただきたいと思っております。

3点ございますけれども、1点は在宅医療の充実ということをお話いただきました。これには、今実際に動いております訪問診療、そして訪問歯科、また薬剤師によります服薬管理。こういうものが、これからもっと必要になっていくのではないかというご意見でございました。それにあわせて、医療機能の人員の配置でございまして、やはり医療ソーシャルワーカーの配置。これが必要ではないでしょうかということもございました。

そして、2点目でございますけれども、地域医療の拠点に加えて、介護福祉の拠点としての整備と、こういうものが必要ではないかということもございました。

これは現在、訪問看護ステーションがございませう。また、ホームヘルパーの事業所もございませう。加えまして、医療介護等、福祉の総合相談窓口の機能と、こういう併せもった拠点を整えていくと、こういうことも市立国保病院を中心とした地域包括ケアシステムを構築していくために、必要ではないかというお話をいただいております。

3点目でございますけれども、こちらの方は地域医療介護等のネットワークということでございまして、これには、これからの時代にあつたかたちの ICT 活用、電子カルテの導入、こういうものも必要となつていくのではないかとということで、ご意見をいただいております。

以上 3 点、在宅医療の充実、そして地域医療の拠点に加えて介護福祉の拠点としての整備、また、地域医療介護とのネットワーク。この 3 点をご意見として受け賜つてまいりました。ご報告させていただきます。

川名委員長            ありがとうございます。以上により、学識経験者の方々からご意見いただきましたが、質疑等がありますでしょうか。

学識経験者（伊関）    大橋先生のご意見に、ちょっと付け加えさせていただくと、要はさつき、医師・看護師の方がなかなか勤務してくれないっていう話なんですけど、やっぱりモデルにならないと、なかなか勤務してくれないのです。亀田総合病院が、この鴨川で立地が決して良くはないのに、医師や医療者が集まってくるって、やっぱり勉強になったり、最新のことをやっているから人が集まってくるので。この鴨川国保も、かけるお金はそんなにかけられないけど、その中でも人材だとか、またこういう医療介護の拠点の整備で、総合的な最先端の地域包括ケアを推進するとか。

ICT も電子カルテなんていうのは、もう今入れないと逆に若い人は勤務しないような時代になってきていますので、必要な投資とか、医療レベル、教育のレベルを上げることによって、若い人が勤務するような地域病院にしていくっていうことが、非常に重要になると思います。

川名委員長            ありがとうございます。では、続きまして委員での協議ということで、いろいろなお意見を伺いたいと思います。ご意見がある方はどうぞ。

滝口委員              今後のこの病院のあり方ということを考えてときに、病院自体の改革、これは極めて重要な部分であります。しかし、地域に住んでいる住民としては、やっぱり住みよい、暮らしよい、そういう地域である、そういうことをやっぱり一番望んでいるわけです。そのための総合的な、先ほど長狭地区の話をしてしまいましたが、包括的なそういう体制づくりがやっぱり住民として望ましい。

ですから、いわゆる 20 世紀型の一応企業として、利潤追求型というよりもむしろ



ろ、やはり人が生き生きとして住み続けられるような、そういう地域づくりのための医療介護、そういう施設であることを切に望んでいるわけです。

ですから、人口問題っていうのは根が深いです。この長狭地域は、ちょっと特殊 だということですが、鴨川地域に比べてみても同じことが言え、鴨川のひとつ大きな問題だろうと思います。要するに子育て、あるいは子供を産む若い年齢層を今後増やしていけば、その間は一応少しへこみが出るかもしれませんが、場合によっては、また回復できないわけでもないということで、そのへんは若い人に期待せざるを得ない。そういう意味で、いわゆるまちづくり、それを根幹においた病院、そういう介護施設がある、そういうことを念頭においた施設づくりを皆さんのお知恵で良いものにできればなというふうに考えています。

川名委員長           ありがとうございます。

鈴木委員           何年か前、本多市長のときに、経営検討委員会、改革検討委員会ということで、そのときにやはり、亀田病院の寺島委員が先ず第一声ですよね。なんで、市がこんな赤字の病院やらなきゃいけないのと、これだけ病院が充実しているのにと。その中でおっしゃったのが、亀田病院、全国行っても看護師が来ないんですよ、当然ここだってそういうふうになりますよと。看護師もやはり、今、伊関先生がおっしゃったように、そういうことも確か6・7年前ですけど、おっしゃっていたわけですよ。

だから、やっぱり現在そういうふうにならなかってきて、亀田病院でさえ、まだK棟全部やってないようなことを聞いてますけど、そういう中でどうしていかかっていう、今、伊関先生がおっしゃった、建物をどうしていかかっていうのは、先ず、金の問題が絡んでくるので、これは当然その結論出せないですけど、でも、そういうことも一緒に考えていかないと、どうしようもないことなのかなと思うんですけど、これ副市長どうでしょうか。

庄司副市長           確かに鈴木委員のおっしゃるとおりで、国保病院をこれからこの先どうやっていかかっていうことをある程度方向付けるためには、この建物自体もどうするかと。改修でいくのか、改築・新築っていうような方向でいくのかっていうのも、それも大きな要素になりますから。

当然、この検討委員会の中で、ある一定の道筋は立てるべきですし、まだ時間はありますから、仮に、さっき伊関先生がローコストでとおっしゃっていましたが、ローコストで病院が建てられるような方式をとったときに、どれぐらいのお金がかかるのか。そこにどれぐらい補助金が入るのかというようなことも検討しながら、両方を平行で考えていかないといけないと、これ必須のものだと思いますけども。

やはり、財政的なことを考えれば、大きな持ち出しというのは、一般会計から

は非常に厳しい状況ですし、おっしゃることは20年、10年20年先を考えればということももう確かにそのとおりなのですけれども、そういったことも含めて当然考えるべきですし、その中で検討を是非していきたいなと思っております。

さっき言ったように、間口が狭いというのは、建物の構造上のことも非常に大きな要因になっていますから、それを解消するには、やっぱり、新しく作り直すっていう話にもなるのかもしれませんが。

鈴木委員

一般病棟の稼働率が40%。これはやっぱり先ほどの、3階にナースステーションがないから無理なのですよって、今現実無理だという話だと思うのです。そういうものをどうしていくかっていうことも、先ず、今の段階として考えられることをとりあえずやっていくしかないのかなと思うのですけど。

やっぱり、私は3階の部屋を稼働した方が、さっきも言いましたけど、料金の高い部屋もあるわけですから、やっぱりそういうところに、いい患者っていうわけじゃないのだけど、そういうところにだったら入っていいよっていう患者もいるはずなので。

そういうのを上手く使っていくためには、ナースステーションも3階にも作るかって、ちょっとわかんないですけど。そういうようなことを考えていかないといけないのかなと思うのです。やっぱり稼働率を上げていくっていうのは、私は課題だと思っているのですけど。

学識経験者（鈴木） 病院経営していく上で、やっぱり一番は患者の数です。入院患者が多ければ、経営的には。それから、亀田の先生に、市がお金出すのはどうかということをおっしゃられたということ、僕は自治体病院って必要だと思うのです。その地域、地域で。

それに、この医療従事者が住民に応えられるような医療を提供していけば、やっぱり赤字補填してもらっても理由がつくし。それは住民に見捨てられちゃったら、その存在価値はなくなっちゃうから。

川名委員長

ですから、投資していくっていう。投資ですから、無駄なお金を使うわけではなくて、あり方を考えて、じゃあそれに必要なコストがどれぐらいかかるのか。一方でリターンがどれぐらいあって、そのリターンも金銭的なリターンから、あとは定性的な住民の満足っていう部分をお金にできない部分も提供しているのだという。

それは説明すれば、あとはやっていくっていうことを考えていかなきゃいけないことだと思いますので。お金をかけずにじゃなくて、かかるものはかけましようっていうふうな進め方がいいのではないかと、私の意見としてはあります。

鈴木委員

長狭地区の利用者ということで考えていくと、今おっしゃったように、長狭地

区の人が全面的に利用しているかというところ、そうでもないというところに問題があるのかなど。

どうしても大きな病院があるから、そっちに行っちゃうっていうのは、現実なところあるんですけど。それはやっぱりどうしたらいいかっていうところも、考えていかなきゃいけないのかなと思います。

永井委員

数字を見てこの資料を見て、ちょっと圧倒されちゃっているのですけれど。その数字でどんどん物事が進んでいかれちゃうと、今、滝口さんおっしゃっていたような、住民の声っていうのがなくなっちゃうのではないかなということをご心配していました。でも、皆さん知識人の皆さんがいろいろ言うてくださるので、ちょっとホッとしているのですけれど。

我々は住民として、ここにも出ている通り、2人家族、あるいは1人家族、年を取っていく。誰が病院に連れてってくれるかっていうことですね。亀田まで1人で行くって、本当、具合悪くなって1人では行かれないですね。そういうようなことを考えたときに、この地域の皆さんがすごく不安に思っているわけです。

やっぱりこの病院がなくちゃダメだよ。誰が言ってもそういうことをおっしゃってくれますので、とにかく病院はなくさないよっていう言葉は聞いていますが、やっぱり私もこの仕事、運営委員の方ですけど、10年ぐらいお世話になってますけれど。病院に入ってきたときから、うるさいこと言っているように思ったかもしれませんが、確かに衛生面がすごく、おトイレ行っても、病室に行っても、なんかそこがすごく一番の最初の私の感じたことだったのです。

角にはちょっとお花なんか差してくださるので、私もお花持ってきてあげなくちゃいけないなと思いましたが、とにかく病院が、女性もそうですが、口には出さないと思うのですけれども、不快感を与えるっていうのが、本当に辛い思いで患者は逃げていってしまう。きれいな方がいいって、確かにその通りなので。もう私も、それを言ってから10年経つわけですけど、早く病院をきれいにして、患者を迎えあげられるような建物にしていきたいなっていうのが先ずひとつ。

それから、地域住民が症状によっては、病院を選択してその状況で行っていいと思うのですけど。誰もがここを安心して、もう私もあと20年経つと90歳になっちゃうわけです。私の年齢でもう90歳になりますから、もうこの世にいないかもしれませんが、でもこれからの皆さんが安心してここにいられるように、是非投資してほしいなと思っています。

そして、この病院が、今度3つ目になりますが、この病院が先祖の皆さんがこの病院をつくるときには、ひとりの人の命が、もっといたと思えるのですけれども、お医者さんがいないがために、命を失っている人がいるわけなのです。ですから、その当時の行政の人たちが自分の私財を投げうって、この土地を確保して、そしてこの病院を継続させてきているわけです。

もう40年経つわけですから、新しいものに変えていっていただける市、鴨川市

として、長狭町の旧長狭町の病院じゃないので、鴨川市として色々皆さんが利用していかれるような、福祉面のものも考えてあげられる、そういう病院にしていたらありがたいなって思いながら、この資料を読ませていただいたのですが。

是非、副市長さん、この地の女性である私もひとり、老人になろうとしていますので、代表しまして、男の人も老人になりますから。ここの土地で皆さんが安心して、あるいはまた皆さんが来てくださるような病院を、早くつくってほしいなっていうことを考えています。よろしくお願いします。

庄司副市長  
川名委員長

お気持ちは十分伺いました。  
他に意見があれば、佐藤委員どうぞ。

佐藤委員

この中で時間的なスパンっていいですか、あれがあるのかなと思うのですが。例えば、今後10年程度の先を見据えながらどういうふうにならぬかをやっていくか、20年30年なら中長期の中でどういうふうにしていくか。

先ほど、専門の先生方の意見にもあったように、一般病床の空きを何らかのかた

ちで解消できないか。それがいろんな方で無理な場合に、前回、鈴木委員の方からもおっしゃっていましたが、療養病棟が今満杯なので、それを空いているところで、活用できる方法はないか。当面は活用しながら、地域包括とかですね、そういうふうな移行する、移行の場合もどういうニーズがあるのか、よほど綿密に聞く必要があり、移行したけどもほとんど赤字だとか。それから体制的にどうなるのか、そのへんも検討が必要だと思います。

もうひとつ、ちょっと今はっきりしないのが、建物の方をこの委員会で議論するかで、議論するとなると、その他にプラス莫大な予算がね。

例えば、議論、方向性が別としても、例えば建て替え、改築の場合どれぐらい費用が発生し、その程度の検討まではやるのか。そういうのを少し方向性を出していかないと。これも検討するし、建物も検討する。全然、われわれ委員の中でも、多すぎて、どういうふうにするのだからって。

今ここですぐってわけじゃないけども、方向性を出していくべきではないかというふうに思っています。

川名委員長

ありがとうございます。この、今の建物に関してなんですけれども、恐らく先ずあり方を決めないと、じゃあ建物をどうするかという話にはならないと思いますので。

先ず、ここで何をどうやっていくのか、じゃあそれをやるために必要なものは何なのかという、そういう順番かと思えます。建物の構造とか、内容に関しては、今回のあり方検討委員会では、そこまではやらないのですけれども、次の提

案でそこまで出せるのですか。

山口事務長 基本的には、先ほど委員長がおっしゃってくださったとおり、先ずはあり方というふうに思っております。ただ、並行してお示しできる部分が、ちょっと申し訳ありませんが時間的な問題もございまして、どこまでお示しできるかわかりませんけれども。

例えば、概算見積もりですとか、そういったものである程度お示しができるのであれば、出させていたきたいと思いますが、先ずはあり方といいますか、この病院がどこへどう進むべきかという部分を固めていたきたいと存じております。

庄司副市長 この場では今言ったようにその通りで、この病院をどうしていくかと、どのような体制をもって、収支が少しでも改善できるような方向を探していくということです。

そのために、さっきも言ったように建物に関しては、当然どうするかっていうのは必要な検討ですが、それは我々の方で、事務局の方で、検討を別のところで進めますので。そういった際には、情報はその都度お話をしながら、こういうような状況ですよっていうことはお話をしますけれども。ここで新しいのをつくるのか、どういうのを使うのかっていうことは決める予定はございません。

川名委員長 ただ、意見としては当然、我々は答えを出す段階でそういう意見を市長に出すっていうのはできることですので。

庄司副市長 答申の中で見込まれることもあるだろうと思います。

川名委員長 他にご意見ないですか。

佐久間委員 分析の中で、介護の部分が縮小しているというようなコメントがありましたよね。それっていうのは、やっぱり私は人だと思えます。ここに勤めていた方が定年退職して、今度独立したと。そこで取った、取られたと。お客を取った、取られたって考え方じゃなくて、その人がよかったからついていった、人が動いたのだと。そう捉えるべきだなとは、私は思っています。

そうなると、やっぱり病院批判になっちゃって申し訳ないのですが、現在の看護師の対応がっていうことは、私も歩いていて度々声にはします。

そういうことで、中が変わらなければいけない。経営改革会議もやられています。あるいは前回の21年の時の報告書をいただいて、そこに書いてある内容見ていると、やっぱり今回もここに落ち着くのかなって。21年度のときの答申内容に落ち着くのかなって。というのは、やはり医療と介護を結びつけた市立病院とし

て、結びつけた中での運営、経営っていうのがどうしても今後望まれるのではないかと。

さっき、いろいろ出ました、療養病棟の部分の需要が大きいよと。やはり、そういう面に経営内容を見て考えていかなきゃいけないのかなと。ちょっと色々な、見てみると病床の利用率が70%を切ると、今後、地方交付税なんかも稼働病床について支払いになるというような、総務省のプランがあるようなのですが、そうなってくると、やはりもっと経営が厳しくなっていくのかなと思います。あと、先生が現在の看護師で、70名の入院患者に充足しているのかというような話。やはり、看護師不足で厳しくなるのかなってことはよく分かりました。

そういうことで、いずれにしても確かに新しい施設があり、いいものがあればそっちに行くというのは当然だと思いますし、うちの近所でも国保病院かかりたいけど、やっぱり検査とか何とかっていうと、総合的に亀田総合病院へ行きましたと。でも亀田総合病院へ行くとすぐ出されてしまう。そして、今後ご主人が行けなくて、奥さんが通うこともできないでいる、ということになるとやはりこの病院の需要っていうのはまだまだあると思います。

あるのだけど、なぜ入院率が40%なのかっていうことを、もっと病院内部で検討していただきたいなというふうに思います。

川名委員長           ありがとうございます。他に意見がありますか。

学識経験者（伊関）   地方交付税というのが、1床70万円で交付されていますから、その措置がされているんですけど、ここだと70床×70万だから4,900、5,000万円からのお金が交付税に入ってくる。ここは1,000万円しか出してないから、理論的に交付税の関係で言えば、4,000万円分は病院に出されてないって考え方もある。

でも、今度は交付税が稼働病床になってくると、だいたいニーズ的には30ぐらいですか。3×7の2,100万円しか入ってこない。今まで2,900万円分が鴨川市の理論上入ってきたのが、それがなくなってしまうという面もある。その分のなくなった分を市としての損失になるだけだから、病院としては入ってくる金額は関係ないので、あんまり今まで意識してなかったのですけれども。

やっぱり投資の、例えば建て替えだとそういうところに配慮していくみたいなのは、やっぱり必要なのかなと。出せとは言わないですけれども。

佐久間委員           厚生省のホームページから、ちょっと調べてみました。

25年度の決算状況。鴨川市に交付税が1億1,630万。繰り入れが1,080万。富山国保、1億1,280万で、繰り入れが1億4,400万。それから鋸南国保、3,520万で繰り入れが8,300万ということで、確かに鴨川も繰り入れ少ないです。

でも、私は投資に対する繰り入れは絶対しなければいけないと思うけど、経営については、1軒の家で例えると、給料で生活が足りないから親にくれと、あるい

は子どもが子ども手当もらっているじゃない、だからもっとお小遣いあげてよって言う議論になっちゃうと、それはおかしいのではないかなって。やはり経営、企業体であるから、ある程度経営努力っていうのは必要じゃないかなというふうに思っています。

そういうことで、投資、繰り入れがないから、投資ができないっていう考え方もあるかもしれないけど、施設を萎縮しちゃうと、どんどんマイナスになってしまう。医師の看護師のモチベーションもどんどん下がってってしまう。

ということで、さっきの患者の意思もやっぱり敬遠してしまうことになってしまうということで、施設の投資っていうのはやっぱり、どうしても必要だと思います。

川名委員長           ありがとうございます。他によろしいですか。

では、今のご意見を踏まえまして、今提案していただいている3パターン。2つ目のパターンに関しては、2A・2Bありますけども、これをある程度絞り込んで、次の機会には更にこれを具体化したものを提示してもらおうと考えております。

学識経験者（鈴木）   今後、どのようにやっていくかによって、今現在のスタッフの意見というのは非常に重要になってくると思います。何考えたってできないものはできないですから。今病院はどういうことを考えているかを、この次で結構ですから。

学識経験者（伊関）   職員アンケート。恐らく、個人的な意見に近いものもあると思うので、そういうのは削除しながら、できるだけ色々な意見出すことが重要かなと思います。

川名委員長           職員がどういうふうなものを求めているのか、というような話でよろしいでしょうか。

林院長               資料1の、1番最初に出ていた患者に対する医者数は千葉県で一番だと、つまり鴨川市として、医者は十分足りているではないか、だからこんなところに国保病院を作る必要はないではないかと、そういう議論をおっしゃる。特にこのへんでない出身の議員の方とかは、そういうのがあるのです。

皆さんご存知と思いますが、鴨川の場合は大きな病院が色々あるので、それでこういう状態になっているわけで、この長狭及び、この近辺のニーズは先ほどから皆さんおっしゃっているように非常にあります。

ですから、そういうものではないということを、先ずそういう議論する方に納得してもらわないといけないかなと思っています。確かに長期療養型の病棟に変えて手術をやらない、急性期の治療をやらないという、そういう病院もありますし、そういう病院の場合は施設提供の患者が来たら、施設がある病院に回すと。

そういう病院も海沿いにはありますし、そういうやり方も理屈から言えばあると思うのですが、この病院がこの位置でそういう病院になってしまうと、とても混乱が起きるといえるか、ニーズを満たせない。やはり、鴨川国保は小さいながら、一次二次までは網羅してやらなければいけないというふうに考えています。以上です。

川名委員長       ご意見をまとめますと、パターンでいえば、オペをやるっていうことであれば、この 2B 案になってくるのかなと私は思います。他に 2B 案以外のものっていうことで、何かご意見がある方いらっしゃいますか。

学識経験者（伊関）       これは日本経営さんの方で今の意見を踏まえて、もう少しパターンはあるはずなので、収益も考えつつ、病床の振り分け、場合によっては、この現在の変わるやつはもう極端な話、来年やれるようなパターンと、ひとつの病棟でやる、建て替えだとこんなイメージっていう、ちょっと用意はしていただいた方がいいかもしれないです。できれば、モチベーションもあるので、手術はできるようにはして欲しいとは思っています。

ただ、一般病棟の割合が多すぎて、更に今の診療報酬の段階だと、病床稼働率が下がる可能性が高いので、次の診療報酬そういうふうにもっていきますから。それが故に、その流れも分かっていると思うから、一番バランスのとれた案を少し考えていただければと思います。

鈴木委員       あと、伊関先生から提案があった職員のモチベーションも大事なので、皆さんの考え方もアンケートとった方がいいっておっしゃってましたよね。

山口事務長       職員アンケートにつきましては、次回までに出せるようにということで、作業の方を進めさせていただきたいと思います。

学識経験者（伊関）       私も他でやるのですが、たいてい悪口が書かれることが多くあります。そこはあんまり職場の正直な話、雰囲気が悪くなり過ぎない程度であれば、ちょっと配慮はした方がいいと思うので、まとめた感じのレベルであるかもしれないですけど、そこのところはご了解いただいた方が良いでしょう。

川名委員長       では、そこはよろしく願いいたします。

山口事務長       そのあたりは、配慮させていただきます。

永井委員       少し角度が違うかもしれませんが、ここは行政でやっているの、行政の人の対応がまずいっていうような言葉を耳にします。そのへんの解決があったら、職



員の皆さんも、実際、私も教師をやっていましたが、自分は一生懸命やっているのです。

しかし、傍から見たときに、病院の先生方も関係者もよくやっていると思うのですが、それが、来た患者から見た、あるいは付添人の方が見たときに、それを一生懸命やっている姿をきちっと見てくれないで、やっぱり「ああ、行政だから」ってこういうふうな流しをする人が往々にしているのです。

ですから、そのへんも解消してあげないと、行政の方たち、私も過去には行政やりましたけれど。そういう何か、そのへんのいいことがあったら、皆さんで教えてもらって、国保病院の職員、あるいは他の関係者に伝えてあげられると思うのですが、いかがなものでしょうか。

一般の方の意見ですけれども、ここで言えば、亀田総合病院あるいは他の病院もありますけれど、その看護師や先生の、先生はそんなに言わないのですが、看護師の扱いとか事務の扱いがまずいって、国保病院がよく言われます。でも、一生懸命皆さんやっているわけなのです。だけど、それをどういうふうに表現してあげたら、皆さんが納得するような地域の皆さんに戻るのかなって。欲をいいながら病院があってほしい、何してほしいってよく言いながら、この病院の悪口は出てきてしまうのです。それを何とかいい方法で住民に返してあげたいなと思っているのですが。

川名委員長       それは、職員の研修を一生懸命やるしかないのでは。

学識経験者（伊関）       職員の意識も、変わってもらうところは変わってもらわなきゃなんないですけど。同時に住民の方への啓発みたいな活動っていうのも重要で、一緒に医療者と住民の方で話し合う機会みたいに、例えば、地域の健康会みたいなやつておられますよね。ああいうところで、病院の実情なんかもしっかり話していくことが重要だと思います。

学識経験者（鈴木）       投書箱はありますか。あれば、こまめに回答出してあげるとか。

学識経験者（伊関）       こういう例もあって、掛川と静岡の合併した病院の事例ですが、大体、医療機能評価で投書箱の設置が必ず義務付けられています。そうすると、悪口が半分以上になるかなって。そこは、住民が病院を支える段階を作っていて、その人たちがその投書箱の横に医療者への感謝のメッセージ箱を用意して、両方並行してやるのです。そうすると、トータルでは圧倒的に感謝の言葉が多くなって、その中でも多少ぴりりと辛い批判があってもそれは我慢できるのだけ。

私も病院に勤務していて、精神病院でしたけど、投書箱の担当やっていたときには、ちょっと違うのではとストレス溜まる部分もあるので、そのところはバランスだと思います。場合によっては、住民の皆さんで病院を応援する会みたい

なのもつくるみたいな。そういう動きもないと、病院の方からアプローチだけだとちょっと限界はあるのかなと思うのですけど。

川名委員長 今、ご意見いただきましたので、これに対して、また次回はパターンを検討いただくということでいきたいと思います。

では、次の議題に移らせていただいて、もう 1 件、次は鴨川市立国保病院の経営形態について、事務局よりご説明をお願いします。

## ② 鴨川市立国保病院の経営形態について

山口事務長 長時間に亘りまして申し訳ございません。もうしばらくご辛抱いただきたいと思います。A3 の大きな資料を、こちらの方をご覧いただきたいと存じます。

自治体病院の経営形態ということで、まとめさせていただいたものでございますが、こちらの資料を、日本経営さんの方からご説明をいただきます。よろしくお願ひいたします。

### 日本経営エグゼクティブレポート（加藤）

A3 の資料になります。当院がどうこうではなく、一般的に経営形態として考えられるものに関して一般論になりますが、まとめさせていただいております。

今、当院の経営形態としましては、一番左の 1 番になりますが、地方公営企業法の一部適用というのが、当院の分類されるかたちになります。

簡単にだけご説明をさせていただきますと、そもそもの現在に関しまして、施設の開設者に関しましては、鴨川市長になっております。経営責任者に関しましても、鴨川市長というようなかたちでございます。

その他、予算等々についても記載しておりますが、先ずこの場では一般的な考え方として、2 番 3 番 4 番と一番上に公的か、民間かというようなかたちで書かせていただいておりますが、変化していく上で大きく変わってくる部分についてだけ、ご説明をさせていただきます。

先ず、お隣の地方公営企業法の全部適用というようなかたちにつきましては、大きな変更点としては職員のところになりますが、職員、一番左に関しましては、市長が任命、右側につきましては、管理者が任命となっています。管理者につきましては、基本的には病院の院長、あるいは、それに準ずるような立場となりますので、大きな変更点として、今現状の一部適用に関しては職員の方々の処遇等に関しては、市長の方で最終的には決めるというようなかたちになってはいますが、経営形態の徐々に民間に移っていく形態のひとつとしては、全部適用というものになれば、そのようなかたちで管理者の方でその部分の裁量が移っていくというのが変更点、大きな変更点でございます。

その他、3、4、5、6 と徐々に変わっていく、民間に近づいていくという表現がよろしいでしょうか。そのような中では、経営責任者が徐々にどなたがやってい

くのか。あるいは、予算の編成のプロセスに関して、どういうふうにあるのかと  
いったところで、様々な形態があります、といったところで、今後の議論の中で  
参考になればというところで、私どもから共有とさせていただきます。以上にな  
ります。

川名委員長       ここは鈴木先生が全部適用の管理者ということで、補足や実体験からの意見を  
いただければと思いますが。

学識経験者（鈴木）     私は最初の国家公務員、国立病院にいましたので、国家公務員から国有  
の病院から独立行政法人というものに移行するときに、これも経験しています。  
それから、今回、船橋市立医療センターの事業管理者で、全部適用に移行する  
ときに、船橋市でこれも経験したのですけども。

一部適用そのものは、私経験したことがないので、この不自由さってというのは  
現実的には分からない。全部適用になって、何がいいかというよりも、管理者に  
なって、かなり思い切ったことが自分でできる。うちはやっぱり市の病院です  
から、市長には相談しているけれど、思い切ったことができるというのはあります。  
例えば、今後、院長あたりになると、市長には報告はしますが、それは市町村に  
違うんでしょうかね。

自分に必要だからできるのではなくて、市長がなんでも承認をしてくれている。  
総務省で定員を縛られている、定員に関しても裁量権をくれて、経営に関しては、  
逆に責任がすごく重くなります。人を採用するのにも、自分の責任でやってか  
なきゃいけないというのは、大変な責任感はあると思います。物を買うにも、議  
会に何か入れるときは議会に諮るのですかね。そういうこともなしに、自分でこ  
れ買いたいというものは買っています。

川名委員長       それに対して議会のチェックっていうのは、どういうチェック方法ですか。

学識経験者（鈴木）     決算報告予算は一応報告というか、議会にかけられます。水道局と一緒  
ですよ。

学識経験者（伊関）     基本は、独立行政法人だと、議会の関与がありますけれども、全部適用  
だとそんなには変わらないです。場所によっては、議会に病院事業管理者とし  
ての病院長と先生が出る場合もあります。それは出ないところもあります。それは  
議会が要求できて出席が決まります。

教科書的にいけば最良なのですが、もう少しリアルな話でいくと、病院事業管  
理者が例えば院長先生になったとすると、定年がなくなります。今 65 歳で定年  
の  
はずですけど、要は 70 歳まででも、管理者も医療もできるという。

場合によっては、病院事業管理者と院長を分けることもできる。という経営的

な、それで院長職、経営職も今だと、実質は一生涯経営者といいながら、やっぱり病院長って経営をやっているのですよね。そうすると管理者と院長で分けることによって、両方の負担が軽くなるっていう。小さい病院だとそういうメリットも当然あります。その少なくとも全部適用を入れて、経営責任をしっかりと持っていたらいいというのは、ありかなと思います。

川名委員長        この主な特徴で、全国の一部適用から全部適用に移行した自治体病院の事例を見ると、経営が改善した病院は一部に限られる。法的には担保されるはずの予算給与、人事権等の権限が、実質的には付与されていないためと考えられると、書いています。

つまりは予算給与、人事権等の権限をしっかりと与えて、かつ責任を持ってやってもらえれば、基本的には経営は良くなるという認識でよろしいですかね。

学識経験者（伊関）        まあ、そうなりますよね。私はよく、偽全適って言うのですけども。実質かたちだけってところもあるのも確かです。

学識経験者（鈴木）        市長と事業管理者の関係がよければ、信頼されれば本当に自分で思うような設備投資もできるし、人も雇える。独法を経験したときに非常に自由になったから、これで俺の天下だと思うと意外にそうでもなくて。国立病院の場合は、上に本部っていうのがあって、そこに定員だとか、赤字になれば給与も減るし。全く自由ではないです。

川名委員長        他、この体制に関して質問がある方はいらっしゃいますでしょうか。

滝口委員        先ほども、ちょっと申し上げたのですけども、自治体の長もこういう運営で、その中でシステムをもう少し考えていければいいなど。実際に、こういう土地で病院事業やっていくっていうことは、多分、交付税措置がなければ成り立たないと思います。そのためには、交付税だから、それを有効に活用するような、そういう病院経営やっていかないと、多分、この土地で病院もこれから住民の期待に答えていけるような、そういうことは難しいと思います。ですから、私が処遇をやっぱり、規制とかそういうものはある程度外して、あり方としてやっぱり地域社会のまちづくりのなかの。ですから、亀田総合病院とか一流の病院があるので、それをちゃんとして地域医療の体制を整備する。そういう意味だと、福祉医療がさらに厚いものとなっていくという。その中で、その一翼を担っていくべきだと考えています。

川名委員長        ありがとうございます。本日いただいた意見等反映して、次回の会議に体制の部分に関しても、まとめて出せるようにしてまいります。

学識経験者（伊関） 一応、学識経験者として、まだ大橋先生の方に相談してないのですが、一応この今までの議論を踏まえて、一定の報告書に盛り込むべき提案とか、出させていたきたいと思います。その方がリアルだと思います。

川名委員長 分かりました。是非よろしく願いいたします。では、この議題に関しては以上とさせていただきます。次に、議事のその他で、事務局で何かございますか。

③ その他

山口事務長 ここでは特にありません。

川名委員長 では、終わりにあたりまして、林院長より挨拶をお願い致します。

林院長 長い時間、多岐に渡り貴重なご意見、また、いささか耳の痛いご意見等もいただきまして、本当にありがとうございました。やはり、地域の住民のニーズを満足させるというのが一番のことだと思いますので、皆さん同じ方向を向いていると思いますが、今後とも住民のニーズを一番満たしてあげるような、かたちになればいいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

川名委員長 以上で議事は終了いたしました。その他で事務局、何かありますか。

(4) その他

山口事務長 申し訳ございません。長時間に亘りましてありがとうございます。

終わりで大変恐縮ですが、次回の会議の日程につきまして、市長の日程、あるいは学識経験者の先生方の日程を、大変恐縮ですが優先させていただきました。

次回ですが、12月22日の火曜日。実は、その日議会の最終日にもなっている予定でございます。時間の方は大変恐縮ですが、遅い時間を予定させていただくつもりであります。午後3時ぐらいかなと考えています。

そのへんは改めてご案内させていただきます。こちらの都合で、いきなり申し上げて大変恐縮ですが、次回の日程につきましては、以上でよろしく願いしたいと思います。

川名委員長 ありがとうございます。それでは、以上で本日の議件は全て終了いたしました。附属機関等の設置及び運営に関する指針によりまして、会議を公開することとしてよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

では、公開するというご承をお願いいたします。

以上で本日の議件は全て終了致しました。大変長時間に亘りましてありがとうございました。

山口事務長 以上を持ちまして閉会させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

(5) 閉 会 午後4時30分

平成28年 2月10日  
署名人氏名 川名 康介