

第3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12月22日(火) 午後3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) 金井 輝
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:黒野 隆 学識経験者:大橋 謙策)
5. 市側出席者 市長 長谷川 孝夫 院長 林 宗寛
副市長 庄司 政夫 副院長 平野 正美
財政課長 増田 勝己 副院長 関 洋史
健康推進課長 牛村 隆一 事務長 山口 幸宏
企画政策課長 平川 潔
企画政策課地域戦略係長 滝口 俊孝
6. 職務の為出席した職員 主査 高橋 直樹 主事 乾 陽介

7. 会議

(1) 開会

山口事務長

ただいまから第3回のあり方検討委員会を開催させていただきわけでございますけれども、会議に先立ちまして、私の方から資料の確認をさせていただきたいと存じます。

まず、配付済みの資料ということで、鴨川市立国保病院あり方検討に係る基礎資料、冊子になったものでございます。それと、同封させていただきましたが、病棟再編シミュレーション、A3の大きなものでございます。

本日配付させていただいた資料でございますけれども、会議の次第でございます。こちらは、裏面が名簿になっております。それと鴨川市立国保病院への提言ということで、A4の1枚ものでございます。それと今後のあり方に対する意見

照会の結果についてということで、冊子になったものが1つ。それとあと職員アンケートの結果ということで、添付をさせていただいてございます。

本日の資料につきましては以上でございますが、よろしいでしょうか。

なお、本日の会議でございますけれども、黒野先生、また学識経験者でございます大橋先生の方から、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3回になります。鴨川市立国保病院あり方検討委員会を開催させていただきます。

初めに市長よりご挨拶を申し上げます。よろしくお願いいたします。

(2) 市長あいさつ

長谷川市長

改めまして、こんにちは。

今日のご案内のように、冬至ということでございます。意味合い的には色々あるようでございますが、一般的には私どもよく、昼が一番短くて夜が長い日だよ。こういうふうに言われているところでございますが、これからだんだんと日が長くなってくる。一言で言うならば、日が長くなっていくということは、ある意味ではいい方向に向かっているよ。こういうことでもあるようでございます。

この会議が、そしてまた、このあり方検討委員会がいい方向に向かうといいな、このように思っているところでございます。

それでは、挨拶の方を申し上げます。

ただいま申し上げましたように、本日は第3回目となります。本市の国保病院あり方検討委員会開催にあたりまして、多くの委員の皆様方、年末のお忙しい中ご出席をいただきまして、本当にありがとうございます。

また、日頃より皆様方におかれましては医療行政、また当院の運営につきまして、格別なるご理解、ご協力を賜っておりますこと、厚くお礼を申し上げます。

学識経験者としてお願いしております、ただいまお着きになりました鈴木先生、また伊関先生におかれましては、大変お忙しい中、今回も遠路お運びいただきましてありがとうございます。どうぞ当院に対しまして、さらなるお力添えを賜れば大変ありがたく、改めてお願いを申し上げます。

また、学識経験者のもう一人、大橋先生でございますが、本日所用によりということでございますが、3名の学識経験者の先生方におかれましては、今回ご提言という形で、当院に対しまして先生方のお考えをまとめていただいたということでもあります。大変恐縮に存じております。

当院にとりましては、大変厳しい内容もあると、このように伺っておりますが、真摯に受けとめさせていただきまして、頑張っていければいいなど、このように思っているところでございます。

詳細につきましては、後ほど議題の中でご審議をいただきたいと、このように

思っております。

さて、国においてでございますが、今朝のニュースでも色々話題になっておりました。今ちょうど予算編成時期ということでございまして、次期の診療報酬改定の一報が報じられたところでございます。薬、薬価を中心にマイナス改定がなされる予定であるとの報道があったわけでございますが、診療報酬は、医師・看護師等の勤務環境、給与等に直結する問題でもございますので、これからぎりぎりの調整が恐らく続くのではなかろうかなと、このように私も思っているところでございます。

一方、社会保障費の財源でございますが、ご案内のように多くのところ、国民の皆様方の社会保険料、あるいは税金で賄われておるところでございますが、また、高齢化に伴う需要の増大に対する少子化による収入減、構造的な問題を抱えておりますことから、先行きはますます不透明になってまいっているのではなかろうかなと、このようにも考えているところでございます。

当院といたしましては、今後とも厳しい経営環境の中にあっても、患者様本位、地域に根差した病院を目指しまして、地域とともに育んでいただけるような医療機関であってほしいなど、このように思っているところでございます。そのためには何よりも地域における医療、介護等の需要、これを的確につかむことが何よりも大切であろう。そしてまた、対応できる組織体制でなければならないと、改めて思っているところでございます。

組織とは、また人であります。常に地域に寄り添い、地域とともにある人材の継承、人材をつくり上げていく育成的な今後の当院のあり方を左右する大切な鍵になるだろうと、このようにも思っておるところでございます。

実は、先日ある機会がございまして、当院の先生方、職員とお話しする機会をいただきました。職員の方々の中には、本当に当院に対する思いと言いましょいか、この地域に対する熱い情熱と言いましょいか、これを伺い知ることができたところでありまして、私としても大変勉強になったところでもあります。しかしながら、ドラッグの経営論を引用するまでもないことなのですが、やはり顧客は誰であるのかということ、そしてさらには地域との関わりをどうしっかり持てるかどうか、これは単なるこの地域だけのみならず、この安房の地域の中においてこの病院の果たす役割をしっかりと求めていく、これが私は大切ではなかろうかというふうにも思っているところでございます。一人一人が病院の経営者である、これを念頭に置きながら、また皆様方も検討、このあり方検討に色々な意見を述べていただければ大変ありがたいなど、このように思っております。

さて、前回の会議でございますが、二次医療圏でございます安房郡内に加えまして、当院の診療圏内でありまして君津市、富津市の一部の病院、それから診療所から見た当院の役割や診療機能につきまして、ご審議をいただきました。また、病院の経営形態について、資料をご提示させていただいたところでございます。

本日の議件でございますが、前回の会議を踏まえまして、当院の考え得る機能

をもとに、コンサルタントによる経営シミュレーションをいただいております。これにより当院のあるべき将来像、それから経営面についての具体的な方向性をご審議いただければ、大変ありがたいと存じておるところでございます。

また、冒頭にも申し上げましたが、学識経験者の先生方から、当院に対するご提言をいただけたこととでございますので、それにつきましても、委員の皆様方のご意見をいただきたいと、このように思っております。

詳細につきましては、事務局よりその後説明をさせていただきますが、どうぞ皆様方におかれましては、忌憚のないご意見をいただき、当院の進むべき、よりよい方向をお示しいただければ幸いに存じておるところであります。

以上、簡単ではございますが、私の思いも含めまして、お話をさせていただきました。

よろしくどうぞお願い申し上げまして、挨拶にかえ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。

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をお願いをしたいと思います。

よろしくお願いいたします。

(3) 議 事

① 国保病院の診療機能（案）及び収支シミュレーションについて

川名委員長 　　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、ご協力をよろしくお願いいたします。

ただいまの出席委員は8名でございます。設置要綱第5条第2項の規定により定足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ために録音をさせていただきますので、あらかじめご了承くださいませようよろしくお願いいたします。

では、議事に入ります。

議事の1点目、「国保病院の診療機能（案）及び収支シミュレーションについて」を議題といたします。

先ず、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、国保病院の診療機能（案）及び収支シミュレーションにつきまして、ご説明をいたしますが、これにつきましては、コンサルタントでございます、株式会社日本経営エスディサポートの方でシミュレーション等々をしていただきましたので、資料に基づきましてご説明をいただきたいと思っております。

それでは、日本経営さん、よろしくお願いいたします。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

では、早速ですが、私の方から簡単にご説明をさせていただきます。よろしく
お願いいたします。

お手元の資料に基づきまして、パワーポイントのこちらの資料と、A3の大き
目の資料が、この病棟再編シミュレーションという資料がお手元にあるかと思
います。

本日は細かな数字をご説明しても、この数字をここで協議したいわけではござ
いませぬので、大枠の数字はパワーポイントのお手元にある資料に全て載せてお
りますので、そちらの資料に、ポイントに沿ってご説明をさせていただきたいと
思います。

私の方からは最後、今後このシミュレーションに当たって、今後取り組むべき
ことについて、私から後ほどご説明いたしますので、今までの振り返りと各シ
ミュレーションのポイントにつきまして、渡辺の方からご説明申し上げます。

日本経営エグゼクティブ（渡辺）

私の方から引き続き、資料のご説明をさせていただければと思っております。

パワーポイントの資料ですが、1ページ、目次を書かせていただいております
が、今回の資料の趣旨としましては、病棟再編に係る収支シミュレーションが主
なところとなりますので、その点についてご理解いただければというところで
ございます。

3ページでは、前回の第2回あり方検討会、その中での議論の論点のまとめ、
振り返りを記載させていただいております。

1点目が、機能のあり方について議論を行った結果、在宅復帰の強化モデルに
てシミュレーションを実施したらどうかというご意見がございましたので、基本
的にはそちらを中心に、第3回、今回のあり方検討会で議論ができるような内容
をまとめてきた次第でございます。

また、その議論を進める中で、以下の手術に関する実績、職員の方々の年齢構
成、職員の方々の意向を加味する必要があるのではないかとというところで、ご意
見を頂戴いたしましたので、そちらの資料もまとめさせていただいております。

なお、職員のアンケート、意向につきましては、別添の資料で皆様既にご覧に
なられている方もいらっしゃるかと思いますので、参考資料としてご覧いただ
ければと考えております。

2点目が、近隣の住民の方々から衛生環境や、サービスの視点について、多種
にわたりご意見があるということもお伺いできたというところでございます。こ
ちらについて満足の向上を図るためにも、投資に関して積極的に行っていくべき
ではないかというご意見も頂戴したところでございます。

3点目が、こちらは訪問診療、訪問看護等の在宅の方の強化をしていくべきと
いうご意見があり、介護のネットワークを中心に、近隣との病院、診療所との連

携を強化していくべきではないかというご意見も頂戴した中で、今回の収支シミュレーションに反映させております。

他資料の説明に移らせていただければと存じます。

次の5ページになります。ここでは手術の実績をまとめたグラフを載せさせていただきます。

グラフの見方からご説明させていただければと思います。青の棒グラフが手術の累積の金額、収入になります。オレンジの折れ線グラフが、件数を示したグラフとなっております。こちらが、平成24年度の4月から平成27年10月までの月単位で比較したものになります。手術件数、金額ともにばらつきが生じているというのが、現状でございます。1件当たりの単価については手術の内容等々にもよりますが、収益に大きな影響を及ぼすところではございます。今後、安定的な手術患者の確保、手術室における安定的な稼働をどう目指していくのかが、一つ手術に関するポイントでございます。

続きまして、6ページになります。こちらにつきましては、現時点で働いている職員の皆様方の年齢構成を示したものになります。右のグラフは、将来推計を示しております。こちらは新規の採用は加味せず、今の職員の方々がこれからどのタイミングで、どの程度退職されるかを示したグラフになります。大きな変化としましては、2020年から25年にかけてのところから、多くの職員の退職が予測されます。当年度、時期に新規職員の採用を計画的に検討する必要があります。そのうち看護職員の退職者が、2025年から30年の間で、10名退職が見込まれております。また、10年以内に退職が予測される職員が、全体の約4割程度占めるような状態でございます。

先ほど、会議の前にもありましたが、この職員の方々の割合、括弧部分をご覧いただければと存じますが、正職員の方々が44名、非常勤の方々が46名と、全体における約半数が非常勤の職員で構成されております。

以上が、前回の挙げられた課題でございます。

8ページ以降が、シミュレーションの議題になる資料でございます。シミュレーションしたパターンの概要をこちらで載せさせていただきます。

大きく3つの視点からパターンを分けております。

1つ目が現状維持での病棟再編と記載しておりますが、こちらがA、B、2つのパターンにさせていただきます。Aパターンが一般病床52床に加えて、そのうち16床の地域包括ケア病床を導入する。加えて療養病棟はそのまま据え置き、基本的には同じ形式で一部の機能を16床、地域包括ケア病床に転換するイメージのものでございます。Bパターンは、地域包括ケア病床52床、療養病棟を18床というところで、今の一般の病棟を全て地域包括に転換したケースのシミュレーションの概要でございます。

2つ目になりますが、以降3つのパターンは改修を含んだパターンになります。Cパターンが一般病床28床、療養病棟34床、こちらにつきましては改修を必要と

するところがございますが、一定の施設基準の要件等々で、一部のベッドを減少させなければならない試算が出ております。こちらの詳細な説明は割愛させていただきますが、一部のベッドが減るような構造になってくる可能性があり、試算上でも一部ベッド数を減少させております。また、Dパターンにつきましても、療養病棟44床、うち地域包括ケアの病床を16床、その中に導入するというパターンでございます。最後にEパターンになりますが、こちらが療養病棟のみの44床というところがございます。

以上が、改修という視点でつくらせていただいたパターンになります。

続きまして以降の3つのパターンが、改築が必要なパターンになります。基本的には療養病床50床をベースに考えておりますけれども、50床のうち地域包括ケアを16床にするのか、30床にするのか地域包括ケア病床数によって、Gパターン、Hパターンと分けております。

以上が各パターンの概要となります。

9ページ以降は、それぞれのパターンで概算をした、シミュレーションをした結果を載せております。1つ目にご説明させていただいた現状維持でのA、Bパターン並びに現状を比較させていただいたものでございます。上の図に関しては、どのフロアにてどの病床を設置したら良いかを弊社でシミュレーションした結果を載せております。一概にこれが絶対というわけではございませんが、弊社のイメージの中で作成させていただいたものになります。結論から申し上げますと、下記にあります現状の入院収入、経常利益ご覧いただければと思いますが、現状の入院収入が約3億1,200万円となっており、経常利益が約△7,200万円となっております。収入と経常利益が転換によってどのように変化するのが、次のA、Bの下記にあります赤字部分の数字でございます。Aパターンに機能転換した場合、入院収入が約3億1,600万円、経常利益で約△7,000万円まで、約200万円程度の利益の改善が現状で見込まれるというところがございます。Bパターンでは、地域包括ケア病床を現在の一般病床に入れ替えたパターンになりますが、収入が約3億1,800万円、経常利益が約△7,700万円の見込みとなっております。

続きまして、改修を見込んだパターンでございます。10ページに記載しておりますが、ここは前提として、右下の注書きにもありますが、改修を有するパターンは、改修に伴う費用及び減価償却費は除いて算出させていただいております。こちらは改修ですので、費用の予測が困難であり、試算が難しい部分でございますので、このような試算方法としております。収入部分のみのシミュレーションさせていただきました。結論である収入と経常利益の変動のみを述べさせていただければと思いますが、Cパターンの一般病棟と療養病棟のパターンは、収入が約3億8,800万円、経常利益が約△3,700万円となる見込みでございます。Dパターンは地域包括ケアと療養病床のミックスのパターンです。収入が約2億5,500万円、経常利益が約△4,600万円となる見込みでございます。Eパターンは全床療養病床のパターンです。収入が約2億1,400万円、経常利益が約△3,200万円となる見

込みでございます。

続きまして、11ページの改築、建て替えを要するパターンですが、こちらも先ほどと同じように、建て替え、改築に伴う費用、また、減価償却費は除いて算出しております。理由は改修のパターンと同じような条件にするためでございます。こちらにつきましては、収入につきましてはFパターン、療養病棟のみの1病棟のパターンが、収入が約2億4,300万円、経常利益が約2,600万円となる見込みでございます。また、地域包括ケアと療養病床のミックスの地域包括ケア16床が、収入が約2億8,400万円、経常利益が約300万円となる見込みとなっております。先ほどのGパターンに比べまして地域包括ケアを増床させたHパターンが、収入が約3億1,300万円、経常利益が約3,200万円となる見込みとなっております。

しかし、こちらの11ページ、10ページの改修改築を要するパターンにつきましては、費用を見込んでおりませんので、この状態から減価償却費、あとは改修に伴う費用によって、数千万円程度の減価償却費が毎年残るという認識を、もう一度ご理解いただければというふうに考えております。

以上で、シミュレーションを行った概要とその結果を申し上げましたけれども、現状で考えられるストーリーを当社の中でも少し考えさせていただいたところで、ご意見述べさせていただければというふうに考えております。こちらを古屋からご説明させていただきます。

日本経営エグゼクティブレポート（古屋）

では、弊社でのストーリーの考え方等を簡単にご説明させていただきます。

12ページのBパターン、黄色の一般病床（20床）は地域包括ケアでございます。こちらは現状の52床の一般病床から、地域包括ケアの52床に大きく転換したという場合がございます。単純にBパターンにおきましては、今の患者層がある程度ベッドコントロールという中で、院内で調整した中での患者数を見込んでおります。

その横にBパターンと記載させていただいております内容は、今の患者さん以外の、この地域の中の外部の医療機関、また、いわゆるレスパイト、在宅の患者さんなどを広く受け入れた場合、こちらのBパターンということで、この経常利益が約282万円にまで到達できる可能性を持っているということで、こちらに記載させていただいております。

先ほど、市長からも診療報酬改定のお話でしたが、地域包括ケアに関しましては、今後の動向や構造、診療報酬の体系がもちろん変わっていく可能性はございますので、その分も留意しながら、先ずこの経営改善というところの取り組みについては、この地域包括ケアの患者さんの受け入れを、門戸を広げる、窓口を広げる努力が、先ずは必要ではないかということで、このBパターンとBパターンというところをつけ加えさせていただいております。

ただ、この転換におきまして、何点かハードル、こちらは地域包括ケア以外の

ところにおきましても、病棟再編のハードルというものが、13ページに記載させていただいておりますが、ソフト、ハードともにございます。ポイントだけ簡単にお伝えをさせていただきます。

機能面に関しましては、地域包括ケア病棟の、もしくは病床の施設基準の届けに際しまして、院内で診療録の体制加算、データ提出加算などの一定の要件が必要でございます。

こちらに関しまして、ある程度E Fファイルなどのデータを吐き出すシステム投資が必要になりまして、一般的には100万円から500万円程度かかると言われております。こちらに関しましては、ただ今後、一般病棟、急性期と呼ばれるところにおいては、この施設基準の取得が必須になっていくと考えております。まずは診療録管理体制加算ではございますが、データ提出加算もいずれはという話もございますので、地域包括ケアの導入をするか否かに関わらず、一般病棟を維持する上では、ある程度どちらにしても必要な施設基準というふうに私どもとしては認識をしております。

その他、リハビリテーションのところにおきまして、今のスタッフ数の中でこちらをやろうと考えますと、施設基準をある程度、リハビリテーションを引き下げる必要性が出てまいりますので、もしくはこちらへの採用を逆に広げないといけない可能性もあわせて出てくる。また、在宅復帰、重症度、こちらへの診療報酬改定の動きも考慮しながら、見ていく必要性がございます。

また、機能転換におけるリスクということで、今、一般病床、地域包括や療養病床に転換するにおきまして、特段、法律上のここで止められる、厚生局などから指摘を受けるケースはございませんが、この先転換した場合に、また一般病床に戻すということができないということも、今後の地域医療構想の中では出てくる可能性があるということは、認識しておく必要性がございます。

また、B¹パターンということで、経営改善というところにおきましては、単純に今置き換えるというわけではなく、先ほど申し上げました在宅や地域医療、地域連携機関の方からの受け入れ態勢や、連携を強化していくことが併せて必要になりますので、その点をソフト面で留意する必要がございます。

ハード面に関しましては、2番目には書いておりますが、療養病床の一病床あたり6.4㎡というものが一つ基準になっておりますが、これはある程度の大きさや廊下幅の要件というものが一定程度考慮し、また将来の改修を見込めれば、転換はある程度認められることが、ある程度厚生局でも確認はとれておりますが、ただ病床の規模という将来における部分は、考慮しておく必要性がございます。

併せて、仮に療養病床を改修という中で増加される場合には、食堂や談話室などの一定の面積が必要でございますので、それにおきましてもダウンサイジング、また改修費用というものがかかってくるということをご理解、ご認識いただく必要性が、この診療所の中で必要になるというふうに、私どもとしては考えております。

川名委員長

簡単ではございますが、収支シミュレーションの全体像とさせていただきます。説明が終わりました。先ずはこの資料等に関して、質問等いただければと思います。

佐藤委員

資料の作成の中で、例えば9ページ。現状は一般病床32、2階の療養病床、この現状に対して、一番大きく変えないで改善を図る方法として、一番考えられるのは、一番上の一般病床を地域包括ケア病床にする場合、または一番上の一般病床を療養病床にする場合、これ一番大きく変えないで改善を図れる方法じゃないかと、素人的には思いますが、そのシミュレーションというか、その収支というのが見当たらないのでどうなのでしょう。

3階か2階かは別に、とりあえずこの場合ですね、一応、一般病床20床で、ほぼ今埋まっているわけですから、今病床が余っているのは、例えば3階の32床、これが余っているわけですね。そこを何か有効利用が図れれば改善になるのかな。そう考えた場合に、3階の部分のところについて、例えば地域包括ケア病室にするのか、または療養病床として増やすのか、そうすれば現状よりは改善が図られるのではというように、素人的に考えたわけですよ。

例えば、同じページの一番右の方の真ん中に一般病床と書いてある。これは地域包括ケア病床の間違いですよ。これが色のおりにあれば、ここに計算結果が出てくるのですが、これが全部2階は一般病床じゃなく間違いで、地域包括ケア病床だということですから、さっき言った考えの検討結果がこの中で見当たらないので、その場合、どの程度収支が改善されるのかというのが、素人的に一番知りたいというふうに思ったのですけれども。今すぐにはできないと思うのですが。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

今、3階フロアの転換について、お話をいただいたかと思います。地域包括ケアに関しましては、できないわけではないのですが、患者さんを結局考えると増やしていく必要性が、そうなる必要になるということで、ここは現実難しいだろうと。

今、お話ししていた療養病棟に関して言いますと、医療法と診療報酬で、病棟というくくりがございまして、仮に1階は1つのくくりになっております。今、2階と3階が1つのくくりになっておりますが、3階を療養病棟と変えますと、3つのくくりに変えないといけないため、看護師の配置を増やさないといけないということで、看護師を増員する必要があり、現実的に今の人員体制ではできないということがございます。

今のお話をいただきましたときに、イレギュラーのケースで、1階と3階をワンフロアで認めてくれるケースも、実は都心ではたまにあるのですが、厚生局の確認もとったところ、この体制とこのハードでは認められないということも確認

をとりましたので、今お話しいただいた部分が、診療報酬という医療の特殊なくりにおいてできないだろうということで、今回シミュレーションからは外させていただきました。

佐藤委員 例えば部分的な改修を図った場合、それができるように、例えば人員を少し増やすとか。それは可能なわけですか。

日本経営エステイブメント（古屋）

今お話しいただいた部分は、Cパターンで、一部を療養病床のところの改造をさせていただければ、療養病床をワンフロアとしてみなしまして、今お話しいただいたことができるというふうには考えております。

川名委員長 佐藤委員の質問に対しては、現実的には法整備と建物の構造上難しいので、改修というパターンで、Cパターンで出させていただいているということで、ご理解いただければと思います。

佐藤委員 例えば今の療養病床の1階、2階ですけれども、その一部を地域包括ケア病床にするというのは、これはもう絶対無理な話でしょうか。

日本経営エステイブメント（古屋）

1階と2階の中に地域包括を入れることは、不可能ではございませんが、看護配置の基準というものがございまして、地域包括ケアですと13対1が最低の基準で、療養病床ですと今25対1ということなので、その基準自体を上げないと、全部上げないといけないということで、可能ですが結局人を増やさないといけないということで、現状の収支からはなかなか合わないだろうということ、今の構造の中では考えております。

川名委員長 よろしいですか。

結構難しい話ですけれども、意見としましては、そういった法と建物の構造も踏まえて、パターンとしてはこのパターンが最適階だろうという中で、データを出していただいたという形になっておりますので。

佐藤委員 何回もすみません。今のようなあれができないとすると、全体を改築する以外にほとんどできないということになるのではないかと思ったのです。専門の委員の先生方に、ちょっと私もお意見をお聞きしたいのですけれども。

川名委員長 その部分に関しては、この後、皆様からご意見をいただきながら、どういうふうな方向に向かっていくのか議論いただきたいと思っておりますので、先ずは資

料の先ほど言ったように、佐藤委員のような不明点だとか、どういう意味かという部分があれば説明をいただいて、その後の内容に関しての意見ということで進めたいと思っております。

資料に関してはよろしいでしょうか。

では、まずは学識経験者の先生方から、この経営シミュレーションの案に関してご意見をいただければと思います。

では、鈴木さんお願いいたします。

学識経験者（鈴木） この地域包括ケア病床だと、かなり出てきていますけれども、患者自身がこの地域で、そういう入院されるような人がいるのでしょうか。

それからあと、包括ケア病床って在宅復帰率だとか要求されますけれども、そういうのに見合った人がこの病院に入る可能性というのはどのぐらいありますか。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

今お話しいただいたとおり、正直、かなり難しい部分もあるというふうには認識をしております。

レセプト上と在宅の中身からは、Aパターンの患者数程度はある程度確保というのは、今の院内の中の対象疾患と中身で、ある程度はイメージがつける部分は出てまいります。これがBパターンのような数になると、院内の中だけでは現状難しいと考えておりますので、そうなりますと院外からでございます。

地域の当然、医療機関さんと、あとは今なかなか数値上イメージが湧きにくいのですが、在宅の患者さんで一時的にレスパイトではございませんが、入りたいと言われるような需要を自分たちが作っていくとをしないと、現実、今の中では難しいというのが課題の1つではございます。

そのように理解をしておりますので、簡単にできるものではないというふうに、こちらとしても試算の段階で考えております。

川名委員長 つまり、現状を先ずやっ、ある程度、外との連携と営業活動というものをしないことには、この地域包括ケア病棟は埋まっていけないですよという見解でよろしいですか。

鈴木委員 Aパターンで32床、16床、10床、18床というと、現在より総数で増えるわけですね。数字が合っていない。9ページのAパターンだと32床、16床、10床、18床だと6床増えてしまう。

川名委員長 では、9ページの誤植をもう一度全部教えていただけますか。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

Aパターンの方が、上の一般病床が32床、地域包括ケアが16床、一般病床が4床でございます。Bパターンの方は地域包括ケアが32床、2階も地域包括ケアが20床でございます。場所として、3階、2階のところに関して、どのように組み合わせるかということは、一応1病棟でやっておりますので、3階にこの地域包括ケア病床を移動させることも、今の規則上は難しいわけではございませんけれども、今は2階をメインで使用しているので、そのようにさせていただいております。大変失礼いたしました。

川名委員長 では伊関先生、お願いします。

学識経験者（伊関） 地域包括ケア病床、確かに厳しいのだけれども、医療の流れからすると、一般病床の維持もどういふふうに重症度について縛りがかかってきて、今までどおりの運用をしていたら、一般病床自体が維持できなくなる、そういうことも実際あるわけですね。

要は、この病院を維持していくためには、ある程度、厚労省の誘導するような医療政策を読みつつ、病棟構成を考え、また職員の配置を考えて資本のことを考えるためには営業活動もちゃんとやって、病院の連携をするみたいなことにシフトしていかないと厳しいというのも現実だと思います。

今までと、昔に戻れば、それは戻りたいのですけれども、診療報酬もぎりぎりの状態で、プラスではありますけれども、要件はどんどん厳しくなっていますので、そこを踏まえて一歩先を読んだような対応をしていくことが必要なのだろう。しかし、できないことはできないので。

ちょっと確認ですが、ハードについては、地域包括ケア病床については改修が不要ですね。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

それ自体においては不要です。

学識経験者（伊関） 必要なのは、リハビリテーションのできる供給量で、理学療法士、作業療法士の増員等が必要になる。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

施設基準を下げる場合は要らないのですが、維持をしようと思うと、1名は最低追加、必要になります。

学識経験者（伊関） 必要だと。また、在宅復帰率、重症度の要件についても、これもクリアをしていかなければならない。これはある程度の在宅復帰をきちんとできるかどうか、長期入院を減らせるかどうか、また、重症の患者さんを受け入れることが

できるかどうか。

さらには一番重要なのは、事務のマンパワーがかかってくると思うので、これは外注では無理な部分も多いので、職員の増員は絶対必要になる。

でもどっちにしろ、先ほど日本経営さんからありましたけれども、一般病床として維持していくためには、診療録の体制加算はとっておかないとならないし、データ提出加算も絶対、今、一般病床なら必要な時代が、私はやってくると見えています。今はDPCというのに必要だったわけですけども、それがこの地域包括ケア病床に必要になり、さらに拡大しようという動きになっていますので、これも問題を先送りしていれば、この医療の流れには遅れてしまうので、早め、早めに対応していくということが必要だろうとは思っています。

川名委員長 それはつまり、ハードの改築、建物の改築は不要だけれども、マンパワーとして は事務職及び専門職の増加が必要であり、かつデータ加算というと電子カルテのようなものということですか。データ加算というのはどういったものですか。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

私もちょうど、この前も、療養病院でデータ提出加算をとっていただきましたけれども、電子カルテの必要はございません。今でも紙カルテで運用されていらっしゃる病院様は多くございますので、今、伊関先生からお話のあったのは、医師、看護師の協力があれば、基本は正直我々は増員せずにやれるようにはしたい。これでまた何人も増員するとあんまり意味がないので、そういう意味ではあんまりハード的要件は、1つだけありますのは、EFファイルという、請求するものをDPC用のコードに置きかえるソフトが、これは手作業ではできませんので、これはシステムで対応いただきますので、そちらにはやはり先ほどお伝えしました100万円から500万円程度が通常かかると言われている、この費用は必ずかかるというふうに予想しております。

川名委員長 では、最低の見積もりとして、システム改築費用だけ考えてということ。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

昔、場所は他の公立病院さんであったのが、カルテの整理が昔の旧館のバスタブに並んでいたとか、そういう例もございまして、そうなるとその処理費用で結構お金が必要というのはあったので、カルテがある程度、紙カルテを整理するというものが併せて必要にはなります。これはどちらかと言うと、診療録体制加算の方で必要になります。その費用はまだ見込んでおりませんので、多少その作業費用というか、そこらへんはかかりますが、それはハード的要素では、どちらともなるというふうに想定しております。

川名委員長 ありがとうございます。
他になければ、今の学識経験者のご意見とコンサルタントの意見を踏まえて、委員からのご意見をいただければと思います。

高梨委員 1つ質問ですが、地域ケア病棟と一般病棟は看護体制が1つでいいのですか。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

地域包括ケア病床というところに関しては一緒に構いません。

学識経験者（伊関） 委員の皆様だと専門家じゃないから、これについてこれがいいというよう

な提案というのは、恐らく無理だと思いますよ。

案をとりあえず提示して、その上で、病院の方で決定していくということが一番

リアルかなど。実際詰めていかないと、誰が何の仕事をやるとか、どういう増員をするとか、その部分を見ると、ここで1つの案に絞ってそれをやれというのも、現場は結構きついと思います。

少なくとも地域包括ケア病床は、導入は検討していくことは時代の流れだと思います。全部、一般病床では恐らく維持できなくなっていく、基準に満たなくなってくる時代がやってくると思います。

川名委員長 ありがとうございます。

では、今、伊関先生からの意見もございましたので、まずは学識経験者からの提言、次の議題を行ってから、その提言のご意見をどういうふうに捉えていかというふうに進めたいと考えておりますが、そのような流れでよろしいでしょうか。

－異議なしの声あり－

滝口委員 質問の追加ですけれども、要するに、病棟再編の問題は、結局、診療機能の問題、あるいは地域の需要を賄うために、それだけのまちの体制を整えるという、そういう意味だろうと思うのですよ。ですから、この病棟だけの話ではいかないと思います。

先ず今、地域包括ケアが叫ばれている時代ですから、それを地域がどんなふうな形でまとめて、連携してシステムを作っていくか、そのことは極めて重要だろうと思います。それを誰がやるのか、その中で病院が機能を果たしていかなきゃいけない。そういうふうを考えていますので、これは国保病院だけの問題じゃなくて、地域全体の、病院が関わってくる問題だろうと思います。病院以外の包

括ケアですから、そういう地域のシステムを一つ考えていく。そういうときにきているのではないですかね。

且つ、いろんな委員会とか協議会なんかがあって、いろんな部門でそれなりの活動は充実していると思います。ですけれども、地域の力をもうちょっと出していくためには、お互いの連携が必要だろうと。まして、福祉に厚い鴨川市、そういうものを作っていくためには、どうしても必要だろうというふうに思います。その中で初めて自分の持っている財産をフル稼働させていくような、そういうシステムでないとなかなか難しいのではないかと。基本的にはそう考えます。

川名委員長 ありがとうございます。

病院機能だけでなく、地域として先ずは何を求めているのか、それに備える全体的なものは何なのか、そこの一部としての病院機能と考えるのかどうか、そういう部分も踏まえなくてはいけないというところで、ご意見をいただきました。

これに関しまして、提言の中にそういったご意見も入っておりますので、今、滝口委員からも意見をいただいたところなので、提言を事務局から説明いただきまして、再度ご意見をいただきたいと思います。

では事務局、お願いいたします。

② 学識経験者からの提言（案）について

山口事務長 今般、学識経験者の先生方から、鴨川市立国保病院に対する提言（案）ということでお示しをいただきました。

これにつきましては、前回の会議を踏まえまして、先生方が3名いらっしゃるわけですが、おのおのご提案をいただきまして、それを伊関先生中心に取りまとめていただいたといったような経緯がございます。

伊関先生、大変申し訳ありませんが、内容について補足がてら、ご説明をいただけるとありがたいと思いますが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

学識経験者（伊関） では、提言の方、案を作成させていただきました。

何回かこの委員会にも参加させていただいて、一応、病院の関係者の方にもヒアリング等をさせていただいた結果として、幾つか提案をさせていただきました。

先ずⅠとして、現在、直ちに取り組まなければならないことで、職員全体が意識を共有し、入院患者を積極的に受け入れる。まだまだ受け入れることは可能だと思います。先ずは病床稼働率の上昇を目指す。そのために問題点を洗い出して、職員全体でその改善策に取り組み、入院患者増を目指す。先ずは入院患者増を目指して、収益を改善ということが必要だろう。

Ⅱとして、現在担っている役割を維持し、その発展を図る。これはⅠとⅡは特に、Ⅰに繰り上げてもいい内容ですが、とにかく来年、自治医大の医師派遣が2人から1人に減る中で、1人減るだけで医師の負担は結局、特に内科系は

1.5倍に増えます。収益は恐らく1人、よく医師が1億円稼ぐと言われてはいますが、1億円単位の損失が出る可能性がある。そうすれば7,000万円の損失が、1億7,000万円から2億円近くまで増加する危険性さえある。

それではこの委員会の意味が、議論していることが飛んでしまうので、医師招聘が一番重要な課題です。

この病院の存続のためには医師招聘が重要な課題で、そのために①の医師招聘や研修体制、地域連携などの病院のマネジメントを充実させるために、地方公営企業法という法律があるのですが、それは今一部適用です。組織を独立させる、全部適用して、新しい病院事業管理者に林院長、新病院長に副院長に就任していただき、積極的に病院の課題に取り組んでいただく。

何よりも医師のこれはもう医師招聘、2番目の特に医師招聘については、病院存続のための最大の課題として積極的に取り組む。医師招聘は、副院長の出身校である全国の自治医大の卒業生を主なターゲットとして、招聘を目指す。まずは、要は院長になっていただく最大の理由は、肩書で副院長が声かけるのと院長が声かけるのと、インパクトが違うのですよ。

残念ながら、今の千葉大関係の先生方に声をかけても、なかなかここに来てはいただけない。自治医大というのは全国のへき地だとか、地方の病院で医療を提供している先生方ですので、可能性としてはこちらの方が高いということで、招聘できない場合は現在の医療体制の維持のため、あらゆる病院からの医師派遣を検討し、積極的に取り組むべきである。

場合によっては、亀田さんとか、いろんなところから招聘を検討して、来年の4月の時点で、何とか1名ないしは2名の医師の勤務を目指さなければ、来年度、非常に厳しい事態に追い込まれる可能性がある。そのための緊急のマネジメント体制として、地方公営企業法の全部適用を導入する必要があるのではないかと考えた結果です。

さらにこの病院の場合は、看護師のマネジメント体制がなかなか課題で、待遇等が悪いというのは、それは看護のマネジメント体制が悪いという、そのところからもきています。今は看護師長1名の体制なのですが、これを副院長兼看護部長、看護師長の複数体制に変更する。今は看護師長さんですので、ある意味、仕事をやりながら、みんなのマネジメントをするみたいなので、十分できないわけですよ。そのところは、ちゃんとポストをつくる。できれば、副院長は外部からの招聘を検討する。退職した大きな病院の看護部長等、そういう、外からの人材も招くことは必要だと思います。

5番目に、メディカルソーシャルワーカーを常勤で雇用して、病院の地域包括ケア推進の体制を充実させる。これはイコール患者さんの病院の連携で、亀田病院との病院からの患者受け入れにも働いていただく形になります。

6番目に、リハビリテーション体制を充実させ、必要であれば職員を雇用する。

7番目に、病院の入院患者の受け入れ態勢の間口を広げる。特に亀田総合病院

からの入院患者の受け入れを積極的に行う。

8番目に、地域包括ケア病床を導入し、患者の積極的な受け入れを行う。地域包括ケア病床の要件であるデータベース化をできるだけ早急しておく。これ自体は一般病床として維持していく上でも、もう時代の流れで必要なもので、早く入れてくださいということです。これを入れることによって、ほかの病院との比較も可能なもので、ただ単に、出さなければならない、お金が欲しいからと言うよりも、自分の病院の状況を分析することが可能なツールになるので、データ提出加算は入れるべきだと思います。

さらに、9番目に、収益の改善のためのプロジェクトチームをつくって、診療報酬加算の取得、経費の節減、プラスになる検討をする。

10番目に、現在の建物でできるトイレなど改修の必要なところは、改修をする。

Ⅲに将来的な課題として、建物建築、地域包括ケアセンターの併設ということで、今の病院建物が老朽化して、病棟が何よりも3つに分かれているのは非効率であるし、療養病床に療養の酸素などの配管がないので、利用安全上も非常に問題が多いです。トイレなども不衛生であり、医療機関としての機能は残念ながら満たしていないところです。また、集客の面でも、古い建物はなかなか患者さんも集まってこない。特に、例えば親子連れ、若いお母さんとかは、ある程度新しいところじゃないと来てくれない。徹底したローコストでコンパクトなことが前提ですけども、病院を新築して、1病棟50床程度の病院を建築するのは検討することは必要と考えます。

2番目に、病床数は看護師の効率的な機能を考え、1病棟50床程度にする。今2つに分けていますけれども、結局、運用が無駄になる部分があるんです。

3番目に、病床は一般病床、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床など、適切な組み合わせを考える。これはそのときの状況を踏まえて考えるべきだろう。当然、今回のシミュレーションは参考になると思います。

4番目に、急性期病院としての性格を保つために、受け入れ救急系のスペースと最低限の手術室、手術をしなくなった場合の多目的への転用の可能性も考慮するを整備すべきである。

5番目に、地域包括ケアのモデルを目指し、入院と一体的に、隣に地域包括ケアセンターを整備すべきである。

6番目に、地域包括ケアセンターには地域包括支援センターに加えて、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、訪問ケア指導、訪問歯科診療、デイサービスを併設して、これまでよりも充実強化を図る。

7番目に、地域包括ケアセンターでは、子ども、障害、高齢の全世帯対応型のワンストップサービスを行う。インフォーマルケアの有機化を図るために、コミュニティソーシャルワークを担当する職員を配置すること。できれば、社会福祉協議会の身分で業務を行わせること。

8番目に、地域包括ケアセンターの機能で可能なものは、建物の改修の前に機

能充実を図ること、ということ提言させていただきました。

川名委員長 ありがとうございます。

今の提言に関しまして、先ず、医者の確保の状況に進捗があるようでしたら、お願いします。

林院長 座ったままで失礼します。

現在、応援のドクターを自治医大の卒業の先生、それから近隣の開業している先生を当たっております。もう一人、常勤の医師というのがまだちょっと先が見えない状態で、話し合ったのですが、それこそ近隣の病院に依頼するということも、早めに視野に入れなければいけないかなということで、そこまで検討中です。

川名委員長 ありがとうございます。

医師の状況はまだ確定はしていないけれども、現在も招聘は続けていくという状況の話を今、院長からいただきました。

これを踏まえまして、提言に関しまして、特に文言等に質問がなければ、内容に関しての意見をいただきたいと思います。

この内容には、先ほど滝口委員からいただきました、地域の核となるべく場所として、先ずは改築を前提とした病院のあり方を検討しなきゃいけないというふうに書かれておりました。それに関して、皆様方のご意見をいただきたいと思います。

鈴木委員

結局、改築をするとなると、莫大な費用が必要で、それも当然、最終的にはそこに突っ込んでいかないといけないでしょうけれども、この提言の中では、直ちに取組まなければならないことで、これはすぐにでも私はやれることだと思っているのですけれども、とりあえず、今の段階として、直ちに取組まなければならないところを取り組んで、それで今年度中にこの結論を出すということですが、とりあえず、このことをⅠの①について、病院側としてどのような取組みができるのかというのを伺いたいと思います。

山口事務長

ご提言の中の、直ちに取組まなければならないことということで、先ずご提言をいただいております。これは過去の繰り返しになってしまうかもしれませんが、過去の改革プラン等々で、例えば公開講座の実施ですとか、経営会議ですとか、そういった形で日頃から先ず情報の共有、あるいは自分たちが今どういう状況に置かれていて、それでその都度何をしなければいけないかといったことは、実際、今現在も取り組んでいるといったような状況ではあります。

それに加えて、この12月になってからなんですけど、一部、若手の職員を中心に、意識改革検討委員会というものを立ち上げさせていただいております。こちらの方は、実はなかなかハード面、お金をかけてどうのというよりは、どちら

かと言いますとソフト面、そちらの方でどう意識を変えていくのかというようなことを協議しております。まだ1回の会議、今週中に2回目が開催される予定ですが、そういった中でも、例えばスローガンを掲げていくとか、そういったような、皆で共通した目標を持って進もうといったようなスローガン、そういったものをつくるとかというようなことを今、現在やっているような状況でございます。

なかなかすぐ実を結ばないといった面もあろうかと思いますが、そういった形での先ず意識改革に取り組んでいるといった状況でございます。

以上でございます。

鈴木委員

多分、今の話では実績に結びついて、私はいかないと思います。Ⅱの⑦、病院の入院患者受け入れ態勢の間口を広げるということで、特に亀田総合病院からの入院患者の受け入れを積極的に行う、これは前から言われていることですが、これについてはどんな取り組みをされているのでしょうか。

山口事務長

ご指摘のとおり、私どもの病院、実は今回の検討会議の中で、私も近隣の病院の、いわゆるソーシャルワーカーの方々とお話しする機会がありまして、私どもの病院が間口の狭い病院といった意識を持たれているといったことは、実際ございました。

その主な要因としては、1つは、特に療養病棟のご指摘が多かったですけれども、市立病院ということもございまして、おおむね3カ月程度しか入院をさせていない、あるいはその先、その退院後の例えば施設ですとか、そういったところをある程度確保してからでない、なかなか入院を認めないとかといったようなことは、実際ありました。

そういったこと等々で、間口の狭いというような認識を持たれていたといったような状況もございました。

内部におきまして、そういった面で、これは全部ではありませんが、一部療養病棟の、例えば終身化といったようなことも視野に入れて、今後、なかなか間口をいきなり広くするというわけにもまいりませんが、そういったような取り組みも今後していきたいというふうに捉えております。

一例ですが、以上でございます。

川名委員長

それは現状では、まだ、そういう間口を広げるということに関しては、取り組んではいないという認識でいいですか。

山口事務長

いわゆる、終身化につきましては、なかなか、あしたから終身で、うちの例えば家族を入れてくれというわけにはまいりません。内部の医師で検討の結果ということでございますけれども、そういうことも視野に入れて、今後、入院は受け

入れますよということで、市内のソーシャルワーカーさん方には、文書で通知をさせていただいているような状況でございます。

終身は何名か引き受けるようにしております。

鈴木委員 実際、何名かいるのか。

山口事務長 申し訳ありません。2、3名ということです。

学識経験者（伊関） 鈴木委員さんのご意見もつともで、要は建物を改築するために、ある程度
黒字体制になってないといけないわけですよ。だからそのためには、例えば患者
さんも積極的に受け入れる。医師、看護師も場合によっては増やさなきゃならない。
その中で収益が黒字だと、建物の恐らく改築が見えてくる。ただし、そっちが先
であるけれども、将来の先である建物の建築が見えてこなきゃ、それは頑張らな
いといけない。

あくまでも将来的な課題と言うか、できれば早く私はやるべきだと思っている
のですけれども、今できる収益改善、患者受け入れを積極的に行うということば
ぜひ取り組んでいただきたい。

同時に、医師雇用を最低限維持する、できれば増やすことが必要だし、そのた
めに必要な人員の増員等も、収益が見込めるものならばやっぱり検討するべきだ。

今
の医療というのは人を雇って加算をとって、医療の質を上げてお金をもらう、収
益
を上げる時代ですので、それを人の採用はまかりならんでは医療の流れに遅れて
いくので、そこのところは絶対必要。

もっと普通だったら色々書くのですが、人の雇用についても一応ここで入れて
あるのは、最低限のレベルのものを入れてあるだけです。

鈴木委員 IIの①で、地方公営企業法を全部適用し、ということで、これは簡単にできる
かどうか分からないですけれども、それによって今、鈴木先生がやられているよ
うな病院の体制になるのだと思いますが、そうすると市長の意見じゃなくて、病
院管理者のある程度の裁量でということもあると思いますが、そのへんについて
どのように今考えていますか。

川名委員長 これは事務局の方からでしょうか。

鈴木委員 事務局じゃなくて、院長どうですか。院長の言えることかどうかわからないけれども。

林院長 全部適用して、病院の医師でもって色々なことを決められるということで、それから伊関先生がおっしゃったように、関院長としてのドクターの招聘とか、あと私ももう少し長らく働けると思っていますので、病院としてそれは賛成であります。

学識経験者（伊関） 結局、病院事業管理者になると定年がなくなるので、今までだと定年なのであと1、2年で確か、もうお辞めにならなきゃならないのですよ。逆に言えば、65歳で医師の定年になるというのは、もうそういう時代でなくて、70ぐらいまで、できればちゃんと現役で働いていただきたい。そうした場合は管理者というふうになる。これは定年がなくなりますので、4年間の任期という話ですので、いつから始まるかわからないですけども、適当な時期まで管理者として、同時に小さい病院ですから医師として働いてもらう。

あと、まちの関与がなくなるじゃないかという話もあるのですが、あくまでも市長は開設者というポジションもあります。要は病院事業の管理者は現場の医師になりますけれども、開設者として権限は握っていますので、必要ならば管理者を解雇できるし、当然、申し入れについては市からの話は大きいですし、全摘であれば議会の関与もできますので、基本的には大きな病院の全摘で経営のマネジメント能力、改善というよりも、とにかく林管理者、関院長の2人の体制で病院のマネジメントをしないと、もうできない時代です。

特に関先生についてはお若いですし、医師招聘だとか、あと亀田さんあたりの調整ですとか、そういうものに活躍いただくのには、副院長よりは院長の方が、これは肩書きとしての重みがありますので、若いがゆえに逆に院長に抜擢していただいて、活躍していただきたいというのが本来の考えです。

鈴木委員 それについては、当然、市長が決断してやらなきゃいけないことだと思うんですけども、市長、そのへんはどうお考えですか。

川名委員長 一応、提案は我々がまとめて市長に答申を出しますので、我々の意見を出した結果、市長はお考えになられるということです。

今、鈴木委員からもいただきましたけれども、Ⅰの①、そしてⅡの⑦という部分を取り組んでいくためには、やはり将来的な着地点とかビジョンを、まずは職員が共有することが必要だと。やはり職員としても自分が働く場が、どういふふうな将来になっていくのかによって、じゃ今は頑張らなきゃいけないよねとなるのか、いやもう10年であと終わっちゃうから、じゃそれなりでいいや。これは雇用される者としては非常に大きな環境、社会環境というか職場環境というものが大切なことだと、私は思っております。

というわけで、今回この資料の中でも、現状、有効として考えられるストーリーの中で、まさしく現状をBパターンという、とりあえずは地域包括ケアをやって、そこで経営改善という中で先ずは黒字転換、そして、であれば地域からもまた鴨川市からも、あそこは黒字でしっかり頑張っているのだから、将来性もあるし再投資していかなきゃいけないよね、というふうなビジョンを共有することが、非常に大切かと思えます。

そういった意味で、鈴木委員が、じゃ、その先の手段としてはどういう間口を広げる方法があるのか、伊関先生からも細かくは先ずは全部適用にして、病院としての立ち位置を確保した上で体制をどうしていくのかを考えなきゃいけないという意見をいただきました。ここまでは、皆様共有できているかと思えます。

では、この上でさらに地域の住民として、先ほど滝口委員からも意見をいただきましたけれども、どういう立ち位置、また足りない部分、もしくは足りない視点、視野というものがあればご意見を。できれば地域の住民の方々にいただきたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

これ、将来的に改築するとなれば、滝口委員が言ったように、地域での役割というものをもっと精査して、建物を改築する前に意識改革、収益改善の中で、じゃ、いろんな機能を追加していく。今直ちにできることを追加していくという、実際の道筋を考えなきゃいけなくなってくると思うのですけれども、その中でもこの答申の中に、ある程度文言が入っていないと重みが少なくなってしまうので、できるだけ答申として色々な意見は盛り込みたいと考えております。

ある程度網羅されているなどと思えば、それで私は言うことはないのですけれども、ほかに何かあればお願いします。

鈴木委員

ちょっと違うかもわからないのですが、3、4年前に実際に3,000万円の黒字になっているのですよ。私はそのときに「黒字になった要因があるんだよ、それをちゃんと見ておかなきゃいけないよ」と言ったのだけれども、そのときの事務長は、やはり黒字要因って何も挙げられなかった。ただ入院患者が増えた、減ったとそれだけで、それは要因ではないと私は思っているのですけれども、何かしら要因があったと思う。それで、特に何もそのときに流行性の何かあったとかということでもなかったわけですよ。

ですから、そういう実績もあるわけですから、これほんの何年か前なので、やはり私はちょっと頑張れば、そういうものができるとはできると思うのです、実際にやっていたわけですから。

そのへんで今、やっぱり患者を増やす努力、先生が提言されているように、そのへんはやっぱり一番、可能性とすればあるのではないかなと私は思っているのですけれども。

学識経験者（伊関） 私もそう思います。

ただ、条件として医師数がやっぱり増えるのは、重要だと思います。ここは重要で、あと、亀田さんからの患者受け入れ、これももう繰り返しになりますけれどもね。あと、看護師を場合によっては、ぎりぎりのところでやっているの、これ以上は受け入れられないみたいな話があるとすると、看護師の雇用みたいな、そういうものの組み合わせの中で、あと建物の使っていない部屋なんかもあるわけですよ。そういうものはどっちかという、建物のスペックに比べると少し低いところでずっとやっていた。それでも年によっては黒字になるので、頑張ればそれなりの黒字にはなる余地はあるだろう。

これが、亀田さんが隣になれば、またちょっと違うのですけれども、送ってくる可能性のあるところが近くにあるというのは、こちらの病院が逆に言えば、いわゆるメリットですよ、ポテンシャルです。それはあると思います。

川名委員長　　今、看護師の話が出ましたけれども、この副院長兼看護部長は外部からの招聘ですので、これは純増させなきゃいけないという認識でよろしいですか。

今、看護師の定員と、この部分に関してはどうでしょうか。

学識経験者（鈴木）　　十分採用しているのか、定員が余っているのか。

川名委員長　　足りているかどうか。定員と実数という。

山口事務長　　実を言いますと、今の看護師の体制ですと、病床70床ございますけれども、療養がございまして、現実的には一般病床が30床、最大でも35人程度がいっぱいだろう、今の体制では。継続的な募集はしておりますが、なかなか応募がない。

学識経験者（鈴木）　　定員があるけれども、集められていない。

山口事務長　　ということです。

学識経験者（伊関）　　だから今の体制だと、例えば看護学校に行って説明しても来てくれないし、いろんなネットワークもないわけですよ。やっぱり外で少しやり手の看護部長さんあたり、経験者あたりの人に来ていただいて、内部を締めるのと同時に、外への積極的な活動だとか教育活動、研修活動だとか、そういうものを入れないと、さらにじり貧で今度は看護師が減っていきますので、そうすると10年後には、実はこの病院、どんなこと言っても看護師不足で、病院閉鎖しなきゃならなくなるのは確かなんです。医師不足よりも看護師不足が実は深刻なので、そこを早めに、てこ入れしておかなきゃならないということで、それでこの項目も入れさせていただきました。

実際、そういう人がいるかいないか分からないですけども、いたらもうけも

の、いない場合もあるかもしれないけれども、とりあえず、一番可能性を考えると、こういう選択肢もあるだろう。

学識経験者（鈴木） 私、現実的にこういう体制を全適になってからつくって、非常にいい人が
が
たまたま来てくれたので、看護部は増員できたし、今言った看護教育の方もできた
た
し、だからできればそれがベストです。

川名委員長 ポジションと待遇をしっかりと与えてということですね。

滝口委員 実はこれに付随して、我々、予算の検討委員であるわけですがけれども、その予算では別に赤字ではない予算書が出ていました。ですから、それは結果的に赤字になったのはなぜか。これは状況の変化もあるだろうし、それももっとよく読まなくちゃいけないですよ。医療機器だとか人件費、高齢化すれば、それだけ人件費が増えるわけですから、人数が増えなくても、自然増みたいな形のものが当然あるわけですから。

それと同時に、稼働率も70%、最低限の目標にすべきだと、そういうことで考えられていると思いますが、実質的には50何%にしか達していないですね。

ですから、そういう面ではちょっと、経営努力も足りない面もあるじゃないかな。あるいは地域の事情がちょっと変わってきたのかな。実質的に予算を編成する場合には、そういうものをもっと加味しなきゃいけないなということです。それは一応、財務諸表の数字の問題ですので、でも実際にそうじゃなくて、数字以外でもひとつ予算を組むときに、もうちょっと、例えば繰り出し1,000万とか、もっと要請してもいいと思うんですよ。例えば、こういうことをやりたい、改革のためにということ、できれば28年度の予算書に盛り込んで、それでひとつの予算を獲得してもらおうという、そういうこともやっぱりひとつ、本当は前からやられていなくちゃいけないことですがけれども。だから、今度の28年度の予算編成については、実はそういうことをきちんと盛り込んだ、ひとつの改革プランもあることでしょうから。改革プランも、達成度はあるのですよ。しかしながら赤字がどんどん増える。いわゆる過疎地域の医療機関が抱えているのは問題ですから、非常に難しい問題があると思います。要は、地域の医療がきちんと、ですから診療にすき間が出ちゃやっぱりまずいと思います。それがますます信頼を失墜していく。病院に対する依存度が減っていきますから、それはまずいので、それだけはぜひ。

だから、現状維持を先ず予算書に反映して取り組んでもらいたいというふうに要望します。

川名委員長 経営改善とともに、そういった、こういうことをやりたいからという予算取りを しっかりして、それで先ずサービスでこの経営改善というか、この改革をする中でも、サービスレベルを落とさないようにしないといけないということで、ご提案いただきました。

滝口委員 それに付随して、今、山口事務長さんの方から職員の意識改革をやっているのだということ、極めて大事なことだと思う。

企業法、一部あれですけども、それ全適にした場合に、もっと指令系統、命令系統、あるいは人事交流の中でもっと力強いものが出てくるのではないかと、ということが考えられます。

それと同時に、意識改革の中で、要するに自治体病院、公設の病院だということで、給料も別に業績を反映したものじゃないのですよ、もう決まっているのですよ。だからあんまり自分の活動が給料に反映されるとか、そういうものもないし、評価制度はある程度導入すると言っていましたけれども、それが実際に人事効果としてどれだけの効果が出ているかなという、そういう問題もちょっと感じました。

ですから、少なくとも公営企業法を適用している企業ですから、職員も、自分たちの会社、病院だという、そういう意識を強く持って、少なくともマイナスになったら給料が減ることを考えないと。

ですから、意識改革という、その点は大いに期待したいと思います。

川名委員長 ありがとうございます。

永井委員 先日、クリスマスコンサートってございましたね、この病院で。あれ、講座の中の一環かもしれませんが、何回か私参加させてもらっているのですが、ものすごい反響でして、たくさんの方がおいでになりましたよね。

そして、私も色々な方の、耳を高くしていたのですが、初めてこの病院に来たけれども、素晴らしい先生がいらっしゃる。関先生と一緒にコンサートの生の声だとか、それから大勢の人がこの病院で、これだけスタッフが頑張っているのだという姿もありありと見えたのです。

だからそういう、先ほど言った情報化と言いましたけれども、あれ、本当に大事なことだなということの、改革の、今までもやってきたでしょうけれども、意識をしながらスローガンとか、そういうことでPRと言いましょか、そういうのも本当に大事なことじゃないかなということはこの間つくづく感じました。

多分、反省とかいろいろなのは事務局の方にあると思いますけれども、病院を企業という形で営業するとか、そういう情報とか、そういうことを大事にしていたら、あるいは地域の行事に参加して、先生方が来てくださっているようですけども、確かにそういうことがこの地域の皆さんに反映されておりますので、

ぜひそのへんも病院の職員、あるいは担当の方をお願いしたいなと思っています。

川名委員長 ありがとうございます。ほかにありますか。

佐久間委員 日本経営さんに伺いたいのですが、経営分析されたと思うのですが、現在の医師と看護師の体制で、病棟の稼働率が50%を切っているというのは、先ほど事務長もこの程度ですよ、限度がこの程度ですよというようなお話ですが、コンサルタントとして、もっと今の体制で受け入れ人数が可能ですか。

それともいくら、すぐ受け入れするのが収支改善になると言っても、看護師がいない、医師がいない、それだといくら言っても、現場とすれば受けられないというのが事実だと思いますが、客観的な目でどんなふう感じているのでしょうか。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

少し、結論だけを言ってしまうと、受け入れるマンパワーと言いますか、療養病棟においては受け入れる可能性はあります。看護師の数的に言いますと。

佐久間委員 療養病棟は90%いってますよね。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

結果的に何が言いたいかと言いますと、今、ハードの要素で、そっちが現実では広げられないのですが、そっちは実はもうちょっと受け入れられるのですが、ここはおっしゃるとおりで、ハードの要件はもう満杯に近い。一般はハードの要件からすると受け入れられるのですが、今の看護師数からするとぎりぎりというのが現状で、これがなかなか診療報酬上、じゃ軽く入れ替えられるかということ、現実なかなか難しいということ踏まえると、言ってしまうと今の数だと、そんなに余裕があるわけではないというのが現状ではございます。

佐久間委員 幾ら現場の皆さんに、もっと敷居を低くして受け入れしろと言っても、お願いしても結果的には私どもが言うだけであって、現場では受け入れられない、要するに、マンパワーが不足しているという。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

当然、もう2、3人とか、3、4人という数は可能ですし、そういう意味で地域包括ケアを入れることでの経営改善は、まだ可能な部分はございますけれども、じゃ、これをあと15人入れてくれとかというと、人数は足りていないというところはございます。

川名委員長 いずれにしても、じゃ、地域包括ケアでハードに触れずに、マンパワーで受け

られる状況をつくるしかないということですか。

日本経営エグゼクティブ（古屋）

短期的にはその部分と、当然、地域連携でもう少し、ちょっとずつ一般病床に
もう2、3人入れましょうとか、そういう数は当然やらない理由はございませんの
で、やっていけることは当然やる必要はございます。

そこは継続してやれることですので、やっていただきたい内容ではございませ
が、大っぴらに、あと10人は全然正直、看護師さん、例えばまだまだ余力がある
ということまでは言い切れる状況には、今は残念ながらございません。

金井委員

同じような悩みを私個人も持っていてあれですが、先ほどの幾つかの話の中の
ひとつで、公立病院だということがあるので、こんなことは可能なのかな
んですけれども、例えば看護師とか、そういうものを獲得するのに、先行投資と
いうのは可能なんですか。

要するに、高校生で学校に行っている人に、奨学金出したり入学金を、まあ我々
は医療法人でそれは別に違法でも何でもないので、そうはいつでもなかなか難し
いんですけれども、先行投資だと思って、それでも正看数名、准看生で1、2とい
うのが多いんですけれども、そういうので結果的に卒業したら「やっぱりやめます」
と言って、全額返してくる人も中にはいるので、がっかりはしますけれども、そ
ういうことが可能なら、そういうことは全くしていないのですよね。

山口事務長

していません。

金井委員

やっぱりドクターはその場のあれだから、それはもう院長始め努力してもらわ
なきゃ方法はない。我々自分のところでもそうですけれども、看護師に関しては、
もちろん、引っぱってくる有力な人がおられるというのは、それは非常に大きな
一つのあれだと思うけれども、やっぱり5年後、10年後を考えて、地道に、しよ
うがない先行投資でお金はかかるけれどもというのが、やっぱり、もし法的に許
されることならば、私はした方がいいと思います。

学識経験者（伊関）

あちこちでやっています。

金井委員

公的病院でもですか。

学識経験者（伊関）

もう山ほどやっています。地方だともう当たり前です。

金井委員

それはささやかなことだけでも、考えられたら、もし許されることがあれば、
今でもできますよね。

川名委員長 回答しますか。言うことがあれば、事務長。

山口事務長 すみません。答えになっていないかもしれませんが、現実問題として看護師の確保につきましては、正直なところ、私これだけハードなものという認識がなくて、きておりました。実を言うと実際、7月に1人准看護師が辞められました。また、年度末には定年退職等々の職員もおりますので、そういった面でも何とか確保できないかということで、今、地縁、血縁と言うとおかしいですけども、職員の縁故をたどって、何とか採用に持っていけないかなというようなことで、今までもやってまいりましたし、当面はやっていけなくちゃいけないのかなというふうには思っております。

川名委員長 ひとつの案として、定年した人を延長する等はありませんか。

山口事務長 定年での方は今のところ、非常勤で残っていただける予定であります。あるいは勤務延長、どちらになるかちょっとまだ、本人の選択の余地はございますけれども、今のところそういう状況でございます。

鈴木委員 看護師さんの採用について、やはり公立ということで、市の職員になるわけですから、私は魅力とすれば、民間の病院よりはあるのではないかなと思いますが、そういう点で先ほど話があった、マンパワーがないからこれ以上入れられないよ、逆に言うとじゃマンパワーがあれば入れられるというのであれば、もっと一生懸命看護師さんを増やして、それに見合う入院患者を入れていくというのは、可能であればそういうことも私はやるべきだと思うのですけれども、ただ、今これでもうしようがないから、患者もこれ以上増やさないとということと逆の考え方もあると思うのですけれども、そのへんについてはどうなのですか。

看護師さん全く増えそうもない。努力すれば増えるのであれば、そうすれば患者さんも増やせるということでしょう、考え方によれば。

長谷川市長 私がここで話していいかどうかわかりませんが、本市においては看護師の採用等々については採用試験、募集をかけて行っているところであります。

今、金井先生がおっしゃいました、今現在いる人に奨学金を出す、あるいは色々な手厚い環境のもとに、勉強をさせに出すというようなことは、今はやっておりません。

しかしながら、募集をかけまして、そこから採用する、その採用は学生さん、あるいは現役の看護師さんをやっている人を問わず、いい人材であるならば入れていきたい、こういうような姿勢を今とっているところであります。

それから、今幸いなことに、亀田医療大学等々あるわけでございまして、そこ

にも奨学金制度等々あるわけでございますので、また本市に勤めていただくならば、本市というかこの地域に勤めていただくならば、その奨学金は返さなくてもいいですよ、返さなくてもいいというのは色々基準があるわけですが、そういうこともやっているということでございまして、そういうところに幅広く、色々なチャンネルを使いながら、採用を図ることはしていく必要があるだろうな、これは実感しているところであります。

今はどちらかと言うと、募集をかけて、来る人、誰かいませんかというだけで終わっているところが、実は現状としてあります。

しかしながら、もう少し積極的にぜひともということで、こうした病院だから来てほしい、こういうような積極的な発信方法はこれから必要なのかなというのは、今の話の中で教訓として覚えたところでもあります。

ですから、そういう方向で一つ検討していることは極めて大事なことであり、このように思っております。

川名委員長 ありがとうございます。

その他、意見はありますか。意見がないようでしたら、以上で意見も出尽くしたということで、本日いただきましたご意見、そして、学識経験者の皆さまの提言も踏まえて、次回の会議に反映できるように事務局でまとめさせていただきます。

では、保健所と消防の意見照会の結果について、事務長、お願いいたします。

③ その他

山口事務長 前回の会議の中でご報告もさせていただいたと思いますが、今般、安房保健所並びに安房消防本部の方に、当病院のあり方検討にあたりまして、私どもの担うべき役割ということで照会をさせていただいて、今般、回答という形でいただいたものでございます。

こちらの方、お手元の資料をご確認いただきたいというふうに思いますが、保健所長さんの方から、かなり具体的に私どもの病院のあり方ということでご指示をいただいた。

一方、安房消防本部さんの方では、二次救急医療としての今後の役割を期待するといったようなお言葉をいただいたようなところでございます。

川名委員長 あわせて、病院に勤務する職員の方々の意向というものも簡単に。

山口事務長 そちらはあくまで資料として。

川名委員長 じゃ、こちらは目を通していただきたいと思っております。
では、次の議事に移らせていただきます。

その他、事務局、何かございますか。

(4) その他

山口事務長

この席を借りて大変恐縮ですが、先ず運営協議会、国保病院の運営協議会でございますが、次回の日程でございます。今のところでございますが、2月10日・水曜日、運営協議会の方を予定させていただいております。

次のあり方検討委員会、第4回目でございます。こちらの方は、まとめということをお願いをしたいと思います、大変恐縮でございますが、学識経験者の先生方はまだ日程が整いませんので、改めてご連絡をさせていただきたいと思えます。

今のところ、2月中ということをお願いをしたいと思えますが、場合によっては3月にかかってしまうかもしれません、日程につきましては改めてご報告をさせていただきたいと思えます。

よろしく願いいたします。

川名委員長

ありがとうございます。

では、以上で議事は終了となります。

終わりにあたり、林院長より挨拶をお願いいたします。

林院長

活発なご討議、ありがとうございました。

この場で言うのも何ですが、やはり最初のパターンを色々示してくれたのですが、その中でもやはり、例えば一般病棟がないとか、そういう体制は臨床的というか、現実的にあり得ないので、やはり地域住民のニーズというのが最初にあるので、日本経営さんが色々そういうところ、いろんなパターンを分析していただいて、それはそれでありがたいのですが、ただ、やはり収益も大事ですが、先ず地域住民のニーズを一番に考えなければいけないと、僭越ですが述べさせていただきます。

それにいたしましても、活発なご討議ありがとうございました。

今後ともよろしくお願い致します。

川名委員長

ありがとうございます。

以上で議事は終了いたしました。

その他で日程以外に何か。よろしいですか。

それでは、日程終了につきまして、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、公開するということでご了承をお願いいたします。

議事進行にご協力いただき、ありがとうございました。

山口事務長

ありがとうございました。

それでは、これもちまして閉会とさせていただきます。

本日はごくろうさまでした。

(5) 閉 会

午後5時

平成28年 3月16日

署名人氏名 川名 康介