

第6回松戸市病院運営審議会 会議録

- 1 日時 平成30年5月21日（月） 14:00から16:15まで
- 2 場所 衛生会館3階大会議室
- 3 出席者 ○審議会委員（五十音順）
東 仲宣 委員
石川 雅俊 委員
伊関 友伸 委員
近藤 俊之 委員（会長）
斎藤 康 委員
守泉 誠 委員
山浦 晶 委員（副会長）
○松戸市
高橋 正剛 総務部長
石井 久雄 総合政策部長
宮間 秀二 財務部長
千石 秀幸 健康福祉部長
郡 正信 福祉長寿部長
木村 亮 東松戸病院病院長
田尻 雅子 東松戸病院副院長兼看護局長
加藤 肇 病院事業管理局長
岡村 隆秀 病院事業管理局審議監
他、健康福祉部（健康福祉政策課及び地域医療課）及び病院事業管理局（経営企画課及び東松戸病院総務課）の関係職員
- 4 欠席者 ○審議会委員
鈴木 一郎 委員
- 5 会議内容 ○開会
○健康福祉部長挨拶
○議事
○閉会

○事務局 本日は、お忙しい中お集まり頂きまして、ありがとうございます。
定刻となりましたので、只今より第6回松戸市病院運営審議会を開催させて頂きます。

本日の司会を勤めさせて頂きます、地域医療課長の小嶋と申します。どうぞよろしく願いいたします。

開会に先立ちまして、健康福祉部長千石よりご挨拶申し上げます。

○事務局 皆様こんにちは。お忙しい中お集まり頂きまして誠にありがとうございます。この病院運営審議会も6回目になります。途中、病院の視察が1回入っておりますけれども、それ以外の審議会では6回目ということになります。

前は、いろいろ病院側からの説明をさせて頂きまして、さまざまなご議論を頂き、ご指摘、又はご質問、いろいろテーマも頂戴しておりますので、それを取りまとめて今日、またご説明をさせて頂きたいと思っております。皆様方の貴重なご意見を参考にですね、より良い松戸市病院事業の方向性を定めて行ければなというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○事務局 続きまして、この4月の人事異動に伴いまして事務局職員に変更がございましたので、ご紹介申し上げます。

総合政策部長の石井でございます。

東松戸病院院長の木村でございます。

東松戸病院総務課長の池田でございます。

次に資料の確認をさせて頂きます。会議次第、委員名簿、席次表、それと資料といたしまして「松戸市立福祉医療センター東松戸病院の役割り」、右上に「説明資料」とある5頁もの、右上に「付属資料」とある5頁ものがございます。資料に不足はございませんでしょうか。

なお、審議中のご発言にあたりましては、誠に恐縮ですが、お手元のマイクのご利用をお願いしたいと思います。

それでは、ここからの議事進行につきましては、松戸市病院運営審議会条例第7条第1項に則り、会長に進めて頂きたいと思っております。

会長、よろしくお願い申し上げます。

○会長 それではさっそく始めさせて頂きたいと思いますが、まずは委員の方々お忙しいところご出席ありがとうございます。

まず、本日の会議の成立について、事務局から報告をお願いします。

○事務局 本日の松戸市病院運営審議会の成立について、ご報告申し上げます。

本日は委員より欠席のご連絡を頂いております。また、委員から後ほど遅れて見える旨のご連絡を頂いております。従いまして、委員総数8名中7名の出席となっております。

よって、松戸市病院運営審議会条例第7条第2項の規定による定足数の過半数を満たしておりますので、本日の会議は成立することをご報告いたします。

○会長 次に会議の公開について伺います。本日の会議は公開になっておりますが、傍聴者はいらっしゃるでしょうか。

傍聴者は7名ということでございます。本日の会議を傍聴したいということでございますので、これを許可いたします。どうぞ入って頂いて下さい。

なお、これ以降の傍聴者につきましては、事務局の受付をもって許可いたします。

それではさっそく議事に入ります。本日は、先日の第5回でいろいろとご議論、ご意見を頂きました。それに基づきまして松戸市立福祉医療センター東松戸病院について事務局から報告をお願いします。

○事務局 東松戸病院総務課の池田です。本日はどうぞよろしく申し上げます。今回は、今までの資料を活用させていただき、説明資料と付属資料の2種類を作成しました。

それでは、お手元の説明資料「松戸市立福祉医療センター東松戸病院の役割り」に沿って説明いたします。

初めに左上こちらは松戸市の人口でございます。毎年2,000人ほど増加しています。平成29年度は49万4,733人、65歳以上の割合は25.2%となります。

次に、中央は高塚周辺の松戸市側の人口です。4地区で人口は1万9,900人。65歳以上の割合は24.6%となります。右側は高塚周辺の市川市側の人口です。6地区人口は3万749人で松戸市側より人口が約1万人多いです。65歳以上の割合は29.3%で高齢化率はかなり高い数字になっています。理由は大町に特別養護老人ホームが4施設あることです。

次に外来患者、入院患者の現状です。

左上は、外来患者の地域別です。平成28年度全体で2万3,256人、東部地区からは1万1,399人と全体の半分の方が受診しています。右側は外来患者ですが、こちらは残念ではありますが毎年減少し、平成28年度は、延患者数は2万3,256人、1日の平均は100人を切ってしまいました。平成25年度から比べると約1万人近く減少しております。ちなみに平成29年度は2万2,978人で昨年度より278人減少しました。

次に左側中段です。こちらは、入院患者の地域別です。平成28年度は全体で5万1,332人、松戸市内からは3万8,717人。そのうち高塚周辺の方は6,655人でした。

次に右側の中段です。こちらは入院患者の医療機関からの申込みの割合です。松戸市総合医療センターからは29.1%、新東京病院は11.9%、千葉西総合病院は12.1%、新松戸中央病院は3.2%、その他医療機関43.7%のうち22%が松戸市内の診療所等からの依頼となっております。東松戸病院は市内医療機関との連携が大変重要で連携が命綱となっております。

次に左下段。こちらは入院患者の年齢別の割合です。一番右側、平成28年度は65歳以上が88.6%です。

隣の表は平均在院日数です。平成 29 年度の合計欄は平均で 53.8 日です。平成 28 年度より 3 日程度在院日数が伸びました。

さらに、一番右側（参考 2）入院日数を表した表です。先月 4 月 30 日現在で 144 名の入院患者がおりました。91 日以上 120 日が 8.3%、121 日以上の入院の方は 11.1%で合せますと約 2 割の方が 90 日を超える長期入院となっております。

ここで付属資料の 1 ページをご覧ください。

こちらは入院患者と外来患者の地域別と医療圏別を割合で表にしました。左上、地域別の入院患者は平成 28 年度松戸市から 75.4%、そのうち高塚周辺の方が 13%になります。市川市から 14.4%、合わせますと近隣から 90%近い人が入院となっております。

下段は医療圏です。東葛北部 78.4%、東葛南部 16%で合わせますとこちらが 95%になります。

次に右上、こちらは外来患者の地域別です。平成 28 年度、松戸市内は 77.1%、市川市からは 16.8%合せますと 93.9%になります。下段は医療圏別です。東葛北部は 79%と東葛南部は 17.7%合せますと 96.7%になります。

この表からも外来、入院患者とも地域の方が中心で、違いは外来患者は高塚周辺の住民が多く、入院患者は、二次病院からの紹介等がありますので市内全域から来られていることです。

次に付属資料の 2 ページをご覧ください。東松戸病院周辺の医療機関マップです。右側の四角の表ですが、東松戸病院の周辺 2 k m以内に松戸市は 11 の診療所と 16 の標榜科があり、市川市は 2 つの病院と 16 の診療所 18 の標榜科があります。更にマップの真中上段の東松戸駅周辺に 6 診療所 9 の標榜科と密集し、診療所のほとんどが土曜日にも営業しております。さらに、東松戸駅と東松戸病院は道一本で 1.5 k mしか離れていません。車で移動すれば交通手段も特に問題ありませんので、高塚周辺の住民の方にとっては受診しやすい場所と言えます。

外来患者が減った理由にもなるんですけれども、国の政策でも外来患者を病院から診療所に誘導していますので、高塚周辺はその政策が顕著に出た結果だと思えます。

次に説明資料に戻っていただき 2 ページをご覧ください。

上段は東松戸病院の病床数の推移です。一番左、平成 25 年度回復期リハ 34 床、一般 144 床合せて 178 床でした。平成 27 年 9 月には念願だった緩和ケア 20 床をオープンし、一般病床を 62 床にし、地域包括ケア 46 床をオープンしました。次に、平成 29 年 1 月には一般病床 88 床、地域包括ケア病床 20 床に変更し、現在に至っています。

次にその下、入院収益ですけれども平成 25 年度は 11 億 8,800 万円です。29 年度は一番右側になります。14 億 5,700 万円です。収入については 29 年度と

25年度を比べますと2億6千万円増収になりました。但し28年度には病棟編成のため看護師を増員しています。

付属資料の5ページをご覧ください。こちらは東松戸病院の決算見込の表です。一番上ですね。こちらは決算書に出る数字です。市からの繰入金が入っている数値ですけれども。平成25年度は、黄色のラインです。当年度純利益2千700万円のマイナス、平成26年度はマイナス8千600万円、平成27年度はプラスの1億円、平成28年度はプラスの2億円、平成29年度は決算見込ですがマイナスの9,800万円となっています。

ということで、これを見る限りでは収支が良いのか悪いのかという話になってしまいます。そこで、一番下段の(3)の表をご覧ください。こちらの緑のラインです。平成25年度はマイナス7億5,000千万円、平成26年度はマイナス8億3,000千万円、平成27年度はマイナス7億9,000千万円、平成28年度はマイナス6億4,000千万円、平成29年度は5億9,000万円と収支はいずれもマイナスではあるんですけれども、平成25年度から比べますと現在1億6千万程度収支を改善すること、収支の幅を縮めることができました。これは先ほどお話ししました病棟編成の成果だと思われまます。

説明資料の2ページにお戻り下さい。中段のビジョンでございます。左側には千葉県地域医療構想で示されているものを1から4まで書きました。

- ① 回復期病床の不足
- ② 地域の実情を踏まえた病床機能の分化及び連携の推進
- ③ 在宅医療の推進
- ④ 公立病院の役割として、地域の特性に応じた中心的役割

これらの地域医療構想に沿って東松戸病院の役割を考えるため、そのための課題を四角の中に抽出しました。

一つは人口の高齢化、一つは外来患者の減少と外来の診療科目の見直し、一つは患者の在院日数が長い、一つは東松戸病院の資源の見直し、それと市からの多額な負担金の見直し等の課題がありました。そして、東病院としてこれらの課題を解決するために4つを掲げました。ひとつは高齢者に対する入院施設（一般、回復期リハ、地域包括ケア、緩和ケア）と多様な機能を持った病棟、二つ目として在宅医療の支援と普及。現在、訪問看護は行っておりますが、訪問診療は行っておりませんので訪問診療を充実させていくということです。三つ目は介護老人保健施設梨香苑との連携で、これも実際に入院してきた患者さんと一体的に梨香苑を含めて考えていくということです。それから最後になりますが、健全経営、収益の増加と経費の節減です。これらの4つを踏まえて下の詳細計画を立てました。

第一案185床は、前回の審議会で説明があったとおり185床で4階の一般病床6床と地域包括17床の合わせて23床増で、条件としては看護師12名、リハビリスタッフ4名増員の案です。

今回新たに提出させて頂く第2案は162床で、4階の一般病床全てを地域包括ケア病床60床にする案です。それと同時に在宅医療の取り組みということで、こちらを提案させて頂きました。この案を作った最大の理由は、今現在4階の一般病床40床は医療上は15:1で良いのですが、混合病床のため13:1で看護しています。この看護体制を生かし、収益を上げ公立病院としての役割を果たせる病床はと考えました。

付属資料の3ページをご覧ください。都道府県別の地域包括ケア病床の届出病床数（65歳以上人口10万人あたり）です。

左上が、全国平均です。全国平均が病床数154.9床。ただし、千葉県は約60床ほどで全国の半分も満たしていません。

次の4ページをご覧ください。こちらは回復期リハ病床です。こちらは全国平均が235.1床で、千葉県は約220床前後でこちらに関しては全国と同等な規模であります。

また、回復期リハビリテーション病棟協会の名簿を見ますと、東葛北部医療圏には652床あり、松戸市301床、柏市100床、流山市126床、我孫子市80床、野田市45床と、松戸市は他市に比べ非常に多く回復期リハビリ病院があり激戦地域といわれています。反対に地域包括ケア病床は、まだまだ不足し国も政策として力を入れています。

説明資料の2ページにお戻りください。詳細計画の一番右側の表です。こちらは疾患割合です。当院の病名ごとに割合を出したものです。平成28年度はガンが一番多く25.4%、次に骨折12.6%、廃用症候群11.4%、脳血管疾患9.3%です。前回の審議会で障害者施設等病棟のアドバイスを頂きましたが、そちらについても検討したところ、15:1看護体制では一般病床と入院基本料はあまり差がありませんでした。ただし、対象疾患が7割を超えれば約3,000万円ほどの収益になりますが、現段階では入院患者の7割を超えることは難しく、現状では25%ですので、今後地域の状況や国の制度の流れを把握し、再度検討したいと考えております。

また東松戸病院は車椅子を利用する患者さんが多いのですが、建物が古いいため業務の効率はよくありません。そこで一般病床の4.3㎡を地域包括ケア病床にすることで6.3㎡になります。患者さん同士のスペースが確保され、医師、看護師の業務効率も上がると期待しています。更に今回の病棟再編は、休床になっている病床を使用するため、改修工事の費用はかかりません。しかし県から再三休床病床の返還を迫られていますので、使用しない病床を返還しなければなりません。

次に説明資料の3ページをご覧ください。こちらは病床編成の比較表です。一番左が現行です。その隣が、185床案、次が162床案、最後に148床案です。点数につきましては、全て4月改正後の点数で積算しております。

185床案は、4階を2病棟にします。1病棟を地域包括ケア病床20床から37

床、収益では約1億7,000万円、もう1病棟一般病床を40床から46床、約4,500万円増、合計2億1,500万円の増収ですが、看護師12名、リハビリ職員4名の増員が必要であり、合計で約8,000万円の支出となります。黄色のラインの収支で、185床の一番下、医業収支を見ていただきますと、こちらで約4億6,000万円のマイナスとなります。

次に隣の162床案です。こちらは地域包括ケア病床を20床から60床にします。収入的には4億2千万の増、ただし、一般病床40床が0床となり約3億円のマイナスです。それと、訪問診療600万円の増、合せて1億2千万の増。費用については、MSWとリハビリ職員各1名増するため900万円の費用がかかります。医業収支につきましては4億4,500万円という数字になりました。

最後にこちらの148床案です。3階東病棟の一般病棟48床を地域包括ケア病床34床にする案です。こちらは平米の関係で14床減少します。ただし、ベッドが減りますので看護師も減らすことができます。そうしますと、黄色の部分で医業収支が一番右側のマイナスの4億9,600万円ということで現行の5億8,000万円より3つとも数字は良くなります。ということで、今東病院にある一般病床を何か機能的な病床にしなければならないという結果につながると思います。

続きまして4ページをご覧ください。こちらのページは162床の5ヵ年計画を作成してみました。一番左は平成29年度です。黄色のラインですが、医業収支は5億8,000万円のマイナスです。30年度は医療費の改正と市からの4億の基準外繰入金により医業収支は5億5,000万円のマイナス、31年度は4階の地域包括ケアを60床に編成し、MSW1名、リハビリ職員1名を増員し、合せて訪問診療を行い、医業収支は約4億円のマイナスとなります。今後、訪問診療、地域病院及び診療所との連携等を充実させ、同時に高塚周辺地域のニーズにあった外来科目・外来診療などの検討を進めていくことで一番右側、平成35年度には医業収支が3億1,500万円程度のマイナスに抑えられるのではと考えます。しかし、まったく黒というわけにはなかなか難しい状況ではあります。

次に5ページをご覧ください。こちらは162床案で更に3西の回復期リハ34床をリハビリ強化型にする案です。こちらが一番右の35年度、中段より少し上の回復期リハ入院料2を算定。看護体制は13:1、リハビリを365日行うにはリハビリ職員13名程度の増員が必要になります。一番右側の黄色のラインで、マイナス3億1,300万円ということで、今の段階ですと、うちの場合は強化とそれほど金額的には差がないので、今後、国の政策を注視していきたいと思えます。

私からの説明は以上です。

○会長 ありがとうございます。

東松戸病院の経営数値ですとか患者の動向については、これまでの資料を出していただいたわけですが、今回、それを必要なところを取り出して、自分の

病院に来ている患者の状況、それから地域の医療機関、千葉県医療構想、又は全国的な病棟の状況、そういうものを踏まえて、今後、数年間の目標というか、ビジョンというか、又は病院の経営の方針について、まず、説明をしていただいた。

それを前提に病棟の再編、リハビリ強化云々という形で、現在、29年度は決算見込から、どのくらいよくなるだろうとか、こういう話だった。

そこで、まず皆さんのご意見、またコメントをいただきたいと思いますのは、この東松戸病院が前回も市のほうから話が出まして、それから状況がすぐになくなるということではございませんが、今後数年間、どのような病院になっていくのか。2月に七日市病院も視察いただいて、それを踏まえてのことだと思います。

まず、この資料でいきますと2枚のところでは今後の東松戸病院、表現等もございませんが、これについて何か改めてここを強調すべきだ。又は、これが足りないというようなことがありましたら、ご意見をいただきたいと思います。

どうぞ。

○委員 傍聴の方もいらっしゃるし、確認なのですが、2ページの詳細計画第1案と第2案、第1案は185床、第2案は162床で、これは現在の建物の一部、今閉めてあるのを全部開ける。地域包括ケアのほうが一般よりも病床の面積が広くとる必要があるんで、今のを有効に全部利用すると162床が現時点では上限だ。それに応じて、例えば、地域包括ケア病床60床に必要な人を配置すると、MSW1名、リハビリスタッフ1名の増員と、地域包括ケア病床のこれは2から1を取得して高いほうを取る。その収益を改善するというところでよろしいでしょうか。

○事務局 ほとんど、そのとおりなのですが、4階の西に3部屋だけ余ります。それを、もし開けた場合には2病棟をつくらなければいけないので、そうすると、また、スタッフステーションとか、看護師の増員等いろんな部分の問題が出てきますので、今、言ったように、一般の40床を地域包括にするのに30床になってしまいます。

ですので、今、あいている病床に地域包括を10床つくらなければならないのです。ただし、確かに、病棟は3部屋あくのですが、それを、その3部屋使ったとして、あと、地域包括ですと10床ぐらいしか、10床いくかいかないかです。

ですので、そこはもう目をつぶって、先ほど1病棟60床でやるというふうな案です。

○委員 世の中の流れからは地域包括ケア病床が不足しているし、これを入れたほうがいいのかという感じはするので、60床はいいかなという感じはしています。

もう一つ、気になるのが、1ページの右の一番下の端なのですが、入院

患者の動向でどうしても高齢者の方、参考2ということで61日～90日、12.5%。91～120日、8.3%。121日以上が11.1%。参考1でもあるように、やっぱり、算定要件が60日から疾患によっては、それを超えるという話もあるんですけど、この60日超えの患者さんをどう対応していくかってものすごく難しい話で、老健の梨香苑さんだとか、さらに転院というのもなかなか受け入れ先もないと思うので、ここの患者さんの受け入れ体制を考えることが、やっぱり収益改善につながってくると思うので、そこは何か考えがあるでしょうか。

○事務局 今、言われたように、一般病床が割合長い患者さんがいるのです。ですので、これに関しては、いわゆる梨香苑との連携と、それから今まで訪問診療をしていませんでしたので、在宅というのはなかなか難しかったのです。ですので、その辺の在宅に帰すというのも今後の東病院のあり方なのかなとは思っております。

○委員 そうしますと、先ほどお示しいただいた付属資料の1の左上の地域別患者利用者構成比(入院)というところがありまして、平成28年度が松戸市内が75.4%ということで、そのうち口頭で高塚周辺が12%ということですよ。

そうすると、在宅ケアの病棟入院管理料の1を算定するには、在宅復帰率が70%以上ですよ。ですから、梨香苑とか入れられないですよ。

そうすると、それは訪問診療とかということで解決されるのだと思うのですが、高塚周辺が12%ですから、それ以外の、もっと遠いところ等に在宅をつけていかななくてはいけないというような理解でよろしいでしょうか。

○事務局 今のところ、そうならざるを得ないとは思いますが。ただ、その辺は、東病院の162床というキャパが、例えば、2人その地区に出た、そして1人は東病院で何とかするけれども、1人はその地域の診療所の先生にお願いする、全て地域に任せたり、全てうちがやるのではなくて、その辺は、今、医師会さんのほうでも在宅やっていますので、連携をとらせていただきたいなと思っております。

○会長 よろしいですか。委員にお聞きしたいのは、ここの関係なのですが、最初にこの病院が2枚目のところで、この地域で、地図を見ますと本当に、半分、高塚地域と松戸市、半分、市川という真ん中にあるわけですが、診療所もこうあるわけですから、よくご存じだと思いますが、この辺での外来、つまり、外来診療、それから、病院として診療所から受けるとか、この辺の病院の向かう方針、そういう位置、役割づけとか、それについてはどうなる、先ほどの発表をお聞きされまして、どうお感じになられたですか。

○委員 お示しいただいたように、慢性期に特化せざるを得ないということが現状だと思いますけれども、一方で外来の利用者構成ですと、松戸市内77.1%で、ほとんどが周辺の患者さんということでありますので、それがその慢性の病院の中で外来をやるかどうかは判断、難しいところだと思いますけれども、基本的に、一部、緩和ケアが存在していますけれども、慢性の病床、特に

地域包括ケア病棟1を算定できるのであれば、その病床を増やすということで収益を上げて、少なくとも繰り入れのお金を減少させるということでは、ある程度、存続の意味があるのかなというふうに理解できる。そういうふうを考えます。

○委員 これは、来週以降に梨香苑の話のときにあれなのですが、要は、60日以上をいかに減らしていくかというのが収益改善にやっぱり影響してきて、今、介護医療院というのが4月から出てきて、私もしっかり詰め切ったわけではないのですが、基本、介護医療院だと自宅扱いになって、いわゆる、長期入院の人の受け入れ先になるので、それで今、老健が雪崩をうって介護医療院に転換し始めているところがあって、これ国のほうも、石川さんかなり熱心に、日医さんもやっているんで、結構、当面はいいかな。

介護療養病床一部やっているところが実際にはあるのですが、そこからの転換だと、今度は交付税措置の対象外になるので、これはできないのですが、逆に老健からはありかなとは見ているので、これ、次の制度をちゃんと見て検討の余地はあるかな。

恐らく、これから5,000万、1億、収益改善していくのは長期入院患者さんを帰す、本人の不安をちゃんと解消しつつも、適切に在宅だとか地域に戻っても、又は違うルール上で一番可能性のあるところに移ってもらうということに、物すごく配慮していくということが必要な時代にはなっているので、そこは次回以降、検討してもらえればなど、記録61日、91日、121日以上入院の方はどう対応するのかと。

○会長 次回、梨香苑の少し実情と、今後の梨香苑にも関係するのですが、ここ、東松戸病院もご指摘ありましたように、長期入院の方々、これがどんなふうな方々なんだろうかということになります。

同時に、今の老人保健施設がたしか大体長期にいらっしゃるわけですが、老人保健施設というのが性格的に幾つかに、当初とは違って分かれてきて、看取りもすると言いながら介護医療院のように居宅扱いでないとか、やや、ほかと比べて性格が曖昧にはなってきたはありますが、患者さんというか、利用者の立場、又は、行政上どういうふうにしているのかということを含めて、今回は梨香苑のところ、梨香苑と東松戸病院というのは、多分、一体で今後は考えていかなければいけないので、ここ数年の間に老人保健施設梨香苑のほうをどんなふうにしていきたいのかということ、委員のご指摘がありましたように、少しお考えを出していただきたいということでございます。

○委員 今の追加なんですけども、まず、先ほども長期の入院の方というのは、この前までの議論でそうは言ったとしても、この方たちのかなりの部分は実際に松戸市の中から来られてくる方なので、それなりに、現状としては、そういう方を主として受けているという社会的な意義としてはあるのだというところが、まず1点。

それからもう一つは、環境のところで単純に、これ 65 歳以上がどうのこうのとあるのですが、今、僕が出ている内閣府高齢者白書とか、そういうところで見ますと、65 歳以上どうのこうのということにプラスして、65 歳以上の方の生活の実態と言いますか、家族の構成が確実に変わってきている。

例えば、昭和 55 年から平成 27 年までの比較をした場合に、男女ごとに違うのですが、65 歳以上のひとり暮らしの人というのが、10 倍も増えてきている。高齢者が増えているというだけでなくひとり暮らしの方が増えているのだということが白書の中に書いてあります。

ですから、地域の中での在宅どうのこうの議論をするときには、やはり生活状態、ひとり暮らしになっているのか、それとも家族といらっしゃる形なのかというのを、もう少し統計的に入れていただくとこの方向性としてはいいのですけれども、よりいいのかな。

実際にこの計画の 5 年間という中では、訪問の部分がこのぐらいの割合で増加をしていきますということが出ていますけれども、その根拠づけとしても、そういうところの議論が大事になってくるのかなというふうに思います。

あとは一般向けの人で考えると、こういう形に移行した場合に MSW はどういう位置づけなのでしょうねというところは、少し加えてあげるといいのかというふうに思います。

以上でございます。

○会長 ほかに、いかがですか。

○委員 先ほどの伊関先生からのご発言に関係してくるのですけれども、地域包括ケアを増やすとなると、それは国の要請でもあり、医療経済的にもいいわけです。

しかし、在宅比率を確保しなければいけないということで、それをどのように開始するかということが議論になりました。梨香苑については、今後、話しの対象になるわけですが、梨香苑を仮に介護医療院に転換した場合、現在、50 床しかございません。

それで、介護医療院というのは、その先まで考える必要があるわけです。終の棲家としてもよろしいというようなルールがあると思います。ただし、梨香苑の場合はそうではないわけです。

ですから、介護医療院にかえて終の棲家にした場合に、50 床では難しいし、たちまち満床になってしまう。それで循環が考えられませんので、50 床の梨香苑をそのまま介護医療院にかえるということは、それだけでは通用しないのかなという。

つまり、50 床ではなくて何らかの増床を、100 床にするとか、そういった可能性も考えていかないといけないのかなというふうに感じるわけです。いかがでしょうか。

○委員 そのとおりだと思います。要は、特に梨香苑については現状維持とい

うのではなくて、トータルとして松戸の高齢者の方が行き先を見失わないで、ある程度のルールに基づいて生活ができる。また、医療介護がニーズをちゃんと満たせるというような、かつ、収益性も確保するみたいな、いろんなものを踏まえて方針を考えていただきたい。

だから、最初からいうと50床ありきではないかもしれないです。経営規模を考えると100床ぐらいないと実はスケールメリットがないのかなとも感じますし、その辺、議論していただいて検討していただければなというふうには思います。

これは結論なんか私もなく、いろいろ検討していただいた結果を見て、また、私も勉強させていただきたいなというふうに思っております。

○委員 あと、2点ほどあるのですが、先ほどの長期の医療機関の話が出ていましたけど、高齢化に伴って、つまり、東松戸病院周辺の病院・診療所の先生方も高齢化してくる。

そうすると、今の数の中で十分に診療科がそのまま後継ぎがいて維持ができるかどうかということ、先生方が今どういう状況かということ、うまく見据えて調整していくようにされたほうがいいのかなということ。

それから、先ほども出てくる梨香苑のお話がそういうふうに変わってくると、今、政府で議論をしているような、少し患者層が少し違うのかもしれないですけど、CCRCの考え方も何か少し入ってくるかもしれないなというふうに思います。以上です。

○委員 これは医師会のご意見をいただくことになると思うのですが、ただいま、医師の高齢化についてお話がありました。その医師の高齢化、いつ大変な問題になるのか。あるいは2040年になりますと、今度は患者さんのほうが減ってくるという考えもあります。

それで、医師の高齢化と患者さんの減少と駆けっこのような状態、その辺のタイミングについては、医師会としてはどのようにお考えなのでしょうか。

○委員 僕からはちょっと答えられるような資料は持っていませんけれども、確かに、医師の高齢化も進んでいますけども、一方では、松戸市は比較的若い30代、40代の先生方も開業する先生も増えてきておりますので、地域の偏在は来るかもしれませんが、数的にはある程度若い人も増えていって高齢者が減った分もある程度は補完できるかなというふうに。

現状では、先のところまでシミュレーションできていないのかわかりませんが。

○会長 東松戸で、先ほどからありますように、今後で言えば梨香苑というような、どうするかというのがございますが、当面この、先ほど出していただいた数値でいきますと162床、それから185床になりますけど、そんなに数値としては変わらない。

一つ少し気になりましたのは、162床でいくとなると、もともとが許可病床

が198床でしたか。そうすると、県のほうから病床を返還せよと言われる。既に今でも言われているかもしれませんが、これはどんなふうに、最近の千葉県
県の例で返還をさせられた例とか、そういうのがあるのですか。

○事務局 病床返還については、実は担当者レベルでは毎年、メールでどうする
のですかと県から来ています。

昨年、審議会ができましたので、今、審議会に諮っていますので、その結果
が出ましたら、それ相当の対応をさせていただくという話をしていますので、
こちらのほうで答申が出た時点で、私ども県のほうに挨拶に行って、どうい
ような対応をとったらいいかというのを、聞いてこようとは思っております。

○会長 次のコメントに関係すると思うのですが、現在は198床です。老人
保健施設が50床。そうすると、当面すぐに増床するとか、198いっぱいに使
えるとか、建物の問題とか、先ほどの看護上の問題はあるのですが、50床は50
床である。

全体で250近くあって、これを将来、5年、10年、それから15年ぐら
いの間のことを考えるということで、こちらとして今多分そうなりそうにもない
ということで、多分、そう思いますが。

○委員 県もいろいろ建前上は言うてくるけど、例えば、建てかえをする
ときは経営規模的にも199床まで、要するに、増やすことだってありだと思
うので、1回減らしたら、また増やすのもありなのですけど、やっぱり、それは
手続が非常に面倒であるので、例えば審議会で将来の建てかえのときは、恐
らく高齢者の需要からすると199でも十分にいけると思うし、また、スケ
ールメリットもあるので、できれば199で将来的には病床を開けるべきだ
けど、今はただ、建物の現状の条件では162にしておいたほうが適当だ
という話だと思うので、無理に返上をこちらからすることはしないよ
うな気がしますが、

○委員 多分、同じことだと思うのですけれども、現在、介護医療院の増
床を考えていますので、結果はしばらくはお待ちくださいというのは極
めてリーズナブルではないでしょうか。

○会長 委員、既に資料ごらんいただけたと思いますが、基本は私ども、
ここが今すぐにどうこうというのではなくて4、5年、ここの計画を見て持
続可能なのだろうか。

もし持続可能でないとすれば、早急に私どもとして何らかの方針を出さ
なければいけないけど、ということで、今回出していただいたのは、この
ところ、一昨年より昨年度のほうがよくきて、この数値を見ていただい
ておわかりになるように、収支率はよくなってきている。

今後、あとの4、5年は何とかよくなりそう。これであるならば、まず
はこの状況を進めていいのだろうかというところが、皆さんのご意見を
いただきたいということになっています。

その辺を含めて、何かありますか。

○委員 すみません、遅れてきてしまいました。会長から今ありました持続可能というのを、どんなふうに定義をされるのかということの確認をしたいところではあるんですけども、現状、5年の事業計画でも5年目で事業収支が何かプラスになっているのがなぜなのか僕にはよくわからなかったのですが、医療収支だとマイナス3億が、事業収支のプラスになっている。

その説明も聞いてはみたいのですが、前回の審議会で宿題になっていたところが、今日既にもうご回答されたのかもしれないのですが、例えば、障害者のあたりとか、あと、外来検診をどうするかみたいな話とか、その辺でもう回答されていたらいいですが。

○会長 障害者はやってみただけ、それほど患者の確保できるかどうかで、外来は少し先ほど、外来患者が減ってきているということで、もう少し先ほど委員なのですが、外来機能はこの上どうするか。病院が少し明確にしたらどうかと思いますけど、それはいかがですか。

○事務局 外来機能は、今後、回復期・慢性期を考えれば、今ある内科・神経内科・整形は必要性はあると考えています。ただ、今、週に1回の診療が、当院では多いので、そちらに関しては、もう、ある程度考えていかなければいけないのかなとは思っています。

○会長 これは、いずれはつきり、ここの入院機能はかなり明確になってきて、それでも長期患者さんをどうするか。どのような患者さんがいて、これは梨香苑とは関係は出てくるのですが、外来機能については改めてどういう患者さんがいて、どうなんだと、それで診療科としてはもうこれはどういうものに集中する、何を切れというのではありませんけれども、どういうものにやっぱり、もっと近隣の診療所あるわけですから、そことの関係でどうするか。

先ほど、委員から出た検診というのは、ここでやるのは果たしてどうなのであろうかというのは、やっぱり出してもらうと考えられる。私どもとしては数値を見て、数値がなくては私ども判断できないので、何らかの外来患者さんの状況がわかるようなものを、一度出してもらったらいいいのではないかと思うのです。

よろしいですか。

○委員 付属資料の2で2キロ圏内の診療所、病院がプロットされているわけですが、外来を見ると多分、これ、市川の医療機関のほうに多分通っている方が多くて、それ以外の人たちが若干ここに来ているというような意味しか読み取れなくて、松戸市の市内全体から言うと、結構、市境などところがあるので、通常、今も病院では患者さんの減っている状況も、先ほどお話ありましたけれども、そういう病院でここはやっぱり周辺の市川市内のほうに外来患者さんが行っているの、どうしても病院としての外来の機能は、なかなか難しいかな。

○委員 外来機能ですけれども、例えば、東病院というのは眼科の先生がいま

せん。泌尿器科の専門の先生もいないと思うのですが、もちろん、婦人科もいない。そういった専門的な外来機能については、それぞれ専門の医療機関がすべきではないかと思うのです。

もし、東病院に外来の必要があるとするれば、退院して間もない人の短い間のフォローアップ。そういうところは残ってくるだろうと思います。

○委員 暦年で、説明資料1ページの地域別もあるのですが、診療科別も別途で資料出すと、恐らく、もう、今だと内科が中心ですよ。

内科が減っているのか、それとも非常勤で来てもらっている人が、患者さん少なくなっていて減っているのか、その辺診療科で見ないとちょっと言えないかな。ただ、少なくとも急激に減っていることは確かなのだけど、何を残すのかという。

全く外来やめちゃうわけにも恐らくいかないと思うし、今の、現有スタッフでどのぐらいのことができるのか。かと言って、例えば人数的にほとんど患者さんがいない非常勤の先生については、今までどおりというのも、なかなか厳しくなってくるかもしれないし、そこはいろんな、憶測ではなくて患者さんの外来診療の現状と、患者さんの現状について診療科で整理されたほうがいいのかと思います。

○委員 その結果を見ていただいて、やはり非常勤の患者さん少ないところは、医療センターのほうにシャトルバスで運び受診するというのも当然考えられると思うので、やはり、専門性があって患者さんが少ない科については考えなければいけないのかなと思います。

○委員 もう一つだけ。その一方で今聞いたのですが、総合医療センターの外来は逆に多過ぎるような感じもするので、逆に、誘導できるのか、できないのかもわからないですけど、そこの外来のあり方みたいなのは、総合医療センターも含めてちょっと議論しないと。総合医療センターに行けと言ったら、今度は総合医療センター今度は大量の患者さん、外来がまた増えてきているはずなので、そうしたら今度は外へ行けと言われるかもしれないけど、どこへ行くのという話もあるので、そういう、ひょっとすると総合医療センターの外来患者さんを少し誘導するというのもあるのかもしれないし、そこのところは私よくわからないので、トータルでぜひ考えていただければ。少なくとも現状の診療科別の患者の状況、医師の診療の状況についてはちゃんと整理されたほうがいいのかと思います。

○委員 今、話がずれるのかもしれないのですがけれども、伊関先生にお聞きしたいのですが、とにかく今は老人の医療と言っていいか、今、話されているような内容が、本当に、やはり、同じように続けてやっていかなければならぬんだということが、医療上においても、保険のシステム上においても続くのかどうかということに、実はちょっと疑問があります。

そういうことが続けばいいのですが、では、我々がこれからやっていく医

療というのは、どういうふうに評価されるかということも大きな問題でないかなというふうに思います。

例えば、そこに住民がどのぐらいいて、その地域だけで75歳以上が幾らいて、その疾患がそのリスクがどれぐらいで、そうするとその人たちが、高いケアを受けていくというのはどのぐらいの比率だ。

そうすると、我々の病院は、これらの人口に対して、どれだけコントリビュート（貢献）しているかというようなことというのは、急性期疾患と少し違いますが、数でわかることではないのかなと思うのです。

そういうふうなことが今後も続くし、続いていくのであれば、今の医療の現場は非常に重要である意味も持っているだろうと思うのですが、何かこう、先ほども、ちらっと聞いたように、地域包括ケアでも少し私は不安もあるのですが、そのあたりというのは、どういうふうに考えていけばよろしいでしょうか。

○委員 非常に難しいですね。ただ、医療制度自体は昔のような政治力で決定されるというより、どちらかというと、データに基づいてDPCだとか、いろんなデータに基づいた議論が大分なされてきているようになってきているのかな。

それを今度は地域レベルで話し合いをするというのが地域医療構想ですし、それも構想をつくれれば終わりではなくて、ローリングしなさいということで、毎年話し合いをしている中で、少しずつ役割分担が精緻化されていくのかなとは思っています。

その中で、2つあって、国の政策を一步先に読んだほうが診療報酬的にはよいですし、この前提は、今、国の言うことを全く聞かないと繰出金がどうしても多く出る。税金としてちょっと見逃すことができないレベルのお金が投入されてくるというのは一方で問題もあるので、その、いつはしごが外されるかもわからないというのは十分理解できるのですが、それでも、一步先を読んだ上での政策対応していくことが、一番税金投入も少なくなるし、患者さんのためにもなるのかなというふうには思っています。

○委員 ありがとうございます。

○委員 少し今のつけ加えなのですが、確かに、今の、例えば国民健康保険とかのヘルスデータというと、ビックデータを使ってどういう状況で、どうしているから、医療費を減らすためには、このデータをどういうふうにやっていたらいいのかなということを、ここ1、2年ぐらいから盛んに言われ出して動いていますし、今のこの方向というのは先ほどおっしゃったみたいに、制度と方向に乗ったほうが報酬上は有利になるのだということがありますが、ただ、その一方でビックデータというのは、必ずしも因果関係を明確にしているわけではなくて、あるところでは逆に病院の少ないほうが健康であったというようなデータも出てきていて、逆に病院があるから逆に患者さんが来て、そ

れで医療費が発生して、そのバランスが悪くなって赤字になっている部分もあるのではないの、ということも最近は言われていて、かえってないほうが、みんな頑張るのだという部分もありますけれども、そこは、あくまでもビックデータが因果関係を示したわけではないと思う。

ですから、導き出す方法としては、こういうふうに見て行って、その一方で、今も斎藤先生の貴重な意識と言いますか、そういうところも頭に入れつつということがいいのかなというふうに思います。

○委員 今、地域医療構想の話が出ましたけれども、7月に東葛北部の地域医療構想調整会議が、多分開かれる予定になっておりますので、多分、前回積み残しされた公的医療機関の役割が主な議題になろうかと思えます。

前回の何年か前の市立病院の役割を、多分、その会議で話をさせていただいたと思うのですが、この先はやっぱり医療センターもできましたので、それとやっぱり、東松戸病院の関係性も含めて公的医療機関の役割ということ、もうちょっと詰めてお話を、その場で詰めていかれるのではないかというふうに考えておりますので、ぜひ、よろしくをお願いします。

○会長 今、非常に医療センターのこともありますが、今回はここの中で長い治療を見てきての一つ参考になるというのは医療センターというか、本院との関係、それが今回触れられていないんです。

運営についても、その辺を少し、来年以降どうしていくのか。全く独自で、今、別々でいっているわけです。確かに、患者はだから20数パーセント来ている。これも減ってきているということで、人的には、今回、院長が医療センターから来られましたけれども、基本的にはあまりそれぞれ別々に採用されて人事権がそれぞれあるというようなことを、コメディカルも含めてです。

これについて、いろいろなことをこの中で考えるというようなことを、ちょっと出してもらったほうがいいではないかと思えます。

それから、今の地域医療構想でございます。医療センターの課題ははっきりしていく。では、この東松戸は医療センターとこの部分があるから切り離せないと思うのか、いずれそういうことになるのか。運営上、まずはどのようにするか、この辺は出してもらいたいと思えます。

これについて、医療センターに何かお願いしておくところございますか。よろしいですか。

○委員 医療センターは建てかえをして、私もこの前訪問させていただいて、病床利用率がめっちゃめっちゃ上がってきていて、まだ閉めているところもありますけど、これ、空ければ空けるだけ実は患者さんの吸引力が増えてくるので、その後の行き先どうするのという問題が必ず出てくるので、今まではどちらかということ、子どもは強かったけど、大人はまあ、それほどということなので、だんだん、全体が充実してくると必ず行き先というのを持っていないといけないので、そうすると、今まで以上に連携しないと済まないところはあ

るのかな。

その行き先の病床として、今の想定している病床が本当に正しいのか、いいのかどうか、もう一回、ちょっと今の議論だとあるのかもしれないね。

ひょっとすると一般病床で先ほどの1もありなのかもしれないというのがあります。その辺、東松戸病院さんと総合医療センターの関係、1年後、総合医療センターが本格稼働したときのいわゆる患者の流れを考えられたほうがいいのかなという感じはします。

○会長 それから、私のほうから補足で、先ほど委員からサステナブルって何だよという話があったと思うのですが、今、私自身がこの中で資料の説明を聞いていて考えているのは、数値的によくなってきたんですけども、それが実行可能性があるのであれば、確かに4年後でも5年後でも医業収支で85%ぐらい。これは確かに民間レベルからしたらとてもではないけどサステナブルではない。

ほかの自治体病院で見ますと、なかなか慢性期、ひとつずつ比較するには余裕がありませんけど、85%ぐらいあれば何とかいいのかなという見込みであります。

それがとても実現可能性がないのであれば、早急に私どもとしても、これはとても無理だから直営以外と言いますか、考えるべきではないか。場合によってはルール違反ではないかということになります。ここまで出していただいた資料でいくと、あの地域において運営基盤、また一部外来機能が必要であるということになると、やめろという議論にはなりそうにない。

ということで、今回出していただいた皆様のアドバイス、実現可能性のある数値なのかどうか。粉飾とは言いませんけど、粉飾計画であっても困るわけで、そこを見ていただくということが1点です。

それから、その先、これは直営の自治体病院としてあるべきかどうかという議論は今できるかどうかというよりも、できなくもないですけど、今、この数字を見ると2019年から2020年、来年、再来年の数値を見て、2017、18、19、20と見て、これがきちっとやられているかどうかということです。

数値的にいろんな運営の問題ももちろんありますが、経営数値でそれがきちんとできているかどうかというのが非常に重要であって、それも2021年ぐらいで見て、同時に、そのあたりで、きょうはあまり議論してありませんが、あそこの病院もやっぱり老朽化の問題が出ます。それで医療センターのように、やはり入院施設をきちんとするということがあり、いろんな患者さんが来てくださるようなことですが、その辺で新しい建物というか、そういうことを検討しなければならなくなるのではないかと。

今の段階では、5、6年後にはあの建物ももたないですよというふうな、あのままで、多分何もしないでというのか、後で委員からご発言いただきますが、あの建物がどのぐらいものをやればもつのか、新築して幾らかというのはまた別の話でして、そうすると5、6年後には何らかの形で、新築ないし大規模な

補強、さらに15年とか、そのぐらい維持できること考えなければいけないとかというふうなことは、維持可能かどうかということで議論しているのですが、ちょっと建物の問題かというイメージでいいですか。

○委員 急に振られちゃったので、建物どうのこうのというのはあれですけど、あくまでも、例えば、よく耐震でどうのこうのとかと言っているところのほうで、一つは1982年のときの建築基準法の改正により新耐震基準に基づいてこういうことがどうなっているかというのがあるのですが、それともう一つは、この辺で大きな地震がどういう形で想定されるのかというのがあるって、今は直下型というふうに言われているのですが、そうでないという意見もあるし、何とも言えないところがあるのですが、少なくとも、この前のエンジニアリング・レポートの状況から見ると、建物の管理にもよるのですけれども、1階部分とか、そういうところに弱点があるのだということ。

そうすると、かなり過重がかかってくるので、その面ではこの部分は見逃していて、何か起きたときに想定していませんでしたとは、言えませんよね。ここまでのいろんな資料があって、こういうのが出ているんだから、当然に意識があるのでしょうねと見られる。

だから、やはり先ほどお話があったみたいに、その部分を今後は盛り込んでいかなきゃいけないと。

それから、建物から離れるんですけど、基本の戦略はいいとしても、5年間で計画を立てるときに、例えば人件費であれば、そのまま数字を両方出しているのですが、通常のベースアップ率を考えて、現状の人員構成でいったらどんなふうに人件費が増えていくのかということも本当に細かくやらなければいけないし、変動費・固定費の中の変動費、特に材料費部分でもそれに合わせて変動してくるので、正確に言えばそういうところの部分がある程度盛り込んでいって、今、お話をあった建築関係の部分の修繕でやっていくというのを、モデルとして入れていった場合にどういう数値が出るのかというのは、次の課題と思うのです。

ただ、少なくともこういうような方向でいこうというのは、決して間違った考えではないと思いますし、それからもう一つは方向がどうこうしても、やはり、何らかの、投資しないで、人に関してもそうだし、ものに関しても投資をしなければ物事が変わっていかない。ただ、無駄な投資はするべきではないねということなんです。

あと一点なのですが、病院間の連携の問題で、人の連携どうのこうのとありましたけど、もう一つは、これは私の専門分野なのですが、例えば、人事給与とか、そういうことをやっていく場合も、システムがあります。それから、医療関係の計算をしていくようなシステムというのがあるのです。

それからもう一つは、内部の話として、事務処理をどんなふうに効率的にやっていくかというのがあります。そこが、少し細かいところが出ていないので

すけれども、もしかして、東松戸病院と今の新病院との間が全くばらばらでやって、同じような事務処理がばらばらでやって重なっているというのがあれば、その部分はうまく中央統制して効率化していくということにありますし、去年からすごく民間の保険会社とかでやっているのは、単純な事務処理というのは、もう人間の手ではなくて、ロボットにやらせてしまう。

ロボットというのは人が動くものではなくてソフトウェアロボットというRPAと言いますが、それを導入して行って、人件費を大幅に削減しているということが、多くの保険会社でももう導入してきています。

そういうふうに、直接的にこれは医療に関係ないかもしれない、間接的な部分のコストの削減として、そういうところも視野に入れて、この5年間の中で少しかかわっていただければと思います。

○会長 建物のことで変に振ってしまったのですが、前いただいた資料で見ますと、一番、病棟で新しいのが5号館というような形で、昭和59年、1984年なのです。これが先ほど申し上げた計画で5年後ということと西暦で2023年。

2021年ごろにそれどうするかで、すぐに取りかかっても2024年ということは、2024年で40年になるのです。

これまで適切にメンテナンスをしてきたら建物はもつと思うのですが、あまり適切にしていなかったとすると、40年というところかなりお金をかけないと、というのは、一般論としてはいかがでしょうか。

実際は、なかなかメンテしてこなくて、突然お金がかかってしまうということがあるのです。

○委員 今の点をご説明しますと、今回、例えば建てかえとか、改修するとかというような議論では、今のところは特に入っていないのですが、こういうふうによく建てかえるケースの場合はこうだとか、それから、改修するケースの場合はこうだという考え方は、もう、今はとらない。というのは、今お話があったように、適切なメンテナンスをやるかどうかということによって、全然その期間や費用が変わってくるので、建物というのはそもそもライフサイクルで全体で見っていくということで、公共施設に関しても、今のマネジメントのやり方が国交省からのガイドラインからも出てきていて、そういうものをどんどん公共施設はとり入れていますので、計画を立てるときも初年度はこれだけで対応する。その後こういうような維持管理を、こういうふうに行っていくと、全体として見ると何十年の中では、こういう形になります。全体として何十年という、1年目、2年目、3年目、4年目というのを、全部合計した費用で見るやり方もあるし、実は例えば、10年後の1万円と、現在の1万円と違いますねというのが、金利分がかかってくる。それで、だから10年後の1万円というのは、1年目に直すと割引現在価値という形で1年目に直さないといけないのですが、そのときDCF法という形で全部、計算する場合もあります。

そうすると、例えば1年目に光熱水費をかけるために、こんな部分にすごいお金がかかっちゃって、1年後にはすごく変わっている。

ところが、これは光熱水費を削減するために一部に金をかけたので、2年目、3年目以降の光熱水費は通常の、やっているような建設のやり方よりもはるかに光熱水費、安くできるというような部分を入れていって、全体で判断をしています。

だから、先ほど会長がおっしゃったように、ここの部分の建設関係を見るときのライフサイクルの部分を入れた形の資料をつくっていただければと思います。

○会長 ところで、一番、私なんかは素人で気になったのは、一番新しいので2024年には40年ぐらい経つ。一番古いのは昭和44年。増築したり新耐震したりしている。

この病院がどのぐらい使うつもりできちっとメンテナンスされてきているのだろうか、そういう不安が少し、専門家でないのですが、本庁舎、営繕のほうから見てもらって、その辺のことを指南してもらえるといいかなと思っております。どうぞ。

○委員 建物本体は、まだもつにしても、結局、東松戸病院は国立病院方式と呼んでいるのですが、センターの通路をつくって、それに横に張り出す形でやっているのです、いわゆる、ナースステーションから動線が長かったり、40年前のいわゆる医療の体制の建物になっているので、やっぱりある程度、今の病棟の看護のあり方、また、居住環境、アメニティーも含めての体制にしていかないと厳しいかなという感じはします。

全面改築すると、やっぱり相当お金がかかります。大体、これ、199床として老人保健施設50床ないしは場合によっては100床となると、300床規模になると、やっぱりトータルでいくと80~90億円ぐらいはいつちゃうと思います。

どんなにローコストでやっても、私、研究テーマでも病院経営、自治体の病院経営自体がもう建物の建築と密接に関係しているのです。

結局、特に田舎の病院とか、中小病院で豪華につくってしまうと、あっという間に借金返済でパンクしてしまうので、一番最近だと、茨城の筑西市の医療センター、もうすぐオープンですが、これが250床で70.6億、消費税前、消費税入れて76億、このあたり恐らく自治体病院では極限に近いです。

別なところで、同時期に、伊勢市の伊勢総合病院が300床で、132億でつくっています。

これ急性期病院だから、いろんな施設があるなり、より高くつくりますが、それでもいろんなものをそぎ落としてでも、建物が大きくなれば、金額も大きくなる。だから、全面建てかえなのか、それとも、例えば外来棟は残しつつ、一番は4階建ての病棟の部分がここが耐震も弱いし、アメニティーも非常に弱いので、そこの部分だけ病棟だけつくるってみたいなこと、将来のまた再整

備に立つみたいなの、いろんな選択肢はあるので、それは今回議論すべき内容ではないので、少なくとも経営がよくなっていけば、建てかえの可能性がいろいろある報告書に、恐らくなると思うし、その際のあり方は、全面改修から全面建てかえで、その間の幾つかのシナリオ4つか、5つぐらい。それと経営状況の判断みたいな。

あと、もう一つだけ、やっぱり、建物が古いとドクター勤務してくれないし、ナースも勤務してくれないので、やっぱり、スタッフのアメニティーは上げるということも、昔は患者さんだけだったのですが、最近はスタッフが一番人手不足の時代ですので、スタッフのアメニティーを上げていく。あと、患者さんの療養で、例えば、総合医療センターから、やっぱり東松戸にいくと療養環境落ちてくると、やっぱり行きたくないという話にもなるので、そこはある程度上げておくことも必要なのだろうという感じはします。

ただし、かけられるコストはやっぱり限界があるという話です。

○会長 委員にご質問しようと思っていたのです。実際に病院というか、一つの経営を危うくするのが過剰建物とか、そういうことだと思います。

ちらっと出た人件費と言いますか、人事制度の運用みたいなもの、そんなものを含めて、今後、将来というか、2、3年で何とか今の経営をよくするために、何か考え・アドバイスがありましたら。

○委員 ありがとうございます。

今の話を聞いていると、早く建てかえの議論を始めたほうがいいのではないかと思うところがあります。今後、この計画を見ると、稼働率を上げるとか、人を確保するとか、集患力を拡大していくことになっています。

やっぱり、それを実現するために、住民にとって安全性の確保も含めて早く検討していくべきではないかというところでは。

それに、並行して、今おっしゃったような、給与費の見直しというところ、どこまで逆に言えば、独法化とかも含めて検討していくべきなのかというところを、この審議会でも議論すべきなのかというのが一つ、大きなところであるのかな。

先ほど、会長からは医業収支これぐらいなら、何とか5年くらいは様子見ていけるのではないかという話がありましたけど、確かに、来年度の事業計画は、かなりいい数値感にはなってきたので、実は5年後ではなくて、もう既に来年でもできるようなことが、もう少し前倒しであるのではないのかとか、収支の、恐らくコストの部分も含めて、まだまだ粗いものだと思うので、そういう意味では、それなりに、もう少し改善した絵姿というのは描けるのではないかな。

例えば、地域包括ケアをもう少し前倒して実現するとかも含めですけども、そんなところは思ったところでは。

あと、私のこれは思想なのかもしれないですけども、民間でできることは

民間でやるというのが、地域医療構想でも求められているところですので、その中で、急性期は当然やるのでしょうけど、回復期以降と、それから一般的な外来です。専門でない部分の不採算部門、検診部門というのを、周辺の医療機関にシフトしていくという流れというのは、この審議会の中で打ち出せないものなのかなというのは、少し思っているところです。

あと、ばらばらと申しわけないですけど、障害者病棟は先ほど難しいということでした。恐らく、院内の患者属性からすると難しいということであったのかなと思っています。

一方で、2万2,000円の単価の病棟を残すというところは、これでいいのかというのは一つあるのかなと思います。

先ほど、梨香苑に対して病床数、介護医療院の議論も含めて転換していくというのも一つでしょうし、ないしは、地域包括ケアなり、要は、単価3万円以上の病棟にしていくというようなことは検討するほうがいいのか。

2万円というのは、どうしても、もう療養というか、介護に近い単価水準になってきますので、そこはご検討いただきたいと思います。以上です。

○会長 来年度にも60床と、それから人を増やすということによろしいですね。この数字で見ると、予定としたら。

○事務局 地域包括の60床というのは来年から始めるということです。

○委員 この計画で、今のお話で、来年度から人も増やすということですから、ちょうど人も増やすのであれば、先ほど石川先生から、制度の部分という運営の制度の議論というのがありましたけど、今、全適でやっても十分に法の枠の範囲内でも、人事制度のところに入手をいれて適正化をする。直すべきところは直すということもできますので、そこは一緒にまずは議論をしていかれたほうがよろしいのかなと思います。

○会長 人事の運用については、今のところ、地方自治法と公営企業法の全部適用ということで、多くのところが本庁の職員と同じ制度を運用しているとは思いますが、これについては、いずれ、どのような、できないなら今の話は変更できるのか、できそうもないのかというようなことについては、なかなか、政治的に難しいこともあるのでしょうか。

それを、今、現状、管理者として、これを副会長、管理者としての限界というのがあれば、何か話していただいて、それについて、そういうことで限界あるならば、新たな経営主体で運営主体を考えなければならないというのも、意見に盛り込むというところもあるかと思いますが。

人事については何かありますか。よろしいでしょうか。委員のところは人事制度だから、同じ市で何か苦勞されているところございますか。

○委員 苦勞しているところは、いっぱいあるんですけど。実際、公的病院で、こうなっていることよりも、例えば、指定管理者であるとか、いろんな、違ったシステムであったほうが、よく見えるというふうな議論があることはありま

すけれども、実際、ではどんなメリット・デメリット、集約してやっていきますと、なかなかそちらに、今すぐに移行してやっていくということの段階ではないという結論になって、私のところでは、現在のところ、まだ進行しておりません。

○委員 私は自治体病院の立場に立つけど、一つだけ、いわゆる、渡り。給与表なのですが、普通だと国並み、条件があるんですけどね、それを、例えば、主任さんだけ、もうどんどん高くなって行って、それで給料が民間と比べると理屈に合わないところ、もう国立病院とも合わないような給与表にしてしまっている地方自治体がやっぱりあるのです。

ただ、それは地方公務員法の仕事に応じた給与の原則というのが、たしかあって、そこに違反するという考え方もあるので、やっぱり適切な給与表というものを、しっかり運用していくというのが、これは現場経営改善に私は必要だと思っています。

なぜならば、これで大赤字の状態だと、すぐ民間に業務を委託しろだとか、もう、職員の身分を失う可能性もあるので、私はちゃんとしたルールで、現状の既得権にしがみつくとよりは、ちゃんとしたルールでやったほうがいいですというふうに言っているので、「渡り」に似たような運用がしておられるのであれば、やっぱり見直しはされたほうがいいのかな。それが、私は公で運営すべき、公務員が運営しているべき、どちらかという、混ざっているのほうがいいかなと思っています。

民間と自治体が公的な部分が混ざっていることが安定的な医療提供につながっていくという、私は考え方持っているので、それがゆえに、自治体病院もちゃんとルールに基づくというか、あるべき姿に人事制度、給与制度も持つていくべきだというスタンスには立っています。

○会長 いかがですか。いわゆる「渡り」、これは公務員、松戸市の問題かもわかりませんが、いかがですか。

○事務局 「渡り」ということはやっておりません。ただ、病院におきましては、在級年数、勤務年数、昇格制度といったものを設けて、毎年、労使交渉した中で運用しております。

○委員 きょうは、向こう5年ぐらいのビジョンと詳細計画をお示しいただいて、過去の病床数の数字とかをお示しいただいたのですが、実現すれば、実績を積んでいけば、計画どおりに行くと思うのですが、過去に、25年から21年ぐらい、東病院の計画は、ほとんど黒字になるような計画がずっと続いたような気がするのですけど。

絵空計画、これも同じような計画倒れになっちゃうかなというのが、一番の心配で、やっぱりそれには、この計画をきちっとやって、実績を毎年積み上げて行って、評価されるようにしていかないと、建てかえ問題も出てこないし、全てがうまく回っていかないので、やっぱりこれも実現するためにどうするの

かということ、新しい院長先生、木村先生を先頭にして、それ以下の先生たちにしっかり、在宅診療も含めて頑張っていたかなくてはいけないとエールを送りさせていただこうと思います。

○会長 ありがとうございます。

先ほど、委員からも指摘がありましたけど、もう31年度の医業収支、約4億。これが再来年の今ごろ、クリアーできていかなかったら、そこで何らかのことやらざるを得ない。

そうすると、来年、単なる地域包括60床ということだけではなくて、多分、いろんなことを同時にやらなければならないだろうと思う。その細かいことはお示ししておく必要はなくて、こちらではこれでいけばやれそうな、でも、先ほど、外来の問題ですとか、いろんな事務処理の問題ですとか、医療センターとの関係ですとか、多分、そういうこと、すぐ同時にやらないとたぶんマイナス4億、医業収支83%をクリアーできないのであれば、それこそ、これ直営でやってもしょうがないのではないのかという結論が、再来年の今ごろひょっとして出るのではないだろうかというような感じは、今の皆さんのお考えです。

そのときに、また別途考える、今すぐにこれは無理ですよというのでは、ある意味では東松戸全くチャンスを与えてなくて、覚悟だけでも、つまりレッドカードということではなくて、ある意味では注意信号でちょうどこれ黄色になっていますが、イエローカードなので、これが赤はいつ、再来年の今ごろで2019年度の数値が出たときに、これ無理だった、いや無理じゃないか。

人事制度の渡りはやってませんが、生涯賃金を保証してくれるという、こんないい組織はないわけですし、普通は、民間で、そんなところ、どこもないです。生涯賃金を保証するから入職したら、というふうに思ったりするのですが、それは無理だねという話になると思うので。そういう意味で、来年度というのを、これに向けてきちっとやってほしい。それより先については、きょう、いろいろお話がありましたような、具体的なことで、それを詰めないといけない。それは一つには長期入院患者の実態と、そこをできるだけ入院期間短くしていかなければいけないですから、梨香苑との関係が出てくるし、外来患者、外来診療機能をどうするか。やはり、そういうものがないと多分、地域包括を導入しましたよ。枠組みをそうしただけでは、多分、患者も来ないんじゃないか。

先ほど言いましたように、地域からの患者さんでいけば、MSW1人呼んだって、入れたって、多分増えやしないし。

民間では高塚周辺が少ないですから、そこだけではだめかなとか、そういうことをいろいろやらなければいけないということを感じたのですけど。

来年度に向けて、何か、委員から何か、こうしないとだめですよというのがあれば。

○委員 一つだけ、これが達成できない最大の要因が医師不足、さらにドクタ

一が、今、1名減みたいですけど、2人、3人減るようなことになる、もう病棟維持できなくなってくるので、いろんな意味で、医師招聘をきちっと対応するという、これは絶対条件ですので、松戸の病院局さんを挙げて対応していただきたいのと、あとは、木村先生、新しく就任させて、やっぱりリーダーシップが物すごく重要だと思うので、ただ、変わられたというのは、ある意味空気が変わった点でいいことでもあるので、最大のピンチではあるけども、病院にとってはチャンスになると思うので、ぜひ、思い切り力を発揮していただければなというふうに思います。

いろんな議論でたいて出てきた方向自体は間違いはないかなと思うので、それを本気でやり抜くということが、やはり必要になってきます。

これは、院長先生初めとして、スタッフのトップ層、また、一人一人の職員の方々、これ、職員の方々にもちゃんと伝えてもらいたいのですけど、やっぱり、達成できないと、今、会長さんから言われた、指定管理と、自分たちの職を失うリスクもある。

病院としては公的なものを存続していくと思います。ただ、職員の職を維持するためには本気で仕事をしていただきたいということは、これは恐らく、委員全員の総意に近いと思うので、私もそういうふうに考えていますので、ぜひ、職員の方、頑張ってくださいなというふうに思います。

○**会長** 委員、まずは順番に一言ずつ。来年度のエールを。今年度からですけども一番。

○**委員** 期待していますということですけど。この、それなりに今回出てくる計画の数値感とか目標というのは公開をしたりとか、中で周知をされていくということでもいいですかね。というところは1個気になっていますけど、あとは、先ほど老朽化の話も出ましたけど、必要な修繕とかも含めた投資はしていかってくださいということです。

○**委員** 先ほどしゃべりましたので、木村先生に一言、何か話していただいたほうがいいのではないのでしょうか。

○**委員** 結構、そういうふうに厳しく、周りから見られると、恐らくは、この計画自身も少し曖昧な部分があるので、もう一度見直して実績に合わせた形で修正をしつつ、今後のことは3年後とか、5年後でできました、できませんではなくて、毎年毎年、モニタリングが、すごく大事で、モニタリングで前年度のときに、これこれこういうことをやりますということで、こういう計画を立てました。実績としてではこうでした。

では、その差異が何だったんでしょうか。そこには合理的な理由があるのでしょうか。マネージメントで足りない部分なかったのですかとか、これは不可抗力で仕方がないですねというのを、細かく、ぎりぎりやっついていかないと、なかなか修正ができないかなと思います。

ある病院のチェーン店というか、日本で何本の指に入るかのような、片っ端

からいろんなところを買収して、それでチェーン店に生かしてやっているところが、月次でミーティングをやっている。その月次で全部、本部にデータが上がってきて、そのデータの変化で何か異常値があれば、すぐにその責任者が説明に行って、事前に動きで何かリスクのありそうな点がないかどうかというのを全部チェックしています。

そのぐらいまでにやっていただかないと、今後は、自治体の病院も厳しいのかなと思います。

○委員 今も木村先生のお話がありましたけど、木村先生は私と医局が同じでして、研究領域は違いますけれど、同じ釜の飯を食った仲間でございます。

木村先生に対する私の印象は、極めて、患者さんにも親切ですし、それから、医局とも協調してやっていける、そういう人であるということ、私は信じておりますし、そういうふうなことで、いろいろなことで私も助けてもらったりしているので、大きな大きな期待をしておりますので、木村先生、頑張ってください。

○委員 きょうは、大変、貴重な意見、ありがとうございました。

この複雑な平成35年度までの計画などを含めまして、私も非常に、頻繁に東病院に行って、練りに練った結果なんですよ。私の印象としては、ちょっと背伸びしているような、ちょっと努力しないといかんなどというような印象のできばえなのですが、きょう、エキスパートの先生にお集まりいただいて、こんなんじゃあ、不可能だよというようなところを指摘しづらいんじゃないかと思っていたのですが、指摘していただきたかったのですが、これなら努力しないでできるだろうということによろしいですね。

○委員 ハードルは相当高いですけど、要するに、地域包括ケア60床を埋められるかどうか、今回のポイントになる。

そうすると、在宅だとか、とにかく、地域に帰れるかどうかのポイントです。ここが一番の、最大のハードルだと思います。

○委員 ありがとうございます。それからもう一つのハードルは、「医師不足は命取り」と先生おっしゃいましたけど、この辺については、私、少し自信がないんです。

見ていただくとノーサンキューと帰られるのです。これは何回もありました。それは建物のせいだと僕は思います。

新病院、センター、つくっていただきました。あれだけで頼みもしないのにドクターが集まってきてくれるのです。その逆を、東病院は今、行っているのではないかと思います。医師の獲得というのは、我々の努力だけではなかなか叶うものではありませんし、やっぱり、ある時点では、市としても大きな覚悟をしてもらわないといけないのかなというふうに思います。

平成35年まで、最大の努力はいたします。

○会長 それでは、木村院長、エールを送りましたので。

○事務局 大変、ありがとうございました。

4月に市立総合医療センターから院長に就任し、やっぱり赤字はどうしても、もう市に対してもはっきり言って申しわけないという気持ちがあります。やはり、31年、みんなに言っているのですけども、ある程度、目標は達成しなければ、東というものは要らないようなことにもなりますよと、それは医者全員に言っております。向こうの医者10人ぐらいなので、朝とかみんな顔合わせたりして、非常に医者同士は顔がよく見える関係でございますので、その辺に関しては医者一人ひとりに関してははっきり言って、例えば、病床利用率90%以下だったら赤字拡大で要らない病院になりますので、その辺は考えてくださいと言っております。

もし、私も別に、ここの、本当に毎年評価していただいて結構だと思います。それで3年後ぐらいには、だめだったらそれこそ本当に、もう公設民営化にしてしまったほうがいいぐらいに、僕は思っています。

このぐらいの覚悟で皆さんを、まとめていきたいと思っておりますので、今回の皆様の発言で、さらにみんなを鼓舞してやりたいと思っております。

どうも、きょうは、ありがとうございました。

○会長 大変力強い表明を、ありがとうございました。

ということで、基本的には今日出していただいたような方向性でもって、やっていたらこうということでございます。

少し、実効性と言いますか、それを担保する上でも、先ほど委員からありました地域包括を60床にするときに、どうやって患者を集めるか。

言い方を変えると、60日以上いるような患者さんをどうやって後方というか、居宅を含めて送るか、というようなことを、もう少し検討してほしい。

それから、今言ったような問題もありましたけど、1回、あの地域における必要な外来診療機能はどうやっていこうとしているのかという、その辺を、次回にはまた言っていただきたい。

それから、できれば、運営の効率化、医療センター事務局、又は、病院局の関係みたいなものを何か、少しこういったものを言っていたら、というふうなことで、きょうは終わりたいと思っております。

次回は梨香苑から見たということになります。梨香苑から生まれた東松戸病院を見るということにもなるし、梨香苑から在宅にいる人たちを見るということになってきて、それを合わせて東松戸病院と梨香苑のあり方について議論したいと思っております。

きょうは以上で終わりたい、よろしいでしょうか。

どうも、ありがとうございました。

○事務局 それでは、長時間にわたり、ありがとうございました。

最後に事務局から連絡事項といたしまして、本日お車を市役所駐車場にお止めになられました委員の方がいらっしゃいましたら、会議終了後、事務局までお

申し出下さい。以上をもちまして、第6回松戸市病院運営審議会を閉会いたします。本日はありがとうございました。

以上