

平成29年度第1回安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

1 開催年月日 平成29年10月4日(火) 午後7時から午後8時50分

2 開催場所 亀田医療大学 1階大会議室

3 出席者(総数19名中19名出席)

小嶋委員、原委員、黒野委員、石井委員、君塚委員、亀田委員、水谷委員、田中委員、山田委員、岡田委員、牛村委員、西田委員、杉田委員、林委員、鈴木委員、金親委員、川野委員、佐藤委員、松本委員

4 会議議事

- (1) 二次保健医療圏等について
- (2) 平成28年度病床機能報告の結果について
- (3) 保健医療計画の改定について
 - ア 保健医療計画改定方針について
 - イ SCR(年齢調整標準化レセプト出現比)を活用した地域分析について
- (4) 安房地域における医療課題について

5 議事概要

○所長あいさつ

皆さんこんばんは。本日はお忙しい中、夜遅くの会議に参加いただきましてありがとうございます。地域医療構想とは超高齢社会を迎える日本において、限られた医療・介護資源を有効に活用するため、いわゆるビッグデータを活用して、将来の医療介護事業量を予測して、病床機能に視点を置いて地域の実情に応じた方策をきめるもの、の会議であります。

この会議では今までいろんな問題がありました。例えば圏域の問題、圏域が決まらなければ医療構想が進まないということです。今日はやっと決着ということで、本庁の方から説明があると思います。さらに医療はだれのものか、住民の医療受診状況や住民の代表である首長の意見、会議はいついどこが主催して、何を決める会議なのか、議事録の問題、そういったこと、そして、皆さんの意見がなかなか空回りして先に進まないということでした。今回やっと安房地域の医療を議論する会議となりました。安房地域はやはり亀田総合病院という強力な病院がありますが、医療の偏在があり、鴨川市の国保病院の建替えに端を発した自治体病院をどうするか、が大きな問題と今後なっていくしますので皆さんに十分議論していただければ、と思っています。

それでは、これをあいさつに代えさせていただきます。

○会長あいさつ

こんばんは。調整会議に御出席ありがとうございます。今、保健所長からほとんど今日の会議のお話がありましたので、ただ付け加えるだけにしておきます。

いわゆる医療圏の問題ですが、夷隅との話ですが夷隅が反対だということで、今日、これで区切りをつけることになるかと思っていますので、それを踏まえて、今後、安房地域の医療体制をどうやって行くのか、5年、10年を見据えて考えていきたいと思っています。平成28年3月、千葉県の地域医療構想が策定され、2025年の地域の医療体制を考えることが求められています。保健所長がさっきおっしゃいました、地域のことは地域で考えていくことが大事だと思っています。

今日は皆様、いわゆる報告会にしないで、活発な御意見をいただきまして、いわゆる会議をしたいと思っています。

あともう一つ、これも保健所長からお話がありました。いわゆる議事録です。議事録ができましたら、議長・副議長に必ず回して内容のチェックをするようにしてください。

よろしく申し上げます。

○議事（議長:会長）

<議事（1）～（3）>

議長：時間が限られております。90分一本勝負で行きたいと思っています。

議事の（1）から（3）まで続けて説明していただきたいと思います。その後一括で意見・質問をお受けします。

まず、1. 二次医療圏について健康福祉政策課政策室から説明をお願いします。

説明：資料1を御覧ください。二次医療圏についてでございます。資料に沿ってご説明します。28年3月に策定しました保健医療計画につきましても、地域医療構想を策定しました際に、安房の圏域と夷隅の地域についての構想区域のあり方について検討をいたしました。皆様にはお時間をいただき、議論していただきありがとうございました。来週の10月13日に第3回目の医療審議会地域保健医療部会を開催しますが、その際には皆様方の今日までの御意見を踏まえながら、医療圏のあり方について県の考えを諮りたいと考えています。

実はこの9月4日に山武長生夷隅の調整会議の中で議論していただき、さらに補足的に意見照会をさせていただいた結果を説明します。まず9月4日の調整会議では、圏域の見直しについて反対の意見でございました。理由といたしましては、これまで山武長生夷隅の地域につきましても、平成に入ってから3度ほどすでに圏域の変更があります。この中で効果が感じられていない方が多くおられまして、今回の変更につきましても効果が期待できない、あるいは混乱するのではないか、というような御意見をいただきました。

（2）ですが、会議後に行いました意見照会につきましても、「圏域を見直しますか、見直しませんか」というようなことをうかがっておりますが、最終的には資料の（参考）の部分にありますが、29人の委員のうち16人に提出していただきましたが、10対1で見直さないとになりました。ちなみにがん診療協力区域は今日ここで説明しませんが、がんの診療について安房と夷隅の関係を協力区域としませんか、という提案でしたがいずれもあまり反応されませんでしたのでここでは申し上げませんが、圏域は見直したくないという御意見をいただいている

ところでは。

総括しまして、山武長生夷隅の調整会議ではおおむね圏域を見直さないということを希望されていると理解しました。これにつきましては、会議の方にも報告しているところでございます。

議長：ありがとうございました。では次、健康福祉政策課政策室から（２）についてお願いします。

説明：資料２ 平成２８年度病床機能報告の結果について、を御覧ください。

すでに医療機関の皆様には平成２９年度の病床機能報告の提出書類が届いているかと思いますが、この資料は昨年度の取りまとめとなります。

安房地域は下から３番目となります。必要病床数、平成２８年度のベッド数、差し引きをばさんで６年後の３４年のベッド数を記載しております。今後整備が予定される病床数は安房圏域には該当がありません。一番右端に差し引きを記載しております。この圏域では、高度急性期と回復期が不足という結果が出ています。

国では機能報告制度の検討が継続されており、皆様のお手元にも届いているマニュアルのほうにも、回復期機能についてはリハビリテーションを提供する機能を必須とする訳ではないと明記されています。回復期不足ということで、転換について御検討いただかなければならない状況かと思いますが、それと併せて現在の病床機能の選択の適切性についても再度、御確認いただければと思います。

資料をめくってのグラフですが、病床機能別の６年後までの病床数の変化を並べたものです。他の医療圏ではここ３年間で数字の動きがみられていますが、この医療圏ではほぼ同じ状態です。次のページは本日、差替えを配らせていただきました。施設別の病床数です。最初に見ていただいたページの内訳です。次のページ以降は参考資料です。必要に応じて御参照いただければと思います。

続きまして資料３ですが、国の検討会の資料の抜粋で、参考までにお渡ししました。本日は説明を省略させていただきます。

議長：ありがとうございます。では、（３）保健医療計画の改定です。

健康福祉政策課政策室からお願いします。

説明：資料４と資料５が関係してきます。資料４は国の計画改定に関する考え方で、具体的には資料５の方が千葉県の計画に関するものなので、資料５を御覧ください。

１の趣旨にあります。国の「医療計画作成指針」を踏まえてやっております。

１枚めくって、千葉県の方針ですが、平成３０年度から３５年度の６年間の計画となります。具体的な計画改定の検討の方向性ですが、①としまして、千葉県では循環型地域医療連携システムというものを構築しております。５疾病４事業とありますが、３ページの方に※で説明がありますように、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患といった５疾病と救急医療、災害医療、周産期医療及び小児医療の４事業を中心に皆様の病院の機能がどのようなものであるか、急性期なのか、回復期なのかということもデータとしてとっていただく。医療機関調査の結果も踏まえて進めております。

次に②在宅医療の推進についてですが、今回初めてレセプト分析を行いました。診療所の皆様には膨大な資料を書きいただきまして、これらを踏まえて地域包括ケアシステムに不可欠な在宅医療につきましても、検討していきます。

一つ飛ばして、医療従事者の確保ですが、国の検討会の結果を踏まえ、需給動向を見通し対応していきます。

4ページに移って、医療と介護の連携ですが、特に保健医療計画と市町村の介護保険事業計画、県で定めている介護保険支援計画等との整合性を図ることになっています。

次に高齢化に伴う新たな疾患等の対応ですが、ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頸部骨折等がありますが、今後高齢化に伴って5疾病等も含めて重要になってきますので、取り組んでいきます。

5ページですが、5の基準病床数は国の基準に基づいて算定していきます。

6. 検討体制ですが、私共だけではなく、皆様方との意見交換や市町村、保険者協議会等の意見をいただき、千葉県医療審議会への諮問をして進めていきます。県民へのアンケートや統計データ等も活用していきます。

最後に7ページですが、策定のスケジュールです。この会議は他の地域で7～8月に行ってきましたが、こちらは遅れて申し訳ございません。10月13日の地域保健医療検討部会に計画の素案をお示しする予定です。2回目の会議が11月になっていますが、この地域は少し遅れることになるかと思いますが、ぜひお願いしたいと思っております。こちらでは、素案を皆様にお示しし、さらに地域編も作ります。地域の状態についても資料がございますので、ぜひ開いていただいて御意見をいただければと思っております。以上でございます。

議長：ありがとうございます。では次に大学の研究者の先生から説明をお願いします。

説明：資料6について説明します。

まずSCRとは何かということです。高齢化が進むことによって医療費が高くなってきた。仕方がない。この地域は高齢化が進んでいるから仕方がない。仮に人口が同じだと考えた場合に、どれだけの資源が投入されているかを見るのが目的です。過剰な医療をやっているところや足りないところを見付けます。SCRはレセプトデータにそれらの項目が何回出てくるかを算定します。“何回”なのでいくらお金がかかったかはわかりません。ですので、これをみて直ちに医療費がうまくペイされているかというようなことは分からないのが実情です。

ページをめくっていただいて、SCRの項目数がありますが、これは都道府県単位、二次医療圏単位、市町村単位でみてくださいとなっていますが、AからNまでありますが、これは診療報酬の点数表のAからNです。これを利用して、医療計画の策定にあたっていたところもあるよ、ということです。千葉県の状況はどうなっているの、ということが5（スライドNO5、以下同じ）国の平均に比べて数字が高く出ているところは、他の県に比べて基本的に少ない数だということです。ほとんどの項目でSCRは低く出ている。このSCRが高く出ているものの中身をよく見てみると、比較的質の高い医療を行っているものが高く出ている。医療レベルが低いことはない。かといって、医療を無駄に投入しているわけでもない。

6を見ますと、再診料や7対1入院基本料はどうか。再診料は千葉県は低い方なので疾病の

管理は再診料が配慮されている、無駄に通院させていないような医療が行われているんだとわかります。

次のページですがここからは2次医療圏の範囲で考えていきますが、100以上の項目がありますが、安房医療圏は入院についても外来についても、100よりもともと少ないものが多い千葉県の中では多い方に属しています。千葉県の医療資源の提供が少ないと考えられる中で、良く提供されるといえるかもしれません。

8は項目別に詳しく見ると、骨折観血的手術、水晶体再建術、経皮的冠動脈ステント留置術、帝王切開術というところですが、骨折、ステント留置術では100前後で千葉県の標準とも変わらないところですが、水晶体再建術や帝王切開術は100をはるかに超え、千葉県の平均もはるかに超えています。これは、選ばれることのある医療機関がおそらくここに存在していることを示している。

9はがんの化学療法をどれだけしているかを見ていただくと、千葉県の中では、安房地域は千葉市と並んでトップです。比較すると隣の山武長生夷隅は少ない。一方、脳卒中はケアユニット入院医療管理料というのがありますが、特殊な医療機関が在るかどうかによって決まってくるから、これから問題になる先進医療をどうしていくのかを表しているものだと考えていただきたい。その他、急性心筋梗塞の心大血管疾患リハビリテーションも安房は非常に成績が良いです。経皮的冠動脈ステント留置術も同様に成績が良いです。一方、糖尿病合併症管理があまり行われていないのでどうするか、精神科訪問看護・指導料のところではよくやっている。認知症、救急医療、周産期医療、小児医療も似たような傾向がある。

12, 13は市町村別になります。12のところは地域包括ケアに関連して訪問診療についてコメントしているところですが、市町村別にみればらつきがあります。特に訪問看護指示料が出ているかどうか、鴨川市が突出している。13を見ると、再診料も鴨川市が多いようなので、おそらく医療機関の分布といったところにまばらなところがあり、例えば南房総とか鋸南は医療のアクセスに問題があるかもしれないということになります。

SCRが多い方がよいのか、少ない方がよいのか単純に言うことはできないが、お金を表すわけではありません。資源が投入されているかどうかを見ているだけ、あるいは使われているかどうか。それがいいか悪いか、100を超えていて、それが先端的な医療を患者さんに提供しているのであればそれは好ましいことになる。先端的でないシンプルな医療を続けているのならば注意が必要。また、SCRの計算方法ですが、医療機関当たりの数字を使っており、分母は人口を使っている。この地域のように全国から患者さんを集める磁石のような、魅力的な医療機関がある場合には、その地域の人口で単純に割っただけではその医療機関がどのように活動しているかわからない。このSCRを単純にこの地域に当てはめるべきかどうかがある。

議長：ありがとうございました。

今までのところで。

意見：基本的にこの地域は、まず二次医療圏の問題は、昨年この会議で決を取ったが全く生かされなかった。千葉県は170万人を超える東葛南部、ここは13万人の安房。国の指針としては基本的に20万人以上を最低の大きさにするべきであり、流入・流出を加味して医療圏を決める

べきだと明確に書かれています。にもかかわらず、こういうことで今更いいのですが、SCRもせっかくこうやっていただいているが、重くなったら全部ここに来る。お金とは関係ない。うちではDPCなので、DPCデータはどんなに医療資源を投入しても基本的には日額定額でほとんどのものが丸め方式。いっぱい検査したからといって高くならず、この病気の何日目だからいくらという方式。重くなったら夷隅から、実は亀田総合病院は安房の医療圏からくる患者さまは50%切っています。安房医療圏として作っても、安房の人口で割っても何の意味もないのではないか、というのが率直な思いです

議長：ありがとうございます。

ほかに御意見・御質問のある方はいらっしゃいませんか。

では、僕から。資料4の11ページ。今後の調整会議の予定を。

回答：上の段は国が示している会議のイメージで、年4回やってほしいとありますが、県の進め方は資料5の9ページを御覧ください。県の調整会議と国の示しているイメージの関係性を示しています。

国の方としましては病床機能報告を踏まえて役割分担について確認して、さらに補足するステップについて議論しましょう、が1回目・2回目となっていますが、今回はそれについて設定していますが、いろいろ議題があると聞いていますのでそこまで進められるかどうかわかりません。第3回・第4回目は機能ごとに具体的な機関名を挙げたうえでの機能分化・連携の具体的な決定とありますが、決定かどうかは別にしましてそういうことにさらに検討していく。循環型医療連携システムということで皆様の病院にアンケートを取らせていただきました調査の疾病ごとの位置付け等もしますので、2回目には地域のデータを持ってきたいと思いますが、御確認いただきまして、さらに御検討いただきたいと考えています。

議長：ありがとうございます。

他にいかがですか。

質問：基本的なことをききたい。この会議の位置付けをもう一度確認させていただきたい。表の下の方を見ると、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携、若しくは転換について具体的な決定とありますが、この会議は決定権を持っていますか。例えば諮問とか答申とかそういう形ができる構造ですか、それとも決定権を持っているのですか。

回答：この会議は、皆様方に地域の医療資源と今後の医療需要を精査していただきまして、どういう機能を担っていくのがよろしいのか、変わっていくのではないかと考えていただく場です。それをこの場や皆様の病院さん同士等で考えていただく。それを踏まえて自分の病院の機能を少し変えて回復期を多くする、というようなことを進めていただく。あくまでも自主的な取り組みで、この地域の医療関係の皆様がこういう機能をそれぞれに担っていこうと、徐々に進めていくことを設定しているところです。国の言っていることをたった3回の会議でできるか、という議論もありますが、次はそういった方向で進めていく。

質問：それは答えになっていない。トップダウンかボトムアップか。その辺が問題になると思うが、今の話をうかがっていると、最初に議長が言ったように、議論でなく報告だけ。本当にこの会議の位置付けを皆さんどこまで理解しているか、その辺をききたい。病院や診療所の事情はそれぞれあると思う。それらの調整か、それとも全体的なことか。国はある程度のことを決めている。その辺の理解が…

意見：私がお配りした資料と資料4の10ページが重なっている。私の資料の方がわかりやすく色もついているので見ていただくと、地域医療構想の実現プロセスということですが、これは第6回の地域医療構想に関するワーキンググループ、これはもうずっと続いていて第7回第8回とやっています、ここに書いてあるのは、まず医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がこの前改正のあった医療法にのっとり、医療法改正のときにできた命令というもの、このステップ3が資料の右側に四角があるが、例えば④稼働していない病床の削減を公的医療機関に対しては命令する、それを適切に発揮しなければならない。これがある意味、上からということになるがこれが法律で決まりました。ですから、わかりやすいのは、この会議の趣旨はその地域が勝手にやらないでこの会議でまず皆で話し合ってから自分たちの方向性を決めましょうよというところのスタートと思えばよい。ここで決定する訳ではない、と捉えるのがいかがでしょうか。

回答：ステップ1のところをやっていく。この会議の中で協議して皆でこの形でやっていきましょう、と方向性を決めていく。

議長：質問された方、いかがですか。

意見：二人のおっしゃることはよくわかるが、どの程度それが反映されるかどうか。会議で決めた以上は、それが何らかの形で反映されて結果として現れないことには、私自身は会議はやるべきではないと思っています。

回答：必要病床数を示しておりますので、その方向に向けて医療機能を踏まえた転換等について考えていただく。

議長：地域医療構想調整会議とは何ぞや、ということですね。これはここでいったん打ち切ります。他にありますか。

では、1回ここでまとめます。

資料1の（参考）の「3 圏域を見直さず、がん診療協力区域の設定もしない」10人、これが夷隅からの通達かと思っておりますので、これを踏まえて前回この会議で決めた夷隅と協力していこうかという話をご破算になりますのでご承知おきください。ここで、先ほど保健所長がおっしゃった一つ区切りができましたので、安房のことは安房で考えていくという体制になるか

と思っております。

<議事4>

議長：次に、(4) 安房地域における医療課題について、に入ります。これが今日の本題です。内容を先にお話しします。安房地域の医療を、5年、10年先を見据えてどうやって行くのか。方向性、ビジョンが大きな問題です。たまたま、今回、鴨川国保病院の建替えという問題が出てきています。それを踏まえて、大きな問題の中に鴨川国保病院の建替えの問題があるので、まずは国保病院の建替えについて説明していただいて、どのような内容を考えているのか、それを踏まえて鋸南病院、富山国保病院がこの地域にありますのでそちらの方のビジョンと一緒にディスカッションして、しつこいようですが5年先、10年先の安房の医療をどうしていくか考えたいと思っております。よろしく願います。

では、鴨川市担当課長からよろしく願います。

説明：鴨川市立国保病院基本構想（案）をお手元に資料として用意させていただきました。新鴨川市立国保病院改革プランを策定し、より具体的に推進するために基本構想を策定することとしました。その中で、現在の病院について資料の1ページ目に示しました。無医村解消のために診療所として昭和23年に開設し、その後地域住民の強い要望により土地の提供や奉仕作業により現病院は昭和48年10月に開院した。診療科は内科、整形外科など12科、病床は52床、療養は医療10床、介護療養8床の18床で計70床です。平成28年度は1日当たり入院42人、外来131人。職員数は平成29年4月現在、正職員47人、非常勤職員46人、シルバー人材センター派遣職員2人の95人。このうち医師は3人の常勤医と非常勤医師の他、当直は週2日大学の医学部から派遣していただいています。歯科医師は2人、薬剤師は2人、看護師准看護師含めて35人……。

議長：時間の関係もあるので。

説明：このような形であります。中ほどに今の課題があるが、病院の老朽化が大きな問題になっています。耐震化の基準値を下回っていることと、構造上の問題から今回建替えという考えを示させていただきました。ここの部分は2ページ下の新病院の全体概要とありますが、病床数を現在と同じ70床を基本とする、延べ床面積を5000㎡とする形を示しました。3ページに新病院の機能、これからの地域医療構想における病床機能を十分に加味した中で在宅支援という形で、地域包括ケアセンターやリハビリテーションセンターというものを作っていく。4ページ(4) 建設予定地は現病院の脇の職員駐車場です。5ページの、平成29年度から、この後は具体的にどのような病床、病院経営の効率化や機能を踏まえた基本設計をさせていただき、平成32年度開院ということを目指しています。概算事業費は約20億円ですが、医療機器等は別途としています。

今回の建替えに至った経緯は、現在の市長がこの3月に市長に当選し、そのあと市民の生活第一に実施すべき事業の優先順位の見直しをさせていただきました。その中で鴨川市立国保病院の建替えを9月の議会で表明したところです。

このようなことから、今般、安房医師会の理事会にも説明させていただき、本日の会議に至ったということでございます。皆様方の御意見、そして千葉県や総務省との協議を踏まえて、今後の建替えについて進めさせていただければと思いますので、御理解くださいますようお願いいたします。

議長：鴨川国保病院事務長から何か補足説明ありますか。

なければ、国保病院の院長から一言、先生の想い、ビジョン、やるぞ！ 意気込みなどを聞かせていただきたいと思います。

説明：当院は昭和23年に無医村解消ということで、村人が本当に地ならしから手作りの病院です。そのころから当地の中心となっていたというか、住民の支えとなっていました。実際、半径10キロ圏内くらいの地域の中に医療機関がないんです。広大な地域のなかで二次救急を中心とした広く医療をやってきました。古くからの訪問診療・訪問看護も、広大な地域あるいはそれより外にも実施しており、そのためのバックアップ病院としても地域の中心となって機能してきました。また、昨今の問題につきまして、災害時の避難病院として、そういう拠点としても地理的な点から非常に重要になっています。先般、耐震診断を実施し、条件を満たしていない結果なので、耐震に対する手当ては打たなければならない。そして、耐震は修復するか建替えるかということになりますと、現在の病院はすでに昭和48年に建ったもので、50年近く経っているので、これを修復、耐震補強しても現実的に無理だろう。今までもちました当院の立ち位置から考えましても、現在の70床の病床を維持して、今後とも地域の中心となって医療を担っていく必要があると考えています。

議長：国保病院の建替えということを踏まえて、国保病院の中身をどうするかを少し置いておいて、ここで、安房地域に3病院ある国保病院の2病院の院長先生にも一言、国保病院の建替えを踏まえて、今後のいわゆる自治体病院のあり方についてお願いします。

説明：富山国保病院の院長です。私共は、南房総市の平群地域という山間部にありまして、一般病棟が35床、療養が12床、感染症が4床あります。政策的な医療というところでは、感染症病床があるということです。実際には感染症の患者さんはあまり発生していません。当院も常勤医師は3名なので、非常にすごい感染の時には対応はなかなか難しいかもしれませんが、2009年の新型インフルエンザが出たときには、その対応をこの地域でどうするのかという議論がありまして、当院に感染症病床があるので、ここを利用しようというお話になりました。また、疑似症例の患者さんが発生して、発熱外来で対応しました。また、年に1度、保健所やこの地域の行政の方々と新型インフルエンザを想定しての訓練をやっています。

あとは、当院はやはり地域包括医療、地域包括ケアをなんとか担える病院にしていきたいということで取り組んでいます。一般病床と、周りにある特別養護老人ホーム、地域の特別養護老人ホームや介護老人保健施設と連携して、介護の必要な方たちが急病になった時の対応、あるいは在宅の高齢者の具合が悪くなった時の入院対応といったニーズがあると思っていますし、それに対応する医療機関がこの地域には、高度救急医療も本当に大事だが、地域包括ケアを担う

ような病床、そこと連携するような病床が必要ではないか、そのための体制を整えていくということが安房の地域の病院、公立病院もその一端を担えればよいのではないかと考えています。

そして、今後、5年、10年をどうするかにつきましては、当院も地域の人口減少、患者減少といったことに直面してきております。また、なかなかスタッフの確保、医師の確保といったものも長年の懸案事項でありますけれども、それもなんとかやっていますが、今後は地域のニーズや患者のニーズに合わせたような形での機能の変更に取り組んでいくべきではないかと考えています。ただ、具体的にいつどうするかはまだ決めていないところであります。そして、三つの国保病院がありますので、協力・連携はより進めていった方がよいと考えています。また、今までも、鋸南病院や鴨川国保病院に私共の病院が大変助けていただいた。医師が足りないときに応援していただいた、そういったようなお付き合いをしていただいています。

議長：ありがとうございます。では、鋸南病院院長先生お願いします。

説明：私共の鋸南病院は東京湾に面して南側にあり、館山と君津市の間を受け持っているという形になっていますので、安房地域だけではないような感じがいたします。私共の病院は指定管理をとっており、昭和59年に看護師が8名ほどやめてしまったということで1病棟閉鎖、これが医師会病院のときと同じように医師会病院も1病棟閉鎖し、赤字になって無くなってしまって亀田さんの方になってしまったということですが、我々のところは何とか亀田さんとも相談したのですが、そちらに進出するのならば診療所、クリニックしか病棟は持たないということで、それではこの地域は守れないということで指定管理としてやっていただくことになりました。

現状で困っているのは、館山准看護学校がなくなって、安房医師会病院の看護学校の学生がなくなったことで、看護師不足で非常に困っています。県に何とかお願いできるかな、と考えております。今後、私の跡目はどうなんだ、という意見もあったようですが、何とか今のところは目途が立っている。

このままの体制でやっていければ、初めは病床は71床だったのですが、66床に減りましたが、私共としては6床くらい少ない60床でもいいのではないかとあったのですが、町の方が急に減らすのはちょっと、今後のことを考えて療養型とか老人医療が多くなったときに困るのではないかと、32床の療養型を確保しておきたいというようなことで、現状66床で、稼働は療養型は26床くらいでやっております。このままの体制で何とかやればよいなと思っています。亀田さんの受診というのは、うちの方からは1時間かかってしまうし、館山ということになると、やはり急性期の患者さんは君津にお願いするしかないので、なかなか地域的に便利ではないので、このままの体制で維持させていただきたいと思っています。

議長：ありがとうございます。

ここで一つ戻ります。

先ほど鴨川市担当課長からお話がありましたが、国保病院は議会を通ったわけですから建替えなくてはいけない。平成29年度基本設計とあるが……。

説明：あくまでも市長が議会で、これまでの市長とは政策を新たにし、自分でどういう政策をやって

いくつかを表明する議会でもありましたので、その中でこれから病院をどうするということでは、基本設計・調査費等2700万円を議会の方で御承認いただいたところです。

議長：調査費は通った、今からやるぞと。国保病院は建替えなくてははいけない。老朽化が激しいし、耐震設計の問題はあるし、改修もできない。洋式便所がなくて和式便所しかない、3階にはナースステーションもない。つぎはぎだらけで、僕も見に行ったのですが。建替えなくちゃいけない、そこまでは良いのですが、では次に。

立ち入った内容になりますが、この先、安房地域という大きなところで国保病院はどうあるべきか、という点について、一番大事な問題だと思うので、先ほどこの会議に決定権があるか無いかという話がありましたが、決定権の有無は置いて、皆さんの想いというか、こういう風にしたらよいのではないかと、という意見をいただきたいと思います。

お願いします。

意見：先ほどお配りした資料を見てください。「安房地域医療構想と鴨川市立国保病院建て替え計画について」と資料1～3と綴じたもの、もう一つはうちで在宅医療部長をやっていた先生を書いたものがあります。鴨川は相模原よりいいぞ、というようなことが書いてあります。

では、資料の表紙をめくってください。はじめに、とありますが、現在2025年に向け病床の機能分化・連携を進めるため、国の定める地域医療構想策定ガイドラインにそい、各都道府県が地域医療構想の策定を進めている。これはこの会議もその中に入っています。地域医療構想の実現プロセスとして、まず医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取り組みだけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮するように求めているということで、資料1の都道府県知事による適切な役割の発揮の①から④があるが、協議の調整をしてある程度介入しなさい。実は医療計画から医療構想に変わったのは、医療計画があまりに国が口を出さず、まったく実がなかった。今回はこれでは続かないということで、医療法改正を行い医療構想、この意味は国が口を出す、実際には知事が口を出せると法律で決めてこれをしなさいと国がいったのが現実であります。今回突然公表された鴨川市立国保病院の建て替え計画は、これらのプロセスを知っていたかどうかわかりませんが無視し、調整会議があと1週間後に開かれるというのにその前の9月28日の議会で決めたわけです。しかも将来に大きな負の遺産を残すことが予想されます。千葉県などの自治体病院もうまくいっているところは実はありません。私はかなり多くの自治体病院に関係させてもらっていますが、非常に、です。鴨川市立国保病院の建て替え計画についてはいったん白紙に戻し、地域の医療介護ニーズや人材確保の実現性などを客観的に把握し、安房地域全体の地域包括ケアシステムを構築するために合理的な議論を行うべきだと考えます。これは、先ほどから自治体病院の院長先生方が言われているとおり、もう一度、昔と今は全く違いますし、どういう機能が本当に必要か、なくせ、なんていうことを言っているわけではございません。

3ページ目の安房地域の問題点は大きくは、二つしかありません。一つは自治体病院の今後どうするか、という問題と、地域全体です。安房というところだけで小さく見れば、鴨川、館山、南房総といった地域の格差があります。鴨川地域とその他の地域の医療資源の格差。安房の三つ

の国保病院の老朽化、人材不足、経営難。急速な人口減少と高齢化、独居化、貧困化に伴う医療・介護ニーズの変化。患者の高齢化による通院環境の悪化、特に化学療法のような、毎日、非常に具合の悪い人が通うというようなことが、国保病院で最新の化学療法をできるか、本当のことを言えば無理です。院長先生方が一番わかると思います。だけど、今そういう化学療法で、老人でがんで助かります。毎日通わなければならない。そういう問題が今、実は日本に起きている。それから、館山や南房総地域における亜急性期医療や専門的リハビリ、これはやはり術後の亜急性期のところが、今日の最初の県の説明でも足りないと思われ、御報告あったがそのとおりで、館山地区における亜急性期の機能、ここが不足している。地域医療構想ではこのような観点から鴨川地域から館山・南房総地域へ医療資源の質及び量のシフトが求められていると思います。医療・介護ニーズと将来の住民負担リスクを考えれば自治体病院の抜本的な見直しが不可欠になると思います。

4 ページ目ですが、鴨川市立国保病院の問題点として、先ほど院長先生が二次救急とおっしゃいましたが、はっきり言って3名で二次救急やったら全員死にます、不可能です。二次救急を安房地域医療センターでやっていますが、40数名の医師がいますが、全然足りない、もっと増やせと毎日言われている。3名でやるなんて言うのは不可能です。圧倒的不足。看護師も先ほどから出てますように、圧倒的に不足しており、しかも高齢化。それから建物は耐震がなくて、老朽化している。この数について、資料2を御覧ください。これが現在の鴨川市立国保病院の実際の職員数です。ここにあるように、よくこれで耐えて、病院という名前で作られているな、と。病院という名前が付いたとたん、19床と20床で天と地くらいクワイアメントが、要求事項が変わります。それをこの人数でやるのは、本当に大変なことだと思います。4ページ目の下に、病院というカテゴリーになると、様々な要求項目が存在するというところで、資料4をご覧いただきたいのですが、その前に70床の許可を受けながら病床利用率が低い訳ですけれども、これはすべてのこの地域の国保病院に、人がいない、ニーズもどんどん減っている、人口が減っている、そういう中で病床利用率が低い。過去数年にわたって、鴨川国保病院は60%以下で、一般病床は40%から50%です。資料3を見てください。灰色の部分が全体の利用率です。一般病棟の利用率はブルー、療養病棟の利用率はオレンジです。実は、亀田病院からすべての国保病院さんに療養病床に入れてくださいとお願いしていつも送っています。空いていないといわれることが多いのですが、空いていれば送らせていただいているということがあって療養病床はある程度の稼働がありますが、一般病床は実際にはこういう状況であります。

ここで、その下に書いてありますが、御存知の方が多いと思いますが、総務省からの「新公立病院改革ガイドライン」の中に、明確に、目標達成に向けた具体的な取組という中の5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組ということで、70%未満の病床利用率が3年以上連続したら抜本的な見直しをなさいと明確に書かれています。抜本的な見直しとは、一つは病床の削減、それから診療所化、再編・ネットワーク化などについて抜本的に見直すことが求められています。病院というカテゴリーになると、次の資料4にあるように、わかりにくいのですが簡単に言うと、医師は最低3名ということになります。常時24時間病院に医師がいなければなりません。先ほど、当直を大学から頼んでいるということですが、患者さんが何人しかいなくても、寝たきりの人しかいなくても医者がずーっと泊まっていなければならない、というようなことであるとか、看護師も3人以上いなくてはいけない、あるいは看護師の基準が

厳しく決められています。今後、病院としてやっていくには、絶対に現実的ではありません。地域包括ケア病棟とかやっていくのであれば、資料4の2ページ目を見ていただくと、私共亀田の看護部で、もし70床の病棟をそのままやった場合に、だいたい稼働率が8割と考えたときに実際に、7対1、10対1、13対1、15対1でどういう配置、体制で看護師がどこに必要なか、看護師の配置を計算してもらった。70床ということは、2病棟無ければ絶対にできません。ですから、二つの棟をどうやって一番効率的に回すか。うちの看護師は10対1以下はやってもしようがないでしょうとってました。地域包括や長期療養は別なんです、そこについては次に述べさせていただきます。こういう数字になっています。看護師を充足させることができるのか。今まで東千葉メディカルセンターや銚子市立病院にしても人が足りない、そういうところから破綻をして、市そのものが倒産状況になる。銚子は本当に危ないと思いますし、東金ももう大変なことになっています。今7億円くらいの総収入しかないわけですが、20数億くらいかけて建てたときに、その償却とか考えたら不可能に決まっている。他のところを見ても市の経営を圧迫する、ということが大いに懸念される。ということで、結論。

結論として5ページ目を御覧いただきたいのですが、資料としては資料5を御覧ください。まず、鴨川市、南房総市、鋸南町、実は館山市は病院を持っておりません。館山市は市としての国保病院を持っていませんので、代わりに交付金をいただいている太陽会が無料定額診療から安房地域医療センターをやっていますが、これらが、資料5にあるように地域医療連携推進法人、聞いたことがある方はいらっしゃると思いますが、この地域医療連携推進法人、これはお金のメリットは全くないので、いま日本の中で法律は作ったものの全く進んでいません。まさにこれは自治体病院の再編だとかに使えるだろうと私はずっと考えていました。自治体と、太陽会も自治体ではないが実質館山市ですし社会福祉法人なので、地域医療連携推進法人を作ってその中で考えていく、議論していくのがよい。なぜかという、この連携推進法人ではその中で病床を移動したり、人をやりくりすることができる。例えば建物とか病床の自由なやり取りとかそれはいろいろな手続きが必要になるが、地域連携推進法人の中ではかなりそれを自由に、人を派遣したり病床をお互い融通しあったりすることが可能になります。鴨川市立国保病院は、僕は長狭地域包括医療センター、まさにこういうこれから行うぞという医療は、多分長狭地域包括医療センターと名前を変えて、病院とか診療所という概念はまずなくすべきだと考えています。19床と20床で何が違うか、という話ですし、これから60床が必要か、ということだと思います。10床の在宅支援診療所とデイケア、デイサービスセンターを併設して作る。これには4~5億の予算でできます。これを地域医療介護総合確保基金を活用せよと都道府県に言われていますので、もしこういう形で地域医療構想を進めるのであれば、このお金に関してはこの基金をかなり融通していただいよのではないかと考えております。それから、診療科は家庭医診療科といって、館山でやっておりますが、もうこれからは総合医といわれていますが、全部の専門医をそろえるのは無理です。けど今、館山の亀田ファミリークリニック館山というところは無床診療所で医師は10数名おまして、職員は120名くらいおまして、小児の患者さんが半分くらいです。これから総合医、家庭医が地域を守っていく時代だろうと思っています。で、家庭医はどういうことかという、実質上は内科・小児科・小外科、ちょっとした縫うとか目に入ったごみを取るとか耳に入った虫を取るとか、こういうことはできます。それから、老年科。そして、今ある歯科、在宅医療、訪問看護、リハビリ、整形外科。整形外科は入院や手術まで

やるかという、今は院長先生がいるからですが、実際には僕は整形内科と呼んでいるのですが、そういうものは高齢地域には必要だと思いますので、非常勤で外来だけでもいいと私は思っています。病床は在宅患者様の増悪時や介護家族支援のための短期滞在型とし、在宅医療・介護のバックアップ機能を充実させることを考えるべきで、長期療養病床は民間病院に集約し、もし自治体がやるのであれば特別養護老人ホームのニーズを検討すべきだと思います。なぜかという、これはお金の問題で、制度を知っている人ならわかると思いますが、今は何でも包括になっています。長期療養型で医療はできません。特別養護老人ホームは医療は別です。医療保険が使えます。しかも、特別養護老人ホームの診療所は地域に開かれた診療所にしてもいいという法改正も起こっています。もし検討するなら特別養護老人ホーム。これは、富山国保さんは持っているわけですよね。違いますか、でも隣にありますよね。使い勝手は多分これから、貧困独居の方の医療が必要な方が行ける場所は、お金がなくても入れて医療が受けられるところは特別養護老人ホームしかなくなってくる。こういうことをやるべきだ。こうなれば、めぐみの里でもデイサービスをやっていますが、重なってもしょうがないのでこの在宅支援診療所に一元化しようと思っています。館山地域に地域包括病床、回復期リハビリ病床を増設し、通院化学療法センターなどの、館山の人たちの通院化学療法を安房地域医療センターでやっているんですが、とてもじゃなくてパンクしてしまっただけでできません。土曜日に専門医を呼んで、今は専門医でなければ危なくてやれないような化学療法が山ほどありますので、腫瘍内科という日本でもあまりいないような専門医が来てやっていますが、そういうセンターを作る必要があるだろうと思っています。同様に富山国保病院や鋸南国保病院の将来ビジョン、もう病院にこだわるとい時代ではなくて、実際にはどういう機能を持たせるのか、そして、家庭医は今、総合診療専門医というのが専門医制度の中にできましたけど、この人たちは基本的にはベッドを持たない診療所あるいは多少持ったとしてもそういうところをベースにしてやる方で、安房のファミリークリニックの医師も病床を持っている人はいません。もし、ここが持っているとしてもこういう形でやるとしたら、家庭医の地域医療連携推進法人の中で、今年、総合診療専門医のプログラムに8人の募集をかけていますが、そういう方を最低でも一つの診療所に5人くらいいなければ在宅支援診療所はできないと思います。24時間オンコールがありますので、最低でも5人の在宅をやる医師がそれぞれのところに配置され、ベッドの問題ではなく医師・看護師機能が一番重要だというふうに思っています。

私の意見としては今お話ししたようなことにしたいと思っています。

議長：ありがとうございます。鴨川市が考えている案と真逆の案ですね。

ここで、皆様ご存知と思いますが、大学の研究者の先生、この辺の地域医療のことを非常に理解されている方ですので、先生から御意見をいただきたいと思っています。

意見：理解しているかどうか別問題として、今のお話を聞いて思うこと。

実は私は自治医科大学出身で、まさに家庭医の内科、小児科、小外科、老年科というようなところでトレーニングを受けたもので、その病棟の考え方についても非常に共感できることがあります。そのとおりになんだよな、というふうに思います。

それはともかくとしまして、今これから何が起こってくるかといいますと、やはり人口減少、

患者の減少がある訳です。その一方で、患者さんの状況は先ほど化学療法のお話が出てきましたけれども、複雑になっていくわけです。複数の疾患があって、どうやって管理したらいいのか、難しい治療もしなければいけないのか、というふうになっていく。そうすると病床はあまりいらなくても、医師の数はとにかく必要になる状況がこれからやってくるのは間違いないです。残念ながら今の医療の体制は、病床と医師の数がリンクしているという形でやっているというところに現れています。医療計画、これに関しても基本的には病床の計画になっています。ですから病院というようなそういったものへの拘りが拭い切れないのかなと思います。このまま病院という形でやるにあたって、昔あった総合病院というものに対する昔のあこがれ、そういったものがいまだに残っているのかと思うのですが、そういったものでこれから先やっていける可能性はほぼないだろうと思います。このままだったら間違いなく共倒れということになるうかと思えます。しかし、共倒れにならないようにするために機能を分化させていくということに関しまして、例えば今日は地域医療連携推進法人ということですが、こういったものを作っていくというやりかたを手法として取り入れなさい、という段階にまでもつれてきているのだろうと思う。ですから単純に同じものを作ってギブテイクするというような発想はあまり適切ではないな、その代わり、この地域に何が必要であるのかとか、そういったことをきちんと十分に検討する機会が、そういったものを使ってどのような病院を作るとか、どのような診療所を作るのかとか、他と複合的に実施していくのか、というようなことをどういうふうに構想していったらいいかということが難しい、まさにこういうことで話し合う、むしろこういうところで報告しあうのかもしれませんが、こういうところで我々は検討した、だからこれから安房地区はこうなるんだというようなことを紹介するというような形で進めていかなければいけないだろうと思います。2025年までに、病院の20%はつぶれるんじゃないか、というふうに言われています。つぶれるのは基本的には、自分たちの機能を十分に理解してなくて、転換に失敗したところから脱落していくと思われまいます。その一方で核になるような医療機関があって、その核になる医療機関としかるべき連携をすることができる、しかも地域とうまくスタッフが結びついているという関係ができれば、その病院は生き残っていけるのではないかと思います。病院といいましたが、これは医療機関という意味です。そういうふう考えたときに、3つの公立の病院に関しては、千葉県では強制的なことはしないと聞いていますけれど、都道府県知事の整理をするための権限、そういったことも踏まえて検討しなければならないことに間違いはないだろうと思います。ですので、私としましては、この地域でこれから先、起ってくることは人口は減るだろう、けれども複雑になっていくから患者さんに対して医師あるいは看護師によるケアは多く必要になるだろう。それは必ずしも病床とはリンクしないんだよ、ということを考えてスタッフの人たちがどういうふうに行動するか、施設をどうすればいいか、を考えていくことだと思ふ。

議長：はい、どうぞ。

意見：人口割りで話されていますが、交通手段、患者さんが医療機関にコンタクトを取るのにどのくらいの時間を要するか、どれくらいの労力を要するかということをもっと考えていない訳です。この地域が小さな都会みたいにコンパクトな移動距離でも同じことを考えています。地域が

広くて北海道みたいなところは どうするんですか。そういうことになります。そこに病院は必要ない、というようなことになりますので、一概にそれを全部適用するというのは変だと思います。

意見：それはまさにこれから考えなければいけない、何がニーズか、ということを考えるべきだと僕は思っています、やはり効率も上げなければもう医療財政も介護財政ももたないわけですから、効率よく質の高いサービスを行うことが必要だと思いますが、例えば長期療養型で、ずっと入院してしまう場合に質の高い医療を効率的に行うには、やはり集約化していいところがどんどんやっていけばよいと思うのですが、そのとき何が問題になるかという、老老介護の方などだと足がないということなんです。だったらその足を、実は今私は厚木、相模原で全く新しい形の62床の病院をオープンさせようとしています。これはまさに、100万人くらいを対象とした在宅支援病院、そういうコンセプトで行っています、それで様子をきいてくると、その家族の方たちのお見舞いの足を作ってあげてほしい、ということが在宅支援診療所の先生たちから出てきています。そういうことを一つずつ知恵を出してやれば、病院の赤字はそれと比べたらとんでもない額なんです。病院のリスクって、建て替えてなんて言ったら、ほんとに東千葉でも50億越えていますね。債務超過が10億越えています。実際には債務超過が10億越えているなんて絶対ないです。そういうことと比べたら、一つずつの細かいアイデアを出して、これからのまさに地域医療包括システムはどうあるべきかということを見護提供システムから、医療介護提供システムまで全部含めて考えるべきだと思います。

意見：入院が必要な2次救急を3人でやると医師が死んじゃうかどうかかわからないんですが、現在の鴨川市の医療資源というのは全国的に見て高い、十分にある。それはなぜかと言えば、亀田先生のところの大きな病院があるからだと思います。ただ先ほども言いましたように、われわれの病院は房総半島のちょうど真ん中の山のとっぺんみたいなところの、10キロ半径の四方に何も医療機関がない。鋸南町、南房総市、君津市、鴨川市の4市町の広い範囲。我々のやっている医療のレベルがどれだけかというかわかりませんが、少なくともこの範囲で鴨川国保病院に入院ベッドがなければ住民が困っちゃう。70床全部は埋まっていますが、それでも42～43床、多い時にはもっと、平均なので、これだけのベッドが山のとっぺんにないと周囲の住民が困ります。こういう会議をやると、拘束力を持つかどうかという話が先ほどありましたが、個々のケースに対して数字とかそういう絶対的な考えで決めてしまうのは、ちょっと危険ではないかと思います。

意見：今お話を聞いていると、亀田総合病院のお話、大学の研究者のお話は、要するに都市医療とこういう地域の医療とを一緒に考えているような気がします。ですから、確かに都市の型中心に、どちらかという都市型の医療の考えと私は理解しています。やっぱり地域医療というのは、確かに病院の経営というのは私も実際管理者やっていますが厳しいです、それは、当たり前前の話です。来年も診療報酬の改定がある訳ですから、厳しくなるのは当たり前前の話です。話を聞いているとくらい話ばかりで、そうではなくて鴨川市立国保病院をどうするか、まずやはり民意がある訳でしょう。市長がどうこうじゃなくて、地域住民はどうなのか、そういうことをまず考えていただきたい。経営は確かに大事です。最終的に、私もそれをいつも考えています。

それは一つは病院というのは医療だけではなくて、やはり企業体としても大事なんです。それは存続するかつぶれるかということは、すごい損失が起きる、いろんな意味で。日本はまさにそういう方向でいってるわけだから、労働人口が減ったりして。私自身は実際は2025年の世代ですから、明日は我が身と思っています、そういう意味でね。ですから、それだけではなくて、もっといきなりドラスティックな形でなくて、もうちょっとソフトな形で。私の考えが甘いというのは分かっています。でも、医者をやっている以上は一つはそういう考えでもって、皆さんやっぱり医者になったのはすべて金儲けとかそういう形じゃないでしょう。ある程度は自分でこういう形で医者になって、人の役に立ちたいとかそういう考えでなったんじゃないですか。そしたら自ずと答えというのは、ある程度はつらいところもあるだろうけれど見えてくる。ただそこでまた経営とかそういうものが絡むと、お二人のいったことは絶対起こると思います。だからそこはいつも、私自身も悩んでいます。

意見：僕は経営の話なんて全然していません。30年間、この地域医療をずっとやってきました。誰より多分このローカルですし、ずっとやってきて、最後に後で読んでくださってうちの先生、うちの在宅医療の歴史は多分日本のそれ一つの、鴨川国保病院もすごくやられていたんですね。うちの先生も今はもう重鎮ですね。安房地域だけはいつも県の審議会などでデータが出て、在宅死のデータが一つのデータチャートだと3倍の目盛りにしないと入らない、こういうところに作ってしまった。今言っているのは、機能をもう先ほど言ったように、病床というものを扱うのを医療をするというものと分けて考えるべき。いったい自治体は何をすべきか、民間がどうすべきかを分けて考える。自治体が本当にこれから病院を、あるいは高齢サービスを。もう言ってしまうと、こども園を作りました。本当に補助金は鴨川市から1円もほとんどもらっていないです。やってるサービスが多分すごくいいので満杯です。あと114人分を追加で作ります、来年の今頃までに。504人ものになります。やはり僕は、こういう長期療養にしても一般的なものについては民間活力を使っていくべきでしょう。しかも安房地域にはそういう病院がある訳です。そこをサポートしていけばいいんじゃないか。だったら、自治体として何をやるべきかといったら、やはり本当の意味の在宅支援、さっき私が言ったような在宅支援診療所で24時間、そのためには医者は5人要ると。これは、3人しか医者のいない病院に来る医者はいません。けれども高い志をもって新しいことをやる、こういうビジョンでやるんだという医療機関、それは診療所であろうと有床診療所であろうと集まります。今回の厚木でやろうと思ったことについては、思いついて1か月で医者と看護師は集まりました。これは思いを一つにしていけるようなものであれば、それの方がクオリティも上がるし、みんなが幸せに能動的に働けると思う。何も医療の機能を落とせなんて言ってないです。それから公的、行政の果たす役割と民間に移譲していかなくてはならない役割もどんどん変わってくる。こういうことをもっともっときちっと話し合わなくては、本当につぶれてしまう、こんなところ。そういう話で、今まで通りに、既に明日はありません、絶対に。だから変化は必ず必要だと思っています。

意見：実際、亀田総合病院がすごいというのは分かっています。安房地域も立派にやっていることは分かっています。ただ、我々のところに年間20人以上の亀田で断られた、安房地域で断られたという患者が来ます。全然そういうものがない状態でやるというのはなかなか難しいのでは

ないか。やっぱりなかなか救急医療というのも亀田さん達一本でやれる訳でもないし、館山にあるクリニックは夜はいません。そうなると、夜、急変したときにうちの方に来るというのは十分にあるので、必ずしも公立病院が全然いらぬという訳ではない。不採算は不採算でしょうけれども、不採算でもある程度維持しなければいけない機能もあるのではないかと思います。

意見：いらぬとは全然申し上げていないのと、在宅支援診療所は24時間やるというのも緊急のも書いてあります。

意見：在宅支援診療所で断られた場合はうちへ来ます。

意見：僕はこちらに帰ってきてそれほど長い期間、仕事をしている訳ではないんですけども、鴨川国保病院さんの出来事も最近知りましたし、亀田先生が地域のことを考えて活動されていることも周辺から聞いて理解しています。この観点から思ったことを言わせていただきたいと思ひまして、発言の機会をいただきました。鴨川国保病院さんの提出された構想案、これに関して医師が3人で内科、小児科、整形外科、スポーツ整形、泌尿器科などなどすべて診ていると。亀田先生の提案された構想案、家庭医診療科という診療科に統一して、あとはそれに整形外科等を追加して医師を雇ってやってはどうかと。あとはデイケア、デイサービスを併設する。特別養護老人ホームのニーズを検討するということなんですが、基本的には考え方が違うだけで、やっていることは現在の鴨川国保病院さんと基本的にはあまり変わらないと思うんですね、大きなところは。基本的な考え方がちょっと違うというだけの話だと思いますので、ざっくりというと、大きく全体的な。鴨川国保さんの機能を丸々全部変えたいという話ではなくて、考え方が、というか思想というか理念を変えたいという話として理解していただけたらいいのではないかと、私は考えました。

意見：安房医師会病院が平成20年に経営移譲して、その時も大変な議論がありました。同時期に改築して、経営母体を変える。その時感じたのは、やはり今こういう時代ですので、変わらなければ残れない、ということはまず間違いないと思います。ダーウィンの進化論じゃありませんけれど、強い者が勝つ訳ではないです。適応して自分たちで変わっていける柔軟性をもったところしか生き残れないし、今まさにそういう時代じゃないかと思っています。何も林先生のところをつぶすなんて誰も考えていません。ただ仲良くみんな連携を、というのがこの会の趣旨であって、そのためには、例えば地域医療連携推進法人、非常に良い一つの形だと思います。私だって実際に鋸南病院に手術（のケース）やったり、安房地域医療センターに手術（のケース）やったりしてますからそれは全然できるんです。ただ、自分の病院とか、おらが町の病院とかそういう発想でやっちゃうといつまでたっても連携はうまくいかないと思います。ぜひうちちょっと心をゆるやか、大きく持って一緒にできるような雰囲気づくり。実は一昨日、鴨川市長と話しまして、市長とお前何考えてるんだと話にもなりました。市長は選挙の絡みがあるのでどうしても声が大きくなったけど、これからいろんな意見があるんだと思うんですけど、考えというのは大きく違わないと思うんですね。この地域を良くしようと、この地域の医療を何とか保っていこう、あるいは町をつぶさないでいこうと、そのことに関しては同じスタンスにある。

で、けんかするとか意見が割れて、というのはさんざんそれやってきましたから、もう二度とそういうことを私はこの地域ではやってほしくないし、なんかうまくそれができるようにこの会を発展していけたらなど、保健所長もそれは思ってくれていると思うし、県の方もぜひそれに対して協力していただければ、そういう形のできる唯一の千葉県内の地域じゃないかと私は思っています。ほかの地域ではちょっとこれは難しいと思っていますけれど、ここは結構結束強いですから、いざやるとなるとできると思うので、ぜひそういう方向で進めていただきたいと思っています。

意見：保健所の所長としては、やっと地域医療構想会議が始まった。今まで、最初にあいさつしたように報告会とか説明会とかでずっと、圏域をどうするかが2年以上ずっと続いて、真剣な議論がやっと始まって、皆はこの地域の医療を何とかよくしていこうと今日は熱い議論があった。ぜひこういう会議でやってほしいと首長からも言われている、直接。今日はやっと構想会議が始まったということで素晴らしい会議だと思っています。

意見：鴨川市立国保病院の副院長です。先ほどから死んじゃいそうといわれている3人のうちの一人です。大丈夫です、元気にやっております。今回は、私共の病院のことにに関して、非常にいろいろ御心配をしていただき、いろいろ検討していただきまして誠にありがとうございます。もっともだなと思う部分も本当にたくさんございます。ですが、われわれの病院のスタンスとしては、また別の方向でもっと頑張れないか、地域のためにならないか、もちろん日本の国・県の医療計画に沿ってもっと頑張れることはないか、そういう目でいろいろ検討の方を進めております。先生にご指摘いただいた中で、私の方でどうかなと思うところとしては、ベッド数、確かに10床くらいでという案もありますが、それではやはり近隣の地域を支えるには少し不安がございます。丁度いいのはどのくらいか、もう少しほしいなというところがございます。それから、二次救急、もっとたくさんの先生がいないと、とつても倒れちゃうよというお話があります。もっともなことかと思えます。一応、二次救急を名乗ってはおりますが、今の私共のところでは救急車もある程度受け入れてやれているのは、亀田病院さんの方が頑張ってくださいっていて、それで十分に回っているところが確かにあります。ですが、先ほど鋸南病院の方からお話がありましたように、軽症の患者については結構、私共公立病院の方でも診させていただいております。例えば、夜間熱発したですとか、ちょっとした肺炎、ちょっとしためまい、そういった軽症の患者様まで全部、三次救急の亀田さんの方でお願いというふうになりますと、かなりけっこうこれは大変になってしまうところがあるところ。亀田さんの方では軽症なケースはどうでしょう、ということで私共の病院に来られる方は結構いたりします。

それから、病床の利用率の話がありました。ごもっともなことでございます。今私共の病院のデータを見ますとだいぶ病床利用率が低い。これは何からきているかといいますと、構造がだいぶよろしくない。2階3階あたりで3階がうまく利用がしにくいような環境になっている。細かい話は今ここに置きますけど、これを改革していくには構造のつくり、そういったもの、フロアをどういうふうにするとか何かうまい工夫は必要か、といわれたところ、ちょうど建て替えがあれば何か抜本的な改革ができるんじゃないか、今後もっと頑張れる形が取れるんじゃないか、そういった議論をいただいております。

先ほどから高齢の方にも高度な化学療法が通院でできるように、そういったものをぜひ整えるべきだと話がありました。もちろんそういう形の体制も十分に取れると助かる方はたくさんおられるかと思います。ですが、そのほかにそこまでの高度な化学療法までは要しない、必要があれば通院のときの点滴ですとか在宅で、ですとかもっと軽度な処置でいろいろサポートしてあげることで終末期を頑張れる方も多数いるのではないかと。そういうふうな方は高度急性期の病院さんではなくてわれわれ小さな病院でも十分対処して、大きなところのご負担を減らしていけたら、そうしたらお互い共存していけるのではないかと考えるところでございます。

意見：あり方委員会というのが平成28年の3月に答申書を出されて、そういうところはけっこう皆さん議論されているはずなんですよね。私もあり方委員会は委員の先生と電話して、答申書できてない？新築なんてどうして、と質問したところ、彼もよくわからないと言っていました。やはりその辺が情報公開がうまくできていないのと、その時もやはり建築の問題はかなりあり方を考えて、皆さんいろんな意見が出たと思うんです。それを踏まえて今回の会議の上で練ってどうしましょうか、というならわかるのですが、もう一方的に決まっちゃったみたいな感じでは違和感を感じる、というのが今の私の素直な気持ちです。

意見：先生の言ったことは書いてあります。今言われた肺炎とか尿路感染症で熱発したとか、そういう人こそこの10床というところで。今多分、長期療養に入っておられる方、あるいは入院されている方の何割が長狭地区の方なのか。その辺を実際にはデータを取ってですね、病床は決めた方がよくて、長期療養を自治体病院がやる必要はないと僕は思っています。自治体病院がやるのもうちょっと違う医療の提供というものを考えるべきで、それには救急はやらないなんて書いてない。ですから医者は最低でも5人以上の在宅医がいなかったらできないので、そこまではその地域医療連携推進法人の中で一緒に考えていきましょう、というのが私の意見です。

意見：安房地区の医療をどうやって考えていくか、を考えていると今のように小さい病院が林立したままでは共倒れになっちゃうんじゃないかと。やはり安房地域全体を考えて、いかに医療資源をうまく使っていかなければならないかを考えなくてはいけない。個々の病院の状況は非常にわかるんです。確かに鴨川国保病院にしても10キロ圏内にほかに一つも病院はない。そういうことは分かるんですけども、行政もせっかくいるのでお願いしたいのですが、何とか公的交通機関をうまく整えていってもらえないだろうかというお願いです。そうすれば10キロ圏内なんて大したことないんじゃないかと思うんです。今の交通機関を見ると、どうにもならない。本当にお年寄りになっても歩けないような人でも車が手放せないといった状況になってきているので、ぜひ交通機関をもうちょっと考えていただくと、こういった地域医療計画云々もある程度解消できるのではないかと。そうするともっと安房地区全体の会議もやりやすくなるのでは。

意見：安房の二次医療圏の先生方にはいろいろと貴重な御意見ありがとうございます。今回は鴨川市立国保病院の建て替えというのをお話しさせていただいて、その中で安房の自治体病院、鴨川以外にも南房総市、鋸南町にもありますけれども、その中で今課題という部分も親身になってお話を

いただいたと思います。病床稼働率でありますとか、医師・看護師の確保、経営の安定化、こういう部分を本当にこれからどうしていったらいいんだろうという課題ではあります。各自治体の病院のあり方という、政策的な考え方という部分にもなっております。そのため、私共3市1町の担当課長が出席をさせていただいておりますけれども、もしこの本日の会議以降このようなお話の場を作っただけなのであれば、市長あるいは町長、もし都合が悪ければ副市長、副町長とそういう形で出席をさせていただいてお話し合いの場をいただけたらありがたいと思います。

もう1点は今、医療計画を作るにあたって平成30年度からですけれども、やはり介護保険事業計画というの併せて県あるいは市町村で作る計画、これも30年度から同時にスタートとなります。医療介護の連携が重要ということも野澤室長さんからお話がありましたけれども、もし可能であれば介護サービスの事業の展開を図っていただいている代表の方をこの場でお話の中に入れていただければありがたいと思っております。今日はありがとうございました。

議長：時間の関係もありますが、他にひとこと言いたい方はいらっしゃいませんか。

国保病院の建て替え、問題山積み。先ほど話があったんですが、あり方委員会では確か50床と答申が出たはずなんです。今回70床の案がきています。議長が想いを言っただけなんですけど、たぶん70床というベッド数が独り歩きしちゃうんじゃないかな。また、この会議で70床じゃなくて50床にしろとか、19床にしろとかそういう拘束力はありませんし、はっきり言いますが、安房医師会は鴨川市の計画に反対する立場にはありません。鴨川市の方々、院長はじめ、先ほど副院長先生からお言葉ありました。関先生の言葉が非常に心にしみるんです。今、今日きいた中では、当事者の想いかと。で、最後に議長権限でオブザーバーの鴨川国保病院の相談員さん。彼女が鴨川市長の想い、情熱、やるぞ！というのを直に聞いておまして、僕が先々週あった時に彼女の言葉をきいて非常に感動しましたので、皆様方、鴨川市やるぞ！何としてもやるぞと市長の意気込みを一言だけ聞いていただいて最後しめたいと思います。

意見：お話しする立場ではございませんが、鴨川市立国保病院医療と介護連携室に10月から勤務しております。その中で、新市長にお目にかかる前に気が付いたことは、病院に来た患者様が「ここにいたら風邪ひいちゃうから家に帰りたい」と申しました。事実です。それを聞いてびっくりしました。この中で長く勤務された方々の想い。それから市長が来院されました折に、病院の中を隅々まで見学されまして、「ここで長年やってたのか」ということをいわれました。それを見て病院の建て替えが急速に進んだのかなと思います。どうぞ皆様の温かい御指導と御支援をいただきながら、どういう形で病院ができることがよいのか、今一度御協力をよろしくお願い申し上げます。

議長：ここで1回しめます。

今日の案件、4つありました。

第1番目、繰り返しですが、夷隅との合併は白紙。

2と3、報告がありました。

4番目です。鴨川市立国保病院の建て替えを踏まえた、今後の安房地域の医療の在り方ですが、

皆さまから、例えば自治体病院のあり方とか、いわゆる民間病院のあり方とか、トランスポーテーションの話ですとか、いろいろ出てきました。

それを宿題にして、議事録に書くとしたら「国保病院の建替えの問題を含めた安房地域の医療について議論した」というような議事録になるかと思います。

宿題があります。先ほどお話がありました。この調整会議とは何ぞや、決定とは何ぞや。ここだけの決定なのか、もしくはここで決定したことが県にもっていけばどんな、知事の話がありました、御意見がありました。ある一定の強制力を持つのか、宿題かと思っております。要は「調整会議とは何ぞや」宿題なんです。

長い間ありがとうございました。次回また、熱いディスカッションをしたいと思っております。ありがとうございました。

(閉会)