

## 令和2年度

### 総務省地方公営企業等経営アドバイザー派遣事業 講評記録

#### 奈井江町立国民健康保険病院

派遣期間：令和2年9月3日（木）、4日（金）

講評日時：令和2年9月4日（金）13：15～14：30

講評場所：奈井江町立国民健康保険病院 職員会議室

経営アドバイザー：

富田 一 栄（富田一栄税理士事務所）

角 谷 哲（株式会社日本経営ヘルスケア事業部）

北海道総合政策部地域行政局市町村課：

再生支援担当課長 野 村 一 久

公営企業係長 中 村 昇

北海道空知総合振興局地域創生部地域政策課：

市町村係長 竹 橋 恵

市町村係主事 福 家 円

奈井江町：

町長 三 本 英 司

副町長 碓 井 直 樹

企画財政参事 小 澤 克 則

奈井江町立国民健康保険病院：

院長 小 西 裕 彦

放射線室主幹 高 田 泰 光

臨床検査室係長 下 山 知 良

栄養科係長 宇之津 春 美

看護師長 小 倉 ゆかり

看護主幹 鈴 木 博 美

事務長 杉 野 和 博

総務係長 三 原 英 司

医事係長 木 村 香 苗

## 経営アドバイザーの講評の概要

### 角谷アドバイザー

1. 摂食機能療法の算定が可能
2. 重症者（レスピレーター管理、気管切開、IVH など）に対する加算が可能
3. 現状の医療療養病床のままでも、上記により年間1千万円程度の収益増が見込める
4. 薬品の在庫管理を適切に実施し、病棟での後発品の使用についても徹底すること
5. 給食や清掃などの委託業務について、統計上の比較として費用が高いので、契約更新時を見逃さずに見直しを検討すべき
6. セントラルキッチン等の検討
7. 不必要なものの廃棄、未使用施設の精査による建物の使用範囲の見直し
8. システム関係のイニシャル・ランニングコストが高い。専門性もあることから、外部の専門家などに相談できる体制づくりが必要
9. 病棟について、患者層の分析により、医療療養・地域包括ケア・介護医療院を1病棟内で区分けすることにより、年間7千万程度の収益増が見込める。コストカットと併せて、1億円程度の改善イメージがあるので検討すべき
10. 町で地域包括ケアシステムを完結するには、10人程度のセラピストの雇用が必要
11. 地域での病院としての役割を確立すること（地域包括ケアシステム）
12. 改善を行うにあたり、スケジュールと責任者を明確にし取り組む必要がある

### 冨田アドバイザー

1. 材料の管理について、在庫管理及び購入費管理を適切に実行すること。全体として材料費を20%か25%ぐらいに抑えなければ健全経営とはならないので、しっかりと管理できる体制をつくってほしい
2. 看護師を効果的に活用するために、医療クラークの採用を進めること
3. 看護・介護の主となる女性が就業しやすい環境づくり（院内保育等）
4. 説明されなくてもトップが判断できる管理会計の実施
5. 町の福祉について、より一層の連携。サ高住についても、収益性を求めるのであれば、介護サービスの提供が必要
6. 将来どうしたいのか、計画とビジョンを描くこと
7. 院長、事務長、看護部長のトップ3は、経営者としての覚悟と責任を持って指導にあたる必要がある。教育・研修への投資も必要

## 北海道 野村課長

私、道庁市町村課の野村と申しまして、今日の司会進行を務めさせていただきます。よろしくお願いたします。

それでは早速ですけれども、アドバイザーの先生から、それぞれ講評をいただきたいと申します。まず、最初に角谷先生の方からお願いたします。

## 角谷アドバイザー

みなさん、2日間お忙しい中、お時間をいただきまして、どうもありがとうございました。

今からなのですが、このパワーポイントの資料、後ほど清書したものをちゃんとデータでお渡しさせていただきます。先ほど30分くらいでバタバタと作ったので、見栄えは悪い状態ではあるのですが、図を見ながらの方が分かり易いかなと思って作成させていただきました。

ちょっと文字小さかったら申し訳ありません。簡単に概要を申し上げますと、こちらが奈井江町立病院さんの令和元年度の決算数値がこれになっておりまして、こちらは公私病院連盟という統計資料の中の令和元年度の自治体病院で規模20ベッドから99ベッドの平均値を50床当たりで換算しています。つまり、奈井江町立病院さんと同規模の自治体病院の決算状況の平均を出しているのがここなのです。

見てもらいますと、入院の収益自体は単価が低い。奈井江町立病院さんは単価が低い。後で理由を説明しますが、入院収益は平均よりも低くて、外来は平均よりも高いという状態です。外来が高いので結果的に医業収益が平均よりも高いのです。

ところが、費用がめちゃくちゃ高いのです。売り上げに対する比率でも高いし、自治体病院の平均と比べても、ここに挙がってくる費用ほぼほぼ平均よりもすごく高い状態になっておりまして、売り上げから費用を差し引いた額を利益というのですが、これが費用の方が大きく数字がマイナスになります。自治体病院のこの規模の平均がマイナス2億5千万円の赤字が平均額なのですが、奈井江町立病院さん、この段階でマイナス3億4千万円という結果になっております。

今回、私たちの調査した視点の一つは、なぜこういったことになってしまうのかという原因の調査も私たちの、この2日間の仕事の一つでしたので、その調査結果のところを私の方から簡単にお話をさせていただきます。

では、まず入院収益が低い理由と、外来収益が高い理由について、次のグラフを見てもらうと分かってもらえると思います。あと、材料費が高い理由も次のグラフで説明させていただきます。

まず一点、現在、奈井江町立病院さんの入院患者の状況、内訳なのですが、区分ですね。入院の単価は大体16,000円から17,000円ぐらいで、その内訳が何かというと、ほぼほぼ入院基本料のみです。療養病棟なので丸めでしかないので、これに尽きる、これしか無いという感じです。あと一部特定入院料が入ってきて、これは食事療養費です。なの

で、入院料とご飯代というのが奈井江町立病院さんの内訳なのです。

これが、入院の収益性が低い、最も一番大きな理由です。なぜかという、ドクターがどんだけ頑張って診察をしても、包括なのでやったことが診療報酬に反映されないのですよ。全床療養でやっていると。ここはやはり変更していかなければならないというのが一点あります。

2つ目、入院基本料、平均で12,720円なのです、今。これも低いです。なぜこれが低いのかというのは、後ほど患者構成でもお話させてもらうのですが、施設基準関係でも取ってほしいところがいくつかあると思っています。

あと、簡単な加算関係の確認なのですが、資料、みなさんのお手元に5ページのレセプト資料、ちょっと全員分つくと手間かかるので3部だけ、院長先生と事務長と町長のところに配ります。ちょっとみなさんは後で見てください。6月分のレセプトを拝見させていただきました。病院が収益を上げようと思えば、収益を上げられる職種は限られています。ドクターと看護師さんとリハビリのセラピストと薬剤師さんですかね、能動的に動いて指導料とかを上げていける状態にあるというのは。ただ、薬剤師さんはお一人しかいないので調剤業務だけで精一杯。リハビリのスタッフさんもお一人しかいらっやらないと。

そうすると看護師さんのところで収益上げられるものの一つが、みなさまのお手元のレセプト見てもらうと摂食機能療法というものが、これ出来るのではないかというものの一つです。何かというと、数字で5と入っていると思うのですが、病名のところに廃用症候群の誤嚥性肺炎の治療後という風にあります、ADLを見ていくと食事も介助していることが分かるのです。こういった方に30分以上の食事介助をやっていると、これはリハビリとみなされて1,850円の診療報酬を請求することができるということです。なので、看護部の方でも30分きっちりやっているかということと、スクリーニングですね、嚥下機能が落ちているということをきちんと医学的なスクリーニングをして改善をする。つまり自力で食べられる力を取り戻してもらうためのリハビリ行為としてみなされていきますので、ここの記録をきちんと取って対象の人がやってもらえたらと思っています。けっこうこれも塵も積もればなので、点数185点なのですが、対象患者10人いて30日やると、これで月間5、60万なのです。年間でいうとこれが600万、700万の話なので、こういった小さいものからでも、きっちりやっていく必要があるというのが一点。

もう一つは、同じような接触機能療法やっていますが、めくって12という数字が入っているレセプトがあると思います。その12というのは何かと言いますと、重症者に対する加算というものがああります。重症な患者というものの定義は、ちょっとスライド1枚めくりますとこんな感じですね。レスピレーターの管理とか切開をしているとか、IVHを入れているとか、そういった患者状態によってスコアを付けます。ここのスコアの合計が10点以上になると看護師さんとかドクターの医学管理とても手間がかかっているねということで、1日当たり1,000円の加算が付くのですよ。

ただし、この状態が180日以上継続していることという条件があるのですが、見てもら

えますと、例えばレスピレーター管理をしているだけで、10点、つまり1,000円の入院加算が入りますよということになります。

レセプト上、例えば12と書いているとここで見ていきますと、この12の患者さんというのは、症候性てんかんを持っていて、丸90というところの中を見てもらいますと、例えば1日8回以上の喀痰吸引を実施しているという状態と、褥瘡対策やっていますので、多分、体位交換1日6回以上やっているのだろうということと、この人、平成26年に胃ろうをつくっているのです、多分、この辺り足していくと10点超えてくるような、そんな感じなのですよね。

こういう患者さんが他にもナンバー13もそう、レセプト上ですよ。実際どうか分からないですけどレセプト上は行ける可能性があると思うのが13で。ナンバー21のレセプトも同じく中心静脈栄養なので一発で10点だとかになっているので、ざっと見ただけで点数100点かける対象6人かける30日で、これで18万、年間でこの2つで1,000万ぐらいですね。

こういうものが僅かでもあるので、診療報酬の請求がうまくいっているのかというのは、医事と看護師さんが連携しながら、お互い診療報酬を勉強して請求をきちんとすることをしてほしいと思います。

これがまず現状の療養病棟にあっても、これぐらいの伸ばし幅が一応ありますよといったもののお話です。

次ですね、外来の収益が大きいという話をしたのですが、ただし、これ見ていただきたいのが、病院全体の外来単価でこれ内科の単価なのです。この緑がめちゃくちゃ大きいのが投薬なのです。なので、外来の売り上げが大きいといいますが、50%以上、約60%は投薬の薬の売り上げなのです。ということは、これは卸しさんから仕入れてきたものを売っての売り上げなので、仕入れ価格がもうまく管理できていなければ、逆に薬を仕入れて売ることによって赤字になっている可能性があるのです。分かりますか、100円で入れたものを110円で売るから差引10円の利益なのですが、もし在庫管理がうまくいってなかったりすると、120円で仕入れて110円で売ってしまっている可能性が出ることです。その管理を仕切れているかどうかを院内の中でチェックしてみてください。

とりあえず仕入れ値ベースでいけば、15%利益が出る設定になっていますので、価格交渉自体はうまくいっている。それは過去の取り組みからの実績にはなるのですが、ただ、在庫関係のところと、療養病棟については、基本、薬は全部丸めなので、ここは出来るだけ後発品を使っていくという設定できっちり管理をしてほしいと思っています。これが外来の特徴になります。

次に費用関係についての話をします。全部ですね、こと細かに調査はしきれていないのですが、ここも統計値と比較した結果ですね、50床当たりで比較した結果なのですが、例えば奈井江町立病院さんの検査委託費は先ほどの自治体病院との平均と比べますと、統計よりも100万低いのですよ。なので、検査委託費も、ほぼほぼ自前でされているというお

話をされていましたが、検査の方は委託費がそんなに高くはないと、きちんと院内で対応できていますと、そういうことですね。

今日、結構時間取って聞かせてもらったのですが、給食委託については、統計よりも1,100万高いです。2倍近いとそういう感じですね。今現在、2,700万で統計よりも1,100万高いので2倍近い。患者1人1食当たりの委託費でみると1,840円だったので、目安は1,600に抑えるかどうかということなのです。

この原因を追究していきまして、委託会社の富士産業さんがんばってくれてまして、調理師の人件費を考えれば委託料は、これ以上は下げられないなというところまで、大体下げてくれているのが分かりました。何が問題かといいますと、調理師5人と、その他業務で2人から3人いらっしゃるって、合計8人の方が厨房で働いていると。調理担当5名で50人分の食事を作っているのですが、普通に考えたら分かるのですが、50人分の食事売り上げだったら5人分の給料は基本ペイできないイメージなのです。1人1食1日大体1,800円ぐらい、それが50人になったら、その人たちの人件費はペイできない。この辺りの賃金相場は分かりませんが、年収が300万円いかない。こうなると、働き盛りの人は給食会社辞めて他に行ってしまうので。考えると、解決策を探ろうと思うと、WINWINという話して考えるとですね、できれば町として建物を施設をたくさんお持ちなので、それらの給食センターを一本化して行って、つまり一つの調理場から送り出せる食事の数を増やせば、きっちり利益がでますので、この形に近づけるように給食会社さんと打ち合わせをする。町として食べ物について取り組んであげることが多分それしか解説策は無いと思います。もしくは、お弁当を買うかです。調理師ではなくて、ここに来てチンしてあげる。ここの厨房のスタッフを削減してしまうかしか解説策は無いので、どちらが良いかという私は前者が良いと。町の特産物でそれぞれの人たちに必要なご飯を作ってあげるセントラルキッチンという形で、町の配食をコントロールした方が良いかなと思います。

次、廃棄物については、統計より低かったという状態になっていますけど、これちょっとどの契約、他の契約も含まれているのか何ともですね。

洗濯関係についてもそう、検診衣の洗濯と洗濯業務が分かれていて、内訳が分からなかったので一概に比較することはできないのですが、統計と比較して高いです。これも洗濯業務、倍ぐらい高い。普通、1患者1日大体800円ぐらいですかね、リネン。そこで一回比較してみて契約内容を見直してください。

特に高かったのが清掃系が今回出てきました。清掃系も統計上1,000万のところ、こちらでは1,800万かかっているという状態になっておりました。その一つ一つをみましても、例えば1平米辺りの単価250円なのですね、ただ目安これ160円から200円です、全国的にみても。1ベッド当たりの単価は26,700円なのですけれども、これ平均的にみると12,000円ぐらいです。なので、ベッド単価がめちゃめちゃ高いのです。なぜこんなに清掃の委託費が高いか理由を調べないといけない。清掃委託割合を調べたのですが、大体、私たちのお付き合いしている会計、病院の平均は70%、延床に対して清

掃委託に出している面積70%なのですが、奈井江町立病院さん80%です。なので、ちょっと清掃をお願いしている範囲が広すぎる。職員でできるところは職員でやるのが1点と、元々は100ベッドプラス向こうのオペ室等と非常に広範囲の建物で契約していたのですが、今現在の契約範囲が本当に適切なのかどうか、これはちょっと見直さないといけない。これもし100ベッド当たりでみると大体統計値ぐらいになるのですね。つまり統計値を倍にしたら2,000万なので、100ベッド当たりで考えるとまあまあそんなものかという額ですけど、50床でこの額は高すぎます。

今回、病院の中を色々回らせてもらいましたが、例えばオペ室の方、めちゃくちゃ良い部屋、今は使っていない、きれいだったので、あれももしかしたら清掃とか今入っているのですかね、入っていないですか。あの辺りも、もし使っていないところは、使っていない物は廃棄する、あるいは、どこかに売却をする。使っていないスペースはクローズするというをやれば光熱水道費も施設設備の管理費用もできるだけ落ちていくので、一部機能を残してもいいのですが、ここは使う使わないをはっきりしていくということが大事だと思いますので、清掃委託だけではないのですが、もう一度この建物の使い方について、契約している範囲のあり方については、よく見直していただきたいなと思っております。

次、委託費です。もう一つの方、SE関係なのですが、何が高いのかというところまず一つシステム関係がめちゃくちゃ高い、最初にみて思ったのですが地域医療情報システムが、まず導入段階でも非常に高いのですが、ある程度補助金が働いているのもあるのかなと思うのですが、一旦置いておきますが、こっちですね、SEに払っているお金と管理業務として年間ほぼ1,000万近いお金が出ていくのですね。システム構築関係についても同じなのですが、これ聞きますと別にSE常駐しているのですかと聞いたのですが、していないのですよ。してないのですけど24時間相談できる感じらしいのですけど、パッとみてそんな高い訳ないと思いますよね。この辺りは難しいところではあるのですが、結構、専門知識がいるのです。高度医療機器とかシステムエンジニアの専門知識がいるもので、仕様書見せられて、だから必要なのですと言われても、そうかなとしか言えないですよ、こちら素人なので。こういうとき、価格交渉は1:1でやると不利になるので、ドクターと患者さんみたいなものですよ、絶対ドクターが有利、同じ状況がそこに起きているので、こういうときは、例えば私たちのような会社だとか外部の人間にすぐ聞くような体制をつくってください。今日、事務長にもお話したのですけれども。それは同じSE、私は違いますが、同僚のSEからみて、そんな価格になる訳がない、そのSE単価は北海道価格ではないだとかは、すぐ分かることなので、そうやってすぐにセルフチェックを働くための外部とのコミュニケーションをとる、つまり外部監査の形をちゃんとつくるといえることですね。やってください。これは絶対見直した方が良いでしょう。

これは給食費関係なので割愛します。

この辺りは費用についての話しでした。ざっと見て数千万ぐらいで見直した方が良いでしょうという価格が、あったら見てもらえれば多分分かると思います。次の契約更

新を絶対に見逃さず、そこで改修をかけてください。

次に収入関係の話です。現状が、医療療養用のベッドが50床ありまして、1日患者数が42人平均なのですが、イメージを含めて患者層を振り分けると、多分こんなバランスかと思いました。医療療養で請求する患者が16人と地域包括ケアで請求する患者が10人、それと介護医療院に行った方が良いかなという患者が16人です。

これは1病棟でベッド単位でこういう分けでできるのですね。診療報酬のルールなので50床ワンフロアでこれ全部実現可能。それぞれの人員配置を考えて、下で計算してるのですが、このこきに必要になるのが、看護職員さんの基準時間、現在は1,680時間基準で実績2,100時間になっています。

この新しい病棟構成にしたときには、基準時間何時間必要ですかというのと、1,920時間で足りるので、言うならば看護師さん今と同じ数で計算上は、この病棟構成できるのですよ。なので、人件費を増やさないまま一応これをはやることができますということが1点と、現在、療養病棟の2を届出しているのですが、医療区分の低い患者さんを地域包括と介護医療院に振り分けることで、こっちは1になって単価が上がります。

地域包括は、いきなりこの点数ではなくて、25,000スタートになりますけれども、一応30,000円ぐらい平均は大丈夫だと思うので、30,000円の病床が10ベッドできます。

介護医療院は大体15,000円ぐらいなので、15,000円かける16人のベッドができます。

そのときの1月当たりの入院収益は、今は2千万なのですが、これを実現した場合、2千6百万ぐらい。その差額はというと、年間7千万ぐらい差が出る。

先ほどのコストと合わせて1億ぐらいは多数字改善するイメージを持っていただけると思います。実現できるかどうかは置きまして。

これが一応、地域としての目指すべき方向ではないのかという風に考えています。それはちょっと冨田先生のパートでお話いただこうと思うのですが、私のところでは、患者層について、もうちょっと詳しくお話をさせていただこうと思います。

ちょっと字小さくてすみません。プラスが医療区分3で四角が医療区分2でマルが医療区分1です。つまりマルの人たちは医療依存度が医療の必要性があまり無いよねと、診療報酬では医療の必要性があまり無いよねといわれた人がマルです。その中で細かく介護度、ADLなのですが、更に分けると、ただ介護は要るよね、でも医療は必要無いよねという人たちがいます。医療が必要無いよねとう人たちが、単価10,000円ぐらいで大体半年から1年ぐらい、このベッドでぐるぐるしているのですけれども、こういう患者さん、今日ヒアリングして思ったことなのですが、地域包括ケア病棟の対象なのですよ。こういう患者さん。自宅でちょっと体調悪くなって、こっちに入ってきましたと。退院もしようと思ったらできるのだけれども、でもしないのですよねと。リハビリしたら良くなるのですが、リハビリで良くしたからといって、この後どこ行くかという、行先がないので



すよねと。逆にいうとリハビリして行先がちゃんとあれば、もう少し病院の横にプレハブのサ高住ですとか、そういう展開があったとしたら、この方々は病院のベッドではない人たちですね。そこがうまく回転すれば、これが地域包括ケアの対象になる患者さんです。

なので、本当はこの人たちを地域包括で請求すると1日単価30,000円なので、この辺ですね、この図でいうと突き抜けてしまうのですが、先生方のされている急患に対応させて、ちょっと入院させた方が良いよねという患者さんに対して向き合っている姿は、本当は1患者30,000円で評価されるべきことなのではすけれども、残念ながら今は1患者1日10,000円しかになっていないとそういうことです。

これが収益性の低さの理由の1つ。なので、このあたりは是正しないといけないと思っています。

2つ目、ここで医療区分3の患者さん、プラスマークなので、この辺にいる人は診療報酬、医療保険で対応した方が良いので、これはこのままが良いです。これは10ベッド分ぐらい残す医療療養の人たちですね。

では、介護医療院にした方が良い人たちは何かというと、この中でGという黄色の人たちは介護保険にいった方が良い人たちです。

あと一部の緑の人たちなのですが、もうちょっと違うグラフで見てください。今現在ですね、パッと作ったので分かりづらいと思うのですが、診療報酬上の評価では。ここからここまでの70%、Fまでの人たちは医療が必要だとみなされる人たちなのですが、このG、H、Iは医療必要ないですよという人たち。これが30%いるというのが今の奈井江町立病院さん。ただ、医療は必要ないけど介護が必要なのですね。なので、医療保険での評価だと1日当たりの入院料は8,000円から9,000円ぐらいにしかならないのですが、こちらに対して介護保険で対応すると大体10,000円ぐらいでの評価に変わると、そういうことなのです。同じ患者さんですが、医療保険では医療を提供していないので負担ないですよと評価になるのですが、介護保険では要介護度で判断してくるので、介護士さんと看護師さんに負担かかってますよねということで高い評価をもらえる。それで介護医療院に変えていった方が良いのではというのがこの辺りの話になってきます。

患者層は、全床療養でべたっとやると低収益なのですが、きちんと患者層を3区分に分けて地域包括と療養と介護医療院に分ければ、今よりも年間1億ぐらいの収益性がポンと上がる、そういうイメージを持ってもらって良いと思います。実際にみなさんがそれだけの仕事をしているとご理解してもらった方が良いと思います。

もう一つ、診療報酬の話になるのですが、今現在セラピストさん1人なのですが、これも診療報酬の変なところではあるのですが、運動器リハの施設基準1、2、3というのがあります。施設基準1をとっていると20分間のリハビリに対して、185点、つまり1,850円の評価なのですね。でも、運動器リハの3という施設基準だったら、20分のリハビリで85点、つまり850円の評価しかならない。同じことやっているのに金額単価が倍

変わるのですよ。じゃあ、何がそんなに違うのというと、病院の中にいる PT と OT さんの数が 4 人いれば運動器リハ 1、1 人しかいなかったら運動器の 3 なのですよ。すごいと思いません、同じことになっているのですよ。ただ何人雇用しているかで、10 分当たりの単価変わっていくのです。なので、今セラピストさんがどれだけリハビリをやっても標準的にリハビリやっても、リハビリの売り上げは、今は 1 月 30 万にしかならない、多分人件費差し引きしたらマイナスです、これだと。がんばってもお金的には報われないのが今。これ 4 人のリハビリスタッフを揃えると単価が上がるので、セラピストが 1 人 1 月 60 万から 70 万稼ぐようになるのですよ。人件費差し引きしてプラスのラインになります。なので、この辺りも大体病院はリハビリのセラピストでもちゃんと稼ぎを持っていく大事な部署なのですけど、セラピスト 1 人では実現しないので、最低でも 4、できれば 5 から 6 は採用するように病院で進めてほしいと思います。

なぜかなのですが、この後ちょっと地域の取り組みとも関わるのですが、奈井江町立病院は、ここですね、人口でいうと 2015 年ですけど、5,600 人ぐらい、高齢化率約 40%、砂川市までは車で 15 分ぐらいなのですけれども、雪が降るとそんなに簡単に行けるものでもないですし、高齢者の方が自力で行くにはちょっと、大分遠いですね。感覚的には大分遠い。できればこの奈井江町の中で自己完結する福祉体制というものを医療・介護体制を絶対に持った方が良く、そういう地域だと認識しています。

ですから、やるべきことというのは、ここで地域包括ケアシステムをいうものを完結しようと思いますと、リハビリの職員は不可欠なのです。1 人では絶対足りなくて、やはりできたら 10 人ですかね、町全体で考えて 10 人ぐらいセラピストさんを入れていかなければならないと思っているしだいです。

参考までなのですが、別にこれあくまで参考ですよ、ここは僕お手伝いしているところなのですが、簡単にいうと常勤換算した医師数で救急車の受け入れ数です。2 病院が一緒になるお手伝いをしているのですけれども、ここが今常勤換算した医者 5 人で救急車 1,800 台受けているのです。松山市内です。人口 50 万いるのですけど。常勤換算数だけでいったらここ一緒です。ただ、役割分担でここはトリアージに全力を注いでいるので、受けて無理だったらすぐ隣に運ぶという役割をしているので、そうはなっているのですけれども。

何が言いたいかといいますと、なかにはこういう病院がありますよというのが一点。地域包括ケアシステムというものを考えていただきたいのですが、中学校単位で一つ地域包括ケア病棟を持った病院がある。奈井江町はここしかない。その病院に求められているものは何かといいますと、トリアージをすることの一つですね。日常生活圏で、その次どうすればいいのかということコントロールタワーとして働くのが一つなので、今取り組まれていることもそうなのですが、できるだけ急患の第 1 次は自分たちのところで受けるのが 1 点。

2 点目は、奈井江町から砂川市の方へ救急で運ばれている人がどうやら 300 人ぐらいいるらしい。270、280 人ぐらいですかね。奈井江町民で砂川市立に運ばれている人が

250、200後半いらっしゃるのですが、統計的に考えれば内訳分からない推計なのですけど、統計的に考えると2、30%は軽症なのですよ多分。じゃあ、なぜそれが最初から砂川市立行かなければならなかったのという話ですね。2、30%、つまり30%で考えると100人です年間。月10人はもしかして日中にここで受診していれば、砂川市立病院まで運ばれる必要が無かった人かもしれないです。そういう人たちに対して、ファーストトリアージをここでする体制、外来の時間帯にしっかりとその方々が一旦来ると。夜まで我慢して運ばれるとかではなくて。あるいは日中であっても一旦ここを通過してから行くような体制をつくっていくのが、まず一つ目です。

二つ目、画像診断装置、CT16列持っているのですけれども、これ人間ドックとかでも十分高性能な部類になるものですが、地域包括ケアセンターをつくと同時にリハビリの話とも被るのですけれども、病気というのは基本的に発病してから表に症状が出るまでタイムラグがある訳ですね。簡単に言うと喉元過ぎると熱さ忘れると言いますが、それは胃の内側に神経がはしってないから、熱いものが分からない。

ただ、胃に激痛がみつかったから癌だと分かるのはなぜかという、胃の表面の方、神経がはしっているところまでいってから痛みが出ているので、これはステージが進んでいる状態。本当は内視鏡で早くみつければ、内視鏡手術で1週間かからず治せるものが、自覚症状出てから癌だと思っても、もうそれ胃の摘出手術だとかになってしまう。ADL一気に落ちてしまう。なので、人間ドックだとか早期発見のためのことをやっとう方がい。それをすれば、砂川市立だとかへの流出が減るのですよ。ここで小さい間に病気をしっかりみつけてあげれば、その仕組みをつくっていくことで地域包括ケアシステムをここで作っていく、そのためにみんな何をやるんだというものを、思い描いていかないといけないという風に思っています。

もう1個、すみません、僕から最後になるのですけれども、ここ総合急性期病院、砂川市立病院だと思ってください。奈井江町立病院ここだと思ってください。長期療養型病院です。ちょっと失礼な言い方かもしれないのですけれども、砂川市立病院からここに送られてくる患者さんは、見ていると、もう回復期ではないのですよね。もう後はそちらの病院で看取ってくださいねというシチュエーションで来ているのかなという印象を受けました、レセプトを見て。なぜそういう扱いになっているかですけど、まずここが全床療養だから、それとここにセラピストが居ないからです。だから、このケアミックスというのは、つまり回復期の医療もできますよ、初期の地域包括の活動ができますよであれば、この砂川市立病院から受けれるのですけども、奈井江町ここのので、この患者さんは渡してくれないのです。連携させてもらえない、なので、まずは自分たちの介護保険でもいいので予防関係のリハビリから始めて、実績を高めて、ここにいけば砂川市立病院との連携をもうちょっとスムーズにいけるようになると思うので、そういう映像をみなさんがどれだけ描けるかだと思います。

ここまでいけば地域包括ケアシステムの中のこの領域、かつ地域を跨いだ連携として

しっかりと核になっていく。こういった形になってくるのかなと思います。

ただ、こうは言っても、すみません、詳細は別紙としていますが、地域包括ケア病床をとると言っても、なかなかそんなに簡単なものでもないよという話でして、他の病院で作ったときのものなのですけれども、簡単に言うと診療録管理体制というものをとらなければなりません。データ提出加算というものも届出しなければなりません。地域包括ケアの病棟を届出しようと思うと、しっかりと施設基準とらなければなりません。実績期間は3カ月とか半年要するものの中にはありますよというものを、いつ誰が何をやるかということ、きちり決めないといけないです。やるのであれば、で、これ全部やっていったとしても、多分最短で1年から2年かかると思います。なので、先、僕がここに出して、これだったら年間7千万ぐらい売り上げ上がりますよと言った話も、明日からできることではなくて、明日から始めて1年後ぐらいに実現するものですが、この取り組みがもしもたついたりすると、2年後、3年後になってしまう。そのころには、また診療報酬とか医療施策が変わってきて、結局できなくなることもあるので、もし、この方向に進まれるのであれば、もうカチッとスケジュールを決めて、責任者を決めてやっていく、そういったものの意思決定をここでやっていかないといけないタイミングかなという風に思っています。

最後、すみません、私からはこれで最後です。色々なサービスはあるのですけれども、単刀直入に言いますと、チグハグ感がある。箱ものは、サービスは充実しているのですが、町として施設はお持ちなのですけど、連携してますかと言ったら、あまり連携している雰囲気はない。セントラルキッチンということ考えたことありますかと言うと、それありません。

本来はどこかがコントロールタワーとして集約して、色々な箱はあるのですけど、向いている方向はみんな違うのですね。これが、高齢者、お住まい、住民に対してみんなが連携することが地域包括ケアシステムなので、その中心にやっぱり町がビジョンを掲げてやっていけば、良いと思うのですけど、今のところそういう仕組みがまだ出来上がっていない雰囲気でしたので。地域包括ケア病棟もそうなのですが、収益性も大事なのですけど、もう一歩こういうところもあった方が良いのかなという印象を今回この2日間で持ちました。

30分ぐらいお時間を頂戴いたしましたけど、私からは以上です。

## 北海道 野村課長

ありがとうございました。

続きまして、富田先生お願いいたします。

## 富田アドバイザー

先ほどから、角谷さんから、かなり具体的な今すぐに出来る収益アップや周辺のことはお話されましたので、私はもうちょっと先の長い話と、それをするにはどういう仕組みが要るかなどを上げたいと思います。

私が昨日から色々とみている中で、先ほども出た費用のことについても、売り上げのことについても、やっぱり病院の体制をもうちょっと変えていかないと、今言ったことが実現しにくい環境にあるなということを感じております。

まず、例えばセラピストが少ないですとか直接的な話も出ましたけれども、私は、自分もそうですが、事務部門の方ですね、バックグラウンドの方も、もうちょっと体制を準備していかないと、それが生きないなということがありました。

先ほどから、角谷さんがさかんに言っていた費用が高いよという話が出ていたと思うのですが、これも事務方の方でどの程度の管理する仕組みというのがあるのかなと思っています。

昨日、事務方の方から聞いたのは、診療材料とか色々な物の棚卸をしていないよと聞いたのです。棚卸というのは、少なくとも年に1回、あるいは半期とか四半期とかに、今残っている材料をみることでですね。そうすると期首に仕入れたもの、それから残っているものをみるといくら使ったかということが分かります。それがないといくら使ったかが分かりませんので、棚卸がゼロということは全部使ったということになりますね。そういう計算上出てきますので。ですから、経理をみたときに材料費というか価格がすごく高いのです。給食費にしても材料費にしてもすごく高い。このレベルの病院にしては随分材料費が高いなという。棚卸をしていないという1点。

それから、管理ですね。薬は薬、診療材料は診療材料、給食材料は給食材料。バラバラにみえますから。全体として材料費比率としていくらなのかというものを決めていないので、結果的に随分高いものになっています。本当にこれ管理されていない結果ですね、数字上の。そういう意味できちんとみて、全体、この病院であれば材料費として、薬代を入れても20%か25%ぐらいに抑えていただかないと、健全経営ではないのですが、バラバラでみると、そこは本当に野放しでどんどん利益もぎるの穴に落ちてしまうということです。

まずはしっかり管理をするという体制をつくっていただきたいなと思います。それについて、人間が不足するのであれば、その辺の人間も新たに必要だと。直接お金を稼いでくれるセラピストさんや看護師さん以外に枠も必要かなと思います。

それと事務の方の人材も含めてですけれども、看護師さんから聞くと、看護師さんが何でもかんでもやっている、少しクラシックなタイプの病院に行きますと、看護師がやらなくてもいい仕事を看護師がやっているということが多いです。お医者さんは看護師さんが傍にいてくれるといいから、色々とお願ひしちゃうのかもしれないけれども、今、一般的に病院の中は、看護師がやらなければいけないこと、外来だったら、処置室で処置するのが看護師ですけれども、ドクターの傍に付いて色々なことをするのはクラークがやっています。事務クラークがほぼほぼ付いています。ここではクラークの採用がまだないということですから、特に外来の方は問診なんか看護師がやっているのをみたりするので、できれば看護師じゃなくてもいい仕事は、そうじゃない人に頼む。そして、看護師は看護師として生かすことになると、もうちょっと訪問に出せる人数ですとか、看護師自体稼げる、先ほどのセラピ

ストもそうですけれども、そういったことにまわせる。

要するに収入のバランスを良くするためには、バックのそういった管理の体制、それから。人員の置き方、そういったものを今から大分変えていかないと難しいのかなと思いますので、ある程度はすぐに出来ることだと思いますので、仕事を区分けしていただいて、事務部門と言いますかね、バックの方のやる部門と、直接的なことを分けていただく。それから、この際必要でない物は、少し削るとか。

あと、女性の就業の形態として、保育ですね。保育のシステムがどうも町の様子を聞いてみると、時間外とか土曜に預かってくれる施設がないという話を聞きました。これから医療や介護の担い手となると、大体は働き盛りの女性は子育てを抱えていますので、病院も院内保育を抱える時代になってきましたし、介護施設も同じです。ですから、現役の人を採用しようと思ったら、保育の方もあらためて土日、夜間ある程度みれることも考えていかないと人材不足という形になりますので、これは町の方もバックアップして、ある程度そういう保育所もないと、人材集まらないですね今は病院も介護施設も。ですから、その辺も奈井江町も決して例外ではありませんから。そういったことも、ぜひお考えいただきたいと思います。

それと、先ほどちょっとお金の話も出ましたけれども、お金を管理するのに、決算統計を色々見せていただきました。決算統計はみなさん一所懸命考えられて作られています。だけれども、これは制度会計と言いまして、外に出す会計。私も税理士ですので、税務会計をやります。これも制度会計ですね。国の基準に沿ってやっていくもの。だけれども、内部管理するための管理会計というものもあります。これをもうちょっとやっていただかないと、問題点が見てこないのです。例えば、部門別会計というものも一つです。部門別会計というと病院の方たちは、つい内科とか外科とかいう形に分けてしまいます。そうじゃない。科というのは、お医者さんの売り上げを見るためには良いのですけれども、病院全体の管理からすると病棟をっていうのが大きな単位なのですね。診療材料も大勢の看護師さんもみんな病棟単位で配置されていますから、ここで言えば、外来、病棟、サ高住、それからそれ以外の訪問看護だとか。そういう形で分けていって収入と費用を。それと収入の方も自分たちで稼いだ方の直接の売り上げと、市とか国からいただく補助金の方をちゃんと分けていただく。費用の方もお金が出るもの出ないもの。そうしたときにどこの部門がどうかというものが見えてきますし、今、見えてきていないのです、そういったものが。

サ高住のを作っていただきましたけれども、これもそうですけれども、聞かないと分からない。これはどうなのですかと言うと、聞かないと分かりませんので、トップが見たときにちゃんと判断できるものを作れるかどうかということもあるので、管理会計というものを見て部門別を把握し、どこが問題点かというのが分かるような資料を事務方はぜひ作るように勉強していただきたいと思います。そうすると資金不足という形のものが、キャッシュフローというものにもっと良く出てくると思います。どこにいつお金が足りなくなる、そうしたときに、どうやって費用を抑えるかという話も先ほど出ましたけれども、抑え方も分かってくるし、まず問題点をきちんと顕在化させる、そのシステムとして事務の人がきちんと

数字に出すという大前提があります。これを進める上での元だと思っています。

それと、今さっき地域包括ケアが出ました。私は奈井江町のことを調べてみましたら、ウィキペディア見ましたら、昔は炭鉱の町だったけれども、今は福祉の町になっているという表現がありました。でも、福祉のどういうところに力を入れているかという、はっきり言ってこの福祉は、施設の福祉です。国から補助金とかそういったものをたくさんいただいて、施設はたくさんつくってきました。老健もあるし特老もあるし、病院もつくり、色々な公営住宅もあると、全部箱ものです。箱ものを一杯つくってきた。でも、それを運営する、それから、今後の地域包括それから在宅、そういったものをやるには箱ものだけでは済まないのです。それはシステムというか人の動き方というか、そういう人と人との繋がり、どう連携していくかというものを作り上げなければいけないのですけれども、これがまだこれからだと思います。

先ほど、職員さんの中からも、バラバラで連携が足りないという声を聞かせていただきましたけれども、まさにこれがこれからの盲点であって、つくっていかねばならない。特に地域包括というものは、ひっくり返すと在宅なのです。家に帰そうということで、住み慣れたところで最後まで暮らすという在宅でございまして、ここを一番やってこなかった。訪問の診療もそうだし、訪看もそうだし、あと一番毎日訪問の介護ですね。これをしっかり確立していかないと動かない。例えば、今3階にサ高住が出来ましたけれども、どう見てもこれは公営住宅と同じですよ、今のところ。サービスが必要な人は少ないですし、本当は福祉や医療のサービスを全部相手に渡してこそサ高住が成り立つ訳なのですけれども、今、サ高住の人たちが昼間過ごすデイサービスも無ければ訪問介護も無いですから、その分の収入が入ってこない。町がたくさんお金を出してやっとなのですが、収入が入ってくるのが1,800万、収入に対して出ていくお金が4,400万。これを毎年のように倍以上の補填をしなければいけないのですから、まずこういう恒常的な赤字部門をきちんと直すということですね。病院の収入を上げると同時に、ここは申し訳ないけどあるだけマイナスです。どうやってこのサ高住を少なくともトントンに持っていくかという、やっぱり収入を上げる、きちんと中に入っている人たちに福祉のサービスをしてあげなければいけない。今後、診療介護ですね。それから、デイサービス。そういう福祉の介護収入を取れるかどうか。それから、また、取れる人に入ってもらわなければいけない。元気な人に入っただけなのはサ高住でなくてもいいじゃないですか。高齢者住宅でいいのです。ですから。今ある町の高齢者住宅とこの中を見て、どこの施設にはどういった人を持ってこなければいけないのか、福祉の収入を病院で取れる人ではないと、ここに居てもらう意味は無いと。失礼な言い方をするかもしれませんが、事業的に考えるとそうですので、やはりサービス付きですから、サービスを必要とする人を入れていただいて、そして、適切なサービスの売り上げをまず上げる。

それから、費用の方も、もう一度見直さなければいけない面もありますけれども、まずはきちんと収入を上げていただいて、トントンに持っていくところを3階の部分はず

ひやっていたきたいと思います。これはすぐに出来ることではないかと思います。

それで、長期的にみると町が、福祉の町としてやる方も、施設運営から、これからどういう新しい福祉の町にするのかというビジョンを掲げていただいて、もう施設の時代からほとんど在宅の時代になると言われてます。国の方も特養とか老健から住宅プラスサービスという風に、第6次の介護計画ではそういう方向に持っていくぐらいですから、こちらも良い機会、せっかく訪問看護もあるし、住宅も出来たのですから。あと全部揃えるということですね。

そして、それを運用する人を必要なときは雇い、2人は今いる人たちを教育だったり、一緒にやることであったり、他所の施設と一緒にやるのもそうですし。そして、町の方も効率的にいくように、先ほどの給食の話もありましたけれども、人の話だって同じことだと思います。

今、全部委託に出してますけれども、それぞれがどういう風に一緒にやれるかというところも考えてほしいです。

まずは、今まで色々と言いましたけれども、これからやっていくにあたって、将来どうしたいのか、と言っても10年も先の話ではないですよ。1年後、2年後、色々な準備入れると、到達点は2年後か3年後ぐらいになると思いますけれども、そこまでにどういう形にしたいのかという計画とビジョンを描きます。それからスケジュールを立てます。そして、スケジュールは2年後、3年後先ですから、そこにいくためには、遡って、その前にはここが出来ていなければならない、1年前にはここが出来ていなければならない、2年前は、今のスタートはここ。それで、そこに時間と到達目標と、そこにかける人、お金。人・物・お金と言いますけれども、それを付けていく。それが第1番です。

それから、少しずつ実践していくのにあたって、お役所の人は予算を立てるのは上手なのですが、その後、実績管理ということがあまり得意ではない。予算と実績の管理、予実管理というのですけれども、それを定期的きちんと見て、進捗管理をしていって評価をし、ダメなところは手直しする。そういうことを繰り返していかないと、今のことは実現しないと思いますので、それをぜひやってください。

そのためには、町長の決意をはじめ、町長の右腕となる病院の特にスタッフには、院長、事務長、看護部長、大体病院のトップ3と言われておりますので、そういう方々はぜひほぼ毎日のようにきちんとトップ会談をやっていただいて、予実管理をどこまでやるのか、きちんと情報共有をして、そして、進めていく。その下に色々な長がいると思うのですけれども。きちんと報告をさせ、指示を出し、進めて、結果を向いて報告させ、また次へと。そういうサイクル、PDCA というサイクルがあると思いますけれども。これを今まで、どちらかと言うとやってきていなかったのではないかなと思われまますので、そこをきちんとやらないと、いつまで経っても変わらないと思います。そのこの体質を変えられるかどうかというのがこの一番大きなことで、やろうと思えば出来る。でも、何となく終わってしまうことが、人間の常かもしれないので、やはり良くチェックしなければいけませんし、やって



いなかったら、町長がカミナリを落とすぐらいでないと進まないと思いますし、やっぱり、院長、事務長、看護部長は経営者としても覚悟と責任とを感じて部下を指導していただきたい。

それから、部下がそのためにきちんと仕事をするために、ぜひ教育とか、そういう投資をもっとしていただきたいです。時間も無くてお休みと取れませんではなくて、仕事の配分、例えば、看護師さんだったら看護師でなくてもいい仕事は、少しずつ外してもらって、看護師の質を上げることがすごく大きな話ですから。人の質、効率を上げないと医療はやっていけませんので。そのためには、効率化して無駄なものは廃し、そして計画的にいつまでにこの看護師さんがこれが出来るまで、ではいつまでにしましょうとか。そういう一人一人の一つ一つの目標を立てて、そういう形をぜひつくってほしいと思います。

私たちは、ここで言うだけで、実践していただくのは皆様方ですし、その結果を享受するのも皆様方なので、ぜひ本当に今日から目標を立てていただいて、スケジュールとそれを進めていく体制ですね、それをぜひやって、毎日毎日、結構楽しい話だけではないと思うのですけれども、これが実現した暁にはこうですよ。今ここまでいっています、今8合目までいっています、なんていうことが言えるようなことを進めていければと思います。

今まで色々お金を使ってやってきましたけれども、病院の事業も介護の事業も結局は事業なので、お金をかけたことは投資なのですね。やっぱり投資をしていかないと実りは出ないですから、今まで比較的かけてこなかった人への投資、それから、人と人との繋がりシステム、こういったものへの投資、これをきちんと効率化して結果を出すような形ですね。そんな風にみなさん考えて、特にトップに立つ人はちょっと厳しめに頭の中に置いて考えていただくような行動を、運営をお願いしたいと思います。

今日はこんなことを申し上げましたけれども、これが少しずつ身に付いて向上していくことが、私たちにも楽しみだなという風に期待しておりますので、ぜひ皆様方、力を合わせてがんばってください。よろしく願いいたします。

#### **北海道 野村課長**

ありがとうございました。

では、これよりアドバイザーの先生方との意見交換の時間を設けたいと思います。どうぞ皆様、ご質問等ありましたら積極的にご発言いただければと思います。

#### **奈井江町立国民健康保険病院 小倉看護師長**

先ほど、ご紹介のあった摂食機能訓練の算定で、治療開始日から3カ月は毎日ということですよ。それ以降は週1の月4回まで。

#### **角谷アドバイザー**

はい。そうです。

## 北海道 野村課長

他にございませんか。どんなことでも構いません。

ありませんか。

それでは、町長からのご挨拶をいただけますでしょうか。

## 奈井江町 三本町長

それでは、ご挨拶というよりも、質問というか、悩みどころなのですけれども、今、先生の方から具体的な手法を含めて、ご提示をいただいて、それに向かって、奈井江バージョンとしてどうやって加工できるかというところだと思います。

セントラルのキッチンを置くということもですが、例えば、それを例にとるとすると、従前はそういう形、今認められるようになってますけれども、こういううちが元々建てた老健と特養とセットで行政として担っていた。それを今、まさにおっしゃっていたようなことの中で、分けるというか、見合うところを民間に出していくのですけれども、例えばサ高住の部分、今、先生からご指摘ありましたけれども、民の中で、民間としてはセントラルでキッチンをやっているところが一杯あって、うちの施設でもそういう形を取り入れてきますから、公から民に移した段階でやっているのです、そういうところとどういった連携が取れるか考えなければいけないのかなということを思いました。

それと、解析していただいたとおりだろうと思って、おふた方の話は。本当に領けることばかり多いと言うか、ほとんど領けるのですけれども、こういう小さな町、小さなところでの診療所として、本当に医師不足の中で、例えば救外を受け入れられないまま、ずっと来たが故に医師がある程度確保された後も、その慣行というか、町の人たちにとっても、救外で町立に行ってもなかなか手当がスムーズにいかないのであれば、最初から2次医療なのだけれども、1次医療的なところもセンター病院にもっていっていただければ困るというような住民ニーズがあって、まさに救急を担う消防がその中で、持っていくというのは変ですけれども、搬送してしまう。しまうというか、搬送してくださいという、それは行政側からもお願いせざるを得なかったとか、そういう事情があつてなつてきているのですね。

ご指摘があつたように、そこに戻らないと、なかなか大変なんだよということをご指摘いただいたと思っているのですよ。だから、過去において経営がある程度非常に安定していた時期もありましたし、看護の比率も正看比率をずっと高めることで、そして、サービスの質も向上させてきた時期もありました。それがまた、看護スタッフの確保が難しいとかということの中でバランスが崩れてきたりとか。色々なことが私なりに振り返ってみて思っています、それが今、おそらくスタッフもそうでしょうけれども、それが、でもこういう風になつてしまったところだと思うのです、実は。そのところをもう一回私たちがどうやってリセット出来るか、まさに考え方をもう一回再点検というか、再検証していかないとダメなのだろうなという思いが一つあります。

それと、そういう意味で指摘されたって無理だよなと思っているスタッフもいると思うし、僕もあるのですが、そうではなくて、目指すべきところはこういうところなので、もう一回自分自身が再検証し、チームとして再検証して、目指すべきところをしっかりと共有しようというところを今ご指摘いただいたのだらうなという風に受け止めさせていただいたことが一つです。

それと、もう一つは、本当に地域包括ケアということを目指したときに、昨日ちょっとおふた方にも話しましたが、これだけの、さっき先生が砂川まで行くのに、なかなか結構距離があって、それがゆえに奈井江町の中で地域包括ケアを完結させるということを目指すべきだというご指摘があったのですが、ただ現実的にですね、人口規模とその採算性とかということ、スタッフの確保だということも考えたときに、これは私たちが意識を変える変えられない、予算つけるつけないに関わらず、非常に厳しいものがあると思っています。ここは単純に目指すべきもの、2年後のイメージを描いて進むとしても、現実的にそこに到達することのハードルというのは、聞いていて分かるのだけれどもすごく難しいなと思っているのが実感です。

もう一つ言うと、みなさんがお住いのところと違って、距離感が逆に実は十数キロ離れていたとしても、住んでいる人間にとっては車で通っていることも含めて、だから公共交通使われなくなってしまうのですけれども、実はそんなに距離感持っていないのですよ。住民生活している人たち、北海道の人たちについては、で、中空知という地域の中で、医療圏の中で、2次医療圏がものすごく広い、人口は少ないけれども面積としては広い中で再構築しようということと同じで、これは道庁さんが一番分かっていると思うのですけれども、こういう中でもう一回、今求められたことと現実的な部分を考えてときに、どこがどこまでやらなくてはいけないのかなと。正直言って今ご指摘いただいて余計ちょっと分からなくなって、もうちょっと時間かけて整理しなければいけないのかなと。

私自身が、実はうちの町の中で完結するということは逆に難しいからこそ、ある意味、広域連携をした中でという、センターキッチンも然りです。そんなことも思っています。現実、今、介護施設については、札幌から運んできていたりして、やっている訳です。デリバリーしながらということ。そんなことも考えたときに、ご指摘したことが一番望ましいかもしれないけれども、それをどう加工して、工夫して、うちのものを掬い出していくかということなのだろうと、あらためて思いました。

もう一つ、最後になりますけれども、実は私も含めて公務員ということで、ここが一番僕らが脱しなければいけないところで、先生方がご指摘になられた。どんなことをしたって事業である以上、採算性というのは、ちゃんとしっかり求めていかなければいけないのであって、そのとおりだと僕も思っているのですが、そのところが一番変わらなければならない原点なのかなという風に思っています。それをどういう風にですね、意識を変えていくか、そのためには、おそらく色々な研修だとかそういうことが必要なのかなという風に受け止めさせていただいたのですが、そんなことでよろしいのでしょうか。最後のところだけ、意

識を変える何か手法的なものがありますか。

### 富田アドバイザー

先ほど私どもが二人で色々言ったのは、病院として存続させたいという基礎前提から始まって、そのためには、かなり大掛かりにしませんと病院というある程度の大きなもの、この中にいるたくさんの人、それを守るためには、こういう風に仕組みを変えていかないと難しいですよという話をしました。

ただ、現実を見てみてですね、奈井江町だけではなくて、よそ様を見たときに、それがきちんと出来ていけるところは、やっぱりそんなに多くはないのです。昔は小さい町で完結していたのが、今は住民の人たちの医療レベルを見ましても、やっぱりどんどん良いものが紹介されてきますと、そちらに目がいきますから、ある程度大き目の病院に目がいってしまっ、地元で求めるものが少なくなってきているという事情もあります。

そういったことを考えると、病院として持続するには、これだけのものを今申し上げましたけれども、そうではない道も、また、第2、第3の道として出てくることもあると思われます。

それから、町でこれ全部出来れば良いのですけれども、当然、民間事業者もありますし、特に介護の分野は民間の方が機動力が圧倒的に良いのと人の効率も良いので、民間にお願いするレベルがもちろんあると思います。

ただ、一つの町が奈井江町ぐらいの大きさのところで、ある程度のものは完結していく必要があります。国の在宅という方針に沿って、全部パーフェクトではなくても、方向として、そこに近いところにはいかないと、やはり医療や介護システムが構築出来ないという、町の一つの存続もあるので、その辺は官民合わせてミニマムはやってほしいという風に思っています。

それから、人の意識ですけれども、採算ベースを乗せたのは良いけれども、これは公営企業だからです。公営企業のベースとしては、企業ですから官民ないのです。診療報酬と介護報酬というのは収入ですから。ただ、公住のように低所得者対策とすると、切り分けて考えた方が良いということなのです。ここを病院の事業としてやると、それは赤字になります。けれども、よそにある他に色々なシルバー住宅がありますから、まとめてみるのであれば、もう病院ではなく他の形でみないと、病院のお荷物になることは確か。公営企業としてはですね。企業として考えたら、赤字は当然プラスではない。けれども、町の政策というところと事業はやはりごちゃごちゃにしてはいけないと。その辺をどう切り分けるかは、町の財政の方とも含めて、町の事業として収益を期待しないでやるもの、事業としてきちんとやるものというのは、やはりどこかできちんと分けなければいけないと思います。

だから、全部が全部採算性を追究する株式会社ではないという、そんなことは言いませんが、公営企業としてやる以上は、企業としてのものを集めていただかないと不健全になります。その辺をもうちょっと割り切って分けていただければと思います。あと、人もですね。

### 角谷アドバイザー

先ほどの地域包括ケアのところをちょっとだけ補足させてもらっていいですか。

救急、ここで完結をするという意味がちょっと伝え方を間違ったのかなと思ったのですが、ここで何も救急をやるという意味で発した訳ではなくて、救急医療や急性期医療は砂川市立病院と連携をする。それは2次医療圏で考えるべきことなので、ここは急性期はもつ必要は無いです。ただ、救急を受けないのだとしたら、奈井江町で出来ることは何ですかということを考えなければいけないです。だから、全部もう私たちタッチしませんというスタンスではダメだと思います。救急医療は自分たちはしなくても、救急医療にならないようにすることは出来ますよねと。それが地域包括ケアシステムの意味合いだと思いますと。こういうことなのです。

ですので、完結の意味がここで全ての機能を持つという意味ではなくて、出来ることをきっちりやると。ただ、姿勢として砂川市立病院に頼りきる形にはしない。そういう意味でみていただければと思います。

感覚的には、私、島根県の隠岐という人口1万人のところにある病院も担当しているのですが、隠岐病院って人口1万人いまして、隠岐の諸島ですね。隠岐病院100ベッドぐらい外来400人ぐらいって感じなのです。本土までフェリーで2時間、飛行機45分、30分ぐらいなので、見比べたら、ここは断絶されている訳ではない。その隠岐諸島でも結局一緒なのです。自分たちで出来ることはここまで、無理だったらすぐヘリで本土に飛ばすというジャッジをすることに、今、全力をあげているところなので、一緒だと思ってください。

### 富田アドバイザー

ちょっと別な地域の話をしていただきますと、これはある県の大きな救急病院にいる先生から見た形なのですけれども、その先生は、その大きな病院にいる前は、小さな地域の100床前後の小さな病院にいたのです。大きな病院に行ってから気がついたことというのは、救急がやたらに多いのです。救急で来る人って、本当に交通事故とか心筋梗塞とか急性期の人はしょうがないのですが、例えば、糖尿病の人が急に悪化したとか、そういう言わば慢性病の管理が悪いことによって悪化したって救急で運ばれてしまう。これは、やっぱりもうちょっと地元のところで色々生活をみたり、悪くならないようにしたり、それから、生活指導も含めて、プライマリやっていくと、あるいは食事とか薬とかを押さえていくと救急にならずに済みますよね。

多分、角谷さん言っていることには、そういうところもありますよね。

### 角谷アドバイザー

そうです。言いたかったことは、まさにそういうことです。

### 富田アドバイザー

普段からリハビリして、やっていれば、急に骨折することも無いし、栄養指導していれば、急に糖尿病でひっくり返ることも無いし、それが地域で出来るプライマリ、プラスそれが地域包括ケアということです。

### 奈井江町 三本町長

かかりつけ医としての、背景まで知ってのみたいなところですよ。

### 富田アドバイザー

医だけではなくて、そこに薬局が入ったり、リハビリが入ったり、そこで知っていれば急に悪化して救急に運ばれる、大きな病院にしたって困るのです。急に糖尿病が悪化したって診られないじゃないですか。結局、診られないで帰しますけれども、また、管理が悪いと行ったり来たりになってしまう。

地元のプライマリのところで、きちんと診るところをまずやる。そのためにここは初期診療、それから、悪くならない診療、介護にしても悪くならないために維持リハ、おむつなんかしなくてもいいような基本的な、そういうところをきちんとやるという1次のところを。それが一番求められている。それがきちんとやらないと砂川だけあればいいという訳にはいかないですよ。その役割をやるには地域包括ケア、プラス、プライマリ。だから、必ずしも病院ではなくても、もし診療所がスタートしても、それは基本的な医療としてやらなければいけないものですね。

例えば、診療所とサ高住のような形で、外付けで医療や介護をつくるような、本当に小さく3千人ぐらいの村とか町に行きますと、診療所プラス療養ハウスみたいな感じですかね。そういうような形になるところもあります。

でも、それで機能を失われる訳ではない。最低限の人材とお金で、最低必要なことをやる。その代わりきちんと訪問して、悪くならないようにきちんと管理をする。そういう機能の方が大変で、何事も繋がりがあから、こちらは何もしないという風ではないということが多分言っているし、事例として急性期の病院が困るのですよね。

例えば、ドクヘリで、島根県ではないけど、近いところで集約しちゃって、みんな大きい病院に預けちゃった。だから、何かあればすぐドクヘリ飛んで行って。本当、小さな病院の先生方は何をしているのだと、暇なので釣りをしているのです。そうやってしまっただけではないのです。やっぱり役割が違う、でも、どちらも大事。普段の積み重ねがあってこそ、大きな病院が生きるのです。その大きな病院だって、今、長々と入院させません。した後に戻ってきたらちゃんとした生活が出来るように支える、その辺の基盤をもうちょっとつくるには、今までは大きな病院に近いことをやっていたのではないかと思うのですけれども、今かなり大きな病院というのは、そんなあちこち中間の病院は中途半端になってきたのです。大

きな病院で受けたら、後は地元のところでやる。だから、大きな病院とのレベル差を無くすように看護にしてもリハにしても、標準化させていくという。それを折角連携するのだったら、標準化が大きいのです、砂川市立病院との。ですから、そこをきちんとやって住民サイドで困らない医療をやっていく。だから、必ずしも形には拘らない。官だろうが民だろうが、病院だろうが診療所だろうが。出来る部分をつくっていくことが、これから課題です。形がどうこうということであれば、病院を続けます、診療所にします、私たちはどちらでもいいと思っています。機能が大事なので。機能を維持するためには、何が良いのかをもう一度話し合ったときに、中身が出てくるのではないかと、そう思っています。

#### 北海道 野村課長

その他はありませんか。

#### 奈井江町立国民健康保険病院放射線室 高田主幹

質問ではないのですけれども、日頃、仕事をしていて、何をしたいのだろう、自分が感じ取れてなかったのかもしれないのですけれども、どういう風な目標に向かっているということが、よく分からない。

医療・福祉なので、当然それをするのは分かっているのですけれども、どうしたいのかということが、方向性がよく分かっていなかったところで、富田先生の方から、町のビジョンであったり、将来どうしたいのかというのがやっぱり重要で、それが出てくると、人と人との繋がりとか、横の繋がりとか、民間との繋がりとかという方向になっていくのかなと思ひまして。ビジョンに対して、自分たちはどうするのかという意見がまた出てくるのかなと思ったので、参考になりました。

#### 北海道 野村課長

他、いらっしゃいますか。よろしいですか。

それでは、あらためましてお願いします。

#### 奈井江町 三本町長

本当にありがとうございました。

昨日も申し上げましたけれども、まさにご指摘いただいたとおり、福祉の町というものを標榜して、色々形は出来てきて。が、故に視察もいただいたり、色々なことがあって、実はそこに囚われてきた今までの奈井江町だったと思っていて、そこを逆に魂を入れるというか、実をつくり上げることが、モデル事業だとか色々なことに追われていて出来てなかったというのが実感です。

そこのど真ん中に私自身が居ましたから、まさに反省を含めてなのですから。だからこそ、こういう変わるべく時代に、しっかりと変わっていかなければいけないということで、

アドバイスをいただきたく、それこそ総務省などをお願いをして、今回来ていただいたということなので、あらためてお礼を申し上げたいと思いますし、きっと、今日聞いた幹部の者たちだけかもしれませんが、おそらくさっきも言ったとおり、「えっ」とか「うっ」とか色々な思いが胸の中に一杯あると思います。

もう一回、何よりも、今ご指摘いただいたようなことを、今、レントゲンの主幹からも発言いただきましたけれども、もう一回自分に置き換えて、お互いにディスカッション出来る、そこから始めないとおそらく意識改革、みなさんに聞きましたけれども、そこがスタートなのかという風に思っていますので、生まれ変わるという言い方ではないですね、もう一回、気づきを確認して、ご期待に副えるとか副えないというよりも、奈井江町らしいものをつくっていく挑戦を始めたいと思います。

本当にありがとうございました。

道庁もありがとうございました。

#### 北海道 野村課長

ありがとうございました。

町並びに病院におかれましては、今後の病院経営に、あるいは町づくりに向けまして、本日、先生からいただきましたご意見をお役立ていただければと思います。その際に、道の方にもお話、ご相談等々ありましたら、気軽にお声をかけていただければ、道庁といたしましても、医業所管で、きちんと我々市町村課でも内部連携をしておりますので、何かお役に立てることがあるかと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、以上を持ちまして、2日間に渡ります総務省のアドバイザー事業を終了したいと思います。

どうも、みなさまお疲れ様でした。