

令和7年度第4回地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター評価委員会会議録

日 時 令和8年2月3日（火）午後1時59分から午後4時15分まで

場 所 東金市役所 第1庁舎3階 第1委員会室

<出席した委員>

大鳥 精司	千葉大学医学部附属病院病院長
横須賀 收	前松戸市病院事業管理者
佐久間 正成	山武郡市医師会副会長
増渕 美恵子	公益社団法人千葉県看護協会会長
和野 千枝子	城西国際大学看護学部教授
守泉 誠	公認会計士
山口 敏弘	千葉県健康福祉部保健医療担当部長
中村 美恵	東金市議会議員
小川 浩安	九十九里町議会議員

(敬称略)

<欠席した委員>

伊能 敬之	千葉県病院局副病院局長
-------	-------------

(敬称略)

会議概要

- 1 開 会
- 2 挨拶  
・ 設立団体 東金市 鹿間市長  
九十九里町 浅岡町長  
・ 地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター 河野理事長
- 3 議 事  
・ 地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター  
第5期中期計画（案）に対する意見聴取について・・・おおむね適当
- 4 その他 なし
- 5 閉 会

○主な意見・質疑等（概要）

議事 第5期中期計画（案）に対する意見聴取について

○第5期中期計画（案）の概要説明【事務部長】

- 患者・住民サービスの向上に関し、意見収集体制はどのようになっているのか。受診者にはアンケートを実施しているようだが、近隣住民の意見等、誹謗中傷的な意見をもらう可能性もあるが、ホームページで収集できるようにはしないのか。

⇒現在ホームページ中に入力欄はない状況でございます。満足度調査の中に自由記入欄はありません。ホームページ上での意見収集の必要性について内部で検討したいと思っております。【事務部長】

- 色々な意見を収集できるような手立てがあった方がいいと思う。

- 人材育成の数値目標に関し、この項目に記載されている病院経営や医療事務に精通した職員の育成等も考えると、そういう方達がどういう資格を取って、経営の部分をきちんと考えられるのかということも非常に重要でないかと思う。ここは、看護師に関する数値だけではなく、事務、医師等も含めて検討した方がいいと思う。

⇒認定看護師、専門看護師が施設認定等々で非常に重要なものですから、経営に直結するという意味で目標値として強調しているところがございます。今御指摘の他の職種については、年度毎の実績報告書に載せております。一番の重要な目標値として、この認定看護師等々を入れたということです。ただ、御指摘の事務等について、内部的には当然、またもう少し表に表れるような形で周知していくということは重要と思っておりますので今後検討させていただきたいと思っております。【河野理事長】

- 指導医数や専門医数も関連するものと思われる。

- 医師の確保における数値目標を削除するなど、目標を達成したものは削除するという計画の立て方になっているが、どう考えているのか。

⇒どの医療機関も人数の確保ということになると問題なのは医師数、それから看護師数の問題かと思っております。当センターは幸いなことに医師数はかなり増えてきております。正直私の立場から言うと、人件費がとて増えているぐらいに医師数が増えてきております。その上で、その目標値をどうするのかというのは、その考え方で随分違ってくるところもございまして、現状の病床数との対応、診療科との対応で言うと、現状、もっと増やす努力を強力にしなければいけないというレベルではないかなと。看護師に関しましては、今まで非常に微妙だったのが、病床数が非常に変わってきておりまして、稼働病床数、届出病床数が一定しませんと、看護師数を何名にするのかということが常に定まらない。ようやく、去年の11月に届出病床が310床になりまして、稼働、届出病床等が安定してきたことで、その病棟運営をするに当たって看護師がどの程度必要かというふうになって参りました。そこでやはり御承知のように看護師の方々、非常にニーズも高いですが、途中で辞められる方も多くて、非常に人数の変動が年間を通して大きい。ですから他の職種とそのニュアンスが違ってくるところもございまして、今の考えとしては目標数というよりは、定数を、よく他の病院でも入れているわけですが、一定の定数というのを年間で定めまして、ただ年間変動することがありますので、年度初めは少し多めに定数を設定し、その中で調整をしていくと。ですから、もしお辞めになる看護師がいれば、途中採用、その数を見ながらやっていくと。そういった目安がないと、病床運用の関係で、採

用というものの目途も早めに立てられませんから。ですので、目標値というよりはそういった調整、一定の十分な運用のための看護師の確保ということで、定数という考え方に変えて運用しております。【河野理事長】

- 看護師離職率は残すということで、それも人材育成において、辞めないということは大切なことで、関係があると思う。
- 専門看護師、認定看護師を挙げた理由は理解した。もしそうであれば、それこそこれから病院としてどういう専門看護師や認定看護師の領域のものが欲しいかという、そういった領域を表すと、それを目指す者も増えてくるのではないかと思う。先ほど診療報酬に関連したところであるからという話で、なおさら病院が求める、その領域の認定や専門看護師の状況のことを伝えた方が良い。それが目標値として入ってくれば更に良いと思う。御検討してもらえるとありがたいと思う。

⇒おっしゃるとおり。ただその場合、病院は今、病床数が安定し、診療科も増えつつありますので、今コンサルタントを入れて今後の病院機能というものをどのような分配でどのように運営していくのかということと今のお話は関係するところもあろうかと思えます。そこによって、最近では感染や医療安全等々、必須となる認定専門看護師が必要になるわけですが、今後の病院機能というものと併せて、今の御指摘、非常に重要な点でございまして、検討し、もちろんできるだけ増やしていきたいと考えております。【河野理事長】

- 収入とも直結する。検討してもらえればと思う。
- 周産期医療に関し、産後ケア事業の目標値が多くなっており、ニーズに合わせた目標になっていてとても良いと思う。
- 高度で専門性の高い医療に関し、栄養サポートチームについて、第4期が200件という計画値で、第5期は100件と半分になったが、激減したなと感じた。第5期の目標値は延患者数とのことだが、1月当たり8名ほど介入するという考え方でよいか。

⇒減った一つの理由は、今までNSTの介入基準に血清アルブミン値の3g/dLがあったが、それが撤廃されている。そうしますと、現状としては栄養状態等々を総合的に判断してやると。以前のカットオフ値を全部対象とするとかなり多くなる。しかし、現在血清アルブミン値は使わないということになって見直すと、かなり減ってきてしまっているというのが現状です。【河野理事長】

- 新たにグリム基準を使うようにと進められていると思うが、その基準では高齢者の場合20数%から40数%ぐらいが低栄養だと言われている。そうすると、もっと介入対象者が増えるのではないかと思う。質を上げていくということで、質の保証でも大丈夫だとは思いますが、成果をどのように評価していくのかを検討したほうが良いと思う。
- 栄養サポートチームの目標値100件では1月当たり8名ほど介入。そうすると1病棟1名ほどの介入という計算となるが、もっと対象者がいると考える。
- NSTの加算の算定は取っているのか。

⇒取っておりません。【河野理事長】

- そうすると介入の質を上げていくという意味でも、加算を取れる方向で人を配置して質を充実させてはどうかと思う。
- 医療の標準化と診療情報の分析に関し、コンサルタントでDPCデータの分析をどこまで詳しく

やるのかはわからないが、DPC データの分析で、ある部分を使えば、医師の質、例えばそれぞれの診療科の部分、高度医療という部分に関して、数値上、他の医療機関との比較等で、露骨にわかってしまう。そのような分析を、直接医師に開示するのはあまり良いことではないと思うので、もう少し上の組織で分析結果を共有する。それが先ほどの質の向上のところの部分だとか、収益獲得の面。一定期間を過ぎた入院はDPC から出来高払いに移る。そうすると本来この部分はこうだったのが、これによって機会損失が出てくるというような細かい分析ができる。自分はDPC 分析ができるので、委員に限り開示できるところを開示してもらえるとよい。また、このデータを使ってどのレベルのことまでやっているのかということも委員に共有してもらえるとよいと思う。

⇒確かに今言われて、そうかという気もしたのですが、まだ具体的に今のお話のような形でコンサルタントとは話してはおりません。まだ始まったばかりのこともあって、どこまでがコンサルタントの調査対象で深掘りできるかというところでやっておりますが、今のお話ですと、例えばいわゆる複雑性係数など、係数で言えばそういうところに繋がること。ですから医療資源の投入がどの程度なされていて、在院日数との関わり、それから出来高との関わりを分析すると、各診療科がどの程度の重症の患者さんに、どの程度の医療資源の投入の下で、診療をどのぐらいの期間の効率性の下でやっているかが分析できるということ。確かにおっしゃるとおりだなと思って伺っておりました。特に当院、複雑性係数がこのところ下がっている。やはり心臓血管外科医が令和5年からいないということもある。それから他の科も、全体の医師は増えていますが、科のばらつきがあったりすることもある。体制的に少し弱くなった部分が、特に医療資源の投入分野で、そういったことがあるなというのは、気にしているところでもあったところです。今のお考えを伺いまして、そういった分析をして、そこを科に具体的に検討をお願いするなり、話を具体的にしていくということは科毎ではありだなというふうに思いました。コンサルタントと話しながら、そういった医療資源等々の運用効率性あるいは労働生産性という問題について、もう少し話を進めていきたい。その結果として当然、分析が終わった段階でこういったところで、できるだけの公表はしたいと思います。【河野理事長】

- 公立病院経営強化プランに関して、括弧書きではなくて、文章として繋がるようにした方がよいのではというのが私の意見。そのあたりは改善するというので、段落分けなどで読みやすくするという事は良いことである。
- 第5期中期計画の中で最も大事なのが、救急医療の数値目標だと考えている。国の令和7年度補正予算における医療・介護等支援パッケージで、救急車受入台数の傾斜がかけられている。国としては、今後、救急車の受入台数を病院の評価対象として大きく前に出しているということは自明だと考える。また、患者さんの信頼という観点でも、やはり救急車を断らない病院というのは非常に信頼に足る、市民、県民にとって信頼に足る病院だと思う。そのような観点で、この数値目標を見ると、ここには2つの異なる質の数値が並べられていて、救急車搬送受入患者数及びウォークイン受入患者数というのは絶対値である一方で、応需率は病院あるいは病院の医師としての姿勢を表している部分にも当たるため、異質の数値だと考えている。確かに応需率、特に三次救急搬送応需率についてはかなり高い目標値が設定されていて、実情に合わせた目標値とするほうがよいのではないかという意見が、評価委員会としての意見だった。今回救急車応需率の目標値が78%から60%と大きく引き下げられている。これはやはり国の方針

として、救急の搬送件数に応じて病院を評価して、それを診療報酬ではないが、病院の収益に還元していこうという姿勢の中で、逆行した数値目標になってしまっている。なぜこれほどまでに引き下げたかについては、実情に応じて設定したと。令和4年度から令和6年度の実績が51%から54%であることに照らして、それより高い目標を掲げたと推察はしているが、これは第4期における救急車応需率の目標値78%、この目標自体は、やはりこのまま掲げる方が、県民、市民の信頼性という観点でも、またこの評価委員会の大きな目標である経営収支の改善という観点でも非常に重要なところではないかと考えている。この救急車応需率を60%に大きく引き下げたことが妥当なのか。

⇒全くおっしゃるとおりで、今後の当センターの経営面で考えても、救急応需というのが最大のポイントだと考えています。今回この応需率78%を60%に引き下げた。実績が50%ほど。当センターでは三次救急は絶対断らない。心臓血管外科が関わる可能性の高い患者さん以外は必ず取る。それはかなり達成できているかなというところ。現在の50%ほど、これを60%に引き上げると、去年の実績で計算していくと、1日の平均入院患者数が18人ぐらい増えるということになるので、これが78%までいくと、病院のキャパシティを完全に超えてしまうというのが1点です。あともう一つは、この三次救急を断らないで、二次に関しても極力取って欲しいということで、職員がかなり頑張っている状況で、この数値目標というのは、こういった評価委員会や議会、そういったところで語る数値であるとともに、院内の職員に向けてのメッセージだと考えていまして、全体を78%にするというのは、現場感覚からかなり乖離するような数値目標を掲げるといえるのは、逆にこれを達成してくださいというのを強く言いにくくなるという感覚を持っていますので、60%になるだけでも相当経営面でも改善するし、数も増えてくると。そういったことから今回はこれでいきたいなというふうに考えたというのが正直なところでございます。【岩立センター長】

●先ほど仮に60%まで上がると1日当たり18人ほど増えるということだったが、仮にそうなった場合、第5期における病床利用率の目標値が73%から75%、病床稼働率が79%から81%であり、これは60%の受入れを反映させた場合に、病床利用率が73%から75%で、これ以上は上げようのない数値になってしまうということなのか。病床の稼働数も増やすという中で、78%に上げることがかなり厳しいということとの整合性についての補足をお願いしたい。

⇒病床稼働率の目標値と、救急車応需率を60%にして在院日数の平均が13日というようなことで考えていくと1日18人ぐらい増えてくるなというものは、特にリンクはさせていません。稼働率は全体としてそういう数値に持っていきたいというところですが、救急に関しては、現在その要請件数もかなり増えてきているというところで、これをさらに78%というのは、現実と違うかなというところで今回この数値を揚げさせていただいたということでもあります。

【岩立センター長】

●国として、この救急の受入件数、まだ診療報酬改定の全貌が見えてないが、かなり救急の受入件数を重視した診療報酬改定が見込まれる中、救急車応需率と病床稼働率、利用率のところはもう少し緻密に想定をすることが、経営を考える中では最も大事なところになるのではないかと考える。御検討いただきたい。

●救急車応需率を現在の50%ほどから60%に上げるために具体的にどのような取組をして、この実現を図っていくのかということも非常にキーポイントになる。計画達成のための手段をど

のように考えているのか。

⇒応需率を上げていくために、この4月から救急科の医師を2人増員するというのと、当院の弱点になっている循環器内科、心臓血管外科の常勤医師も不在の中で循環器内科の医師数が減ってしまって体制が少し弱体化してしまったということがあります。この4月からは循環器内科の医師が1人増えます。そういった体制を作って、その中で、ずっとこの2年間言ってきたのですが、二次救急はとにかく経営の要になるので断らないで取って欲しいと。ここは強く強制することはできなくて、三次救急をきちんと100%に近い形で取って行って欲しいという中で、二次も全部取れというのは、これは現実から乖離してしまいますので、可能な範囲で、循環器内科の医師による治療が必要でどうしても断らざるを得なかった部分、そういったものも今後は極力取るような方向に持っていきたいということで考えております。【岩立センター長】

●先ほどの理事長の説明で医師数は増えてきている、多いとのことであったが、そのたくさんいる医師がこの救急の応需率には反映されないと。循環器内科の医師が1人増えることで、救急の応需率が大幅に増えるということを期待しているという理解でよいか。

⇒救急の応需率に貢献しない医師が多いという意味合いではありません。病院全体として一体感を持って患者さんに当たっております。特別この分野が弱点というようなどころがありましたので、そういったところを強くして全体の数値を上げていきたいということでもあります。【岩立センター長】

●先ほど理事長から発言があったとおり、確かに医師がたくさんいるということは大事な一方で、やはり給与面の負担もかかってくるという中で、先ほど提示しましたが、今回の医療・介護等支援パッケージの中でも明確に救急車の受入件数ということが示され、非常に重視されているということを踏まえて、評価委員会としても意見を言うていくことが必要だと思う。この部分を重く受けとめて、病院の経営改善に繋げていくことが大変重要なのではないかと考える。

●確かに救急車応需率の数値目標を78%から60%へ下げたことは気になった。現在の応需率が50%なのでは、これ以上の受入れは難しいと思っていたが、まだ工夫する余地があると。応需率を徐々に増やしていく考えとのこと、当面の間は現実的に60%ということだと思う。

●救急車を断る主な理由は何か。

⇒三次救急に関しては、心臓血管外科の存在が必須である解離性動脈瘤であったり、心筋梗塞の本当の急性期であったりというものは、断らせていただいております。あとは病床、満床ということは滅多にないですが、かなりきつい場合であるとか、予想される疾患に対する専門医が不在であるとか、そういったときには申し訳ないですけどお断りをする。当センターの近隣には二次救急を積極的にやってくれている病院もかなりありますので、そういったところと連携しながらやっているというところ。正直なことをセンター長の立場で言わせてもらおうと、もう少し取って欲しいなというのは、正直ありますけれども、現場を支える人たちからすると、やはり救急が重なってしまった場合にはなかなか大変であるということもありますが、私は常に話しております。【岩立センター長】

●現場では、受けた以上はきちんと結果を出して、入院も含めて対応しなければいけないという責任感もあると思うが、全部クリアできなくても、一旦受けて、その上でしかるべき第二次医療機関、近隣に幾つかあるというならば、そこへ連絡して転院してもらおう。ファーストタッチ、初期治療をして次にと意識があってもいいのではないかと考える。

⇒貴重な御意見ありがとうございます。全くそのとおりだと思いますけれども、一方でうちに来たその分で、少しでも治療のタイミングが遅れてしまうといったこともあり得るので、どうしても患者が重なった場合には、近隣の施設にお願いするという意識が働くことが多いのだと思います。救急科の医師が増えて、令和7年度から研修医もかなりたくさん来てくれていますので、救急科の中ではきちんとした良い研修をするために、そういった二次も取らなくちゃいけないという意識は根付きつつありますので、この1、2年で文化を変えたい。当センター、前も言ったことがありますが、うちは三次の病院だと、そういうプライドを持って皆さんやってくれているけれども、それだけでは病院経営は成り立たないというのも明らかなので、その辺のバランスを取りながら指示をしているというところでもあります。【岩立センター長】

- 断る理由をよく解析して、なるべく受けられるものは受けるという方向を。今回60%という数値が絶対ではなく、もっと受け入れてもらえればと思う。
- やはり収益を上げなければいけないということで救急車、今度の診療報酬改定で、おそらくかなり影響してくるので、どんどん取るべきだと思う。一方でセンター長が説明されたように救急を取れない例もあり、その一番の理由は病床が空いていないだとか、やはり救急の患者さんが重なってきてしまうというときには、なかなか現場としては受け入れることは不可能というところもある。そこが今後の課題だと思う。そこをクリアするための人員の配置、医師の配置、そういうものを充実させるのが課題ではないかと感じている。
- 確かに色々な、複雑な事情があると思う。今後、徐々に応需率を高めていくことをお願いしたいと思う。
- 未収金について、48%の回収率になったということで、2億円ほどあった未収金が1億円ほどになったと。今後の方針としては未収金を出さないよう、予防、絶対出さないということの取組等は理解した。しかしこれまでの残っている分、これも並行してやっていかなければいけない。これは今後の財政負担を検討する上で非常に重要な問題なので、今残っている未収金をどのように回収していくのかを伺いたい。

⇒まだ半分以上残っているので、当然これについては引き続き回収の努力をしていかなければいけない。職員の体制もまだ脆弱で、本当に1人でやっているような状況。そこについても職員の数を増やし、専門、それだけではないですが、未収金について取り組む職員の数を増やす。あるいは組織の見直し、きちんと位置付けるようなこともやっていきたいと思っております。また、督促や催告と記載してありますけれども、まだ体系的に債権を回収していく、例えば上半期、下半期の重点部分だとか、地域を区割りしていただくとか、この地域の人に集中的に連絡を取るだとか、そういったところまでは進んでいないので、人員が整ったところで、計画的に進めていければと考えています。【事務部長】

- この取組、非常に期待する。1人でやっているとのことだが、スタッフが明らかに足りないと思う。多ければいいということではないが、1億円という未収金は必ず取れるように最善の努力を迅速にしていきたい。未収金に関しては都度、報告をいただきたい。
- 外部コンサルタントを活用して経営改善に向けた検討を進められていると聞いているが、どのような観点からの検討を依頼しているのか。その内容と進捗状況、また、この中期計画に一部でも内容が反映されているのか。

⇒12月から監査法人が業務を開始、今まきに行っている。12月から始めて3月に中間報告を受

けて、6月に最終報告を受けるということで進んでおります。視点としては、月2回ぐらいずつ打合せをやっているのですが、どうやって患者さんを増やすかという視点と、どうやって1人当たりの単価を増やすかという視点で、収益の方はその2つを色々な角度から、先ほどDPCのデータの話も出てきましたけれども、DPCの要素も含めて、どういうところに重点を当てて行っていくのかというところを今まさに議論しているところでございます。まだ支出の削減の方は議論が進んでおらず、これからになると思いますが、そのようなことで今精力的に協議を進めているところでございます。【事務部長】

- コンサルタントを活用した以上、この部分が非常に今後の方向性を検討していく上で重要なポイントとなる。今後も継続した情報の提供をお願いしたい。
- 先ほど他の委員からも質問があった、医師の確保に関し、地域の医療需要やメディカルセンターの医療機能を踏まえた中で、常勤医師を確保するとあるが、具体的な構想、例えば手厚くしたい部分などについて伺いたい。非常勤医師が非常に多いということを何度か評価委員会でも議論されていたが、非常勤医師の協力体制についても伺いたい。非常勤医師が多いという指摘もあると思うが、医療の細分化、専門化など、例えば整形外科だと首、腰、膝というように進んでいるということも聞いているが、費用が大きい、働き方の改革によって継続的な派遣が難しくなっていると一般的に言われているが、今後の方向性を伺いたい。

⇒とても重要なポイントだと考えていて、整形外科、分野によっては数が少ない部分があって、ジョイント、大腿骨、そういったところが数の点で難しい面があったりしてそれでお断りするところも少しあったりする。可能であればそういったところは増強したい。ただこれは大学の医局との関連性で、そこを簡単にできるわけではない。希望を常に出しつつ結果を見ていくことにはなってくるかと思えます。先ほども少し話しましたように、来年度は循環器内科が少し増強されます。個人的には一番強化したかった部分ですので、そういったところは今後期待できるかなと考えております。現状の病院機能を維持するための医師の数というのは大体充足したと言ってもいいのですが、今後は少し機能も拡大していかないといけない。もう救急だけに頼った病院だと生き残りは難しくなると考えていますので、機能的な整備、増強というところを考えると、癌関係の患者さんにもう少し力を割いていきたい。各診療科そういったところの専門家が来ていただければありがたいなということがあります。とはいえ、何年までにこの分野を何人補強しますといったことは、こちらの都合だけでは決められないということがあって、時が来るのを待ちつつ、現有の医師達で頑張っていきたいと考えております。また、先ほど御指摘いただきました非常勤医師数ですが、非常に多くて、おそらく開設時の医師が本当に足りないときに大学にお願いして来ていただいた先生方が続いているという部分があると思っておりますが、医師の数は充足してきたというところで、申し訳ないですが、非常勤は数を少なくしてくださいということを各診療科にお願いしています。【岩立センター長】

- 必要な常勤医師を確保するという事は近隣の病院とも役割分担、機能分化をしている中で、色々大変なことがあるとは思う。常勤医師を増やす方が加算もされるとなっているので、そのような方向で進んでいただければと思う。
- 別表1～3に関し、運営費負担金について、設立団体は大切な税金をお預かりしていて、議会は直に市民のお声を聞いている、そして東千葉メディカルセンターにとっても皆さん期待しているという部分がある。この先外部コンサルタントによる検証の中で、財政負担の見直しが行わ

れると理解してもいいのか。また、開院の当初からセンターの資金不足に対応するため、千葉県からの交付金を原資とした基金からの貸付けが実施されてきたが、その残高と返済金額の状況について、今一度伺いたい。

⇒経営コンサルタントについて、どこまで今回の計画の中に反映されているかという部分ですけれども、先ほども言いましたとおり、昨年12月から始まり現在調査分析を進めております。3月に中間報告があつて6月に最終報告が来るところも先程言いましたけれども、収支計画については、現在見ていただくとわかるとおり、材料費と経費の分野において、特に増額抑制という部分で書いてあります。それはなぜかと言いますと、まだコンサルタントとこの方向でやればこうなるというところまで示されていない中で、全く効果を出さないこともないと思ひまして、どこまで反映させるかという部分ですけれども、患者数が増えていけば一般的には経費、材料費等も増えていくと思ひますが、その部分については、なるべく増やさないような努力をするという形でこの収支計画の中では反映させていただいている部分がございます。

#### 【事務部長】

⇒現状の基金につきましては、基本的に建物を建てた際の償還に充てるということで、県からいただいたお金を基金にストックしているという形を取っています。設立当初は運営費にそれを病院側に貸し付けていたという経緯がございまして、5、6年間の間は、まだ返す元となるお金が残っていましたので、それを貸し付けていたと言う事になっています。基本的には先ほど申し上げたように基金については、建設の償還に充てるということが本来の目的でありますので、それを貸してしまうと、その償還ができなくなってしまうというようなことであつてはいけないということの中から、あとどのぐらい貸付けができるのかという考え方になろうかと思ひますが、次期の第5期の間で、約6億円から7億円ぐらいまでが上限ということになりますので、今までやってきたような貸付けというものは、なかなかこの基金を原資として、もうできないと考えているところです。今までそういった形で貸付けを行つておひまして、メディカルセンターでは毎年約1億8,000万円をその償還費として、返還していただいているということになっております。【関医療担当部長（東金市）】

●基金貸付けの返済金額を聞いたのは、現状として、経営改善に取り組む中で、この部分の返済が大きな負担となっていると私は考えている。過去のことだが、センターとしても設立団体としても、貸付金が多くなって大変苦勞されているなということをつつも感じている。設立団体には、コンサルタントによる検証でも触れられることだと思ひますが、こうした事情があるということ、様々な見直し、交渉等の過程の中で考慮していただくようお願いしたいと思ひます。センター側としても、外部コンサルタントの活用により課題を整理して、着実に経営改善を進めていくことはもちろん重要なことだが、設立団体には、中期目標でも示されていると思ひますが、県の地域医療構想をはじめ、地域からの様々な意見を踏まえて、地域との連携を深めて持続的に安定した医療が提供できるように、適正な負担金の算定、そして必要な支援も改めてお願いしたいと思ひます。

⇒非常に負担に感じているところではあります。また、最初の方で、本当にコンサルタントで経営改善になるのかという話もございまして、個人的な感想にもなりますが、やはり色々なことを、こうすれば経営改善になるという項目などはすぐわかるとしましても、それをやはり完全な数字に置き換えるまでの深掘りというのは、なかなか東千葉メディカルセンターのマンパワ

一のレベルでは難しいところもございました。今回コンサルタントに依頼して、かなりその辺が速やかに、こちらが欲しかったデータが前にだんだん出てきているということではまず第1点、今後の方針を改めて設定するのに非常に重要だろうと思います。しかし、そのデータが揃ったら経営改善というわけではありません。その次で、私も4年目になりますけど、やはり今までの経過を見ていて、やはり経営改善、これをすればいいと言っても、先ほど申したようにそれだけでは動かない。今回何でコンサルタントを入れたかと言いますと、今回のコンサルタントがいわゆる伴走型で入って、一緒になって運営をする。例えばヒアリングですとか、全ての科に対応していく。そうしないと、私の昔のイメージですとコンサルタントというのは報告書を作って、これをやったらどうですかという提案で終わってしまう。これは全く意味がない。ところが今回は6月までに報告書を作って、その後、いわゆる伴走型で一緒になってやりますという、契約が別になってしまいますが、そういう形で、今度は本当の現場の動きとしてやっていくというのを前提で今回コンサルタントを入れていますから、今の委員の御質問の、本当に経営改善するのかということは、まさにそうしないと、全くコンサルタントの意味がないという形でやって、今のところそういう方向は病院としては納得してやっているということです。

**【河野理事長】**

⇒委員から負担金に関する御質問がありました。負担金については、その妥当性については検討して参りたいと思っております。そして資金不足に関しても総体的にお答えをしたいと思っております。先ほどからお話が出ていますように、現在実施しております、法人による経営分析等を踏まえまして、法人、設立団体、千葉県で協議を行うこととなると思います。その協議の中におきまして、崖っぷちと言いますか、かなり厳しい状況の病院経営への対処、つまりメディカルセンターの経営のあり方、方向性が主な議題になるのではないかなと推測しております。そこで、1つの方法といたしまして、委員が御指摘のように、緊急避難的に残余の基金の取り崩しも提案されるのではないかなと、1つの考え方として。しかしながら、先ほど閣部長が答弁したように、基金の本来の目的は建設費の償還に充当する目的があるため、残り少ない基金は本来の目的のために維持すべきだと私は考えております。そこで何らかの方法、手立てを考える必要がございます。ちなみに設立団体が資金の補填を行うことは、両団体共、財政規模が小さく、かつ財政基盤が脆弱であるため、設立団体が資金繰りの数年をカバーする、10億円単位の負担を行って支えることは本当に不可能で困難であると考えております。そして加えまして、平成30年度に千葉県から30億円の追加支援をいただきましたが、設立団体ではとても負担できるような金額ではございませんでした。そういった中で、近隣の関係団体を含めて、安定に向けた経営の在り様や支援策を協議することにつきましては、1つには、相応の時間と手続を要すること、次に、近隣の関係団体からの支援と負担の意味は、補填よりも救急搬送等の受益に対しての負担を求めるものと考えられますので、即時的にも意味合い的にも支援策、カンフル剤にはならないのではないかと考えております。そのようなことで、この恒常的で多額の赤字を原因とする資金不足、それから資金繰りの行き詰まり、つまりは病院経営の継続危機への対応策として、経緯と現実を踏まえて申し上げますと、1点目としましては、千葉県は財政規模が大きいこと。2点目としては、千葉県は東千葉メディカルセンターの認可団体であること。3点目は、県立東金病院の引き継ぎ、代替病院であること。4点目は、救急といった広域医療を担っていること。このような事由を鑑みれば、千葉県に支援をお願いするのが相当で

あり妥当ではないかなと私は考えております。このような考え方につきましては、去る1月26日に開催いたしました、東金市議会と九十九里町議会による合同説明会におきましても、共通理解、双方の議会が確認したと私は認識しております。大変恐縮でございますが、本日千葉県の山口保健医療担当部長さんも御出席しておりますので、このようなことを是非とも御理解いただきまして、千葉県さんからの温かい御支援をお願いしたいと思っております。【鹿間市長】

- まさに今回の中期計画案にもあるとおり、我々委員会として、開設者である法人に対して、経営を安定させるためのあらゆる方策を講じていただくために、まさにこの委員会があるということで、そこでしっかりと、市民、町民だけでなく、全県民に対してもうこれは十分に策を講じ尽くしたということが言える状況なのかどうかというところがまず1点あるかと思っております。そのためにまずこの委員会があって、様々に委員会からの意見を法人に対して述べさせていただいているというところがございますので、まずはそこにしっかりと取り組んでいく必要があると思っております。その上で、これは市長からもお話ありましたとおり、県ではこれまでも、センターが旧県立東金病院の機能を引き継いだことも踏まえまして、これまで約115億円の支援を行ってきました。さらに、昨今の物価高騰等もありましたので、公立病院の運営に要する経費について、地方交付税措置がなされていますので、県として引き続き、国に対して、この運営、その実態に見合った財政支援措置の充実を要望してきましたけれども、これは引き続きして参りたいと、このように考えております。そうした中で、県として、その医療提供体制を、この山武地区も含めて、どのように考えていくのかということは、県としても考えていかないといけないと思っておりますので、本委員会でセンター長あるいは理事長からいただいた医師の状況であるとか、患者の状況であるとか、救急の受け入れの状況、こうした状況も踏まえて、山武地域の医療提供体制をどのようにしていくべきか、しっかりと県としてもコミットして、議論を進めるようにして参りたいと考えております。
  - 非常に貴重な御意見を聞いた。東葛北部医療圏にある公立病院の取組をホームページ等で見た。経営再建プロジェクトチームを令和7年で6回開催して、あらゆる協議をされていると聞いている。設立団体、東金市議会と九十九里町議会一丸となって、こういった議論をして、県の御支援をいただけるように、地域と連携して東千葉メディカルセンターを盛り上げていくような取組をして参りたい。
  - 河野理事長から伴走型コンサルタントの活用ということで、病院経営を図る上で、大変期待できるというお話があった。そういった中で、住民を代表して、住民サービスに関連して、患者満足度の数値目標、会計手続に係る待ち時間、前が10分であったが、今回は30分未満であると。先ほどのお話だと実状はその辺ということだったが、その前に、外来に来た患者さんの待ち時間が30分。これは医師に診てもらうために、30分だったら十分待てる範囲だと思うが、電子カルテも用いている中で、昔なら職員が走り回って事務方へ運んでいたのだろうが、診察が終わった時点で、20分でもいいと思うが、できれば数字は患者様が外来を待つ30分の半分、この辺が望ましいと思う。これは目標数値であって、先ほど、数値が低くなって、そういったところでいうとモチベーションをある程度達成できる数値だというお話もあったが、根本的にこういったところからやっていただけたらありがたいと思う。
- ⇒確かに短い時間の方がいいというのはおっしゃるとおりでございますけれども、会計待ち時間についての質問の設定ですが、この部分については、全国共通の様式を使って満足度調査をや

っているという部分の、同じ様式の中の一番外の部分で、ここの部分は実は共通様式ではない部分でございまして、当院で独自に選択肢を設定できる部分になっております。経年比較の観点、今まで10分未満、それから次の項目が10分以上30分未満、30分以上1時間未満と、時間を区切っております、このようなことを過去から同じような調査をやってきた中で、その調査を継続して、比率などを見ながら、満足度をどこまで持つのかということ。今までは10分未満のところを目標にしていたのですが、そこに該当する方が30%程度しかいないということで、できる限り対象者が多いところの30分未満のところを区切ってはどうかということ院内で相談した結果がこのような形になりました。ですから、もちろん30分でいいというわけではなくて、もちろん短くしなければいけない努力はもっともっとやっていかなければいけない。調査の中では、その部分を拾って、過去の部分と比べるという意味で今回30分を目標にして80%のところを持ってきたところでございます。【事務部長】

- 患者・住民サービスの向上の(1) 利用しやすい病院づくりの中では、広報誌やホームページ等の活用とあり、地域に対する広報の中では、ホームページ、広報誌、SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）等の活用とあるが、同様に記載した方が統一を図れるのではないかと思う。
  - 少し違う話になるかもしれないが、この前、東北の地方独法ではない自治体、全部適用の市立の病院で、一時借入金等の問題があって、一定の基準値を割ってしまったところがあった。議会で個別外部監査を入れて原因分析をやらなければいけないという意見が出て、そこに参加して報告をした事例があるが、その地域と比べたときにこちらの地域はまだまだ余裕があるなど感じた。その東北のところは人口減少が急激。そのため、直接外来の患者さんとか、そういうところが減っている。三次医療圏の人口減少の数字を見ると、驚異的なスピードで減少が始まっている。そうすると、病院側はもう、さっきコンサルタントの話があって患者さんにいかに来てもらうのかという話どころではなくて、もう人がいなくなる。なので、それに合わせて急激に病院を縮小しなければいけないなど、あれもこれも、ではなくて、あれかこれか、という形で、緊急に色々な対応をしていかなければいけない状況になってくる。そうなったときに、この病院も関係ないとは言えなくなってくるのではないか。実際に三次医療圏を中心としたところの人口の減少の状況を見ていったときに、病床減や診療科の内容変更などは以前よりももっとスピード感を持たなければいけない。急激な変化となるかもしれないので、その辺もそろそろ考慮に入れて意思決定することも覚悟していただきたいと思う。
- ⇒私も、まさにその危機感是非常に感じている。私が市原市の病院にいた時の市原市の分析ですと、もう外来のピークが過ぎている。ただ入院のピークはまだずれている。ですから、人口と患者の動向について見ていかなければならないというのはおっしゃるとおりだと思う。これから5年ぐらい、ちょうどこの第5期中期計画の期間中というのは非常に重要で、おそらくまさに移行期になるのだらうと思います。ただうちの場合、これは主観的な考え方ですけれども、先ほど、委員からも御指摘あった救急ですが、うちの分析だとやはり救急はそれほど儲からない、収支で言いますと。医療資源の投入が非常に多く、人の配置から検査室から全部の配置が必要になりますので、やはり収支で計算すると、とてもなかなか経営的には成り立たない。そうしますと、やはり一般病床というのが非常に重要になってくる。うちが許可病床314床ですが、実は建てた後でSCUを作ったものですから、314床が現状物理的に無理で、310床がフル

オープンという状況。今それがもうすでに達成されているという中で、そうするとバランス的に非常に、一般的に考えて、なかなか厳しい。これで一般病床を縮小というのは、おっしゃられることはすごくわかる。そうすると内訳は、ICU8床、HCU12床、SCU12床で32床がユニット。310床の中で1割以上がユニットで救命救急センターというのは普通ではない。県の救命救急センターしかない。その規模の救命救急センターがないわけではないですが、そういったところはかなりの補助金がおそらく出ているだろうと。通常で考えて成り立ちませんから。ですから、一般病床の縮小、極めて微妙な問題で、一般病床を縮小したときに救命救急センターをどう維持できるのか、ユニットをどう維持できるのかというバランスの中で考えなければいけない。委員のおっしゃるとおりですけれども、意外と簡単ではないというところがございます。ですから、私はこの第5期中期計画期間中に、おそらく人口など、この地域の色々な動き、だんだん変化が見えてくる。いわゆる2030年にかけて、30年以前と30年以降というのは医療環境が大分変わってくるのではないかと。それはじわっと変わっているが、気が付くのは30年以降、そのちょうど端境期にいるのかなと。ただいま申しましたように、うちの社会的な役割と、それをどう整理するのかというのがそれほど簡単ではない。ですから、委員のおっしゃられるとおりですが、私がここ来て、4年間同じように考えてきた、現状の機能の維持、それを基にして、まず経営改善、この病院をどう維持するのかという前提で話をしてきた。ただそれで4年間やってきた結果を考えると、なかなか厳しいところもありまして、そうすると委員のお考えというのが非常に重要になってきます。それが簡単ではない。今後それを重要な課題として、ここでも色々なアドバイスをもらいながら。おそらくコンサルタントもそこまで明確に出せない意見、結論だと思いますから、その時々動きを、この地域の医療圏の人口等々の動向を含めて、ぜひ色々とお意見をいただきたいと思っています。【河野理事長】

⇒委員のおっしゃったことを私もすごく心配していて、河野理事長ともいつも話していたことではあります。実は今回コンサルタントが入って、この前いただいた暫定の分析結果ですが、入院患者数は令和17年まで、この山武長生夷隅の医療圏で令和17年までは整形系、それから神経系、消化器系、これに関してはまだまだ増えるという分析をこの前いただいて、すごくほっとした。これをどこまで信じるかということもありますが、河野理事長がおっしゃるように、入院患者はまだ10年ぐらい増えるのではないかと分析結果をいただきました。外来患者に関しては、もう少し厳しいですが、循環器系、神経系は令和12年まで増加するだろうという分析結果をいただきまして、少しほっとしながら、今後どうするのかというのを真剣に考えていかなければならないと思っています。【岩立センター長】

●追加だが、以前の分析のときに、今後5年間で、患者さんの数が多い地域の人口が半減する状況があった。やはり前兆現象というのは外来から始まって来る。それとともに怖いのは、救急はある程度利益を出せると思ったら、やはり物価の高騰と人件費の見直しをきちっとやった場合に、救急をやればやるほど赤字になってしまう状況にまでなっている。そうすると、今回の診療報酬改定は、1割ぐらい上がってくれないともたないという説もあるなか、その半分ぐらいしかない。細かい中身はどうなるかと言うのはありますが。物価の上昇等を考えたときに、今まで考えられていた医師の給料が取れなくなる診療報酬体系になってしまっているのではないかと思う。その影響がやはり人口減少の激しい地域では露骨に出てきてしまって、手の付けようがない。縮小するしかない。ここのところに関しては医療ツーリズムなど、役所が

民間と組んで新しいものをやっていかない限りは赤字を増やすだけという結論にはなったが、まだこの地域はそこまでいってない。ただ、先ほど話したように、救急を増やせばいいというのも、幻想になるかもしれないので、やはりコンサルタントが入ったところの数字の信憑性、DPCデータの分析等を踏まえて、その前兆現象を早く捉えて早く動いていただきたいと思う。

⇒この地域の救急医療等々含めての特徴が、東千葉メディカルセンターは救命救急センターで高度ということで、私が来た時、この高度医療やっているのは東千葉メディカルセンターしかないから独り勝ち、他に競争相手いないと言われましたが、そんなことは全然ない。というのは重症患者だけ診て経営が成り立つわけではない。病院の10km圏内というのが病院の勢力圏。車で15分から20分というのを一番経営的には重視するわけです。そこに分布する病院を基に占有率のハーフィンダール指数を計算しました。そうすると0.2ほど。非常に競争率が高い。要するに何が高いかという、軽症、中等症の取り合い。重症は東千葉メディカルセンターで診てもらえばいいという発想の病院が多い。そうすると東千葉メディカルセンターが重症だけ診て経営が成り立つかという、ならない。なので、考え方の転換を東千葉メディカルセンターもしないといけない。さっきの応需率もそうですが、うちの特徴は軽症、中等症を診る割合が少ない。近隣の救命救急センターは軽症、中等症もかなり診ている。そうすると応需率が高くなる。ですから、センター長が先ほどお話ししましたが、うちの考え方をかなり変えて、軽症、中等症を含めたことを考えなければいけない。それから、人口を考えると、軽症、中等症はやはり影響を受けてくる。高齢者が増えるといっても患者数はそう増えるとは限らない。受療率下がりますから。御承知のように高齢者の受療率は下がっていますから、高齢者が増える、イコール患者が増えるわけではありません。そう考えると、おそらくどこかで病院が減る。淘汰がこの5、6年の間に起きる。そういった中で東千葉メディカルセンターがどう生き残るかというのは今申し上げたような、地域の特性を踏まえて、診る患者さんの分野をしっかり押さえて、その中に重症度も入れて見ていく必要がある。そういった意味ではこの地域は競争地区だと改めて感じました。ですから、非常に貴重な御意見で、先ほど申し上げたことと重なりますが、この5年ぐらいの間に、環境はかなり変わりますので、そういうことも踏まえて病院の方向性は流動的に考えなければいけない。なので、今回コンサルタントが入ったからすぐに全ての結論が出るとは思っていませんので、是非とも今後も継続的に御指導いただければと思います。【河野理事長】

●三次救急の採算性があまり良くなく、一方で患者が減ってくる。その中で、東千葉メディカルセンターがどうやって経営を安定化させるという観点で言えば、それは理事長のお考えの1つとしては、重症患者は他のもう少し大きな病院にお願いするという含んで考えているということか。

⇒そうではありません。ただ、先ほどセンター長が説明したと思いますが、心臓血管外科医がいない、そういった分野はあると思いますが、重症は診る。診ますが、さらに軽症、中等症をもっと診ていかないといけないのではないかなと思います。そうすると応需率も結果的に上がるだろうと思いますし、やはり入院患者の窓口というのは救急と外来と在宅と紹介。この4つが窓口で、やはりこの中で地域連携での紹介を増やしていくこと。それから救急というのは非常に重要。また、うちは外来患者数が少ない。なので、外来患者数の確保は別の目線で増やしていく必要があろうと。在宅はやっていませんから、この3つを重点的にやっていくことが、ま

ず近場の方針。決して救命救急センターの役割をやらないということを言ったわけでは全くありません。しかし、それだけにこだわっていると経営的には成り立たないだろう。先ほどの応需率の話もそうですが、やはりもう少し幅広く、それはセンター長と話をしていて、先ほどセンター長もそういうことを申しましたが、中等症や若い人たちをもっと診ていくように、今はなりつつございますので、そういった意味では先ほどの計画書のデータも、もう少し改善してくるのではないかと考えております。【河野理事長】

- 収入を増やすという意味で、単価をある程度上げていかななくてはいけない。患者の数も増やす。それをどういうふうにやっていくのか。その辺も含めて、評価委員会としても考えていきたいと思う。

⇒先ほどから救急の関係が大分論議されておりますけれども、この病院自体の、設立のときの第一目標は、三次救急、管外搬送の半減又は減少ということが大目的で設立されたわけです。評価委員の皆様方、優しいので東千葉メディカルセンターが出している数字をそのままというふうになっておりますけど、設立団体としますと、住民の安心安全のためには、やはり応需率は上げていただきたい。実績が50%前後というこの数字自体、現在の応需率として少ないと思っております。この地域の二次救急は輪番制を取っております。まず、救急隊は二次輪番病院に要請をする。そこで受け入れてもらえないので、東千葉メディカルセンターへ二次のものも連絡が来る。それが受けられないというのは、これから様々なところから補助金など、様々な支援をしてもらうためには、やはりその部分を十分にやったと、もうこれ以上無理だということまでやって、何とかその部分を応援してくださいというような形に持って行っていただきたいと思っております。また、先ほど病床数のこともありましたけれども、やはり現状に合わせて稼働率をどのように上げるかということは、当然、病床数の検討も必要ではないかと考えております。いずれにしても、この地域にどうしても必要な病院であります。今回コンサルタントを入れて経営分析、又は様々なことをやっていただけたらと思っております。前々から私も設立団体でコンサルタントを入れてくださいという話をしてきた理由としまして、もう10年以上になるこの病院が、設立の段階から、まず設立ありきで始めた関係で、なかなか院内のルールですとか運営だとかそういうことよりも、まず病院を作ることが優先された。その結果、ルールですとか運用ですとか、そういうものが少ないがしろになっていた部分があるのではないかと考えるように考えられたので、今回コンサルタントを入れていただきました。その中で、院内で指示しづらい部分をコンサルタントに指示していただくということが必要だと思っております。先ほどセンター長の話から、救急は現場任せのような発言がありましたけども、そういうことではなくて、コンサルタントが入れば、そういうところは必ず受けなさいなど、そういうことが出てくると思いますので、それに私共は期待したいと思っております。いずれにしても、設立の当初から、先ほど理事長から、この救急の病床数と一般の病床数が、救急としては適合してないという意見もありました。設立したときに、県で計画をされて、このような規模でも大丈夫ということで始めたと思われま。その辺も含めて、やはり地域でこの病院を助けて、持続可能な病院にしていくということも必要ですけれども、設立のときの原点に戻っていただいて、県もやはり様々な支援をしていただきながら、当初の、救急の利用率に応じて、関係の市町村に応援をいただくという理念のもとに、病院が始まっている関係がありますので、どうか県の職員の皆様、また、知事にもお願いしましたが、何とかして地域で、設立

団体だけではやはり財政規模的にも厳しいものがありますので、地域で支えていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。私からは、設立団体としては、もっと東千葉メディカルセンターには厳しい言葉を言いながら、やれるだけのことはやっていただきたいと思っておりますので、県におかれましては、今まで以上の御支援をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。【浅岡町長】

- センターには、経営の改善、そのためには単価を上げて、患者数を増やす。これを入院と外来でやるという方向で、コンサルタントにも相談しながらお願いしたい。

**第5期中期計画（案）についてはおおむね適当である。**

なお、評価委員会としての意見書を、委員からの意見などを付したかたちで作成する。