

行政常任委員会

平成30年7月20日（金）

午後2時03分開 会

○南委員長 皆さん、こんにちは。

大変猛暑の中、午後2時からの行政常任委員会ということで、変則的な時間になったというのは、当然皆様も御存じのようにきょうは尾鷲病院の小藪病院長に出席をしていただきました。院長の勤務の都合上、この時間になったことをまず御理解賜りたいと思います。

また、小藪院長におかれましては、本当に何かと御多忙の中、時間をさせていただきまして本当に心から感謝をいたしております。

先ほどタブレットへ入れたので、どこを修正したのというような話がありましたけれども、それについてはまた後ほどさせていただくということで、まずきょうの会議の持ち方といいますか、きょうはなぜ小藪院長の御出席をいただいたかという、先般本会議中の6月18日に行われました当委員会の中で病院の特にDPC問題についていろんな御指摘や意見がございました。

その中でできる限り尾鷲と似通った類似団体の公立病院の資料ももっと参考に集めてほしいということで、きょうはできる限り河合事務長のほうが電話等で連絡をとっていただきまして、かなりの病院とデータの中にあると思うんですけれども、最後のほうでいろんなDPC対応病院等の資料も出していただいております。

そういった意味では大変な御苦勞をなさったんだなという思いがいたしておる中でございますので、きょうは特に診療経験豊かな小藪病院長の出席をいただいたということで、尾鷲病院のDPCは当然のことながら、今後の尾鷲病院の経営のあり方等についても若干触れていただけるのではないかというような思いがいたしておりますので、委員の皆さんにおかれましては御理解の上お願いをいたしたいと思えます。

まず初めに、市長のほうから御挨拶をお願いいたします。

○加藤市長 皆さん、こんにちは。議員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、先ほど委員長のほうからの御報告もございましたが、変則的な時間の中で行政常任委員会を開催していただきましてまことにありがとうございます。

本日は、DPC制度、診断群分類包括評価への参加についてをまず御報告申し上げ

げ、その他2件、合計で報告事項3件を御報告させていただきたいと存じますので、よろしくお願いたします。簡単ではございますが、御挨拶とさせていただきます。ありがとうございます。

○南委員長　ありがとうございます。それでは、先ほどから資料のどこが変わったのというようなお話がございましたので、特に先に変わった点についての説明を受けたいと思います。

○河合総合病院事務長　尾鷲総合病院です。よろしくお願いたします。

まず最初に、常任委員会の資料の件ですけれども、誤字脱字等がありましたので、本日委員長の了解を得て修正版としてタブレットに入れさせていただいております。申しわけございませんでした。

○南委員長　その点については私からも深くおわびをいたしたい。まずちょっと先に説明を聞いてからお願いたします。

○河合総合病院事務長　ちょっと修正した箇所だけ御説明させていただきますと、資料の3ページなんですけれども、3ページの下から二つ目の行の9のところの右のほうの列の意見に対する考え方の列の9番、DPC対象病院になることのメリット、デメリットの部分の患者さんのメリットの最後の部分で「入院費の目安がわかる」という「る」の言葉がちょっと脱字しておりましたので、そこを追加させていただいた点が1点です。

2点目ですけれども、4ページの右列の1の意見に対する考え方の部分ですけれども、2行目の部分で「医療の必要性の低い」という書き方をしておりましたけれども、ここは「高い」ということで修正をさせていただいております。

最後3点目ですけれども、7ページ目の同規模の公立病院のDPC対象病院における地域包括ケア病棟の設置状況等についての表の中で、地域包括ケア病棟の設置の有無という列が左から6列目にあると思いますけれども、その部分の10番の静岡の御前崎市、市立御前崎病院の場合のところバツになっておったところが丸に変更させていただいております。

また、その下の公立みつぎ総合病院の欄ですけれども、そこが丸になっておったのがバツに変更させていただいております。

あと22番のところの高知県、設置団体名のところで高知県土佐市と書いてあったんですけれども、ここは県立病院ですので、高知県ということで土佐市のところを消させていただいておりますので、その3点でございますので、申しわけありませんでした。よろしくお願いたします。

○南委員長　修正箇所は以上でございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、小薮病院長のほうから尾鷲総合病院の医療の機能等についての考え方だとか御説明をお願いいたしたいと思います。

○小薮総合病院長　座って失礼させていただきます。初めましてという方ももしかしたらお見えになるかもしれませんが、尾鷲総合病院の小薮でございます。いつも尾鷲総合病院の運営に関しては皆さんに御協力をいただきましてまことに感謝申し上げます。

このたびは尾鷲総合病院の地域包括ケア病棟とDPCの導入について、議論の中で私に発言の機会を与えていただきまして、委員長を初め委員の先生方にはお礼を申し上げます。

まず、DPC導入と地域包括ケア病棟を議論する前提として、尾鷲総合病院の東紀州医療圏における医療機能等について、概要を私から述べさせていただきます。よろしくお願いいたします。

資料のほうは資料1をごらんください。

尾鷲総合病院の医療機能について、皆さんもよく御存じだとは思いますが、尾鷲総合病院に求められる医療機能の認識について述べさせていただきます。

まず、東紀州区域における2025年を目指す医療提供体制の方向性については、平成29年3月に県が策定した三重県地域医療構想において、地域ごとの医療機能の現状やレセプトデータ、DPCデータなどのビッグデータを用いまして、客観的データに基づいた将来的医療ニーズの見通しを踏まえた上で、この地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要性を示されています。皆様も御存じのように、これは国が県に策定を義務づけて県が中心になって決めたものでございます。

具体的には、東紀州区域において平成27年から平成37年、2025年までの10年間で1万1,500人の人口減というのが見込まれております。特に65歳以上から75歳未満の人口も、もう既に終わっているんですが、平成27年をピークに、75歳以上は平成37年をピークに減少していくことが見込まれております。この地域は後期高齢者のほうが前期高齢者を既に上回っておりますので、将来的には後期高齢者の人口減が当然予測されるわけです。

このように医療需要が減少していく中で、尾鷲総合病院の医療提供体制の方向性としましては急性期機能の当面の維持、24時間、365日の救急医療、急性期医療を当面維持することと、それから、現在言われている回復機能を確保していくと

ということ、それから、地域の事情を踏まえた在宅医療の提供のあり方を検討していくということがすごく重要視されておりまして、在宅医療を支えるためには在宅医療をするだけではなくて、その方々の病状が悪化したときの日々の救急医療体制の確保というのが必要不可欠ということになっております。

このことから、尾鷲総合病院に求められる医療機能としては、平成29年3月に策定した新改革プランで平成37年における尾鷲総合病院の将来像としてお示ししているとおおり、東紀州地域、特に紀北地区の二次医療を担う、これは唯一なんです。皆さんも御存じのように唯一の総合病院として、急性期医療や高度医療を提供するとともに、高齢化の進展による増加する回復期医療の充実を図って、地域で二次医療を完結することができる体制を整えるとともに、尾鷲市の地域包括ケアシステムの一翼を担い、地域の医療機関や福祉、医療、介護関係機関と連携し、地域医療を支える中核病院を目指すという方針であるということ認識しております。

それで、その中で、うちで提供している具体的な医療機能を御説明させていただきます。

1番といたしましては、先ほどから申しておりますように、二次医療を担う総合病院として、365日24時間体制の救急患者の受け入れを含む急性期医療や高度医療を提供しますということです。この二次医療ということなんですが、この二次医療というのはただ救急車を受け入れるのはもちろんなんですが、基本的に次の参考のところに書いてあると思いますが、救急の紀北消防組合の搬送者数、そのうちの尾鷲総合病院の搬送者数を見ていただきますと、約8割以上の患者さんがうちの救急患者として受け入れております。

二次救急というのは、結局救急車から連絡があったときに患者さんの選択はなしに、要するに全部受け入れるというのが原則でございます。それが確実にできる、やっているということを申しております。

これは20%ぐらい来ていないやないかという話がありますが、これは先ほども少し話がありましたように、最近はお医者さんへりだとか、それからそういうふうなことで三次医療に直接、要するに脳卒中だとか重症外傷と救急隊が判断をすれば、メディカルコントロールの搬送先の選定基準にのっとりまして、最初からお医者さんへりだとか、場合によっては直接陸路でも、例えば伊勢の赤十字だとか松阪の三次救急の病院に運ぶことができます。そういった患者さんが2割ぐらいおるといふように御認識いただければよろしいかと思っております。

それから、地域の回復機能が不足していることから回復機能を担います。地域医

療構想の中には、今急性期と慢性期の患者さんはベッド数が少し過剰で、回復期が足りないというデータになっております。ですので、この辺の回復期機能を実際担っております。実際のところは今の段階では一般病床199床、それから療養病床56床でございますので、199床の急性期の中で実際は回復期に近い患者さんをお受けしているという状況でございます。

それから、地域性を勘案し一次医療を提供します。これに関しましてはちょうど研修医制度というのが始まって尾鷲総合病院が、特に僕は内科なんですが、内科が一番ピークのときに13人医者がおったんですが、あれよあれよという間に半分以下になったという状況のときに、残念ながら再来、要するにそのときは外来が5診ぐらい内科だけでも立っていたんですが、さすがに外来を立てることができなくなって再来の患者さんはある程度整理をしたんですけれども。

初診の患者さん、要するに飛び込みで来られる患者さんに関しては、今の医療制度は紹介状がなければ病院として設定すれば例えば5,000円の初診料を上乗せして、開業医さんに行くように仕向けるというのが今の国の制度の中にあるんですが、うちに関してはそういうことは一切せずに紹介状がなしでも全部受け入れると。

それはこの地域の開業医の先生の患者さんの数だとか、そういったいろんな体制から考えてここはかかりつけ医もやるべきだろうということで、一貫して紹介状なしでもやっております。この部分で一次医療も提供しているという部分でございます。もちろん開業医さんからの紹介、二次医療というレベルの部分もやっております。

それから、地域包括ケアシステムを医療機関の立場から支えますと。これに関しては、今議論になっている地域包括ケア病棟をその部分に充てるのが基本的な国の医療保険制度の流れでございます。現在のところは一般病床でお受けしてその部分で対応しているということでございます。

不足する医療機能は地域の医療機関等との連携によって補っております。先ほど申し上げましたように、療養型病床に関しては現在56床でやっておりますけれども、うちの病院での療養型病床は永久にお預かりするという姿勢ではやっておりません。その方が適切な場所に行く状況ができればそちらのほうで暮らしていただくということを前提に、そんなに急速にというか、慌ててというわけではないんですが、時間をかけて状況を判断して対応しているということで御理解いただきたいと思っております。

それで、実際尾鷲総合病院で現在、もちろんうちは常勤医が15名でやっております

ます。診療科も内科、外科、整形、産婦人科、小児科、皮膚科、泌尿器科、主なところはその診療科でやっておりますので、専門診療科に関してはかなりの部分非常勤に頼っているのですが、24時間365日対応しているわけではございません。ですので、そういうふうな意味で不足している部分というのが当然ございます。けれども、そこら辺のところは病病連携、病診連携で対応しております。

具体的なところを申しますと、1番としては脳卒中とか急性心筋梗塞など、尾鷲総合病院で対応できない高度急性期医療については、私たち尾鷲総合病院の医師のもともとの出どころであります三重大学附属病院、それから伊勢赤十字病院、伊勢赤十字病院については研修医の受け入れ、それから画像転送装置を用いまして特に脳卒中、それから循環器の乖離性大動脈瘤、それから消化器系などの画像転送を行って迅速な病病連携に対応しております。

それから、距離的には近い松阪中央総合病院、最近松阪市民病院の呼吸器センターの畑地先生にも月に1回こちらに専門外来を開いてもらってございまして、今以前以上に緊密な連携で特に呼吸器疾患については対応していただいております。

それから、慢性期医療に関しては、この地域には旧来からある第一病院、長島回生病院などと連携をしまして、そこに見合う、病状的に対応可能な方に関してはそういうふうな形で対応させていただいております。

それから、在宅医療に関しては地域の医師会、開業医、それから訪問看護ステーションとの連携によって現在のところ対応しております。

4番に切れ目のない医療、介護サービスの提供に向けて尾鷲総合病院の取り組みということですが、これが地域包括ケアに当たるとは思いますが、現在のところやっている取り組みとしては、地域で切れ目のない医療・介護サービスが提供できるように、紀北医師会が中心となって立ち上げられた医療、介護、福祉の関係機関の多職種で構成される尾鷲市・紀北町在宅医療介護連絡協議会に尾鷲総合病院も参加して顔の見える関係づくり、それから各機関の情報提供、それから症例検討などを継続して実施しております。

何しろこの地域の医師会の先生方というのは数的には少ないんですが、逆に数が少ないので、顔の知らない先生はおりません。私自身もどの開業医の先生にも本当に助けていただいて育てていただきました。そういう意味で医師会と、もちろん医師会の事務局も尾鷲総合病院にありますし、そういう意味では医師会と尾鷲総合病院の連携、基幹病院との連携がとれている地域というのは幾つかありますけれども、最も親密度の高い地域だというふうに私としては自負しております。

それから、尾鷲総合病院を退院後、最適な医療・介護サービスが受けられるよう、地域の医療連携、医療機関、ケアマネジャー、訪問看護師、介護施設等と密接に連携を図りながら退院調整を行っていきたいというふうに考えております。

終わりに、私は1996年3月から当院に赴任しております。22年間ここで医者をしていただきまして医師として育てていただきました。まだまだ未熟者ではありますが、その中で赴任当時から見ますとこの地区での人口減少はもちろんのこと、交通事情、産業、それから医療環境は大きく変化しております。

医療のことを申し上げますと、赴任当時はここに赴任しておると救急搬送という伊勢まで行くと車で往復3時間、峠越えは横に揺られて何回も行きました。それが今ではドクターヘリで、きょうのような天気ですと連れて行っていただけます。

場合によっては、きのうの事故の案件のように、重症と判断をすれば直接ドクターヘリで伊勢の赤十字、三重大学附属病院に搬送されるというふうに、そういった重症患者さんの搬送に関しては僕らが昔ここに赴任した当時に比べるとかなり夢のように近い状況だというふうに私自身は感じております。けれども、医療の高度化によって病病連携は盛んになりましたので、病院間搬送も増加しております。

一方、超高齢化社会では介護ケア、医療ケアの必要な方も当然お見えになります。けれども、医療圏の人口減少ももちろんなんですが、同時に労働力である医療者の減少というのもこれは無視できない現実です。今までは医師不足というのがすごくクローズアップされて病院の勤務医が不足しているということがすごく叫ばれまして、今までもこの一件に関しては議会の先生方にも非常に御議論いただいた部分もあったかと思いますが、僕はこれより今後看護師、またそれ以外の技師ですね。そういった医師以外の医療者全ての人手不足というのが今後10年間に直面してくるというふうに思います。

昨今までの議会における当院に関する議論は施設設備というものが中心でございました。しかし、今回の議論では今後のこの地域の医療体制の構築ないしはその中で当院の位置づけを議論していただいたということは、私にとっては非常に喜ばしいことだというふうに考えております。

私は昭和40年生まれの53歳です。私が現場を退く時期というのは当然12年後に来るわけです。そのときに次の世代にバトンタッチできる、地域の医療ニーズに対応した継続可能な医療体制を構築できればというふうに私は考えております。2025年以降の東紀州地区における尾鷲総合病院の医療機能、あるいは体制について引き続き御議論していただきたく存じます。

以上をもちまして、病院長としての私の考えを述べさせていただきました。活発で前向きな議論をお願い申し上げます。

それでは、総務課課長より3ページ以降の資料について御説明させていただきます。

○南委員長　それでは、引き続き資料の説明をお願いいたします。

○平山総合病院総務課長　それでは、資料3ページのほうをごらんください。

資料3ページにつきましては、前回の行政常任委員会における各委員からいただきました御意見に対する考え方等についてということで、3ページのほうがDPC制度関係、左の欄に委員さんからいただきました御意見、御質問と右側に意見に対する考え方等ということでまとめさせていただいた資料でございます。

まず、DPC制度関係で①尾鷲総合病院と同規模公立病院のDPC制度への参加状況はどうかという御質問をいただきましたので、こちらにつきましては資料の5ページをごらんください。別紙1でございます。

こちらのほうは同規模公立病院、一般病床100床から199床のDPC制度へ参加状況ということで、一番上の表が全国の自治体病院の病院数、こちらが887病院でございます。

そのうち一般病床1床から199床の病院が436病院、うち入院基本料の看護配置が7対1、または10対1の病院、これはDPC制度の対象病院ということで、こちらが315病院。315病院のうちDPCに参加している病院につきましては49病院でございます、割合といたしましては15.6%となっております。

次、2段目の表でございます。こちらが一般病床1床から99床までの病院数が285病院、うち看護配置が7対1、または10対1の病院で177病院でございます。うちDPCの対象病院は7病院で、割合としましては4%となっております。

次、3番目が当院と同じ規模の一般病床100床から199床の病院、こちらのほうが151病院、うち看護配置7対1、または10対1の病院としましては138病院、138病院のうちDPCの対象病院といたしましては42病院となっております、割合としましては30.4%となっております。

当該資料につきましては平成28年度の地方公営企業決算状況調査をもとに集計をしております。

それでは、資料3ページのほうにお戻りください。

②DPC対象病院となった場合、早期に退院させられるのではないか、今までどおり入院が長期となっても継続した入院は可能なのかという御意見をいただきました

た。それに対しましては、D P C 制度への参加は診療行為の標準化と質の向上を図ること等が目的であり、早期退院を目的としているものではありませんということと、二つ目で、したがって、入院医療の必要性があるにもかかわらず早期に退院させることはございません。

3 番目で、また診療報酬制度上においても現在 1 0 対 1 の看護基準を採用していることから、平均在院日数は 2 1 日以内との基準がございますが、D P C 対象病院となってもこの基準には変更はありません。

なお、平均在院日数が 2 1 日を越えることになった場合につきましては、急性期一般入院基本料が算定できなくなり、地域一般入院基本料の算定になりますということで、こちらのほうも別紙に資料をまとめさせていただいておりますので、別紙 2、6 ページになります。

6 ページをごらんください。

こちらが診療報酬制度における入院基本料についてということで、右側の青色の部分が急性期一般入院基本料、当院の届け出を行っておる部分と、左の黄色の部分が地域一般入院基本料のそれぞれの区分ごとの点数を記した表でございます。

それぞれどう違うかということと下で下の囲いがありますけれども、右から一番上のほう、こちらが看護職員の配置基準、7 対 1 の部分につきまして入院基本料 1 で 1, 5 9 1 点というような見方になります。

あと 1 0 対 1 につきましては入院料の 2 から 7 までがございます。うち総合病院の算定点数につきましては入院料 6 の部分になります。黄色の部分でそれぞれ入院基本料 1 と 2 は配置基準が 1 3 対 1、入院料 3 が 1 5 対 1 ということで、表の 2 番目ですが、こちらのほうは重症度、医療・看護必要度 1 というそれぞれの入院料に対する基準でございますけれども、こちらにつきましては対象の病棟に入院されている患者さんについて、それぞれの医療・看護必要度を毎日測定しまして、直近の 1 カ月の該当患者の割合を算出するという基準を示したものであります。

それぞれ入院基本料に対する平均在院日数が一番下の部分でございますが、7 対 1 の部分については 1 8 日以内、1 0 対 1 については 2 1 日以内、地域一般入院基本料の 1 3 対 1 については 2 4 日以内、1 5 対 1 については 6 0 日以内というそれぞれ決めがございます。

先ほどの御質問の中で、総合病院は 2 1 日以内の基準が満たさなくなったという場合はこの 1 3 対 1 の入院基本料 1, 1 2 6 点という部分に変更になるということで、これまでの診療報酬をベースに仮にこちらのほうへ移行したとしますと年間

で約1億円超の減収になるというような内容となります。

それでは、また資料のほうは3ページにお戻りください。

3番のぼつの2番目ですけれども、尾鷲総合病院は現在365日24時間による救急患者の受け入れを含む急性期医療を中心に提供しているが、医師や看護師等の人数、施設、設備、経営面など、限られた医療資源の中で急性期から回復期、慢性期、さらに退院後の在宅医療まで全てに対応することが現状では困難でございます。以下につきましては先ほど病院長の説明のほうでもありましたので、こちらのほうは省略させていただきます。

次に、④のDPC対象病院になると増収が見込めるとしているが、今までどおり長期入院が継続された場合、診療報酬は減収とならないかという御質問に対しての考え方といたしましては、平成29年度の一般病棟に入院された患者さんの診療実績をもとに試算した結果6.9%の増収が図れるとなったものであり、この試算の中には平成29年度に長期入院された患者さんも含んでいることから、減収分も加味した結果となっております。

ただし、この中でここ数年で人口が平均で2%程度減少しております。その中で医業収益につきましても平均2%程度減少しているという現状がございます。

次に、⑤でDPC対象病院となっても高度急性期病院からの転院はこれまでどおり受け入れてもらえるのかという御意見でございます。こちらに対しましては、これまでどおり受け入れを行い、患者さんの状態によって一般病棟もしくは平成31年度から設置を予定しております地域包括ケア病棟に入院をしていただきます。

次に、⑥退院は医師の医学上の判断に基づき行うとしているが、現状としてケアマネジャーや病院の地域連携係が大変苦勞して退院先を探している状況があり、DPC対象病院になればさらに早期退院となり、退院先を見つけることが困難になるのではないかという御意見がございました。こちらに対しましては、尾鷲総合病院がDPC対象病院を目指すのは早期退院を目的としているものではありません。現在患者さんが退院後、適切な医療、介護サービスが受けられるよう、病院の地域連携係が地域の医療機関、ケアマネジャー、訪問看護師、介護施設等と密接に連携をとりながら調整を行っているところであり、DPC対象病院になっても引き続き地域の関係機関としっかり連携をし、対応を行ってまいります。

次に、⑦でございます。DPC対象病院になった場合、終末期などのリハビリが困難な患者さんの受け入れはできるのかという御意見がございました。こちらにつきましてはこれまでどおり受け入れを行い、患者さんの状態によって一般病棟、も

しくは平成31年度から設置予定の地域包括ケア病棟に入院をしていただきます。

次、⑧で入院費の計算が包括算定になることにより過少診療になるおそれがあるのではないかという御質問、御意見をいただきました。こちらに対しましては、診療行為につきましては医師が医学上の判断に基づき適切に行わせていただきます。

⑨DPC対象病院になることによる病院側のメリット、デメリット、また患者さんがメリット、デメリットは何かという御質問をいただきました。こちらのほうは表にまとめさせていただきましたが、病院側のメリットとしては分析システムを導入することにより診療内容を可視化できます。それにより診療行為の標準化と質の向上が図られるということ。

次に、診療内容の可視化分析を行うことにより職員の経営意識の向上が図れるということ。

あと、次に医業収益の増収により経営改善が見込まれるということ。

次に、研修医の研修環境の充実が図れるということと、あと最後に診療報酬請求事務の簡素化が図れるということをメリットとして上げさせていただいております。

デメリット部分というのは今のところ見当たらないという考えでございます。

次に、患者さんのメリットにつきましては、診療行為の標準化により質の高い医療の提供が受けられるということ、過剰診療の予防が図られるということと、病院によって入院費が決められる包括払いとなることから、入院費の目安がわかるということもメリットとして上げております。

ただし、デメリットとしましては、出来高払いから包括払いになるということにより従来の計算方法から変わることによって入院費が高くなる場合がある。ただし、診療内容によっては安くなる場合もあるということもデメリットとして上げさせていただいております。

次に、⑩のDPC対象病院になる場合、予算計上時期と予算額は幾らになるのかという御意見、御質問をいただきました。

こちらにつきましてはDPCデータの分析システムが制度への参加により必要になってくるということで、こちらは平成30年9月の補正予算で約440万円、DPCの請求プログラムシステムにつきましては平成31年度の当初予算で約290万円が必要になるのではないかと現在のところ試算を行っております。

続きまして、4ページのほうが地域包括ケア病棟の関係の委員さんからの御意見と意見に対する考え方でございます。

①の療養病棟において平成31年4月から地域包括ケア病棟入院料を算定する予

定としているが、なぜそのように急ぐ必要があるのかという御質問をいただきました。

こちらにつきましては現在療養病棟では療養病棟入院基本料2の届け出を行い、算定をしているところですが、診療報酬制度上、医療の必要性の高い患者さんの割合が5割未満であることから、所定点数の90%の減算での算定となっているとともに、当該届け出を行っている入院基本料の算定できる期間というのが平成31年度末までとなっております。期間満了までに他の入院基本料に変更する必要があるということがまず一つの理由でございます。

次に、平成29年3月に県が策定した地域医療構想において、東紀州区域で2025年に目指すべき医療提供体制の方向として、回復期機能の一層の充実が求められていますということ。

次に、平成31年度末で療養病棟入院基本料2の算定が期間満了となった場合、地域包括ケア病棟への転換、あと介護医療院への転換、病棟廃止の三つの選択肢が考えられますが、地域の医療ニーズを考慮し、地域包括ケア病棟への転換が最適な選択と考えております。

なお、介護医療院については病院事業会計とは別に設置、運営に関する規定を定めるとともに、病院事業会計とは別に会計を設けて管理することとなります。

次に、②平成31年4月から地域包括ケア病棟入院料を算定するに当たって、看護基準が13対1と手厚くする必要がある中で、現在の看護師数で見ると三、四名不足することとなるが、充足しなかった場合はどうするのかという御意見をいただきました。

こちらにつきましては、看護師の来年度の新規採用につきましては平成30年6月末現在でございますが、内定者及び修学資金貸与者で5名の確保、見込みが立っているとともに、さらなる確保に向け現在看護師要請学校に訪問するなど、看護師数の充足に向け取り組みを行っているところでございます。病棟の勤務の看護師の平成30年度末定年退職の予定者としては現在のところ1名ということになっております。

次に、普通退職者の増加等により看護師が充足できなかった場合は透析センター等からの配置転換を考え、病棟の看護師数を確保していく予定としております。

次に、③で地域包括ケア病棟入院料は60日を限度として算定できているが、それ以降は退院させられるのかという御意見をいただきました。

こちらにつきましては、診療報酬制度上、地域包括ケア病棟入院料の算定は60

日以内となっておりますが、引き続き入院医療の必要性のある患者さんにつきましては継続して入院していただくことになっております。

それと申しわけございません。今説明させていただいた③の部分で、別紙3を添付させていただいておるが、ちょっと説明を飛ばしてしまいましたので、資料の7ページのほうをごらんください。申しわけございません。

こちらのほうは同規模の公立病院100床から199床の状況はということで、こちらは138病院ございます中42病院がDPCへ参加しておるということで、各病院につきましてアンケート調査と聞き取りを行わせていただきました。うち31病院から回答をいただいておりますので、それぞれの聞き取りをさせていただいた状況をまとめた表でございます。

ちょっと字が小さいので見にくいのですが、上のほうから1番の岐阜県郡上市の郡上市民病院から31番、兵庫県芦屋市の市立芦屋病院までの31件ございます。このうち病院名の横に一般病床数を記載させていただいており、その横にDPCの参加年月日を記載させていただいております。

それ以降、地域包括ケア病棟の設置の有無ですとか回復期リハビリテーション病床の設置の有無、また緩和ケア病棟の設置、あと老人保健施設併設の有無ですとか、あと訪問診療を実施しておるか、また、訪問介護の実施をしておるかというところを記載させていただいており、こちらのほうは計といたしましては地域包括ケア病棟の設置の有無につきましては21病院が設置、回復期リハビリテーション病棟につきましては5病院が設置しておるといような状況でございます。

緩和ケア病棟の設置につきましては4病院、老人保健施設の併設の有無は4病院で、以降の訪問診療の実施を行っておられるという公立病院につきましては19病院、訪問看護の実施を行っておるとい病院が17病院ございました。

表の右側につきましては平成28年の一般会計繰入金状況と純損益、あと同じく平成28年末処分利益剰余金または未処理欠損金のそれぞれの病院の額を資料として記載させていただいております。

これらの調査をさせていただきまして各病院の状況を調べさせていただいたんですけれども、各病院の機能につきましてはそれぞれ地域ごとに求められている役割ですとか病院の医療提供体制、地域の医療環境が不足しているという状況が見られまして、なかなか一概に評価することというのは難しかったんですけれども、これらの聞き取り等を行っていく中で病院の規模を見ますと150床を越える病床を有しておられる病院の医師数を記載していないんですけれども、調べますとそれ

ぞれ平均で20名から30名の医師を確保されており、訪問診療等を実施されている状況であったということを御報告させていただきます。

資料の説明につきましては以上でございます。

○南委員長 ありがとうございます。先ほど来小藪院長からのDPC制度参加へ向けての尾鷲総合病院の考え方、それに平山総務課長のほうから先般行われました行政常任委員会の席上、各委員さんから出されました質問や意見等についての回答の説明をしていただきました。

これらの説明について御意見のある方は御発言を。

○高村委員 ちょっと私の理解が間違っていたら指摘していただいたらいいと思うんですけど、今までの説明を聞いて私なりに理解したと思うんですけど、この三重県地域医療構想というものができましたね。それで、尾鷲市の病院は今までおくれていたから、おくれを取り戻すためにDPC制度をやるということですか。違うのかな。

○河合総合病院事務長 申しわけありません。その地域医療構想とDPCの参加というのは別の話でございまして、DPCは診療報酬制度上の診療報酬の点数の計算の方法の話ですので、ちょっと話は別になっております。

○南委員長 高村委員、よろしいですか。

○濱中委員 DPC制度に関しましてはもうここ数年来いろんな議論をさせてもらっておりまして、経営上のメリットということは十分理解をしております、病院経営の上ではとても有利な報酬制度であるということは理解した上で話なんですけれども、その中で少し前に小藪院長とも終末期ということに関しては総合病院が担うべきところは大きいでしょうねというお話をいただいておりますので、そこに関しては私は頼もしくうれしく感じておりました。

でも、そのときはこのDPC制度の話は別として私は受けとめておりましたから、少しそのあたりも含めてお聞かせいただきたいんですけども、病院の経営に対してのDPC制度ということに関して有利なこと、それとこの地域において医療をどう提供するかというのは私はちょっと別の議論が必要なのかなという気がしております、DPC制度を採用する上で、私はするなとかしろという話ではなくて心配があるという話をしてきました。

その心配の一番がやはりこの終末期をどう扱うのかという、これだけ高齢化してきている中で慢性期をどうするのか。あと無医地区がある中で在宅医療がかなうのか。恐らくきょうそういった問題点は病院経営とは別の話かなと。福祉の分野で

聞かせていただかんなん話かなと思いますので、そういった在宅医療に関して、病院が不足する部分を補う在宅医療の部分に関しては市長の医療政策という形で聞かせていただかんなんのかなという気がしております。

それで、この中でまず1点、市長に総合病院がこういう政策移行をした場合の地域の医療をどう考えるのかという考え方をまずお聞かせいただく。そういう大きい部分が必要かなと思っております。

それと、もう一点なんですけれども、尾鷲総合病院に不足する医療機能という中で高度な急性期、それは大学病院へ行く、赤十字へ行くということは理解しておりますし、私もその経験をする中ではすごく心強いバックアップをしていただいているなど。ただ、慢性期医療ですね。この部分がすごく市民の皆様も不安視されている部分なんです。ここに第一病院、長島回生病院との連携により対応というふうになっております。もうこの地域ではここしかないんですよ。

これは総合病院の事務方にお聞きしたいと思います。私が聞く限りでは病院ベッド稼働率が100%に近い形でここ数年動いているというふうに聞いておりますけれども、今回こういった資料をつくる上でどういった相談をされたりとか、対応の連携をとったりという、そういったネットワークの構築がどうなされているのかなというのが気になっております。この慢性期を担っていただく、ここは私ですから、両方とも。公立病院同士の連携ではないものですから、どういったネットワークがつけられているのかなと。そのあたりを2点、まず市長のほうからもお聞きしたいと思います。

○加藤市長 濱中委員の御質問に対しては、特に終末期、慢性期、あるいは在宅医療、こういったものに対する、正直申しましてこの病院が大枠としては一応賄えますけれども、100%じゃないわけだね。その一部分をどういう形で今後対応していくのかと。これは非常に大きな問題だと思っております。

今回この4月から発足しました地域包括ケアシステム、これをどうやって具体的にやっていくのか、対応していくのかと、僕はここが肝心だと思っています。正直申しましてこれはスタートしたばかりですので、基本的にはやはり今そういう組織化とか、関連図とか、そういったものは全部でき上がっていて、それを具体的にどう推し進めていくのかということは今後密に進めていきたいと私自身は考えております。

○河合総合病院事務長 長島回生病院の連携の件ですけれども、現状としまして昨年度でいきますと年間18件の転院を長島回生病院のほうにやっております1.

5 ぐらいですかね、1 カ月平均は。今年度においてはまだちょっと少ないですけども、2 件の転院をさせていただいておるということで、退院調整する中で日常的に長島回生病院のほうと地域連携をとっておるということで考えておりますけれども。

○濱中委員　市長ありがとうございます。システムづくりが今後の確認という、そのあたりが実は不安なところでありまして、と申しますのは、先ほどこちら側から以前の委員会で質問した中で早期退院が目的の制度ではない。これはもちろんそうなんですよね。早期退院になるのは医療が高度になるから、それだけ短い期間で退院ができるからという、そういった上で早期退院という言葉が使われてくるようになってきているということは理解しております。

ただ、前回の一般質問でも確認させていただいたように、30 日以上であるとか 90 日以上入院の方がいらっしゃる。実は今回の18年度の医療報酬改定の中で強制退出ですね。DPCの参加要件にかなわなかった部分に関しては、例えば看護師の配置ですとか、そういったものがかなわなかった場合はもう退出していただくというようなことに決まっておりましたけれども、今回その中に、今回の改定には盛り込まれておりませんでした。診療密度が低い、在院日数が長いというもの議論がございました。これはDPCの評価分科会のほうでありました。

診療密度が低いというのは診療が疎診であるという意味ではなくて、例えば痛みをとめるだけとか、あと栄養補給をするだけ、だけど、医療行為が必要といった慢性期の患者さん、そういう人が多いところとか、それによって在院日数が長くなってしまふ方が多い割合、そういったものが果たして急性期のDPCにかなうのかどうかという議論も始まっていると聞いておりました。今後の次の32年、34年の改定に向けてはそういったあたりも議論がされていくように報道がされておりましたので。

恐らくこれからこの21日という日程を超えてくる部分に関してはDPCの対象の中でどうなのかという議論があるのかなと。そうなった場合、やっぱり慢性期の方たちの受け皿が確保できる約束ができないと、ここに書かれておりますこのまま受けますよというところが果たしてこの2年先、4年先も担保できるのかなということをご心配しております。そういったあたりで安心できる材料があるならばちょっとお答えいただきたいなと思っておりますけど、いかがでしょうか。

○南委員長　どちらのほうですか。事務方ですか。きょうはせっかくお忙しい中を病院長が御同席されているということで、できたら病院長の考え方というのが僕

は診療行為については一番詳しいので、もし発言があれば。

○濱中委員　それは院長にお答えいただくのが一番心強いんです。というのは、やはり市民の方が今後の医療制度の変化の中で自分たちが総合病院でこういった医療を受けさせてもらえるのかということをお心配しておりますので、ここでお言葉をいただけるんやったらそれが一番心強いかなと思いますので、方向性としてどう考えるのかをお聞かせいただきたいと思います。

○小薮総合病院長　病院長でございます。

濱中委員さん、御指摘ありがとうございます。僕はさっきお話を聞いておって最初のこっちの地域包括ケアシステムに含めての話はそのとおりだと思います。

そこら辺はすごくうなずけるところなんですけど、病院を運営していくに当たってやはり個々の部分というのも当然あるんですけども、ある程度組織、要するに箱物で物を運営していくというのはそれなりの人の数というか、もちろん患者の数というのも当然必要です。例えばこの1人の患者さんだけのために全部がかかわるかと言ったら、そういうわけではないですよ。

先ほど話がありましたように、診療密度の低い患者さん、だけど、診療密度が低いかいけれども、例えば最初にお話がありました終末期ですね。終末期の患者さんの対応がどうかという話になりますが、終末期には例えば一般的に終末期というところとまず頭に浮かぶのはがんだと思うんですけども、がんの終末期とそれから今この地域ですごくふえているのは老衰の終末期ですよ。もう虚弱高齢者の方の老衰になってお亡くなりになっていく患者さん。

どちらが多いのかと言われるとなかなかこれは難しい議論なんですけど、病院の体制によっても違います。例えばがんの患者さんをたくさん持っていて、そういうふうな患者さんであれば当然がんの終末期を診る場合が多いんですけども、残念ながらうちの場合はどちらが多いかというと、最近は慢性疾患の終末期の方が多いですね。

そうすると、例えばがんの終末期であれば緩和ケア病棟というものをつくって、そこで運営すれば病院の運営上も、それからいろんな意味でもすごくクオリティーが上がることになるんですけども、残念ながらどちらかということ、残念ながらという言葉がちょっと適切かどうかわかりません。間違っていたらごめんなさい。ただ、要するに虚弱高齢者の衰弱でお亡くなりになる方のほうがむしろ多いですよ。

そういう方というのはどこで診ていくのか。それを一般病棟で、要するに急性期病棟で診るのか。それか場合によって地域包括ケアで診るのか。それか本当に今後

は養老院という形になっていくんだらうけれども、そういう部分で診ていくのか。これはそのときの場合によって変わってくると思うんですね。

例えば在宅に関しては今医師会の先生方がすごく一生懸命やっただいておられます。医師会の先生方に一生懸命やっただいていますが、やはり医師会の先生方も皆さん高齢化になってきているんですね。それで、おみとりするだけでもいつ呼ばれるかわからない。夜の夜中に呼ばれて次の日の朝から診療しなくてははいけない。そういう現実を考えるとなかなか限界があるんですね。

実際問題、本当は夜中にお亡くなりになられても、御家族の方がそのままそっと見ておいてもらって、次の日の朝にその先生が、24時間以内であれば診断書を書いてこれも合法でございます。死亡診断書は24時間以内であればそのときに立ち会わなくてもいいんですね。

そういうふうな形でいけば医師会の先生方もできるんですが、やはり市民の皆さん、御家族が息を引き取られたときに医者がいないのはすごく不安でやっぱり先生を呼ぶ。場合によってはその先生方も個人院ですので、人でありますので、尾鷲を離れて外出されてみえる場合もあります。そういった場合にいつでも尾鷲総合病院を使ってください。

それから、在宅医療をしていたけれども、家族は一生懸命最期まで見る覚悟でやっていたけれども、実際はもう最期を見るに見られない。それから、痛みがとれない。そういうふうな場合にやっぱり白旗を上げられたら、尾鷲総合病院は終末期でも全然問題がありませんから引き受けますということを医師会の先生方にも申しております。

そういう形でこの地域で、僕としては地元で、このごろ独居の高齢者の方も多くて、御家族はほとんどみんな東京だとか名古屋とかにおってこっちの親戚は誰もいないという方も結構お見えになるんですが、御家族の方が尾鷲にお見えになるのであれば、尾鷲でお亡くなりになられるのが一番の緩和だというふうにご考えておりますので、僕としてはそれをこの地域で診たいというふうには考えております。

ただ、そこでどういう体制で診るのか。これは濱中委員さん、それぞれの事情というのがございますので、もうその中で一番ベストはとれないですけど、ベターな部分で精いっぱい僕たちとしては考えて対応したいと思っています。お答えになっていきますでしょうか。

○南委員長 周りの方もおりますので、簡潔にお願いします。

○濱中委員 本当に院長が今在宅でやられておる医師会の事情であるとか、あと

患者さん本人の事情、家族さんの思いということをごきちんとして把握されて御答弁いただけたことはすごく私はありがたいなと思って聞いておりました。

なので、本当に最後に言われたどういう形にするのか、システムがどう必要なのかというその部分やと思うんです。私が心配しているのは、本当にD P Cの急性期の病棟とケア病棟だけでこの終末期が診られるのかどうかということをご心配しておりますので。

ここの中にも介護制度を主とした医療院の部分も書かれておりますけれども、それが要るのか要らないかの議論も、この病院をこれから経営していく中では、必ず机上に乗せた上で地域の方に安心を提供していただきたいと思うんですけれども、そういったあたりを恐らくこれになりますときっと病院とのやりとりだけではなくて福祉との確認も必要やと思いますし、そういった部分でまた今後議論は必要になるかとは思いますが、そのあたりを御理解いただきたいと思っております。

○小藪総合病院長　その辺の部分は、先ほどうちの課長が申しあげましたように療養院という部分は病院と切り離れた会計になります。ということは、これはまた市のほうがそういった検討を病院以外でもしなくてははいけない。ですので、病院単独でするには療養院への移行というのは事実上難しいというのが現実でございます。

それと、もう一つは、先ほど濱中委員が民間だからなかなかそんな行政の及ぶところではないというふうに申しあげてみえましたが、例えば第一病院もこれをどうしていくのか。まだ決めかねているというのが現状です。

ですから、そういった今実際に慢性期病棟を今後どうしていくかということに関しては、第一病院とかがどういうふうな動きをするのかによっても変わってきますので、その辺はまだこれから協働して考えていかななくてははいけない部分だと思っておりますので、当院の見解だけではちょっと結論的なことは申しあげられないというのが現状でございます。

○南委員長　他にございませんか。

○三鬼（和）委員　総務課長の説明にもあったんですけど、5番やったかな。高度急性期とか慢性期とか、亜急性期というんかな。そういったのが地域包括ケア病棟に入院というのは、これは現状として総合病院が今診療されている方でこの亜急性期というんかな。こういったのとこれから設けるであろう病床については大丈夫なんですか。バランス的には、この辺をちょっと確認したいなと思うんですけど。

○小藪総合病院長　地域包括ケア病棟に関しては60日という一つの限定がついて、これはもう一つの前提になっておりますので、60日以内の病床という形にな

っております。ですので、60日以内に退院をして例えば施設なり、在宅なりに移行できる患者さんが基本的に中心になります。けれども、高齢者の方ですので、必ずしもそれが予定どおりにいくとは限りません。

ですので、例えば高度急性期で治療をしてきた。治療としては完結したので、こちらにリハビリなり、それから在宅へ向けてのブリッジングと僕らは言いますが、橋渡しの、入院のつもりで来たけれども、やっぱり入院中に肺炎を起こしちゃったということも当然あるわけなんですね。その際に肺炎として一般病棟への移行を考えるのか、それともそのまま地域包括ケア病棟で治療するのかということに関してはそのときのケース・バイ・ケースによって変わってきます。

例えば今の慢性期病棟と何が違うかということ、慢性期病棟というのは基本慢性期病棟で悪くなくてもほとんど治療手段が本当に限定的なものなんですね。ちょっと点滴をすとか、少しだけお薬をつくる。けれども、例えば地域包括ケアであれば限定されて今すぐには言えませんけれども、簡単な小処置だったり、それから手術だったり検査ということもできます。

ですので、治療も継続してできるので、治療をそのまま地域包括ケア病棟でするのか、ないしは一般病棟への移動でやるのかに関しては、ちょっとそのときのケース・バイ・ケースで変わってきます。

でも、今のうちの病院の位置づけとしては超急性期、急性期はうちで診られますけど、そうじゃなくて三次救急、いわゆる超急性期に関しては今も伊勢の赤十字だとか、大学だとか、そういうところに行っていた後、その病院では余りそれ以上の入院ができませんので。

そちらからの患者さんはこちらからお願いする関係上、もうできるだけ速やかに引き受けてこちらでそのためのブリッジングをするという役割は、これは当然うちの病院としては非常に重要な役割でございますので、これはそのときの患者さんの状況に応じてどちらに振り分けるかはケース・バイ・ケースで変わってきますという状況です。

○三鬼（和）委員　その辺は我々は全然病院に対して力が云々じゃないんですけど、相談を受ける部分に関してはそういった亜急性の部分で入院できないかどうかという患者さんがかなり多いと思いますので、その辺が今回医療としてやっていく中できちっと柔軟性を持って対応してほしいというのが1点。

それから、もう一点は、これは昨年東京のほうで、市立美濃病院なんですけど、これも200床以下で黒字に転換というのか、業務委託からそういうのも全部見直

して黒字化しておる中で、D P Cをやって地域包括病床も既にやられておって、成功しておる例として講演を聞いたんですけど、そこでは慢性期というか、そういった病気の一つで糖尿病を例に挙げると、病院の中に糖尿病センターみたいなものをつくってそういった慢性期の方を対応しておるといいうやり方というんですか。

こういったのもありましたので、そういった考え方も含めて漠然とD P Cをやってこういった国の方針どおりの医療体制をしていくというのではなしに、やっぱり地域というのか、田舎独特のある慢性期はどういった病院が多いのかということを含めた形の中で、そういった柔軟な対応も必要ではないかなと思うのが1点。

もう一点は、先ほど先生も定年までおってくれるということで院長先生もあれなんですけど、私が聞いておる限りでは先生とか加藤先生がかなり24時間365日体制の中では御無理をしてくれておるといいうか、年齢的にもそういったのがあって、院長先生の先ほどの説明の中では、医師不足だけではなくほかのところというのはあったんですけど、でも、医師不足は24時間365日診療に対しても弱くなるか強くなるか。これによって将来的にD P Cに変えたときの診療報酬の大きさというのはかなり比重を占めるといいうんです。この部分が半分ぐらい比重的には占めるんじゃないかなと思うんですけど、この辺についてはいかがですか。

この辺については市長も医師の確保というのは院長ともどもやってほしいなと思うんですけど、やっぱり住民を安心させていくという中ではその辺は大事じゃないかなと思うんですけど、この辺についてちょっとお考えがあったらお聞かせ願いたいなと。

○小薮総合病院長 病院長でございます。

まず、1点目の御指摘ですね。別にこれは言いわけをするつもりではございませんけれども、例えば同じぐらいの病院でこれぐらいの機能を持っていてというふうな、もちろんシチュエーションはあると思うんですけど、例えば周りの環境、僕がちょっと最初のところでお話し申し上げたように、ここはほかに病院がない、ここしか、唯一の総合病院であるという位置づけの中で、例えばもちろん内科、外科、整形もそうですけれども、今は子供さんが非常に少なくなっているけれども、小児科であったりとか産婦人科であったり、もちろんこんなことを言ったらあれだけど、利益が出るということは到底想定をしていない診療科もそろえて住民に安心を提供するという部分が多少ございます。

そういうふうな部分がありますので、その病院の詳しいことはちょっと僕も存じ上げないのでわかりませんが、そうなってくると経営改善は、僕らとしては

毎日努力はしておるつもりなんですが、市の財政におんぶに抱っこにならずに済むかと言われるとなかなか難しいのが現実です。

先ほど何とかセンターという部分ですね。これというのは病院によって非常に事情が違ってきます。例えばそういった糖尿病センターをつくられたということは、もしかすると糖尿病を専門にされているちょっとベテランの先生が赴任をされた。その先生がある程度永続的におってくれるというふうなそういったシチュエーションがある。ないしは大学から糖尿病の人間を継続的に派遣してもらえるめどがつく。そういうふうな部分がないと何とかセンターというのはなかなかつかない。

今非常にはやりでどこの病院も消化器センターであったり、脳卒中センターであったり、センターという名前がつくのが非常にはやりです。しかも、昔ですと内科とか外科、例えば循環器でも循環器内科と心臓血管外科が別々にやっていたんだけど、そうじゃなくても一緒にやってやるために例えば循環器センターをつくる。それから、脳卒中の神経内科とそれから脳神経外科が別々にやっていたんだけど、脳卒中センターをつくって一緒に活動する。それは今の時流の流れでございます。

その中で先ほど三鬼委員が申し上げた糖尿病が慢性期の患者さん、それから、例えばさっき言ったように地域包括ケア的な役割部分を担う状況になってというふうなことは、病院の中で、しかもその担当している医師の考え方によって非常に分かれるところで、例えば逆にセンター化をしてしまうとそのセンター、自分の疾患は診るけれども、ほかの疾患はほかに回すという場合もあるんですね。ですので、それはその病院病院によって事情が非常に、中に入ってみないとわからない部分というのは結構あるんですね。同じ三重県内であっても。

僕らも転勤して、僕は尾鷲で22年間先ほど申し上げたようにさせていただいているので、尾鷲病院、それから尾鷲市というものは人より一番知っているつもりではございます。けれども、やっぱりここでも同じですよ。尾鷲独特のローカルルールってありますよね。どこにだってローカルルールはあるんですよ。

ですから、そのローカルルールの中でどういうふうにするのかというのは、やっぱりローカルルールを外すと非常にやりにくい制度もあり、必ずそういうのはありますよね。逆にそういうところへ自分のルールを持ってきて、俺はこういうやり方をするんやと言うと中で非常に不協和音が起こって、結果的にその先生に力があると非常にいい方向に向く場合もありますけど、やっぱりその時期には亀裂が発生するんですね。話が半分飛んでいって申しわけないんですけど。

ですので、何を言いたいかというと、ローカルルールの中でやっている部分があります。うちはどうかということ余り専門の診療科を標榜せずに、例えば僕は循環器ですし、それからうちも消化器の人間もおりますし、それから循環器、腎臓をやっている人間もいます。僕は循環器と透析をやっているんですが、それやったら僕はそれだけしか診ないかと言われていたとそんなことは言っていない。僕らは内科として一緒に活動していて、もちろんピュアな消化器の患者さんを僕が担当するのは患者さんにとって不利益が生じますから、そういうことはしませんけれども、それは内科医としてみんな対応しようと。

ですから、その中で例えば循環器の患者さんが胃潰瘍になれば、一緒に仕事をしておる消化器内科の人間に助けを求めて一緒にやるとか、そういうふうな形で対応しています。ですので、それは病院によって体制の違いというのが当然ありますので、ちょっとお答えになっているかどうかわかりませんが、そういう事情がございます。

2点目に関して、2点目は医者確保ですか。医者確保に関しては私自身も努力しているつもりではございますが、残念ながら私の力不足でなかなか医師がふえるという状況にはなっておりません。けれども、地域推薦の若い先生方が今もう3人医療の現場に出ています。その先生方は尾鷲の紀北地区の出身の先生方でございます。

その先生方が一人前になってもう一回ここに帰ってこようというふうに思えるような医療状況を、要するに病院の状況だとか、その人たちがここへ帰ってきて研修してもいいなと思えるような病院。それから、もう一つは帰ってきて自分たちが活躍できるという病院を目指して、彼らにできるだけバトンタッチをしたいなというふうに思っています。

うちの常勤医は15人として少ないです。この15人で24時間365日の救急、当直をやるのは、悪いけど、もうこれは過労死に至る、今働き方改革じゃないですけども、そういう状況になります。その部分に関しましては非常勤の先生にかなり助けていただいております。

大学病院、それから伊勢の赤十字、それからここを経験してほかの病院に移って病院の事情を許される先生方に、この事情を多少知ってみえる先生方を中心に夜の当直、それから週末の日当直もお手伝いしていただいておりますので、もちろん待機体制、要するに内科の医者が当直しておるときは外科なり整形なりというのはまたそれは別に対応が必要なんですけれども、当直だけに関しては常勤医は半分

ぐらいの負担で済んでおります。

それから、もう一つは日曜日の日直体制ですが、そこに対してはもちろん当直医はおりますけれども、皆さんも御存じのように医師会の先生方の救急対応を一次救急に関しては、ほかの地域ですと別のところに箱物を作成しまして、そこに待機してそこで診療をするという体制がほとんどですが、ここに関しては僕とそれからもうお亡くなりになりました千種先生と画策しまして、うちの病院にやってくる普通の医者と同じようにうちの看護師、スタッフ、機器を使って検査をしていただいて結構です。病院にはいつも当直医がおりますからいつでもバックアップをいたしますという形で、そういう形で何とか24時間365日を運営しているという状況でございます。

以上です。

○三鬼（和）委員　いろいろどうもありがとうございます。確かに尾鷲風の医療体制というのが大事、色があるというのもわかりますので、たまたま私は糖尿を例に挙げて言っただけなんですけど、そういったことも含めまして診療体制が変わってもこれまでの慢性期というか、亜急性の患者さんに対して不安がないような形というんですか。

先ほどの院長先生の話を見ると患者さんも安心して総合病院へそのままいると大変かなと思われるというか、思うというところがあって、今までの何とかというのがそのまま変わらずだと思うんですけど、そういったことを含めてこれを取り組まれるのでありましたらその辺は置き去りにしないでしてほしいなと思います。

○小川委員　資料のほうの3ページのDPC対象病院になることのメリットというところがあるんですけども、DPC対象病院になりますとビッグデータといいますか、レセプトデータ、DPCデータは他病院のも見ることができるんですよ。それによって、ここにもありますように医療の質、また病院の質の向上につながるんじゃないかというようなことが書いてありますが、もうちょっと詳しく教えていただければなと思うんですけど。

○河合総合病院事務長　さっきの質の向上という部分ですけども、ビッグデータということで今でも一応DPCのデータについては厚労省には出しておるんですけども。

厚労省のほうのデータでいくと病院ごとの疾患別の件数とか、平均在院日数であるとか、後発医薬品の使用割合であるとか、あと施設の累計別の疾患別の処置状況の件数とか、本当にもうデータとして横並びになっておるだけやもんで、それをな

かなか活用することができないという中で、それを活用するにはすごく膨大な作業が必要になるという中で、分析ソフトを導入してきちっと他の病院の平均的な数字なり、平均的な治療方法というのが明確に表として可視化できるようになりますので、そういう表を活用しながら医師、各診療科とヒアリングを実施する中で、標準化なり質の向上なりというのを図っていく中で、尾鷲総合病院の病院の質というものを上げていければということを考えているところでございます。

○小川委員　　じゃ、このデータというか、これを活用することによって他病院との診療の比較であるとか、診療方針であるとか、そういうことがちゃんと比べられるんですかね。

○河合総合病院事務長　　他病院との比較はできるようになりますので、それは平均在院日数においても、そういう診療の単価によっても診療内容についても他病院の状況はわかりますので、そういう状況と比べることができるようになります。

○奥田委員　　きょう小藪先生が来られているので、小藪先生に後でちょっとお聞きしたいことが幾つかあるんですけど、まずはちょっと事務長にお聞きしたいんですけど、今回の資料は物すごく不満です。

まず、1点は修正しないでくださいよ、修正を。全部消えちゃうんですよ。一生懸命僕がメモをしたら全部消えてしまった。やっぱりこういう議会に出す資料というのは市民に出す資料ですから。

○南委員長　　奥田委員さん、その点については僕のほうからしっかりとまた改めて……。

○奥田委員　　ぜひお願いしますよ。こういうことは二度とないようにしてほしいんですよ。

それと、まず資料1から行きますけど、資料1の全国の実態ね。1床から199床、それで315病院のうちDPC対象病院が49病院しかない。15.6%やということね。これはこの前濱中委員も指摘していましたよ。

この前6月議会のときにはあなた方が出してきた資料を覚えていますか。何か1,730病院あるんですよと。49万床もうDPCが導入されていますと。病床数から言うともう83%も導入されておるんですよと。だから、尾鷲はやらなあかんのですわということをおっしゃったんですね。それを濱中委員はそれは違うでしょうとはっきり言われたと思うんですけど、15.6%やないですか。同規模で見たって。

こういうまやかしはよくないですよ。やっぱり市民に示す情報、情報提供という意味できちっとした資料を出してください。事務長。自分らの都合のいい資料だけ

6月議会へ出してきて、それでも議会に対して、市民に対してまやかしの説明をしたということで、それでいかんといてほしいなと思うのと。

それから、3ページで②のところなんかDPCの参加によって早期に退院をさせることはありませんとか、これはちょっとないで。だって、日本医師会からも出ておる資料なんか見ても、DPCが導入されたら平均在院日数は短縮されていますと資料が出ているじゃないですか。そのかわり治癒率は下がっていますよと。そういうデータをきちんと出しているにもかかわらず、こういうまやかしを書いたらあかんですわ。

これはそうじゃないですか。もう日数を超えた場合は地域一般入院基本料の算定によるんでしょう。これを見ると本当に明らかに、6ページを見るともうこれは診療報酬の点数が全然違うわけですよ。一定の日数を超えてくると。

だから、あなた方の収益を考えたら、長くおってもらったって点数が、短期の人をどんどん入れたほうが点数が高いわけですから、収益を考えたらそんなものどんどん出ていってくださいということになるやないですか。そんなもの。こういうまやかしを書いたらあかんですって、あなた方。もうデータも出ているんだから、日本医師会からの。だから、こういううそを書かないでほしい。市民に対するきちっとした情報を出してくださいよ。

それで、先ほども質の向上ということを言われましたけど、これは日本医師会からも言っていますが、質の向上は関係ないんですよ。これは包括払いか出来高払いかの違いであって、質の向上ということはどここのエビデンスもないと。比較はできるでしょう。比較はできますって、今でも。出来高払いでも比較はできるんだから。それを質の向上ということでそういうふうな言い方をする。これはどこに根拠があるんですか。どこから示したのか。

それと、もう一点だけ。しつこく言うのは。この中にあなた方の説明の中に三重県の地域医療圏構想がどうのこうのと書いておるんさね。これは地域医療圏構想、まだこれ、今。でも、〇〇〇先生なんてこれをやられたら尾鷲の医療はもたんとおるじゃないですか。これは療養病床も物すごく減らすんでしょ。今860だったかな。500幾つに減らすわけですよ。そういうことを……。

○南委員長　　ちょっと奥田さん、発言の途中ですけれども、今、固有名詞が出ましたので、できるだけ固有名詞は出さないようにお願いいたします。

○奥田委員　　じゃ、会長さんはそうやって言っています。地域医療圏構想の会長さんがね。その中でそういうことを言っておきながら、あなた方はそれを大上段に

構えて三重県の地域医療圏構想があるんですと言いながら、言いながらですよ。2ページの中では、2ページの(3)の②のところで慢性期医療については第一病院とか回生病院と連携を図りますとか、この辺の療養病床だって減らすわけじゃないですか。

そういうものをつじつまって、自分たちでつじつまが合っていないということがわからないのかな、あなた方。自分たちの都合のいいように資料をまとめようとするからつじつまが合わないことがいっぱい出てくるのであって、もうちょっときちっとした、僕はDPCははっきり申し上げて今の時点では時期尚早だと思うんですよ。あとでまた小薮先生にも見解をお聞きしたいと思うんですけど、時期尚早ですわ。

これはやっぱり地域包括ケアシステムというのが尾鷲で今できていない状況の中で、これをしたら本当に尾鷲の医療というか、地域医療が崩壊すると思っておるんです。だから、事務長、きちっとした資料を僕らに示してくださいよ。こんな資料じゃ何のつじつまも合わないし、説明になっていませんよ。

6月議会の資料でも濱中委員に言われてこういう資料を出してきたのかもしれないけれども、言われたから出してくるとか、そういうのじゃなくてきちっと最初から市民にわかるように、先ほど濱中委員も言われた。今、市民の方がこれをやるとどうなるのと。尾鷲総合病院って大きな存在なんですよ。小薮先生はよく御存じのことやと思うけれども、存在がでかい尾鷲総合病院はどうなっていくのと。尾鷲の医療はどうなっていくのということをきちっと説明しない限りは僕は導入は無理やと思うんですけど、その辺をちょっとまず事務長、どうですか。こんなのできちっとした説明を市民にしているという見解ですか。

○南委員長 事務長、先ほど奥田委員さんからドクターの固有名詞が出ましたけれども、固有名詞のほうは削除いたしたいと思います。

それと、地域医療が崩壊するというような厳しい意見がございましたけれども、特にその点についてはせつかく病院長が知られておりますので、しっかりとした考え方を改めてまた再度後でお聞かせ願いたいと思いますので、よろしくお願ひします。

○河合総合病院事務長 まず、DPCの資料の別紙1の関係の同規模公立病院の参加状況ということで、6月議会のほうで1,737病院、全国49万床のうち80%を占めるという部分については、これは国のDPCの関係の説明会の際に示された数字ですので、それを活用して御説明させていただきました。

今回の資料の別紙1の部分については前回濱中委員より御要望がありましたので、

改めて調べた結果ということでありますけれども、先ほど言われた15.6%という部分で捉えられてしまうとそういうことになる。

1から199の病床になるとそういう形になるんですけれども、その中にはその下の表に書いてありますように100床未満、1から99の病院が入っておるということで、非常に急性期というか、本当の急性期病院ではないということは言い切れないんですけど、7対1、10対1をとっておる病院ですので、ちょっと病院の規模が違う病院ですので、そこが7病院、4.0%という非常に少ない比率になっていますので、こういう数字になっています。

下の100から199床の病院ということ、尾鷲総合病院と同等の病院ということになれば、ここに書いてあるとおり42病院、30.4%ということになりますので、その数字が低い高いというそれぞれの評価はあると思いますけれども。

現状としては30.4%という数字が入っておる部分と県内の急性期病院ということで考えますと、8病院のうち7病院がDPC病院になっておるという現状もありますので、その辺はごまかすつもりとかそういうことは全くありませんので、現状としてあるデータをちょっと使わせていただいて説明させていただいたということで、ちょっと説明が足らなかったという御指摘をいただくのであれば申しわけなかったと思っております。

あと質の向上という部分で医療の質の向上、標準化という部分についてはDPC対象病院の、これも国が一般的に言う話の中でそういうDPCデータというか、診療行為がはっきり可視化されて、他病院と比較して分析することによって各病院、全国どこでも質の統一された医療が提供できるというのはDPCの一つの大きなメリットになっていますので、そこは御理解をいただきたいと思っております。

あと地域の医師会の部分についてはちょっと院長のほうからお話をいただきたいなと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○小薮総合病院長　　小薮でございます。

先ほど僕が濱中委員さんの御質問の中で申し上げたことと大分かぶると思うんですけども、要するに慢性期の療養型病床群というのは、これは説明にもありましたように、次の診療報酬改定のときに存在価値がどうしてもなくなってしまうんですね。これを持っていること自体が難しくなってくる。

そうなってくると、先ほども話があったように療養院へ転換するののかという話になってきます。療養院へ転換するとなってくるとこれは病院と別の箱をつくらなくてはいけない。それから、病院の別の会計をつくらなくてはいけないということに

なります。ですので、ちょっと僕のほうでお答えを申し上げるのは、僕らの範疇ではございませんので、お答えはしかねます。

それともう一つは、第一病院も、第一病院が主となるとは思いますが、第一病院さんのほうもそれに向けて今後どうしていくのかというのを今非常に試行錯誤されている段階だと思います。これに関しては僕たちも別に見捨てるというつもりは全く一切ございません。

その部分で一般病床を使わざるを得ない部分も当然多少あるかもわかりません。けれども、僕たちとしてはどうしても尾鷲のこの地域の3万5,000人の医療圏の総合病院としての使命がまずありますので、その中でその使命を果たすにはどうするのかというのは、やっぱりこれは考えていかななくてはいけない。先ほど申し上げたように、この地域で唯一の総合病院であり、地域中核病院であるというまず第1の使命を考えた上でやっていきたいというふうに思っています。

さっきの地域医療の崩壊ということを奥田委員が申し授けられましたけど、そこら辺はその問題だけではなくて、本当はこの医療圏の人口減少の中で尾鷲総合病院がどういった位置づけでやっていって、この地域の医療という、要するに市民たちの安全の担保をしていくかということは、私は現場の責任者としてやっております。

これは多分僕が最初に御挨拶で申し上げたように、2025年以降の医療体制に関してはここに見える議員の先生方、それから市長を含めて議論をしていただいて、僕たちで役に立つ部分、僕たちがやれる部分はできる範囲で貢献していきたいというふうには考えておりますが。

お答えにはなりませんけれども、今後同じ形態でいくということは無理があるということは皆さん薄々わかっているんだけれども、なかなか難しいところがあります。これをどういうふうにしていくかは議論していただければというふうに思います。これを今後引き続き皆さんに熱心で前向きな議論を僕は期待したいと思っております。お答えになっているかどうかわかりませんが。

○奥田委員　だから、小薮先生、そこなんです。小薮先生は22年地域医療を尾鷲でやられてきて、これは本当に地域医療に対して御理解を示していただいていると。尾鷲のために御尽力いただいていると、本当に心から感謝したいと思うんですね。

個人的には私の母親も、僕はもう何もやってもマスコミにたたかれた時期もあって、そのときにも何回も倒れて、そのときでももう死んでいくんじゃないかなと思

ったけれども、小藪先生に何回も助けられて本当にありがとうございます。それは個人的な話なのであれですけど。

小藪先生、でも、今言われたように形態が変わってくると。2025年問題というのは国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上という、この団塊の世代が一番頂点を迎える。そこをどう乗り切っていくのか。だから、今の形態ではだめだというのはわかるんですよ。

その形態が変わるからそのための変わる仕組みを地域包括ケアシステムという形で在宅医療を、在宅医療というのは在宅だけじゃなくて特養とか老人ホームも含めてということですけど、そういう体制とか地域包括ケアの介護とか、住まいとか、買い物も含めていろんなことを含めた地域包括ケアシステムというのが尾鷲市はつくらなあかんの。きちっとしたものをつくらなあかんと思うんやけれども、それが今できていない。今から劇的に変わろうとしている形態が変わらないといけない。

みとりをどうするのか。みとりも本当に今総合病院だけでいいのかという、本当は介護施設で見てもらう。でも、そのために訪問介護、介護施設の看護師だけではできないでしょうと。訪問介護がきちっとできますかと。そういうふうな訪問介護、訪問診療ね。

それで、先生がさっき言われたように、でも、町の病院の先生方も高齢化していると。町の医者も減っている。そういうことで本当に全体のまちづくりを考えた中で考えなあかんと思うんですよ。尾鷲総合病院だけじゃなくてね。尾鷲総合病院だけだったら事務長が言われるようにDPCで効率化したらいいんやみたいな、そういうのに走ると思うんさね。走りますよ、そういう考え方に。病院だけ考えたらですよ。収益で考えたら。

でも、そうじゃいかん部分が出てくるものだから、今は僕はもうちょっと議論すべきじゃないかと。小藪先生も言われたように、もうちょっと議論したほうがいいと思うんさ。じゃないと早急にこれをやってしまうことによって後でいろんなひずみが出てくる。それによって僕は人口減という話もありますけど、余計に今でも娘のところへ行くんやとか、都会の老人ホームへ入るんやとか、そういう人がおるわけやけれども、今きちっとした医療を診てもらえないということになれば余計にまたよそへ出ていく人も出てくるんじゃないかという気もするし、そういうことで。

だから、全体を見越した尾鷲市の地域包括ケアシステムというものをきちっと訪問看護とか、そういうこともきちっとできる状況というのをつukらないことには、みとりの状況もね。皆さんの考え方も変えてもらわなあかんし、形態が変わるんだ

から、先生が言われたように。だから、その議論をきちっとしないと、事務長みたいにこんな適当な資料を出してきて、これでどうですか、やりますよみたいな、こんなんじゃないかと思うんですよ。きちっと丁寧に市民の方にこう変わりますと。こう変えていかなあかんですよというような丁寧な説明がないと、僕はこのDPCは時期尚早だと今の段階ではそう思っているんですけど、その辺はどうですか。地域医療ということ考えた場合に。先生はどう考えていますか。

○南委員長　　ちょっとお待ちください。今、奥田委員さんから幾つかございましたが、特に市長が間もなく公務で市長、副市長が出るということで、特にこの際ですので、市長が50分までにあれということで、市長に対してもしあったら。

○奥田委員　　じゃ、市長に聞きます。尾鷲市の目指す地域包括ケアシステムってどういうイメージでいますか。どういうイメージなんですか。

○加藤市長　　イメージというのは皆さん考えているような、私も同じようなイメージなんですけれども、要は今後少子高齢化が進んだ中にそういう高齢者に対してどういう形でフォローしていくか。あるいは子供たち、いろんなマイナー的な障害児とかそういった全体トータル的にケアするための仕組みというものをどうつくり上げていくかというのは、これが僕は包括ケアシステムだと思う。その中の病院という大きな位置づけがあるという考え方を持っております。

○南委員長　　もう簡潔に。間もなくあれですので。

○奥田委員　　だから、具体的にどういうイメージを持っていますかということを知っているんですよ。尾鷲市としてどういう地域包括ケアシステムを描いているか。それを具体的に知っているんですよ。僕は。

○加藤市長　　確かに皆さん方が生きていの中で、明るく元気で本当に楽しい生活ができるようなそういう仕組みというのが必要だと思っております。

○南委員長　　市長はぼちぼち公務の時間が迫っておりますので、あと5分間ぐらいということで。

○野田委員　　きょうは小薮病院長に来ていただきましてありがとうございます。お忙しい中いつもお世話になっております。3点ほど質問させていただきたいと思うんですけれども。

○南委員長　　小薮院長ですか。もし市長じゃなかったら、市長はもう公務の都合がありますので、退席願おうかなと思っておりますので。

○野田委員　　二、三分で終わりますので。

一つは、DPC制度の分については私は進めてほしいと思っております。その理由

については医療と介護と福祉の中でやはり尾鷲総合病院は医療という部分を重点的にやっていただく。幾ら人口が減って慢性期の方がふえたとしても、病院の医療のあるべき姿というのは社会復帰、在宅復帰が基本的な考え方です。

それで、今後10年先にもう慢性期の寝たきりの方が多くなるというのであれば、それはそれで病院転換していかないといけないと思いますけれども、今から10年、遅いぐらいだと思うんですよ。僕は。この10年の人口減少が急激にならないうちに、今のうちにきちっとしたものをして、それでいろんな委員の方が言われておるように、病院とそれを取り巻く介護とか福祉という部分は、それは後からまた、僕は今の状態でも大きな問題はないと思っております。ただし、それを考えていかないかんことがあるから、これは病院の先生だけで考えることじゃないと思いますし、これは行政と一体となって考えていかないかんと思う。

それで、今後の病院経営、10年後のあり方ということも含めると、急性期病院として生き残るのであれば僕はやるべきだと思っています。それで、それを考えないのであればこの地域の機能分化というのもあります。

それから、機能分化があって総合病院ではもう手術もしない。ただ紀南病院へ行ってもらったらいいということも考えられるかもわからん。僕は90であれ100歳であれ、元気でおれる方やったら手術も必要になってくると思います。手術がない病院は急性期病院じゃないと思っていますので、そういう部分を考えていただきたいなということと。

一つは尾鷲総合病院が生き延びていくためには今後加算算定、この部分が非常に重要なウエートを占めてくるのかなと思っていますので、この分については今後収益性の部分も含めて常時、日常厚生労働省のいろんな指標も変わってきますので、そこら辺はどうお考えですか。加算算定についてはどのような取り組みをするかということだけちょっとお聞きしたいと思います。

○南委員長 議論が白熱しておりますけれども、ここで市長の公務の都合上がありますし、10分間休憩をいたしたいと思います。

(休憩 午後 3時42分)

(再開 午後 3時53分)

○南委員長 それでは、休憩前に引き続き委員会を続行いたします。

先ほども議論がかなり白熱をしておりますけれども、きょうの委員会で改めて認識していただきたいのは、DPCの参加導入に向けてお忙しい中、小薮院長に来て

いただいたというのが一つの大きな目的でございますので、よろしく願いいたします。

○村田委員　先ほどから皆さんの御議論を拝聴しておったんですけれども、それぞれ各委員さんには言い分もあり、思いもあり、それから医療についても考え方はさまざまだと思います。

そこで、私は私なりに、また御批判を受けるかどうかわかりませんが、受けたらいつでも議論を受けますので、また後でやりたいと思いますけれども、私は今回委員長が申されたように、D P C制度を尾鷲総合病院に導入するのかどうかということで今回小藪先生にわざわざお忙しい中をおいでいただいたと私は認識しております。

ですから、もちろん地域包括医療等々を語るにおいては、福祉というのは絶対避けられない。これは福祉を絡めて考えなければいけないことはたくさんありますけれども、今回この尾鷲総合病院にD P Cをどうするのかという問題でありますから、もちろん後々のことを考えて議論をされるということも結構でありますけれども、もう少し尾鷲総合病院にD P Cを今の段階で導入するのはどうなのかということで、皆さんに御議論いただいたらなという思いを持ちながら皆さんの御議論を聞いておったんですけれども、私はD P Cの導入ということには賛成をしたいと思います。

尾鷲総合病院がD P Cを入れることによってどうなるかということをごまざまな形で先ほど来から説明を受けました。それに基づいて私はいろいろ考えて、以前からも勉強はさせていただいておりますけれども、D P Cは入れるべきだと判断をしますので、ここであえて申し上げたいと思います。

また、地域包括ケアとか在宅医療はいろいろな問題があります。地域の現在、それから未来にわたってこの地域の実情というのがありますけれども、それにあわせてどうしていくかということについては今後の議論ではなかろうかなと。そのものを今先に上げてD P Cを語るということになれば、総合病院にD P Cを導入するのがどんどん議論ばかりしてなかなかそのことについては決着がつかないということになるのではないかなと。

まず、D P Cを総合病院に導入するのはどうなのかということで皆さんに御議論いただいて結論を出していただいて、そしてその上に立って福祉の問題は、これは切っても切れない問題でありますから、福祉、それから尾鷲市の現状の問題、それから後々の将来にわたっての尾鷲市の実情、人口、あるいは老人化の問題、いろいろなさまざまな要因も含めて議論をしていくべきだと思いますので。

委員長、この辺で会議規則は4時までですけれども、また何回となく開いていただけるんでしょうけれども、せっかく小薮先生に来ていただいたんですから、D P Cについて疑問があれば御質問をされることは結構だと思いますけれども、福祉も絡めて包括ケアということについては次回に送るとして、皆さんでまた御質問があれば私はしていただければいいのではないかなと思います。委員長、その辺のところでお運びをいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○南委員長 D P Cについては地域包括ケアシステムだとか福祉が間違いなく絡んでくるのが現実でございますけれども、やはり我々は限られた時間の中できょうは大変お忙しい中を小薮院長に出てきていただいた。

また、小薮院長はいつでも要請があれば、もし体があいておれば出席させていただくという強い決意も事前にいただいておりますが、やはりたびたび、お忙しい方ですので、何回も何回も呼ぶというわけにはいきませんので、特に必要となった場合は副委員長、議長とも相談した上で、再度小薮院長の出席を願うことは皆さんにお約束をいたしたいと思っております。そういったことで特にD P Cに限って小薮先生のほうで聞いていただければと思っております。

4時を過ぎますけれども、そのまま会議は続行をいたしたいと思っております。

○濱中委員 私は資料請求だけですので、今後の委員会に向けての資料請求だけお願いしたいと思います。

D P Cの対象病院を維持するためにはナースの数というのが必ず必要になってきます。10対1をきちっと保つことと、夜勤の時間の基準がございますので、きちんとナースが確保できるかという確保策のところは肝心になってくるのかなと思うんです。

今回の説明にも5人が確保できたというふうな、内定者が1人、2人という中で5人が内定している。そういった説明が毎年いただけるとやはりそこも一つ安心材料なのかなと思うんですけれども、その安心材料を強固なものにするために、過去5年ぐらいさかのぼっていただければいいかなと思うんですけれども、次の委員会の説明の中に例えばことし奨学金を貸与してそれで卒業したいいわゆる対象となるナースの数がどれぐらいで、確実にその方が尾鷲総合病院で働いていただいた。そういった数のこれまでの歴をお示しいただければなど。

というのは、やはり奨学金を受けてでも、それをお返ししてほかの病院へ行くナースもいるというふうにも聞いておりますので、尾鷲の場合はどのような傾向があるのかを確認させていただきたいなと思っておりますので、そのあたりをひとつお願

いしたいと。

それから、先ほど冒頭で資料の中でも御説明いただいて、院長のほうからも御説明をいただいて、終末期を断る病院には絶対ならないといったお話がありました。ただ、傾向として、やはりDPCの評価会の中でも診療密度の低いところ、長いところというあたりの問題点がこれから出てくるということがありますので、やはりこれから30日以上、60日以上入院患者さんの動向というあたりが気になりますので、そういったあたりをどういったふうな対応をされていくのかというのを、今後の課題として今回はお預けしたいと思いますので、それはよろしく願いいたします。資料としてはまずその1点をお願いしたいです。よろしいですか。資料の請求で。

○南委員長 資料の請求についてはまた十分相談させていただきましてから提出させていただきます。

さきの休憩前の野田委員さんに対する考え方をお聞かせ願いたいと思います。

○松井総合病院総務課係長 加算のことなんですけれども、加算というのは例えば人をたくさん入れたからといってその点数に見合った点数が来るかというわけでもないで、適正な人数で大体このぐらいで一番効率がいいという、そういうふうな形で今のところ加算を考えているんですけれども、医師が異動になったときとか、それとか看護師さんの資格によったりということでも加算のほうも変わってきたりするんですね。

それと、医療改定のときに加算のほうの新設されたりすることがありますので、当院としましては医療改定の際には必ず見るんですけれども、医師が異動したときとか、看護師さんが研修に行って資格を取ってきたとき、そういうときに必ず薬剤師さんとかもうそうなんですけれども、新しい点数がとれるかどうかというのを把握しまして東海北陸厚生局のほうに申請をしておりますので、今後も続けていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○野田委員 診療報酬の増となるには非常に重要な部分だと、素人が言うべきことでもありませんけれども、そこら辺の見落としがあることはよくないと思いますので、ひとつよろしく願いします。

以上です。

○南委員長 他にございませんか。

○濱中委員 これも今後のことで結構なんですけれども、診療報酬が高い点数がとれるようになって病院の売り上げが上がるということになれば、裏腹で国保会計

であるとか高齢者保険であるとかという、一方での外の部分での持ち出しがふえる部分が出てきますよね。そういった全体のトータルバランスというあたりで、これは多分病院の話ではなくて市全体の財政の中での話だと思いますので、市長のほうにお伝えいただいて、議論の中にまたそういったあたりもお知らせいただければなと思います。

○奥田委員　小藪先生にちょっとお願いというか、D P Cを導入していきたいという気持ちはよくわかるんですよ。病院だけで考えたらかな。ただ、地域全体を見て在宅医療ということ、今後そういうことが、急性期病院にするわけですから、そういうことをどんどん進めていくことになっていくんだと思いますけど、だから、退院した後の在宅医療に向けての後方支援とか、そういうところも非常に大事になってくると思うし。

ここにもいろいろ書かれているように、いろんなところとの医師会を初めもうそれこそケアマネジャーまで含めて、それからいろんな地域の人たちの、僕はいろんなボランティアさんなんかも要るんじゃないかなと思うんですけど、この地域包括ケアシステムを本当にきちっとしようと思ったら。

だから、いろんなところとの連携というものが必要やと思っているんですよね。それで、地域の皆さんの2025年問題もあるわけですから、意識も非常に変えてもらわなあかんし、みとりの考えをどうするのかとか、いろんな問題を含んでいると思うんですよ。

だから、くれぐれも病院単体だけで考えるんじゃなくて、この尾鷲市全体の医療、福祉とか介護、そういうもの全部含めてどうしていくのかということ、課題がいっぱい、先生方はよくわかると思うんですよ。専門家だから。その課題が一方でたくさんあると思うんですよね。

沖縄で地域医療をずっとやっている高山先生の本を読んでも、これも本当に地域医療って深いなと思って、いろいろ問題があるし、ここはD P Cをやっているのかな。一部やっているところもあるんですけど、ただ、そのかわり地域包括ケアシステムがきちっとできていて、地域の方の理解があつてということもあるんやけれども、今の尾鷲市を考えたら相当なてこ入れをしないことには、いろんな課題を潰していけないことには難しいかなと思うんですよね。

だから、僕は時期尚早と申し上げた。だから、もっと議論してほしいんですよね。だから、先生は本当に専門家なんですから、いろんな課題がわかると思うんですよ。病院だけで考えないでください。尾鷲市全体を考えて、近隣の地域も考えて課題

を全部出していただいてそれを潰していくというような説明をぜひしてほしいなと僕は思うんですけど、いかがですか。

○小薮総合病院長　ありがとうございます。僕も最初に申し上げたように22年間ここで生活しながら医療をやっております。おっしゃられるように、僕は専門は尾鷲だと思っています。自分は。22年前の医療のニーズと今の医療ニーズを考えればもう雲泥の差です。もうころっと変わっています。

僕がここへ赴任した当時にまず感じたことは、10年後の日本を見ているんですね。尾鷲は既に10年後なんですよ。ですので、もう今は2025年問題と言いますけれども、もう既に尾鷲は日本の2025年を超えているんですね。ですので、それをどういうふうにてこ入れしていくのかというのは、奥田委員さんがおっしゃられるように、これは病院だけではなくてみんなで考えなくてはいけない問題だと思います。僕らもそれは医療の立場から参画したいというふうに思っています。

ただ、先ほど話がありましたように、その部分を地域の介護ケアの部分、そのケアの部分の医療を担当するのが今回のケア病棟であって、その部分を参加しようというふうに考えています。ですから、僕たちはここのニーズを考えた上でやっております。

だから、DPCに関しても、もちろんこの辺のいろんな草案を考えているのは事務長を初めとした事務の者が考えておりますけれども、僕たち現場、医者、看護師を含めてこれはDPCに進まざるを得ないというふうに考えた上での行動なので、その辺だけは御理解いただければなというふうに思っております。それでも地域医療介護のケアとは少し切り離して考えるべきだというふうに僕は考えておりますが、いかがでしょうか。

○南委員長　簡潔に、奥田委員。

○奥田委員　そこは切り離せないんじゃないですか。でも。小薮先生。その辺のきちっとした一連の流れというか、仕組みをきちっとしていかないと切り離せないんですよ。だから、その辺のところを先生方は、事務長もそうなんやけど、病院だけで考えたらいいんだというような、その考え方は僕はやめてほしいですよ。

だから、これは市長の考え方であるのかもしれない。病院としては進めたいということかもしれないけれども、その後全体を含めた、市長ともよく話してほしいんですけど、それと、地域包括ケア病棟、それは第一歩かもしれないけど、これで100%大丈夫ですかというとなんなことは全然ないでしょう。先生。だから、いろいろやる必要があるわけなので。

○仲委員　このD P C制度については6月議会で提案説明がありまして、これできょうで2回目ですね。それで、先ほど村田委員さんが言われたように、特にD P C制度について議論を深めていただきたいと。私は東紀州の中核病院として、どうしても維持していくにはD P C制度を導入しなければならないという思いがあります。

それで、再度事務長でも院長さんでもいいんですけど、D P C制度をどうしても導入したいという強い思いを一言二言でいいんですけど、述べていただきたい。

以上です。

○南委員長　病院長のほうから。

○小薮総合病院長　尾鷲総合病院、小薮です。

一つは、やはり今の尾鷲市の人口減少、この地域の人口減少から患者数の減少というのは年々認めています。ですので、経営改善というのは日々努力しているんですが、なかなか医業収益が上がるということは見込めない。その中で少しでも医業収益を少なくともとんとんまでに持っていけないか。減少分だけでもカバーできないかというのが一つ。

それから、もう一つは、今回は自治体病院の100から200床の病院の状況というもので比較をしておりますけれども、三重県内の要するに地域中核病院はもう全てD P Cが導入されちゃっている。ここに来る先生方というのは三重県内の病院をいろいろ転々としてやってくるわけですね。そうすると今の出来高算定病院というのはうちの病院だけなんですよね。

そうするとその辺のところの指導、教育のずれというのが多少出てきます。僕も実はここでしか知りませんので、当然D P Cでの計算だとかそういうものはわかりません。けれども、診療内容が直接大きく変わるわけではないんですけども、例えばその方の病名のつけ方をどうするか。そういうふうなものが基本的に根本的に違うわけです。そういうふうなことをしますと、やっぱりスタンダードというか、うちは先ほど申し上げたように地域推薦の子もほかのところを回ってきてやってくるわけです。

もちろん将来的にこの病院で二次救急が継続できない。一次か1.5次までして在宅医療をやるといふような状況になれば、当然そうなってくるとまた話は変わってくるかもわかりませんが、今で言う二次救急をやった地域中核病院をやっていくという意味では、ほかの病院と同じようなシステムで研修をさせるというのは、これは僕は若い先生方をお預かりする立場として、一つの譲れない部分では

ございます。

これは奥田委員の言われるように、病院の都合やと言われたらそうかもわかりません。けれども、僕も大学から若い先生方をお預かりしている立場でございますので、そういう部分も当然責任がございますので、そういうことで御理解いただければというふうに思っております。あとは事務長のほうでお願いします。

○河合総合病院事務長　　あと済みません。補足させていただくと、収益の増加ということで病院の運営を今後も継続的に安定的に行っていかなければならないという部分で安定的に収益の確保なり、経営基盤を強化していかんならんというところも一つ大きなところがあるかなというのと、先ほどからある質の向上というか、ある程度経営的な診療内容も含めて医師と事務部門がきちっと診療内容を可視化して議論して、職員みんなが経営意識を向上してというところが非常に大きいかなと思っておりますので、何とか御理解をいただきたいなと思っておりますのでございます。

以上です。

○南委員長　　時間的なこともありますし、最後ということでお願いいたしたいと思えます。

○濱中委員　　もちろん一言で終わります。先ほどからこのD P Cが福祉とは関係ないかどうかという話が始まっておりますけど、この資料にあるとおり総合病院がD P Cに移行した後も今までと同じような経営形態で行けるんやということが本当に確約できるんやったら、病院の中だけの話で福祉の話とは関係なくできると思うんです。ですよね。

今慢性期と言われる方たちもこの中で置いてもらって、ほかのきちんとした慢性期病院へ行く間を待たせていただける病院である。それが一つの信頼である。それが今できているからこそ尾鷲総合病院は地域の病院として確立されたところがある。

実はほかの病院から断られたので、尾鷲総合病院へと行ったところが尾鷲総合病院には断られなかったと。今は総合病院には断られない医療があるというふうにしてお褒めをいただいたこともあって、それはありがたいなという気がしておりましたので、この資料にあるとおり、今までと同じ形が維持できるのであれば、在宅医療や福祉のケアやというところに及ばなくていけるんやと思えます。

ただし、これからこのD P Cの制度の中でそういった最初に言いました低資源の医療を続けた場合、自分たちがやりたくてもD P Cに参加できない場合も出てきますよね。そういったあたりの動向はきちっと私たちも聞かせていただいて、お互い

情報交換しながら病院経営を考えたらD P Cをするべきというのは私らも十分理解しております。医療報酬はずっと違いますから。そのあたりが本当にやりたくてもできる制度なのかどうかということを見きわめることが大事やと思いますので、このままの約束をいただきたいと思います。

○南委員長 貴重な意見で、我々のこういった小薮院長も交えて議論されているということは、今ワンセグで放送されるし、地元新聞等を通じてやはり市民にお互い情報共有できるということは本当に素晴らしいことだと思っていますので、小薮院長のほうからびしっと決めていただくような答弁をいただければと思います。

○小薮総合病院長 尾鷲総合病院の小薮でございます。

先ほど濱中委員の御指摘のあったように、こればかりは将来的な2025年に向けての体制でございます。2025年以降に先ほどから話があるように、要するに看護基準が10対1を維持できない。それから、いろんなそういう医療ケアがここではそれに満たない部分が出てくる。そういうふうなことになってくれば、当然D P Cはできないわけです。

ですので、そうなってくると診療形態を変えなくてはいけないということは当然今後の経過によっては十分あり得ます。でも、それはそのときの状況によって考えざるを得ない部分が多少ありますので、そこら辺の部分は市議会を含めた皆様からの御指導をいただきたいというふうには思っております。

その辺は最初に僕が御挨拶申し上げた東紀州地域における尾鷲総合病院、これは東紀州地域におけるということは尾鷲、紀北地区、紀南地区も含めた医療体制をどうするのか。そこの中での尾鷲総合病院の位置づけという形の中でやはり考えていかななくてはならないだろうと。

その中で地域包括ケアも含めた中での医療体制の部分も位置づけをどうするのか。そこら辺は前向きな議論をしていただいて、僕は最初に申し上げたように、あくまでも現場監督でございます。現場監督は社長の言うことに背くことはできませんので、そういう意味で僕は現場監督として役割を果たしたいというふうに思っております。よろしいでしょうか。

○南委員長 ありがとうございます。先ほど来、仲委員さんが言われましたD P Cの議論なんですけれども、既に平成25年の9月から当市議会としたらD P C議論は始めておまして、当時を振り返ってみますと恐らく28年かことしの30年を目指した説明だと思ったんですけれども、若干そういったことで看護師不足等があつてできなかったというのは現実だと理解をしておりますので、よろしくお願

をいたしたいと思います。

また、きょうは本当に大変お忙しい中を小薮院長に御出席を賜りましてまことにありがとうございました。特に小薮院長のほうからは、尾鷲市民病院に向けた病院改革プランを出しております。そういった中で2025年という言葉がよく出ておりますけれども、当病院としても2025年を目指して、尾鷲病院の役割として当然地域包括ケアの一翼を担う地域の医療機関や福祉、介護関係と連携し、地域医療を支える中核病院としての役割を目指しておりますので、今後とも皆さんの御理解を賜りたいと思います。

特にきょうはせっかく小薮院長に同席をしていただいたということで、この熱中症の予防対策について、若干説明を受けたいと思いますけれども、できたら資料だけ配付していただければと思います。

○平山総合病院総務課長 資料のほうを配付させていただきます。

○小薮総合病院長 資料を配付していただいております間に少しずつお話をさせていただきたいというふうに思います。

きょうも僕も病院を出てくるときに救急外来には五、六人の患者さんが、多分暑さもあって、それから先ほどから話が出る少し虚弱な高齢者の方がちょっと暑さにやられて救急外来を訪れてみえます。平成30年5月10日の厚生労働省からの熱中症予防の普及啓発、注意喚起について周知依頼がございましたので、この場をかりてアナウンスさせていただきます。

熱中症予防というのはよく言いますが、ここに書いてある前に、まず第一原則があると思うんですね。こういうふうにならないようにするには何かというとまず簡単なことです。三度の食事をしっかり食べるということです。三度の食事。まず脱水にならないためには三度の食事をしっかり食べる。朝昼晩の食事をしっかり食べていただきたい。

それから、二つ目はしっかり睡眠をとってください。睡眠不足も熱中症になる原因です。

三つ目は、お酒をほどほどにしてください。きょうは暑いですがけれども、帰って生ビールをがばがば飲んでしまいますと、これも翌日の熱中症になる大きな原因でございますので、飲んでいただいてもいいんですが、ほどほどにさせていただいて、千鳥足にならないぐらいのレベルで帰っていただきたいということですね。

ですので、この三つはまず大原則です。この三つの原則をしていただいた上で、ここに書いてある暑さを避ける方法です。エアコンをつけるのをちゅうちょしない

でございますというふうにも出ていますね。エアコンをつけるのにちゅうちょしないように。

それから、きのうも僕もほとんど夜もエアコンをつけっ放しで寝ておりました。それから、外へ出るときには日傘だとか帽子を使っていただく。それから余り無理をせずに、いつもやったら1時間で休むところを30分で休む。それから、日陰に入っていただく。尾鷲は日陰へ入るとまだ風が涼しいですよ。津なんかへ行ったら日陰へ入っても熱風が来るんですよ。津から北のほうは。

ですので、そういうふうにしていつもやったら1時間で休むところを30分ぐらいで休んでいただく。それから、体は通気性のよい服を来ていただいたりとか、適当に今はやりの冷却グッズがありますよね。いろんなもの。それをちょっと使っていて利用していただければというふうに思います。

それから、あとは水分を補給してください。できれば脱水傾向のときは普通のジュースではなくて経口補水液、ちょっと商品名は申し上げられませんが、経口補水液を使っていただければというふうに思います。余りジュースなんかを飲み過ぎますとかえって今度はペットボトル症候群と言って別の糖尿病が悪くなりますので、避けていただければというふうに思います。

熱中症の症状が羅列されておりますけれども、こういう症状がございましたら遠慮なく尾鷲総合病院を御利用いただきたいと思います。昨日も僕は救急をちょっと手伝いましたけれども、数人の方が並んでおりましたし、豊田でしたっけ。本当にかわいそうなことですが、小学生がお亡くなりになっております。我々は昔はエアコンもなしに、扇風機もなしに学校で生活をしていてこれが当たり前だと思っていましたが、昔の僕たちと暑さと今の暑さは大分状況が変わっておりますので、過信をせずに。

それから、もう一つは、ここにお見えになる方は全然問題ないと思いますが、親御さんあたりのレベルになりますと暑さがわからないんですね。暑さがわかりませんので、ほかからちゃんとモニタリングをしてあげて水分摂取を促す。それから、体温を少しはかる。それから、食事のとり方ですね。お食事をとるのが、ちょっと食が進まないと言ったら少し黄色信号だと思いますので、その際にはまた御連絡いただければというふうに思います。

以上でよろしいですかね。そういうことで市民の皆様にも御連絡いただいて、できる限り熱中症で不幸な転機をたどる方がお見えにならないように願いたいというふうに思っております。

以上です。

- 南委員長 本当にありがとうございました。できる限り委員会に出席を要請しなくても済むように対応いたしたいと思っておりますので、もしものときはよろしく願いたいと思っております。本日はありがとうございました。

暫時休憩します。

(休憩 午後 4時24分)

(再開 午後 4時32分)

- 南委員長 それでは、会議を再開いたします。

次に、議題の2の教育長に同席を賜りまして、尾鷲婦人会の連絡協議会の設立について、新聞報道でおなじみなんですけれども、改めて説明を求める前に教育長のほうから何かあれば。

- 二村教育長 生涯学習の報告の前に2点ほど報告とお願いをさせていただきたいと思っております。

議員の皆様にはもうタブレットで報告させていただいておりますけれども、一昨日7月18日に開催されました日本スポーツ協会理事会におきまして、第76回国民体育大会の開催地を三重県とすること、また、開催期間が2021年9月25日から10月5日となることが決定されました。これによって2021年の三重とこわか国体において、本市では正式競技としてオープンウォータースイミングが2021年9月8日に開催されることとなりました。

また、デモンストレーションスポーツとしてウオーキング、クップ、ユニカールの3競技が実施されることが正式に決定しましたので、市民の皆様の総力を結集し、成功につなげたいなというふうに考えております。当然議員の皆様方の御支援、御協力をお願い申し上げたいというふうに考えております。

それと、先般議員の皆様方に御案内をさせていただきました7月29日に開催されるオープンウォータースイミング三重オープン2018尾鷲についてでありますけれども、現在202名の申し込みがあります。昨年の98名を大幅に上回ってオープンウォータースイミングへの関心の高まりを感じております。これも本当に重要な取り組みでございますので、国体に向けて関係団体の皆様方とこの大会を一層盛り上げていきたいというふうに考えております。議員の皆様方にもぜひ当日御参加いただいて、また今後とも御協力をよろしく願いたいと思っております。よろしく願います。

○南委員長　　ありがとうございます。それでは、引き続き生涯学習課長から説明を求めます。

○野地生涯学習課長　　そうしましたら、生涯学習課から報告事項として、尾鷲市婦人の会連絡協議会の設立についてを説明させていただきます。資料を通知させていただきます。

そうしましたら、資料の1ページをごらんください。

1、設立の概要についてです。先般7月3日に尾鷲市連合婦人会が発展的に解散され、連合婦人会に加入していた3団体と未加入であった3団体との6団体で尾鷲市婦人の会連絡協議会が発足されました。なお、連絡協議会の構成につきましてはごらんの6団体の皆さんとなっております。

2としまして、設立までの経緯についてです。連合婦人会の加盟団体については、平成25年度には3団体まで減少するような状況がありました。その中で連合婦人会におかれましては平成28年度から各地区の女性団体が連携できる新たな組織のあり方の検討を始めております。

その中で各地区の団体におかれましては会員の減少や高齢化が進む中、連合婦人会の会議や行事への参加等が負担となっているというふうな声がありました。こうした負担を軽減すること、また、女性が楽しみながら活動できるなどの方向性を重視した交流と情報共有を主眼に置いた連絡協議会の設立を目指すことになりました。

この考え方のもと、平成28年度から未加入の団体との交流会や、29年度からは話し合いも行うというふうな形で、ともに目指したい新たな組織体制について協議を重ねてまいりました。その中で平成30年5月25日に賛同する6団体によって設立準備会が開催され、7月3日には議長にも御出席の上、新団体の設立総会を行ったというふうな経緯でございます。

次ページをごらんください。

3、連絡協議会の目的と活動につきましては、日ごろから地域のために活動する市内の各女性団体がより楽しくより活動しやすくなるよう、互いに知恵と元気を分かち合い助け合うための組織を目指しております。

旧連合婦人会の理念を踏襲しつつ、団体相互の連絡調整、交流や親睦、情報共有などに重きを置き、各団体の女性がともに自己研鑽を図り、地域貢献活動を行うモチベーションを維持するための楽しみづくりにも寄与できるような活動を行うことを目的としております。

主な事業予定といたしましては、講師を招いた各種の研修事業や各地区団体との交流事業、また、ここ数年行っている市長との意見交換会も実施予定となっております。なお、今後議会との意見交換会等についても検討されたいとの意見もいただいているところでありますので、この点についてもまた御配慮いただければと思っております。

4、組織のイメージでございます。連合婦人会が左側のようなピラミッド型の統括団体的な縦型の組織でありましたが、連絡協議会についてはフラット型の各団体の自主的な活動と相互の連携を重視した組織に改変されたものです。

尾鷲市婦人の会連絡協議会の設立についての説明は以上となります。よろしくお願いたします。

○南委員長 ありがとうございます。特に議会と語る会もメニューの中へ入れていただきたいので、特に要請をいたしたいと思っております。これについて何かありませんか。

(「なし」と呼ぶ者あり)

○南委員長 では、ないようですので、御苦勞さんでございます。

報告があるね。報告をお願いします。

○野地生涯学習課長 ちょっとタブレットで子育てHAPPY DAYのチラシをつけさせていただきました。発信させていただきます。

お時間のないときに済みません。先般子育てイベントとして、5月に引き続き今回8月11日土曜日に夏休みHAPPY DAYと称して子育て支援に係るイベントを開催したいと思っております。市内の子育て支援グループの皆さんと協働で夜間の尾鷲盆踊りイベントと連携してさせていただきたいと思っております。季節柄帰省客の皆様方も含めまして多くの地域の皆様方の御来場をお待ちしておりますので、よろしくお願いたします。

以上でございます。

○南委員長 ありがとうございます。御苦勞さんでございます。

○奥田委員 済みません。1点だけちょっと教えてほしいんですけど、第4回盆踊り大会、これがこの子育てHAPPY DAYに前から入っていましたっけ。これって。

○野地生涯学習課長 今回から同日開催として、夏休みを盛り上げていって子供たちの楽しみづくりというふうなことも含めて連携して行うものです。

○奥田委員 これって第4回目ということですけど、以前尾鷲小学校の体育館で

やったりとか駅前の児童公園でやっておったやつかな、たしか。これってあれですか。これで子育てHAPPY DAYの中でやるということはかなり予算がついておるといことですか。

○野地生涯学習課長 これについてはあくまで盆踊り実行委員会の方々が自主的にやっているものがありまして、自分たちとしては子育てHAPPY DAYを夏休みに行う中で、同じ時期に同日開催にしたほうが子育てHAPPY DAYに来られたお子様方や親子さんが同日の夜間のイベントに行っていたのではないかなというふうな形で同日開催になっておるものです。特にこちらから予算がどうのといことはございません。

○奥田委員 予算がないのにこういう子育てHAPPY DAYと言ってこういうチラシに入れるものなんですか。通常。

○野地生涯学習課長 同じ子育てに係るこういうふうな親子の方々がされるといふふうなイベントの中で、固めて周知については同じような形でさせていただいて、その部分については御支援させていただくというふうな形で取り組んだものです。

○南委員長 どうもありがとうございます。

続きまして、水産農林課の報告事項が若干ありますので、よろしく願いをいたします。

農林水産課の出席を求めて、議題3の企業連携型木材製品輸出促進モデル事業についての説明を受ける前に、本来須賀利で行われている渚泊のことを若干説明いただこうかなと思っていましたけれども、まだ時期尚早と判断をしましたので、またしっかりと固まり次第報告を受けることといたしますので、御理解を賜りたいと思います。

それでは、この木材製品輸出の説明をお願いいたします。

○内山水産農林課長 それでは、資料のほうを通知させていただきます。

○南委員長 よろしいですか。よろしく申し上げます。

○内山水産農林課長 それでは、資料1ページの資料1をごらんください。

企業連携型木材製品輸出促進モデル事業についてこれから説明させていただきます。

本事業につきましては、平成30年度から日本木材輸出振興協会が実施しておりますモデル事業でありまして、企業の連携によるモデル的な取り組みが募集されておりまして、それで今回尾鷲林政推進協議会におきまして応募を行い、本協議会の取り組みが助成対象となったことにございます。ちなみに全国で21件の応募があ

ったと聞いております。そのうち7件が選定されました。現在この助成に向けまして申請を行っているところでございます。

それでは、この取り組み内容について担当のほうから説明させていただきます。

○千種水産農林課主幹兼係長　　まず、目的なんですけれども、中国において富裕層が増加している状況を踏まえ、高級な尾鷲ヒノキを使った中国向けの柱やはりなどの構造材や壁材や床材など内装材等を製作し、上海などの高級木造住宅市場に売り込み、販路を開拓するものであります。

事業主体は、尾鷲林政推進協議会となっております。

事業内容につきましては二つあります。まず、一つ目は現地ニーズを踏まえた住宅部材の試作です。中国の住宅展示会や建材デパート等において展示や販売されている構造材や内装材の企画及び構造について調査するとともに、訪れたバイヤーや消費者に日本製のサンプルやリーフレットを示して販売活動を行う中からバイヤーのニーズや消費者の志向を調査し、その結果を踏まえて中国向けの製品を試作します。

二つ目は、海外販路開拓と販売促進への取り組みです。中国バイヤーを日本に招聘し、中国市場における試作製品の評価を受け、必要に応じて当該製品の改良を行います。また、中国のバイヤーの評価をもとに製作した製品のリーフレットを作成し、中国の高級木造住宅市場に売り込みます。

実施期間は交付決定日から平成31年2月28日です。実施経費は総事業経費が213万2,000円で、助成金が187万2,000円、自己負担金が26万となっております。

以上です。

○南委員長　　これについて何かございませんか。

○奥田委員　　この助成金というのはいつごろおられるんですか。

○内山水産農林課長　　今この助成について申請を行っている段階でございまして、恐らく今月末か8月に入ってくるものと考えております。

○奥田委員　　今月末か8月、じゃ、結構早いんですね。

それで、これは県の輸出協会でしたっけ。じゃなかった。全然違う。これはどこの事業かというのと、それと、これは今農林水産やったっけ。農林水産課、水産農林課、済みません。水産農林課のほうから持ちかけた話なのか。ちなみにその辺をちょっと教えてもらえませんか。

○千種水産農林課主幹兼係長　　先ほど説明したとおり、一般財団法人日本木材輸

出振興協会からの助成となっております。尾鷲林政推進協議会からの申請となっております。

○奥田委員　これは県の輸出協会で、日本輸出協議会、振興会。

○千種水産農林課主幹兼係長　日本木材輸出振興協会です。

○奥田委員　振興協会やね。僕がちょっと聞いたところによると、別に水産農林が積極的にやってくれたわけじゃないんやという話で、ちょっとちらっと聞いて、木材関係者の方から。もうちょっとフォローしてほしいなど。

僕らが林政協議会のほうから探してきた補助金というか助成金でやってきた話で、きょう報告という話をしたら、何やそれみたいな話できのうちょっと話したんやけど、僕も中身を聞こうと思ってちょっと林業関係者に聞いたんやけど、そうしたらそんなの俺らがあれしたことやし、市は何もやっておらへんのになんて手柄にされても困るでみたいな話があったもんで、ちょっと厳しい意見かもしれんけど、ちゃんとフォローしてやってくださいね。

それで、これは26万の自己負担というのは市が協力してやるとかできんのですか。そういうふうな。だから、そういう意見が出るんじゃないかなと僕は思ったんやけれども、もうちょっと積極的に林業振興と考えるんやったらもっといろんな意味でフォローしてあげてほしいなと思うんですけど、その辺はいかがですか。課長。

○内山水産農林課長　この事業なんですけれども、木材業界の方々がこういうふうな事業をやっていこうというふうに自主的にやろうというふうな動きを見せた中でこの事業です。それで、自分たちでも全体の助成金よりか26万ちょっと不足する部分については自分らで分担して出そうというふうな取り組みですので、そこら辺は私らもサイドからの支援のほうは尾鷲市、紀北町でやっていきたいというふうに考えております。

○奥田委員　自主的というか、こういう助成があるんやったら市のほうからもこういう助成がありますよみたいな話が先にあつたらまだあれやけれども、それを林政推進協議会のほうからこういうのがあるんですという話があつて、市はこういう議会で報告したら市がやったみたいに思うじゃないですか。僕らも思うよ。最初の説明を聞いておつたらね。

でも、実際にはあれじゃないですか。だから、そういう意味では報告してもらうのは僕はありがたいけれども、そういう事情とか、もうちょっとフォローしてあげて、あなた方も林業振興ということを考えてもっとフォローしてあげてほしいなど。ちょっとお願いですので、お願いしますよ。課長。

○内山水産農林課長 わかりました。もうそこら辺は本当に業界の支援を行って
いきたいと思います。

○三鬼（和）委員 この事業ってあれでしょう。民間からの補助金ということで、
市へ歳入とかそんなのは関係ないでしょう。関係ある。説明があるものでどうかな
とって。

○内山水産農林課長 ございません。これは尾鷲林政推進協議会のほうへ。

○南委員長 1点、7カ所採択されたということなんですけれども、もしわかっ
ていたら参考までに採択された地域を。

○内山水産農林課長 まず、1件目が愛媛県産材製品市場開拓協議会、それと今
回二つ目、尾鷲林政推進協議会、三つ目が熊本県産材輸出促進協議会、それから四
つ目が台湾徳島木材輸出グループ、それから五つ目が豊永林業株式会社、それで六
つ目がナイス株式会社、それで最後七つ目がポラテック株式会社の七つと聞いてお
ります。

○南委員長 わかりました。

○野田委員 奥田委員の質問に関連するんですけれども、やはり市が先ほどの民
間のそういうニーズを把握してやっていただくということはベストかなというふう
に今思っておりますけれども、この案件としては非常にいい話だなと思っております
ので、フォローのほうをよろしくお聞きしたいということと。

このプランですね。今後の中国のそういう試作品をつくるというようなプランと
いうのはどのようになっているんですか。試作品。このロードマップというか、こ
の1年間の契約というんですか。どのようなことをやっていきますよというような
ことがわかったらということをお聞きしたいんやけれども。

○内山水産農林課長 済みません。今これからやっていくというふうなことにな
っておりますので、済みません。

○南委員長 ありがとうございます。何か答弁があった。そうそう。もう一点先
に報告、I Tの講演会でしょう。お願いします。

○内山水産農林課長 済みません。次に、資料2ページの資料2をお願いします。

これはI C Tを活用した林業振興セミナーの御案内になっております。8月9日
の木曜日に6時半から8時まで中央公民館3階にて総務省の地域情報アドバイザー
でございます岐阜県の東白川村の振興課長の桂川氏をお招きしまして、I C Tを活
用した林業セミナーを開催したいと思っておりますので、またよろしければ御参加
をよろしくお聞きしたいと思っております。

ちなみに定員が50名となっております、申し込みが8月6日までですので、またよろしく願いいたします。

以上でございます。

○南委員長 以上です。

○野田委員 参加は自由、誰でもよろしいんですね。関心のある人はということでもよろしいんですね。

○内山水産農林課長 はい。結構です。

○奥田委員 2点ほどちょっと担当に教えてほしいんですけど、今回中国という話なんですけど、内装材は2月に県の補助か何かをもらって韓国へ行っておるらしいんですけど、海外、今後の中国とか韓国とか、尾鷲ヒノキを売り出すその辺の考え方はどうなのかということと、もう一つはきのうニュースでやっていたんですけど、名古屋城を改装するのかな。あれ。木造天守閣ということで尾鷲ヒノキを使えないかというような、そういうことは考えていないのか。ちょっとその辺担当課の意見を聞かせてください。

○内山水産農林課長 まず、この海外輸出の件につきましてはいろいろなハードルがあって、高い部分もあると思います。今回このモデル事業が本当に今選択され、これから助成金を申請していくんですけども、そこで助成が決定されればこの事業をすることによって大体の姿が見えてくるのではないかなというふうには感じております。そこでまたこの協議会を持って判断していきたいというふうに思っています。

それから、名古屋城につきましては今後また尾鷲林政推進協議会、尾鷲ヒノキ、日本農業遺産というエリアから考えて、そちらの面からも考えていきたいというふうに思います。

○野田委員 済みません。奥田さんがいい質問をしてくれたので、ちょっとそれに関連するんやけれども、二、三日前の地元新聞に韓国のそういう流通関係の記事がありましたけれども、そういうのも含めていい方向に行くのであれば、やはり市が関与して輸出入の貿易的な部分もあるでしょうけれども、そこら辺も含めてトータル的に勉強してプッシュできる体制というのが必要かと思っておりますので、ちょっと意見というかお願いですけども、またよろしく願いしたいと思っております。

以上です。

○内山水産農林課長 私どもは未知の世界のことになってきますので、今後本当にこれを皆さんと色々な勉強しつつ進めていきたいと思っております。

- 南委員長 ありがとうございます。
- 高村委員 中国の件ですけど、製品でいくの、それとも原木で行っておるのか。製品にするの。製品で決まっていなかったら原木でも行けるの。
- 南委員長 担当、わかっている範囲で。
- 千種水産農林課主幹兼係長 ですので、先ほど説明したとおり、現地に行ってバイヤーさんで日本の製品サンプルやリーフレットを持っての販売活動なので、原木ではなくて、まだ第2段階として、バイヤーを呼んで向こうの人のニーズに合ったやつに変えていくという形なので、原木ではなくて製品というか、そういった形で考えております。
- 高村委員 それが進んでいってバイヤーが来た場合でも市有林らを売るということまで考えていかないかんと思うんさ。よろしくをお願いします。
- 南委員長 水産農林課の皆さん、御苦労さんでございました。
- きょうは本当に皆さん熱心な議論をしていただきましてありがとうございました。また8月7日に防災面について常任委員会の開催を予定しておりますので、よろしくお願いたします。8月7日火曜日です。
- 以上で行政常任委員会を閉会いたします。御苦労さんでございました。ありがとうございました。

(午後 4時58分 閉会)