

会議録 (第2回市民病院あり方懇話会)

日時：平成28年2月8日(月) 14:00～17:00
場所：平塚市民病院 大会議室
参加者：亀井 善太郎氏【座長】(公益財団法人東京財団研究員兼政策プロデューサー)
正木 義博氏(社会福祉法人恩賜財団済生会神奈川支部支部長)
秋山 博氏(平塚市自治会連絡協議会会長)
大曾根 俊久氏(平塚商工会議所専務理事) ※
※福澤 正人平塚商工会議所会頭欠席のため代理出席
武川 慶孝氏(一般社団法人平塚市医師会会長)
富田 一栄氏(税理士/総務省 地方公営企業等経営アドバイザー)
石田 有信氏(平塚市企画政策部長)
高橋 勇二氏(平塚市健康・こども部長)
欠席者：森久保 俊満氏(東海大学健康科学部准教授)

○開会 ○平塚市長挨拶 (市長)

皆様こんにちは。市長の落合でございます。皆様には昨年10月26日に第1回目のあり方懇話会にお伺いさせていただきましたが、皆様には引き続きお忙しい中を御出席賜りまして、誠にありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

本日お越しの際に御覧をいただけたと思いますけども、新棟建設工事が順調に進んでおりまして、3月中に完成する予定となっております。その後はゴールデンウィーク中に引っ越しを行いまして、5月上旬のオープンに向けての準備を今進めているところでございます。

なお、3月に新棟の内覧会を予定しておりますので、その際には委員の皆様にも是非御覧をいただければというふうに考えております。

さて、あり方懇話会でございますが、前は午後半日にわたる御議論の中で、次期将来構想策定に当たっての参考となる御意見・御提案、また現在の経営状況を改善するために有効なお考えなどの様々な御意見をいただきありがとうございました。本日は前回に要請がありました、診療データの分析資料も提出させていただきましたので、前回は踏まえて是非改めて御議論をいただきたいというふうに考えております。

皆様から幅広い御意見を求める中で、大きな筋道や方向性につきましても御意見を頂戴できればというふうに考えております。亀井座長さんを始め、委員の皆様には引き続き大変御苦勞をおかけいたします。

今日も、3時間という長時間にわたる会議でございます。大変恐縮ではございますけども、是非活発な御意見、意見交換をしていただきますようお願い申し上げます御挨拶に代えさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○病院事業管理者挨拶 (別所病院事業管理者)

皆さんこんにちは。前回に引き続きまして委員の皆様方には御参加いただきまして大変ありがとうございます。皆さんも御存じのように、地域医療構想を策定するのに今議論が進んでおります。この地域医療構想、2025年の医療提供体制の実現するための施策ではございますが、現在3回この地域におきましても調整会議を行われております。そして、

本来ですと今年の10月に地域医療構想が策定されると思いますが、まだちょっと闇の中という状況でございます。それとともに、昨年3月31日に新公立病院改革プランのガイドラインが出されました。そのガイドラインを見ますと、当然今度の各病院が将来構想策定に当たりましては、この地域医療構想とシンクロナイズさせるということが求められておりますので、病院も地域医療構想が策定されましたら、早急に平塚市民病院の将来構想を策定しなければならないと思っております。その際に、この平塚市民病院あり方懇話会で議論されましたこと、また御提示されましたことは、この将来構想の中で大きな核になると思われますので、是非そのような観点から御意見をお願いしたいと思っております。

私が考えますには、豊富な医療資源、この豊富な医療資源をどのように活用していいのか財務を含めた、そのような議論というものがこれからの平塚市民にとって重要な課題になるだろうと思っておりますので、是非よろしくお願いいたします。

○本日のスケジュール

○医療環境分析データの説明

(相澤経営企画課課長代理)

経営企画課の相澤です。

私からは、前回の懇話会で議論にあがりまして、当院の将来ビジョンと現状のデータについて説明させていただきます。なお、説明の内容は、事前に送付させていただいた資料の内容を抜粋して説明いたします。

まず、当院における将来ビジョンですが、平成30年度のグランドオープン後の運営を想定して設定しております。これは、平成20年度に策定した将来構想における5つのコンセプトを基本として設定したものでありますが、『新棟の機能を十分に発揮するため、地域の中核病院として高度急性期医療を担う病院になる』としております。

これは、将来構想を具現化するための新棟機能が、高度急性期医療を実践することを目的に設計されていることから考えられましたが、その新棟では「大型の救急外来」「手術室増室」「救命救急病棟、集中治療室の設置」「屋上ヘリポート」「放射線治療システムの高機能リニアック導入」など急性期機能と、小児・産科専用病棟が設置されるなど周産期機能を中心に作られております。また、これらの新棟機能は、県からの施設認定や診療報酬の施設基準を受ける前提で作られておりますが、それを受けるためには、施設や設備整備のほかに人材の確保が質量ともに不可欠であります。

ここにお示しした数値は、将来ビジョンを実現させるために必要な費用を140億円と試算し、その費用を賄うために必要な収益132億円から逆算して、患者数や診療単価を試算しております。なお、この数値は、地域医療マーケットの構造的な変化による急激な患者増等を根拠としておりませんので、収益的な目標達成はかなり厳しいものと考えております。

そして、必要な費用140億円の一歩の根拠としているのが職員数で、総数は現状と比較して159人増の740人、人件費は13億円増の77億円としております。

しかし、医師・看護師の計画的な増員は、採用面・資金面共に難しい状況にあると考えております。

次に、診療報酬の請求に使用しているDPCデータ等を利用して、地域シェア等の分析状況を説明いたします。

まずは、昨年度のDPCデータから、当院へ入院している患者の住所をプロットした地図です。真ん中の赤い印が当院で、そこから北西に患者が多く、JR平塚駅がある市の南東や相模川沿いには少ないことが分かります。

次に、平塚市の国民健康保険に加入されている方が、どこの病院に入院しているかを分析したものです。円の大きさは患者数を表しておりますが、市民病院は赤丸で囲った西の

エリア、共済病院は青丸で囲った東のエリアに患者が多いことが分かります。

次にD P C機能評価係数Ⅱの経年推移を湘南西部医療圏の二次病院で比較いたしました。

まず、効率性係数については平均在院日数の短さが評価されますが、当院は東海大伊勢原に次いで高い数値となっております。

次に、重症患者割合を表す複雑性係数ですが、当院は4番目の数値です。

次に、対応疾患の幅広さを表すカバー率係数ですが、当院は東海大伊勢原に次いで2番目の数値でございます。

次に、救急入院患者の重症者割合を表す救急医療係数ですが、当院は共済病院に次いで2番目の数値です。

次に、入院患者の地域連携を評価する係数ですが、当院と共済病院は同じような数値となっております。

次に、入院中の後発医薬品、ジェネリックの使用割合を評価した後発品係数ですが、共済病院の数値が非常に高いことが分かります。

この機能評価係数Ⅱから、隣の共済病院と当院を比較いたしますと、当院は、平均在院日数の短さと対応疾患の幅広さが上回っており、共済病院は、重症患者の割合と後発医薬品の使用率が上回っていることが分かります。なお、事前にお配りした資料では、高度急性期病院との比較用に、県内の主なⅡ群病院と比較したグラフもございますので、参考に御覧ください。

次は、D P Cデータの請求症例数、つまり入院患者数の経年推移をグラフにしたものですが、当院は共済病院に次いで2番目であります。なお、昨年度、当院は入院患者数が減少いたしました。共済病院と新築移転した伊勢原協同病院は患者数が増えています。

次に、平塚市消防による救急車の搬送患者データでございます。

全体の症例数は、当院が一番多いのですが、D P Cの救急医療係数でも分かる通り、中等症と重症は共済病院が多い件数となっております。これは、当院の救急搬送患者受入数の年別推移ですが、7年前あたりから徐々に増加し、昨年は6,624件と10年前の約1.5倍になりました。これは、二次救急病院の中でも非常に多い数を受け入れております。

続いて、財務と原価計算のデータを説明いたします。

赤い棒が収益、青が費用の推移ですが、昨年度は費用が増加した状況で収益が減少したため収支が大幅に悪化いたしました。費用の増加は、人件費が最大の要因と考えており、職員数の増加に伴い年々増えております。なお、材料費は収益と比例する傾向にあります。

医師は、新棟の稼働に向けて増やしてまいりましたが、一人当たりの稼働額は減少しております。

そして、原価計算の25年度と26年度の結果を御用意しました。

ここでお出した“原価計算”は、診療科別の収支状況を、ある一定のルールに基づき計算したものです。現状の原価計算では、作業を迅速にするために、一部の費用を精密に分配出来ていない部分もあります。当院といたしましては、傾向を把握するために利用しておりますことを、予め御了承ください。

最後に、現状と将来ビジョンの数値ギャップを抜粋いたしました。

先ほども申し上げましたが、医業収益132億円の設定は、確実な患者増を根拠としていないことから、かなり難しいとも思われます。

今の状況や今後の見込みを踏まえ、この方針をどのように次期将来構想へ繋ぐべきか、大きな方向性をいただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上で説明を終わります。

○平塚市民病院の将来像について

【第1部】

(座長)

前回皆様から御指摘をいただいて、具体的なデータがなかった部分については、今回事務局も含めて大変よく御用意いただいたかなとこのように思います。また一方で、市長や事業管理者からもお話がありましたが、この懇話会としては基本的には来年度の基本構想を取りまとめるということを念頭に、まずはこの年度で一回一区切りをつけて、そこに向けて論点整理、何か答えをここでは出せるとは正直思っておりません。先ほどお話しがありましたが、地域医療構想も本年の10月に出ればいいなという話ですし、各県の動向を見ている、そんな簡単に出てくるのかなと率直なところでございます。大きな方向性としては、高度急性期だとか急性期をもうちょっとそうではないところに落としていくような話が各県あって、東京都など具体的に数字が出ているような地域もありますが、その中で基本構想を考えていかなければいけないというのは、極めて難しいことであります。そういうことを踏まえて、年度で切るのか切らないのかありますが、基本的にはこの懇話会としては、一旦は基本構想をとということではなくて、基本構想に向けた準備段階の懇話会であるということをお頭に置いて、御議論をさせていただければとこんな形で考えております。

先ほど事務局からもお話がございましたけれども、前半部分は今出てきた数字ですとか、前回の御議論を踏まえて、御質問やあるいは御意見をいただければと思いますし、後半については先ほど事務局の方から座長案ということでお話がありましたが、あまりここで散漫な議論をしてしまっただけではいけないなと。限られた回数で。実は、委員の皆様大変お忙しいいらっしゃるんですね、日程調整が非常に難しいというのが率直にございまして、そういう意味では取りまとめに向けた議論を本日していかなければいけないというような状況もございまして、誠に勝手ながらあまり私の思い云々というよりは、前回の会議録を参考に前回皆様から出た御意見を踏まえて、整理をさせていただいたというのがこの座長案の報告書でございまして、報告書を出す点をどこに置くということについては、それぞれ御意見があらうかと思っておりますけれども、基本的にはもともと市長からの御依頼があってこの懇話会という形かと思っておりますが、来年度の基本構想の検討に当たっての論点を明記していく。ここが課題ではないか、こういったことをきちんと考えていくべきではないかとか、やや少しオープンなクエスチョンでもいいと思っておりますし、この後、来年度の作業はかなり大変になるんだと思っておりますが、そういうところをそれぞれ委員の皆さんからお示しをいただければ大変ありがたいなと。そこをきちんと報告書に盛り込んで参りたいなとこんな形で考えております。

それでは、前半につきましては、平塚市民病院の将来像についてということで、地域の要請という部分と財務を含めた経営上の観点から二つそれぞれあるかと思っておりますので、その二つについて、あるいは今事務局の方から御説明いただいたところも含めて、どのようにこれを見ていけばいいのか、そういったところについてそれぞれの皆さんから御意見や御質問等々いただければ。基本的には御意見をいただければとこのように考えております。よろしくお願いたします。

それでは、委員の皆様から御意見ございますでしょうか。

(富田氏)

前回のお願から大分色々資料を出していただいて、DPC係数とか収益とか、以前よりは少し分かりやすいかなと思います。いくつか質問したいと思っております。前回いただいた医業収益と各項目の推移ということで、その中で、平成26年度というのは、かなりどの項目をみてもガクッと収益が落ちています。御存じのように、平成26年度というのは診療報酬の大きな改正がありまして、特に7対1の急性期病院にはかなり色々、在院日数の

カウントの仕方とか入院患者の重症化の判定とかそういうことがあったので、7対1の病院の皆さんは激震が走ったのかと思います。平塚市民病院さんは、平成26年度で結構落ちていますので、患者さんの状態とか在院日数の問題とかで、その下がった要因というのを患者さんの中身を中心に、私は看護部長からお話しを聞きたいなと思います。どのような患者さんがいて、7対1でおそらく単価が落ちたんじゃないかなと思うのですが、その辺の中身と収益の関連について教えていただけないでしょうか。

(重田経営企画課長)

収益と費用との関係ということで、どういった分析をされているかということですが、前回と重複してしまうかもしれませんが、工事の影響等があったということをお話しさせていただきました。前回のときに消費税率引き上げによる受診抑制があったかとの考えがあるという話をさせていただきましたが、今回の分析データの結果を見ますと、それは実はなかったのかなというふうに改めて感じました。前回の発言は誤っていたというふうに考えております。

患者の方ですが、やはり個別の何の患者とは出てはおりませんが、工事の影響の部分による入院の患者数の減というのは間違いなくデータの的には見えているところであります。経費についても、人件費は当然のことながら新棟に向けて人を採用していたことがありますので、医業収益に対する比率としては上がってしまっている。

全体のお話しとしては、医業収益は過去二番目の大きさではあったものの、医業費用が過去一番の大きさになってしまいましたので、その差が全体の話としては収支に大きくバランスを崩してしまったという要因であろうと思います。

(座長)

看護部長の方から現場の感覚ですとか、具体的な数字は結構ですので、どういうふうに患者さんが変わってきているのか。

(本谷副病院長兼看護部長)

重症度を看護必要度から見ますと、コンスタントに15%超えという病棟というのが、大体三つから四つの病棟です。内科系の病棟はなかなか15%に満たないというところで、例えば整形外科なんかで言いますと、一般外科が非常に高く出るんですけども、整形外科等でありまして手術のときは上がるけども、それ以外要するに、術後1、2日ぐらいまでは上がるけども、それ以外はそうでもない。内科系につきましては、B項目と言いまして、患者さんの身の回りのお世話のところですね。療養上の世話の部分ではかなり点数は上がるんですが、診療の補助というA項目というところでは、上がりきらずにというところに来ていました。ただ、まだ現在のところでは病棟別ではないので、全体でまらめていきますと、重症度看護必要度自体は7対1でクリアしてきたかと数字としては表れています。ただ、全体的に患者さんが少なかったことと、看護師の退職も昨年度はそれほど予定どおりと言いますか、大幅な退職率アップということもございましたので、私どもの方でも、最初は経営企画課の重田が申し上げましたとおり、消費税が影響しているのではないかと思いましたが、近隣の看護部長等々の情報共有等々においても、そこは大きく変わらないのではないかとというようなところで、厳密にこれだというところは明確に申し上げられないところでございます。お返事になっていないかもしれませんが。

(富田氏)

私は診療報酬の影響っていうのをお聞きしたんです。工事だけではないです。工事でもちろん減っているのは分かるんですが、それは平塚市民病院だけではないので。皆さん共通の問題なので。平成26年度の診療報酬に対して、この病院が7対1の病院としてどう

いうダメージを被ったかということを知りたかったです。それと、費用が随分かさんでいますけれども、どうしてジェネリックの利用率は下がっているんですか。これも合わせてお聞きしたいと思います。

(金井病院長)

ジェネリックのところは後でお答えしていただくとして、赤いグラフの医業収益と医師一人当たりの稼働額ということで先ほど御質問いただいたと思うんですが、これは医師一人当たりの稼働額ということで、相対的に医師が多ければこういう結果になりますよね。例えばの話、当院は救急搬送件数がものすごく伸びているという話を先程させていただきましたけれども、救急医を0人から1人、2人、3人、4人、5人と増やしております。その中に、この年度は収まっている感じですね。そうしますと、5人とか救急医がいて、救急救命加算が取れなければ、当然相対的には医師一人当たりの稼働額は落ちてくるだろうと思います。実際、医師一人当たりの稼働額がどのくらい上がるかというと、一般的には1億円と言われていています。そうしますと逆に、平成26年度1億ですからベースはクリアしているぐらいの、その前は少ない医者でもものすごく働いていたとそういうことの反映だろうと私は思っております。一つの例で救急医と相対的な稼働額が加算として取れていないという部分だけお伝えさせていただきました。

(相澤経営企画課課長代理)

診療報酬の改定に対する影響というのは、明確にはこの施設基準が取れなくなったということはなかったんですが、患者さんの層としては大きく入院患者が減ったのは、整形外科、脳神経外科、心臓外科というところが減っているというところがありました。平成26年度ですね。後発品に関しましては、実は外科の患者自体が増えている中に、抗がん剤を利用される患者さんが多くて、抗がん剤の患者さんがジェネリックを使わないというのがありましたので、この後発品使用の係数というのは、金額的な部分もありますので、そういう意味では抗がん剤の使用が増えたということが係数で逆に先発品が増えてしまって下がっていったと分析しています。

(富田氏)

ちょっとまだ細かい分析はできていないなという感じです。この図を見ますと、平塚共済病院って何でこんなにジェネリック違うのかなと思うんです。売り上げとか中身が変わらないとおっしゃるのに、薬代がこんなに違うのか非常に単純な質問です。増やそうと努力されているのかなということも含めて、お金がないのであれば、どうしてもコストを削らざるを得ないというのが原則だと思うので、努力されているのかなと合わせてお聞きしたいと思ったんです。

(座長)

DPCのところは是非出してくださいと、この前、正木さんからそういう御指摘があったかと思います。そこら辺DPCの分析で正木さんいかがでしょうか。

(正木氏)

DPCの分析というのは全国でなされていますが、神奈川県の一部の地域ではなくて、できたらもう少し広域の比較をしてほしい。せめて神奈川県とかですね、いろんな評価ができますのでそれを見てほしいなと思います。例えば色々なデータが出ていますけれども、複雑性とか効率性というのはこの中では評価が高いですけれども、全国からするとやはりもう少しということがあります。私が気にするのは一床当たりどれくらい稼働していくかなんです。基本的に小さな1,000床もある病院ではありませんので、なかなか難しい

んですけれども、回転率と言いますか病床の何人の新しい新患を迎えて回転するのかがというのが、非常にこれから先も影響がありますし、DPCの中で比較をしてもらって見せてもらえたら、もう少し分かり易かったかなと思います。

(座長)

ありがとうございます。多分これベンチマークだと思いますね。どこをベンチマークと呼ぶか、基準点としてこの病院はどっちに向かっていくのかというところで。今日の議論の中でも、後半でできればと。元々20年11月作成の将来構想が、ある種どうとでも読めるというか、こういう言い方をして大変すみません。個人的な意見として申し上げますと、どこに向かうのか曖昧な中で、具体的なこういう係数に落として、では全国平均で見たとき、あるいは神奈川県の水準で見たときに、例えば正木さんのところのグループで言うと、横浜東部病院なんかそうですよね。非常に高度急性期に特化されている病院だと思います。高度急性期を謳うのであれば、どこまでやるのかというところの具体的なベンチマークを明らかにして、そこに対していいのか悪いのかというところは、是非評価をしていただくことが必要なかなと感じました。先ほどまた富田さんから御指摘ありましたけれども、診療報酬改定の影響というのはどの病院、大きい病院、小さい病院全て相当深刻に受け止めていらっしゃると思います。もっと言えば、次回の次の診療報酬改定が自分達の経営にどういう影響を与えるか、だとしたらどう行動を変えなければいけないのかというふうにシミュレーションされて、実際に具体的にその次までやるというところですが、過去の部分の分析もまだまだであるというところは富田さんの御指摘につながるころだと思いますので、その次の改定ももう見えてきていますし、具体的に○(マル)になっていたり×(バツ)になっていたり、まだ数字が見えていないところもあります。そういうところを踏まえてこの病院がどこを目指していくのかというところ、特に、財務面ですね、そこを考えていく必要があるのではないかとというのが、それぞれ富田さんと正木さんからいただいた御指摘なんじゃないかとこのように考えております。ただ、こういうものがとりあえず出てきたという一つのスタートだと思いますし、多分中ではいろんな御検討をされていると思いますので、そういったものが次の基本構想の検討のところに出てくるといいなとこんなふうに考えております。

この件、あるいはこの件以外も含めて、今まで出てきたところで御意見あるいは御質問はありますでしょうか。いかがでございましょう。武川先生いかがですか。何かあれば。

(武川氏)

たまたま今医療構想ですね、あれの真っ只中なんです。今のお話の中で一番気になるのは高度急性期医療をどこまでやるかと。これが僕一番気になっているところなんです。非常に難しい。元々は本当にやる気でスタートしていた訳ですからね。今になって降参できますかと悩みます。

(座長)

ありがとうございます。非常に大事な論点ではないかなというふうに思います。大曾根さんいかがでございましょう。これに限らずでも結構でございます。

(大曾根氏)

今日配っていただいた6ページについて教えていただきたいのですが、グランドオープン時の施設認定等というところで、全く素人的な発想なんです。神奈川県から新たに指定を受けるものということで救命救急センターと地域がん診療連携拠点病院、こういうものの指定を受けるという意味合いなんです。指定を受ければ素人的にはそれなりの充実が必要だろうと。充実するにはお金が必要だろうと。この辺のお金の出処というのは、例

えば国からこういうことを充実すればこれに対してこれくらいの補助をしますよと、県から補助がありますよと、市ではなくてそういうものがあるかどうかちょっと教えていただきたいのですが。

(座長)

病院の方から、具体的にこれによるメリットと、何がハードルになるのか、それに対して費用がどうか、これに対する今大曾根さんから御指摘があったような補助だとか何か期待できるものはあるのかそこら辺についてお願いいたします。

(金井病院長)

救急救命センターになるためには、条件というのはほとんどクリアしております。特に一番重要なポイントは医師なんですが、特に救急医、これは現状5名いて、新年度ではもう少し増えるんじゃないかというところまで来ています。これまでこの指定を受けて来れなかった最大の問題は、医師の数というよりは耐震性能です。もともと南棟で救急救命センターをやっておりましたが、その時もう既に、これを満たせるところまで行っていたんですけども、県から耐震性能が不足しているので救急救命センター認めませんと言われてきておりました。ただ実際には救急医もそれなりの数は必要ですし、看護師もそれなりに症例数の数が増えるとともに数が必要ですから、是非看護師の数を増やしていきたい。実際にどういう診療報酬のアップがあるかというところ、一人入院患者さんが通常は2万とか3万円のところが、8万円とか9万円とかそのぐらいの額になります。そうしますと、人件費等々含めて試算してみますと、現状からですよ、現状から比較して大体1.5億円ぐらいの収益が上がるとそういう試算ができています。

それと地域がん診療拠点病院ですが、これは今既に指定病院になっております。ただ指定病院の状態ではさほど加算は取れないんですけども、拠点病院になると診療報酬のアップが期待できます。うちの病院はまだ取れないですし、まだメドが立っていないんですが、これを取るために必要な要件は病理の常勤医です。この地域ですと、大学からなかなか人が来てくれないので、ほとんど平塚遠いという理由で病理医が来ていただけてないというそういう状況になっています。他にもありますが、他も説明しますか。

特定集中治療室は、2対1と言いまして、患者さん2人に対して看護師1人置くことが要件になっています。今看護師の数が問題でして、かつてこれが取れる見込みのときもあったんですが、その前の4対1の基準の方が先だろうということで、戦略的にハイケアユニット加算と言うんですけども、そちらの方を先にということでやって現在まだ取れておりません。看護師が増えてくれば、こういったものも可能になってくるだろうと思っております。単価は特定集中治療室だと、一晚6万とか7万それぐらい取れます。2万ぐらいのが6万、7万に上がるということです。医者を常にそこに置いとかなきゃいけないという条件があります。

新生児特定治療管理料というのは、小児科医が常にそこにいる必要があるのと、バックアップでオンコールの小児科医もう1人を置かなければいけないことがあって、現状うちは、二次輪番制やっていて、二日に一日しか小児科医がおりません。そういうことなので、現状ではそれは出来ないんですが、今度大磯病院とか共済病院で小児科の先生がいなくなると全部うちの病院に回ってくる話になってですね、とりあえず当院で全部やんなきゃいけないという状況に迫られております。医者数が足りないんですけども、実際12人くらい必要になるんですが、6人ぐらいしかおりません。なんとか非常勤医を雇ってでも平塚市という位置ではやらないといけないんだらうなと思っております。小児科の問題細かいとこまで承知しておりませんが大体そんなようなお話です。

(座長)

ありがとうございました。ちょっとこれに関連して一点だけ伺いたいのが、20ページの資料なんですけれども、前回の第1回のように平塚消防さんと連携されて、消防さんがこちらにいらっしゃって、救命救急をできるだけ積極的に取るようこういうような形で活動していますというお話があったかと思えます。また本来、高度急性期であれば基本的には紹介と救命救急で患者を確保していて、言葉は悪いですが、単価の高い患者さんを確保して効率を高めていくというのが一つの高度急性期のビジネスモデルではないかなと思うんですが、その中で20ページを拝見していると、必ずしも重症患者さんが取れていなくて、どちらかというと軽度の患者さんが回されているような印象がある中で、今の救命救急センターのお話しというのは、何か関係があると考えればいいのでしょうか。そこを是非御説明をお願いいたします。

(金井病院長)

この救急搬送先のシェアの話ですけれども、相当昔、私がこの病院来たのは27年前ですけれども、その頃は平塚市民病院がこのくらい、平塚共済病院がこのくらいというような完全に圧倒的な救急搬送件数の差があったんですね。ところが、時代の流れとともにウサギとカメみたいな部分もあって、当院はどちらかというと、共済病院さんの話を出すのは恐縮なんですけれども、共済病院さんは基本的に循環器内科の医者だけで当直だとか電話持たせたり、それから、脳神経疾患のドクターだけでもう一つ電話を持たせてというそういう運用をやっておられました。ですから、そこの診療に特化した診療、重荷を置くそういうやり方をやって来られたんです。当院はもしそのやり方をやると平塚地域に循環器内科の医者がブワッとA病院、B病院両方にいる形になって、疲弊してしまうだろうということもあって、当院はER型と言って、救急医を置いて、基本的には窓口を一本化して、そこで請け負うと。そうすれば医者も疲弊しないで継続的にできる形ができるんじゃないかということでER的な立ち位置でずっとやって来たんですね。実際、共済病院さんの方が重症な患者さんが多いとあるとすれば、重症っていうと脳とか循環器じゃないですか。それに特化してそっちの方はやっているんでというのが多分あるんだと思うんですね。ただ最近では、ER的な形で救急医を置いてきたので、外傷とか何だかよくわからない重症患者さんとかそういうのはうちの病院にかなり運んできてもらって、この結果になっているということです。

もう一つは、当院は公立病院なので軽症な患者さんこれ当院に診てほしい患者さんは診ると、救急車は断るなということでやっていて、それで98%ぐらいの応需率を実現しています。そういう意味でいうと我々としては、重症なものからやっぱり公立病院の務めであるER的な断らないよというのを両立させていきたいという思いでやっております。

(座長)

ありがとうございます。他に何かあればどうぞ。

(石田氏)

一つだけ。先ほどのお答えにあったのですが、元々この26年度の収益と費用ですね、これが、収益が下がっていて費用が上がっているというところで非常にギャップが大きくなっているような状況です。こういう状況になっているのにも関わらず、ちょっと気になったのが、ジェネリックはいろんな理由があるんでしょう、ですから年度によってやむを得ない部分があるのかなというところはありますが、やはりジェネリックができたというふうに思います。経費の面からも当然だと思います。

そしてもう一つ、今お話がありました、グランドオープン時の施設の認定という御説明の中で、もともと費用が増えたのは人件費がすごく大きくなったからそういったお話だったと思いますが、グランドオープン時の施設の認定の関係で、さらに医師あるいは看護師

を一定程度増やしていかなければ、こういった機能を持ってないとなってしまうというようなことだったと思います。診療報酬も上がるというお話もありましたが、さらに人件費、人を増やすということについて収益と費用のバランスのそういう見積もりはどういうふうになっているのでしょうか。その辺を教えていただければと思います。

(重田経営企画課長)

先ほどのパワーポイントの説明の中にも入れさせてもらいましたが、費用としては、もし目指すもの全てやるとすると140億円という話をさせていただきました。それに対して必要な収益は、132億円。この差は既にここにある訳ですが、今現在いただいております市からの負担金で、この差の部分は穴埋めをさせていただいてバランスをとるのが、この数字と考えています。その市からいただく負担金というのは、公的病院ですので、救急医療部分とか小児周産期というようないわゆる不採算に当たるような部分は負担していただくというような、総務省の繰り出しの一定の基準がありまして、それを踏まえていただいてペイをしていきたいと考えているのがこの数字なんです。一体それが埋まるのかどうかというお話したとは思いますが、確かに今工事中とはいえ、これまでの患者さんの状況あるいは過去の医業収益の最高額が、平成25年度決算で102億円ぐらいだったと思いますが、というようなことも含めると、また今年度の1月までの状況を含めると、なかなか先ほども言ったようにハードルが高いのは間違いないというように考えています。そういう意味からすると、想定しているもの全てを実現するのは、このまま進むには苦しい部分があるかというふうに考えています。当然のことながら、ジェネリックのより一層の促進というのはもちろん必要です。コスト削減というようなところも積極的にやっていかないとこの差は埋まらないばかりかマイナスが増えてしまうというのには認識しております。

(石田氏)

あくまでも意見なんです。人件費というのは固定費です。固定したらそこから減らすことはなかなか難しいと思います。ということは、収益を稼ぐ上での経営上の問題ですね、そこも当然一定程度の担保がなければそれだけの人件費を払うことは当然できなくなりますので、確実な収益を得るといふ部分の将来へ向かっての持続可能な経営体質というかそういうところはしっかりしてほしいなと思います。これは意見です。

(座長)

ありがとうございます、正木さんお願いします。

(正木氏)

1ページのビジョンのところ、私経営をしている中で疑問に思うことが少しあります。26年度実績から見たときに、将来ビジョンを挙げておられますけれども、11,000人等の患者さんを集める、逆に2,000人集めればいいのか、これはどうにかならないこともないんじゃないかと思うのですが。延べの患者さんも増やしていますね。それから病床利用率も上がってしまっていて、診療単価も7万円に上がっています。上げるということは非常になかなか患者さんの層だとか状況だとか先ほどの高度急性期に近い患者さんを集めなくてははいけませんし、この頃何よりも平均在院日数が何日に想定されているかと言う時に、病床利用率をさらに上げながら平均在院日数を下げることとなると、何となく患者さんが難しくなる。診療単価を上げるには平均在院日数を下げなきゃいけませんし、そう考えたときにこの数字の整合性を少し考えないと思うのと、次の外来なんです。例えば紹介患者さんを今7,000人から5,500人増やして13,000人にするというのは、これどうやってやるのかなというところ。非常に、紹介患者さんですから、周り

の先生方ですとか医師会の先生方とか信頼性だとか市民病院に対してこのくらいのことをやらなきゃいけないとかやってあげようとかいろんな思いがあってその紹介ができるんですけども、高度医療をすればするほど患者さんが集まるかというところもそうでもない。やっぱりそこに地域のために先生方のために何かこう日頃から活動しておくという、そういうのが絶対に必要で、5,500人増ということは、7,000人でこれまでですからほとんど倍増に近い。これも戦略というのは非常に大変大切なものだと思います。これから、延べの患者さんをしていこうというのは、外来の患者さんをどんどんまた削減しようとする。これは方向的には間違いないと思うんですが、ただなかなか市民病院という看板がありますので、患者さんに違う先生のところに行ってくださいよとお願いしたときに、そう簡単に行っていたらどうか正直心配ですし、そういった運動をしていって単価が20,000円というのは、これは非常に高度急性期の中でも非常に高い方の単価だと思います。ここまで引き上げたいという気持ちは分かりますが、もう少し外来については戦略が必要じゃないかなという気がします。

(座長)

ありがとうございます。大変大事な御指摘をいただいたと思います。やっぱりこの数字は、どうやって実現するのか具体的な方法論と戦略論と多分、一致してないといけないんですが、どうもまだ見えていないんじゃないかなと僕はこんな感じで考えております。

(富田氏)

先ほどの地域医療構想が固まるのが10月だというお話がありました。今回の地域医療構想は、主にデータを中心として出して、地域の医療必要度を図るとというのが国の方向になっていますので、ある程度それを見て判断してほしいなということがございます。というのは、コンセプトを作っているのは、平成20年の11月ですから、7年ちょっとくらい前ですので、やはり今の医療需要ですね、その辺をきちんと考えて医療圏の中でどうするか、市民病院だけじゃなくて、他にも色々ある訳ですから、そこの中で持てる資源を活かしてという形にしないと、大きく膨らましてしまって、実は後で使わなくなったというのは非常にもったいない話ですし、それに平塚の地域の人口が急激に増えるという訳ではない中で、こんなに患者が増えるというのは本当にあるのかなと。他の病院さんから取ってというのはありますけれども、やはりそこは、持てるところをどういう風にといいところを分析しないと「絵に描いた餅」になるというのが厳しい話だと思います。実は私事になりますが、立派な病院を作っちゃって、それでその後何とか稼がなきゃと問題になっている自治体病院に行っちゃって参りました。もう建ててしまったのでどうしようということですけど、特効薬はありません。やはり地域の患者さんが急に増える訳ではないので、その地域マーケットに沿った戦略をどう展開するのかということだと思うんですね。急性期の医療はおそらく今後在院日数も短くなるし、ダブついてくるだろうと言うのが国の見方です。都心の大きな病院もそうなるだろうと思いますし、こちらでも人がそんなに増える訳ではなければ、それと高齢化が来るのであれば、急性期よりももうちょっと先のものの方が絶対的に足りなくなると。おそらく正木さんがいらっしゃる済生会だけでも亜急性期とか回復期がなくなるという統計が出ている中で、他の戦略はないのでしょうかと、亜急性の患者さんもこの中にある程度いらっしゃると思うんですけど、急性期のビジョンだけじゃなくて、この次のものをどう考えているのかなと市民病院では大体半分あるいは4、5割ですかね、そのくらいは急性期が終わった患者がいらっしゃるのが多いです。このくらいの都心の場合だと。それに対しての急性期以外のもののビジョンが全くないというのは現実味に欠けるのではないかなと思いますけどいかがでしょうか。

(重田経営企画課長)

湘南西部のこの二次医療圏の傾向と言いますか、人口のお話なんですけど、65歳以上の高齢者人口と言われるものにつきましては、2040年までは増えていくんだという推計は出ております。平塚市についても同様な傾向にあると考えておりますが、2040年度をピークに今度は下がっていくでしょうと。平塚市自体の人口については減少傾向にあるというのは間違いないところなんですけど、高齢者に限ってはそういう傾向にあるということで、長期的に見ますと萎んでくるのは間違いないということですけども、ここ数年の間は増えていくということから直ちに今切り替えるってことがなかなか難しい段階にあるかというふうに考えています。

(富田氏)

地域医療構想が10月ということですので、それを待つということじゃないと思えますけれども、それを前にどうしてそれを焦って急性期になってしまうのかなと。地域の需要が見えない前に、先にコンセプトを決めるというのは順番が反対ではないかと思うんですが。

(相澤経営企画課課長代理)

先ほどのプレゼンの中でも説明したんですが、今あるビジョンというのが平成20年の将来構想におけるものであり、またそれに基づいて施設、今新棟ができていているところから作られたものであります。地域医療構想の状況を見て、このビジョンが変わってきたというのは当然のことだと我々も考えてはおる訳ですけども、現状お示しできるものがこれであったから、本日はこの数値をお出ししたというところでございます。

(座長)

多分これは今の話は、富田さんの御指摘は今後検討していくお話しではないかなと僕は考えております。地域医療構想は、当然一つの医療圏に、今後次の基本構想みたいになると思えますし、逆に言えば高度急性期を謳っている割には、高度急性期のこともきっちりやり切れてないし、先ほど富田さんから御指摘があったような他の選択肢の部分のオプションの検討というのも、ちょっとまだ不十分ではないかなというのが多分御指摘なんじゃないかなと思っております。こういったところが、次の検討に向けていろんな仮説を立てていく必要があるし、今までこういうふうにやって来たからというのはもちろんあると思うんですが、そこは一つの報告書案にできればいいのかなというふうに考えています。

もし秋山さん、何か是非いただきたいんですけども。あればいかがでしょうか。

(秋山氏)

これだけの資料を短時間で出していただけたことだけで、大変うれしく思っております。今の外来収益は紹介患者数の云々とか、平塚市の人口状態が減っていることだけは間違いないし、今後もそう期待できない。さっき言われたように、高齢者は増えていくだろうと。私も高齢者の真っ只中におりますので、大変つらい思いをしながら聞いておるんですが、ただ、今紹介患者でない一般の外来の皆さんというのが開業医の皆さんを介して紹介患者さんになると、開業医の皆さんとかかかりつけ医と市民病院とのコンタクトと言いますか、もう少し根回しをちゃんとしてお互いに信頼し合っただけ合うというのも数字もこの中で期待しているんじゃないかなと思っております。

(座長)

ありがとうございます。大変大事な御指摘だと思います。先ほど正木さんからも御指摘があったかと思うのですが、紹介患者数を増やしていくところについては、連携室を増やしていく、要因を増やしていくというアイデアがあると前回お話がありました。それじゃ

まだ十分じゃなくて、前回正木さんからは、MRさんのOBOGを雇ったりとか、そういう形で実際に地域のお医者様への信頼をどう確保していくかというのが課題ではないかと。そこがまだ不十分ではないかという御指摘があったかと思います。ここはやはり、急性期を目指していくのであれば、紹介患者数をきちんと増やして、逆に言うと、この数字は、ありがたいことをそのまま書いてしまったような数字になっていて、別にここで何年か前の批判をするつもりはないんですけども、その数字を具体的にじゃあどう実現できるのかというところについてのオプションというのが、やはり不十分ではないかなというような御指摘ではないかなと思いますし、そこを正にしっかりやっていただくことが市民の安心にもつながる話ではないかなとこのように私も感じた次第です。

正木さんどうぞ。

(正木氏)

いろんなビジョン、計画を立てるときに重要なこと、前回申し上げましたが、4つの視点から、医療の機能とか高度急性期をやるとかこういう懇話も必要でしょうし、いろんな財務的な話も、当然ながら、経営していくには必要な話ですけども、その支える職員の皆様方が頑張ろうね、喜んでやろうねという、そういう関係のものが一つも入っていないですね。それからもう一つは、市民病院であるということは、地域の皆様方のためにどういう活動をしていただいているかですね。もちろん高機能で高度の医療を持つことも市民のためにはあるでしょうが、ただ実際に日頃の公開講座とか地域に行っているいろんなお世話をするとか、病気でない患者さんについても家族についてもしっかり診てあげるとか、そういう戦略があって初めて地域の先生方もこの病院だったら安心して送れるということで紹介も増えていくし、そういうことの戦略も必ず入れてほしいなと思うんですね。そうしないと、ただただ何か加算を取るだとか、センターの資格を取ればこれだけお金が入ってくる計算じゃなくて、本当の市民のための病院づくりからスタートしていけば、先ほど申しましたように、外来をもっと増やしていく、紹介患者さんを増やすことは絶対そうしなきゃいけないんです。新患も増やさなければいけない。そのためには、その辺の原因を探っていくと、やっぱり地域から信頼されているし、地域の医師会の先生方から非常に市民病院が高く評価されているとか、例えば患者さんを送り出すときに先生方が帰りに寄って診ていくとか、そういう細かい努力がそこには生まれて来ないとやはりこれだけの数字を確保するのは難しいと思うんですね。是非ともその辺は4つの視点を入れてほしいなと思います。

(座長)

ありがとうございます。大変重要な御指摘をいただいたと思います。他に何か御意見、御質問はございますでしょうか。

なければ一旦休憩を取らせていただいて、そのあと座長案という大変不定義なものですが、そちらをベースにもう少し具体的にどうしていくかというところについて、この後御議論させていただきたいと思います。

(別所病院事業管理者)

正木さんのところで、私は大変重く受け止めておりますけども、会議録の2ページを見ていただくとわかると思いますが、その中で私が述べている中で地域の皆さん方に素晴らしい医療を提供するのは当然だと思いますけども、そのためには、職員の環境を整備して医療従事者がプロとしてやりがいのある職場環境を作っていかなければならないんだということをそこで述べておりますので、そのような気持ちで病院も運営されていくということは委員の皆さん方も是非御理解していただきたいと思います。

(座長)

ありがとうございます。ではこれで一旦休憩と取らせていただきまして、この後こちらの方、私の方からから説明させていただいて、その後御議論させていただければと思います。ありがとうございました。よろしく願いいたします。

———— 休憩 ————

○報告書(案)について

(座長)

傍聴者の方には大変申し訳ないんですけども、座長案、私のプライベートなペーパーということで、とりあえずのたたき台として聞いていただければと思います。

全体で、「1 本懇話会の位置づけ」、「2 市民病院の現状経緯と課題」、「3 市民病院を取り巻く環境」、「4 今回の懇話会での各参加者からの意見」、「5 今後の市民病院のあり方・方向性」、「6 報告内容の今後の取り扱いについて」という形で、全部で「6章立て」で整理をさせていただいております。元々この懇話会につきましては、先ほど来、御意見があって、基本構想を決める前の年にやらなくてもいいなというところではあります。ただ、一つ逆に言えば、平成20年作成のものでそのまま走るよりは、いろいろと将来構想を踏まえて、あるいは地域医療構想が10月に出た後の修正を含めて、来年度の作業を極めて重要なものがあるのではないかなど、このように考えております。また、これまで委員の皆さんから御指摘をいただいた点等々踏まえて、この報告書案ということで、今回は来年度の基本構想の検討をどういうふうに進めていくのがいいのか、そこにおける留意点は何かということについて、このあり方懇話会の座長案ということで、取りまとめをさせていただければなどこのように考えております。一つは、今年度中の区切りということもございますので、今日一旦これでお示しをさせていただいて、委員の皆さんから御意見を踏まえて、私の方でまた取りまとめさせていただきたいとこのように考えております。

座長案について少し簡単に説明させていただきたいと思っております。

「1 本懇話会の位置づけ」につきましては、平成20年11月に策定した「平塚市民病院将来構想」が平成28年度で終了することに伴い、新公立病院改革ガイドラインや地域医療構想のほか、「2025年問題」や現状の医療制度、地域特性及び経営状況を踏まえた次期将来構想を策定するに当たり、今後(平成28年度から平成37年(2025年)度までの10年間)の平塚市民病院(以下「市民病院」という。)のあり方について、幅広い意見を求めるために設置したものと、こういうことであります。先ほど来、申し上げているとおり、来年の基本構想の準備に結構時間もかかると思っておりますので、その手前で論点整理をしておきましょうと、こういうところでございます。

2点目、「市民病院の現状経緯と課題」につきましては、今までの経緯を淡々と書かせていただきました。読み上げさせていただきます。

平成22年度の地方公営企業法全部適用後、急性期病院としての機能を充実させる運営に取り組み、「ひと」と「もの」への積極的な投資による収益増を目指してきた。平成22年度から平成25年度までは、診療報酬のプラス改定もあり経常収支は黒字となった。

しかし、平成26年度は、在院日数の短縮や逆紹介の奨励等の急性期医療の更なる進化に向けた取り組みを積極的に推し進めたが、診療報酬の実質的なマイナス改定、新棟建設中における敷地内建替えによる利便性の低下などが要因となり、新規患者数が増えない状況下で延べ入院患者数が減少したことに加え、消費税率の引上げやこれまでの投資による支出増も重なって大幅に収支が悪化した。

その結果、平成26年度は当初の運転資金（内部留保金）約7億6千万円が減少し、市からの負担金（以下、「一般会計負担金」という。）約10億円を含めても、なお年度末に資金ショートになることが想定されたことから、平成26年度3月補正予算で5億円の長期借入金を予算計上し、一般会計からの借入れをすることで運転資金の不足を回避した。また、当面は新棟建設による収支悪化が見込まれることから、平成27年度当初予算においても一般会計から10億円の長期借入金を計上している。これはこれまでの経緯でございます。

3章「市民病院を取り巻く環境」について、まず、

(1) 湘南西部二次保健医療圏の現状と課題

ア 湘南西部二次保健医療圏（以下、「湘南西部医療圏」という。）には、30万人の医療圏に、市民病院のほか、平塚共済病院、伊勢原協同病院、東海大学大磯病院、秦野赤十字病院などの二次医療機関に加え、三次医療機関である東海大学医学部付属病院が近接している。

イ 診療規模や形態が類似している平塚共済病院が、約1km離れた場所にあり、診療の対象となる患者が競合している。また、平塚市の国民健康保険加入者の入院先医療機関は、平塚共済病院が一番多く、市民病院は二番目である（平塚市内の患者動向は、平塚共済病院は「平塚東部地区」及び「平塚海岸地区」が多く、市民病院は「平塚西部地区」が多い。）。

ウ 平塚市消防本部による救急車の搬送件数は、市民病院が最も多い。

エ 平成28年度中に策定する新公立病院改革プランは、①地域医療構想を踏まえた役割の明確化、②経営の効率化、③再編・ネットワーク化、④経営形態の見直しの4つの視点を踏まえて策定しなければならない。

(2) 人口構造変化の想定

ア 湘南西部医療圏及び平塚市の総人口は今後減少傾向にある。

イ 平塚市の65歳以上の高齢者は増加傾向にあるが、2040年を境に減少する。

(3) 高度急性期・急性期医療を取り巻く環境

ア 平成26年度の病床機能報告を踏まえた必要病床数の試算によると、湘南西部医療圏では、2025年時点で、高度急性期及び急性期で約600床余剰である一方で、回復期病床が約1000床不足することが想定されている。なお、本調査は、平成27年度にも実施されている。現在、結果は公表されていないが、新たな指標が示されて行われたため、結果が変わる見込みである。

イ 今後、高齢者人口の増加が見込まれるため、急性期の患者の増加は予想されるものの、三次医療機関である東海大学医学部付属病院が近接していることから、高度急性期の患者の確保が難しい。

「4 前回の各参加者からみなさんからの御意見」を、議事録をベースにまとめさせていただきました。

(1) 市の政策的側面から

ア 総合的な救急医療というものが求められている。

イ 小児・周産期医療の充実は、市の施策として必要。

(2) 医療の機能分化への対応

ア それぞれの病院が「競争」するのではなく、役割を分担し「共有」していく環境づくりが必要（二次医療機関の平塚共済病院や済生会平塚病院との連携、三次医療機関の東海大学医学部付属病院との連携、病院の合併もあってもよいのではないか。）。

イ 紹介等でのかかりつけ医などの一次医療機関とお互いに補完し合い、密に連携を取っていくべき。

ウ 市民に対して、医療の機能分化推進の協力を求めていくため、公立病院として市民病院がもっと積極的にPRすべき。

エ 高度急性期・急性期医療の実践には、多くの人材を必要とし、地域に新しい雇用の場が創出されることから、高度急性期・急性期を目指すべき。

オ 2025年のシミュレーションから、回復期も必要。

カ かかりつけ医などの一次医療機関が休業している日（土曜日など）に開院するなどのサービスを提供すべき。

(3) 依存体質からの脱却

企業体として、基本的には、負担金に依存することなく「自立」を目指すことが必要である。（収支バランスが取れた経営体制を作る必要があるのではないか。）。

(4) 高度な経営機能の必要性

ア 「病院全体が何を目指しているのか」を全職員が認識すると共に、市民、市、市議会等の病院に関係するステークホルダー（利害関係者）とも、これを共有していく必要がある。

イ 目指すべきものを実現し、病院経営を確固としたものとするため、ビジョン等を踏まえたKPI（重要業績評価指標）を定め、その実現のために全職員が職種を越えて活動していく体制整備とチームワークが求められる。

ウ KPIは、自分達が達成すべき重要な目標だという「思い」ができるよう、ビジョンを作り込む時から職員の総意を集めていくことが重要で、目標値を目指し、全職員が認識して、戦略を練ってしっかりやっていくという方法を、次の計画には入れるべき。

エ KPIを行動で示すことで、市民に対し「メリハリ」のある活動をPRする必要性がある。

オ この実現のため、モニタリング等を含めた経営企画機能の強化、これを担う人材の登用、育成は不可欠である。

(5) その他

ア 病院の経営改善策が見えてこない。

イ 地域医療マーケットの分析ができていない。

5章でございますが、「今後の市民病院のあり方（方向性）」

(1) 市民病院は「ユニーク」な方針（ビジョン）

ア 救急医療体制を充実させ、救命救急センターの指定を受け、高度急性期・急性期医療を担う。

イ 公立病院として、小児・周産期医療など政策医療も含めた幅広い診療科を担う。
「救急医療の必要性」

○二次救急の輪番病院であるとともに、救急車の受入件数が市内医療機関で最も多い。

○高齢化の進行により、救急受診患者数の増加が見込まれる。

○県から救命救急センターの指定を受けるため、新棟には大型の救急外来と救命救急病床（20床）を設置し、その運営を担うための救急専門医が配置されている。
また、施設面においても高度急性期医療を担う環境が整備されている。

「小児・周産期医療の必要性」

○新棟においては、「周産期センター」を充実させ、妊産婦から新生児へと一貫した高度医療を提供する。

○市総合計画において、「小児救急医療の充実」や「周産期医療の充実と分娩取扱医療施設の整備」として位置付けられている。

この方向性は、市民病院の「強み」であり、特に、小児・周産期医療については、国や

県、市の施策として、公立病院が担う必要があると考えられ、これを持続しなければならない。

しかし、その一方で、高度急性期医療体制の維持に必要な費用については、支出に見合った収益が確保できるかという経営面の課題がある。

(2) 方針（ビジョン）実現のための前提条件

方針（ビジョン）を実現するためには、次の条件が必要と考える。

ア 高度急性期・急性期医療及び小児・周産期医療を安定的に維持・継続するために、地域医療のバランスや採算性を踏まえ、担うべき診療科を見直す。

イ 救急と紹介の診療に特化し、重症患者中心の診療を行う。

ウ 経営の安定化を図るため、新規入院患者を確保し、病床利用率を向上させる。

エ 政策医療による、不採算医療の更なる推進については、公的資金援助を依頼する。

最後に6章、「今後の取り扱い」については、あり方懇話会では、市民病院を取り巻く環境や現状と課題などについての理解を深め、市民病院が市民や地域とともに目指すべき大きな方向性を明らかにした。

平成28年度中の策定が求められている「次期市民病院将来構想」とも言うべき「新公立病院改革プラン」は、①地域医療構想を踏まえた役割の明確化、②経営の効率化、③再編・ネットワーク化、④経営形態の見直しの4つの視点に沿って策定されるが、その際に「5 今後の市民病院のあり方（方向性）」及び参加者の様々な意見が、「新公立病院改革プラン」策定に当たっての「基本的な考え方」として継承され、さらに掘り下げた議論となることを期待する。

というふうにまとめさせていただいた次第でございます。今日の議論も含めていけば、もう少し盛り込むべき点はあるのかなと思います。あえて緻密に作り過ぎちゃうと色々言いにくいと思いますので、大変雑な座長案ではございますけども、とりあえずこれが一つのたたき台としてお示しさせていただき、委員の皆さんの意見を是非ともお伺いできればとこのように考えております。大変早い説明で恐縮でございますが、委員の皆さんからの御意見をいただければと存じます。

(富田氏)

アドバイザーとして申し上げますと、自治体の病院さんからこういう委員会を開くということは、まず何よりもお金が苦しくなっている。基本中の基本ですので、健全経営ができるかという視点が今までは医療のことを書いてきましたけれども、もちろん理想的な医療ができればいいんですが、お金がかかります観点から、どこまで妥協してやっていけるのかということと、平塚市がどこまで支えられるのかという視点、これが今までなかったと思うんです。国の財政も厳しくなっているものですから、いくらでも出せる状況でもないし、保健行政から考えても非常に厳しくなっているところ、平塚市の財政も分からないけれども、そんなに資金がたっぷりある訳ではないと思うんです。ですから、委員会を開かれた訳ですから、どこまで市が応援できるのかということと、非常に現実的に考えてその中で必要なところをピックアップしてどの辺にするというのが、これは希望どおりにいかないと思うんです。妥協案と言いますが、まず市がどこまで出せるのかということ、その中ではこの辺はピックアップするけどもこの辺は無理ですよねということ、この辺を大枠に出さないと、マーケットだけを言ってもどんどん希望を言うと高くなりますから、その辺の財政的な感じから、市の出せる範囲、その中ではこれとこれは取るけれども、これは無理よねということの案を示すというか話合っていたきたいなと思いますが。

(座長)

これは、現実的に平塚市さんは何か出せるんですか。

(石田氏)

出せるというか、現時点で市の貯金を取り崩しまして、それで貸付金という形で26年度5億円、27年度10億円という形で、最大でその貸付金が5年間で最大で35億までというようなそういった全体的なこれからの方向性にはなっていないんですけども、それとは別に先ほどお話がありました、不採算部門に対するものでありますとか、あるいは新棟ができましたので、こういった新棟の建設費に関わるもの、あるいは新棟の建設プラス色々な設備と言いますか、新棟絡みの設備、そういったものに関するものですか。総務省、国の病院への繰り出しの基準と言うものが、その基準に則っては当然公立病院ですから、一般会計の方から出すべきものというそういったトライはしておりますけども、元を辿れば全て市民の税ですから、それが湯水のように出せるかというのはとてもそうではない状態であるという考えです。現状が本当にギリギリのところかなというようなところでは、一般会計の繰り出しについては、大体10億円規模、10億円ちょっとくらいをこぞずっと何年か10年、15年くらいは支出をしているところでは、ここで新たに新棟ができましたので、これに関するものの償還費ですとかそれがプラス上積みされていきますので、今後12億ですとか13億ぐらいにそれが大体上がってくるのかなというような見込みは立てているんですけども、貸付金を除いては、そこがリミットぐらいかなというところで抑えてはおります。

(座長)

今の御指摘の関係でいくと、2ページのところに依存体質からの脱却と書いてあるんですが、なぜ10億なのか分からないんですよ。率直に申し上げて。今まで聞いていく中で、10億に対する説明を議会に対しても、もって市民に対しても含めてきちんと説明できるようにしておく。さらに言うと、収益が出る部分と政策医療として維持しなくてはならないところを、どういうふうにして経営として、ある種分けてそれぞれきちんと目指していくのかということを考えていかないと、従来のおりザックリでは多分なかなかうまくいかないだろうなというのが率直なことで、そこを明確に検討、方向性としては出さなきゃいけないだろうなと。そういう中で、先ほど富田さんからお話がありましたけれども、何を締めなきゃいけないのかとか場合によれば、逆にこれを締めないんだったらいくらいるんだとか、そういったトレードオフをはっきり病院と市との間で協議できるような体制を作っていかなきゃいけないと思いますし、そのためのオプション案というのが普通はこういう場合は出されて、オプション案の中でオプション1、2、3とか4とかという中で、何を選びますかということが、検討できるようにしていくというのが、おそらく来年度の作業なんではないかなというふうにはイメージしていて、その大原則として依存体質の脱却までは書くだろうなというふうに思いますし、さらに言えば、前提としてそういうものが出せる経営機能というのは、少なくとも持ってくださいよということで最低限のところはとりあえず書かせていただいたということでございます。その上で富田さんが今おっしゃったような、何をといったところは具体的にどこに書き加えていくかについては、是非また御意見としていただければなと思います。そうでないと市の方が説明つかないですよ。

(富田氏)

繰出基準というがありまして、国の方から出る、救急やってますとか、ただ、繰り出し基準に対してきちんと限界が出ていないというのが多くの自治体病院の間です。救急やっているから赤字ですと、でも隣の共済病院では多分繰出金は出ていないです。でも赤字だったらやっていけないはずですよ。ですので、どこの部分が軽症者が多いからこういう人数配置でいいかというのをきちっと病院側も出す必要がありますし、それについてどこまで

こういうのができるのかそういう議論がもう少しあるんじゃないかという気がします。その他に私は不健全だと思うのは、繰出基準以外にですね、足りないから貸してくれと、またその後資金ショートしますと、これ借り入れても返す訳ですよ。返済できるんでしょうか。これもし銀行さんであれば、厳しいこと言うようですが、返済計画を絶対求められますし、本当に返してもらわないとそれだけ市は病院以外のことにお金が使えなくなる訳です。非常に極端な例で申し訳ないんですけども、銚子市が病院に出すお金を市のお金の7割のお金をつぎ込んで非常に大変で、道路の舗装もできないというままならない状態で、どこまでできるんでしょうというに加わったことがあるんですけども、そこまでいかににしても、どこまでだったら出せるという、国の方も、繰出基準を超えて出すのは不健全と見ていますので、その地域に必要な範囲と財政規模でやるようにというものがおそらく公立病院改革プランには絶対締めなきゃいけないので、改革なくしてはおそらく市町村課から資金も絞られるかもしれないので、やはり資金的なことを考えていただいて、それも市の方の事務方だけで考えるんじゃなくて、病院のスタッフから院長先生から全体を見ていただいて、どこまで必要があるのか、何でもかんでも希望どおりというのは、これから難しいと思いますので、その辺の枠を考えてやっていくというのをやって欲しいです。

(座長)

ありがとうございます。他に何かございますでしょうか。

(大曾根氏)

依存体質からの脱却、すごく大事なところだと思います。座長さん、富田さんからお話があって私もすごく共感したんですけど、その一つの方策として独立行政法人化の検討というのはどうなんでしょうか。そこまでこの次でいくとかそういうことではないんですけど、そういうことを考えることによって経営体質というのが、お互いに毎年毎年ある程度やる訳ですから、その中でお互いに意識付けできると。ですからすぐに独立行政法人化するじゃないんですけども、そういうことになったメリット・デメリットがあると思いますから、その辺も具体的に検討するというのを一つの考え方かなと思いました。

(座長)

ありがとうございます。

実は、それ正に私も書き込むかどうか考えたところです。ただ、どうしても体制の話が先に出てしまうと、体制論はじめにありきになってきてしまうというのは、ちょっと順番が違うのかなと実は思いました。というのは、率直に申し上げて、今回数か月議論を重ねてきて思うのは、判断できるような材料が与えられてないなというのが、実は委員の皆さんの共通認識ではないかなと思っています。私は少なくともそう思っております。少なくとも、今までの分析は出てきました。であれば、先ほども確かお話があったかと思いますが、救命救急でお医者様を増やす、看護師さんも増やさなきゃいけない、それによっていくら増えていくんですかというようなデルタ、残差でどれぐらい増えていくのかというところが、具体的な数字が出てきて初めて、それはなぜかというところの、医療地域にはこれだけの需要があって、これをこういう体制で他からこれだけ持ってこられて、これだけ高度化できれば、こういう収益の改善が見込められるから、この投資は妥当なんですというのが出てきて初めて、「ああそうですね、確かに市民が変わって」だと思うんですけども、ある種それぞれの機能を活かしながら、確かにそのとおりですねという議論ができる場になるんだと思うんですけども、それは多分少なくともまずあるべき姿で、その次にであれば、それを実現するための方法論としての経営体制の議論というのがある話だと思うんですが、実は経営体制に関わらず、その手前の経営企画機能というか高度な経営

機能と特出しをしたんですが、独立行政法人にするにせよどんな形態にするにせよ、どっちにせよ、持ってなきゃいけないものがちょっとまだないなというところが率直なところで、その議論に先にいかないために、実はそれをあえて書かなかったというのが、これはすみません、私の判断で実はそこは悩んでいるところです。そこも含めて今後の取り扱いについてというところで、今申し上げたようなことを書き込んでもいいのかなと思っております。そこは書かずに留めた、その体制の議論になってしまうとみんな体制の議論に集中しちゃうんですね。特に行政の中での議論というのは、体制の議論の前にどっちにしてもやることあるでしょという話をちょっと明らかにしたいなという思いがあって、その前後関係を私なりに整理して書かなかったという経緯があるんですが、今の御意見を踏まえてちょっとそこは少し考えさせていただきたいなとは思っています。どうしても体制論をすぐにどうするんだとか、第三者委託とかって、第三者委託したから別にうまくいく訳じゃなくて、民間委託したからうまくいく訳じゃなくて、そもそも経営に必要な機能を併せ持つて、それに伴うそれに基づいて職種を超えて、皆が強調してやっていく体制が供給面では必要ですし、それは当然にして市民を含めたニーズに対応したものでなければならないという基本原則が、ちょっとまだ欠けているのではないかなと考える次第でございます。

(正木氏)

先ほどから、何度も申していますけれども「市民」という言葉が少し少ないような気がするんですね。市民のために新しい病院を作ってこれだけのお金をかけて急性期とか救急で頑張るとか当然のことなんですけれども、医療のいろんな知識とか外に出て行って、もっともっと市民のために先生方も看護師さんも栄養士さんもいろんな話をして公開講座を開くですとか、病院の中でも1週間に1回でもいいから常設の公開講座ですとかそういったものを。特に医師会の先生方とカンファレンスとか勉強会とかそういう平塚市の医療の中心、センターになるという感覚ですよ、こういったものをどんどんやっていただくとして少し赤字で少し市から補助があったとしても、誰も文句を言わないんじゃないかと思うんですね。市民のためにどれだけやったかというのが、皆さん方に出るんじゃないかと思うので。ある松戸の駅前の病院は260回公開講座をやっておられるんですね。ですから毎日常設のような病院もありまして、地域の皆さん方が病気にならないようにしてあげるといふか、そのために何ができるかというのをもっともっと力を入れてまたやっていただくこと、それから、地域の先生方のためにいろんなカンファレンスをしながら、レベルを全体的に、平塚市の医療レベルを上げていくような御努力をいただくと、もっともっと平塚市民が中心となって医療の中心になれるんじゃないかなと思うんですけれども、そのことができたらお願いしたいと。

(座長)

そうですね。極めて大事な御指摘だと思います。多分その政策医療の一つになっていくと思いますし、具体的に市が市民のお金を出さなきゃいけないのかというアカウントビリティをきちんとより高めていく上で極めて必要な御指摘ではないかなと思います。

他に何かございますでしょうか。

(大曾根氏)

今の先生のお話しなんですが、この前ちょっと講演で聞いたんですが、かかりつけ医、そういう制度を受けるものを進めていきたいと、こんな話が知事からありました。今の先生のお話ですと、役割分担を市民病院といわゆる個人病院の役割分担をもう少し明確にした上でやっていかないと、なかなか今市民病院と各個人病院がうまく連携ができてやっているようなので、その辺の役割分担を超えた市民病院の対応というのが、それが結果的に市民にとっていいのかどうかという辺りは、非常に私、医療の世界では難しいのではない

かなというふうに思います。ですから、紹介制とかいろんな制度がある訳ですから、そういう中で、もし先生が言われたようなことをやるのであれば、それは行政が主導して市民病院もお話をし、開業医の先生もお話をした中でやっていくと。市民病院が中心にやっっては、これはうまくいくのかなという辺りが私はちょっと危惧をしているところです。

(座長)

正木さん、いかがですか

(正木氏)

医療の中には役割分担が必ずあると思うんですね。例えば市民病院が外来の患者さんを一番診てあげるのは当たり前ですが、全部ここに患者さんが押し寄せたとしたら、先生方は病棟とか手術の時間はなかなか回ってこないし、朝から晩まで外来されていたら、疲労困憊で何もできないだろうと思うんですね。ですから、医療の中には機能分化をして専門医が急性期を診るといふところと、ある程度かかりつけ医の先生に担ってもらって、日常のお薬ですとか日常の診療とか問題がなければずっと見守っていくというこの制度はどうしても必要じゃないかなと思うんですね。日本の医療がめちゃくちゃになっちゃったらお金いくらかかるか分からない。市民病院にどんどんどんどん患者さんが押し寄せて、何でもかんでも診ていくとなったら、病床は今のでは足りませんし、一日単価が15,000円くらいの患者さんがどんどん入っていったら、それこそ医療というのは一番急性期の部分に医療の状態を合わせていますから、看護師さんは余ってくるし、いろんな方が人件費だけで数百パーセント超えてしまう。ですから、ある程度人をかけて、設備をかけて、そういった療養環境をしっかりと整えたところには、そういう患者さんに来てもらうということがこれは大前提だと思うんですね。もちろん例外とかありますので、もちろん断っちゃいけませんし、いろんなことをやってあげる必要があるんでしょうけれども、ただある程度急性期を脱した患者さんについては、次のステップに移ってもらうというのは、止むを得ないことじゃないかなと思うんです。ただどうしてもベッドが余ってしまう、それをどう使うのときには、一番としては急性期としての機能の患者さんを集める努力がまずは一番必要じゃないかなと思うんですね。そして集めてもらってそれでもどうしても余ってしまうという時代が来たときは、どう変化していくのかということもありますけれども、例えば今400何十床の病院がオープンにして準備をしていますから、ここでは急性期のできるだけ高度の患者さんに来てもらって、それを病院で手術したり急性期の患者さんについては、次のステップに移ってもらうような形にしないと、多分病院は何でもかんでもどんな患者さんでも診ますよというのは多分もたないだろうと。これはお金がいくらかかるかわからない、そういう状況になってきてしまうと思うんですね。説明大丈夫でしょうか。

(座長)

今少し論点がごっちゃになっているような気がして、多分先ほど正木さんがおっしゃった話について言うと、市民病院は基本的には高度急性期という機能に、もしなるのであれば、政策医療を除いてですね、紹介と救命救急で基本的には患者さんを確保していく病院にならなければいけない。だとすると、紹介をきちんとしてもらうような病院にならなければいけない。紹介をきちんとしてもらう病院として、地域のかかりつけ医さん、これは県関係なく国も含めて全部これは正に地域の中で機能分担をしていくという方向性は変わらないと思うんですが、そういう中できちんと紹介をしてもらっていてももらえるか、あるいは入れてもらった後、例えば済生会さんに送れますか、あるいは済生会さんから御自宅に戻ったときに、地域のかかりつけ医さんがそこを全体としてやっぱり市民病院に行ってもらって良かったというふうに言えるような信頼関係というのはできていますかというところを一つはおっしゃっていて、そのために高度機能を持つお医者様であれば、例えば

がんの問題だとか心臓病の問題だとか脳疾患の問題だとかということについて具体的に特にかかりつけ医の先生にタメになるような情報提供はできていますかと。あるいは、個別のそういう患者さんがぐるぐる回る状態の中で情報共有というものができていますかと。それはどうも十分ではないんじゃないんですかと。地域医療連携室については、増強してきたとこれまでの経緯は伺っておりますけども、それは具体的な数字の結果に表れていないのではないかというような御指摘ではないかなと、まずは認識しております。そういう中で役割分担については、自ずからある種はっきりしてくる話で、そこにかかりつけ医も含めた信頼関係を作っていく努力をお医者様だけではなくて、看護師さん、それと事務の皆さん、それぞれの方々がそこに向かっていく中で、一つの例えば具体的な話としてそういうような情報提供していく講座をやっていく、その講座もある種今までやっていた、年2回やっていますじゃなくて、突き抜けてやっていくくらいやってかないと、確かに市民病院は役に立っているねというふうに認識されないんじゃないかなということをお指摘されたのではないかなと、私はそう理解しております。という中での機能分化というお話ではないかなと理解しております。そういう理解でよろしいですか。

(富田氏)

病院さんの今回の資料の中では色々ないいものがあるんです。例えば26ページに原価計算。これを見てもこの病院がどういうところが強くてどういうことがあまりのっていないなということも分かりますし、一応原価もやっていらっしゃる。事務が全然そういうことをやっていない訳ではなくて、その先がちょっと見えないんですね。それが現場の方用に見えて、医業収益がこれだけだというようなことを、病院の中として事務は数字を出すんですけど、現場の職員さんのところに反映されているか、病棟の看護師さん達とお医者さん達と一緒に、今後どういうところが問題点でというのが、何となく聞いていると、病院の職員さんがどう考えているのか、市民が見える病院というのがすごく分かりにくくて。アンケートを取られている話、どれぐらいされているか分からないんですが、机の上で市の中でやっていると言いますか、実際に市民や特に議会の方、今日いらっしゃっていると思うんですが、議会の中でどんなふうな病院の話が出ていて、どう行きたいのか、方向性ですね、それはちょっと私は部外者なのでよく分からないんですが、そういったものも含めてバランスよく配分されていくんじゃないかと思うんです。財務的な面ももちろんですし、医療機能的に思うんですけれども、使っている市民さんがどうしたいのか、市民さんもさっきおっしゃったように、この病気のときは共済病院にかかるかもしれないし、この病気のときは市民病院にかかるかもしれないところが出てくると、この病院に対する期待値というのが出てきますし、そういったものを伸ばすというか、そういう機能をよく考えた上で、こっちの主体ではなくて、主体は市民であって、税金使っている訳ですので、市民がどういうふうなときに必要なかというような探りと言いますか、調査と言うか、そのためにはお金使いますけれども、それ以上不必要な部分については我慢しなきゃいけないねというふうなそういう教育系も必要なんじゃないかなとちょっと思いますので、どこまでをミニマムとして取ってこちらはオプションでできる区分けを診療科毎でもいいし中身でもいいんですけど、そういうものをちょっとされたらどうでしょう。

(座長)

なにか検討されていることはありますか

(重田経営企画課長)

原価計算なんですけど、冒頭にも申し上げましたが、一定のルールに基づいてやっているということで、必ずしもうまく配分できていない部分もありますよという前提のお話をさせていただきましたので、この辺をもう少し整理をしつつ、各診療科の先生方、あるいは

病棟等にもう少し原因と言いますか、原因とか収支の内容とかそういうのをもう少しお話ししていかなければいけないというのは、我々事務の方ももう少しやらなきゃいけない部分かなと思っています。それを詰めた段階で今御指摘いただきました市民の方への公表といえいいんでしょうか、御説明をさせていただいて、その中で本当に我慢していただく部分も一方でありますということを明らかにできればとは考えています。

(富田氏)

原価計算なんですが、事務はいろんな間接配布をするんですけど、それだと現場の人には分からないので。国も医業収支比率を一番求めているので、現場の医業の収益と費用でもって、現場の先生方や看護師さん方にお話ししないと、分かりにくくなるかなと思います。それはアドバイス。

(座長)

この話今の大事なところで、ここまでは出てきたんですけど、この後どうやって組織が回っているかまだ見えないんですね。それに伴ってお医者様の動きはどう変わったかとか、あるいは看護師さんはどう変わってきたかとか、事務方はここに本文にあえてK P Iという耳慣れないアルファベット3文字を付けましたけれども、今あった収支だけ考えていると、医療の場合はもちろんお金儲けの一つなのかもしれませんが、それだけではない部分がある訳で、具体的な日頃の活動をそこでどういうふうに、例えば入院期間を短くするみたいなお話しがあったり、何をK P Iに取り上げていくのか、そのためにどこを目指して、これは先ほどベンチマークというお話しがありましたけれども、そこもまだ共有できていない中で数字だけはたくさん出てくる状態になったんだと思います。そこを現場、事務の方でここを一致させていくプロセスが非常に重要で、そういう中で現時点ではそこがどう回っているのかなというのがちょっと見えにくいなという率直なところではないかなと私は感じているところでもあります。是非ここは来年度の検討の中で、じゃあどういふオプションがあり得るのか、あるいは現場がどう動くとその数字が改善できて、その数字は良くなるのか、あるいはここは変わらないからやっぱりここは難しいのでそこは市にお願いかつ一方で政策医療的なものなので、市にお願いしなきゃいけないところなのか、もって市民の負担にするのかということところがきちんと整理できるようにしていきましょうということではないかなと思っています。

(別所病院事業管理者)

この原価計算表ですが、直接職員に見せても分かるはずはないですね。経営企画に指示しているのは、これをどのような観点からこのような分析をしたのか、そしてどうして原価計算をするとこのような結果になるのかということをもう少し突き詰めて考えてほしいと、資料を基に2月、3月中に現場と私、病院長とで話し合っただけで原価計算の実態というものをお見せして、どうすれば皆改善していくのかということ議論する一つの糧となるだろうと思います。その時に座長も言うておりましたK P I、これをしっかりと定めながらそれに向かって目標管理をしていきたいと思いますというふうなものができ上がるんじゃないかなと思っています。今まで確かに私と院長は各科のドクター並びに責任者と目標管理の面接をしていますけれども、決められた目標管理はないんですね。各科が出してくる目標管理はあるんですが、じゃあそれに向かって進めて行こうね、もう僕はこれは違うだろうと。病院側がこうこうこうあって欲しいという目標管理をしっかりと定めていくと、そしてそれに向かって進めていくためにはどうしたらいいのかということをやっていると思っておりますので、座長と富田さんが言ったことは重く受け止めて今動いておりますので、一応御了承ください。一応2月にやろうと言っています。

(座長)

26、27ページの資料、一人歩きすると非常に危険なのは、黒字化しているから偉いとか偉くないとかいう話ではなくて、多分おそらく地域の医療供給の体制の中でやらざるを得ない医療もあるし、場合によったら救急は赤字だけど結果的に外科に行くと黒字になっている可能性もあるかもしれませんし、そういう中でどういう数字として意味合いがあるのか、これで優劣とかいわゆる通信簿で5から1がつく話ではない話だと思いますので、そういう中でどうしても費用構造から改善するところ、あるいは収支から改善するところ、そこを何をやっていくのかという行動のところまでを落とし込んだものがKPIになっていくと思いますので、そこは是非具体的にチャレンジしていただきたいなというふうに思います。そこは是非よろしく願いいたします。

他に何かありますでしょうか。

(武川氏)

医師会から、かかりつけ医の観点からお話ししますと、市民病院それから共済病院、同じようにしっかりと病診連携は僕はできていると思っています。それから外部の患者さんとか人が退院するPR、勉強会、カンファレンス、こういうもの両方ともがっちりやっています。どこが違うのかというと、私は元々共済の出身です。で、私が遠く金沢から来たときに、ちょこっと来てこんなに優しい病院初めて来たよ、昔の話ですが。今はちょっと違うかもしれない。それで僕居ついたんです。ですから、それは院長が非常に魅力的だったよ、僕らの年代と言うのは病院のためじゃない、院長のために働いているんです、そういう時代があった。今は違うと思う。そういう長年の歴史があるんです。市民と共済の歴史が違うんです。私の甥っ子が整形なんです、共済に3年間いました。時々笑って言うんですが、今まで回ってきた病院の中で労働環境が一番厳しいよ。でも嫌だとは言わなかった。そういう微妙な病院としての特徴が何かあるんだね、歴史というかな。私自身も共済病院で本当に働きました。今でも誇りに思っています。でも、今それとやると辞めちゃいますよ。そういう難しさがある。その辺のところだけきちんとしておきたいです。

(座長)

ありがとうございます。医療部の供給体制、特に人的総数。特に医師と看護師両方なんだと思います。先ほど来、看護師さんがなかなか人が取れないんだ、そこはいろんなボトムネックになっているんだという御指摘があって、かつ気に入らなかつたら他に行けばいい訳ですから、正にそういう中でどういうふうに医療の供給体制を維持していくかという観点は、非常に大事な観点ではないかなというふうには、今回この段階でまとめさせていただくとこれでも入れさせていただいたつもりです。また御指摘があったところで、3ページのところで市民病院はユニークな方針とあえて書かせていただいたのは、これは今回の懇話会を始めるに当たって、冒頭院長からこの病院の歴史的経緯をというようなお話がありました。ここは一つもちろんこれからの環境変化はそこは率直に受け止めていかないといけないし、場合によっては先に受け止めていかなきゃいけないんだけど、それが一つの競合優位性を有している、それは事実であって、歴史的経緯というところをどう受け止めるかということに立って、具体的に書いた方がいいかなという上で少し踏み込んで書かせていただいたというのが率直なところでございます。

もう一回、改めて前回の将来構想を読ませていただくと本当に何書いてあったかよくわからないんですね、率直に申し上げて。全部書いてあるという状態の中で、こんなものがてんこ盛りになっていて、先ほど来、富田さんや正木さんから何度も御指摘があったような、何を捨てるのかがない中で、何でも全部食べられるような状態の基本構想になっていたのかなというのが率直なところで、そういう中で依存体質からの脱却をするというこ

とは、つまりどういうことかという、やれないことを諦めるということも含めて、そこは大きく舵を切っていく必要があるんだろうなというふうに思っております。そこはいろんな形で、4ページのところに、そもそも担うべき診療科を見直すというのは、そういう表現で書かせていただいたつもりでございますし、そこは市民の理解を得ながらだと思いますけども、全部が全部やっていくということが本当に正しい訳ではないんだと思いますので、そこは先ほどベンチマークの話もありましたけれども、高度急性期に特化すれば、当然もっと数字としては、全部が全部通信簿でいけば僕は3と4取ってますっていうんじゃないくて、極端なことを言えば、2と5があるみたいな感じになるかもしれないということも踏まえて、ここは2だけでも僕はこっち側のところを頑張ったから2で勘弁してよというふうに市民の皆さんに言えるような病院におそらくなっていくんじゃないかなというふうに率直に思っております。

他に何かございますでしょうか。別にここに書いていないことも含めてもうちょっとここはこういうことじゃないかとかそういったところも含めて、幅広く御意見をいただければと思いますがいかがでしょうか。

(富田氏)

ちょっと見えてこないのは、市立病院の話をしているんですけども、地域医療構想となると市民病院だけではなくて、共済病院ももちろん出てきますし、正木さんのいらっしゃる済生会も出てくるでしょうし、大学病院もあります。そういうところと話し合いを持たれているということはあるのかなと思うんですね。熊本に行って正木さんの病院にちらっと伺わせていただいたときに、地域の先生方ですが、顔の見える連携をして役割分担を直接話し合うんですという話をそちらの事務長からお聞きしたことがあるんですけども、この地域では病院さんの話をして、例えば原価計算を見ますと、ここは内科より外科が強いんだなというふうに見えます。そうすると、さっきおっしゃったように共済病院は循環器なのかなと、じゃあお宅の患者はここを診てねとか地域で移送の必要があればこうですねと、このぐらいになれば大学病院ですよというような線引きを、話し合いが今ある状態なのか、これからあるのか。これから地域医療構想に向けてそうしていくのかという状態がちょっと見えないので、その辺をこちらの安心のために教えていただけますか。

(金井病院長)

この地域には湘南西部医療圏という医療圏なんですけど、そこに湘南西部病院協会というのがあってですね。共済病院の丹羽院長が会長として中心でやられています。ほとんど全ての病院が加盟してそこでディスカッションする機会はもちろんあります。現在の地域医療構想も、いろんなレベルでそういう話をしていて、今度また湘南西部協会で緊急で会合をもって相談して行こうということにはなっております。それが公式なお答えでして、ただ実際には、私は私の立ち位置でしか見えないですけども、市民病院と共済病院は長い歴史の中でそれぞれが努力してお互いに切磋琢磨して行こうということをやってきました。その結果に今いる訳ですけども、ただ実際には、発生する医療ニーズに地域で応えなきゃいけないという立場で考えますと、役割分担を今まで以上に意図してやっていかなきゃいけない時代なんだろうということは認識しています。そういった秋風を丹羽院長に送っている最中です。

(座長)

そこは非常に大事なポイントです。

(富田氏)

なんとなくライバル視しちやっているように見えちゃう。これだけを見ると。

(金井病院長)

私はそこに追い込まれただけでして、やろうと思ってやった訳ではないです。

(座長)

是非そこは地域医療構想でどちらにしてもベッドの数が決まってくるから、役割分担というところと、多分、得意分野をそれぞれやっていくことが結果的には市民の皆さんにとって意義あるようになると思いますので、もう一方で市民病院だからこそ引き受けざるを得ないものもあるのも事実だと思うんですが、そこはしっかり考えていく必要があるのかなとは思いますが。

他に何かございますでしょうか。

(高橋氏)

今座長の方から市民病院だからこそ受けざるを得ないという部分がありました。このところ湘南西地区の医療圏の中では、小児科ですとか産婦人科が規模の縮小あるいは廃止という声が出ています。前回にもありましたけれども、総合計画の中で産み育てるということを重点施策の一つに、大きな一つに謳っております。その小児科それから産婦人科が仮にないあるいは弱いとなると、その総合計画自体の根本的なものが崩れてしまう。それによって平塚市を選ばない選ばれない平塚市と言いますか、西地区がそこに小児科がないから選ばれない他に行こうかなということも考えられなくはないです。あるいは元々住んでいる人が出ていって実家で出産ということも考えられますので、色々な総合的に判断して今までの意見と同じなんですけど、採算性が合わない部分はもちろんあるかと思いますが、市民ニーズ等々を考えていただいて、この座長案にございますように、公立病院としての担う必要性、役割が小児科あるいは産婦人科以外にもあると思いますので、そこら辺は是非担う役割というのを今後の議論の中でも考えていただければと思います。

(座長)

ありがとうございます。そこは「等」にあえて入れたんですが、どういうものが政策医療になるのか、その変質は当然マーケットの変化によってあるかと思っておりますので、もしかすると眼科だとか皮膚科だとかそういったところもそういったところに入ってくるかもしれないなというふうに思っております。また一つ逆にお聞きしたいんですが、東海大磯さんが小児閉めるんですよね。閉めた、予定なんですよね。これって例えば広域の中で市町村の間で、負担金を市を超えて請求するということはあり得るんですか。つまり大磯のためにここはやっているんだと、あるいは秦野のためにもやっているんだと、伊勢原のためにもやっているんだ、そういう中で負担金を請求するというのはあり得るのかどうか。

(石田氏)

実は、その負担金について私どもでも話題になっていまして、病院としてそういった制度があるのかどうなのかなというのを今ちょうど話している最中なんです。これはまだ病院に投げかけはしていませんけれども、できましたらそんな形で全部こちらで診ますからそれなりの負担金ですよ、いろんな社会保障関連で保育園でもそうですし、そういった部分で負担金をいただいている部分がありますので、応分の負担はしていただければなという考えは持っているところです。

(座長)

ありがとうございます。公営企業連携というのは、医療は公益で大体50万くらい、ここは湘南西部になりますけれども、そういう中では当然としてこの街にはないけれどこの

街でという中では、これは自治体としても考えていけないといけないところだと思います。だから依存体質からの脱却はしなきゃいけないんですけども、だからこそ具体的に大磯にこれだけお願いしますと請求できるようにお願いできるように、多分病院としてはしていかねばいけないんだと思います。

(富田氏)

これは神奈川県じゃないんですけど、西の方のある県なんですけど、医療圏あるいはある程度の生活圏の中で、救急患者あるいはお産の患者そういった形のを、お互いに何人いましたかとそういう形で案分して負担金を求めているという制度を作っている県とか市町村あります。ですので、この辺でできないことはないと思う。後は持っていくようだと思うんです。多額じゃ無理かもしれないですけども、納得性のいく数字を出していただいて。

(座長)

ここはまさに広域連携のガバナンスだと思います。その金額の妥当性を、それぞれの市民、町民、村民に対して説明できるかというこれもアカウントビリティだと思うんですけど、それは重要だと思います。そういう中でいかに、何で平塚市だけが、言葉悪いんですけどトランプでババを引いたみたいなことになりかねないことはありますので、そういうことだから止むを得ないんだ、止むを得ないんだって言っていくうちに、負担が増えていかにしなきゃいけないですし、そういう中では先ほどお話がありましたけど、黒字だから偉いとか赤字だからとかじゃなくて、その地域のニーズに応じた中で、ニーズはあるけどもお金は儲からない診療科はありますし、地域の競争力の中で不可欠であるというようなものはあると思いますので、それを市民の皆さんとこれは市議会も含めてですけども、それから市行政当局がきちんと議会を通じて、あるいは市民に対して説明できるようにしておくことが大事だと思いますし、元々大本は病院にあると思いますので、その体制整備というものはきちんと整備していただく必要があるんだろうなと思います。

(正木氏)

ちょっと私経験したことをお話しさせていただきますと、熊本病院なんですけど、先程ちょっと出ていますが、診療科10科しかないんですよ。脳と心臓と消化器、呼吸器、内科、外科と泌尿器と整形外科です。ですから、眼科、皮膚科、小児科、産婦人科、いわゆるマイナーと言われる診療科が全くないんですよ。ですから、非常に収益率も高いですし、単価も107,000円ぐらいで、平均在院日数も9日で400床ない病院なんですけれども、年間で230億、医業収益があるんですよ。こういう病院、私ずっと見てきまして、最初行ったときは100億円ぐらいだったのが、200億円超すようになったんですけども、東部に来まして、神奈川県横浜市の東部病院ですよ、そこに行きますと診療科27科あるんですよ。私が最初行った感想というのが、何でこんなに診療科持っているのという、小児科から始まって皮膚科、産婦人科、眼科何しろ全部あるんですよ。だけど、よくよく考えてみますと、医療と言うのはこういう病院も絶対に必要なんだなと思ったんです。だから小児科止めましょうとか婦人科止めましょう、精神科止めましょうとかまず言わなくなりました。ですから、東部なんか贅沢だと思っただけですけど、そういう病院の中でも、やっぱり採算を取っていかねばいけないんです。小児科も精神科も赤字です。いろんな皮膚科も眼科も全部赤字なんです。その他の診療科でカバーしていかないと組織は存続していかないんですよ。もちろん土地は横浜市から提供してもらっていますので、その分の負担はない訳ですよ。ですから、その分がある程度横浜市から恵まれた環境だということだと思うんですけど、そういうふうにして小児科も産婦人科も赤字になりそうなのは非常にわかるんですよ。ただ先ほど原価計算をして、これは赤字だったら黒字にど

れだけしているか事務方の努力と他の診療科がちゃんと理解してプラスに、病院全体でプラスにしようじゃないかという意気込みでやっています、もちろん市民病院なんで患者さんの数がどのくらい違うか分かりませんが、組織としては黒字化をしていく努力ですね、全員で関わっていかないと、ウチはこれだからいいんだとか、政策的な医療をやっているからという、皆が政策的な医療だと思うんですね。そういった意味ではもちろんいろんな診療科があるので一概には言えませんが、やっぱり皆で黒字化をしていく努力は絶対に必要だと思いますね。そんな感じがしました。

(座長)

ありがとうございます。

正にここは、先ほど別所管理者からお話があった診療科別にそれぞれの医療において何を目指していくのか、もちろん大きく分けるとこれ商社とか企業もそうなんですけれども、稼ぐところと赤字を小さくしていくところはやるのが違って来る訳で、それぞれ何をやっていくのか明らかにしていくところに繋がってくる話ではないかなとそうように考えております。そこは是非具体的に進めていただいて、是非次の基本構想を考えるときの土台にしていただければなと思っております。是非そこはよろしくお願いいたします。

他に何かございますか。

なければ、では、この座長案につきましては、ちょっと期限はどこかで切らせていただきたいとは思いますが、具体的にここを直して欲しいという形で、すみません、御指摘をいただくと助かります。これはこの間で行ったり来たりするよりは、一回事務局に預けさせていただいて、この部分にこういうのを追加して欲しいとか、具体的にここはこう修正するべきではないかという形で、事務局の方に2週間位をメドにお預けをさせていただいて、事務局の方にいただいて、それを最終的に私の方で取りまとめをさせていただければなと思っております。また今回の、繰り返しになりますけれども、基本的には、来期の2016年度において基本構想を検討する、そのための問題提起をしていくということが、このあり方懇話会の報告書のポイントで、これについては市長並びに設置管理者の方に、私どもの報告書なりあるいは申入書みたいな形になるとは思いますが、出させていただいて、これがその次の基本構想検討委員会という形におそくなるんだろうと思っておりますが、そちらの方に渡されて、検討委員会の方で詳細な検討が進められると、そういう形になろうかというふうに考えております。

現状、いろんな御指摘をいただいている中で、まだまだ中途のものがあると思います。やりかけのものがあると思います。そのやりかけのところもある程度見えて来なければいけない。そういう中で、来期中において基本的には基本構想をどうしていくのか、作っていくという形になっていくと思いますので、そこはそこでまた別の組織という形になるかと思っておりますけれども、そこに向けて、このペーパーを出させていただくということで、御理解をいただければと思います。とりあえず、2週間位をメドに、2週間位でいいですかね。それまでの間に、座長案について、この部分というところを具体的に御指摘をいただいて、今日の議論を反映できればと思っておりますけれども、それぞれ委員の皆さんから御意見をいただければと思います。是非ともよろしく願いをいたします。その上で私の方で、座長の方で取りまとめをさせていただくということで御一任いただければと思います。よろしいでございますでしょうか。ありがとうございます。

それでは、ここまで予定の議事を、今日はいいですね、時間がより前倒しで済みましたから。とりあえずここまでの議事を以上とさせていただきます。マイクを事務局の方に返させていただきます。

○今後の予定

○平塚市副市長挨拶

(井上副市長)

平塚市副市長の井上でございます。皆様方には昨年の10月と本日と長時間に亘りまして御議論をいただきまして本当にありがとうございます。

本日の懇話会で、御提供した資料に基づいて、あるいは御提供できなかった資料など踏まえて議論、御意見をいただきまして、またあり方懇話会の報告書座長案を踏まえました議論を進めていただきまして、そんな中で平塚市民病院の将来構想、次期将来構想の方向性というのをどうやって進めたらいいのか明らかになってきたのかなと思います。外側で聞いていて、病院のことを言われているのにひょっとして平塚市のことを言われているような面もあったにはあると思うんですけど、そういった意味で今日は大変勉強させていただきました。

市民病院にいたしましても、今後5年先、あるいは10年先の将来を見据えた地域医療マーケット課題と言いますか、地域・住民のニーズと言うんでしょうか、そういうものをどのような医療を提供して、社会的責任を果たしていくことが望ましいのかということをも十分検討していかなければならないかなというふうに思っているところでございます。

また一方で、税金を投入して病院の運営を支援しているところでございますので、市の財政状況ですとか、あるいは医療以外の市民に必要なサービスを安定的に継続して提供し続けなければいけない、そんなことを考えますと、財源に限界があるもの現実でございますので、そんな中で基本的には、市民病院本体の経営基盤を強化いたしまして、財務マネジメントの向上等々にも努めて病院経営の効率化、あるいは経営の健全化を推進することが重要ではないかなと。その中には、もちろん人の問題、職員あるいは市民に目を向けることも大事なんですけども、それが一番大事なこともかもしれませんけれども、そういうことも踏まえた病院の健全、経営化というのが必要なのではないかなと思っております。今後もよく言われる言葉でございますけれども、最初の経費で最大の効果を生み出させるよう、投資すべき部分と削減すべきあるいは少し変えるべき部分、そういうものを見極めて全体の収支バランスですとか、資金繰りの状況を十分に考慮した中で、平塚市としてもしっかりと病院経営を考えてまいりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は本当にありがとうございます。

○平塚市民病院病院長挨拶

(金井病院長)

病院長の金井です。今日は本当に数多くの至らない点を御指摘いただいてありがとうございます。我々の今後の参考にさせていただきたいというふうに思っております。

今日話題に乗らなかった点について一つ、二つ追加でお話しさせていただきますと、本当に経営的なことというのはいろんな感情があるんですけども、自分が病院長としてやってきた最大の仕事は、医者集め看護師集めなんですね。そのところが、どうやったら集まるのかという苦勞、ここら辺のところはここら辺のところには出てこないんですけども、一つだけ、色々ありますけれども一つだけ。先ほど病院長のために働くとかありましたけれども、なかなかそういう人間になるのは難しいんですが、わかりやすく言うとアドバルーンを上げるということは非常に大きな効果があるんですね。ここは、救急一生懸命やってるぞとか、最近ワークステーションやってるぞとか、あるいは周産期センターやってるぞとかNICUあるよと。そういうのが、非常に大きな医者集め看護師集めの武器になるというのが一つあるんですね。そういう意味で新棟もできて、非常に大きな武器を手に入れていると思いますので、この先やり易くなっていくといいなと思っております。

あともう一点は、直近の印象ですけど、普通は経営的にしんどい状況になってくるのは、

患者さんが来ない、手術がないということが多分、普通だと思っんですけど、当院は全然そうではなくて、発生する医療ニーズ、手術してくれという症例をさばけなくて困っている状態です。それに加えて、それこそ新棟ができれば、もっと多分患者さんが集まって来るんじゃないかなという非常に前向きな気持ちを持って職員も皆働いております。特に麻酔科問題があるんですが、それが解決に向かいつつあるという非常に大きなポジティブな要因かなと思っておりますし、あと今回の経営的なしんどさというのが、職員の末端まで皆伝わっておりまして、何とかしようという士気も高まっているところでございます。色々御指摘をいただいたことを糧にして、この先病院は前向きに、いい方向にスピードアップして行くんじゃないかと思っておりますので、是非批判的にこの先も見ていただけると大変ありがたいというふうに思っております。

今日はありがとうございました。