

**会議録**  
**(第2回次期平塚市民病院将来構想検討会議)**

日 時： 平成28年7月25日(月) 10:00～12:00

場 所： 平塚市民病院 大会議室

|              |   |
|--------------|---|
| 《座長》 亀井 善太郎氏 | 公益財団法人東京財団研究員兼政策プロデューサー<br>立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科特任教授 |
| 森久保 俊満氏      | 東海大学健康科学部社会福祉学科准教授                                  |
| 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<br>※福澤 正人平塚商工会議所会頭欠席のため代理出席             |
| 高井 尚子氏       | 平塚市健康・こども部長   |
| 土屋 了介氏       | 地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長                                |
| 伊関 友伸氏       | 城西大学経営学部マネジメント総合学科教授                                |
| 久保田 美紀氏      | 平塚市PTA連絡協議会広報副委員長                                   |

欠席者：

|        |                |
|--------|----------------|
| 石田 有信氏 | 平塚市企画政策部長      |
| 高山 秀明氏 | 一般社団法人平塚市医師会理事 |

○ 病院事業管理者挨拶

(諸角病院事業管理者)

皆さんこんにちは。本日は大変お忙しい中、第2回次期平塚市民病院将来構想検討会議に御出席いただきましてありがとうございます。

前回の第1回は、済生会の正木様から大変貴重なお話しをお伺いすることができました。本日は多くの皆さんから御意見をいただく会になるのではないかとこのように考えております。どうぞ活発な御討論をお願いしたいと思いますので、よろしく申し上げます。

(伊関氏)

おはようございます。城西大学の伊関と申します。前回欠席いたしまして申し訳ございませんでした。私は元埼玉県職員で、事務職員として17年勤務しました。13年前に退職をして城西大学にお世話になっています。最初は、行政評価を研究テーマにしてやっていた。学者になった平成16年に新しい医師の研修制度が導入されて、医療崩壊があらこちらで起きました。10年前に夕張市の医療再生をさせていただいたのがきっかけで、現場に入って課題を解決できる学者というのはほとんどいないのが現状で、公務員経験もあり、病院にも勤務した経験もあったということで、北は北海道から南は沖縄までほとんどの県にお邪魔させていただいて、様々な形で地域医療の問題について取り組ませ

ていただいております。よろしく願いいたします。

○ 本日の進行スケジュール、検討会議の概要、配布資料

(重田経営企画課長)

重田です、どうぞよろしく願いいたします。それでは配布した資料の確認をまずさせていただきます。お手持ちの方に次第がありまして、おめくりいただきますと、「新公立病院改革ガイドラインと地域医療構想について」というA3横の資料、市民病院の方向性「その1」これA4横です。「その2」A4横、「その3」A3の縦、「その4」がA3の縦ということで資料があります。それと委員の皆様には、折れ線グラフで今後の収支の推移の見通しと言いますか、グラフを3枚お配りしております。資料としては以上となっております。

本日のこの後のスケジュールということですが、とにかく今回は全6回の第2回の会議になります。お配りしている資料については、新公立病院改革ガイドラインと地域医療構想について後程説明させていただきますけれども、「その1」以降の方向性については、現在の将来構想を次の将来構想につなげていくための会議である訳ですが、市民病院ではこんなふうに考えていますというのを、左と右に並べた表になっています。そのため御意見をこの後いただく訳ですけれども、確認ということで今回の会議の趣旨といいますか、繰り返しになる部分がありますけれども、今回お集まりいただいております次期平塚市民病院将来構想の策定のための検討会議ということになる、その策定に当たっての考え方、主旨、進め方というところでお配りしている資料の新公立病院改革ガイドラインと地域医療構想について、このA3横の資料を見ていただきたきながら簡単に説明させていただき、意見交換に入っていただきたいと思っております。

今回の目的が、次期平塚市民病院将来構想を策定していくために、広く御意見をいただきたいというのが大前提の主旨になっております。その将来構想自体は、平成37年度までの計画期間というふうに考えております。これが一つ大きくあります。合わせて平成37年度までに将来構想が作る中で、「新公立病院改革プラン」というものも織り込んでいきたいというふうに考えています。その「新公立病院改革プラン」というのは何かというのが、この資料の下の方にある訳ですけれども、国の方から平成27年3月に新公立病院改革ガイドラインというものが出されております。その主なものがA3左側の部分に書いてありまして、その改革の目的というのとは何かというのが、基本的な考え方になります。箱の中を読み上げますと、「公民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保」「その中で公立病院が安定した経営の下で、へき地医療、不採算医療、高度先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにする」、これが改革の目的であると。そしてガイドラインの中では、中段下ですけれども、改革プラン策定の4つの視点が定められておりまして、この中に1つ目として、地域医療構想を踏まえた役割の明確化、地域医療構想についてはまだ右側で説明いたします。それをよく踏まえて整合よく図りなさいということになっています。地域医療構想を踏まえて、2として、経営の効率化を図ること。その経営の効率化を図るために各種指標を設定しなさいということが求められています。そして3として、再編ネットワーク化。今、湘南西部二次保健医療圏というところに平塚市は今入っているところですがけれども、その中であるいはそれを越えてと

いうのもあるかもしれませんが、再編、合併とかネットワーク化、他と連携を取ると。そういうふうなことを、どうやっていくんだという視点も検討しなさいと。4つ目として、経営形態の見直し。今、平塚市民病院では地方公営企業法の全部適用というような形をとっておりますけれども、そうすると、今の立場から見ると、地方独立行政法人化であるとか、指定管理者制度への新たな形態変更とかそういったようなことについてどうするか、というような見直しも入れなさいというようなことが4つの視点として求められています。この4つの視点を見て作る改革プランについては、左側の右下の方にありますけれども、計画期間が平成29年度、来年度から平成32年度までという期間で作ることが求められています。ただこの平成32年度までの期間のものを作るに当たっては、矢印のところですが、2025年（平成37年）の将来像を見据えて策定するよというということで、冒頭に申し上げた次期将来構想の平成37年度の周期と同じようなところを見据えて作るということで、一体的に作らせていただきたいというふうに考えております。今度右手の方に行きますと、先程4つの視点の内、「1」の地域医療構想を踏まえてという、地域医療構想とは何ぞやという話を確認させていただきますと、団塊の世代が75歳以上になる2025年、平成37年、ここに37という数字が出てきます。この時の地域医療体制を整備するために、神奈川県が2025年の医療需要と必要病床数、ベッド数を推計して目指すべき医療提供体制を実現するための政策を定めるものということで、2025年（平成37年）を見据えてどんなふうに必要なベッド数とか見て、各地域、県内を割り振っていくんだと、進めていくんだというようなものを定めるのが地域医療構想となっていて、神奈川県では平成28年10月頃に策定すると伺っております。この中で中段、「※」が2つありますけれども、医療機能（病床機能）という言葉があります、医療機能（病床機能）という言葉、この後も何回か出てくるかもしれませんが、確認をさせていただくと、その医療機能あるいは病床機能の中には、急性期、回復期、慢性期という大きなくくりが3つあります。急性期というのは、病気やケガの症状が一番激しい時期ということで、さらに、その中でも症状が重度なものを高度急性期、それ以外の急性期を急性期または一般急性期という言い方をします。回復期というのは、治療により症状が一段落し、回復に向かう時期のこと。慢性期は、症状が安定してきた時期ということで大きく4つに医療機能、病床機能というのが割り振られることとなります。今度、点線の下、病床機能報告制度というのがあるんですけれども、今、各病院からは自分ところの病院がこの4つの機能の中、どういった機能に属しているのかという報告をする制度がありまして、その報告をした結果のまとめが下の表になります。平塚市が所属しております湘南西部の地域では、例えば現状病床機能報告制度の「2015年②」というところを見ていただくと、高度急性期から未選択というのがありますけれども、1,147から始まって73という割り振りが、各病院が報告した数字。その右側の2025年の必要病床数、これは県がこの湘南西部の中で将来必要であろうと推計している病床数。そして次の箱で、現行との差し引き、この「3-2」を例えば見ていただきますと、例えば△379が高度急性期になっています。要は高度急性期がこの請求からすると379床過剰であると。急性期については26ですので、やや不足、ほぼいいというような数字。回復期が958となっていますので、これが不足していると。最後に慢性期が397ですので、やや過剰だけれども、ほぼほぼというような状況となっています。こういった状況を見ながら、市民病院は地域医療構想を踏

まえつつ、次期将来構想、一体的に盛り込む改革プランを策定していくということでお集まりいただいたのが今回の主旨となっていますので、こういったことも踏まえつつ、御意見をいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

委員の皆様にお配りしている折れ線グラフが3種類あります。この折れ線グラフですが、上段の左側と右側ですが、市民病院の経理上のくくりと言いますか、お財布の形なんですけれども、収益的収支あるいは右側の資本的収支というふうなお財布があります。収益的収支、左側の方はいわゆる本業部分を中心としたお財布。医業に関わる部分、医業に付随するお財布。それから資本的というのが、例えば、病院建設であるとか医療機器の購入であるとか整備的な部分のお財布。この二つに分けて今作っています。それを単年度でみるという左下の表ですけれども、多分一番気になると思うのは、右下の現金預金の年度末の推移がどうなるのかという資料を付けております。これは前提条件として、現行制度が続くというのをまず前提として考えております。当然2年に一回、診療報酬の改定がありますので、今後減額すると思われる要因は見えておりません。定数は例えば1枚目の資料については、現状の平塚市民病院609人という定数がありますが、人件費はそのまま人数は推移するものというふうにして設定をしております。人事院勧告とかによる上限は現時点では見ておりません。基本的には平成27年度までは、実績値をいれて考えているのと、平成28年度以降は平成27年度の実績、あるいは平成28年度の決算見込み、始まって3か月ぐらいですけれども、その3か月の様子も盛り込みながら、見込みを作っております。1枚目をもう少し話をすると、右下の現金の方が分かり易いと思うので、説明しますと最後の平成36年度、平成37年度が大きく三角で矢印が右下の方にいっておりますが、これについては今、平塚市の方から運転資金として、平成26年度から5億、10億、5億という形で借りておまして、そのお金はどうやって返すのかというお話しですけれども、主に一括償還を順番にしていくということで、まず平成36年度に5億をお返しすると、△10億ぐらいこのままではなるのかなと。その次に平成37年度に10億をお返しすると△19億になるのかなということで、大きく落ち込んだ表となっています。次に2枚目の資料ですけれども、先ほどの1枚目の数字をベースとして、ここにはあり方懇話会あるいは現状の平塚市民病院将来構想でも進めてきております、救命救急センターを目指していたということもありますので、それを目指すとどうなるんだという数字になります。右下の現金ベースのところのところが分かり易いと思うのですが、実際にトレンドとしては、平成30年度から救急救命センターの診療報酬の加算を取ったという前提で作ってはいますけれども、その時に診療報酬の加算が3億ぐらいの収入が増えるというふうに見えております。ただ、そのためにスタッフも揃えなければいけませんので、平成30年度には、非常に粗い試算ではありますが、例えば医師を5人、看護師を25人採用すると、当然人件費も上がりますので、その収益のアップと合わせて人件費のアップも見込んだものが、この2枚目の表となっています。

そして最後に3枚目のところですが、これは先程の現状伸ばしたものに救命救急センターの加算を平成30年度から取った場合。さらに、平成31年度からICUやCCUの加算をさらに取りに行った場合の加算と、おそらく人件費の増が見込まれますので、こちらについては先ほどの2枚目に加えて、平成31年度から看護師を20人ほど増員した場合ということで見ております。

非常に粗い試算ではありますけれども、今後、今回の御意見等を整理しながら、もう少し精度の高いものを最終的にはお作りして、将来構想の方に掲載をしていきたいというふうに考えていますが、現時点では粗い試算だとこんなふうになるということで考えております。

(座長)

何点かですが、平成29年度がすごく数字が悪くなってくるのはなぜかというのと、平塚市からのお金が、借入とは別に入っている前提がどうなっているのかそこだけ御説明いただけますか。

(重田経営企画課長)

平塚市から一般会計負担金という繰り入れの話としては、おおむね12億くらいで推移するものというふうに見ております。

(座長)

平成29年度にすごく悪くなっているのは。

(重田経営企画課長)

平成29年度に南棟の解体をすとか電子カルテの更新というものが入ってきますので、その辺を、悪くと言いますか、低めに見ているのが大きく影響しているのかと考えています。

(座長)

電子カルテの更新は一気に落としてしまうのですか。

(重田経営企画課長)

支出としては1回で出て。

(座長)

これはあくまでも収支なので、減価償却とは別なんですね。

(重田経営企画課長)

そうですね。

(座長)

何かこの件で御質問、分からないことがあれば御遠慮なくおっしゃってください。ちょっと専門的などころになってしまうかもしれないので、きちんと分からないところは聞いていただいた方がいいかと思います。

今、大体御説明あったとおりで、収益的収支というのは、病院をやって儲かるものと支出の差額ですね。今もお話がありましたけれども、投資とかあるいは南棟の解体とか、そ

ういうところでお金が大きく出てしまうと、こういう変動が起きるといことが29年度、別に、ここはすごく病院経営が悪くなるというよりは、予定しているものがあるんだというこういうものになります。それから、資本的収支というのは、これに加えて収益的収支に加えて、設備投資が加わるものでございますので、設備投資をしているとこういうことになるのかなとこういうことでもあります。結果として、現金収支というのがこのフローで出てきて、最後の4つ目のところは、いわゆるストックベースというか残高ベースですね、自分の通帳のことで考えていただければいいと思うのですが、入り払いで考えると「払い」の方が大きいから段々減っていく、こういう形になります。結果的に、先程5、10とありましたけれども、36年度と37年度に平塚市からの借り入れがありますので、これの返済がありますのでこういう形になるという、「これ返せるのかな」という話がありますが、こういう形でございます。ここまでのところはよろしいでしょうか。土屋先生どうぞ。

(土屋氏)

私ども、今、県立病院の面倒を見ておりまして、いろんな自治体によって分け方が違うので分からないのですが、県立の場合には、医業収支、営業収支、経常収支というような3段階の分け方を、営業はともかく、医業は純粋な診療報酬に対する出というか、それと今、亀井先生がおっしゃった医療機器、それと一番は先ほどおっしゃった、一般会計からの負担金を入れたのが最終的な経常収支になって、私もそれが黒字だから安心してきたら、医業が大幅な赤字であせったのですが、その辺をベースになるものを、次回でも途中でも送っていただくと、この解釈がもうちょっと分かり易いかなと。それともう一つは現状でいうと、向こう10年近くなるので、患者さんの推移とかそういうバラエティーでかなり収入の状況、支出の状況が変わると思うので、その辺ある程度分かりましたら、お教えいただきたいと。もう一つ、一番心配なのは、現在の賃金体系がどうなっているか。特に公務員は、従来の右肩上がりそのままなのか、私も神奈川県が独法化するときに、ちっとも変えないでそのままだったので、放っておくと毎年1億から下手すると3億近くそれだけで出ていくんですね。そうすると、その分収入源別に増える訳じゃないので。その辺の賃金体系がどうなって、人件費の中に今増員した分の人件費の増は盛り込まれているようですが、自然増的なものがどの程度あるのか、これを教えていただくとありがたいと。

(座長)

今日のところはかなり粗い試算ということで出されていると思いますので、今の土屋委員から出てきたお話にあった御指摘については、極めて大事な御指摘だと思いますので、前提条件が分かるものということになりますので、かつ医業収支とかそういうものが分かれて出てくるのが大事だと思いますので、是非そこはそういう形で次回以降出していただければと思います。

他に何かございますか。多分そういう形で出てくると、かなり分かり易くなるのかなと。これは今、大きな方向性がこんな感じということをお理解いただくためにかなり急いで出させていただいたというのが率直なところだと思いますので、御理解をいただければと思います。よろしいでしょうか。伊関先生どうぞ。

(伊関氏)

市民の方も傍聴に来られていますので、自治体病院の経営からみると、ここは非常に悪いです。最低クラスになってきています。例えば、病院経営は手持ち現金が重要ですが、現金の期末の残高の推移を見ると、大体、5億から7億くらいですけれど、ほぼ現金はない状況です。例えば平成26年度現在で、藤沢市は57億円の現金を持っています。横須賀が26億、小田原が13億、茅ヶ崎54億、三浦は経営が悪かったので2億しかないのですが、平塚市民病院は、病床の規模にしては、現金はほぼない状況です。市から借り入れをしている状態でなんとか回している。その上に病院を新築されましたので、建物の借金の返済を今度はしなければならぬ。資本的収支で、マイナスなのは現金で借金返済する部分なので、毎年、7億、8億のお金が現金で必要となってくる、その分の一部を収益的収支という収入の部分の減価償却費の部分で補っていくのですが、収益的収支もこの経営状況で本当に大丈夫なのという感じがしています。抜本的に経営改革を行わないと、おそらく現金の期末残高は、もっと早めにお金が足りない状態になって、一時借入金ないしは市からの繰入れをもっと増やさないといけない状態になるだろうと考えます。本気になって経営改革をしないと、この病院5年先、10年先に大変なことになってしまうと考えます。そういう意識を持って議論をされることが大切なのだと思います。本当にダメになってしまったら議員さんが騒ぎますし、そうすると譲渡だ、指定管理だとかそういう話になってきて、職員の雇用が今度確保できなくなってくるので、真剣に考えるいい機会であろうと思います。

(座長)

まさに御指摘のとおりだと思います。そういう中で、カツカツでギリ貧でやってきたというのがありますので、この病院をどう生かして医業収益を回復させて、またかつ健全性のなる病院に建て直していくのかというのが、昨年まさに定性的な議論があったんですけども、これをいかに今回の議論で定量的にしていくのかというのが今回の委員会の一つの使命かなと思っておりますので、まさに今、伊関委員から御指摘いただいたとおりではないかなと思います。そこは、どういうふうにも何を改善していくのかというところは、今日も含めて色々御意見をいただければなというふうに思います。

ここから進めてしまってよろしいでしょうか。

では、今日の議題は、基本的には今お話しいただきましたけれども、「基本指針と役割の明確化」についてということで、今事務局の方から、今回の検討会議は、次期平塚市民病院将来構想検討会議であるようなお話しがありました。また今、伊関委員の方から御指摘がありましたけれども、この平塚市民病院の5年先、10年先を考えて、大変なことになってからでは遅い訳で、その前に今の足元のこれからちょうどこの地域の医療需要というのが拡大していく、それはそれぞれの状況によって拡大していくところ、そうでないところがある訳でございますけれども、そういったことも踏まえて、何をしていかなければいけないのかというところをきちんと議論をしていかなければいけないかなと思います。

前回のところでは、正木委員の方からお話しをいただき、また私の方からもこれまでの懇話会での議論を御披露させていただいた訳でありますけれども、今、御指摘がありましたが、かなり危機感をもってやらないといけないというところではないかなというふうに

思います。「従来こうだったからいいんだ」というこういうことではない、こういうことであります。若いては、平塚市民にとっての、あるいはこの地域全体にとっての安全安心につながることはないかと思えます。そういう中で、基本的には今後の方針についてどういったところを議論していけばいいのか、その理念、基本方針、コンセプトを材料に内容の追加、継続、見直し等についての、これはもう今日はざっくりばらんに皆さんの御意見をいただければとこういうふうに考えております。皆さんのお手元にも、こういう形で検討会議次第というのがありますので、これに沿ってお話しをさせていただきたいと思えますし、先ほどお金の話も出ましたので、そこら辺も含めて御意見をいただければと思えますが、基本的な考え方としては、この次第に沿って進めさせていただきますが、(1)の今後の方針についてということで、基本的には今の市民病院の将来構想の理念、基本方針、コンセプトを材料に、これが材料になるのかどうかというのがありますが、何を追加し、継続し、見直しをしていくのか、厳しい現状認識も含めて、特に「市民のニーズに応える医療とは何か」ということですね。先ほど公立病院改革ガイドラインの中で不採算医療、高度先進医療等を提供する重要な役割を継続して担っていくことができるようにするということが、新公立病院改革ガイドラインにありましたけれども、「市民のニーズに応える医療とは何か」、あるいは高度急性期医療と政策医療である小児・周産期医療の両立、これも具体的にそういう話になるかと思えます。あとは事実的、持続的な健全経営について、今お金の話がありましたけれども、この辺を中心に御意見、あるいは御質問をいただければと思えます。順々にそれぞれ御意見をいただければと思えますし、そこに重ねていってもよろしいかと思えます。森久保委員の方からお願いいただければと思えます。いかがでしょうか。

(森久保氏)

先程、伊関先生からもお話しがありましたが、ここ何年か検討委員会の方でもお話を聞いていると、やはり財政の方の問題点が大きくなっていると思えます。土屋先生の方からもお話しがありましたが、これからどういうふうに平塚市民病院を持っていくか、そこらへんを再度検討しなければいけないのかと思っております。二番目の方に書いてありますので、今話すのはどうかと思えますが、診療科をどうするか、見直しとかそういうことがやはり大切ではないかというのが一つと、二つ目は子育て支援の問題点と、座長も言っておりましたが、周産期医療の問題。この辺をどのようにしていくのかNICUというものも含めて考えていくのかどうか、そういうのも必要ではないかなと思っております。

(正木氏)

前回、平塚地域でどういった医療構想がされているかというお話しをさせてもらいました、ここにもありますように、高度急性期の病院はもういない、700床くらいないというお話しが出ていますし、あと急性期と基本的には回復期、慢性期、ここら辺はどうにかかりますけれども、その1、100ぐらいある高度急性期病床が700ぐらいしかいらなくなってくると、残りの400とかという病床はどうなったらいいのか。上から順番に高度急性期から急性期に下りて行って、急性期病院が回復期に下りていく、そうなるのか、基本的には、高度急性期病が回復期とか慢性期とかの病床になるのかなかなか難しい



ところがあるかと思えます。一つは公立病院改革ガイドプランともう一つは地域構想の非常に難しい課題が二つ提供されていまして、まずこれをどう満足にしていこうというのが、非常に難しいなという気がして、ただ、できれば、病院の機能としては、ある程度絞り込んでいかないと何でもかんでもやればよいというお話しでは、決してそれは黒字化にもつながっていかないと、思うのです。ある程度機能を決めながら、それに邁進していく。もちろん市民病院ですから、非常に大事なことは、市民の皆さん方に役に立つということが一番だと思うのですが、そういう方向で診療科を揃えたりとかドクターを揃えたり、いろんなことをやっていくとそれがまた病院のいろんなものを圧迫しちゃう、採算を圧迫するという話になっていこうと思えます。その辺をどう整合性を取っていくのか非常に難しい課題があるのだと思えます。それからもう一つ考えておかなければならないのは、しっかりとしたビジョンを出すということだと思えます。ここでは平成29年度から32年度までの3年間ですけれども、3年間の平成32年になったときに、どういう病院に変化をしていくのかとこういった明確なビジョンの下にいろんな見解をしていく必要があるとそんなふうに思っております。

(秋山氏)

前回も色々勉強もさせていただいて、いろんなことで頭の中が自分じゃないと思うくらい色々知恵をつけていただいて大変ありがたいのですが、いずれにしても市民のニーズというのは、市民・住民のニーズというのは、それぞれ25万の市民がいろんな住んでいる場所からしてもニーズがあるだろうし、病院に近い人の思うニーズもまた違って来るかもしれないので、私が市民レベルのお話しですというと、「あれもやれこれもやれ」という話になりそうなので、色々皆さんの御意見を聞いた上で、私なりにまとめていきたいというふうに思っております。よろしくお願ひします。

(大曾根氏)

私の場合は、市の方からの資料で、神奈川県地域医療構想の概要ということでした。これについてせつかく管理者の土屋さんがおられるので、お伺いしたいんですが、素案の概要の中に、9つに県を分けて数字を出されているのですが、その一部が今回資料を配られた最初のところになっていると思うのですが、概要でいただいた4ページ、素案だと10ページですね。この中で色々区分がある、「湘南西部地域で見るんだ」という話になった場合、市民病院としての平塚市民との市民に対する対応、サービスというものと、それから「湘南西部地域全体で見るんですよ」という場合の、その辺のところ、県の構想で言っている事が、これをどのくらい強制力があってやるのかとか、主体的にどういうふうにするのかという辺りがちょっと分からないのです。県の構想ですと、各医療機関の自主的な取り組み及び地域医療構想調整会議を通じてとありますが、この調整会議というのは、多分湘南西部地域の主たる病院における調整だと思っておりますが、通じた地域の関係団体による取り組みを基本とすると、こういうことになってくると、先ほどから役割分担と連携、連携もあると思うのですが、ここだけの議論でいいのかという話しになってくるのではないかと思うのです。そうすると、調整会議というのは、どういう位置付けで、どういうふうに行っているのか、これがまずあって、例えば、この地域でも10

ページの中に出ているように、平塚だけでも共済病院とここの病院があると、その役割分担と連携というものを、どのようにやっていくんだという辺りが、もう少しはっきりして来ないと、その中における市民病院の位置付けをどういうふうに持って行くかなというふうに思った訳ですね。それが逆にあれば、平塚市民病院はこういうところを不採算部門でも担いますよと、ですけど、これについては、例えば「東海大の伊勢原で担ってください」と、そういう役割分担をすることによって、この不採算部門を分けることによって、もう少しできるのかなと。そういうこと言うと、地域医療構想調整会議、この地域の中で作っているものが、どこまで生きて、どういうことをやってという辺りがもうちょっと見えて来ないと、じゃあ平塚市民病院どういうことを担いましょうよ、ということになって来ないのかなと。先日いただいた中に、Q&Aというのがあって、公立病院については、不採算部門を担ってくださいよと、そういうことはあるのですが、それについては、交付税の対象にしますよとか、単純な話ですが、不採算部門は公立病院でやって、その分は税金で補いますからやってくださいよと、そういう単純な話ですけども、そういうことをやっていけば、役割部分の明確化と不採算部門の明確化をやっていけば、この平塚市民病院の赤字化というかそういうことも少しは解消されるのかなと。そういう理想形をここで書いているんだと思うのですが、それを具体的にどのようにやっていくかという辺りが、県の構想の中には具体的に調整会議をやって連携と役割分担をやってくださいよというだけで、具体的にどうなっているのかなという辺りが、もらった資料を見て分からなかったものですから、その辺はもう少し明確化されていれば、それを基に、我々も素人なりに意見を言えるかなというふうに思った次第です。

(金井病院長)

御指摘ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりでして、私どもの病院は、例えば県が調整会議等々の中で、こうやってくれというのがあれば、そういうようにやる用意はあるのですが、残念ながら、県の方も具体的に「湘南西部医療圏をこういうふうにしよう」というアイディアがある訳ではなく、「地元の皆さんで検討して作ってってください」という、お互いに「そっちで決めて」みたいな構図になっている気はあります。そういう部分もあるので、私は市民病院の立ち位置なので、この病院がどうあるべきか、この周りの状況を見ながらどうあるべきか、ということはこの病院の中から考えていくしかないというふうに考えています。湘南西部二次保健医療圏の御質問が出たので、ちょっと説明的にお話ししますと、実際の医療圏は、平塚、大磯、二宮という部分と伊勢原、秦野と二つに分かれているというようなイメージです。小田急線沿線と東海道線沿線、国道246号線と国道1号線そういうニュアンスです。実際に、医師会も保健所もその二つに微妙に分かれている感じはあります。ですから、私どもとしては、平塚、大磯、二宮を一つの自治体的な医療圏として、実際に二次輪番制はここで回っていますし、平塚、大磯、二宮という中で考えていくべきだろうというふうには思っています。それから、地域医療構想ですが、湘南西部二次保健医療圏が県の中では一つの医療圏として定義付けされました。「ここでやってくれ」ということです。これが実際には、現行でも医療法の中で基準病床数は決まっております、この中で制限がかかっている状態が現行のものです。それに加えて、今度地域医療構想の中で、必要病床数を数えろというのが出てきて、この調整会議でやっ

てきたんですけれども、ここでやったのは、あくまでも総論的な話でして、ざっと数を出しただけです。実際には、それに向けて「各病院機関が考えでやってください」ということであって、例えば高度急性期の必要病床数が760床という数字が出ていますけれども、一つの矛盾をお話ししますと、実際の今の各病院から報告された高度急性期の病床数が1,100床という数字が出ています。これ東海大はどう返事しているかと言いますと800床あるのです。800床全部高度急性期だと東海大は申しております。そうすると、東海大だけで必要病床数の760床になってしまうということです。うちの病院は、ちょっと定義的なもので3,000点以上、入院基本とリハを除いて3,000点以上のものを高度急性期だろうという国の一つの指針が出されたので、それを素直に従って、うちの病院の各病棟の点数を出して、3,000点以上の病床数を出しました。当初、うちの病院は200床とか300床くらいを高度急性期として報告したのですが、2015年度、昨年度では130床ぐらゐの数字で報告しています。それは正直に国の指針の3,000点以上で積算をやったからです。東海大でそういう勘定をして、800床が全部3,000点以上だということをやっているか知りませんが、多分そういうことはありえないと思うのです。それから、共済病院さんに関しては、最初少なめに出ていたのですけれども、二回目の去年のものでは、うちの病院を超えて200何十床という数字が出ています。ことごと三様に各病院の考え方で決めている数字から、現行1,100床という数字が出ていたのであって、全然その1,100床という数字が、実際の意味があるかというと僕はあまり意味があると思えないのです。実際には必要病床数全体で760床というのはそこそこだとは思いますが、病院別では例えば500、200、100床ぐらゐの内訳になるのではないかと思っています。

(大曾根氏)

今の説明で実態がよく分かりましたので、そういうのを踏まえてということになると思います。ありがとうございます。

(伊関氏)

日本の場合は、昭和37年の公的病院の病床規制以降、民間病院を中心に非常に病床が増えて、世界でもトップクラスの病床数となりました。西日本に多くて東日本は少ない。これは西日本に医科大学が多い、医師が多いというのが原因しています。病床数の多さが医療費に影響してくるので、厚労省として医療費を抑制したいがゆえに、県レベルで地域医療構想を策定して病床を減らしてください。特に西日本は減らさなければならない。東日本は、埼玉、神奈川辺りは、逆に病床数が少ない状態なので増やさなければならない。県によって様々な動きがあるのですが、県が主導してガンガンやっているところはあまりないです。ほとんどが「病院の話合いで」という話で逃げています。病院の側からも過剰に減らすと、医師は大学から派遣を受けていますので、高度急性期の旗を降ろした瞬間に、「じゃあいいよ、うちは医師を引き上げる」という話で引き上げられてしまう問題もあるので、我慢比べという面があります。医療機能の維持のために、地域医療構想とは見解は違ってもいいけれど、自分たちで病院が生き残りのために、戦略を考える必要があると言わざるを得ない。今院長先生が言われたとおりで、一番優先すべきは、大学

医局から医師を引き上げられないこと。そのために戦略性のある計画を病院ごとに作らざるを得ないのが、現状だと考えます。

(座長)

私も同じ認識です。正直に言うと、この地域医療構想という政策そのものが、うまくいくかわからない中で、ここに病院経営を委ねてしまうというのは、非常に危険ではないかなと思っております。私も医療政策にちょっと関わっているのですが、この発想自体が中央集権的かつ計画経済的なので、市場の自立にどう委ねていくか、地域の医師にどう委ねていくのかというのが大事で、これと必ずセットで出てくるのは、地域包括ケアなんですが、ここはそもそも発想として分離している、多分伊関先生よく御存じだと思いますけれども、そういうところもありますので、そういう意味では、まずこの地域でどうしていくのか、そこは患者である市民、あるいは患者の家族である市民、あるいは少し広めであるこの地域、この病院を使っている市民、町民の皆さん、それから、場合によって「健康なんだけれども、いざというときに使うかもしれない」という納税者として御負担いただいている市民、町民の皆さんに、どう御理解をいただくか非常に重要ではないかなとこんなふうに考えております。この件はよろしいでしょうか。ただ非常に重要な問題提起をいただいております。

(大曾根氏)

今のことで、先日いただいたもので、湘南西部構想区域のいろんな現状と地域特性なんかいうのはつきり書かれていますので、そういう中で、県民、市民と分けた場合、県民レベルであればこういうのでやっていくのかなというのがあれば、県民レベルの認識かなということかということで思ったものですから、今の確かにお話しはよくわかったんですけども、ここまで書いていて、それをざっくりばらんに言えば、無視してやっちゃうのかなとかという感じだと、ここまで変わるかどうかというふうに思ったものですから。

(座長)

多分、無視してまではいかないと思います。結果的に、ただこの地域の特徴は、東海大という高度急性期の中でもさらに高度急性期の病院があるというのが一つの大きな特徴だと思いますし、元々の特徴として、この地域は、比較的潤沢であって、結果として実は皆さんお医者さんにすぐに行ってしまうがちで、「下駄履き病院」って言ったら怒られてしまいますが、下駄履きで来てしまう病院になるので、比較的医療費が高止まりして、実は国保の負担が大きくなってしまったりとか、そういう地域特性が多分あって、一方で、今日日本の場合は、これだけ計画経済的にやろうとしても、医療の場合は、フリーアクセスという問題がありますので、行こうと思えば市民病院に来ることができてしまう訳です。「あの先生知っているから」という話で来てしまいますし、そういうところをどういうふうに、一方でかかりつけ医の皆さんを含めて、地域でケアも含めてやっていく、これは方向性としてやっていかなければならないことだと思うのですが、そことその病床の問題とどう捉えていくのかというのは、ちょっとまた考えていかないといけないと思います。もう一方で、多分おそらく診療報酬が、これによって診療報酬もかなり動いているので、それによ

って病院経営自体が機能的に相当動いていく可能性はあると思います。そこは結果としては、実は、ここに書いてある病床のとおりにならなかったじゃないかということにはならず、案外そのとおりの病床になっていく気がするの、おそらく診療報酬というまた別のゲームで起きていく可能性はあるのではないかと。ただ、ここに書いてある整理というのは、この地域の特性というのが非常によく表されているのかとこんな感じで思っております。ただ、中々このとおりとにもかくにもというのは難しいのではないかとというのが、これちょうど私の同僚が研究しておりますが、特に西日本はしんどいみたいです。

(土屋氏)

私の名前が、神奈川県立となっておりますが、実は、もう県とは別法人という、県知事から任命を受けているだけで予算体系は全く別で、ただ、負担金は毎年多額にいただいておりますので、県の言うことは聞かないといけないのですが、今地域医療構想の調整会議にも全く呼ばれません、私ども。その点は私もむしろ聞きたいところです。基本方針と役割の明確化という(1)の医療確保の今後の方針ということだと思いますが、この「ア」の市民のニーズに応える医療と、これ大変簡単なようで難しい、市民のニーズというのは、実際に中々捉えにくい。医者が考える市民のニーズに何気なしで、実際に皆さんが困ったか、あるいは必要とされているものは何であるかしっかり捉える必要があると思います。一般的には、日常的な営業について、コンビニというのはむしろ薦められるような医療をどう提供するか。おそらくこれは、こういう大きな病院の役割ではないですね。その辺をどう役割分担を考えてやっていかないとイケないのではないかと思います。「イ」の高度急性期医療、救命救急と政策医療である小児・周産期医療と、これでどこかのところで欧米型のERということがここでも出ますし、東京都で石原知事の時代に流行ったんですが、東京都はほとんど失敗しました。本当の意味でのERとなると、3交代で24時間煌々と電球が点いていると皆さん想像するだけで、NHKのテレビそのものだと。これをやるには、莫大な資金と人的な供給が必要だということで、おそらく見かけの欧米はいいのですが、実際にはかなり厳しいのではないかなと。これは、日本で採算を取ると、やはり東京の真ん中とかそういうところでないとやりにくいのではないかなと思います。それから政策医療である小児・周産期と、政策医療とか不採算医療とかという言葉があるのですが、設備をフルに使って一生懸命にやっても採算が合わないのは、不採算医療かというところと決してそうではなくて、これはきちんと今言ったように3交代でやって、お客さんがいれば多分むしろ黒字になる分野なんです。むしろ、多くの公的病院を持っているのは、不採算でもその機能を維持するという意味での不採算医療ではないと思いますので、これは、やはり市の方がどこまでこれを我慢するのか、毎年これだけつぎ込んで、この機能を維持するのかというところに左右されてしまうだろうと思います。ちなみに秦野赤十字で産科が引き上げたときに、実は、県も慌てて、局長あたりが大学を回って「何とかしてくれ」とやっただけなんです。その後、私が、将来に備えて検討会を開けというので、座長をしたのですが、聞いてみたら4大学とも「あそこが一つ無くなっても、キャパシティは溢れている」ということで、余っているんで別にやる気はないというのが本音だったと分かったのです。それを県の方へ伝わってなくて、県の方は慌てて何とか立て直さなければいけないということで。そのとき神奈川県の方、ここは慶応だと思うのですが、郡部の多くは

横浜市大から来ているのですが、小児も産科も一単位10名以上医師を確保していただかないと拠点病院にしないと、それ以外には供給しないとはっきり横浜市大は言っているのです。つい最近の会議では、もう教授を辞められて別の病院の院長になっておるのですが、女性が半分以上になったので15人だということをはっきり宣言されているんですね。これをやっていくには、そこも横並びでやるつもりでやっていかないと、実は維持するつもりでいたけれど、隣にそういうのを作られてしまうと、そこが拠点病院になって皆そちらへ行ってしまうこともやはり加味して考えていく必要があると思います。自立的、持続的な健全経営となると、正木さんの得意とするところだと思うのですが、先程お願いしたようなベースがあって、本当に維持できるのかどうか、先程折れ線グラフを見せられると、みんな絶望的になって見込みがあるのかという、一体何を加味したら10年後に右肩上がりになるのかというところを、考える必要があるのかなという気がいたします。

(伊関氏)

私は、総務省と研究テーマ上、つながりがあって、9年前に総務省の公立病院の財政措置のあり方検討会議の委員をやって、今度総務省の方で9月に開催される公立病院についての委員会があり、その委員もやる予定です。もう一つ、内閣府の経済財政諮問会議民間有識者委員が今、公立病院の改革について検討していて、その検討会の有識者の4人のうち1人として委員もしています。そういう中で分析すると、総務省が公立病院の経営改革事例集を、平成28年3月に出しました。経営のいい病院はどういうふうな経営をしているのかについて分析したものです。内閣府での検討でも同じような傾向が出たのですが、優秀病院は、基本は医師や看護師などの職員の増員を図ることで経営改善をしたところが圧倒的に多いです。ケチケチ作戦をやって収益改善をしたところはほとんどないです。平塚市民病院は、いわゆる救命救急センターを開設するために人を雇ったのですが、それが収益改善につながっていないし、その加算を取ったり収益を上げるための戦略として、必要な職員採用を抑制させられている感じもしています。やはり人を増やさないと収益の改善ができません。要は職員増が経営改善のポイントで、いくつかやり方があります。病院統合が流れになってきています。共済病院と病院統合を行う選択肢はあると思うのですが、現実は無理だと思います。ただ、統合して成果があったところがあります。あと地方独立行政法人化などをして人を自由に雇えるという形にして、職員定数を弾力化して経営がよくなったところも多いです。労働環境の整備や研修体制の充実に取り組んで職員増を図ることができた病院も収益を増加させています。職員数を増やして収益を改善させている病院が多いです。これは公立病院改革事例集に出ている300床以上の病院の図です。費用を増やしたところは収益が上がっています。人を増やしたところは収益が上がって、人を雇わず費用を下げたところは収益が下がる。できるだけ人を雇って加算を取ることが重要です。平塚市民病院の場合は、市役所の方は今日来ていませんけれども、市の本体の職員定数管理がうるさくて職員の数を増やさずに、かつ繰出金はケチる。だけど建物だけは豪華に造ってしまってこの返済は大変という、自治体病院にありがちなやり方でやっておられるように私は見えます。100床以下の病院では、費用削減を行って収益改善を行ったところもありますが、費用削減だけしたところは先がないと考えます。要は人材育成など明日の可能性を失くして、目先の収益改善だけに走っている傾向があると私は見

ています。費用を増やして経営改善をした病院は、人材が充実すれば、10年後も可能性ありますけれども、費用削減だけして人材が劣化した病院は10年したら人がいなくなります。もう一つ分析させていただくのが、DPCです。急性期病院ではDPC、包括医療支払制度というのを行っていますこの係数は、病院が厚労省の目指す誘導する意思を持ってやっています。包括部分は病気に対応した点数が決まっています。それに日数とDPC係数をかけて診療報酬が決まります。基礎係数はⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群の三つに分けられています。暫定調整係数というのが、導入のときに入れられた係数ですが、もう少ししたらなくなります。機能評価係数ⅠとⅡというのがあって、「Ⅰ」も重要ですけど「Ⅱ」が病院の力が図るのに非常に重要です。あとで平塚市民病院と平塚共済病院と東海大医学部附属病院を紹介させていただきます。出来高というのは、手術や内視鏡で、これを包括にしてしまうと、いわゆる粗診粗療、医療の質が下がるため出来高になっています。だから手術を沢山やれるところは収益が上がる構造になっています。そういう中で、「Ⅰ」は体制の部分です。ここのポイントは、総合入院体制加算です。平成26年度の診療報酬改定で「1」が作られて、平成28年度では「1」「2」「3」段階に分かれています。これは平成26年の診療報酬改定の資料ですが、総合入院体制加算1は、1日につき14日以内240点、1点10円ですので、全ての患者さんから2,400円もらえます。一病院で「1」が取れば10億単位で収益が上がります。基準がものすごく厳しくて、全身麻酔による手術件数が年800件以上。合わせて以下のアからカの全てを満たすこと、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍、腹腔鏡、放射線、化学、分娩。さらに救命救急医療、三次救急として24時間体制の救急を行っていることと、救命救急センターがあること、あと精神科の病床か、さもなければ精神科の何らかの医療をしていること。これができると240点がもらえます。それが今回の診療報酬では三段階になりました。前のときは基準が厳しすぎて、化学療法が厳しすぎて「1」を取っている病院は全国で4つしかなかったのですが、今は大分増え始めたみたいです。この基準のいくつを目指すかが、高度急性期病院として生き残るかのポイントになります。平塚市民病院が生き残っていくためには、救命救急センターをちゃんと作って、総合入院体制加算1は無理だとしても、「2」ないし「3」を目指す。そういう戦略が持てるかというのが重要です。実績で、急性期病院なのか高度急性期なのか、そうじゃないかが、判断される時代になっています。平塚市民病院が総合入院体制加算を目指すのか目指さないのか、医師を派遣している慶應大学の意向もあると思うのですが、病院としての意思を明確にして、必要な投資はし続けることが必要です。もう一つDPCの機能評価係数Ⅱというのがあります。保険診療定数はデータを提出しているかの評価です。効率性というのは平均在院日数を見て、入院在院日数が短い人が評価されます。複雑性というのは難しい。

(座長)

これはこの前やりました。

(伊関氏)

後発品はやりましたか。

(座長)

後発品が弱いのは出て、共有しています。それでももう一回どうぞ。

(伊関氏)

これが東海大医学部附属病院と、平塚共済病院と、平塚市民病院の調整係数で東海大学医学部附属病院はI群の中の大学病院の中の1位ですから、今年はナンバーワンの状態です。平塚共済病院は164番、平塚市民病院は308番目です。平塚共済病院と比較すると、効率性は平塚市民病院の方が良い。複雑性はほとんど変わらない、カバー率も変わらない、救急医療係数も比較的高い、地域医療も高く、体制の内の小児が比較的高い。しかし、後発品が非常に弱い。ここが弱いというのは、私の見解では事務職員が弱いことにつながります。事務職員のプロが少なく定時のルーチンで異動してくるから、医局を抑えきれられないと私は考えています。ドクターに納得してもらって後発品を変えてもらうということは必要で、それは院長先生を始めとした幹部職員の方も重要ですが、事務職員も重要で、大阪辺りだと、ほとんどの病院が係数が満額になっています。そのところが弱いのは、事務職員が弱いです。そういうところを変えていかなければ、先程も言ったとおり、この病院の財務状況は危機的状態ですので、危機から脱出するためには、やれることをできることをやる必要があります。

(座長)

ありがとうございました。大変問題意識に沿った重要な御指摘をいただいたかと思えます。多分これ、次回以降いつ出していただくかにもよるのですが、今お話しがあったようなことも踏まえて、病院としてどちらに向かっていくのかというのは、これ設置管理者、病院長を始め多分関係の皆さん、事務局も含めてですが、いくつかベンチマーク、今、共済病院と東海大病院と、前回正木委員の方からは横浜東部ですとか熊本の状況を見せていただいて、ベンチマークと比べたときに、「かなり平塚が低いよね」って話は色々出てきて、これだけ上げられればというような伸び代が大きいという話は相当見せていただいたんですけども、伸び代部分を改善していったときに、この今日出てきたシミュレーションがどう変わるのかということについても、是非お示しをいただけるといいのではないかなと思います。つまり、単純に「救命救急をやった場合どうなるのか」だけではなくて、DPCの何をどう取りに行くとこうなるんだという改善のシナリオというのを少し出していただくと、ですからベストケースと、もしかしたらワーストケースになるのかもしれないんですけども、その辺のいくつか複数の、もっと言うと病院としての意思も示してほしいんですが、その辺はこれまでもお話しに出てきた気がいたしますので、そこを少し数字に落としていただく作業、次回いきなりできるかどうか分からないですけども、もちろんいろんな前提をおいてで構いませんので、出していただけるといいのではないかなと思いますので、是非そこはよろしくお願いをしたいと思います。それこそ、今伊関委員から御指摘いただいたところに答えるお話しにもなってくるのではないかなというふうに思います。

(久保田氏)

よろしくお願ひします。立派なお話しばかりで自分の市民病院に対しての考え、お話し



を前回、伺ってから考えさせていただいたことが全部なくなっちゃうくらい立派なことを最初から伺わせていただきまして、今回このグラフで、収支の方、お金の方ですね目に見えるもので見せていただいたことで、前回の会議の時よりも、正直不安が自分の中ですごく募りました。それに対して、今皆さんがすごく一生懸命、「こうしていったらいいんじゃないか」、「ああしていったらいいんじゃないか」と考えさせていただくその場に一緒に参加させていただいたことに本当に感謝しています。私たち一般市民、平塚市民、今市民病院に色々と子どもですとか、主人ですとか、祖父母などもお世話になってきている中で、自分の感じることでしか私の方でお話しさせていただくことしかできないのですが、私は子ども3人おりまして、2人目と3人目はこちら市民病院の方でお産をさせていただきました。1人目は、実家の方で里帰り出産をしたのですが、心臓に心室中隔欠損を負ってまして、実家の方では通いきれないということで、市民病院の方でお世話になって診ていただいたこともあります。正直、安心は、すごく大きい病院でありますし、技術面とか先生の信頼とか、そういうのはあるのですが、きちんと先生も診ていただいて、言っていた言葉も厳しいですけれども、やはりきちんと診ていただけることで、娘も今15歳になりましたけれども、心臓に負担があるのかないのか分からないくらいまで立派に育てていただくことができました。2人目、3人目のお産の時は、すごく看護師さんたちにすごく診ていただいてというか、フレンドリーに接していただくことによって、やはりお産はすごく不安があるんです、1人目でも2人目でも同じなんですけど、やはりその中で、すごく看護師さんと先生というのは、中々診察の時しかお会いすることはないのですが、看護師さんは、常にそばにいてくださる存在なので、声を掛けていただいて、ちょっとした声の掛けられ方、「今日おっぱい出ているよ」、「今日赤ちゃん元気に泣いていたよ」という一言で、すごく安心できたり、そういうふうに丁寧に入院中声を掛けていただいて、診ていただいてということですごく感謝をしているところです。ただやはり他のお母様方とお話しをしたときに、個人病院でどうしてもお産をしたい方っていうのが特に多くて、なんで個人病院を選ばれるのか、なんで大きい病院ではなくて個人病院を選ばれるのか、もちろん技術とか安心とか生まれた子どもに対する安心はあるんですけど、ケアの部分だったり食事の部分とか、一生に一度のことだから、いい環境でお産をしたいという自分のわがままなのかもしれないですけど、おいしいご飯を食べてお腹の中にいる時からDVD撮ってもらって記念に残してとか、個人病院さんでは、色々とサービスをされている部分ですね、そちらの方がどうしても。市民病院さん、今はすごくきれいになられて「行ってみたいな」と思う部分もあるのですが、前までの印象だと、どうしても個人病院さんはすごくきれいで個室が2人部屋ぐらいのすごく広々としたところで明るくて、という自分がすごく過ごしやすい環境が個人病院さんにはある。両方ともにすごくいいところはあると思うのです。例えば、金銭面で見ても個人病院さんの方が5、6万円くらいお産でいうと高いです。でも、その5、6万円を出しても、その環境の中でお産をしたいと思われるのは、それなりの向こうでのサービスがある。「市民のニーズに応える」というのは、とても大変なことだと思います。やはり世代によっても、希望は違いますし、お金もやはりかかっていくことなので、採算が取れるか取れないかということもあります。ただ、例えば、「声を掛けてくれる、優しいよ」という口コミではないですけど、広がっていけば、そこで「是非その看護師さんに診ていただきたいわ」とか、「助産師さんに取り上げていただ

きたいな」とかいう口コミが広がるような環境を持っていけるような御協力なら、私達もできるのではないかなと。私たち一般市民ができることというのは、そのサービスを受けたときの口コミかなという結論で、難しいお話しは本当に分からないので、個人的なお話しで申し訳ないのですが、そういうことから御協力していきながらお勉強させていただければと思います。ありがとうございます。

(座長)

ありがとうございます。前回正木さんからもお話しがあった市民の信頼のところですね。そこはいきなり財務にいてしまうと、やはり収縮して考えてしまって小さくなってしまいますので、そこは手前にくる市民の信頼をどう改めて獲得しに行くか。もちろん今も獲得できている部分は、あるかと思うのですが、それでもいろんな伸び代はあるような気はしますので、そこはすごく大事なことだと思います。

(久保田氏)

信頼はさせていただいているのですが、伺わせていただくときに、「やっぱり紹介状がないと」とか、今度あの先生に診ていただきたいけれども、何時に行っても、例えば10時の予約なのに呼ばれるのは11時半で、11時半に呼ばれて今度診ていただいたら、そこでカルテを返していただくのが12時半で、お会計したら1時、2時になってしまうという。皆さん限られた忙しい中で病院にも行かれるので、限られた時間の中でやっぱり通える環境というのと、どうしても近くのところ、ちょっとの怪我だから近くのところ、いいやって。信頼と安心はすごくあります。

(座長)

なるほど。どうもありがとうございます。

(高井氏)

平塚市の健康こども部ですが、私どもの担当といたしましては、小児・周産期医療、これが非常に重要ではないかと思っております。小児科にしてみますと、ここで、東海大磯病院さんや共済病院さんが診療をお辞めになるということを知っておりますので、それを考えますと市民病院さんに是非頑張ってもらいたいという部分だと思います。また、周産期医療も、お子さんを妊娠しているときからケアしていくことが重要だと思っておりますし、リスクの高いお母さんもいらっしゃいますので、そういう方とは連携してやっていければということは思っております。病院の経営全体のことは私には分かりかねますので、そういう点をお願いしたいと思っております。

(座長)

ありがとうございました。今とりあえず今後の方針のところについてお話しをいただきました。これまでのお話し等含めると、市民病院全てで、平塚市やあるいは大磯、二宮もあるいは秦野、伊勢原を含めた医療を引き受ける訳ではないので、逆にいうと、実は「役割分担は結構大事ですよ」というお話しだったと思います。今も周産期にいるお母さん

が、全部市民病院に来たらいいかというそういう訳ではなくて、多分それはそれぞれ選択があつて、こういう病院がいいって言う人もいれば、こっちの先生がいいって言う人もいて、それはそれで多分選択としてあるし、もっと言えば市民病院に来てもらう方というのは、多分今も少しお話しがありましたけれども、比較的リスクの高い方に集中するのかもしれないなと実は思っておるところです。そういった役割分担について、実は市民の皆さんとどうコミュニケーションをしていくのかというのは、一つの課題なのかというのは、ここのところで地域医療構想云々というよりは、地域包括ケアの方の話になるかと思うと、そういう中で重要ではないのかと思いますし、先程お話しがありました大磯、二宮が小児二次医療を辞めるといふようなお話しの中で、それでは市民病院で全部が受けられるのかと言ったら、そこはある程度は、言葉は悪いですが、前捌きというか「風邪で来られては」みたいな。そうすると、結果的にまた市民病院の小児科が持たなくなってしまうし、さらに言えば、先程の待ち時間の話につながってきますし、最終的に収益の話に繋がってきますので、そこをどういうふうに地域とコミュニケーションをしていくのか大事なところというのはあるのではないかと思います。おそらくこれまでの将来構想と比べていくと、将来構想よりもさらに地域における役割分担というのはより明確に、将来構想云々ではなくて、より明確に多分書いていかなければいけないと思いますし、そこそのものが、先程もお話し、何名からか出ましたけれども、戦略そのもの、この病院は、「何を」「誰のため」病院であると、どんな人に役に立つ病院であると、具体的に出して、それが結果的に先程のシミュレーションの話になりますけれども、収益にどういうふうに影響してくるのか、結果的に平塚市民の御負担をどういうふうにお願ひする形になるのか、あるいはどのぐらい小さくできるのか、それを含めたお話しをしていかないといけないところではないかと思います。そういう中では、これはいろんな見方があるとは思いますが、高度急性期医療ということ掲げて人材を確保して行って、そのために救命救急は多分マストになるのだらうと思いますし、その中で政策医療というものをどう支えていくか、さらに言えば、黒字化できる手段はあるんだという話も、委員の中からもそういう話もありましたが、そういうところを考えていく必要があるのではないかと思います。

そういう中でもう一段絞り込んでいったときに、次の論点「2」の方になるのですが、是非委員の皆さんに御意見をいただきたいのですが、「平塚市民病院の役割」についてということで、特に診療機能、診療科、病床数のところについて、それぞれすべてに御意見なくて結構でございますので、それぞれ御意見をいただければと思います。じゃあまた森久保先生からお願いいたします。

(森久保氏)

平塚市民病院の今後の役割ということですが、データがそういうふうに揃っておりませんので、詳しくはお話しできないとは思いますが、色々かち合うところはあると思います。先程伊関先生からお話しがありました、平塚共済病院のこともありますが、東海大学病院もあります。そういう中で、どこの科にどれぐらい患者数があるかどうか、市民のニーズも変わってきているかと思ひます。よって、そういう面をもう少しデータから読み取るということとですね、やはり先ほど伊関先生の詳しいお話しでしたが、どこに力を入れていったらよいか、やはり事務サイドが、やっぱり資金ショートの話が多く

出ていて、そこから先に展望をもって計画ができて来なかったという点を再度検証することと、これからデータの方から読んでも分かるように、高度急性期でベッドサイドが空くとか色々あります。回復期のこともあるでしょうが、やはり今の市民病院の今ベッドの稼働率がどうなのかというところも次の会議では出していただきたいなと思います。

診療科に関しては、先程言いましたが、近隣の病院がどうなっているのかというデータを出してから、お話しをしたいと思っております。

(正木氏)

前回、いろんなデータを出しましたが、その中に病床の回転率があったと思います。熊本や神奈川県東部病院は33回転ぐらいしていますということで、診療単価も10万円を越すような診療単価になっていまして、そうすると新しい患者さんが大体年間1万5千人くらい来られています。400床くらいでも1万5千人の掛け算をしていくと、大体240億円くらいの医業収益があるような仕組みになる訳です。これは歴史の中で作り上げてきていますので、すぐこれを平塚市民病院でやれるというのは中々難しいので、徐々に徐々にやっていかなければいけません。例えば東部病院なんかでは、皮膚科なんかございませぬけれども、当然皮膚科は中核病院ですので、必要なことになりまして、やめる訳にはいかないのです。だけど中身をしっかりと考えながら、どちらかというところ、本当に手術に徹するような皮膚科だとか耳鼻咽喉科もそうですし、眼科もそうですし、急激に変える訳にもいきませぬけれども、将来的には自分たちの機能が、ある意味では高度急性期に全診療科が近づくようにしていくようなこと、この辺が非常に大事ではないかと思っております。

それからもう一つには、平均在院日数はあまり今、診療報酬改定の中でも平均在院日数を短くしろとは言って来ていませんが、ただやはり欧米に比べると長いので、10日を切るような目標が必要ではないかと思っております。先程の地域医療構想も、平均在院日数をきちんとして、本当は考えなければいけないのですが、現状での患者さんの平均在院日数しか考えていませんので、本来ですと、もっと将来構想を考える前に、平均在院日数を短くしながら、普通高度急性期病院であれば1週間とか10日とかそういった指示があるべきだと思うのですが、そんなふうにして平塚市民病院の中でも無駄な医療をしない、しっかりとした医療を務めていくというのは、例えばクリニカルパスや疾患説明書など、そういったものを患者さんに迷惑かけないような説明ができるような資料を作りながらよくやっていくと言いますか、質を犠牲にしないようにしながら、しっかりと効率のよくしていくということが大事かと思っております。そうやっていくと、段々病床数も必要なものをどれだけあるのだろうとかという話になっていくと思っておりますので、これから先そういった病院の色々な機能を変換するという意味では、将来構想検討会議が皆さん職員の皆様方にお話しをしていって、ここで決めるのではなくて、職員の皆様方が、自分のこの病院を将来どうするかともしっかり議論しながら、「自分たちでもっとこういったものをやりたいな」という覚悟が必要だと思っております。そうでなければ、「やっぱり検討会議で決めたから、それに従っていけばいい」というのは、決して誰も知らないというか、それは検討会議の責任だとなってしまいますので、やはり職員の皆さん方にもう一回引き戻して、職員の皆さん方がしっかりと議論しながら、自分たちの覚悟もそれに当然付けると、こんなふうにして平塚市民病院の役割を決めていっていただければという思いをしております。

(秋山氏)

もう色々お話しいただきましたが、あり方懇話会の時にも申し上げたことがあるのですが、市民病院の役割を考えるとというその裏側に、かかりつけ医とかそういうところが、一体この市の中でどういう、内科もあればいろんな医者がある訳ですが、どちらかというところ、地震だとか津波のハザードマップは多く出てくるのですが、かかりつけ医というか、一般の街中にある医者の方の皆さんのマップなんていうのは、本当にどこにあるのだろうか。それも分からないような状態の中で、平塚市民病院の中でベッド数が云々というのは、いかにも何か先に飛んでいるような感じがしてしまって仕方がないのですが。是非何かの機会に。今自治会の立場からいきますと、各地域の地区ごとの地図の中に、病院なんかも展開はしてあるのですが、しかしその病院が何を扱える病院なのかというまでは地図に落とせていませんので、何かその辺ももう少しはっきりすると、市民病院へ来る人、あるいは近くでお世話になる人、市民側の選択もかなりはっきりしてくるのではないかというふうに思います。

(大曾根氏)

私も、先程正木先生が言われましたように、ここで働いていただいている医療従事者の方が、一番患者さんに近いところにおられますので、アンケートという訳にはいかないと思いますが、やはりどういうことを市民が望んでいるかということの把握は、やはり医療従事者の方が接点が一番あるのではないかと思いますので、その辺の意見をどうやって吸い上げることが1つのポイントになってくるかなと思います。先程の正木先生と同じなんです、「構想で決まったからその通りにやるんだよ」って、上から目線でやっては、やはり医療従事者の方も「何だこれは、現実と全然合っていないんじゃないか」とこういう話になってしまいますので、その辺を私も今解決策は分からないのですが、そういうふうに患者さんと接点をもっている方からの意見が、どういうふうな形で反映できればいいのかなというふうに思っております。

(土屋氏)

今、もうほとんど問題点を指摘されたと思いますが、確かに今の方向性の「その3」を拝見していると、下の方に全職員の経営参画意識の徹底ということで、TQMも入っているようで、これは今おっしゃったように大変大事で、医療現場での改善策の中で、そういう話が出てくるだろうと思いますので、是非続けていただきたいと思います。やはり、今かかりつけ医のお話しができましたけれども、診療機能を考えるときにその辺の分業というか、特に再来患者さん、もっと言えばおそらく経営的にはあまり採算性がよくないんですね。その辺は大学病院の経営改善の方にお手伝いしたんですが、2人主治医制と最初からポスターを貼って、入院中はがん研が中心に診るけれども、外来になった途端に元の先生ところが主体になるんですよといったような。初診でいらした時からすり込んで、患者さんには大変言い方が悪いんですけども、再来患者削減に努めてですね、その辺で一番大事ながん研で診なきやいけない単価の高い初診患者さんその他を診る時間が無くなってしまいうということで、外来単価が非常に安くなってしまいうということがありますので、その

辺も診療機能をこの病院は何だということに徹してですね、周囲のクリニックの先生に御協力を得ると。あと、住民の方にも御理解いただくということが大事ではないかという気がいたします。やはりメインは入院機能ということになりますので、そのときに先程伊関先生が人員を増やさなければいけないというに、どうしても医者だけでやっていると、医者の数ばかり気にするのですが、やはり機能を高めるのは、事務員から始まって、下から積み上げないと中々いかないと思います。下を増やすと、おそらく医者の数同じでも、手術件数1点何倍という数になると思いますので、これがまさに収入源になると思うんですね。その辺の工夫が必要かと思います。がん研に私がいたとき4,000だったのが、今8,000件手術をやっているの、何とか息をついて借金も返せるようになったと。それとほとんど同じようなことが、ここで今起こっているのではないかというような気がいたします。先程の、現金でもボーナスが払えないようだ困りますので、その辺はやはり確保するようなことは必要だと。そういう意味では、診療科も確かにDPCで取るのに必要な診療科もありますけれども、やはり割り切って切らなきゃならないということも視野に入れてやっていく必要があるのかという気がいたします。

もう一つ最後に、「1」のことにも関連して、湘南西部確かに、東海道線沿線と小田急線沿線とに分かれるのですが、やはり機能によっては、一体化あるいは湘南東部との一体化ということも考えた診療範囲というのもあると思いますので、その辺も視野に入れる。これは、私の県西部に県立病院を一つ抱えているんですが、人口が40万足らず、30万そこそこなんです。これは小田原市立と県立足柄上と協力していくことしかないという。2市8町と全体で考えると、おそらく湘南西部もそこまで切羽詰らないとしても、やはり湘南東部西部合わせての問題と、湘南西部の中を分解していい問題、いけない問題と分けて診療機能あるいは診療科というものを考える必要があるのではないかと思います。

(伊関氏)

平成26年度の地方公営企業年鑑で見ると、平塚市民病院の病床利用率が82%、平均在院日数が13.1日。藤沢市民病院と比較した方が分かり易いので、藤沢市民病院は病床利用率が大体84.8%、平均在院日数が11.8日、一人当たりの入院単価が、平塚市民病院が58,486円、藤沢市民病院は62,299円。急性期病院としては、勢いは正直今一つです。おそらく病院の内部は、高齢の方が大量に入院されている可能性が高いとみています。ただ市民病院という名がついて、かつ高齢化が進む中では、高齢者の医療をどうするのか、これは非常に重要と考えています。療養系の病床は、ほぼ将来的にも充足するだろうという話の中ですけれども、リハビリが弱い。ここは政策的に行う必要があると考えます。

診療機能については、市民病院というと高度急性期病院の機能だけに特化するという訳にはいかなくて、高度急性期プラス回復期や療養も診ないと住民のニーズに応えられない面もあるので、そこは市民病院としての機能として高齢者の医療をどう対応するというのは重要なテーマになってきます。

診療科についても、なくなってしまうと総合力が落ち、医師を派遣する大学医局からの評価が低くなるので、ある程度の総合力は持たなければならない。

病床数についても、将来的にみれば、場合によってはリハビリの部分を増床する必要がある

あるかもしれない。敷地はわからないですけど、100床、200床について、公的病院でリハビリ病床を作ることも選択肢としてはあります。これは民間、県がやる場合もあるのですが、「共済病院さんが200床やります」みたいなことも、敷地の問題もありますけれどもあります。どこかがやらなければならない、2025年以降に向けて考えていく必要がある。どうしても病床を減らすことばかり意識が出て、足りない部分をどう医療圏として補うのかという議論が必要だと思います。

(久保田氏)

細かいお話はよく分からないので、病床数がとか診療科がどうかというお話しは分からないのですが、市民の目線で一言だけ言わせていただくと、市民病院とか共済病院とか東海大病院とかもそうですけれども、大きい病院に行けば、どこの科に行ったら分からないけれど、安心とか「大丈夫、ここだったらちゃんと誰かが診てくれる」という安心感があって皆行かせていただくのです。その中で、何がどこの科が必要だよとか、どこの科がいらぬよというのまでは、ちょっと分からないのですが、そこにすごく安心感を持って通わせていただいているということだけ、ちょっと伝えさせてあげたいと思います。

(高井氏)

私としても、どういう機能とか診療科ということは具体的には分かりかねますので、今やはり地域包括ケアのことが大事だということでもかなり言われておりますので、その辺についても御検討いただければなというふうに思います。

(座長)

最後に、委員の一人としてお話しをさせていただくと、一つは、項目立てはともかく、なんか結構前の将来構想もたくさん書いてはあります、項目立てとしては。ただ中身はよく分からないというところがあって、実際に何をやったのか分からないというところがあって、ここを多分、例えば「TQM活動」って本当に何をやったのかって、やっていたらこうはならないだろうというのは率直に思うところはあって、そういうところも含めて、きちんとお題目として書くのは結構ですが、具体的に何をやったのか、これから何をするのかというところは、さっきの戦略と関わる場所ですが、是非きちんと出していただけたらいいかと思います。

あえていうと、抜けているところは、事務職員も含めた研修とかレベルアップをどうやっていくかというところの取り組みが、将来構想の中には、かつての将来構想には欠けていたかなという感じがします。箱と人があっての病院ですから、そこを人を大切にすることは、是非出してあげたいと思いますし、さらに前回の正木さんのお話しに乗っかれば、質を高めていくところ、患者にとっての質を高めていくところの先行指標というところのKPIみたいなものは、是非どんどん導入していただけたらいいし、この辺は少し病院から提案をいただけたらいいのではないかと思います。市民向け講座とかそういうお話しもあったかと思いますが、あるいはクリニカルパスみたいな話があったかと思いますが、そういう患者の信頼を確保するための政策というのがあって、それをどうやってKPIに落とし込むのかとかというところは、是非出してあげたいと思

います。これもちょっと見えにくいのですが、先程土屋委員からお話しがありましたけれども、人件費のところは、これは別に箱の形を独立法人にしたらよくなるのかという話ではなくて、今の人件費の部分も、多分改革が必要な部分が結構あるのだと思うのです。公務員の給与会計のままでそのままつけていっていいのかとか、先程お話しがありましたけれども、人を確保できれば、最終的にいろんな加算が乗っかってくるというのは、楽観的には確かにそうだと思います。実際にそうだったと思いますけれども、かといって、中々積み上げにくい中で、人件費という部分は、ある程度削減しながら人数を増やしていくというところもあるような気はいたしておりまして、そこは市民に納得のいく人件費の構造になっているのかどうかというところは、これはきちんと議論しなければいけないポイントなんじゃないかなと思います。是非そこは御検討いただければなと思います。何より大事なことは、多分ここでも、先程の正木委員からのお話しにも通じるところですが、将来構想検討会議、ここではもちろん色々と議論をさせてはいただくのですが、やはり「たたき台」としてというものを、A案なのかB案なのか分からないけれども、管理者を含めて職員の総意として、幾つかあります、多分ここで我々が邁進したいと思うようなものを、きちんとやっぱり出していただくということが必要ではないかなというふうに思います。それを収支で見ると、こういうふうになっていて、我々はこういう選択をしていきたいと思うというところ、一つオプション案としてお示しをいただいて、それで初めて議論が少し深くなっていくのではないかなという気はします。今日は比較的、そういうことは前提はなしにして、皆さんからの御意見をいただくというこういう会ではありましたけれども、次回以降、そういう形の設定にしていただけると大変いい形になるのではないかなというふうに思います。これは委員として申し上げたいと思います。

他に、今までのところで何か御意見はございますか。とりあえず予定していた議事の時間にちょうどきれいに寄ったところですが。何かございますか。なければ事務局の方にマイクをお返ししたいと思います。ありがとうございます。

○ 今後の予定

○ 病院長挨拶

(金井病院長)

病院長の金井です。今日は本当に暑い中、そしてお忙しい中、私どもの病院のために集まって議論いただいて、大変ありがたく思っております。この将来構想ですけれども、今動いている将来構想というのは、今から8年前に発行したものです。前のものをちょっと振り返ってみたんですが、そうしますと、その2年くらい前に、病院の役割と将来計画の素案作成プロジェクトプロジェクトチーム第1回会議というのが、平成17年の6月に開かれているんですね。その後、何回か繰り返した後、有識者に来ていただいて構想を作ったとそういう経緯があります。前の石山病院長の下にやられていましたけれども、基本的にボトムアップの形で始まって、箔を付けていただくというような形で始まったものでございます。今回は、あり方懇話会の流れのような形で、伊関先生、土屋先生、今回初めて加わっていただいて非常にクオリティの高いレクチャー、時代のありようを示していただいた中で、この検討会議を始められて大変幸せであると思っております。

病院運営、中々いろんなことがはかばかしくいかない中で、外にいらっしゃる方々の貴



重な意見は、中で物事を動かすのに、非常に強いパワーになってくれるのではないかという期待感に今日いっぱいになりました。今後ともお世話になるつもりでおりますが、内部的にも、病院職員一丸となって次の将来構想を作っていきたいというふうに思います。次回はもう少しこちら側からできることがあるのではないかと考えております。

今日は本当にどうもありがとうございました。