

第1回塩竈市立病院事業調査 審議会会議 概要

平成27年10月29日
塩竈市立病院

第1回 塩竈市立病院事業調査審議会 会議概要

日時：平成27年10月29日（木）18：30～20：20
場所：塩竈市立病院 3階 会議室
出席委員：本郷委員、鳥越委員、渡辺委員、中嶋委員、吉田委員、南家委員、鈴木委員、内形委員、伊藤委員
欠席委員：なし
事務局：経営改革室 鈴木室長、高橋室長補佐、扇谷室長補佐、大場主事
司会：経営改革室 扇谷室長補佐

<進行>

1. 開会
2. 委嘱状の交付
3. 市長あいさつ
4. 委員紹介
5. 会長及び副会長の選出
6. 議題
 - (1) 新改革プランの趣旨
 - (2) 当院を取り巻く環境
 - (3) 現改革プランの総括について
7. その他
8. 閉会

1. 委嘱状交付

2. 市長あいさつ

H19、20年度当時、全国的に公立病院の経営が大変厳しい状況があった。H20年度当時、病床利用率が70%台となり、職員が一生懸命頑張ったが、累積債務24億円あった。そういった状況を改善するために審議会を発足させた経緯がある。その時から本郷先生にお世話になっている。その当時、累積債務は行政で解消する、病院はこれ以上の債務の上積みをしてはいけないという役割を明確化した。24億円あった累積債務は、H25年度に解消した。

しかし地域医療をめぐる環境はなお厳しい。医師会の方々のご助力を賜っても、公立病院の継続は大変に厳しい。7病院の連携の為に公立病院である市立病院を何とか存続させたい。この審議会で当院の課題・問題をどのような方向で解決をして、市民の方によりよい医療を提供するためのご指導いただければと思っている。今後4～5回程度審議会を開催する予定である。忌憚なき意見をよろしくお願ひしたい。

3. 委員の紹介

本郷委員（東北大学名誉教授）

8年前のこの審議会の立ち上げからみている。公立病院の経営が大変な時期であった当時、東北大学に勤務しており、現在は公立黒川病院で事業管理者をしている。

鳥越委員（塩釜医師会長）

本郷委員同様、8年前からこの審議会に携わっている。今、政府の医療政策が大きく変化しつつある。それに順応していき、この病院の効率よい運営の助けになればと思う。

渡辺委員（塩釜医師会副会長）

市立病院のために微力を尽くせればと思う。

中嶋委員（市民代表）

1年半前まで市立病院の看護師だった。現在は別の病院で看護師をしている。力不足ではあるが、何か、アドバイスになればと思う。

内形委員（副市長）

当市立病院は、地区の中核病院として存続させていければと思う。行政としても同じ覚悟をもって取り組んでいきたい。

吉田委員（宮城県医療整備課長）

医療制度改革が急速に進んできている。法律も医療介護総合確保推進法という一括法案が出て、病床機能報告制度、地域包括ケアシステムなど、駆け足ですすんでいくものがある。県の立場から塩竈市立病院のあり方について支援できればと思う。

鈴木委員（塩釜保健所副所長）

市立病院は、塩釜地区の医療を牽引する大切な病院。微力ではあるがどうぞよろしく。

南家委員（黒川病院副院長）

黒川病院では、地域包括ケア病床の運営、黒川地区の地域包括ケアシステムの構築会議の委員でもある、今回初めて委嘱を受けた、よろしくお願ひしたい。

伊藤委員（市立病院管理者）

8年前から改革プラン作成に関わってきた。病院としては必死な思いで進めてきた。医療制度改革が進む中、病院としてより良い形を作れたらと思う。委員の方々よろしくお願ひしたい。

4. 会長と副会長の選出

規定に基づき互選により選出。会長は本郷委員長、副会長には鳥越委員が就任。

本郷会長就任の挨拶

先ほども話したが、8年前からこの病院の改革に携わり、うまくいったと思えば、医療制度改革、消費税増税、それも含めいろいろなことが起こっている。そして新しい公立病院改革プランが出る事になっており、それは医療制度改革と表裏一体となる。これから難しい問題が山積している。また、東北医科薬科大学の医学部開院もこれからの地域医療の計画を考える上で重要である。今日の追加資料で、これからの地域医療がどのように変わっていくか、という資料がある。病床機能が今までのワイングラス型からヤクルト型に変わっていくという中で、塩竈市立病院がどの位置を担っていくのかを考えていく。また、地域医療のビジョン、構想を考える上でもこの追加資料のイメージをもって取り組んでいきたい。単純に病院が一人で頑張っていくだけでは難しい時代が来た。各病院の機能や周囲の状況を把握することが必要。皆さんの協力を得ながら進めていきたいので、よろしくお願ひしたい。

鳥越副会長挨拶

これから病院経営は非常に大変になってくる。すでに政府の医療政策は決まっているような印象を受ける。周りの病院、あるいは開業医とどのように関わっていくか、そして訪問診療も非常に大切になってくる。その部分を委員の先生方と十分に検討し考えていきたい。

5. 市長より審議会へ諮問

市長より本郷会長へ諮問書を手渡し。

6. 議事

(1) 新改革プランの趣旨について

改革プランの説明（レジメに基づき）資料参照。

本郷会長

今回の審議会は、改革プランは現改革プランを踏襲する形で新改革プランガイドラインに則して、地域医療構想を踏まえつつ策定していくこととする。ここで求められるのは、病床機能を

どうするのか、というところである。これから概ね4回の審議会を経て中間プランを策定したいのでよろしくお願ひしたい。

(2) 当院を取り巻く環境について

本郷会長

東北薬科大学病院は、現在の病床数は450床だが、医科大になる時に、160床増床される見込み。大きなファクターとなる。受療動向、周辺病院の状況は、病院が多く隣接するこの地域で、市立病院が地域医療のどの部分を担うのかを考えていくための資料である。こういった周辺の環境の中で、塩竈市立病院がどういった医療機能を持ち、どんなポジショニングをとるのかを考えていく必要がある。地域医療構想の中では病床を削減する方向で進んでいるが、宮城県の病床削減はどうか。

吉田委員

病床削減の資料は、これから地域医療構想を作成するという時期で厚生労働省ではなく、内閣府の方で出した資料になる。新聞等でも大分センセーショナルに扱われたが、この通りに減らしていく、という事ではない。一定の条件の元、積算するとこのような状況になるという資料である。それぞれの地域の実情に則して進めていくということは、厚生労働省で示している状況である。日本医師会でもこれは一方的に計算したもので、それぞれの地域医療構想会議で決めていくという見解である。あまり今の段階でこの方針をコンクリートとは考えず、もう少し、緩やかに考えていいのでは。しかし、本郷会長等にも出席いただいた4医療圏毎の地域医療構想会議だが、中々因果関係をはっきりさせて、ここが理由だ、とは言えない状況にある。県の日程も書いてあるが、どの辺が着地点になるのか、というところは見通せないところはある。数字として最終的にどこに行くというのが、前提ではなく、地域の実情に合わせて進めていくという形をベースにして、会を進めていけばいいのではないかと。

また、高度急性期・急性期・回復期・慢性期とガイドライン上医療資源の投入量によって分けている。それを決めた時に、慢性期は在宅の受け皿として相当量考慮するが、療養病床は縮小していかなければならない、という方針は出ている。しかし具体的な数字は、各地域の実情に応じて決めていかなければならないと考えている。それが100%、将来的になるのだ、ということではなく、関係者各位の意見、同意の上決定していく。

本郷会長

病床削減について出たのは、西日本は20%削減という数字がでていて、本気でやったら大変なことになると感じている。ただ楽観的ではいられない。病床機能報告制度でどんな役割を担うか、周りとの関係性、その先に控えている地域包括システムである。そこを念頭に置いて考えていきたい。

鳥越副会長

先日の県の話だと、高齢化が進んで行って、延びる疾患が、脳梗塞、心筋梗塞という話があった。それに対する対応をどうしていくかと考える。それは一般の急性期で診ていく事になると思う。高度急性期は一般の病院では無理があると思う。

本郷会長

高度急性期はどんどんハードルが高くなっていきそうだと。

鳥越副会長

一般急性期でどれだけ患者を受け入れて、在宅医療の受け皿でもある包括ケアの入院をどれだけやれるのかが問題になってくる。

吉田委員

疾病ごとではなく、医療圏ごとに医療機能を見ていったときに、全体でどうなっていくかという資料があるが、急性期が減るといふ数字になってはいない。それは高齢化していく中で、急性期の部分も需要が延びることになる。計算上、微増ではあるが、急性期も必要となる。急性期をどんどん減らしていかなければならないという方向ではない。必要数はプラスの方向で制御すべきである。今の計算方法では、慢性期は在宅医療の充実を目指す中で減らしていく方向である。しかしそう簡単に居宅で暮らすというのも、短時間でできるとは思わない。病床以外にも、老健を増やす方法もあるが容易ではない。病院から在宅へといった時には、居宅だけではなく、いろいろな施設を増やしつつ、慢性期の病床としては減らす方向で考えなければならない。これは明らかである。必ずしも急性期を減らすということには数字上はなっていない。

南家委員

塩竈は病院が非常に密集している。今の厚生省のプランでは、ネットワークを組んでいきなさい、という方針がある。塩釜地区でどのような疾患の患者がどのくらいいて、どのような病気を診るといふことの議論も必要であるが、塩竈市立病院の今後を考える上では、どこと組み連携していくのかを考える事が重要である。単独で全てを補うというのは難しいだろう。どこと連携し、どのような医療機能の役割を持つかという事と、連携しやすい診療体制や病床の体系はどうすればいいのかを考える必要がある。これから2年間で信頼関係を築いて、連携してく相手をチョイスするというか、考えていかないと、単独で1から10までということをやっていくには無理がある地域であり、病床規模であると思う。現在、県のホームページに昨年各病院が報告した、病床機能報告制度の内容を掲載している。第1回目の今回はどこも今までどおりの方向で報告している。いくら分析しても将来像はよくわからない状況である。これからどこと連携し、どうなっていくというのが変化するのだと思う。利府掖済会病院のみ、6年後の医療機能の内50床を療養へと報告した。他は塩竈市立病院も含め、現在の通りでいくと報告していた。全てを進めていくというのはどう考えても無理があるのでは、という事は全委員が一致する意見かと思う。病床のどのくらいを地域包括ケアなりに持っていくのか、あるいは、そうした時に急性期が成り立つのかという課題がある。一定の規模がないと急性期は成り立たない。どこでバランスをとるのが重要である。その上で、塩竈市立病院としての連携のベストパートナーはどこであるのか、ということは、日々患者さんとやり取りをしている先生の方が判っていらっしゃると思う。そこを含めなければ今後の病床機能は決められないと資料を拝見した時に感じた。

本郷会長

今日は具体的な議論には入らないが、このような問題があるということが認識してもらえれば十分かと思う。

(3) 現改革プランの総括

本郷会長

改革プランが始まって一時右肩上がりになったが、最近ちょっと息切れ傾向にある。しかし医療政策が絞られていく中で、大変苦勞しているという事はわかる。病院規模からすると黒川とよく似ている。黒川170床、塩竈161床。その中で救急は黒川の倍くらい診ている状況である。数字が非常に似たところもある。ここまで改革プランを進めていき、不良債務は解消し

たが、診療報酬改定への対応、消費税の増税などの課題がある。ただ単にもっとやれるのではないか、という議論だけにはならないというところもある。

中嶋委員

先ほどの地図にもあるが、これだけの多くの病院が周辺にある。そこでやっていくというのはいかに大変なことかと思った。資料を拝見する前は、もっと厳しい状況にあるのではないかと考えていた。その中で、いかに医師や看護師が頑張ってきたのかと思う。この規模の病院で救急を進めていくのはとても大変な事である。そして高い病床利用率を保っているということは、市民に必要とされているということだと思う。必要な病院である、ということは市民の方々は感じているのだと思う。病床利用率が一時100%を超えた時もあった。あの時なぜあんなに高かったのか、どうしたら稼働率が上がるのかということが気がかりである。そして、先ほど本郷会長が言われたように今は地域完結型の社会である。一つ病院だけで頑張るのではなく、公立病院としてどこかと組むという事は大変かもしれない。しかし塩竈市立病院には優秀な医師がたくさんいて、それぞれ得意な分野を持っている。その得意な分野を生かして、連携する時代である。連携することで、紹介患者が増加し、稼働率が上がり、地域の中で残ることにつながる。この会でその案が出てくれば、と感じる。

伊藤委員

たしかに以前はすごい稼働率だった。昨年から90日を超える入院患者への特定除外がなくなった。かなりの患者さんに退院調整を入れた。一定期間をすぎた患者さんは療養病棟に転棟してもらい、療養病棟からの退院も増加した。さらにショートステイの患者がかなり減った。ショートステイに在宅の患者さんがレスパイトで入っていた事例もあったが、在宅の患者さんが施設に移った事例も多かった。医師の異動もあり、昨年の減収理由にある。そういった事もあり地域包括病床を立ち上げ、今年の6月から地域包括ケア病棟にした。昨年の病床機能報告制度では急性期だけと報告したが、急性期だけでは難しいことから、先んじて地域包括ケア病棟として病棟化した。しかしそこを運営していくとなると、大きな問題があり、連携を進めなければならない。連携をしていかなければ、なかなか42床を埋めるということは苦勞である。

本郷会長

地域包括ケア病床は、病床数が多いところほど地域包括ケア病床または病棟へ移行しているようだ。それは入院期間の調整のような側面もあるようである。H26までのデータがどのように改善していくのかみていきたいと思う。

南家委員

資料をみると、病床利用率が減ったときは単価が上がっている。100%で病床を運用すると職員が疲弊するという事がある。患者に手をかけられない。あるいは入院期間が延びて、診療が薄くなるという現象があり、100%を目指す、ということだけではどうだろうか、という観点がある。看護スタッフの離職、医師の疲弊などが心配である。病床利用率は診療単価との兼ね合いで考えていかなければいけない。実際に病床利用率100%の維持を目標にしてきて、離職率は大丈夫か。85%~90%ぐらいでしっかり診療をして帰していくという方が、診療単価も上がって、回転率も上がって在院日数が短縮するから好ましい結果になるのではないか。来年の診療報酬改定でどのようになるかはわからないが、在院日数の関係、看護重症度、看護必要度については、厳しくなりそうな気配がある。

中嶋委員

単価が上がったのは、地域包括ケア病棟になったからか、外科手術や内視鏡検査件数が多かったからなのか。

伊藤委員

地域包括ケア病棟になったのは H27 年度からなので、まだ単価には影響しない。在院日数が短くなってきたからその影響である。在院日数が短くなればその分診療単価は上がる。

(4) その他

吉田院長

先ほどの議論の通りだと思う。包括ケア病棟が始まったばかりだが一番苦慮しているのは、稼働率である。地域の連携が必要で、単独で稼働率を上げるのは厳しいと感じている。地域の中で連携を取っていかなければならない。一般病棟で在院日数が延びると単価が落ちてしまうが、包括ケア病棟に転棟することで単価が維持できるところもある。今後は包括ケア病棟がカギを握っていると思っている。

福原院長代行

これまでにいろいろ話された通り、今後 5 年間でうちの病院の問題をどのように解決していくのが非常に大事である。急性期病院として存続していくには、ある程度の規模が必要である。ダウンサイジングしては成り立たない。救急の面や外科手術件数を小さな病院維持することは大変である。何とか規模を維持しながら、改革プランを進めていければと思う。

加藤看護部長

当院は急性期、療養、地域包括ケア病棟、ショートステイ、在宅ケアと地域に根差したことが全てできる病院。地域包括ケア病棟が始まり、間口を広めていければもっと良い形になる。病床利用率の件では、看護師の尻をはたいて頑張ってきた。スタッフは本当に頑張ってくれた。しかし、疲弊し、教育としての面が抜けてしまう。次につなげるための教育や学生の受け入れの余裕が必要。教育をするためのゆとりがほしい。

伊藤事務部長

2025 年に地域包括システム、いわゆる医療と介護を含めた全体として地域を診ましようという政策の中で、市立病院は医療の観点から地域包括ケア病棟を先んじて始めた。それがうまく回っていく事がこれからの地域医療についても良いことだと思う。短い期間で申し訳ないが、新プラン策定よろしく願いたい。

渡辺委員

塩釜医師会の准看護学院があるが、いつも看護師実習をしてくれてありがとう。身の丈にあったやり方で経営をし、地域にあった光る病院で頑張してほしい。

内形委員

市立病院の医師を始めとするスタッフの方には頭がさがる。しかし行政側としては、結果が全てだ。苦労があるのは重々承知だが、病院上げて 23 年度を取り組んだ姿勢を思い出して頑張してほしい。新改革プランについてもぜひ取り組んでいってほしい。行政としても協力できるところはしっかり支援していく。よろしく願いたい。

第 2 回は 11 月 25 日 (水) 18 : 30 ~