

## 平成26年度2回平塚市病院運営審議会議事録

日 時 平成26年9月1日(月) 13:30～15:10  
場 所 平塚市民病院 北棟 大会議室  
出席委員 武川会長、小林副会長、秋澤委員、臼井委員、竹村委員、久保田委員、  
今井委員、田中委員、遠藤委員、奥野委員、田辺委員  
以上11名  
欠席委員 小玉委員  
規程第5条に基づく出席者 山田 眞一氏(中郡医師会会長)  
事務局 病院事業管理者、病院長、高橋副病院長、木花副病院長、  
副病院長兼事務局長、副病院長兼看護部長、宮崎診療部長、山田診療部長  
薬剤部長、医療技術部長、医療支援部長、病診連携室長、経営企画課長、  
病院総務課長、医事課長、改築推進室長、経営企画担当長、財務担当長、  
医療情報システム担当長、病院総務担当長、用度施設担当長、医事担当長、  
改築推進室主管、病診連携室主査  
傍聴者 1名

### 1 開会(副病院長兼事務局長)

- 会議成立の報告
- 傍聴者の報告
- 配布資料の確認
- 病院事業管理者のあいさつ

皆さんこんにちは。

9月1日という、また週の初めのお忙しい時期に、このように委員の皆様方にお集まりいただきまして深く感謝を申し上げます。どうもありがとうございます。

本日は3つの議題について、皆様に御審議いただきますけれども、今、病院の置かれております状況は、大変厳しいというのが現実でございます。

御存じのように、今後、医療法の改正ということを開くとお思います。2025年問題を見極めてですね、病床の編成、いわゆる病棟機能のですね、高度急性期、急性期、回復期、それと慢性期療養型ですね、の編成が変化していくという状況です。

その中におきまして、当病院が目指しております高度急性期、急性期病床の縛りというものが相当厳しくなってきましたので、生き残りをかけた闘いがこれから始まっていくだろうというふうに感じている次第でございます。

もう一つ、私どもの病院、今、窓から見えますように、新病棟の建築が進んでおりますけれども、労務賃の上昇、それと資材の上昇その他で、相当経費的にですね、厳しい状況にきていますと、それと地中埋設物その他で、工期が、後ほどまた詳しくお話しがあると申しますが、工期が遅れております。そのような状況で、今後、経費的な問題、またオープン時期の問題、そのオープン時期の遅れに伴う病棟編成、また機能の変革というものに、多少の支障が起こるだろうと思っております。

しかしながら、職員一同、力を合わせてこの困難な時期を乗り越えていくと、そして、この地域有数の急性期病院を築きあげていくのだという目標、信念には変わりございませんので、今後もよろしく御支援の程、お願い致します。

本日はどうもありがとうございます。

## 2 議事

(会長)

武川でございます。早速、議事に入らせていただきます。

それでは、議題の1「平成25年度平塚市病院事業会計決算見込みについて」事務局から説明をお願い致します。

(経営企画課長)

経営企画課長の滝原と申します。よろしくお願い致します。

説明の方、長くなりますので、着席して説明させていただきたいと思っております。それでは議題1「平成25年度平塚市民病院事業会計決算見込み」について説明を致します。お手元の資料1を御覧ください。

なお、これから御説明いたします内容は、議会に上程前のものとなりますので、決算見込みの数値となりますことを御理解いただきたいと思います。

- ・資料1 平成25年度平塚市病院事業会計決算見込みについて に基づき説明

(会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明につきまして、委員の皆様、御質問、御意見等、何かございませんでしょうか。

奥野委員どうぞ。

(奥野委員)

これは過年度のことなので、計画ではないのでそれを踏まえての質問になるのですが、今、御説明の中にあつたのですけれども、入院患者数が減っている。人数はともかく単価がですね。単価が増えているのですけれども、単価が5万6千円というのはちょっと私は理解しがたいというか、ずいぶん金額が低いのではないかと思いますけれども。

私はこの4月に入院したばかりなののですけれども、ちょっと入院しただけで20万円ぐらいかかりましたけれども、これは、手術とか特別な治療を含まない入院患者が多いということなのでしょうかね。これ、平均で5万6千円程度っていうのは。ずいぶん平均が低いように思うのですけれども。

その点1点と、それからさっき、議題に入る前に、事業管理者さんが御挨拶されましたけれども、そこで非常に厳しい、病院が厳しい環境に置かれているっていうこと、その辺については、私もお聞きしたいことなり、意見があるのですけれども、これちょっと後ほど発言させていただきます。

それから、これも御説明があったと思うのですが、私聞き漏らしたのかもしれませんが、減価償却費が増えていますよね。これは、新しく高度の検査機器を今どんどん新棟の建設に合わせて購入していますよね。あるいは、古い機器を更新するというようなこともありますから、これは、もうやむを得ないと思うのですね。

それから、これは、まあ過年度のことですから、26年度、27年度、28年度とどんどん減価償却費は増えていくのではないかとおられますね。これは、どんどん新しい医療機器を20数億円、購入するという話を聞いておりますから。

これは前向きに考えて、ここの減価償却費が増加するのは、これは当然というかやむを得ないことだと思っているのですが、この次に資産の消耗費ですね。これも御説明あったのですかね。これは具体的には、南棟の解体、それから救急棟も解体したのでしたっけ。もうこの解体っていうのは、もう今後はないことになるわけですか。25年度で一応終わる。資産の消耗費が、まあ極端に増えましたけど、これは25年度だけの特徴ということになるのでしょうか。

それから、もう最後にしますけれども、25年度は、当年度純利益としてプラスに転換したわけですね。これは大変結構なことですが、この最後の増減率のこれ三角のマイナスの印がついているのは、これはなぜなのかな。私が勘違いしているのでしょうかねこれ。純利益が増えたわけでしょう、24年度に比べて。これちょっと私が勘違いしているのでしょうかね。以上です。

(会長)

ただいまの奥野委員からの4件の質問がございました。どなたか、はい、病院長お願いします。

(病院長)

最初の2つぐらいの質問に私の方から答えさせていただきたいと思います。

まず、新入院患者数の減、のことですけれども、これたぶん、一番多く聞いているのは、とある診療科の日本であまり行われていない手術のかなりメインの、日本で3本に指に入る数をこなしていた先生が退職されたのですね、去年。それで、その診療科の新規入院件数は、相当減ったというのは一番効いているのだと思います。そういう意味で言うと、このくらいの減で済んだであれば、上々じゃないかというのが、私からの評価です。

それからあの、診療単価に関しては、ここに出ている数字は、56,575円というのは、一日のあれですから、これ一週間入院してれば、30何万というそういう計算、単純にです。で、あと診療単価に関しては、なぜ上がったかということに関して言うと、今DPCという状態になっている患者さん、だいたい入院患者さんの半分以上がそういう扱いになっていますけども、これは、入院に最初の日、2日目、3日目、4日目そこらへんは非常に診療単価が高いのですけども、日にちが経っていくに従って、だんだん診療単価が安くなっていく。そういう構図なのですね。ですから、在院日数が短くなると、平均的な単価が高くなると。そういうこと。在院日数が減ってきていることと関連しています。そこまででよろしいでしょうか。減価償却費とか資産減耗費に関しては事

務方からお願いしたいと思います。

(経営企画課長)

私のほうからですね、減価償却費、今後増加していくのかというご質問についてなのですが、27年度には20億前後の医療機器の購入等を予定していますので、当然その部分の減価償却今後増えていきます。また、新棟の方も新しく建ちますので、建った段階で減価償却を行うようになりますから、そのプラス分も当然でてきます。ですので、減価償却に関しては今後増加をしていくという傾向にあります。

それから資産減耗損についてなのですが、これはあの先ほど説明の中でも行いましたように、ここに、まさにここの棟に、今工事をしている場所に事務棟ですとかその建物が建っていました。事務所棟、救急棟といった。で、それを解体しましたので、解体した時点で残っていた減価償却費を一括計上したことにより、資産減耗損として計上されています。

今後についてなのですが、新棟が建ったあと南棟を今度解体することになります。南棟についてもまだ減価償却が残っていますので、南棟を解体した時点でこのような形で資産減耗損を計上するということになります。これはおそらく28年度か29年度ごろになると思いますが、この一括の償却の損がでてくるということになります。

(財務担当長)

純利益がですね、24年度に比べて25年度が増えているのに、増減率がマイナスになっているといのがおかしいのではないかということについてですけれども、たまたま24年度が赤字ですね、9,454万1千円とでておまして、25年度がですね、純利益として1億8,870万3千円ということですので、単純に増減だけでみるとですね、確か2億8,300万増えているのですけれども、これをそのままやってしまうとですね、赤字が増えたという形にもとられますので、あえてマイナスの299.6という形で表示しました。

(会長)

お答えよろしいですか。

(奥野委員)

御答弁ありがとうございました。ちょっと私が勘違いしていて、1日だけかと思っていたのですが、わたしが聞き違い、勘違いしていましたね。1日56,000円あれば。まあ了解、わかりました。

それから、金井病院長の御説明があったDPCですね。DPCは別にこちらの病院が積極的にDPCに、国に対して申し入れをしたわけではないと思うのですが、私が聞いている範囲では、だいたい全国90万棟、90万ぐらいがいわゆる病院が存在すると思いますが、そのうち50万、60万ぐらいはDPC扱いの病院になってますから、それが世の中の趨勢というか、世の中というより国がそういう風に指導していった、誘導していったことだろ思うのですけれども、このDPC扱いになって、私は最初にDP

C扱いになったとき、もしその後です、医療費、診療報酬費の診療報酬の改定があった場合、2年に1回ありますけど、その段階で国は意図的に、この平塚の市民病院のような急性期医療の目指している、中心としている病院に対して、それをターゲットにして厳しい診療報酬の改定をしてくるのではないかという創出があるのですけども、まさにそうってきているのではないのでしょうか。

だから従って、25年度は、これは済んだことですが、今年を、まあ今年の初めに4月に改訂がありましたけども、また2年後にまた改訂がありますけども、この4月の段階でも、あるいはその次の2年後の改定を考えると、この市民病院のような急性期病院というのは、何か国の方で増えすぎだという、増えすぎだという判断をしているのではないかと、これは私が推測しているのですけども。そうなりますと、医療費の改定についてより厳しいターゲットにされる可能性があると思うのです。あの、事業管理者さんはその辺も見越して厳しいということをおっしゃっているのではないかという風には思うのですけども。この一言で言っていたら、DPC扱いになってですね、市民病院としてはこれ決算上は良かったのか悪かったのか、プラス要因になったのかマイナス要因になったのか、この点のについてちょっと簡単に御説明いただけますでしょうか。

あとは、あの私の方の理解不足だったのですよね。南棟の解体なんかもこれからですからね。まだ25年度の中には南棟の解体に伴う一括減価償却という問題もまだ入っていないこれからの問題だということですね。ちょっとそれは私は勘違いしていました。以上です。

(会長)

ただいま、まだ質問でしたね、DPCね。

(事業管理者)

DPC自体はですね、これはもう時代の流れですし、当然、急性期病院として対応していくというのは当然のことだと思っております。私がお話したのは、それ以外にですね、急性期病院病棟、高度急性期、急性期、回復期、療養とありましたときに、急性期病棟の締め付けが相当厳しくなってきていると。今、7対1看護病棟というのは、そういう水準内容がありますけれども、国が高度急性期病床18万床、それから、急性期病床30数万床にもっていかうとしております。そうなりますと、いかに良質な医療を提供できるか、そして救急医療とかですね、高度先進医療というものをしっかりやっている病院は、しっかりとした診療報酬をつけますよと。それ以外の病院は、お引き取り願いましょうというような競争社会。急性期病院の中でもですね、競争は行ってきて、その勝ち残ったところだけが残っていきますよという時代がくるだろうと思えます。

そして、今年の秋から病棟ごとにですね届け出、今、自分たちの病棟はどのような状況かということをお知らせすることになっております。そういうものをですね、国、県・国は見極めてどここの地域には急性期病棟が多すぎる、そして、かつ、機能していない病棟があるのではないのかと。特にですね、公立病院におきましては国及び県からの命令に従えということが多分、医療法で決められてくるだろうと。

例えば、おたくは急性期病棟として今成り立っていますけど、もう回復期になったらいかがですかと。それは、民間の病院には強制力ございませんけれども、公立病院には強制力を持たせようという動きが今あります。そういう意味におきましても、私たちの病院は、いかにして急性期病院として生き残っていけるのかということ、しっかりと模索していかなければならない時代が来たという風に、意味で厳しい時代が来たという風に申し上げました。高度急性期18万床のうちですね、ほぼ3分の2は、いわゆる特定機能病院と言われている大学病院と、今、DPCでⅡ群と言われている全国で199かな、ある病院。これは多分、高度急性期病院に移行するだろうと。そうなったときに、残りの8万床はどこが競い合って高度急性期になっていくのか。

そして、また、30数万床の急性期病院としてDPC病院のどの病院が、残っていけるのかということが問われる時代が来たなという風に思います。

それを見極めて当病院としては、これだけのスタッフを抱えておりますし、いろんな大学から先進医療をやりたい、高度医療をやりたいというようなドクターあるいはナース職員が集まってきておりますので、そのような病院に向かって進んでいくのだと、というようなことをしっかりと打ち出していっているという状況ですので、御理解のほどよろしくお願ひしたいと思います。

そして、この地域におきましてはわたしたちの病院と共済病院が急性期病院としてしっかりと地盤を固めていこうとしておりますけども、一方、御存知のように、今度、済生会病院が日産の跡地に176床の病床を増やして移転いたします。その時の半分以上が回復期リハ病床になります。それですので、急性期を終わった私たちの病院から急性期が終わった患者さんが、済生会の方に移っていただいて、回復リハの病棟、そこで、リハビリテーションをしたり、過ごしたりしていくというような状況を、いわゆる病病連携をしっかりと固めようというようなことで今、地域の中で動いているということ、是非、理解していただいて、そして今、済生会は地域包括ケア病棟、新しく出来ました地域包括ケア病棟を立ち上げました。ですけど、これはまだどうなるのかさっぱりわかりません、はっきり言って。済生会自身も動かしてみたけど、「どうなるのかねこれは」、という状況ですので、今後済生会が、地域包括ケア病棟を持ち続けるのか、新しい病院になったとき地域包括ケア病棟を作り上げるのか、とかいうことはまだ未知ですし、その時に、済生会の方から平塚市民病院はまさか地域包括ケア病棟の考えなんてないでしょうね、ということが来ましたので、当病院はそういうことは一切考えておりませんと答えしておきました。以上です。

(会長)

はい、ありがとうございます。また先生お願いします

(病院長)

追加でDPCのことについて1つ、2つ、ちょっとお伝えしておきたいなと思います。まずあの、DPCになってうちの病院は良かったかということなのですけども、良かったという形につなげたいが為にいろいろ努力しているところですね。もう少し具体的に言いますと、DPCというのうちの病院は今係数というのがあって1.376

5なのです。1.3765。これどういう意味かと言いますと、例えば、保険診療の点数表ありますね、あれで100万円という医療費だった場合に1.3765の病院は137万6,500円の医療費がもらえるということなのです。ですから、その係数が1.2だったら120万円、1.00だと100万円しかもらえないという係数で計算するというね。この係数は小さい、これがあると0.0075上がるよとかこれがあると0.0014上がるよとかいろんな項目で係数を算定しているのです。それは我々が算定しているのではなくてお国がやっているのですね。で、そこで効率化係数だとか、複雑化係数とか、重症な患者さんをいっぱい診ているよとか、在院日数短いよとか、いろんなファクターで係数が決まってくるのです。だから私たちは、そのDPCの係数を高めるためにいろんなことを考えているのですね。今回例えばあの、ハイケアユニット化したというようなこと考えていますけど、それも係数に関わってきます。あらゆるものに係数に関わってくるのですね、係数をあげる努力をいろいろしている訳です。ですから、今度こういうのやりたい、ああいうのやりたい、いろんなことがそういうところにも一つのモチベーションがあるのですね。

で、あともう一つはもっと戻って、そもそもDPCになってよかったかどうかに関しては、一病院としてはまあ、そういうことですが、国全体の方針としては要するに、DPCとしてはまるめなのですね。なにをやってもこの病気だといくらだよとそれがDPCの考え方です。で、そうしますと、何が実現するかというと、従来、日本国の中で行われていた薬漬け医療。それから、だらだらと入院させておく医療。こういう無駄が排除されていく方向になるのですね。要するに、定額同じですが、なるべくお金、資源を使わない方が病院はいいじゃないですか。で、そういう効率的な医療をするための方策です。

そもそも、年間、僕が10年ぐらい前に調べたとき、年間30兆ぐらいあった医療費が、高齢化とともに40兆に迫らんとしています。これもしDPCになってなければ、もっと高くなっていたのではないかなと思いますね。医療費を抑えられてはいませんが、少なくとも抑制効果がDPCで得られているのではないかと、国の政策としては、私はいいのではないかなと私は思っています。以上です。

(会長)

ありがとうございました。非常に詳細にして重要な説明があったと思います。

奥野委員よろしいですか。もう1つ、時間の関係で手早く。

(奥野委員)

あの病院長さんのお話もよく分かりました。ということは、結局DPCのこの報酬の中においては、当病院は、単に一括して包括的な計算で報酬を受け取るというその域を脱して、先進的な高度な医療をその患者に施すと、難しい手術ですね、ほかではやっていないような手術をやると、そういう面で積極的にやっていくことが良いことなんだ。それによって報酬が、収益を上げていくのだという考えですね。はい、分かりました。

(会長)

はい、ちょっと時間が過ぎましたが、他の委員の方、何かございませんでしょうか。今の説明の中でですね、僕らもDPCの係数なんて名前、いろいろ詳しく知らなかったのですが明快にわかりました。

それでは、議題の1「平成25年度平塚市病院事業会計決算見込みについて」につきましては承認ということでよろしいでしょうか。

(委員) 異議なし

(会長)

はい、それでは承認されたということに致します。

次に議題の2に移ります。議題の2「平塚市民病院経営計画・実施計画の実績評価について」の説明を事務局お願いいたします。

(経営企画課長)

はい、それでは引き続きまして、経営企画課から説明をさせていただきます。先ほど同様、着席しての説明とさせていただきます。

議事2の(2)平塚市民病院経営計画・実施計画について説明を致します。

資料2の1の平塚市民病院経営計画・実績評価、資料2の2の平塚市民病院経営計画・実施計画25年度実績をご覧ください。

- ・資料 2の1 平塚市民病院経営計画・実績評価
- 2の2 平塚市民病院経営計画・実施計画25年度実績 に基づき説明。

(会長)

ありがとうございました。まだ何か。

(経営企画課長)

あと最後。あと最後に説明させていただきます。今後についてなんですが、この実施計画等についての今後につきましては、本日いただきました御意見をもとに修正や事前に通知させていただきました通り、資料2の2の平塚市民病院経営計画・実施計画25年度実績の管理会議評価欄を病院運営審議会評価に差し替えさせていただきます、最終的なまとめを行いまして9月下旬にはホームページ等で市民に公表するという予定です。すみません、以上となります。

(会長)

はい、ありがとうございました。何か厳しいことを言われましたね。委員の皆様、何かそういうことでね、お気づきの点、あるいは建設的な考えございましたら、ございま



したら、是非お願いしたいんですけども。まあ、しかしとは言っても、これだけの資料でなかなかね。なかなか難しいです。はい、田辺委員どうぞ

(田辺委員)

資料2の1の15ページの広報活動の強化というところで、スマイルというなかなか素晴らしい病院の広報活動の資料がでているんですけども、まあ、これは、あの創刊号で平成25年の1月に11万部配布されまして、で、ちょっと聞くところによると、その後の継続に関しては、病院の方に連絡をして購読させてもらおうと。郵送してもらおうと。そういう話を聞いているんですけど、私の近隣で、何人かにこのスマイル知っていますかということ聞いてみたんですけども、ほとんど知らない、見ていないじゃないじゃなくて、知らないという状況だったのでちょっとびっくりしまして、私、この内容は素晴らしい内容で市民が本当はですね、全員がですね、折込みの中で、郵送されてみてほしいと思っているんですけども。まあ、そういうことで、ちょっと不思議に思っている状況なのですが。多分、ネットでみている人も多いと思うんですね。

で、ただ高齢者に関しては、配送されたり郵送されたりしないと、なかなか内容を見ることができないのではないかとということで、ちょっとデータがありましたら教えてほしいんですけども、現在何万部ぐらいの郵送がされているのかというのが、もし分かれば教えてほしいなど。

(会長)

非常に建設的な御意見ですけど、お答えできますか。

(病院総務課長)

病院総務課長の和田です。当初ですね言っていたのがあるんですけども、現在では、まず数字的なものなのですが、手持ちではございません。それから、現在郵送しているかということなのですが、現在は、郵送を経費の問題で検討している中でですね、今中止をしている状況です。はい、またちょっと今後、こういったところをですね検討してみたいと思います。

(田辺委員)

わかりました。

(病院長)

創刊号だけ全戸配布した。全戸配布でいくらだったかちょっと覚えてないですけども、ものすごい額でした、全戸配布は。毎回できないなど。どこまでひいちゃったかはちょっとわからないですけど。

(田辺委員)

中身は素晴らしいんでね、やっぱりみんな見てもらいたい。

(病院長)

作った人間としては、もちろんそうしたいのですけれど。ちょっと検討します。

(事業管理者)

お褒めの言葉ありがとうございます。確かに、非常によく「スマイル」できているなと私自身も思うのですけれども、ああゆう広報誌、院内だけではなくてですね、いろいろな公共機関に置かせてもらうのが一番いいだろうと。郵送というのは、なかなかお金がかかりますので、市の公共機関とかですね、いろいろなところに置かせていただいて、常に市民の皆様方に見ていただけるということを今後もですね、検討していきたいなど。公民館とか、多分公民館とかは行っていると思うのですけれども、部数を増やしなごうですね、公民館とかそういったところにどんどんどん増やしていきたいと思っておりますので大変貴重な御意見ありがとうございます。

(会長)

はい、まあ先ほど折込みといった話がちょっと出た気がするんだけど、広報、平塚広報とかそういうことの意味ですね。はい分かりました。非常にありがたい意見でございます。他に何かございませんでしょうか。はい、秋澤委員どうぞ

(秋澤委員)

先ほど、病院事業管理者からも高度医療等々進めていく、高度医療機器をですね、入れていくようなお話もございました。で、今の資料2の1の3ページ、減価償却費の伸び率が非常に高くなるというのが今までの経過でみられてですね、今後なお、高度医療機器をいれる、あるいは、病院を整備していくことによって減価償却費の伸びが更に角度、急角度になるのではないかとということもあるのですが、ちらっと経営企画課長も言われていましたけれども、内部留保を貯めるような努力もしていくみたいなようなことをさっき言いました。まあ、民間病院ですと高度な高額な医療機器を買うってときは、積立てをしたりですね、内部留保して、内部留保を活用して購入したりとかされると思うのですけれども、今の市民病院のおかれています非常に厳しい財政状況の中でですね、今後、高度医療機器の購入というのがスムーズに運んでいけるのかどうか、まず1点お伺いしたいと思います。

それと、先ほどの資料1とも関連してくると思うのですが、入院単価があがって、在院日数も短くなって、あとは病床利用率が高くなれば、もっともっと収益が上がるというふうに私自身は単純に思うのですが、その病床利用率が目標に比べてちょっと届かなかった。若干は上がっている、昨年度に比べて24年度に比べては上がっているけれども届かなかったというところで、その病床利用率を上げていく上での工夫というのは、今後何か考えていらっしゃるのかということをお伺いしたいと思います。

(会長)

ありがとうございます。非常にいい意見でございます。別所先生どうぞ。

(事業管理者)

高度医療機器の整備ですけれども、整備が先か内部留保金がか。まあ、にわとりと卵みたいな状況だと思うのですけれども、私が4年前に来た状況を考えますと、しっかりとした整備をしない病院には医者は寄り付かない。これは言えると思います。そういう意味におきまして、やはり、しっかりと整備をして、そして働きやすい環境をつくって、ドクターを招聘するんだ、看護師も招聘するんだということをしていかなければ、これからの病院は成り立っていかないだろうという風に私は思います。

それともう一つ、地方の自治体病院をみていると、どのようにして潰れていくかといえますと、医者がいなくなっていく潰れていっているのですね。この病院が、もし魅力のない病院になったときには、ドクターは一斉に引くだろうという風に私は考えておりますので、しっかりとした整備をしていくと。私がこの病院に来たときは悲惨でした。マンモグラフィー、乳房をみる写真、レントゲン、健診で写る影も写らない。MRI、整形外科の医者は当院でMRIを診ても診断つかないから他の病院で頼むのだと。このような状況を続けてきたら医者はいなくなります。そういう面におきまして、しっかりとした計画の下に高度医療機器は揃えていくべきだという風に思っています。

ただ、当院において今、だいぶ高度医療機器を整備いたしましたので今後、整備していかなければならない高度医療機器は放射線医療装置、リニアックがもう更新の時期にきておりますので、これが相当お金がかかる。それと、救急用のCTをどうするかと。今、MRIが1台体制ですので、2台体制ができるのかどうかということをもとに考えていかなければならないだろうと。

そして、過去の例をみますと、高度医療機器の計画的な更新というものが考えられていない。そうなりますと、やはり、先ほど委員にお話ししましたように、お金の状況、それから高度医療機器の使用状況、それと更新の時期はいつごろなのかということをお考えながら計画的な更新というものを今後考えていかなければならないだろうと思います。院長、救急医療というものに相当、熱、力を入れていきますし、新病院におきましても救急医療、それはやはり私たちは推し進めていくべきだろうと思っておりますので、皆様方もよくお分かりと思っておりますけれども、今入院のですね、入院料7対1の入院基本料は、約15,000円ちょっとです。もし当病院が救命救急センターを取りますと、1病床1日1人当たりの入院料は約10万円近い、約6倍のですね入院料。そのように当病院は、救命救急センターを取れる資格をもっておりますので、早急に救急医療センターを取得して、そして収益上もですね、プラスにもっていくのだということは僕は職員が皆、持つべきものだと思っております。

それともう一つ、病床稼働率の問題ですけれども、この一番急性期病院が悩んでいるところで、平均在院日数が下がるとどうしてもそれに伴って稼働率が上がってこない。回転、どんどん待っている患者さんがいればいいんですけど、なかなかそうはいかないということがネックでして、いかにですね、平均在院日数の下がり具合と稼働率のですね、折り合いをつけていくかこれが非常に難しいところと思っております。ただし、今後紹介率と紹介患者をいかにして確保していくかということが大変重要なことになってきますので、院長も今、一生懸命にですね診療所の先生方を訪問して、是非、当病院に医療機器の検査、入院そういうものをお願いしたいと。そのためにも当病院はいろんな医療

設備、人員を整備していく必要があるだろうというふうに思っております。以上です。

(会長)

はい、非常に話を理解できました。他に委員の方ございませんでしょうか。はい、久保田委員どうぞ。

(久保田委員)

資料の方ですね、資料2の2の22ページのERの体制強化というふうな項目があります。地域で医療機関として、市民病院がですね、ERの体制の強化をやっていただいて心強い限りです。今現在、平日のERハーフですか、7時から23時までやって、ですね、今後ですね、ここにも管理の評価と書いてありますが、曜日拡充の実現可能かというふうな記載がありますけども、具体的には曜日の拡充というのは、平日をフルにやるのか、あるいは土日を含めて強化をするのかどうか、というのをお聞きしたいのですけれども。今後の方針といたしますか。

(病院長)

そもそもこの計画を立てたときに、このERハーフは、そもそも朝の8時半から夜の8時半という12時間のことをハーフと称して、それを平日で始めようとそういうことで始めたのですね。で、この計画的には、それを毎日に広げて、それから1日の営業時間を今18時間にしていますけれども、18時間に広げようと、そういう段取りでイメージしていたのですね。

ところが実際には、実際に運用してみて救急医と相談してですね、実はアプローチをちょっと変えまして、平日だけで現状もやっておりますけれども、今12時間運用じゃなくてセブンイレブン、朝の7時から夜の23時まで運用をしようということを先にやってしまったのですね。

だから、実際にはこの計画とは違うパターンになっています。それで、平日を7時から23時までやった次のステップとして今考えているのは、土曜日に広げられないかということを考えています。で、救命センターになった暁には、それが全日になり、しかも24時間体制にしないといけないので、救命センターになるまでの間のステップアップとして土日に広げる。セブンイレブンのまま土日に広げるということを今のところイメージしています。

ただ、まだ具体的にいついつから始めるとかまでいっていないのが現状ということですね。よろしいでしょうか。

(会長)

はい、久保田委員どうぞ

(久保田委員)

今、医師会では土日の方は輪番制で救急をやっていると思えますけれども、その棲み分けというのは特に考えなくて、土日ですね、救急。それとの整合性というか、それ

とは別に考えてよろしいのでしょうか。

(病院長)

救命センターは3次の患者さんが基本ですね。で、ERっていう言葉は、1次も2次も3次も診るよという意味合いですよ。それも24時間365日診ますよということであって、医師会の方で1次診療所内科系とか外科系とか運用していただいて、それから2次輪番制を取っていただいて、それでカバーできないところを私たちが受け持ちますよという、そういう感じですね。ベン図でいうと、こうベン図があって1次の休日夜間があり、2次輪番制があって、その外側は全部診ますと。だから、ウォークインできた患者さんでも他で診られる仕掛けがなかったなら診ますと、そういう位置付けです。よろしいですか。

(会長)

はい、わかりました。はい、他に。はい、臼井委員。

(臼井委員)

消防救急隊との連携についてお尋ねします。評価では二重丸となって大変素晴らしいことと思うのですが、実は、消防との医師と消防との連携でいったいどのくらいの命を救うことができたか、そのあたりの数字が知りたいなというふうに思っています。

実は、先日、常任委員会です、八戸に行って参りまして、八戸市民病院に行って参りました。それはドクターカーを使った取り組みを見てきた訳ですが、相当、本来でしたら亡くしてしまう命を相当救ったよ、というお話を伺って来ましたものですから、二重丸になった評価とともにどれぐらいの命が助かったのかをお尋ね致します。

(会長)

はい、金井院長どうぞ。

(病院長)

これは正確に出すとすれば、この救命ワークステーションの仕掛けをですね、始める前と始めた後で平塚の市民の救急搬送事例で救命率がどうであったか、という数字を出さなくてはいけないのですけれども、その数字は非常に出すのが難しい数字ですし、いろいろなバイアスがかかってきて、ヒストリカルなコントロール等の比較で本当に正しい数字が出るのかどうか分からないところがあります。

で、八戸さんの方でどういう評価をしているか分かりませんが、当院では、実際に救命したケースはあります、ワークステーションで。それは、つい先日ですけれども、とある市内の工場で職員がぶっ倒れていたのですね、挟まれて。で、意識もない状態で、C P Aの状態でしたけども、その状態、C P Aというのは心肺停止ですね、の状態でしたけども、その状態で我々が常駐している救急隊と一緒に、医師1人、看護師1人の体制で現場に行って、現場でそこで蘇生と気道、そこで緊急の気道切開ですね。ここの気道閉塞状況があったので、そこからチューブを現場に入れて、それで人工呼吸をしながら

ら連れて帰ってきたと。

その方はリカバーしました。で、退院もしました。ただ社会復帰まではまだいいい  
ませんけれど。で、その人は、実際にはもう仕事をしている層の人でもうちょっと忘れ  
ましたけど、30代か40代の若い人ですね。それは非常に、それは1例だけの話です  
けども、年間100例ぐらい。100例ぐらい出動していますけれども、そういう中で  
1例でも2例でもそういう事例があれば、やっている意味はあるのではないかなという  
風に思っています。

それは救命という事例ですけども、それ以外にでもですね、我々が現場に行くこと  
によって予後を良くする、あるいは、機能障害を軽微にするといった効果は必ずやあるの  
ではないかなと思ってやっています。

で、実際には、実際出動した医師・看護師がその出動自体、医師が現場に行ってよか  
ったかってどうかというのを1つ1つスコアリングはしております。それはまだ、き  
ちんとした数字はまだ出ていませんけれども、今のところのイメージでは10%ぐらい  
は出動してよかったというような感じています。

で、もともとそれぐらいのつもりでいました。1ヶ月に1人、これは良かったねとい  
うことで始めたきっかけですから。すみません、きちんとした数字はないのですけれ  
ども以上です。

(臼井委員)

わかりました、ありがとうございます。

(会長)

はい、ありがとうございます。他の委員の先生方ございませんか。奥野委員どうぞ。

(奥野委員)

救急医という医師の方のお話が出たのですけれども、私は1回もまだ救急車に乗った  
ことがないので救急医という先生がどういう先生かわからないのですけれども、救急医  
というのは、何か専門の医師ということで、外科とか内科とか、通常、我々市民が知っ  
ている診療科のどれかに属している医師とは違う、救急専門の医師ということなのでし  
ょうか。

最近、ちよくちよく耳にするのですが、総合診療医というのですか、ドクタージェネ  
ラルとかって言っているメディアもあるみたいですが、総合診療医というのは市民にとっ  
ては、必要だな、ありがたいなという気はしているのですけれども、救急医は  
どういう専門の医師の方なのでしょうか。

それと実際に平塚市民病院に救急医という専門の医師は何人位いらっしゃるのですか。

(会長)

はい、それでは金井院長お願いします。

(病院長)

救急医というのは、当院では救急科という診療科がありまして、1つの専門領域ですね。で、それは救急患者さんの初療を受け持って、そのあとディフィニティブセラピーまでできる事例は、まあ、決定的な治療ですねまでやれるケースまでやると。あるいは、入院している重症患者さんを受け持つという領域です。

実際には、交通外傷とか、急性腹症とか、中毒とか、まあ、そういった救急の事例ですね。脳卒中それから心筋梗塞そういったものの初療を受け持つそういう専門医です。標榜科として救急科を名乗っておりまして、当院には救急医と称する業務をやっている医師は5名おります。で、それ以外にも救急担当しているのは臨床研修医もいますから、実際には救急外来にはもっと医者がいるということになります。

それと、その救急科が作っている専門医資格もありまして、その救急科医専門医の資格を持っている人間は、その5名に加えてあと3人普通の救急医でない医者の中で救急が専門医の医者が3人います。計8人います。この規模の400床の病院でそんなに救急科専門医を要しているところはほとんどないです。

で、総合診療医というちょっとお話がありましたけど、総合診療医というのも患者さんの初療を行うということではなんとなく似ているのですけれども、必ずしも救急ということではなくて、例えば、不明熱の患者さんで原因が分からないのだけれども、どういう病気を疑うべきだろうかというような、1人の症例を非常にいろいろなことを考えていろいろな検査をしてこうしてこうだよねって、NHKでやっている人もいますけれども、ああゆう感じなことが1つの典型的な形ですね。

ただ、それも専門医化していく流れの中であって、そういう中では、このなぞなぞを解く話だけではなくて、1人の患者さんをそのあと急性期の治療が終わったあとで、どこでどう診ていくのかということまで考えていくのが総合診療医だというような言い方もあります。

(会長)

他に委員の方、何か御意見ございませんでしょうか。よろしいようです。それでは議題の2につきましては、承認ということで皆さんよろしいですね。

(委員) 異議なし

(会長)

はい、では承認されました。次に議題の3「地域医療支援病院の平成26年度第1四半期の業務報告」につきまして事務局から説明をお願いいたします。

(病診連携室長)

病診連携室長の小出でございます。御報告致します。

誠に残念でございますが、地域支援病院紹介率・逆紹介率については、こちらは紹介率・逆紹介率の計算方法が変わったことが大きいのですが、年度が替わりましてから当院では、基準に満たない状況になっております。

現状の紹介率・逆紹介率と他のデータは、病診連携室鈴木主査がこのあと詳細に御説明いたしますが、このことについて国と県の動きをまず御説明致します。

国では、平成26年3月31日付で医療法施行規則の1号を改正する医政局長通知が施行され、今年4月から新しい基準で紹介率・逆紹介率を計算することになりました。

県では、神奈川県保健福祉局保健医療部医療課長から県所管地域医療支援病院の開設者宛に8月21日に通知が送付されました。通知の内容ですが、地域医療支援病院紹介率については、医療法第12条2の2第1号及び医療法施行規則第9条の2第1号の規定に基づき、県に10月5日までに前年度の報告することとされています。

今までは、3ヵ月平均の値でしたが、今回は3ヵ月平均ではなく、どれか1ヶ月の値でも可能で、それが基準を超えていなければ平成25年度の結果を提出してくださいと条件がかなり緩和されております。

病診連携室は紹介患者を増やすために、患者さん及び市民の皆様にかかりつけ医をもつことの重要性をお話ししてきました。具体的には、領収書の裏への印刷、初診窓口でのポスター掲示、平塚・大磯・二宮地域支援医療連携マップをつくり、その表紙にもかかりつけ医をもつことの重要性を書かせていただきました。また、医療機関をまわることもしております。

逆紹介患者を増やすためには、当院勤務医向けには開業医検索システムを作り、それに市内・大磯・二宮町の開業医さんの情報を盛り込んで、逆紹介をしやすい努力をしております。患者様には、先ほど医療連携マップを活用していただいております。

その結果、当院では紹介患者数は一昨年に比べて増加、昨年と今年はほぼ同数を推移していて、初診患者数は昨年比で最高で月に400も減少しているので、旧基準で参りましたら基準は満たすのですけれども、新基準は非常に厳しいので、満たさないという状況になっております。

新基準により、紹介率・逆紹介率が基準に満たないという周囲の病院からの声も聞いておりますので、県から通知がやっと出たこの機会に、計算式について質問するという事で調整しております。

で、この状況ですとですね、私ども病診連携室としては、まず、第一義として、地域の開業医の先生との密な連絡を取り合うということから、今後も紹介率・逆紹介率を増やしていくということはこれからもやってまいります。その地域支援病院ということに関しては、今の姿勢で参りますとおそらく、厳しいのではないかと。で、このままでですね、今はこの姿勢だと思うのですが、紹介状を持たずに敷居の低い、誰でも診まよすという病院としての姿勢を貫いていくのであれば、地域支援病院をこのまま数字を満たすというのはかなり難しい状況だと言わざるを得ません。もし、地域支援病院をとにかく目指すというのであれば、原則、紹介患者でない予約外の方は診ないとかですね、そういう方向に舵を切らないと、かなり厳しい状況だということが考えられます。

では、詳細については主査の鈴木から御説明致します。

(病診連携室主査)

病診連携室主査鈴木です。御説明致します。資料3を御覧ください。

・資料3の説明。



(会長)

はい、ありがとうございます。ただいまの議題3につきましてですね、各委員の先生方、時間がなくなっておるのですけれども、何か質問、御意見ございますでしょうか。

はい、久保田委員どうぞ

(久保田委員)

急性期病院の先生方に紹介率を上げる御苦勞というのは大変だと思っております。

あの、医師会でも休日診療所にですね、かかった後、診療報告書を出していますけれども、それが紹介状に反映されていないというのは我々も十分承知しているのですが、この休日診療所から出されている診療報告書ですか、この割合というのはかなりあるのでしょうか。分かればその点をお聞きしたいなど。これはいずれ検討しなければいけない、医師会で検討しなければいけない項目だと思っておりますので。

それからもう1点ですが、MRI、CTの共同利用というのは、地域の開業医は非常に利用価値があるといえますか、共同させていただいて非常にありがたいというふうに思っておりますけれども、今、この数から言いますと、だいたいキャパとしてはいっぱいなのか、まだ余裕があるのか、そこら辺をちょっとお聞きしたいのですが。その2点、よろしく願い致します。

(会長)

はい、金井病院長よろしく願い致します。

(病院長)

診療報告書ってこれくらいの紙のやつですか。あれ、最近、僕は救急センターやっていないのですけれども、昔は向こうから来るのはほとんどそれで、紹介状扱いになっていなかったですね。今、どうだか分かる人いる。

(病診連携室主査)

はい、病診連携室主査鈴木です。

短冊と言われる小さなものですが、その内容では、一応、診療情報提供書の内容を満たしていないというのはあるのですが、一応そのあと、当院の方に来られる方の中で、ちょっと私も今、細かい資料がなくてあれなんですけれども、1度検討させていただいたことがあって、その検討の中で、一応その休日夜間診療所の方から本当に市民病院の方に来られる場合には、その病状のほどを書いた診療情報提供書をしっかり書かれてくるものも今増えてきています。それがパーセンテージがどうかというのは、ちょっとここでは全部数字がないのですけれども、それが、短冊のものと診療情報提供書のくるものと、どちらも今できていますので、診療情報提供書で来るものはちゃんと、紹介扱いにしておりますので、そこについては問題ないかと思えます。

それとCT・MRIの件ですが、CTについては、当日でも申し込みができるように放射線科と今、もう話ができている、当日でもCTの方、委託検査することは可能です。MRIについても、ほぼ3日、3日以内ぐらいですね、すぐに入れることも

できますので、その点についてはそれぞれの開業医の方にもお知らせを出すようにしてやっております。

(会長)

CTって造影CTもですか。

(病診連携室主査)

そうです。造影CTも大丈夫です。

(高橋副病院長)

診療所、夜間休日診療所からの紹介の件なのですけれども、短冊に関しては、一度、医師会の担当の先生か忘れたのですけれども、通常、短冊でお手紙をいただけるケースに関しては、もともと病院にかかりつけというか、通院している患者さんが多いと。そういう患者さんが夜間とか休日にちょっと調子が悪くなって、一時診療として夜間休日診療所にかかれたときに、その短冊でこういうことで来院されました、これを処方しましたというようなことを一言で、こちらの方に次の日でもかかりなさいとかって言うように送ってくださるケースが多いんだというふうにおっしゃられていて、まあ、いわゆる初診にはならない患者さんが多いんですね。

で、それからまた休日夜間明けのときにかかれるケースに関しては、一次診療として時間外に医師会の診療所を訪ねて、その翌日等に関しては、かかりつけの開業医の先生やなんかのところに一度行って、それからさらに必要な場合には、病院の方に紹介してくださるといようなケースが多いので、短冊に関しては、その書式を改めるというのはなかなか難しいということと、通常の患者さん、通常短冊でこちらに紹介していただくような患者さんのケースに関しては、どちらかというところ初診扱いではない、こちらにかかっている患者さんが多いので、まあ、そこを手紙にしたとしても紹介率の初診の紹介率の算定には影響しないだろうと。そういうような説明を受けたことがあります。ですので、短冊に関しては紹介率にはカウントしていないという現状があります。

(会長)

はい、わかりました。久保田委員何かあります。

(久保田委員)

休日診療所にかかった次の日ですね、急性期病院かかる場合には、診療情報提供書を書くようには徹底するようにしていますので、徐々に増えてくるのではないかと思います。よろしく願いいたします。

(会長)

はい、金井病院長どうぞ

(病院長)

このMR・CT・エコー等の検査を医師会の先生にオーダーしてもらうのを委託検査という名前でやっているのですけれども、この申込みの仕方があんまりよろしくなくて、そこら辺をクリアする仕掛けを今考えています。

それで、かなり出来上がっているのですけれども、平塚医師会長さんにお話しを通してからじゃないと、皆様の前で伝えられないなということもあって、まだどこでも何にも外には話していないのですけれども、連携ボックスって言ってそういったこと今計画しておりますので、また一つきちんと説明に伺いますのでよろしくお願ひします。

(会長)

はい、わかりました。承ります。時間でございます。皆様いかがですか。

(委員) 異議なし

(会長)

はい、特に無いということで。ただ今の議題の3につきましても承認ということにいたします。

それでは、議題次に議題の4「その他」がございます。これは事務局、何かありますか。

(改築推進室長)

改築推進室の二之宮と申します。私の方からはですね、事業の進捗状況について御報告をします。現在の進捗状況でございますが、新棟本体の杭の打設工事までを完了しております。

現在は、土を掘りだす土工事や杭頭部分の鉄筋を出す、杭頭処理工事など基礎の工事を進めているところでございます。

今回の報告は、新棟工事の工期の延長についてでございます。新棟の杭工事におきまして、コンクリートの塊など地中障害物が発見されまして、その除去作業に当初の予定より約2か月要したということなど、これまで準備段階から杭工事まで約6か月の遅れを生じております。工期を延長せざるをえなくなったのでございます。これらに伴う費用につきましてはですね、現在精査中でして、ここでお示しはできませんが、今後、この他の労務、資材の高騰による費用などを含めまして予算化いたしまして、契約変更の手続きを行って参る予定でございます。

延長する建築と機械の工期の末ですが、現契約の平成27年9月の18日を平成28年まあ、半年伸びますので、平成28年の3月18日といたします。

なお、電気工事につきましては、新棟建設から北棟の改修までの契約内容となっておりますので、平成29年2月15日の契約になっております。

従いまして、現時点では変更はしないと考えております。この工期の延長によりまして新棟の完成は、当初の平成27年の9月の予定から平成28年の3月となりまして、なお、全体のですね、完成につきましても、今後の北棟などの工期にもよりまして、平

成30年度を想定しているところでございます。

今後ともですね、整備事業を着実に進めてまいりたいと考えておりますので、御理解御協力のほどよろしくお願い申し上げます。以上でございます。

(会長)

はい、わかりました。まあ、医局でもね、工期が延長するのはもう常識ですからね。やむを得ないと思います。他に事務局は特にございませんか。はい、時間でもございませぬので、この後の会議の進行は、事務局の方をお願いいたします。

(副病院長兼事務局長)

武川会長さんありがとうございます。それでは閉会にあたり、高橋副院長より御挨拶を申し上げます。

(高橋副院長)

本日はお忙しい中、長時間にわたり病院の諸問題に関して御審議いただきましてありがとうございました。

9月に入ってすぐの1日ということで、本当にお忙しい中であつたと思うのですが、病院といたしましても、この平成25年度の事業計画の決算であるとか、あるいは23年から25年まで3年度に渡った経営計画・実施計画等の内容について御審議いただくという、非常に重要なテーマであつたので本当にいろいろな御意見を賜りましてありがとうございました。

また、地域医療支援病院のことに关しましては、先ほど説明もありましたけれども、4月から救急入院、救急受診に関してはカウントしないという新しい計算式になってしまいましたので、救急患者さんを受け入れているうちの病院としてはですね、紹介率のアップというのは非常に苦勞しております。そのあたりが地域医療支援病院の意味付けとしてどういうことなのかということもあるのですが、これを解決するためには、やはり医師会の先生方と協力してきちんと逆紹介をするとか、あるいは、紹介していただいた患者さんに関しては御返事を書くとかっていう積み重ねだろうというふうに考えておりますので、よろしくお願いいたします。本日は誠にありがとうございました。

以 上