

平成30年度第1回倉敷市立市民病院改革プラン評価委員会 議事録要旨

日 時：平成30年12月27日（木） 13：30～15：00

場 所：倉敷市立市民病院 6階 会議室

委 員：佐藤委員長，今井副委員長，楠本委員，清水委員，高田委員，武田委員，渡辺委員

事務局：江田病院事業管理者（院長），三宅看護部長，木下事務局長，島田次長，吉田主幹，
岡部主任

傍 聴 者：報道機関（山陽新聞社）

配付資料：・次第

・改革プラン評価委員会資料編

議事等内容

1 開会

・事務局から委員7名全員が出席し，委員会が成立していることを報告

2 病院事業管理者挨拶

3 委員，事務局紹介

4 副委員長選出

【委 員】副委員長は今井委員にお願いしたい。

【各委員】拍手により承認

【副委員長】挨拶

副委員長：今井委員

5 議事

【委員長】議事の1番目の平成29年度の経営状況について説明をお願いします。

【事務局】（平成29年度の経営状況について説明）

【委員長】只今事務局から説明いただきましたが，何か質問はございますか。いろいろな数値を説明いただいたのですが，簡単に言うと，どこに問題があって，その問題が発生している要因というのは何なのでしょうか。

【事務局】29年度決算については，新病院ができる前なので，大幅な改善というのはなかなかできなかったのですが，新病院の開院に向けて医師や看護師などを増員しましたが，それに見合った患者数は得られませんでした。特に入院患者さんです。その結果，29年度については，改革プランの目標に届かなかったのということで，一番大きな問題ではないかと考えています。

【委員長】それは新病院になって来年，再来年と年数が増えていけば市民の間にも市民病院のことが広まっていて，いずれは十分対応できるという，そういう方向性の中で考えているの

でしょうか。

【事務局】 29年度が新病院開院に向けた準備の年という位置付けでしたので、できれば割り引いて考えていただければ非常にありがたいです。新病院で結果を出さないといけないという状況には変わりはないと思っています。

【管理者】 補足させてください。新病院に移転をするということで、例年では病床稼働率が上がる2月と3月に入院患者や救急の受入れなどを調整せざるを得なかったところがあります。このあたりも数字に影響があったのではと思います。

一ついいのは前年度よりは収入自体は上がってきていて、少しずつですが平均診療単価が上がってきています。新病院ができて新たな医師にも来ていただいているし、看護師の応募数が増えてきて、いい人材が確保できつつあります。

先ほど事務局長が言いましたように、これから新病院になってどういうふうにやっていくかということが重要だろうと思っています。いい方向には向かっていると思いますが、結果を今すぐ求められるとつらいかなというところです。課題としては、入院患者数をもっと確保できたらなと考えています。

【副委員長】 ベッドの回転率ですが、この収入確保、4ページのところで平均在院日数は28年度15.3日、29年度で14.9日と平均在院日数は短縮していますが、先生が言われたように30年度になったら、もっと良くなっているという見通しですか。

【管理者】 29年度まではDPCをいれてなくて、30年度になってDPCをいれました。いれると入院日数が短くなり病床がガラガラになってしまいました。診療単価は上がるのですが、入院患者数が少ないと収益上非常に厳しくなりますので、今、計画的に在院日数を調整しながら経過をみているところで、やはり15、16日ぐらいでやりながら、しっかりとした医療サービスを提供していきたいなと思っています。

【副委員長】 私は中庄ですので、こちらにお願いすることはあまりないのですが、近くにスイートホスピタルがあるのでそこをお願いしています。いつでも引き受けてくれるところがあると、我々開業医が非常に安心できます。川大とか倉中とかはそういうわけにはいきませんし、是非その辺は堅持していただいきたい。そうやっていただけると我々としてはありがたいと思います。

【管理者】 当院は亜急性期も請け負っていますので、ゆっくり、しっかりとリハビリをして帰っていただくこともできます。かかりつけ医の先生がしっかり診ておられる患者さんは、頼まれたら必ず診させていただいております。それがないと当院はやっていけませんので、よろしく願いいたします。

【委員長】 他にはいかがでしょうか。

【委員】 先ほどから院長先生が言われていることではあるのですが、入院・外来の比率が気に

なります。この規模の病院で中心から外れている地域にあって、そして中央には急性期の大きな病院があつたりすると、入院機能が減っていくのではという気がします。

資料には、職員一人一日当たりの診療収入で医師と看護部門がでているのですが、外来が多くて入院の方が手薄になっているので、そこが診療収入に現れているのではないのでしょうか。外来に力をいれることによって、入院ではないことによって効率的ではない状況が生じているような気がするのですが。

そのあたりが新しい病院になったことで、いろいろこれからということがおありでしょうが、そのあたりのことで、何かお考えがあるでしょうか。

【事務局】 後ほど上半期の報告をさせていただくのですが、上半期はさらに、この乖離が大きくなっています。おかげさまで外来は、最初から目標を突破する大変ありがたい状況ですが、入院患者数の方はむしろ減ってきているという状況になっております。

方策の方は後ほど院長の方からお話をさせていただきます。地域との連携とか地域に必要な医療に力をいれることで補っていきたいと思います。

【管理者】 病床管理の責任者として、看護部長はどうですか。

【看護部長】 病床管理責任者として、毎日、病棟師長達やリハビリスタッフとミーティングをしているものの、外科系が一泊二日とか二泊三日程度の短期間での入院退院の方が多くいらっしゃるの、なかなかベッドコントロールが難しいです。目標として病棟稼働率は70%以上を掲げているのですが、実際は下回っているのが現状です。

【委員】 地域の開業医さんとの連携はどうですか。地域で外来を診ていただいて、紹介患者さんを診ていただいて入院となればすごく効率がいいのですが。

【管理者】 ありがとうございます。その通りです。

このあと新しい病院になったの報告があると思うのですが、病床稼働率は下がっていますが、総収入は上がってきていて、医療の質は上がっているのかなと思っています。ただ需要を、当院が取りきれていないと思っています。主な需要とは、救急車の応需ということになるのですが、そこが本丸ではないかと思っています。

先ほどの懸念ですが、かかりつけ医の患者さんも段々と減ってくるということもあり、外来はかかりつけ医の先生に診ていただき、また、かかりつけ医の先生には在宅医療も一生懸命やってもらって、当院はそのセーフティネットとして、いざという時に入院を必ず受け入れるという病院にしようと思っています。

外来も新しくなって、内科や整形外科など、いろんな診療科があり、いっぺんに済むから便利だと患者さんが多く来られていて、そこから逆紹介にもっていくという形になっているのですが、今のところ外来患者数は500人近くになっています。500人以上にはしない方針にはしていますので、あとはどんどん逆紹介していったら、入院患者さんをいかに効率よ

く受け入れできるかというのが一番の課題です。

【委員】そもそもの需要・ニーズがどの程度かによっても変わってきますよね。

【管理者】救急車の応需が、当院は全然足りていません。児島地区には救急車出動が年に4,000件くらい発生していて、そのうち当院は2割程度しかとれていません。どうしても倉中、川大の対象疾患があるので、それを除いても残りは当院がとってしかるべきですが、できていません。当直の体制とか働き方改革とかいろいろあります。当院の医師は、外来をして入院患者を診て、当直もしていますので、なぜ当直で救急車をすべてとらなかったのかと言っても、それなら次の日の外来を休ませてくださいということになれば、当院の外来機能が停止してしまいます。そうしたこともあるので、そこを上手く切り抜けて、工夫して救急車をもう少しとれるようになれば、もっと当院のステータスは上がると思っています。

【委員】ベッドの数が多すぎるという感覚はありますか。

【管理者】後で言いますのでよろしくをお願いします。

【委員長】他にはよろしいでしょうか。

では次に移りまして、2番目の平成30年度上半期の経営状況及び今後の見通しについて事務局から説明をお願いします。

【事務局】(平成30年度上半期の経営状況及び今後の見通しについて説明)

引き続き、事業管理者が説明をいたします。

【管理者】こんなにいい病院を建ててもらって、巨額な投資をいただいたので、ただ頑張りますでは駄目だと認識しています。いろいろ施策をしていかないといけないと思っていて、2枚の文章にまとめました。時間がかかりますが、お時間をください。

(管理者説明)

【委員長】ありがとうございました。資料の9ページ、10ページに基づいて現状の上半期の経営状況について説明いただいたということで、その関係で院長からは将来的にどう発展させていくかという将来の方向性についてのお話がありました。

まずは9・10ページの資料に関して、ご質問等ありますでしょうか。

質問ですが、10ページ目の資本金収入の中で他会計繰入金とか他会計借入金がありますが、他の会計から繰り入れたという「他会計」というのは何でしょうか。

【事務局】病院の会計は病院事業企業会計といいますが、市役所では学校とか福祉とかごみとかいろいろなことをしており、そちらの財布と病院の財布は別ということになっています。他会計というのは病院会計以外の市の会計ということになるのですが、私ども市民病院の会計で言いますと他会計というのは、倉敷市の一般会計ということになります。

教育とか福祉とか道路を造ったりという会計と同じ財布の中から病院に対して、例えば新しい病院を建てる場合にはお金が要りますから、市の方からもお金を出しますということで

援助いただいているというのが繰入金ということです。

【委員長】繰入金だと返さなくてもいいのですか。

【事務局】総務省の繰出し基準に基づくもの、例えば建設をする場合、病院の方が借金を返すというのは当然なのですが、市の財産でもあるので市からも半分返しましょうということではないというものですので、それは返す必要はありません。ただし、借入金というのは、一般会計からお金を借りているので返済の義務は当然あります。分割払いで返しています。

【委員長】気になったのは、借入金とか繰入金が資本的収支には入っているのですが、上半期の事業収益の方では赤字になっていますよね。赤字のうえに借入金もあるということで、将来の借金が残っているわけで、そのあたりをどう考えたらよいのかなと。

【事務局】おっしゃる通り将来的には借金を返していかなければならないわけですが、上半期の説明では、若干の赤字ということを説明させていただきました。先ほど院長も申しましたとおり、救急医療を充実させたり、地域連携あるいは地域包括ケアを推進することによって収益力を上げていって、最終的には収益的収支を黒字にして、黒字になったお金で借金を返していくというのが当然の姿ですので、我々もそれを目指しております。

【委員長】他に現状の収支状況、分析について質問はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

この会議では将来構想を検討しているわけではありませんが、将来の収益を考えれば、先ほどの院長のご提案の方向性は大変重要な内容かなと思いますので、ここで何かアドバイス、ご意見等あればどうぞ。

【管理者】今の経営状況は落第です。私も外来、病棟業務、当直もしているので、病院のあらゆる場所が見えています。皆頑張っているのですが、職員の質を上げていくのは当然のことですし、接遇もそうだと思いますが、入院患者さんをどうやって確保するかというところに焦点をあわせないと、病院経営はできないと考えています。

入院患者さんをどうやって増やしていくかということを一生懸命考えても、需要がなければ病院の規模を減らしていかなければならないのですが、病院の規模が減れば、良い医師も集まらなくなる傾向があり、きちんとした医療が成り立たなくなります。200床くらいの病院経営が一番厳しいかなと思っています。400床や500床になると医師や看護師も多く、機能もより充実して、やはり患者さんも集まってくるので、頑張れば頑張るほど確かに収益も上がってきますが、200床程度の病院では、本当に医師もスタッフも身を削りながらやらないと多分、収益を黒字化するのは難しいかなと感じています。

その中で、市民病院は営利目的ではなく、他の民間病院ができないところをどうやってセーフティネットを張っていくかということをしごく考えていて、必要な医療なら少し補填されながらもやっていくのがいいのかなというのが私の考え方です。

周産期医療や小児医療はなかなか黒字化しませんし、救急医療も人を雇えば雇うほど、例えば外部から当直医師に来てもらえば当直代が半端なくかかり、常勤医師が当直する場合に比べてとても経費がかかります。常勤医師は当直はしないで、当直はほとんど大学とか、他の病院医師でまかなっている自治体病院もあるのですが、そこは大赤字と聞いています。当院ではできるだけ自前でしょう、どうしてもというところは補填しようという考えでいますが、救急医療を拡充するには、その赤字部分は覚悟しながら、いかに採算性を上げるかを考えて、どうやってもっていかうかなと考えているところです。救急医療は、入院患者確保に直結します。

現状の数字は出てきましたが、当院は、これからまだまだいけると思っています。もう少し時が経てば160床、8割くらいの病床稼働率には必ずいけると思っています。今は140床もないのですが、当院の今の医療の質からいって150床以上になると黒字化が見えてきます。それには、3階東病棟（整形、小児科）40床を地域包括ケア病棟に変えるということと、個室確保のためにも6階病棟20床を4月に開けるということを考えています。今、個室の需要が多く、不足している状況でして、6階の個室群が開き、3東が地域包括ケア病棟になれば病床稼働率も自ずと上がると考えています。もう一年、もう少し様子をみていただくということと、秋にフルオープンすれば、やはり今、駐車場がないのは非常にハンディキャップがあります。フルオープンしてから数字のところをいろいろ言っていきたい・・・

【副委員長】話を中断して申し訳ありません。先ほど、今回、災害のことで緩和ケアのところを休床していたとのことですが、実は私、倉敷市の災害対策本部に詰めていて、その時に病棟が無いのだったら市民病院に連れて行ったらという意見ができました。急に行っても看護師さんとか大変でしょうという話を私ども言ったのですが、実際に来たのでしょうか。

【事務局】来ました。

【副委員長】何人くらいでしょうか。

【事務局】受入れの相談があったうち、実際に来られたのは2名です。

【副委員長】それぐらいだったらいいです。実はそのときに50人くらいいたのでは。

【管理者】やはり遠いですから。

【副委員長】遠いというのはありますが、運ぶことで医療が確保できるならいいのではという話がありました。でも急激に50人くらい一度に増えたら病院がまわりませんよという話をしたのですが、それぐらいだったらいいと思います。

今後緩和ケア病棟を開けるという話ですが、今も災害関係でまだフルオープンにはできない状態なのでしょうか。

【事務局】実は避難所がある間は、避難所でインフルエンザが流行した場合などの避難場所とし

て6階を確保してくださいということもあり、いつでも使える状態にしていたのですが、避難所の方がほぼ年内になくなりますので、6階は来年度にオープンできるかと思います。

【副委員長】来年度ですか。1月からとか無理ですか。

【事務局】実はもうひとつマンパワーの問題があります。看護師さんを、2年ぐらい前から一生懸命増員を図っているのですが、特に緩和ケアをするとなると従来の看護師さんよりたくさん要りますので、そのあたりで今年度中にオープンするには難しい状態です。

【副委員長】小児科を開業している友人は、倉敷中央病院の救急や川崎医大の救急に行って、夜中に手伝っています。10時から11時くらいまでです。児島医師会に振ってはいけませんが、そういう形で内科とかの先生、小児科の先生に準夜帯にお願いするという方法はないのでしょうか。

【管理者】児島医師会長さん、どうでしょうか。児島医師会には今、夜間当番制があって、内科当番の日、小児科当番とかあるのですが、当番日は各自、自分のところでやられています。開業医の先生方の中には、自分のところを開けるのが面倒なので、僕が行くから市民病院で夜間の担当をさせてくれたらいいのにと先生方もおられます。その方向で医師会としてOKだったら、当院の負担も減るし、現状も維持できるし、そこでの患者さんをまた外来に連れて帰っていただければいいかなと思っています。そういうことも考えています。

【副委員長】その辺が上手くいけば、もう少し楽になるのかなとも思います。

【管理者】内科は私が頑張ればなんとかなりますが、外科が問題ですね。10時くらいまでだったら私は頑張れます。全然問題ないです。

【副委員長】先生が頑張るのはわかるのですが、それではいけません。

【委員】先ほどおっしゃったようなことが、ついこの間の救急委員会でもありまして、そこで話し合われたことの一部だと思います。

【管理者】皆で支える感じにさせていただけるとありがたいです。当院は必ず成功するとは思っていますので。ただ、働き方改革があるので、そんなことを言われても困ることになるのですが、先生方どう思われますか。

【副委員長】私なんかは月曜日から土曜日までずっと病院にいて、土曜日の夕方によく自宅に戻って、また日曜日に病棟に帰るという生活でした。帰ったらまた月曜日から一週間。週に1回、洗濯に帰るくらいでしたから。おかしいですね。大きな声では言えませんが。

【委員長】アメリカとかどうなのでしょう。

【管理者】当直は当直だけでしょう。

【委員長】2年間ほど生活していたことがあるのですが、開業医でも休みをとるために、AさんBさんで互いに、Aさんは次の土曜日休みますので、Aさんが診ていた患者さんは今度Bさんのところへ行ってくださいよという連携を作って結構休んでおられました。

日本はめちゃめちゃ働いているなという感じがします。そういうやり方というのはなかなか無理なのでしょうか。

【管理者】 医者を労働者とみなした段階で、今の地域医療は成り立たなくなります。大病院では、当直医は当直だけして、当直は若い医師に任せて、外来はベテラン医師がするということもできます。当院のような病院では、そういう訳にはいきません。連携と言っても、質と量が保てる連携がとれるかどうか、同じレベルの医師がいつもいるのかという問題があります。病院は病院なりのいろいろな専門性がないと開業医の先生も頼みづらいでしょうし、あんな医師に任せられるかという気持ちになるでしょうし、そこが難しいですね。

あと、本当にできる範囲で、機能分化でしょうか。倉敷市は倉中さん、川大さんが頑張っているのですが、高度急性期はたらい回しがないのですが、軽症でも、救急車で倉中へ行ったりしている場合があるので、そうしたものを当院が受け入れれば良いと思っています。その究極の形が岡山市民病院ですよ。岡山市民病院は断らないE Rというのを掲げていて、救急を診るのと一般診療とが完全に分かれています。夜間救急車を受け入れた医師は次の日は休みとする方針と聞いています。そういうことができればいいのですが。

上手に病床を運営していくと経営は成り立ちます。開業医の先生方の信頼度を上げていって、在宅医療のバックアップをしていって、病床を上手く埋めていきます。成功している病院は、病床稼働率は8割以上ありますし、9割くらいでまわしている病院もあります。前に勤務していた病院は400床くらいで、そこを9割でまわしていたので、経営的には安定していました。当院では最低150床以上は必要だと思っていて、計算上では、各医師の受け入れ可能患者数を積算すると十分実現可能な数字なのですが、実際には、まだ上手くいかない。

【委員長】 今日一日では答えがでない内容ですね。

【管理者】 またいろいろ教えてください。考えているのですが、新しい考え方とかいろいろ教えていただいたら何でも試してみますので。

【委員長】 今日、事務局から説明いただいた資料等の内容につきましてはよろしいでしょうか。

【委員】 ちょっと気になったことがあるのですが。3ページの2番のところの経費削減で、職員給与費の対医業収益比率のところですが、72%から74.6%になったというところで、類似平均をみますと約60%であり、同規模病院であれば50%台です。院長先生が言われたように皆さん一生懸命働かれている。それに対してこれだけの人件費というのは、やはり効率がよくないのでしょうか。

【管理者】 効率は良くないです。旧病院の時も総収入が良くなったら人件費比率は下がりました。よりよい医療サービスのため、準備して人を揃えてきました。あと2年ほど待ってください。もう2年待っていただけたら下がってくると思います。

【委員】これからですか。是非頑張ってください。

【委員長】それでは2番目の議事については、お認めいただいたということで終了します。院長からご提案いただいた将来目指す方向性については、引き続き検討していただくということにさせていただきます。

では議事の3番目その他ですが、何かありますでしょうか。ご提案いただくことがありましたらどうぞ。

【委員】先ほど院長先生が今後の方針として、認知症の方を集めるということを言われました。こちらの病院に精神科の先生、専門の先生がいらっしゃれば、集めてもいいのかなと思うのですが、それよりもチームを作って、集約をしない方がいいのではと思います。精神科の病院ではないので、認知症の方を集めるとものすごく大変なことになると思います。専門のチームを作って集約をしない方が、効率ということではないですが、患者さんのためにもなるかなと思います。

あとは癌の緩和ケア病棟の20床というのはものすごく厳しくて、その対応が20床満杯にするならものすごくケア度があがりますし、看護師もすごく大変な思いをして、昼も夜もケアにあたることになります。

20床フル稼働を目指そうと思えば、患者さんが緩和ケア病棟に入るということを了承して療養を受けて、最期までとするのか、あるいは在宅とのキャッチボールとするのかというようなところを方針とか細かく詰めていかないと運営は難しいと思います。実は、私は、日赤病院で20床の緩和ケア病棟にいました。20床を満杯にというのは非常に難しかったです。急性期病院は、入院単価を上げて、患者数を回転していかないと収入を上げることができません。とにかく患者さんを集める、そのためには地域連携をしていかないと収入は増えないと思います。

【管理者】緩和ケアは、私の夢でして、前に勤めていた山口宇部医療センターには25床ありました。そこで創立から10年間ずっと見てきましたので大体の雰囲気とか運営の仕方とか理解しているつもりです。20床のうち15、16床ぐらいで運営できれば、経営的にはいいのかなと思っています。高度急性期の医療ができない、最先端の医療ができないとなると、癌についても、こういう医療を専門的に一生懸命やりますよという旗が必要だと思います。緩和ケアというのはうまく機能すればご本人にも喜んでもらえるし、特にご家族に喜んでもらえます。看護師もやりがいがあると思うのですが、やりがいはなかったですか。

【委員】やりがいはあると思うのですが、きちんとコントロールしてあげないと緩和ケアは、中途半端にしたら患者さんはしんどいばかりかなと思います。看護としても最後まで、後悔のないようにと思えば力をいれて看護していました。ベースは普通の看護があつてこそその本当の看護だと思います。最後は皆さんいい顔をして帰られるので、看護師としても大変です

けど、すごくやりがいのあるところだろうと思っています。

【管理者】 当院には認定看護師も現在2名います。看護師の応募をされた方の中には、やる気があって緩和ケアで働きたいという方もおられるので是非やってみたい。最初から緩和ケア病棟として開けるのではなくて、まずは20床の一般病棟で始めて、一部を緩和ケア病床でスタートして熟成した段階で全体を緩和ケア病棟とする方針です。

認知症については認知症専門病棟ということではありません。医療必要度が高くなく、リハビリ中心とか、誤嚥の嚥下管理をしたりするだけで帰れるという認知症の方が、一般病棟でナースステーションに連れてこられて車いすで監視をうけているような状況は、見ていて可哀想なのです。人目にさらされて、認知症で可哀想にと思われたりする環境ではなく、5階の包括ケア病棟へ集約させて、そこで尊厳を重んじながら包括的に診て、回復してもらうのがいいという考え方です。

認知症チームはあります。週1回は精神科の先生が岡大からきてくれているのと神経内科の先生も来てくれているので、その先生方とよくタイアップして、認知症が得意な病棟というのを作りたいと思っています。認知症の方を集めるのではなく、認知症のある患者さんの受入れが増えてくるのでどう対応しようかという考え方です。よろしくお願いします。

【委員】 認知症の方というのは今後も増えてきますし、環境が変わってくれば、今まで普通に元気にされていた方もそういう症状がでてくると思います。それがある程度上手にコントロールができれば、普通の生活ができるだろうし、特別な対応をしなくてもいいのかなというようには思います。

【看護部長】 全体に認知症ケアに関する教育研修というのがまだまだ充分浸透できていないので、これからだんだんと積み上げていきたいなと思います。

【管理者】 看護協会のご協力もお願いします。

【委員】 認知症の対応の研修はもちろんありますし、あとは一人一人がその人にどう関わっていくかということが重要で、ずいぶん違ってきます。どう対応していくかということを早めに想定していけば、そこまで大声を出さなくてもいい状態で落ち着くと思います。

【看護部長】 これからまだまだ頑張っていけないといけません。怒らせてしまったりすることもありますので、係わる者たちがもう少しレベルアップしていけないと充分ではないと思っています。本当に温かなケアができるようにレベルを上げていこうと思っています。

【委員長】 自分もだんだんとその世界に近づいているなど、ありがたいお話をされているなど思っています。是非よろしくお願いします。

その他のところで他に何かありますでしょうか。

よろしいでしょうか。以上で予定していた議事は終了となります。以上をもちまして改革プラン評価委員会は終了とさせていただきます。長時間熱心に議論していただきましてあり

ありがとうございました。

6 閉会