

令和2年度第2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：令和3年1月29日（金） 13：00～14：00

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，大島委員，楠本委員，清水委員，武田委員，渡辺委員

事 務 局：江田病院事業管理者，三宅看護部長，島田事務局長，渡辺次長，大島主幹，岡部主任

傍 聴 者：報道機関（山陽新聞社）

配付資料：・次第

- ・倉敷市立市民病院改革プラン（案）
- ・倉敷市立市民病院改革プラン評価委員会委員名簿
- ・倉敷市立市民病院改革プラン評価委員会条例
- ・改革プラン意見書

議事等内容

1 開会

- ・委嘱状の交付
- ・事務局から委員7名が出席し，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 委員長，副委員長選出

【委 員】委員長は佐藤委員，副委員長は今井委員にお願いしたい。

【各委員】異議なく承認

【委員長・副委員長】挨拶（委員長：佐藤委員，副委員長：今井委員）

4 議事

【委員長】議事の1番目の倉敷市立市民病院改革プラン（案）について説明をお願いします。

【事務局】（倉敷市立市民病院改革プラン（案）について説明）

【委員長】総合的に言えば，経済状況としての経営はかなり改善してきているということによろしいでしょうか。病院の機能については，地域の中核病院として高齢化が進み，少子化の問題とか発生していますけど，そういうものに対応できるべく，地域の他の病院との連携をとりながら，より良い方向にむけて地域の医療全体のレベルをリードしていく，そういう方向として頑張っていくというお話でよろしいですかね。

ご報告いただいた内容等について、ご質問等あればお願いいたします。

【委員】15ページの病床機能報告のところなのですが、児島地区の機能別病床数の表の中に平成30年と令和7年が左右にあって、その下のところに補足で現在令和2年の病床数が書いてあります。説明を伺っていると、現在の市民病院の病床数は急性期が106床、回復期92床。平成30年のところでは急性期146床で回復期32床となっています。今は急性期病床を減少して回復期を増やしているのですが、令和7年になったら回復期がまた32床ということで、説明を伺っていると急性期・回復期の病床機能の強化を図っている記載もあるのですが、ここの数字について少しご説明をお願いできますか。

【事務局】表の中の令和7年7月1日予定というところですが、こちらは平成30年7月1日に毎年病床機能報告を行っているのですが、その時点で令和7年の予定という形で報告をしたものとなっております。その後公表されていますものが平成30年7月1日の分が最新でございまして、昨年度の令和元年度、今年度の令和2年度という形で2回また報告をさせてもらっています。その時点で令和7年の予定を報告した数字の方は変わっています。

実際に新病院開院の時には、32床でスタートしたのですが、説明をさせていただいたとおり、平成30年4月には32床で、平成31年4月には回復期の方を72床に増やし、令和2年10月には92床に段階的に現在は増やしてきています。この表は平成30年に報告した数字のままとなっています。

【委員】平成30年の時に令和7年にはこのぐらいの予定だろうということだったのですね。分かりました。ありがとうございます。

【委員】今後どういうふうにもっていく予定ですか。令和7年には、予定としては急性期のベッド数をいくらかいにして、回復期をいくらかいにしてというのは、この表の説明はそれで分るのですが、実際にどうするのかという話ですよ。

【管理者】とても大切なご指摘で、一番の肝のところだと思います。最初、32床の地域包括ケア病棟として、認知症対策にも取り組む、5階病棟の広く開放感のある良いところで、そこで中核的に地域包括ケア、リハビリをやっていこうということであまりうまく軌道に乗っていたのですが、現在はここを泣く泣くコロナの病棟に替えています。

コロナ患者専用の病床として32床あり、大体14名程度の患者までは充分対応できる体制なので、今は大変役立っているのですが、コロナの収束後においてここをどうするかというのも大きな問題です。受診控えで患者数が減り、患者自体の絶対数も減ってきていますので、外来も、入院患者さんもこれからどんどん増えていくということはないのではと思っています。診療体制自体を変えていかないといけないと思っています。究極はやはり198床もいらないのではと思っています。濃度を密にして、機能を強化して、この地域に必要な病床数はいくらかなのかを試行錯誤しながら検討したいと思っています。

実は当初は、今年度は黒字にしようと目論んでいて、よし頑張ろうと思っていました。昨年度は、あと4000万円ほどで黒字になるところまでいって、新しい病院になってぐっと診療報酬が伸びてきたのですが、コロナでガチンとやられました。今は経営のことを考えられるような状況ではないのですが、現状では、この32床はコロナ用として当分残さないといけな
いだろうと思っています。少なくとも秋ぐらいまでは置いておくのかなと考えています。アフターコロナでそのまま休床とするのか、それともまた地域包括ケア病棟として使うのか。

平成30年の4月の時点では32床の地域包括ケア病棟として始めたのですが、実際にこの地域の患者さんの入院の流れをみていると、急患患者でも、回復期というか地域包括ケア病棟で十分対応できる疾患が少なくありません。高度急性期になると倉中（倉敷中央病院）・川大（川崎医科大学附属病院）があるので、機能分化を考えていくと、当院の病床は大体ざっくり回復期と急性期の半々くらいでいいかなと思っています。

6階を緩和ケア病棟として作ったのですが、純粋な緩和ケア病棟として成り立つのは非常に厳しくて、それよりももっと広いニーズがある、個室でゆっくり、いい環境でしっかり療養したいという患者さん、心不全の患者さん、COPDや肺炎などで呼吸不全になっている、癌以外の緩和ケア対象も増えてきているので、そういう全人的な、緩和医療を中心として、または検査入院などでも快適に過ごす病棟として、6階病棟が非常に活躍しています。

6階は20床あるのですが、ほぼ満床で稼働している状況なので、そこで実際に癌の患者さんを診るのに、急性期病棟として使用すると、2、3週間経ったら退院しないといけないというのは意にそぐわないので、緩和ケアの充実のためにも今は地域包括ケア病棟としています。

3階東の小児科と整形外科のところも急性期の病棟だったのですが、そこも整形のリハビリをやる際にリハビリ時間が足らなくなって、地域包括ケア病棟にした方がいいと考え、3東の40床も地域包括ケア病棟にして、結果、計92床としているという状況です。

今後急性期病棟は、4階西病棟の内科のメイン病棟40床と、3階西病棟の外科とHCUがある36床の2つと、産科がある4階東病棟の30床は急性期維持かなと思っています。これから10年、あるいは2025年問題に直面する時には、病床集約も視野に入れて、当院の機能として急性期は100床程度、地域包括ケアは92床として維持するか、思い切って病床数を150床か160床ぐらいにスリム化して運営すべきかどうか色々と考えているところです。

現時点では、急性期を106床、地域包括を92床で運営して、160床の稼働であれば確実に黒字になるということまで想定しているのですが、コロナ後は病棟集約しないといけないかなとか、看護体制を今は10対1ですが、濃度の濃い看護体制にするなら急性期を7対1にして、包括ケアをうまく運営して病床数をギュっとすると、収益がもっとあがるのではないかと。コロナ後がどうなるかは分かりませんが、いろいろ考えながら思案しているところです。

【委員】11月の段階で回復期92床のうちの32床をコロナ対応で減らしたということですよ。

先ほど言われた内科と外科とで大体80床から85床くらいの急性期病床プラス回復期が同じくらいという150, 160床というところでしょうかね。

【管理者】当院はロケーションがとてもよく、競合がないのです。療養病床とか介護というところは児島の地域は手厚いのですが、急性期は市民病院だけです。だから急性期は100床程度もっておかないといけないかなと思っています。それに加えて包括ケアをいくらか、ということです。

【委員】病床数をいくらの数にするのかというのは、この会議でも議題になるのですが、単純に考えたらベッドはベッドだから別に急性期の人が増えて多いのならその時にして、減ったら普通にもどせばいいのではないかなと思うのですが、すごくリジットな発想になるというか、そのベッド数にするとそれに対応させるための医者を雇用するとかということと連動しているので、そう簡単にはベッド数は変更できないという理解でいいのでしょうか。

【管理者】そうです。医者よりは看護ですね。患者数が増えれば看護師がたくさん要するというのがあって、病床をこれだけ作って活動していますということになると、厚生局にこれだけの患者さんを診るだけの看護師数が足りているかをチェックされます。

60床が1病棟の最大限の単位で、60床までだったら1病棟として機能して、夜勤体制は2人でいいとか3人いるとかそういうのがあります。そこを40床に減らしておくとか40床分の看護師の雇用でいいことになります。60床にすると、例えば40床の看護体制しかないのに10人増えて50床になれば、これは違法で診療報酬を返さなくてははいけない。40床しか診られない体制で入院患者数がそれを超えれば、指導が入り、多額の返済金が出ます。何床でやるか、それが満床になってもいいように看護師をそろえておく必要がある、というようなことで病床をきちっと決めておかないと厚生局が許してくれないです。

【看護部長】そのとおりです。施設基準がきちんとありますので。

【管理者】例えば40床あるけど30床だけ使って、看護体制を30床分にして、あと10床を余らせておくというのは全然問題ないのです。入院患者数に対しての看護体制ですので、病床が40床あるけれど30床で運営するということはできます。だけど、病棟がガラガラなのは雰囲気が悪い。気持ちもダレます。病床を上手く回転させてどうやって患者さんをこっちにやろう、救急が来たからこの患者さんは地域包括ケア病棟に移そうとか、ダイナミックさを味わうのも多分看護業務だと思うのですがどうでしょうか。そういう病床管理をしていくのに、あまりガラガラの病床運営をやるとどうしても慢心がでるといえるか、厳しさがでないといえますか、ゆとりを持って運営するよりも、きちんと埋めるべき病床数を決めて何とかやっていく工夫をする方が、私は組織としては緊張感のある組織が生まれるだろうと思っています。

【委員長】他に何かご質問等ご意見はありませんか。

【委員】救急外来患者の対応なのですが、今内科系、外科系2名で21時30分までですかね。内科

のドクター、外科のドクター何人ずつくらいいるのですか。

【管理者】内科6人、外科が4人です。外科は4人ですが、整形外科、泌尿器科、形成外科、耳鼻科の先生なども合わせて外科系が10人で、内科が6人プラス内科専攻医が今2人いますので8人となります。

【委員】かなりしんどいだろうと思うのですが、大丈夫ですか。

【管理者】内科の居残り（21時30分まで）は基本、私がしています。2人体制は平日だけです。私は普段仕事が終わって院長室で雑務をするので、大抵午後10時頃までは病院にいます。それまでに内科の急患や救急車が内科系だったら対応します。外科系の居残りは整形外科の若手の先生で、手術もどんどんしたいし、急患を診たいという志の高い整形外科医がいますので、その先生が居残りをしてくれています。外科系で急性腹症などは近くに住んでいる外科医師を呼び出しで来てもらうという感じです。平日午後10時くらいまでは比較的うまくまわっているかなと思います。

また、児島地区の救急隊員と2ヶ月に1回、定期的に医局会で話し合いの場を設けていて、当院の救急車受入状況などのデータも出してもらって、問題点を話し合っています。入院患者の確保となると、救急車をどれだけ受けるかということなので、そこは頑張っていきたいなと思っています。徐々に応需率も上がってきていますので、引き続き頑張ります。

【委員長】他にはいかがでしょうか。

【委員】17ページに地域の病院とか開業医の皆さんとか介護施設とかの連携する図がありますがけれども、連携するためには相互の情報交換だとか、人間関係だとかを作っておかないといけないと上手くいかないと思うのですが、そのための話し合いの場とか、組織とかそういうのはどのようになっていますか。

【管理者】「地域連携の会」というのがあり、市民病院の大会議室で各施設とか病院の関係者が一同に集まって、どうしていくのがいいかという話し合いをコロナ前にはずっとしていました。2ヶ月に1回くらい定期的に行い、私も時々出ていました。医師会からも先生に来てもらっていたのですが、今はコロナで中断しています。そういうことで児島地区においてはだいたい皆さんの顔が判っているので、そこは連携ができている気がします。倉敷シティ病院は、新築されるので療養環境も良くなります。ほかに療養病床は、聖康病院と児島中央病院と下津井病院とあるのですが、連携しながらやっています。

あと老健施設、介護施設、訪問看護ステーションにも来ていただいています。今は在宅医療がすごく進んでいます。在宅診療で必要とあればその訪問看護の人とか、今は訪問診療をしてくれる、在宅専門でしている医療チームもどんどん入ってきてくださっているのです、お願いしながらやっています。入院機能を市民病院が受け持ち、体調が悪くなれば受け入れますよというように話をしています。万が一の時に、水島や、倉中、川大に行かなくて済む

ように、癌の患者さんだったら「パリアティブカード」、癌以外の患者さんだったら「きずなカード」というのを作っています。家でできるだけ過ごして、安らかな最期を迎えたいと願っている患者さん、ご家族とアドバンスケアプランニングを話し合っただけそれをカードにしています。

【委員長】そうした連携ができれば、先ほどのベッド数の話でも、お互いに協力できれば、あまりギリギリの状況でベッド数の運営を考えなくても良いということになりますよね。

【委員】3ページの基本方針の下から3行目に「地域医療の向上のための病院連携を図り、病床の一部を開放病床とする。」ということですが、開放病床にするというのは何か決まった診療科とかあるのですか。ちょっと判らないので教えていただきたいです。

【管理者】何科でもいいのですが、開業医の先生の患者さんが当院に入院して、その先生が当院を訪問して、患者さんに療養指導したら診療報酬に係わってくるというものです。

この前まで10床ありましたが、最近5床に縮小しました。届出をするのですが、何床の開放病床をもっていて何%以上使わないといけない、きちんと開放病床として活用しないなら取り上げる、効率よく運用しなさいという話になります。診療報酬に絡みますので。

患者さんにとっては、市民病院にかかりつけの先生が足を運んで指導に来てくれれば、患者さんはとても喜んでくれます。ずっと診てくれていた医師が入院の時に来てくれて、お話しするので非常に喜ばれます。開放病床は非常にいいなと思います。

診療報酬なので、ただ来て顔を診るだけではなくて、当院の主治医から病状をきちんと聞いて、電子カルテに記載すると、それが診療点数となり、その診療報酬分が開放病床利用の先生に収入として入っていくという仕組みになります。

開放病床は医療、診療の一部で、何科でもいいです。整形外科でもいいし、内科でもいい。実際は内科が多いです。大体先生方は昼休みぐらいに来られますが、その時には連携室が同行しています。新病院になってから開放病床医師専用の部屋と電子カルテを用意しましたが、大体病棟にきて作業されることが多いです。

【委員】全体的にみると地域包括ケアシステムの連携の中に、そういうオープンな仕組みを取り入れていくみたいな感じの一つですね。

【管理者】地域包括ケアが言われる前から開放病床の概念はありました。地域包括ケア病棟がある前からありましたし、本当にいい感じです。患者さんも喜んでいて。何とか維持させていただいて、医師会にも開放病床の毎月の利用状況を報告しています。

【委員長】他にはいかがでしょうか。ご質問等よろしいでしょうか。

【委員】医薬品の調達の経費削減のことで。地域の色々な公的病院の合同購入というのを以前に聞いたことがあるのですが、それはもう実施されているのですか。薬品や医療材料とか。そうするとスケールメリットで経費削減になると聞いたことがあります。その現状は。

【事務局】以前にスケールメリットを利用して安く仕入れましょうということで、岡山市民病院さんが県下の自治体病院にお声をかけてくださり、あるところまでいったのですが、メーカー側の理屈がありまして、話としては頓挫しました。

【管理者】自治体病院協議会でそういう話が出ていました。まとめると2000床以上になりますから倉中より多いかなと言って。途中まで上手くいったのですが、大手の業者がそんなことしないと云ったら終わりました。当院はもちろん協力するという話だったのですが。

医療材料の方も出まして、手術で使う標準的なところは全部一括しようと。でも、それは各病院でちょっとクレームがあり、内科系はよかったのですが、使いたいものが使えないということで、外科系がそれはちょっと困るとのことで材料はやめようという話になりました。薬は残念でした。調剤薬局もこれからどんどん厳しい診療報酬体制になってきています。今は門前でやっていますが、経営だけのことを考えたら院内処方やるほうがいい。国としても調剤薬局分の医療費が削減できるということで、院外薬局はかなり厳しい立場になってくると聞きます。これからお薬の処方をどういうふうにしていくかということ、ちょっと考えています。しかし、薬剤部で外来処方を院内で出そうとしたら場所が要りますので、現実的には無理かなと思います。

【委員長】他にはいかがですか。

【委員】やはり今コロナの関係で市民病院としてどういうふうに対応されて、今後益々増えてきた中ではどういうふうに対応されるのか。大枠でいいのですがお聞かせください。

【管理者】実は今、ちょっとひと段落しています。当院は先ほど言ったように、32床の一つの病棟全部をコロナ専用としています。看護師も実感していると思うのですが、すごくやりやすいのです。病棟の中で病床を分けて、ゾーニングしてここはコロナ患者、ここはコロナではない患者という使い方は非常に難しい。32床をバツと開けたので、市民病院が市内の重点医療機関のA病院、B病院、その次くらい患者を受け入れています。14名くらいまでは受け入れられる体制にしています。受け入れるのは倉敷市内を中心に県下も含めてなのですが、入院したくても入れないという状況は都会と違って無いと思います。今後も多分無いのではないかと思います。これまで全く受け入れゼロだった病院が、C病院とD病院が2人、3人ととってくれるようになってきましたし、E病院もとってくれています。

A病院やB病院との連携が非常にできているので、当院で受け入れた患者さんが、人工呼吸管理が要る時にはすぐに高次へ送ることができます。当院としては、肺炎があっても酸素をして治療すれば、よくなる人は多いのでそこまでは担当して、人工呼吸器とか、それ以上の治療が必要になってくるとお願いをするという、いい連携がとれています。

実は毎週、リモート会議をA病院の院長先生が主催されて、B病院と当院とF病院、県の担当者、倉敷市保健所などを行っています。そこでお互いの状況を話し合っています。PCR検

査も都会の方ではしたくてもしてもらえない、できないという場合がありますが、倉敷市では恵まれていて、したいと思ったら必ずできる。少なくとも当院に来てくれたらすぐにできるという形になっています。保健所からの連絡があるのですが、例えば熱が出てちょっと具合が悪い場合は、まずは保健所に連絡を入れて、保健所が何処何処へ行って検査してくださいということになっています。

児島地区の開業医の先生方でPCR検査が要るなとなれば、当院に依頼があります。そういう連絡カードを作っているのもスムーズにいつている感じです。PCR検査もスムーズにまわっていますし、入院の方も今の段階では上手くいつています。

収束に3年かかったら困るなと思っていますが、あとはワクチンがどうなるかですね。どこへ集めて、どうやって打つのか。開業医の先生方ががんばって打ってくればいいのですが。

【委員】今、開業医はできないシステムです。拠点病院でやって、サテライトの病院がやるという形で、岡山県が決めて通達していますから。うちはやりますよ、と手を挙げているところも今ははねられています。

旧倉敷の大きな有床診療所も手上げたのですが、そこはスタッフが100人以上いるところなのですが、そこもはねられました。病院でしかできない形になりますので。そうすると医療関係者を最初にやるようになっていますが、それもなかなか難しいなというのが現実ですよ。ずっと県のホームページに投稿はしているのですが、何も答えてくれないのです。ワクチンの接種に関してはちょっとまだ難しいなというのが思うところです。医療関係者の分が何とか終わった段階で皆ノウハウを蓄積しますので、4月になるか5月になるか分かりませんが、高齢者に関してはある程度スムーズに行くのではないかというふうには考えています。この前、川崎市がやっていましたよね。ああいう形で倉敷市もシミュレーションやったらというふうに保健所の方には言ったのですが。その辺も考えていくとは思っています。

【管理者】やはり医師会、連合医師会ですよ。

【委員】連合医師会で何とかいければいいと思っているのですが。

【委員長】そろそろお時間ですが、追加で更に質問のある方はお受けしたいと思います。よろしいでしょうか。それでは議題の1番目、改革プラン（案）についてはお認めいただいたということにさせていただきます。あと議題の（2）その他とありますが何かご意見はございますか。

【事務局】（プランのスジュールについて説明）

【委員長】その他のところで事務局の方からご提案いただきましたが、何かご質問等ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは議事の2番目のその他につきましても終了とさせていただきます。以上で予定してお

りました議題は全て終わりましたので、改革プラン評価委員会につきましては閉会とさせていただきます。ありがとうございました。

4 閉会