

会議録
(第3回次期平塚市民病院将来構想検討会議)

日 時： 平成28年9月20日(火) 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 立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科特任教授
正木 義博氏	社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会支部長
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 ※福澤 正人平塚商工会議所会頭欠席のため代理出席
石田 有信氏	平塚市企画政策部長
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
久保田 美紀氏	平塚市PTA連絡協議会広報副委員長

欠席者：

森久保 俊満氏	東海大学健康科学部社会福祉学科准教授
高山 秀明氏	一般社団法人平塚市医師会理事
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

○ 事業管理者挨拶

(諸角病院事業管理者)

皆さんおはようございます。本日はお忙しい中、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。

今、司会の方からもありましたように、前回は台風ということで、大変お忙しい中日程調整しているところで開催できなくて大変申し訳ありませんでした。当市は雨が降ると河川の増水とか土砂災害とかの注意が必要な地域ということのようで、当院のような災害拠点病院となっているところは、こういう、例えば今日の雨なんかでも身を引き締めていなければいけないと感じています。今までこの会議は2回既に開いていただいて、大変貴重なお話をお伺いしています。我々としては、そういう中にできることから少しずつでも始めていきたいと考え、既にいろいろなことを検討させていただいております。本日も忌憚のない御意見をいただくよう、どうぞ本日もよろしく願いいたします。

○副市長挨拶

(石黒副市長)

おはようございます。平塚市副市長の石黒でございます。市民病院事務局を所管いたします副市長として一言御挨拶申し上げます。

皆様方にはお忙しい中、またお足下の悪い中を本日御出席いただき誠にありがとうございます。

います。

今回の検討会議では、平成37年度を見据えた次期市民病院将来構想における市民病院のビジョン及び経営戦略、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割、こういったことなどの検討が示されておりますので、今後の市民病院の方向性の検討も含めまして、委員の皆様から忌憚のない御意見をいただけるものと思っております。2時間という限られた時間ではございますが是非活発な御意見、意見交換をしていただきますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

○ 本日のスケジュール、資料説明等

(重田経営企画課長)

重田から説明させていただきます。お手元にお配りしております次第のとおり進めていく訳ですが、まず大きな話としては、本日は「1」として、「平塚市民病院将来構想におけるビジョンおよび経営戦略」ということで、前回の御意見の中で、市民病院が一体どういうふうになりたいのかというのを、もう少し具体的に案を示していただきたいという御意見をいただきましたので、平成37年度、2025年になりたい姿というものをビジョンとして、今回資料1としてお示しさせていただきましたので御意見をいただきたいと思っております。「地域医療構想における平塚市民病院が果たすべき役割」ということで、資料2ということになっております。地域医療構想については、県が今策定をしております、10月をメドに完成をするスケジュール間で動いているように伺っております。県の中では素案まで提示していただいているという段階にありまして、それに対して、今分かっている範囲の情報を踏まえつつ、平塚市民病院としてはどうしていくのかということの資料について、短い文書で表現をさせていただいており、これについて御意見をいただきたいと思っております。また「地域包括ケアシステムにおける平塚市民病院の果たすべき役割」について、同じく資料2の下段の方に載せておりますが、平塚市の市長部局の方で、平塚市の高齢者福祉計画というのがありまして、その中で地域包括ケアシステムの基本的考え方等々が示されていて、その中の医療の部分を担当する訳ですけれども、その市民病院における考え方という案を示させていただきました。4つ目として、「収支改善に関する取り組みについて」ということで、第2回の時に今後の収支の見通しということ、図表を折れ線グラフで経営企画課の仮試算という形で示させていただいたものがありましたけれども、それをどういう前提で積み上げたのかということ、その中身をという宿題をいただきましたので、その辺についての説明を簡単にさせていただくことと、前回の時、今画面に映っていますが、折れ線グラフでは、現状のパターンとか、あるいは救命救急の特定入院料を取りに行くとかICUとかそういう特定入院料を取りに行ったときに回復するのかという大きな見込みを前提条件としていっぱい付けた中で作成しますと、トレンドとしては、それがあから劇的に回復する訳ではもちろんないので、何かと合わせて収支確保、経費削減策を組み合わせていかないと中々経営的には難しいのではないかとということを示させていただきました。今日はその辺の収入確保、経費削減についても御意見を頂戴したいと思っております。なお、この収支計画については、先ほど経営企画課の仮試算と申し上げましたけれども、現在また改めて皆さんの御意見も入れつつ、採用していくべき時期とか特定入院料をどの辺で目指していくのか、そういうのを踏まえつつ、新たに収支計画を作成中であ

ります。今日は収支計画案をお示しするに当たり、最新版は提示できないので、第2回でお示したものについて補足説明させていただき、次回以降に収支計画、今見直しをしているものについてお示しができればということで取り組んでおりますので、御了承いただければと思います。従いまして、データは第2回そのままの補足をするのと仮試算のままという状況となっております。資料4「医療機能別（使用許可病床数の状況）」ということで、神奈川県ホームページを見まして、各病院から、「うちの病床は高度急性期の病床だ」とか「急性期の病床だ」とか「回復期の病床だ」とか、というような報告をとりまとめものが出ておりましたので、その資料をお配りしております。資料4の1枚目では、9番の湘南西部地域の中に平塚市は入っております。1枚めくっていただきますと、湘南西部地域の中で内訳はどうなっているのかというのが、2枚目の資料でいうと46ページという仮ページが振ってありますが、そのページに平塚市民病院は410床、一般病床のうち高度急性期は127床、急性期は283床と報告していますといった資料をお配りさせていただきました。もう1つお配りしている資料としては、平塚市民病院患者分析データというカラーの資料ですが、こちらは先ほど収支計画のお話をしたときに、特定入院料を取っただけで劇的に必ずしも改善する訳ではないので、それと合わせていかないといけない収支確保、支出削減というものが必要だという話をさせていただきましたが、現状の患者の状態を御覧いただいて一つの手掛かりにさせていただきたいということで作らしていただいた資料です。これについても、この後引き続き御説明させていただけるとありがたいと思っております。その全体の中で今日は御意見をいただければと思います。

（座長）

大分久しぶりなので、一回今までを振り返りたいと思います。また市民の皆さん、議会の議員の皆さんもお見えになっていきますので、第1回、第2回どんな議論があったかを振り返りながら、その上で事務局から御説明していただいた方が皆さん入りやすいのではないかと思います。

ざっくり振り返りますが、第1回の検討会では正木さんの方から、高度急性期病院の経営再建の御経験を踏まえて、高度急性期病院はどうあるべきなのかというようなお話を、これまでの具体的な事例に基づいてお話いただきました。そういう中で、やるべきことがたくさんあるなというふうに委員の皆さん色々お気づきになったのではないかと思います。それから私の方から、昨年度開催をいたしました、懇話会の議論の中で大きな方向性としては、市民病院については、もちろん地域とのいろんな連携をした上での話ですけれども、高度急性期と政策医療、特に子ども医療等々ですね、そういったようなところをしっかりと担っていく、それが両立できるような病院になるべきではないかというような議論がなされたその経緯について御説明させていただきました。これが第1回です。

第2回については、具体的な数字が病院から示されましたが、この点について色々御質問があって、そこについては今日具体的な御説明があると思います。つまり、これからお話のある患者分析データの話などがそうなのですが、市民病院というのはどんな患者さんがいて、これはどういう収益の改善、伸び代があるのかというところを少し見ておきましょうというお話なのではないかなと思います。この辺の指摘は、土屋委員あるいは伊関委員、専門家の方から特に御指摘があって土屋委員、伊関委員とも公立病院の経営とか経営

再建の御経験がありますので、そこら辺の経験を踏まえて色々な御発言をいただいたんですけれども、特に今の診療報酬制度の中で加算の可能性がもっとあるのではないかと。ここを取れていないのではないのかと。例えば、具体的なお話で言うと、ここで言うとジェネリックのお薬が使われていなくてここが使われるとどれくらい加算されるのか、他にもいろんな加算の可能性があって、それを積み上げていくとどれくらいの可能性があるのだろうか、アップサイドがあるのだろうかというようなところについて、今の公立病院でうまくいっているところは加算をうまく取れている病院だと、これも正木委員からもそういうお話しがあった話ですけれども、そういうお話がありました。伊関委員から特にお話があったのは、人的投資の必要性のお話があって、今の公立病院で経営再建で成功しているところは、人的投資を積極的に行ったところであるというそういうところで加算がとれたという、こういったお話があった次第でございます。それから、秋山委員、久保田委員からは、市民から見てこういう病院が安心できる病院なのではないかということで、患者さんあるいは患者さんの家族として、あるいは将来使うかもしれない立場として、こういう病院としてあるいは御自身がこの病院を使われた御経験として、こういう病院であって欲しいというようなお話をいただいたように思います。前回までは、基本的にビジョンと経営戦略についてお話をいただいていた、まだちょっと数字が整っていなかった感じもいたしますので、今日の会議におきましては、色々と検討に資する数字も出てきてまいりますし、事務局も大変頑張ってください、そこは御用意いただきましたので、そこら辺を踏まえてお話をさせていただければと思いますし、具体的にここは市民代表の方にも御発言していただきたいと思っているのですが、例えばこういう費用科目について変えていくべきではないかという議論までできればいいなとこんなふうに考えております。

(相澤経営企画課課長代理)

それでは、経営企画課の方から前回お話がありましたけれども、平塚市民病院がどういう患者さんを診ているのかというのを、数値的に出した資料を今日は配布しておりますので、説明させていただきます。患者分析データという形でお話しますけれども、データの対象期間は、新館が稼働した5月から先月の8月のデータを基に試算しております。

まず、外来患者さんの単価別の分析ですけれども、ここにある表が、その方が1回の診療でいくらお支払いになられたかというのを件数別に円グラフで表しております。200点というのは、1点10円ですので、その方が2,000円の診療を受けていったということで、1,000点以上というのは1万円以上の診療を受けていったという形なのですが、今再診療というのが約700円で、処方箋料というのは350円くらいですから、2,000円という外来の診療を受けて薬をもらって、簡単な処置、検査をやると2,000円くらいというところで、一般的には逆紹介というか、かかりつけ医さんのところでお願ひする方たちが対象となります。そういう方たちが、この4か月間の実績では、約30%おられたということです。23,000人ほどそういう方がいられたと。3,000点というところにいくと32%くらいがそれくらいの料金の診療を行っているということになります。これらの方が売り上げ的にどれくらいの貢献をするのかというところですが、売り上げベースでそれぞれの範囲を区切っている訳ですけど、200点未満の方というのは、実は外来診療全体の中では3%しか貢献していないとなるわけですね。3,000円

以下、300点以下というところでも6%くらいということなので、やっぱり単価が高い方が売り上げ的にはボリュームは占めるということが結果的には見えます。これは請求書のデータから引っ張ったものです。例えば前の表でもありました、200点未満の方30%という、一日大体外来患者1,000人程度来ますので、人数でいうと300人くらい、この方々を例えば逆紹介して一人分いなくなったとしても、売り上げ的には3%減るだけという、簡単に言うとそういうことです。科別に色分けをして、どういう科に点数が低い患者さんが多いのかというと、青いところが多いところが2,000円以下の患者さんが多いところですが、数でいうと皮膚科とか整形外科、消化器内科等が多いという表になっております。この単価別の外来患者の分析のまとめでいうと、200点未満の患者さんを逆紹介の対象とした場合は、患者数では約30.4%、ただし、稼働額としては3.1%、年間の平成27年度決算で外来診療の収益が27億8,000万ぐらいあったのですが、そのうちの9,000万ぐらいがその2,000円以下の患者さんだったということです。割合的に高いのは、形成外科、皮膚科、神経内科、産婦人科、整形外科というところになります。

続いて、入院患者さんの単価別の分析、当院がどのくらいの単価患者さんを診ているのかということで、やはりこちらのグラフも、1日当たりの金額別件数です。2万円以下、3万円以下というところでありまして、当院の平均単価は57,000円くらいですので、その辺りがどの辺でどのように分布されるかですが、人数でいうと3万円以下の患者さんが24.5%ぐらいいると、4分の1は3万円以下という形になります。この4分の1の患者さんが、入院の売り上げのどのくらいを占めるのかと言うと、やはり8.2%ですので、手がかかっても売り上げの貢献度は少ないというところですが、これに関しては逆紹介をするという簡単なロジックではありませんので、紹介等を活用してという形になるのかもしれませんが、高度急性期等を担うのであれば、こういう分布を変えていくのかとなりますけれども、内容的にはそういうようなことです。どういう症例が多いのかというと、こういう形になっていて、まとめとしては一日平均入院単価が3万円以下の患者さんは全体の4分の1を占めるけれども、売り上げ的には8%というようなことです。75億8,000万のうちの6億2,000万ぐらいがそうではないかと。代表的な疾患としては、糖尿病、急性膿皮症、尿路感染症、誤嚥性肺炎等がそれに当たるということです。

続きまして、係数の話が前回までかなり出てきている訳ですが、機能評価係数Ⅱというものがあります。機能評価係数Ⅱというのが何かと言いますと、医療機関が担うべき役割や機能を、診療データを基に国が評価して数値化しております。それを病院のインセンティブいわゆる上乗せ分を請求額にかける係数です。掛けていい係数、下駄を履かせるとよく言いますが、そういうDPCという包括の請求制度に対しての掛け率を、国が頑張った病院には上乗せしてあげましょうということで、各医療機関に配布している数値です。これがどうかというと、当院はこういうような形になっています。難しい言葉がいっぱい並んでいる訳ですが、合計数値として0.0693という金額を約35億円にかけて上乗せしてもらっています。それによる影響額というのが年間2億4,300万ぐらいはDPCで色々な急性期の行為、仕事をする上乗せされているというのがこれぐらいある訳です。それに対して、例えばジェネリックですね、先ほど座長の方からも

お話がありましたが、後発医薬品をいっぱい使うと係数が上がると言われておりました、当院は0.0024です。最も高い病院というのは、0.01058とほとんど後発医薬品を使っている病院だと思えますが、どのくらい違うのかというと、35億円に掛けると当院は840万円くらいなのですが、どんどんジェネリックを上げていくと3,700万円上乗せしてもらえますとなると、その差額が2,869万円となりまして、まず後発医薬品の利用率を上げることで年間2億8,070万円が係数だけで収入増で、その他に後発品というのは値段が安いので、DPCは込み込みの請求額となりますから、安いものを買って使った方が、病院としては持ち出しが少ないということで実入りが増える訳ですけど、そういう部分の減額というのが、おそらくこの係数以上にあるだろうと見込まれておりますので、ジェネリックの方は進めていかなければというのが、前回伊関先生の方からもお話がありました。係数というのが他の病院と比べてどうなのかというところで、横と隣と比べなければわからないということがありますけれども、藤沢市民病院さんがあります。こちらは病床数も600近くありまして、当院より規模は大きい訳ですけども、同じ市民病院としてこちらは県内のⅢ群病医院、DPCというのは、その機能によってⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群と三つに分かれている訳ですけども、当院はⅢ群病院で藤沢も同じです。そういう中では神奈川県内で二番目に高い係数をお持ちの藤沢市民病院と比べますと、当院は県内で23位であり、比べると0.01463という係数の差があります。うちの病院で藤沢市民病院がもらっている係数をもらっていればどれくらいになるのかというと、約5,000万円係数だけで上乗せ分がもらえる、同じことをやっていないのですが、特に変わったことをしなくても5,000万円係数だけでももらえるというところがあります。

以上のように、係数一つにとっても病院のやり方によってお金もついてくるし、評価が全国規模で公開されておりますので、何をしているのかすぐに分かる訳です。そういうような部分でDPCの係数というのは、比較評価の指標になるというものでございます。

(座長)

ありがとうございました。いくつか専門的な言葉もありましたので。何か御質問がありましたら、ざっくばらんに御質問いただければと思いますがいかがでしょうか。今の話は二つあって、前半のところは、そもそもこの病院は高度急性期の非常に高度な、急いでやらなければいけない医療、すぐに対応しなければいけない医療、そういったものの医療を対応する病院として設置されている訳です。そうなんだけれども、先ほどお話があった単価の低い外来患者の方、入院患者の方というのは、実はこれは、特に外来の方については地域のお医者さん、今日御欠席ですが医師会のお医者様たち、かかりつけ医たちで診てもらって、実はそこでやってもらうこともここでやることも同じ医療なのではないかと。これは医療の経営から見ても、この単価が、折角お医者さんがいても、そこで本来診るべき患者さんがなかなか診てもらえないというような行列の問題なんかも、これは市民の皆さんから見たら待ち時間の問題がありますし、リソースの問題としてもそれだけのお医者さんを置いているんだけれども、あるいはこれだけの機能を持っているんだけれども、そうした時間がかかってしまうというような、ある種の市民にとってあるいは患者さんにとっての満足度にも関わってくる話ではないかとこんなふうに思います。入院の方も同じで、

入院の方もここにいなければいけないお医者様なのか、これから将来済生会が平塚の方で開かれる病院というのは比較的慢性期のベッドという形になりますけれども、その慢性期に入られる方がここにいるというのが本当にいいのかどうなのかというところを考えていかなければいけないですし、あるいは入院期間を短くしていくことでリハビリ期間を早めていくというようなことも含めて、実は今お金の話でしたけれども、患者さんから見た、あるいは患者さんの家族さんから見た満足度にもつながる話なのではないかと思います。後半あったDPCの係数というのはちょっと難しくなりますけれども、DPCというのは、今厚生労働省が進めている政策で、同じ病気であれば基本的に同じ金額で診療報酬を払ってください、ただより頑張っている病院については係数としてプラスアルファ付けますというお話であります。そのプラスアルファ付けますというのが最後あったお話でございまして、アップサイドの他にいくつかの伸び代がありますという話であります。この病院は複雑性だとかいくつかの係数の部分については高い部分もあるのですが、大変低い係数の部分もありますので、この改善ということで、これは市民の御負担など変えることなく増やすことができる。今の患者さんの構成のままでもこれだけ改善することができるというようにお話があったのではないかなというふうに思います。何かこの件についてもう少し詳しい質問等々あればと思いますがいかかがでしょうか。大体こういう説明でよろしいですか。私は素人ですが、よろしいでしょうか。ありがとうございます。

では、今日の議論に入っていきたいと思いますが、今日は議題が四つあります。一つ目は次期平塚市民病院将来構想におけるビジョン及び経営戦略について、二つ目は地域医療構想における平塚市民病院が果たすべき役割について、三つ目は地域包括ケアシステムにおける平塚市民病院が果たすべき役割について、四つ目が収支改善に関する取り組みについてということで、四つそれぞれあるのですが、これを四つに分けて話してもちょっと話しにくいので、これはもう一つにまとめて一体で、それぞれに関係する話だと思っておりますので、それぞれのお考えをまずは御表明いただければとこんなふうに思います。四つそれぞれ考えてこられた方は、まとめてお話しいただいて結構でございますので、そこはどちらにも関係のある話だと思っております、そういう形でそれぞれ御発言いただければと思います。正木委員からお願いします。

(正木氏)

済生会の正木でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

まずビジョンですが、ビジョンというのは遠い将来のあるべき姿というよりは具体的に見えて自分たちの夢とするようなものではないかと思っております。そうしますと、平成37年というところは、時間的に今から9年後10年後の姿になります。そうすると、外部環境が随分と変わって行ってビジョンもまた変わっていくような気がするのです。もう少し時間を早めて、駆け足でいくようなビジョンの期間が妥当ではないかという気がします。それからもう一つはバランススコアカードというような五つの視点、四つの視点でも構わないと思っておりますが、バランススコアカードのスコアカードというのがどこも出て来ないので、スコアカードというのは数値でありまして、自分たちの戦略が間違っているのではないかを数値で見ようではないかという、もう一つは自分たちがやる実際の行動を数値で縛ろうじゃないかというその二つが必要ではないかと思っております。ところがここではあまり出

てきませんで、頑張ります、頑張ろうと言ったときに頑張ったかどうか何で計ろうと思ったときに、「頑張った」という人と「頑張っていない」という人と意見が色々分かれてくるのです。そうすると「数値でここまでいったら頑張ったって言おうじゃないか」とか、「自分たちの目標はここまで頑張るんだ」というのを目標値、いわゆるスコアカードというのがないといけないのではないかという気がします。そこをしっかりとめあげることが一つと、もう一つ最後になりますが、この委員会で作ったビジョンが、どのくらい下の方の皆様方に伝わっていくかどうか、それから皆様方が「やろうじゃないか」という気持ちを出していただけるかどうか、ビジョンとか計画というのは、いくらでも立てられるのですが、それを実行する下の方にどれほど理解して頂けるかです。これからの議論だと思いますけれども、ずっと下げていくというか、下の方に広げていって全職員がこれに関わっていく、「私の診療科ではこれをやります」とかそういった展開をしていく、その姿を見ながら考えていかなければいけないと思います。一つにはビジョンのターゲットが少し長いのではないかと思うのと、もう一つ、数値を使って明確にした方がいいのではないかと、それからあと一つには下の方にどうやって広げていくか展開していくか、この辺が課題になっていくのではないかなとそんな感じがいたしました。

(座長)

ありがとうございました。これどうしましょう。事務局とか病院長が答えられるものがあれば答えていただいてもいいのかなと思います。1個ずつ。

(重田経営企画課長)

ターゲットとして9年先は遠過ぎるという話、まず1点なんです、今回将来構想を37年度を見据えつつ、将来構想の中に盛り込むものとして新公立病院改革プランを合わせて作っていかうと思っているのですが、その改革プランは平成32年度までのものを作るというのが総務省からの通知にある訳です。その時に平成32年のときに平成37年の将来を見据えて平成32年を作りなさいというのがありましたので、今回市民病院としては平成37年の姿をまずセットすべく、今回遠い先なんですけど示させていただいたというのが考え方としてあります。スコアカードとして、数値目標がないということで、その辺はやり方が理解できていなかったのかもしれませんが、この次のこの下のレベルでKPIとか目標数値をセットしていきたいなと考えています。従いまして、将来構想の本ができる時には、こういった数値も盛り込んでいきたいと考えております。

(座長)

次回のこの会議ではKPIの項目は出せますか。

(重田経営企画課長)

次回に数字を入れ込めるかはともかく、イメージは次回の時にお示ししたいと。例えば、経常収支比率という項目であるとか手術件数とかそういったような項目出しを次回に出せればというふうに思っております。そこで最終的には数値が入ってくるような目標値をセットしたいなというふうに考えています。全職員にどう伝えるかの展開の仕方については、

済生会病院で勉強させていただいたときに、毎年の行動計画書、行動計画を作っていて、それを例えばその年度ごとのビジョンを示して、それに対して職員がどういう行動計画を作って、目標に向かっていくんだというようなやり方をすると、全職員に伝え易いし、向かい易いというようなお話を教えていただきましたので、最終的には将来構想ができて、その次のステップといいますか、下の段階に毎年度の同じような目標値を作った計画を作っていきたいというふうに、何段階かに構えて作りたいと考えておりましたので、ちょっと大きな話になってしまいました。

(座長)

ありがとうございます。では、秋山委員お願いします。

(秋山氏)

私から見ると、このビジョンというのは大体このようなものではないかと思っておりますので、正木委員がおっしゃる点数的なものというのはもちろんこの裏にちゃんと付いて来るものだと思いますので、ここでいうサービスの提供、患者さんに対する満足度を高めるためにというのがありますが、「ヒ」に濁点のサービス（組織が与える役務）というのはどちらかという、「与えよさらに与えよ」というような感じで、やはり「ウ」に濁点のサービス（他人に対する奉仕）でというつもりでこの項目は考えないと、単に「よしよし、よしよし」でやっていたのでは、とても経営は成り立たないのではないかというふうに思っております。

(座長)

ありがとうございます。何か事務局でありますか。よろしいですか。ではこちら石田委員お願いします。

(石田氏)

全体的なことではよろしいですか。なかなか専門的なことは、私わかりにくい部分がありますので、この三つ目に掲げてあります、地域包括ケアシステムにおける平塚市民病院の果たすべき役割という、資料2の下段の方になりますが、ここで市民病院の考え方として「介護保険事業と整合性を確保しつつ、市民病院の使命である救急医療が必要な場合には医療を提供する」と、「このほか、関係機関と連携支援を担う」という考え方が出ているのですが、なかなか行政側から見ていると、この地域包括ケアシステムの全体の動きの中で、市民病院の立ち位置というかこの辺が見えて来ないというのが一つ。それから関係機関との連携支援というのが、じゃあどういふふうに具体的にできてくるんだというのが中々見えて来ないというところが今現状あります。今日の追加資料でありましたけれども、スライドで説明していただきましたが、収支改善に関する取り組みということで、この係数は是非とも先ほども座長からもありましたけれども、市民の満足ですとか、病院機能の提供による市民への影響ではないということで、病院内の努力と言いますかそういう部分が非常に大きいと思いますので、この辺は今すぐにでも取り組んでいただければと思うところでございます。

(座長)

ありがとうございます。今のところは改善することは二つあって、一つは地域包括ケアの中で主導的な役割、充実というふうには戦略にも書いてあるし、あるいは資料2にも書いてあるのですが、具体的にどう変わるんだというのが見えにくいというような御指摘があるのかと思います。言葉の書き方としてはこれでいいんだと思うのですが、実態がどう伴っているのかある種御質問でもあると思いますけれども、そこら辺は何か具体的にイメージされていることが現時点であればお答えください。

(金井病院長)

地域包括ケアシステムに関しては、国診協と言いまして、私どももそこに属しているのですが、国保直診系の公立病院が打ち出した概念だったのです、そもそも。それは実際には中国地方の一病院でなったことになっているのですが、そこは中小の病院があつてその周りに介護施設、いろんな訪問看護サービス、在宅とかいろんなシステムを一つのくくりの中でやって行こうという形で始まったそういう概念です。私ども神奈川には国診協系の病院って公立病院五つあるのですけれども、皆大きい病院なんです。その中で話題になっているのは、地域包括ケアというのが国の政策になってしまったけれども、大きい急性期病院が地域包括ケアにどう関わっていくかは非常に難しい問題で、明快な回答がある訳ではないんです。それぞれの地域性をもってやって行こうということです。ただ私が個人で思っていることは、三つぐらい方策としてあると思っているんですが、一つは急性期病院として施設等々にいる人が、急性病態で状態が悪くなった時の対応をパーフェクトにやろうとのが一つ。これはもう我々が元々やっている仕事なので非常にやりやすい、それが一つ。もう一つは、うちは感染対策、ICTチームが非常に実力があり充実していて、この地域の模範になっている部分があります。この感染対策という知識を、色々な介護施設とかそういうところに出前でもいいですが、指導に行くというようなことが一つ我々の持っているアドバンテージのあるものとして提供できるだろうということ。それから私どもは入院ベッドも持っておりますから、介護をしている人の少し休みを取るような形で、例えば人工呼吸器が付いている人を介護者が休む期間だけ入院ベッドをお貸しするとか、レスパイトと言っていますけれども、そういったレスパイト入院、こういったものにベッドを提供することがあるだろうと。私個人はそのぐらいの三つはこの地域包括ケアシステムにコントリビュートする平塚市民病院ができる方策としてあるだろうと思っております。

(座長)

ありがとうございます。あと、かかりつけ医の連携も含めてすごく大事なところで、おそらくそこが上がってくると、さっきのKPIの次回以降出てくると思うのですが、紹介・逆紹介みたいなものが増えてくるような形に自動的にようになってくるのかとこんなふうに研究者としてそう思います。ありがとうございます。

(正木氏)

先ほど座長からDPCのお話が出ましたが、この係数2の構成なんです、保険診療費のどの病院でももらえる、保険診療は全部の病院でももらえるのですが、例えばこの効率性

というのは、平均在院日数をどんどん下げないともらえない数字なんです。複雑性も病院に入院した瞬間からいろんな資源を使うような患者さんがたくさん来ているかどうかです。カバー率も総合病院みたいなところである一定の患者さんの数をしっかり広く、広くやっているということがあります。救急は救急で来られた方の2日間の医療資源の投入が中心になります。地域医療係数はいろんな例えばへき地とかそういうところで御苦労なさっているかということ。後発品は先ほど使えばいいというのが後発品なんです。この中で自分たちでやらなければいけない保険診療とか後発品は、当たり前前にできていくのですが、やはり効率性とか複雑性とか救急とか重症度というのは、今の患者さんにしっかり関わってくるのです。ですから、どういう患者さんを病院で診るかというのがビジョンに一番関わりがありまして、色々な患者さんを診ます。急性期から慢性期までと言ってしまうと、その効率性も複雑性もどんどん下がってってしまうのです。病院のビジョンが非常に大切ではないかと思えますね。「この病院はどんな病院にするんだ」というところが、非常に大事かと思うのです。それから地域包括ケアについては、先ほど金井先生は、レスパイトまでやるとおっしゃっていたのですが、レスパイトをこの急性期の市民病院でやるのいいのかは、これは市民の皆さんの要求だと思えます。病院がどういうビジョンを持つかをしっかり理解していただいて、市民の皆さんの期待も病院がしっかり担っていくように協力するとか、市民の皆さんに病院の政策を理解していただくとかそういうことが必要ではないかと思えます。最初の外来の患者さんの数になりますけれど、結局1,000人の患者さんをどういう患者さんを診ているかが非常に大事でして、新患だといくらでも診て欲しいのです。自分の患者さんが心配してこういう症状が出て「診てくれ」とおっしゃって来られますので、それはもうしっかり診ないといけないと思えます。ただ、慢性期に近くてお薬による治療で十分で大分時間がかかるというのは、高度急性期病院においてはベッドがもったいないと思えます。ですから、外来でやる、地域の先生方をお願いをして診ていただいて、3ヵ月に1回ぐらいは病院に来てくださいだとか、6ヶ月に1回来てくださいだとかそういうふうに1,000人の中身の分析が必要ではないかと思えます。大体70%以上は先生方が退院患者さんのフォローをされているのです。患者さんの新患よりも、再来よりもそのフォローが多くて退院した患者さんを診ておられるケースが多くて、その患者さんを地域のお医者さん方をお願いすれば、30%ぐらいすぐに減ってしまいます。病院の方針と言いますかビジョンと言いますか、そこがまた一番大事なことになってきて、市民病院ですから、やはり市民の皆さんの役には立たなければいけないし、またそれが病院の経営とどうつながっていくかです。その辺が非常に見るべきではないかと思えます。DPCは色々な係数があって、我々にも分からないところがたくさんありまして、重症度なんか長く無駄な治療をいっぱいやって患者さんにどんどん検査をやった病院が評価されている病院がいっぱいありまして、その辺は30年の改定においては変わってくるのではないかと思えます。

(座長)

ありがとうございます。そういった意味では、3ページの単価の話、4ページの単価の話と、12ページの係数のところはすごく大事で、これはどうできるかということ、この病院だけではなくて地域のお医者様の関係性の中で、患者さんを地域のお医者さんに戻して

いく、あるいはその中での機能分化というものをきちんと果たしていかないと、正にここは御質問のあった地域包括ケア、単純にケアだけの話だけではなくて、地域医療機関との関係が非常に大事になってくる、かかりつけ医、いわゆるゲートキーパーと言われるかかりつけ医との連携が非常に大事になってきて、そういう意味では今回高山委員から御意見が出ていますけれども、この病院がこの病院としてできること、機能を徹底してやってほしいという御意見が出ていますけれども、そこら辺も含めて、どう受け止めるかというところは、今病院のビジョンに正に関わる、正木委員からの御指摘につながるところなのではないかなとこんなふうに思います。

(高井氏)

病床の点で言えば、資料2のところに急性期と回復期が不足と、高度急性期は余剰ということがあったので、そちらに関しては今回の高度医療を目指すというところと病床的には大丈夫なのかなというふうな心配がございます。それと回復期が不足するとなると、急性期の方であっても、入院日数を減らすということであれば、その後退院できる方ばかりではないので、回復期を担う病院との連携をしっかりとやっていただきたいと思います。政策医療ということで、小児・周産期医療、こちらについては多分収益的には厳しいものだと思うのですが、非常に重要だと思っておりますので、しっかり担っていただくような体制をお願いしたいと思っております。

(座長)

今のところで御意見、御質問、御回答、他にあれば。基本的には今の御指摘はいわゆる高度急性期でないところのベッド、慢性期、回復期については、これは多分それこそ済生会、平塚全体でいけば済生会を含めて、これからそういうところの病床を御投資いただいてということになっていくのかと私は理解しております。残りのところについては、何かお考えがもしあればですし、御指摘として受け止めていただくとすればそれはそれで結構ではないかと思えます。

土屋委員お願いします。

(土屋氏)

資料1について正木委員がおっしゃるとおりで、バランススコアカードとか具体的な数値目標というのは大変大事なのではないかと。あと、私の経験では、10年前までいたがんセンターでは、看護部からバランススコアカードに基づいてと、院長が突き上げられたのですが、医者がほとんど知らないのです。まず医者にこの言葉から教えないといけないということで、がんセンターではこれは成功しませんでした。次に経験したがん研では経営陣が全部入れ替わって船会社の社長と副社長経験者がフルタイムで乗り込んできて、私は何をやったかという、その通訳をやって一流経営者の東証一部上場の会長であっても医者は言うこと聞かないので、通訳をやって同じことを隣の川の向こうからきた病院長が言うと言うことを聞くのが医者の方の性質だということで、その点で多少役に立ったかというふうに思います。それと、ビジョンですけれども、やはり理念があってコアバリューがあってビジョンとなるとかなりビジョンとしては具体的なことまで落とし込む必要がある。

やはり国は、私ども独法化ですと5年ごとに中期計画というのがあるのですが、それにしても平成37年、10年間あるので、やはりこれは2期、3期に分けた方がいい。がん研はスピード感ということで3年ごとに中期計画を立てるということで、ビジョンもその都度見直す。前々回に正木委員がおっしゃったとおりだという思いがいたします。それから、資料2で病院が果たすべき役割ということで、医療計画についてはおっしゃるとおりで、いただいた資料に、国が必要病床数というのを明確に書いて、神奈川県に出していると思います。その辺を見据えて、東海大学は高度急性期、全病院と乱暴なことやっているのです。だからここでも持てるだろうというのはちょっと難しいかなという気がいたします。その点やはり院内での合意が必要ではないかと思います。「政策医療」とは、私は言葉が大嫌いで、なぜならこれ国立病院が独法化するときに残るために厚労省が考えた言葉でして、その前は全くないのです。要は「政策医療」だから国が交付金を与えるよという言い訳のために作った言葉であって、これは民間病院でも皆さんやっている医療であって変わりはないと。それはやはりニーズが少ないのにも関わらず、設備を用意するということに、どれだけ市の方で負担金を出すのかというこの辺は「見える化」をしてやっていく必要があるかという気がいたします。もう一つ、去年か一昨年、秦野赤十字でお産の問題があったときに、知事に急遽、「お前何か提案をしろ」と言うので委員会を開いたのですが、4大学の教授と産科の教授と関係者が集まって6回ほど会議をやって、その結論を知事に答申書を出したのですが、横浜市立大学を中心とした4大学、それと慶応の教授にも来ていただいたんですが、周産期については彼らの間では、内々の合意は産科医が10名以上、横浜市大は最近さらに吊上げて女性が増えたので15名揃えるべきだということ強く主張しています。同時に小児科医も10名、それと麻酔科医が出来れば10名というのが、それが拠点の病院で神奈川県の場合には数か所でいいのではないかという提言を彼らが言っています。私は座長を務めただけで何とも出しようがないのですが、ただ欧米型の周産期の拠点ということを彼らはかなり意識をして、特に神奈川県の場合には非常にコンパクトな県で900万という人口ですので、そういう形ができるのではないかという夢を持っている。一方に、医師の供給体制があるということが念頭に置いてお考えいただく必要があるかなという気がいたします。資料3-3で、収益の確保に向けた取り組み、これはこのまま案を取っていいと思うのですが、問題はこれを実際にどういう実行部隊でやっていくかと。誰が先頭を切ってこれを中期計画、その他に落とし込んで、また現場、現場がそれぞれの意識でやっていくかということではないかなと思います。実は、自分の話で申し訳ないのですが、がん研は私が6年半前に行った時、潰れそうで、事実上銀行管理だったのです。300億の借金、あれだけの病院を作って、それがちっとも減らないで増えていると。単年度ずっと赤字が続いて借金を返す、返す当てがなかったのに、銀行から非常に高い利率に見直しをされて、どうしようもないということで、船会社の会長さんが以前、肺がんの手術を受けたという恩義に報いてもらうために、三顧の礼で強引に来ていただいたのですが、彼らがやっていることは、トップダウンの中期計画も大事だと思うのですが、ボトムアップです。各職員が隅々まで先ほどビジョンをどうやって落とし込むかということをするために、タスクフォースを大体10人から20人単位で職場単位を作って、タスクフォースのリーダーを決めてやっていきました。そのリーダーについては、最初1泊2日の合宿をやって、「リーダーシップはどういうものか」ということと、課題解決

の方策を、色々なやり方があると思いますが、SWOT法とかバランススコアカードのことなど、そういうことを事務系統、約60名、その合宿で教え込んで、2回目に医者とか看護師とか技師とか事務職以外の職種にそういうことを教え込んで、最終的には約150名そういう教育をした者を各職場のリーダー長にして実施したということで、ボトムアップで色々改善案が出てきたということ、中期計画を照らし合わせていくことで、末端までやってもらったということで、約3年で黒字化できて借金が返せるようになったんです。6年後の今年、5階建ての建物を建てるために70億借金ができたということです、おそらく正木委員も同じようなことを済生会とか、熊本とか東部でやられていたと思いますが、やはり資料3-3を見ると、正木委員みたいな方をどうやって引っ張ってきて、院内の改革へ向けての体制、チーム作りをどうやるかというところがこの資料3-3の内容なのかと思います。

(座長)

ありがとうございます。大変大事な御指摘を四つほどいただいたと思います。一つ目は、特にお医者さん達にこの話をどう落とし込んでいくかという話であります。これは現時点での御認識を含めてお答えいただきたいと思います。それから二つ目は、これは事務方も含めどういうお考えなのか、ビジョンが10年でというお話があったのですが、5年後の見直しとか、3年後見直しとかそういうのも含めてあり得るのかということ、そもそもそういう作り方がこの会議としてできるのかどうかというところは、これは全体として共有しておきたいと思います。それから3点目、「政策医療」という言葉をこのまま使うかどうかであります。ここは確かに御指摘のとおり、役人言葉だなと思いますので、これはまた全体としてこの会議で考えていきたいと思います。4点目は1つ目と重なるのですが、この資料3-3に書いてあることは、それはもっともなことなのですが、ではどうやって落とし込むのか、実行部隊、タスクフォースのあり方等々についてということで、現時点でまだ不明確なこともあるかもしれませんが、それぞれ答えられることと答えられないこともあると思いますが、いずれか、事業管理者、あるいは病院長、事務局いかがでしょうか。

(金井病院長)

ドクターに関しては、例えばBSCという言葉について言いますと、知っているドクターはほとんどいないです。僕も病院長になってから知ったぐらいです。これからの問題であると考えます。

(座長)

これは、診療科別に落とし込むとか病院全体の話だけではなくて、診療科毎に落とし込むとかそういうことも含めてやっていかなければいけないという話で、確か、懇話会の中でもそういう話があったと思いますので、そこは是非。病院長一人が背負い込むというよりは、それぞれ組織に落としていく、診療科ごとに落とし込んでいく、医局ごとに落とし込んでいく、あるいは病棟ごとに落とし込んでいくということが必要ではないかと思います。大体土屋委員こんな感じですよ。是非そこはよろしくお願ひしたいと思います。あと他のところ何かありましたらいかがでしょうか。

(重田経営企画課長)

見直しの時期の9年ではちょっと長いということではあるのですが、ちょっと迷うところもあります。確かに将来構想に盛り込む新公立改革プランが、平成32年度まで示すことを国が求めていることですので、そこを機に見直すのはあるかと少し考えておりました。政策医療のところは、確かにおっしゃるとおりで、「政策医療とは何ぞや」と言っているのなかなか明確なのは確かになくて、ここの括り方というのは難しいと正直思っております。他の形で、例えば一般会計負担金の総務省が示す基準にも、政策医療というのは確かにないので、その国の示す基準をもって整備をするというのが素直なやり方ではないかと思っております。ボトムアップはどこまでできるかは、事務の頑張りどころなのかもしれませんが、各リーダーを確かに集める形で研修ということ縦割りではなくて横串で通すような形の研修会が最終的にはできて、そこをもって例えば行動計画であるとかビジョンについて意見を出し合うというような形ができればよいと今思っております。これについては済生会さんは先進的な事例としてやっておられますので、少しでも真似できるものは真似させていただき、取り組められればと考えています。

(座長)

前回の懇話会を終わって、その後これが始まるまでの間に、事務局の方で済生会さんに実際に行き、具体的な会議の回し方とかそういうところを含めて見ていただいておりますので、そういうところを実践していただくことになるのではないかと思います。そこは「仏作って何とか」というのはいけませんので、そこは事務方だけではなく、医師や看護師も含めた医療従事者がそこに乗ってくれないと、さっきの土屋委員のお話のとおりになってしまいますので、是非診療科別に落とし込むとかそれぞれに落とし込んで、それは病院事業管理者、病院長の話ではなくて、自分の話にしてもらうようにするというのが大変大事なことではないかと思いました。ありがとうございました。

では、久保田委員お願いします。

(久保田氏)

おはようございます。経営とか細かいお話はあまり理解できないというか自分からお話しできることはないと思うので。資料の方を見せていただいて、病院側の経営戦略ですとかこうやって行こうと思われていることというのは、実は市民がとても希望していることと実際合っていると感じました。例えば後発医薬品、ジェネリックを使っただくとやはり収入の減った年金で暮らしている方とかも負担が少なくなりますし、「今までの薬との違いがどう違うんだよ」「薬の名前だけ違うんだよ」など、そういう説明をきちんとしていただければすごく不安なく使っていけるお薬ですし、今地域の病院などでは皆さんそういうのを使っていますので、そういうのをどんどん取り入れて負担が少なくしていただければなら大変ありがたいと思います。入院期間も、最初の第1回の会議のときにもお話がありましたけれども、短くしていくとカリハビリのみだったら退院して通院でというのは患者さんにとってもそうですし、家族にすごく負担が正直減って、入院期間というのは入院費用と同じくらい家族って負担が金銭的にもかかります。なので、入院期間が短くなって

くださるといのは、その後も診ていただけるとなるなら大変いいと思います。リハビリとかも、できれば近くのところで通いやすい環境で通えるような状況が一番望ましいと思って見ていました。通常の通院でも、私の母も月1回市民病院さんに通わせていただいているのですが、様子を見るために、お薬をもらうためにということで2時間、3時間かけて来させていただいて、診ていただいて、お薬をいただいてとしているのですが、中々本人からは「近くの病院で診ていただけませんか」と声を掛けさせていただくことができないので、「ちょっと診て変わらなければいいですよ、お薬だけで」というのであれば、そういうのをどんどん近くで診ていただけるようにしていただけるのが望ましい。患者の方から、「先生、これだけだったら近くで診れませんか」と中々言えないので、先生の方から「様子が変わらないようだったら近くでいかがですか」というお声を掛けていただいたり、紹介状を出していただけると大変患者の方も負担が少ないと思います。その代わり、「症状が少しでも変わったときにはすぐに来てください、うちの方で診ますよ」と言っていただけると、ここで見放されてしまったら診ていただけないのかという不安がどうしても患者にはあるので、そういう欲張りかもしれないですけど、お声掛けをいただくことというのは、とても患者に安心をいただけるとと思います。すみません、個人的な意見で申し訳ないですが。

(座長)

大変今、大事な御指摘をいただいたと思っています。まさにバランススコアカードだとかあるいは病院の方針が徹底されていけば、お医者さん自らの行動が変わっていくというのが、正に市民の立場からの大事な御指摘ではないかと思っています。現状としてお医者さんはまだしていないということですよ、逆にいうと。言いにくいところは私が言いますので引き受けますので大丈夫です。そういうところも含めて今回、私の意見として申し上げますと、こういうものが出てきたということも含めて、私は、大きく変わってきている一つの証拠だと思っております、そういったことを病院事業管理者や病院長が御覧になる、診療科長が御覧になる、そういう中でそれぞれの診療行為そのものが変わって行って、地域のお医者さんとの信頼関係、連携関係がより強まっていくような「あるべき姿」だと思いますので、そこを明確にしていくことが一つ大事なことはないかなと思います。ありがとうございます。この件について何かありますか、病院側から。大体今私が言ってしまったのですが、そういうことでいいですか。すみません。では最後大曾根委員お願いします。

(大曾根氏)

まず資料1のところなんです、私この前も発言させていただいたのですが、県が策定途中の医療圏の関係で、それをもう少し、「平塚市周辺地域の医療需要」ではなく、その辺をもう少し明確にして取り組みを進めていくのはどうかと思っています。ほとんど病院設置者として共済病院や済生会病院、東海大学病院の他に日赤とかありますので、そういうところとの連携はもう少し進めていくということをやることによって、不採算部門の役割分担とかそういうことがもう少しできないかと。せつかく県でそういう策定をしている訳ですから、それはこだわりますが、もう少し尊重して進めていくような形をこの将

来構想の中に取り込む必要があるのではないかという感じがします。資料1の経営・財務の視点、そういう視点になってしまうのですが、この内容が、経営管理体制の強化に向けた取り組み（案）ということで、資料3-3の1ページめくっていただいたところにあるのですが、ここで二つ提案というか、可能であればそういうのはどうかと思ったのですが、これも、「コスト管理体制」、その次に「経営分析力の強化」、その次に「体系的な管理手法の導入」、その次ですが、「病院事務の専門的知識・資質の向上」。この中に経営感覚のある人材育成とか人事異動基準、これはおそらく市の基準でやっているの、そこに弊害があるよということでそれを柔軟にできないのかというそういう話だと思うのですが、その次に医事事務の専門知識を有する職員の効果的活用というふうに書いてありますが、これがヒントでして、そういうものを病院独自で採用の方向はできないのかどうかという検討はどうなのかというふうには私は思いました。それともう一つ、その下の市職員の市民病院の利用促進ということで、こういう文面が書いてあるんですが、これについて市民感情としてどういうふうに捉えられるかによってはちょっと誤解を受ける場合もあるので、中々これはどうなのかと。私もこれはちょっと発言するのは悩んだのですが、ここまで明確に書かなければいけないものなのかどうかということを感じました。

（座長）

ありがとうございました。それぞれに大事な御指摘だと思います。一つは地域医療構想との関係、前回のときにも御指摘があって、色々な立場から御意見がございましたけれども、そこをビジョン、経営戦略、組織戦略の中からどう読み取るのか、そこはまだ読みにくいという御指摘、これは最もだと思います。それからもう一つは資料3-3のところについて、ここまで書くのかどうかというところも御指摘としてありました。そこら辺についてはいかがでございましょうか。大体その二点でよろしいでしょうか。あとは御指摘だと思います。

（諸角病院事業管理者）

有能な事務職員、病院運営に長けたというのは我々も非常に期待して、何とかそういう方がどこかにいないかなと思っています。実は、一回募集しました。ところが、タイミングのせいもあるかもしれませんが、3人受験したのですがいずれも意にかなわなくて、そういう方を採用することができませんでした。そういう人材については、今後も時期を見て探していきたいし、もしそういう優秀な方がいれば、どこの病院でも中々放してはくれないと思うので、かなり難しいとは思いますが、ぜひそういうふうな方向をお願いしたいと思います。それと連携のこと、このビジョンの中にとということだと思うのですが、中々この中にどういうふうな形で入れていくのかというのは難しいと思うのですが、とにかく連携をしていかなければいけないというのは、我々完全に身に染みて分かっていますし、そういう方針を取らなければ病院として生き残っていくこともできないということも感じていますので、何らかの形でそういったものを入れられれば良いと思っています。

（座長）

市職員の市民病院利用の促進というのは。

(重田経営企画課長)

これは踏み込み過ぎたというふうに感じています。事務局の思いも含めて入れてしまいましたので、この辺の表現については、市民の方が広く利用していただくような形というように変えていきたいと思えます。

(座長)

ありがとうございます。逆にいうと、ここまでよく書き出したなというところで、そういう中で思い余って案として書き出したのだろうと思うところでもあります。

最後に、私も委員の一人として意見をいくつか述べさせていただきますと、まず1点目なんですが、市民病院のビジョン、高度医療、急性期医療、それから先ほど御意見もありましたが、政策医療を担い職員が成長できる病院という言葉があるんですが、これでいいのかなというのが、すみません、いきなり座長がお膳をひっくり返すようで申し訳ないのですが、これ昨年から継続している会議ではないので、昨年の懇話会でもそうでしたし、今年のお話の中でも正木委員から何度も御指摘もあった、「信頼される」というのがすごく大事なところだと思っておりまして、何か医療行為を担うということの大前提、これは大前提で当たり前だから外されたんだというのが、病院側のお考えではないかと思うのですが、「信頼される」は二つあって、市民、患者から信頼されることと、もう一つは地域医療機関から信頼されるということではないかと思えます。それは共済病院も入るし、もちろんかかりつけ医さんも入る。それから先ほどお話のあった慢性期の病院、今後済生会さんが主にそこを担っていくと思うのですが、その連携の象徴としての信頼とか信用とかそういう言葉は入れてもいいのではないかと思えます。そこは是非御検討いただきたいと思えます。また私も思うのですが、10年間というのは長過ぎる訳でありまして、5年の見直しなのか3年の見直しなのかというところは、条件として入れておいていいのではないかと思えます。後段は、事務局の方でも御検討いただいたなど、あるいは病院内でも御検討いただいたなどという感じはいたしますので、今後先ほど複数の委員からも御指摘がありましたけれども、KPIを拝見させていただいて、そういう中でもう少し詰めていくということではないかと思えますし、一方で100点満点を取ろうとして全てをやることになって何を止めるのかわからないというビジョンになってはいけないという気はいたしますので、そこはよく注意をしながら、逆に「こういうところは止めていくんだよね」というところは、はっきり見えるものにしていいのではないかと思えます。そこはもう少し議論を重ねた中で見えてくるのではないかとこんなふうに思っております。資料3-3については、今まであった御指摘のとおりでございます。先に資料2の方をお話いたしますと、地域包括ケアのところは紹介、逆紹介も含めてかかりつけ医さんとの関係とかあるいはかかりつけ医さんに対して専門性の高い医療知識だとか医療ノウハウだとか、考え方やそういったものあるいはリハビリテーションも含めてになるのかもしれませんが、そういったところをどう提供していくのかというところは、もう少し具体的にあっても、要は高度医療を担っているからこそかかりつけ医との関係においてあるいは地域の介護機関との関係において、こういうことがあり得るのかというところをもう少し噛み砕いてもいいのではないかと思いました。ここは最低限の書き方をさせていただいているとは思うの

ですが、そこをどこまで表現するかは、今後委員の皆様も含めて検討したいと思います。最後、資料3のところですが、これも先ほど思い余ってというところも含めて大変具体的にやるべきことをそのまま使ってもいいのではないかという御指摘もありましたが、大変よく書いていただいたかと思います。ただ大事なことは、これをどう実行するかというロードマップであり体制でありますので、そこまで書くのかあるいはそれは書かずにこういう形で留めておくのかというところについては、書いて出して終わりではなくて、どう実行を伴うかというところについては是非御検討いただきたいとこんな形で考えております。

最後に質問なんですが、先ほど土屋委員の方からも御指摘があったのですが、機能として周知をさせていくという中で、現状の医療供給、お医者さんがどのくらいそれぞれ科別にいるのかというところは、今まで議論として数字としてどこかで見ているかもしれないのですが、それが何人いるかでこの集中度合というのは分かるのかと。もちろん先ほどの係数のところでいくと、幅広く診ている総合病院としての形態も大事なんだけど、一方でこの病院はある種の機能に特化していくんだよねというお話もあったかと思います。それぞれ診療科別のお医者様の数というところが現時点で見えていると、逆にいうと、どこを残して、逆にどこに集中をしてどこ選択していくのかという議論もより見えてくるのかと思いますので、そこは一つの検討の材料として、今日じゃなくて結構でございますので、今後お示しいただければとこんなふうに思いました。私からは以上でございます。何か、もしこの件についても病院の方から何かあればいただければと思いますが、いかがでございましょうか。

(正木氏)

今座長が言われたビジョンなんですが、このビジョンというのは内向けのビジョンにするのか、外に対して市民病院はこういうことで頑張りますということも表現するのか、それによって少し違ってくるのではないかと思います。ですから、ビジョンは自分たちで外に出して、外との約束をして誰かとの約束の中で自分たちは実行しますよという自分たちの縛りをする役目もありますので、ここで職員が成長できるというのも、少し何か一言考慮された方がいいのではないかという気はいたしますがいかがでしょうか。

(座長)

正に私も同じで、実は原案ができた時に最初に文句を付けたのは多分私なんですけれども、正にここは少し違和感がありまして、やっぱり市民、あるいは患者、受益者それからパートナーである地域の医療者との関係性、その後にステークホルダーでいうと職員というのはもちろん、職員が成長してくれないといい病院にならないのは当たり前なんですけれども、そこをやっぱりどう示すかというのは、正に今御指摘のあったとおりではないかなと思います。

(土屋氏)

今の繰り返しなんですけれども、確かに正木委員の外に向かってというのは、やっぱり患者・市民第一、これは間違いないのですが、内に向かって今日いらっしゃる経営陣なんかはやっぱり職員第一だと思うので、視点がかなりビジョンが違ってくると思うのです。

その辺は気を付けた方がいいかと私も思います。それと、先ほど御指摘の3-3の3ページ目の「経営管理体制の強化」で、病院事務の専門的知識、資質の向上というのは私も県立病院を背負っているのと同じ思いなんです。乱暴なことを言えば、独法化しないと無理だろうという気がします。これは定員の問題だけではなくて採用不採用、今でも私ども6年経ってまだ幹部はほとんど県庁からの出向で30年に一応それを全部ゼロにするという約束なんです。今まだ何も準備をしていないので間に合いそうもない。ただ県庁の方はおそらく平塚市もそうかと思うのですが、優秀な方がいっぱいいらっしゃるんです。ですから、今それをいかにスカウトして独法の方に持って来ようかと密かに狙っていますけれども、やっぱりそういう方に医事業務などを勉強してもらってという、自分で育てないと無理かなという思いがありますので、それにはやはり独法化が必要ではないかなと思います。全国自治体病院協議会などに行くと、「全部適用があれば何でもできる」というようなことを言うリーダーが何人もいますが、それは嘘でして、これは市当局と議会と両方納得させるのは時間が掛かってしまいますけれども、独法化すればある程度の権限は委譲されますので、その代わり財務的には厳しくなりますけれども、そこを承知で人材を投入しないと逆に今度投資が利潤を生みませんので、その辺を経営感覚のある方を入れてやるのが必要かと。これは、自分の反省を込めて思います。

(金井病院長)

ビジョンのところに「職員が成長できる」というのを入れて欲しいというのは、僕の意見なんです。これは何で入れて欲しいと言ったかという、もう私の仕事は医者集めなので、看護師集めもそうです。看護師なんかやるときに教育のプロットはどうなっているかとかです。医者も「ここで専門医は取れるんですか」みたいなことはベースにあるので、是非入れてほしいと思ったのですが、これは整理の仕方ですからどこにどう盛り込むかはどこでもいいとは思ってはおりませんので、ただ私個人としては一番頭に浮かぶことではあります。

(正木氏)

土屋委員の追加なんです。病院事務の専門的知識というところですけども、単なる会計とか経理とか人事とかいうのではなくて、私は医療の知識が非常に大事ではないかと思えます。専門的知識の中にも医療を入れて欲しいと思えます。病院独特の環境がありますので、その中で事務方が事務だけに徹して、ほとんど医療を理解しないというか、患者さんのことを理解しないという、そんなことになってくると非常に離れた経営になってしまいますので、少なくとも先生方と、色々な言語はある程度理解できるような医療の専門的知識というところを少しやっていただきたい。それから、市の職員には非常に優秀な方がたくさんいらっしゃいますので、診療情報管理士とかそういうのにチャレンジしていただいて、外から来てもらえるのが一番いいのですが、自分たち内部で育て上げるというか、これが非常に大事ではないかという気がいたします。横浜市は中核病院なんかに病院管理研究所を出られた方を配置していますので、そういった意味では、これから先、医療というのは平塚市にとって非常に大事で重要だと思えますので、職員の皆さん方が色々な診療情報管理士などを取った方がいいかと思えます。

(諸角病院事業管理者)

当然、内部で育てただけであれば非常に助かりますし、今回も済生会で勉強させていただいて、色々知識を得て戻ってきた職員によって非常に助かっています。大事なのはそういう職員がずっと残ってくれるかどうかで、また時期的に異動してしまって、彼らにとって異動ってそれがまた出世につながるのでしょうか、病院にとっては貴重な財産を失ってしまうことになってしまうので、その辺をどうしていくのか、そうなると、先ほど土屋委員がおっしゃった独法化というようなことも、どこか頭の片隅において考えておかなければいけないのではないかというふうには思っております。

(座長)

ありがとうございます。一通り御意見が出たところでございますので、ちょっと1点、これは座長から1点皆さんに是非、今後、今日何かを決めるということではないんですけども、1つ非常に分かり易いというか是非皆さんの御意見を伺いたいことがあります。それは、初診時選定療養費の問題でございます。つまりこの病院に初診でいきなり来ると、制度としていくらか取られるという訳です。例えば今の平塚市民病院は金額で言うと1,710円とある。共済病院はどうかというと3,890円、東海大へ行くとどうなるかという5,400円取られるという。伊勢原協同病院は2,160円、秦野2,160円、それから国立病院機構の神奈川病院で3,240円、東海大大磯病院で2,160円。こういうことで金額にばらつきがあります。そういう中では、今一番安いのが平塚市民病院の1,710円ということでありまして。当初の、元々の誰でも来ることができるフリーアクセスというところでの市民病院のあり方としては1,710円という形の一つの態度の表明の仕方というのがあったし、実際にこれは市民の負担に直結する話ですので、慎重に議論を進めていきたいとは思いますが、一方でこれまでのお話で言うと、一つは高度急性期を担う病院を目指していきますという、もう一つは救命救急医療であり、あるいは子ども医療、周産期医療を目指していきますという形で、ある種の機能分担を図って、かつ突然こっちに来るのではなくて、先程の待ち時間などという市民の満足度のことも考えるのであれば、そこは市民病院としての態度の表明というのはいいのではないかなというふうな、これは一つの具体的に市民のお財布に直接的に関係していく話でございますし、ここは論点として議論しておきたいなと思うのでここで出させていただくのですが、この件については是非御意見がありましたら、今日いきなり聞かれてもということかもしれませんが、是非御意見をいただければとこんなふうに考えておりますが、いかがでしょうか。

(大曾根氏)

単純な話ですが、平塚市民病院は1,710円ですけども、県内にも市立病院はたくさんございます。そこと比較というか、そこは全部1,710円なのか、また金額が違うのかその辺が分かれば教えていただきたい。

(座長)

御覧いただいたとおりで、藤沢市民病院が5,400円、横須賀が2,700円、小田原は1,720円、小田原はほぼ同じです。大和が1,944円、茅ヶ崎が2,160円、厚木が2,160円です。この病院が一番安いのが現状です。ただ、これがよいのかというところ、そこがすごく大事なところで、これまで議論されて来なかったという問題もありますし、先ほど患者分析データで御覧いただいたところも含めて、かかりつけ医さんが診るべき患者さんを、もしかしたら取っているのかもしれないし、それが結果的には、市民の待ち時間につながっているのかもしれない。本来診てもらうべきというところ、あるいは経営としてここが担うべき病院機能と市民に向けたメッセージとは少し異なるものになっているのかと私自身の印象ではあるのですが、こんな形でございます。

(土屋氏)

県立病院も安かったので「上げろ」と彼らに言っているのですが、その理由の一つはこの民営の圧迫なんです。これは周りがその値段なのに、うちだけが安くしていくというのは逆に不当であると申し上げています。それとやはり病院の性質です。我々は専門病院が多いのですが、急性期ということであれば、周りの医師会とか必要な病院と協力してやっていただいても世間並みの金額でよろしいのではないかと思います。

(座長)

ありがとうございます。いかがでございましょうか。こうやって比べてみると面白いですね。こういうのは市民の皆さんで、秋山委員、久保田委員いかがでしょうか。

(秋山氏)

安いに越したことはないのですが、しかし最初からそういう予想も承知の上で1,710円となっているものなのでしょうか。

(座長)

これは段々とです。他が上げて来ている中で上げずに来ています。

(秋山氏)

じつと我慢ということでしょうか。大変我々からとすればありがたい話ですけれども、座長おっしゃるようにちゃんと検討するべきだと思います。

(久保田氏)

私は上げてしまえばと思います。他と比較して、確かに今、秋山委員がおっしゃられたように、市民にとって安いことはありがたいことですが、初診料というのは、最初に診察を受けた時から何か月間かここに診察に来なかったときにまた掛かるものであって、常に掛かっているとか定期的に掛かっているとか、入院している方が支払いのたびに掛かる訳ではないではないですか。最初は、これだけの設備を持って安いことはありがたいですけど、違う方の意味で言うと、安かろう悪かろうではありませんが、ではこっちの方が値段が高いからこれだけもっとよく診てくれるのは、千人に一人ぐらいは思うかもしれない

いことでもあって、やっぱり妥当な、他と比べたときに5,400円取ってくださいとは言わないですけども、平均的なところで十分にそれだけ自信を持って取ってもいいのではないかと私は個人的には思います。

(座長)

ありがとうございます。多分ここで地域医療支援病院のところにマルがついたりバツがついているのは、地域医療支援病院であるならばなおさら民営を圧迫させないという話だと思いますし、地域医療構想もそうですし、地域医療包括ケアの話もそうなんですけれども、地域との連携、要は面全体でこの地域の医療支援をどう考えるかというところに、市民病院として一つの拠点としてどうここに態度を表明するかというお話につながることでと思いますので、そこについては、当然上げるとなると、どういうプロセスを経るのか私はわかりませんが、今のような御意見というのは一つの参考意見として付していただければいいのかとこんなふうに思いました。

(相澤経営企画課課長代理)

選定療養費の説明ですが、初診料に掛かるものですが、基本的には紹介状をお持ちの方、それと救急車等救急外来に受診された方については掛からない費用です。病気に関連している特定疾患等の保険を持っている方は、ここの医療機関しか診れないという条件がありますのでそういった方は免除ということになります。いわゆる紹介をされないで、いきなり初診でかかった方について初診料の他に保険外の療養費としていただくというそういう費用でございます。

(座長)

ありがとうございます。正にそういうことでありますが、機能分化さえきちんできていけば、要はまずかかりつけ医さんに行ってください、それからその上で「これはやっぱり市民病院であの先生に診てもらった方がいいな」「あそこはこういう機能があるから」というふうに来ていただく方については関係のないことでありますが、正にそうではない人に対して、ある種の敷居を高くしているお金だという方向性だと思います。

(正木氏)

私は、例えば市議会などから、「なぜ2,160円にしたんだ」とか「5,400円にしたんだ」というその追及があったときに答えられるようにしておかなければいけないと思います。1,710円という意味がどういった積算の元に1,710円になっているのかです。単なる3,000円掛けるの5,000円掛けるの8%消費税とかそうではないと思うのです。やっぱりその根拠、2,160円にしても構わないと思うのですが、その根拠をなぜ2,000円なのかというのをしっかり明示できるように、患者さんに説明できるようにしておかないといけないと思います。私が考えたのは、患者さんが直接市民病院とか高度急性期に来られるのではなくて、一旦、普通のクリニックに行かれて、紹介状をもらって来られた場合には、このくらいの金額が掛かるのだらうと想定のもとで、直接来られたのでその分を御負担いただくという考えはあるのですが、そのところを理論

武装しておかないと、いくらでもいいのですけれども、ちゃんとした中身を作っていただきたいと思います。

(座長)

患者目線で、あなたは直接来たのだから、そのコストをかけずに来たんだしということも含めてですね、そこはとても大事なことだと思いますし、資源を皆で使っていくことになる、その部分については、ある程度のハードルを動かすという定性的な考え方と、今正木委員から御指摘のあった定量的な根拠はお示しいただきながら、地域社会に、特に平塚市民に、行政と相談をして市議会でも何らかの御議論はあると思うのですが、そこは大事ではないかと思います。今日は議員さんもたくさんお見えなので、今日は御理解いただけたのではないかと考えております。

以上、今日大体考えていたところの議論は、座長としてはほぼできたように思います。あと収支計画の細かい数字のところ等々ありますけれども、今日お話のあった収支改善のシナリオアップサイドのお話も含めて、特にこの病院におきましては、救命救急センターの指定の問題ですとか等々、あるいはがん診療拠点の認定の問題ですとか、そういったような問題はあるかと思うのですが、その辺も含めてこれを踏まえるとどうなるのかというお金の話も、次回そこはもう少し突っ込んだ形でさせていただきながら、また今日御質問があった中で、大卒のビジョンのところ、今日最初の言葉のところについては、私も含めて色々な御意見がありましたけれども、経営戦略さらには具体的な数字に落とした数字にいきなり落とすのは無理だと思いますので、KPIの項目という形で、経営戦略とマッチングさせた形で事務方の方から病院の方から出していただくことになるかと思いますが、今日の議論を踏まえた形で、次回以降出していただいてまた次回御議論させていただくのかと考えております。これまでのところで、言い忘れたとかもう少し言っておきたいこと等がございますでしょうか。

(土屋氏)

2点ほど。1点目は政策医療、実は厚労省の定義は通知で出していて、「政策医療とは国民の健康に重大な影響のある疾病に関するその他医療であって国の医療政策として国立病院機構が担うべきもの」とあります。国立病院機構では、「ナショナルセンターを含む政策医療ネットワークを活用し、医療政策の直接的な担い手として重要な役割を果たします」とあります。要は国立病院の生き残り策であると明確に書いて独法化したということです。

(座長)

ありがとうございます。この病院においてはもう議論ははっきりしていて、ここで言う「政策医療」という言葉を使ってきたのは、救命救急を含む高度急性期医療と小児・周産期、特に今大磯、二宮の問題も出てきていると聞いておりますので、小児・周産期の充実をさせることが、結果的に子どもを育てやすいまちであるという平塚市の競争力につながるお話であるということでもありますので、この二つをきちんとここで担っていくということが、結果的に地域医療拠点との連携につながるという御議論だったと思いますので、そ

こはもう少し分かり易くしていくのではないかというふうに思いました。正にそこは土屋委員の御指摘のとおりではないかと思えます。ありがとうございます。

他に何かございますでしょうか。これまでのところで病院側あるいは事務局側で何かありますか。

(正木氏)

次の段階として、外来の患者さんの構成について、どういう患者さんが1日1,000人の構成になっているかということ。

(座長)

具体的に何を作ればよいでしょうか。診療科別でしょうか。

(正木氏)

全体で構いませんので、再来なのか初診の患者さんなのか。それから入院患者さんですけれども、どういうルートで来られているのか。救急なのか紹介なのか、外来から見つかったのかなかを教えていただきたい。外来も紹介のある外来とない外来とそういう区別をしてもらえると、戦略の置き場所というか明確になっていくのではないかという気がします。

(座長)

さらに単価別に分けると、どこをするのかはつきり分かりますね。

(正木氏)

そうですね。

(座長)

多分、今のは基礎的な数字はお持ちだと思いますので、そこは結果的にどこを重点に置くかにつながってくると思いますので、具体的どこに絞り込んでいくかという意味でも非常に大事なところではないかと思えます。そこがもう一段絞り込めればという中で、今の資料3-1や3-2に出ている収支計画のところの話も、単純に「ここの部分が多くできたら増えます」というところだけではない改善案も出てくると思いますので、そこが非常に大事なのではないかと思えます。ただ、今まで議論のあった救命救急センターを開くからこうなります、がん診療拠点になりますからこうなりますというだけではない収支改善プランが出てくるのではないかと思えますので、そこも是非御議論できるのではないかというふうに思います。

以上、大体これで予定していた議事は、すいません事務局から見るともう少しあったかと思えますけれども、大体御議論できたとしり尽くしましたし、ある意味宿題もはつきりしたのではないかなと思えますので、今日はとりあえず議論としてはここまでとさせていただきます。マイクの方をお返しさせていただきます。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)

今日は本当に足元の悪い中、これだけの委員の方にお集まりいただき大変ありがとうございます。

今病院は相当、時代が2025年に向けて難問に対して、日本全体、医療界含めて難題に取り組んでいかないといけないという中で、当院にはまた別の課題もあって、非常に難しい次期将来構想作成だというふうに思っております。今日はかなり各論に入るような御議論、御指摘をいただき大変ありがたく思っております。ビジョンの策定から始まってこの先KPIをもう少し明示していくということをやっていきたいですし、ここでいただいた議論を基にしたいと思っております。あともう一つ、私最近特に思うのですが、当院もそうですが公立病院のガバナンスの在り様は相当如何ともし難い部分があって、そのところの検討も、本当は根本的にはしないといけないのではないかというふうには思っております。色々難しい課題はありますが、お力をお貸しいただきこの先も是非御協力よろしくお願いいたします。ありがとうございました。