

会議録
(第1回市民病院あり方懇話会)

日 時： 平成27年10月26日（月）13：00～17：00
場 所： 平塚市民病院 大会議室
参加者： 亀井 善太郎氏【座長】（公益財団法人東京財団研究員兼政策プロデューサー）
森久保 俊満氏（東海大学健康科学部准教授）
正木 義博氏（社会福祉法人恩賜財団済生会神奈川支部支部長）
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
武川 慶孝氏（一般社団法人平塚市医師会会長）
富田 一栄氏（税理士／総務省 地方公営企業等経営アドバイザー）
石田 有信氏（平塚市企画政策部長）
高橋 勇二氏（平塚市健康・こども部長）

- 開会
- 平塚市長挨拶

（市長）

皆様こんにちは。平塚市長の落合克宏でございます。平塚市民病院の開設者でもありますので、開会に当たりまして一言御挨拶申し上げたいと思います。

皆様には、平塚市民病院のためにあり方懇話会の委員をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。また本日は大変お忙しい中、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

市民病院では現在、ご覧のとおり整備事業として新棟建設が進められております。来年の3月に完成いたしまして、5月から運用が開始される予定であります。整備事業といたしましては、既存棟の改修や解体、外構工事など経まして、平成30年度のグランドオープンを目指しているところでございます。

今回のあり方懇話会、この開催に至りました主旨、お願いしたい点大きく二点ございます。一点目は、平成29年度以降の市民病院の将来の方向性などを示します、次期将来構想。これを策定するにあたりまして、参考となる御意見をいただくこと、これが一点。二点目は、現状の経営状況を改善するために有効なお考えをいただくこと、これの二点ということでございます。

本日の懇話会では、医療政策にかかる国の動向ですとか、地域医療のマーケットの状況、また市民病院の経営状況、さらには、現行の将来構想が来年度終了することなどから、新たな方向性の検討も含めまして、皆様からの幅広い御意見を頂戴致したい。そして、これからの市民病院のあり方についての参考にさせていただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いを申し上げます。

できるだけコンパクトな会議にさせていただければと思いますけども、長時間に亘る会議、

大変恐縮でございますけども、ぜひ活発な御意見、意見交換をしていただきますようお願い申し上げます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○病院事業管理者挨拶

(別所病院事業管理者)

皆さんこんにちは。平塚市病院事業管理者の別所でございます。本日はお忙しい中、お時間をいただきまして誠にありがとうございます。

主旨、その他につきましては今市長が述べましたので、省略させていただきます。また病院の現状その他につきましては、約10分ぐらい病院長の方からブリーフィングがございますので、それも病院長にお任せいたします。

私から皆さんにお願いしたいことはただ一つ、私達がどのような思いで病院経営をしてきたかということをもっと知ってもらいたい。それは、私達はなにしろ最高の病院をつくらうと、この「最高」という言葉は機能、その他を指しているのではございません。当然、地域の皆様方に素晴らしい医療を提供するということは、当然だと思いますけども、そのためには職員の環境を整備しなければならない。そして、当然ご存知のように、医療従事者は全てプロですので、プロの人達が本当にやりがいを持って働ける職場を提供するのが私、並びに院長、また病院幹部の役目だという思いで整備してまいりました。

そして、本当に素晴らしいドクターを始め、医療職が自分たちの力が十分に発揮できるプロとして最高の知識、並びに技術が発揮できるような施設、医療機器を整備する、そして自分達が本当に素晴らしい医療が提供できているんだということを実感し、患者さんが本当にこの病院に来て良かったと、こんなに素晴らしいスタッフの下に治療を受けているということを感じられるような病院をつくりたいという思いで、私達は病院をつくり上げてきたつもりでございます。

ぜひその思いを斟酌してくださって、これからの議論をしていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○本日のスケジュール

○懇話会委員紹介

○座長選出

○平塚市民病院のストロングポイントと展望について

(金井病院長)

皆さんこんにちは。今日はお忙しいところお集まりいただき大変ありがとうございます。

私、病院長をしております、金井と申します。秋山さんには白衣を着ていて申し訳ないんですけども、私は常々、常に現場にいたいと思っております、医者として働いている以上、白衣を着るべきだろうと思って病院長職をしておりますが、白衣を着ております。御了承いただきたいと思っております。

今日は、平塚市民病院のストロングポイントと展望ということに限ってお話しさせていただこうかと思っております。今日はあり方懇話会ということで、展望を描くということだろう

と思うんですが、それに当たっては今どういう状況になっているのか、一つ重要じゃないかと思うんですね。そのうち私が考えているストロングポイントについてお話しさせてもらおうかと思います。この地域はサッカーが盛んな街でして、ストロングポイントという言葉がかなり皆さんにはスムーズに入るんじゃないかなと思ってこの言葉を使わせていただいています。そして、現在が一体どこからどう来ているのかということも歴史を辿るべきだろうということで、そこについてもちょっとだけ触れるという構成でお話しさせていただきます。

当院は、そのルーツは中南国保病院という病院によります。これは、中郡南部の国民健康保険直営施設である組合立の病院ということになります。ですから、現在は平塚市立ですがこの頃は、平塚周辺の市町村、大磯とか二宮、もう少し北の町も含めて、その組合でやっていた施設ということになります。この当時は、武川先生いらっしゃるからあれですけども、国民健康保険というのがあっても、開業医の先生方は、単価が安くてそんなじゃ診れんということで、じゃあ仕様がないうことで、国民健康保険が自分達で診療施設をつくったとそういう経緯のものです。これを、国保直診と言っております。これが戦争直後、昭和25年に平塚の七夕まつりの前身である、復興祭りが始まった年ですけども、その年に創立しております。以後この病院、ここに中南国保病院と書いてある写真ありますけども、結核病棟とか伝染病棟こういったものを持っていて、あんまり普通の医師が診たがらない医療を中心的に担ってやってきたという公的使命を帯びてやってきた病院です。私も初めて知ったんですが、この歴史を紐解く中で、この中南国保病院の時代から、慶応から多くの医師を派遣していただいているということがごく最近知りました。この辺り、南原の土手辺りだと思うんですけど、病院バスで患者さんを集めたりしていたという歴史もあります。そして、昭和43年になりまして、その国保病院、相当な大赤字だったので多分、こんなこと言ったら怒られるかもしれないんですけど、大磯、二宮が勘弁してくれという感じで、平塚市に移管されたんじゃないかと思います。ただ、この移管に当たっては、歴史を振り返ってみますと、その後すぐ後に新棟の建築に入っております、そこで神奈川県立の平塚交通救急センターというのが設置されます。これは高度経済社会の中で、交通事故死がものすごく増える中で県が交通事故に係る救急医療の政策としてやったものです。この時、同時に同時というか、前後して交通救急センターになったのが今、済生会東部病院になっている神奈川済生会病院、正木さんの運営されているところですね。それと多分、市大のセンター病院あたりその三つが交通救急救命センターになったと思うんですね。この頃から、交通外傷のことも考えていたと思うんですが、脳外科も設置されておりますし、やがて心臓血管外科が昭和50年代に設置されてまいります。この時、昭和45年に43年に平塚市に移った時に多分、県から今度こういうネタがあるので、どこか別に建てて平塚市でやってくれないかという話が出て、それで中南国保、平塚市が受けたんじゃないかなと、私はこれ想像ですけど、そういうふうに思います。この昭和45年に新棟ができた時に、当時の加藤一太郎平塚市長が、これで市民が東京や横浜まで行かなくて済むようになりましてねということをおっしゃったという話が伝わっています。このことは多分、うちの病院の一番根っこにある理念ではないかなというふうに思っています。

このようにして、まだ東海大ができない時代です。昭和40年代から、高度急性期医療

を担ってきた病院だということでございます。そして、平成になって今ここ我々がいる北棟は、平成元年にできたものです。さらに506床の病院になって、今は410床まで減ってますけども、その間、中山隆市院長は、平成4年に臨床研修指定病院を厚生省から取っております。この頃は、今は臨床研修というのは10年以上の歴史を持ってまいりましたが、それより遡って10年、20年前に臨床研修というのは重要だということで肝入りで取ったタイトルでございます。当時はですね、当院の外科も相当、隆盛を誇っております。大学の本学からは、平塚の外科のことを平塚大学と呼ばれるほど教育的な病院であったとそういう歴史が残っております。平成10年に災害医療拠点病院をいただいておりますが、今は猫も杓子もDMATだとかそんなこと言ってますけども、平成10年の昔から災害拠点病院をやっております。

歴史はそれくらいにしておいて、ストロングポイントを1から15まであります。ラグビーも15ですけどそれにちなんで15つくりました。

一つは、慶大の関連病院であることですが、これ関東一円、静岡にもありますけども、プロットしてみますと、こんな分布なんですけど、実はですね、栃木とかあるいは静岡、相当、人の派遣が難しくなってきた、どんどん大学が撤退しているという状況にあります。実際に、この病院は慶応の管理分ではないですね。ここも病院長は、1人だけ慶応卒とそういう状況になってます。これは、どんどん東京の方に縮小するようなかたちになってきておまして、神奈川県で見ても、横浜、川崎に集積はあるんですが、この辺はうちと伊勢原協同、それと神奈川病院それくらいになっております。次にヤバいのはどの辺かという、おのずとこの辺とかこの辺になってくるんですね。ですから平塚辺りは、大学から見るとかなりしんどい状況があります。医者を確保するのに大変な状況であるということなんです。

2番目に先ほどからお話ししました、神奈川県立の交通救急センターということですね。その歴史を持っていることが一つのストロングポイントだと思います。

そして、特殊外科を持っております。昭和45年創立の時から脳神経外科ありますし、今4名常勤おります。心臓血管外科も昭和55年から設置しております。呼吸器外科2名、血管外科、形成外科というのも非常に珍しいどこにでもある診療科ではありませんが、これも交通外傷やろうということで、その設立の当初から形成外科があります。

そして現在は、心臓大血管センターと称して心臓外科、末梢血管外科、循環器内科、放射線診断部でチーム医療を展開しております。その中心になるのは、心臓外科専門医2名、循環器専門医3名、そして、最近低侵襲のステントグラフトは、指導医が2名おります。この臨床研修パフォーマンスを支えているのが320列CT、そしてIVR-CTという高額な医療機器でございます。開心術は100件以上、これは慶応の心臓血管外科の関連病院から言えば、3本の指に入る症例数でございます。ステントグラフトに関しても、この領域、今最先端の領域ですけども慶応の関連病院ではまさにトップレベルの数をこなしているところでございます。

そして、5番目のストロングポイントは、救急医療ということになります。当院は、中郡と輪番制で二次病院ということになってますけども、平塚ERと称して、二次病院を遥かに超えるような積極的な救急医療を行っております。二次病院でありながら救急専任医が4名おります。専門医は7名、救急が専門医が7名、平日の朝の7時から夜の23時まで

で救急医を必ず置いてER体制をとっていることを行っています。他にもオンラインMCこれは詳細省きますが、救急隊から重症患者さんになんとかお願いしますという話ですけど、同時に実施しておりますし、救急搬送件数は6,025名これ一昨年ですかね、昨年度です。6,025名になります。全国の二次病院の平均は、どのくらいの件数かというところ、大体365件です。1日1件ぐらい。ところがうちは、6千を超えるというのは17とか18とかそのくらいの患者さんを診ています。二次病院の分布をグラフ化したものがある、これ出したかったんですけども、それを見ると0件から6千件の分布のグラフなんです。だから、二次病院の中では完全に一番多い数のところに行っちゃって、そういうところまで来ているというところがございます。そして救急車応需率98%以上です。これは、普通60とか70%くらいじゃないかなと思いますが、あんまり発表してないんです。普通はたらい回しなんか起こるのは、とある病院が断るからたらい回しが生じるんですね。この地域では全く、たらい回しはありません。これは救急隊が大変、平塚消防が大変喜んでいて、そういう部分でございます。これは救急車搬送人数の推移ですけども、昭和61年からプロットしてはいますが、いろんな紆余曲折ありますけども、順調に伸びてきて、先ほど言ったように、現在6千を超えていて、今年度は7千に迫る勢いで患者さんを診ております。

そして、平塚市消防本部と共同でやっている事業として、救急ワークステーションがあります。これはどういうことかと言いますと、病院がありますね、救急隊が1隊、平日の昼間常駐しています。その救急車と救急隊員3人です。病院にいます。要請がかからない間は、病院の中で実習をしています。それで消防指令が、これはちょっと挟まれ症例で、現場に交通事故現場に医者行ってくれというようなのが来た時は、直接要請がかかって四の五の言わずにパッと出ると。これ普通こういうのやっているところ、結構出動までに時間かかっているんですが、当院の医師、看護師は出動する格好をしていますから、2、3分で出れます。救急隊と同じぐらいのスピード出るんですね。ラピットリスpons、ラピットアクセス、ラピットアクセスのところは自分達の自前でやるのはドクターカーになりますけども、消防の救急車なんで、独特のカーナビゲーションシステムというんですか、救急車どこにいるとか全部わかっているという仕組みがあるので、ものすごく早く現場に到着できます。ラピットリスpons、ラピットアクセスが可能になっている、そういうシステムですね。患者さんがぶっ倒れても、そこへ救急隊と医者と両方でアプローチするということです。これは、平成25年から始めてはいますが、年間144件の出動、ただこれは数が多ければいいというもんじゃありませんけども、非常に救命とか傷病者の予後改善に役立っていると自負しております。

災害医療ですね、これは災害医療といいますと、皆さんDMATといいますけども、私たちはDMATは二の次だと思っています。本当に大事なのは、病院の中のシステムを構築することなんです。災害医療企画室というのを設置して、そこでいろんな内部体制を充実することをやっています。DMATの派遣実績、最近の鬼怒川浸水も出動しております。

周産期医療、近隣の医療機関で分娩がなくなってやらなくなっていますけども、当院では頑張っています。

そして、鏡視下手術、低侵襲の鏡視下手術を積極的に取り入れております。特に外科、

泌尿器科、産婦人科では医療機器の共同利用を進めておりまして、効率的な手術を行っております。特に、消化器外科の山本とか中川とかは技術認定医を持っております。これに3Dの三次元的な腹腔鏡装置が役立っております。

I VR、これは、画像診断を駆使した低侵襲治療のことをいいます。肝がんとか腹部外傷に対する動脈塞栓術等々。これに関しても、I VR専門医1名を含めた放射線診断専門医が頑張っております。

そしてがん診療、がん診療は複数の科がやっておりますけども、いずれにおいても、高難度手術。普通の病院では手がけてないような難しい手術までやっております。典型的には肝臓の切除とか食道がんの切除そういったものです。消化器外科専門医が4名、呼吸器外科専門医が2名おります。

そして、低侵襲手術としては先ほど言ったI VRそうですけども、腹腔鏡の手術は技術認定医という、これ非常に限られた人間しか取れていませんが、それが3名もおります。そしてがんに対する治療としては、放射線治療にはリニアックを備えておりまして、この春念願であった放射線治療の常勤医に来てもらうことができました。そして特殊領域のがん治療、こういったものも手掛けております。

看護師が増えているよということを言いたいんですけども、かつて4月に縦軸が看護師の数ですが、4月に増えて3月までに下がっていく、こういう1つのパターンがあります。最悪、2012年の時は280人ぐらいまで落ちちゃったんですけど、現状は盛り返してきて、段々増えております。今は320~340人ぐらいの看護師がおります。今のイメージは360ぐらい、救命センター等々なってきた場合にはこれぐらいの数まで最終的には必要なんじゃないかなと思っております。

絶好のロケーション、茅ヶ崎上空から平塚市を見たところですけども、箱根それから富士山それから丹沢、ここにあるのは湘南平ですね、これが全部パノラマで見えます。新棟ができるというのもストロングポイントかなと。来年5月にできます。

最後に能力の高い医師、医療スタッフがいると。これが一番の私達の持っているストロングポイントだというふうに思っております。ただ、なぜいるかと。それは、この病院に彼らを引き留める魅力があるからだと思ってます。一つには、救命センター目指していませんとか、DMAT活動しています、救急ワークステーションやっています、大腸がんの腹腔鏡手術の第一人者 世界の山本がいます、最新リニアック導入します、320列I VR-CT導入しました。こういったことが有能な医師、スタッフを集める要因になっているファクターがございます。

最後のスライドですが、展望としては、中南国保以来の公的使命を引き続き担いたいと、平塚市民病院創設以来発展させてきた救急救命医療を診療の中核としたい、創立当初より充実させてきた高度医療を引き続き担いたい、周産期、災害、がん診療は時代の要請でありさらに充実させていきたいと。

これらの実現のため、経営的視点を従前以上に取り入れていきたいと診療報酬上の加算を積極的に取得していくということになろうかと思えます。

今日はごく一面的な話しかしませんでしたけども、ぜひストロングポイントを認識していただいて、検討をしていただけたらありがたいなと思えます。ありがとうございました。

○平塚市民病院の現状と医療分析について

(関野経営企画課主管)

経営企画課の関野と申します。私からは、平塚市民病院の現状と医療環境分析について、説明させていただきます。なお、内容は、お手元の資料「平塚市民病院の現状」及び「平塚市民病院医療環境分析（概要版）」に基づき作成しています。

最初に、市民病院を中心とした近隣の医療環境について説明します。

市内には、急性期病院の平塚市民病院と平塚共済病院、済生会平塚病院があり、その他療養、精神科病院があります。また、隣の伊勢原市には、重症患者に対応する高度急性期の3次救急病院として、東海大学医学部附属病院があります。

平塚市の2030年（平成42年）における疾患別推計患者数は、入院患者は2030年頃、外来患者は2025年頃まで増加し、以降は緩やかに減少する見通しとなっています。また、循環器系、新生物、筋骨格系等の疾患で、75歳以上の患者が増加する見通しとなっています。

近隣3病院におけるDPC疾患別シェアは、小児系や皮膚系、内分泌系は平塚市民病院の方が東海大学医学部附属病院よりも高シェア。女性生殖器系や腎・尿路系、新生児系、外傷系、消化器系は、平塚共済病院よりも高く、循環器系、神経系、呼吸器系、筋骨格系、乳房系等は相対的にシェアが低いとなっています。

3病院の診療科別患者構成は、平塚共済病院は、内科の入院患者比率が平塚市民病院の5割増と高く、特に呼吸器内科、消化器内科が多く、いずれも東海大学附属病院よりも1万人強多くなっています。逆に、共済病院は、産婦人科、眼科、皮膚科、泌尿器科等の入院患者数が少なくなっています。東海大学附属病院は、救急科、形成外科、耳鼻咽喉科、小児科、外科等が相対的に多く、このうち、患者数で圧倒的に多いのが外科であり、他2病院より3万人以上も多くなっています。

平塚市内の救急搬送件数は、平塚市消防本部のデータによると、平塚市民の救急搬送先は市民病院、共済病院の順であり、2病院で8割を担っています。なお、傷病程度別搬送数は、市民病院は軽症患者が多く、中等症及び重症患者は平塚共済病院が多くなっています。

次に、院内の医療環境について説明します。

診療科別入院患者数推移は、平成26年度は平成22年度に比べて、入院延患者数が約15,500人減少しています。傾向として、外科は増加していますが、それ以外は減少しているため、患者数合計は減少となっています。特に整形外科及び泌尿器科の減少が大きく影響しています。

診療科別外来患者数推移は、平成26年度は平成22年度に比べて、外来延患者数が約14,000人減少しています。傾向として、外科は増加していますが、それ以外は減少しているため、患者数合計は減少となっています。特に整形外科、泌尿器科及び眼科の減少が大きく影響しています。

初診患者数は、平成23年度に前年比約4,500人減と大きく減少しましたが、平成25年度までで平成22年度比約1,500人減まで増加しました。しかし、平成26年

度は、平成24年度実績より減少しました。また、紹介患者数は、平成26年度は平成22年度比で約1,200人の増加となりました。

病床利用率は、平成25年度までは、約87%を確保できましたが、平成26年度は約82%と大きく低下しました。これは、新規患者数が増えない状況下で、平均在院日数の短縮や逆紹介の奨励等、急性期医療の更なる進化に向けた取り組みを積極的に推進したため、延べ入院患者数が減少したことが原因と考えられます。

次に、市民病院の経営分析について説明します。

平成23年度から25年度までは、医業収益の増加に伴い、医業費用も増加していましたが、平成26年度は、医業収益が減少したにもかかわらず、医業費用は増加しました。その結果、近年は、医業損益の赤字額が拡大しています。

また、平成25年度までは、医業外収支を含めた経常損益は黒字となっていました、平成26年度は、赤字となっています。

入院診療単価は、平成22年度から毎年上昇しており、外来診療単価は、平成23年度に院外処方箋業務移行をしたため下降しましたが、その後は上昇しています。

職員数については、平成22年度から26年度にかけて、62人の増加となっています。よって給与費の増加は、人員増の影響が大きいと考えられます。

また、職員数の増加は、医業費用増加の大きな要因となっています。平成26年度は、医業収益が減少し、職員数が増加したため、職員給与費対医業収益比率が約65%となりました。

材料費は、平成23年度以降ほぼ横ばいとなっています。これは、平成23年度に実施した院外処方箋業務移行と医薬品の共同購入、診療材料の標準化を実施したことが費用抑制の要因であると分析しています。

経費は、年々増加傾向にあります。これは、光熱水費、高度医療機器の購入や電子カルテ導入に伴う保守委託等の増加が原因であると分析しています。

最後に、昭和62年度から平成26年度までの、現金預金残高、一般会計負担金及び単年度収支推移です。それぞれの関連性を時系列で示したものですので、御覧ください。

最後に、市民病院の現状について説明します。

本院が現状で考えている方向性は、病院を急性期医療に進化、発展させ、将来にわたって持続させていくというものです。この考え方を具現化したものが平成20年11月に作成した市民病院将来構想です。この将来構想では、救急医療体制の刷新、臓器別・疾患別のセンター化、小児・周産期医療の充実、日帰り手術・短期入院の実施、災害医療拠点機能の充実を図っていくとされており、具体的には、「救命救急センター」や「がん診療連携拠点病院」の指定を目指しています。

これらの構想を実現するために事業化した「市民病院整備事業」では、平成28年度の新棟完成後に、これらの診療機能が運用されるよう設計されています。また、平成30年度のグランドオープン以降に、新病院の診療機能を全て稼働させるためには、医師や看護師の人数を、現状より100人程度増員させ、それに伴う費用の増額を補うために、医業収益を現状の約100億円から約130億円に増やすことが必要と考えています。しかし、グランドオープン後の大幅な収益増については、相当な努力を要すると考えられます。

当院は、平成22年度の地方公営企業法全部適用後、急性期病院としての機能を充実させるため、積極的な投資による収益増を目指してきました。平成22年度から25年度までは、経常収支は黒字となりました。しかし、平成26年度は、在院日数の短縮や逆紹介の奨励等の、急性期医療の更なる進化に向けた取り組みを積極的に推し進めましたが、消費税率の引き上げによる受診抑制、診療報酬の実質的なマイナス改定、新棟建設中における患者動線の低下などが要因となり、新規患者数が増えない状況下で、延べ入院患者数が減少し、これまでの投資による支出増も重なって、大幅に収支が悪化しました。その結果、平成26年度は当初所有していた現金約7億6千万円が減少し、一般会計からの負担金約10億円を含めても、なお年度末に運転資金の不足が想定されたため、市から5億円の長期借入をし、資金ショートを回避しました。なお、現状の収支をもとに、今後の収支を見通すと、平成30年度のグランドオープンまでに、最大35億円程度の市からの長期借入が必要になるものと見込んでいます。

以上で、説明を終わります。ありがとうございました。

○平塚市民病院の将来像について

【第一部】地域医療マーケット（地域における医療の需要）の観点から

（座長）

事務局からいただいている段取りだと、第一部からいきなり入っているんですが、今の説明でわかりましたか。多分、もう少し今の御説明、院長さんの御説明とその後の関野さんの説明等について、なぜそうなっているのかとか、あるいはどこが院長さんの話と今の関野さんの話がつながっているのかとか、多分いろいろ聞きたいことがあるんじゃないかなと思いますので、まず第一部に入る前に、いくつか聞いておきたいことが委員の皆さんであれば、そこをまずご質問をいただいて、ちょっとすみません、段取りが事務方から言われているのと違うかもしれませんけども、ここをはまずきっちり確認された上で、ディスカッションに入った方がいいんじゃないかなというふうに思いますので、ぜひそこら辺のところ、よくわからないんですけどもという質問があれば恥ずかしいことではなく、私もたくさんあります実は。そこはぜひ聞いていただければいいかなと思っております。

それでは今のまず、ここはすみませんここは全部さん付け、本来、先生という呼び方もいらっしゃると思います、慣れていらっしゃるかと思いますが、さん付けで呼ばさせていただきますが、金井さんと関野さんから御説明いただいたことについて、それぞれ委員の皆さまから御質問をいただきたいと思います。その上で、まとめて答えをいただければと思います。では、御自由にどうぞ。よろしく願いいたします。なので、事務局今出てきた質問全部メモ取ってください、お願いします。順番にどうぞ。あまり遠慮なさらずに、これは市民の皆さんにとってこの病院をどう位置付けていくかということで、大変大切な議論だと思いますので、よろしく願いいたします。

（富田氏）

富田です。第一部の議論を見ますと、マーケットについてとありますので、それについ

てもうちよつとわかりやすく。今は病院の単体の病院の話が出てきましたので、マーケットという地域全体のこととして需要と供給と若干の資料はいただいたんですけども、もうちよつと詳しくこの地域の医療需要について御説明いただけませんか。

(座長)

ありがとうございます。他に何か御質問はありますか。

例えばいくつか資料が、先ほど後半の説明であったかと思うんですが、これがなぜなのかというところは、病院の認識としていくつか聞いてもいい点であろうかなと思っております。例えば、先ほど平塚市内の救急搬送件数の推移というところで、市民病院は軽症患者が多くて共済病院は中等・重症患者が多いというお話がありました。一方で、先ほど金井さんからのお話では、救急ワークステーションを作っていて、お医者様が常駐されていてとお話がありました。なんか論理的に考えると、重症患者の方はこっちの方が多いんじゃないかなと気がするんですが、それがひっくり返っているのはなぜでしょうというのは、例えば質問の一つ加えていただきたい。例えばそういうことです。あれ何でだろうなということがあれば是非聞いていただきたいなと思います。今の質問、二つ目に加えておいてください。金井さん、もう暫くお待ちください、他にも多分質問があると思いますので。淡々と事務方は減少しているという説明しているんですがそれはなぜかということを知りたい。

(森久保氏)

先ほど御説明していただきました、整形外科が減っているということでしたが、そのことに関しても当病院ではリサーチをしているのかということと、資金ショートの話がありました、その間に病院側がどのような改善点をしたのかその二点をお聞きしたいと思います。

(座長)

ありがとうございます。他に何かございますか。

(富田氏)

先ほど漠然とした質問だったのでもう少し詳しく。平塚市民病院の患者さんは、どういふところからきている患者さんが多いんでしょう。平塚市内が多いのか、それか医療圏、平塚市が確か25、6万でこの医療圏が60万ぐらいという神奈川県医療計画に載っていたんです。そうすると、どの辺から来ているのかなということ。それと平成26年度で、急性期病院の診療単価というか方向がずいぶん変わりましたが、それについての影響を詳しく教えていただきたいと思います。

(座長)

他ございますか。であれば、私いくつか追加してよろしいでしょうか。

紹介経路の入院の数が低いのはなぜでしょうか。この病院の一つの特徴だと思うんですけども、ここをどう見ていらっしゃるかぜひ教えていただきたいと思います。

26年度の収支悪化の原因について、いくつか分析があった、消費税が上がったから病院来るの減らすのかなとか、いくつかわかったようなわからないような説明があったかと思うんですが、明確にもう少しお示しいただきたいと思います。

今、富田さんから御指摘のあった、急性期の診療報酬改定の影響等々のことがあるのか、そこら辺も含めて教えていただきたいと思います。

それから、医業費用の増加についてなんですけども、これは人件費が増えているからということなんですけども、これはなんらかの計画に基づいて増やしていらっしゃるんだ、普通私、医療経営であれば、そういうふうを考えているんだというふうを考えていると思うんですが、それに対して目論んでいた収益が落ちたというところで、費用が出っ張っているだけでありまして、それを御説明されただけなんですけども、その計画というのはそもそもどういうものだったのか、そこに対する進捗というのはどういったものだったのか、御説明いただきたいと思います。

それから、今までにあった御質問の追加になるんですけども、マーケットについての御質問の中で、地域医療構想、神奈川県はまだ具体的にまだ出していないと思います。東京都は一部出されていると一部認識しておりますけども、地域医療構想で、この湘南西部医療圏というのが、高度急性期から急性期、それから地域包括ケア病床等々あると思うんですけども、これがどういう議論に今なっていて、これに対して今どういう進捗で、神奈川県の方では進んでいるのか。ここはある程度見えてこないか、じゃあ平塚は地域医療の中で、どこを担いますという話、あるいは平塚、伊勢原で一体だから全部それでいいのかという話。そういう中で、平塚市民の皆さんにご負担いただいて、どういうふうを考えていくのかというところがあるんだと思いますので、そこを是非お話しいただきたいなというふうに思います。私の方からは大体以上でございますが、何かございますでしょうか。

(富田氏)

もう一つ、資金ショートの話が出たんですが、今この病院は建設中で、最近は一価も上がって、その方でも厳しくなっていると思いますので、それと分けて建設の設備投資の方が足りないか、それか運営の方が足りないかそういうふうに分けて御説明をお願いします。

(座長)

今の御指摘大変大事なことで、要はこの1年赤字であったからということ、かつての将来構想を見直すのかどうか、大事な論点なんだと思っております。今の足元は当然厳しいんだと思いますね。実際今日、私もここに来ていただいて、これは確かに入りにくいなと思ったのも事実ですし、患者さん達、私も何人か平塚市民の方にお会いするたびに伺っているんですけども、あそこ今やってないんじゃないという勘違いも含めて、いろんな誤認識があるように思います。そういった建設に伴う影響といったところについても、26年度収支の評価あるいは27年度の足元の数字も出ておるんじゃないかなと思いますので、そういった関連で御説明いただければと思います。

大体よろしいですかね。また何か追加でここわからないんですけどというのがあれば、もちろん言っていただければ大丈夫ですので、よろしく申し上げます。以上、全部で何点に

なりますか。これ事務局大変な。11点ですか。では、11点についてそれぞれ御説明いただければと思います、またこれでわからなければ委員の皆様御質問ください。

(金井病院長)

病院長の金井です。今日は答弁がないと聞いて来たのでえらいことになったなと思っています。私がメモした順番にお答えしていきます。

まず、共済病院になぜ中等症・重症患者が多いのかということですが、これはまず第一点ですが、御提示した資料は救急隊で調査した資料に基づいております。ですから、救急隊が搬送してきた時にその場で中等症、重症ということを経験者から聞き取りをして書いたものになります。一つにはうちは、救急医がほとんど診ています。向こうは一般の各科の医者が診ています。ちょっとしたことでも中等症、ちょっとしたことでも重症となるそういう傾向が一つあります。それが多分、一つ重いことだと思うんですね。他には原因としては確かに、共済病院は循環器科の患者さんが多いんです。心筋梗塞とかそういうところですね。それが結構数として多いので、その部分があるのかなというふうに思います。それともう一点は、脳神経科が多いので、脳卒中も多分多いです。うちは外傷とか急性腹症が多い。そういった部分があります。

もう一点は、共済とうちとというのは、先ほど示したのはうちの病院の救急搬送件数ですが、平塚消防が搬送先のシェアを出しておきまして、これでは市民病院に現状では43%ぐらい、共済病院では37%ぐらいの傷病者を運んでおります。当院はERと称しておりますから、比較的軽症の患者さんでも、市民病院でも診てくれるかなということで受けているということ、そういうファクターです。トータルで私達は どうしてだろうというんですが、分析すればそういうことになります。それから、整形外科が減っている、これは間違いなく麻酔科の人員不足。外科は結構、僕を始め凶々しいので、入れろ入れろと言うんですが、整形外科のドクターたちは上品なんで、自分の与えられた枠にしか入れない。そうすると傷病者、骨折をしている患者さんを受けても、これ来週手術しないんだけど言っても、もう入んねえよということでじゃあ他の病院送ろうということで、相当数、整形外科は患者さんを他の病院に送ってます。そういう部分があるんだと思います。

(座長)

関連して麻酔科の人員不足についてお話しいただけますか。

(金井病院長)

麻酔科はそもそも、この10月より前は東海大から4人麻酔が来ていて、ですが実際には、並列で5列とか6列ぐらいやりたいと。手術室7室ありますから、5列、6列やりたいという状況はあるんですが、4人しかいないのであまりフルでできていないという状況がありました。そういうことで、元々麻酔科医不足であったということです。それに加えて最近、別のファクターがあって、当院に派遣していた大学が引き上げて、他の大学にチェンジしたというのが、この10月なんです。そういうこともあって、この9月、10月はちょっと落ちるというファクターもあるかもしれませんが、今日出ているデータにはそういったファクターは入ってきてないと思います。

(座長)

そこはすみません、つまり医療の診療科別で取れる人がかなり苦しくなっているという理解をしておいていいですか。お医者様を大学に送ってもらうとかあるいは他のところから貸してもらうとかについてかなり貸してもらえる人数がかなりタイトになってきていると。

(金井病院長)

そうですね。麻酔科医はほとんど市場に出回ってきていません。全くいません。だから1人でも確保するのはものすごく大変です。そういう状況に陥っています。これは、うちの病院だけの問題ではないんですね。

(重田経営企画課長)

経営企画課、重田です。先ほどの医業収益の減少要因、医業費用の増加要因の部分まず、私から。医業収益の減少要因は消費税の話とか冒頭させていただいているかと思えますけれども、確かに延べ入院患者数自体が、実際に8,500人程、26年度決算でいきますと6.5%ほど減少しています。その結果、入院収益が約2億5千万程減少していると。その中を見ていきますと、入院料が9千万近く、手術の材料に相当する手術材料部分が6千万ぐらい減少というような内訳になっておりますけれども、お話の中にありました、市民病院やっていないんじゃないかという患者さんも、実際に外来に来られた中で、言われる患者さんがいたというのも事実でありますし、やはり音の問題とかも敬遠された要因であったかと思えます。

それと、消費税の影響というのが結構、医療関係者の中からもその影響があると心配されている中で、一体影響が何人なのか、実際出すのは難しいところではあるんですけども、国などはそういった影響なんかむしろ、消費税の関係じゃなくて、これまでの医療政策、抑止と言いますか健康づくりの推進なんかの結果で、減ってきている傾向に大きくあるんだというような話をしている部分もあるんですけども、現実の市民病院からの話をすると、整備だけでここまで減るかという部分が考えられますので、何らかの影響はあろうかと思っています。

人件費が増えたから医業費用も増えたという事実を話しておりますけれども、確かに、これまで将来的に救命救急センターということで目指しておりますので、すぐに採用できないという中で、計画的に採用計画をもって、人的資源を確保しようと投資してきたのは事実であります。ただ、26年度が収益が落ちてという影響があって、資金ショートにあわやなるという市からお借りした訳ですけども、そういうことがあったということで、人件費の多さが目立ってしまったというのが26年度の現状です。増やしてきたというのは、計画的に増やしてきたというのが事実です。不足していたら申し訳ございません。

患者さんがどこから来ているかという話ですけども、分布、統計などみていきますと、この辺の地域を旭地区というんですけども、この近辺が一番多いんですけども、隣の大磯町あるいはその隣の二宮町、この辺からも来てます。ちょっと離れたところから見ますと、市内ではあるんですけども、厚木の方に近くて、大神地区というのがあります。こちらか

らも地図的には飛んだ形で来ております。おそらく小田原厚木道路、あるいはその側道がありますので、これを利用して来られている患者さんがいるのかなと思います。

資金ショートに関する改善点部分ですけれども、実際に26年度、資金ショートになるということで、市からお借りをした訳ですけれども、27年度に入りましては、事業管理者あるいは病院長から、全職員を集めた意識改革というようなことで、改善の協力を求めるということとともに、個々に面談をさせていただいて、費用の抑制、コスト、無駄な材料を使わないとか、あるいは人件費を抑制されるように時間外の適正化でありますとか、入院日数の適正化でありますとかそういったような取り組みをしていっているところです。現在も取り組んでいるところです。

(別所病院事業管理者)

病院事業管理者の別所でございます。先ほど座長の方から、これは一時的なものなのかというような質問がありました。それについてお答えいたしますけれども、経営分析というところをちょっと見ていただきたいんですけれども、最初の方にある市民病院の現状についてのところの経営分析、そのところで、医業収支というところを見ていただけるとおわかりになると思うんですけれども、平成25年度に比べると26年度は、やはり医業収支落っこってますけれども、それ以前の24年度よりは収入が多いんですね。収入が多いにも関わらず、相当な資金ショートを起こしているということは、やはり相当の医療機器の導入を行いましたし、先ほど亀井さんが言いましたように、将来を見込んでどうしても医師並びにナース、その他をしっかりと確保していかなくてはならないということで、やはり人数を増やしてきたと。そのための当然、経費がかかっているというふうに理解しております。

やはり、医療機器というものは平成22年、私が来ましたが、その十数年間全く整備されてなくて、私が来た時には、医者がこんな医療機器では診られない、患者に対して大変なことになるということで、相当、大幅な高額の医療機器の整備を、十数年分を3、4年でやったという経緯がございますので、それも影響しているんじゃないかなと私は思っております。ですけれども、これは将来の発展に対する投資ですので、それが将来、花開いていこうという期待を基にやりましたけれども、まずいことに丁度、26年度に収益が少し落ちて、資金ショートをしてしまったという状況で、反省はしております。どうしてもこういうようなことをしないと、将来の病院の発展性はないということ、私達は数年後、十年後の病院の姿というものを抱いて、計画を立てて考えながらしていますけれども、やっぱり公立というのは、その時の予算措置でやっていかなければいけないということで、難しい問題だと思います。今年度はどうかということなんですけれども、9月の時点におきまして、昨年度よりも回復して入院、外来も3億5千万円アップしています。ということで、大体、稼働率も80数%~90%近く占めております。稼働率が上がると単価が下がる。そのためにもしっかりとした施設基準と、やはり救急救命センター、その他のものをしっかりとつくって、単価を上げていかないと、将来に当たっても当然、厳しい状況が続いていくかと。収益性をどうやって上げていくか、そのためには私は、医療機器を整備し人員を増やしてまいりましたので、これは私自身この病院の本来の姿だろうと実感しております。

(座長)

ありがとうございました。

(別所病院事業管理者)

内科が弱い。

(座長)

内科が弱いというのはどういう問題が起きるんですか。

(別所病院事業管理者)

内科は病院の基盤ですので、基盤のところ弱いというのは人数的に、パワー的に内科弱いですね。先ほど病院長が一生懸命、慶応の関連病院だとおっしゃってましたけども、慶応の内科は人を出さない、それが私達としては、大変大きな問題になっている。どうやって内科医をしっかりと確保していくかということは今、院長相当動いているというふうに思っていたら結構です。

(座長)

ありがとうございます。残り多分二つあると思います。

(相澤経営企画課課長代理)

経営企画課の相澤と申します。今うちの課長等の発言に、補足するかたちなんですが、まず患者がどこからかという部分で、データの二次医療圏と言われるのが、平塚と中郡という範囲なんですが、そこから来られている方、重症者が来られる方が85%程度いますので、ほとんどそのエリアの患者さんを診ていることになります。中でも先ほど課長が言ったように、どちらかという、平塚の西部に偏っておりまして、それと大磯の患者さんが多いというデータになっております。

診療報酬改定の影響なんですが、平成22年度と24年度は、急性期病院にとってプラスの改定と言われておりまして、26年度がややマイナスだったというところなんですが、実は平成22、24からずっと、入院単価自体は上がっております。ただし、26年度の改定で、在宅に関してプラスに働く改定だったために、そこで患者さんが在宅に流れるようになり、在院日数が短くなったというところから、入院収益が下がっていったんであろうという分析をしております。

資金ショートの原因は、医業運営なのか建設費なのかなんですが、建設費におきましては、ほとんどの部分を企業債、起債で補っておりまして、支払いがまだ始まっていないという部分では、持ち出しの部分はあるにしても、26年度のいわゆる資金ショートに近い状態になったのは、医業運営費の方に原因があるのかなというふうに分析をしております。これは、元々先ほどのもう一点、医業費用の増加や、人員増は計画的にやっているのかというお話しがあったんですが、これはもちろん計画どおりにやっただけですけども、費用は計画どおりに進んでも、収益が計画の方に入らなかったということで、その乖離

が結局、現金預金減少という答えになったんだろうとっております。

紹介経由が少ないということですが、これは全国的に市立病院、公立病院さんはそのようなかたちになっているんですが、敷居が低いという部分があります。具体的に言いますと、外来に初診でかかったとき、選定療養費というのがあるんですが、当院は1,700円くらい、お隣の近くにある共済病院は、4,000円近くお取りになられているわけで、紹介状がないときに、いきなりかかってもその辺の敷居が低いという意味では、いきなり来てかかりやすい病院というふうな認識がある。あとは、市民のためというか、市民病院という名前ですので、そういう意味では、紹介経由ではなくても、かかっていいんだろうというような意識が働いているんじゃないかなとっております。患者数減少という分析の意味では、外側いわゆる在宅ですと、かかりつけですとか、というところに患者さんが流れていくような紹介、逆紹介を行っておりますので、逆に言うと、そういう効果が出てきて、適正化と言っていいのかわかりませんが、状況が今の結果になっているのかなというふうに考えております。

院長の方から地域医療構想の進捗状況についてお話しいたします。

(金井病院長)

地域医療構想は、この地域は湘南西部二次医療圏と申しまして、平塚、大磯、二宮と秦野、伊勢原の範囲で考えるという県の方針となっております。

この湘南西部医療圏の特徴は、流入が非常に多いということです。28%が流入していて、20%が流出しています。他のこの周辺は、湘南東部は逆に28%流出して流入が21%ぐらいです。県央も県西も皆流出が多いんです。ここ流入が多いんです。なぜかというところ明快ですよ、東海大学病院があるので、あそこに二次医療圏を超えて、いっぱい患者さんが集まってきているということです。そもそも、必要病床数の計算のところはどうするのかという議論を今やっているところです。調整会議というものを、二度ほどこの地域でやっておりまして、まさにオンゴーイングですね。多分私が想像するに、問題になるのは、高度急性期、急性期どの病院何床にするかということではなく、多分、回復期病床が1,000病床くらい足らない感じですよ。ただ足らないなら、色を変えればいいじゃんということになるんですけど、ベッド数自体がないので、数百床くらい回復期病床だけのマンモス病院を建てなきゃいけない、ただ単純な計算になりますね。それは現実的じゃないんで、どういうふうに収まっていくかというところです。

(座長)

今、金井さんから御説明あったのは、10月7日付であとから送っていただいた資料ですよ。そこは、委員の皆さん確認しながら、後から送っていただいた資料、地域医療構想策定に関する資料を後から送っていただいて、その中の3ページに医療機能別許可病床数状況というかたちで、今の足元の状況について、数字があつてとりあえず全体としては、湘南西部圏域については、4,899床あると。これが上段は、現状で下段は6年後の予定という形でほぼ同じ形で考えていますということで、この中では回復期440床しかないのをこれをどうしますかというところがポイントですねというところよろしいですか。

(金井病院長)

はい、そうです。

(座長)

後は、これで大体御質問はいただいたかと思うんですが、それではそういった回答を含めて議論に入りたいと思います。どうしましょう、5分ぐらい休憩取りますか。取りましょう。あの時計で30分から再開をさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

—————休憩—————

(座長)

それでは、再開させていただきます。

それでは、今日は二つ大きな論点があります。地域医療マーケットの観点からそれぞれ委員の方から議論を提起していただいて、それについてディスカッションしていくという形で進めてまいりたいと思います。

それではまず最初、石田さんから市の総合計画における市民病院の役割とは何かというところで簡単にお話しをいただいて、その上でディスカッションを進めたいと思います。石田さんよろしく願いいたします。

(石田氏)

どこの行政もそうなんですけども、総合計画というのがありまして、その中で当然、医療関係についても方向性を持っているわけがございます。特に、平塚市が新たな総合計画を、今作っているところで、28年度、来年度がスタートの年になりますけども、その中の重点的に取り組むべき方向性、これが重点施策が4本の柱があります。その4本の柱の内の一つが、「子どもを産み育てやすい環境づくり」ということで、子育て関係のものが一つの大きな柱となっております。取り組むべき重点項目となっております。その中で、周産期医療の充実、分娩取扱い医療施設の充実、こういった文言を、具体的にこの計画書の中に、現在書き込みをさせていただいているところでございます。こういった周産期医療や、あるいは分娩を取り扱う医療施設、こういったところの充実を図ることによりまして、子どもを産み育てやすいそういった環境づくりをしていきたいと。そういう思いから、こういった内容で総合計画に位置付けをしているというところでございます。

(座長)

ありがとうございます。御意見、御質問ありますでしょうか。いかがでしょうか。ちなみに、周産期医療を充実させようとする、実際に厚木で起きたことなんですけど、小児医療が充実していないと周産期医療がなかなか充実できないと、ここはお医者様が医療連携を考えていらっしゃるって、周産期だけではなかなか難しいという中で、小児科が充実しているところも、元々産婦人科の先生が非常に少ないということがまず世の中の需要

があつて、これを呼ぶためにお金をずいぶん払っている自治体さんもありますけども、周産期医療を充実させるということをより具体的にはどうお考えになっているのかということころは石田さん具体的にはどうなんでしょうか。

(石田氏)

これは市の総合計画ですから、一般の民間の病院はやたら増やすとか病床数を確保すると、そういうことはできませんので、ここで掲げているものというのはあくまでも公立病院、市民病院に求めているというスタンスで我々は位置付けをしているものでございます。

(座長)

ありがとうございます。その上で、小児科を含めたもう少し長い時間軸で多分、供給を増やしていかないと、実際にはその充実が難しい現実的な課題じゃないかなと感じております。こちら辺のところすいません、武川先生、非常にお話しされにくいというお話がありました。こちらの病院の周産期医療というのは充実しているとお医者様の評価なんでしょうか。

(武川氏)

元々がこの地域は、共済ももちろん頑張っていたんですけども、最初に産科がなくなってしまったんですね。数年前ですけど、その時に共済病院の院長先生が、石山院長にだったかね、行って頭を下げてよろしくお願ひしますというお話にきちつとなっていて、とにかく今、周産期医療ものすごく大事なんだけど、また逆にものすごく難しい人集めてくる自体も非常に難しい。そういう状況もありまして、平塚全体で平塚市民病院に頼っているということがあります。医師会としても感謝しております。

(座長)

ありがとうございます。他にどうでしょう。実際に外から御覧になっても結構ですし、あるいは市民で見ている、ここは診やすいとか他の地域の話の聞くと何かあれば。なければ次の方に進ませていただいて、また何かございましたら戻りたいと思います。

それでは次、高橋さんから平塚市の医療環境と医療政策における市民病院の役割についてお話をいただいてその後にディスカッションとさせていただければと思います。

(高橋氏)

平塚の健康こども部の高橋と申します。よろしくお願ひします。市民病院の役割ということで、秋山委員と私の方が大分近い考えと言いますか、市民の目で見させていただいた、市民病院の医療ということでございます。

基本的には、平塚市民に対して良質、そして適切な医療サービスを受けています。患者が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるようにということで、私なんかは思う公立病院としての期待するものと言いますか、例えば、今まさにお話がありましたけれども、医療体制の設備充実という中でも、総合的な救急医療というものを求められると思います。市民病院、平塚の二次医療機関という役割を担っております。今も出ましたけ

ども、産婦人科が地域内で唯一の医療機関だと思います。市内の一次救急医療機関の役割も引き受けているということもありますので、これは市民の安全、安心確保のため、引き続いて救急医療体制の維持が求められる。

それと、平塚健康こども部、平塚市民ということでは、小児医療。これは石田委員からありましたけども、総合計画の中でも「産み育てるまち、選ばれるまち」ということを大きなテーマを、私ども市としては、提案しております。その中では、安心して子どもを産み環境を整備ということでは、小児医療の充実、特に休日ですとか、夜間ですとか、小児医療救急夜間の体制の確保が求められるのかなということ。やはり繰り返しになりますけども、周産期医療。出生数の減少傾向という中では、高齢出産ですとか、ハイリスク患者への対応というものが求められるのではないかなというふうに思います。

全体としましては、災害時の医療ということも重要なポジションになるのかなということも思います。これらがまだまだあるとは思いますが、市民病院に対する役割として平塚市民から見た目線かなというふうに思います。

(座長)

はい、これについて比較的それぞれ皆さんお話しやすいと思うんですが、いかがでしょうか。

(森久保氏)

森久保です。市民の目から見た病院経営とありましたが、私は平塚市民病院のことはよくわかりませんが、他のところで学生を教えていると、臨床検査技師の学科ですが、大学病院には就職したくないと、市民病院とか公立の病院に行きたいと。なぜかと聞くと、土日が休みだから、そういう回答が返ってきています。私も面喰ってその話を聞いていたら、確かに土曜日はお休みだ。でも、土曜日は一番大事じゃないかな。土日というのは「・・・」という考えがあります。私も伊勢原の大学において、病院であり、高度救命救急センターであります。つくったときの先生は80歳まで現役で私の師匠でもあったものですから、病院に来て亡くなるのがいいのか、救急車の中で亡くなるのがいいのかよく考えろ、そういうようなことを聞いていた時ですね、たらい回しで亡くなるより、ちゃんと医者が診ての方が、御家族は納得するんじゃないかなと、こういうようなお話しがありました。第三次高度救急救命センターに風邪でも来ちゃっている患者さんがいます。それはそれで問題だと思いますが、こちらの病院は土曜日はやっているかわかりませんが、もしやってないのであったら、やっぱり市民の目から見て、土曜日にも運営するということをしていかないと。何か先ほどから御説明は受けてはいるんですが、何かを改善されたことがあるのかというのが、全然それが耳に入って来ないですね。何をどのように改善して、こういうふうになっているのか。全く何にもやってない、ただ役所仕事でやっているというならそれまでですけども。こういう改善をしてきた、こういう改革をしてきたというのが全然出てこない、確かに皆さんが言われるように、市民病院にお金を出してそれだからマイナスだというのはわかる。何かしら改善点があって、こういう改革をしてきたんだけどもという話は出てこないで、ただこれだ、これだ、ショートだ、ショートだという話ばかり出ていると、それは何も生まれて来ないんじゃないかなということが一点と。

二点目は、先ほど院長からお話しがありましたが、県央の方から東海大学病院に搬送されて来る患者さんが結構多く見られます。私も厚木に住んでおりますが、厚木市民からしてみれば、平塚市民病院はすごく、のどから手が出るほどドクター立派だと言われております。厚木の首長は、素晴らしい機械入れて、一時反対する人はいましたが今、逆に巷では、平塚市民病院は、建物は立派なの造るかもしれないけど、機材が買えないんだったら医者もらったら厚木市立病院がよくなる、という話が飲み屋さんで出るような話ですから。厚木は、機材は一流、ドクター立派に頑張っているんですが、もっといいドクターがいれば、厚木市民、23万近く助かるんじゃないかと。私は厚木に何年か住んでおりますが、ほとんど救急的なことが、確かに病院はありますが、いざとなったら東海大学だろうと。ベッド数、1,133床から804床まで減ってますから、中核病院が一つなくなるぐらい329床くらい減っていると思います。そうなるといざと言った時に、県央の人達は東海大に向かうと思うんですね。その時に、確かに平塚共済病院さん、市民病院さん、済生会病院さんありますけども、ここら辺がタッグを組んで救命救急に取り組んでいかないと、いざと言った時に人の命が助けられない、机上の論理だけでは何もならないと思いますので、事務局の方、大変耳が痛いかもしれないんですけども、再三言うようですが、どのような改革をしてきたのか、やってきたのかやってきてないのかそれだけでも構いません、教えていただきたいと思っております。

(座長)

ありがとうございます。他に何かございますか。

(正木氏)

済生会正木でございますけども、先ほどから公立病院として期待するという話が出てきているんですけども、このこと、例えば小児科、産婦人科、周産期やっていきます、そういったことの市民の皆さまに期待している、期待されているということは、当然だと思っておりますけども、例えば小児科病棟ですね、病院経営の採算ということとは全く違ってまいりまして、私も東部病院、500床ある病院なんですけども、小児科のドクター十数名おりますけども、ここで本当に忙しくやっておりまして、それでも赤字なんですね、原価計算しますと。周産期も赤字ですね。ある意味では公立病院だから期待することと、採算とれないというところとたくさんございまして、それだからこそ、繰り返し繰り返し入れがあるんだと思っておりますけども、全て全くきれいにしようとおっしゃるのは、病院経営の立場からすると少し大変じゃないかなと思っておりますね。

ドクターのことについても、土曜日、日曜日開けたらいいじゃないかという御意見ありますけども、例えば土曜、日曜ぐらい休ませてあげたらどうだと思っておりますね。その代わり、患者さんの期待といいますか、診療については滞らないように救急外来をしっかりととか、そんなことをしながら、土曜、日曜ぐらいは休ませて、また月曜日からしっかりと頑張ってもらおうということで、土曜日オープンするかっていうのは、病院の判断はありますけども。市民の皆さんが開けてほしいとあれば、開けたらいいと思っておりますけど。そうすると、多分、人件費がずいぶんかかると思っておりますね。ドクターだけいけばいいんじゃないなくて、放射線技師さんも事務方も、土曜日・日曜日はよく未収金が発生するんですね。

土曜日・日曜日開けたことによって、未収金の90%の発生は、土日に発生しておりますので、未収金の確保をしないといけないということで、いろいろやることによって、潰さなきゃいけない課題がまた出てくるであろうと思います。

私は今日お話を聞きまして、一つは評価の一つは平均在院日数の短縮だと思うんですね。平均在院日数が、毎年毎年下げられておりますし、今の時代だとすると、平均在院日数を基本的には短くするというのは、病院経営になっておりますけども、これを毎年毎年短くされているのは非常に高い評価をしてもいいんじゃないかなと思います。

(座長)

ありがとうございます。他に何かございますか。これそもそも市民の皆さんの評価っていうのはどうなんでしょう、この病院について。って言うのは、この分厚いの、私も一通り目を通したんですけども、外来でいらしている方の評価は書かれているんですけども、来ない人の評価というのは秋山さんのように、健康でというのは一番いいんですけども、健康じゃなくて他を選択されている市民さんいらっしゃると思うんですね。そこでなぜ同じ機能がある市民病院じゃなくて、他の医療機関を選択するのか、例えば東海大へなぜ行くのか、あるいは共済病院へなぜ行くのか。いらしている外来の方に聞いてもそこは答えが見えてこないわけで、その部分はなにかデータで何か見えている部分はあるんですかね。あるいは市民の皆さんにお話を聞いていけば、なんとなく近いからというのは、理由はわからんではないんですが、共済病院さんの競争は、そんなに近さ変わるかといったらそんなでもないんじゃないかと。東海大の場合は当然、平塚から見たら少し遠くはなりますけども、そこら辺のところどうお感じになっていらっしゃるか、もしぎっくばらんにもし感覚としてあればいかがでしょうかね。

(秋山氏)

一般の住民から見た時に、平塚市民病院選ばずにいい悪いを判断基準として共済へ行くとか、済生会へ行くとか、そんな選択を住民が真面目に考えられるとは考えられないんですね。どちらかという、平塚という名をつけている病院ですから、まずは市民とすれば、あるいは住民とすれば、平塚市民病院を考えますよ。そういう意味からいくと、何か私には細かい分野はわかりませんが、周産期医療の充実とか云々よりも、自治体レベルの話となりますと、それを埋められる気力ある30、40代の人間に、いかにその気で地域活動も含めて、本気で動いてもらうのかそういう根付けをしているわけです。私自身、周産期医療不足そのものについて私は聞いておりませんが、将来のことを考えると、このまま少子化が続いてほっとくわけにはいかないわけですから、ぜひ考えていかなければいけないことだなと思います。

(座長)

ありがとうございます。他何かございますか。

(富田氏)

先ほどから統計を聞いてますと、救急も周産期も小児もそれなりに政策医療というところ

ろは頑張っているなど感じます。頑張っている中身と結果の数字と結果があんまり見えてこないで、さっき正木さんがおっしゃったような、原価計算というのがないので、どこの部分が頑張っているのかとんとん、どこの部分は頑張っているけど、マイナス。ここの部分はあるいは住民のニーズがあるかどうか本当はないので、非常にわかりにくいと思います。ただ送っていただいた資料のもうちょっと後に出てきますけども、これから先、急性期病院は、もっと厳しくなると思います。国にお金がないので、そんなにたくさん高度急性期に払いませんよということになりますと、やっぱり需要を考えてどのぐらい地域の需要があるんだらうというのが、まず先にくると思うんです。平塚のこの地域医療圏、だいたい60万のところに急性期病院が二つ、三つ、大学病院があるというのは大きなところですね。公的な病院がそれだけあるということは、それだけ急性期でいえば患者の奪い合いにもなりますし、どういうふうにすみ分けてどうなのかなど。正木さんがいらっしゃった、熊本地域が多くって、医療の連携ですみ分けたというのはありますが、この地域でどの様なすみ分けをして話し合いを進めているのかというのをお聞きできればと思うんですが。

(座長)

ありがとうございます。いくつか指摘がありましたので、もしそれぞれ設置者さん、あるいは院長さんあるいは事務局さんを含めてコメントされたい部分があればお願いしたいと思います。

(金井病院長)

平塚26万人都市で、大磯、二宮含めても三十何万人ぐらいいます。この地域に、伊勢原と秦野を除いて話しますけども、その30何万人に400床規模の急性期病院二つというのは、経営的には相当しんどい状況だと思いますね。隣の藤沢は、今ちょっとパターンが違いますけども、40万人くらいの都市で公立病院一つです。左右から徳洲会が攻めてきていますけども。我々からすれば配置人口、一病院で40万人ということと、一病院当たり13万人ぐらいしかないと相当厳しいなとわかってきますね。現在もそうですし、将来的にすみ分け的なことは将来やっぱり必要なんだろうと思ってます。今、現状ではチキンレースに近いような感じになっています。実際にうちの病院も応需率頑張ってやってますけども、共済さんも多分、救急車がほしいというのは多分あるうとは思ってますね。うちは救急疾患に対してアプローチが、共済さんと違うアプローチをしています。共済さんは、循環器内科それだけ当直させる、脳神経系のドクターそれだけで当直させる。あるいは、当直させなくても電話を持たせると。それをやったら実際に医者が倒れちゃうんですね。実際、共済の脳外科の先生も嫌になって辞めちゃったという歴史的な経過があります。うちはそうではなくて、ER的に救急医を専任に置いて、いろんな疾患を救急医が診るというアプローチで、この間やってきて、それなりにサクセスして、それなりに救急件数が増えてきたというのがあるんですね。その流れの先には、三次救急センターまでやるぞということがあるから、救急医もいるわけだし、もしその先がないんだったら、救急車だけ診てとなったら、皆いなくなると思うんですね。ですから、そういう意味でいうと、うちはこの地域の三次医療までやるべきであると共済さんは、現状二次ですしうちも二次です

けども、二次も半分ぐらいはうちがやると。一次も他の病院しんどいでしょうから一次もうちがやると。そういう形で私達はそういう立ち位置でイメージしています。

その他の領域に関して言いますと、がん診療に関しても、当院には産婦人科がいます、泌尿器科医がそれなりに数がいます、優秀な皮膚科医がいます。ということで、世の中にいっぱいある大腸がんや胃がんも当然ですけども、その周りにある数は少ないけどやらないといけないがんも当院ではやりますと。そういう立ち位置を執りたいなどは思っています。それは完全な思いですけども、最近、平塚市長の肝いりで平塚市で医療政策懇話会というのが始まっていて、そこで地域医療ビジョンのこともありますし、平塚市内でのすみ分けみたいなものもちょっと相談していきたいねということをおっちは勝手に思っているところですけども、共済さんがどう思っているのかちょっとわからないところがあります。

(座長)

ありがとうございます。他の点はいかがでございましょうか。例えば何を改善したのかというのは、森久保さんから御質問があったかと思うんですけども、細かいところ、この5年でも結構でございますけども、どんなことを取り組んできたのかそれがどのような改善をもたらしてきたのかについて少し御説明いただけますでしょうか。

(重田経営企画課長)

これからの取り組み、現在までの取り組みを含めまして申し上げますと、先ほどの説明でも申し上げたかと思えますけども、例えば、経費の節減という中では、材料費の標準化とか薬品の共同購入、こういうような話がありましたけども、これは数年前から取り組んでおりまして、経費の節減は、行っているところです。実際、共同購入については日野市、大和市、近隣の東京、ここら辺を含めて一緒にやっていくことで、節減を目指しております。

草の根活動みたいなことになってしまいますけども、かかりつけ医さん、開業医さん、言葉は悪いですけど、営業活動みたいな形で、ごあいさつ伺いまして紹介、逆紹介につなげるためのやり取りをさせていただいたり、市民病院も積極的に外に出るということで、出前講座の本数を増やしていこうということでもありますとか、今年度の取り組みとしては、連携BOXと言いまして、インターネットを使いまして、検査とか機器の開業医さんのパソコンから予約ができたとか、そういうような取り組み、使いやすさをご利用のしやすさをアピールさせていただいたりとか。

市民病院がそもそもやっていないんじゃないかと、先ほどお話ししましたけども、「広報ひらつか」を使わせていただきまして、周産期医療、あるいは小児医療に取り組んでいますよと、安心して産み育てられますよというアピールもさせていただいております。

先ほども言いましたけども、人件費の話、コスト削減これについて、時間外の話、先ほど申し上げました、適正化ということで。非常勤の先生方のありかたと言いますか、常勤の先生方が増えておりますので、非常勤の先生の実態に合った形での削減と言いますか、取り組み。先生方の院外活動の基準などの見直しということで、例えば研修に行かれる、資格を取られるといった部分の基準、助成のあり方その辺については、この数年取り組んでいるところです。他にもありますが、主だったものについて私から。

(相澤経営企画課課長代理)

私の方から、診療体制どのように取り組んできたかという部分で説明させていただきますが、先ほどから何回かお話し出てますが、急性期病院の充実に向けて取り組んできました。急性期病院ですので、基本的には救急患者と紹介患者中心の医療ということになるわけですが、救急体制につきましては、人事面を含めて救急医の増員ですとか、ER体制を時間を延ばして運営するというようなことに取り組んでいます。

紹介患者につきましても、紹介経由で来院される数が少ないにしても、人数は非常に多くなっている状況です。それは、病診連携の担当の窓口をつくったり、アウトプットと言いますか、退院後の施設にどのように送るかという体制の強化。そういう意味では、退院支援の部署を独立させ、人員も増加させて取り組んできたという意味で、平均在院日数が段々短くなってきているという意味では、そういう点が挙げられるのかなと思います。

その他に診療報酬の動きといたしましては、看護師は当然、多く雇えばそれなりに急性期医療の入院料を取れる訳ですけども、近年は薬剤師とか検査技師等を専従で付けることによって、診療報酬の加算が取れるという部分がありましたので、そういう部分を多くしております。反面、看護師が思うように増えなかったという部分は、そこに奨学金等を使った勧誘を行ったことによって、支出も増えてしまったのかなというところがあります。運営面では、土曜日開院というお話しがありましたが、放射線の検査MRI等については土曜日もやっております、それは市民の方すごく利用させていただいて利便性が上がっていると認識しております。

(座長)

ありがとうございます。だいたい今いろいろとお話がありましたけどもいかがでしょうか。委員の皆さん。まだいくつか十分な説明がデータを含めてないのかなと思いますけども、そこら辺はまた追々聞いていきたいと思います。

それでは次、森久保さんの方から市民病院の役割について将来担うべき病床区分とはどんなイメージなのか、救命救急センター、がん診療拠点等々ございましたのでそういったような解説を含めて新棟の役割について、この三つについて問題提起していただければと思います。

(森久保氏)

先ほど資料を、ずっと前に送っていただいた資料、一通り読ませていただきましたが、高度急性期の病院をつくるということは大切なことだと思います。しかしながら、回復期の病棟をきちんとしておかないと高度急性期の病院をつくってもあまり意味がないんじゃないかなというふうに思います。これから先、高齢者が増えてくるわけですから、脳梗塞、心筋梗塞そういった疾患が増えてくると思います。その時の対応として、回復期のベッド数を入れた数を入れて、441ぐらいでしたか、その中でも80床ぐらいは、回復期に回してもいいんじゃないかなと思う点が一点と、二つ目は先ほどもお話ししましたが、確かに一つの湘南西部圏域に、救命ありますけども、東海大学、先ほども言ったように、以前より中核病院一つぐらいの規模が消えております。そういうことを考えると、共

済病院と市立病院、済生会病院さん、やっぱり組んでどこかですみ分けるようなこと必要だとは思いますが。そういうような形を執っていかないとやはり無理なんではないかなと思います。

経営面でどうかというのは、今日もアドバイザーの先生が来られてますから、聞きたいと思います。市民の立場から見てどうなのか、国も方針変えてきました。そうすると急性期で診て、すぐ関連の特養とか老健に患者さんを紹介していくような形になっていくんじゃないのかなと思います。

今の市民病院さんというのは、確かにベッドの稼働率がどうなのかそういったことは、ここで出てくるかわかりませんが、いろいろ市民の皆さん我々も仲間がいますから、結構ベッド空いてるよとかいろんな話を聞きます。長くいさせていただいている方もいられている人は、市民病院の役割としていいのかもしれない。財政面では悪いと思いますが。先ほど隣の正木委員も、在院日数が11日というお話がありました。確かに、うちの大学の病院も10日か11日で退院しています。それが果たしていいのか別ですよ。しかしながらそうしていかないと、きれいごとではなくて、病院運営ではなかなか難しいというような点が挙げられると思います。

市民病院としては、弱者の方とか貧困問題とかいろいろありますから、市民という名が付くからそういう役割もあるというのは重々承知であります。しかしながら、それがうまくいかなかった場合には、そのツケは全部市民に回るわけですから、そういう観点から委員の先生方の意見を聞いて、発展的な御意見を皆さんからいただいてまとめていただきたいなというふうに思います。

(座長)

ありがとうございました。

(正木氏)

済生会病院も三つの病院の中に入れていただいております。済生会114床ですので、大したことでございませぬけれども、病棟が非常に古くなりまして、建て替えをということで、何がこの地域で必要か議論しました。その中で結論を出しましたのは、回復期を担っていくべきではないかなと思ひまして、今2万の中では50床ぐらいしかありませんで、もうちょっとあってもいいんじゃないということで考えていまして、新しく「ららぽーと」の横に移っていきますけれども、その時は回復期をやらせていただきたいというふうをお願いをしております。私はこの席で、病院の宣伝をするわけにはいきませんので、事実だけはお伝えしますが、連携をするというのは、それぞれ機能が足りないところをお互い補てんし合うということで、例えば市民病院がすべての医療をやったと、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と。そうすると、それで医療が完結したという成功した例が今までなかったんですね。どちらかという、高度急性期・急性期、若しくは急性期・回復期とか、回復期・慢性期とか、そのくらいの組み合わせでいかないと、あまり高度急性期病院が地域包括ケアとか、慢性期をやっちゃうと、なかなかうまくいかない。厚労省も地域医療完結型で、できたら法人完結型、病院完結型とかじゃなくて、地域で完結すべきという方向を出しておりますので、その辺の病棟を使っただけであればよりあり

がたいし、できたら市民病院には、高度急性期・急性期病院を担っていただいて、そこで高速回転をする。これは非常に難しい問題ですけれども、今の平均在院日数を10日を切るぐらいの回転をしていくということ考えながらしないと、どんどん病床使用率が減っていきますので。

あと新患をどれだけ迎えられるか。新患を迎えられる可能性として、救急であるとか紹介、あと外来。外来で上がってくる患者は、非常に少ないので、紹介と救急が、急性期、高度急性期の命じゃないのかなと思うんですね。その辺をどうやって獲得するか、連携をして人を配置して少しは強化したというお話があったんですけども、本当にどの病院も連携室を充実しております、20人単位ぐらいで置いてまして、皆様方、どれだけ連携、さっきから前方連携で患者さんをもろうか、紹介してもらおうかが命だと思います。外来からはほとんどあがってこないんですね。紹介をもらった患者さんについては、非常に入院率が高いんですけども、飛び込みで来た患者さんについては、ほとんど1%から3%もない患者さんの率ですので、紹介は日頃からちゃんとした連携をしとかなないと、なかなか紹介がない。AよりもBがいい、BよりもAがいいとか、そこがサービスにかかってくると思うんですね。お互いに先生方のレベルが片方が下がるんじゃないかと、お互いが同じようなレベルになった方が患者さんが安心していかれる要素だと思うんですね。そのための努力とか、ただ連携をしてもらったからほったらかしにせず、連携をお願いした病院がちゃんと見に行く、日頃からちゃんとコミュニケーションを取るとか。そういったことも含めてこれから先の方向としては、急性期を目指すのであれば、連携と救急というのを大事にしていく方が大事だと思います。

(座長)

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

(富田氏)

先ほどもちょっと触れましたけども、国が出している資料の中で、これからどの病床区分が増えるか減るかという中で、どこでも急性期は多分、どんどん減るだろうと言われております。東京都内でも随分、急性期の病院はたくさんありますけども、おそらくかなり急性期の病院が余ってくる。在院日数がどんどん短くなっていますし、昔に比べて先ほど先生がおっしゃったように、低侵襲ですので早く良くなって出ていくわけです。どんどん患者が出て行きますので、おそらく26年度の報酬改定に乗れなかったというのは、おそらくそういう対応が遅かったんじゃないかなと思うんです。外に出て行った患者さんをどうやってまた回転していただくとか、先ほど正木さんがおっしゃったように、連携をするとかそうしていかないと全然増えない。それから、将来予測として急性期の病院は、減っていくだろうというふうには思います。人口急増期ではないので、必要な時に急性期の医療を施せばいいので。

あとこれからは高齢者になっていくと、身近な存在として慢性期とか介護とかそういったものがくつついた患者さんが多くなりますし、統計でも圧倒的に足りないのは回復期ですね。回復期というのは回復期リハだけじゃなくて、地域包括ケアとか在宅の応援とかそういう部分が多いわけで。本当は市民、そういうのが足りないのかもしれない。市民

病院は、市民の健康を守るのであれば、高度急性期だけが本当に市民のためになるのかどうかというのにも必要なんじゃないか。回復期があれば、そういったものが。医師会さんに今どれぐらいの供給力があるかわかりませんので、その辺は推し測っていただきたいんですけども。ある市の場合、一病棟を医師会さんと協力して、医師会の解放ベッドとして提供している病院もあります。そこだけは、地域包括みたいなんですけど、地域の医師会さんには非常に喜ばれて、医師会さんからの職員まで連携室に派遣していただいて、そちらでかなり出入りはあるみたいです。急性期とはまた違った運営を一病棟過ごしているんです。そういう地域みたいなものもあるわけで。そうなれば多分、紹介率は上がってくると思うんです。紹介率が低いというのはどれくらい必要とされて、回されて足りないというのがありますので、紹介率を上げるための工夫、先行き、何が必要になってくるのかの見極めが今後必要になってくるんじゃないかなと思います。

(座長)

ありがとうございます。これ、連携は今、先ほど正木さんから20人ぐらいの体制で多くの病院がなると言っていました。こちらの病院はどれぐらいの体制でやってらっしゃるんですか。

(相澤経営企画課課長代理)

前方連携の病診連携室は正職員が2名と嘱託員は4名、後方支援の退院支援は看護師5名とMSWが4名、事務が1名という10名体制でやっています。

(座長)

ありがとうございます。本来この病院であれば、救急か紹介かという、紹介であれば一つの連携の一つの相手となります。医師会の先生方から見てどうなのかということで、武川さんからかかりつけ医として市民病院に期待していることについてお話しをいただきたいと思います。

(武川氏)

市民病院に関与する医師会としては、病診連携というのが最も大事なことなんです。いわゆる、かかりつけから病院に行く。これが通常の紹介ですけど、逆に戻ってくる逆紹介、これが一番大事。医師会、診療所側から少なくとも市民、共済にかかるときには、タダで行っちゃだめです。原則、紹介状持って行ってくれということは通達いたしております、それなりにそれは効果があったように思います。どうしても市民病院というのは、名前の通り、市民の方が自分の病院と勘違いする。どうしてもと言って勝手に行ってしまう。割かし、共済病院は早期から抑えておりましたので、その辺の差を結構はっきりしてはいますが、ということ、医師会の重要テーマという、病診連携というのは昔からそうなんです。この平塚市においては、かなり機能していると思ってます。現時点で、以前は平塚共済病院は、病診連携なんか病院というのは取れてなかったんですが、でも、それは取れてますよね、ぎりぎり。以前は厳しかったんですが、今はきちっと取っておりますので。その辺、意識は医師会としては持っています。

(座長)

ありがとうございました。これについてどうでしょうか。

(正木氏)

富田さんがおっしゃいましたように、市民の皆さん方の病院なので、本当に気楽にかかれるというのはあると思う。ただ、熱が出た、お腹が痛いという患者さんがどっと市民病院に押し寄せていたら、先生方はそれを処理するだけでも、朝から晩までかかっちゃって、患者さんも病棟にいらっしゃいますけども、その病棟の患者さんの処置をしようと思った時には、看護師さんたちは交代してもういないとか。ですから、病院のあり方として外来の数というのは、できるだけ少ない。数が少ないんじゃないくて、再来とかフォロー外来とか、そういう患者さんが少なくて、新患の患者さんを医師会の先生方から受けたとすれば、診るべきだと思う。これで先生方がお忙しいということはないと思う。その患者さんを診て、お返しができるものはすぐにお返しをすると。ずっと自分のところで引きずっていかないと。一旦退院された患者さんを先生方が御自分で診たいと思われるのは人情だと思うんですね。ずっとフォローしましょう、1ヶ月に1回にする時に2か月ぐらいの2回は開業の先生にお願いをして、1回は自分で見るというそういった自分たちの外来にかかる手間暇を工夫していかないと、なかなか病院の場合は入院の中で財を成していく、診療報酬がかかってきますので、外来では本当に安い。また厚労省が規制をするみたいですね、安い外来をやっている病院については。そういった意味では自分達の病床の1.5倍ぐらいの目標を立てていけば600人ぐらいの市民病院の外来。逆に中身としては紹介患者さんを多く診るということを考えていけば、決して市民の皆さんを拒否するのではなくて役割として市民病院はこういう役割を担うんだということ皆様方にわかっていたかのように宣伝をしていただければ。そうしないと先生方疲労困憊して外来を全部診なくてははいけない。これは大変だと思うんですね。

(座長)

連携するのに今の病院が大体20人単位で、病診連携のところをいろいろサポートする事務方も含めて看護のスタッフさん、お医者様含めているというお話しでしたが、今の市民病院の体制についてどうお考えですか。

(正木氏)

どちらかというと、御紹介の先生方を回る数が少ないと思う。なかなか職員を採用してどんどんと行かない場合は、MRさんは先生方を回るというのは非常に得意とされてまして、退職されたとして、そういう皆さん方を非常勤として週3回くらい非常に有効だと思いますので、慣れておられるんですね、先生方にタイミングとか。こんな時邪魔しちゃいけないとか。そういう体制をまず揃えていって、コミュニケーションを取れているというか、先生方から御紹介いただいてそれをお返しをする。お互いウインウインの環境をつくっていかないと片方だけがずっと紹介を受けて詰め込んでいくとなった時は、もう紹介できない、紹介したくないという気持ちになりますので、そういったつながり方をしてい

く必要性があるんじゃないかなと思います。

(座長)

今MRさんというお言葉ありました。専門じゃないので。いわゆる薬事情報の紹介者といってお薬の営業と言ったらよくないんですけど、お薬の情報にいてお医者様に提供される方で、こういう方が元々お医者様でも看護師さんでもないんだけど、お医者様の接し方についてよく御存じだというのが正木さんのお話しですけども、例えば、MRさんとか専門的な人を使って、今お話しにあった紹介と逆紹介、病院を真ん中にすれば前と後、ビフォーとアフターと両方あってこれがぐるぐる回るかたちになるんだと思いますけども、ここは一气通貫が望ましいということなんですかね。

(正木氏)

そういうことで、地域と密着性という言葉が出てくるんじゃないかなと思いますね。地域全体が、お互いの医療機関が併存する、立っていかないとどこだけが成長してどこだけが潰れちゃったと言ったら、逆にその部分でまた問題が起きてくるんですね。ですから、開業医の先生方もそうですし、回復期、慢性期の病院もそうです。急性期は急性期、機能分化的なことにしていってお互いに補完し合うその連携をし合って密に連携をとる。

(座長)

ありがとうございます。他にありますでしょうか。ここは大事な論点じゃないかなと思います。正木さんから、いくつか今までもお話をいただいているんですけども、病院の役割、市民病院の地域から求められるもの、病床区分のあり方、救命救急センターの開設、新棟機能部分の開設について。今までの重複があれば他のことも含めてお願いいたします。

(正木氏)

私の考え方を少し述べさせてもらいますと、これから先、非常に難しい時代、先ほど冨田先生もおっしゃっていましたように、急性期なり病院が生きていくことが非常に難しい時代だと思う。これをどうやっていくかという時に、市民病院、平塚市の支援があるからという甘えも、これから断ち切っていくといけないだろうと思いますし、自立するとか、繰り出し繰り入れをもらわない、もらう必要はないというように変わっていくといけない。自治体自体が、税収が下がってきまして、そんなに余力がなくなってくる。これから医療だけどんどんつき込んでいけるお金がなくなっていくと思う。ですから、早く自立する、自分の足で立って歩くということを目指さないといけないし、そのバランスをしっかりとっていく必要があると思いますね。

平均在院日数が非常に問題でして、長く埋まっていると患者さんが埋まっているようでも、平均診療単価辺りを見ると、本当に安い。DPCで言ったらⅢを越したような患者さんばかりいてもどう仕様もありませんし、やっぱりしっかりと管理の中でやっていかなきゃいけませんし、そうすると平均在院日数は下がっていったら、私は市民病院が急性期、高度急性期を目指すのであれば、10日を切るような病院づくりをしていくんじゃないかな。あと1日頑張る。この1日が大変でして、12日から10日に下がるまで熊本病院は

10年間かかりました。本当に時間をかけながらしっかりやっていかなければなりませんけども、その平均在院日数を下げた時に、病床がバラバラ空いてきますので、それをどうやって埋めるかというのは先ほど救急と連携だと思っただけですね。紹介をしていただく。先ほどの救急の台数は6千台受け入れているとおっしゃっていましたが、どれだけ入院するかが問題でして、多分、その6千人の3千人ぐらいじゃないかと思っただけですね。半分ぐらいあればいいと思っただけですけども。やっぱり重篤な患者さんであれば、ウォークインよりは救急車で来た患者さんに対応良くしていくということですね。連携先からご紹介いただくということが一番だと思います。

病院のつくり方として、例えばドクターの数、ドクターの診療科の構成なんですけども、市民病院ですから極端に診療科を削減してしまって、救急に対応する診療科だけ残すということも難しいと思っただけですね。ですけども、熊本病院は30年、40年やっちゃったんですね。ですから、今は救急に対応する診療科だけしかありませんので、皮膚科とか眼科とか耳鼻咽喉科とかありません。これは一つのモデルではありませんけども、事例を申し上げますと、単価が10万9千円、11万に届こうと、外来単価が3万7千円なんです。そういう病院はできるんです。いわゆる診療科を絞り込んでいって。小児科とかこれはいらない、これはいらないとかですね。それは逆に私は、市民病院が行く道じゃないと思っただけです。東京には逆に、25診療科持っていますので。小児科とかまず赤字の診療科は五つ、六つ。その五つ六つの診療科を、どうやって他の診療科で埋めていくかというのが非常に大事なところで、その辺でチームを作っていく。全部が全部の診療科が黒字は獲得できませんのでね。その代わり他の診療科が必ず手助けをしていくという感じですね。しっかりお金が残るところについては、しっかり頑張って赤字のところを埋めてあげればいいじゃんってことですね。全部を黒字にするというのは不可能だと思いますので、それは見くびらない方がいいと思います。ただ、先ほど申しましたように、自立するとなってくるとせめて医業収益、黒字を。医業で黒字を出していく必要があると思っただけです。そのバランスをまず残していくのが大事だと思います。ですから、できるだけ外来の数は少なくするというのも一つの方法だと思います。それともう一つは、外来の患者さんが多いと先生方が外来の患者さんを診るのを分化されちゃうんですね。今日は受付して診察して、また2、3日して検査をしましょう。MRIがその日しか空いていませんからということですね。MRIを撮ってまた2、3日したら結果を診ましょうとか。三回患者さんを呼ぶと三度先生方の手間暇がかかっちゃいますので、一度で済ませるとか。患者さんの新患の数がどっと押し寄せなくて、新患は一度でほしいけどもその日のうちに診断から全てのものが終わってしまう。検査もですね。そういう体制を整える。そんなことを言いながら病院全体がどちらかというとDPCで言うような重症度の高い患者さんを市民病院が担っていくと、それが必要だと思います。DPCのいろんなデータ分析が出ていなかったので残念なんですけども、そういうDPCのデータも分析して複雑性とか効率性とかそういったところのデータを見たらもう少しわかったと思っただけですけどね。

(座長)

ありがとうございます。まさに今私も聞きたいところを御指摘いただいたんですけども、DPCの分析ということも含めて情報開示が申し訳ないんですが、不十分だと思っただけです。

して、その部分は二つあって、一つは今のDPCとかあるいは診療科別になるのかわかりませんが、そういったところからこの病院の実態を分析する資料をぜひ出していただきたいなど。本来あるんじゃないかなと思うんですけども、そこは次回までに出していただきたいなどということ。それからもう一つは、ぜひ正木さんに伺いたいのは最終的提起の財務収支の手前のところで、高度指標というものが。経営的に言うとKPI（キープパフォーマンスインデキサー）みたいなものがあるって、何回か正木さんからお話しがあった例えば、在院日数を短くしていくそれとか紹介件数を多くしていくとか、そういったいくつかのKPIがある中でKPIの何をこの病院は図っているのかとか。図った結果、実際どうだったのかとか、いくつか定性的な先ほど経費のこととかかかりつけ医の連携とかいろんなご説明はあるんですけども、具体的なデータとしてお示しいただいた方がいいんじゃないかと思っております。そこは事務局を含めてご検討いただきたいなと思います。他に正木さんの方でこれは必要だというものがあればぜひ。

（正木氏）

KPIのお話が出ましたので申し上げますけども、基本的には病院全体が何を目指しているんだろうか、全職員が認識する必要があるんだと思います。そのKPIの基になる病院のビジョンがまず先にありきで、そのビジョンに向かって皆が動いていくんだというチームワークがどんどんできていかななくてはいけないと思うし、KPIにしても自分達の大事な数値、目標だという思いができるような作り方をしないと、ただ院長が作って、これやるぞというとなかなか皆さん方動かないだろうと思いますし、作り込む時から職員の皆さん方の総意を集めていくと言いますか、逆にラグビーの全日本が南アフリカに勝ったというのは、なぜ勝ったかというとなればスクラムなんです。スクラム今まで押されていたのが今回押されなくなっちゃったんですね。それだけで今回勝てるんですね。チームの団結力と言いますか、皆さん方がどこまで本気になってこの新しい病院ができて、平塚市民がこれから先期待する、大変ないわゆる逆境を経営環境を迎えてどうするかという時に、その初めの作り出しから始まって目標値を目指して、その目標値が皆が認識してそれに対するいろんな戦略を練って、これをしっかりやっつけよう。そういう目標を次の段階では入れていただいて、計画をしていただきたいなと思います。

（座長）

まさに御指摘のとおりだと思ひまして、まさに一つの基本的な議論がここでできればなと思っております。今日の御説明の中で若干そこが見えにくくなるなど。院長の御説明と事務方の御説明のところに率直に感じました。どっちに向いているんだろうなと率直に言ってみるとわかりにくいです。そこも含めて現時点であるものについて結構でございますので、KPIが今あるもの、どんなものがあるのかそれで数字がどうなのか今あるものについて出していただきたいなと思います。今このタイミングで申し上げてもなかなか難しいとは思いますが、ぜひよろしく願いいたします。これに関連して、関連しなくてもいいですが、正木さんに極めて大事なところいくつか御指摘いただいたと思いますので、御意見があればいただきたいと思ひます。

ないようであれば、引き続き富田さんの方から大体同じような意見になるとは思ひます

が、お願いします。

(富田氏)

今日、マーケットと経営という二つの観点があって、経営もさることながら、今後、地域医療構想それからビジョン。これがなくしては病院の経営が語れないぐらいの形になってきて、私もちょっとだけ神奈川県での医療計画とかこの地域のものいろいろ見てきたんですけども、医療構想とか調整会議があんまり進んでないということだと、この病院の立ち位置がまだはっきりしていないんじゃないかというのが一番大きいんです。ですから、400床の病院二つあって、窮屈で大変だということであれば、この400床の病院二つどうするのか。合併するのかすみ分けするのかどうするのか。おそらく統計にはありましたけども、医療圏全体で60万でしたから、どんなふうに点在しているかわかりませんが、平塚だけで終わるのか、医療圏全体で発展していくのか。高度急性期、救急救命まで担うとなると、市立だけじゃなくて医療圏全体で考えなくてはやっていけないと思う。そうすると、東海大もあることですし、どこまで必要性があるのかと。一生懸命やるのはいいんですけども、需要がないところに供給があっても仕様がなくて、需要をきちっと見ることが大事だと思います。もう少し発展的になるのであれば、医療圏全体の人を担える設備はどうなのか、場所的にもどうなのかという検討があるんじゃないかなと思って、今後はマーケットをきちんとみて、需要に合わせた供給というものを病院の方にはやっていただきたいと思います。ドクターも病院の方も結構、真面目で一生懸命努力するんですけども、やはり医療サービスは商品ですから、買い手がなくて売っても仕様がなくて、厳しいことを言うようですが、マーケットをもうちょっときちっと見ていただきたいと思います。事務の人も、その辺の今後本当に増えていくのか。高度急性期、担ってつくっていても使えるのか、無駄にならないのかという一番大きいところなんです。毎年5億、30億の結果が、これが売り物にならないと大変なことになるわけで。今後のこの地域、需要どうしていくのかまず一番先に考えなければ始まらないんじゃないかなということが、今日一番の感想です。

一つ一つの経営について見れば、先ほど正木さんがおっしゃっていたように、皆さんで共有することだと思います。この、データを見て今後この病院はこの地域はどうしていくのか自分達はどうしていくのか、それに市民病院と共済病院が競争するんじゃないかと、この地域にある大事な資源なので、どんなふうに生かしていくのかももう少し大きな観点があるんじゃないかなと思います。最近、いろんなところ出かけて行きますと結構、病院の合併って進んでいるんです、急性期の。市立病院と県立病院が合併した例もあるし、最近では農協と公立病院が合併することもあるし。特に地方に行きますと、人口が減っている分、急性期の患者の数が減ってきますので、急性期をやりたいのであればかなり絞らないと難しいと思いますし、そうでなければ複合経営ということ慢性期とか在宅も含めて考えていかないと、経営的には厳しいと思います。複合的に担うか、少数制を担うか、どちらの戦略をこの病院が取っていくのか、今後の考えられたことで、財政も人材も限られてますので、あれもこれも絶対に無理な話ですから、どうやっていくのかはやはり考えてほしいと思います。

それから、市から借りたお金は返せるメドはあるのかも一つです。返せないメドでお金

を使ってしまったら、市も困るし、市だけではなく税収とか国のやり方も変わってきますので、やはり自立するという事は非常に大事な事だと、自立できるためにはどうするか、そのためには何を担っていくのか、将来この医療圏はどのくらいの需要が出てくるんだろうか。非常に厳しい目で見えて考えていただきたいと思います。

(座長)

ありがとうございます。これについて御意見あるいはもし病院の方でお答えできることがあればぜひお願いしたいと思います。

ちなみに、正木さんと冨田さんからできればこれとも思っていたんですが、救命救急センターですとかがん診療拠点の話、これについてはいかがでしょう。

(正木氏)

救命救急センター、非常に名前はいいんですけども、市民病院の中で救命救急センターで三次救急中心になるとなってくると、患者さんをお断りするケースで、市民病院としての名前、救命救急センターという名前は構わないんですけど、三次救急を集中しちゃいますと、非常に病院の職員の意識も変わってしまいますし、ある意味では何でもやるというところの、救命救急センターと救命という名前を使わない方がいいんじゃないかなど。私はそういう市民の病院では。熊本も一次から三次まで診ています。ない診療科まで来られますので、それも診ています。やりかたはあるんですけど。市民のためというためには、あまり絞り込まない方が。先生方はそこに絞り込んだ方がやりやすいといたら、やりやすいんですけども、ただ絞り込まないほうがいいと思いますけどね。そのためにERという形をとっておられまして。ERの救命救急医の先生方もこの人数ではとても足りないんじゃないのかなと思います。各科当直と救命救急センターの抱き合わせみたいな二つのことをやっていかないと、ERの先生方のこれが得意じゃないという患者さんがきたときにはお断りするというケースもでてきますので。二つの方式で考えて、できたら一次から三次まで全部やってあげられるような、いわゆる救急救命センター。三次救急中心というのは、確かにDPCでは、非常に点数は上がるんですけども、そこは市民病院で、東部病院と熊本病院とそこに違いがあるんですね。東部病院は三次救急で骨折とか診てませんので、市民の皆さんから見方が違って。

これも(がん診療拠点病院)、自分達の特徴を生かすというのは大事かと思うんですね。救急をしている病院でがん治療をやりますと、救急を中心にするのか、がん治療を中心にするのか矛盾するところが出てくるんです。長期に亘る患者さんをどうするか、長期の患者さんがある程度、病床を占めてしまった時、救急の患者さんが取れないという状況になってくると、これは自分達の理念とミッションと非常に矛盾するところになりますし、外来だったら、がんの治療を少し頑張るとか、放射線治療とか化学療法とかで外来を中心にするとか。できるだけ入院のベッドはがんの患者さんじゃなくて、救急の患者さんで手術をする患者さんにキープをするとか、そういう方針にやっていかないと。がんセンター、オンコールで全部やりますとなかなか聞こえはいいんですけど、ちょっと難しいところがあるので、ある程度自分達の特徴を生かすとか、やれるところをやっていけばいいんじゃないのかなという気がします。

(富田氏)

私も似てますが、救急といっても先ほども言ったように、三次救急の必要性のある患者がそれほどいるのかということが必要が出てきますが、東海大学という三次救急がある以上、ここに三次救急がいるのかなと統計的にみて思います。ドクターカーで出かけて行くとか二次救急にプラスアルファというには非常にいいことだと思うし、周りが少ないのであるならやってもいいのかと思うんですけども、過剰投資はできないなと思いますし、きちんと機能を分けて、三次救急があるのであれば、三次の病院と連携していく間の潤滑油の方を重視した方がいいと思います。

それとがん拠点病院ですが、例えば都立病院なんかでも、救急を専門でやるところとがんを専門でやるところと分かれていますね。都立広尾なんか救急やっていますので、二兎追うものじゃないですけども、そう簡単に両方できるものでもないし、どちらを求めるかということ、やはり市民病院というのは救急、軽くても市民の担い手になるところで、そう簡単な研究機関ではないということと、緊急性を求められるということが一番の求められるところじゃないかなと思うんです。がんというのは急いで死にませんので、ゆっくりとした研究を求められる以上、市民病院が第一義的に担わなくても、他になれば別ですけども、他にないわけじゃないのでやれるとこまでやればいいんじゃないかなという考えです。

(座長)

ちなみに、マーケットはどういう状況なんですか。がん診療拠点の病院として。

(金井病院長)

東海大学があります。

(座長)

今の御意見で何かあればぜひ。準備はしているというお話しはあったんですけども、今回じゃなくて次回でも結構ですので、どういうあと追加の投資が考えられるのか、ものすごい人が増えるというような御説明もあったようにも聞こえるし、そこまで人は必要じゃないというふうにも聞こえたし、そこがどんな形なのか。具体的に本当に二兎追っているのか、二兎追っているんじゃないかとというお話なのか、そこら辺のところ、問題提起がそれぞれ正木さんと富田さんの方からありましたので、ぜひ次回で結構ですのでお答えをいただければと思います。

(富田氏)

これは一般的な数字的な例ですけども、三次救急とかがんの拠点病院とかだいたい人口100万人に一つあればいいと言われていています。小さな県でしたら1県に1か所。医療圏で言えば1圏に2か所。東京都で言えば1医療圏に2つ3つあればいいと言われていています。その辺も考えてどちらが何を担えばいいのか考えた方がいいと思います。

(座長)

まさにそうだと思います。1 医療圏で一つ持つと考えるのが一般的かなと思います。あとは、市民病院の独創性の中でと思いますけどね。大事な論点だと思いますので、次回お話しをいただければと思います。秋山さんの方から、今までも市民としてというお話がありました。市民の代表として、平塚市の医療環境、ここら辺はうまくいっている、いっていない。先ほども話がありましたけども、その中で市民病院の役割はどういうものなのかぜひお考えをいただければと思います。

(秋山氏)

先ほどからお話しを聞いていたんですが、何か市民病院側から見ると、外来が経営の足を引っ張っているような感じを受けて、一般の市民はこの病院を一体どう見ているのかと。外来は駄目だよということはどこにも書いていないし、どこにも言っていない。実際には、将来のこの病院を考えていこうと言った時に、外来がかなり足を引っ張っちゃっている感じがして私は大変不愉快な思いをしています。それだったら、この病院の特性はこうだと、紹介医療についての需要を考えているんであって、先生のところとかいろいろ開業医の皆さんのところにまず、お近くの病院にお世話になってくださいといったようなそれをもっと市民の、私は市民と言う言葉は使いませんが、住民のことを考えるとそんな色付けで見ている人はおりませんので。先ほどから富田先生とかいろんな先生方、意見を聞いていたらそれだったらこの際、「市民病院」なんていう「市民」なんて取っちゃった方がよっぽど市民としてもわかりやすいし、開業医の先生方から見てどうかわかりませんが、市民と言うのは簡単に考えてもらっちゃうのは困るよという感じがしてなりません。

(座長)

極めて大事な問題提起だと思います。市民からみた市民病院というのは、市民病院ですよ。先ほど中南病院から歴史があって、市民病院に昭和43年にこうして昭和45年に新棟が建てたという歴史の御紹介もありました。よく下駄履きで行ける病院なんてありますけども。そういう私の地元でいうと伊勢原協同病院がまさにそうなんですけども。そういう中で、市民の皆さんの期待というものがあると思うんですね。そこはこの議論の中では大変、大事に考えていかなければいけないところかなと思います。だからこそ、市長ご退席されましたけども、市から財政支援されているというところも、平塚市民の税金から出されているというところもありまして、例えば検査の中核ってどうなんだろうとか、保健指導の中核ってどうなんだろうとか、そういったところは考えていかなきゃいけないのかなと。そういう中で、地域のかかりつけ医のお医者さんとの連携はどうなんだろうかというところに話が戻ってきて、結果的に市民のための病院であるというふうに秋山さんをはじめ、いろんな地域のお住まいの方々が感じていただくことが大事なんじゃないかなと受け止めさせていただきました。

これに関連して、何かありましたら。これ大事な御指摘ですのでいかがでございませうでしょうか。

(富田氏)

去年、ある市で病院の検討委員会に出た時に、事前に市民のアンケートを採っておりました。年齢をアットランダムに。性別も地区も。市民病院に何を求めるかを聞いた時に、やはりまず最初に診てもらえるところだったです。それがすごく高度じゃなくてもいいんですけど、とりあえず救急であれば、見極めてトリアージしていただいて次どうすると。あとは、夜間とか救急とか。それは別のところでも、市長さんがお話になっていたんですけども、よほど田舎に行かない限り、開業医の先生方がかなりたくさんいらっしやって、一次医療担ってくださっていると、もちろんそういう病院もありますし、そういう先生方はもちろんたくさん税金も払っていただいているんですけども、その方々が普段はやっていってくださって、公的な病院は、その先生方がお休みしたの時にバックアップしてくれる言わば安心機能と言いますか、そんなふうにおっしゃっていた市長さんがいました。それ聞いてなるほどなと思ったんです。公的資金が入っている以上、そういったところで、市民から見ても医師会から見ても、安心できる存在というのは、公的病院なんだなと。そのために税金を払っているんだなと、非常に明確な話だったんですけども、考えさせるところがありまして、昼間だけやっている診療所の先生が対応できない時とか、最初に判断する休日、夜間そういう安心感を与えてくれると、やはり基本なんじゃないかなと思います。一番最初にこちらできた病院でも、そんな感じだったということは、原点に戻って、高度とかいう以前に、周りを見渡して一番基本的なところをまず考えた方がいいのかなというふうに思います。

(座長)

一方で市民の皆さんから難しい手術をこの地域でやってもらえる信頼感は大きいんでしょうか。健康なんで自分の経験は全くないと思いますが。

(秋山氏)

それは大きいと思いますよ。

(座長)

ここら辺は多分、最後のところで少しまとめたかと思ってるんですけども、外来者のアンケートだけではなくて、市民病院がこの地域にある価値っていうのをどう評価するかという意味での市民アンケートというのは、少し真面目にやっていただいているんじゃないかなと思います。今回のこの懇話会と、これに続くと思う将来構想を考えるタイミングがあって、それをどっちでやるか。これは御相談しなくてはいけないし、この懇話会のそもそも出口をどこに求めるかということにもよるんだと思うんですけども、そういう意味でも、市民の皆さんのアンケートと先ほど武川さんからお話しがありましたけども、かかりつけ医の皆さんがこの病院をどう見ているのかっていうところは、市民アンケートは無作為抽出でやったらいいと思うんですけど、聞いてみると、共済病院と市民病院ではみたいなお話しは、私が無作為でいろいろ聞いてみるとあります、率直に申し上げて。ここはいいけど、ここはねというお話しも伺います。そういうことも含めて、それは、先ほどここが弱みでここが強みというところの弱みの部分を言い当ててる、柔軟かい市民の皆様は、そこを冷静に御覧になっているんじゃないかなと思ひまして、そこを把握しておかな

いと、中だけの議論になってしまうんじゃないかなと懸念しております。ここは時間軸を含めて今後、事務方を含めて相談させていただきたいと思います。

それではこのセクション最後となります、大曾根さんの方から経済界を代表して、平塚市の医療環境と市民病院の役割をどう考えるかお話しをさせていただきたいと思います。

(大曾根氏)

最後と言われると非常に難しいんですけども、今先生方のお話を聞いていて、逆に私として勉強になったなという感じがします。ただ、一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関という一つの医療の区分というか、役割分担が基本的に全体的にはできていて、それによってそれぞれの役割を分担した中で、できるだけ市民、県民に健康を維持していただく。こういうことになっているということと、それから先生方とはとにかくどこでもそうだと思うんですけども、際限がないと思うんです。こういう医療は、この次はこうだという。そうすると、先ほどお話しされているように、二次医療機関が三次医療機関の部分を担うの、それってどうなのという感じが。そうすると、税金もすぐつぎ込まなくてはいけないということがありますので、その辺は経営的な感覚からいけば、先ほどからお話しありますように、財源的なものも限度があります。ですから、私は一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関しっかり連携をとって役割分担がポイントかなと。ただ、正木先生は言われましたように、二次医療機関だとほとんど総合医療機関的にすべての診療科があると思いますので、それはいくら見ても赤字になっちゃう診療科もあるし、黒字になる診療科もあると正木先生お話しありましたけども、そういうことがあるならば診療科の中でしっかりと受け止めて、横の連絡を密にしてやっていただいて、経営という視点で進めていかないといけないのかなと。それは私から言わせれば、事務局というよりもむしろ、医療に具体的に従事されている先生方、看護師の皆さん、栄養士さんいろいろおられると思いますので、その方の連携と効率化ということをしっかり頭に入れていただいて、やっていただくのが一番経営という、経営の主体は事務局ではなくて、医療従事者が経営の主体だと思うんですね。会社関係でも、だいたいそうですので、事務局はそれをフォローする。ただ、情報は提供してあげなきゃいけないんですけども、現場でやっている人がどれくらいの意識を持ってそういうことをやっていただけるかということにすべてはかかってしまう。そういうことで言ってみれば一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関そういうふうにはやっていかないと経営的に難しい。じゃあ、どこへ税金をつぎ込むのかという色分けもあると思う。ですから、何年も言われてますように、かかりつけ医とかホームドクター、これを大切にする基本が、言わせていただければ、事務局辺りで市民への浸透を図っていく。地域的にやっていただければ二次医療機関につなぐ時も先生方も十分な時間をみてできるというふうになってくるのかなと。それを少しでも近づけるような計画を作っていくということが私は大事じゃないかなと。そうしないと、税金をいくらつぎ込めばつぎ込むほど本当にいい医療ができることは間違いありません。看護師さんも倍にすればいい、先生方も倍にすれば絶対にいい治療ができることは間違いがない。医療も、5億の医療機器よりも10億の医療機器を使った方が絶対にいい。これは当たり前の話で、そこをどういうふうにとり落としどころというんですかね、経営的な感覚を医療従事者の方が持っていただいて、やっていくかということがこの市民病院の使命であるのかなというよう

な感じがしました。

それとあともう一つは、三次医療機関と連携。私、一次医療機関と二次医療機関との連携。これをもう少し、会長さんはすごく連携できるよというお話しでしたが、私は全面的にそうなのかわからないんですけど、もう少しかかりつけ医、ホームドクターその辺の充実とそこを担っていただく先生、開業医の先生方、その辺と一緒にこの市民病院との連携、もっと僕はやるべきだなというふうに思っております。素人的で的を得ているかわかりませんが、こんな感覚で思いました。というのは、開業医の先生方も自分で経営しているわけですから、そういう経営を頭の中に入れてやっているわけですから、市民病院もそういう経営をなしにして語れないというのが僕は実態じゃないかなと思います。

(座長)

ありがとうございます。この件について何か御意見ありますでしょうか。だいたい皆さんから意見は出し尽くしたと思います。大曾根さんがお話しになった部分は次の第二部でも関係する話だと思いますので、一旦ここで休憩を取らせていただいて、事務方の予定では15分くらい休憩があるんですけども、10分休憩させていただいて、5分から再開させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

—————休憩—————

○平塚市民病院の将来像について

【第二部】経営上の観点から

(座長)

この残りの時間で、経営上の観点からということで、少しお話しをいただきたいと思います。第一部の議論を聞いていただいて、御理解いただけるとおり大変、市民病院は矛盾した要求を受け止めなければいけないという存在であるのかというところは、逆によく御理解いただけただんではないかなと思います。

一方では、小児科、周産期等々やってほしい、誰でも受け止めてくれる市民病院であってほしい、だからこそ市民病院なんだ、それぞれの御意見全くそのとおりでありますし、一方で経営上の観点からは、黒字を出さなければいけない。そうすると、ある程度、病院経営だけで言えば、我が病院が市立病院でなければ、この診療科とこの診療科とこの診療科を閉めちゃうんだということも、病院の経営の立場からは言いたいところだと思いますし、足下は病院の建設中だから、運転資金の拠出を受けている話でありますけどもという話でございます。

実は今、森久保さんとお話をしたんですけども、私あまり公開されているところで公開してはいけないと思うんですが、厚木の医療機関の状況について、厚木市立病院の産婦人科が閉まる、閉まらない、あるいはベッド数の云々かんぬん。確かに今、森久保さんからお話がありましたが、設備が立派なんだけどもお医者さんが揃わない、そういう中で厚木の人、平塚の人をもらいに行っちゃうのかというのは本当の話でありまして、伊勢原あるいは平塚の湘南西部医療圏、大変恵まれた医療立地にあります。医療立地にあるからこ

そ逆に見えにくい部分がありまして、そういう中で医療機器だけではなくて、御本人達が
いるところで、大変失礼な言い方なんですけども、医療提供者というのは極めて大事なア
セットである。これはどう確保するかというところが、平塚ですら麻酔科医の問題がある
んだというようなお話がありました。あるいは、産婦人科についてはというお話がありま
した。そういう中で、経営上の問題であるとか、市からお金を入れるという是非について、
いかんとかいいという問題ではなくて、どう論理的に考えていくのか、あるいは企業努力
をどう求めていくのかについて少し時間は短いんですけども、それぞれの御意見を御披露い
ただければと思います。

それでは、市役所からという話で、石田さんの方から今の足下の市の財政状況と市民病
院の支援について簡単にお話をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(石田氏)

今座長さんから市民病院のあり方について非常に難しい部分がある、あるいは市民病院
としての機能、あるいは能力そういった部分がこういったところにあるんでしょけれど、
その辺はちょっと市の財政状況というお話ですので、切り離させていただいて、市がどう
なっているのかお話をさせていただきたいと思います。

非常にどこのところも同じだと思いますけども、税収というのは横ばい、伸び悩み、あ
るいはこれからは人口減少が進んでさらに、税収が落ちてくるんだろうというような見込
みを持っているところでございます。それに対しまして、皆さんが御存じのとおり、医療
費を始めいたします社会保障費、生活扶助費ですとか、そういったものは国を挙げてど
この自治体でも非常に伸びているところでございます。ということは、自由に使えるお金
が少ないという状態になってきておりまして、例えば平塚市でも現在、来年度の予算編成
を進めているところなんですけども、経常的な経費については、すべての部署において1
0%削減というような形で現在取り組みを進めているような状態でございます。これは市
民サービスが10%削減されるという、これは非常に重い状況でございます。こういった
ところに我々職員といたしましても、特別職、管理職を中心に給与の減額に取り組んで参
りましたし、また職員の採用を控えている、採用ゼロというかたちで取り組んだ年もあ
りました。そういったところからも、財源の捻出に努めているところでございます。こうい
った状況からも、市民病院の支援につきましても非常に厳しいものがあるというところ
でございます。一つのルールとして、繰り出し基準というものがあるんですけども、そうい
った基準を全うできるか、あるいはその辺の状況が不透明になってきている状況もありま
して、また貯金であります、財政調整基金というものがあるんですけども、それも徐々に
減ってきておりまして、赤字補てんの財源というのが、限りがあるという状態になってき
ているということでございます。病院の立場ということは無視させていただきまして、本
市の状況を簡単に説明させていただいたところで、非常に将来的にも厳しい状況が続くん
だろうなというふうに見込みを立てている状況でございます。

(座長)

本来であれば、ここでディスカッションをしたいんですが、それぞれの委員の皆さまに
個別に御意見をいただければと思います。

引き続き、森久保さんの方から今の経営状況を踏まえた今後の経営のあり方についてお話をいただければと思います。

(森久保氏)

今、石田委員の方からお話を聞きまして、確かに財政的にすごく圧迫しているな、どのようにしていったらいいか、経営の観点からという話であります。先ほども正木委員もお話していましたが、少し診療する科を絞っていく、リサーチしてからであります。そういうことも必要ではないかと思ひますし、かかりつけ医というのをきちんと持っているということも大切だと思います。今コミュニティが壊れていますから、どこに行ったらいいのかわからない。お母さん方が仲が良いとお子さんの病院選びについて情報交換ができますが、私も見ていきなり大学病院に来られる方、どうして来たのかな、いろいろなところでお話を聞くと、近所付き合いがないから。やはりパッと見た時に大きな病院に行こうと思う傾向がございます。それも今地域のつながりが不足しているという点があるかもしれません。そして様々な広報誌等の内容についても、平塚の他の会議で秋山委員と一緒にやらせていただけていますが、いろいろな市の情報が行き届いていないというのが確かにあります。自治会に入れない方もいますから。そういう点もいろいろ改善していくことも必要があると思ひます。確かに、これだけの赤字ということころでどのようにしていったらいいのかあるんでしょうが、先ほど亀井座長からもお話がありました。厚木の方から見ると、本当に平塚は医療が充実しているなと思ひます。厚木は本当に気の毒だなと思ひます。この間私の知り合いが運ばれて輪番制で行ったのが、お隣の愛川町の北部病院というところ、今まで厚木の荻野のリコーの前にあったんですが、春日台病院というのがなくなって、向こうに愛川町から熱いオンコールで行かれたわけですが、あそこまで夜タクシーで行くとかなりかかる。確かに厚木市立病院がありますけども、ドクターが少ない。一生懸命努力はされているんでしょうけども、なかなか私の周りでも、昼間は市立病院というのは聞きますが、いざと言った時、今かかりつけ医の先生も御自宅が厚木じゃないという方多いですから、なかなか難しいというお話をよく聞きます。その点平塚というのはいろんなところに病院があるものですから、そこら辺が市民の皆さんが選択できるというのは幸せだなと思ひます。市立病院のあり方としては、弱者の方もきちんと診ているということは大切だと思います。なぜこういう話をしているのかというと、どこにビジョンを持って話をしていけばいいのか、富田委員も指摘されているように、軸をどこにしたらいいのかはつきり言ってわからない。ですから、これがどういう方向に進むのか明確にされないといろんなことを言ってもただ水掛け論になってしまいますので、そこら辺は置いておきますけども、子育て支援が叫ばれている今日でございますから、先ほども周産期センターのお話がありましたし、そこまでやるんだったらNICUもあった方がいい、どこまで市の方がやっていくか皆さんと検討をして、先ほど正木委員も言われたように皆でスクラムを組んでやっていかないと本当に机上のみだと駄目です。ドクターをはじめ、ナースもそうですし、メディカルスタッフも皆さん一緒になって知恵を振り絞っていかないとならないと思ひます。

(座長)

引き続き正木さんお願いします。

(正木氏)

公立病院であればいろんな条件がありますので、その一つの解決をしていくには、秋山さんもおっしゃっていましたが、市民病院だから市民のというところで、これは本当に市民の皆さん方の願望だと思っただけですね。誰も彼もが投資する病院であれば生きていけるのかというと、今の診療報酬の改定とかいろんなものを見たときに、なかなか難しい問題がある。本当は市民の皆さん方の何でも要望を聞くような病院にするのが一番いいんじゃないかなと思います。そうすると、お金がいくらあっても足りないくらいの、その辺との闘いだらうと。だけど気持ちは市民のためだということでは絶対に譲れないんだらうと思いますけど。ここまで歩んできた平塚市民病院が、慢性期・回復期を目指して来た時には、先生方が半分以上辞める気がするんです。壊れるのはもう、ボロボロ壊れていくと思うんです。壊れていくのは早いと。市民病院が目指すべきものとは、大分時間がかかるとは思いますが、高度急性期じゃないかと思っただけですね。高度急性期をやれる病院はそんなになんていっていいんです、実際は。急性期とミックスになると思うんですが。ある意味ドクターが集まってくる要素もある意味そういう急性期をやっているからというものもありますし、雇用からすると、慢性期・回復期ではそんなに雇用は産まないんです。急性期・高度急性期だから本当に人が必要で、高度急性期になると100床当たり400人くらい使いまして、熊本も病床400しかないんですけども、ドクター180人おりまして、看護師さん700人近くおりまして、全部で1,700人ぐらいいる部署。東部病院でもドクター200人超えております。これも、460床なんですけども。ある程度医療の中心となっていく、平塚市の市民に対する貢献じゃないかと思っただけですね。すぐ診てすぐ救急に来た時には、断らないようにしながら、ずっと引きずってしまわない、やり方はいっぱいあるんじゃないですかね。ちゃんと対応はしていきながら。例えば入院なんかもううちの病院にしなくてもいいと思うとそれは、近くのベッドを持っている病院を紹介するとか、やり方を考えながら、本当は市民の皆さん方のすべてのことを聞いてあげたい。だけど、ここは勘弁してほしいなというところは、市と一緒にPRしながら、ここだけはお願いしますということ。市民病院なんで市民のものなんで、そこはしっかり揉みながら御理解を賜るというか、そのことへの努力が必要じゃないかなと思いますね。診療単価、5万、6万ですけども、キーパフォーマンスインディケーターではないんですけど、もう少し上げていく、平均在院日数を下げていく、そういう形の中で回転をしていく。じゃあその患者さんの供給はどこからか。それは連携からどんどん供給していく、救急車から来られる、好循環というか、よくなった患者さんはまた地域の先生方にお返しする。そういう好循環をやっているかないとこれから経営的に難しい、そんな気がしますね。

(座長)

ありがとうございます。続いて武川先生よろしくお願ひいたします。

(武川氏)

基本的には、市民も共済も今の格好は一通り診れちゃう。これが何十年続いているんで

す。簡単に崩せるもんじゃないというのが一つ。それともう一つ大事な話は、共済病院の患者を市民が確保できればハッピーなんだろうと個人的には思ってますが。これから確かに急性期病床をやっていくのは間違いないですから、今の状況ですと同じように両方の病院が、一通り診てしまおうというのがずっと来てしまっていますから、この先どうするかというのは、先ほど合併ができたらというのは夢のようだと思って聞いていました。

(座長)

富田さんお願いします。

(富田氏)

今私も同じことを言おうと思ってました。400床台というのは非常に厳しいと思いました。高度急性期を担うのであれば、スケールメリットを出さないと難しいですし、まして大学があるわけですから、それ以外のところを担うとなると、やはりもうちょっと大きくしないと。都立病院も合併を繰り返して多摩の病院1,000床超えています。それによって初めて医者も集まるし、機器も集まるし、患者さんができる。ただ、合併して大きなのを作って、先ほど言いました、マーケットがあるのかが一番関係のあるところなんです。確かに人口30万弱のところには大きな病院が2つあるのは、市民の側をとっていいんですけども、患者さんそんなに来るのかなというのが一番。やはり、患者さんがどれぐらい来るのか、よそから呼び込むというのが難しいのであれば、ここでどこまでが 필요한のか両方考えて、合併するにしても単独で行くにしても、そのマーケットを考えていかないと経営的には厳しいと思います。もし私が銀行だったら、30億貸すのはためらうかもしれません。返してもらって当てがないのに。お金を出す方も借りる方もどういう形でもって収益を上げていく、返していくというのを考えないで、今はどちらかというと投資先行のようにすごく見えますので、建物が出来上がる何年も前からそういう投資もいるのかという計画もいるし、すごく良い機械もあると思うんですけど、良い機械は損料も高いし保守料も高いです。どのぐらい見込まれるかの予測、それをやった上でこの病院が単独でこのくらいの患者を受けていくという予測を立てないと、先ほど商工会の方もおっしゃっていましたが、お金は無尽蔵ではないぞということです。平塚市も決して貧乏ではないけれども、限られていますし、先ほど言った別の病院の話をした時も、やはり身の丈に合ったという話はしていました。市民のアンケートを採っても、やはり身の丈に合った経営をしてほしいと、財政困難になってほしくないということを考えると、どこまでやっていけるのかなと。合併も一つかもしれませんが、相手さんもあることですので、もし単独で行くとなると、どのくらいのものが必要なかなと。今後必要となっていくのは、高度急性期だけではないです。高度急性期の病院は例えば、がん治療であるならば都内にも有名な病院がありますし、ここで本当にどこまでいるのかなというところもあると思うんです。ここで必要なものがこれだけで、患者さんがこれだけ見込まれて、そうなる投資はどれくらいでというバランスをよく考えていただかないと、今のように投資が多いのはあくまでも理想なんであって、現実の経営を考えた時に、破産は目に見えていると言いますか。そうしてしまっただけは市も10%カットと言っていましたから、10%カットが何年も続くと他の公共事業にもしわ寄せがいくんですね。私、去年から千葉県の銚子市の大破産しそうな

ところの病院の検討委員に入っていました。ものすごく、財政再建団体になりそうになっても毎年10億出しているという。これは極端な例ですけども、さすがに市民の方もやめてくれという感じになっています。そんなになってしまっただけではないんですけども、バランスと言いますか、身の丈と言いますか、そういう形で医療、福祉、黙ってても高齢者が増えてきますので、医療だけじゃなくて、総合事業も含めた介護部分で、市は負担していかなければいけないと思うんです。それを考えた時に、ここまでよという線引きは市もしないといけないと思います。医療も大事だし、お医者さんの言うこともわかるけども、市もこれだけよというのを出さないといけないし、その範囲でなにができるかというのはお互いに見ていかなきゃならないと思います。今度の診療報酬改定がまだ出ていないので、私もはっきりとしたことは言えないんですけども、間違いなく7対1は減らされます。これはもっと減らすと言っているわけですので、減らされます。本当に必要か考えた時に、先ほど慢性期に行くのはよくないというお話もありましたけども、世の中必要とされているのは決して急性期だけではないので、これからは在宅医療とか介護とか一人の人間にとって必要なサービスという、今までは医療者がやる部分が必要と言われてきましたけど、今度は急性期だけじゃなくて介護とか生活とか、いろんなものが必要となった時に、どういうメリットでと考えると、おそらく急性期は厳しい。銚子に行っていたときに、すぐそばに旭総合病院という900床くらいのすごく大きな病院がありました。そこの方が言っていましたけど、今の26年度報酬を見てみてもう一度うちの病院を見てみると、急性期の患者半分だねとおっしゃっていました。ということは、半分でよいわけです。入院期間も半分になったわけですし、急性期も半分。おそらくどこの病院でもどこの地域でもそうなんじゃないかと。そう思うと急性期半分、あとどうしていくか、他のところでどうやって稼いでいくかというのが経営的な見方だと思います。開業医さんと一緒になって、在宅支援の政策に乗り出すのも一つですし、他の専門科にするのも一つですし、どうやって市民のために開業医さんと一緒になってという観点をもう一度考えないと、やはり財政的には厳しいというふうに思います。

(座長)

ありがとうございます。大曾根さんお願いします。

(大曾根氏)

専門的な話はわからないので、またすごく低次元の話になってしまうかわかりませんが、非常に恐れることは、ここで病院がきちっとできるということに対して、市民がすごく期待を持っているんじゃないかなと思う。これだけ税金を使って、あんな立派なものがあったということに対して、市なり病院当局が、どういうことで市民に理解をしてもらおうかと。それは先ほど例ですけども、一応周産期医療を頑張りますよということとか、災害時の医療というのがありました。これは私は抽象論だと思うんですけども、がん治療だということは、目に見えたものを、これをやっていくんだというものをしっかり市民に理解してもらおうということがまず大事かなと。それと、これを機会に一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関で市民病院はこういうことを担うんだよということをしかり市民にPRということによって、もう少し経営的にも二次医療機関としての使命を果たしてい

くことによって、経営的にも改善できないかな。メリハリをつける周産期医療とかそういうものはしっかりやっていきますよというのを、市の総合計画を謳うのであれば、それを受けた病院側の体制もつくらなきゃいけないんじゃないかな。非常に先生方も難しい選択をせざるを得ない状況になるのはわかるんですけども、その辺のメリハリをつけた、市民にわかりやすい市民病院というのを打ち出さないと、税金を使った効果がどこまであるのかという問いに対して、答えられないとちょっと困るかなと。森久保先生が言われましたように、どういうふうにするのかな、最初、ちょっと曖昧なんだよな。どういうことをもってこうしているかちょっとわからないよねというお話がありましたけど、まったくそのとおりで、ここで議論してもそうだったら、市民に30年にできた時にやったら、もっとわかんないと思うんです。そこの打ち出しは病院内、我々を含めて、市民への打ち出しをしっかりと考えた上で、それが採算ベースで病院経営を自立させる、将来は独立法人化するのを視野に入れながら、どういうふうにやっていくのか非常に難しい課題だ。口で言うのは簡単なんですけども、メリハリを付けたこういうことをやっていくというのを打ち出す必要があるかなと感じました。

(座長)

ありがとうございました。秋山さんお願いします。

(秋山氏)

各委員の皆さんから一通り御意見が出ちゃったんで、あれなんですけど、私が自治会の立場で開業医の先生方がどこにあるのか、どこの地区のどこにあるのかというのは、平塚市231町内会があるんですけど、それを27の地区に分けているんですね。その地区ごとに地区図というのを今発行しております、自治会が発行しているわけではないんですけども、業者の協力を得て、各地に配られているはずですよ。例えば私の住んでいる金目地区だったら、どこの自治会のところに、あるいは金目地区のどこのところにどういうお医者様はあるんだというのが載っているようになっています。しかし、まだまだ開業医の先生方もいろんなことができる先生方がおられますので、もっと内容までわかるようにというのはまだできておりません。地域にわからせるとさっきの外来のお話というのは、近くでかかれれば、近くに行くよという市民もおられますので、先ほどから出ているように、市民病院がやるのはこれだぞ、開業医の皆さんがやっていただくのはこれだよというふうに明確に、市民、住民にわかるようなかたちをどんどん作っていくとかなり違ってくるんじゃないかと思います。市民病院の方向というのは私の立場で言うべきレベルの話じゃなくて、かなり高度のお話なので、遠慮させていただこうかと思います。

(座長)

ありがとうございます。それぞれの委員の皆さまから大事な御指摘があったかなと思います。前提として休憩時間中にもお話があったんですけども、いきなり合併というのは難しい。現実的それぞれの経営体は独立していますから、それは神様が決めて上からどうだこうだすることは無いと思うんですけども、現実的には連携というかたち。先ほど、正木さんからも御指摘がありましたけども、済生会さんも含めたかたちでの連携、大きな病院さん

は平塚地域、あるいは中郡、あるいは伊勢原、秦野も含めて平塚の地においてどうあるべきなのかのすみ分けと申しましょうか、連携と申しましょうか、そこを平塚市としてどう考えていくのかということは大前提として、極めて重要な議論ではないかなと思います。逆に、そこがないのに市民病院だけがどうだ、こうだという話でもないのかなと思っておりまして、その前提には地域医療構想もあったりするんだと思います。その中に何人かの委員から御指摘があったような、ここの特性、ここで積み上げてきたレガシーみたいなものがあって、平塚市民、共有の財産とするならば、そこをどう積極的に活かしていくのかということが求められていくのではないかなと。そこは冒頭、院長から御指摘のあったもともとこの病院の設立の経緯であるとか、15のストロングポイントというお話がありましたけども、そこをどう踏まえていくのかなと。ただ、そこにあまりこだわる限り、あまり赤字が膨らんでとはいうなかなか非常に難しい解を求められているということもありまして、それにしても材料が少ないというのがこの懇話会の特徴なんじゃないかなと。座長がこんなこと言っちゃうと元も子もないんですけど、率直に材料が少ないなと思っております。次回の懇話会をいつに設定するかこの後大事な一つの議事ではあるんですけども、一つは事務局あるいは平塚市さんも含めてだと思っておりますけども、平塚市の方で用意する、できるものがどれくらいあるのか、もしないんだとするとそれはありませんということも含めてある程度準備に時間がかかるのであれば、例えば、お話がありましたけども市民アンケートであるとか、あるいはかかりつけ医アンケートであるとか、それは以前構想を作った時にありますというお話ですと、多分ちょっと違うと思うんです。この今の建設を含めて医療構想を作った時の連携の前提と今の連携の前提と全く違ってきていて、ここ5年間で大きく環境が変化してきていると思いますし、かかりつけ医の先生方も連携というものどれくらい当たり前に見ているかという意識が大分変わってきているように思います。また市民病院さんでもいろいろ努力されていると伺っています。今日、そういう御説明もありました。そういう中で、現時点でここまでは出せませんというのを時間軸を含めて、ここは座長に一任いただきたいんですけども、そこがないとお忙しい委員の皆様が集まっても今日と同じ議論をする可能性が高くてそこをどこまで用意するか。もう一つは今回の懇話会につきましては、次の将来構想を考える一つの足掛かりになるんだというふうに理解しておりますけども、そこを含めてどっち側に寄せていくのか、その役割分担、この懇話会の結論をどこに持っていくのか等あろうかと思っておりますので、ここは事務局と私に一任いただいて、そこがある程度見えてきたところで次回、本当は事務局は12月にやりたいみたいですけど、これでいきなり日程調整をしてもあんまり意味のない議論になってしまいますので、お忙しい先生方煩わすといけないかなと思いますので、そこも含めて議論に必要な素材を少し揃えていく時間を取りながらそれがあ程度見えてきたところで、それぞれの委員の皆様御調整いただくというかたちにできればいいんじゃないかなというふうに思っております。この懇話会自体、意見大分広く分かれていると思います。そういう中でどういう一定のメドを立てていくのか、あるいはこの懇話会として最終的に何を出していくのかということも含めて、少しお時間をいただければなと考えておりますけども、いかがでございましょうか。あるいは、その進め方について御意見をいただきたいなと思っておりますがいかがでございましょうか。

(正木氏)

D P Cのデータをもう少し

(座長)

D P Cのデータと診療科別の結構大事なんじゃないかなと思っております。行政、市民からの要請に応じている結果、こうなっていてそこをなんらかのかたちで収支で埋めているというかたちは当然あると思うんです。そこも含めて実態をよく見ていく必要があるかと思ひますし、連携の部分も重要なファクターが求められるんじゃないかなと思ひます。やっているとは言いながら、さっきの正木さんのお話を伺えばもう少し改善の余地はあると思ひますし、この病院の一つのご予定のような気がしますのでそこが十分なのかどうなのかについてももう少しそれぞれ委員の皆様に見ていただいた方がいいんじゃないかなというふうに思ひております。

(富田氏)

この病院を建設する、あるいはどうしていくかという議論がなされた時は随分前だと思うんです。多分5年くらい前ですかね。22年頃が将来構想。そうすると、5年経った今は大分違ってきているし、オープンする30年度くらいにはグッと変わってきているし、そうすると私たちから見てそう思うけども、病院も市の方も見てそう思うんじゃないかなと私は思ひているので、病院や市の方からもこういうふうに立てたけどこの辺が違ってきているという、計画修正値というような予実管理と言うんですけど、経営的には。予想と実績がこんなふうに乖離しているというところをそちらさんでわかったところを出してもらいたい。昔の頃からは全部知らないの、これこれこういう議論があつてこういうのがあつたけどこういうのが難しいかなとか費用的にかかり過ぎとかですね、その辺がないとリアルな議論ができないと思うので、その辺の資料をお願いいたします。

(座長)

今の御指摘は極めて大事なことで、将来構想というのがしかるべきプロセスを経て市として当然決められた、行政も議会も含めて決められたプロセスですから、これをなかなかひっくり返すみたいなお話はなかなか難しいと思うんですが、現実として異なっているところについては、御指摘していただくことは可能なんだと思ひます。また一方で組織は生きているものですから、いきなり0か1かということではないですし、今日もいくつか議論の中であつたんですが、例えば高度医療をやったらそうじゃないものはできないのかと言つたら必ずしもそうではなくて、そういうところももう少し0か1の二項対立の議論ではなくて、平塚市民病院はこういうふうにできていて、実はいろんな機能が混在している病院なんだということなんじゃないかなと私は感じておるんですけども、そういったようなことも含めて、これまでの議会で通つて議論を伺つておりますと、どうもその二項対立議論があまりにも強かつたのではないかなと思ひておまして、この市民病院は具体的にどうなんだというところ、具体的な解を求めていくしかないと思ひますので、高度しかやらないとか慢性しかやらないとかそういう二項対立議論は出てこないはずだと、現実を見ればと思ひておまして、そこをもう少し立体的に議論できるような資料が出てくる

といいなというのが率直なところでございます。それは今やっているところから答えが出てくるとはずと思ひまして、そこの部分をぜひぜひ。今日も二項対立になりかけたんですけど、むしろ現実を御存じの委員の皆様ですから、もう少し現実的な解を求めてそれぞれ問題提起されているんだなと私は感じておりますので、ぜひそういった御議論ができればいいなと思っております。そういう意味では事務方から二回をもって終了したいとあったんですが、本当に二回でいいのか私にはわかりませんが、そこは次回でできたもの、それからその委員の皆さんの議論を踏まえて、何回で設計するのかあるいはこれは途中経過として次の将来構想を決める懇話会に何かある種持たせていくのか。いずれにせよ連続した議論が必要だと思いますので、そういったところも含めてぜひ、委員の皆さんに次回御意向を伺いながら、どうかたちで、最終時にまとめていきたいような事務方の御意見もありましたので、そこは委員の皆さんのざっくばらんな場の御意見をいただければなとこんなふうに考えております。

座長としていろいろ申し上げてしまいましたが、特になければこれで今日のディスカッションは終了とさせていただきたいと思っておりますけども、何でも気がついたこととかございましたら御意見いただければと思ひます。いかかでございますでしょうか。

(富田氏)

こちらにもコンサルが調べたまとめが入っていて、この分厚い中にはコンサルさんが丁寧に調べられたのがありまして、コンサルさんが出されたものをどんなふうに今病院の中としてある程度きちっと出されていると思うんですよ。一回出されたものを私たちが白紙からもの言うよりはこちらがやったことをどうしているか、改善点はどうですかというのが森久保さんから先ほどもあったんですけども、コンサルの意見を踏まえて病院はどうしていこうとしているのかちょっと聞きたいです。コンサルの資料出されたらきっと活用されると思うので、それはどうしているのかな。これ出されたの少し前ですよ。とするとこれを見てどう思っているのか。こんなの反対となっているのかこういうのは入れていこうと言っているのかその辺の病院の姿勢をちょっとお聞きしたいと思ひます。

(別所病院事業管理者)

このコンサルは、私も病院長も知らぬままコンサルが行われたもので、私達はこれを無視しております。私も病院長も知らない間にコンサルがいつの間に入って、私も何も聞いておりませんし、病院長の話も聞かずに作り上げたコンサルの資料でございますので、私達はそれを無視。一応読んでますよ、読んでますけども無視しています。

(座長)

なぜこういうことが起きるのか経営体としては疑問に思っております。普通、設置管理者さんとか何かしらの決裁基準があって外部に情報を出すとか、当然委託契約を結ぶについては、何らかの決裁が行われていると思うんですよ。今の別所さんのお話だと、ちょっとそこは違和感があるんですけども、どういうことなんでしょうか。

(重田経営企画課長)

決裁はもちろん取っておりまして、区分から見ますと課長決裁で済んでおります。

(別所病院事業管理者)

こういうことです、課長決裁で済んでいるということ事態がうちの病院の病因なんです。私も病院長も知らない間に、信じられますか、コンサルタントが入って、私も病院長もコンサルタントの人から質問が来ませんし、事情聴取もしていない。そのような資料私は信用いたしません。

(座長)

経緯については承知いたしました。率直に申しますと、今後の経営を考える上ではあってはならないような。一般の組織運営においてはやはり公立病院とは言えどもあってはならないことのような私は気がします。ただ、事実としては、よく分析はしているなど率直に思っていて、そこを議論の素材として使うことについては、この懇話会については別所さんや金井さんはいろいろと言いたいことはあるとは思いますが、事実と誤認等々あれば御指摘をいただいて、そうしないともったいないですからね、せっかく作っているのに。そこはそういう形で進めて行ければと思いますが、経営の問題の中で今みたいな御指摘のようなことがあるんだとするとそれは、組織全体として一体となってやって行くことが重要であるというお話がありましたね、ビジョンについてもKPIについても。そういう中でこそ収益の改善というのは可能になるんだというお話の中でちょっといかがなものかなという感じはしています。

(富田氏)

これが作られたのは26年の3月31日に出しているもので、多分はつきり言ってお金がなくなったからどうしようということ知恵を借りたんだと思うんです。なかなか市の方も優秀だけどこのことには慣れていらっしやらないとすると、藁にもすがるといふか。だったらプラス発想で、見て役立つところをお使いになればいいし、我々もこういう外部の資料がある、出したということは、どういう経緯は別にして資料として使えるものは使えばいいし、概要も出していただいたのもこれからというのもあれば外部の評価は大事ですからというふうに使えばいいと思います。

(別所病院事業管理者)

環境調査とかそういうのをよくやっているなどは僕も認めますし、ただ一部私達の考えを聞かなければということが、これはちょっと違うんじゃないのというようなものもあったので、それをお話したかっただけです。

(座長)

客観的な分析のところについては確かにそうかなというところなんだけども、具体的なオプションの評価の部分がいくつかあるんだけども、それについてはという理解でよろしいですか。

(別所病院事業管理者)

そういう理解で結構です。

(座長)

ありがとうございます。そこはまさに富田さん御指摘のとおりで私も使える所は使えばいいしオプションに対する評価というのもいくつかあると思うんですけども、それについてはそれぞれのお考えを伺いながらここでは議論進めていければいいんじゃないかなと思います。そういう意味では極めて有益な資料の一つだと思います。

私が先ほど申し上げたコメントは基本的にはその経緯が経営体としてはのどころの先ほどの委員の皆様御意見を踏まえて申し上げたということでございまして、この資料使う使わないというところは使ってやってまいりたいというふうに考えております。では、こちらの方の議論は以上とさせていただきます、大変委員の皆様長時間に亘りましてお疲れ様でございました。私も慣れないところがあり大変失礼しました。では、お返ししたいと思います。

○閉会

○平塚副市長挨拶

(石黒副市長)

平塚市副市長の石黒でございます。本日は委員の皆様方に午後丸々半日という滅多にない長時間の会議で大変熱心な御議論をいただきまして本当にありがとうございました。

本日の懇話会テーマが、平塚市民病院の将来像についてということで、マーケットと経営の二点から非常に幅広く、また深く御議論をいただきまして市の理事者として重く聞かせていただきました。お話を伺っていて二点思ったことがございまして、一つは市民病院についてはこれまで多々、市としても議論があったということでございすけども、これまでも議論が充分じゃなかったということについて、改めて反省する必要があるなというのが1点でございます。もう一点は、市民病院のあり方というテーマで御議論いただいたわけでございすけども、まさに市としての病院に関する政策といいますか施策、全体に亘っての関わる問題として今日の議論がいろいろといただいたというふうに受け止めをさせていただいたところでございす。

次回の第二回あり方懇話会につきましては、先ほど亀井座長さんからいろいろと御提案いただきまして、今後事務局の方で詰めると思っておりますけども、引き続き皆様には様々な御意見を頂戴をし、より良いあり方について市としてもしっかりと考えてまいりたいと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

本日は本当にありがとうございました。

(別所病院事業管理者)

どうも皆様方お忙しい中どうもありがとうございました。最後に少し余計なことを言いましたけども、今の事務局長も経営企画課長も非常に協力的でございまして、また日本ラグビーのように、正木さんが言いましたように、いい病院をつくっていこうということで

進んでいるところですので、ぜひ誤解なさらぬようによろしくお願いいたします。私わがままなものですので、私の知らないところで行われたことは、非常に腹が立ってそれを皆様方にぶつけてしまったということでお許しをお願いいたします。

今日の皆さん方の議論大変参考になりました。私達の思いを言ってくださっているなど思いましたけども、一つ僕自身錯覚を起こしてきたというのも現実です。自分が今まで描いてきた病院の姿というものを、市民病院であるからこそこの姿はいけないのかなというようなことは、皆様方にちょっと発言していただいたのかなという面もございます。それともう一つは、現場にもう少し今の厳しさというものを身に染みて感じていただきたい。というのは、ドクターをどうやって確保していくのか、医療職をどうやって確保していくのか。これは大変な事業なんです。そのためにどうすれば医者が来てくれるのか、どうすれば看護師が来てくれるのかということを考えながら、院長が真剣になって動いています。それがまず一つ。

今までの公立病院が何で赤字だったのかということ、ぜひこの場で皆さん方に逆に言うて教えていただきたい。私が来て何年間かは、補助金をもらいながらの黒字にしましたが、どうしてこのような事態が起こってしまったと。一体何なんだろうということ、自分自身で解いているところなんです。僕の考える医療というものは、最高のものを目指すと、それに向かっていくことによって人材が集まって来るんだという思いで今まで病院運営をしてきましたし、それだからこそ、この病院は発展していくんだろうと。またそういう医者が来ることによって、地域の皆さん方に貢献できるんだろうと。中途半端な医者が来て、中途半端な医療をしたら本当に地域の医療に貢献できますかと。私はしっかりとプロの技術と知識をもったドクターを招聘できる環境をつくることこそがこの地域に貢献できることだと。当然その中でお金の問題、そういうことを考えていかなければなりませんけども、今後そのような視点からも資料を提供するように事務局に申し付けしますので、ぜひそういうような視点からも議論をしていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。