

会議録
(第1回次期平塚市民病院将来構想検討会議)

日 時： 平成28年6月9日(木) 10:00～12:00

場 所： 平塚市民病院 中会議室

出席者：

《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
森久保 俊満氏	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	東海大学健康科学部社会福祉学科准教授
秋山 博氏	社会福祉法人恩賜財団済生会神奈川支部支部長
大曾根 俊久氏	平塚市自治会連絡協議会会長
高山 秀明氏	平塚商工会議所専務理事
高井 尚子氏	※福澤 正人平塚商工会議所会頭欠席のため代理出席
土屋 了介氏	一般社団法人平塚市医師会理事
久保田 美紀氏	平塚市健康・こども部長
	地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長
	平塚市PTA連絡協議会広報副委員長

欠席者：

石田 有信氏	平塚市企画政策部長
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

○平塚市長挨拶

(落合市長)

皆様おはようございます。市長の落合でございます。

皆様には、平塚市民病院の次期将来構想検討会議の委員を御快諾いただきまして、改めてお礼を申し上げます。本当にありがとうございます。今回の検討会議では、市民病院の果たすべき役割また経営の効率化策、患者や市民の皆様に対する対応改善策など今後の市民病院の方向性も含めまして、委員の皆様からさまざまな御意見をいただきたいと考えているところでございます。全国的に公立病院の医療提供体制のあり方、これが問われている中、市民病院も様々な課題が山積しております。今回の検討会議の開催に至った主旨は2点ございます。まず1点目でございますが、平成29年度以降の市民病院の将来の方向性などを示す、次期将来構想の策定に当たりまして御意見をいただくことにあります。病院を取り巻く医療の環境につきましては、我が国では世界にも例のない高齢化が進みまして、医療保険制度また医療提供体制の見直しが必要な課題となっているところでございます。神奈川県におきましても、2025年、平成37年でありますけれども、これを見据えまして質の高い医療と介護を地域で効率的に提供するための施策に向けまして、「地域医療構想」を策定中であります。公立病院におきましては、県の「地域医療構想」を踏まえまして「新公立病院改革プラン」の策定が国から求められておりまして、市民病院といたしましても、今年度中に2025年までの次期将来構想の策定が必要だというふうに考えているところでございます。2点目であります。経営改善に関しまして、有効な考えをいただくことにあります。市民病院は平成26年度以降、医業収支が悪化をしまして、預

金・現金の枯渇が見込まれ、一般会計負担金とは別に、平成30年度までに最大35億円の長期貸付を行いまして資金ショートを回避しているところでございます。本市といたしましては、市民病院においては、地域で必要とされている医療提供体制を確保し、安定した経営の下で、不採算医療また高度先進医療など提供する役割を継続的に担うことが重要であるというふうに認識しております。その経営改善は目下の急務と考えているところでございます。

以上、会議の趣旨等申し上げましたが、この後より詳しい説明などにおきましては、事務局から説明を申し上げますので、どうぞよろしく申し上げたいと思います。安全で信頼される、そして地域に根ざした医療を提供できる平塚市民病院を目指しまして、各委員の専門的な立場から、是非とも忌憚のない御意見を踏まえた御審議をお願い申し上げまして、私からの挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

○平塚市病院事業管理者挨拶

(諸角病院事業管理者)

皆様こんにちは。この4月から平塚市の病院事業管理者に就任いたしました諸角と申します。どうぞよろしくお願いたします。この検討会議のメンバーの皆様を拝見して、大変御高名な先生方にお集まりいただき本当に感謝しております。どうぞよろしくお願いたします。このメンバーの方の多くは、既に昨年あり方懇話会の方で参加していただいて御報告をいただいております。大変有意義な議論をしていただいて、また当院のビジョンを示すような御報告もいただき、さらには一昨日亀井座長さんから平塚市の議員の皆様詳しく結果について御説明いただき、非常に感謝していると同時に、またこれからの今日から始まる会議についても大変期待しているところです。今、市長さんからお話しがありましたように、当院、地方にある中規模病院どこでも、やはり厳しい状況にあるというふうに聞いているんですけれども、やはり当院でも経営的にはかなり厳しい状態にあるんですけれども、そこをなんとかこれから生き残って、当然職員の意識改革と職員がすることは山ほどあるとは思いますが、さらに皆様の御意見を伺い、またここで新病院ができたことによって、患者さんも大変増えていてそういう点ではかなり期待をもって我々もできるのではないかなと思って考えていますので、是非皆様の力をお借りして、こういうピンチをチャンスに変えられるようにしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

○ スケジュール

○ メンバー紹介

○ 講話

テーマ「地域医療について」

「急げ組織改革！正念場を迎えた病院経営を考える」

～これからの平塚市民病院の在り方を一考する～

※カッコ内のページ番号は、正木氏作成の講話資料のページ番号です。

(正木氏)

済生会の正木でございます。どうぞよろしくお願いたします。今日は図々しくもこん

な話をさせてくれと事務局に申し出をいたしましたところ、皆様方の貴重な時間を1時間もいただくことになりまして、本当に感謝しております。平塚にも済生会病院がございまして、病診連携など、いろいろな面でお世話になっておりまして、厚く感謝申し上げます。ありがとうございます。

今日は、平塚市民病院の行方をどうするかこうするかという話ではなくて、ちょっと皆様方に、私が済生会熊本病院とそれから済生会の横浜市にございます東部病院で行ってきたことを少し御参考にしていただければということでお話申し上げます、地域が違いますと、全てが戦略的にぴったり当てはまるかということと全く違いまして、それぞれの地域におきまして、最善の策を選んでいくべきだと思います。

(1 ページ目) 最初にラグビーの早明戦の話を致します、昔はこの写真を早慶戦にしていたのですが、今日は慶應関係の先生方が多いので、早明戦に変えましたが、この写真はゴール前の攻防戦で、早稲田が負けたときの写真です。ちょうどワールドカップでも同じように日本が押し込んだ場面もありました。ラグビーのチーム構成はフォワードとバックスとに分かれ、それぞれのポジションを守り責任を果たすのですが、この時だけは全員が一つの塊になって、押し込んでいきました。今はもう自分たちのポジションだとか自分たちの役割でないどころ言うよりも、皆で心を一にするということが重要であるということで、最初に挙げています訳でございます。

(3 ページ目) 「社会保障制度国民会議報告書」が、平成25年8月6日に出されましたけれども、この報告書が随分と今の政策に効いているのではないかという気がします。例えば地域医療完結型をしっかりとるか、機能分化をするという言葉が出ていまして、最近では地域完結型とか機能分化とかに少し迷いがあるような気がしますが、それぞれの病院が選択した医療をしっかりとやりながら、さらに地域で連携するということが、基本になっているのではないかという気がいたします。

(4 ページ目) 7対1看護体制を半減させるということで、第1番目の方策が今年出てまいりまして、25%の看護必要度を持っていないところは、7対1から降りろというメッセージが入っていました。このようなことがこれから先も続いていくのではないかと思います。7対1の病院を半減させるということでございまして、そのあまった看護師さんたちがどこへ行くかということ、在宅とか外来とかこちらの方に動いてもらうようなことも一部出ていたかと思えます。

(5 ページ目) それから医療制度改正に絡むいろいろな法律が出ていますが、これらを総まとめにするような法律もまた出まして、中には地域医療構想、地域医療ビジョンをこれから先どしどし押し進めるということですし、ホールディングカンパニーなどを作り、皆さんで力を合わせ、できるものならばそのチームの中でいろんな診療科とか病床とかを考えたかどうかとか、いろんな話が出ておりますけれども、岡山で大分話が進んでいるようで、私も済生会も中に入って議論しておりますが、一つの法人が違うグループに入ることができるかどうかなかなか難しいところがあるかと思えます。長野県でも石川県でもどんどんそういったホールディングカンパニーの組織化に多くの先生方が御活躍され、話が進んでいると思っております。

(6 ページ目) 地域包括ケア構想は基本的にその中心には住まいがきています。基本的には厚労省がこれから先、設備を作って病床を作るといふそういうお金はありませんの

で、住まいを中心にしながら必要なときには、高度急性期に行くし、ちょっと調子が悪くなった時には、地域の地域包括ケアの病棟に行くということで、これからの一番大事な医療、介護の中心は住まいということ、を、どしどし打ち出しているところでございます。

(7 ページ目) 地域包括ケアの病棟を作りまして、これが先ほど言ったように、これまでは高度急性期から急性期、急性期から回復期、慢性期とこういうふうの流れでいたのが、在宅から違う方向に行けるといところが面白いところございまして、住まいを中心に必要なときに必要な医療機能を使っただけという姿ははっきりしてきました。

(8 ページ目) 病床機能につきましても既に報告を繰り返してございまして、2年3年経ちます。次第に話が進んでいきますけれども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの部分で一番病床数が必要なところは回復期です。ところがすごく足りないという全国的な傾向が出ております。高度急性期といっても自称高度急性期レベルといったものもあり、全てが高度急性期という病院はそんなにありません。高度急性期と急性期の境目も非常に難しく、急性期の判断の難しいところです。ドクターに関して、医局が見ているところは高度急性期・急性期の病院まで、回復期までも医局が一生懸命面倒みてやろうということとはほとんどなくて、回復期病床増やすとか言っていますけど、どこからドクターが来てくれるかが大きな課題です。

(9 ページ目) この資料のデータはちょっと古いのですが、この図で高度急性期部分はちょうどいいのですが、急性期部分が多過ぎてしまっていて、さあこれからどうするかこれが問題で、さらに回復期病床が多過ぎるという問題が出ています。これはほとんど全国的な傾向の話です。

(12 ページ目) 平塚市民病院の環境と申しますか、周りを少し見てみたいと思います。この印は急性期病床でして、どれくらいあるかって話で、平塚市だけで見ますと、共済病院と平塚市民と、済生会平塚はなんちゃって一般病床、急性期でございまして。整形はドクターが5人おり手術もしていますが、他の診療科はほとんど揃っていませんので、これから先、平塚市民病院とどう連携するかという話になってきますが、今日はその話はちょっと止めておきまして、平塚市の人口が26万、7万ぐらいで400床病院が2つあるということは、病床が少し多いのかなと、感じるところがありまして、人口が東京からどしどし藤沢市、茅ヶ崎市に移っていて、平塚市にも将来的にはどんどん来るのではないかなと私は思っているのですが、その予想はなかなかつかないところです。

(13 ページ目) 次は回復期病棟の状況です。これはリハビリテーションを中心にするような病床です。平塚市には50床はありますが、これでは少ないということで、今、私どもでは回復期病床をとすることを考えてございまして、人口からすると、もう少しあってもいいじゃないかなと思いますが、これもどこが開設するかの話になっていると思います。このような状況でございまして。

(14 ページ目) それから包括ケア病棟について様子を見てみましょう、済生会平塚病院は今、一般病棟を包括ケア病棟に変えてございまして、平塚市民病院から患者さんはあまり来ていません。これはちょっと古いデータで、4月、5月と時間は経っていますので、包括ケア病床をお持ちの病院も増えているとは思いますが、情報は入っていません。データはこのようなところでございまして、地域包括ケア病床はすごく少なく、回復期病棟も少ないということが平塚市の病床構成に見えるところでございまして。

(15 ページ目) このデータは誰でも情報を取ることができるということもありまして、湘南西部医療圏において、どの病院がどのくらい届け出をしたかというところですが、東海大学はほとんど高度急性期で届けています。あと平塚市民と平塚共済がございまして、共済の方は少し遠慮されて急性期のところが多くて、平塚市民はすべてを高度急性期で届けてあります。いずれにしても、調整が入ってまいりますと、高度急性期というのは、少し多いので減らすというのが望ましいといいますが、減らせとは言いませんが、望ましいという形で出てくるのだと思います。急性期は今のままで良く、回復期が足りないもので、回復期をもっと増やさなければいけないということもわかります。慢性期はちょうどいい感じがあります。高度急性期が700床オーバーしています。ただ大学病院があることによって他の病院が影響を受けていますので、これについてはもう少し考えるべきではないかと思えます。

(16 ページ目) 一方、熊本の方ではやはり大学病院がほとんど高度急性期です。熊本医療センターは国立病院機構の中でもトップの病院でございまして、この国立病院も、赤十字病院も、済生会もみんな高度急性期と言っているのです。あと中央病院が高度急性期を少し目指し、熊本市立病院も希望は高度急性期ですが、先日の震災で被災してしまい、急ぎよ建て直すということになったようです。建て直す費用は国が全部負担するというので、現在、厚生労働省と調整していて、松田先生が座長をして医療機能を図り、すぐに建て直しに取り掛かるという話になっています。これまでとすっかり変化をさせて、子供とか赤ちゃんとか女性の専門病院にしたらどうかという意見もあります。他の病院には無いちょっとした特徴を持たないと、新しく作ってもなかなか経営が難しいのではないかと思えます。熊本では人口がどんどん減ってしまっていて、高度急性期も、急性期病床も多いようです。回復期病床が若干足りませんが慢性期病床はまだ多すぎるようです。これでも慢性期病床は半減したのですが、まだまだ病床が非常に多いようで、全体的に病床を減らしていかないとはいけません。大学病院、国立、済生会、赤十字と4つの病院が揃っていて、本当に、大変競争の激しい所なのです。人口が熊本市で70万、周辺地域を入れて100万になるかならないかです、県全体でも160万ぐらいの人口しかいません、こういうところでこれから先、どのようにしていくかという大きな問題があります。

(18 ページ目) 平塚市民病院の内部の状況を見てみましょう、これは2014年のDPCのデータの内容を分析してみたものです。患者さんがどのくらい退院されたかのデータです。東海大学病院は病床も多いですから当然、患者さんも多い訳ですね。平塚共済が441床、平塚市民が410床このような形になっています。ちょっとデータが古いので新しいものにすればいいのですが、簡単に手に入れることはできません。東部病院は同じ446床ですが、これだけの数が退院しています。熊本病院もこれだけということですが。ちょっと病床が違っていると見にくいので、ちょっと病床を統一するために病床で割ってみたいと思えます。

(19 ページ目) そうすると東海大学は800床で、回転数でみたら24回転、平塚市民病院は20回転。ところが東部病院とか熊本病院は30回転超しています。このことによって460床でも240億円の年間の医業収益で、熊本病院も388床で240億円を超す医業収益を出している。一床あたり大体5,000万くらい入ってきているのですね。お金の多寡がどうこういう訳ではありませんが、基本的には一床あたり5,000万円位

は得ることができるということになります。そうしたとき、平塚市民病院も200億円くらい目標が必要なのではないかと思います。熊本病院も東部病院も地域が違いますので決して絶対とは言えませんが、熊本でも東部でもそれができているとすれば、そのくらいを目指すべきではないでしょうか。熊本病院では職員が1900人ほどいまして、東部でも1500人います。そのことは、地域の雇用率改善には非常に役立っていると思います。病院が活発に動いていると、多くの職員が必要で労働需要は多く生まれてきます。

(20 ページ目) 救急車による搬入数を見てみますと、東部病院では三次救急が主体となっていて、一次救急でも二次救急でももっと患者さんに来て頂きたいのですが、満床状態なのでほとんど受けられなくなっていて、今年も救急患者さんは減っています。今、一年間に6,000台くらいのペースで来ています。熊本病院は9,000台から1万台くらい来ています。そういう数を見ていまして何が課題かといいますと、熊本病院は脳疾患や循環器が強いなど病院ごとに特徴があります。湘南鎌倉病院や、みなと赤十字病院や東海大病院とか、こういったところは青い部分の外傷といわれる患者さんをたくさん受けているのです。救急車が1万台くらい入っている病院の特徴は、外傷をたくさん受けています。これは急性期病院にとって非常にしんどい話なのですが、やはり、救急患者さんが非常に多いというところは、それだけたくさん外傷の患者さんを受けているということがわかります。病床が空いていないことを理由に自分たちで制限するのでなく、患者さんが来られたら、「どのような病気の患者さんでも受ける」と言ったらおかしいでしょうか、患者さんが困っているとき対応するということが病院の役割と言えるのではないのでしょうか。

(21 ページ目) これはDPCの救急医療係数を表したもので、大体、救急車搬入の数と相関しています。この救急医療係数が救急医療に対する努力や熱意を正確に表しているかという、そうではないと思っています。現在の係数の決め方は、救急から入院して、最初の2日間でどのくらいの材料を使っているか、費用を使っているかというのがチェックされます。したがって、係数を高めたければ、これを高めていくことになります。熊本病院の特徴は救急で来られた患者さんは絶対に断らないということです。どのような症状の患者さんでも来られます。小児科とか皮膚科とか診療科のない患者さんも来られますが、熊本病院では必ず受けるのです。「熊本病院にはその診療科が無いので」といった理由でお断りすることはありません。病院を頼みとして来られた患者さんに対しては、病院として必ず受けるということが決まりになっていて、受けてから症状を診て処置をどうするのか他の医療機関と連絡を取り、指示を仰ぐなどしています。救急は非常にしんどいですが、それは本当に熊本病院の歴史だと思います。昔、本当に経営困難なとき、救急医療から経営改善をしていきました。

(22 ページ目) この図は患者さんの数と平均在院日数です。患者さんの退院数推移は、病院の最も大切な数の一つであり、基本的には右肩上がりということが要求される訳です。平塚市民病院は23年から24年と上がっていて、25年には平行線を辿っています。退院患者さんはぜひとも「右肩上がり」という姿に持っていくこと、これが病院の使命じゃないかと思います。それから平均在院日数ですが、日本の平均在院日数は15日、14日あたりで長過ぎだと思います。今日はアメリカから来られた方がいらっしゃいますが、アメリカでは当然ながら日本の急性期病院の半分以下です。非常に短いと思います。東部病院は今それを目指していて、今年の統計では7.5日になっています。熊本は9.0日です。

ということは、それだけ患者さんを入れるチャンスが生まれることになります。そのチャンスに対して患者さんが来られるかどうか、どのようにしたら来てもらえるか、連携なのか、救急なのか、紹介なのか。そういうところにも問題があるかと思いますが、私は1週間、ワンウィークですね、これを目標としていまして、どしどし縮めることが必要だと思います。

(23 ページ目) D P Cの中に複雑性指数とか効率性指数という係数がありますが、グラフの上の方にあがるに従って効率がいいということになります、これは単純に平均在院日数に関係した係数だと思います。複雑性指数の表す内容は明確になっていません。最近D P Cの係数には重症度とかいって、何を求めているのかわからないようなものが出てきております。効率性が高い、つまり平均在院日数が短い、さらに重症な患者さんが来られているということが重要で、この第3象限にあるのが一番良い訳です。東部病院は効率性がものすごくいいですね、全国で一、二番目くらいですが、残念ながら複雑性がよくありません。軽い患者さんが多いということになります。C A G (冠動脈造影) と呼ばれる循環器のカテーテル検査入院の患者さんの数が日本で10傑に入っているほどたくさんおられますので、そのことによって、東部病院は重症度が低いということになっていると思われる。熊本病院はもちろん効率性もいいですし、複雑性もそれなりにあるという表現になっています。平塚市民病院も重症度の高い患者さんが来ている表現になっていますので、さらに複雑性を上げると同時に効率性も上げるといって、右斜め45度くらいの方向に行くことが必要かと思います。このグラフで見ると、平塚医療圏の中では、東海大学病院と平塚市民病院が高いレベルにあるというのが見えてきます。

(24 ページ目) それから、効率性と複雑性を各病院のいろんな診療科で見ますが、平塚市民病院でこういった数字を出して、全てが信用できる訳ではありませんが、筋骨格とか女性のところがレベルが低いのかというのは決してそうではないのですね、診療の中身によりますので、この辺をできるだけ重症度の高いものに改善しますし、なるべく上の方に上がるように、1.1というのと1.05とポイントしておりますが、これは比較するためなのですが。

(25 ページ目) これが東部病院の図です。東部病院は循環器のバブルが非常に大きいのです。つまり患者さんが多いということですが、先ほど言ったように、カテーテルの検査の入院とかP C I (心臓カテーテル治療) の患者さんとか、あまり重症度が低いのです。D P Cの中で、係数は検査入院とか教育入院とかは重症度が低くなります。傾向として、消化器に注目していただきたいのですが、非常に効率性もいいですし、重症度もそれなりにあるということで見ただけだと思います。

(26 ページ目) これは熊本病院の図ですが、熊本の循環器なんかは重症度が高いところにあります。消化器も高いところに位置しています。熊本には小児科はないのですが、小児とか皮膚とかがあるのは救急で受けているからです。血液もないのですが、とりあえずこういった患者さんが来られても診療しているということなのです。

(27 ページ目) これはこの前発表がありました2016年医療機関別係数です。まず保険診療係数、これはどの病院も同じですね。ほかには効率性があります。この数値の多寡は平均在院日数の差です。複雑性とかありますが、東部病院はこの点数がわずかばかりしかありません。これまではゼロだったのですが、今年度は若干増えました。これは言うな

れば東部病院の診療内容というか、機関別係数のルールが変わりまして若干点数がついたのですが、今年が目玉は重症度なのです。重症度については、菊名記念病院、東海大学病院、横浜医療センターでは高くつきました。東部はあまり高くありませんでした。熊本もあまり高くありませんでした。この違いによって、ずいぶんランクが入れ替わりました。この図の武蔵小杉病院、川崎市立病院、聖マリアンナ病院とかこれらの病院がどうこういうのではなくて、その係数の作り方が明確でなく、なにしろ平均在院日数関係なく、長く入院させ、色々な医療資源をどしどし投入すれば、重症度は高くなるという傾向はあるのです。それだけが要因ではないと思いますが、いじわるな見方なのですが、そんな形で見えてきますので、来年、再来年にはクレームをつけなければと思っています。

(28 ページ目) 平塚市民病院の若干足りない点は全国的なところからすると、先ほどの後発医薬品係数などというものは、満点の病院がたくさんあるのです。そういった意味で、取れるものは絶対取っておかないといけませんし、複雑性も高めていくとか、カバー率は非常に高いのですが、この中の数値を分析し、他の病院と比較して、自分たちの病院の方向性を見つけることが重要だと思います。全国偏差を見ながら、どの数値が低く改善が必要かなと考えて頂きたい。

(29 ページ目) 今日、皆様方にお話しさせていただきます中で中心になるのは地域連携の話です。熊本病院も東部病院も、両病院があるのは地域連携をさせていただいている医療機関のおかげで、連携の先生方に足を向けて寝るなと職員に言っています。これから先も、地域連携が急性期病院を支えてくれる大切なものだという気がしています。

(30 ページ目) これが熊本病院です。お手元の資料に入っていませんが、このような病院です。まさに田んぼの真ん中にあります。全然、人家がありません。多くの倉庫が周りがあるだけで、この地域は市街化調整区域なので、いろいろな建物が造れないのです。ここは小学校と中学校なのですが、この辺の敷地はたくさん余っていて、「済生会がいろんなものに使うから売らずに待っていてくれているのだ」と私は言っていますが、平地の駐車場が2, 400台分あり、ほとんどの患者さんは車で来られます。この建物は平成7年建設なので、そろそろ古くなってしまったと思っています。この辺に大きな本館を建てようかと言っていますが、なかなか今の時期は難しいので、もう少し延びると思います。これは「がん」の外来医療センターですが、特別に「外来」とついているのには理由があります。これは前院長の方針ですが、病床は388床しかないので、この病床は救急医療で使いたい。したがって「がん」をベッドで診るとするのは基本的にはせず、外来で行うとし、その代わりに非常に充実したモダリティーを整えました。ガンマナイフ、トモセラピー、PET CTとかいろいろなものが入っています。2階は抗がん剤による化学療法の部屋で20床ありますが、ここの単価を含めて全体の外来単価が3万7千円ぐらいです。そのような非常に特殊な作り方をした病棟です。3階、4階は職員の教育センターにしました。300人収容するホールも造りまして、「もっと勉強会やろうじゃないか」、「皆さんどうぞ学会も開いてください。」「医師会の先生方どうぞ会議に使ってください」など「地域医療に貢献する」という意味合いもあるのです。これがこの病棟の使い方なのです。病院の理念に「地域社会に貢献します」という言葉があります。機能評価を受けたときに、「この理念は患者さんという表現が入っていないからダメです」と言われたのです。それから私は、評価機構に不信感を抱きまして、サーベイヤーになってくれと言われたこともありました

が、なりませんでした。患者さん含めたもう少し広い意味で地域社会全体に貢献するということです。運営方針が「救急医療、高度医療、地域医療」です。さらに「医療人の育成」は3年前から掲げたのですが、これも非常に大事なことで、地域の医療関係者の皆さんをも育成するということです。

(31 ページ目) ビジョンが先ほど書いてあったと思うのですが、ビジョンは3年ごとに作っています。3年のビジョンというのは短期ビジョンです。10年、20年という非常に長い病院の理念とは別に、ビジョンを作って全員で目指すことが重要です。そこを目指していきたいという話をしていきまして、このビジョンがまず明確に出ていないといけません。平塚市民でもこれから先、3年後とか5年後で、その後どういう病院を作るかというこのビジョンが非常に明確になっていて、職員も賛同して、さあ皆で行こうとなったときに、「行きましょう」、「行きましょう」とね、そういう呼び掛けができるようなビジョンがしっかり出来ていないといけません。職員が悲しむようなビジョンというのも、職員が自分たちは嫌でも、話し合いをした上で、これで行こうと決めたときに、「わかりました。じゃあ私も行きます」といった話が出てくるようなビジョンを作らなければいけないと思うのです。

(32 ページ目) 熊本病院はどのレベルの診療を行うと言ったときに、重症度が高いのは当然ですけれども、救急では基本的には重症度の高いものも、低いものも全部やりますと、しっかりと患者さん方に表明している訳です。ですから、救急の当番医師は各科分担して当直していますので、全ドクターが必ず当直することになります。大体一晩で10人ぐらいの医師が出勤してきています。救急医の医師に任せするのではなく、自分たちも必ず担当するという話なのです。これは熊本病院の伝統です。その代わり医師は180人います。診療科が10科ですから、割り算しますと各診療科に医師は20人平均いるのです。診療科の構成も救急を行う病院のあり方ではないかと思えます。たくさん診療科を持って、病院の医師が1つの診療科で3人か4人で毎晩当直しろとなるとこれはしんどいことになりますので、できるだけドクターを増やしながら、ただ、本当に救急対応の診療科をとというのが熊本病院のやり方です。熊本病院は総合病院じゃないのです。診療科は10科しかありません。皮膚科とか小児科とかありません。救命救急センターの標榜を申請しても、県からなかなか許可が下りなかったのです。小児科がない、皮膚科がないということだったのです。ですが、DPC制度のデータで救急車を9千台、1万台受ける病院がそれを標榜していないのはおかしいだろうという話で、県も許可してくれました。そのような形で病院が目指すところは、はっきりしているのです。

(35 ページ目) 特に熊本病院を支えてもらっているのは、地域連携なのです。もちろん、熊本病院も地域連携を大変大切にしています。医療ネットワークなのですが、私が平成7年に熊本に行った頃にはもう既にでき上がっていました。熊本市に多くの急性期病院がありますが、非常に人口の少ない中で競争しております。ありがたいことに、周りに多くの協力していただける病院があります。ですから、地域連携なしではありえなかった病院だという気がしております。熊本病院は街中にはありません。非常に街と離れたところがありまして、街中にある高度急性期病院は熊大病院と国立熊本医療センターです。この熊本医療センターは、熊本城の域内にあるのです。この前の震災で熊本城はあんな風になりましたけれども、よく潰れなかったなと思っております。市民病院が今まさに診療停止状態

になっています。医師会病院も今、診療を縮小していると聞いています。

(36 ページ目) これが熊本市の医療環境で、本当にどの急性期病院も業績が良いです。熊本医療センターは、国立病院機構の中でもトップの業績で、熊本病院よりも利益率が高いと思います。職員の皆さん方も非常に明るいです。熊本病院でもそうですが、何が違うかということ、連携先に転院した患者さんを自分たちで診に行くのです。患者さんに転院してもらっても医療レベルが下がらないように常に勉強会などを行っているのです。それを国立熊本医療センターはもっと激しく行っています。前の宮崎院長の時代からしっかり患者さんを診ておられます。熊本病院の紹介率は60%台ですが、熊本医療センターは80%を超えています。それから、中央病院の医療方針は面白いのですが、「医師が疲れる救急医療は他の病院に任せ、中央病院は予定手術に全力を尽くす」というのが前の院長の主義でした。

(37 ページ目) 現在、熊本病院で目指している連携の形をお話しします。ホールディングカンパニーという地域連携をするという仕組みを厚生労働省が推奨していますが、熊本病院では“アライアンス”という言葉を使っているのです。それは財務的な結合とか、病床の統合とかせず、独立を保ちながらお互いに助け合うという形です。航空会社がアライアンスという言葉を使っています。例えば、空港での搭乗受付などを、日本ではシンガポール航空の受け付けはANAが行い、シンガポールではその逆ということです。そのアライアンスという言葉を使って、何百とある連携先のなかで、特に10の病院は、これをしっかり守っていないかということで、新しい関係を構築中です。先日、地震が起きたとき、すぐ翌日にはあるだけの水を持って、連携先を回りました。「使ってください」ということです。自分のところも水が足りなかったのですが、お見舞いに走ったのです。しっかりしたアライアンスを結んでいくということで、お互いのコミュニケーションを深めるための会議がしっかりでき上がっています。患者さんの治療ストーリーで、退院された後、そこに落差があって段差があって継ぎ目があると、患者さんはそれに対して非常に反発されますね。連携すると言ったときに、患者さんにどうしても次の病院に移ってもらわないといけないときは、例えば急性期、高度急性期病院でできないリハビリテーションがしっかりできて、患者さんの予後が非常によいという、そういう特徴と責任をそれぞれが持たなきゃいけないと思うのです。そうすると患者さんはスムーズに転院して、患者さんからクレームはほとんどありません。医療連携を行うときは、しっかりとした治療ストーリーを作っていくことが大切だと感じております。

(38 ページ目) 入院患者さんもあちこちから来られていまして、救急患者さんもこれと同じような分布になっていて、県内外から来られています。ですから、平塚市民病院が平塚市民だけを相手にする病院じゃなくて、神奈川県全部を相手にする病院になられてもいいのではないかとということです。そのくらいの気持ちで頑張ってください。地域連携室は今県内外で活躍しています。連携網を広げていて、福岡県にも行っていますし、宮崎県、大分県にも当然ながら回っています。

(39 ページ目) 連携医療の医療機関やクリニックには、いろんなことでお世話になっていますので、熊本病院がお返しできることはいくらかでもお返ししようじゃないかということで、いろいろなことを考えています。初めは逆紹介です。できる限り逆紹介することを考えています。また、連携先からの救急は必ず受けます。こちらからもドクターカーでお

迎えにも行きます。いろんなどころで足りない、足りないという話がありますので、専門医を派遣しています。お互いの医療レベルを上げましょうということでカンファレンスをしっかりやっています。いろんなフォーラムをやったり、講演会があると御案内したり、研修生も多く受け入れています。また研修会も開放し、勉強会と一緒にやりましょうとか、いろんなことをやっているところです。

(40 ページ目) 連携先との密なコンタクトするために、退職された65歳代のMRの皆さん方を2人採用しました。MRさんというのは製薬会社さんの営業マンの人ですね。そういう皆さん方はよく病院に行っておられましたので、その皆さん方を採用し、病院に訪問してもらっています。2008年のことですが、この時は連携室も5人だったので、1人100件という目標を作って、あちこち回ったのです。

(41 ページ目) いろんな医療機関からの依頼があって、その研修をしっかり受けよう。これは断ることはありません。やっぱり連携のために、「地域のために頑張る」というのを一つの目標にしています。

(42 ページ目) 患者さん紹介に対する返書も、2日後にはほとんど出しますし、それから15日後には完璧に出すという目標を立てています。

(43 ページ目) それから医師をいろんなどころに派遣しています。もちろん自分たちの済生会の病院が一番多いのですが、いろんなどころに宮崎とか鹿児島とかそういうところにも派遣をしています。

(44 ページ目) 勉強会の開催にも随分歴史がありまして、このカンファレンスは昭和58年ぐらいから始まっています。循環器のドクターは今20数人います。心臓外科と合わせると30人超して循環器病センターを作っています。このようにして一生懸命勉強をし、カンファレンスをし、医療圏全域のレベルを統一していこうじゃないかという気持ちがあるのです。

(45 ページ目) それから人材開発は、先ほど紹介しましたががんセンターの上の階で行っています。大ホールを作ったり、会議室を作ったり、eラーニングの部屋を作ったり、いろんなシミュレーションの研修を行える部屋を作っています。これは全部料金なしのフリーで使えることになっていまして、医療関係者に開放しています。

(46 ページ目) 外部の医療人の育成ということで、例えば、院外の新人看護師さんの研修会までやっているのです。このようなこともしょっちゅうやっています。この写真は済生塾という名の救急塾です。この塾を開催すると532名の皆さん方が集まったということです。シミュレーションルームを開放したり、技師さんの勉強会を開催したりしています。今度、新しく研修センターを造りました。ここは職員の福利厚生のためなのですが、保育所や、ホールや、図書室があります。もちろん医療施設も必要なのですが、こういったものにもお金をかけていくというのもある意味今後の経営戦略には必要で、職員が非常に満足するというこういったことも大事ななと思うのです。

(48 ページ目) 連携会議、連携フォーラムとか呼ぶ全体会議や、診療科別の連携会議、病院別の連携会議、こんなものをしょっちゅう開いているのです。

(49 ページ目) ここは平成とうや病院というすぐ近くの病院なのですが、そこに看護部長を外向させたり、技師を派遣したり、しょっちゅう勉強会も開いています。この院長もしょっちゅう熊本病院に来られまして、医師と一緒に回診して、「この患者さんは当院に任

せてくれませんか」そんな話もあるくらいのことを言っています。熊本病院でどれだけ質の高い回復期を行おうとしても、お風呂とかケアしようとしても無理ですね。回復期の患者さんは回復期の病院に転院した方がしっかりと満足する回復期治療を受けることができます。やはり「餅は餅屋」ということにある訳です。

(51 ページ目) これは地域連携室の組織図なのですが、この組織には病院として、大変力を入れています。地域連携はこれから先も重要な戦略になると思います。先ほどの国立病院機構とか赤十字病院と競っていくには、いかに患者さんに来てもらえるかということになり、やはり連携室を充実させていくべきだと思います。連携室の充実は、これから先非常にキーワードになるのではないかと思います。

(52 ページ目) 例えば「当院の患者さんが急変したのでお願い」と言われたときに断らないようにするには、病床管理をしっかりする必要があります。病床管理部は非常に大事なところを見ていまして、責任者に副院長を充てました。副看護部長と病床管理室が実質的な管理をしています。ベッドコントロール担当の部長は全部診療科の部長です。病院全体が一つになって、空いている病床があればどこでも使えるといったようにルールを作っています。このことは非常に大切で、ベッドコントロール一つで、病院の収入に関わってきます。できるだけ多くの患者さんが入院できるようにすべきです。

(53 ページ目) もう一つ特徴的な医療戦略を御紹介します。急性期病院から患者さんは病状によって転院されますが、熊本病院は統計上転院が非常に多いです。さらに外来診療ですが、退院された後に、自院の外来か他の医療機関の外来に行ってもらおうかというときに、大体普通の病院は、退院されたあとも自院の外来に来てもらう率が多いのです。この率が70%ぐらいあり、東部も非常に多いのですが、熊本病院はここが違うのです。熊本病院は他の病院の外来に転院してもらおうということで、逆紹介がどんどん行われるのです。紹介元のところに戻っていただくということです。

(54 ページ目) そういう考えがあって、どの年度を見てもすごく高い率で、転院をするか若しくは他の病院の外来に転院してもらっています。自院の外来で診てもらおうという患者さんは30%しかいないのですね。このような年月をずっと辿っています。東部病院もできるだけ外来削減を考えていて、現在、460床で外来患者数が1,000人を超えていますので、750人まで下げるという方向にしています。これは、できるだけ医師には病棟に上がっていただきたいので、できるだけ外来患者を減らしていきましょうという方向です。

(55 ページ目) 先ほどの棒グラフを円グラフにして見ると、3分の1ぐらいですね。転院入院と転院外来と自院の外来ですね。東部病院の分布はこのようになっています。

(56 ページ目) このグラフの病状を見てみるとよくわかりますが、熊本病院は回復期リハビリテーション機能を持っていませんので、脳梗塞とか骨折は当然ながら転院します。他もずいぶんとできるだけ転院させています。例えば通常クリニカルパスで12日間の入院期間があったとしたときに、熊本病院で診療するのは10日間のイメージです。あと2日間ぐらいの治療は転院先をお願いするのです。

(57 ページ目) 実際、平均在院日数が短くなっていくときに何があるかということを考えました。これは2000年の副甲状腺全摘出手術の入院時の標準原価計算です。実際原価計算ではありませんが、ここで1日当たりの単価を見ますと、費用は5万円で収益が

58,000円で、約7,000円は利益が残るという話です。収益の58,900円が1日単価になります。2003年には62,000円になりました。次に70,000円、次に100,000円を超して、利益も40,000円残るということが判りました。これは、ある意味計算上の利益で、実際にはそうはいかないのですが、前の日に入院して1日おいて手術するのではなく、必ず手術の前日に入院すべきことが分かります。アメリカでは、確か手術のその日に入院するのではなかったと思います。日本は2日前に入院するというケースがあったのです。その辺の違いがあって、このPTX（副甲状腺全摘出）の日別に見ると、後のところは全然利益を生んでないのです。一番利益を生むのは、手術のときだけなのです。手術を何回やれるかが、病院の利益につながってくるのです。

(58 ページ目) 大腿骨骨折のサンプルAとサンプルBを作ってみたのですが、サンプルBで、平均在院日数が長くなると、やはり単価が57,000と低くなります。ところがサンプルAは1日単価が84,000となります。これを繰り返すと大きく違ってきます。患者さんを本当に長く入院させておく必要があるかどうかですね。ただこのような治療方針は病院サイドだけでなく患者さんの希望が非常に大切であると思うのです。ですから患者さんに納得してもらえようことを考えなきゃいけないと思います。後になって「退院して出てください」といったことになったときは、患者さんは非常にお怒りになると思うのです。しっかりと説明やインフォームドコンセントがその前にあるべきです。私たちの医療はこういう医療を考えていますということです。

(59 ページ目) 熊本病院はこの20年間ほぼ満床状態が続いておまして、平均在院日数が1995年から1年間に1日ずつ短縮されています。12日から11日になるまで非常に時間がかかっているのです。11日台が5年続き、10日台がまた数年間続いて、現在は9日になっています。こうやって見ると12日までは難なく下がるのですが、それから先が難しいのがわかってきました。それから、平均在院日数を下げると病床がガラガラになってきますので、病床を下げると同時に新入院患者を増やさないといけないのです。これが落ちてしまうと伸びが止まってしまうのです。新患が次から次に来るような戦略も同時行っていかなければいけないのです。そうすると、手術も増えていきます。2,500件ぐらいだったのがどしどし増えていきますし、いろんな意味で400床の病床がずっと変化をとげ、すごく右肩上がりに上がっていく数値、右肩下がりに下がっていく数値が見えます。こうしてみると、病院が伸びていくにはやはり平均在院日数が下がっていくことが必須の条件のように思います。平均在院日数が下がってまた新患を入れて、また下がってまた入れてということです。こういう繰り返しをしていくことが大切です。ですから、私が熊本病院に入職した平成7年は、医業収益が100億円未満だったのですが、100億円から毎年上がって行って今240億円になりました。お金の問題だけじゃなく、それだけ多くの患者さんに満足してもらうことが重要だと思っているのです。今、外来単価がとか37,000円ぐらいになっていますね。入院単価は110,000円近いですね。そういう単価になってきている。そこに患者さんからアンケート取って、そこでしっかり本当に満足してもらえているかどうか、これは始終しっかり見えています。職員の数も毎年増えておまして、雇用も次第に大きくなっていると思います。

(61 ページ目) 東部病院を少し御紹介します。私が東部病院の経営改善の使命を帯び、平成20年に東京に行ったとき、いろいろの手を打ちましたがその中の一つに地域連携のシ

ステム作りがありました。が、しかし、東部病院は新設されたばかりで、非常に地域連携ができにくかったのです。近くに汐田総合病院とかいろんな病院があるのですが、それぞれが満床に近い状態で、そんなに東部病院から患者さんを受ける余裕はなかったのです。当時、東部病院、神奈川県病院はそれぞれの医療方針で走るという考えから、医療連携を強くしなければならないという思いの中、東部病院は神奈川県病院と一体化するしかないと思い、東部病院から神奈川県病院に患者さんを転院していきました。それから、消化器外科が東部病院で60床しか病床が取れず、神奈川県病院に従前からの約束で20床の病床を確保していましたので、外科だけは連携が進んでいました。

(63 ページ目) そのことを利用しながらも両病院ともベッドが足りない状況でした。東部病院には高度急性期に近いものを集中させるし、回復期、慢性期、長期の患者さんは神奈川県病院で受けるということでした。こんなことが全てが上手くいったのです。

(64 ページ目) 現在は入院患者さんの半分ぐらいを東部から受けています。いろんな患者さんがいますけれど、外科、整形外科が結構多いです。段々今変化しております。毎年、毎年増えていまして、もう満床になってどうしようもできない状況です。東部もいっぱい県病もいっぱいということで、次の病院がほしいなと今、思っているところなのです。なかなかこれも難しいのですが、開拓をしていかなければいけないのですが。

(66 ページ目) 東部の長期入院の患者さんですが、当時私がいたときは90人以上いたのですが、今は30人弱になりました。よく移ってもらっているという感じです。

(67 ページ目) これは先ほどの効率性、複雑性の図なのですが、東部病院と熊本病院と宇都宮病院の消化器のバブルチャートです。東部と宇都宮は慶應の外科の医局から医師が来ていまして、同じような先輩、後輩が行っているのです。その東部病院と宇都宮病院がこれだけ効率性が違うのは、一体、何が違うのか見てみました。宇都宮病院で平均在院日数が21日のときに、東部病院は13日なのです。平均在院日数が東部病院の方が極端に少ないのです。宇都宮病院に行つて、コンサルしながら、「何でこんなに長いのですか」と尋ねたときに、外科の先生方に言われたのは、「患者さんをお願いできる連携先がない」とおっしゃったのです。次に、「患者さんに無理にお願いをして退院してもらってもいいけど」と言われたのですね。「無理してベッドを空けたのはいいが病床はそう簡単に埋まらない」と次に言われたのです。病院でどんどんどん平均日数が長くなると単価が落ちてきて、収益が低くなってしまいますのです。その逆をどう考えるかという話なのです。今、東部病院の外科部長の考えの何が違うかという、手術の時、真皮を縫合するなどに気を付けて、絶対に感染とかのトラブルを起こさないようにして、神奈川県病院に転院しているというそのことが非常に大きいのです。

(69 ページ目) それから循環器も比べてみました。東部病院と熊本病院と宇都宮病院のバブルチャートですが、熊本と宇都宮はそうでもないのですが、なぜ東部病院がこのように複雑性が低いのだろうかと見ていきました。

(70 ページ目) これが、「MDC（「主要診断群」：疾患名の大分類を表すコード。DPCでは18群に分類されている。）」と申しますが、それぞれ18項目にわかれています。この中の循環器の患者さんというのは約26%あったのです。その複雑性が非常に低いということで、全体的に低くなってしまったのです。なぜこれだけ低いのか、次に調べてみるとCAG（冠動脈造影）というカテーテルで検査をする入院が、全国で非常に多いのです。これはダメ

だという訳ではないのですが、患者さんがいらっしゃるので当然ながら基本的にそれをやめようということではできません。倉敷中央病院とか徳島赤十字病院とかこういった循環器系統が強い病院にはありがちな話なのです。東部病院から少しでも患者さんを削減するために、今、神奈川県病院に循環器のカテーテルを検査する装置を備えまして、そこで今やり始めたのです。

(72 ページ目) 連携は非常に密で、消化器外科を中心にネットワークを作っています。W会という連携の会は今でも続いています。長嶋副院長は非番のときは近くの連携先を回っています。患者さんをお願いしたとき、ほったらかしにせずに、そこを訪れ患者さんに会いに行っています。それは頭の下がる思いだと思います。転院した患者さんも非常に安心です。連携行かれたとしても。

(73 ページ目) そんなことをして、だんだんだんだん連携先の病院も増えてきて、転院患者さんが343件だったのが、600件以上と非常に増えているところです。こういったところの増やし方が大事かと思います。

(74 ページ目) これは東部病院の決算の状況でして、1年目は仕方ないですが40億円の赤字だったのです。これで私が呼ばれて、翌年から少しずつ改善していきまして訳です。平均在院日数が非常に短いです。今は7.5日ぐらいですね。外来新患これはいいのですが、外来の患者さんの総数は、さらに減らさないといけないなと思います。入院の患者さんも増えていまして、単価もそれぞれ増えて、ようやく、医業収益が済生会でNo.1になりました。熊本病院を追い抜いたようですね。

(76 ページ目) 私は外来診療を先ほどから問題視していますが、この図は厚労省が既に方向性を出しているものです、大病院は外来を減さなきゃいけないのだということです。ずっとフォローし続けていくのでなくて、新患や急性期医療が必要な患者さんはしっかり診てあげて、「できるだけ医師の時間を取らないような方策を考えろ」、と言っている訳ですね。今DPCデータを出していますので、調べてみたら、病院でも単価が3,000円以下の外来患者さんをたくさん診ているのです。このことをやはり考えなければいけない。いずれ罰則が出てくるのではないかと思います。今年は診療報酬の改定ではありませんでしたが、次の2018年には多分出てくるのではないかと思います。

(79 ページ目) これは先ほどの表なのですが、東部の外来の単価で3,000円以下になる患者さんは30%にもなります。単価3,000円という外来患者さんは病院へ行って、先生から「お変わりありませんか」とか、「処方箋出しておきましょうか」の診療なのです。このことは「絶対来てはダメ」と患者さんに言うよりは、自分たち診療側がもう少し体制を考えなければいけないと思うのです。

基本的にはもっと皆が考えなきゃいけない部分を考えることで、方向性が見えてくるところがあります。こういったこともまた平塚市民病院でも事務方の皆さんはやっていただきたいのです。外来にしても、もう少し先生方の病棟に費やす時間を増やしてあげるためには、外来を減らしていくということが非常に大事なことになる訳です。

(85 ページ目) 今まで私が申し上げた医療のこのまとめになります。病院を経営するためには、4つの視点がありまして、ただ今申し上げたのは「業務プロセスの視点」としてなのです。医療に関する業務とかです。病院の経営というのは、多分一つだけ実行しても元に戻ってしまいます。いろんな医療を変えていこうとして、「皆で頑張るぞ」といくら

院長が叫んでも、職員の皆さん方が満足していないと、「そんなこと私には関係ない」とうなってしまうのです。その満足性というのが非常に大事なことです。職員の皆さん方が、しっかりと「私たちの組織である」、「大事な病院である」、「私たちも頑張ろう」、「絶対私たちも頑張ります」ということで皆様方が盛り上がる必要があるのです。それから病院なので、患者さんが一番大切ですね。患者さんのためにならないと病院として失格なのです。患者さんの御希望なり患者さんのことをしっかり考えながら、患者さんが「私はがんになった。どうしてがんになったのか」、「どのような治療方法があるのか」、「何日ぐらいここにいてどのくらいの費用がかかるのか」、そういった疑問にしっかり答える必要があるのです。例えば「疾患説明書」みたいなものを渡すことができるかどうかです。熊本病院では「疾患説明書」を作っています。東部病院では今40%ぐらいの患者さんに渡しています。できるだけ患者さんに満足してもらう方法ということ、そういった戦略をいつも考えておかなければいけないと思います。なぜかというと、病院は患者さんのためであって、地域のためにあるのが病院ですから、病院だけのことを考えるのではなく患者さんや地域のことを考えなければなりません。市民の皆様方がたくさん来られれば、財務は自然と改善するのです。財務のことにのみを考えてスタートすると、お金のことばかりで、職員の皆さん方が「何か研修に行きたい」といっても「ダメ」、先生方が「新しい機材を買ってくれ」と言っても「ダメ」というのでなく、できるだけのことをしてあげることだと思います。財務の改善は金を動かさないのではなく、逆にいろんなことに投資し、改善することです。そうすれば自然と財務は改善していきますという話なのです。ですから病院の経営管理は4つの視点で常に考えていく必要があるということです。今日は業務の視点についての話をしました。

平塚市民病院はビジョンを明確にすることが重要です、つまり、5年後の私たちの姿というのを描き出さないといけません、これから何をしたいのか分からないのです。このビジョンが明確にされると、これからすることが分かってくるのです。本当に4つの視点からビジョンに到達させる。第1段階、第2段階と進んで行って、ビジョンに到達するのが一番よいのです。

(87 ページ目) 最後になりますが、この図は、試合が終わった後、皆の検討を称えている場面なのです。最近母校が弱いのでラグビーのことはあまり言いたくないのですが、努力をしなければ健闘した喜びは出てこないのです。今の若い連中は、試合に勝っても負けてもすぐ飲みには繰り出します。そのくらいの軽い気持ちでは試合に勝てません。厳しさと努力を繰り返して、その結果、「よかったね」と称え合うことができるのです。これが非常に大事なことで、チームワークというかチーム力です。そのためには、地域に貢献するとか、患者さんが喜んでくれて「先生ありがとうございました」という一言が聞けることだと思います。こういうのがないと絶対にダメなのです。そうすると先生方も患者さんからの一言で喜びが倍増し、看護師さんは患者さんから「ありがとうございました」の一言が生きがいと感じているに違いありません。そういう喜んでくれる患者さんがいる、地域がしっかり考えてくれる、地域の先生方が喜んでくれていることもあって、何を戦略としても職員の気持ちが一致していないとこれは絶対にダメです。よく言われるのは、事務方の皆さん方は、方向性としては市役所の方に向いちゃう、ここに来た瞬間から、ここで死ぬつもりで一所懸命にやらないといけないと思うのです。自分は、「表面だけ繕って参加していれ

ばよい」と、これは絶対にダメなのです。今は皆が一丸とならないといけない時なのです。それが大事だと思うのです。それがチーム力に繋がっていきます。折角新しく何百億円とかけて建物を造って皆さん方は恵まれています。でも借金ですから。今から借金を平塚市民病院は返さなければいけないのです。いい建物でいい医療をやって、本当に地域のために頑張ってもらえれば、いい病院になっていくのではないかと思います。少しいろいろなことをたくさん申しましたが、これで終わりたいと思います。

(座長)

今のお話は病院経営から見た話でしたので、例えば、入院期間を短くすると、今の診療報酬制度だと、その分単価が上がるからこっちを選択した方がいいと、どうしても聞こえがちになってしまうのですが、入院期間を短くするというのは、さっきもおっしゃったとおり、患者さんの立場からすると、「いるべきところにいる」という自分自身にとってのあるべき選択がきちんとできるというのが一つの意義ですよね。もう一つの意義は、よく言われているのは、日本の入院は長過ぎると。長過ぎると何が悪いかというと、実際にベッドで寝ている間に、体力を失ってしまうとか筋力を失ってしまうので、リハビリの機会を失ってしまう。実は、患者さんの立場から考えても、あるべき期間できちんと出ることが望ましいんだということを分かってもらうことが大事なのだと、さっきおっしゃっていたと思うのですが、そこは患者にとっての質から見て、「これが大事なんだ」ということをもう少し詳しく伺いたいのですけれど。

(正木氏)

例えば、脳梗塞の患者が来られますよね。そこでt-PA（血栓自体に作用して血栓を溶かすため、血栓溶解療法に適した薬）とか、薬を出して溶解できるのかエダラボン（脳保護剤）やるのか、そういったものをやるのか、そうしながらも入院された翌日にはリハビリをしているのです。それは、法律で決まっているかということそうではないのです。なにしろ早くリハビリをしようという中で、ですから患者さんがリハビリセンターに歩いて来られたり、車椅子で来られるのを待っているのが、職員が全てベッドサイドに行くのです。1日も早くするとなってくると、その分だけ退院が長くならない。早く退院できるというのは、統計上出ているのです。我々は、平均在院日数を短く短くと言っていますが、やっぱり患者さんの満足が一番大事なのです。患者さんにとって、非常に私は退院ができると説明し、前もって「私達の医療はこういうのなんです」ということの説明だとか、いろいろなことを含めながら、ベストのことを考える。例えば、リハビリ、先ほど申し上げましたように、高度急性期中でリハビリをやっていくというのは、回復期の手厚いリハビリというのはできないのです。そうすると専門のところに行ってもらった方が、「患者さんにとっては質の高いものだろう」と思いますが、患者さんは病院から出された、放り出されたというふうになります。放り出されたという感覚を持たれたということは、行かれたところの病院が、非常に低レベルで粗末なことをしたり、看護師さんと呼んだときに全然来ないとか、急性期病院のときは飛んできたのに、「何でこんなにも悪いのか」ということがないようにするのが、やはり連携の会議なんです。患者さんがどう思っているのか、患者さんはどういう気持ちで出されるのか、連携先の病院で放ったらかしではないか、そ

うはないように、例えば、ドクターが週 1 回行くとか、診療が終わった後に自分の車で見に行くとか。そういう手厚いお互いの地域全体が一つになった医療をやっていく必要があるのです。そういうのをやると、患者さんからそんなにクレームは来ませんし、質のよい医療をやれると思うのです。

(座長)

ありがとうございます。医療の経営をやっている方はよく御存じの話だと思うのですが、この会議は市民の代表もいらっしゃいます。医療や経営に詳しくない方にとってもわかりやすいお話が必要だと思います。わからないことを聞くことは別に全然恥ずかしくないことですし、傍聴の方を含めて市民の皆さんが御理解いただけること、問題意識を共有できることが一番大事なことだと思います。市民の代表でもある秋山さん、久保田さん、何かあれば是非御質問いただきたいんですがいかがですか。

(秋山氏)

この種の話をする、どうしても患者さんとかお医者さんとか、そういう話が出てくるのですけれども、最後のページで「顧客」という言葉が書いてありますが、大変感銘を受けました。やはり「お客さん」だろうと。そういう感覚で受け止めないと病院経営は難しいのではないかと。本当に嬉しく思いました。ありがとうございます。

(久保田氏)

資料だけしかまだ見せていただかずに、今回の会議に参加させていただいたのですけれども、今回お話を伺っている中で、資料の中で分からなかったような、経営のことは全くもちろん存じ上げませんので、こちらの方に対してすごく分かり易く説明していただいて、今まで頭の中で、はてなと思っていた部分もすごくお話を伺うことで、分かり易く身近に感じる事ができてとてもありがたかったです。どうもありがとうございます。

(大曾根氏)

一つだけ教えていただきたいんですけれども、今まで私のイメージとしては、こういう大病院の先生方が、自分の担当になってその方が退院されるなり、来たらそこへ行かれるというお話があったんですが、具体的に熊本病院では、例えば推移的なことで聞きたいんですが、1 人の先生が週 1 回とかどんな感じで外に出られているのでしょうか。患者さんのところへ。

(正木氏)

数字で把握はしておりませんが、基本的に自分で連携先に送り込んだときに、心配と言いますか予後と言いますか、多分絶対全然ゼロということはないんですね。必ず 1 回は自分たちが送り出したときに、「どうでしたか」という結果とか行きますし、事務職員が代わりに行っていますし、ですから感想を聞くことなんですね。出しっ放しで何もリアクションがないということではなくて、必ずドクターか看護師さんか若しくは連携室の事務職員

とか、誰かが行ってMSW（医療ソーシャルワーカー）とかが行ったりして話を聞いているんですね。それが非常に大事だと思うのです。やっぱりそこが熊本は文化になっておりまして、一番やっているのは国立熊本病院なんです。まさにここは、連携のそういった意味では連携パスを作った、一番最初に作ったのはそこなので、「しっかり連携する」それがまず文化だと。例えば熊本は自分の車で、さっと自分の自宅に帰る前に寄っていくとすることができるんですね。例えば都会の先生方、なかなか車で寄っていくとか、電車で東京から通勤しているのに、そこへ寄って帰るのはなかなか難しいものですね。そういうのがある訳ですね。救急でも、オンコール体制が敷かれまして、言えば10分、20分くらいで来るんです。皆さん方、ですから、「オンコールで患者さんが来たら出てきてよ」と言えば、すぐに出て来れるんですね。東京にお住まいの先生を呼ぼうとすると、タクシーで5万円とかそんなにかかっちゃうんですね。看護師さんも周りに住んでいませんので。都会と地方の差というのは若干あるような感じはします。それが文化であると思っただければと思います。

（座長）

地域連携室が携わっているだけではなくて、自分の病院を出た後をきちんとフォローされている。それは体制としてやられているという理解でよろしいですか。

（正木氏）

はい、そうです。患者さんのアンケートも、東部病院の場合は退院、入院の途中で書いてもらうんですね、アンケートを。熊本は終わってから1ヶ月後に書いてもらう。全然差が違いますよね。入院しているときは、変なこと書けませんから、皆よい方にマルしちゃうんですね。ですから1ヶ月後とかそのくらいに「どうでしたか」という、ゆっくりして振り返ってみてというアンケートを取っているんですね。その違いもございます。

○ 平塚市民病院あり方懇話会の報告書について

（座長）

御紹介いただきました亀井でございます。よろしくお願ひいたします。

ただ今、正木さんからもお話しをいただいたように、医療というのは、例えば少し前だと、できるだけ長く入院した方がやっぱりいいんじゃないかというのが一つの共通認識でした。特にこの地域ですと、市民病院もあるし、共済病院もあるし、ちょっといけば協同病院もあるし、東海大もあって、できるだけそういう大きな病院で診てもらった方がいい。地域のお医者さん、かかりつけ医をすっ飛ばしてという形が今まで多かったわけです。しかし、よくよく考えてみると、私は、できれば市民や患者にとっての医療啓蒙ももちろん重要なのですが、正木さんからお話しがあったとおり、もっとも大事な視点は、結果的に患者さんに信頼を受けることではないかと思ひます。それは一つひとつの医療拠点についてのことであり、地域の政策にとっては医療ネットワークについてのことであります。一つの医療機関にとっては、秋山さんから御指摘のあった「顧客」という認識としても含めてのことですが、地域社会で信頼を得ることができれば、病院経営は結果的に成り立つような仕組みになっているんだというところから私は出発したいなと思ひて、前回このよ

うな報告書をまとめさせていただきました。おそらく今回の一連の会議においても大事なことは、一つは市民から見たときには、自分が患者になり得る、あるいは患者の家族になり得る。患者さんは高齢者だけではなくて、子ども育てるに当たっても、安心して子どもを育てられるにはどうしたらいいのだろう、例えば、平塚市は若い人たちに選ばれる街になりたい、こういう形で市長さんや市役所、今一生懸命そういう形で施策を進めていらっしゃる訳ですけど、そういう中で病院というのは、あるいは病院というのは、単なる箱ではなくて、病院という機能をどうやってもっといい形で発揮することができるのかということを目指していかないといけないなと思います。その一方で、平塚市民の税金を市民病院に投入しているのも事実です。毎年毎年の経常費用として入れているお金もありますし、先ほど市長さんからお話がありましたが、先般ここの資金繰りがきつくなつたのでということで、議会で議決を経て、貸付金を受けました。市民病院からすると、例えば借入金という形でお金を借りている。この全て原資は、市民のお金でありますから、つまり市民からすると、一つは受益者という市民と、納税者という市民という二つの立場がございまして、その両方から見て、この病院はやっぱり必要なのである。この病院を生かすにはどうしたらいいのか。納税者の立場からしたら、私たちの税金を納める、そこに使うのはできるだけ少なくしてほしいとか、一方で患者さん、家族の立場からすれば、安心して医療を受けることができる、もしものことがあったときに、やっぱり平塚に住んでいてよかったと、こういうふうに言えるような環境にしておく。この二つの視点を、どうやって今回の将来構想の中に取り入れていくのかということとを大事にしながら会議を進めていきたいと思っております。

この会議は、私を除いては、ここに集まっていたいただいたメンバーは市民の代表を含めて日本でトップクラスの方々だと思います。先ほど傍聴者としてアメリカからいらした研究者の方が、「なぜ平塚に、こんなにいいメンバー集まっているんですか」というお話がありましたが、本当にそのぐらいのメンバーに集まっていたかと思えます。それだけの英知を集めながら、また市民の声に真摯に向き合いながら、この委員会を進めてまいりたいと思っておりますので、是非ともよろしくお願いを申し上げます。

先ほどもすみません。正木さんのところで私が口を挟んでしまったのは、やはり医療の言葉というのは、なかなか分かりづらい部分もございまして。そういう意味では、できるだけ秋山さんや久保田さんだけではなく、今日も傍聴で市民の方においでいただいておりますけれど、そういう中で、皆に分かる言葉で大変深い議論ができるといういいことではないかなと思っておりますので、そこは委員の皆様には、御配慮いただければと存じます。

今回この基本構想、将来構想これから検討していきます。1年かけて、1年かけてと言いながら、後ほどスケジュールの話があるとは思いますが、そんなに時間はなくてですね、結構忙しいんだなと思っておりますけれども、今年度中に最終的には市民の皆さん、あるいは議会の皆さん、そういったところにもお声を承りながら決めていかないとはいけません。

今回の将来構想検討会議を始めるに当たり、その前段階として昨年、先ほど市長からお話がありましたが、市民からのお金を原資に市民病院に貸付が行われたと、こういった一つのきっかけもあり、その前にもう少し議論をしておこうじゃないかということで、準備会議というような形で私は理解してよいのだと思いますが、今回の会議の一部の委員の皆さまにも御協力賜り、「平塚市民病院あり方懇話会」というものが昨年の10月に設置をされ

まして、この議論が行われた訳でございます。この報告書について、私から簡単に御説明させていただきます。ただいまの正木さんのお話はこれからの病院経営の方向性でしたが、参加された委員の皆さん同じような方向性で御議論、御意見をいただいたと思っておりますので、そういった御意見がかなり入ったものだと御理解いただければいいのではないかと思います。

報告書の構成等々については、これは読んでいただいたとおりでございますけれども、基本的には今の問題意識でございますね。特にこの平塚の場合は、2025年に、これ自分自身に考えていただければ分かるのですが、毎年1歳ずつ年を取るのは全員共通な訳ですね。私も来年1歳年を取ります。これを順番にやっていると、社会全体で見ますと、ちょうど国の財政はますます苦しくなっているのは、団塊の世代の方々がいわゆる後期高齢者に入られるタイミングと重なります。全員が全員、後期高齢者が病気になられるかという、秋山さんはそうじゃないと思っておりますけれども、秋山さんのようにもちろん元気な方もいますが、全体として押し並べてみますと、後期高齢者に入ったぐらいから、皆さん病院のお世話になるという形になることから、医療費がかかるようになります。さらにはその後、介護費がかかるようになります。こういう形が多い訳ですけれども、地域として考えますと、まさに2025年を契機に、そこから15年くらいなんです、この平塚地域の人口の将来の予測というのを見てみますと、この期間の医療資源というものをどういうふうに手当をしていくのか、あるいは一方で、そこは結果的には市民の負担にもつながりますから、この市民の負担に頼るものをどうやって支えていくのか、ここが実は「2025年問題」と言われている大きな問題です。

こうした環境や前提条件の変化を踏まえて、まさにそこに掛かっていくところで、この将来構想検討会議を進めていかねばなりません。これは定められた10年だから10年というザクツとしたものを作るのではなくて、先ほどまさに正木さんからお話しがありましたが、最初の3年間でやるべきこと、スタートダッシュとして1年でやるべきことをきちんと列挙して、実務が伴うものでなくてはなりません。とにかくスタートダッシュを切らないと、経営的にも先ほど厳しいというお話がありました。市民の多額のお金が使われているのも事実でございます。そういった意味で手前の3年間、1年間というところ、特に何をするのかということをお議論していかなきゃいけないのかなと思います。あるいは、おそらく病院の方からもあるいは市の方からも、「こういうことを具体的にしたいんですけどどうだろう」というような御提案をいただいて、我々としては議論を進めていかなければいけないのではないかとこのように考えています。

準備会に相当する懇話会では、前倒しでいくつか出てきたものを論点としてとりあえずの形でまとめさせていただいて、かつ、「こういう課題があるからきちんと検討しましょう」というのが、この報告書の概要でございます。

地域の環境変化に関する認識については、先ほど正木さんからお話しをいただいたとおりで、この平塚地域を含む湘南西部圏というのは、ある種非常に恵まれた医療圏であり、変な話ですけど、どこに行っても病院がある訳で、たらい回しの話を聞いたことがない。それは地域の先生方、地域のお医者様もそうですし、あるいはこういった病院も含めて、実は日本で見ても大変恵まれた場所にあるんだというところは、非常に大切なところではないかなと思います。一方で、これ大事なことなんです、この箱ができたからと言って、

病院というのは成り立つ訳ではなくて、先ほど正木さんのお話を聞いていただければ分かるとおりに、大事なものは「人」であります。「人」がどう動くか、この中で人が生きてどう動くのか、いろいろお話しがありました。スクラムのちょうどトライの前の写真がありましたが、どんなゴールに向かって、私は医者だから知らない、私はこの話は事務だから知らない、看護師だから関係ないではなくて、それぞれの職種の人たち（病院というのは、三つの職種以外にもたくさんの職種の人たちがいますけれども）が、自らの職種を超えて、本当に一致結束して立場を超えて一つのゴールに向かって行けるのかが肝心です。先ほど秋山さんからお話しがありましたけれども、それは結果的に顧客になりうる市民にどんな価値があるのか、地域社会でどんな価値があるのか、そこを認識しながら進めることが大事なのではないかということなのです。その肝心の部分が、率直に申し上げて、今の市民病院には足りないのではないかというのがこの報告書の概要でございます。

もう一つの本報告書の特徴としては、できるだけ両論併記したということです。Aという見方、Bという見方、Cという見方、YESという見方、NOという見方、それぞれ両論併記させていただきましたが（これは立つ立場によっても異なることが多い）、皆さん一致しているところが4ページ目です。ぜひ共有しなきゃいけないのは、一つは依存体質ということです。先ほど正木さんのお話の最後の方でありましたが、例えばお医者様は、それぞれの大学病院からいらしている方が多いですが、「自分は平塚にいらしているのは3年間だからまあ腰かけでいいや」と言うのは困るのです。ここにずっといるつもりでやってもらわなければ困る。看護師さんだって、看護師さんの仕事はいくらでもあるのだから「他に行けばいいや」それでは困るのです。平塚市役所からここに事務で来ているが「どうせ市役所に戻るんだから」、「いずれ戻るんだから」、「市民病院のことは3年間まあ頑張っているふりしていればいいんです」と言うのでは困るのです。それが一つ一つ積み重なると結果的には病院経営というところで、顧客である患者の信頼というところに表れます。

先ほどのお話を聞いていただければ御理解いただいたと思いますが、要は高度急性期の機能を担うと一言で言っても、あるいは急性期病院と言っても、医療成績、結果的にお金が全てではないですけれども、大きな儲けに差があります。その差の原因は、医療の質や連携の中身等、まだまだ市民病院として改善できることがたくさんあるということが、非常によく分かってまいりました。そこについては、まず前回の懇話会の議論の中で大変残念だったのは、今みたいな、なにかしら目標とする、ベンチマークと我々よく言いますが、目標とするところがあって、「じゃあここまでいけるならできるではないか」というふうに認識すればいいものがあるのかどうか、そうした具体的な数値が出てきませんでした。

これまでの議論というのは、近隣の共済病院と比べてどうだったのかとか、あるいは、この地域の東海大、東海大はウチと違うよね。あるいは協同病院とせいぜい比べてどうだろうか、大磯病院と比べてどうだろうかという話までです。正木さんから見せていただいた、じゃあ急性期病院のベンチマークとなりうる横浜東部と比べてどうなんだろうか、あるいは熊本と比べたらどうなんだろうか。全国比較ができるはずなのに何も見てきませんでした。もちろん地域は違うし、いろんな事情は違うかもしれないけども、僕らに伸び代があるんじゃないだろうかという問題提起がされないまま来ていたという事実もあったのではないかと思います。そういう意味では、その背景にあるのは、ややもすれば、いずれ

どこかに自分は戻るところがあるという本籍地認識というのも含めての依存体質という、「ウチが別に赤字を出しても、それは市役所が出してくれる」。ひいてはそれは市民の負担ですから、市民からしたら、こんなけしからん話はない訳ではありますが、そういった依存体質があるのではないかとこのところが大きな問題なのです。こうした問題を紙にしてまで書くというのが我々としても相当重い判断があった訳でありますけれども、そこはしっかり受け止めていただく必要があるのではないかと考えております。

それから高度な経営機能というのは、今申し上げたこととも重なりますが、今正木さんがこれでやっていることが、この病院ではまだまだできていないところがございます。そういったものができることで、我々がやるべきこと、病院がやるべきことが具体的に見えてくるのではないかとこのように考えております。

ここは、実は報告書を書いた後のアクションになりますが、実は前回の懇話会の総意として、市民病院にお願いをさせていただいて、事務局の方々に、じゃあ正木さんのところでやられていることを実際に勉強してきてもらおうということで、既に懇話会の後のここまでの期間に、既に終わっていただいているんですけども、しばらく正木さんのところでどんなことをやっているのか、日々の資料は何が違うのか、どんな意識で動いているのか、具体的に何をしているのかということを実際に見てきていただきました。先ほど少しだけお話を聞かせていただきましたが、大きな成果があったと確信しております。これについては、今後病院で共有されたり、様々な事務の形で、あるいは今後我々がここで議論する資料としてまた反映されることになるかと思っておりますけれども、そういったことが病院を変えていく一歩になるのではないのかなと、このように考えている次第でございます。

そういう意味ではここにKPIというのがあって、KPIと言われると難しいかもしれませんが、要は、最終的には、一つは先ほど申し上げたとおり、顧客である患者の信頼を獲得できるかというのが一つの目標であり、もう一つは、冒頭申し上げたとおりで、市民の負担をどうやって小さくするか。場合によっては、ここが稼ぐことができれば、そのお金を使って市民に返すこともできる訳ですし、さらに言えば、市民に返さなかったとしても、この施設をより充実させることができる、あるいはいろんな形で質を高めることができる、お医者さんや看護師さんやここにいる方々の研修費用に使うことができれば、さらに質の高いものを目指すことができる。そういう形で大きく分けて、質と一つは収益という形の目標になるんだと思うんですが、そのこの部分というもの、さらにはそこに働く人たちの質ですね、そういったものをより高める、そういう高次の目標というものを掲げることができるし、そういったものをそれぞれ掲げながら、次の将来構想は作られるべきではないのかなとこんな形の議論になった次第でございます。

今後の方向性ということで、一つのたたき台として、我々示させていただいた訳でございますけれども、5番のところ、4ページ、5ページのところで整理をさせていただきましたが、今後の市民病院のあり方、方向性ということについて申し上げますれば、ビジョンとしては、基本的には今の社会保障制度とか平塚のこの地域の実態、熊本と同じになるかと言ったら、やっぱり熊本とここは違う訳ですね。熊本は車社会ですし、平塚もやや車社会というところはありますが、そうは言っても東海道線便利ですし、バスも神奈中さん走っていますし、なかなか熊本ほどの車社会ではない。熊本は大体、バス、タクシー全然黒字にならないという、可哀想なバス、タクシーにとっては地域ですけれども、さっきお医

者さんの動き方も違うというお話がありましたが、そういうところが必ず熊本、あるいは横浜東部と同じになることはないと思いますけれど、その平塚らしさということも踏まえて、まさに自律的、持続的な健全経営の下で市民のニーズに応える。それはいろんな潜在的なことも含めて、ここに住んでいて安心だなと思っていただけるような経営を実行していくことであります。さらに言えば、「イ」のところになります。市民の期待に応える公立病院としての立場から。また、高度急性期医療、ここにおいてはそういった医療を持続的に担ってきて、医局にそういった先生を要している、看護師もそういう経験を積んできている、様々な医療をサポートするスタッフもそういった経験を積んできている。さっきもお話がありましたが、ちょうど象限のところには平塚も入っていましたが、そういったことを担ってきたことを踏まえて、さらに言えば、救命救急ですとか、もっというと政策医療ですね。子どもが安心して、今周辺地域でも、大磯、二宮の方で子どもの救急医療、二次医療をもうできないから、平塚の方でやってくださいと、こういった要請も受けているように伺っております。そういう中で、子どもを安全、安心で育てたい、あるいは産んできたい、でも産科がない、周産期がない、もちろん地域のお医者様が一時的には担って、それが病院を含めて、地域においては面として、ネットワークとして地域全体で担っていく訳ですけれども、そういったものの中核を、ある種の政策医療として、これは市民の皆さんの税金を使って、それは地域に若い人がいることで元気が出る訳ですから、そういった形で、高度に両立して担うことができる病院を目指せるのではないかと考えております。そのために、この新しい箱が大きなお金を使って造られた訳でありますし、ただ箱だけを造っても病院は成り立たない、もう何度も繰り返しますが、先ほどのお話しのとおりでございますので、そこを考えていかなきゃいけないのかなと思っています。

これは一つの題目でありまして、具体的に考えていくというのが5ページにございまして、「ア」、「イ」、「ウ」、「エ」でございまして、前提条件としては、まず「ア」でございまして、救急とか小児周産期というのは先ほどもお話がありましたが、全部受け入れていると、もちろんいいことはたくさんあるんです。だけれども一方で、なかなかお金だけで見ると、なかなか勘定が合わない、そろばんが合わないところがございまして。それをやっぱりやっていかないと地域が安心して暮らしていきることができないというところを考えると、これを維持するためには、地域の医療のバランスだとか採算性を踏まえて、担うべき診療科を見直すということも、場合によってはあるのではないかなと思っています。この病院はかなり手広くやってきています。手広くやってきているのが本当にいいのかどうかを含めて見直していかなきゃいけないですし、単純に0か1で診療科を潰す、潰さないという話ではなくて、先ほどもお話しがありましたけれども、じゃあその中で外来をどう変えていくのかとか、そういったことも含めてこれは考えていかなきゃいけないんだろうな。これは地域医療の中での分担の、さっきの連携の話をしていました、そういう中での全体像の中で、見直しをしていかなければいけないんだろうなというふうに思っております。じゃあ我々お金のことで、ここだけ止めますと言ったら、これは無責任な訳ですから、そこは市民病院は、比較的これまでも伺ってきましたが、救命救急に救急車が来たとき断らない、他でいろんなことがあっても断らないという運用をされていると伺っていますが、そういったところの、また逆に強みに転じていくにはどうしたらいいのか考えていかなきゃいけないのかなとこのように考えています。さらに言えば、たとえ診療科一つ

一つでは赤字だったとしても、赤字だからダメな訳ではないですね。じゃあ赤字をどうやったら小さくできるか、先ほどお話がありましたけれども、外来小さくしようとか、外来小さくしていくというのは、経営上の問題ではなくて、本当に必要な患者さんが、待ち時間が少なくなるというメリットが出てきます。そういったような点も含めて、その市民の側からと医療経営の双方の立場からどういう形で、そこが改善できるのかということを考えていかなければいけないと思います。

2点目、「イ 経営の安定化を図るため救急や紹介等を通じた新規入院患者を継続的に確保し、病床利用率を向上させるとともに、単価の改善も両立させる」。これはさっきの正木さんのお話で、皆さん私が説明するよりよく分かっていただいたと思うんですけども、一つはここに作った病院が、本当に必要な人が入れるためには、常にクルクル回っていかないといけない。単に寝ているだけでは、本人にとってもよくないし、地域社会にもよくない。さらに言えば、それは今の診療報酬の制度でいけば、それをきちんと回せることができれば、結果的に経営もよくなる、単価もよくなるというようなことがございますので、この二つをきちんと目指していくということが大前提ではないかなと考えております。これができるかどうか、どうやったらできるかというところは是非また病院の方からいろんな提案をいただかなければいけないのかなと思っています。

それから3点目、「ウ 政策医療である不採算医療のさらなる推進については公的資金援助を依頼する。ただし政策医療分野においても効率的、効果的な医療体制の改善に継続的に取り組む」。もちろんこれは、さっき申し上げた赤字の部分があります。ここについては、何度申し上げますが、公的資金援助と柔らかく書いてありますが、簡単に言えば、市民の税金です。市民が一生懸命働いた一部を税金としてお納めいただいて、そこからここに入っている訳ですから、それは市民が納得できる形になっていなければいけない。それはなぜ必要なのかという基本的な考え方と、さらに言えば、その金額の規模がこれでいいのかということについても、きちんとこれは検証していかなければいけないなど。やっぱり納税者の立場から考えて、「私は健康だから使っていないけど」「あなたもそうなるかもしれません」だけではなくて、その健康な人も、確かにこれは、地域全体で支えていくにはこれぐらい必要かなと分かっていただけるような、そういった説明ができるような数字が必要じゃないかなと思っています。

最後4点目ですけれども、「エ 地域から信頼されるために公開講座や地域医療機関とのカンファレンス、会議ですね、あるいは説明会とかいろんな意見交換会、さらには勉強会などを通じ、医師、看護師、医療技術職、事務職が職種を越えて連携し、積極的に院外に向けて活動を展開し、市民病院の情報を発信するとともに市民や地域ニーズをしっかりと受け止めることができる意識風土づくりを進める」。これは、先ほどスクラムの写真2回見てください。もう今更申し上げることまでもないですけれども、まさにこういったことをやっていかないといけない。最初に収益の話をしてしまうと、収益はなかなか財務から始めてはいけません。先ほど最後バランススコアカードの話がありましたが、まず大事なことは、「市民病院よくなったね」と言っていただけになることです。それは単純に施設がきれいになっただけじゃなくて、「いろんなところで見ると、市民の役に立っているね」という、そういうところを病気の人だけではなくて、健康な人も含めて、そこを市民の皆さんに実感していただくことが、実は「ウ」3点目で申し上げた、その公的

資金、市民の税金を入れていただく一つの根拠になるのかなと思っています。そこは、実はそれぞれの論点、絡みあっているんですけど、そういったことも含めて、大事なことは、何度も申し上げますが、市民から見て質の高い医療提供サービスが、その箱だけではなくて、人を含めて全体として提供できているかどうか。それはさっき大曾根さんからの御質問からでもありましたが、この病院を出た人も含めて、そういったものができているかどうか。それは結果的には、高山先生を始めとした、地域の先生方と一緒にあって、この地域にとってより高い、共済病院も含めてですが、医療提供サービスというものができるところが、極めて大事なところでございます、ここをしっかりと議論してまいりたいなとこのように考えております。

時間もあまりございませんので、大変駆け足で大変恐縮ではございましたけれども、昨年度のあり方懇話会の報告をさせていただくとともに、おそらくこれが今後の将来構想検討会議の一つの方向性、もちろんここじゃなければいけないというのはない訳でございますが、そういう中で御議論させていただければと思います。元の委員の中で、もし御意見あれば補足いただければと思いますし、御質問等々いただければと思います。よろしくお願いたします。どうもありがとうございました。

(諸角病院事業管理者)

先ほど、熊本の済生会は、かなり特化しているというお話がありましたけれども、亀井座長さんからお話があるように、当院はかなり確かに手広く相当広い範囲でやっていて、ただそれは、病院としてはかなり市民のお役に立っている。特に周産期、小児、救急といったところは、他がなかなか手を出さないところを出しているということでお役に立っていると思うんですが、ただどうしてもそこは不採算部門ですし、その他の科で補っていかなければいけないことも事実な訳ですから、これからそういったところで皆さんの御意見をいただいて、いい病院にしていきたいと思っています。どうもありがとうございました。

(座長)

ありがとうございます。といった形でやはり、じゃあ熊本のとおりにやればいいのか。熊本は、例えば小児科やっていない訳ですね。救急ではあるというお話でしたけど、平塚でなければ、この地域にこの病院が、歴史も重ねてあって、ゼロから考えればいろんな選択肢はあるのかもしれませんが、やっぱりここに来ていただいた人、あるいは今あるものということも含めて、これは大切にしながら、本当に市民のためになる、今の市民だけじゃなくて、長いこと、ここから先長いこと含めて、さっき2025年から40年と申し上げましたが、ここを乗り越えることができる病院、それは質とコストも含めてですね、そこは大事な、そういう意味では今回の議論は大事なタイミングではないかなと思いますので、是非ともよろしくお願したいと思います。

○次回の日程等の説明

○副市長挨拶

(石黒副市長)

副市長の石黒でございます。委員の皆様には、長時間にわたり、会議大変ありがとうございました。

ございました。第1回目の会議ということで、正木様から地域医療について、また亀井座長さんから、昨年度のあり方懇話会の報告についてお話をいただきまして、第1回目の会議、今後の具体的な議論に向けての共通の理解を得るという視点ということから考えますと、大変素晴らしいスタートを切っていただいたというふうに受け止めさせていただいているところでございます。委員の皆様には引き続き、2回目以降、貴重な御意見を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たいと思います。

○病院長挨拶

(金井病院長)

今日は、当院の次期将来構想の検討会議ということで、お忙しい中皆さんにお集まりいただき大変ありがとうございます。特に、正木さんと亀井さんには、本当に貴重なお話をいただきましてありがとうございます。当院、経営的なこととか、あるいは新館が建って、この先借金を返していかなきゃいけないというような、個別現時点での課題がある訳ですけれども、今、日本の医療界は、未曾有のプロジェクトに日本全体で取り組んでいるという部分があります。それはもちろん2025年に向けてということですが、これに伴って、いろんな地域包括ケアとか地域医療ビジョンとか、あるいは最近では、専門医制度もやる、やらないが非常に大きくひっくり返ったりしているところでございます。これらのことは、私どもの病院でも全部密接に関わってきていることでありまして、これら世の中の趨勢をきちんと見極めながら、この平塚の地域のことを考えながら、この先考えていきたいと思っております。是非、私ども病院の将来にお力をお貸しいただければとありがたいと思います。また何回か続きますが、是非よろしくお願ひします。