

平成 26 年度 第 3 回 静岡市立清水病院経営懇話会会議録

1 日 時 平成 27 年 2 月 20 日（金） 13：30～15：00

2 場 所 静岡市立清水病院 新館 3 階 看護研修室

3 出席者【委 員】 6 名

藤井浩治病院長、望月泰事務局長、山田博久委員、東野定律委員
澤田幸子委員、武内直昭委員

【事務局】 10 名

看護部長、看護科長 2 名、病院総務課長、病院施設課長
病院総務課職員 4 名 医事課職員 1 名

4 開 会

司 会 ただいまより平成 26 年度第 3 回清水病院経営懇話会を開会いたします。委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただき、誠にありがとうございます。

前回会議で欠席いたしました事務局職員より自己紹介いたします。

（看護部長・総務課長 あいさつ）

本日の資料の確認をさせていただきます。

（資 料 確 認）

それでは、これより会の進行は会長にお願いします。

5 議 題

会 長 本日はお忙しいところお集まりいただき、誠にありがとうございます。

ここ数日は暖かくなり、今日は暑いくらいに感じます。委員の皆様におかれましては、日頃より当院の運営に関しまして、ご理解とご協力をいただき感謝しております。本日も貴重なご意見をいただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

近年 2025 年問題ということで、高齢化率の上昇が問題になっています。清水区は既に高齢化が始まっており、今後 10 年間で約 5 %進むと言われていいます。東京や神奈川などの首都圏近郊は爆発的に伸びるそうですが、この問題に医療も対応していく形で病院の運営を変えていかななくてはなりません。

当院は、集中治療室を稼働するなど急性期を維持しつつ、地域包括ケア病棟を含め清水区内で医療が完結できるよう工夫していきたいと考えています。

会 長 では、これから議事を進めさせていただきます。議事（１）について、事務局から説明をお願いします。

（１）平成 26 年度の決算見込について

事務局説明 【資料 1 P. 15～18 により病院総務課説明】（約 15 分）

（収益的収支 P.15～16）

- ・ 医業収益 予算額：約 102 億円 → 決算見込：約 92 億円（約 10 億円の減）
 [10 億円の内訳] 入院約 5 億円、外来約 4 億円、その他約 1 億円
 循環器内科 5 億円、腎臓内科 3 億円、その他診療科 1 億円
- ・ 実質損益 予算額：▲389 百万円 → 決算見込：▲1,348 百万円
 ★損失分は一般会計補助金により補填
- ・ 実質収支比率 当初予定：93.1% → 決算見込：88.4%
- ・ 病床利用率 当初予定：75.9% → 決算見込：69.1%（70%程度）

（資本的収支 P.17）

ほぼ予算どおり執行予定

収支差引不足額の 910 百万円は、損益勘定留保資金を充当する。

（経営安定のための繰入額 P.18）

一般会計補助金見込額 1,770 百万円（新会計移行分繰入額を除くと 1,334 百万円）

（２）新経営計画について

事務局説明 【資料 2 P. 10 以降の具体的な取組を病院総務課長により説明】（約 20 分）

会 長 委員の皆様から何かご意見などはございますか。

澤田委員 13 ページの「専門医資格取得状況」は、今いる医師が資格を取られたということですか。

総務課長 今いる医師が取得している資格です。若手医師は研修施設で技術を磨くので、専門医や指導医がいるところに人が集まりやすい傾向があります。医師に資格を取ってもらい、研修教育施設として認定を受けられるようにしたいのです。

澤田委員 そのとおりですね。勉強する場がないのは気の毒です。ホームページには載っていますか。

総務課長 載っています。

澤田委員 若い医師は学会に出たり勉強の場を求めていると思います。医師不足なので研修に出るとその分診療に穴が空いてしまうので、医師を確保しないと（研修

に出るのは) 難しいですね。

最近外来患者さんが減ったように感じます。10 ページにあるように、常勤医が不在や1名しかいない科があるので、そのせいかなと思いました。

会 長 循環器内科や腎臓内科の常勤医が不在になる前から、耳鼻咽喉科などの医師数が減っていました。医師一人で診れる人数は決まっていますし、科同士の連携もありますので、循環器内科がないと内科の医師も胸痛や心臓に疾患を抱える患者さんを診きれない状況です。手術をする際にも事前に検査しておかなければなりません。

澤田委員 手術は大変ですね。(消化器外科の常勤医が1名とありますが) 外科も常勤医が1名ですか。

会 長 外科は複数の診療科に細分化されています。全体数は変わっていません。

事務局長 診療報酬制度の中で、科を標榜しないと診療報酬上の点数がとれないものがありますので、外科は細分化して標榜しています。全体数はいますので手術も外科医が複数で行っています。

先程説明があったように、循環器内科や腎臓内科の影響で約10億円が減収となる見込ですが、全体的な傾向として制度設計によりどこも外来患者の年間延患者数は減少しています。今まで薬が2週間分出ていたのが4週間になると通院間隔があくので延患者数は減少します。当院の入院実患者数は毎年7,000人前後でここ10年間はそんなに変わっていません。

急性期病院の在院日数は限られるので、その後に入る病院を工夫して探していますが、空きがないとか介護認定手続きなどの理由で不安を抱えている方がいらっしゃいます。そこで空いている病床を集約して地域包括ケア病床を新設し、患者さんを在宅へ返す支援をするしくみにしたいと考えています。そうすれば患者さんへのサービスは向上し、病院としても収入増に繋がります。医師確保は引き続き行いつつ、できることはやっていきたいと思えます。

澤田委員 市の人口は減り、高齢者は増えていくという状況を考えていかななくてはなりませんね。

事務局長 当院は96%が清水地域からの患者さんですので、清水区の人口構成に応じ、高齢化に伴う複数疾患患者さんへの対応が第一だと思います。地域に則した医療を提供するしくみをつくらなければなりません。

武内委員 17ページの「駐車場の確保と整備」について、将来的な大まかな構想があれば教えてください。すぐにできることではないと思いますが。

事務局長 第一駐車場は、現在のバス進入路部分を拡充した場合に何台分確保できるのか、第二駐車場はスペース拡充、風致地区なので規制などを検証しているところです。いずれにしても早く対応したいと考えています。

会 長 高齢化が進みますので、高齢者の運転者のためにも幅を広げることは必要です。一方で最近では高齢者の免許返納者も増えているようですので、今後の高齢者運転者数の減や自家用車利用率も考えて設備投資をしないといけません。

山田委員 4ページの「患者数等の推移」ですが、患者数や救急患者数が減っているの

はどういうことでしょうか。

会 長 循環器内科や腎臓内科の常勤医師がおらず、全体の内科医数が減って夜の当直ができないために救急当番日数が減っています。

山田委員 平成 21 年度から減っていますね。循環器内科はいつから減っていますか。
事務局長 平成 26 年の途中です。

山田委員 全体の傾向として患者数が減っているということがありそうですね。
会 長 医師の年齢が上がり夜勤当直免除の医師も増えていきますので、若い医師を集めないと救急がまわらなくなり、逆を言えば、救急がまわっていなければ若い医師は修練にならないので集まらない、ということになりかねません。

山田委員 こちらの受入体制の問題にかかわらず、市全体の傾向はあるのでしょうか。
会 長 高齢化が進み有病率が増えるといわれてきましたが、これからは寿命は今までのように延びず、どこまで治療を受けるのかという根本的な考え方が変わってくると言われてしています。

山田委員 静岡病院の傾向は分かりますか。旧静岡市地域と清水区の傾向は違いますか。
事務局長 静岡病院はそれほど大きく変化していません。旧静岡市地域はある程度医師数がいますので、状況としてはかなり違います。

山田委員 対策として、医師確保以外の切り口がありそうな気がします。
会 長 清水区の救急患者は、県立総合病院、市立静岡病院、済生会病院へ流れているのは事実です。

清水医師会と組んで清水区内で医療完結ができないかずっと検討してきています。

総務課長 全体の傾向ですが、入院は在院日数が短縮し患者総数は減少しています。外来も診療所との連携により患者数はどこも減少しています。

会 長 総合病院から地域の診療所へ患者さんを戻す流れがあり、患者数は減少しています。

山田委員 診療収入を増やす方向より、患者さんに十分な診療をして地域にわたす、地域への貢献が重要なのではないのでしょうか。収益的には赤字でもやむを得ない部分もありうるのかもしれませんが。

会 長 医療費が増大しあと 20 年で 60 兆円に達するといわれており、国は医療費を抑えることを考えていますので、今後収入を増やしていくことはかなり難しいと思います。急性期の病院を絞り込み、医療を集約したいわけです。当院の診療単価は低いです。単価を上げるには検査を増やせばいいのですが、それが果たして地域のために選択すべきことでしょうか。当院は患者さんに負担をかけないよう無駄な検査はしないので、全体的に単価は抑え気味となっています。

山田委員 検査ばかりする病院というのは聞きますね。急性期を乗り切った患者さんを在宅に送り出す立場の病院として特化し、収入はやむを得ないという考え方もあるのかもしれませんが。

会 長 静岡県の医療費は全国で 2 番目に低く、高い県とは倍違います。市レベルで

は5倍違うそうです。年金生活の方の中には医療費が払えずに病院に行くのをやめてしまい、急変して運ばれてくる人もいます。市立病院として、経営努力を放棄するわけではありませんが、あまり収入のことばかり考えてそういう方たちを圧迫するのはどうかと思います。

東野委員 19 ページの「医療スタッフの増員目標」ですが、確保できそうですか。

総務課長 リハビリテーションスタッフは確保できそうです。

会 長 医師はなかなか難しいです。

東野委員 回復期リハビリテーション病棟は平成 27 年度に（54 床から）44 床に減り、スタッフが 6 人増えるので利用率が 56%から 88%に上がるというシミュレーションですね。

会 長 一人の技師ができるリハビリの時間は決まっています、今まで請求できない分までやっていました。6 人増えることで請求が可能になります。当院は急性期リハビリを考えてやってきましたので、他院に比べリハビリの開始時期が早いのです。

東野委員 医師採用を見込んで病床編成や予算を考えるのだと思いますが、医師の確保は難しいので、逆に言うとシミュレートできる病床から収入を得ていくのが現実だと思います。つまり、地域包括ケア病床数を確保しておいて収入をあげていくのはどうでしょうか。集中治療室に重症度のある患者が集まるのかという問題もあります。また来年度以降、急性期病床の重症度の基準が上げられる可能性もあり、10 対 1 を担保できるのかという問題も出てきます。今後医師が採用されて急性期に特化できる体制が整えばベストですが、それは現実性が高いとはいえない状態であるならば、セーフティーネットとして地域包括ケア病床数を多めにとって赤字幅を縮めることも考えた方がいいのかもしれません。

事務局長 今後も毎年 10 億円の赤字を続けるということは、市の事業そのものに影響します。このままでいいということにはなりません。

対策としてまず一つは、医療技術者を確保して収入を増やしていきます。リハビリテーションスタッフが増えることで、回復期リハビリテーション病床が埋まり、地域包括ケア病床の基準をクリアし、急性期リハビリテーションを行うこともできます。地域包括ケア病床は面積要件があるので 1 病棟 35 床しかとれないので、病院全体 500 床が 475 床に減らします。また、病棟薬剤師も配置し収入を増やしていきます。二つ目として、当院はやはり急性期がメインなので、集中治療室から一般急性期病床に患者さんが移り、また地域包括ケア病床をつくることで、他院の高度急性期の患者さんも一旦一般急性期病床に受け入れてから地域包括ケア病床に移すといった取組みで、院内全体で患者数が増えていきます。地域包括ケア病床をつくることでかなりの相乗効果があると思います。

東野委員 在宅してからあとのケアなどメリットは大きいですね。急性期病床を持つと収入は増えますが、利用率が低いと回転率をあげなくてはならないので、この病院も悩んでいます。スタッフがいて辞めさせられないので収入は必要です。ベッドもあり看護師もいるけれども医師がいなくて機能しないでは、収入面も

マイナスですし、医療提供の面からいってもマイナスです。重症患者が確保できるのか、現場の意見を取り入れてバランスを保ちながら、早めに決断したほうが良いと思います。

会 長 現実的な問題として、これから1病棟ずつ休床して改修をしなくてはなりませんので、60～70床程度を縮小することになります。病床数にはカウントされていますが実質的に運用できない分は収入がありません。その分コンパクト化しなくてはなりません。病棟改修後にどうするのか、おそらく高度急性期ではなく高齢者の合併症患者さんが増えてくるとおそれますので、そういう方たちを受け入れていくのだと思います。

集中治療室に関しては、診療単価の問題ではなくこれまで受け入れられなかった方を受け入れるために新設するので、少しでも医師を確保していきます。私の経験上、最初はなかなか患者が入らずに満床にするのは難しいと思います。各診療科の医師自身が、これまでのやり方を変えて新しい集中治療室での治療に抵抗を感じてしまうからです。高度医療機器を利用して完全に管理できる状況下において治療する集中治療室に入れることが当たり前になるには、数年程度かかるかもしれません。集中治療室は看護師にもハイレベルな技術と高度な医療機器を供与できます。集中治療室を当たり前のように使う医師や看護師がいないと困ります。

澤田委員 あれだけ（集中治療室）の設備をつくっても医師がいるのか、と話す区民もおります。早急に慣れたお医者様を連れてこなければなりませんね。

会 長 東海大の救急から医師がいらっしゃることは内定しています。また当院の救急センター長である西山医師と私自身も救急医の資格を持っています。最近、大学側が最初からまとめて3人派遣することはありません。

澤田委員 心配していた方には言っておきます。透析センターもまだ常勤医が見つかりませんか、設備がもったいないですね。

会 長 透析は診療所が充実しており収入にも繋がるので、開業する方が多いようです。

澤田委員 開業医は送迎もしてくれますし、その点も違いますね。

会 長 透析の診療単価について、将来的に果たして今の水準を維持できるのか、疑問ではあります。

（3）平成27年度予算について

事務局説明 **【病院総務課長により説明】（約10分）**

会 長 委員の皆様から何かご意見などはございますか。

澤田委員 平成27年度の病床利用率が急に上がるのはなぜですか。

事務局長 病棟再編により病床数が475床に減り、地域包括ケア病床に患者さんが入り、一般急性期病床の回転率がよくなれば、病床利用率があがるはずです。

(4) その他

会 長 そのほか、事務局から何かありますか。

総務課長 集中治療室の竣工式典と内覧会を3月22日(日)の10時から開催いたします。委員の皆さまにもご都合がつけば出席をいただきたいと思います。後ほどご案内をお渡しします。

澤田委員 集中治療室の稼働は4月1日からですか。

会 長 そのとおりです。

澤田委員 東海大学から医師がいらっしゃるということですね。ホッとしました、おめでとうございます。

事務局長 看護師は研修をしてきており、3月から準備を始めます。

会 長 それでは、以上で議事の進行を終わります。

6 閉 会

司 会 皆様、本日も様々なご意見を賜りありがとうございました。次回は平成27年10～11月頃を予定しています。

それでは、以上を持ちまして、清水病院経営懇話会を終了させていただきます。本日はお忙しい中、ありがとうございました。

会長署名 藤 井 浩 治