

## 平成28年度 第2回 静岡市立清水病院経営懇話会会議録

1 日 時 平成28年12月13日(火) 13:15～15:00

2 場 所 静岡市立清水病院 新館3階 会議室

3 出席者 【委員】5名

藤井浩治病院長(会長)、杉浦信久事務局長、東野定律委員、  
武内直昭委員、久保田法子委員

【事務局】12名

川口看護部長兼管理看護科長、米津外来看護科長、宮城島病棟看護科長、  
堀川病院総務課長、浦田病院施設課長、水上医事課長、  
病院総務課 良知参事兼課長補佐、中西企画経理係長、  
森副主幹、下山主査、望月非常勤嘱託

4 会議録

司 会 定刻になりましたので、ただ今より、平成28年度第2回清水病院経営懇話会を開会いたします。

皆様には、たいへんお忙しい中、ご出席をいただき、誠にありがとうございます。

本日は委員改選後初めての懇話会でございます。

最初に委嘱状の交付を行います。

(委嘱状交付)

司 会 なお、学識経験者の山田博久様は、本日所用のため欠席となっております。以上の皆様にご就任いただきました。よろしくお願いいたします。

続きまして、委員の皆様より自己紹介をお願いいたします。

(委員自己紹介)

司 会 それでは、開催にあたりまして、病院長よりご挨拶申し上げます。

藤井病院長 この度は、清水病院の経営懇話会委員にご就任いただきまして誠にありがとうございます。東野委員には研究者のお立場から、今日のご欠席ではございますが山田委員には公認会計士としてのお立場から引き続き懇話会に加わってい

ただくことになりました。市民委員は応募者の中から選考を行いました結果、武内委員に2期目を、また久保田委員に新たに風を吹き込んでほしいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。私と事務局長の杉浦を含め、総勢6名で新たな懇話会をスタートすることになります。どうぞよろしくお願いいたします。

まだ静岡は極端に寒くないですが、全国ではちらほらインフルの話が出てきています。去年はインフルエンザの発症、流行期がものすごく遅かったです。ですから、昨年と比べて何週間か早いと言われていますが、例年と比べるとちょっと遅いかなというイメージがあります。ただ、清水というのは、11月上旬から中旬にワクチンを打つと、ちょうどタイミング的に流行期をカバーできます。温暖なおかげで非常にいい環境が整っている所なのです。

インフルだけでなく、社会情勢から言いまして、今、少子化・高齢化で医療費の抑制、薬品費の抑制というのが進められています。また、病床計画ですが2025年、2035年度に向けての計画が立てられておりまして、我々は県との委員会で検討していくところです。高度急性期、一般急性期、亜急性期、慢性期という4種類のベッドに分けました。それぞれの必要数を想定して、それに合わせて調整していこうという事です。どうしても、今までの日本の社会の状況から言うと、慢性期が多くて社会的入院が多すぎるということと、看取りをどうしても病院ですという発想できましたので、それを最期まで慣れ親しんだ自宅で暮らしていただいて、看取って、お見送りできるかということ、今後、社会の考え方として少し変えていかないといけないという情勢になっています。それとともに、医療の体制をどんどん変えていかなければいけない時期となり、今までの急性期病院と慢性期病院というような病院ごとの体制だけではなく、在宅や地域でのつながりをもっと持つことが求められています。また、病気の種類も多様になり、認知症もどんどん増えてきて、高齢者がものすごく増えています。認知症が、一時期の高血圧や糖尿病が20年位前にメタボということで問題になりだしたところと同じ位か、それ以上にどんどん増えています。ですから、私どもの病院は回復リハビリと地域包括ケアという亜急性期に、昨年度からパワーシフトして、高度急性期、一般急性期、亜急性期という一貫した形で動いています。それとともに、認知症センターを10月から発足させまして、準備期間で1年ほどかかっていますが、認知症の人たちへの支援を強化しています。(認知症を特別なものとしてとらえるのではなく、)高血圧や糖尿病のような基礎的疾患と同じようなものとしてとらえ、認知症と他の病気を併発した人をどう治すか、というような発想に医療を切り替えなければならないというように思っています。

また、外科と内科という括りがあり、医者の中でも2つに大きく分かれていたのですが、これからは外科的治療もある内科的治療もあるということで、臓器別に診療部門をセンター化していかなければなりません。呼吸器外科は来年、常勤医が来ることがほぼ確定しておりますので、呼吸器内科と呼吸器外科を合わ

せて呼吸器疾患センターを考えています。さらに、将来は、神経内科と脳神経外科とで脳卒中センターを、というような構想もあります。最初から外科的治療ありきではなくて、内科的治療も外科的治療も患者さんに合わせて考える、というふうに変えていこうと思っています。

そういう考えもあるのですが、一方で果たしてそれが病院の経営に合致するのか、また、市民の皆さんの役に立つのかという議論もあろうかと思っています。皆さんには色々ご意見いただきたいと思っています。よろしく願いいたします。

司 会 次に、事務局職員を紹介いたします。

(事務局職員の紹介)

司 会 それでは、議題に入ります前に、本日の資料を確認させていただきます。

(資料の確認)

司 会 議題に入る前にお諮りしますが、静岡市では附属機関等の会議を原則公開することとなっておりますので、当懇話会も傍聴希望者がいらっしゃる場合は、公開することとしてよろしいでしょうか

(異議なしと発する者あり)

司 会 それでは、これより会の進行は、静岡市立清水病院経営懇話会設置要綱第5条第2項の規定に基づき会長であります藤井病院長にお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

議題（1）平成28年度経営計画の取り組み状況について

会 長 それでは、これからの議事は私が進めさせていただきます。よろしく願いします。

最初に、平成28年度経営計画の取り組み状況について、病院総務課長より説明をお願いいたします。

堀川病院総務課長 資料1に基づいて説明。

会 長 ただいまの事務局の説明についてご質問ございますか。

武内委員 患者の満足度の向上というところで、平成28年度の患者アンケート調査の目標満足度が4.00点以上となっていますが満点は何点ですか。

堀川病院総務課長 5点満点です。

東野委員 幹旋会社のことなのですが、1名の採用内定者の診療科はどこですか。

堀川病院総務課長 神経内科の先生です。

東野委員 採用のときに、清水病院が強みのある診療科を持つというのがいいのかなと思います。清水病院は急性期医療が中心だと思うのですが、静岡市は近い距離にたくさんの急性期病院があります。それぞれの機能分化の話はあるのですが、機能特化した病院作りは静岡市全体で必要だと思います。清水病院は清水病院で得意とする分野を持って、急性期の中でも、例えば清水病院は認知症とか、産科のお医者さんが2人採用されていますので、そういうところで清水病院の強みが出せるような取り組みがあれば、外来で人が増えてくるのではないかと思います。

たぶん働く医師も特化された病院で働きたいのではないかと、設備の整っていてスタッフもそれなりに理解のあつてという中で働きたがると思います。ある程度全診療科の内容を提供するというのも大事ですが、何かしら強みを持つという方向性もこれからは持っていかなければいけないのではないかと、と思います。

会 長 先生のおっしゃるとおりだと私も思います。結局、何を強みとして打ち出すかというのと、静岡市内で相互補完できるような体制を作ろうというのは、当院や清水医師会などと、さらに静岡病院や済生会（静岡済生会総合病院）、日赤（静岡赤十字病院）と組むということをやっていないとダメなのでは、という話は当然、前からあります。先生が今、おっしゃったとおり、専門性というか、「ここの科はすごいよ」と言えるようにするために、各科が市内でどのくらいのパーセンテージを持っているか調べましたところ、当院は整形外科とか皮膚科は完全にトップです。あと、脳卒中関係もすぐに1番になれる。産婦人科の数は、先ほど先生がおっしゃったように、現時点では常勤7名、非常勤2名で9名います。小児科も6名。これはかなり多いです。済生会と日赤と当院で組めば完璧にできると思います。もちろん、静岡病院と補完し合うこともできます。我々は静岡病院だけでなく、3次救急としての静岡県立こども病院、（こども病院の）瀬戸院長と話して相談しているのですが、「2次救急は清水病院のレベルが一番、高いのだから、清水病院が押さえなさい、早く連携してほしい」ということをよく言われていています。今、小児科の中では連携していて、実はそういうことをやっています。今回、認知症センターという名前が出ましたが、整形外科が圧倒的に強いのだから、整形系のセンターを打ち出して、脊椎

2名、肩、上肢、下肢と全部揃っていますし、手術数も多くて強いのはわかっているけど、宣伝が下手なのです。開業医の先生たちはある程度、知っているわけですが、市民には知られていない。それ以外でも、呼吸器疾患センターということも、そのうちアピールできるようにしたい。認知症もやり始めたから、当然、脳卒中センターというものも本来やらなくてはいけないのですが、市立病院として打ち出すのであれば、あともう一人、血管内治療をやる医師を探してほしいという話がありまして、探しているところなので、あと数か月お待ちいただければと思います。脳卒中センターと勝手にいうのはいくらでもできるのですが、やはりそれに匹敵する体制を整えてからだと考えています。この病院は昔からそれがあるのですが、「沈黙は金なり」みたいなところがありまして、宣伝するのが苦手なのです。それから、目立つ科があると逆にそれに埋もれる科は医者が来ないのです。ある程度、そういう（アピールできる）科が表に出てやるためには、それを支えてくれる最低ベースの、命に関わる、急性期に関わるような科の先生たちも確保しなければならない。そのような科の先生たちにしてみれば、あまり「この科が強い」と言われると、「おれたちはそこの科のために働いているのだから」と裏では言うことになるのです。それは対立する要素をはらむので、その調節を行うのがなかなか難しいです。

その辺のバランスの問題がありますが、そろそろ先生のおっしゃるような形態に変えていき、名乗ってみたい。全体バランスだけ考えてやっていくだけではなくて、強みを打ち出して、当院と組みたいといっているところとやっていかないかと思います。一方で、市内の病院はどこも優秀で、みんなが全科を持ってきたので、なかなか引くに引けないところがあって、そこが5年以内に変えていかなければいけないと思います。お互いにうまくマッチングしてくれれば、かなりかみ合ってくれると思いますよ。静岡市は、繁華街でもどこでも、30分あれば救急搬送できます。これだけのところに、2次救急病院が9つもあるというのは珍しいので、みんなで相談すればいくらでも対応できるのです。できるのですが、みんな逆に今までの看板を下ろしたくないし、特化すると位置付けが下がってしまうようで、それは避けたいというところがありまして、非常に難しいです。

うちは、ここ清水区に根差しているの、ある程度、清水区で完結できればという形を考えています。あとは、当院にない科は葵区の病院に行っていたら、落ち着いたら、できるだけ早く引き取って、リハビリや在宅への移行は当院でセッティングしますという形でやりたい、と先日の会合で相談してきました。そういうふう動きつつあります。成果がなかなか見え難いですが、目標としては十分だと考えています。

他に何かありますか。

なければ、議題2の清水病院経営計画（改訂）案についてを議題とさせていただきます。

## 議題（２）清水病院経営計画（改訂）案について

堀川病院総務課長 資料２に基づいて説明。

会 長 　　ただいまの事務局の説明についてご質問ございますか。

武内委員 　　１ページの３行目に「平成１９年１２月２４日付け総務省自治財政局長通知」とありますが、私たち素人から考えますと、病院の関係は全て厚生労働省ではないかと思ってしまうのですが、総務省というのは、簡単に言うと、病院の経営にどういう関わり合いを持っていますか。

杉浦事務局長 　市立病院、私どもは市役所の職員ですので、そういう自治体の事務を所管しているのが総務省で、一方で医療行政は厚生労働省ということで、実は、市立病院は２つの省からそれぞれ指導を受ける立場にございます。厚生労働省は、国民医療費全体を見る中でベッドの総量規制などに取り組んでいます。進めるどころと、抑えるところがあります。一方、公立病院は比較的収益性の悪い小さな街でも、市立病院を作って何とか持たせています。それをやるための財源は総務省が手当てをしてくれています。具体的にいいますと、お金を補助してくれたり、起債の許可、お金を借りていいですよ、と許可を出してくれるのは総務省です。

　　そういうことがあったのですが、日本中の公立病院は非常に採算が悪くて、「公立病院は何とかなければならないぞ」ということで、総務省が平成１９年に出したガイドラインは、今でも考え方は変わらないのですが、公の医療と事業性の両立を各病院は目指しなさいという、当たり前ともいえる内容なのですが、それについて大雑把に提示しているガイドラインが示されました。前の計画はそれに基づいてやっていたところなのですが、今回、地域医療構想を作りなさいという話が（平成２７年３月に）厚生労働省から出ました。国民医療費が毎年１兆円ずつ上がっているんで、何とかしなければいけないということで、医療政策の方法が３つあるのですが、「ベッドの地域的な総量規制」、「診療報酬」、「主要な診療は都道府県ごとに体制作りを組む」の柱です。この地域医療構想は、ベッドの総量規制が中心になって出てきていますが、ただ静岡県のベッドはたくさんありません。全国的にいうと、西に行くとかたくさんあります。県によっては、先生はたくさんいて、ベッドもたくさんあって、１人当たりの国民医療費もだいぶ違います。静岡県の入院治療費は、安い方から２番目か３番目位です。厚生労働省から見て、非常に優良な地域にみられています。ベッド数もあまりございませんので、静岡県の地域医療構想はベッド数の総量規制でいうとあまり絞らなくても大丈夫な数字になっています。

　　そういう中で、総務省においても２７年３月に「公立病院改革の推進について」として新たなガイドラインが出されました。ただ、総務省のガイドラインは、

厚生労働省に気を使って「厚生労働省の地域医療構想を踏まえて計画を作りなさい」という条件が付きまして。そこで、公立病院として、総務省通知に基づく計画たる経営計画で、静岡県地域医療構想を踏まえて「こうやっていくよ」と計画で示すことになりました。実のところ、改訂前の計画から院長の指示でこの辺を見据えて作っておりましたので、内容によっては変更なしでいけそうです。ただ、収支がだいぶ、計画と違ってきていますので、その辺を直したり、収支対策を取ったり、政策医療への参加を強化したり、そういったものを新たに追加したものが今回の計画になります。

武内委員 納得しました。

会 長 前から申し上げているように、静岡は県でいえば下から3番目くらいです、国民医療費、いわゆる一人頭の国民健康保険とか、医療費の掛け方ですね。それを平均すると、下から3番目くらい、最近は5番目以内くらいに入っていて決して高くはないのです。厚生省の目指す、全国をA、B、Cの3ランクに分けて平均値がB。Cが最低限で、我々静岡県を含めたグループです。それで、県の会議で「全国平均並みに医療費を掛けていいですか」と聞いたら、「それだけはやめてくれ」と言われたので、今までとおり。

病床数ですが、それぞれ立場があるのですが、県内は別段どこを削ってどこを増やすという大きな話ではなくて、当然、慢性期病院はある程度減らさなければいけないというのがあるのですが、どこの病院を潰してとか、整理してとかそういう話はないし、お互い話し合いながらやりましょうということになっています。全体的に医療費も今の水準でいってこれれば問題ないです。相対的にはそんな形なのですが、その中で思ったのは、亜急性期とかリハビリ関係は、他県の人間から見ると静岡は非常に弱いと思います。せっかくこれだけの環境がありながら、いろいろなものを活かしきれていない、非常に弱いと思っています。それをとにかく充実させてというのがありまして、それでリハビリの關してはここ数年間でだいぶ強くはなりました。全国レベルでいうと、ある程度、先頭集団に入ってきています。

そういうことで、いろいろな面では変わってきている。変わってきているが、全国的には無理がきている。西日本のある県のように無茶なことをしているところもあります。県単位でみたときに、高いところと低いところで、3倍くらい違うのです。市町村単位でいうと最高5倍だったと思います。それくらいお金の掛け方が違うのです。ただ、そういうことは静岡県ではないです。

杉浦事務局長 西の方で入院するとフルパックで治療されます。

当院の場合には、26年の医師の退職に伴って収支が非常に悪化してしまいました。市役所でも収支の悪化が非常に困っていて、財源負担が市に行きますので、足りないところを市が出しているのです、それをまず何とかしなさいと。

公の企業として、事業性が悪化していると考えておりますので、事業性の回復が大きな課題になってくると思います。今回の計画の中では、実際に収益が増えるための政策を入れています。医療の値段は施設基準、診療報酬制度で決まっていますので、より高い値段が取れるよう、一つ上の次元のサービスを提供するというを考えて進めていきたいと考えています。かといって、儲け主義に行けと言われても、我々はそういうことは難しいですので、節約すべきところは節約し、正当な治療に見合ったお金をきちんといただき、なおかつ、より大きなサービスを提供できるように経営計画を作る、という方向で改訂しているところです。

逆に、患者さんの観点で考えますと、健康寿命を延ばしましょうということがあります。例えば、発作があっても、若いうちは寝ていれば治りますが、年を取っていると、寝ていてばかりでは逆に悪くなってしまいます。高齢者は、ただ寝かして治すのではなく、リハビリは、ご家族から「かわいそう」だとか「年寄りをいじめるな」だとか文句を言われるのですが、リハビリもきちんと、急性期、手術の直後から行って、なるべく元の能力を取り戻して家に帰っていただくという、病院としての当たり前に取り組むこととしたいです。こういった取組みも、やっとなら評価されるようになってきていますので、そちらに取り組んでいけば、収益も改善することがあるのではないかと考えております。

東野委員 19ページの入院収益のところ、一般病棟の病床利用率は76.9パーセントになっていますが、4ページでは67.3パーセントになっています。この数字の違いは何でしょうか。

堀川病院総務課長 平成27年度から病棟の改修をしております、稼働している病床数が49床減っています。4ページでは許可病床数の390床で計算していますので、利用率は67.3パーセントに、19ページでは稼働数の341床で計算していますので、76.9パーセント、と数字は変わってきております。

杉浦事務局長 病院改修のために1病棟閉鎖しています。減らした数を分母にするか、減らす前の許可病床を分母にするかの違いです。どちらで表記するかは事務局の中でもどうしようと話をしております。

堀川病院総務課長 390床の方に合わせたほうがよいでしょうか。

杉浦事務局長 390で合わせた方がという意見の方が出ていますので、そのところは調整をして、19ページを修正する方向で考えます。

東野委員 もう一点は、平成28年度の集中治療室の目標は70パーセント、一般病棟は81パーセントとなっています。妥当でしょうか。

堀川病院総務課長 県の地域医療構想の中で、集中治療室は高度急性期医療に入るのですが、75パーセントというのが定められています。当院は6床しかございませんので、75パーセントというのは高い目標です。ほとんど満床だという形になってきますので、高いという認識しながら、そこに合わせての目標とさせていただいております。一般病床につきましては78パーセントというのが県の数字でして、最終的には80パーセントということで、それを少し上回る形で考えています。回復期は90パーセントというのが地域医療構想の中での考えとなっておりますので、90パーセントというのを目標にやっていきたいと考えています。

杉浦事務局長 少し補足をします。県の地域医療構想はベッド数の総量を決めていこうというもののなのですが、まず患者さんの数を予測します。その患者さんの数に必要なベッド数を出すのですが、もちろん1つのベッドで100パーセント、1年365日ずっと患者さんが入っているというのは計算になりませんので、何パーセントで動くという形で計算して、必要なベッド数を出します。80人患者さんがいたら、80パーセントの稼働とするのであれば100ベッド必要、という計算をします。これが、稼働率の数字ということです。それを基準にして、上げたり、下げたりしながら目標を決めています。もちろん100パーセントに近いほうが収入はいいわけですが、年末年始を含めて90パーセント以上になると「入院を待ってください」というのが発生するぐらいの数字です。80パーセント位であれば待ち時間なしで回せるぐらいの考えです。集中治療室は6床しかありませんので、本当は緊急のために1つか2つ空けておきたいのですが、それでも6床うまってしまいう日がけっこうあって、75パーセント、4床しか入らない日、3床しか入らない日も当然あります。ならずとだいたい7割くらいでいいかな、という感じです。厚生労働省が考えた数字ですが、私どもとしてもとしてもそれくらいかな、と考えています。

東野委員 現状としては、今年ベースでいくと、(資料1の上半期取組状況6ページ記載のとおり)63パーセントということで回っているのですよね。患者さんがいないのですかね。

杉浦事務局長 6割というと、だいたい4人入っている状態です。

東野委員 運営上としてはどうなのですかね

杉浦事務局長 特定な大きな手術をした後の方とか、危ない患者さんを入れるところで、一定の基準の患者さんしかいないところですので、他の一般病床からコントロールして入れるところではありません。今は7割位ですかね。

堀川病院総務課長 71から70パーセント位です。

会 長 東野先生としては、妥当な数はだいたいどの位だと思いますか。

東野委員 集中治療室だとそんなに上げられないと思うのですが、目標値が7割5分ですからけっこう厳しいという気もしますし。逆に包括ケア病棟とか回復期は入れている問題あまり生じないと思いますので、こちら側で収益を上げていった方がいいのかなと思います。

会 長 今、28年度は何パーセント位かな。

堀川病院総務課長 76パーセント位です。

杉浦事務局長 地域包括ケアも思ったほど上がらないです。

会 長 それは、入れようだと思うのです。急性期から無理やり移してもしょうがないし、1番の問題は地域包括ケア病棟担当の医師を雇えないということです。それを専門にやってくれる医師がいれば問題ないですよ。昔から勤めているような60歳代くらいの内科の先生がいれば、「先生、そこだけでいいから診てください」となれば、満床とまではいかないまでも、2、3床空きくらいにして、いつでも入れられるような形にできます。でも、今はいないので、いったん急性期の医師が診て、主治医になって移すのです。移すときは、ちゃんと家族と話をして、「どういうふうやって」、「どれだけの期間」、「こういうようになりますから、介護保険も申請していきましょう」と入る、という具合にいろいろミーティングをしてから移すので、患者さんにとってはいいのですが。放り込んでいっぱいにする、というのはできませんし、していないのです。そうすると、完全にそういうのがなしでやってしまうと、入ったはいいけどなかなか家に帰れない、老人ホームも高く入れないから老健は待ってくれ、という話が出てくる。それで「いちおう帰ってくれ」といって、追い出す、というのが他の施設であるという話も聞きます。そういうことをやらないようにしています。

それともう一つ、急性期は全部清水区だけでは見られないので、葵区、駿河区の病院に行きます。そういう人たちがいったん落ち着いて、「リハビリは清水でやりたい」という人たちというか、葵区のほうは「2週間経ったら帰ってくれ」というような話が出るので、そういうのを受けてくれないか、という話が出ています。そうですので、5床ずつ空けておこうかというのがあって、それで率が落ちているというのがあります。

杉浦事務局長 当院の地域包括ケア病棟は、平均日数が1か月いかない位です。他の包括ケア病棟だと、限度いっぱいのところが多いのですが、当院は平均で1月、半月位で帰られる患者様もいらっしゃいます。

会 長 リハビリをきっちりやって帰ってうまくやって、というとどうしても1か月位で帰したいと考えています。

杉浦事務局長 そういうことで、なかなか数を追及できないところがあります。私は事務局なので、数を追及したいところなのですが。

会 長 事務局としては数を追及して欲しいだろうけど、我々は最初に数を入れてしまえば質が当然落ちるわけで、いったん質を落とすと、上げるのが大変です。最初から質をキープしながら、我々が理想とできるような施設を作って、それから患者様たちに来てもらえるようにアピールしていく形でいいのではないかと。質を上げるというのは大変なので。

昨日も1時間以上、この地区の訪問ケアマネの代表者や訪問看護の代表者や地域包括の方たちと話したのです。今日も静岡市の全域から集まることになっているので話をするのですが、とりあえず昨日は清水病院区域で話をしました。清水区をいくつかに分けていて、みんなで分担することになっている。医師会と2次救急病院で分担して、グループを作って、垣根を取ることを何年も前からやっている。そういうことが清水はベースにあります。やり方的に若干、他区と合わないことがあります。それは問題がないわけではないのですが、我々も変えたくはないし、清水区はS型からずっと古いですからね、清水の人たちが培ってきたノウハウがあるのです。そのレベルを下げてまでやりたくない、というところがないわけではない。ただ、もう少し気楽に受けないと、みんなにとっては敷居が高くなるような気がする。昨日（の話し合いで）反省したところです。

川口看護部長 あと、看護必要度がぎりぎりなのです。どんな患者でも受けていくと、必要度をとれない人が出てきます。必要度が低くなってしまうと施設基準が取れなくなってしまう。

会 長 医療必要度と経済的必要度は違いますから、ここが難しいところで、例えば高齢者の2人世帯のところで、1人寝たきりに近い状態のおじいちゃんが帰ってきたら大変ですね。おばあちゃんは、担いでいけないですから。それを考えると経済的にはできるだけ病院に置いてあげたいですけど、それをやると絶対に呆けたり、体が弱ったりしてしまうのです。だからできるだけ早くリハビリをやって、早く戻して、日常生活を自分でやらせないダメなのです。

だから、そういうところも含めて、事前にリハビリとか看護師が行って動線

確認とかを全部やっているのです。帰ったときにどこまでやっておけば、日常生活ができるかということ。

杉浦事務局長 当院のリハビリ技師は、福祉住環境コーディネーターの資格を持っていますので、退院前に在宅訪問させていただいて点検させていただいています。

会 長 数と質の両方、なおかつ、今の社会情勢で医療福祉のお金を削ろうというときにどこまでやるかという。民間みたいに入れて、期限が来たから出ていってというわけにはいかないし、医療をやって、リハビリをやって良くなるべき人を入れないと意味がない。そうでない人を取りあえずお預かりというわけにはいかない。なかなか難しいのです。

杉浦事務局長 お金の話が出ましたので、お金の取組みは進めてまいります。具体的に、今回含めました中では、リハビリの機能評価にしますとだいたい収益で1割くらい伸びますし、施設基準、診療報酬制度にフィットした収入確保がどうしても必要だと考えております。行っている医療サービスに準じたものをきちんといただくために、事業性の精度の向上と、どうしても未収金が発生いたしますができるだけ圧縮すること。施設を維持したり、薬や物を買ったり、病院を維持するための必要経費の節減を含めて、収支回復のための努力はさらにしていきたいと思っております。ただ、なんといっても患者様にたくさんおいでいただくことが1番でございます。清水区の皆さんに対する私どものアピールが弱かったことが続いておりますので、当院のいいところをもっと知っていただいて、清水区の病院としてやっていくつもりで考えておりますので、清水区の皆さんがもっと来てくれる病院を目指したいと思っております。

武内委員 素人目ですけど、基幹病院として高度な医療を目指していることは私なりに理解できたような気がします。

下世話な話をさせていただきますが、私もここで10日ほどお世話になったことがありますし、私の父と母も入院をしたことがあるのです。ごはんなのですが、食事のことです。内臓関係の方はいろいろ、重湯とか、お粥とか制限があるのですが、外科系統で内臓に影響がないというと、食事が唯一の楽しみになるのですが、味がいま一つかなという感じがしないでもない。当然、入院費の中に、食事代の枠などの予算があるのは理解できることなのですが、その中でももう少し、おいしくなるといいのではと感じますが。そういうことはきちんとした資料には出てこないようですけども、考えていただくことがあると、ほんの些細なことなのかもしれないけれど、評判にも多少、影響があるのではという気がします。

杉浦事務局長 来年、産科病棟を直しますので、併せてお母さん方に「あそこの病院で産み

たい」といわれるようなものにしたいと思います。医療体制は、小児科医、産婦人科医も揃っていますし、診療所との連携もいいはずなのですが、今いち押し寄せるまでになっていないのでなぜかな、と分析していると、やはり食事の問題が必ず議論の対象になっております。もちろん予算の制限もあるのですが、何とかしたいと考えています。地下にコンビニがあるのですが、ふりかけとか海苔とか塩辛いものがたくさん売れます。だから、いくら栄養士さんが制限しても自分でかけているのだろうなと思っています。うちの母もそうでしたので。

会 長 おかずが少ないから。それに味気ないし、だいたい給食もそうでしたけど、例えば野菜炒めというのはないのです。メニューに野菜炒めと書いてあっても、実態は「野菜蒸し」ですから。学校の給食もそうですよね、「全然炒めてない」というのが。あと、ご飯は、高齢者が多いということがあって、若干、柔らかめに炊いているらしい。そうすると若い人たちは「ベチャベチャしている」とか、「米の歯ごたえがないじゃないか」といわれるのですが。各家庭でも主婦の方が悩まれているのではと思うくらい、お父さんの好きなものと、息子が好きなものとは料理は全部、違う、というような話はいくらでもありますから。そこへきて、お金（費用）としてはかなり低いから。

杉浦事務局長 お金は食事で儲けるというわけではなくて、食事の差額（収益）は求めているので。

会 長 むしろ儲けたくはないのだけど。

杉浦事務局長 赤字にならなければいいと思っています。

（患者給食は）割ときめの細かい対応です。できる限り、好き嫌いをお伺いしています。それでも、肝心の塩気が足りない。

会 長 栄養士さんが何百人分作って、塩気何グラム、たんぱく質がどれだけ、と計算してやれば、旨いものは出来ないのだろうなと。

杉浦事務局長 ちなみに食事は院内調理ですが、調理しているのは受託業者さんです。受託業者さんは3年の長期継続契約で、3年ごとに業者さんを決めています。今の業者さんは今年から3年です。あと2年あります。

冷凍物というと偏見があるのですが、実は病院給食の業界でもクックチルドといって、セントラルキッチンで工場で作ったものを施設で戻して、温めて提供するというタイプを、ここ5年くらいで、新しい給食の形が出てきております。清水区内でも業者さんがいらっしゃるようですが。

会 長 昼食と夕食は、当直や一部の事務が検食をしています。ご意見箱に出てくる

のは、から揚げが何切れだったか、3切れかな。それで「夕食でから揚げが3切れってどうか」という意見がありまして。でも「(栄養的に) 計算するとそうになってしまうのです」と栄養科に言われると・・・。

武内委員 頭では理解できるのですけどね。

会 長 頭で理解できててもですよ。

杉浦事務局長 お腹が悪くて入っていたらいいですけど、足の骨を折って入っているのに、お腹の悪い人用の料理だとさびしい、ということはあると思います。

武内委員 区内の別の病院ですが、「あそこで入院すると美味しい」という話は聞きますよ。

会 長 栄養士さんか何かが。それとも、会社かな。

武内委員 栄養士さんが入っているのか、業者が入っているかはわかりませんが、評判としては「一番おいしいよね」という話はよく聞きます。

川口看護部長 食事に関しては、皆さんの気持ちを大事にしたいというのはあるのです。一つひとつの味は変えられないので、例えばセレクトメニューを入れたりなど、ちょっとした工夫はしているのです、栄養科としても。私たち師長も検食をして、ときどきアンケートを出しているのですが、元気な人がお腹の空いているときに食べてみるのが、果たして病人の方と同じかと思いますが、温度などに関してはなるべく近づけるように工夫しているのです。食の努力はしていると思うのですが、味の満足度というと、なかなか個人の期待に応えるのは難しいかなと思います。

武内委員 頭では理解できるのです。ですけど、テレビを観るか、本を見るか、3回の食事くらいしか入院していると楽しみがないですから。

会 長 そうですよ。

杉浦事務局長 温冷配膳で出しているのはいつからですか。

川口看護部長 4年くらい前からです。

杉浦事務局長 ちょっと食事を温めて、温かいものは温かくして出す、という、300から400万円くらいのカートがあります。それを入れる前から比べて環境が変わ

りましたし、今の業者さんは、あと2年ですが、改善していきながら、次に入院されるのはずっと先のことだと思いますが、そのときはかなり美味しいものが出せるのでは。

堀川病院総務課長 24ページの今後の経営形態についてのところで書いているのですが、今年度から静岡病院が地方独立行政法人という形になって形態を変えてきています。当院も30年度半ば目指して独法化しよう、というのが基本的な考え方で、この部分は特に変わっていないのですが、このことについて、何かご意見はございませんか。

杉浦事務局長 確か、5、6年前にリハビリスタッフを増やさなきゃだめだ、といわれたのですが、公立病院は人を取るのが大変なのです。公務員採用ですので、増員は非常に難しいのです。その時点で割と頑張って増員枠をとったのは看護部だけ。あと、実際来なかったのですがドクター。他の技術職はだめで、なかなか取れなかった。最近になって、今は、病院で必要だと思ったら採っていい、という環境に代わっているのですが、一人の採用に対して、作る書類がたくさんあります。

公立病院の最大の難点は特に人材資源の面で判断が遅れたり、実際に採るのが遅れたり。そう考えますと地方独立行政法人は公務員ではありませんので、財源は自治体から出しますが、それを使って病院の運営をするのは公務員ではない。そこで法人の職員になる。東野先生のところも（地方独立行政）法人です。今は、県の法人ではなく大学の法人。条件は変わっていらっしやらないですか。

東野委員 そうですね。書類だけ増えてしまって。

杉浦事務局長 静岡病院も増えたみたいですね。

そういった、地方独立行政法人といった経営手法について、本市では病院についてはその方法がいろいろと判断して、静岡病院は独法化しました。その方針を決めたときに、清水病院もそのほうがいいというふうに考えました。ただ、独立地方行政法人になるには、財務的な安定というのが必須です。市から負担金が出るとはいえ、安定した経営基盤がないと独立した法人にはなれない、ということで、当院については30年代半ばに経営安定したのちに、というような計画になっています。その後、経営についてはさらに収支が悪くなってしまっていて、なかなか厳しいです。この計画に基づいて、平成33年までに経営安定や収支安定を取り戻せば、その後の経営戦略の選択が視野に入ってくると考えています。

市の方針では独法なのですが、独法制度は一昨年に法律が変わったばかりで、まだまだ、いろんな変化はあると思うので、方向性としては30年代半ば

の独法化を目標に動いていき、区民の皆様に医療を提供するのに、一番効率的かつ質の高いものができる形態を探したいと思います。

そういうことをしっかり説明するように田辺市長から要請されています。「私（市長）の方針ですから皆さんにお伝えするように」と。

会 長           どちらにしても難しい。一番難しいとしたら、人を雇うということなのです。常勤で雇うとして、「常勤と非常勤の違いって何」といわれたら、だんだん差がなくなってきているじゃないですか。でも、アメリカみたいに「もう来週から来なくていいよ」というわけにはいかないのです、日本の場合は。安定した職業として考える。

静岡病院が独法化して、事務をプロパー（法人採用職員）で雇うということで、どういう人が雇われるのかなと興味があるのですが。ただ、聞く話だと「今までだったら、多少、問題があっても2、3年で変わった（異動した）のが、プロパーだとずっと残るんだよな」ということみたいです。それで、さらに聞くと「いやあ、でも使える職員はずっといて欲しいよね」と。さすがに、それは贅沢なのです、確かにそうなのですが。市の職員だって、優秀な人はどこでも欲しいものなのです。他のところでも欲しがっているものなのです。

杉浦事務局長   私も、（昨年度、静岡病院の）プロパーの採用試験を担当していたのですが、良い人たちが来ていました。特に、高卒、短大卒のところは、校長先生の「折り紙」つき位の。「この子達伸びるのだろうか」と思っていました。

他の病院とかは、同じグループの病院が他にあります。ですから、割と全国交流があるのです。自治体病院は、横のつながりが強くないので、厚生連さんやJCHO（地域医療機能推進機構）さんほど密接なつながりはないので、どうしても狭いところになってしまうかもしれません。

もう少し外に出ていくこともこの計画の中にあります。事務職の団体もありますので、行こうというものも計画に盛り込んでいます。若い人たちを。

会 長           この話はし出すとなかなか終わらないのですが。あとは事務局で何かありますか。

堀川病院総務課長   特にないです。

会 長           これで議事の進行は終わらせていただきます。今日は、いろいろお話を出していただいて、また、我々からも出させていいただいて、有意義なひとときをいただき、ありがとうございました。議事の進行は事務局にお返しします。

司 会           皆様、長時間に渡りありがとうございました。

以上をもちまして、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、ご出席頂き誠にありがとうございました。どうぞお気をつけてお帰りください。