

## 平成29年度 第2回 静岡市立清水病院経営懇話会

1 日 時 平成29年12月6日(水) 13時30分から16時00分まで

2 場 所 静岡市立清水病院 新館3階 会議室

3 出席者 【委員】6名

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

【事務局】11名

米津看護部長、宮城島管理看護科長、池田外来看護科長、  
水谷病棟看護科長、良知病院総務課長、浦田病院施設課長、  
水上医事課長、病院総務課酒井企画経理係長、笹本主任主事

4 会議録

司 会 定刻になりましたので、ただいまより、平成29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  
ございます。

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。

院 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。

また、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、  
貴重なご意見をいただきありがとうございます。

さて、当院の最近の動きとして、10月から入退院支援センターを開設  
しました。今までのMSWの退院支援だけではなく、予約入院で検査や手  
術等の医療行為を受ける方に、入院の前から様々な説明をして準備してい  
ただくといったものです。それを通じて入院中できるだけ快適に生活をし  
ていただくことを目的に10月から始めました。

また、当院のMRIが今年の1月から新型を含めて2台が並列で稼働して  
おります。新型のMRIは標準型では最高級品になっており、音楽や映像が  
流れ、従来に比べ開放感があります。いままで閉所恐怖症がある方はMRI  
に入ることが難しく、軽い麻酔を使うことが必要でした。最新のものは精  
度も良く、かなり開放感があります。

さらに、昨年、認知症疾患医療センターを開設し、今年は、4月から呼

吸器センターが開設されました。呼吸器内科、呼吸器外科の区別をなくし、一緒になって患者さんを診る体制をとっています。内科的治療、外科的治療のそれぞれ良い点を選択して治療していくことができます。4月に呼吸器外科の常勤医師が2名来たことが呼吸器センターの開設に踏み切った理由でもあります。

本日は、第2期清水病院経営計画における平成29年度の取組状況について確認を行っていただきます。委員の皆さんには、ぜひとも活発なご審議を賜り、今後の病院運営の参考とさせていただきたいと存じますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

司 会            それでは、本日の資料を確認させていただきます。

(資料の確認)

よろしいでしょうか。

まず、最初にお諮りいたしますが、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いでしょうか。

(異議なし)

司 会            それでは議題の協議に移ります。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。よろしくお願ひいたします。

会 長            それでは、議題(1)の「平成29年度経営計画の取組中間状況について」を議題といたします。  
事務局より説明願ひます。

総務課長            (資料1に基づいて説明)

会 長            ただいまの説明に対して何か質問はございますか。

武内委員            2ページ目、職場環境の改善に関するアンケートの実施について、看護職員に対してアンケートを行い、様々な改善点を探ったと説明をされましたが、過重・長時間労働が問題になっている医師の方へのアンケート

は実施しないのですか。

総務課長 昨年度、全職員を対象にアンケートを実施しました。その中に医師も含まれています。

武内委員 隔年ということですか。

総務課長 はい。毎年やってもあまり分析ができません。

会 長 武内委員にご指摘いただいた長時間労働については、静岡市だけでなく全国的に問題になっています。病院での待機をどこまで労働時間に入れるのが難しい問題でもあります。科長たちに各科職員の時間外労働を把握させるようにしています。そして、一人に過重に負担がかからないよう毎月検討させています。将来的に60時間、悪くても80時間に抑えるよう指導しています。

しかし、医師が増えてこないとなかなか難しいです。また、できるだけ仕事を平均化するためには、チームで診療をすることで主治医以外の医師でもムンテラができるようにし、主治医の負担軽減を講じなければなりません。患者や家族への説明は必ず主治医がしなければならないのは、主治医にとって大きな負担になります。夜遅くや土日にしかムンテラを受けに来られない家族もいるためなおさらです。5時以降は患者さん及びその家族へのムンテラはしないという病院もあるようです。

医者はいつ患者の具合や状態が悪くなるか掴めないため、働き方だけでなく、患者さんの意識も変えていかなければならない時代に突入します。

山田委員 この問題はこれから大きくなっていくと思われませんが、労働基準監督署が調査に来たこともあり、早急に対応していかなければならないと感じています。先ほどのご説明で時間外の把握に努めているようですが、実際の数字として、医師の先生方の月平均時間はどのくらいですか。

総務課長 80時間を少し下回るくらいです。人によってばらつきがあり、中には100時間を超える医師もいます。

会 長 産婦人科、整形外科、外科がどうしても多くなっています。時間外を減らそうとするには人数を増やすしかありません。主任科長にはその月の各個人ごとの時間外労働時間は伝えてあります。時間外削減への対応や健康

状態によく留意する旨の指示書がいくようになっていきます。

事務局長 当院も労働基準監督署からご指導いただきました。平均にすると80時間弱で100時間オーバーの医師もかなりおります。現在、労働基準監督署から指摘のあった実際に医師がいつまで院内にいるかの把握の検討を進めていくとともに、病院にいる時間イコール働いている時間ではないため、労働基準監督署との考え方の食い違いの解決及び市内の各病院の情報収集を進めてまいります。

前回の懇話会でご指摘であったように当院は人件費比率がとて高いです。調査した結果、間接人件費は低く、直接人件費が高いです。少ない人数の医師が時間外で対応している状況のため、人件費は高くなってしまいます。また、県総、静病と同等の規模の施設を持っているため負担も大きくなってしまっています。

山田委員 これからますます厳しくなりそうですね。

会 長 上から後期研修医へ雑用を含めた多岐にわたる業務を指示する風習がなくならないため、若い人の負担が大きいいといった問題が残っています。

事務局長 主治医制度はずっと病院にいるということが前提の制度です。仮に主治医制度をなくし、チーム診療に見直した場合、患者さんとしてはどういう印象をもたれますか。

武内委員 主治医が24時間待機していると考える人はいますか。

事務局長 います。「土曜日の夜に行くので説明してほしい」といったことは日常茶飯事です。

武内委員 週休2日制が前提として考える世の中になってきたので、そういう方が多いというのは想定範囲内にありませんでした。

入院のしおりや説明の資料にそういったことを織り込むことはできないですか。主治医は決まりますが、お医者さんといっても24時間365日対応ができないこと等をあらためて確認、理解していただくような文書を織り込むというのはいかがでしょうか。

会 長 多少なりともそれに似た説明や取り組みはしています。

事務局長 当院だけの対策ではなく、医療界全体でこれを常識にしていく動きをしていかなければなりません。

武内委員 特例で、遠方がかつ土日しか来られない方にあらかじめ予約をしてもらう対応は解決策の一つになりませんか。

会 長 それもやっています。滅多にありませんが、アポイントなしで来られる方がいます。そういう場合には、普段から話を聞いている家族から話を聞いてもらうようお願いしているところです。

先ほど話のあった主治医制度については、患者さんやその家族にとって一人の医師から経過を聞いたほうが分かりやすいですし、信頼もおけるため、グループ化ではなく、病状の説明に関しては主治医制度を残した方が良いと思っています。

山田委員 主治医制度を残すことは良いと思いますが、グループ化はやはり必要だと思います。初めから主治医だけでなくもう一人の先生の紹介があれば相手からも理解を得られるのではないのでしょうか。一人の先生で完璧にやるのは難しいと思います。

会 長 外科系は主治医になる専門医と研修医との複数で診る体制になっています。また、最初からそのことを紹介し、すでに行われています。

事務局長 医師が受ける相談は医療に関するだけでなく、退院後の生活等多岐にわたるため、そのような相談ができる事務系・福祉系の職員を各病棟に配置しています。また、病棟に薬剤師を配置できれば薬のことは薬剤師に相談ができるようになります。そういった職種を超えたチーム化を進めていきたいです。

東野委員 病床機能について資料の最終ページ「(2) 入院収益の目標」で、一般病床の病床利用率が70.6%と記載がありますが、390床あるうちの341床が稼働しているということでしょうか。

事務局長 はい、390床のうち49床が工事中です。

東野委員 一般病床の病床利用率は県の平均よりは高く、市の平均と比べ低いです。

また、気になるのが、計画と比較し単価も3、4千円低いようですが、想定よりも単価の低い患者さんが入院するようになったのですか。

事務局長       ご指摘のとおり患者さんの数は昨年、一昨年よりも増えていますが、患者さんの中身が内科系にシフトしたため、単価が下がっています。当院は整形外科だけでなく外科の患者数も多かったですが、ここ最近では減少しています。その代わりに呼吸器センターによる呼吸器系の患者が増えました。内科系の単価が約3万円から4万円に対し、外科系は6万円から心臓外科に至っては15万円にもなります。どうしても外科の方が単価が高いため、入院日数との兼ね合いもありますが、当院の場合は内科系へ患者さんがシフトしたことが大きな理由になります。

東野委員       外科系の単価で算定し予算立てするとかなり苦しくなると思います。  
患者さんが外科系へシフトしていることを踏まえ、回復期リハビリテーション病棟の実績を見ると病床利用率が高く、計画よりも単価が2千円弱低く、加算が見込めるため、そこを伸ばしていくのはどうでしょうか。機能再編の面で変えていく方向性を来年度以降の計画に含めると良いと思います。

事務局長       回復期リハビリテーション病棟の上位施設基準を視野にいれています。リハビリを増員しているのはその施設基準をとるためです。

東野委員       施設基準Iがとればだいぶ単価が高くなりますよね。

事務局長       ただ、それにはあと14人程度採用が必要になります。

東野委員       リハビリ技師を養成しているところが多くなってきたため、看護師を採用するよりも採用しやすいと思います。

総務課長       先週の土曜日に理学療法士の欠員補充のため1名募集したところ、この時期でも5名の応募がありました。

会 長       確かにおっしゃるとおり毎日リハビリをやるような形をとれば施設基準も上がり、単価も上がるので、経営改善に直結すると思います。

先生もご存じのとおりリハビリにはPT、ST、OTがありますが、その中でもST、OTが足りません。応募してたくさん応募があるのはPTです。そのため、需要と供給に若干のミスマッチがあるのと、公立病院の場合は、年

年齢層の平均化をしなければならないため、10人足りないからといって10人を一度に採用することはできません。

先日ある大学病院のリハビリ科へ訪問した際、リハビリスタッフだけで140人程度いました。そこでは、ただの歩行リハビリだけでなく、骨盤や背骨の位置、歩く時の足の開き方などを計測して、重心移動に無理な負担やおかしな癖がついていないかコンピュータ分析して画像で保存されています。また、それに合わせてリハビリの指導が行われています。それをやるには当然場所や機器が必要になりますし、さらにデータを解析して指導ができる医師が必須になります。

本来のリハビリのあるべき姿はそれが当たり前で、すでに次のレベルへランクアップしているのが現状です。できるだけ早急にそのレベルまで達するように頻繁にリハビリ科に赴き医師を確保できるよう掛け合っていますが、リハビリの医師は現在少ないためなかなか難しいです。

東野委員 リハビリから患者とのつながりを作ることで集客につながると思います。高度急性期の患者を見つけるよりもリハビリの段階からアプローチすることが重要と考えます。

事務局長 当院のリハビリテーション技師の質は高いと自負しております。しかし、まだ職人技でコンピュータやロボットを駆使したリハビリは提供できていないのが課題です。さきほど話に出たST、いわゆる言語療法士は飲み込みのリハビリもする職種でニーズが高まっていますが、育成数が少ないです。なかなか募集をかけても応募がありません。今年度やっと1人採用することができました。

会長 確かにリハビリに限らず、患者さんとのつながりをつくることは重要ですが、そのためにはある程度継続的に外来で診ていかなければなりません。しかし、病診連携を推進する厚生省の方針とかみ合いません。

東野委員 入退院支援センターの連動でうまくいくかもしれませんね。

事務局長 スタッフが5名のため全診療科ではできていません。2つの診療科だけやっていますが、非常に患者さんからの評判は良いです。

武内委員 それに関連してよろしいでしょうか。外科的、内科的は問わず、救急車要請をして、救急車が来てそれから受入の病院を探すわけですが、比較的清水

病院は断られる確率が高いと噂が流れています。懇話会委員として聞き耳を立てているわけですが、救急の受け入れ態勢のキャパ・医師不足なのか体制がなんらかの要因で機能していないか、そういったことは全くなく単なる噂であるならばうち消していかなければならないと思います。

事務局長 輪番制当番日以外の場合、輪番制当番病院へ搬送依頼をしています。

会 長 今年の4月から循環器内科及び呼吸器外科の先生が来ましたが、その両科に関係する心臓疾患や胸部打撲等の疾患は進行の早い病気やけがのため、当院に救急で運ばれてから判断し、他院へ紹介しては命が危険なため今年の3月までは断っていたと思われます。

事務局長 10月から心筋梗塞の緊急カテーテル及び脳卒中の緊急対応の体制を強化するため、医師だけでなく放射線科や看護師スタッフを充実させ、救急の受入体制はできております。

武内委員 そういうことであれば、マイナスの噂が残っているということはまずいため、静岡気分等の広報誌で説明できる範囲内で悪い効果を打ち消す広報もやられた方が良くと思います。

事務局長 清水区において当院のイメージはあまり高くなかったと思います。パブリシティや周知活動の強化、資料に記載の健康講演会に加え、金曜日のてっぺん静岡で呼吸器センター長も出ますが、テレビ出演を通しての広報活動にも力を入れていきます。また、今年の春に回覧板で病院だよりを発行しました。手ごたえがありましたので、拡充し前回4ページだったものを8ページにし、来年年明けに清水区の方限定で発行します。医療機関の宣伝は禁止されていますので、健康に関するコラム記事も含めて、清水病院に信頼いただけるような周知活動をさらに強化していきたいと考えています。  
救急についても受け入れの実績を作っていきたいです。

会 長 もし他にないようでしたら、次の議題である（2）経営懇話会の在り方について移りたいと思います。  
事務局より説明をお願いします。

総務課長 市全体として附属機関の在り方について検討しております。これは全国的な問題として市の諮問機関を明確にするといったものです。明確にするとは、



附属機関がどういったものか定義をはっきりしたうえで条例化することです。附属機関は何らかの決定をして市の施策に反映させることとなります。また、基本的には市職員が入りません。当経営懇話会は主に経営計画策定時の意見集約、その後の取組状況の評価をしてもらっていますので、附属機関に当たるかどうか微妙なところですが、また、附属機関になりますと、懇話会という名称が適さないため、会の名称変更が余儀なくされています。

そこで、皆様のご立場で皆様の意見をお聞かせいただきたく議題で挙げさせていただきます。

武内委員 一般市民から言うと、役所の行政上の手続きの問題がウエイトを占めると思います。

このメンバーは病院長がまとめ役の元、数字の専門家である山田先生、学問の専門家である東野先生だけでなく、私のような一般市民もいて、様々な質問・意見が出てきます。それに対し病院長や事務局の方がお答えいただく場になっていて非常に良いと思っています。

ですので、この会のスタイルが変わらなければ私にとって意思決定や名称が変わることは些細な問題だと感じております。

総務課長 ほかの委員はよろしいでしょうか。それでは当懇話会の在り方、スタイルは変えない方向で附属機関の在り方として検討してまいります。ありがとうございました。

会 長 次の議題に移ります。自由活発な意見交換をお願いします。

2025年までに静岡県内全体で22.7%ベッド数を減らさなければなりません。それでも静岡県は1人あたりの国民健康保険の使用額が下から5番目に安いです。使用額が多い都道府県は医師の数が多いのと、人口が少ないところは、社会的入院が現在も生きているためです。ベッド数を20%減らすには少なくとも5つの病院の1つはやめてもらわなければなりません。当院としては、内部改装をやりながら不要な病床を減らして入院環境の良い状態に整えながら、平成32年度までに病床数を500から460に減らす計画です。他病院は苦戦しているようです。

東野委員 ベッド数が少なくなることは決して悪いことではありません。空いた分の作業量が減るため他のことができるからです。

事務局長 おそらく病院にとって収入の担保がないためだと思います。

- 東野委員           しかし、空床にしても維持コストがかかります。
- 武内委員           話が変わりますが、バイパスができたことで県総からの影響はありますか。
- 事務局長           あります。清水区高橋より西から患者は来ません。診療圏は清水区南部から湾外沿い、袖師、興津までに至ります。そこで、協議中ではありますが、当院へのバスの利便性を上げていきたいと考えています。今のところ近くで不便な三保方面の増便を静鉄さんと協議しています。
- 武内委員           やはり地の利があるわけですね。静病は街の中、県総はバイパスの近く、済生会も決して交通の便が悪いわけではないです。
- 山田委員           それよりも清水病院は売りを作るべきではないでしょうか。清水病院はリハビリが得意な病院だとお聞きしましたし、これからはリハビリの時代なので、ほかの分野で多病院と競合するよりも専行してリハビリの分野に力を入れるのは経営改善の可能性としてどうでしょうか。
- 東野委員           良いと思います。これから需要もありますし、病診連携も活性化されると思います。
- 山田委員           しかし、現状の体制ではリハビリの分野は収益性が低いと聞きました。
- 事務局長           赤字ではありませんが、他の部門を支えるほどの収益の柱には育ちにくいです。急性期や高度医療機器の固定費をリハビリの収益ですべて支えることは難しいです。
- 会     長           当院は脳神経外科、神経内科も得意な分野のためリハビリにつながる入口の疾患の分野も強くしなければなりません。
- 東野委員           あとは、認知症疾患医療センターもありますし高齢者層をターゲットに決めていくのはどうでしょうか。
- 会     長           東野先生と同じ意見です。ターゲットにする清水区の高齢者は脳血管系、運動疾患系、呼吸器系の疾患をもつ患者さんが多いです。今後増えるであろう脳疾患系、運動器系の疾患は需要があります。そこをうまくリハビリにつ

なければと思います。

山田委員 経営の状況が厳しいので、設備の投資やスタッフの採用をするにしても重点を決める必要があると思います。

会 長 脳血管系をメインにするなら MRI を 24 時間、365 日回せるようにしなければならぬため、その体制を整備しました。リハビリについても、先ほど述べたように採用方法やリハビリスタッフの職種による応募人数が異なるため、慎重に採用をしなければなりません。また、薬剤師、リハビリスタッフがいれば儲かるため重点的に入れていこうとしています。他病院もそのことは分かっているため早急にやらなければなりません。

総務課長 久保田委員からは何かございますでしょうか。

久保田委員 市民健康講座にずっと参加させていただいて、楽しみの 1 つにもなっています。参加される方は年配者が多く、東野先生のお話しであったように患者さんとのつながりという観点からすると、小さな活動ではあるかもしれませんが、長いスパンで考えれば、確実にかつ深く病院とのつながりができるため、今後も力を入れて進めていってほしい活動です。

良い病院を選ぶ観点は、人それぞれの価値観でとても異なり、先生が良いから、交通の便が良いからという理由かもしれませんが、ようするに最終的にはイメージで選ぶと思います。そうするとイメージにせまられるには病院側の情報発信が大事だと思いますので、そういった情報発信を強めていくよう頑張ってください。

会 長 ありがとうございます。  
それでは、最後に（3）その他ですが、事務局のほうで何かありますか。

（特になし）

委員の皆さまから、何かございますでしょうか。

（特になし）

それでは、以上で議事を終わります。  
本日も活発なご意見やご提言をいただきありがとうございました。

それでは、進行を事務局に返します。

司 会

皆様、長時間にわたりありがとうございました。

それでは、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。気をつけてお帰りください。