

平成 28 年度 市立湖西病院改革プラン策定委員会 議事録【概要】

開催日時 平成 28 年 12 月 8 日（木）13：30～15：00

開催場所 市立湖西病院 2 階 講堂

出席者 出席委員 9 名

山本渉（湖西市健康福祉部長）、伊藤健（湖西市医会会長）、竹島清一（湖西市自治会連合会会長）、安間剛（静岡県西部保健所長）、鈴木美由紀（湖西市地域包括支援センター代表）、山岡輝之（公認会計士）、

欠席委員 4 名

田内清之（湖西市老人クラブ連合会会長）、田内浩之（静岡県議会議員）、石川雅俊（厚生労働省医政局職員）、山田朝夫（財団新和会八千代病院職員）

事務局 寺田肇（湖西市病院事業管理者兼院長）、柴田佳秀（事務長）、松本和彦（管理課長）、菅沼由孝（医事課長）、和田旨弘（医事課課長代理）松本圭史（管理課課長代理）

○開会

○湖西市病院事業管理者あいさつ（略）

○議題

(1) 前回の委員回以降にいただいた質問・意見について

別紙「第 2 回改革プラン策定委員会の質問・意見」の回答及び説明

○各委員の意見

○病床機能をどうするかと意見が出ているが、療養病床の 1 または 2 は、医療部分 2、3 をとるのが患者数をみても難しいと思いますが、地域包括ケア病棟を取り入れることをもっと検討すべきではないですか。患者数や患者層からみても、急性期で 3 万円切る患者さんが多いと思う。このような患者さんが多い中で地域包括ケア病棟を導入するとインパクトが大きいと思う。シミュレーションも有利に働くと思う。懸念は DPC でなければできないということだが、出来高の病院でも地域包括ケア病棟をしている病院もある。データ提出加算をどうクリアしていくことが懸念される所だと思う。医事委託業者にデータ提出のファイル様式を委託に出すとか、既に出来高算定の病院で地域包括ケア病棟やっている病院へ職員を派遣しノウハウを持ち帰り湖西病院で展開するとかも考えられる。DPC をやっていないと無理というが、出来高でもできる。真剣に検討すべきです。菊川市も地域包括ケア病棟を意思決定から半年で行った。地域包括ケア病棟をやれば増収が見えると思う。この地域の患者さんにもメリット高いと思う。

○今は整形外科常勤医師 1 名、脳外科医師は非常勤であり難しいところ。医師等が充実すれば地域包括ケア病棟の開設も検討できると考えているが、出来高算定のため以前の亜急性病床でも患者確保も難しく病床利用が低かった。出来高算定では 60 日のしぼりがなく長期入院をしている患者様もいます。データ加算も準備中ではありますが、今後の診療報酬改定の内容をみて検討していきます。

- 整形リハビリで出来高算定がとれる患者さんは一般病床に移す。糖尿病の患者さんは地域包括ケア病棟となれば包括算定で 3 万円とれるわけで、患者さんをどの病棟に入院させていくかということだと思う。地域包括ケア病棟の対象となるべき患者さんがいるだろうと思う。全部替えるわけではなく地域包括ケア病棟を 1 病棟でも入れて運用を検討する必要があるのではないか。整形リハビリテーションは医師 1 人ということだが、内科系の診療科もあるわけですから。地域包括ケアに入る患者さんが必ずしもリハビリが必要な患者さんを入れるわけではなくて、リハビリ必要な患者さんには整形の医師がいればよいということ。リハビリしなくてもいい患者さんにリハビリする必要はない。やはり半分でも地域包括ケア病棟を検討される方がよいと思う。病床だけで収入が上がるのであれば即効性ある。地域利用を考えてもう少し検討されてはいかがか。
- 一日当たりの入院患者の診療報酬が約 3,800 点となっている。一方地域包括ケア病棟は包括で 2,000 点ぐらい。委員さんは、3,800 点超えているところは急性期に。一方 2,000 点を下回っている患者さんを地域包括ケア病棟に移せば有利に働くことは理解している。データ提出加算には現在取り組んでいます。地域包括ケア病棟を検討していない訳ではない。出来高の要素が少なくて丸めの形で包括に入れた方が点数高くなるということがあるので、当院でどういう対象患者がいるか確認しなければならない。はなから地域包括ケア病棟を否定しているのではなく、国も推進して行くであろうし、平成 30 年の診療報酬改定でも緩和されることがあれば検討できると思う。全く考えが無いということではない。
- 病院改革を外部から熱意のある人をという意見がある。また、医師や看護師不足が重要な課題であります。とあるが、なかなか外部登用は難しい。今自治体で支えられないところ優秀なノウハウを市職員では限界と感じているところでは、積極的に指定管理者に踏み込んだ検討が進んでいる。この状態で損益分岐点を考えると、人件費の給与でみても損益分岐点を見いだすことは難しい。また、人件費の所を言うモチベーションにも影響する話もあるが、そういうところで段階的に調整していくために医療法人へ指定管理者として民間のノウハウを活用することを検討しないといけないかなと考えます。さすがに 10 億円近い操出を自治体で繰り出すのはかなり高額であり、このまま続けていくのは望ましいとは思わない。公立単独経営が厳しいのであれば、そういう選択肢も考えて検討しなければと思います。
- 先走るが、今から将来の湖西市を考えた場合、静岡県全体の病床数予測されている。少子高齢化といっても急性期病床は必要である。65 歳以上が 6 割を占めてくると、高齢者にあったものにする。それが地域包括ケアだと思う。県西部地区は高度急性期と急性期病院が存在している。湖西病院が一時的にリハビリテーションを行い在宅へ返す。他に回復期とか言い方はいろいろ有ると思うが、地域包括ケアは敷地面積とか基準がある。浜名病院も地域包括への変換を考えていると聞いた。看護師確保は夜勤が大変だと思うが、時代の先を見据えてやっていかないといけない。高齢者は増えてくる。自宅で最後を迎えるため戻ることができるように 10 億でも 12 億でも一緒と乱暴な言い方だが、将来を考えれば今ここで計画をしなければいけ

- ない。DPC の導入をどんどんやってみてこうではなく、結果どうなるか。1 年 1 年が重要。机上でこうやったらこうでした。でも去年とおなじです。おとしもこうでした。その繰り返しだと 18 年後に消えていく中にはいるかもしれない。
- 今、委員が言った西部圏域の病院の地域包括ケアへの切り替え、また、浜名病院の切り替えを検討しているということですので、今一度地域包括ケア病棟の再検討をしていただく必要があるのかなと思う。私も市の立場で言いますとこれからの地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたっては是非そういう検討もお願いしたい。今回の質問意見で在宅の一時的な入院もあり、このあたりは地域包括ケア病棟で対応できる内容ではないかなと思います。今一度そのあたりを検討していただければ考えます。
- 地域包括ケア病棟の一番のネックは入院期間が 60 日であること。なぜ 60 日か。リハビリをやって ADL を向上させて在宅へ返すことが必要となる。湖西病院の場合には老健施設へ持って行く場所が非常に少ない。湖西市の中では施設が少ない。だから、もし 60 日の制限の中でやってしまうと湖西病院の中に退院させることができない場合が出ます。H26 の点数改正までは、出来高であっても入院期間が、一般急性期で 108 日しぼりと 90 日しぼりがあり、病院に入ると早く出て行ってくださいと案内した。しかし、26 年の改定でしぼりがなくなりその案内はしていない。一般急性期に入院してリハビリをして、ある程度向上が見込めるので湖西病院へ入院させることができる。これが DPC の場合は、疾病ごとに入院期間が決められています。浜松聖隷医療センターは DPC 使っています。だから 2 ヶ月過ぎてしまうと入院できない。そのときどうするかというと、もう少しリハビリやると ADL あがる見込みがある時、地域包括ケア病棟があると 60 日間リハビリができるという使い方が一般的。湖西病院では、出来高の場合しぼりがないから一般急性期でいいということが一点。それと、在宅支援の関係があります。在宅は自宅に行きます。湖西病院は一般急性期ですので、癌の疼痛管理の方しか往診に行けない。昔は行けたが、今は介護保険が適用になってから在宅支援訪問は開業医さんと国が決められたもので、湖西病院が行ってもお金がもらえない。癌の疼痛管理や末期の方のところに自宅へ往診する開業医さんが間に合うか。開業医さんも訪問の範囲も自宅から 2 キロぐらい。湖西市の医療の水準では行っていない。これらのことを考えて、湖西病院が地域包括ケアを行うとしたら 4 病棟全て地域包括ケアにするこれが一つ。そうすれば採算はとれる。基本点数が高いから。ただし、60 日でみなさん出て下さいねというご案内になる。今湖西病院に入っている患者は平均年齢 70 歳を超えている。これらの湖西の人が在宅になったらどうなるか。考えると自宅で大変になる。そういうことを考えると、もし湖西病院が行うとしたら外科の手術患者さんを入れる。リハビリテーションを充実する。脳外科の常勤医師が脳外科の手術を行う。そういうリハビリの患者が増えていって浜松の大きな病院のようになればいろんなことができる。現時点では、湖西病院は患者の平均年齢が高い中でやっていると患者へのサービスが悪くなってしまふ。
- 検討はしてまいりますので。ご意見等ありがとうございます。

○私も専門ではないものですから、難しいことはわかる。引き続き検討していただきたい。他の部分でご意見ございますか。

○湖西病院へ来る交通手段として送迎という所を考えると、病院へこの便が何回きているかわからないけども、こうちゃんバスの有効活用も含めて、市の担当部署と詰めて便ごとに病院へ来られるような時刻表を組んでもらえるよう検討していただきたい。

○こうちゃんバスにつきましては、便によっては診療費よりもかかるのではないかとという声もききました。昨年度には、ダイヤ変更を要望し以前よりも当院へ寄っていただける流れを構築していただいております。今後も市民のご意見をいただきながら便利なダイヤとなるよう要望していきます。12月も交通の会議に当院の管理課長も行きますので、その際にもこの要望を伝えていきます。

(2) 改革プラン案について

○次の議題の改革プランの案を説明してください。

○前回のものから構成を一部変更しました。県の医療構想についても触れています。数値の検証により一部数値の変更をしました。経営目標数値等についても収支計画に関連させて記載しました。

市民意識調査でアンケートを実施していくことを追加しました。

収支計画では、今回の計画期間内での黒字化は難しいと考えています。33年度になる見込みです。

○確認ですが、3病棟での運用をH32年度から目指すと言うことですが、東4階病棟について3月に一般病床に変更の完了検査は受けるということで、実際にはその後看護師を確保しながらも、それまでは休床の状態をH32年度から3病棟での運用ということですか。

○そうです。県にもそう説明させていただいております。県は施設許可の方となりまして、運用のほうは東海北陸厚生局への届け出となります。今一番の問題は、看護師の確保です。病棟を開く関係で。一般病床を196床確保しつつ、93床を休床状態で運用していき、再開できる時に届け出をしていきます。

収支計画につきまして、今のところは新年度の予算編成途中であり、また、今後各科の部長医師とヒアリング行ったものの修正をしていきます。その後、市と予算の関係で調整をしていきますので、あくまで当院の現在での要求ベースであり修正される可能性があります。また、新市長も就任されておりますので、市長とも打合せをして意見を伺う機会を設けていきますので、これは、現時点の考え方と言うことでご理解をいただきたいと思います。

○各委員の意見

○病院で患者さんを移動するボランティアさんの件ですけれども、以前患者さんが好まないで中止になったとのことですが、送迎に実際にいけない方もいるし、院内での移動の場合介護保険点数に反映されないヘルパーさんへのお金がかかりダブルでお金がかかってしまって、通院だけの場合、交通費以上にお金がかかってしまうので、せめて院内の移動だけでもボランティアなどで対応できればと

思います。

- 以前そういうことでボランティアを中止したと聞いています。患者さん若しくは付き添いの方の考え方も伺うため、毎年職員の対応や病院職員のアンケート調査も行っていますので、それに付け加えていきたいと思います。これまでのことを踏まえつつ、介助のことをしてくれるなら地域の方でも顔見知りの方でもいいよというご意見が多ければ考えてみたいと思います。
- 実際家族の方は、介護タクシーなどが全部やってくれると思っているらしい。その辺の認識のずれがある。詳しく説明していただけるといいと思います。
- 改革プランに関しまして、県の医療構想からの兼ね合いでのご意見はありますか。
- 入院退院に関して地域連携は必要と考えます。
- 昨年から在宅支援室を設け、地域連携・支援の職員を1名増員して施設や地域との連携を手探りではありますが進めています。引きつづき取り組んでいきます。
- 湖西病院の果たすべき役割に生活習慣病の取組とあるが、糖尿病の教育は行っているのですか。
- インスリンの導入に関しては、クリティカルパスを使って1週間と2週間のコースを作っています。それで対処しており、ほぼルーチン化しています。
- この項に関して糖尿病に限らず神経疾患の初期、慢性腎機能不全機能の落ちる前の教育入院、高血圧症の食事指導の入院を増やしていくというか対応するのがいいと思う。特定健診をやって湖西市民は、高血圧・肥満・糖尿病・タンパク尿などが西部の中では抜け出ているので、それを特定健診から得られたデータからすると開業医だけでは進まない。やはり入院して教育しないと無理かなと思う。予防的観点から健診の観点からも1週間くらいの教育入院をやってみたらどうか。市と共催して。
- フットケア外来等に関しては対応しています。食事に関しては、病診連携から栄養指導の依頼をしていただければ、当院の栄養士が栄養指導を行うこともできます。病診連携室を通しての予約を利用いただければ。もちろん入院はほぼルーチン化しています。
- こういう地域における健康管理は今できることを。はじめに18年後のことを言いましたが置いて、今できることをここで話し合うということなので。
- 在宅医療について病院から出ていますが、このあたりの現状は。
- 県西部で話し合うことがあります。湖西市の場合はまだ始まったばかりでH28年度にやればというのが最初の考えだったので、医師会が県医師会から突っつかれて、湖西市何やっているんだと県医師会から郡市医師会にやりなさいと言われ、郡市医師会が計画を準備して、市へ計画書を持って行けば市が自ずとやるだろうと。しかし、ここにくるまで何も変わっていない。H28年度はやっとな替わったというのは委員会のメンバーを作った。事務局を市の長寿介護課へ委員と委員長を医師会の先生に来てもらい地域包括支援センターの介護職から1人出してもらった。小規模多機能から専門を出してもらったとか委員会のメンバーやっとなできたところ。さあ集まって会をやっていくという状況。他市では、市が主導しています。

市の職員も仕事がたくさんあるから介護とかコーディネータをとって市の中で研修に行かせた人がコーディネーターになって医師会とか特別養護老人ホームとか病院をつなぎ役でやっているというのが、他の市町の進んだ状況です。湖西市はまだやっと名簿ができたところです。

- この計画で平成 32 年に 3 病棟開くとなっているが、県は大丈夫ですか。
- 県としては、県庁とやりとりしてくれれば良い。
- 県の西部医療構想は、病床を減らす方向になっている。休床病床を開けることをどう取扱うのか。地域医療構想の逆になる。この計画は急性期でいくというものになっている。それは医療構想の考えからして大丈夫なアプローチなのか。
- 医療構想の数字は、ここまで減らさないというものではない。たとえば、ある病院は減らさないということではない。将来こういうことになるということ。医療法のなかでは医療従事者の人数があればつくれるが、その後、実際できないとなれば休床となる。そこでこの数字があるからできませんということではない。
- ただ、どっちかというところに合わせようと調整会議がある中で、その中で増やします。そこに最終的に医療構想に合わせていくとなると、最後は民間より公立病院に減床させることはないですか。
- そこのところは、どこがどうすると決まっています。
- 病床を増やすというか。調整会議の場に出たときにそういうのを予定しますと。厚労省の中で数字が出ている中で、増やしますというものを病院がもっていくのか。
- そこのところの整合性。許可病床と 4 つの病床と考え方が 2 つあって、そこは書いていない。4 つの病床まで減らさないと言っていない。病院もこのプランで県のことも地域のこともあり頑張りたいといっている。
- 許可病床は 200 床。改修後 196 床でありそこをいじることはない。ただ利用する実稼働を、看護師採用できるまでと、改修に伴う変更申請中で、いったん減らしているのが実情。
- 許可病床をいじることはないという事は理解している。でも開けるという方向である。改修のため二つを集約するから休床とした。今後単独で休床しているところを開けるというのは簡単に通るのか疑問である。
- そこのところは、県の地域医療でやっているが、構想の数字は、今ある病床数より少ないところに絞ってくださいというのではない。
- 総務省の改革プランのガイドラインでは病床利用率が 70%を切っているところは病床数減らすことを議論しなさい。再編や診療所にしなさいというアプローチが出ている。その中で、今検討しているのは逆に行っているようで、このアプローチの考え方が上に通るのか。県や総務省に出したときにそのアプローチの改善方法をもっと考えた方がよいのではと言われる気がする。なので、収支的にはその方がよいということはわかるので議論する必要があると思うが、ほんとにそれが改革ガイドラインのアプローチの中で良しとされているか確認した方がよいと思う。
- H32 年度数値は、平均 120 人ととらえているが H32 年度末には 140 人を目指す。いっきに 120 人は埋められない。まずは 90 人と 140 人の平均で。その後 196 床

の70%以上である140人に持って行きたい。看護師の集まりが早ければ前倒しも可能と思うが。病床利用率70%は意識している。看護師を集めることが必要です。

- 県の医療計画で病床数削減は東部だけと思う。湖西市は浜松と西部医療圏に入っている。湖西病院がワンポイントで減らせという計画はない、医療圏での削減となる。もし、湖西病院がH32年に100床だったとき、西部地区で100床出さない。浜松の新規や他の病院が大きくしたいと要望が出したときに病床が余っていれば削減という話が出るという可能性がないとは限らない。現時点では西部地区のベット数の削減は県の中で発表されていないという認識。東部では出ているという認識です。
- 医療構想抜粋は違うのか。機能報告では7,860床で平成37年には6,014床となっているが。
- H37年度の数字は、厚労省の計算によって、これくらいになるのではないかと思います。
- 県は慢性期を減らして急性期を増やす。ある病院が休床を増やす。いっぺんに減らすとはっていない。老人病院や25:1の療養型は平成30年に廃止し減らす。トータルは減ります。高度急性期・急性期・慢性期の3つで減らすと行っている。一般急性期は増やすと言っている。湖西病院が急性期でいる限り減らされないということです。25:1の病床療養型はH30に廃止と国がいつている。方向性を変えていく。昔の老人病院は、高齢者の医療費がパンクしていくから在宅に持って行くには病床数を減らさないと増えない。病院に入れておけば楽ですから。そのために地域包括ケアシステムがある。今から無くなっていくのは老人病院と療養型。今の傾向です。今後どうなるかは見えてこない。

先ほどからの在宅医療についてですが、開業医は昔のように自宅に住んでいて、尚且つ在宅医療を行うというのは減ってきている。問題は夜間の患者急変に対して在宅を行う開業医がなかなかいないこと。報酬改定で在宅の点数は上がりましたが、お金だけみればやってもいいと思います。でも24時間365日在宅に電話をつながれて、1回で8,000円程度です。しかし、在宅へは往診へ向かう時間が1時間以上となれば、その時間分患者を医院で診察すれば10人は診察できます。これがなかなか在宅進まない原因だと思います。在宅は地域全般として開業医にお願いするしかないが、開業医にとって在宅医療はメリットが無いというのが現状ではないでしょうか。

- 非常に否定的な意見が出ていますが、市立の病院としては在宅の方の急変時あるいは看取りを含めてサポートしていくように対応したい。個人的な話ですが、昔のように開業医の先生が往診して看取りをすることが難しい状況になっているのは確かだと思う。開業医の平均年齢も57歳で、60歳に近い。10年後は70歳となる。その時に市内のご老人の方々をどう見ていくか。介護系の施設とかで特養のようところが在宅としてみていくことになるかと思います。その中で、配置医師として出られたり、湖西病院も後方からの支援でみていきますが、見ていくことがいわゆる厳密な急性期とは違いますが、夜間の急変とか急性の増悪な疾患の対応を

していくという意味では病院としてはサポートしていきけると思う。おそらく、地域包括ケア病棟に関しては、国の政策上サポートしていくところの病棟という概念だと思いますが、180日超えとか長期入院の方の地域の特性として、なかなか動けない後方の病院が無いというところで利便性としては有ると思う。それが一般急性期かというとなかなか厳しい。またそれを一般急性期で扱っているということに対して、どうなんだということはあるかもしれないが、地域の特性になると思う。それが制度的に厳密な形で無理な形になってくるのであればそれに合わせるのも必要と思うが。実際、財政的な問題もクリアが必要と同時に、疾病構造とかこの地域のメディカルマンパワーと介護のマンパワーの状況も考えて対処しなければならないと思う。今2病棟しか開いていないが、今後高齢者が増えていきどのような疾病構造になるかを考えると、慢性の病気をもった高齢者が増えると思います。地域で人口が減っても有病者は高齢になり増える。どこかでサポートしなければいけない。実際早く病棟を開きたいのが実情。

- 待ち患者が多くあるのであればいいが、職員を抱えます。病棟開けます。そうすると費用がかかります。そのとき患者140人来ればよいが、回しきれないとなると(140人を)財政も重くなる。追加支援も必要になる。投資をするということは回収できる見込みがあれば良いが、それができるのかどうか。なにも在宅に帰って下さいとか医師会に負担を強いてまで頑張ってくださいというつもりもなく、この施設の中で入院するというのは良くわかるのですが。ただ、それだけの患者が来ないと看護師だけ集めたと。これ以上重くなると、200床で10億超える繰入金となると、ほんとにそれだけかけて医療守るのか。他の方法も考えないとバランスしない。診療の視点も大事だけれどもお金の議論も一緒に考えないと。単価40,000円の患者が140集まるというのが5年後にできるのかという思いがあります。お金の話を持ってくるのはいいことではないが、ほんとにそれをしますと言ったときに市が追加で負担もやむを得ないというところまでOKを出しているのかというところもあわせて議論しなければいけない。
- 一般的な病院の事例ですが、外来の患者数が1/2が適正病床数と言われている。うちは400人の外来、普通は200人以上の入院となる。昔は200人以上あった時もありました。そうならないのはやはり医師の数が少ない。院長や事務長から医大に医師の増をお願いしている。1月より外科の医師が増えます。外科医が3名になり可能性も夢ではないと思っています、H32年までに医師2~3人増えれば可能と医事課は考えています。内科の常勤医も増えれば周りも増えます。
- 医師は7月に1名。29年4月に研修医1名が増えます。1月1日から外科の先生も来ていただくことになっています。消化器系の医師ということで期待しています。現在病床103床で現在90人以上が入院している。救急枠を除いて満床稼働の時もある。内科の患者や外科の手術が増えてくれば、患者の状態が落ち着くまでの入院期間が早まることも必要になってくると思うが、一般急性期のよさ、出来高のよさがある。医師は増員の兆しが見えてきました。看護師の確保は、なかなかうまくいかないが心がけてやっていく。

- 病院への利便のいいバス運行は重要です。新居地区の方からは帰りの便についての改善を希望する意見があった。
- 病院管理課職員が会議に出ています。より具体的なものがありましたらお知らせ下されば、会議の場で意見を伝えます。
- 以上で議事を終了します。

(3) その他

- ・引き続きご質問ご意見をお知らせ下さい。院内で調整検討します。
- ・今後新市長や財政当局とも調整を進めていきます。
- ・次回は1月中旬予定していますが改めて、連絡いたします。
- ・その後、パブリックコメントを行う際に、議会へ素案を提示します。
- ・3月末に市長決裁を受けて、4月に公表の予定です。