

平成25年度第3回荒尾市民病院あり方検討会議事要旨

◇日時：平成26年3月24日（月）14時から16時10分まで

◇場所：荒尾市役所 2階 市長公室

◇出席者：

【あり方検討会委員】・・・8名

小野友道氏（熊本保健科学大学学長）、阪口峻一氏（荒尾市医師会会長）、鴻江圭子氏（市民代表）、坂井誠子氏（荒尾市社会福祉協議会会長）、下條寛二氏（株式会社 近代経営研究所 専務取締役）、立石和裕氏（立石公認会計士事務所代表）、福島和代氏（九州看護福祉大学教授）、林田由美氏（有明保健所所長）

【荒尾市】・・・9名

山崎副市長、宮里総務部長、浅田政策企画課長、片山総務課長、石川政策企画課長補佐、畑山健康生活課長補佐、松尾財政係長、岩下参事、宮本主事

【荒尾市民病院】・・・8名

大嶋病院事業管理者、荒牧副院長兼事務部長、西村看護部長、中野経営企画課長、野村総務課長、前田医事課長、塩塚経営企画課長補佐、西山参事

【システム環境研究所】・・・2名

佐藤福岡事務所長、小塩チーフコンサルタント

以上、出席者計 27名

1. 開会

浅田政策企画課長が開会を宣言した。

また、委員の交代について、藤崎龍美氏が退任され、新たに坂井誠子氏が就任したことが報告され、坂井委員から自己紹介が行われた。

坂井委員 地域福祉の立場から、また、利用者の立場からの意見を述べていきたいと考えている。

2. 会長あいさつ

前回の検討会では、平成24年度の荒尾市民病院中期経営計画の実施状況について、あり方検討会からの点検・評価報告書を取りまとめた。

また、昨年10月に市長から諮問を受けた「市民病院の建設基本構想」に関して、委員から『新病院の将来像』として、求められる役割や機能など、コンセプトについての意見をいただいた。

本日は、まず、市民病院を取り巻く環境についての各種調査・分析結果について、事務局からの報告を受け、その後、事務局が作成した基本構想骨子（案）をたたき台として、各委員から意見をいただきたい。

それから、新病院の建設地に関する事項として、事務局から、現地建替に関する検証結果についての説明を受け、現地建替に関する検討もある。

限られた時間ではあるが、委員各位からは、忌憚のないご意見をいただきたい。

3. 議事

(1) 各種調査分析結果について

(株)システム環境研究所小塩氏から、資料1に基づき、将来人口推計や患者推計、医療政策の動向、荒尾市民の受療動向、医療圏や周辺医療機関の状況など、荒尾市民病院を取り巻く環境についての調査分析結果が説明された。

(主な意見)

- 現状については、概ね調査分析結果の説明のとおりだろうと思う。荒尾市、玉名市、大牟田市の各病院が干渉し合っている部分もあるし、そもそも人の流れが違うこともあるので、それらをどう見越して将来像を描くかが難しい。現状は説明の通りだが、今後、外的要因により人の流れが変わったり、また、「地域完結型」の医療に転換していく中で、どこが急性期後の機能を担うかなどにより、状況は変化していくだろう。そういった変化に応じて考え方を変えていく必要がある。

- 病院側からは、分析結果に対して何か意見はあるか。
 - 全体的には当院における分析結果と一致している。しかし、委員のご指摘通り、例えば呼吸器系など、今後獲得する医師によっても、各病院の特色が変わっていくものと思われる。また、玉名市から当院を訪れる患者が多いという結果が出ているが、以前当院で調査した際は、旧岱明町からの患者が多かった。
 - リハビリテーションについては、ここ数年スタッフを増やし強化してきた。将来的にも当院のポイントになると考えている。
 - 救急搬送について、重症患者の受け入れが多いとの分析結果が出ているのは、当院では「地域の医療機関が対応できる救急患者は地域の医療機関に任せる」という救急科の方針もあって、重症患者を中心とした対応を行っているためである。

- 調査分析資料は良くまとまっている。今後の課題としては、急性期病院同士の機能分担をどう進めていくか、また、どの医療機関でも同じだが、大学医局の診療科目ごとの入局者数により、どの程度医師を派遣してもらえるのかが決まってくるので、医師動向が気になりである。
病院は医師の力によるところが大きい。

- 平成26年の診療報酬改定において、在宅復帰支援の強化が図られており、7対1病床の在宅復帰率が75%以上であることが要件とされた。これまで以上に介護との連携が求められる。現在の在宅復帰率はどの程度か。
資料1の2ページにある地域包括ケアシステムのイメージ図には、居宅介護の部分はあがるが、介護施設が入っていないイメージ図で、最新のものではないため変更してほしい。

- 資料については、事務局で修正を行うように。

- 現状分析よりも将来予測の方が重要であると考えているが、資料 1 の将来患者数推計は、将来的なこの地域の医療圏の診療体制をどのように想定して分析したものか。高齢者人口は 2020 年から 2025 年にかけてピークを迎える。その時に、荒尾、玉名、大牟田のそれぞれの病院がどういった機能を担うのかが見えてこない。現状分析を行うのは良いが、現状というのは過去の影響で形成されたものである。以前は、荒尾市民病院にも呼吸器内科があったが、医師を派遣してもらえなくなって、今の状況がある。10 年後の状況がどうなるのかということ予測しておく必要があるのではないか。
- 今後も、荒尾市民病院は急性期とリハビリまでのセンター機能を担うという方向性であると思う。急性期・回復期から在宅へとつなぐ受け皿が地域にあるのか、また、それをどこが担うのかが問題である。回復期が機能するか否かは、その先の出口が開かれているか否かにかかっており、市民病院が在宅・介護へとつなぐ中間的な役割を担う必要性についても検討しなければならない。
- 市民病院は昔と比べて人が少ないように思う。紹介状が無いと受診できないと聞いたが、気軽に受診できる雰囲気ではないように感じる。
- 紹介状がなくとも受診はできる。現状、新患の受付を午前 11 時までとして、午前中に外来診療を集中して行っており、午後は手術や検査、入院患者との時間を大切にしている。当院は地域医療支援病院であり、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという役割分担の考えに基づいて、かかりつけ医からの紹介患者に対する医療の提供や、かかりつけ医等への患者の逆紹介を行っている。紹介状のない方には、初診に係る選定療養費として 1,500 円（税抜き）を負担していただいているが、大牟田市立病院 2,500 円（税抜き）や公立玉名中央病院 2,000 円（税抜き）と比べて安価に設定している。
- 紹介状がなくとも受診できることや、初診に係る選定療養費が安価に設定されていることが市民に広まっていないということは、広報が十分でないということだろう。
→初診に係る選定療養費については、なぜ受診するだけで費用が生じるのかという批判につながることから広報しにくい面もある。
- 国の医療政策の方向性として、外来診療は、まず、かかりつけ医で行い、その後、中核病院でという流れである。また、外来患者が増えると、医師が疲弊してしまい、重篤な患者への対応が困難になる。地域の医療機関との役割分担を進めていくという流れにあるが、国民への周知が進んでいない状況である。
- そういった周知・広報活動は重要だろう。『市民病院は「市民の」病院であり、自分たちも参画している』という意識付けは難しい。しかし、それを行わなければ、病院は疲弊していく。

- 高齢化の進展とともに、複数の疾患を抱えた患者が増加すると思われるので、市民病院には総合的な機能を担ってもらいたい。国は、機能分化を進めているが、本市において、国の考える型に合うような機能分化ができるのかという現実的には難しいと考える。
- 国も総合的な診療能力を有する医師の必要性は認識しており、総合診療医を専門医の一つに位置付けているため、今後、状況は好転するかもしれない。また、熊本県も医師不足医療機関の支援などを目的に「地域医療支援機構」を設置して、地域の医師不足対策に取り組んでいる。荒尾市長は機構の評議員に就任されているし、厚生労働省も文部科学省と共同で「地域の医師確保対策 2012」を取りまとめ、医学部入学定員の増員について、地域枠として定員の増加を認めていることから、積極的に医師が不足している状況を伝えることが重要である。

(2) 荒尾市民病院建設基本構想骨子(案)について

【①基本構想の全体構成、②基本理念と基本方針、③新病院の役割・診療方針について】

石川政策企画課長補佐から、資料 2-1 に基づき、基本構想の全体構成について説明が行われた後、大嶋病院事業管理者から、基本理念と基本方針について説明が行われた。

また、石川政策企画課長補佐から、新病院の役割や診療方針について説明が行われた。

委員からの意見を基に、事務局において基本構想の素案を作成し、次回の検討会にて、その内容について協議することが確認された。

(主な意見)

- 先日の有明地域保健医療推進協議会において、荒尾市民病院が災害拠点病院を目指すことが承認され、第 6 次有明地域保健医療計画が改訂され、明記される。
- 今あるものを発展・強化していくという視点は良くまとまっている。骨子案に記載されているとおり、荒尾・玉名地域における脳疾患のほとんどを荒尾市民病院が担っているが、脳神経外科が中心となっているため、内科的治療の充実は重要である。
救命救急について、新型救命救急センターとはどのようなものか。
→通常、救命救急センターは概ね人口 100 万人に 1 か所程度整備されるもので、20 床程度の専用病床が必要であるが、新型救命救急センターは 10 床以上 20 床未満の専用病床を持つ、小規模な救命救急センターのことである。最寄りの救命救急センターから概ね 60 分以上の距離があり、救急医療に精通した医師がいることや、24 時間体制で受け入れ可能なこと、専用の集中治療室を備えていることなどが要件である。
- 現在の体制でも移行できる見込みがあるか。
→もう少し医師を増やせば移行できると思う。神経内科については、来年度から非常勤医が 1 名増えて 2 名体制となる予定であり、平成 27 年度には 2 名の

常勤体制となる見込みである。

- 新型救命救急センターに指定されるには、厚生労働省の認可が必要なのか。新型救命救急センターと「同等の機能」を目指すとしているが、「同等の機能」は抜いてはどうか。
→都道府県知事の要請を受けることが必要である。将来的には新型救命救急センターになれば良いと考えているが、全国的にも新型救命救急センターの例は多くはなく、熊本県では指定されている医療機関もないことから、同等の機能確保を目指すとしたところである。
- 回復期の患者を地域のどの医療機関が担うかを、もう少し詳しく煮詰めておかなければ、計画だけで終わってしまうのではないか。
→現在、当院に 28 床ある亜急性期入院基本料を算定している病床は、平成 26 年の診療報酬改定により廃止される。今後は、脳卒中患者の回復期を診療するためにも、回復期リハビリテーション病床を新設し、在宅や介護施設への円滑な流れを構築したいと考えているところである。
- 回復期については、市民病院だけでは地域の受け皿が不足するものと思われる。市民病院の在院日数にも影響することなので、目標とする在院日数から地域に必要な回復期リハ病床の数を逆算し、それから市民病院が担うことができる数を減算して、それでもあふれる患者を地域の病院や有床診療所が補完するとなれば、自然と有床診療所の機能も復活するだろう。市民病院内部だけの問題ではなく、地域としての回復期リハ病床のあり方を議論しなくてはならない。
- 反対に、医師会など、地域の医療機関がどの程度受け皿となるだけの機能や余力があるのかが問題となってくるのではないか。現実的に、回復期から在宅に移行するまでの機能を担える医療機関が、市内にはどの程度あるのか。
- 有床診療所は整形外科の医療機関にいくつか残っている程度である。というのも、有床診療所入院基本料は医療点数が低く設定されており、食事の提供や看護配置を考慮すると、その他の診療科では採算が合わないことから、医療機関が病床を持たないようになったためである。
- ビジネスホテルよりも安価な点数設定であり、試算したところ 15 床程度ないと採算が合わない。
- 夜間の看護加算についても、点数の 3 倍程度は給与を増やさなければ、労働基準法に抵触してしまう。診療報酬の見直しなどで、有床診療所への手当てが厚くなる限り、現実的には、受け皿としての有床診療所は増えていかないだろう。
- 急性期後の機能を担うためには、ある程度の看護配置基準などを満たしておかなければならず、質の問題で、形式上はベッドが存在しても、機能しないことも考えられるのではないか。

- 荒尾市内には精神科病棟を持つ病院は多いが、一般病棟を持つ病院は少ないので、市民病院と医師会とが話し合いながら、急性期後の受け皿を確保していかねばならない。
- 看護力の問題もあって在院日数が長くなることもある。看護力を高め、患者が安心して看護を受けるための研修システムを構築している医療機関もある。
- 研修システムを導入したくても肝心の看護師が不足している。上天草看護専門学校は、卒業後も市内で働く人を対象に地域枠を設けて入試を行っており、10名程度が卒業後も地域に残る仕組みを構築している。看護師不足を解消するには、行政が地域の看護学校と協力して、看護師が地域に残る仕組みを作っていかななくてはならない。
- 回復期や在宅医療における看護師が担う役割は大きい。今後、7対1看護基準の病床数が減ることで、看護師が地域に戻ってくることを期待している。
- 回復期リハ病床を新設しても、回復期リハ病床を退院した後の受け皿がないことに頭を悩ませている地域もある。
- 当院も参画している「有明地域医療連携ネットワーク会議」には、医療機関だけでなく、介護・福祉施設など100を超える連携ネットワークがあるので活かしていきたい。
- 基本方針の「やりがいを持てる魅力ある病院」の下に、人材育成に関する具体的な表現を追加した方がよいか。
- 「市民がつくる病院」という観点からは、市民ボランティアのコンシェルジュがいる病院もあるので、そういったことを追加してはいかがか。
- キャッチフレーズの『市民を愛する 市民に愛される 病院へ』に「市民がつくる」と追加してもいいかもしれない。
- 「市民がつくる」というのは重要な視点である。
- マグネットホスピタルの定義は、一般的にはどのような意味で使用されているか。
→医師や看護師が集まってくるという意味で使用したが、通常500床規模の病院を指すため、表現を見直したい。
- 基本構想をまとめるまでに、まだ時間もあるので、委員各位には追加や修正の意見があれば、事務局までお寄せいただきたい。

- 今までの「病院」という既成概念にとらわれない「市民がつくる病院」ができる
といい。高齢や一人暮らしになると一人分の食事は作りたくなるので、院内
でボランティアをして、食事をとって、帰りには地元の野菜や総菜を買って帰れ
るような、付加価値のある場所になるといい。市民がつくる病院があり、そこに
皆が集まり、病気を治すだけでなく、健康づくりや栄養管理もできる。そういつ
た、コミュニティの真ん中にあり、高齢者でもボランティアが出来る病院になる
といい。

他の医療機関では、受付や診療科の前、自動支払機の近くなどにボランティアの
コンシェルジュがいて、「待たせない」環境づくりに一役買っている例もある。
病院給食とともに、レストランで提供する医療機関もある。みんなで作る病院
という意識の涵養を図る方策もあるとよい。

- 診療機能の充実だけでなく、地域の中核になる施設となってほしい。

【新病院の規模について】

小塩氏から、資料3に基づき、病床数の試算結果について説明が行われた。

また、石川政策企画課長補佐から、新病院の病床数については、感染症病床4床を除
く総病床数は270床、うち230床程度を一般病床に、残る40床程度を回復期リハビリ
テーション病床にすることが提案された。

委員からは、判断を保留すべきとの意見も出たことから、事務局が作成する基本構想
の素案において再度整理し、次回の検討会にて、その内容について協議することが確認
された。

(主な意見)

- 市民病院は頼れる病院であり、かつ、黒字であってほしい。黒字であるこ
とが、最も医師や看護師を引きつける作用がある。一般論としては、急性期病
床は200床未満か500床以上が採算のとれるラインといわれているが、病床数
の案は200床を超えている。平均在院日数の短縮や回復期リハ病床の収益で、
ある程度黒字が見込めるということか。

- 収支予測は、単価を仮定して、現在の病床利用率を乗じた収入から、現在の収
支の比率から算出した費用を差し引いただけのもので、全く当てにならないの
ではないか。経営が安定していなければ、地域の医療を支えていくことはでき
ない。今回の資料には、将来の経営を分析した資料が揃っておらず、結論を保
留するしかないと考える。

また、新病院の役割についても、断面的でつながりが見えない。資料1の現状
分析と資料2-1の役割や診療方針との結びつきが見えず、資料2-2には今やっ
ていることが列挙されているだけのように思われるので、是非の判断はできな
い。

→ご指摘の通り、荒尾市民病院の現在の機能が根底にある。分析資料について
も、現在の機能を客観的に分析したものであり、将来予測の部分については
足りない部分もあるが、医師をどのように確保するのかなどにより、将来予

測は大きく変わるものと思われる。資料 2-2 の参考欄に現状の分析結果等をまとめているので、骨子案とのつながりを確認していただけるものとする。また、より掘り下げた議論を行っていただくため、論点の欄に、具体的な検討事項を記載しているので参考にさせていただきたい。

- 委員は、基本構想骨子が分析結果とかけ離れているということを指摘しているのではないかと。
→参考資料 1 に疾病分類別の PPM 分析の結果などもまとめているので、ご確認いただきたい。
- こういった資料を説明してほしかった。診療機能ごとにマップのどこに位置しているのかが分からなければ、今後、事業収支を試算する際に、それが正しく試算されたものかどうか判断できない。
- 地域の医療需要から新病院の役割を基本構想骨子案としてまとめてあり、大きな方向性としては間違っていないと思われるので、事務局の骨子案をもとに検討を進めてよいのではないかと。地方の病院は、ある機能に特化するなどの特色を出しづらいことある程度理解できるので、ポイントを踏まえたものとしてはどうか。例えば、高齢者の増加とともに、呼吸器内科の機能は非常に重要になってくる。また、認知症患者数も増加することも見込まれるが、国のオレンジプラン（認知症施策推進 5 か年計画）は、精神科病院や施設を利用せざるを得ないという考え方を改め、できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける方向に変えていくというものであるから、認知症への対応も重要である。
- 一般的に PPM 分析では、それぞれの象限、左下が「金のなる木」、左上が「花型事業」、右上が「問題児」、右下が「負け犬」とされている。左上「花型事業」が今後の成長の鍵を握る分野であり、左下「金のなる木」は成熟分野で今後は衰退していくものであるから、こういった分析を、将来的な役割や診療方針に落とし込む必要があるのではないかと。
- 病院としては、PPM 分析の結果は十分に認識しながらも、現状の医師や大学医局から派遣してもらえる範囲内で、今後どう戦っていくかということしか考えられないものと理解する。PPM 分析をしても、肝心の医師派遣は医局に左右されるため、医師の供給という問題から、現実的な範囲でしか将来像を描けないものとする。また、PPM 分析は、規模の経済性が働かない事業においては、この手法をそのまま当てはめることはできない。
- 医師不足については、県や大学も相当力を入れて、予算も確保しているようだ。もう少し様子を見れば、状況も変わるのではないかと。
- 厚生労働省は全く現場・地方のことを理解していない。研修医のシステムについても、若い時にだけ現場に行き、その後は中央に集まってしまう。

(3) 現地建替の検証について

石川政策企画課長補佐から、資料4に基づき、現地建替の検証結果が説明され、検証の結果、現地での建替えが困難であることから、今後、移転新築を前提に検討を進めていくことが提案され、異議なく承認された。

(主な意見)

- 新病院を整備するに当たり、最も理想的なのは移転だが、用地確保や利便性の問題もある。候補地はあるのか。
→ご指摘の通り、用地取得交渉が決裂又は難航するリスクに鑑みて、市有地や地権者の少ない土地が望ましいと思われる。いくつかの候補地をリストアップしており、次回の検討会に、比較検討資料をお示ししたい。
- 診療を継続しながら現地で建替えを行うとなると、収支に与える影響が大きく、現地建替えは困難だろう。
- 他の自治体も減収を考慮して移転を検討しているのだろう。
- 市民から移転ありきで検討を進めたと誤解を招かぬよう、どうして現地建替えが困難なのかを明確にしておく必要がある。
- 客観的な数字を具体的に示してほしい。
→次回検討会までに資料をご用意する。

4. その他

浅田政策企画課長から、今後の予定として、4月下旬に次回の検討会を予定していることが報告された。次回の会議では、基本構想素案、建設地などについて検討することが確認された。

(その他の意見)

- 新病院の建設を機に、名称変更も検討したいと考えている。
- 市民参画の観点からは、市民公募を行っても良いのではないか。

5. 閉会

小野会長が16時10分に荒尾市民病院あり方検討会の閉会を宣した。

以上