

平成26年度第3回荒尾市民病院あり方検討会 議事録（要旨）

◇日 時：平成26年9月17日（水）14時から16時まで

◇場 所：荒尾市役所 2階 市長公室

◇出席者：

【検討会委員】・・・6名

小野友道氏（熊本保健科学大学学長）、藤瀬隆司氏（荒尾市医師会会長）、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）、林田由美氏（有明保健所所長）

※鴻江圭子氏（市民代表）、福島和代氏（九州看護福祉大学教授）は欠席

【荒尾市】・・・9名

山崎副市長、浅田総務部長、小川保健福祉部長、石川政策企画課長、片山総務課長、橋本財政課長、松尾病院建替準備室長、中川副主任、宮本主事

【荒尾市民病院】・・・7名

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

※大嶋病院事業管理者は欠席

【システム環境研究所】・・・3名

佐藤福岡事務所長、小塩チーフコンサルタント、酒井氏

以上、出席者計 25名

1. 開会

石川政策企画課長が開会を宣言した。

また、新病院建設基本構想について、市は8月22日に、荒尾市民病院あり方検討会の答申を尊重し、内容に大きな変更を加えずに策定したことや、広報にて市民に周知を図った旨が報告された。

2. 会長あいさつ

報告のとおり、市当局において、答申した内容に変更なく基本構想を策定されたとのことで、ありがたいことである。

市民にも広報などで周知や説明を行われたようであり、このような説明が大切であるから、今後とも、市民の方の疑問や不安点を、きめ細やかに説明して、理解を得ながら進めていただきたい。

さて、今回からは、基本計画の中身について審議を行っていく。部門別計画については、病院内で若い職員も含めながら検討を重ねたと聞いている。委員の皆様には、専門的な観点、また、利用者の観点から、よりよい病院を設計できるように意見をいただきたい。

なお、事業収支計画については、将来にわたって、病院が質の高い医療を提供するための、言わば礎になるものであるから、経営の専門的見地から、アドバイスをお願いしたい。

3. 議事

(1) 部門別基本計画について

(2) 医療機器・医療情報システム整備計画について

(3) 物流管理・アウトソーシング方針について

荒牧副院長兼事務部長が、部門別基本計画等について、院内での検討の経過などを説明した。

その後、小塩チーフコンサルタントから、資料1に基づき、部門別基本計画、医療機器・医療情報システム整備計画及び物流管理・アウトソーシング方針の概要について説明が行われた。

(主な意見)

- 本年6月10日、院内において、プロジェクト会議とワーキンググループを設置して、その後、約3か月間にわたり、具体的に各部門のヒアリング等を行いながら検討を進めてきた。

限られた期間ではあったが、全体調整を図りつつ、院内の幹部会議においても概ね了承が得られた。病院側としては、今、考え得る望ましい新病院像を描いたものに仕上がったのではないかと考えている。

- 非常に素晴らしい計画がまとまっていると思うが、心配なのは、医師の確保についてである。現在、非常勤医師体制の診療科目のほとんどが常勤医師を確保するとされているが、どのように医師を確保するのかということには触れられていないようなので、院長を中心に医師確保に努めてほしい。入院基本料7:1の算定要件が今後も厳格化されることも見据えて行動しなければならない。

各部門の意見を全て反映させていると、事業費がどんどん膨らんでしまうので、有明医療圏や大牟田市を含めたエリアでの荒尾市民病院の役割を常に念頭に置きながら進めなければならないと思う。医師をはじめとしたスタッフが揃えば十分にやっていけると思うが、目標どおり医師が確保できなければダウンサイジングも考えなければならない事態も予測される。

- 開院時には、呼吸器内科の常勤医師体制を整えるという固い決意が記載されている。皮膚科や眼科についても、常勤医師を確保するという目標に向けて努力しなければならない。

- 大学医局を出た後の開業率がかなり落ちているということで、大学病院が心配されていた。診療科によっては医局員がゼロというところもあると聞く。

- 時流に乗った診療科や教授の魅力などによって、入局する医局員の数は診療科によってばらつきがある。

- 県内では、呼吸器内科の医師は、高度医療を担ういくつかの民間の医療機関では充実しているようであるが、国立病院等でも医師確保に苦労しているようだ。その原因として、呼吸器内科は肉体的にもハードで、医局の入局者数が少

ないことも理由のひとつだろう。

医師不足の問題は、荒尾市民病院に限った問題ではない。荒尾市医師会においても開業医の数が減少しており、市全体が活性化しなければ、医師数も増えないだろう。

- あるアンケート調査では、医師は約 30%が出身地に戻り、大学に残る者が約 30%で、別の場所に赴任するのは残る 40%程度という結果であった。この 40%の医師を取り込まなければならないが、魅力的な民間の医療機関に流出している状況である。
- 若い時に外に出て経験を積んで、その後、出身地の荒尾市へ戻ってきてくれればよい。看護師についても、荒尾市内の看護学校を卒業しても、市外の医療機関に就職する人が多い。
- 荒尾市は、熊本市からも通勤できる距離にあるので、県内の他自治体と比べると、まだ有利であると思われる。
- 新病院建設時にダウンサイジングしている病院もある。地域の医療需要、人口動態や疾病率などから逆算して、新病院の規模を検討する必要がある。
→委員ご指摘の点は、基本構想において、既にお示ししているとおり、将来患者を推計した上で、新病院の規模を逆算的に設定したものである。(小塩 C C)
- 一般的に、平均在院日数を短縮すると、病床利用率は下がるが、その点も考慮しているか。
また、7 対 1 の入院基本料を算定するためには、在宅復帰率の要件を満たす必要があるが、受け皿となる後方病院のベッド数が足りているかが問題だ。今回、荒尾市民病院の病棟構成に地域包括ケア病棟は入っていないが、将来的に導入することは検討していないのか。
有床診療所はスプリングラー設置義務の対象が拡大されたことなどにより、入院病床を減らすところも出てくるかもしれないし、有料老人ホームなどは、人手不足により運営に支障をきたすところも出てきている。在宅復帰や地域包括ケアの将来ビジョンを全体的に考えていかなければならない。
- 行政や医師会など、関係団体とのすり合わせも非常に重要になってくる。
- 後方支援病院を飛び越えて、どのように在宅へ患者を帰すかが問題だが、そのための取り組みとして、在宅医療や訪問看護の体制づくりに県としても注力しているところである。
- 絵に描いた餅になりそうな気がしてならない。
- そうならないように取り組んでいかなければならない。荒尾市医師会においても、来年 1 月から、在宅医療のための相談窓口の運用を開始し、多職種間で

連携して在宅医療提供体制を整えていきたいと考えている。開業医の協力が不可欠であり、全員で取り組んでいきたい。

- 平成 26 年の診療報酬改定で、在宅療養支援診療所の加算が新設されているが、実際には加算される点数よりも負担の方が大きいのではないかと。
- 加算を取得することにこだわる必要はないと考える。現在も、かかりつけ医は、患者の在宅医療支援や看取りを行っているが、診療報酬の加算要件などにとられると、かえってやりづらくなる。在宅医療の推進については、とにかく動いていかないと先には進まない。
- 荒尾市民病院の機能や役割については、基本構想の段階で検討を重ねて求められる将来像を描いたので、これを踏まえて、医師会をはじめ、地域の医療機関や行政、関係団体とどのように連携していくのかを考えなければならない。
- 急性期から在宅までをどのようにつなげるかが生命線になる。基本計画を考える上で、その流れをきちんと描けているかが問題だ。
この地域が将来的にどのような疾病構造になるかを病床規模の設定と併せて再度説明してほしい。病床規模は基本構想で設定した計画をいじる必要はないと思うが、収支を検討する上で、投資については、延床面積やグレードにより建築単価が決まるので、どのように設定するのかを考えておく必要があるのではないかと。
→ 荒尾市民病院は、現在の平均在院日数 16.5 日を、将来的に、同規模公立病院のうち、当院の実績を上回る病院の平均値である 13.7 日を目標に短縮していく。基本構想の検討時に御説明したように、目標の 13.7 日まで短縮しても、将来患者推計では入院患者数が増加すると予測されるため、病床利用率が変わらないと仮定すると 230 床程度は急性期の病床が必要と試算した。
委員ご指摘のとおり、病床利用率を下げないためには、急性期を脱した患者は後方支援病院や自宅などへ退院していただき、急性期医療を必要とする新規入院患者のためにベッドを空けておく必要がある。こういったベッドコントロールを効率的にするためにも、今回、回復期リハビリテーション病床を 40 床程度創設することとしたものであるが、基本計画においては、将来的な疾病構造の変化などに応じて、40 床に加え、更に 1 病棟を地域包括ケア病床などに転換できるような設計の工夫をすることを盛り込んでいる。
なお、有明医療圏においても、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病床を設置する医療機関が出てくるなど、今後、医療圏の動きも変わってくると思われるが、荒尾市民病院の第一義的な役割として、地域の医療機関が担うことができない急性期医療を今後も提供していくというのが、基本構想に定める役割である。(小塩 C C)
- ユニバーサルデザインの採用について、障がい者に配慮した対策は何かあるか。患者サポートセンターは利用者にとって大変有益な部門であると思うが、大きな病院だと、どこにあるか分からないこともある。また、アウトソーシング

グに関する事として、売店やレストランについて記載が無いが、具体的なイメージがあれば教えてほしい。

→ 本日の会議資料は概要版のため詳細な事項は割愛しているが、詳細版には、院内のサインなどで、各部門の配置を分かりやすく表示することや、待ち時間についても分かるよう工夫をすることを盛り込んでいる。また、設備等に関しても、障がい者の方にも優しいトイレやシャワーとなるよう工夫をすることを盛り込んでいる。

売店、レストランについては患者だけではなく、地域住民にも利用していただけるよう、開かれた場所となるよう考えている。(西山参事)

→ 売店やレストランは、民間に委託することを想定している。(宮本主事)

○ 最近では、大学病院などでも、売店がコンビニエンスストアに入れ替わっているようである。

○ 地域救命救急センターとはどのようなものを想定しているか。三次救急にも対応するというのであれば、スタッフにとっては、非常にハードルが高く、また、最近では、救命救急センターに軽度の患者が押し寄せて、医師が疲弊してしまうこともある。医師を十分に確保し、広いスペースを設けることが必要だろう。この地域に地域救命救急センターができれば、住民の安心度は飛躍的に高まるだろう。

→ 地域救命救急センターの指定に向けて、将来的にHCU病床を転換できるような構造にしておくことを想定している。(荒牧副院長)

○ 健康管理センターは収入源としてポイントになる。部門別基本計画には充実する方向性が示されているが、現在よりもスペースを拡大するのか。

→ 人間ドックの受け入れを増やすためにもスペースも拡大したいと考えている。健康診断は院内だけでなく、健診車を使う方法も考えられるので、そういったことにも取り組んでいきたい。(荒牧副院長)

○ ある病院では、健康診断や人間ドックの受け入れが多くなって、健診部門を増築したところもある。今後、収入を見込める部門なので、力を入れてはどうか。

色々と意見を述べたが、院内で十分に検討され、よくまとまっており、基本設計の受託者にも分かりやすい内容であると思う。

○ 基本構想にも定めているように、病院を核としたまちづくりにより、地域の活性化につながるような視点が重要だ。

感染症対策として、感染症患者が一般患者と交わらないように、複数の患者移動ルートを設定してほしい。例えば、救急外来から直接移動できるようなエレベーターがあるとよい。

また、災害拠点病院を目指す上で、避難場所としてのスペースのほか、トリアージするスペースがあると、災害拠点としての機能が向上する。

○ ある程度意見が出尽くしたようなので、本日欠席された委員からの意見と、

それに対する市民病院の考え方について、事務局から報告いただきたい。

<以下、西山参事が欠席委員からの意見と、それに対する考え方を説明した。>

- インフルエンザをはじめとした感染症対策として、感染症患者と一般患者との動線を分けた方がよい。
 - 救急部門の内容として、感染症患者と一般患者の動線を分けることのほか、室内の空気が外部に漏れないように陰圧室を整備すること、感染症患者を病室に移動する際にはクローズな搬送ルートを設けることなどを詳細版に記載している。
 - また、先ほど、トリアージできるスペースについてのご意見をいただいたが、このことについても、詳細版には、建屋のひさしの下や、外来部門に広めのスペースを設けることを記載している。
- 患者・家族とスタッフとの動線を分けて、そのどちらにも使いやすい工夫ができるとよい。
 - スタッフと利用者の動線を分けることについて、詳細版に記載している。
- 外来患者を待たせない、迷わせない工夫をして、気持ちよく受診できる環境を整えている民間の医療機関もあるので、そういった取組みを実際に見て、導入を検討してはどうか。
 - 分かりやすいサイン計画等を記載済であるが、設計の段までに、いくつかの病院を視察したいと考えている。
- ナースステーションがオープン（壁や扉などで区切られていない）であると、夜間はスタッフ等の声が漏れるといった苦情もあるようなので、開閉式のガラス戸等の工夫が必要である。
 - 個人のプライバシーを守ることの重要性も十分に認識しているが、あくまでも急性期の状態にある患者については、スタッフの目が届く、手厚い療養環境を提供することを優先すべき場合もあると考えており、スタッフステーションと病室の配置について、患者の重症度等に応じたゾーニングを行い、バランスを取っていききたいと考えている。
- 高齢化に伴い、認知症の患者も増加することが予測されるので、ナースステーションなど、外の目に触れるところでケアするのではなく、介護福祉士を導入し、病棟内で治療とケアの両方ができるように、別途、各病棟にデイルームなどを設けられるとよい。
 - 病棟にデイルームを設置することは詳細版に記載している。急性期病院における介護福祉士の参画による夜間の不穏等の減少や在院日数の短縮等の事例があることも承知しており、今後、検討していきたいと考えている。
- 各病棟で、50 床程度あるので、複数の診療科の患者が混在することとなると思われる。感染症患者が多い診療科（皮膚科・耳鼻科・呼吸器内科等）と易感染の患者が多い診療科（血液内科・抗がん剤やステロイド使用患者の多い診

療科)は同じ病棟にしないことや発達段階に応じた病棟の使い分けができるとよい。

→ 病棟ごとの診療科構成の話にもつながるため、現段階ではどこにどのような診療科を配置するかは決定していないが、これから検討していく中で、感染対策を十分に検討していきたいと考えている。

- 看護師が事務処理ではなく、本来の業務に集中できるように、全ての病棟にクラークを配置してはどうか。病棟に来られた家族やお見舞客の対応や電話対応、入院患者の病室案内等をクラークが行うことで、患者・家族を待たせることが少なくなり、看護業務の中断が減るために医療ミスも少なくなるのではないかと考えている。

→ 病棟クラークは、現在も一部の病棟で配置しているが、新病院に向けて、事務職員等の病棟配置についても、メリット・デメリットをしっかりと検証していきたいと考えている。

- 各病棟に学生など、研修生の控室があると、研修の合間に、分からないことを調べたりすることができてよい。将来の人材確保に影響すると考える。

→ 看護学生の控室については、院内に一定のスペースを確保するが、現段階では病棟ごとに部屋を確保することは難しいと考えており、カンファレンスルーム等の一部を利用できるのではないかと考えている。

- 各病棟に浴室以外にシャワー室を設けてはどうか。ある病院では、自立した患者には自由に使用してもらっており好評である。また、尿漏れや便失禁や検査後の汚染等があっても浴室の空きを待たずにすぐ対応できる。

→浴室以外にシャワー室等を整備することについて、詳細版に記載している。

- 在院日数短縮の鍵は、トイレの自立にある。トイレは各室に設置し、手すりをつけ車いすが入るスペースをとる。おむつ着用やベッド上排泄、ベッドサイドのポータブルトイレ使用を極力減らし、夜間もトイレに誘導できるようにすることが望ましい。

→個室については、個室内にトイレを配置する予定であるが、4床室については、廊下の各病室の間にトイレを配置したいと考えている。

- 在宅医療で使用する医療機器のレンタルの紹介は、各診療科で取扱いが異なると患者も不安になるので、新設する患者サポートセンターに窓口を一本化してはどうか。

→ 在宅医療用のレンタル医療機器は様々なメーカーの製品があり、また、診療科の医師によっても取扱方法などが違うこともあるので、病院としてルールの一貫化や効率化を図っていきたい。

患者の安心感の向上を目指す上で、窓口の一本化について是非検討していきたいと考えている。

- ボランティアの対応窓口として、ボランティアの意向と病院側の意向をマッチングできるように調整したり、ボランティア教育も行い、ボランティアの方

への感謝の会等も企画・運営するような機能を加えてはどうか。

→ 現在の病院においても、院内でボランティア委員会を組織し、双方の意向の調整や企画の検討等を行っており、また、感謝状の贈呈等も過去に院内学会において実施している。今後もボランティアの方々との調整等を行う機能を堅持していきたいと考えている。

(4) 事業収支計画について

松尾病院建替準備室長が事業収支計画の位置づけについて説明した後、小塩チーフコンサルタントが資料2に基づき、事業収支計画の設定条件等について説明した。

委員から、事業収支計画の見込み方の妥当性などを判断する材料が不足しているとの意見があったため、次回検討会にて、実績値と新病院開院後の見込み値との変化率をミクロレベルで検証するための資料を事務局が提示し、再度検討することとなった。

(主な意見)

- 今回お示しした事業収支計画は、部門別計画等との整合を図った上で、2パターンを試算したものである。

パターン1は、新規入院患者を確保し、平均在院日数の短縮に伴う診療単価の増額を見込んだもので、パターン2は比較対象として、診療単価が増えない設定を行ったものである。

パターン1の条件設定については、目標とは言え、客観的に見て比較的達成可能なラインを設定したもので、診療単価の伸びや病床利用率は控えめに見込んでいる。市民病院としては、今回の設定以上の収益を達成できるとの見込みもあるが、まずは手堅いラインでの収支計画を示し、更なる追加要素等により、これ以上の収益を達成できることをお示しできればと考えている。

なお、今回の収支計画には、平成25年度の決算数値や開院前の収支状況など、修正が必要な部分があるので、暫定版と捉えていただき、本日いただいたご意見も含めて修正し、次回の検討会以降にお示ししたいと考えている。

- まず、本検討会における事業収支計画の検討方法を確認しておきたいのだが、検討会が事業収支計画を作成するというのは現実的ではないので、今回示された事業収支計画の妥当性を検証すると考えてよいか。

コンサルタントは、変数のモデルを設定して収支計画の大枠のシナリオを作ったと思うが、シナリオの確率分布が分からなければ、シナリオの正確性を評価できない。コンサルタントがこれまで手掛けた事例のシナリオと実績値の誤差がどの程度であったか分かる資料を提示してほしい。その資料を見て、今回のシナリオの正確性を評価したい。

次に、収支計画を評価するためには、マクロ分析とミクロ分析の両方がないと評価ができないが、今回の資料は全てマクロ分析である。ある一定のモデルで変数を代入した結果ということは理解できるのだが、一方でミクロ分析をしないと妥当性の評価ができない。

資料として、現状の実績と開院後の特定年度とを比較し、どう変化している

のかが分かる詳細なマイクロ分析を行ってほしい。例えば、診療科別の収入をどのように変化させたかなど、病院の収支を測る指標の変化率を微分法で解析してほしい。マイクロの視点から評価することで、マクロの妥当性が見えてくる。

それから、本日の資料では、新病院開院後の投資が考慮されているかどうか分からないので、その点について御説明いただきたい。

→ 過去の事例については、次回、資料としてお示ししたい。収支計画を上回る実績を挙げたところもあれば、計画策定時点と開院後とで病床数が減り、実績が計画を下回ったが、結果的にはマイクロの視点から見るとある程度計画通りとなったという経験がある。

今回の説明はマクロ分析が中心になってしまったが、委員ご指摘のマイクロモデルの資料についても、次回の検討会にて資料を提示する。

なお、今回お示しした事業収支計画については、新病院開院後の設備や機器等の更新に係る費用を考慮したものであることを申し添える。(小塩ＣＣ)

- 結論部分を見ると、パターン２では、経常収支比率が 100%を下回っている。パターン１やパターン２が、期待値的なシナリオなのか、楽観的シナリオ、悲観的シナリオなど、どういった位置付けなのか全くわからない。

- 医療機器等は更新する必要があるので、それも考慮しなければならない。
公立病院の建替事例をみると、計画時よりも発注時の方が、事業費が大きくなりがちである。建築単価の根拠はどのように設定したものか。また、消費税及び地方消費税の税率は 10%で計算されているのか。

その他にも、近年、上昇傾向にある社会保険料について、どのように見込んでいるのかや、人員配置、給与の内訳、委託料の設定根拠などの資料が無いので、何ともコメントできない。

⇒ 延床面積は、日本医療福祉建築協会の資料から、荒尾市民病院と同規模病院の部門別面積の平均値を算出し、荒尾市民病院が有している部門に応じて積み上げて算出したものである。部門別の延床面積については、強化していく機能には一定のスペースを確保するなど、濃淡が出ると思われるが、全体の延床面積としては、基本構想に定めた 21,400 ㎡の枠の中でやりくりしていくことを目標としている。

また、建築単価については、東日本大震災後に着工された同規模病院の平均値を設定したものであるが、今後、発注手法の工夫などによる建築費の抑制についても検討していかなければならないと考えている。

消費税等の税率は 10%に引き上げられるという設定で試算している。その他詳細部分の資料については、次回お示ししたい。(小塩ＣＣ)

- 一人当たり人件費や委託費などについてもマイクロ分析資料を用意してほしい。

- 延床面積の算出に用いた同規模病院の平均値というのは、最新のトレンドを用いた数値か。

→比較的新しい病院の事例を用いている。(小塩ＣＣ)

- 欠席された委員からの意見と、それに対する市民病院の考え方について、事務局から報告いただきたい。

<以下、西山参事が欠席委員からの意見と、それに対する考え方を説明した。>

- 目標値が低すぎるようにも思える。平均在院日数を短縮すれば、診療単価は5万円台になるのではないか。また、病床利用率も90%程度に伸びるように思われる。
 - 少なくともこれくらいは達成可能である、といった増収等の影響を厳しめに設定した目標値であるので、資料を見る方によっては、全体的に利益等が低いように見えるものになっている。病床利用率においても同様に、現在の利用率をベースに、間違いなく達成するという前提の条件設定にしている。
- 人工透析を受ける患者は、一度受療を始めると、十数年にわたって治療が続くので、将来的に35床では受け皿が足りなくなることも考えられる。
 - 腎センターの病床数については、今後も利用者が増加していくことが予測されることから、増床する予定としているが、予定している病床数を超える需要が生じた場合でも、新病院の腎センターの一部を増改築することで対応できるように、設計段階で検討することについて詳細版に記載している。
- 看護配置7対1が急性期病院の基本となるが、高齢化に伴い、平均在院日数が延びる傾向にある。市民病院としては、算定要件の厳格化についてどう感じているか。
 - 新基準は確かに厳しくなっている。重症度、医療・看護必要度のA項目が見直されたことで、2点以上の該当患者割合が算定要件の下限15%を下回ることはないが、改訂前は25%前後だったものが18%程度まで落ちている状況である。

回復期リハビリテーション病棟の主な対象は、脳神経外科と整形外科であり、それ以外の診療科では、亜急性期病床が廃止されたことに伴い、平均在院日数が長くなるのではないかと心配している。2年後の診療報酬改定では、算定要件が更に厳しくなることも予想される。現在は病院全体での割合が要件とされているが、病棟別の割合に改定されれば、かなり厳しくなるとおもわれる。(西村看護部長)

 - 国は、在宅復帰率、平均在院日数、医療・看護必要度の3点を変更すれば、7対1の病床数をいかようにでも動かせる。(荒牧副院長)

4. その他

石川政策企画課長から、追加資料2に基づき、基本構想について、市民により理解を深めていただくための説明会を10月中に開催することが報告された。

このことに合わせて、当初、10月末をめどに基本計画(案)の策定に向けて検討を進めていく予定としていたが、平成27年1月まで検討スケジュールを延長する修正案が説明され、異議なく了承された。

次回の検討会は10月6日に、中期経営計画の平成25年度取組状況等の点検・評価、事業収支計画及び部門別計画等の再検討などを審議することが確認された。

7. 閉会

小野会長が16時00分に荒尾市民病院あり方検討会の閉会を宣した。

以上