

平成 30 年度 第 1 回将来構想検討委員会 議事録

平成 31 年 1 月 15 日

(事務局)

開会にあたりまして、市立加西病院事業管理者兼院長よりご挨拶を申し上げます。

(院長)

本日は大変お忙しい中、市立加西病院の将来構想検討委員会にご出席いただきありがとうございます。

現在、加西病院は大きな曲がり角に来ており、病院のあり方を真剣に検討すべき状況となっております。今日の議論で明らかになると思うんですけど、具体的には、3 点の問題に集約されると考えています。

- ① 院内・院外の変化に伴い、この数年間入院患者数が減少して経営的に厳しい状況になっています。
- ② 地域医療構想に基づいて、加西病院が今後担うべき役割の見直しを求められています。
- ③ 耐震診断で耐震強度に問題があり、近い将来に建て直しが必要とされています。

以上を踏まえまして、今年度は病院経営の立て直しに全力を挙げるとともに、本院の将来構想について院内で議論を重ねてきました。

一定の方向性が打ち出せたと考えていますので、この委員会でご議論いただき、より良い将来構想に仕上げていきたいと思っております。

本日はよろしくお願いいたします。

(事務局)

続きまして、当委員会会長より、一言ごあいさつをお願いいたします。

(委員会長)

今回、将来構想検討委員会第 1 回目ということで、今、加西病院が曲がり角にきているということは、以前から言われているところで、今回の構想で我々が結論を出すのではなくに意見をいろんな所から出していただいて、どういうふうなことが外からは望まれているのか、中で出来ることは何なのか、というところのバランスをとれるような話し合いが出来ればいいかなと思います。皆さんの忌憚のないご意見をいただきますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございました。

ここから議事進行を会長にお願いします。

会長からの指示に基づき、資料等の説明につきましては、事務局が行わせていただきます。

会長、よろしくお願いいたします。

(委員会長)

それでは、議事に入ります。

まず、議事の「(1) 市立加西病院 将来構想検討委員会の公開の取り扱いについて」を事務局より説明をお願いします。

(事務局)

公開につきまして、

①基本的には、すべて公開する。

②第 1 回目は公開して、第 2 回目以降の個別具体的な検討は非公開とする。

③第 1 回は途中（資料説明まで）公開して、個々の審議につきましては、非公開とする。といったおおきく 3 とおりが考えられるところでございます。これについて、皆さんのご意見を伺いながら、決定したいと思いますので、よろしくお願いします。

手元のほうにお示ししていますものは、取り扱い（案）ということで、検討委員会を設置する目的については、公開をする。委員に関する事項として、氏名・所属団体は公開する。会議に関する事項について、会議は非公開、会議資料・会議録については、部分公開ということで、会議資料、会議録については、個人情報等を除いて公開するというものです。

会議等を非公開とする理由につきましては、協議時に、各委員が個人的に関わってきた事項に関する発言・個々の病院等の内情などに関する発言等が想定されることや、市政に関する意思形成過程の情報が含まれることがあり、会議を公開することで、自由闊達な意見交換が阻害される恐れ、あるいは、市民の間に混乱を生じさせる恐れがあるためということです。よろしくご審議をお願いします。

(委員長)

公開につきまして、事務局のほうから説明がありました。皆さんのご意見等はございませんか。

(A 委員)

会議録を一部公開ということで、その判断はどうやって判断するのですか。

(事務局)

委員さん全員の了解をとらせていただいて、公開するという形になろうかと思います。

(A 委員)

本来の議事録がいったんまわってきからの削除というかたちになるということですのでよろしいですか。

(事務局)

はい。

(委員長)

それでは、事務局提案の一部公開ということでよろしいでしょうか。

ー委員了承ー

それでは、(1) については、一部公開ということでよろしくお願いします。

続きまして、「(2) 市立加西病院の現状について」を事務局から説明よろしくお願いします

す。

(事務局)

それでは、手元資料第一回市立加西病院の将来構想検討委員会資料に基づき説明します。

6 ページから簡単に概要を補足的に説明させていただきます。

加西病院一般病床 260 床、感染病床 6 床のあわせて 266 床ですが、現在一部休床を行っており、一般病床は、今稼働病床としては 229 床になっております。現在（1 月）非常に内科疾患が増えていますので、連日 200 床から 210 床ほどの患者さんが入院されている状況が続いております。

7 ページにつきましては、平成 27 年から 30 年までの各科の常勤・非常勤の医師の数、初期研修医のマッチングの数を掲載しております。6 人の枠に対しまして平成 30 年度につきましては、6 名全員マッチングが成立している状況となっております。

特に内科系を中心としております加西病院としては、常勤の医師が平成 30 年 6 月現在で 13 名という状況で、ここにきて 3 名増えているなど若干の異動はありますが、全体としまして、医師は減少傾向にあるということを読み取りいただければと思います。

続きまして、8 ページは、外来・入院患者のトレンドが出ています。外来患者は平成 27 年度年間 138,845 名が H28、29 と 1 万人弱が各年度減っております。平成 29 年では 27 年度対比マイナス 1 万 6 千人あまりということで 27 年と 29 年の 2 年間で 12% 程度減少しております。入院患者の延数につきましては、平成 27 年度年間 7 万 9 千人あまりであったものが 2 年間で約 1 万人の減少し 69,700 名となっております。1 日あたりでは、平均 26 名減りました。入院収益では、平成 27 年度では一人当たりが 4 万 5 千円あったものが、平成 29 年度では 4 万 2 千円となっています。4 万 5 千円の患者様が 1 日 26 人減ってそれが 365 日ということになりましたら入院だけでも 4 億 3 千万円の減少につながる状況となっております。

それが詳しく出ているのが 9 ページで、さらっと見ていただきましたら平成 27 年度、医業収益が 53 億 39 百万円ありましたものが、2 年間で 46 億 44 百万円となり、6 億 17 百万円減少をしております。外来そして入院患者数の減少が主な原因となっております。続いて 10 ページですが、これは歳出構造を大体加西病院と同級のまた、診療科目が大体同じような病院を公営企業年鑑から抽出し比較しております。100 床当たり医業費用では、たとえば、常滑市民病院様でしたら病床数は、267 床ということで加西病院とほぼ同じということです。ただ国保黒石病院と常滑市民病院と山口県の光総合病院は、脳外科をお持ちということで加西病院とは条件において、違いがあるということをご了解のうえ、ご覧ください。

100 床あたりで加西病院の医業費用は比較的高くなっております。特に常滑市民病院は、23 億 13 百万円ということは 100 床あたり出ておりますが、これは新しい建物を建てられた病院は減価償却費つまり帳簿上の費用が発生することになり、これがかなり高くなりますので、減価償却費を除いて比較しますと、加西病院は 100 床あたりの費用つまり支出が

高くついているというところだと思います。その原因は真ん中の欄の上のところ給与費比率こちらのほうが 67.7%ということで、最も高くなっております。それから、右の欄の一番下のところ委託費比率もかなり高くなっていて、この 6 病院のなかでは、委託費も最も高いということが見えます。

11 ページは補足で説明させていただければと思います。

13 ページは加西病院の近隣に存在する病院の分布になっております。

14 ページ、15 ページというところは、加西市の今後の人口動態のトレンドが出ております。2045 年には、人口の 45%が 65 歳以上になると予測され、医療需要は今後一時ピークを迎えますが、やがて減っていくということが考えられます。全国的にも医療需要は 2030 年をピーク（2015 年を 100 とした時、2030 年では 106）となりますが、それ以降はずっと下がっていくと予測されます。加西市では 2015 年 100 といたしまして 2030 年までは 100 を超えますがそれ以降は、急速に下がり 2045 年には今の 9 割程度になると想定されます。介護需要も高齢者の人口構造の変化によって同様のことが起こると考えられています。15 ページは加西病院の 5 疾病への医療提供体制となっております。17 ページは加西市の方の国民健康保険（75 歳までの方）と後期高齢者（75 歳以降）の受療動向を診療報酬請求データから分析をしております。これを見ていただきますと、国保の患者様は、医療費では全体の 22%ぐらいが加西市で加西病院を中心として利用していただいておりますが、後期高齢者 75 歳以上になりますと医療費では 41%となり、高齢者はやはり多く加西病院を使うというところが見て取れます。若い方々は、癌とか重症な病気につきましては、市外の医療機関を多く利用されているということが現れています。

18 ページ、19 ページも同データより作成しており 19 ページで加西市のシェアは、国保は回復期、急性期という 3,000 点から大体 5,000 点未満、特に 3,000 点から 3,999 点（1 点 10 円で）40,000 円未満の入院単価のところは多くなっています。5,000 点を超えるようなところは姫路市とか小野市つまり姫路市の高度急性期の病院、小野市の高度急性期（北播磨総合医療センターを中心とした病院）にかかられているという状況がみてとれます。ところが、後期高齢者では、5,000 点を超える重症化された患者さまでも加西病院を 20%を超えてご利用いただいております。それから 3,000 点～3,999 点または、2,000 点から 2,999 点のところも加西病院を利用されているということが見て取れます。

続きまして 20 ページは、救急への対応になります。市立加西病院、北播磨総合医療センター、西脇市立西脇病院この 3 つの病院で 85～86%のカバーをしております。特に軽症は加西病院ですが、重症のところは北播磨総合医療センターそして西脇市立西脇病院で、重症患者の半分は加西病院以外を受けられています。

21 ページに以上を総括して、重症のところは、市外へ随分行かれている、そして高齢者は加西病院を利用されていますが、若い方につきましては市外で治療を受けられる傾向にあるということをまとめています。

現状としまして、支出は他の病院よりも多い、収入は入院も外来も減少傾向となっております。

ります。年々医師数も確保が困難な状況というのが見て取れます。

当院を取り巻く環境のとしましては、医療需要が 2030 年以降人口構造の変化によりまして必ず下がること、また、北播磨医療圏としましてはすでに北播磨総合医療センター、そして隣接の西播磨には姫路の統合病院が予定され、加古川にはすでに神鋼加古川と加古川市民の統合された高度急性期の加古川中央市民病院がございます。

加西市民にとりましては周辺に高度な医療機関がありますのである意味で安心な状況なのですが、加西市の病院としましては、今後どのような医療連携をして他の病院と行い、すみ分け、最適な医療資源の投入をどうしていくかということが今後の大きな課題であると思っております。

そして市民の受療動向としましては、若い方々は割と市外へ多く受診され、後期高齢者については加西市を利用されている方が多いという状況が明らかになっております。

また、初期の救急、急性期以降また回復期にはきちんと対応することが必要になると考えております。

それらを総括し、今後の加西病院の将来の方針を考えるため、院内で 10 回にわたり検討を重ねてまいりました。その内容が 26 ページ、27 ページとなっております。まず一番上に書いておりますのが、地域多機能型病院になっていく、そして地域包括ケアシステムについて、きちんと役割を担っていく必要があるということを目指していきます。ただし急性期医療につきましては、高度急性期病院にすべて任せるということではなくて、最初のトリアージを行えるような急性期での対応をしながら、自院での受け入れ、また他院への迅速な転送ができるような循環をうみだせるようなサテライトとしての機能も重要であると考えています。

また、今後の少子高齢化のなかにおきましても、小児または産婦人科の子供を産んで育てられる機能というのは、最低限の機能は維持していくことが地域にとりまして大変重要であると考えております。

回復期につきましてもやはり高度急性期病院からのポストアキュートの機能、そして速やかな患者様の移動ができるような密なコミュニケーションをとっていくというようなことも必要であると思っており、在宅の患者様また介護施設等からのサブアキュートをきちんと受けていくことによって患者の QOL をできるだけ高めていく役割を果たしていきたいと考えております。

外来・在宅機能としまして加西市医師会と連携して速やかに患者様を受け入れる。そうしてまた患者様を見守りの中でかかりつけ医さんのほうへお返ししていくという最も身近な医療を担える病院として機能することが必要であると思っております。

予防につきましては、加西市には、かつては健康増進センターというのがありましたが、医療監視のもとでの健康増進サービスというのが今後の医療費の増高をおさえ、また、社会保障を安定させる意味で非常に重要となっており、そのような新しいニーズへの対応も考えていきたいと思っております。

そして 27 ページでは、今後は、支出と収入とのバランスがとれる持続可能な経営形態を検討する必要がありますし、病床数につきましては、平均在院日数の短縮に伴い、いかに効率的に病床を運用するとなりますと単に規模にこだわるのではなくコンパクトで多機能な病床を目指す必要があると考えております。収益につきましては、急性期と回復期のバランスをきちんととることによって、スタッフの数の適正化をより進め、コストパフォーマンス、収益性の高く、そしてモチベーションの高い病院、働きやすい病院に変えていきたいと考えております。その他の費用につきましては、今後、今まで直営から委託へ安易にしていたものややはりもう一度、我々で出来るところはきちんと取り返していく、直営すべきところは直営するというようなところも検討して実際にすでに直営に変えているものもございます。

29 ページのグラフをみていただきますと紺色は今の給与費を全国規模の平均化すれば 2022 年または 2024 年になれば収支は黒字化する。そして今のままの給与費を維持しますと 2025 年ぐらいまでかかるということを表しています。今、給与費の改定を行うことによって改善が早くなることは紺色のグラフになっています。

阪神淡路の震災から 24 年となりますが、南海トラフは大きな不安を今生み出していますので、この経営改善を早急に実施することは、耐震化できた病院にいち早く生まれ変わるためにも必要であると思っておりますので、足元の改革、そして身を切る改革も含めまして努力していきたいと思えます。皆様方の忌憚のない真摯なご意見いただければありがたいと思えます。以上で説明のほう終わらせていただきます。

より具体的な内容につきましては、質問をお受けする形式で詳細なご説明をいたします。
(委員長)

はい。ありがとうございます。

では、私のほうから加西病院が他に比べて人件費 67%、委託費が 12%と数値が高い。逆に最後に給与を全国平均したら一挙に黒字化するという試算をしているが、そんなに簡単にいくんですか。

(事務局)

P27 に「経営の形態」という項目がございます。最近、近隣の病院で統合病院につきましては独立行政法人が採用されています。加古川がされていますし、おそらくはりま姫路総合医療センターも民間病院と合併するとなると独法化されるじゃないかと思うんですが、独法は人件費を安くするというのではなくて、いかに効率的な経営ができるかということになります。今、加西病院は、地方公営企業法全部適用ということで、大胆な変革は困難だと思います。

(委員長)

数字のうえでは、一気に黒字に戻るといふふうに見えるんですけど、なかなか難しいのと違うかなと思いました。27 ページにまとめてあるように急性期と回復期の 2 つになるのですが、回復期、慢性期は、今まで急性期ばかりされていた先生からしてみれば、う

まく使うのは難しいのではないのでしょうか。それができるかによって、大分収益も変わってくるんじゃないか。そのためには医者だけじゃなく、パラメディカルの人との協力がなかったらできません。慢性期がとくにパラメディカルの人との協力あつての慢性期ですのでその部分が強化できていくのが、やや不安と感ずるところなんです。

(院長)

ありがとうございます。

現時点で慢性期の患者さんの医療に手を出すということはしていません。おっしゃる通り回復期ですね。ポストアキュートあるいはサブアキュートっていうかたちで、今 200 床強の病床のなかの 100 床前後ぐらいが回復期になってきています。当然、職員のなかにも抵抗感があることは事実です。今まで、急性期で病院がやってきたが、他院からの急性期の患者さんを引き受け、介護施設あるいは訪問診療されている先生方からサブアキュートも受け入れるよう方向転換しているところです。そのことについて、まだ十分な周知ができていない部分は確におっしゃる通りあると思いますので、そこは今後も努めていきたいと思っています。

(委員長)

やはりここの病院が残るためには、この部分が非常に重要なことですね。

(院長)

はい。もう一点先程の収支をどうやって改善するかという問題に関して、一人当たりの給料の問題を説明しましたが、それ以外の改善方策として、職員の数を減らすということに既に取り組んでおります。これまでは 260 床急性期で維持する、7 対 1 の看護基準を含めて維持するというかたちで、職員もたくさん働いてもらってきた中で、方向転換をして急性期プラス回復期となると、どうしても職員が余ってしまいますので、その部分を退職不補充という形で去年ぐらいから減らし初めています。

その部分は、もう既に収支改善に見込んでおります。ただ、一人当たりの給料を減らすとなると今申しましたように様々な法的な問題もあるなか、それをどう取り組んでいくかが今後の議論になるんじゃないかなと思います。

(委員長)

はい。ありがとうございます。他に・・・はい。どうぞ

(A 委員)

今話を聞くと、要は、加西病院は人が多すぎて、給料が高いという話をされているわけですね。

(院長)

そういうことです。

(A 委員)

それはやはり、私、専門家じゃないのでわかりませんが、一般の職場では、求人難になっているんですけども、医療関係では人は余っているんですか。

(院長)

全体としては、足りないということに関しては、どこも同じだと思います。加西病院のおかれている状況は、今まで急性期一本でやってきて、たくさん職員を抱えないと病院を維持できなかったところが、病院が方向転換せざるを得ない状況となり、一時的に過剰になっているのだと私は、理解しております。

(事務局)

11 ページをご覧くださいと思います。こちらは、100 床あたりの医師数や看護師数を挙げております。医師数では 100 床あたり常滑市民病院 14.6、加西病院 13.9 ということです。ところが、山口県や黒石市（青森県）のところをみますと 7.6 人とか 7.4 人と特に、国保黒石病院は脳外科等をお持ちで光市も脳外をお持ちですが 7.6 人という我々からすると少ないという数字になっております。

看護師の数は、看護基準がございますから、一概には言えませんが加西の場合、100 床あたり 80.1 ということで、熊本県の山鹿市について 80 ということで、この時は 7 対 1、患者さん 7 人に対して看護師を 1 名配置という基準になっております。あと少ない光市とか国保黒石病院は、7 対 1 じゃない基準をとっている病棟が多いのかなと思いますが、これを見てくださいと決して少なくない。

その下は、看護師一人当たり給与費ということで年齢が違いますので、即高いとは言いきれませんが、緑色の部分が基本給、灰色のところが手当になっております。これを見てくださいと加西病院の場合は、基本給が平均で 31 万円、手当が 6 万 4 千円、常滑市民病院は、基本給こちらのほう 37 歳ですが、28 万 7 千円と手当が 6 万円というふうになっております。

(A 委員)

民間ですとこういう赤字になるとリストラを検討されます。周りの環境が人材を求めているということであれば、これはたやすい話で、要は退職金を上乗せして、退職勧奨をして、紹介して、一時金はいりますけれどもスリムにしていくというのは、一般的な手法です。独法化とかいう以前に労働環境として他に働く口がいっぱいあるのであれば、一時的なお金を積む気であればうまくできるのでは、と思います。それぐらいのドラスティックな発想をしていかないと、人のことに関しては、緩やかなことをやっていたんでは、難しいんじゃないかなと。民間の経営としては、そういうふうなことをやってしまうのが実情かと思います。

(委員会長)

ここは市民病院だという意味で、この問題で大変だとは思いますが。人件費が全体的に高くて多いのは、病院を急性期から方向転換したことで、看護師の必要数が減っただけなんです。だから、全部が急性期だったらちょうど良い状況だと思うんで、自然減をただ待つだけではなく、予防とかそういうところにもどんどん協力して余った人は、そういうところに回していくというふうにならうとやればいいんじゃないかなと思いますけど。

(事務局)

さらに、補足として、資料編 22 ページをご覧くださいと思います。一番上に出ておりますが、医師、看護師ともに 50 代以上の給与費割合が高くなっており、医師で約 60%、看護師で約 40%を占めています。右側の棒グラフは、看護師の年代別人員構成と給与費になります。左側は、医師の分になりまして、濃い緑色のところは、50 代と 60 歳の看護師が 59 名いらっしゃいます。この 59 名の方が全体でいうと 30%の人員構成比率になるんですが、その右側が、今度給与費の額になりまして、こちらのほうでは（30%の人員が）40%の給与費を占めていることを表しています。具体的には、その下に横棒グラフがございしますが、50 代と 60 歳の方の看護師一人当たりの給与費が 757 万円、そしてあと 40 代、30 代、20 代と下がっていくという状況で民間病院との大きな違いは、長く安心して働けるという職場環境の良さもあり、民間厳しいということじゃなくて高齢になってもシフトも含めてずっと仕事が続けられるという工夫もございしますので、結果として平均年齢が高くなって、給与費も高くなってという状況が見て取れるかなと思います。左の方は、医師になりますので、こういったところの実数値をあげさせていただいております。

(委員長)

ありがとうございます。他にございませんでしょうか。

(D 委員)

先程、給与のことが出たんですけども、人的な手当はしてあるのに、患者数が少ないということは、医師は不足しているんですけども、その他の人員は余裕があると思うんですね。だから患者さんを増やすのに対してその人達をもっと有効に使うっていう方法を考えていないといけない。

例えば、市内の開業医さん・医療機関からの紹介率がどうなのか。

医師が不足しているとか、診療科がなくなったから紹介できないなど理由はあると思うんですけど、十分医師が揃っておられるスタッフも揃っているところに紹介が少ないというのはまだ、努力がいると思う。

医師の確保が難しいのであれば、医師会もあわせて医師の派遣に対して努力をしていただかないといけないと思います。

9 時から医師が診療を始めても、薬だとか、検査だとか、レントゲンだというのが後になりますのよね。そしたら前半の時間は稼働が目一杯じゃないと思うんで、すぐできるようなことであれば、8 時 30 分からの始業時間から入れるというような態勢がとれないかな、というのがひとつ感じるところです。それが患者さんを待たせないと医療にもつながる。

それから、ドックとか健診だとかそういう予防医療とか、訪問診療とか訪問看護とかいうのは、病院がすごく専門的なところで担うべきところもありますが、市全体として、行政としてやってもらわないといけないこと半分以上占めると思うんです。

だからそういうところを行政のほう担うべきで病院のほうへ職員を派遣してもらって、社会福祉士とか保健師とか事務というような方が、病院のなかの一角で訪問医療とか在宅

医療に対して調整、ドックの受付、ドックであるいは健診で早く病気の早期発見につながるような活動、それはむしろ予防的なことなので、病院が第一義的にすることではないと思うので、そういうところ市から派遣してもらえば人件費が浮く訳です。

患者さんを増やすということに関しては、受入れを増やすためには、医師会の先生方のお力を絶対お借りしないといけないと思います。加西市の医師会の先生方が病院にたくさん送ってくださっているのかを聞きたいところです。

(委員長)

加西病院から開業医の先生に患者が帰ってこないというようなことが、ままあるみたいですね。院長にお願いしたいのは、ダブル主治医はダブル主治医でいいんですが、一応、病院から退院したときには、開業医の先生がメインなんです。それがダブル主治医で加西病院がメインという発想（例えば、在宅酸素の指導料が加西病院で算定していること）が間違っているんですね。

それは、もう開業医の先生がメインとなるべきです。そのことによって、他市の病院に送るとちゃんと返してくれると感じてしまう。

でも、他市の先生は「地元の総合病院に送ったら返してくれないから、調子悪かったら、加西病院が2泊3日でとってもらえないか」と言うんですよ。そういうのは、隣の芝生は青く見えるじゃないですけども。

私も大学の関係をずっとしている頃に、〇〇医療センターの医者たちが、開業医さんの送ってきた患者さんを検査して、「ああ、なんでこんなしょうもないの送ってきたんや、帰れ」というふうになることがあったんですが、自分たちはすべて検査するから、「しょうもないの送ってきて」となるんですけど、開業医の先生はそれがわからないから、送ってるんですよ。

そこで、加西病院が「じゃあちょっと様子みよう、1日、2日入院してくれるか。」ということをしてくれれば、開業医の先生も安心して送れるんですよ。やはり、そういうところ医療技術じゃない部分も必要ですよ。だから、窓口の看護師さんは特にそうなんですけど「是非うちでみますよ。」っていうような気持ちを持っていたらいいかな。

開業医の先生にしたら、わからないから送っているんです。送られた患者さんにすれば、不安やから来ているんです。だから、それが市民に役立つ病院じゃないかな。というふうに私は思います。

(院長)

ありがとうございます。

このことは院長就任時からずっと伺ってしまして、後者のほうに関しては、極力ご紹介いただいた患者さんは受け取らせていただいて、必要なら検査入院含めて対応させていただいているかと思います。難しいのは前者です。加西病院としての患者さんを抱え込む気は全然ないんです。ずっとかかっている患者さんには、開業医の先生にかかりつけてくださるとかなり時間をかけて説得しているんですが、患者さんが、なかなか動いてくれないと

というのが正直なところで、退院直後は、何回か診させていただいてあとは、開業医の先生にお任せしましょうねって言ってもなかなか、というのが正直なところです。

(委員長)

これはね、大学病院と一緒にです。離そうとしてもここがいいって粘られる。

(院長)

今後も努力は続けたいと思います。

(委員長)

外来を開業医の先生に戻していただいたら、加西病院は3か月に1回の受診、半年に1回の受診でいいですよ、となれば外来数は3分の1、6分の1に減るんです。再診は。

(院長)

そうですね。

(委員長)

そうすることによって、病棟内検査に時間を費やせるっていうような時間づくりもできますんで、できるだけ、そういうふうなうまいやり方、なかなか患者さんのほうには、理解してもらえないでしょうけど、やはり、粘り強くやっていかなければと思います。

(院長)

ありがとうございます。逆紹介について、今後も努力していきたいというふうに思っております。

(B委員)

この加西病院が将来、どのような病院機能を担っていくかというのをまず議論しないといけない。

いかに経営だけ赤字をなんとかするという話になると、極論すると市が民間譲渡するか、やめるとかする方が経営の赤字という意味では全く心配なくなります。

しかし、住民の方は本当に困られるので、この地域でどういう機能がないと安心して暮らせないのかというのを議論が必要です。

先程、いろいろな病院と比較がありましたけど、今までは市立加西病院は、急性期を担ってこられたので、看護師も7対1看護でたくさんいないと回らないし、そういう職員構成できていたと思うんです。

突然、機能を慢性期、回復期に移行するから職員が人件費が高いので、急にそれを何とか減らそうとしてもなかなかそれは難しいと思いますし、ただ、将来的にそういう機能にシフトしていくんだったら、どういう職種がどうあるべきか、というのを考えていかないといけないと思います。

従って、先程、院長がおっしゃったように地域医療構想のなかで、加西病院がどの程度までの機能を担うのか。今も例えば、脳卒中だと脳外科がないのでなかなか診れないわけですね。先ほどお話にあったように急性期を担う病院は統合されてきて、整備されているので、将来的に、加西病院どういう位置づけでどういう診療機能を担うのかって

うのを議論すべきかなと思うんです。

例えば今、循環器内科もここで頑張っていますけど、どのくらいまで頑張れるのかといったことですね。それと医師の数は、絶対足りていないのは間違いないと思うんです。ただ、人件費からみると同じぐらいの規模からいくと高いんじゃないかという議論になるかもしれませんが、（回復期の病床だとすると、医師は多いかもしれないですけど）急性期をやるには、いろんな専門家が必要ですから、全く足りないんですね。脳外も足りない呼吸器内科足りない。いろいろなところが足りないということになります。

そうするといろんな患者さんを紹介する側の先生にしてみたら、どの病気かわからない時には、やっぱり総合病院を紹介しようか、救急車も何かわからない時には大きい病院のところへ行こうとするので、その時本当にどういう形態でやっていくかを考えないと非常に難しいんじゃないかというのがひとつですね。

もうひとつは、若い医師とか、若いメディカルスタッフが集まる病院というのは、どうしても色々勉強になる病院ということでみなさん選びます。従って、医師の高齢化というのも避けて通れない状態だと思います。研修制度において、なんとか加西病院マッチングしていますけど、以前は、競争率高かったのが、だんだん今、希望数が減ってしまって二次募集で埋まったりしている状態です。

しかも、専門医制度が始まりますと医者が勉強できない病院、症例が経験できなければ、大きな病院に皆行ってしまふ。神戸市内でも 300 床規模の病院に医者がどんどん行ってしまふという状態が起こってきています。

従って、まず人をどう確保するかということと、機能をどういうふうに目指すかということをよく議論をして、できるだけ早いうちに方向を決めないと、病院も建て替えないといけないでしょうし、人員を最適化するにどうしたらいいのかと計画もたてないといけないでしょうから、そこが一番大事じゃないかなと思います。

従って急性期は、例えば、お年寄りの肺炎とか、なにか食事がとれないとか、そういう救急を担うとしても、重症で心肺停止だとか意識がないとかいったらすぐ移送するとか、その辺のところを整理して議論しないといけないのかなと思います。

（院長）

ありがとうございます。確かに急性期だけでやろうとすると、循環器内科いる消化器内科もいる神経内科もいる、本当に専門家を揃えないといけないということで、実際そういう先生方を来ていただくのは、すごく苦勞がいるんですよ。実際に難しい思いをしています。

少し方向転換し、こういう中小の急性期、あるいは回復期を担う病院として切り替えているんですが、総合内科的なことを診ていただく先生がどうしても必要になってくるので、そのドクターをこの半年間ぐらいかけて探して今やっと導入しはじめたところです。そうすると救急も自分の専門領域に囚われずに診ていただけますし、入院患者さんもそういうかたちで診て研修医を指導する方向にきていますので、ひとつの方向性としては、急性期

の狭い専門領域だけにとらわれないドクターを大事にしてやっていきたいなというふうに思っております。答えになってないかもしれませんが・・・

(B 委員)

大事な点だと思います。実際、高砂も今新しく加古川中央市民病院できると回復期に移行されて、でも市民の方来られるので、最初の段階でどんな患者さんでも診て、ある程度判断して専門家に紹介するか、自分のところで診るかということを決められるような総合内科医とか総合診療医が大事だと思います。そのあたりは、県がすごく努力してくださっているんで、そういう人材が必要だと思いますね。全部の専門医を育てる、揃えるというのは、難しいんじゃないかと思います。

(院長)

例えば、神経内科に関しては、この4月から0名になってしまって、急性期の専門領域の対応することが難しくなったんですけれども、総合内科医含めて、うちで診られる患者さんは診させていただいて、大学から週3回来ていただいている先生方のアドバイスを受けながら診療しております。初期からTPをやらないといけないような、専門領域が対応しないといけないような患者さんに関しても最初の段階から近くの統合病院のほうにお願いしてやっているというのが現状です。そういうすみ分けが、今後とも必要になってくるかなと思っています。

(C 委員)

今まで、総合病院として、何でも診てくれる病院として、市民の方に役に立つ機能を果たしてこられたことに敬意を寄せるところでございます。

ただ、今日お話にもありましたように今、医療体制が本当に変わってきているなかで特に、加西に関しては加古川中央とか、北播磨とか大きな病院が近隣にできて次、姫路の統合もまもなく控えているということで、今まで通りの機能を同じような形で担っていくのには無理がある。

それに基づいて院内の中で今後、どういう方向性を担っていくべきかというのをすでに10回議論を重ねていただいて、出された方向性は、本当に県としてもこれから進めていきたい。

まずは高度な病院との役割連携をしっかりとって、より住民の方に役立つ機能を担っていく。高度は、一定程度得意なところに任せて、落ち着いた患者をすぐに受け入れられるように変えていく。

もう一つは、医師会、かかりつけ医の先生と連携して、かかりつけ医の先生が診てくれるところはしっかりそこにお任せし、かかりつけ医の先生が助けてもらいたいというところを助けていく病院となっていく。その方向性で院内の中でしっかり議論いただく。

あとはそのなかで、実際に働く方達にいかにそれを周知し徹底していただくか、また、それに必要な人員配置にどのようなかたちでシフトしていくかだと思います。それを進めていくために何が必要かというと、市民の方のご理解をいただくこと。先程、患者さんに

救急の方が説明しても加西が良いとおっしゃるというお話もありました。市民全体に「この病院は、こういう役割を担っています。こういう患者さんは、北播磨あるいは西脇・加古川で診てもらいます。こういう患者さんは、かかりつけ医の方で診ていただいて、何かあったときとか、定期的なときは加西で診ますよ。」そういう医療体制に向かっていくことをあらゆる機会、例えば、市民の説明会とか、サポーターの会の方達にもご協力いただきながら、市民に理解いただきながら進めていく。

それをしていくために先程、院長先生もおっしゃいました総合診療医、県としても総合診療医を育てていきたいと思っております。

また、加西病院は総合診療医、内科の指導医の先生方が充実していると知っておりますので、それに加えて総合診療医を育成していく機能をもっていくということであれば、県の養成医の派遣も含めて、その方向性に向けて考えていきたいと思っておりますので、ぜひとも、今考えておられる方向性をいかに皆さんの理解・協力をいただきながら、しっかりと進めていくのか、その道筋を示していただければ県としても心強いなと思います。

(委員会長)

市役所の会議なんかに出ますと、ここに来る足すらも不自由する、ということをよく市民の方が言われます。ここを守らないと、ここへ来るのがやっとという人を北播磨や加古川へ行けと言われたら、どうやって行くんやとなります。理屈では分かっているけど実際に行けない。これは大きな問題だと思います。医療圏を統合していくのはいいんですが、例えば、加西から西脇に行くには、どうして行ったらいいのか、委員はご存知ですか。

(C 委員)

思いつかないです。

(B 委員)

私も電車で来ようと思って諦めました。おっしゃる通りで外来とかで通院しようとするとう無理があると思います。

(委員会長)

無理なんですよ。

(B 委員)

そこは在宅とか、医師会の先生方と連携して、地元で完結できる制度があると思います。ただ、大きな手術をしないといけない場合などは出たら帰ってもらう。そういう制度が大事なんですよ。

(委員会長)

手術は送ってもらったらいいんですよ。その後ポストアキュートの部分を加西病院でしてもらうというのはいいんです。しかし、国の施策から外れてしまうかもしれないですが、ただ住民のことを考えたら、足がないのにどうするんだっていうのがありまして、加西市としては、市民のことを考えないとだめなんで、それを県にどういうふうに協力お願いするのかと。

県はもうここは、ジェネラリストだけでいいとのことですが、私もそれは賛成です。何も高度なこと要求するわけじゃない。ただジェネラリストの医者って探すのは大変なんですよ。

大学においても救急の教授一人見つけるのに苦労する時代ですよ。救急はある意味ジェネラリストですから。そういう時代に簡単にそういう医者が集まるのかと心配します。でも残る道はそれしかないと思います。その点について県はどう考えられるのでしょうか。

(C 委員)

県としては、住民がどこに住んでもその地域で適切に必要な医療を受けられる体制を作っていくにはどうしたらいいのかを考えています。

2つの課題があって、1つは会長がおっしゃったとおり、連携というのは分かるけれど、そこにどうやって行くのか。これはどこに行っても聞かれる課題で、交通のことになってくると県だけでは解決が難しいと思います。例えば道路を作っていくというのは県もちろん考えていくところなんですけれども、バスを走らせるとかそういったところは病院でできる努力、あるいは市の努力が必要です。

病院や市の努力ではできないところがあれば、どういったことをすればできるようになるかということについては、県も課題として考えていく必要があると認識しております。

もう1つは、医師の確保、ジェネラリストの確保、これも言ったってすぐに出てこないと分かっております。県立柏原病院の院長先生が、総合診療医の育成に非常に力をいれていただいております。県も今、就学資金を貸与して育成しております県の養成医師が、年間20人強いるんですけれども、その中で、毎年5人くらいは、総合診療医の専門医が取れるよう（大学に協力いただいて）これから育成していきたいと思っております。

また、救急というお話もありました。いままで県の養成医師にはへき地医療ということで、主に但馬の公立病院で働いていただいてまいりました。これから、県の養成医師が増えてまいりますので次は、小児科・産婦人科・外科・整形・救急と、身体合併を診られる精神保健指定医、これを育てていきたいと思っております。

来年度から、新専門医制度のなかで、その道を志す者については、その方向にも行けるという仕組みを作っているところでございます。

県の養成医師を育てていくというのは、私たちだけではできません。これは本当に先生方、あるいは地元の医師会の先生方みんなと一体となって、あるいは住民の方一体となって、本当に住民に喜んでもらえる県の養成医師を育てていきたいと思っております。

また、いずれ加西もこういう役割の中で、こういうカリキュラムを組むので県の養成医師を派遣してほしいという話になったときには、是非とも一緒になって、もちろん9年間しっかり勤めあげて、9年以降も引き続き県の中で役割を果たしていただく継続できる形で一緒に育てていきたい。これは息の長い話ではありますが、今後に向けてみなさんご協力いただきながら養成医師の育成継続に取り組んでいきたいと思っております。

(A 委員)

今のお話をきいて、もちろんだんな病院にするかということが一番鍵だと思うんですが、国の政策を聞いていると、今のことをやったとしても、将来的には、どんどん細っていつて、延命効果的なことしかになっていような気がするんですね。加えて、会長も言われていたように足の問題もあります。そこで、サテライト病院というか、検査はここでやって、その際には、どこを撮れとかいうのを具体的な指示がきて、患者が連携する急性期の病院に送られたときには、すぐ診られるとかですね、そういう田舎に向いた、今までと違う第一号としての加西病院の姿が必要なんではないか。

高齢者は付き添いをするのにしても遠い病院では、絶対無理なんです。加西市民としては、ここに病院は絶対必要なんだけど、急性期は無理と、はっきりおっしゃっているんで、じゃあその補完体制をどうやって連携で、カルテの共有化なんてどこまでできるかわからないけど、ホームドクターも含めて、ここと急性期の病院と同一カルテというかそれぐらいまで、一気通貫の制度を作るぐらいの形にしないといけないのではないのでしょうか。

(委員長)

それは法的に非常に難しいんですけど、ただ、それに向かっている部分は既にあるんです。

(A 委員)

あるんだけどお医者さん同士の連携が取れてない印象がなんとなくあります。それはお医者さんにもよるんでしょうけど。

その辺を加西市初の何かぐらいを考えないと今後、県も国も、もたないんじゃないか、田舎の病院は、もたないんじゃないかと思うんですけど。

(B 委員)

おっしゃる通りだと思います。

そういう方向性で、具体的にどんどん計画をしていかないとなんとなく時間だけ経ってしまって、この10年間でそういった議論が、北播磨ができたり、加古川中央ができる時もそれぞれの病院がどう連携するのか、どういう機能補完をするのかで議論になるんですけど、市単位の、行政のいろんな関係があって、一緒になって、話し合っって前向きな話に、なっってこなかったところであっったと思います。

そこに県が介入しようと思うと、各市の状況があるので県が強引なことをするわけにはいけませんし、大学もいろいろ意見は言うんですけど、そこで終わっってしまう。今おっしゃったように本当に方向性をはっきり決めて、それでうまく機能するかを加西初で発信するぐらいの新しい取り組みをされていくほうが将来は良いと思います。

(院長)

おっしゃる通りだと基本的には私も思います。

ただ、連携しようとしたときに相手側の問題もあるわけなので、ここであれば西脇病院・北播磨病院あるいは加古川とどうやって連携していくか。

院長同士はしょっちゅう顔を合わせていますし、患者さんのやりとりもしているんですけど実際に現場で働いている医師あるいは看護師含めて顔を見れる関係までにはなっていないので、その辺の連携をどんどん深めていかないといけないでしょうし、医療情報に関しては電子カルテを全部共有するのは当分の間は困難かと思われるので、きちんとした医療情報を提供して、例えば、加西病院で見つかった病気について、必要な検査した情報はきちんと送るという形で、現時点是对応するべきなのかなと思います。

(B 委員)

そうですね、具体的にはなかなか難しいんですが、圏域単位で 2025 年プラン見直されているように病院が集まって議論しないと機能分担は難しい。今までは、それぞれで話されるところか、院長先生レベルでは話されても、あまり具体的なところに進んでないと思いますので、集まって議論をされたらいいと思います。

あと、まだすぐには無理かもしれないですけど、大学とか県が中心となってそのネットワークをどうするのかを提案させていただいて、人口はどうなって、患者さんの DPC データを全体で把握して、そして、どういう方向性でこういうふうにやりましょう、その時には、こういう関係でこんな方法があるんじゃないですか、という提案とか、それは大学とか県からさせていただいて、そして、各自治体のところで前向きに検討していただけたら、この 5 年 10 年かなり変わっていくんじゃないかとは個人的には思っています。

(院長)

私も、そのことをお願いしたいなと思うんです。それで、県に対して 1 つお願いがあるんですが、加西病院は、北播磨の医療圏に入っているんですけど、西の端っこで患者さんの 2, 3 割は、福崎とか神崎といった西から来られているんです。姫路の方の医療圏と重なる部分があって、現在の 2 次医療圏だけではとらえきれないところがあり、同じ医療圏の北播磨や西脇であれば目に見える関係は構築しやすいんですが、西側姫路の北部との連携をどう進めていくか、県の協力をいただけたら、ありがたいなと思うんです。

(C 委員)

そういう圏域を超えた患者さんへの対応についても、いろんなところでご意見をいただいている、まずは、圏域の中での役割分担をしっかりとさせていただくと共に、圏域を越えた連携の部分も適宜状況に応じて、ご相談いただける場というものを検討して調整していきたいと思います。

システムの関係も北播磨絆ネットがありますが、先程の話、圏域を越えた連携となると加古川とか、新病院とかのお互いに患者情報をいかに共有していくか、新たな課題、近々に解決していくべき課題だと思っております。国のほうでも全国的な患者情報の共有システム的なものを進めていこうと、議論が進められておりまして、そのためには、基本全県単位のネットワークというものが、1 つのステップになっていくと考えられます。

本県の場合、県が広いということもあり、それぞれの地域ごとの目的に応じた機能を果たしているんですが、それをいかに全県の、あるいは近隣の連携している病院といかに情

報共有していくか、これを考えていかなければならない課題だと認識しております。

これは実際に使っておられる施設ともしっかりとお話をしながら進めていくことかと思っておりますが、ご相談させていただければと思います。

(院長)

ありがとうございます。

(E 委員)

病院の形態を変えていくという第一歩かと思うのですが、地域包括ケア病棟を一昨年二病棟化されて以降、住民の方から利用しやすくなった、というお声と地域の在宅医療を担っておられる開業医さんからも期待をされておられるという声はよく聞くんですね。

それで、看護師さんの配置基準も一定緩和されるという部分で行政としては先程、委員が市の職員を派遣してというご提案がありましたが、逆にそこで余剰になった、配置基準を超えた分の看護師さんを保健師さん、PT さんに来ていただいて、行政の方で地域に出ていっていただく人員として預かっています。

また、高齢者の方の足の問題については、認知症の対策、免許証の返納者の対策も含めて、できれば月 1 回程度は、市外までは無理なんです、加西病院までくらいの通院ができるような制度を検討しております。高齢者だけでお住いの方などを想定して、月 1 回もしくは 2 月に 1 回ぐらいの通院いただけるような形をとれないかと考えております。

あと、IC を使ったような連携の関係は今、介護医療連携ってということで開業医の先生方、医師会を中心にタブレットとかで現地に向かって連絡を取っていただけるようなシステムを導入し始めています。

(委員長)

介護ケアということ。基本には在宅の方のバイタルリンクの方は加西市は進んでいます。

(E 委員)

そういう下地があるんで、上手にそういう医療の方の制約がなくなれば、もうちょっと進んでいくんじゃないかなと期待もしているのですが。

(委員長)

絆ネットとバイタルリンクは、セキュリティの度合いが全然違うんでそこでうまく融合できない。

入ってくる人がバイタルリンクは不特定多数で、絆ネットは医師だけと全然内容が違うので、そこが大きな課題かなと。

(E 委員)

最初、申し上げた地域包括ケア病棟に転換されて一定の効果があがっていると事務局から聞いています。その点について補足で説明していただければ。

(事務局)

看護部長、地域包括の病棟の利用状況を

(藤原看護部長)

今おっしゃったように在宅で来られた人をサブアキュート、それから、急性期病院からのポストアキュートということで、長く看られる病棟ということでご家族からも喜んでもらっています。

(委員会長)

高齢者が、どこか骨折して加西病院受診してじゃあ入院させてくれって言っても、帰るよう言われるケースもあるんです。それで困って他院に「何とかしてください。」っていうような相談もあります。それこそ地域包括ベッドの仕事じゃないかと思います。

(院長)

もうそれ言われたら、ほんと間違った対応をしていると思います。病院全体がまだ全てその方向にいつているわけじゃないことは本当に申し訳ないと思います。今後も努力していきます。

(委員会長)

だから、何でも受けるっていうわりに、「帰れ」と言うのは、やっぱり大きな間違いだと思います。

(A 委員)

なぜ、「帰れ」と言っちゃうんですか。

(委員会長)

うちの対象じゃないみたいな。急性期の話じゃないんですよ。

(看護部)

科によって周知出来てないところが、ほんとにうちの 1 番の弱点というか、改善すべき点だと思います。ただ、総数から言いますとサブアキュート・ポストアキュート共に、ここ 2 年程統計とっていますけど確実に伸びていますし、昨年も 150 件程はご相談を地域医療室だけでも受けています。努力をしている点については、例えば整形疾患であっても全体的に総括して内科の先生にも受けてもらえるというような患者さんであれば、内科の先生にお願いしたりというような工夫をしたりして、できるだけ市民の方のご意向に添えるようにはしております。

あと、地域医療室からも在宅支援をする方のご意見をいただきたいということで、訪問に行かせてもらって居宅の方だとか、ヘルパー事業所にも行って、行くことによって、サブアキュートの患者さんが増えています。そういったところを今から評価していくべきことなのかなと思います。

(委員会長)

委員にお尋ねしたいんですが、一般的なジェネラリストの病院作りを目指します、県の方にもそこを目指していきますから、できたらそういう研修病院として頑張りたいんです、と言ったときに大学からの支援は可能なんですか。

(B 委員)

正直な話ですと、大学はどちらかというとスペシャリストがたくさんいるので、なかなか

かジェネralistを養成するのはむずかしい状態です。

(委員長)

逆にここで作りたいからそれに対する応援を、ということは。

(B 委員)

先程、C 委員がおっしゃった病院はプログラムの 1 つの基幹となっていますので、そこでジェネralistを育成して、また地域で頑張ってもらいたく。また、北播磨とか、今度、姫路の総合病院とかいろんなところで、ジェネralistを育成するプログラムを兵庫県の全体の中で、県とも相談しながら考えていかないといけないと思っています。

したがって、確かに今大学は人材を育成できてない責任は、すごく重いと思っていて、今後の課題と考えていますが、方向転換したから今すぐジェネralistが欲しいとなったときに派遣できる人が、いるかといったらやっぱりいないんです。

今まで外科とか内科でやってこられて、ジェネralistをやってもいいと思ってる方、たぶんいらっしゃると思いますので、加西の地元出身の方とか、いろんなところでそういう方を探していくことは、みんなでやっていかないといけないなと思っています。

宍粟とか、西脇なんかもジェネralistを育成するということで、行政の希望も高くなっていますので、いろんなところでそういうことを打ち出すことは意味があると思います。

(委員長)

大学は、プロフェッショナル、専門性を目指しているところ。今目指しているのと 180 度変わったときに、みんながそれについていけるかって言えばこれもまた分からないですよ。

(B 委員)

そうですね、大学も特に、そのジェネralistっていうのは、なかなか相いれないところがあるんですけど、救急医を養成しないとといけない責任があります。それと今、県と地域医療を担う地域枠の学生さんを育てて、卒後教育も一緒にやっていこうということでしてるので、大学が地域医療とかジェネralistに無関心というわけではなくて、頑張ってるって思いをもっています。

そこは加西がそういう形で打ち出されれば、初期研修医が加西にすごく集まっていたのも、当時の院長先生が初期研修でジェネralistを育成する、とうたわれてあれだけ集まりましたから、十分可能性は高いと思います。

(院長)

その点に関して今申し上げたように、総合診療医を作るためには、ニワトリがいるんです、最初の人間が。それがいなかったら、なかなかつくれなかったんですが。この 1 月にやっと 1 人赴任していただいたので、そこを中心にこれから育てていきたいと思っていますので、県の方とも協力して、させていただいたらありがたいなと思います。

ただ、一方で方向転換して、それが育つのにまだ何年か先になりますので、大学には、また当分の間、スペシャリストの派遣もいきなりゼロということにはならないということ

だけお願いいたします。

(B 委員)

ジェネラリストか、スペシャリストか、っていうきちんとした縦割りではなくて、現実には院長先生とか代々、ジェネラリストとして実際されてると思うんですね。したがって、スペシャリストとなるともう消化器循環器呼吸器腎臓と全部揃えないといけなくなってしまいうで、今いるメンバーが、マインドを変えてサブスペシャリティはもちながら、内科全般を診療するような医者を育成していただきたい。

(委員会長)

昔の内科のような

(B 委員)

それです。それをしないと単に総合診療医だけでは無理なので。

(院長)

もちろんそうです。

(委員会長)

移行していくときに、ジェネラリストだけになってしまえば結局、足りない部分が絶対に出てくるんで、そこは、大学の方にご協力いただかないと。

(B 委員)

そこが一番今問題で、神経内科、脳外科は全国的にも非常に少ないですよ。他院ももう神経内科・脳外科が不足していて困ってる。兵庫県全体でそういうのがありますので、できるだけ努力しますけど約束がなかなかできない。

(院長)

現状から、いきなり0にされたら困りますので、そこだけお願いします。

(B 委員)

循環器の話ですか

(院長)

いえ、全体的に。

(委員会長)

やはりそういうところを支援していただかないとジェネラリストをつくるにしても難しい。

(院長)

一定の領域の急性期も診ないといけないでしょうし、それをいきなり方向転換できないので、お時間をかけさせていただいたらありがたいなと思って、あえて言わせていただきました。

(委員会長)

加西病院には急性期は診てもらわないと困るんですよ。

(院長)

そうですね、急性期も一定の領域で、一定のところまでは診ないといけないと思っています。

(委員長)

上の3次を診ろというわけじゃないですけど

(院長)

2～2.5次までは、なんとか領域によってはっていう形になります。

(委員長)

そうですね。1.5から始めてもらっていいんです。1.5～2で十分だと思います。

(院長)

分かりました。

(委員長)

他にございませんでしょうか。

(B委員)

この委員会で病院の将来を議論するのはよく分かるんですが、先生がおっしゃった最初の建て替えの件が、大きな課題の一つとおっしゃっていましたが、具体的にいつ頃建て替えを考えておられて、それまでに何を決めないといけないのかっていうのを教えていただけますか。

(院長)

タイムスケジュールの問題ですか

(B委員)

そうですね。

(事務局)

まず一つには、先程の資料にもありました受療動向のなかで、きちんと高度急性期と一部の急性期と回復期と別れてきております。それは、患者さんの選択の中でもトレンドにでておりますので、今後、加西病院の機能として残せる機能は、どこなのかというのは、3年後2022年にはりま姫路総合医療センターさんが、700床あまりでオープンされる時に、おそらく播磨の急性期の機能的に担う役割がかなり確定してくると思うんです。その時に、加西病院がどこまで診療機能を維持できるのか、これはやはり、医師の数がキーになると思いますので、その医師を、高齢の医師もきちんと働けるよう働き方も考えながら、指導できる医師を集めつつ、若い先生にもある程度参画していただき、会長おっしゃったような1.5から2次ちょっと超えるくらいまでの急性期を維持できる科をどれだけ残せるかによってベッド数が決まります。それがやはり、はりま姫路総合医療センターの影響がどこまでかっていうのが、きちんと見極めたときに、それと同時に、この将来構想に基づきまして基本構想、基本設計をやりたいと思います。

それはちょうど2022年ですから、2022年に着手して2023年に出来上がっても良いと思うんですね。その後、実施設計つまり具体の精密な病院の位置・規模・診療科・ベッド数

全て決めて2025年くらいには着工ができるようにまずは、先程もちよっと話し戻りますが、給与費や支出や収入も含めて、足元の経営改善を行いながら、持続可能な医療の提供体制を決めていきますので、やはり、はりま姫路がひとつの我々にとっての道しるべ、ひとつの分岐点になると考えていますので、そのスケジュールで行きますと2023年かと。

(B 委員)

分かりました。これは私の個人的な感想ですけど、そのころになったら、時代がどんどん変わってきてしまいます。もう今の若い人たち専門医制度で自由に動いてますから、医局人事では難しいと思います。したがって、ある程度早く方針、方向性を決めないと姫路ができたときには、あっという間に医者はいなくなってしまいます。

今いる人たちの世代が、ちょうどどんどん抜けてしまいます。そうすると、今の平成2桁年代とか20年代の人たちは、大きい病院にどんどん動きます。若い医者が全く来なくなる中で、建て直すとなったら、たぶん、もう不可能に近いと思います。

そこで、建て替えに対する議論は姫路の結果を待たずに、想像はつきますから、計画できますから、もうできるだけ早くされたほうがいいんじゃないかと思います。

(事務局)

ありがとうございます。委員から具体的な年次又は数値的なものを提案いただければ、盛り込むことになりますので、そういうものは、具体的に出れば出るほど委員がおっしゃったような目標に向かって、明確なロードマップが作れると思いますので、そちらのほうもご意見いただければと。

(B 委員)

先ほど、黒字化する話が出ていましたよね。この計画では絶対無理だと思います。その頃に黒字化なんてありえないと思うので。だからもう早く手を打たないと、一般の病院でも黒字化している病院なんてほとんどないですから。病床数減らし、人員を削減しただけで黒字化するというのは、いろいろ意見出ていましたけど結構厳しんじゃないかと印象を持っています。

(A 委員)

私もこの計画を聞いた時には、遅すぎると感じました。結局姫路ができるのであれば、そこと連携する方法を今考えて、こういうことをするから連携しましょう、くらいの提案をしないと、向こうに任していたら向こうで完結するのをつくるに決まってるので。

(B 委員)

そうなんですよ、北播磨のときもそうだったんでね。

(A 委員)

なので、ここはこんなことしたいから、この機能をこっちに任せてくれ、と取りにいかないと絶対無理だと思うんですね。だから、そこはもう、もし、ここの加西病院を残すのであれば、早く、今利息が安いので、3年後に建てようが、今建てようが、借金は借金で一

緒なんでね。それなら、早めに考えてやる、というのが一番だと思います。

(委員長)

前倒しにしないでというご意見ですね。

(事務局)

院内でも、その前倒しというか早くやる、特に時期については、できるだけ早くという意見が結構強いので、我々もできるだけ早くやっていきたいと思います。

(A 委員)

それとね、根本的なこと言うとやっぱり委員が言われたように、赤字になるんですよ。でも、市民のための病院なんで、赤字は赤字で覚悟すると。どこまで市が覚悟するか、その幅を最初に言い切ってしまうと、その代わり、その範囲内で病院は努力していただくと。その点で市民も行政も病院も一つにならないと絶対残らない。

(B 委員)

おっしゃる通りだと思います。

(委員長)

でも先生、姫路が出来たら姫路ですら医者がいなくなりませんか。

(B 委員)

ただ、加古川の時も、北播磨の時も足りないだろうと言われながら、結局良い病院ができると若い人がすごく集まるんですね。指導医の問題は確かにありますけど、間違いなく集まると思います。兵庫県のこの地域のいろんな高校から、医学部に入っておられる方たくさんいらっしゃいますので、その方々が、いろんなところへ今散っていますが、地元の方が、いろんなところからかなり戻ってきていますから、そこはかなり間違いないと思いますね。

そのときに、加西の医者がどうなっているか、診療機能がどうなっているか、今から話し合っておかないと具体的に向こうは計画が来ていますので、どう連携するかっていうのは北播磨もそうでしたし、加古川もそうだったんですけど、いろんな事情があって、出来なかった経緯があります。議論は急いでされたほうが良いと思います。

(院長)

分かりました。ありがとうございます。建物いつつくるかっていうことは別にして、経営改善と機能の変化っていうのは今、実際に取り組んでおりますし、それをやりながら建物をつくっていくようにもっていききたいなと思っております。

(B 委員)

その時に、ぜひ北播磨圏域で病院同士が顔を合わせて議論されながら、姫路ともいろんな意味で圏域超えちゃいますけども県の方ともいろいろ相談されながら、取り組まれるほうが、絶対早いほうが良いと思います。

(院長)

はい、その方向で進めたいと思います。ありがとうございます。

(委員長)

はい、じゃあ、たくさんご意見いただいたんですけど今の意見を事務局のほうと考えるがら慌ててしていただきたいと思いますのでよろしくお願いします。まあ、(3)の今後の在り方についてもいってしまいましたが、何かございますか。

(A 委員)

次回はということについて話をしていくんですか。

(事務局)

今日ご意見いただいたものをまとめながら、もう少し踏み込んで将来構想具体的な内容の提示とか含めた検討を次回させていただきたいと考えています。

(事務局)

今おっしゃった早期の建設的なプランのシミュレーションもできれば参考程度に上げさせていただければと思います。

(B 委員)

その辺議論していただかないと、医療収益の資料にある部分を見てもずっと 2019 年 2020 年医療収益が全然落ちてない形になっていて、実際減価償却費は、どんどん減っていついて、設備投資がどうなるかとか、診療機能や病院の形態を考えていかないと設備投資のいろんな機械が古くなってきていると思いますし、それをどうされるのかとかいろんな議論が進まないと思うので、よろしくお願いします。

(院長)

ありがとうございます。

(A 委員)

そしたら、次回は、今日発表された方針に基づく予想収益を出されるということですよねですか。

(事務局)

予想収益というか。

(A 委員)

だって、急性期を減らしていつて変えるということが方針なんで、そうなった場合の過程としてどれくらい回っていくかというようなシミュレーション、これは現状での予想？

(院長)

いやこれは変更しています。変更した後ですね。

(A 委員)

後ですか。

(B 委員)

いや、そのへんも分からなかったんで、今日ご説明にあったような病院機能を目指されたときに、こういったデータがこのままでいいのかどうか、それをここでするのかどうかわからないんですけど

(A 委員)

それはそういうデータになってるんですか。

(B 委員)

人件費適正のシミュレーションに資料 23 ページもそうですけど、医療収益、入院収益が例えば 2018 年度が 30 億 3400 万ですか。

それは 19.20.21.22 とまったく減ってないんですけど現状のままで収益が伸び続けるっていうのは、今のままでは、収益がずっと減り続け悪くなっているのに同じ額になっていて、人件費だけ削減できるような内容になっているんですけどそれも含めて。

(事務局)

シミュレーションについてなんですけど、収益は、今現状の診療報酬でやっていまして稼働率も同じ回復期以降は 90 パーセントで固定してシミュレーションしておりますので、環境の変化っていうものは人件費がかなり高くなっているということです、その人件費を適正化したときにどこまで変わるかということと、病床の組み合わせ回復期が 50 対 50 という話があったんですけども、そうしたときにどう集計が変わるかということですので、この 2 点をかかげてシミュレーションしています。

(B 委員)

ただ、急性期全体減っていつているのに同じことをやって将来黒字化しますよ、は後で大変なことにならないかと思って心配しているんですけど。

(事務局)

まずは、現状の体制の人員数を適正化に関したのとなってます。

(A 委員)

今日はそれで良いと思うんですけど方向性がある程度出たので、じゃあこの方向性に基づいたシミュレーションするとどうなるかを出してほしい。

(事務局)

次回はそのシミュレーションを出したいと思います。

(委員長)

事務局はね、構想的にこういうふうなベッド数になったときに、これぐらいの収益になってきますよ、っていうことを踏まえたうえでやっていただきたい。250 床じゃなしに。

(事務局)

そちらのほうは 199 床にするっていうのを前提にしています。人員の不補充により看護師数も減ってきますので、それで 199 床で回せるってなったときに 199 床に変換するっていうのを前提にしていますが、分かりにくいところがあったと思いますので、前提条件のところとか、どこのタイミングで 199 床にしたら収支が回るのかとか、逆にそのまま 260 床でいったらどうなるのか、とかっていうところをもう少し分かりやすくシミュレーションします。

(委員長)

そうしてください。

(院長)

付け加えさせていただくと、去年が非常に経営厳しい中から、この 1 年かなり努力をしてきて経営改善がかなり成功してきています。既に取り組んでいる内容と、今後取り組むべき内容が混在して入ってしまっていることで、混乱させてしまったと思います。そこをきちんと分けて、今取り組んでいてここまで出来ている、ということと今後取り組むこと、例えば 199 床にするかということを含めてシミュレーションをして、次回の議論にもっていきたいと思います。

(D 委員)

地域包括は年度の途中からですね、平成 28 年度 10 月から。1 年間でみるのは誤差とあるんじゃないですか。その辺から少し変わってきていますよね。

(院長)

オンゴーイングで進めている改革もありますので、その効果をみつつ、次のことをしないといけないということで、少し判断が難しいところもあります。

(D 委員)

厳しく見ないといけないけれども、暗く見てしまったら展望が開けない。先ほど委員がおっしゃったようにどこの地域も、大都市以外は悩んでいる問題ですね。この地域医療の問題って。ここでできる特徴を出して、展望が開けるよう、こういう機能を残したい、こういうところを頑張っていると伸ばして、アピールして行って、市民に病院の持っている地域の中での付加価値をアピールする必要があるし、そういうことを大切に思ってみんなで発展させていくには三位一体でないとできないことだと思います。

病院がすごく努力されているにも関わらず、結果がちよっと悪いと、経営面だけのこととか言いがちなんですが、そうではなく個別の部分ではいろいろ評価していただいていることもたくさんお聞きしますので、そういうところもアピールしながら、検討してほしい。

随分、院長、副院長も市民のところへ出てくださって、市民から「そうだったのか」との声もお聞きします。議会も市民の代表ですから、地域医療を守ることは住む人にとって第一優先の課題だと思うので、議会としても理解しバックアップする形を、病院だけの問題ではないとアピールしてほしいと市民として思う。

先生がたのお話聞いて、ほんとに厳しいと解りましたが、みんなで知恵出さないとこの問題に対して良い方向には向かわない。そういうことをいろんな立場で、私たち市民もアピールしますから、病院側も行政側もそういう努力をしていただきたい。

(委員長)

これで議事は終わったんですけど、残りは事務局にお渡ししてよろしいか。

(事務局)

今回は、3 月くらいを予定しております。また、改めてこちらのほうから日程調整とご連絡

絡をさせていただきたいと思っております。まだ、日は決めておりませんので、また後日ご連絡させていただきます。よろしくお願いいたします。

会議録も作成し、ご連絡いたします。

それでは、2時間にわたりまして会議ありがとうございました。貴重な意見いただきました。最後、閉会にあたりまして、副会長よりご挨拶を頂戴したいと存じます。

(B 委員)

加西市の医療がどういう風になっていくか、加西病院がどういう機能、うまくいっていか前向きなコメントをしていきたいと思いますので委員先生方今後ともよろしくお願いいたします。

ありがとうございました。

(事務局)

これにて第1回将来構想検討委員会を閉会させていただきます。

本日は、ありがとうございました。