

## 平成 29 年度 第 5 回 松戸市病院運営審議会 会議録

- 1 日 時 平成 30 年 3 月 27 日 (火) 14:00 から 16:15 まで
- 2 場 所 衛生会館 3 階 大会議室
- 3 出席者 ○審議会委員 (五十音順)  
東 仲宣 委員  
石川 雅俊 委員  
伊関 友伸 委員  
近藤 俊之 委員 (会長)  
齋藤 康 委員  
鈴木 一郎 委員  
山浦 晶 委員 (副会長)  
○松戸市  
高橋 正剛 総務部長  
宮間 秀二 財務部長  
千石 秀幸 健康福祉部長  
郡 正信 福祉長寿部長  
加藤 肇 病院事業管理局長  
岡村 隆秀 病院事業管理局審議監  
他、健康福祉部 (健康福祉政策課、地域医療課) 及び病院事業管理局 (経営企画課、東松戸病院総務課) の職員が出席。
- 4 欠席者 ○審議会委員 (五十音順)  
守泉 誠 委員  
○松戸市  
小林 邦博 総合政策部長
- 5 会議内容 ○開会  
○健康福祉部長挨拶  
○議事

会長

それでは皆さまお忙しい中、ご出席いただきまして誠に有難うございます。まず、本日の会議成立要件につきまして、事務局から報告をお願いします。

事務局

本日の病院運営審議会開催の成立要件につきまして、ご報告を申し上げます。本日は、委員より欠席のご連絡をいただいております、委員総数 8 名中 7 名の出席でございます。よって松戸市病院運営審議会条例第 7 条第 2 項の規定による定足数の過半数を満たしておりますので本日の会議は成立することを報告いたします。

会長

次に、本会議は公開となっております。本日の傍聴者はいらっしゃいますか。

事務局

はい。お願いします。(受付より会長へ傍聴希望者の報告)

会長

事務局からの報告で、10 名の方が本日の会議を傍聴したいとのことでいらしていますが、これを許可したいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

有難うございます。それでは入っていただくことといたします。また、これ以降傍聴者がいらっしゃいましたら事務局の受付をもって許可したいと思います。

(傍聴者入場)

会長

それでは、議事に入ります。

まずは先般、副会長、委員にもご同行いただき、類似する自治体病院として、群馬県富岡地域の七日市病院及び富岡総合病院を視察していただきましたので、松戸市との比較等につきまして、事務局よりご報告をお願いいたします。

事務局

第 4 回審議会にてご意見がありました、東松戸病院と類似していると思われる自治体病院との比較ということで、群馬県富岡市の公立七日市病院と公立富岡総合病院の視察に行っていました。

日程につきましては、平成 30 年 2 月 7 日（水）午前 10 時から七日市病院、午後 1 時 30 分から富岡総合病院の行程です。

参加者は審議会委員が 2 名、事務局からは病院長をはじめ 9 名の計 11 名で行ってまいりました。

午前の七日市病院では、病院長をはじめ、看護部長、リハビリテーション部長他 2 名。富岡総合病院から事務局長他 2 名。計 8 名の方が、また、午後の富岡総合病院では病院長をはじめ、事務局長他 5 名の計 7 名の方に対応していただきました。

質問事項につきましては、委員の皆様から頂いた質問と事務局からの質問を取り纏め、あらかじめ相手方にお送りしまして、可能な範囲で視察の当日にご回答をいただきました。

質問事項と回答の詳細につきましては、お手元の資料のとおりでございますが、主な概要に関する説明をさせていただきます。

まず、この地域の状況でございますが、現在、富岡保健医療圏（富岡市、甘楽町、下仁田町、南牧村）は高齢化率が高い（33.20%、全国 26.30%・2015）地域で人口は約 7 万人であり、医療圏の病院は公立病院が 3 病院、民間病院 1 病院（一部精神）で、急性期及び 2 次救急患者は富岡総合病院、回復期は七日市病院、慢性期はその他 2 病院が中心的に運営しており、病院間の役割がある程度分担され

ているということです。

この富岡総合病院との関係性、七日市病院が機能、稼働病床数、医師、看護師等の数が東松戸病院とほぼ類似していると思われたことから、様々な話を聞いてまいりました。

次に、両病院の関係性でございますが、開院する前の当時は七日市病院の場所に「富岡厚生病院」がございました。平成6年4月1日にこの「富岡厚生病院」は移転新築により「公立富岡総合病院」となり、跡地に「富岡厚生病院」の建物を改修し、高齢者を主体とする診療を行う「公立七日市病院」となったもので、もともとは1つの病院からはじまっており、急性期医療を提供する「富岡総合病院」と回復期医療及び慢性期医療を提供する「七日市病院」をひとつの病院ととらえているということでございます。

病院の管理運営部門は基本的には「富岡総合病院」で行われ、人事・財務事務を一括管理しており、人事交流や薬品、診療材料等の一括購入及び白衣、病衣、寝具等の一括リース等により経費の節減に努めております。「七日市病院」では主に施設管理や資材調達等の管財業務等を所管しております。

また、共通の電子カルテシステムにて両病院で結果データが閲覧可能であり、富岡総合病院の医師が当直で七日市病院に勤務するときにも担当する患者の状況が分かるようになっており、富岡総合病院でできなかった作業を、比較的時間的余裕のある七日市病院で作業ができるということがあるようです。

患者等の連携につきましては、富岡総合病院から七日市病院、介護施設、在宅の循環サイクルが機能しており、地域完結型医療を基本方針としております。

在宅医療に関しましては、院内に訪問看護・療養通所・居宅看護支援事業を所管する「在宅医療支援センター」を併設し訪問医療を推進しており、両病院長が率先して訪問診療をしている。とのことでございました。

以上、時間の都合上、雑駁ではございますが、説明とさせていただきます。

続きまして、東松戸病院と七日市病院との比較につきまして、東松戸病院総務課長から説明申し上げます。

事務局

まず初めに、第4回病院運営審議会にてご質問のありました第2次経営改革プランの「平成29年度計画の医業損益マイナス4億3,400万円に対して実績見込みは？」とのご質問に対しまして「ほぼ計画通りです。」とお答えしました。これは私が純損益と勘違いしてお答えしてしまったことによるものでございます。大変申し訳ありませんでした。

資料「経営改革プランの29年度計画と29年度実績見込み」をご覧ください。中段あたりの医業損益と下から5行目の当期純損益の項目におきまして、勘違いしてしまいました。正しい医業損益の見込みはマイナス5億6,900万円になります。

計画と見込みとの差、1億3,500万円の主な要因は計画よりも入院単価で2,000円ほど下回ってしまう見込みであること。外来延患者数が1万4,000人ほど下回ってしまう見込みであることによります。

この場をお借りしまして、訂正のほどよろしくお願いいたします。申し訳ございませんでした。

それでは、続きまして、七日市病院と東松戸病院の比較につきまして、説明いたします。資料1-1になります。また、資料1-2から資料1-5までは参考資料となっており、途中カッコ書きにて参照するようになっています。

なお、資料1-1、比較の説明はいくつかの項目に分けていますので、項目に沿いながら説明してまいります。

まず概要と連携につきまして、群馬県の富岡保健医療圏には公立病院が3病院、民間病院が1病院の4病院が大きな病院ということで、そのうち、急性期・第2次救急を担うのが公立富岡総合病院、公立富岡総合病院からの患者を受入れ、リハビリ等を通じて家に帰すことを担う公立七日市病院、その他の2病院は慢性期を担っているとのことでした。

七日市病院は東松戸病院と同様の機能を担っていますが、他に競合する病院がないこともあって、同じ組合立の富岡総合病院と連携し、2つの病院は一つである、という方針でした。

また、富岡総合病院では、七日市病院に患者を早く出すことができる、入院する

患者は七日市病院をってから自宅に帰る、という一連の流れを、関係性を重視するなかで、2つの病院は一つであるとの基本方針のもとに運営している、とのことでした。

次に、入院医療につきまして、一般病棟は七日市病院では、地域に神経難病等の患者数が多いということで、障害者施設等入院基本料の施設基準を取得し運営していますので、東松戸病院の一般病棟とは異なり、入院基本料が高くなっています。

地域包括ケア病棟は七日市病院も東松戸病院も同じ施設基準（I）ですので、入院基本料は一緒です。しかしながら、病床数が七日市病院の方が37床多くなっていますので、収益に差が生じてしまいます。

回復期リハ病棟は、七日市病院では、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を取得し、加算を取りながら、1年365日リハビリを提供できる体制を整えています。一方、東松戸病院は、回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準で、入院基本料は低く、加算もなく、1年365日リハビリを提供できる体制ではありません。さらに病床数が23床七日市病院の方が多くなっていますので、収益に大きな差が生じます。

次に外来医療につきまして、外来患者は高齢者が多いという点は共通していますが、七日市病院では、外来は地域の開業医に任せると割り切っているところがあり、環境も異なると思いますが、東松戸病院のように外来を意識することはないようです。

次にリハビリ実施単位数につきまして、リハビリ実施単位数は七日市病院では、リハビリ病棟の施設基準1を取得していますので、年間実施単位数は多くなっていますが、患者1人に対して提供する一日あたりの平均単位数は、東松戸病院の方が1単位ほど多く、リハビリの提供に関しては充実していると思われます。

次に在宅医療につきまして、在宅医療は携帯電話での待機ではありますが、訪問看護の24時間体制を敷いていることに関しましては共通しています。

しかしながら、地域の環境が要因であると思いますが、七日市病院に限らず富岡総合病院でも、病院長が中心となって訪問診療に当たっているとのことでした。

東松戸病院におきましても、平成30年度の診療報酬改訂を視野に入れれば、在

宅との連携強化は重要であると認識しています。

次に常勤職員数、平均年齢、給与費につきまして、常勤職員数は労務職を除いて11人ほど東松戸病院の方が多く、また、平均年齢も5歳ほど高齢になっています。

また、給与費につきましては、東松戸病院の方が高く、各職種の平均給与月額をもとに年額を計算しますと、1億6,000万円以上の差が生じます。

次に費用につきまして、七日市病院と富岡総合病院の関係性と強い連携の意識から、診療報酬単価の低い七日市病院に負担がかからないようにしています。

東松戸病院と総合医療センター間におきましても、連携可能なものは経費節減につながると思います。

最後に総括としまして、七日市病院と東松戸病院の各病棟の病床数の差はあれ、同じ回復期を担う病院としての機能は同じものでしたが、互いに連携し協力し合わなければならない病院の意識に違いがありました。

収支差の違いにつきましては、七日市病院では入院単価の高い医療の病床数を多く持って運営していることありますが、それ以上に、先ほど説明いたしました各職種の平均給与費が東松戸病院の方が高く、収支改善策を図っても経営を困難にするということもあらためて認識したところでございます。

会長

有難うございました。この後、詳細な数値等の質問やコメントをいただきたいと思いますが、まずは今回、視察にご同行いただきました副会長より補足の説明をいただきたいと思います。

副会長

私も視察に参加いたしましたので、私の印象を述べさせていただきます。既に説明の中にありましたが、だいたい7万人を医療圏の人口としております。かなり山で囲まれた、一応ここだけは平野でしたが、アイソレートされた地域ではないかと感じました。そこには公立病院3つと民間病院1つ、計4つの病院がそれぞれ競合する立場にないという特徴がありました。

急性期医療を公立富岡総合病院だけ、回復期医療を公立七日市病院、慢性期医療をその他の 2 病院が担っており、いずれもコンピート（競合）するものではないという点が大きな特徴ではないかと思えます。

それからもう 1 点、急性期病院で回復期病院も含めた管理をしており、管理体制が一本化しているというところが、松戸市総合医療センターと東松戸病院の体制との違いではないかと考えました。

病院数が非常に少ないということから、病院の医師が率先して患者さんの自宅に伺っているという点も印象的だったのですが、その地域を一体で守っていると感じました。

両者の給与比較等につきましては、既に説明のあったとおりです。

病院の規模から考えますと、東松戸病院と似ているところはあるのですが、その置かれた地域の医療環境は相当違っており、せっかく伺ったのですが、その差に驚いて帰ってきたという有様です。十分には参考にならなかったという感じが残っております。

## 会長

今回、七日市病院に視察していただいた 1 つの理由は提供する医療サービスがかなり似ているのではないかと、にもかかわらず、経営収支はかなりの違いがある。そこを見てきていただいて、またデータを比較して、何が違うのか、そこから東松戸病院に役立つ情報が得られないかということでございます。

副会長からは置かれた環境がかなり違っていたという、現地を視察しなければ、数値だけではわからない印象を述べていただきましたが、事務局からの説明及び作成いただいた資料や数値から何かご質問や気づいた特徴等をいただければと思います。

## 委員

障害者施設等入院基本料につきまして、神経難病の患者さんが多いという特徴の地域だから、東松戸病院とは違うので、導入できないという結論のようですが、

有力な民間病院チェーンで、全国あちらこちらで、障害者施設等入院基本料を導入していますので、可能であれば、単価が高くなるというメリットがありますので、導入が本当に不可能なのかどうかを検討した方がよろしいかと思えます。

一般病床の単価を上げるということは、経営改善にとって非常に重要なことですので、いくつか見られたと思いますが、もう少し分析していただきたい。

障害者施設等入院基本料と地域包括ケア病床等、いろいろな組み合わせを考えて、出来る限り空き病床を埋めて、単価を上げて、加算を受けるということは必要かと思っています。

給料につきましては、正直、差があります。ただ、どうしてもそちらに目が行きがちですが、給料を減らす以上に収益を上げる方が、実はやりやすい部分があって、給料を減らすというのは、相当大変で、当然この検討はするべきですが、スタッフのモチベーションも考えると、本当に診療報酬単価を上げることが出来ないのかということを徹底的に考える必要があるのではないかと思います。

そういった中で、七日市病院さんは単価増に関する取り組みも含めて、勉強になる部分があるのかなと思いました。

## 委員

私も障害者施設等入院基本料につきまして同様の考えで、地域性の違いの面では逆に松戸市はマーケットが大きいので、収患力を強化すれば、そうしたターゲットの患者を獲得できる余地があるという印象を持ちました。

確認ですが、資料 1-1 の給与費の合計差 1 億 6 千万円との差と他の損益計算書では約 4 億円の差があるので、この違いの理由を教えてください。

併せてコスト面での委託費につきまして、資料 1-1 の 7 ページでは経費節減ができないとのことですが、資料 1-2 の 2 ページの比較を見ますと、東松戸病院と七日市病院ではかなり大きな金額の差があり、個別で見ると維持委託費が 5,000 万円に対し 1,500 万円であったり、清掃委託費が 4,300 万円に対し 1,600 万円であったりと、これらを積み上げると 1 億円くらいになってしまうのかなと思いますので、この差の理由につきまして、大雑把な事実確認をさせていただきたいと

思います。

会長

ただいまの資料 1-1 の給与費 1 億 6 千万円と実際の 4 億円の差の違いの理由は何ですか。

事務局

まず、今回の資料におきましては、常勤職員で比較させていただいており、臨時職員の賃金が含まれておらず、1 億円以上の差が生じております。

また、月額平均給与費での比較となっており、総額ではございません。法定福利費につきましても賃金を含めた差となっており、常勤と臨時職員が扱われていない数値でしたので、差に表れております。

委託費のうち医事委託につきましては、富岡総合病院で一括して契約して、そこから職員を派遣する形で必要な人数をあてがっているため、計上されていないと伺っております。

検査委託につきましては、先ほど説明したとおり、富岡総合病院に依頼をにかけているということでございます。

給食委託につきましては、七日市病院では給食材料費と委託費が別々となっており、東松戸病院では材料費も含めて委託費で計上されておりますので、合わせますと、ほぼ同額程度となっております。

清掃委託につきましては、建物面積の違いで、七日市病院が 8 千㎡で東松戸病院が 3 万㎡を越えておりますので、差が生じております。

保守委託の警備につきましても、外まで巡回する違いがございます。

先ほどの給与費の補足になりますが、やはり東松戸病院の方が臨時職員が多い人数で配属されており、その賃金が給与に算入されますので、両病院とも同じ給与表を使っておりますので、臨時職員の賃金と人数が大きく差に表れている状況でございます。

会長

資料 1-1 の 7 ページの給与費 1 億 6 千万円というのは、常勤職員の給与だけで見た差であると。この他に法定福利費を含めると、差が増えていく可能性があり、最低この額の差があると。

全職員では人数がどれくらい違いますか。

事務局

資料 1-1 の 5 ページ、東松戸病院が、医師 2 人、看護職 2 人、医療技術職 2 人、事務職 5 人、総数で 11 人多い状況です。

会長

11 人ですと、平均年収 500 万円として、6 千万円。

委員

常勤職員の給与費の人数差は 1 億 6 千万円ということになると思うのですが、算入されていない法定福利費と非常勤、臨時職員の賃金で 2 億円以上も差が生じる理由は何ですかという質問になります。

事務局

臨時職員の人数をコマ数で比較したデータを申し上げますと、東松戸病院が 16 コマ、七日市病院が 2 コマとなっており、臨時医師の外来診療コマ数にも差があるということです。

会長

そうすると、医師の人数多くて、医師 1 人あたりの給与単価に対する収入が少ないわけで、医師にはもっと多く診療して下さいということになりますね。

事務局

15人の嘱託医師が週15コマ診療しております。

## 会長

毎週必ず診ているとも限らないし、口頭での説明ではわかりづらいため、外来診療の月間コマ数表を作成していただいて、それぞれどれくらい患者数を診ていて、平均的なコマにおける外来診療比、総診療収入の比較できれば、収入増とコスト節減の議論につながると思います。

また、検査委託費につきましては、東松戸病院では2,300万円、七日市病院では0円ということで、これは富岡総合病院で、すべて試薬代、償却費等を賄っているの分、七日市病院では費用がかかっていないように見えているのかなと。

東松戸病院ではこれを外部委託しているが、同様に総合医療センターでできないのかということも、今後の改善策の項目として検討いただきたい。

清掃委託の面積の違いや警備委託の巡回等、細かい経費の積み上げで高くなっているようですね。

## 委員

私は実際に視察に行っていないのですが、資料を見させていただくと、やはり障害者施設入院基本料10:1を取得されているので、診療報酬単価が高いというのは、当然のことですが、資料1-3の6ページあたりによりますと、看護師さんも10:1をキープするために、かなり努力されていて、非常勤も雇っていらっしゃるようですね。

必ずしも、いつも同じ患者さんが入院しているわけではありませんので、やりくりしている現実があるのだらうと、なかなか10:1をキープすることは難しいことが読み取れました。

給与費の問題につきましては、非常勤職員、法定福利費を込みで考えますと、以前ご提示いただいた資料でざっくり計算しますと、医師で年額200万円、看護師も200万円、医療技術職でも約200万円、事務職で180万円くらいの差が

ありますので、こんなに大きな額なのかと驚いた印象です。

委託費につきましては、ご説明をいただき、まあそのとおりなのかなと思いました。

#### 委員

私も施設見学には行っていませんが、議論のことにつきまして伺いたいのですが、この東松戸病院をこれからも存続していくということが原則なのですね。

給与等につきまして、高い、低いという比較をされていましたが、基本的には地域差がありますので、その点が違う限り、議論の対象にならないと思うのですが。

#### 会長

結論ということではなくて、全体の流れにつきましての説明不足で申し訳ありませんでしたが、これまでの議論につきまして確認させていただきますと、現状の診療単価も含めた診療機能及び経営収支に関するご説明をいただいた。では、これが妥当かどうかを判断するには、他と比較してみなければわからない。

そこで、民間病院の情報は得づらいので、自治体病院と比較していただこうと、もちろん地域差はありますが、七日市病院を1つのベンチマークとして実施したわけですね。その他いくつか千葉県内の同規模病院の医業収支比率の比較も資料1-5でしていただいております。

実際、七日市病院を視察して、いろいろ伺ってきていただいた理由は、現在、東松戸病院が満足できる状態ではないことから審議会でも議論しているわけですから、その改善に資することはないか、また、なぜこんなに差が生じているのかを検討している状況です。

今後、改善すべき診療機能、サービスや経営上の問題を議論し、これらを以って、果たして東松戸病院が持続可能なのかどうか、その先の望ましい姿はどういう状態なのかということを検討していくというステップを踏んでおります。

七日市病院がすべてベストというわけではありませんが、1つの視点だけでなく、

他院と比較することで、東松戸病院の現状や特徴をより浮き彫りにするという趣旨でございます。

#### 委員

東松戸病院と七日市病院では、あまりにも地域差があり過ぎると思います。人口も全然違いますし、都市部の松戸市に対し、4つしかない病院で一所懸命診療されている、病院間の競合もない地域です。

#### 会長

それは先ほどの視察した結果、大きな違いがありましたというご意見と七日市病院は人口7万人のため、今以上患者を獲得することは無理かもしれないけれども、東松戸病院であれば、人口が多い分、もっと患者が獲得できるのではないかと。ということで、地域性は違うけれども、両病院とも病床数における入院者数という点ではほとんど同数であり、例えば小売業で考えると、どちらも抱えている商品は売れていて、今後、拡大できるかどうかということになれば、地域差が関わってきますが、経営という観点からはどちらも同じ商品を買っているにもかかわらず、収支に差が生じているのはなぜか、こんなに違うのであれば、そもそも同じ商品を買っているのかということ議論しているわけです。

#### 委員

2つの病院を比較して参考になったこととして、七日市病院と富岡総合病院は同じ組合で設立されていて、総合医療センターと東松戸病院も同じ市立の事業管理者のもとで運営しているという点では同じなわけですね。

前回、東松戸病院長のご説明では一所懸命に取り組まれていて、患者さんも多いし、良いサービスも行っているなと感じた一方で、総合医療センターと東松戸病院との関係が1つになっていないように見えます。

急性期から回復期リハへ患者さんも送られていないですし、医師も手伝いに派遣されていないようですし、富岡総合病院から七日市病院へは派遣されているので

しょうか。

会長

週に 1 回 4 人ほど当直を手伝っていますが、外来診療には派遣していませんよね。

副会長

急性期病院勤務で疲れた医師が回復期勤務に移るという流れが自然と確立していて、回復期病院におきましてもリクルートに困らないという雰囲気に見えました。

また、当直を手伝いに行っても、七日市病院の電算システムが連携しているので、富岡総合病院の成績が見られるという環境が整っているため、従事している職員にとっては、情報が共有できるという状況になっておりました。

委員

そのような環境にあるということは、先ほどのご説明でも伺いましたが、現在はそこまで進んでいなくても、今後、松戸市でも同じような環境が整えられないのかなと、単純に考えながら、お話を聞いていたのですが。

会長

かつては、総合医療センターから東松戸病院に 2~3 人の医師が配属されていますよね、当直は手伝っていませんが。

資料 1-3 の 2 ページを見ますと、七日市病院の医師が 1 人退職された後、すぐに富岡総合病院から派遣できるわけではなく、現在探しているとのことですので、医師の供給につきましては、松戸市と似ている状況なのかなと。視察行かれた方で補足説明いただけますか。

事務局

医師につきましては、七日市病院で欠員が出たからといって、富岡総合病院か

らすぐに補充されているというわけではないです。ただし、七日市病院から富岡総合病院へ医師が手伝いで派遣されたりすることはあるようです。

コメディカル部門に関しましては、松戸市と同様の人事交流は行われておりません。

## 委員

すでに重要な案件のお話はあったかと思いますが、障害者施設基本料金で単価が変わるといったところでは肢体不自由や神経の重症な患者さんが来院された際、当病院では障害者施設基本料金を導入していないから、診療できないとは断れないですよ、そこを断っていたら、経営が成り立ちませんので、将来的にどうして行くことが望ましいかを検討していただく必要があると思います。

## 副会長

全委員からご意見を伺いましたが、私も常日頃考えていることもございまして、臨時医師の15コマにつきましては、どうにか解決しなければならないと思っております。

東松戸病院の外来診療で耳鼻科や婦人科等、常勤でない専門医師を招いて運営しております。

しかし、このようなマイナーな診療科をどの程度、東松戸病院が担うか、周辺の開業医が診療しているのか調査する必要があると考えております。

それから、検診や内視鏡等をポツポツと診ている状況がありますが、これらは東松戸病院で行う必要があるのか、他の病院に任せても良いのではないかという面も考える必要があります。

医師のリクルートにつきましては、総合医療センターで急性期医療として採用した医師を、東松戸病院で欠員にあてがうということはかなり難しいです。

急性期医師として採用された医師本人、また、当然その医療に携わるつもりで供給した大学側におきましても、採用された病院の都合で、関連する回復期病院へ移らされるということは、かなり問題であると思われれます。

そういった意味で、富岡総合病院から七日市病院への流れは特異な感じがいたしました。

#### 会長

富岡総合病院から七日市病院の医師の流れというものは、当直に関しては、医師の連携があり、電子カルテシステムがつながっているので、仕事も兼ねられるので手伝いに協力的なのかなと思いますが、診療に関しましては、人事交流はないので、それほど特異な流れというわけでもないと思うのですが。

#### 副会長

七日市病院で1人足りないということを除いて、にわかに潤っているように感じたのですが、事務局も視察の際、富岡総合病院の急性期から七日市病院の回復期へという医師の流れに関して、あちらもそのような説明をされていませんでしたか。

#### 委員

七日市病院と富岡総合病院の関係性もあるかもしれませんが、おそらく群馬大学の医局派遣の流れで、急性期と回復期といった診療科目の棲み分けが結構できているのではないかと思うのですが。

#### 会長

常勤医師の平均年齢によりますと、富岡総合病院で疲れた医師が七日市病院に移っているようには見えませんし、経歴すべてが掲載されているわけではありませんが、ウェブサイトの名簿からも、その流れは違うような気がします。

たまたま、例えば群馬大学でそれぞれ派遣された事例があるのかもしれませんが、富岡総合病院から七日市病院への特異な流れが確立されているというわけではないのかなと。

#### 事務局

医師に関しましては、富岡総合病院と七日市病院との人事交流はあまりないということでした。

電子カルテシステムがつながっているということは、先ほどお話にもありましたが、富岡総合病院では55歳以上になると医師の当直がなくなるため、七日市病院の医師数では当直できない部分につきまして、週末にサポートに入っているということでした。

東松戸病院につきましては、総合医療センターからのサポートはありませんので、常勤職員で対応できない当直に関しましては、1日13万円で外勤に委託しており、七日市病院では富岡総合病院からの応援がありますので、その経費が節減できるとのことでした。

#### 委員

議論を進めていく中で、電子カルテシステムの共有化であるとか、回復期病院への高齢医師の当直派遣であるとかを、もう少し発展させますと、急性期と回復期病院を一体的に運営する形で、なるべく回復期病院の医師を減らして、不足分を急性期病院から補い、それは事務職も含めて回復期病院の人件費をできるだけ抑えて効率的に運営していくということは、考え方としてはありなのかなと思います。

#### 委員

私は少し見解が違うところがありまして、総合医療センターはこれから急性期医療にどんどん特化していくことになるので、おそらくそれらの医師が東松戸病院へ移るかということ、もう文化が違ってくるだろうなと思っています。

総合医療センターは子どもや周産期は全国のトップレベルにあると見ていますが、成人はさらに高度先進に特化していかなければならないかなと見ています。

東松戸病院につきましては、高齢者に対応できるように総合診療系のプログラム等を作成したり、指導者を招いて、高齢者医療ができる体制づくりのための教育機能を確立する方が重要で、個人的には、総合医療センターから、例えば循環器専門医や消化器専門医が移ることはないだろうなと、場合によっては当直等の応援は

可能かもしれませんが。

東松戸病院としましては、いかにきちんと常勤してもらえる体制を確立するかが重要なポイントで、千葉大学さん自体が、歴史があるがゆえに総合診療や高齢者医療をあまり得意とされていないので、そのプログラムを作成することは難しいと思いますが、例えば、全国から自治医大出身の総合診療ができる医師を指導者として招くなり、逆に松戸市は在宅で特徴的な診療をされている開業医さんがいらっしゃるので、総合診療的なモデルを作るという意味で、都市型ホスピタリスト養成というようなテーマで人材を招聘するということもありかなと感じます。

委員

療養病床で医師を確保することが難しいので、急性期病院から半数近くの医師がスライドしているというのが現実ですよ。外部から新規雇用している医師は少なく、5~7割くらいは急性期から慢性期へ移っていて、なかなか単独で雇用できないというベースがあるので、そこまでドラスティックに変革できれば可能かもしれませんが、その選択肢はあり得るのかなと思うところです。

委員

総合医療センターが高度急性期医療に特化するにあたって、入院患者の送り先を確保しておかないと難しいですよ。早く退院しても、同じ経営形態の病院であれば、非常に患者さんも安心して移転できる、そこへ週に1回でも総合医療センターから診療に行くという連携が、急性期病院として特化していく段階で非常に必要になってくるのではないかと思います。

今現在、東松戸病院との関係性におきまして、そこが全くない状態のようですが、現実的には難しいのですか。

委員

そこは文化だと思いますが、よく病院を2つ運営している場合、1つに統合すべきだという意見があるのですが、2つで機能を分化させた方がうまく働くことが

多くて、1 病院ですべてを賄うのは難しく、連携することは当たり前で、入院した時点で退院を見据えなければならない時代ですので、2 病院持っている方が絶対良くて、ですから、民間病院は複数運営されておられますよね。

自治体病院は 1 つというところが多くて、それらの病院は相当苦勞されていますよね。

ただし、松戸市の場合、2 病院のメリットを活かしきれていないという面があることも確かではあります。

#### 副会長

2 病院のメリットが十分活かしきれていないというご指摘ですが、東松戸病院の入院患者の約 3 割が総合医療センターからですが、このパーセンテージは年々低下しております。

平成 26 年以前は総合医療センターで手術して、そろそろ回復期へ移送して良い症状になった患者さんは速やかに東松戸病院へ流れてきておりました。

しかしながら、平成 26 年頃から、急性期病院から回復期病院へ移る際に、A 病院、B 病院、C 病院がありますが、どちらを希望されますかという選択制が敷かれるようになりました。

最近では総合医療センターと東松戸病院が同じ設置母体であっても、一本の路線で東松戸病院へ流れてはおりません。

選択されて東松戸病院へ転院される患者さんが約 3 割という状況です。これがだんだん低下しているということなので、送り先の選択肢が増えており、東松戸病院よりも魅力があるという事情があると分析しております。

ですから、総合医療センターに関連した回復期病院だから安心というわけではありません。

#### 会長

安心の回復期病院になるのはいかがですか。

## 委員

建物が古くて、あの療養環境では転院に二の足を踏む患者さんもいるかもしれませんが、やはりある程度は綺麗で体制も整えて、スタッフのレベルも上げて、選ばれる病院にしていくことは重要と思います。

## 会長

東松戸病院の今後を考える上で、建物が古い、耐震性の問題といった面で、患者さんが転院先として選ばない。新しくなった総合医療センターは患者に選ばれて来院されているわけで、古い市立病院のままだったら選ばれなかった。それは同じ問題ですよ。

今は同じ系列だからといって落ち着いているわけには行かないのですが、セーフティネット的なところがありませんか。東松戸病院が空いていけば安心だけでも、他の病院が空いていけば、そちらに移ってしまうという現実的な問題。

船橋と千葉では 1 つしか病院がありませんので、そちらの面での苦勞をされていると思いますが、キャパシティの問題だけなのか、いかがですか。

## 委員

特殊な例のため参考になるかわかりませんが、大学では血液疾患の患者さんで年間発症率が 400 件くらいの疾患を 4 つくらい集めた中で、千葉市立病院で診ているのが年間 190 件くらい、そのうち二次病院の控えとして 50~60 ベッド必要で、完璧にそれだけのルートで運営できているのはなぜかと考えますと、医師が熱心ですね。送った先に週 1 回は訪れて診療しているので、患者さんも他の病院へ移る気がないとおっしゃっていました。そのような例もあるということで、参考にさせていただければと思います。

## 会長

今後まだまだ検討していかなければならないことがあります、東松戸病院として七日市病院の比較をしたかということをし少し補足しますと、診療機能をどうす

るかという問題と、コスト削減と併せて、収入を増やすということも重要であるというご意見がありましたので、東松戸病院の一般病棟で診療報酬平均単価が28,000円、平均在院日数60日ということですが、果たしてこれが妥当な状況なのかどうか、七日市病院では障害者施設入院基本料等で単価を上げているとのことですので、一般病棟の入院単価が低い現状に対し、何か単価アップのヒントがありましたら、お願いします。

#### 委員

きちんと分析しないと難しいところはありますが、加算は確実に受けなければなりませんし、在院日数も考えなければならぬと思います。

まずは、「病院」という雑誌の3月号で宇和島徳洲会病院の経営再建に関する論文を寄稿したのですが、徳洲会70病院のうち40番くらいの経営レベルの病院だったのですが、40代の院長先生が新たに着任され、いろいろと経営改善されて、徳洲会で1～2番の経営の良い病院に引き上げたのです。

ここも療養系の病院として、急性期の市立宇和島病院の受け皿としての役割を徹底しておりまして、最初は一般病床へ入院するのですが、その後、障害者病棟や地域包括ケア病床等へうまく転棟させるということを意識して、ベッドを空けないようにしている。空いたベッドは利益を生みませんので、できる限りうまく稼働させつつ、単価も上げて、加算も捨てるということに取り組んで、収益を急改善された事例です。

自治体病院はこれらを一番苦手にしてはいますが、もらえるものはきちんともらい、収益上げる部分は上げるということをしていかないと、結局、その不足分を税金で補うというのは、住民の皆さんの納得も得られないと思います。無理に収益を上げることは必ずしも是ではありませんが、上げられる収益に対して、正しく運営すれば、正しく収益が上がるというのが、現在の診療報酬の制度です。そこをもう少しきちんと分析する必要はあると思います。

#### 会長

今のご意見につきまして、何か補足はございますか。

今後、少なくとも5~20年くらいの間につきまして、今のご意見も含めて、当面5年後程度に東松戸病院がどのような診療機能を目指すのかということですね。

それから、どのような外来診療を運営していくのか、検診をどうするのかということも含めて、果たして、一体どのような医療サービスを提供していくのかということ、ご提示いただく必要があります。これが収入に関係します。

また、費用に関しましては、病院長と総合医療センターとの相談になりますね。東松戸病院としては、総合医療センターとの連携に対して、このようなことをお願いしたい等をご提示いただく必要があると思います。

それが妥当であれば、審議会として「このとおり進めなさい。」という答申ができるのですが、これまでは概念的な議論でしたので、「このようにすべきです。」には至っておりませんので、細かい数値は別としても、具体的に、どのような姿を目指し、どのような診療機能を提供するのかということ、**「29,000 円の単価を32,000 円に上げます。」**というような数値を述べる必要はありませんが、「今まで実施していなかった、こうした取り組みを導入します。」といった計画をご提示いただきたい。

我々がコンサルタントとしての役割であれば、1つ1つ分析することもできるのですが、この審議会はそのような機能を持っておりませんので、ご提示いただいた資料に基づいて、その考え方や提案が妥当であれば、承認、勧告するということになります。

委員

最初の頃に、建物の老朽化が激しいというご説明がありましたが、建物のことを考えずに、診療機能を進めても実現できないのではないかと、市に建替える気があるのかどうか。

会長

建替える気があるかどうかにつきましては、実際、皆さんに視察していただい

て、あの建物では今後続けていくことは無理であろうという印象をお持ちだろうと思います。

では、建替えにあたって、どのような診療機能を持って、また何を中止にするかということが明示されないと、逆に言えば建替えられないのではないかということなのです。

今の診療内容、経営収支のまま建替えて続けていくということには、おそらく審議会として賛成しにくいのではないですか。

委員

そうしますと、存続するかどうかという問題ですよ。

会長

存続を先に決めているわけではありません。千葉県地域医療構想、この地域の病床分配や人口構成比も変わってくるという状況もありますし、後に市側から東松戸病院の担う医療機能をどうするかという考え方を述べていただきますが、これらを加味して、この地域にはこういう医療機能が必要であるということが明確にならなければ、ただ今のまま建替えて続ければよいとはならないという考え方です。

委員

診療機能を考える上でのヒントにもなると思うのですが、先ほど、うちの卒業生の宇和島病院のご紹介をいただきまして有難うございます。

徳洲会は救急を断らないということで、そこからの一般急性期から急性期も含めた回復期への転院モデルとして運営しているのかなと思います。

東松戸病院の15:1で悩ましいのが、基本的に救急移転をやっていないので、急性期の患者さんの確保が難しいわけです。

一方で現状、療養とされる患者さんはどちらかというと介護施設に入所されるような中で、15:1の位置づけがわかりにくくなっているという状況なのですね。

多くのケアミックス病院の15:1というのは、軽症の急性期患者を診て、単価

3万円くらいで、少し整形の手術ができるとか、肺炎で合成剤へゆくとか、そのような患者さんを診るかどうかということが1つあると思います。

または、そうでないならば逆に、障害者や回復期リハといった一部の機能に特化していくというような考え方ができるのではないかと思いますので、付け加えさせていただきます。

#### 委員

私も同様の意見なのですが、長期療養型病院や今少し話題のありました後方支援型病院、医療現場ではこの後方支援のニーズは非常に高いので、医師の確保も楽ですし、医師間の交流もある程度できるという状況です。

ただし、東松戸病院につきましては、本来からの使命として、療養型を包括した機能を持たせなければならないと考えます。

#### 会長

このあたりはもっと詰めなければなりません、前回、市として、現在及び将来の東松戸病院が担っている医療機能の必要性につきまして、どのように考えているのか述べていただきたいとお願いいたしましたので、このことにつきましての見解をお願いします。

#### 事務局

市はどのように考えているのかということでございますが、これにつきましては、福祉医療センターをつくるというところからの若干の状況も含めて説明をさせていただきます。

30数年前のことになります。昭和61年国は国立療養所・病院統廃合計画を発表しました。これは全国の施設を対象としまして、松戸にありました国立松戸病院もこの対象となりました。

この計画を受けて平成元年から「国立松戸病院跡地」につきましての検討が始まりました。

当時の衛生部、今の健康福祉部の健康推進課と地域医療課を合わせたような業務を担当しておりました衛生部の衛生課に松戸市立病院から内科の医師を兼務で医療技監として配属し、その技監中心に国立松戸病院跡地利用計画の検討を行っておりました。

そして、平成3年4月に福祉医療センター開設準備室が設置され、スタッフとしましては、内科部長、医療技監、看護局長、事務方として部長、次長、主査2名と担当職員の私、計8名でスタートいたしました。

翌、平成4年7月1日に国と譲渡契約を行い、その翌年平成5年10月に福祉医療センター東松戸病院及び老人保健施設梨香苑がオープンとなりました。

そしてその2年後、平成7年1月17日に阪神淡路大震災が起きました。

これを受け、老朽化した施設につきまして対応しなくてはならないということになり、同年4月から市立病院、東松戸病院からメンバーを出し、松戸市立病院の建替え検討協議会が設置されました。その後、紆余曲折を経て、平成23年4月に新病院を千駄堀に移転新築することが決定しました。現在の松戸市立総合医療センターでございます。

この移転決定に伴い、東松戸病院のあり方に関する議論も若干ございましたが、新病院建設は非常に大きな事業でありますことから、病院としても東松戸病院まで含めて検討できる状態にございませんでした。

もちろん、福祉医療センターの立ち上げの際にも、医療従事者も含めた組織をつくっての対応をしてみりましたが、同様の体制を整えることはできない状況でしたので、現在までのところ、包括的な議論に至っていないという現状でございます。

そこで、あらためまして、市民の健康政策を担う立場から申し上げますと、まず1つ、2025年は、団塊の世代が75歳を迎えるという問題がございます。

また、千葉県保健医療計画では、松戸市が含まれます東葛北部医療圏の75歳以上の人口推計は2015年から2025年にかけて14万7千人から24万人に増加し、その後2040年までは、ほぼ横ばいであるとされており、1つのターニングポイントになるのかなと考えております。

また、平成 28 年の報告では、東葛北部医療圏の回復期及び慢性期の病床を合わせると、平成 37 年に必要とされる病床数、約 6,000 床に対し、約 3,000 床が不足すると見込まれており、さらに、現在の東松戸病院の病床稼働率は 90%以上で推移している状況があります。

しかしながら、一方で、東松戸病院は一般会計からの多額の繰入金で赤字を補てんしながら、経営させていただいている状態が続いております。

これらを鑑みますと、現在、東松戸病院が担っている、回復期及び慢性期にかかる医療機能は必要であるとの認識を持っておりますが、併せて、その経営形態につきましても、十分に検討しなければならない課題であると考えております。

誠に僭越ですが、私からは以上でございます。

会長

ただいまの件につきまして、ご質問、ご意見はございますか。

委員

後ほど 185 床計画につきましての議論になると思いますが、繰り出しが多いことにつきまして、市役所職員、特に総務や財政を所管される立場にある部長さんあたりは経費縮減に目が行きがちですが、病院事業というのは、人員を雇ったり、診療報酬単価の高い診療への国の誘導に乗ることで収益改善する面があるのです。

人員を雇うと収益が改善する例として、まさに松戸市立総合医療センターが典型で、現在、看護師が 100 人くらい足りないとのことですが、病床稼働率は 95% を超えて満床の状態、患者さんはたくさんいるにもかかわらず、職員定数で人員雇用を抑えてしまっている、空のベッドの状態が生じ、10 億～15 億円の得べかりし収益減となっていると見ています。

これを 100 人増やすだけで、単価の高い ICU、HCU や子どもの PICU に優先的に入院させれば、大幅に収益は改善します。

先ほどからの障害者施設入院基本料につきましては、施設基準 10:1 ですので、看護師を増やさなければならぬわけですが、職員定数が改定できないから病床再

編が不可能だと考えていると見えます。

要は今の経営形態ありきではなくて、今でもできる人員を増やして、収益を改善させて、繰り出しを減額させるという考え方も意識しないと、繰り出しがあるから人員を抑制する、それによってギリ貧に陥ってさらに収益が悪化するという流れになるのです。

どうしても、地方自治体の税収は一定ですので、支出を抑制するという考えはわかるのですが、病院事業は全く別ですから、絶えず増益のための投資をし続けて、この地域はさらに高齢者は増えますし、東京に近いので、人員雇用もきちんとやれば集められます。しかも、雇用する人員は若者ですので、平均年齢が下がって人件費比率も下がります。ここ5~10年くらいの急性期病院はとにかく人員を雇って、単価を上げて、患者さんを集めた病院が収益改善しています。

ぜひ、東松戸病院にしろ、総合医療センターにしろ、必要な投資をした結果、住民の満足度に答えながら、繰り出しも減らしていくというような発想を持っていただきたいと思います。それだけの需要はあります、供給力を増やせば、それなりの収益改善につながると思います。

会長

市としては、現在の果たしている医療機能につきまして、今後、医療圏での推測される必要病床数から見ると維持していかなければならない。しかしながら、経営状況につきましては、憂慮しているということで、委員の皆さんの認識ともそう変わるものではないと思います。

ただし、今のままで良いというわけではないという課題もいくつか出されておりますので、例えば、施設を建替えるにしても、5年以上先ということになると思いますので、その程度の将来における東松戸病院の目指す姿というもの、また、どのようなアクションを起こすのかということ、次回以降、病院事業局にご提示いただきたいと思いますので、よろしいですか。

では次に、資料2及び3につきまして、前回議論いたしました、現在の病床はいっぱいな状況であると、さらに稼働病床を増やすためには、人員も増やさなければ

ばならないが、そうした場合、収支はどうなるのか。先ほどのご意見で、増床して人員を増やしても患者さんが集まれば、十分な収益改善になるということですが、では、具体的に議会上程と同等レベルの資料を提供してほしいとお願いしましたので、1案、2案を併せて説明していただけますか。

## 事務局

それでは、東松戸病院の185床計画につきまして、説明申し上げます。資料2-1をご覧ください。

東松戸病院は現在162床にて稼動していますことは、すでにご承知のことと思いますが、1月16日の第4回病院運営審議会におきまして、東松戸病院を視察された際、4階病棟の西側に閉鎖された病床がありました。

185床計画とはこの閉鎖された病床を開設し、病床単位で対応可能な、地域包括ケア病床を増床して収支改善を図るというものになります。

また、東松戸病院では地域包括ケア病棟入院料1の施設基準を取得していますので、患者一人当たりの床面積を6.4㎡以上確保しなければならないことから、建物の増築がない中、185床が最大となります。

計画は、現在、地域包括ケア20床を含む60床1病棟で運営している4階病棟に23床増床し、西側37床、東側46床の2病棟にします。

病棟の内訳としましては、西側の37床を地域包括ケア、東側の46床を一般として、一般よりも単価の高い地域包括ケアを17床、一般を6床増床します。

なお、病棟が1病棟増えることに伴いまして、看護師を12人増員し、西と東に17人ずつ配置します。

また、リハビリのできる患者に対して1日2単位(20分×2)以上リハビリを提供する地域包括ケア病床が増床されることから、リハビリの職員を4人増員します。

この計画に基づく収支につきましては、2ページを、ご覧ください。

現行の実績見込みとの差におきまして、収益は地域包括ケアで1日平均患者数が15.3人の増。一般で1日平均患者数が5.4人増となり、2億500万円ほどの

増収になります。

支出につきましては、職員の増員で給与費が7,900万円ほどの増額。患者数の増に伴って材料費が900万円ほどです。経費では検査委託と給食委託になるのですが、550万円ほどの増額、支出総額で9,400万円ほどの増額となります。

収支差し引き1億1,000万円ほどの収支改善になります。

続きまして、リハビリを強化した場合の計画につきまして、説明申し上げます。

資料3-1をご覧ください。

先ほど説明いたしました、4階病棟のすべての病床開設と地域包括ケア病床の増床による看護師の増員までは一緒の考え方になりますが、この計画はさらにリハビリ職員を増員し1年365日リハビリを提供できる体制を整えて、施設基準の回復期リハビリテーション病棟入院料1を取得して収支改善を図るものになります。

計画は23床の増床、12人の看護師の増員までは一緒に、施設基準の回復期リハビリテーション入院料1を取得するためにリハビリ職員を19人増員します。

これに伴い、患者一人当たりの平均リハビリ単位数が4.76単位増えます。内訳としましては、出来高算定できる病棟におきまして、1単位から3単位近くが増となる見込みです。なお、3階西の回復期リハ病棟では全国平均の6.32単位を見込んでの計算となっています。

この計画に基づく収支につきましては、2ページを、ご覧ください。

現行の実績見込みとの差につきましては、収益におきまして、施設基準1を取得し3西病棟（回復期リハ病棟）の入院単価が大幅に増額となるほか、3東病棟、4階一般病棟でのリハビリ提供数の増に伴う入院単価の増、そして、4階の地域包括ケア病床の増床に伴う患者数の増により、3億2,000万円ほど増収となります。

支出は、職員の増員で給与費が1億4,600万円ほどの増額。患者数の増に伴って材料費が900万円ほど、経費で、検査委託と給食委託になるのですが、550万円ほどの増額、計1億6,000万円ほどの増額になります。

収支差し引き、1億6,000万円ほどの収支改善になります。

会長

ご質問はいかがですか。

委員

地域包括ケア病床と回復期リハ病棟を増やすという計画ですが、診療報酬改定前での試算だと思いますので、改定後で作成していただかないと、最終的に正確な数値にはならないと思いますが、特に資料 3-2 の 1 ページ、回復期リハ病棟の入院料 1 につきましては、リハビリ実績で査定されるので、本当に 5,480 円も増額できるのか不安なところがありますので、きちんと改定後の数値で提示していただく必要があると思います。

委員

逆に人員を雇って、きちんとしたリハビリができないと増収できないので、維持するためにリハビリ職を雇わなければなりません。

地域包括ケア病床もケアの質が問われたり、いろいろな組み合わせによって単価が上がる仕組みとなっておりますので、質を高めることが重要で、併せて人数を雇うこともセットで意識していないと、開院しましたし、患者はいますが、人員がいなくて、加算が受けられず収益が下がりますみたいな事態に陥ります。

とにかく厚労省は人員を雇って質を高めないと収益上げさせないという方向に誘導しようと進んでいます。

委員

障害者施設入院基本料がはじめてから外してあるので、本当に導入できないのかという議論をする必要があるのではないかと思います。

会長

障害者施設入院基本料の基準である入院患者の 7 割を満たすのかどうか、次回までに検証していただいて、東松戸病院が該当するのであれば、導入する方が適正だと思います。

## 委員

逆に言うと、導入すれば、満たすのではないかなと思うのですよ。

## 委員

都市部の場合、分散している患者さんを集めれば、たくさんいるのではないかというのが、全国的な事例を見た感触です。

この狭い地域だけを考えたら無理ですが、200万人くらいの都市部で、障害者病棟を運営している病院はそれほどないですから、それぞれ少しずつ分散した患者さんをケアしているわけです。その患者さんがある程度集めるだけで、実は全然違ってくるのではないかと思っていますところですよ。

## 会長

これも先ほどの比較する地域の規模が全然違うというご意見と、東松戸病院として、どこまでをマーケット圏域と捉えるかという理念やヴィジョンとは二律背反的なところがあります。

事業管理者や院長にとって、単に経営だけの問題ではないため、東松戸病院に障害者施設入院基本料を導入することによって単価収益は上がるかもしれないが、それが、将来的に東松戸病院が担う医療機能の姿、ヴィジョンなのかということでもありますので、どちらを選ぶのかといったことも含めて、次回までにご提示いただくことになると思います。

## 委員

前回、185床計画につきましては、院長がご説明されていたと思いますが、この度お辞めになられるということで、これを実際に病院が引き続き運営していくことができるのか心配なところがあるのですが。

## 会長

おそらく自治体の慣例として、この増床計画を総務や財務に提案したとしても、

「まず収益改善の実績を上げてから提案しなさい。」という流れになってしまうのではないかと推察します。

この計画案が実態として妥当であるならば、審議会として答申に組み込みましょうということを前回 1 月の審議会で議論いたしました。

ただし、前回はもっとアバウトな資料でしたので、具体的に増員看護師の採用年数を 3 年目と現実的な人件費を設定して 12 人、リハビリ職員を 4 人増員して、病床数を 23 床増床することによって、約 1 億円は改善できるという今回の計画に作り直していただいたわけです。

これを次回以降も検証して、承認できるようであれば、市長に対して「計画を進めるべきである。」とレコメンドして、尊重していただくと。

委員

院長がお辞めになられて、病院経営には情熱を持ったトップが必要ですが。

委員

今月にお辞めになられるということですので、既に後任の院長は決まっていると思いますが。

副会長

既に後任の院長と今後の病院運営につきまして、協議は始めております。

また、条例定数につきまして、看護師さんがいないと病院は稼動しない。現在、総合医療センター 600 床を動かすだけの看護師さんがいないです。平成 23 年 12 月に公表された 597 人という数字が一人歩きしている懸念があります。実際には、正確な数字ではありません。

現在の看護師数では 600 床すべてを使い切ることができない実情ですので、年度替えの際、人員要求をいたしました。が、「実績を見てから。」という回答で、先ほどの委員からのアドバイスとは逆行している考えでしたので、ぜひ必要な人材は回していただいて、実績を上げさせていただきたいとお願いするところです。

## 委員

病床の現状が埋まっていれば、それが実績なのですよね。

人員を増やしても、募集かければ採用希望ありますよ。

私は、かつてここと同じようにさいたま市立病院の外部委員をしていたのですが、500床くらいで人員を増やすことになって、看護師定数80人くらい増やしたところ、あっという間に1年で9億円収益が上がりました。

今は7:1だけでなく、ハイケアユニットだと4:1で、看護師さんがたくさん必要なのですが、その分、一晩泊まると10万円も診療報酬が受けることができるような仕組みになっているので、とにかく空きベッドはもったいない。

これが、開院しました、でも、看護師さんの数に対して病床利用率ガラガラです、という状態ですと、まずはベッドを埋めるべく、あちらこちら集患対策しなければならぬという話になりますが、今は患者さんが多く来院されている状態で、新病院効果がありました。

正直、3年ほど前、議会に呼ばれて議員さんの前で、「豪華な病院建てて大丈夫か。」と問われても、「わかりません。」としか答えられませんでした。今なら、総合医療センターに対して「定数を増やして、人員を増やす方が収益は上がります。」と答えられます。

結局、空きベッドにしてまで生じた損失に対しては一般会計から繰り出さざるを得ませんので、病院の借金を返しつつ、繰出金を減らすためには、人員を増やすという手段は王道です。

できれば6月議会が望ましいですが、次の9月議会までに定数を上げる準備をしておいて、速やかに採用して、それでも来年度からの配置になってしまう可能性がありますので、できるだけ早く途中採用も含めて、着手するということが重要かもしれません。

また、定数増の見込みがないと、看護学校等を回って若い人材をスカウティングする時間も遅れてしまいますので、早めに定数増の合意を取っておく方が、結局は無駄な繰出金を支出しなくて済むわけです。

収益が上がれば、繰出金を抑制することはできますし、収益が伸び悩めば、繰

出金は支出せざるを得ないわけです。建物の借金については、返済せざるを得ないわけですから、今なら、病床稼働率 95%ですから 600 床が埋まるはずですし、単価の高い PICU はまだ 10 分の 6 床しか稼働しておらず、10 床の運用ではなかったと思います。4 床分稼働すれば、1 床 1 日 10 万円くらいで、必ず収益上がるはずですよ。

議員さんも傍聴されていらっしゃるかもしれませんが、こういう場であえて訴えますが、病院事業につきましては、人員を増やさなければ、どうにもなりません。

これが、例えば水道事業であったり、他の公営企業であると、収入額は決まっていますので、同じ考え方にはなりません。病院事業だけは特殊なので、発想を柔軟にさせていただくと、松戸市の財政に対してプラスに働くと思います。

#### 委員

釘を刺すわけではありませんが、そもそも人的投資は大事で、そこで稼働も確保できるということも重要ですが、さらに単価を上げる努力というの、当然同時に行わないと、投資対効果が低くなります。

一般病床や地域包括ケア病床の単価は平均より低い状況で、現在その単価をベースに運営されていますが、配置と単価は必ず整合していないと、診療報酬の考え方も同じですが、病棟機能を持つのであれば、そうした患者をどのように確保するか、それによって単価が上がるという絵を一体で描かないと、実現可能性やさらなる収益増は見込めないということになるので、ご検討いただきたいと思います。

185 床シミュレーションにつきましては、障害者施設入院基本料であったり、七日市病院との関連にありました委託費や経営管理の工夫ですとか、外来の縮小といった意見もありましたので、これらを盛り込んだ形で再度ご提示いただけたらと考えてよろしいですか。

#### 委員

もう 1 点だけ、集患の観点から地域連携室の充実、場合によっては増員をして、

福祉施設や介護施設等を回って、患者さんを積極的に受け入れるといったことも必要ですが、これらにつきましても、どうしても市の人事担当は人員定数を渋りがちですが、病院も商売ですので、営業の職員もいないと患者さんは埋まりません。

これは総合医療センターだけでなく、東松戸病院もいわゆる地域連携部分が重要で、実は病院にとって議会対策をする事務職員は要らないのですよ。施設を回って患者さんを受け入れる職員の方が必要なのに、自治体病院は逆で、何も患者さんや診療報酬と関係ない職員ばかり増やして、患者さんに関係する職員は少なかったりします。

東松戸病院の事務職員は比較的多いかなと思うのですが、その内訳として、患者増や経営改善に資するような人員配置になっているのかどうかはわからないので、そこも配慮していただければと思います。

#### 事務局

ただいまの地域連携に関してですが、平成 30 年度計画におきまして、臨時職員の保健師 1 人を雇って地域連携部分を担うということと、医療ソーシャルワーカーを配置することとなっております。これまで、在宅支援や地域連携に対しては、現存の範囲で病棟の MSW が対応しており、中途半端は否めませんでしたので、人員配置の対応をしてまいります。

#### 副会長

一般病床の単価が一番低く 22,000 円ですが、これが最多で 88 床ありますので、これを減らして第 1 案、第 2 案ができていますが、地域包括ケア病床や回復期リハ病棟には 1 床あたりの面積がより広く求められます。

現在の建物のままで、この計画は可能なのですか。

#### 事務局

ベッドの移動だけで可能です、工事も修繕も不要です。

## 副会長

であれば、なぜ、もっと早く実施できなかったのかということになります。

修繕が必要かどうかの確認と、現時点で建替えは前提ではないという議論の中で、今後 10 年間にかかる修繕費として 14 億 5 千万円が見込まれておりますので、これも頭に留めて置いていただきたいと思います。

## 会長

極端にいうと「東松戸病院はいらない。」という意見もあり得るので、現時点で建替えありきの議論をするわけにはいかない。しかしながら、いろいろな状況を踏まえて、今、東松戸病院が提供している診療サービスはこの地域にとって、将来的にも絶対に必要で、松戸市として提供すべきであり、他自治体との比較も必要でしょうが、松戸市としては繰出金を支出してまで続ける意味があるとなれば、建替えてでも運営すべきだということになると思います。

これを次回以降、審議するには、185 床計画におきまして、診療報酬改定後も 500 万円程度の設備投資で実現可能なのか、また、これまでは数値が提示されておりませんが、改善値の FIM（機能的自立度評価）が回復期リハビリをやっていくわけですね、これはどうだったのか。次回、この数値をご提示いただかないとならない。

つまり、平成 29 年度の外来の脳血管と骨折とその他で分かれて、FIM 値を出していますよね。これで新しい診療報酬額を踏まえても大丈夫ということになれば、この計画は評価できないということになります。

それから、4 月から新しい院長が就任されるということで、すでに総務省から中期計画云々があるかもしれませんが、それとは別に、あと 4～5 年でどのような診療機能で、具体的にどういうアクションを起こすのか、それには増床、増員、外来及び委託費等の問題があり、一体どのような計画がつけられるのか、できる、または本当に目指す目標値、計画値を算出していただきたい。

新病院長のもと、いくら稼ぐのか、資料 1-5 の他自治体と比較して、どの程度の医業収支比率を目標値にするのかといった、ある意味、決意表明に近い感じにな

りますかね。

それをもとに、単なる空論なのか、改善点のアドバイスをして、本庁に対してもっと設備投資をすべきや定数を増やすべきといった提言を含めて答申することになると思います。

委員

傍聴の方、市の幹部もいらっしゃいますので申し上げますと、要は診療報酬改定が2年に1回ずつありますし、厚生労働省がどのように誘導していくかということはある程度見越した対応しなければならないわけで、これは事務局で大きな流れをまとめて提示することは必要かと思えます。

15：1の一般病床で漫然と医療を続けていくことは時代遅れになるし、梯子を外される恐れがある。逆に地域包括ケア病床は誘導しているので、質を高めていくとか、5～10年先を読んだ診療報酬の流れと人員配置計画があると、市当局も配置しやすいし、納得も得られやすいと思えます。

そこをなんとなく現状維持を前提として、目先で何とかしますというような計画では将来は見えてこないのですよ。

とにかく大きな流れでは診療報酬において、一般的な病院は地域包括ケアや回復期リハビリ機能を重視するよう誘導する流れになっていて、実際に不足していますし、この地域でもそれを充実させることが重要です。漫然と一般病床を15：1で抱えていること自体が、ある意味、危ない部分もあるので、1歩先を読んだ体制を考えると、もっとリハビリ職員は雇っておかなければ、成果主義に基づいて収入は上がらないという話になります。

イコール質の高い医療を提供することが収入につながっていくことになりますので、住民、患者の皆さんにとっても、病院の収益にとってもプラスになるという仕組みになっておりますので、その絵を事務局にて作成していただくのがよろしいのかなと思います。

委員

釘を刺す役みたいで恐縮なのですが、地域医療構想の調整会議における議論ということで厚生労働省がまとめている中で、公立病院に関することという件があるのですね。

一言でいうと、民間病院との役割分担を踏まえて、公立病院でなければ担えない分野に重点化していくことにつきまして議論しなさいと書かれています。

公立病院でなければ担えない分野とはへき地、救急、小児、周産期、がんにかかる機能と例示されていますので、そこも踏まえた形で検討していただきたいと思っています。

#### 会長

今は医療があるのだけれど、これは誰が経営するのかということが、おそらく最後の議論になると思います。

どこまで自治体が責任を負うのか、ここの地域に東松戸病院が担っている医療機能は必要であるということは、委員の皆さん合意できているし、市民の方もわかると思いますが、果たして、自治体がどこまでコミットメントするのかということが、今後の議論になってくると思います。

正直、東松戸病院はこのままでは物理的な建物状況からだけでも持続可能性はありません。

医療機能として必要であるということは明らかになってきましたが、この病院としてどのようなビジョンを持っているのか、それはどういう経営主体であろうか、その病院の経営者として担わなければならないのか、もしかしたら、誰が株主、資本家、運営主体になるかは別の話になりますが、病院として、きちんと目指す姿、あるべき姿を提示していただきたい。

#### 事務局

先ほど市当局に対して厳しいご意見をいただきましたが、昨年6月から当審議会を開催するにあたり、総務部長、財務部長及び福祉長寿部長につきましては、快くご協力、ご出席をいただいておりますので、先ほどご懸念のありましたような

病院側の改善に向けた取組みにおきまして、間違っていたり、不十分な点に対するアドバイスは当然承りますが、それは決して否定的な視点によるものではございませんので、ご理解をいただきたいと思えます。

#### 委員

両部長さんお二人がご出席されることは非常に大きいのです。病院事業に関する感覚を知っていただくことは大事でして、おそらく初めて聞く内容もたくさんあるかと思えます。私たちの言葉は神ではありませんので、絶対に従えというわけではありませんが、こういう流れが起きていますよということは辛口で述べさせていただきますが、少し耳に留めていただくレベルで結構ですので、ご自身で勉強されるのがよろしいかと思えます。

#### 事務局

私もまだまだ勉強しなければならないところではございますが、収益を改善することに関しましては、コストの削減と売上げのアップの両方のバランスであると考えておりますし、財務部としましても、繰出金をいくらにするかということに関し、予算編成の際に十分に議論いたしますが、コストカットを強引に迫るということは一切行っておりません。

確かに収益の改善は求めておりますが、コストカットをしなければ、繰出金を認めないといった予算査定は行っておりませんので、ご理解をいただければと思えます。

また、守備範囲外になりますが、職員定数に関しましても、実際に市長部局は減っておりますが、病院は増えておりますので、その見合いという点はあるかと思えますが、今後も忌憚のないご意見をいただいて、私どもの現状等をお示したいと思えますので、よろしく願い申し上げます。

#### 会長

それでは、本日の議題につきましては、終了とさせていただきますと思えます。

次回、東松戸病院の方向性、目指す姿及び取り組むべき対策をご提示いただいで、また、先ほど 15：1 の一般病棟を続ける意味があるのかというご意見がありました。では、梨香苑 50 床に入所されている方と身体状態はどう違うのかといったことも少し議論していきたいと思ひます。

早うちに新体制でこれらに着手していただいで、5 月下旬頃に開催したいと考へておりますが、日程につきましては、あらためて調整させていただきたいと思ひます。

それでは、私からは以上となりますので、事務局へお返しいたします。

事務局

会長、有難うございました。

最後に、事務局から連絡事項といたしまして、本日、お車を市役所駐車場にお停めになられた委員の方がいらっしゃいましたら、会議終了後、事務局までお申し出下さい。

以上をもちまして、平成 29 年度第 5 回松戸市病院運営審議会を閉会いたします。本日は有難うございました。

以上