

第28回横須賀市立病院運営委員会 議事録

(うわまち病院建替検討第10回)

日時	平成29年(2017年)8月17日(木) 14時00分から15時55分まで
場所	横須賀市役所3階会議室B
出席委員	土屋委員長、遠藤副委員長、岩田委員、波多委員、若山委員、渡邊委員
事務局	横須賀市：惣田部長、内田市立病院担当課長、椿課長補佐、藤岡 トーマツ：根本、對馬、大久保
指定管理者	本多副病院長、宮本小児科部長、有森事務部長、高野事務次長、大久保 総務課長、安達課長補佐
傍聴者	9人

1. 開会

2. 議事

(1) 市立病院で担うべき機能・役割

事務局から資料の説明を行った。

質疑については以下のとおり。

◎土屋委員長

現状の指定以外に、がん診療連携拠点病院や災害拠点病院の指定を受ける必要があるかが論点になるかと思いますが、ご意見ありますか。

◎波多委員

現在は、がん診療連携拠点病院の指定を市立2病院とも受けていません。また、災害拠点病院の指定は市民病院が受けていますが、うわまち病院は受けていません。現時点でそれぞれの指定を受けていない理由を教えてくださいませんか。

◎指定管理者

災害拠点病院は、国の基準に基づき県が指定するもので現在、本市では市民病院と横須賀共済病院が指定されています。県は病院の機能というよりも、地域性を踏まえて指定していると考えられます。また、うわまち病院は、県独自の制度による災害協力病院となっています。機能としては災害拠点病院と大きく変わりませんが、災害拠点病院となると災害派遣チーム(DMAT)やDMAT派遣に必要な緊急車両を有していることが要件となります。うわまち病院も災害拠点病院として機能できる状態であり、指定されるかどうかは県の意向次第であると考えます。

がん診療連携拠点病院に関しては、うわまち病院は救急、小児、周産期に注力しているため、医療資源の性質が異なるがん治療には十分に手が回っていませんでした。現在は高

精度放射線治療の設備を設けるなどがん治療に力を入れてきています。

◎渡邊委員

近隣の横須賀共済病院が、がん診療連携拠点病院の指定を受けていることから、うわまち病院も指定を受けることは制度上、難しいと考えます。県が指定する神奈川県がん診療連携指定病院が現実的ではないでしょうか。

◎土屋委員長

国が指定するがん診療連携拠点病院は原則、二次保健医療圏に 1 施設です。東京や神奈川など人口が密集している地域は都道府県が独自にがん診療連携指定病院を指定しています。その場合、国から都道府県へ補助金が支給されています。

他に意見が無ければ、現在の指定を引き続き継続させ、災害拠点病院は県の意向によるところになりますが、指定を受けられる方向性として準備し、がんについては県独自のがん診療連携指定病院を受ける方向性したいと思います。

◎岩田委員

現在の許可病床数を維持する場合、現在休床している病床を引き続き休床とすることを前提に建替えなどを行うのは県が承知しないでしょうかから、稼働させる必要がありますがいかがでしょうか。

○事務局

一般的に病院を建替える際に、休床を前提とした建替えは、許可病床の返上の指導を受ける可能性が高いと考えられます。

◎土屋委員長

公立病院に係る交付税措置では、以前は許可病床数を基準に配分されていましたが、現在は稼働病床数が基準になっています。

◎渡邊委員

資料②の中で平成 25 年から平成 37 年にかけて患者数が約 20%増加すると記載されていますがどのような患者が増加するのでしょうか。

○事務局

疾患で上位となるのが、がん、急性心筋梗塞、脳血管疾患です。病床機能別の患者数の増加は、高度急性期 522⇒579、急性期 1,406⇒1,677、回復期 1,278⇒1,590、慢性期 947⇒1,167 で、回復期や慢性期が大きく増加する見込みです。

横須賀・三浦二次保健医療圏の医療需要は平成 37 年以降も増加し続け、平成 42 年で最も高まり、患者数は 5,200 人と推計されています。

◎土屋委員長

資料⑤の 6 ページを見ると平成 24 年に比べ、平成 28 年は患者総数は大きな変化が見られないものの、市民病院の初診患者数が約 3,000 人減少、救急患者数が約 1,000 人減少、うわまち病院は初診患者数が約 6,000 人減少、救急患者数が約 1,500 人減少しています。これらを踏まえると、増加する患者の内容を吟味することが必要ではないでしょうか。国

が推計した患者全てが医療を必要としているのか、療養を必要としているのかデータから読み取るとは難しいと考えられます。

◎岩田委員

資料⑤5ページの病床利用率について、うわまち病院が78.5%と記載されており少ないと感じます。許可病床数を分母にしていますが稼働病床数で計算するとどれ程の利用率となるのでしょうか。市民病院は更に低く46.9%と記載されています。

○事務局

うわまち病院の平成28年度の数値は、稼働病床数が一般病床と回復期リハビリテーション病床を合わせて337床、病床利用率が84.8%です。

◎岩田委員

一般的に80%台の病床利用率は良いとされていますが、現状の84.8%の病床利用率をどのように捉えられているのでしょうか。

◎指定管理者

資料では、許可病床数で病床利用率を記載しているため低い数値になっていますが、うわまち病院の構造上、これ以上病床利用率を高めることは現場の感覚としては難しいと考えます。旧国立病院の建物を引き継いでいることから、これ以上ベッドを増やすとベッドの間隔が10cm以下となる等、運用に耐えうる状況ではないと考えます。

◎土屋委員長

資料としての病床利用率は許可病床数ではなく、稼働病床数で算出して頂けますでしょうか。

◎土屋委員長

神奈川県立病院機構内部では、稼働病床数で算出しています。

◎岩田委員

稼働病床数に対する病床利用率にしてくれた方が分かり易いと考えます。

◎遠藤副委員長

うわまち病院の病床利用率の低さは医師や看護師の不足ではなく、構造上の問題と考えてよいのでしょうか。

◎指定管理者

その通りです。

◎遠藤副委員長

病院構造の問題であれば、病院が新しくなれば稼働病床を増やすことができ、許可病床数に対する病床利用率は高まるため、現時点でうわまち病院に関しては許可病床数で計算する必要はないと考えます。構造上の問題で物理的に使用できない病床数で計算するのは実態に即していないと考えます。

◎土屋委員長

先程発言した意図は、稼働病床数を分母にすると病床利用率が実態通りに高くなるため、新病院建築にあたって病床数を増やさなければならないことがわかりやすい数値となると考えたためです。病床利用率が 70%では、病床数は減少させてよいと一般的に見なされてしまうことから、実態として現状限界に近い状態であることが伝わるように稼働病床数をもとにした病床利用率で報告してほしいと思います。

市民病院は稼働病床数で計算しても 80%に達しないと思われ、市立 2 病院の実態を踏まえて今後の病床数を検討する必要があると考えます。

◎遠藤副委員長

病床を効率的に使用する観点から考えると市民病院の病床をうわまち病院へ移管させる方法も考えられます。

◎土屋委員長

その方法も考えられます。稼働病床をベースとした数値をもとに検討が必要であると考えます。

○事務局

市民病院の稼働病床数に対する病床利用率は 75%です。市民病院は許可病床数のうち 160 床程が非稼働です。休棟が 2 病棟あり、再開した場合でも 60 床程の増床が限界で、病院の構造上残りの 100 床は使用できないだろうと考えています。この 100 床は、うわまち病院に振り向けるか、県に許可病床を返納するかの対応を想定しています。

◎土屋委員長

これまでの意見を踏まえると、資料②の②許可病床は現状維持とし、稼働病床を 899 床に増加する方法と、市民病院の現状を加味し「①現状の稼働病床数を維持し、許可病床数を稼働病床数まで減らす」方法の 2 パターンに集約されるかと思いますがその点について意見はありますか。許可病床数を減少させた場合、再度増床させるのは難しいためその点も踏まえて意見を頂けますでしょうか。

◎遠藤副委員長

うわまち病院の稼働状況を考慮すると、許可病床は現状維持とし、稼働病床を 899 床に増加する方向性で、市民病院の非稼働病床をうわまち病院へ移管させる方法が良いと考えます。

◎岩田委員

2 病院合計の許可病床は維持し、市民病院とうわまち病院の間での配分は継続検討する方向性で良いのではないのでしょうか。また、市民病院は 4 人部屋が多いのでしょうか。

○事務局

基本的には 4 人部屋です。一方、病室は構造上は 6 人部屋で 1 床あたり 4.8 m²という旧医療法基準に則った造りとなっており、現在の基準である 6.4 m²/床に照らし合わせると、ベッドを減らして使用せざるを得ない状況にあります。

◎土屋委員長

現時点では②の「許可病床は現状維持とし、稼働病床を 899 床に増加する」という方向性でよろしいでしょうか。

⇒異議なし。

◎土屋委員長

続いて診療科の議論をしたいと思います。診療科は現在市民病院が 29 診療科、うわまち病院が 28 診療科ありますが、今後どのような方向性とするかご意見を頂けますでしょうか。

方法としては、現状の診療科を踏襲する、2 病院の診療科を集約する、総合診療科や在宅支援機能を追加する 3 パターンが考えられます。

◎波多委員

総合診療科や在宅支援機能は一つの診療科として考えてよいでしょうか。

◎指定管理者

うわまち病院では内科を総合診療内科として運用しています。総合診療科については初期臨床研修指定病院であることや今後の専門医制度の変更を踏まえても、内科、小児科、救急や基幹病院としての機能を有しているため人材は確保できると考えています。

在宅支援機能に関しては、うわまち病院は二次医療に特化した病院であるため、現時点では入院機能にマンパワーを割いており在宅医療のための訪問といった機能を有していません。

◎土屋委員長

在宅支援機能については、神奈川県立病院機構でも神奈川県立こども医療センターと神奈川県立精神医療センターで有していますが 2 年程で急速に縮小しています。その理由は在宅支援診療所と訪問看護ステーションが外来や退院前に病院を訪問する役割を担ってくれるようになったことだと考えます。以前にはないサービスが行われるようになったことから、今後病院内に必要な機能ではなくなるのではないのでしょうか。

他に質問が無ければ、2 病院の診療科については、2 病院の体制を検討してから再度議論することとしてよろしいでしょうか。

⇒異議なし。

◎土屋委員長

続いて、市立病院の体制について何か意見はありますか。

◎波多委員

地方独立行政法人では高いマネジメント能力を有する人材が必要となり、運営状況も大きく変化することから、指定管理者制度を継続し市立 2 病院が機能分化する方法がよいと考えます。

◎遠藤副委員長

市立 2 病院は地域性や 2 病院間の距離を踏まえて、それぞれの特徴を重視しながら完全に機能分化するのではなく、うわまち病院は急性期、市民病院は急性期も維持しつつ回復期

や慢性期に寄せていく方向性がよいと考えます。

◎岩田委員

相模湾側は医療が手薄なことや病院間の距離が離れていることを踏まえると、急性期をうわまち病院、回復期あるいは慢性期を市民病院といったように完全に機能分化することは難しいと考えます。

◎若山委員

資料⑤の10ページの住所地別の患者数を見て分かるように、それぞれの病院で来院圏が異なるため、病院を1カ所に集約するのではなく市立2病院制を踏襲し、協力して地域医療を支えてほしいと考えます。

◎渡邊委員

他の委員の方々と同意見で、機能分化を明確に行うのではなく、市立2病院それぞれが強みを生かした体制になることが望ましいと考えます。

◎土屋委員長

地域性等を踏まえると山形県酒田市の日本海総合病院と酒田市立病院のように機能分化することは難しく、うわまち病院が急性期を今後も維持するためにも市民病院との協力が必要であると考えます。2病院の今後の連携を考えると、運営形態の検討も含めて連携体制を考える必要があるのではないのでしょうか。

◎遠藤副委員長

委員長は今後の市立2病院の効率的な運営を踏まえると、市と指定管理者の協定を一体化させた方がよいとお考えでしょうか。

◎土屋委員長

一体化させた方が経営はやり易いと考えます。また、病院間の協力体制を鑑みても一体化している方が人材交流などもよりし易くなると考えます。

◎土屋委員長

山形県の酒田市の事例を資料③に挙げてもらっていますが、条件が本市とは異なります。また、三重県桑名市や岡山県倉敷市の事例は中心となる大きな病院があった上で構築できる体制のため、本市には該当しないと考えます。

みなさんのご意見が一致した結論として、市立2病院ともに現状の機能を維持しつつ、相互の協力体制を運営形態の中で検討していきたいと思います。

◎土屋委員長

地域医療構想を踏まえた役割の明確化について、何か質問はありますか。

◎岩田委員

今後患者が増加すると説明がありましたが、現在横須賀市は人口が減少しています。慢性疾患が増え、がん患者も今後増加すると思いますが、急性期疾患の患者はそれほど増加しないのではないのでしょうか。慢性疾患の患者が増加した際には、市民病院はその受け皿となる必要があると考えます。

◎遠藤副委員長

市立 2 病院だけでなく、地域のネットワーク化による在宅医療も含めて、周辺病院と協力して医療を提供するとよいのではないのでしょうか。そのためには、高度急性期から慢性期まで全てを市立 2 病院で担う必要はないと考えます。

◎土屋委員長

地域医療構想を踏まえた役割の明確化については、政府も考えが纏まっていないため 2025 年まで引き続き検討していく必要があります。

また、介護福祉との兼ね合いになりますが、医療機関はどこまで患者を診ることになるのでしょうか。医療施設内で介護まで行うのか線引きが必要になると考えます。

◎岩田委員

患者が回復期、慢性期どちらに該当するか見極めが必要だと考えます。

◎土屋委員長

国は在宅医療と言っていますが、少なくとも自宅療養のみを指しているのではなく、施設を含めて在宅という考え方をしています。

◎遠藤副委員長

病床機能報告では、うわまち病院はほとんどが急性期病床でその他を回復期病床、慢性期病床としています。今後も同様にお考えになっているのでしょうか。

◎指定管理者

現場の意見からすると、回復期病床入院中の患者や在宅医療の患者が、急変した際にあらかじめ登録されていない患者をどこで受け入れられるかという議論がなされていないと考えています。また、うわまち病院では慢性期病床が原因で感染症が発生しました。その影響で現在慢性期病床を休床し、代わりに隔離病床として運用しており、入院が制限され、救急医療にまで影響が出ています。

一つの病院が急性期から慢性期までの機能を全てカバーしようと思うと、手薄になる部分や弱い部分が出ると考えます。そのため総合的な機能を有するよりも、ある程度機能を分化する必要があると考えます。本来であれば急性期から回復期までの機能を有することが患者の急変に対応する意味からすると良いことですが、現場の実態としては慢性期までの機能を設けると結果的にその病院の機能を十分に生かしきれないと考えます。

◎指定管理者

複数の病院が、集中治療ができる病床を有していないと、市民が急性期疾患になった際の受け入れ先がなくなってしまうことが危惧されると考えます。

がん医療と救急医療は両立が難しく、相当数の病床が必要になると考えます。その点で倉敷中央病院は成功しているのではないのでしょうか。倉敷市と同規模の人口である横須賀・三浦二次保健医療圏では横須賀共済病院とうわまち病院が高度急性期を担わなければ地域医療は回らないと考えます。

◎指定管理者

酒田市と市立 2 病院の違いは、酒田市の事例は赤字解消が目的であったと考えます。市立 2 病院は現時点ではうわまち病院、市民病院ともに自立した経営を行っています。急性期を担う上では黒字化していくことは重要であると捉えています。うわまち病院としては、急性期に対応し、慢性期や在宅で急変した患者を受け入れる受け皿であるべきと考えています。

◎土屋委員長

市立 2 病院の役割としては急性期から回復期までとし、慢性期については他の医療機関と協力していくという方向性がよいと考えますが、今後、地域医療構想の推進会議の進捗を踏まえて検討していく必要があると考えます。

◎土屋委員長

指定管理者との契約形態について何か質問はありますか。

(補足) 厳密には契約ではなく、市が指定するという形です。本委員会では議論をわかりやすくするため、あえて契約という単語を用いています。

◎波多委員

包括的契約とは具体的にどのような内容でしょうか。

○事務局

指定管理者との契約を市立 2 病院で一本化することです。

◎土屋委員長

直営や、独立行政法人、民営化は考えなくてよいと考えます。

◎遠藤副委員長

指定管理者による運営は良好な状態なので、一本化するかどうか論点になるのではないのでしょうか。

◎土屋委員長

遠藤副委員長の発言の通り、一本化するか、現状を踏襲するかが課題であると考えます。一本化することで 2 病院の協力関係が取り易くなると考えています。

○事務局

契約を一本化することの市としてのメリットは、市立 2 病院間で赤字等を補完し合うことで、現在市が行っている市民病院の赤字に対する補填を行う必要がなくなることが期待できます。また、今後ご議論を頂く機能分担に関して一括で議論が可能のため、効率的であると考えます。

◎指定管理者

契約を一本化したほうが、市立 2 病院間の意思疎通が行い易くなるというのは、そのとおりと考えます。

◎指定管理者

一つの指揮命令系統で運営できるため、意思決定や市との連携をとり易くなると考えま

す。

◎遠藤副委員長

来年指定管理者との契約更新ですが、指定管理期間途中で契約を変更できるのでしょうか。

○事務局

現在、今後の市立病院の方向性を皆様に議論いただいているところなので、来年の契約は短い3年間として、別の委員会で審査が進められているところです。

◎土屋委員長

現時点では、指定管理者契約を一本化した方がよいという意見が出ていますが、他の項目の議論を行っていく中で、委員会としての意見をまとめたいと思います。

3. 閉会

以上で議事が終了したので、委員長は15時55分に会議の閉会を宣した。

以上