

## 第4回野洲市新病院整備可能性検討委員会

### 《会議要録》

日時 平成24年6月12日（火）

午後2時00分～4時00分

場所 野洲市役所3階第1委員会室

#### ＜出席委員＞

柏木 厚典 委員長	（滋賀医科大学病院長）
福山 秀直 委員	（京都大学医学研究科教授）
川島 英樹 委員	（社団法人病院管理研究協会調査企画部長）
渡邊 信介 委員	（特定医療法人社団御上会野洲病院病院長）
堀出 直樹 委員	（守山野洲医師会会長）
角野 文彦 委員	（滋賀県健康福祉部次長）
今堀 初美 委員	（野洲市健康福祉センター所長）

#### ＜傍聴者＞

17名

#### ◎配布資料等について

- ・ 会議次第、検討スケジュール
- ・ 第4回野洲市新病院整備可能性検討委員会（パワーポイント資料）
- ・ 市民懇談会（新病院整備可能性検討）結果報告について

### 1 開 会

#### 《事務局》

委員の皆様方にはお忙しいところご出席を賜りまして、ありがとうございます。定刻となりましたので、第4回野洲市新病院整備可能性検討委員会を開催させていただきます。なお、福山委員におかれましては、交通事情により少し遅れられるようです。時間が参りましたので進めさせていただきます。

さて、本日は第4回目の検討委員会でございます。前回に引き続き、病院を運営した場合の事業収支等のご検証をお願いします。それでは議事進行を柏木委員長にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

## 2 議 事

### (1) 野洲地域における医療課題と今後の展望について

#### 《委員長》

ただいまから第4回野洲市新病院整備可能性検討委員会を開催させていただきます。開催にあたり一言ごあいさつ申し上げます。

前回までの検討で重要なポイントが明らかになってきました。病院整備費用は適切な見積額となっているか。病院経営のシミュレーションは自立経営が可能な収支状況となっているか。また、その場合の市の運営交付金等ほどの程度必要となるか。さらに地域の医療ニーズがどうか。療養などの慢性期医療や回復期医療などは、地域の医療としておそらく必要になると思います。しかし、この色合いが強くなりすぎる病院となれば、医療スタッフの確保が厳しくなるという心配点もあります。やはり医療スタッフの働き甲斐についても注意が必要です。このあたりのバランスをどうするのか、非常に難しいところです。

このことを踏まえながら、前回の収支計画をもう少し見直すような形で本日の検討を進めてまいりたいと思います。

前回の検討では、療養病床を含んだA案と含まないB案と2案の提示がありました。みなさんのご意見では、療養型病床を入れたA案で考えてはどうかという方向でまとまったかと思います。シミュレーションの検証においては、診療単価や病床稼働率の設定に注意が必要ということや、一般病床や回復期病床、療養病床がミックスになった病院については、この設定に応じた計算が必要ということでありました。

以上の注意点などを事務局で整理していただきましたので、ご説明いただければと思います。よろしくお願い致します。

#### 《事務局》

(資料により説明)

#### 《委員長》

ありがとうございます。課題を整理していただきました。

最初に示していただきましたシミュレーションは、収支結果は良くなっていますが、医師数 18.5 人、看護師数 96.3 人ということです。介護・療養型の病院設定となっていますが、医師数 18.5 人の設定では、医業収益を 30 億円見込むことはおそらく無理だろうと思います。このシミュレーションどおりに病院経営できるのであれば苦労はないと思うのですが、実際はそんなに簡単なものではありません。そういった意味でこのシミュレーションの設定

は少し現実とかけ離れています。

そこで事務局が事前に各委員の皆様に確認をしていただき、再シミュレーションという形で事務局案を提示していただきました。それでは委員の皆様にご意見をいただきたいと思います。

#### 《委員》

全般的には部分的に少し甘い設定もありますが、前回までのシミュレーションと比較しますと色々な要素が踏まえられていますので、基本的な部分ができたと思います。5ページの新A案の再シミュレーションは、10年目までに医業収支の黒字化は実現できていませんが、15年目くらいでほぼ収支を維持、20年目くらいで何とか黒字ということですから、基本的な部分は押さえられています。

#### 《委員》

病院経営については詳しいことがわからない部分もありますが、委員長もご指摘されたとおり、医師数の設定18.5人は無理があると感じています。仮に病院として特色のある分野を作ったとしても、最初のシミュレーションの実現は難しいと思います。

#### 《委員》

私も最初のA案の設定では難しいと思います。特に医師数18.5人では、第2回の委員会で検討した病院像や診療科、5疾病などへの対応が困難になると思います。前回の委員会終了後に当院のスタッフと意見交換をしました。とても対応できないという意見でした。

病院運営をうまくできるかどうかは人材にかかっています。特に医師と看護師の位置づけは大きいです。これらのスタッフが確保できなければ全ての前提条件が成立しなくなります。前回の委員会でA案となりましたが、今までの検討を振り返るとA案のままでもいいのか、少し心配です。

そこで事務局から新B案を提案していただきました。人件費や経費などの設定を見直してシミュレーションされ、その結果20年目くらいに医業収益がプラスとなっています。これは当院をイメージした場合でも可能な数字であると思います。また、新A案-2という提案もありますが、こちらの方がより収支状況は良くなり、10年目で医業損益、病院事業損益、累積損益が黒字となっています。このような形になれば十分にやっつけられると思いますので、運営形態をどうするかという課題はあるものの、これを目指していいと思います。

最初の課題整理で運営形態は市が主体的に決定されるということでした。市

が直接運営されるのか、あるいは独立行政法人を設置して運営されるのか、方法はいろいろあります。しかし、どの運営形態であっても、どのようにして医療スタッフを集めるのが重要だと思います。県外のある病院では、市立病院からどんどんスタッフが離職していくという事例もあります。

医療スタッフ確保の面から考えますと、新B案あるいは新B案-2のような形で検討した方が良いと思います。

#### 《委員長》

ありがとうございました。前回の検討では療養病床についてはおそらく満床になるだろうということでした。また、地域のニーズとしても必要性は高いと思われれます。しかし、採算面ではあまり期待できません。おそらく診療単価は17,000円から21,000円程度となります。そうなりますと経費をできるかぎり抑制しなければなりません。人件費と減価償却以外のコストは、新A案の自治体病院で医業収益の35%、民間病院で30%の設定となっています。この数字を考慮すると少し厳しいように感じます。

また、医師に魅力のある病院となっているのかということも心配です。医師が集まらなければ経営が成り立ちません。特に現状は医師が不足しています。10年後には一定の医師数の増加は見込めますが、それまで医師不足の状態は続きます。したがって、何らかの形で医師を集める努力が必要です。

新A案、新B案ともに、シミュレーションでは20年後も累積損益は黒字になっていません。そこで、少し工夫が必要ということから最終的な案として、新A案-2、新B案-2の提案がありました。材料費やその他経費を民間並みに調達するという設定です。これが実現できれば収支は良くなるということで、これについてご意見をお願いします。

#### 《委員》

大学病院の患者の平均在院日数は13日程度です。差額室料がもらえる病床が多くあると収益もあがります。この仕組みをうまく活用して経営している病院もあるということを紹介しておきます。

今回のシミュレーションで注意すべき点は、診療報酬の改定が2年に1度あるということです。つまり、保険制度そのものが大きく変わる可能性があります。例えば、今年の4月に改定がありましたが、外科や認知症関係の診療報酬は上がったものの、内科はあまり上がりませんでした。将来の診療報酬の改定により20年後の医業収益は大きく左右されます。また、回復期医療を中心とした病院とした場合、経営的に大きくプラスにはなりません。現在の医療制度

は、外科的治療や救急医療など、短期入院を前提に医業収益が上がるように設定されています。このような制度上の問題もあります。さらに慢性期医療を中心とした病院の場合は、おそらく医師が魅力を感じるような病院になりにくいと思うので、ここをどうクリアすべきか難しいところです。

私は神経内科を専門としていますが、この観点で評価すれば慢性期病棟はあった方がいいです。長期に入院が必要となる患者は必ずいます。ただし、20年先の日本の人口構成がどのようになっているのかわかりませんので、ここをどう評価していくかです。おそらく30年先には日本の人口が8,000万人くらいになるだろうといわれています。もし、そうであれば、今のシミュレーションで20年先に病院が黒字経営できるという結果はあまり意味がない数字です。大学病院では長くても5～6年の計画で運営しています。したがって、病院運営で本当に大切なのは、運営後の数年間にどのような対策が取れるのかが重要になると思います。

#### 《委員長》

ありがとうございました。

#### 《委員》

経営の話から少し離れるかもしれませんが、病院を検討する上でもう1つの重要な点として市民ニーズがあります。

例えば、病院経営の効率性を考えるならば、患者の在院期間を短くし病床を回転させなければなりません。そこでこの地域に必要な病院として考えた場合、一般病床がどの程度必要であるかという見極めが大切です。それが100床であるのか、それとも150床であるのか。私はこの地域の規模と周辺病院の機能を考慮すれば、そんなに多くの病床は必要ないのではと考えています。なぜならば、がんの患者であれば県立成人病センターがあり、脳卒中や心筋梗塞など救急搬送される場合は済生会滋賀県病院があります。それ以外の疾病等であれば、虫垂炎などの軽度な患者の入院期間は1週間程度です。

このように考えますと、新B案の一般病床が150床も必要というのはどのような想定でしょうか。シミュレーションの病床稼働率は85%で設定しています。計算上では、常時130床が平均的に稼働していることとなります。仮に患者の在院日数を20日間と考えても、1ヶ月で200人、1年で2000人以上の患者が入院利用するという想定です。現実的に達成することが可能でしょうか。新B案が良いという意見について、具体的にどのような患者の受け入れを想定されているのか、考えをおたずねしたいと思います。

#### 《委員》

当院では125～130床が急性期患者への対応です。手術実績については、整形外科がありませんので年間800例くらいです。そのうち外科手術は400例程度です。がんや消化器系の疾病が主なものとなっています。その他には、産婦人科や眼科の患者に対応しています。一般病床ではこの程度ですが、今後は高齢者への対応が必要になると考えています。特に高齢者の疾病は多様です。1人の患者が複数の疾病を抱えていることもあります。現状でも在宅支援病院として患者を診ています。また、回復期リハビリテーション病棟では、大学病院や県立成人病センター、済生会滋賀県病院などから50人くらいの患者を引き受けています。

このような状況ですので、一般病床150床は十分にやっていると考えています。特に平成14年頃は、当院で整形外科や泌尿器科の医師がしっかりと確保できていましたから、160床程度の病床が稼働していました。したがって、病院を特化していけば十分可能な数字であると思います。

#### 《委員》

現在の野洲病院では整形外科で入院がありませんが、それらの患者はどの病院を利用されているのでしょうか。

#### 《委員》

手術が必要な患者については、済生会滋賀県病院等を紹介しています。確かに当院の患者は減っていますので非常に厳しい状況です。

しかし、先ほども申し上げましたが、高齢者は今後増加します。仮に療養型病床を持つとした場合、1人の患者が長期に入院するケースが多く、入院患者をうまく回転させることができません。当院の昨年の実績を調べたのですが、介護老人保健施設や介護老人福祉施設（老人ホーム）を紹介しているケースが多く、実際に療養型病床を必要とする患者は非常に少なかったです。また、療養病床については、診療単価が低くなるという経営面での課題もあります。ですから、回復期リハビリテーション病棟や一般病床をうまく活用して稼働率を上げていけば、十分に可能と思います。

#### 《委員》

県も在宅支援病院の必要性は感じており、できるだけ多く設置したいと考えています。特にこのような病院では、在宅療養中の高齢者などが肺炎となった時や軽い急性期症状の時に対応していただくことが多くなると思います。

一方で、医師を確保するために魅力ある病院づくりが必要という課題があり

ましたが、このことについてはどのようなお考えですか。

《委員》

医師は基本的に内科や外科など専門分野があります。当院は消化器外科と消化器内科でコミュニケーションを取りながら手術を行っています。手術の場合、比較的若い患者でがんの進行が早いケースや膵臓がんなど大きな手術が必要な患者については、対応が可能な病院を紹介しています。しかし、それほど大きな手術でなければ当院での対応が可能です。特に高齢者はがん患者も多く、また複数の疾病を抱えていることもあります。このような患者を受け入れる病院が必要です。これが第2回検討委員会で話し合われた地域の病院としての役割だったと思います。

《委員長》

在宅療養中の患者が急変した時の対応も含めた地域の診療所の後方病院としての機能が十分に果たしていけるならば、かなりの病床を稼働することは可能です。また、一般病床の看護師配置について7対1を確保できるならば、患者のケアも充実し診療報酬も上げることができます。しかし、療養医療や回復医療を中心とした病院となりますと診療単価はあまり高くなりません。おそらく17,000円から20,000円程度ではないでしょうか。

参考に野洲病院の回復期リハビリテーションの診療単価はどれくらいでしょうか。また、病床の稼働状況はどうでしょうか。

《委員》

回復期医療の入院期間は概ね3か月から6か月くらいです。この方が診療単価は高くなります。また、重症率と在宅復帰率で診療報酬は変わります。この点においては、この地域の周辺に県立成人病センターや滋賀医科大学附属病院などがありますので、リハビリを行うにはいい病院です。

《委員長》

地域の病院としての役割はそれで良いと思いますが、本当にうまく経営しなければ自立した病院にならないという心配があります。

《委員》

現状では、他の地域からの利用患者が少ないのですが、そこは地域連携をすることでカバーできると思います。

《委員長》

野洲病院の病床稼働率は70%を下回っていたと思うのですが、診療単価はどれくらいでしょうか。

#### 《委員》

当院の一般病棟の診療単価は 30,000 円を超えています。

#### 《委員長》

病院の収支を考える上で診療単価と病床利用率は重要です。また、どのような病床を設定するかにより、病院の収支が大きく変動しますので選択は非常に難しいと思います。いずれにしても、市民のみなさんが本当に病院を必要とし、市民が病院を育てるという気持ちがあれば、うまく病院を運営していくことはできません。もし、市民が市内に病院はなくてもいいという考えであればなおさらです。市民が利用しない病院を作るということは、市が経営の赤字補填をすることが前提となりますから、結果的に市民の負担が増すこととなります。そこで、具体的に病院設計をどうするか。この規模の地域の病院が完全に自立経営することは困難ですから、ある程度は市からの運営交付金のようなものが必要になると思います。

また、医師をどのような方法で確保していくのか。これも病院を考える上で非常に大事な点です。

#### 《委員》

医師確保についてですが医師にもいろいろな考えを持った人がいます。例えば、県内に療養型病院がありますが、必要な医師を確保しうまく経営されています。県内の民間病院はどこも頑張っておられます。どちらかと言えば、自治体病院の方が苦戦しています。

医師の価値観もいろいろです。全ての医師が最新の急性期医療に取り組みたいと考えているわけではありません。例えば、私のように医師として医療行政に携わっている者もいます。つまり、病院に魅力があるかどうかの判断は、医師の価値観により変わってくるということです。ただし、コンセプトがはっきりしない病院は、誰も勤めたがらないと思いますので注意は必要です。

#### 《委員長》

経営責任者がしっかりと経営方針を出して運営していけば、うまく経営できるということです。

ここで野洲市が病院を検討する上で1つの参考になると思いますので紹介しておきます。甲賀市のある民間病院ですが、その病院には市から運営補助はされていません。一般病床 100 床、療養病床 100 床の病院です。市からの支援がなくても十分に経営ができているそうです。この病院は療養を中心とした病院ですが、外来診療では呼吸器科や神経内科など、いろいろな専門科に対応さ

れています。つまり、療養型の病院だから医師が確保できないということはないということです。しかし、市が病院を新しく整備したとしても、何も工夫をしなければ医師が集まらない可能性があります。例えば、特色のある病院とすることで、これに魅力を感じ医師が集まる可能性があります。

病床の稼働については、療養病床であればおそらく9割から9割5分は稼働できると思います。特にこの病床を必要とされている市民には満足いただけるはずで、病床数は50床程度でよいと思います。

#### 《委員》

地域福祉や医療の充実の観点から考えると、市内で療養病床を必要としている方が少なくとも40人はおられます。したがって、市内の病院に療養病床があると便利です。現状は市外の病院に委ねています。今後ますます高齢化が進むと予測され、自ずと療養病床の必要性は高くなります。特に野洲市周辺には、済生会滋賀県病院や県立成人病センター等急性期を受け持つ大病院があります。高度な先進医療はこの病院にお任せし、在宅を支える後方支援の役割を担う病院として必要な機能を備えるべきだと思います。

さらに、市が病院を整備するならば、遠方の病院を受診することが困難な方がいるということに着目する必要があります。近年、核家族化が進み、同居家族の支援が受けられない高齢者や若い夫婦などが増加しています。特に子育て世代の妊婦や産後の支援を求めるニーズは高いはずで、この分野に病院が少しでも関わっていただけるなら市民の安心につながります。

また、病床の効率的な回転が必要との話がありましたが、急性期の病院では入院期間に一定の制限があり、転院を求められます。つまり、次の病院等の手配が必要になるということです。同居の家族等がいて手配できる場合や在宅療養が可能な方はいいのですが、このような対応ができない方もいます。この場合に適切な支援が必要です。そこで病院が地域包括支援センターと連携するなど、相談が随時できる体制ができれば理想的だと思います。また、市民ボランティアの導入という話もありましたが、市民ボランティアがうまく活躍できる仕組みができれば療養型病床を拡大しても運営が成り立つと思います。

#### 《委員》

病院に療養病床を持つことと在宅医療の推進は別物だと考えています。病院は患者を治療するための施設であり、療養病床であっても患者を治療し、早く良くなって退院していただくことが基本であることは言うまでもありません。

しかし、現実には入院が長期になります。結局、そのような患者は施設などに入居しようとされます。当院の昨年の実績では年間 11 人、実際に療養に転換できたのは 10 人くらいです。

この実績を踏まえると、療養病床 50 床のほとんどが他の病院等からの転院者となり、野洲市民がうまく利用できるかどうかは疑問です。特に市民病院であるならばなおさらです。したがって、無理に療養病床を持つよりも、一般病床や回復期病床をうまく運用する中で、地域の在宅医療を推進するスタンスをとればよいと考えます。また、経営面から考えても、療養病床の診療単価はあまり高くないという現実があります。

#### 《委員長》

ご承知のとおり病院は病気を治すための施設です。病気であっても少し元気な方は、在宅医療や地域のケアハウスなどを利用されています。

ここで大切なことは、病院は長期療養の施設ではないということを市民の皆様にも認識していただかなければなりません。もちろん症状が重い方で長期入院が必要な患者もおられます。しかし、少し具合が悪くなったから病院で入院をし、最期まで病院で全ての面倒をみてもらおうという患者が増えると、病院は絶対に成り立っていきません。やはり地域で在宅医療の推進やケアハウスを整備するなど、うまく機能分化を進めていかなければ、市民の高齢化への対応は困難です。

#### 《委員》

基本的なことですが、病院経営において療養病床があるから採算が取れないとか、一般病床しかないから難しいとか、そのようなことはありません。例えば、一般病床になれば診療単価は高くなりますがコストも高くなります。逆に療養病床は診療単価が低い代わりにコストもそれなりに低いということです。

以前に全国的な病院事例を紹介しました。利益率は療養病床の病院は高く、一般病床の病院の方が現実には苦勞しているという話です。なぜならば、一般病床を多く有する病院ではいろいろな器材を導入しないといけない、あるいは多くの医師を確保しなければならないために結果的に収支が厳しくなっているということです。病院経営は診療単価のみに注目してはいけません。

それからもう 1 つ重要なことは、野洲市周辺には済生会滋賀県病院や県立成人病センターがあるということです。つまり、高度な急性期医療はそちらにお任せする。残念ながら、地域の中間的な役割を担う病院で同じレベルの医療を維持することはできません。

このことを踏まえ、野洲市民に必要とされる医療サービスは何かと問われれば慢性期医療ではないでしょうか。また、地域の中間的な役割を担う病院と考えれば、中軽度の急性期医療や回復期医療だと思います。このような医療サービスは非常に生活と密着しています。遠くの医療機関よりも身近にある方が便利です。つまり、このような医療サービスであれば、市内に整備する必要性や効果が高いと考えられます。そして、地域に必要とされる医療をしっかりと押さえた上で収支を考え、シミュレーションの結果により病床数などを調整し、実現可能であるかどうか判断が必要です。最初に病院像をしっかりと押さえないと、シミュレーションをしても右往左往するだけになってしまいます。

#### 《委員長》

経営シミュレーションをする上でのポイントを押さえていただきました。療養病床を持った場合、コストカットをして医療スタッフも比較的少ない人数で対応することは可能です。しかし、本当に必要とされる医師が集まるかどうかは心配されます。

#### 《委員》

実はそこが一番重要なところですよ。逆にお聞きしたいのですが、医師にとって魅力ある病院とはどんな病院でしょうか。

看護師に関しては、野洲病院のことが雑誌に掲載されていました。その雑誌には、看護師にとっての一番の魅力は「きちんと自分たちの仕事が評価されること」とされていました。つまり、看護師が感じる魅力は、急性期医療とか慢性期医療とかが全てではないということがわかります。さて、医師についてはどうでしょうか。多くの医師がおられますのでお聞きしたいと思います。

#### 《委員》

医師にもいろいろな人がいます。確かに療養型の病院でうまく運営されている病院もあります。先ほど紹介がありました甲賀市の民間病院は、中心となる先生が頑張っておられ、それにプラスして急性期医療を実施されているということでもうまく運営されていると思います。

当院にも中心的に頑張っている医師がいます。しかし、そこにはやりがいのようなものが大切です。仮に内視鏡センターを設置するのであれば、それができる専門の医師が必要です。市が病院を整備する場合において、当院のスタッフを活用するというのが前提であれば、内視鏡でもメーカーによって使用方法が異なるのでその調整も必要です。市が病院を整備する場合、当院のスタッフに一定の配慮がなければ、病院を開院してもスタッフが誰もいないというおそ

れもあります。

私は前回の委員会終了後に、今回の病院像の検討において、当院のスタッフへの配慮が足りなかったのではと反省しています。つまり、今回決められる病院像によっては、当院の医療スタッフのモチベーションが下がり、当院から医療スタッフが去るのではないかと心配しています。市が新たに病院スタッフを募集されるのであれば話は別ですが、それでも本当にうまく集められるのでしょうか。

特に医療はチームで行うことを基本としています。複数の医師や看護師などが必要です。現在、医師の多くは滋賀医科大学から派遣されていますが、本当に派遣していただけるのか。医師がいなければ病院を運営したくてもできません。特に急性期医療への対応は難しいと思います。慢性期医療であっても良い医師が確保できるのかどうか、私は難しいと思います。

当院でA案が採用される可能性を医師に話したところ、「外科医とか内科医が病院から去っていきますよ。」と言われ、大きなショックを受けました。

病院にはいわゆる風土のようなものがあり、それが違くとスタッフがいなくなります。野洲市民に必要な医療の実現を優先し、A案で病院を実現しようとするならば、新たに別の医療スタッフを確保する必要があると思います。

#### 《委員》

今のお話は、野洲市民に一番必要と考えられる療養や慢性期医療、あるいは回復期医療が中心の病院となれば、貴院の医師が離れていってしまうということでしょうか。

#### 《委員》

病院にはそれぞれ事情があります。もちろんそのような病院に集まってくる医師もいると思いますが、そうでない医師もいます。先ほど紹介のありました病院は、親族間などでうまく医師を確保されているのかもしれませんが。他にも大阪の病院と連携してうまく運営している病院もあるようです。しかし、このようなコネクションがあってもかなり難しいと思います。

当院の医師は療養病床について抵抗があります。回復期リハビリテーション病棟や在宅医療を推進するための在宅支援病院については問題ありません。おそらく療養病床に対するイメージが、一度患者が入院すると長期入院となるということだと思います。そうなりますと患者がうまく回転しません。

#### 《委員》

介護施設のような印象を持っているということですね。

《委員》

そのとおりです。

《委員長》

一般急性期病院の中に介護型病床を持つというスタイルが滋賀県内の病院に定着していませんので、おそらく完全な介護型病院で長期療養を主体とした病院を想像しているのではないのでしょうか。

市民病院であれば、完全な介護型病院の運営はできないと思います。

《委員》

そのような病院は少し問題があるということで、いろいろ改善された結果、療養病床という形が存在することになったのだと思います。

《委員》

いろいろなスタイルがあると思いますが、急性期の患者が入院する療養病床もあれば、療養患者が入院する一般病床もあるわけです。どういう形にしても難しい部分があります。この地域の療養病床は長期の入院患者が多く、全然ベッドの空きがありません。

《委員》

どこの地域にも療養病床を必要としている患者はいます。仮にこの地域の病院をA案としたとしても、おそらく介護施設の整備や在宅医療を推進しなければ、患者がうまく回転せず全然ベッドが空かないと思います。

《委員長》

やはり地域で一定の介護施設の整備や在宅医療の推進は必要です。

《委員》

大学病院などから転院される患者もおられますが、そのような患者は回復期リハビリテーション病棟で十分対応できると思います。

《委員》

回復期リハビリテーション病棟の患者はリハビリが終われば退院していただくこととなりますが、長期入院が必要な患者もいます。

《委員》

療養病床の患者はどうしても長期入院となることが多く、なかなかベッドが空きません。結果的に野洲市民が利用できるかどうかわかりません。

《委員長》

A案に近い形の自治体病院では同じ悩みを抱えているようです。したがって、野洲市が同じことをしたら同じ結果になってしまうおそれがあります。医師確

保も苦戦しているようです。

この病院では、病床利用率が低いにも関わらず、患者を転院させようとしても受け入れてくれない状況です。自治体病院の問題はここにあります。経営責任者は入院患者を受け入れ病床稼働率を上げようとしているのに、現場が受け入れないということがあるのです。

《委員》

まさにマネジメントに問題がある病院です。

《委員》

高齢者への医療対策として療養病床が必要ということは一定理解できます。しかし、それ以外の方法でも十分対応することは可能だと思います。

例えば、回復期病床をうまく活用する方法や介護施設等に訪問看護し、症状が悪い場合には一般病床で一時入院して良くなったら帰ってもらう。今年の4月に地域医療センターを設置し地域貢献しています。この方法で十分にニーズに応えられると思います。

《委員》

前回の保険改正の時に、慢性期病棟を廃止しようと厚生労働省が提案しました。なぜこのような提案になったかと言いますと、どうしても長期の入院が必要な患者がいますので必然的に医療費が高くなってしまいます。そうすると保険財政に大きく影響します。そこで病床を廃止することで改善を図りたいということです。しかし、筋ジストロフィー患者など、どうしても長期入院が必要となる患者はいます。学会ではかなり反対をしました。その結果、全部を廃止せず一部は残そうということになりました。

今回の診療報酬の改定でも課題となりましたが、医療の現状を言えば療養病床に入院する患者はなかなか退院しません。退院しないというより退院できない患者が多いのです。そうすると病院は当然のごとく経営面ではマイナスになります。そこで、これを解消するために厚生労働省としてはこの病床を廃止したいということになるのです。

したがって、この分野を市が自治体サービスとして実施するのかどうかという判断が必要です。意外と人手が必要であるものの収入は少ない。病院の経営面ではあまり喜ばしい患者でないことは言うまでもありません。だから、今までのような議論になっているのだと思います。ここは原点に帰り、在宅医療の推進を基本に考え、それを後方支援していく機能を持った病院としていくことが良いと思います。あまり療養病床を重点的に考えるのはどうかと思います。

## 《委員》

1つ大きな問題は、一般病床を療養病床に変更してしまうと、現在のルールでは療養病床を一般病床に戻すことはできません。新病院をスタートさせた当初は一般病床で様子を見て、状況に応じて療養病床に変更するという方法もあると思います。

## 《委員》

全国的な傾向ですが、採算が厳しいのは療養病床ではなく一般病床です。今回のシミュレーションでは一般病床の看護師配置を7対1で考えられています。一般病棟の看護師配置基準の中で、全国的にも一番事例の多い看護師配置の設定です。しかし、厚生労働省が考えている方向とは少し違います。今の看護師配置基準は、人数さえ配置できれば、そこで行われている看護度や看護必要度がどうであろうとあまり関係ない設定です。

現在で一番課題となっているのは長期入院患者への対応です。1つの方向性として、介護療養病床を廃止しようという方向になっています。また、回復期病床についても看護師配置基準13対1と15対1がありますが、同じような看護内容であるため、それではあまり意味がないということから見直しの方向です。一方、医療療養病床の基準は高くしようという方向です。

大切なことは、医療療養病棟に患者をずっと入院させておくものではないということです。つまり、病院は治療するところでありますので、医療療養も長期に入院させておくことが前提で考えられていないということです。

## 《委員長》

原則はそのとおりであると思います。しかし、実際の医療現場の状況は、患者が長期に入院し固定化することが多く、病床がうまく回転しません。

## 《委員》

この検討において重要なことは、野洲市民が一番何を望んでいるかではないでしょうか。仮に入院した場合、ずっと入院したいのか、それとも早く自宅に戻りたいのか。世論調査では、約60%の方が在宅療養、つまり自宅等で過ごすことを望まれています。

しかし、そのためには一定の環境整備が必要です。これは患者本人やその家族だけの問題でなく、医療や福祉などの社会資源を有効活用することが前提であり、サービスが不十分であるとうまくいきません。そのためにどう環境整備をしていくかは重要であり、その1つとして市民が望むような医療を受けられる療養型病床のある病院にしようとしているわけです。

もちろん野洲市民が病院は長期間療養するための施設ではなく、早く病気を治して退院し、自宅等で療養するという意識を持っていただくことが必要です。そうでなければ、特定の患者が長期間ベッドを占有することになり、本当に入院を必要とする患者が必要な時に入院できなくなります。したがって、野洲市民の病院に対する意識も重要な要素となります。

#### 《委員長》

ここは大きなポイントになると思います。野洲市民が実際にどのように考えているのか。例えば、近年は核家族化が進んでいます。実際に別に生活している親子が、療養が必要な場面で家族を引き取れるのかどうか。

#### 《委員》

現在、在宅医療を推進していますが、面倒を看ることができる家族がいなければ在宅療養が不可能であるという前提で進めているわけではありません。なぜならば、独居世帯や老老介護が増えることを想定しており、地域で連携をして対応することを考えています。

今までの議論で少し違和感があります。今回の検討は市民の医療サービスをどう守るかという観点から、病院をどうするのかということであったと思います。医師が辞めるから駄目だとか、経営的に問題があるから駄目だとか、そのことばかりを中心に議論されると、一番大切な市民が何を望んでいるのかということを見失うと思います。現在の病院を大切にしようということに一定の理解はしますが、それならば市民が納得するような実現可能なプランをその病院が示す必要があると思います。

今回のような検討をした場合に公的病院が抱える一番の悩みは、大学から医師を引き上げると言われることです。滋賀医科大学がそのようなことを言われているわけではありませんが、特に大きく変革しようとしたときにこのようなことが心配されます。

#### 《委員長》

病院のコンセプトが気にいらないということで、大学が医師を派遣しないというようなことは決してありません。

今回の議論で大切なことは、想定している病院の経営が成り立つかどうかということであり、成り立たないことがわかっている病院を検討委員会から市に提案するわけにはいきません。委員会にはそれだけの責任があると私は考えています。そのために、仮に小さな問題であっても可能なかぎり解決し、後で大きな問題にならないように確認しています。この作業の積み重ねが成

功につながるのだと思います。それほど地域の医療ニーズに応じていくことと病院経営のバランスをとるということは難しいということです。

#### 《市長》

熱心にご議論いただきありがとうございます。多角的な観点でご意見をお聞かせいただきました。療養病床を持つべきかどうかということでご意見がありました。患者の中には、自宅療養を希望される方は多いのですが、自宅に帰りたくても家族が対応できないなどの理由で帰れない患者もおられます。

本市の場合、特別養護老人ホームを市が民間に資金提供して、かなり早い時期から整備してきており現在3箇所で開催されています。全部で130床ですが、すべて満床で待機件数は300件です。また、介護老人保健施設の希望者も100件を超えています。今回公募により民間による整備を前提に100床を計画しています。しかし、このような施設を整備するだけで全てに対応できるというわけではありませんので、在宅医療の推進にも取り組まなければなりません。

いずれにしても、現在300件以上の待機者がいるということは、病院等に頼らざるを得ない方が300人以上おられると考えることもできます。療養型病床を作っても在宅療養に移ることのできない患者もいるでしょうから、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の整備と合わせた取り組みが必要であり、懸念されることはそのことだと思います。

#### 《委員長》

日本の将来の医療の縮図をここで議論しているように感じます。

#### 《委員》

ここでの議論は日本の医療全体の問題であると思います。

話を戻しますが、私はこの地域には医療療養病床を持った病院が必要だと考えています。しかし、医療療養もこれから試行錯誤になる面もあります。そこで病床の内訳については、まずは一般病床100床、回復期病床を50床、医療療養病床を50床としておき、この先は固定するのではなく、マネジメントで変えていくというような形で運営していけばよいと思います。

#### 《委員》

今回示されているシミュレーションでは、新A案-2も新B案-2も成立が可能です。しかし、一般病床を療養病床に変更すると、元に戻すことはできません。このことを考慮して、もう少し市民ニーズも踏まえながら、市が最終決定できるような形でまとめてみてはどうでしょうか。ここで選択肢を狭める形にしなくてもよいと思います。

#### 《委員》

前回の検討委員会でも発言しましたが、胃瘻チューブを使用されている方は特別養護老人ホーム等の施設に入所したくてもお断りされているという現状があります。また急性期病院の一般病床に入院した場合、入院期間には限界があります。そこで、在宅療養で対応できるかといえそこにも限度があります。

老老介護や独居老人の場合、問題は深刻で、今後在宅医療を推進するためには、一人暮らしでも可能な支援を考えていく必要があると思います。例えば、退院後の生活をどうしていけばよいか相談できる体制や仕組みを作ることで、患者が入院期間中に退院後の準備を整えられ、市民にとっては安心と言えます。しかし、現在はこのような仕組みが不十分であるため、市外の施設を頼りに探しまわらなければならないという現状があります。

#### 《委員長》

前回の議論で療養型病床を含むという結論を出していますので、B案の選択はないと思います。一応、療養型病床 50 床で開始して、様子を見ながら 100 床にすることはあると思います。

#### 《委員》

B案も再度検討していただきたいと思います。一番大切なことは医療スタッフが集められるかということです。市が運営形態をどのような形にするかという問題はありますが、A案の場合は医療スタッフが集まらないおそれもあり、その時にB案が使えると思います。

#### 《委員長》

一般急性期病院に療養病床が 50 床入ることで医師が集まらないとは思えません。

#### 《委員》

療養病床は長期の患者が多いため、一度入院されると患者がうまく回転しないと思います。

#### 《委員長》

そのような心配がありますから、療養型病床 50 床を持つことで長期入院が必要な患者に移っていただきます。そのためにも、野洲市民へのメッセージは重要です。病院である程度の期間は受け入れますので安心してください。ただし、病院は病気を治す施設ですので、最期まで入院するための施設ではないことを理解していただく必要があります。

一方、療養型病床の割合が増えすぎると医師が集まらないおそれもありま

すから、消化器センター等を設置するなどの専門性を入れることで、医師が魅力に感じ活躍できる場所を設ける必要があると思います。

《委員》

ケアミックス型の病院では医療スタッフの確保はかなり難しいと思います。

《委員長》

県内にある他の病院ですが、ケアミックス型で 100 床の療養病床を持つ病院をうまく経営されていると聞いています。

《委員》

確かにうまく経営されている病院はありますが、歴史的な経緯があつてのことだと思います。しかし、市民病院とした場合に同じようにできるのかどうかは心配です。

《委員》

今までの議論で医療スタッフの確保が 1 つのポイントになっていると思います。そこで少し疑問に感じているのは、仮に B 案のような一般病床を中心とした 200 床の病院としたら必ず医師が集まるという保証があるのでしょうか。現在の野洲病院は一般病床 200 床で同じ状況です。以前の委員会で手術室数の話もしましたが、確かにゼロにするのは問題があるとは思いますが、4 室としたら必ず医師が集まるのか。現状もそうですが、大学の医局から必ず医師を派遣してくれるという確約はいずれにしても取れないわけで、どちらにしても医師が集まるという保証はされません。そうであれば、今のままでは同じ状況なので、新しい道を模索していった方が良くと思います。

《委員長》

50 床の療養病床を持つことが原因で医師が全く来ないということにはならないと思います。それよりも実際に良い医療機器を整備し、医師の活躍の場所が与えられることの方が重要です。そして、うまく病床が稼働できれば非常に快適な状況で働けます。また、長期療養が必要な患者がいれば、療養型病床に移っていただくこともできますし、そうなると療養型病床を 50 床持つことは病院の強みになると思います。

《委員》

療養型病床が、うまくこの地域に根付くと良いと思います。

《委員》

一般病床は 100 床で十分だと思います。この 100 床を効率的にフル稼働していけば医療スタッフのモチベーションも上がっていくと思います。逆にい

えば、そのようにもっていくことが重要であり、これがマネジメント力だと思います。

《委員長》

完全な療養型病院の位置づけとなれば、医師によってはあまりそのような病院で働きたくないと思う医師もいるかもしれません。ですから、とりあえず療養型病床 50 床でスタートすればと思います。

《委員》

療養型病床を持つ病院としたとしても、基本は在宅医療の後方支援の役割であり、在宅で状態が悪くなれば病院へ入院するという形にしなければならないと思います。

《委員長》

一般病床 7 対 1 の看護師配置で設定すると、病院経営の観点からは、患者に早く良くなってもらい在宅へ帰っていただくことが大切です。

《委員》

看護師の配置を 7 対 1 とするか 10 対 1 とするかについては、その時の状況によって配置すれば良いと思います。

《委員》

看護師配置 7 対 1 では、平均在院日数と看護必要度を満たす患者が 15%以上とする基準があります。7 対 1 基準が求めているものは、今回想定している病院像とは少し違うように思います。一般病棟の看護師配置と療養病棟の看護師配置に求めるものは異なっています。

《委員長》

全ての病棟の看護師配置を 7 対 1 とする必要はありません。どこまで対応するかを決めていけばよいので、今回は大枠で考えればよいと思います。

やはり療養病床はあった方がよいと思いますか。

《委員》

療養病床はある方がよいと思います。私の専門は神経内科ですが、脳卒中やパーキンソン病など長期に入院を必要とする患者がいます。しかし、なかなか病床を確保できないというのが現状です。そう考えると市民サービスの充実の観点からも必要な病床であると思います。

《委員長》

現在、野洲病院で頑張っておられる医師や看護師の気持ちも大切です。その方々の意見も聞いていかないといけないと思います。

### 《委員》

高齢になりますと、一般病棟でバリバリ頑張りたいという医師だけでなく、療養病棟で落ち着いて働ける病院でもいいと考える医師もいます。若いうちは多忙であっても、少し年齢を重ねることで体力的なことなども考慮し、療養病棟で働いてもよいと考える優秀な医師もいると思います。

### 《委員長》

それでは委員会の結論として、療養病床を持った病院とします。それと合わせて魅力ある病院というキーワードを入れていただきたいと思います。また、地域の医療ニーズに合った病院とすることが基本となります。

このように病院のコンセプトをはっきりさせておけば、医療スタッフも「あの病院ではこのようなことができる」とか、市民も「あの病院に行けばこの病気を治療してもらえる」と認識していただけます。

それでは傍聴者からご意見をお聞きしたいと思います。

### 《傍聴者》

先ほどの委員のご意見で、高齢になると療養病棟で働いてもよいという医師もいるのではという意見がありました。当院も比較的高齢の医師が常勤で勤務しています。しかし、このような医師は二次救急の当直や一般病床等の急性期への対応が困難であり、そのための医師を別に補充する必要があるため、結果的に医師の人件費を高くする要因となっています。つまり、常勤の医師に高額な費用がかかる割には、やっていただきたい業務が十分に行えないおそれがあるということです。

また、他の地域の病院でうまく経営されているという事例紹介がありました。その病院は医師は近親者で確保され、看護師は県外から人材派遣で確保されているというのが実態です。病院経営の事務を担当している立場として発言いたしますが、良いか悪いかは別として、現在は業者派遣に頼らざるを得ないくらい看護師の確保が困難であるということをお伝えしたいと思います。

### 《委員長》

参考になりました。

### 《傍聴者》

先日開催された市民懇談会に参加した際、今回の検討委員会が公開で開催され、傍聴が可能ということを知り本日傍聴させていただきました。

市民懇談会ではいろいろな意見が出たのですが、今回の議論に市民の意見があまり反映されていないと私は感じており少し残念に思っています。市民

懇談会で出された意見も含め、もう少し市民の言葉に耳を傾け市民がどのようなことを望んでいるのか、重点的に考えていただきたいと思いました。

《委員長》

重要なお意見ですが、具体的にどのような部分でしょうか。

《傍聴者》

もう少し意見を言わせてください。

私が市民懇談会で聞いたのは、「病院が必要か、必要でないかは今後決める」と聞きました。（\*注：正確には「病院を市が整備するか整備しないか」）

本日の検討では、市が直接病院を運営して経営が成り立つのかどうかということですが、私には近隣の市民病院で働いている知人がいます。知人の意見を参考にすると、同じような内容の診療科で同じように運営すれば、おそらく経営的に行き詰まると思います。そうならないためには、もっと診療科を特化した病院とすることや、病院を経営する職員の意識を変える必要があります。そうなれば他から注目されるような病院が建てられると思います。

市民懇談会では、昨年4月に野洲病院から「新病院整備基本構想2010」が市に提案され、これを機に市内に中核的役割を果たす病院が必要かどうかの検討を進めてきたと説明されました。その際、この検討は野洲病院の再建が目的ではなく、市内に病院が必要かどうかの検討で、野洲病院ありきの検討ではないと聞いています。つまり、市内にどんな医療が必要であり、それが経営的に成り立つのかどうかを検討している途中であるということでした。

病院の検討において、市民ニーズにあった病院で経営が成り立つのであれば、新しいプロジェクトとして新病院を整備していくという形で進めていただければと思うのですが、今回の議論は私が市民懇談会で聞いていた内容と違っていると感じています。

もっと必要とすべき診療科の議論やこのような手法で進めていただきたいという思いがありますが、私が考えている内容とは違っています。本日は経営的な事ばかりの話であり悲しく思いました。（\*注：本日の検討課題が「病院経営」であり、診療科等の検討は過日に実施済）

《委員長》

悲しいといわれますと、私達も野洲市民の皆さんのことを常に考えながら検討してきましたので非常に残念です。市民の考えをどのように反映させるかは基本的なことです。もちろんこれで決着をして他の意見を聞き入れないということではありません。もっと踏み込んで具体的な意見を取り入れる必

要があります。今回は検討委員会として考えをまとめ提言させていただきませんが、別に提案していただくというステップがあっても良いと思います。

また、自治体病院の経営が非常に難しいというご意見もありましたが、これは運営の方法に問題があります。シミュレーションされていますが、民間病院でうまく経営しているところはあります。国立大学系の病院では、なかなかコストカットをしにくい仕組みがあり高い調達となっています。したがって、もっとコストカットできるような努力は必要です。民間病院では自立した運営をしていますから参考になる部分があると思います。どのような運営形態を選択すればうまく経営できるのか、しっかりと検討する必要があります。

しかし、一番大切なことは市民が本当にこの病院を利用するかどうかということです。ですから、一番重要な市民のニーズがもっと出てこなければいけません。そこが今のご意見のように十分できていないということであれば、もう一度、個々の具体的な医療上の希望や形態上の希望を聞いて反映させる必要があります。収支については、あくまでも現状を想定してシミュレーションをしていますから、2年毎の診療報酬の改定で大きく変わる可能性があります。あまり緻密に設定しすぎても状況は年々かわりますので、大まかなところでよいと思います。ぜひ市民の皆様からのご意見をまとめていただきまして、検討委員会からの提言と合わせて、市でご検討いただければと思います。

それでは病院像をまとめますが、療養病床を持った病院とします。また、回復期医療に対応した病院です。近隣に同規模病院がありますから、どのようにしていけばうまく運営することが可能か、研究していただきたいと思います。

#### 《市長》

それぞれの立場からご意見いただきありがとうございました。市の政策的な方向性は重要だと思います。その根底は皆さま方がご議論していただいたとおり市民ニーズだと思います。市民のご意見は、前身の中核的医療機関のあり方検討委員会において、専門家の委員の皆様とともに、自治連合会を代表する方、高齢者を代表する方、子育て世代を代表する方に委員になっていただきそれぞれの観点でご意見をいただきました。そこでの意見は、病院は「ない」より「ある」方が良いということでした。また、診療科についても利用する立場とすれば全てがあるほうがよいというご意見でした。

一方、病院運営を考えた場合、専門家の委員の意見では、周辺病院との機能分化の観点で検討する必要があるということでした。そこで具体的な診療科について、現在病院を運営している方の意見や市の福祉現場の最前線で働いてい

る保健師の意見などにより検討していただきました。また、市は国民健康保険の運営者の立場でもあり、そのレセプトデータなどを分析し市民ニーズを把握しています。

なお、市民の望んでいる病院を描くのは今後の作業だと考えており、いろいろな機会を利用しながら市民の意見を反映させていただく予定です。先日、市民懇談会を開催しましたが、そこでの内容は別紙の資料にまとめております。残念ながら病院の市民懇談会は参加者があまり多くありませんでした。別の会合でよく市民懇談会等に参加される市民に話を聞いたところ、病院に関しては市に任せるとの意見でした。

そう考えますと、市は市民ニーズをどこまで正確に把握できるか。また、病院経営が成り立つのか。そこが重要なポイントになると思います。本日の委員会で病院像のあるべき姿の方向性をつけていただいたと思いますので、全体をパッケージにして考えていかなければなりません。

市民は可能なかぎり在宅での療養を望まれていると思うのですが、なかなか家に帰ることができないという現状もあります。懸念されているとおり、患者が病院に滞留してしまうことも想定されます。やはり、この分野は他の福祉施策と合わせながら、中間施設を充実するなどの方法により対応する必要があると思います。

病院が赤字運営する前提で病院を整備するつもりはありません。しかし、医療保険収支のプラスマイナスや介護保険収支のプラスマイナスの中で判断も必要かと思います。このようなことも踏まえて、最終的な形を考え、最終的な審議をしていただければと思います。

#### 《事務局》

本日はどうもありがとうございました。