

第3回 奈井江町立国民健康保険病院のあり方検討委員会 会議記録

令和 2年 10月 7日(水) 18:00~19:40

奈井江町立国民健康保険病院 4階職員会議室

○出席者

・委員（7名）

（学識経験者）

佐古 北海道地域医療構想アドバイザー

平林 砂川市立病院 病院事業管理者

（奈井江町地域医療連携運営委員会から推薦された者）

安達 アダチ歯科院長

方波見 方波見医院院長

（社会福祉法人日本介護事業団から推薦された者）

白崎 やすらぎの家施設長

（まちづくり町民委員会から推薦された者）

北 まちづくり町民委員会委員長

三原 まちづくり町民委員会副委員長

・オブザーバー（5名）

一般社団法人 北海道総合研究調査会 五十嵐理事長

碓井 奈井江町副町長

小澤 企画財政参事

小西 奈井江町立国民健康保険病院院長

小倉 奈井江町立国民健康保険病院看護師長

○会議録

1. 開 会

【事務長】

定刻の時間前ですけれども、皆様お揃いになっておりますので、会議を始めさせていただければと思います。本日お忙しいところお集まりいただきまして大変ありがとうございます。今回の会議につきましても新型コロナウイルス感染対策ということで入口のドアを開けたままにさせていただいております。換気の窓開けについては寒くなってきましたので、空気清浄機を2台設置させていただいております。こういった形で進めさせていただければと考えております。よろしくお願いいたします。

それではただいまより第3回の奈井江町立国民健康保険病院のあり方検討委員会を開催させていただきます。

本日オブザーバーとして、「北海道総合研究調査会HIT」の方から五十嵐理事長さんに今回初参加という形でお越しいただいております。

【オブザーバー】

よろしくお願いいたします。

【事務長】

次第2の委員長挨拶ということで委員長にご挨拶いただいた後に進行の方お願いいたします。

2. 委員長あいさつ

【委員長】

皆様、こんばんは。

先ほどコロナの話が出ましたけれども、本日北海道38名出たということで、2日続けて30名以上です。少し心配されますが、幸いに重症者は今北海道は0名なので高齢者の感染が少ないのが1つの要因なのですが、なんとかこれ以上増えないようにしていただきたいと思います。

この検討委員会ですが、今までに2回会議を重ねてきて、議論の方もかなり煮詰まっております。それから9月に総務省の経営アドバイザーから助言を得まして、これらを参考にして、本日はある程度奈井江町立病院の本来のあり方の方向性を出して、次回で最終的な答申を策定するというスケジュールになっておりますので、今日は皆様方にご発言いただいて、次回の素

案の作成に反映させていただきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

それでは、協議事項の（３）町立国保病院のあり方についてということで事務局の方からまず説明をお願いします。

3. 報告事項

（１）町立国保病院のあり方について

【総務係長】

（資料に基づき説明）

【委員長】

質問あるいはご意見あればお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

【委員】

病床の最適化ということなのですから、1つの病棟を3種類ということですよ。物理的に例えば男女がいると6部屋必要ということなのですか。そういうのは大丈夫なのですか。

【事務長】

3病棟ではなく1病棟として見た中で、病床の区分を3つにするという言い方を厚生局の方で確認しておりまして、「全体50床で病棟としてみなしますよ」というところを確認しております。病室の配置については、混在しない形の配置をしてくださいというところは言われておりますので、男女きちんと入院できる形で部屋の割り振りの方を最初導入するにあたって検討していく形になってくるかと思えます。

【委員長】

病床単位で分けるということなのですね。面積案分とかも大丈夫なのでしょうか。

【事務長】

はい。大丈夫です。

【委員長】

他にいかがでしょうか。3番目と4番目に共通するところがあるのですけれども、まず後発

薬品の導入率が70.17%、全国平均は現在80%くらいなのですよ。まして療養病床ですから。先ほど今後進めるということだったので、大した額ではないけれども必要かなと思います。他にはですね、在庫管理は絞らないと、たくさん種類があるとどうしても在庫が出るので、このあたりも医局の先生方と相談してできるだけ絞った方がいいかなと印象としては思いました。

それから8番目の電子カルテなのですよけれども、すごく高いですね。ある病院では療養105床で電子カルテの導入費用は4千5百万円。言ったように専門の知識の豊富な方に見てもらった方がいいし、それと同規模の病院で入れているところがあるので自治体病院は情報提供してくれると思うのでそのあたり調査したら良い。それと今クラウド型が結構流行っているし、この病院規模だったらクラウド型でいけるのかなと思う。それからカスタマイズは絶対しない。出来合いのものをそのまま使うと。要望を聞くとこういうのをつけてくれとかどんだんになるので、そこで額が膨らむから、だいたい皆さんカスタマイズしないで使って大丈夫なのでね。

【委員】

3番の棚卸を今までしていなかったというのは、問題ないのですか。

【事務長】

棚卸しはやっています。アドバイザーの先生は、単純に在庫の量ですとか、そこを見た中で「やっていないでしょう」という言い方をされたというところで、実際は行っています。

【委員長】

他はよろしいですか。

【委員】

基本的なことで申し訳ないのですけれども、この実現可能な水準という年間で5千万円ですね。2番目の病床転換のシミュレーションとして、年間これだけでいけば、今後継続可能という形なのではないでしょうか。あるいはちょっと前に資料で、年間医業収支が3億円くらいになっているということなので、例えば5千万円やったとしても2億円のくらいのマイナスということになっているので、やはりさらに上げていかないといけないということになるのですか。

【事務長】

3億数千万お金が足りていないという状況になっていますけれども、これまでに資料でご説

明させていただいたとおり、一般会計からの繰入金という形で地方交付税で措置されている金額もございます。その金額については、病院の方に繰入できるということになっていきますので、前回の会議の資料の中で純粋に役場の一般会計が持ち出しているのが1億5千万円程ですというご説明をさせていただいたかと思えます。

5千万円改善すれば良いということではなくて、ここを少しでも積み増していけるように、できることなら役場が純粋に持ち出している1億5千万円を目指した形で収益の改善を図っていく必要があると考えております。

【委員長】

最初の会議で言ったと思うのですがけれども、1億5千万円を収入あるいは支出の片方で改善するのは無理なので半々くらいでというお話をしたと思うのですが、5千万円のうち支出の改善は、1千万円なのです。あとの4千2百万円は病棟病床の区分の変更での収入増ですから。

【委員】

11項目での改善の検討をということですがけれども、まだ可能性のあるところはたくさんあることになるのですがけれども、例えば、患者さんの来院数だとか例えば入院数、ベッドのどのくらいの利用率というか、現状の状況での利用という前提での試算なのですか。

【委員長】

現状での前提です。ですからそのあたりも収益のところでは当然議論すべきところなので、この検討課題等という資料がありますので、そこをまた個別に議論をしたいと思しますのでよろしくをお願いします。

【委員】

5番の清掃系では人員を減らすことによって、実現可能な数字を出していますがけれども、アドバイザーによると10番のセラピストは1人の作業療法士から4、5名に増やした方が取る区分が変わり収益が上がると言っていましたけれども、その対象者って4、5名とかセラピストを十数名に増やして人件費を上げても賄える対象者がいるのかどうか。

【事務長】

そこに関しては、一番の課題だと考えております。今現在、アドバイザーの先生が来られて

このお話をいただいた段階で、フルにセラピストの方稼働した場合に、この時言われた中では、「1人あたり70万円くらい1カ月に稼ぐようになりますよ」という話をされたところをベースに数字を計算して出しています。実際にそれだけの患者さんがおられるかというところはまだ申し訳ありませんが分析しきれれておりませんので、もし実現していくとなった時には、その部分をきちんとやった上で実現に向けた動きをとる形になるかと思います。

【委員長】

70万円稼ぐなら1人のセラピストが何人患者さんを診なければならないのか。この報告書にありますか。

【事務長】

報告書にはあるのですけれども、具体的には言ってはいないです。

【委員長】

リハビリの施設基準を上げるとかですね。

その他いかかですか。では資料1のシミュレーションの説明をお願いします。

【医事係長】

(資料に基づき説明)

【総務係長】

(資料に基づき説明)

【委員長】

現行は①ですね。②～⑤までが今後病棟の再編した時ですね。住民のアンケート等を見てもダウンサイジングあるいは診療科減らしても病院は入院を含めて残してほしいというのが6割強なので、まず⑤ですが10年後はわかりませんが現時点では考慮外。それから④も19床にしても赤字増えるのであればこれも対象外。②、③どちらかの選択肢になるのかなと思います。この後病棟の再編について議論をいただくので、これを参考にしながら次の議論で皆さんのご意見をお伺いしたいと思います。

検討における課題等という表がありますね。これは1回目の会議の時に、今後検討しなけれ

ばならない課題を1～8くらいまで出していたのですが、これに沿って今後どうしていくかを皆さんご意見いただきたいと思います。

1番目の病院の役割ということなのですが、今後どの程度の医療になっていくかということのご意見をいただきたいと思います。住民の6割強はダウンサイジングしても病院は存続してほしいと思っている。ここはやはり、大事にしないといけないのかなと思うのですけれども。この後、3に病床種別とありますので病棟再編については議論したいと思います。大きなこの病院の役割、方向性というのを議論したいのですけれども、まず外来機能ですね。これは1と2重なるので2は診療科と診療時間です。内科、整形、眼科、小児科、外科は休診中なのですけれども、ここ合わせて外来医療をどうしていくか皆さんご意見いただきたいと思います。

2の(1)の内科は残る。整形は月～金曜日で毎日外来やっています。1日平均43.4人です。内科は42.7人。しかし、収支を見ると整形はマイナス2千3百万円、内科は1千3百万円。整形は単価が低いのでね。そうは言ってもこれだけ患者がいるので必要なのかなと思います。次に眼科です。これも月～金まであり、外から先生に来ていただいている。これは前回議論しましたけれども、平成30年の実績ですけど1日平均14.1人。ここの単体では2千2百万円の赤字。

1日の患者数から言って毎日必要なのかどうかと言うことをお聞きしたら、以前、病院の方から医局に「回数を減らして欲しい」と言った時に、「減らすなら“0”になる」という回答があった。それはだいぶ前の話だと思うのですけれども、ここをどうするか。受療動向を見ても結構な患者さんが滝川とか砂川あるいは岩見沢とかに流出しているのですよね。それから小児科が木曜日だけって言うのは特別な理由があるのですか。

【事務長】

これは医師を派遣いただいている関係です。予防接種等も実施しています。

【委員長】

予防接種の為だけなのか。

【事務長】

予防接種の方に多くご利用いただいているということです。

【委員長】

1日患者平均1.6人なのでいらなかなと思ったのですけれども、460万円赤字なのですよ。

【オブザーバー】

こちらの小児科に関しましては、眼科とは事情が違います。

【事務長】

小児科の部分でいきますと、奈井江のお子さんもそうですけど、浦臼町さんからのお子さんもうちの病院の方で予防接種していただいていますので、そういった意味では町民からの求めはあるかと思えます。

【委員長】

予防接種もね。もちろん必要な診療科というのもあると思うのですが、外来についてはどうですか。

【委員】

整形はそんなに患者さんがいるというのは意外だったのですけれども、手術はしていないのですよね。眼科もしていないのですよね。

【オブザーバー】

そうですね。こちらの特徴は局注みたいなアルツとかそういう注射ですね。あとは骨粗鬆症のそういう需要があるという感じですね。それから単価は低いのですけれどもこちらの患者さんの特徴として、膝への局注とかそういう要望が多いというのがあります。

【委員】

あと整形の先生は常勤でいらっしゃいますよね。

【オブザーバー】

そうですね。

【委員】

やはり今後その病床管理という面に関して、整形の先生は入院を持っていらっしゃるのですか。

【オブザーバー】

整形は入院はないのですけれども、砂川市立病院さんからの整形の先生からの軽度骨折の方はいます。入院管理というのは整形で診ますけれども内科管理で整形の患者を往診することが多い。

【委員】

整形外科は、外来だけというのはもったいない。病棟の診療も診ていただくことで内科の先生方の負担軽減にもなるし、そういう方向は難しいのですか。

【オブザーバー】

現在1人なものですから、医師のバックアップ体制があれば。

【委員】

眼科については、ちょっと多いなという感じがします。

【オブザーバー】

眼科につきましては、大学病院からの派遣ですから、眼科も流動的と言いますか、網膜のレーザーとか治療されていた先生が大学病院の方に引き上げられたので、実質的な診療という点では赤字部分が増えている状況です。

【委員長】

先ほど言いましたように、今の外来体制の中で検討するとすれば眼科のあり方をどうするか。これは最終的に病院で皆さん方、住民の要望を肌で感じたと思いますので、その辺を見てちょっと検討していただければいいかなと思いました。

【委員】

内科、整形は42人と43人。例えば内科に来て、足が痛いから両方かかる、あるいは眼科と内科等にかかる実態はどうなのですか。

【事務長】

そういった患者さんも多くおられます。

【委員】

データとしてどのくらいいますか。病院に行って両方診てもらえるのが一番患者側としては良いのだろうと。ただそれでも少ないのであれば、どう考えるかということになるのだけれども。

【委員長】

おそらく2～3割は重複している患者さんかなと一般的には。1回目しか取れないのですよ。2つ行っても、3つ行っても診療報酬は1つしか取れない。その病院に対する再診料は1回なのですよ。

【事務長】

おそらく1日100人程度の患者さん来られていて、実際薬局で処方が出ている数が60～70くらいということを考えますと、同一の患者さんがおそらく3割くらいおられるのかなとざっくりした数字で申し訳ないですけども。

【委員】

診療科をなくしていくと、来院の傾向が変わるのですか。

【事務長】

少なからず影響はあると思います。

【委員長】

だいたいそんなもんでしょう。もう少し多いかもしれないけれども。

【委員】

時々うちの病院にも小児科の患者さんが来るのですけれども、個人的な話で申し訳ないですけども、患者さんに薬出して、「治らなかつたら小児科は木曜日やっているからかかたらいいよ」と言うのですけれども、それで小児科の患者さんが1人しかいないというのが意外だった。

【委員長】

他の予防接種とかでたまたま週1回具合悪い子が来るのではないか。

【事務長】

実は1.6人という数字が医療統計上の数字ですので、1日1診療あたりは10人くらい。

【委員長】

医療統計上なら5倍くらいしないといけない。

【委員】

そうですね。1人なら少なすぎると思っていたので。

【委員長】

それなら意義がありますね。外来については、眼科の方を皆で検討していただくということ
で。

【委員】

眼科ですけれども、在宅の人で動けない人で眼科の訪問診療はやってないのですか。

【事務長】

今は行ってはいません。先生が午前中だけしかおられなくて、今外来でほとんど過ごされて
いる形ですので、今現状でなかなか出ていくのは難しいかなとは思いますが。

【委員】

曜日を変えると、眼科のことは詳しくわからないのですが、この時間帯で14人というのは
かなり忙しいのですか。

【事務長】

それなりに患者さんはおられる状況ではあります。

【オブザーバー】

午前診療だけですので、診察時間も限られています。

【委員長】

出張医で訪問診療というのは、無理だと思います。常勤医ではないと。眼科の訪問診療は結構ニーズがあるのですか。

【事務長】

今までに聞いたことはあまりないです。

【オブザーバー】

今、道内自治体病院で眼科の固定の先生がいらっしゃる場所があります。ですからその病院に収益ですとか訪問されているのか聞いてみて、参考にする必要があるのかなと思います。

【委員】

あまり他でやっていないやり方というのは、注目を浴びていいかもしれない。

【委員長】

次に入院の方にいきます。3の病床種別いわゆる病棟の再編。先ほどのシミュレーションを見ながらご意見いただきたい。この②というのは、総務省の経営アドバイザーの提案に沿って今の療養病床を22床、今はⅡなのですけれども、これを診療報酬の高いⅠにあげると。現状ではⅠにあげるの医療ニーズとか看護必要度からいうとⅠにあげるの難しいのですけれども、介護医療院と地域包括ケアでそちらに患者さんを調整しながら22床はいけるということですね。あと地域包括ケア病床が13床で介護医療院の方が診療報酬が低い。看護配置が13対1なので地域包括ケアを13床にしたかと思ったのですけれども、病床単位でね。だけど病棟単位ならここは変えても問題ないのですよね。13床しか維持できないのですかね。

【事務長】

最初この病床数決めた時には厚生局に相談しに行く前でしたから13対1なので13床までという整理をしていました。

【委員長】

わかりました。この1番下の行の収支を見ると、②のパターンですと8千百万円の赤字。③ですと1億6百万円の赤字。それでも現行は1億2千3百万円の赤字。③ですと2千万円、②ですと4千万円ですね。最終的に②にいかないと町の要望は満たせないね。先ほど事務長さんがおっしゃっていましたが、とりあえず③をとっておいて準備して②にいくと。包括ケアの準備をして。色々とデータを出さないといけないので6カ月くらいかかるので。それと今理学療法士何名ですか。

【事務長】

現在は1名です。

【委員長】

1名しかいない。これを専従にしてしまうと、他のところリハビリはできない。もう1名は増やさないといけない。

【委員】

13対1で、介護医療院とか医療療養病床を診るというのはどうももったいなくて、介護医療院の良いところとしては看護師が少なくて済むということが最大のメリットなのではないかなと思います。そこが活かされない。もうちょっと病床の配置は考える余地があるのかなと思います。

【委員長】

中身の配分については、実際患者さんの分布がどの程度になっているかというところで見直す可能性はある。

【委員】

地域包括ケアを増やしたほうがいいですよ。単価が高いので。それに見合うだけの看護師が配置されているので。地域包括ケア病床を増やしてということですね。

【委員長】

何か病棟のこと、入院に関しては何かご意見ございませんか。

【委員】

あんまり実態がわからないでいるものですから、このパターンでみると②が非常に収支の状況から言って、選択しては良いと思うのですが、まだまだ改善というか収支が好転するような対応が仕組めるとすれば、最終的にどのくらいの可能性があるのか、全くわかりませんが、④番あたりを見ても減らしたからって収支が良くなるわけでもない。

【委員長】

②の介護医療院は10床くらいで可能ですよね。委員がおっしゃったように。ただ低いところはできるだけ少なくして、それでもわずかなもの。

【委員】

在宅復帰率の厳しさということ前にお話しありましたけれども、これをどれだけ増やしたら70%をクリアできるかということになりますか。あまり増やしすぎるとちょっと厳しくなるのですね。

【委員長】

増やしすぎると70%、でもこの間在宅復帰60いくつと言っていましたよね。

【事務長】

在宅復帰率は昨年の実績で療養病棟全体の中で見ると77%確保できております。なので、在宅復帰だけであればなんとかということであるのですけれども、看護師、PT等が不足しますのでその準備にどうしても時間がかかるかと思えます。

【委員長】

わかりました。ここを決めないと、大体いつから病棟再編するのですか。来年4月ですか。

【事務長】

検討が終わったあと速やかに取り組みたいと思っていますので、少なくとも来年の4月を目指してまず第一弾変えられるところがあれば変えていきたいと思っています。

【委員長】

わかりました。募集するにしても、年内には公募しないと4月1日の採用は難しいですね。方向としては、最終的には②のパターンにいくと。この病床の内訳は見直すと。それで②に行く前にすぐには無理なので③をとりあえずやって、それから②に行くというような方向でいかかでしょうか。それでも2千万円くらいは改善する予定なので。

【事務長】

1点今の部分で、②に行く場合は、今ほど言っていた技術者の確保のことももちろんありますけれども、データ提出が必須になりますので、そこがどうしてもシステムの入替えに合わせてしか動きようがないものですから、早くても令和3年度の間くらいまでいかないシステム更新はできないと思いますので、最短それくらいのスケジュールでしか動けないというところをご理解いただければと思います。

【委員長】

来年度中に準備できて1年遅れてでもそれはしょうがないと思います。そういう方向でよろしいですね。

次に4番目の病床数は、これは50で良いということでもよろしいですね。薬局と言うのは院内薬局、薬剤師2名、調剤師2名。部門別に言うと薬局部門は3千百万円くらいの赤字ですね。そこをどこまで入れるかね。ちょっと難しいのだけれども、これくらいの人員が必要かどうか。

【事務長】

配置基準上は薬剤師2名必要ですので、助手をいかに削れるかというところになってくると思うのですが、現在は薬剤師が1名しかいない状況になっております。

【委員長】

薬剤師1名。じゃあ補充しないといけない。

【事務長】

全然休みも取れない状況でやっていただいているわけですが、当院としては、この数年間安定的に薬剤師さんが確保できていないという課題があるものですから、薬価差益は外来で1千万円程度確保できているとしても、院内薬局を続けるのにどこまでメリットがあるのかという

ところがあることから、ここを1つ課題として上げさせていただいているということです。

【委員長】

入院はいるので1名は必要なのですけれども、外来の方を院外に出してしまって、受け皿はあるのですか。

【事務長】

営業に来ていただいているところもありますので、そういったところも踏まえますと受け皿がないことはないと思っております。

【委員長】

この辺は専門の方ではないと難しいと思うのですけれども、どうでしょうか。この辺の医療事情はよくわからないので。

【委員】

そうですね、院外薬局というのは皆さんクリニックは院外薬局でやっているから、その時に例えば外来にかかっているとかそういう時に院内の患者としてはスムーズなのかなと思うのですが、こればかりは院内の薬局と院外の薬局の収益の違いはよくわからないので、ただそうできればよりスムーズかなと思います。

【委員長】

その薬価差益が1千万円というのは外来だけですか。

【事務長】

そうです。外来の方で使っている薬剤費に差益率を乗じるとおおよそ1千万円程の薬価差益なってくるのかなと思います。

【委員長】

規模にもよるので、先生はこの辺のことよくご存じなので、どうでしょうか。

【委員】

結構薬剤って大きいですよ。薬剤師さんの数も2人ということですので、薬価差益で人件費出てしまうわけですよ。それを手放すというのは数字だけ見ると無理してでも薬剤師さん抱えて院内でやっていた方が収益的には良いですよ。

【事務長】

補足で申し訳ないですが、実は院外薬局にする場合のシミュレーションもやってみておりまして、今言っていました差益はあるのですけれども、療養病床なものですから入院に関わる薬品分が丸々手出しでそこから出ていく形になっておりますので、純粹に薬局だけ取り出して計算しても先ほど申し上げた3千万円程赤字になっています。これが例えば薬剤師1名の体制にして院外に出して処方箋料だけいただくという形で計算し直しますと赤字の幅が若干なりとも縮小する方向に動くのは、今シミュレーション上となっております。全体に収支の部分で計算しますと1千万円くらいまで縮小できるかなとシミュレーションをしているというところです。

【委員長】

現実的には、そちらの方がプラスがあるかもしれない。

【平林委員】

薬剤師さんも本当に居ないですよ。

【委員長】

居ないし、雇用するのが大変だと思うのですよ。札幌とか都市部の調剤薬局の方に行ってしまうので。今いる方がいつ病気になるかわからないから、公募して面接されて良さそうな方だったら継続するというのが一応方針として、雇用できない場合は院外に出すという2本立てというような方向でどうでしょうか。絶対にいなくては困るので0名になったら大変なので。そういうようなことでよろしいでしょうか。

次に6番目の訪問看護。これは1日あたりの平均利用者が3.4人。これは外来との兼務なので午前中外来して午後外来少なくなったら訪問看護行くのですかね。

【事務長】

ほぼ専従で動いている者もいるのですけれども、その者も外来が忙しい時にヘルプに入った

りしていますから、常時動いているのは1名でそこに穴が空いたとこだけ外来からスタッフが手伝いに行くというような形です。

【委員長】

1日あたりの平均利用者さんは4名っていうのは業務量として何人分くらい、看護師何人分くらい、1人くらいなのか。1日3.4人なので、多い日は5人とかあるかもしれないけれども少ない日は2人とか分布がどんな風になっているのかわからないけれども、専従1人では診れないのか

【オブザーバー】

代休とか年休が付くと廻りきれないので、外来のスタッフが代用で入っています。

【委員長】

やっぱりボリュームが少ないと非効率になる。外来と兼務しているからなんとかなっているのかな。ここの部分も単体で見ると赤字ですよ。でもこれはニーズがあると思うのでやめるわけにはいかないと思う。事務局としてはどのように考えていますか。

【事務長】

決して無くそうとかそういうことではなくて、ニーズがあるのは存じていますので、こういった形で訪問看護の方を運営していますということで、ここの中で一度ご議論いただけたらなということで項目として上げさせていただきました。

【委員長】

考えとしては、要するに利用者が少ないと効率が悪いのですよ。例えば年休だとかの時のために多めに人を配置しないといけない。ですから利用者を増やす努力というかそういう方向にするしかないと思います。訪問看護は身近で利用している人いらっしゃいますか。

【委員】

在宅看護と言いますか、段々増えていく状況になるのでしょうかから、そうすると対応は必要になる。将来的に3年後なのか5年後なのかわかりませんが、上昇していくということを想定しておかなければならない分野ですよ。具体的にどうできるかシミュレーションできないで

すけれども。

【委員長】

訪問看護は民間とかいくつくらいありますか。

【事務長】

訪問看護自体はうちの病院と町内の1クリニックがやっております。

【委員長】

訪問看護ステーションは病院にあるのか。

【事務長】

事業所として動いているだけでステーションは砂川の方にあります。

【委員長】

本部というかそれが砂川にあって、そこから来ている。

【事務長】

うちは訪問看護事業所としてやっていて、ステーションという旗揚げはしていません。

【委員長】

事業所はこの院内にあるのですね。24時間やっていますか。

【事務長】

24時間やっています。

【委員長】

それなら患者さんは満足ですね。他に訪問看護についてご意見ありますか。

無ければ次はサービス付高齢者向け住宅です。これは入居率94%。これは十分利用されていますね。全部で16室ですね。入所可能なのが25名ということは夫婦同居の部屋もあるのですか。

【事務長】

夫婦同居できる部屋が9室あります。なかなか収益的にはかなり厳しい状況なものですから。

【委員長】

でも1千万円くらいの赤字じゃなかったですか。

【事務長】

純粋な持ち出しとして1千万円の赤字です。

【委員長】

町の福祉ですから、病院の会計から出ているのかな。病院でやっているから。

【事務長】

病院でやっていますけれども、町からの繰入とかたちで補填していただいております。

【委員長】

繰入で出ているからあまり考える必要はないじゃないですか。1千万円でこれだけサービス出来たら。あとは包括ケアとったときに調整弁になるでしょう。

【事務長】

なかなかサ高住なものですから、一応、終の棲家的な扱いに基本的になっておりますので、調整弁として自由に入出りできるかというとなかなか難しいところはあります。

【委員長】

それでは他にここはご意見ございませんか。今までどおりでよろしいでしょうか。

次に8番経営形態。これは、今は一部適用なのですね。病院側として一部適用でやりにくいので全部適用にしてほしいという要望があるのでしょうかね。

規模が小さいところは、一部適用にしても、全部適用にしてもあまり変わらない。確かに人事権があるといっても一番大事な医者的人事権は無いので、あまり変わらないので、町の方としては何か要望あるのですか。

【事務長】

我々も特に現状の中でさほど何も問題があるとは思っておりません。小さな町ですのである程度人事の部分に関しましても、職員の採用に関してはこちらの意向をかなり汲んでいただけていますので、特に全部適用にしなければというところは感じておりません。

【委員長】

一部適用から全部適用にして、変えたからと言って画期的に経営が改善したというのはあまり例を見ないのでね。本州とかで県立病院とかが2つとか3つあるようなところは統廃合した時には、効果が出るのですけれども、こういう小さい自治体で元々単体でやっているようなところは経営形態変えてもあまりメリットはなくて、かえって面倒くさくなるだけなのです。ですから特別町の方から要望がなければ、現在の経営形態で、この委員会として変えれとか意見は無いかなと思いますが、どうでしょうか。

ということで、1回目の会議でいただいた課題等については、だいたいそういう形で整理していただいて、次の素案でそこを書き込んでいただければと思います。

その他全体を通して何かありますか。委員の皆様方からご意見ございませんか。

【委員】

このシミュレーションは、病院の院長先生をはじめ職員の方も知っているのですか。

【事務長】

院長先生は今日ご覧になっているのですけれども、他の職員に関しては、先日の会議の時にも委員からご指摘をいただきましたけれども、きちんとこの会議の前段で部門代表を集めた会議で同じ資料を出して、同じ資料の中身を説明させていただいております。今回も昨日行っておりまして、こういった形で資料の方を出しますということと、シミュレーションがこういった状況になっておりますということは示させていただいております。

前回委員からご指摘ありましたとおり、院内でのコンセンサスを取る事が大事ですよというところがあったものですから、今回こういう話をしますよということでお話した中で職員の皆さんにも、意向としてもし何かあればその時点で聞かせてもらえればということで話はしました。基本的にみんなの総意というわけではないのですけれども、今の時点で自分たちの中で「これではダメだ」というところの答えは持っていないので、このあり方検討委員会の中である程度きちんとご意見いただいた中で、自分たちがその中からきちんと取り組めることを積

極的に取り組んでいきたいという形で、きちんと自分たちがモチベーションを持って仕事を続けていけるように、出た答えに対して頑張っていきたいというところを昨日職員の方にもお話を聞いております。

本日あった中身についてもまた、素案の素案みたいな形でまとめた時点で職員にきちんとお示しをしていきたいと思っております。

【委員長】

あともう1点この課題には入っていなかったのですが、2024年までに働き方改革ということを見直さなければならぬので、勤務時間ですね。そのあたりは院内である程度シミュレーションとかされているのかどうか。

【事務長】

まだあまり具体的にはしていません。

【委員長】

今回の答申にはそこは全く触れないと言うわけにはいかないと思う。ここの時間外の患者さんは1日平均何人ですか。2人くらいですか。医師の当直として認められる勤務実態なのかどうかということなのですよ。

【事務長】

示されている中からいきますと、当直として認められる範囲だと思います。

【委員長】

あと看護師さんの時間外とかもだいたい大丈夫なのか。

【事務長】

現状としては大丈夫です。

【委員長】

この2職種が大丈夫であれば、大丈夫かなと思うのですが。

【事務長】

医師の部分なのですけれども、具体的に日当直であることの届出等の部分に関してまだきちんとした検討をしていないものですから、そこもこれからやりたいと思っております。

【委員長】

今までの議論を聞いて特に働き方改革とか、その辺について何かコメントがあったら一言お願いします。

【オブザーバー】

私どもは道内のシンクタンクですけれども、ここ数年医師の働き方改革で先ほど先生がおっしゃっていたことをはじめ、勤務改善支援センターというのを道の委託を受けて全道の病院の実態調査に入っているところです。

また、老健事業でここと同じように自治体立の医療機関が相当な赤字を抱えながら、あるいは、入院の病床利用率がかなり下がっているところがあって、ダウンサイジングをすると同時にバージョンアップをしなければならないのではないかということで、そのプロセスを研究するという調査研究の一環として今日ここで私も勉強させていただいたということです。

そこで2点ほど感じたことなのですけれども、足下の病院改革、経営改革をするからというこの議論は大変大事で、「明日にでもできることは明日にでもやっぺいこう」と言うことでスピード感を持っていて素晴らしいなと思って伺っていたのですが、先生が最初におっしゃっていたように10年後はわからないというところがあるので、おそらく2025年に全国的には高齢者はピークですけれども、既に高齢者のピークは過ぎていて2023年から2025年には後期高齢者は減少していくという状況のなかで多分構造的に人口構造が変わって、おそらく色々な構造変化が起こっていく中で医療をはじめまちづくりをどうしていくかが次の課題だという風に思っていますので、多少中長期的な視点から見た時に今の病院のあり方を考えるというのは大変重要な視点なのかなと思って伺っておりました。

その中で介護医療院がずっと残っていくのか若干疑問を持ちながら伺っていたのですけれども、特養があって介護医療が引き受けて、またさらに特養に戻すのか、介護医療院でずっと最期まで看取られるのか、では特養の機能をどうするのか。介護との関わりというのは今後また病院の中でも議論されるのかなと思いました。

それから前回のこちらの議事録読ませていただきましたが、非常に心に残りましたのが「この病院のあり方そのもの地域の包括ケアシステムの中での医療機関のあり方とかこの職員

の方々はどのような医療機関にしたいのか、どういう地域にしたいのかということが一番大事である」と先生をはじめ皆さんがおっしゃっていたというのが一番大事で足下を改善しながらそういう議論というのを今後進んでいくことを期待したいと強く思いました。

4. その他

【委員長】

次回素案をまとめるにあたって、将来の見通してなかなか難しいのですけれども、でもやはりこれからの病院はどのように目指していくか。多少人口動態とかをひいてこういうことも考えていかなければならないということも最後に触れていただければよろしいかなと思いますので、是非お願いいたします。

5. 閉会

【事務長】

今ほど皆様からいただきましたご意見を基にしまして、次回の会議については11月に入ってからどこかのタイミングでまた日程の調整をさせていただきたいと思っておりますが、素案の素案みたいな原案という形できちんと答申書の形でまとめてご覧いただけるように作ってきたいと思っております。なるべく早い段階でご確認いただけるように書類の方お送りさせていただきますので、また内容をご確認いただいてご意見をいただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は大変ありがとうございました。