

令和元年度（2019年度） 第4回 函館市病院事業経営改革評価委員会議事概要

- 日 時:令和2年(2020年)2月17日(月) 17:00~18:00
- 場 所:市立函館病院 精神病棟2階体育館
- 出席者:鎌田委員長, 伊藤委員, 高橋委員, 熊谷委員,
氏家委員, 森下委員, 川崎委員, 加藤委員, 藤田委員
- オブザーバー:市立函館病院 佐藤副院長, 成瀬副院長, 中西副院長
益子看護局長
- 事務局:桐澤管理部次長, 本間庶務課長, 熊木経理課長,
大吉医事課長, 崎野医療連携課長, 船木医療情報企画課長,
野呂恵山病院事務長, 佐藤南茅部病院事務長

1. 開 会

□熊木経理課長

本日は、お忙しい中お集まりいただき誠にありがとうございます。

ただ今より令和元年度第4回函館市病院事業経営改革評価委員会を開催いたします。なお、齊藤委員は本日所用により欠席となっております。

それでは、本日の議事に入らせていただきます。鎌田委員長、議事の進行をよろしくお願いたします。

2. 議 事

■鎌田委員長

事務局から第3四半期の報告をお願いいたします。

□資料に基づいて熊木経理課長説明

・令和元年度函館市病院事業の事業実績（12月末）

■鎌田委員長

引き続き令和元年度2月補正予算と2年度当初予算案について説明をお願いします。

□資料に基づいて熊木経理課長説明

・令和元年度2月補正予算と2年度当初予算案について

■鎌田委員長

令和2年度の予算は、函館病院が単年度で1億の黒字を見込んでいますが、その中で具体的な取り組みについて説明をお願いします。

□熊木経理課長説明

前回までの委員会で、森下委員等からお話を頂いておりました函館病院での最近の取り組みについてご説明させていただきます。

1つ目は、総合入院体制加算2および認知症ケア加算1の取得についてですが、当院の看護師が所定の研修を終えたことにより、1月から算定開始となりました。これにより、1か月あたり約500万円の増収が見込まれております。

2つ目は、入退院支援加算1および入院時支援加算による増収についてですが、昨年医師の控え室である医局を移転し、その場所で6月から患者サポートセンターを開設したことにより、7月以降は平均で1か月あたり約440万円の増収となっております。

3つ目は、クリニカルパスの見直しです。クリニカルパスとは、医療の内容を標準化し、

入院中の予定をスケジュール表のようにまとめた入院診療計画書です。医療の安全や質の向上、業務の効率化が図られるほか、在院日数の適正化や、他院に比べ薬品等の医療資源の投入量が多い傾向にあることから、医療資源の適正使用も見込まれるものです。現在の状況としましては、昨年7月からパス専任の職員を配置したことにより、パスの件数は去年4月の178件から、12月には217件に増加しているほか、既存のパスの見直し等にも努めております。

最後にフォーミュラリーの作成です。フォーミュラリーは医薬品の医学的妥当性や経済性を踏まえ、病院内で作成する医薬品の使用指針です。同じ効能、効果を持つ医薬品が複数ある場合、この指針に基づいて医薬品を選択することで、医薬品の適正使用や後発品の使用促進が図られるため、薬剤費の削減も期待できます。現在の状況としましては、昨年7月のプロトンポンプ阻害薬、胃酸の分泌を抑制する薬を手始めに、6種類の薬品においてフォーミュラリーを適用しており、今後、他の薬剤にも拡大したいと考えております。

■鎌田委員長

今年度の決算見込みと新年度の予算、函館病院の最近の取り組みについて説明していただきました。氏家委員、お願いします。

■氏家委員

12月までの事業実績の報告でしたが、1月、2月も非常に頑張っております。単年度資金収支では12月末時点で0.5億円の赤字の見込みですが、もう少し改善されて、おそらくプラスマイナス0くらいまで行くのではないかと考えています。しかし、コロナウイルスの問題が出てきており、その動きがどうなるか分かりませんが、それが無ければ予想通りに行くと思います。昨年度は賞与カットした上での約7,800万円の黒字でしたが、今年は去年と比べ3億近くプラスになっていますので改善されていると思います。

恵山、南茅部病院に関しては、人口減少や社会の流れがあるので、来年度の方向性を見て病院のあり方を考えて行きたいと思っています。以前はそれぞれの病院がバラバラでしたが、連携をとり情報交換しながらやっていこうと考えています。

■鎌田委員長

ありがとうございます。数字で確認しますと、去年の単年度資金収支がプラス7,800万円ですが、この中には2億5千万円の期末勤勉手当削減の影響額が入っている。それを今年度は通常通り支払っているので、7,800万円から2億5千万円を引けばマイナス1億7千万円くらいになるが、黒字が見えてきたというところでしょうか。

函館病院について佐藤副院長からコメントをお願いします。

□佐藤副院長

クリニカルパス委員会の具体的な例を上げて説明します。循環器内科の場合ですが、従来はCAG（冠動脈造影）とPCI（冠動脈インターベンション）という検査と治療を1回の入院で行うパスを作っていました。治療については診療報酬が算定できますが、検査は算定できません。造影で使用するプレッシャーワイヤーという道具があるのですが、高額な病院負担になってしまいます。このパスでは他病院と比較すると検査が過剰な状態になっています。これをCAGパスとPCIパスに分け、循環器内科の医師とミーティングを行い、どの検査が過剰になっているか、どの材料にお金がかかっているかを説明しました。その結果、心筋梗塞など別の疾患にも効果が出るようなので、今後も介入していきます。また、パスの適用率が40%程なので、増やすことで薬剤材料費をもっと下げられると考えています。

もう1つ、病棟業務削減ワーキンググループで持参薬の処方について検討しました。従来は今まで飲んでいた薬を持参していただいたのですが、大量に薬がある場合、仕分けをする病棟看護師の業務負担が大きかった。これを軽くするため、11月から2泊3日以上の子定入院患者さんは入院前に1包化して処方することをルール化し、業務の軽減を図りました。しかし、医師が入力しなければならず、漏れてしまうことがあるので、3月から薬剤師が代行入力を行い、医師の負担を軽減することにしました。入院患者さんの3割から4割はこれでいけるだろうと思います。

色々な取り組みがあるので、これでどのくらい時間外が減るかわかりませんが、このような取り組みを行っております。

■鎌田委員長

標準化の一例ということですね。

□佐藤副院長

何が過剰になっているか、無駄なものがあるかの説明をすると、現場は理解してくれません。

■氏家委員

今まで無頓着だったわけではありませんが、以前と変わったのは事務部門と医療者側が話し合い、情報交換出来る土壌が出来たことです。医師がやることだから、ということで遠慮することが多かったと思います。医師も忙しい中で決して悪気があってやっているわけではなく、気づかなかったことを気づかせてもらえるので非常に協力的であることが分かりました。

他に、成瀬副院長は労務管理で、有給休暇を取得させなければなりませんので、これをやっています。中西副院長は、それ以外の多くの役割を担ってまわっています。

□成瀬副院長

私は産業医をしておりますので、働き方改革に関しての取り組みをしております。当院の時間外勤務に関して、医師以外の職種は、概ね月 30 時間以内になっています。医師に関しては、年末から年始にかけて満床に近い状況で病院運営をしておりますので、時間外勤務が長くなる傾向にあります。70 時間を超えて時間外勤務されている方が約 50%いるのが現状です。これまでは、勤怠管理が出来ていなかったため、今年度は IC カードを導入して勤務時間内の終業を強く意識してもらう取り組みを始めています。

医師の時間外勤務に関しては、患者さんの診療に関わる時間外が多いのですが、中には自己研鑽あるいは事務処理といった内容があります。時間外勤務の内容を記載してもらい、内容を把握することを始めています。本来、時間外勤務は上司からの命令があって行われるものですが、これからの取り組みとして患者さんの診療以外の自己研鑽や事務処理については、その意図と必要性を提出し承認を得て時間外をしていただくことで、時間外勤務に関する病院としての考え方を周知していくことも大事だと思っています。

次に、有給休暇に関して 5 日間の取得が昨年 4 月から義務化されています。職員については権利である夏休み 3 日、義務免除 2 日、有給休暇 5 日を取っていただきたいのですが難しい状況にあります。医師に関しましては、診療科単位で出来るだけチーム医療を実施して業務の効率化を図り、診療に支障がない形で有給休暇を取得するように、職場安全衛生委員会で議論しお願いしているところです。各部署で有給休暇取得の予定について話し合っ、計画を出してもらい 3 月末までに職員全員が有給休暇を 5 日取得できるように取り組んでいます。

■鎌田委員長

医師も看護師も入院患者数が増えている状況で大変忙しいと思いますが、記載するのは大変なのでは。

□成瀬副院長

先程出ましたパスによる業務の合理化や、中西副院長や看護局長から引継などの余分な業務を削減する話が出ていますので、それらと合わせて時間外の短縮と有給休暇の取得が必要になってきます。働き方改革のうで、必ず実践しなければならない、準備しなければならないという周知を含めてやっています。

■鎌田委員長

業務の削減をしまわしていくということですね。

□中西副院長

経営的な側面と業務改善の側面で両方上手くいっているものをお話します。患者サポートセンターですが、去年の 6 月に引越しをして、看護局、医療連携課、薬局、栄養管理などのスタッフを一箇所にそろえて、患者さんがそこに来れば入院する段階に必要な全ての説明、あるいは入院の準備が出来るという部署を作りました。具体的には、入院が決まった患者さんがそこを訪れると、入院支援の看護師が話を聞きます。その時に入院に必要なものや退院後のことなどのオリエンテーションを行います。そのほか、入院前や入院中に行う検査の説明や段取りをしたり、手術の患者さんであれば麻酔科を受診してもらうのですが、現在は入院前や入院当日に受診するようにして工夫しています。それと同時に患者さんの情報を電子カルテの決まったフォーマットに打ち込みます。また、1 人暮らしなどで、退院後、自宅に帰るのが困難な患者さんの場合には、早期のうちから医療連携課が対応し、他の病院でリハビリをするとか、訪問看護を利用するなどの段取りをするようにしていま

す。また、薬局が持参薬の整理をして電子カルテに情報を入力しています。これらの情報を基に入院前や入院時に処方することなどで業務改善をしています。

これらのオリエンテーションや検査説明、他科受診はセンターが出来るまでは病棟で本人やご家族に説明していましたが、現在は入院前に行っていますので、病棟でなくていいこととなります。また、データベースがしっかりしていますので情報が共有されて、医療安全の面からも推奨されることとなります。

これらの業務改善の一方で、収益はどうかというと、これにより入退院支援加算と入院時支援加算が取れて、当初は400万から450万円くらいの予想でしたが、入院患者数が多くなっているため500万を超え600万円近くまで加算が取れています。業務改善にメリットがあり、経営にもメリットがあるということで、ひとつの取り組みとしては良い例かと思えます。

■鎌田委員長

これまでの話から、森下委員お願いします。

■森下委員

我々の病院は約千数百名が働いていて、医師は100人ほどです。医師以外の残りの職員のをどれだけ伸ばしていけるかが、病院にとって大きいところだと思います。副院長からの説明では医師だけではなく、薬剤師や看護師など色々な職種の名前が出てきました。このチーム医療の充実が業績を伸ばしている大きな原因のひとつだと思います。10月から新規入院患者数が前年度に比べ5%ほど増えています。通常ではありえない伸び方ですが、これも職員が一丸となっていることで、色々なところでのイメージがアップしてくれているのだろうと思っています。

■鎌田委員長

医療面でも皆さんの働きからも大変成果があったということが伝わってきます。結果も良い数字が出ているということですが、現場の皆さんが大変ではないかと思えます。色々な改革を推し進める過程で業務量が増えることがありますが、その辺はいかがですか。

■森下委員

看護師数、それとベッド数を増やすことを考えています。去年、ベッドを10床増やしましたが、それでもあふれている患者さんがいます。それを入院として受け入れていくにはさらなる検討が必要であると考えています。

また、これまで慣習的に行っていたことが本当に必要なのかということも洗い出したいと思っています。何年間も食事のときにお茶を配っていたのですが、思い切って止めました。苦情が出るかと思いましたが、誰からも苦情が出ません。こういったことを進めて行きたいと思っています。若い方や新しい人たちの意見を多く吸い上げていけば、もっと仕事に余裕ができるかと思えます。

病院には多職種の方がいますので、その人たちと一緒に病院の改善を行っていきたいと考えています。

■鎌田委員長

具体的な改善や活動の内容でしたが、これまでの話から伊藤委員いかがでしょうか。

■伊藤委員

数年前は改革しようとして空回りしていたようだが、今の森下委員の話聞いて、看護師を中心として経営参画を積極的にする方向になりつつあるし、非常に素晴らしいと思います。

■鎌田委員長

伊藤委員からご覧になって、このように改善していくと膠着するかもしれない課題はあるのでしょうか。

■伊藤委員

急性期病院は頑張れば頑張るほど赤字になる制度なので、とにかくベッド稼働率を100%に近づけることが出来るかどうかです。療養はベッドが埋まっていれば今の日本の制度では利益が出ます。急性期はそうはいきません。先程、たくさん患者を断っていて、ベッドを増やすという話がありましたが、数年前から比べると非常に素晴らしい改善がされていると思います。この意識で持って行っていただきたい。

今回の診療報酬改定で 2,000 台以上の救急車を受入れる病院の診療報酬が 5,200 円上がりますが、細かいところが見えないのでどのくらい増収になるか。

■氏家委員

今回の診療報酬改定ではトータルで 0.46%下がることになっていますが、函館病院は急性期をやっているのも、非常に手厚くなっています。やるべきことをきちんとやっていけば結果がついてくると思います。

先程、伊藤委員が言われたとおり、我々の病院は稼働率が 95%くらいであればいいから、早く退院させたり、断ったりしていますが、もし災害が起こったらどうするのかと言っています。その時に、1 日、2 日くらいは拡大しなければならない。これがずっと続いたら恒常的に人を増やし、ベッドを増やさなければなりません、こういうことが月に 1 回、年に 3,4 回あるようであれば頑張っただけで乗りきらないと、恒常的な黒字にはならないという話をしています。ただ、看護師を増やさない中で、2 年前より数億円改善しました。これはひとえに職員、特に看護職員が頑張ってくれましたので、人数を見直さなければならないと話しています。

■鎌田委員長

高橋委員、いかがでしょう。

■高橋委員

質問ですが、ICT を上手く使うという話で、個別の業務を効率化するのもひとつですが、全体を見て流れるような取り組みが必要だと思うのですが、システムを上手く病院の中に取り入れるなど、全体的な観点から何か検討されているのでしょうか。

□中西副院長

今おっしゃったことは、まさにパスのことだと思います。入院してから退院するまでの工程の中で整理された治療方針で、必要かつ十分な医療資源を投入するためのプランニングがされています。その前後に必要な書類などが簡素化されていますので、これを上手く活用した方がいいというお話かと思いますが、それぞれの場所を簡素化するということでは、看護局がデバイスを工夫しながらやっています。

■高橋委員

労務管理の件について、時間外の管理は本人に申請してもらうとのことですが、相当強制力を働かせないと上手くいかないような気がします。企業ではそのようなことをやっていないので。制度の問題があるかもしれませんが、勤務の仕方を変えたほうがいいのか。例えば、医師には適用できないと聞いていますが裁量労働制とか高プロとか。

■氏家委員

医師の働き方については非常に難しい面があります。ひとつは、仕事が忙しくて時間外をしなければいけないということ。それによって収益が生まれ、自分の収入にもなります。裁量労働制による年俸で、その中でこのくらいの仕事をしてくださいというのが一番いいと思いますが、どのくらいの業務量が出るのかという難しい面があります。少なくとも 2 年前までは、この人は何時から何時まで病院にいたか分かりませんでした。また、今までは、病院にいたら時間外になっていました。患者さんの診療での時間外もありますが、自分で色々なものを調べる、というようなことも時間外になっていたので整理しました。給料を惜しんでいるわけではなく、どのくらい働いていて、どのくらい大変な思いをしているかを知らなければいけないということで、自分で出してもらうことにしています。厳密に何時から何時まで働いたかというよりは、医師のモラルに基づいてしっかりとやって行きたいと思っています。

□成瀬副院長

今のお話のとおり、診療に関する業務は認められなければなりません、自己研鑽や新しい技術や新しい知識を取得するなど、直接患者さんに関わらないこともやっていかなければなりません。時間外勤務は上司の命令によって行うもので、自発的な自己研鑽もすべて時間外として受け入れられるかという溝があります。そのような中で、昨年 4 月 1 日の厚労省の考え方によると、上司の命令として出したものは時間外と認めるとされていますので、それを踏まえて研鑽領域は長い時間の勤務を占めているわけではありませんが、時間外勤務に関する考え方をきちんと持ってもらいたいという意味合いでの取り組みと考えていただければと思います。

■伊藤委員

医師の時間外の問題は本当に大変だと思います。私も市立病院に10年いて、当時市内に脳外科が無い状態なので、実質の時間外は200時間くらいあったと思います。その中からなんとか60時間から100時間に収めるくらいに削る苦勞をした覚えがあります。そのくらい忙しい科がたぶんあるのだと思います。今お話しがあったように、研鑽との区別は本当に難しい。仕事を終わったら白衣から私服に着替えて、そこからは私的時間だというわけのわからない、そんなことが実現可能かという笑い話がありました。ただ、時間外は難しく、私の時もそうでしたが、手術を夜中にやり、患者さんが心配だから術後2時間待機していた。これは時間外なのかどうかは異論があるところで、本来時間外と認めるべきですが、そうすると手当が増えていきます。また、看護師が問題で、例えば8時30分から診療だとすると、7時くらいに早く来る。これは非常に問題になっていて、当院では始業30分前には来るなど指導を目下始めているところです。仕事をした後、来院した後いろん部署で自分のネームカードでチェックできるようにしています。特に、早く来ないように、また、仕事は5時で終わるので、4時30分までに自分の仕事を終えて、やり残した分を整理するように言っています。そうすると遅くとも5時や5時30分には帰れるだろうという取り組みをしています。毎日の繰り返しの中で本人ならびに家族への過剰負担にならないようなことをこれからやっていくべきだということで始めました。

■森下委員

伊藤委員のおっしゃるとおりなのですが、長い間の慣習なので、一朝一夕には変えることは出来ないと思います。しかし、そのような方向に変える必要があります。医師に関しては、同じように働いていても、例えば私は外科医なので手術をしている時は1時間でもそれほど負担ではありませんが、書類を1時間書くとすると3時間くらいの負担感になります。書類やカルテを書くことは、医療クラークという職種がありますので、上手に教育してカルテなどを代筆してもらったり、簡単な検査の説明もやってもらう方向に進めたいと考えております。さらに、退院時サマリという書類があるのですが、各科バラバラだったのを、書式を統一化することによって、これも医療クラークが書けないかを検討しています。

■伊藤委員

すごく大事なことだと思います。統一化が良いことで、私も「このように書くから」と教えます。それを何回かやって覚える。書いてもらってチェックする。今はパソコンの画面に出てくるので簡単ですが、自分が書くよりも3分の1以下の労力で書類が出来上がります。ただ、他の医師に言うのですが、医療クラークやそばにいる人間を指導しようとするのがおっくうでしない。しかし森下委員がおっしゃるように、それを徹底していきサポート係とかにやらせていくことが経営にとって非常に大事なことだと思います。

■鎌田委員長

現場で仕事が減っているという印象はありますか。何より心配なのは、これだけいい成績が出ているので、現場の負担が増えていると思います。色々取り組んでいると思いますが、公立病院で長年の歴史がある病院ですから、手続きや紙での処理など、要らないんじゃないかということもあると思いますが。

■氏家委員

本当に細かいことではありますが、医師以外の職種の時間外が減っています。強制的に減らしているわけではなく、効率化です。医師の仕事が忙しいだけに、医師の指示が夕方に出るため看護師は残っていかなくてはならない。それをとにかく日勤中に出させると、時間外が減っていきます。ただ、医師の時間外が減っていかなくてどちらかというと増えていきます。それらについて力を入れて改善していこうと思っています。

■鎌田委員長

時間外や労務管理というと管理部門の役割が大きいと思いますが、そのような中で事務局どうですか。

□桐澤管理部次長

時間外についてお示しすれば、医師は先程成瀬副院長からありましたとおり、70時間を超えています。事務であれば平成30年度が21時間くらいあったのが、今年度は20時間を下回っている状態で着実に減ってきていると思っております。

■森下委員

医師の時間外に関しては、主治医制が大きな壁になっています。一人のお医者さんが患者さんを常に診ており、そこが非効率的な原因となります。何とかチーム制にしたいのですが、そのためには患者さんのご理解も必要となります。調子が悪くなった時に「なぜいつも自分を診てくれる医師が来てくれないのか」と言われることがあるのでなかなか出来ない。せめて休日だけでもチーム制にすることが私達の次の目標となっています。

■鎌田委員長

主治医に診療してもらいたいという患者さんも多いでしょうが、個人名を冠した私立病院に比べれば、そういう要望は少ないかもしれない。

□成瀬副院長

具体的にどうすればチーム制に移行できるかを模索している最中ですが、今後働き方改革によってインターバルの問題や、有給休暇を取得するに際して、互いを補わないと働き方改革に病院の医師職として対応していくことが出来ないのではないかと考えておりますので、少しずつ知恵を絞って相談をしながら、チーム制への移行を早急に考えていかなくてはならないと思っております。

■鎌田委員長

熊谷委員のご意見をお願いします。

■熊谷委員

チーム制への移行は出来るのではないかと感じていますが、全国的に医師が不足している中で、穴があいた医師をどう確保するのか、また現状の医師の中で回すと最終的には過重労働になり時間外勤務の形になるのではないかという思いがあります。そのあたりを確保していかないとなかなかクリニカルパスの有効利用にはならないと感じますがどうでしょうか。

□佐藤副院長

そこまで深く考えていませんでしたが、パスは標準化が前提なので、パスさえ作ればすべて済むかといえばそうではなくて、やはり医師と看護師のチームがきちんとしていないと進みません。きちんとした知識があって技術がないと進まないのが現実です。パスは作って動かしていますが、どの病棟でもパスが進むかといえばそうではなく、専門職を入れて動かさざるを得ない状況ですので、チーム制に関してはハードルが高いと思います。しかし、チーム制は必要だと考えています。

■熊谷委員

あとは、患者さんの理解をどう得るかだと思います。主治医がいないときは他の医師でもやむを得ないということ、患者の立場からも私は理解できると考えています。きちんと説明していけばいいと思います。

■森下委員

休日に熱が出るなどした場合は、交代で来ている医師が診察するあたりから導入することが第一歩かと考えています。

■熊谷委員

先程から出ている診療報酬の改定で、5,200円の加算がありますが、函館病院では救急車とドクターヘリの受入れはどのくらいあるのでしょうか。報道によれば、年2,000件以上であれば加算されるとありましたが。

□本間庶務課長

救急車につきましては年間5,000件以上、ドクターヘリにつきましては、函館病院での受入れは平成30年度で出勤件数428件中の221件、令和元年度は1月現在で360件中163件となっております。合計で5,500件前後となっております。

■森下委員

昨年2019年は救急車とドクターヘリを合わせて5,800件ほどです。

■熊谷委員

南茅部にも年に2,3回飛んで来ますが、すごい数ですね。5,200円の診療報酬については新年度の予算に入っているのでしょうか。

■森下谷委員

詳細が分かっていないためまだ反映させていません。働き方改革でインターバルを設けなければならないとか、当直明けは働かせるなだとか、色々な要件がありますが、まだ漠然とした段階です。

■熊谷委員

国の考え方と現場との矛盾がかなりあるのかと思います。

■森下委員

働き方改革が先に出来て、これでやると24時間365日の救急を今の人員でやっていくことは不可能です。そのために、人件費に充当する形で作ったというのがこの5,200円の趣旨ですが、それで十分かはまだわかりません。

■氏家委員

働き方改革は、函館病院の規模だと色々考えられるが、恵山・南茅部の医師がどうかというと、非常に大変だと思います。民間のそれほど大きくない病院でも、そんなことは不可能というところが多いと思いますので、こういうことを考えられるところは考えてくださいという方向になっていると思います。

■鎌田委員長

川崎委員いかがですか。

■川崎委員

函館病院とは抱える問題が違いますので、医師の働き方改革についてもやっている中身が違います。求められている医療も函館病院と地域の病院では違います。

恵山病院は40床で運用していますが、来年度から47床で運用することにして、経営改善出来ればと考えています。そこまで医療需要があるかということ、地域の人口が減っている状況はありますが、40床で運用すると感染症対策や、認知症などで40床全部を使えるわけではありませんので、38床くらいで運用しています。そのため、設備的な部分を整備して47床にします。

地域別の患者数が変わっていて、5年前は45~46人のうち旧函館市が20人くらい、恵山が20人くらい、残りはその他という内訳でしたが、最近では38人のうち旧函館市が5~6人、恵山が15~16人、残りは恵山以外の旧4町村の方です。恵山地域以外の楯法華などの患者さんを受け入れるようになってきています。恵山の療養型病院ではなく、旧4町村の地域の医療需要に応える役割になったのかと思います。外来に関してもほとんど恵山地域だけでしたが、楯法華の患者さんが増えてきています。恵山地域の人口は減っていますが、入院も外来も変わっていません。

療養型病院の役割は、急性期と全く違う役割として、看取りの場を提供する役割があります。在宅看取りをやっていなければ全て救急病院に搬送されます。これだと、消防も救急病院もバンクします。外来で診療する中で、80歳代や90歳代で心不全や誤嚥性肺炎などでお迎えが近いと思われる方は、あらかじめ恵山病院に入院してもらって看取るというような役割を担わなければならないと思っています。

■鎌田委員長

療養型ならではの役割ですね。

加藤委員、いかがでしょうか。

■加藤委員

南茅部は一般と療養がありますが、一般は去年より増えていますが10対1から15対1になり、単価が去年と比べて3,000円くらい落ちています。逆に療養は特養の受け入れがかなり進んでいるため減っており、現在は10名しかおりません。それであれば、15対1の一般に持っていく方がいいのか、それとも一般の在院日数を25日から24日にして13対1の一般プラス療養とする方がいいのか、どちらがいいのか検討しています。

南茅部で診きれない患者さんを函館病院ファーストでお願いしていますが、最近では満床の状態が多くて断られることも多くなっています。

現在、常勤医が2人しかいなく、ほかに非常勤が1人で日曜日に来て木曜日に帰るという状況なので、函館病院から何とか支援してもらって、木曜日の午後と金曜日は成瀬副院長に月2回来てもらって何とか回っています。常勤医をもう1人ということで大学にお願いしたいと思います。

■鎌田委員長

氏家委員、今の話を聞いていかがですか。

■氏家委員

南茅部は札幌医大の第1内科に地域医療を担ってもらっています。今後も担っていたけるかということも含めて考えて行きたいと思います。また、南茅部病院自体が耐震構造などで改築しなければなりませんので、どのくらいの入院施設が必要なのかということもこの1年、2年で考えて、住民の方の意向を踏まえて新しい病院のあり方を事務方で検討して、熊谷委員にもお話ししたいと思っています。

■鎌田委員長

改築という話がありましたが、病院局全体がどうなるかということもあります。

■氏家委員

3つのそれぞれ違う病院があり、函病には多くの医師を各大学医局から出してもらっていますが、それは3つの病院に出していて、病院局に来る医師も得るものがありながら、地域にとって良い病院になればいいと考えています。独立してやるよりは、ある程度関連してやっていく。そのひとつとして、看護師は少し交流しています。4月以降はリハビリなども足りないところに派遣することを考えています。ただ、働く人たちの意見や、派遣されている大学の意向もありますので、話し合いながらやって行きたいと思っています。

■鎌田委員長

黒字が見えてきたのは大変な成果だと思います。それとともに次なるステップ、恵山、南茅部を含めてどういう方向に進むかだと思います。

最後に氏家委員、お願いします。

■氏家委員

皆さんの意見を参考にしながら、また、我々の中でも意見を交換しながら、今年度は9ヶ月くらい経ちますが黒字の目処が付いてきました。今後は市とも話し合いながら病院局としてどのようなデザインでやっていくかを考えて行きたいと思います。

また、IT化も非常に大事だと思っていますので、ぜひ未来大学と常時ディスカッションしながら、アイデアを生かせるように出来ればいいと思います。毎年、学生が作る研究発表を聞かせてもらって、すごくいいと思っていますが、それらが続いて形になればお互いにとって良いのではないかと考えていますので、よろしくをお願いします。

■鎌田委員長

未来大学にとっても医療分野は重点分野だと思います。ぜひ連携が出来ればいいと思います。

今日はありがとうございました。

□熊木経理課長

ありがとうございました。次回の委員会は令和元年度の決算見込みを議題といたしまして、6月の開催を予定しておりますが、皆さんには改めましてご案内させていただきたいと存じます。

以上をもちまして本日の委員会を終了させていただきます。誠にありがとうございました。