

一部事務組合下田メディカルセンター事業評価委員会 会議録(公開)

日時 令和2年1月20日 14:00~16:00

場所 下田メディカルセンター会議室

(出席者)

1号委員	・下田市市民保健課長	井上 均
	・南伊豆町健康増進課長	山田日好
2号委員	・静岡県賀茂保健所所長	本間善之
3号委員	・下田商工会議所専務	石井 敏
4号委員	・一般公募者	河井文博

事務局 中田和明 細井直子

1. 開 会
2. 自己紹介
3. 議 題

① 委員長・副委員長選出

委員の互選により承認 委員長 井上均 副委員長 山田日好

② 下田メディカルセンター経営改善計画に掲げた平成30年度病院事業実績に基づく目標達成率等考課検証調書に対する意見について

事務局：説明（内容省略）

○質疑・意見

本間委員： 地域医療構想、特に424の病院再編が1月末頃には出ると思います。

下田メディカルセンターという病院がどういう役割を果たすのか。不採算であっても自腹を切って公費を出す価値があるものかどうか。

この病院は特に南伊豆町にとって必須の病院なのだろう。今井浜・東部病院また昭和大の脳外と密である熱川温泉病院等との距離を考えれば、下田だけのことであればこの病院が無理して少ない患者を取り合わなくてもいいという国の理論です。民間が優先してやることをやり、総務省から繰入しなくていいようにという考えが424病院の再編の根底にあります。

救急医療体制は100床で1万人といわれていますが、そのくらいの数がないとなかなか運営できないといわれています。

そのほかに南豆地区の外来診療ですね、小児科や整形外科の外来の経過観

察と、それから手術に関して専門医制度を持っている今井浜病院、伊東市民病院、順大の病院等と連携して、手術の終わった後でこちらでの外来の診察あるいは小児科も順大から非常勤で来ていただいて、そのあたり外来を結局やればやるだけ赤字になってしまう部分をどこまでやるのか。

もうひとつは専門領域の先生、基本的には自治医大の派遣に頼ろうとすると、これからは自治医大の先生は総合内科医しかいませんので、例えば今のところは眼科で単価の高い治療をしています。もし単価が下がった場合とか医師が辞めてしまった場合、また材料費の問題、そういう不安定要素を見ていかなければならない。

私の考えでは、やはり南伊豆町の旅行者と介護施設の入居者、一般住民の救急患者にとって欠かせない医療機関であるという認識です。

ドクターヘリの飛ばない夜間の救急医療をどうやって守るのか。南伊豆町にとって附属診療所がどういう意味を持つのか。そのあたりの再検証が必要。

山田副委員長： この病院は、南伊豆町の救急のためというわけではなく「下田・南」「東・河津」「西・松崎」と生活圏が違い、その基幹的な病院だと認識しています。

医師の派遣については、今後も過疎地の医療を補完するためにどういうふうにやっていくか、県として協力していただきたいと考えています。

材料費が平均より高いことについては、多くの病院は院外処方だと思いますが、ここは院内処方ですのでその辺が材料費に影響するのでは。

企業債残高について30年度は電カルを見込んでいなかったとのことですが、目標値を変える予定はないですか。

事務局： 変えていかないと乖離していきますので、修正します。

不採算部分について保健所長からありましたが、指定管理の募集要項では「内科・外科・整形外科・小児科」の4診療科の確保が要件でした。

不採算というと小児科は単価が安い。が人件費は同じというところで、現在2人の先生がいますが、少子化の観点からもやらなければいけないところですので、指定管理者にもお願いをしています。

もう一つの少子化対策として周産期を含めた産科ですが、今のところは白井病院が頑張ってくれていますので、閉院した場合の検討を明言することはしませんが、研究は続けています。

運営にかかる赤字補填はしないという指定管理協定を結んでいて、お金の限定した話をすると、組合側としては非常に好条件で協定を結んでいるにもかかわらず、指定管理者は非常に頑張ってくれています。そういう中で不採

算地区を今後どうしていくかという議論の余地はあると思いますが、すぐに切り替えるのは難しい。

山田副委員長： この病院を建てる時に「赤字補填をしない」というところがあるので、その中で不採算医療までやれというのはちょっと違ってくるのではと思います。

不採算医療をやるのであれば、当然、赤字補填を考えていかなければならないので、その前提が崩れていくとなると、そういう条件で来てもらいましたので経営努力の中でやれという話にはできないと思います。市町がどうするかというのを考えてからでないに進んでいかないと思っています。

本間委員： みなとクリニックは利用者も半分になっています。存続と廃止のメリット・デメリットというのは。

どういう方が利用されて、必要性は何か。なぎさ園の入所者が主に利用していると聞いていますが。

事務局： 確かに近隣の方と入所者が利用しています。収支的な話をしますと、初年度に出た1千万円ほどの赤字を繰り越していますが、2年目から出る710万円ほどの交付税を指定管理者に交付していますので、ほぼトントンです。

医師は、なぎさ園にいますので。

本間委員： 老健は医師が必要ですから、そこと兼ねていて収支はトントンということですね。

事務局： なぎさ園については、指定管理者の収支は毎年黒字を計上しており、7年間での累積黒字は4～5千万円になると思います。

クリニックについては初期投資が5千万以下ですので、繰り上げ償還をすることもできますが、閉めるまでのこともないと思います。

本間委員： 病床を減らす考えはあるか。

事務局： 病床を減らすことで普通交付税は減りますが、不採算地区の特別交付税がもらえます。お金がもらえるという理由でむやみに減らすことはできませんが、来年度からリハビリで採用予定の言語聴覚士の部屋がないことから、回復期の2床分を返納し言語聴覚士室にする考えです。

河井委員： 増やしてほしい診療科目について、住民からの要望はありますか。

事務局： 科目を増やしてほしいという話は聞いていません。

本間委員： これから専門医制度が始まり、過労死防止ということから1施設に3人以上の医師を置かないと、それぞれの領域の専門医になれない仕組みになります。産科で医師3人ですと、年間300～500の分娩がないとやっていけないので、人口の少ないところでは小児科同様不採算です。

自治医大の場合は総合内科として僻地の救急に特化した医師を養成して

きましたので、総合内科医でしたら毎年2名は派遣できます。

地域枠の産科、整形、小児科に関しては来年度の入学生からそちらへ進む枠を作りますので、6～8年はかかります。

石井委員： 5 ページ (ア) 経営収支比率 (イ) 医業収支比率 目標を達成できた要因「指定管理者の経営努力により、前年度に引き続き大幅な黒字化を達成できたため」とありますが、具体的に何をして黒字化できているのか。人件費や経費を厳しくしていることはないのか。

事務局： 一番大きな要因は患者数が増えたことです。平成27年度あたりが分岐点となりました。

収益率のバランスは、入院5.5 外来4.5 くらいと思いますが、人件費等は変わりません。

石井委員： 今後もこれくらいの患者数があれば黒字を維持できるということですか。

事務局： そういうことです。

井上委員長： 入院がこれだけ良いのは、やはり白内障手術件数の多い眼科ですか。

事務局： 眼科ももちろんそうです。それと白内障でも遠近両焦点の手術を始めて、保険点数を取れるようになりました。

河井委員： メディカルの眼科へ行けばいいよという話は伝わってくる。いい先生がいて手術件数が増えることでこんなに経営状態が良くなるのか。ほかの診療科もそうなれば

事務局： 一日15件の手術はできるが、入院の受け入れ態勢がとれていないので。

山田副委員長： 白内障は、バックボーンがいつまで続くのか。

本間委員： 人口が少ないので高齢者は減っていきます。手術に適した人は減っていつてします。

メディカルが良くなったのは、よその県からの派遣で整形外科を勉強された先生が、たまたま3人くらい続いたことや、白内障手術によると思います。

河井委員： 電子カルテシステムを1億何千万円かけて更新しましたが、単純に古いものを新しいものに交換したということですか。

事務局： そうです。保守期限がありますので、7年ごとに更新します。

井上委員長： ではこの辺で、意見が出尽くしたということ。

去年の結果報告書とありますが、こちらを本日の委員会の総評として取りまとめます。こちらの30年度の結果報告書として組合管理者は答申する必要があります。

本日、皆様の方からいただきました各種意見をまとめた案を作りますので、追加のご意見等ありましたら伺います。

事務局： 結果報告書の提出をもって任期満了となりますので、3月31日頃を提出日とする予定です。

本間委員： 昨年の報告書の中で「大学医局」を「大学医局等」に。
「専門医」に関しては、大学以外からでも診療科によっては専門医もあ
りますので「等」でよいのではないかと。

③ 下田メディカルセンター経営改善計画の一部改正について

事務局：説明（内容省略）

○質疑・意見

事務局： 2025年の厚生労働省のプランはまだ作成していませんので、これでよい
ということであれば作成し、肝要な部分については2床削減と併せて地域
医療構想調整会議で報告をしたいと思えます。

本間委員： 国の方針が1月中とのことですが、方針が出てからでないかと、こちらは
もろに影響を受ける病院の一つですから。

井上委員長： 11ページ「資料編」の「使用許可病床数」、15ページ「賀茂医療圏に
おける必要病床数」、同じ年度のところの整合性は？

事務局： 11ページは「静岡県病院名簿」から拾った数字、15ページは「静岡県地
域医療構想」から拾った数字です。

本間委員： 「使用許可病床数」は書類上の数です。実際に稼働しているかどうかを
含まずに医療監視で把握した数ですのでかなり乖離があり、厚労省からは
是正するよう言われていますが、既存の病床は手放したがりません。

実際に健康保険で請求するときの病床が「稼働病床数」で、本当の実態で
す。

あとは河井医院のように医療法上の届け出数が稼働していない「幽霊病床」
新しく作るものに関しては3年ごとの病院施設調査と患者調査により計
算されます。

必要病床数・基準病床数は、国が必要と思う数を示し、賀茂医療圏は既
存のベッド数は大幅に超過している。

ベッド数といっても3つの数字が存在し、3つを一本の数字にしたうえで
稼働率を70%以上に

人口は減っていきますが、関東圏の長期療養者が流れてきますので住民
票のない人が多くいると足りなくなります。

あとは時点の問題もあります。

15 ページ「救急搬送件数」は1市5町の数を出した方がいいのかどうか。医療圏が違いますから、救急搬送が局地化し、たとえ人口が少なくても患者さんが少なくても体制の確保という意味で必要だということ表現するにはどちらがいいのか。

事務局： 13 ページの15「賀茂医療圏における高齢化率」のところに「総人口」と「高齢化率」があるので。

本間委員： 厚労省が、こんなに人口の少ないところはまとめちゃいなよと言われてしまったときに、そういう流れが今できているので。そうでなくてここは離島なみの、距離が長く道も悪くて3か所ないと住民の救急医療が守れないということとで。

事務局： 総務省からは、これからも継続的に作るようにという話がありますので、そこで修正させていただくことでご理解を。

本間委員： 分かりました。そこは先手を打つ方がいいのか、後手でいいのかなというのがちょっと。

事務局： 5年間はこのパターンでやらせていただきたい。

本間委員： 分かりました。事務局長がそうおっしゃるのであれば、私たちは何も。

井上委員長： 以上で、本日の議題は終わります。

④ その他

本間委員： これから厚労省と総務自治グループの綱引きが激しくなると思いますが、その時に病床利用率、稼働病床70%達成という話が非常に重くなるので、総務省としても経営改善に向けざるを得なくなる。国策に対しては地域特性の問題とか、高齢化に伴い冬場には80~90%まで行くとかそういう話も含めて説得するために、地域の診療圏の話はある程度しておいた方がいいのですが。

「検討を求める点」のところをそういうふう書き込むかですね。

ここの病院の大義名分というのは、それぞれの医療圏（東河・南豆・西豆）それぞれに救急を担う病院があり、どこも欠かすことはできないという理由をそれぞれの病院で作っておいていただければ、県の医療計画に対する地域医療構想調整会議の方で反映したいと考えています。

事務局： 今の話を踏まえると、変えてもいいかもしれません。利用率の割る病床については、患者等のニーズ等を踏まえつつ他の利用目的に転用することも視野に入れるというような。

本間委員： 地域特性ですね。総務省から経営改善を迫られたときに答えられるような内部検討と、それに関しての先出しをしておいた方がいいのかな。

事務局： では7ページアのあたりに入れ込んでみます。

本間委員： 5年ということですから柔軟に動けるようにしておいた方がいい。

山田副委員長： 答申が出る前に動いた方がいいのか。ある程度見えてきたところで動いてもいいのでは。

事務局： 委員会は毎年やりますが、基本的には時点修正以外は修正したくないところはあります。あくまでもプランですので、あまり変えるのもおかしいだろうと言われかねないので。

本間委員： 特に高額機器の計画は5～10年にわたりますから、そこで先出をしておかないと状況が激変した時に身動きが取れなくなるのが怖いので。

事務局： 確かに病床削減については何も触れていません。削減しても、今の制度での恩恵措置はありますので入れたい気持ちもあります。

本間委員： 委員長預かりで事務局との間で。

事務局： 去年は交付税措置があるのではと思い、ネットワークの部分を書き換えましたが、双方向でないため交付税措置はありませんでした。

井上委員長： 2床の減床については大義名分がありますから、文章に入れておいた方がいいかもしれません。

4. 閉 会