

第3回委員会での議論の整理

論点別発言内容の整理

- | | | |
|---|---|------|
| 1. 救急医療のあり方（高齢者救急・2次救急） | … | P2 |
| 2. 災害・感染症対応 | … | P3 |
| 3. 小児科・産科 | … | P4～5 |
| 4. 診療科構成の検討（泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉頭科・皮膚科） | … | P6～7 |
| 5. 病床規模（削減の可能性）、病床機能（地域包括ケア病棟／地域包括医療病棟） | … | P8 |

1. 救急医療のあり方（高齢者救急・2次救急）

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
そもそも「高齢者救急」というくくりで語ってよいのだろうか。現場の医師は年齢ではなく重症度や緊急度で判断しているはずではないか。		
救急要請の実態を見れば、その多くはすでに高齢者であり、「救急＝高齢者医療の一側面」というのが、現場の紛れもない実態ではないか。		
保険制度上は年齢で区分けする発想に馴染みがあるが、治療という観点で見れば年齢による差はないのではないか。		
三次救急が重症例に集中できるように、市立病院は二次救急の役割をしっかりと担うべき であり、地域での階層的な役割分担を維持すべきである。	○	
高齢者が増える以上、ニーズに応える設備や体制さえ整えれば、受け入れは自然と増えていくはずではないか。		
日野市立病院は地域の介護施設といい関係を築けており、これは高齢者の受け皿として、かなり大きな強みではないか。		
高齢者はこれからも増え続ける「主要な顧客」 であり、 対応する準備をしておく必要があるのではない か。 一方で、 コスト削減のため「夜間は受けない」といった大胆な切り分け、時間帯での区分け も、市民にきちんと説明すれば検討の余地はあるのではないか。	○	○
公立病院として夜間休日の救急を完全に手放すというのは、役割上、難しいのではない か。	○	
専門性に偏った「裾野の狭い医療」こそが、救急を断る要因になっているのではないか。 臨床病院として裾野を広げる方向へ、あり方そのものを根本から変える必要があるのではない か。	○	
東京都は全国で一番病院が決まるまで時間のかかる構造にある。応需率85%という目標は、今の医師数や働き方改革の制約を考えると、極めて現実性に乏しい数字である。		
救急応需率を上げることこそ、今の経営危機を打開する「一点突破の特効薬」になり得るのではない か。病院にも事務局にも、取り組みの強化を求めたい。	○	
小児科・産科・循環器などの専門救急を24時間365日体制で維持するには、最低でも7～8人の医師確保が必要であり、 フルセットで機能を維持するか、体制が組めない機能は集約・縮小するか 、いずれかを選ばざるを得ない。	○	○

2. 災害・感染症対応

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
資料で0円と表示されている項目にも、実際には多くの「能力維持コスト」がかかっているはずである。0円表記は市民に誤解を与えるのではないか。		
見えないコストをかけてでも公立病院としての役割を維持している点は評価できる。 災害医療・感染症対応は公立病院の大きな柱であり、ぜひ堅持してほしい。	○	
見えないコストは職員の稼働時間×時間単価で算出する方法が一般的であり、他の医療を実施していれば得られたはずの収益との比較にもつながるのではないか。		
病院救急車の維持費やDMAT資格取得のための費用も、見えないコストの一部として合わせて把握すべきではないか。		
医師会としても参集訓練の連絡体制を強化しており、相応のコストがかかっている。 市民は有事の際「市立病院が見てくれる」ことを当然と考えており、最低限の体制は維持していく必要がある。	○	
自治体として災害・感染症対応等の機能を自前で持っていないと、他機関に依存する際に時間的ロスが生じるのではないか。 政策的コストは「かかっている」ことを明確にすべきである。	○	
本論点（災害・感染症対応の維持）は、喫緊の財政再建・収支改善には直接寄与しない領域ではないか。		
中長期的な視点では、固定資産等のデータをより細かい粒度で管理していく必要があるのではないか。また、「その他設備・減価償却費」について、診療科・機能ごとの紐付けの必要がある。正確な測定には、数値のが必要である。		

3. 小児科・産科

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
24時間365日の救急体制を維持するには最低7人程度のチームが必要であり、採算性の面では絶対に合わないコストがかかることを踏まえ、市としてどのような判断をするかが重要である。	○	○
収益が上がらず他に手を挙げる主体がない以上、小児医療は最低限守っていただきたい。	○	
小児医療は今後患者数が減少傾向にある一方、24時間365日の救急体制（1列）を維持するには相当な人員確保の努力とコストが必要になるのではないかと。	○	○
近隣の小児総合医療センターがほぼお断りなく患者を受け入れている実態を踏まえると、救急面では代替可能性もあり得るのではないかと。市立病院の小児科の入院内容の多くはアレルギーや検査目的であり、実態としては外来機能に偏っているのではないかと。		○
小児科のパイが縮小していく中、集約化は理論的には正しい解決策の一つだが、市民がそれを納得できるとは考えにくい。医師会としても、集約化・統合はできないと考える。	○	
駅前に24時間対応の小児医療体制ができている。将来的にはオンライン診療の活用も小児科の姿になり得るが、それは5～10年程度先の話であり今すぐには実現できない。		
夜間だけ受けないといった時間帯による区分けは、実際には難しく、実施すればすぐに大きなクレームが来て市がもたないのではないかと。	○	
開業医が減っていく中で小児医療を合理化の観点だけで縮小すると立ち行かなくなるのではないかと。集約化した場合には、通院やタクシー代等の負担を理由に反対する市民も必ず出てくると考える。	○	
かかりやすさの観点では医療機関が分散している方が望ましいのではないかと。小児医療に限らず、全体的にアクセシビリティが悪化している中、市立病院としてどう捉えるかが問われる。	○	

3. 小児科・産科

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
開業医との連携の在り方には課題があるのではないかな。		
小児科をサポートする仕組みや、患者情報を市立病院と開業医が共有し見守れる体制の必要性があるのではないかな。今いる開業医をしっかりサポートしないと、民間が先に立ち行かなくなる医療崩壊のリスクがある。		
小児科は学校検診等の地域保健機能も担っており、これをなくしてしまうと、地域の医療提供体制が根底から変わってしまう。	○	
医療の高度化により、病気や障害を抱えながらも救われて生まれてくる子どもが増えている。現状、そうした特別なケアが必要な重症児の多くは都立病院等で診られており、その観点からは市立病院が改めて担うべき役割があるのか再考の余地もある。一方で、アクセスの良さという観点から見れば、身近な市立病院にも一定の役割があると考えられることできる。	○	○
小児医療を市として堅持するのであれば、数億円単位のコストがかかる事業であることを前提に予算措置を検討すべきである。	○	○
無痛分娩を含む産科は体制をしっかり組まなければならない一方、産科は基本的に自費診療であり、公立病院がどこまで入っていくべきかは検討すべき領域ではないかな。		○
診療科別データを見ると、市として維持したいと考えている産科と小児科が最大の論点であり、これをどう決断するかが市立病院の存続を左右しかねない。	○	○
小児科は変動費率が非常に低い診療科であり、共通固定費を除くと実は稼いでいる場合があるのではないかな。他院の例では小児科の赤字部分を産科が実質的に支えているケースもあり、こうした関係性も踏まえたフェアな会計評価が必要である。	○	

4. 診療科構成の検討（泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉頭科・皮膚科）

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
議論のポイントが「赤字診療科は見直すべき」という前提に立っているように見える。診療科別損益は本来ダイレクトコストイングで見るべきであり、変動費率が高く減らせない診療科は政策的にどう評価するかという別の議論にすべきではないか。		
診療科別収支の議論を進めるにあたり、まず対象4診療科（泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科）について、 今後大きな追加医療機器投資が必要になる見込みなのであれば、この4科については収支面での懸念は小さいと考えられるのではないか。	○	
皮膚科を除けば粗利ベースで黒字であり、追加投資も見込まれないなら、この4診療科をこれ以上議論する必要性は薄いのではないか。循環器・産科・小児科など収支への影響が大きい分野を重点的に議論すべきではないか。	○	○
実際に赤字が大きいのは内科・整形外科等の規模の大きい部門であり、部門自体は残しつつ対応する疾患の幅を狭め、対応しきれない部分は他院に紹介する形にすれば、抜本的な収支改善につながるのではないか。		○
24時間体制を維持しなければならない診療科は相当なコストがかかる。心筋梗塞発生時に 自院で全て対応するか診断後に他院へ送るか でコストが大きく変わり、脳外科等でも同様の論点がある。	○	○
対応する範囲を狭めることは、設備投資だけでなく保守費等の間接費の抑制にもつながるのではないか。		○
手術件数等がほとんどなく外来中心の診療科は、病院全体のコストを按分して負担することになるなら、市立病院が引き続き担う必要性を検討すべきではないか。		○
病棟を必要としないと判断できる診療科があれば、病棟自体を1つ閉鎖できるはずである。時間をかければ削減が進み、繰出金10億円という目標に近づくのではないか。		○

4. 診療科構成の検討（泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉頭科・皮膚科）

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
脳外科は既に医師が確保できておらず今後も見込みが低い。24時間の救急対応等を自院で持つことは難しく、広域での対応も検討すべき。		○
循環器のアブレーション治療は技術的に以前より簡便になっており、単価・救急頻度の面でも十分に採算が取れるはずであり、市立病院としてもっと積極的に取り組んでほしい。	○	
市立病院が高齢者の救急・入院患者の受け入れを優先すべきだという前提に立つと、 外来メインの診療科は開業医が担っている部分が多く、そちらで見ていく整理が必要ではないか。		○
歯科口腔外科については、 周術期ケアや摂食嚥下支援の観点から地域の受け皿として残ってほしい。	○	
費用対効果が低く収益が見込めない診療科ならなくしてもよいが、なくした場合の増収額や、なくさなくても問題ない理由が明確でないなら無理に減らさない方がよいのではないか。		
赤字を理由に診療科を安易にやめると、診療科の多さによるアクセスの良さが薄れ、他の診療科にも悪影響が及ぶのではないか。よほど閑古鳥、市民にメリットがないという場合に限り見直しの対象になり得る。	○	○
小児科は変動費率が非常に低い診療科であり、共通固定費を除くと実は稼いでいる場合があるのではないか。他院の例では小児科の赤字部分を産科が実質的に支えているケースもあり、 こうした関係性も踏まえたフェアな会計評価が必要である。	○	
「代替可能な診療科」という論点は、競争によって互いの医療水準を上げられる領域があるという視点も含めて評価すべきではないか。		

5. 病床規模（削減の可能性）、 病床機能（地域包括ケア病棟／地域包括医療病棟）

発言	維持・拡大・改善	構造的見直し・制約
現状の占床率はおよそ6割程度であり、1病棟減らしても対応可能な水準である。現在の医療需要に対して病床の供給量が過大であり、人件費が最大のコスト要因である以上、多くの病床を維持し続ける必要はないのではないか。医師・看護師の確保が今後も難しい中では、需要に供給を合わせていく方が自然な形で赤字が減っていくと考える。		○
資料の看護師32人という数字はフル稼働（50床）前提の水準であり、実績ベースではより少なくて済む可能性があるのではないかと。人員削減は自然減が前提となるため、来年度・再来年度からすぐに効果が出る即効性のある策にはならない。		
方針さえ決めれば、それに向かって緩やかに改善が見られるはずである。		
新院長も7対1維持の方針であり、医師会としても看護師の働き方の観点から7対1が望ましい。300床を7対1で維持するには稼働率6割では不十分であり、混合病棟化により需給を合わせる必要がある。	○	○
地域包括ケア病棟は、開業医が診ている在宅患者を一時的に病院が引き受けて返す仕組みであり、病院数の少ない地方の公立病院での利用を想定した制度であって、大都市圏の市立病院が担うものではないと考える。地域包括医療病棟についても、首都圏の市立病院が担うものかというイメージが持てない。	○	
制度上は急性期病院B（10対1）にすれば地域包括ケア病棟を作ることとは可能であり、公立病院がそれを担うべきかという指摘はもっともだとしつつ、都立病院にも一部導入例があり、急性期で受け入れた患者の転院先として自前で持つメリットもあり得るのではないか。		○
7対1の看護配置であることが患者・医師から選ばれる病院としての材料になっているのではないか。重要なのは配置基準の数字そのものではなく、その体制が実際に収益に結びついているかどうかである。	○	
最初の目的（繰出金10.7億円の削減）に対して、議論を重ねるほど遠ざかっているように感じる。できないことはできないとはっきりさせた方がよいのではないかと。		○

抜本的改革に関する議論

これまでの議論に基づく病院像（現状維持／改革案）

これまでの委員の皆さまのご発言に基づく組み立てであり、委員会としての決定事項ではありません。

論点	現状維持・拡大案	効果額	改革案	財政的効果額
救急医療	応需率85%を目標に、裾野の広い医療へ転換	-	準夜帯までに守備範囲を限定 （深夜帯は対応すべき範囲を限定する） ※救外担当看護師2名を削減。 ※深夜帯を全く行わないのは非現実的であるため、削減効果は現実的である。 ※本体収益減が想定されるが、現状の深夜帯の応需は限定的であり、大幅な減収は見込まない。	合計 3～4億円
災害・感染症対応	維持	-	維持	
小児科・産科	両科ともに24時間365日体制を維持。	-	小児科は外来中心へと転換	
診療科構成	全科維持	-	外来が多く手術実績の少ない科、医師確保が難しい科、かつ粗利で赤字の科は縮小する （耳鼻咽喉頭科、皮膚科、脳神経外科）	
病床機能	急性期病院A（7対1）を維持。	-	急性期病院B（10対1）へ移行し、地域包括ケア病棟を1病棟導入 ※10対1とした場合看護師は100人必要であり、40人が見直し対象となる。 ※地域包括ケア病棟は13対1の配置であるが、患者背景は大きく変わらないため、10対1相当の配置とするのが現実的である。	
病床規模	現状の病床規模（300床／稼働260床）を維持。	-	占床率6割を踏まえ1病棟程度を削減。 ※届出病床数は300床だが稼働病床数は260床。260床よりも病床数を減らした場合に、人件費の削減効果が見込まれる。	

その他取り組みによる財政的効果

論点	説明	取組による財政的効果
応需率の向上	救急応需率を向上させる（75%や85%への向上）	★ ★ ★ ☆ ☆
診療科の見直し （1つの診療科あたり）	入院と外来を廃止する （外来が多く手術実績の少ない科 など）	★ ☆ ☆ ☆ ☆
病床削減	1病棟あたり50-60床を基本とする場合 ※届出病床数は300床だが稼働病床数は260床。 260床よりも病床数を減らした場合に、人件費の見直し効果が見込まれる。	★ ★ ☆ ☆ ☆
機能の転換 （看護配置の変更）	7対1（急性期A）から10対1（急性期B）へ ※40人見直し対象	★ ★ ★ ☆ ☆
機能の転換 （地域包括ケア病棟の導入）	7対1病棟のまま、1病棟を地域包括ケア病棟に変更 ※本来は13対1の配置基準だが、現状の患者構成を踏まえて、10対1の配置とすることが現実的。 ※7対1から1病だけ地ケアに変換した場合、看護師は10人見直し対象 ※本項目は地域包括ケア病棟の変換した場合の収入増分を表示	★ ★ ☆ ☆ ☆
産婦人科の見直し	産婦人科が受け持つ範囲を見直す	★ ★ ☆ ☆ ☆
小児科の見直し	小児科が受け持つ範囲を見直す	★ ☆ ☆ ☆ ☆

※取り組みによる効果を単純に合計することはできません。