

令和3年度(2021年度)第1回北海道病院事業推進委員会議事録

1 日時

令和3年(2021年)6月28日(月)18:00~20:00

2 場所

道庁別館4階道立病院局会議室(報道機関及び傍聴者)

道庁別館3階病院事業管理者室(委員及び事務局)

3 出席者

(1) 北海道病院事業推進委員会委員

小熊 豊委員長(砂川市立病院 名誉院長)

松原良次委員(特定医療法人社団慶愛会札幌花園病院 院長)

土橋和文委員(札幌医科大学附属病院 院長)

(2) 北海道(事務局:道立病院局)

鈴木信寛 病院事業管理者

道場満 道立病院部長

福原靖博 道立病院局次長

山中剛 道立病院局次長

野尻彰生 道立病院局病院経営課長

石井安彦 道立病院局人材確保対策室長

有村誠一郎 道立病院局経営改革課長兼指定管理室長

小俣憲治 経営改革推進指導員 ほか

4 議事

[事務局]

予定の時刻となりましたので、ただいまから、令和3年度第1回北海道病院事業推進委員会を開催いたします。まず、委員の皆様方の御出席状況について報告させていただきます。本日、小熊委員長、土橋委員、松原委員の御出席をいただいております。なお、奥村委員、寺田委員におかれましては、本日、御都合により御欠席となっております。それでは、開催にあたりまして、鈴木病院事業管理者より御挨拶申し上げます。

[事務局]

病院事業管理者の鈴木でございます。委員会の開催に当たりまして一言御挨拶を申し上げます。皆様におかれましては、大変お忙しい中、本年度、第1回目の病院事業推進委員会に御出席いただきまして、心より感謝申し上げます。

道内では、新型コロナウイルス感染症の緊急事態宣言が今月20日で解除されたものの、7月11日までを期間とする、まん延防止等重点措置に移行されるなど、依然として厳しい状況が続いていることから、本日は、道が今年度新たに導入したWeb会議システムも活用してのハイブリッド開催とさせていただきます。

さて、道立病院におきましては、人口減少や少子高齢化が進行する中で、地域医療構想の実現や医療従事者の働き方改革など、医療を取り巻く環境の変化への対応に加え、新型コロナウイルス感染症の終息に向けた対応も喫緊の課題となっております。

こうした中、本日の委員会では、改革推進プランに基づく取組の令和2年度自己点検・評価書案について御報告するとともに、令和3年度からの新たなプランにおいて検討

することとしております。コードモックルにおけるDPC制度への参加につきましても御説明させていただきまして、御審議いただくこととしております。

限られた時間ではございますけれども、委員の皆様方のそれぞれ専門的な見地から、忌憚のない御意見、御助言を賜りますようお願い申し上げます。私からの御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いたします。

[事務局]

それでは次に、今年度、本庁の幹部職員に人事異動がございましたので、紹介させていただきます。道立病院部長の道場満でございます。道立病院局次長の福原靖博でございます。道立病院局次長の山中剛でございます。最後に私、司会を務めさせていただきます。病院経営課長の野尻でございます。どうぞよろしくお願いたします。

次に、資料の確認させていただきます。お手元に資料1、令和2年度(2020年度)北海道病院事業改革推進プラン自己点検・評価書(案)、それから資料2、コードモックルにおけるDPC導入についてを配付させていただいております。また、参考資料としまして、令和2年度(2020年度)道立病院経営状況・取組実績をお配りしていますので、後ほど御覧いただければと思います。それでは、ここからの進行につきましては、小熊委員長にお願いしたいと思います。

[委員長]

皆様こんにちは。初めてのWeb開催でございますが、よろしくお願い申し上げます。お二人の委員はわざわざ道庁までおこしいただきました。ありがとうございます。

それでは、次第に沿って進行してまいります。議題の(1)、令和2年度北海道病院事業改革推進プラン自己点検・評価書(案)についてです。進め方などについて、事務局から説明をお願いします。

[事務局]

病院経営課の岩木と申します。どうぞよろしくお願いたします。

それでは資料1の表紙をまず御覧ください。プランの自己点検・評価につきましては、第1章で経営改善に向けた評価、それから第2章で病院別評価、第3章で全体評価を行っております。1ページを御覧ください。左上に上半期の委員会点検・評価とありますが、ここは、昨年12月に開催しました第3回委員会いただいた、点検・評価意見を記載しております。中段以降は、プランにおける経営改善に向けた取組項目に対する令和2年度の取組の自己点検・評価を記載しております。右上の令和2年度の取組実績については、上半期の委員会点検・評価意見に対しまして、自己点検・評価の結果も踏まえた取組実績として記載をしております。次に、8ページを御覧ください。下段に●(クロマル)がございまして、経営改善の取組に対する委員会点検・評価とある枠内は空欄となっております。本日の議論や委員の皆様からの御意見などを踏まえ、次回の委員会で事務局案をお示しすることとしております。第2章、第3章も同様の資料構成となっております。説明は以上でございます。

[委員長]

ありがとうございます。以上のような内容で進めたいと存じます。それでは第1章につきましても、事務局から説明をお願いします。

[事務局]

資料1により説明

[委員長]

はい、ありがとうございます。

今、御説明がありましたように、4つの大きな項目ですよね。1つは収益の確保、2つ目は費用の縮減、3つ目は経営基盤の強化、4つ目が職員の経営改革意識の向上ということで、それぞれ様々な新しい試みをされているということですし、コロナという特殊な状況の中でもいろいろ工夫されて行われたというふうな御説明があったと思います。

非常にこういうことを皆さんが一丸となってやっているのだなということを我々としては理解できると思います。4つの大項目に対してそれぞれ着実に取組を進めていただいていることがわかりましたが、委員の方々から御質問等ございますでしょうか。個々の病院の取組はこの次ですよね。

[事務局]

はい、そうです。

[委員長]

それで、結局コロナで収入が減ったと思うのですが、説明のあったような御努力をされて、コロナの支援金も入ったところは入ったと思います。後で御説明あると思いますが、まあまあ経営環境としては令和2年度は良かったと、一言で言うとそう考えてもいいですよね。そうではないですか。

[事務局]

コロナの補助金などの影響もあり、経常収支に関してはプラスになっています。

[委員長]

僕も資料の後の頁をちょっと見たので、経営が少し支援金で良くなったなと思って。

[事務局]

具体的な数字は出ていませんけれど。

[委員長]

職員のやる気はどうですかね。コロナで落ちたとかそういったことはありませんか。

[事務局]

そういう話は病院からは聞いておりません。

[委員長]

これだけいろんな環境を整えていただいたら、職員のやる気も損なわれなくて、コロナで大変なところも当然あったでしょうけれど、皆さん頑張っていたというふうな考えていいのでしょうかね。

何か他に御意見ございませんでしょうか。

[委員]

細かいことで申し訳ないですが、コロナの環境でオンラインの環境を整えられて、一部の病院ではございますけれど、オンライン面談・診療を導入されたと思います。我々もしているのですが、道立病院でそういうようなことをやられて、難しいところとか、これは逆に有益でしたというようなことがもしございましたらお教え願えればと思

います。

[事務局]

道立羽幌病院でやられているので、羽幌病院から教えていただければ。

[事務局]

羽幌病院です。

Web でのオンライン面会ですが、やはり院内の Wi-Fi 環境を整える準備が結構手間がかかりました。整備することで、コロナの病室と詰所を結ぶオンラインの診察システムにも使えたので、良いことかなと思っています。

[委員]

ありがとうございます。

[委員長]

羽幌病院ではオンライン診療をされたのでしょうか。

[事務局]

オンライン診療ではなくて、診療に関してはコロナで入院した患者さんの病室に直接行くのではなく、詰所からオンラインで iPad を使って問診をするということにしました。

[委員長]

先ほど、患者さんと家族がオンラインで面会についてふれていましたが、具体的にはどの様にされたのでしょうか。

[事務局]

患者さんの家族の方々に病院へ来ていただき、病院が用意した部屋からオンラインで入院している患者さんと面会するという形になっております。

[委員]

特に北海道は遠方の方も多いものですから、同一地域でも病院に行くのが非常に大変な方々もいらっしゃると思いますので、良いところ悪いところいろいろあるかとは思いますが、ぜひ研究していただき、今後の診療に活かしていただければと思います。

[事務局]

ありがとうございます。

[委員長]

この取組は羽幌病院だけだったのですか。江差病院はしなかったのですか。

[事務局]

同様の取組としては、他の病院では現在のところ、行っておりません。

[委員長]

やはり、コロナの方々を受け入れるということであればそういうのが必要ですね。

自治体病院でも、東京周辺でコロナにかかった患者さんをたくさん受け入れているところは、病室と詰所を直接つなぐのが非常に便利だと言っていました。

[事務局]

羽幌は離島がありますので、そのうち、オンライン診療というようなことも考慮しているところです。

[委員]

そうですね。いいんじゃないですかね。

[委員]

大学病院の場合、かなり特殊な診療があります。その様な方々は、そういうサイトを作り、全道各地と繋いで d to d with patient という格好で診療をさせていただくと、かなり理解度が高く、レベルも高い診療を、そして、患者さんの安心という意味でも非常に有益だったというような患者さんの反応が出ていますので、恐らく今後、北海道広域レベルを上げる、あるいはかなり特殊じゃないとついていけない診療についてはそういうようなことを是非組んだ方が良いという気がしています。これはコロナの功の部分でございますね。

[委員長]

大学という特殊な状況の中ではそういう活用もあるということですね。

[委員]

そうですね。

地域でも、ある程度患者さんの動線が決まっているような地域ですと一括して何かそういうふうなカンファレンスをやれるようなところを作れば、患者さんが動かなくても非常に有益じゃないかなという気がします。

[委員長]

なるほど。そういった Web の使い方も地域とはいえあり得るということですね。

[委員]

医療ソースが非常に限られていますので、そのような方々に対し、地域の医療ソースを有効に使うという意味でも良いのではと思いました。

[委員長]

引き続き、御検討いただくということで。松原委員は、何かございますか。

[委員]

オンライン診療では、精神科は向精神薬の処方ができないものですから、なかなか進んでおりません。そのあたりの規制が緩和されれば別ですが。

ただ、精神科の場合は実際に来ていない方や初診の方への対応というのは難しい現状がありまして、なかなかそこまで踏み切れていない状況にあります。

[委員長]

松原委員、向精神薬を今まで使っていた人には処方が可能ですよね。

[委員]

いえ、もうだめです。

[委員長]

再診でもだめですか。

[委員]

だめです。それで使いにくいんですね。

[委員]

ちょっとしんどいんですね。

[委員]

ええ、だからほとんど薬が出せないことになってしまうので、そうなるとなかなか進んでいかない状況です。

あと、診療報酬を考えると通院精神療法とか管理料が取れなくなるという診療報酬の問題もありますね。

[委員]

あと、もう1点お伺いしたいことがあります。2024年に労働時間の把握というのが必須になっておりますが、私どもの方で問題になっておりますのが派遣医師の労働時間の把握です。どうも親側の管理に入ってくると、しかも当直は週1回しかできないというふうになりますので、仮に派遣元で当直をしますと行った先で全く当直ができないというような取扱いになりそうだと聞いております。

[委員長]

そうなんですか。

[委員]

ええ。これが恐らく道立病院を含め医師の派遣を受ける側の大問題になるのではないかと。また、我々としては、派遣できなくなってしまうのでは。

そういうようなことがあるので、なかなか難しい問題がそこには潜んでいるようです。

[委員長]

今、委員がおっしゃったのは大学の間での取り決めということですよ。オフィシャルにはそういうアナウンスはされてないんじゃないですか。

[委員]

たぶんですね、そこはされます。

[委員長]

される。

[委員]

今、もんでおります。派遣するのを切り分けるかどうか。どうも大学の場合は、例外は作りますが積算されそうです。実務時間が積算されそうですが、それにしてもかなりしんどいことになるのではないかと。

[委員長]

もし、札幌医大から道立病院へドクターが派遣され、当直をしました。時間外勤務としてはカウントされない当直勤務の場合はどの様になりそうですか。

[委員]

それは当直としては扱われたいと思います。泊まっているだけ、電話番号であれば大丈夫だと思います。

[委員長]

そうすると、働く人と当直する人を分けるか、患者が来る時間までを時間外勤務として、それ以降を当直医に依頼するなどの方法が考えられる訳ですね。

[委員]

非常に粗い試算ですが、派遣元で時間外業務をしていなければ、これまでどおりやれそうですが、派遣元で時間外業務をしている場合は、それ自体がかなり膨らんでいるので、ここでほぼ外では働けない実態まで迫りそうな勢いであるため、相当危惧しております。

[委員長]

道立病院の場合は、夜間には患者さんがそれほど来ないのではないのでしょうか。

[事務局]

いや、時間外をそこそこ付けている病院もありますので、ちょっとそこら辺は。

[委員]

ちょっと、整理をしないと。インカムの問題と労働時間の問題というなかなか難しい問題がでてくるので。

[委員長]

時間外で自分の専門だからとして呼ばれて、当直でない人が呼ばれるなら時間外ですよ。それは、時間外手当を当然お支払いすれば良いですね。今の委員の話は、大学から働きに行き、夜は当直してもらおうという時に、何人かは診てもいいんだという宿直扱いになっておりますが、何人まで良いのかははっきりされていない。

[委員]

ちょっと、論議と離れますが、大学は裁量労働制のため医師としての特例は認められず通常労働者となりますので、720時間規制となります。

[委員長]

そうですか。

[委員]

この問題については、お知恵をいただき、我々も変えていかなければと思っているところですよ。

〔委員長〕

考えなくてはいけないですね。道立病院としても。大学から派遣してもらわないと大変になるので。

〔委員〕

もう一つ、別な問題もよろしいでしょうか。同一労働同一賃金についてですが、正職員と臨時職員の給与格差をどの様につめるかという問題があります。道立病院はどの様にしておりますか。格差をなくすために大学では、年間1億円ぐらい人件費がプラスになっております。

〔事務局〕

道立病院局においては、法改正に伴いまして、会計年度任用職員への移行や、業務内容・労働条件の見直し等、必要な見直しを行ったところです。

〔委員長〕

いろいろと今後に向けた貴重な御意見をいただきましたので、今後に向け考えていただければと思います。委員会点検評価の方向性としては、事務局から説明があったようにコロナ禍でも地域連携室を中心に関係機関と連携をして患者増にトライした。また、今後もしていただく。それから、新たな施設基準の取得や査定を減らす努力もされているし、医療従事者を確保するとともに環境の整備などを行っているとのこと。また、モチベーション向上につながるような施策もあったということで、いろいろと御努力をしていただいてそのような取組については評価して良いと思うのですが、両委員いかがでしょうか。

〔委員〕

はい。

〔委員長〕

それでは、この様な方向性で現在空欄となっている点検評価欄を事務局でまとめてください。

〔委員長〕

では、第1章はこれで終わらせていただきまして、第2章の個別の病院について、御説明をお願いします。

〔事務局〕

資料1により説明

〔委員長〕

ありがとうございました。江差病院について御説明いただきましたが、御質問などありませんか。

〔委員長〕

私から聞いて良いですか。地域包括ケア病床は全体のうち何床確保していますか。

〔事務局〕

一般病床で112床ありますが、そのうち16床が地ケア病床でございます。

[委員長]

コロナ禍でも非常に活用されたということは、需要はあるのだと思います。例えば、地ケアをもっと増やすという考えもあるんじゃないかなと思いますが、そういった点はどうなのでしょう。一つの考えとしては成り立つのかなと思います。トータルでの病床利用率はあまり高くないので、地ケアを広げても良いのかなという気がしないでもない。

[事務局]

今実際に使っているのは、52床となっています。

[事務局]

はい。そうです。

[事務局]

1病棟はコロナ専用として使っていますので、残る52床中16床が地域包括ケア病床ということなんです。

[委員長]

そうすると、これ以上簡単に地ケアを広げると江差病院として守らなければいけない医療が抑制されすぎてしまう。

[事務局]

その可能性もあります。

[委員長]

そうすると、コロナを1病棟ではなく半分にして、残り半分を地ケアにしてしまう、そういう手段もあるけどどちらが良いでしょうね、支援金と地ケア、収入としては。患者数のことだけを考えたら、きっと地ケア病床を増やした方が地元の方は喜んでくれる可能性はありますよね。半分で区切れるかどうか。そういう問題も当然出てきます。そういったことも検討してみるのも良いかもしれません。それから、札幌医科大学の教育センターの説明が事務局からありましたが、研修医とか学生さんとかはもう来ているのですか。

[事務局]

今のところ6年目の学生が2名、1か月ずついらして研修を受けています。

[委員長]

指導医はついて来ないのですか。

[事務局]

指導医は総合診療科から来ていただいて、指導していただいている状況です。

[委員長]

付きっきりに近い形で。

[委員]

そこまでではありません。目的自体が実際に診療しているところを見て学んでいただ

くということですので。

[委員長]

でも今度、スチューデントドクターの資格が変わりますよね。

[委員]

はい。指導科では何でもできるようになります。

[委員長]

まだ2年くらい先でしたかね。スチューデントドクターとしてある程度の診療に関わらなくてはいけなくなる。そういったことも今後は念頭に置かれたほうが良いのかなと思いました。やっぱり大事ですよ。

[委員]

そうですね。

[委員長]

ある程度のことをさせてくれるところで、地域と密着した医療が出来れば良いだろうと。もう一方では専門的なドクターが大学から来て勉強ができる。地域密着型の医療と両方できるとなると人気が出るかもしれない。問題は大学側で専門医をしっかり派遣してくれるかどうかですけれど。

[事務局]

まだ始まったばかりですから。

[委員]

色々な可能性は視野に入れていきます。

[委員長]

よろしくお願いします。大学から支援していただかないと、構想だけで中身が伴わないと困りますから。

[委員]

道の支援をいただきまして、スタッフ確保経費は潤沢にいただきました。ありがとうございます。

[委員長]

良かったですね。それと地域医療連携推進法人はうまく動いていますか。

[事務局]

昨年10月に設立をいたしまして、昨年度はなかなか集まる事が出来ませんでした。今年度から本格的に動き出すということで、まずは実態調査として圏域の医療機関、自治体に調査を行うとともに、重点支援区域に指定されたことも踏まえて、その分析などの支援を活用しながら各医療機関、自治体で議論をしまして、今後どういった連携が出来るかということと一緒に考えていきたいと考えております。また、これから出来ることとしては、医薬材料の共同購入や医療機器の共同利用についても少しずつはじめて行きたいと考えています。

[委員長]

江差病院にとってみると、色々な意味で大きく方向性が変わりうる状況にあると思うので、大学や周辺の自治体などもしっかりコンタクトを取られて、あの地域の新たな医療をさらに発展させていただければと私も思うわけであります。

[委員長]

それから、精神科ですけれど、資料にも書いてありますし、以前から話題になっていますが、精神科をどうするかは難しいですね。全く辞めてしまうと圏域でゼロになってしまうし、かといって現状維持のままで行くといつまでも病床が活用されないという状況です。それもまた、松原委員のお力を借りて、少し今後の方向性を検討してはどうですか。松原委員よろしくお願いします。大事なことだと思うんですね。土橋委員何かありますか。

[委員]

いえ特にありません。

[委員長]

松原委員は。

[委員]

いえ特にありません。

[委員長]

江差病院についてはそういったことで、今後の色々な変化にさらに対応していただきたいということでもよろしくお願ひしたいと思います。

[委員長]

支援金で随分赤字が減りましたね。1日一人当たりの入院単価が4万円というのはたいしたものですね。皆さん頑張られている証だと思いますよ。

[委員長]

では、次に羽幌病院の説明をお願いしてよろしいですか。

[事務局]

資料1により説明

[委員長]

羽幌病院はいわゆる総合診療というものを打ち出して、地ケア病棟がある中で入院管理料1というのは結構難しいと思いますが、頑張られて取られているという御努力は十分に理解できるところです。

専攻医3名を確保しているというのも大変な実績だと思います。なかなか総合診療を選んでくれる人がそれほど増えていない中で素晴らしいなと思って説明を聞いておりました。羽幌病院の阿部院長から補足などありませんか。

[事務局]

おかげさまで専攻医3名を確保できましたが、ここでの研修は2年で終わりますので、来春こちらを卒業します。来年は、今のところ1名が研修に来る予定ですが、確定では

ないので、是非確保して行きたいと思っています。

[委員長]

是非、頑張ってください。両委員から何か御意見等ありませんか。

[委員]

些細なことで申し訳ないのですが、資料1の収益の確保の取組方針の一つ目のまると救急患者には1泊の経過観察入院との記載があります。地域事情を考えると救急で来た方は経過観察のために1泊入院が良いと思いますが、文章には書かない方が良いのではないのでしょうか。

[委員長]

僕もちょっと気になっていたんですね。安全性や安心を確保する上で大事なことです。それを書くと不要の入院だと言う方がいるかもしれない。どうでしょうか、資料を修正することは可能ですか。

[事務局]

はい。

[委員長]

あとは特にないかと思いますが、是非、この調子で病院としての方向性を進めて行っていただきたいと思いますが、両委員よろしいでしょうか。

[委員]

はい。

[委員長]

それでは羽幌病院は終わらせていただき、次に緑ヶ丘病院の説明をお願いします。

[事務局]

資料1により説明

[委員長]

スーパー救急を一つの柱にして、今、御説明のあった様に精神保健福祉士による新たな活動などコロナ禍の中で頑張っていると受け取りました。松原委員、スーパー救急ですが来年4月に大幅に制限されるという様な話が出ていると思いますが。

[委員]

全病床数のうち、例えば2病棟において算定しているところは算定できなくなるものですが、緑ヶ丘病院は1病棟のため制限はないです。スーパー救急は、非常に点数が高いのため、病院によっては4病棟の内2病棟を算定している病院もあります。そこは点数が高すぎるということで前回の診療報酬改定で来年3月までとなりましたが、その様な改正が実施されると民間病院では経営が成り立たなくなるので、精神科病院協会としては撤廃に向けて働きかけをしている状況です。現時点においては、来年の診療報酬改定でどの様になるのかはわからない状況ですが、緑ヶ丘病院には影響はないです。

[委員長]

我々、自治体病院の方でもその話がある時突然と出てきて、精神科救急をやっている病院が診療報酬上評価されないという流れになることから、地域によってあり様が違うので、柔軟に対応してほしいと厚労省に働きかけているところです。どうなるかわかりませんが、緑ヶ丘病院には影響がないのであれば安心です。

[委員]

急に出てきた話で我々も非常に驚いており、日精協も盛んに働きかけをしているのですが、なかなか目処がたっていない状況です。

[委員長]

あと他に松原委員ありますでしょうか。

[委員]

コロナ禍という大変な状況で、スーパー救急の場合はある程度の患者を時間外に受け入れなければならないはずですが、時間外におけるコロナウイルス感染症への対応というのは、精神科単科病院だと非常に過敏というか気を使っております。コロナ禍のため、私どもの病院では救急の患者数が減っております。その中で緑ヶ丘病院がこれだけの利用率を保っているのは、頑張っていると思います。

あと、入院は患者数が少しずつ回復しておりますが、デイケアは患者数が回復しておりません。残念ながら、利用者は低調に推移すると思います。要因としては、御本人が来ないということもありますが、グループホームから通われている方はグループホーム側が渋っているケースもあります。実際に札幌市内でクラスターが発生しているグループホームの中にはデイケアから始まったところも結構あるので、もう少し時間がかかるのかなと思いますが、その中でも頑張っていると思います。

[委員長]

頑張っていると思いますね。引き続き、お願いしたいと思いますが、両委員よろしいでしょうか。

[委員]

はい。

[委員長]

それでは次に向陽ヶ丘病院の説明をお願いします。

[事務局]

資料1により説明

[委員長]

素晴らしいですね。コロナ禍であるのに。

[委員]

コロナ禍において、デイケアや訪問看護が増えているというのは非常な努力をされていると思います。

〔小熊委員長〕

三上院長から補足などはありませんか。

〔事務局〕

私は昨年度からこちらに赴任しましたが、実はそういう取組というのは私が赴任する前から下地はできていて、たまたま訪問看護のことや作業療法のことなどが軌道にのり、タイミングの影響が大きかったことと当院の職員が健康に働いてくれていることがこの様な結果になったと思っています。

〔委員長〕

ありがとうございます。職員のやる気を助ける院長の姿勢が成果につながったと我々と思うところですが、何か医療器具や環境整備など要望したい物があつたらお願いした方が良いでしょう。

〔事務局〕

必要な物は今すぐは思いつかないですが、病院として一番困っていることは薬剤師が1名しかいないということです。複数配置にしてほしいと言うのが病院の願いです。

〔委員長〕

鈴木病院事業管理者が何とかしてくれるのではないのでしょうか。

〔委員長〕

三上院長、今後もこの状態を継続して頑張ってください。両委員、向陽ヶ丘病院については、終わりにしてよろしいでしょうか。

〔委員〕

はい。

〔委員長〕

それでは、今後の更なる活躍を期待して、次にコドモックルお願いします。

〔事務局〕

資料1により説明

〔委員長〕

ありがとうございました。NICUやGCUが充実して、そういった方面のさらなる増強、さらには後方支援や連携に努めていただいていると思います。何かこちらについてありますか。

〔委員〕

NICU、GCUの両方とも増やしていただき、当該地区の患者の流れも少し変わってきたと聞いております。引き続き、色々な施設との連携含めて、機能の充実と、どういう機能を果たすか見極めていただければと思います。NICUもGCUも大変よく活用されていると聞いておりますので、この点は評価すべき点ではないかと思えます。

〔委員長〕

今の方向性を進めていくことで間違いないと思いますが、いかがでしょうか。土橋委

員。

[委員]

その通りだと思います。

[委員長]

おそらく小児関係の見方もコードモックルに対する評価もますます上がってきているのではないかと気がしています。出生率がどんどん減っているため、今後、子どもは減りますが、一定の数で障がい児はでますので、最後の砦として、非常に難しい問題はあるかと思いますが頑張ってください。

細かい話になりますけど、血液の廃棄率 9.5%はまだ少し高いですね。

[事務局]

高いんですけど、なかなか流用するのが非常に難しいといたしますか、科が限られておりますので、血液を使う科というのが。

[委員長]

使うのも限られてるでしょうし、特殊なものたまに入っているでしょうし。

[事務局]

はい。

[委員長]

もうちょっと努力する点とすれば、血液の廃棄率と、査定率 0.71 でしょうか。特殊な医療を提供しているので分からないわけではないのですが、もうちょっと努力の要素はあるかなと、私はそう思っていたんですけど。非常にきついこと言っているのは理解してますけど。

後はよろしいでしょうか。今の方向性で頑張ってください。

[委員長]

それでは、第二章を終わりにして、第三章をよろしくお願いします。

[事務局]

資料 1 により説明

[委員長]

ありがとうございます。今御説明のあったとおり、それぞれの病院で自分の病院がどうあるべきかということをご皆さんでよく考えられて実行していただけたと考えて良いのではないかと私は思うのですが、両委員よろしゅうございますか。

[委員]

はい。

[委員長]

あと色々な職種を整備して就労環境の改善に努められたりしてるということも分かりますが、先ほどの向陽ヶ丘病院の三上先生の言うように、薬剤師が欲しいとかそういう強い声もあるようですので、引き続き頑張ってくださいと思います。全体的にはこ

のコロナ禍の中で皆さん頑張られたという風に思います。支援金で経常収支が少し良くなったところもありますけど、基本的にはやはりなかなか黒字になるような事業ではないので、その中でどれだけ頑張っているという評価をいただけるかだと思うのですけど。こういうような動きを続けていけば「道立病院ここにあり」という声が強まるんでないかと僕は思うんですけど。どうでしょうか。

[委員]

はい。

[委員長]

そんなことで引き続き頑張っていたいただければと思います。なんか評価委員会でなく応援委員会みたいですが。よろしいでしょうか。

あと今のようなことでまとめを仕上げているいただければ。

[委員長]

それでは次に、コドモックルの DPC 導入につきまして御説明をお願いします。

[事務局]

経営改革課中島です。資料 2 の「コドモックルにおける DPC の導入について」御説明いたします。

資料 2 により説明

[委員長]

ありがとうございます。この委員会でも、土橋先生から DPC のメリットについてお話いただいて、導入した場合のシミュレーションをしても収入は増えそうということですし、反対する理由は何もないような気がするのですけどいかがでしょうか。よろしいですか。

[委員]

はい。調査していただいたシミュレーション結果もほぼ常識的な線でたぶん 5%前後上がるというのは今の DPC 制度上は間違いのないと思いますし、おそらく今後問題になりますのは、職員自体が過度に通常医療を変えなければいけないと思われている筋があるのですが、むしろ DPC というのは普通通りやっていたいただいたものをいかに適切に評価するかという発想でやられると現場に対する負荷がそれほどないので、そのような視点でやっていただきたい。ただ問題となりますのは、テクニックとしてドットナインというものがあまして、病名を、今まではレセプト病名をといたら失礼ですけど、標準病名をふるんです。これがかなり細分化されているのでここを考慮する人間は一人監視係で要るだろう。たぶん未来永劫必要なのではなくて 1 年から 2 年の確保で良いと思いますけども、必要ではないかと。職員に対してお願いすることも単純化した方が良いと思いますので、例えば DPC 3 とありますけども全国平均に対しては 2 が全国平均なのですが、3 の割合という数値を出させていただいて、ここを 5 割未満にしましょうねとコード別に出していただければ、コンパクトな医療としては非常に簡単な指標になると思います。一方で DPC と出来高の比率というのは常に出していただいて、これが 1 より上ではないと、無駄な医療が多くなりそうという簡単な指標になりますので、それを出すだけで多分職員はきっちりなるという風に思いますので、できるだけ簡単な指標で出していたいただければという風に思います。

[委員長]

ありがとうございました。DPC の非常に重要な点を土橋先生から御説明いただいたと思うんですね。やらなくてもいい医療を無駄でといったら問題かもしれませんが、とにかく一番効率的な医療をやるのは間違いないんですけど、効率だけを求めて必要なことをやめるわけにはいかないですし、それはやむを得ない。僕も思うんですが、やっぱり最初に病名の付け方を間違えるとすごい違うんですね、点数。だからそういったことに慣れた人を1年2年は配置して、医者は全然無頓着なので、そういう方の言うことを聞くルールを作った方がいいですよ。

[委員]

おっしゃるとおりです。

[委員長]

協議をして、聞くルール。医者ってのは、病名はなんでもいいと思っているんです。やっぱり一番適切な病名を付けないと DPC の点数ってガラッと変わるんですよ。それだけは思うんですけども。

續センター長、何か補足などありませんか。

[事務局]

續でございます。お世話になっております。

全診療科で DPC を適用するわけではございませんが、適用できるところには適用し、頑張っていきます。この前、講習会でここが足りないとか、分析していただき参考になりましたので、これからもやっていきたいと思っております。

[委員長]

土橋委員がおっしゃったことが DPC の要点だと思うので、やはりちょっと DPC に長けた人をぜひ配置していただいて、病院局の方と相談されて、活用された方がよろしいかと思っておりますので、よろしくお願ひします。

[事務局]

鈴木先生、よろしくお願ひします。

[委員長]

本当にそうですね、土橋委員。大事なことですね。テクニカルな問題として、例えば併存病名があるとかないとかでコロッと違ったり、点数が大きく違うんですね。

[委員]

最近、おそらく平成 14 年から 21 年までのコード体系は、小熊委員長おっしゃる様に、同じようなことでも、こっち側からきたらこういう病名で、こっち側からくるとこういう病名で、つまり原因病名と病態病名両方触れるんですけど、大きく違ったんですね。例えば「心筋症」とふるか「心不全」とふるかで、全く、まあ一人頭例えば 30 万円とか請求額が違ったんですけど、今コードがものすごくうまくなってますので少々変なコードをふってもあんまり違わなくなっているんですけど、それにしても適切な病名をふるというのは重要だと思うんです。

[委員長]

コードもイレブンかなにかに変わるんですね。ですから最初は長けた人を配置して

いただければそれに越したことはない。最初こけちゃうと職員やる気なくなっちゃったら困るので。よろしくお願いします。

[委員長]

それでは、次第の3、その他についてですが、事務局からありますでしょうか。

[事務局]

1、2点連絡がございます。委員の皆様への任期についてでございますが、今お願いをしている任期につきましては7月23日までとなっております。本日御欠席の委員を含めまして、5名の皆様方に次期の就任についてお願いをさせていただいたところ、御内諾を頂戴しました。誠にありがとうございます。現在、委嘱につきましても事務手続きを進めておりますので、御承知おきをいただきたいと思います。

また、次回の本委員会の日程についてでございますが、8月中の開催を予定しておりますので、よろしくお願いいたします。改めまして、事務局より日程調整をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。以上でございます。

[委員長]

ありがとうございました。一言で申しますと、各病院の皆さんよく頑張られているな思いましたので、切実な望みも出たようですし、是非今後ともよろしくお願いいたします。それではこれで本日の委員会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。