

令和7年度第3回
地方独立行政法人佐世保市総合医療センター及び地方独立行政法人北松中央病院評価委員会

議事要旨

【日 時】 令和8年1月29日(木)18:00 ~ 18:50

【場 所】 TV会議(佐世保市中央保健福祉センター5階 健康危機管理オペレーション室)

【出席者】 委員5名(2名欠席)

〈事務局〉保健福祉部長、八木次長、守主査

〈北松中央病院〉東山理事長兼院長、富本事務部長、前田看護部長

◆評価委員会各委員の主な意見・質疑

■議題 北松中央病院第8期中期計画の作成に係る認可について

【意見】

北松中央病院第8期中期計画(案)の修正等が必要となるような意見はなし。

【質疑等】○質問 ●回答

目標指標について【古賀委員】

○資料4の4ページ(3)救急医療の目標指標について、第7期から「救急外来患者数」「時間外外来患者数」が削除され、第8期に「ウォークイン患者数」が新設されているが、それぞれの違いと、どのような考えのもと変更されたのか説明をお願いしたい。

●ウォークイン患者数は救急車ではなく直接病院に家族等が連れてこられた患者、救急外来患者数は救急車の台数プラスウォークイン患者数であるが、わかりにくかったので、分けて記載したというかわかりやすくしたというのが実情である。(東山理事長)

○(4)生活習慣病(予防)への対応の目標指標が令和6年度実績を大きく下回っている理由は?

●栄養指導については、R6年度は1人の先生が栄養指導を出しすぎた。医者が9人しかいないので1人が指導をいっぱい出すとR6年度だけ極端に多くて339件になっているが、それ以外は107とか190とかなので実際は100件前後。今、栄養士が2人在職しているが、産休等に入る年齢なのでそんなに多くはできないだろうということで、100人ということにさせていただいた。

透析患者数については、この地域は人口減の直接の影響を受けて、当院で導入する患者さんは年々いるが、残念ながら当院に2日に1回通える地域に患者さんがいなくて、松浦とか平戸とかの遠いところの患者さんの導入はするが、導入したら地域の医療機関、平戸市民病院、柿添病院、松浦中央病院とかに帰ってしまうので、残念ながら患者数が増えない。昔は20年ぐらい前まで透析患者さんで各施設対抗の運動会があった。それだけ皆さん若かった。もともと透析の導入というのが、糸球体腎炎といって腎臓の病気で導入が増えていたが、今の導入は糖尿病と腎硬化症という高齢になったせいで80代90代で導入があるので、残念ながら透析導入されて以降に比較的短期で亡くなる方が増えている、合併症が多くて。そういうのも相まって、最近はすごく透析患者さんがすごいスピードで亡くなっているというのが実情である。

もともとコロナ前の令和元年度頃に人工透析が130人いたが、今100人を切っている状況なので、人口の高齢化と、糖尿病で良い薬もいっぱい出てきたというのもあるんだとは思うが、いわゆる透析医療になる前の色々な良い薬が出てきて、そこに至らないまま過ごされているてる方も多いんだと思うので、透析は今後、多分これは島でも同じであるが、過疎地域では減っていくという状況にはある。(東山理事長)

収支計画について【三原委員】

○第7期中期計画期間では約1億4千万円の黒字を見込まれていたようだが、《参考資料5》の2ページの見込みでは約6億円の赤字となっている。見込みから約7億4千万円、収支が悪化することになると思うが、物価高騰とか人件費とか報道があっており病院も苦しい状況だと思うが、その大きな原因を教えていただきたい。

●第7期計画を作成する頃は、コロナ明けにどここの医療機関もこうなるとは、ある意味状況を理解していなかった。患者さんの受診控えとかになり、いわゆるコロナの前に戻るだろうというので計画では黒字としていた。コロナの直前までうちの病院は30年以上ずっと黒字の病院だったので、コロナが終わって、患者さんが戻ってくるだろうと計画を立てたが、どここの病院もそうだと思うが、医療状況が戻らなかつた。コロナの5~6年の間に、田舎のところは、多分急激に人口が結構減ったんだろうと思う。そういう意味で、第7期の計画自体は、コロナの方が患者さんを受け入れており黒字だったので、甘く見積もり過ぎたという状況だと思う。(東山理事長)

○収支を好転させるために改革・改善に取り組まれていると思うが、効果の程度を説明していただきたい。対策を練られていると思うが、そういう中で何か成果が上がっているというのは何かあるか。

●一応、売上自体はこの3年ぐらいでは毎年5,000万ぐらい上がっていっているが、残念ながら透析患者がどんどん減っていっていて、トータルすればあんまり上がらないという状況。

透析患者さん1人当たり500万売り上げで、年間30人減れば1億5,000万減っているという状況であり、それでも一応少しずつは増えているところを見れば、外来患者さん自体は増えている状況。入院患者さんも徐々に増えていて、それを継続していくければ、今度の診療報酬改定の内容がわからないが、何とか黒字に近づけていくるんじゃないかなと思っている。(東山理事長)

○今後、外科系の先生方については計画として継続されるのか。

●基本的に外科の先生たちを呼んできて手術等をしていただきたいとは思っているが、残念ながら今のいわゆる手術をする外科っていうのは大人数じゃないとできない。いわゆるダヴィンチとかロボット手術とかにどんどんなっていってるので。1人でも2人でも小外科手術とか、実際、中小病院は比較的小外科、整形のちょっとした手術とか粉瘤をとったりとか、そういうことでもちよつとでもできている。例えば、今、困ってるとか何とかならんかなと思ってるのは、かかりつけの患者さんが転倒して骨折しても診断する医者がいないので、なかなか簡単には取れないという状況もあるので、少なくともかかりつけ又は近隣の人がこけたぐらいの外傷の人たちは何とか取りたいので、何とか外科の先生を来て欲しいと思っているが、具体的にはまだなかなか難しい状況。

一応そういうのも含めて、なかなか大学の医局に直接行っても小さい病院に1人だけ外科医を派遣するというのは現実的ではないので、奨学金でそういう人たちが外科になってくれればいいなと思って働きかけてはいたが、今のところは全員内科医になっているという状況。(東山理事長)

マイナ保険証の利用状況と推進策について【橋本委員】

○資料2の「中期目標の指示と中期計画の主な書き込み」の中で、1番目のDXの促進というところで、新設されたマイナ保険証の利用促進というところで、資料4の11ページに業務のデジタル化を推進するためにマイナンバーカードの健康保険証利用の促進に努めるというところですが、長崎県の2025年10月時点では38.65%だが、北松中央病院さんの現在の利用状況と推進するための具体策などがあれば教えていただきたい。

●県内の平均に比べると、この病院は残念ながら超高齢者が多くて、28%ぐらいの利用状況が続いている。今後、DX化に向けて、国が2030年にDX化、すべての医療機関にしなさいというふうになってるので、それを受けて、いわゆるマイナ保険証で再診を受け付けることができるとかそういう機械はうちの電子カルテの会社ではまだ作っていないので、それが出してくれば、そういうのを導入していきたいと思っている。なかなか今導入したとしても、結局またお金もかかるし、結局DX化を進めば進めるだけお金がかかるという側面もあるので、なかなか難しいかなと思っている。本当に人を削減できる効果が見込めないとなかなか難しいかなと思っている。(東山理事長)
【マイナ保険証利用率】R6年12月:28%、R7年9~11月:53%

働き方改革の推進について【古賀委員】

○適切な労務管理の推進について、タイムカード等による労務管理はどのような管理をされていくのか？

●労務管理に関してはどこの病院でももうすでにされていると思うが、カードで入室を管理して労務管理しているという状況。（東山理事長）

○タスクシフト・タスクシェアの推進について、実際に効果が出ているのかどうか、具体的にどういうことでシフトされているのか教えていただきたい。

●主に文書、医師が書かないといけない文書を医師事務作業補助者がいっぱい作って行っている。医師しかできない業務とか看護師しかできない業務、そういうのに関してはなかなかタスクを他の人に渡すことができない。（東山理事長）

○時間外労働の上限規制を超えて勤務されている医師は実際にいるのか？

●うちの病院は基本的には月80時間を超える医師の時間外労働はない。うちの病院がいいところは、なぜこういうふうにうまくいっているかというと、例えば、呼吸器内科が当直していて腹痛が来ましたというときに消化器内科をわざわざ呼び出さない。内科医として診れる範囲で診て、残念ながら吐血・下血とかで内視鏡治療が必要になれば消化器内科の先生を呼ぶが、一応、内科医として最低限できることはそれぞれお互いにして、呼び出しをしないようにしている。そういう部分で時間外の呼び出しがないので時間外労働時間が短い。逆に大きい病院になってしまうと、呼吸器内科で腹痛を見ると消化器内科とか外科を呼び出したりするもあると思う。小さい病院のいいところはお互いをカバーしてやっている部分があると思う。（東山理事長）

収支計画について【橋本委員長】

○来年度の診療報酬の改定についてまだよくわからないという発言もあったと思うが、報道ではかなり大幅なプラス改定になるということでニュースで聞いたところである。

資料4の15ページで、第8期中期計画における収支計画に関する改定については診療報酬の改定については加味をしないというような表記があろうかと思う。一方で、診療報酬改定に合わせて取り組むという記載もあろうかと思うが、今回の計画の立案にあたって診療報酬の改定を加味されなかった理由というのがあれば教えていただきたい。

●加味しなかった理由は内容がわからないからである。実際、内容がわからないとどれくらい売上が上がるとか計算できないし、全然まだ点数も何も出てきてないので、この時点では加味はできないというのが現実だと思う。最近、急性期病院一般入院基本料AとBというのが一応出てきたが、やはり大病院に手厚くなっている。その他はそうでもないという状況だと思う。いわゆる大学病院、総合病院、センター病院は加算が付くが小さな病院は加算がほとんどつかないだろうと。どっちがいいのかよくわからないが、逆に言えば、内科の急性期医療では生き残つていけない可能性もあると思う。だからいわゆる後方支援に回るとかが比較的現実味を帯びてきているが、残念ながら後方支援に回る病院に大学から人事で人が来るかというとなかなか厳しい状況もあるので、そこは急性期をやりながらハイブリッドみたいな形で。大学でいわゆる急性期の診療しか習ってきていない人たちは、多分なかなかこういう病院には来たがらなくなっていくんだろうと思っているので、ハイブリッド的なところを僕たちベテランがカバーしながらやっていきたいと思う。（東山理事長）