

平成28年度 第2回市立芦屋病院新改革プラン策定委員会会議録

日時	平成29年2月2日(木) 午後5時54分～7時50分
会場	市役所東館3階 中会議室
出席者	<p>委員長 坂本 嗣郎 委員 高 義雄 本井 治 奥田 兼三 寺本 三恵子 稗田 康晴 脇本 篤</p> <p>市 側 山中市長, 佐藤副市長, 佐治事業管理者, 西浦病院長, 水谷副病院長, 竹田副病院長, 木戸看護部長</p> <p>事務局 阪元事務局長, 岡本薬剤科部長, 北條総務課長, 小川医 事課長, 岡野地域連携室課長, 細山課長補佐, 高山主査, 岡崎主査, 高田主査, 山下, 飯島, 岩本, 池上, 林, 横 道</p>
会議の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 部分公開
傍聴者数	2人

(北條総務課長)

こんばんは。本日進行を務めます総務課の北條です。定刻前ですが、これより第2回市立芦屋病院新改革プラン策定委員会を開催させていただきます。本日は遠藤尚秀委員が所用のため、欠席となっております。

本日の会議資料ですが、お持ちでない方は事務局にお申し付けください。お手元に本日のレジュメ、病院だより「HOPE plus」NO.19号をお配りしております。資料の不足はありませんでしょうか。

それでは開会にあたりまして、山中市長からご挨拶を申し上げます。

(山中市長)

皆さんこんばんは。大変お忙しいところ、またお疲れのところ第2回市立芦屋病院新改革プラン策定委員会にご出席いただきありがとうございます。本日は前回に引き続きまして、新改革プランについてご意見をいただきます。医療を取り巻く環境は厳しくなっておりまして、これまでも芦屋病院は市民のニーズにあった医療を提供する為、医療サービスの充実に努めてまいりました。今

後もより一層信頼され、良質で安心安全な医療を提供できるように、より良い改革プランを策定したいと考えております。本日皆様におかれましては、多方面から経営改善等についてご意見をいただけたらと存じます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

(北條総務課長)

ありがとうございました。

それでは、これより議事の進行につきましては坂本委員長にお願いいたします。

(坂本委員長)

委員長の坂本です。それでは、市立芦屋病院新改革プランにつきまして、まず始めに事務局から資料の説明をお願いします。

(阪元事務局長)

事務局長の阪元です。本日はよろしくお願いいたします。

昨年の12月19日に開催させていただきました、市立芦屋病院新改革プラン策定委員会におきまして、原案をお示ししたところですが、委員の皆様から多数のご意見を頂戴しまして、その結果を反映した内容を本日の委員会にてお示ししご協議をお願いいたしたいと思っております。

資料ですが、本文となります「市立芦屋病院新改革プラン(案)」と「市立芦屋病院新改革プラン(案)に対する意見概要と考え方」の2つの資料を基にご説明いたします。

新改革プラン(案)につきましては、前回との修正箇所を見え消しと強調文字・下線で記載しております。

「新改革プラン(案)に対する意見概要と考え方」につきましては、各委員の皆様から頂戴したご意見をまとめたもので、原案に該当する項目名を表の左側から2・3列目に、また、その右隣に本文の該当ページを、その右隣の列にはご意見の内容と、対応及び考え方を記載させていただいております。本資料につきましては、兵庫県からの意見及び平成29年度の当初予算に伴う数値の変更も併せて追記・修正しております。

まず、「新改革プラン(案)に対する意見概要と考え方」の項番1番ですが、本文2ページ「2(1)人口動態」について、「芦屋市の人口推移については、市として推計している数値があるため、人口問題研究所の推計とどちらを使用するかご検討いただきたい」とのご意見をいただきました。当院といたしましては、人口問題研究所の推計よりも、より地域の特性を反映した推計となっている点から、芦屋市の推計値に修正しております。その結果、高齢化率はより高くなることと、2025年におきましては人口が増加しております。

次に、項番 2 ですが、本文 5 ページ「3 (1) 地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割」について、「新公立病院改革プランには、当該病院の地域医療構想を踏まえた役割を明記する必要があるが、「医療圏内における当院の担うべき役割を十分に検討していく。」との記載に留まっている。現段階において芦屋病院の役割を明記できない理由が分かるように記載できないか。また、現状を踏まえ、現在芦屋病院が果たしている役割を追記できないか。」また、「診療機能を適切に提供していくためには、現行の病床規模・機能は必要」と記載しているが、芦屋病院が有する病床機能が圏域において過剰とされたことを踏まえた方向性を記載できないか」とのご意見につきましては、強調文字の記載の通り、市民の健康保持に必要な医療を提供する市内の中核病院として、地域の診療所等との役割分担と連携により、救急医療を含め診療体制の充実を図っている。」を追記いたしました。また、「現在、医療圏内において検討が進められている他の公立病院の再編状況を見極めるとともに、地域医療構想を踏まえた当院の担うべき役割を十分に検討していく。併せて、今後の急性期、回復期及び慢性期の医療需要の動向並びに診療報酬制度の改定状況を注視していく。」を追記いたしました。

次に項番 3 ですが、本文 5 ページ「3 (2) 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割」について、「今後、地域包括ケアシステムを構築していくために、休床病床のある病院もあることから、全体の構図の設計が必要ではないか。芦屋市での検討チームのようなものがあるのも良いのではないかと」とのご意見です。当院としては、地域包括ケアシステム構築に向けては「在宅医療推進協議会」において各種取組を進めているところです。今後、病院の機能に応じた適切な病床数についても検討が必要ではありますが、近隣の状況や他の公立病院の再編状況等を見極めながら検討していく課題であり、医師会、行政等と協議しながら十分に検討をしております。

次に項番 4 ですが、本文 7 ページ「4 (1) 「経営指標に係る数値目標の設定」について、「平成 29 年度スタートの新改革プランでは実績を反映した方が望ましい。ただし、医療現場に数字目標の過剰な負担は避けるべきであり、新改革プラン最終年の平成 32 年度の経常収支目標については変更の必要はない。」とのご意見につきましては、前回お示しした収支計画は、平成 29 年度予算が調整中であったため、仮の数値でしたが、この度平成 28 年度の決算見込みを行い、併せて平成 29 年度予算案を調整が出来たことから収支計画の見直しを行いました。本文 30 ページが今回の収支計画策定にあたって前提とした条件です。主だった見直しは、今後予定されている診療体制の拡充を加味しております。現在、外科系の診療科を中心に 4 名の医師を平成 29 年度に採用する予定です。平成 30 年度以降も継続した医師確保や、平均在院日数短縮の取組など、診療単価を段階的に上げ、平成 32 年度には、入院診療単価を 53,000 円に、外来診療単価を

13,100 円に引き上げて、病床稼働率は平成 32 年度 94%を目標に段階的に引き上げる計画です。費用につきましては、職員の体制拡充に伴い増加する人件費、患者数の増減に合わせて材料費、その他の経費については平成 29 年度予算を基準に積算いたしました。これらの条件により、27 ページ「総括表」の「I 収益的収支」「8 純損益」が平成 32 年度での純利益が 4,792 万 4 千円となり、経常収支比率 101.4%を見込みました。

次に、項番 5 ですが、本文 8 ページ「(2) 経常収支比率に係る目標設定の考え方」について、「計画期間内に経常黒字化が達成されない内容となっているが、経常黒字化を目指す時期を明記できないか。」とのご意見がございました。当院としては、当初計画期間内で経常収支黒字化は困難とした計画として示しておりましたが、「平成 24 年度に更新築した病棟等の経営資源を最大限に活用する」、「外科系医療の拡充等医療機能充実に伴う診療単価の増加等による収益増」により、27 ページ「総括表」の通り平成 32 年度における経常収支の黒字化を目指す計画に変更いたしました。

次に、項番 6 ですが、本文 8 ページ「5 再編・ネットワーク化」について、「阪神医療福祉ネットワークについては、その活用で阪神南北圏域の地域医療の効率化をどんどん進めていただきたい。また神戸圏域との連携を期待する。それを担うのは「芦っこメディカルリンク」ということだが、地域の医療機関の参加実績や、情報共有化の実績、対象地域など、改革プラン期間中にどのあたりまでを目指すのか、阪神医療ネットワークとともに記載いただけたら分かり易い。地域連携や紹介率・逆紹介率アップの強力な武器となる。」とのご意見を頂戴しております。当院としては、現在阪神医療福祉ネットワーク「h-Anshin むこねっと」、「芦っこメディカルリンク」の利用向上に向け、①診療情報の参照範囲の見直し、②逆紹介時におけるシステム連携を院内医師へ促す、③利用登録医療機関数増加に向けた広報活動などの取組を行っております。直近の目標としては両システム共に年間 30 件以上の利用を目指しており、医療機関の参加実績や情報共有の実績については今後、参考資料として評価委員会への提出を考えております。

次に項番 7 ですが、本文 8 ページ「5 再編・ネットワーク化」について、「兵庫県立西宮病院、西宮市立中央病院との連携に向けて、「救急医療、周産期医療、診療科の相互補完、研修等において、ネットワーク化協議を継続」と記載されているが、具体化している取組内容が分かるように記載できないか。」とのご意見については、強調文字の通り、特に周産期ネットワークについては広報強化による利用推進を図り、診療科の相互補完においては、当院は日本産科婦人科内視鏡学会の認定研修施設であるため、医師の研修受入れ等による人的交流を進め、3 病院の機能・特色を生かし、患者が住み慣れた地域において良質な医療を受けられるように、より一層の連携強化に努める。」と追記いたしました。

次に項番 8 ですが、本文 8 ページ「5 再編・ネットワーク化」について、「h-Anshin むこねっとの活用による阪神間の医療機関とのネットワークの構築について、具体的に記載できるものはないか。」とのご意見については、強調文字の通り、「逆紹介の推進及び各種連携パスへの参加など地域医療の効率化を目指す。」を追記いたしました。

次に、項番 9 ですが、本文 10 ページ「(3) ② EBM の推進」について、「経験値の蓄積で非常に重要な取組であり、標準化や環境の整備などもあるので、診療情報データベースの確立時期や利用時期などの目安が必要ではないか。改革プラン期間中に実施ということであれば結構である。」とのご意見がありました。当院としては、平成 24 年 8 月 1 日より電子カルテを導入し、診療内容のデータ化は確立しております。そのデータを活用し、国が推進しております「がん登録」への参加やクリティカルパスによる医療の標準化に取り組むとともに、手術件数等の診療データを市民へ発信するためにホームページを活用し、公開しております。今後も診療データを積極的に公開するなど、診療情報の活用をさらに進めてまいります。

次に、項番 10 ですが、本文 12 ページ「② 2) 周産期医療」について、「周産期医療について、市民の認知度はあまり高くないように思われる。兵庫県立西宮病院との連携とともに産科婦人科内視鏡学会が定める腹腔鏡下手術認定施設となっているので、医療のレベルの高さや総合的な管理体制について開業医さんや市民への周知をしてもらいたい。また小児（救急）医療についても芦屋市内唯一の小児入院医療機関など市民の認知度もそれほど高くないので、積極的な PR をお願いする。」とのご意見です。当院としては、①周産期医療、小児（救急）医療については、今後も広報あしや、市民向け広報紙「HOPE plus」、ホームページの活用等を行い周知に向けた取組を行います。②産婦人科の診療内容の周知につきましては、広報媒体の活用のほか、市民向け公開講座や近隣医療機関との連携会、勉強会等へ参加し、今後も引き続き周知を図ります。

次に、項番 11 ですが、本文 14 ページ「5) 認知症合併患者への対応」について、「認知症合併患者への対応も強化されるということで期待する。専門士の活用や、認知ケアチームの設置などが記載されているが、もうすでに体制が出来ているのか、今後のテーマなのかが分からないため、時期的な目途も可能なら記載をお願いする。」とのご意見です。当院としては、認知症看護認定看護師については平成 28 年 4 月に、認知症ケア専門士については平成 26 年 4 月に認定資格を取得しております。また、認知症ケアチームについても平成 28 年 4 月から設置・稼働しているため、本文に開始時期、平成 28 年 4 月活動開始の文言を追記いたしました。

次に、項番 12 ですが、本文 16 ページ「3 (1) 質の高い医療従事者の育成・確保」について、「認定医、専門医、指導医、などの資格を持たれている医師へ

の信頼感は絶大である。全ての診療科目で認定されるのかは不明だが、具体的な目標で更に推進してもらいたい。」とのご意見です。認定医などの資格保持につきましては、各診療科ごとに状況が大きく異なっていることに加え、新専門医制度により専門医を取り巻く状況が不透明なため、個別の診療科について目標を設定することは困難ですが、具体的目標として、当院が緩和ケア病棟を有することやがんへの取組を重要視していることから、緩和ケア講習会について医師全員の受講完了を目指しております。また、後継者育成は当院の重要な役割と考えており、臨床研修医指導医も資格要件に達した医師については、全員が取得するよう目標を設定しております。また、17 ページ「研修医数」の表ですが、初期研修医については平成 29 年度の目標人数を精査し、5 人から 6 人へ修正しております。

次に、項番 13 ですが、本文 18 ページ「1 (2) 人材確保」について、「職員数では、「医師 27 年度 31 名」「看護師 27 年度 158 名」で新人看護師への教育の充実に努めるとともに、離職防止を図るとあるが、①看護師などの資格の持ったプロフェッショナルな人材の離職防止に、新たに取り組む施策があれば記載してもらいたい。②医師の確保は病院収益にも直結しており最重要テーマである。優秀な人材を確保し離職をミニマイズしていくような特効薬は無いのだろうと思うが、これまでの地道な活動や、強化されようとするポイントなどの記載があれば分かり易い。」とのご意見です。当院としては、①看護師などの資格取得者はスキルアップできる環境を求める傾向にありますので、強調文字の通り「認定看護師等の資格取得支援などにより当院でスキルアップできることを通して仕事のやりがいを高め、」を追記いたしました。また②「医師の確保については、医師事務作業補助者による積極的な事務負担軽減や学会参加支援等の労働環境の充実により離職防止を図る。」を追記いたしました。また、職員数につきましては、予算案の策定に伴い、12 月にお示しした案から職員数の修正をしております。

次に、項番 14 ですが、本文 19 ページ「(4) ③ 医師職にふさわしい給与体系の検討」について、「優秀な医師の確保は収益アップに直接結び付き、また市民からの信頼も増す。特に昨今のように医師確保が難しい環境下では、他の医療機関の医師の給与水準と比べて、イコール or ベターであるべきと考える。プロフェッショナルの世界ではなかなか給与水準という括りでは難しいと思われるが、経験年数やスキル、診療科目を基にした病院勤務の目安はあるのだろうと推測する。給与体系を年棒制にした場合、年棒が病院からの評価そのものを表すことになるので、評価制度と一体となった導入が必要と思う。年棒制が適切な評価制度の下に運用され、1 年間の成果が年棒に反映され医師の方々のモラルアップや離職防止につながるのであれば、その採用は良いかと思うが、衛生要因だけでなく動機づけ要因が共に満たされる医療現場環境や制度の実現はな

んだらうかと思慮する。西宮や神戸の身近な病院の医師の給与水準の比較や、年俸制採用の病院の評価などもスタディー済みと思うが情報交換が可能ならお願いします。新たな給与体系導入の検討あるいは体系採用の目安としては、いつ頃までか知りたい。」とのご意見です。当院としては、医師の給与水準の比較につきましては、民間病院に比較して低くなっており、格差是正への取組が重要と考えています。一方で現在の地方公務員の給与水準は、国家公務員の給与水準とのバランスを欠くことができないため、自由に給与を設定することはできないこととなっています。そのため、医師のモチベーション向上に向けては、人事評価による勤勉手当への反映により取り組んでいるところです。年俸制につきましては、現在の地方公務員の給与制度の枠組みにおいて直ちに実現するのは難しく、具体的な導入年度の目標設定は困難ですが、医師のモチベーションの向上に有効な制度の導入に向けての調査検討を続けていきます。

次に、項番 15 ですが、本文 19 ページ「2 業務運営の見直しや効率化による収支改善」について、「サービスの質の向上や経営改善に関する職員の自主的取組を奨励し効率的な業務運営に向けた職員の改善意欲の向上を図るとあるが、既に存在する制度なら件数目標を設定してもらいたい。これから導入であれば時期をお願いする。又良い取組には院長賞などもあってよいと思う（既にあるかもしれないが）。」とのご意見です。当院としては、職員の自主的取組の奨励のため、半期ごとに各部署で取組内容の立案とその目標値をマニフェストとして設定し、その結果についてチーム評価を行っております。なお、目標件数については、全部署が設定していますので改めて設定をしておりません。また、市が組織的な改善策への取組を推進する「芦屋 Grow UP チャレンジ」制度への参加や、職員の輝く一面について職員同士の推薦により表彰する「FindOut 表彰」制度により、職員のモチベーション向上に取り組んでおります。

次に、項番 16 ですが、本文 22 ページ「② 医療資源の有効活用」について、「①「他の医療機関からの共同利用を推進し、CT、MRI の利用増加を目指す」とあるが、読影医師の時間を含む機器の稼働率について、現状と目標稼働率数値があれば分かり易い。②MRI や CT などの地域からの活用をもっと増やせないか。（数値では目標未達）神戸地区からの紹介も含めて増やすためのキーポイントは読影医師の数などの問題もあるのか。そこには医療情報が蓄積されるし連携のキーになると思う。患者としても情報は集中させておきたい。」とのご意見です。当院としては、①院内全体で取り組んでいるマニフェストにおいて、放射線科をはじめ関係部署において、半期ごとに目標を設定し、達成状況を評価しております。②画像検査紹介に関しましては、特に CT 検査、DEXA 検査の増加に向けて取組を進めており、医療機関向けに発行している広報紙「UP TO DATE」や開業医訪問時に放射線科作成のチラシを配布するなど PR をしております。また、病診連携システム「芦っこメディカルリンク」には画像検査の Web 予約機

能があり、システムの利用推進にも繋がるため、現在近隣医療機関に向けてシステムのPR活動に取り組んでおります。

次に、項番 17 ですが、本文 23 ページ「IV1 経営の改善」について、「部門別決算、月次決算により病院経営においても素早いアクションにつなげていくということなので、改革プランの実効性をタイムリーに評価していく上でも重要と考える。まずは部門別月次決算の導入時期の設定をお願いします。」とのご意見です。部門別決算の導入に向けては、間接経費の分割が大きな課題となっており、これまでも研究を重ねてきたところですが、各部門が複雑に重なる業務が非常に多いことから、適切かつ合理的な経費の分割を確立できていないのが現状です。

次に、項番 18 ですが、本文 23 ページ「V1 広報に関する事項」について、「市民公開講座とかフォーラムとか、積極的な活動は素晴らしい。講演者を通して芦屋病院の信頼や医療の質を感じるので、良い講師で継続してほしい。ホームページも新しくなり積極的な情報公開がなされている。患者にとっては一番重要な情報入手先となるため、特に医師の紹介・経歴・資格・学会や手術実績など公開レベルの方針もあるかと思うが、これまで以上に力を入れていただくようお願いする。」とのご意見です。医師の紹介については公開されるレベルについてコンセンサスが必要と考えており、現段階で全面的・画一的に公開することは難しいものの、可能な範囲から有効な情報提供に取り組み、資格・学会や手術実績については、より分かりやすい情報提供ができるように取り組みます。

次に、項番 19 ですが、先ほどの「広報に関する事項」と関連しますが、「殆どの住民がネットと、アナログのロコミで医療機関を選択しているため、医療品質の高さをPRしていく機会を増やして、質の面でのアピールをもっと実施してほしい。例えばリハビリ外来などは市民の期待に応えられるものと思う。認定医、専門医や指導医のおられる診療科目については、市民や周辺の医療機関にもっとアピールしてほしい。」とのご意見です。当院としては、「広く市民の理解を得られるよう、強調文字の通り、診療内容をわかりやすくタイムリーに発信するなど、積極的な」を追記いたしました。

次に項番 20 ですが、「人と人の繋がりが非常に大切であり、それによって新たな連携が生まれることが多いと思う。医師の方々の交流機会はあると思うが、特に神戸地区や阪神地区での交流などには積極的に関与し推進してほしい」とのご意見です。当院としては、「顔の見える連携」構築を目指し、芦屋市医師会主催の連携会をはじめ、阪神圏域の医療機関が一同に会する兵庫医科大学病院や神戸市立医療センター中央市民病院が主催の連携会、各種勉強会等へ積極的に参加し、医師・地域連携室スタッフを中心に交流を図っております。また、神戸方面との連携においては特に東灘区にある医療機関との連携に重点を置き、

東灘区医師会主催の連携会への参加や、医師との開業医訪問にも力を注いでおります。その他、年1回近隣医療機関を対象としたアンケートを実施しており、各医療機関から当院へのご要望、ご意見等を把握するよう努めており、今後も近隣医療機関との積極的な交流に努めてまいります。

次に項番 21 ですが、「キーになるドクターの確保には、不断の努力を継続していただくと同時に、それなりの報酬で迎えるべきと思う。又、プロの人材確保には、リクルーティング専門機関だけでなく、人的ネットワークや繋がりが非常に重要であるため、友達作戦、師弟関係、先輩後輩などの活用にも力を入れていただきたい。採用された医師の紹介者には報酬を支給（例えば1か月分の給与ぐらいの報酬）。」とのご意見です。ご指摘いただいた通り、医師の確保には一般的な公募による受身的な募集にとどまらず、人的な繋がりが重要と考えております。特に当院の目指す医療に合致した医師を確保するためにはその重要性は高まります。紹介者への報酬支給は困難ですが、報酬の有無にかかわらずご意見のありました人的な繋がりによる働きかけについては、引き続き積極的に実施してまいります。

項番 22 ですが、「具体的な目標も書かれているが、改革プランの様々な取組や方策についても進捗が分かり、フォローアップ時の評価やアクションにつなげやすいように記載をお願いします。」とのご意見です。本文中に評価指標の目標値を入れることで、計画本文を具体的な目標との関連が分かりやすくなるよう記載に努めました。今後、半期ごとに開催を予定しております評価委員会の中でご説明させていただきます。

次に項番 23 ですが、本文 15 ページ「⑦ リハビリテーションの拡充」について、「リハビリテーションの拡充。これも芦屋病院に期待されるキーポイントの一つに思う。整形外科との連携した治療や、総合的なリハビリ機能の提供を期待している。」とのご意見です。当院としては、「⑥ 整形外科医療の拡充」、「⑦ リハビリテーションの拡充」にて記載しております通り、特に強化していく考えです。具体的には、平成 29 年度から技師の増員を予定しています。

次に項番 24 ですが、「循環器疾患の対応レベルが高いことの PR を積極的にお願いしたい。現在ほどこの医療機関に行けば良いのか分からないため、ネットで見て充実していると思われる医院を選んでいる。高齢化が進む中で多くなる疾患なので市民が安心して受診できるように、実績なども記載いただければ心強い。」とのご意見です。当院としては、循環器内科の診療内容、特色がより分かるようホームページを中心とした各種広報の強化に取り組んでまいります。

次に項番 25 ですが、本文 15 ページ「⑦ リハビリテーションの拡充」について、「脳卒中への対応は、今後増加が予想されるリハビリの実施などは強化してほしい。脳卒中の早期発見や脳ドックの実施とあるが、脳神経外科が診療科目に無くても可能なのが患者にとっては分かりにくい。」とのご意見です。現

在、脳神経外科の対応は兵庫医科大学病院から担当医を派遣してもらい、外来診療と脳ドックの診察を行っています。脳卒中については専門医の確保の問題があり、当院での急性期における治療は困難ですが、脳卒中地域連携パスに参加し、脳卒中治療後のリハビリテーションや合併症等の管理などが必要な治療にあたっております。対象患者の増加により、特にリハビリテーションの需要は今後も増加すると考えておりますので、人員を増加し強化を図っていきたいと考えております。その中で強調文字の通り、「脳卒中に伴う機能回復リハビリテーション、がん患者に対するリハビリテーション及び」を追記し、本文の17ページ「(2) 各種検診業務の充実・市民への疾病予防の啓発」の部分に「疾病の早期発見，早期治療を促進するため，人間ドック，各種がん検診，特定健診等の受診者数増加に向けてホームページ等の広報強化に取り組む。」を追記いたしました。

次に項番 26 ですが、「中期経営計画の方の資料の中にもあるが、良質な人材確保に向けて、医師などが定年後も働き続けられるような任期付き雇用などの制度も実現させてもらいたい。」とのご意見です。任期付職員の採用につきましては制度の整備を完了し、平成 26 年 4 月から採用が可能です。今後はこの制度を有効に活用し、幅広い年齢層から有能な医師の確保に努めたいと考えております。

最後になりますが、その他として資料には記載しておりませんが、本文 7 ページの「4 (1) 経営指標に係る数値目標の設定」、また 28 ページの「I 収益的収支」の収支計画の数値による計算結果と一致しない理由及び経営指標の端数調整についてご質問をいただきました。回答として、公営企業会計の取り扱いでは、消費税及び地方消費税について予算は税込みで、決算は税抜きで表示することになります。7 ページの平成 27 年度の経常収支比率等は決算数値であるため税抜きとなっております。一方、28 ページの収支計画では予算と決算で異なる表示をすると比較ができなくなりますので、税込みの表記で統一をしています。なお各経営指標の端数調整は、小数点第 2 位以下を四捨五入しています。

説明は以上です。どうぞよろしく願いいたします。

(坂本委員長)

ありがとうございました。ご丁寧に説明いただきまして、委員の先生方の質問にリアルに答えられたと思います。

問題点としては、収支の問題、医師や看護師の人材確保の問題、地域医療構想の問題、この 3 つの大きなカテゴリーに分かれると思います。将来を見据えると ICT を利用し、いかに地域連携を構築するかという点もご意見の中にあつたと思います。

今日一番良かったのは、平成 32 年度に経常収支比率が 101.4%と、これは前回の案から大変前進した数字になったと思います。要因としては診療単価の改善、あるいは外科系の医師の増員あるいは病院の有効利用、地域連携、救急の受入、手術件数の増加等、様々あると思いますが、今回の策定期間内に達成という重要な視点がここにあるような気がします。病院の方から何かこの達成の可能性について、夢物語ではなくこういう根拠に基づいて 101.4%が出てきたのだとご説明があれば、さらに委員の先生方をご納得いただけるかと思いますが、いかがでしょうか。

(佐治事業管理者)

一つは患者数に関して、今年度は昨年後に比べまして大きく増加してきているという実績があります。これについては前回も説明しましたように、夏に熱中症というような季節要因があったからかもしれませんが、その後も比較的高い水準で病棟の稼働率が上がっております。こういったことから、患者数の増加をこのまま維持し増やしていくことが可能ではないかということが一つございます。もう一つは平均在院日数が減少しておりますので、これによってたとえ病床稼働率が頭打ちになっても、新規の患者を引き受けられる可能性があり、これは診療単価の上昇にも繋がります。それがもう一つの収入を上げる要因です。診療単価の増額については、当院はどちらかと言えば内科系が主な病院で、診療単価を上げるということが難しかったのですが、来年度の人事において年度初め、あるいは年度途中から外科系の医師の増員が確約できました。引き続きこれについてはさらに手術件数を増加させる、外科系の手術を増加させるということで単価のアップが見込まれるだろうと考えております。それを反映して収入を見直したので、このような目標達成に向けての計画が立てられたと思っております。

もちろん診療報酬についてはまた改定がございますので、確約できるのかといわれるとなかなか難しいところもございますが、少なくとも現在の診療報酬の体系においては達成可能な数字ではないかと考えます。また収支につきましては、一方ではやはり支出も抑えるように努力はしないといけないと考えておりまして、様々な経費の削減はこれまで以上に努めていくことによって収支差をアップできないかと考えているところです。

(坂本委員長)

ありがとうございました。診療報酬というのは 2 年に 1 回改定され、介護報酬というのは 3 年に 1 回改定されます。再来年には診療と介護のダブル改定が行われ、そして 7 年後には 2025 年問題が起こってきます。その時に芦屋病院が将来どうやっていくのか、この診療報酬の中で今目指している急性期病院とし

て生き残れるのかどうか、立ち位置をはっきりしておかないといけません。国が目指している急性期病院を減らし、回復期を増やすという政策誘導に、我々が追随していくのか、あるいは断固として急性期病院とするのかによって、診療報酬の点数が全く変わってくると思います。それを踏まえた上で現在は急性期病院として手術も増加させる、救急の受け入れも増加させる、産婦人科も技術認定の医師が入り、整形外科の医師も増やし、いわゆる外科系が強い地域での基幹病院になるという方針を固めておられますので、101.4%という数字が出てくるのだと思います。これが逆に回復期へ方向転換すると一気に診療報酬が落ちてしまい大幅な見直しが必要になるとは思いますがいかがですか。

(奥田委員)

28 ページの数字に関して、前回に比べて新しい目標設定をされており、この増収の要因はすべて医業収益です。平成 28 年度ですが、前の資料に比べて若干、上方修正されています。これは恐らく平成 28 年度の上半期の実績を踏まえてされているのだと思いますが、立ち上がりの平成 29 年度は前回の資料に比べて若干下降修正されています。そのあと平成 29 年から平成 32 年にかけて約 2 億 4 千万円から 2 億 6 千万円、2 億 7 千万円くらい医業収入がアップとなっていますが、そのためには平成 29 年度はもう少しアップしておかないと目標数値とのギャップが少し大きいかなと思いました。平成 29 年度を前回から修正された理由をお聞きしたいです。

(北條総務課長)

平成 29 年度の数値につきましては、3 月議会に提出する平成 29 年度予算案をベースに数値を確定させていただいております。こちらの平成 29 年度予算につきましては平成 28 年度上半期からの実績をもとに決算見込みを立てまして、それに基づいてその数値を確定させておりますので、そういった作業過程においてタイムラグが生じております。今回新たに収支計画を見込めたのが、この直近で 12 月からの作業でしたので、その時点までの当院の実績等が上がる形で修正があり、その分を加味した為平成 29 年度と平成 30 年度間では差が生じているという状況でございます。

(佐治事業管理者)

奥田委員がおっしゃる疑問は当然だと思います。実は事務的作業で 12 月の時点ではすでに予算を市に提出していますので、その数字を触ることはできません。我々としてはその時点ではまだ医師確保の件の目途が付いていませんでした。11 月末になって医師確保の目途が付きましたので、年間で一人あたりの単価 2,000 円ずつ収入がアップできることを見込み修正できるのではないかと考

えております。

ところが、現実には疑問に持たれた通り、平成 28 年度から平成 29 年度にかけては単価が 1,000 円しか上がっておりません。平成 29 年度から平成 30 年度にかけて単価が 3,000 円上がっておりますのは、2,000 円ずつそこでならし、それで 3,000 円アップというようにしたので、ここで突然増えたことを疑問に持たれるのは当然だと思います。私どもとしては、何もこの資料に記載している平成 29 年度の数値で満足しているわけではなく、平成 28 年度よりも診療単価を 2,000 円ずつアップすることを目指しているのです、それが数字上少しギャップができたということです。また平成 29 年度ですが、医師の着任が 4 月当初ではないので、多少フル稼働するまで時間差があります。ですから、事務的なギャップと実際に稼働し始めるギャップとがこのように数字として表れていますのでご理解いただきたいと思います。

(奥田委員)

事務的な問題により実態と乖離があり平成 29 年度の予測としてはもう少し上がり、全体的にも上がるという理解でよろしいでしょうか。

(佐治事業管理者)

そうしなければいけないと思っております。

(坂本委員長)

医師が例えば 3 人増えるとして、医師が稼ぐ 1 ヶ月の診療報酬は 1 千万円から 1 千 500 万円です。3 人増えると月次で 4,500 万円の医療収入が増えます。年間にすると 5 億円も増える。その増えた 5 億円を何に振り分けるかという、稼働率と日当点、この 2 つに振り分けます。そうして予算を立てていくということになります。

ではベッド数は同じなのに年間 5 億円をどのように増やすのかというと、延患者数とベッドの回転率です。延患者数を増やして平均在院日数を減らすと 1 ヶ月あたりの延患者数が増えてくる。延患者数に診療単価がかかると病院の収入になります。その計算をしながら病院の月次の収入の予算を立てていきます。平成 29 年度は整形外科、産婦人科と外科の医師が 3 人増員します。医師が 1 人増えれば少なくとも見積もっても月に 1 千万円は病院の収入は上がり、3 人では 3 千万円です。

医師確保は病院の収支と密接に関係してくる。医師確保の予定がありますのでそこを見てご理解いただきたいと思います。来年度は 3 名で、それ以降は 4 名と増えていますね。大学の医局と話が付いているということですよ。

(佐治事業管理者)

平成 29 年度については話が付いております。それぞれ診療科によって異なりますが、近隣の大学病院から医師派遣をお願いしており、大学側も決して潤沢に医師がいるわけではないので、これは継続して人的な関係であるとか、繋がりを持ちながら医師確保に努めていきたいと考えております。

(本井委員)

坂本委員長がおっしゃった経常収支比率の件を含め、新改革プランの作成は大変苦勞されたと思います。

質問は、19 ページ「職員数」の看護師の数について、199 床の規模で看護師数が 155 名というのは、少ないとは思いますが、前回の委員会での私の意見に対する説明をお願いします。

(木戸看護部長)

平成 28 年度目標を 151 名としておりますが、手術室の人員等を含めて 7 対 1 看護体制を十分継続していけると考えております。

(坂本委員長)

2 交代制勤務ですか。また、夜勤帯は何名体制ですか。

(木戸看護部長)

病棟ごとに病床数が異なるため、31 床の小規模病棟は 3 交代制勤務で夜勤 2 名体制、それ以外の病棟は 2 交代制勤務で夜勤 3 名体制となっております。

(坂本委員長)

急性期看護補助体制加算は 50 対 1 ですか。

(細山課長補佐)

50 対 1 です。

(坂本委員長)

日本の政府が決める看護基準としては、芦屋病院は最高レベルの看護基準をクリアしています。ICU や HCU、救命センター等になると、もう少し高い基準となり、看護師の充填配置ができると思います。

しかし、一般病床ですと、今以上の看護師数は国の考え方では過剰とみなされます。

(寺本委員)

今の看護師の数について、151名というのは数字上であって、療休の方や産休の方等も含めた数字ですよ。

(坂本委員長)

療休や産休で何名休もうが、患者7名に対して1名の看護師を確保するという体制でないと診療報酬の不正請求となります。人が少ない中でも、人材確保の努力をされていると思います。

(奥田委員)

19ページの看護師数について、平成30年度から平成32年度にかけて、医業収益も年々上げていく中で、看護師数は同じで良いのですか。

(木戸看護部長)

病床数に変わりはありませんが、155名に増員しております。

(奥田委員)

そういうことであれば、151名のままでいいのではないですか。

(木戸看護部長)

先ほどの病床稼働率の話になりますが、延患者数が増えると、1日の平均入院患者数がおのずと増えるので、その分を見込んだ155名で7対1看護を十分遂行できるということです。

(奥田委員)

しかし、毎年2億円以上の収益を上げていく中で、できる限り入院患者の滞在日数を減らして、ベッドの回転率を上げて延患者数を増やしていくということは、看護師数が増えるべきではないかと思ったのですが。

(坂本委員長)

現在入院している患者数に対する看護師の数なので、回転率が上がっても、看護師が看る患者数は同じです。朝見る患者と夕方見る患者が違う患者になるというだけです。

(奥田委員)

ベッドの占拠率はどうでしょうか。

(坂本委員長)

ベッドの占拠率は日によって異なります。160床の時もあれば、190床の時もあります。アップダウンがある中で、看護部は7対1看護を確保していかなければなりません。

1ヶ月でも基準を逸脱すると7対1看護は取り消されるのですか。

(木戸看護部長)

1ヶ月は大丈夫です。連続して落とすと施設基準が認められません。

(坂本委員長)

1ヶ月間は少し看護師数が不足しても猶予はありますが、2ヶ月を超えると7対1看護から10対1看護に落とさなければなりません。そうすると、入院基本料の収入が1ヶ月で約数千万円下がります。

(奥田委員)

いずれにせよ、今回の計画は新しい収益プランに依拠しているということですね。

(坂本委員長)

そうです。これは法律の遵守ですし、看護の配置基準は厚生局から医療監査も入りますので違反はできません。

稗田委員から何かご意見ありますか。

(稗田委員)

最初にお話があった「市立芦屋病院新改革プラン（案）に対する意見概要と考え方」の項番の4と5が気になりました。

項番4は、平成28年度の決算見込と平成29年度の当初予算の数値を精査して置き直すと、全体の後年度の数値が変わったことにより、目標全体が改善されたと読み取れますが、項番5は外科の充実など、目標を設定し直したように思えます。その部分の整合性について疑問を持ちましたが、先ほどの説明である程度理解はできました。

(坂本委員長)

ローリングモデルで見直しは毎年されていますが、平成29年度については先ほど佐治事業管理者より説明があったように、改善項目というのが明らかになっておりますので、こういう数字が変わったと理解できると思います。

一方で、医師や看護師の確保という重大な問題があります。

もう一つ、国は地域医療構想として急性期病院を減らすよう言っています。団塊の世代が75歳になると、3~4人に1人が認知症といわれています。

また、現在のがんで入院する患者の約半数が認知症です。肺炎で入院する患者の約6割が認知症により誤嚥を合併しています。つまり、認知症は避けては通れません。がんや肺炎や脳卒中のみを治療すれば良い訳ではなく、認知症は国の重大な問題となっています。

そういったことを、地域包括ケアや地域医療構想等で行政が言っていますが、芦屋病院がネットワークの中でどういった役割を果たすかを、委員の皆さんは聞きたいと思います。それに対して、「市民の健康保持に必要な医療を提供する市内の中核病院として、地域の診療所等との役割分担をする」と回答されています。

例えば、リハビリテーションについてはいかがでしょうか。認知症や脳卒中の患者に対するリハビリテーションに関して、今後取組を強化していくと書いてありますが、セラピストの数が極めて少ないです。施設は立派なものがありますが、リハビリニーズが必要な患者へ潤沢に行きわたっていないのではないかと思います。セラピストの確保は非常に難しいのですが、2025年に向けて必要なのはリハビリテーションであり、急性期病院にとっても避けては通れないと思います。その辺りの戦略は何かありますか。

(佐治事業管理者)

坂本委員長のご指摘の通り、地域医療構想が大前提にあり、さらに地域医療構想とリンクするのが地域包括ケアシステムだと思います。地域医療構想での急性期病床の削減に関しては、当院としては既に175床の急性期病床と24床の緩和ケア病床にダウンサイズしておりますので、地域医療構想を先取りしたと思っています。その結果、当面は急性期病院としての機能を果たしていこうということなのです。

しかし、地域包括ケアシステムの中では、在宅医療を推進することなので、当院でも、地域連携室が積極的に老健施設等を含めた在宅への支援を行っています。在宅復帰率は約90%であり、国が求めている80%を超えていますので、引き続き地域包括ケアシステムに準じて行っていきます。

一方で、患者に何かあった時は引き受けられるよう、地域連携室が積極的に在宅支援診療所や施設等と連携を取っており、できる限り急性期に必要な患者は、当院で入院をして治療を行っています。

そういうところで、患者のローテーションをして、できる限り効率的に当院としての役割を果たしていきたいと思っています。

しかし、これは今後の診療報酬の改定等もありますので、いつまでもこの形が確保できるかはわかりませんが、少なくともこのローテーションを続けてい

かないと病院の運営・経営は極めて難しいのではないかと考えております。

(坂本委員長)

地域包括ケアネットワークとは、訪問診療、訪問看護、在宅医療を指し、ほとんどは開業医が担うものです。

将来的には、在宅診療のニーズも3倍に増えます。というのは、病院から早く退院しなければならないし、90%の人が在宅に帰るとなると、誰が切れ目のない治療を行っていくのかというと、開業医に頼むしかないのです。

しかし、開業医にとっては、信頼できる病院にバックアップしてもらわないと難しいという話になってきます。

そこで高委員、医師会としては芦屋病院とのネットワークはどのようになるのでしょうか。

(高委員)

在宅患者も3倍になり、現在の医師会員だけでは補えません。どこまでの在宅を行うかという部分も含めて検討しています。後方病院として芦屋病院を頼りにしていますし、これからもよろしくお願ひしたいと思っています。

先ほどから地域医療構想の話が出ていますが、過剰に急性期病床は減らして、必要な回復期病床を増やすよう、かなり強い文言で県は言っています。

これから調整会議が始まると思うのですが、公立病院はターゲットにされると思いますので、何か対策を考えておられた方が良いのではないかと思います。

(佐治事業管理者)

その点に関しては、ぜひ高委員をはじめとして医師会からのご支援をお願いしたいと思っています。近隣のいくつかの公立病院は、許可病床と実際の稼働病床に差があるため、いざという時に許可病床を差し出して、急性期を返上するという手段を取る可能性があるのではないかと危惧しています。

当院は初めから許可病床数が稼働病床数ですので、許可病床と稼働病床に大きな差がある他の病院と同じように見てもらっては困ると思っています。

(高委員)

阪神領域全体として見てもらえると良いと思うのですが、芦屋市だけで見られると、急性期病床ばかりで、地域包括ケア病床が40床ほどあるだけなので、指摘される可能性はあります。

(奥田委員)

そうすると、回復期病床はどこが担い、2025年問題は誰がどのように対応し

ていくのでしょうか。

(佐治事業管理者)

この新改革プランは、元々が総務省からこの5年間に黒字化することを大前提に計画を立てるように言われているという経緯があります。国からの通達でするので、当院の持つ機能、つまり急性期病院であり、かつ7対1看護体制である、看護力では一番高いレベルを取っており、これは診療報酬にも繋がっているところですが、その中で要求通り当院を療養型や慢性期の病院にするとすると、転換は可能ですが診療報酬は大幅に減少します。しかし、看護師の解雇はできないため、人件費は現状維持ということになり、大きな赤字になることは目に見えています。よって実際問題として困難だと思っています。

(奥田委員)

芦屋病院が急性期をきちんと担ってくれる病院であってほしいと思います。一方で慢性期病床の不足も顕在化するだろうということなので、そのバランスや構図はこれからの課題かと思っています。

(坂本委員長)

それは地域医療構想の調整委員会にて検討され、お互いにベッド数をギブアンドテイクできると思います。

今は、自主選択ということになっており、国から強制的に急性期病床を慢性期病床へ割振りをされる訳ではないのですが、高委員が言われたように、一番初めにターゲットにされるのは公立病院です。

民間病院は、反対だと意思表示をすればそれで済むのですが、公立病院は同じことをすると、補助金を切られる等考えられるので、結局国の方針を聞かざるを得ないということになるかもしれません。

常に第2、第3の案を作っているとは思いますが、地域全体で病床機能の分担をどのようにするかを、市または県である調整委員会で話し合っていると思っています。

(寺本委員)

リハビリテーションの件について、国が決めた1単位20分だと、平行棒で数回往復すると終わるくらいの時間です。立ち初めはそれで良いと思いますが、回数を重ねるともう少し筋力アップの作業もして欲しいと思います。

私の母の場合はその段階に進む前に退院して、今は一般のスポーツトレーナーに筋力アップのトレーニングを依頼しています。

そういうことは、20分だけではなく別料金を支払ってでも芦屋病院ではでき

ないのでしょうか。

(坂本委員長)

外来リハビリと入院リハビリがあります。1日20分のリハビリを、1日1時間にするとすると、芦屋病院の理学療法士は今の3倍必要となります。立派なリハビリテーション室もありますし、私は3倍理学療法士を増やしていただいたら良いと思っています。

また、在宅の場合、訪問リハビリという方法もあります。訪問リハビリに関しても1単位20分です。ずっと行くわけにはいかないので、家族に協力してもらいリハビリの指導をしながら、家族と訪問看護に来る方と連携しながら、在宅リハビリを継続していくという方法でないと、理学療法士や作業療法士の数が圧倒的に足りません。

(寺本委員)

それは、スポーツトレーナーが代わりに行っても構わないのですか。

(坂本委員長)

構いませんが、保険適用かどうかという問題があります。

(寺本委員)

病院で行う場合は、保険適用でないといけないのですか。

(坂本委員長)

それは関係ないと思いますが、スポーツトレーナーが医療的な観点で患者を見るかという問題が心配な部分です。

(寺本委員)

その問題はあると思います。私が以前スポーツ施設で働いていた時に、相談に来られる方のほとんどは脳卒中などで入院した方で、日常生活ができるようになって退院した後、病院でリハビリができない為もう少し歩けるようになるまで回復したいとおっしゃっていました。その後スポーツ施設で受けていただきましたが、そういう患者をもう少し病院が幅広く受け入れる体制を構築することは難しいですか。医療行為としてではなく、トレーニングとしての指導料をいただくという形はできないのですか。

(坂本委員長)

地域包括ケアネットワークというのが、まさに今おっしゃっているところで

す。急性期病院には二週間程度しか入院できず、慢性期病院であれば約一ヶ月入院できます。しかし最終的に在宅になりますと、地域のケアマネージャーや訪問看護ステーションから理学療法士に来ていただくことができます。これは全て医療保険の範囲内ですから、全員専門家で国家資格を持っています。

しかし、スポーツトレーナーには国家資格がないので、患者さんが心臓が悪くて脳卒中になったのか、肺が悪くて脳卒中になったのか、その辺りのリスク管理ができません。その点を考慮すると、やはりリスク管理ができる資格を持った人がするのが理想です。

(寺本委員)

では、リハビリ室の中で専門家と一緒にスタッフとしてスポーツトレーナーが働くことはできないのですか。

(坂本委員長)

恐らくできないと思います。国家資格である柔道整復師であれば病院のリハビリ室で理学療法士と一緒に働くことはできますが、スポーツトレーナーは難しいと思います。

これから日本中、我々も含めて全員リハビリが必要になります。これは深刻な問題で、セラピストの養成を行っておりますが、現状としては追いついていません。

(佐治事業管理者)

リハビリについて、当院もリハビリ技師の増員を十分に考えておりますし、必要だと思っております。また、平成29年4月より2名の増員を予定しており募集しましたが、今のところ1名の増加にとどまっております。免許があれば良いという問題ではなく、良い方に来ていただきたいと思っておりますので、もう1名増員に向けて募集をしているところです。

引き続き、坂本委員長がおっしゃったように、リハビリに関しては理学療法士や作業療法士の増員を計画に入れております。

(脇本委員)

2点意見があります。1点目は感想で、2点目は期待感のようなものです。

1点目は、先ほどから議論されている地域医療構想の話で、私がこれまでの評価委員会で繰り返しご留意いただきたいと話をしていましたことです。2015年の骨太の方針で急性期病床を減らして慢性期病床を増やすという地域医療構想が作られた直後、それに携われた担当者とお話しをする機会がありました。先ほど、兵庫県は本気だという話があり、そもそも骨太の方針は毎年閣議決定されるも

ので、今回の骨太の方針は社会保障の削減を目的にしているの政府は本気であると総務省の担当者が言っていました。それに加えて、地域医療構想によって急性期病床を削減することも本気で進めてくると 2 年前に忠告をいただいたので、過去の評価委員会の中で繰り返し発言させていただきました。今回資料 5 ページに追記いただきさらに良くなったと思います。

2 点目は期待感を含めて、27 ページ「総括表」で平成 32 年度に経常収支が黒字になる計画に改められたことに伴って、「14 長期借入金」は平成 36 年度以降 0 円になっています。財政部長としての立場で申し上げますが、長期借入金は市役所の一般会計の貸付金になります。一般会計の貸付金の原資は税金になります。したがって、税金をどういった分野に再配分するかは市の判断ですので、病院に長期貸付を行うのは市民サービスにつながります。しかし、病院にとっての資金不足を補填する長期借入金はなるべく少ない方が良いので、今回経常収支比率を平成 32 年度に黒字化することによって、直ちにではないですが、平成 36 年度から長期借入金が 0 円になることは良いことですので、ぜひこの新改革プランで成果を上げられるよう期待しております。

(坂本委員長)

今のご指摘は重要なところで、病院は医業収支以外に医業外収支で一般会計からの貸付や長期借入金、また返済金やその為の借入金などがあります。累積 105 億円の赤字を抱えながら切り詰めてここ何十年間の画期的な改革プランとなっていると思います。山中市長も芦屋病院は市民の拠り所とおっしゃっており、病院を潰せないの、この改善計画をぜひとも軌道に乗せていただいて、3 月の議会では皆さんでこれを全うしていただけるように、がんばっていただきたいと思います。

山中市長より何か激励のお言葉があれば、ぜひお願いします。

(山中市長)

議会でもよく芦屋病院をどうするのかという質問を受けますが、私の目が黒いうちは守っていきますと断言しておりますし、佐治事業管理者を中心に芦屋病院は生まれ変わりつつありますので、行政としても支援していきたいと思っております。

(坂本委員長)

ありがとうございます。他にご意見ございませんでしょうか。

(本井委員)

何度も申し訳ありませんが、経常収支を 100%にすることは大変なことです、

不可能ではありません。医師の数も委員長がおっしゃったように着実に増えているので、これから良くなると思います。しかし19ページの職員数の医師は確かに増加しておりますが、総職員数が250名とあまり増えていないように思います。色々な病院があつて、職員数は何名が適正であるかはそれぞれの機能があるので違いますが、近年では病床数の2倍から3倍の職員数を抱えているところは少なくなく、そういう病院は経営的にも黒字になっている。つまり、職員数を適正に配置し確保することによって経営面だけでなく医療の質も確実に上がっているという一方の見方もあるということです。良い医療をしようとする病院では、この近年色々な職種の人たちが確実に増えていますが、芦屋病院の人員配置は控えめかと思います。リハビリテーションについても、理学療法士、作業療法、言語聴覚士とありますし、また臨床工学士もあります。資格に対し非常に力を入れている中で、様々な職種の方たちがチーム医療を持って質の高い医療を提供して診療収入を上げる。つまり、医療の質と経営的な指標というのは相反するものではないと私は思っております。それからすると、実力がある病院でありながらこの人数で大丈夫かなというのが一つの危惧です。

それから、病床稼働率を上げることがどうも経営的に捉えられているところが私は不満に思っており、病床稼働率というのは経営管理指標上の非常に重要なポイントではありますが、一方でその病院が地域医療圏内でどれほど頼られているかの基本的な指標です。この病院で治療を受けたいという人がベッドが空いているのに入院できないということがあつては、評価される病院とは言えないと普段から思っております。したがって、看護師も医師もその他職種の方達ももう少し手厚くすべきだと思います。

それからもう一つ、直営化の問題や未収金の対策、あるいは原価計算の部門別計算のところは内容が薄いです。それもある意味では事務部門の充実が医療の充実に間接的に非常に大きな作用をすることと思っています。全て盛り込むことは難しいと思いますが、職員数のところでは同規模同機能病院と職種別に、あるいは経営管理指標やクリニカルインディケータの比較をしていただいた方が良いのではないかと意見させていただきます。

(坂本委員長)

ありがとうございます。危惧をおっしゃっていただきましたが、私の意見もよく似ており、職員数が少ないのではないかと思います。嘱託職員や臨時的任用職員もいる中、受付は全て委託ですから、この辺りを全て直営にするかどうか、また直営にしてどのように職員の質を上げていくのかという問題があるかと思います。圧倒的に事務職員とコメディカル職員の数が少ないと私も感じています。現在人件費が支出の65%で、これ以上事務職やコメディカル職員を増やすと人件費が70%になりますが、病院が経営できなくなるとはなりません。

そうすると、コメディカル職員や事務職員をより投入することによって、コストパフォーマンスが上がり、逆に収支が良くなる可能性は十分に考えられます。本井委員が言われたように、病床数の3倍程度の職員がいる病院はたくさんあります。芦屋病院は199床ですので、500人程度の職員数と換算し今の2倍の職員ということです。今の収支で職員数を2倍にしたら病院が潰れることは分かります。しかし、医療の質と収支を見据えていくと、もしかすると病院が大きく変わるかもしれません。

私の病院は300床ですが、正規の事務職員が120人います。芦屋病院は17人しかいません。医師のフォローやモチベーション向上、または医師業務の催促、さらに医師が辞めたいと言った場合に誰かがフォローするといった事務職員がいれば、何らかのポイントで医師確保、看護師確保に直接関わっていくことができる可能性は十分にあると思います。これについてはプラスのスパイラルになると思いますので、佐治事業管理者や阪元事務局長にはご検討いただきたいと思っています。

(奥田委員)

平成32年度に経常収支率を101%に達成させるということは、それなりの人数の確保をしていけば、収益率が増えるなど、さらに芦屋病院は活性化する可能性があるということですか。

(坂本委員長)

そうです。それは数字で表せないものです。

(奥田委員)

一般的に公立病院の適正規模と適正医師人数の指標はありますか。

(坂本委員長)

全国公的病院のベンチマークをできる本があります。

(奥田委員)

それと比べて、芦屋病院はベンチマークした結果どのような位置付けでしょうか。

(坂本委員長)

阪元事務局長いかがですか。

(阪元事務局長)

ベンチマークの部分は難しいですが、当院としては、今は赤字がずっと続いている状況で、お話しいただいたことがプラスに転じていくかどうかは分かりませんが、その辺りについては医療の質や看護の質を上げていく中で好転していくかと思えます。職員数の増加について日常的に考えていますが、当面の間は、財務を預かる事務職員としては診療報酬の関係についても職員の人材育成をしていく上で、診療報酬の漏れをレセプト点検で防ぐことや疾病のコーディングによって収益を上げることも可能ですので、直ちに増員することと現状いる職員の人材育成としてスキルアップをしながら徐々に増やすことのコストバランスを同時に考えないといけないと思えます。できる状況の中で慎重に考えていきたいと思えます。

(奥田委員)

先ほど本井委員の話にもありました病床稼働率で、平成 32 年度では目標 94.0%となっていますが、救急患者の受入として芦屋病院へ入院できるベッド数の確保の観点から、94.0%というのはどの程度のものでしょうか。かなりの数値だと思いますが。

(坂本委員長)

稼働率には 24 時までの延稼働率と実稼働率という 2 種類の数値があります。ここに掲載されているのは延稼働率です。ある患者が退院し、同じ日に別の患者が入院すると 1 つのベッドに患者が 2 人いるという考えで算出された稼働率です。

(本井委員)

7 ページの「4 (1)⑤ 病床利用率」が奥田委員のご心配のところですか。平成 32 年度は 87.9%ですので、大体 20 床程度空いています。

(奥田委員)

安心できる数値だと思います。

(坂本委員長)

多くのご意見をいただきありがとうございました。人員確保の問題、収支を上げていく為の施策、これをしっかりと新改革プランに入れて、まとめたいと思えます。

先ほどいただいたご意見については、佐治事業管理者と阪元事務局長と私で相談し、今日の議事録を参考にして最終案を市議会に提出し確定したいと思えますが、それでよろしいでしょうか。

(委員一同)

異議なし。

(坂本委員長)

それでは、これで議事を終わらせていただきます。

(北條総務課長)

ありがとうございました。完成した新改革プランにつきましては、3月中旬頃に市議会への説明と委員の皆様への送付を予定しております。

閉会にあたりまして、佐治事業管理者より一言ご挨拶を申し上げます。

(佐治事業管理者)

本日は非常に寒い中、またお忙しい中お越しいただき、新改革プランの策定に向け非常に熱心に、また充実したご討議をいただきましてありがとうございました。いただいたご意見につきましては再度持ち帰り、坂本委員長ともよくご相談をした上で最終案を策定したいと思います。

あくまでプランですので、我々としてはプランに従って十分全うするように努力することが一番の課題だと思っております。新年度に向けて、そういう努力を行ってまいりたいと思っております。また、半年毎に委員の皆様へご報告、ご意見いただき、新しいプランの修正を行っていきたく存じますので、今後ともどうぞよろしくご指導お願いしたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

(北條総務課長)

以上をもちまして、第2回市立芦屋病院新改革プラン策定委員会を終了させていただきます。ありがとうございました。