

平成30年度 第2回市立芦屋病院新改革プラン評価委員会会議録

日時	平成30年7月26日(木) 午後6時00分～8時00分
会場	市役所東館3階大会議室
出席者	委員長 坂本 嗣郎 委員 高 義雄 佐藤 二郎 遠藤 尚秀 奥田 兼三 寺本 三恵子 川原 智夏 今道 雄介 市 側 佐藤副市長, 佐治事業管理者, 西浦病院長, 荒木副病院 長, 水谷副病院長, 竹田副病院長, 木戸看護部長 事務局 阪元事務局長, 岡本薬剤科部長, 上田総務課長, 細山医 事課長, 岡野地域連携室課長, 高田課長補佐, 谷野主査 山東主査, 山下, 岩本, 池上, 前田, 林, 松井, 上岡, 津本, 細見
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	1人

(上田総務課長)

こんばんは。本日進行を務める総務課の上田です。よろしくお願いたします。

定刻になりましたので、これより第2回市立芦屋病院新改革プラン評価委員会を開催させていただきます。

開会に先立ちまして、委員の交代がありますのでご紹介いたします。まずは、本井委員が前回の新改革プラン評価委員会を以て退任され、今回より兵庫県済生会常務理事兼事務局長また、兵庫県病院管理局長の佐藤 二郎様に新しい委員としてご出席いただいています。

市立芦屋病院新改革プラン評価委員会設置要綱第3条の規定により、佐藤委員へ委嘱状の交付を行います。本来ならば山中市長から交付すべきところですが、本日急な公務のため、佐藤副市長より交付いたします。

また、本年4月の人事異動により、市職員である委員の交代もあります。任命書は事前に交付しておりますので、後ほど紹介させていただきます。

それでは、佐藤副市長よろしく申し上げます。

(委任状の交付)

(上田総務課長)

ありがとうございました。

佐藤委員，ご挨拶をお願いいたします。

(佐藤委員)

兵庫県済生会常務理事兼事務局長の佐藤です。どうぞよろしく申し上げます。

以前は兵庫県庁職員であり，主に健康福祉や，病院関係の業務をしておりました。直近は県の病院事業の副管理者をしており，その前は、ドクターヘリで有名な公立豊岡病院組合の事業管理者をしておりました。

数字に強い方ではありませんが，大きな観点で公立病院に長年関わってきたので，何か助言ができたらと思います。よろしくをお願いいたします。

(上田総務課長)

続きまして，市職員の委員をご紹介します。

稗田委員の後任の川原企画部長です。

(川原委員)

川原です。よろしくをお願いいたします。

(上田総務課長)

脇本委員の後任の今道財務担当部長です。

(今道委員)

今道です。どうぞよろしくをお願いいたします。

(上田総務課長)

それでは，開会にあたりまして，佐藤副市長よりご挨拶を申し上げます。

(佐藤副市長)

山中市長より原稿を預かっていますが，私の想いを混ぜながらご挨拶いたします。

6月18日に大阪府北部で地震がありました。それを追いかけるように豪雨災

害が、西日本を中心にあり、98 団体において災害救助法が適用されました。完全に前線が延びきった状態です。財政支援は然ることながら、人的支援も自治体間で連携を執り行っておりますが、賄いきれない状況が続いています。

さらに、それを追いかけるように台風 12 号が、この週末に関東方面に向かってきております。まだ進路は定まっておらず、紀伊半島方面に進路を変えることも予測されています。こうなりますと、到底現有の戦力では、賄いきれない状況も起こりかねない、そんな自然状況です。

病院の経営も、前線が延びきっていると言ってもいいのかもしれませんが。

働き方改革を社会全体で口にされる中で、病院が本来社会から求められる機能を十分に発揮できているのか、あるいはそれを発揮して社会の負託に応えるためには、どのような工夫と体制が必要になるのか、またその背景となる政治・政策といったさまざまな事柄が十分に吟味され、将来や未来に渡って堅持されるということが大切になっているのではないかと考えています。

市立芦屋病院においても、委員の方々のご協力を得ながら 11 年前に改革プランを策定し、長きに渡り職員が一丸となり努力を重ねてはおりますものの、医療を取り巻く環境というのは依然として厳しいところがございます。

また、地域医療構想の見直しや介護分野との連携など、新たな課題が地域包括ケアシステムという言葉の下で強く求められている昨今でもあります。病院が病院のことを病院だけで考えて医療を提供するという時代ではなくなっていると思いますし、だからと言って病院が本来期待されるべき機能を疎かにするわけにもいきません。こういった側面からこの課題に切り込むのが最も効率的かつ適切であるか、各界の代表の皆さんから忌憚のないご意見をいただき、職員全体が「Be Professional」であることを目指してまいりますので、ぜひとも叱咤激励を交えた評価委員会となりますことをお願い申し上げます。

本日は、暑い中お集まりをいただき御礼を申し上げますとともに、市長の不在をお詫びし、私からの挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしく願いいたします。

(上田総務課長)

ありがとうございました。

本日の評価委員会ですが、委員 8 名全員ご出席していただいておりますので、この会議が成立していることを報告させていただきます。

続きまして、本日の会議資料ですが、「平成 29 年度 病院事業の概況」、「市立芦屋病院新改革プラン 第 2 版」、「参考資料」を事前に郵送させていただきましたが、本日お持ちでない方は事務局までお申し出ください。

続きまして、本日お手元にお配りしております資料ですが、「本日のレジュメ」、

「市立芦屋病院新改革プラン評価委員会委員名簿」、市立芦屋病院だより「HOPE plus」No. 24, No. 25 号、「広報あしや臨時号」、「がんフォーラム 2018」のご案内をお配りしています。資料に不足はございませんでしょうか。

なお、この会議は芦屋市情報公開条例第 19 条の規定により原則公開となっております。傍聴を希望される方がいらっしゃいましたら、傍聴をしていただきます。

また、本日の会議の議事録は、発言者の名前も含め公開いたします。議事録を正確に作成するにあたり、録音することをご了承いただきますようお願いいたします。

本日は、傍聴者が 1 名いらっしゃいますので、入室していただきます。

それではこれより議事の進行については、坂本委員長をお願いいたします。

(坂本委員長)

皆さんこんにちは。

それでは、議事に従いまして第 2 回市立芦屋病院新改革プラン評価委員会を始めます。

まずは、事務局から資料の説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

(阪元事務局長)

事務局長の阪元です。どうぞよろしくお願いいたします。

事前配布資料の「平成 29 年度 病院事業の概況」をご覧ください。

「1 医療の質の向上について」ですが、平成 29 年度の取組として 5 月から外科系救急の実施日を拡大し、さらに平成 30 年 4 月より 24 時間 365 日の実施に向けた検討を行いました。また、近隣医療機関との連携にも積極的に努め、今期の課題である逆紹介率の向上にも図っています。

人材確保においては、医療を取り巻く環境に柔軟に対応できるよう、副病院長に整形外科医を 1 名配置し、さらに産婦人科医、理学療法士、医療専門事務職を増員し、体制強化を図りました。

診療機能の充実においては、心不全チームや認知症ケアチームを発足した他、検診の受診率向上に向けて休日特定健診の実施を行いました。

業務運営コストの削減に向けた取組としては、ジェネリック医薬品の使用率向上や、院内において診療材料費等削減検討会を開催し、削減目標を大きく上回る結果となりました。

次に「2 経営状況について」は、後ほど資料説明の中で平成 29 年度決算状況について説明します。

続きまして、「市立芦屋病院新改革プラン 第2版」をお開きください。

表紙の次のページが目次です。「市立芦屋病院新改革プラン」の計画本体が1ページから23ページまで、25ページ以降が各種資料となっています。

資料の構成ですが、計画本文及び資料の1～3が平成30年度以降の新たなプランについての説明資料となっており、資料4以降が平成29年度の進捗状況に関する資料です。

まずは、平成29年度の進捗状況について説明します。資料が飛びますが、36ページ、37ページをお開きください。

「資料4 市立芦屋病院 新改革プラン進捗状況」ですが、各種数値目標を36ページ「1 経営指標に係る数値目標に関すること」と、38ページ「2 医療機能等に係る数値目標に関すること」の2つの視点に分けて掲載しています。各項目の年間実績を昨年実績及び年間目標と比較した形式で掲載し、表の右側に目標達成率を記載しています。この目標達成率が100を超えた数字が、平成29年度において目標を達成した項目となります。また、今回はその横に自己評価として達成度を記載する欄を設けており、目標未達成の項目には「×」、目標を達成した項目には「○」を付けております。さらに、目標達成率が120%以上の項目には「◎」をつけて自己評価をしております。こちらについては後ほど、評価・助言をお願いしたいと考えています。

続きまして、37及び39ページですが、「平成29年度の状況」として各項目の増減理由などを掲載しています。

なお、この全体の表だけでは評価することが難しい場合があるかと思いますので、各科の取組などを示した「参考資料」を準備しておりますので、併せてご参照ください。

まず、36ページ「1 経営指標に係る数値目標」に関する各項目を説明します。

「(1) 経常収支比率」ですが、平成29年度の経常収支は4億2,865万円の経常損失となり経常収支比率は92.0%と目標未達成であり達成度は「×」としております。昨年度に比べ経常収支比率が2.6ポイント減少し、経常収益は4,973万2千円程増加しましたが、経常費用が1億9,590万円増加したことが要因です。

「(2) 医業収支比率」ですが、平成29年度の医業収支は5億7,742万9千円の医業損失となり、医業収支比率は88.8%と目標は達成しており達成度は「○」としております。しかし、昨年度に比べ医業収支比率は2.1ポイント減少しております。これは、医業収益が7,395万1千円増加したものの、給与費が1億7,095万9千円増加したことが要因です。

「(3) 入院単価」は年間実績46,399円と目標を達成しており、達成度は「○」

としております。平均在院日数が短縮したことや、産婦人科において単価の高い腹腔鏡下手術が増加したことが主な要因です。

「(4) 外来単価」は年間実績 12,595 円と目標を達成しており、達成度は「○」としております。診療科別では、血液・腫瘍内科の単価が増加し、外来化学療法患者の増加によるものです。

「(5) 病床利用率」「(6) 病床稼働率」は入院患者数の減少に伴い、目標未達成となっており、達成度は「×」としています。

「(7) 1 日入院患者数」は年間実績 171.3 人で、目標未達成となっており、達成度は「×」としております。平均在院日数が 1 日短縮したことにより、主に内科において患者数が減少したことが要因です。

「(8) 1 日外来患者数」は年間実績 344.0 人で目標未達成となっており、達成度は「×」としておりますが、昨年に比べ 5.1 人患者数は増加しており、外科の乳腺専門外来や下肢静脈瘤外来の増加、産婦人科医の増員が主な要因です。

「(9) 人件費比率」は実績値が目標値より少ない方が良い指標となっております。年間実績は 65.7%で、目標未達成となっており、達成度は「×」としています。嘱託医師・嘱託看護師の報酬、退職給付費の増加により給与費が増加したことが要因です。

「(10) 材料費比率」ですが、こちらの実績値が目標値より少ない方が良い指標となっております。年間実績は 17.6%で目標は達成しており、達成度は「○」としております。診療材料費等削減検討委員会を実施するなど、コスト削減に努めたことが主な要因です。

「(11) 医師数」は年間実績 35 人で、目標を達成しており、達成度は「○」としております。昨年に比べ 2 名の増加となっております。

「(12) 看護師数」は年間実績 142 人で、目標未達成となっており、達成度は「×」としております。看護師採用には積極的に取り組んでいるものの、退職が重なり昨年度末より職員数が 6 名減少しております。しかしながら、平成 30 年度採用試験により 14 名の採用予定者を確保しました。

続きまして、38 ページ、39 ページをお開きください。「2 医療機能等に係る数値目標」に関することについて説明します。

「(1) 患者満足度調査」につきましては、「当院の全体的な印象について」の質問に対する回答を集計して満足度を算出しています。外来における調査結果は満足度が 96.1%となり、昨年より「不満」「やや不満」への回答が増加し、目標未達成となり、達成度は「×」としております。入院における調査結果では満足度は 100%となり目標を達成していることから、達成度は「○」としております。

「(2) クリティカルパス適用率」は年間実績 45.1%と目標を達成しており、

達成度は「○」としています。

「(3) 紹介率」は年間実績 41.6%と目標未達成となっており、達成度は「×」としております。目標には届いていないものの、昨年度に比べ紹介件数は増加しており、紹介率としても 0.6 ポイント増加しています。

「(4) 逆紹介率」は年間実績 76.9%と目標を達成しており、達成度は「○」としております。逆紹介率の向上は今期の大きな課題であり、診療局部長会議を中心に逆紹介の推進等に取り組んだ結果、大きく率を伸ばしています。

「(5) 在宅復帰率」は年間実績 96.3%と目標を達成しており、達成度は「○」としております。地域連携室において入院早期から退院困難な患者を抽出し、退院支援を実施しているため、高い数値となっています。

「(6) 救急受入患者数」は年間実績 4,355 件と目標を達成しており、達成度は「○」としております。断らない救急、外科系救急の実施日拡大により、昨年比に比べ 254 件受入れ件数が増加しています。

「(7) 手術件数」は年間実績 2,361 件と目標未達成となっており、達成度は「×」としておりますが、昨年に比べ 238 件手術件数が増加しています。

「(8) リハビリテーション件数」は年間実績 25,918 件と目標未達成となっており、達成度は「×」としております。計画策定時はリハビリテーション技師を 2 名増員予定としていましたが、結果 1 名のみ増員となったことから、目標と実績差が大きく開いています。

「(9) 臨床研修医数」は年間実績 9 人と目標を達成しており、達成度は「○」としています。

「(10) 専門・認定看護師」は年間実績 13 人と目標を達成しており、達成度は「○」としております。今期は 3 名が新たに認定看護師資格を取得しました。

「(11) 後発医薬品使用率」は年間実績 88.3%と目標を達成しており、目標達成率が 120%を超えたため、達成度は「◎」としております。後発品の採用品目を 100 品目増加し転換に積極的に取り組んだことにより、使用率が増加しています。

「(12) 人件費比率（委託料込）」は実績値が目標値より少ない方が良い指標であり、年間実績は 73.3%と目標未達成となっており、達成度は「×」としております。嘱託医師・嘱託看護師等の報酬及び退職給付費等の増加による給与増加、外注検査業務等の委託料の増加が主な要因となっております。

「(13) 平均在院日数」は年間実績 12.3 日と目標を達成しており、達成度は「○」としております。昨年に比べ平均在院日数は 1 日短縮となっており、平均在院日数の短い乳房の良性・悪性腫瘍の疾患が増加し、平均在院日数の長い血液・造血器などの疾患が減少したことが要因となっております。

以上により、総括としましては、経営指標に係る数値目標において、入院・

外来共に診療単価は昨年度より増加し、目標も達成しておりますが、患者数、特に入院において、下半期患者確保に努めたものの、上半期の影響を挽回するまでには至らず、初年度の進捗状況としては以上のような結果となりました。

医療機能等に係る数値目標においては、目標未達成の項目はあるものの、昨年度実績を上回る項目は多く、今後の課題としては、外科系救急や紹介により手術につながるような新入院の確保に努め、経常収支比率の目標達成に向け取り組んでまいります。

続きまして40ページ「資料5 平成29年度の主な取組」ですが、各計画に対する平成29年度の主な取組について項目ごとに掲載をしています。

「I 当院の目指すべき方向」の「5 再編・ネットワーク化」の計画内容に対応した取組内容として、「h-Anshin むこねっとシステム」の活用に注力し、当院から兵庫医科大学病院や兵庫県立西宮病院への逆紹介時に特にシステム利用を行い、年間実績としては前年比227件増加の274件の利用となりました。

続きまして、42ページ「1 診療事業 (4) 病院に期待される機能の発揮」の中の「3) 循環器疾患への対応」に対する取組として、増加する心不全患者へ他職種で支援を行うため、今年度より心不全チームを発足し、急性病態の早期改善に向けた取組を行いました。

また、外科専門外来として下肢静脈瘤外来を実施しました。

続きまして、43ページの一番上段「5) 認知症合併患者への対応」に対する取組として、入院中の認知症合併患者に対する認知症ケアチームの介入はこれまでも実施してきたところですが、施設基準上の要件を満たしていなかったため、診療報酬の算定には繋がっていませんでした。

しかし、4月より「認知症ケアチーム加算」の施設基準上の要件を満たすことができるようになり、算定を開始し、年間で2,812件の算定に繋がっています。

続きまして、44ページ「⑥整形外科医療の拡充」に対する取組として、医師の増員により4名体制となったことから、外傷・転倒による骨折などの救急患者を積極的に受入れ、これにより手術件数も増加したことから、整形外科の入院収益増加に繋がっています。

次にページ下段「3 教育研修事業 (2) 各種検診業務の充実・市民への疾病予防の啓発」に対する取組として、人間ドック、特定健診、各種がん検診といった検診事業の受診者数が前年に比べ増加しています。特に人間ドックにおいては、今年度より国民健康保険の被保険者を対象とした受診料助成枠が増加したことから、受診者数の増加に繋がっています。

続きまして、45ページ「III 業務運営効率化への取組」の中段「2 業務運営の見直しや効率化による収支改善 ①業務運営コストの削減」の中の「1) 材料費」に対する取組として、診療材料費の削減に向けて、使用材料の変更や仕

入単価の削減について納品業者と定期的な協議を行い、年間約 980 万円の費用削減に繋がっております。

続きまして、47 ページ「資料 6 平成 29 年度決算の収支状況」についてご説明します。

平成 29 年度の決算状況を予算及び昨年 of 決算状況と比較した形で掲載しており、表の一番右側に対前年度の決算状況との増減率を記載しております。

まず、平成 29 年度の総収益は 49 億 5,889 万 8 千円で、昨年に比べ 5,176 万 1 千円の増加となっております。これは、入院収益において診療単価が増加したことに伴い 4,010 万 6 千円増加したこと、また外来収益において診療単価及び患者数の増加により 3,384 万 5 千円増加したことで、医業収益では約 7,600 万円の収益増加となっております。しかしながら、一般会計からの繰入金が増加したにもかかわらず、総収益は微増となっておりました。

続いて総費用は 54 億 426 万 1 千円で、昨年に比べ 2 億 506 万 5 千円の増加となっております。主に医師、研修医、嘱託医師、嘱託看護師等の増員により給与費が 1 億 7,095 万 9 千円増加したことが要因です。収支としては 4 億 4,536 万 3 千円の純損失となり、昨年より 1 億 5,330 万円損失額が増える結果となりました。

続きまして、48 ページ「資料 7 施設基準 届出一覧」につきましては、平成 30 年 3 月時点で取得している施設基準の一覧を掲載しております。

次に 51 ページに「資料 8 各種委員会活動状況」を、67 ページに「資料 9 講座等活動実績」を、71 ページに「資料 10 研究発表・論文等」を、93 ページに「平成 29 年度 実習受入実績」の資料を添えていますので、ご清覧ください。

以上が、平成 29 年度の取組の報告といたします。

続きまして、平成 30 年度以降の新改革プランの計画について説明します。資料の 1 ページまでお戻り下さい。

資料ですが、目次ページ下段に、「新改革プラン（第 2 版）について」として、四角で囲んでいる部分、こちらをご覧ください。

今回、計画本文を数ヶ所変更しており、変更箇所にアンダーラインを入れています。この変更の主な理由は、1 点目に「資料 1 市立芦屋病院収支計画」の修正により、各数値目標等に変更が生じたこと、2 点目に標榜科の追加による診療科目が変更となったこと、3 点目に阪神南圏域に所在する主たる病院群の病床数に一部変更が生じたためです。

それでは、変更箇所を説明いたします。2 ページ「1 病院概要」の診療科目ですが、平成 30 年度に新たに神経内科を標榜したことを追記しています。

続きまして、4 ページ【参考】の阪神南圏域に所在する主たる病院群の現状について、笹生病院の病床数が 189 床から 195 床に変更となり、数値を修正して

います。

続きまして、6 ページ「一般会計繰入金」の平成 30 年度以降の数値を新たな収支計画に合わせて修正しております。上段の数値が変更後の数値となり、下段の数値は当初の目標値としています。

続きまして、7 ページ「4 経営の効率化」の「(1) 経営指標に係る数値目標の設定」の項目「① 経営収支比率」「② 医業収支比率」「⑨ 人件費比率」「⑩ 材料費比率」の平成 30 年度以降の目標値を新たな収支計画に合わせて修正をしています。

続きまして、20 ページ下段にあります「後発医薬品使用率」について、29 年度実績が目標値を大きく上回ったことから、30 年度目標値を 80.0%から 85.0%に修正しています。計画本文の修正箇所は以上です。

続きまして、25 ページ「資料 1 市立芦屋病院収支計画」の説明を行います。26 ページが「総括表」となり今回平成 29 年度の決算見込み、平成 30 年度の予算と掲載しています。32 ページ「資料 2 市立芦屋病院医療機器整備計画」を、35 ページ「資料 3 施設整備計画」を反映させた、新たな収支計画を策定しています。収支計画策定にあたっては、収益の積算根拠となる診療単価、患者数、稼働率の目標設定については当初の計画より変更はありません。しかし給与費ですが、平成 30 年度の予算をベースに変更をしています。その結果、26 ページ「I 収益的収支」の項目「8 純損益 (6-7)」ですが、表に記載のとおりとなっています。「新改革プラン」の最終年度の平成 32 年度には 8,914 万 9 千円の純利益となっています。経常収支比率としては 102.1%を見込んでいます。

続きまして、32 ページ「資料 2 市立芦屋病院医療機器整備計画」については、従前から申し上げているとおり、「医療機器整備計画」については、使用できる物は原則可能な限り使用しますが、将来にわたり医療機器の更新が必須であるため、整備総額としては平成 39 年度までの 10 年間で 23 億 6,069 万円を見込んでいます。当初計画から約 3 億円減少はしていますが、これは電子カルテの更新内容の変更によるものです。

最後に、35 ページ「資料 3 施設整備計画」については、当初の計画と比較して大きな変更点はありません。

長くなりましたが、事務局からの説明は以上です。どうぞよろしく願いいたします。

(坂本委員長)

ご説明ありがとうございました。資料にも表れているとおり、市立芦屋病院も努力はされていますが、成果が上がっているところもあれば、低迷している点も見受けられます。病院経営の難しさというのが反映されていますが、病院

の抱えている一番の問題は経営の収支です。この問題は重くのしかかっているように見えます。問題を解決するための数々の増収計画も実施されていて、24時間 365 日の救急対応を行うことや、医師の増員、様々な医療チームの立ち上げにも努力されています。

199 床の市立芦屋病院が、今回の診療報酬改定に対して、どのような病院を目指していくのか、また将来像として、収支に過不足がないような医療構造になっていくのかを皆さんで議論していきたいと思います。資料の数値を一つ一つ取り上げると、収支が中々難しいところもあり、病院全体として累積 100 億以上の赤字を抱えて今後どのように運用していくかにも疑問がありますが、忌憚のない意見をお願いします。

(佐藤委員)

二点質問があります。一つは「新改革プラン」の「はじめに」に記載されている、「地域完結型医療を支えるために、公立病院の果たすべき役割」とありますが、この阪神間の地域は大学病院も二つあり、非常に医療資源が潤沢にあって、とてもいい地域となっています。その中で、急性期の基幹病院として市立芦屋病院はどのような役割を考えていますか。

二点目は、先ほどの救急外来の件の外科系救急の拡大についてですが、どういった意図を持っているのか、どういった経緯なのか伺いたいです。市民からの要望があったのか、医師会から要望があったのか、あるいは経営上の観点からなのか、またその結果はどうか、以上二点お伺いします。

(佐治事業管理者)

まず一点目の市立芦屋病院の役割ですが、佐藤委員ご指摘のとおり阪神医療圏、特に阪神南医療圏は、大規模病院や大学病院等が多数存在しています。市立芦屋病院のような小規模の自治体病院が、これらの大病院と同じ土俵で競合していくことは困難な事だと考えています。

そこで、市立芦屋病院は専門性の高い専門的な医療に力を入れた運営を行っていきたいと考えています。全ての診療分野を網羅はできませんが、市立芦屋病院が標榜する少ない診療科であっても、特徴のある医療を提供することによって、病院の存在感を示していきたいと考えています。また、専門性の高い医師だけではなく、コメディカルの育成や採用に努めています。現在、認定看護師が 13 名、認定薬剤師が 3 名と、それぞれの専門分野で活躍しています。この人数は、同規模の病院と比べても、充実したコメディカルのスタッフではないかと考えています。

しかしながら、市民病院として救急医療をはじめとする、政策医療を行う責

任がありますので、24時間365日体制で行っている内科二次救急に加え、外科系救急医療を充実させていくことを考えています。当院の目指す、地域完結型医療の対象地域というのは芦屋市に留まらず、隣接する西宮市と神戸市、特に東灘区の住民が含まれています。これらの地域の医師会や医療施設、介護施設等と、当院の地域連携室は密接な連携をとっているところです。地域連携室は、メディカルソーシャルワーカーと訪問看護認定看護師含め10名で構成しています。当院の規模の病院としては多くの人数を配置していると考えています。この地域連携室で、「h-Anshin むこねっとシステム」といったITネットワークを利用し、患者さんの前方支援と後方支援に努め、退院患者の在宅復帰率も95%を超えています。加えて、市民から、芦屋病院の接遇やアメニティに対する期待度も大変高いです。市立芦屋病院は、病室の三分の二を個室にする事で、アメニティやプライバシーの向上に努めています。

地域医療構想につきましては、この場でも何度も申し上げておりますが、市立芦屋病院は元々急性期病床が272床でした。これを地域医療構想に先駆けて、急性期175床、緩和ケア病床24床の計199床に減床をしていますので、当面規模の変更については、考えていないことを加えて申し上げます。

二点目に、外科系救急の拡大について、当院は内科の二次救急を24時間365日、そして阪神南医療圏の輪番制小児科二次救急を毎週末に行ってきました。

しかし、外科系二次救急に対する、市民並びに消防署の救命救急からの要望がありましたので、拡大を検討していました。ところが、外科系救急の搬送患者は外傷患者が多いため整形外科医師の拡充が必須でした。当院は、整形外科医が2名しかいなかったため増員を計り、4名まで整形外科医を増員することにより、外科系二次救急の拡大が行えるようになりました。先ほど申し上げたとおり、平成29年度は週に三日間の受け入れ可能な状態でしたが、平成30年度からは内科系二次救急同様に、24時間365日の外科系二次救急を行っています。この外科系というのは、外科と整形外科ですので、産婦人科などの他の外科系は含んでいません。

経緯の一つとしては、このような市民並びに消防署からの外的要因もありますが、一方では「断らない救急」を指針として、内科系、外科系救急を行うことによって救急患者数も徐々に増加しています。また、結果として救急外来からの入院患者数も増えてきています。このような経営的な観点からも、外科系救急の拡大を行った次第です。

(佐藤委員)

ありがとうございます。私は公立病院の経営も経験していますが、一番難しいところは非営利企業という形態において経営改善を行うことだと思います。

そして収益やお金を儲ける活動の経験や意識が乏しい公務員であること。短期でローテーションする事務員には知識やスキルが無いというのが、公立病院の経営の難しいところかと思えます。公務員や非営利企業を動かすのはミッションです。ミッションを果たす為に、きちんと経営を良くしていこうというのが、公的な非営利組織を動かす一番の力だと思えます。佐治事業管理者が言われたように、大きな病院には出来ないことをするという方向性を職員の方に周知されていると思えます。我々は何を目指すのか、何のためにいるのか、一人一人が意識を高く持ち、市からも繰入金をいただいていることをしっかり意識できれば良いのかなと思えます。

救急の件は非常に頑張っていて取り組んでいると思えますが、私の考えでは、199床規模で地域包括ケア病床を持たれているのであれば、サブアキュートを中心にした回復期医療を担う方が収益的に良いかと思えます。しかし、急性期を止め、回復期に転換すれば、最も重要な医療資源である医師の確保が難しくなります。地域のニーズがあるのであれば、現状で良いと思えます。

(坂本委員長)

ありがとうございました。皆さんは、芦屋病院のこれから目指すべき方向がわかりましたか。佐治事業管理者が言われたのは、芦屋病院は急性期病院を維持する。地域医療構想に先駆けて減床も実行したので、病床機能も維持する。看護配置も7対1を維持する。そして、病院としての専門性を上げる。癌や循環器等の治療の質を上げていく。紹介率を上げ、市民の信頼を得る病院を作っていきたい。そうすることによって、収支は自然と改善されるということです。

佐藤委員が言っていたのは、そのためには、まずは医師の確保が必要だということです。現在医師は約37名まで増員され、これは良かったですが医師のモチベーションというのはどこにあるのか、教授なのか医局なのか、あるいは市民なのか、公的病院と民間病院との大きな違いなのではないかと思えます。

「地域医療構想」において、200床以下の病院が担うべき役割、地域包括ケアシステムの中での立ち位置というのは問われるかもしれません。急性期病院といえども地域包括ケアに参画していくべきであるし、在宅診療や訪問看護やケアマネージャー、地域の医師会との連携はとても重要です。紹介率、逆紹介率を上げることもとても重要です。400床や500床の病院でも同様に、地域連携はとても重要です。これからの時代は患者さんとの連携が途絶えない事が大事になりますが、医師会としてはいかがでしょうか。市民病院との連携はいかがですか。

(高委員)

市民病院との連携は大事だと思います。在宅医療においても同様に地域包括ケア構想は医師会としても進めているところです。公立病院として非常に協力していただいています。救急に関しましても特に問題ないかと思います。やはり地域の中核病院であるので、その中で役割を維持し経営にも目を向けていただけたらと思います。

紹介率、逆紹介率の問題ですが、救急患者は増えていませんよね。だから少し伸び悩んでいるのでしょうか。

平均在院日数の短縮ですが、現在は13日ほどでしょうか。

(佐治事業管理者)

約12日です。

(高委員)

12日に短縮して、本来病床の稼働率は維持できるはずですが、逆に収入が減っているということは、入院患者数が少ないということです。平均在院日数を短縮したために、入院患者が減ってしまったということになります。短縮したことによって病床の稼働率を上げ、救急患者さんの入院率を上げていくことは大変なことだと思います。その中で199床の小規模病院として、救急患者が入院できる病床をどれだけ確保できるか、もしくは救急患者が増えるまで入院させるかが焦点かと思います。

今まで医師会としても、市立芦屋病院にはかなり協力していただいています。今でも、これからもよろしくお願ひしたいと思います。

(坂本委員長)

ありがとうございます。平均在院日数、入院単価、入院稼働率に関して、今の説明で少し違うところがありまして、平均在院日数を短縮すると入院稼働率は下がります。逆に入院稼働率を上げようと思うと平均在院日数を伸ばさなければいけません。そうすると、市立芦屋病院はDPC病院なので入院単価が下がってしまいます。そういった三角関係になっていますので、平均在院日数を13日にするか14.5日にするか、あるいは入院稼働率を80%にするか83%にするのか、ここが事務局の頭の絞り所です。パスの稼働率が40%、50%ですから、それをうまく利用しデータを基に事務局から医師に呼びかけ、効率よく運営をしていくべきでは無いかと思います。

(高委員)

病院の「入院稼働率」は上がるかもしれませんが、病床の回転率は「平均在

院日数」を長くすると下がるということですね。

(坂本委員長)

一ヶ月の間にこの穴を患者が何人通り抜けるかが収益に繋がるのです。

(高委員)

「平均在院日数」に退院日は含まれるのですか。

(坂本委員長)

DPC のコーディングを行っている医事課の責任者はどちらですか。

(細山課長)

医事課の管轄になります。診療情報管理室を別途設けていまして、そこでコーディングの担当者を配置して行っています。

(坂本委員長)

コーディングは退院時に決めるのですよね。

(細山課長)

はい。

(坂本委員長)

その時点で、疾患の適正な入院日数が総括的にわかるのです。

国が定めた、期間Ⅰ，期間Ⅱ，期間Ⅲというものがあり、肺炎であれば 9 日間、胆石であれば 6 日間等国が定めているので、私達にはコントロールできないのです。国が定めた期間内に退院させることで収益が上がるのです。25%が増収となるのです。ここを医事課がうまくアドバイスしてくれると効率が非常に良くなると思います。

在宅復帰率は 90%台ですよね。しかし、病院からいきなり在宅には戻りません。どこかでワンステップをおくか、訪問看護ステーションを介す等の地域包括医療に病院としては関与されているのですか。

(岡野課長)

地域連携室の岡野です。入院してから帰られるまでに退院支援が必要な患者さんは、病棟看護師が 2 日以内に退院支援を出し、その時点で主治医と共に関与していく事になっています。病態にもよりますが、大きな病院でしたら急性

期が終わったら次の療養型等に行きます。当院としては地域の訪問看護やケアマネージャー等，どうしたら在宅に戻れるのかということを入院当初から話し合いを行っています。もちろん家族や本人の意志もありますので，こういった療養先を希望されているのか伺っています。在宅に戻れるのか，それ以外にも傷病によって在宅扱いの小規模多機能施設の利用や，家が整わない難しい場合は，ショートステイを勧める等，様々な分野で介護保険も利用しながら生活ができるように支援しています。他には，地域包括ケア病床がある他病院を紹介する等の計画を立て「平均在院日数」も含めて退院支援を行っています。

(坂本委員長)

今，地域包括ケア病床を算定するとなると病院としては格下げ又はダウンサイジングと考えられてしまいますが，国はそう考えてはいません。収支の方向性を今までの発想とは変えてみようという考えです。199床中急性期病床が175床なので24床空いています。よって一部は地域包括ケア病床として利用することも可能であると考えてしまいます。これは検討課題として考えていただきたいと思います。単価はとても低いですが，急性期病床から地域包括ケア病床に，地域包括ケア病床から在宅にといった流れを院内でシームレスに行えるのではないかという考え方もあります。

(佐治事業管理者)

当院は地域包括ケア病床を考慮しないのではなく，情勢を考えた上で地域包括ケア病床が必要であれば参入も考えています。ただ，本年度では175床ある急性期病床の稼働率が90%以上，直近では100%に近い数値を示しておりますので，現時点であえて地域包括ケア病床を持たないといけない絶対的なニーズが考えられない点や，急性期から地域包括ケアに移行した場合，急性期に後戻りが出来ない問題がありますので，地域包括ケア病床を持つべきかは，もう少し様子を見てから検討したいと思っています。もう一方では，当院も看護師の確保は厳しく，採用した看護師をそう簡単に解雇もできませんので，7対1看護を行っている点で人件費の負担が大きいため，地域包括ケア病床に転換すると10対1あるいはそれ以下の看護配置にしなければ採算を取るのが困難になる問題があります。

加えて，現在国は地域包括ケアシステム構築を誘導するため，診療報酬上で厚遇しておりますが，今までの診療報酬の決め方からいつ梯子を外されるか分からない懸念も病院を運営する立場からは持っておりますので，もう少し様子を見た上で考えたいと思っています。

(奥田委員)

平成 32 年度までの収支収益のプランを見ると、入院の収益が主要であるといっても過言ではないと思われます。その一つは稼働率をいかに上げていくかですが、平成 29 年度の稼働率が少し下がっているのが気になります。先ほど言われた平均在院日数が短くなったことが影響しているかもしれませんが、今後どうやって稼働率を上げていかれるのでしょうか。また、緩和ケア 24 病床についてはいかがでしょうか。

もう一つは、単価を上げていくというお話が前回の評価委員会でも協議されましたが、この二つが収益プラスに一番影響するものと思います。外来収益の増加もありますが、入院収益の比率が高いのでお伺いします。

(坂本委員長)

佐治事業管理者、ご意見いかがでしょうか。

(佐治事業管理者)

稼働率を上げることが第一に必要であることはご指摘の通りで、入院単価を上げることと同様のことが言えます。入院単価に関しては、内科系の入院単価は大変低いものが多く、外科のような侵襲的手術を併せて行くと単価が上がってくるというのが一般論です。そのため、外科系の手術を増やすことが必須であると思っております。以前より、市民にとって当院は内科主体の病院であるという認識を持たれているので、外科にも力を入れているという所をアピールする必要があります。外科系救急の受入が 24 時間 365 日に拡充され、外科の患者さんも多く診ていることを市民に認知していただくことが、稼働率及び入院単価を上げる一つの対策だと思えます。

また、特徴のある外科系の手術に力を入れておまして、例えば産婦人科では腹腔鏡下手術を初めとした特殊な手術を行っている結果、1 日当たりの入院単価は約 11 万円と、非常に高い単価を示しています。整形外科でも、例えば人工関節センターの開設等、積極的に特徴のある手術をしています。一般外科においても同様に、診療科の特色に魅力を持たせて手術を増やすことが単価の増加に繋がるのではないかと考えています。

そのようにして市民への認知度が高まることで、病床の稼働率にも繋がります。実際この 4 月からは、90%以上の稼働率を示しております。特に緩和ケア病棟に関しては満床に近い状態が続いています。阪神間の公立病院では最大規模の 24 床を持っており、内容が充実しているととても定評があります。大学病院や他の公的病院からも紹介があり、稼働率が上がっているため、急性期病床もそれに追いつかせたいと考えております。

(奥田委員)

やはり外科より内科が主体の病院という認識ですが、今言われたように、産婦人科の腹腔鏡手術や、最近では整形外科の充実度が非常に高いという印象を持っております。内科以外の診療科についても、もっと強化していき、整形外科に関しては市立芦屋病院だというような特徴を作っていかれるのでしょうか。

(佐治事業管理者)

現在当院では、人工関節や一般的な骨折のスペシャリストがおりますので、そのようなところを特徴としていきたいと思っています。今後はどの分野に専門的な医師を確保できるかにもよりますが、整形外科の特殊な領域にも範囲を広げていけたらと考えております。

(奥田委員)

私の友人の話ですが、芦屋市にある開業さんから紹介を頂き、市立芦屋病院の循環器内科で検査と診断をしていただき非常に満足していました。検査と診断の後は開業医さんの方に戻っています。このような事例が増えてきているのではないのでしょうか。市立芦屋病院では、地域に根付いた新しい取組をされていると思いますが、それをどのように東灘区や西宮市などの近隣地域の医師へ周知されているのか、教えていただきたいです。

(佐治事業管理者)

芦屋市は、本日も医師会会長に来ていただいておりますので、当然のことながら当院についてよく知っていただいておりますが、東灘区に関しては、東灘区の医師会の地域連携の会合に出席しており、その会合で当院の活動の紹介を積極的にさせていただいております。西宮市は隣接しておりますし、特に苦楽園や甲陽園は西宮市の中でも芦屋市に近いので、多くの方が当院に来られています。できる限りのPRは行っているところですが、ご自身やご家族が病気にかかる等、身近に病気を経験しなければ、実際は浸透させるのが難しく、皆様方にも関心を持っていただけない面もありますので、いかに当院の特徴をPRできるか大きな課題だと考えています。

(坂本委員長)

ありがとうございました。外科系救急の話が出ましたが、外科の常勤医師は6名、整形外科の常勤医師が4名になりました。この人数の配置だと体制が十分にありますので、外科系救急に比べられる期待ができます。手術件数はもう少

し増やせるのではないかと思いました。手術件数の増加には、麻酔科医の確保が難しいという問題もありますが、その中でも手術件数を増やしていくと、日当点が上がることによって収支が改善し、救急受入もさらに円滑になると考えられます。

病院の収入は、単純に患者数×単価です。すなわち稼働率×単価です。しかしながら、単価を上げるというのは、国の医療政策で医療費は40兆円以上は超えさせないと国が取り決めているので、私たちが増やそう思っても増やせません。下がる一方ということになります。では、稼働率が現在80%ほどですが、もう10%くらいは努力で増える可能性があると思います。

しかし、努力ができるのは後わずかとも言えます。

もう一つ重大な点は、人件費比率の割合が75%を示していることです。この数値は芦屋市からの補助金の7億円が医業収入の中に入ったものになりますので、補助金を引くと人件費比率が80%を超えます。このような企業や病院はありません。では、平成30年度の医業収入が49億円、医業費用が48億円ある状況で、医師や看護師の数に対して適正な給与を払った上で、人件費比率の割合をどう適正に設定していくのか。その目標がなければ、10年、20年先に、累積赤字の110億円がどうなるのかという計算が私には出来ません。どうしたらいいのでしょうか。人件費比率80%と言うのは、考えられないです。例えば、市立芦屋病院は事務職員が17人いますが、私の病院は300床の規模で事務職員は常勤で128人います。その中で人件費比率は53%で、もちろん、退職金、引当金、減価償却も含めています。それと私の病院は、さらに補助金ももらっていません。それで人件費比率は53%です。いつも頭を抱えますが、この人件費比率のマジックが分かりません。佐藤委員は分かりますか。

(佐藤委員)

やはり、199床の公立病院が急性期で勝負することは難しいと言えます。他の400床、500床の急性期病床を持つ病院と同様に磁気共鳴画像検査装置(MRI)やアンギオ等、フルスペックで装備していかないといけない。本当に競争が厳しく、なおかつ国の医療費抑制の真っ先のターゲットとなっています。ただ、それを市民が望んでいることであれば、そのように説明されたら良いかと思いません。先程まで地域包括ケア病床があると勘違いしていましたが、経営だけを考えたら地域包括ケア病床を持たれた方がよいです。また、これから、サブアキュートの機能を持ち、在宅を支援することは市民にとって意義があることであり、十分に価値があることだと思います。これからは、在宅の支援が市民に意義があることであると思いますが、一方で回復期は医師の確保が難しいという問題もあるので、そこが経営面で苦勞されていると思います。

(坂本委員長)

遠藤委員いかがですか。

(遠藤委員)

わかりやすい資料のご提供，ありがとうございます。

三点お聞きしたいことがあります。一点目は，26 ページ「総括表 I 収益的収支 6 減価償却前損益」が 5 億円前後を維持する計画ですが，「総括表 II 資本的収支 11 資本的支出」は 10 億円程ですので 5 億円足りない計算になっており，キャッシュフローが大変厳しい財政状況であると思いましたが，疑問は，その見通しについてですが，例えば 32 ページ「市立芦屋病院 医療機器整備計画」で，コンピューター断層撮影装置(CT)や自動採取管準備システム等耐用年数を過ぎた高額医療機器のメンテナンスのためかと思いますが，平成 31 年度以降の医療機器への投資が多いように感じました。キャッシュフローが大変厳しい中で，急性期病院の特徴を生かすためには，投資した医療機器等は有効活用し，稼働率を上げることが重要です。医療機器や施設の整備への投資も必須という中で，高額医療機器の取り扱いは厳しいと思いましたが，どのようにお考えでしょうか。

(坂本委員長)

急性期病院というのは，機器のハードウェアの更新も含めての経営になります。コンピューター断層撮影装置(CT)が古くなったからもう買い換えが出来ないということでは，急性期病院は終わってしまいます。磁気共鳴画像検査装置(MRI)も同様です。高額医療機器は減価償却だけではなく，医師や患者さんが来るとのことや，機器が集まることで診療の質が上がるなどの二次効果を生みます。高額医療機器を買わないというのは全く逆のスパイラルに陥ります。費用はかかりますが，地域ナンバーワンを目指すとなると，質の評価を患者さんにしてもらうには機器の質を見ていただくことが分かりやすいです。市立芦屋病院はコンピューター断層撮影装置(CT)も取ってくれない，磁気共鳴画像検査装置(MRI)もできないとなると患者さんの集客はできません。医療機器の整備について，市民の立場から寺本委員いかがですか。

(寺本委員)

私個人のことで申し上げますと，閉所恐怖症なので磁気共鳴画像検査装置(MRI)になるべく入りたくないというのがあり，オープン型の磁気共鳴画像検査装置(MRI)を取り扱っている病院を探します。機器からの病院選びもあり得ます。

(坂本委員長)

この頃音の鳴らないものもあります。機器の多くが、機能性が上がり値段も下がっています。今回の診療報酬の改定で目玉だったのが、ロボット手術です。2億5千万円もするため、手術だけでは、どれほどの件数を行っても減価償却しません。しかしロボット手術を導入した病院を見てみると、泌尿器科医がその病院に4人、5人と増え、そこに外科の技術認定医が3人、4人と増えました。ダヴィンチの導入により、一気に6,7人の人材が増えました。

しかし一度にダヴィンチを使えるのは一人なので、ダヴィンチの順番が回ってくる間は、従来の腹腔鏡手術をすることで結果病院は儲かります。要するに、ダヴィンチだけの減価償却だけを考えるとマイナスですが、ダヴィンチで良い2次効果が上がります。腹腔鏡手術も同じことが言えます。開腹手術と同等である場合は、診療報酬が上がらない制度になってしまいました。

(遠藤委員)

二点目になりますが、人の問題についてです。人件費というコストの課題のみならず、人材確保という点で、定着率を上げるための医師や看護師、コメディカルの方々の環境作りはどのようにしていますか。45 ページ「Ⅲ 業務運営効率化への取組 1 効果的な業務運営体制 (2)人材確保」について、医師・看護師、また理学療法士の採用が1名あり、良い点かと思いました。

しかし36 ページ「市立芦屋病院新改革プラン進捗状況 1 経営指標にかかる数値目標に関すること (12)看護師数」では、目標達成率が94.7%で自己評価の達成度が「×」となっています。平成30年度は14名採用したということで、定着率を上げるということは重要な目標であると思います。

(木戸看護部長)

定着率に関して、平成29年度は非常に離職率が高く9%でしたが、それまでは低い時で5%で定着率はとても良かったです。平成29年度は結婚や引っ越しなどの事情から退職する方が重なってしまい9%に至りました。

しかし、当院では新卒看護師職員に対して時間をかけて教育をしているため、新卒看護師職員の離職率は0%です。教育システムに関しては、キャリアを積みたい看護師には経験を積めるシステムを構築しており、認定看護師の数も増えています。

また、管理職に就きたい看護師に対しては、マネジメントを学べるシステムも作っており、当院に勤務する看護職員に対して、手厚い研修体制を整えています。

(坂本委員長)

日本全国で看護師の離職率が9%というのは、日本全国平均と同じですね。

(木戸看護部長)

看護協会での調べですが、約10%強です。兵庫県は、11%代と離職率が高い中で、新卒看護師の離職率は約7%となっています。しかし当院では、新卒看護師の離職率は長い間0%であり、全体でも6~8%にとどまっていることから定着率が決して悪いわけではありません。

(遠藤委員)

もう一点よろしいでしょうか。三点目はコスト面についてですが、47ページ「資料6 平成29年度収支状況」について全般的に見ると、平成29年度の予算と決算見込を比較すると、収益は増加、費用は減少しており、努力されているように伺えます。

他方、費目別の対前年度決算比較を見ますと「材料費」の対前年度決算増減率については、45ページ「資料5 業務運営効率化への取組」に記載があるように改善がみえますが、委託料に関してはわずかに増加しています。委託料は様々な業種に細分化されますが、コスト削減に対してどのように努力されていますか。

(坂本委員長)

病院の委託には外来やリネン、清掃、給食、警備などがありますが、いかがでしょうか。

(阪元事務局長)

委託業者へ向ける視点はコスト削減だけではなく、入札の際には必ず精査し、コスト削減によって安くても質の良くないものにならないよう、わずかではありますが質についても加味している所です。

前々回の評価委員会においても業務委託の協議をした際に、病院独自の事情により、厳密な契約を交わしていない部分もあると回答しました。現在は見積もり合わせを行い、コスト削減に努めています。当院には委託契約が多数あり、契約によっては委託料が下がるものもありますが、電算などのシステム機器の保守に関しては、全体的なものを一から機器購入するとなると高額な費用がかかり、一定の期間が過ぎると保守料が上がることはやむを得ないのです。その為、委託料の増減はあり、平成29年度は保守料が発生したことによって業務委

託料は増加しています。現在平成 31 年度の当初の予算に向けてコスト削減を意識した取組を行っているところであり、できるだけ安価で質の高い業務を依頼しています。

(坂本委員長)

委託業者のコスト削減は、一度業者と契約してしまうと数年契約が続く傾向があるので、年に一度委託業者と契約や成果についてお互いに評価はしていくべきです。

そしてその評価に達成できていない点があれば、次回の契約に改善されるか契約書に明記されているかを明確にすることで、委託業者のコスト削減に繋がるのではないのでしょうか。モニタリングをしないというのは、経費の垂れ流しになっているのではないのでしょうか。

それについてどうされていますか。

(阪元事務局長)

契約は単年度を基本としていますが、問題が特になく継続して契約を結んでいる委託業者に関しては契約更新という形で契約をしています。院内での議論の中で委託業者を単年ごとに変更するというのは、反対の意見もあります。常時、クレームやトラブルが起きた際には、各業者の担当者と協議しながら業務を進めているところであり、毎年契約更新するということにはなっておらず、業務実績によっては来年の契約締結が無いことを委託業者には伝えています。

モニタリングという形式はとってはおりませんが、日常的に取り組んでいる状況です。

(坂本委員長)

モニタリングは委託契約に明文化しておかないと行われません。今後契約する際には考慮いただき、双方にとって良い成果になるような努力が必要であると考えられます。

また、遠藤委員が発言した働き方改革についての時間外勤務の現状はどうでしょうか。医師の時間外勤務の実態は把握していますか。

(阪元事務局長)

医師に関しては時間外勤務手当の対象となる医師は非常に少なく、対象となる医師につきましても時間外勤務は限りなく少ない現状にあります。

また、働き方改革における医師の業務の軽減に関しては、ドクタークラークを採用し増員することで、業務の軽減に努めています。

(坂本委員長)

看護師の時間外勤務に関してはどうでしょうか。また、事務職の時間外勤務はどうでしょうか。そもそも、時間外勤務の申請の方法は事前申請ですか、または事後申請ですか。

(木戸看護部長)

時間外勤務は本来命令により行う事が正しいですが、看護師は業務の都合上、事前に申請を行うことが難しい場合もあります。

(坂本委員長)

申請された時間外勤務の査定はありますか。

(阪元事務局長)

超過勤務というのは上司からの命令であり、師長以上の管理職を集めて時間外勤務の申請方法や事前申請が原則であるとの周知の徹底に取り組んでいます。

ただし、急を要する業務があり事前申請ができない場合も状況によってはあると思いますが、その際には事前申請が基本であると再度指導を行うよう事務局として行っています。

(坂本委員長)

では、査定は行っていますか。例えば、3時間の時間外勤務を申請したが、1時間しか認めないというようなことは行っているのでしょうか。

(阪元事務局長)

その業務が、指揮命令下に置かれた業務なのかどうか判断するよう指導しています。

(坂本委員長)

どの部署も平等に対応する必要があり、基準をつくることが重要かと思いません。

(遠藤委員)

再度、業務委託の話ですが、安くても質が悪いのは困るのは当然ですが、業務委託料が高いケースとして、例えば電算機の保守メンテナンスだけでなく、プログラムの保守メンテナンス料も高く、業者の言い値になることが多く、値

下げできない事例があります。このような受託する側の専門性が高いと委託した側は、コントロールすることが困難となり、多くの自治体は悩んでいる実情があります。

いずれにしても、電算のハードウェアを導入する際には、メンテナンスを含めた相見積を行う方法もあり、保守メンテナンスの価格や質を精査する第三者機関に依頼するなど費用はかかりますが、そういった手段もあるので、確認が一度必要ではないでしょうか。清掃業者等の委託料はそこまで高額ではないと思いますが、情報系の保守メンテナンス料は高いので厳しく精査してみてもいいでしょうか。

また、清掃業者は長期契約をすることで委託料の価格を下げてもいいことや、警備会社も例えば一般会計と同じ委託業者にするので、全体の価格を下げてもらえるなどの工夫を一度してはどうかと思います。

(坂本委員長)

ご意見ありがとうございます。増収が容易なことではないため、コスト削減を考えていかなければ、収支がうまくいかない状態になります。また、医師のコストパフォーマンスについても同様で、コストパフォーマンスというと良いイメージではないですが、収支改善には重要な一つの方法だと考えられます。コストパフォーマンスが悪くても、病院側から指摘がなければ現状で納得されてしまうことは公的病院だけでなく民間病院でも起こり得ます。その良くない部分に目を向け、病院側は評価をしなければいけないと思います。民間病院では、給与制度を病院長の権限で変えるという最終手段もありますが、公立病院ではできないため、医師の業務に対するモチベーションをどのように上げていくかは、困難かつ重要な課題です。収支改善の秘訣は、コストパフォーマンスとコスト削減かと思います。

今道委員は財務の責任者からの視点でどのように考えますか。

(今道委員)

全国的に公立病院の経営状況が厳しく、大幅な収益の改善というものが望めない中で、自ずとコスト削減の方に目を向けられるのですが、今回の評価に関していえば、材料費のコスト削減について、委託業者との地道な打ち合わせによって目標値を大きく達成している点は評価できると思います。

一方で、今後も同じような削減を継続していけるのかという点が課題かと思っています。今後の材料費の削減について、具体的な方策があれば教えてください。

(坂本委員長)

1つは、ジェネリック医薬品があります。国の目標で使用率 85%を、市立芦屋病院においては 88.3%と大幅に目標達成しており、コスト削減になっています。また、診療材料費が SPD 材料の見直しにより 970 万円削減となっていますが、あともう少しコスト削減が可能であると考えられます。

(阪元事務局長)

当院では診療材料等の削減検討会を昨年度から発足しており、検討して終わるだけではなく、今後も年 4 回は定期的で開催し、委託業者には目標を掲げさせ、進捗状況を見極めながら取り組んでいくことを考えています。

またジェネリック医薬品の使用率は直近では 92%を推移し、年間約 5 千万円のコスト削減できるため、ジェネリック医薬品の効能や安全性には厳しく配慮しながらも、今後この数値を継続していきたいと考えています。

(坂本委員長)

川原委員も是非意見をお願いします。

(川原委員)

人件費比率に関して非常に驚いています。やはり公立病院と民間病院では大きな差があると認識しました。他に解決策はないのかというのが率直な意見です。芦屋市が今後迎える少子高齢化や芦屋病院の近くに新しい病院ができるなどの様々な問題がありますが、何か特色を出していかないといけないと思います。平成 30 年度外科系救急の拡大が、どれくらいの効果をもたらすのか、経過を見ていきたいと思います。

また、前回の評価委員会において協議されましたが、PR が足りていないという点を改善していく必要があると思います。

そして、医師の確保自体が困難と思いますが、その中でも女性の医師を増やしていただきたいです。性別は関係ないのかもしれませんが、女性医師のニーズはあり、女性医師の働きやすい環境を整えることも重要であると考えています。

(佐治事業管理者)

現在、医師の中でも女性医師の比率は増えており、当院も例外ではなく女性医師は多く在籍しており、医師の男女比は 4 分の 1 を女性医師が占めています。

また、女性医師の働きやすい環境に関しては、育児においては当院には院内保育所が併設されていることや、夜間保育や延長保育、病児病後児保育などにも対応しています。女性医師に限らず、全ての女性職員にとって優しい環境を

整えていると考えています。

(川原委員)

そのような情報がまだ伝わっていないように感じます。また、全ての診療科に女性医師がいるということになればさらにPRになると思います。

(奥田委員)

人件費比率などが気になりますが、前回の評議委員会で、公立病院の61.7%が赤字であるとの話がありました。経営状態の良い公立病院とのベンチマークなどはされていますでしょうか。

(坂本委員長)

公立病院は収支を全て公開するようになっています。

比較データは次回以降に提示してもらい、協議しましょう。新改革プランは経過を観察し、評価し、数字で結果を表す必要があります。達成できたかどうかは内面的な評価ではあまり評価にならず、数値で表す必要があります。

よって、外科系救急の件数も数値で以後表していただくようお願いします。

それでは時間になりましたので、新改革プラン評価委員会を終了したいと思います。

(上田総務課長)

ありがとうございました。閉会にあたり、佐治事業管理者よりごあいさつを申し上げます。

(佐治事業管理者)

本日は酷暑の中、またお忙しい中足を運んで頂きありがとうございました。

また貴重な意見や、宿題もたくさんいただきありがとうございました。

宿題だけでなく、ご意見いただいたことを明日からの経営に活かし、努力して参ります。今後ともどうぞご指導の程、よろしく願いいたします。

(上田総務課長)

本日は長時間に渡りありがとうございました。これをもちまして、第2回市立芦屋病院新改革プラン評価委員会を終了いたします。