

会議の名称	平成25年度第1回加東市民病院経営健全化基本計画評価委員会
開催日時	平成25年7月18日（木） 14時00分から16時20分まで
開催場所	加東市民病院 会議室
<p>議長の氏名（委員長 浅野 良一）</p> <p>出席及び欠席委員の氏名</p> <p>【出席委員】7名</p> <p>浅野良一委員（委員長選任） 西山敬吾委員 西村勝彦委員 西山修一委員 三木秀文委員 広畑恒子委員 藤井和美委員</p> <p>【欠席委員】</p> <p>なし</p>	
<p>説明のため出席した者の職氏名</p> <p>加東市長：安田 正義</p>	
<p>出席した事務局職員の氏名及びその職名</p> <p>加東市民病院院長：金岡 保 看護部長：黒崎 良子</p> <p>事務局長：中村 勇</p> <p>管理課長：柳 博之 管理課副課長：大橋 博英</p> <p>管理課主査：河村 雅人 管理課主査：村上 計太</p> <p>医事課長：服部 紹吾</p>	
<p>議題、会議結果、会議の経過及び資料名</p> <p>【委員長の選任】</p> <ul style="list-style-type: none"> 浅野良一委員を委員長に選任 <p>【協議（1）加東市民病院経営健全化基本計画の進捗状況についての要旨】</p> <p>（事務局）※資料説明</p> <p>（委員）</p> <ul style="list-style-type: none"> 7ページの検査部門の実績について、「一般」に含まれている検査とは何か。また実績を分けている理由は。 <p>（事務局）</p> <ul style="list-style-type: none"> 後日回答いたします。 <p>（委員）</p> <ul style="list-style-type: none"> 10ページの入院レセプトの算定漏率が0.02%となっているが、レセプト上の算定の漏れはもっと大量にあるのではないか。 「北はりま絆ネット」に参加することが経営を改善することなのか。「北はりま絆ネット」の効果的な活用をして、利益は上がっているのか。「北はりま絆ネット」に参加することが経 	

営を改善することなのか。内容が経営の改善とは関係がないと思う。

・目標平均在院日数 19 日に対して、20.5 日で「C」評価となっているが、どのくらいの値から「C」なのか。

(委員長)

・経営の改善に影響のある項目が取り組み項目で、取り組み項目がどこまでできればよいかというのを目標にして、それに対する評価をしている。玉突きで結果的には経営の改善に繋がるが、これがイコールいきなり経営の改善というよりもワンクッション置いた評価になっている。ただ、目標と実績が違っているなど指標としておかしいものがある。

(委員)

・一般的に、平均在院日数の 20.5 日というのは、上出来で「B」評価ではないかと思う。この規模の病院としてはよく頑張っている方だと思う。

(事務局)

・医事業務の精度調査については、平成 24 年 9 月分入院レセプト 240 件について、診療行為がレセプトにどれだけ反映されて請求されているかという精度の調査を委託業者で行なっている。請求総点数が 9,494,000 点、そのうち算定漏れと見受けられるものが、2,235 点あり、算定漏率が 0.02%となっている。

(委員)

・まず医師が診療行為を行ってから診療報酬を請求するまでの段階があって、もっと漏れがあると思う。それと減点はされていないのか。復活申請をしても復活しない額を相殺しないとこの評価は正当な評価ではない。診療報酬請求を行なっている委託業者の自己申告の 0.02%であるので、経営上もっと違う数値を評価対象とすべきである。

(事務局)

・今回の調査については、減点額を含まず、あくまでも診療行為がどれだけ請求できているかという内容で調査したもので、減点の内容については、毎月統計を取って分析をしている。月によって変動はあるが、平均 0.2~0.3%の割合で減点されている。

(委員長)

・委員の質問は、経営の取り組みの進捗の指標が、これよりもより適切なものがあるのではないかという提案だと思う。今後より良い指標で活動に取り組んだ方が、全体に影響があると思うので事務局で検討をお願いしたい。

(委員)

・関連して、確かに委員の言われるとおり、医師の段階、関連する医療後の従事者の段階、事務、委託業者（全ての）段階で漏れを探すとこんな数字は絶対はないと思う。これは委託業者が自分の出した数字が間違っていたかどうかを調べている。現実に返戻、減点があるので、一番後ろの請求のところしか調べていない。それにしても良い成績で、にわかには信じがたい数字であると思うが、非常に大事なポイントのひとつであるので、取り組んでいただい

たことは評価しなければならないと思う。

(委員)

・先程の平均在院日数に関して、「C」という評価をどう見るかということよりも、実績の20.5日というのは、現在算定している10対1入院基本料の要件である21日以内でないと、入院基本料が下がって大きな減収となってしまいます。それで亜急性期病床を利用しながら21日以内をクリアしたいというところでの目標設定であると思う。20.5日というのはぎりぎりの数字であると評価しており、在院日数の制限がない亜急性期病床をもっと効果的に利用して、何らかの対策を取らなければならないので、「C」評価でもよいと思う。難しいところはあると思うがもう少し亜急性期病床の利用率を上げることができれば、在院日数が短縮できるのではと思う。

(事務局)

・委員の言われるとおりで、亜急性期病床に患者を移さないと問題があるが、亜急性期病床では極端に言うと治療が何もできなくなるところがある。病床数の割合、どういった患者さんを入院させるかというところを綿密にマネジメントしないといけない。評価については指摘のとおりで、病院でも厳しく評価している。

(委員)

・医療技術部助手の日々雇用職員の減員とあるが、医療技術部の職員数に変化がないのはなぜか。

(事務局)

・医療技術部助手については、技能労務職に含んでいる。平成23年度4名が平成24年度は1名となっている。

(委員)

・前回の委員会で薬剤師を増員して業務に見合った増収を図る予定という説明であったが、現在でも薬剤師の数は同じになっている。計画はその後どうなったのか。

・それと、泌尿器科の外来診療単価について、平成24年度17,250円だったものが、平成25年度では1,320円増加している。これをどう理解すればよいのか。

・また、地区集会への院長等病院職員の出向について、7地区で約650名の参加があったということだが、今まで診察を受けられていない人が受診されてどれだけ効果があったのか。数値に表れているのか。

(事務局)

・薬剤師については、1名増員すると確実に増収が見込めるということで、再三募集を行ない、薬剤師会の方にも声をかけているが、実際は1名も応募がない。賃金や地理的な要因もあると思うが、この時期薬剤師が不足しており、積極的に募集を行なっているが、毎回応募がないのが現状である。北播磨総合医療センター開設に係る異動に関連しての勧誘も行なったが結果として応じていただけなかった。

(委員長)

・取り組んでいただいたことは事実としてある。泌尿器科の診療単価の増の理由は。

(事務局)

・泌尿器科の診療の形態として、今までは常勤医師が外来で様々な治療、処置を行っていたが、平成 25 年度は診療所の医師に週 1 日来ていただいて、治療部門を省いた公立病院として継続していかなければならない血液検査、処方を行なっている。提供する医療の内容の変更に伴う診療単価の増である。

・3つ目の質問については、委員もおそらくそういうデータが出ないだろうというのを承知の上で、言いやすいように聞いていただいているのだと思うが、例えば、一番初めに、ある地区の公民館に行って「いつでも病院に来てください。市民の皆さんはできるだけ診ますから。」という話をして病院に帰ると、既にその会場で意識をなくした人が救急車で運ばれて、入院していたことがあった。その他にも院長がぜひ来てくれといったからということを紹介状代わりにして、外来に来られる方もおられる。検証は難しいが、効果は確実にあると思う。

(委員長)

・会場での手ごたえは、どうだったか。

(事務局)

・手ごたえは充分にある。

(委員)

・人間ドックの更なる充実が掲げられているが、実績をみると平成 23 年度以降は 100 件程度の減少が見られる。そういった中で新たな検査項目の検討などの取り組みも行なっているようだが、現在人間ドックは 1 日何名実施しているのか。実施は週に何日か。

(事務局)

・1 日ドックのみで、1 日 7 名を上限に月曜日から木曜日までの週 4 日実施している。

(委員)

・件数が減少する中で、それに対して広報活動等対策を考えているのか。

(事務局)

・収益増加と、市立病院として市民の健康増進のためにどういう健康診断を提供するかという観点がある。収益の面からいうと 100 名受診者が減ったのであれば 1 名当たりの単価を上げればよい。企業健診のたくさん検査項目の入ったメニューを毎日 7 名受けると収益は上がる。一般の個人健診では、検査内容が省略されていて同じ 7 名を受けてもあまり収益が上がらない。

・現在は、毎日 7 名ずつなるべく単価が上がり、なおかつ少なくとも 1 年間で必要な市民の方が受診できるようぎりぎりの形で実施している。その先の課題で、単価の高い健診の割合を増やすのか、それとも 1 泊 2 日の健診などのサービスを充実させるのか、今後の方向性を考える必要がある。

・ただ、予約日が遅すぎるといってお叱りも受けているので、バランスをとってやっていく必要もある。

(委員長)

・年間 1,500 件というのは、フル稼働してこれぐらいが上限だということか。

(事務局)

・現在の医師の人数では、現在の体制で上限である。

・ただ、受診者の都合によるキャンセルも多いので、そのあたりは見直す余地は充分ある。

(委員長)

・経営の観点からどうするか、あるいは、加東市民の健康維持のためにどうするのか、もうワンランク高いところの意思決定が必要である。

(事務局)

・平成 22 年度までは金曜日も実施していたが、医師の減少もあり、現在の体制では、1500 件を超えることは難しい状況となっている。

(委員長)

・委員から非常に良い提言をいただいたので、病院としてどう考えるのか検討いただきたい。

(委員)

・患者数は減っているが、平成 24 年度決算見込みとして黒字となっている。どういう対策をとったことが理由なのか。

(事務局)

・収益は目標に対して減っているが、費用についても目標以上に減っているなので、収支として改善している。平成 24 年度医師が 3 名減ったが、収益の減少が見込みよりも少なかった。

(委員)

・収益の減りが少ないということは、残った医師が頑張ったということか。

(事務局)

・平成 23 年度までは、医師個人、部署毎の収益を院内管理会議で公表していなかった。これは、複数でチームを組んでいるときにその中の一人一人の成績を出せるのかということで、団体としての成績を出していたが、私が院長になった平成 24 年度からは、個人の通信簿を出すことにした。毎月通信簿を出すと頑張っている人はそれを維持しようとするし、目標より成績が低い人は何とかしようとする。前年度と比較はできないが、全ての医師、各部署が頑張った成果である。

(委員長)

・それでは、診療報酬精度調査の評価指標のところを事務局で検討いただきたいのと、平均在院日数の実績 20.5 日についての評価はこれでよいか。

(委員)

・指標の基準が決まっているのならこれでよいが、市民、患者さんのためには、厚生労働省

が決めた厳しい点数構成の中にただ単に無批判に乗っていただけではだめで、21 日をどうにかクリアすれば良いので、なるべく病気が治ってから退院させてあげた方が患者さんのためである。

- ・ひどいところでは、ここは 14 日しか入院できないという話を家族に入院して 2 日目にする病院まである。何が是か非かよく考えてやられたらよい。

- ・20.5 日はむしろ良い成績だと思う。13 日とか 14 日になるとこの医療機関が経営改善のために住民を犠牲にしているのではなかろうかという意識が出てくる。

(委員長)

- ・指標については難しいところであるが、今後事務局で検討いただきたい。今回は「C」ということにしたい。

(委員)

- ・その通りだと思うが、この病院には眼科、産婦人科など入院期間が短い診療科がないので、総合的に判断しないといけない。

- ・取り組み項目の自己評価の表を見ると、結果的に金額が多くなるものと、金額が少なくなるものが混在している。例えば、診療材料のロスの削減などは、大事なこともかもしれないが金額に重要性を立てるとあまり重要ではない。また、取り組み項目目標と進捗状況と自己評価が見合っていない項目がある。

(委員長)

- ・取り組み項目が目的としているところで、取り組み項目及び目標値がそのための方法、進捗状況が、その方法がうまくできたかというチェックである。委員の言われるとおりに、おかしなところがいくつかある。

- ・進捗状況については、取り組み項目と合った評価をするということと、効き目の大きい方策を書いていこうという指摘だと思うので、評価表の作りについては、委員長一任ということで、事務局と精査することとする。

【協議（2）今後の経営改善方針についての要旨】

(院長から、今後の経営改善方針案について説明)

- ・前回の委員会では、今後患者数が増える可能性はあるのかということと業務量に応じたりロケーション（配置転換）について、何か考えはあるのかという指摘があったと認識している。

- ・平成 24 年度の医師一人当たりの収益は、目標をクリアしているが、平成 25 年度は医師の退職もあって、病院全体で収益が下がっている。

- ・この病院が、勤務医が大学へ戻されることはなくても増えることがないという医師不足の状況の中で、3 年から 5 年の期間、経営を改善するためにどうすれば乗り切るかを考えていかないといけない。

・現在は看護師に関しても、リロケーションを図るために、適材適所でいろんな部署で勤務してもらっている。これについて、本来病棟所属でありながら、ケアホームや外来に応援で勤務する3年目の看護師に話を聞くと、「入院患者さんが、外来でどういう話があって入院されてくるのか、退院後どういう生活をされているのか一連の流れを知りたかった。退院後の生活が分からない状況で送り出すのは、心苦しい。良い機会だと思って研修のつもりで勤務しており、非常に感謝している。」という感想であった。

・医師が充足するのはいつになるか分からないが、それまでの間に経営を考えながらしなければならぬことは何かというと、古代中国の書易経にある「尺蠖（せっかく）の屈するは伸びんがための力なり」という言葉の実践であると思う。将来大きく飛躍するためには、しばらく我慢して時期を待つことも必要である。屈している間に力をためて経営を黒字にしていきながら、しばらくの間何ができるかを考えた。

・病院のスタッフにとって大事なものは、コミュニケーション力、人の気持ちを思いやることである。目で見て体験して、退院後の患者さんはどう自宅で暮らしているのかをしっかりと研修してもらって、将来医師が充足したときに備えてスキルアップして、後輩の指導係として活躍してもらいたいと考えている。

・毎回委員会でも看護師が医師の数に対して、多すぎることもないが、少なくもないとの指摘を受けている。

・現在の看護師配置を年代別に分析すると、5歳刻み毎に15名前後いて、各年齢2~3名均等で各年代を網羅している。25歳以下の職員は20名以上とかなり多くなっているが、結婚、出産、夫の転勤などで、どんどん辞めて行くことがプログラミングされている年代であり、おそらく5年後には15名前後になる。

・各年代平均的に看護師を配置するためには、30歳以上の年代については、移動がなく外（他病院）からの補充が難しいので、大事にしなければいけないし、25歳以下の年代についても、辞めていくことを想定して、今のうちに多く採用しておかなければ将来補充ができない。新規採用を少なくすると、数年後には特定の年代が極端に少なくなってしまう。

・部署別の看護師配置について、平成21年度と平成25年度を比較すると、地域への貢献のために認知症センター等の人員は増えているが、病棟・外来の配置人数はほとんど変わっていない。

・現在当院が採用している入院基本料10対1基準を維持しようとする、1日当たり患者10名について看護師は24時間で最低3名必要となる。現在の職員数はこれよりも多いが、夜勤時間数の制限や、休暇等法令を遵守し、好ましいとされている職員数と比べて少ない看護師数で、看護課長が夜勤に入ったりする必要があるなど慢性的に少ない状況となっている。また、子供が小さいことや、病気などで夜勤が困難な職員が常時1割程度いるのが現状である。

・診療報酬上病院は、急性期病院と慢性期病院に区分されている。急性期病院の中には一般病棟があって、患者1人に対する看護基準によって、入院基本料が違って来る。それぞれの

区分には平均在院日数に応じて加算があるが、制限を超えると加算がつかない。

- ・亜急性期の管理料は、一般病床に比べて管理料が高いが、急性期治療に対する診療報酬が請求できない。

- ・現在当院は、施した治療に対して合計金額で診療報酬が請求できる出来高制を採用している。近隣の公立病院では 7 対 1 看護基準を採用しているが、看護師を多く採用しなければならないので高コスト体質での運営となる。

- ・しかも DPC を採用しているので、疾患別に診療報酬が包括されており、どんな治療をしても決められた診療報酬しかもらえない。このような病院は、高度で医療ミスがない短期間の治療を実現できないと儲からないので、入院から退院までのマネジメント能力の育成と蓄積が必要となる。

- ・急性期の治療を受けて完治するまでの期間は「回復期」、それ以上良くならない（完治しない）慢性期までの期間を「亜急性期」とそれぞれ病床が命名（定義）されている。

- ・当院の場合、手術などの急性期治療が終わっても入院が必要な患者には、亜急性期病床に移ってもらって、3 週間程度で退院するというマネジメントを行なっている。

- ・地域連携という名の分業による協業で、一般病床を亜急性期、回復期リハビリテーション病床として特化していかなければならないが、医師は、患者を治したいという思いが強く、手術など急性期としての治療をメインにしないとモチベーションが保てない。

- ・これまでは治療を受ける必要がない社会的入院のニーズが高く、病院経営を安定化させてきた背景があるが、今は、社会的入院に対する診療報酬の請求ができなくなっている。

- ・市民にやさしい医療サービスの提供にこだわって社会的入院を容認するのか、介護を中心とした福祉施設へ患者さんに移動してもらい、ニーズに応えるのかという選択を市民病院としてしなければならない。

- ・慢性期に対する病床は療養病床と定義されており、医療療養病床と介護療養病床とがある。当初国は療養病床の新設を推進していたが、現在の方針は、療養病床の診療報酬を大幅に引き下げて、介護を中心とする介護療養病床を廃止し、訪問診療の診療報酬を高く設定して在宅療養を促進する方向である。高齢者介護を医療ではなく福祉の分野に移す方向で制度改革が進んでいる。

- ・北播磨総合医療センター開業後、半径 3km 圏内に一般病床を有した 3 病院が順次移転する予定となったことから、センター退院後の患者を当院で受け入れるという計画についても今後見直す必要がある。

- ・そこで、国の方針に沿った社会的入院を希望する人たちをもっと積極的に自宅に帰して、訪問看護できちんと診ていくという考えがある。

- ・加東市民の介護保険制度における訪問看護の利用状況を見ると、平成 24 年度では全体の 30% しか市内の事業所を利用していない。市内の事業所はケアホームかとう内の加東市訪問看護ステーション 1 事業者のみであり、その他の 70% は、北播磨医療圏域内で他市の 16 事業所を

利用している状況である。

・加東市訪問看護ステーションの現在の課題としては、常勤看護師が2名となったことから、それまでの24時間対応体制が困難となっており、市民の終末期の訪問看護や看取りを市外の訪問看護事業者をお願いしている状況である。

・今後自宅での療養や最期を迎えられる高齢の市民が増加することが予想されることから、他市の事業者に依存するのではなく、医療制度の抜本的改革に則して、体制を見直していく必要があると考えている。

・私が好きな言葉に、「天災は忘れたころにやってくる。」と引用された寺田寅彦の「あらゆる災難は一見不可抗的のようであるが、実は人為的のものである。」という言葉がある。

・北播磨総合医療センターの開設や、国が介護保険制度を変えたとか次々に災難（天災）が降りかかっているという考え方もあるが、経営者の責任で、だからこうするという一歩先の方針を転換していかないと人為的な災害になってしまう。だからどうするということが非常に重要なところだと感じている。

・最初から答えを分かっておられたのだと思うが、前回の委員会で委員長が示された「リロケーション」という言葉は、意味を調べると転勤者の留守宅を一定期間賃貸する業務のことで、一定期間が過ぎると必ず明け渡し、使用しない期間資源を有効に利用するということがある。

・病棟や部署を一旦空けて、そこに重要なものを持ってきて、来るべき病床を増やすときには、また医師や看護師を戻して、本来やりたいことをする。それまでの期間、今はスタッフを必要とするところに異動して有効に利用する。それが「リロケーション」という意味であるならば、見落としていたと考えた。

・まず、治療は終わっているが、自宅に帰れないという人は、隣のケアホームかとうに入りたいが、現在は、看護師が不足していて十分なサービスが提供できないので、ケアホームかとう療養課に2名の看護師、訪問看護ステーションに4名の訪問看護師計6名の補充が必要である。

・看護師の配置転換とは、単純に数を満たすためではなく、ケアホームかとう、自宅を結ぶ訪問看護師と連携して、一連のサイクルの中でサービスの質を上げるために、必要なところに人を配置したいという思いがある。地域連携、分業による協業のマネジメント能力を発揮して、経営を改善していきたい。

・具体的には、現在の3つの病棟のうち、ひとつの病棟に配置している看護師・看護助手を、ケアホームかとう、訪問看護ステーション及びその他の病棟に適数を配置し、空き家にした病棟を福祉フロアとする。

・また福祉フロアに統括責任者を置き、その指導、マネジメントのもとに、訪問看護ステーションと、地域医療連携室、認知症疾患医療センターをこのフロアで運営する。これが今後の病院の命運を握るカギになると考えている。

- ・全体の看護師を看護部長室で適数配置を推進し、看護職員のリロケーションを行ないたい。
- ・現行は、許可病床が 167 床、稼働病床が 139 床で運営しているが、時期は別にして、ひとつの病棟を一旦休止し、2つの病棟での運営にして病床を減らし、ほぼ満床の状態にして、病院、ケアホームと自宅を結んで患者を循環させたい。
- ・リロケーションという意味は、やがて医師が増えて看護師もスキルアップして稼働病床を増床できる状況になれば、できるだけ短期間で 167 床をフル稼働できるようにして、スタッフにも夢を持たせたい。
- ・その夢のもとに、とりあえず今は空き家（病棟・職員）を有効利用して、できるだけ早く本来の病院の姿に戻りたいという強いメッセージを発信したいと思う。
- ・ケアホームかとうは、もともと病院の組織という位置付けであるが、職員にも明確に意識付けするために、病院に訪問看護ステーションを持ってきて、病院の一般病棟、ケアホーム及び自宅を、訪問看護を中心に双方向性で患者を循環させていく。
- ・その他、地域医療連携室を中心に急性期病院との連携も図っていくが、基本的には加東市の 40,000 人を対象に、どこまでも追いかけて行き、亡くなるまでケアする。
- ・加東市の訪問看護を必要とする方には、開業医と訪問看護を利用いただき、夜間の急変時等には、加東市民病院が入院等の対応をする。退院後は、ケアホームに移られるか、あるいは、訪問看護ステーションを通じてまた開業医に通院するというサイクルを開業医に輪の中に入れていただく形で実現していきたい。
- ・院長の方針として 3 本の矢を示したが、一方向の矢ではなく、市民病院、ケアホームと自宅をそれぞれ双方向に結ぶという意味で、どこまでも加東市民を追いかけて行くという方針でやっていきたい。
- ・もう一つ強調したいのは、訪問看護をすることで看護師のモチベーションが下がり、どんどん辞めて行くのではという懸念があると思うが、訪問看護を前面に出した病院にするつもりは全くない。
- ・身を屈している間、必要などころには人を割いて充実させるが、そこで終わるつもりはない。あくまで病院というのは急性期の患者を引き受けて、手術をしたりして病気を治すことが使命であるので、決して介護を中心にした病院にするつもりも毛頭ない。
- ・訪問看護も、認知症センターや健診と並んで重要な目玉の 1 つとして、経営の健全化を図りながら、必ず大きな病院に戻して、それに見合った建物にしていきたいと将来構想としては考えている。

(委員長)

- ・非常に考え抜かれた内容で、これに対する質疑応答をじっくりしたいが、終了予定の時間となっているので、その後の動きも含めて次回にディスカッションしていきたい。
- ・加東市全体の話でもあり、非常に良い着想であるので、是非前に進めていただきたい。

(事務局)

- ・ 次回の開催については、委員長と調整のうえ決定させていただきたい。

【閉会あいさつの要旨】

(院長)

- ・ 収支が黒字になれば、それで成功という状況でないことは院長になってからよく理解している。武田信玄の「人は城、人は石垣、人は堀。」の精神で、計画を進めて行くうえで、救急、市民、行政、医師会の方とよく相談して、連携を図って少しずつ進めて行く。
- ・ 進めた後の城が仮に壊れたとしても、それはみんなで進めてきた結果であって、また次に頑丈な人の城をつくれればよい。
- ・ 結果を黒字にすれば合格ということではなく、関わった大多数の人がそれでよかろうというような病院運営をしていきたいのでご指導、ご支援をお願いしたい。