

会議の名称	平成26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26年7月23日（水） 14時00分から16時00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】 5名</p> <p>浅野良一委員</p> <p>西山敬吾委員 西村勝彦委員 小西優司委員 広畑恒子委員</p> <p>【欠席委員】 2名</p> <p>三木秀文委員 藤井和美委員</p>	
<p>出席した職員の氏名及びその職名</p> <p>加東市副市長：吉田秋広</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：大橋武夫</p> <p>管理課長：柳 博之 同副課長：楯本俊也</p> <p>管理課主査：村上計太 同主事：稲山浩平</p> <p>医事課長：大橋博英</p>	
<p>議題、会議結果、会議の経過及び資料名</p> <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】</p> <p>（事務局）※資料説明</p> <p>【加東市民病院の現状と課題について】</p> <p>（病院長）</p> <p>4月に病院の組織を一部再編し、病院事業部という名称に改めました。一つの建物の中だけで考えるよりも、市民病院、介護老人保健施設、訪問看護ステーションなど、すべてを含めた大きな枠の中で医師会とも連携し、これからの加東市をどうするか考えていかなければなりません。そういう理由から、病院の機構を病院事業部と改め、私が事業部長として統括することになりました。</p> <p>今あるすべての医療資源を有効活用し、職員には適材適所で活躍してもらいとともに、働く人間の喜びである意思の通じ合った連帯を、職員間に浸透させながら事業を進めます。</p> <p>時代の流れを読み、医療保険と介護保険のどちらに軸足を移すかを考えながら、両輪</p>	

で病院経営を下支えしていきます。

医療保険に基づく外来・入院診療と健診事業は現状どおり継続します。病院を取り巻く状況が今後どのように変化しても、市民にとって必要な外来・入院部門と健診部門を残しながら最善策を考えていきます。

健診、外来・入院診療、介護老人保健施設、訪問看護ステーションを、切れ目のない一連の住民サービスと考え、市民が相談窓口で迷うことなく、気持ちよく利用していただけるように、地域医療と在宅介護の利便性を図ります。

病棟では3病棟と5病棟を統合し、入院患者を5病棟にまとめ、3病棟を空けました。その上で、ケアホームかとうの中にあつた訪問看護ステーションを病院に移しました。訪問看護ステーションと地域医療連携室を病院の3階に配置し、フロアの半分を地域支援フロアとすることにより、場所と機能を連動させました。

訪問看護ステーションとケアホームかとう療養課の人員配置は、これまで非常に厳しい状況でした。そこで、すべての看護師の人員配置を看護部長が統括することにし、横並びの部署に一元化しました。さらに、病棟統括責任者というポストを新設し、病院の病棟とケアホームかとうの療養課を含めたすべての部署を連動させて、患者や利用者がうまく移動できる組織にしました。

介護保険に基づく事業において、加東市福祉部の地域包括支援センターから地域支援フロアにスタッフを派遣してもらっています。この事業が加東市の事業であることを市政懇談会等で市民に説明しています。

病院の3階に新設した地域支援フロアは、医療と介護の窓口相談を始め、そこへ行けば困ったことが一度で解決すると喜んでいただけるように機能の充実に努めています。かかりつけ医や有床診療所の先生方と、これまで以上に連携を図りながら、市民病院、ケアホームかとう、そして自宅を切れ目のない一連の暮らしの輪として捉え、輪のどこにおられても医療と介護のご相談にお応えできるよう、窓口を一つにして対応しようと努力しているところです。

昨日、病院の管理会議に吉田副市長も参加され、最後に総括をしていただきました。あれこれと手を尽くして準備をしても、それに応じようとする人がいないことのたとえに、「笛吹けど踊らず」という言葉があります。副市長は、『上手に笛を吹く管理職が偉いのではなく、上手に踊ってくれる職員が宝物なのでもない。踊りに集まってくれる市民一人一人こそが宝物なのです。』と総括されました。その話を聞いた時、宝物である市民の視点からの考察が十分ではなかったと気付かされました。その反省を踏まえ、プレゼンテーションを修正しました。

まず、病院の現状と課題です。病院全体の月間医業収益について説明します。平成25年度に13名いた常勤医師のうち、年度末をもって神経内科の医師2名が退職し、消化

器内科の医師1名が非常勤となりましたので、平成26年度の常勤医師は10名になりました。その後、整形外科部長が病氣療養のため、現在さらに1名減となり、医業収益が落ち込んでいる状況です。医師によって目標額の達成具合が違いますが、連携して目標額をめざそうと頑張っています。

当院の医師の数は、平成7年ぐらいがピークで、平成26年は10名です。過去に照らし合わせると、医師が10名であった年は、昭和57年、58年です。医師10名というこの数字には二つの解釈があります。10名に減ってしまったという見方と、まだ10名もいるという見方、すなわち、医師が10名であった時代のやり方に戻せばやっつけられるだろうという見方です。当院が公立社総合病院であった時代にどのような運営をしていたのか、今からでも当時の運営に戻せるのかを検討してみました。

看護師の数は、当時40名に満たなかったのに対し、現在は80名前後です。看護師を減らせばどうなるのか、医師10名に対して看護師は何名必要なのか。この件に関して、従来から西村委員より給与比率を下げればどうかと指摘されてきた経緯がありますので、看護部門からまとまった数の退職希望があっても、すぐには補充せず、現有の人数で頑張るようにしてきました。また、介護部門に看護師を異動させることで、給与比率を下げる対応をしました。しかしながら、昭和57年あたりと比較すると、看護基準や労働基準などの内容が相当変わってきており、特に夜勤制限などの時間数の基準が厳しくなっています。昭和57年あたりは、看護基準や労働基準などがまだまだ緩かった時代であったといえます。

加東市の市民は病気にかかればどこを受診するのか。北播磨総合医療センターのような高度急性期病院のほか、西脇病院や加西病院などの急性期病院、あとは回復期病院や慢性期病院というのがあります。普通に考えると、若い人は一番新しくて医師が100名前後もいるような大病院に行くでしょう。一方で、要支援や要介護を受ける年代の人は、老健施設や特養、有料老人ホームなどがある中で、果たしてどこを希望されるのでしょうか。

今後、病院事業部として考えなければならないのは、若い人もさることながら、要介護4・5及び認知症の人たちが、最期をどこで暮らしたいのかということではないでしょうか。国は、自宅での看とりを支援する方針です。しかし、大家族のもとで看とりをしてきた古い時代と現在は違います。核家族化や老老介護が進み、介護する側が疲れ果てています。最期まで自宅でというのは、方針やスローガンとしてはいい話ですが、現実問題として、最期の最期までというのはなかなか難しいと感じます。とくに、要介護4・5及び認知症の人たちは、核家族や老老介護のもとで最期の看とりまでしてもらうことが可能なのでしょうか。介護している家族は、調子が悪くなったそのときに医師が診てくれるのかということをとっても心配されています。いよいよ最期を迎えようとする

とき、急性期の病院では受け入れが難しい現実があり、医師がいる何らかの施設で最期まで看るといふ受け入れ態勢の整備が望まれます。

病院には亜急性病床という在宅復帰を支援するためのベッドがあり、それに対する診療報酬が設定されていますが、この9月で、国はそれを廃止する方針です。廃止後に国が示しているのが、地域包括ケア病棟というもので、診療報酬点数はこちらの方が高く設定されています。地域包括ケア病棟のイメージは、急性期病院からの受け入れ先として、あるいは在宅・老健施設にいる人の急変時の受け入れ先としての病棟であり、それは医師がいる病棟であるため、治療も可能です。国はもう、亜急性期の病棟を認めません。今後は、急性期ではないが治療は可能な病棟に報酬を配分するという方針を打ち出しています。これからもっと高齢者が増えてきます。自宅と病院とクリニックと介護事業が連携して高齢者を支えていこうというのが地域包括ケアシステムという考え方です。医師会で、地域包括ケアシステムを主導していただき、かかりつけ医に担当してもらわなければ上手くまわるものではありません。国は地域包括ケア病棟というのを今年度の診療報酬改定の目玉としており、医療と介護の橋渡しをする場所として今回新設します。当院にも亜急性期のベッドはありますが、10月以降は診療報酬が算定できなくなります。地域包括ケア病棟には在宅患者の急変時の24時間対応が求められます。在宅で診ることで病院には入院させず、何かあれば24時間体制で受け入れる体制にお金を投入するということです。今後、急性期後の医療は在宅医療のサポートを視野に入れた医療へと方向転換を求められます。しかも、その条件として7:1の病院にはこれを認めません。これまで亜急性期のベッドの報酬が1日2万円でしたが、地域包括ケア病棟のベッドだと2万5千円です。病棟ではなく一部の病室だけを申請した場合は、地域包括ケア入院医療管理料として、1ベッドあたり1日2万5千円、報酬は同じですが名称が違います。算定要件として60日間という限度があります。これまでに比べたら診療報酬が結構高く設定されていますので、方向性さえ誤らなければ乗るべき制度だと思います。

次に看護補助者の配置加算です。現在、当院は10:1の看護基準です。一方、近隣の市立病院や北播磨総合医療センターは7:1をとっているため、相当数の看護師がいないと、施設基準を満たし続けることができません。ところが、13:1以上でも、充実した看護体制の病棟には加算がつきます。例えば15:1では看護職員配置加算が1日あたり150点です。

次に入院医療管理料を比較します。亜急性病棟と地域包括ケア病棟で比較すると、地域包括ケア病棟のほうが亜急性病棟よりも高く設定され、国が在宅を推進するためのものだということがわかります。北播磨総合医療センターや西脇病院、加西病院などの場合、入院基本料が1万5千円ですから、それよりも高い診療報酬です。療養病棟と比較

しても地域包括ケア病棟の申請を進めていくと、かなり高い点数になります。この施設基準に関しては規定がたくさんあり、基準を達成するのにいろいろな課題があります。当院は救急に関して救急病院の告知をしており、また 200 床以下の病院であり、リハビリの理学療法士もいますので、これらは達成しています。課題になるのは、患者の紹介率と逆紹介率、在宅復帰率などです。これらについて、努力しなければ指定を受けることが難しくなります。

看護職員の配置加算に関して、施設基準の規定としては、必要最少人数 13 人に加え、50：1 以上の人数配置が必要です。また、地域包括ケア入院管理料を算定するには、病棟全体の看護職員が必要最少人数に加え、50：1 以上の人数が必要です。

今後、7：1 の病院は基準を達成し続けることが徐々に困難となり、やむなく縮小していくものと思われます。我々のような急性期 10：1 のところが残り、国の思惑どおりになることでしょう。その上で、地域包括ケア病棟や介護老人保健施設の割合を増やす必要が出てくると考えています。訪問看護の主治医は医師会の先生方にやっていただき、市民病院は訪問看護部門の拡充と、居宅の人たちを 24 時間体制で受け入れるベッドを準備して、市民の需要に応える、これこそが、今後望まれる機能分担のあるべき方向性であると考えています。

地域包括ケア病棟の施設基準を取得する利点を述べます。入院患者 1 人当たりの診療単価がアップします。これにより、連携している西脇病院などからの紹介率のアップが期待されます。加東市の市民で、近隣市町の病院で手術などの治療を受けた人において、自宅に帰るまでの間を地元の市民病院が引き受けるとアナウンスすれば、近隣からの紹介が増えるものと期待されます。現行の 10：1 を無くすことなく、13：1 や 15：1 の病棟を増やすことにより、看護師の確保を安定させ、今いるスタッフを適材適所にバランスよく配置することができます。現行の 10：1 から地域包括ケア病棟に患者を移すことにより、10：1 の急性期病棟の在院日数が短縮できます。医師の多くは急性期の医療がやりたくて医者になっています。市の方針だからといって、地域包括ケアシステムの一環としての在宅からの人たちを、今日からは主に診てくれというと、医師のモチベーションが下がってしまいます。おそらく医師は急性期の医療ができる他の病院への異動を希望します。10：1 の急性期医療を減らさず残すことで、医師のモチベーションも維持する必要があります。

介護や在宅分野と並行して、今ある入院部門は維持する必要があります。外来部門についても、最初から高度急性期病院での精密検査を希望する人は別として、高齢者が増えてくるので通常必要と思われる需要に十分応えられるように、通常の診療科は大学病院や近隣の病医院と連携して維持していきます。

認知症に関しては、県からセンターの指定を受け診断鑑別を引き受けてきましたが、

担当医師の退職により指定要件を満たさなくなったので、今後は、認知症の人及びその家族の方への支援に方向転換します。

現在、兵庫中央病院の名誉院長に毎週来ていただくことで話が進んでいます。他の診療科については、西脇病院や加西病院と連携しています。例えば、昼間に内科系の救急患者が救急車で運ばれて来たとき、少ない医師で外来をしている当院の状況では、とても診療がまわりませんし、人間ドックのための胃カメラなども、こなし切れない状況です。現在は、西脇病院から消化器内科の先生方が毎週2日間応援に来て下さっており、内視鏡検査を中心に助けてもらっています。そのお陰で、当院の常勤医が、通常の外来診療や救急対応をなんとかこなすことができるようになりました。このような連携をこれからも進めていきます。

市政懇談会では、市民の皆さんから、「訪問看護におけるかかりつけ医とは何ですか」という質問を受けます。かかりつけ医というのは地元で診てくださる先生方であり、加東市民病院の医師もその一部分を担当します。まちぐるみで市の訪問看護ステーションを使い、開業医の先生方、あるいは市民病院の常勤医がかかりつけ医になって見守り続けるという考え方です。

市民病院は市の病院事業部として、医療と介護の両面から市民を支えます。市民病院が支えてくれるお陰で、最期まで安心してこのまちで暮らすことができると、市民から感謝されるような病院をめざします。経営が安定している訳ではありませんが、市民に容認してもらえる病院運営をしていくには、今が踏ん張りどころだと思っておりますので、ご支援をお願いいたします。

(委員長)

ただいま院長先生から報告をいただいたが、今後の病院運営に対する考え方について、御自由に質問、意見、アドバイスをいただきたい。

(委員)

国は急性期高度医療機関を減らすことなどを考えていると思うが、地域の本当の需要がどういうところにあるかということを考え、それに適合した予算の定義づけをされたほうがいいと思う。

地域包括ケア病棟は2,500点の包括点数で、一般病床は出来高。960点と2,500点という診療点数を単純に比較するのは厳しいかもしれないが、医師の診療の自由度が失われるということが言える。

また、職員のモラルが低下するという問題もある。マルメ点数のときは利益率が下がる。一般病床などは900~1,000点の点数に、検査などの追加があれば加算されていく

という違いがある。

病棟ごと、あるいは病床ごとにやれるということがメリットなので、そこを大いに利用して、その中でモラルを低下させないことが重要である。

包括点数の場合は、何もしないほど利益がある。一般病棟では処置の必要があるから、医師がしっかりと診療をしている。その混合型の病院になっていくことが、地域の医療ニーズ、あるいは北播磨全体の医療ニーズに答えていくということであり、そこを強調すれば、住民の理解が得られるのではないかと思う。

在宅復帰率7割という話があったが、可能だと思われるか。在宅復帰率の統計のとり方を聞きたい。

(病院長)

病院に1年も2年も入院している状態ではいけないが、在宅は自宅だけではなく施設でも構わないわけです。

(委員)

ある一定の在宅復帰率がなければ、北播磨総合医療センターなどの急性期医療機関が倒れてしまう。

(病院長)

地域連携をしっかりと組まないと共倒れになってしまいます。

(委員)

将来、在宅医療・訪問医療はされるのか。

(病院長)

訪問看護はしますが、訪問診療はしません。往診は、何かのときに行かなければならないことがあるので、医師の権利として許可していただきたいが、訪問診療はしません。

(委員)

定期的在宅訪問診療をしないということであれば、開業医と連携はできる。薬局もやり、訪問看護ステーションもやり、出先の系列の無床診療所も経営するという形になると、無床診療所の開業医の職域を荒らすことになるが、きちんとした紳士協定を結んでおけば、在宅医療や訪問診療をやっている人たちとの連携がとれる。そして、それによって患者の退院の回転が速くなって在宅復帰率が上がると思う。

将来的に何もかも囲い込んでやってしまうというようなことであれば、医師会は連携できないが、そのあたり、戦略的にどのように考えられているのか。

(病院長)

医師は、加東市民病院の常勤医なので病院から外には出ません。サテライト診療所も置きません。

看護師に関して、訪問看護ステーションは加東市の事業なので、市の職員がそこから訪問看護に出かけて行きます。ただ、かかりつけは開業医の先生が中心になります。当院も今の余力を考えると、25%ぐらいは主治医になりたいと考えています。基本は開業医の先生方、あるいは有床診療院の先生方がかかりつけ医であり、訪問看護師は市の施策として出かけるというスタンスでいく方針です。

(委員)

ここの訪問看護師は公務員なので、労働基準の条件は厳しいと思う。民間の訪問看護ステーションは、24時間対応して、夜中のバルーン挿入や死亡確認などもするといったところもあるが、そのようなところと競合するレベルでも大丈夫か。

(病院長)

市長から訪問看護に関して聞いている話では、民間でできるようになったら、その部分は侵さないということです。

(委員)

現在の人数は何人か。

(病院長)

昨年度は2人で、今年度は6人態勢です。

(委員)

6人いれば民間と同じぐらいの強さのことができる。民間のような訪問看護ステーションとつき合ったほうが、いろいろ幅広く情報収集とか在宅や看とりができるので、強いものになる。医師会としては、訪問看護ステーションは強くあってほしい。

(病院長)

委員のところは、主に小野市や三木市に関係していますが、加東市では訪問看護ステーションが一つしかありません。加東市は、これまで、近隣の西脇、小野、加西、多可に、市内の該当者の6割～7割をお願いしている状況でした。まずは100%加東市で担当しようというところから始まっています。

(委員)

実際、他の地域からどんどん入ってきているのではないか。加東市内に事務所は構え

ていなくても、市内に様々なところの訪問看護ステーションが入ってきてサービスの提供をしまっているのでは、シェアを抑えられているのではないか。

(病院長)

まさにそういう状況ですので、人まかせにせず、自分たちでできることをやろうとしているところです。

(委員)

訪問看護ステーションの具体的なイメージはどのようなものか。例えば看護師が、要請先を訪問して、処置を行ったことを医師に報告し、その結果、医師から薬などを処方してもらうようなものか。

(病院長)

その逆です。訪問看護では、かかりつけの医師が指示書を書いた後、訪問看護師が動きます。血圧など日常のことは開業医の先生の対応でいいですが、手術してその退院後1～2箇月の非日常のことは、手術した医師が診ないと、開業医の先生が困ります。その期間、訪問看護の指示書を書く主治医が誰なのかということは、病状や要介護度で変わってきます。病状が安定すれば、地元のかかりつけ医が指示書を書き、書かれた指示書どおりに訪問看護師が行います。いつもとは違う状況が発生すれば、指示書を書いた先生にまず相談することになります。

(委員)

この病院にかかっている人については、かかりつけ医はこの病院の先生であり、開業医の先生から紹介があったら開業医の先生からの指示で看護師が動くのか。

(病院長)

訪問看護師の側からすると、指示書を書いた医師の指示で動くことになります。その人の病状が変わったときに、初めに指示書を書いた医師が、その後の対応を全部しなければいけないのかというのが問題で、それは連携の中でどの医師が診るのが適切かを判断することになります。

(委員)

訪問看護は、病棟と同じように、医師の指示のもとに看護師が処置を行うものである。それは患者が2週間に1回の通院でも、家にいるときには診に行けるため、急性期でも病院の医師が指示し、何かあれば、それはかかりつけ医が往診しても患者は満足するものである。

加東市民病院の勤務医より開業医のほうが圧倒的に多いため、かかりつけ医の先生との連携が成功の鍵である。その開業医の先生と、このステーションがきっちり連結する必要がある。

患者の安心に加えて、国の方針としても医療費を抑えるために在宅の推進がある。往診をし、訪問看護をし、その輪の中に患者を置くことが大事である。

(委員長)

加東市の規模では、訪問看護ステーションにはどれくらいの人数が適正か。

(委員)

毎日処置が必要なことや、夜間の待機などを考えると、6～7名がチームとして動く必要がある。

(委員)

24時間体制の訪問看護ステーションでは、夜間の呼び出しのことも考えて、交代要員を置く必要があると思う。

加東市民病院の医師がかかりつけ医である患者の場合、訪問診療はしなくても、在宅時の急変や死亡確認を、訪問看護師もしくは一時的にかかりつけ医の先生がするということが可能であると考えているか。

(委員)

開業医は24時間の強化型在宅支援診療所にはなりたくないというのが現状である。24時間対応の強化型在宅支援診療所としてチームを組んでいるのは、北播磨では私と田淵先生の1組だけで、他は普通の在宅支援診療所である。3人ぐらいの医師でチームを組めば、留守にする場合も対応ができるが、開業医の多くはこれを嫌う傾向がある。

また、夜中に当直しているときには、病院から看とりには行けないため、病院の先生方は、在宅のかかりつけ医支援診療は無理だと思う。

(委員)

地域住民の一人としての意見であるが、末期の患者を抱えている場合、在宅で最期を看とりたいと思う方も多いのではないかと思うが、今の体制ではとても無理なのがよくわかった。悪くなったら救急車を呼ぶしかないですか。

(委員)

救急車が既に亡くなった方を搬送すると、病院の先生から迷惑がられる。搬送時には

既に亡くなっていたため、死亡診断書は書けないということで、私が要請を受けたこともある。その患者を診ていないということでは私も同じであったが、頼まれば書くことになる。救急隊員の大変さもよくわかる。

(委員)

加西病院では、がん末期で入院されて自宅で看とる方については、あらかじめ病院から消防署に書類を提出してもらっている。それは、その患者本人と家族との話し合いの中で、延命治療は必要ないということで、家族も患者も覚悟を持って家に帰られているが、その人が悪化したときには救急車を呼ばれることがある。ただ、時には死亡の確認をして欲しいということだけで救急車を呼ぶ人もいる。開業医の先生方の協力を得て、そういう方についての死亡診断をきちっと家で行っていただけるのであれば、救急要請もすごく減ってくるように思う。

(委員)

私はがん末期の患者のような依頼があれば、すぐに診に行き、定期的に行くことで、いつでも死亡診断書を書けるようにカルテを作っている。病院の先生がかかりつけ医のままずるといくと、病院の先生は往診に行けないため、死亡診断書が書けないことになる。病院の先生は、開業医、在宅支援診療所に早く患者を預けてしまうことが大事である。

(病院長)

市民病院では、退院のとき、退院後に訪問看護を希望する場合は、主治医と患者、家族、訪問看護師の4者が、その後の希望について話し合います。医師が引き続き診る場合は連絡先を書きます。医師が夜中は診に行かないという場合は、一般の救急患者と同じ対応にして、訪問看護師あるいは開業医の先生たちと連携をとることにしています。

自宅でできるだけことをしたから、あとは病院でという看とりの施設として、そういう地域包括ケア病棟というのが必要になってくると思います。看とり病院という言い方をすると良くないイメージがありますが、看とりの施設というものが自治体には必要になってくるだろうと思います。

(委員)

2025年、年間に200万人が亡くなる時代がきたとき、病院でもなく介護施設でもなく老人ホームでもなく、誰も看とらないでどこかで亡くなる人が46万人も発生すると言

われている。そんな悲惨なことにならないように、地域包括支援センターを含め、みんなまで包括して看ることが重要である。

(病院長)

常勤医が 10 人いる自治体病院が、その役目を引き受ける必要があるだろうと思います。

(委員)

先生の話は、医療と介護をひとくくりにして、加東市民病院がきちんと診るという意思がはっきりしている。また、入院や外来で、急性期の患者も診ながら看とりもやり、介護はケアホームと一緒にやってやるなど、論理がきちんとできていると思う。

しかし、この成果が数字として出てくるのが加東市民病院の企業会計と特別会計の介護保険事業会計であるが、二つの会計が全く異なるやり方をしている。今回の資料もケアホームかどうのデータがなく、全体の半分しか見えない状態である。

新しい枠組みで今後取り組むためには、評価をいかにするかというところで、ケアホームと病院、ともにひとつの会計で行って欲しい。

病院は企業会計で、貸借対照表やキャッシュフロー計算書等をきちんと行っているが、今のままでは赤字の数字しか見えない。制度上難しいところはあると思うが、医療とケアホームの介護を足して、数字がプラスになることを、市民が 1 年先、2 年先に分かるようにしてほしい。

(病院長)

委員の質問・指摘について、既に市長に報告し、お願いしています。

市長の見解として、人の異動や収益などに関わる事業費をトータルで把握するためには、事務方に、異なる形態の事業費のすべてを報告させる必要があり、その重要性を理解しているという返事もらっています。

(委員)

行政の壁があり難しいと思うが、市民の理解を得るためには必要であると思う。

(委員)

訪問看護ステーションの会計も別であると思うが、今後資料に追加して欲しい。

(委員)

小野は福祉公社を立ち上げた。事業主体で社協と合併したが、福祉公社は会計をしつかりと出している。病院も統一した会計は出せるはずである。

(委員)

加東市も、社会福祉協議会が介護保険事業を行っているのも同じことである。介護保健施設のケアホームについては、特別会計という行政の会計で行っている。これを社会福祉法人会計等に代えれば、もう少し分かりやすくなる。医療法人会計にすることは可能ではないか。

(委員)

ホールディングスカンパニーにすれば良いのではないか。

【協議(2) 加東市民病院経営健全化基本計画の一部変更について】

事務局 ※資料説明

(委員長)

この病院の構造改革について進めてもらいたい。その評価をこの場ではなかなかできないと思うが、皆さんそれぞれの立場からいろいろと提言や意見が出てきた。そのあたりをまとめて、この計画も進めていってほしい。計画案の変更について、承認してよいか。

(異議なし)

(委員長)

では今回は承認とする。議論は尽きないが、時間がきたのでここまでとする。

(事務局)

次回は例年のごとく来年の年明けから2月末を予定させていただきたい。次回の会議では、本年度の決算の見込みや27年度からの3カ年の計画、会計について協議をお願いしたい。

【閉会あいさつ】

(病院長)

一つ私の希望を言わせてください。

地域包括ケアシステムを誰が主導するのが一番の問題です。厚生労働省が経費削減のために推進していますが、これを現場で支えているのは医師です。夜中に診に来て欲しいと電話をかけても、その電話に出るかどうかが、診療に行くかどうかは、医師の判断です。机上の話ではなく、実際に出ていくかがポイントになります。地域包括ケ

アシテムに関し、市の施策について市の担当者といろいろ話し合いました。医師会や地元の医師を中心に決めていかないと、見栄えこそ良いが誰も利用できないシステムになりかねないと感じました。地域みんなで包括していきたいので、なにとぞ、委員の皆さま方からもご支援をお願いします。