

会議の名称	平成26年度第2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27年2月25日（水） 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</p> <p>西山敬吾委員 西村勝彦委員 小西優司委員 三木秀文委員</p> <p>広畑恒子委員 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>加東市市長：安田正義</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>病院管理課課長：柳 博之 同医事課課長：大橋博英 ケアホーム管理課課長 蓑田順子</p> <p>病院管理課副課長：楯本俊也 同主査：村上計太 同主事：稲山浩平</p> <p>ケアホーム管理課主幹 稲岡めぐみ</p>	
<p>議題、会議結果、会議の経過及び資料名</p> <p>（委員長）</p> <p>今回は第2回の委員会です。現在の計画の進捗状況と、今後の基本計画策定の二つを議題といたします。それに先駆けまして、前回の委員会で、我々委員から病院に質問したことがいくつかありますので、それについて院長からお答えいただくことにします。</p> <p>（院長）</p> <p>前回の委員会で2025年に年間200万人が亡くなる時代が来たときに、病院でも介護施設でもなく、誰も看取らずにどこかで亡くなる人が46万人も発生するという話がありました。そのよう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、みんなで包括して看ることが重要であると提言をいただきました。加東市においても、そのような方が増えていくだろうから、具体的な対応策を示せということだったと解釈しています。</p> <p>常勤医師が10名いる加東市民病院は、自治体病院としてその役目を引き受ける必要があるだろうと答え、具体的なことは課題として受けました。委員からは、医療と</p>	

介護をひとくくりにして加東市民病院が診るという意味がはっきりしており、入院や外来で急性期患者を診ながら看取りもやり、介護はケアホームかとうと一緒にやってやるなど、論理がきちんとしているという意見をいただきました。病院事業部としてやるという方針は分かったが、この成果が数字として出てくるのが市民病院の企業会計と、ケアホームかとうの特別会計なのに、この二つが全く異なるやり方をしており、さらにケアホームかとうのデータがないために全体の半分しか確認できない状態であると指摘されました。今後新しい枠組みで取り組むためには病院とケアホームを企業会計で行ってほしいという課題をいただきました。また、病院は今までは赤字の数字しか見えないため、制度上難しい面はあるだろうが、医療と介護を足してプラスの数字になることを一年先二年先に市民に分かるようにしてほしいという課題をいただきました。今後の経営健全化基本計画の一部変更については、委員長から病院の構造改革について説明したことは進めてもらいたいということでした。委員から出たいろんな意見を踏まえ、今回の委員会では本年度決算の見込みと27年度からの3箇年の計画、その会計方法について協議をお願いしたいと約束しました。病院事業部として考えていくといいながら、病院だけに限定して報告している考え方がおかしいという指摘と、10年後に75歳以上の人口割合が多くなり、それを支える人口が減少して、孤独死などが起こることに対して、病院事業部として対策を考えているのかという問いがあったので、それにお答えしなければならないと考えています。

10年後に年間200万人が亡くなる時代が到来し、46万人が孤独死するということに対する対応です。要介護の4・5、認知症の方を老健や特養で診るという方法がありますが、最期は自宅で過ごしたいという患者の希望があります。それに反して介護する立場の家族からは、最期は病院でお願いしたいという実態があります。核家族化しているところに、最期は自宅でということになると家族が倒れてしまうので、看取りをする入院施設が絶対に必要だろうと考えます。基本は自宅で看取るとしても、核家族化の現状で最期まで自宅で過ごすというのは難しいことです。その矛盾を考えながら進めていく必要があります。

病院の運営方針の転換ですが、従来は医師と看護師は病院の中において、外来患者と入院患者を中心に診療してきました。前回の委員会で申し上げたとおり、我々医師は院外には出て行きません。医師会の開業医との役割分担です。訪問看護師が出て行って在宅療養をします。開業医からの紹介患者に関しては、在宅療養を重視した、地域医療と連携する形をとりたいと考えます。

今年度の病院全体の月間医業収益は6月から整形外科医が長期入院して落ち込みましたが、1月になってようやく持ち直してきたところですが、この2月3月で4月時点のレベルにまで戻るだろうと予想しています。上から数えて二番目の収益を上げていた医師が長期に休んだ影響が出ました。医師1名あたりの収益は近隣病院に比べて

平均的なところにあります。医師が減少すれば収益も下るといってしまうという状況です。ではどういう医師を招聘すればいいのか。高齢者としっかり向き合う円熟した常勤医師があと3人いればやっていけるはずですが、大学病院などは自分の病院が大変な状態で、地方の病院に構ってられないようです。ここの病院の医師を見ると、毎日外来診療をしながら救急を受け、人間ドックなどにも対応しています。どれかを大事にすると、午前中の救急を断らなければならないとか、あるいは紹介患者の診療を断らなければならないとかの問題が出てきます。そうならないようにするために、西脇病院にお願いして午前中の胃カメラを手伝ってもらっています。その間この病院の常勤医師は外来と救急対応をしています。加西病院や神戸大学、他には民間医局や業者紹介の先生にも来ていただいています。できるだけ市民に接する部分は常勤医師で対応し、それ以外の部分を近隣病院にお願いすることでなんとかやりくりしている状況です。

医師別の収益を見ると、病院は入院患者を増やせば増収につながります。次に手術・処置が収益につながります。入院患者、手術患者を増やすというこの二点に尽きると思います。それ以外の部分については、なくてはならないものですが、収益を上げるための方策にはなりえず、件数を増やすしかありません。

次に将来構想ですが、医師の数が減って収益は下りました。看護師の数もピーク時に比べて減りました。しかしベッド数に対して看護師の最低必要な人数が規定されています。今までは医師の減少に対して収益をどうあげるかということに視点を集中してきましたが、一番人数が多いのは看護師です。これから地域住民をどう診ていくか、その主役は医師であっても、看護師にできることは何かという視点に変えていかないとおかしなことになります。

病院の3階に地域支援フロアを新設して、医療と介護の窓口相談を始めました。そこへ行けば悩みが一度に解決できると市民に喜んでいただけるように、機能の充実に努めていますが、これにしてもやっているのは看護師と市の行政職です。そういう視点に立って、今後外来部門は必要なものだけ維持して、常勤医師がいなければ近隣病院と協力してやっていきます。今ある一般急性期病床は残します。地域包括ケア病床、これは在宅患者の急変時にここで受け入れます。包括という言葉は、たくさん治療すれば赤字になるということです。積極的な治療ということではなく、リハビリや点滴などをして自宅に帰っていただきます。ここは医師が中心ではなく、看護師や理学療法士などが主役です。入院して回復後に自宅に帰っていただくのが一番いいのですが、それに不安のある方は地域包括ケア病床でリハビリに励んでもらうなどして、自宅に帰ることを支援します。今後の計画としては、地域包括ケア病床を7床で開設して、一年後には14床、二年後には21床と増やしていき、後期高齢者の増加に対してそれに見合うベッド数にしたいと考えます。

訪問看護は、産休などでまた人数が減少します。補充すれば済む話だという考えもありますが、他の病棟から看護師を異動させようにも看護基準をクリアできなくなりますので、簡単にはいかない話です。看護師は100人弱いますが、仕組みを作ったからといって、やったことに対して評価をしなければ離職者が増えていきます。地域住民を支える重要な役割の一つを看護師が担っているので、モチベーションを高めるような議論をしていかなければいけません。それは他の職種でも一緒です。モチベーションの低いところに成功はないと考えています。そのためにも医師を増やしていく努力をしなければならないと考えています。地域包括ケア病床を中心に訪問看護ステーションが在宅での生活を支援できるように、地域の開業医、福祉の皆さんと在宅を支えて、入院が必要などときにはすべて受け入れるようにしていきます。また、7：1の急性期病院とも協力し、さらにケアホームかどうも十分に利用していきます。加東市の介護事業を含めて病院事業部として在宅を支える後方支援病院に方向性を定めてやっていきたいと考えています。

(委員長)

ただいま院長から病院の将来構想についてお話をいただきました。このあと、現在の状況と今後の計画についてお伺いしたいと思います。ただいまの院長の説明に対する質疑等も、その時にあわせてお願いします。

【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】

(委員長)

それでは「加東市民病院経営健全化基本計画の進捗状況」について、事務局から説明をお願いします。

(事務局) 説明(20分)

(委員長)

ただいま進捗状況について説明がありました。かなり厳しい状況のようです。これについてご質問があればお伺いします。

(委員)

昨年7月にこの委員会を開催したときの目標から、この半年の間に3億5千万円の赤字が増えている。資金収支で特別利益のところを見ると5億円入れてもらうことになっている。これは医師が3人減少したということだけで説明できる数字なのか。

16億円の売上目標値に対して、12億円しかあがっていないので分かりやすい構造

ではあるが、患者減少の分析をどうしたのか。わずか半年でこんなにも見込みが変わってしまうのはなぜか。特殊事情のために急カーブで回復しているということであれば一時的な損失ということになるが、何のための計画だったかということになる。中間で委員会を開催し、計画を見直すべきだったのではと考える。これが数字として一般市民に出た場合に、いかがなものか。

(委員長)

ただいまの質疑においては、医師の減員に伴う減収に理解を示しつつも、それ以上に他の要因が関係していないだろうかという懸念をお示しになりました。事務局の見解をお伺いします。

(事務局)

7月に計画は見直しましたが、病院の姿勢として努力も見せなければいけないので、目標値については現状よりも高めに設定したという経緯があります。それに加えて、整形外科医が6月から10月まで病気休暇になったため、それらが合わさってズレが生じたというのが現状です。

(委員)

計画は高めに立て、稼ぎ頭の医師が長期休暇になったため売上が減少し、それが3億5千万円だということか。目標値を高めに設定するなどということはありません。高めにして収支が合わなくなるような設定なら初めからないのも一緒だ。達成可能なラインで計画は立てるべきだ。今回の新プランでも1年後には5億円の増収計画になっている。現在の医師数のままでどうやって5億円も増やすのか。これがまさしく高めの設定だ。期待値なんか議論していない。ここで議論するのは、みんなで頑張れば達成可能だという数値だ。こんな計画では説明にならない。

(事務局)

現在医師は10人で、このままの推移では苦しいので、医師の目標を14人に設定してそれに合うように計画を立てている。

(委員)

27年度では医師が1名増えて5億円増収の見込みになっている。さきほどの説明で違和感があったのは、高めに設定していたから思惑が外れましたというのでは、評価委員会を無視したことになる。見込み違いが分かった時点で緊急に評価委員会を開催して、委員に訴えてそのことを広報すべきだ。院長が一所懸命にやっても事務方で

希望的数値の計画を立てると実態が見えてこない。次期以降は努力すれば達成可能な計画を立てるべき。それでだめだったら市民に対し赤字の予算書を出すべきだ。いくら頑張っても加東市民病院は5億円の医業損失が出るので、みなさん受診に来てくださいという流れでないと計画にならない。今はだめでも来年には5億円の増収で収支がトントンになるというような、そんな発想で計画は立てられない。今までもややそういう傾向があったが、アンラッキーなこともあり事情は分かる。この委員会を意義あるものにするなら、早め早めに計画を修正すべきだった。

(委員長)

財政の健全化というよりは、情報公開の姿勢の問題だ。事前説明と事後説明が説明責任です。市民に対する説明のありようを留意していただきたい。

(委員)

あまりにも希望的数値を出しすぎている。日本の医療は縮小抑制する方向にある。公助、共助、自助のところに互助などという言葉を入れて、医療や介護を縮小させている現状をみれば必ずマイナスになる。国家はそれを目標にしている。それらを勘案して健全化するのが我々の仕事だ。拡大化させることだけが目標ではなく、経営を健全化させることが大事だ。健全化とは外部の状況に対して、自分たちが適合している状態のことをいう。医師への依存度が高いのは当たり前で、診療報酬を生み出すのは医師の仕事である。60歳代の医師に依存しているというのは脆弱な状態だ。しかしこの病院に40代の医師は、都市部志向や専門志向により来ていただくことは難しいが、医師の集め方にも問題がある。鳥取大学に依頼しても無理だろう。兵庫県医師会の伊藤先生になら私がコンタクトをつける。ドクターバンクのチーフだ。ポイントは医師に仕事をさせず、医師をフリーハンドにしてさらなるオーダーを出させるようにすることだ。医師に肉体的労働や、時間制約のある仕事をさせない。次に看護師にも余計な仕事をさせない。この人たちは医師のオーダーを受ける人たちなので、やはりフリーハンドにする必要がある。医師や看護師が頑張ればという発想では健全な経営は維持できない。働かさないようにして働かす、これがポイントだ。頑張らなくてもいい方法を考えて、その余裕の中で頑張るようにすることだ。

(委員長)

数値に出てこない病院の力量といった部分があるように思う。院長の説明では、介護が赤字を埋める伸びを示している。構造改革をしようとしているわけなので、医療のほうはかなり苦しくなっているのは当たり前といえれば当たり前だ。それを埋めるための夢という言い方がいいのか、例えば3階の地域支援フロアに人が集まるような兆

しはあるのか。

(院長)

課題としてケアホームとの会計の一体化があり、次の計画案のところであわせて説明する予定です。その上で、ただいまの委員長のご質問にお答えします。

【協議(2) 加東市民病院経営健全化基本計画の策定について】

(委員長)

では先にご説明をいただいて、あとでまとめてご質問をいただきます。

(事務局) 説明(40分)

※改革プランの対象期間は3年であるが、できるだけ長期にわたる資金計画を立てたいとの思いから、収支計画は5年としている。

(委員長)

ただいまの計画案につきまして、順にご意見をいただきたいと思います。

(委員)

病床が126床となっているが、地域包括ケア病床は含まれるのか。

(事務局)

3階にある3病棟の28床を充てているので、地域包括ケア病床を含んだ数字だ。

(委員)

病床利用率に高い目標値が上がっているが、達成可能か。医師の確保が大前提にある中での目標数値だろうが、随分左右されるであろうことが懸念される。給与比率があまりにも異常で、98.2%なんて危機的な数値だ。取り組み項目のコスト削減の中で、人員減を含めた組織体制の見直しというのがあるが、具体的にどういう考えか。現在は医師と看護師の問題が取り上げられているが、他の職種は167床の病床数のときとあまり変動がない。これから先、退職等で自然減というところも出てくるだろうが、それぞれの部署の必要人員をきちっと出さないと、アンバランスな状態が続くことになる。

(委員長)

目標数値の妥当性については、医師が増えるという前提だということですが、何点かお答えできるものはありますか。

(事務局)

看護師はケアホームかとうや訪問看護ステーションとの人事交流ができるが、看護師以外の職種ではそれが難しい状況だ。まずは患者を増やし、仕事量を増やすことが最優先で、人員減は最終段階だと捉えている。

(委員)

地域包括ケア病床を開設するならリハビリの職員が当然必要になるだろう。それ以外の職種はやはり検討の余地がある。医師をフリーハンドにするということなら、そのあたりの人材活用も考えられなくもないと思う。

(委員)

消防に勤務している関係で救急患者の受け入れが気になる。計画に救急受け入れ体制の充実というのがあるが、現在加東市民病院については受け入れ状況が悪くなっている。そんな中で院長から西脇市民病院などをお願いしていただき搬送はできているが、できるだけ救急を受け入れていただきたいというのがお願いだ。

(委員)

現状の数字と同じ状態が1年先2年先にも現われる可能性が高いので、この数字は見直して、院長の説明どおりに努力すれば必ず達成できる数字を入れていただきたい。数年先に数億円単位の改善なんて無理だ。市民の理解を得られるようなデータを出して市民を味方につけて経営改善を図ってほしい。

評価委員会の設定根拠は、公立病院改革ガイドラインに記載してある。給与比率は平成23年度までに52%にしろとかなり無理な数字がたくさん入っている。しかしこれは国が示したガイドラインだ。これとかなり乖離していることがわかる。医師も若い医師を集めろと書いてある。このガイドラインのQ&Aをしっかりと読んでいただきたい。加東市民病院が地域ケア病床に取り組むことは非常に評価している。院長が12月1日付けのホームページで書いておられる。ただ、これは加東市民病院だけが実施することではない。新聞によると全国の公立病院8千5百のうち1割強が既に導入をしている。国は平成26年度で7:1の病院を9万床減らす計画で、それがこの病床に回ってきているはずだ。おそらく西脇病院も導入するだろう。医師や介護士などの人員のことも考えなければならないが、いくら初年度でも7床という

のは少ない。今でも12床の亜急性期病床があるはずで、その分だけでも実施すべきだ。さらにもっと規模を拡大しないと、院長の構想が完成しない。需要はあるはずだからもっとスピードを上げてほしい。

(事務局)

7床でスタートする件だが、いきなり数多くの病床では申請ができない。厚生労働省に申請するために実績が必要であり、まず7床で実績づくりを考えている。

昔の基準では167床の許可病床だが、現在の施設基準でいうと139床になる。3階の地域支援フロアを開けるのに法律の規制があり、13床を休床して126床という数字になっている。この内の7床分を利用して、現在の人員の中で実績づくりをしようとしている。

(委員)

26年度の間人ドックは800件余りの数字になっているが、新しい計画では倍ほどの件数になっている。どういう根拠で出した数値か知りたい。訪問看護ステーションのところでも平成28年度以降の介護サービス収益が5千万円ずつという結構きれいな数値が並んでいるが、どういう根拠かを感じる。

(委員)

5億円入れるというのは市民に対して説明が要る。24年度と26年度を比べると医業収支は65%にまで落ち込んでいる。医師確保の問題に対しては従来から奔走されている中で、本当に確保できるのか疑わしい。それこそ確保できるというならどういう根拠か知りたいし、既に確保できたはずではないのかと言いたい。医師を派遣してくれそうなどころとの強い絆づくりをされたらいかかと思う。この計画は病院全体で作上げたものか、それとも事務方だけで作り上げたものか。病院全体にこの数字を見せれば、おそらく実現不可能だと言うはずだ。誰もが納得する数字にしなければ本当の経営にはならない。

(委員)

大切なことは健全化だ。現行95%の給与比率を70%にまで下げるなんて無理だ。今後収入なんて上がるわけがないし、全国的に外来患者数は減少する。それは高齢者が動けなくなるからだ。自宅ではなく施設に入所する人が増えてくるので、町の開業医にも病院にも患者は来なくなる。そんな状況で右肩上がりの収入を考えている医療機関なんてひとつもない。無理だ。入院と手術、検査に特化したほうがいい。総合的とか拠点的とかいう言葉はとっくに終わっている。総合化すれば不健全経営にな

る。それを市民によく理解してもらって機能分化の中のどの部分を加東市民病院が占めるかということだ。開業医との連携、在宅の取扱い、そこの受け入れを円滑にし連携していかなければ健全な経営ではなくなる。12億しかない収益がいつのまにか21億なんて、そんな病院は日本国中探してもない。167床の小規模の公立病院がこんな伸びを示すのは、カリスマ的医師がいればわからないでもないが絶対はない。

かつては院内処方だったから薬剤費が高くて人件費率が低かった。院外処方にしたために材料費率が下って人件費率が上がってしまった。人件費を外注にすると委託費が上がって人件費は下る。そういう手法でやっている病院もある。ここは全員公務員でやっているからこんな数字が出てしまうが、院内処方に戻すといい数字になるはずだ。健全なやり方ではないが、テクニックではある。

(委員長)

基本理念も変える必要があるのではないだろうか。使命の転換時期であろうと思う。また、コスト削減のために人事評価を使うというのはいかなるものかと思う。加東市民病院らしい発想で進めてもらいたい。計画上聞こえはいいが、計画期間の最後にまたひっくり返るようなことになるなら最初からきちんと説明する勇気を持って、それなりの数字を出そうという意見が多かったと思う。これならいけそうだという数字を再検討してください。

(事務局)

前回の計画では達成できる数字を並べすぎているという指摘があった。

(委員)

あの時は本当に数値目標が低すぎた。

(事務局)

今回背伸びしすぎたところもあるかと思う。再度見直して、現委員の皆様の任期のあるうちに再度委員会を開催したいと考える。

(委員長)

では、今回の案は持ち帰りということでよろしいですね。

これで事務局にお返しいたします。

(事務局)

次回の開催時期については5月末頃を予定したいと思います。

【閉会あいさつ】

(院長)

本日はありがとうございました。具体的なことや理想とすべきご意見をいただきました。私もどうすれば職員がその気になってついてきてくれるかを考えながらプレゼンテーションをしています。医師会長からは、医師を働かせてはいけないという言葉いただきました。私は毎月、自分で当直をし、鳥取大学から当直に来てくれている後輩医師の面倒もみななければいけないので、月平均8回くらいは病院に泊まっています。副院長にも5回くらいは泊まってもらっています。こうしないとこの病院はやっていけない状況です。それを医師会長に言うと、「私よりもずっと少ない回数じゃないか」と言われます。そう言いながら、こういう会議では「医師を働かせないように」と仰るので、真に受けると大きな間違いだということに気づきます。実際は重労働をしておられます。現場の実態をよくお聞きしたうえで、判断を誤らないように職員を引っ張っていきたいと思います。これからもよろしく願いいたします。