

会議の名称	平成27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27年5月27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（事業部長）：金岡 保 看護部長：黒崎良子</p> <p>事務局長：大橋武夫 ケアホーム事務長：藤原 優</p> <p>病院管理課課長：柳 博之 同医事課課長：藤川 憲二 ケアホーム管理課課長：簗田 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>議題、会議結果、会議の経過及び資料名</p> <p>（加東市長）挨拶 3分</p> <p>（委員長）</p> <p>前回2月の計画では現実と乖離しており、単なる計画となっていたので、実態を踏まえ、実現可能な計画にしなければいけないということで、差し戻していた内容を再度審議していただきます。</p> <p>今回改めて事務局から説明していただき、我々で審議をして中身を精査し、これで良いといえる形にしたいと思いますが、決して甘くする必要はなく、前回同様しっかり意見を言い合えるパートナーとして会を充実したものにしたいと思います。</p> <p>（管理課長）</p> <p>内容説明 20分</p> <p>（村上主査）</p> <p>内容説明 10分</p>	

(委員)

この計画を見させて頂いて、全体としては厳しい状況だと思います。案3は絶対に駄目です。たとえば案3は、医業収益12億円が、医師4人増えれば21億になる計算ですが、これはどういうわけでしょうか。これは今の10人と違う人を連れて来れば、こういうこともあるかもしれませんが、単純に医師を増やして達成することは難しいと思います。新しい計画が国から示されていますが、地域医療構想会議が、今度県であり、そのうちの10の医療圏においては、それぞれの医療圏で行うそうです。第1回目は6月10日にそのメンバーを決める会議を北播磨県民局、加東健康福祉事務所で行います。これを北播磨健康推進協議会の中で行うという意見と、外部の会で行うという意見がありました。昨日県医師会長から連絡があり、北播磨健康推進協議会の枠内で行うことになりましたが、地域特性に合わせて、北播磨は医療部会ではなく、もう一つの構想委員会を作って行います。これは私が仕切って会を行います。その中で、病院の代表の方と、市町や一般の方、社会福祉協議会等の人でやるのですが、それともう一つ別枠でワーキンググループを作り、医者中心のグループの中で、病床に関しての様々な構想を立てていく計画になる予定です。私立の病院や、県全体のマターである精神病院も入れて行います。その中で、病床について話し合います。ベッドの稼働率について、加東市民病院の許可ベッド数は167床ですが、許可ベッドによるベッドの占有ができなくなる予想があります。実際の稼働率でのベッド割合になって、今の100床程度が取り上げられてしまうかもしれません。例えば、今あるベッドが450床のうちの400床ぐらいが動いていれば良しとされるでしょうが、半分ぐらいの稼働率しかなければ、それに2割掛けぐらいで、ほかの圏域内の他の病院に割振られる可能性があります。だから、早くベッド稼働率をあげないと、構想会議の中で話題になってしまいます。それを勘案すると、第3案はベッド稼働率が、64%が121%になる予想ですが、それまでにベッドを取り上げられてしまう可能性があるのご注意願いたい。

(委員長)

取り上げられるとしたらいつごろの話でしょうか。

(委員)

2、3年かかると思います。1年目は構想会議が2回ぐらいあり、私立病院も参加します。まずどこからベッドを減らすべきかという話になると、公立病院から減らすという意見が出ると思います。その公立病院の中で、どの病院かというのと、やはりベッドの稼働率が悪いところから取り上げられることになると思いますので、安閑として、医師さえ増やせば売上げがあがるというプランであれば、現実には厳しいと思います。

人件費について疑問なのですが、給与費が約96%ですが、委託料の中に人件費とされるものは入っていますか。全て人件費になっていますか。この表で、P13の平成26年度のケアホームかとうの人件費1億4千388万4千円の下にアルバイト等賃金

の5千万円があり、合わせて人件費が約1億9千万円になります。収入が2億3千万円で、総人件費というのはもっと高くなるのではないですか。委託料の中に、外注の人が物品などとしては入っていませんか。入っていれば、もっと給与費は高くなる。

外注の費用は、検査等の費用ですか。

(事務局長)

給食や清掃等の業務委託です。

(委員)

事務の受付等をさらに外注にするのであれば委託料になります。

平成20年度に公立病院に係るガイドラインが出ました。それで公立病院は合併等いろいろなことをしていましたが、今回新しく出るガイドラインでは、人件費率の目標は出ていますか。それが達成できなければ、経営形態を変えなければいけないといった指導は出ていますか。人件費率について言及されていますか。

今一番ターゲットになっているのは、加東市民病院クラスの病院です。公立病院として、今の時代に地域から求められていることに応えられているかが問題です。希望の数字だけでなく、様々なことを考えて健全化する必要があります。経営形態を変えるということは、公務員の身分についてのことです。それによる人件費率をどのようにするかという話だと思います。

医者的人数だけに依存している表記がありますが、医業収益率を上げるためには、収入が増えるだけでなく利益をあげる必要があります。医者を増やしてオーダーさえ取れば良いわけではないのです。利益と収益は別です。医者を増やせば、余計に経費が増える可能性もあります。医者と他の職種を分けて考えるという一文がありましたが、それはなぜでしょうか。経営者は市長であるわけだから、院長も含めて、管理職も給与所得者になります。

P17の人事評価についてですが、「医師の評価とそれ以外の職員評価とを分けるなど、それぞれの職種に合った制度の構築と運用を進め、日常業務の評価を適正に行うことができる」とあるが、これは医師にとって厳しい内容です。

(事務局長)

この人事評価の導入という部分ですが、地方公務員に関しては全ての職員に導入されます。公立病院も職員は公務員になるので、地方公務員法に則ってこの制度を導入しなければいけない。医者も看護師も医療技術部も同じスケールで評価することはできないので、医者と看護師と医療技術部を分けて評価するということを表記しています。

(委員)

なぜ分けなければいけないのでしょうか。

(委員長)

職種によって仕事が変わるので、評価項目が異なります。医者には医者に合う人事評

価を、他の職種にはその職種に合う評価をしているのではないですか。

(委員)

深さが足りないように思います。医者も看護師も一体となってチームでやらなければいけない仕事があります。医師には、医師にしかできない仕事に集中させる必要があります。他の職種としっかりと連携し、医師に多くのオーダーを出させる方が、経営効率は良くなります。

(委員長)

委員が言われるような制度にしようとしているのではないのでしょうか。医者は医者らしい仕事をすれば評価が高くなり、レントゲンの人がレントゲンの仕事をすれば評価が高くなる。委員が言われているような方向性で進めていくのではないのでしょうか。

(委員)

医者が多く患者を診れば給料が良いとか、よく当直すれば給料が良いという評価ですか。医者の評価は難しいものです。

(委員長)

大学では、仕事をした量が一つの評価になりますが、それ以外に、委員が言われた、チームと一緒に仕事をしたという項目も評価になります。

(委員)

医者に対する評価は誰がするのですか

(事業部長)

医者に関してはお互いの評価です。看護部等に関しては、ラダー委員会等で看護部の目標を立てて、それに向かって教育をしている一環の中で、到達できたかをお互いに評価する点と、上司からの評価で、縦と横からの評価をしています。サラリーマンのように業績によって上司が評価する方法とは異なるものです。病院の運営方針に積極的に協力する姿勢で働いたかどうかで評価しています。

具体的に言えば、管理者の会議に何回出席したか、欠席したかで病院に対して協力的か非協力的かの評価をします。医師に関して細かいことは別枠で考えています。その他の職種に関しては、1年間の目標を立て、目標に対して進めたかどうかという評価なので、別にしています。これが、国家公務員の人事考課制度を地方公務員に割り当てたときの形です。

(委員)

収益に寄与するものでないといけないのではないですか。会議にたくさん参加していても収益になりません。医者の評価は一般の公務員評価とは全く別の世界です。人事評価について、売上げで評価するものなので、収益と連動していなければ、収益事業の評価にはなりません。

(委員長)

仕事に対する目標を立て、そこに近づく努力をする。その集合体がうまくいけば収益があがる。そのような前提になっていると思われまます。

(委員)

これは意見ですが、全てを一からするのではなく、不必要なことは飛ばして、その分を次のことに使えば収益につながるはずです。

(委員長)

地方公務員法の改正があって、法律に則って評価しなければいけないので、収益によって評価は厳しいと思います。

(委員)

職員の勤務態度が、収益に寄与しているというところで、評価を出す視点が必要です。

(委員長)

ダイレクトに収益に結びついたという形ではありませんが、間接的に結びつく形になっています。

(委員)

仕事をきっちりしたら収益があがるという前提ですか。

(委員長)

委員の話の中で、質問がいくつかあるので事務局から回答してもらいます。

ベッドの稼働数について、先ほど深刻な問題だご指摘がありましたが、この計画の中で、何か対応策はないですか。医者的人数というのが、今回4人増やすことが肝になっているわけですが、見込みや具体的なアクション、今までとは違うことを行う計画はありますか。人件費について、業務委託で下がるようなものではないですか。この3点について確認させてください。

(事務局長)

まず委託料の話ですが、何でもかんでもとは考えていません。委託すべきものは委託する形で整理していきます。ただ、委託をするにしてもコンサルに意見を聞きながら、できるだけこちらに有利な形で、委託内容も見直しを行います。

医師の確保については、今まで民間の人材バンクや兵庫県の医師会のドクターバンク等が利用できていなかったもので、26年度には、10社程度の民間人材バンクに登録することや医師会にお願いにあがることで、医師確保の間口を広げました。その中で1件は面接まで結びついたという実績があります。

(委員)

まず、民間の業者についてはよく調査されて、信頼のある業者と契約しなければ非常に危険です。もうひとつは、医者を増やすことについて、50人から60人に増やすことは可能ですが、10人を14人にすることは非常に困難です。医者が何を求めてくるのかを考え、努力の必要があります。

(事業部長)

ベッドの稼働率、入院患者数に関して、委員にお伺いしたいのですが、厚生労働省は、施策として、入院患者を増やす方向で考えていますか。国が、今までどおり入院した患者の単価について支払うつもりがあるのかを考えたときに、方向性としては入院患者数を減らすことが国の施策であると考えています。それなのに入院患者数を増やすことは時代に逆行しており、増やしても収益が上がらないこととなります。入院患者数が減っていくことが望ましいとすれば、それに見合った計画を立てなければいけません。入院患者数を減らすのであれば、その数に見合った規模にしなければいけないのが標準的なやり方ではないでしょうか。医師会の理事会で、医師会長からいつもお話を伺っているので、患者数を増やすことが逆に減収になることを理解したうえで、計画を立てています。

(委員)

政府は病院のベッド数を減らそうとしているのではなく、高齢者の入院医療費を減らそうとしています。特に急性期、超急性期病床を持っているところを減らしたいと考えています。いわゆるワイングラス型をヤクルト型にしたいわけです。ここの病院が今から目指すべきことは、ワイングラスの上の部分の超急性期で高齢者がいるところを減らすことです。そのためにDPCを使い、入院の日数を減らしてヤクルト型にすべきです。急性期型の1日あたり5万円もつくようなところを早く卒業して、1日あたり2万5千円から3万円ぐらいのところ、地域に貢献しながら稼働率を増やすべきだと思います。そのためには、超急性期病院である北播磨・西脇や無床診療所と連携していく必要があります。国はベッド数を減らしたいわけではなくて、入院患者の保険給付を減らしたいわけです。それで急性期を少なくし、亜急性期、慢性期については介護保険に振り分けたり在宅にしたりして、高齢者に対する医療費抑制を考えています。そこをうまく解釈して、ベッド稼働率を上げられたら良いと思います。

(委員長)

入院患者の中身、つまりどのような人が入院しているかの比重が大事ということで、人数だけではないということですね。

(委員)

国は入院医療費を抑えたいだけで、ベッド数を減らしたいという思いは、急性期についてです。亜急性期、慢性期を介護保険の財源でやってくれたら更にうれしいと考えています。ここでもベッドが動いていない部分があれば、半分を介護施設にしていれば、医師数も看護師数も少なくても済み、人件費率が下がって経営は安定するかもしれません。国はそれを狙っているのです。

(事業部長)

その考えを聞き、後期高齢者や加東市在住の高齢者を受け入れるような病院に方針転

換していくなかで、委員が仰っているように半分介護施設にしても良いと考えています。ケアホームかとうが隣接しており、そこと連動した病院という形で、公立病院というよりは、加東市の病院事業部として将来的に福祉施設と連動した病院にしていきます。最期はこの病院で受け、訪問看護師が開業医と連携するという病院にしていく方針に変わりはありませんが、今の10人の医師を14人に増やすという構想について、全員が代わればとお話されていましたが、今の10人の医師で、その病院にこのまま移行していけるかということは、たいへん厳しい話です。今議論されていることは、10人の医師を14人に増やせるかということですが、私が一番心配していることは、10人の医師が4人減って6人になったときに、この病院が維持できるかということについて心配しています。市議会の条例改正で公務員として長く働ける、あるいは標準以上の仕事に対しては手当てを出すことで、今いる10人が6人にならないようにするにはどうすれば良いかを考えてやっています。14人に増やす努力としては、加東市の施策として、最初の面接から市長に出席していただき、医師に対して、病院の方針を説明し、支援して欲しいという面接に切り替えています。ヤクルト型の病院で働く医師を求めていることを直接説明して進めています。

(委員)

適切なベッド数について、公立の加東市民病院がいくら病床を持てばよいのかわかりませんが、稼働病床数はもともと200床から167床になり、今は126床になっています。そのなかで、稼働率が50数%になっている状況で、急性期病院にはせず、外来入院診療や在宅療養を重視した地域医療連携を構築していくという方針は金岡院長からお聞きしていますが、医師の必要数は果たしてどれほどでしょうか。126床全てを稼働させようとする時、14名の医師は本当にいるのでしょうか。

秋口に許可が下りると言われていた地域包括ケア病床が、診療報酬の今回の目玉ですよ。現在7床ほど稼働していると聞いていますが、もう少しこの稼働を積極的に行えば、医師の人数配置は急性期に比べれば必要ないと思うので、業務の割振りや分担を病院で考える必要があります。病院の方向性と、それによって医師の必要数を明確に出す必要があると思います。

(委員長)

病院の検討会なので、病院の収支の計画になってしまいますが、金岡院長の考えておられる全体の構想で言うと、指数はどのくらいでしょうか。

(委員)

訪問看護ステーションやケアホームかとうとの連携という話がありましたが、在宅医療を中心の体制づくりはできつつあるように思います。その中で、地域の高齢化が進んでいることは事実ですし、そのような病床を必要とされる患者はたくさんいると思うので、そこにもっと力を入れていけば、医師の業務量の比重は急性期に比べればずいぶん

少なくなるように思います。そのことも考えると、地域包括ケア病床の病床数は増えていくのではないのでしょうか。

(委員)

医師とベッド数は関係ありません。看護師数とベッド数については規定されていますが、医師数が、14人から10人になったとしても、ベッド数を減らさなければいけないという法律はありません。

(事業部長)

結論から申し上げますと、医師は14人必要です。理由としては委員が言われている、医者を増やすのが難しい、ターゲットになってしまうこの規模の公立病院では、医師が14人いれば全てうまくいくからです。

現在の看護部の状況は、見かけの上では入院患者が少なく、本当に忙しいのかと言われる中で、認知症の患者等が増えたために、一人当たりに手間がかかるので、昔に比べると非常に負担が大きくなっています。入院患者のうち認知症患者が一日6人いると勤務が回らない状況です。その中で、看護部は頑張ってくれていますが、今日現在、入院患者80人ぐらいで、今の看護師数ではてんでこまいになっています。地域包括ケア病床を秋から立ち上げて、そちらに患者を入れると、看護師の手がかからない人が増えてくるかもしれないので、今よりも収益をあげることができる状況になります。

しかし、14人必要なのは、経営健全化委員会や産業厚生常任委員会等で、売り上げのことや、方向性について問われるので、今より4億円以上収益をあげなければ進まないからです。そのために、医師一人年間1億2千万円の収益を上げると仮定すると、あと2、3人増やさなければ、職員が安心して働けません。医師が10人で何とかやりくりしていても、議会で納得していただくことができません。

もう一つ、委員のご指摘で思ったことは、必ずしも医師が指示を書いて、看護師が地域包括ケア病床に張りつかなくても、医療技術部や他の職種と連携してできることを協力することで、業務の見直しをしていけば十分改善していくと思います。

ただ、ご質問の医師が何人いるのかということに関しては、あと4億円収益をあげなければいけないので、医師が14人必要です。現実的な問題と議会で納得していただくためと両方の意味で必要です。

(委員長)

いくらコンパクトな病院でも、ある一定以上の人数が減ると全体がぐらつくので、デッドラインも重要です。

(委員)

確かに、医師は、フリーハンドにと言われていますが、診察、検査、治療については医師の行為なので、他の職種では行えません。しかし、それに纏わるチーム的なことは整理していくことができると思います。診察の件数を増やさなければ患者数は増えない

と思います。

(委員)

市民の目線からすると、加東市民病院は必要であるとの意見があります。私も何件か聞いております。本当に頼りにされる市民病院にするには、顔が見えるだけではいけないのではないかと思います。高齢者になってくると、内科も見て欲しい、眼科も、泌尿器も見て欲しいといった複数の治療をして頂けるのが病院ではないかという意見をよく聞いています。1日に複数の診療科を回れば、1日で治療が済むという感じで、頼りにされる病院になって欲しいです。

(委員長)

医師数が14人というところが、最低必要になってくるでしょうね。

(委員)

何人かの医師が必要だと思います。

(事業部長)

総合という名のつく大きな病院ができて、そこに開業医の先生が紹介した時に、患者さんたちは、いろんな診療科があるので、大きな総合病院をかかりつけ病院にして、元の開業医のところに戻らないことがあります。病院に総合という名前がついて、デパートのように診療科がたくさんあると、そこにしか行かなくなるので、地元の医療施設を利用しなくなります。そのような状況で、委員が市民病院にあらゆる全ての高齢者に対応できる診療科を作ったほうが好ましいと言われていましたが、度を越すと同じことになります。

現在、西脇病院と非常に良い連携を取っていて、人間ドック担当の内視鏡の医師は西脇病院から副院長・内科部長が来て来てくれています。こちらが対応できない案件には西脇病院にお願いしています。救急に関し、内科医のいない日には、最初から西脇病院に救急車が行くように連携を取っています。こちらで4分の1ぐらい分担し、4分の3は西脇病院と連携を取っている形です。相談してもらえば、西脇病院が引受けてくれる、あるいは先方から医師が来てくれます。本当の意味での連携を広げていくことで、患者を独占しない形です。開業医の先生からの紹介を、総合だからということで、ここで取り上げるような総合病院にしないための信頼という意味では、西脇病院との強い連携がこれから重要になってくると思います。

(委員)

北播磨総合医療センターは医師の紹介がないと診てもらえないという話ですが、本当でしょうか。

(委員)

昔の医療レベルの低い時代では、総合や、オラが病院ということでエリアを限定できていましたが、今は医療レベルが高くなっています。反対に言うと、訴訟リスクが高く

なっています。医療レベルを維持するためには、大病院がないといけないのですが、大病院は風邪などの軽度の患者には来て欲しくないのです。特化、機能分化できないわけです。大病院は高度な医療だけをやりたいので、それ以外のことは次の規模の病院や開業医でやって欲しい。医療分化が進むのは、医療の高度化と訴訟リスクが高くなったためです。全部をやって欲しいというのは、気持ちはわかりますが、それを加東市民病院に求めるのは気の毒です。市民病院も医師会も、住民の方に理解してもらうことが必要です。

(委員)

加東市民病院に言えば、他の病院に紹介してもらえ体制が整っているという安心が必要ですよ。

(事業部長)

最期は必ず引き受ける病院を目指します。

(委員)

総合病院は2週間しか入院させてくれないし、加東市民病院に帰ってきてお見舞の方も近くで行けるといった機能分化ですね。

(委員)

この前から言われているように紹介率33%のところも、しっかりした目標を立てて、地域と医療の関連を考えていかなければいけない。

(委員)

医師の確保の目処があるから書かれていると思いますが、理想の案3の手術件数は厳しいのではないのでしょうか。

話は変わりますが、私も特養に行って診療しており、救急車に乗って他の病院に行くと、加東市民病院のレベルは恥ずかしくないと感じられます。高齢者の扱いが雑な病院もあり、加東市民病院は優れていると思いますので、院長の考えどおり進めて欲しいです。

(委員)

資料の確認をさせてもらいたいのですが、案3は理想として書かれていて、案1は現状の引き伸ばしで、案2がその中間段階ですね。それを見ると、加東市民病院のあるべき姿がわかるということも一つですが、現時点でケアホームかとうと一体経営をしているが、29年から地方公営企業法で全部適用にするという計画を立てられています。全適とは管理者になることで、市長は管理者ではなくなるので、管理者はこの病院の経営管理、マネジメントを一番に考えることになります。したがって、全適によって経営概要が改善すると見込まれる、それが本来の目的です。独立採算でプラスになるように、お金が足りなくて困るという状況から脱却していこうということですが、この計画では、ケアホームの管理者と病院の管理者は一緒になるのですか。一体経営の管理者なの

で、一緒になるとと思いますが、P18の表の中にはその考え方は入っていますか。

現状はどちらも市長ですが、全適用になるとそれぞれに管理者をおくことになります。この計画では、管理者を一人にされるとと思いますが、病院とケアホームを足してプラスになる経営管理をする、マネジメントをするという発想です。そこで経営管理による利益の効果が出ると思いますが、この29年以降の経営健全化の数字の中に入っているのですか。

(事務局長)

この計画に関しては特別会計と公営企業会計とを分けていますが、この27年度にケアホームかとうを公営企業化して、会計上も一体化しようとしています。その際にもう一度見直そうと考えています。

(委員)

現時点では特別会計のままなのですね。確認したいことは、29年度からケアホームの管理者はなくなり、病院の管理者とケアホームの管理者は一人になるのかということです。加東市民病院として望ましい病院という考え方と、経営効率を考えるという考え方は微妙に違いますから、経営効率、経営管理という点が前面に出てくるのが全適用だと思います。それは必ず成果を挙げると思うし、望ましい方向だと思います。それを29年からやるということですから、この計画はもっと良くなるということですね。

(委員)

ケアホームと一体化するわけだから、病院の要素をもっと介護保険側に適用した方が、経営が安定します。人数も少なくて済みます。経営統合みたいなものです。

医療法上のことで質問ですが、今開設者は市長で、管理者は院長ですね。今後は、法律でいくと、開設者は管理者になるのですか。

(事務局長)

現時点のことを言いますと、一部適用の公営企業なので、病院の開設者は市長です。管理者としての位置付けはありません

(委員)

医療法上、病院は医者しか開設できません。ただし、公立病院に限っては、市長や県知事が開設者になれます。管理者は院長になるのですね。普通の病院は開設者と管理者は同じ人になるのですが、公立病院のみ、開設者と管理者が分けられて、医療法上は、市長が管理者になるのですね。今後ケアホームも一緒になると、管理者と開設者は同じ人になるのですね。例えば加西市民病院は開設者も管理者も山邊先生です。それは市から独立して経営していても、市役所からお金をもらえるのですか。

全部適用になる中で、院長が全部やるのか、市長が開設者をやっていくのでしょうか。

(事務局長)

全部適用になる際は、市長が開設者で管理者を院長という形で整理しようと考えてい

ます。

(委員)

どこの公立病院も開設者は市長で管理者は院長です。加西市民病院の山邊先生のところは違っていたように思います。

(事務局長)

確認しておきます。

(委員)

完全な介護保険と医療保険が合併した団体ができます。そうすれば院長がやりやすい形になります。もちろん市長もお金を出すので権限がありますが。

(委員)

もっと企業会計のやり方を取り入れて、マネジメントを前面に出して経営改善をやるうというので、このようなやり方になってきているのではないですか。

(委員)

県立病院も大学病院も今、独立行政法人会計にして責任の所在を明らかにしようとしています。

(委員長)

ということは基本計画のP 2 1の下に全部適用の話がでていますが、そこに書き足す必要があるのかと思います。一番下の赤字で、「平成29年度から地方公営企業法の全部を適用するように取り組みます。そして、一体となって経営改善を進めます。」

(事務局長)

そういう表現にはなっていませんが、P 2 2に、「平成29年度から地方公営企業法の全部を適用するように取り組みます。経営形態変更後においては、必要に応じて収支計画等を修正します。」と書いています。

(委員長)

なるほど。そこに含まれているのですね。全部適用になった後の修正をする可能性を匂わせているのですね。

(事業部長)

委員の質問の趣旨ですが、単に表現の仕方をどうするのか、ということではなく、もし一緒にすることで大きくやり方を変えるかということであれば、医師会長にお聞きしたいのですが、管理者が一人のときに何を大きく変えられるのでしょうか。29年になって全部適用が始まってからいろいろ変えていくのでは遅いと思うので、2年前の今から何を变えていけるのでしょうか。職員の意識改革なのか、大きく変えるとアナウンスすることに効果があるのか。

(委員)

今、ワイングラス型からヤクルト型にするときに、病院の半分のベッドを介護保険の

病院にする。つまり療養型病床を介護保険施設にするという申請のある病院があります。200床あるうちの100床を介護保険財源にまかせる介護保険施設にするそうです。それと一緒に、ケアホームかとうと合併するときにベッド稼働率が50%しかないのであれば、そのうちの30%ぐらいは介護保険財源の介護保険施設にすればよいと思います。1ベッド当たりの面積を減らさなければいけないですが、介護士のみでよくなります。そうすれば人件費効率がすごく高くなります。余った病床を介護保険の財源の介護保険施設にして、ケアホームかとうの病床を拡大し、病院は急性期を受け入れ、その次の療養型もあります。そうすれば多機能型の病院になり時代に合わせた変化ができる生き残りのできるスタイルになるかもしれません。

(事業部長)

今は別々の組織ですが、一つの組織として捉えると、空間やベッドを一つと考えて、組み替えることができるのですね。

(委員)

介護保険財源の中で活用できるようになるかもしれません。

(委員長)

院長からの質問は今から何ができるのか、ということだと思うのですが、一般論として、全く異なる事業が一緒になってうまくいくようにするには、今は我々しか知らない環境と状況を院内に知らせなければいけません。新しくできる組織の概況がある程度固まれば、それをアナウンスする必要があるのではないのでしょうか。突然合併して、こんなはずじゃなかったという風にもめてはいけません。29年からスタートするのであれば、移行プランを作らなければいけないと思います。

(委員)

最初から下調べをする必要があります。先ほどの私の話が、同じ建物の中にできるのか。

(委員長)

院内の部分と、何故そうしなければいけないかということと、委員が言われていた具体的な部分で、この2年でプランを作り、アナウンスする必要があります。

(事業部長)

もう一つ私が聞いたかったことは、一部適用で、病院とケアホームかとう別々で動いており、地方公務員として条例の範囲内で方針を考え、条例に抵触することができない中で、医師の意識改革をするために、公務員の定年延長や手当の二つの条例を提案させていただきました。現状は、ひとつひとつ条例を提出していかないとこなせないことが、全適になったときにそのままできるという可能性はありますか。

逆に、今は条例や地方公務員法で守られていることが、保護がなくなり、それぞれの職員が十分に運営を考えなければいけなくなります。今が、その時期の2年前だとする

と、各部署の業務内容を真剣に見直してもらわないと、地方公務員法に守られないという状況になりうるのでしょうか。

(委員)

この地域の公務員の人たちが、現状をよく見て、よく練る必要があります。現状のこの建物のままでは、私の言ったことも通らない可能性があります。あと2年しかありませんが、よくよく研究して計画を立てなければいけません。

(委員)

私が問題提起しているのは、今の人事の問題、管理者の問題、あとのマネジメントの問題も考えていくとなると、すぐにはできませんし、決めていかなければいけないことがたくさんあります。これといった正解はありませんが、現時点の考えでは、一体経営をするということで、介護保険のケアホームと医療保険の病院を一緒に会計でやるという風に考えられていると思いますが、トップは一人で良いということになります。一人のトップが医療と介護をみるのかということを確認したかった。2年先のことなので、デザインをすることがたくさんあると思います。

(委員)

救急受入体制の維持についてお聞きしたいと思います。加東市民病院は加東市唯一の救急告示病院ですが、調べさせていただいた中で、加東市民病院への搬送率は平成27年の4月までで、14%です。院長先生から西脇市民病院へお願いしていただき、西脇市民病院にはある程度の救急患者を受け入れていただいています。皆さんもご存知のとおり、今は高齢者の救急搬送が多い状況です。その中で、西脇に搬送ということになりましたら、加東市民病院に搬送してもらいたいという意見を多く聞きます。本当は経営健全化ということで、経営のこともわかるのですが、市民の立場に立った救急の受入れを計画の中に入れていただければと思います。

今、医師が少ないということで救急の受入れができないことは聞いています。医師が14名になった時、救急の受入れは良くなっていくのか、今の状態のままなのか、お聞きしたいと思います。

(事業部長)

必ず救急はその日のその瞬間に、自分のところの市民病院に運ばなければいけないのでしょうか。あるいは西脇病院、大山病院、特に大山病院は必ず受けてくれますので、その日はそこで対応してもらって、翌日に紹介してもらい、転院することで、その後の見舞いや付き添いは地元の病院でできるという形で良いのでしょうか。消防の立場から言うと、その日のうちに必ず受けてくれという希望があると思いますが、我々としては、当直の医師が専門医であるところに搬送していただき、次の日に引き受けるという形で良いと考えているのですが、それでは駄目なのでしょうか。

(委員)

救急も、内科の当直の病院に外科の患者を搬送することはありません。当直体制を敷いていただいているので、当直の病院に搬送しているのですが、内科系というのは救急件数が多く、患者の中には、加東市民病院を希望されることがあります。加東市民病院にどの程度の当直日数があるかを把握していないのですが、他の病院に比べると、科目が少ない現状では、市民病院の医師数で科目を増やしていただくことは無理だと思うのですが、医師が14名になった場合、科目が増えれば、やはり病院に搬送できる可能性も高くなると思います。

(事業部長)

可能性は変わらないと思います。翌日になれば専門の医師が引き受けるという状況で、救急の意味では、医師が4人増えたとしても、14%の割合が増える形にはならないと思います。医師会長がいつも言われているのですが、自分の専門領域で、受けられるものは受け、受けられないものは診ることのできるのところに行ってもらおうということです。取決めがということではなく、自分が受けられるときは受け、専門の医師が次の日に必ず受けるという形でやっていますし、職員にも指導しています。

(委員)

それはわかります。ただ、加西市民病院を考えてみますと、加西市民病院の受入れは、平成27年4月までに57%あります。加西病院の当直を内科、整形、外科、全ての医師が当直しているわけではないですよ。今日内科であれば明日は外科。明日が外科であれば、その次は整形という形で当直をされていると思いますが、それでも57%の搬送率です。

(委員)

加西市民病院の医師の数は何人ですか。40人から50人くらいいるのではないですか。北播磨は120人いる。加東市民病院は10人です。今の医療レベルと訴訟リスクからすれば、専門以外の患者を受けると、裁判の可能性等いろいろあります。私は総合医で、有床診療所なので、受入れて駄目であれば、他のところに出すことができます。しかし、病院であれば、自分が専門じゃないから他の病院に送るということは厳しいと思います。10人と40人と120人の病院が、同じように救急車の受入れを求めることは酷だと思います。重症患者が一人きていけば、他は受入れられないですし。

(委員)

内科の当直に外科の患者を押しつけるようなことはしません。例えば、一月の内科当直の数が、他の病院に比べてすごく数が少ないですよ。医師の数が少ないので、当直数も少ない。その中で、14名の医師になって4名増えた場合、当直内科が月に1回だったものが、月に2回や3回になるということは考えられるのでしょうか。

(委員長)

4名のうちどういう科の人が来るのかわかりませんが、P7を見ると、眼科とかそう

いった科の人が来るのではないのでしょうか。

(事業部長)

今募集しているのは、パンフレットどおりに言うと、円熟した高齢者を人として診られる医師、つまり医師会長みたいな人を求めています。例えば医師会長が来られたとして、内科の当直を多くさせて、かつ救急も受けるとなると、そこで疲弊してしまい、昼間の診療ができなくなる可能性があります。救急をやるため、急性期の病院として生まれ変わるために内科の医師を呼んだので、加東消防に対し、救急をどんどん入れてくださいという話なら成り立ちますが、円熟した後期高齢者を人として診られる総合内科医に来て下さいということなので、求める医師が違います。

(委員)

加東市民病院が駄目なら加西に行く、西脇に行く、電話をかけてすぐ選べるならそちらのほうが患者は幸せですね。

(委員)

地域の人たちや救急車の人たちは悔しいと思う気持ちはわかります。

(委員)

マイナスイメージになると困りますが、患者もある程度理解を示していただき、少し遠いところまで行かなければいけないのではないのでしょうか。本来自分が医者を選びますが、救急の場合は選ぶ状況ではないので、消防が選んでくれます。そうすると、近くが良いという判断になりますが、専門医のところにいける方が良いと思います。

(委員)

救急の立場が辛いことはわかります。遠くへ搬送した場合、帰りのことも考えなければいけません。

(委員)

高齢者で一人暮らしの方もいます。病院は患者に対して、迎えの有無について聞かれます。西脇ぐらいでしたら近くで良いのですが、遠い病院に運んだときにどうすれば良いのでしょうか。もう一つ、今の加東消防にしましても、泊まりの職員が少ない中で、1件の救急に関して、出動から帰所までの時間がすごく長くなっています。1台救急車が出て、救急車に3人乗っていけば、5人しか残りません。救急に2台出せば、一人か二人しか残りません。

(委員)

加東消防が出動できない場合に西脇から迎えにきてくれるような、管内の消防の連携はないのですか。

(委員)

もちろんあります。ただ、加東からだとも5分で来られる救急車が、西脇から来れば15分かかります。加西から来れば20分かかります。

(委員)

今人数が足りない状況なので、西脇から来てもらうしかないのではないのでしょうか。

(委員)

できるだけ、救急出動から帰所までの時間を短縮できれば、すぐに行けるようになります。

(委員)

市民の目線と、消防の目線と、病院の目線はそれぞれ違います。市民がそのことを理解できるようなPRや啓発活動をしていかなければいけません。みんな近くで診て欲しいし、早く来て欲しいと考えていますが、事情があるので、そこはPRしていくしかないと思います。

(委員)

救急告示病院について聞かせてください。

(委員)

看板を降ろすしかないかもしれません。

(事業部長)

救急指定病院と救急告示病院は指定する政府の機関が違うので、救急告示病院の指定は県からもらっています。その看板を降ろす理由として、何があるのですか。

(委員)

救急という名がつけば、救急の受入をするはずという市民の期待感があります。看板を降ろせば加東市民病院は救急じゃないという言い訳の一つになります。

(事業部長)

救急告示病院について、病院の状況を市民に伝えるため、救急の看板をはずすのも一つの考えではありますが、市民等の救急に対応していくための費用が国からの交付税として算定されています。

(委員)

市民は救急を診てもらえるという安心感がすごくあります。この病院の存在意義の一つに、救急で診てもらえるということがあり、安心感があります。やはりこの病院は残って欲しいという希望はすごく強いです。地域住民から聞くところによると、夜間をとにかく診て欲しいとは言わないが、昼間の平日は極力受けて欲しいということを聞いていますので、お願いしたいと思います。

(委員長)

今日の議論で言いますと、全適をきっかけにマネジメントやシステムが変わるので、それを付帯事項にして、今回14名は必要ということで、案2でいかがでしょうか。理想は厳しいので、14名の案2を基本計画の資料として、基本計画の中にも全部適用のときの書き込みをもう少ししていただいて、P21の「経営形態変更の必要性は高く、

平成29年度から地方公営企業法の全部を適用するように取り組みます。」という部分と、P22の上部、「経営形態変更後においては、必要に応じて収支計画等を修正します。」のところにもう少し加えて、「いろんなシステムを、これからまたそれに向けて検討していく予定です。」といったことを入れていただいて、案2でいかがでしょうか。

そういった今後の修正については、委員長や事務局にお任せいただいて、これで決するということにしたいと思います。

【閉会あいさつ】

(事業部長)

お忙しい中、本日はご協議いただきありがとうございました。私が望んでいることは、このまちの医療と介護を、一番良い形で実現していくということです。制度や法律をはじめ、いろいろな制約があります。先ほどの救急の問題にしても、24時間365日医師たちで診て、最期まで病院や在宅で診てあげる仕組みをつくり実現していきたいと考えています。そのために管理者になるということであれば、条例改正等をお願いしたいのが本音です。このまちの一番良い形の医療と介護を目指します。今後ともご指導のほどお願いします。本日はありがとうございました。