

平成29年度 第1回 西宮市病院事業経営審議会 議事録

開催日時：平成29年7月12日 午後7時から午後9時まで

開催場所：西宮市立中央病院 講義室

出席者

委員：土岐 会長、難波 副会長

大江 委員、大野 委員、谷田 委員（50音順）

病院：南都 病院事業管理者、根津 院長、池田 副院長、出口 事務局長

瀧内 院長補佐、岡 院長補佐、栗本 医療技術部長、小川 内科主任部長（統括）、

橋本 薬剤部長、佐久間 看護部長、大西 事務局参与、名田 管理部長、

田中 総務課長、田口 医事課長、宮島 病院改革担当部長、南野 施設整備課長、

事務局：経営企画課（出口係長、衛守係長、田代係長、宇都副主査）

傍聴の可否：可（傍聴者なし）

次第（議事）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">（1）本日の議事運営について（2）平成29年度の審議スケジュールについて（3）前回の審議会以後の経過報告（4）平成28年度の業務実績の評価について（5）平成29年度の経営状況（4月～5月）について |
|--|

（事務局）

定刻となりましたので、ただ今から「平成29年度 第1回 西宮市病院事業経営審議会」を開催いたします。

西宮市病院事業管理者の南都伸介から、病院を代表してご挨拶申し上げます。

（事業管理者）

<挨拶>

（事務局）

それでは、以降の進行につきましては、土岐会長、よろしくお願いいたします。

（会長）

今年で2年目となります当審議会の会長を務めます大阪大学の土岐でございます。

南都先生、根津先生はじめ、病院の方々には大変厳しい状況の中で経営努力をされており、審議会としても病院に貢献できるよう意見を述べさせていただきたいと思っております。

今年度もよろしくお願いいたします。

まず、議事に入る前に、本日の審議会につきまして、傍聴者の確認をいたします。
事務局にお聞きしますが、傍聴を希望される方はいらっしゃいますか。

(事務局)

傍聴希望者は、いらっしゃいません。

議題1 本日の議事運営について

(会長)

では、議事を進めさせていただきます。議事の1番目、「本日の議事運営について」確認
します。本日の次第をご覧ください。本日の議事運営については、お手元の次第どおり進
めることとしてよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

ありがとうございます。では、次第によりまして議事を進行いたします。

議題2 平成29年度の審議スケジュールについて

(会長)

続いて議事の2番目、「平成29年度の審議スケジュールについて」に移ります。
事務局からの説明を求めます。

(事務局)

【資料1により説明】

(会長)

事務局からの説明について、ご質問等はございますか。

= なしの声 =

それでは、ただ今説明のあったスケジュールを基本とし、運営していきたいと思えます。

議題3 前回の審議会以後の経過報告

(会長)

続いて議事の3番目、「前回の審議会以後の経過報告」に移ります。
病院からの報告を求めます。

(病院)

前回、2月に開催しました審議会以後の経過報告としまして、資料はございませんが、2点、ご報告させていただきます。

まず、1点目は、初診時選定療養費、いわゆる紹介状を持参せずに病院を受診する患者様から徴収する料金の増額についてです。

このことにつきましては、28年度の審議会におきましても、診療所との役割分担を図る観点から、初診時選定療養費を引き上げるべきであるのご提言をいただいております。

その後、院内でも協議を重ねまして、今年3月、現行の1,080円を2,600円に増額する条例改正を行い、7月から料金を増額しております。

次に、2点目は、県立西宮病院との統合に向けた取組状況についてです。今年、3月29日に、「兵庫県立西宮病院と西宮市立中央病院のあり方検討委員会」から兵庫県知事及び西宮市長に対して、「両病院を統合し、新用地に新病院を整備することが最も望ましい」とする検討報告書が提出されました。

お手元に報告書の写しをお配りしております。なお、報告書の内容につきましては、2月に開催しました審議会において報告した当時の報告書(案)の内容とほぼ同じですので、説明は省略させていただきます。

この報告書を受けまして、現在、県と市におきましては、報告書で「留意事項」とされた各種の検討課題について、事務レベルの協議を開始したところです。今後、状況に動きがございましたら、委員の皆様にもご報告してまいりますので、よろしくお願いいたします。

(会長)

前回の審議会以後の経過報告として、2点ご報告いただきました。

病院統合の検討委員会の報告書については、色んなところで資料が出ているため、ご存知の方も多いと思います。

もう一方の初診時選定療養費については、7月から1,080円を2,600円に値上げしたということですが、何か混乱などは起きていませんか。

(病院)

現時点では、電話での問い合わせが1件あっただけで、患者様から苦情を頂くようなこ

とはありません。

(委員)

2,600 円は安くありませんか。

(会長)

大阪大学医学部附属病院では 5,000 円です。

(委員)

兵庫医科大学病院も 5,000 円ですよ。

(会長)

初診時選定療養費の設定金額が、近隣の医療機関と比べて安いということがありますか。

(病院)

兵庫医科大学病院などは 500 床以上の病院ですので、5,000 円以上に設定することが定められています。当院の設定金額は、県立西宮病院や市立伊丹病院と同額となっています。

議題 4 平成 28 年度の業務実績の評価について

(会長)

続きまして、議事の 4 番目、「平成 28 年度の業務実績の評価について」に移ります。
病院からの報告を求めます。

(病院)

【資料 2・資料 3 (1～22 ページ)により説明】

(会長)

病院側から経営改革プランに基づいた取組の報告がありました。
各取組項目について、これから審議会としての評価をしていきます。
まず 2 ページの「新入院患者の獲得に向けた連携強化」についてです。先程説明がありましたように、目標よりも新規入院患者数が 278 人少なかったということです。27 年度と比べても 101 人少ないという結果です。病院としては、新規入院患者数が伸びなかった要因は何だと考えていますか。

(病院)

2 ページの右下に病院としての分析を記載しておりますが、循環器内科など新規入院患者数が増えた診療科もありますが、病欠等も含めて常勤医師が減少している診療科で、新規入院患者数が減少しています。消化器内科で8名から6名に、糖尿病・内分泌内科で3名から2名に、小児科で4名から3名に常勤医師の人数が減っており、これが一つの要因と考えています。

もう一つは、救急搬送件数が減少傾向にあり、このことも新規入院患者数が減少した要因と考えています。

(会長)

28年度は27年度よりも医師数が少なかったということでしょうか。

(病院)

全体としてはそうではないのですが、医師数が減少した診療科で新規入院患者数の減少傾向が大きかったということです。

(会長)

全体の医師数は、28年度と27年度とでほぼ同じと考えてよろしいですか。

(病院)

医師数は5名増加しています。しかし、5名の増加の中には、病欠や産休中の方も含まれているため、実働の医師数が5名増えたというわけではありません。

(副会長)

医師数の減少に伴って外来の枠が減ったために、患者が来院しても対応ができず、入院に繋がる外来患者数が減ったということは可能性としてあるかと思いますが、医師が減って入院患者数が減るということは、医師1人当たりの受け持ちの入院患者数に制限を加えているということでしょうか。

(病院)

入院経路としては、紹介患者数はやや増えており、救急と紹介以外からの入院患者数が減少しています。やはりマンパワー減少の影響が出ているのではないかと考えています。

(副会長)

紹介患者などの予定入院の患者は減っていないけれども、救急対応できる医師が減少したために、入院の入口が狭まっているということでしょうか。

(病院)

結果的にはそういうことかと思います。また、紹介・救急以外からの経路の入院患者数も減少しています。

(副会長)

救急対応が必要な患者が比較的多い診療科の医師数が減少したため、入院患者数が減少したということでしょうか。

(病院)

例えば、小児科では入院が必要になるような症例が少ない年度であったと診療部長からも聞いております。年度によって多少症例の傾向が異なるということもあるかと思います。

(会長)

医師数が減少したことにより、超過勤務が一気に増えるなど、勤務状況が厳しくなり、どうしても患者の受入を断らざるを得なかったということはありませんか。次回でも構いませんので、調べておいて下さい。

新規入院患者数は重要な指標ですので、27年度よりも減っているということは重く受け止めたいと思います。

(副会長)

救急の体制はどのようになっていますか。

(病院)

基本的に内科系医師が1人当直を、外科系医師はオンコール対応となっています。

(副会長)

内科系医師の総数は減少していますか。

(病院)

消化器内科の医師は減少しており、29年度も1名減少する予定です。派遣元である大阪大学の医局としても医師数を十分に確保できていないため、なかなか当院に医師を送ることができない状況にあります。

また、当院には消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病・内分泌内科があり、それぞれの専門医が担当すべき患者を各診療科で診ていますが、一般内科、総合内科的な症例については、各診療科の状況を勘案し、医師の負担が一部に偏らないように分担しています。消化器内科においては、28年度、8名から6名に医師数が減っていますが、消化器

領域の患者数はあまり減少しておらず、その他の領域の患者の受け持ち数が減っている状況です。やはり医師1人が同時に診ることができる患者数には限界があります。例えば、医師1人で10人の患者を受け持っていた場合、医師8名体制では80人の患者を持つことができますが、医師6名体制になれば原則的に60人の患者を持つことになります。

(副会長)

医師数が減少したら、医師1人が受け持つ患者数を増やそうということにはならないのでしょうか。

(委員)

消化器内科の患者数が減少したのであれば、消化器内科で一般内科的な症例を診る割合が増えても仕方がないのではないのでしょうか。

また、「医師1人で10人の患者」では少ないのではないのでしょうか。

(病院)

一般内科的な症例の患者の割当は、それぞれの診療科の状況を把握した上で行っていきます。

また、現状の内科の医師数は後期研修医を含めて、呼吸器内科が7名、消化器内科が6名、循環器内科が4名、糖尿病・内分泌内科は病気復帰の者も含めて4名、合わせて21名です。医師1人当たり10人の患者を持つとすれば、計220人の患者を持つことになりますが、現実問題としては、医師1人で10人の患者を持つことは難しいのではないかと思います。大学病院等、他の公立病院でも当院と同様の傾向にあると思います。もちろん若い医師の場合、10人の患者を受け持つということはあります。

(委員)

忙しいことを理由にして、患者を入院させないということはありませんか。

(病院)

忙しくて患者の受入を断るということは決してありません。

(委員)

そう考えると、やはり救急搬送件数が増えないために、新規入院患者数が減ったと考えた方が普通なのではないかと思います。

満床であれば、断っても良いと思います。病床が空いていれば、患者は受け入れないといけません。

(病院)

満床ではないので、患者が増えるような営業努力はしていかなければいけません。

(会長)

1例1例を検討すると、仕方がなかったということになると思いますが、全体を見るとなんとなく忙しい感じになってくると少し患者が減るというような傾向があるのかもしれませんが。

医師数全体は減っていないということですが、内科の医師には負担がかかっている状態というのが先生の認識でしょうか。

(病院)

「負担」ということまではないと感じています。

当院では総合内科という部門はありませんので、内科系の診療科で協力して、順番に初診外来・総合外来を行っています。また、救急部も独立した部門ではないため、救急についても順番に担当しています。

(委員)

救急搬送患者受入数の増加に向けた取組の中で、消防隊との協力体制もできているにも関わらず、結果には結びついていないようです。

2ページに書かれている「ハートコール」というのも、実は私は知りませんでした。同じ西宮市で医療機関をやっていて、この取組を知らなかったことはとても残念だと思います。広報が足りないのではないかと思います。

(会長)

ハートコールについて、説明していただけますか。

(病院)

救急隊との意見交換の中で、「循環器系疾患について、患者の容態が急変した時に問い合わせるところが欲しい」という意見がありました。

循環器内科の医師から、外部から直接当院の循環器内科医師に繋がる電話回線を設置しても良いという申し出もあり、昼間だけですが、このようなシステムを導入することになりました。

委員のご指摘のとおり、十分に広報ができていなかったというのは反省すべき点だと考えています。

(委員)

あちこちの病院がホットラインを設置しているの、折角ですから、しっかり広報しないと見過ごされてしまいそうです。

(会長)

救急搬送受入件数が減少した要因というのは、先程の内科系医師の減少が影響しているのでしょうか。もしくは救急隊からの搬送件数や問い合わせ件数が減少しているのでしょうか。

(病院)

28年度は小児科の受入件数が非常に少なくなっていました。小児科の医師に確認したところ、感染症の流行に影響されているのではないかという話でした。院内の救急受入体制に変化があったということは聞いていません。

小児科以外の診療科については、27年度とほぼ同程度の受入状況でした。

(委員)

昨日、高松市の市立病院の協議会に出席しました。救急については、当該市立病院の応需率は70%程度だったのが、29年度に入って80%程度まで上がっていました。

中央病院の場合は、受入件数は減っていますが、応需率は81.3%と非常に高く、この点については高い評価ができると思います。

(会長)

つまり、問い合わせ件数そのものが減っているということですね。

(委員)

市全体での救急患者数がどうなっているかが問題だと思います。他に受け入れ可能な医療機関があるのであれば、問題がないと考えることもできます。

患者の受入先がなくて、3回も4回も医療機関に問い合わせることがあれば、市立病院の出番であると思います。しかし現時点では、その部分が見えていないので、そこが見えてくれば良いと思います。

(委員)

西宮市では、二次救急について「h-Anshin むこねっと」という仕組みがあり、中央病院も参加されています。それによれば、4回目以上の問い合わせでようやく受入先が決まったケースは2%程度です。「h-Anshin むこねっと」が機能し始めてからは、ほとんど1回目の問い合わせで受入先が決まるようになり、市内の救急体制は改善しています。

(会長)

結論を言うと、他の医療機関が救急受入を頑張っているために、相対的に患者数が増えなかったということですね。

(委員)

公営企業としての中央病院の役割を考えた時に、市全体の二次救急医療を支えることを考えると、市内の救急体制が上手く機能しているのであれば、あえて患者を取りに行く必要はないのではないかと思います。

紹介患者数についてですが、西宮市内の開業医からの紹介はどのくらいの割合でしょうか。

(病院)

ご質問の内容については、すぐにお答えすることはできませんが、入院・外来患者全体では、9割弱が西宮市内の患者です。残りの1割弱は、宝塚市の患者です。

(委員)

地域医療支援病院の承認取得を目指すということであれば、市内の開業医からの紹介がどんどん増えることが望ましいのではないかと思います。

(委員)

救急について、先程、市全体で吸収できているから良いのでは、との意見もありましたが、一方で、市民アンケートなどでも、中央病院に期待することとして救急医療の充実があります。近年、中央病院の救急受入数は減少してきていますが、市民のニーズに応えるという点では、救急受入件数は重要な指標になると思いますので、これが増加していく方が望ましいと思います。

今のままでは現状と経営改革プランに掲げている目標値の乖離が大きくなっていくことが懸念されますので他の委員からも指摘がありました。広報に力を入れる等の取組が重要になると思います。広報の手段としては、ホームページや市政ニュースがあると思いますが、私自身、市民として中央病院の情報に触れる機会が増えてはいません。病院体験フェアや公開講座をやったりしていると聞いていますので、そうした広報のチャンネルを増やすということがあっても良いのではないかと思います。

(会長)

それでは評価に移ります。救急患者の減少については自然の流れもあって仕方のない面もありますが、その他については広報活動等で改善の余地があるのではないかと思います。

この項目の評価は「C」でよろしいでしょうか。

(副会長)

取組はしているものの、空回りしているところも見受けられますので、「C」で良いのではないのでしょうか。

=異議を唱える声なし=

(会長)

それでは、評価は「C」とします。

次に4ページの「入院診療単価の増加」について、何か質問はございませんでしょうか。これは、循環器疾患を中心に大変成果を上げている項目になります。数値としても目標値を超えていますし、ご意見がなければ「A」という評価でよろしいのでしょうか。

=異議なしの声=

それでは、評価は「A」とします。

次に6ページの「医療機器の更新」についてですが、リニアックについて、放射線治療の件数はどのくらい増加していますでしょうか。3月に導入されたということですので、まだ効果は出ていないということですか。

(病院)

新しい放射線治療器については、29年8月から稼働開始となりますので、まだ新しい機器になってからの評価はできておりません。

(会長)

リニアックの導入効果についての評価は先になるということです。血管撮影装置については、南都先生を中心に頑張っておられますし、MRIについても件数は伸びており、病院の自己評価は「3」となっています。

審議会としての評価も順調に進んでいるということで「B」でよろしいのでしょうか。

=異議なしの声=

それでは、評価は「B」とします。

続きまして、7ページの「地域医療支援病院の承認取得」についてです。この項目は若干問題がある部分かと思いますが、ご意見はございますか。

私からの質問ですが、地域医療支援病院の承認取得というのは経営的に大きな影響があるのでしょうか。

(病院)

収益面に限って言いますと、年間2～3千万円の増収になると試算しています。

(会長)

地域医療支援病院の承認要件としては、ここには紹介率と逆紹介率だけが挙げられていますが、あとは逆紹介率だけが条件を超えれば承認を取れるということですか。他に何かハードルとなることはありますか。

(病院)

地域医療支援病院の承認要件として紹介率・逆紹介率については3通りありまして、当院としては、紹介率50%・逆紹介率70%という要件を目指しています。この要件を満たすことができれば、他の承認要件も含めて要件をほぼ満たしている状態です。

ただし、地域医療支援病院の承認は県の裁量によるところがありますので、要件を満たせば必ず承認されるとは限りません。要件を満たせば、県に申請ができるということになります。

(会長)

逆紹介率が今ひとつというところで達成できない状態ですが、27年度よりは増えていますので、29年度には70%を超えてくるのではと思われます。

(病院)

紹介率・逆紹介率については、分子となる紹介件数・逆紹介件数は順調に伸びてきておりますが、分母となる初診患者数が28年度末から29年度当初に増えたことによって、率が下がったという現象がありましたので、紹介状を持たない初診患者の絞込みが1つ大きな課題として浮かび上がっているという状況です。

(会長)

そのようなことがあって、初診時選定療養費の値上げを行ったということもありますが、委員の皆様いかがでしょうか。

自己評価を「2」としたのは、単純に数値目標を達成することができなかったからのようです。

計画としてはそれなりに順調に進んでいて、最終的にどのように評価するか難しいのですが、先程の「C」とはだいぶ重みが違いますが、この項目の評価は「C」でよろしいでしょうか。

(委員)

逆紹介し難いのは、この周辺に開業医が少ないからでしょうか。

8ページのグラフを見ると、紹介患者以外の患者が半分程度を占めているので、紹介元の開業医がいないということは、逆に中央病院から開業医に紹介することも難しいということがあるのかと推測します。元々紹介されてきた患者は逆紹介もし易いと思いますが、いかがでしょうか。

(副会長)

通常は、紹介率と逆紹介率は並行して一緒に伸びます。紹介が伸びないと、逆紹介も伸び難いということになります。

例えば、救急で一度病院にかかると、患者としては怖くて最初に運ばれた病院にかかり続ける傾向があります。総合病院では複数科で診てもらえることができるので、患者は離れ難くなります。地域の開業医と総合病院で顔の見える連携ができていれば、病院側も安心して開業医に患者を紹介することができますし、患者も納得して開業医にかかることもできると思います。そうでなければいきなり患者を地域に戻すわけにはいかないという思いがあります。

(委員)

できるだけ早い段階で開業医に紹介することが大事になります。

(副会長)

それがなかなか難しい面があります。総合病院がどこでも抱えている課題です。

高齢化が進んでいることもあり、患者としては不安もあるため、総合病院にかかりたいと考える傾向があるようです。

(会長)

周辺の診療所の一覧等を用意して、外来の患者さんに診療所を紹介することはできないのでしょうか。

(委員)

中央病院では、91施設が登録している連携医制度がありますので、その中から探すこともできると思います。

(病院)

紹介患者 9,700 人に対して、逆紹介患者数は 8,700 人ですので、実際は 9 割近く逆紹介をしているような状況です。これまでは初診時選定療養費が非常に安く、飛び込みで来ら

れる患者が多かったのですが、7月から増額したことにより、少しは抑止力になるのではないかと考えています。紹介状を持たない初診患者は計算式の分母に入りますので、それが減ってくれば逆紹介率も上がってくると思います。

(会長)

紹介状を持っていない患者さんを逆紹介できれば良いのではないですか。開業医との関係も良くなるのではないのでしょうか。

(委員)

開業医としても患者を紹介していただいた方が嬉しいです。

(病院)

例えば、風邪をひいてきた小児の患者などは、すぐに元気になってしまうため、逆紹介し難いということがあります。診療科による特色もあり、逆紹介が難しいことはあります。

(会長)

分かりました。

この項目の評価は「C」でよろしいでしょうか。

=異議なしの声=

それでは、評価は「C」とします。

続きまして、9ページの「循環器系疾患の診療強化」について、ご意見はございますか。

これに関しては、ほぼ問題がないということで評価は「A」でよろしいでしょうか。

=異議なしの声=

それでは、評価は「A」とします。

続きまして、11ページの「薬剤師の病棟配置」について、ご意見はございますか。

薬剤師は2名増えており、薬剤関連のアクシデントの件数も減っていて、全体としては上手くいっていると思いますが、地域包括ケア病棟への配置が実現できなかったため、自己評価は「2」となっています。薬剤師がもう1名増えれば、地域包括ケア病棟への配置を行えるということなのか、若しくはそもそも地域包括ケア病棟に配置する予定がないということなのでしょうか。

(病院)

目標としては、地域包括ケア病棟も含めた全病棟に薬剤師を配置する予定です。薬剤師を増やすのか、或いは現在の業務を改善することによって地域包括ケア病棟への配置を実現するのかは、院内で検討中です。

(会長)

その目標自体は適切なものなのでしょうか。地域包括ケア病棟に薬剤師を配置しないと物事が上手く進まないのでしょうか。

(病院)

薬剤部としては、医療安全や薬物医療への関与という面から、全病棟に薬剤師を配置したいと考えていますが、周術期サポートセンターの開設や薬剤師外来に伴い、外来業務は以前の1.5倍程に増加しており、また化学療法の調剤等の業務も増加しているため、マンパワーが不足している状況です。

業務の改善、効率化にも取り組みながら、地域包括ケア病棟への配置を実現し、診療報酬のためではなく、我々の本来の業務として、全病棟へ関与していきたいと考えております。

(会長)

分かりました。目標達成に向けては、まだ道半ばということですね。

(委員)

薬物関連のアクシデントというのは何が起きているのでしょうか。

(病院)

1例しか手元に資料がないのですが、配薬の誤りがあったということは聞いています。

(会長)

医療安全については、グレードがあり、グレードが高いとアクシデントに、グレードが低く、患者さんへの実害のないレベルであればインシデントになります。配薬の誤りであれば、直ちに実害が出るとは限りませんが、これはアクシデントになるのでしょうか。

外部の方がこの表現を見ると、本当にアクシデントがあったと捉えられてしまいます。

(病院)

患者に健康上の被害が出るほどの事例ではなかったと思いますので、改めて確認の上、報告いたします。

(会長)

この項目の評価は「C」でよろしいでしょうか。

=異議なしの声=

それでは、評価は「C」とします。

続きまして、12ページの「休日リハビリテーションの実施」についてです。平成31年度実施を目標としているということで、今回は評価の対象外となります。

続きまして、13ページの「地域包括ケア病棟の設置」については、自己評価は「2」となっています。患者数の28年度実績は、短期滞在手術の患者を含めて目標値に近い数値にはなっているものの、目標達成には至っていないということです。

これは40床が地域包括ケア病棟で、9床が短期滞在手術用の病床という運用をされているのでしょうか。

(病院)

経営改革プランでは、当初40床の地域包括ケア病棟を設置し、1日あたり30人の地域包括ケア病棟対象患者を受け入れることを目標としていましたが、最終的に地域包括ケア病棟は49床とすることに変更しました。病床数が若干増加したため、短期滞在手術の患者も地域包括ケア病棟で受け入れることにしました。

(副会長)

短期滞在手術の対象患者は、地域包括ケア病棟の定義からは逸脱すると思いますが、それは問題ないのでしょうか。

(病院)

制度上は問題ありません。

(会長)

経営上は急性期病床に入院していただいた方が利益は高いのではないですか。

(病院)

診療報酬上、短期滞在手術は決まった日数以内の入院で一定の点数が設定されているため、患者さんがどの病棟を利用されても収益は同じになります。

(会長)

それでは、短期滞在手術患者はどの病棟に入っても収益は変わらないため、

看護師の配置人数が少ないところを利用していただいた方が経営的には良いということですね。

地域包括ケア病棟については、最近は稼働状況も良くなってきておりますが、28年度については目標を達成できなかったということで、評価は「C」としてよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

それでは、評価は「C」とします。

続きまして、15ページの「重症患者受入病床の設置」についてです。計画通りということで自己評価は「3」となっていますが、審議会の評価は「B」でよろしいでしょうか。

(委員)

稼働率はいかがでしょう。

(会長)

稼働状況については16ページに記載されていますが、病床稼働率は60%弱ですね。

(副会長)

看護配置は何ですか。

(病院)

HCUの加算は算定しておりませんので、看護配置7対1の一般病棟の一部として現在は運用しています。

(会長)

看護配置を4対1等にして、加算を取得する予定はないのですか。

(病院)

最終目標としては、加算を取りたいと考えていますが、現状としては看護師の確保等の課題があります。

(会長)

状況が整えば、加算を算定するということですね。それでは計画通りに進めているということで、評価は「B」としてよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

それでは、評価は「B」とします。

続きまして、17 ページの「緩和ケア病床の増床」についてです。最終的には平成 31 年度の増床を目指しており、現在は 2 床の緩和ケア病床を有している状況です。28 年度実績は例年通りということで自己評価は「3」となっています。

この項目については、是非利用者を増やしていただければと思います。特に問題がなければ、審議会の評価は「B」でよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

それでは、評価は「B」とします。

続きまして、18 ページの「耐震化・老朽化対策」についてです。29 年度中に耐震化の工事を実施、老朽化の工事も本年度実施ということでしょうか。

(病院)

老朽化対策として資料に記載しているものは、28 年度実施したものになります。

(会長)

当初の計画通り進めているので、自己評価は「3」となっています。

特に問題がなければ、審議会としての評価は「B」でよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

それでは、評価は「B」とします。

続きまして、19 ページの「紹介受付日の拡大」についてです。こちらは、土曜日に開業医の先生方からの電話を受けて予約を受け付けるということですが、これは実施済みのため評価対象外となっております。

続きまして、20 ページの「契約業務の見直し」についてです。こちらには、病院としては年間 1,700 万円の削減効果があったのではないかと資料に記載されています。

(副会長)

これは診療材料ですか、医薬品ですか。

(病院)

診療材料です。

(会長)

1,161品目について、購入額が抑えられたかもしれないということですね。

(委員)

1年も経てば自然と下がったのかもしれませんが。この項目については、見出しが「契約業務の見直し」となっていますので、対象はもっと幅広いものになると思います。公営企業としての契約が何本あるのか、それらに対して仕様と実態があっているのかどうかを確認することが大切です。そもそも仕様書自体が時代に合っているものかどうかという評価をしなければなりませんし、この狭い範囲での計算だけで終わらせてはいけないと思います。

(会長)

これ以外にも様々な契約業務があり、診療材料の一括購入はほんの一部だと思います。その他の契約業務についてはどのように対応していますか。

(病院)

基本的には西宮市契約規則というのがあり、役所では単年度契約が原則となります。本来であれば1品ずつ我々が見積合わせを行うこととなりますが、1社1円で購入する契約に変更することによって、1品ずつ購入するよりも材料費を抑えたいということで、今回購入方法の見直しを行いました。

各診療材料については、変更したものや新たに購入したものもありますので、1,700万円の削減効果というのは、比較可能な品目に絞って単価ベースで10%程度は下がったということです。

当然ベンチマークによる比較も行っています。ベンチマークも様々な会社のものがありますが、当院で採用しているベンチマークでは、一元購入実施前は、全国平均よりも購入単価が高い品目の数が67%程度を占めていましたが、それが32%まで減っています。購入方法の変更により、材料費の削減効果は一定出ているものと考えています。

(委員)

私はベンチマークを信じていません。ベンチマークというのは、まずどこの病院が加わっているのか、どこの地域のどのような規模のどういう病院が加わっているのか分からない、その偏りも分からない。そのような状況で、平均よりも購入単価が低い品目が多い・少ないというのを比較して、平均よりも低い品目が増えたとしても、低くなりそうな品目が増えただけかもしれません。その辺りの分析の仕方が難しいため、公立病院が行っているベンチマークというのは極めて曖昧であり、説明するためのものとしては信用力がないと思います。

公営企業として大事なものは公平性と透明性で、これは絶対条件です。一元管理することや複数年契約を行うことが、公営企業にとって合理的だという理由をはっきりさせて欲しいです。購入費用が安くなるというのは、必ずしも合理的な説明にはならないと思います。今はそれを検証できていません。他にもしっかりとした理由があると思いますが、そこを整理された方が良いでしょう。

この他にも委託業務の契約もあります。委託も医事や清掃、警備等いろんな委託契約があると思います。これらも値段が安いから、人件費が安くできるからという理由で業務を委託にするのであれば、委託費用が上がったときに元の直営に戻すのかという問題が出てきます。例えば、消費税が上がると持ち出しも増えますから、持ち出しが増える割に業務の質が高くなければ、元の直接雇用の方が業務の質を高くできるのではないかという議論が当然出てきます。値段が高いか安いかわからないというのは大した説得力はないと思います。それよりもノウハウのことや、市の正規職員の方々の業務をよりどこかに集中するためということだと思います。

いずれにしても、医療経営学の専門家としては、今行われているものはベンチマークに値しないものだと理解しております。

(病院)

会長の質問に戻りますが、材料の購入以外の契約について、29年度は医療機器の保守契約の見直しを行う予定としています。機器の修繕履歴等を見ながら、今後どのような対応とするか見直しを図っていきたいと考えております。この取組が終われば、また委託業務の見直しを進めていこうと考えています。

(委員)

私としては、そこで買い叩きにならないようにして欲しいです。買い叩きだと非常に不公正な取引になります。公営企業が買い叩きをするというのは非常に不公正です。合理的な契約になっているかどうかという視点で見ていただきたいと思います。

入札を行うことは公営企業としては問題ありません。ルールに則った競争によるものとなります。保守契約の見直しを行うということは、入札ではない方法を探ろうと考えているわけですね。

(病院)

委託業務については、金額だけでなく、実際の中身が伴っていて、病院として効果のあるものでないといけません。金額が安くなっても、病院のサービスの質が悪くなるということがあってはいけませんので、その辺りはしっかり見ていきます。

(会長)

委託業務は、業務内容を決めてから入札を行うのではないのですか。

(病院)

基本的に入札できるものは全て入札で業者を決定しております。

ただし、保守に関してはメーカー保守になりますので、どうしても特定のメーカーとの随意契約になります。その内容が適正かどうかを判断するのは難しいところがありますが、29年度は見直しを進めていこうと考えているところです。

(会長)

評価はどのようにいたしましょうか。

(委員)

私は、この程度の取組であれば、「C」だと思います。

(会長)

この項目の評価は「C」でよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

それでは少し厳しいようですが、評価は「C」にしたいと思います。

続きまして、21ページの「評価・表彰制度の導入」については、自己評価としては「3」となっていますが、審議会の評価は「B」ということでよろしいでしょうか。

= 異議なしの声 =

それでは、評価は「B」とします。

続きまして、22ページの「経営審議会の設置」については、我々自身のことですから評価が難しいところですが、いかがでしょうか。

(副会長)

我々が評価をするのはおかしいと思います。

(委員)

経営審議会を通じて、経営が改善されていれば「B」になるかと思います。

(会長)

我々自身が関係している以上、「B」とは言い難いところがあります。経営審議会の設置はできているものの効果は出ていない状況です。

「評価なし」でもよろしいですか。

(副会長)

あえて「C」でいいのではないのでしょうか。

(委員)

全体としてのことですが、質問してもよろしいでしょうか。

この経営改革プランでは目標に良いことばかり書いていて、その活動にかかる原価が全く計算されずに、やったかどうかで評価をつけています。人を増やしたり、物を買ったりすればできることもあります。それで良いのでしょうか。

(会長)

これらの目標については、もともと経営改革プランがあった上で作られたもので、そのプランにしたがって評価を行っています。経営改革プランを作成した段階で、各々の項目がどれくらいの経営改善効果があるか、ある程度想定しておく必要があると思います。

今回の場合は、最初に挙げられていた新規入院患者数の確保が最も影響の大きい項目になると思いますので、その他の項目は実際に実施してもそれほど経営には影響を及ぼさないと考えます。

(委員)

公立病院の改革プランというのは、2つの柱がありまして、一つは地域におけるあり方、役割を果たしているか、もう一つは経営的にどうかというところを総合的に計画していくものです。計画の中にはある意味コストを無視しているようなものもあります。不採算ではあるけれども、税金を投入して機能を果たすべしというところがあります。ただ、プランのなかでどれがそれに当たるのかということは示されていないため、会長がおっしゃる通り経営にそれほど関わらない項目が多いという印象を持たれることもあるかもしれません。

(会長)

この項目についての評価は、副会長がおっしゃるとおり我々自身が評価をするのであれば「C」としたいと思いますが、いかがでしょうか。

＝異議なしの声＝

それでは、評価は「C」とします。

経営改革プランの取組内容の実施状況についての評価は以上になります。

個々の取組について、何か追加したいご意見などがございましたら、後日、事務局の方にお伝えいただけますようお願いいたします。

続いて、「経営改革プランの目標達成状況と自己分析」について、病院からの報告をお願いいたします。

(病院)

【資料4・資料3(23～29ページ)により説明】

(会長)

ただいま、平成28年度の決算状況の速報値と、目標の達成状況、それから達成できなかった要因について、収益と費用の面からの説明がありました。

委員の皆様、何かご質問はございますか。

(委員)

資金不足という表現については、将来資金不足が起こりそうだということであれば良いのですが、過去のこととなると給与が支払えなかったとか、支払いができなかったという意味で捉えられかねません。市から5億円の長期借入れを行うことで、資金不足は回避されていますので、その辺りをきちんと表現して誤解を招かないよう、表現の仕方を少し工夫していただきたいと思います。

(病院)

資金不足という名称は会計上のものになりますが、市民に説明する際には委員のおっしゃるように誤解の無いように表現に努めたいと思います。

(会長)

それでは、ただいまの各委員からの意見については、事務局の方で取りまとめをお願いします。

議事の4番目、「平成28年度の業務実績の評価について」の審議は以上になります。

本日いただきました意見などの他に、何か追加したいご意見などがございましたら、後日、事務局の方にお伝えいただけますようお願いいたします。

議題5 平成29年度の経営状況（4月～5月）について

（会長）

続いて、議事の5番目、「平成29年度の経営状況（4月～5月）について」に移ります。
病院からの報告を求めます。

（病院）

【資料5により説明】

（会長）

ただ今の報告に対し、何かご質問等はございますか。

=なしの声=

以上で本日の議事はすべて終わりましたが、全体を通して、何かご質問やご意見などがあれば伺いたいと思いますが、委員の皆様、如何でしょうか。

最後に事務局から何か連絡事項はありますか。

（事務局）

次回、第2回の会議では、本日、委員の皆様からいただいたご意見などを踏まえ、審議会の評価や意見を追記しました業務実績報告書と、それを基にした評価結果報告書の案をお示しする予定としておりますが、本日は限られた時間の中でご議論いただきましたので、委員の皆様におかれましては、十分に意見を仰っていただくことができない部分もあったかと思えます。

つきましては、第2回の会議開催までに、事務局の方で委員の皆様個別に意見を伺わせていただく機会を設けたいと考えております。このことについて、後日改めて、日程調整をお願いいたしますので、ご協力の程よろしくをお願いいたします。

（会長）

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了いたします。
皆様お疲れ様でございました。