

平成 30 年度 第 2 回 西宮市病院事業経営審議会 議事録

開催日時：平成 30 年 8 月 27 日 午後 7 時から午後 9 時

開催場所：西宮市立中央病院 講義室

出席委員：土岐 会長、難波 副会長

相原 委員、大江 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、宮島 事務局長、
瀧内 院長補佐、小川 院長補佐、上島 外科部長、栗本 医療技術部長、
橋本 薬剤部長、永翁 看護部長、大西 管理部長、橋本 病院改革担当部長、
宇津 総務課長、田口 医事課長、笹倉 病院改革担当部参事、
出口 経営企画課長、南野 施設整備課長

事 務 局：経営企画課（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）

- | |
|--|
| <p>(1) 本日の議事運営について</p> <p>(2) 平成 29 年度の業務実績の評価について</p> <p>(3) その他報告事項</p> <p>・平成 30 年度の経営状況（4 月～7 月）について</p> |
|--|

（事務局）

定刻となりましたので、ただ今から「平成 30 年度第 2 回西宮市病院事業経営審議会」を開催いたします。はじめに、皆様のお手元に配布されております資料の確認をいたします。

< 配付資料の確認 >

それでは、以降の進行につきましては、土岐会長、よろしく願いいたします。

（会長）

それではまず、議事に先立ちまして、傍聴者の確認をしたいと思います。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でした。

議事1 本日の議事運営について

(会長)

続きまして、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。お手元の次第どおり進めさせていただい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年度の業務実績の評価について

(会長)

次に議事の2番目、「平成29年度の業務実績の評価について」に移ります。事務局から資料の説明をお願いします。

(事務局)

<資料1、2の説明>

(会長)

ありがとうございます。前回の会議では、業務実績報告書の各項目の評価を決定しました。その具体的な判断理由の文章を事務局が作成しています。各項目の評価結果も踏まえつつ、資料2の評価結果報告書の内容を確認していきます。

評価結果報告書の内容確認に入る前に、前回、全体評価の案を最終的には議論していませんでしたので、改めて確認します。

「医療サービスの向上に向けた取組」と「経営の健全化に向けた取組」に全体を大きく2つに分けています。前者に関する全体評価は「B」、後者に関しては「C」としていますが、よろしいですか。

= 異議なしの声 =

ありがとうございます。では、評価結果報告書の具体的な内容の確認に移ります。

まずは、3ページの判断理由です。この内容について、委員の皆様いかがでしょうか。

(副会長)

下から2行目の「職員の意識改革、組織変革にも工夫して取り組んでおり」という表現は、どこから出てきたものですか。

(会長)

これは業務実績報告書の項目でいうと「(5) -①」と「(5) -②」になりますね。改めて、病院側から説明をお願いします。

(事務局)

<資料1 (P19~20) の説明>

(副会長)

「職員の意識改革」という表現はほぼ合致していると思いますが、「組織変革」とまで書いてしまうと疑問が残ります。

(会長)

「変革」と呼べる成果があるかどうかですね。

(委員)

組織自体が変わったイメージではないですね。

(副会長)

業務実績報告書の内容を見ると、各部門の目標設定を明確にしたということです。これは「意識改革」に繋がりますが、「組織変革」と書くと、かなり大胆なことをしたと読み取られかねないと思います。

(委員)

「組織の活性化」という表現はどうでしょうか。

(副会長)

「職員の意識改革や各組織の活性化に取り組むなど」という表現はどうでしょうか。

(会長)

分かりやすいですね。この部分は、そのように修正してください。

私からも一点。前回、「C」の評価となった「適切な情報発信」の項目について、判断理由で触れられていないことが気になります。どちらかというと医療サービスの向上に向けた取組の評価の中心となる項目のような気がします。判断理由においても触れておくべきだと思いますので、「適切な情報発信」の項目の評価が「C」だったということも付け加えてください。

他に意見はございますか。

それでは、この判断理由についての議論は以上とします。

(会長)

続いて、4、5ページに移ります。ここには、委員の皆様から出された意見を事務局が取りまとめ、その内容を記載しています。順番に確認していきます。

まず、「がん医療の充実」についてです。

この項目について、改めてご意見はございますか。

(委員)

緩和ケアについて、急性期病院であり、急性期の治療をやるんだと言いながら、緩和ケアにも力を入れるというのは、目標として違和感があります。どちらもあれば良いのかもしれないのですが、ポイントが定まらないと評価が難しいです。

例えば、あえて緩和ケアは出さなくても良いのではないかなと思います。前回、緩和ケアの実績が少なかったという報告がありましたが、それこそ、地域との連携を意識して、緩和ケアや看取りについては、「民間にどうぞ」とすれば、その実績が下がっていても問題ないと思います。

(会長)

病院としては、緩和ケアに対してどのように考えておられますか。

(病院)

当院の緩和ケアは、いわゆる終末期医療ではなく、ペインクリニックを得意としていることを活かし、ペインコントロールのための非常に短い期間の入院対応を行っています。緩和ケア病棟ではなく、2床の病床で、ペインコントロールのためだけに短期間対応しており、その後は後方連携をお願いしています。

(委員)

単に「緩和ケア」と書いてあるだけでは、そういう意味には捉えられませんので、そこはきちんと表現された方が良いと思います。

(副会長)

「医療」と「治療」と「診療」と3つの言葉を使い分けていますが、「治療」というのは手術と放射線治療と化学療法のことだと思います。今言われたような「緩和的なアプローチ」については、「診療」とすると混乱しなくて良いと思います。

「医療」というのを「診療」という意味で用いられているのであれば、「治療」とは区別した方が良いです。「緩和ケア」という表現は止めて、「緩和的アプローチ」などの表現にすると良いと思います。

(会長)

いわゆる緩和ケアチームとしての緩和ケアは、件数や実績が減っていますか。

(病院)

麻酔を必要とする局所治療の痛み止めなどについては、薬剤が良くなってきているため、外来で対応できるようになり、入院症例が減ってきているのが現状です。

(会長)

中央病院では、緩和ケア診療加算は取得していますか。

入院患者に対しては、一般的に、医師と看護師でチームを作り、院内をラウンドしていると思います。それが今後、急性期病院では、単に病棟を持つのではなく、他職種で構成するチームで治療中の患者を回って、「苦しいところは無いですか」という声掛けをしながら、チーム内でカンファレンスをする、という流れが中心になってきており、緩和ケアの概念も変わってきています。

ただ、そうした緩和ケアチームの実績も減っています。がんになった時から緩和ケアが始まると言われていきますから、病院として目指すべき方向性を考える際には、そういう点も踏まえて緩和ケアの進捗を考えていただければと思います。

(事務局)

緩和ケア診療加算については、チームとして治療に当たった場合に算定できるものですが、現状では、精神症状を緩和する精神科医がいないため、加算は取れていません。

(会長)

今後、取得できる見込みはありますか。

(事務局)

今のところ、取得できる見込みはありません。

(会長)

一般的に、がん診療連携拠点病院のウィークポイントが緩和ケアと言われています。がん診療連携拠点病院の要件見直しが行われた際に問題になることが多いので、将来的には、緩和ケアの充実を図られた方が良いと思います。

(委員)

県立病院との違いは何になりますか。市民病院らしいがん医療をどこに打ち出していくのか。高度専門特殊な三次医療機関である県立病院や大学病院と、どこが違うのか。こうしたことをある程度示す必要があると思います。

ペインクリニックにしても、在宅で外来に通いながら化学療法を受けるにしても、あるいは術後在宅に帰って生活するにしても、身近な医療機関として苦しいところを寄り添いながら、がん治療をサポートしていく、というところがどのように表れているのか。標準治療の放射線治療を何回やった、手術を何件やったというのも治療としては重要かもしれませんが、もっと寄り添い方や、中央病院らしさが表現できるところがあるのではないかなと思いますし、そこをもっと打ち出していくべきだと思います。

一般的な指標を使うと、県立病院との差別化ができません。「市民病院らしさ」というものが何かを探る必要があるのではないかなと思います。

(会長)

大学病院になると遠方の人がたくさん来ているということが指標になる気がしますけれども、市立病院と県立病院となると違いを示すのが難しい気がしますね。

(委員)

例えば、民間病院と公立病院との違いも示さないといけないと思います。診療報酬は同じだからどこの治療も一緒だとなると、そもそも市民病院は要らないのではないかなという話になると思います。おそらく、市民病院らしいことをされていると思います。それを表現できていないだけではないかな、という指摘です。

(委員)

当然だと思っていることが、実はそうではなかったというケースはよくあります。

(副会長)

市立病院が地域との距離感が一番近いと思います。距離感の近さと、やっている医療のレベルや質の高さから信頼されているというところと、両方のメリットを活かす必要があります。紹介率のアップに繋げるためにも、顔の見える関係を構築するとか、一緒に勉強会するとか、症例検討会をするとか、訪問をすることで、関係性が構築されていくので、それらを言葉で盛り込んで、今後の課題として取り組んでいくということを表現できれば良いと思います。

(会長)

そういう意味では、がん連携パスが進まないということは問題かなという気がします。

がん連携パス自体が使いにくいという面もありますので、名前はがん連携パスにこだわらなくても良いと思いますが、地域の先生とのコミュニケーションを大事にしてください。がん患者の紹介率でも良いですし、地域の先生とがん治療を一緒にやっている、ということが分かれば良いのですが、現状では、上手くやっていないという印象になってしまいます。どういうがん医療を目指すのか、特徴を出せるように考えていただきたいと思います。

(委員)

地域の医療機関側からすると、臓器別で大腸などの消化器は大体どこでも同じように治療をやっていただけるのですが、乳がんであれば県立病院かなとか、肺・肝臓・膵臓であれば中央病院かなというイメージがあります。そういうイメージがあるので「どの臓器でも」ということではなくて、「この病院はこの臓器」という棲み分けがあっても良い気がします。そういう意味では、乳がんの件数が減っているとありますが、減っても良いのかなという気もします。

(病院)

当院はがん診療連携拠点病院ですので、5大がんすべてに対応できる体制を整えておく必要があります。乳がんは5大がんの1つですし、比較的多い症例なので、各地域に治療のできる病院が必要です。

当院でも県立病院ほどでは無いかもしれませんが、当院にもスペシャリストがおり、手術件数もそれなりにやっていますし、健診事業なども行っています。

(委員)

イメージ作りは大事だと思います。情報発信を強化する、情報発信をしてイメージアップを図る、イメージアップを図る中で「ここは強みだ」というイメージ作りをする。そういう努力が必要だと思います。

(委員)

公的な病院だと、何年かすると先生が変わってしまいます。優秀な先生がいらっしやっても変わってしまっ、必ずしもそうではないと思いますが、先生がごそっと抜けてしまうようなイメージがあって、それで患者も右往左往してしまうことがあると思います。

(会長)

ご指摘の通りで、医師の人事を考える立場として、申し訳ないと思っておりますが、医者も生涯教育なので、ご理解いただければありがたいです。

先程、言われたように臓器に関しては「標榜に掲げているものをやらない」という表現

はできないと思います。地域の評判もあると思いますが、ここではあえて臓器というよりも、地域に対するフットワークの軽さや、緊急事態にもすぐ対応できる点、高齢者に対する周術期管理を取り入れている点、などを全面的に出した方が良いのではないかと思います。若い人はどうしても大きな病院やがんセンターに流れる傾向がありますが、逆に高齢者は家に近い、身近だ、というところに価値を求めていることがあると思いますし、そういう役割を我々は市立病院に期待しています。

がん医療に関しては委員の皆様からご意見をいただいた通り、「特色を出す」ということ、「情報発信をする」ということを我々からの提言としてまとめたいと思います。

続きまして、「救急医療の充実」に移ります。

がんと並んで急性期病院の中心となる項目です。前回の議論では、応需率 80%では足りないということでしたが、改めて、救急医療に関して、市立病院に求めるものは何でしょうか。

(委員)

救急隊はどここの病院がどの程度治療できるかを把握していますから、救急隊が電話してきたら全部診ないといけません。そういう意味では、応需率 100%が必要だと思います。手いっぱいの状態であれば断ることもあると思いますが、救急隊は1回目の電話で受けてくれることを大事にしていますので、市立病院であるならば1回目の電話で断ってはいけません。一旦受けて、市立病院では治療できないという判断がなされれば、他の病院へ転送するのは良いと思います。

(会長)

病院側としては如何でしょうか。応需率 90%以上が求められるということですが。

(病院)

応需率 90%超を目標に頑張りたいと思います。

(委員)

私は全国の約 40 病院の評価委員をさせていただいているのですが、応需率 80%で評価が「C」を付けられるのは、その中でも一番厳しい評価だと思います。ただ、それは西宮市の事情を考えた上での評価であるということで、ここは甘んじて病院側も受けていただき、90%以上を実現して、「B」や「A」の評価が貰えるように頑張りたいと思います。

(会長)

応需率を頑張って上げるということも大事なのですが、他方、受入件数が計画程取れなかったという現状もあります。西宮市全体で見た場合、救急搬送の受入自体は、十分充足されているという認識で良いのですか。充足されているが故に件数が増えていないと。そうであれば、市民にとって問題はないと思うのですが、病院側としてはどのようにお考えですか。

(病院)

西宮市の救急搬送件数自体は、高齢化という流れもあり、増加しております。我々としても増加する救急患者に対して、一定の役割は果さないといけないと考えており、増加傾向の目標を立てています。ただ、中央病院につきましては、特に小児2次救急の輪番に週2日入っております、その年にどのような疾病が流行るかによって大きく件数が増減しますので、そのことが今回の減少に繋がったのではないかと分析しています。

(委員)

要因の1つとして、近隣の民間病院が積極的に受け入れているということもあると思います。

(会長)

来年度以降の目標値をどうするかも考えないといけません。現状のままだと、来年度も評価が「C」になるのではないかと懸念があります。応需率は80%を超えており良いですが、件数が増えないかもしれないので。

(委員)

あまり応需率が高くなり過ぎると、民間を圧迫することにもなります。競争がある程度働いて、最終的には、市民がいずれかの医療機関に受け入れてもらえれば良いのではないかと、という考えもあります。

そのことについては、病院としてどのようにお考えですか。西宮市内で発生した救急は、市内である程度診られているのでしょうか。

(病院)

具体的な数値は分からないのですが、以前分析したところ、3次救急をご担当いただいている病院に非常に過度な負担がかかっていることが分かりました。そのため、2次で受け入れられる患者は2次で受け入れていこうと考えています。

また、医師会の先生を中心にむこねつとを活用していただいております、西宮市内でたらいまわし的なことは無いという認識です。

(会長)

小児救急については、十分な役割を果たしているという認識ですか。

(病院)

病院としては果たしていると思っております。ただ、地域で見ると、現状輪番で回しているのですが、木曜日がオンコール体制ということで、1日抜けている状態となっております。そういう意味では、十分な状態が地域として保たれているか、と言われると、そうではないという認識です。

(委員)

尼崎総合医療センターが小児の2次救急を診てくれていますし、1次救急は阪神北広域こども急病センターもやっているのです、小児救急に関しては、以前と比べると整っている気がします。

(委員)

尼崎総合医療センターの機能というのは、地域の合意の中で形成されているのでしょうか。

(委員)

尼崎総合医療センターは、阪神南医療圏の小児救急を全部受けますということでやっていただいています。小児科医が30名程おり、小児の1次はできれば地元で、2次・3次は断らない、ということでやっていただいているのですが、大分疲弊してきているという話も聞いています。

(委員)

集中が集中を呼ぶ形になっているので、そうするとパンクしてしまうのではないかと、という危惧があります。どこかがフォローをしないといけないなと思います。

(会長)

小児救急については、中央病院というよりも地域において解決すべき課題があるようですので、この評価結果報告書にはあえて書かずに応需率のを中心に提言させていただきたいと思います。

(委員)

せめて、文章として「西宮市の特性として、応需率8割ではだめだ」というニュアンスを残していただきたいと思います。一般的な書き方になってしまうと随分厳しいと思う

ので、例えば「西宮市の救急の現状として」、「民間病院との間での機能分担が図られている現状や、むこねっとの活用状況から見て、西宮の市立病院としては8割ではなく9割を目指していただきたい」などの表現にして、他の民間病院に対して「患者を全部取ってしまう」、あるいは市民に対して「努力があまりにも足りなさ過ぎる」といった誤解を招かないようにしていただきたいと思います。

(会長)

それでは、(事務局は) その点は書き加えておいてください。

次に「質の高い医療を提供するための体制の整備」に移ります。これに関しては、分かりやすい文章ですね。「(ダヴィンチについては) 買ったからには、使いましょう」という話です。他に何か付け加えることなどは、ございますか。

今回、この項目で挙げられていたものとして、ダヴィンチの導入以外には、低侵襲治療の推進、HCU、周術期サポートセンター、チーム医療、休日リハビリテーション、と色々良い内容がありそうです。これらの取組は、市民にとっても魅力的だと思えるものなので、是非充実させてほしいと思います。

(副会長)

ダヴィンチの適用症例を拡大するというのは、医師がどこかに習いに行かないといけないのですか。

(会長)

そうですね、お金を出して習いに行かないといけません。ただ、これは先行投資みたいなものなので、仕方がないかなという気もします。

(委員)

できる人をこっちに呼んで、教えて貰うのはダメなのですか。

(会長)

それでも大丈夫なのですが、保険点数を取るためにも必ずそういうハードルがありまして、最初の5例とか10例は病院の持ち出しになるので、その都度ハードルはあります。その時にできる人を呼んでくる等、色々な工夫が必要だと思います。

(委員)

周術期サポートセンターの記述がされていないですね。

(会長)

私も同様に感じておりました、追加して頂ければと思います。ぜひ評価できるポイントとして、より一層の活用を期待したいですね。

次に「地域の医療機関などとの機能分担・連携強化」です。

連携医は増えているけれども、実際の紹介件数はさほど増えていないと。しかし、最初のステップとして連携医を増やさなければ、紹介件数も増えません。次のステップとして中央病院を選んでもらえるような取組が望ましいということです。

確認ですが、連携の仕方はどのような方法でしたか。例えば、こちらから訪問するのか、手紙を送って返送してもらうのか。

(病院)

連携関係を結ぶにあたっては、プレートを配付しています。情報公開については、今後ネットワークを作ることを見込んでいますが、まだそこまで至っていない状態です。まずは顔の見える関係を作ろうとしている段階です。

(会長)

医師が訪問して「プレートを張ってください」とお願いしているということですか。

(病院)

はい。医師と地域医療連携室の職員とで訪問しています。

(委員)

連携医の先生方に何かメリットはあるのでしょうか。

(病院)

視野に入れているのは、情報交換ができるメーリングリスト等々の構築で、お互いに色々な情報交換ができるというメリットを考えているのですが、まだそこまで至っていません。

(委員)

今後の展開次第で、メリットを出すことは可能でしょうか。

(病院)

病院だよりをお配りしたり、勉強会のご案内を出したり、ということはしています。一方通行ではありますが、情報発信はしています。

(委員)

病院だよりとカンファレンスがいつあるということは、医師会の会員であれば全員分かるので、別に連携医でなくとも分かります。連携医になり、病院側から来て下さることで「そういうこともできるのか」という情報があれば良いと思うのですが。

(病院)

連携医の先生方を訪問させていただくと、向こうのキャパシティも分かりますので、逆紹介の時のツールにも使えますし、医者が行って挨拶をすることで顔の見える関係も作ることができます。

当院の規模ですと、何でもできるというより、「自分はこの領域を得意にしています」ということをアピールして、紹介していただけるようにしています。特色のあるところを宣伝する中で、こちらの限界も分かっただき、逆に、逆紹介をする時に開業医の先生がどこまで対応可能なのか、という情報をその時に得ておくと。

ただ、一番大事なものは顔の見える関係を作る、ということです。

(委員)

それは凄く大事なことですよね。

(会長)

実際に医師が訪問されているのは良いことだと思いますね。

次は「地域に不足する医療機能の対応」です。

先程の議論に含まれていますね。小児救急に関しては引続き、頑張ってくださいということで、次に進みたいと思います。

次は「適切な情報発信」です。

他に何かご意見などはございますか。

(委員)

情報発信はもちろん大事だと思うのですが、それと合わせてイメージアップ、企業だどこでもしていると思うのですが、イメージの向上にも取り組んでいただきたいと思います。例えば、花や絵を飾るとか。市民団体の絵画クラブに「1ヶ月間、院内の展示室をお貸しするので自由に部屋を飾って下さい」と依頼をして、市民の絵を飾ってもらうとか。お金をかけなくても市民と距離感を縮めてイメージを向上する方法というのは色々考えられると思いますので、そういった活動に取り組んでいただければと思います。

(会長)

ありがとうございます。イメージアップに繋がるような企画ですね。確かによく病院には絵が飾ってありますね。市民の絵とか学校の生徒が書いた絵とか。

(委員)

退院したお子様が書いた絵とか感想文とかですね。そういうものでも良いと思います。

(会長)

病院も古い古いという話が多いので、「綺麗になりました」という話題も積極的に出していただきたいと思います。市民の中には、病院が古いとか新しいとかを気にされる方も多いので、是非イメージアップに繋げていただきたいと思います。

(委員)

啓発活動という話で、柏原では、医療機関側が啓発せずに、市民が「小児医療を守る会」を発足させて、自発的に啓発活動をし始めたという例があります。小児科医達の疲弊を知って、なるべく病院にお世話にならないように市民が自分達で勉強し始めた、という経緯から発足した会です。

実際に私は、この会の方に話を聞いたことがありまして、そこで「もし行政や公立病院が関わってきたらどうするか」と尋ねると「自分達がやるので行政には関わってほしくない」とおっしゃいました。とはいえ、何かきっかけを作らない限りは、そういう自発的な活動は起こらないと思うので、直接的に何かするのではなくて、間接的にでも、そういう動きが起こるような情報提供ができるの良いなと思います。市民団体の方々は「公の匂い」が嫌いみたいで、医師会からのアプローチでも嫌がると思います。

(委員)

これは、柏原のある地域で、医師が1人で小児医療をやっていて、「その人を大事にしないといけない」という声から始まった活動ですよ。そういう状況にまでなると民間は動いてくれるかもしれないですけど、西宮であれば「この病院がだめなら違うところに行ったらいいわ」となるかもしれないな、と思いました。

(委員)

救急医療そのものが、救急車搬送件数年間700万件と、どんどん増えている中で、救急医がそれに匹敵して増えているわけではないですし、医療を提供する側は大変な状況です。そうすると、医療を利用する側にもある程度、現状を知ってもらわないといけない。そのためには、やはり情報が大事になると思います。直接的にしろ、間接的にしろ、市民に伝えていかないといけないと思います。追いかけていたのでは、いくら医師がいても足

りないですよ。そこは市立病院として、今後の課題になるのではないかなと思います。

(会長)

むしろ、患者側から情報を集めていくことも必要なのでしょうか。

(委員)

あるいは、市民団体が企画する勉強会に、市立病院や医師会から小児、あるいは救急の先生が講師として参加して、「こういう場合は病院に行かずに家で安静にしていれば大丈夫」というような情報発信ができれば良いと思います。

テレビのコマーシャルを見ていると、「すぐに医療機関へ」というような内容が多く流れており、「少しでも不安があればすぐに病院に行く」というような流れができてしまっているように感じます。

(副会長)

コンビニ受診を抑制する方法のご意見ですか。先程の患者を増やすという話からすると逆になると思うのですが。

(委員)

そうですね。来てもらうのであれば、重症度の高い、中央病院の機能に見合った患者に来ていただきたいという側面がありますし、それが税の投入されている病院にとっては、一番効率的で効果的だと思います。

(委員)

中央病院では、市民公開講座をされていますよね。ラジオの番組もやっていらっしゃる。その中に、そういう情報発信をぼつぼつ入れていくイメージですかね。

なるべくなら講演会も病院内でやって、「市立病院はそんなに古くなくて、きれいですよ」と言えるような場所で開催できると良いですね。そうすると、「今度、病気になったら市立病院に来てみようか」と思ってくれるかもしれないです。

(委員)

以前、岸和田市で市民病院と民間病院で積極的に救急を受入れる体制を取っていったら、どんどん救急患者が増加して、救急隊を増やさないといけなくなった例があります。

件数が増えると、救急隊を増やさないといけなくなるので、ある時から、1隊まるごと増やさないといけなくなりました。何億という予算が必要になるのですが、病院はどんどん受け入れるという方向で競い合いますから、医療費も上がっていきます。医療を提供する側も受ける側も同じベクトルで進んでいきますから、そうすると、どこかで歯止めをか

けないといけなくなりますね。

(会長)

話が大きくなっていますね。救急だけに限れば、ご指摘の通り、患者がある程度自分で勉強するという姿は正しいとは思いますが。ここでは、もう少し幅広く情報発信という意味で、「市民の方との交流の機会を持つ」ということを提言とさせていただきます。

では、次は「災害医療への対応」です。

他に何かご意見などはございますか。

(副会長)

兵庫医科大学病院では、自転車又は徒歩で来られる人をリストアップして、シュミレーションしています。

(会長)

中央病院でも既に何か取り組んでいますか。

(病院)

市役所が中心となってBCPについて取組が進められており、中央病院もそれにならう方向で進めていこうと考えています。

(委員)

BCPについては、マニュアルを作らないといけませんし、人員体制のことも考えないといけませんし、それをいざという時に使えるように訓練もしないといけませんし、凄く大変です。ですが、やらないといけないことなので、まずは少しずつ進めていただくと良いと思います。

(会長)

これも是非取り組んでいただきますように、よろしくお願いします。

続いて、「職員のアクティビティとモチベーション向上」と「組織の活性化」です。

最初にご意見ありましたが、他に何かご意見などはございますか。

(委員)

「職員のアクティビティとモチベーション向上」の最終行の記述は、「福利厚生の実現」だけでなく、「労働環境や福利厚生の実現」と書いた方が良かったと思います。

(会長)

確かに、いきなり福利厚生だけだと、前半の部分が含まれていませんね。

では、続いて、6ページの経営の健全化の取組の全体評価に移ります。全体評価が「C」、
「計画に対する取組みはあるものの、十分な成果が現れていない」と、しています。

達成状況に関しては、資金収支だけが記載されておりまして、前年度比プラス6,000万円ですけれども、計画に対しては、達成できていないという状況です。

判断理由としては、入院患者がそれほど増えなかったということが原因だ、と書かれています。ただし、地域包括ケア病棟を利用し、病床稼働率自体は2.1%増加したということです。

(委員)

全体の評価は「C」で問題ないと思いますが、項目別の評価結果を見ていると「C」が3つ、「B」が3つ、「A」が1つで、数だけを見ると評価は半分より上のイメージになる気がします。

結局、数字が上がっていないから全体の評価は「C」だ、というストーリーに問題はないと思いますが、一般の人が見ると「半分より良い評価になるのではないか」と感じるのではないかと思います。

(会長)

6ページには、最終的な資金収支額の数字だけが載っていますが、この評価結果報告書だけがホームページなどで公開されるのですか。

(事務局)

資料1の業務実績報告書も合わせて公開します。

(会長)

分かりました。6ページだけを見て「(資金収支は)6,000万円改善したけど、計画にはあと2,400万円足りなかった」と聞くと頑張っている印象を受けるのですが、実際はもっと頑張らないといけません。

いずれにしても、もう少し数字的なものがあるといいですね。経営のところは数字が大事ですので。例えば、新入院患者は1年間で6名増えたけれども、計画には70名足りなかったということですよね。この辺りのことに触れて、全体の文章として、もう少し危機感が伝わるようにできると良いなと思います。

では、7ページ、各項目に対する意見、提言に移ります。

まず「地域の医療機関などとの連携強化による医療機能の利用促進」です。

(副会長)

ここに記載があるわけではないですが、中央病院では、地域の先生との2人主治医制というつもりで患者を診て、紹介、逆紹介をされていますか。例えば、医師会の先生が普段診ていて、悪くなったらいつでも連絡下さいというのをお互いにやっていますか。

紹介していただいた患者が退院した後に、紹介元の先生に「その後〇〇さんお元気ですか」とか、夏とかお正月ぐらいに手紙を送っても良いのではないですかね。医師会としてはどうですか。

(委員)

手間がかかるのではないですか。返事もしないといけないですし。

(副会長)

返事なんかいらないですよ。地域の先生が「悪くなったら、電話一本でまた中央病院が診てくれるな」と感じる程度の挨拶で良いので。

(委員)

「気にしてくれているな」ということですね。

(副会長)

例えば「その後〇〇さんはどうされていますか。また何かございましたらいつでもご相談下さい」という一言です。それ以上の押し付けがましいことは書かずに。

(病院)

そうした趣旨の内容は、患者を紹介元の先生にお返しするときに必ず一筆入れるようにしています。勿論、患者にも口頭で説明しています。

(委員)

例えば、地域の先生が紹介した患者が、紹介した診療科から違う診療科に変わって亡くなったという場合に、兵庫医科大学病院とか県立西宮病院では、診療科が変わると返事が来なくなります。中々難しいのは分かるのですが。一方で、中央病院はそういう場合でも連絡を入れてくださいます。病院内での連携をきちんとされており、開業医を大事にしてくれているという印象を持っています。

(会長)

続いて、「地域包括ケア病棟の利用促進」に移ります。

これは当初から指摘されていることですが、地域包括ケア病棟が院内の患者の退院調整のためだけに使われてしまっているという指摘です。

(委員)

本当は、こういう急性期の病院が地域包括ケア病棟を持つべきではないと思います。回復期の病院が、急性期の病院から連携で引き受けて、という流れが理想的なのですが、見せかけのというか、自院の回転率を良くするというか、それで在院日数が変わりますので、そのために地域包括ケア病棟が使っているという病院がほとんどです。どちらかというところ、病病連携を阻んでいる病棟になっていると思います。

例えば、患者を紹介する病院からすると、市立病院に患者を預けて、こっちに戻ってきてくれたら良いけれども、地域包括ケア病棟に入院して、そのまま家に帰ってしまうと。そうすると、紹介した病院としては、預けたら戻ってこないと感じてしまいます。

(委員)

今のご意見は、7ページの(1)－①の3行目の「例えば」以降の文章と矛盾しませんか。

地域包括ケア病棟の扱いについて、(1)－①の「例えば」以降の文章はポストアキュートでの活用を、(1)－③の文章はサブアキュートとしての活用を念頭に置いたものだと思います。前者は、いかにも急性期の後の退院調整を、つまり本来の利用方法ではない方法を推奨していると思います。後者は、本来の活用方法を想定しているように見えます。

(会長)

(1)－③の文章としては「ことも検討されたい」という表現なので、おそらく院内での活用がメインという前提で記述されていて、かなり付け足し的なイメージで書いてあると思います。

(委員)

仮に後者が「地域包括ケアシステムの拠点病院としての市立病院」を想定しているとするれば、本来は「在宅医療からの受入や、開業医からの利用」というスタイルが一番本筋の地域包括ケア病棟の利用の仕方だと思います。

(会長)

市立病院の現状を考えると、「あれもやります、これもやります、とにかく病棟を埋められるようにします」ということですね。

可能であれば、両方のニュアンスを残しつつ、矛盾が生じないような表現に。勿論、一

義的には院内の患者の受入先ではあるけども、違った形でも利用してくださいと。

それでは続いて、「費用の適正化」です。コスト削減についてですね、非常に大事なところだと思います。

(委員)

病院のコスト削減というのは大きなテーマですが、具体的に網羅的に検証しているかといえば、決してそうではなくて、場当たりのにやっているように感じています。

材料費で言えば買い叩きで解決するかの如くやっていますけれども、実はもっと色々な方法があって、それらを一度見直してみたら良いのではないかなという思いです。

材料をいくら安くしても、数をたくさん使っていたら意味がないですし、数量管理をどうするかですね。1%、2%を必死で値引きしていますけども、数量が減ると、何割という単位で減っていきます。廉価品というのは構造的に切り替える話になりますし、リユーズも更に変わってきます。単価は高いけれども、100回使えるということになるかもしれないですし。

(会長)

こうなると、診療している医者に関わっていないといけません。事務レベルで処理できる話ではないですね。

(委員)

そうですね、これは医療の質と直結するような話になりますので。

DPCの病院で、在院日数が短くなると、同じものを使っていますから、材料費比率が減ります。そうすると変動費比率が下がることになります。額は変わらなくても率が減りますから、付加価値の額が大きくなりますね。そういう経営の考え方を変えていかないと、昭和の時代のようにいつまでも値引きだ、値引きだとやっていたのでは、根本的なコストコントロールはできないと思います。

また、「適正な在庫」ということも、見ていかないといけません。BCPとも関わってきますが、災害時に診療材料が枯渇する病院がとて多いんですよね。「適正な在庫」ということを考えずにあまりにも削減し過ぎるものですから、必要な薬が無かったり、材料が無かったり。「適正な在庫」や「在庫の見直し」ということは大事だと思います。

(会長)

(災害時に) 材料の供給の方が途切れる可能性は高いですね。非常に貴重な意見です。これも是非書き加えていただきたいと思います。

(委員)

光熱費に関しても、今、電力会社やガス会社との間で競争していますよね。電力会社でもガスを取り扱っていて、ガス会社でも電気を取り扱っている。こうしてサービスが変わってきている中で、比べたら結局どっちが安いのか、という話になって、1年毎に契約を見直している企業もあります。

特に病院であれば、光熱費は結構大きいと思います。

(会長)

是非、その辺りも病院側で検討をお願いします。

続いて、「平成29年度の経営状況（経営改革プランの目標達成状況）に対する意見、提言等」です。

バランススコアカードとは、どういったものですか。

(委員)

例えば、6ページの下に評価結果の表があります。AからCまで評価がありますけれども、これだけでは、評価の重さや流れがはっきりしません。ある項目は「A」がついて、別の項目は「C」がついている。そこに、「どこから、どういう流れで頑張れば良いのか」という経営のストーリーを作っていくものがバランススコアカードです。

具体的には、個々の職員の力を強めようとして、それができれば、個人の能力が上がってくるので、仕事の進め方が変わってくるだろう。そして仕事の進め方が変われば、例えば患者が喜ぶような、待ち時間が短くなったり、治療の説明が上手くなったりして、理解が得られるようになるだろう。そうすれば、医師会の先生方への説明も上手くなるだろうから、患者が増える要素が増すだろう。そうすると、患者が増加するだろう。患者が増えれば売上が良くなって、利益も上がるだろう、と考えていく。「風が吹けば桶屋が儲かる」といった因果関係の連鎖を作っていくという技法がバランススコアカードです。

世界不況の時に、国際的な企業が不況から脱するために利用した技法で、知識労働者向けの技法の中ではかなり秀逸な方法だと思います。

これを病院に持ち込んではどうだろうか、と思います。すでに日本の中でも取り組んでいる病院はありまして、その病院の雰囲気も非常に良いです。

目標管理の一種になるのですが、まず経営陣が「病院経営成功のシナリオ」というものを作り、それに対して各部署がどのようにコミットしていくのか、という目標をブレイクダウンしていくようなやり方です。従来の目標管理のように、目標項目を羅列するのではなくて、順番を作って、その達成を目指していくということです。

(会長)

そうなると部署の長の人は、全体のストーリーを理解していないといけませんね。

(委員)

本質的なところだけで十分です。「管理者が一体どういう経営改善のシナリオを持っているか」ということを各部署で理解しよう、ということです。

看護部の方は、よく知っていらっしゃるのではないですかね。看護協会でも相当取り組みが進んでいますので。

(会長)

分かりました。他に、財務諸表についての職員間勉強会という点もあげられています。

(委員)

これは意識の持ち方だと思います。今も病院内の誰かは財務諸表を見ておられるのではないですか。事務方の職員の中でも、財務諸表に強い方もいらっしゃれば、そうではない方もいらっしゃいます。放っておいて身に付くものでもないので、事務方で少しずつでも、財務諸表の基本から学んでいって、分かる人が増えてくれば、それだけ経営改善のアイデアも出てくると思います。「ここの数値が悪いのであれば、上げるためにどうしようか」という議論も進むでしょうから、個人のレベルアップは大事だと思います。

(会長)

貴重なご意見ですね。

最後に、8ページの「総評」です。

まず、前半部分の「医療サービスの向上」までのご意見をお伺いしたいのですが、いかがでしょうか。

情報発信についての話が大部分を占めています。この「総評」の位置付けとしては、経営審議会全体の意見ということになりますが、3ページでは、がん医療及び救急医療の充実についての話があるのですが、ここでは情報発信のことにしか触れられていません。どのようなストーリー構成で作られているのですか。

(事務局)

4～7ページに記載のある意見の中で、特に経営審議会として病院側に頑張ってほしいという内容を「総評」にまとめることができると考えています。今回の場合は、特に「情報発信等の仕組みを考えることで患者を増やす」という点が重要だと考えましたので、情報発信について重点的に記載していますが、ご意見があれば、修正いたします。

(会長)

医療サービスの向上に向けた個々の取組としても「C」の項目は「がん」、「救急」、「情報発信」についての3項目です。委員の皆様のご意見も、情報発信については勿論あるのですが、がん医療、救急医療についても同様にご意見をいただいていますので、もう少しバランスよくまとめた方が良いと思います。情報発信に偏り過ぎているような印象があります。

(委員)

これまでの議論を伺っていると、救急医療にしても、がん医療にしても「市民病院らしさ」をどこに持っていくのか、ということが「医療サービスの向上」の本質だと思います。

それは市民病院らしさが何なのか、ということを経験した上で、それを発信することなので、一番根幹の部分を表す、「市民病院らしさ」という一言をどこかに入れていただくと、良いと思います。

(委員)

救急医療やがん医療ということを含めると、「医療サービスの向上」ということは「医療内容の充実」ということになりますね。

(会長)

貴重なご意見ありがとうございます。

続いて、後半部分の「経営の健全化」についてです。

文章の全体のイメージとして、どうでしょうか。

(委員)

またホームページの話が出てきていますが、結局ここでは職員の経営参画意識の醸成ですとか、できるだけ多くの職員が経営に関心を持ち、経営意識を持ってもらいたいということが大事だと思います。また、市民病院らしさという1つの目標に向かってベクトルを合わせるということが、健全化にも繋がると思います。より多くの職員に参画を促すような文章にしていきたいと思います。

(会長)

ありがとうございます。職員に経営参画意識を持ってほしいという意見ですね。

最後の段落ですが、特に大きな問題は無いように思いますがいかがでしょうか。

この審議会として何をしてほしいか、ということですね。今の議論を踏まえると、病院

の特色を明らかにし、それを情報発信し、患者をまずは増やす。そして、一方では職員が経営意識を持ち、経営感覚を持って、良い医療を実施していただきたい、という流れになると思いますが。こうした内容を文章化していただくということによろしいですか。

(副会長)

西宮市民に対する中央病院の役割の明確化と、その役割を職員一人一人が認識することですね。その上で、「経営の面でも参画しているという意識を高める」というような言葉を盛り込んでもらおうと良いと思います。我々委員としてもそれが一番言いたかったことだと思います。

(会長)

はい、では全体の流れをもう一度見直して、修正してください。
2番目の議題の議論は、以上とします。

議題3 平成30年度の経営状況（4月～7月）について

(会長)

それでは、続いて、「平成30年度の経営状況（4月～7月）について」です。
病院側から説明をお願いします。

(病院)

<資料3の説明>

(委員)

平均在院日数が10日を切って、単価が60,000円近くになっているのは、相当高いレベルの急性期病院だと思います。準県立病院の数字ではないかと思うぐらいの数字なのですが、これは狙ってこうなっているのか、それとも自然に、結果としてこういう数字になるのか。

(病院)

経営改革プランで掲げている目標は、高度な医療を提供するということで、機器の整備、あるいはDPCの研究で、より効率的な医療を提供するということで分析をした上で、出した目標になっていますので、そうした取組の成果が表れたのではないかと認識しています。

(委員)

平均在院日数と診療単価だけを見ると、相当近代化された病院で、病床数も相当コンパクトに絞って急性期を行っているイメージを持ちます。

病床数からすると結構大きく、その一部は地域包括ケア病棟になっているのかもしれませんが、それでもかなりパフォーマンスは高いと思います。

それを意識的にされているかどうかです。これは意識的にすべきところなので、仮に意識的にできているとすると、病床稼働率も自然と調整されてくるのではないかなと思いますが、いかがでしょうか。

(病院)

お褒めの言葉をありがとうございます。ダヴィンチだけではなく、単価の高い手術を行っていますし、質の高い医療を提供できているのではないかなと思っています。

ただ、在院日数がどんどん短くなるので、収益的には反映されていないですけども、一般的には「新入院患者数×単価」と言われていますから、その2つのバロメーターが上がっていることは悪いことではないかなと思っています。

(委員)

実患者数が増えれば、医師会の先生にもパフォーマンスの高さなどを知ってもらうことができるので、日数は短くても、多くの患者がこの病院の医療を求めてくる、というような仕組みを目指されてはいかがかなと思います。

(副会長)

一般病棟の稼働率はどれぐらいですか。

(病院)

70%ぐらいです。

(副会長)

兵庫医科大学病院では、在院日数が11.2日で、単価が77,000円、稼働率89%ですから、それでやっていけるんです。だから市立病院の場合は母数を増やさないといけないですね。でも、これが健全な姿なのでそのまま良いですよ。地域の先生方に返していくのが本来の姿です。

(委員)

紹介率、逆紹介率も良い傾向にありますね。

(副会長)

全部良い方向に向かっているから、あとは新入院患者を増やしていくとすべてが上手く回りだしますね。

(会長)

最後に、全体を通して何かご質問等ございませんでしょうか。

それでは閉会に際して、南都病院事業管理者よりご挨拶があります。

(事業管理者)

<挨拶>

(会長)

それでは、以上をもちまして、本日の審議会を終了します。ありがとうございました。

以 上