

## 令和元年度 第2回 西宮市病院事業経営審議会 議事録

開催日時：令和元年11月18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、阪上 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、  
大西 院長補佐、瀧内 院長補佐、小川 院長補佐、橋本 薬剤部長、  
恩田 看護部長、大西 管理部長、橋本 病院改革担当部長、  
久保 総務課長、田中 人事給与課長、田口 医事課長、出口 経営企画課長

事 務 局：経営企画課（衛守係長、宇都係長、大谷副主査）

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30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>・令和元年度の経営状況について</p> |
|--|

（事務局）

定刻となりましたので、ただ今から「令和元年度第2回西宮市病院事業経営審議会」を開催いたします。

＜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、よろしくお願いいたします。

（会長）

最初に、傍聴者の確認をします。傍聴を希望される方はいますか。

（事務局）

傍聴希望者はいませんでした。

### 議事1 本日の議事次第について

（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 30 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 30 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)

全体の流れについてですが、今回、第 2 回で報告書を確定させるのか、あるいはもう一度第 3 回での議論を経て確定させるのか、どのように行えばよいですか。

(事務局)

第 3 回では今年度改訂を予定している経営改革プランについてご意見をいただく予定としています。評価結果報告書については議論の内容によっては第 3 回に持ち越すこともありうるかもしれませんが、基本的にはこの第 2 回でまとめていただければ、と考えています。

(会長)

分かりました。今回は資料 2 の評価結果報告書を完成させるということが一つの目標となります。変更点があれば、次回変更点を明示の上資料として提示してください。

では資料 2 を詳細に検討していきます。

(委員)

その前に資料 1 の業務実績報告書について 1 点よろしいですか。委員会の評価という部分について、「これを精査した結果」という文言がありますが、2、3 回の審議会だけでは「精査した」とは言い切れないのではないのでしょうか。資料 2 の評価結果報告書においては「総合的に勘案し」と記載されているわけですが。

(会長)

「精査」は言い過ぎかもしれませんので、「報告を受け、これを検討した」という程度が良いかと思います。変更をお願いします。

資料 2 に戻りまして、2 ページに記載のとおり、A～D の 4 段階で審議会の評価を決定していきます。

3 ページに移りまして、経営改革プランの取組に対する評価 (1) 医療サービスの向上に向けた取り組みに対する全体の評価です。総合的な評価が B で良いか、ということです。

表を見ると C は救急医療だけです。あとは B を付けていますので、全体としては B で良いのではないかと思います。ただ各項目については各委員から厳しい意見を頂戴しています。

「公立病院としてその役割が期待されている「救急医療の充実」の評価については、前年度に引き続き「C」に止まったことは、病院としても重く受け止めるべきであり、早急に改善に向けた対策を講じる必要がある。全体評価としては、これらの項目別評価に加え、手術支援ロボット（ダヴィンチ）の活用により前立腺悪性腫瘍及び腎悪性腫瘍手術に対応し、がん医療の充実に努めていることや、地域の医療機関などとの機能分担を図る取組の継続により、紹介率及び逆紹介率の向上がいずれも計画値を上回るなど地域の中核病院として地域医療への貢献が図られていることなど、医療サービス向上に向けた取組に成果が認められることから、上記の評価とした」とあります。

これはBでよろしいでしょうか。

＝ 異議なしの声 ＝

続きまして、各項目に対する意見の文言を確認していきます。

まず 1-①医療の充実です。「手術支援ロボット（ダヴィンチ）のさらなる活用を図るため、地域の診療所、特に泌尿器科のある診療所にもっと周知されたい」とあります。現在、泌尿器科に絞った周知活動はされているのでしょうか。

（病院）

泌尿器科については今月から診療所訪問を実施していく予定です。

（会長）

去年は前立腺悪性腫瘍で何例くらいですか。

（病院）

36例です。

（会長）

ダヴィンチそのものの費用対効果を考えると、もう少し件数が伸びた方がいいですね。他の臓器でのダヴィンチの使用に関してはどうなっていますか。泌尿器科は非常に頑張っておられます。ちょっと消化器外科の頑張りが少ないように思いますがいかがでしょうか。

（病院）

消化器ですが保険適応の基準の中で直腸癌をやりたいのですが、技術認定の課題が大きいです。症例が年間30例程度必要なので、現在各施設を訪問して、当院の放射線治療施設を用いた直腸治療を積極的に行うことを宣伝して症例の増加につなげています。

（会長）

それではここに、「その他の適応疾患についても施設認定等をとるよう今後努力を

続ける」という文言を加えてください。昨年から12種類の手術が保険適応になっていますので、そういった分野にも取り組んでいただくようになると良いかと思えます。

続きまして(1)-(2)は救急医療についてです。これはCでした。「応需率の減少に関しては、医師を始めとした医療スタッフの意識を変えるなどの取組を通じて、向上を目指されたい」ということですがいかがですか。

(副会長)

中央病院では救急で1人入院させたらインセンティブを出していると聞いていますが、金額はいくらですか。

(病院)

入院につながった場合、担当した医師に対して1人5千円支給しています。

(会長)

電話で受入要請があったものに対して、受け入れを断ったら、日誌みたいなものに具体的に拒否の理由が全部残っているのでしょうか。その内容の検討はどのようにされているのでしょうか。

(病院)

救急委員会の委員長、看護部長と外来師長と内科の院長補佐とで毎日断った内容を検討しています。症例を集積し、その状況を解析しているところです。他にも当直体制の変更や救急体制そのものの改革を進めたいと思っています。これは総合的にやっていかなければ、なかなか一朝一夕では難しい。粛々と進めていくという方針です。

(会長)

今言われた「体制を変える」というのは、具体的にどのようなことですか。

(病院)

例えば、当直体制の変更や応需基準の策定などですが、まだ具体化できていない状況です。

(会長)

医療スタッフの意識を変えることで一番有効なのは「なぜ断ったのか」という注意喚起をすることです。そういった注意喚起はされているということですね。

(病院)

西宮市では、輪番制が発達しており、今まで当院でフォロー中の患者でその患者が希望した時、輪番日以外の場合は断っていたのですが、最近は希望された患者については受けるようにしています。近隣のかかりつけの先生方のご意見を聞くと、そうしないと

仮にフォローが終わっていても、いつでも診てもらえると思って紹介しているのに「断られた」という言葉だけが残ってしまって紹介患者が減っていくということがありました。それは近隣の開業医の先生方を連携訪問することで色々わかったことです。

(委員)

1人入院したら5千円を無くしたら入院が減るのですか。

(病院)

直ちに減るとは言い切れません。インセンティブの1つとして、当直体制の中で診療行為があったという部分に報いるというものです。5千円が無いから直ちに入院が減るというものではないと思います。

(委員)

看護師には出るのですか。

(病院)

看護師には出ません。

(委員)

なぜ医師だけなのですか。

(病院)

医師が中心となって診療行為を行っているというところから手当をしているものです。

(委員)

看護師もパートナーとして一緒にやっているのではないのですか。そういったところに、経営問題の本質があるのではないのですか。

(委員)

急性期の病院が救急を受け入れるのは当然ですし、それをインセンティブと言って良いのかどうかですね。

(会長)

それをインセンティブというとなんか語弊がありますが、入院に伴う支援・管理などの業務が発生するので、例えば手術費等に対する手当と同じように、発生した業務に対してのいわゆる「手当」という発想ではないでしょうか。

(委員)

通常の当直業務の中に当直ではなくて通常業務が入ってきた。それに関しては割増料

金の給与が発生するという話は当然だと思います。件数が多くなれば、これは当直ではなく、通常業務として3交代制のように医師が夜間勤務するという中で割増賃金として支払われるというものだと思います。では、入院させようか帰そうか迷った時に、5千円があるから入院という見方をされかねないではないでしょうか。無いにしても、そういう風な評価をされるのが悔しいじゃないですか。

(委員)

(自分の病院では)どちらにしようかと迷った時は、もちろん入院させてと言っているのですが。入院させると業務は増えるのは確かです。ここ当直は1人ですか。

(病院)

2人体制です。

(委員)

外来は次々来るし、普段だったら自分が入院を決めても誰か違う人が入院後の後始末をしてくれる。夜中で自分1人だけだったら、次の外来を待たせておいて病棟のこともしなければいけない場合、どちらでも良かったら帰ってもらおうかなという気になるとは思います。そういった部分が、どちらにしようかと迷ったときのインセンティブになるのではないのでしょうか、言葉が適切かは別にして。

(委員)

こうしたことが一般市民に見えてきた時、病院や医師達が損な評価を受けたりしませんか。

(委員)

インセンティブとかではなく、発生した仕事に対する手当だということですね。

(委員)

輪番時と輪番以外とで、当直料は違うのですか。

(病院)

救急当直時は6万円、管理当直は5万円です。

(委員)

輪番以外の時、緊急入院はあまりありませんか。

(病院)

輪番以外の時もありますが、輪番の時の方が圧倒的に多いです。

(委員)

その分1万円もともと出されているということでは足りないですかね。元々5万円が6万円になっているから、最初からプラス1万されていると。

(病院)

特殊勤務手当という部分だけに焦点が当たっているのですが、例えば公表されている資料で県立西宮病院と中央病院の医師とを比べますと、年収でいうとほぼ同じです。県立西宮病院の医師の方が若干高い状況があります。手当部分ですが、水準的にはほぼ均衡は取れているのかなと思っています。そういう中で入院をした部分については一定加算、特殊勤務手当が付くというところで医師の意識も高くなるのではないかという判断です。

(委員)

基本給、手当も含めた年収で比較すると県立西宮病院と一緒にという意味ですか。

(病院)

はい、そういう趣旨です。総務省が公表しているデータによると年収はほぼ同じ。そういうデータがあります。

(会長)

救急医療に関して、給与体系の在り方など色々ディスカッションしていただきました。医療スタッフの意識以外に、輪番の時にカルテのある患者は受けるなど現状欠けている部分ですが、輪番に拘らずに幅広く受け入れるということですね。それを行うことにより逆に「輪番以外で患者を取って」と周りからネガティブな評価を受けますか。

(病院)

むしろかかりつけ医の先生からは、輪番だと言って断っていたことの方が評判を悪くするということが連携医訪問を通じて分かりました。

(病院)

輪番病院でも、患者の希望が第一ということを皆さん納得しますので、それは問題ないと思います。

(病院)

当時、輪番優先という理由で断ることを病院として基本的にはOKとしていたところがあったのですが、最近は連携医訪問をすると、輪番日しか取らないという印象を与えてしまっていて、患者との間の信頼関係が良くないということだったので、それなら開業医の先生の顔をつぶすことになるということで、輪番以外の日でも受け入れるようにしています。

(会長)

そのことを徹底するよという趣旨の文言を追加してください。救急だけCですので、よろしくお願いします。

続きまして、(2)-③地域の中核拠点病院としての貢献です。「紹介率よりも逆紹介率が高いのは積極的に地域の診療所へ患者を返しているという事であり評価に値する」と。これはポジティブな評価ですので、このままでよろしいでしょうか。

続いて、(3)-②適切な情報発信です。意見を2つ頂戴しています。

1番目は、「さらなる患者の獲得に向けてホームページの機能を高めていくことが大事である。他病院での事例を参考にしつつ良いホームページができることを期待する」。

2番目は、「病院・診療所や市民への情報発信を統括する担当部署を設置し、戦略的に取り組むことが大事である」です。

1番目は、ホームページを大事にしましょうということ。2番目については、情報発信を担当する部署を設置する、とありますが、現在その部署は無いということですか。

(病院)

経営企画課という部署がホームページなど情報発信の戦略的な政策を組むことを担当します。通常の管理広報部門のルーチンワークについては総務課が担当します。そういう使い分けをしています。

(委員)

市立病院ですから市役所の広報部門に広報をお願いすることはできないのですか。

(病院)

市役所の広報課は市全体の広報を担当しているので、中央病院も含めた単独の部署や事業の広報を広報課にお願いするという事はなかなか厳しいです。

(委員)

市政ニュースなどは市立病院の事ばかり書いてある。例えば、医師会が何かやるから記事を出してくださいと言っても市政ニュースには出してくれません。市立病院のことだったら出してくれる。そう思ったら市がやってくれているのではないか、と思うのですが違うのですね。

(病院)

それは中央病院から広報に依頼の手続きを踏んでやっているということですか。

(会長)

市役所も活用してということですね。他はよろしいですか。

(委員)

「患者の獲得」という文言についてですが、「利用の拡大」が適切かと思います。利用の拡大というのは、開業医の先生方にも利用してもらいたい、もちろん市民の方にも利用してもらいたいという意味になります。

(会長)

ご指摘のとおり「患者の獲得」という文言は「利用の拡大」に変更した方が良いですね。「さらなる利用の拡大」でどうでしょうか。

(委員)

広報の担当部署を区別しているのは、その方が合理的だからでしょうか。分けることが合理的なら良いのですが、分けていることにより壁ができて片方がやっていることをもう片方が十分に把握できていない、そこでロスが生まれる。もしくは重複が生まれるなど非合理的なことがあるのなら分ける必要はないです。合理的だから分けているのであれば、それで問題ないと思いますが、本当に合理的か、という点で少し見直しても良いかなと思いました。

(病院)

病院としては広報委員会という委員会があり、そこで統括しています。事務的なルーチンワークに追われるところがあり、それは総務課でやろうと。何か新たな取組を検討する部署というのが経営企画課で、そこで新しいことを検討しよう。なお、病院全体としては医療スタッフを含めた広報委員会で方向性を出していくこととしています。

(会長)

ありがとうございます。

続きまして(4)-①災害時医療への対応についてです。「台風21号による被災を受け、在宅からの患者受け入れに苦勞した。災害で民間病院の機能が低下している時こそ公立病院や民間病院の機能を補完するような役割を果たされたい」とあります。台風21号の時、どのような状況だったのでしょうか。

(委員)

停電時に在宅で呼吸器疾患等の治療中の方を受け入れる所がなかったと聞いています。病院に電話を掛けて、病院は割と早く電気が復旧するし、電源があるじゃないですか。その電源を使わせてください、ということです。

(会長)

医師会を通じてという形ですか。

(委員)

今回の場合は在宅医が個人的に知っている病院に電話を掛けて、ということでした。医師会としてもそういうシステムを構築しないといけないと認識しています。

(会長)

これからの日本にとって大変重要になってくる問題ですね。

これに関しては医師会との連携も一緒になっていますからね。「医師会との連携」という文言も加えてください。

続いて(5)－①職員のアクティビティとモチベーションの向上です。

一つ目は、「正解があることではないので職員のアクティビティとモチベーション向上の為に、色々と取り組む事が必要で、何かを取組まないといけないという姿勢が大事である」。

二つ目は、「医療サービスの向上及び経営の健全化を図るために、職員のモチベーションの向上が不可欠である。県立西宮病院との統合を控えている現状においては、今後特に力を入れて取り組んでいくべき項目である」ということです。

(副会長)

いろいろ難しい状況がありますが、地道にやるより手がないと思います。私は4月から病院長をやっていますが、売上など色々と言われているのですが何をやったかという、当たり前な事を言いますが、外来は絶対遅くならず8:30~9:00の間に始めなさいと。それから学生にも言っていますが「ありがとう」など挨拶をなさい、ついでに笑いなさいと。笑顔プラス。そんなことを言っています。

それとこんな事を言ったら失礼ですが、今日パッと見たら女性が1人しかいないですね。やっぱり働き方改革だから、私のところではなるべく女性を入れています。病院幹部会10人程いますが女性が3割程います。その辺りも検討されたら良いのではないかなと思います。やっぱり意識が変わると思いますので。

(会長)

女性のアイデアを活用して雰囲気作りに努めれば、確かに良いことが出てきそうな気がしますね。

(委員)

モチベーションの向上はやらなければいけないと思うのですが、なかなか実際にやるのは難しいです。モチベーションを上げようと思ったら、それなりに専門的な管理方法であったり組織論であったりという教育がありまして、管理者側も専門的な教育・知識を持って部下を指導していくことが必要になると思います。その勉強に時間もかかりますし、なかなか正解のないことですので難しいところだと思いますが、しかしそれをやらないと、思い付きでやってもなかなか難しいなと感じています。

(会長)

そうですね。2つの文言についてはどうでしょうか。

(委員)

何かもう少し、具体的じゃないですね。両方とも「何かしなければいけない」と。

(会長)

文章にするのが難しいですね。

(副会長)

ここに記載があるのは私がやっている事を言っただけで。でも確かにやっていたら業績も上がりますよ。しつこくやっていたら。

(会長)

病院に入った時の雰囲気ってものすごく大事ですね

(病院)

参考として、本日、この会議室の入口にホワイトボードがあるのですが、そちらに掲示しているものがありまして、グッジョブサンクスカードというカードを配布し、それに職員の働き方、気づいた良い点を書いて、多く投票があった職員を表彰するという制度を今年度から始めました。細かいことかもしれませんが、先程会長がおっしゃっていただいたようなことに通じるのかなと思います。

(委員)

そういうの、いいですね。

(会長)

(5) -①のところ、少し抽象的で難しいですね。すぐこの場で答えられそうにないので、事務局で文言をもう少し考えていただければと思います。

(5) -②組織の活性化です。「診療科ヒアリングにおいては単に頑張れ、成績を上げろ、というばかりでなく、例えば診療科毎の事情を考慮して患者数を前年度よりも数パーセントあと何人増やすか具体的な内容を掲示することが望ましい」。

(委員)

「提示することが望ましい」の提示する、の主語は誰になりますか。

(会長)

普通は診療科でしょうね。各科のヒアリングはどういう体制で実施していますか。

(病院)

ヒアリングは年に2、3回実施していて、各科で具体的な目標を設定してもらい、実施しています。それぞれの科でスペシフィックな問題を抱えていますので、ヒアリングすることで我々に直接伝わってきます。その問題点はできるだけ解決するように経営層で努力する。それがヒアリングで一番大事ななと思っています。

(会長)

「ヒアリングにおいては具体的な数値目標、具体的な事案、そういうものを提示し共有することが望ましい」。これだとちょっと散文なので、事務局の方でもう少し洗練された文章にしていただけませんか。

(委員)

病院のコンサルティングの具体的な手法ですが、まずモチベーションを上げるといった時のベースにあるのは、医師が臨床の場ではリーダーであるという現実です。リーダーである以上は、周辺で働く人達に自分が何を考え、どう行動していきたいのか、ということを示さないといけない。それが診療科によるヒアリングの目標設定になります。診療科の医師達がまずどういう運営方針で、今年をどう振り返って、来年どのように診療科の運営をしたいのか、ということ言葉を表現します。

その次に、それを数字に落とした時に患者をどれくらい診ようとするのか、外来、入院、救急それぞれ1日どのくらい受けようとするのか、ということが今自分達がやろうとしていることの具体的な数値化です。それから自分達の診療科を最もアピールする指標は何か、例えば全身麻酔の手術の件数を一番のアピールポイントにするとか、腹腔鏡手術をアピールポイントにするとか、あるいは診療科によっては特定の非常に難しい疾患の患者をメインに診ていくとか、そういう示し方をします。

さらに次に、それを実現するためには他診療科にどういう協力を要望するのか、看護師、コメディカルに対してどう要望していきたいのか、経営陣に対しては何を求めるのか。これらをまとめるという作業を求めているのですが、医師が医療を進める上でのリーダーであるという現実を外さないということ。そこがモチベーションの第1歩に繋がっています。もちろんその目標、あり方に関しては職業倫理と病院の経営理念に沿う限り、病院は全面支援する。それから外れるものに関しては支援しない、やめなさいという話になるのですが。そういう組み立てですね。(5) -①、②は、相当強い繋がりを持っています。

(副会長)

当院では具体的に入院患者の絶対数をどれだけ増やしてくれるか数字で言います。

(委員)

ブランクをどう埋めていくのかがリーダーの仕事ですから、その時の数字は経営側からは言わない。病院側があなたの診療科は何人診なければ駄目だ、という風に言ってしまふとリーダーでなくなります。そこが「提示する」の主語が誰なのかということです。

(委員)

それはドクターも経営者目線を持ってということでしょうか。

(委員)

そうです。将来的には色々な病院で、開業された時など、いずれはどこかで経営に関わられることになります。

(委員)

そういう人ならちゃんとするかもしれませんが、ただのサラリーマン医者という人もいます。自分が何時から何時まで外来すると。ゆっくりゆっくりやって10人しか診ない、一方の先生はバーッと30人診て、もう少しちゃんと診てと言っても同じなんですよ。そういうサラリーマン医者もいます。

(会長)

引き続き職員のモチベーション、組織の在り方については検討していきたいと思えます。続きまして、経営の方に移ります。総合評価はC、十分な成果が表れていない。まず収支がマイナス3億9千5百万円となり、計画を2億9千8百万円下回り、昨年と比べても1億9千7百万円。昨年よりも約2億円悪化して計画よりも3億円下回っているという状況です。この原因については新入院患者の数に尽きるという説明が続いてあります。病床率が6.1ポイント下回ったことなどからということです。これに関しては、入院患者を増やすということしか、ここではないですね。よろしいですか。

(委員)

こちらの部分については事実を述べているわけですが、前の医療サービスの所はBとなっています。Bの中に地域連携も医療の質も良くなってきていると評価されています。良くなっているにも関わらず、売上げが伸びないという現実、良くするためには費用を投じているという現実。費用が収益に結びついていなかったということが評価を低くしているわけですね。それは一体何なのか。という話になるわけなのですが、計画を達成できなかったなど、売上げは現実を表現しているだけで審議会とすると、せっかく費用投下して質の向上を高く評価したのに、売上げに結びついていないというところを低く評価する展開なのではないかなと思います。

(会長)

通常、収益が増えるけれどそれ以上に支出が増えてしまって赤字が増えたというのが多いのですが、収益も悪化しています、8千万円ほど。その事実が前半の部分とあまり結びつかないところもあって。委員の言われるように、頑張っているけれど最終的に赤字になったというだけではなく、やっぱり頑張り切れていないというところもあるのではないかと。そうすると新入院患者の減少がどうしても問題となってしまおう。

新入院患者の数というのは最終的な収益とイコールなので、そこに行くまでのプロセスももう少しディスカッションしないといけないですね。新入院患者が減少したことは収益とイコールとなります。これはどの病院でも絶対イコールなので、そこへ至るプロセスを見ていく必要があります。

(委員)

1つは近隣住民の在宅医療が増えてきて入院しなくなった現実があるのではないかと思います。手術をしなければいけない人は多いですが、入院せずに検査をすると。入院の日数も短くなっている。そういった医療に変わってきているから、その辺の事情があるのかなと思います。

(会長)

その中でどうやって生き残るかが課題ですね。

(1) -①地域の医療機関など連携強化による医療機能の利用促進です。「入院日数の短縮化に伴い入院患者の不安感が増していると思うので、退院後の患者の様子を気に掛けるなど、今いる患者を大事にしているという姿勢を行動で示すことが将来の患者確保に繋がるのではないか」、「紹介状無しの初診患者も積極的に受け入れてはどうか。整形外科や眼科をはじめ高齢者の飛び込みの受診が多いと思われる。中央病院の場合、500床以上の大規模病院とは違う戦略をとる必要がある」。この2つのご意見を頂戴しています。

(委員)

2番目に関しては選定療養費があるので、あまり賛成はできません。初診は開業医からの紹介を受け入れるという原則がある。実際、飛び込み受診は多いですか。

(病院)

少ないです。かかりつけ医を持ちましょうとか、選定療養費を上げたことにより、地域医療支援病院として承認いただきました。

(会長)

2番目は削除しましょうか。よろしいでしょうか。では、(1) -②一般病棟の効率的な利用です。「入院日数が短縮化している中で、患者の希望を聴きながら日数を伸ばすことは患者にとっても良い取り組みであるので経営的なメリットも大きいので推進していくべき」とあります。

(委員)

本当は急性期病院では、あまりこのような事はしてはいけない内容ですね。

(副会長)

次に入る患者がいれば別ですが、ベッドを空けていたら固定費が掛かりますので、いな

ければDPCの入院期間1と2の間くらいだったら良いのではないのでしょうか。

(会長)

経営的なメリットと書くと表現が良くないので、患者にとって利益がある、と記載すればいかがでしょうか。

(委員)

ここは、「市民にとって」のほうがいいのではないのでしょうか。市民の希望を聞き入れるのも市民病院の1つの役割ですので。

(会長)

そうですね。患者の不安や希望を取り入れて、という文言を取り入れて、これは事務局で適切な文言にしてください。

続きまして、(1) -③地域包括ケア病棟の利用促進です。「地域包括ケア病棟は地域の民間医療機関が十分機能していて、なおかつ地域で不足しておる要請があった時はじめて公立病院として検討に入る性質の病棟である。経営の為に公立病院の地域包括ケア病棟とするとどうしても理解が得られないと考える」。

(委員)

もう既に運営されているものですから、これはここにあってはいけない文言ではないのでしょうか。むしろ地域包括ケアシステムの拠点病院として、地域包括ケア病棟の利用促進を図っていくということだと思います。

(会長)

ここでは、地域包括ケア病棟の在り方という原則論の話を書くしかないですね。原則論だけ書きましようか。地域から積極的に受け入れるとか。

(会長)

続きまして、(2) 適切な診療報酬の確保です。「加算取得にあたっては人員確保などが過剰な投資とならないよう採算性を第一に検討されたい。なお採算性を検討する上で収益確保を優先するような運用が前提とならないよう留意されたい。対象となる患者数を算出した上で、医療資源を十分に活用されるようにしてほしい」。前半と後半とで反対のことを書いてある気がしますね。

(委員)

病院としてこれでいいのかということですね。地域包括ケア病棟の利用を促進し、HCUを促進し、救急医療を促進する。全部を促進するからバラバラになってしまう。病院全体の目標がばらけてしまい、どれもこれも中途半端なスケールしかできない、という気がします。

(会長)

続きまして、(3)－①診療材料費の適正化です。「経営改善にあたっては収益の向上のみならず費用削減も必要である。特に診療材料の購入にあたっては、病院としてコスト意識をもって厳しい姿勢で臨まれたい。特に、手術室の診療材料費については手技ごとに共通化を図り、特定の医師固有のセットを使わないよう病院全体として徹底していくべきである」、「県立病院では県立病院全体で共同購入を行っている診療材料がある。県立西宮病院との統合に合わせてこうした枠組みに参画することで費用を抑えられるのではないか」とあります。

(会長)

(県立西宮病院との共同購入に関して) 病院としてこれは実現可能ですか、検討されましたか。

(病院)

県立西宮病院の業者と相談したのですが、なかなか実現は難しいと、断られたという状況です。

(会長)

どういう意味で実現が難しいということですか。

(病院)

県立病院は13病院あるのですが、それぞれの病院で価格交渉を行っている実態があります。例えば、中央病院が県立西宮病院と同じ単価で入れさせてもらえないか、という話はしたのですが、そこはちょっと難しいと断られたという経緯です。5年後、6年後には統合するのではという話もしたのですが、規模も違うので、その辺りもあってなかなか難しいということでした。

(委員)

県立病院は何と言っていますか。業者に言うのではなく、県立病院と一緒に買うわけですから。

(病院)

現時点でその件に関して県立病院と相談といえますか、そこまでには至っていません。

(委員)

売り手側(業者)に言えば、恐らくそう言うと思います。大事なのは一緒に買うことです。業者は関係ないですからね。

(委員)

極端な話、県立病院に物をまわしてくださいと言うと。そうできないのか、という話です。それくらいの覚悟で。

(病院)

現状、県立西宮病院と当院とで業者が異なっています。当院の SPD 業者と県立西宮病院の業者とが異なっているので、現状ですぐに変えるというのは難しいのですが、県立西宮病院の業者も今年度で契約が切れるので、今プロポーザルを行って来年度以降の業者を決めようとしている段階です。その状況を見て、当院も同一業者でできるのかということを検討していくことを考えています。

(会長)

それでしたら継続的に検討するということがよいのではないのでしょうか。県立西宮病院と情報交換しながら業者はどこにしました。いくらですか、と。広い意味では枠組みに参画することになるのですね。それは可能でしょうか。

(病院)

どこの業者にしたのか情報提供いただいたうえで、来年度以降、検討していきます。本来であれば今年度 SPD との契約が切れるのですが、その辺りも考えて来年検討課題としていきたいと思います。

(委員)

県立西宮病院にもメリットがあったらいいですね。こちらに協力したら県立西宮病院もさらに安く買えるなど。向こうにもメリットがあつていいと思うのですが。

(委員)

値引きが底になってしまっているのが大差ないというのが実情です。1%あるか、そんなレベルですから。それよりも、ここで材料費を適正化するのであれば、先進的な SPD 業者のシステムであれば、オペ室でどんな材料が今使われているかというのを院長室でモニタリングできます。医師別、患者別に見るなど、次のステップで何を見るかという、例えば新人医師とベテラン医師との使い方がもし違うのであれば、ベテランの医師のような技量に早くなって、と言える材料になりますし、あるいはその材料が本当に効果があったかどうかの評価のプラットフォームができる状況が今できつつあります。先進的な SPD 業者では費用対効果をしっかり示すようなレベルに近づこうとしています。

(委員)

それは業者が分析してくれるということですか。

(委員)

そうです。もちろん効果に関しては業者では分析出来ませんから、医師も加わらなければいけませんし、リハビリやセラピスト・看護師・薬剤師もそこに加わっていく仕組みがどんどん広がっていきます。プラットホームとしては、誰が、いつ、どんな材料を使ったかがわかっていなければ話にならないので、それが今もう開発されている状況です。

(会長)

1番目の手術材料の件ですけど、「特定医師の固有セットを作らない」という文言は、医師の裁量権に関わることなのであまり入れない方がいいと思いますが。実際共通化はできていないのですか。

(病院)

確かに、現状かなり種類は多いのですが、今年度からは安価な同種同効品を業者に提案してもらったりなどして、種類数をできるだけ減らしていったりしています。

(会長)

これは業者ではなくて、医師がやらなければ駄目なんですよ。誰か医師の責任者を決めてやらなければいけないことです。

(委員)

適正在庫という意味では大丈夫ですか。使わないのに大量に余っているということはないと考えていいですか。

(病院)

大丈夫です。SPD業者はまさにそれを管理しているという形になっています。

(会長)

続きまして、(3)－③給与費対医療収益比率の改善についてです。「単に人件費を下げるだけだと職員のモチベーションが下がってしまう。それよりも患者を増やすことに力を入れるべきではないか。収益の向上性を図るために成績において給料や手当にインセンティブを付けることを検討してはどうか。同時に費用削減を図り費用の総額としては増えないように変えたい」と。これもかなり原則論的な話になりますけど、基本給を減らしてでも手当を増やすという趣旨ですね。

(委員)

成績というのは治癒率ですか。

(会長)

どうしても収益になってしまいますね。なかなか治癒率という意味での成績は評価で

きないと思います。この成績は何人入院させた、何人診た、という話になるのでしょうか。  
(委員)

医師だけですか。関東の民間病院コンサルをやっているのですが、医師の人件費だけで他の職種の人件費を超えるわけです。すごいと思いませんか。医師の給与の平均が3千万円近くいくわけです。非常勤も常勤換算すると3千万を超えるくらいです。それは結局インセンティブの行き着く成れの果てです。そこまでいってしまうと、次の手が打てなくなります。

(会長)

全体としては、基本給下げてもいいのです。基本給と手当の比率の問題なんですよ。いろんな大学でもやっていますが、総額は変えずに比率を変えています。手術費を出す大学など言われていますけど、そういうところは総額を変えずに手当の部分にシフトしていくという方針です。手当だけを増やしたら、今言われたみたいに3千万など夢のような数字になってしまう。だからそこは各病院教室員に基本給がいくらで、当直手当の部分がいくらか聞くようにしています。そうするとだいたい傾向がつかめる。そうすると、病院の中で個人によってかなり差が付く。それを受け入れてもらわなければ仕方がない。

(委員)

20年前の北海道の道立病院は、すべて外科医の給与は、手術料の8割が外科に行くようになっていた。それに対して内科医から「外科が手術をするのは当たり前ではないか」という非難があって、我々外部から入ったものからすれば「フェアにしましょう」ということで過去の規定、昭和の医師不足を補うために作ったような規定はすべて廃止しました。今また、それがムクムクと出てきているのですが。

(委員)

おそらく都市部のちょっとした何かの手当が地方に行くと、どんどん拡大していくのではないのでしょうか。まだ都市部は医師の数がたくさんいますからわずかな違いで大丈夫だと思うのですが。

(会長)

先程言いました給与体系を、手当的な部分を多くする。手当的な部分にシフトしていくように。いわゆる均一賃金体系ではなく、手当を重視して、よりやった分に応じて給与の差が付くように院内で調整していく。そういう意味合いのことだと思います。

(病院)

評価の部分がよく分からないのですが、例えば夜勤とかすると手当が増えるということですか。業績の結果に対する何か手当という趣旨でしょうか。

(会長)

業績というか、1人入院したらいくらという業務が発生する訳ですから。手術は外科医の業務じゃないか、とそれに対してはあるのですが、単に時間だけでなく、リスクに伴う手技に対する手当など、手当に対する考え方は色々あるのですが。同じ病院に勤めたらみんな同じ給料ではなく、ある程度労働量および質において手当に差が付くのは、やはり仕方がないのではないかと、という発想です。

それでは最後に総評です。

<記載内容を読み上げ>

最初の医療サービスの向上の部分、経営の健全化の部分、両方を加味した職員のモチベーション、病院の方向性、そして結論。文言等はどうでしょうか、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、本日の議論を踏まえて、評価結果報告書の修正を事務局をお願いします。各委員の皆様には、次回、第3回でもう1度ご意見を仰ぎたいと思います。よろしく願いいたします。では次の議題に進みます。

### 議題3 令和元年度の経営状況について

(事務局)

<資料3の説明>

(副会長)

資料を見たところ、入院収益が下がっています。外来収益は増えているということは、最近の高額な薬は外来で使用しますので、その分で上がっていると理解しています。

ということは、入院収益をもっと増やさないといけないということになりますね。

(事務局)

今年度は、4月、5月が前年度より大きくマイナスがありました。前年度上半期が割と好調だったのですが、下半期が落ちましたので、その分を今年度は上回っていくことで収益を前年度並みにもっていきたいと考えています。

(会長)

今年の年末年始は9連休で稼働率の低下が懸念されますが、何か努力というか計画はありますか。例えば、予定入院を一日でも早くするとか。阪大病院なんかでも月曜日に入院すると手術できないから日曜日に入ると。

(病院)

当院でも月曜日の手術に備えて、日曜日に入院するというのは、通年やっています。同様のことを年末年始においても続けていきます。

(会長)

頑張っていたきたいと思います。これで本日の議題全て終わりましたが何か質問等ありませんか。

(副会長)

一般的に材料費については診療材料と薬品費を分けて書くのですが、今後分けて書かれたほうが薬品費だけ突出して上がっているなどの病院の支出状況がより分かるかと思えます。

(会長)

項目が増えるので大変でしょうが、その方が良いと思いますので、対応をお願いします。それでは閉会に際しまして病院事業管理者よりお言葉を頂戴いたします。

(病院事業管理者)

<挨拶>

(会長)

次回の連絡等がありますか。

(病院)

第3回は1月の開催を予定しています。改めて日程調整いたしますので、ご協力よろしくをお願いします。

(会長)

それでは以上をもちまして本日の会議を終了させていただきます。お疲れ様でした。