

会議録
(第4回次期平塚市民病院将来構想検討会議)

日 時： 平成28年10月11日（火） 10：00～12：00

場 所： 平塚市民病院 大会議室

《座長》 亀井 善太郎氏	公益財団法人東京財団研究員兼政策プロデューサー 立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科特任教授
森久保 俊満氏	東海大学健康科学部社会福祉学科准教授
正木 義博氏	社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会支部長
秋山 博氏	平塚市自治会連絡協議会会長
大曾根 俊久氏	平塚商工会議所専務理事 ※福澤 正人平塚商工会議所会頭欠席のため代理出席
石田 有信氏	平塚市企画政策部長
高井 尚子氏	平塚市健康・こども部長
伊関 友伸氏	城西大学経営学部マネジメント総合学科教授
久保田 美紀氏	平塚市PTA連絡協議会広報副委員長

欠席者：

高山 秀明氏	一般社団法人平塚市医師会理事
土屋 了介氏	地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長

○ 病院事業管理者挨拶

(諸角病院事業管理者)

皆さんおはようございます。本日もお忙しい中、第4回次期平塚市民病院将来構想検討会議においでいただきましてありがとうございます。

本日も重要なテーマかなりあります。特に、本日は収支改善に関する取り組みということが大きなテーマになっておりますが、前回当院の方から単価の低い疾患や患者のデータというのを出しました。それから会議の中で「こういうところをどんどんやっていくんだ」あるいは「逆にこういうことは辞めていく」といったようなことも話題になっていたと思います。そういうことを考えている中で、当院のような自治体病院の役割として、どうしても地域で不足している医療とか不採算のために、他の診療機関で止めてしまう縮小してしまうところをやっていかなければいけないというところの一つを考えています。これから救急医療、小児・周産期医療を担っていかなければいけないのですが、これを考えると、全ての診療科は必要なのかと考えているのですが、何をどう止めていくのかということも重要なテーマになってくるということを感じております。当院の今後の収支改善に取り組む上で、そのような点でも私としてはかなり苦慮しているところですので、是非本日の皆様の忌憚のない御意見を聞かせていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○副市長挨拶

(石黒副市長)

おはようございます。副市長の石黒でございます。本日はお忙しい中を検討会に御出席いただきましてありがとうございます。今日の議題を見ますと、収支の改善に関する取り組みに次期将来構想のたたき台についてということで、いよいよ最後のまとめの方に向かってきたのかなというふうに思っております。皆様の忌憚のない御意見を伺えればと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○ 本日のスケジュール等

(重田経営企画課長)

おはようございます。経営企画課の重田です。それでは進行の今日の流れと資料について御説明させていただきます。

まず、進行はお手元の次第を御覧いただきますと、収支改善に関する取り組みについてということで、前回に引き続きまして、収支確保あるいは経費削減に関する部分も含めて、御意見を引き続きいただきたいと考えています。これにつきましては、前回お示しした資料の中に患者分析データがありまして、その中に診療単価がいくらの患者さんの割合がどれくらいでいて、その患者さんが金額にするといくらだというような資料を出させていただいたのですが、その時に宿題と言いましょか、もう少し掘り下げた資料が必要だということで御指摘をいただきましたので、今日はカラー刷りの資料としまして、入院患者に関するデータ、4月から7月までのデータになりますが、その入院患者さんの内容と言いますか内訳が資料1。資料2としては、県内の今当院が目指している救命救急センターの指定を受けている病院がどんな数値になっていくのかという資料、それから外来の初診とか再診の患者さんの状況とか、あるいは平成27年度決算の実績から見た稼働額と言いまして、入院と外来の稼いでいるお金と言いますか、その辺の資料を御説明させていただきたいと思えます。これは後程。それが終わりました、市からの負担金についてということですが、これも宿題の御説明をさせていただいた後にまた説明をさせていただきますけれども、今いただいております一般会計からの10億ちょつとのことについて御意見をいただきたいと考えております。最後にたたき台ということで冊子をお出ししております。こちらが次期将来構想を作り上げていく冊子の事務局案ということですので、内容としてはまだ十分変わっていくものというふうになっております。現在、院内でもこれをたたき台として、いろんな意見のやり取りしているところですが、前回イメージがつかみにくいという御意見がありましたのと、ビジョンは分かるけれども、どういった数値目標が必要なのかというお話もありましたので、これも後程もう一度説明をさせていただきたいと思えますが、流れとしてはそんな流れで進めさせていただきたいと思えます。

まず前回の宿題からの説明をさせていただきます。

(座長)

念のために、現在お手元にあったのは前回の患者データというものです。それから、今日は収支計画まで出てきますか。

(重田経営企画課長)

今日はそこまで出ないです。

(座長)

今日はここまで来ないということですが、基本的にはこっちに反映する話なので、お手元に委員の皆さんは患者データも手元に置きながらという形がよろしいかと思えます。

(相澤経営企画課課長代理)

それでは経営企画課の相澤の方から、患者分析データというか前回の宿題でいただいたものをもう少し掘り下げたものを、皆さんのお手元にお配りしましたので、御用意いただきたいと思えます。

まず資料1がDPCのデータ分析ですが、直近の平成28年4月から7月までの4か月のデータを使っております。当院の予定外、救急入院の割合ということですが、予定入院かそうではないかということですが、予定入院が43.9%、予定外が56.1%という割合でした。これを次の資料2のA3の方で、これがどんなものなのか分かりづらいので、神奈川県内の救命救急センターの指定病院で比較的当院と病床数が近い病院との比較というものを作ってみました。右上にある表が、機能評価係数Ⅱというものの比較でして、それぞれの棒グラフの青は当院でオレンジ色はその他の病院ということになっております。予定外救急入院というのが真ん中にありますが、当院が56.1%でその他の病院の割合としては大体同じくらいか低いくらい、高めの数値になっております。月当たりの件数も447.8件ということで、藤沢市民病院の次くらいまで来ているということです。続いて、紹介受診履歴のある患者の入院患者の割合ということで、DPCのデータなのでこれらのデータは全て入院患者のデータですが、この基準は、過去に紹介状を持って来た受診履歴があるかどうか、今回の入院で紹介状に起因してというよりは、過去に持って来たというような基準で集計しています。そういう中で、過去に紹介履歴のあった患者さんは62.8%いたということです。これを他の病院と比べると、比較的高い数字でしょうか、横浜医療センターと藤沢市民病院に次ぐような数値になっているということです。救急車搬送患者さんの入院患者の割合ということですが、これは今回の入院が、救急車からの入院になっているかということですが、24.2%、約4分の1が救急車からの入院になっているということです。これを他病院と比べますと、割合としては最も高い数値になっています。件数としては他の病院で高いところもあるのですが、割合としては高めだったということです。続いて外来患者さんについてですが、金額、請求書ベースで200点未満が3分の1ぐらいたというデータをお出ししたのですが、それが初再診の割合でどうなのかということを出しました。初診患者というのが11.2%で再診患者が88.8%という結果でしたので、約9割は再診の患者さんということですが、当院の場合は、初診料の算定間隔というのが、紹介率を上げるために2年間と長めに設定しております。これは病院によって半年の病院もあれば1年の病院もあるということで、その点が初診患者の割合を減らしているということもありますので、支出的には初診のような病態でも再診で算定されている患者さんもいられますし、病院の場合は、例えば内科

に掛かっていた方が整形外科に掛かった場合は、初めて整形外科に掛かっても再診という判断もありますので、一概に全てがその割合に合っているかどうかは分かりませんが、初診料というものと再診料というものを算定している割合としては1対9ということになります。その割合が高い診療科というのを円グラフの上の方に付けました。色を付けたのですが、こういうところが再診割合が高いところになっております。

前回宿題いただいた医師の数について、資料4の方にお付けしたのですが、当院の常勤の医師数と臨時医師を常勤換算した人数で出しております。合計しますと、106.3人というような医師数になっておりまして、その右側には外来入院等の資料といたしまして、一日当たりの患者数と患者の単価と稼働額に、外来の方には紹介率、入院の方は稼働額と入外合計の医師一人当たりの稼働額というのを付けましたので、参考に御覧いただきたいと思っております。資料の説明は以上です。

(座長)

事実確認です。まず県内他病院との比較のところですが、DPCの機能評価係数が平塚市民病院が一番低いんですが、それぞれの率を見るとそうは見えないのですが、機能評価係数というのは、これ以外の他の部分も含めて評価されているから、平塚の場合はここに書いてあることではないことが低いからこれは低いんだという認識でよいでしょうか。

(相澤経営企画課課長代理)

後発品の割合等、そういうことがありますので。

(座長)

前に、伊関委員から御指摘のあった後発医薬品の問題等があるという理解でよろしいですね。ですから、これイコール救急だとかという話ではないという理解でよろしいですね。それから二点目、初診患者と再診患者の割合を示されたのですが、これはこの前お話のあった点数が低い患者さんだけに限っている訳ではなく、全体を見ているという理解でよろしいですね。

(相澤経営企画課課長代理)

そうです。全体です。

(伊関氏)

この資料は、傍聴の方も見ておられるのでしょうか。資料4の診療科の医師数を見ると医師が勤務すれば収益が上がる。調整係数も上がるということで見ると、稼ぎ頭になる循環器内科が4人は少ないですし、現場の先生方は大変だと思います。小児科も7人でこれも多そうに見えますけれど、藤沢市民病院は倍以上いるはずなので。産婦人科の6人も結構厳しいかと。眼科の1人は複数でなければいけないです。あと麻酔科の4人が少なく、おそらく手術に影響してくるだろう。病院長にお伺いしたいのですが、収益を上げるには、この医師数が増えないと収益は根本的には上がってこないだろうと思います。ただし、この医師自体は派遣先の慶應大学が中々医師を送ってくれない。やはり医師を送ってくれる

ためには、どういう日頃努力をされているか、どういうことが必要なのかその辺について御説明いただきたいのですが。

(金井病院長)

循環器内科に関しては慶應から来ていただいています、元々慶應の教授の方は、ここに集約すると周辺の病院も含めというようなお話だったのですが、中々それが実現していないと。これはもう1年の中で二回以上お願いに行っていますが、実現できていないところでは。

(座長)

すみません、それはなぜですか。

(金井病院長)

人がいないという表現になります。

(座長)

それはこれで、病院の方にいないのではなくて大学の医局に人がいないのですか。

(金井病院長)

そうです。小児科に関しても、慶應からですが、これも集約方向で教授からお話をいただいている、ただこの数は、慶應の関連病院の中ではまずまずな方です。それと産婦人科も同様なことです。眼科に関してはほとんど0人になりそうだったのですが、東海大からなんとか1人来ていただいている状態。麻酔科に関しては昨年0人になりそうところだったのを今なんとかこの状態に繋いでいる状態で、現状では今3人です。非常勤医師を多く雇っています。医師に関しては、市場にいっぱい転がっている訳ではなくて、1人引引っ張ってくるだけでもものすごく大変という状況です。そのために、私が考えているのは、やはりこの病院の医者を惹きつける魅力づくり、これは非常に大事だと思うのです。それは今回救命救急センターの話で出ていますけれども、それも一つの重要なことですし、あるいは周産期医療を作っていくのも、そういったアドバルーンみたいなものになっていくのだらうと思います。その辺は平塚市と一緒にやっていかないと中々難しいというふうに思っております。麻酔科に関しては、昨年平塚市長にも二つの大学と一緒にやっていただいております。そんな状況です。

(伊関氏)

傍聴の市民の方に御理解いただきたいのですが、平塚市民病院は大きな病院ですけれども、慶應大学がメインの医師を派遣している大学ですが、他の関連病院との競争なのです。例えば足利日赤だとかさいたま市立だとか、関連する慶應系の病院の中での平塚市民病院の魅力をいかに高めて医師が勤務する病院づくりにすることが一番のポイントで、ここの病院、建築コストは少し高そう感じがするのですが、建て替えたことの戦略自体は、私は間違っていないと思います。古い病院のままでは、やはり魅力が落ちて、医師

は中々勤務してくれないで競争に負けていたのだらうと思います。慶應というブランドはあるのですが、医局に属する医師は、潤沢にいらっしゃる医局ではないので、競争の中でこの魅力をいかに高めるか、そのためには投資もやはり必要なのが現実で、現状維持で安かろう悪かろうになった瞬間に、あっという間に、医師が総引き上げになって退職してしまう。そこのところの難しさというのが、病院の運営の難しさで、この辺は傍聴の方も御理解いただければと思います。

(座長)

ありがとうございました。大変大事な論点だと思います。継続的な投資をしていかないと、箱だけあって人がいない状態になってしまうということですね。ただ医療人材の確保だけではなく、その一方でいかに収入を確保・増やしていくのだとか、必要な費用削減をどう行っていくのかというのは、今日大事なこれからの論点になるだらうと思います。

テーマが変わる前に、収入確保と経費削減についての取り組みというのが今日の議題の一つ目だったと思いますので、収支改善の取り組みについてそれぞれ御意見や御質問があればと思います。委員の皆さんいかがでしょうか。率直に言うと、先に「どうしたいのか病院は」というところを聞きたいのではないかと思いますので、前回も委員の皆さんからいろんな計画、もっともらしい計画や文章はあるが、「それでは具体的にどうしたいのか病院は、それはどうやったらできるのか」というような御指摘や御意見がありました。収入確保と経費削減については、まずは実態、外の者が云々言うよりは、中の人間がどこで収入を確保しようとしているのか、DPCのどこを上げようと思っているのか、どういうふうに単価を上げようと思っているのか、一方で、経費削減はどこで行おうと思っているのかという御説明が必要だと思いますので、病院の方からお願いできればと思います。いかがでしょうか。

(諸角病院事業管理者)

事業管理者の諸角です。病院が非常に経営的にあまりうまくいっていない。病院的に収益を上げていかなければいけないということが、非常に大きなテーマになっているのですが、私はこちらへ来て半年が経ちましたが、この病院には非常に特色がありまして、救急医療というのが非常に盛んに行われています。これはいろんな他の地域では見られない、かなり積極的に救急患者さんを取り入れている。色々な病院の改善を進めていたところの先例事例を見ると、あまり救急をやっていなかったところが救命救急センターを作って一生懸命やったら、すごく病院が活気づいて収益が上がっているということを聞きます。ですから、当院としては、さらにせっかくある大事な救命救急センターをさらに発展させていって、救急患者さんをさらに病院に来ていただくという病院体制を執る。救急車もたくさん来ているのですが、現在一番困っているのは、先ほど麻酔科の話もありましたけれども、手術が必要な患者さんの手術をこなせない、その手術数を増やすということも、DPCの制度の中では、出来高を上げるというのが非常に重要な部分になってくるので、今すぐにはできることは、救急をさらに盛んにすることと手術数を増やすということ、これが一番早くすぐできることだというふうに考えています。麻酔科医も常勤3人ですが、今月から4人になりました。一方で、麻酔科が増えてきて、今度手術室での問題は、看護師不足が

問題になってきており、中々手術数を増やせないような状況です。それから私がこの病院で収益を上げていくのに非常に大切な部分としては、救命救急をさらに推し進めるということと、なんとか手術をどんどん増やしていく。なんとか手術数を増えれば入院患者も増えて単価も上がってということができるとは思っています。その辺が当院の一番収益を上げる点では、伸ばしていけるところですし、そこを一生懸命やりたいと考えています。

(座長)

今の点について委員の皆さんいかがでしょうか。

(伊関氏)

さっきの資料4で、プラスの面でいくと、救急科が4人というのはい多いです。もう一つ組み合わせで、初期研修医、後期研修医の数がどのぐらいいらっしゃるのか。特に初期、後期これらの研修医さんがいることで救急の負担も軽くなってくると思うのですが、この状況について教えていただきたいのですが。

(金井病院長)

初期研修医は17人おります。後期というのは診療各科のドクターの中に入っています。

(伊関氏)

初期研修医17人いらっしゃるの、救急を積極的に受け入れられる力になっていると思います。初期研修医が集まって来る病院にしていくことはとても重要です。救急はこの病院の「売り」という感じがしています。麻酔科など医師の足りない診療科は、場合によっては、大学に寄付口座なんかも作りながらその数を増やしていくことも必要かと思えます。あとはやはり「いい人材」です。キーになる人がいい人材だとスタッフが集まります。「いい人材」への人的な投資も必要です。安かろう悪かろうでは人が来ませんし、収益が上がらないというのが病院の世界だということです。確認しておきたいと思います。

(座長)

ありがとうございます。具体的にそうは言っても、一方で足りないコストを負担する可能性のある納税者の立場として聞いておきたいのですが、人件費をどれくらい上げると結果的に救急が取り入れて、あるいは手術がこなせて収益が上がるという具体的な数字としてどうお考えなのか、もう少し具体的なお話を病院の方から伺いたいのですが、いかがでしょうか。

もう一回繰り返しますが、定性論としては、救急を取り入れて手術をこなしていった単価を上げていくというのは分からないではないのですが、一方で納税者である市民の皆さんからすると、それはそれで積極的に投資をしていくのが大事だという伊関委員のお話はこれまでの話で、重々分かっておるのですが、一方で収支に対する責任というものもあると思いますので、具体的にどのぐらいの人数が必要で、それによって費用がどれくらい増えて、一方でそれに対して収入がこれくらい増えるというような目算・見込みをもう少し

ただいた方がよいのではないかと思うのですが、この辺はどのようにお考えでしょうか。

(金井病院長)

難しい質問ですが、いくつかお話をさせていただきますと、看護師に関しては現状330人ぐらいしかいない。実際に今考えている救命救急センターをやっても、その他諸々をやると400人を超える看護師数が必要になります。そうすると、それなりに人件費が増えるのですが、それに伴って救命救急センターの加算とかICU加算とか、当院では現在取れていませんのでそういったものの他、7対1をきちんと安定して確保できるようになるとかそういったことで考えが上がってきます。その看護師のところも不足しておりまして、これも売り手市場でして、これも集めるのも大変という状況があります。それから人件費に関しては、昨年度結構増えております。それは臨時医師の部分が結構増えていて、それは麻酔科の確保ために必要でしたし、現状、北里大の麻酔科から部長として来ていただいておりますが、北里大に向けたアピールも必要で、ベースというか基本的な麻酔科医の給料を上げています。それはどういうことに繋がったかということ、麻酔科がゼロになるのを防いだということです。そこで給料を上げていなければ本当にゼロになっていたと思います。それと時間外で、実際は手術室今8室あって、平均的に大体6室ぐらい運用しています。そうしますと麻酔科が現状4人ですが、平均的に毎日2人ずつくらいは非常勤医師に来ていただいております。非常勤の麻酔科医は、ほとんど常勤医の倍ぐらい人件費がかかります。そういう状態でなんとか手術件数をこなして、昨年度は100億を超える収益を確保したということがございます。去年は106億ぐらいですが、そうなったことによって、人件費比率も少し下がって60を割りました。その前よりは少しよくなっているということです。実際には50%台にしなければいけないと思っております。

(座長)

ごめんなさい。やはり今のだと話が分からなくて、具体的に人件費をどのくらい増やすと医業収益がそれぐらい増えるのかという差分の話をしているので、今の御努力は大変な環境の中の御努力だと、そこは委員の皆さんは共有していると思うのですが、具体的に例えば「5年後どうなっているのか」というのが、例えば今看護師さんが330人から400人に増えると70人増えますと、これに伴ってコストは増える訳です。これに対して収入はどれぐらい増える見込みで、それはいろんな加算で単価がこれぐらいで、例えば人が減るのだとか患者さんがどうなるのかということを具体的にお示しいただかないと。それが委員の皆さんがおっしゃっている「具体的なお話をいただきたい」というところではないかと思うのですが、そこはいかがでしょうか。

(金井病院長)

表を説明する話にならないかな。経営企画課の方でできますか。

(座長)

表を説明する話なのか、そこは病院としての意思の御説明にもなるので、具体的な、要は何人確保するとそのぐらいの収入が上がるのかということをお示しいただきたいという

形になるかと思えます。

それが表として反映されているならば、表の御説明をしていただきたいと思えます。

(相澤経営企画課課長代理)

経営企画課からですが、シミュレーションは、現在外部のコンサルタントに頼っていますが、正におっしゃったとおり、どこの部分をどの程度増やすと収益がどう伸びるのかというように準じて依頼しております。人の増やし方については、当院といたしましては、今お話に出た看護師をどれぐらいのペースで増員ができて、それに伴ってどのタイミングで加算が入るのかというようにところを、10年間のスパンで考えております。看護師の単位というのは、一つのローテーションを組むと8人増やさなければいけないというところがございます、そういう意味では毎年何人ずつ増えていくかによって、いつから救命救急や集中治療室の加算が取れていくということになります。これは次回の会議のときにお示しをしようと思っておりますが、それが今は、大体年10人程度ずつしか増えないのではないかとというような試算でございまして、それに伴った増収を考えております。一方で医師については、今委員さんからもお話がありましたが、何科の医師をどう増やすかによって収益の上がり方が変わってくると思えます。また手術をこなす診療科を増やさなければ件数も上がってこない訳でして、その辺の考え方も手術室がフル活用できるような状態、これは看護師の人数によるのですが、そういうことによって増えるというようなスケジュールで今考えております。ですので、具体的な数字について今申し上げられないのですが、次回の会議の時に、そのシミュレーションをお示ししたいと思っております。

(座長)

その数字は、次回の宿題ということをお願いいたします。あと是非お願いしたいのは、次回までに、どの分野のお医者さんがどういうふうな診療科で増えていくのかということも含めて、シナリオと数字が一体となっていないと、中々委員の皆さんも審議できないと思えますので、これは具体的な形でお示しをいただければと思えます。ちなみに、これ以外のDPCで何が上がっていくのかとか、あるいは診療単価は、今のお話だと思うのですが、DPCの何が、例えば伊関委員から既に御指摘をいただいている後発医薬品が平塚は大変遅いとか他に比べて負けていると、先ほど評価係数のⅡが低いというのがありましたが、そういった改善というのがどうお考えなのか、まずお示しいただきたいんですが、いかがでしょうか。

(金井病院長)

機能評価係数Ⅱに関しては、先日御指摘いただいたジェネリックに関して、これは現在80%以上で来ています。これは年に一回ですから、ちょっとタイムラグがあつて現状では上がっていませんが、次にはジェネリックの係数はかなり上がるはずで。あと機能評価係数のⅠの中に総合入院体制加算というのがあるのですが、これは数多くの条件がありますがほとんどクリアしています。唯一クリアしていないのが通院不要的な退院ということで、40%以上というのがあるのですが、これ現行30%ぐらいですが、これは医師が退院のときに紹介状を書けばいくので、これは上げられる余地があるので、是非近いうち

にこれをクリアしようと思っています。

(座長)

ありがとうございます。

(相澤経営企画課課長代理)

前回お話がありましたジェネリックの切り替えについてですが、1月からシステムティックにどんどん置き換えができるような電子カルテの改造をかけておまして、これが1月から導入されますので、それに準じて比較的スムーズに100%近い数値でジェネリックが使われていくだろうと見込んでおります。また、シミュレーションに関する補足ですが、当院がどのような方向性でどのような患者を診ていくかによっても患者の単価の考え方が変わってきますので、そういう部分も次回までの宿題にさせていただきたいと思っています。

(座長)

ありがとうございます。経費削減のところについてはいかがですか。何をする予定か、または現在しているか。具体的な数字は、次回への持越しかもしれないですが、何を削減する予定か現在しているかだけは、お示しいただければと思います。

(金井病院長)

私は直接関われないところですが、一つにはやっぱり人件費ということで、これは平塚市からいただいてやっているということですが、これをどういうふうにいじれる可能性があるのではないかとすることは、検討させていただいているところです。その中で、医師に関しても、現行各科の責任医師が管理職になっておりませんが、それもどうなのかというのは検討中でございます。材料費に関しては、現行薬剤も診療材料もSPDを介してやっております。これが来年の3月までの契約なので、その先の4月からの契約をどういうふうにしようかということに関しては、実績のあるコンサルを入れて、今年度の薬代とかもそうですが、もう一つコンサルを入れて、その辺の削減をできるような努力をしております。

(伊関氏)

収入増で、藤沢市民病院と平塚市民病院で、診療報酬加算届出受理医療機関名簿で見ますと、やはり藤沢市民病院に比べると、平塚市民病院は診療報酬加算の取り方が少ないです。「落穂拾い」とよく言われるのですが、加算を取れるものは取るべきであって、それはベンチマークして行って、他の藤沢市民病院だとか他のところで取れているものが取れていないか、認定看護師等の資格を取って加算を取る部分もあるので、その辺は戦略的に加算を取るという視点も必要だと思います。「落穂拾い」をすることで、一人当たり入院単価が何千円単位で上がってくるはずなので、先程の総合体制加算2とともに、加算取得は収益改善の王道です。是非取り組んでいただければと思います。

(座長)

伊関委員、地域医療係数が藤沢市民病院と比べると低いんですが、この辺も取れそうな感じでしょうか。

(伊関氏)

地域医療係数の場合は「狙って取る」という話ではないので、一番分かり易い調整係数Ⅱは、後発品係数だけで他はやっている医療の力を上げることで係数を上げるべきです。テクニックで上がる部分はあるのですが、私はテクニックで上げるべきではないと思っています。要は、医師を増やして手術を増やして提供できる医療体制の力が上がってくれば係数は自ずと上がってきますし、その結果がⅡ群になるという話になってくるので、地道に医療提供体制を充実させるのが重要と思います。

(座長)

ありがとうございます。今までのところで他の委員さん何か御意見、御質問ありますでしょうか。

(森久保氏)

お聞きしたいのですが、事務方の数がどれぐらいいるのか、医療事務は派遣なのか非常勤なのか分かりませんが、その辺御説明いただきたいのですが。

(重田経営企画課長)

事務の人数ということですが、いわゆる事務職は43人ですね。平成27年度末は42人という数字になっています。内訳といたしましては、これ全て常勤です。それ以外にもいわゆる嘱託さんみたいな臨時の方も20数人ほどいますので、いわゆる常勤換算という数字で見ますと、70人近くはいることになっています。医療事務は業者委託をしていますので、事務職としては今言った数字になります。

(森久保氏)

今言われた委託は、何人ぐらいなのか分かりますか。

(田丸医事課長)

医事課の田丸です。時間帯によってということが、例えば午前中は人が厚くて、午後は少し人が薄いということがあるのですが、登録されている方を押し並べると、一日約100人の業務委託の方が、病棟なり各外来なりというところで仕事をしています。

(座長)

ごめんなさい。やはり伺いたいのですが、大体同規模の病院と比べると、ベンチマークした場合には適正な水準というのはどうなのですか。多いのですか、少ないのですか。

(重田経営企画課長)

先ほどの平成27年度の話で言いますと、例えば先程から話に出ています藤沢市民病院が平成27年度ですと56人だということで、決算書の中で載っている数字では伺っております。

(座長)

それは事務職ですか。

(重田経営企画課長)

事務職です。

(座長)

当院が60～70に対して56人なんですか。それとも40いくつに対して56人なんですか。

(重田経営企画課長)

40いくつに対して56という数字です。小田原市立病院は29人、大和市立病院はうちと同じぐらい40数人ぐらい、茅ヶ崎市立病院も同じぐらい、厚木市立病院は40少しぐらいですね。そんなに大きくは変わらない。藤沢市民病院は規模が大きい関係で人数が少し多いということになっています。

(座長)

ちなみに費用でいうとどうですか。つまり人で云々ではなくて、外部の嘱託も含めた、いわゆる事務方に使っている人件費の比率でいうとどうなのかということと、あともう一つ聞かなければいけないのは、医事業務の委託についての委託料は、ベンチマークした時に平塚市民病院はどのくらいなのか数字を知りたいのですが。

(伊関氏)

地方公営企業年鑑を見れば一発で出るのですが、まず平塚市民病院が、平成26年度地方公営企業年鑑で常勤事務が43人、給与月額がボーナスを足して64万円、平均年齢43歳。藤沢市民病院が事務56人、事務の平均給与が60万8,000円、平均年齢44歳で、事務の給与水準は平塚市民病院の方がやや高めです。これは基本給が高いみたいですが、すけれども、ただ今のDPCとかいろんな事務が難しくなっている中では、それならば事務の数が少なければいいのかということとそうではない。小田原は26人ですが、少し少な過ぎるだろうと思います。おそらく今の体制で、多いのか少ないのかということ、多くもなく少なくもなくで、場合によっては、もっと加算を取る、DPCを上げるためには事務専門職を増やしていく戦略は必要であろうと思います。

(座長)

ちなみに医事事務のところは、ベンチマークすることは可能ですか。

(伊関氏)

これは病院に依ります。

(座長)

契約単価等々については、適正だというふうに認識して今までやってきていると思うのですが、契約の見直しとか今後どのように考えていますか。

(相澤経営企画課課長代理)

先程課長からもお話がありましたとおり、それぞれの費用、材料費も含めて、コンサルタントに契約が適正かどうかということも、今年度後期から始めております。その中で、もちろん医療事務委託、これも病院ごとどこまでの範囲で委託しているのか違いますので、そういう内容面も含めて今分析をしております。ちなみに平成26年度決算になりますが、大体今お話にあった県内の小田原、藤沢、大和、茅ヶ崎、厚木というところは、人件費比率が当院よりは少なめです、58%程度でどこも運営しています。特に藤沢市民病院は収支バランスがいいので、52.6%という数字で、当院は昨年度60.6%でしたので、収益が高い病院ほど人件費比率が下がるような傾向にあるのではないかと分析しております。

(座長)

ありがとうございます。先程病院長から御指摘のあった人件費の中で、診療科の責任者がといったお話がありましたけれども、そういったところは今後おそらく次期将来構想の中でKPIを落とし込んでいった時に、診療科毎が経営責任みたいなことをある種見ていくのだとすれば、そこはおそらく管理職になっていくのがマネジメントの姿としても適正な姿だと思いますので、そこは給料の実態云々だけではなくて、そういった方面からも、今御指摘のあった方向に進めていただくのが、よいのではないかと私は感じました。これ以外のところで委員の皆さん何かありますでしょうか。収益、収入や経費については、中々突っ込みにくいところで誠に申し訳ないのですが、ただ宿題が大分残った気がいたしますので、そこは是非次回以降、きちんと出していただければと思いますし、シナリオと数字が一体化しているということが大事だと思いますので、そこはくれぐれも病院の中で調整いただいて、あと二回で詰めなければいけない訳ですので、そこはやや遅いかというところは率直なところではございますので、そこは是非御対応いただけますようお願い申し上げます。

それでは議題の2に移行させていただきます。市からの負担金についてということで事務局の方から御説明いただければと思います。

(重田経営企画課長)

今日資料をお配りしていますのは、「平成28年度地方公営企業繰出金について」という通知をお配りしています。これまでも何回かお話の中に、市から負担金をいただいてというお話をしましたが、まず何に基づいて負担金を市からいただいているのかという話、基本的な話になってしまいますけれども、そこを少し補足説明させていただければと思いま

す。市から病院が負担金をいただくという、そもそもの考え方については今現在将来構想を作成しておりますが、この中に盛り込む「新公立病院改革プラン」というのがありますけれども、その改革プランを作るガイドラインが国の方から示されています。そのガイドラインの中で謳っている当院のような公立病院は地方公営企業と言いますが、そこは運営されている以上、独立採算であることが大原則であります。その中で地方公営企業法という法律に基づいて公立病院をやっているのですが、一定の経費については、一般会計で負担するものということが規定されています。その一定の経費というのは何かというと、二つあるのですが、一つ目は病院としての性質上、地方公営企業、病院の経営に伴う収入をもって収支が取れないというのが一つ、それから公営企業という性格上、効率的な運営をやっても収入をもって収支のバランスを取ることが客観的に困難である経費について、この二点については、一般会計等が負担するものだというようなことが記されています。もう一回言い直しますと、合理的、あるいは能率的経営を行ったと仮定した場合に、最低限必要とされる経費の額に抑えるというようなことが意味合いとしては含まれておりますので、これは昨年度のあり方懇話会の御意見にもありましたけれども、独立採算が基本でありますので、自立を目指した中でもどうしてもできない部分についてお願いすべきものであろうというような解釈となっております。これについて、今回の計画の中では、「一般会計負担金をどこまで持つのがいいのか」という考え方を記すことと、「どのような積算をしていくのか」というようなことを盛り込むようにとガイドラインに記述をされております。そういう意味で、今現在どんな基準に基づいて出されているかというのが今お配りしている資料になります。御覧いただきますと、これは色々な事業がある中で、病院事業の部分だけを抜粋したものになっております。まず1から概要だけ見ますと、病院の建設に要する経費ということで、いわゆる今やっております整備事業にかかるもの、本体、あるいは借金をして企業債元利償還と言いますが、借金をしてその返済に当たる元金及び利子の部分について2分の1を一つの基準としています。ただその中には、先程申し上げた病院の収入を差し引いた後の2分の1ということになります。こういう基準になるものが一つ、これが1です。2のへき地、あるいは3の不採算地区、4の結核医療、5の精神医療、この辺は当院では直接該当していませんので、ここは項目があるということだけ御承知いただきたいと思えます。6の感染症医療については基準としては、2の繰出金の基準ですが、感染症の病床に確保する経費のうち、やはり収入をもって充てられない部分、不足するような部分というような話があります。当院では6床の感染病床がありますので、この辺が該当しようかということになります。それから7のリハビリテーション医療に関するもの、これもやっておりますので項目としては該当しております。8の周産期医療、9の小児医療は力を入れていますということをお話している部分です。それから10救急医療の確保に要する経費、この8、9、10は進めているところになりますけれども、救急の確保に要する経費のところを少し見ますと、(2)の繰出基準のAの中で、救急病院等を定める省令ということで、当院は救急告示病院という位置付けになっておりますけれども、これが今は繰出基準に該当していると。もうこの後2行ぐらい下の中盤右側のところに入りますと、救命救急センターという言葉もありますが、この辺についても救急医療の確保に要する経費の基準になり得るものであるという記述があります。この救急に要する基準になり得るものとしては、医師が救急なので待機しなければいけないとか、救急患者を入

れるための空床を確保するであるとかそういったような経費辺りが対象になり得るというふうに書かれております。11 高度医療に要する経費、高度な医療で採算を取るのが困難であっても、公立病院としては行わざるを得ないものに経費を充てるというものです。これも例えば医療機器を買ったとしても、それを以て収入を得る部分については、当然差し引くというものになります。それに12 公立病院の附属機関の看護師養成所、これはやっておりませんので対象外です。13 院内保育所、これは市民病院も院内保育所を持っておりますので、これも該当項目になると考えています。14 公立病院の附属診療所、これは該当外です。15 保健衛生行政事務に要する経費、これは集団健診とか医療相談等の保健衛生に関する行政として行われる部分です。もしやっていたら収入に相当する部分を引いた後の額、この辺が対象になるだろうということです。16 経営基盤強化対策に要する経費、ここは、例えば(1) 医師や看護師の研究研修に要する経費、これについては2分の1相当が基準になるであろうということです。(2)(3)は該当なしで、(4) 公立病院改革の推進に要する経費ということで、ここに新公立病院改革プランの話が出てきます。例えば今回策定しております将来構想に盛り込む改革プランなどは、基準になり得るであろうということがこの記述に載っております。(5)の医師の確保対策に要する経費ですが、医師の派遣を受けることによる経費、この辺も経費の内容に依っては該当することがあると思われま。第10その他として、3 企業職員にかかる基礎年金処出金に係る公的負担に要する経費ということで、この辺は基本的には該当するものと考えております。4 公営企業職員に係る児童手当に要する経費、これは例えば3歳未満に満たない児童に係る給付に要する経費です。ただしこれは15分の8というような基準があったり、3歳以上中学校修了前の児童については給付に要する経費、あと児童手当法に関する給付、この辺も基準の対象になり得ると記述されています。その後の5、6は対象にならないこととなっております。こういった基準に基づいて、現在市の方から負担をしていただいているのですが例えば平成28年度ですと12億8,000万ぐらいの金額をいただいております。これまで市との協議の中では、10億円を一つのベースとして、それに整備に係るものの借金に対する返済部分とか、その辺を加えた形で12億8,000万というような数字が出ています。10億プラス整備に係る関係経費で2億8,000万ぐらい上乗せいただいているのが平成28年度の状況ということとなっております。

先程の番号で言うと、10億以外の部分は1のところは、個別に計算をして2億8,000万ぐらいいただいて、それ以外のところは10億の範囲で収益を以て賄う部分、病院の経営努力を以て賄う、そういう形でいただいている部分というものとなっております。これらについて、もう少し今後についてどういう考え方に整理していくかというのをこの本の中で示していきたいと考えております。

(座長)

ありがとうございました。御意見御質問、委員の皆様からいただければと思います。いかがでございましょうか。では、一人1分程度で結構ですので、森久保委員からお願いします。

(森久保氏)

今事務の方から御説明を丁寧にしたので、結構考えもありますけれども、一つは先程伊関委員も言われましたが、麻酔科医が少ない。これは全国で7,000人ぐらいしかいない訳ですから、医師の勧誘等に費用が結構使われると分かっております。以前、相模原協同病院さんも麻酔科医がいなくなって、半年ほどオペができなかったということもありますし、そういうことを考えると4人が妥当かどうかは、少し少ないのではないかと根本的に思いますし、今後救命救急センターに向けてやっていかないと、投資したお金は取り返さなければいけませんので、その点を考えると、病院長も北里大や他の大学を回っているということでもありますけれども、もう少し積極的にやられてもよいのではないかというふうに思います。それと、周産期医療の方に子育て支援等もございますので、その辺の費用も積極的に使ってやっていくような取組みを示していただきたいというふうに思います。

(正木氏)

色々救急だとか手術の数だとかありますが、一般の病院と申しますか、市民病院と一般の病院の差が、随分あり様が違ってくると思います。私は熊本で熊本済生会という済生会80病院という中で一番成長した病院なのですが、平成7年に400床で107億円でしたが、今は200億円を超しております、成長を続けている訳ですけども、ちょうど100数億円という、今の市民病院の金額と同じような額になりますが、この時に考えたのは、「この病院のあり方はどうあるべきか」ということでした。色々な病院と競合してましたので、「特徴を出すためには、救急中心に行こうじゃないか」という話になり、そのために「救急にどれだけ力を入れたか」になるのです。もちろん色々なことをやって、一生懸命救急をやる体制というのを作って行って、今は救急車が10,000台くらい来るようになってます。国立病院機構と赤十字が競争相手でしたが、そういう中でも「救急の信頼を受けるような救急をやっていこうではないか」ということでやって来たことによって、今入院患者さんの半分ぐらいは救急で来られた患者さんです。ですから、そういった意味で、医業収益もそうすると200数十億に上がっていく、手術件数も、私が行った当時2,500件ぐらいだったのが、今7,000件を超しておりますので、救急車の台数と手術を増やすということは決して間違いではないと思います。ただ、救命救急医と申しますか、救急の窓口になるドクターというのは今でも2人しかおりませんで、基本的には救命救急医に頼っていません。ですから全部救急は各科当直で各科のドクターが当直しています。救命救急医を探すとこれはまた大変です。実は、先生方が各科当直で「一生懸命やるぞ」と言っていただけのその言葉が期待できるかどうかなんです。その代わりに、診療科を10科ぐらいに絞り込んでいます。耳鼻咽喉科も眼科も皮膚科もありません。ですから平塚市民病院でこういうことができるかどうかであると思います。本当に診療科を脳と心臓と消化器と呼吸器と整形というふうに絞り込んでいきました。そういったことをすると、基本的に市民の皆さんの病院なのに、診療科を絞り込むことができるかというこういう疑問も出てくる訳です。そうやって救急に特化していきながら診療科を、そうするとドクターが今200人弱おりますが、一つの診療科に10数人になります。そうすると当直もあんまり苦にならないのです。そのような病院を今から平塚市民病院で作っていただけるかどうか、平塚市民病院がどういう病院でありたいかというのがまずあるかと思うのです。市民の皆さん方のための病院だとすると、あまりにも絞り込んで、皮膚科もな

い、眼科もない、耳鼻咽喉科もいらないと、そういった救急にあまりまつわらないところの診療科を閉鎖していいのかどうかです。そういう診療科というのは、小児科も含めて全部赤字なのです。ですから私達が診療した対価としてもらうお金というのは、決して一人でも患者さんでも来られれば、それでプラスになるかというところと決してそうではありません。全く原価計算されていけませんので、ただ患者さんの管理料がいくらとかそういうお金できますので、皮膚科とか小児科とか眼科とか色々な、そういったある意味での軽度な科というところ、そういったところについては全部赤字なのです。こういうところを市民病院として絶対これも継続していくと言われるかどうかは、市民の皆さん方に掛かっているのです。「救急のためには何でもいいから頑張ってもらいたい」、「他のことを犠牲にしても頑張ってもらいたい」となってくると、やはりそれだけのドクターに対するペイや費用が掛かってきますので、そういったものが自然と増えていきますし、そういったことでも「市民病院としてのあり方はこうなんだよ」ということをここで議論して行って、そういう方向性を出して「赤字も覚悟していくんだ」と、「それについては市民の皆さん方の御協力をお願いします」という、そういった話し方をしていくのか、その辺がこれから先の経費削減とかいろんなものに関わってきまして、ドクターを増やすとか救急を増やすとかそんなことも含めながらやっていかないといけないだろうと思います。その辺の覚悟をいかにして皆さん方がやられるかが問題ではないかと思っています。もう一つ、事務方についてですが、今日見たときにいろんな資料を出してもらう時に、DPCなども前回質問して問題提起してここに出てきています。こういうデータが出るということは素晴らしいことだと思います。ただコンサルが作ったのではないということを感じたいです。こういうデータが出てくるということはすごいと思います。平塚市民病院は非常に進歩されていますし、こういう事務方にどんどん出てきていただいて、コンサルに頼らないといえますか、そういう病院を、「自分たちの病院だ」「自分たちの職場だ」「大事なものは病院だ」という意味で作り上げていただくような事務方が成長して来れば、いい病院になっていくのではないかと思います。そうすると、委託についても、多分これまではお任せだったと思います。「委託業者さんの好きなようにしてください」というようなことが本音ではなかったのかと思います。それをやはり色々な意味で、「ここはもったいない」とか「ここは時間的に誰もいないのだから、ここはいらないだろう」とか、清掃についても、朝と晩だけでいいだろうとか、色々なことが分かってくるのではないかと思います。そんなことがこれから事務方の成長の中には期待できるのではないかと思います。そういうことを考えながら、もちろん診療報酬を増やすということの、ある程度のどこに増やしていくかといういわゆる覚悟も必要だと思いますし、経費削減については、これから先どんどんできると思いますので、事務方の眼が養って来れば、どんどん進むのではないかと考えています。事務方にも期待していいかと思っています。そんな気がいたしますので、市民の皆さん方に説明ができるような「こういう病院にするんだ」というような、赤字であるかもしれないし、採算も取れないかもしれないけれども、そこについては市民の皆さんと同じ考えにしていきたいとかそういう了解を得ながらやっていくのではないかとそんな気がいたします。

(秋山氏)

かなり細かく色々お話されて、私も同感するところ多々あるのですが、まず冒頭で出て

きた、慶應の方からお医者さんが主で来ているというお話もあったのですが、中々頼んでも出てこないという、本当にお医者様が考えているのはどういうところに魅力を感じているのかなど。私は民間の経営の一人としてやってきたのですが、少し民間の感覚で捉えているとおかしくなってしまうのではないかと考えています。もう少しもっと直接話法で先生方から狙う、思う病院、是非自分が行って汗を流したいという病院の魅力というのはどこにあるのだろうか。それに的を合わせた動きをしないと、単に医療の高度化をしてもダメだと思いますし、少しニーズを掘り下げた考えで進めていただければありがたいのではないかとそう思います。

(大曾根氏)

市の説明の平成28年度地方公営企業の拠出金の基本的な考え方について、その中で私、非常に色々疑問を持っていたのですが、それを集約してお話しますと、10に救急医療に関する確保の定義、これは不採算部門だから、ある程度は市の方なり地方交付税で持ってもらいますということになっている訳です。そうすると病院長さんとか皆さんが、今お話になったことだと、救急医療をもっと充実したいということになると、単純な素人的な発想だとそれだけ市の負担が増える、こういう考え方でいいのかどうか、それともそうではないのか。市の負担が増えるとなると、市としてもどうなのか。市民の税金を使う形になると、それがどんどん増やすというのと、少し矛盾というかそれが出て来ないのかと思います。もう少し救急医療を増やすのであれば、市ともう少し話し合いをして、この程度としていかないと、市の負担ばかりどんどん増えてしまうのではないかとと思います。それが国なり何なりの交付税の算定の基礎の中に入れてくればいいのですが、どのように考えるのかが分からないのですが、いかがでしょうか。

(座長)

ここに書いてあることと、実際に平塚における考え方の違いについて御説明いただけますか。

(金井病院長)

救急医療ということ自体は、公立病院として必ずやらなければいけないものだというふうに思っております。それでただ救急医療というのは、もちろん夜中に勤務する医師、看護師の労働たるや相当大変なことですし、そこに対してきちんと手当していかないといけないということになりますと、どのみちこれは赤字の領域です。かつては赤字的な診療報酬しか付いていなかったのですが、最近は紹介率に勘定をするようなことが始まって、かなりいい感じで救急医療はよくなってきています。ですが、かつて赤字だったレベルが少し赤字になるぐらいの程度です。さらに言えば今、私どもが目指している救命救急センターに関しては、現状7,000人ぐらい患者さんを診ていますけれども、救命救急センターでない状態で救急医を5人置いてという状態だと、人件費はそれだけ掛かる訳です。点数は大して高くない。これが救命救急センターになれば、入院単価が、単純に入院基本料2万円が10万円になりますから、5倍よくなる訳です。ですから、救命救急センターになれば収益的には大分よくなると思っています。だけれども、まだ赤字的なものなのかも

しれないです。ただそれは純粋に救命救急センターのところだけ言っているのもあって、そこから出てくる手術症例とかそういうものを、数では勘定できないですけども、その影響やあるいは医者が集まってくることを考えたら、相当いい状態になるというふうに私は考えています。

(大曾根氏)

そうしますと、将来的な10年後のシミュレーションとかそういうことで言った場合は、改善されると、そういう数字で上がってくるというふうに理解していいのでしょうか。先ほど伊関委員も話されていましたが、ドクターが増えればどんどん収益が上がるという話になってくると、それがシミュレーションとして、その代り、全くの素人の話ですけども、市の税負担が少なくなると、こういうシミュレーションが出てくると、こういうふうに理解してよろしい訳ですか。

(金井病院長)

基本的にはそういうふうに理解していただいてよいと思います。医師に関しては一般的に、今救急の話をしましたけれども、他の領域でも新しい領域の専門医が来れば、そこで必ず稼働が上がります。一般的に、医者一人いれば1億円の稼働額が上がるというふうにされています。当院でも大体そのようなレベルです。ただ救命救急センターだとか高度な医療をやっていけば一人で1億じゃなくて、一人1億2,000万、1億4,000万、1億6,000万稼いでくれます、特に手術をやれば、1億以上稼いでいけますという意味合いです。

(大曾根氏)

分かりました。その辺が自分の中で矛盾していたものですから、それは解消されました。ありがとうございました。

(久保田氏)

今回お話を聞いていて、先程から皆さんおっしゃられていますけれども、ドクターや看護師さんを確保することがとても難しいということが、身に染みてというか、お話では今まで伺っていたのですが、もっともっと大変なことであるということを実感しました。特に先程、麻酔科医の先生方が不足しているということで、救急の方でも手術ができない、受け入れができないというお話を聞いて、私も会社を主人がやっています人手不足で仕事を断るときの悔しさ、目の前のお客様に対する申し訳なさとかが手に取るように分かる気がしました。先生方や看護師さん方を増員していただくレベルアップというか実績にも繋がることかもしれませんが、患者の方からしても待ち時間が少なくなったり、もう少し手厚く診ていただけるのではないかと、患者の方の満足度みたいなものに繋がっていくと思います。救急の受け入れを増やしていくということは、患者側としてもどんな症状でも診ていただけるという安心にも繋がりますので、是非これからもお医者様とか看護師さんとかの人員の確保に頑張ってください、お医者様や看護師の方、患者の方、皆にとってもよくなる病院作りをしていただけるように、より一層頑張ってくださいと心から

思いました。

(伊関氏)

繰出金について先程説明がありましたけれど、この病院は今投資の時期なのです。お金を稼ぐ時期じゃなくて、病院の建て替えをした、職員をさらに雇用して、救命救急センターを行う、また、色々な加算を取るために人を雇う。その時に、繰出金が10億を基準と決めてしまうと、投資が少ししづらいと思います。

(座長)

ここでいう投資は人的投資を含めてでしょうか。

(伊関氏)

人的投資も含めてです。例えば医療機器とかも。ここは場合によってはハイブリット手術室はないですね。場合によってはダヴィンチなんて入ってきます。そういう医療機器も含めての投資をすることによって、人が増えて収益が上がり、最終的に繰入金も抑制されるという話なのですが、今のままだと、繰出金を抑制して、しかも長期借入もしていますので、投資が中々しきれないままで、競争に負けて将来の赤字が増える。資料3-2の表ですが、将来の資金不足が生じることが確実な状況になっている中で、それを減らしていくという視点も必要なので、場合によっては、今の時に投資をします。人件費比率、先程言っていましたけれど、藤沢が52%と、こっちはやっと60%切るぐらい、だから人件費を削るのではなくて、人を雇って加算を取って収益を上げて、結果として50%台に近づけるとというのが最近の病院経営改善のパターンです。20年、30年前では、薬価差益という聞いたことあると思うのですが、薬だとか注射に診療報酬が大きく配分されました。今は手術だとかDPCなどの入院、いわゆる医療提供の質に対して診療報酬が分配される中で、投資をしないと診療報酬がもらえない仕組みになっています。そこに自治体病院、どうしても繰入金が入っているので投資がしにくい、人を雇いにくい、医療機器等も投入しにくい。結局ギリ貧になっていく。ないしは将来の可能性を伸ばし切れていない。必要な部分については繰出金、特に施設整備の部分について、建物の借金返済はありますが、それ以外の医療機器も、必要に応じて戦略的に入れていく。きちんとした投資であれば、医師も勤務するという話もあります。平塚市も財政的に厳しいとは思いますが、厳しい中でも最後は覚悟を決めて、投資をしきったところが病院として生き残ることができると思います。

(座長)

ありがとうございます。高井委員いかがでしょうか。

(高井氏)

公立病院としての難しさというのはあるのかというのは、今御意見を聞いていて思いました。不採算部門を切り捨ててしまうのかということになると、それはそれで難しい面もあるということもお話がよく分かったのですが、ただやはり負担金をいくらでも入れると

いうのも非常に難しいことだと思います。負担金とあれば、当然税金として投入している訳ですから、そこに対する説明がしっかりできないといけないと感じました。

(石田氏)

皆さんから色々な御意見が出ましたけれども、先程から出ております、市民病院の将来のあるべき姿、具体的にどういう方向性に持って行くんだというのをしっかり決めて、それに向かって、その中では一定程度の診療科というものの見直しというのやはり必要であろうと思っています。そういった中で、経営改善をしていくべきものであろうというふうに思います。それともう一点、今収支が上手くいっている病院というのは、先程出てきましたけれども、人件費比率が52%ぐらいで、次回以降にそのシミュレーションを出してくれるということなので、その辺はこれだけ掛けた、何人採用して結果的にこういう収支になるんだという部分については、先程の将来の具体的なあり方も含めてどういうふうな形で整備ができるのか非常に興味があるところでございます。

(座長)

ありがとうございます。

最後に私も委員として申し上げると、繰出金の問題は、私は前回の懇話会で問題提起された「依存体質からの脱却」との問題と大変関連した大事な問題ではないかと思っています。先ほど伊関委員から御指摘のあったような、ある程度の投資が必要だというのは、私も病院経営の立場からはそのとおりだと思うのですが、一方、その具体的な根拠が示されないブラックボックスでベース10億で建設投資があるから2.8億というのは、何か丸めたような話だと、これはどうもいかなというふうに思います。もちろん、病院経営の難しさ、その経営の独立性から考えれば、運用の機動性は必要です。人的投資が必要だから、当面は一定程度増やす、その後は減らしていくという形もあり得ると思います。それこそが経営責任とセットになっていくのだと思います。いかなるロジックで10億と2.8億を出すのかということが市民に開示されることがまずもって必要だと思います。

これは結果的には市として提案されて議会で議決される形になると思うのですが、議会においてそれがきちんと納得される形になる、それは今だけではなくて将来まで含めてという形で、その経営をある程度縛るといっても含めて、そこで自由度が下がるということではなくて、きちんと経営としてコミットしていただくということがとても大事ではないかというふうに思います。そこは先程正木委員やあるいは秋山委員からお話があった話になるのですが、それでは病院としての覚悟とか、お医者さんから見た魅力でどういう人が集まる病院になるのかとか、その辺が全く語られないまま10億とか12.8億とかそういった数字だけが独り歩きするというのが、市民からすれば極めて不愉快というかありえない話でありまして、そこをきちんと説明していただくことが必要です。

先程からシミュレーションというのは単純にこういうふうな財務のシミュレーションが出てくるというだけではなくて、例えばそれによって患者さんは何人になるのかとか、手術件数は何件になるのかとか、それによって手術室の稼働率はどう変わるのかとか、先ほど伊関委員がおっしゃったような、機能をより上げた手術室を作るとすれば、それによってどういう点数の加算が見込めるのかとか、そういうところを具体的に3年後、5年後、

10年後について数字を出していただく、それに対してコミットしていただく、だからこれだけ掛かるので市の方でも、市民の方にこれぐらい御負担いただかないといけませんと言っていたかないといけないと繰り返し申し上げてきましたが、そうでないと、例の依存体質の話というは全く変わらないまま、ポンポンハンコだけ押してお金だけ出ていくというようなことは、ちょっとあり得ないのではないかという気がいたします。そういう意味でも、もちろんこういう基本構想という文章を作っていくことは大事ですけれども、具体的な数字も含めて、覚悟というか「病院としてこうしたいのである」ということを、あれもこれもではなくて、きちんと打ち出していただくことが必要で、ある意味シミュレーションの前提となるシナリオについては、事業管理者や病院長、あるいはそれも含めた各診療科やあるいは医局だけではなくて薬事や事務方も含めた合意形成が必要だと思いますので、そういうものが次回必ず出てくるということが多分前提になるのではないかというふうには思っております。

なぜ今日の議論がずっと進んでいないかという、それは簡単で、具体的な話がほとんど何も出てきていないからでありまして、そういう意味ではあと二回しかない中で、ちょっとどうなっているのだろうと、率直に残念だと思うところがあります。市民から見て、「それはそうだよな」というふうに妥当なお金の水準になっているかどうか水準感ではなくて中身がどうなっているか、「なるほど子どもの医療を支えるにはこれだけ必要なんだ」とか、「お母さんが安心して産むためにはこういうことが必要なんだ」、「家族でみんな安心して産めるためにはこういうことが必要なんだ」というようなことをきちんと出していただくためにも、具体的にどんな病院になるというシナリオをきちんと病院の方から出していただいて、それに基づいた収支のシミュレーションがあって、その中からだからいくら出します、逆にいうと、この繰出金を見てみると、要は全部出せるという、乱暴に言うと、そういうふうに読めてしまいますので、そこの部分をきっちり詰めていただく必要があるのかと思います。

(伊関氏)

繰出金については、全て平塚市の一般会計からの税金だけではなくて地方交付税、いわゆる国として産科だとか小児科だとか救急についてはちゃんと充実して国民の命を守るという点で交付税措置がされています。おそらく過少繰入はしていないと思うのですが、今年から交付税は来ているのに病院に繰り出さなかった過少繰入という問題が実は生じていて、今年から例えば小児科だとか産科だとか救急は確か入れた金額の8割の金額しか交付されない。要はそれをゼロにしてしまうとお金が1円も来ないという話になっています。交付税措置がどの程度あって、上乗せ部分がどのぐらい出しているのかということも分かり易く示すことが、住民の皆さんの納得を得られることであると思います。100%市の税金ではない。国の交付税措置もあるということがデータとして出しておいた方がいいと思います。不交付団体ではないですよ。だったら考えた方がいいです。

(座長)

ただ交付税も国税ですから、国民の税金であるのは変わらないので、ただこれは前回の懇話会でも指摘しましたけれども、今回例えば小児医療の二次医療、大磯、二宮の部分も

引き受けるのであれば、そういった町から受け入れる、平塚だから他の町から受け入れられないということはないので、他の市町村からお金を受け入れるということも含めて、より柔軟に考えていく必要があると思いますし、これは平塚市として、是非他の町村とそういう医療連携の協定みたいなのを結ぶ際に、「何でもタダではないんだ」というところはきちんとお示しいただかないと、平塚市民の負担ばかりになってしまう。隣の町と別に喧嘩させるつもりはないですけれども、隣の町の人がタダ乗りというのは、多分ちょっと違う形になりますし、市民に対しても説明がつかないのかと思いますので、そういったところは、是非交付税のお話もそうですし、是非そこは御検討いただきたいと思います。よろしくお願いします。

あと何かございますか。この件について、なければ最後、次期将来構想のたたき台について、こちらから出ておりますが、それぞれ簡単に多分1，2分程度だと思いますが、それぞれ委員の皆さんから御意見をいただければと思います。

森久保委員からお願いします。

(森久保氏)

たたき台の方を読ませていただいて、将来シミュレーションがしっかり描かれているなと感じておりますけれども、果たしてそのまま入れるのかどうか検証もしていかなければいけないと思いますし、先程もお話したように、事務職だけではなくパラメディカルの人達がどれぐらいいるか、先程お話がありましたけれども、専門職を取ってどれだけ収益を上げて行けるか、そういうことも検証していただけたらというふうに思っております。

(正木氏)

平成37年まで数字が上げられていますけれども、ちょっと長期過ぎるのではないかと思います。今色々外部環境が変わっていますので、平成37年までの見通しは難しく、5年ぐらいまででよいのではないかという気がします。それともう一つは、色々なKPIとかKGIとか色々な数字は必要だと私が前回言ったのですが、あまり数字ばかりにすると、本当に数字が全部支配してしまって、職員の皆さん方の努力とか先生方の努力とかがおろそかになってしまうという気がしますので、あまり医療の皆さん方に数字で縛り込むというのは、ゼロではいけませんけれど、あまり数字で縛り込んでしまうのは申し訳ないという気がしますので、そここのところは使い分けをしっかりといただければと思っています。

(秋山氏)

前回、私、申し上げたのですが、28ページ経営戦略、KPIの欄の2行目にサービスの提供というのがありますが、あの時、私は日本語のヒに点のビスじゃなくて、ウに点のサービスであってほしいなとお話させていただきました。そのぐらいの価値がないと、単に「こうしてあげれば喜ぶかな」、「こうやってやるのが患者さんは喜ぶかな」という程度ではダメではないかと思っています。お金を取る訳ですから、英語のサービス(service: 奉仕、尽力)で行っていただきたいということをもう一度言っておきたいと思います。

(大曾根氏)

いくつかあるので、どんどん箇条的に言わせていただきます。まず16ページのアの地域包括ケアシステムにおける市民病院が果たすべき役割ということで、平塚市の考え方、市民病院の考え方、こう分けていますけれども、これは私的にはそうではなくて、平塚市の考え方に基づいて市民病院が動きますよという、こういう書き方でないとか書き振りとしてはよくないのではないかというふうに思いました。その次、17ページ一般会計負担金の考え方、これだけしか書いていないのですが、まだ書くということでよいですか。それから27ページ平塚市民病院が「2025年のなりたい姿」とこういうふうになっていますが、資料ある方御覧いただきたいんですけど、55ページの(1)の上から3行目、ここは「あるべき姿」になっています。これは何か理由があった違いがあるのでしょうか。私は「あるべき姿」ではないかと思っています。これの最初の方を読んで「なりたい姿」って何なのってこう思いましたら、後ろの方を読んでいったら「あるべき姿」になっていたので、違いというのがあればもう少し明確にして「なりたい姿」と「あるべき姿」とその辺は使い分けをきちっとすべきだというふうに思いました。細かい話ですけども、本当に分からないので教えてもらいたいのですが、51ページの最初のところに、「市民病院は患者さんに支えられているだけではなくて」とあります。「患者さんが支えている」という表現が、病院の場合、正しいのかどうか、他に専門の先生がおられるので、この表現が奇異に感じました。ただ一般的に病院というのは患者さんが支えるものなのだと通常使われるものであるならばそれはそれで結構です。その次の4行目、積極的に地域活動等や人材育成などというふうになっています。「等」が入っていて、「や」が入っていて、「など」と入っていて、これは「地域活動や人材育成など」とこういうふうにすべきだと思いました。その次は大きな話というか、職員提案に対するインセンティブな話が給料に反映するというふうになっているのですが、市長部局で職員提案があった場合、給料で反映するのでしょうか。これは、私は人件費、人件費って何度も出てきていますので、これは給料を上げるということは、後年度の負担がずっと続く訳です。その一つの「提案」に対して、非常によかったらそれはそれに対してやるのであって、給料に反映するというのは、どうなのかと、私は単発でインセンティブ与えるのは非常に大事なことだと思いますけれど、給料に反映して後年度負担がどんどん、それから昇給して行ってしまう訳ですから、そういうやり方がいいのかどうなのかは、もう一度お考えいただきたいなというふうに思いました。それが、56、57、58、59ページ辺りに出ていまして、最終的にはインセンティブ、付与の仕方の再考を願いたいということです。最後はちょっとつまらない話になってしまうのですが、次期平塚市民病院将来構想検討会議の構成員の名前は入っていますが、この前の市民病院あり方懇話会のように、開催を個別に全部入れていただいた方がいいかと思います。入れるつもりだと思いますけれども、検討会議の実績を入れてほしい。こういうものを何回かやりましたよという、そういうものが市民の方にも分かるようにしていただきたいと思っています。

(久保田氏)

こちらの資料を先にいただきましたので、一通り目を通させていただきましたので

も、この通りに2025年になっていたら素晴らしく、私たちも安心して通える病院ができ上がると思いました。ただ今すぐに病院は、「始めの一步」ではないですが、最初に「何をしてくださるのか」というのは、これを見た限りでは、私には理解ができない。手始めに何をしていただけるのか、こういうふうに変ったら私達はこういうふうに感じられるのかというのが、少し伝わりにくい感じではありました。2025年はこのような素晴らしい病院になっていることを望んでいます。

(伊関氏)

実は私、あと会議が2回ですが、両方とも日程が入っていて今日が最後になってしまいます。さいたま市立病院で外部委員をやった時に、これと同じようなものをしていて、色々意見をさせてもらいました。ポイントは58、59ページですが、評価基準で目標を達成すると20ポイントだとか、評価基準が「S」だ「A」だとか、これさいたま市立でやっていたのですが、全然意味がないのです。これが達成したから経営が良くなったかという全然違ってきます。象徴的だったのが、後発品の導入率について目標数値があったのですが、DPC調整係数Ⅱの後発品の導入率の基準の方が急に高くなったので、最初の計画の目標での導入率ではDPCの調整係数Ⅱの後発品の係数はかなり下がってしまいました。数千万の得べかりし利益が出たのですが、それでも評価では、目標達成したので「S」と出てきたのです。それは違うだろうという話になりました。要は、役所が作る計画というのは、数字が神の数字になってしまって、診療報酬改定だとか医療政策の変更を毎年毎年入れて、修正していかないと行かないのです。達成することが目的ではなくて、絶えず経営目標を必要に応じて修正して達成していく。経営環境が短い病院経営は、診療報酬改定は二年に一度ですし、極端な話、毎年様々な状況が変わってきます。重要なところは何なのか、それが達成できているのかできていないのか、絶えず指標の目標が正しいのかどうか、そういう発想にすることが必要です。そこが戦略であって、正木委員が言われた10年先の数字を置くこと、目標を設定することは、おそらく無理だと思います。一番重要なくつかの指標が、最重要指標が10とか15ぐらいあると思うので、そこにポイントを絞って追っていった方が分かり易いし、住民から見ても分かり易い。おそらくここでいけば、先程話した総合入院体制加算2を取れるための指標だとか、救急救命センターを設置するまでの重要な指標だとか、他の加算を含めて収入増につながるまたコスト削減につながる主要指標だけを見て、その達成の度合いだけをチェックする。それで「S」「A」「B」の指標にしない方が、却ってリアルな議論ができるのかと思います。いざやると「S」か「A」か「B」かあまり意味のない議論で、時間が潰されるのです。横浜市立病院の外部評価委員もやっているのですが、市の病院事業、あそこの指標は比較的少なめでポイントが絞られていて参考になるかと思います。

(座長)

ありがとうございます。是非引き続き、会ではあれですけれども紙ベースでコメントをいただければと思います。よろしく願いいたします。

(高井氏)

ビジョンについては前回も色々な御議論があったと思うのですが、ビジョンそのものは前回と同じなので、これは変えないのかとまず一点思いました。色々な御意見、期間の御意見などもあったのに、そのままなのでその辺についてどうされるのかと疑問です。先程も御意見ございましたが、地域包括ケアシステムについては、公立病院として積極的に関わっていただければというところがありますので、その辺については書き振りが少ないかと感じております。負担金のところでもありましたが、やはりどこまで何をやるかというの、しっかり目指すべき姿を書いていただければというところはあります。平塚市民病院として何を重点に置いてやっていくのか、公立病院の難しさとして感じる部分は多々あるのですが、診療科を絞るという必要性があるのであれば、そこも変えていただく必要があるのかということも感じました。

(石田氏)

より将来に向かって市民病院が、どういうふうな方向性で取り組んでいくのかということを決めて、それに対してこれまで中々シミュレーションというのはできなかった訳ですけども、そういったところを十分な経営的な将来予測と言いますか、そういうものをきっちりやっていく時期、ここがちょうどそうなかなと思っていますので、確かにこれはこれとして、一つのまとまりにはなっているとは思いますが、もっと具体の羅列という訳ではないのですが、そういった方向性で、さらにさらに深めていきたいとそういうふうに思います。

(座長)

ありがとうございます。これも委員としてコメントいたします。13ページは先程高井委員から御指摘があったとおり、前と同じだったのはなぜそうなったのか、是非御説明いただきたいと思います。地域との連携というのは、特に公立病院、市民病院としてもうちよつと踏み込んで書かないといけないのではないかと思います。それから16ページのところも、私も高井委員と同じ意見で、地域包括ケアシステムは市民病院、もう少し突っ込んで書いてもいいかと思えます。先程大曾根委員の方から一体じゃないかという話がありましたが、そこは、僕は別に書いてもいいと思えます。そこは書き方の問題だと思いますし、上のアとイで考えると、別々に書いてこれも踏まえて市民病院の主体としてどう考えるか、ただこの書き振りで本当に充分なのかという感じはしました。17ページは私も同じ感想です。それから先に行きますが、K P I 少し多いかもしれないと感じます。特に、先程話がありましたけれども、短期で当面改善していくところには、先行して改善していくところがあると思います。そこにより重点を置いた形にしておいた方がよいのではないかと思います。そういう意味では、質の面というのは大事なところで、そこはしっかり書いていただきたいと思いました。

55ページからの、前回委員の皆さんから御指摘のあったと思うのですが、「できるのか」という話、実行体制はどうなのかという話が、結構委員の皆さんから御指摘があったと思うのですが、要は今までやっていなかったことをいきなりやる訳です。いきなりギアとしては5に入っている状態、1、2、3、4、5に入っている感じがして、これは普通はローから入って行って、1から入って、2入って、順番にやっていくのに、今までできな

ったのが何でできるのだろうかというのが全く分からないので、この辺は「始めの一步」と先程お話がありましたけれども、その現状できなかつたものが、なぜできるようになるのか、それは事業管理者、病院長を始め、事務方を含めて、もう少し具体的に、外部評価委員入れたらできる簡単なものではないと思います。また、先ほどの「S」「A」「B」「C」にすると間違いに陥るといふのは、正にそのとおりでありまして、そういうところも含めて、要は単純に中でゲームが起きるだけです。そうではなくて、現状と何を変えたらどうできるのか、もっと言うと、前回のこの将来構想でバランストスコアカードの導入は書いてあった訳ですが、結局できないまま終わっている訳です。前回と同じになる可能性がある訳でありまして、それこそ先程の覚悟の話に繋がるのですが、なぜできるのかといふのをお示ししていただく必要があるのではないかと思います。

最後、51ページに戻るのですが、本当に覚悟がないなと思ったところなのですが、平塚市民病院はという社会貢献の視点は大事だといふところは、前回の懇話会あるいは正木先生からの講義といふか、ここでお話になったところでも社会貢献、社会とどう関わっていくかといふ中で、市民病院、確かに変わったなといふ始めの一步を感じていただくといふ意味で、大変大事なところなのですが、この中で「協力要請があれば」といふ言葉がある自体やる気がないと感じています。「そもそも何なんだ」といふ話で、そもそもこんな言葉が出てくること自体、これまでの経緯からしてあり得ないことだと思います。まさに、依存体質そのものです。覚悟は一つ一つ細部に宿るのではないかと考えています。この程度のさらっと読んだだけで発見されてしまうような覚悟のなさを示されるといふのは、ちょっと問題ではないかと思っておりますので、もちろんたたき台だから仕方がないと思っておりますけれども、今後こういうことがないようにしていただきたいと思っております。

(重田経営企画課長)

これまでの議論で一番多く御指摘されたのは、久保田委員さんからもおっしゃられましたけれども、「何を最初にやるんだ」と、「何をやるのかわからない」といふのは、御指摘のとおりだと思いますので、ビジョンの次、この辺りのところに、ページでいうと13とか15とか16、この辺にどういう病院、あり様になりたいのかといふものを次回には少し具体的なものを入れていく必要があるといふふう感じております。その時に「どういう病院になるんだ」、「どういった患者さんを診るんだ」といふ時の一つの指標には、私も聞いた話ですけれども、他所には臨床指標といふようなことで、言葉としてはクリニカルインディケータという言い方をするようすけれども、医療の質を定量的に評価する指標であつて、その医療の過程や経過から課題や改善点を見つけ出して、質の向上に繋げていくといふような指標があるそうです。そういったようなものも絡めながら、「どういった病院にすべきか、なるのか」といふようなものを、今日のお話からすると入れ込まないと、「何をしたいのかわからない」といふのが受け止めたところでありまして。何回かビジョンのところが変わっていないといふ御指摘がありました。おっしゃるとおりで、今回事務局案としてお示ししたのですけれども、前回いただいた資料を反映していない状態のものでお出ししております、大変申し訳ございません。これについても反映したものを今院内で検討をしておりますし、12ページのところにあります「理念」あるいは「基本方針」、これもこれまでの議論等を受けまして、今、院内で将来目指すべき姿に合わせた形で今議論を

しているところです。次回には変えた形、あるべき姿に合うような形でお示しをしていきたいというふうに考えておりますので、次回の中では今日の意見をももちろん踏まえるのですけれども、少し最終形に進んだような形にさせていただきたいと思っております。K P Iの数字の標記、確かに平成29年から平成37年まで、前回の会議も含めて、こんなに細かく長く先のことが出せるのかというお話がありましたので、とりあえず事務局としては、マックスで今お示ししているような枠組みにしていますけれども、国が求めている改革プランが平成32年までが経過期間となっていますので、例えば平成32年までは、毎年出させていただく、それ以降平成37年の姿を目指して32年を作れということですので、例えばいきなり平成37年を現時点でお見せする、あるいは飛ばして平成35年、平成37年をお見せする、そういったような工夫をしながらK P Iの方もシミュレーションしていきたいと考えています。実際、国の経過期間が平成32年という数字についても、平成30年に診療報酬と介護報酬のダブル改定があって、実際平成32年であっても大きく変わってしまう可能性が十分ありますので、それについては伊関委員の御指摘もございましたが、その辺をどういうふうに反映していくのが一番よろしいのかも含めて整理をしていきたいと考えています。事務局としては以上です。

(諸角病院事業管理者)

今日色々なお話の中で、私が少し気になったところは、秋山委員から「医者は何に魅力を感じて集まってくるのか」と言われたのですけれども、病院というのは元々医療をするために色々な職種の人達が集まってチームを作って、その患者さんのために医療を行おうとしています。患者さんに喜んでもらって患者さんが喜ぶことによって医療者は満足、そういういいサイクルができると、そういうところに患者さんは集まって来るし、医師も集まって来る。それが病院としては理想的な姿だというふうに考えてはいるのですが、私は先程、ここに来て救急医療をすごくやっているよい病院だという話はしましたけれども、ただ欠けている部分も感じていて、こうした方がいい、ああした方がいいというふうに言っている訳で、例えば地域医療連携だとかパスがあまり進んでいないとか、職員の横の繋がりが十分でないなど、そういう点を色々なところで提案しても、事務方が忙し過ぎて中々進まない。私からしたら、平塚市民病院に来てやりたいことが思うようにできていない半年間です。ですから、そういう環境を何とか作りたい、何とか本当にやるべきこと、病院として医療の質を高めるために、こうやりたい、ああやりたいということがいくつかあるのですが、ほとんど進められていないという状況が今起こっています。確かに経営が悪くて、お金の面で、ああしなければいけない、こうしなければいけないというのは沢山あるのですけれども、本質的なところをもっとやりたいと、そういったことが将来構想なのに表立って話ができず、中々進まない状況にあると感じています。

(座長)

ただ、それを将来構想にどう改善していくのか反映していただかないと、多分委員の皆さんも今のお話を聞いて困っちゃうと思うのですけれども、具体的に言いにくい話なので私が言いますけれども、「だからこうします」という話をきちんと書いていただかないと、多分文書としていただかないと前に進まないのかというのは率直なところかと思っています。

それが、課題があるのであれば、それをきちんと書いて、もちろん病院経営が難しいのは、ほとんど皆さんそこはよく分かっているし、そういう中で、ここも環境が難しいし、病院一般にも難しい。かつ大きな投資をある程度終えた後のところであるという難しい状況であるということは、皆さん分かっている話なので、是非そこは先程からお話があるように、具体的なシナリオも含めて出していただきたくことが大事かと思います。

(正木氏)

金井病院長にお願いなのですが、こういった議論がなされていて、ある程度の方向性とか出てきていますが、職員の幹部の皆さん方にお集まりいただいて、「今こういう議論で進んでいるが、皆さん方はどう思うんだ」とか「幹部としてどう責任を取るんだ」とか、「これから先どう病院を考えていくんだ」というちょうどいい時期だと思いますので、11月、12月にちょっと先生方にお時間をいただいて土曜日1日ぐらいかけながら、皆で議論して「本当にこれでいいのか」という職員の皆さんの中のモチベーションというか盛り上がりというか、こういったものを出しながら、自分たちの病院はどういう経営をしていかなければいけないのか、どういう医療機能をこの地域に対して責任を果たしていくのか、救急はこれでいいのかとか、連携はこれでもいいのかという議論を一回してもらった方が、我々が議論出して結論出して上からドンと与えるよりは、トップダウンとボトムアップを繰り返しながら行くような感じでいいタイミングなので企画していただければと思いますけれどもいかがでしょうか。

(座長)

正に今御指摘のとおりだと思っていて、そこを病院の中ではプロセスを尽くしていただく必要があるのだろうと思います。必要があれば、今正木委員から御提案があったとおり、我々がいた方がいいのか、いない方がいいのか分かりませんが、我々が傍聴させていただいて、そういう議論も、ある種公開でやるべきかどうかはどちらかというところ、非公開の方がいいと思いますけれども、オブザーバーとして参加させていただいて、そういう議論を、時間をかけてやっていただくのはありかと思います。ただ、基本的には、率直に申し上げると、これまでの中で、それは病院の意思として挙げてきてくださいと申し上げてきているので、形式論云々ではないですけれども、そこはそういうプロセスを経ているものだろうというふうには理解しているのですが、そこに十分か不十分かというところ、少し不十分な感じも私も同じ感覚は持っておりますので、少し時間軸もあるとは思いますが、その中で検討はしていきたいなと思います。ありがとうございます。

(伊関氏)

先程の事業管理者のお話で、事務が先程数が多いのか少ないのかという場合に、改革をするには、改革のための数が少ないのだろうという気がいたします。地方自治体だと「事務職員増やすのが悪だ」みたいなトーンもあるのですが、マネジメントを変えていかなければいけないとするならば、外部人材の登用も含めて、病院経営をちゃんとやれる人間を増やすなり能力を劇的に変えるか、両方私は必要かと思っています。増やすことも必要だと思っています。先程医師一人1億という話が出ましたが、いい事務がいると、1億じ

や濟まない、実は3億、5億稼げるのです。そういう時代になって来ている。正木委員みたいなよい事務でいたから済生会熊本は今日に至った話で、よい事務職員をいかに数と量と質を確保するか、こういうのがやはりビジョンの中にも、KPIで数を増やすという話ではないと言いながら、そここのところの議論は入れておくべきかと思えます。今ちょうど岐路に差し掛かっていると思えます。平塚市民病院が崩れていくか伸びていくかの最中なので、是非、事務職員の強化をビジョンの中に盛り込んでいただければと思えます。

(座長)

ありがとうございます。今の件、正木委員のことも含めて、事業管理者、病院長何かございますか。

(諸角病院事業管理者)

先程愚痴ってしまって申し訳ないと思っておりますけれども、確かに我々も内部で、もっとその辺について、機会を作って、もっと詳しく細かいところまで話し合っていく時間が必要だと考えています。どうもありがとうございます。

○スケジュール等の説明

○病院長挨拶

(金井病院長)

病院長の金井でございます。今日は本当にお忙しいところタイトなスケジュールにも関わらずお集まりいただき大変ありがとうございます。

最後に、正木委員さんや伊関委員に素晴らしい御指摘をいただき大変ありがたく思っています。この将来構想検討会議については、先週月曜日に職員を集めて、こんな感じのことをやっているという話を、委員の先生のお名前も具体的に出しながら職員向けに話しました。ただ如何せん、任意の会だったということもあり、今日は正木委員にも御指摘いただいたので、この検討結果を待たずのタイミングで、何かしらの形を、院内検討会議みたいな感じの名前でもいいのかと思えますけれども、こんな感じのことをやっていきたいと思えます。

私自身そうなのですが、病院の将来なので、職員の一人一人が関わるのは極めて当然のこととして、ただこの病院いろんな古さとか昔ながらの形が色々あってですね、何とかしないといけないという部分があるのです。ただ私自身が権限があるというふうには周りからは見えると思えますけれども、中々さっき言ったことに関しても、正木委員が言ってくれたから、これができるかということが正直あります。色々苦しい部分がいっぱいあるのですが、お金もないし、人的資源もないということもあります。ただこの会、本当に外部委員の方に、世の中の常識的なことをズバズバと御指摘していただき、大変ありがたいと思っております。外部委員というか、我々の病院のブレインという感じで本当に感じております。今後とも後もう少し、今日プレゼンテーションしたのも、実は院内でもっと進んだ形のものがあるのですが、それは提示できないのは残念ですし、先程座長から言われた「協力要請があれば」という文言は、私が真っ先に赤字で消したところでございます。ち

よつと自分の名誉のために言っておきます。

いずれにしても、今後ともあと二回ありますので、もう少しスピードアップして情報を詰めて、提示していければと思います。今日は本当にありがとうございました。