

会議録
(第5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27日(木) 14:00～16:00

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
高山 秀明氏	一般社団法人平塚市医師会理事
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
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
久保田 美紀氏	平塚市PTA連絡協議会広報副委員長

欠席者：

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

○病院事業管理者挨拶

(諸角病院事業管理者)

皆さんこんにちは。本日もお忙しい中、第5回平塚市民病院将来構想検討会議においていただきましてありがとうございます。本日は今まで何度か準備不足でお叱りを受けていた将来のシミュレーション、あるいは当院で考えている将来ビジョンについて、院内でも大分検討させていただきましてお示しいたします。どうぞ本日も忌憚のない御意見を聞かせていただきますようよろしくお願いいたします。

○平塚市副市長挨拶

(石黒副市長)

副市長の石黒でございます。本日はお忙しい中、御出席いただきましてありがとうございます。5回目ということでいよいよ収支シミュレーション、KPI、経営形態の見直し、こういった全体が今日御議論いただけるものというふうに期待をしております。是非委員の皆様方の忌憚のない御意見をいただき、平塚市民病院の将来の形を市としてもしっかりと見いだしていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○ 本日のスケジュール等

(重田経営企画課長)

経営企画課の重田です。資料等の御説明をさせていただきます。まず次第にありますけれども、本日は次期将来構想の素案についてということで、冊子をお配りさせていただいております。まだ素案の段階ですので、まだまだ皆さんの御意見をいただきながら、ただただいただきたいと思います。資料としまして今日お配りしていますのは、「平塚市民病院将来シミュレーション」の説明という資料を用意してございます。シミュレーションに当たっての前提条件、背景をまず後程説明をさせていただきたいと思います。その後お配りしている資料としては、A3の横型として「平塚市民病院収支シミュレーション」と書いてある左側が現状継続版、右側が収支改善版というペーパーを用意しています。これをパワーポイントの説明の後に続けてさせていただきます。また今日の議題の中には「経営形態の見直し」というのがありますが、その資料としてはこの素案の中に盛り込んでありますので、後程また改めて説明させていただくということで、今日は資料は、順次テーマごとにその都度説明させていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。最後に1枚ですけれども、A4の横型のペーパーで、「一般会計負担金の推移」ということで、平成23年度決算から平成27年度決算までの市から市民病院に負担金としていただいている、よく10億円という言い方をしておりますけれども、その決算の内訳を用意させていただきました。前回、もう少し内訳を知りたいという御意見をいただきましたので、今回はそのペーパーを後程御覧いただきたいと思います。

(相澤経営企画課課長代理)

経営企画課の相澤です。まず、収支シミュレーションについて説明をさせていただきますので、今お話のありましたカラーのものが画面に映るといような形になります。このシミュレーションを作るに当たって踏まえた点についてですが、今後の社会保障制度や医療を取り巻く環境をどういうふうに認識するか、それと健全経営を実施しなければいけないということ、あとは数値を入れますので数値は目標値じゃなくて計画値であり、実施しなければいけない数値であると認識の下、収支のシミュレーションを作ったという経緯がございします。

背景ですが、以前にもお話をしましたが、再度確認させていただきます。医療を取り巻く環境で、御存じのとおり日本は高齢社会というのを急激に迎えておりまして、2025年、今回のゴールとしている部分では65歳以上の人口が30%を超えるという推計が出ております。これに向かって国が何をしているかというところなのですが、病床の区分については、この平成22年度現在で一番多い病床といわれている7対1ですが、このウィングラス型と言われているものをもっとバランスよく砲弾型という形にしましょうと。これを10年間でやるんだという方向性は周知の事実としてある訳です。これをどのようにやっていくかということが、最近もっと具体的になってきたということです。この超高齢社会の到来による社会保障費の増加、今や国の支出の一番多いと言われている社会保障費をどうするかという中で病院に関しましては、医療の機能分化の推進により、これを抑制しようとする動きです。軽症から重症まで一つの同じ医療機関では診療させないと、そういう病院は収支的にバランスが取れないというような仕組みをまず作っていくところと、

7対1入院基本料、一番大きい部分にあったそこの部分の病院を削減する。従って10対1とかそれ以下になってもらうというような機能分化のバランスを再編成するということです。それに当たっては7対1基本料というのに厳格化するというものがあります。これは今年度の診療報酬改定から「医療・看護必要度」というものを入れて、本当に重症な患者を何%病院で入院させている、今は25%以上となっておりますが、この割合を上げることによって簡単に7対1が維持できないというような仕組みが作られております。それによって、話し合いというよりは診療報酬や健康保険制度の改定によって、否応なく7対1から変わっていかねばならないような仕組み、そういうものが最近の方向性であろうという理解をしております。もう一点は県の動向です。今あった国の動向に合わせて、県は「地域医療構想」というものを作り始めましたが、これも病床機能をグループにして、それぞれを地域の二次保健医療圏の単位でバランスを図ろうというような流れです。これは高度急性期が結果的に余剰ということがどこの地域にも出ていて、回復期が不足しているというのは、この平塚市民病院が属する二次保健医療圏でもそういう結果が出ております。地域医療を維持するためには、機能分化が必要ですという結論が出ているところです。これらの動向から、各病院は診療機能を明確化する必要が求められていますが、当院はどうするのかというところで、それを基にシミュレーションを考えております。

現在の診療単価というのは、平均入院単価が5万7,000円、平成27年度の決算状況ですが、病床利用率は88.4%でした。この実績値を基にこれを5年間継続していくと、特に人も増やさず、新しい加算も取らず、患者さんの支払っている金額で続けていくと、5年後には約8億7,000万円、現金が不足するというようなシミュレーションが出ました。つまり5年間で8億7,000万円の収支改善をしないとこの病院は持たないというような結論に至ります。なぜこの収支が悪化するのかというと、高度急性期医療を実践するための投資による支出増の影響があると見ています。これはまず、平成23年度から28年度にかけて、職員を80人以上増員していること、MRI、CT、リニアック等の高額な医療機器を揃えてきたことです。そういうものを揃えてきて維持費とか購入費が必要となっております。あと新館を造ったということです。新館が今皆さん入ってこられたと思いますが、高度医療、急性期医療を実践する機能を有した新館を造ったということで、高機能化によって現在の収益に対しては固定費の支出が多いということでは、この機能に見合った収益が必要であるという部分もあります。そこで経営改善しなくてはならないだろうという中では、まず収益を上げること、その中では入院診療単価を上げて、病床利用率を下げないということです。平成27年度の診療単価が先程5万7,000円と申し上げましたが、これを5年間で6万7,000円、1万円上げなければなりません。これには重症患者中心の診療にシフト、つまり患者さん一人が支払う1日の金額を上げなければいけませんので、そのような患者さんを診なくてはいけなくなるということになります。なおかつ、平均在院日数の短縮と実患者数の増加というのは、今の医療制度では入院日数が長くなればなるほど診療単価が下がっていきますから、下がっていった落ち着いた患者さんについては回復期の病院等に紹介させていただくとか、退院していただいで在宅の方に移っていただく、そして短くすれば延べ患者数は減ってきますので、実患者数を増やさなければいけないというところに努力をしなくてはならない。それには医療連携、他の医療機関との連携と救急受け入れを強化して入院患者さんを確保する。それと手

術件数です。単価の高い患者さんは手術をする患者さんが多いので、手術室の稼働率や患者さんを確保しなければいけない取り組みが必要です。もう一点は総合入院体制加算の算定です。これは急性期病院では代表的な加算と言われていますが、当院は今取れておりません。医療連携等、院内の機能を上げることによって算定できるもので、これは収益の確保としては年間1億4,000万円程の増収を見込んでいるというところですので、こういう加算を取っていかなければいけない。それと外来を縮小し入院へシフトさせることです。紹介患者中心の診療を行わなければいけないという部分では、外来で医師が疲れて入院の患者が診ることができない状況ではなく、外来については入院対象になる患者さんを診させていただいて、入院の診療を中心にしていくという意味では、選定療養費を、現在税抜1,580円のを4,000円程度に上げていって、患者さんの機能分化を図る部分と一部の診療科については完全紹介制等を導入しないといけないだろうというようなことを考えております。その他には看護師が足りません。新たな診療報酬を獲得するためには看護師を中心に増やしていかなければいけないという部分では、毎年10人ずつ増員させて、それに伴って手厚い看護によって入院料等を獲得できますので、そういうものを時系列でやっていくという部分です。救命救急等の入院料や手術室の稼働を上げたり、一般病床をフル稼働するようなものは看護師の人数によるものですから、そういう計画が必要であると考えます。それと、前回の会議まで出ていましたけれども、ジェネリック、後発医薬品の使用率を上げて係数を上げていかなければいけないというところでは、そして患者さんの重症度を上げて診療単価を上昇させるということを組み込んで、新しいシミュレーションを作っていく。ちなみに収益に関するイベントと収益額というのは、試算しまして、ここにある表は上から時系列で出てきているのですが、それぞれこれをやるとこれぐらい収益が上がってくるという見込みで記載しています。その結果、平成32年度までに平均入院の単価を6万7,000円、1万円上げた上に病床利用率を現状並みの90%以上維持すると、5年後には現金残高が2億3,000万円残るというところでは、ただしこの取り組みは、今後もさらに続けなければいけないという部分では、常に現金というのは一時的に払わないといけない金額等もありまして、5億円以上は持っていなければいけないというのがありますので、2億3,000万円では実は足りない訳です。ですから、さらなる収支改善の取り組みが必要であるという状況は変わらないというところでは、将来構想の冊子の中には、KPIを記してありますが、今まで数値が入っていませんでしたが、ここで目標額等が決まったことによって、このシミュレーションに基づいてKPIを記入していくということになります。

ここから先はシミュレーションではありませんが、前回までのおさらいとしてビジョンと2020年の計画数値を説明させていただきます。ビジョンですが、院内も色々と意見があり、「持続的な健全経営の下、高度医療、急性期医療および政策的医療を担い患者の命を守る診療を行う」にさせていただきました。これは将来の診療体制や機能、方針を言葉で表したもので、これをビジョンとしたいと考えております。何年間で何をしていくんだというのが分かりづらいというところで、資料の14ページに、今後何についてどうやっていくんだということを具体的に記しました。その内容は、地域の中核病院として医療連携を推進し、高度医療・急性期医療を担う、救急医療体制の強化を行う、がん医療の充実に努める、地域の小児・周産期医療の中心を担う、地域包括ケアにおいて急性期病院の役

割を果たす、感染症指定病院の役割を果たす、災害医療拠点病院として機能を充実するというこの病院の役割を明確化するというところで記載させていただいております。我々計画数値としては、具体的にそれをやるとどうなるというところを5年間の目安として、こういうことを取り組んでいって、数値もこう変えていきますよというところも分かり易く表現しております。

(座長)

ありがとうございました。今お話があったところまでについて、正に議題としては次期将来構想素案についての収支シミュレーションについてというところになるかと思いません。質疑及び議論に入ります前に、少々わかりにくいと思われまますA3版の収支シミュレーションの数字について、口頭で補足させていただきたいと思えます。医業損益や経常損益という言葉がありますが、これは減価償却も含んでいます。減価償却というのはいわゆるキャッシュアウトしない、建物や設備の価値を減額させていく経理処理ですから、そこは経理上、費用として発生しても、実際にはお金は出ていかなかったということです。しばしばこうした収支を見る一つのポイントに、その下の項目の資本的収支があるのですが、実際に使えるキャッシュフローがどのくらいあるのかという視点で、償却前の損益を把握しておいた方がよいわけです。私の方で少し早めに来て計算しましたので、メモをとっていただけたらと思えます。医業損益の償却前損益ですけれども、2015年から横に順番に申し上げます。まず、現状維持版について、償却前医業収益が△225、△672、△594、△528、△533、最後の年が△545です。次に償却前の経常損益の方ですが、平成27年度決算になります、668、177、252、297、232、最後の年が174です。収支改善版の方は、2015年、償却前医業収益が△225、△672、△357、△293、△295、最後の年が△258です。償却前の経常損益の方ですが、2015年が△668、177、488、532、469、最後の年が561です。償却前の収益ですから、キャッシュフローそのものでありまして、これが黒字であればお金は現金として余った形になる。これとは別に、この病院としての借入の返済スケジュールがあつたりしますから、会計上から求められる償却前利益というキャッシュフローは別に、実際の金繰り上のキャッシュフローはありますが、そこはきちんと見ておく必要があるわけです。ちなみに、償却前の医業収益と償却前の経常損益の違いは何かというところについて言えば、この病院にとって一番大きいのは、一般会計負担金という形で市から投入されているお金です。なお、計算方法についてですが、減価償却につきましては、毎年ここに書いてある病院医業費用の減価償却費を入れておりますし、その中で特に大きい資産減耗費の2017年の資産減耗費、これ南棟の償却が入っているそうではありますが、を織り込んでおります。償却前の医業収益で見ると、最終的には2020年の時点で見ますと、△1億6,000万円になっていますということは、医業収益単体でいくと△1億6,000万円です。ただしこれで市からの負担金が10億円入って、さらには投資関係のところでも2億円強入りますから、そういう意味では、その部分は全体としては市からお金が入ってくるのだが、かなりの部分は留保できるという形が言えると思えます。これは次回以降、事務局の方でいただいていた方がいいかと思えます。

以上、現状継続版と収支改善版について概略をお示しいただきましたが、改めて。この

点について御意見、御感想を、委員の皆さんからいただきたいのですが、特に医療関係の経営に詳しい正木委員や土屋委員から、まずお話をいただけるとよろしいかと思うのですがいかがでしょうか。それでは正木委員からいただいて、次に土屋委員からいただければと思います。

(正木氏)

計画を作成いただいてありがとうございます。見易くなったのは当然なのですが、いろんな問題がございますけれども、その中で病床利用率の伸びがあまりよくないように思います。基本的には80%台であると、色々な病院を見ていますと、やはり赤字を出してしまうのです。病床利用率を90%以上にするということ、それが一つの努力だと思いますし、いろんな外部環境の変化があらうかと思うのですが、やはり上がっていくべき数字のレベルが少し低いと言いますか、現状を中心にしながら今見ているので、これから先いろんな外部環境がもっと厳しくなったときには、もっと下がるような可能性が出てくる訳です。それに対して、横ばいではなくて上がっていくという方策を今から置いておかなければ、こういったシミュレーションにはならないのではないかという気がします。一番下の色々な比率がありますが、人件費比率が60%台を推移しています。高度急性期病院において人件費比率が60%台を超してしまうと当然赤字が出てしまいます。普通45から55%の間ぐらいの中になるような方策が必要なのではないかと思います。減価償却ですが、これも通常10%超すような投資をできないとかしないと言いますか、逆に10%を超さないようにするには医業収益を上げるしかないのです。そのようなことが見えてきますので、もちろん今の現状から鑑みたときの精一杯の努力が見えるのですが、先程説明いただきましたが、例えば自分たちの努力と言いますか、そういった加算を取るとかジェネリックの数字を上げて、それを評価してもらうというのは当たり前だという感じがあります。だからこの中に自分たちが汗をかいて努力をしてということが見えて来ないといけないのではないかということでもあります。それともう一つは、地域との、もちろん市民病院のことの改善が先なんです、市民病院としての役割は市の全体の医療に関与していくと言いますか、もっと地域の先生方と色々な機能を分化しながらお互い助け合うというのも、単に自分のところの病院のお金の改善ということだけが目標ではなくて、平塚市全体の医療機能を高めていくとか、例えば外来の患者さんについては、先生方と協力し合ってあまり重篤ではない患者さんについては先生方をお願いをして、病院では重症の患者を診るとか、そういう地域との関わり合いもこのビジョンの例えば診療機能の中に入れた方が、市民病院という地域との医師会との関わり合いを大切にしていくなんだということを表明していただくと、診療機能というのが少し分かってくるのではないかという気がします。

(座長)

ありがとうございます。今のお話は、御質問も含めてということでもよろしいですね。今いくつか病床利用率の問題、人件費比率の問題、この病院としての独自の努力というのはどこら辺にあるのかということ、市全体の医療との関係での地域との関わり合いに関する意気込みとかそういったところを中心に、主に四点ほど御質問も含めてあったと思います

が、この辺のところ病院の方からいかがでしょうか。

(諸角病院事業管理者)

病院の機能を高めるということですが、今質を高め、あることについて院内全体で取り組もうということで、これは元々正木委員から御提案いただいたのですけれども、病院内で各種の職員に集まっていただいてフォーラムを開いて、下からの積み上げというか皆の意見を聞きながら、そういうような質を高め、医療連携を高め、患者さんに満足していただくことを目指して今やっていくということで計画をしています。もちろん既にやっているところもあるのですが、そういったところから病院としては新しい一歩をさらに踏み出していければというふうに考えています。

(座長)

ごめんなさい、もう少し具体的にお話をいただかないと。今の御指摘は、具体的なお話で、病床利用率は90%とんとなのところで良いのかというお話と、それから人件費比率については45から55%の間に収める努力をしなければいけないのではないのかというお話と、もう一段の努力というのは具体的に何があるのかというお話と、地域との関わり合いに関する意気込み等々について具体的な御指摘だったと思いますので、もう少し詳しくお話しいただけますでしょうか。

(金井病院長)

人件費比率に関しては、今オンゴーイングにやっていることに関しては、臨時医師が比較的成本高になっております。これをなるべく減らす努力をしているのと、ただそうは言っても麻酔科等々で相当高くならざるを得ない要件もありました。それとベースとしてそもそも公務員の給料はもともと決まっています、どうしても高くなる部分があって、それはどうしたらいいのかということを検討しているところです。あともう一つは、先日もお伝えしましたが、診療科の各科の部長は管理職ではありません。それを管理職にしてそれは病院の運営に責任を持っていただくという意味合いも含めてですが、そういった形があるかと思います。病床利用率に関しては、もう少し高い数字に行きたいところですが、この地域の状況を考えますと、目標値としては設定できますが、実際達成できるかどうかということになると少し低めの数字ということでこのような数字になっています。地域との関わりについては、もちろん紹介率、逆紹介率65%、70%という目標設定していますが、これは近々80%、100%という形に数字を上げる提案をしていこうと思っています。病診連携室で「連携BOX」というツールを使って、検査の紹介をしていますが、今後検査だけではなくて、実際の診療予約の仕組みまで取り入れると、多少コストかかるとは思いますがそういったこととか、地域の病院、平塚の括りですとそんなに大きくないので、平塚地域の中で患者さんの情報を共有できるような方法がないかということ大きな病院である共済病院等と相談する、電カルも違いますから相当難しいことがあるとは思っているのですが、それを検討していこうと思っています。

(座長)

ありがとうございます。正木委員よろしいですか。

(正木氏)

はい。今121億円が135億円に上げるという収支改善をしていこうということですので、これを非常に期待しながら、そうすると、人件費比率とか減価償却費比率とかどんどん落ちますので、この分だけは是非とも確保しなければいけない。ただ心配しているのは、患者さんの一日当たりの単価というのが少し安いという気がします。これをもう少し上げるような努力というのが必要ではないかという気がします。そうすると医業収益の135億円も到達する範囲に入ってくるのではないかと思います。

(座長)

単価のところは聞かなくてよろしいですか。御指摘だけで。
ありがとうございます。土屋委員いかがですか。

(土屋氏)

正木委員のお話でほぼ尽きていると思うのですが、人件費比率の目標値としてはやはり50%を立てるのが一般的ではないかというか、せいぜい55%が正木委員もおっしゃったようにギリギリではないかという気がします。私も今独法化しておきながら公務員と同じ給与体系を使っていて困っているのですが、やはりがんとかは頑張ると50%になるので、おそらく医者とか看護師の専門職は、本来業務に集中させて件数増やすとか、医師事務作業補助者とかいう人がそういうところへ代替できるところは代替していったらということで、人件費全体の枠の中で工夫する必要があるかという気がします。それと単価も入院がこれだけの高度医療を目指すとする、現時点で7万円は欲しいというか、目標値としては8万円なのかと思います。多分、正木委員もそのくらいの数字を念頭ではないかと思っていますし、外来も集中していくと、やはり2万~2万5,000円というようなところに目標を持っていくような外来運用をしていく必要があるのではないかと思います。逆紹介も当然やっていかなければならないと思います。これもやはり医者任せでは中々逆紹介できないので、専従の部署を作って積極的にやらないと中々できません。正木委員も御発表なさっていましたが、逆紹介をすればするほど新患が増えるというか地域との関係が密になると思いますので、その辺、現場とのお話で目標値を考え直した方がいいかと思っています。これは病院だけではなくて、むしろ市の方に地域包括ケアでこの病院をどのような位置付けをしているかというところが多分見えて来ないと中々地域との関係がやりにくいのではないかと思います。横浜市の場合、多少お金があるからいいのでしょうか。区ごとに在宅支援センターみたいなのを造って、医師会に任せてということで、受け皿を市の方でも積極的に造って、市立の病院の負担を軽減しようというようなことを行政と病院側と一体となってやっている、その辺もやった方がいいと思います。それと、とかくベンダーがコンピューターに繋いでという、こういう成功した例ってあまりないのです。厚労省とか総務省の地方の都市の成功例は嘘で、実際成功しているというのはアナログで成功しているのです。人と人の繋がりがあってそれをカバーする意味でデジタルがある、逆に言うと安いデジタルでいいと思います。最終的にはスマホみたいな汎用機を使

ってできるのが一番いいので、特別にベンダーを使ってやると、逆に先程言われたように、他所の病院は応用が利かないで、結局は役には立たないというので、アナログでの努力というのは、逆に資本投下はあまりいらないので、その辺をやっていくと、もうちょっと地域との姿が見えてくるかと思ってお聞きしておりました。

(座長)

ありがとうございます。関連で高山委員何かあればお願いします。

(高山氏)

中々経営のことについては分からないので、難しいのですが、やはり今の状態だと外来の紹介率をもっと今上げないといけないと思います。紹介や逆紹介を増やして初診患者さんを増やすとともに、ここの病院ではなくて普通の開業医でも診ることができる軽症の患者さんをいかに紹介する率を増やすか、この間の外来のこの表にもありましたように、外来で単価の安い200点未満の患者さんがかなり多いので、逆紹介でそれをいかに減らしていくか、患者さんに満足いくような説明をきちんとして外来からきちんと専門の先生に振り分けるということが非常に必要だと思っています。

(座長)

こちら側の基本構想の案文の15ページとか16ページのところに紹介率とか逆紹介率が目標になっています。かなり大事な目標になるという理解ですが、この辺は委員の皆さんいかがでしょうか。

(正木氏)

病院の色々な意味で機能を高めていくということに関しましては、自分たちの自助努力も必要ですが、地域の医療機関と、例えば地域の医師会の先生方との共同の、例えば高度急性期の先生方が患者さんを預けるとすれば、地域の先生方と一緒に勉強会をどしどし開くとか、いろんな仕組みの中でコミュニケーションが取れて、すぐに色々な病床が空いているとの連絡とか、今患者さんは大丈夫ですよとか、そういったことのできるような仕組みも必要でしょうし、そういったことをやっていって、急性期病院の先生方には少し苦勞ですが、やはり自分が逆紹介する患者さんについては、少し心配していただいて連携先に診に行くとか、そういうことを地域ぐるみでやるということが、市民病院がこれから先、将来的な医師会の先生方もいろんな地域全体の医療機能を上げて高めていくということをするれば、市民病院の役割が非常に明確になっていって、高まっていくのではないかと思います。救急で来られた患者さんなどは、基本的にはできるだけ早く転院してもらおうよう先生方をお願いをする。外来の患者さんも、高度急性期病院で診なくてもいいような患者さんについては、できるだけ医師会の先生方にお返しをしてそこで診てもらおう。その代わり医師会の先生方のところにいろんな重篤な患者さんが来られた時には、市民病院を紹介していただくようにするという、そういうやり取りが市全体で動いていけば、市民病院の役割も非常に明確になってきますし、これからやりがいも出てくるのではないかと思います。そうすることによって、経営的改善にもどしどし繋がっていくと思いますので、市を挙げ

てと言いますか、医師会とかいろんな医療機能を上げて、これから先、改善をしていくというふうに行けば非常にいいと思います。ただ、少しは先生方の努力が必要だと思います。診療が終わってから、地域に散って医師会との勉強会をやるとか、そのようなことも必要になってきますし、そうすると逆紹介率が100%を越していくと思うのです。実際急性期病院の逆紹介率は100%を超えないと意味がないと思っておりまして、紹介率は70、80%でもいいと思うのですが、逆紹介をどんどん、本当は200%近く持っていくとか、それくらいの気持ちがあれば、平塚市全体が医療で包まれていくのではないかと思います。

(座長)

ありがとうございます。この基本構想のペーパーに戻りますが、今の御指摘を踏まえると、40ページの紹介率、逆紹介率がこの程度の数字ではあり得ないという理解ではないかと思うのですが、この辺は委員の皆さんいかがでしょうか。今のだと63%の紹介、これが7割から8割が当然だと。逆紹介だと100%超して来ないというようなお話があって、高度急性期を担うのであればそこは当然であるというようなお話がありました。そこはそういう理解でよいでしょうか。特に高山委員も含めてだと思いますが、高山委員そういう理解でよいでしょうか。

(高山氏)

70%は最低。

(座長)

ということでございますので、平成32年まで横ばいになっているのは、しかるべき改善があるし、その改善があればもう少し単価に反映してくるはずではないかというところで、収支改善のシナリオも見えてくるのではないかと思います。

(土屋氏)

自分のところの恥をさらすようで申し訳ないのですが、私は神奈川に2年前に来たとき、がんセンターの紹介率、逆紹介率を見て唖然としたのは、紹介率がやはり60%ぐらいで逆紹介率は40%切っていたのです。耳を疑いました。病院業界の先生方と話をしても、中枢の病院で逆紹介率を神奈川県で意識をした病院はあまり聞かなくて。正木委員のところは当然やっていらっしゃる。私はむしろ色々な書物で勉強していたので、もっと広がっているのかと思っていたのですが、意外と注目されていないのです。これ正木委員がおっしゃるように100%超えて当たり前でやらないと、今私の機構の方でも発破をかけていますけれども、外来が忙しい忙しいというのですが、神奈川県立がんセンターも同じようなのです。開業の先生に回すべき患者さんを回さずにフォローしているというのは、是非ここはやっていただいた方がいいのではないかと思います。

(座長)

ありがとうございます。今のお話というのは、運営体制とか短期中期事業計画とある1

5ページ16ページに出てくるような、これは大きなKPIであるという、個別に落とし込む話ではなくて、もっと病院全体が目標にするようなレベルの数字であるという理解で、ここは具体的な修正をかけていただきたいと思ひますし、収支改善のところも含めてそういったことも折り込めば、もう少し違った形をアップサイドも含めて見ることはできるのではないかという御意見と思ひます。

他に、このシミュレーションに関連して、あるいはシミュレーションに関連して基本構想の部分もコメントいただいて結構でございますが、少し今KPIのところに入っていますが、御意見いただければと思ひます。

(大曾根氏)

私も今開業医の平塚の整形に掛かっているのですが、そこには平塚市民病院と連携していますという表示がされています。そういうところが平塚市内結構あるのですが、それがどういうふうに機能するかによって、今のお話の紹介とか逆紹介、そういうところと連携しているよとなれば、市民病院に行かなくても開業医のところへ行って、その先生にお願いすれば市民病院と連携しているから、市民病院でやってもらえるのではないかというような患者としての素朴なものがあります。そういう意味では、ここへ出させていたひている中でそれがどのくらい機能しているか、機能すれば結構いいのではないかというふうに思ひたものですから、その辺はどうなっているか教えていただけますでしょうか。

(座長)

多分その辺を本格的に機能させるには、人と人との関係とか、あるいは具体的に今ベッドが空いている空いていないとか、あるいは普段から勉強会をしているとか、そういう中で「この先生はこの分野が強いんだな」とより分かることだと思ひますが、是非ここは病院からコメントをいただきたいと思ひますがいかがでしょうか。そこが要は今の60から70を超えて80に見えてくる、あるいは逆紹介100%に見えてくる具体的な戦略とか戦術とか、そこを是非病院の方からお伺ひできればと思ひます。お願いします。

(金井病院長)

病診連携室を中心に、平塚市民病院には病診連携の登録医制度という仕掛けを入れています。これは、この地域の開業医98%とかそのくらいの施設は登録医になっていただひているとひくふうに聞ひています。登録医になっていただく説明に、私も病診連携室の人と一緒にいたりしています。医師会の先生のところへ行くのに何か理由がないと中々行きにくいのですが、その時に登録医の説明をしたりとか、先程言ひた連携BOXの説明をしたりというような形でお尋ねするということをしています。あと逆に、市民病院の玄関ホールには登録医の一覧表というのがある、そういうところと連携していますというの分かるような仕掛けは作っています。

(座長)

多分御質問は、それを高度急性期を専門に担う病院として、今出てきた数字の目標を達成するのに、あともう一段これからどんなことをされようとしているかという御質問では

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)

それは一応最低限のことだと思っています。この先は、連携BOX自体があまり普及していないということもありますので、それもやりますし、平塚市民病院ではあまり開業医の先生方を集めて、年に一回報告会みたいなそんな感じのことはやっておりませんので、もちろん医師会の臨床研究会みたいなそういうところでのコミュニケーションは大いにあるし、あとは各科ごとのコンタクトというのはもちろんありますが、それを強化していきたいというふうに思っています。

(座長)

ありがとうございます。多分そういうお話ですと、基本構想の社会貢献の視点のところのKPIになるかもしれませんが、そこに先程御指摘のあったような診療科ごとの交流とか共同の勉強会の開催というものがKPIとして入ってきていいのかというのが、おそらく委員の皆さんからの御指摘ではないかと思うのですが、そこも是非御検討いただければと思います。これ以外にも今の御指摘を踏まえて、おそらくKPIですとかあるいは具体的な数値はまた変わってくるのではないかと思いますので、それはまた最終回に向けて、是非また詰めた作業をしていただければと思います。他にいかがでしょうか。

(森久保氏)

病床利用率が高度急性期を目指す中で90%の方に行ったり80%の方に行ったりという感じなのですが、高度急性期なら92、93%いくのではないかと思うのですけれども、その辺どういうふうに計算されたのかお教え願えればと思います。

(相澤経営企画課課長代理)

当院は一般病床という7対1基本料を取っている病床があるのと、ICUとか救急、あとは小児周産期という病床が81床ありまして、一部工事中で閉じている部分がありますが、81床と329床を足して410床ということになります。その329床に関しては、94%の稼働率で見えておりまして、どうしても小児とかICU、救急という部分は一部空けておかないと緊急入院を受けないといけないという側面がありまして、そういう部分を今70%で見えています。そこがいわゆる全体の利用率を下げているというような形になっておりますが、その部分を80、90というふうに開けて緊急で受けるベッド数を少なくするという考え方になると思うのですが、そういうことであれば全体の病床利用率が上がってくるのかというふうに思っております。計算はそういう形でございます。

(座長)

これに関連してですが、特に高度急性期の場合は、入院期間の短期化というのが診療報酬を上げるDPCの前提であり、DPCという政策、細かい点での変更は今後の診療報酬改定ごとにあると思いますが、その骨格については基本構想の期間中は変わらないと思うのです。だとするならば、特に高度急性期においては、入院期間の短期化、その上で病床

利用率をこのペースで維持することはすごく大事になるかと思うのですが、この辺の具体的な戦略とか戦術においては病院としてはいかがお考えでしょうか。

（金井病院長）

I C U、C C Uそれから救急病棟というところは、現在で多分70%ぐらいだと思います。これをさらに高めるといのは、やりようとしてはもちろんありますが、相当一日に来る救急患者さんが多くて、そういうのが多くなればなるほど中々占床率で保ちにくいという部分があります。実際シミュレーション上、自分たちがイメージできないレベルの数字にするのは中々難しいかと思います。

（座長）

ごめんなさい、そこよりは、私は聞きたかったのは、単価を上げるための入院期間の短期化とこれに伴う病床の利用率の維持策です。

（金井病院長）

入院期間の短期化は、今短くしないようにしなくても自然に毎年毎年短くなってきているという現状があります。実際今10日から11日の間くらいでしょうか。占床率があまり下がっても困るので、意図して短くしようという努力はあまりしていません、自然に下がっているのです。そういう言い方でいいのか分からないですが。

（座長）

結果として、そうすると単価が下がってしまいますよね。

（金井病院長）

そうです。だから重症な患者さんをなるべく多く集めることが大事だというふうに考えているので、断らないで99%の応需率でやっているということです。

（座長）

救急の応需率でやっていくということですか。これ以外のところで何か数字、市民の皆さんも含めてあるいは市役所から見えている方も含めて御意見ありますでしょうか。

（石田氏）

非常にちょっと細かいところで申し訳ないのですが、このパワーポイントの資料の12ページですが、2枚目の12ページの右側の下の2-2のなぜ収支が悪化するのかというところで、これはこれまでのポイント的なところで仕方がないのかもしれませんが、収支の悪化の理由に職員数の増員というのがあり、高額医療機器の導入というのがあるのですが、これはこれまで職員数の増、あるいは医療機器の導入というのは収益を上げるためには仕方がないんだというような、これによって収益が上がるという説明だったと思うのですが、結果的にこの時期については、これが悪化の要因になっているというところが一つあります。一方、その次の16ページの上段にいきますと、収支改善のための取り組みと

ということで、今度は看護師、職員数の増というのがあります。この職員を増やせばこれまでのとおり収支が改善するというような説明になっているのですが、平成29年度からこの将来構想を実践していく、そうすれば当然、この職員数も増やしてそれが収支改善に繋がるという、それは大きな目標で分かるのですけれども、さらに職員数を増やして、これまで負の要因だったものを今度はプラス要因に転化するというのは、相当な具体的な努力がないと難しいのではないかと思います。その辺は素人なので何とも言えないのですが、将来構想にどういうふう書き込んでいくかというその辺の説明がもしできればお願いをしたいのですが。

(座長)

これはまず病院の事業管理者の方から、それから必要があれば事務方が補足していただければと思います。経営全体の話なので是非お願いします。

(諸角病院事業管理者)

病院の収益を上げるために各種の加算というものがありまして、加算を取るためにある程度人数がいないとその加算が取れないものがあります。今まで、機能を高めて設備的には加算を取れる体制はどんどん出てきたのですけれども、それによって収益を得るための加算を取るだけの人数にまだ足りていない、要するに中途半端な増え方になってしまっているというふうな現状があります。特に看護師を増やすことによって今まで急性期病院として色々積み上げてきたものにやっとそこで加算が取れるというふうな状況が出てくる。そのために増員が必要だというふうに将来の取り組みとして言っている事です。

(座長)

石田委員、今の内容でよろしいですか。

(石田氏)

加算が取れば人件費の増えるという部分は、それ以上の加算、収益につながるというそういう意味でよろしい訳ですね。

(諸角病院事業管理者)

シミュレーションとしては、そうやって加算を取ることによって収益を上げて赤字部分をどんどん減らしていくというシミュレーションです。

(座長)

ありがとうございます。他に何かありますか。

なければ、私も委員の一人として意見を述べさせていただきます。この収支改善版の方を拝見させていただくと、ただ今御指摘のあったとおり、収支改善としては単価が十分ではないという御指摘があったかと思います。そこは是非見直しをしていただきたいのですが、2016年度から2020年度の5年間で約14億円の改善がありますと。これに対して費用としては、給与が人員の増等々を反映してプラス約3億円、材料費がプラス5億

円、いろいろ医療機器だとか薬だとかに使われると思いますが、それ以外の経費として委託費も含めてプラス1.5億円で約10億円、残り結果的には医業損益としてプラスの4億円というのが簡単にいうと引き算という形になるのですが、この経費の部分というのはまだ粗いのではないかと率直に感じていて、一つは、先程の人件費比率のあり方という、医業収益上げて相対的な比率を下げていくというのはありますけれども、人件費の積み上げが本当に色々なこと、何と言っても大変失礼ながら赤字の組織ですから、そういう中でもう少し工夫はないのかという感じもしますし、一方で、材料費についても救命救急センターを開くことで救命救急に伴ういろんな材料費が出てくるというのは理解できない訳ではないですけれども、それにしてもこんなに増えるのかということもありまして、この辺はもう少し数値化していただいた方がいいのではないかと思います。この点についてはいかがでしょうか。経営の方でもいいですし、事務方でも結構ですし、どちらでもお答えいただければと思います。

(重田経営企画課長)

確かに、人件費の伸びについては、このところ昨年の10月から法定福利費の伸び等も踏まえて少し伸ばしているといいますか、引き方が甘い部分もあるかもしれないと思うのですが、中々大きく削る要因が現時点ではないということで、先程病院長が申し上げましたが、人件費の適正化という検討を今進めておりますので、その中でどこまでそういう人件費自体の引き下げができるかどうなのか、あともう一つは、最初の方に病院長が言っていました、臨時医師の賃金の見直しという中で、特に麻酔科医の話ですが、常勤の医師よりも臨時の医師の方が倍ぐらい高いような経費が掛かるというような事実がありますので、例えばそういうのを常勤化することで、いわゆる定数には反映するかもしれないですけれども、常勤化することで、実は人件費自体は下がるというものもありますので、その辺の工夫をここではまだ読みきれていないと言いますか、見込みきれないものが確かにありますので、そこは下がってくる要因ではあると思います。それと材料費については、下半期からについては、引き下げの強化をしております、特に薬剤の関係の価格交渉などを強化しております、少しその効果が出始めてきているところです。よってその診療材料も含めて、少し小さめですけれども、平成28年度下がるような見込みも持っておりますが、救命救急センターによる増も少し見込んだりしております、少しずつ平成27年度までの伸び率みたいなものに数字を使いながら今伸ばしているというようなシミュレーションをしています。ただ今年度の削減の価格交渉も含めてあるいは経費については、委託の仕様書の見直し等も今やっておりますけれども、来年度に向けてこの辺がもう少しすると、数字を落とした数字が出せるのではないかとというふうに今考えております、この見通しとしては、平成29年度の当初予算編成がもう少し進みますと、また違う数字が出せるのかなというふうに思っています。現時点での見込みを出しておりますけれども、確かに経費等の費用の方の引き下げをもう少ししていきたいと考えています。

(座長)

ありがとうございます。やはり委員の皆さんからの御指摘としては、高度急性期を標榜する病院としては、単価という部分というのが、もう少し入院の患者さんの一人当たりの

単価というところは、もう少しアップサイドがあるのではないか、そのための具体的な工夫であるとか戦略であるとか、あるいはそこにK P Iの話が絡み、紹介、逆紹介の話も含めて、大変大事な御示唆があったかと思います。高度急性期の病院であれば、この位の単価というところを、少し具体的にそこは今やっていないからできないという形ではなくて、具体的な形として数字として積み上げていただくということが、収支の改善シナリオとして出していただくことも必要なのではないかとというのが委員の皆さんからの御意見ではないかと思いますがよろしいでしょうか。

(土屋氏)

材料費について、これは医療材料と薬品と両方入っていますか。

(重田経営企画課長)

入っています。

(土屋氏)

それですと、先程の単価と合わせると、高度医療の患者さんの対象がまだ十分絞り切れていないのではないかと思います。高度医療になればなるほど材料費はもっと上がっていくと思うのです。通常30から下手をすると40に届いてしまうので困っているのは、多分大学病院などでは非常にここで悩んでいるだろうと思います。ですから、これは患者の分布がまだまだ絞り切れていない、むしろ絞れば絞るほど上がる覚悟でいないと他のところでカバーしないと大変ではないかと思えます。

(座長)

今の御指摘だとすると、そこがもっと上がってくれば、逆に言えば単価も上がってくる、こういう話でよろしいですね。逆にそこは本当の高度急性期の患者さんが十分絞り切れていない、こういう御指摘でよろしいですね。ありがとうございます。

その辺も含めて、是非このシナリオをもう一度整合性をとっていただきたいと思います。

(正木氏)

先程、いろんな看護師さん、ドクターを増員するという事は、加算をもらえるということよりも高機能に対応できるかといいますか、その人がいないと高機能の医療は難しいと思います。私の熊本では1,800人おまして、400床で1,800人ですから、一つのベッドに40人ぐらい掛かっています。ですから、人は確かに必要なのですが、ただ加算がもらえるというよりも、その機能を使って人をたくさんいらっしゃることをしっかりして、いい機能で高い機能をやって、早く良くなってどんどん患者さんが出て行って、また新たな患者さんを迎える仕組みがあります。そうやっていくと単価も高くなっていきますし、収益も良くなっていくということで、人は是非とも病院の方から希望があれば市の方も勘案して、その代わり高機能化していく、そういったことを条件にさせていただいたらいいのではないかという気がします。

(座長)

そういう意味では、とりあえず5年間で策定しますが、早い段階でその実行状況をモニタリングできることが必要だということでしょうか。それに応じて市の支援体制が変わってくるかもしれないということですよね。多分そこは非常に大事な御指摘だと思いますので、是非その辺も含めて基本構想の中にどう折り込むか検討いただければと思います。

これ以外のところで、とりあえずシミュレーションのところ、少しKPIのところに入り始めていますが、シミュレーションのところについてアの部分ですけれども、いかがでしょうか。数字の話ですので中々入りにくいところがあって申し訳ございません。話がややシミュレーションとKPIが入り組んだ状況で、申し訳なかったのですが、それでは次のKPIについて事務局の方で御説明ありますか。無いようですので私から少し御説明します。具体的なKPIについて、事務局の方から今この素案という形の冊子で出ております。以前までの御指摘を踏まえてだと思うのですが、具体的なKPIについてはかなり絞り込まれた感もあります。ちょっと多過ぎるのではないかとか、また10年先まで見込めないのではないかとか、当面5ヶ年にしたらどうだと、こういうこともあって、埋まっているもの埋まっていないものも一部ありますが、結果として出てくるものも含めてありますが、KPIについては出されてきておりますが、この件についてそれぞれ御意見がございましたらいただければと思います。

特にKPIにつきましては、37ページから経営戦略及びKPI（重要業績評価指標）の設定ということで、37ページから順々にお話があって、39ページ、40ページは、まず「医療の質と効率の視点」に関するKPIがあります。41、42ページについては「患者満足の視点」に関するKPIがあります。43、44ページについては「財務の視点」に関するKPIがございます。46ページ経費削減に関して、あと収入確保に関するもの等々ございますけれども、あと結果として出てくるKPIもあるかと思いますので、それから最後54ページ、4番目「学習と成長の視点」、それから56ページから「社会貢献の視点」ということになっています。

私、先程、地域の医療機関との連携、社会貢献の視点で申し上げましたけれども、もしかするとそのページも別にございまして、もう少し前の視点のところの情報発信とかという形でありましたが、それを情報発信と取るのかどこで取るのか分かりませんが、そちらに入れてもよいのかもしれない。そうしたところも含めて、具体的に皆さんから御意見をいただければと思います。

(正木氏)

KPIの話で、40ページですけれども、看護必要度については、先程説明がありましたように7対1の病院をできるだけ削減するという方向で、今だんだん看護必要度というものが厳しくなっております。このことが今25%なのでクリアはしているのですが、平成30年、あと1年半後の診療報酬改定では、そのまま25%でいくとはとても思えません。もしかすると30%までいくことはちょっと難しいにしても、28%以上はすぐこれはいけるのではないかという気がします。ですから4年間で25%、26%で推移していくということよりも、やはり30%ぐらいに目標を立てておかないと追いつかないのでは

ないかという気がします。それから下の救急患者受入数ですが、救急車はたくさん7,000台、8,000台受けているようですが、その代わり入院患者さんの率が30数%と低いようです。通常、救急車多く来て、その代わり重篤な患者さんが多いということで、入院の患者さんも4,000人とか4,500人とかぐらいの数が本当に必要になるかと思います。逆に救急車だけ来て、たくさん整理をしながら先生方が疲労困憊される、どんな患者さんが来られるのはありがたい話なのですが、ただ市民病院の高度急性期の救急については、ある程度、二次とか三次ぐらいの救急車が来るようなこの仕組みを考えていけないと思います。もちろん来られた患者さんを受けるといふ仕組みは必要でしょうけれども、ただあまり台数だけをたくさん背伸びしていくと、少し疲れてしまうような可能性が出てくるのではないかというようになります。手術件数も、もう少し欲しいところですが、全麻の件数も、もう少し足していただければと思います。それから、紹介率、逆紹介率は最低70%~80%、逆紹介は目標としては100%を超すくらいでなければと思います。救急で来られた患者さんを逆紹介していただければ、この逆紹介は上がります。その辺に気を付けなければいいかと思います。

(座長)

ありがとうございます。

では、今いただいた御意見について病院の方でお考えがあれば是非いただきたいと思えます。高度急性期を担うということであれば、極めて大事なコミットではないかと思えますので是非お願いします。

(金井病院長)

今、医療・看護必要度のことで30くらいが目標というお話がありました。28%ぐらいになるのではないかという懸念、もちろん私たちも共有しておりますが、実際には医療・看護必要度を出すときに、救命とかICU・CCUを除いて、通常の7対1病床での計算になるので、28%とか、30%とかというのは相当高いハードルであると正直思っています。当院で今、多分25%の上の方で、25%はクリアしているのですが、だからそういう数字を出したいところですが、本当に可能なのかということも少し思っています。救急搬送患者に関しては、既に今年度7,600くらいになってはいますが、救命救急センターになったときに、多分7,000台だろうというふうに予測していて、それをもうオーバードライブしてしまっているのですが、その先はクオリティーの問題ではないかというふうに思っております。あまり数を増やすのではなくて、先程正木委員に御指摘いただきました救急患者の入院率大体30%ぐらいです。35%とか40%とかそういう数字を言いたいのですが、現場でやっている救急医は、その現状、患者さんの内容から見るとそれは無理だというフィードバックが出たところでして、ただ35%くらいの数字は目指して欲しいということでやりたいと思っています。手術件数に関しても、私はもっと本当はいけると思っております。現行、3,600~3,700ぐらいですが、2年位前は3,900くらいまでいっています。もちろんそれに伴って全身麻酔の件数ももうちょっと上にいけると思っております。ただいろんな事情があってこれを高めに設定しにくい、目標としては高めに言うことはあったとしても、こういう数字を出して「これをやれ」という命

令をしにくい環境が当院には多少ございます。その辺を、少しあつて低めに見積もっているという部分があります。それから、紹介率、逆紹介は、ここの数字こんなのが出ていますが、私はこんな数字もっと上にするべきだと思っております。これは、検討し直したいと思えます。

(座長)

ありがとうございます。ただ、先程から御指摘があるとおり、市民の皆さんに支えられています。高度急性期を標榜し、これまでの投資については、関係の理解をいただいてこういう病院が今出来つつある中で、現状維持ということでは多分ないだろうと思えます。もちろん現場を預かっていらっしゃる事業管理者あるいは病院長からすれば、むしろ病院長よりは事業管理者かもしれないのですが、ここの部分というところは、ある程度の目標というものを指し示してそこに向かっていくんだということを組織として示していただくことが必要ですし、そのための基本構想の議論ではないかと私は認識しておりますが、そこはいかがでしょうか。

(金井病院長)

そういうふうにはしたいです。ただ、当院は麻酔科医をゼロになるというリスクを受けたばかりでして、麻酔科医というのは、外科医は手術件数が多い病院に行きたがるのですが、麻酔科医は麻酔の数が少ない病院に行きたがるという現状があります。

(座長)

それは多分手術件数ですね。

(金井病院長)

それと全身麻酔の件数とか。

(座長)

だから、医療・看護必要度とか救急患者受入数の中での、例えば入院患者数の比率をより上げていくとか、そういったところを具体的に示していただく必要があるのではないのでしょうか。病院としては、この部分は具体的な医療そのものに関する市民、患者さんに対するメッセージでもあるので、ここはもう一歩二歩検討していただかないといけないのではないかというのが、今の専門家の御意見を踏まえた話ではないかと思うのですがいかがでしょうか。

(金井病院長)

病院長としてのイメージはもちろんあるのですが、それをダイレクトにそのまま提示することが適切であるかという思いも一方であつて、もちろんそれは出したいです。もう少し高い数字を出したいし、それは可能だとも思っております。ただ現場で働いているドクターたちがそういう数字を見てどう言うか分からないというのが一方ではあることを御理解いただけるとありがたいと思えます。

(座長)

ただ、これは座長として申し上げますけれども、高度医療を目指す訳ですよ。高度医療を目指すということは、ここに出ている数字が、今正木さんを始め他の委員も含めて、おっしゃっていた数字になるということではないのですか。

(金井病院長)

例えば、救急車8,000見ていけば、それはもう相当な数だというふうに私は思っておりますし、そこを今30%ぐらいの数字が出ていますけれど、35%ぐらいには数字は変えていきたいとは思っております。まだここまでチェックしていないので、30%という数字で来ていますけれども、35%ぐらいの数字で書きたいとは思ってはいます。

(座長)

ただ、例えば先程委員から出てきたのは4,000人という数字であったり、その手前の医療・看護必要度については、30%が平成32年という5年先であるというところについては想定される。何と言ってもこの病院は高度医療を実現させる病院として投資をされている訳ですし、そういう市民の理解を経て、いろんな支援を受けている訳ですから、そのところが多分、具体的に納税者である市民に対してどう説明するかというところに繋がると思います。

(金井病院長)

8,000の内4,000を入院させるというのは相当無理が。

(座長)

今は、例えばという話があったのですが、無理があるというよりは、そのところを具体的にもう少し議論をしてもらってもいいのではないかというお話だったと思います。

(金井病院長)

リアリティーのある数字で考えていきたいというふうに思います。例えば平成32年救急患者搬送件数8,000と書いてありますが、これはリアリティーがあると思います。ただ、その内の入院を4,000というのはちょっと難しい。

(座長)

いきなり4,000にしてくださいということを私は申し上げているのではなくて、そこを例えば35%ではなくて40%にしていくということは、病院として、具体的に何をどのように変えていくということなのかという質問なのです。救命救急で来た人の内、入院患者数が増えていくということはどういう医療を担うということなのか、例えば、この地域においてどう認識してもらおうことなのか、そのために何をするのかとか、あるいは救急との関係性の中で、これだったら市民病院に搬送してもらおうとなるのかとかそういったところの施策の積み上げの結果が数字だと思っています。別に、数字ありきで数字を

確定させてくださいということをお願いしている訳ではなくて、具体的な行動の積み上げを逆にお示しいただきたいなと思います。K P Iを示すというのはそういうことです。結果だけの数字が独り歩きすることもいけません。逆にK P Iをやや誤解されているのは、K P Iというのはそもそもできそうな数字をここに出すのではないというふうに私は理解をしておりますので、そういう議論ではなかったと思いますし、ここでの基本構想の委員会ではそうではなかったと理解しておりますので、そこを是非御議論いただきたいと申し上げているのです。そこはもし委員の皆さんで異論があれば是非いただきたいのですけれども、座長としてはそういうふうに考えております。ですから、ここでお答えを求めるつもりはないのですが、今のような指摘を踏まえて病院としてできそうな数字がK P Iではないと私は思っておりますので、そこをどういう目標を立てて、そこに向かって具体的にどういうふうな施策を、さらに先程から正木委員から何度かありましたが、今のままの負担ではできないと、だとすると、どうやってお医者さんの協力を得ていくのかと、あるいは薬関係で薬剤の方、看護師の皆さん、あるいは事務方も含めてどういう協力を得ていくのかという具体的な施策とともにあるお話だと思いますので、そこをお示しいただくことが大事ではないかと思います。

(正木氏)

私もK P Iを作っていますけれども、どんなイメージかといいますと、まず立って手を挙げて、大体20%~30%ぐらい上に手が届きますが、これだけでは面白くない。自分の手を挙げただけでは面白くなく、これにストレッチを加えて、ちょっと不可能かな可能かなというところの数字を挙げてみると面白いのです。少し無理をするかもしれませんが、皆でやればやれるかもしれないという数字の面白さを出して欲しい。それに皆さんでチャレンジをして、もちろんできるかできないかはそのときの運とかいろんな外部環境の変化があるかと思いますが、少し自分たちのチャレンジという言葉があって、それをいかにしてチームワークの中で獲得していくかというのは、いろんな工夫をしていかないと中々難しいと思いますけれども、現実的にこれは獲得必ずできるという数字だけではちょっと面白くない、ちょっと背伸びして欲しいと思います。

(金井病院長)

わかりました。ただ教えていただきたいのは、K P Iを目標的な数字にするということはもちろん可能ですし、ただそれとこの経営的な数字のシミュレーションをリンクしないといけないと思うのですが、そここのところでシミュレーションの方は現実的な数字でいこうというのが一つあって、そこで少し微妙に差が出てきてしまうのです。その辺はどう考えたらよろしいですか。

(正木氏)

しっかりと地に足が付いた数字を出していくというのも、もちろん市民病院とかいわゆる税金を使っているところについては必要だと思いますが、何かこれから先の希望といいますか夢といいますか、先々のもっともっと自分たちがやれるんだということを「自分たちがやった、よかったね」という喜びを感じて、繰り返していくというかそういうことが

必要で、あまり、獲得できるというレベルの目標にしてしまうと、それ以上の伸びはなくなってしまうのです。皆でチャレンジという、大変かもしれないですが、「さあやってみよう」とそこで努力をしていただいて、失敗しても、それについては皆さん方の理解は得られると思いますし、努力をどれだけ促すかという時に、あまり現実的な数字を越えちゃうと皆さん方のそれなりの努力に終わってしまうと思います。少し管理者の皆さん方は大変苦しいと思いますけれども、そここのところは引っ張っていくというか、大変な御努力だと思いますけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

(座長)

そういう意味では、収支も当然リンクしてくるという理解ですよ。だからこそ、先程少し申し上げたとおり、5年放置する訳ではなくて、特に医療経営の場合には、2年に一回、診療報酬改定がありますし、病院としてコントロールできない環境もあり得ます。それに応じたダウンサイドのリスクももちろんある訳で、そこに応じた見直しというのはあって然りであり、それこそが経営なのだと思います。ですから、「これができなかったからどうだ」という話ではなくて、さっき手を挙げてというお話がありましたが、正にそこを伸ばした、ストレッチしたものをどう出していくかという話ですし、その方向に進んでいくということを具体的に示す、ある種の「態度を示す」みたいな話だと思いますので、そこは当然KPIとシミュレーションというものはある種リンクするし、逆に言えば、今日議員や市民の方もいらっしゃいますけれども、結果としての数字を独り歩きさせないということも極めて大事な事だと思います。ですから、5年間放置しないというのは当然大事な事だと思いますし、2年に一回見直しをしていくということも含めて、数字が独り歩きするということこそ怖いことはなくて、「あの時と今では状況が違うんだ」と言って、それで事業管理者や病院長が責められるのは問題ですし、さらに言えば病院経営がいろんな意味で人的資源の確保ということで難しいことは、ここにいるメンバーは重々承知しております。それは市民や議会も含めて、これから多分色々な形できちっとアピールしていかないといけないことだと思います。そういう難しい環境の中で、ただそれでも正木委員がおっしゃったように、少しでもストレッチをして健全経営を目指していくところの姿勢をお示しいただくのが、今回の基本構想の大事な意味ではないかと私は思っております。この件、非常に大事なところだと思いますので、もし委員の皆さんから御意見があればいただきたいと思います。

(土屋氏)

確かに現場の責任者の病院長としての世界の苦しみは分かるのですが、やはり目標を立てるとなると、例えば麻酔医の補充が大変だと、この原因を考えると、集中治療とか救命救急とかの専従者が足りないのだと思うのです。その辺がごちゃごちゃだと、そういう病院にたいがい麻酔医は行かないです。バックアップというか集中治療室の専従医とか救命救急室の専従医がいると麻酔科医も集まってくるというのが、地方の県立病院などへ行きますと、大学病院よりむしろ県立病院の方が有機的に各科の連携が行くので、大分麻酔科医が皆、県立病院に行ってしまうという、逆のことを聞きますので、その辺を総合的に考えていただいて、来年すぐというのは無理でしょうけれども、そういうのは戦略というか

投資をどこにするかという観点でやはり見ていっていただいて、5年後にどうするかという考えも必要なのではないかと思います。従って、乱暴な言い方をすれば、麻酔科の大学を変えるなんてくらいまで考えないと、中々埋まらないこともあります。私もつくづく経験いたしましたので、そういうことも含めて考えると中々今の時代難しいかという気がします。

(座長)

ありがとうございます。他に何か御意見ございますか。なければ40ページに限らず、42ページ以降のところでも御意見をいただければと思います。これは毎年度出すのは大変だから、場合によると少し長い時間軸で2年に一回とか5年に一回とかという形で出すのも一つの知恵だと思いますが、この辺も含めて皆さん御意見をいただければと思います。

(重田経営企画課長)

話が戻りまして大変も申し訳ございません。先程病院長が説明しておりました目標値、計画値、その辺の話ですが、これは私ども事務局の方が大きく関わっておりまして、先程の冒頭のパワーポイントの2ページのところにも、ひし形の3つ目に、目標値ではなく計画値であるというようなことでシミュレーションを作らせていただいています。私どもが持っている目標値は届かないような数字だというイメージを持っておりまして、計画値は届きそうで届かないというようなイメージでの計画値として作らせていただいていますので、病院長ももっと大きく目標を持った方がいいのではないかということをお話があったのですが、「それは伸ばし過ぎです」と言わせていただいた部分がありますので、そういう意味で目標というよりは計画、届きそうで届かない数字をもってシミュレーションをさせていただいたというような経過があります。

(座長)

経過は経過として分かるのですが、これはどうなのでしょう。これは是非委員の皆さんにお伺いしたいのですが、先程正木委員から手を伸ばしてもう一段手を伸ばしたストレッチをしたものを是非出して欲しいと、それはKPIとシミュレーションについては一体のものとして出して欲しいというようなことで御意見があった訳ですが、委員の皆さん、これについては賛否を問う話ではないのですが、御意見いかがでしょうか。ただでさえまだ赤字の状況でありますし、市からの借り入れ等々の返済のメドも厳しい中でいけば、もう一段、二段の努力というところは、もっと言えば高度急性期を担うというふうに標榜するのであればというお話もあった訳ですから、まだ伸び代はあるというようなお話というふうにも認識はできるのですが、その辺は委員の皆さんいかがでしょうか。

(秋山氏)

病院長のお話の中では、過去の中にも、何回も時々、自分としてはここまで考えたいというような、随分我慢されたような部分が多過ぎるので、どちらかというところと内部でいろんなディスカッションをされているというようなことの割には、病院長が思い切ってドンとぶつけて、事務方が悪いという訳ではないのですが、やはりもっと本気でやって、あとも

う少しでこの辺にいくんだけど、この辺にしておこうというようなやり方では、決して将来のビジョンにも何もならないので、是非そこは我慢のないところでざっくり出していたきたいと思います。

(座長)

ありがとうございます。他にも御意見があればいただきたいと思いますがいかがでしょうか。特に今の秋山委員の御意見に違和感がないのであれば、皆さん領いていらっしゃるので、そういう形で事業管理者、病院長また事務局も含めて、そういう方向でKPIあるいはシミュレーションも含めて、だからと言って、できない数字ではなくて、先程正に正木委員からお話のあった、どう自分たちがどうストレッチするんだと、それによっていい職場を作っていくんだというお話に是非していただきたいと思います。いろんな大変厳しい環境は繰り返しになりますけれども、我々は承知をしております。そういう中でも、ただ意欲的な平塚市民病院ならではのこを出していただくことが必要だと思いますので、是非そこはお願いをしたいと思います。KPIこれ以外に御意見ありますでしょうか。

(正木氏)

通常私もいろんな公立の病院の経営に携わっていますけれども、計画で出てくるのが、お金の話と診療の中身だけで、地域のこととか、患者さんのこととか、自分たち職員のこととか、そういったことが今までありませんでした。ところが今回はそういうところまで言及されていますので、幅広い色々な見方をしようではないかということは、非常に進歩した数値やビジョンは素晴らしいものだと思います。それともう一つは、PLAN-DO-CHECKの反省といいますか評価と言いますか、そこもしっかり載っておりますので、これは是非とも実行していただきたいと思います。実際にプランだけしてほったらかしになってしまって、「あれどうなった」という、それでまたもう一回プランを作ろうかという繰り返しが非常に多いのです。その中で何としても人事評価をしようということで、最初から努力の度合いをお金に換算するというのは難しいでしょうけれども、評価はできる訳です。お金を出すか出さないかというのは別問題として、「よく頑張っていたいた」とか「もう少しだったね」とかそういう評価はできますので、人事評価まで入ってきて、実際には一年間やった評価を、また次の年のプランに繋げていくという、PLAN-DO-CHECK、PLAN-DO-CHECKの繰り返しをしていくということが大事だと思いますので、そういったことがこの中では約束されていますので、非常に一つの進歩はあったかという気はしています。

(座長)

ありがとうございます。今58ページから最終的な評価のところを含めた64ページくらいのところまでお話がありましたし、また前段にも他に話があったということでよろしいかと思います。

少々細かいのですが、58ページ、外部の評価、年に4回もできるんですか。これ結構大変だと思うのですが、4回も切ったらあまりに短期過ぎないかなという、病院経営を3ヵ月で切るというのは少ししんどいような気もするのです。半期に一度なのか一年に一回

なのか分かりませんが、ちょっと年4回実施っていきなりコミットしてしまうのは、ここはよく中で相談していただけたらと思います。要は年4回出すものがあるのかという話もあると思いますので、そこは是非具体的にさせていただければと思います。

それからコメントになるのですが、64ページのところで本当に給与に反映させるかどうかは、もう一段考えていただいた方がいいと思います。そうするのであれば、第一弾として給与に反映というものはあるかと思いますが、そこは表現の仕方は色々あるかと思いますが、給与に反映と言った瞬間に、本当にこれはゲームが激しくなってしまうというところがあります。例えば、給与とは別枠の、組織に向けた報奨金みたいな形で、皆で御飯食へに行けるぐらいのお金を、例えばある診療科とか、あるナースのチームに出すとか、ある医局に出すとか、ある事務局に出すとかそういう形はあるとは思いますが、その次に出てくるのが給与という形、その後に出てくるのが給料の全体という話だと思います。いきなり慣れないことだと思いますし、元々ここは行政体でもありますので、少し遠いところにある話をいきなり持って来ないようにした方がいいかと思いますが、この将来と書いたところにすぐにはできないという感じはよく見えるのですけれども、是非そこは段階を追ってそういう方向に向かって行くのがよろしいかと存じます。

もっと言えば、事業管理者や病院長が褒めるということだけでも十分価値がある、表彰するとかそういうことも含めてお金をかけずにやる。何と言ってもこの会社まだ赤字ですから、お金を出すというよりは褒めるとか効果的なやり方は色々あると思いますので、是非そこは経営としていきなりお金に行かないというやり方はあるのではないかと思いますので、そこはコメントさせていただきたいと思います。

(土屋氏)

53ページで、経営の安定化で医師の数と看護師の数ですが、できればですが、メディカルの数値もある程度数値を出しておいた方がいいのではないかと思います。どうしても我々の世代は、医者と看護師しかあまり病院では考えないのですが、実は今それ以外を担っているのが非常に大きいので、先程正木委員がおっしゃった地域との関係で、医師会に開放しているカンファレンスの数とか、あるいはこちらから医師会へ色々な勉強会に行っている数とか、そういうのは実際にヒューマンリレーションに非常に大事だと思います。そんなのも入れた方がいいかと思いますが。

(座長)

土屋委員、今の御指摘だと42ページの、例えば情報発信件数に入れるよりは、むしろ地域医療との関係で特出しをして、地域医療のところについては、地域医療のためにやるというのを具体的に出して、例えば平塚市医師会とあるいは少し広域で見た地域の医師会との連携した講座の数とか、あるいは今カンファレンスの公開とありましたけれども、医局の中でやっていることを地域のお医者さんにも公開していくとか、そういったことを具体的に明記いただいた方がいいのではないかと思います。あと53ページのところは、正に経営の分析をする専門家であるとかあるいは地域医療の繋ぎ手になる、例えば正木委員のお話ではMRさんを雇うというお話があったかと思いますが、そういったようなところも含めて、経営の安定にも入ってくるのではないかとこういう理解ですよ

ね。そこは是非具体的に多分色々な御希望があると思いますので、入れていただくのがいいのではないかと思います。

(正木氏)

今土屋委員がおっしゃいましたけれども、コメディカルの増員というかこれが増えていくのは非常に大切でして、先生方の疲労を防止する意味でも、MEさんとかそういった皆さん方の活躍の場所というのが、コメディカルがしっかり動いている、頑張ってくれている病院というのは活発に動いています。そういったこともありますので、その辺の指数は入れていただければと思います。

(高山氏)

土屋先生と同じような話ですが、医師会内でも地域連携というのは非常に悩んでいるところで、約260名医師会員がいるのですが、それでも医師会で会を開いても中々人が集まってくれなくて、どこもそうですけれども、互いの顔の見れる関係というのは非常に難しいです。大きな病院、共済病院も市民病院もそうですけれども、先生が変わるとどんな先生がどんな専門医なのかというのが、中々会に出てきて話し合わないとお互い分からないのです。そういう関係は、経営的なことではないかもしれないですが、非常に医師会でも苦勞していて、医師会でも理事と理事以外の先生、医師会の仕事をしていない先生たちの関係を作れていない状態なのです。だから、医師会内でも努力はしますが、市民病院も努力していただいて、うちだったら主に消化器をやっているとか、あの先生は糖尿病だとか、このことだったら糖尿病、脳外科だったらこの先生だからとお互いに顔の知り合いができるようにして、紹介率がもっと伸びていけばという思いがあります。あと救急搬送のところですが、高齢者が増えて在宅医師がどんどん増えていかなければいけなくなります。それに当たって平塚市内でも在宅を診てくれる先生が少しずつは増えているのですが、市民病院とか共済病院に必要な救急車をまだまだたくさん送り込んでいる状態にあると思うのです。そういうこともあって、入院患者の対象が減ってしまうというのは仕方がないと思うのですけれども、やはり医師会としても努力していかないと市民病院の経営の方に関しては大分迷惑をかけているので、こちらでも努力していかないといけないことだと思います。

(土屋氏)

確かに、市も絡んだ方がいいのは、休日診療所や夜間診療所です。この医師会との関係と消防署と病院と、その辺を取り持つのはやはり行政の役割が大きいと思います。横浜市は非常にその辺うまくやっているのではないかと思います。それと医師会の問題ですけれども、大分古い話で申し訳ないのですが、国立がんセンターに私は出来て10年目に行ったのですが、その頃やはり患者が今でこそがんセンターというブランド名がありますが、患者が集まらないで、私どもの先輩が努力をして、医師会に自ら行って勉強会に顔を出して、それで患者さんの御紹介あったら、皆に報告して次の患者さんをもろうという地を這うような努力を全員でやっていました。実は私も10年目に入った後、レジデントからスタッフになるぐらいのときに連れてこられて、平塚、茅ヶ崎、藤沢、鎌倉、そこまで出向

いて、私どもの先輩は、実は患者さんを募ったのです。川崎とか今でも続いて大和とか、神奈川県もかなり回って、都内23区のほとんど医師会、こちらからむしろ出向いて行って勉強会に行つて、仲良くなってその講師に呼んでもらったりということで、私部長になって副院長になって辞めたのですが、毎月5か所の医師会の胸部の勉強会に行つて、そこから患者さんをいただいていた。一か所で年10例だとしても、5か所回ると50例肺がんの患者さんが集まるのです。それを5、6人でやったらあつという間に500例くらいの症例数になるのです。その努力ががんセンターやがん研でも必要なのです。この地域を固めるにはやはり医師会の先生だと思います。最初立ち上げたときは、目黒区の医師会300人だとすると、胸部だというと150人ぐらい集まります。ところがそのうち30人ぐらい減りますが、減ってもいいのです。減ってもそこへ他の婦人科の先生や整形の先生がその先生を紹介してその先生の勉強会へ来てくれるのです。ほとんど目黒区はカバーできでしまうということがありますので、やはりこちらの先生が医師会の先生に出向いていくことが大変大事ではないかと思つたので、是非協力してやっていただいた方がいいと思つた。

(座長)

最初にいきなり講師として呼ばれるとかではなくて、まず平場に行つて一緒に聞いていて「あなたどこから来たの。実は市民病院に最近来ていて、」こういう話ですよ。

(土屋氏)

がんセンターの場合は、神奈川にツテはないので、紹介患者があると、藤沢に来ると藤沢市民の先生通じて医師会の勉強に行くのです。私が足柄上の医師会まで行つていたということがあつて、4年間、開成町の休日診療所で月一回勉強会やっていました。

(座長)

ありがとうございます。そういうことの積み重ねだろうと思つたし、確かにそういうのは人が集まらないですよ。そういう中、現在、平塚市民病院ではどういう形でやられているか分かりませんが、そういうところも含めて、正に前回懇談会で話した依存体質からの脱却というのはそういうことだと思いますので、是非そういったことも含めてKPIとシミュレーションに反映していただきたいと、こんなふうに思つた。よろしくお願ひいたします。

(諸角病院事業管理者)

医師会の行事、もちろん病院でやる会には是非来ていただきたいのですが、医師会の方にも参加を我々もどンドンして顔売つてと考えているのですが、医師会に入るハードルがすごく高いのです。平塚市だけの医師会だけではなくて、入ろうとすると日本医師会全部に入らないと入れてもらえないので、その辺を若い人がもうちょっと行き易いようなことを医師会の方で考えていただけないかというふうに考えていたのですがいかがでしょうか。

(高山氏)

まだ正式に決まっていないのですが、日本医師会及び神奈川県医師会では入会金及び会費が無料になっています。平塚市医師会においても入会金及び会費にすることを検討しています。病院の先生たちの年会費が、医師会が今1年間で3万円だったと思います。トータルでそのぐらいで、確かにそれがきついと言われればそうなのですが、それを安くするかは、今何とも申し上げることはできません。

(座長)

土屋委員たちがやっていたということですよ。でもそれは、そこを含めて病院として考えていただくところなのではないかと、多分傍聴の市民の皆さんは思っていると思います。敢えて私から申し上げますと、多分そこはそういうことではないかと思いません。そこは、お互いに出入りし易いように努力をしていくことは必要だと思います。また、それも含めて市民のお金から給料が出ていると考える市民は多いと思います。私は逆にがんセンターであってもそこまでやっていたんだというのは正直驚きでありまして、だからこそ、その後のがんセンターの隆盛があったのだと思います。ブランドではなく、そうした地道な一人一人の努力の結果であるということですよ。そうしたことも含めて、「始めの一步」というのは、正にそういうことなのかと大変大事なお話を聞かせていただいたと思っております。

時間も僅かとなりました。最後、議題の中のウになりますけれども、経営形態の見直しについて何か御意見ございましたら言っていただけたらと思います。基本構想の中では、32ページから経営形態の見直しということで書いてあります。最終的には36ページのところまであります。35ページまでは全体としての話を淡々と書かれているところでもありますので、具体的な記載としては36ページのところの記載をどうするかということになるのかと思っております。これまでも委員の皆さんからそれぞれ御意見をいただいておりますけれども、前回の懇話会ではこういう経営形態の見直しの話に入る前にまず確固とした経営体制の構築というところが最重要ではないかということで、優先順位をそちらにして議論を懇話会では進めてきた訳でありますけれども、この基本構想の委員会においても、これについても、一定のこういう紙に書くというベースとして書いていかなければいけないのかと思っておりますので、是非御意見をいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

(関野経営企画課主管)

経営企画課の関野です。事務局から簡単ではございますが、経営形態について説明をさせていただきたいと思っております。お手元の資料、35ページの経営形態比較表を御覧いただきながらお話をさせていただきたいと思っております。経営形態にはこちらに書いてあります5つの形態がございます。地方公営企業法に基づく一部適用と全部適用、あと地方独立行政法人法に基づく非公務員型のもの、指定管理者制度に基づく経営形態がございます。大きく違うところにつきましては公務員の身分のところ。上から6番目でしょうか、身分のところがございます。今現状の地方公営企業法、当院が適用している地方公営企業法に関しては、地方公務員の制度、地方公務員法ですとかそういったものも連動しながら業務

形態を形成しています。

一方、地方独立行政法人になりますと、原則としては地方公務員ではなく民間法人職員という扱いになりますので、身分関係が変わってくるという状況があります。ただ一部、地域の特性等々で公益性が高いものについては、地方公務員も身分がないといけないものがあるという場合がありますので、そういう時には公務員型の方の適用があるのですが、これは全国で4例しかなく、非常にそれを認定されるにはハードルが高いものになっておりますので、専ら地方独立行政法人については非公務員型の形態になっております。指定管理者制度につきましては、俗にいう公設民営ということで、施設は公のもの、営業される方は民間の方というような形態になっております。俗に言えば委託契約みたいな感じになるかと思うのですが、これにつきましては経営される側は民間の方ですので、民間のルールに基づいてやっていくという形が大きな内容になっております。それとよく地方独立行政法人ですと市との関係がなくなってしまうのではないかというお話はよく出てくるかと思えます。ただよく見ていただきますと、一番上の開設者のところを見ていただきますと、どの形態をとっても開設者が地方公共団体、要は市がやるということになっておりますので、例えば定員については条例によるとか中期計画によるとかありますけれども、市長への提出ですとか議会の議決等に上げなければならないものです。運営責任者に対する権限の裁量に軽い重いはあるかもしれませんが、どの形態にも公益の事業を担う必要性から市や議会との関係は維持されていくというところは押さえていただきたいと思っております。当院のそれに基づく考え方につきましては、先程座長の方からお話がありました、現状の地方公営企業全部適用の形態で、経営体制を強化していくというところ目指しております。ただその形態で経営状況が改善されない場合に関しては、新公立改革ガイドラインに、速やかに他の形態の見直しを進めるようにとございますので、今提示させていただいた独法化ですとか指定管理者、どのような形態が一番いいかどうかはまだ勉強していないところが多いのですが、そういうものも検討を進めていきたいと考えております。

(座長)

ありがとうございます。この件についていかがでしょうか。

これ、ちょっと文書が誤解を招くように思うのですが、経営体制を見直すと今までできなかったようなことができる訳ではないですよ。ちょっとここは書き方を工夫しないとイケないのかと思えます。

土屋委員が理事長をお務めの神奈川県立病院機構については、正に非公務員型の地方独立行政法人で、ただし人件費等々については公務員型を適用しているというお話がありました。ちなみにここは事務局からお話がなかったですが、念のために申し上げますが、この病院の場合は、地方公営企業法の全部適用という形になっており、これをどうしますかという、ちなみに県内で指定管理者を入れているところは、横浜と川崎、いくつかあったかと思えますが、この件についていかがでしょうか。

今までの御発言を振り返りますと、本日御欠席の伊関委員、土屋委員からは独法化については検討したらどうだというような御発言がありましたけれども、ただ順番としては経営改善のメドが立って、でないともそもそも独法化しても平塚市からの借り入れやあるいは、平塚市から毎年入ってくるお金の関係性の問題がありますので、経営の自由度だけではな

い話ではないということになってきますので、この辺の整理は必要なのではないかと思えます。この件についていかがでしょうか。

(森久保氏)

平成32年までは、地方公営企業法の病院として努力をして、5年、10年のスパンの中である程度の時期が来たら地方独立行政法人に移管するとかその辺を考えていかなければいけないと思えます。前々回お休みさせていただいたのですが、率直な話ですけれども、MRIの機械が一基しかないとか、そういうところでももう少し自由度があってお金は掛かるのでしょうかけれども、ないと夏なんかMRIを冷やしているのは大変だし、もし故障してしまった時にどうするのかという率直な話もありますから、これだけ皆さんが議論されている訳ですから、地方公営企業法の病院として頑張っ、ある程度、筋目がついていったら最終的には地方独立行政法人になっていくのがいいのではないかというふうには主観としては思っております。

(座長)

市との関係性においては、資金の負担の部分が、例えば軽減されてきたらとか、借り入れの返済のメドが立ってきたという、そういうことをおっしゃっていただきました。ありがとうございます。他に御意見ありますでしょうか。逆に言うと、今の借り入れの規模だとか資金の依存度からすると、中々難しいであろうという御意見だと思います。この書き振りとしては、「経営状況が改善されない場合に速やかに地方独立行政法人に移行できるよう」とあるのですが、やはり変だと思います。それがここで改善されなかったから地方独立行政法人に移行したら改善できるかと言ったらそんなはずはないので、そこはあまり言葉のマジックみたいなことはしない方がいいと思えます。ここはもう少し、文章を考えていただいた方がいいのではないかと思います。将来構想の進捗管理と並行してというのはありだと思いますし、あるいは平塚市からの借り入れの状況等々を踏まえてという話だと思います。逆にそこを離陸できるような体制にしていけないといけないというのが森久保委員の御意見だと理解しています。ありがとうございます。

特になければ、それ以外のところで今日の議題のところで取り上げられなかったところも含めて、何かありますでしょうか。

さて、議事としては、今後の予定のところに話が進んでいくのですが、当初予定しているのは、あと一回です。ただ、これで本当にまとまるのかというようなところが率直なところでありまして、座長の責任としては大変申し訳ない限りなのですが、もしかすると、次回、11月21日をお願いをされていて、この一か月、病院を含めて色々な意見集約、ストレッチをするということも含めて、シミュレーション、KPI等々あるいは今日御指摘のあったところの反映等々を進めていただくとして、最終案が間に合えばそれで11月21日に「これでよろしいですね」という形でできれば大変よろしいと思うのですが、その後、座長一任みたいなことにはしたくもないものですから、場合によりまして、パブコメのプロセス等々もあり、あるいはその後議会に御承認いただくとかそういったプロセスもあるかと思えますので、時間は極めてタイトな訳でありますけれども、もしかするとあと一回追加しなければいけないかと思っています。座長の私案として申し上げますけ

れども、そういったところも含めて、場合によりますと日程調整、委員の皆さん方にはお願いさせていただくこともあるのかと思います。病院とも相談しなくて私が申しあげていきますけれども、この状況で行きますと、あともう一回やった方がいいかと思っています。あともう一回というよりは、最終的にはその詰めに沿ってというところで、場合によっては持ち回りということになるかもしれませんが、そういったことも含めて、あともう一回御猶予いただければというところもあるかと思いますが、そこは予め御理解いただきたいと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございます。そういったことも含めて、そうは言ってもお尻が決まっている話でございますので、病院と経営の皆さんと事務局と調整をして参りたい、このように考えております。予定していた議事はこれで以上かと思っておりますので、マイクの方をお返しさせていただきます。どうもありがとうございました。

○今後の予定

○ 病院長挨拶

(金井病院長)

皆さん、本日も非常に実のある議論をいただき、また詳細に数字のレベルで詰めていけるアイデアをいただきまして大変ありがとうございました。病院としてもいい形の将来構想を作れるのではないかという期待感に満ちています。

報告ですが、前回正木委員からアドバイスをいただいた、院内で少し皆が集まって議論しようというような、中々これまでそういうのをできなかったのですが、11月19日によく企画ができつつあります。ワークショップという言葉をつかってやろうかなというふうに思っております。ワークショップというのは、皆が集まって議論の中から一つのプロダクトを作っていく、そういう形式のものですけれども、そういった形の中で幹部職員に留まらず、いろんな職員の考えだとかアイデア、そういったものを吸い上げていって、病院運営に反映させていきたいというふうに思っております。このような企画もスムーズに立ち上げられたのも、この検討会議のおかげだというふうに思っております。大変ありがたく思っております。もう一、二回ぐらいありそうですが、お付き合いくださるようよろしくお願いいたします。今日はありがとうございました。