

第8回松戸市病院運営審議会 会議録

- 1 日 時 平成30年8月22日(火) 13:30から15:30まで
- 2 場 所 中央保健福祉センター2階集団指導室
- 3 出席者 ○審議会委員(五十音順)
東 仲宣 委員
伊関 友伸 委員
近藤 俊之 委員(会長)
齋藤 康 委員
守泉 誠 委員
山浦 晶 委員(副会長)
○松戸市
高橋 正剛 総務部長
石井 久雄 総合政策部長
千石 秀幸 健康福祉部長
郡 正信 福祉長寿部長
木村 亮 東松戸病院病院長
田尻 雅子 東松戸病院副院長兼看護局長
加藤 肇 病院事業管理局長
岡村 隆秀 病院事業管理局審議監
他、健康福祉部(健康福祉政策課及び地域医療課)及び病院事業管理局
(経営企画課及び東松戸病院総務課)の関係職員
- 4 欠席者 ○審議会委員
石川 雅俊 委員
鈴木 一郎 委員
○松戸市
宮間 秀二 財務部長
- 5 会議内容 ○開会
○健康福祉部長挨拶
○議事
○閉会

○事務局 本日は、お忙しい中お集まり頂きまして、ありがとうございます。只今より第8回松戸市病院運営審議会を開催させて頂きます。本日の司会を勤めさせて頂きます、地域医療課の小嶋と申します。どうぞよろしくお願いいたします。開会に先立ちまして、健康福祉部長千石よりご挨拶申し上げます。

○事務局 皆様今日は非常に暑い中、お集まり頂きまして誠にありがとうございます。今話がありましたけど今日で8回目、1年前の今日8月22日が第1回目でありました。それから3回を経て一つ目の答申というのが11月22日に出していただき、その日の議題の後段でこの福祉医療センターについての議論が始まりました。それから数えますと今日で6回目ということになりますけれども、だいぶ議論も深まってきたかな、先に進んできたという感じがございます。今日もまた今まで通り今後の福祉医療センターにつきまして議論を進めて頂きまして、いろんな意味での病院事業そして福祉医療センターの病院そして梨香苑につきましても議論を深めて頂いて、未来につなげていけるようなものにして頂ければ大変ありがたいなと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○事務局 次に資料の確認をさせて頂きます。会議次第、委員名簿、席次表、資料右上に説明資料と記載してあります「松戸市立福祉医療センター東松戸病院（行動計画）A3版横のものでございます。これは委員の方に事前送付させていただいたものと同じものになります。

次に資料右上に参考資料と記載してあります「職種別職員数（H29～H31）」A4版縦でこれは当日配布のものでございます。資料に不足はございませんでしょうか。

なお審議中のご発言に当たりましては、誠に恐縮ではございますがお手元のマイクをお使いいただきますようお願いいたします。

それではこれからの議議の進行につきましては松戸市病院運営審議会条例第7条第1項に則り会長に進めていただきたいと思います。近藤会長よろしくお願い申し上げます。

○会長 それでは早速審議会を始めたいと思います。今日は少し涼しくなったと思ったらまた暑くなりまして、ちょうど暑い時間帯にご出席いただきましてありがとうございます。まず事務局から会議の成立について、報告をお願いします。

○事務局 本日の松戸市病院運営審議会の会議の成立について、ご報告申し上げます。本日は鈴木委員、石川委員から欠席のご連絡を頂いておりますので、委員8名中6名の方にご出席をいただいております。よって、松戸市病院運営審議会条例第7条第2項の規定による定足数を満たしておりますので、本日の会議は成立することをご報告いたします。

○会長 次に本会議は公開でございます。傍聴者はいらっしゃるでしょうか。6名の方が傍聴を希望されておりますので、この方々については傍聴を許可したいと思います、よろしいでしょうか。どうぞお入り頂いて下さい。なお、これ以降の傍聴者につきましては、事務局の受付をもって許可いたします。

それでは議事に入りたいと思います。本日はお手元に資料をお持ちでございますが、東松戸病院の改めての来年度に向けての今年度を含めましての取り組みと行動計画、それからそれによつての収支がどのようになるかということでございます。もう一点は梨香

苑の方向性と、梨香苑についても来年度、東松戸病院とあわせた経営状況についてご報告を頂く。

趣旨はすでに東松戸病院は当面どのような機能を果たすべきか、病床の利用の仕方の変更または新たな取り組みがあったわけですが、これについて実際どのような計画を持っているか、そしてそれが実行可能なのか、その点について皆さんのご意見を頂きたい。それによって当面の間の東松戸病院が持続可能かどうかということ判断したいというのが趣旨でございます。

それでは事務局の方から資料について説明いただきたいと思います。

○事務局 東松戸病院総務課の池田です。よろしくお願ひします。

それでは、福祉医療センター東松戸病院及び介護老人保健施設梨香苑の方向性ということで、説明資料に沿って、東松戸病院、梨香苑の行動計画、計画数値について順次、ご説明いたします。

初めに、福祉医療センター東松戸病院について申し上げます。説明資料の1ページ目です。行動計画につきましては、2018年度中の取組み、2019年度の行動及び目標として、4つの柱を建てました。1つ目は、機能再編と充実。2つ目、人材確保と活用。3つ目、資産の適切な管理。4つ目、業務改善と効率化です。

1つ目の機能再編と充実では、さらに5つの項目、①病床利用率の向上、②入院患者の増加、③外来機能、④在宅医療、⑤梨香苑との連携、を設けました。なかでも①の病床利用率の向上では、在院日数を注視しながらベットコントロールを行い90%以上の病床利用率を維持することと、③の外来機能につきましては、患者数が減少傾向にある今、2018年度中に診療科目ごとに調査をし、④の在宅医療の実施と併せて方向性を決めたいと考えております。

続きまして2つ目、人材確保と活用についてです。2つの項目、人材確保と意識改革、を設けました。地域包括ケア病棟の開始と運用していくための効率的な人員配置と、継続的な情報発信のしくみづくりを行い、職員への意識改革を行っていきます。

なお、2018年度中の取組みとして、MSWにつきましては、今年度中に採用見込となりましたことを報告させていただきます。

続きまして3つ目、資産の適切な管理についてですが、4つの項目、①施設・設備の補修、②医療機器の購入と導入、③未収金対策、④その他の収入確保、を設けました。安全な療養環境を整えるための補修をはじめ、医療機器の更新や新規導入を検証し、実施してまいります。また、その他の収入確保として、2018年度中にドックや検診についての状況調査をし、今後の方向性を決めたいと考えます。

最後に、4つ目、業務改善と効率化についてです。2つの項目、委託料の再検証と診療材料費の削減、を設けました。来年10月には消費税が改正されます。それを視野に入れた委託業務の検討や、総合医療センターとの共同業務化等の検討や情報交換を行ってまいります。行動計画につきましては、以上となります。

続きまして2ページ目。経営指標と実績から見る計画値についてです。

2つの表の2017年度は、平成29年度の決算は議会の認定を得ていないため、決算見込と表示させていただきました。右側の表、実績から見る計画値についてですが、

収益的収支、資本的収支については、市及び総合医療センターからの繰入金を収入に入れず、最下段に表示し、病院の実経営に基づく収益に対する支出となっております。そういった中、2019年度は大きな計画として、一般病棟を一部転換し、60床の地域包括ケア病棟をオープンさせ、さらに訪問診療をスタートさせて医業収益の増加を目指します。詳細な内訳につきましては、次の3ページになります。

表の真中上段、2018年度見込み、2019年度計画値については、第6回審議会でご示しました5ヶ年計画の数値に、今年度4月に行われた、診療・介護報酬同時改定の結果を反映しております。2018年度（30年度）は診療報酬の改定と、収益の表、下段から2行目のグレーの部分、市からの4億円の基準外繰入金により、黄色の部分の下段から3行目の医業収支はマイナスの5億4,800万円です。2019年度（31年度）は「地域包括ケア病棟60床」に再編、訪問診療、地域の病院及び診療所との連携等を充実させ、外来診療科目等を検討し、医業収支マイナス3億8,300万円まで抑えられるのではないかと考えます。なお、給与費につきましては、梨香苑との兼務医師及び事務職の person 費を東松戸病院と梨香苑で按分し、梨香苑側にも計上しております。ここまで、東松戸病院についての説明といたします。

次に、介護老人保健施設梨香苑について申し上げますので、4ページをご覧ください。

左側上段、行動計画につきましては、第7回審議会において概要を説明させていただきましたとおり、現状としましては、医療必要度が高く、看取り、施設調整目的の入所者、東松戸病院と連携した24時間体制の看護と介護、高い医療知識と技術、資格を有する介護士配置、松戸市東部、市川市北部の日常生活圏域に介護事業者の参入といった現状のなか、梨香苑の役割としては、病院と自宅の中間施設として看護と介護のサービスを提供していくものと考えております。

そこで、方針としましては、入所者とその家族の負担軽減をするためにサービスを提供するとし、高齢者独居、老々介護、身体障害者等の社会的弱者の受入や、老人保健施設と訪問看護との切れ目ないケアを行います。表の実績値から、短期入所者、通所利用者の更なる拡大に努めて、経営の健全化にも取り組んでまいります。

今後の課題といたしましては、介護老人保健施設から介護医療院への転換を考える必要があります。

最後に行動目標としては、やはり近隣の医療機関等より入所者を継続的に紹介してもらえる関係づくりの構築が一番大切だと考えています。行動計画につきましては、以上となります。

続きまして5ページ目。経営指標と実績から見る計画数値についてです。右側の表「2. 実績から見る計画数値」についてですが、収益的収支、資本的収支については、東松戸病院と同様、市からの繰入金を収入に入れず、最下段に表示し、施設の実経営に基づく収益に対する支出となっております。詳細な内訳につきましては、次の6ページになります。2018年度見込み、2019年度計画値については、今年度4月に行われた診療・介護報酬同時改定の結果を反映しております。2018年度（30年度）は介護報酬の改定と市からの1,600万円の繰入金により、事業収支は下段の黄色の部分でマイナス1,850万円です。2019年度（31年度）は、利用率90%以上を維持し、短期を含

めた入所収益と通所収益の増加を目指し、マイナス700万円まで抑えられるのではないかと考えます。なお、給与費につきましては、先ほども申し上げましたが東松戸病院との兼務医師及び事務職の person 費については、按分した費用を梨香苑でも計上しております。以上で、梨香苑についての説明とさせていただきます。

最後に、7ページです。こちらは、東松戸病院、梨香苑の計画数値の合算したものとなっております。黄色の部分、下段になります。2018年度見込み、あわせて5億6,660万円、2019年度計画では3億9,000万円まで1億7,000万円縮めていきたいと考えております。説明は以上でございます、よろしくお願いいたします。

○会長 ありがとうございます。東松戸病院と梨香苑、そして最後はその合算したものでございまして、これまでと数字で違うのは梨香苑の、前回ご指摘があったんですが、梨香苑の実質的な事務経費を東松戸がいろいろ負担していたということで、それを梨香苑の方に直すということになり、たしか守泉委員から減価償却の話もありましたけれども、これについてはちょっと今説明なかったんですが、減価償却の経費でしたね。前回、たしか経費を5%負担しているとかいうことで、ご指摘あったかと思えます。それは実際どうだったんですか。

○事務局 水道光熱水費につきましては、建物で面積按分してございまして5%ということでしたので、そちらについては積算は間違っておりませんでした。どうもすみませんでした。

○会長 積算は間違っていなかったってちょっと、もう少し、意味がわからないのですが。たしか守泉委員がご指摘されたと思うんですけども。積算というか、前回、少ないんじゃないかという指摘があったような気がするんですけども。

○事務局 以前は、病院が9で梨香苑が1という割合だったんですけども、その後、建物の面積按分をした結果、95%が病院の持ち物で、6階の梨香苑に関しては1病棟ですので、それが面積比で5%ということ、見直しをした結果、今現在の5%という按分で計算を行っております。

○会長 それで適正だったということですね。わかりました。

今ちょっと追加のご説明いただきました。まず、東松戸病院の行動計画、4つの柱と、それに基づいた計画数値、この計画数値、かなり収入については病棟ごとのものを入れていただきました、患者数、平均単価などについて。まず、この東松戸の19年度計画、17、18年度は比較されておりますが、これについて、どんなようなコメントいただけるでしょうか。これはちょっとほかの角度の、もっとこうするべきではないかというようなことを含めて結構でございますが、どうぞ。

○委員 大分リアルなものになってきたとは思いますが、行動計画の一つ、やっぱり収益改善で重要になるのは、私は、加算取得、これをちゃんと狙って取るっていうことはものすごく重要なんじゃないか。例えば、認知症ケア加算。これ、1はさすがに有資格者が必要なんで、大きな病院でも取れていないところあるんですけども、2は体制をつくることで可能なんですけれども、今取れていないというんで。要は、人がいないと取れないから取らないという段階と、あと、人はなくても取れるけれども今の仕事で余裕がない、ないしは診療報酬の改定に鈍感だと、そういうので取るべきものを

取り切れていない。これは医師が弱いということもあるんですけども、この辺、落穂拾いというんですけども、ここは徹底的にやられた方がいいような気がするんですけども。

○会長 今、認知症加算の、ここは全く取れていないんですか、2も。それはむしろ、ちょっとコメントください。

○事務局 伊関先生言われたとおり、この8月までは取っていないんですが、来月から算定するようになります。

○委員 ああ、結構です。

○事務局 どうもご示唆ありがとうございます。

○会長 確かに一つ一つ、今ご指摘の加算について、取れるものと取れないものというようなことをしていかないと、多分今の認知症加算2では1回1日30点で、それは重要ですよ。それがありますから、それだけでも300円でコストはかかっていないわけですからというようなことですね。

○委員 取れている、取るというのはいいんですけども、もうちょい早目に取りように。要はこれ、28年改定ですから、去年でも十分取れた訳ですよ。そのあたり、でも、取れたということはいいことだと思うんで、要は、そういうのを貪欲に、積極的に取れば、お金かからなくても。ただ、職員が仕事はふえるかもしれないですけども、そこはしょうがないですし、何よりも医療の質が、医療提供の質が上がるわけですよ、体制つくるといのは。まさか東松戸で認知症の対策しないわけにはいかない訳なんで、そういうのを一つ一つ丁寧に拾っていくっていうのは重要なんで、ここは、柱は入れられた方がいいかなと思います。

まだいろんな、あと、取っていますと、加算取得はしていますというけれども、取り漏れていますというのも山ほどあるんで、その辺をもう徹底的にやられるってことが重要な。ちょうど「病院」という雑誌で、隔月で連載しているんですけども、3月号だったかな、宇和島徳洲会病院の事例は、民間病院ですけども、自治体病院こそ学ばべき内容かなと思うんで、やっぱり徹底的に勉強していただければなというふうに思います。そこは柱をぜひつくっていただきたいなと思います。

○会長 ご指摘の1枚目の行動計画で、機能再編、人材活用、資産、改善と4本ありますけれども、ここでやっぱり診療報酬についての何らかの部分、取り漏れしないと、それはやっていることも、その必要が、適正な請求というようなことが一つあってもいいんじゃないかということですね。

ほかにいかがでしょうか。

○委員 まずは機能再編の充実というところの外来機能と在宅医療に関してですけども、双方に関係性があるところだと思います。外来に関しては、先ほど発言がありましたように、外来の患者さんが減っている、そういうところから在宅サービス、訪問診療を充実するということですが、これ見ると、3ヶ月で2回以上で、1ヶ月に7回ぐらい行くという計算になります。一方で、包括ケア病棟60床にするということが決まっておりますけれども、他の事例で病院全体で包括ケア病棟を導入するときいろんな検討された記述があったんですけども、それではやはり、在宅の患者さんをぐあいが悪くなっ

たら包括に入れて、それを循環させるような自己生産的なものやっつけていかないと、最後の方で医療機関に紹介していただいただけでは、多分やっつけていくのはかなり難しいというふうに考えますので、その部分をもう少しきちんとやっぱり考えていただいた方がいいかと思います。

一方で、木村先生、在宅訪問診療に力を入れていただくということで、非常に頑張っているということでございますけれども、職員が30年度で、常勤医師11名、非常勤医師14名ということで、非常勤医師14名を常勤に換算すると2名ぐらいだったですね。そうすると13名で、この辺で、ある意味では全員在宅にかかわっていただくような考え方も一つは必要だと思いますし、そういうことをするには、やっぱり医師全員のヒアリングをしたり、その中でどうやってこれを、在宅をふやしていくのかっていうことをきちんと、やっぱり確認をする必要があると思うんですけれども、その辺のヒアリングはされているかどうかをお聞きしたいと思います。

○会長 現在もまだ訪問診療されていないということで、多分19年度の目標の3ヶ月何回以上というのは、加算を取る最低限度の数字よりちょっと上を入れているんじゃないかと思いますが、訪問診療をいつから、今年度中は仕組みと実績づくりということで、今のご質問に対して、病院の木村院長の方から何かコメントございますでしょうか。

○事務局 まず訪問診療は、大体、うちの医師はやりたがっていませんというか、要するにわからない状態だから、まず私がやってみて、こういうことだというのをして説得しなければと。言葉だけです、訪問診療って。要するに、イメージがみんなつかめないの、とりあえず今は、うちのMSWに、うちの近くへ退院するときの退院調整で、訪問看護を入れるかどうか、訪問診療を入れるんだったらちょっと知らせてくれと言って、とりあえずは実績をつくらうと。まず、とにかく1例か2例をやってみて、それを見せて説得にかかりたいと思っています。

○会長 ありがとうございます。ほかにいかがでございますでしょうか。

○委員 人材確保で、総務省の地域医療の確保と公立病院改革のあり方とかで報告書出したんですけれども、そこで重要なポイントは事務職の専門性の確保になっている。要は、これだけ診療報酬改定がいろいろ、医療システムが、政策が変わっている中で、専門性を持たないともうどうしようもないんです。これは東松戸だけじゃなくて、総合医療センターもそうなんですけれども、事務は一旦配置したら、もう20年ぐらい、5年とかじゃなくて、10年じゃなくて、20年ぐらいいるみたいな、そのぐらいのところでやらないともう勝負にならないので、事務の専門性を高めるというのはぜひ項目、盛り込む、立てておいた方が、そしたら、何かやらなきゃならないので、何もやっていませんという話にはやっぱりならないので、それは人事の配置を長くするとか、場合によっては短期で専門性のある職員を5年とかで短期雇用するとか、いろんなやり方はあると思うので、そこを、まさに加算を徹底的に知っている人間を雇わなきゃならないと。

今までは、10年前は、人件費を抑えるために全部委託に出していたんですけれども、委託が今や消費税が10%になる時代で、人手不足なんで、もうやる人いないと。そういう時代で、もう直営化しているのが流れになってきている中で、優秀な人材、いかに確保するかってことで、そこは事務人材の、人材確保の中でももちろん分けて何か、事務

人材の優秀な人材の確保、ないしは専門性を高めるみたいなことを、ぜひ盛り込んでいただければと思います。

○会長 この問題は多分、東松戸だけでできる話じゃなくて、この後、センターの話になる。センターのときに、今のお話でいくと、今の事務職員は基本的に本庁とローテーションしていくばかりですよね。多分、今、センター及び東松戸にいる人で本庁からでない人、それは形式上は本庁からの人事異動の発令があつて、事業管理者がどこどこへというやり方をしていますけれども、いきなり採用して、本庁でなくて事業管理者が、採っていきなり事業管理者の、いわゆる病院局にいる人というのは、事務でいるんですか。いないですね。この問題は、この後の経営主体のことと関係してくると思うんです。ですから、ここでそれを入れても多分無理でして、それは次のセンターのあり方のところで、結局は人の問題、今の人材育成、それから人員確保、それから定員の問題、そこが一番の争点になるんじゃないかと思うんですね。

ですから、今後は、ここの東松戸の医事は基本的に、センターもそうでしょうけれども、委託をしているけれども、来年の消費税の引き上げになったときに、今の伊関委員のお話のように、民間病院は、委託していたところ、基本的にはもう委託はやめようと、自前の人を育てる。

一方では、実際には相変わらず本庁からのローテーションで、長くて3年、短いと2年でかわるといふようなところでは、ご指摘のある、とても何か加算認定の施設ができるか、これはわかる人が育つわけがないんですね。

この辺は、次のところで一度、次の施設、今回この経費のところでも少し出ていますけれども、センターのところでも、何に経費が、人件費とか委託費でかかっているんだと、それが幾らぐらいなんだと、それ、消費税上がったらどうなるんだと、こういうのを出していただくということになると思います。よろしいでしょうかね。

○委員 じゃ、今の続きのところからちょっとお話をしたいんですけども、先ほど、落穂拾いという話があったんですけども、よく民間病院の改革等で、普通の例えば企業だったら、収益上げるのにどうするかといったら結構大変ですよ。だけど、病院というのは点数を取れば自然として収入が上がってくるんで、どうすればいいかって全部リストを出して、リストを出して行って、これは取れた、これが取れない、取れないのであれば何で取れないのかって、取れないための制約条件となっているのは何なのかっていうのを全部書き出すんですね。書き出して行って、それが制約条件であれば、これは、制約条件をなくすには何をしたらいいかというのを書いて、そういう一覧のやつを全部つくってやらしたりしているんですね。

それからもう一つは、地方独立行政法人になったところに、昔、日本中のところをヒアリングをしたときに、それによってメリットとして何がありましたかっていうような一つに、先ほどお話しした事務職員の、事務のプロパー化が実は大きく効果を発揮したっていうことがありましたね。もちろん点数の問題もあるんですけども、それが効率化につながったというのと、それから、やっぱり事務のプロパー化というのが、自分の組織なんだから一生懸命頑張ろうという意識になってきたという話をしているんですね。

これは別に今の制度の中でも、もう少し例えば異動というのが少なく、長くいるこ

とによって達成できることもあると思うんですね。この前、たまたま別の委員会で東京都に行ったときに、昔の部下の女性とたまたま会ってお話聞いたら、いや、今の部署も8年も動かないでいるんですよって話。びっくりして、大体3年ぐらいで異動するんじゃないのっていう話をして、ほかの都の部長、話をしていたら、最近では、東京都は大体もう異動が7年、8年で普通になってきていると。だんだん長期化している。それはやっぱり、専門性が高くなってきたんで、そういうふうにしないとやっていけなくなったんですって話をしていたんですね。そういう中で、さっきの話も、2年、3年というのになってくると、そこのところは少し長期化を考えて、専門性を高めるというのが必要なんだなというふうに思いますね。

次に、ちょっと私の方の話なんですけれども、資産の適切な管理のところ、老朽化医療機器の更新、新規導入の検討とか、関係機関と連携した未収金発生抑制対策とあるんですけれども、それって具体的にどういうふうにするのかというのを、やはりもっと明確にしなきゃいけないと。

例えば、この前お伺いしたときに、医療機器の利用状況とかっていうのは一応ちょっとお聞きして、結構稼働率が高いようだったですけれども、ある日本の巨大な病院のチェーン店——チェーン店というか大手のところ、どことは言わないですけれども、のところはどうしているかっていったら、全部の医療機器の月次の利用率を、全部の病院ごとのやつを全部データで出しているんですね。稼働率が落ちてきたのであれば、何で落ちたのかというのをいつもヒアリングさせているんですね。その稼働率の微妙な変化というのを月次で捉えることによって、いわば微妙な事前の兆候みたいなものをつかむんだっていうことでした。それによって、稼働率がどうしても低いものであれば、じゃ、ほかに貸し出すとかというふうにして、全部チェックして稼働率を高く持っていました。

ですから、やはり医療機器に関しても、まずは月次の稼働率、このくらいの状況で、稼働率が低ければ何でなのか。それからまた、更新の必要があるといった場合には、稼働率低いのを更新だからって更新したいとかっていうのはちょっと考えものですけれども、そうじゃないのであれば、その部分をリースでやるのはどうするかとってところの細かい点に入っていきと思いますので、もう少しそこを、細かい議論をしていたらというふうに思います。

それから、委託料に関しては、特にさっきのお話も含めて、あとはIT関係の委託料って結構無駄な部分がいっぱいあるんですよ。前に、電カル関係とか維持管理費とかというのを全部チェックして、それも契約の問題点とか相場を出して行って、どうしたら安くなるかというものを出したってあるんですけれども、そういうのができるように、一つ一つ、ちょっと出していただいて、チェックするようにした方がいいと思います。

あと最後に、企業財産の活用方法の模索のところなんですけれども、現在の土地建物ですね。土地のところ、ある程度でも遊休な部分が残されている部分というのがあるかと思うんですね。そこのところというのは、短期的に難しいかもしれないけれども、中長期的には、例えば売却をするというやり方もあるし、定借で貸すというやり方もあるし、それから、もっと高度な利用の方法というのものもあるかもしれないと。認知症対策というのをもっと高度にやるには、例えば日本で初めてこういうような施設をつくりま

したとかでもいいと思うんですけども、何かそういうような形で有効利用というのは、収益に役立つというのがあると同時に、収益に役立たないとしても便益としては評価ができるという部分の有効利用のやり方もあるかと思しますので、そのところは、さっきも言った売却とかも含めた形で、もうちょっと柔軟にこのところを検討して、2018年の中で精緻化していくということが望ましいかなと思います。

以上でございます。

○会長 ありがとうございます。

2番目のところをまずいきますが、老朽化医療機器の更新であるんですが、損益計算、収支損益計算では、何を購入する場合というのは4条からだっていうのもありますけれども、何か19年度に大きな買いかえを予定しているようなものはあるんでしょうか。

○事務局 特に聞いてはいないですね。今ちょうどこの時期に医療機器の、こちらでいう更新、それから新規の購入の、各部署に申請を投げています。それで、今週締め切り日、今週の金曜日締めなんですけれども、事前にこれだけ大きなものというのは特に私の耳には入っていないんで、あまり申請は、東病院に関しては上がってきていない現状でございます。

○会長 一番の、いつもこういう、この規模の病院で大きいとすればCTかMRIかですよね。でも、どっちも今のところ、その辺は使えるということですよ。

○事務局 実は、CTにつきましては、昨年度壊れてしまって、先ほど、先生がおっしゃったようにリース、買い取りではなくてですね、やっぱり件数とか金額を考えればリースの方が有効だということで、リースで今年度、CTをお借りしています。

○委員 ちょっとつけ足しですけども、リースが必ずしもベストというわけではなくて、例えば電カルなんかそうなんですけれども、長期的に考えなきゃいけないで、最初のリースは安いのに、ある大手のところだと再リースのときに急に価格が上がるんですよ。それで、例えば10年のスパンで見たときに、この会社のリースって後でぼったくられるみたいな、そういうものもあるので、だから、そういうふうに長期的な、リースの場合でも長期的なスパンの中で、どうやるのが一番安いのかっていうふうに考えた方がよくて、一年一年であまり考えない方がいいと思うんですけどね。

○委員 それに関連する質問なんですけれども、電カル、コンピューターが結構入っているかと思うんですけども、コンピューターはやっぱり買いかえて結構、数多いとすごい金額になっちゃうし、中のソフトも今ウインドウズ10ですか、ソフト。

○事務局 ソフトは……。いや、先生、電カルじゃないんです。

○会長 導入というか、今のあの建物でこれを入れていってというようなレベルでは多分ないですよ、診療行為の単価を見ると。

○委員 診療報酬のところだけですかね。

○会長 要するに、請求だけの電算化ということですね。

○委員 そうすると、そんなに買いかえはないということですか。

○事務局 そういうことです。

○会長 それから、先ほどの守泉委員の資産の有効活用の問題。これは具体的に私どもがというよりは、あそこに広い土地があって、今回議論しておりません。それは、場合

によっては本庁よりも病院局との関係で、あの広い土地を、今の機能だけではあんなに広い土地要らないわけですから、それをどうするかってことは、ここで議論しているわけじゃないですけども、前回、旧市立病院の跡地を売ることで何らかの病院事業の収益になったらいいんじゃないかというふうに皆さんからご意見いただいて、そのように答申したわけですが、この場合もここでは、そのことはあり得るけれども、今回、あの土地を全部私どもが見て、どこまで使えるとか、どこから使えないとか、そこまではなかなか今回やれていないけれども、守泉委員の意見というのは私どもでも異論はないんだというふうに思います。

それは今回の病院事業として、また本庁として、必要なことはやっていただいているんじゃないかというふうに、改めてここでもう一度、じゃあ資産調査をするかというようなことになりますと結構時間もかかるし、土地の評価も出てくると思います。その辺は、ここで駐車場の貸与などというようなことで、場合によっては貸与だけでなく、資産を例えば定期借地権で何らかを貸すなんてこともあるかもわかりませんし、この辺は、東松戸の方にお金入るわけじゃないんですよ。病院事業、病院局に入るわけで、東松戸の収益にはそれは多分影響しないだろうというふうに思いますので、ちょっと申し添えます。

ただ、今後の、次回、センターのあり方を考えるときには、これはセンターだけでなく、当然、東松戸・梨香苑も含めた経営形態の問題ですとか、いろんなことも出てくるときには、その議論はしたいと思っております。

ほかにかがでございましょう。

○委員 継続的に紹介してもらえる関係づくりって、こういうことを改善してやりたいということでしょうか、それとも、一般論としてでしょうか。

と申しますのは、私、先週、松戸市内の在宅の10軒ぐらいを先生と看護師さんに案内してもらいながら、研修医のような仕事をしてきて、観察させていただいたんですけども、そういう中で、東松戸病院に対する評判がいいんですね。本当に世話になっていきますという、あそこがないと困りますということをおっしゃっておられたのが、とても印象的だったんですけども、そんな中であって、なおかつまだ継続的に云々ということが必要だとお考えになっておられるとしたら、何かほかにあるんでしょうか。

○会長 お願いいたします、今何か、新たな何か継続的にというふうな。

○事務局 まず、私は4月から赴任したんですけども、やっぱり市によって見え方が違うということなんですよね。うちはちょうど松戸市の本当に外れにあるので、まだまだ開拓できるのは、私は一番の問題じゃないかと思っています。

実は、市川の方へ行くと、私の外来の患者さんで、足の動脈閉塞があったので市立病院紹介しようとしたら、「市立病院、どこにあるんですか」とか言うんですね。全く、その人の住所見たら市川なんです。市川だったら市川総合病院の方はその人がよく知っていて、全く本当に市が変わっちゃうとということで、ちょっと本当は松戸市立の病院なんですけれども、やはり患者獲得はまだ、市川市の方にはまだまだあるんじゃないかと。どちらかという松戸市の医療関係とは顔が見える関係になってきたので、僕としましては市川方面の方の開拓、そちらの方のことですよ。

それとまた、病院の方はよく関係ができていますけれども、あとは老健とか、そちらの老人ホームなどのところの方もちょっと挨拶して、それはもう松戸市の方も含めてですよね。そういうようなところの、やっぱり挨拶が必要なのかなと今思っているところですよ。

○委員 先ほど、事務の方々の採用は、2年くらいで交代していくから等々の話ですけども、詳しくわかりませんが、法律的にそう決められているというんじゃないかと、その市ごとのルールだと思うんです。千葉市でも病院局採用の人をぜひほしいということで、今、人数はそんな多くないんですけども、病院局が採用して、そして基本的に医事課ということをやってもらうということは、発足したばかりですけども、できるので、やろうと思えばできるんじゃないかなと思ってお聞きしたんですね。

○事務局 正確に申し上げますと、両病院とも事務は本籍は本庁にあります。それで、出向という形で、私ども含めて、病院の方に派遣されております。

今後ですが、やはり病院事務、特殊な事務とっております。あと、専門性も高くなってまいりまして、幾ら本庁で業務ができて、じゃ、こちら、病院に来たら同じように力を出していただけるのかなと思ってもなかなか、風土も違いますし、事務の内容もまた市役所の業務と連動しているところも少ないものですから、なかなか難しいところはございます。

やはり今、私が考えているのは事務のプロパー化、こちらをしていかなければならないというふうには考えておるんですが、それには、今の経営形態ですと非常に難しいところもあるかというふうには考えています。ですので、何か職種をつけて、事務というよりは専門の何か事務職、そういった中で専門職としての採用、そういったことを病院でやっていければというふうに思った次第です。

○会長 ですよ。例えば看護師の人は、今の話で、看護職という形で採って、その人は病院局というか、病院事業のところしか職がないから本庁には異動しないというような形で、例えば医療事務職とか、そういう職種をつくって、採用したら本庁じゃなくて病院事業だけということのやり方ができなくはないということですか。

やるとしたら、どのくらい時間がかかりますか。来年できますか……例えばです。

○委員 これも総務省の報告書に書いていますけれども、私、提案して。看護職だとか医療技術職が事務になるって、民間病院だと当たり前のことなんです。

ただ、これがハードルが高いんですけども、職種がえするのも一つだし、出向する形でもいいから、例えば関心のある、病院経営に関心のある看護師または医療技術職を、例えば医事課の担当者に配置するとか、そういうことをやると、わざわざ人を採用するって、私、役人やっているんでよくわかるんですけども、ポストつくってやるってなると、その人の人生抱えなきゃならないんで厳しいけれども、医療職で、病院で働いている人の配置がえだったら比較的早く、それもハードル高いの十分わかっているんですけども、覚悟を決めれば何とかできないかなという感じもするんで。

要は、専門性高いのをいかに高める。例えばそういう医療職は3年とか5年でもいいんですよ。それは医療を知っているから診療報酬制だけを学んで、そしたらまた今度、現場に帰れば、それはそれでまた役に立ってくれるんで、少なくとも医療、病院経営だ

とか医療というのをキーワードにして、長くある程度見ないといけないんで、専門職の事務配置なんていうのもぜひ、これは総務省の報告書に書いていますので、よく総務省の資料を読んでいただいて、別に総務省まかりならんてわけじゃないので、検討いただければと思います。

○会長 総務省が書いているってことは、難しいから書いているんでしょうね。

○委員 伊関委員にちょっとお聞きしたいんですが、そのときに給料表はどうなるんですか。医療職のままなんですか。

○委員 給料表そのままやり方と、もう事務職に一回配置がえするのもありだとは思いますが。

○委員 事務職に配置がえして、事務の給料表になるんだったらコストは削減できますけれども、医療職が残るんだったら、事務より高いから、コストが高いままで残っちゃうというのはあるんじゃないですか。

○委員 まあ、金額は確かにそうかもしれないけれども、専門性高い職員を配置することで、その分だけの付加価値は高いかなって感じはしますけどね。これが医師を配置しろとか薬剤師を配置しろというならやっぱり相当きついですけれども、看護師、医療技術職、それなりの給料、あと、事務職の給料も高いですから自治体の病院、そんなに2つの職種の違いはないかなとは思いますが。恐らく医療職の仕事のまま事務の仕事につくことについての、事務的な問題のクリアが一番の課題かなって感じはします。

○委員 今のときに、例えば看護師さんとかがある程度年齢になって、子育てをしなきゃいけないとか家庭の事情があって、勤めたいんだけど、今の仕事だとちょっとやれないからやめちゃうという人がいる場合だったら、じゃあ、事務に移って、そういうこともできますよっていうような柔軟な配置だったら効果あるかもしれないですね、そこはね。

○会長 という柔軟なことができないのが自治体でありますから。看護師長になって、ちょっと大変だから師長をおりたいねと言ってもおられない。なぜかという、給与を下げられない。師長手当というのがあるわけじゃない。というのが自治体の制度でしょう。

それが、民間病院ですと、そういうことが割とできやすく、それぞれが制度をつくれる。

多分、守泉先生なんかは独法のことを言っていますが、多くの独法はほとんど自治体運営と同じ人事制度やっている。そこが問題なんです。新たにできていないですね、結局、自治体とほとんど同じになっている。それがまだまだ全体としては大きな問題。ただ、やる気になれば、自治体運営とは違ったやり方ができるという可能性があるということでもあります。

○委員 独法的には十分できます。そう変わらないみたいな。

○会長 自治体病院で公務員であるというのは非常に難しいところが、できますかねと。

今、加藤局長がそういうふうにおっしゃったからあえて聞いちゃうと、できませんということをおっしゃるつもりでもなかったんですが、難しいでしょうねということだったんですが、それは、本当にやる気になれば1年でできるはずで、多分。でも、そこは

なかなか難しい。

ただ、病院局で、病院局だけの職員、病院局しか動かしませんよという形で、多分、齋藤委員がおっしゃった千葉市のような状況は、本庁が理解していて、絶対この人を本庁で採りませんよ、病院事業でしかいきませんよ、問題が生じた場合でも責任とりませんよ、いいですかみたいなことで多分やられたんだ。そんなことはないでしょうかね。多分そんな形だったんですよね。出向で来られた場合には、ある意味では戻るのは自由みたいな形で、そういうのが多分あったんじゃないかと。

ですから、今は非常にやりにくいという。これはここだけの問題じゃなくて、多分、次のセンターについて、すごく、そのことが多分最大の焦点になるんですけれども。

○委員 最後だけ、市役所の方もいるんで。

優秀な医師というのは世の中に山ほどいるんですよ。優秀な事務長はまずいない。優秀な事務も非常に少ない。優秀な事務がいついていけば、あつという間に3億、4億ぐらいいけちゃうんです。

私、ちょうど今度、来週講演するところは500床の拠点病院ですけれども、事務が全然だめで、総合入院体制加算とか、こういうの全然取れていない。こういうところ取れば、大体計算で7億ぐらいが取れますよというのを、市長の前で話しますけれども、要はそういう世界なんですよね。知っているか知らないか、関心を持って一步前へ出て加算を取るかで、その収益が億単位で違ってきて、それが5年、10年たつたらば何十億にもなる。これも現実なんで、それを、ちょうど松阪市民病院という、ここ、経営改善したんですけれども、事務を大幅にふやしたんですよね。いわゆる医事課だとか、この辺を直営化して、その分、モチベーションを上げて加算の取り漏れをなくす。そういうのをやっただけで収益はぐっと、医師がふえた部分もあるんですけれども。

単にけちけちで人を雇わなければ、本来入るべき収入がなくて、それで職員だけ疲弊するみたいなことが起きているんで、ここをぜひ、優秀な事務というのはもう必要だという時代になってきていますので、これは次の課題のときにまた同じことしゃべるとは思いますけれども、指摘しておきたいと思います。

○会長 ありがとうございます。

行動計画については、基本的にはこの内容で、先ほどの幾つか、診療報酬の問題ですとか、人材の問題ですとかというのを、実際の来年度の行動計画をつくるときには、それまでにはそういうことを検討してほしいということだと。

さて、じゃ、こういう行動をすることによって、来年度の収益、収支はどうなるかというのが、次の2ページの指標も出ております。それから、3ページのところで各病棟別の、病棟別の入院患者、単価等も出ております。これについて、何かご意見あるでしょうか。

今日欠席の石川委員からメールをいただいたものがありまして、前から言われているんですが、3ページのところで、今回、病棟別に出ている、単価等が出ているわけですが、緩和ケア、これはあります。それから、地域包括ケアというものもあるんですが、前回もたしか指摘があったと思うんですが、3階東の一般の看護体制15対1のこの単価が、これはあまりにも、果たして何をしているんだろうということですね。

この問題ですが、果たしてこれは一般病棟なんだろうか。療養病床に近くないだろうか。前回、たしか長い入院患者さんもいらっやっと思ったと思うんですが、この辺は、今回はこの数値ででき上がっているわけですが、今年度から来年度に向けて、この部分はどんなふうに考えているんですかね、病院としましては。

○事務局 当院の性質から、いろいろな入院患者がそこには入ってきます。それを振り分けられない部分の患者さんもかなりいますので、これに関しては今のところ、一般病棟を来年も続けようかなとは思っています。

ただ、石川先生がおっしゃった、まさに15対1ですね。一般病床の2万2,000円で本当に病棟を運営していくのかと、常々おっしゃって頂いてますので、それについては我々の方でも勉強していかなければいけないと、課題としては捉えております。

○会長 来年はこの数字でいきますけれども、今後については、来年、今年度から来年度の結果を見て、どういうここは入院機能を持つかというのが一つの検討課題になってくるといふふうに思います。どうぞ。

○委員 この部分は、例えばDPCのコーディングで、疾患の中身というのはありましたっけ。ここはDPCじゃないけれども、今、介護でも何でもコーディングつけてあります。

○会長 でも、コーディングしていない。地域包括は出さなきゃいけないんですけども、コーディングというのは診療記録を出さなきゃいけないんですけども、基本的にはないんですけども。

○委員 その中身はわからないということですか。

○会長 中身は、診療報酬の中身は、これ、診療報酬、請求明細書を見るとよくわかります。

○委員 その中身、見据えている中身がちょっとわからない。

○会長 これも、前回もたしか、前回、前々回では私質問しているから、具体的な診療報酬明細を並べてみるとわかると思うんですが、あまりしていないんですね、診療行為としてはね。

○事務局 若干出来高はあるんですけども、大体入院料として1万円ぐらいで、そこにプラスアルファ出来高が入って、プラスの加算がつかますので、それで全体の平均で2万2,000円ぐらいで。確かにこれ、今回、4階病棟というのはもともと13対1看護だったんです。今回の改革というのは、人員、人をふやさないで、できるだけ今のある資源を有効活用してという話から始まったんですね。それで、この3階東を例えば地域包括とかにした場合には、6.4㎡という面積を確保しなければいけないので、この48床が病棟編成にすると30床と、かなり減ってしまうんですね。そうすると、48床の一般病床の収益がいいのか、30何床の地域包括の病床がいいのかというと、多分とんとんに、多少地域包括の方がふえるかもしれないんですけども、そこにまたリハの2単位やらなきゃいけないとか。そうすると、かなりその検討を、今以上に検討していかないと、一般病床を3階の方を変更するというのは、かなり積算しなければいけないなと思っています。

ただ、4階に関しては、現在13対1看護をやっているって、委員の先生たちにもこの

13対1看護をもっと有効活用したらどうかというようなアドバイスいただいたので、ここに関しては看護体制をこのままにしながら地域包括に持っていけるという中で、今回編成させていただいたということでもあります。

○会長 3階東を地域包括にするというのは、これは前回のスペースの問題で無理ですが、そもそも3階東の一般病棟はどんなような入院機能を持つのかという、そもそも論の問題ですね。これ、地域包括にしろと言っているわけじゃなくて、逆に言えば、これ、療養病床じゃないかと思うんです、という見方もあるんですよ。そこをどういうふうに考えるかと。療養病床であれば20対1になるんですね。で、看護助手を入れるとか、そういう病床にしちゃうというのも今後、今年と来年を見ながら、そういうことも検討していく。それはまさにどういう需要というか、入院需要があるのかということと考えるんで、それは、現時点ではこういう形で来年度行くと思うんですが、いきながら、やっぱりその先のことも考えてほしいという石川さんの、石川委員のコメントだと思いました。ほかにいかがですか。この数字はどうでしょうか。それぞれこれ、かなり見て、実行可能でございます。実現可能ですね。

○委員 ちょっと先ほどのやつで、要は、診療報酬の改定が今激変している中で、やっぱり実績主義にどんどんなっていくますし、質を上げないと、要するに昔ながらのやり方でやっていたら絶対収益下がりますし、存続できないんで、絶えず今の流れを、一歩先を読むことが必要だと思います。だから、一般の15対1等々のやり方は、非常に使い勝手はいいんだけど、これがいよいよ使えなくなったらどうするのとか、いろんな絶えずシミュレーションをする。だから、より事務の専門性必要なんですけども。

あと、重要なのは、一応考えてこの病床と体制になったんで、問題はやっぱり、先ほどお話ありましたけれども、病床利用率がこの数字で確保できるか。いろんなルールがある中で、また患者さんが集められるか。結構、地域包括ケア病床、患者を選ぶ病床でもあると私は見ているんです。特に実際に真面目にやると、もうこれは対応外、対応外で、ベッド、全然埋まらないで、6割ぐらいしか入っていませんみたいな病院あるんですけども、ここをちゃんと埋めていく。空のベッドは収益上がりませんので、そこをちゃんとぜひ埋めることはものすごく最重要課題なのかなと。どうしても療養環境、建物が古いんで、患者さんを入れるの大変な部分もあるんですけども、ここはぜひ工夫されて、収益を確保するためにもベッドを埋めていただければなと思います。やり方としてはこれでいいのかなという感じはしますけれども。

地域一般入院料の3が、やっぱりそれを1にしている実績主義、13対1に近づけていくのかどうか。その辺もいろんな、人の採用を含めて、ちょっとシミュレーションをぜひしていただけると、というふうに思います。

○会長 いかがですか。今回、まず、数値として一番ハードルが高いのは病床利用率ということだと思いますが、多分、単価は割と、いけそうな数字かもわかりません。病床利用率、1日当たりの患者数を、ずっとこれが維持できるかどうかというところ。それだけの患者さんが集められるかどうか、ここに何か全て信用がかかっているような感じですけども、それができれば。

○委員 地域包括を50床で90%稼働率って、なかなか結構大変だと思いますけれども、

通常は、地域包括やっているところは急性期の病床から来るんです。退院するまでちょっと入れるという、そういう流れで一応有効に回っていくという。

ただ、そこが出来ないのであれば、急性期病院からやっぱりそういう患者さんを絶えず供給してもらい、常に水がっぱいたまるような状態にしとかなないとなかなか難しい。一方で、それが不十分だったら、やっぱり在宅に持っていこう。循環するような形の、この2つをうまく組み合わせていかないとやっぱり難しいと思うので、そこは、どうやって急性期のところから患者さんを常に確保できるようにというのは、さっき紹介をどれだけする、していただけるか、病院訪問するのかということにつながってくるんだろうと思うんですけども。

○会長 ここが、多分センターとの関係も出てくると思うんですね。今の話に、多くの単独の地域包括ケア病棟を持っている病院というのは非常に厳しいわけで、大体、急性期病棟で、ずっとそこから半分以上がそこから来ている形で、現在今ここが地域包括で20床ですよ。そうすると、大体この前たしか出してもらったと思うんですが、このぐらいだとまだ何とかかなったのかなと。それはどうでしょう。

○事務局 前回出した資料では、地域20床で退院復帰率が89%。それから、一般の方が52名とって、60床合わせると74.1%で。

○会長 それは出るところね。

○事務局 そうです。

○会長 入り口の方なんですけど、問題は。

○事務局 入り口につきましては、実は4、5、6月は確かに病床稼働率はそんなによくなかったんですね。院長とMSWの方で、先ほど言ったように、各病院を、あと診療所ですね、それから市川まで病院回ったり、挨拶回りということで行ったんですけども、先週は1週間、病床利用率は97%を超えました。ですので、やっぱり院長みずから足を運んで行くことによって、わざわざうちに期待してくれている患者さんたちがいる。千葉西にしても、ほかの病院にしても、まだまだいろんな患者さんを送りたいという力強い言葉をいただいています。これも、チーム木村一丸となって、我々やって、どんどん受け入れるという、そういう部分もそうなんですけれども、実際97%の病床利用率が稼げるってことは、やはりやればできるんだなっていう職員のモチベーションが高くなったというようなことでありました。

○会長 ありがとうございます。収入に関しては、今のお話から、まだまだ何とか調整してくれると、可能性もあるんじゃないかということだったのですが、収入に関していかがですか。よろしいですか。

支出の方は、これをごらんになって何か。もし収入が何とかいけそうだと、支出もこれが妥当であるとなると、一番下の黄色いところにいくと、今年度から比べると来年度はかなり急激な回復と言ってもいいくらいになると思うんですけども、いかがでしょうか。

○委員 この急激な改善ですけれども、もっぱら東病院の職員のモチベーションそのものではないかと思うんですけども、それも実行しない限りはこうはいかないということで、もうチーム木村は、後はないぞということを毎日のように宣言しているようであ

ります。ですから、私としては、かなりこれを期待しているところなんですけれども、木村先生の方からないですか。その試算でやっていけそうだというようなところまでいったと思うんですけれども。

○事務局 はい。はっきり言って、ちょっともどかしいというか、何か言ってはいけないと思うんですけれども、赤字が削減するんだから早くやろうよと。そんな2019年度を待たないで、とにかく1カ月でも2カ月でもいいから早くやりたいと思っています。そして、入院患者については、もう90%いかなきゃならない。やはりそれなりの確保はするようには常々話しており、先ほどの在宅の方なんですけれども、もうやるしかない。それはもう常々言っておりますので、今後の、少なくともこれぐらいは本当に最低限やりたい、やっていきたいと思います。

○会長 ありがとうございます。

そうしますと、皆さんいろいろご意見いただきましたけれども、新たな活動計画も含めて示していただきました。この収入計画、それから費用についても妥当で、今年度はこれ以上いくかもわかりませんが、少なくとも昨年度の決算見込からしますと、約2億円の改善が見込まれる計画については、何とかやれそうだというふうなことでよろしいですかね。

それでは、東松戸病院の計画については、これをぜひ前倒しをしながら、来年度実行してほしいということで考えております。

では、梨香苑の方につきまして、先ほどご説明ございました。改めてこれまでの体制を維持しながらやっていくということでございました。これについて何かございますでしょうか。

○委員 行動計画がついて、大分リアルになってきたかなって感じがするんですけれども、6ページの数字で、入所収益で、要は利用患者数、この入所収益内訳の延べ利用者数が多少ふやして、単価を、やっぱりかなり上がっているんです、1,300円ぐらい上がる。この金額が上がる根拠というのが行動計画の部分だと思うんですけれども、これ、もうちょいだけわかりやすく説明していただければありがたいんですけれども。要は1,000円、1人当たりの単価を、入所の単価を施設で上げる。あと、短期の入所も同じく1,000円上げると。そこの内容について、どういうことをやったらこの1,000円の根拠はこうなりますみたいなのを、少し説明いただきたいんですけれども。

○事務局 多分、介護度を上げたよと。介護度によって募集が違うので、この1,000円の差は、より介護度の高い人を積極的に受け入れるということだと思いますが。

○委員 要は、根拠がなくて1,000円出しましたとちょっと迫力ないんで。いや、気持ちわかるんだけど、要は、この1,000円を、こういう内容、例えば加算のこれを取りますとか、現状の重症度がこの人数で、これをこのぐらいになるように、そのためには何をやりますみたいな、いわゆる1,000円を可視化するというのが職員の方々にも重要だと思うんですよね。何となく頑張りましょう、1,000円上げましょうだと、なかなか何やっていいかわからないんで、数字はこの数字の目標でやるという、掲げていただいた上で、それを実現するために何が必要なのと。

あるいは人を雇って加算取るみたいなことも、介護もあるのかもしれないし、重症の

方を受けるのも一つありだろうし、対して、対象の割合をふやすとか、回転率を上げるとか、その辺を具体的なイメージで、この辺は少し出てきたんですけども、もうちょいリアルなもので見せた方がわかりやすいかな。その辺が恐らくまだ職員の方も、梨香苑の職員の方も事務の方も、まだ言語化されていないのかなって感じがしているんです。

○会長 これは、東松戸病院としては、1億5,000万の1億6,700万ですから1割上がっているわけで、大きいことは大きいですよ。何で1割上がるんだというのは、例えば要介護度が高い人が入ってくる、どのくらい入ってくるから上がるんだとか、多分それがないと事務職の施設職員に対して、どうしてこういう目標なのっていう説明ができないのですね。これはここではそういうことでとどめますけれども、その辺をきちっと可視化して職員にわかるようにしていかないとですね。

ほかにございますか。

はい、どうぞ。

○委員 通所利用者の拡大ということで、従来聞いた話ですと、送迎のスタッフがいないので、週2回でしたっけ、今やっているの。これは今度倍になっているので、週4回ぐらいやるというイメージなんではなかろうか。送迎のスタッフをふやして利用者の拡大。これ、現状として、今、通所利用者のニーズというのはどの程度あるんでしょう。

○事務局 通所の実人数は7名です。それで、週2回やっております。ということで何十人という単位ではないんですね。ですので、今後そこを強化していくのか、ここをちょっと検討の余地はあるかなとは思っていますけれども。

○委員 その辺を明確にしていかないと、やる気で人を雇ってやるのか、ちょっと自分のところで出たのでやるのかというところ、区分けは全然違うと思うので。

○会長 多分、雇ってまではやらないと思うんですね。雇ってやったら合わないと思います、この前も話したように。ですから、運転も病院の方の事務の人が、週2回ぐらいならできると。ですから、実人数では7名が。ですから、ふえても10名ぐらいかもわからない。1回に来る人が5、6名とか7名いるんで、そして、そのためのデイケアというか、通所でやる人については、新たに雇うのではなくて、常にふだんいる人がそのときやるという。多分、非常に、そういう意味では少ない部分なんだろうというふうに思います。

ちょっとこれだけをもし本当にやるなら、もっとやらなきゃいけない。多分地域に、前回もありましたけれども、いろんな施設があるみたいで、ここに来なくても何か十分資源があるというようなことだから。

ほか、いかがでございましょう。

そうしますと、次の最後のページを見ていただきますと、東松戸と梨香苑の計画数値を、2017年度承認されるのを踏まえた数値ですが、これと2019年度の計画、合わせたものを見ますと、ほぼ100人の、2億円の収支改善をするという計画で、やや詰めて見える化をしないと、数値が、積算の根拠が見える化しなきゃいけない部分もあるでしょうけれども、可能ではないだろうか。

職員のやる気で、今年から来年にかけての計画がこれで達成できるかどうか、こういうことですが、全体をごらんになって、守泉委員も感想、今年度から来年度にかけての

2つの施設の、何かコメントはいかがでしょうか。

○委員 大体お話が出たんですけれども、収益が上がるとともに、例えば材料費だとか経費のところ、同じように変動して上がっていくところっていうのは、この辺は具体的にはどういうふうに計算をしているのか。

○事務局 薬品に関しては、当然、入院がふえていけば診療材料、薬品も増はしていくんですけれども、うちの病院は急性期がほとんどいないので、まず、診療材料はほとんどないんですね。

それで通常、材料費が、うちは多分、市立病院が25%ぐらいですね、医業収益に対して。うちは、医業収益に対して材料費は6%ぐらいなんです。ですので、確かに使ってはいるんですけれども、本質的にそんな医療と直で、直結するということでもないです。

ただ、とはいっても、薬品とか安く購入しようということで、かなり入札をやったりして、安く購入しようとはしているところでございます。

○委員 何かさっきの質問、介護度の高い方が入って収益が上がってくると、費用とかもその分が、今までの割合以上に上がるのが、細かいところに、というふうなことはあったんですけれども、そこは誤差の問題だということですかね、今のお答えは。

あとは、先ほどお話があったように、委託費の割合が高い部分とかも踏まえて、契約の見直しですね。契約のやり方というのはなるべく、例えば共同で契約するとか、長期継続契約できるものはやる。その辺は全部やっていますかっていうところ、それによってコストがどうやって削減できますかっていうところ、実は結構そういう細かい契約を1つずつ見ていって、削減できる部分というのはあるはずだと思いますんで、その辺のところは実は、すぐにでも見直して、それで年度ごとの契約になりますし、長期になるんで、あるときに見直して、年度当初になってから気になると思うんですけれども、それは引き続き、ちょっと細かいところをやっていたらと。

あと、そういうときに、こういう契約どうなんでしょうねって、わからないところは聞いてもらえば、そういうコンサルってやったことありますので。

○委員 課題のところ、2021年度以降の介護医療院への転換ということで今記述されておりますけれども、今、介護老人保健施設から介護医療院へ転換がすでに始まっています。おいしそうなニンジンがあるんでしょうけれども、これ、21年度から検討すると23年度ぐらいになっちゃって、もうニンジンはなくなっちゃうということになっちゃう。この時期に検討したらもう遅いかなということを考えてしまう。介護医療院への転換という課題はあまり妥当性に欠けるのかなというふうにちょっと思っちゃったんですけれども、いかがでしょう。

○会長 これは、事務局、担当、病院の思いは何となく出ている。梨香苑としての思いは何かありますか。

○事務局 会長の言うとおりで、ただ、うちの梨香苑の思いでもないんですね。要は、経営を考えたときに、やはり地域包括60床を回すために、やっぱり在宅でやる一つの大きなきっかけと見えているのと、それと、介護医療院ができたときを積算したんです。そうしたら、やはり2,000万円ぐらい収益が増になります。

ただし、介護保険は3年に1回改正します。今、言われたように、3年後、はしごを

外される可能性がありますので、ここについては再度、書かせいただいているんですけども、やはりその時期になった場合には、市の方、介護保険課でも検討、お話ししたり、その辺の点数ですね、診療報酬を入れながら、もう一度、再度検討が必要だということで、ちょっとここに書かせていただいたという形です。今すぐやるとかじゃないです。

○会長 ありがとうございます。

齋藤委員、全体で何かどうでしょう。

○委員 収益部分に最も強い影響を及ぼすのは、この資料から拝見すると、やはり患者さんの数と患者さんに係る経費といいましょうか、収益がどうかという、その掛け算で出てくるような気がいたします。

ただ、一番難しいのは、やはり患者さんがどういうふうにしてふえていくか。コンスタントにふえていくか。季節変動もある要素ですので、そのあたりを、何が患者さんのふえる要素になっているのかというあたりの解析が、もうちょっと必要なのかなという気はしておりました。

○委員 介護医療院については、やっぱり自宅扱いが最大のポイントだと思うんで、これ、やっぱりほかとの関係で、これがふえちゃうと競争力は、逆に言えば、なくなるかもしれないんですけども、自宅扱いでは、一定の施設として受け入れることができれば、これはこれでまた住民の皆さんにとってもプラスになる部分もあるので、そこはある。あした飛びつけて話じゃないと思うんですけども、やっぱり検討して。

3年ではしごを外されるかどうか、ちょっとまだ。ただ、大量に移り始めているという話も聞いていますので、エンジンが、結構巨大なエンジンが、それに乗っかることもありなんだろうなっていうのは正直思います。いわゆる、先ほどありました、東松戸病院の病床運営を楽にするということで、一体的にやっぱり見るということはすごく大事だと。そこは検討していただければなと思います。

○会長 ありがとうございます。

山浦委員、全体を通して。

○委員 きょうも大変貴重なご意見いただいたんですけども、経営改善には事務職の専門性の改善というのがどちらの病院も、きょうは東病院が中心ですけども、そのうちセンターの話になりますけれども、いずれにおいても、事務職がどんなに頑張ってくれるのか、どのぐらい専門性を持つのかということは極めて大きな鍵になるように思います。

きょうのディスカッションの中で最も重要なところはそこかなというふうに思うわけですけども、配置がえの問題も話題になりました。それから、給与体系を変えることができないか。例えば看護師さんが、もう当直ができません、昼間だけにしたいというときに、必ずしも患者さんのそばにいらなくても、入院の説明、退院時の説明といったような新しい分野も開けてきておりますんで、何とかこの辺のブレークができないのかなというふうに考えます。

先ほど、伊関先生から、総務省の書類の中にちゃんとあるぞというような言葉もありましたので、私はもう一回見直してみたいと思います。

それから、きょうの話題になりませんでしたけど、センターの話題になるわけですけど

ども、医師事務作業補助者というのがあります。これはタスク・シェアリングとかですね。シェアリングじゃなくてシフティングの方ですか、限られた医師の数で能率を上げるためには、医師の仕事をほかの方にシフトするというような考え方なんです、この医師事務作業補助者は既に始まっています。

センターでも始まっておりますけれども、こうしたときに、この医師事務の方はだんだん技術を上げて、ほとんどドクターが書いている診断書、あるいはカルテまで、下書きはできるようになるんだそうです。それは厚生省から認められているわけですね。それは正当化されているわけなんです、また、そういうふうにしなさいというふうに指導されているわけですが、その方々は、医師事務の方が、極めて初歩的なものからだんだんだんだん上がってきて、相当のことまでできるようになって、できれば常勤になりたいんだといっても、それはなかなか大きなバリアがあります。

それは今、センターの方で大きな問題になって、審議されているわけですが、そういったタスク・シェアリングについても、東病院でも、事務職が医療に関する、教育と言っては失礼なんですけれども、教育についてですと、看護師が採用されたときは、何日も何日も最初に講義します。彼らはもうしつこいほど、AからZまで教えるわけですね。

それから、医師が来た場合に、それが新卒でなくても、ほかの病院で十分トレーニングされてきた人でも、来た場合には、うちの病院はこういう方針でやっていますという教育はちゃんとしています

そして、事務職の方は、事務職として採用されているわけでしょう、市役所に。それでいいだろうということで、全く初めての病院に来て、それらしい教育をしているとは思えないですね。ですから、全く白紙から始めていくというのが現状ではないかと思っております。そういうところで、事務職の専門性の問題が論じられたわけですが、たどれば、最初の教育まで、病院に来ていただいたときの教育まで戻るんじゃないかなというふうに、私、しみじみ感じたわけです。その辺の問題はセンターでも非常に大きな問題になります。きょうはその辺について非常に大きなインプレッションを持っているわけです。

○会長 ありがとうございます。

そうしますと、これまでいろいろ東松戸病院、それから、梨香苑の状況、それから、他の病院との比較等、東松戸病院の当面進むべき方向ですね、診療機能、それから病院再編について話し合いました、これに基づいて来年度の行動計画、それによる収支、収益予測、支出予想、それが出てきているわけで、皆様のご意見を聞いて、もう少し実際の子算計画をつくる時には積み上げ根拠等が必要であろうというご意見はございましたが、実行可能であろうということだと。

この数値は、いろんな面で比べると、医業収支で約2億、ただ、気になる数字としては減価償却費が1億から7,600万円に減っているんだから、2,700万円下駄を履いているというわけじゃありませんが、なぜ2,700万円だかよく私わかりませんが、それがあってですから、同じ減価償却費であるとすれば、2億円というよりは1億7,000万円ぐらいの、本当は少なくとも改善していくということでもありますので、来年度につ

いてはこのままの経営をしたい、また、今の体制を維持してやっていただきたいというのが大体ここでの意見かと思えますけれども、よろしいでしょうか。

それについて、次回はもう少し、今のお話ししたようなことを文書化して、答申書をまとめたというふうに思っております。よろしく願います。

一応、本日はこういうことになりました。次回はいよいよ医療センターについての、この1月から動いているわけですが、特に4月からの、少し稼働してきた4月からの数値を昨年度の4月と比べて、どのようになっているかというようなことをご説明いただき、同時に、先ほどからの話題がありました、特に事務職に関する問題、それから人事制度に関する問題、人事異動含めて、職種転換とかこの辺について、現状どうなっているのかというようなことを、現状について、次回は医療センターについてご説明いただくということにしたいと思えますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

それでは、きょうはこれで予定されている議事は終了したいと思います。

何かその他、事務局の方でありますか、よろしいですね。

○事務局 それでは、お疲れのところ大変恐縮ではございますが、会議の終了後、懇話会を開催したいと存じます。前回と同じく、この建物隣、衛生会館の2階図書室の方にご参集いただければと思います。

それでは、以上をもちまして、第8回松戸市病院運営審議会を閉会させていただきます。本日はありがとうございました。

以上